

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ① 2040年に向けた「新たな地域医療構想」

「総合改革意見」の柱

2024年12月18日、厚生労働省の社会保障審議会医療部会が「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(案)」¹⁾(以下「総合改革意見」)を公表した(図1)。

「総合改革意見」は医療提供体制改革に関するこれまでの審議を踏まえ、厚生労働省に対し「医療法等の改正を行う」よう求めている。

その情勢認識は全地域で人口減少となる一方、85歳以上人口は2040年にピークを迎える。これにより高齢者の救急搬送・在宅医療の需要が増える。にもかかわらず生産年齢人口は減少し医療従事者確保も困難になる。医師については人口減少の中の医師養成の在り方、医師偏在が課題となっている中で、診療所医師は高齢化、診療所数は人口の少ない地域で減少、多い地域で増加している。よって、新たな地域医療構想策定、医師偏在是正の総合的推進、医療DXを着実に推進することで、より質の高い医療やケアを効果的に提供する」というものであった。

その上で、具体的な法改正内容の方向性として①新たな地域医療構想②医師偏在対策③医療DXの推進④美容医療の適切な実施⑤オンライン診療⑥その他一が記述されている。

このうち①地域医療構想と②医師偏在対策については「別添のとおり」とだけ書かれている。別添とは2024年12月18日に厚生労働省医政局の新たな地域医療構想に関する検討会が公表した2本の文書「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」と「医師偏在対策に関するとりまとめ」である。

本稿では「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」に対する批判的分析を試みる。

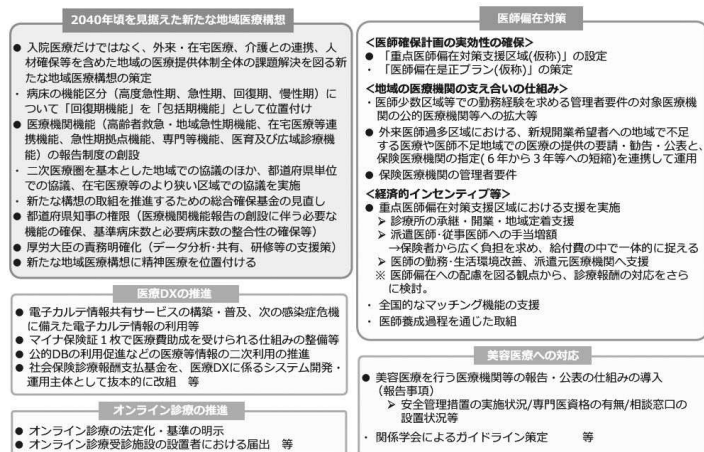
新たな地域医療構想の概要

新たな地域医療構想の年限は2040年と設定される。目指すべき方向性として①増加する高齢者救急への対応②在宅医療需要への対応③医療の質や医療従事者の確保④地域における必要な医療提供の維持一が示されている。

まず注目したいのは「医療機関機能」報告である。現在の地域医療構想は病院・有床診療所に「病床機能報告」を義務付けている²⁾が、今度は病院機能そのものを「選択」させる。具体的な報告項目と方法は2025年度にも国が作成する「ガイドライン」での検討となるが「医療機関機能の名称と定義」として①高齢者救急・地域急性期機能②在宅医療等連携機能③急性期拠点機能④専門等機能⑤育および地域診療機能³⁾が示されている。

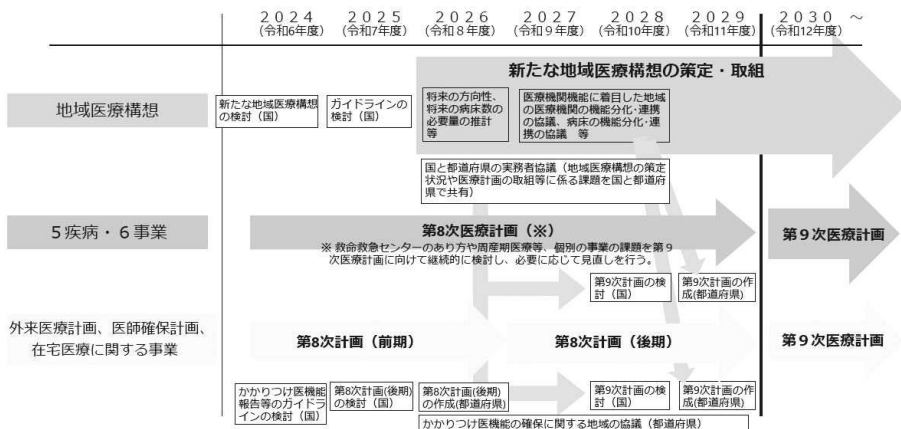
さらに新たな構想は入院医療のみならず、外来医療・在宅医療、介護連携等も対象とすることで、診療所を中心とした外来医療機関の機能分化を目指すものとなる。一方で「かかりつけ医機能報告」も同時期にスタートし、事実上

