

## 「健康保険法等の一部を改正する法律案」について

「健康保険法等の一部を改正する法律案」(3月13日国会提出)は、28本の法律を束ねて、11項目の改正内容で構成する一括法案となっている。本法案は、薬剤費などを公的保険から外していく「一部保険外療養」の創設などを含む。

一部保険外療養は、安全・安心な医療の保障に向けて、診療、検査、投薬・処置を一体的に公的医療保険制度で保障してきた運用において、薬剤の給付に制限を設けて風穴を空けるものである。国民は、わずかばかりの保険料軽減(月33円)と引き換えに多大な窓口負担増を強いられる。

しかも、保険給付より外すことができる対象は薬剤に留まらない。間保険局長は、条文規定について、給付より除外できる範囲は医療全体(診察、検査・診断、処置・手術、薬剤、入院医療、在宅医療など)まで含むという解釈で良いかという質問に対して、「現時点ではOTC類似薬以外は考えていない」と繰り返すに留まり、投薬以外の医療について給付より外すことができることを否定していない。一部保険外療養は、医療全体に給付制限を課すことができる重大な危険性をはらむものであり、公的医療保険制度の運用を根底から覆す制度改変と言わざるを得ない。

同じように保険料を支払っているのに、「要配慮者」などかどうかで医療内容に差を設けることは、必要な医療全体(診察、検査、処置・投薬等)を等しく給付してきた国民皆保険の基本理念に照らして許されるものではない。

については、本法案は徹底審議の上、廃案とするよう強く求めるものである。

なお、審議に際しては、「一部保険外療養の創設」「分娩費、出産時一時金等の創設等」など大きな項目は切り分けて扱うなど審議時間を十分に確保することが必要である。

以下、医師・歯科医師の団体として、患者の受診の保障、地域の医療提供体制を守る観点から、本法案に関わる主な問題点について指摘する。

### 1. 一部保険外療養の創設について

#### <概要>

- ・OTC医薬品(市販薬)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。
- ・制度設計に際して、「所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の療養を受ける者の事情」を踏まえて「配慮する」。
- ・具体的な運用(対象薬剤、負担金額、配慮対象者など)は、法案成立後に決める。
- ・「大臣折衝事項」(2025年12月24日)では、以下の内容で運用を見込んでいる。
  - (i) 対象薬剤は、77成分(約1,100品目)。対応症状は、鼻炎、胃痛・胸焼け、便秘、解熱・痛み止め、風症状全般、腰痛・肩こり、水虫、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌などを想定。
  - (ii) 対象薬剤の薬剤費において、薬剤費の4分の1を患者負担(特別の料金)とする。加えて、(薬剤費-特別の料金)の額に応じた一部負担相当額を求める。
  - (iii) 要配慮者として、こども、がんや難病など配慮が必要な慢性疾患を抱える者、低

- 所得者、入院患者、医師が対象薬の長期使用等が医療上必要と考える者など。
- 例えば、薬剤費が1,000円で窓口負担3割の場合、特別の料金として250円（別途、消費税25円）、残り750円の3割負担分として225円を取る。患者負担は合計500円。
- ※公布後1年以内：2027年3月1日施行を想定

## <懸念点・問題点>

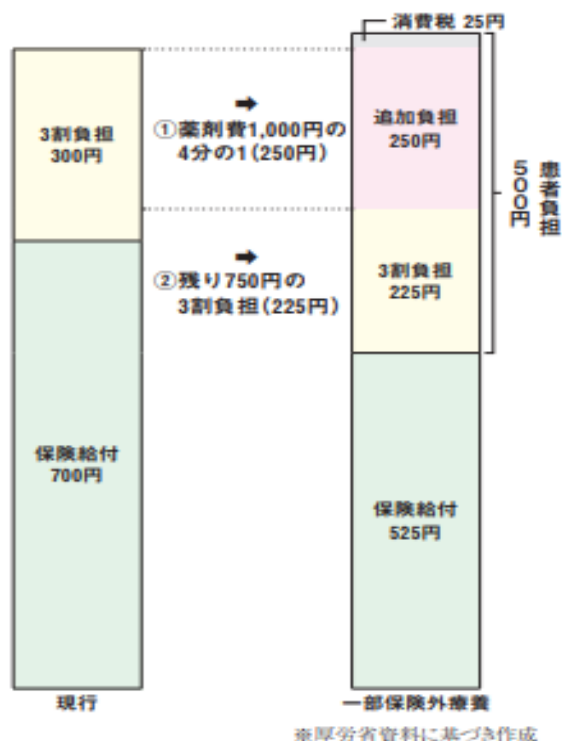
### ①安全・安心な医療を破壊

現行の健康保険法では、疾病・負傷に対して、診察、薬剤、処置・手術、看護などを一体で保険給付している（63条第1項）。医師が治療で必要と判断したものは原則、全て等しく保険給付することによって、患者に安全・安心な医療を保障している。

