

「歴史的課題への挑戦と未来への躍進」の  
実現に向けた提案・要望

<針路別提案・要望>

針路3 介護・医療体制の充実

# ■地域で高齢者が安心して暮らせる社会づくり



## 1 介護保険財政の国負担の見直し



要望先：厚生労働省

県担当課：地域包括ケア課

### ◆提案・要望

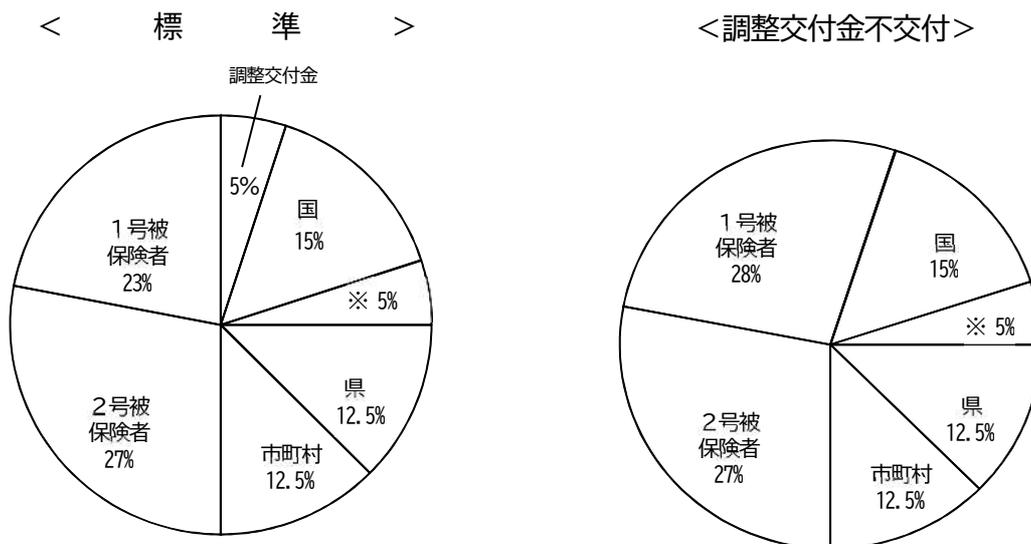
国は、全市町村に対し介護給付費の25%（施設給付費は20%）を負担し、調整交付金はその外枠の制度とすること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 介護保険法により、国は給付費の25%（施設給付費は20%）を負担することとされている。しかし、給付費の5%相当分は、調整交付金として後期高齢者等の人口比率や第一号被保険者の所得状況などに応じて市町村ごとに増減されている。
- ・ 調整交付金が減ぜられた場合、その分は第一号被保険者の保険料で賄うこととなり、例えば不交付（調整交付金額0円）の保険者の第一号被保険者は、標準（調整交付割合5%）の場合よりも約21.7%高い保険料を負担しなければならない。
- ・ なお、調整交付金の算定方法について、特に年齢が高い高齢者の分布をきめ細かく反映させるための見直しが行われているが、令和6年度の本県の普通調整交付金の平均交付割合は2.37%（令和5年度2.39%）であり、依然として5%を大きく下回る。（不交付団体は8保険者（令和5年度8保険者））

### ◆参考

○介護給付費の負担割合



※この「5%」は、施設給付費以外では国が負担し、施設給付費では県が負担する。

## 2 介護保険制度における低所得者対策の充実



要望先：厚生労働省  
県担当課：地域包括ケア課

### ◆提案・要望

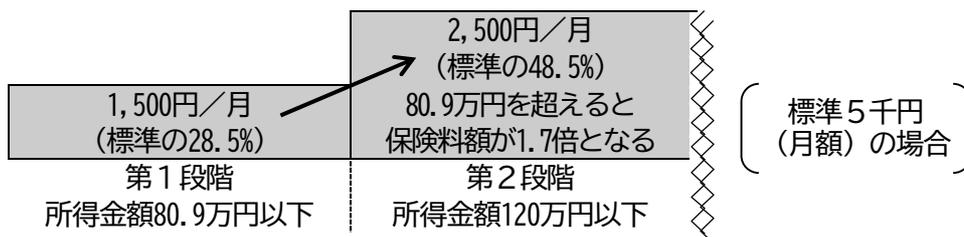
- (1) 低所得者層の段階の細分化を可能とするなど負担能力に応じてきめ細かく介護保険料が定められる制度とすること。
- (2) 低所得者の利用者負担を軽減する補足給付及び社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度について、特定のサービスや経営主体に限定することなく、居住費を伴うサービス全般に広げるなど拡充を図ること。
- (3) 低所得者の負担能力の判定基準については、介護保険制度の中で共通の算定方法とすること。
- (4) 介護職員の賃上げにより、介護保険料や自己負担額について過度の負担が低所得者にかかることのないよう配慮すること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 国民皆保険制度である介護保険の保険料や利用に要する負担は、被保険者の負担能力に応じたものでなければならないが、保険料については、住民税が非課税になっている者の所得区分が介護保険法で5区分に固定されており、保険者の裁量できめ細かく設定することができない。
- ・ 利用者の負担を軽減する補足給付については、低所得者の居住費（滞在費）と食費に係る負担を軽減する給付であるにもかかわらず、認知症高齢者グループホームや特定施設入居者生活介護等が対象外である。また、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度については、利用者の状況にかかわらず、サービスの提供主体が社会福祉法人又は市町村の場合に限られる。  
この2つの制度は、利用者の状況に関わらず、類似・同等のサービスの利用であってもサービス提供主体等の状況によって利用者の負担が大きく異なっている。  
また、令和3年に補足給付について預貯金や収入の要件が見直され、一部の利用者の食費に係る負担が大幅に増えたほか、令和6年からは居住費の負担限度額が増額になっている。このことで、介護保険施設やショートステイの利用が避けられてしまうことのないよう、低所得者の食費・居住費の負担軽減の拡充が図られるべきである。
- ・ また、保険料や利用料の算定方法は、制度によって基準が異なり、非課税年金を考慮するもの、預貯金を勘案するもの、家族・配偶者の資力を勘案するものなど様々であり、同程度の資力であっても、収入の種類等により算定される額が大きく異なってしまう、利用者の負担能力に真に応じた制度とはなっていない。
- ・ 令和6年度からの第9期介護保険事業計画期間においては、低所得者の保険料標準乗率が引き下げられ、低所得者の負担軽減が図られる一方で、介護報酬改定等により介護保険料が増額となる低所得者もいる。

