



全日病 ニュース

2025.2.15 No.1072

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

専門医研修でも医師偏在対策を強化へ

医師専門研修部会 シーリング内に特別地域連携プログラムの設置を注文

厚生労働省は、専門医研修の枠組みでも医師の偏在対策を強化する。日本専門医機構に対し、医師の充足率が低い都道府県の医師少数区域での研修が義務づけられている「特別地域連携プログラム」の定員数を、都道府県別の専攻医採用定員数の上限(シーリング)内に設定するよう求める方針だ。これにより、研修基幹施設はシーリング数を維持するために「特別地域連携プログラム」における採用率を確保する必要がある。併せて指導医を派遣した実績の評価による専門医研修定員数の加算なども設け、「特別地域連携プログラム」の連携先に指導医と専攻医が集まる流れを後押しする。

2026年度の専門医研修から特別地域連携プログラム増加を図る

1月30日、医道審議会医師分科会医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)が、2026年度から始まる専門医研修に関する考えとしてまとめた。今後は、日本専門医機構が各学会と対応を協議し、プログラム登録などを経て2025年11月頃に募集を開始する予定だ。

「特別地域連携プログラム」は、専攻医の増加がみられない東北地方などを念頭に、医師の偏在是正効果を期待して2023年度の専攻医採用から導入。医師に関する足下充足率0.7以下(小児科は0.8以下)の都道府県における医師少数区域などと連携した研修を1年以上

実施するよう義務づけている。2024年度は42人を採用している(図表2参照)。

足下充足率は、足下医師数を必要医師数で割って算出する指標。2024年度の専攻医募集では、「2016年足下医師数/2024年必要医師数」、もしくは「2018年足下医師数/2024年必要医師数」で計算した。

シーリングの関連では、まず通常プログラムの定員数の算出を、これまでの「当該都道府県別診療科の平均採用数」ベースから「当該診療科全体の人口当たり平均採用数」ベースに変える。その上で、これまでシーリング外に設定していた「特別地域連携プログラム」の定員数をシーリング内に組み込む。

具体的には、次のような積み上げになるよう見直す(図表1参照)。

1. 通常プログラム数の設定

〈1〉通常プログラム基本数

(当該診療科の直近の過去3年間の全国専攻医採用数の平均)

×(都道府県人口/全国の総人口) ①

※小児科は15歳未満人口を使用

〈2〉通常プログラムの加算分

専門医研修指導医の派遣実績に応じ、通常プログラム基本数の一定割合を上限とした加算を設定 ②

※〈1〉においては、直近の過去3年間平均採用数を超える設定を許容。一方、〈2〉は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算

2. 連携プログラム等の設定

〈1〉連携プログラム等の設置数

直近の過去3年間の平均採用数の100%に満たない分 ③

〈2〉各連携プログラム等の内訳の設定

2025年度のシーリング数の割合を元に各プログラム数を設定

※連携プログラム設定には、地域貢献率が原則20%以上が必須条件。

※1.の時点で直近の過去3年間平均採用数を超えた場合は、連携プログラムは設置されない。

※2026年度においては、特別地域連携プログラムを連携プログラム(都道府県限定分を含む)へ振替ることを許容。

3. シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮

2.までで算出されたシーリング数が、「当該診療科の全国専攻医採用数(過去3年間平均)」の1.7%に満たない場合、前回シーリングを超えない範囲で通常プログラムを追加(通常プログラム配慮分)