一部保険外療養は、治療に要する医薬品について保険給付より外すことになる。受診して薬をもらう場合は負担増となれば安心して受診することができなくなる。

同じように保険料を支払っているのに、受けられる医療内容に差を設けることは、必要な医療全体を等しく給付してきた国民皆保険の基本理念に照らして許されるものではない。

窓口負担3割・薬剤費1000円の場合



### ②「7割給付を維持する」とした健保法附則に反する

健康保険法にも違反している。2002年改正健保法附則（第2条）では、「将来にわたって7割の保険給付（自己負担は3割以内）を維持する」としている。一部保険外療養によって、例えば、薬剤費が1,000円の場合、1割負担で350円、2割負担で425円、3割負担で500円になる。薬剤費負担は、現行より各々3.5倍、2.1倍、1.7倍になり、1割負担では3.5割負担、2割負担では4.3割負担、3割負担では5割負担になる。5割負担となれば、もはや公的保険給付とは言えない。一部保険外療養は、「7割給付（3割負担以内）を維持する」とした健保法附則の趣旨に反するものと言わざるを得ない。

### ③市販薬で対応している患者との『公平性』の確保で負担増は受診へのペナルティ

OTC類似薬給付に係る負担増を正当化する理由として、医療用医薬品の給付を受ける患者と市販薬で対応している患者との「公平性」の確保を強調しています。症状があり受診をしているのに、それを「不公平」として、受診をしている側に負担増のペナルティをかけるものである。

しかし、受診することで、早期発見・早期治療、適切な診断と適切な治療を担保する機能（役割）が発揮される。医師（受診）の医学的判断に基づく医薬品の利用と本人の自己判断に基づく市販薬の利用は根本的に異なるもので、両者を比較することに道理はない。

そもそも軽い症状でも、実は重大な疾患の症状であるなどの事例は少なくない。軽微な咳などであっても、感染症だった場合、受診せず市販薬に頼っていると周囲に感

染を広げる形ともなる。

#### ④現役に単なる負担増 花粉症受診で1,500円負担増、保険料軽減は33円

同様に、負担増を図る理由として、現役世代の保険料の軽減（上昇の抑制）を強調するが、見直しに伴う保険料軽減はわずか年400円（月33円）にすぎない（※1）。他方、受診したら、薬代には保険が効かないペナルティ（負担増）を被ることになる。例えば、花粉症で受診する患者（内服1種類、点眼・点鼻を処方）は月1,500円の負担増になる（※2）。かえって現役世代にとって負担増である。同じように保険料を支払っているのに、受診したら薬に保険が効かず負担増（給付上で差別）となれば、到底、患者・国民の納得は到底得られない。

（※1）厚生労働大臣記者会見（3月6日）。

（※2）全国保険医団体連合会「高額療養費、OTC類似薬の負担増」（3月12日記者会見）。

#### ⑤配慮対象は限定的。具体的内容の検討は先送り。

配慮措置を検討すると言うが、あくまで例外措置であり、ごく限定的なものに留まることが危惧される。

そもそも、一部保険外療養を本則規定に設けた上で、制度設計に際して、「所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の療養を受ける者の事情」を踏まえて配慮するというものであり、あくまで原則は給付制限、例外的に給付を維持するというにすぎない。配慮する具体的な中身の検討も法案成立後に先送りされている

大臣折衝事項では検討の方向性を示しているが、配慮対象は「がんや難病など配慮が必要」な慢性疾患としており、多くを占める一般的な慢性疾患（例えば、アレルギー、疼痛、便秘症、結膜炎、慢性鼻炎など）は基本的に配慮されないことになる。例えば、アトピー性皮膚炎の患者についても、「年間を通じて症状が持続し、通院する必要がある人」（※）に限られ、季節の変わり目や夏場、乾燥期などに症状が悪化し、定期通院する人は配慮対象外となる。同様に、季節性の外来患者（例えば、花粉症）も配慮されないことになる。

