資料5

関係審議会等における意見発信の状況

令和７年12月23日

全国健康保険協会
協会けんぽ

目次

（1） 社会保障審議会医療保険部会 …… 2
（2） 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 …… 7
（3） 中央社会保険医療協議会　総会 …… 9
（4） 中央社会保険医療協議会　薬価専門部会 …… 16
（5） 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 …… 17
（6） 介護保険関係 …… 23

(1)社会保障審議会医療保険部会

第203回　社会保障審議会医療保険部会（2025.11.13　開催）（出席：北川理事長）	
議題	1. 医療保険制度改革について 2. 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する論点について 3. マイナ保険証の利用促進等について
発言	1. 医療保険制度改革について ○　1点目は、高齢者の現役並み所得の見直しについて、全世代型社会保障の実現に向けて、年齢にかかわらず能力に応じた御負担をお願いする観点から、高齢者の就業率や所得状況あるいは健康状態、を踏まえて、3割負担の対象となる高齢者の範囲を広げていくべき。 ○　一方で、現在の現役並み所得の制度では、対象者の医療給付費は現役世代の拠出金負担で9割が賄われている。公費負担が一切入っていないことから、現役世代の負担が重く、制度に矛盾が生じているように感じている。3割負担の対象となる方の拡大と後期高齢者の医療費給付における公費負担の在り方をセットに見直しを進めていただきたい。 ○　2点目は、高齢者の窓口負担全般についてどう考えるかということだが、これは先ほど申したように、受診状況、健康状態が改善傾向にある。また、所得額も増加傾向にある。一方で、現役世代の負担が年々増えている中、負担軽減のためにも、高齢者の方の負担割合や年齢区分について見直しを進めていただきたい。特に、一人当たりの医療費の分布は年齢が上がるにつれて増加するという大きなトレンドがあるが、60代から70代で自己負担額に大きな差がある点にも着目しながら、給付と負担のバランスについて検討をお願いしたい。 ○　3点目は、金融所得を勘案すべきかという論点について、現役世代に負担が偏りがちな社会保険構造を見直すために、負担能力に応じた負担と給付のバランスを確保していくという観点は極めて重要だと思っている。その際、金融所得を勘案するには、所得情報の把握、事務フローといった実務面の課題が非常に多く、被用者保険においては、保険者が金融所得を把握するのは実態上極めて難しい考えている。 ○　そうした中で、金融所得の勘案ということは、現役世代に負担が偏りがちな社会保険構造を見直すという目的を踏まえて検討を進めていただきたい。特に、金融所得に関しては、それを社会保険料に反映するというプロセスが極めて煩雑であるということも踏まえると、税と社会保障の一体改革という大きなテーゼの中では、どちらかといえば税で考えていただくということのほうが合理性が高いのではないか。

(1)社会保障審議会医療保険部会

第204回　社会保障審議会医療保険部会（2025.11.20　開催）（出席：北川理事長）	
議題	1. OTC類似薬の保険給付の在り方について患者団体からのヒアリング 2. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について 3. 医療保険制度改革について 4. 令和8年度診療報酬改定の基本方針について
発言	2. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について ○　出産育児一時金の増額後、直ちに出産費用が増額された一方で、出産費用の内訳がブラックボックスとなっていることから妊婦さんが納得感を得づらいというような現状があることから、これまでの現金給付の在り方から現物給付に変更していくというのは一つの考え方として保険者としても支持したい。 ○　給付内容については、医療保険の保険適用の現物給付とする以上、全国一律で取り扱う必要があると考えている。保険給付の対象については、保険料を負担する方の納得感や保険診療との整合性も踏まえ、出産や母子の健康のために必要な範囲に限るべきというのが原則だと考えている。 ○　出産に伴う医療行為が行われている事例が多いことが協会のデータを分析して判明したと紹介されていたが、出産費用の負担軽減の観点から、こうしたケースが多いことを念頭に置く必要がある。その範囲については、出産に係る標準的な医療行為とは何かという観点からよく整理していただく必要がある。当然ながら、アメニティに関しては保険の対象外とすべきだと考えている。そもそも出産の保険適用の議論が始まった経緯の一つに、出産費用とサービスの対応関係が分からない、出産費用の予見可能性がないというような問題意識があると認識している。現在、厚労省でも取組を進めていただいているが、費用とサービスの対応関係が分かるように、出産費用の内訳の見える化ということをさらに進めていくべきである。特に、現物給付で進めるということであれば、保険給付の対象とならないサービスについては、妊婦さんが御自身で選択できるよう、十分な情報提供が前提となると考えている。 3. 医療保険制度改革について ○　物価の伸びを踏まえると、今回の入院時の食費や光熱水費の見直しというのは対応せざるを得ないと考えている。一方で、本来、一般的な食費や光熱費は医療保険の給付対象外であるべきというのが基本的な考え方なので、今回も基準額を引き上げるのであれば、全額自己負担額の引上げということで対応していただきたい。