「特別地域連携プログラム」の定員数をシーリング内に設定することによる激変緩和措置も認める。

指導医の派遣については、次のような実績に基づく評価として専門医研修の通常プログラム基本数の一定割合を上限に加算の設定を求める。

・原則として、各基本領域の専門医研修プログラム整備基準に定める専門医研修指導医の要件を満たす医師が専門医研修

設に派遣された場合

・派遣元医療機関(大学を含む)と派遣先医療機関の連携・調整により、①と②を満たす指導医を派遣した場合

① 専門研修の質の向上に資する、常勤及び非常勤の指導医

② ニーズの高い地域での専門研修体制の確保に資する、シーリング外都道府県に派遣される指導医

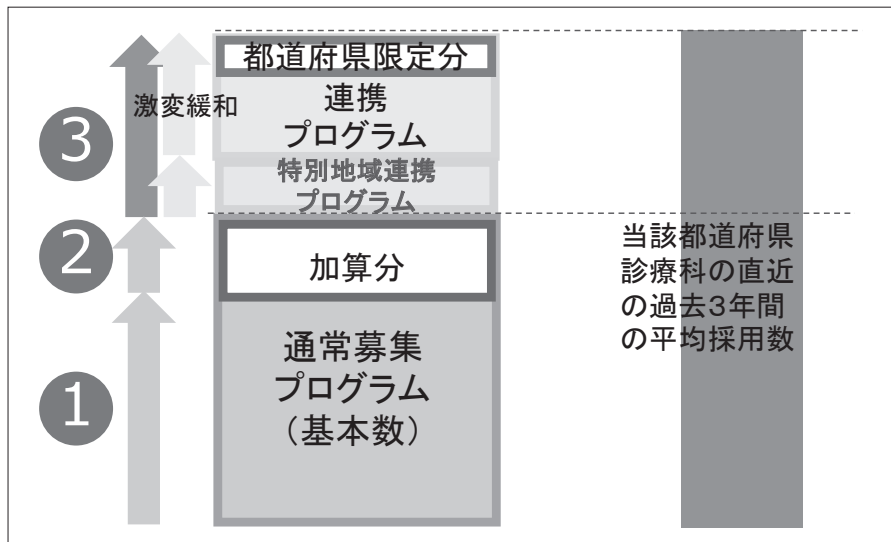
指導医派遣の関連では、厚生労働省医政局医師養成等企画調整室の和泉誠人室長が、「派遣元の負担が大きいとの声を聞いているので関係者の意見も聞き、派遣先のリストを作ったりしながら、どのようにできるか考えていきたい」と説明。その上で、「ニーズが高いのは『特別地域連携プログラム』を設定するところだと思うので、連携先に指導医を出していただくことを想定している」とも述べた。

指導医の派遣に応じた通常プログラム数の加算上限は「15%」に決定

同日は、シーリングの仕組みの見直しとして、指導医派遣に応じた通常プログラム数の加算の上限を通常プログラム基本数の15%にすることも決めた。5%、15%、25%にした場合の試算に基づき議論し決定。特別地域連携プログラムは、2024年度採用人数に比べ130人増の172人になる見込みとなっている(図表3参照)。

本号の紙面から

中医協が厚労相に諮問・答申 2面
厚労省が関連法案6本を提出 3面
先進医療と患者申出療養報告 4面



【図表1】

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	合計シーリング数(案) (②+⑥)	通常プログラム シーリング数(案)	基本数 内数	加算分 内数	配慮分 内数	連携プログラム等 シーリング数(案)	内数 (都道府県限定分を除く)	内数 (都道府県限定分)	内数 特別地域 連携プログラム
加算分の上限を5%とした場合		2004		70		602	238	139	225
加算分の上限を15%とした場合	2606	2137	1900	203	34	469	187	110	172
加算分の上限を25%とした場合		2251		317		355	142	85	128
(参考) 2024年度採用人数	2496	2162	-	-	-	332	217	73	42

※1 (当該診療科の全国採用数(過去3年間平均)) × (都道府県人口/全国総人口) の5~25%とし、最大まで加算された場合の数
 ※2 上記に計上した都道府県別診療科は、2026年度募集が2025年度募集と同様のシーリング対象と仮定した場合で、実際は対象外となる見込みも含む
 ※3 各種連携プログラムの枠数は、現行のシーリング数の割合を元に按分しているが、連携プログラムの設定がなかった一部の都道府県診療科については現行のシーリング数算出方法の原則に基づき設定。なお、各種連携プログラムの内数は、按分の際の端数処理(四捨五入)により変動する可能性がある。
 ※4 2024年度採用数において精神科指定医連携枠は合計を含む。

