

社会保険料を下げる改革案

【2025年通常国会冒頭までに提示する案】

- 1 受益と負担の明確化と公平性担保
 - ・ 社会保険料の事業者負担の明記義務化
 - ・ 医療窓口負担の資産を考慮した応能負担の強化
 - ・ マイナンバー取得と銀行口座紐づけの義務化

- 2 医薬品に係る非効率の是正
 - ・ OTC類似薬の保険適用除外（3,450億円）※1※2
 - ・ 多剤及び重複投薬の削減及び残薬解消
 - ・ 地域フォーミュラリの全国展開
 - ・ 医薬分業のための政策誘導的な加算（調剤技術料等）の削減

- ※1 OTC (Over The Counter) とは、医療用医薬品でなく、処方箋医薬品でもない、公的保険の対象にならない薬局などで購入できる医薬品のこと。OTC類似薬とは、医療用医薬品ではあるが、処方箋医薬品ではないので、本来は公的保険の対象にならないが、厚労省が通知で処方箋の使用を推奨しているため、実態として公的保険の対象になっている医薬品。

- ※2 国民医療費45兆円のうちOTC類似薬は2.3%の約1兆円程度あるとされている。具体的な数字が出ているものとして、外皮用薬1,500億円（湿布、湿疹の塗り薬等）、消化器官用薬1,500億円（ガスター10等）、解熱鎮痛剤450億円（カロナール等）で最低でも3,450億円程度は確実である。

- 3 医療提供に係る非効率性の是正
 - ・ 過剰病床や社会的入院の是正
 - ・ 頻回受診に対するリフィル処方箋の普及・置き換え
 - ・ PHR (Personal Health Record: 一国民一カルテ体制) の導入
 - ・ 医師・看護師・薬剤師等の職能の再編

以上

【2025年6月までに作成する提言への盛り込みを検討する案】

本資料には、これまでの社会保険料を下げる改革会議において、全所属議員へのアイデア募集も含めて、集まってきた全ての案を記載する。これらの中から、吉村代表の意向を前提とし、以下のスクリーニング基準に沿って、【2025年通常国会冒頭までに提示する案】を作成した。

スクリーニング基準：

- ① 今年度すぐに提示可能であること（6月末までに出すアイデアとは区別）
- ② 社会保障費の削減額が一定程度大きく、個人単位まで明確にできること
- ③ センターピン（一点突破、これが倒れれば後ろのピンも倒れていく）であること
- ④ 政府与党が採用しやすいこと
- ⑤ デジタル化に関連するもの（必須ではなく、優先）
- ⑥ 夏の参院選を踏まえた維新の「体力」で打ち出し得るもの

※ 灰塗：【2025年通常国会冒頭までに提示する案】で使用されている案

※ 星印：「医療維新」に記載されている案

<「出」側>

①医療に係る非効率性の是正【削減効果：2兆円以上】

我が国の医療提供体制下では、非効率性の課題が数多く存在する。例えば、医療需要に対して適正な病床数となっていない「過剰病床」の問題や、本来在宅や介護施設などで生活可能な患者が長期間に渡り入院する「社会的入院」といった問題、外来での頻回受診や調剤薬局における重複投薬・残薬といった問題などである。こうした諸課題について、国民の健康と医療の質に十分配慮した上で、適切な是正措置を講じることにより、効率的かつ効果的な医療提供を実現し、医療費の削減につなげる。

②医薬分業による政策誘導コストの見直し【削減効果：最大2兆円】★

医薬分業のためにインセンティブとして講じてきた政策誘導的な加算（調剤技術料等）を廃止する。同時に、調剤薬局の一部業務の外部委託を解禁し、薬剤師への処方権の付与等も検討する。

③先行投資としての予防徹底対策の展開【削減効果：最大3.6兆円】

重症化すると莫大な医療がかかる疾病について、「予防対策」に先行投資することで、中長期での医療費・介護費等の総額を抑制する。とりわけ、がん等の重病領域における

予防の徹底と、介護予防・認知症予防の徹底展開を行う。

④市販薬の保険適用除外【削減効果：数千億円】★

湿布やロキソニンなどの鎮痛剤、ヒルドイドなどの保湿剤を含む市販薬が保険適用されており、医療費の不必要な膨張に繋がっていることから、市販薬がある医薬品の保険適用を見直す。これにより、医薬品市場における健全な競争を促進し、後発医薬品メーカーの統合を促すことで価格の適正化を図るとともに、医療資源の効率的な利用を促進する。