（1）社会保障審議会医療保険部会

第205回　社会保障審議会医療保険部会（2025.11.27　開催）（出席：北川理事長）	
議題	1. 医療保険制度改革について 2. 第4期医療費適正化計画における医療資源の効果的・効率的な活用について 3. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について 4. 業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について
発言	1. 医療保険制度改革について ○　以前の部会で、OTC類似薬に関して、大きな方向性として除外を検討していただきたいと申し上げたが、これまでに委員の皆様の御意見や患者団体の方の御意見も伺った上で、まずは保険対象外とせずに別途の負担を求める制度としてスタートしていくことには一定の合理性があると考える。価格設定については、一時的な症状、かつセルフケア、セルフメディケーションでの対応が可能な患者さんがOTC薬の利用を積極的に検討するような価格設定というのが一つの目線と考えている。 ○　また、配慮すべき対象ということで論点に挙げられている議論をさらに深める必要があると考えているが、先ほど中村委員から指摘があったように、完全にゼロにするのかという辺りについては、予断を持たずに議論を進めていただきたい。 ○　論点3の対象医薬品の範囲については、用法・用量、効能・効果等の違いについて一定の配慮が必要だとは考えているが、原則OTCで代替可能なものについてはできるだけ広く範囲を選定していただきたいと考えている。回も基準額を引き上げるのであれば、全額自己負担額の引上げということで対応していただきたい。

(1)社会保障審議会医療保険部会

第206回　社会保障審議会医療保険部会(2025.12.4　開催)（出席:北川理事長）	
議題	1. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について 2. 医療保険制度改革について 3. 令和8年度診療報酬改定の基本方針について 4.『強い経済』を実現する総合経済対策~日本と日本人の底力で不安を希望に変える~について 5. 令和7年度補正予算案(保険局関係)の主な事項について
発言	1. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について ○　基本単価を設定し、分娩数に応じて支給するという手法については、これまでの出産育児一時金の支給を現物給付化するということで、現在の保険給付と連続性があることから、一定限理解できる整理と受け止めている。 ○　ハイリスク妊婦の受入れを行う施設を継続して確保するために経費を確保できるような評価については、必要であると考えている。 ○　アメニティ等のサービスの無償化は対象外ということで、妊婦が希望に応じて自由に選択できるよう進めていくことについては、費用の見える化をぜひ義務づけて進めていただきたい。 2. 医療保険制度改革について ○　テーマとしては、全世代型社会保障をどう実現していくのかということかと感じている。大きな制度変更という点では、フランスの体系であるとか、そういった議論も並行して行っていただく必要があると思うが、現行の制度をいかにファインチューニングしていくのかという観点からは、高齢者の受診状況や健康状態が改善傾向にあり、就業率も年々増加しているといったところを踏まえ、今後さらに進展する少子高齢化社会においての負担の割合を見直していく、これも一定限必要なことではないかと考えている。 ○　その意味では、高齢者の3割負担、2割負担といった対象者の拡大、年齢区分の引上げについて、さらに議論を深めていただきたい。 ○　また、金融所得の勘案についても、負担能力に応じた負担と給付のバランスを確保するという目的からは、まずは後期高齢者から検討を行うということについて異論はない。