◆参考

○介護保険料の段階について <例：第1段階と第2段階>



○介護保険料の標準的な段階

段階	保険料率	対 象 者		
		住民税(本人)	住民税(世帯)	本人の前年の合計所得金額+年金収入金額の合計額
第1	28.5%	—	—	(生活保護受給者) (老齢福祉年金受給者) 80.9万円以下
第2	48.5%	非課税	非課税	80.9万円超 120万円以下
第3	68.5%			120万円超
第4	90%			80.9万円以下
第5	100%	課税	課税	80.9万円超
第6	120%			120万円未満
第7	130%			120万円以上 210万円未満
第8	150%			210万円以上 320万円未満
第9	170%			320万円以上 420万円未満
第10	190%			420万円以上 520万円未満
第11	210%			520万円以上 620万円未満
第12	230%			620万円以上 720万円未満
第13	240%			720万円以上

※ 預貯金等は判断基準ではない。

○利用料(食費・居住費等)に対する補足給付、社会福祉法人等による軽減制度について

	補足給付 (特定入所者介護サービス費)	社会福祉法人等による 利用者負担額軽減制度
対象者	住民税世帯非課税等 (預貯金等500万円以下~650万円以下)	住民税世帯非課税、単身年収150万円以下等
事業主体	(制限なし)	社会福祉法人または公営に限る
対象サービス	・特別養護老人ホーム(地域密着含む) ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・ショートステイ(療養介護を含む)	・特別養護老人ホーム(地域密着含む) ・ショートステイ 等
対象外サービス	・グループホーム、有料老人ホーム 等	・グループホーム、有料老人ホーム 等

○所得と負担能力の比較例

下表のAさんとBさん：収入金額がほぼ同じであるにもかかわらず、収入の種類等により保険料と利用料(補足給付)の負担の判断が逆となる例

- ・介護保険料 Aさん<Bさん (Bさんの方が、負担が大きい)
- ・補足給付 Aさん>Bさん (Aさんは給付対象外のため、利用料負担が大きい)

下表のBさんとCさん：Cさんが、収入金額が少ないにもかかわらず、課税収入があるため、収入金額が多いBさんより保険料も利用料も高くなる例

- ・介護保険料 Cさん>Bさん (Cさんの方が、負担が大きい)
- ・補足給付 Cさん>Bさん (Cさんは給付対象外のため、利用料負担も大きい)

		Aさん	Bさん	Cさん
所得・ 資産の 内容	a 公的年金等収入金額	79万円	180万円	160万円
	b 非課税年金収入金額	100万円	0円	0円
	c (小計)	179万円	180万円	160万円
	d 合計所得金額	0円	70万円	50万円
	e 住民税	非課税	非課税(寡婦)	課税
	f 預貯金等	3千万円	400万円	100万円
負担の 内容	介護保険料	第1段階 (基準額の28.5%)	第3段階 (基準額の68.5%)	第6段階 (基準額の120%)
	補足給付	給付対象外	給付対象	給付対象外

### 3 認知症施策の推進【新規】



要望先：厚生労働省  
県担当課：地域包括ケア課

#### ◆提案・要望

- (1) 認知症になってからも住み慣れた地域で希望をもって自分らしく暮らし続けることができる社会の実現に向けて、正しい知識と理解の普及や認知症の人と家族を社会全体で支える体制の構築、地域の実情に応じた体制づくりに対する恒久的な財政措置を行うこと。
- (2) 若年性認知症の人たちの就労の継続を含めた社会参加等、本人の力を最大限生かせる環境整備を行うこと。

#### ◆本県の現状・課題等

- 令和6年5月に国の公表した試算によると、認知症高齢者の数は、2040年には約584万人となる推計である。本県についても34.5万人と推計され、高齢者の約15パーセントを占めることになり、誰もが認知症になり得る時代となる。
- こうした中、令和6年12月3日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づく国の「認知症施策推進基本計画」が閣議決定された。計画では、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を目指すため、認知症の人本人の声を尊重し、「新しい認知症観」に基づき施策を推進することが掲げられている。  
また、国民一人一人が「新しい認知症観」を理解していることが重要であることから、上記の国の基本計画でも重点目標として設定されている。
- 埼玉県でも「新しい認知症観」を普及するために認知症サポーターの養成を推進するとともに、チームオレンジを整備するなど、地域の実情に応じて、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせる社会環境を確保する取組を進めてきたところである。
- この「新しい認知症観」の普及や、地域の実情に応じて、認知症になっても希望をもって自分らしく暮らし続けることができる体制づくりが必要であり、恒久的な財政支援を求めるものである。
- また、若年性認知症の方の課題は多く、若年性認知症の多くの方が発症時に就労しているものの、退職を余儀なくされ、その結果収入が減少するなど、就労の継続を含めた認知症の人の社会参加の機会の確保等、本人の力を最大限に生かせる環境整備を求めるものである。