他方、がんや難病の患者であっても、「抗がん剤治療の副作用」（※）を配慮の対象としており、当該疾患に付随・起因しない場合での薬剤使用は負担増となる。同様に、がんの治癒・既往歴（がん治療に伴う後遺症や2次性がん発症リスクを抱える）が外されたり、難病も指定難病のうち医療費助成を受けている患者に限定される可能性がある。重い負担を抱えるがん・難病の患者にも負担増を強いることになり変わらない。

低所得者についても、住民税非課税などごく一部に絞り込まれる危険性がある。

また、大臣折衝事項では入院患者は配慮対象にあげているが、症状が重く通院できない「在宅患者」は示していない。同様に、長期高額疾病（人工透析、血友病、薬害HIV関連）、生活保護（医療扶助）、指定難病を除く公費負担医療の利用者などが配慮されるかも不明である。

さらに、検討の方向性から見ると、高額療養費制度の利用者は配慮されない。治療で重い負担を強いられる中、高額療養費の月負担限度額引き上げ、さらに薬剤負担増とトリプルパンチを被ることになる。

バスケットクローズに近い「医師が対象薬の長期使用等が医療上必要と考える者」についても、政令や告示に規定される保障はない。しかも、「長期使用等」に限定されており、感染症や合併症の治療などでの一時的使用は配慮対象外になる。

(※) 間保険局長答弁（衆院厚生労働委員会、4月15日）

## ⑥給付対象外とする薬剤が拡大されていく

保険給付外とする範囲について、「要指導医薬品・一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」（第63条）を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑みて、「その要する費用のうち一部」と規定している。対象薬剤について「77成分・約1,100品目」より広げることが可能である。

加えて、「大臣折衝事項」では、「医療用医薬品の相当部分」にまで対象範囲を拡大することを目指し、2027年度以降に「対象範囲を拡大」していくとしている。

法規定されると、国会審議を経ない省令によって、対象薬剤を幾らでも拡大できる。

## ⑦「特別の料金」が際限なく引き上げられていく。薬価全額の患者負担も。

「特別の料金」が際限なく引き上げられ、薬価全額が患者負担となる可能性が否定できない。患者が負担する「特別の料金」（保険給付の対象としない費用）について、「医療費の動向及び医療保険の財政状況並びに療養を受ける者の事情その他の事項」（第86条）を考慮して定めるとしている。開始の際に見込む「薬剤費の4分の1」より引き上げることが可能である。

加えて、「大臣折衝事項」では、「特別の料金の対象となる薬剤費の割合の引き上げ」について検討するとしている。現に、2024年10月開始の長期収載品の選定療養に係る薬価差4分の1の負担では、わずか1年半で「2分の1の負担」に拡大されている。法規定されると、こちらも国会審議を経ない省令によって、金額を引き上げることができる。

本会の要請に際して、厚労省担当者は、「その要する費用のうち一部」を給付しないとしている点について、要する費用は、診察料、薬剤費、調剤報酬など全体で構成することから、薬剤費の1/1（薬価全額）の別途負担も設計上は可能と述べている。

## ⑧医療全体を給付制限する「保険免責制」へ。公的医療保険制度を根底から覆す

重大なのは、給付より外す対象が薬剤に留まらず、医療全体に広がりかねないことである。制度名称は、「一部」保険外療養であって、「薬剤」保険外療養ではない。一部保険外療養では、一般用医薬品等の「代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑み、「その要する費用の一部」を保険給付から外すという形で規定している。

OTC類似薬を用いた医療の全体（薬剤費以外に診察費、検査・診断費用、投薬料など）を給付より外すことができるのではないかとという質問に対して、上野厚労大臣は「（健保法の）規定文としてはそう読めるが、（附則の）検討規定上ではOTC類似薬の見直しになる」（※）と回答しており、医療全体を給付より外すことができることを否定していない。

さらに、給付より除外できる対象となる「その他の適正な医療」には、健保法第63条第1項「療養の給付」で掲げる①診察、②薬剤又は治療材料、③処置、手術その他の治療、④在宅療養、⑤入院療養などまで含む解釈でよいかという質問に対して、間保険局長は、「現時点ではOTC類似薬以外は考えていない」と繰り返すに留まり、投薬以外の医療について給付より外すことができることを否定していない（※）。

