

参議院常任委員会調査室・特別調査室

論題	医療法等改正案の概要及び論点 －医療提供体制の総合的な改革－
著者 / 所属	鵜飼 孝導 / 厚生労働委員会調査室
雑誌名 / ISSN	立法と調査 / 0915-1338
編集・発行	参議院事務局企画調整室
通号	475 号
刊行日	2025-4-25
頁	14-28
URL	https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/ripou_chousa/backnumber/20250425.html

※ 本文中の意見にわたる部分は、執筆者個人の見解です。

※ 本稿を転載する場合には、事前に参議院事務局企画調整室までご連絡ください（TEL 03-3581-3111（内線 75020）／ 03-5521-7686（直通））。

医療法等改正案の概要及び論点

— 医療提供体制の総合的な改革 —

鵜飼 孝導

(厚生労働委員会調査室)

1. はじめに
2. 改正案提出の背景及び経緯
3. 改正案の主な内容
4. 主な論点

1. はじめに

令和7年2月14日、「医療法等の一部を改正する法律案」（閣法第21号）（以下「改正案」という。）が第217回国会に提出された。改正案は、高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域医療構想の見直し、医師偏在是正に向けた総合的な対策、医療DXの推進等を行おうとするものである。

本稿では、改正案が提出された経緯、改正案の主な内容及び論点について紹介することとしたい。

2. 改正案提出の背景及び経緯

（1）改正案提出の背景

ア 2040年頃に向けた医療の課題

（ア）少子高齢化の進展と医療需要の変化

我が国では、少子高齢化の急速な進展により、2008年をピークに人口減少局面を迎えているが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加することが見込まれている。これに伴い、医療・介護のニーズは増加し、特に85歳以上の高齢者は、慢性疾患や複数の疾患を併存しているなど医療・介護の複合ニーズを有する場合も多く、2040年の医療需要について、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送が75%増加し、

85歳以上の在宅医療の需要も62%増加すると見込まれている¹。

（イ）地域差の拡大

2040年頃に向けて、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地域差が拡大していくことが見込まれる。過疎地域を中心に既に高齢者が減少し、医療需要も減少している地域がある一方、大都市部を中心に高齢者等の医療需要の増加が見込まれる地域もある。

また、都市部と地方の医療資源の偏在が生じており、地方では医師・看護師の不足が深刻な問題となっている。

このような地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制の在り方は異なっていくことが想定される。過疎地域においては、患者や医療従事者の減少に対応しながら地域の実情に応じて必要な医療機能を維持すること等が課題となる一方、都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿を整備すること等が課題となる。

（ウ）医療従事者の確保

今後の更なる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となる中、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア²等の推進が求められている。

イ 地域医療構想の現状と課題

各都道府県が医療法（昭和23年法律第205号）に基づき策定する地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするものであり、地域医療構想に基づく医療機関の機能分化・連携の進め方は次のとおりである。

- ① 都道府県において、各構想区域における2025年の医療需要と将来の必要病床数について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定する。
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の医療機能と今後の方向性等を「病床機能報告³」により報告する。
- ③ 都道府県内の構想区域単位や都道府県単位で設置され、医療関係者・医療保険者・行政関係者等で構成される「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施する。
- ④ 都道府県は「地域医療介護総合確保基金⁴」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援する。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県が「医療法に定

¹ 厚生労働省新たな地域医療構想等に関する検討会（第7回）（令和6年8月26日）資料1「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」6頁

² 業務の移管や共同化。

³ 各医療機関が毎年、病棟単位で医療機能の現状と今後の方向性を自ら一つ選択して都道府県に報告する制度。

⁴ 消費税財源を活用して各都道府県に設置されている基金（一部事業を除き、国3分の2、都道府県3分の1の負担割合）。

められている権限の行使を含めた役割⁵」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

現行の地域医療構想は、2025年に期限を迎える取組であることから、2040年頃を見据えた医療需要の変化等の課題に対応した医療提供体制の構築をどのように進めるべきか課題となっている。

ウ 医師偏在是正に向けた対策の現状と課題

医師が都市部など特定の地域や診療科に偏っている医師偏在の是正に向けた対策については、医師養成過程における取組⁶、都道府県が策定する医師確保計画に基づく取組⁷、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。