#### ◆参考

○「チームオレンジ」を整備している市町村数（※県内63市町村のうち）

令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
7市町	16市町	31市町村	37市町村

## 4 介護支援専門員の確保【新規】



要望先：厚生労働省  
県担当課：高齢者福祉課

### ◆提案・要望

- (1) 今後不足が見込まれる介護支援専門員を安定的に確保するため、介護支援専門員の処遇を引き上げるとともに、一定程度の実務経験を有する者については、受験を認めるよう受験要件の見直しを行うこと。
- (2) 介護支援専門員がケアマネジメント業務に注力できるよう、法定業務以外のいわゆる「シャドウワーク」を担わずに済む環境整備を図るとともに、法定研修の見直しなど負担軽減につながる措置を講じること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 令和5年度に埼玉県が行った居宅介護支援事業所へのアンケートでは、43.1%の事業所が介護支援専門員が不足していると回答し、また、51.4%の事業所が介護支援専門員の負担感が増加していると回答した。
- ・ 令和6年度には、(一社)埼玉県老人福祉施設協議会から、「介護現場では介護支援専門員の不足による影響が顕著であり、介護支援専門員実務研修受講試験の試験資格の緩和をはじめ、必要な介護支援専門員を確保する方策を講じるよう」、知事宛ての要望書が提出された。
- ・ 令和6年度に、全国主要都道府県民生主管部局長連絡協議会において、「処遇改善」、「受験要件の緩和」について、また、関東民生主管部局長会議で「処遇改善」、「受験要件の緩和」、「法定研修の見直し」について国に要望した。
- ・ 居宅介護支援事業所等の介護支援専門員は介護職員の処遇改善加算の対象外となっており、また、介護職員の処遇改善が進んだ結果、介護支援専門員の資格を取得するメリットが薄れる状況となっている。
- ・ また、介護支援専門員実務研修受講試験について、平成30年度に試験要件が厳格化されたことにより、それまで受験資格が付与されていた、介護等業務従事者で一定の実務経験期間を有する者が受験できなくなり、受験者数と合格者数が激減した。
- ・ 法定研修についても、研修体系が複雑であるとともに、長時間の研修を受講する負担が大きいものとなっている。研修の内容も、介護サービスの基準や報酬改定など、業務を行う上で必要な部分が十分に盛り込まれているとは言い難い。

### ◆参考

#### ○介護支援専門員実務研修受講試験の受験者数と合格者数

年度	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6
受験者数(人)	5,782	1,885	915	1,874	2,346	2,413	2,494	2,549
合格者数(人)	1,468	265	287	395	650	555	613	933
合格率(%)	25.4	14.1	31.4	21.1	27.7	23.0	24.6	36.6

## 5 介護サービス事業者の安定運営確保の推進



要望先 : 厚生労働省  
県担当課 : 高齢者福祉課

### ◆提案・要望

介護サービス事業者の安定的な運営が確保できるよう、物価高騰など社会経済情勢を反映した介護報酬とすること。

また、訪問介護など令和6年度の介護報酬改定において基本報酬が減額されたサービス種別について、安定的な運営が確保できるよう早急に必要な措置をとること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 介護サービス事業者は、新型コロナウイルス感染症の5類移行後においても、必要な感染対策の実施や物価高騰の影響により大変厳しい経営環境にある。
- ・ 光熱費等の価格上昇分はコストを削減するだけでは対応できず、介護サービスは国が定めた介護報酬により運営されているため、利用者へ負担を転嫁することも難しい。
- ・ 令和5年度は、感染発生施設等において発生したかかり増し経費の補助を行うとともに、高騰する光熱費や食材料費の影響を緩和するため、介護サービス事業所に対して運営経費を補助した。
- ・ 感染対策に必要な経費や、物価全般にわたる高騰に伴う影響額については、本来、介護報酬で全国一律に措置されるべきである。
- ・ 訪問介護などのサービス種別については、令和6年度の介護報酬改定において基本報酬が減額されたが、地域包括ケアシステムの推進において重要な役割を担う訪問介護が安定的に運営されるよう、サービス提供の実態を調査・把握の上、早急に必要な措置をとるべきである。

# ■地域医療体制の充実



## 1 医療保険制度の見直し【一部新規】



要望先 : 内閣府、総務省、財務省、厚生労働省  
県担当課 : 国保医療課

### ◆提案・要望

- (1) 市町村の国民健康保険運営協議会において、国保財政の健全化等の議論が十分に実施できるよう、都道府県の納付金等の算定期間を前倒しできるような見直しを検討すること。
- (2) 市町村における当初予算編成、税率改正については赤字削減・解消の実行に支障とならないよう、納付金の算定に用いる係数については、仮係数から確定係数にかけての変動による納付金及び標準保険料率の上昇が生じないような運用方法を検討すること。
- (3) 普通調整交付金や高額医療費負担金など国保財政に大きな影響がある公費の見直しを行う場合、また、保険者へ新たな負担を求める場合は、都道府県や市町村の意見を踏まえて実施すること。
- (4) 被用者保険の更なる適用拡大や生活保護受給者の国保への加入など国保の被保険者の構造を大きく変動させる制度の見直しについては、国保財政への影響を分析した上で、都道府県や市町村の意見を踏まえて慎重に検討すること。
- (5) 平成28年12月22日の社会保障制度改革推進本部決定を踏まえ、保険者努力支援制度等の円滑な実施に必要な財政措置については、引き続き国の責任において確実に行うこと。
- (6) 収納対策や医療費適正化などに取り組む保険者の取組結果を評価する保険者努力支援制度については、保険者へのインセンティブとなるよう評価項目の追加や評価方法の見直しを随時行うこと。
- (7) 医療保険制度間の公平と子育て支援の観点から、こどもに係る均等割保険税軽減措置については、対象年齢及び軽減割合の拡大を進めるとともに地方の負担が生じないよう地方財政措置などの財政支援を行うこと。また、物価高騰などの影響を受けやすい低所得者対策の拡充などの被保険者の更なる負担軽減に取り組むこと。
- (8) 安定的な財政運営に向け、ひとり親家庭等及び重度心身障害者への医療費助成に対する減額調整措置の全廃や国定率負担の引上げなどの様々な財政支援策を講じ、財政基盤の強化に取り組むこと。
- (9) 前期高齢者交付金や後期高齢者支援金等の精算制度が国保財政運営の不安定要因となっていることから、可能な限り正確な算出となるよう運用方法の見直しを行うこと。

