

地域医療のゆくえと社保協への 期待 社会保障の再生

中央社会保障推進協議会総会

2026-07-05

岡崎祐司（佛教大学）

渡辺治

「未曾有の反動政権としての高市政権」

1. 新自由主義改革の延命、社会保障改悪
2. 米国に加担する戦争体制づくりが新段階に
3. 明文改憲をねらう－戦後最大の改憲策動
4. 反人権・反民主主義－右翼政治家の「執念」

(2026.4『前衛』)

☆対米従属右派という特質－米国属国のアイデンティティ

☆トランプ政権への抱き付き外交で国際的地位の低下

高市政権の議席増、支持率の下地!?

- ①小選挙区と削減されている比例代表議席、「死票」
 - ②対立・対抗軸を放棄した野党第一党
 - ③厳しい労働と生活、没落する日本経済
→「なんとかしてほしい」という大衆の欲求
 - ④対米従属・大企業本位の枠組みの中での「改革」
 - ⑤分断、真の対立軸をごまかす「敵対」者の設定
 - ⑦内向き同質化に依存する「強い日本」
- 新自由主義改革で疲弊・没落し荒れる社会という下地

第219回国会、高市内閣総理大臣 所信表明演説 2025年10月24日

○「強い経済」「日本列島を強く豊かにしていく。」

○「責任ある積極財政」の考え方の下、戦略的に財政出動を行う。これより、所得を増やし、消費マインドを改善し、事業収益が上がり、税率を上げずとも税収を増加させることを目指す。この好循環で景気回復の果実を実感していただき、不安を希望に変える。」

○成長率の範囲内に債務残高の伸び率を抑え、政府債務残高の対GDP比を引き下げ、財政の持続可能性、マーケットからの信認を確保する。

○最優先で取り組むことは、物価高への対応。

○税・社会保険料負担で苦しむ中・低所得者の負担を軽減、所得に応じて手取りが増えるようにしなければならない。早期に給付付き税額控除の制度設計に着手する。

○「危機管理投資」による力強い経済成長戦略。経済安全保障、食料安全保障、エネルギー安全保障、健康医療安全保障、国土強靱（きょうじん）化対策などの様々なリスクや社会課題に対し、官民の戦略的な投資。

8 健康医療安全保障

社会保障制度における給付と負担の在り方について、国民的議論が必要。超党派かつ有識者も交えた国民会議を設置し、給付付き税額控除の制度設計を含めた税と社会保障の一体改革について議論してまいります。野党の皆様にも御参加いただき、共に議論を進めてまいりましょう。

O T C類似薬を含む薬剤自己負担の見直しや、電子カルテを含む医療機関の電子化、データヘルス等を通じた効率的で質の高い医療の実現等について、迅速に検討を進めます。

高齢化に対応した医療体制の再構築。入院だけでなく、外来・在宅医療や介護との連携を含む新しい地域医療構想を策定するとともに、地域での協議を促します。医師の偏在是正に向けた総合的な対策を講じます。新たな地域医療構想に向けた病床の適正化を進めます。

社会保障制度改革を進めていく中で、現役世代の保険料負担を抑えます。

「攻めの予防医療」を徹底し、健康寿命の延伸を図り、皆が元気に活躍し、社会保障の担い手となっていただけるように取り組みます。特に、性差に由来した健康課題への対応を加速します。昨年、「女性の健康総合センター」が設立されました。本センターを司令塔に、女性特有の疾患について、診療拠点の整備や研究、人材育成等に取り組むなど、その成果を全国に広げてまいります。

第221回国会、高市内閣総理大臣 施政方針演説、2026年2月20日

○国家安全保障戦略をはじめとする「三文書」の策定以降、新しい戦い方の顕在化、長期戦への備えの必要性など、安全保障環境の変化が様々な分野で加速度的に生じている。主体的に防衛力の抜本的強化を進めることが必要。

本年中に三文書を前倒しで改定する。航空自衛隊を「航空宇宙自衛隊」に改編するとともに、「宇宙作戦集団」を新たに編成する。

防衛装備移転に関し、三原則における5類型の見直しに向けた検討を加速させる。

同盟国・同志国の抑止力・対処力強化に資する、我が国の防衛生産基盤や民生技術基盤の強化にもつながる。防衛調達側のニーズを産業界に伝え、スタートアップも含めた企業が、技術開発、量産化、新市場開拓に積極的にチャレンジできる環境整備を進める。

○どのような国を創り上げたいのか、その理想の姿を物語るものが憲法です。憲法改正に関し、衆議院及び参議院に設置された憲法審査会において、党派を超えた建設的な議論が加速するとともに、最終的に判断を行う国民の皆様の間でもこれまで以上に積極的な議論が深まり、国会における発議が早期に実現されることを期待します。

26.4.12 立党70年自民党の歩みと未来への使命 ～自由と民主主義を次世代につなぐ自民党新ビジョン～

「死活的に求められる憲法改正」

憲法とはわが国が培ってきた独自の歴史・文化・伝統を基に、国の理想を物語り、国家の新たな背骨になるものである。

「日本の原風景から民主主義を見いだす」

飛鳥時代の十七条憲法「和をもって貴しとなす」、明治維新の五箇条の御誓文「万機公論に決すべし」→我が国独自の民主主義
悠久のわが国の歴史には独自の民主主義がある。

高市自民と維新との結合 大阪維新政治の特徴

- 地盤低下する大阪→大都市間の競争力強化のための開発で活性化するかのように、見せる。
- イベント資本主義、都市開発優先⇔生活インフラの劣化、個人負担の増大
- 新自由主義にもとづく教育改革－格差、人的投資論、新自由主義的競争力の個人レベルでの強化
- 民主主義の削減＝議員定数削減、考える時間を与えない無理筋の改革やイベントの連続的打ち出し
- 軍事大国化と対米従属、鮮明な戦前回帰

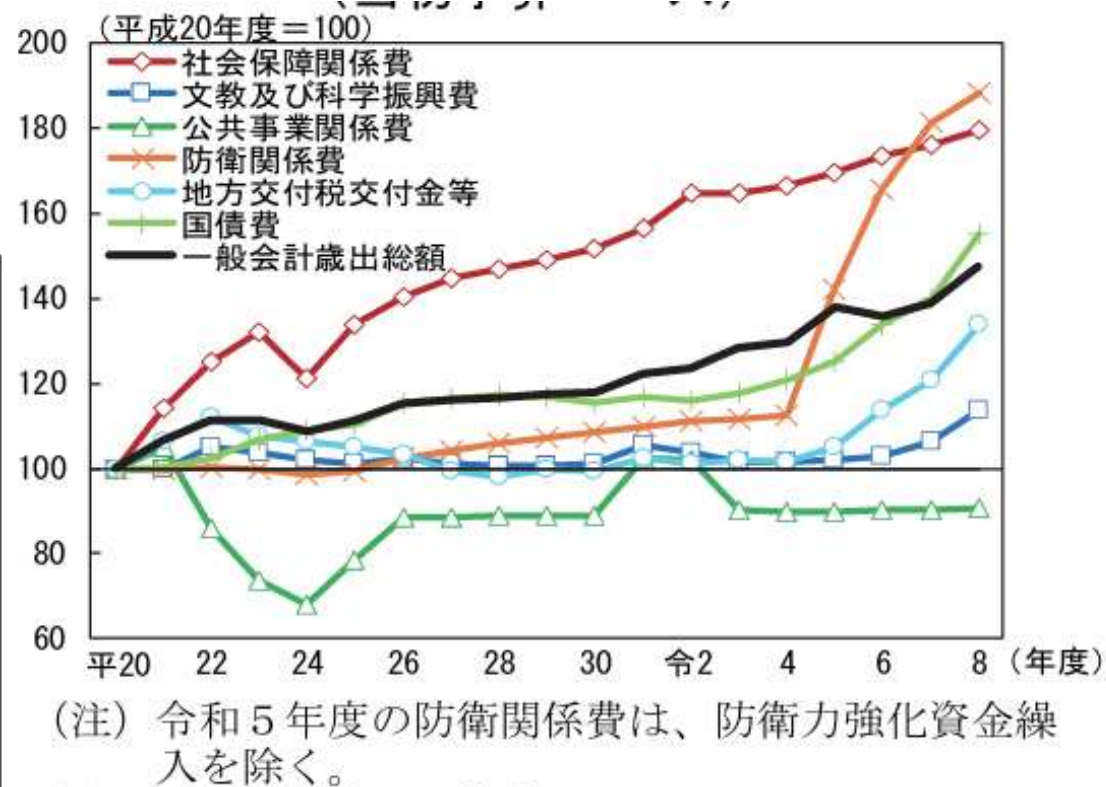
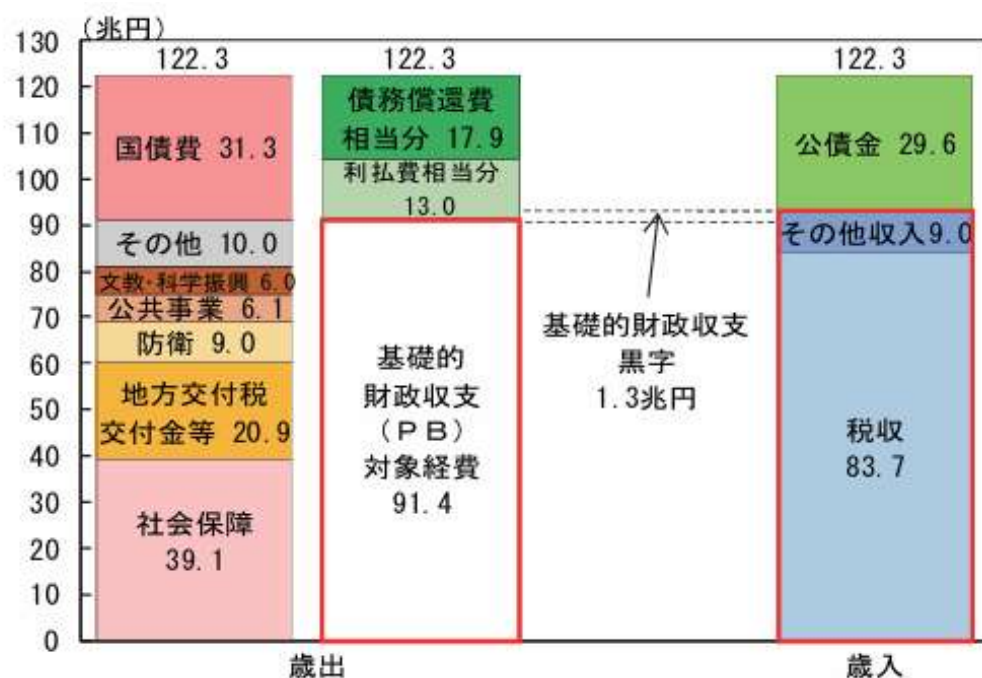
26.4.15 山添拓参議院議員 憲法審査会

高市総理は、施政方針演説以来、どのような国をつくり上げたいのか、その理想の姿を物語るものが憲法と繰り返しています。最も重い憲法尊重擁護義務を負う総理のこの言い分は、憲法は権力を縛るものという立憲主義をわきまえない暴論です。発議のめどが立った状態で来年の党大会を迎えたいとも述べますが、権力の座にある総理が期限を切って改憲発議を迫るなど論外です。

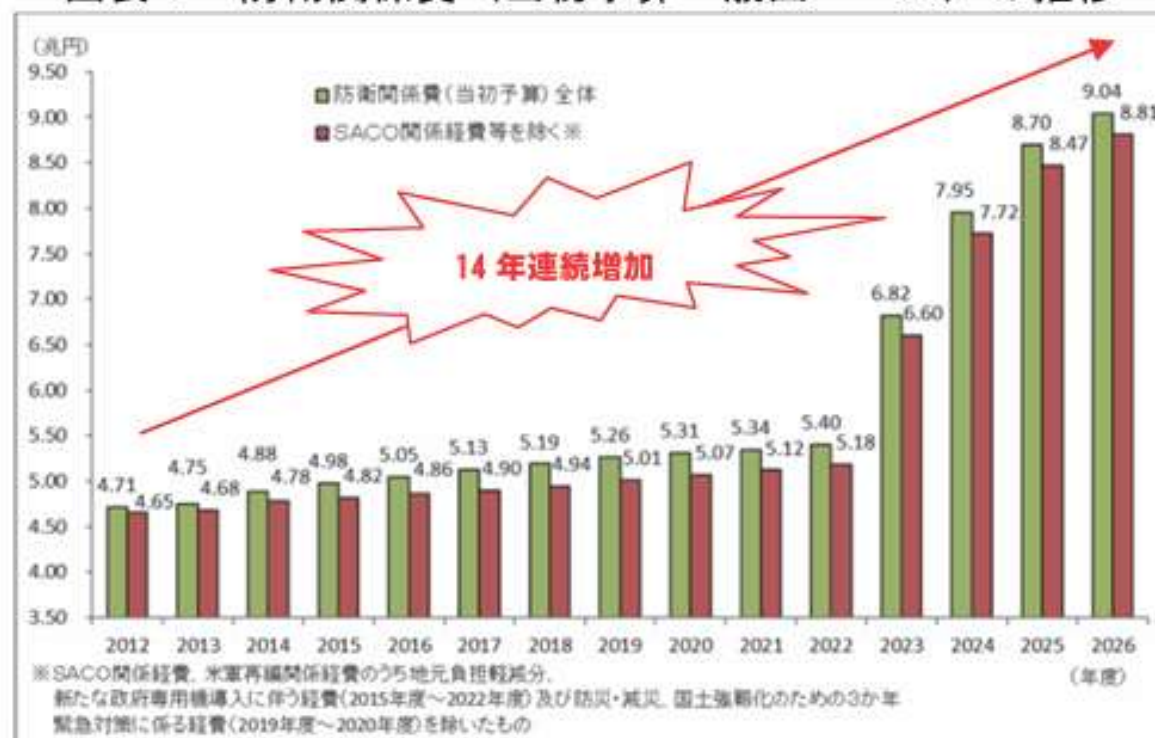
憲法九条が戦争の放棄と戦力不保持という世界に例を見ない徹底した平和主義を掲げたのは、国内外におびただしい犠牲をもたらした侵略戦争と植民地支配への反省からです。この下で、歴代政権は、軍事費はGDP比1%以内、専守防衛、集団的自衛権は行使しない、敵基地攻撃能力は保有しない、非核三原則を堅持し、国際紛争を助長する武器輸出は慎むなど、平和国家の原則を掲げてきました。国民が九条を我が物とし、権力を縛ってきた表れです。

