

第 215 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 8 年 9 月 11 日（金）
10 時 00 分～12 時 00 分
場 所：航空会館大ホール

（ 議 題 ）

1. OTC 類似薬の保険給付の見直しの実施について
2. 医療保険制度改革について

（ 配布資料 ）

資 料	1	OTC 類似薬の保険給付の見直しの実施について
資 料	2	次期医療保険制度改革に向けて
参 考 資 料		基礎資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	いわむら まさひこ ◎ 岩村 正彦	東京大学名誉教授
	うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
	のぐち はるこ ○ 野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
	はやし てつぺい 林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
臨 時 委 員	いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	小田原短期大学ライフデザイン総合学科特任教授
	おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
	かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
	きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
	きもり こくと 城守 国斗	日本医師会副会長
	さねまつ たかのり 實松 尊徳	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長
	しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
	そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
	たじま けんいち 田島 健一	全国町村会副会長・佐賀県白石町長
	なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
	にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
	はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
	ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会共同委員長
	まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
	よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
	よねかわ たかし 米川 孝	健康保険組合連合会副会長・専務理事
	わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長

(注) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

専 門 委 員	いしわた いさむ 石渡 勇	日本産婦人科医会会長
	かめい よしまさ 亀井 良政	日本産科婦人科学会常務理事
	におり ひなえ 新居 日南恵	NPO法人manma理事
	みやがわ ゆみこ 宮川 祐三子	日本助産師会理事
	あまの しんすけ 天野 慎介	全国がん患者団体連合会理事長
	おおぐろ ひろし 大黒 宏司	日本難病・疾病団体協議会代表理事
	たけかわ あつゆき 武川 篤之	日本アレルギー友の会理事長
	やまぐち いくこ 山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長

(注) 専門委員は、それぞれ「医療保険制度における出産に対する支援の強化に関する事項」、「OTC類似薬の一部保険外療養の実施に関する事項」のいずれかを専門事項とする。

OTC類似薬の保険給付の見直しの実施について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

OTC類似薬の保険給付の見直しの実施について

- 1 前回の医療保険部会における主なご意見
- 2 実施に向けた論点について
- 3 円滑な実施について

患者団体ヒアリング（令和 8 年 9 月 3 日実施）における主な意見

（文責：事務局）

（日本アレルギー友の会）

- アトピー性皮膚炎に対する保湿剤（ヘパリン類似物質・尿素）や、乾癬・掌蹠膿疱症等へのステロイド外用について別途の負担の対象外とされたことに感謝。
- アトピー性皮膚炎へのステロイド外用薬については、プロアクティブ療法が診療ガイドラインに明確に推奨されていることなどをふまえ、別途の負担の対象外とすべき。
- 保湿剤やステロイドについては、接触皮膚炎・皮脂欠乏性湿疹等を含む慢性・再発性の湿疹・皮膚炎群全般を別途の負担の対象外とすべき。
- OTC医薬品との代替性の判断は、診療実態と医学的・薬事的な観点から検討すべきではないか。
- OTC類似薬の見直しの検討においては、当事者である患者の声を適切に反映すること。

（ささえあい医療人権センターCOML）

- 医師が医療用医薬品とOTC医薬品の効能効果の違いを把握しているとは限らないため、別途の負担の対象の場合と対象外の場合を、医師が容易に判断できるようにすべき。
- 患者・国民への丁寧な説明のために、厚生労働省において医療機関や薬局が活用できる資材等を作成すべき。
- 医師によって判断のズレやばらつきが生じる可能性があるため、制度施行後に実態を検証すべき。
- 物価も高騰する中で受診控えにつながる可能性もあることから、別途の負担を薬剤料の4分の1から増やす場合は実態調査を行い、過度な患者負担にならないよう検討をするべき。

医療保険部会（令和8年9月3日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

<円滑な実施>

- パブリックコメントでも、電子カルテやレセプトコンピューターへの対応や、窓口トラブルに対する懸念など色々な意見があった。**現場・窓口における実務への影響に対して、丁寧な対応をお願いしたい。**
- 制度開始前に、**試験的な運用・結果検証を実施**し、現場でどのような影響がでるのか把握し、可能な限り負担軽減に繋げていただきたい。

<低所得者への配慮について>

- **個人の事情に1つ1つ対応することには限界があり、生活保護受給者にすることは妥当。**医療上の必要性という観点では、**他の制度で総合的にケアしていくべき。**
- 全額保険給付の対象外とする議論もあった中で、負担を**4分の1**にとどめていただいたことには感謝している。
- 所得はプライバシーであり、**医師が把握できる情報が検討**が必要。
- 生活保護ではないが、限られた年金生活で生活している方もおり、**必要な受診が妨げられていないかを検証**すべき。

<別途の負担を求めない者・療養（長期使用・プロアクティブ療法・指定難病患者）について>

- 提示された論点に沿って議論を進めていくことには**賛成**。
- プロアクティブ療法については皮膚科学会の診療ガイドラインにおいて既に推奨度1エビデンスレベルAとされており、計画的な間欠使用が位置づけられている。**当該療法によって長期使用が必要となるケースについても配慮が必要**だと考えている。
- **小児がん患者**は治癒を目指した強力な治療を経験し、晩期合併症が続く傾向にある。将来に向けて累積的な負担が増えることは明らかなので、配慮をお願いしたい。
- 指定難病の確認方法については窓口で混乱が生じないよう、**簡便で客観的に確認できる方法**を示していただきたい。

医療保険部会（令和8年9月3日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

<制度導入後の検証・影響分析について>

- 医療費抑制効果は限定的である一方、患者負担は大きい。**難病患者では数百円程度の負担増でも行動変容**につながる可能性がある
- 患者負担が家計や受診行動にどの程度影響するかが重要であり、**データによる検証が必要**である。
- **医療機関ごとに判断のずれや運用のばらつき**が生じていないか、**制度実施後に検証**することが必要。
- **所得階層ごとの受診抑制、服薬中断、重症化について検証**することが必要。
- 制度導入に伴う**処方シフトの有無を検証**し、意図しない処方変更が生じないように対応してほしい。

<その他>

- **販売後のスイッチOTCがすぐに対象医薬品になることには懸念**。リスクもあるので段階を踏んで対応すべき。
- 医師の負担だけでなく、**薬剤師の負担に対する配慮**についても検討してほしい。

OTC類似薬の保険給付の見直しの実施について

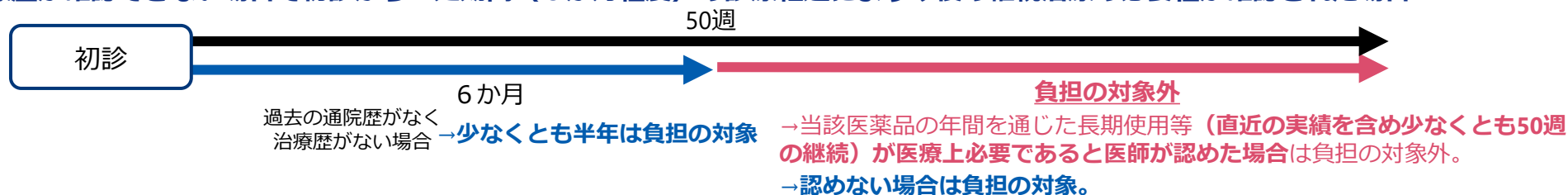
- 1 前回の医療保険部会における主なご意見
- 2 実施に向けた論点について
- 3 円滑な実施について

- 中間とりまとめに対するパブリックコメントや臨時委員、患者団体等からは、対象医薬品の範囲、別途の負担を求めない者・療養、医療現場の実務等について幅広い意見が寄せられた。
- これらの意見の多くについては、中間とりまとめにおいて示した基本的な考え方に基づき、既にその取扱いが整理されている。他方で、制度の施行に際し、医療現場が円滑に運用できる仕組みとなるよう、寄せられた意見のうち、その取扱いをさらに明確化する必要がある事項として、例えば、以下の3点を更に医療保険部会において議論してはどうか。
 - ① **長期使用**に係る50週の確認の現場負担、がん治療終了後の後遺症に対する薬物療法、周期的・反復的な処方等について意見が寄せられたことを踏まえ、「**1年という単位の中で、医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、当該対象医薬品の長期使用等が医療上必要である場合**」の具体的な適用例の明確化について。
 - ② ステロイド外用薬は急性増悪時の短期使用が中心である一方で、アトピー性皮膚炎に対するステロイド外用薬の**プロアクティブ療法**は、診療ガイドラインに位置づけられた計画的な間欠使用であることを踏まえ、**長期使用等の例外としてどのように整理するか**。
 - ③ **指定難病患者等**について、登録者証等の普及状況や医療現場の確認負担を踏まえ、患者が提示する書類により、**医療機関が簡便かつ客観的に確認できる方法**をどのように整備するか。
- 検討に当たっては、引き続き必要な医療を確保するという観点に加え、以下の点を踏まえることとしてはどうか。
 - ・ 医療機関及び薬局における確認・判断が過度に複雑にならないこと
 - ・ 医師又は医療機関による判断のばらつきを抑え、患者にとって負担の納得感が得られるようにすること
 - ・ 他の別途の負担を求めない者・療養との間に、制度上の大きな不均衡が生じないこと

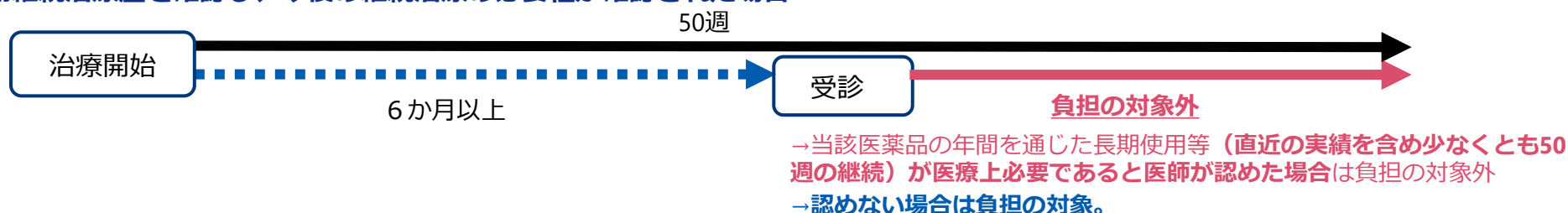
論点①「1年という単位の中で、医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、当該対象医薬品の長期使用等が医療上必要である場合」の具体的な取扱い

- 長期使用の配慮については、現場負担やがん治療終了後の後遺症に対する薬物療法、周期的・反復的な処方等における取扱いについて意見が寄せられており、全国がん患者団体連合会からは「**処方日数（50週）の基準のみで判断せず、治療歴との関連、臓器機能、医師の管理下にあること、代替可能性等を総合的に考慮すべき**」との意見があった。
- この点については、中間とりまとめにおいて、症状が季節や環境要因によらず持続しており、医師の管理下で継続的な治療が行われている状態を客観的に把握する基準として「**症状の持続と治療の継続性について、1）少なくとも半年間の当該医薬品の使用の継続が確認され、2）当該医薬品の年間を通じた長期使用等（直近の実績を含め少なくとも50週の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態**」である場合に別途の負担の対象外とすると整理されており、**年間おおむね50週という客観的な目安は維持しつつ、50週分の処方実績を一律に求めるのではなく、少なくとも6か月程度の使用実績と、その後も年間を通じた使用が必要であるとの医師の医学的判断を組み合わせることで確認する取扱いとして明確化**してはどうかとしている。
- また、これらの意見を踏まえ、長期使用の確認に当たっては、医師が過去の処方歴を網羅的に確認することを求めるものではなく、診療情報提供書、薬剤情報、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、**診療時に患者が示す把握可能な情報**を活用して、**過去の診療経過又は処方歴を確認することで足りる**ことを明確化してはどうか。

①治療歴が確認できない場合で初診から一定期間（6か月程度）の診療経過により今後の継続治療の必要性が確認された場合



②長期継続治療歴を確認し、今後の継続治療の必要性が確認された場合



論点② ステロイド外用薬のプロアクティブ療法の整理について

- パブリックコメントで「プロアクティブ療法（ステロイド外用薬）の使用の場合、対象外とすべき」と意見があった。
- アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024においては、プロアクティブ療法（週2回を間欠的に継続して使う療法）はガイドラインにおける急性期以降の有効性があると位置づけられている。再燃予防のため計画的・継続的に行われる治療であることから、アトピー性皮膚炎に対して、**プロアクティブ療法として通年にわたり定期的にステロイド外用薬を使用する場合は、別途の負担の対象外**としてはどうか。

※ **プロアクティブ療法**：再燃を繰り返す皮疹に対して、急性期の治療によって寛解導入した後に、保湿外用薬によるスキンケアに加え、ステロイド外用薬やタクロリムス外用薬を間歇的に（週2回など）塗布し、寛解状態を維持する治療法。

（別途の負担の対象となる例）

- ・プロアクティブ療法として一定期間（例：6か月間）間欠的に使用した後、中止した場合
- ・症状が出現した場合にのみ使用するリアクティブ療法

(参考) ステロイド外用薬のプロアクティブ療法

○アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2024

- ・プロアクティブ療法は、再燃を繰り返す皮疹に対して、急性期の治療によって寛解導入した後に、保湿外用薬によるスキンケアに加え、ステロイド外用薬やタクロリムス外用薬を間歇的に（週2回など）塗布し、寛解状態を維持する治療法である。
- ・副作用の発現についても注意深い観察が必要であり、プロアクティブ療法は、アトピー性皮膚炎の皮膚症状の評価に精通した医師自身か、皮膚症状の評価に精通した医師と連携することにより行われることが望ましい。

○医師調査 (Kaneko S, et al. J Cutan Immunol Allergy, 2024)

- ・日本の皮膚科医243名を対象に調査
- ・寛解維持期にプロアクティブ療法を実施している医師は90%以上
- ・一方で、寛解後の塗布部位は、炎症部位のみ：52.6%、周囲にも塗布：24.0%、特に指示なし等：23.4%
- ・治療終了基準を設定している医師は43%（97名）
- ・**重症例・難治例では66.3%の医師が終了基準を定めていなかった**
- ・**継続期間の中央値は6か月**だが、期間設定には一定の傾向はみられなかった

○患者調査 (Murota H, et al. Dermatol Ther(Heidelb), 2026)

- ・アトピー性皮膚炎患者626名を対象に調査
- ・湿疹改善後の医師からの指示は
中止（リアクティブ治療）：42.3%（265名）、継続（プロアクティブ療法）：34.2%（214名）、特に指示なし：17.6%（110名）、その他・記憶なし：5.9%（37名）
- ・**ガイドライン上のプロアクティブ療法に該当する患者は5.3%（33名）**
- ・治療アドヒアランスは比較的良好で、多くの項目で60%以上

CQ11：再燃を繰り返すアトピー性皮膚炎の湿疹病変の寛解維持にプロアクティブ療法は有用か

推奨度	エビデンスレベル	推奨文
1	A	<u>プロアクティブ療法は、湿疹病変の寛解維持に有用かつ比較的安全性の高い治療法である。</u>

解説：プロアクティブ療法は、急性期の治療で炎症のない状態にまで改善した皮膚に、ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏を週2回程度塗布し、皮膚炎の再燃を予防する治療法で、再燃回数を減らす方策として行われることが増えている。13件のRCT^{403-407, 434-441}と1件のシステマティックレビュー¹⁶⁷において、プロアクティブ療法が寛解維持に有用であることが示されており、エビデンスレベルはAである。プロアクティブ療法は、ステロイド外用薬、タクロリムス軟膏を問わず、皮膚の再燃予防には有用である。安全性に関しても、ステロイドは20週間、タクロリムスは1年間までの観察期間においては、多くの報告が基剤の外用と比べて有害事象の有意な差は無いとしており、比較的安全性の高い治療法であると考えられる。ただし、プロ

アクティブ療法の安全性について、それ以上の期間での検討がなされておらず、副作用の発現については注意深い観察が必要である。小児のアトピー性皮膚炎患者を対象として、プロピオン酸酪酸ベタメタゾンで治療した後の維持療法として、ステロイド外用薬のランクダウンを行った患者と外用薬は変更せずに週に2回のプロアクティブ療法を比較した試験では、統計的な有意差は無かったものの皮膚炎の再発率はプロアクティブ群で低かった⁴⁰⁸。

プロアクティブ療法は皮膚炎が十分に改善していない症例に対する治療法ではないことにも注意しなくてはならない。さらに、必要塗布範囲、連日投与から間欠塗布への移行時期、終了時期等については個々の症例に応じた対応が必要であるため、アトピー性皮膚炎

出典：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2024. 日皮会誌: 134(11), 2741-2843, 2024. 2802ページより。

患者調査

① 医師アンケート（実施する側）Frontiers Publishing Partnerships | Physicians' perspectives and practice in atopic dermatitis manag...
2024年の日本の皮膚科医を対象とした調査では、90%以上の医師がプロアクティブ療法を実施していると回答。平均6ヶ月だが、期間はばらつきがあるため一貫性がないと。

② 患者調査（実際の運用）Survey on the Actual Use of Topical Anti-Inflammatory Drugs Among Patients with Atopic Dermatitis - ...Survey on the Actual Use of Topical Anti-Inflammatory Drugs Among Patients with Atopic Dermatitis - ...
2025年に公表された日本の実態調査では、626名のアトピー性皮膚炎患者を解析した結果、

- 42.3%：湿疹が良くなったら中止する（リアクティブ療法）
- 34.2%：改善後もしばらく継続するよう指示
- 17.6%：特に指示なし

改善後もしばらく継続するよう指示を受けた患者のうち、ガイドライン上のプロアクティブ療法（週1～2回程度の間欠外用）に該当すると考えられる患者は**約5.3%**

出典
①Physicians' perspectives and practice in atopic dermatitis management: a cross-sectional online survey in Japan。
②Survey on the Actual Use of Topical Anti-Inflammatory Drugs Among Patients with Atopic Dermatitis

Actual treatment situation		
N = 626(%)		
Question 1: Have you been instructed by your doctor, nurse pharmacist, etc., to apply anti-inflammatory ointments (other than moisturisers such as steroid ointments/creams/lotions, tacrolimus and delgocitinib ointments) only when eczema is present and to stop when it gets better?		
(i) Yes (instructed to stop when eczema improves)	265	(42.3)
(ii) No (They are instructed not to stop immediately but to continue for a while)	214	(34.2)
None of these apply	27	(4.3)
No specific instructions	110	(17.6)
I don't know	10	(1.6)
(Only for those who answered (ii) above)		
Question 2: What instructions have you received from your doctor, nurse, pharmacist, etc., regarding the frequency of application of anti-inflammatory ointments (other than moisturisers such as steroid ointments/creams/lotions, tacrolimus and delgocitinib ointments)? (When skin symptoms (e.g. eczema) have calmed down: remission maintenance phase)		
Twice a day	73	(11.7)
Once a day	75	(12.0)
Once every two days	10	(1.6)
Once every three days	9	(1.4)
Twice a week	6	(1.0)
Once a week	8	(1.3)
Other	2	(0.3)
No need to apply	11	(1.8)
No specific instructions	17	(2.7)
Unknown	3	(0.5)

論点③ 指定難病患者等を客観的に確認できる方法

- 「指定難病又は指定難病に付随して発生する傷病に係る治療」を別途の負担の対象外とする場合においては、中間とりまとめにおいて、**特定医療費（指定難病）受給者証又は登録者証を確認できた場合**に、別途の負担の対象外とすることを想定している。

※ 指定難病の患者のうち、一定の重症度基準を満たす者又は軽症であっても高額な医療を継続して必要とする者には、医療費助成の対象として受給者証が交付される。一方で、登録者証は、医療費助成の対象となるか否かにかかわらず、指定難病の患者の申請に応じて交付される。

- 他方、難病法に基づく登録者証は近年開始された制度であり、現在登録者証を所持していない患者が**申請を行う場合には、発行までに一定の期間を要する**。このため、施行時点において、指定難病患者であっても登録者証を所持しておらず、別途の負担の対象外であることを確認できない場合が一定程度生じる可能性がある。

- このため、指定難病患者であることは、特定医療費（指定難病）受給者証又は登録者証により確認することを基本としつつ、**令和9年度末までの時限措置として**、これらを所持していない場合には、登録者証等の申請に用いる臨床調査個人票など、**指定難病患者であることを確認できる書類による代替を認めてはどうか**。なお、時限措置終了後は、受給者証又は登録者証による確認のみとする。

- **代替確認に用いる客観的書類は**、一般的に登録者証の申請に際して自治体が確認書類として用いているもの（**診断基準は満たすが重症度基準を満たさないこと等を理由とする不認定通知書、臨床調査個人票（写しを含む）**）としてどうか。

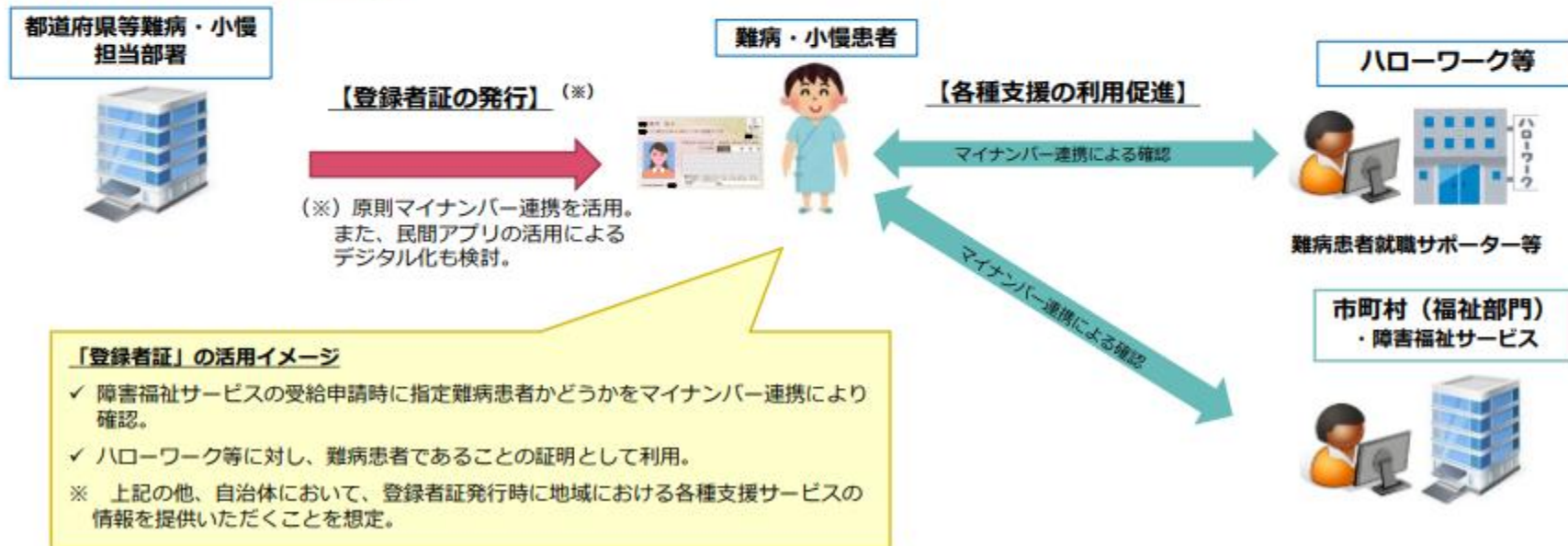
※ 小児慢性特定疾病の医療費助成は原則18歳未満を対象とし、18歳に到達後も引き続き治療が必要と認められる場合に限り、20歳未満の者を含むとされていることから、「こども」に該当しない18歳から20歳未満の方の別途の負担の対象外の確認方法については、医療費助成の受給者証又は登録者証での確認を基本とする。

「登録者証」発行事業の創設 (令和6年4月1日施行)

改正の概要

- 難病法及び児童福祉法の改正により、福祉、就労等の各種支援を円滑に利用できるようにするため、都道府県等が患者の申請に基づき指定難病に罹患していること等を確認し、「登録者証」を発行する事業が創設された。

登録者証の活用イメージ



OTC類似薬の保険給付の見直しの実施について

- 1 前回の医療保険部会における主なご意見
- 2 実施に向けた論点について
- 3 制度の円滑な実施について

医療現場における円滑な制度運用に向けた対応（案）

- ・ 制度開始までに、電子カルテを使用する医療機関と紙カルテを使用する医療機関の双方において、全国共通の基準により負担が過度なものとならずに別途の負担の対象・対象外を判断できる環境の整備に努める。

電子カルテを使用する医療機関

- 電子カルテを使用する医療機関において、制度開始までに本制度の円滑な運用の環境整備がなされるよう、厚生労働省において、対象医薬品に係る薬剤コード、医療用医薬品とOTC医薬品の効能・効果に対応しない傷病名の一覧、レセプトに記載する別途の負担を求めない理由の標準例等の電子カルテ及びレセプトコンピュータのベンダー等の改修に資する情報を国が公表する。
- これにより、対象医薬品が処方された場合に、電子カルテ・レセコンにおいて、年齢や国の公費負担医療の資格、傷病名その他の確認可能な情報を参照し、別途の負担の対象外となる可能性を表示するとともに、効能・効果に対応しない場合や、別途の負担を求めない者・療養に該当する場合には、その理由を選択できるようにするなど、医師の負担を軽減する仕組みをベンダー各社が構築できるよう、国による必要な情報提供に努める。
- なお、がん、指定難病、長期使用等の医学的判断を要する事項については、電子カルテ・レセコンで自動的に最終判定するものではなく、システムが確認に必要な情報や選択肢を提示し、診療を踏まえて医師が最終的に判断することが基本である。

紙カルテを使用する医療機関

- 紙カルテ等を使用する医療機関においても、制度開始までに本制度の円滑な運用の環境整備がなされるよう、厚生労働省において、対象医薬品に係る薬剤コード、医療用医薬品とOTC医薬品の効能・効果に対応しない傷病名の一覧、レセプトに記載する別途の負担を求めない理由の標準例等のレセプトコンピュータのベンダー等の改修に資する情報を国が公表する。
- 併せて、診察時に別途の負担の対象・対象外かが判断できるよう、①処方する医薬品が対象成分に該当し、効能・効果と対応するか、②患者又は療養が別途の負担を求めない要件に該当するかを順に確認できる、**簡易なチェックシートを厚生労働省において作成してはどうか**。一覧表及びチェックシートについては、医療機関が紙で印刷して診察室や受付等に備え付けることができる形式とする。

共通の対応

- 電子カルテ等のシステム対応及び紙カルテ向けの一覧表・チェックシートについては、制度開始前に医療機関、薬局及びシステムベンダーに提供し、十分な準備期間を確保する。
- また、全国共通のQ&A、具体的な事例、処方箋及びレセプトへの記載方法、患者説明用資料等も厚生労働省において順次作成・公表し、医療機関又は医師による判断のばらつきをできる限り抑え、患者にとっても負担の有無が分かりやすい運用とすることを努める。

医療現場における円滑な制度運用に向けた対応（案）

中間とりまとめにおいては、現場での判断に資する考え方の具体化を行っているところ。今後、中間とりまとめで示した考え方を踏まえつつ、**具体的な事例や判断の考え方を可能な限り明確化するとともに、医療現場への周知を図ることにより、医師又は医療機関による判断のばらつきを抑え、全国で統一的な運用がなされるよう取り組んでいく。**

「がん治療中」の考え方の例

「がん治療中」に該当する場合	・ 外来にて抗がん剤等の薬物療法を継続的に受けている場合 ・ 病理検査等によりがんと診断され、術前化学療法又は手術に向けた診療計画が既に決定されている場合
「がん又はその治療に関連して生じた状態」に該当する場合	・ がん治療薬の副作用の支持療法（便秘、口内炎、皮膚障害等）を受けている場合 ・ がん治療に伴う好中球減少期の発熱、感染疑いの場合に使用するかぜ薬、解熱鎮痛剤を処方する場合 ・ 緩和ケア治療を受けている場合
「がん治療中」に該当しない場合	・ 過去にがんの診断歴はあるが、現在は再発なく、定期受診のみ継続している場合 ・ がん術後で、定期的な画像検査等による経過観察を受けているものの、当該がんに対する薬物療法等の治療行為は終了している場合 ・ がんの疑い・再発疑いで精査中の場合 ・ 前がん病変の状態でがんの診断ではない場合
「がん又はその治療に関連して生じた状態」に該当しない場合	・ がん治療中だが、がん治療との関連が薄い症状（花粉症、水虫、齲歯等）の場合 ・ がん治療中だが、がん治療に伴わない一般的な症状（便秘、風邪、腰痛等）の場合

（参考）既存の公費負担医療の事例

○ 自立支援医療(精神通院医療)

例えば、東京都においては精神通院医療では、対象範囲を「精神障害」だけでなく、精神障害の治療に関連して生じた病態や、精神障害の症状に起因して生じた病態まで含める形で整理している。感染症、慢性の感染症、新生物、薬物副作用によらないアレルギー、筋骨格系疾患は、一般的には精神障害に起因するものと考えがたいと整理されている。

質問	回答
胃薬を処方する場合は公費として認められるか。	精神障害の治療薬の副作用のための処方であれば公費の対象となります。
花粉症に対する治療は公費の対象か。	花粉症は、精神障害に起因して生じた病態とはいえないので公費の対象なりません。
下剤は公費の対象になるか	原則は認められませんが、「精神疾患の治療によって生じた病態を治療する」目的であり、医師が必要と認めたものであれば、認められる可能性があります。

※東京都自立支援医療（精神通院医療）のHPより

○ 指定難病

例えば、横浜市においては指定難病及び当該指定難病に付随して発症する傷病とされている。認定されている疾病及び付随して発生する傷病以外の治療（風邪や虫歯等）にかかった医療費や薬代は給付の対象外とされている。

※横浜市特定医療費（指定難病）助成制度【制度の概要やお知らせなど】のHPより

○ 結核医療

例えば、神戸市においては結核公費負担の対象となるものは抗結核薬、結核菌検査等に限定されている。抗結核薬の副作用対応としてのビタミンB6や抗アレルギー薬は公費対象外と整理されている。

※神戸市結核の公費負担請求（感染症法第37条の2）のHPより

参考資料

患者団体ヒアリング（令和8年8月27日実施）における主な意見

（文責：事務局）

（全国がん患者団体連合会）

- 2025年11月の乳がん患者の事例を踏まえて、がんの緩和ケア中は別途の負担対象外と整理していただき、感謝。
- がん治療が終了した後に、短期・中期的・間欠的な使用が必要となりうるケースがあるため、どう考えるか。その際に処方日数（50週）の基準のみで判断せず、治療歴との関連、臓器機能、医師の管理下にあること、代替可能性などを総合的に考慮するべき。
- 今後対象成分を拡大する際は、小児がん経験者への累積的な影響を事前に検証すべき。

（一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会）

- 別途の負担の対象外に指定難病および小児慢性特定疾病の患者が明記されたことや指定難病の登録証で確認する運用は重要な一歩である。
- 「指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病」の基準が明確ではないため、医療機関や医師によって別途の負担の対象外とする判断が異ならないようにする必要すべき。
- 指定難病に該当するかの判断は、受給者証及び登録者証に限定せず、カルテ等の記載など患者や医療機関が保有している書類で代替できるようにすべき。
- 指定難病患者が年間常に服用していなくても、頓服薬・予備薬として処方されている医薬品は、医療上の必要性を十分に考慮して、長期使用等の対象に加えるべき。
- 「指定難病および当該指定難病に付随して発生する傷病」に限って別途負担を求めないのではなく、難病患者そのものを別途負担の対象外として位置付け、必要な医療全体に配慮すべき。

医療保険部会（令和8年8月27日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

＜中間とりまとめについて＞

- 中間とりまとめは丁寧に整理されていると考えており、議論の進め方に異論はない。
- 別途の負担を求めない処置等の一環で処方される場合を一定配慮をいただいたことは感謝。しかし、歯科治療が多様化していることを踏まえ、患者や現場が理解できるよう、運用面について十分に周知しつつ、検討を進めていただきたい。

＜円滑な実施について＞

- 国民にとって分かりやすい制度になるよう、具体的かつ分かりやすく基準を示し、周知徹底するべき。
- 国民に向けた国の広報は重要であり、資材を作成し提供するなどの取組をすべき。
- 現場の負担が最小限になるよう、電子カルテやレセコン等のシステム構築を進めるだけでなく、紙カルテを使用している医療機関への配慮もするべき。
- 制度施行前の運用の検証を検討するべき。
- 本制度の施行による患者の自己負担がどれくらい増えるのか、患者像ごとに具体的に示すべき。
- 本制度の施行による保険財政への影響を示すべき。
- 生活保護受給者以外の低所得者についても、高額療養費の見直しによる負担増などもあるなかで、負担能力に配慮する必要があるのではないか。
- 本制度の施行により自己判断でOTC医薬品を使用する方が増える可能性がある。健康教育の推進やセルフメディケーションに対する普及活動も必要。

医療保険部会（令和8年8月27日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

＜施行後の見直しについて＞

- 現時点では本制度の施行による経済効果が薄いと言わざるを得ず、給付の抑制を目的とするのであれば、**制度の対象医薬品の拡大などを検討すべき**。
- こどもを一律に別途の負担の対象外にすることは公平性の観点から問題ではないか。非効率的な医療利用が減らないという問題もある。**長期的にはこどもへの配慮の在り方も検討していくべき**。
- 受診抑制により短期的に医療費が減っても、重症化等で中長期的な医療費が増える可能性があるため、**制度施行後の実態把握と検証を制度に組み込むべき**。

中医協総会（令和8年8月26日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

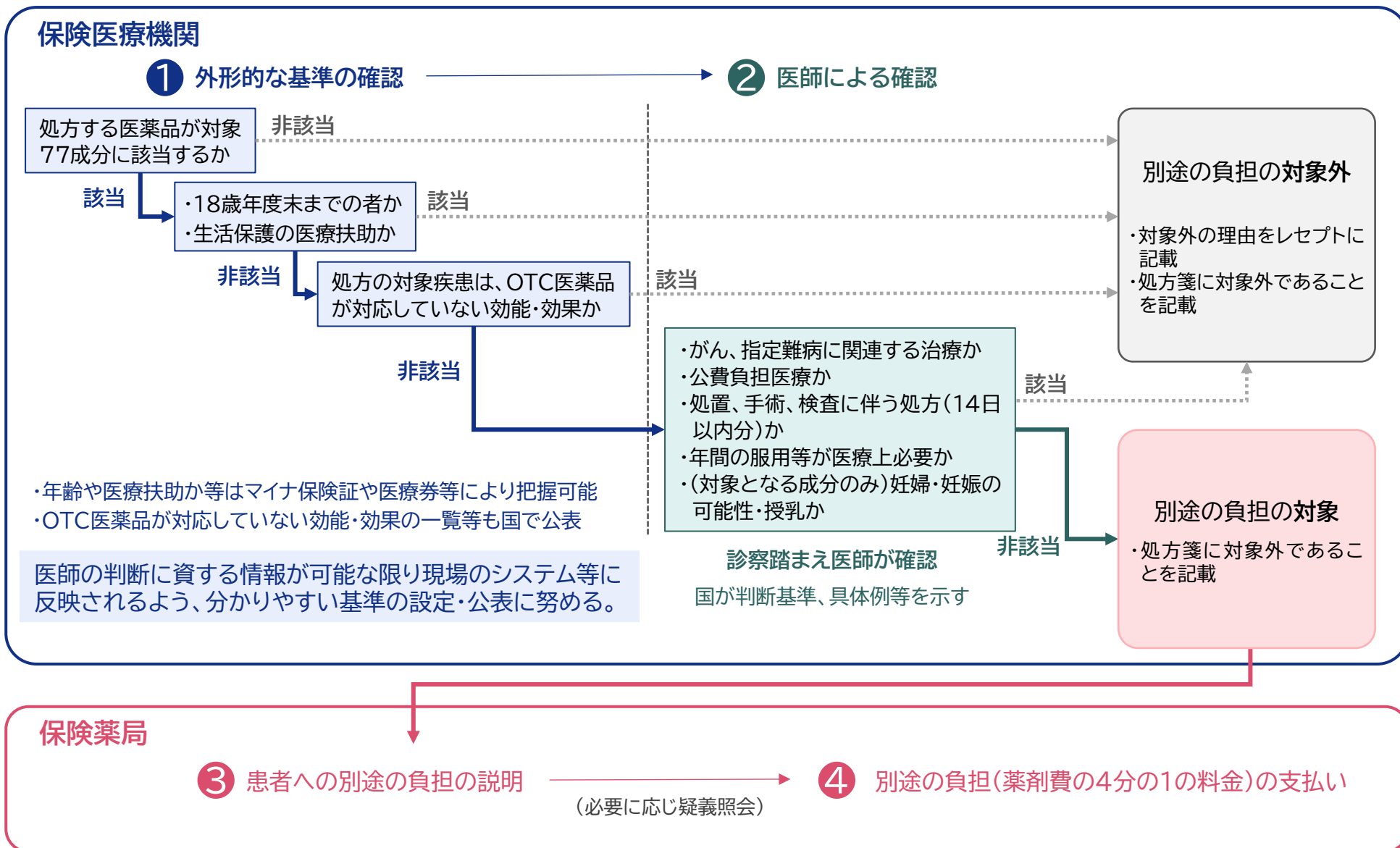
<制度について>

- OTC類似薬の一部保険外療養の導入によって、患者の誤った判断によりOTC医薬品を使用し、必要な受診が遅れるといった事象が増えないよう、医療機関の受診が常に念頭に置かれるものであることを周知すべき。
- 本制度の導入によって医療現場における診療に混乱が生じないよう、明確な基準設定と必要な周知を行うほか、医療・調剤現場の事務負担の増加に対して必要な支援を行うことを検討するべき。
- 電子カルテ未導入の医療機関含め、すべての医療機関が本制度を運用できるよう、また、可能な限りシステム上で別途の負担を対象か否かが判断できるよう、国においてチェックリストの作成やレセコン等のベンダーの改修に資する情報提供を行い、必要な検証を行うべき。
- 保険薬局など別途の負担の支払いを求める窓口で混乱が生じないよう、国が必要な広報資材を作成し、保険者等の協力も得ながら国民への周知をしっかりと行うべき。
- 患者にとって、自分が別途の負担の対象かが事前にわかるような環境整備が重要。
- 本制度について、被保険者間の公平性が保たれているか含め、制度導入による受療行動への影響を施行後も丁寧に検証すべき。

<中間とりまとめについて>

- 成人のアトピー患者の中には、ステロイド外用薬の通年の使用によって症状をコントロールしている場合もあり、こうした使用は、別途の負担をの対象外とすることを対象とすべき。
- 長期使用の取扱いやOTC医薬品では対応できない効能効果の取扱いなどは整理が複雑であり、医療現場で判断が混乱しないよう、丁寧な周知が必要。
- 別途の負担の対象外とした場合は、理由をレセプトに記載するようにすべき。また、それらのレセプト審査上の取扱いも丁寧に整理すべき。

OTC類似薬の一部保険外療養の実務フロー（院外処方の場合）



※ 制度が複雑化しないよう、OTC類似薬の一部保険外療養に該当する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金は求めないこととする。

別途の負担の対象となる医療用医薬品の成分一覧（77成分）

OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選定。メーカー単位ではなく、有効成分単位で判定している。

No	有効成分	用途
1	アシクロビル	抗ウイルス薬
2	アシタザノラスト水和物	抗アレルギー薬
3	アスコルビン酸	ビタミン剤
4	アンモニア水	鎮痛鎮痒収斂消炎剤
5	イソコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
6	イソプロパノール	殺菌消毒剤
7	イトブリド塩酸塩	胃薬
8	イブプロフェン	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
9	イブプロフェンピコノール	非ステロイド系消炎鎮痛剤
10	インドメタシン	鎮痛消炎剤
11	エタノール	殺菌消毒剤
12	エピナスチン塩酸塩	抗アレルギー薬
13	Ｌ-カルボシステイン	去痰薬
14	塩酸テトラヒドロゾリン・プレドニゾロン	点鼻用血管収縮剤
15	オキシコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
16	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン	抗生物質・副腎皮質ホルモン配合剤
17	オキシドール	殺菌消毒剤
18	オリブ油	皮膚保護剤
19	希ヨードチンキ	殺菌消毒剤
20	クロトリマゾール	抗真菌薬
21	クロラムフェニコール	抗生物質
22	クロラムフェニコール・フラジオマイシン硫酸塩・プレドニゾロン	抗生物質
23	クロルヘキシジングルコン酸塩	殺菌消毒剤
24	ケトチフェンフマル酸塩	抗アレルギー薬
25	サリチルアミド・アセトアミノフェン・無水カフェイン・ブロメタジンメチレンジサリチル酸塩	総合感冒剤
26	サリチル酸	寄生性皮膚疾患剤
27	サリチル酸メチル・dl-カンフル・トウガラシエキス	鎮痛消炎剤
28	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル	鎮痛消炎剤
29	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル・グリチルレチン酸	鎮痛消炎剤
30	酸化マグネシウム	制酸・緩下剤
31	酸化亜鉛	収れん・消炎・保護剤
32	次亜塩素酸ナトリウム	殺菌消毒剤
33	ジクロフェナクナトリウム	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
34	消毒用エタノール	殺菌消毒剤
35	静脈血管薬エキス	痔治療薬

No	有効成分	用途
36	精製水	溶解剤
37	炭酸水素ナトリウム	胃腸薬
38	沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム	カルシウム配合剤
39	チンク油	消炎薬
40	デキサメタゾン	ステロイド
41	テルビナフィン塩酸塩	抗真菌薬
42	トコフェロール酢酸エステル	ビタミン剤
43	トリアムシロロンアセトニド	口内炎・舌炎薬
44	尿素	皮膚軟化剤
45	白色ワセリン	軟膏基剤
46	ハチミツ	矯味剤
47	ピコスルファートナトリウム水和物	緩下剤
48	ビスコジル	便秘薬
49	ビダラビン	抗ウイルス薬
50	ヒドロコルチゾン酪酸エステル	ステロイド
51	フェキソフェナジン塩酸塩	抗アレルギー薬
52	フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸 プソイドエフェドリン	抗アレルギー薬
53	フェルピナク	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
54	ブテナフィン塩酸塩	抗真菌薬
55	複方ヨード・グリセリン	口腔用殺菌消毒剤
56	ブドウ酒	滋養強壮薬
57	フラボキサート塩酸塩	頻尿・残尿感薬
58	フルチカゾンプロピオン酸エステル	ステロイド
59	プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル	ステロイド
60	バタメタゾン吉草酸エステル	ステロイド
61	バタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩	ステロイド
62	ハバリン類似物質	血行促進・皮膚保湿剤
63	ベボタスチンベシル酸塩	抗アレルギー薬
64	パミロラスタカリウム	抗アレルギー薬
65	バルバリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス	止瀉剤
66	ベンザルコニウム塩化物	殺菌消毒剤
67	ホウ砂	眼科用剤
68	ホウ酸	眼洗浄・消毒薬
69	ポビドンヨード	殺菌消毒剤
70	マルツエキス	乳幼児用便秘薬
71	ミコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
72	無水エタノール	殺菌消毒剤
73	モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物	アレルギー性鼻炎治療薬
74	ヨウ素	殺菌消毒剤
75	ラメルテオン	睡眠導入剤
76	ロキソプロフェンナトリウム水和物	解熱消炎鎮痛剤
77	ロラタジン	抗アレルギー薬

※ 令和8年8月1日時点

※ 令和7年12月25日に医療保険部会で公表した成分一覧から、薬価収載される医薬品の入れ替え、OTC医薬品の販売状況を踏まえポリエンホスファチジルコリンを削除、ラメルテオンを追加している。



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

次期医療保険制度改革に向けて

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

1. 「強い経済」の構築と「財政の持続可能性」の実現

（経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成への転換）

「責任ある積極財政」の下、デフレ・低成長時代の一律抑制型の予算編成から、物価・賃金上昇を的確に反映し、経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成へ転換する。このため、令和8年度当初予算¹¹⁴から実現した経済・物価動向等の的確な反映を更に進めるなど、必要な財政需要に確実に対応する。