【図表3】

2024年3月28日時点(確定値)													
	内科 ※	足下充足率	小児科 ※	足下充足率	精神科	足下充足率	整形外科	足下充足率	放射線科	足下充足率	リハビリ テーション科	足下充足率	総計
山形県	2	0.70/0.66											2
福島県	1	0.71/0.69											1
茨城県	9	0.68/0.70			2	0.62/0.69			5	0.53/0.53			16
栃木県					1	0.65/0.72							1
埼玉県	6	0.69/0.70	2	0.74/0.78			2	0.69/0.70	1	0.50/0.56	1	0.65/0.68	12
千葉県			3	0.76/0.77									3
新潟県	4	0.72/0.70			6	0.68/0.67							10
総計	22 (21)		5 (3)		9		2		6		1		45 (42)

※内科、小児科は複数県で研修する専攻医が含まれるため、延べ人数(カッコ)内が実人数

足下充足率: 2016年/2018年

医道審議会医師分科会医師専門研修部会(2024年7月19日)の資料を一部改変

【図表2】

医療DX推進体制整備加算等の見直しで諮問・答申

中医協 マイナ保険証利用率と電子処方箋導入の有無で6区分

中医協協会(小塩隆士会長)は1月29日、医療DX推進体制整備加算等の見直しの諮問を答申した。マイナ保険証利用率に応じた実績要件を再設定するとともに、電子処方箋の導入の有無で加算を区分する見直しを行った。同日は、「入院時の食費基準額」、「口腔機能指導加算及び歯科技工士連携加算」、「特定薬剤管理指導加算」の見直しについても答申を行っている。

医療DX推進体制整備加算は2024年度診療報酬改定で新設された。オンライン資格確認システムで取得した診療情報・薬剤情報が利用できる体制を整備した上で、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを導入し、医療DXに対応できる場合の評価だ。電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスについては、まだ導入体制が整っていないために、経過措置が設けられている。

同加算はマイナ保険証利用率の実績に応じた評価体系となっており、2024年12月2日には従来の保険証が発行終了となった。マイナ保険証の利用率は当初の見込みと比べ伸び悩むが、着実

に上昇している。足下の普及状況を勘案し、2024年10月に同加算の実績要件を設定し、今回、新たに2025年4月～9月の実績要件を再設定した。

新たな実績要件は図表①の通り。加算1のマイナ保険証利用率の実績要件は30%から45%への引上げ、加算2の実績要件は20%から30%への引上げ、加算3の実績要件は10%から15%への引上げとなる。2025年10月以降の実績要件は、附帯意見を踏まえ、2025年7月をめどに検討し、設定する。

オン資確認の状況を見ると、オン資確認利用件数に対するマイナ保険証利用件数の割合は2024年12月実績で25.42%。1月の医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合は39.0%と推計されている。オン資確認の件数50以上等の場合、病院のマイナ保険証利用率は比較的高く、2024年12月実績の平均値は54.2%。なお、実績要件では、適用時期の3カ月前のレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率を用いる。

また、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年の延

べ外来患者数のうち6歳未満の患者が3割以上の医療機関においては、2025年4月1日～9月30日の間に限り、低い方の利用実績の「15%」は「12%」とする。6歳未満の子どものマイナ保険証保有率は低く、自治体による乳幼児医療無償化との連携も不十分であり、患者のメリットも大きくないため配慮し、低く設定した。

電子処方箋導入の有無で加算区分

電子処方箋については、2025年3月末までに概ね全国の医療機関・薬局に普及させることを政府目標としてきた。医療DX推進体制整備加算においても、電子処方箋を発行する体制を要件としつつ、2025年3月末までは経過措置となっていた。しかし、現状で病院の運用開始施設が全体の3.9%(2025年1月12日現在)であるなど普及していない。このため、「導入済」の3区分と「未導入」の3区分をあわせ計6区分に整理することになった(図表①参照)。

