

厚生労働省が「医療提供体制の総合的な改革」方針を公表

厚生労働省の社会保障審議会医療部会は2024年12月25日、「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」を取りまとめ、公表しました。

厚労省は、「新たな地域医療構想の策定」「医師偏在の是正」「医療分野のDX」「オンライン診療の法制化」「美容医療の適正実施」など「医療提供体制の総合的な改革」の内容を踏まえ、2025年通常国会へ医療法など関連法改正案を提出する方針です。

▽新たな地域医療構想、▽医師偏在対策、▽医療DXの3つの課題についての主な内容は次のとおりです。

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の主な内容

(1) 地域完結型の医療・介護提供体制を構築

- ①新たな地域医療構想は、入院だけでなく、外来医療、在宅医療、医療・介護連携なども組み込んだ総合的な「将来の地域における医療提供体制ビジョン」とし、医療計画の上位計画に位置づけます。
- ②高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進します。
- ③外来・在宅、介護との連携等も新たな地域医療構想の対象とします。

(2) 医療機関機能の報告制度を創設、病床機能区分を変更

- ①病床機能報告の対象となる医療機関から、都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設します。報告する医療機関機能は次の5つです。
- ②「高齢者救急・地域急性期機能」
 - ・高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保します。
- ③「在宅医療等連携機能」
 - ・地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行います。
- ④「急性期拠点機能」
 - ・地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行います。

・こうした急性期拠点機能を担う病院については、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するのか設定します。

⑤「専門等機能」

・上記の機能にあてはまりませんが、集中的なりハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行います。

⑥「医育・広域診療機能」

・大学病院の本院が担い、都道府県との連携を行います。

⑦病床機能区分については、4つの区分は変更しませんが、これまでの「回復期機能」に、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけます。

(3) 都道府県の権限を強化

①医療機関機能報告の創設に伴い、報告内容が実態に合わない医療機関に対して、都道府県は報告の見直しを求めることができます。

②急性期拠点機能を担うべき医療機関の役割について、地域医療構想調整会議で協議を行い、協議が調った事項について、医療機関に対して取組を求めることができます。

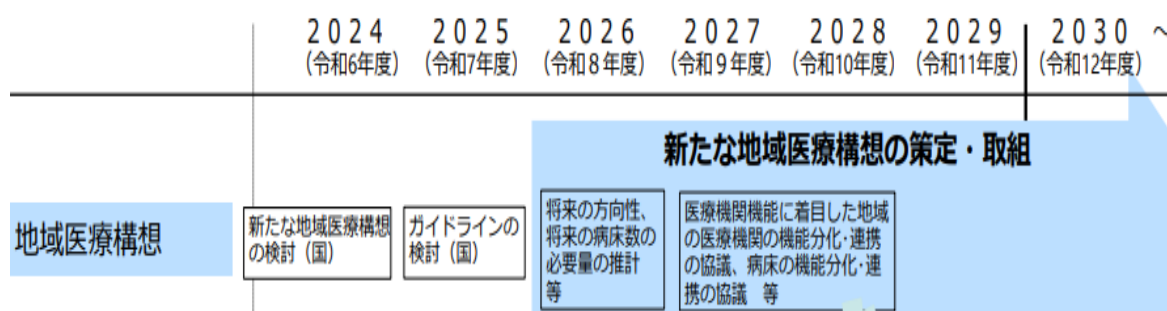
(4) 新たな地域医療構想の策定のスケジュール

①新たな地域医療構想の策定・推進に関する「ガイドライン」を2025年度に検討・作成します。

②都道府県は、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026年度に地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定します。

③2027年度から2028年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議を行います。

④現行の地域医療構想の取組は2026年度も継続し、新たな地域医療構想は2027年度から順次取り組みを開始します。



第13回新たな地域医療構想等に関する検討会(2024年12月3日)資料より

(5) 2040年には65歳以上の高齢者人口がピークの3,928万人となる見込み。複数の疾病を併発し、認知症はじめ要介護度が高く、独居・孤立や低所得など社会的困難も抱える高齢者が増加していくことは避けられません。増加する高齢者の在宅・急性期医療のニーズに対応し、医療と介護両方を必要とする人に対して、必要なサービスが途切れることなく提供できる仕組みを構築することが求められます。