⑤保険適用外の拡大【削減効果：2,000億円】

柔道整復、あんまマッサージ指圧、はり・きゅうについて、保険適用の対象外もしくは不正受給の疑念があるものへの適用を厳格化する。

⑥総合診療医制度の導入（不明）★

フリーアクセスを前提とした日本の医療保険は、高齢者層をはじめ過剰な需要を生む要因となっている。これを抑制するために、普段から患者の健康をチェックする総合診療医への登録制を原則化する総合診療医制度を導入することにより、患者の大病院や専門医への直接的なアクセスを厳格化する。（※医療維新には「かかりつけ医機能の強化」として類似の問題意識が掲載）

⑦医師・看護師・薬剤師等の職能の再編（不明）★

現在の医療分野では、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の職種間での役割分担が固定化し、柔軟なサービス提供が行われていないため、医師の偏在等の課題に対応できていない。そこで、薬剤師を育成してきた薬科大学等の在り方、薬剤師への処方権の付与や注射など一部医療行為を解禁するタスクシフティング等も含めた、各職能の再編を検討する。

⑧医療のデジタル化による生産性の向上（不明）★

電子カルテ、電子処方箋からオンライン資格確認まで徹底した標準化を推進し、1国民1カルテ体制の「パーソナル・ヘルス・レコード」を実現し、「全国医療情報プラットフォーム」で連携することで、日本中どこからでも個人の医療情報へアクセスできる体制を整備する。これらに加えて「画像データ共有システム」により、医療機関の間でCTやMRIの情報を共有する。

診療報酬の面からは、オンライン診療やAI診断等の報酬点数を引き上げることで、これらのサービスの普及を後押しする。

公正な競争環境の整備の面からは、医療機関コード、医籍番号等をフル活用し、レセ

プト(診療報酬明細書)にアウトカム(経過情報)を記載することで、診察等の情報の「見える化」を実現する。同時に、診療報酬決定に際してのエビデンスを構築する。

<「入」側>

①個人への健康インセンティブに代表される「保険の原理を機能させる制度」の導入(不明)★

定期的な検診受診者や健康リスクの低い被保険者などの保険料を割り引く制度を導入し、健康で医療給付を受けなければ保険料を下げるといった保険の原理を機能させることで、一人ひとりが健康価値を高めるような行動変容を促し、医療費の増大を抑える。(※但し、健康インセンティブについては「効果がある」とされている研究結果は今のところ存在しない。)

②社会保険料の事業者負担分の明記義務化(不明)

給与額面から最も引かれているのは社会保険料であり、被保険者だけでなく給料を支払う事業者も同じ金額を負担しているため、事業者側の負担も大きい。そのため、社会保険料に係る受益と負担を明確化し、社会保険料が下がれば本人の手取りが増えるだけでなく、賃上げにもつながるということを可視化するため、社会保険料の事業負担分の給与明細への明記を義務化する。

③「子ども子育て支援金」制度の廃止【削減効果：約1兆円】

政府は少子化対策に向けた財源を確保するため、医療保険料に上乗せして加入者から徴収する「支援金制度」を2026年から段階的に始める方針だが、社会保険料の目的外使用であるほか、現役世代の負担を増やす実質的な増税であり、廃止すべき。

④前期調整額の中止【削減効果：2.5兆円】

我が国の医療制度間では、年齢構成による医療費の違いなどの財政上の負担を調整する仕組みがある(前期調整額)。この財源となっている現役世代の保険料負担を軽減するためにも、前期調整額は中止するか、もしくはその比率を段階的に引き下げる。

⑤後期高齢者医療制度への支援金等の中止【削減効果：2兆円程度】★

後期高齢者医療制度の財政構造は5割が国費、4割が他の制度から支援金、1割が自己負担であり、現役世代に大きく支えられている。これについても前期調整額と同様に、比率を引き下げるか、もしくは一定額の繰り入れを停止する(例として、2兆円分の繰り入れを停止することでその分の社会保険料を引き下げ、後期高齢者医療制度側での改革を促すことも考えられる)。