集団的自衛権の行使を認めた2015年の安保法制を始め、九条を骨抜きにする政治が加速しています。それでも、今日、米国の無法な戦争への加担を抑えているのは、九条が生きているからにほかなりません。

2026年度予算



図表 1 防衛関係費（当初予算・歳出ベース）の推移



図表 5 防衛力整備計画対象経費に係る後年度負担額の推移（単位：円）

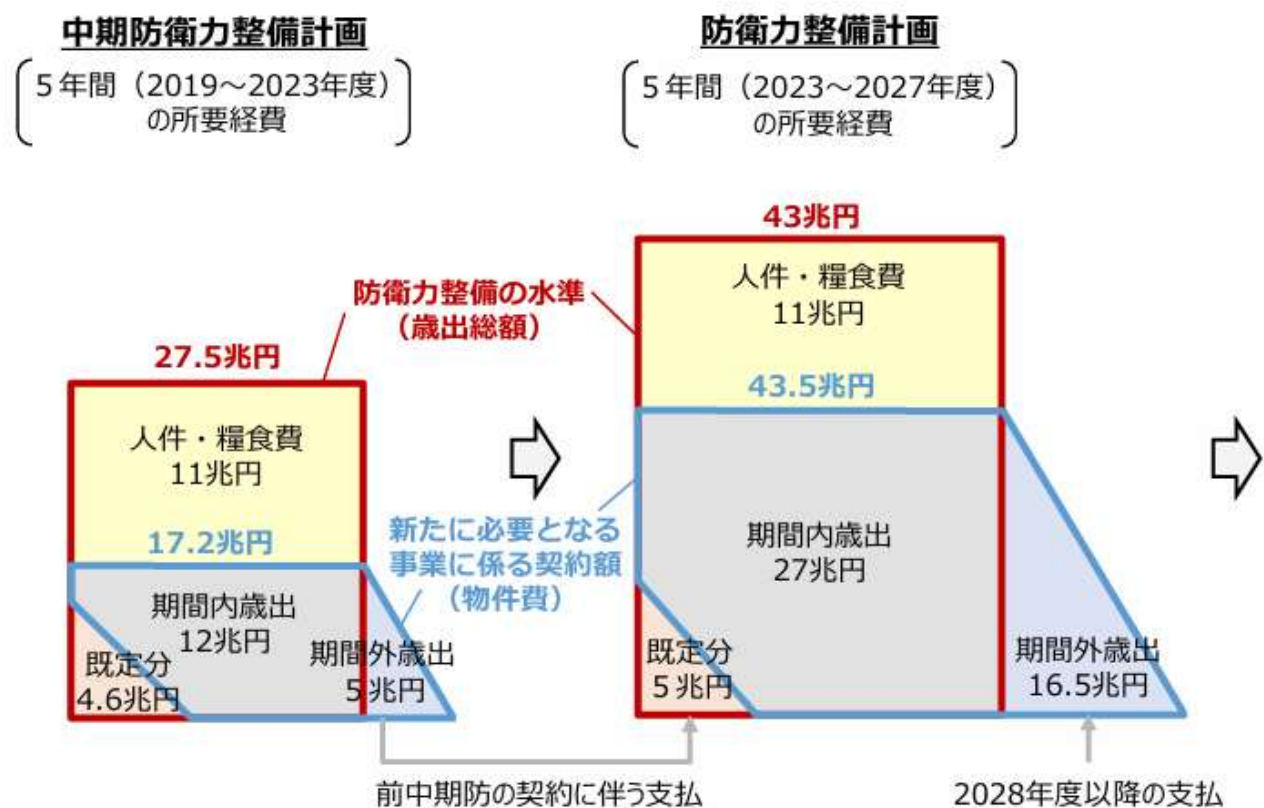
	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
後年度負担額	5兆3,342億	9兆9,186億	13兆5,006億	15兆3,886億	16兆8,274億
うち新規分	2兆4,583億	7兆676億	7兆6,594億	6兆6,211億	6兆3,808億

（注）2023年度以降が防衛力整備計画の対象であることを示すため、境を赤線にしている。

（出所）各年度における「防衛白書」及び「令和8年度予算案の概要」

- 防衛力整備計画（2022年12月16日閣議決定）における、2023年度から2027年度までの5年間の防衛力整備の水準は**43兆円程度**、新たに必要となる事業に係る契約額（物件費）は、**43.5兆円程度**。

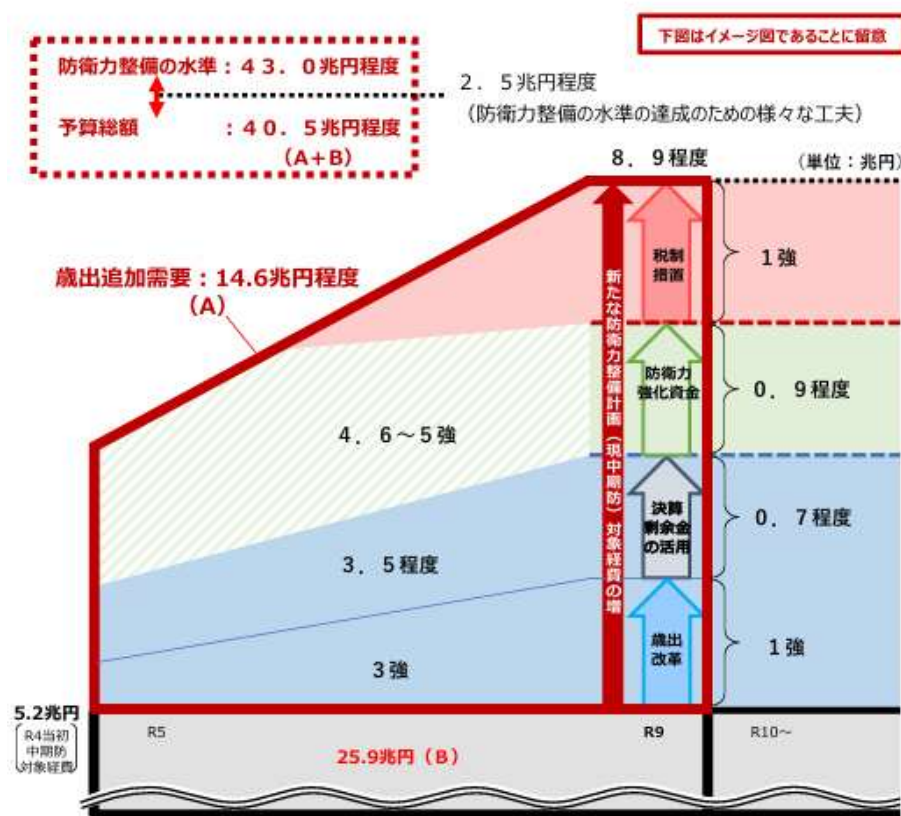
→ いずれも2018年12月に閣議決定された中期防衛力整備計画と比して大幅に増加（歳出総額：対前計画＋15.5兆円（1.6倍）、契約額：対前計画＋26.3兆円（2.5倍））。



その後の整備計画においては、これを適正に勘案した内容とし、2027年度の水準を基に安定的かつ持続可能な防衛力整備を進める。

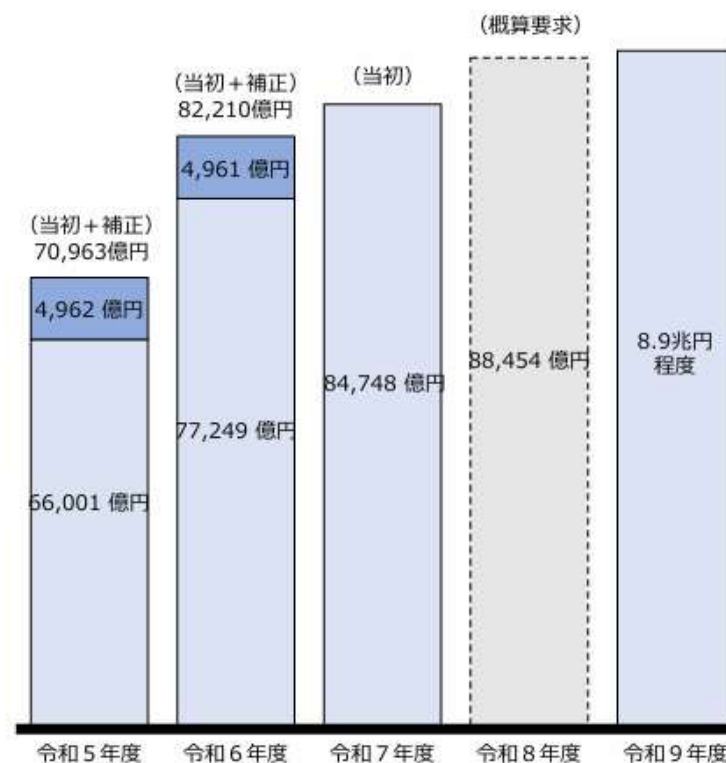
- 防衛力整備計画の計画期間 5 年間の 4 年目となる令和 8 年度予算編成においては、
- ① 引き続き既定の方針に沿って財源を手当てするとともに、
 - ② 為替や物価の変動がある中でも、防衛力整備の一層の効率化・合理化を図りながら、防衛力の抜本的強化を図りつつ、計画で定められた経費の総額を堅持していく必要。

<新たな防衛力整備計画に関する財源確保について>



(出所) 令和 4 年 12 月 16 日 政府与党政策懇談会資料を一部加工。

<防衛力整備計画期間における予算措置・概算要求の状況>



(出所) 防衛省「防衛力抜本的強化の進捗と予算ー令和 8 年度概算要求の概要ー」に基づき財務省作成。

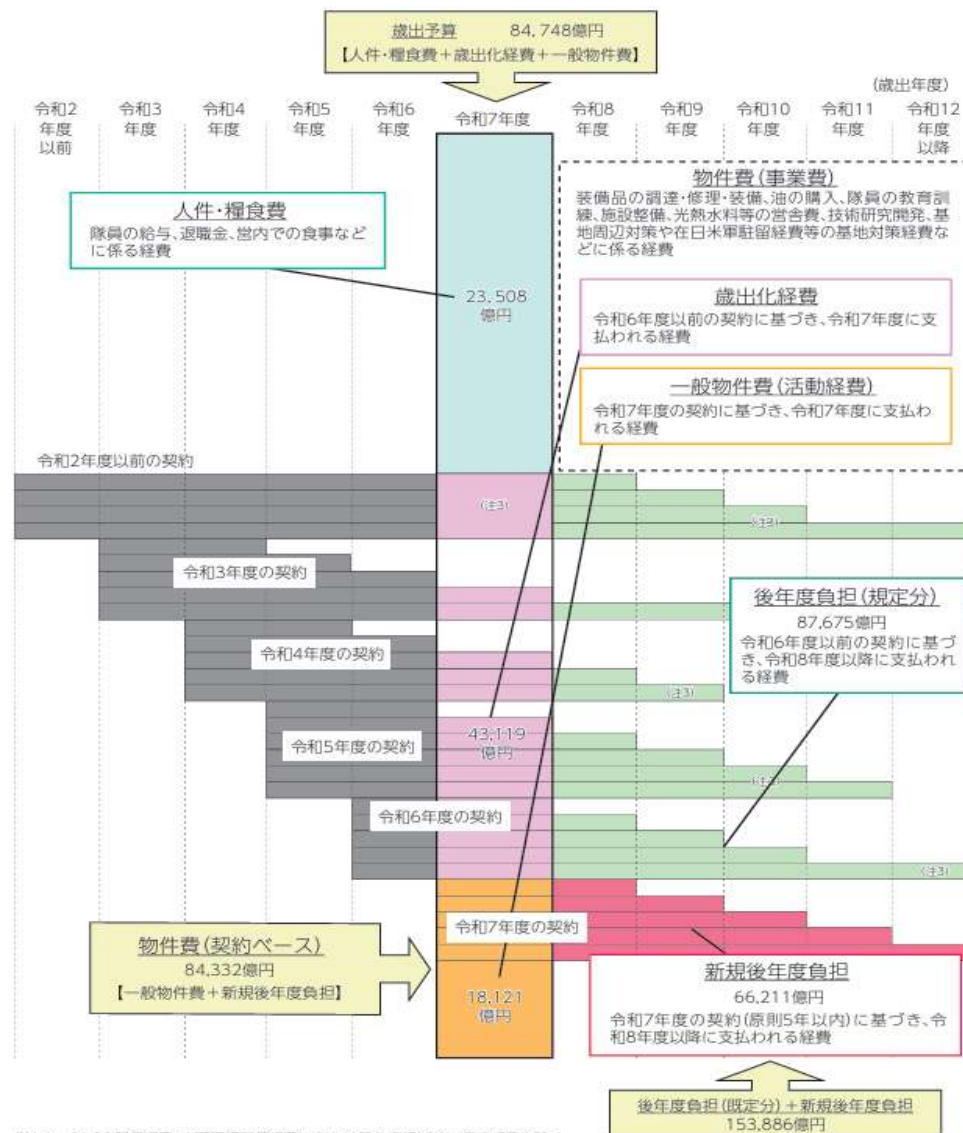
2026年防衛白書

図表Ⅱ-3-2-3 2025年度予算の配分（15区分）

区 分	分 野	5年間の総事業費	2023年度事業費	2024年度事業費	2025年度事業費
スタンド・オフ防衛能力		約5兆円	1兆4,130億円	7,127億円	9,390億円
統合防空ミサイル防衛能力		約3兆円	9,829億円	1兆2,284億円	5,331億円
無人アセット防衛能力		約1兆円	1,791億円	1,146億円	1,110億円
領域横断作戦能力	宇宙	約1兆円	1,529億円	984億円	2,119億円
	サイバー	約1兆円	2,363億円	2,026億円	2,615億円
	車両・艦船・航空機など	約6兆円	1兆1,763億円	1兆3,391億円	1兆1,385億円
指揮統制・情報関連機能		約1兆円	3,053億円	4,248億円	3,852億円
機動展開能力・国民保護		約2兆円	2,396億円	5,653億円	4,545億円
持続性・強靱性	弾薬・誘導弾	約2兆円 (他分野も含め約5兆円)	2,124億円 (他分野も含め8,283億円)	4,015億円 (他分野も含め9,249億円)	2,876億円 (他分野も含め7,675億円)
	装備品などの維持整備費・可動確保	約9兆円 (他分野も含め約10兆円)	1兆7,930億円 (他分野も含め2兆355億円)	1兆9,094億円 (他分野も含め2兆3,367億円)	1兆7,696億円 (他分野も含め2兆2,247億円)
	施設の強靱化	約4兆円	4,740億円	6,313億円	6,953億円
防衛生産基盤の強化		約0.4兆円 (他分野も含め約1兆円)	972億円 (他分野も含め1,469億円)	830億円 (他分野も含め920億円)	964億円 (他分野も含め996億円)
研究開発		約1兆円 (他分野も含め約3.5兆円)	2,320億円 (他分野も含め8,968億円)	2,257億円 (他分野も含め8,225億円)	2,189億円 (他分野も含め6,387億円)
基地対策		約2.6兆円	5,149億円	5,138億円	5,361億円
教育訓練費・燃料費など		約4兆円	9,437億円	9,118億円	7,945億円
合 計		約43.5兆円	8兆9,525億円	9兆3,625億円	8兆4,332億円