厚生労働省は、医療需要に関して、「外来需要は減少又は横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となる」と指摘しています。今後、需要が高まる在宅医療は、「地域における24時間の在宅医療の提供体制」を構築し、訪問介護による生活の支えがあって初めて継続が可能です。ところが、2024年度報酬改定の影響で、訪問介護事業所の空白地域が広がり、必要な在宅医療や在宅介護を受けられない高齢者の増加が危惧されます。

他方で、「医師の高齢化や人材確保等が課題」と指摘しながら、具体的方策として、①「医療機関の集約化」による再編・統合を推進し、②医師の養成数を削減する、③ICT化による医療従事者の「効率的な配置」で対応する、④医療DX、オンライン診療等による「効率的な医療提供体制」を目指す——方向が示されています。

新たな地域医療構想を策定し、さらに急性期医療の病床・病院を中心に、医療機関の集約化・絞り込みを図っていく計画ですが、感染拡大がいつ起きても対応しうるように「余力と備え」のある医療供給体制を整えておかなければ、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があります。

医師偏在の是正に向けた主な取組

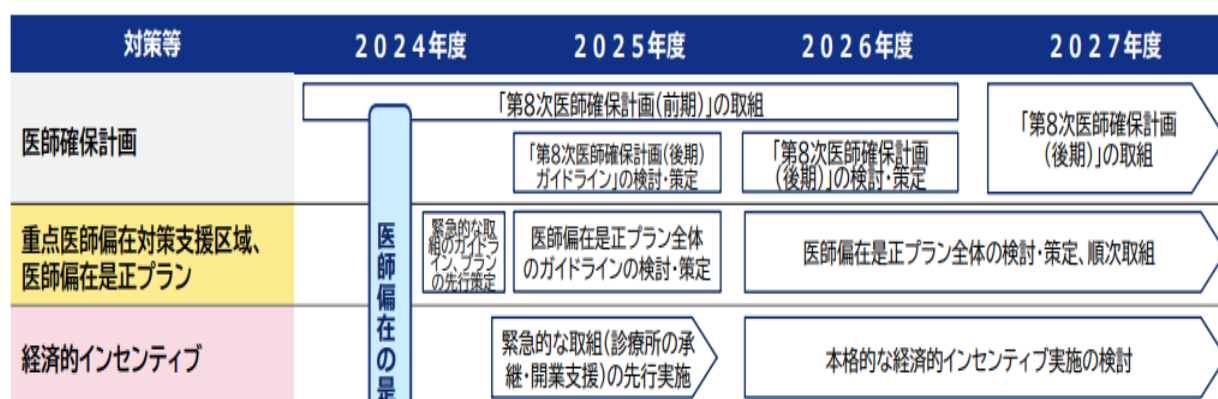
- (1) 今後の医師偏在対策の具体的な取り組みについては、次回診療報酬改定を経て、2026年度からの本格的な実施を目指しています。厚生労働省が提示する候補区域（約100区域）を参考に、都道府県が「重点医師偏在対策支援区域」を選定し、支援対象医療機関や必要医師数、具体的な取組などを盛り込んだ「医師偏在是正プラン」を新たに作成します。このプランは緊急的取組を要する事項から策定し、2026年度に全体を策定する計画です。
- (2) 「外来医師過多区域」での新規開業希望者への要請等
 - ①都道府県は、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）を明らかにし、「外来医師過多区域」での新規開業希望者に対し、医療法に基づき、開業6か月前に、提供予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、「地域の外来医療の協議の場」への参加を求めることや、地域で不足している医療機能の提供を要請します。
 - ②開業後、要請に従わない場合は、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表します。
 - ③要請に従わない診療所の保険医療機関の指定期間を6年でなく3年に短縮します。都道府県は3年後の更新を行う前に、都道府県医療審議会等において確認した上で、勧告を行います。この勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を「3年より短い期間」とします。
 - ④これらの開業者に対し、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めます。医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページでの医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助

金の不交付などの対応を行います。

- ⑤「大臣折衝事項」（財務・厚生労働大臣、2024年12月25日）において、
「2026年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応」とともに、
その他の医師偏在対策の是正に資する実効性のある具体的な対応について更なる検討を深める」としています。