- (10) 制度改正に対応したシステム改修（導入）支援については、市町村の実情等を踏まえ、事務の効率化や負担の軽減に資するものとし、その費用については全額国が負担すること。
- (11) マイナンバーカードの健康保険証利用については、国の責任において情報セキュリティ対策を徹底するとともに、制度の意義等について、国民及び医療機関への普及・啓発を進めること。あわせて、何らかの事情でマイナンバーカードを持たない方、特に、介護を要する高齢者や障害者等が、負担が増えることなく、従来どおり必要な医療を受けることができるよう十分な支援を行うこと。
- (12) 子ども・子育て支援納付金について、支援金の目的や使途、負担のあり方等、制度の概要について、被保険者の理解が十分得られるよう、国の責任において丁寧な周知広報を行うこと。さらに、子ども・子育て支援納付金の導入に伴い、低所得の被保険者や保険者に過度な負担が生じないよう、国の責任において必要な対策を講じること。
- (13) 保険料（税）水準の統一に向けた取組に対する財政支援については、保険者努力支援制度や特別調整交付金により実施されているところではあるが、統一に伴う法定外一般会計繰入れの廃止などにより保険料（税）の上昇については被保険者の負担増とならないよう、更なる財政支援を講じること。
- (14) 将来的には、国の責任の下に、被用者保険も含めた全ての医療保険制度を一元化すること。そのための議論を早期に開始すること。

#### ◆本県の現状・課題等

- ・ 国民健康保険には、医療ニーズの高い低所得の高齢者や非正規就業者、無職者が多いといった構造的な問題がある。国保制度改革は構造的な問題の改善に寄与しているものの、こうした問題の解決に向けて、今後も継続して見直しを行う必要がある。
- ・ 市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会では、保険税率に関する審議が行われている。県から市町村に対する納付金額や標準保険税率の情報提示が1月以降となるため、条例改正を予定する市町村では十分な審議時間の確保が課題となっている。
- ・ 県内市町村においては、国が示す仮係数を基に行う納付金・標準保険税率の試算に基づいて当初予算編成や税率改正の手続きを行っているが、近年、仮係数から確定係数にかけての変動が非常に大きく、市町村の予算編成や税率改正、赤字削減・解消の実行に支障をきたしている。
- ・ 自治体間の所得調整機能を担う普通調整交付金や高額な医療費の発生による国保財政への急激な影響を緩和する高額医療費負担金などの公費の見直しに当たっては、当事者である都道府県などの意見を確認の上、制度の安定的な運営に資する内容とすべきである。
- ・ 令和8年度からの子ども・子育て支援納付金の導入に続き、医師偏在対策に要する費用について保険者からの拠出が検討されているが、負担のあり方や被保険者への負担などについて、都道府県や市町村の意見を確認の上、導入の是非について慎重に検討すべきである。
- ・ 令和4年及び令和6年にそれぞれ行われた被用者保険の適用拡大は、高齢者及び低所得者が多い市町村国保の構造的な問題を生じさせることとなったため、更なる適用拡大や現在議論が進められている生活保護受給者の国保への加入については、国保財政への影響がないよう慎重に検討すべきである。
- ・ 制度改革の前提条件であった公費による財政支援については、保険者努力支援制度等の制度を円滑に運営するために不可欠な財源であることから、その確実な確保が求められる。

- ・ 保険者努力支援制度については、評価項目の追加や評価方法の見直しにより、保険者機能の強化につながる取組の実施に向けた強い動機付けとなるように改善すべきである。
- ・ 国保財政については、構造的な問題もあり、その実情は地域により様々である。各保険者は収支改善に向けて収納対策や医療費適正化に取り組んでいるが、都市部においては保険税の収納率が低い傾向にあり、必要な財源の確保が課題となっている。
- ・ 国保財政の収支改善のためには保険税率の引上げという選択肢もあるが、低所得の高齢者や無職者が多いことに加えて物価高騰により家計が圧迫されている状況からすると、被保険者にその負担を求めることも限界がある。
- ・ こどもに係る均等割保険税軽減措置については、対象が未就学児に限定され、軽減割合も5割にとどまっている。また、県及び市町村の負担を前提とした制度となっている。
- ・ 国保被保険者の保険税負担は他の医療保険制度と比べて重いことから、保険税軽減判定所得や賦課限度額の引上げによる低所得者対策の拡充など、被保険者負担の軽減に取り組む必要がある。
- ・ 制度改革に伴い投入された公費は国保財政の収支改善には寄与するものの、今後の高齢化に伴う1人当たり医療費の増加への対策としては不十分である。ひとり親家庭等及び重度心身障害者への医療費助成に対する減額調整措置の全廃や国定率負担の引上げなど、財政基盤強化に向けた対策の継続的な検討が求められている。
- ・ 前期高齢者交付金や後期高齢者支援金等の概算額については非常に複雑な算定方法により社会保険診療報酬支払基金において国の定める伸び率等に基づき算定され各都道府県に示されるが、当初予算編成に当たって通知される金額と実際に交付される額、納付すべき額として通知される金額に乖離が生じる仕組みになっており、安定的・効率的な財政運営を行うための一つの支障となっている。
- ・ 新制度に対応したシステムの改修（導入）については、効率的な事業運営の観点から、自庁システムの更新に合わせた実施を検討する市町村が多い。また、事務の効率化や負担軽減を求める意見が多いことから、今後実施するシステムの改修等については、市町村のニーズを踏まえた内容、財政支援とすることが求められている。
- ・ マイナンバーカードの健康保険証利用については、令和6年12月2日に従来の健康保険証を廃止したが、情報セキュリティ対策の徹底と国民及び医療機関へ広く周知されることが引き続き求められている。また、何らかの事情によりマイナンバーカードを持たない方であっても、従来どおり必要な医療を受けることができる体制は堅持していかなければならない。
- ・ 子ども・子育て支援納付金は医療保険制度を活用して徴収する仕組みとされたが、被保険者が支援金を納付するに際しては、その目的や使途、負担のあり方等、制度の概要について十分な理解を得ることが必要である。また、子ども・子育て支援納付金の導入によって被保険者や保険者に過度な負担が生じないよう対策が求められている。
- ・ 本県においては、令和12年度の保険税水準の完全統一を目指して、市町村とともに税率改正や赤字解消の取組を進めているが、法令等において禁止されていない法定外一般会計繰入れを解消することによる保険税率の上昇、被保険者負担の増加について、市町村や被保険者からの理解を得ることに苦慮している。保険税水準を統一することで被保険者の負担が大きくなることのないよう、更なる財政支援や統一達成によるインセンティブの設定が求められている。
- ・ 国民健康保険制度の安定的な運営や構造的な問題の解決に向け、医療保険制度間における公平に留意しつつ、被用者保険も含めた全ての医療保険制度の一元化も含め、制度の在り方検討を進めるべきである。