(注) 計数については、四捨五入によっているので計と符合しないことがある。

2026年防衛白書 防衛費の構造



(注) 1. SACO関係経費、米軍再編関係経費のうち地元負担軽減分に係る経費を除く。
2. 本図については、概念図であり、グラフの長短と実際のデータが必ずしも一致するものではない。
3. 装備品等の調達における長期契約など、5か年を超えて支払われる経費もある。

防衛白書2026年版 「衛生機能の変革」

「自衛隊衛生は、これまで自衛隊員の壮健性の維持を重視してきたが、国家防衛戦略において、持続性・強靱性の観点から、有事において危険を顧みずに任務を遂行する隊員の生命・身体を救う組織に変革することとされた。」

「防衛省・自衛隊は、戦傷医療対処能力の向上のため、①第一線から最終後送先までのシームレスな医療・後送態勢の強化、②衛生にかかる統合運用態勢の強化、③防衛医科大学校の運営の抜本的改革を3本柱とし、衛生機能の強化を図ることとしている。」

「南西地域においては、医療拠点である那覇病院をはじめ、後送先となる自衛隊病院の機能、抗たん性を拡充するため、病床の増加、診療科の増設、地下化などの機能強化を図ることとしている。」

「戦傷医療における死亡の多くは、爆傷、銃創などによる失血死であり、これを防ぐためには輸血に使用する血液製剤の確保が極めて重要である。このため、防衛省・自衛隊は、国家防衛戦略などに基づき、自衛隊において血液製剤を自律的に確保・備蓄する態勢の構築に取り組むため、2023年、「防衛省・自衛隊の戦傷医療における輸血に関する有識者検討会」を設置した。

2024年2月に本検討会より出された提言を受け、防衛省・自衛隊は、戦傷医療における輸血の実施体制を確立するための検討を推進し、防衛省・自衛隊の戦傷医療における輸血に関する制度の策定や、血液製剤を製造するために必要となる資機材の整備などを行っている。」

「戦傷医療に必要な各種の血液製剤を、市販のものに依存するのではなく、作戦の進捗や戦闘様相を踏まえた独自の判断により、必要な時期に必要な量を所望の場所に確保できる態勢を目指している。」

経済安全保障推進法・基幹インフラ分野に医療を位置づけ（石破政権）

①経済安全保障－国家が資源輸出、貿易、投資、金融などの経済ネットワークを使って他国を威圧する＝「経済を武器化する」時代になっている。グローバル化、国家間の経済依存関係が深まり、国の間で「非対称性」が発生する。力の優位の差。

軍事と経済活動を一体的にとらえ軍事政策に経済を取り込む
自律性と不可欠性

②なぜ経済安全保障に医療を取り込もうとするのか？

③イラン戦争で明確－軍事力傾倒の経済安全保障の無力

④対米従属で国際的な戦略思考に欠ける政権

軍事・防衛を軸とした供給サイド（大企業）への挺入れ支援政策

何に対する「積極財政」なのか？→軍事大国化と一体の成長戦略と危機管理投資（いっそうの円安。ドル建ての資金調達？）

健康医療安全保障→危険・リスクを生み出すもの・要因の認識

労働市場改革と勤労者皆年金皆保険

人口減少社会での共助型財政と本部からの社会保障改革の要請

家事支援がなぜでてくるのか

自民党「新しい社会保障に向けて（提言）」…まったく新しくない互助依存、自己責任補完型のサービス振興

強い経済対策－危機管理投資＋軍拡

3. 経済対策の枠組み

第1の柱：生活の安全保障 ・物価高への対応

物価高から暮らしと職場を守る

- 地域の実情に応じて物価高の影響を緩和
(重点支援地方交付金の拡充)
- 家計・事業者のエネルギーコスト等負担軽減
(冬の間の電気・ガス代支援、暫定税率廃止の円滑な施行、物価高対応子育て応援手当(仮称)の支給(1人2万円))
- 地方の暮らしの安定と活力向上(地域の基幹産業の支援・活性化、地方発の世界をリードする技術・ビジネスの創出後押し、安心できる地域社会の基盤整備)
- 賃上げ環境の整備
(中小企業・小規模事業者への支援、価格転嫁対策、稼ぐ力強化、省力化投資支援)

第2の柱：危機管理投資 ・成長投資による強い経済の実現

先行的かつ集中的な 危機管理投資・成長投資 の取組強化

- 経済安全保障の強化(戦略分野の官民連携投資、重要物資のサプライチェーン強化)
- 食料安全保障の確立(農林水産業の構造転換、輸出拡大)
- エネルギー・資源安全保障の強化
(原子力、省エネ、資源開発、GX)
- 防災・減災・国土強靱化(復旧・復興、令和の国土強靱化)
- 未来に向けた投資の拡大
(先端科学技術、スタートアップ・コンテンツ・文化芸術・スポーツの振興、健康医療安全保障、人への投資の促進、資産運用立国、成長投資拡大に向けた環境整備)

第3の柱： 防衛力と外交力の強化

国民の安全と繁栄を支える 「強い日本」を実現

- 外交・安全保障環境への対応
(防衛力の抜本的強化と体制整備、多角的な経済外交の展開、安全保障環境の変化への対応)
- 米国関税措置への対応
(日米戦略的投資イニシアティブ、関税の影響を受ける企業への資金繰り支援等)

経済成長の果実を広く国民に行き渡らせ、誰もが豊かさを実感し、
未来への不安が希望に変わり、安心できる社会を実現

日本成長戦略会議

17の戦略分野における官民連携での危機管理投資・成長投資の促進

新設 戦略分野分科会 1月～

(分科会長：副長官(衆)、分科会長代理：副長官補(内政)、関係省庁局長級)

- | | |
|--|--|
| ① AI・半導体
新設 AI・半導体WG
1月～
○人工知能戦略大臣 ○経産大臣
・関係省庁(NSS、警察、金融、デジタル、総務、外務、文科、厚労、農水、国土、環境、防衛)
・有識者9名 | ⑩ 防災・国土強靱化
国土強靱化推進会議
2月～
○国土強靱化大臣(出席)
○防災大臣(出席)
・関係省庁(内閣府(防災)、総務、厚労、エネ、国土)
・有識者19名 |
| ② 造船
新設 造船WG
1月～
○国交大臣 ○経済安全保障大臣
・関係省庁(NSS、防衛府(科技)、入管、外務、文科、経産、環境、農林)
・有識者7名 | ⑪ 創業・先端医療
新設 創業・先端医療WG
1月～
○科技政策大臣 ○デジタル大臣
・関係省庁(文科、厚労、経産(いずれも政務))
・有識者10名 |
| ③ 量子
新設 量子WG
1月～
○科技政策大臣
・関係省庁(総務(政務)、外務、文科(政務)、経産(政務)、防衛)
・有識者7名 | ⑫ フュージョンエネルギー
新設 フュージョンエネルギーWG
1月～
○科技政策大臣
・関係省庁(文科、経産、規制(部長級))
・有識者7名 |
| ④ 合成生物学・バイオ
新設 合成生物学・バイオWG
1月～
○経産大臣
・関係省庁(内閣府(科技、健康医療)、文科、厚労、農水、国土)
・有識者12名 | ⑬ マテリアル(重要鉱物・部素材)
産業構造審議会 製造産業分科会
2月～
○経産大臣(出席)
・関係省庁(内閣府(科技)、外務、文科、環境)
・有識者15名 |
| ⑤ 航空・宇宙
新設 航空・宇宙WG
1月～
○経済安全保障大臣
・関係省庁(内閣府(宇宙)、総務、文科、経産、国土、防衛)
・有識者10名 | ⑭ 港湾ロジスティクス
新設 港湾ロジスティクスWG
1月～
○国交大臣
・関係省庁(サイバー統括室、財務、経産)
・有識者9名 |
| ⑥ デジタル・サイバーセキュリティ
新設 デジタル・サイバーセキュリティWG
1月～
○経産大臣 ○デジタル大臣
・関係省庁(総務、文科、厚労)
・有識者11名 | ⑮ 防衛産業
新設 防衛産業WG
1月～
○経産大臣 ○防衛大臣
・関係省庁(NSS(審議官級))
・有識者18名 |
| ⑦ コンテンツ
新設 コンテンツ産業官民協議会
1月～
○文化戦略大臣
・関係省庁(公取(審議官級)、総務、外務、文科、経産)
・有識者15名 | ⑯ 情報通信
新設 情報通信成長戦略官民協議会
1月～
○総務大臣
・関係省庁(経産、防衛)
・有識者12名 |
| ⑧ フードテック
新設 フードテックWG
12月～
○農水大臣
・関係省庁(経産)
・有識者7名 | ⑰ 海洋
新設 海洋WG
1月～
○海洋政策大臣
・関係省庁(NSS、内閣府(科技、宇宙)、外務、文科、水産、経産、国土、海保、環境、防衛)
・有識者10名 |
| ⑨ 資源・エネルギー安全保障・GX
GX実現に向けた専門家WG
1月～
○経産大臣(出席)
・関係省庁(外務、総務、経産、環境)
・有識者7名 | |

○：責任大臣 ※時期は目途。今後、変更の可能性あり。

経済財政諮問会議

分野横断的課題への対応

- | | |
|--|---|
| ①【新技術立国・競争力強化】
○経産大臣
・関係省庁(内閣府(科技)、文科)
・有識者13名 | 産業構造審議会
経済産業政策新機軸部会等
1月～ |
| ②【人材育成】
○文科大臣
・関係省庁(内閣府(科技)、総務、厚労、経産)
・有識者4名+テーマごとに2名 | 新設 人材育成分科会
1月～ |
| ③【スタートアップ】
○スタートアップ大臣、内閣府副大臣、内閣府政務官(スタートアップ・金融)、経産副大臣
・関係省庁(内閣官房(GSC室)、内閣府(科技、規制)、金融、デジタル、総務、文科、厚労、農水、経産、国土、環境、防衛)
・有識者10名 | 新設 スタートアップ政策推進分科会
1月～ |
| ④【金融】
○金融大臣、副長官(衆)
・関係省庁(金融、総務、法務、財務、文科、厚労、経産)
・有識者10名 | 新設 新戦略策定のための
資産運用立国推進分科会
1月～ |
| ⑤【労働市場改革】
○厚労大臣
・関係省庁(内閣官房(成長戦略)、内閣府(規制)、経産省、国交省、文科省)
・有識者11名 | 新設 労働市場改革分科会
1月～ |
| ⑥【家事等の負担軽減】
○日本成長戦略大臣
副長官補(内政)・関係省庁(内閣官房(成長戦略)、こ家、厚労、経産)
こども家庭審議会子ども・子育て支援分科会、労働政策審議会人材開発分科会、労働政策審議会雇用環境・均等分科会等でも議論 | 新設 家事等の負担軽減に資するサービスの
利用促進に関する関係府省連絡会議
1月～ |
| ⑦【賃上げ環境整備】
○賃上げ環境整備大臣
再編 賃上げに向けた中小企業等の活力向上に関するWG
(副長官(参)ヘッド・内閣官房副長官補(内政)、内閣官房(補室(審議官級)、成長戦略、地域未来)、警察、金融、総務、財務、国税、文科、厚労、農水、経産、中企、国土、環境)
中小企業政策審議会、労働政策審議会でも議論 | 政労使の意見交換
11月～ |
| ⑧【サイバーセキュリティ】
○サイバー安全保障大臣(出席)
・関係省庁(内閣府(サイバー)、警察、総務、文科、経産、防衛)
・有識者18名 | サイバーセキュリティ推進専門家会議
2月～ |

※対応者の記載がないものは原則局長級

経済財政諮問会議「新たな投資枠」 2040年までに370兆円とぶち上げる

1. 5月22日 : 危機管理投資・成長投資の拡大→歳出とは別に必要な投資額が確保されるよう、「新たな投資枠」を設ける。
2. 6月25日 : 財政運営の目標→対GDP比の債務残高の低下を中心にみる。

プライマリーバランス（PB）は、債務残高対GDP比の低下の確認指標とし、複数年でみる。単年度の黒字化時期を機械的に追うのではなく、経済・金利環境、歳入歳出の動向を踏まえ、景気変動や危機管理投資・成長投資の必要性に応じて一時的な悪化も許容しうるものとする。