その際、官公需における適切な価格転嫁を徹底するとともに、医療・介護・保育・福祉等の公定価格について、現場の人材確保、経営の安定、サービスの質の確保に必要な対応を進める。あわせて、予算・税制における各種基準額や閾値について、物価・賃金上昇や経済社会の変化を踏まえ、必要な点検・見直しを進める。

歳出規模の総額は、物価・賃金、名目経済規模、歳入見通し、政策効果、財政目標との整合性を踏まえ、経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしいものとする。その上で、歳出の目安については、一律抑制型の上限としてではなく、予算全般において歳出改革努力を継続する中で、伸ばすべき歳出と見直すべき歳出を峻別する、規律ある資源配分を実現する枠組みとする。

このため、租税特別措置や補助金等の点検・見直し¹¹⁵を進め、施策の優先順位を洗い直し、大胆に重点化する。危機管理投資・成長投資を強化するとともに、予算編成プロセスにおいて、成長への寄与、民間投資の誘発効果等を精査し、我が国の予算を成長力強化に資するものに変革していく。

社会保障関係費については、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針の下、国費だけではなく、給付費全体、公費・保険料負担、現役世代の可処分所得などを踏まえ、給付と負担の改革を継続していく。非社会保障関係費については、物価・賃金上昇を適切に反映しつつ、上記の方針を踏まえ、PDCA・EBPMに基づき、既存事業の見直しと政策効果の高い分野への重点化を徹底する。

※114 令和8年度地方財政計画を含む。

※115 見直しに当たっては、各府省庁は自己点検を反映して概算要求を行うとともに、見直し内容を予算編成プロセスにおいて精査した上で、具体化する。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 2. 全世代型社会保障の構築

- （1）社会保障と税の一体改革の推進
（「給付付き税額控除」とそのつなぎ）

「給付付き税額控除」とそのつなぎ（飲食料品の消費税率等）については、今後予定されている社会保障国民会議の中間とりまとめを踏まえ、本年8月上旬までを目途に、その方針を決定する。

- （2）成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度

「強い経済」では、経済成長によって、物価と賃金が上昇していく。我が国の社会保障制度も、成長型経済に合わせて、持続可能な設計に変えなければならない。

国民皆保険・皆年金を堅持し、年齢に関わらず能力に応じて公平に負担し合い、必要な方に必要なサービスが適切に提供される全世代型社会保障を構築することによって、国民の命と健康、生活を守り、安心して働き、活躍し、挑戦できる基盤を整備する。働き方の多様化や女性・高齢者の就労増加に対応し、働くことが報われる社会保障制度を目指す。給付と負担の全体像を含む全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

連立政権合意書（令和7年10月20日）に盛り込まれた13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子¹¹⁸に基づき、2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

具体的には、経済・物価動向等に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む。また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する¹¹⁹。

※118 「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和8年7月7日自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）。

※119 特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋③）

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 2. 全世代型社会保障の構築

（医療・介護等）

医療・介護・障害福祉等の分野の技術の発展と普及を支援し、DX／AX、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組を図るとともに、経営情報の見える化を進め、経営実態を把握した上で、物価と賃金の変動に適切に対応し、経営の安定、処遇改善を図りつつ、社会保障制度改革を着実に実行する¹²⁰。

その際、経済・物価の動向が2026年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、令和9年度予算編成過程で診療報酬上の加減算を含む更なる必要な調整を行う。（中略）あわせて、医療・介護・保育・福祉等分野の必要なエッセンシャルワーカーの確保を含めたサービス提供体制の全国的維持を図るための制度改革に速やかに着手する。

2040年に向けて、病床数の適正化を着実に実施した上で、2027年度以降の地域医療構想を踏まえた医療機関の連携・再編・集約化¹²¹を促進するとともに、地域包括ケアシステムの深化を図り、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する。妊娠・出産の経済的負担軽減と安心・安全な小児・周産期医療提供体制の両立、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全で持続可能な運航の確保、看取りなど人生の最終段階における患者中心の適切な医療・ケア、精神医療に関する地域医療構想を踏まえた取組、訪問看護の適切な実施、中山間・人口減少地域での柔軟な介護・障害福祉サービスの提供を推進する。かかりつけ医機能の発揮や医師の地域・診療科偏在の更なる是正策、大学病院等からの医師派遣の推進を含めた総合的な医師偏在対策、地域の実情を考慮した2028年度以降の医学部定員の削減に取り組む。歯科専門職の偏在対策等¹²²の歯科医療提供体制の構築を図る。医療人材の実効的な養成・確保の方策について検討する¹²³とともに、看護職員の質の向上¹²⁴や潜在人材の活用を含む偏在対策等を推進する。介護・福祉分野の人材の養成・確保・定着に取り組む¹²⁵、業務効率化や、安全対策を始め勤務環境改善、経営の協働化・大規模化を支援する。医療分野においては、新たな地域医療構想の下、将来需要を踏まえ、老朽化・災害対策を含む地域に不可欠な施設・設備の計画的な整備への必要な支援の在り方を検討する。介護・福祉分野においても、老朽化・災害対策を含む施設・設備の計画的な整備を支援する。

※120 具体的には、社会保障関係費については、給付と負担の改革努力を継続しつつ、高齢化による増加分に相当する伸びに経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

※121 有床診療所も含めて医療機関の役割分担の明確化を図ることを含む。

※122 医歯薬連携等の推進、障害者等への歯科保健医療の充実、歯科技工所の質の向上・連携強化、歯科衛生士・歯科技工士の就労・離職対策を含む。

※123 その際、医療人材の専門性の維持・向上につながる育成の在り方についても検討する。

※124 特定行為研修の推進を含む。

※125 社会福祉施設職員等退職手当共済制度の在り方の検討を含む。

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 2. 全世代型社会保障の構築

（医療・介護等）

医療保険制度では、70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則3割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を2026年末までに策定する¹²⁶ ¹²⁷。介護保険制度では、2割負担の判断基準の見直しについて2026年度中に結論を得る。さらに、医療・介護保険における金融所得・資産の扱い、OTC類似薬の保険給付の見直しの施行とその状況等を踏まえた2027年度以降の対象範囲の拡大に向けた検討など、「改革工程」¹²⁸等に基づく取組を進める。先行バイオ医薬品について、バイオ後続品の普及促進に向けた環境整備の状況を踏まえ、保険給付の在り方を見直しを検討する。長期処方やリフィル処方箋の活用、地域フォーミュラの全国展開、休薬・減薬などの効果的・効率的な治療の促進等により、給付の効率化や適正化を図りつつ、質の高いサービスを提供する。セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策を検討し、必要な措置を行う。

医療情報化推進方針を策定し、医療機関の情報システムの刷新、特定機能病院等の緊急的な対応を含めたサイバーセキュリティ対策を進め、電子カルテ・電子処方箋の普及と情報連携、医薬品等のデータベースの構築、公費負担医療や予防接種・母子保健のデジタル化等、医療・介護に関する情報の連携と二次利用を含む利活用の基盤を構築し、切れ目なく最適なサービスを効率的に提供する。

（略）

※126 その際、高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、医療費水準や受診状況の動向、高齢者に低所得が多いといった家計の状況等も踏まえ、必要な受診が確保されるよう適切な配慮措置を講じつつ、外来特例の在り方や、負担割合の区切りとなる所得の見直し、年齢の引き上げなど窓口負担の抜本的な見直しについて、現役世代の負担軽減の観点からの公費負担のあり方とともに総合的に検討を行い、その速やかな実現について令和8年末までに一定の結論を得る。また、マイナンバー制度を活用した所得・資産情報の把握基盤の整備を早急に進め、制度への反映を進める。

※127 「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和8年7月7日自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）による。

※128 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定）。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋⑤）

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 2. 全世代型社会保障の構築

（創薬・先端医療イノベーション）

創薬・先端医療への官民投資を拡大し、健康医療安全保障を実現する。「健康・医療戦略」¹³⁰等を踏まえ、革新的な医薬品・医療機器等の創出、例えば、米国の医薬品に係る最恵国待遇（MFN）価格政策など、足元、諸外国の医薬品をめぐる政策の動きがある中でも必要な医薬品等が確実に上市される環境整備、特定重要物資を含む供給確保の必要性が高い医薬品等の国産化等による安定供給、先端技術の実用化を目指す。バイオ後続品の国内生産体制の整備等を着実に進める。産業構造改革の推進による後発医薬品等の安定供給を図る。

創薬・先端医療を成長経済の牽引役として、研究開発力や製造・供給の強化、流通体制の強靱化、スタートアップ支援、人材育成、先進医療の対象拡大、国際展開を総合的に推進する。全ゲノム解析¹³¹やiPS細胞等を活用した再生・細胞医療・遺伝子治療、免疫治療、小児・希少疾病用医薬品やRI¹³²、薬剤耐性菌を含む感染症対応の医薬品等の研究開発・生産等¹³³とともに、創薬・医療機器開発・診断へのAI利活用を推進する。国際水準の治験・臨床試験体制を整備し、国際共同治験の倍増を目指す。血しょう分画製剤の国内自給と小中学生を含めた献血への理解促進に取り組む。

経済・物価動向等の影響を受ける市場実勢価格を薬価調査等によりの確に把握した上で、創薬イノベーション、医薬品の安定供給と国民負担の軽減の観点から、2027年度薬価改定を実施する。その際、費用対効果評価制度について、客観的な検証を進め、これも踏まえ、制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的に検討し、一定の結論を出す。我が国の医薬品市場の魅力を高める観点から、医薬品の画期性に対する初収載時における適切な評価や特許期間中の薬価の在り方¹³⁴を含め、革新的新薬のイノベーションの更なる評価について検討を進める。

※130 令和7年2月18日閣議決定。

※131 日本ゲノム医療推進機構（GeMJ）による全ゲノムデータ・マルチオミクスデータ・臨床情報等を搭載した質の高いゲノム情報基盤の整備と、解析データの利活用の取組を進める。

※132 RI（ラジオアイソトープ）については、「医療用等ラジオアイソトープ製造・利用推進アクションプラン」（令和4年5月31日原子力委員会決定）を踏まえ、開発・製造・安定供給・医療提供体制等の整備に必要な取組を進める。

※133 「感染症危機対応医薬品等（ワクチン、治療薬、診断薬等）開発・生産体制強化戦略」（令和8年3月24日閣議決定）を踏まえた必要な法制度等の在り方の検討。

※134 市場拡大再算定及び持続可能性特例価格調整等。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋⑥）

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 2. 全世代型社会保障の構築

（攻めの予防医療と疾病対策）

国民のWell-beingの向上と健康寿命の延伸を図り、誰もが社会の担い手として活躍できる日本を実現する。「攻めの予防医療」を推進し、健康増進、肥満症を含む疾病予防、早期発見、早期介入及び行動変容に関係機関が連携して取り組む。栄養・食生活を含む健康リテラシーの向上、地域住民の健康増進に資する薬局機能及び薬剤師の果たす役割の強化、学齢期の健康診断の在り方の見直し¹³⁵、予防接種、HIVや性感染症の予防、下水サーベイランス等の感染症対策、がん検診や精密検査の受診率向上、循環器病・糖尿病を含む生活習慣病等の予防、いわゆる国民皆歯科健診の具体化（歯周病検診の対象拡大や就労世代の歯科健診の更なる充実）、口腔と全身の健康の関係に基づく歯科疾患対策・口腔健康管理¹³⁶、認知症の早期診断・早期対応、予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーション¹³⁷、PHRの利活用と情報連携を推進する。更年期世代の女性への医療の推進や女性の健康総合センターの機能強化、「プレコンセプションケア推進5か年計画」¹³⁸の工程表の策定と実行、**企業と保険者のコラボヘルス**、睡眠対策を含む健康経営の推進等¹³⁹、予防・健康づくりを支えるヘルスケア産業の育成等¹⁴⁰を図る¹⁴¹。

がん、脳卒中・心臓病その他の循環器病、慢性腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、慢性疼痛、難病、アレルギー、依存症、難聴、睡眠障害等の疾病対策¹⁴²や移植医療対策を推進する。

※135 小児期からの切れ目のない予防医療の観点を含む。

※136 オーラルフレイル対策等を含む。

※137 効果的な訪問リハビリテーションの充実を含む。

※138 令和7年5月22日プレコンセプションケアの提供のあり方に関する検討会決定。性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う概念であるプレコンセプションケアについて、5か年計画を決定。

※139 運送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、睡眠等のデータを活用したサービス創出のためのエビデンス構築支援など睡眠関連の市場拡大や企業支援も併せて一層取り組む。

※140 いわゆる「統合医療」の研究及び普及啓発を含む。

※141 「性差に由来する健康課題等への対応を推進するための論点整理」（令和8年5月25日攻めの予防医療に向けた性差に由来するヘルスケアに関する副大臣等会議取りまとめ）を踏まえて取組を推進する。

※142 先進医療で実施しているがん遺伝子パネル検査の標準治療開始前からの受診機会の拡大を含む。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋⑦）

第4章 当面の経済財政運営と令和9年度予算編成に向けた考え方 2. 新たな予算編成の在り方と令和9年度の基本方針

（略）

なお、社会保障関係費については、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針の下、現場の人材確保、経営の安定、サービスの質の確保等の観点から、医療、介護、保育、福祉等の公定価格等における適切な対応を図りつつ、国費だけではなく、給付費全体、公費・保険料負担、現役世代の可処分所得などを踏まえ、給付と負担の改革を継続する。

（略）

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋⑧）

第1章 マクロ経済運営の基本的考え方

2. 将来世代への責任を果たす持続可能な経済社会の構築

（略）

強い経済、持続可能な財政と、質の高い全世代型社会保障とを同時に実現する社会保障改革を強化する。現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針の下、給付と負担の見直しの検討、安心して必要なサービスを受けることのできる医療・介護提供体制の構築、DXやAI・ロボティクスの活用を通じたサービスの質の向上、攻めの予防医療等に取り組む。

（略）

第2章 日本の成長力強化と安全・安心の確保

1. 「強い経済」の実現

（AX／DXの推進、フロンティアの開拓）

（略）

「デジタル社会の実現に向けた重点計画」²¹に基づき、技術革新に対応した自動運転社会の早期実現に向けた環境整備、信頼性あるデータの利活用に関する環境整備、政府のデジタル基盤の強靱化・自律性向上やデジタル行財政改革を進める。

（略）

※21 令和8年7月21日閣議決定。

第2章 日本の成長力強化と安全・安心の確保

3. 国民の安全・安心の確保

（4）外国人政策の推進

「外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策」¹⁰⁹に基づき、一部の外国人による違法行為やルールからの逸脱など問題のある行為に毅然と対応し、国民の不安や不公平感への対処に向けた取組を一層進める。

（略）

※109 令和8年1月23日外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議決定。

社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日 署名）（①）

自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体は、持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、良質な医療・介護サービスを提供しつつ、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、連立政権合意書に盛り込まれた13の社会保障改革項目に関する具体的な骨子について、以下の通り合意し、その内容の趣旨を「骨太方針2026」に反映する。

その上で、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施するため、引き続き、本協議体における社会保障改革に関する真摯な協議を継続する。

（1）保険財政健全化策推進（インフレ下での医療給付費の在り方と、現役世代の保険料負担抑制との整合性を図るための制度的対応）

経済・物価動向等適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、令和9年度の社会保障負担率が令和7年度と比較して上昇しないよう取り組む。

また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について令和8年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する。

特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

（2）医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化並びに都道府県の役割強化（①保険者の再編統合、②医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築、③介護保険サービスに係る基盤整備の責任主体を都道府県とする等）

データに基づく効率的な保険運営体制を構築するため、保険者機能の強化、国民健康保険における都道府県内の保険料水準の完全統一及び市町村の事務負担軽減や後期高齢者医療制度の運営主体のあり方などの保険者の再編統合（①）、医療・介護情報の共有等を実現するための医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築（②）及び介護保険サービスの基盤整備に関する責任主体の市町村から都道府県への移行（③）について検討の上、実行することを中核として、医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化、事務の広域化並びに都道府県の役割強化を行う。

また、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」等について、データに基づいて保険者機能がより発揮できるような環境整備を進める。

国民健康保険については、被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、都道府県内の保険料水準の完全統一について、令和9年度に予定されている国保運営方針の中間改定において、全ての都道府県が具体的な実現時期を明記するための措置を講じるとともに、現行「遅くとも令和18年度まで」としている完全統一時期を前倒して全国で達成できるよう必要な方策を行う。併せて、市町村の事務負担軽減に向けた取組を進める。後期高齢者医療制度については、医療提供体制の構築や医療費適正化の取組の推進の主体が都道府県であること、また、効率的な制度運営の観点から、その財政運営を含む運営主体の在り方について、地方自治体等の意見を踏まえて具体的な検討を進め、令和10年末までに結論を得る。

社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日 署名）（②）

（３）病院機能の強化、創薬機能の強化、患者の声の反映及びデータに基づく制度設計を実現するための中央社会保険医療協議会の改革
データに基づく客観的かつ合理的な診療報酬決定プロセスを確立するため、中央社会保険医療協議会の機能を見直す。

具体的には、病院機能の強化の観点から、日本社会の各種医療機能を適切に反映した形での委員構成の見直しを含めた検討を行う。

また創薬機能の強化の観点から、令和8年度末までに社会保険医療協議会法の改正を含め、製薬、医療機器及び卸等の産業界の法令上の位置づけを明確化するよう結論を得る。

更に、患者の声の反映及びデータに基づく制度設計の観点から、情報分析体制の強化や、医療経済系学会からの直接的な技術評価提案を可能とする制度設計を検討する。

（４）医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現

70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則3割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を令和8年末までに策定する。

その際、高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、医療費水準や受診状況の動向、高齢者に低所得が多いといった家計の状況等も踏まえ、必要な受診が確保されるよう適切な配慮措置を講じつつ、外来特例の在り方や、負担割合の区切りとなる所得の見直し、年齢の引き上げなど窓口負担の抜本的な見直しについて、現役世代の負担軽減の観点からの公費負担のあり方とともに総合的に検討を行い、その速やかな実現について令和8年末までに一定の結論を得る。

また、マイナンバー制度を活用した所得・資産情報の把握基盤の整備を早急に進め、制度への反映を進める。

（５）年齢に関わらず働き続けることが可能な社会を実現するための「高齢者」の定義見直し

健康寿命の延伸や人口構造の変化を踏まえ、年齢に関わらず意欲ある者が働き続けられる生涯現役社会の実現を目指す。

このため、人口構造、健康状態、就労実態との整合性を踏まえ、社会保障及び労働分野の制度ごとに設けられている高齢者の年齢区分等について、それぞれの趣旨や目的を踏まえつつ制度横断的に総点検を行い、有識者の意見を聴いた上で、必要に応じて引き上げ等を行う方向で検討を行い、その結果を踏まえて、所要の措置を講ずる。そのための改革工程表を令和8年度末までに策定する。

社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日 署名）（③）

（6）人口減少下でも地方の医療介護サービスが持続的に提供されるための制度設計

人口減少により患者数が構造的に減少する地域においても、限られた人員・人材で質の高い医療・介護サービスを持続的に提供可能な体制を構築する。

このため、医療・介護現場における生産性向上の取組等を加速するほか、職員配置基準の一層の柔軟化とともに、現行の出来高の診療報酬体系では医療機関の運営が困難な地方の課題を踏まえ、アウトカム評価の充実と併せ、地域における提供体制の維持、予防・健康管理、在宅医療、介護との連携等の評価の観点も含め、外来の包括報酬の在り方を検討し、所要の措置を講ずる。

併せて、医療保険制度を活用した医師確保支援や保険者が運営する医療機関の活用も含めた総合的な対応を検討する。

AI技術の活用も含めた医療・介護テクノロジーの社会実装に向けて、省力化投資プランも踏まえ、継続的に医療・介護分野の生産性向上・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上にもつなげることができるよう、実証・導入・伴走支援を行うとともに、介護における居宅サービス等も含めた適切な評価のあり方を検討する。併せて、医療DX・介護DXを通じて、プラットフォームを整備し、地域における業務の効率化を推進する。

（7）国民皆保険制度の中核を守るための公的保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討

国民皆保険制度の理念を堅持しつつ、高度化・高額化する医療へのアクセスを確保するため、公的保険と民間保険の役割分担を検討する。このため、公的保険を補完する民間保険の活用可能性、先進医療等の対象拡大、民間保険による補完が有効な領域（一部保険外療養と民間保険の相互補完を含む）、利用者保護の在り方について財務省、厚労省、金融庁を含む関係省庁で検討を行う。具体的には、公的保険を補完する民間保険の活用について、生命保険業界及び損害保険業界等を含む有識者の意見を聴取し、検討を行う。

（8）大学病院機能の強化（教育、研究及び臨床を行う医療従事者として適切な給与体系の構築等）

高度な医療を担いつつ教育研究を行うという大学病院の本来の役割・機能を踏まえた教育・研究・診療のバランスの在り方や診療規模・医療機能の適正化など、大学病院のあるべき姿（コンセプト）の明確化について、文部科学省及び厚生労働省において検討し、令和8年度中に結論を得る。

また、大学病院の機能強化に向けて、当初予算を通じて教育・研究を支援しつつ、各大学病院における手当創設等を通じた医療従事者の抜本的な処遇改善の取組を推進する。加えて、教育・研究・臨床の中核である大学病院の経営力強化や、医療従事者の適切な給与体系の構築に向けては、大学病院の組織形態（法人形態を含む）や処遇改善の在り方等について、調査研究の結果を踏まえて検討し、令和8年度中に結論を得る。なお、教育・研究・臨床が一体的に行われる大学病院として質の高い医療を提供している医療従事者としても適切な水準と言える処遇体系となるよう環境を整備する。

大学病院が果たす機能を踏まえた診療報酬上の評価を充実させる。あわせて、患者が医師を選択することに関する選定療養の新設について、次期診療報酬改定までに検討し、結論を得る。

社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日 署名）（④）

（9）高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の処遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）

昨年の自由民主党と日本維新の会の協議を踏まえ、令和7年度補正予算及び令和8年度診療報酬改定において、高度機能医療を担う病院への支援の重点化を図ったところ。

救急医療、高度急性期医療、難病・先進医療等を担う病院の経営安定化と従事者の処遇改善を図るため、経営の安定化や従事者の処遇改善等の効果検証を行い、それを踏まえた必要な対応として、医療機関の機能に応じた診療報酬体系の抜本的な見直しを行う。

具体的には、施設類型ごとにメリハリある評価など、医療機関の機能に応じた診療報酬体系について検討する。また、これらの報酬が、病院の医療従事者の賃上げや人材確保に適切に結び付く仕組みを検討する。

（10）配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第3号被保険者制度等の見直し

共働き世帯の増加など家族構成や働き方の多様化に適合した、働き方に中立的かつ公平な社会保障制度を早期に構築する。

このため、第3号被保険者制度については、その縮小に向け、マルチワーカーへの対応等を含めた短時間労働者等への被用者保険適用拡大を早期に進展させるとともに、第3号被保険者に係る実態調査を実施し、令和8年度中にその結果をとりまとめ、課題の整理を行う。同整理及びそれに関する具体的施策の企画立案等のため、第3号被保険者制度に関する検討会を令和8年夏頃を目途に立ち上げ、政策を推進する。

（11）医療の費用対効果分析に係る指標の確立

医療技術や医薬品の革新と保険財政の持続可能性を両立させるため、費用対効果評価制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的な検討を進め、費用対効果分析の指標と活用方法を再構築する。

具体的には、これまでの評価手法のみならず、新たな評価手法等を含め、医療の費用対効果分析に係る指標を確立すべく、対象品目や価格調整の範囲の拡大、診療ガイドラインへの反映を含めた医療現場での普及などについて、令和8年度末までに結論を出す。

更に、分析データの迅速かつ徹底的な情報公開や学会等を含む第三者による検証を含め、技術的・制度的課題を継続的に検証する仕組みを構築する。

以上の検証を進めつつ、費用対効果にすぐれる品目については薬価を引き上げることで創薬環境の改善を図りつつ、追加的有用性（比較技術に対する健康アウトカム指標での改善）が示されず費用が増加する品目は、令和8年9月までの検証結果を踏まえた価格調整を速やかに実施する。

また、医療DXによる価値を定量的に評価する方策の具体化に向けた検討を進める。

社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日 署名）（⑤）

（12）医療機関の収益構造の増強及び経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し

医療法人の経営基盤を強化するため、医療機関の公益性を保ちつつ、経営安定化や地域課題解決に資する事業範囲の拡充につながるよう、いわゆる医療機関の営利事業（附帯業務・附随業務等）に関する現行規制の見直しを行う。

具体的には、医療機関が保有する医学的知見や人材を活かし、地域の健康増進に貢献する事業等、地域の患者・住民の多様なニーズに寄り添ったサービスを幅広く提供する事業を新たな収益源として位置づけられるよう、資金調達手段の多角化を促進するため、経営安定化や地域課題解決に資する事業範囲の拡充について整理し、制度改正に向けた検討を進め、所要の措置を講ずる。

また、医療法人の理事長要件については、当該要件に係る国家戦略特別区域法の特例措置の全国展開を含め、事業経営に長け、かつ、医療倫理を理解する人材も理事長に据えられるよう、一定要件下で非医師の理事長就任を速やかに可能とする。さらに、医療機関の経営情報見える化を推進するとともに、医療機関経営を支える人材の育成や、医療機関経営に関する資金・経営支援事業者の健全性を確保する方策等、我が国における医療機関経営の健全化を推進する。

（13）医療機関における高度医療機器及び設備の更新等に係る現在の消費税負担の在り方の見直し

持続的かつ効率的な地域の医療提供体制の構築の観点から必要と認められる高度医療機器や設備更新、医療DX投資等について、医療機関における控除対象外消費税の負担が一時的に大きくなる場合があることを念頭に、対応策を検討する。

具体的には、補助金、診療報酬及び税制上の措置による対応を含め、必要な支援の在り方を検討し、令和8年度末までに結論を得る。

特に、新たな地域医療構想の下、将来需要を踏まえ、地域に不可欠な施設の建て替え及び改修が計画的に進むよう、必要な支援の在り方を検討する。

（以上）

Ⅱ. 17の戦略分野における官民投資の促進

2. 62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップの実行

（2）デジタル・サイバーセキュリティ

地方の社会経済を支える行政サービスやエッセンシャルサービスも含めたA X / D Xの実現には、自律的なデジタル・エコシステムの実現が不可欠である。企業や公共領域等で管理されるデータを産業戦略上の焦点としてデータ基盤の高度化を推進するとともに、クラウド基盤の高度化を進めるほか、これらを支えるデジタル人材の育成と、新たな脅威に対応するセキュリティ産業基盤を強化する。

⑤クラウドネイティブに最適化された医療D X基盤

i) 重要性

大量のデータを必要とする創薬・医療機器の開発の基盤であるとともに、医療提供体制の効率化・質の向上、サイバー攻撃等に対する強靱性確保が不可欠である。

ii) 勝ち筋・方向性

オンプレミス型^{※10}の医療機関情報システムをクラウドネイティブ型に刷新することにより、サイバーセキュリティ対策の強化、全国的なデータ連携基盤の構築を図る。

iii) 主な目標

- ・ 2028年度までに、電子カルテ未導入の200床以上の病院（療養病床等が中心の病院を除く。）について電子カルテ普及率100%を目指す。
- ・ 2030年までに、電子カルテ普及率約100%、地域の拠点病院のサイバーセキュリティ対策100%、大病院向けクラウドネイティブ型製品の提供を目指す。

iv) 主な施策

- ・ 認証されたクラウドネイティブ型電子カルテ製品の普及を促進する。また、大病院向けのクラウドネイティブ型製品の一体的・集中的な開発・普及を支援する。
- ・ ネットワークの外部接続点の監視やサーバ等の管理強化など、サイバーセキュリティ対策を強化する。
- ・ 全国医療情報プラットフォームの拡充など、ゲノムを含むデータ連携基盤・TRE環境^{※11}を整備するとともに、業務効率化のための病院D Xの推進、医療提供体制のD X化を進める。

※10 院内に設置したサーバでシステムを管理・運用する方式。

※11 Trusted Research Environment。機微なデータを安全に管理・分析するための隔離された解析環境。

II. 17の戦略分野における官民投資の促進

2. 62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップの実行

（10）合成生物学・バイオ

合成生物学・バイオは、従来の生産プロセスを生物の力を活用して転換することで、健康医療・経済・食料安全保障やGX・循環型経済の実現と、経済成長の両立に貢献することが期待される。「バイオエコノミー戦略」も踏まえながら、高付加価値領域での事業創出を加速しつつ、政策的に合理性の高い汎用領域についても、市場創出を含めた産業化支援を並行して進めていく。

②バイオ医薬品・再生医療等製品等

i) 重要性

拡大する世界の医薬品市場は2022年に約200兆円の規模であり、バイオ分野は約4割を占める。国民の健康や生命に直結する分野であり、健康医療安全保障上、供給途絶リスクを低減する自律性の確保が急務である。

ii) 勝ち筋・方向性

iPS細胞や抗体薬物複合体等の技術的強みをいかし、国内生産基盤を維持・構築し、製造受託実績を積み上げるとともに、新領域の国産基盤技術開発、創薬ベンチャーのグローバル展開を促進して海外市場を獲得する。

iii) 主な目標

- ・2040年の我が国企業の売上げについて、世界シェア10%、33.4兆円を目指す。

iv) 主な施策

- ・創薬ベンチャーや新薬候補を生むプラットフォーム技術開発の支援を強化³⁶する。
- ・医薬品市場の魅力向上による患者アクセスの改善に向けた、革新的新薬のイノベーションの更なる評価の検討、多様なモデルのライフサイクルに配慮した薬事制度の柔軟な運用、先進医療制度を活用した新技術社会実装を進める。
- ・革新的な基盤技術開発やバイオ人材の育成、AI・ロボティクスの活用等を含む国内製造拠点の整備³⁷や製造受託実績獲得を支援する。

※36 医療上・技術上のニーズに沿った研究課題の設定、プロジェクトマネージャー配置、多段階選抜方式の導入、製薬企業とのM&A推進や医療・経済安全保障の観点も踏まえた社会実装支援の強化。

※37 重要品質特性を踏まえた評価・量産体制の構築を含む。

II. 17の戦略分野における官民投資の促進

2. 62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップの実行

（11）創薬・先端医療

創薬・先端医療分野は、国民の健康に直結し、経済活動を支えるものであり、健康医療安全保障の構築に向け、医薬品産業を成長・基幹産業と位置付け、官民が一体となって取組を進める。あわせて、医療機器の研究開発エコシステムを確立する。また、健康寿命の延伸や社会保障の担い手の確保につながる「攻めの予防医療」の徹底に取り組んでいく。

①ファーストインクラス³⁸製品・ベストインクラス³⁹製品（医薬品、再生医療等製品）

i) 重要性

世界の医薬品市場は2022年に約200兆円の規模であり、ファーストインクラス製品・ベストインクラス製品を含む特許品の世界市場は年平均9.6%で拡大している。同製品の供給確保を通じ、治療法が未確立の疾病にも対処することは、国民の健康の維持や健康医療安全保障の実現に直結する。

ii) 勝ち筋・方向性

基礎研究力の強みや近年の治験への取組をいかし、実用化を担う人材の育成や、スタートアップ・国際共同治験における資金・制度面の課題解消を図り、創薬シーズ創出から実用化まで一気通貫で進める環境を整備し、「世界直行型」の開発を実現する。

iii) 主な目標

- ・我が国の医薬品市場の魅力向上に向け、我が国の特許品の市場規模について、特許品の世界の成長に比肩する成長を目指す。
- ・我が国企業の特許品市場規模について、世界市場と同水準の成長の実現を目指す。

iv) 主な施策

- ・実用化を担う人材の育成や流動化を支援する。カーブアウト⁴⁰シーズの活用や投資の呼び込み、製薬企業とのM&A支援など、スタートアップ支援を強化する。
- ・免疫・再生医療等の基礎研究力強化、国際水準の治験実施体制整備、AMED⁴¹による研究開発資金の使途改善・大学と製薬企業との橋渡し・実用化推進、対照群のデータ蓄積を含む難病・希少疾患領域の支援、データ連携基盤整備を含めたデータ利活用やAIによる研究開発プロセスの高度化・効率化、新薬の国際展開⁴²を図る。
- ・患者アクセスの改善に向け革新的新薬のイノベーションの更なる評価を検討する。

※38 全く新しい作用で世界で初めて承認されるもの。

※39 同じ作用の製品の中で有用性が最も優れるもの。

※40 製薬企業等の創薬シーズを切り分け、外部資本の導入等により新会社等で実用化する取組。

※41 日本医療研究開発機構。

※42 国際機関による国際調達やPMDAアジア医薬品・医療機器トレーニングセンター・海外事務所の活用を含む。

II. 17の戦略分野における官民投資の促進

2. 62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップの実行

⑤ライフログデータ等を活用したヘルスケア関連サービス)

i) 重要性

ウェアラブルデバイス等を用いたデジタルヘルスサービスの世界市場規模は現在約70兆円であり、2034年には350兆円規模になるとの予測がある。健康医療安全保障の観点から、「攻めの予防医療」により国民が生涯にわたり元気に活躍できる社会を実現し、社会保障制度を含めた社会の支え手を確保することが必要である。また、個人の健康データの情報保護の観点から、セキュリティの確保が必要である。

ii) 勝ち筋・方向性

ヘルスケアサービスの効果に係るエビデンス構築による企業・保険者がサービスを選びやすい環境整備やサービス活用のインセンティブ強化など、需給両面で対策に取り組み質の高いサービスの社会実装を進め、中長期的には海外市場に展開する。

iii) 主な目標

- ・ デジタルヘルスサービスの国内市場を拡大するため、企業・保険者による健康投資額を2025年の約1兆円から2040年までに約2倍に拡大することを目指す。

iv) 主な施策

- ・ サービス効果のエビデンス構築、一定の質を担保したサービスの明確化、臨床での活用を目指した睡眠等のライフログデータ活用のユースケース創出支援を行う。
- ・ 地域拠点整備等のスタートアップ支援、女性の健康やがん検診・歯科健診のデータ等の利用基盤整備、国際展開、民間保険のヘルスケアサービス活用を推進する。
- ・ 健康経営の普及促進、健康経営優良法人制度の評価手法や保険者インセンティブの在り方の検討、データヘルスに基づく効率的・効果的な保健事業の促進を行う。

Ⅲ．8つの分野横断的な課題の解決

5．労働市場改革

（１）現状と課題

労働供給制約下にある中、労働生産性の向上を図るとともに、労働者の希望に応じて、労働移動の円滑化や、心身の健康の維持を前提とした労働参加の拡大を図る労働市場改革が必要である。中でも、17の戦略分野における投資を加速し、持続的成長につなげるためには、17の戦略分野にとどまらず、これらを支える建設や医療・介護・障害福祉を始めとした社会インフラ関連分野を含め、現場人材から高度人材に至る幅広い人材の育成・確保や、省力化を含めた生産性向上に向けた取組を進めることが極めて重要である。そのため、以下のような人材育成の取組を進めるとともに、建設や医療・介護・障害福祉等の分野において、持続的な賃上げを図り、必要な担い手の確保を進めていく必要がある。

（２）対応の方向性

①対応の方向性

労働市場改革と、新たな付加価値を生む投資や事業再編、イノベーションの促進等の産業構造改革とを一体で進める必要がある。こうした観点から、i) 処遇向上に向けたリ・スキリング支援や労働生産性向上、ii) 円滑な労働移動の促進、iii) 多様な人材の労働参加の促進の3つの柱に取り組むことで、成長投資を牽引する専門人材と、投資の実行を支える現場人材の育成・確保を図る。

②目標（KPI）

- ・総合的な指標として、5年間で労働生産性を15%上昇させる（2024年度：5,592.7円）とともに、労働供給量（マンアワーベース）の推移が生産年齢人口の推移を上回るようにする。
- ・i) に関して、人的資本投資を2029年度までに2.2万円とする（2024年度：1.9万円）。
- ・ii) に関して、パートタイムを除く一般労働者の転職入職率を2029年までに9.0%とする（2024年：8.3%）。また、転職により賃金が増加した者の割合を2029年までに42.3%とする（2024年：40.5%）。
- ・iii) に関して、第一子出産前後の女性の継続就業率を2030年までに80.0%とする（2021年：69.5%）。また、70歳までの高年齢者就業確保措置の実施率を2029年までに40.0%とする（2025年：34.8%）。

③講ずるべき施策パッケージ

iii) 多様な人材の労働参加の促進

（外国人の出入国在留管理の一体的な高度化）

外国人については、適正かつ円滑な受入れや秩序ある共生社会の実現に向け、出入国在留管理行政を担う職員の増員や地方出入国在留管理局の組織の拡充を含めた体制強化を行う。また、入国・在留する外国人の実態把握、分析、関係機関との情報連携のため、2028年度中の電子渡航認証制度（JESTA）の導入、2027年3月以降のマイナンバー等による情報連携の実施など、情報の電子化の徹底等のDXに取り組み、在留許可手数料の見直しやJESTA導入による手数料収入により確保した財源を継続的かつ安定的に活用しながら、出入国在留管理の一体的な高度化を実現する。

Ⅲ. 8つの分野横断的な課題の解決

7. 賃上げ環境整備

（1）現状と課題

春季労使交渉での賃上げ率は3年連続で5%台の高水準だが、物価高騰による不確実性が続く中、実質賃金のプラス定着が課題である。

中小企業は雇用の7割、付加価値の5割を占める日本経済の屋台骨であり、中小企業の成長こそ日本の成長である。賃上げと成長投資の好循環を生み出すことで地域の消費を喚起し、そして次の投資へとつながるメカニズムを早急に構築する必要がある。また、中小企業は、地域経済を牽引し、17の戦略分野を始めとした成長産業のサプライチェーンを支える基盤的な存在でもあり、「地域未来戦略」で形成される産業クラスターにおいても中小企業が連携していくことが必要である。こうした視点を踏まえ、政策スキームは、中小企業経営者の目線に立ったものとする。一方で、今般の中東情勢やそれによる原油価格高騰などにより、中小企業の賃上げへの影響が懸念される中、不確実性への不安を払拭し、賃上げを持続させるため、全国の中小企業の「稼ぐ力」の強化が不可欠である。

（2）対応の方向性

①対応の方向性

国内投資を促進し、賃上げを通じて消費と企業収益の拡大、更なる投資拡大につなげる、「投資と賃上げの好循環」を加速させる。そのために、17の戦略分野への投資やサプライチェーンへの参入や、地方を出発点としたAXに取り組み、変化に挑む中堅・中小企業の「稼ぐ力」を強化していく必要がある。地政学リスクの高まりや大幅な物価高等のこれまでにない厳しい経営環境の中で、こうした中堅・中小企業の経営者が予見可能性を確保し、「投資と賃上げの好循環」を実現できるよう、政府は、賃上げの責任を事業者に丸投げせず、中堅・中小企業の「稼ぐ力」の強化を強力に後押ししていく。「労働供給制約社会における中堅・中小企業の「稼ぐ力」強化戦略」にのっとり、政府として必要な予算を確保し、従来よりも力強い支援を安定的かつ切れ目なく行う用意がある姿勢を示す。

なお、労働供給制約社会においては、賃上げは単なる分配ではなく、人材を惹き付け、消費の拡大を通じた生産性向上投資を促し、企業の行動変容を促進する「供給力強化」そのものであり、成長戦略の起点であることに留意しなければならない。

②目標（KPI）

- ・2029年度までの間で、日本経済全体で、実質賃金で年1%程度の上昇、すなわち、持続的・安定的な物価上昇の下で、物価上昇を年1%程度上回る賃金上昇を賃上げのノルム（社会通念）として我が国に定着させる。
- ・中小企業の労働生産性（「稼ぐ力」）を2030年度までの5年間で15%増加させる。

③講ずべき施策パッケージ

vi) 医療・介護・保育・福祉等における人材確保と賃上げの対応

令和7年度補正予算による医療・介護等支援パッケージや、令和8年度診療報酬改定、介護・障害福祉サービス等報酬改定による賃上げ措置、保育士・幼稚園教諭等の処遇改善を着実に実施するとともに、今後の経済・物価動向等も踏まえつつ、2027年度以降も医療・介護・保育・福祉等分野の現場職員の他職種と遜色のない処遇改善を推進する。あわせて、必要なエッセンシャルワーカーの確保を含めたサービス提供体制の全国的維持を図るための制度改革に速やかに着手する。

規制改革実施計画（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋）

2. 地方を伸ばし、暮らしを守る (2) 健康・医療・介護

4 地域におけるオンライン診療の更なる普及・円滑化

前文 （略）

- a 厚生労働省は、オンライン診療受診施設でD to P with N を実施する場合における看護師等による診療の補助について、現状のD to P with N の運用状況に関する調査研究の結果を取りまとめ、その結果を踏まえつつ、以下の事項を含めて必要な留意事項の周知及びガイドライン等の整備を行う。
- ・オンライン診療受診施設として届出されたオンライン診療専用車両等においても、点滴、注射、血液検査、尿検査、超音波検査、心電図検査などの一定の診療の補助行為が可能であることを明確化すること。
 - ・診療の補助行為を行うに当たって、オンライン診療受診施設やオンライン診療を実施する医療機関等に求める設備、体制等については、医療の安全性を確保することを前提に、必要最小限のものとすること。
 - ・オンライン診療受診施設において診療の補助行為を行うに当たって前提となる医薬品及び医療機器の看護師等による一時的な保管・運搬を、医師・医療機関の管理責任の下、医療の安全性を確保することを前提に、必要最小限の条件の下で可能であることを明確化すること。
- b 厚生労働省は、a の措置等を踏まえ、適正なオンライン診療の更なる普及及び円滑化を実現するため、オンライン診療受診施設におけるD to P with N 時の診療の補助行為について診療報酬上の取扱いを明確化することを含め、所要の措置を講ずる。

【a：引き続き検討を進め、令和9年上期までに調査研究結果を取りまとめ、令和9年結論・措置、b：令和9年度結論・措置】

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第1 目指す社会の姿、取組の方向性と重点的な取組

4. 取組の方向性と重点的な取組

（1）国のAX/DX基盤の高度化・強靱化

⑤ 外国人政策を支える情報基盤

イ 在留審査・入国審査等に係る納付状況等の連携・活用

- 令和9年3月以降から順次、出入国在留管理庁が関係機関から国民健康保険料、国民年金保険料、地方税等の情報について、マイナンバー等を活用した情報連携により取得し、未納がある場合の納付勧奨や在留審査・入国審査に活用する仕組みを検討する。あわせて、まずは出入国在留管理庁において、出国時においてもこれらの情報を活用するための具体的な方策や課題について検討を開始する。

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

① マイナンバーカードの普及・利用拡大及びマイナポータルの利便性向上等

イ マイナポータルの利便性向上・利用拡大等

- マイナポータルAPIについて、官民の様々なサービスにおけるデータ利用促進や適切なデータ利用を進め、さらには、デジタルヘルスサービスの拡大も図るため、令和8年度中の電子カルテ情報共有サービスの全国的な運用開始等を踏まえた利用可能な機能や取得可能な情報の拡充や、これに伴う利活用の範囲や審査の適格性を担保するための審査体制の拡充や審査プロセスの改善に取り組む。

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

③ 医療DXの推進

ア 電子カルテの推進・普及等

- 電子カルテ情報共有サービスについては、令和7年から開始したモデル事業を通じて把握した課題に対応し、令和8年度中に、全国的な運用を開始する。また、令和9年度以降は、共有可能な情報の拡大（医療介護の連携、歯科医療機関や薬局が有する情報の活用等）及びマイナポータルを活用した利便性向上に係る検討を進め、運用状況を踏まえつつ更なる改善を図ることや、医療DXの基盤となるマイナ保険証の利便性の向上等を含め、全国医療情報プラットフォームの機能拡充等に取り組む。