医科の点数は全体として、従来の点数と比べ、電子処方箋導入の場合は1

～2点上がり、未導入の場合は0～1点を引く。医科の場合は導入済で10・11・12点、未導入で8・9・10点。調剤で未導入の場合は、同加算を算定できない。

電子処方箋の導入状況をみると、2025年1月12日現在で全国4万7681施設(22.5%)が運用開始済み。内訳は病院311施設(3.9%)、医科診療所8172施設(9.9%)、歯科診療所1010施設(1.7%)、薬局3万8188施設(63.2%)である。

2024年12月19日には、一部の医療機関や薬局におけるシステム設定の不備で、電子処方箋を受ける薬局側のシステムにおいて、医師の処方と異なる医薬品名が表示される事例などが7件報告された。12月20日～26日まで病院からの電子処方箋の発行が停止するなど、運用面の不安材料も生じた。

2025年夏頃には概ねすべての薬局での導入が見込まれるものの、医療機関への普及率は1割弱に留まる見込みだ。政府は、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境の整備を図る必要があるとして、2025年夏頃に新たな目標を設定する考えを示している。

医療DX推進体制整備加算と同様に、在宅医療DX情報活用加算についても見直しを行う。その内容は図表②の通りである。こちらも電子処方箋導入の有無で加算を区分している。

診療側と支払側が要件めぐり議論

同日の中医協総会では、福岡資磨厚労相の諮問に対し答申するため、診療側と支払側の間で議論が行われた。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「スピード感も大事だが医療DXを拙速に進めれば、安全・安心な医療の信頼が失われ、本末転倒になる。電子処方箋は医療機関に責任のない要因で普及していない。未導入でも点数を引き下げるべきではない。医療DXに対しては、すべての関係者が協力し、丁寧にきめ細かく対応していくことを中医協の総意にするべきだ」と主張した。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「医療DXは本来補助金で推進するもの。診療報酬で対応する場合は患者にメリットがあることが前提だ。マイナ保険証利用率の基準値は医療機関の努力が促される数字を設定すべき」と主張した。電子処方箋未導入の場合の加算を設けることに対し、「未導入でもよいという誤ったメッセージを与えかねない」との懸念を示した。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は電子処方箋に関して、「病院のシステムは大規模で複雑。簡単なシステム改修では対応できない。運用でもかなりの労力が必要となる。補助金もあるが想定を大きく超える見積額がベンダーから提示される。病院経営が危機的な状況にある中で、政府は追加の補助金を検討してほしい」と訴えた。

諮問・答申にあたり、2025年10月の見直しに向けて、2025年夏を目途に見直す予定の電子処方箋に関する新たな目標の達成等に資する措置を検討するなど附帯意見を2項目設けた。また、同日の中医協資料では、施設基準の届出など通知等の規定事項も示されている。

また、同日は2025年度予算案の編成で決まった入院時の食費基準額も、歯科・調剤報酬の見直しとあわせ、答申した。2025年4月1日から、入院時食事療養(I)・(II)の費用の額と入院時生活療養(I)・(II)のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり20円引き上げる。

医療DX推進体制整備加算の見直しについて

- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局で医療DX推進のための体制を整備いただくため、**令和7年4月から9月まで**におけるマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定する。
- 電子処方箋については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や新たに示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。(令和7年4月1日より適用)
 - ・ 医療機関については、医療DX推進体制整備加算の要件を見直し、電子処方箋の導入の有無に関する要件を具体化した上で、既に導入した医療機関において電子処方箋管理サービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、**導入済の医療機関と未導入の医療機関の間で加算点数に差を設ける。**
 - ・ 薬局については、令和7年3月31日までに多くの薬局での導入が見込まれていること、紙の処方箋も含めた調剤情報を登録する手間を評価する観点から経過措置を終了し、**電子処方箋を導入した薬局を基本とした評価とする。**

図表①

医療DX推進体制整備加算				医療DX推進体制整備加算(案)						
適用時期	～R7.3.31			R7.4.1～						
電子処方箋	-			導入済			未導入			
	医科	歯科	調剤	医科	歯科	調剤	医科	歯科	調剤	
加算1	11点	9点	7点	12点	11点	10点	加算4	10点	9点	
加算2	10点	8点	6点	11点	10点	8点	加算5	9点	8点	なし
加算3	8点	6点	4点	10点	8点	6点	加算6	8点	6点	