## 2 医療機関等の安定運営確保の推進について【新規】



要望先 : 厚生労働省  
県担当課 : 保健医療政策課

### ◆提案・要望

- (1) 医療機関の経営に必要な経費について、まずは緊急的措置として診療報酬での加算措置を講じること。併せて、状況に応じてその加算内容を見直しつつ、定期改定時において物価高騰などの影響を踏まえて診療報酬の改定を行う等、継続的かつ戦略的な対策を講じること。
- (2) 薬局や介護・福祉サービス、柔道整復、あん摩マッサージ・鍼灸等の事業所等についても同様に、経営安定化のための財政支援等必要な支援（措置）を講じること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 医療機関の経営環境は、光熱費等の度重なる価格上昇や、賃上げに伴う人件費や業務委託料の増加の影響を受けて支出が増加する中で、収入の大部分を占めているのが国の定める診療報酬であり、利用者へ負担を転嫁できず、コスト削減にも限界があることから、非常に厳しい状況に直面している。
- ・ 令和6年度の診療報酬改定においては、食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえ、0.88%のプラス改定が行われたところであるが、運営コストはこれを上回って上昇しており、医療機関からも依然として経営は厳しい状況であるとの話を伺っている。
- ・ このままの状況が続いた場合、医療機関の経営状況が一層悪化し、安定した医療の提供が困難となり、地域の医療提供体制の維持に大きな影響を及ぼすことになりかねない。
- ・ そこで、診療報酬について、緊急的な加算措置と定期改定時の物価高騰等の影響を踏まえた改定などの対策を継続的かつ戦略的に講じることや、経営安定化のための財政支援等の必要な支援を講じることを要望するものである。

### 3 医療提供体制の整備に必要な財源の確保や制度の改善【一部新規】



要望先：総務省、厚生労働省  
県担当課：医療整備課、薬務課

#### ◆提案・要望

- (1) 地域の実情に応じた医療提供体制の整備や医師確保、質の高い効率的な医療の提供を進めるため、必要な財源を十分に確保すること。
- (2) 周産期医療・救急医療（小児医療を含む）・災害時医療等について、補助要件や基準額等の見直しを行うこと。
- (3) 地域医療介護総合確保基金について、事業区分間の調整を柔軟に行えるようにするとともに、対象事業を十分に実施できる交付額を確保すること。
- (4) 医療DXの推進に向けたシステム構築に当たっては、医療機関の利便性の向上や、情報セキュリティの確保を図るとともに、システムの導入や更新に伴う負担軽減等のための支援を行うこと。  
また、地域で成果をあげている取組や機能を国の仕組みに取り入れること。
- (5) 現在、オンライン診療が可能となっているが、高齢者等にとってはオンライン診療のハードルが高いことも想定される。  
医薬分業の原則を守りつつ、医療資源の限られた地域の薬局等において高齢者等が薬剤師等の支援を受けてオンラインで医師とつながるサービスを提供できるよう制度改正を行うこと。

#### ◆本県の現状・課題等

- ・ 急速な高齢化が見込まれている本県では、高齢化の進展に合わせて医療ニーズも高まることから、医療を提供する医師、看護師などの医療従事者の確保・定着が大きな課題となっている。
- ・ 特に、産科、小児科、救急などの特定医療分野の医師不足等により、救急医療では、多数の搬送困難事案が発生しており、周産期医療においても、母体・新生児の搬送先が円滑に決まらない事案が生じている。
- ・ 災害時医療では、災害の激甚化・頻発化を踏まえ、医療機関の備えを強化する必要がある。
- ・ 国では救急医療（小児医療を含む）や周産期医療、災害時医療などの医療体制を整備するために医師確保対策や運営費、施設・設備整備等を含めた多彩な補助制度を創設している。しかし、本県の重要な事業である救命救急センター運営事業や周産期母子医療センター運営事業等が含まれる医療提供体制推進事業費補助金については、交付額が事業計画額を下回り、事業計画の見直しなどの影響が生じており、補助基準額どおり運営費補助金を交付できないなど医療機関の適正な運営に支障が生じかねない事態となっている。また、医療機関の耐震整備、浸水対策事業等を含む医療提供体制施設整備交付金も同様に、交付額が事業計画額を下回っており、医療機関の災害への備えに支障が生じかねない事態となっている。
- ・ ドクターカーは救命率の向上や後遺症の軽減を図る上で果たす役割が大きいいため、運用実績に見合ったきめ細やかな補助要件の設定が望まれる。

- ・ 地域医療介護総合確保基金（医療分）について、国はハード整備を中心とした事業区分Ⅰ「病床の機能分化・連携」に重点配分を行っており、また、異なる事業区分間での流用は認めていない。本県においては、増加する医療需要に対応するため、事業区分Ⅳ「医療従事者の確保」を活用した事業を充実することが最優先であり、地域の実情に沿った基金活用が可能となる枠組みが望まれる。
- ・ 国の「医療DX令和ビジョン2030」では、全国医療情報プラットフォームの構築を進めており、全国の医療機関や薬局などで患者の電子情報を共有する電子カルテ情報共有サービスの運用を開始している。国では、2030年までに電子カルテの普及率を100%とする目標を掲げている中で、普及率は2023年10月時点で55%にとどまっており、未導入の理由としてシステム改修コストの負担や費用対効果が見合わないことや情報漏洩の不安等が挙げられている。国において、システムの導入や更新等維持に伴う負担軽減のための財政支援を行うとともに医療機関におけるサイバーセキュリティ確保に向けた取組を実施する必要がある。
- ・ 地域で成果をあげた地域医療情報連携ネットワークにおいて、加入者数や医療機関等の拡大が図られなかったことから、スケールメリットを生かすことができなかった。その取組や機能を国の仕組みに取り入れ、効果的・効率的に実施できるよう構築していく必要がある。
- ・ 令和7年5月21日に公布された「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等の一部を改正する法律」（令和7年法律第37号）により、薬剤師等による遠隔での管理の下で、薬剤師等が常駐しない店舗における一般用医薬品の販売を可能とする制度が創設された。
- ・ 処方箋医薬品については、健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等において、医薬分業及び健康保険事業の健全な運営の確保の趣旨から、保険医療機関は特定の保険薬局への誘導を行ってはならない、とされており、薬局内でオンライン診療を行うこと等はできないのが現状である。
- ・ 一方で、オンライン診療の実施場所については、「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」令和6年1月16日医政総発0116第2号により、公民館等においてオンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設が認められている。
- ・ ついては、医療資源が限られた地域の高齢者等の利便性を高めるために、公民館や郵便局だけでなく、近所の薬局等においても薬剤師等の支援により、オンライン診療が受けられる体制整備が必要である。