このような取組が進められている中で、地域偏在については、医師少数県⁸の若手医師の数は医師多数県⁹と比較して増加しており、若手医師の地域偏在は縮小してきている¹⁰。他方、全年齢の医師でみると、地域偏在は縮小しているとは言えず、中堅・シニア世代を対象とする取組が課題となっている¹¹。

また、診療科偏在については、平成20年度から令和4年度までの診療科別の医師数の推移をみると、総数が約1.2倍に増加している中、診療科別の増加幅は様々であり、リハビリテーション科、形成外科、麻酔科、放射線科で約1.4～1.6倍に増加しているが、外科等の一部の診療科は横ばいとなっており、依然として偏在対策が課題となっている¹²。

エ 医療DXの現状及び課題

「医療DX¹³の推進」が明確化されたのは、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令

⁵ 不足する医療機能への転換等の促進に関する要請・勧告・公表等がある。

⁶ 特定の地域等で診療を行うことを条件とした医学部定員の地域枠の設定に加えて、臨床研修における都道府県別の募集定員上限数の設定、専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医採用数の上限（シーリング）の設定など、若手医師を中心とした偏在対策が進められている。

⁷ 都道府県において、地域医療対策協議会を通じた医師の派遣や専門医の取得など本人のキャリアパスに配慮しつつ、医師不足地域等で診療に従事できるようにするためのキャリア形成支援等の取組が進められている。

⁸ 人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整した指標である医師偏在指標の下位33.3%の都道府県。

⁹ 医師偏在指標の上位33.3%の都道府県。

¹⁰ 令和4年における若手医師の数は平成24年と比較して、医師少数県が27.8%増、医師多数県が4.6%増となっている（社会保障審議会医療部会（第113回）（令和6年11月28日）資料4「医師偏在是正対策について」11頁）。

¹¹ 令和4年における全年齢の医師の数は平成24年と比較して、医師少数県が14.7%増、医師多数県が12.4%増となっている（医療部会（第113回）（令和6年11月28日）資料4「医師偏在是正対策について」12頁）。

¹² 医療部会（第113回）（令和6年11月28日）資料4「医師偏在是正対策について」87頁

¹³ DXとは、Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（transformする）こととされる。これを踏まえ、医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくことと定義するとされている（「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）2頁）。

和4年6月7日閣議決定）であり、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等及び診療報酬改定D Xの取組を行政と関係業界が一丸となって進めることとされた。これを受け、内閣に総理大臣を本部長とし関係閣僚により構成される医療D X推進本部（令和4年10月11日閣議決定）が設置され、「医療D Xの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療D X推進本部決定）が策定された。

これまで同工程表に基づき取組が進められてきたが、医療等情報の利活用における法制上の対応¹⁴や医療D Xの実施主体の在り方¹⁵等について検討の必要性が指摘され、更なる取組が求められている。

（２）改正案提出の経緯

ア 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定）では、2026年度（令和8年度）以降の地域医療構想の取組について、2040年頃を視野に入れつつ、中長期的課題を整理して検討を行うこと、医師偏在対策について、医師が少ない地域での医師確保の取組の更なる検討と併せて、外来医師多数区域における規制的手法の在り方の検討を行うこと、医療D Xについて、全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用に関し法制上あり得る課題等の論点を整理して検討を行うとともに、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を医療D Xに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組すること等が盛り込まれた。

イ 経済財政運営と改革の基本方針2024等

「経済財政運営と改革の基本方針2024」（令和6年6月21日閣議決定）では、地域医療構想に関して法制上の措置を含めた検討を行い、2024年末までに結論を得ること、医師偏在の是正に関する総合的な対策パッケージを2024年末までに策定すること、医療D Xの推進に関して医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行うこと等が盛り込まれた。

また、「近未来健康活躍社会戦略」（令和6年8月30日厚生労働省）でも、医師偏在の是正に関して2024年末までに総合的な対策パッケージを策定すること、医療D Xの更なる推進に関して速やかに関係法令の整備を行うこと等が盛り込まれた。