(1)社会保障審議会医療保険部会

第208回　社会保障審議会医療保険部会（2025.12.12　開催）（出席：北川理事長）	
議題	1. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について 2. 医療保険制度改革について 3. 後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について 4. 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について
発言	1. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について ○　現物給付とは別に、妊婦本人に対する現金給付を創設することは、出産に関する費用負担の軽減やこれまでも差額を受け取っていたケースへの配慮を考えると、一定限やむを得ないものと受け止めている。 ○　他方、これまで議論してきた出産育児一時金を現物給付化するという方針を考えると、別途、現金給付を新たに創設することは、本来であればなじまないものである。そうした観点から、保険料を負担する方々の理解も得づらいと考えているので、経緯に関しては一定限理解するが、仮に現金給付を創設する場合には、その給付額は保険財政への影響等を十分に配慮した上で設定していただく必要がある。 ○　移行時期については、医療保険の現物給付とする以上、全国一律の扱いであることが望まれる。新制度への一律移行を原則とするとともに、対応できない施設においても、早期の移行を促進する方向で進めていただきたい。 2. 医療保険制度改革について ○　協会けんぽにおいては、予防・健康づくりの取組として、来年度からは、人間ドックに対する補助診、令和9年度からは被扶養者に対する健診を生活習慣病予防健診と同等にするなど、保健事業を一層強化・拡充していく。 ○　また、来年1月からは電子申請も開始するが、それと前後して、一昨年より準備してきたけんぽアプリもスタートする。これによって、今後10年計画ではあるが、直接加入者とパーソナルに結びつく健康づくりを支援していく予定である。けんぽアプリについては健保連や国保中央会とも既に連携体制を取っており、将来的にはさらなる広いインフラに成長していくことを期待している。 ○　今回の 予防・健康づくりの明確化については、こうした協会けんぽの取組を応援していただくという趣旨であると受け取っている。なお、資料に記載されている保険者による予防・健康づくりは全ての保険者に求められる取組であり、保険者協議会等を通じて、地域の関係者がさらに連携.協力して取り組むということについては、協会けんぽとして、今後とも引き続き努力していきたい。

（２）社会保障審議会医療保険部会　高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

第６回　高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（2025.11.21　開催）　（北川理事長）	
議題	高額療養費制度について
発言	○　外来特例に関して、制度が創設されました2002年以降、健康寿命が延伸し、高齢者の受診率、１人当たりの医療費水準等が低下するなど、健康状態の改善が見られている。そうしたことも踏まえると、創設の経緯等を考え合わせても、外来特例については現役世代との公平性を踏まえれば、本来廃止を含めた検討を行うべきだと考えている。 ○　ただ、高齢者の方が医療にかかる頻度が高いという特性も踏まえて考える必要があるとの御意見もあることから、少なくとも健康寿命の延伸等といった高齢者の特性の変化に対応した外来特例の見直しを行うべきと考えている。具体的には、外来特例の対象年齢を引き上げるという見直しが考えられるのではないか。 ○　仮に自己負担限度額を引き上げる場合、制度が家計に対するセーフティーネット機能であることを踏まえると、例えば1か月だけ入院や手術を行い、高額な医療費が必要となったケースと、長期にわたって継続的に制度を利用されるケースに分けて検討を行う必要がある。この場合、医療費が増大していく中でこの見直しは避けられないという前提に立つと、前回委員会で事務局が示された実際の医療費負担の事例を踏まえると、短期間の療養が高額となった方の自己負担を引き上げるほうが家計への影響がまだ少ないのではないかと考えている。

