

# 医療保険者を取り巻く最近の動向について

令和8年1月29日

## 目次

1. 医療保険制度改革 .....	2
2. 高額療養費制度 .....	5
3. 医療法等の一部を改正する法律の成立 .....	9
4. 子ども・子育て支援金 .....	18
5. 関係審議会等における意見発信の状況 .....	23

# 1. 医療保険制度改革

## OTC類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和7年12月19日）】

### ○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

**趣旨：**①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  
②現役世代の保険料負担の軽減

**見直し内容：**他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施。【法改正事項】

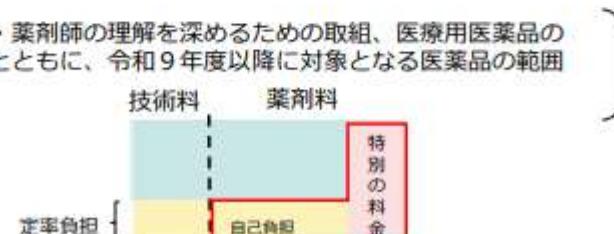
### ○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

**対象医薬品の範囲：**77成分（※）（約1,100品目）

（※）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択。

**特別の料金：**対象薬剤の薬剤費の1/4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整を進めるとともに、令和9年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



### ○ 配慮が必要な者（特別の料金を求めない方）

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

## 特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ 成分数 77

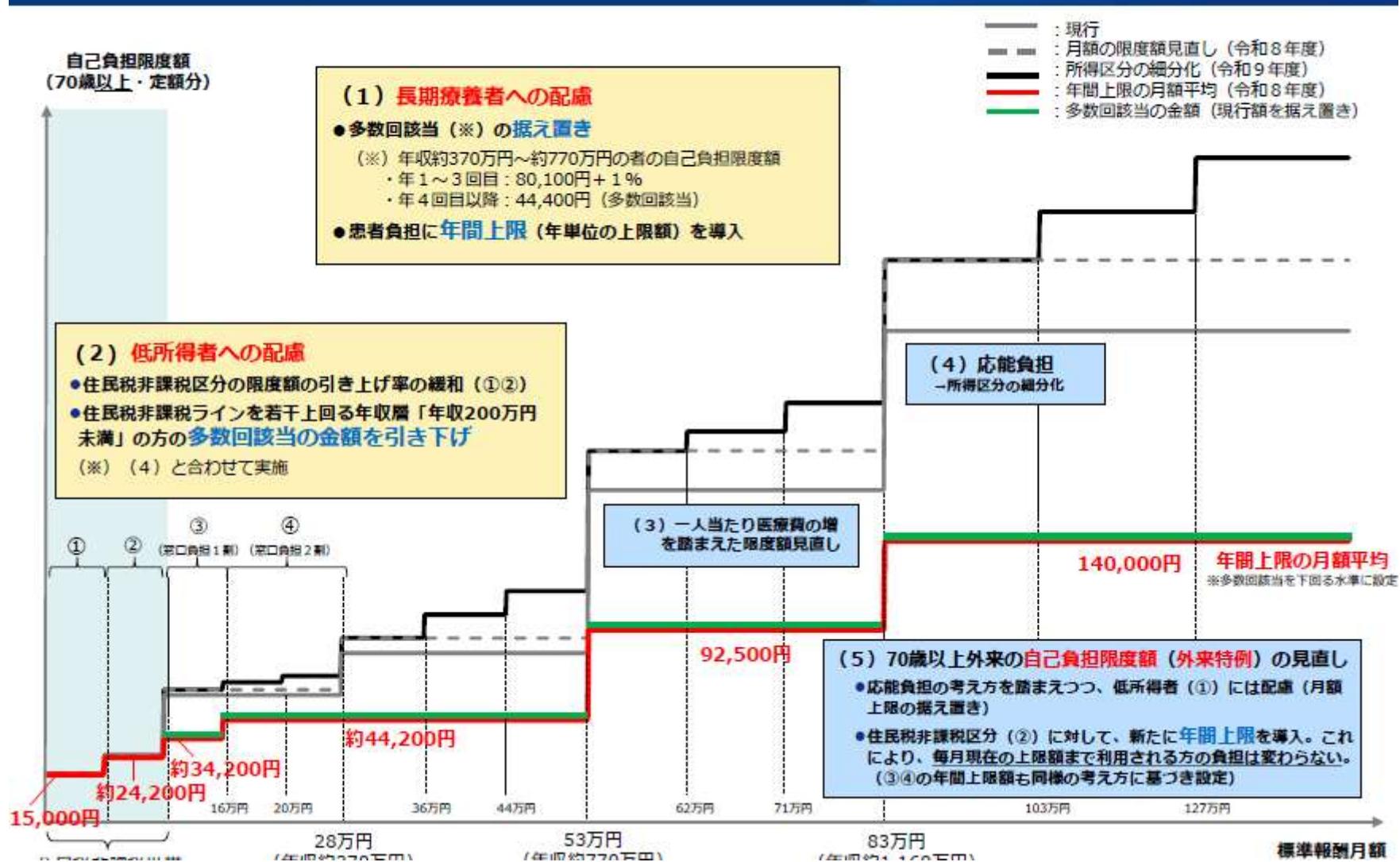
○ 品目数 約1,100

### ○ 主な対応症状

- ・鼻炎（内服・点鼻）
- ・腰痛・肩こり（外用）
- ・胃痛・胸やけ
- ・みずむし
- ・便秘
- ・殺菌・消毒
- ・解熱・痛み止め
- ・口内炎
- ・風邪症状全般
- ・おでき・ふきでもの
- ・皮膚のかゆみ・乾燥肌 等

## 2. 高額療養費制度

## 高額療養費制度の見直しについて（イメージ）



# 高額療養費制度

## 高額療養費制度の見直しについて

出典元

2025年12月25日

第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料1-2

所得区分	現行		R8.8~			R9.8~		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円～ (標準：127万円～)	252,600+1% <140,100>	—	270,300+1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—	342,000+1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,410～約1,650万円 (標準：103～121万円)						303,000+1% <140,100>		—
約1,160～約1,410万円 (標準：83～98万円)						270,300+1% <140,100>		—
約1,040～約1,160万円 (標準：71～79万円)	167,400+1% <93,000>	—	179,100+1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—	209,400+1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約950～約1,040万円 (標準：62～68万円)						194,400+1% <93,000>		—
約770～約950万円 (標準：53～59万円)						179,100+1% <93,000>		—
約650～約770万円 (標準：44～50万円)	80,100+1% <44,400>	—	85,800+1% <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—	110,400+1% <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—
約510～約650万円 (標準：36～41万円)						98,100+1% <44,400>		—
約370～約510万円 (標準：28～34万円)						85,800+1% <44,400>		—
約260～約370万円 (標準：20～26万円)	57,600 <44,400>	18,000 (年14.4万)	61,500 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)  (※1)	22,000 (年21.6万)	69,600 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	28,000 (年21.6万)
約200～約260万円 (標準：16～19万円)						65,400 <44,400>		28,000 (年21.6万)
～約200万円 (標準：～15万円)						61,500 <34,500>		22,000 (年21.6万)
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000 (月額平均約15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均約15,000)	8,000

(※1) 「～約200万円（標準：～15万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「『強い経済』を実現する総合経済対策」（令和7年11月21日閣議決定）において、「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」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

## 高額療養費制度の見直しのポイント

出典元

2025年12月25日

第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料1-2

- 高額療養費制度の見直しの基本的な考え方（令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会）を踏まえ、高額療養費のセーフティネット機能に鑑み、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮した見直しを行う。

### （1）長期療養者への配慮

#### 1. 多数回該当の金額を据え置き

– 長期に継続して治療を受けられている方の経済的負担を増加させない。

#### 2. 「年間上限」の導入

– 多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

### （2）低所得者への配慮

#### 1. 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げる。

#### 2. 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

### 3. 医療法等の一部を改正する法律の成立

# 医療法等の一部を改正する法律の成立

出典元

2025年12月8日

第122回社会保障審議会医療部会

資料4

## 医療法等の一部を改正する法律の概要

### 改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在は正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

### 改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

#### 1. 地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。

- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うこととするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

#### 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。

保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

#### 3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。

政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。

政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

### （その他）

政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方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。

政府は、都道府県が医師手当事業を行ふに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な待遇の確保について、その待遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