図1 「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（案）」より



その他、一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底、持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長等の措置を行う。

図2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」より



の「必要診療所数」が目標化される可能性がある。³⁾

また以上のように新たな地域医療構想が「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、病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるもの」となることから、これまでの「医療計画の一部」と位置付けを転換させ「医療計画の上位概念」とする。

その上で、今後の作業スケジュールとして、2025年度に国がガイドラインを作成、2026年度に都道府県が医療機関からの報告データを踏まえながら、地域の医療提供体制全体の方向性、必要床数の推計等を検討、策定、2027年度～28年度に「医療機関機能」に着目した地域の医療連携の連携・再編・集約化の協議等、現行の地域医療構想は2026年度も継続し、新たな地域医療構想は2027年度から順次取組を開始し「巴漕な移行」を図る（図2）。

新たな地域医療構想への懸念

徐々に明らかにされてきた新たな地域医療構想にはいくつか懸念がある。

とりわけ「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点機能」についてである。

まず指摘したいのは「高齢者救急」という用語の学術的定義の有無である。検討会の議事録を読むと「高齢者救急」なる用語が飛び交っている。しかし定義についての言及はない。一方の「地域急性期」についても、大阪府や京都府が現在の地域医療構想における「急性期」と「回復期」の「概念的基準」を検討する議論に関連して「地域急性期」なる概念を持ち出し、それを回復期と見なす試みをした経緯があるが、定義が明確であるとは言えない。つま

り国は「高齢者救急」の用語を高齢者による救急受診というふんわりした意味合いで用いているに過ぎない。

もちろん高齢期の特性から「受入体制の強化」や「ADLの低下を防止するための早期からのリハ」、早期の自宅復帰への支援体制確保は必要であり、その限りにおいては必ずしも「高齢者救急」を否定するものではない。だがこれまでの国の政策の経緯から、そして何よりも今日の政権が「高齢者救急」を論じていることに不信を抱かずにはおれない。

2024年度診療報酬改定

における7対1病棟の看護必要度におけるB項目（患者の
状態・介助の実施など）廃止は、「急性期」から介助に手
間のかかる患者を排除するものであった。排除されるのは
高齢者や障害のある人たちに他ならないことは、本当は現
場従事者が難易よりよく理解しているはずである。国の目指す
方向が「急性期」医療を担う医療機関は急性期の役割に徹
することを目指すものであるならば、B項目廃止は高齢者
や障害のある人への医療は急性期の対象ではないと宣言し
たも同然である。確かに一方で今次改定は「高齢者救急」
を意識した「地域包括医療病棟入院料」が新設され期待も
ある。本当に高齢や障害の特性に応じた医療サービスの提
供を保障し得るのであれば歓迎すべきである。しかし今
回の「医療機関機能」に示された「急性期拠点機能」に国
は次のような説明を付している。「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
提供を行う」。つまり急性期を担う病院は集約化する。地域
には「高齢者救急」を担う病院を配置する。これが2040
年に目指される地域の入院医療提供体制の絵である。

外来・在宅医療の需要推計からの「数値目標」化はどうか

外来・在宅医療について、とりまとめは「地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要」「新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護連携等も対象とすることが適当」として地域の「医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議」の場で「かかりつけ機能報告や外来機能報告等のデータ」を基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有する」と述べる。この書き振りからは外来・在宅についてどのような数値目標を設定するか、あるいはそもそも数値目標化しないのかを判断しない。あえて微妙な表現が採られているのではないかという印象である。診療所数のコントロール「適正配置」を目指す動きは多方面から追求されており、何かしらの形で自由開業規制が狙われるのは確実であろう。この点については「新たな地域医療構想に関する検討会」のとりまとめも一つの文書「医師偏在是正に関するとりまとめ」を読むことを通じてさらに検討を深めたい。（続く）

むことを通じてさらに検討を深めたい。 (続く)

- 1) 第114回社会保障審議会医療部会 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47469.html
- 2) 2022年からは「紹介受診重点医療機関」の明確化等を目的に「外来機能報告」も義務付けられている。
- 3) 本紙第3173号「新たな地域医療構想と『かかりつけ医療機能報告制度』が結びつく先」に既報。

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ②
医師偏在対策について医療費抑制政策の下での
「とりまとめ」「パッケージ」の位置