（２）社会保障審議会医療保険部会　高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

第７回　高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（2025.12.8　開催）　（北川理事長）	
議題	高額療養費制度について
発言	○　高療制度に関しては、短期間で入院や施設により高額な医療費となった方より、長期にわたって制度利用が必要な方のほうが、家計に及ぼす影響が大きいことを勘案した見直し案となっていると受け止めている。高齢化や医療の高度化によって、高額療養費の支給件数や支給金額、 1件当たりの金額が年々増加している現状を踏まえると、制度の維持のためには、自己負担限度額の見直しについては避けられない状況だと考えている。 ○　そうした中で、取りまとめいただいた案は、低所得者への配慮や所得区分の細分化など、高額療養費制度のセーフティーネット機能への配慮が十分になされていると認識しているのでこの方針で見直しを進めていただきたい。 ○　一方、外来特例については、これまで示されたデータから、高齢者の受診状況や健康状態が改善傾向にあり、就業率も年々増加しており、所得額も増加傾向にあることが見てとれている。そうした中で、現役世代との公平性を踏まえれば、外来特例自体、本来、廃止に向けて議論を進めていくべきと考えている。 ○　ただ、今回の見直しの中で、少なくとも健康寿命の延伸等によって、高齢者の医療の受療行動が変化している中、対象年齢の引上げについては、先送りできない対応ではないかと考えている。 ○　なお、施行時期については、保険者のシステム改修についても触れていただいているが、これに必要な期間を取っていただけるよう、配慮をお願いしたい。足元のシステム改修は、大変逼迫している。かつ、国保と協会けんぽは、政府調達を行っているので、民間の組合と比べても、プラス 6か月ぐらいは余分に手続に時間がかかるということも御理解いただきたい。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第624回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.５開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	７.入院について（その４）
発言	○地域包括医療病棟について、年齢や要介護状況、認知症の有無などがアウトカム指標の結果に影響を及ぼすのであれば、その評価について柔軟な対応を行っていくことは、一定の合理性があると考える。 ○加えて、「新たな地域医療構想」において高齢者救急を受け入れる機能をもつ医療機関の確保が重要となっていることから、救急搬送や緊急入院の受入れ、高齢者に多い内科系疾患への対応について、実際の医療資源投入量を踏まえ、適正な評価を行っていくことは重要なことだと考える。 ○一方で、全体のバランスを踏まえて要件を見直していくことが重要であり、ほかの点で適正化すべきものはないか、現在の評価が妥当かという点についても議論していくべきと考える。 ○また、地域包括医療病棟について、地域包括ケア病棟、急性期一般入院料２～６と患者像が概ね一致しているという調査結果が示されている。将来的には、「新たな地域医療構想」の議論も踏まえ、一本化も念頭に置きつつ、まずは論点にある通り、受け入れを円滑に行う体制を確保することは重要だと考える。 ○さらに、入退院支援について、医療機関が介護施設から金品の授受を行っていることについて指摘があるが、そうした医療機関でも、患者本位の退院先の検討に支障が出ないか、少し疑問に感じる。 ○最後に、看護職員の業務について、ICTの活用により業務を効率化していくことは非常に重要であり、取り組みをさらに促進するために、患者さんのケアなど支障なく、配置の柔軟化が可能であれば、積極的に行っていくべきと考える。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第625回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.７開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	１.外来について（その３）
発言	○オンライン診療については、人口減少地域での医療を維持する観点から一定の確保が必要になっている一方、患者さんにとって適切な医療法人を提供できているかという観点も非常に重要。 ○対面診療を行える体制整備や、医療法人広告についての事例が紹介されているが、患者さんにとって便利性があるからといって、際限なく十分な体制が取れていないオンライン診療が広がっていくのではなく、まずは医療を提供する側で、適切な診察や対面診療への切り替えが可能な体制を確保していくことが重要だと考える。
議題	２.入院時の食費・光熱水費について（その１）
発言	○物価指数の伸びを踏まえ、入院時の食事の基準額や特別食の追加料金の見直し、入院時の光熱水費の基準額の見直しは一定やむを得ないと考えるが、基本的には自己負担額の引き上げにより対応いただくものと認識している。
議題	３.個別事項について（その６）入院から外来への移行
発言	○入院から外来へ促す観点から、点数差を縮小して、つまり、入院で行った場合の評価の引き下げを行っていくべきではないかと考える。その場合には、医師の意見も汲めるような形かつ患者側も納得するような点数配分があるかと思うため、事務局でも検討いただきたい。正しいところに、正しい人をおいていくということが基本だと思う。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第626回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.12開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	２.在宅について（その３）