### 施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

## 附帯決議について①（衆議院厚生労働委員会）

### 医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

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 地域医療の確保と公平な医療へのアクセスの観点から、オンライン診療について、時間、距離、対面診療の割合等について過剰な規制を設けないこと。
- 二 患者の受療機会の確保と精神医療の充実の観点から、患者の安全性を踏まえ、科学的根拠がある場合にはオンライン精神療法の初診の在り方を検討すること。
- 三 現場の実態に即した制度設計の観点から、オンライン診療を行う患者の容態急変の事態に備えた患者所在地近隣の医療機関との受け入れの合意取得については、現行の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が離島など急変時の対応が困難な地域に限った運用としていることを踏まえ、地域の制限なく一律に合意取得を求めるような過剰な規定は設けないこと。
- 四 精神科の地域医療の充実と精神障害者の地域移行の促進を図るため、退院後の障害者の地域生活の基盤整備を着実に推進するとともに、長期入院患者を減らすため、非稼働病床数の範囲にとどまることなく、より計画的かつ効率的に適正化・機能分化等を推進すること。
- 五 医師手当事業の実施に当たっては、その費用に保険料が充当されることを踏まえ、拠出者である保険者の本来の機能を棄損することなく、また、被保険者の負担や制度の公平性に十分留意し、重点的に医師の確保を図る必要がある区域に派遣された医師及び従事する医師に対して実際に支払われた手当増額に使途を限定した上で、目安を示すほか、拠出者である保険者協議会を含む保険者がその実施状況等について確認や検証を行い、意見を述べるなど関与できる体制を確保すること。加えて、社会保障改革を進めていく中で現役世代の保険料負担を抑えるとの方針の下、当該事業により保険料が上昇しないよう保険給付と一体的に対応を図ること。  
また、安易に保険料財源を充てる前例とせず、引き続き医師偏在対策に向けて、憲法上の職業選択の自由や営業の自由と保険医療機関の指定との関係を整理し、更なる規制的な手法を検討するとともに、対策の効果検証を定期的に行い、必要な見直しを行うこと。

## 附帯決議について②（衆議院厚生労働委員会）

- 六 電子カルテ情報共有サービスの運用に伴う費用の負担について、サービスの普及状況及び効果等を定期的に検証した上で、最低でも五割程度の普及率に達するまでの基盤整備期間中は、国において必要な財政支援を行うこと。
- 七 社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しに当たっては、新たな医療情報基盤・診療報酬審査支払機構が、引き続き審査支払機能を果たせるよう、人員配置を含め、適切な運営体制を確保すること。
- 八 地域医療介護総合確保基金の運用状況を踏まえ、新たに市町村が都道府県と連携して「医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「医療従事者の確保に関する事業」を行うモデル事業を実施し、その実施状況を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の運用の在り方を含め、事業の在り方について検討を行うこと。
- 九 医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業、在宅医療の確保の目標設定、当該目標達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、厚生労働大臣は必要な助言を行うことを明記することについて検討を行い、早急に結論を得ること。  
また、年間の手術数や病床の稼働状況等一定の指標に基づいて、医療機関の連携・機能分化・集約化等の状況を評価し、地域医療構想の推進に関するP D C Aサイクルが円滑に実行されるよう、その支援に努めること。
- 十 医療機関の業務における情報の電子化の実現に当たっては、官民データ活用推進基本法第二条第四項に規定するクラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術を活用すること。
- 十一 介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保についての検討は、介護・障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等及び障害者・障害児に対するサービスの水準の向上に資することにも鑑み、介護・障害福祉に関するサービスの種類ごとの介護・障害福祉従事者の処遇の状況等を踏まえて行うこと。

## 附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

十二 地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十三 総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向けた取組を進めること。

十四 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、かかりつけ医機能に関する診療報酬制度について、疾病に応じた包括支払制度の在り方について検討を行うこと。

# 医療法等の一部を改正する法律の成立

出典元

2025年12月8日

第122回社会保障審議会医療部会

資料4

## 附帯決議について①（参議院厚生労働委員会）

医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和七年十二月四日  
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、医師手当事業の実施に当たっては、その費用に保険料が充当されることを踏まえ、拠出者である保険者の本来の機能を棄損することなく、また、被保険者の負担や制度の公平性に十分留意し、重点的に医師の確保を図る必要がある区域に派遣された医師及び従事する医師に対して実際に支払われた手当増額に使途を限定した上で、目安を示すほか、拠出者である保険者協議会を含む保険者がその実施状況等について確認や検証を行い、意見を述べるなど関与できる体制を確保すること。加えて、社会保障改革を進めていく中で現役世代の保険料負担を抑えるとの方針の下、当該事業により保険料が上昇しないよう保険給付と一体的に対応を図ること。

また、安易に保険料財源を充てる前例とせず、引き続き医師偏在対策に向けて、憲法上の職業選択の自由や営業の自由と保険医療機関の指定等との関係を整理し、更なる規制的な手法を検討するとともに、対策の効果検証を定期的に行い、必要な見直しを行うこと。

二、病床数の削減の規定の運用に当たっては、医療費削減ありき、数字ありきではなく、各地域の医療の質の確保を前提とし、人口減少に応じた合理的な病床数削減という考え方の下、その地域の実情や地域の医療提供体制を確保する観点を踏まえ、取り組むこと。

三、オンライン診療受診施設の設置に当たっては、過疎地を含め全国にあまねく所在している利便性を活かし、郵便局をオンライン診療、オンライン服薬指導、薬剤の配送等の拠点として積極的に活用することができるよう、環境整備を図ること。

# 医療法等の一部を改正する法律の成立

出典元

2025年12月8日

第122回社会保障審議会医療部会

資料4

## 附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

- 四、医療機関の業務における情報の電子化の実現に当たっては、官民データ活用推進基本法第二条第四項に規定するクラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術を活用すること。
- 五、電子カルテ情報共有サービスの運用に伴う費用の負担について、サービスの普及状況及び効果等を定期的に検証した上で、最低でも五割程度の普及率に達するまでの基盤整備期間中は、国において必要な財政支援を行うこと。
- 六、社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しに当たっては、医療DXに関する専門人材を十分確保すること。また、改組後の組織運営に要する費用負担の在り方については、審査支払業務と医療DX関連業務の双方を十全に担っていくこと等を踏まえて、検討すること。
- 七、地域医療介護総合確保基金の運用状況を踏まえ、新たに市町村が都道府県と連携して「医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「医療従事者の確保に関する事業」を行うモデル事業を実施し、その実施状況を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の運用の在り方を含め、事業の在り方について検討を行うこと。
- 八、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保についての検討は、介護・障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等及び障害者・障害児に対するサービスの水準の向上に資することにも鑑み、介護・障害福祉に関するサービスの種類ごとの介護・障害福祉従事者の処遇の状況等を踏まえて行うこと。その上で、介護・障害福祉従事者の処遇改善については、全産業との間で差があることも踏まえ、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、賃上げに結び付く措置を早急に講ずること。
- 九、地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。
- 十、総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向け、適切な処遇改善を含む取組を進めること。

## 附帯決議について③（参議院厚生労働委員会）

十一、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、かかりつけ医機能に関する診療報酬制度について、疾病に応じた包括支払制度の在り方について検討を行うこと。

十二、医療計画のロジックモデル活用が出来ていない、あるいは、十分な取組が出来ていない都道府県における第八次医療計画での導入や改善を行うとともに、がん対策基本法の取組のように、五疾病六事業並びに在宅医療に係る厚生労働大臣の基本方針等における活用等並びに都道府県へのロジックモデル例の提示等の支援に取り組むこと。さらに、ロジックモデルのアウトカムについて患者及び住民の健康状態等の改善を中心とした徹底、指標や医療圏等の単位ごとのデータ、評価に関する資料の提供や、都道府県職員等及び関係機関の職員を対象とした評価ガイドラインに基づく研修の実施に取り組むこと。そして、ロジックモデルに関する必要かつ多様な指標の整備を進め、それらを用いた分析のための基盤整備、医療圏単位等の把握・分析に資する必要な取組を行うこと。また、医療計画等の策定等に当たっては、実効的な医療計画の作成等を実現するために必要な都道府県職員の育成・確保の支援措置を検討し実施するとともに、患者・住民が主体的に参画・関与できる環境整備を進め、患者が質の高い医療を受けられているかの把握や、理解しやすいロジックモデル等の公表に関する取組の実施を図ること。ロジックモデルの活用について、障害者・障害児医療、難病医療等のほか、歯科口腔保健、健康増進計画、介護保険事業（支援）計画、子ども施策等に係る計画体系についても同様の取組を進めること。

十三、地域医療介護総合確保基金について、ロジックモデルを活用した総合的な評価を行い、その結果を事業の見直し及び次期計画に反映すること。

十四、保険者が十分にその機能を発揮できるよう、政府において、保険者向けにロジックモデルに基づく医療提供体制のP D C Aサイクルの実施等に関する研修の機会を設ける等の必要な支援を行うこと。