本稿では新たな地域医療構想等に関する検討会の「医師偏在対策に関するとりまとめ」¹⁾ (2024年12月18日)を検討する。内容はほぼそのまま「医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージ」²⁾ (2024年12月25日)に盛り込まれている。

「もはやコロナ禍ではない」³⁾とのフレーズで始まる「令和7年度予算の編成等に関する建議」(2024年11月29日財政制度等審議会)において、財務省は医師偏在対策について「希少な医療資源を効率的に配分することが重要であり、そうした観点から医療提供体制の在り方を見直す必要がある」として「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた強力な対策を講じる必要」があると述べている。さらに「自由開業制・自由標榜制が、医師の偏在の拡大につながっている」「保険医療機関の指定を含む公的保険上の指定権限の在り方にまで踏み込んだ実効的な規制を導入することが不可欠」として、従来からの主張である「地域別診療報酬の活用」にとどまらず、特定の診療科の医療サービスを「過剰」と判断した場合の「特定過剰サービス減算」まで提案している。

「とりまとめ」や「パッケージ」はこうした強硬な主張も踏まえた現時点での政策上の「落としどころ」と考えるべきであろう。

総数の確保から適切な配置へ

「とりまとめ」は基本的な考え方として、これまでの「医師少数の地域や診療科における医師の配置」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や診療科を自由に選択できる」という考え方の下に「行われてきたが、今後の人口構造の急激な変化の中で「地域・診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない」「医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計」もあり、「総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある」とする。

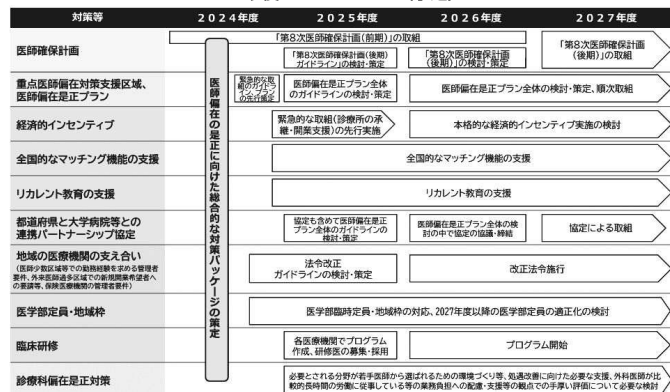
重点医師偏在対策支援区域と
医師偏在是正プラン

具体的な取り組みの一つが「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定と当該区域における都道府県による「医師偏在是正プラン(仮称)」策定である。

区域は厚労省が候補区域を示し(例示として各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、医師少数県の医師少数区域、医師少数区域かつ可住面積当たりの医師数が少ない二次医療圏※全下位1/4)、都道府県はそれを参考に選定する。選定された区域ではプランを策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取り組み等を定める。具体的な内容は国が定めるガイドラインを踏まえて緊急的な取り組みを要する事項から先行する予定であり2026年度に全体を策定する。

区域では2026年度から経済的インセンティブが本格実施

今後のスケジュール(予定)



※ 医師偏在対策の効果は施行後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を検討

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。
 - 総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。
- ※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状課題

医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではない

若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた取組が必要

基本的な考え方

医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせる総合的な対策を実施

医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする

医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組む

- ・ 医師偏在対策の効果は施行後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を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

され、承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に関する支援を先行実施。同区域における一定の医療機関に対して、派遣される医師および従事する医師への手当増額支援を行う。なお手当増額支援の財源は各保険者の保険財源とする。

「医師少数区域経験認定医師制度」⁴⁾も改定する。現在は地域医療支援病院の管理者の要件とされているが、公的医療機関および国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を対象に追加。また、その効果を検証した上と留保しつつ「全ての医療機関を対象とすべき」との意見も紹介している。併せて認定医の勤務経験期間を現在の6カ月以上から1年以上に延長する。

強められる開業ハードル

自由開業制に直接切り込む仕組みが「外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保」である。

現在、都道府県が設置する「外来医療機能に関する協議の場」での協議を踏まえ、外来医師多数区域では都道府県が新規開業希望者に対し「地域に必要とされる医療機能を担うよう求める」とこととされている。だが「対応していない新規開業者が一定存在する」ため、要請やフォローアップの仕組みを強化する。具体的には「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(「外来医師過多数区域」⁵⁾)」での新規開業希望者に対しては「都道府県医師審議会や外来医療の協議の場」へ参加(毎年1回)を求め、「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)の提供や医師不足地域での医療の提供(土日の代替医師としての従事等)を要請⁶⁾」できるようにする。要請に応えない医療機関に対しては警告、警告に従わない場合は名前を公表する。保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金等の不交付を行うことが「考えられ」と明記。