結局、いまの高市政権の経済財政政策はなんなのか？

1. 総括も反省もない、「トリクルダウン」政策の繰り返し

①弱っている日本経済の実体と貧困化する国民生活の実態を直視しない、単純な「強がり」成長政策

国民経済の疲弊、地域経済の後退、産業競争力の低下など問題の構造的分析がない。

②日本経済へのトリプル・パンチ？

○「円安」→OECDで最弱通貨ともいわれる「円」

○インフレーション、物価高

○国債増発で長期金利の上昇

○さらに、株価がどうなるか？

※疑念をもたれている中央銀行（日本銀行）独立性・中立性

③新自由主義改革がもたらした衰退、アベノミクスへの反省、が不十分なまま従来型の「成長戦略」・「投資」に走る無謀

結局、いまの高市政権の経済財政政策はなんなのか？

2. 「危機」を名目に、見込みがあるのか不明な産業分野に莫大な「投資」を国家財政先行・誘導で行う。2040年までに370兆円注ぎ込む!？。

経済の土台である国民の所得向上・最低賃金引上げ、税・社会保険料、利用者負担などの負担軽減策は無策に近い。

3. 経済・財政の軍事化＝戦争できる国づくり。他の分野でも軍事化の強化。大企業を軍事需要で救う。対米従属の無駄な買い物＝FMS（兵器の有償援助）と余る防衛予算。

4. 「人への投資」の重視

5. 円安、インフレーションで庶民には事実上の増税

法人企業景気予測調査（2026年4～6月期調査）結果概要2026年6月11日内閣府・財務省

1. 景況見通し

- ・「国内の景況判断」BSIを全産業で見ると、大企業は▲4.5%ポイントとなり、令和7年4～6月期以来4期ぶりの「下降」超 ・中堅企業、中小企業はいずれも「下降」超

〔単位：%ポイント〕

		令和8年1～3月 前回調査	令和8年4～6月 現状判断	令和8年7～9月 見通し	令和8年10～12月 見通し
大企業	全産業	4.4	(2.0) ▲ 0.5	(5.6) 4.3	4.5
	製造業	3.8	(0.7) ▲ 1.8	(6.3) 4.4	5.8
	非製造業	4.6	(2.5) 0.0	(5.3) 4.2	4.0
中堅企業		0.2	(1.7) ▲ 3.9	(6.8) 1.8	6.4
中小企業		▲ 12.9	(▲ 2.9) ▲ 17.6	(▲ 1.6) ▲ 10.6	▲ 3.4

※1 () 書きは前回調査時の見通し。

※2 前四半期と比較しての「上昇」－「下降」社数構成比。

※3 大企業・非製造業の現状判断BSIは0.027。

法人企業景気予測調査（2026年4～6月期調査）結果概要

2. 企業利益／売上高、経常利益の見込み

売上高は、3.3%の増収見込みだが、経常利益は－2.4%の減益見込み

[前年度比増減率、単位：%]

			業種	令和8年度通期
売上高 3.3 〔金融業、保険業を 含まない〕	製造業 4.3	増収	自動車・同附属品製造業	5.7
			生産用機械器具製造業	9.5
		減収	—	—
			—	—
	非製造業 2.9	増収	卸売業	2.1
			小売業	3.0
		減収	鉱業、採石業、砂利採取業	▲ 4.6
			—	—
経常利益 ▲ 2.4	製造業 ▲ 4.7	増益	パルプ・紙・紙加工品製造業	6.7
			繊維工業	12.1
		減益	非鉄金属製造業	▲ 22.2
			その他の輸送用機械器具製造業	▲ 31.4
	非製造業 ▲ 1.7	増益	金融業、保険業	6.0
			小売業	4.8
		減益	運輸業、郵便業	▲ 15.5
			建設業	▲ 5.9

※ 今回調査の「売上高」の増収・減収、「経常利益」の増益・減益に寄与した製造業・非製造業別上位2業種。

消費動向調査2026年5月実施分、内閣府 消費者意識、二人以上の世帯

令和8（2026）年4月

	良くなる	やや良くなる	変わらない	やや悪くなる	悪くなる	意識指標
暮らし向き	0.4	3.7	29.3	41.3	25.3	28.2
収入の増え方	0.5	7.8	56.0	21.2	14.6	39.7
雇用環境	0.5	5.2	49.1	33.6	11.6	37.4
耐久消費財の買い時判断	0.1	1.6	17.3	51.3	29.6	22.8
資産価値	0.7	11.0	53.8	23.6	10.9	41.8

令和8（2026）年5月

	良くなる	やや良くなる	変わらない	やや悪くなる	悪くなる	意識指標
暮らし向き	0.7	3.7	35.0	40.0	20.6	31.0
収入の増え方	0.6	7.0	58.5	20.5	13.4	40.2
雇用環境	0.4	5.2	50.7	32.1	11.6	37.7
耐久消費財の買い時判断	0.2	1.9	18.3	51.4	28.3	23.6
資産価値	1.4	14.8	55.8	18.6	9.4	45.1

高市内閣の社会保障政策 新自由主義改革（改悪）の継承

①財政→企業負担の抑制、国民の間への負担転嫁

背景にある雇用形態の変化（資本の労働者への責任軽減）

②社会保険＝共助論による、国民の自己責任の集団化強調

※その合理化のための世代間負担論の強調

③社会保障給付抑制と自己負担増大のあくなき・あくどい追求

④社会保障給付抑制と民間企業の市場拡大（サービス）

⑤市場化の限界による住民共助・互助の強制（それも限界）

⑥投資分野としての社会保障の整備＝医療と情報技術（ICT）

日本維新の会と高市自民の結合

国保不法加入議員の問題構造は解明せず…

①2025.6 「社会保険料を下げる改革提言」

医療介護産業の生産性革命、負担増、病床削減、OTC類似医薬品
保険適用外し、金融所得の把握と負担増、終末期医療の新制度

②自民党、公明党、日本維新の会一合意

2025.2.25、2025.6.6、2025.6.11

③自民、維新 連立政権合意書 2025.10.20

「二. 社会保障政策」－医療保険料引き下げ名目の医療費削減
これまでの政府の保険診療費削減策と同じ。その加速

では、
まともな社会保障とはなにか！？

社会保障とは

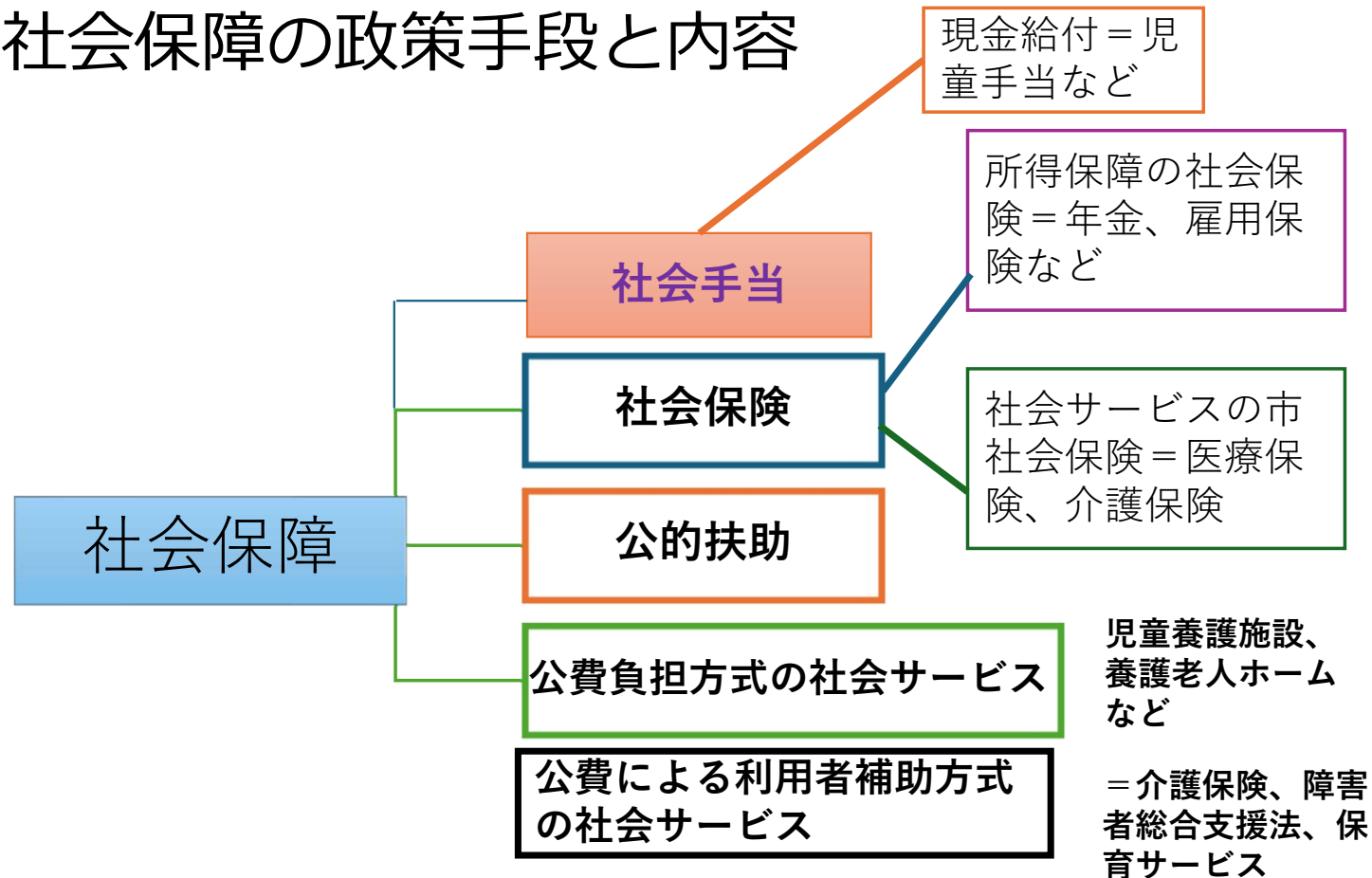
社会の構造的矛盾と変動によって貧困、生活問題がもたらされることを認め、人権としての「個人の尊重」と生存権の社会的承認のもと、国家（政府）の責任で、「所得保障」、「社会サービス保障」、「公衆衛生（地域保健）」を実施するもので、

a)個人の貧困からの脱却すなわち「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を保障すること目的とする、現金給付（公的扶助、年金給付、児童手当など）の実施

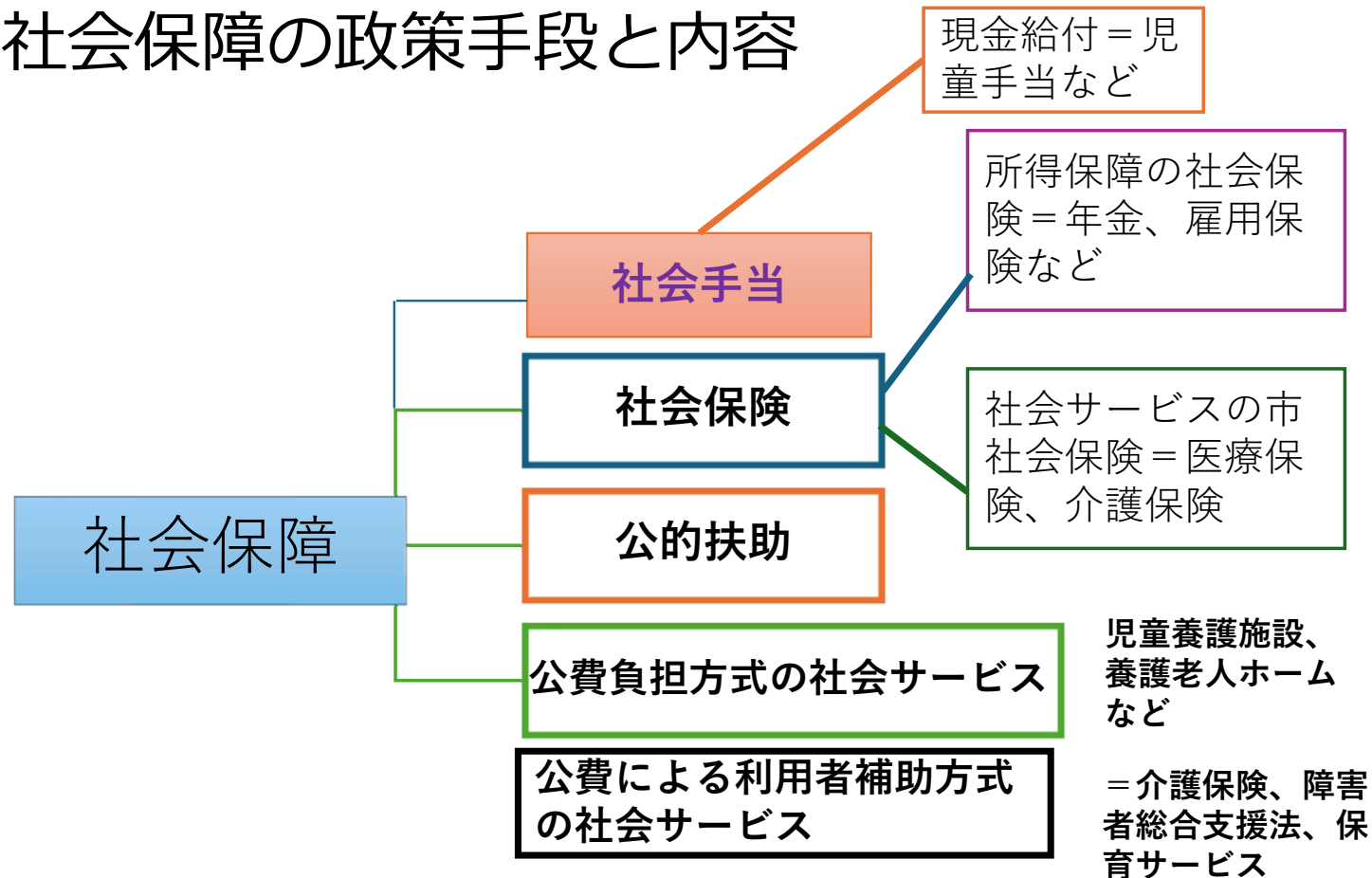
b)病気や障害、生活機能の低下や脆弱性があっても自分らしく生活を営めることを目的とする、最適な社会サービス（保健・医療・社会福祉）給付の実施、さらに公衆衛生の実施を行う制度の体系であって

市民が生涯のなかで生活不安・危機に直面しても、見通しをもって労働や生活が継続できるようにし、生活面で個人の権利が守られることを基本に、社会の活力や発展を実現しようとする総合的生活保障政策の体系である。