ウ 新たな地域医療構想等に関する検討会

¹⁴ 規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）では、医療等データに関する特別法の制定を含め、所要の制度・運用の整備及び情報連携基盤の構築等を検討することとされた。また、令和5年11月、厚生労働省に「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」が設置され、令和6年5月15日、「これまでの議論の整理」が取りまとめられた。同整理では、二次利用推進の方向性として、公的データベース（DB）で仮名化情報を利用・提供する場合の法制面の整備、情報連携基盤の整備、電子カルテ情報の利活用、データ標準化等の医療等情報を二次利用しやすい環境の整備等が示された。

¹⁵ 医療D Xの推進に関する工程表では、社会保険診療報酬支払基金を医療D Xに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組することとされた。

これらの方針に加えて、令和6年3月に、厚生労働省に「新たな地域医療構想等に関する検討会」が設置され、同年12月18日に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ¹⁶」及び「医師偏在対策に関するとりまとめ¹⁷」が公表された。

エ 社会保障審議会等における議論

こうした政府方針等¹⁸を踏まえ、社会保障審議会医療部会及び医療保険部会において議論が進められた。また、医療DXについては、両部会における検討と同時並行で、各公的データベース（DB）を所管する審議会等においても審議等が進められた¹⁹。

最終的には、医療部会において、令和6年12月25日に「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²⁰」（以下「医療部会意見」という。）が取りまとめられ、同日、厚生労働省から「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ²¹」が公表された。

（3）改正案の提出

これらの議論等を踏まえ、令和7年2月14日、政府は「医療法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、同日、第217回国会に提出した。

3. 改正案の主な内容

（1）地域医療構想の見直し

ア 地域医療構想の位置付けの見直し

（ア）現状

現行の地域医療構想では、病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論や、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていないなどの課題が指摘されてきた。

医療部会意見では、現行の地域医療構想が、都道府県が策定する医療計画の記載事項の一つとして、病床の機能分化・連携に向けた取組を進めるものであったのに対し、新たな地域医療構想については、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病

¹⁶ 新たな地域医療構想を医療計画の上位概念に位置付けること、病床機能における「包括期機能」の整理、医療機関機能報告の創設、地域医療介護総合確保基金における医療機関機能に着目した取組の支援の追加、基準病床数と必要病床数の整合性の確保、国・都道府県・市町村の役割の整理、精神医療を新たな地域医療構想に位置付けること等が提言された。

¹⁷ 医師確保計画の実効性の確保、地域の医療機関の支え合いの仕組み、経済的インセンティブ、全国的なマッチング機能の支援等、リカレント教育の支援、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定、医師偏在指標のあり方、医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組等が提言された。

¹⁸ 上記の閣議決定等に加え、規制改革推進会議や厚生労働省に設置された「美容医療の適切な実施に関する検討会」等においても関連する議論が行われた。

¹⁹ 医療等情報の二次利用の推進に向けた各DBにおける対応方針等が審議又は報告された。

²⁰ 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想、医師偏在対策、医療DXの推進、美容医療への対応、オンライン診療の推進等が提言された。

²¹ 医師確保計画の実効性の確保、地域の医療機関の支え合いの仕組み、地域偏在対策における経済的インセンティブ等、医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組が盛り込まれた。

床の機能分化・連携等に関する事項を定めるもの等とすることが適当であるとされた。そして、これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、同構想の実行計画とすることが適当とされた。

（イ）法律案の内容（医療法の改正）【施行期日：令和9年4月1日】

地域医療構想について、医療計画の上位概念として位置付け、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²²。

イ 医療機関機能報告制度の創設

（ア）現状

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・集約化を推進することが重要であることから、厚生労働省の検討会や審議会において、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進することが検討されてきた。

医療部会意見では、新たな地域医療構想において、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することが適当であるとされ、具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当であるとされた。

（イ）法律案の内容（医療法の改正）【施行期日：令和8年10月1日】

医療機関機能等報告対象病院等の管理者が、都道府県知事に医療機関機能²³を報告する制度を設ける。

（2）医師偏在是正に向けた総合的な対策

ア 「重点的に医師の確保を図る必要がある区域」（重点区域）の設定

（ア）現状

医師少数県の若手医師の数は医師多数県と比較して増加しており、若手医師の地域偏在は縮小してきている。他方、全年齢の医師でみると、地域偏在は縮小しているとは言えず、中堅・シニア世代を対象とする取組が課題となっている。

医療部会意見では、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあるため、まず早急に取り組む地域の対策として、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を