十五、国民の生命・健康を守るために、更には、国民の保険料負担を軽減するためにも、疾病の発症・重症化・死亡を防ぐための予防施策に係る医療資源の戦略的投資の在り方について、生活習慣病やがん等を中心に、リスクに応じた検診の拡充を進めるとともに、受診率の向上や精密等検査並びに、早期発見・早期治療を含む適時・適切な治療の実施を推進すること。また、その予防・重症化予防策の推進による医療費・介護費の財政効果を含め中長期的な効果について科学的検証等を行い、必要な政策の実施を講ずること。

# 医療法等の一部を改正する法律の成立

出典元

2025年12月8日

第122回社会保障審議会医療部会

資料4

## 附帯決議について④（参議院厚生労働委員会）

十六、八十五歳以上の高齢者の医療需要の増加に万全の対応を行うこと。中でも、低栄養や筋量の低下を背景として、入院する原疾患が肺炎や骨折などに変化していくことや、高齢者にとっては入院がリスクになることも踏まえ、入院しないで済むよう在家医療を強化すること。また、肺炎については、八十歳以上の高齢者にリスクが集中していることから、普及啓発だけでなく、ワクチンや治療薬のアクセスをよくすること。高齢者に対する食事については、ペースト食や低栄養・サルコペニアに対する治療に資する食事が普及するよう、診療報酬上加算の評価を含め検討すること。

十七、患者の受療機会の確保と精神療法の充実の観点から、患者の安全性を踏まえ、厚生労働科学研究等により蓄積された実施例、並びにこれまでの検討過程における様々な議論を踏まえつつオンライン精神療法の初診の在り方を検討すること。

右決議する。

## 4. 子ども・子育て支援金

## 加速化プランによる子育て支援の拡充と子ども・子育て支援金について

資料1

1. こども未来戦略「加速化プラン」で定められた、児童手当の拡充や育休給付の手取り10割相当への拡充などの子育て支援の拡充は既に実施されており、その財源の一部となる「子ども・子育て支援金」については、令和8年度から全ての世代・企業の皆様から拠出いただくことが法律に規定されている。
2. この子ども・子育て支援金については、
  - ・段階的に導入することとしており、支援金総額は令和8年度概ね6,000億円、令和9年度概ね8,000億円、令和10年度概ね1兆円を目安とすること
  - ・社会保障の歳出改革等による社会保険負担の軽減効果の範囲内で導入することが法定されている。
3. 社会保障の歳出改革等により令和8年度の社会保険負担軽減効果が0.17兆円程度積み上がり、令和5年度からの合計で0.60兆円程度となったことから、令和8年度の支援金総額はその範囲内の0.60兆円とする。
4. 令和8年度の個人や世帯の支援金額(平均月額)の試算は以下のとおり。

健保組合:被保険者一人当たり約550円  
国民健康保険:一世帯当たり約300円  
後期高齢者医療制度:被保険者一人当たり約200円

(参考)被用者保険(健保組合、協会けんぽ、共済組合)に共通の支援金率(一律の率): 0.23%
5. 上記4のとおり、国民の皆様から支援金(総額0.60兆円)を拠出いただくことになるが、他方で上記3のとおり、社会保障の歳出改革等(0.60兆円程度)を行うことで、支援金による負担は相殺されるため、支援金導入に伴う実質的な負担は生じない。

## 被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済組合） -年収別の支援金額の試算（令和8年度）-

年収	被保険者一人当たり (月額)
200万円	192円
400万円	384円
600万円	575円
800万円	767円
1,000万円	959円

注1 算出方法は以下のとおり。

- ・年収（標準報酬総額。毎月の給料とボーナスの合計額）に、国が示す一律の支援金率（0.23%）を掛けて年額を算出。
- ・年額を、12で割って月額にしたものに、1/2（本人拠出分）を掛けて算出。

注2 令和8年度より支援金を拠出いただくことになるが、社会保障の歳出改革等を行うことで、支援金による負担は相殺されるため、支援金導入に伴う実質的な負担は生じない。

## 子ども・子育て支援金に関する試算（医療保険加入者一人当たり平均月額）

(月額、支援金額は50円丸め、保険料額は100円丸め)

	加入者一人当たり支援金額			(参考) 加入者一人当たり 医療保険料額 (令和4年度実績) (②)	(参考) ①/②
	令和8年度試算額	令和9年度見込み額	令和10年度見込み額(①)		
全制度平均	250円	350円	450円	9,800円	4.6%
被用者保険	300円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 500円</small>	400円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 600円</small>	500円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 800円</small>	11,000円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 18,300円</small>	4.5%
協会けんぽ	250円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 450円</small>	350円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 550円</small>	450円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 700円</small>	10,400円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 16,700円</small>	4.2%
健保組合	350円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 550円</small>	400円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 700円</small>	550円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 900円</small>	11,600円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 19,800円</small>	4.7%
共済組合	350円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 650円</small>	450円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 800円</small>	600円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 1,000円</small>	12,000円 <small>(参考) 被保険者一人当たり 21,100円</small>	5.0%
国民健康保険 (市町村国保)	200円 <small>(参考) 一世帯当たり 300円</small>	300円 <small>(参考) 一世帯当たり 450円</small>	400円 <small>(参考) 一世帯当たり 550円</small>	7,600円 <small>(参考) 一世帯当たり 11,300円</small>	5.1%
後期高齢者 医療制度	200円	250円	350円	6,600円	5.1%

(注1)本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。金額は事業主負担分を除いた本人拠出分であり、被用者保険においては別途事業主が労使折半の考え方の下で提出。なお、被用者保険間の接分は総報酬割であることを踏まえ、実務上、国が一律の支援金率を示すこととする。

(注2)被用者保険の年収別の支援金額については、数年後の賃金水準によるところから、試算することは難しいものの、参考として、令和4年度実績の総報酬で機械的に一人当たり支援金額(50円丸め、月額、令和10年度)を計算すると(※)、年収200万円の場合350円、同400万円の場合650円、同600万円の場合1,000円、同800万円の場合1,350円、同1,000万円の場合1,650円(総報酬割であることから協会けんぽ・健保組合・共済組合で共通)。ただし、政府が総力をあげて取り組む賃上げにより、今後、総報酬の伸びが進んだ場合には、数字が下がっていくことが想定される。

\* 令和10年度に被用者保険において提出いただく9,000億円について、令和4年度の総報酬である227兆円で割ると0.4%であることから、労使折半の下、本人提出を0.2%として計算。

(注3)国民健康保険の一世帯当たりの金額は令和4年度における実態を基に計算している。

(注4)国民健康保険の支援金については、医療分と同様に低所得者軽減を行い、例文は夫婦2人3人世帯(夫の給与収入のみ)における一人当たり支援金額(50円丸め、月額、令和10年度)でみると、年収80万円の場合50円(応益分7割軽減)、同160万円の場合150円(同5割軽減)、同200万円の場合200円(同5割軽減)、同300万円の場合400円(同2割軽減)。国保の被用者の世帯では、これらの層がボリュームゾーンであり、年収100万円以上については上位約1割と対象が限定されるため(※)、この層をさらに細かく区切ってみていくことについては留意が必要であるが、以下、参考として、同400万円の場合550円(軽減なし、以下同じ)、同600万円の場合800円、同800万円の場合1,050円。なお、支援金制度が少子化対策にかかるものであることに鑑み、こどもがいる世帯の提出額が増えないよう、こども(18歳に達する日以後の最初の3月31日以前である者)についての均等割額は全額軽減。  
\* 年収600万円は上位約5%、800万円は約2%に該当。年収1,000万円は上位約1%に該当し、ごく少数であるほか、現時点で令和10年度における賦課上限を定めることができないため、金額は一概にいえない。

(注5)後期高齢者医療制度の支援金についても、医療分と同様に低所得者軽減を行い、例文は単身世帯(年金収入のみ)における一人当たり支援金額(50円丸め、月額、令和10年度)でみると、年収80万円の場合50円(均等割7割軽減)、同160万円の場合100円(同7割軽減)、同180万円の場合200円(同5割軽減)、同200万円の場合350円(同2割軽減)。年金収入のみの者では、これらの層がボリュームゾーンであり、年収250万円以上については上位約1割と対象が限定されるため(※)、この層をさらに細かく区切ってみていくことについては留意が必要であるが、以下、参考として、同250万円の場合550円(軽減なし、以下同じ)、同300万円の場合750円。

\* 年金収入300万円は上位約5%に該当。年金収入400万円以上は上位約1%に該当し、年金給付額が一定範囲にあるため例外的なケースであるほか、現時点で令和10年度における賦課上限を定めることができないため、金額は一概にいえない。

(注6)介護分の保険料額は、第1号保険者(65歳～)の1人当たり月額(基準額の全国加重平均)で6,225円(令和7年度)、第2号被保険者(40～64歳)の1人当たり月額(事業主負担分、公費分を含む)で6,202円(令和7年度見込額)。