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

第1 目指す社会の姿、取組の方向性と重点的な取組

4. 取組の方向性と重点的な取組

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

③ 医療DXの推進

ウ 電子処方箋の推進

- 電子処方箋利用者のUX向上による利用促進を目的として、マイナポータルを活用した電子処方箋の薬局への事前送付の方策について、令和8年度中に必要な検討を行い、結論を得た上で、令和9年度以降に必要なシステム改修を行う。また、電子処方箋を含む医療DXの推進に合わせて、保健医療福祉分野において公的資格の確認機能を有する電子署名・電子認証を行う基盤である公開鍵基盤（HPKI）の継続的な安定稼働及び更なる普及に向けて令和8年度以降順次検討を進める。

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

③ 医療DXの推進

ク 医療費助成の受給者証とマイナンバーカードの一体化

- 法律にその実施根拠がある公費負担医療や子ども医療費等の地方公共団体が単独で設けた医療費等の助成制度の受給者証としてマイナンバーカードを利用可能とするため、令和8年度においては、新たに原子爆弾被爆者に対する医療の給付等を対象制度に追加するためのマスタ整備・周知に取り組むとともに、全国規模での導入に向け参加自治体が1,400団体程度（都道府県は全都道府県）となることを目指し、取組を進める。令和9年度以降も、未導入となる自治体や制度について早期の導入を進める。

【施策例】

- ・ 3-31 マイナンバーカードと健康保険証の一体化
- ・ 3-34 診療報酬改定DX
- ・ 3-40 マイナポータルAPI接続による健診等情報の利活用
- ・ 3-43 医療等情報の二次利用

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和8年7月21日 閣議決定）（主な箇所抜粋③）

第1 目指す社会の姿、取組の方向性と重点的な取組

4. 取組の方向性と重点的な取組

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

⑤ こども・子育て・教育DXの推進

ア 子育て支援施策など必要な情報をプッシュ型配信するための仕組みの構築

- 自治体が、居住する子育て世帯に対し、必要な情報をプッシュ型で届けることを可能とするため、自治体及び国の子育て支援制度に係る情報を集約した子育て支援制度レジストリを整備する。具体的には、当該レジストリにおいて、令和7年度までに800を超える自治体の制度情報データを整備しているが、令和8年度中に全自治体分を整備するとともに、子育てアプリとの更なる連携を進める。

【施策例】

- ・ 3-71 トータルデザインで目指す姿（スマートフォンで60秒で手続きが完結）

（3）国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）

⑦ 各分野におけるDX化の推進

ア 税務

(a) マイナンバーカード・マイナポータルを活用した確定申告の利便性向上

- UI、操作性等の改善により確定申告の一層の利便性向上を図るため、マイナポータル連携（控除証明書等のデータを一括取得し、各種申告書の該当項目へ自動入力する機能）に必要な外部サービスとの連携設定の簡素化について、令和8年度中を目途に要件を整理し、令和9年度以降の実現を目指す。あわせて、社会保険料控除の対象となる医療・介護保険料をマイナポータル連携の対象とするため、国税庁は厚生労働省等と連携し、令和8年度中を目途に要件を整理した上で、令和9年度以降の実現を目指す。なお、マイナンバーカード・マイナポータルを用いたe-Taxの推進を図るため、マイナンバーカードが普及するまでの暫定的な措置である「ID・パスワードによる申告」は、令和8年分確定申告期における納税者への周知の後、令和9年の早期に終了することとする。
- また、令和9年1月以降、給与支払報告書を市区町村に提出した場合、税務署に給与所得の源泉徴収票を提出したものとみなされ、eLTAXで提出された給与支払報告書が給与情報のマイナポータル連携の対象となることについて、政府を挙げて企業等へ周知し、マイナポータル連携の利用拡大を図る。

【施策例】

- ・ 3-119 社会保険・税手続きのオンライン・デジタル化

U.E.N.O.Plan～攻めの予防医療厚生労働省関係施策～ 概要（1）

: Understand, Exercise, Nourish and Optimize for Better Health

- 「がん、循環器病をはじめとした生活習慣病」は、死因の約5割、一般医療費の約3割を占めており、「**栄養・食生活**」も含めた対策が必要。他方で、健康寿命が延伸し、死因に占める老衰の割合の増加に伴い、人生100年時代をよりよく生きるために「**認知症対策**」や「**リハビリテーションの推進**」も重要である。また、全身の健康にもつながる「**歯と口腔の健康**」や就労やキャリア形成に影響を与える「**更年期症状**」など女性の健康課題への対策も求められている。
- **健康寿命の更なる延伸**に向けて、国民一人ひとりが自身の健康を「自分ごと」として捉え、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、**健康リテラシーの向上**を図るとともに、**行政や保険者等による能動的な介入を強化し、実効的な行動変容を促進する「攻め」の取組を具体化**するため、**6つの領域を重点領域として位置づける**。これらの取組により就労や地域活動への参画が促進され、**社会保障を支える基盤の維持・強化**につなげていく。

歯科保健 いわゆる国民皆歯科健診の具体化

＜歯周病で治療を受けている患者数＞ 1,135万4,000人（男性445万4,000人、女性689万9,000人）

- 希望する国民が毎年、歯科健診を受けられるよう、自治体・医療保険者の双方で、簡易検査ツールを活用した方法を「簡易歯科健診」として位置づけ、制度化
 - ・自治体：歯周病検診を5歳ごとに拡大するとともに、節目年齢に関わらず、未受診者等に対して簡易歯科健診等を実施する自治体を支援
 - ・職域：簡易歯科健診を推進する観点から、予防の取組実績に応じて医療保険者の負担金を加算・減算する制度に簡易歯科健診を追加

性差に由来するヘルスケア 更年期世代の女性を診療する一般診療医向けわが国初のガイドンス作成

＜更年期症状を自覚し始めてから3か月以内程度で医療機関を受診した人の割合＞ 40歳代・50歳代で約1割（女性）

- 関係学会の協力を得て作成した更年期世代の女性を診療する一般診療医向けの**ガイドンス**（※男性中高年期の健康課題についても同様に作成）を用いて、研修等を通じて共通的な考え方を周知するとともに、**対応医療機関を検索可能**とする取組を進め、適切な医療につなげる。
- 心身の不調を抱える女性が、自らの症状や状態を記録する**ツール**を開発するなどの取組を進める。

栄養・食生活 生活習慣病等の疾病リスク低減のためのわが国初の「食事ガイド」作成

＜食塩摂取量（令和6年）＞ 男性：10.5g/日、女性：8.9g/日 ※日本は主要先進国の中で食塩摂取量が最も多い。

＜野菜摂取量が350g未満の者の割合（令和6年）＞ 男性：73.8% 女性：78.0%

- 生活習慣病リスク低減のための食事のポイントをまとめた「**食事ガイド**」を作成し、国民に周知



U.E.N.O.Plan～攻めの予防医療厚生労働省関係施策～ 概要（2）

: Understand, Exercise, Nourish and Optimize for Better Health



がん・循環器病等 未受診者の原因究明と個人の就業状況に応じた受診勧奨

＜がんの死亡者数（2024年）＞ 年間約38.4万人（男性約22.2万人、女性約16.2万人）

＜循環器病（心疾患及び脳血管疾患）の死亡者数（2024年）＞ 年間約32.9万人（男性約16.3万人、女性約16.7万人）

がん

● 令和10年度までに受診率60%、精密検査受診率90%の達成

- ✓ 職場におけるがん検診の受診勧奨等の強化（大臣指針の改正）
- ✓ 保険者による取組を推進するため、事業者－保険者連携の促進
- ✓ 自治体による職域を含めた受診状況の把握、未受診者への受診勧奨の徹底

循環器病

● 令和11年度までに特定健診受診率70%の達成及び受診勧奨の促進

- ✓ 特定健診等の生活習慣病に関する健診の受診促進
- ✓ 保険者による健診、職場健診、後期高齢者健診等の場を活用した積極的な受診勧奨
- ✓ 国立循環器病研究センターにおいて、情報の一元化及びポータルサイトを用いた情報発信

リハビリテーション 科学的分析を活用したリハビリテーションへの主体的な参加への支援

＜介護保険におけるリハビリテーションサービスの受給者数（令和7年）＞

通所リハビリテーション：60.0万人 訪問リハビリテーション：15.3万人

- リハビリテーションへの主体的な参加を支援するポータルサイト等の作成
- 予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーションの推進

認知症 新たな検査技術を活用し、早期診断・早期対応等を推進

＜認知症及び軽度認知障害（MCI）の高齢者数の将来推計（2040年）＞ 認知症：584.2万人 MCI：612.8万人

● 早期診断・早期対応の社会実装に向けたモデル構築を進める

- ✓ 新たな検査技術（バイオマーカー）をモデル的に活用し、抗体薬投与の検査負担軽減と早期の治療開始の実現を目指す
- ✓ （早期診断により）支援（福祉的支援・社会参加等）に早期につなぐ

共通した基盤となる取組 データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築

- 保険者・地域の中小企業等における、がん・循環器病対策をはじめとした予防・健康づくりの取組を推進するため、データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築・成果創出へ向けた保険者へのインセンティブの在り方を検討する。
- 個人インセンティブに係る取組の推進
- 健康経営の視点にも立った「事業主・保険者連携」（コラボヘルス）の推進

健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号）の検討規定

◎健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号）（抄）

附 則

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を実現する観点から、社会経済情勢の変化及び社会の要請に対応し、必要な保険給付等の適切な実施並びに世代間及び世代内の負担の公平性の確保を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、第一条の規定（前条第四号に掲げる改正規定に限る。次条第一項及び附則第十一条において同じ。）による改正後の健康保険法第六十三条第二項第六号及び第八十六条第三項第一号の規定並びに第八条の規定（前条第四号に掲げる改正規定に限る。次条第二項及び附則第二十五条において同じ。）による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第六号及び第七十六条第三項第一号の規定について、軽度の疾病等に係る要指導医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。以下この項において同じ。）及び一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。）（以下この項において「要指導医薬品等」という。）の服用に関する国民の理解並びに要指導医薬品等に関する医師、歯科医師及び薬剤師の理解を深めるための取組の状況、医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方箋の交付を受けて使用すべき医薬品に係る要指導医薬品への転用に係る状況等を勘案し、これらの規定に係る厚生労働大臣の定めのある在り方等について検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

3 前項に定める事項のほか、政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

附帯決議について①（衆議院厚生労働委員会）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和八年四月二十四日

衆議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直しに当たっては、妊産婦の経済的負担の軽減や妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できる環境整備が重要であり、その前提となるサービス内容と費用の見える化、それに基づく標準化を確実に実施し、安全・安心な出産ができる環境整備に向け、周産期医療提供体制の確保に最大限努めること。また、当分の間、出産育児一時金の適用を受けることを可能とする経過措置については、妊産婦の選択に不利益・不公平が生じたり、保険者に過度な事務負担が生じたりすることのないようにしつつ、厳しい労働・経営環境に置かれた分娩施設の状況と意向を十分に踏まえること。さらに、新たな給付体系へ速やかに移行できるよう、国から分娩施設への丁寧な説明など、所要の措置を講ずること。
- 二 分娩施設の体制維持・確保、産科医の確保や地域偏在の解消など、周産期医療提供体制の整備は、国のインフラ整備に関わる問題であり、公費による支援を含む必要な対応策を検討すること。
- 三 分娩費、出産時一時金等の金額の設定に当たっては、医療保険財政及び保険料負担への影響を十分に考慮するとともに、分娩施設を始めとする関係者の意見を十分に踏まえること。とりわけ、地域における分娩施設の経営実態を踏まえた標準的費用の設定、加算措置その他必要な措置を講ずること。また、物価動向や人件費その他の経済状況の変化に適切に対応する観点から、関係者の意見も踏まえつつ、不断に見直すこと。
- 四 妊婦の希望に応じて安全・安心な出産ができる環境整備に向け、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化など、安全で質の高い無痛分娩や痛みの緩和を目的とした処置の提供体制確保のための方策を講ずること。
- 五 多胎妊婦に対する妊婦健康診査について、単胎妊娠を前提とした現行制度との間に生じている経済的負担及び支援の地域間格差の実態を踏まえ、多胎妊娠の医学的特性に応じた標準的な健診内容の在り方の検討を行うとともに、多胎妊婦健康診査支援事業の全国的な実施率向上に向けた具体的な方策や国の関与の在り方を含め検討すること。また、民間団体等との連携による周知・支援体制の強化及び申請手続による当事者の負担の軽減に必要な措置を検討すること。

附帯決議について②（衆議院厚生労働委員会）

- 六 医療機関における業務効率化・勤務環境改善への責務明確化に当たっては、医療機関における業務効率化・勤務環境改善への取組推進に向けて適切に支援するとともに、現場の実態を幅広く把握・検証し、医療の安全性や質の担保、患者のプライバシー・個人情報の保護への留意とともに、現場労働者の負担軽減に資する取組となるよう留意すること。
- 七 一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。また、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせることのないよう十分配慮すること。さらに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八 一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九 一部保険外療養に係る対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合の検討に当たっては、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。
- 十 医療保険制度において、高額療養費等の制度が国民の生命及び生活を守る上で欠くことのできない中核的な役割を果たしていることに鑑み、将来の見直しに際しても、高額療養費等の支給を受ける者が療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項は、高額療養費等の支給を受ける者の「療養等に必要な費用の負担が家計に与える影響」及び「必要かつ適切な受診に与える影響」を考慮して定めること。また、その際には、高額療養費等の支給を受ける者の「給与等の収入の状況及び当該収入の変動状況」、「子等の扶養に係る支出、とりわけ教育費に係る支出等の状況」及び「療養等の状況等の生活の実態」など、高額療養費等の支給を受ける者の多様性に留意すること。さらに、高額療養費等の支給を受ける者の収入の状況等に応じ、きめ細かく、かつ、できる限り利便性に配慮した支給要件とすること。加えて、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項を定めるに当たっては、引き続き、その手続に当たり、高額療養費等の支給額の算定に関する資料その他の必要な資料を提示して、高額療養費等の支給を受ける者、高額療養費等の支給を受ける者に対する医療に従事する者、高額療養費等に関して学識経験を有する者、保険者や保険料納付者である労使等を社会保障審議会に参画させ、その意見を聴くための措置を講ずること。
- 十一 高額療養費制度の支給要件等の見直しに当たっては、多数回該当や年間上限に該当しない患者であっても必要な医療へのアクセスが阻害されないように留意すること。また、制度の見直しによって、国民の健康状態の悪化や医療費の増大につながることもないよう、所得区分別、年齢別、疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、必要に応じて速やかに見直しを行うこと。さらに、制度の一層の機能強化に向け、保険者間の情報連携などの方策について検討を進めること。個人事業主の長期の療養の保障に向け、被用者保険との格差是正に向けて検討を進めること。
- 十二 高額療養費制度において、現役世代の負担軽減に向け、保険者変更に関わる多数回該当の初期化、合算可能レセプトに係る金額要件や暦月単位判定、償還払いによる一時的負担など制度運用の改善に向けて継続的に検討を進めること。

附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

- 十三 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案に当たっては、公平な負担及び支払い能力に応じた負担の実現という観点から、持続可能な医療保険制度の在り方を検討すること。制度導入後の後期高齢者の受診などへの影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。また、同制度においては、現在、現役並み所得の被保険者の給付費が公費負担の対象とならないことも踏まえ、高齢者の窓口負担割合の検討の中で現役世代の保険料負担への配慮も含めた制度の在り方を検討し、所要の措置を講ずること。
- 十四 金融所得の公平な反映を目指す後期高齢者医療制度や国民健康保険の事務の実施について、デジタル技術の活用や都道府県国民健康保険団体連合会の活用を推進するなど自治体の事務負担の軽減に努めること。その際、自治体支援を進めるため、同連合会の全国組織である公益社団法人国民健康保険中央会の強化について、その在り方も含めて検討し、必要な措置を講ずること。
- 十五 全国健康保険協会への国庫補助の在り方については、国庫補助が財政基盤の安定につながってきたことや、保険者機能の十分な発揮の観点、その財政運営の実態等も勘案しつつ検討するとともに、今回の改正による時限措置終了後における保険財政運営の在り方については、中長期的な視点で検討すること。その際、きめ細かく有効な疾病予防・健康づくりの推進を可能とする体制を確立するよう努めること。
- 十六 子育て世帯の保険料負担の更なる軽減について、軽減措置の更なる拡充を含めた検討を進めること。
- 十七 国民健康保険制度の財政安定化基金の運用見直しについて、保険料抑制に向けて、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。

附帯決議について①（参議院厚生労働委員会）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和八年五月二十八日

参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 医療保険制度の見直しに当たっては、給付と負担の在り方の見直しに加えて、医療機能の維持や医療従事者の確保といった医療提供体制の在り方、医療の質の向上への対応を含め、医療全体をどのように維持し、国民皆保険制度を堅持していくかとの観点から、議論を行うこと。
- 二 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直しに当たっては、妊産婦の経済的負担の軽減や妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できる環境整備が重要であり、その前提となるサービス内容と費用の見える化、それに基づく標準化を確実に実施し、安全・安心な出産ができる環境整備に向け、周産期医療提供体制の確保に最大限努めること。また、当分の間、出産育児一時金の適用を受けることを可能とする経過措置については、できる限り多くの分娩施設が新たな給付体系を選択するよう促すとともに、妊産婦の選択に不利益・不公平が生じたり、保険者に過度な事務負担が生じたりすることのないようにしつつ、厳しい労働・経営環境に置かれた分娩施設の状況と意向を十分に踏まえること。さらに、新たな制度の下で地域の周産期医療体制を維持・確保できるよう、国から分娩施設への支援や丁寧な説明など、所要の措置を講ずること。
- 三 分娩施設の体制維持・確保、産科医の確保や地域偏在の解消など、周産期医療提供体制の整備は、国のインフラ整備に関わる問題であり、公費による支援を含む必要な対応策を検討すること。
- 四 分娩費、出産時一時金等の金額の設定に当たっては、医療保険財政及び保険料負担への影響を十分に考慮するとともに、分娩施設を始めとする関係者の意見を十分に踏まえること。とりわけ、分娩経過が多様であることや、地域における分娩施設の経営実態を踏まえた標準的費用の設定、加算措置その他必要な措置を講ずること。また、物価動向や人件費その他の経済状況の変化に適切に対応する観点から、関係者の意見も踏まえつつ、不断に見直すこと。
- 五 妊婦の希望に応じて安全・安心な出産ができる環境整備に向け、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化など、安全で質の高い無痛分娩や痛みの緩和を目的とした処置の提供体制確保のための方策を講ずること。

附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

- 六 医療機関における業務効率化・勤務環境改善への責務明確化に当たっては、医療機関における業務効率化・勤務環境改善への取組推進に向けて適切に支援するとともに、現場の実態を幅広く把握・検証し、医療の安全性や質の担保、患者のプライバシー・個人情報の保護に留意し、幅広い医療機関において適切に業務効率化・勤務環境改善が推進され、現場労働者の負担軽減に資する取組となるよう留意すること。
- 七 一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、適正な医療の提供を確保するために必要なものについては、将来にわたって保険給付の対象とするとともに、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。さらに、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせ、又は必要かつ適切な受診が抑制されることのないようにするとともに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八 一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九 一部保険外療養の導入に当たっては、医療用医薬品の給付を受ける患者とＯＴＣ医薬品で対応している患者との公平性の確保の観点から、イトプリドの妊婦に対する使用上の注意等を精査、検討すべきとの指摘があったことを踏まえ、イトプリドを妊婦に使用する際に別途の負担を求めない方向で整理すること。
- 十 一部保険外療養の導入に当たっては、対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合を有効成分、効能効果、最大用量等を踏まえ精査、検討するとともに、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。

附帯決議について③（参議院厚生労働委員会）

- 十一 高額療養費等の制度は、重い疾病等に直面した場合であっても、日本国憲法第十三条が保障する個人の尊厳及び同第二十五条が保障する生存権が著しく毀損されることのないよう、国民皆保険制度において国民の生命及び生活を守る上で欠くことのできない中核的な役割を果たしていることに鑑み、将来の見直しに際しても、高額療養費等の支給を受ける者が療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項は、高額療養費等の支給を受ける者の「療養等に必要な費用の負担が家計に与える影響」及び「必要かつ適切な受診に与える影響」を考慮して定めることとし、長期療養者をはじめ療養等に必要な費用の負担が家計の負担能力に応じたものとなるよう配慮すること。また、その際には、高額療養費等の支給を受ける者の「給与等の収入の状況及び当該収入の変動状況」、「子等の扶養に係る支出、とりわけ教育費に係る支出等の状況」及び「療養等の状況等の生活の実態」など、可能な限り受給者の多様性を把握しこれを踏まえた検討を行うこと。さらに、高額療養費等の支給を受ける者の収入の状況等に応じ、きめ細かく、かつ、できる限り利便性に配慮した支給要件、支給方法等とすること。加えて、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項を定めるに当たっては、引き続き、その手続に当たり、高額療養費等の支給額の算定に関する資料その他の必要な資料を提示して、高額療養費等の支給を受ける者、高額療養費等の支給を受ける者に対する医療に従事する者、高額療養費等に関して学識経験を有する者、保険者や保険料納付者である労使等を社会保障審議会に参画させ、その意見を聴くための措置を講ずること。
- 十二 高額療養費制度の支給要件等の見直しに当たっては、多数回該当や年間上限に該当しない患者であっても必要な医療へのアクセスが阻害されないように留意すること。また、制度の見直しによって、国民の健康状態の悪化や医療費の増大につながることを防ぐこと、所得区分別、年齢別、疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、必要に応じて速やかに見直しを行うこと。さらに、制度の一層の機能強化に向け、保険者間の情報連携などの方策について検討を進めること。個人事業主の長期の療養の保障に向け、被用者保険との格差是正に向けて検討を進めること。
- 十三 高額療養費制度において、現役世代の負担軽減に向け、保険者変更に関わる多数回該当の初期化、合算可能レセプトに係る金額要件や歴月単位判定、償還払いによる一時的負担など制度運用の改善に向けて継続的に検討を進めること。
- 十四 高額療養費制度は、患者の医療費負担を軽減する政策であるとともに、家計消費への影響を緩和する効果のある政策であり、自己負担引上げは、医療費を公的保険で支えるのか、患者負担や民間保険の比重を増やすのか等という問題であることを踏まえ、将来の見直しに際しては、医療保障の観点に基づき、財政・経済全体の中における高額療養費制度の在り方という視点も踏まえた議論を進めること。
- 十五 高額な医療費や、疾病・治療の影響による収入減少・就業困難によって生活困窮や経済的に不安な状況に陥ることで、治療の継続、家族を含めた生活の維持、子の養育等に大きく影響が出る事態に直面した患者やその家族を支援する観点から、相談支援窓口の整備及びアクセスの確保等に取り組むとともに、支援制度の十分な周知を図ること。
- 十六 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案に当たっては、公平な負担及び支払い能力に応じた負担の実現という観点から、持続可能な医療保険制度の在り方を検討するとともに、把握されていない所得を正確に捕捉する方策についても検討すること。制度導入後の後期高齢者の受診などへの影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。また、同制度においては、現在、現役並み所得の被保険者の給付費が公費負担の対象とならないことも踏まえ、高齢者の窓口負担割合の検討の中で現役世代の保険料負担への配慮も含めた制度の在り方を検討し、所要の措置を講ずること。

附帯決議について④（参議院厚生労働委員会）

- 十七 全国健康保険協会への国庫補助の在り方については、国庫補助が財政基盤の安定につながってきたことや、保険者機能の十分な発揮の観点、その財政運営の実態等も勘案しつつ検討するとともに、今回の改正による時限措置終了後における保険財政運営の在り方については、中長期的な視点で検討すること。その際、きめ細かく有効な疾病予防・健康づくりの推進を可能とする体制を確立するよう努めること。
- 十八 子育て世帯の保険料負担の更なる軽減について、軽減措置の更なる拡充を含めた検討を進めること。
- 十九 社会保障制度を将来にわたって持続可能なものにするため、近年の急激な社会・経済状況の変化に応じた、あるべき社会保障の理念とグランドデザインに基づく、社会保障と税が一体となった改革の実現に向けて検討を進めること。



基礎資料

目次

- ・ **日本の医療や健康の状況**

 - 健康・長寿の実現

 - 保健医療の利用状況

- ・ **日本の医療保険制度**

- ・ **医療保険制度が直面する環境変化**

 - 人口構造の変化による担い手の減少

 - 医療需要の変化

 - 物価・賃金の上昇

 - 医療費の動向

 - 保険料・所得の変化

- ・ **これまでの医療保険制度改革**

日本の医療や健康の状況

-健康・長寿の実現-

主要国の65歳以上の人口割合（単位：％）

我が国の65歳以上の人口割合は、1990年には諸外国とほぼ同等であったが、急速にその割合が増え、2040年には35%に達する。**世界的にも高齢化が進んだ国**である。

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
平成2年 (1990年)	12.1	12.3	15.9	14.9	14.0	17.8
平成12年 (2000年)	17.4	12.2	15.9	16.5	16.0	17.3
平成22年 (2010年)	23.0	12.8	16.3	20.6	16.8	18.3
令和2年 (2020年)	28.6	16.1	18.6	21.8	20.7	20.1
令和12年 (2030年)	30.8	20.4	21.0	26.5	24.4	22.1
令和22年 (2040年)	34.8	22.0	23.4	29.6	27.0	24.4

出典：UN, World Population Prospects：The 2024 Revision
ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

3

(参考) 主要国の75歳以上の人口割合(単位: %)

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
平成2年 (1990年)	4.8	5.2	7.0	7.1	6.7	8.0
平成12年 (2000年)	7.1	5.8	7.5	7.1	7.3	8.9
平成22年 (2010年)	11.0	5.9	7.8	9.0	8.9	8.5
令和2年 (2020年)	14.7	6.5	8.6	11.4	9.5	9.5
令和12年 (2030年)	18.8	9.4	10.4	12.5	12.9	11.7
令和22年 (2040年)	19.7	12.2	12.2	16.5	15.5	13.1

出典: UN, World Population Prospects: The 2024 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

平均寿命の国際比較

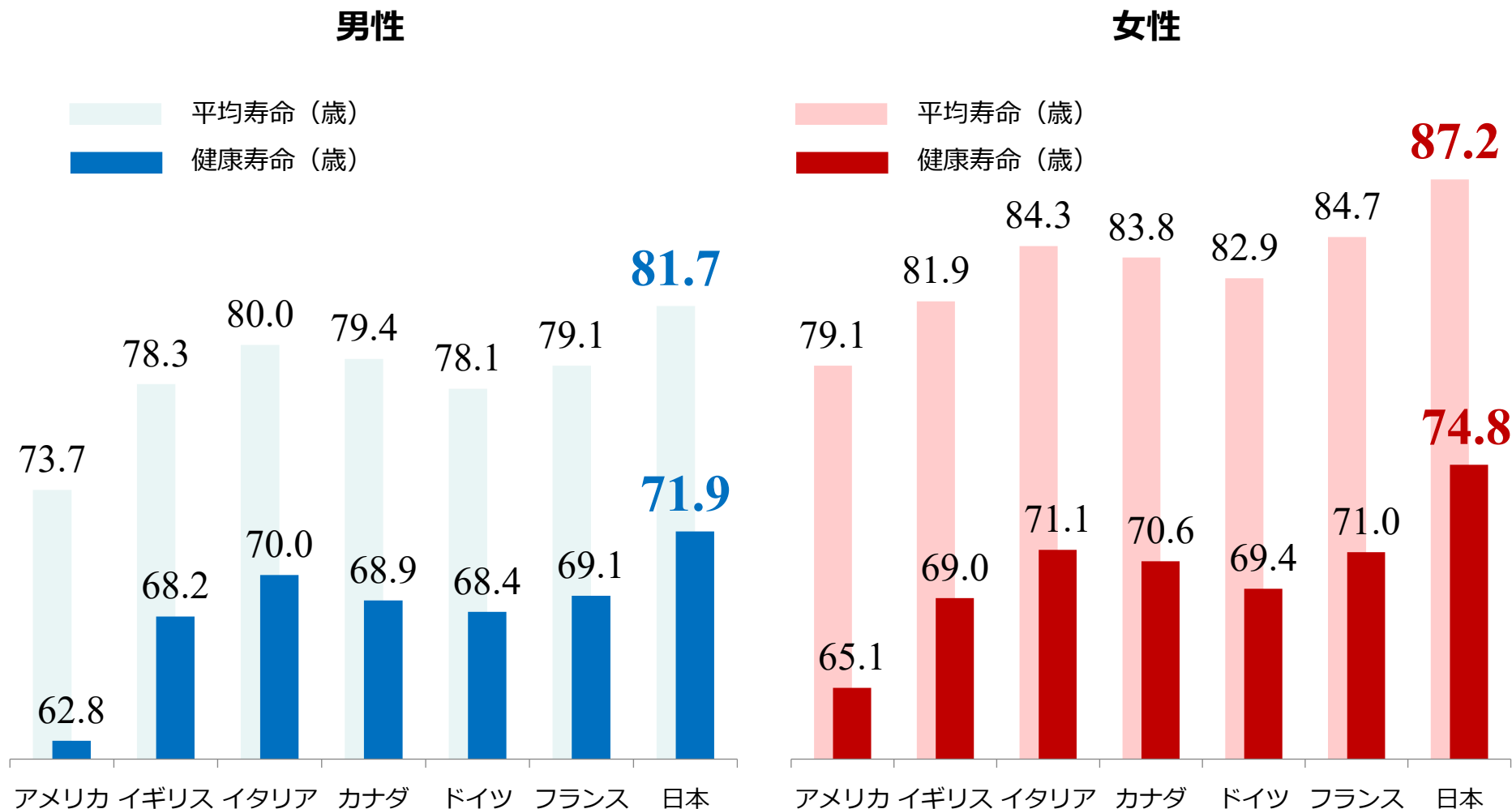
戦後諸外国と比較して低かった平均寿命は年を経るごとに延びてきた。世界的に見ても**日本人は長生き**といえる。

		昭和22年 (1947年)	昭和30年 (1955年)	昭和40年 (1965年)	令和 7 年 (2025年)
男	日本	50.06	63.60	67.74	81.35
	アメリカ	64.6 (1948)	66.6	66.8	76.5(2024)
	イギリス			68.3 (1965-70)	79.12(2022-24)
	ドイツ			67.41(1963-65)	78.47(2022-24)
	フランス	61.87(1946-49)	65.04(1952-56)	67.8	80.3
	スウェーデン	69.04(1946-50)	70.49(1951-55)	71.6(1961-65)	82.52
女	日本	53.96	67.75	72.92	87.33
	アメリカ	69.9 (1948)	72.7	73.8	81.4(2024)
	イギリス			74.6(1965-70)	83.02(2022-24)
	ドイツ			73.22(1963-65)	83.19(2022-24)
	フランス	67.43(1946-49)	71.15(1952-56)	75.0	85.9
	スウェーデン	71.58(1946-50)	73.43(1951-55)	75.7(1961-65)	85.55

(注) ドイツは1989年以前は旧西ドイツの値である。年次及び () 内は作成基礎期間。
出典：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表の概況」、国連「Demographic Yearbook」

平均寿命と健康寿命の国際比較

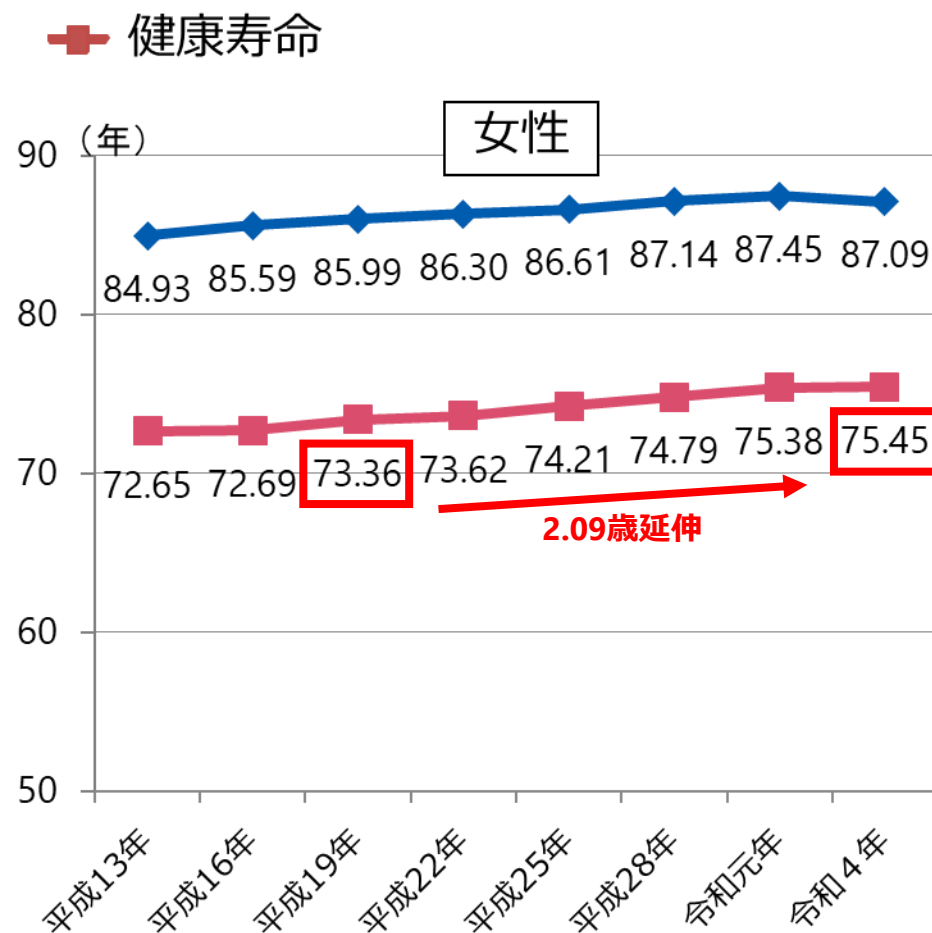
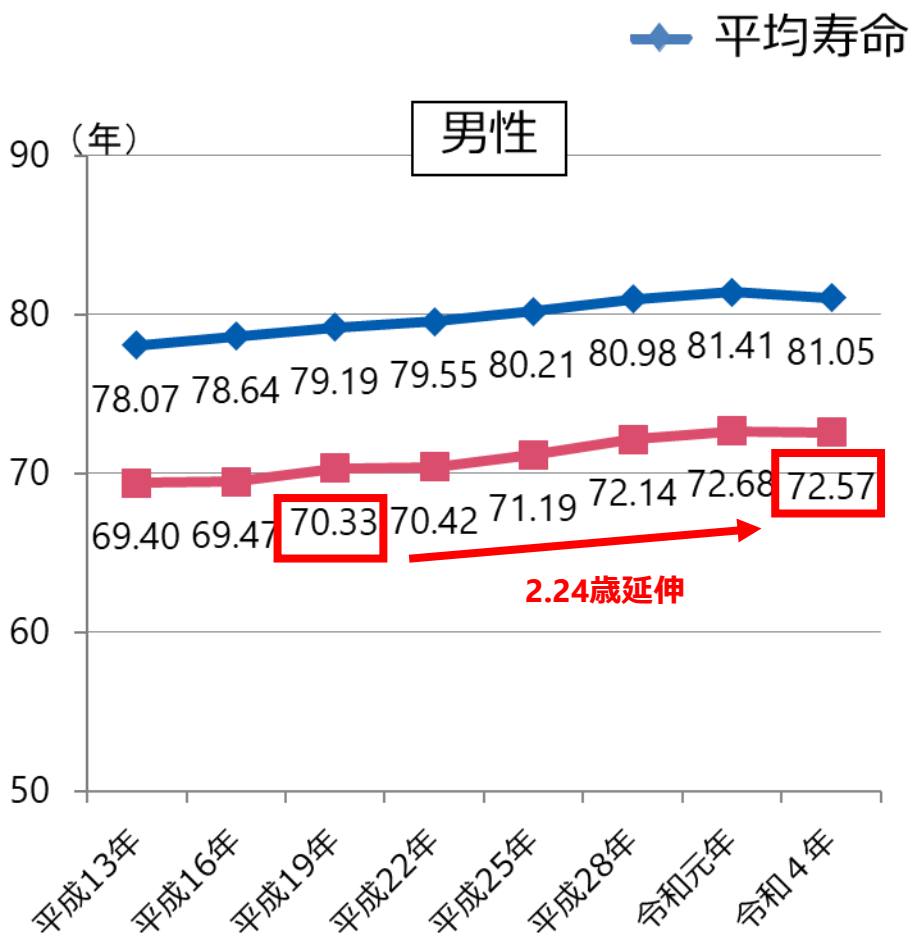
日本は、先進7か国の中で、最も長い平均寿命、健康寿命となっている。



(資料出所) Global Health Observatory (GHO) data
(備考) 平均寿命、健康寿命は2021年のデータ (2026年9月2日アクセス)

平均寿命と健康寿命※の推移

※日常生活に制限がない期間の平均

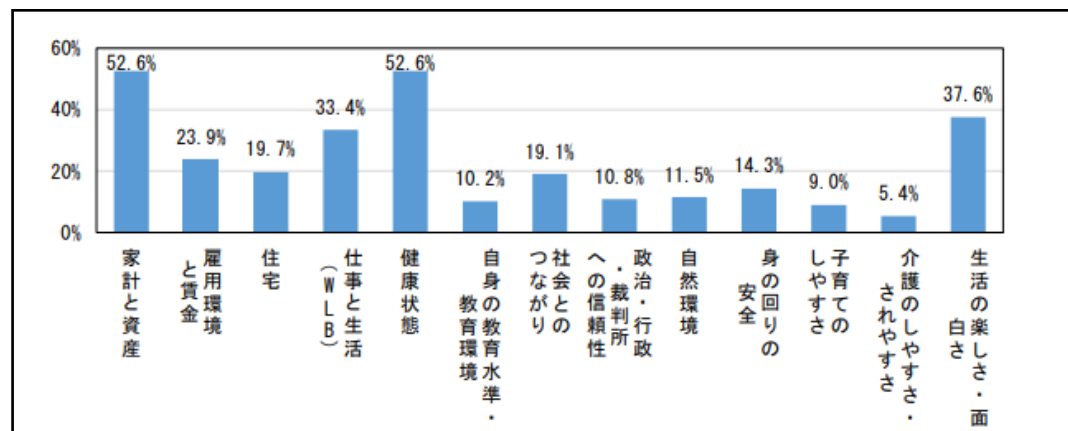


【資料】 平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
 健康寿命：厚生労働科学研究において算出

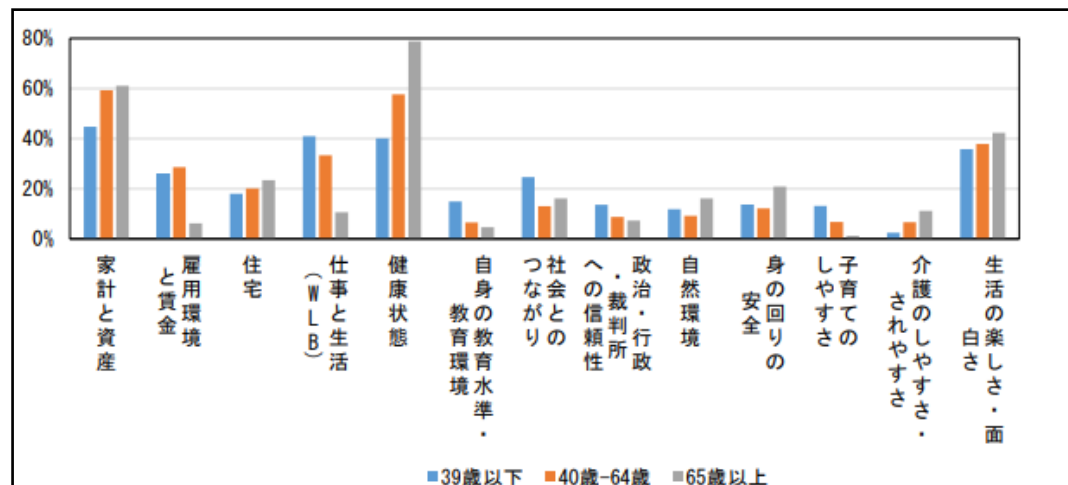
生活満足度と健康状態の関係

生活満足度を判断する際に重視した事項として、「健康状態」を選択した者の割合は13項目の中で最も多い。年齢階層が高くなるほど重視する割合が高く、65歳以上では最も多く、40歳～64歳では「家計と資産」に次ぎ、39歳以下では、「家計と資産」、「仕事と生活」に次いで選択した割合が多い。

重視事項の選択者の割合



重視事項の選択者の割合
(年齢階層別)



