

改定医療法が成立——地域医療構想の見直し、医師偏在対策が本格始動へ

2025年2月14日、医療法、医療介護総合確保促進法、健保法などの関連法案を束ねた包括法案である「医療法等の一部を改正する法律案」が通常国会に提出されましたが、成立は見送られました。

25年10月からの臨時国会で11月19日に衆議院であらためて審議入り。自民党・日本維新の会・公明党が提出した修正案を含めて自民党、日本維新の会、公明党、立憲民主党、国民民主党の5党が合意し、修正した上で、11月27日に衆議院本会議で可決されました。

12月1日に参議院で審議入りし、5日の参院本会議で自民党、日本維新の会、立憲民主党、国民民主党、公明党などの各党の賛成多数で可決、成立しました。日本共産党、れいわ新選組は反対しました。

改定医療法の柱は、①地域医療構想の見直し等、②医師偏在是正に向けた総合的な対策、③医療DXの推進——の3つです。臨時国会での5党による修正で、外来医師過多区域での開業規制を検討することが「その他」として盛り込まれました。医療法等の主な改定項目は次のとおりです。

2040年代を見据え、新たな地域医療構想を策定

「団塊ジュニア世代」が高齢者となる2040年代を見据え、入院病床だけでなく、外来・在宅医療や介護との連携、精神科医療を含む包括的な地域医療構想を策定します(27年4月1日施行)。

医療機関(病院)機能(急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能の4つ)の報告制度を設けます(26年10月1日施行)。また、地域医療構想調整会議に市町村が構成員として参加することが明確化されました。

外来・在宅医療の提供体制について、参議院厚生労働委員会では、「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」との付帯決議が付きしました。2025年4月よりかかりつけ医機能報告制度が施行され、初回報告は2026年1～3月を予定しています。厚生労働省は、付帯決議などを踏まえ施行に向けて準備をすすめる方針です。

加えて、新たな地域医療構想に向けた病床の再編・集約化(削減)をすすめます(衆議院で追加、修正)。

都道府県は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」と規定され、国は予算の範囲内において事業の費用を負担します。

同時に、「当該事業に基づき病床数を削減したときは」、都道府県の「医療計画において定める基準病床数を削減する」と規定されました。基準病床数も自動的に削減される当該事業は、今後は病院を増やせなくなる“共倒れコース”と言え、医療需要の切り捨てにつながります。

関連して25年度政府補正予算に3490億円を計上し「病床数適正化緊急支援基金」を創設します。病床削減の補助金は、病床1床あたり410万円4千円、休止病床（全体の約4割）は病床1床あたり205万円2千円を医療機関に支給します。既存の補助金でこれまでに約1・1万床削減しており、あわせて約11万床の削減に対応する方針です。

（※）11万床の内訳は、▽一般病床と療養病床で必要病床数を上回る約5・6万床、▽精神病床で基準病床数を超える約5・3万床とされ、これにより約1兆円の公的医療費の削減を見込んでいます。

医師の「偏在是正」に向けた主な対策

医師の偏在是正に向けた総合的な対策として、都道府県は、医療計画において重点的に医師を確保すべき区域（重点医師偏在対策支援区域）を設定することができます（26年4月1日施行）。あわせて、医師少数区域で勤務する医師には、公的医療保険料を財源に手当を支給します（公布から3年以内に施行）。

加えて、「外来医師過多区域」の無床診療所への対応を強化します（26年4月1日施行）。

①外来医師が過剰な地域では診療所の開設に事前届け出制を導入し、都道府県が地域で不足する機能の提供を要請できるようにします。

②要請に従わない場合には、都道府県の勧告や医療機関名の公表、保険医療機関の指定期間を6年から3年以内に短縮するのに加え、診療報酬上の減算（26年度診療報酬改定で対応）などの措置がとれるようにします。実質的に新規開業を規制するような内容となっています。

（※）中医協総会（25年12月26日）に提出された「2026年度診療報酬改定の改定率等について」の「診療報酬制度関連事項」として、「医師偏在対策のための対応」が盛り込まれました。

①「医師多数区域での診療報酬上での更なるディスインセンティブ措置」

②「重点医師偏在対策支援区域における医師手当事業に関する診療報酬での財源確保」について、「2028年度診療報酬改定において結論を得る」と明記されました。

（※）「大臣折衝事項」（財務・厚生労働大臣、24年12月25日）において、「医師手当事業の財源について、給付費や保険料の増とならないようにする形で、診療報酬改定において一体的に確保する」としています。

③（衆議院で追加、修正）26年4月施行後3年を目途として、外来医師過多区域で「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」、「新たな診療所の開設の在り方」について検討を行うとしています。