## 4 外国人患者を受け入れる医療機関に対する支援制度の充実



要望先：法務省、厚生労働省、観光庁  
県担当課：医療整備課

### ◆提案・要望

- (1) 在日外国人の未払医療費の補助制度について、救命救急センターだけでなく全ての救急医療機関を対象とするほか、必要な財源を十分に確保するとともに、未払医療費による医療機関の負担をなくすため、補助要件や補助率の見直しを行うこと。
- (2) 増加する訪日外国人に対し、急な病気やけが等に対応する旅行保険の加入を国が積極的に促すとともに未払医療費に対する補助制度の拡充を図ること。
- (3) 国が設置した、医療機関における外国人対応に資する夜間・休日のワンストップ窓口について、相談体制の一元化、効率化を図るため、毎日24時間対応とすること。

### ◆本県の現状・課題等

#### <在日外国人>

- ・ 令和6年1月1日現在の国内の不法滞在者数は、79,113人である。
- ・ 本県の在留外国人は約25万人（令和6年6月末現在）いるが、在留期間満了後も日本にとどまる不法滞在者が医療機関を受診し、医療費を支払わない悪質なケースも増加している。
- ・ 不法滞在者が119番通報するケースは特に搬送困難事案になりやすく、救急車が現場で長時間滞在した結果、傷病者に命の危険が及ぶ場合があるだけでなく、他の救急要請に支障を来す事態となっている。
- ・ 特に本県では、救命救急センター以外の救急医療機関についても未払医療費を補填する制度を実施しているが、在日外国人を県外の医療機関に搬送し、未払医療費が発生しても、受け入れた医療機関には全く補填されないため、県外への搬送に支障を来している。
- ・ 在日外国人が救命救急センターを受診した場合には国の補助制度（医療提供体制推進事業費補助金）があるが救命救急センターが受け取れるのは最大でも未払医療費の総額から20万円を控除した額の3分の2までであり、残りの未払医療費は救命救急センターが負担する制度となっている。
- ・ しかも、必要な財源が確保されていないため、国からの交付額は必要額の約6割にとどまっている。
- ・ さらに救命救急センター以外の医療機関における未払医療費については国の補助制度がないため、県が独自事業で市町村とともに一部を助成しているが、本来は外国人の在留管理を行っている国が主体的に取り組む問題である。

#### <外国人旅行者>

- ・ 訪日外国人旅行者は、新型コロナウイルス感染症流行に伴う入国制限により一時的に大幅に減少したものの、制限が緩和・撤廃された結果、令和6年には過去最高の3,687万人まで増加した。また、国は訪日外国人旅行者を令和12年までに6,000万人まで増やすことを目指している。
- ・ 本県でも川越や長瀬などの観光スポットやアニメの聖地があることなどから、外国人旅行者は

多く、新型コロナウイルス感染症流行前を上回る約79万人（令和5年）となっている。

- ・ その一方、外国人旅行者については約3割が旅行保険に加入していないというデータもある。
- ・ 旅行保険に加入していない外国人旅行者が急な病気やけが等で医療機関を受診し、高額な医療費がかかった結果、未払いとなる事案が問題となっている。
- ・ また、外国人旅行者の未払医療費については「行旅病人及行旅死亡人取扱法」により費用弁償をする制度があるものの、救護者がいれば資財の有無に関わらず適用外とされているため、実質的に費用弁償される例は少ない。
- ・ 訪日外国人旅行者が従来どおりに入国するようになってきているところ、訪日外国人旅行者の急なけがや病気に対応するためには、訪日外国人旅行者の入国を管理している国が主体となって、航空機内や入国審査時などあらゆる機会を捉えた旅行保険の加入の促進に取り組むとともに、あらかじめ未払医療費に対する補助制度の拡充を図る必要がある。

#### <医療機関における未払医療費>

- ・ 県内の救急医療機関等に対し令和5年度中に回収不能となった外国人の未払医療費について調査を行ったところ、1年間に7医療機関で合計約1千5百万円の未払医療費が発生していた。
- ・ 今後も我が国の地域医療体制を円滑に確保するためには、国が主体となって不法滞在者や外国人旅行者の未払医療費対策を行うことが必要である。

#### <医療機関における外国人対応に資するワンストップ窓口>

- ・ 国は、令和元年10月から、医療機関における未払医療費の対応などの外国人対応に資するワンストップ窓口を設置したが、その利用可能時間は平日の夜間及び土日祝日に限られている。
- ・ これは、国が、平日日中の時間帯の窓口は、都道府県が国の補助金（補助率2分の1）を活用して設置するものとしているためである。
- ・ しかし、仮に国と県で委託先の業者が異なった場合、利用者にとっては、相談する時間帯によって電話番号、対応者等が異なることとなり、不便なものとなるおそれがある。
- ・ また、医療機関の外国人対応に関する相談という、専門性が高く、広範な内容の相談に対応できる事業者は全国でも一部の事業者に限られることから、地域性を勘案して都道府県ごとに契約するよりも、国が一括して契約し、利用可能時間を毎日24時間とすることで、当該事業全体の経費の削減にもつながる。
- ・ 以上により、国の相談窓口の利用可能時間を拡大し毎日24時間とすべきである。