マイナ保険証利用率(案)			
利用率実績	R6.7～	R6.10～	R7.1～
適用時期	R6.10.1～R6.12.31	R7.1.1～R7.3.31	R7.4.1～R7.9.30
加算1・4	15%	30%	45%
加算2・5	10%	20%	30%
加算3・6	5%	10%	15%*

※小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、マイナ保険証利用率要件として「15%」とあるのは「12%」とする。

在宅医療DX情報活用加算の見直しについて

- 医療DX推進体制整備加算と同様、電子処方箋については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や新たに示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。
- 具体的には、電子処方箋の導入の有無に関する要件を具体化した上で、既に導入した医療機関において電子処方箋管理サービスに処方情報を登録する手間を評価する観点から、**導入済の医療機関と未導入の医療機関の間で加算に差を設ける。**

図表②

現状	見直し後
在宅医療DX情報活用加算(※) 10点	在宅医療DX情報活用加算1(医科) 11点
在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料) 8点	在宅医療DX情報活用加算1(歯科訪問診療料) 9点
(※)在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪問診療料(I)の2、在宅患者訪問診療料(II)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象	【施設基準(医科医療機関)】(要旨)
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)	(4)電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。
(4)電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)	在宅医療DX情報活用加算2(医科) 9点
	在宅医療DX情報活用加算2(歯科訪問診療料) 8点
	【施設基準(医科医療機関)】(要旨)
	(※)電子処方箋要件なし

医療法等改正法案など厚労省関係の提出法案予定は6本に

国会 高額療養費制度見直しについては患者団体の意見を聞く方針が示される

通常国会が1月24日から開かれている。厚生労働省関連で現在予定されている内閣提出法案は6本。新たな地域医療構想や医師偏在対策を盛り込んだ医療法等改正法案、医薬品・医療機器等の品質や有効性・安全性を確保するための薬機法等改正法案、年金制度改革関連法案がある。労働分野では、カスタマーハラスメントに関して事業主に雇用管理上の措置義務を課す労働施策総合推進法改正法案や職場のメンタルヘルス対策を強化する労働安全衛生法改正法案などがある。他に戦没者等

遺族に対する特別弔慰金支給法改正法案を提出する。

石破茂首相は1月24日の施政方針演説で、地域医療構想について、「コロナ禍の検証を踏まえ、入院だけでなく外来・在宅医療や介護との連携を含む新しい地域医療構想を策定し、地域での協議を促進する」と述べた。あわせて、医師偏在対策を総合的に推進するための法案を提出すると宣言した。

社会保障分野に関する演説の最初に語ったことは、社会保険料負担の抑制についてであった。現役世代の社会保

険料負担の抑制が政治的課題として浮上しており、政府の姿勢を示した形だ。石破首相は、社会保険料は「すべて必要な給付として再分配される」とその重要性を強調。「国民所得に対する社会保険料の割合はコロナ禍以前の水準に低下した」ことも加えた。

一方で、「少子高齢化に対する将来不安があるため、社会保障制度への不安が解消していない」と制度見直しの必要性を指摘。「年齢にかかわらず適切に支え合うことを目指す全世代型社会保障の理念に則り、改革を工程に沿

って着実に進める」との方針を強調した。

保険料負担の抑制の手段としては、高額療養費負担限度額の見直しに言及した。ただその後、一般社団法人全国がん患者団体連合会(全がん連)が負担上限額引き上げに反対する要望書を厚労相らに提出。高額療養費制度見直しの政府案を再検討する動きが出てきた。福岡資厚厚労相は2月4日の閣議後会見で、石破首相から指示があり、がん患者などの団体から意見を聞く場を設ける意向を示している。

重点支援区域は13道県の24区域、10回目の選定を公表

厚労省 広島県「尾三構想区域」の因島医師会病院と因島総合病院を技術・財政の両面で支援

厚生労働省は1月31日、地域医療構想の実現に向けた重点支援区域の10回目の選定結果を公表した。広島県の「尾三構想区域」で、医療機能再編などの対象になる医療機関は一般社団法人因島医師会の因島医師会病院とカナデビア健康保険組合の因島総合病院で計2カ所。1回目の選定として2020年1月31日に3県5区域を公表して以降、断続的に選定を続けてきた。区域の選定が2回目のため、重点支援区域は13道県24区域を維持(図表)した。