さらに、「とりまとめ」は「警告にも従わない事業者に対して」「保険医療機関の指定の可否について、開業時だけでなく、更新時にも厳しく判断すべき」「保険医療機関の指定や取消を規定すべき」との意見も記載されている。また要請された医療機関の指定期間を「少なくとも

(現行の)6年でなく3年に短縮する」と言う。

財務省と厚労省の提案は何が違うか
一本当に医師偏在是正につながるか

以上のように、地域医療構想では病院と病床の数と機能、医師偏在是正(医師確保計画)では開業ハードルを上げて外来の数と機能に対する国のコントロール強化が目指されることになる。同時に別稿(本紙第3173号)で指摘したように、かかりつけ医機能報告制度や外来機能報告制度による「かかりつけ医」と「紹介受診重点医療機関」の機能分化策も進む中、現実の医療提供体制にどのような影響がもたらされてくるのか、引き続き注視・研究が必要である。

厚生労働省は「パッケージ」では医師偏在は是正策を「地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため」と言う。

同省の言うように「保険あってサービスなし」とならないよう、全国どこでも医療サービスを普遍的に提供できる体制が求められているのであり、医師確保の困難な地域に一定の公費出動も必要と認めた点等、評価すべき内容もある。

何しろ医療費抑制を主目的にさまざまなアイデアを繰り出してくる財務省の「医師偏在は是正」とは目的が違うはずである。したがって問われねばならないのは「とりまとめ」や「パッケージ」の示す方向で本当に「医師偏在」が解消に向かうのか。医師がいなくなることで住み続けることのできない地域が一つもないようにできるのか。つまり医師の多い都市部での開業を抑えることが地域での開業を促すことになるという発想はそもそも正しいのか。あるいは結局のところ、今回の提案も財務省の言う医療費抑制のための医師偏在の枠内の議論に過ぎない話で終わってしまうのではないのか。このような疑念を晴らすだけの材料はまだ厚労省から示されたとは言えない。

1) <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001358749.pdf>

2) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48023.html

3) 1956年7月17日の『経済白書』の序文「もはや戦後ではない」のパロディと思しき表現。多数の人命を奪った感染症をパロディに用いることの妥当性が問われる。

4) 政府統計によると2022年4月1日～24年3月31日に「医師少数区域経験認定医師」の認定に必要な業務を行った医師は総数280人。京都府では1人存在する。

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450127&stat=000001216300&cycle=0&stat_infid=000004166543&tclasslval=0

5) 唐突に用いられた用語。現行の「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」(2023年3月)にも文言自体存在しておらず公文書で用いる妥当性が問われる。

6) 法律の言葉で「要請」はあくまで「お願いベース」である。

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ③
医療需要・必要病床数に関する国の算定式とは

新たな地域医療構想は対象をこれまでの「病床」(病床機能)から「病院そのもの」(医療機関機能)、外来や在宅、介護との連携へ拡大する。構想には少なくとも2040年の構想区域(≒二次医療圏)別の「必要病床数」が設定されることになる(新たな「医療機関機能」や「外来・在宅」の必要数の設定の有無、その手法については詳らかにされていない)。そこであらためて見ておくべきは現在の地域医療構想において「必要病床数」がどのように算定されているのか。それは将来の地域の医療需要を測る方法として妥当であるかという点である。

本稿では現行の地域医療構想における医療需要推計について国の「ガイドライン」に沿って解説し、批判的検討を行う。

必要病床数の計算式

地域医療構想における病床数の必要量は「医療需要推計」から導き出されている。推計方法は法令・通知で定められている¹⁾。

推計を行うため、国は都道府県に対し「地域医療構想策定支援ツール」を配布している。その搭載内容が図1である。

2025年の「必要病床数」は次のような計算式²⁾で導き出されている。

- ① 性・年齢階級別の2013年度の入院患者数を365で除し、1日あたり入院患者数(2013年度医療需要:人/日)を算出する(計算式①)。
- ② ①を2013年の性・年齢階級別人口で除し、4医療機能区分(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとの入院受療率を算出する(計算式②)。その区分は「医療資源投入量」によって区分する。その境界点は図2の通りである。
- 4医療機能区分のうち、慢性期の入院受療率推計は次のような手法で算定される。
 - i) 一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病床は慢性期に区分する。
 - ii) 同じく一般病床のうち、リハビリを含めた医療資源投入量が175点未満の場合は在宅医療等に区分する(必要病床数に反映させない)。
 - iii) 一般病床および療養病床のうち回復期リハビリテーション病床は、回復期に区分する。
 - iv) 残りの一般病床は図2医療資源投入量の点数で高度急性期、急性期、回復期に振り分ける。
 - v) 回復期リハビリテーション病床を除く療養病床の入院患者は慢性期に区分するが、そのうち、「医療区分1」の患者の7割は医療ニーズが低いと見なし、将来は病床以外の自宅や介護施設等で対応可能な者と仮定し、在宅医療等に区分する。
 - vi) vで慢性期に振り分けた療養病床の入院患者について、入院受療率が最低の県に一定割合(全国最大値が全国中央値まで低下する割合)で近づくように入院受