日本の医療や健康の状況

-保健医療の利用状況-

ライフサイクルで見た医療保険のサービス（イメージ）

医療保険制度は、療養の給付等に加え、出産育児一時金・出産手当金や傷病手当金などにより、国民の人生の様々な局面において支えている。



療養の給付等

特定健診・特定
保健指導 等

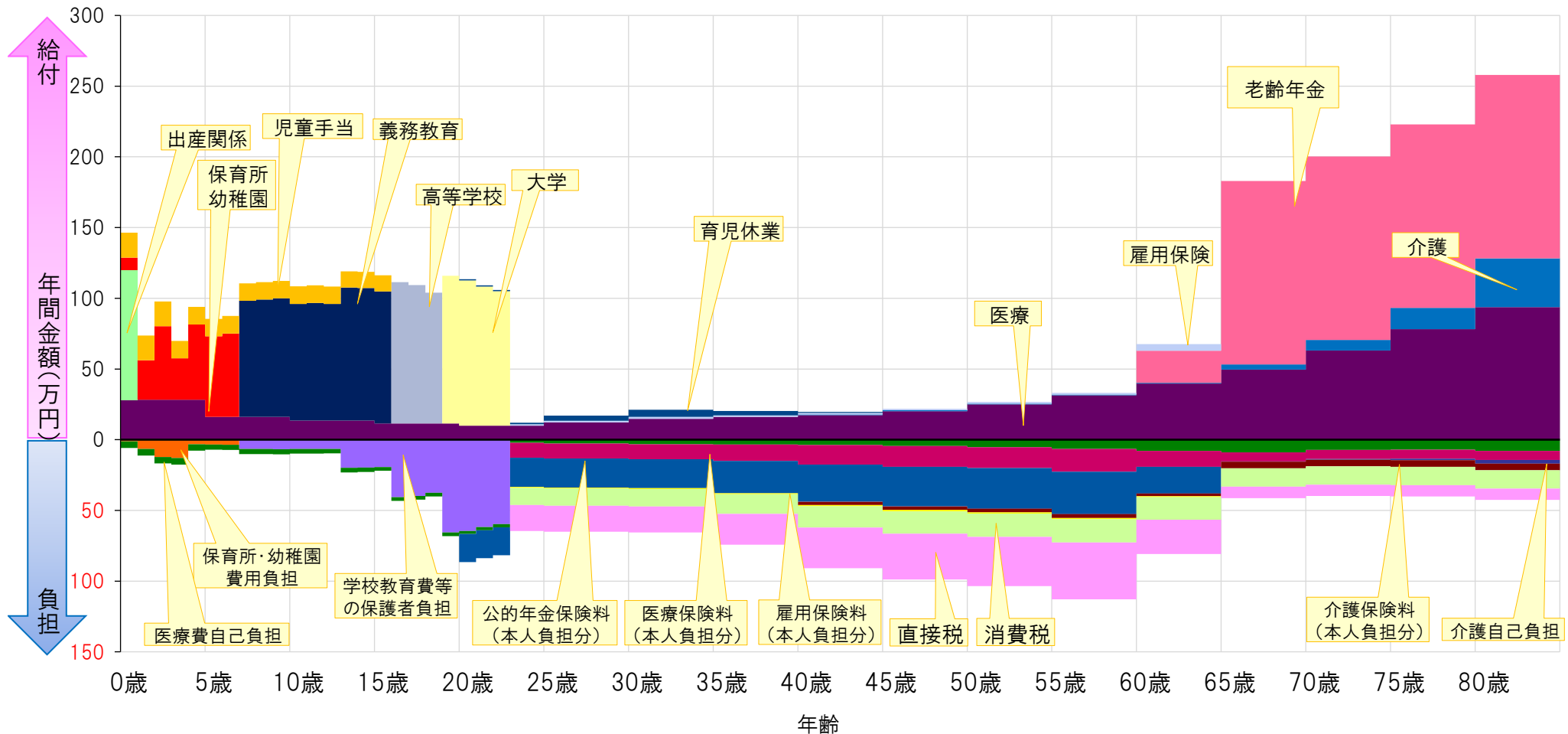
出産育児一時金

出産手当金

傷病手当金

葬祭費・埋葬料

ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ



(出典) 各種統計を基に、厚生労働省にて推計。

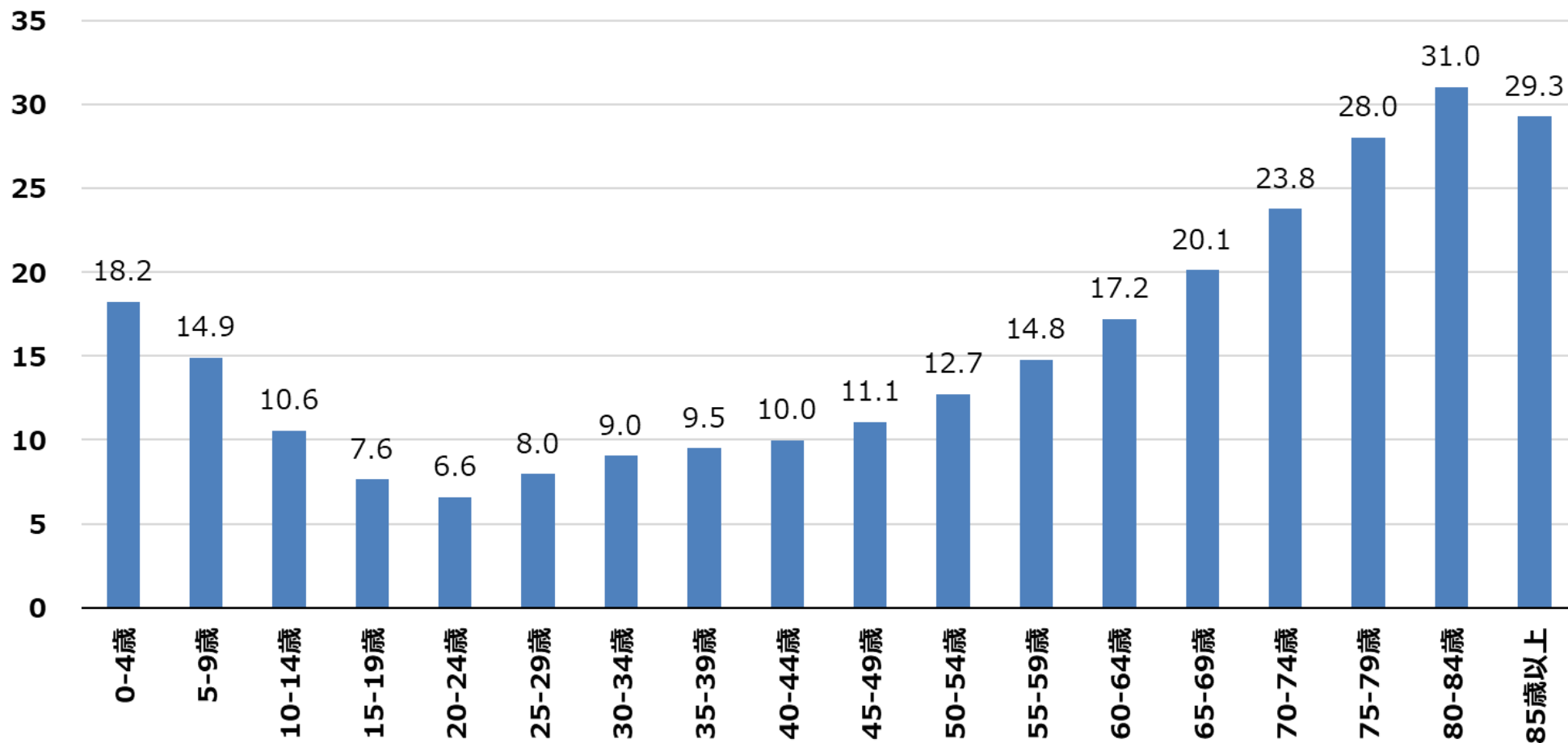
(注) 令和5年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

なお、こども・子育て支援については、「こども未来戦略」(令和5年12月22日閣議決定)の「加速化プラン」(令和6年度から令和8年度を集中取組期間に設定)に基づき、各種制度を拡充しているところであるが、令和5年度以降の取組については実績値がないため反映していない。また、当該取組の財源として令和8年度から徴収を開始する子ども・子育て支援金についても同様。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数（医科・歯科、2023年度）

0～4歳と60代前半の外来受診回数は同水準。高齢者の外来受診回数は、年齢に応じて増加する傾向。

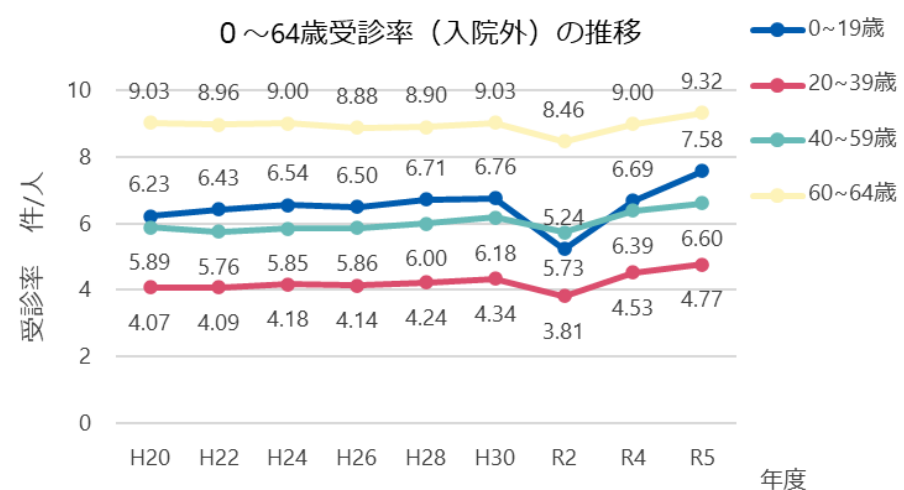
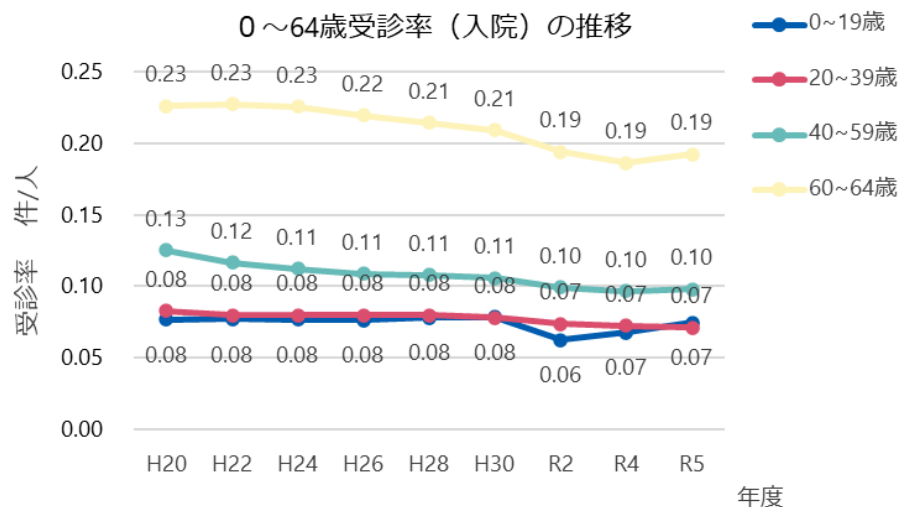
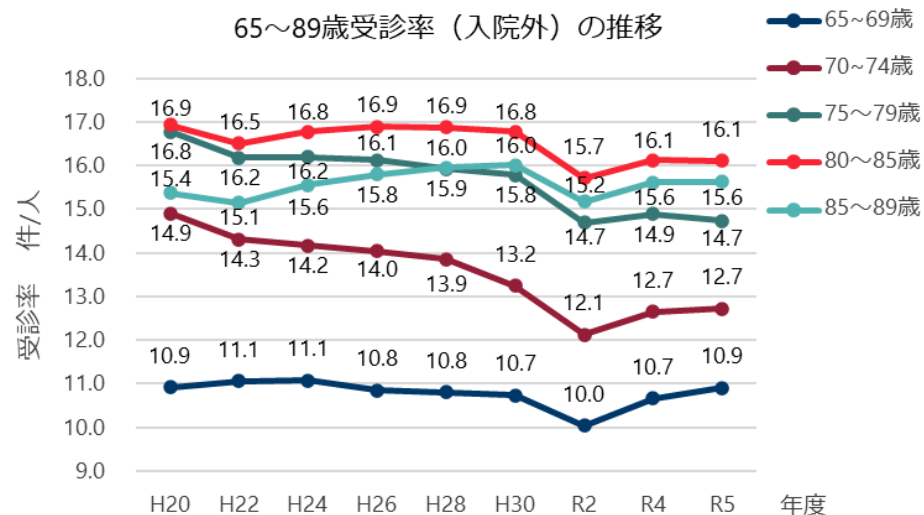
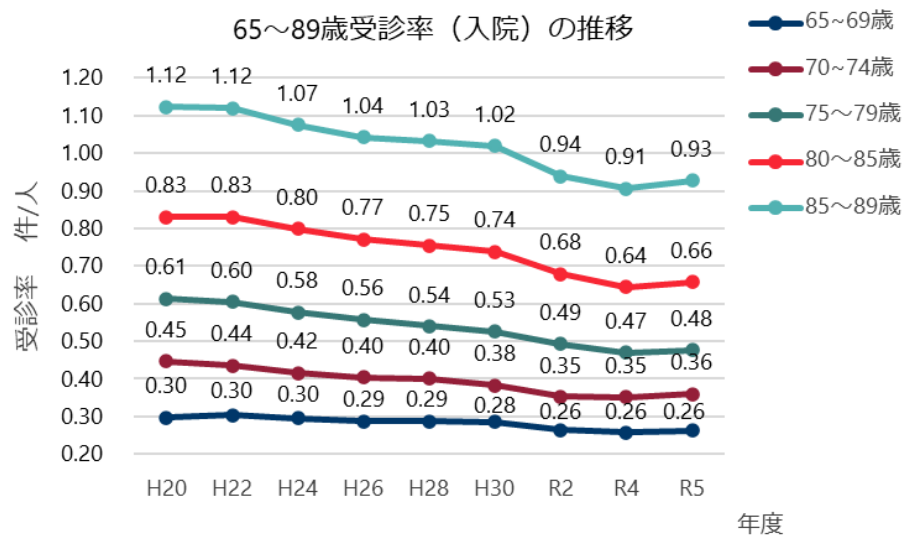
1人当たり年間
外来受診回数（回）



出典：厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和5年度の医療費等の状況～

受診率の推移

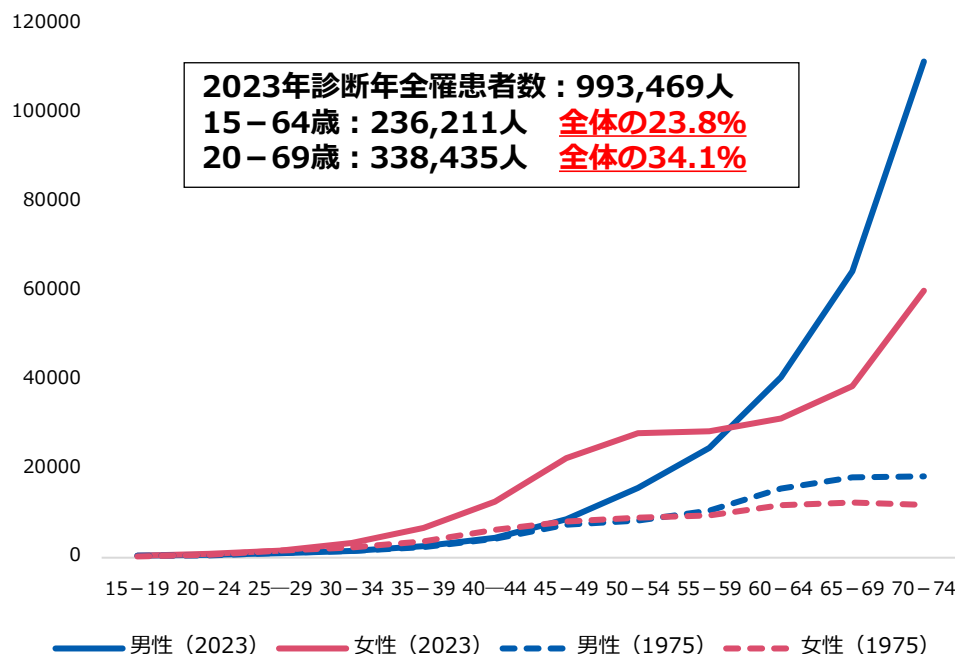
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



がん罹患患者数と仕事を持ちながら通院している者の推移

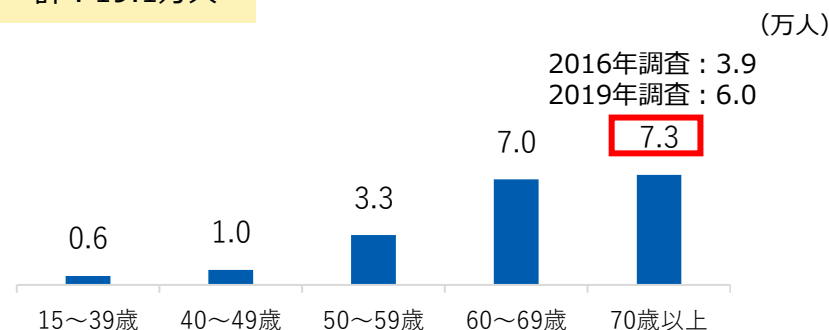
- がん患者の約3人に1人は20歳代～60歳代で罹患している。
- 2022年の調査では、悪性新生物の治療のため仕事を持ちながら通院している者は**49.9万人**で、2019年同調査と比較して、約5.1万人増加した。特に、70歳以上の方の増加率が高く（1.2倍）、2016年同調査と比較すると2倍であった。

性別・年齢別がん罹患患者数



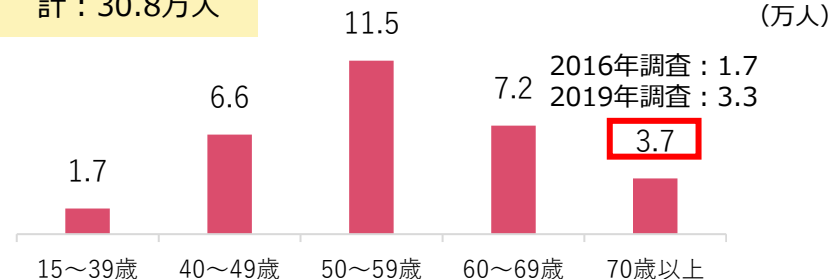
仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者【男性】

計：19.1万人



仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者【女性】

計：30.8万人

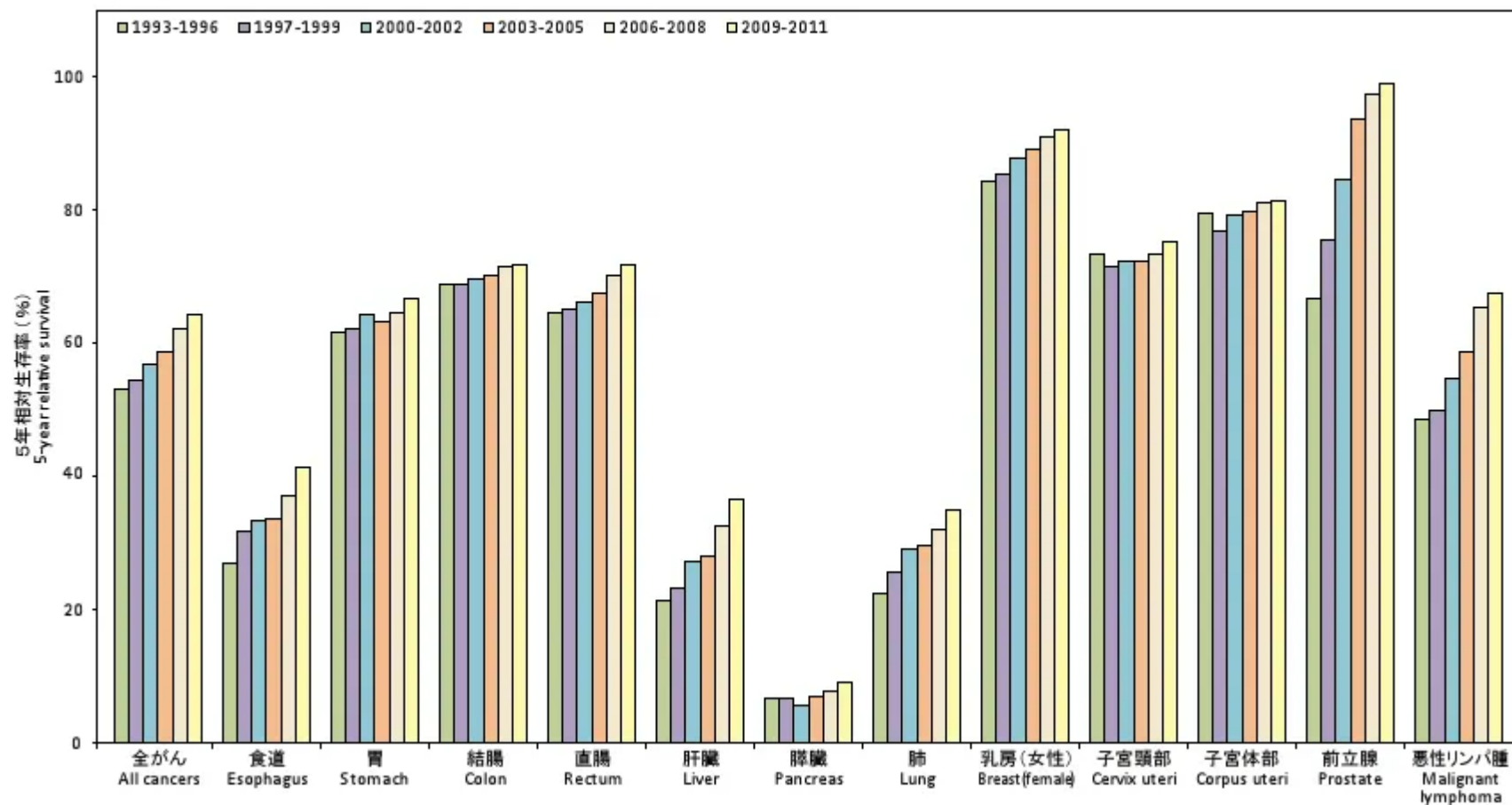


注：1) 入院者は含まない。2) 「仕事あり」とは、調査の前月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。なお、無給で自家営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とする。

がん患者の5年生存率

がん患者の生存率が上昇・改善している。

(1) 5年相対生存率 男女計 5-year Relative Survival, Both Sexes



相対生存率：あるがんと診断された場合に治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標の一つ

日本の健診（検診）制度の概要

全体像

- 医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査（健康診断）を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。（医療保険者や事業主は任意に実施）

（乳幼児等）
妊娠・出産後1年・
小学校就学前

母子保健法

【対象者】1歳6か月児、3歳児

【実施主体】市町村 **<義務>**

※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨

児童生徒等

学校保健安全法

【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時健診については小学校入学前の児童

【実施主体】学校（幼稚園から大学までを含む。） **<義務>**

被保険者・被扶養者

うち労働者

その他

医療保険各法

（健康保険法、国民健康保険法等）

【対象者】被保険者・被扶養者

【実施主体】保険者 **<努力義務>**

労働安全衛生法

【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり

【実施主体】事業者 **<義務>**

※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施

※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。

健康増進法

【対象者】住民
（生活保護受給者等を含む）

【実施主体】市町村 **<努力義務>**

【種類】

- ・歯周疾患検診
- ・骨粗鬆症検診
- ・肝炎ウイルス検診
- ・がん検診
（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診）
- ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導

特定健診

高齢者医療確保法

【対象者】加入者

【実施主体】保険者 **<義務>**

高齢者医療確保法

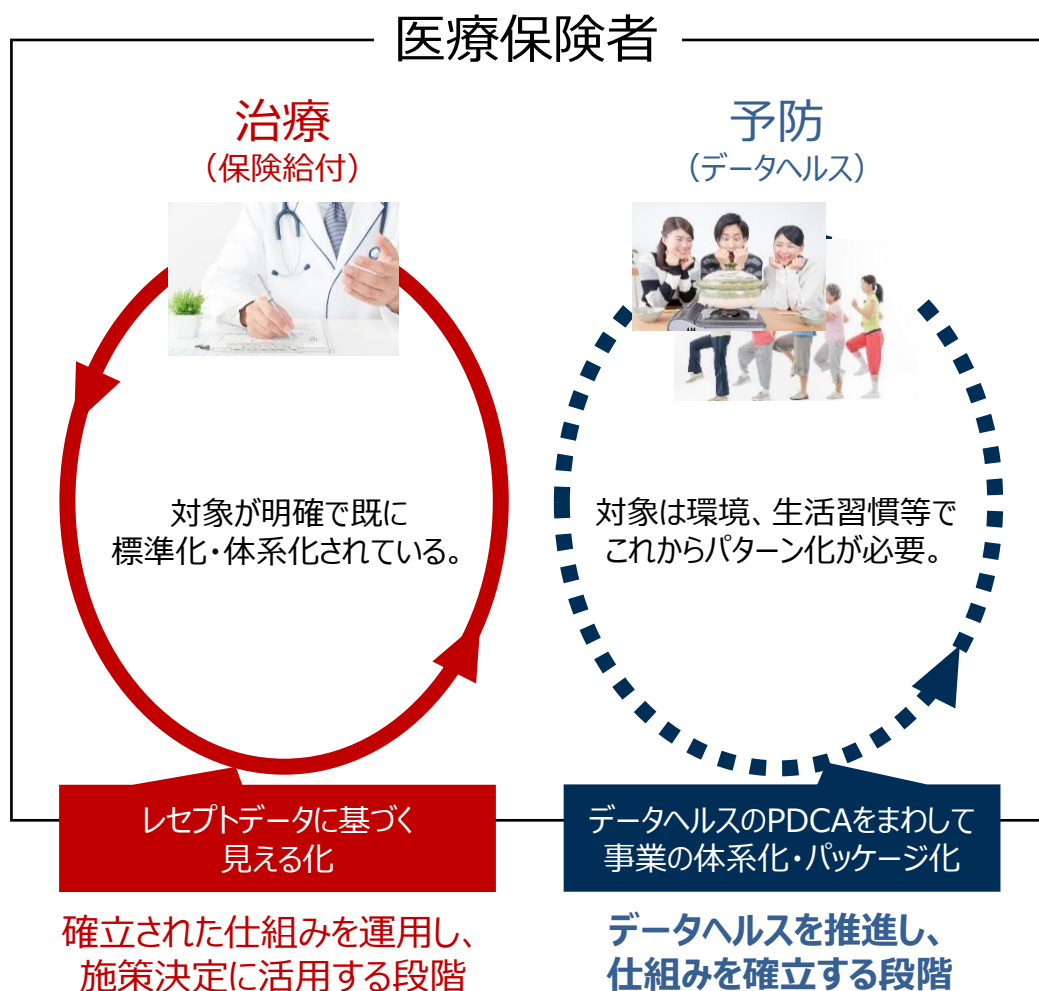
【対象者】被保険者

【実施主体】後期高齢者医療広域連合 **<努力義務>**

※上記以外に、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、がん検診について、保険者や事業主が**任意**で実施や助成を行っている。

医療保険者における予防・健康づくりの重要性

- 医療保険者は、保険給付と予防・健康づくりを一体的に実施する主体として、加入者の生活の安定と健康増進に貢献することが期待されている。



1 データヘルスのPDCA推進

レセプト情報と特定健診結果等を有する保険者において、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を推進する。

2 総合的な保健事業の推進

特定健診・保健指導の実施に加えて、がん検診や事業主との連携などの取組を実施し、予防・健康づくりの取組を推進する。

3 コラボヘルスの推進

健康保険組合等の保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行する。

特定健診・特定保健指導の概要

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 実施主体 : 医療保険者
- ▶ 対象 : 40歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者
- ▶ 内容(健診) : 高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施。
- ▶ 内容(保健指導) : 健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- ▶ 実施計画 : 医療保険者は6年ごとに特定健診等実施計画を策定
- ▶ 計画期間 : 第1期(2008年度～2012年度)、第2期(2013年度～2017年度)
第3期(2018年度～2023年度)、第4期(2024年度～2029年度)
- ▶ 検査項目 : 質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査、尿検査(尿糖、尿蛋白)

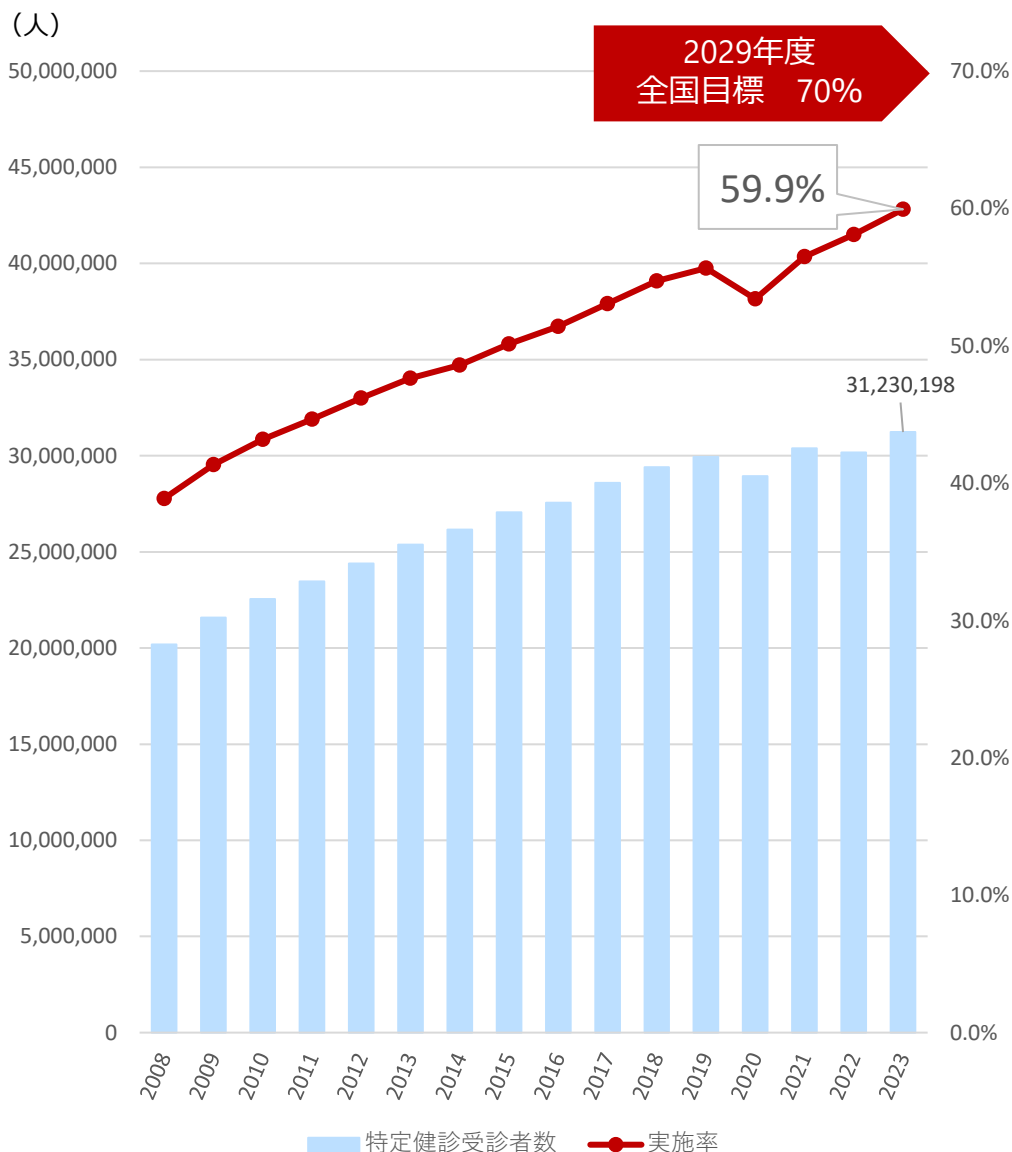
※ 血液検査の項目

- ・ 脂質検査(空腹時中性脂肪、やむを得ない場合は随時中性脂肪
HDLコレステロール、LDLコレステロール)
- ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖)
- ・ 肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))

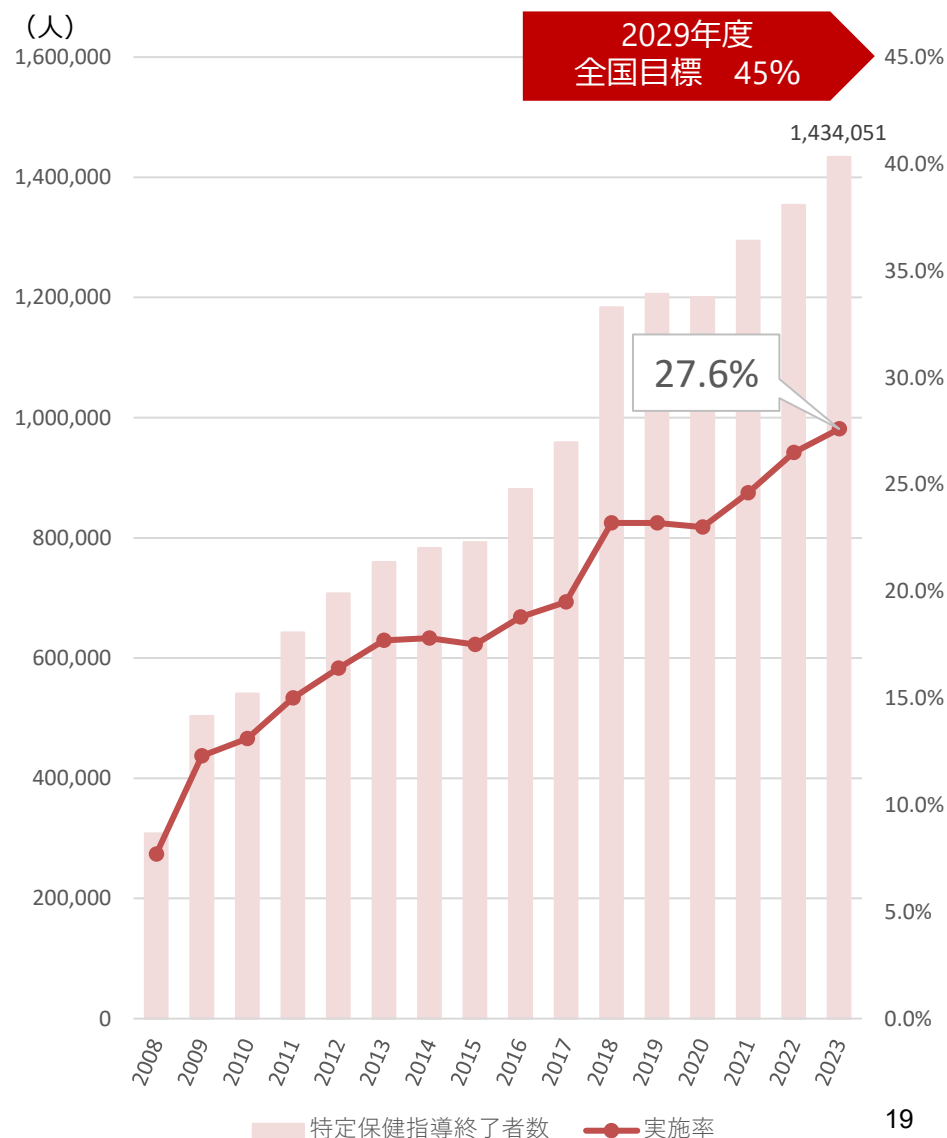
※ 上記項目の他、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に、心電図検査等の詳細な検査を実施。

特定健診・特定保健指導の実施率の推移

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



妊産婦死亡率・乳児死亡率の推移

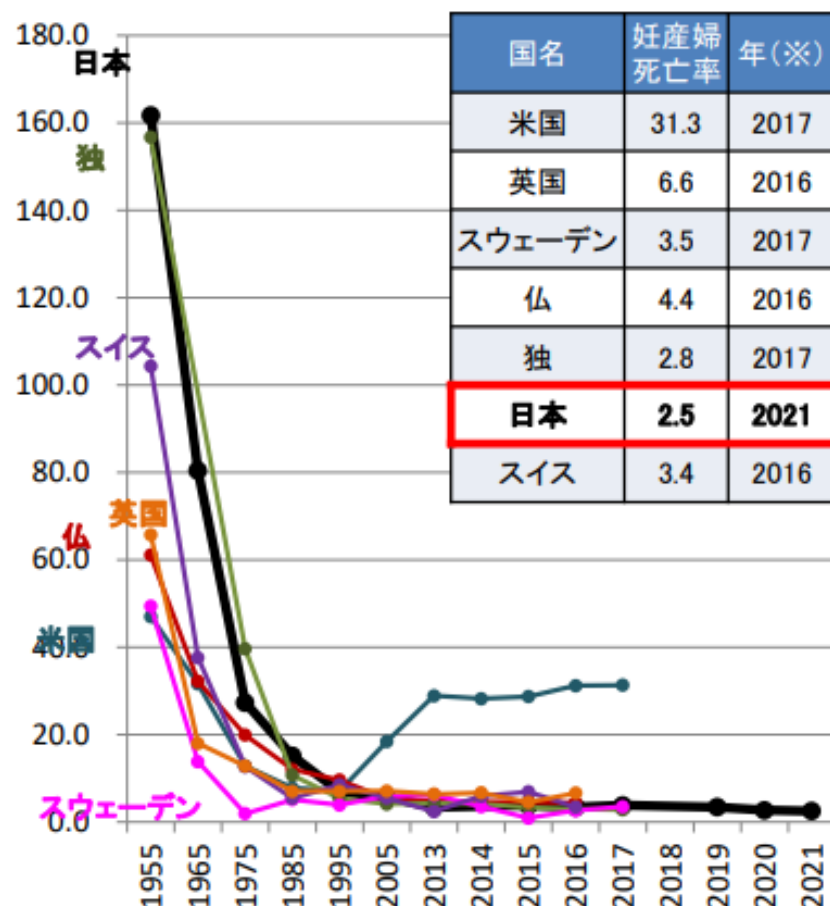
第3回こども家庭審議会成育医療等分科会

令和6年3月14日

資料3-2

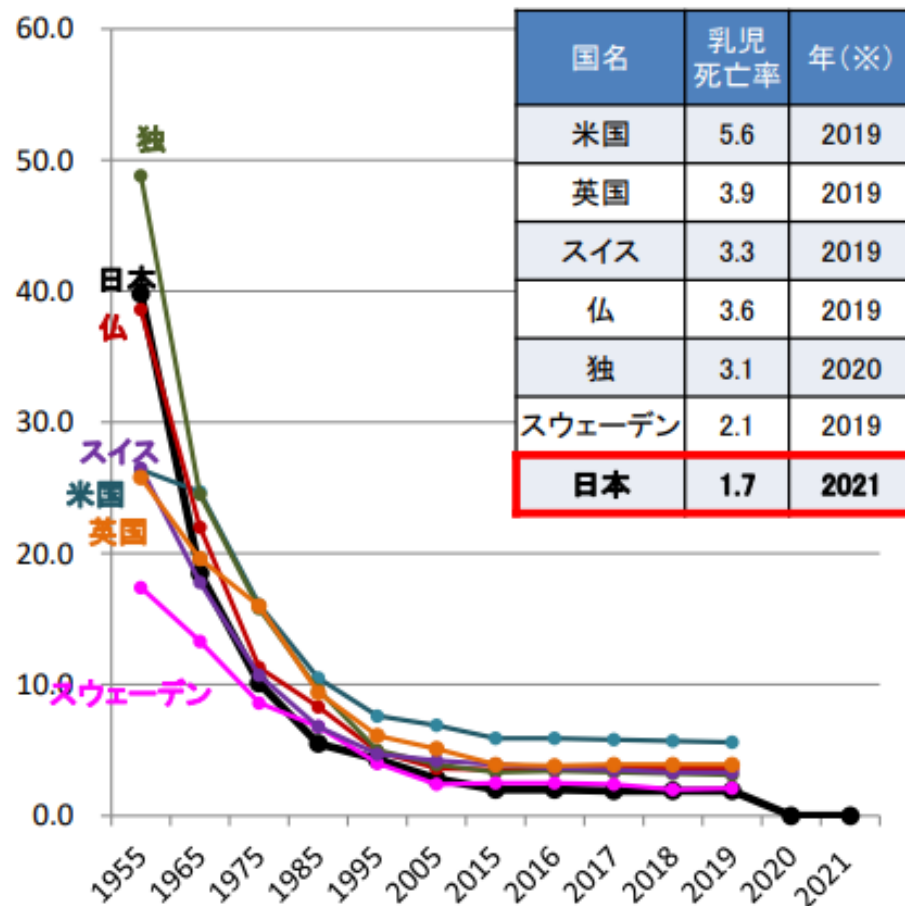
妊産婦死亡率

(妊産婦死亡数／出生数10万あたり)



乳児死亡率

(乳児死亡数／出生数千あたり)



(※1) 妊産婦死亡率 = 1年間の妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡数 ÷ 1年間の出生数 × 100,000

(※2) 乳児死亡率 = 1年間の生後1歳未満の死亡数 ÷ 1年間の出生数 × 1,000

出産育児一時金について

概要

- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。
- 令和5年4月から室料差額等を除いた全施設の平均出産費用等を勘案して定めており、原則50万円（本人支給分48.8万円＋産科医療補償制度の掛金分1.2万円）を支給。

<支給件数・支給額（令和5年度）>

	支給件数（万件）	支給額（億円）
健康保険組合	24	1,191
協会けんぽ	32	1,572
共済組合	12	571
市町村国保	6	291
国保組合	2	92
計	77	3,720

※1 支給額は原則50万円。

※2 出産育児一時金に要する費用について、支給額の財源構成は保険料＋後期高齢者医療制度からの出産育児交付金（令和8年度 21
からは支給に要する費用の約7％）となっている。

出典：「医療保険に関する基礎資料」

医療分野についての国際比較（2023年）

一人当たり医療費や、総医療費の対GDP比は、高齢化率は際だって高いにもかかわらず、米国やヨーロッパ4国と比較して高くはなっていない。医療提供体制については、人口当たりの病床数が多く、病床あたりの医療職員数が少ない。また、平均在院日数が長く、外来診察回数も多い。

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
一人当たり医療費（米ドル）	13,818	6,412	9,301	6,848	7,364	5,619
総医療費の対GDP比（%）	16.7	11.0	11.7	11.5	11.3	10.7
人口千人当たり総病床数	2.8 ^{※3}	2.4	7.7	5.4	1.9	12.5
人口千人当たり臨床医師数	2.7 ^{※3}	3.4	4.7	3.9	4.5 ^{※3}	2.7 ^{※3}
病床百床当たり臨床医師数	98.9 ^{※3}	138.5	60.8	72.1	235.5 ^{※3}	21.0 ^{※3}
人口千人当たり臨床看護職員数	12.4 [#]	9.1	12.3	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2 ^{※3}
病床百床当たり臨床看護職員数	438.2 ^{#※3}	374.9	159.8	171.8 ^{#※2}	577.4 ^{※3}	96.8 ^{※3}
平均在院日数	6.6 ^{※3}	8.3	9.0	9.1	5.5	26.3
平均在院日数（急性期）	6.0 ^{※3}	7.5	7.5	5.5	5.3	15.7
人口一人当たり外来診察回数	3.5 ^{※3}	5.0 ^{※1}	9.7	5.4	2.4	12.1 ^{※3}

出典：「OECD Data Explorer」（2026年2月13日閲覧）

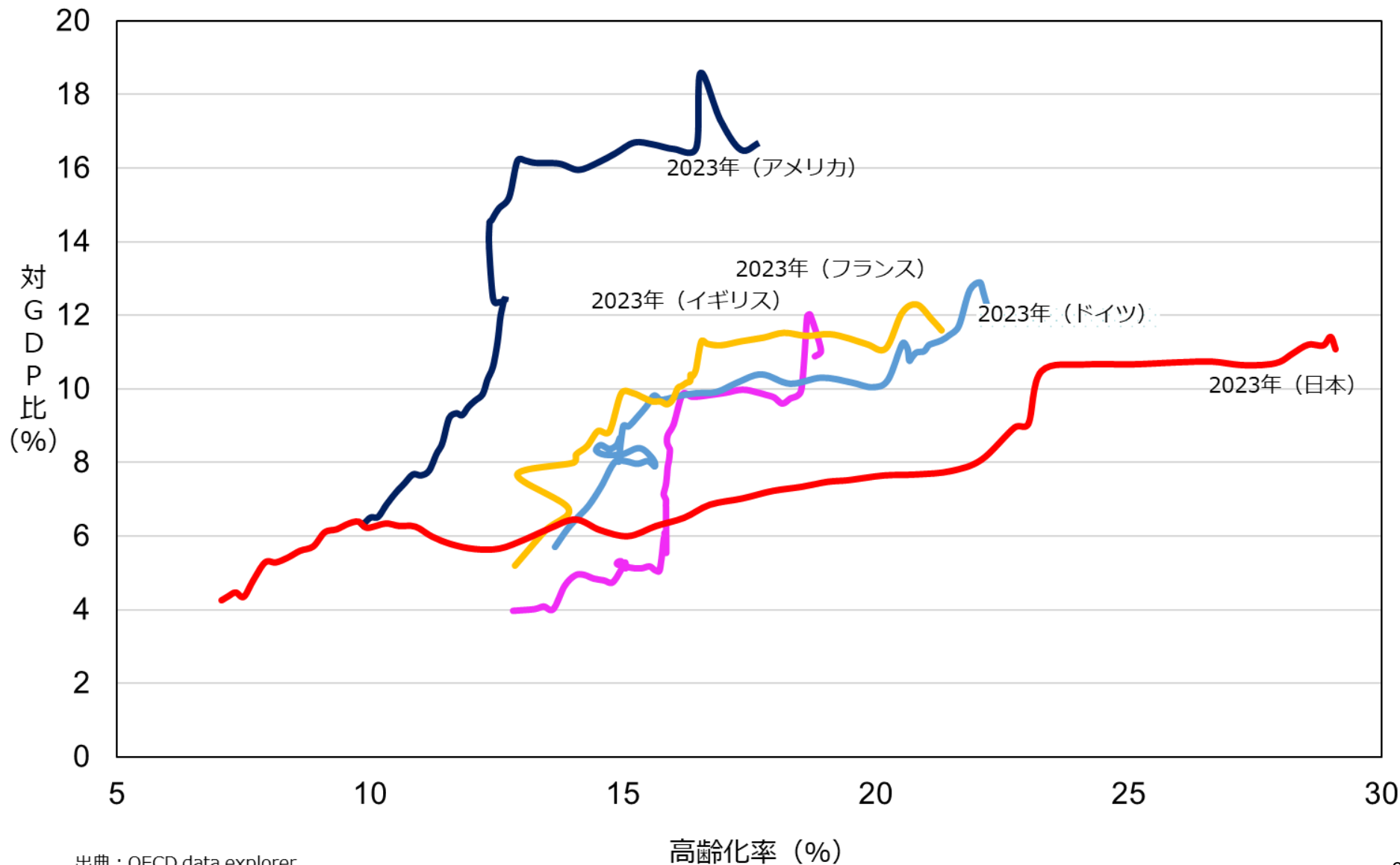
注1：「※1」は2009年、「※2」は2021年、「※3」は2022年。注2：「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3：「一人当たり医療費（米ドル）」は、購買力平価である。注4：「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注5：「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数（アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む）を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