重点支援区域への支援は、「経済財政運営と改革の基本方針(骨太方針)2019」で決定した。地域医療構想の実現に向け、「すべての公立・公的医療機関などの具体的対応方針について診療実績データを分析し、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編や病床数などの適正化に沿ったものになるよう、国による助言や集中的な支援を行う」対象として選定している。

技術的支援として、地域の医療提供体制や医療機能再編などを検討する医療機関に関するデータ分析や関係者との意見調整の場の開催などをあげている。財政的支援では、地域医療介護総合確保基金の優先配分や病床機能の再編支援を一層手厚くする対象となる。

都道府県が当該区域の地域医療構想調整会議における合意を得て申請し、厚労省が随時、選定している。

地域医療構想の実現に向けた重点支援区域の選定

選定	都道府県	重点支援区域	医療機能再編等の対象となる医療機関名
1回目	宮城県	仙南区域	公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院
		石巻・登米・気仙沼区域	登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院
	滋賀県	湖北区域	市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院
	山口県	柳井区域	周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橋病院
萩区域		萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院	
2回目	北海道	南空知区域	岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院
		南檜山区域	北海道立江差病院、厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院、奥尻町国民健康保険病院、町立上ノ国診療所、上ノ国町立石崎診療所
	新潟県	県央区域	県立燕労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院、県立加茂病院、県立吉田病院、新潟県済生会三条病院
		兵庫区域	市立伊丹病院、公立学校共済組合近畿中央病院、市立川西病院、医療法人協和会協立病院
	岡山県	県南東部区域	玉野市民病院、玉野三井病院
	佐賀県	中部区域	多久市立病院、小城市民病院
熊本県	天草区域	天草市立牛深市民病院、天草市立栖本病院、天草市立新和病院、天草市立河浦病院	
3回目	山形県	置賜区域	米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター
	岐阜県	東濃区域	土岐市立総合病院、岐阜県厚生農業協同組合連合会 東濃中部医療センター 東濃厚生病院
4回目	新潟県	上越構想区域	新潟県立中央病院、新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、上越地域医療センター病院、新潟労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会けいなん総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院
		佐渡構想区域	佐渡市立両津病院、佐渡市立相川病院、新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会南佐渡地域医療センター
	広島県	尾三構想区域	総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院
5回目	山口県	下関構想区域	独立行政法人国立病院機構専門医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構下関医療センター、社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会下関総合病院、地方独立行政法人下関市立市民病院
6回目	青森県	青森地域構想区域	青森県立中央病院、青森市民病院
7回目	熊本県	阿蘇構想区域	小国公立病院、阿蘇医療センター
8回目	宮城県	仙台構想区域	仙台赤十字病院、宮城県立がんセンター
	山形県	村山構想区域	山形県立河北病院、寒河江市立病院、西川町立病院、朝日町立病院
9回目	広島県	広島構想区域	県立広島病院、JR広島病院、中電病院、広島がん高精度放射線治療センター(HIPRAC)、舟入市民病院、土谷総合病院
		尾三構想区域	一般社団法人因島医師会 因島医師会病院、カナデビア健康保険組合 因島総合病院
10回目	広島県	尾三構想区域	一般社団法人因島医師会 因島医師会病院、カナデビア健康保険組合 因島総合病院

※厚労省発表時の表記による

2024年度 第9回常任理事会の抄録 12月21日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
東京都 医療法人社団焔おうちにかえろう病院
院長 水野 慎大
退会が1件あり、正会員は合計2,557会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
京都府 一般社団法人京都微生物研究所附属診療所
所長 津田 治巳
準会員は合計129会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
大阪府 株式会社日本経営(代表取締役 橋本 竜也)
退会が1件あり、賛助会員は合計114会員となった。
- 2025年度会議予定表について説明があり、承認した。
- 2025年度役員任期満了に係る定時総会に向けた日程について説明があり、審議し、承認した。
- 委員会委員の委嘱規定の変更案につ