一旦、一部保険外療養が導入されれば、OTC類似薬、医療用医薬品の全般の給付制

限に留まらず、OTC 類似薬を用いた医療全体、さらには投薬以外の医療（例えば、検査、処置・手術、リハビリ、精神医療ほか）までも給付より外されていくことが強く危惧される。財務省（財政審）が求めてきた定率負担とは別に一定の定額負担を求める“保険免責制”に変容していく可能性が否定できない。一部保険外療養は、公的医療保険制度の運用を根底から覆す制度改変と言わざるを得ない。

（※）衆議院厚生労働委員会（4月15日）

## 2. 高額療養費制度の考慮事項の明確化について

### <概要>

- ・高額療養費の支給要件、支給額その他支給に関する事項に関わって、政令で定める際に考慮する対象として、現行の「療養に必要な費用の負担の家計に与える影響及び療養に要した費用の額」に加えて、「とりわけ長期にわたって継続的に療養を受ける者の家計」に与える影響を追記する。

※施行日：2026年8月1日

### <懸念点・問題点>

#### ①負担増を正当化するための手続規定

条文は中立的に見えるが、立法上の趣旨は、医療費抑制（患者負担増）を正当化するため、家計への影響を考慮した事実（手順・審議）を踏むとする規定にある。患者負担増の免罪符に等しいものと言わざるを得ない。趣旨が違うと言うのであれば、「患者負担の軽減に向けて、家計への影響を検証し、配慮する」旨を明確化（規定）すべきである。

#### ②影響検証など「考慮」なく、「聴取」して終わり

審議（手順）を踏むとする免罪符として機能するかどうかも疑わしい。

現行の健保法においても、高額療養費の支給要件・支給額などについて「療養に必要な費用の負担の家計に与える影響」などを考慮して定めると規定している。しかし、今回の高額療養費の月負担限度額引き上げ（2026年度政府予算）では、患者団体を交えた社会保障審議会（高額療養費専門委員会）に具体的な負担額見直し案（2026年度予算案）は示されず、影響に関わる検証はないまま、議論を取りまとめている。その後の親会議（医療保険部会）における審議は政府決定（大臣折衝事項）の事後報告であり、影響の検証（患者負担の変化）は極めて限定的な事例に留まる上、疾病に伴う所得減少の現実も踏まえておらず、家計への影響を考慮したとは到底言えない。専門委員会に参加した全国がん患者団体連合会は「患者団体が専門委員会で議論したことがむしろ、免罪符に利用されているようにも見える」と批判している（※）。

しかも、現に影響額＝給付削減（1,070億円）を政府予算案に計上しているにもかかわらず、上野厚生労働大臣は負担増による「受診抑制はない」と強弁している。

政府の不誠実な姿勢を見ると、長期療養者について考慮するとの規定を設けたところで、今回と同様、一部患者団体の意見を聞き置くだけの審議が繰り返される危険性が否めない。

（※）全がん連の轟浩美事務局長（参院予算委員会、3月25日）

#### ③見直し方針（2026年度政府予算）の影響こそ検証すべき

本会の調査によれば、すでに高額療養費を受けている患者は平均3割強の収入減少を被っている(※1)。政府の見直し方針を踏まえた場合、支払い能力に対する自己負担額上限割合はほぼ全ての所得階層でWHOが参照する「破滅的医療支出(40%)」を超え、世帯が生活困窮(貧困)に陥ることが報告されている。疾病に伴う所得の減少も踏まえると、医療支出が60%を超える所得階層が過半数を占め、生活破綻を招く事態が実態である(※2)。まずは、厚労省は、見直し方針(2026年度政府予算)について、高額療養費制度の専門委員会において、収入減少と支払い余力に関するシミュレーションを行いつつ、支払い余力を検討すべきである。

(※1) 全国保険医団体連合会「高額療養費、OTC類似薬の負担増」(3月12日記者会見)。

(※2) 全がん連・天野慎介理事長が配布した資料(衆議院予算委員会公聴会、3月10日)。

#### ④保険者変更に伴う多数回該当リセットの運用改善を

長期に及ぶ療養者への影響を考慮すると言うのであれば、加入する保険者が変わる場合(健康保険組合間での変更も含む)、「多数回該当」(※1)のカウントがリセットされてしまう問題(あらためて通常の月負担限度額を支払うことになる)については早急に改善を図るべきである。転退職・引越し等で心身含め負担がかかる中での医療費負担増は影響が大きい。「オンライン資格確認」について高額療養費利用の“メリット”を強調する一方、大きな負担増となる「多数回該当」リセットの問題を放置することは看板に偽りありと言わざるを得ない。実務上の課題について、上野厚労相は「早期に解決ができるように取り組んでいきたい」と述べている(※2)。具体的な検討の見通しを示すべきである。