## 5 新生児マススクリーニング検査の対象疾患の拡大



要望先 : こども家庭庁  
県担当課 : 健康長寿課

### ◆提案・要望

重症複合免疫不全症や脊髄性筋萎縮症等、早期発見、早期治療が可能となった希少難治性疾患を全国一律で新生児マススクリーニング検査の対象とするとともに、そのための補助制度を創設すること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 新生児マススクリーニング検査の公費負担対象疾患は、厚生労働省通知に基づく20疾患であるが、医療の進展に伴い、早期発見・早期治療が可能となった希少難治性疾患が増えている。
- ・ 例えば、重症複合免疫不全症は、ロタウイルスワクチン接種の禁忌疾患であるが、定期接種開始時（生後6週）には発症していないことも多く、発見されにくい。また、脊髄性筋萎縮症は、発症前に治療を開始することで健常児に近い生活が可能となり、早期発見の重要性が高い疾患と言える。
- ・ 本県においては検査体制を整備し、国実証事業に参加して拡大検査を行っているが、20疾患以外の疾患を対象とする拡大検査の実施は新生児マススクリーニング検査実施主体の自治体ごとに区々である。
- ・ 新生児マススクリーニング検査は産科医療機関等の所在地を管轄する都道府県・政令市により実施されるため、里帰り出産等で、拡大検査未実施の自治体内で出生した新生児は検査を受けられない状況にある。
- ・ 令和7年度までは国実証事業に参加した場合、検査費用について国庫補助を受けられるが、令和8年度以降も拡大検査を継続するにあたり、多額な負担が生じる。

### ◆参考

○早期発見、早期治療が可能となった希少難治性疾患

・重症複合免疫不全症(SCID)

生まれつき体の中の免疫細胞(T細胞やB細胞など)がうまく働かず、感染に対する抵抗力が低下する病気である。ロタウイルスワクチン接種の禁忌疾患であるが、ロタウイルスワクチンが接種できる生後2か月では発症していないことも多く、スクリーニングが実施されずにロタウイルスワクチンを接種した場合、持続性のウイルス感染症、多臓器への感染の波及など大変危険な状態になるおそれがある。

・脊髄性筋萎縮症(SMA)

脊髄の運動神経細胞(脊髄前角細胞)の病変によって起こる神経原性の筋萎縮症である。体幹や四肢の筋力低下、筋萎縮を進行性に示す。現在は有効な治療薬があるため、早期発見・治療を行うことにより、症状の改善が見込まれる。

○国の動向

昭和52年度 厚生省(当時)通知「先天性代謝異常検査等の実施について」に基づき事業開始(対象6疾患)

平成13年度 地方交付税措置により一般財源化  
平成23年度 タンデムマス検査について地方交付税措置（対象16疾患）  
平成29年度 対象疾患追加（20疾患）  
令和5年度 令和5年度補正予算により、重症複合免疫不全症及び脊髄性筋萎縮症について  
対象疾患追加に向けた実証事業を開始

## 6 AYA世代の終末期がん患者の在宅療養生活支援体制の整備



要望先 : 厚生労働省  
 県担当課 : 疾病対策課

### ◆提案・要望

介護保険制度や小児慢性特定疾病の医療費助成制度を利用できない40歳未満のがん患者のうち終末期の在宅療養を希望する者に対し療養生活の助成制度を創設するなど、AYA世代のがん対策を推進すること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ 20歳未満のがん患者には小児慢性特定疾病事業による医療費助成制度があり、40歳以上のがん患者には介護保険の特定疾病による支援制度がある。一方で、20歳から40歳未満のがん患者や18歳又は19歳で小児慢性特定疾病事業による医療費助成を受けていない患者については、医療費助成や療養生活における支援制度がなく、経済的な負担が大きい。そのため、がん患者が住み慣れた地域社会で安心して終末期を迎えることができるよう、制度の創設が必要である。
- ・ 本県では、令和6年4月からがん患者ウェルビーイング支援事業としてAYA世代の終末期在宅療養支援事業を開始したところであるが、こうしたがん患者への支援は全国的な課題であり、本来、国がナショナルミニマムとして国が統一的に実施するべきものと考えことから、全国一律の制度創設が必要である。

### ◆参考

○年齢層別による医療費助成一覧

支援制度	年齢	AYA世代のがん患者			
		40歳以上	20～40歳未満	18歳～20歳未満	18歳未満
介護保険の特定疾病による支援		対象	対象外	対象外	対象外
小児慢性特定疾病事業による医療費助成		対象外	対象外	原則対象外※	対象

※18歳未満から継続して小児慢性特定疾病事業による医療費助成を受けている患者は、20歳の誕生日の前日までは助成対象となる

## 7 がん患者の外見の変化に対する心理・社会的苦痛への支援体制の整備



要望先：厚生労働省  
 県担当課：疾病対策課

### ◆提案・要望

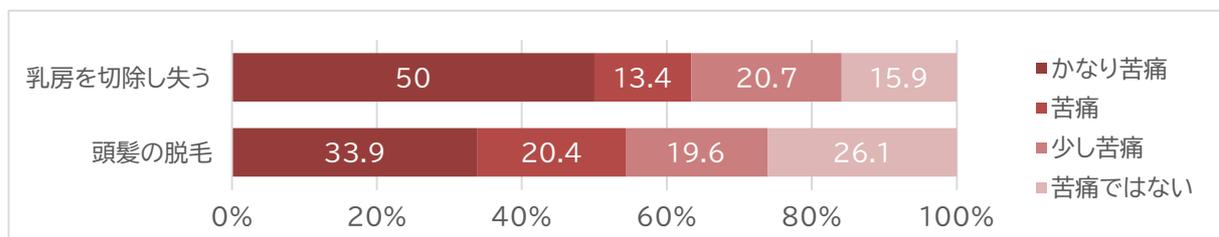
がん治療による外見上の変化に対するウィッグ等のアピランスケア用品の購入費用の補助制度を創設するなどの財政的な支援制度を整備すること。