²² 具体的には、地域医療構想において、将来の医療提供体制の基本的な方向に関する事項、構想区域、将来の医療機関機能の見通し、将来の病床数の必要量、地域医療構想の達成に向けた医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項等を定める規定を設けることとされている。

²³ 具体的な医療機関機能については省令事項である。

設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることが適当であるとされた。

（イ）法律案の内容（医療法の改正）【施行期日：令和8年4月1日】

都道府県知事が、医療計画において重点区域を定めることができることとする。

イ 保険者からの拠出による重点区域の医師の手当の支給に関する事業の創設

（ア）現状

医師少数の地域や診療科における医師の配置については、基本的に職業選択の自由・営業の自由に基づき医師が働く場所を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進められてきたが、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科における不均衡の拡大が懸念されている。

医療部会意見では、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」に基づき、経済的インセンティブを講じることとし、「医師偏在是正プラン(仮称)」全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とすることが適当であるとされ、諸施策が提言された。

提言の中では、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うことが考えられるとされ、その財源として、診療報酬の対応ではなく、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ことも考えられるとされた²⁴。

（イ）法律案の内容（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（総確法）（平成元年法律第64号）の改正）【施行期日：公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日】

都道府県は、重点区域に所在する病院等に勤務する医師に対して、特定医師手当²⁵を支給する医師手当事業を行うことができるものとする。

医師手当事業に要する費用は、支払基金を改組して設置される医療情報基盤・診療報酬審査支払機構（以下「基盤機構」という。）が都道府県に対して交付する医師手当交付金をもって充てるものとする。

医師手当交付金は、医療保険者等から基盤機構が徴収する²⁶医師手当拠出金²⁷をもって充てるものとする。

²⁴ 医療部会意見では、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた一方、国民皆保険制度において「保険あってサービスなし」とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持・確保に一定の役割を果たしてきたと考えられるとされ、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加を招くおそれがあるとされた。

²⁵ 特定医師手当の月額、厚生労働省令で定める基準を参酌して条例で定めることとされている。

²⁶ 基盤機構は、年度ごとに、医療保険者等から医師手当拠出金及び医師手当関係事務費拠出金を徴収し、医療保険者等は両拠出金を納付する義務を負うものとされている。

²⁷ 医師手当拠出金の額は、医療法に規定する指標を踏まえ政令で定めるところにより算定した額を基礎として、厚生労働省令で定めるところにより算定した医療保険者等に係る当該年度の前々年度の診療報酬の支払額の割合に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とすることとされている。

ウ 外来医師過多区域の無床診療所への対応の強化

(ア) 現状

外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っているほか、初期救急医療提供体制の構築等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている²⁸。

医療部会意見では、都道府県において、外来医師過多区域²⁹における新規開業希望者に対する事前届出制を設けるとともに、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表を可能とすることが適当であるとされた。また、これらの対策を実施した上での更なる実効性の確保策に関し、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合などは、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を6年でなく3年とすることが考えられるとされた。

(イ) 法律案の内容

a 外来医師過多区域における無床診療所への対応の強化（医療法の改正）【施行期日：令和8年4月1日】

(a) 新規開設の事前届出制

外来医師過多区域において、無床診療所を開設しようとする者は、原則として、当該診療所を開設する日の6月前までに、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向等を都道府県知事に届け出なければならないものとし、届出をせず、又は虚偽の届出をした者は、30万円以下の過料に処するものとする。

都道府県知事は、外来医師過多区域において、届出者等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、外来医療の協議の場に参加し、当該提供をしない理由等について説明をするよう求めることができるものとする。

(b) 要請

都道府県知事は、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ものとする。

都道府県知事は、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等が、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、当該開設者等に対し、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ものとする。

(c) 勧告

²⁸ 国が定める「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとされている。これを受けて、都道府県において、同ガイドラインに基づき、地域で不足する医療機能の要請がなされているが、対応していない新規開業者が一定数存在すること等を踏まえ、要請やフォローアップの仕組みを強化し、実効性を確保することが求められてきた。

²⁹ 医療部会意見では、「具体的には、都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域」とされた。

都道府県知事は、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等に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、外来医師過多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ものとする。