(※1) 直近1年以内で高額療養費の支給が3回以上あった場合、4回目以降、負担限度額をさらに軽減する。例えば年収370万円~770万円の場合、月8万円→月4.4万円。

(※2) 参院予算委員会(3月25日)

### 3. 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案について

#### <概要>

- ・後期高齢者医療において、上場株式の配当などの金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に反映する。
- ・そのため、金融所得の支払に係る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。

※施行日：公布後5年以内(公布後2~3年でオンライン提出義務化、公布後4年8カ月程度で保険料・窓口負担に反映を想定)

#### <懸念点・問題点>

##### ①高齢者を狙い撃ちは差別的取り扱い

「年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩」(総合経済対策、2025年11月21日)として、まずは後期高齢者より導入するとしているが、高齢者を狙い撃ちしたとのそしりを免れない。高齢者以外の年齢(世代)での導入・工程も不明瞭なまま、高齢者だけを先行して進める仕方は差別的取り扱いと言わざるを得ない。

##### ②貯金・退職金の運用にペナルティ

例えば現在、年金収入190万円、配当(確定申告は不要を選択)が年10万円強あ

る 75 歳以上は、収入は年金のみで判定され、窓口負担は 1 割だが、制度導入により 10 万円も収入判定に加味され、200 万円以上となり 2 割負担になる。国は高齢期に備えて資産運用を推奨する一方、現役時代に貯めた貯金や退職金の資産運用にペナルティをかけるのは“二枚舌”である。

## ②窓口負担に応能負担を求めるべきではない

医療は迅速に受けられることに意味がある。応能負担を求めるのであれば、受診抑制が避けられない窓口負担増に求めるべきではない。

保険料の算定に向けて、新たに煩雑なスキームを導入する手間に鑑みれば、既存の金融所得課税（所得税 15%、住民税 5%）を改善して、欧米先進国の 25~40%の水準に引き上げる方がはるかに手っ取り早い。

かりに保険料算定に反映する場合でも、少なくとも生活・経済状況に留意して、現在の現役並み所得（3割負担者）に限定した上で、例えば、配当所得が 100 万円・200 万円以上、あるいは高額配当所得の上位 10%・20%など限定を図るべきである。

## 4. 医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援について

### <概要>

・医療機関（病院・診療所）は、業務効率化・勤務環境改善に資する措置を講ずるよう努めなければならない（措置を講ずるように努める）との規定を設ける。

※努力義務（医療法）、努力規定（健保法）であり、双方とも義務規定ではない。

・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。

・業務効率化・勤務環境改善に係る計画を作成し、効率化等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。

（認定制度への病院の申請は任意。病院は、効率化・業務改善の実施状況を年 1 回以上公表。認定を受けた病院は表示が可能、効力は 6 年間。）

・業務の効率化（DX 化）に関する取組例として、スマートフォンによる情報共有の効率化（グループでの一斉情報共有）、見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化、音声入力・バイタルの自動入力・生成 AI による文書自動作成支援など（※）。

（※）社会保障審議会医療部会（2026 年 3 月 9 日、2025 年 10 月 27 日）。

※施行日：2027 年 4 月 1 日・一部は 2027 年 1 月 1 日

### <懸念点・問題点>

#### ①人減らしでケア低下・労働強化を危惧

医療人材の不足への対応として、業務の効率化（DX 化）を進める構えである。今次の診療報酬改定では、看護職員と医師事務作業補助者について、業務効率化に関わり ICT 化を進めた場合、看護師は 1 割以内、医療クラークは 2~3 割以内で現場配置を削減できる運用に緩和している。ICT 活用を理由にした人員削減により、患者と相対するケアの希薄化や看護労働の強化になる本末転倒な事態も危惧される。本来、ICT 機器は現場の人員を確保した上で、より良い医療提供に向けた形で活用されるべきである。また、ギリギリの人員では故障時に医療提供に支障を来すことが避けられない。