発言	○訪問診療について、ポリファーマシー対策や原薬への対応を強化するため、医師と薬剤師の同時訪問を増やしていく方向で評価の在り方を検討していくことに異論はなし。 ○以前の資料で、入院時や薬局において、なかなか減薬までは対応が難しいといった調査の紹介もあったが、同行訪問が増えることで、重複投与の解消や減薬などの有害事象リスクが解消し、患者さんの状態の改善につながることに期待したいと思う。 ○訪問看護について、ICTを用いた情報連携を促進していく観点から評価を設けていくべきと考える。 ○今後、高齢化がさらに進展し、複数の疾患や医療と介護の両方のニーズを持つ方もさらに増えていくことが想定され、一人の患者さんにかかわる医療関係者も増えていく中、医療関係者のみならず、介護関係者も含めて、ICTによる情報連携を進めていき、時間の短縮などの効率化につなげていっていただきたいと思う。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第627回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.14開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	２.入院について（その５）
発言	○回復リハ病棟について、寝たきり防止や家庭復帰を目指してリハビリを集中的に行うという役割を踏まえて、入院料の基準を考慮した患者さんへのリハビリに注力していただけるように、重症化患者割合や「除外対象の範囲」や「除外対象ではない患者の受け入れ促進」といった「実績指数の在り方」について見直すべきと考える。 ○急性期のリハビリについて、なるべく早期にリハビリを開始できるように、初期加算等の要件を見直すべきと考える。 ○最後、多職種連携について、多様な職種の方が、専門性を生かして患者さんへ効果的な医療法人を提供していくことは重要であり、特にリハビリ病棟は多くの専門職の方が配置されていることがわかる。そうした中で、各専門職の病棟業務へのかかわりを深め、多職種による協力を促すことで、柔軟な対応を可能としていくことは重要なことと考えている。
議題	３．在宅について（その４）
発言	○歯科訪問診療については、効率的な対応が可能な同一建物の患者への訪問診療が増加しており、同一建物の患者数が多いほど、診療時間が短くなる一方、訪問診療回数が増えている。 ○訪問歯科衛生指導についても、同一建物に患者さんが10人以上いる訪問に集中しており、こちらも、同一建物の患者数が多いほど、訪問診療回数が増えている。 ○この点、患者さんの状態に応じた治療が過不足なく行われているのか、訪問回数は適正なのか少し疑問であり、適正化を進めていくとともに、必要量が賄えない居宅の患者さんへの訪問診療が増えていくように評価を見直していくべきと考える。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第627回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.14開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	４.個別事項について（その７）長期収載品の選定療養①
発言	○制度導入前後でジェネリック医薬品の使用割合が大きく増加しており、使用促進に大きく貢献していることが分かる。また、制度導入1年以上が経過し、患者の皆様に制度が十分浸透してきたと考える。 ○引き続き、安定供給の課題はあるものの、そうしたケースも含め、医療上の必要がある場合は選定療養の対象外とする仕組みは確保されている。そうした中で、制度導入後の使用割合は横ばいとなっている状況を踏まえ、特別の料金をさらに引き上げ、使用促進を図るべきと考える。 ○「特別の料金」について、ジェネリックと先発品の差額と同額にする方向で見直しを図っていくべきと考える。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第628回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.19開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	１.入院について（その６）
発言	○特定機能病院について、その果たすべき役割や機能を適切に評価することで、評価に差をつけていくことには賛成である。一方、診療報酬で評価するものと、税財源で整備するものについては、その役割や機能、特定機能病院で診療を受けた患者にメリットがあったか、といった観点を踏まえて整理すべきと考えている。 ○診療科偏在是正についても対応が急務な課題との認識だが、同様のことがいえると考える。 ○医師事務作業補助についてICTの導入による省力化を今後さらに進めていけるよう評価の在り方についても検討していくべきと考える。 ○病院薬剤師の業務の評価について、病院薬剤師の確保は重要な課題だと認識している。入院患者さんへの調剤や高度な薬剤の管理など、病院で二薬剤管理が欠かせないものもあるのが実態だと思う。 ○病院における薬剤師業務を魅力的なものにしていくためにも、院内における処方や薬剤師間の連携について適切な評価を行うことを検討してもよいのではないかと考える。