## 「子ども未来戦略」における社会保険負担の軽減に向けた取組

厚生労働省  
公表資料

### 「子ども未来戦略」(抄) (2023年12月22日閣議決定)

歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で、2026年度から段階的に2028年度にかけて支援金制度を構築することとし、2028年度に1.0兆円程度の確保を図る。

### 「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律」(抄) (2024年法律第47号)

附則第47条 政府は、この法律の施行にあわせて、…「子ども未来戦略」…に基づき、社会保障負担率…の上昇の抑制に向けて、全世代型社会保障制度改革…の徹底を図るものとし、子ども・子育て支援納付金…の導入に当たっては、次項各号に掲げる各年度において、子ども・子育て支援納付金…を徴収することにより当該年度の社会保障負担率の上昇に与える影響の程度が、令和5年度から当該各年度まで全世代型社会保障制度改革等…及び労働者の報酬の水準の上昇に向けた取組を実施することにより社会保障負担率の低下に与える影響の程度を超えないものとする。

### ◆2026年度の社会保険負担軽減効果

	負担軽減効果	控除分
薬価等改定	▲0.21兆円	
診療報酬改定	+ 0.14兆円	(+ 0.46兆円)
介護報酬改定		(+ 0.13兆円)
高額療養費の見直し	▲0.07兆円	
食品類似医薬品の薬剤給付適正化	▲0.01兆円	
長期収載品の選定療養拡大	▲0.01兆円	
<b>2026年度 合計</b>	<b>▲0.17兆円</b>	<b>(+ 0.59兆円)</b>

参考) 2023年度、2024年度、2025年度の社会保険負担軽減効果

	負担軽減効果	控除分		負担軽減効果	控除分		負担軽減効果	控除分
薬価改定	▲0.15兆円		薬価等改定/薬価制度見直し	▲0.26兆円		薬価改定	▲0.12兆円	
前期財政調整における報酬調整		(+ 0.09兆円)	診療報酬改定	+ 0.05兆円	(+ 0.15兆円)※	2025年度 合計	<b>▲0.11兆円</b>	-
後期高齢者の保険料負担の見直し			介護報酬改定	+ 0.04兆円	(+ 0.06兆円)※			
2023年度 合計	<b>▲0.15兆円</b>	(+ 0.09兆円)	介護の1号保険料見直し		(+ 0.04兆円)			
			2024年度 合計	<b>▲0.17兆円</b>	(+ 0.25兆円)			

### ◎大臣折衝事項 (令和7年12月24日) (抄)

雇用者報酬の増加によって生じる社会保険負担軽減効果も踏まえ、2026年度においては、令和8年度診療報酬改定、介護報酬改定のうち、① 医療介護の現場従事者の賃上げに充当される措置であって、政府経済見通し等に照らして合理的に見込まれる一人当たり賃金の増加率を踏まえて措置されるもの、及び、② 医療現場の今後の物価上昇への対応に係る措置であって、政府経済見通し等に照らして合理的に見込まれる消費者物価指数の増加率を踏まえて措置されるものによって生じる追加的な社会保険負担については、追加的な社会保険負担額から控除する。

$$\text{社会保障に係る国民負担率を社会保険料率でみた場合} = \frac{\text{社会保険負担 (医療介護の賃上げ・物価対応による増↑)}}{\text{雇用者報酬 (雇用者全体の賃上げによる増↑)}}$$

2023～2026年度で ▲0.60兆円程度

(2028年度1.0兆円程度まで2年間で残り▲0.4兆円程度を積み上げる必要)

※医療従事者・介護従事者に対する待遇改善のための加算措置分

## 5. 関係審議会等における意見発信の状況

# (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(2025.12.18 開催)（出席:北川理事長）

議題	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 外来特例を始めとする医療保険制度改革についてヒアリング</li><li>2. 医療保険制度改革について</li><li>3. マイナ保険証の利用促進等について</li></ol>
発言	<p>2. 医療保険制度改革について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 議論の整理案については、これまで本部会で議論してきた様々な論点での幅広い意見があつたことを踏まえ、議論の方向性を的確に整理されていると受け止めている。私の発言も反映されていると理解している。</li><li>○ 今後、現役世代が急激に減少し、高齢者数がピークを迎える。また、医療の高度化等で医療費がさらに増加していくことが見込まれている。そうした中で、現役世代の社会保険料負担は既に限界を迎えており、今後は年齢にかかわらず能力に応じた負担を徹底し、給付と負担のバランスを見直すことにより、現役世代の負担軽減を図ることが重要である。</li><li>○ こうした際に、特に今般結論が出ていない論点の中で、高齢者医療における負担の在り方は、今後、見直しは避けられないものであり、多くの方の理解を得ながら進めていくべき重要なテーマである。来年度中に行う具体的な制度設計において、足元の状況を正しく理解した上で建設的な議論を進めていただきたい。</li></ul>

## (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8回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 (2025.12.15 開催) (北川理事長)

議題	高額療養費制度について
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 保険者としても、高額療養費制度は、医療保険の持つセーフティーネット機能の最たるものであると認識しており、これが充実していくことは、大変良いことではないかと考えている。</li><li>○ 多数回該当リセットについては、保険者としても課題として認識しており、保険者が替わった際のリセットが課題として記載され、今後、検討を進めていくべき課題とされたことは、評価している。</li><li>○ 実現に当たっては、保険者間の情報連携に関して、システム等実務面での課題が非常に重いので、実現に向けるという方向で、丁寧にひも解いていただきたい。多くの関係者間の調整が必要となるので、ぜひ国のリーダーシップを期待したい。</li><li>○ なお、患者の一時的な負担を減らす観点や、保険者の事務負担軽減の観点から、保険者間のシステム連携を推進する際には、事後申請による払戻しではなく、保険者が替わったとしても、マイナ保険証を用いて、医療機関の窓口で負担を不要にするようなシステム構築の検討を進めていただきたい。</li><li>○ 特定疾病については、今回、報告書からは削除されているが、特定疾病の在り方について、今回の委員会では十分に議論がされていない。制度創設以来、疾病構造や治療の在り方が変化している一方で、これまで特段の議論が行われてこなかったことは事実であるため、事務局には、ぜひとも今後の検討課題として認識していただきたい。</li></ul>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

#### 第631回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.11.28開催) (出席：鳥潟理事)

議題	調剤について（その2）
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○門前薬局ではなく、患者さんの服薬情報を一元的かつ継続的に管理し、薬物治療をしっかりとサポートする「かかりつけ薬局」への移行がなかなか進んでいない、むしろ門前薬局がいまだに増加している状況が見て取れる。</li><li>○診療報酬においても、大規模化して効率的に、かかりつけ機能や地域の拠点薬局としての機能を果たす薬局を評価し、門前薬局とはしっかりとメリハリをつけていくことが重要と考える。</li><li>○こうした中、事務局から示された資料を見ると、処方箋集中率が高い調剤基本料1を算定している薬局の実態や、処方箋集中率等の要件を潜り抜けている事例などが紹介されており、抜本的な対応にはならないものの、実態を踏まえた要件の見直しも着実に行っていく必要があると考える。</li><li>○また、患者さんが、服薬指導等で、かかりつけ薬局のメリットを実感できることが、納得のある負担につながると考える。指摘の通り、かかりつけ薬剤師指導料は、かかりつけとしての役割を果たしていることを評価すべき。</li></ul>
議題	個別事項について（その9）
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○医療資源の少ない地域の見直しや経過措置期間の延長について異論なし。そのうえで、人口の少ない地域で外来診療体制を確保するために、オンライン診療は重要な位置づけであると考える。</li><li>○ 以前、オンライン診療の広告事例などが紹介されており、不適切な事例については厳格に対応する必要があるが、一方、医師の確保が難しい局面でこそ、オンライン診療が効果を発揮するものであり、いざという時の医療機関連携とセットに進めていくべき。</li></ul>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

#### 第633回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.12.5開催) (出席：鳥潟理事)

議題	個別事項について（その12）後発医薬品・バイオ後発医薬品の使用体制②
発言	<p>○後発医薬品の体制加算について、以前も申し上げた通り、長期収載品の選定療養の導入により、後発医薬品の使用状況が大きく変化していることを踏まえると、このまま維持ということにはならないと考えている。</p> <p>○後発医薬品の使用は、患者さんにとっても、医療機関にとっても当然のこととして受け入れられたフェーズに至ったと考えており、こうした状況を踏まえて、使用状況に応じた加算という方法はなじまなくなつたと考える。</p> <p>○一方、医薬品の供給状況の悪化により、病院や薬局等で追加的な業務が生じているという実態についても検討が必要ということは、一定理解ができているところです。ただ、そもそもガイドラインの認識状況が十分でないという点は、大きな課題だと捉えている。</p>
議題	個別事項について（その13）精神医療②
発言	<p>○初診待機の問題がある中、患者さんが早期に、専門的な知識の深い精神保健指定の初診を受ける体制を確保していくことは重要であると考える。一方で、現行、診察時間で評価がわかっているが、見直しを行う際には、精神疾患の診察にあたって必要な問診や医師とのコミュニケーションが確保され、診療の質を担保することも併せて検討する必要があると考える。</p> <p>○次に、初診のオンライン精神療法については、すでに行政による対面の対応が行われている患者さんに対して、行政職員が患者の側にいるときに診察が行われているという限定的なケースと理解した。</p> <p>○基本的に、精神疾患について診断の基礎となる初診は対面で実施すべきと考えていることを申し添える。</p>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