### ◆本県の現状・課題等

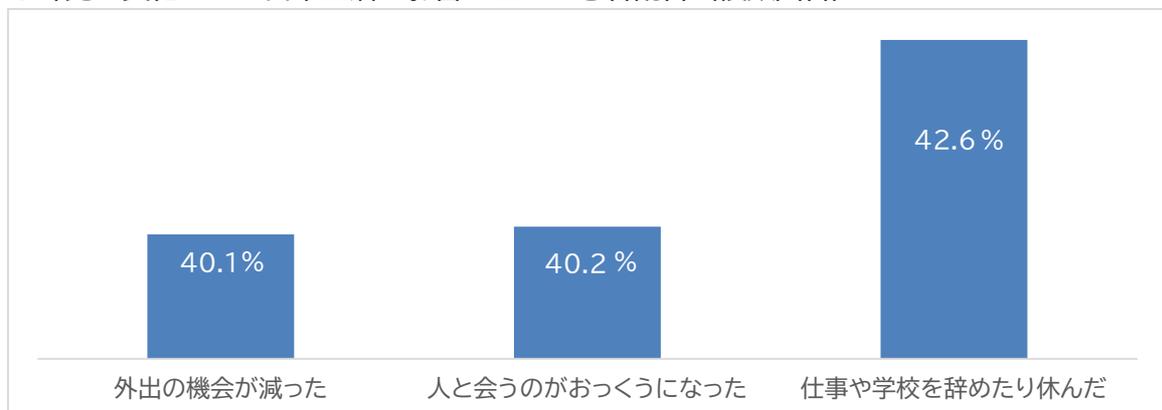
- ・ がんは2人に1人が罹患する病気であるが、がん医療の進歩により、治療を受けながら仕事や学習などの社会生活を送る人が増加している。一方で、がん治療による休職や退職等により収入が減少する中、治療費が高額で長期にわたるため、経済的負担が大きい。
- ・ がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持するため、治療による脱毛や身体欠損等の外見上の変化により日常生活に支障をきたしているがん患者に対する財政的な支援制度の創設が必要である。
- ・ 本県は、令和6年4月からがん患者ウェルビーイング支援事業としてアピランス助成事業を開始したところであるが、こうしたがん患者への支援は全国的な課題であり、本来、ナショナルミニマムとして国が統一的に実施するものと考えことから、全国一律の制度創設が必要である。

### ◆参考

○がん治療で外見の変化を体験した患者の症状別割合・・・58.1%  
 (症状別の苦痛度)



○外見の変化により日常生活に影響が生じた患者割合 (複数回答)



参考：がん治療に伴う外見の変化とその対処に関する実態調査  
 国立がん研究センター中央病院アピランス支援センター  
 調査期間(2018年3月2日～3月22日)  
 調査対象(がん患者1,034名)

## 8 モバイルファーマシー®の整備促進について【一部新規】



要望先：厚生労働省  
県担当課：薬務課

### ◆提案・要望

- (1) モバイルファーマシー®の導入に当たって、その車両購入費及び改造費に要する経費並びに車検費用及び修理費等の車両維持経費について補助制度を創設すること。
- (2) 医療機関や薬局からの遠隔地に居住する高齢者等を支援するため、平時においてもモバイルファーマシー®を活用できるための制度を整えること。

### ◆本県の現状・課題等

- ・ モバイルファーマシー®とは、大規模災害時に被災地で医療用医薬品の調剤と供給を行う「災害対策医薬品供給車両」のことで、調剤用機器や医薬品を搭載してライフライン喪失下でも自立して調剤ができることから、移動薬局車とも呼ばれる。
- ・ 令和6年1月1日に発災した能登半島地震では、「モバイルファーマシー®」が全国各地から派遣され、DMA T等と連携しながら避難所などにおいて被災者に医薬品を提供した。
- ・ モバイルファーマシー®を活用した医療救護活動は、地元医療機関の機能が低下したことに加え、道路状況の悪化により医療へのアクセスが制限された被災者の健康を支える重要な役割を担った。
- ・ 能登半島地震における医療救護活動で能力を実証したモバイルファーマシー®は、災害時の医療救護活動に高いポテンシャルを有することから、災害対策の一つとして整備することが重要である。
- ・ 一方、車両の購入及び改造に係るイニシャルコストが高いことと平時には維持管理費がかかることなどから、導入事例は少なく、全国で22団体により23台が保有されるにとどまっている。
- ・ 近い将来発生が予測される首都直下地震などの大規模災害時において県内被災地での医療救護活動に従事させるだけでなく、県外の大規模災害への支援策の一つとしても、モバイルファーマシー®を整備し、速やかに被災地に派遣し、医療を必要とする被災者に対し効果的な医療救護の提供をすることができる体制整備が必要である。
- ・ 車両の導入に当たっては、県薬剤師会や県内に薬学部を持つ2大学などと導入方法や導入後の運用方策等を協議し、最も効果の高いスキームを検討していく。
- ・ 薬剤師法の規定により薬剤師は薬局以外の場所で調剤を行うことが認められていない。このため、平時における活用方法は限られており、高い能力を持つモバイルファーマシー®を有効活用できていない。

### ◆参考

#### ○モバイルファーマシー®導入事例

薬剤師会 14 台、薬科大学 5 台、民間企業 4 台の計 23 台  
(R7.4月現在)

宮城県薬剤師会、大分県薬剤師会、和歌山県薬剤師会、広島県薬剤師会、鳥取県薬剤師会、八千代市薬剤師会(千葉県)、兵庫県薬剤師会(協定で民間企業から借上げ)、三重県薬剤師会、岐阜薬科大学、静岡県薬剤師会、(有)アイ薬局(岡山県)、熊本県薬剤師会、大阪府薬剤師会(協定で民間企業から借上げ)、横浜薬科大学(2台)、第一薬科大学(福岡県)、東京薬科大学、徳島県薬剤師会、山梨県薬剤師会、福岡県薬剤師会、(株)ナカジマ薬局(北海道)、宮崎県薬剤師会、愛媛県薬剤師会