（３）中央社会保険医療協議会　総会

第629回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.21開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	２.歯科医療について（その２）
発言	○口腔機能低下症について、学会の診断基準と管理料の対象患者基準がずれている点について、是正が必要なことは理解できる。 ○一方、算定しない理由として、診断に必要な機器を持っていないという回答も多くなっているが、管理に必要な機器であれば、きちんと整備されている医療機関で管理がなされるようにしていくべきだと考える。 ○また、歯科衛生士や歯科技工士の確保について、加算を算定しない理由として人材不足や多忙、必要性を感じないという理由が多くなっている。そうした際に、本体に取り組む対応や要件の緩和をすることが人材定着や、なにより患者さんの適切な治療につながるか少し疑問がある。 ○全体的に、さらなる評価を行っていく方向の論点が多い印象だ。患者さんの口腔環境改善のために必要なことだとは思うが、歯科医療全体としての効率化や適正化も重要な視点であり、例えば、評価体系や算定単位の見直し、要件の統合といった評価のあり方を見直す場合など、そういった視点も忘れずにお願いしたいと感じる。

第630回　中央社会保険医療協議会　総会（R７.11.26開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	２.入院について（その７）
発言	○重症度、医療法人・看護必要度について、内科学会の提案に加えて、救急搬送受入件数を踏まえたシミュレーションを行っていただいた。これを見る限り、手術なし症例であったとしても救急搬送の受入件数が多い医療機関が、一定、評価できる形になっていると思う。 ○今回のシミュレーションを踏まえて、「一定の係数」や「患者割合基準」を具体的にどのように設定するかが重要であり、新たな地域医療構想における医療機関機能や病床機能の定義と、整合がとれるよう、メリハリのついた評価ができる基準設定とすべきと考える。

（４）中央社会保険医療協議会　薬価専門部会

第241回　中央社会保険医療協議会　薬価専門部会（R７.11.19開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	令和8年度薬価改定について
発言	○高額医薬品に対する対応について、ゾコーバやレケンビ・ケサランのように、高額かつ市場規模が一定以上の医薬品については、保険財政への影響を鑑み、四半期で使用量の把握を行い、再算定の適否を確認すべきと考える。その際、引き下げ幅の上限値を引き上げることについても賛同する。 ○逆ザヤの問題について、原材料の高騰や製造・流通のコスト増により原価計算の結果が薬価を上回ってしまう場合には、今回の改定で適切に対応していく必要があると考える。一方、例えば、これまで安売りをする企業があったからこそ、薬価がどんどん引き下がり、薬価を上回る納入価格を付けざるを得なくなっているケースなども想定され得るところである。 ○逆ザヤが生じているからと言って、一律かつ統一的に対応すべきかというと、そうではなく、まずは、なぜ逆ザヤが生じているか、何が原因か、もう少し実態をお伺いしたうえで対応を議論すべきかと考える。 ○その際には、これまで適用した算定ルールを適用することに加え、長期収載品の薬価改定や市場拡大再算定を中間年改定で適用する方針については、新薬のライフサイクルを踏まえた対応を促進するものであり、その方針で進めていくべきと考える。

（５）地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

第７回　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（R７.11.14　開催）　（出席：川又理事）	
議題	○　医師確保計画の見直しについて
発言	○　先ほど新潟県、福島県の取組の紹介があったが、地域の実情に応じて様々な工夫がなされているということで大変参考になった。そのうえで資料１の論点についていくつかコメントしたい。 ○　38ページ医師確保計画の見直しにおいて、事業評価や効果検証が可能となるように、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することは必要であると考える。 ○　また、48ページの医師偏在指標に加えてへき地尺度などきめ細かく地理的要素を勘案していく方向性は賛同できるところではあるが、できるだけ客観的な判断基準としていただきたい。 ○　62ページの重点医師偏在対策支援区域については、厚労省において候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるよう設定をお願いしたい。候補区域内の医療機関の整備状況に差がある中で、優先して支援を行う対象医療機関の決定についても、なるべく明確な考え方を示していただく必要があると考える。 ○　63～64ページの医師偏在是正プランについては、医師確保計画策定ガイドラインに新たに項目として位置付けるということであるが、都道府県が具体的な医師偏在対策を推進する政策を検討あるいは実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、ガイドラインに記載いただきたい。

第８次（前期）医師確保計画等の現状と課題について

現状・課題

○ 平成20年度以降、医学部入学定員が過去最大規模となっており、医学部定員に占める地域枠等の数・割合も増加している。

○ 令和４年の医師・歯科医師・薬剤師統計によると、医師少数都道府県や医師少数区域においては、医師多数都道府県や医師多数区域と比較して若手医師の増加が顕著である。

○ 全ての都道府県において地域医療対策協議会は継続的に開催されており、開催頻度は年に２～３回が多かったが、年に５回以上開催している都道府県も複数あった。協議事項としては、医師の派遣に関する事項が最多であった。

○ 地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は年々増加傾向である。一方、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は４割程度で横ばいである。

○ 地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約30%であった。

○ 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、計画の進捗評価に資する指標については提示していない。第８次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都道府県が一定あったが、評価指標の設定は都道府県によりばらつきがあった。