議題	賃上げについて（その1）
発言	<p>○賃上げについて、報酬上の評価で対応する場合、被保険者や事業主の保険料負担や患者さんの自己負担の増加につながることとなる。こうした方々の納得が得られるように、医療機関や薬局の特性や状況に応じて、可能な限りきめ細やかに、公平かつ確実に、賃上げにつながる対応を検討していくことが必要と考える。</p> <p>○その際、前回のベースアップ評価料については、基本的には、届け出ていた医療機関では、賃上げが着実になされていたと受け止めている。診療所や診療行為別に算定回数に差がある点など、改善を図る必要がないかについては、さらなる実態の分析を行う必要があると思う。</p> <p>○一方、届け出の簡素化については、可能な範囲で対応する必要があると考える。</p>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

#### 第635回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.12.12開催) (出席：鳥潟理事)

議題	入院について（その8）
発言	<p>○急性期医療について、新たな地域医療構想も踏まえ、病床のみならず、地域においてその病院が果たしている機能も考慮して、評価を適正化していくべきと考えている。</p> <p>○そうした中で、急性期の入院料については、人口規模を踏まえつつ、救急搬送件数や全身麻酔手術件数も踏まえて、地域で急性期医療を支える砦となる病院を区別して、評価していく方針であり、また、21ページ目に、2つの加算の統合イメージを記載いただいているが、総合的な診療体制を有しており、かつ、高度な手術の実績が高い病院を、ほかの病院とメリハリをつけて評価していく方針と受け止めている。</p> <p>○こうした機能を持つ病院が、地域の急性期医療を支える拠点となることが、効率的な急性期医療提供体制の構築につながると考えおり、進めていくべきと考える。</p>

#### 第636回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.12.17開催) (出席：鳥潟理事)

議題	個別事項について（その16）長期収載品の選定療養②
発言	<p>○長期収載品の選定療養制度は、後発品処方が可能なケースにおいて、本人の希望で先発品を使用する場合であることから、後発品が処方される方との保険給付の公平性の観点からも、後発品と先発品の価格差の全額を「特別の料金」とする方向で見直しを図るべきと考える。少なくとも、価格差のなるべく高い割合とする見直しを、今般、行うべきと考える</p> <p>○もともと、価格差4分の1の方の多くが、50円未満であることに加え、現在、薬価制度化企画で検討されている長期収載品の薬価の適正化を踏まえると、患者負担割合を引き上げたとしても、患者負担への影響も一定緩和されると認識している。</p>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

第637回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.12.19開催) (出席：鳥潟理事)

議題	個別事項について（その17）これまでの指摘に対する回答
発言	<p>○訪問看護について、5ページ目にあるとおり、訪問看護管理療養費Ⅱを算定している患者は、いずれの疾病においてもⅠを算定している患者よりも訪問日数や訪問回数が多くなっている一方、9ページ目に示された通り、ⅠとⅡでは、別表7に該当する患者さんの割合に大きな違いがなかったことがわかる。</p> <p>○高齢者住宅に隣接し、効率的に訪問看護を提供する訪問看護ステーションについて、訪問数に応じた評価や加算の方法をとるのは、過不足のない訪問看護の実施の観点から、少し難しいのではないかと思う。同一建物の利用者への訪問看護について、包括的な評価の在り方や、合算した訪問時間の考慮などを検討すべきと考えている。</p>
議題	個別事項について（その18）医療DX
発言	<p>○医療DXに関して、今年の12月にマイナ保険証を基本とする仕組みに完全移行したところである。そのため、マイナ保険証の利用を促進する医療DX推進体制整備加算については、その役割を終えたものと受け止めており、廃止すべきと考える。今後は、マイナ保険証の利用やオン資の体制整備は前提条件として、医療DXの取組を評価していく必要があると考える。</p> <p>○一方で、電子処方箋については、薬局以外の施設では普及が不十分であり、電子カルテについては、病院や診療所における導入促進に加えて、情報共有サービスの運用が待たれるところである。</p> <p>○これらについては、システム運営費が被保険者の保険料により賄われていることを踏まえつつ、電子処方箋や電子カルテによる他施設の受診状況や服薬状況の確認や情報提供により、患者さんがメリットを享受できることに対しての評価のあり方を検討すべきと考える。</p>

### (3) 中央社会保険医療協議会 総会

第638回 中央社会保険医療協議会 総会 (R7.12.24開催) (出席：鳥潟理事)

議題	医療法等改正を踏まえた対応について
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○将来にわたって地域で必要な医療提供体制を確保するため、医師偏在是正は非常に重要な課題であり、改正医療法に基づき、地域で実効性のある取り組みが進められるようにしていく必要がある。</li><li>○改正医療法において、外来医師過多区域の新規開業者に対して、都道府県知事の要請や勧告、保健医療機関の指定期間の縮小が定められたが、要請の実効性をさらに担保するためにも、要請に応じない場合の診療報酬上のディスインセンティブを設定する必要があると考える。</li><li>○こうした中、要請に応じない医療機関に対して、論点で示されている機能強化加算や地域包括診療加算等、かかりつけ医機能や地域医療体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬上の評価については、取得できない方向とすべきと考える。</li></ul>

## (4) 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会

### 第242回 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 (R7.12.3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	<p>○オーソライズド・ジェネリック（AG）やバイオAGについて、先発品の薬価と同額とする方針で異論なし。AGか否かを判断するために薬価基準収載希望所に記載を求めるることは必要なことだと思うが、客観的な判断を可能とできるよう、今後も継続的に検討いただきたいと考えている。</p> <p>○なお、AG・バイオAGについては、長期収載品と同様に扱っていくという方針と受け止めている。そのため、長期収載品の選定療養制度や各種加算等の後発品使用状況の要件においても、整理し直す必要があると考えている。</p> <p>○不採算品再算定について、該当類似薬のシェアが一定割合以上の場合に対象とする点について、少数多品目構造を解消し、安定供給を確保する方針を後押しする観点から重要であると考える。</p> <p>○加えて、前回の議論でほかの委員から指摘があったが、供給改善に寄与するもののみを対象とするべきであり、市場から撤退する予定の品目については対象外とする必要があるとともに、例えば、数量シェアが極端に低い品目について、今後、安定協供給に寄与するほどの供給増が見込まれないと想定されるため、対象外とすることもあり得るのではないかと考える。</p>

## (4) 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会

### 第243回 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 (R7.12.10開催) (出席：鳥潟理事)

議題	関係業界からの意見聴取について
発言	<p>○不採算品再算定を適用したにもかかわらず、シェアがゼロとなっている企業がある。おそらく市場を撤退していると思う。市場を撤退予定や数量シェアが極端に低い品目への不採算品再算の適用には慎重にならざるを得ない。全品が通常出荷になるのがゴールではなく、我々が見たいのは、需要に対してどれだけ供給を満たせるかということ。</p> <p>来年度は試行期間が終わり、企業指標の個別企業の評価結果の公表が必要と考えているが、準備できているか。</p> <p>→不採算品再算定を適用した品目には、様々なケースがある。原薬の供給が停止されてしまったように、意図せず、辞めざるを得ない、とか、増産したが意図せず市場が流れてしまい、限定出荷解除できないケースもある。責任者会議で情報共有をしていく。</p> <p>企業指標の公表について、対応を変えることはない。BやCの中にも供給を真摯に対応しているものがある中、Aに流れていくことになると、需給バランスが崩れることになるため、A企業に余力があることが望まれる。</p>

## (4) 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会

### 第244回 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 (R7.12.12開催) (出席：鳥潟理事)

議題	令和8年度薬価制度改革の骨子（たたき台）について
発言	<p>○不採算品再算定について、これまで特例的な対応を行っている一方、供給不安はまだ解消していないと認識している。こうした中で、今回の薬価制度改革では、供給改善に真に寄与する品目のみ対象とすべきであり、品目統合への影響も配慮すべきと考えている。</p> <p>○そのため、資料に記載されている要件に加えて、市場からの撤退や供給改善への寄与が難しいシェア率の品目まで支えが必要なのか、その在り方について検討が必要ではないかと考える。</p> <p>○また、業界ヒアリングで伺ったが、企業指標については、個別企業の評価結果の公表を行ってこそ、その目的が果たされると思う。価格帯集約で企業指標のさらなる活用を行うのであれば、個別企業の公表もセットで検討いただければと思う。</p>