④厚生労働省は「第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（25年12月12日）に、「外来医師過多区域における新規開業希望者への要請等」の仕組み案を示しました。

①新規開業希望者は、都道府県に「地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出」を提出します。

②都道府県は、新規開業希望者に、「必要に応じ外来医療の協議の場の参加を求め」、「地域で不足する医療機能」の提供を要請することができます。

【提供が求められる医療機能などの例示】

- ・夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、2次救急医療機関の救急外来への出務等）
- ・在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）
- ・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療
- ・医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての診療等）

③要請に応じなかったとき、「やむを得ない理由」と認められない場合は、都道府県の勧告を受けます。

【やむを得ない理由の例示】

- ・夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に医師が1人しかおらず、当該医師が病気や育児・介護等で夜間や休日の対応ができない場合
- ・学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合

④勧告に従わなかった場合には、保険医療機関の指定期間を3年以下とします。

【指定期間3年の対象】

- ・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所
- ・勧告を受けた診療所
- ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）

【指定期間2年の対象】

- ・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）

⑤外来医師過多区域の基準

- ・外来医師偏在指標で「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上、かつ「可住地面積あたり診療所数が上位10%」となる2次医療圏を候補区域とします。
- ・現在の外来医師偏在指標では、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」を超えるのは22圏域（7%）です。

電子カルテ情報の標準化・共有を国の責務としました（衆議院で追加、修正）。「政府は、2030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に＜略＞情報の電子化を実現しなければならない」と明記されました。

このため、電子カルテ情報共有サービスを整備する（公布から1年以内に施行）とともに、感染症発生届を電子カルテ情報共有サービス経由で提出できるようにします（公布から3年以内に施行）。

また、医療情報の二次利用（ビジネス等の利活用）を推進するため、国が保有する公的データベース（公的DB※）の仮名化情報の連結・解析等の利活用を可能とします（公布から3年以内に施行）。

（※）電子カルテ情報DB、NDB、DPCDB、介護DB、小慢DB、予防接種DB、感染症iDB、障害福祉DB、全国がん登録DB、難病DB、自治体検診DB

医療DXのシステム運営を担う組織として、厚生労働省の「社会保険診療報酬支払基金」を「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」に再編し、法人の目的、組織体制などの見直しを行います（公布から1年6カ月以内に施行）。

オンライン診療を医療法に定義

オンライン診療を初めて医療法に定義し、専用の診療所の開設も認めました（26年4月1日施行）。医療機関が少ない地域や自宅などで受診しやすくなる一方、急変時の対応、規制や基準をどう遵守させるかなどの課題があり、地域の医療需要や個々の患者の実情に合わない画一的な運用になる懸念があります。

また、営利企業による設置が可能な「オンライン診療受診施設（※）」の創設は、医療安全管理が曖昧になることや、オンライン診療ビジネスの拠点づくりとなることが危惧されます。

（※）公民館、郵便局、駅ナカブース、通所型介護施設（デイサービスなど）、職場内の健康管理室や医務室、宿泊施設（ホテル・旅館など）、地域の多目的スペース、など
参議院厚生労働委員会では、「オンライン診療受診施設の設置に当たっては」、「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」との付帯決議が付きしました。

保険医療機関の管理者要件、美容医療を行う医療機関に報告義務 など

①保険医療機関の管理者に対し、3年以上、病院で保険診療に従事した実績を要件とし、保険医療機関の管理・運営の責務を課します（26年4月1日施行）。

②「美容を目的とした治療」を行う医療機関に対して、「医療安全を確保するための指針や体制」や「事故防止策」などについて、都道府県に定期的に報告する制度を設けます（公布から1年以内に施行）。

- ③（衆議院で追加、修正）介護や障害福祉に従事する職員の適切な処遇確保を検討するよう政府に求めることを規定しました。

「医療へのアクセスは人権」の観点を

国の基本姿勢は ➡「日本の人口は減少している」➡「医療需要も縮小する」（患者自己負担が増加すると「受診控え」が起きて患者数が減少するので、見かけ上の医療需要は縮小する）➡「医療需要が縮小する限り病院・病床を削減しても問題ない」➡「病院・病床がなくなれば、医師や看護師など医療従事者の配置も減らすことができる」というものです。

医療需要や医療資源は地域ごとに異なります。医療の供給がなければ、医療需要はさらに縮小します。人口が減少した地域であっても、住民が必要な医療を受けられるように、地域医療を維持する必要があります。

「医療へのアクセスは人権」の観点から、地域の実情を踏まえた「余力と備え」のある医療体制を整備しておくこと、それを支える「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」医療保険制度の充実へ向かうことが求められます。

（文責：医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之）