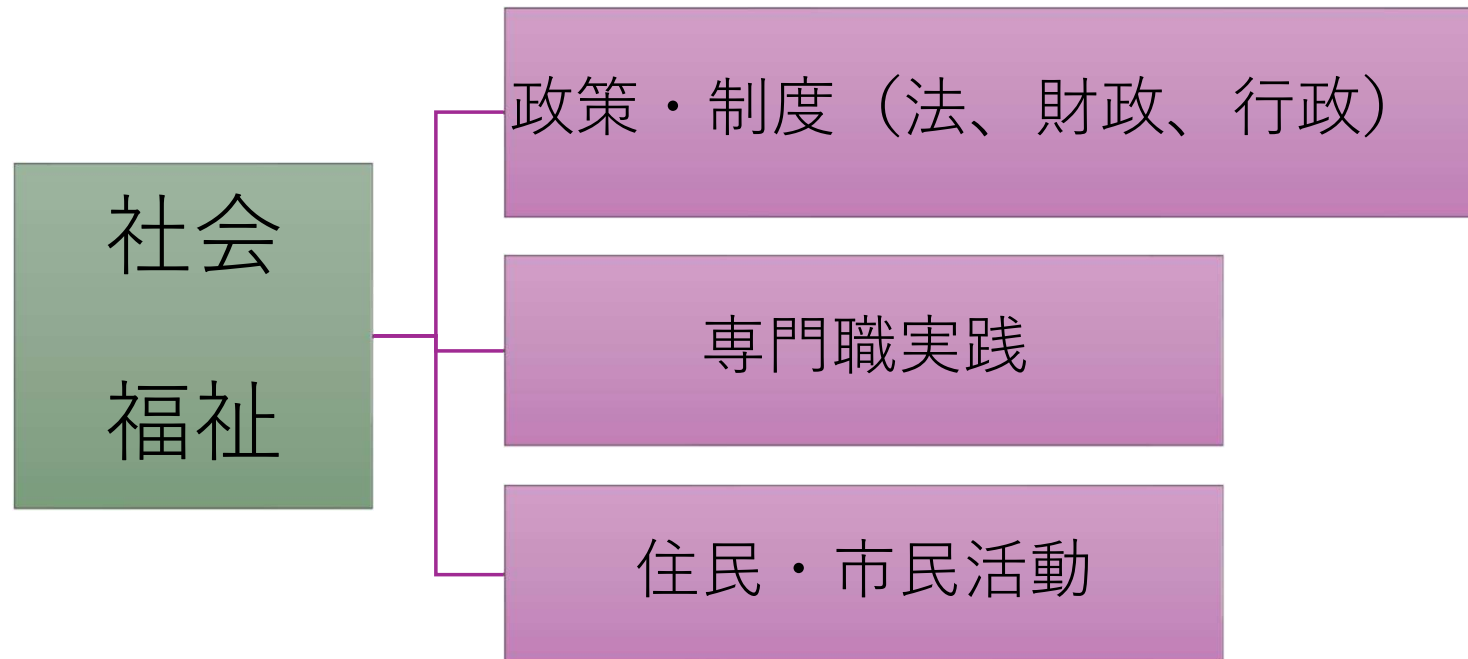
日本の社会保障の政策手段と内容



日本の社会保障の政策手段と内容



社会福祉…三つの次元



社会福祉の主な分野・領域

医療福祉				
高齢者福祉	障害児者福祉、 精神保健福祉	児童福祉 保育・子育て支援	貧困・低所得者福祉 公的扶助	若者支援
地域福祉				

日本の社会保障制度の構成

(医療・介護・年金だけではない)

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) 公的扶助 (生活保護) | 10) 労働災害保険 |
| 2) 医療保険 | 11) 雇用 (失業) 保険 |
| 3) 年金保険 | 12) 公衆衛生・地域保健 |
| 4) 介護保険 | 13) 若者政策 |
| 5) 児童手当 | |
| 6) 保育制度システム | |
| 7) 障害者福祉制度 | |
| 8) 高齢者福祉制度 | |
| 9) 児童福祉制度 | |

2)3)4)10)11)は主に社会保険
10)11)を労働保険 という
社会福祉制度は1)6)7)8)9)13)
(13) は未確立

日本の社会保障に欠けているもの（1）

社会保障基本法2011で提起したこと

第6条 社会保障の権利ともつ人の範囲、無差別平等原則

第7条 給付の請求権、個人として尊重される原則

第8条 普遍主義的給付の原則

第9条 必要充足の原則－専門職が必要と判断した給付が充足される。それにより人間の尊厳にふさわしい生活水準を保障する。

第10条 基礎的社会サービスの現物給付原則

第11条 ナショナル・ミニマム保障の原則－生活領域ごとに国が定めた人間の尊厳にふさわしい生活を営む最低水準。

日本の社会保障に欠けているもの（２）

社会保障基本法2011で提起したこと

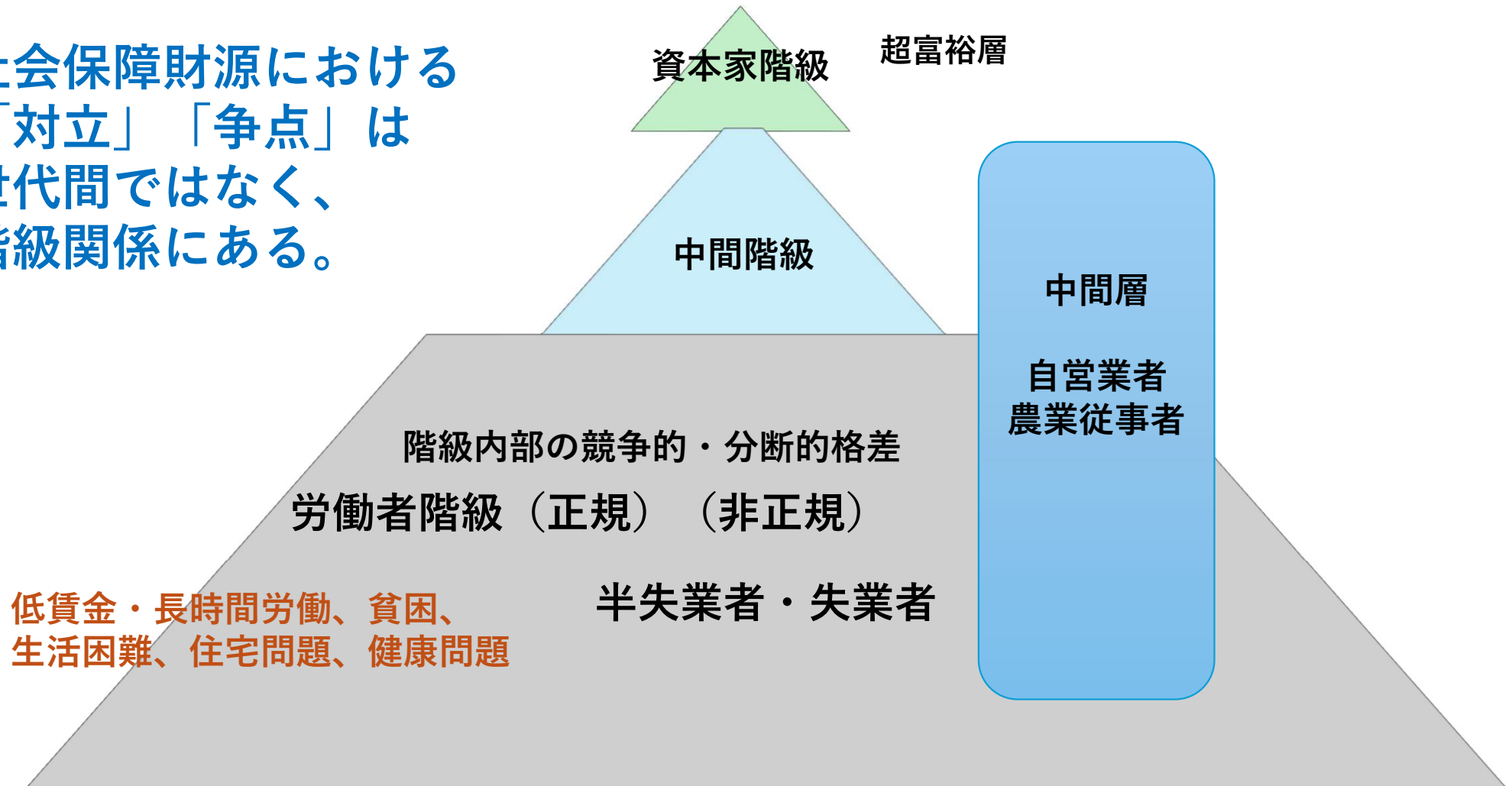
- 第12条 社会保障の実現に関する国・地方自治体の責務
- 第13条 社会保障施策の財政上の考慮への優越
- 第14条 社会保障制度実施に関する企業の社会的責務
- 第15条 社会保険料・保険税の**応能負担原則**
- 第16条 費用負担減免の権利
- 第17条 基礎的社会サービスの**利用料無料**
- 第18条 社会保険の社会保障制度的運用義務－**保険原理の制限**
- 第19条 提供主体の**非営利原則**
- 第20条 社会保障従事者の権利

日本の社会保障に欠けているもの（３）

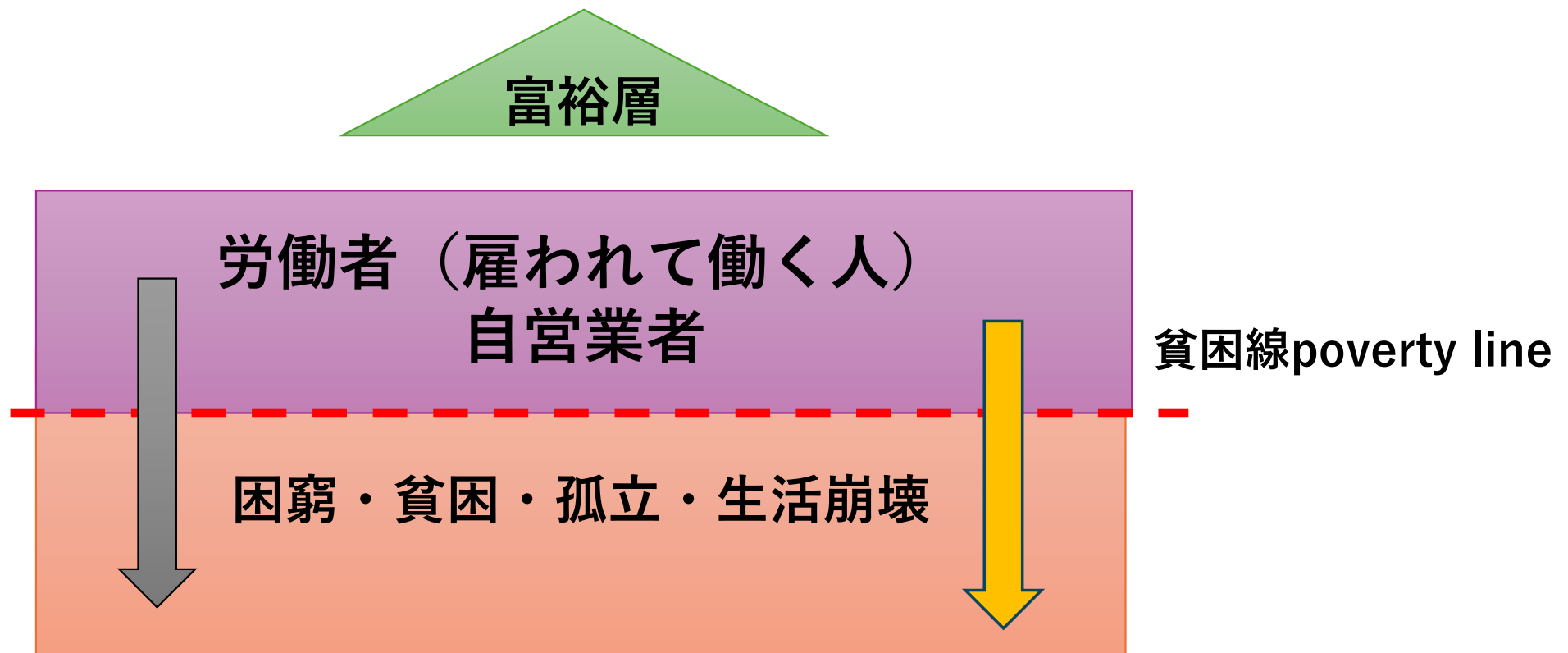
1. ジェンダー平等、まず個人の権利と生活を対象とする
 2. 地方自治、住民自治にもとづく政策制度
 3. 市民・当事者の制度運営への参加、要求の反映、政策決定過程への関与、これまでの政策の総括と反省のシステム
 4. 「権利としての社会保障」不可能な自己責任の押し付け
 5. 国民最低限ーナショナル・ミニマム
 6. 社会保険財政、社会保障財政の資本責任と国家責任
- <これらに基づき、社会保障をつくり、まともな生活に変える>