(d) 公表

都道府県知事は、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等がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができるものとする。

b 外来医師過多区域における無床診療所への保険医療機関の指定期間の短縮（健康保険法（大正11年法律第70号）の改正）【施行期日：令和8年4月1日】

厚生労働大臣は、診療所の開設者等が上記の都道府県知事の勧告を受けた場合等には、保険医療機関の指定を行うに当たっては、3年以内の期限を付することができるものとする。

(3) 医療DXの推進

ア 電子カルテ情報の医療機関・薬局等での共有

(ア) 現状

全国医療情報プラットフォームの仕組みの一つであり、医療機関等で電子カルテ情報を共有する電子カルテ情報共有サービスは、令和5年度から設計が開始され、モデル事業を経て、令和7年度中の本格稼働が目指されている。

医療部会意見では、必要な電子カルテ情報を医療機関・薬局等で共有する電子カルテ情報共有サービスを法律に位置付け、令和7年度中に本格稼働を行うべきとされた³⁰。

(イ) 法律案の内容

a 電子カルテ情報共有サービスの整備（総確法の改正）【施行期日：公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日】

医療機関等の開設者等は、支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に対し、電子カルテ情報を提供することができるものとする。

支払基金又は連合会は、国民が自らの電子カルテ情報を閲覧することができるようにするとともに、患者の同意が得られた場合等において、当該患者に医療を提供する医師等の求めに応じて、電子カルテ情報を用いて必要な情報を提供し、又は閲覧する

³⁰ 具体的には、以下の施策等が提言された。

- ・医療機関等が、健康診断結果報告書、診療情報提供書及び退院時サマリーの3文書と、傷病名、感染症情報、薬剤アレルギー等情報、その他アレルギー等情報、検査情報、処方情報の6情報（以下「3文書6情報」という。）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付ける。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3文書6情報を提供する都度の患者の同意取得を不要とする一方、他の医療機関等が、登録された3文書6情報を閲覧する際には患者の同意を必要とする。
- ・支払基金等に提供された3文書6情報については、電子カルテ情報共有サービスによる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こととする。
- ・次の感染症危機に備えた対応として、医師等が感染症の発生届等を電子カルテ情報共有サービスを経由して感染症サーベイランスシステムに届け出ることができるようにするとともに、感染症対策上必要な時は、厚生労働大臣から支払基金等に対して必要な電子カルテ情報等の提供を求めることができることとする。

ことができるようにしなければならないものとする。

支払基金、連合会及び受託者は、業務の遂行のため必要がある場合等を除き、電子カルテ情報を利用し、又は提供してはならないものとする。

ｂ 感染症対策上必要な時における厚生労働大臣への電子カルテ情報提供義務付け（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（感染症法）（平成10年法律第114号）の改正）【施行期日：公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日】

支払基金及び連合会は、厚生労働大臣に対し、その求めに応じて電子カルテ情報等を提供しなければならないものとする。

厚生労働大臣は、支払基金及び連合会から提供を受けた電子カルテ情報等を用いた調査研究を国立健康危機管理研究機構に委託することができるものとする。

ｃ 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（感染症法の改正）【施行期日：公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日】

医師等が感染症に係る届出を電子カルテ情報共有サービスを経由する方法により届け出ることができるものとする。

イ 医療・介護の公的DBの仮名化情報の利活用

（ア）現状

匿名化情報とは、本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報であり、医療データの場合、氏名等に加え必要に応じて医療データ領域も削除・改変が必要である。これに対し、仮名化情報とは、他の情報と照合しない限り、特定の個人を識別できないように加工された情報であり、医療データ領域の削除・改変は基本的に不要である。匿名化情報では精緻な分析を行う上で限界があり、研究者や製薬企業等からは、特異な値や記述の削除・改変が基本的には不要となるなどの点でより研究利用への期待が大きい仮名化情報の利用・提供が求められてきた。

医療部会意見では、公的DBについて、仮名化情報の利活用を可能とし、他の公的DBの仮名化情報や「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律」（平成29年法律第28号）（以下「次世代医療基盤法」という。）に基づくDB（以下「認定DB」という。）の仮名加工医療情報との連結解析を可能とすることとされた³¹。また、仮名化情報を提供するDBについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置等の措置を講ずること等とされた。