⑥医療費窓口負担及び高額療養費負担限度額の所得区分の判定に金融所得を含める【削減効果：数千億円～1兆円程度】

医療費の窓口負担割合及び高額療養費の自己負担限度額を定める所得区分の判定に給与所得・年金所得等と合わせて金融所得も含めることで、現役世代や高齢者で金融資産を持たない世帯との不平等を是正する。その際は、金融機関が把握している顧客のマイナンバーを活用する。

⑦初診料再診料にかかわる加算の廃止【削減効果：5,000億円】

外来管理加算を含め、初診料再診料にかかわる各種加算を廃止することにより、医療費の削減を図る。

⑧高額療養費制度の外来特約の廃止【削減効果：数千億円】★

高額療養費制度は全ての年齢が対象であり、入院も含めた自己負担に上限額を設けているが、70歳以上で年収が370万円を下回る人の外来受診は、自己負担額がさらに低くなる「特例上限」があり、公平性の観点から見直すこととする。

⑨自由診療・美容医療への課税【削減効果：4,500億円】

美容医療等に新たに課税して、これを健康保険料負担の一部に充当する目的税とする等し、被保険者負担の引き下げの財源にあてる。課税の方法としては、まず「特定医行為」のような類型を作り、美容医療、エビデンスが乏しいがん診療、アンチエイジング医療等を個別に特定したうえで指定し、特定医行為を含む一連の医療行為の実施の対価たる医療機関の売り上げについて課税した後に消費税を課税する。

⑩高額療養費制度の上限引き上げ分の活用【削減効果：1,100億円】

既に2025年度半ばから高額療養費制度の中で自己負担限度額の上限が引き上げられることが決定しているが、本来的にはこの財源は公費負担の引き下げではなく被保険者負担の引き下げに充てるべきものである。

<前回会議で「その他」に分類されていたもの>

①生活保護患者の医療費の一部自己負担化（不明）

・生活保護患者の医療費については、最低限の徴収による自己負担化を実施する。

②感冒症状でのウイルスの種類特定についての制限（不明）

・軽症の感冒でウイルス検査しても意味が無い、市販薬を飲んで寝ていれば改善するような感冒症状でのウイルスの種類特定について制限するとともに、レセプトで必要理由の記載を要求する。

③抗がん剤の効果による自己負担化（不明）

・効果の乏しい抗がん剤を患者が希望してもペナルティが無いことを踏まえ、抗がん剤の効果により自己負担金額が生じる仕組みを導入することで、医療費の高額化を抑制する。

④手術や抗がん剤等の適用に年齢や基礎疾患（不明）

・致命的疾患や認知症や高い要介護状態等において、手術や抗がん剤等の適用に年齢や基礎疾患による制限を行う。

⑤患者都合による入院期間延長時の自己負担化（不明）

・保険や迎え等を理由とした入院の延長が多い状況に鑑み、病床の無駄な占拠を招いている患者都合での入院期間延長には自己負担を求める。

⑥後期高齢者／慢性疾患向け診療報酬体系の再構築（不明）★

・慢性疾患を持つ後期高齢者への継続的なケアや終末期の相談支援を適切に評価するため、新たな診療報酬体系を構築する。これにより個別化された質の高い医療サービスの提供を可能とするとともに、医療費の適正化にも貢献する。
・慢性疾患の治療に関する診療報酬体系を包括化することで、医療機関が患者に頻繁な通院を促すインセンティブを無くし、過剰な受診を抑制する。

⑦終末期医療の在宅医療化【削減効果：1,000億円】

・終末期に在宅医療を進めていくことで医療費の削減につなげる。

⑧高額なわりには効果が微妙かつ潜在的対象者が多い薬剤の承認の抑制と薬価大幅引き下げ（不明）

・薬剤の費用対効果を検証の上、保険の適用除外とするか薬価を大幅に引き下げることで医療費と保険支出を抑制し、保険料を低下させる。

⑨特別養護老人ホームに係る規制緩和（不明）

・建物規制を緩和し、例えば使われていない古民家等をリフォームして特別養護老人ホームを設立できるようにすることで、初期投資を抑えられ、社会保険料に依存しない経営環境を整える。