資本主義社会は階級社会である

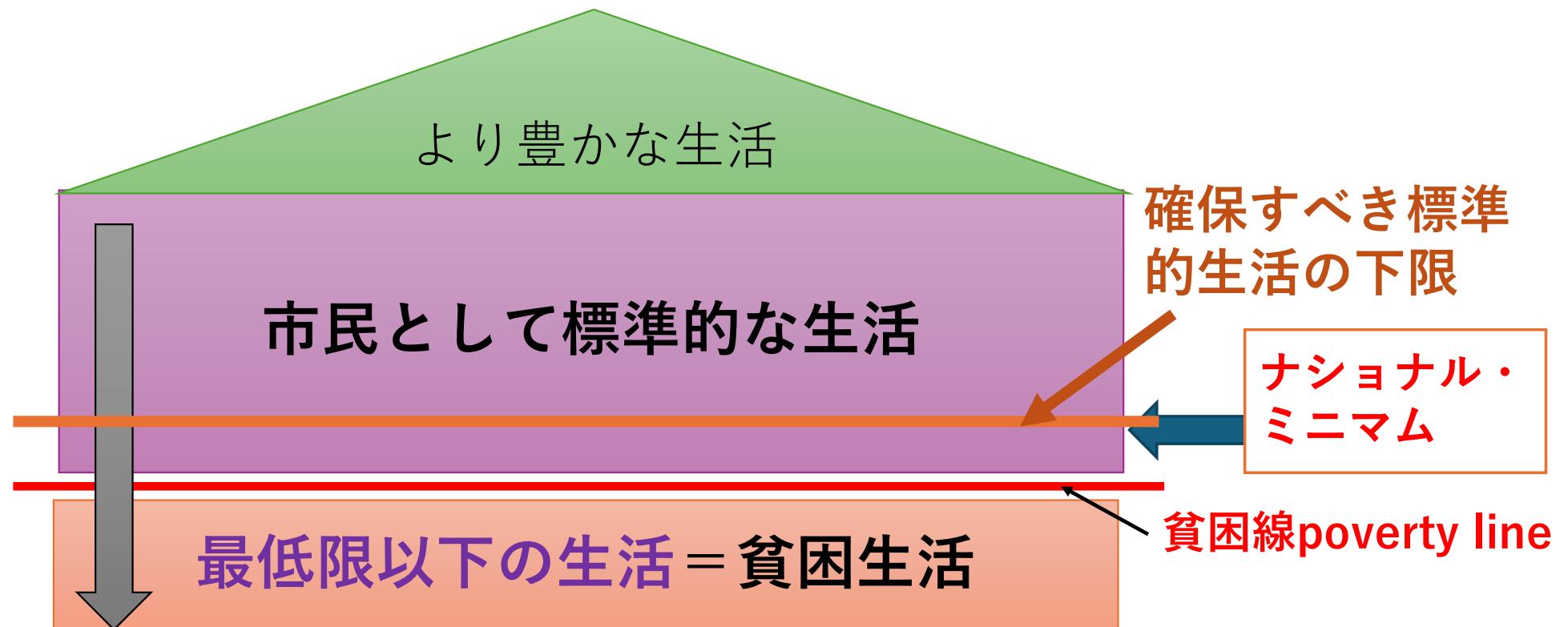
社会保障財源における
「対立」「争点」は
世代間ではなく、
階級関係にある。



国民最低限ナショナルミニマムがない社会
→ 貧困に容易に落ちていく階級社会



国民的最低限 = ナショナル・ミニマム
が存在し生活を守る社会（福祉国家政策）



高市自民+維新政権の 医療制度改革の本質はなにか

1. 地域の「医療の必要性」に立脚しない、欺瞞の「医療費削減・抑制」策の強行。社会保障を使った国民分断。
2. 社会保障の本質を歪めた「根拠」と欺瞞の負担軽減論
社会保険診療の削減・抑制→現役世代の保険料が下がる？
単純な「共助」財政イメージと世代間対立構図の押し出し
社会保障財政に対する国家責任（制度安定化、国民負担軽減、財政優先支出・所得再分配）の度外視、資本負担（大企業負担）・富裕層負担の必要性の隠蔽
3. 結局は全世代での負担強化と全世代型医療難民化政策

本来の社会保険財政

使用者（企業）の拠出

+

労働者の拠出（加入者）
（社会保険料）

+

国家、地方自治体の負担

☆社会保険財政の三者拠出

○加入者（個人）の保険料は収入からの徴収（標準報酬）

現状は不十分な**応能負担**

☆保険料の免除、減額、納付猶予の制度あり

○医療保険給付や労働保険給付は**必要に応じて給付**

○年金保険給付は、保険料納付総額による格差がある

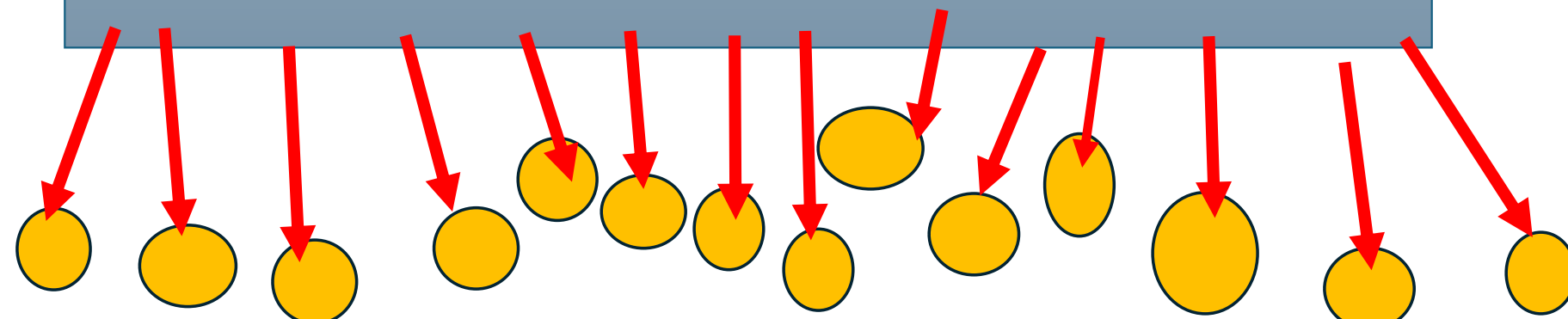
※民間保険との違い

加入者＝労働者
の社会保険料

雇用者・企業の
社会保険料

政府の負担

社会保険財政



給付対象と設定されているリスクに対する給付

医療の必要性ではなく、人口と高齢化、受診の実績だけでみた、将来予測

A：地域医療構想-[現状]病床機能報告→将来予測で機能と病床を削る

B:都道府県地域医療計画-当初、Aはこの一環とされたが、Aの構想がBを飲み込むことになった。

病床削減、外来規制、医師数抑制

医療制度改革の動向

1. 医療提供体制 病床規制→外来規制へ
医療機関の機能の上からの再編
2. 医療保険給付
3. 専門人材政策
4. 地方自治体（都道府県）に国の意向どおりの改革を実施させる手法
5. 医師などの政治団体の自民党への団体献金の弊害

地域医療解体・集中化―地域で住み続ける条件を奪う 1

1. 病床機能報告→外来機能報告、医療機関機能に展開した意味
- ①2015年の拙稿『安倍医療改革と皆保険体制の解体』で指摘
「病床機能報告は外来機能報告・外来規制に発展する」
「地域医療構想は、医療計画の上位になっていく。」
- ②病床削減―協議の場で検討し、下からのようにみえるが、
国家権力の巧みな誘導・追い込みによる、上からの地域の医療機関機能・役割の再編
- ③欠落している住民の医療社会問題の分析、住み続けられる地域づくりの観点（社会資本としての医療機関）

地域医療解体・集中化―地域で住み続ける条件を奪う 2

2. HDC型法人では問題解決しない→医療機関機能の明確化と

①急性期拠点機能の制限・地域撤退

②急性期拠点機能の病院－人口20万人～30万人に1機関

30万人超でも流失多・症例少の場合は1機関（2025-12-12）

急性期拠点機能病院がない二次医療圏が整理するのか―崩壊

③地域医療計画の弱点、地域医療構想の欠落

○住民の医療要求と生活の実態から評価した地域の医療機能の実態分析

○地域医療最低基準の設定－ミニマムとして医療提供

地域医療解体・集中化―地域で住み続ける条件をうばう 3

3. 今後の地域医療構想会議に市町を出席させる理由

①地域住民の医療要求を反映させるため…？

②基本的に「過剰論」にたっている厚生省、政府、自民・維新
医療機関過剰、医療給付過剰、医師過剰、救急過剰…

要支援に介護保険給付は過剰、施設給付過剰（自己負担増）

③医療を代替する地域の介護サービス・生活支援サービス

過剰の削減→サービスのシフト先としての市町村の生活支援サービス、住民共助への依存。が、長期展望はない。

医師・医療専門職の人材問題

- 医師確保－住民の医療の必要性＞医療需要から明確にする。
- 医師の偏在はあるが、その是正は専門職の社会的使命への励ましと共同、実践のなかでの成長保障システムにある。
- 医師の生活、人生の見通しをふまえた人材政策の必要性。
- 地域の公共人材の養成・確保・成長という観点からの総合的な人材政策。そのなかで医師・看護師・OT・PT・薬剤師など医療専門職人材の政策展望をつくるべき。
- 住民の労働・生活、家族、共同に向き合う医療専門職、福祉専門職、事務職、教育職員、自治体職員の発展
- 展望なき医療過剰論・共助依存症政府

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	○医療法改正（H26年公布） ・地域医療構想、病床機能報告制度の創設 ・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応 ・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応 ・非稼働病床の削減に向けた対応 ○通知：地域医療構想策定ガイドライン（H29.3.31局長通知）	○地域医療介護総合確保基金の創設 ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
H29	公立・公的医療機関等において、先行して対応方針の策定	○事務連絡：地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について（H29.9.29） ・適切な医療機能の報告 ○通知：地域医療構想の進め方について（H30.2.7課長通知） ・個別の医療機関ごとの対応方針のとりまとめ ・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理） ・非稼働病床を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等） ・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成	
H30		○医療法改正（地域医療構想の実現のため知事権限の追加） ・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応） ○通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策（H30.6.22課長通知） ・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等 ○通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入（H30.8.16課長通知） ・定量的基準の導入	
R1	公立・公的医療機関等の対応方針の再検証	○通知：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について（R2.1.17局長通知） ・公立・公的医療機関等の対応方針の再検証等の実施	
R2			○病床機能再編支援事業の開始 ○重点支援区域の開始
R3	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	○通知：地域医療構想の進め方について（R4.3.24局長通知） ・各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの実施 ・検討状況の定期的な公表	○医療介護総合確保法改正 ・再編計画の認定制度創設 ・病床機能再編支援事業基金化
R4	地域医療構想の進捗状況の検証	○告示：医療提供体制の確保に関する基本方針（R5.3.31一部改正） ○通知：地域医療構想の進め方について（R5.3.31課長通知） ・PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進	○再編検討区域の開始
R5	2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化	○通知：2025年に向けた地域医療構想の進め方について（R6.3.28局長通知） ・モデル推進区域及び推進区域を設定し、アウトリーチの伴走支援の実施 ・地域別の病床機能等の見える化 ・都道府県、医療機関の好事例や支援策の周知 ・都道府県等の取組に関するチェックリストの作成	
R6	2025年に向けた地域医療構想の推進	○通知：地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について（R6.7.31局長通知（R6.10.10一部改正））	○推進区域及びモデル推進区域の開始

新たな地域医療構想のとりまとめ (2024. 12.18)

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 - 総合周産期特定集中治療室管理料 - 新生児治療回復室入院医療管理料 - 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期一般入院料 1～6 - 特定機能病院入院基本料 (7:1、10:1) - 専門病院入院基本料 (7:1、10:1) - 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	- 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 - 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）	- 地域一般入院料 1～3 - 専門病院入院基本料 (13:1) - 有床診療所入院基本料 1、4 - 地域包括医療病棟入院料 - 小児入院医療管理料 4、5 - 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 - 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 - 特定一般病棟入院料 - 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能	- 療養病棟入院料 1～2 - 障害者施設等入院基本料 (7:1～15:1) - 有床診療所入院基本料 2、3、5、6 - 有床診療所療養病床入院基本料 - 特殊疾患入院医療管理料 - 特殊疾患病棟入院料 - 緩和ケア病棟入院料

急性期拠点機能の病院

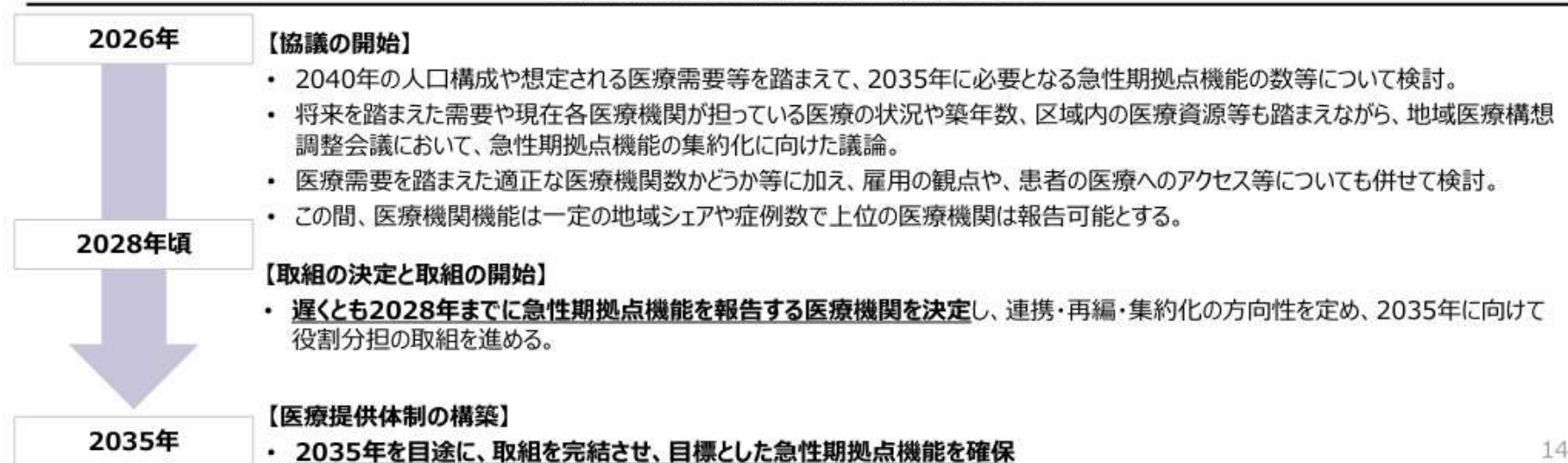
20万人～30万人に1、30万人超でも流失多・症例少は1
(2025-12-12、検討会で厚労省提出)
☆地域医療の崩壊を招く政策