## (4) 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会

### 第245回 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 (R7.12.26開催) (出席：鳥潟理事)

議題	令和8年度薬価制度改革の骨子（案）について
発言	<p>○不採算品再算定について、供給改善に寄与するもののみを対象とするべきと繰り返し申し上げてきたところであり、示された案は、そういった考え方で、整理されたものととらえている。今般の薬価制度改革で不採算品再算定の対象となった品目について、供給状況やシェアがどのように変化したのか、今後、ぜひとも、お示しいただきたいと考える。</p> <p>○また、最低薬価の引き上げは、物価高騰を踏まえたものであり、価格の調整弁とならないよう、販売価格に適切に反映されることを、今後、確認していきたいと考えている。</p>

## (5) 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会

### 第75回 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会 (R7.12.26開催) (出席：鳥潟理事)

議題	令和8年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
発言	<p>○費用対効果評価制度のさらなる活用として、価格調整の対象範囲の拡大に向けて、議論の道筋が示されたことは一定評価したいと思う。</p> <p>○既存の比較対象技術と比べて追加的な有用性がなく、単に費用増加となる医薬品について、例として記載されている案は合理性があると考え、ぜひとも検討を進めていただきたい。</p>

## (6) 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

### 第8回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 (R7.12.12 開催) (出席：川又理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（高齢者救急、医療機関機能）</li><li>○ 医師確保計画の見直し等について</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 先週成立した医療法等の改正法案について、施行が来年4月のものもあるが、施行に向けた準備を加速していただきたい。</li><li>○ 本日示されたものは、当該法律事項の一つとして、外来医師過多地域における新規開業希望者の要請、勧告、公表というような措置や、保険医療機関の指定期間の短縮措置であるが、基本的に細かな部分は示された方向性で進めていただきたいが、いずれにしても、真に実効性のある取組、形骸化して機能しない（制度はあるが使われない）ということがないように、運用をお願いしたい。</li><li>○ また、医療法の修正の中身にも一部記載があったが、効果が上がっていないと考えられる地域においては、再検討する規定も盛り込まれたと承知しているため、施行後の効果検証および必要な見直しは継続的に進めいただきたい。</li></ul>

# 医療法等の一部を改正する法律の概要

## 改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在は正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

## 改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

### 1. 地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
  - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療・介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
  - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
  - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

**厚生労働大臣**は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

### 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。  
保険者からの提出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

### 3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。  
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。  
政府は、令和12年12月31までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。  
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

## （その他）

- ・政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方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。
- ・政府は、都道府県が医師手当事業を行っており、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な待遇の確保について、その待遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

## 施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

# 医療法等の一部を改正する法律案 外来医師過多区域における要請に係る関係条文

## ○ 医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行】

第三十条の十八の五 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適當と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

一 第三十条の四第二項第十一号口に規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ 地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項

ロ 外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

二～七 （略）

2～6 （略）

第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

2 都道府県知事は、前項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を公示しなければならない。

3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。

5 届出者等は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、当該協議の場における協議に参加し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。

8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。

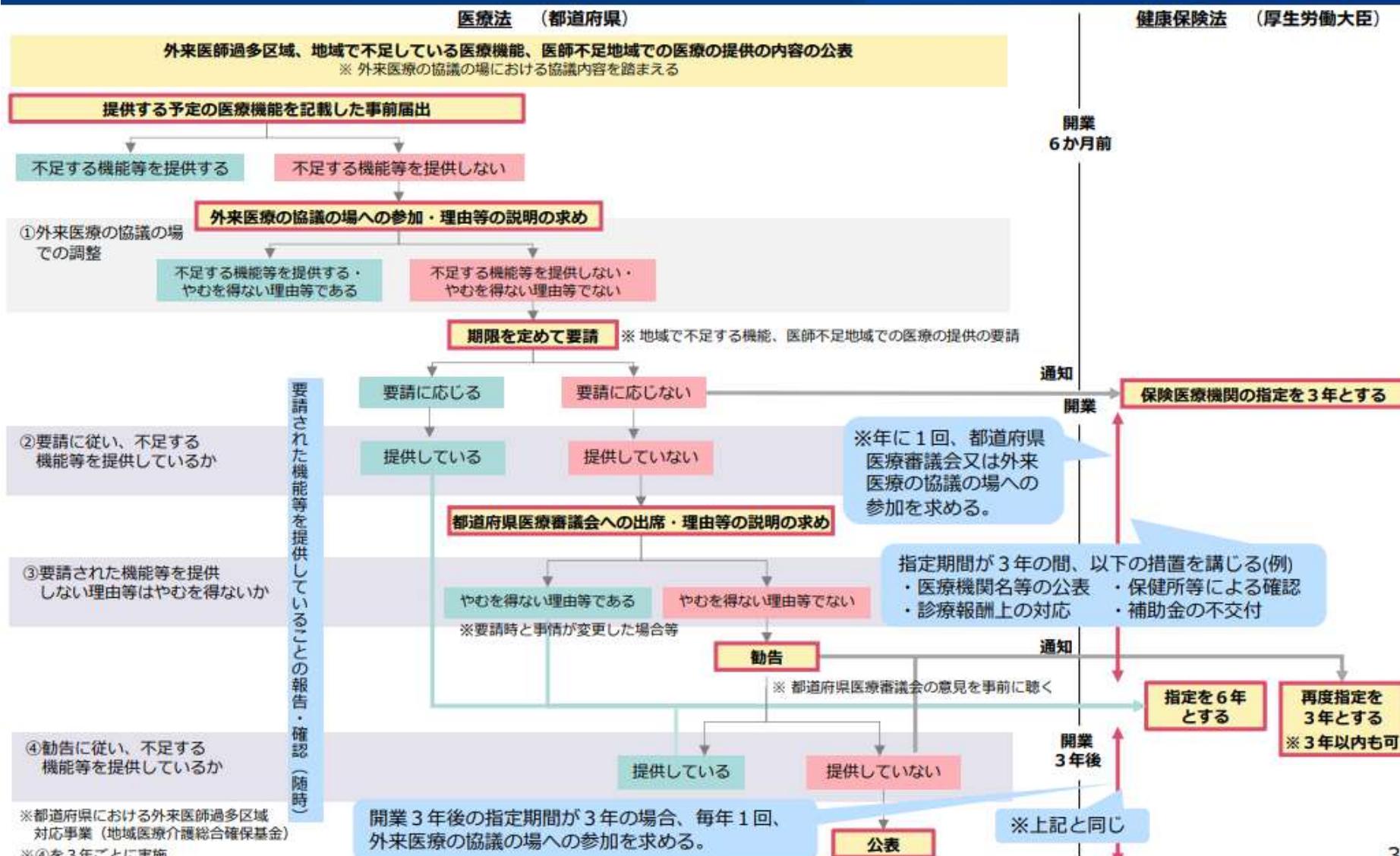
10 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

## ○ 健康保険法

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同一条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

# 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）



## 外来医師過多区域における課題と関係条文

課題	医療法等の一部を改正する法律案の関係条文
①外来医師過多区域の基準及び指定方法	第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、 <u>外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの</u> がある場合において、当該区域のうち、特に <u>地域外来医療を確保する必要がある区域</u> があると認めるときは、 <u>当該区域を指定するものとする</u> 。
②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容	第三十条の十八の五 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適當と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について <u>協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする</u> 。 <ul style="list-style-type: none"> <li>一 第三十条の四第二項第十一号口に規定する指標によって示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項</li> <li>イ 地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項</li> </ul>
③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の対象外となる場合	第三十条の十八の六 （略） <ul style="list-style-type: none"> <li>3 第一項の指定を受けた区域において、<u>診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六ヶ月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。</u></li> </ul>
④事前届出の流れ	4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、 <u>前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めること</u> ができる。
⑤協議の場	
⑥要請・勧告	第三十条の十八の六 （略） <ul style="list-style-type: none"> <li>6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、<u>理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。</u></li> <li>7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、<u>当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。</u></li> <li>8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。</li> <li>9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、<u>理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。</u></li> <li>11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による<u>勧告をしたとき</u>又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を<u>厚生労働大臣に通知するものとする</u>。</li> </ul>
⑦保険医療機関の指定期間の短縮と厚生労働大臣への通知	第三十条の十八の六 （略） <ul style="list-style-type: none"> <li>11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による<u>勧告をしたとき</u>又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を<u>厚生労働大臣に通知するものとする</u>。</li> </ul>
	<p><b>改正後の健康保険法</b></p> <p>第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行つに当たっては、三年以内の期限を付することができる。</p>