⑩薬事承認されればほぼ自動的に保険収載がされる仕組みの見直し（不明）

・60日ルールを廃止して厳密な評価を行い、疑わしき是非収載を徹底することで、保

険からの支出を抑制し、保険料を低下させることが可能となる。

⑪2019年から導入された費用対効果評価の大幅拡大と保険収載取消し（不明）

- ・保険収載取消しが普通になる厳しさを事後評価を行うことで、保険からの支出を抑制し、保険料を低下させることが可能となる。

⑫医療機関の土地取得費等の公費負担化（不明）

- ・わが国では医療機関側の土地取得費、修繕積立金、高額医療機器購入費、その他新規投資等々は全て原資が診療報酬で賄われているが、これをドイツやフランスの様に全て公費負担とし、国が指定する保険診療を着実に遂行することを求めることで、各医療機関は、運転資金のみを診療報酬（保険料）で賄えば良く、また、国の求める医療をしない病院やクリニックは、廃業するか自由診療をするしか手がなくなるため、社会保険料の削減に寄与する。

⑬医療保険財源における現役負担の軽減【削減効果：1,298億円】

- ・医療保険制度を見直す。例えば、BMI・血圧・血糖値の項目が基準値以上と診断されなかった場合に、基準値から4%保険料を下げる。但し、小児科領域、基礎疾患を持っている方は除く。
- ・国のたばこ税、酒税の税収の一定割合を医療費の財源に当て、その分保険料を下げる

⑭西洋医療以外の診療のアプローチ【削減効果：最大約1兆円】

- ・西洋医療の病院、クリニック受診と共に、例えば鍼灸院受診や臨床心理師やカウンセラーによるカウンセリング、栄養士による食事指導などと連携する際に保険診療の点数を取れるようにする。

⑮医療DXへの積極的な投資による医療の充実化（不明）

- ・「医療DX」に積極投資することで、機械のできるモノ・コトは人から順次 機械に置き換え、正確・短時間・効率的な運用を図り、医療のミスをなくして医療の充実化することで社会保険料の削減を図る。

⑯イソトレチノインに関する保険適用の実施（不明）

- ・中等から重度のニキビ治療薬として海外では用いられているイソトレチノインに対し保険適用を行う事により、慢性患者のニキビができやすい状態の早期解消を通じて、長期間にわたって病院に通い続けるサイクルの解消が見込まれる。

⑰栄養療法の強化（不明）

- ・栄養療法の充実化によって合併症の発生率を低下させ、医薬品使用量の削減や再入院率の低下につなげる。

⑱高齢者の定義の引き上げ（不明）

- ・健康寿命が延び、同年齢の高齢者が元気になっていることなどを反映し、高齢者の定義を例えば70歳に引き上げる。併せて、年金支給開始年齢の引き上げも検討する。

⑲「メディセーブ制度」の導入【削減効果：数兆円】

- ・シンガポールの「メディセーブ制度」のように、個人が医療費を積み立てる仕組みを導入する。

⑳社会保障負担の労使折半の廃止（不明）

- ・健康保険料や年金保険料の労使折半を取りやめ、使用者負担分の給与への上乗せを義務付ける（納付義務者は使用者）ことで、社会保障改革へのマインド醸成の入り口にする。

㉑健康保険における報酬月額範囲の拡大（不明）

- ・報酬月額の低い若年層に対しては報酬月額範囲を拡大することにより、報酬月額が上がっても健康保険料が上がらない等級表にする。

㉒国民健康保険の収納率の向上【削減効果：1,121億円】

- ・地方自治体の国民健康保険の収納率は94%であり、税金の収納割合の98.3%と比較すると低い割合となっている。住民税等と国民健康保険の徴収を一括して行う課の設立を全国の地方自治体で義務づけ、国民健康保険の収納率を税金と同等にまで向上させる。

㉓国民健康保険の法定外繰入の解消【削減効果：1,258億円】

- ・医療費適正化を保険者努力支援制度の活用で一層推進するとともに、介護保険制度では財政の均衡を保つ旨の規定により一般会計からの法定外繰入れが生じないことから、これらを参考に、地方自治体の国民健康保険への法定外繰入を解消するための制度的対応を構築する。