医療費全体の伸びの要因 ～高齢化率との相関～

高齢化率と医療費の対GDP比との関係について（1970年以降）



主要国の医療保障制度（概要）

		日本(2026)	ドイツ(2024)	フランス(2024)	スウェーデン(2024)	イギリス(2024)	アメリカ(2024)
制度類型		社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約87.4%が加入。(2022) ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険(国民の99.9%が加入) ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度(自営業者)等に参加。(強制適用の対象とならない者:普遍的医療給付制度の対象となる。)	税方式による公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体(レギオン)が提供主体(現金給付は国の事業として実施)	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全居住者を対象	メディケア・メディケイド ※65歳以上の高齢者及び65歳未満の障害者を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※現役世代は民間保険が中心(65.6%)で、無保険者は7.9%(2024年) ※2014年から企業に対し医療保険の提供をすることが原則義務化。
	自己負担	3割 〔義務教育就学前 2割〕 70歳～74歳 2割 (現役並み所得者は3割) 75歳以上 1割 (現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定以上の者2割)	・外来:なし ・入院:1日につき10ユーロ (年28日を限度) ・薬剤:10%定率負担 (上限10ユーロ、下限5ユーロ)	・外来:30% ・入院:20% ・薬剤:35% (代替的な効能をもつものがない極めて高額な薬剤0%、基本的な薬剤35%、精神安定剤などの軽度の疾病の治療に使用される薬剤70%等) ※自己負担分を補填する補足的医療保険への加入を2016年より一部義務化 ※上記の定率負担のほか、外来診療受診時負担金(1回2ユーロ)、入院時定額負担金(1日20ユーロ)、薬剤(一箱1ユーロ)等がある。	・外来 レギオンが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回150～400クローナ ※法律による患者の自己負担額の上限は物価基礎額の0.025倍(1,400クローナ)。各レギオンはこれより低い額を定めることもできる。 ※多くのレギオンでは20歳未満については無料。また、85歳以上の者は法律上無料とされている。 ・入院 日額上限物価基礎額の0.0023倍(130クローナ)の範囲内でランスティングが独自に設定 ※多くのレギオンでは20歳までは無料。 ・薬剤 物価基礎額の0.05倍(2,850クローナ)が上限	・一般医療:なし ・一般歯科:治療内容に応じ3段階の定額負担 (25.8、70.7、306.8ポンド) ・薬剤:外来処方薬1処方当たり定額負担(9.90ポンド) ※あらかじめ3か月(32.05ポンド)または12か月(114.5ポンド)について前払いし、処方当たりの定額負担をゼロとすることも可能。60歳以上や16歳未満等の場合は無料。	【メディケアについて】 ・入院(パートA)(強制加入) 入院1回につき、\$1,600負担 60日以内部分:自己負担なし 61日～90日部分:\$400/日 91日～部分:\$800/日(※) ※生涯に60日だけ、それを越えた場合は全額自己負担(2023年) 151日～ 全額自己負担 ・外来(パートB)(任意加入) 年間\$226を超えた分について、医療費の20% ・薬剤(パートD)(任意加入) 年間薬剤費が、 \$505未満部分:全額自己負担 \$505～\$4,660部分:25%負担 \$4,660～\$7,440部分:25%負担(ブランド薬・ジェネリック) \$7,440～部分:5%負担又は \$4.15(ジェネリック)／\$10.35(その他)(2023年)
財源	保険料	報酬の9.9% (労使折半) ※協会けんぽの場合	報酬の14.6% (本人:7.3%、事業主:7.3%) ※全被保険者共通 ※自営業者:本人全額負担	法定最低賃金(SMIC)×2.5までの給与の7.0%、SMIC×2.5を超える給与の13.0%を事業主が負担(本人負担なし) ※民間商工業者が加入する被用者保険制度(一般制度)の場合	なし	なし ※NHS費用の約2割は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	【メディケアについて】 ・入院(パートA) 保険料なし(ただし、65歳になるまでの間に社会保障税(※)を10年以上納付する必要あり) ※給与の2.9%(労使折半) ・外来(パートB) \$164.9～560.5/月(全額本人負担)(2023年)
	国庫負担	給付費等の16.4% ※協会けんぽの場合	被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として一定規模の国庫補助を実施(2024年の公費による補助額は145億ユーロ)	一般社会拠出金(CSG):23.2% 目的税(タバコ、酒等):30.9% 国庫からの移転等:3.0% ※保険料収入は全体の36.4%(2023年度)	レギオンの税收(主に住民所得税)を財源として運営 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	主に税を財源として運営(NHS費用の約8割)	任意加入保険の収支差を国が負担(メディケア)

【出典】厚生労働省大臣官房国際課「2024年 海外情勢報告」
 医療経済研究機構「スウェーデンの医療保障制度に関する調査報告書(平成31年3月)」、医療経済研究機構「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2024年度版」
 医療経済研究機構「フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2024年度版」、医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2023年度版」
 医療経済研究機構「アメリカ医療保障制度に関する調査研究報告書 2023年度版」

日本の医療保険制度

医療保険制度の意義等について

医療保険制度の意義と財源

- 我が国は、社会保険方式による国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 医療費は、保険料・公費・自己負担で賄われている。

医療費の財源構成（令和5年度）

医療費 45.0兆円	医療給付費 38.4兆円 (実効給付率 85.4%)		自己負担額 6.6兆円 (14.6%)
	公費 14.4兆円 (32.0%)	保険料 24.0兆円 (53.4%)	

※ 上記における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。
また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

出典：厚生労働省 医療費の見える化について

社会保険制度の特徴

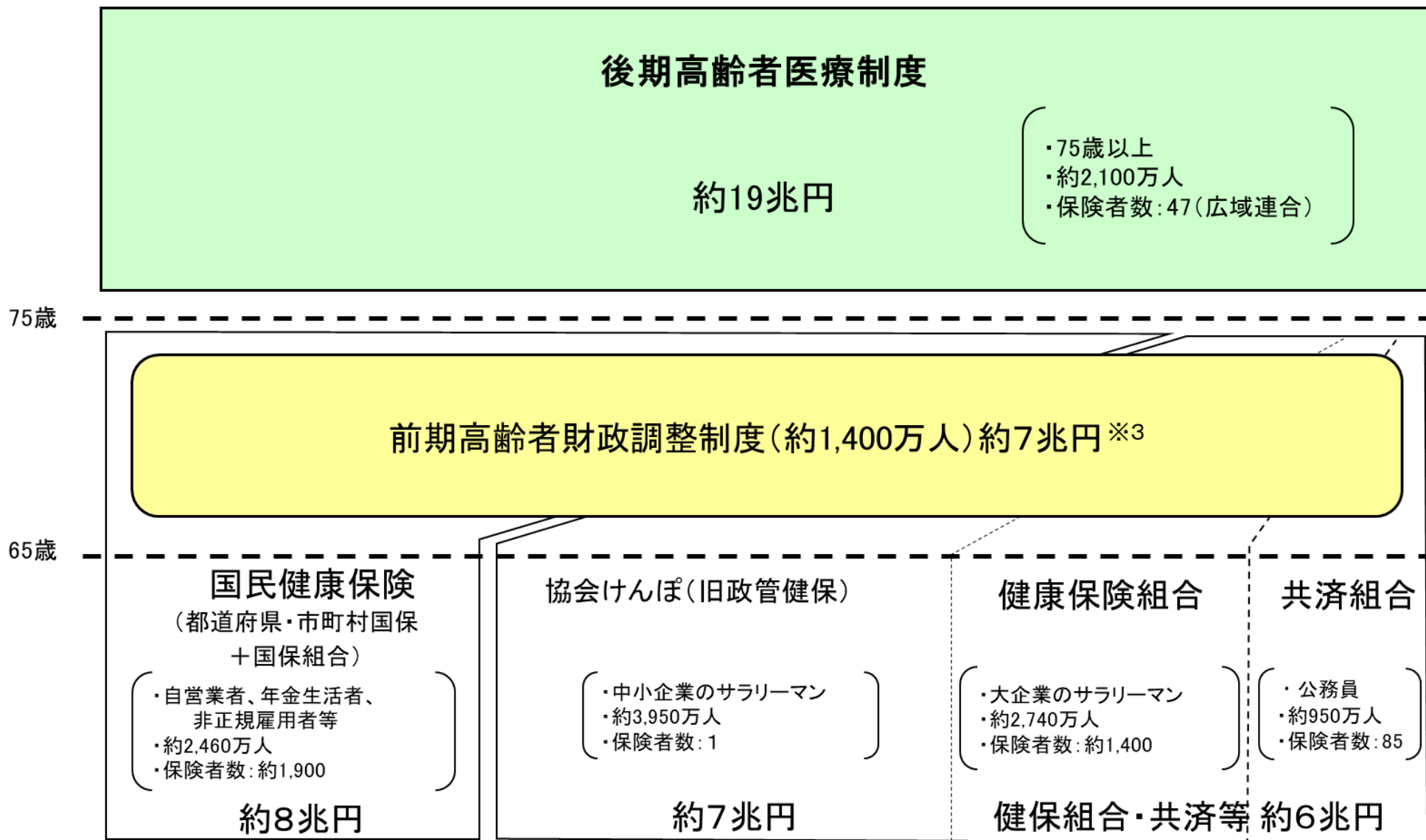
- 社会保険制度のメリットとして、①サービスの受け手の権利性②負担への納得③所得の多寡に関わらない普遍性が挙げられる。

社会保険制度は、公的扶助等の税財源で賄われる給付と比較すると、

- ①保険料の対価としての給付であることから、サービスの受け手に**権利性**が認められること、
- ②制度全体では給付水準と保険料負担が連動することから、**負担についての納得**が得られやすいこと、
- ③個々人への給付が所得の多寡にかかわらずニーズに基づいて行われる**普遍性**などのメリットがある。

出典：平成23年版 厚生労働白書

医療保険制度の体系



※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和8年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約11万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,400万人)の内訳は、国保約940万人、協会けんぽ約330万人、健保組合約100万人、共済組合約40万人。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (令和6年3月末)	1,716	1	1,380	85	47
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 〔被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人〕	2,803万人 〔被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人〕	979万人 〔被保険者576万人 被扶養者402万人〕	1,978万人
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54.0歳	38.9歳	36.1歳	35.3歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43.8%	8.2%	3.6%	3.5%	1.3%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和5年度)	41.7万円	21.0万円	19.3万円	20.0万円	96.4万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 〔一世帯当たり 145万円〕	182万円 〔一世帯当たり(※3) 286万円〕	253万円 〔一世帯当たり(※3) 425万円〕	244万円 〔一世帯当たり(※3) 413万円〕	94万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和5年度)(※4) 〈事業主負担込〉	9.3万円 〔一世帯当たり 13.6万円〕	13.0万円〈26.0万円〉 〔被保険者一人当たり 20.5万円〈40.9万円〉〕	14.4万円〈31.4万円〉 〔被保険者一人当たり 24.1万円〈52.8万円〉〕	14.8万円〈29.5万円〉 〔被保険者一人当たり 25.0万円〈50.0万円〉〕	7.9万円
保険料負担率	9.3%	7.2%	5.7%	6.1%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和8年度予算ベース)	4兆667億円 (国2兆9,154億円)	1兆1,737億円 (全額国費)	1,453億円 (全額国費)		9兆8,628億円 (国6兆2,436億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和5年度税制に基づき算出)。

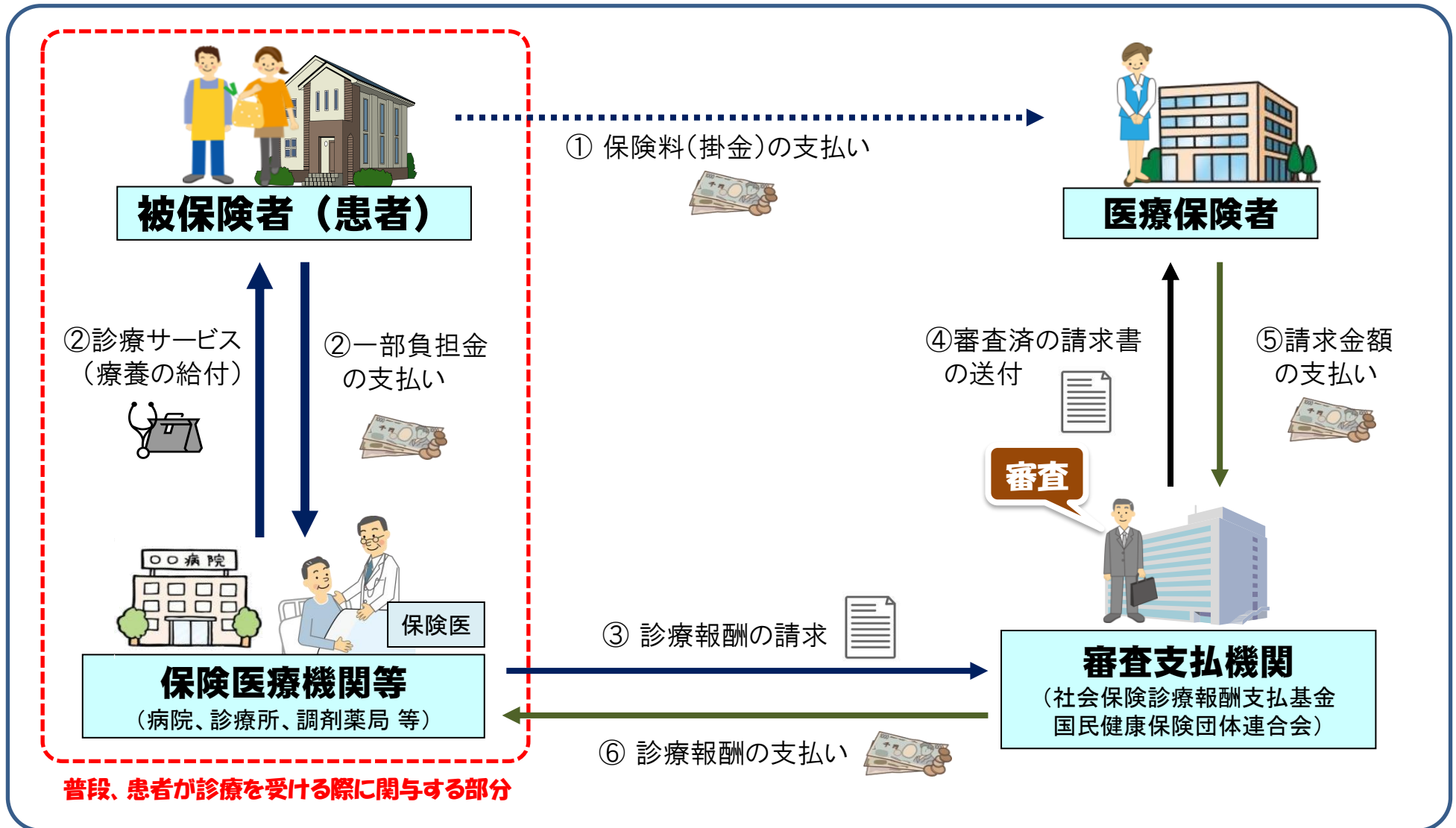
(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される（全国一律）
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定（厚生労働大臣告示）

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

- ① 個々の診療行為の価格を定める（価格表としての性格）
 - ※ 技術、サービスを点数化して評価（1点10円）
- ② 保険診療の範囲・内容を定める（品目表としての性格）
 - ※ 点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない
- 技術・サービスの評価（約5000項目）
- 物の価格評価（医薬品については薬価基準で価格を定める 約17000項目）

(3) 診療報酬の主な役割・影響

- ① 医療サービス毎の報酬を規定 → 医療サービスの質・量に影響
- ② 保険医療機関の医業収入を規定 → 保険医療機関の経営に影響
- ③ 医療費（医療資源）を配分 → 医療提供体制の構築に影響
- ④ サービス供給量と合わせて国民医療費を決定 → 国の予算（財政）に影響

医療費の一部負担（自己負担）割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

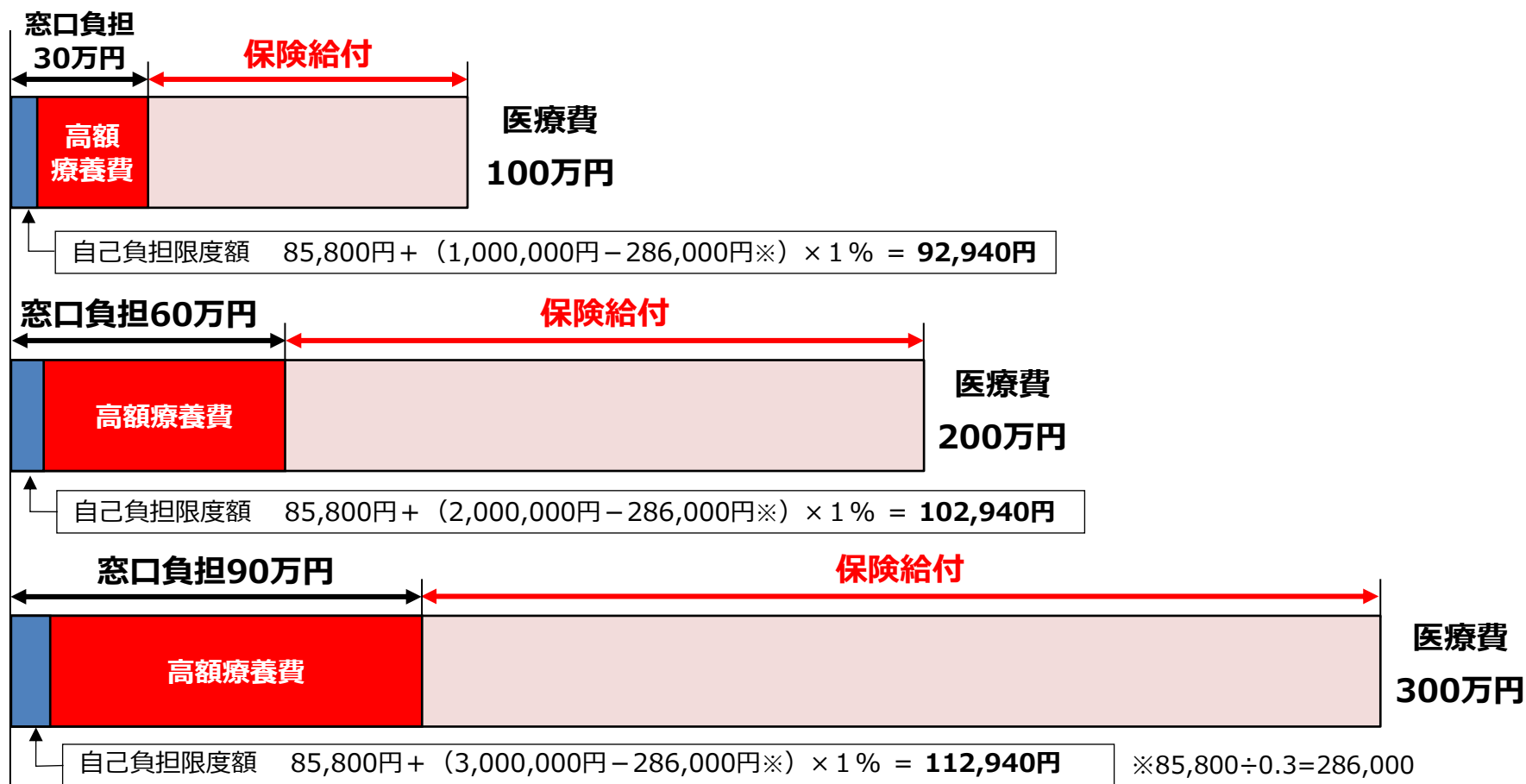
- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

	一般・低所得者	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	2割負担	3割負担
70歳	2割負担		3割負担
6歳 (義務教育就学後)	3割負担		
	2割負担		

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
 - （※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
 - （※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約510万円の場合（3割負担）



70歳以上の所得区分ごとの窓口負担割合・高額療養費 (令和8年8月～令和9年7月)

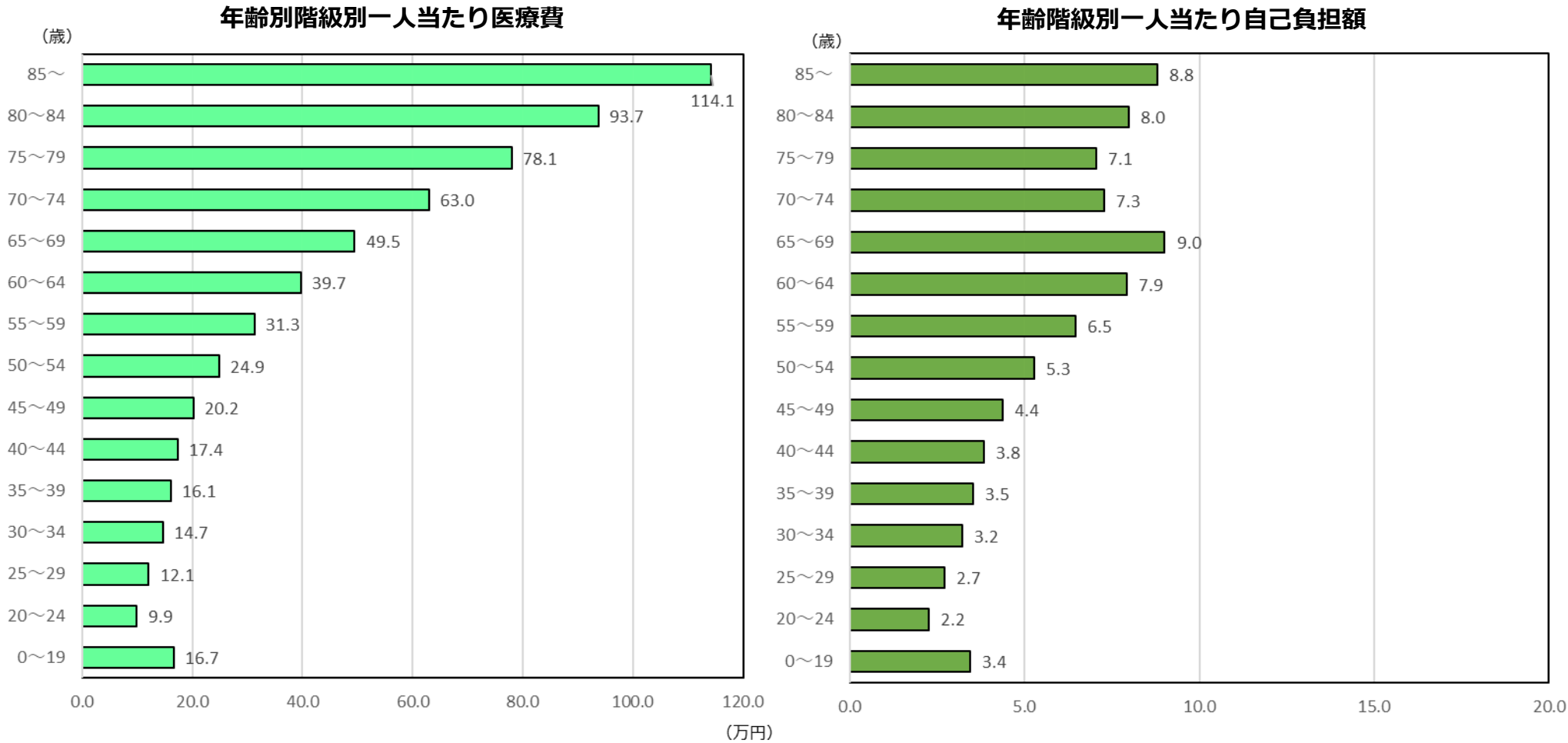
所得区分	窓口負担割合		高額療養費制度における自己負担限度額			(参考) 各区分の人数・割合	
	70～74歳	75歳～	外来特例 (月額・個人ごと)	月額上限(世帯ごと)	年間上限 (世帯ごと)	70～74歳	75歳～
現役並み 単身：年収約383万円～ 複数：年収約520万円～	3割	3割	—	収入に応じて 85,800～270,300円+ (医療費－286,000～901,000円)× 1% <多数回該当：44,400～140,100円>	収入に応じて 530,000～ 1,680,000円	約90万人 (約11%)	約140万人 (約7%)
一般Ⅱ 単身：年収約200万円～ 約383万円 複数：年収約320万円～ 約520万円	2割	2割	22,000円 (年21.6万円)	61,500円 <多数回該当：44,400円>	530,000円	約490万人 (約60%)	約390万人 (約20%)
一般Ⅰ 単身：年収～約200万円 複数：年収～約320万円		1割					約600万人 (約31%)
低所得Ⅱ 世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円～)	2割	1割	11,000円 (年9.6万)	25,700円 <多数回該当：24,600円>	290,000円	約180万人 (約21%)	約510万人 (約26%)
低所得Ⅰ 世帯全員が住民税非課税 (年収～約80万円)	2割	1割	8,000円	15,700円	180,000円	約60万人 (約8%)	約310万人 (約16%)

(出典) 各区分の人数・割合は「医療保険に関する基礎資料」(令和5年度)により作成。

※ 障害認定により後期高齢者医療制度の被保険者となった方は「75歳～」に計上し、「70～74歳」には含まない。 ※ 70～74歳は一般Ⅱと一般Ⅰの区別は無い。

年齢階級別一人当たり医療費と自己負担額（令和 5 年度）

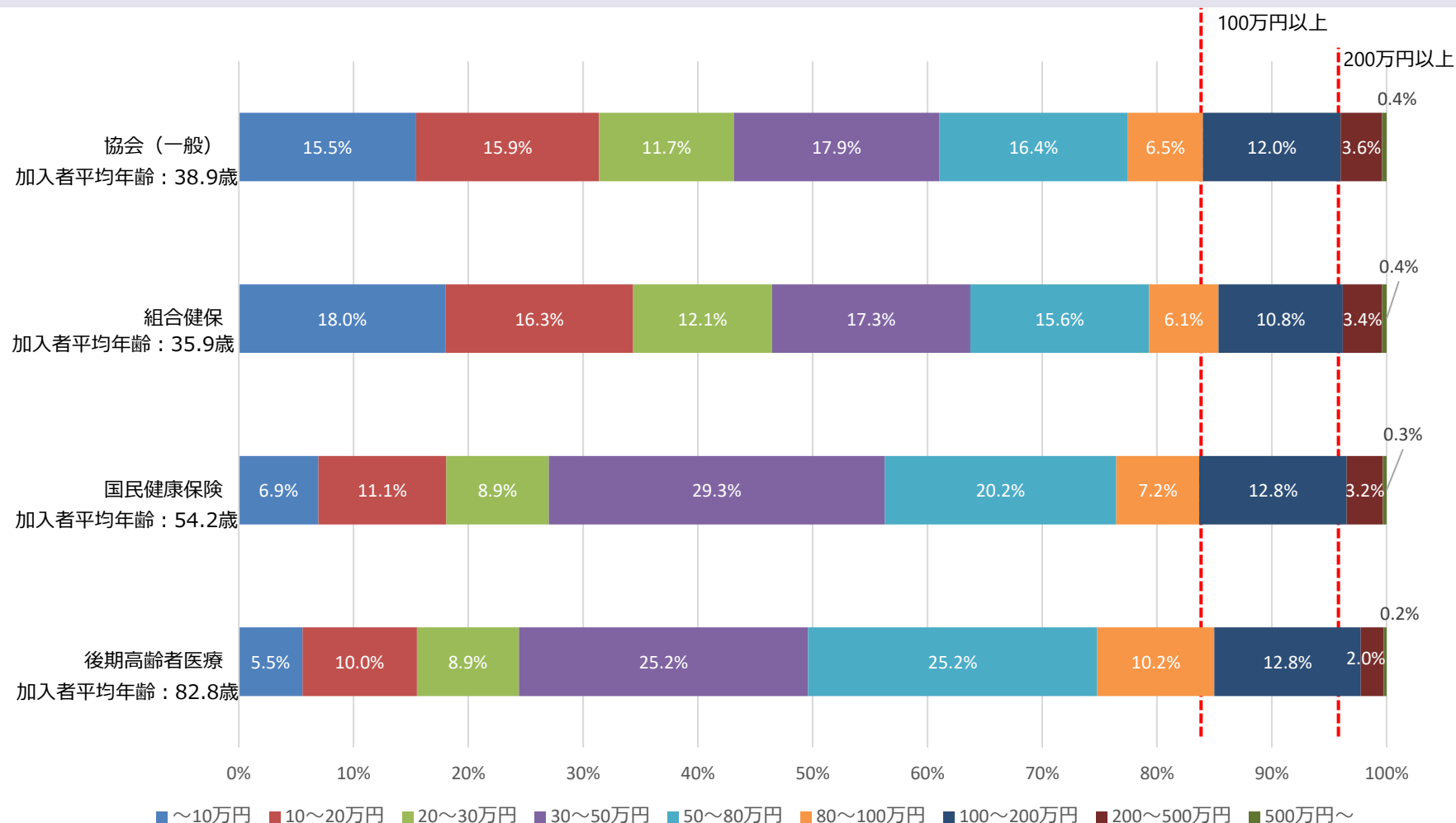
- 高齢になるにつれて一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半。
- 70代以降は、医療費は高額になるにもかかわらず、一人当たり自己負担額は低く抑えられている。



出典：厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和 5 年度の医療費等の状況～

入院の医療費階級別レセプト件数の割合

- 100万円以上の高額な入院レセプトの割合は、医療保険制度によって大きな違いはない。
- さらに高額な200万円以上のレセプトに限ってみると、現役世代の加入する協会（一般）や組合健保の方が、後期高齢者よりも割合が多い。



先進医療を経て保険収載された医療技術

先進医療を経て、保険収載された品目もあり、最先端の医療について、保険適用を行ってきた。

技術名	保険点数
前立腺針生検法 (MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)	8,210点
粒子線治療 (重粒子線治療の場合)	187,500点 110,000点※
粒子線治療 (陽子線治療の場合)	187,500点 110,000点※

※実施する疾病によって点数が異なる
＜その他の例＞

○「経カテーテル大動脈弁植込み術（弁尖の硬化変性に起因する重度大動脈弁狭窄症）」について

- ・ 平成22年から先進医療Bとして、評価療養の中で実施されたが、**平成25年時点での年間実施件数は25件**だった。
- ・ **平成25年に、一部が保険収載された。**足下の状況としては、第10回NDBオープンデータ（令和5年度のレセプト情報を集計）上では、これを包含する診療報酬であるK555-2「経カテーテル弁置換術」の「2 経カテーテル弁置換術（経皮的動脈弁置換術）」は**14,580回算定**されている。

※なお、先進医療として実施していたものと保険収載したものとは要件が異なるため、件数の単純比較はできない点に留意。

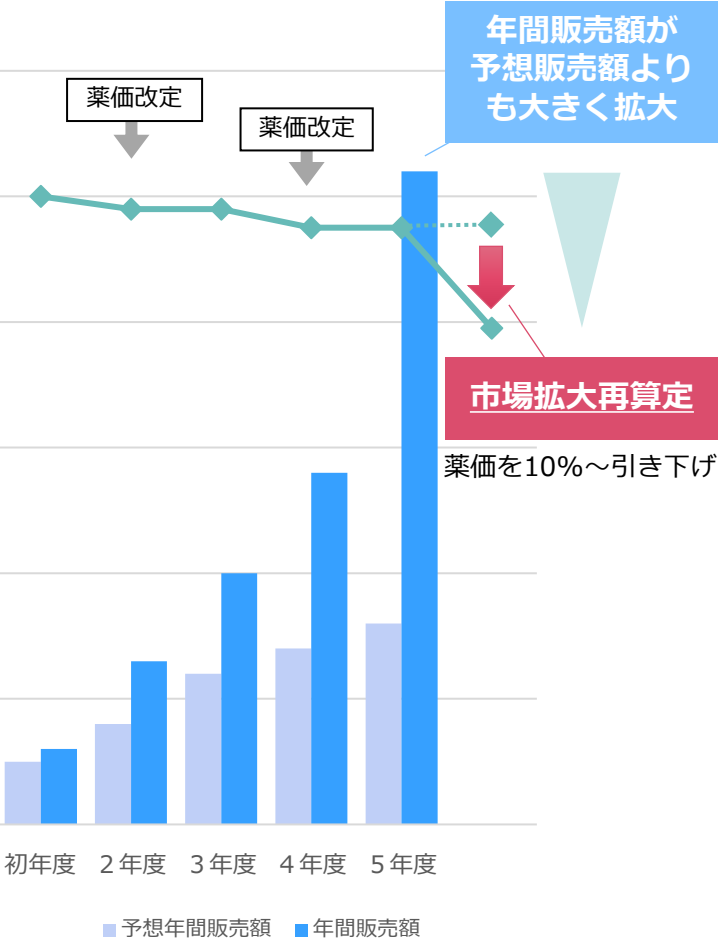
高額薬剤の保険収載

○薬価上位5品目（令和8年5月20日時点）

薬剤名	現在薬価 (収載時薬価)	薬価収載日	薬価収載時 ピーク時市場規模予測
エレビジス点滴静注	304,972,042円 (304,972,042円)	2026/02/20	113億円
ゾルゲンスマ点滴静注	167,077,222円 (167,077,222円)	2020/05/20	42億円
ゾルゲンスマ髄注	167,077,222円 (167,077,222円)	2026/05/20	43億円
アクーゴ脳内移植用注	72,716,528円 (72,716,528円)	2026/05/20	28億円
アムシェプリ	55,306,737円 (55,306,737円)	2026/05/20	74億円

市場拡大再算定

【市場拡大再算定のイメージ】：年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等に、薬価を引下げ



市場拡大再算定			年間販売額	予想販売額 比	薬価引下げ率	
					原価計算 方式	類似薬効 比較方式
市場 拡大 再 算 定	薬価改定時の再算定		100億円超	10倍以上	10～25%	－
			150億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%
	薬価改定時以外の再算定 (四半期再算定)	・ 効能追加等がなされた品目 ・ 収載時に2年度目の販売予想額が 100億円※ ¹ 又は150億円※ ² 以上とさ れた品目 ・ 収載時に年間販売額が1,500億円 を超えると見込まれた品目及びそ の薬理作用類似薬	350億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%
			100億円超	10倍以上	10～25%	－
	市場拡大再算定又は持続可能性特例 価格調整対象品目の薬理作用類似薬	150億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%	
		薬価改定時の再算定		1000億円超～ 1500億円以下	1.5倍以上	10～25%
1500億円超	1.3倍以上			10～50%※ ³		
持 続 可 能 性 特 例 価 格 調 整	四 半 期 再 算 定	・ 効能追加等がなされた品目、 ・ 収載時に2年度目の販売予想額が 100億円※ ¹ 又は150億円※ ² 以上とさ れた品目 ・ 収載時に年間販売額が1,500億円 を超えると見込まれた品目及びそ の薬理作用類似薬※ ³ ・ 市場拡大再算定又は持続可能性特 例価格調整対象品目の薬理作用類 似薬	1000億円超～ 1500億円以下	1.5倍以上	10～25%	
			1500億円超	1.3倍以上	10～50%※ ³	

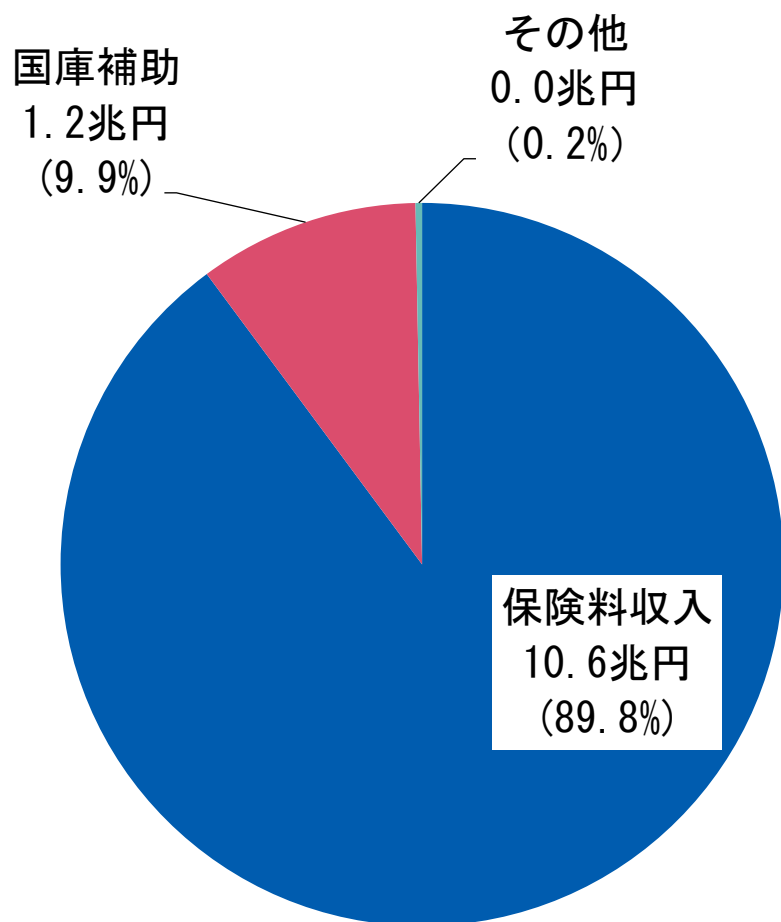
※1 原価計算方式により算定された品目 ※2 原価計算方式以外の方式により算定された品目

※3 年間販売額が予測販売額から10 倍以上かつ 3,000 億円超に急拡大した場合に限り、上限値は66.7%38

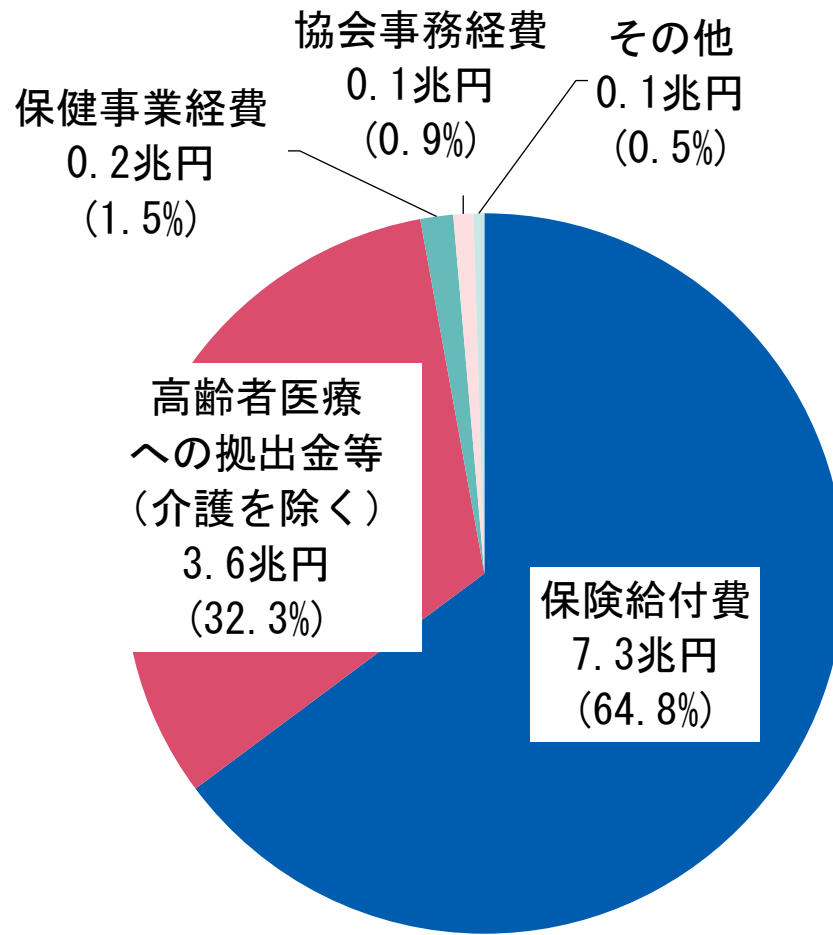
協会けんぽの財政構造（令和6年度決算）

協会けんぽ全体の収入は約11.9兆円、支出は約11.2兆円であり、支出のうち約7.3兆円（約6.5割）が保険給付費に、約3.6兆円（約3割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

収 入 11兆8,525億円



支出 11兆1,939億円

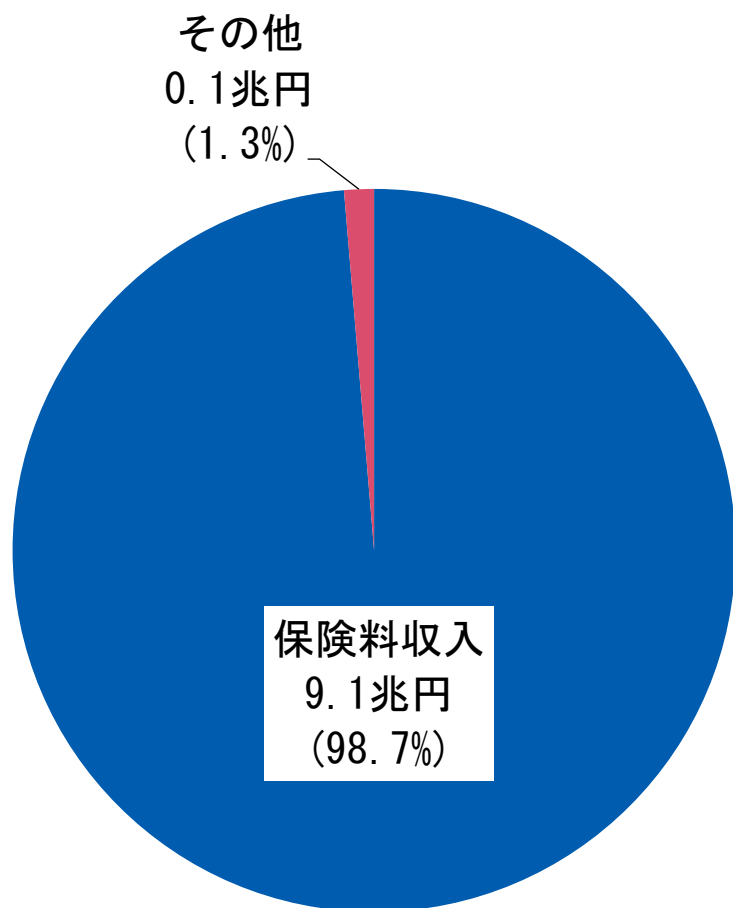


（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

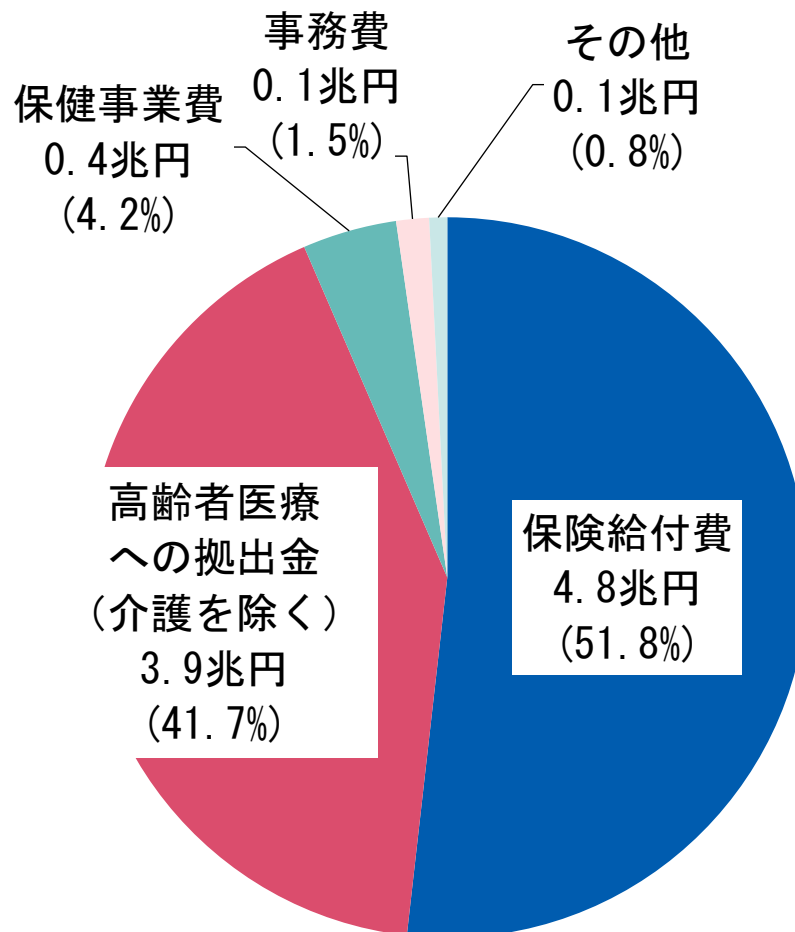
健康保険組合の財政構造（令和6年度決算見込）

健保組合の経常収入は約9.3兆円、経常支出は約9.3兆円であり、支出のうち約4.8兆円（約5割）が保険給付費に、約3.9兆円（約4割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入 9兆2,677億円



