

2025年11月21日

厚生労働委員 各位

京都府保険医協会 理事長 内田亮彦

医療法等の一部を改正する法律案についての要請書

平素より、医療・社会保障施策の推進に取り組んで頂き、まことにありがとうございます。

さて、今国会にて審議・採決の目指される表記法案(2025年2月提出)について、あらためて当協会の見解と国会議員の皆様へのお願いをお伝えいたします。

本法案は先の国会にて提出されましたが、ほとんど審議が行われないまま、今国会に先送りされておりました。私どもは本年4月にも議員の先生方に見解をお伝えさせていただいたところです。しかしながら今般、自由民主党・公明党・日本維新の会の皆様による「修正案」が準備されたことで地域医療の現場では不安が一層強まっています。

医療提供体制に関する政策は、国民皆保険制度によって必要な医療を普遍的に保障するための重要なライフライン整備です。

生存権保障の義務は国家が一義的に担うものであるという当たり前の原理に立ち返り、本法案が拙速に成立させられることのないよう、徹底した審議と法案自体の再考を強く求めるものです。

記

1. 医療法等改正案の4つの問題点

本法案は85歳以上人口を中心に高齢者数がピークとなる「2040年頃」を目指しに、増加すると考えられる医療・介護ニーズ、とりわけ「85歳以上の救急搬送」や「在宅医療」の需要に対する対応策としての総合的な医療提供体制改革プランとされています。その柱は、「新たな地域医療構想」、「医師偏在対策」、「医療DXの推進」、「オンライン診療の推進」等とされます。

私たちは、社会経済情勢や人口構造の変化等と医療・社会保障制度が全く無関係に存立し得るとは、もちろん考えていません。しかし社会保障制度は人々の命と健康を守る基本中の基本であり、どのような状況にあっても後退は許されず、常に拡充が追求されるべきです。

残念ながら、今回の「医療法等の一部改正法案」はこれまで進められてきた医療費抑制政策の延長線上の内容であり、医療をあずかる立場から受け入れられない内容を含んでいます。

(1) 新たな地域医療構想は必要とするすべての人に医療を提供する構想になり得ない

〈問題点〉

各都道府県の地域医療構想に定める「機能別必要病床数」(高度急性期・急性期・包括期※回復期から改称・慢性期の病床数)の「達成目標」は国から提供される全国統一の算定式によって算出されています。その計算式は単純化すると「レセプト等の実績×推計人口」に過ぎません。現在の地域医療構想に用いられている実績は2013年度のNDB等のデータであり、医療提供体制の格差や家計の状況による受診控えといった「潜在的な医療需要」はまったく反映されていません。この点において国の計算式は真の医療ニーズを反映しているとは言い難いものと考えます。

コロナ禍において医療崩壊した現実を踏まえること、そして過去の診療実績からは測れない「潜在的な医療ニーズ」を踏まえた「見通し」が必要です。医療機関の経営方針は各医療機関が主体的に決定するべきものであり、本来は医療機関自身が地域の医療ニーズを把握することが必

要です。国の示す医療需要推計はむしろその弊害になっているのではないでしょうか。

さらに新たな地域医療構想では医療機関に対し「医療機関機能報告」が求められることとなります。これは2040年に向け、すべての病院を「急性期拠点機能」、「高齢者救急・地域拠点機能」、「在宅医療等連携機能」、「専門等機能」といったいすれかの機能に分化させるものです。現在、医療法改正法案が国会成立していないにもかかわらず、国は「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において早々と新たな地域医療構想のガイドラインを検討しており、その議論では「区域の人口規模ごとの各医療機関機能の必要数(病院数)が示されています。それによると「人口の少ない地域(～30万人)」では「急性期拠点機能」を担う病院はたった1カ所で良いと示される等、病院数そのものの「淘汰」が目論まれているものと考えられます。

現在、物価や人件費の高騰を背景に医療機関の経営状況は厳しさを増しており、「このままである日突然病院がなくなります」との危惧が現実味を帯びています。国が実施した医療法人の「令和5年度・6年度における病院・診療所の赤字割合」は病院の経常赤字は令和5年度の41.5%から6年度の49.4%となり、病院の半数が赤字という事態となっています。

こうした中、国が実施した病床数適正化支援事業(病床削減1床につき410万4千円の補助金交付)に対し、国が想定を大きく上回る5万床以上の手上げがあったといいます。私たちの独自調査によると、京都府では全体の2割超の病院が手上げし、結果としては292床の削減に対する支援金支払が決定しました。京都府だけで12億2600万円以上の公費が病床削減に費やされたことになります。こうした医療機関が、自らの経営方針によって病床削減を決定したとは言い切れません。長年の医療費抑制策によって自らダウンサイジングを選択せざるを得ない状態に追い込まれたものと考えるべきでしょう。

また、病院・病床に止まらず、外来医療や在宅医療も構想の対象にするとされていますが、将来も含め万一にも2040年に向けた「必要外来医療機関数」を構想に書き込ませるようなことになれば、それは事実上の自由開業規制となります。さらに法案には「外来医師過多区域」での開業規制の新設も盛り込まれています。

加えて法案は医療計画と地域医療構想の関係を逆転させ、構想を医療計画の上位に位置づけることとしています。これは国の医療需給推計や「るべき医療」の構想を絶対的なものと位置付けることに他なりません。私たち医療者は、少なくとも現政権が国策として医療費抑制を推進する限り、今まで以上に地域医療への介入が強まる方向を望みません。