(3) 地域偏在対策における経済的インセンティブ

- ①「重点医師偏在対策支援区域」における診療所の承継・開業・定着支援（施設・設備整備を含む）については、緊急的に先行して実施します。
- ②派遣された医師や従事している医師に対する手当増額を行います。
- ③土日の代替医師の確保など、医師の勤務・生活環境改善への支援を行います。
- ④医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行います。
- ⑤経済的インセンティブについては、国が設定した事業費総額の範囲内で支援を行います。
- ・具体的には、国が設定した金額を各保険者に按分し、支払基金が各保険者から徴収します。徴収した金額を各都道府県に配分します。配分額については、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づいて決定します（実施時期は未定）。
- ⑥医師への手当増額は、「全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める」とともに、「給付費の中で一体的に捉える」としています。
- ・加入者に新たな負担（保険料引き上げ）は求めないため、給付費（診療報酬）の抑制を行う方向です。
- ⑦「大臣折衝事項」（財務・厚生労働大臣、2024年12月25日）においては、「当該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。



厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（2024年12月25日）資料より

- (4)「大臣折衝事項」では、財源のあり方について、「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」ことや、「外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応」を盛り込んでいます。診療報酬マイナス改定や診療報酬単価に地域格差を設定することを示唆しています。

公的医療保険制度における医療の平等性を確保するには、全国一律の窓口負担で同じ医療サービスが受けられることが必要です。診療報酬を地域に応じて変えるべきではありません。医師不足地域の医療機関に国が補助金を出すなどのインセンティブを設けるべきです。あわせて、地方の医師不足地域で働く医師を増やす方策として、労働環境や金銭面での待遇とあわせて、研修機会の確保や子育て環境を充実させることが求められます。

医療DX——医療等情報の二次利用を推進

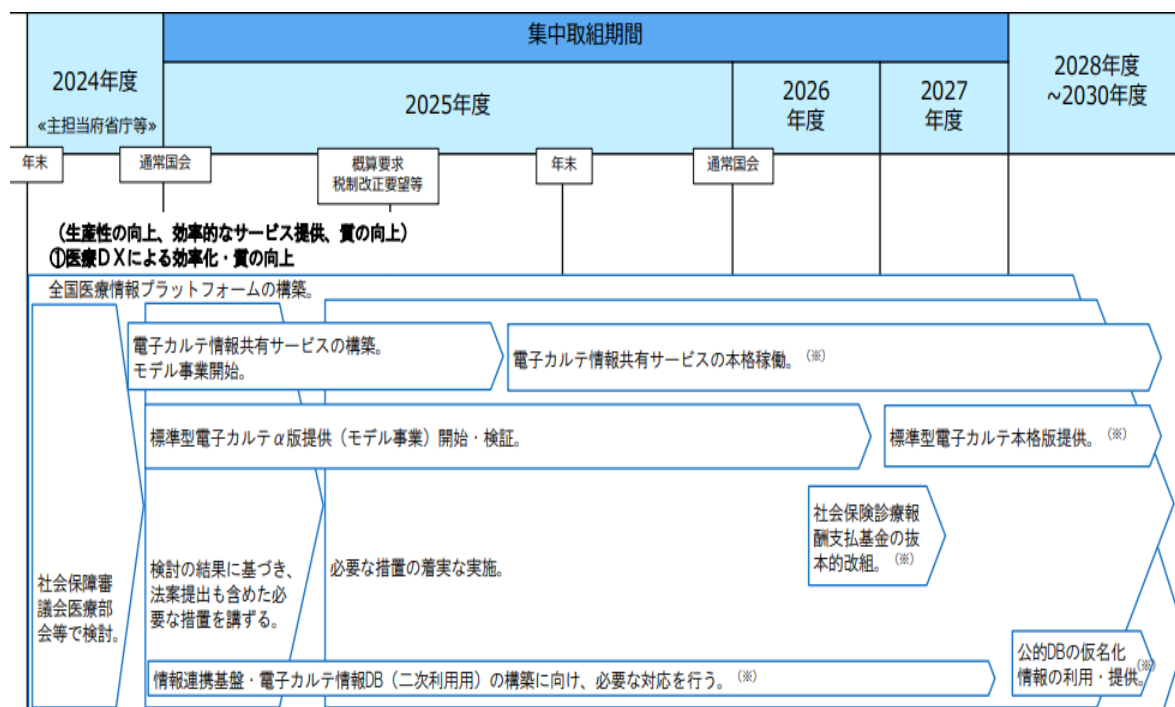
- (1) 医療DXとして、①電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、②医療等情報の二次利用の推進、③マイナ保険証による公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の制度化、④社会保険診療報酬支払基金を医療DXシステム開発・運用主体として抜本的に改組する——などに取り組みます。①と②の課題についての主な内容は次のとおりです。
- (2) 電子カルテ情報共有サービスの構築
- ①電子カルテ情報共有サービス（以下、共有サービス）を法律に位置づけ、2025年度中に本格稼働を行うとしています。
 - ②医療機関等が電子カルテ情報（3文書6情報）を支払基金等に対して電子的に提供することができる旨を法律に位置づけます。
【3文書】診療情報提供書・退院時サマリー・健康診断結果報告書
【6情報】傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査(救急、生活習慣病に関する項目)、処方情報(診療情報提供書)
 - ③提供する都度の患者の同意取得を不要にするとしています。他の医療機関等が登録された電子カルテ情報を閲覧する際には患者の同意を必要とします。また、医療機関等への共有以外の目的には使用してはならないとされています。
 - ④共有サービスの体制整備については、地域医療支援病院、特定機能病院、その他救急・災害時の医療提供を担う病院等の管理者に努力義務を課します。
 - ⑤国は、システム・DB等の開発・改修費用や標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担するとしています。
 - ⑥医療機関は、電子カルテシステムの標準化対応の改修を行います。未導入の医療機関には標準型電子カルテ等を導入し、システムの運用保守を行い、電子カルテ情報を登録するよう求めます。
 - ⑦保険者は、共有サービスが一定程度確立した後に、システム・DBの運用費用を負担します。システム・DBについては、共有情報の追加や機能追加が一定期間継続するとしています。
- (3) 本人の同意を得ないで医療等情報の二次利用（「特定二次利用」）を推進
- ①今後構築予定の電子カルテ情報共有サービスのデータベース（電子カルテ情報DB）について、匿名化・仮名化情報の二次利用を可能とします。