経常支出 9兆2,531億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

国民健康保険制度の財政の概要（令和9年度概算要求ベース）

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1,300億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費（1件420万円超）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費（1件90万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担。
事業規模：3,700億円、国庫補助額：900億円

子ども保険料軽減制度

- 未就学児に係る均等割保険料について保険料額の5割を公費で支援。
事業規模：80億円、国庫補助額：40億円
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援。
事業規模：2,900億円、国庫補助額：1,400億円
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

医療給付費等総額：約101,700億円

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費
共同事業

高額医療費負担金

保険料

（22,200億円）

法定外一般会計繰入
約1,200億円 ※2

産前産後保険料免除制度

子ども保険料軽減制度

保険者支援制度

低所得者保険料軽減制度

調整交付金（国）
（9%）※1
7,600億円定率国庫負担
（32%）※1
20,600億円都道府県繰入金
（9%）※1
5,800億円前期高齢者交付金
33,500億円
※3

○普通調整交付金（7%）

都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

○特別調整交付金（2%）

画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情（災害等）を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

産前産後保険料免除制度

- 出産する被保険者に係る産前産後期間相当分の均等割保険料及び所得割保険料を公費で支援。
事業規模：15億円、国庫補助額：8億円
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

低所得者保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,600億円
（都道府県 3/4、市町村 1/4）

公費負担額

45,000億円

国 計：32,100億円

都道府県計：11,000億円

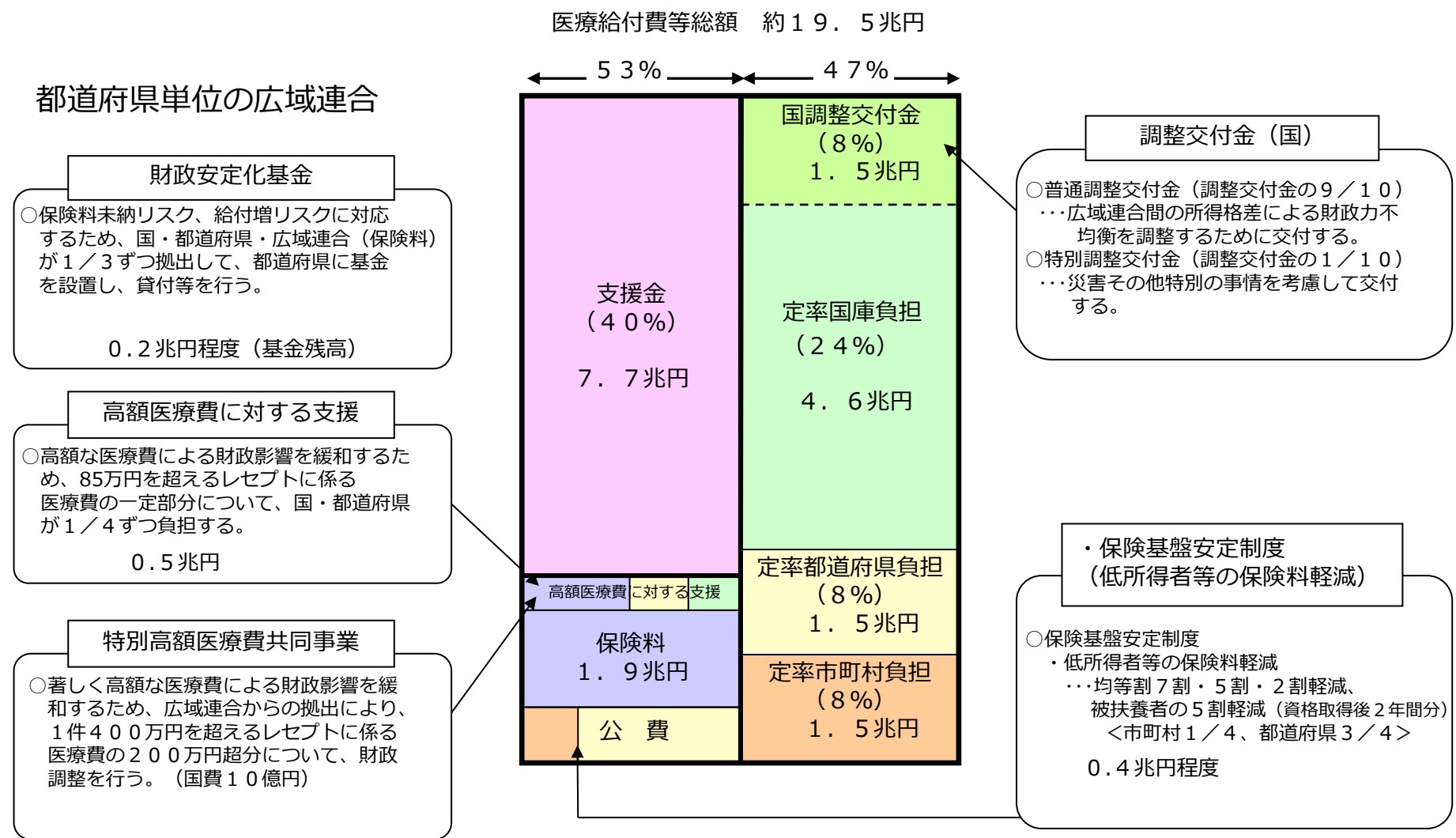
市町村計：1,900億円 41

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 令和5年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

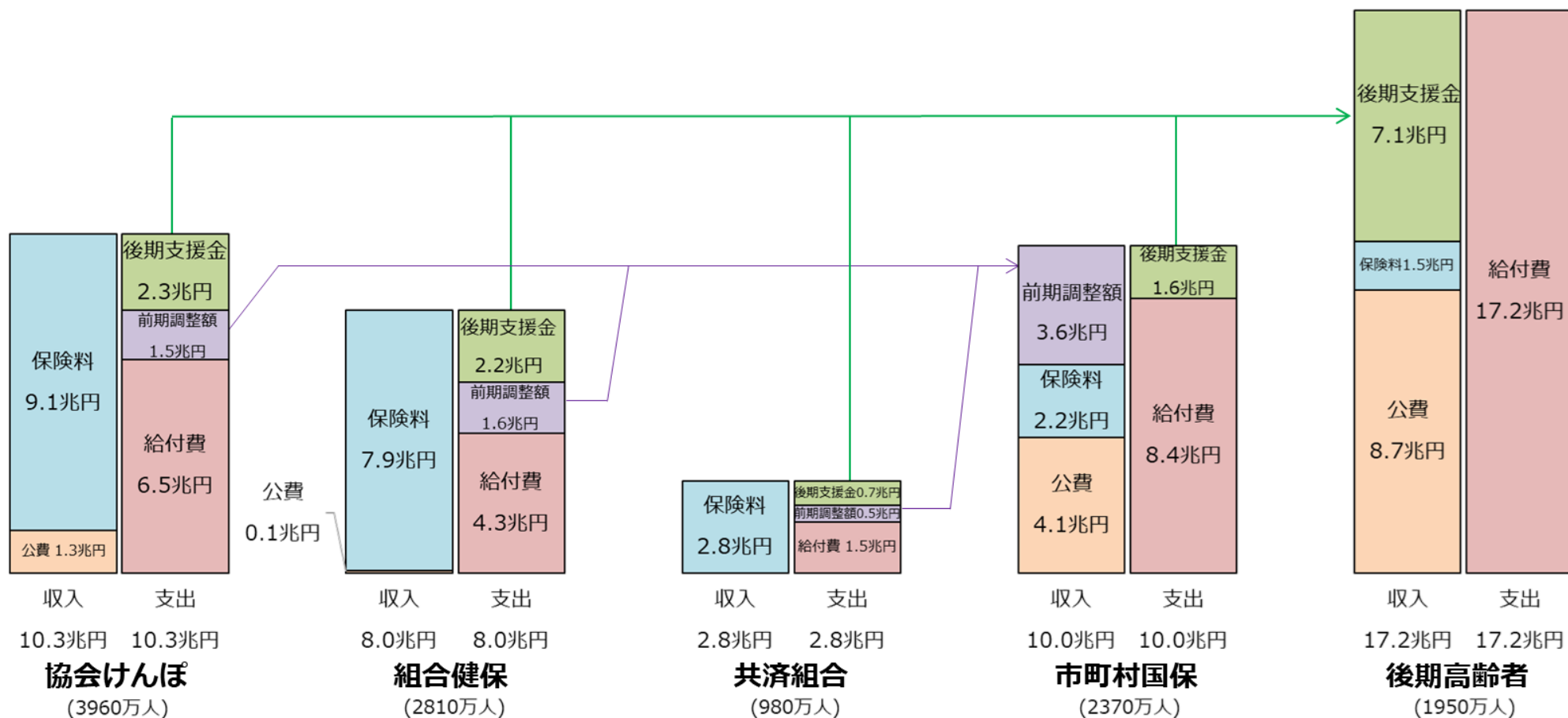
後期高齢者医療制度の財政の概要（令和 8 年度予算ベース）



※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は 47%となっている。

制度別の財政の概要（令和5年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

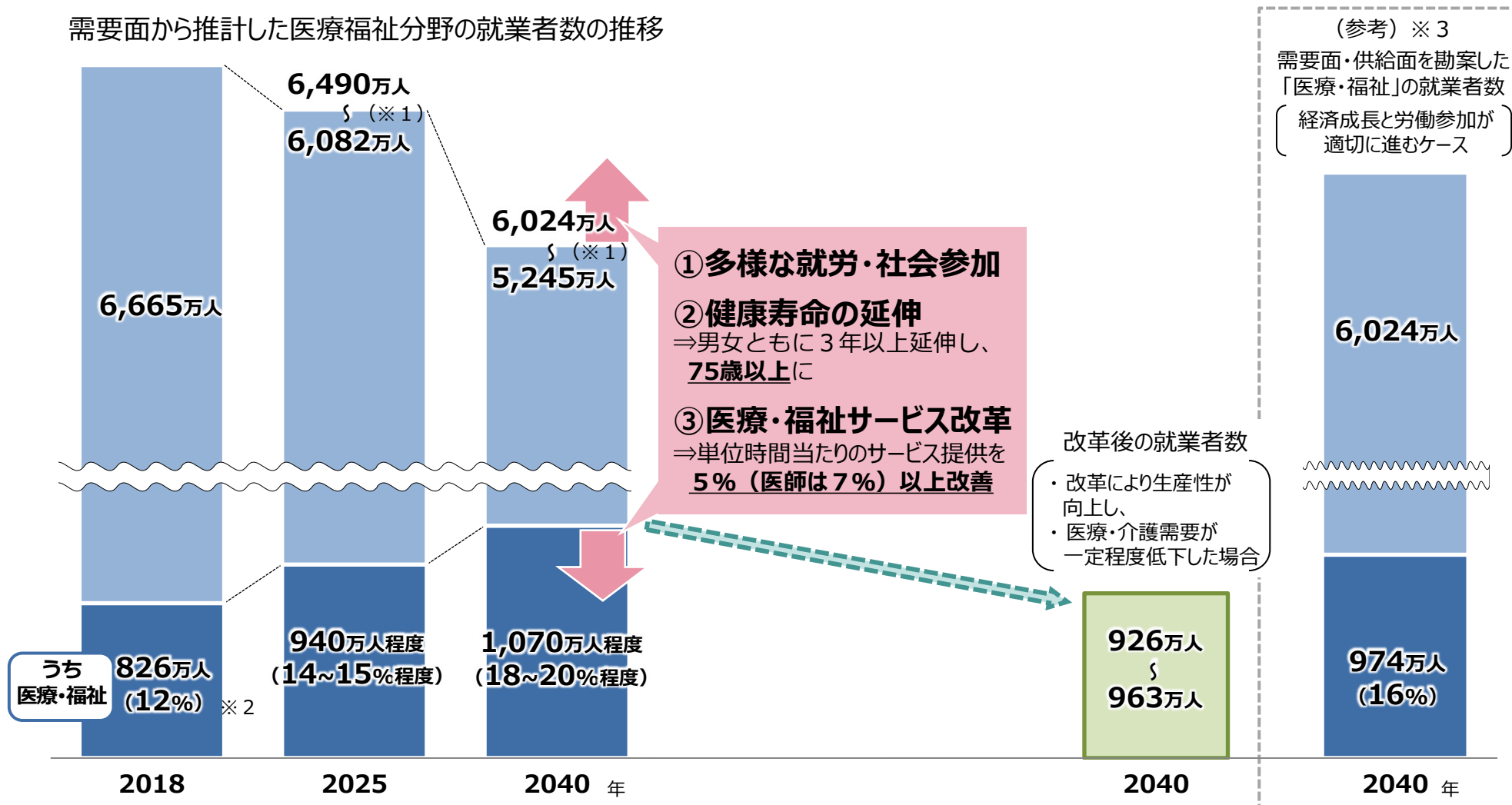
注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

医療保険制度が直面する環境変化 -人口構造の変化による担い手の減少-

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

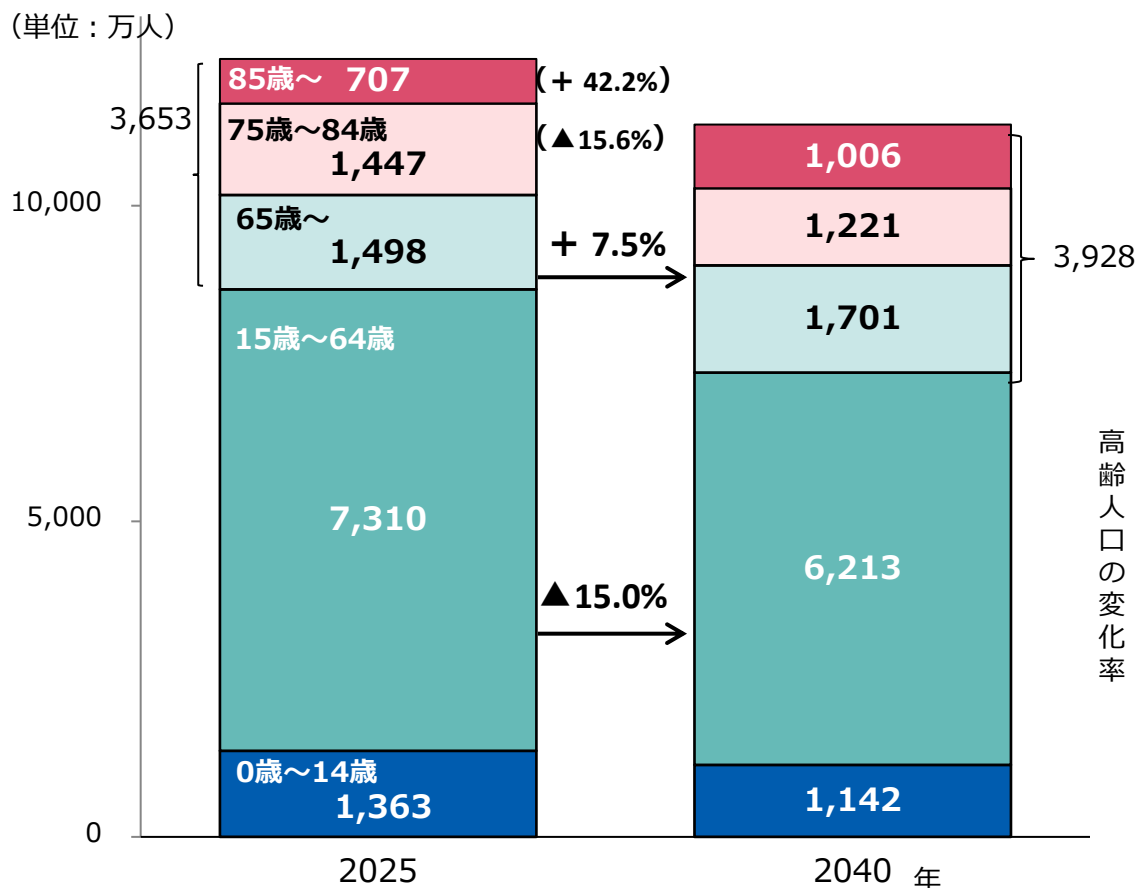
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



状況の変化（人口構造の変化（支え手の減少））

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
 - 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
 - さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となるが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスク・シフト/シェア等を着実に推進していくことが重要となる。
- ⇒医療行為の合理化・省力化と、医療に係る事務作業の省力化の二つの観点に留意して省力化を検討

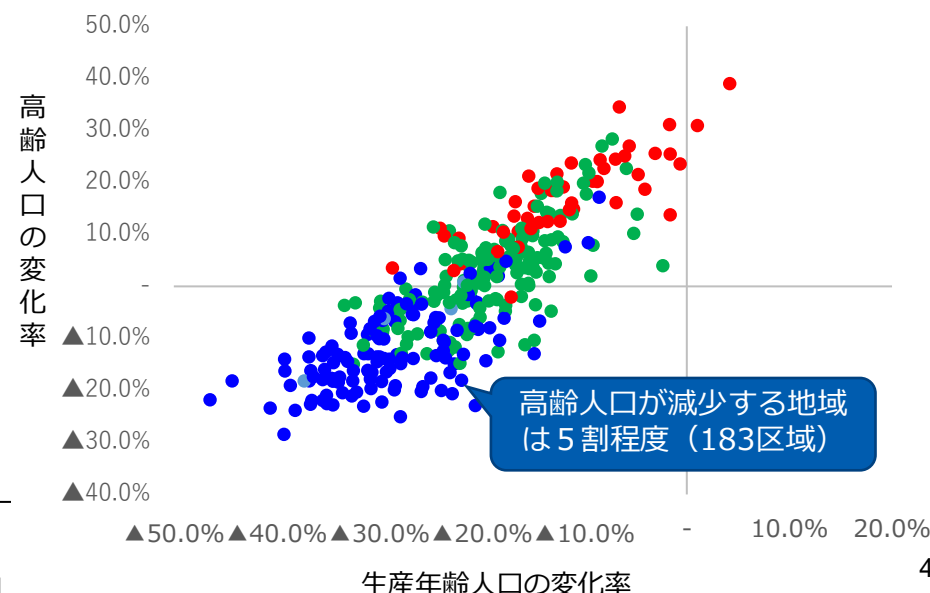
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



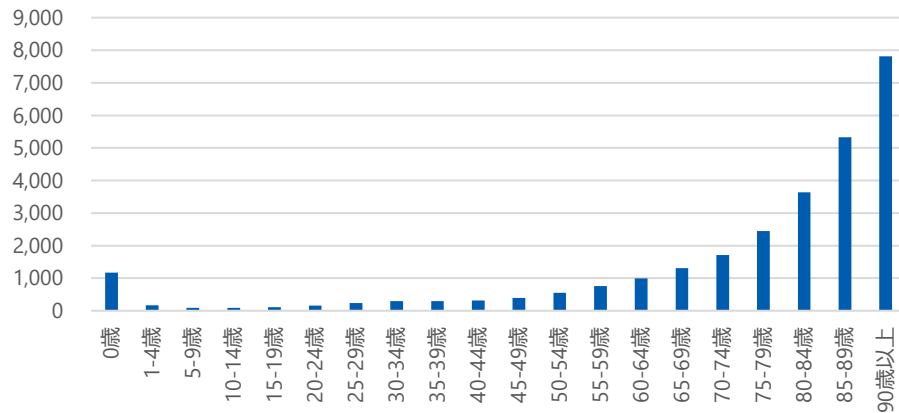
医療保険制度が直面する環境変化

-医療需要の変化-

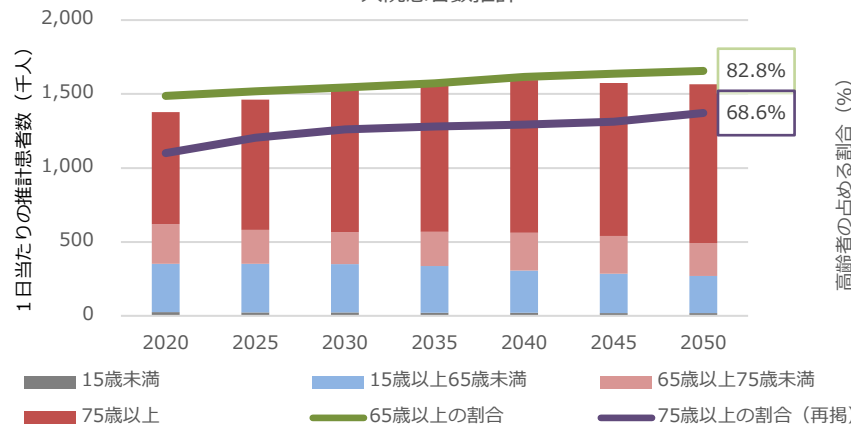
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

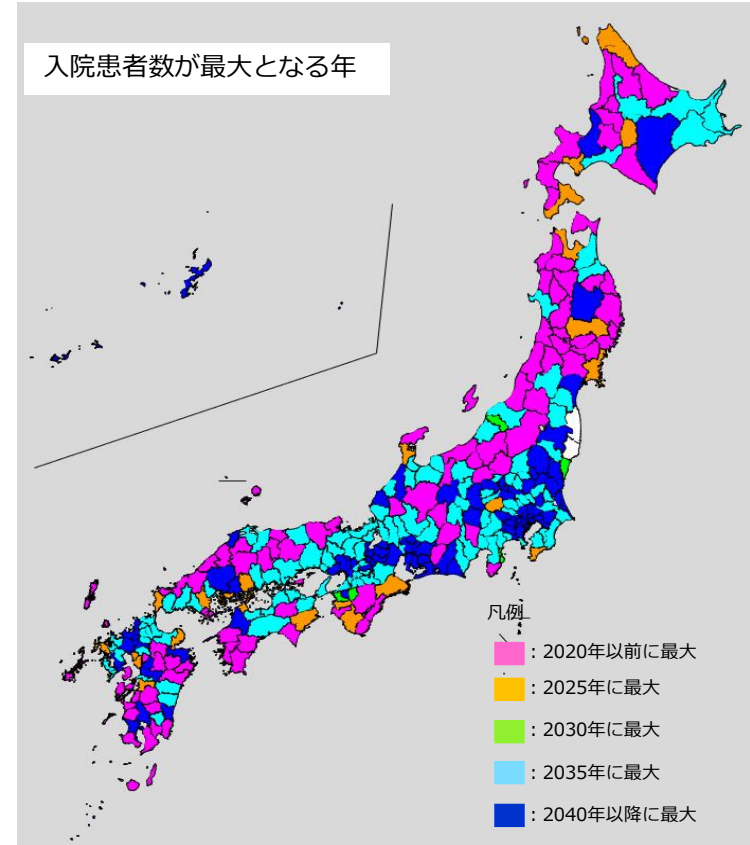
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



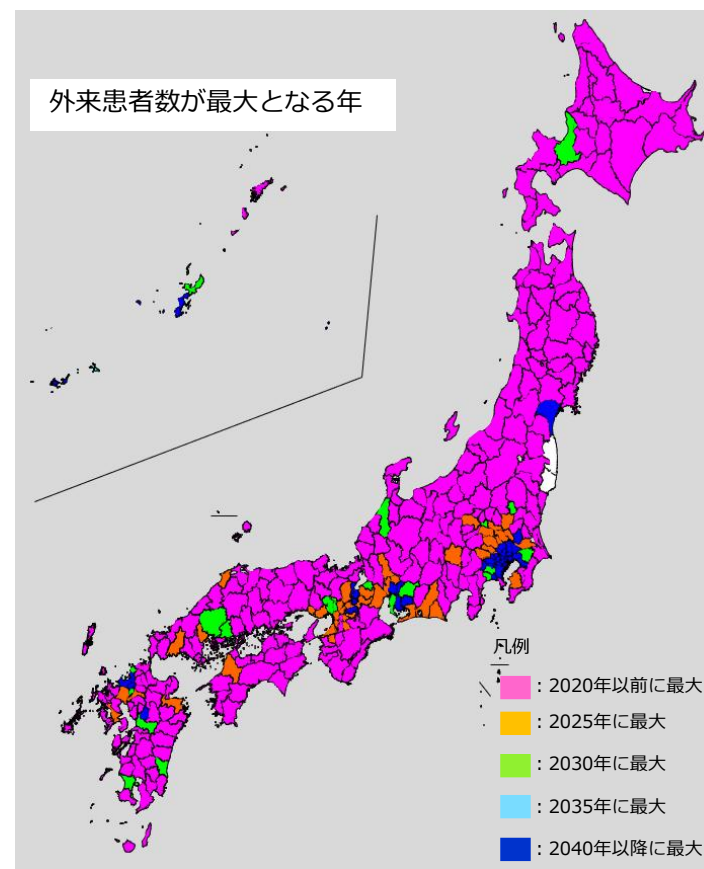
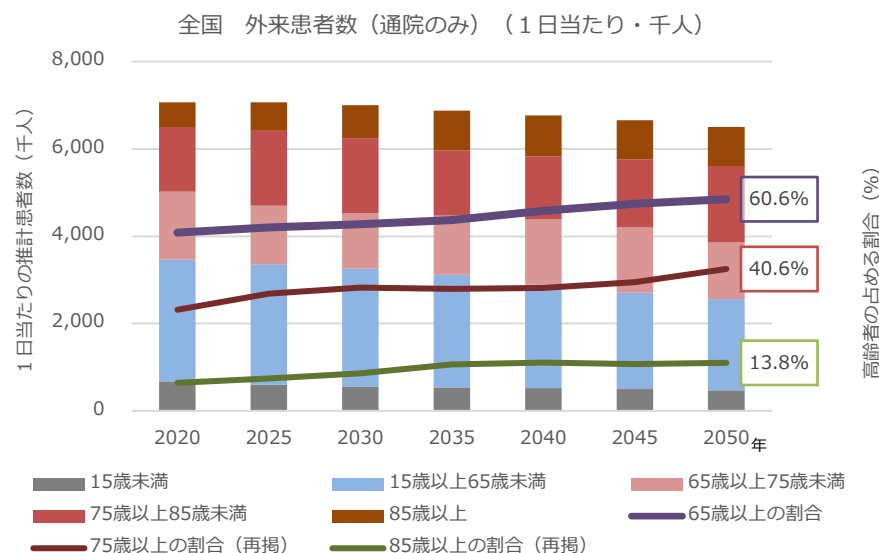
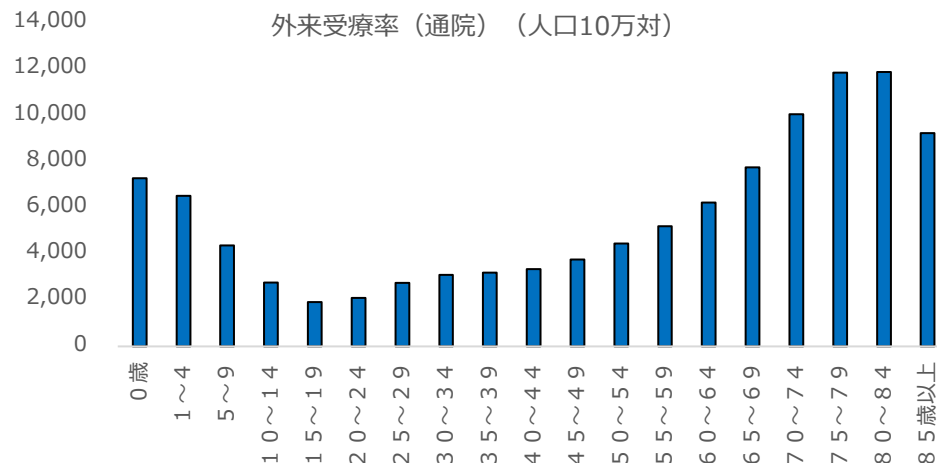
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の2次医療圏について集計。

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

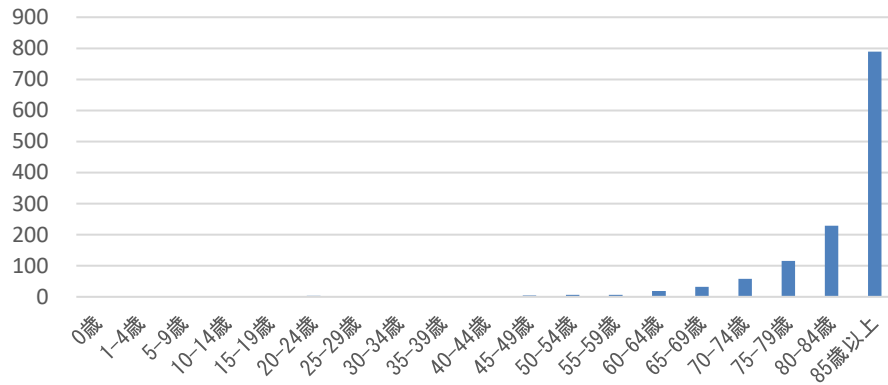
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

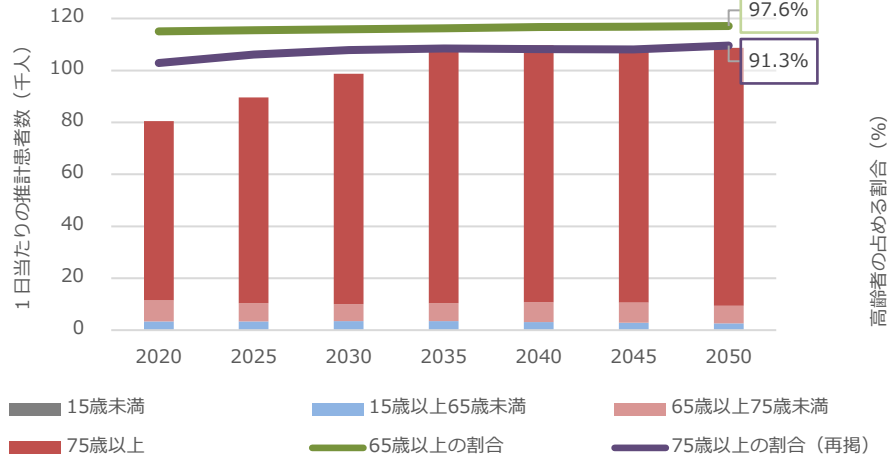
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

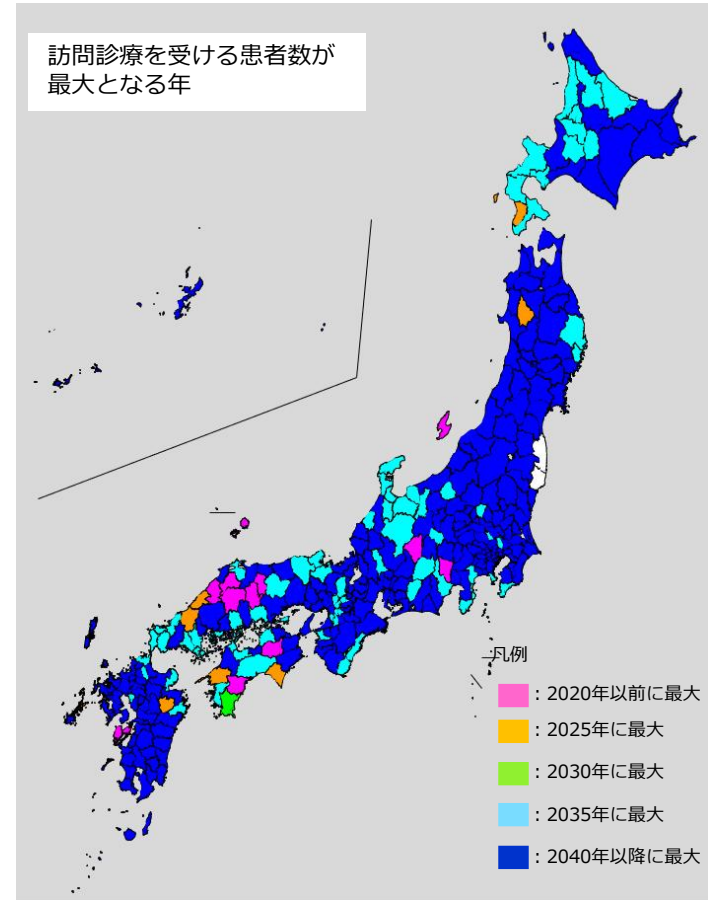
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

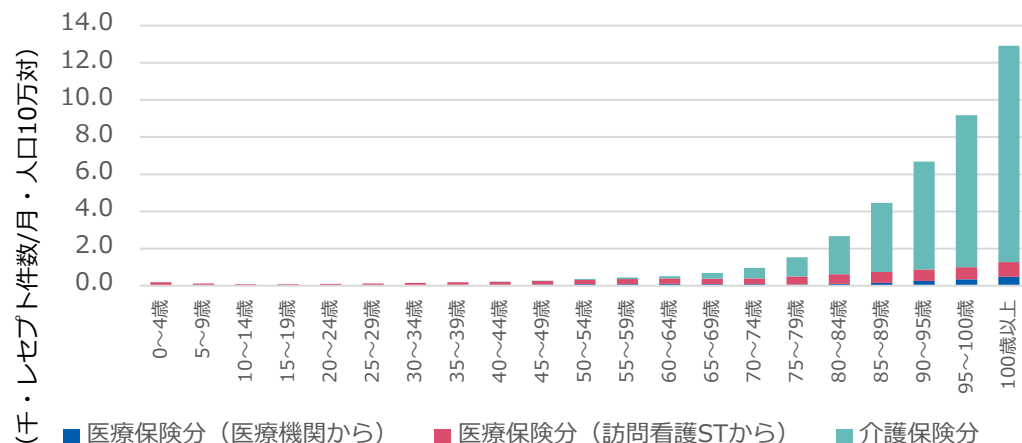
訪問看護の必要量について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年7月20日

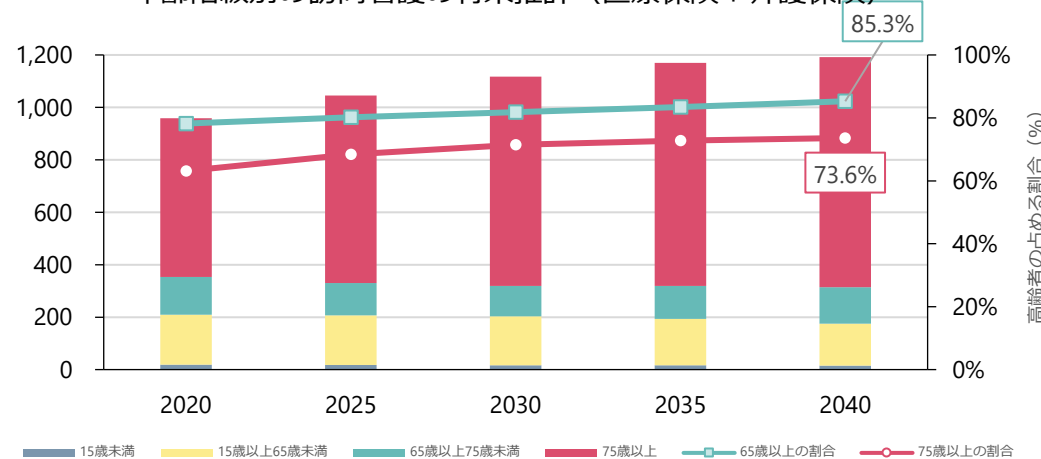
資料
改

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

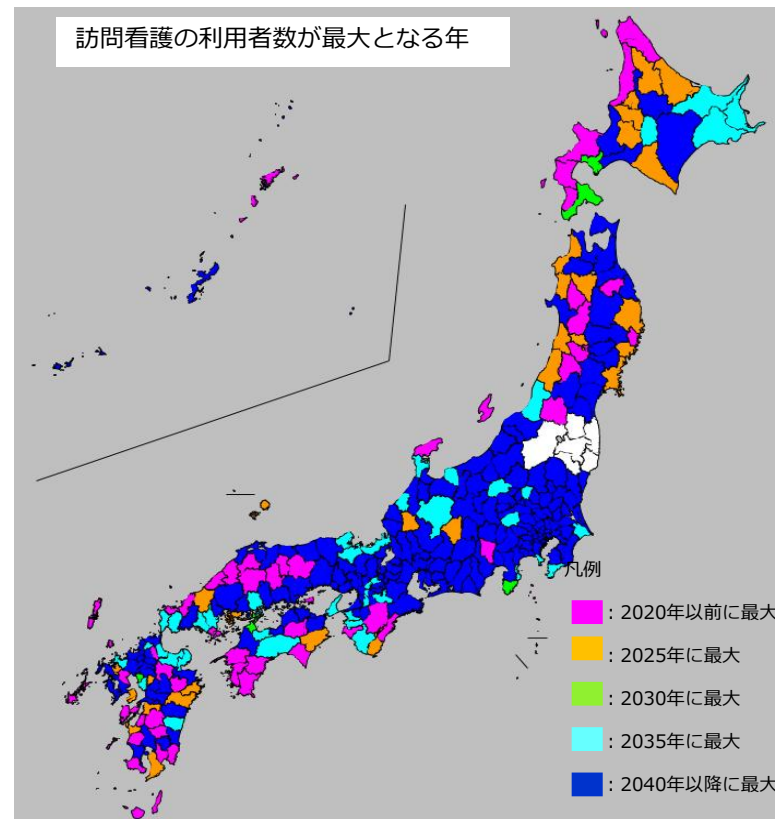
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険＋介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