- いて審議し、承認した。
- 武見敬三参議院議員の厚生労働大臣退任と、自見はなこ参議院議員の内閣府特命担当大臣退任に伴い、顧問に復帰することについて説明があり、承認した。
- 名誉会員1名の逝去に伴い、名誉会員名簿から削除する報告があり、承認した。
- 高齢者医療介護委員会の特別委員の追加について審議し、承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について審議し、承認した。人間ドック実施指定施設は合計413施設となった。
- 熊本県支部事務局業務委託覚書について審議し、承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 薬価専門部会、調査実施小委員会、総会」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検

- 討会」、「社会保障審議会医療部会」、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「循環器病対策推進協議会」、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の報告がされた。
- 「新たな外国人材の採用に向けたネパール視察」について報告された。
- 2025年度介護技能実習生等の受入れ意向確認について報告され、特定技能1号(外国人)受入れに伴う費用等について説明された。

●病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能
【3rd G : Ver.3.0】～順不同
- ◎一般病院1
宮城県 延岡共立病院
群馬県 前橋協立病院
大阪府 白鷺病院
福岡県 原病院
鹿児島県 整形外科松元病院

- ◎一般病院2
北海道 札幌孝仁会記念病院
大阪府 馬場記念病院
- ◎一般病院3
福岡県 久留米大学病院
- ◎リハビリテーション病院
神奈川県 湘南平塚病院
岩手県 南昌病院
埼玉県 戸田中央リハビリテーション病院
京都府 京都大原記念病院
- ◎慢性期病院
石川県 池田病院
- ◎精神科病院
沖縄県 オリブ山病院
11月1日現在の認定病院は合計2,103病院。そのうち、本会会員は868病院と、全認定病院の41.3%を占める。

【主な討議事項】

- 「新たな地域医療構想等に関する検討会」について、検討内容等が説明され、討議した。

先進医療の総金額は約928億円、患者申出療養は約2億円

厚労省 先進医療では不妊治療に関連する医療技術の金額が大きい

厚生労働省は1月29日の中医協総会(小塩隆士会長)に2024年度(2023年7月1日～2024年6月30日の12カ月)の先進医療と患者申出療養の実績を報告した。2024年度の先進医療の総金額は約928億円、患者申出療養は約2億円。技術数はともに前年同期比で減少した。

先進医療は不妊治療で総金額増加

先進医療の実績をみると、2024年度の技術数は76種類(先進医療Aが27種

類、先進医療Bが49種類)、実施医療機関数は449施設、全患者数は17万7269人、総金額は約928億円。2023年度と比べると、技術数、実施医療機関数が減少する一方で、全患者数と総金額が大きく増加した(上表参照)。

なお、基本的に先進医療Aは「未承認等の医薬品、医療機器もしくは再生医療等製品の使用または医薬品、医療機器もしくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術」、先進医療

Bは未承認薬等または医薬品等の適応外使用を伴う医療技術と区別される。

先進医療Aで最も総合計の金額が大きい技術は、「タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養」(約468億9257万円、270施設)、次いで「子宮内膜刺激術」(約102億3541万円、174施設)、「ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術」(約56億6833万円)で、不妊治療に関連する技術の金額が大きい。

先進医療Bで最も総合計の金額が大

きい技術も、「着床前胚異数性検査・不妊症」(約3億6293万円、4施設)で不妊治療に関連する技術である。

過去5年間の実績では、技術数の変動が一定程度あり、実施医療機関数は2021年度から2022年度に大きく増えた。全患者数と総金額は2022年度から2023年度に大きく増えた。全患者数と総金額が2023年度に大幅増となった背景に、2022年度診療報酬改定で、不妊治療が保険適用され、人工授精等の「一般不妊治療」、体外受精・顕微授精等の「生殖補助医療」が保険適用される一方で、新たな技術が先進医療として認められたことがある。