³¹ 医療・介護の公的DBは、これまでの経緯により、システム自体が構築中のもの、連結がないもの、一部のDBと匿名化情報の連結がされているものなど、対応が統一されていない状況であるが、仮名化情報の連結がされているものはない。また、民間DBでは、次世代医療基盤法において仮名化情報の利用が可能となっているが、公的DBと認定DBとの連結は匿名化情報同士の連結しか行うことができない。これに対し、データ利活用が進んでいる諸外国の中には、臨床情報や請求情報等の様々なデータを仮名化情報で連結解析することが可能となっている国もある。

(イ) 法律案の内容

- a 各公的DB（関係各法³²の改正）【施行期日：公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日等³³】

各公的DBの根拠法において、仮名化情報の利用又は提供、仮名化情報利用者に対する利用目的等の制限の要求、仮名化情報の適切な管理、厚生労働大臣による仮名化情報利用者に対する是正命令等の規定を整備する。

- b 認定DB（次世代医療基盤法の改正）【施行期日：公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日】

民間の認定仮名加工医療情報作成事業者による連結可能仮名加工医療情報の提供、基盤機構等を経由した連結可能仮名加工医療情報の提供等の規定を整備する。

ウ 支払基金の改組

(ア) 現状

支払基金は本来業務である診療報酬の審査支払業務に加えて、総確法等に基づき、医療DXに関連する業務も行っている。

医療部会意見では、支払基金について、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組するとされた。また、改組に当たっては、審査支払機能を適切に維持することを基本的な考え方とした上で、法人の名称、目的、業務及び組織体制について、見直しを行うこととされた。

(イ) 法律案の内容（社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）の改正）【施行期日：公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日】

法人の名称を「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」に改める。

基盤機構の目的のうち、基盤機構が収集、整理及び分析を行い、その結果の活用を促進する情報は、患者に対する良質かつ適切な医療の確保等に資する情報、医療機関等及び保険者における業務運営の効率化等に資する情報、医療費適正化に関する情報とするとともに、これらを行うための情報基盤の整備及び運営に関する事務を行うことを追加する。

現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、運営会議を設置する³⁴。

(4) その他

「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とともに、美容医療を行う医療機関における定期報告義務

³² 総確法（電子カルテ情報DB）、健康保険法（DPCDB）、高齢者医療確保法（NDB）、介護保険法（介護DB）、児童福祉法（小慢DB、障害福祉DB）、予防接種法（予防接種DB）、感染症法（iDB）、障害者総合支援法（障害福祉DB）、がん登録推進法（全国がん登録DB）、難病法（難病DB）、健康増進法（自治体検診DB）。

³³ 健康増進法については、公布の日から起算して4年を超えない範囲内において政令で定める日。

³⁴ 運営会議の委員は、保険者を代表する者（3人以内）、診療担当者を代表する者（3人以内）、被保険者を代表する者（1人）、地方公共団体を代表する者（1人）、保健医療又は保健医療に係る情報システムに関して高い識見を有する者その他の学識経験者（1人）で構成する。

等を設ける等の措置を講ずる。

4. 主な論点

(1) 新たな報告制度の明確化

改正案では、現行の病床機能報告に加えて、医療機関機能報告を創設するとされた。具体的な医療機関機能の報告項目、報告方法等のほか、病床機能報告との関係等についても、国のガイドラインにおいて明確にする必要があるだろう。

また、病床機能報告について、医療部会意見では、現行の回復期機能を包括期機能³⁵として位置付け、適切に理解されるよう周知に努めるべきとされた。病床の機能区分の改正は今後の省令事項であるが、医療機関に混乱が生じないよう新たな機能を明確化することが求められよう。

(2) 医師手当事業の具体的制度設計

改正案では、都道府県知事が、医療計画において重点区域を設定した上で、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行うことができることとされた。

これについて、医療部会意見では、医師偏在対策に係る費用を保険者の拠出財源に求めることには合理性がなく、保険給付と関連性の乏しい使途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠くとの反対意見も併記されており³⁶、保険料から拠出することの妥当性、公費が投入されているへき地医療等や地域医療介護総合確保基金で行われている事業との整合性がどのように整理されたのか検証する必要があるだろう。