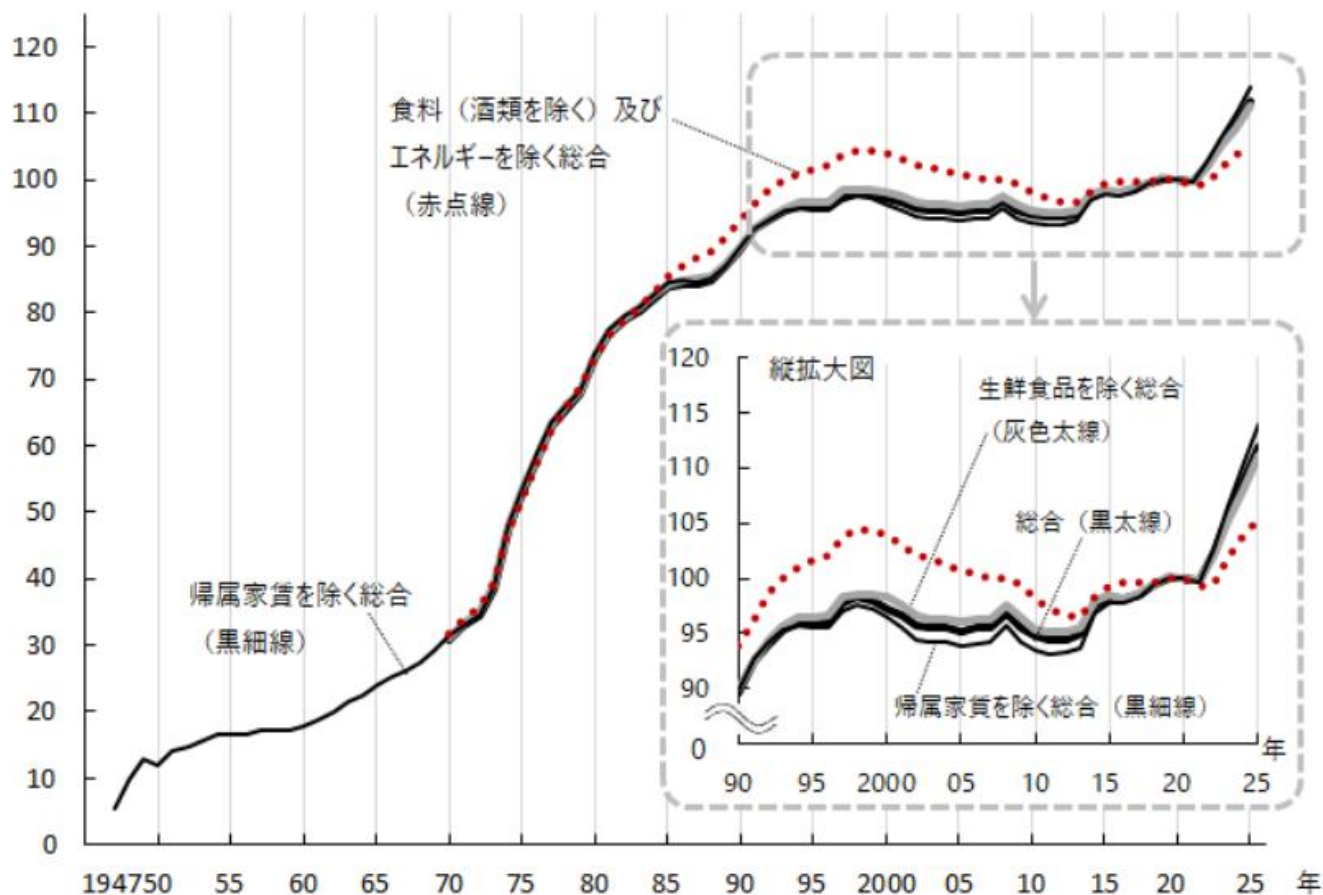
医療保険制度が直面する環境変化

-物価・賃金の上昇-

消費者物価指数の長期トレンド

消費者物価指数は、90年代後半以降横ばい傾向が続いていたが、22年以降上昇傾向にある。

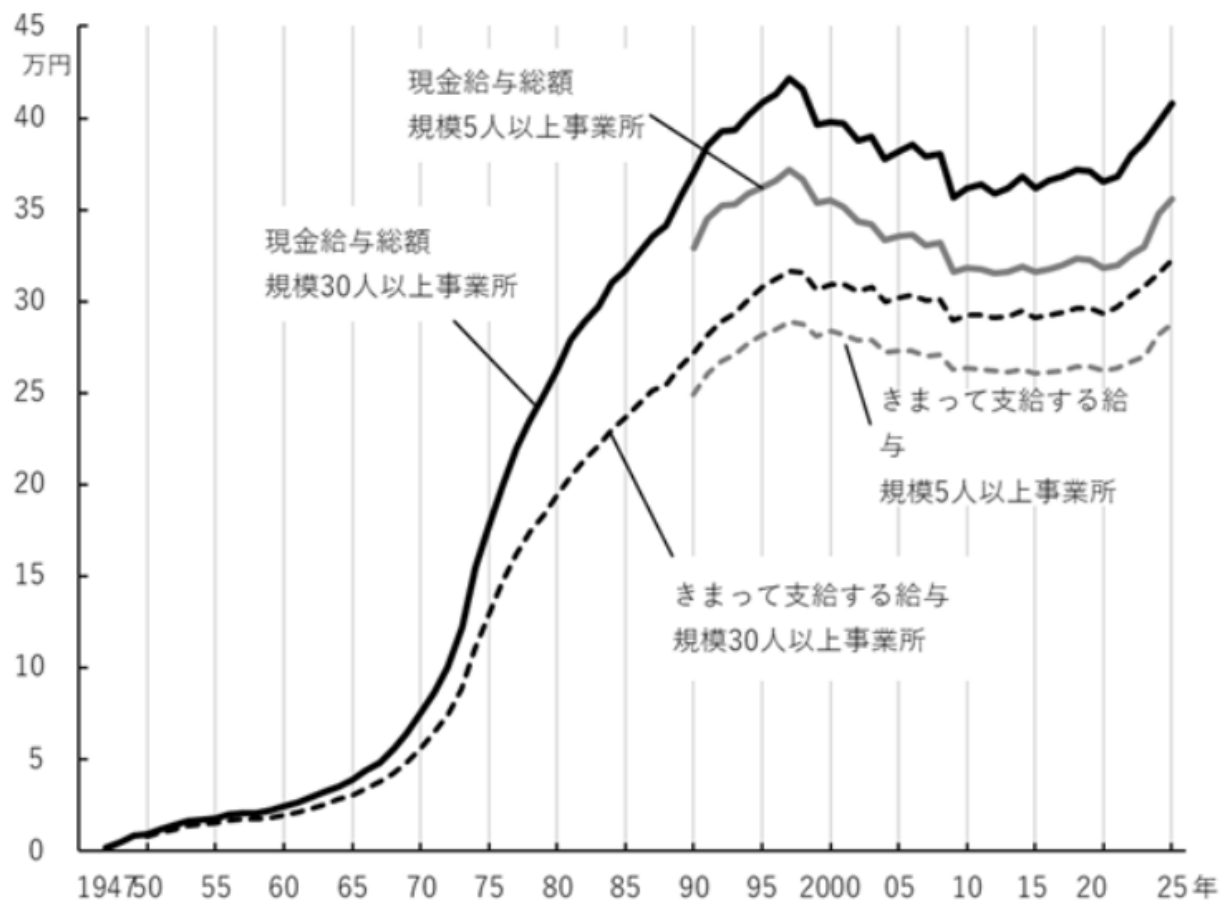
図1 消費者物価指数 2020年=100 1947年～2025年 年平均



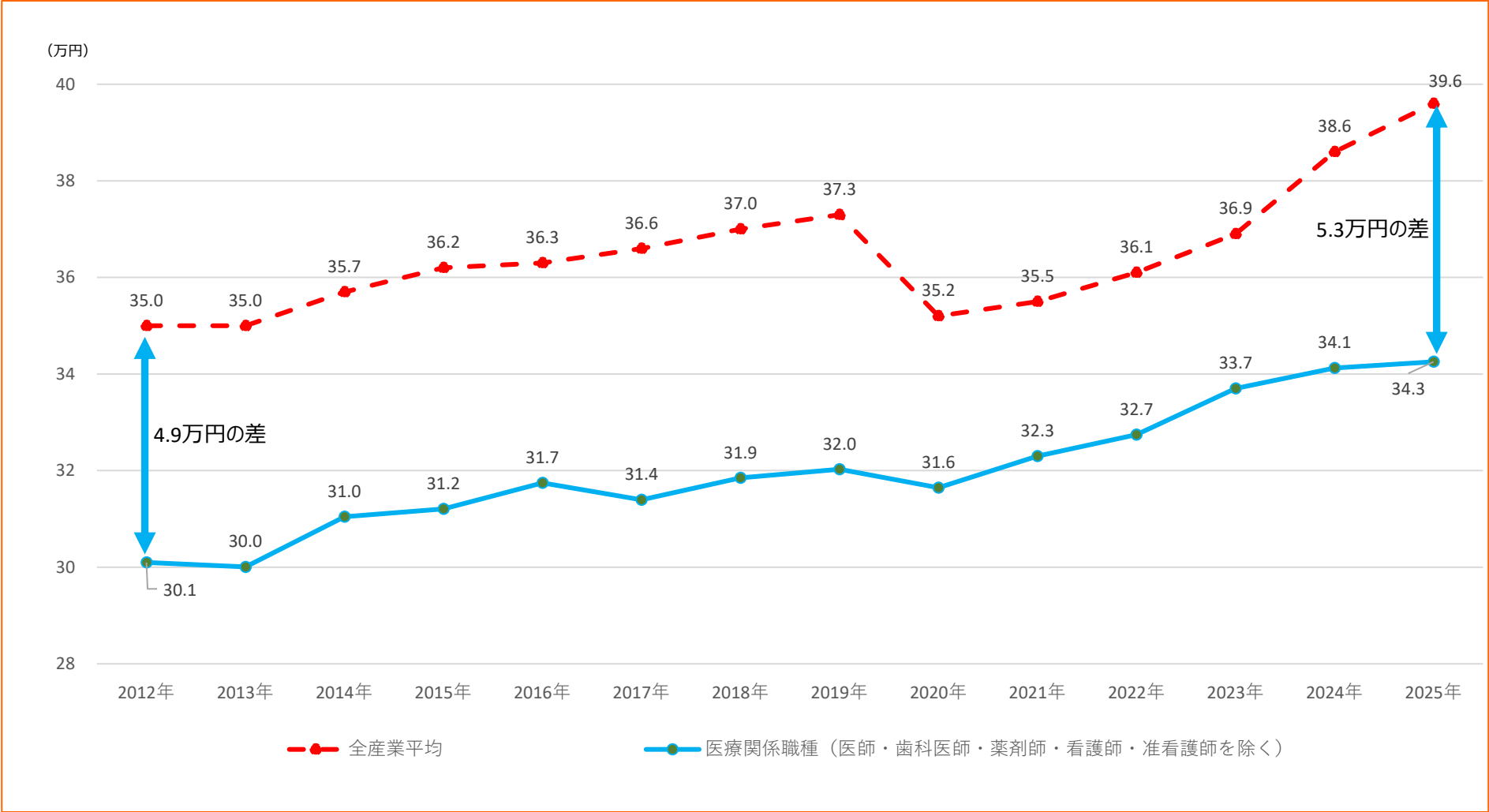
賃金の長期トレンド

給与額は、2000年以降低下傾向にあったが、22年以降上昇傾向にある。

図1 常用労働者1人平均月間現金給与額 1947年～2025年 年平均



医療関係職種の給与の推移について



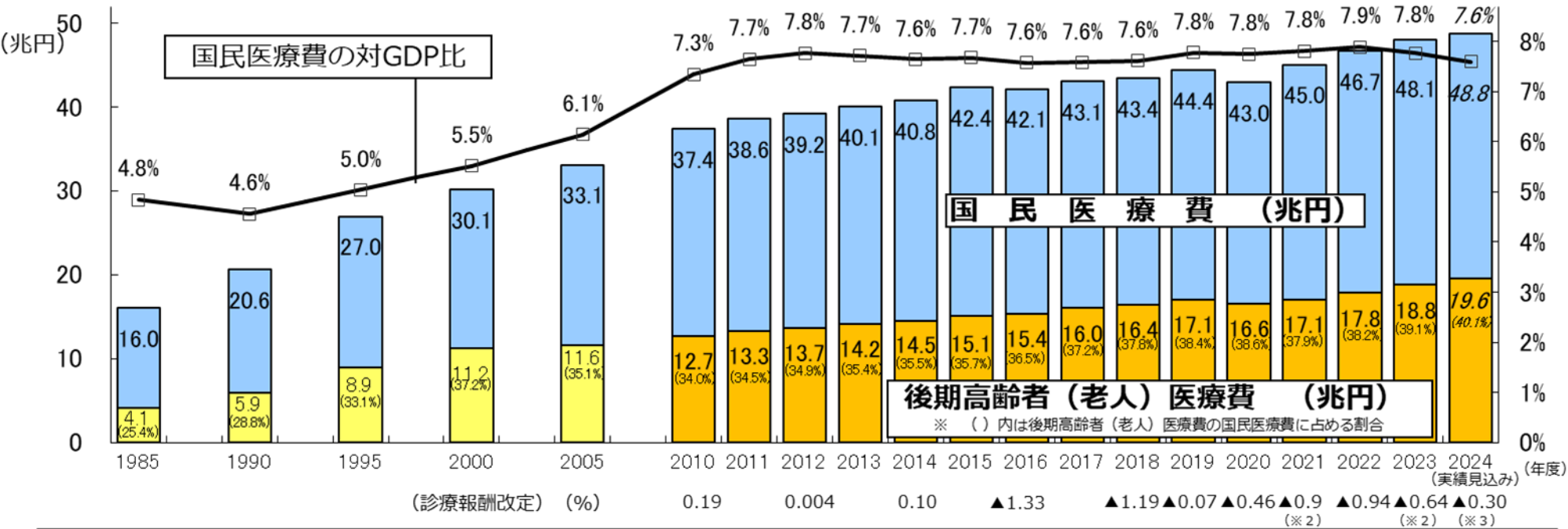
出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1）「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。

注2）「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師を除く）」とは、「診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）」の加重平均。

医療保険制度が直面する環境変化 -医療費の動向-

医療費の動向



(主な制度改正) 2000年以降

- ・介護保険制度施行 (2000)
- ・高齢者1割負担導入 (2000)
- ・高齢者1割負担徹底 (2002)
- ・老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
- ・被用者本人3割負担等 (2003)
- ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
- ・未就学児2割負担 (2008)
- ・70~74歳2割負担(※1) (2014)
- ・一定以上所得高齢者2割負担 (2022)

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)	(R6)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	3.0	1.5
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	5.4	4.1
GDP	7.2	8.6	2.4	1.7	0.8	1.7	▲1.0	0.1	2.9	2.8	3.4	0.8	2.0	0.4	0.1	▲2.9	4.0	2.6	4.7	3.7

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。なお、1993年度以前のGDPは平成12年基準、1994年度以降のGDPは令和2年基準の数値である。

注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2024年度の国民医療費 (及び2024年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2024年度分は、2023年度の国民医療費に2024年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。

(※1) 70~74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除 (1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

(※2) 令和3、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

(※3) 令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

医療費の伸び率の要因分解

	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2年度 (2020)	R 3年度 (2021)	R 4年度 (2022)	R 5年度 (2023)	R 6年度 (2024)
医療費の伸び率 ①	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	3.0%	1.5% (注1)
人口増の影響 ②	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7%	0.6% (注2)
診療報酬改定等 ④		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94% (注8)	-0.64% (注8)	-0.30% (注9)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・受療行動の変化等	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.4%	1.6%
制度改正				H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担		

注1：医療費の伸び率は、令和5年度までは国民医療費の伸び率、令和6年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：令和6年度の高齢化の影響は、令和5年度の年齢別1人当たり医療費と令和5年度、6年度の年齢別人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

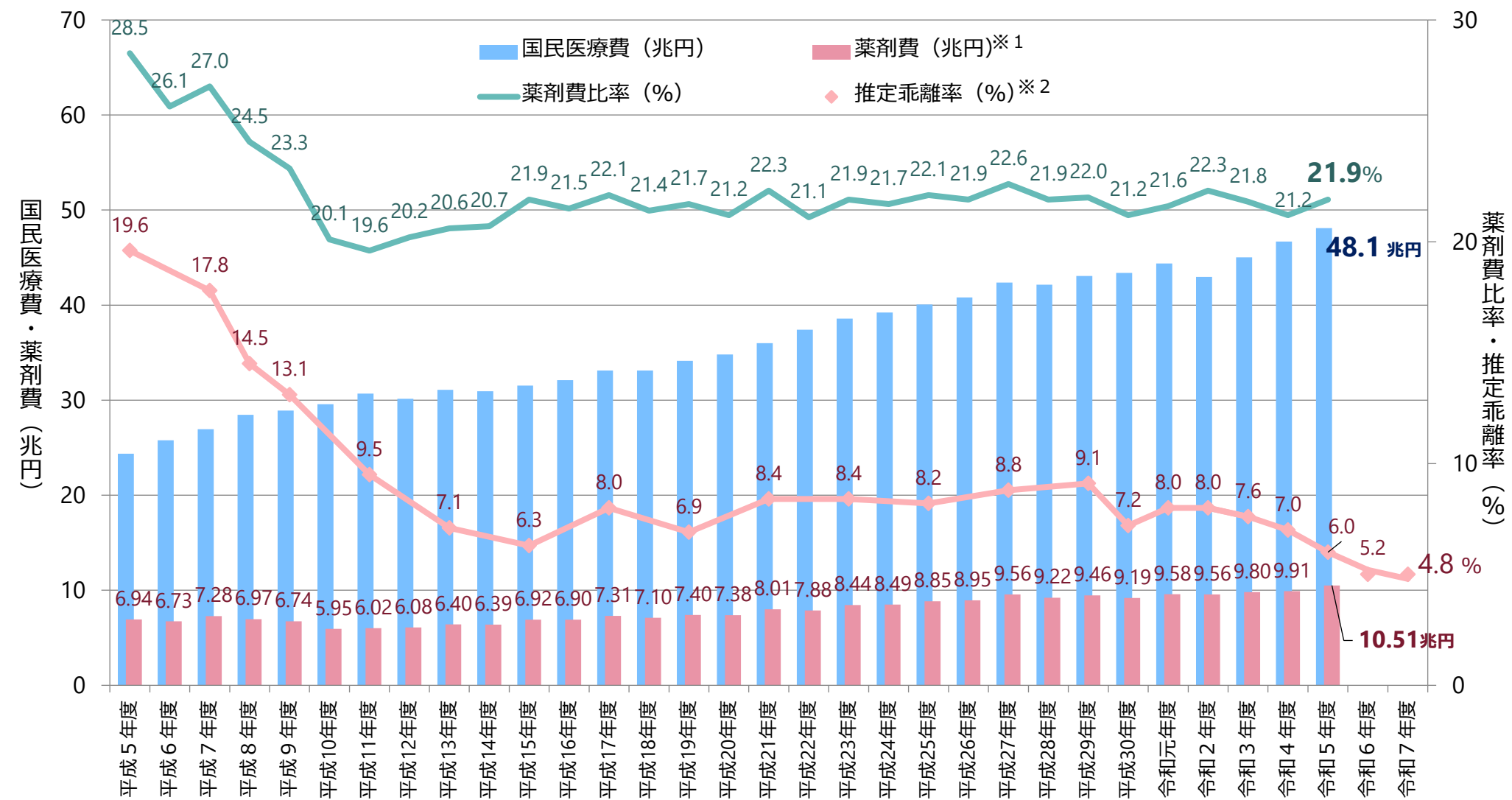
注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8：令和3、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9：令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

注10：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

国民医療費、薬剤費等の推移



※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。

※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。

令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

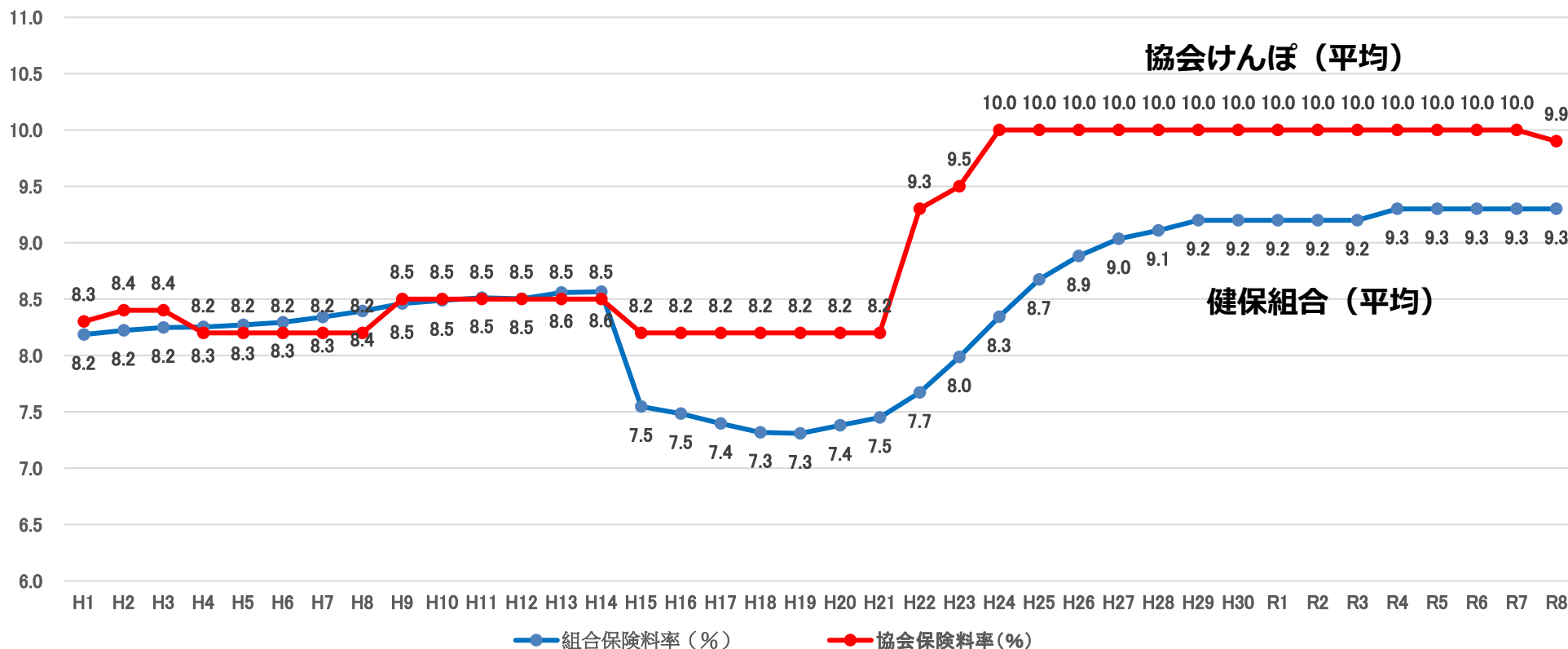
医療保険制度が直面する環境変化

-保険料・所得の変化-

協会けんぽ・健保組合の保険料率の推移

- 協会けんぽの令和8年度における平均保険料率は9.9%。平成22年度から平成24年度にかけて上昇し、その後令和7年度まで10.0%で推移してきたが、令和8年度に0.1%減少した。
- 健保組合の令和8年度予算早期集計における平均保険料率は9.3%。平成15年度に1.0パーセント減少し、平成19年度以降は毎年上昇していたが、近年はほぼ横ばいとなっている。

(単位: %)

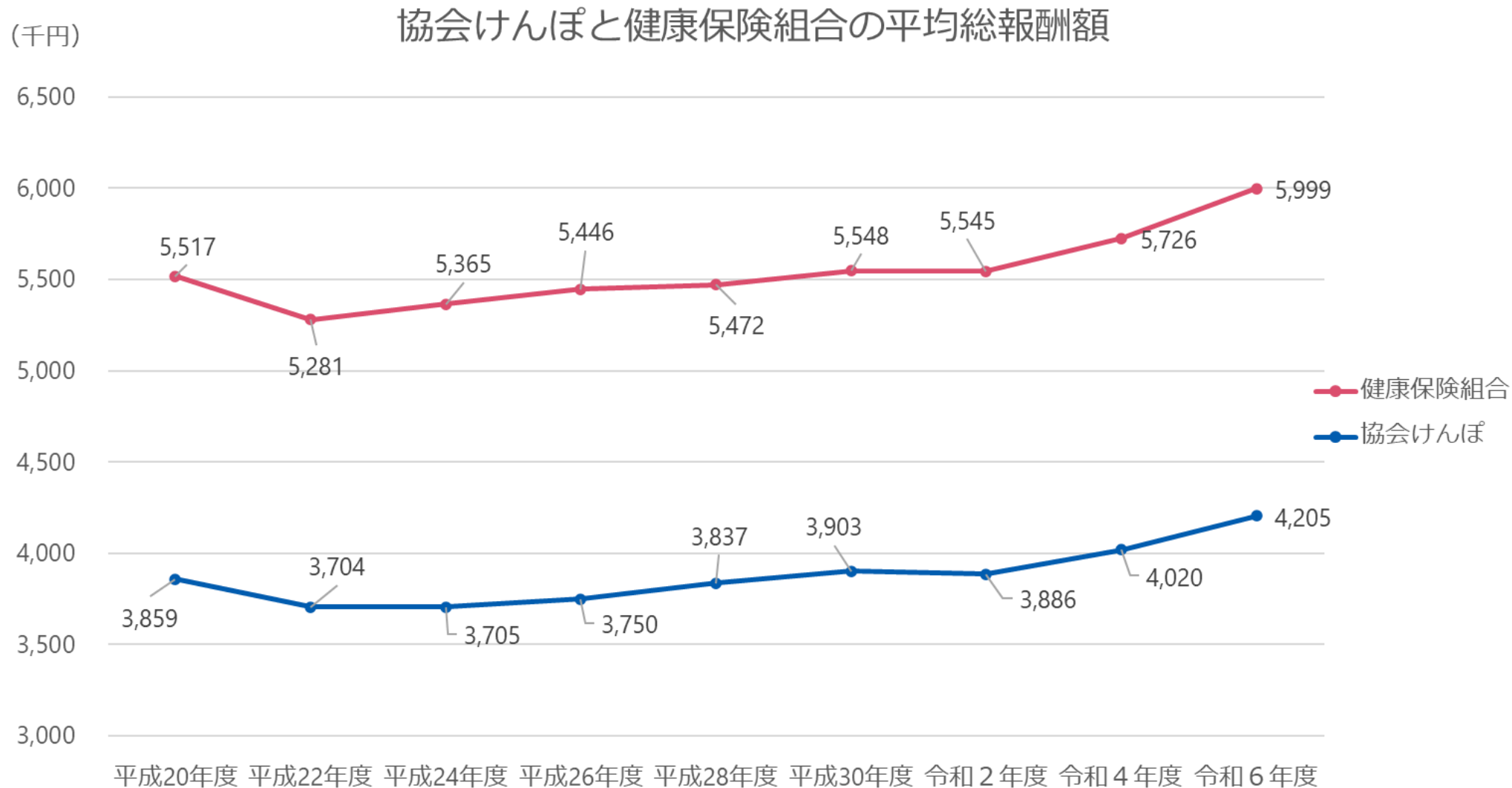


※健保組合については、平成元年度から令和5年度までは決算、令和6年度は決算見込、令和7年度は予算、令和8年度は予算早期集計の数値を使用している。

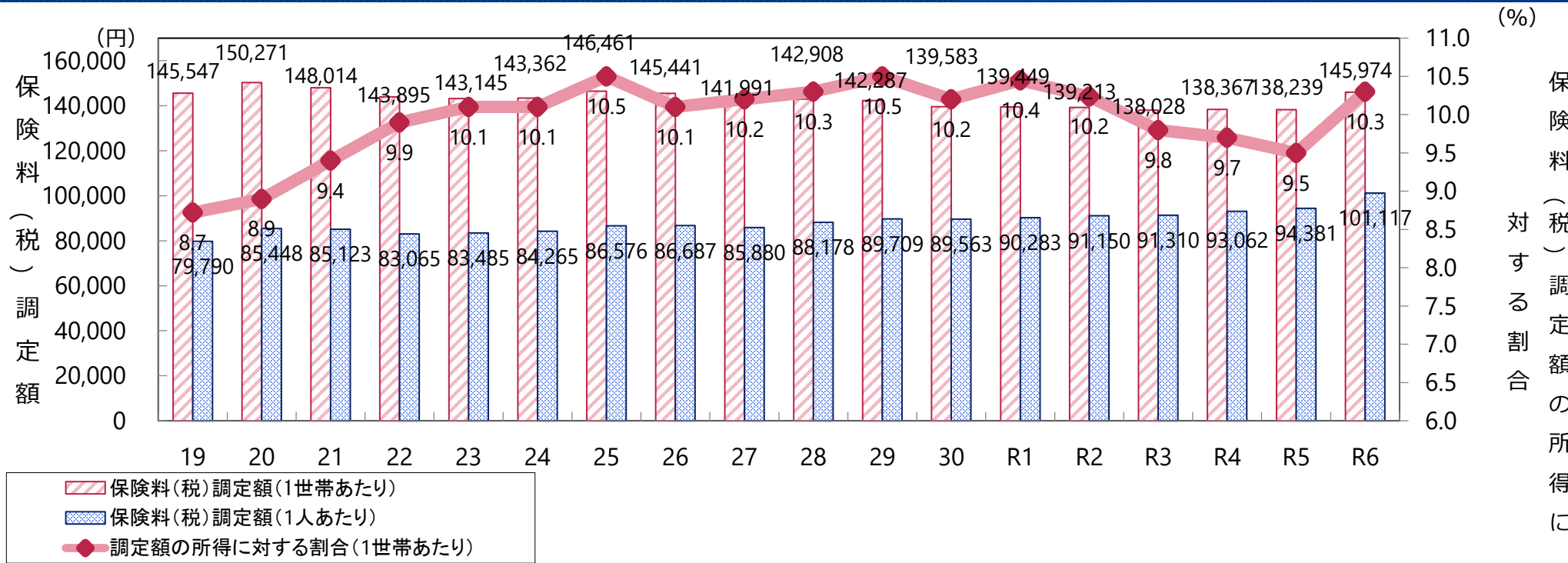
※平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの（政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ）。

※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

協会けんぽと健康保険組合の平均総報酬額の推移（平成20年度以降）



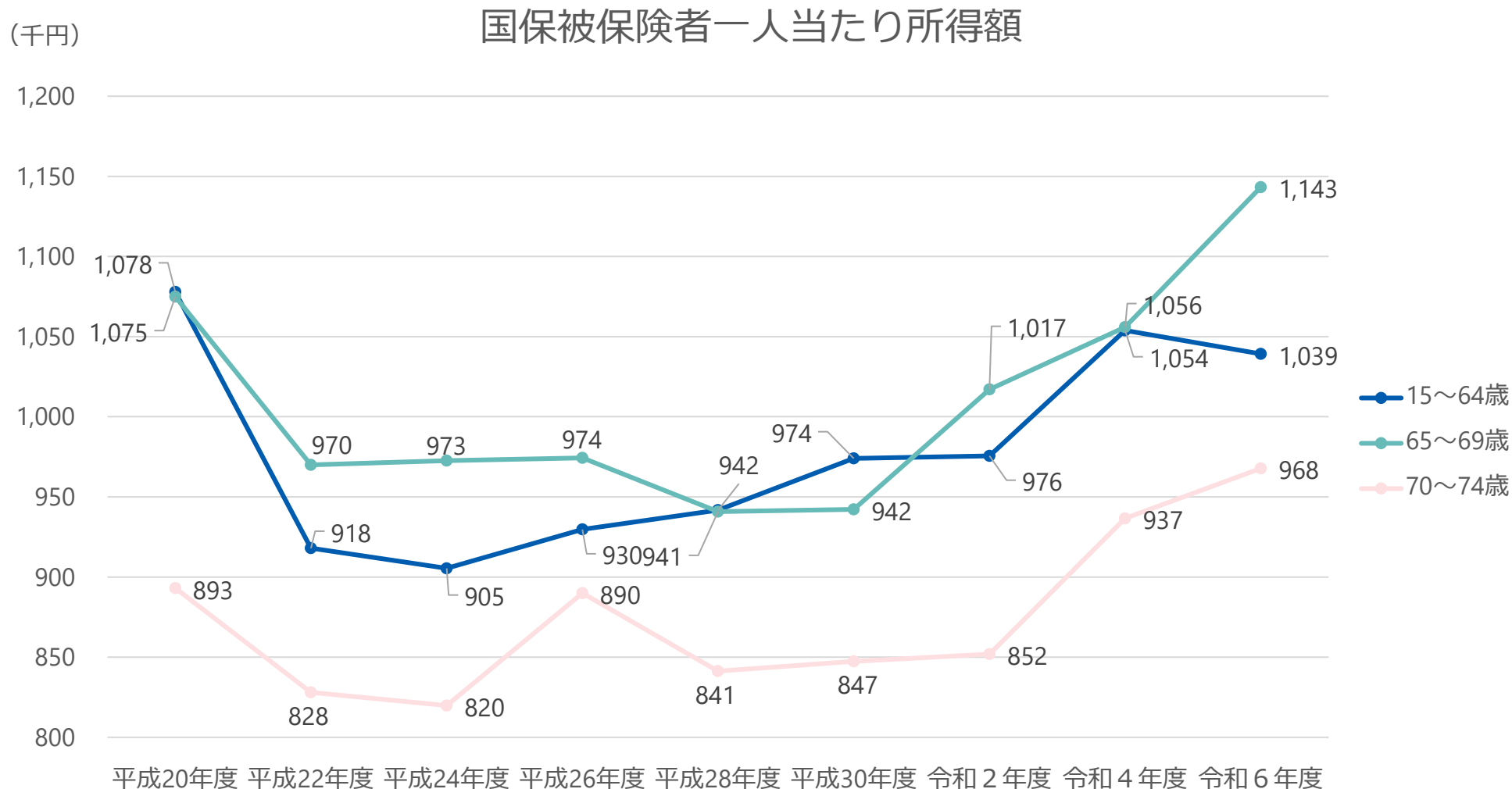
国民健康保険料（税）の負担の変化



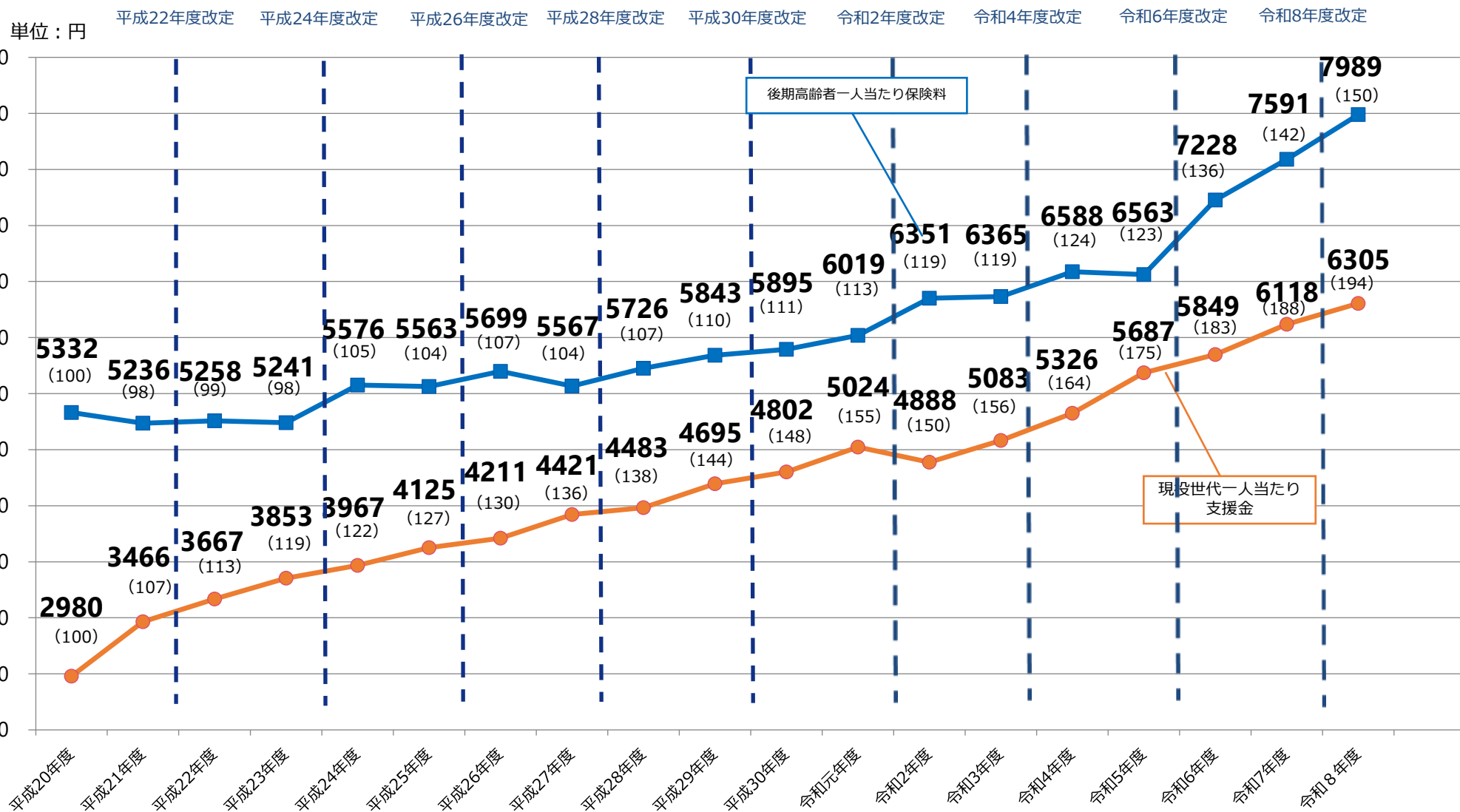
	平均所得（令和 5 年）		保険料（税）調定額 （令和 6 年度）		保険料（税）調定額 の所得に対する割合
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	1世帯当たり ③/①
全世帯	1,411千円	977千円	145,974円	101,117円	10.3%
2割軽減世帯	1,040千円	625千円	132,136円	79,397円	12.7%
5割軽減世帯	623千円	381千円	67,462円	41,192円	10.8%
7割軽減世帯	102千円	82千円	23,262円	18,658円	22.7%

（注）令和6年度国民健康保険実態調査報告による。
ここでいう「所得」とは、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額（基礎控除前）による前年所得である。 保険料（税）調定額に介護納付金に係る部分は含まれていない。

国民健康保険の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）



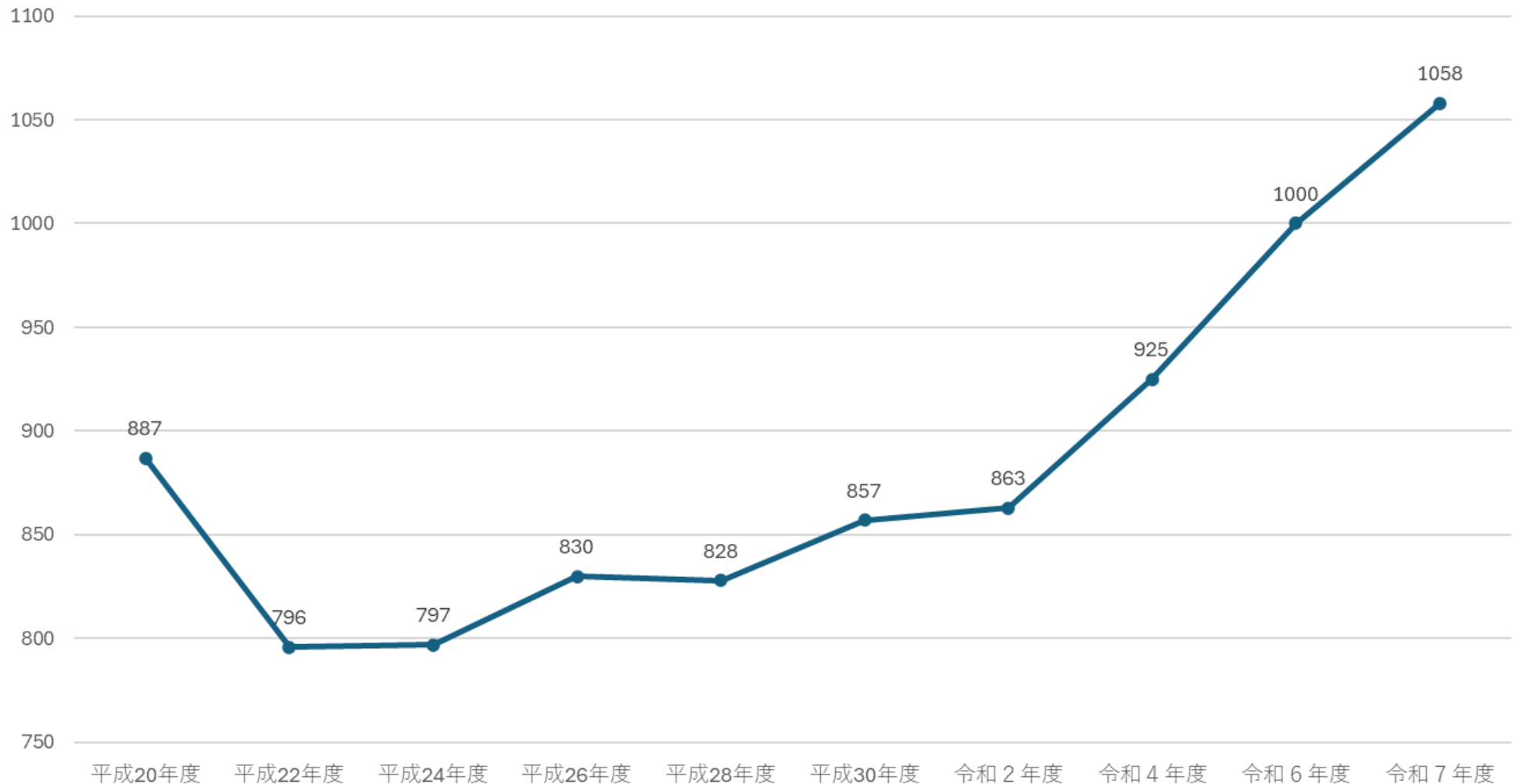
後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移



- ※ 後期高齢者一人当たり保険料額は、平成20～令和7年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額（令和7年度は速報値）。令和8年度は、保険料改定時見込み（医療分のみ）。
- ※ 現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和6年度は確定賦課、令和7年度及び令和8年度は概算賦課ベース。
- ※ 現役世代一人当たり支援金額の伸びは、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
- ※ 平成28年度の現役世代一人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
- ※ () 内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

後期高齢者医療制度の被保険者 1 人当たり所得額の推移（平成20年度以降）

後期被保険者 1 人当たり所得額

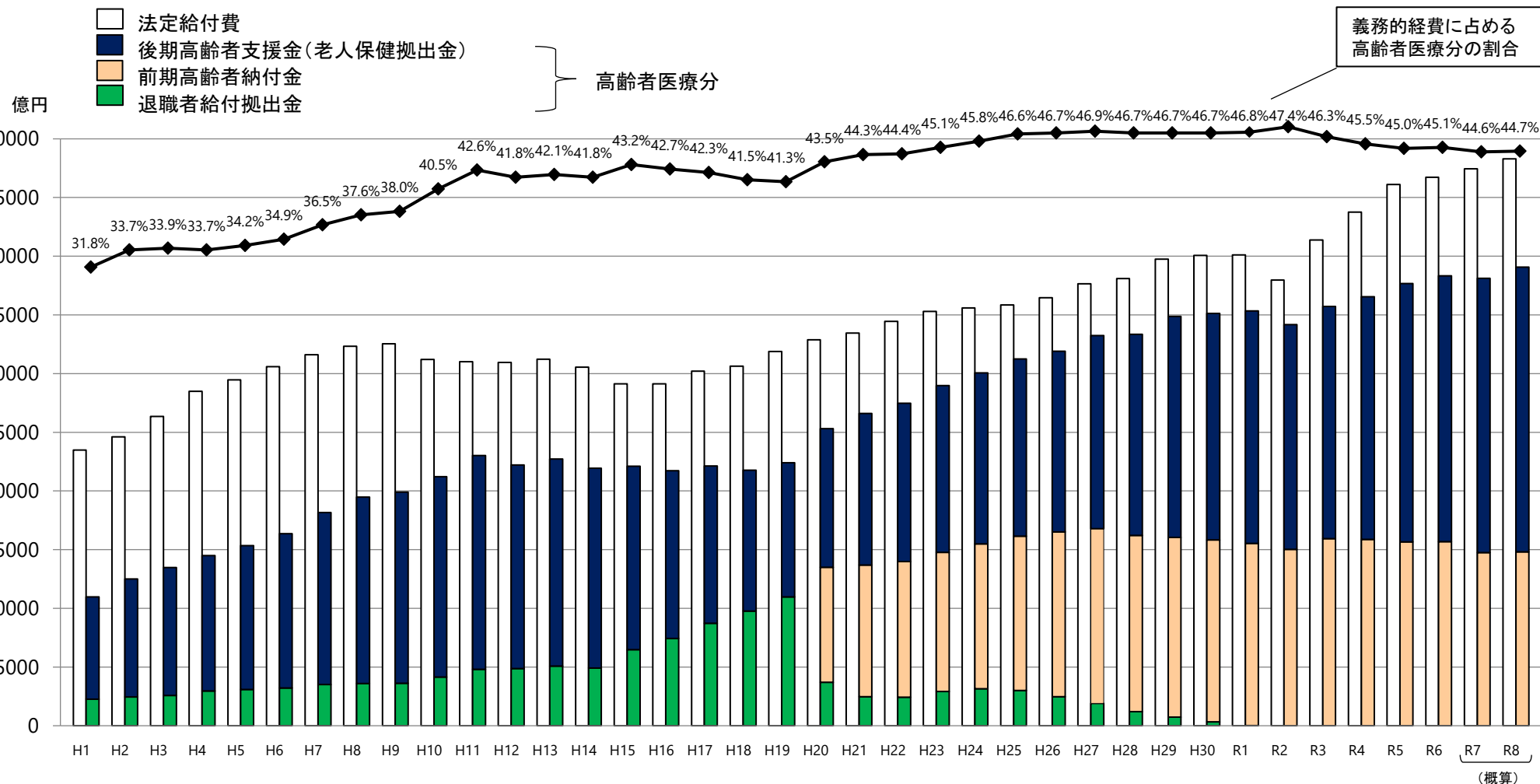


※ 所得とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）である。
※ 各年度に掲げる所得は前年の1月～12月までの所得である。

出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、44.7%（令和8年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和6年度までは実績額を、令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

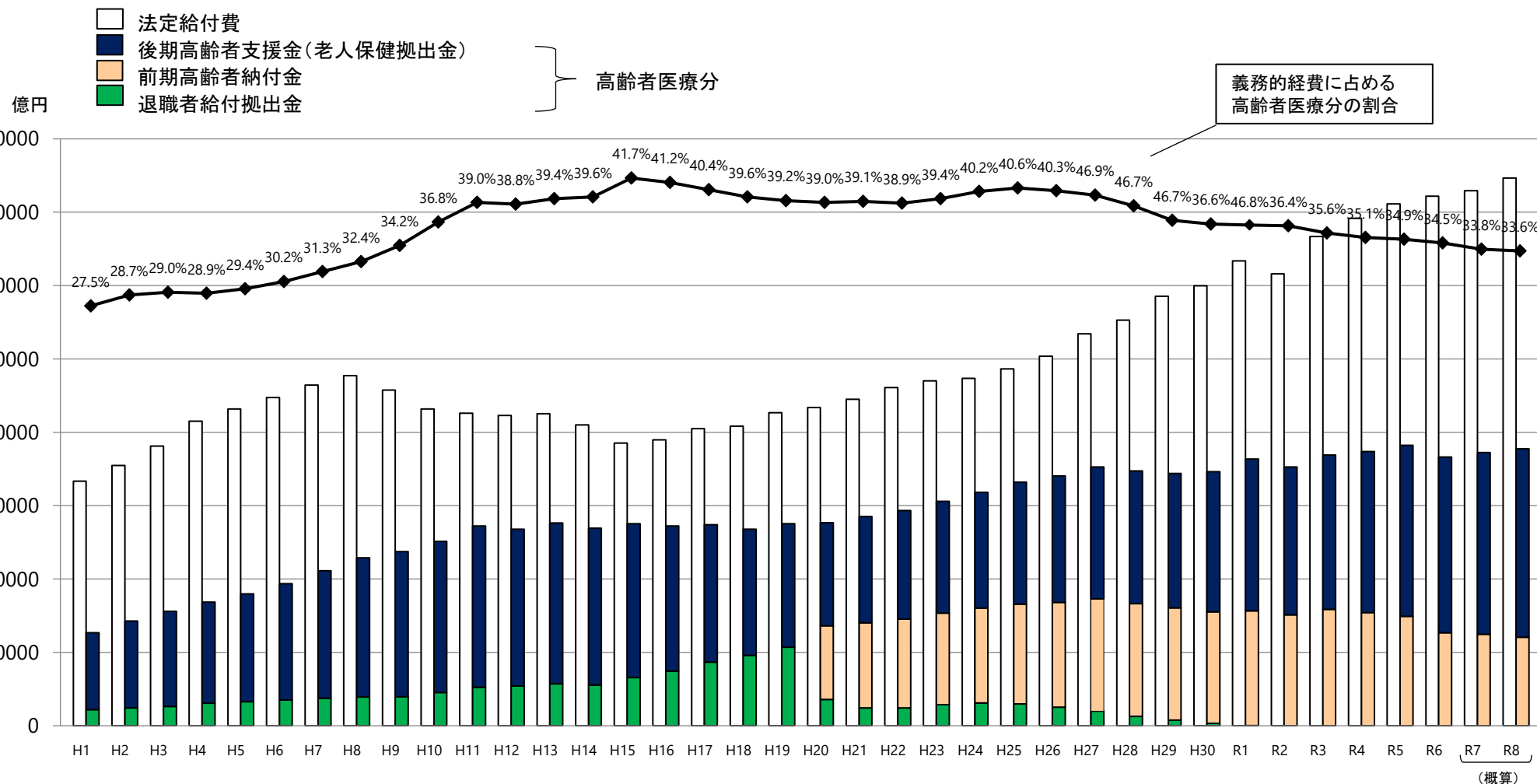
※後期高齢者支援金等は、令和6年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金は前期納付金に含まれている。