療率を下げ、低下させた分を在宅医療等に区分する。
③ ②に2025年の性・年齢階級別の人口を乗じ、2025年度の医療需要(人/日)を推計し、推計した将来の医療需要と将来の医療供給体制に大きな乖離がある場合等には、都道府県間・構想区域間の患者流出入を調整した上で、4医療機能ごとの全国一律の病床移動率で割り戻し、必要病床数を推計する(計算式③)。

算定式の批判的検討

以上の算定式は全国統一であり、厚生労働省から都道府県に提供されている。これこそが各都道府県の2025年度の「必要病床数」の「根本」であり各病院に経営方針や進路の選択を迫る根拠となっているのである。

もとより、万能な算定式は存在しない。各病院において、今後の医療経営を構想するための基礎データとして、こうした式にデータが提供されること自体は悪くない。国自身も2015年6月18日の通知において³⁾、地域医療構想は自主的な取り組みが基本であり、「単純に『我が県は〇〇床削減しなければならない』といった誤った理解とならないようお願いします」と釘を刺していた。しかし、現実には国の算定式に沿って作られた構想の実現が都道府県に迫られ続けてきた。つまり国がどのように責任を曖昧化し、「地域の自主的な取り組みだ」と主張したところで、地域医療構想における機能別必要病床数は「間違った将来像」のように扱われてきたのであり、事実上医療機関の将来を縛るものになってきた。その根拠である算定式自体が妥当なものでなければ話にならない。

- ① 算定式の批判を試みれば、以下の6点となる。
- ① 2013年度の入院受療率を用いながら、2025年の人口推計を使って医療需要を推計することは正しいか。すなわち、2025年まで受療率が不変であると仮定していることは正しくないのではないか。
- ② 医療需要の根拠にNDBデータを用いているが具体的などのようなデータを用いているのかが不明である。そもそも国が活用を推進する「ビッグデータ」は一般市民がアクセスできる仕組みになっていない。つまり使用データがブラックボックスの中であり、再現不能である。
- ③ 二次医療圏ごとに医療需要を算出し、必要病床数を導き出す式になっているが、これではもともとある二次医療圏間の医療提供体制格差が改善されない。
- ④ 「C1」「C2」「C3」の医療資源投入量の境界点は医療現場や地域の実情に合っているのか。境界の引き方次第で必要な急性期医療等に対応する病床数が決まってしまうため、仮に国が金のかかる急性期病床を減らしたいと考えれば恣意的な操作が可能である。また慢性期の推計も極めて政策的である。在宅医療推進や介護資源の充実自体は否定しないが、「医療資源投入量が175点未満の場合」や「医療区分1の患者の7割は医療ニーズが低い」と見なし入院受療率から外すという機械的な発想

図1 地域医療構想策定支援ツールの搭載データ

- 将来の医療需要を推計するため、国がNDB等のデータに基づき開発した「地域医療構想策定支援ツール」が都道府県に配布された。
- 地域医療構想策定支援ツールは2013年度の下記データを用いて推計処理を実施しています。なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏内においては10未満、市区町村内においては100未満となる数値は、非表示となる。

搭載データの種別		病名の有無
医療需要	① NDB(National Database)のレセプトデータ	あり
	② 上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	なし
	③ DPCデータ	あり
	④ 公費負担医療分医療需要(医療費の動向)	※
	⑤ 医療扶助受給者数(被保護者調査)	※
	⑥ 訪問診療受療者数(生活保護患者訪問診療レセプト数)	なし
	⑦ 分娩数(人口動態調査)	あり
	⑧ 介護老人保健施設の施設サービス受給者数(介護付有料実態調査)	なし
	⑨ 労働災害入院患者数(労働災害入院レセプト数)	なし
人 □ 将来人口推計	⑩ 自賠責保険入院患者数(自賠責保険請求データ)	なし
	住民基本台帳年齢階級別人口	一
国立社会保障・人口問題研究所性・年齢階級別将来推計人口		一