〈要望〉

- 1) 医療費抑制を念頭に国が算定式を通じて一方的に地域のニーズを測るのではなく、各医療機関と自治体が地域の医療ニーズを把握し、主体的に経営方針を決定することを可能とする仕組みをつくること。
- 2) どこに住んでいても医療機関にアクセスでき、必要な医療が受けられる医療提供体制をめざすこと。医師確保の難しい人口減少地域では公的に医療機関を設置し、採算がとれるよう直接公費を投入すること。
- 3) 病床削減や病院再編にばかり公費を注ぎ込む政策を転換し、地域に必要な医療を保障するために尽力する医療機関こそを支援すること。

(2) 診療所医師数抑制へ強権的な方策を実施するものである

〈問題点〉

法案には「外来医師過多区域」における新規開業希望者に対し「6カ月前に提供予定の医療機能等の提出」や協議の場への出席を求め、地域で不足する医療の提供を求める等、強いプレッシャーを与える内容が盛り込まれています。

こうした取組がいざれ財務省等の主張する「開業規制」や特定の地域や診療科で医療サービスが過剰な場合に診療報酬を減算する「過剰医療減算」のような仕組みへのステップとなってしまう可能性が極めて高いと考えます。

保険証一枚で、全国どこに住んでいても必要な医療を必要なだけ受けられるようにするのが国民皆保険体制であり、医療提供体制・公的医療保険制度いざれもがその機能を強化する方向で改善されることが必要です。

〈要望〉

- 1) 医師偏在是正の名のもとに診療所数・医師数を減らす政策を止め、日本全国どこに住んでいても必要な医療が必要なだけ受けられる医師・医療従事者の確保をめざすこと。

(3)「自己情報コントロール権」を担保しないままの医療 DX 推進は危険

〈問題点〉

法案は、オンライン資格確認を入口に全国医療情報プラットフォームを構築し、患者のための医療機関間の情報共有の枠を超える、「相当な公益性がある場合」に民間事業者も含めた「仮名加工情報」の利用を認めるものです。それに対し人権としての「自己情報コントロール権」の確立に向けた法整備が検討されていないのではないでしょうか。

〈要望〉

- 1) 医療 DX 推進の法制化よりも先に、人権としての自己情報コントロール権確立に向けた法整備を行うこと。

(4) オンライン診療の普遍化・産業化が医療のあり方を大きく変える危険がある

〈問題点〉

現在は「指針」運用となっているオンライン診療を法律に定め、濫用を規制することは必要です。しかし、オンライン診療はあくまでアクセス制限時における対面診療の補完に止めるべきです。最低限「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言」(2021年)に準拠し「オンライン診療に適さない症状」や麻薬や抗精神薬など「適さない処方」について明確にルール化必要があると考えます。

さらに新たな「オンライン診療受診施設」が民間企業も含めた設置主体が想定されているとすれば「医療の営利化・市場化」につながる危険性があります。以上のようにオンライン診療の「普遍化」は「医療の在り方」を大きく変える可能性があり、慎重な対応が求められます。

〈要望〉

- 1) 診療は対面が原則であり、オンライン診療はあくまで窮余一策とすること。
- 2) オンライン診療受診施設の設置主体に民間営利企業は認めないこと。

2. 自民党・日本維新の会・公明党の「修正案」について

(1) 新たな病床削減を促す仕組みは要らない

〈問題点〉

新たな政権の枠組みの発足を背景に本法案の修正案が準備されています。「医療法等の一部を改正する法律案に対する修正案要綱」によると「病床数の削減を支援する事業等に関する事項の追加」として、「都道府県が」「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」(時限的な)制度の創設が提案されています。その費用は「予算の範囲内において」国が負担するといい、その根拠を「保険料に係る国民の負担の抑制」と述べています。

これは先に述べた「病床数適正化事業」の法定化であり、「新たな地域医療構想の開始(2027年度)までに11万床の病床削減」という「3党合意」を視野に入れたものと見られます。

また病床削減は医療従事者の削減と一体にならざるを得ないことは言うまでもありません。地域における真の医療ニーズを把握する仕組みも方法論もないままの病床削減は住民の命を脅かすものです。

〈要望〉

- 1) 医療機関の財政危機につけこむ形で、これ以上の病床削減を促す仕組みを作らないこと。
- 2) 新型コロナウィルス感染症パンデミックの経験からも現行の病床数では新興感染症はじめ、人々の命を守ることはできない。あらゆる危機を想定し、地域の医療ニーズを自治体と病院が把握し、それに基づき必要な病床数を確保できるよう、診療報酬や支援制度を充実すること。

(2) 電子カルテ普及率の「100%達成」の法定化に懸念

〈問題点〉

修正案要綱では「政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率」が「約100パーセントとなることを達成するよう、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない」と提案されています。

そもそも国は2030年までの電子カルテ普及率100%を目標化しており、そのための「標準型電子カルテ」の装備を促しつつ、元の「改正案」で「電子診療録情報の利用等の推進」等を盛り込んでいました。

修正案はその政府目標を法定化することで、医療機関に対して、より一層強力に導入を求める方策(事実上の義務化も想定される)を可能とするねらいがあると考えられます。

〈要望〉

- 1) 医療機関に対し、電子カルテ導入を求めるのであればその費用負担はもちろん、技術的ハードルをクリアするための援助等、すべて国が責任を持って負担すること。同時に、導入するかしないかの判断は医療機関に任せ、絶対に「義務化」「強制」しないこと。

以上