## (7) 介護保険関係

### 第130回 社会保障審議会介護保険部会 (R7.12.1 開催) (出席:鳥潟理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 持続可能性の確保</li><li><input type="radio"/> 論点ごとの議論の状況</li><li><input type="radio"/> その他</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 論点③について、所得要件と配慮措置の内容について、まず、所得要件については、前回、医療・介護間で、可能な限り、整合をとるべきと申しましたが、医療と比べて介護は、継続的なサービス利用が考えられることも考慮されて、この選択肢が示されているのだと認識した。</li><li><input type="radio"/> それでも可能な限り整合を図るとともに、人口減少・少子高齢化社会において、能力に応じた負担という全世代型社会保障の実現により、介護保険制度の持続可能性を図る観点から、なるべく多くの方が「一定以上所得」の対象になるように、所得要件を設定すべきと考える。</li><li><input type="radio"/> また、配慮措置について、②は、能力に応じた負担という観点から一定理解はできるものの、預貯金等の正確な把握が困難であることに加え、自己負担割合は所得基準で設定しているという制度の整合性の観点から、①の負担増加の上限を設定する方が現実的であると考えます。もし、②をとる場合においては、正確な把握と事務負担の軽減が両立できるよう配慮が必要であり、また时限の措置とすべきと考える。</li><li><input type="radio"/> 論点④について、22ページ示された方針で進めていくべきと考える。</li><li><input type="radio"/> 論点⑥について、介護保険制度において、ケアマネジメントは当然あるべきものとして、その役割が関係者の中で確立されており、利用者や事業者の方に十分に普及したと考えます。制度の持続可能性に加えて、他のサービスとの整合性や、利用者がケアマネのサービスに関心を高めるためにも、一律に幅広く利用者負担を求めていくべきと考える。なお、その際には低所得の方への一定の配慮は必要と考える。</li><li><input type="radio"/> 業務負担のあり方や有料老人ホームの対応について、給付管理等の事務に要する部分に自己負担を求めないことは、制度導入当初、ケアマネジメントを10割給付とした趣旨から少し離れるものであり、また、有料老人ホームは、同様の他のサービス利用者との公平性の観点からも、少なくともこれらについては自己負担を求めるようにしていくべきと考える。</li></ul>

## (7) 介護保険関係

### 第132回 社会保障審議会介護保険部会 (R7.12.22 開催) (出席:鳥潟理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> とりまとめに向けた議論</li><li><input type="radio"/> その他</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 給付と負担について、これまで本部会で幅広い意見があったことを踏まえつつ、その方向性について整理いただいたものと受け止めている。</li><li><input type="radio"/> ケアマネについては、制度の持続可能性に加えて、他のサービスとの整合性や、利用者がケアマネのサービスに関心を高めるためにも、一律に幅広く利用者負担を求めていくべきと考えており、今般、今まで、整理ができなかつたことは残念である。今後、第10期の計画期間に向けて、議論を深めていくべき課題と認識している。</li><li><input type="radio"/> 一方、少なくとも、有料老人ホーム入居者への新たな相談支援の類型については、同様の他のサービス利用者との公平性の観点からも、今回、利用者負担を求める方向とすべきであり、資料に記載されたとおり進めていくべきである。</li><li><input type="radio"/> また、「検討中」となっているが、2割負担の対象範囲について、人口減少・少子高齢化社会において、現役世代の保険料負担が限界を迎えており、能力に応じた負担により、制度の持続可能性を図る観点から、対象範囲の拡大は不可欠であると考えている。これ以上先延ばしできない課題であり、今回で確実に見直しについて方向性をまとめるべきと考える。</li></ul>

## (7) 介護保険関係

### 第133回 社会保障審議会介護保険部会 (R7.12.25 開催) (出席:鳥潟理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> とりまとめに向けた議論</li><li><input type="radio"/> その他</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 2割負担の「一定以上所得」の判断基準については、介護サービスの質の向上を図りながら、現役世代の負担にも配慮し、介護保険制度の持続可能性を高めていくためにも、能力に応じた負担の観点から見直しは避けられないものであり、議論の先送りは非常に残念である。</li><li><input type="radio"/> 第10期介護保険事業計画期間の開始前までに確実に結論を得ていただくようお願いする。</li></ul>

# 介護保険制度の見直しに関する意見（案）（概要）

社会保障審議会  
介護保険部会（第133回）  
令和7年12月25日

資料2

- 2040年には、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口、認知症高齢者、独居の高齢者等の増加とともに、生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域の規模によって高齢化・人口減少のスピードに大きな差が生じることも踏まえ、早急な対応が求められる。
- このような社会環境の変化の中にあっても、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する場所で安心して生活できる社会を実現するため、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化や、これらを通じた地域共生社会の更なる実現・深化を行うことが必要。
- 福祉サービス間の連携に加え、介護や福祉以外の地域資源（地域におけるまちづくりや高齢者の移動支援等の取組）との効果的な連携が重要。

## I 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

### 1. 地域の類型を踏まえたサービス提供体制・支援体制

#### ○地域の類型の考え方

- ・計画策定プロセスにおいて、該当する地域類型を意識しながら、都道府県・市町村等の関係者間で議論を行うことが必要である

#### ○中山間・人口減少地域（サービス需要が減少する地域）

- ・サービス提供の維持・確保を前提として、利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、新たな柔軟化のための枠組みを設ける
- ・特別地域加算の対象地域を基本としつつ、高齢者人口の減少に着目した地域の範囲について国において一定の基準を示す（市町村内的一部エリアを特定することも可能）★
- ・対象地域は、計画策定プロセスにおいて市町村の意向を確認し、都道府県が決定する

#### ○大都市部（2040年にかけてサービス需要が増加し続ける地域）

#### ○一般市等（2040年までの間にサービス需要が増加から減少に転じる地域）

- ・高齢者人口の増減・サービス需要の変化の見通しに基づき、現行制度の枠組みを活用したサービス基盤の維持・確保が求められる

### 2. 中山間・人口減少地域における柔軟な対応等

#### ○特例介護サービスの枠組みの拡張

- ・中山間・人口減少地域において、職員の賃金の改善に向けた取組、ICT機器の活用や、サービス・事業所間の連携等を前提に、職員の負担への配慮やサービスの質の確保の観点も踏まえ、管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等を行うため、特例介護サービスに新たな類型を設ける（施設サービスや特定施設入居者生活介護も対象）★

★：今後、詳細の要件や報酬設定等について介護給付費分科会等で議論することとされている項目

#### ○地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み

- ・特例介護サービスの新たな類型の枠組みにおいて、例えば訪問介護について、現行のサービス提供回数に応じた出来高報酬と別途、包括的な評価（月単位の定額払い）を選択可能とする★

#### ○介護サービスを事業として実施する仕組み

- ・中山間・人口減少地域における柔軟なサービス基盤の維持・確保の選択肢の一つとして、給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業（地域支援事業の一類型）により、給付と同様に介護保険財源を活用し、事業者がサービス提供を可能とする仕組みを設ける

#### ○介護事業者の連携強化

- ・地域の法人・事業所が一定期間にわたり事業継続する役割を担い、複数事業所間の連携を促進し、業務効率化等の取組を推進する仕組みを設け、必要な支援を行う★

#### ○既存施設の有効活用

- ・国庫補助により取得・改修等をした介護施設等を別の用途に供する際、一定の範囲内で国庫納付を求めない特例を拡充する

#### ○調整交付金の在り方

- ・より精緻な調整を行う観点から、年齢区分を3区分から7区分に変更する

### 3. 大都市部・一般市等における対応

#### ○定期巡回・隨時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の統合

- ・夜間対応型訪問介護を廃止し、定期巡回・随时対応型訪問介護看護と統合する

※多様なニーズに対応したサービスを提供するため、高齢者のニーズに沿った多様な住まいの充実（Ⅱ3）、テクノロジーの活用支援（Ⅲ2）等の取組を併せて推進する

## II 地域包括ケアシステムの深化

### 1. 地域包括ケアシステムの深化に向けて

- ・2040年に向けて、可能な限り住み慣れた地域で自立して日常生活を営むことができるよう、都道府県・市町村及び関係者が地域の状況に合わせて地域包括ケアシステムを深化させが必要である

### 2. 医療・介護連携の推進

#### ○医療と介護の協議の場等

- ・総合確保方針に基づく協議の場を再編成するとともに、2040年に向けて介護の提供体制等について本格的に議論する体制を構築する

### 3. 有料老人ホームの事業運営の透明性確保、高齢者への住まい支援

#### ○有料老人ホームにおける安全性及び質の確保

- ・中重度の要介護者等を入居対象とする有料老人ホームについて登録制といった事前規制を導入する
- ・あわせて、更新制や一定の場合に更新を拒否する仕組みを導入する
- ・事業廃止や停止等の場合の関係者との連絡調整を義務付ける