また、医師手当事業について、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」では令和8年度予算編成過程で検討するとされ、改正案提出段階において、その事業規模、事業費の配分ルール³⁷、個々の医師へ渡る医師手当の具体的金額、保険加入者一人当たりの具体的負担額等が全く提示されていない。さらに、同パッケージでは、医師手当事業と診療報酬を給付費の中で一体的に捉える観点から、その財源について、給付費や保険料の増とし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されたが、具体的な調整がどのようになされるのか不明である。医師偏在是正対策としての医師手当事業の有効性や、医療機関の経営問題等を議論していく材料を提供する面からも、制度設計の方向性の早急な提示が求められよう。

(3) 医師偏在是正対策としての規制的手法の在り方

改正案では、外来医師過多区域の無床診療所への対応（新規開設の事前届出制、要請・

³⁵ 高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

³⁶ 地域に必要な医療提供体制の確保は国・都道府県の責務であり、公的責任において負担するものであること、そのための地域医療介護総合確保基金が消費税財源により措置されていること、医師の人件費は医療費の一部であり、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしていること等を理由としている。

³⁷ 重点区域における支援については、事業費総額の範囲内で支援するとされている。

勧告・公表等）を強化することとされた。

厚生労働省の検討会や審議会においては、これらの対策を実施した上での更なる実効性確保策に関し、要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消しを行うことが焦点となり、賛成・反対の両論が交わされ³⁸、最終的に見送られた³⁹。

改正案附則に盛り込まれた施行後5年を目途に行われる見直しにおいては、医師偏在是正対策の実効性を十分に検証した上で、規制的手法の在り方の更なる検討が求められよう。

（４）電子カルテの普及促進策

改正案では、全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにすることとされている。しかし、省令事項である共有・閲覧の対象範囲は、電子カルテ情報のうち、3文書6情報に限られる見込みであり⁴⁰、MRI、CT等の検査画像、看護や歯科に関する情報⁴¹等その対象拡大をいかに進めていくかが課題となろう。

また、令和5年時点における電子カルテの普及率⁴²は、一般病院で65.6%、一般診療所で55.0%となっており⁴³、比較的小規模な医療機関において導入が進んでいない。また、導入済みの医療機関においてもシステムベンダーごとに異なる形式の電子カルテが使用されており、その標準化が情報共有に当たっての制約要素となっている。

³⁸ 要請等の実効性を確保する観点からの意見として、

- ・これまでの医師不足対策で十分な成果が得られなかったことを踏まえ、過多区域で特に厳しい規制をかけるべきであり、都道府県からの要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、勧告等の基準を明確にした上で、保険医療機関の指定の可否について、開業時だけではなく、更新時にも厳しく判断すべき、
 - ・要請・勧告後にどうなるか意識しながら外来医師過多区域での開業を判断いただくことが重要であり、要請・勧告を行った場合の牽制効果という意味でも、保険医療機関の不指定や取消を規定すべき、
- との意見があった一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては、
- ・保険医療機関の不指定や指定取消については、診療所の経営に関わる強い規制であり、憲法上の職業選択の自由や営業の自由と抵触するおそれがあるもので、認める余地はない、
 - ・健康保険法上の保険医療機関の不指定や指定取消は、医療保険制度を著しく毀損するような場合に認められるものであり、一方、今回検討している医療法上の不足する医療機能の要請等は、医療保険制度の外にある学校医、公衆衛生上の貢献を含めたもので、そうした貢献をしないからといって著しく医療保険制度を損なうことにはならず、不指定や指定取消の議論に論理的に結びつかない、
 - ・診療所の新規参入に対する過度な抑制を行った場合、その地域の新規開業が減少し、競争原理が働かず、医療の質の低下を招きかねない、
 - ・駆け込み開業が発生し、診療所医師の年齢構成にひずみが出るなど、地域医療をゆがめる可能性があり、慎重に検討するべき、

との意見もあった。

³⁹ 医療部会意見では、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合などは、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を6年でなく3年とすることが考えられるとされた。その上で、この見直しも含めて医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策が検討されるべきとされ、いずれも改正案に盛り込まれた。

⁴⁰ 医療部会（第115回）（令和7年2月26日）資料1「医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）」11頁

⁴¹ 医療部会意見では、今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきとされた。

⁴² 医療DXの推進に関する工程表では、遅くとも2030年には概ね全ての医療機関において電子カルテの導入を目指すとされている。

⁴³ 「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（第6回）（令和7年1月22日）資料3「病院の情報システムの刷新に係る方向性について」4頁