高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、33.6%（令和8年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和6年度までは実績額を、令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、令和6年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

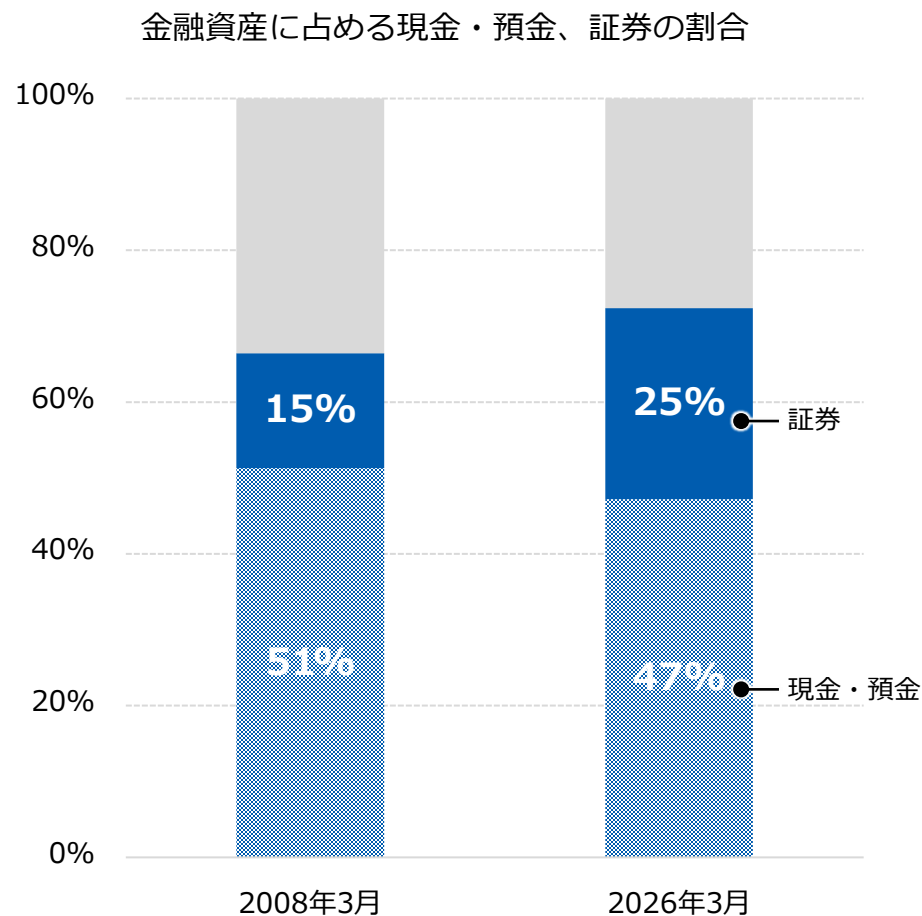
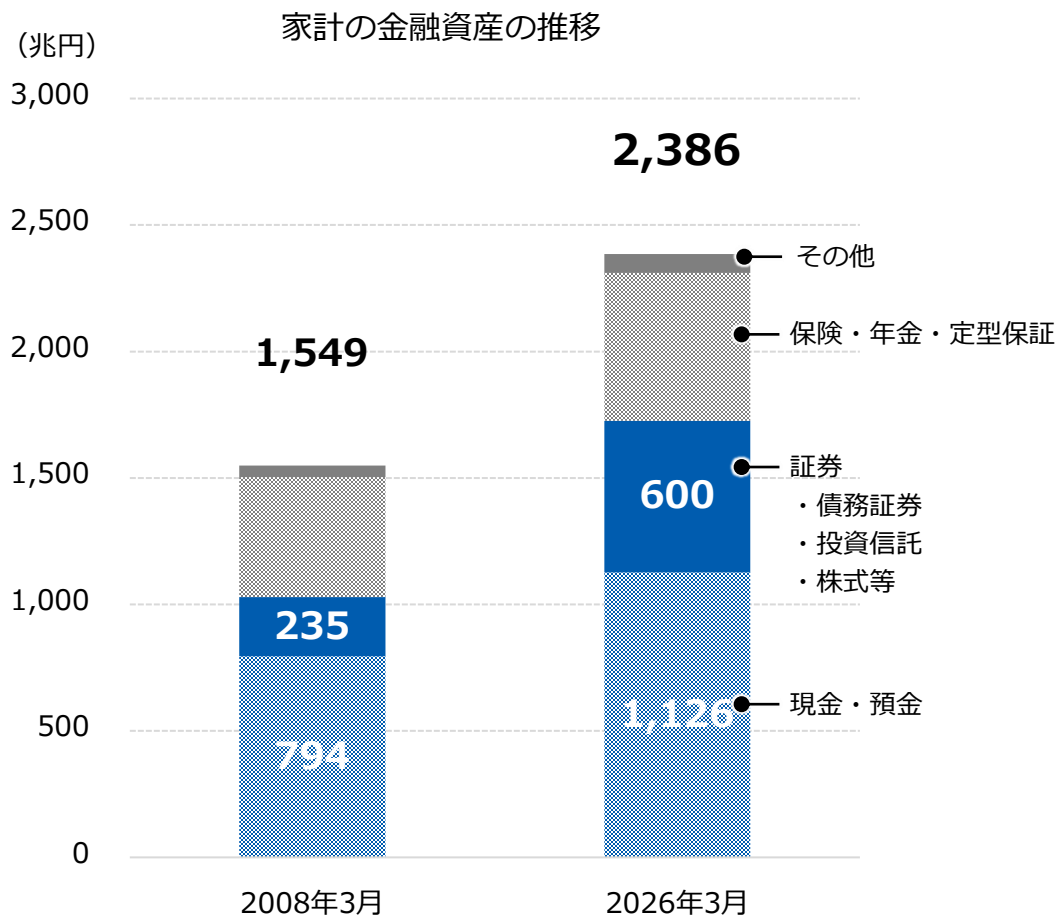
※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

(概算)

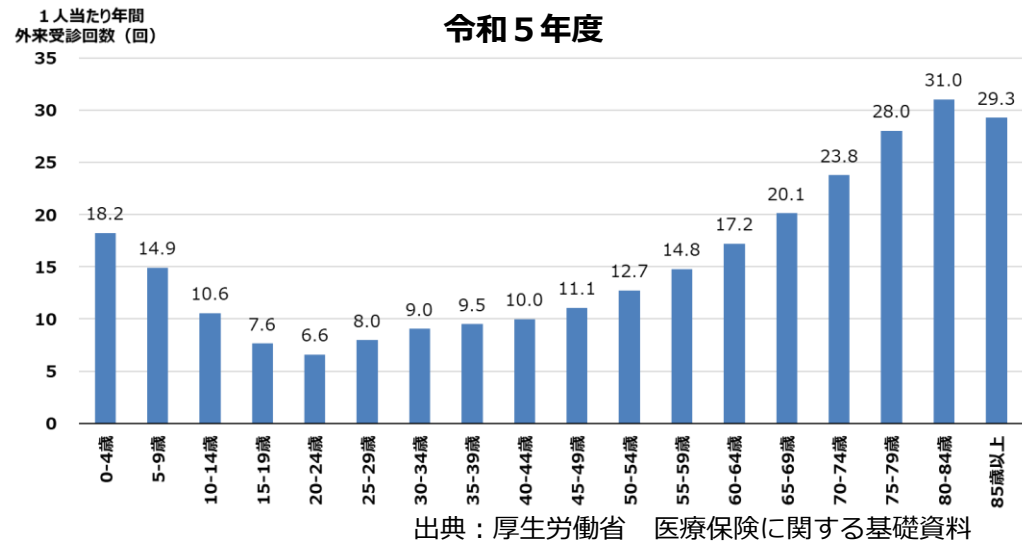
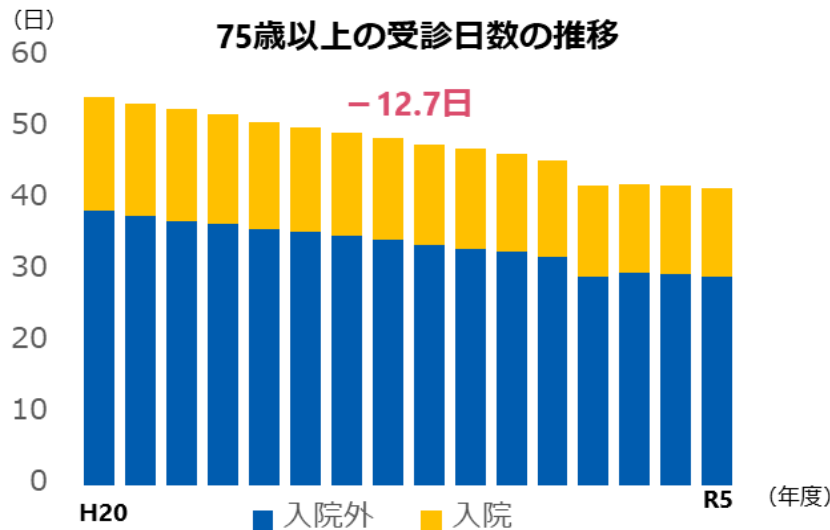
家計の金融資産

家計における金融資産は増加しており、株式等の証券が占める割合が増加している

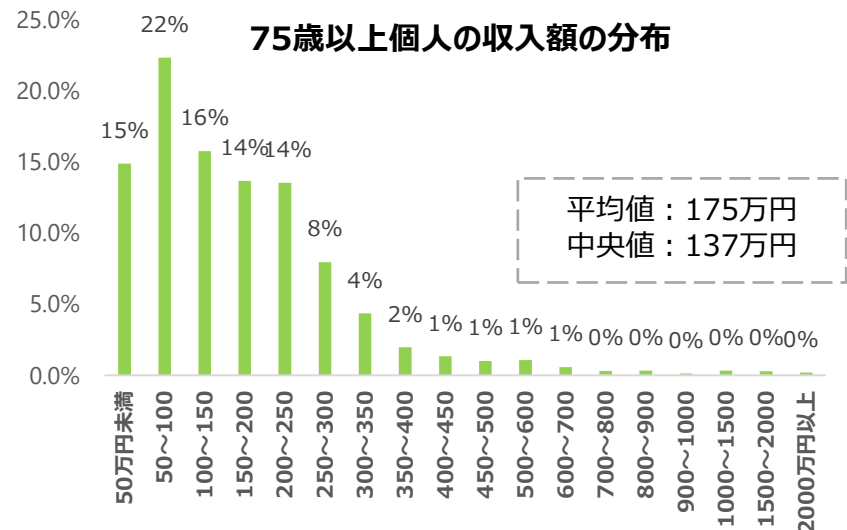
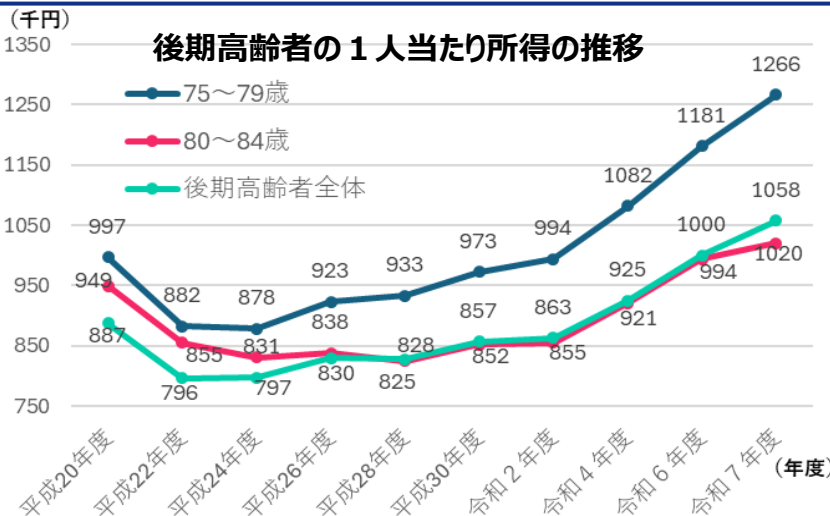


高齢者の受診・所得の状況

- ✓ 高齢者の受診日数は減少しているが、外来受診日数は現役世代に比べると多い。



- ✓ 高齢者の所得は増加傾向にあるが、バラツキは大きい。

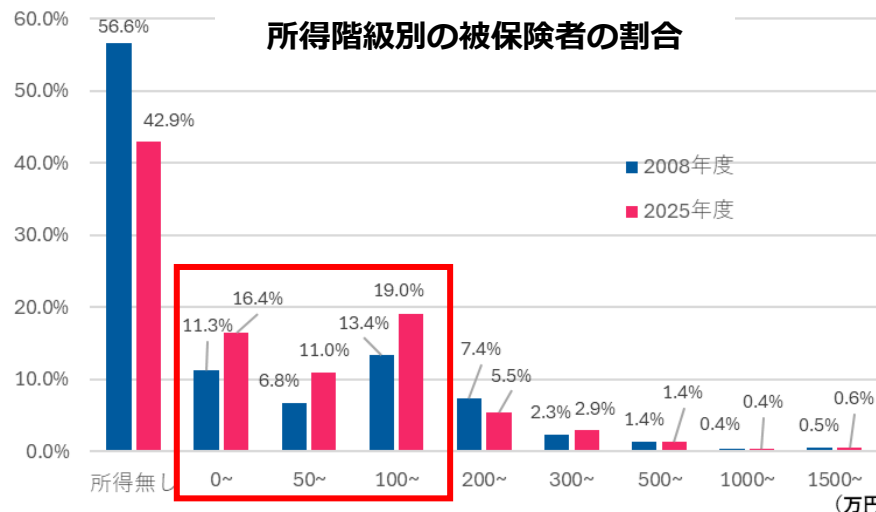


※ 所得とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）である。
出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

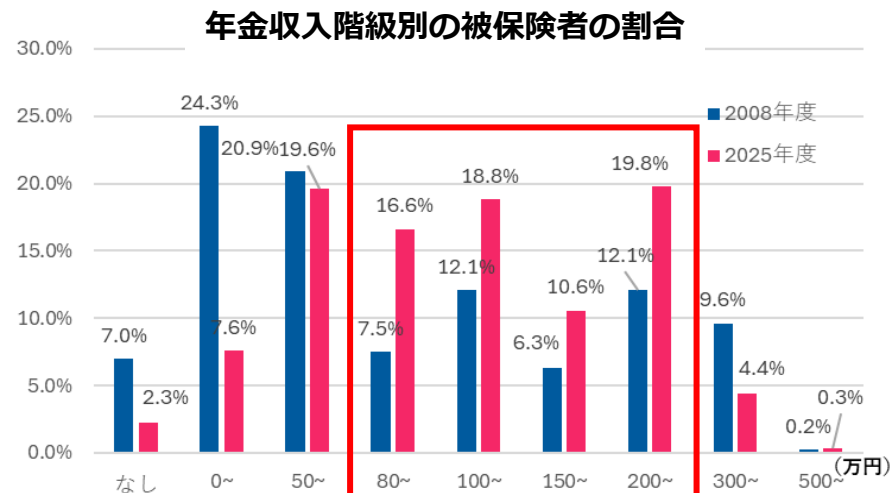
出典：厚生労働省「令和4年 国民生活基礎調査」を特別集計

後期高齢者の所得等の状況（2008年度と2025年度の比較）

- 所得なしが減少し、所得200万円未満までの層が増加。また、年金収入80万円以上300万円未満の層が増加。
- 主な所得種類別の被保険者の割合をみると、「所得なし」が減少し、「給与所得」や「雑所得（年金等）」が増加。

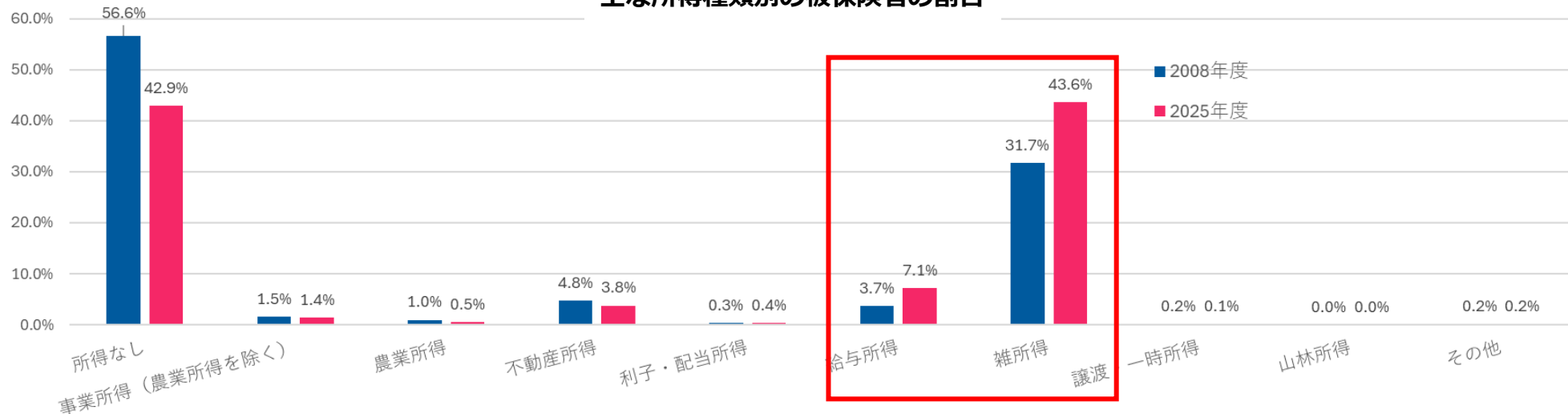


※ 「所得なし」は、必ずしも収入が無いということではなく、収入から公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前所得）が無い被保険者をいう。
 ※ 本図は、所得不詳の被保険者を除いて集計している。



※ 年金収入には、課税対象とならない障害年金及び遺族年金が含まれていないことから、「なし」は、必ずしも年金収入が無いということではない。

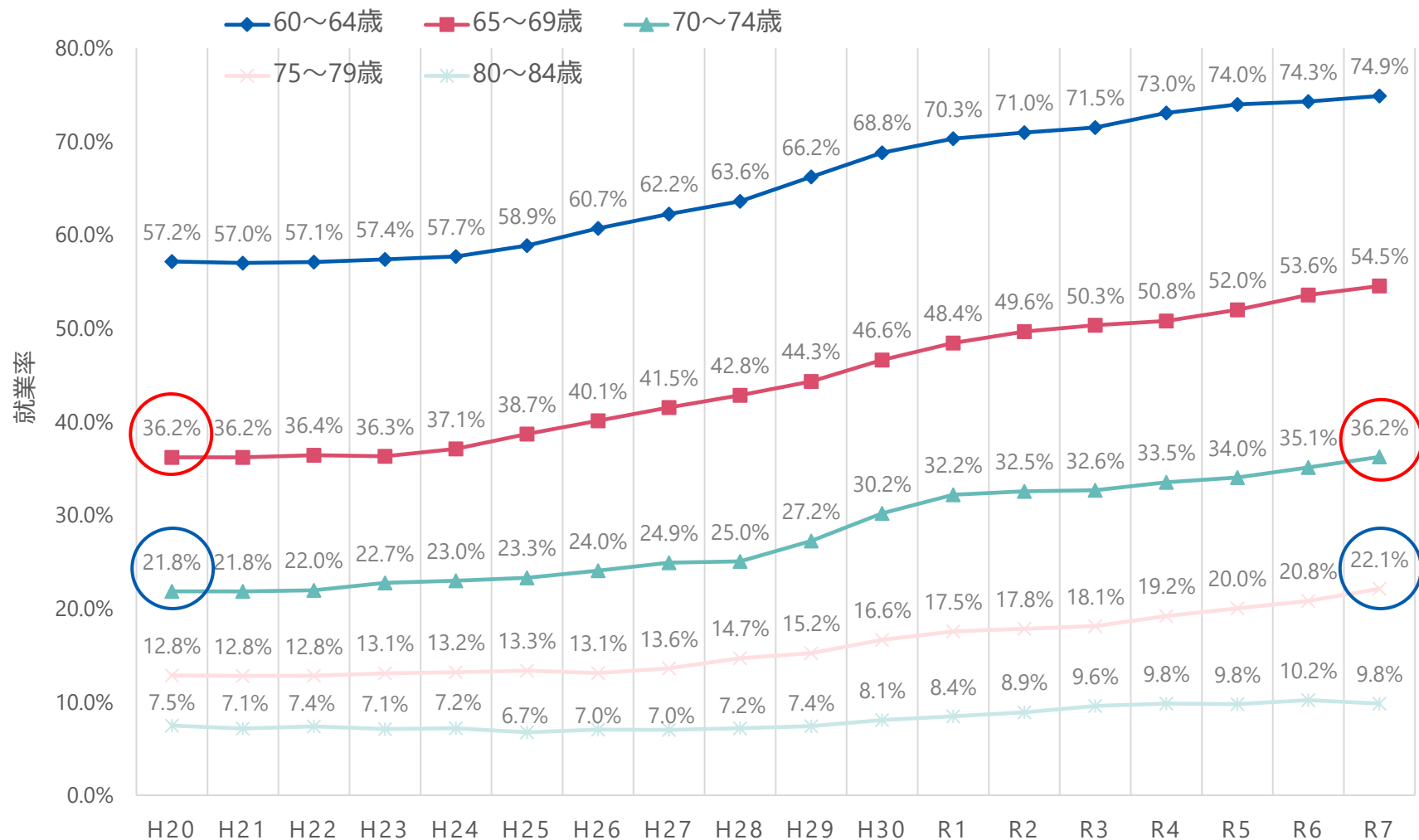
主な所得種類別の被保険者の割合



※ 本図は、所得不詳の被保険者を除いて集計している。
 ※ 各年度に掲げる所得は前年の1月～12月までの所得である

高齢者の就業率の推移（平成20年以降）

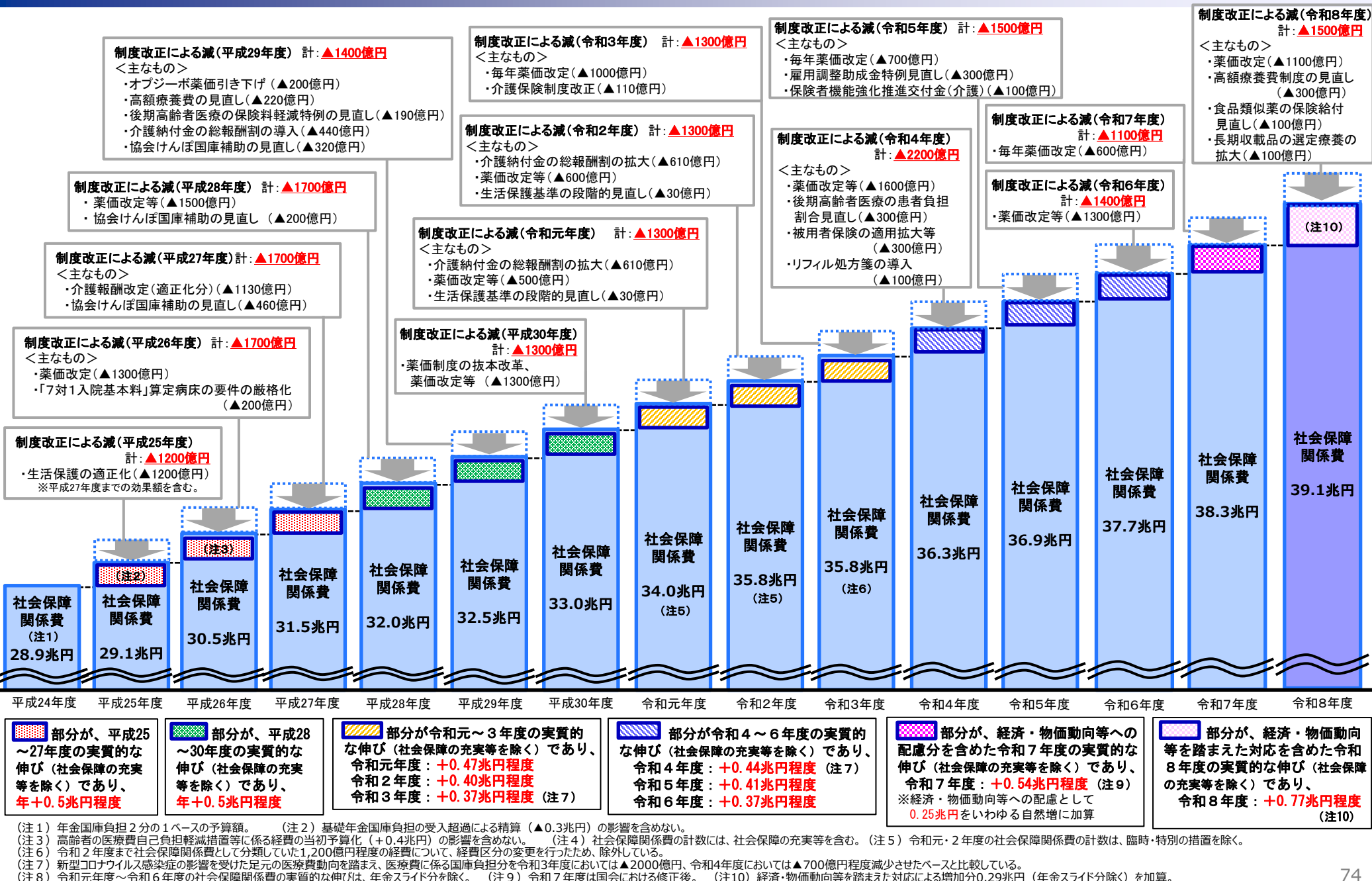
○ 70～74歳、75～79歳の就業率は、後期高齢者医療制度施行時の65～69歳、70～74歳の就業率と同程度に上昇。



これまでの医療保険制度改革

社会保障関係費の伸び

財政制度等審議会財政制度分科会資料より



医療保険制度改革の経過について

施行年度	改正概要
平成20年度 (2008年度)	高齢化により増え続ける高齢者医療費を、公費、現役世代（保険者）の支援金、高齢者の保険料で支える 高齢者医療制度を創設
平成22年度 (2010年度)	高齢者医療制度を支える各保険者の支援金を、頭割だけではなく、一部（1/3）所得を勘案して配分する「 総報酬割 」を導入 その後、順次所得を勘案する範囲を拡大し、 平成29年度から全面総報酬割
平成26年度 (2014年度)	高額療養費制度について、現役世代（70歳未満）の所得区分の細分化（70～74歳の2割負担導入と同時に改正） 70～74歳患者負担 について、新たに70歳になる方から 2割負担
平成29年度、平成30年度 (2017年度、2018年度)	70歳以上の高額療養費制度について、限度額引き上げ（29年度）、現役並世帯の所得区分細分化、一般区分の外来上限額引き上げ（30年度）
令和4年度 (2022年度)	75歳以上の一定以上所得者について2割負担 を導入 ※課税所得28万かつ年金収入＋その他の合計所得金額200万以上（現並除く）
令和6年度 (2024年度)	出産育児一時金 に要する費用の一部を 後期高齢者医療制度が支援 する仕組みを導入 前期高齢者財政調整 についても、一部（1/3） 所得を勘案して調整 「後期高齢者の一人あたり保険料」と「現役世代一人あたり支援金」の伸び率が同じになるよう「 高齢者負担率 」を見直し 長期収載品 について、 後発品との差額の1／4を別途負担 する仕組みを創設
令和8年度 (2026年度)	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 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し 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

医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月 ～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～		令和4年10月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度										75歳以上	後期高齢者医療制度				
国保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額 制を選択可 薬剤一部負担の廃 止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)		1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の一定 所得以上の者2割)									
被用者本人	定額負担							2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに 70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)											
		国保	3割 高額療養費創設 (\$48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))				3割 薬剤一部負担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)								
被用者家族	5割	被用者本人	定額 → 1割 (\$59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担															
		被用者家族	3割 (\$48～) →入院2割 (\$56～) 高額療養費創設 外来3割 (\$48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))															

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

医療費適正化計画（概要）について

国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体 : 国、都道府県
- ▶ 計画期間 : 6年 ※第1期・第2期は5年
(第1期: 2008-2012年度、第2期: 2013-2017年度、第3期: 2018-2023年度、第4期: 2024-2029年度)
- ▶ 主な記載事項: ①医療費の見込み
②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組
③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組
④医療計画を踏まえ見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果

【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

	取組
住民の健康の保持の推進	特定健診・特定保健指導の実施率 メタボの該当者・予備群 たばこ対策、予防接種、重症化予防、高齢者の疾病・介護予防など
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 医薬品の適正使用 医療資源の効果的・効率的な活用 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

国民健康保険における保険料水準の統一に関する進捗状況

国保においては、平成30年度の制度改革により、年度間の保険料の変動の抑制等を図るため、保険者の規模について、都道府県と市町村が共同で運営する仕組みとし、安定的な財政運営を確保する観点から、都道府県単位での保険料水準の統一に向けた取組を進めている。

進捗状況（R8現在）

統一達成団体

- 完全統一（2府県）
大阪府、奈良県
- 納付金ベースの統一（12道県（完全統一達成を除く））
北海道、青森県、宮城県、群馬県、埼玉県、三重県、滋賀県、兵庫県、広島県、香川県、高知県、長崎県

<進捗状況ごとの都道府県数>

	達成	目標設定	未定・調整中
完全統一	2	19	26
納付金	14	25	8

<各都道府県の目標設定状況>

都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一
北海道	達成	R12	東京都	R12	未定	滋賀県	達成	R9	香川県	達成	R18
青森県	達成	R12	神奈川県	R9	R18	京都府	未定	未定	愛媛県	R11	未定
岩手県	R11	R12～17	新潟県	R12	未定	大阪府	達成	達成	高知県	達成	R12
宮城県	達成	R12	富山県	R12	未定	兵庫県	達成	R12	福岡県	未定	未定
秋田県	R15	未定	石川県	調整中	未定	奈良県	達成	達成	佐賀県	R9	R12
山形県	R11	未定	福井県	R10	R12	和歌山県	R9	R12	長崎県	達成	未定
福島県	R11	R11	山梨県	R12	R12	鳥取県	R11	未定	熊本県	R9	R12
茨城県	未定	未定	長野県	R12	未定	島根県	未定	未定	大分県	R9	R11
栃木県	R10	未定	岐阜県	R11	未定	岡山県	調整中	未定	宮崎県	調整中	未定
群馬県	達成	R15	静岡県	R12	未定	広島県	達成	R12～17	鹿児島県	R15	未定
埼玉県	達成	R12	愛知県	R11	未定	山口県	R12	未定	沖縄県	未定	未定
千葉県	R11	未定	三重県	達成	未定	徳島県	R11	未定	※ 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ		

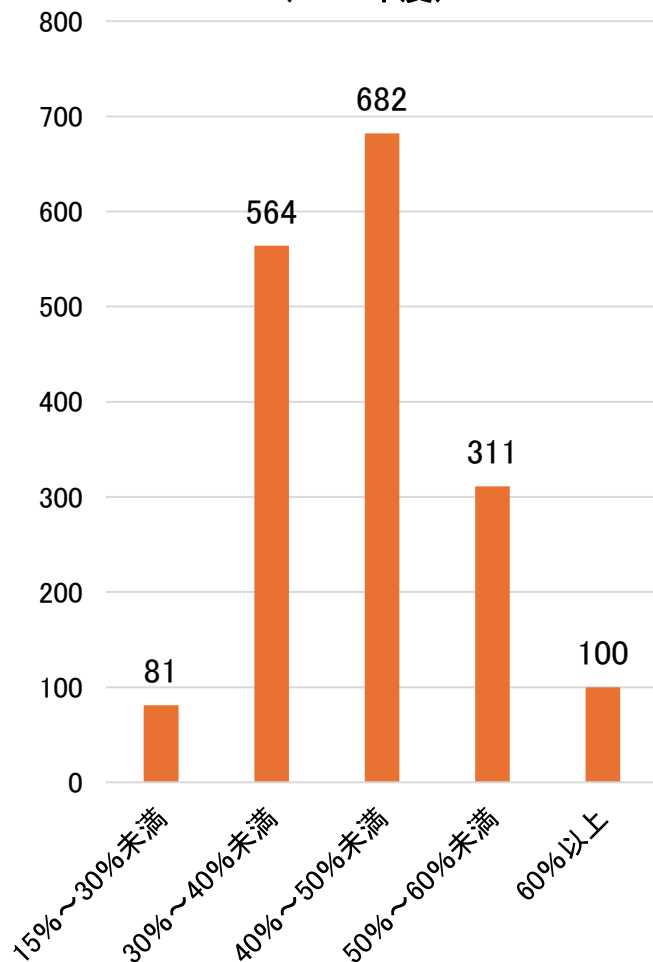
（参考）「保険料水準統一加速化プラン（第3版）」における目標年度に関する記載

- 納付金ベースの統一：現行の国保運営方針期間中（令和6年度～11年度（令和12年度保険料算定まで））に、各都道府県における「納付金ベースの統一」を行う。
- 完全統一：全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度保険料算定）までに完全統一を達成し、実現が困難な場合にも、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までに確実に「完全統一」を達成する。

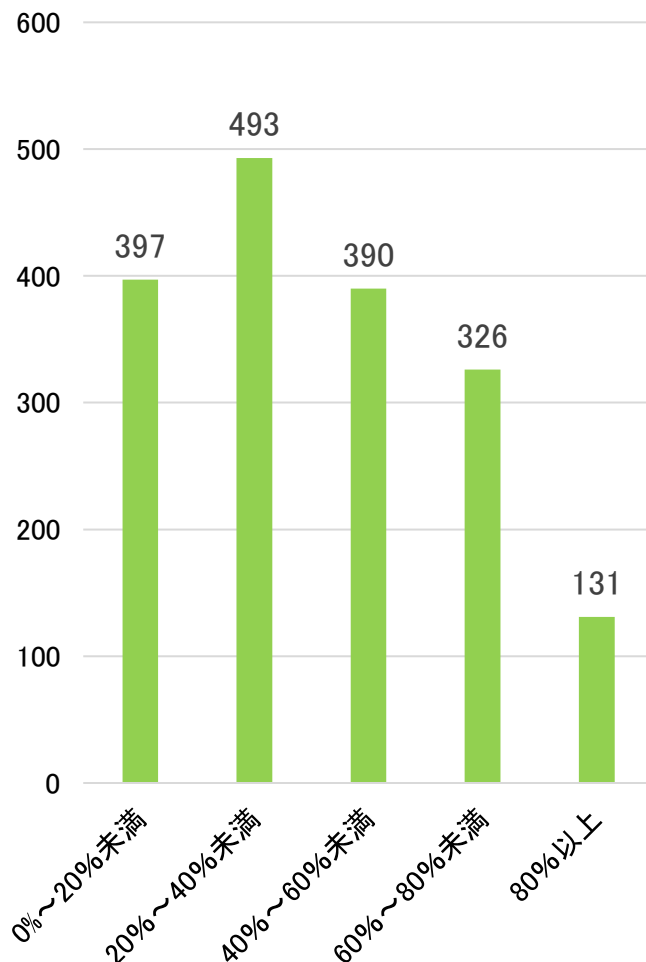
国保保険者（市町村）による予防・健康づくり、保険料収納の取組

国保保険者（市町村）による予防・健康づくりや保険料収納の取組状況には差異があることから、保険者機能の強化を図るため、平成30年国保制度改革に基づき、予防・健康インセンティブの強化等を行う保険者努力支援制度が本格実施された。

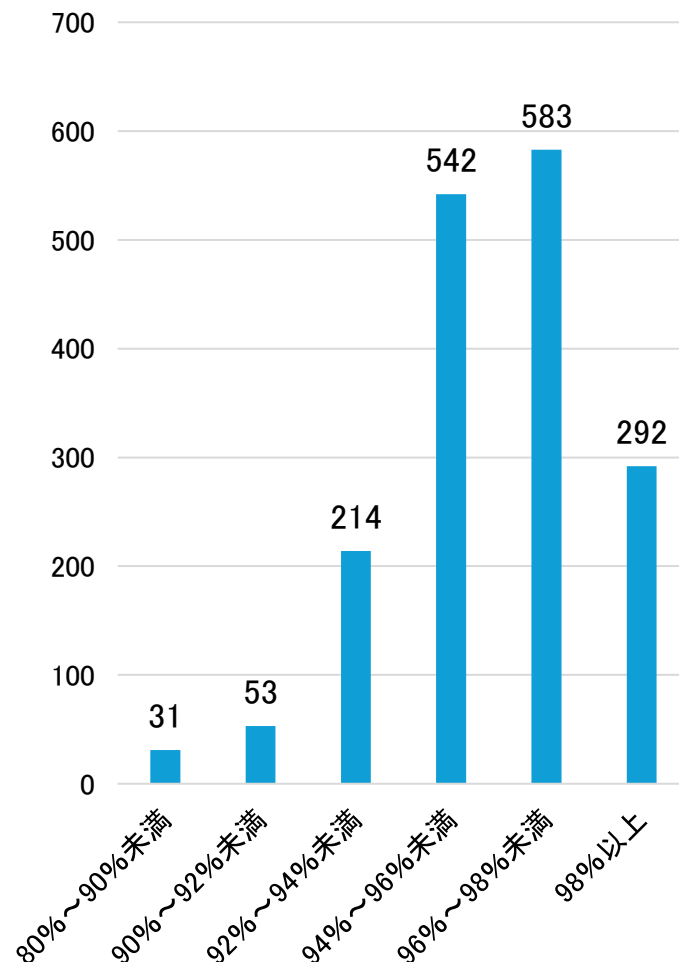
特定健診実施率別市町村数
（2023年度）



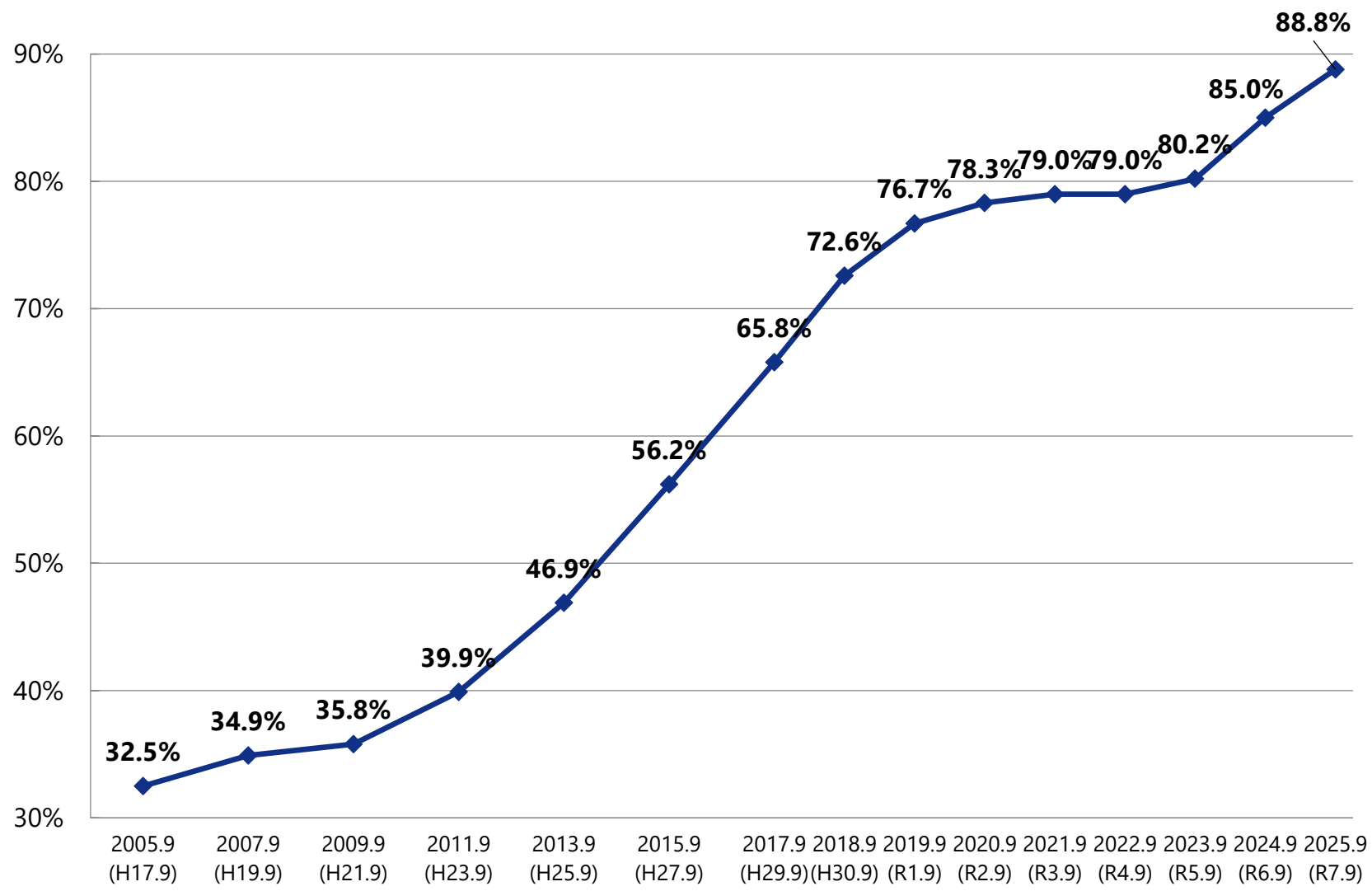
特定保健指導実施率別市町村数
（2023年度）



国保保険料（税）収納率別市町村数
（2024年現年分）



薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）



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）

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（令和5年12月22日閣議決定）の概要

- 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組 ※2040年頃を見据えた中長期的取組は省略
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） 「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） - 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 - フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 - 年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	- 前期財政調整における報酬調整の導入 - 後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み - 介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） - 介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） - イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し - 診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 - 入院時の食費の基準の見直し等 - 生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） - 医療DXによる効率化・質の向上 等 - 生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 - 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 - 医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） - 介護の生産性・質の向上 - イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し - 国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 - 国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 - 介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） - サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 - 福祉用具貸与のサービスの向上 等 - 生活保護の医療扶助の適正化等 - 障害福祉サービスの地域差の是正 （能力に応じた全世代の支え合い） - 介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） - 医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い - 医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 - 障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 （高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） - 高齢者の活躍促進 等 - 疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 - 経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	- 重層的支援体制整備事業の更なる促進 - 社会保障教育の一層の推進 - 住まい支援強化に向けた制度改正 等	- 孤独・孤立対策の推進 - 身寄りのない高齢者等への支援 等