論点

○ 都道府県や地域の関係団体等が医師確保計画の進捗を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみではなく、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することを検討してはどうか。

38

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について①

現状・課題

○ 医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、

・医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。

・実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。

○ ①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雨地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○ 令和７年度の厚生労働科学研究班により、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度の検討が進められている。

論点

○ 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域等の設定にあたっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）についても組み合わせることで、地理的要素を一定程度反映したうえで医師少数区域を設定することとしてはどうか。

○ 具体的には、**①現行の医師偏在指標による下位1/3に該当する区域**に加えて、**②現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」**を追加し、新たな「医師少数区域」とすることとしてはどうか。

○ へき地尺度が特に高い区域については、例えば**へき地尺度が上位10%の区域**として設定することについて、どう考えるか。

48

重点医師偏在対策支援区域及び医師偏在対策プランについて

現状・課題

○ 重点医師偏在対策支援区域の設定については、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下、「パッケージ」という。）において、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとされている。また、区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられるとしている。さらに、区域の設定にあたっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議することとしている。

○ 厚生労働省の提示する候補区域については、①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、②医師少数県の医師少数区域、③区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示することとしている。

○ パッケージに基づき、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、定着支援については、令和６年度補正予算により緊急的に先行して実施している。

○ パッケージにおいては、医師確保計画の中で、重点医師偏在対策支援区域を対象として医師偏在是正プランを策定することとしており、当該プランにおいては、具体的な区域や、区域における必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組のほか、支援対象とする医療機関についても定めることとしている。

○ 令和６年度補正予算における候補区域においては、各区域における診療所数や二次救急病院の数についてばらつきがある。

論点

○ 重点医師偏在対策支援区域については、パッケージに記載された考え方を基に、令和６年度補正予算と同様に、厚生労働省において候補区域を提示するとともに、都道府県において候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとしてはどうか。

○ 重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとしてはどうか。

○ 候補区域間及び区域内においても医療資源にばらつきがあるなかで、都道府県が重点医師偏在対策支援区域において優先して支援を行う対象医療機関について、一定の考え方を示してはどうか。

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

○ 医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととしてはどうか。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	・都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	・都道府県において、配分される事業費のほか、区域内における医療機関の役割（へき地医療、災害医療、救急医療、在宅医療等）や地理的条件を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、配分される事業費の範囲内で、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。
必要な医師数	・厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。
医師偏在是正に向けた取組	・パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	・医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。

63

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

○ 医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「５．医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとしてはどうか。

第８次前期ガイドライン 構成

1．序文
確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

2．体制等の整備
都道府県における議論の場
厚生労働省により提供する情報（データ）

3．医師偏在指標

4．医師少数区域・多数区域の設定

5．医師確保計画
- 5－1．計画に基づく対策の必要性
- 5－2．医師確保の方針
- 5－3．目標医師数
- 5－4．目標医師数を達成するための施策
  - 5－4－1．施策の考え方
  - 5－4－2．医師の派遣調整
  - 5－4－3．キャリア形成プログラム
  - 5－4－4．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援
  - 5－4－5．地域医療介護総合確保基金の活用
  - 5－4－6．その他の施策
- 5－5．医師偏在是正プランの策定
  - 5－5－1．重点医師偏在対策支援区域の考え方
  - 5－5－2．支援対象医療機関の考え方
  - 5－5－3．区域における必要な医師数
  - 5－5－4．区域における医師偏在対策を推進するための施策

6．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

7．産科・小児科における医師確保計画

8．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

④医師偏在是正プランの策定
重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

（６）介護保険関係

第128回　社会保障審議会介護保険部会（R７.11.10　開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	○　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築等 ○　地域包括ケアシステムの深化（介護予防・日常生活支援総合事業等） ○　地域包括ケアシステムの深化（高齢者向け住まい） ○　その他
発言	○　論点③④について、全国共通の保険制度である中で、一部の地域で公定価格ではない基準でサービスを提供するとなると、利用者や保険料を負担している方々にとって納得感が得づらいという懸念があると考える。また、他の地域でサービスを提供している事業者が不公平感を抱きかねない点にも留意が必要かと思う。 ○　特に論点④について、資料の12ページ目に3つのケースが記載されているが、サービス維持のために多くのかかりまし経費が必要というように、サービス維持のために事業化せざるをえないケースのみを対象とするなど、今後どういうケースで事業化が認められるのか、詳細な整理が必要と考える。 ○　包括評価についても事業化についても、そうした対応が必要な市町村において適切な運用がなされるとともに、過不足なく必要なサービスが提供される仕組みや、事業費や包括評価額の設定方法、それによる保険財政への影響など、関係者が納得できる枠組みについて、今後詳細を検討していく必要があると考える。