②厚生労働省が保有する9種類の公的DB（及び格納される公的データ）について、仮名化情報の二次利用や他の公的DBの仮名化情報及び認定DBとの連結解析を可能とします。

- ・公的DB：NDB、介護DB、DPCDB、予防接種DB、障害福祉DB、感染症DB（以上、匿名）、全国がん登録DB、難病DB、小慢DB（以上、顕名）
- ・次世代医療基盤法の認定事業者のデータベース（認定DB）
- ・今後構築予定の自治体検診情報データベース（自治体検診DB）

③仮名化情報の二次利用は「相当の公益性がある場合」に認めます。利用目的や内容に応じて必要性やリスクに関して審査を実施します。

④利用申請の受付、利用目的等の審査を一元的に行う体制を整備します。



経済財政諮問会議「経済・財政新生計画 改革実行プログラム 2024」（2024年12月26日）資料より

(4) 石破茂首相が議長を務めるデジタル行財政改革会議は、医療・教育・金融などの重要分野で「社会起点でのデータ利活用（二次利用）」を進めるため、「包括的な検討を行う検討会」を立ち上げ、2025年夏を目途に、「データ利活用制度の在り方についての基本的な方針」を策定するとしています。国民の機微性の高い個人情報をも民間企業がビジネスのために二次利用する仕組みを整えつつあります。

しかし、仮名化情報の二次利用については、「相当の公益性」があったとしても、本人同意を得ないデータ利活用ではなく、オプトイン方式（本人が事前に同意した個人情報の利用や第三者提供の実施）による本人の明確な意思に基づき、個々の医療情報ごとに選択した本人の同意を取得する必要があります。また、一度提供されたデータの消去や同意の撤回ができるようにする必要があります。

仮名化情報は、他の情報との突合などで個人が識別化されるリスクが高くなります。突合やプロファイリング、不正利用に対する制裁上の措置の厳格化を含む実効性を伴った法的保護措置についても講じるべきです。

（文責：医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之）