㉔急を要しない救急車利用の有料化（不明）

- ・救急車の不適正利用は、限られた消防組織や医療資源への負荷や、また救急医療費の浪費にもつながる。茨城県や三重県松阪市の取組を参考に、不要不急な救急対策を

全国展開する

②⑤国会議員の定期健診義務化・公表【削減効果：約1,400万円】

・国会内の申し合わせ（あるいは法制化）で、国会議員の定期健診受診を義務化し、していない場合は公表をする制度を設ける。また同様の制度を、地方議員にも設けるべき。

②⑥無花粉スギの推進のスピードアップ【削減効果：約2,000億円】

・国民病とも言える花粉症による医療費は年間4000億円以上と言われているため、政府が推進している無花粉スギの植樹などの取り組みをスピードアップさせるとともに、国内産木材の使用量をアップし、公共施設での国産スギ使用などに取り組む。

②⑦生活保護受給者のマイナンバーカードの義務化（不明）

・令和6年度中から、生活保護受給者が「医療扶助」を受ける際の医療券・調剤券がマイナンバーカードで対応できるようになったが、任意であるためこれを義務化する。行政事務の効率化、さらには医療履歴等を医師が把握することで過剰受診などの抑制に繋がる。

②⑧大阪府の「いのち輝く人生のため『人生会議』を推進する条例」と同趣旨の条例の展開（不明）

・終末期に本人が望む形で最期を迎えられるよう、リビングウィルや「人生会議」の取り組みを改めて浸透させることが重要。大阪府など複数の府県で「人生会議条例」が議員提案で制定されており、この条例と同趣旨の立法を国会で行い、この取り組みの国民的浸透を図る。

②⑨外国人の国民健康保険加入要件の見直し（不明）

・わが国では3か月以上の滞在で外国人が国民健康保険に加入できるようになっているが、期間が短い（例えば、カナダや韓国では半年以上の滞在が要件）ため、諸外国並みとすべき。
・保険医療機関から一定額以上の医療費の不払いのある外国人受診者の情報を収集し、出入国在留管理庁へ共有する仕組みがあり、同様の仕組みを国民健康保険料等にも拡大すべき。

③⑩後期高齢者医療保険の都道府県の一部門化【削減効果：約9,400万円】

・後期高齢者医療保険の運営が広域連合で行われることによる事務コストが発生して

いるため、これを県の一部門とし、県議会のチェック下に置く。

③①健康診断の義務化【削減効果：約3.8兆円～約8.1兆円】

- ・ 病気等の早期発見は治療が簡単で費用も抑えられる場合が多く、生活習慣病の予防や進行抑制に繋がるのみならず、現役世代の健康維持により労働力の低下を防ぎ、生産性を向上し、病気による欠勤や離職を減らすことが期待される。

③②延命治療適正化政策【削減効果：数千億円】★

- ・ リビングウィルの普及を促進し、延命治療の適正化を図る。
- ・ 延命治療の自己負担割合を5割に引き上げ、またリビングウィルを作成していない場合には更に自己負担割合を増加させる措置を検討する。

③③高齢者向けシェアハウス「大人のシェアハウス」の普及促進（不明）

- ・ 単身者が増加する中で医療費を削減するには、健康寿命やエイジレスライフが重要となる。高齢者が健康で楽しく安価に生活する場所が必要であるため、全国にある空き家を利用して、社会保障財源の枠の中での、高齢者向けシェアハウスの普及を進める。

③④診療報酬体系の再構築と混合診療解禁（不明）

- ・ 診療報酬体系の再構築をし、公的に補償する医療と、選べる医療にわけていく。車両保険で言えば自賠責と任意保険に分けるようなイメージ。混合診療を解禁していく必要がある。

③⑤PHR データ活用（不明）

- ・ マイナ保険証を活用し、あらゆる健康データを紐づけていく。集めたPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）をビッグデータ化し、国民の健康増進に活用できるようオープンデータ化していく。

③⑥健康情報銀行の設立（不明）

- ・ 健康情報の一元管理に関わる団体（官民）間で出資協力して情報銀行を設立し、データの供用・保護・活用を一元的に行っていく。

以上