#### ○入居者による有料老人ホームやサービスの適切な選択

- ・契約書や重要事項説明書の契約前の書面説明・交付を義務付ける

#### ○入居者紹介事業の透明性や質の確保

- ・公益社団法人等が優良事業者を認定する仕組みを創設する

#### ○いわゆる「困い込み」対策の在り方等

- ・介護事業所と提携する有料老人ホームにおいて、ケアマネ事業所やケアマネジャーの独立性を担保する体制を確保する
- ・住まい事業と介護サービス等事業の会計を分離独立させる

#### ○住まいと生活の一体的支援

- ・改正セーフティネット法も踏まえ、居住施策との連携を促進する

### 4. 介護予防の推進、総合事業の在り方

#### ○介護予防・日常生活支援総合事業

- ・都道府県の伴走支援や多様な主体とのつながりづくり等の更なる支援を推進するとともに、総合事業の実施状況等を把握する仕組みを構築する

#### ○介護予防を主軸とした多機能の支援拠点

- ・高齢者の介護予防を主軸とし、障害、子育て、生活困窮等の地域の抱える課題の支援を一体的に実施する多機能の拠点を整備する

### 5. 相談支援等の在り方

#### ○頼れる身寄りがない高齢者等への支援

- ・ケアマネジャーの法定外業務（いわゆるシャドウワーク）として実施せざるを得ないケースも多い、頼れる身寄りがない高齢者等の抱える生活課題について、地域課題として議論できるよう地域ケア会議の活用を推進する
- ・包括的支援事業（総合相談支援事業等）において頼れる身寄りがない高齢者等への相談対応等を行うことを明確化する

#### ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの在り方

- ・介護予防ケアマネジメントについて居宅介護支援事業所の直接実施を可能とする

#### ○ケアマネジャーの資格取得要件、更新制・法定研修の見直し等

- ・介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件である国家資格を追加するとともに、実務経験年数を5年から3年に見直す
- ・介護支援専門員証の有効期間の更新の仕組みを廃止し、引き続き定期的な研修の受講を行うことを求め、事業者への必要な配慮を求める

#### ○有料老人ホームに係る相談支援

- ・登録制といった事前規制の対象となる有料老人ホームの入居者に係るケープラン作成と生活相談のニーズに対応する新たな相談支援の類型を創設する★

### 6. 認知症施策の推進等

- ・自治体の認知症施策推進計画の策定を通じて共生社会の実現を推進する

## III 介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援

### 1. 総合的な介護人材確保対策

#### ○人材確保のためのプラットフォーム

- ・都道府県単位で人材確保のためのプラットフォームを構築する

### 2. 介護現場の職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、協働化等の推進

#### ○生産性向上等による職場環境改善、経営改善支援等

- ・国及び都道府県の責務として位置付ける
- ・人材確保のためのプラットフォームの中で、生産性向上による職場環境改善、経営改善支援等に向けた関係者との連携の枠組みを構築する

- ・人材確保や生産性向上による職場環境改善、経営改善支援等について、都道府県計画における位置付けを明確化する
- ・国・都道府県においてテクノロジーの更なる活用を支援する

#### ○事業者間の連携、協働化等

- ・バックオフィス業務等の間接業務の効率化等を進める

#### ○科学的介護の推進

- ・国に科学的介護を推進していく役割があることを明確化する

## 1. 2040年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方

### ○中長期的な推計、2040年に向けた地域課題への対応

- ・2040年に向けた中長期的な推計を計画の記載事項に追加する
- ・地域における2040年に向けたサービス提供の在り方について、都道府県・市町村及び関係者間で議論を行う

## 2. 給付と負担

### ○1号保険料負担の在り方

- ・被保険者の負担能力に応じた保険料設定について、引き続き検討を行う

### ○「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

- ・能力に応じた負担と、現役世代を含めた保険料負担の上昇を抑える観点から、「一定以上所得」の判断基準の見直しについて検討する必要がある。検討に当たっては、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等に加えて、令和8年度に見込まれる医療保険制度における給付と負担の見直し、現在補足給付について行われている預貯金等の把握に係る事務の状況等を踏まえ、本部会で継続検討し、第10期介護保険事業計画期間の開始（令和9年度～）の前までに、結論を得る
- ・「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う

### ○補足給付に関する給付の在り方

- ・第3段階②の負担限度額の上乗せを行う（令和8年度～）
- ・第3段階①と②をそれぞれ2つ（ア・イ）に区分し、第3段階①イ・②イの負担限度額の上乗せを行う（令和9年度～）

### ○多床室の室料負担

- ・在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において検討を行う ★

### ○ケアマネジメントに関する給付の在り方

- ・住宅型有料老人ホームの入居者に関して、ケアプラン作成を含めて利用者負担の対象としている特定施設入居者生活介護等との均衡の観点から、登録制といった事前規制の対象となる有料老人ホームの入居者に係る新たな相談支援の類型（Ⅱ5）に対して利用者負担を求めることが考えられるところ、丁寧に検討を行う

## ○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

- ・多様なサービス・活動の整備の進捗状況、従前相当サービス等における専門職の役割、専門職によるサービスと地域の支え合いの仕組みの連携の実施状況など、検討に必要なデータを多角的に収集・分析しつつ、市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、引き続き、包括的に検討を行う

## ○被保険者範囲・受給者範囲

- ・介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行う

## ○金融所得、金融資産の反映の在り方

- ・金融所得の保険料や窓口負担等への反映については、後期高齢者医療制度での対応状況も踏まえつつ、将来的な導入について、制度面・運用面等の総合的な観点から、引き続き検討を行う
- ・金融資産の反映の在り方については、政府として預貯金等へのマイナンバーの付番を推進し、その状況を踏まえて、預貯金等の確認でのマイナンバーの活用について、引き続き検討を行う

## ○高額介護サービス費の在り方

- ・制度の運用状況を踏まえ、引き続き検討を行う

## 3. その他の課題

### ○介護被保険者証の事務・運用

- ・65歳到達時の交付から要介護認定申請時等の交付に変更する
- ・電子資格確認を導入する
- ・資格喪失時等の返還義務を一部免除する
- ・65歳到達時等の機会を捉えて、介護保険についての広報啓発を行う

### ○高齢者虐待防止の推進

- ・高齢者住まいにおける高齢者虐待防止の取組を推進する

### ○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進

- ・全国レベルでの情報収集・分析を行い、事故発生の防止に有用な情報を介護現場にフィードバックする

### ○要介護認定

- ・申請代行が可能な者を拡大する
- ・主治医意見書の事前入手が可能である旨を明確化する

### ○特定福祉用具販売

- ・貸与と販売の選択制の導入に伴い利用者への継続的な関与が必要とされていることを踏まえた制度上の所要の整備を行う

### ○国民健康保険団体連合会の業務

- ・介護報酬に関連する補助金の支払事務について、委託を受けて行うことを可能とする

## (7) 介護保険関係

### 第250回 社会保障審議会介護給付費分科会 (R7.12.12 開催) (出席：鳥潟理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 介護人材確保に向けた処遇改善等の課題</li><li>○ 改定検証調査（1）の集計状況について（速報）</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 介護人材の確保に向けて、昨今の他産業の状況を踏まえ、介護従事者の処遇改善の必要性については、理解できるところ。</li><li>○ 一方、介護報酬で対応する場合、被保険者や事業主の保険料負担につながることとなる。</li><li>○ 介護職員等処遇改善加算の拡充については、期中の対応になることを踏まえ、保険料負担や保険財政への影響にも十分配慮した上で、検討をしていただくようお願いする。</li><li>○ また、人材確保においては、職場環境の改善も重要であり、各事業所における生産性向上や協働化の取組についてもさらなる推進を期待したい。</li></ul>

## (7) 介護保険関係

### 第251回 社会保障審議会介護給付費分科会 (R7.12.19 開催) (出席：鳥潟理事)

議題	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 令和8年度介護報酬改定 審議報告のとりまとめに向けて</li></ul>
発言	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 介護職員の人材確保に向けて、他職種とそん色のない処遇改善の実現は重要な課題であり、資料について、今般の改定についてこれまで議論してきた意見を踏まえた考え方を整理して、取りまとめていただいたと受け止めている。</li><li>○ 一方、繰り返し申し上げるが、介護報酬で処遇改善の対応をする場合、被保険者や事業主の保険料負担につながることとなる。</li><li>○ 保険料を負担する方の理解が得られるように、生産性向上や協働化の取組もセットで対応いただくとともに、次期報酬改定に向けては、実態を踏まえたきめ細やかな対応の検討や、適正化や効率化についても、しっかりと議論を行いたいと考えている。</li></ul>