※③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて配分。

図2 病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病床やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

(計算式①) 医療需要(人/日)の算出式

$$\begin{aligned} \text{医療需要 (2013年度) (人/日)} &= \frac{\text{NDBのレセプトデータ (①)} \\ &+ \text{DPCデータ (②)} \\ &+ \text{公費医療データ (③、④、⑤)} \\ &+ \text{分娩のデータ (⑥)} \\ &+ \text{介護老人保健施設サービス受給者データ (⑦)} \\ &+ \text{労災保険医療データ (⑧)} \\ &+ \text{自賠責保険医療データ (⑨)}}{365\text{日}} \end{aligned}$$

※医療需要(人/日)は上記データを基に「病床の機能区分等」(4機能分類及び在宅医療等)、「疾病区分」(約90分類)、「性」(2分類)、「年齢」(17分類)、「患者住所地」(二次医療圏) (344分類)、「医療機関所在地」(二次医療圏) (344分類)別に算出。

(計算式②) 入院受療率の算出式

$$\text{入院受療率 (2013年度)} = \frac{\text{医療需要 (2013年度)}}{\text{性・年齢階級別人口 (2013年度)}}$$

※構想区域(二次医療圏)ごとに入院受療率を算出。

(計算式③) 必要病床数の算出式

$$\begin{aligned} \text{必要病床数 (2025年度) (床)} &= \frac{\text{入院受療率 (2013年度)} \times \text{性・年齢階級別人口 (2025年度)}}{\text{病床稼働率}} \end{aligned}$$

※病床稼働率は全国一律で下記の値を用いる。
高度急性期0.75 急性期0.78 回復期0.9 慢性期0.92

だけで、本当の慢性期の需要は図れないと考える。

⑤ コロナ禍における入院・外来の逼迫が踏まえられておらず、国民等の健康をめぐる状況変化を反映していない。

⑥ 算定式を単純化すれば「レセプト等の実績×推計人口」に過ぎないが、「潜在的な医療需要」は全く想定されていない。医療の必要な人が全て入院できている前提の必要病床数で良いのか。

ここで強調したいのはとりわけ⑥である。

国は「供給が需要を生み出す」という基本的な考え方によって医療政策を考えている。医療機関が不足している地域は医療へのアクセスが悪いために受診できないことがある。経済的事由から医療へのアクセスをためらう人もいる。医療需要を測り、必要病床数を論じたいのなら、最低限、その前提に提供体制格差の縮小や「お金がないと医療にかかれない」という現在の医療保険制度の不備の修正が必要である。つまり地域医療構想の「必要病床数」は、各病院の将来を束縛する根拠としては脆弱な、あるいは医療費抑制政策が背景にあるが故の恣意的な算定式によって導き出されていると言われても仕方のないものである。

そうやって策定された地域医療構想を前提に、医師・看護職員等の需給推計がなされ、診療報酬改定内容にも影響を与えている。さらにそれが医療計画の上位概念に「格上げ」される(連載①で紹介)とは受け入れ難い。

まして2040年に向けた新たな地域医療構想では「病床機能」にとどまらず、病院自体の機能分化を求める「医療機関機能」明確化が求められ、各病院が「育および広域診療機能」「高齢者救急機能」「在宅医療連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」のいずれかの選択が迫られる。「医療機関機能の必要量」がどのような算定式で導き出されるのかは不明だが、各病院の在り方自体が地域医療構想の枠内に押し込まれることになる以上、少なくともその算定式は科学的な正当性のあるものでなければならない。

(つづく)

- 1) 根拠法令は「医療法第30条の4第2項第7号」「医療法施行規則第30条の28の3」「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について(平成27年3月31日厚生労働省医政局長通知)である。
- 2) 計算式は「地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法」(茨城県HP)。
- 3) 2015年6月18日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

【参考文献】

- ・長野県HP「地域医療構想」第3節
https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/kenko/iryo/shisaku/hokeniryo/documents/iryo00303.pdf
- ・茨城県HP「地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法」
https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/keikaku/koso/documents/siryou5.pdf
- ・厚労省HP「地域医療構想策定ガイドライン」
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf
- ・「地域医療構想をめぐる現状と課題」佐藤英仁(東北福祉大学)レジュメ(保団連地域医療活動交流集会)
- ・「医療計画の概要及び第8次医療計画の特徴と問題点」堀見正(国民医療No.364)