#### ②ICT 活用への支援が必要

ICT利用に関わる医療現場の負担増に配慮した施策が求められる。現場での、ICTの活用・継続に係る課題として、「ICTの維持・管理にコストがかかる」「教育・人材育成に時間・コストがかかる」「故障時の対応に人員が必要」「故障時に現場が混乱する」などの声が多い（※）。導入・継続・更新に関わる費用支援、定着までにおける余剰人員確保への手当などが必要である。

（※）中医協総会・総-3（2025年11月5日）。

### ③デジタル化押しつけるてこに利用

医療機関（病院、診療所）に対して、業務効率化などに資する措置を「努力（義務）規定」として定めるが、国がデジタル化を強引に押し付ける条文（てこ）としてなし崩し的に利用されかねない。

とくに、業務効率化に関わって、看護業務・医師事務のデジタル化に留まらず、マイナ保険証、電子処方箋、「標準型電子カルテ」など「医療DX」関連業務が取り込まれ、医療機関に電子カルテ等の実装が事実上義務化されていく可能性が否定できない。

### ④診療報酬での要件化は不可

認定制度において、病院の申請は任意である。診療報酬において要件化（義務化）して、申請を強制するようなことは認められない（入院料通則、加算の必須要件に設定など）。

## 5. 子育て世帯の保険料負担軽減（国民健康保険制度）について

### <概要>

- ・国民健康保険において、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について、未就学児から高校生年代まで拡充する。

施行日：2027年4月1日

### <懸念点・問題点>

#### ①軽減割合の拡大、国の負担割合の引き上げも

軽減措置の対象年齢の拡大は望ましいが、地方団体の要望を踏まえて、軽減割合の拡大、国の負担割合（現行1/2）の引き上げも行うべきである。

#### ②均等割廃止に向けた議論を

応能負担を言うのであれば、本来、均等割を廃止して、所得割に統一すべきである。非正規雇用者が被用者保険に統合されていく中、国民健康保険は医療費がかかる一方、所得が低い者で構成する脆弱な保険に一層なりつつある。事業主負担がない上、世帯人数に応じた均等割が課されるため、子育て世帯に不条理に高い保険料が強いられている（例えば、モデル世帯で年収400万円の4人家族の世帯（夫、専業主婦、小学生の子2人）では年40万円超に及ぶ）。応能負担（保険料軽減）を謳うのであれば、国保料算出に際して、均等割は廃止した上、健康保険の保険料負担率よりも低くするなど、加入者が払える適切な保険料水準に引き下げる抜本的な改善が求められる。

## 6. 妊娠・出産に対する支援の強化について

### <概要>

- ・妊娠・出産への支援強化として、出産（正常分娩）を実質上、保険適用化する。全国一律の基本単価を設定し、妊婦には現物給付（費用負担なし）する。
- ・法案成立後（公布日）より2年以内の実施を見込む（※今回の2026年度診療報酬改定とは関係ない）。
- ・当分の間、産科施設は、新方式（基本単価等）と現行方式（出産育児一時金）のいずれを採用するか選択できる（※施設単位）。

### ＜懸念点・問題点＞

#### ①旧方式と新方式の選択は施設の任意とすべき。「当分の間」は十分な期間を担保。

当面、産科施設は新方式と現行方式の間で選択できるとするが、社会保障審議会では、自治体・保険者の事務負担や患者への制度のわかりやすさなどから新方式への原則化や早期移行を求める声が多く聞かれる。少子化により医療機関の収入減が深刻になる中、拙速に新方式への移行を求めたり、低い分娩単価の押し付けとなれば地域からお産できる施設がなくなりかねない。

10万ある診療所のうち分娩に対応できる施設は1%にすぎない。この診療所が全国の出産数に占める割合は半数近くを担っており、産科診療所無くしては我が国のお産医療は成り立ちえない。少子化が進み診療収入が減少し、承継困難も重なる中、開業医が長時間労働の下、地域のお産医療をギリギリのところで守っている。こうした中、制度変更など負担を無理強いすれば、地域からお産医療そのものがなくなりかねない。

給付方式の選択はあくまで産科施設の任意に委ねるとともに、周産期医療提供体制の確保に向けて、「当分の間」は限定的運用に留めず、十分な期間を担保すべきである。

## 7. 社会保障制度改革の推進について

### ＜概要＞

- ・公布後、「持続可能な医療保険制度を実現する」ため、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」「世代間・世代内の負担の公平性の確保を図る」ためのさらなる改革について、速やかに検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるとしている。（附則第2条第1項関係）

### ＜懸念点・問題点＞

#### ①さらなる給付削減に向けた検討は認められない