（６）介護保険関係

第129回　社会保障審議会介護保険部会（R７.11.20　開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	○　介護保険制度に関するその他の課題 ○　持続可能性の確保 ○　その他
発言	○　現役世代の保険料負担が限界を迎えている中、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、能力に応じた負担により給付と負担のバランスを図るという全世代型社会保障の実現に向けて、スピード感をもって制度の見直しを進めていかなければならないと考える。 ○　８ページの論点③について、９ページ目以降に高齢者の収入と消費の関係や、貯蓄の状況について分析した資料があり、現行の２割負担の世帯よりも年収が低い世帯の方について、２割負担対象世帯と支出のモデルや貯蓄額の分布が、そこまで大きく変わらない世帯もあることが見て取れる。 ○　そうした実態を踏まえて、制度の持続可能性に加えて、利用者間の公平性の観点からも、２割負担の対象範囲を広げていくべきと考える。その際には、医療・介護連携が深まる中で両サービスの間の平仄は可能な限り合わせるべきと考えており、医療制度における判断基準の在り方を踏まえて対象範囲を検討すべきである。これまで何度も先送りされてきた経緯を踏まえ、今回は確実に見直しの方針を得るべき論点と考える。 ○　なお、負担増への配慮が必要と、様々な場で指摘がされていることを踏まえると、医療保険で、後期高齢者への２割負担を導入した際の対応を参考に経過措置を導入することは、一つの考え方だと思う。一方、医療と比べて介護では、継続的なサービス利用が考えられる中、能力に応じた負担をお願いするという見直しの趣旨に立ち返って、上限額やその期間について設定していくべきだと考える。 ○　次に、論点④の補足給付について、17ページ目に分かりやすい資料を用意していただいた。ご指摘のとおり、現行、収入と支出の差に、違いがある制度となっていることを踏まえると負担の公平性の観点からも、見直しの余地があると考える。

（６）介護保険関係

発言 （前ページの続き）	○　論点⑥について、ケアマネジメントの給付のあり方についても、長年の課題となっており、今回の見直しで一定の結論を得るべきと考えている。すでに、介護保険制度において、ケアマネ制度が利用者や他の事業者の方にとって十分に普及し、ケアマネの果たす役割が関係者の中でしっかりと確立されていると思う。一方、ほかのサービスでは利用者負担があることから制度内での整合性の確保や、利用者がケアマネのサービスについて関心を高めていただくためにも、基本的な考え方としては一律に利用者負担を求めていくべきと考える。 ○　最後、論点⑨の金融所得、金融資産の反映について、医療保険の分野でも議論が始まっているが、現役世代に負担構造が偏りがちな社会保険構造を見直すために必要な検討課題であり、議論を進めていくべきと考える。 ○　一方、金融所得や金融資産の把握やそれに応じた保険料徴収は、特に2号被保険者について、実務面での課題が非常に多い点は配慮する必要があると考える。

（６）介護保険関係

第248回　社会保障審議会介護給付費分科会（R７.11.21　開催）　（出席：鳥潟理事）	
議題	○　介護人材確保に向けた処遇改善等の課題
発言	○　今回ご提案されている、人材確保に向けた緊急的な対応として ・退職者の発生から新たな人材確保までの間の経過措置としての人員基準欠如減算の緩和や ・処遇改善加算の対象範囲について、訪問事業所まで広げていくこと について異論はない。 ○　このほかにも、介護人材の確保に向けて賃上げを担保していくことは非常に重要であると考える。一方で、賃上げを確保しながら、保険料の上昇を抑制するためには、介護保険部会で議論しているようなサービス提供体制の効率化や給付と負担のバランスの見直しも合わせて行っていくことが必要不可欠であり、そちらの議論も次期介護保険計画に向けて、しっかりと結論を得ていくことが重要と考える。