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ④
「医療DX」と「支払基金改革」

本連載掲載中の2月14日、国は「総合改革意見」の内容をそのまま反映した「医療法等の一部を改正する法律案」を一括法案として国会に提出した。本紙編集部は現時点では、ここまでの連載と改正法案内容に大きな齟齬はないものと判断している。ただし本号の掲載内容は「意見」の段階では(案)とされていた事項や不明であった事項につき、可能な範囲で法案に即して修正している。また現在、引き続き法案内容の分析を進めており明らかになった事実を引き続き、本紙や協会ホームページにて情報提供する。ご留意いただきたい。

社会保障審議会医療部会の「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」(2024年12月25日)における「医療DXの推進について」の柱は四つである。

①電子カルテ情報共有サービス

医療機関・薬局等での電子的な情報共有を行うため、「医療機関等が電子カルテ情報(3文書6情報¹⁾)を社会保険診療報酬支払基金等に対して電子的に提供できる旨を法律に位置づけ、2025年度中に本格稼働を目指す。法に位置付けることにより個人情報保護法による「第三者提供に係る本人同意取得の例外」とし、患者の同意取得²⁾を不要とする(他の医療機関が閲覧する際には同意が必要)。

共有サービスの速やかな普及推進のため、医療機関管理者には体制整備の努力義務を課す。医療機関は電子カルテシステムの標準化対応の改修、「標準型電子カルテ等の導入」を進める。

国は共有サービスに係るシステム・データベース等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の財政補助等、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。一方、「サービス全体に要する費用」は患者(被保険者)、医療機関・保険者、国が「一定程度負担」する。

②マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化(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)

マイナ保険証1枚で医療費助成のオンライン資格確認を実施できるようにする。すでに2023~24年度に183自治体が先行実施事業に参加しているが、2026年度以降に制度化すべく法整備する。体制構築以後の関連システムの管理・運用等の業務に要する費用は自治体等が負担する方向で調整する。

③医療等情報の二次利活用の推進

①の電子カルテ情報について「匿名化・仮名化情報³⁾」の活用を可能とする。さらに厚生労働省が保有する医療・介護関係でのデータベース(=公的DB)について「仮名化情報」の活用を可能とし、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作成事業者のDBの仮名加工医療情報との連結解析を可能とする。

さらにDBに研究者・企業等がリモートアクセスし利用・解析を行えるようクラウドの情報連携基盤を構築する。

④社会保険診療報酬支払基金の抜本改組

社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)を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」へと抜本的に改組する。名称を「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」に変更し、法人の目的・業務に医療DXに関する基盤の整備・運営を位置付ける。

組織体制を大きく変更。理事会廃止、新たな意思決定機関として「運営会議」を設置し学識経験者・被保険者(地域保険の立場を代表する者も加える)・地域行政・保険者・診療担当等で構成。審査支業務について「審査支払運営員会」を設ける。

現在の常駐役員(理事長・理事)の中に「情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事(CIO⁴⁾)」を加える。

何が起ころうとしているか

国は健康保険証の法文からの抹消という強権手法で大多数の国民に個人番号カードを持たせ、2024年12月2日の保険証の新規発行停止へ漕ぎつけた。「総合改革意見」は次に国の目指す医療DXのステップを示したものである。

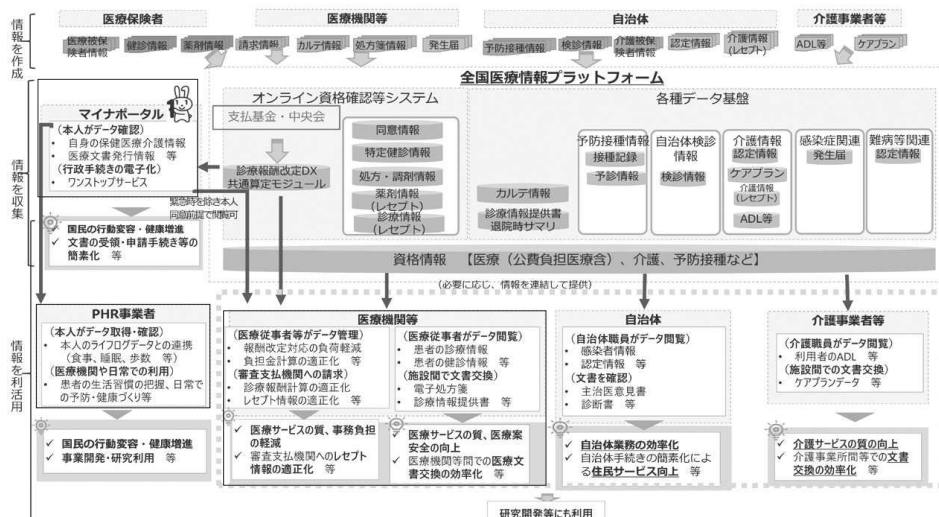
医療DXは「より良質な医療やケアを受けられるように」するための改革だと厚生労働省は語っている。しかし実際に推進されようとしているのは「公益のため」と言って、人権を守る「ルール」もないままの国民等の医療・健康情報の収奪である。