デジタル庁は、電子カルテの普及が進んでいない200床未満の中小病院又は診療所における導入を想定した標準型電子カルテの開発を進めているが、本格版の提供には至っていない⁴⁴。また、既に導入済みの医療機関に対しては、標準規格化部分の改修費用の補助があるが⁴⁵、医療機関の独自負担が生じる。さらに、導入や改修後のシステム運用経費等⁴⁶に対する補助制度がない。電子カルテの普及促進に当たっては、導入時の支援だけでなく、接続先のレセプトコンピュータ、部門システム等も含めた情報システム関係経費が医療機関の経営を圧迫している現状に対する負担軽減策の検討も求められよう。

（５）医療等情報の利活用の対象拡大に伴う課題

改正案では、国（厚生労働大臣）が保有する医療・介護の公的ＤＢの仮名化情報の利用・提供を可能とし、他の公的ＤＢの仮名化情報や次世代医療基盤法に基づく認定ＤＢの仮名加工医療情報との連結を可能とすることとされている。

医療・介護分野では、公的ＤＢや認定ＤＢ以外にも学会のレジストリや民間企業が保有するＤＢが多数存在し、連結対象の拡大がデジタル行財政改革会議において今後想定される課題例として挙げられている⁴⁷。医療等情報全体で情報連携の在り方の整理が必要となろう。

その際、各制度の所管ごとに頻繁な制度改正が行われる場合⁴⁸、医療機関におけるシステム改修等の過度な負担増につながりかねないことから、政府全体で医療機関のシステム環境にも配慮しながら、個人情報保護体系と整合的で包括的な制度設計を検討していく必要がある。

また、厚生労働省の審議会では、仮名化情報の第三者提供やＤＢ連結に関して、障害者団体等から、個人が特定され差別や偏見につながることやセキュリティ⁴⁹に対する懸念が示された。患者等から個別に同意を得る機会がない⁵⁰中で医療等情報の二次利用の意義や

⁴⁴ 令和７年３月から試行版である標準型電子カルテα版のモデル事業が開始された。本格版については、モデル事業の知見を踏まえて開発に着手し、令和８年度からの提供が検討されている。

⁴⁵ 導入済みの病院に対しては、厚生労働省所管の医療情報化支援基金により標準規格化部分の改修費用の補助があり、導入済みの診療所に対しては、経済産業省所管のＩＴ導入補助金の活用が可能となっている。

⁴⁶ 管理者自らがシステムを構築して管理運用する方式であるオンプレミス型の場合、毎月の運用経費に加え、５～７年ごとにシステム更改費用が発生する。また、クラウド型の場合、各医療機関側でのシステム更改は発生しないが、クラウド事業者においてシステム更改を加味したクラウドサービス提供料が設定されていると考えられる。

⁴⁷ 内閣官房デジタル行財政改革会議データ利活用制度・システム検討会（第５回）（令和７年２月２６日）資料２「医療分野におけるデータ利活用について」６～１２頁

⁴⁸ 医療等情報の利活用については、厚生労働省以外にもデジタル行財政改革会議、規制改革推進会議、健康・医療戦略本部、個人情報保護委員会などの機関により同時並行で検討されている。

⁴⁹ クラウド上に構築された安全な環境で、利用者が必要なデータにアクセス・解析することが可能なプラットフォームとされる Visiting 解析環境での利用を基本とし、ログの活用等により利用者のデータの利用状況を日常的に監視・監督を行う方針が示されている。なお、ガバメントクラウド自体に関しては、海外のクラウドサービス提供事業者に依存することによるデータ主権及び経済安全保障の観点からの懸念があることや、外国政府からのデータ開示要請等の可能性があることを踏まえた対応が求められている（情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議（第２１６回国会衆議院地域活性化・こども政策・デジタル社会形成に関する特別委員会議録第４号１９頁（令６.１２.１９））、第２１６回国会参議院地方創生及びデジタル社会の形成等に関する特別委員会議録第５号１３頁（令６.１２.２３））。

⁵⁰ データ取得時の本人同意の取得が必要な難病ＤＢ等一部例外がある。

情報セキュリティ対策等について丁寧に周知するとともに、今後の運用の検討において、個人の特定につながらないよう十分に配慮した審査基準の策定や、府省横断的なセキュリティ対策が求められよう。

(うかい たかみち)