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

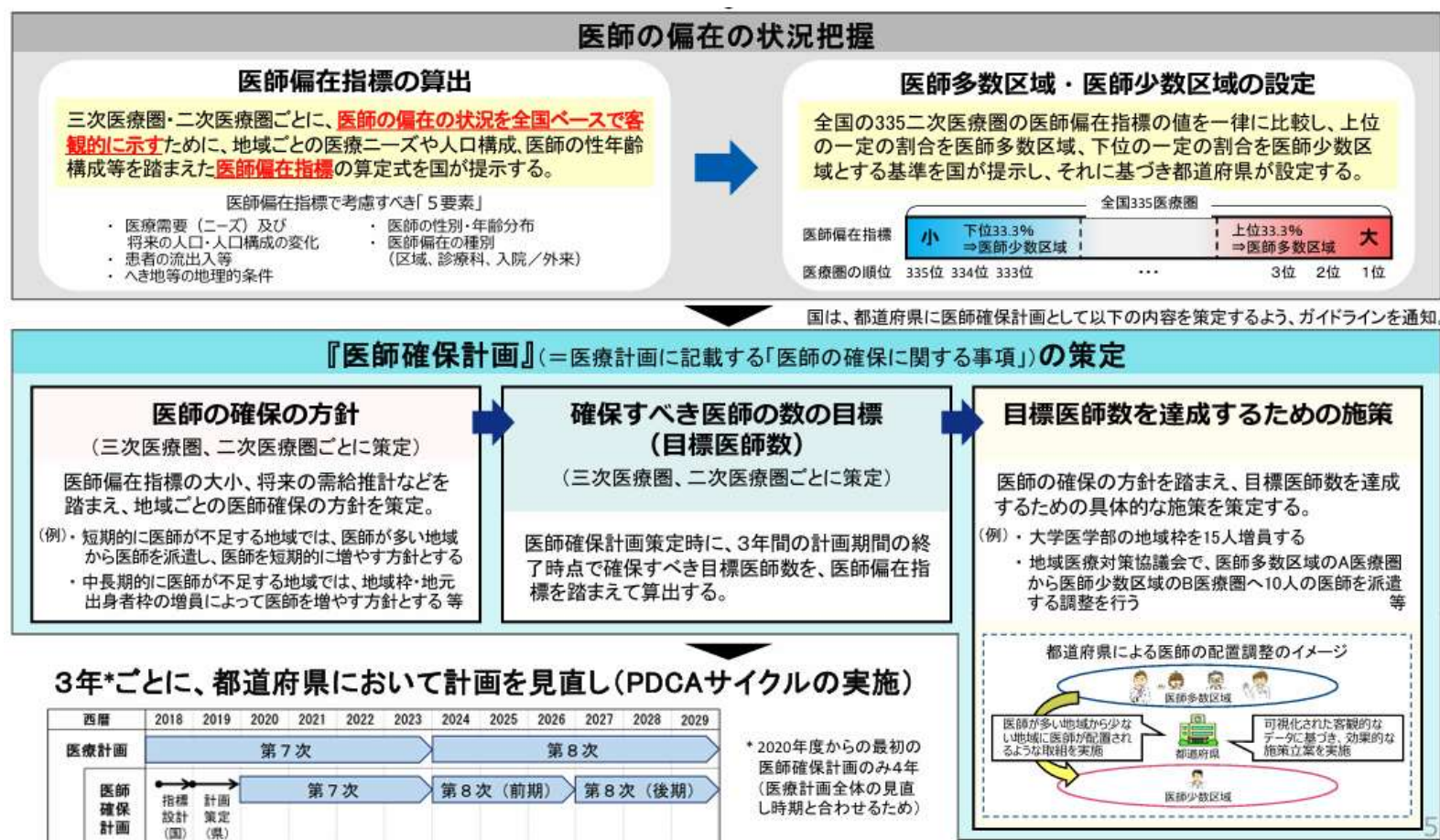
- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1－2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20－30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の医療機関削減の決定 2028年中→2035年 実現

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



医師確保計画を通じた医師偏在対策



外来医療計画

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 都道府県は、二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

*令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

2026-01-16 医療確保計画の見直しについて 外来医師「過多」区域の候補区域

○基準＝外来医師偏在指標「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位10％

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」 2025-12-25

○これらの意見を踏まえ、医療機関における必要な受診を確保しつつ、OTC医薬品で対応している患者とOTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者との公平性を確保する観点から、薬剤を保険適用としつつ、薬剤費の一部を保険給付の対象外とし、患者に「特別の料金」を求める新たな仕組みを、保険外併用療養費制度の中に創設すべきである。

○これらの意見を踏まえ、以下の者については特別の料金を徴収しない方向で検討を進めるべきである。

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、入院患者や処置等の一環OTC類似薬の処方が必要な方、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方

健康保険法の一部を改正する法律

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保

【健保法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他

【健保法、国保法、高確法等】

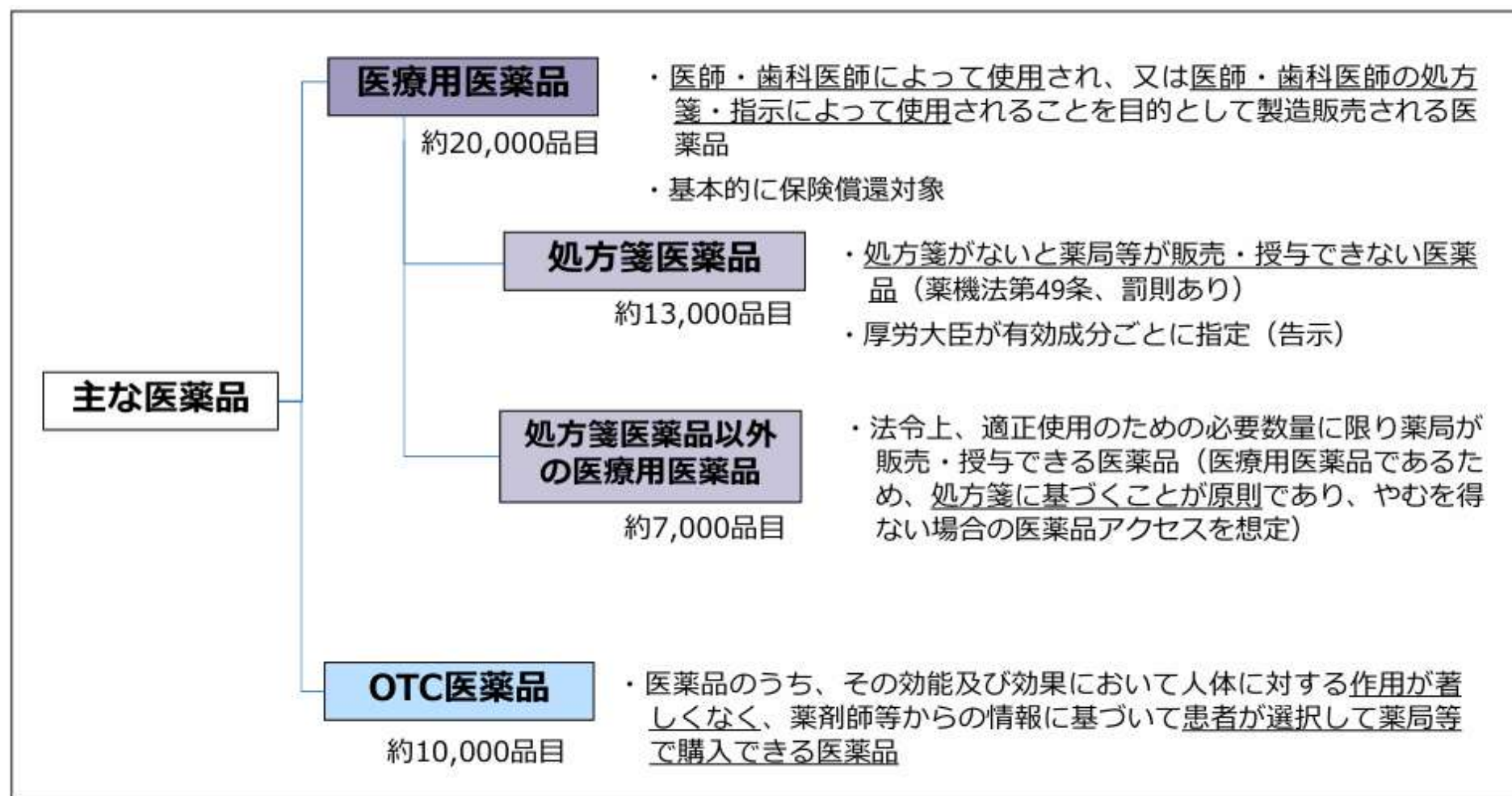
- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。

等

施行期日

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1①は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）



この法案、負担増できるのはotc類似薬ではなかった

2026年4月10日

保団連HP

健保法の根幹をゆるがす問題

OTC類似薬の負担増を含む健康保険法改正案で、薬剤だけでなく診察や処置、在宅医療なども保険給付から一部外すことが可能になっていることが分かりました。保団連が4月10日に行ったOTC類似薬の負担増に関する要請で、厚労省が答えました。健康保険法の根幹をゆるがす問題です。

「法文上は（負担増の仕組みを）拡大可能」

保団連は要請を前に、健保法の趣旨との矛盾や、被保険者の平等性などについて5つの事前質問をしました。

この中で、法律案要綱の第1の2「一部保険外療養の創設に関する事項」で、対象となる「その他の適正な医療の提供」について、健保法第63条1～5の診察、処置・手術、在宅療養・看護、入院・看護などが含まれるのか確認したところ、「法文上は含まれる」との回答でした。つまり、医薬品以外にも負担増の仕組みを拡大することが可能になっています。

5月29日、参議院本会議、健康保険法等改正案が可決成立 1

1. 公的医療保険の政策原則

必要充足、現物給付 / 混合診療の原則禁止

2. 「一部保険外療養」は、これらの破壊（健康保険法改正）
法第63条第2項第6号の条文

3. 4/15 衆議院厚生労働委員会 辰巳孝太郎議員（共産）

○OTC類似薬だけではなく、医師の診療が保険適用外になる規定ではないか？

○保険局長：現時点ではOTC類似薬以外を想定していない。

○辰巳議員：それは現時点での政策判断にすぎない。

5月29日、参議院本会議、健康保険法等改正案が可決成立 2

4. 5/21 参議院厚生労働委員会 白川容子議員（共産）

○白川議員：その他の療養の療養とは、薬剤だけではなく診察や処置など療養全般のことではないのか。条文解釈として明確に大臣からお答えください。

○上野大臣：その他の厚生労働大臣が定める療養とした上で、具体的療養の範囲は、厚生労働大臣が支払側診療側公益委員の三者から構成される中医協に諮問した上で告示で定める具体的な対象は告示で定め枠組みとするものであります。

○白川議員：法案の審議ですよ。条文解釈を示そうとしないのは、おかしい。条文上は、療養全般が含まれるということで答えた、と認識してよいか。

○保険局長：63条第2項第6号の規定ぶりをだけで申し上げれば、そういう読み方ができるというのは、認識のとおりであります。

※診察、薬剤・治療材料、処置・手術、在宅療養管理・看護、入院・看護も、いずれ「一部保険外療養」に入れられる可能性があるということ。

5月29日、参議院本会議、健康保険法等改正案が可決成立 3

5. 5月28日 参議院厚生労働委員会 小西洋之議員（立憲）

○小西議員：5月26日の私の質疑における健康保険法改正案第63条2項6号の一部保険外療養の条文解釈について、厚労省として整理したとのことで答弁を求る。

○保険局長：法第63条第2項第6号の「その他の療養」との文言だけで解釈すれば、薬剤に限定されない旨を答弁しましたが、今申し上げた議論の経緯、その状況も含めた立法目的、立法事実、同号の前段に代替性が特に高い薬剤を用いた療養と記載されていること、附則の検討規定は、OTC類似薬の諸状況を踏まえると規定されていることも踏まえれば、当該規定の趣旨としては、法第63条第1項第2号に規定する薬剤のみを対象としたものと解釈しております。

保険診療の解体ースイッチOTC、高額療養費改悪、必要充足原則の解体

①「スイッチOTC」の本質は、社会保険診療の解体・再編

☆厚労省の説明は、保険診療を否定し、悪質、たちが悪い。

✕市販薬での対応が基本→他の保険加入者に負担かけて（めいわくをかけて）給付すべきか？という全体主義発想、反人権。

②＜病気・ケガの自己判定困難性＞→容易に受診できる体制

③＜現物給付＞＜必要充足＞＝医療保険の根幹。これを破壊→すでに選定療養・評価療養で穴をあけてきたが、さらに拡大。

④医師の＜専門的裁量権＞の事実上の剥奪

医療費コントロール、医療経営統制の決め手

保険診療の解体ースイッチOTC、高額療養費改悪

- ⑤症状があっても、医療機関を受診しない、自費で市販薬を購入する人を讃える？！－医薬品の捉え方が転倒
- ⑥医療保険財政を共助説にもっていったって、制度維持を困難にする人として診療を受ける人、多くの診療を受ける人を描く。
- ✕配慮が必要な人？－配慮の基準は政策側の判断で今後、変える（改悪する）ことが可能。
- 配慮ではなく、医療を受ける権利の問題
- 医師の治療の必要性の判断と患者側の経済的条件のギャップを埋めるシステムが、本来の公的医療保険