国は医療機関・介護事業所・自治体の保有する個人データを集積する「全国医療情報プラットフォーム」構築を目指している(図1)。「電子カルテ情報共有サービス」はその一環である。プラットフォームではオンライン資格確認を通じた情報(審査支払機関の保有データ等)に加え、「電子処方箋」による薬剤処方情報も集積され、介護分野でもレセプト、要介護認定、LIFE、ケアプラン等の共有が想定されている。

そうした情報が同意に基づき患者自身のためにのみ利用

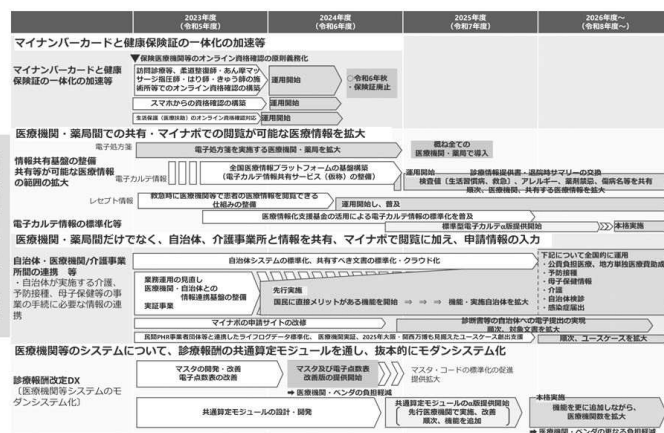
図1 全国医療情報プラットフォーム(将来像)

- オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報(介護含む)について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要となしに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。
- これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるのと同時に、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



※第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料(2022年9月22日)

図2 医療DXの推進に関する工程表(全体像)



される(一次利用)のはまだしも「二次利用」については無条件に賛成することはできない。

③にあるように集積した情報は「製薬企業」や「健康産業」等に提供、活用させることが想定される。この場合の患者同意は不要で良いのか。医学・医療のためのデータ活用を全否定してはならないが、利活用のハードルをなし崩しに下げようとする国の姿勢は看過できない。協会が『「医療DX」について考える提言』(2024年2月25日)で指摘したように「医療情報は患者のもの」であり、人権としての「自己情報コントロール権保障の法制化」がまず必要である。

またプラットフォームは国の管理するシステムであり、国家側が全国民の医療・健康情報を閲覧できる仕組みとなる危険性がある。「公益のため」として個人情報政策目的で活用される危険性が否定できない。そうしたことから「意見」にある「今後、透視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である」との記述に対しては危惧を抱かざるを得ないのである。

支払基金の国策利用には論理的理由が存在しない

支払基金は1948年に制定された「社会保険診療報酬支払基金法」に基づき「診療報酬の審査・支払を統一的かつ迅速に行う機関」として設立された。当時、診療報酬の支払い「早くて数カ月、遅いものは1年以上も遅延し、保険診療が医師に敬遠される大きな原因の一つであった⁵⁾」。

支払基金の誕生は戦後の「健康保険の再建とその後の発展にきわめて重要な役割を果たした」のである。支払基金は保険医療機関、患者の医療保障双方にとって大切な存在である。

支払基金の改組について、国の「医療DXの推進に関する工程表」(図2)は「社会保険診療報酬支払基金が行っているレセプトの収集・分析や、オンライン資格確認等システムの基盤の開発等の経験やノウハウを生かす観点から、同基金を、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」(5)医療DXの実施主体)と述べのみで、なぜ支払基金なのかを説明できていない。本来の役割から考えて、医療DXという国策に利用するために組織の性格を丸ごと作り変えてしまうことの論理的な理由は見当たらないのである。

- 3文書：健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリ、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、処方
- 個人情報保護法第27条は、(第三者提供の制限)「個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない」と定める一方、「法令に基づく場合」等の例外規定を設けている。
- ③「仮名加工」他の情報と照合し限り特定の個人を識別できないように加工された情報。原則として個人情報として取り扱う。【匿名加工】特定の個人を識別できないように加工され、かつ個人情報を復元できないように加工された情報。個人情報として取り扱われない。
- 4) Chief Information Officer=情報統括員
- 5) 2005年『日本医療保険制度史【増補改訂版】』(吉原健二・和田勝著、東洋経済)125ページ