住民の医療の必要性＞医療需要のギャップを分析しない医療費削減型医療政策の問題 1

1. 医療の必要性（具合が悪い、調子が悪い、不断と違う／自覚がない、病識がない）→受診しなければわからない。

①医療ニーズの「自己判定困難性」＝医師の診断

医療機関にアクセス→受診できなければ判断できない。

②医療の必要性＞医療需要のギャップの意味

受診実績（診療報酬データ）だけで、本当の住民の医療の必要性は判断できない。

受診したという医療需要・受診実績は、本当の医療の必要性より小さい。なぜか→

住民の医療の必要性＞医療需要のギャップを分析しない医療費削減型医療政策の問題2

2. 受診・医療機関へのアクセスを阻む要因

①医療費負担の重さ－受診しない、受診控え・治療中断

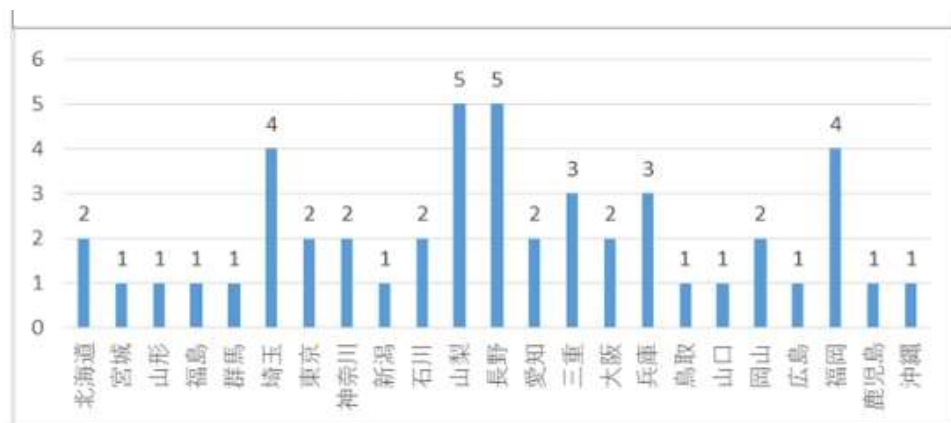
家計の医療費負担増大は「いのち」を脅かし、生きる権利を侵害する

②自然条件（地形、道路、気候）

③本人のアクセス能力＋体力・精神（意志・意欲）＋健康・障害＋生活の共同条件に規定される

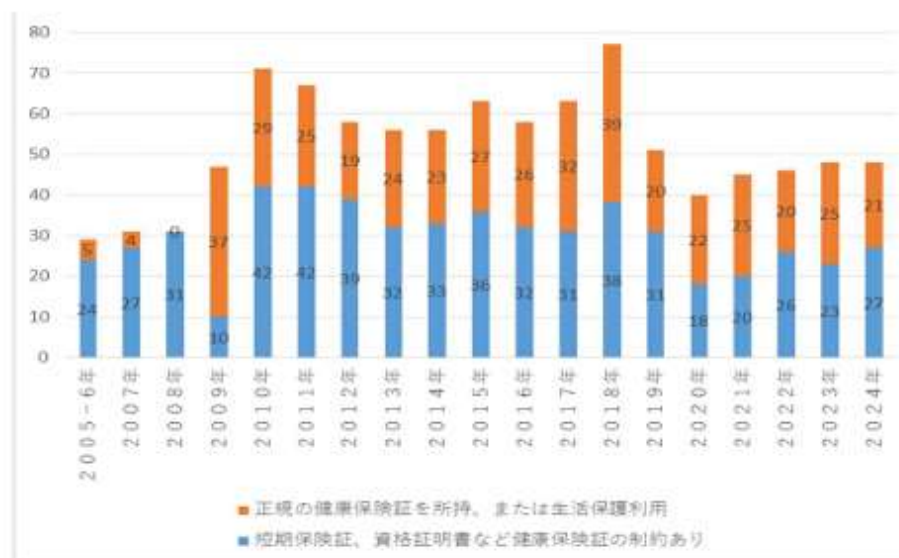
④労働と貧困－症状・自覚があるが、医療費負担、仕事の中断が「怖い」

民医連の手遅れ死亡事例調査の重要性・意義



23都道府県連 48事例

事例数の経年的推移



住民の医療の必要性＞医療需要のギャップを 分析しない医療費削減型医療政策の問題 3

3. 手遅れ死亡事例に限らず、障害、孤立、貧困、国籍、LGBTQ、家族崩壊・暴力など医療機関にかかれない人がいることを明らかにする社会調査の必要性

4. 皆保険だから医療機関にかかれず「ハズ」ではなく、医療保障を含む社会保障、労働政策が役割をはたさなければ、人々に医療は届かない。

5. 全世代における医療受診の阻害要因をつかみ、医療保障を共同で求める取り組みと社会運動が必要。

地域生活に絶対必要不可欠な社会資本としての地域医療 1

1. 憲法25条「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」

- ①生活がある状態・水準だけではなく、人間の「生」の活動から明確にとらえる重要性。
- ②人間の「生」の活動－働く、暮らす、学ぶ、考える、育てる、交流する、集う、共同する、担う、創造する、参加する、議論する、遊ぶ、スポーツする…さまざまな活動をしている人間に必要な保健（公衆衛生）と医療（医科と歯科）
- ③保健（公衆衛生）と医療、各種の社会保障給付が組み込まれて成立している現代の生活→社会資本、インフラストラクチャ

地域生活に絶対必要不可欠な社会資本としての地域医療 2

2. 人間の生活圏域と保健・医療、社会福祉の提供

①地域医療とは、

生活圏域での医療機関、福祉事業の配置

アクセスの保障（自己判定困難性の解決）

サービスの必要充足と個人に最適なサービス

②保健・医療、社会福祉の利用を阻害する要因の排除・解決

経済的問題、貧困、負担増、個人の条件、自然・地理条件

③専門人材の養成と確保

地域生活に絶対必要不可欠な社会資本としての地域医療 3

3. 住民（各世代）の「医療の必要性」と受診の実現のギャップの把握・調査

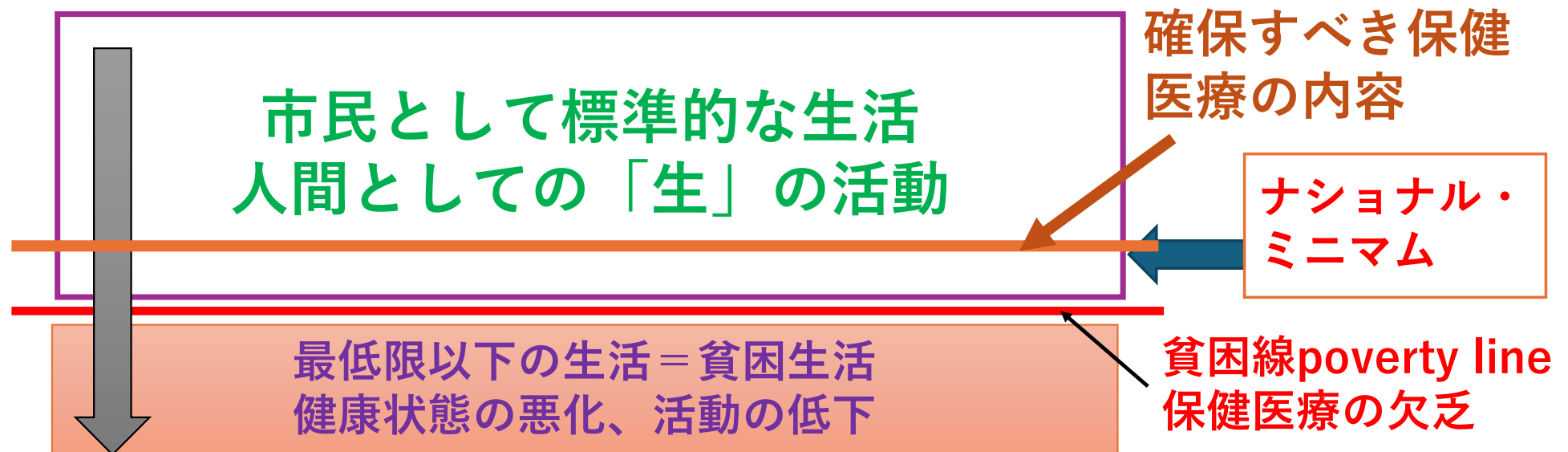
○世代間分断を乗り越える、医療要求の掘り起こし

4. 共同と対話、学習による社会保障の本質理解・対立点の理解と現政権の改革のとらえかた

→全世代型医療・福祉難民化政策

5. 対米従属・大企業優先の新自由主義改革にかわる「改革構想」「社会構想」と市民社会の視点

国民的最低限＝ナショナル・ミニマムの地域版
地域の保健・医療の整備



憲法の前文「平和的生存権」、9条 と社会保障

平和的生存権を前提に、戦争と諸国の人々の恐怖（戦争、暴力、軍事的対立・威嚇）と欠乏（貧困、社会的共同生活手段／社会資本（経済資本、社会関係資本、文化資本））を問題視し、その解決を志向する平和な社会で生きる権利と関連させて、社会保障を発展させる必要がある。

戦争できる国家 VS これからの社会保障

(追加)

社会保障運動が直面する課題 1

1. 政府がひろげる誤った社会保障財政論

☆本来の社会保障財源－資本負担、政府負担、国民負担

○すり替え→国民間の「助け合い」＝共助型財政論

○子育て支援金の社会保険料上乘せ徴収

介護、医療、障害者福祉、保育を「社会保険システム」に収斂？

○資本の財政負担と政府の財政負担→国民に責任転嫁

○給料からの社会保険料天引きが増える！

→給付削減、利用者負担増を容認する意識、とびついてしまう

○社会保険をめぐる分断

社会保障運動が直面する課題 2

2. 高すぎる社会保険料負担（健康保険、国民健康保険、年金保険料）と罰則主義

○「社会保障の切り捨てを許すな」が、ずっと落ちない

○応能負担原則の徹底（富裕層に求める負担）、企業負担＋国家負担の追求にもとづく、社会保険料負担軽減の世代間共闘

○社会保険料の未納・滞納による制度からの「排除」

未納・滞納実態についての把握と運動

○社会保険制度は、保険の仕組みを公的責任で修正して使用する政策手段 → 重要なのは目的

社会保障運動が直面する課題3

3. なにが社会的に保障されなければならないのか→＜基準＞

○ナショナル・ミニマ（国民最低限）の理解と合意

例）最低賃金と生活保護基準

「この水準以下の賃金と生活状態を強いられる人が、あってはならない。この水準以下の状態にある人には国家の責任で給付を行い救済する。この水準以下に生活が落ち込まないように、国家が法律の規制や給付を実施する。」→貧困・格差問題解決の鍵

○児童手当、年金制度（老齢、障害、遺族）－経済的給付

※では、医療や福祉でもNMの設定は可能か？

社会保障運動が直面する課題 4

(地域保健医療について)

4. 保健医療、社会福祉におけるナショナル・ミニマの設定

○「必要充足」、「普遍主義」、「無差別平等」の確立

○個人レベルでのこれらの確立

例) 医療機関へのアクセス、医師の診察・治療内容、負担軽減…

○地域＝生活圏域でのこれらの確立

例) 医療機関の配置（機能・役割別／患者の症状別）、在宅医療の提供、医師・看護師など人材の確保、アクセスの手段確保…

保健所と保健人材の地域再配置－感染症対策、健康学習、問題把握

○生活圏域での「必要充足」「必要不充足」を明確にする

社会保障運動が直面する課題 5

(運動の側での交流・対話・共同について)

5. すべての世代での労働と生活の土台としての社会保障

○どんな時も、「暮らす見通し」「生きる見通し」がもてる社会

○all自己責任、all自助を強制する社会→孤立と貧困の拡大

苦しい家計から抜け出られない

○なにもかも、自分の稼ぎが全ての社会からの脱却

☆＜賃金＋社会保障給付＞で暮らす生活様式をつくろう

○政治のありかた、国家のありかた→「新しい福祉国家」

○運動のなかでの各分野との交流・対話・共同

国の税収全体における所得税、法人税、消費税の税収額と
税収全体に対する割合（％）－国税庁資料より作成

税収全体	2000年 50兆7125億円	2021年 67兆0379億円	2022年 71兆1374億円	2023年 72兆0761億円	2024年 75兆2321億円 2000年より 24兆5196億円増	2025年 84兆2226億円 2000年より 33兆5101億円増
所得税収	18兆7800億円 35.6% ※税収全体に 占める割合	21兆3800億円 30.5%	22兆100億円 30.8%	21兆0400億円 29.1%	21兆2086億円 28.1% 2000年より 2兆4286億円増	25兆2,565億円 29.9% 2000年より 6兆4765億円増
法人税収	11兆7400億円 22.3%	13兆6400億円 19.5%	13兆7800億円 19.3%	14兆6000億円 20.1%	17兆9102億円 23.8% 2000年より 6兆1702億円増	21兆7,450億円 25.8% 2000年より 10兆0050億円増
消費税収	9兆8200億円 18.6%	21兆8800億円 31.3%	22兆1600億円 31.0%	23兆3800億円 32.4%	25兆0212億円 33.25% 2000年より 15兆2012億円増	26兆0278億円 30.9% 2000年より 16兆2078億円増

高市政権→展望なき生活と経済

1. 税制の歪み＝不公平・不平等、応能負担原則の緩和→大企業・富裕層有利の税制

2. 高市政権の軍事大国化・投資戦略では、円安、インフレ、長期金利上昇で日本経済をさらに衰退。

3. 高市政権は事実上のインフレ増税路線。社会保障切り下げ→全世代型負担増と全世代型医療・福祉難民化政策。生活の「必要の欠乏」をさらに悪化、勤労者の貧困化・不平等拡大。

4. 消費税減税、給付付き税額控除を実現できる政治力はない→社会保障国民会議の迷走

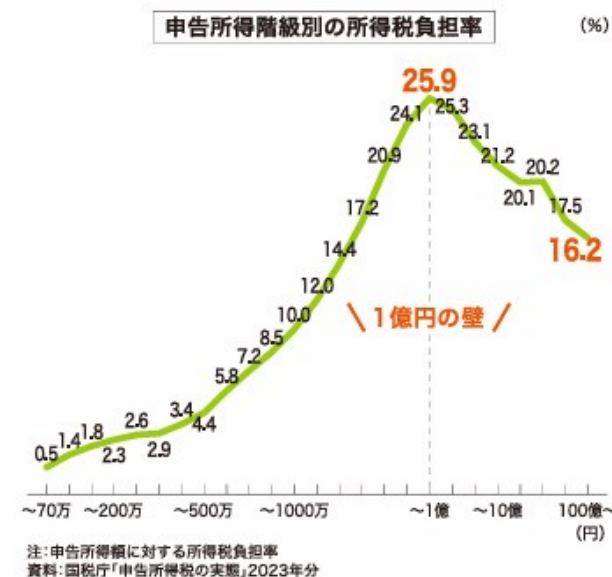
5. 「世界の真んなかで恥ずかしい」対米従属と「息苦しい政治」（国旗損壊罪、衆議院比例定数削減、皇室典範改悪…）そして戦争する国づくり

戦争する国とは若者を犠牲にする国

「2026年診療報酬改定 狙いと本質を読む」大阪歯科保険医協会、2026.4→



↑「人間らしく暮らせる賃金と労働時間短縮のために力をあわせよう」JCP、2025.2



分断を乗り越える全世代の選択とは

1. 社会的に容認できない貧困・格差をナショナル・ミニマムの確立で是正、平等→見通しが持てる、生活を再建できる社会へ

2. 生活の継続、生きる営みにおける「必要の欠乏」をとらえ、地域生活が持続できる政策をつくる→地域医療、福祉

※必要には、所得と消費・市場（商品）だけではなく、公共施策、社会保障給付を含む

3. すべての人にとって自立、生きる基盤としての社会保障

4. 応能負担原則、総合・累進課税、国内需要主導の経済活動を進める歳出・政府資産の見直し、適切な債務管理、財政政策・金融政策の自主権と国民の学習・参加の保障

5. 戦略をもつ平和国家と新しい福祉国家への転換