患者申出療養はがん治療が多い

患者申出療養の実績をみると、2024年度の技術数は7種類、実施医療機関は13施設、全患者数は287人、総金額は約2.0億円となっている。2023年度と比べると、技術数が3種類減って、実施医療機関数が半分近くになった結果、全患者数も総金額も一定程度減少した(下表参照)。

7種類の患者申出療養のうち、最も総合計が大きい技術は、「マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療(根治切除が不可能な進行固形がん)」(約1億4662万円、13施設)、次いで「タゼメトスタット経口投与療法(悪性固形腫瘍)」(約3050万円、1施設)、「遺伝子パネル検査結果等に基づく分子標的治療(悪性腫瘍)」(約890万円、1施設)となっている。

過去5年間の実績では、技術数の変動は少なく、実施医療機関数も2023年度までの4年間の変動は少ない。全患者数と総金額は2020年度から2021年度に大幅増となった。

患者申出療養は患者の申出を起点として、未承認薬などを迅速に保険外併用療養として使用するための制度。

< 過去5年間の先進医療の実績 >

	実績報告対象期間	技術数	実施医療機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養費の総額(保険診療分)	先進医療及び旧高度先進医療の総額	全医療費のうち先進医療及び旧高度先進医療の割合
令和2年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績※1	R1.7.1～R2.6.30(12ヵ月)	83	252施設	5,459人	約99億円	約37億円	約62億円	62.6%
令和3年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績	R2.7.1～R3.6.30(12ヵ月)	83	267施設	5,843人	約103億円	約41億円	約62億円	60.2%
令和4年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績※2	R3.7.1～R4.6.30(12ヵ月)	83	428施設	26,556人	約151億円	約85億円	約67億円	44.1%
令和5年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績	R4.7.1～R5.6.30(12ヵ月)	81	477施設	144,282人	約765億円	約664億円	約101億円	13.2%
令和6年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績※3	R5.7.1～R6.6.30(12ヵ月)	76	449施設	177,269人	約928億円	約809億円	約120億円	12.9%

※1 令和2年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。
※2 令和4年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。
※3 令和6年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

< 過去5年間の患者申出療養の実績 >

	実績報告対象期間	技術数	実施医療機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養費の総額(保険診療分)	患者申出療養の総額	全医療費のうち患者申出療養の割合
令和2年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R1.7.1～R2.6.30(12ヵ月)	7	21施設	78人	約0.6億円	約0.3億円	約0.3億円	52.4%
令和3年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R2.7.1～R3.6.30(12ヵ月)	8	23施設	208人	約1.9億円	約0.95億円	約0.95億円	50.2%
令和4年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R3.7.1～R4.6.30(12ヵ月)	8	24施設	296人	約2.6億円	約1.5億円	約1.1億円	42.0%
令和5年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R4.7.1～R5.6.30(12ヵ月)	10	24施設	312人	約2.4億円	約1.1億円	約1.2億円	52.5%
令和6年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R5.7.1～R6.6.30(12ヵ月)	7	13施設	287人	約2.0億円	約1.0億円	約0.9億円	46.8%

全世代型社会保障に向けた改革工程を提示

社保審 今後とも医療・介護の重点化・効率化が求められる

厚生労働省は2月3日の社会保障審議会(遠藤久夫会長)に全世代型社会保障構築を目指す改革の「道筋(改革工程)」を示した。社会保障制度改革について、時間軸に沿って取り組むべき課題を列挙している(下表参照)。全世代型社会保障の構築に向け、政府が着実に進めている政策であり、社会保障制度の今後の動向を把握する上では必須の情報となる。

医療提供体制については、地域医療構想やかかりつけ医機能が発揮される制度整備が明記されている。「生成AI等を用いた医療データの利活用の促進」や「医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化」もある。医療保険制度では、2025年度予算案に盛り込まれた高額療養費制度の見直しや入院時の食費の基準の見直しが載っている。全世代型社会保障制度は、「給付は

高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直し、年齢に関わりなく全ての世代が能力に応じて支え合い、必要な給付がバランスよく提供される、持続可能な社会保障を目指すもの」と定義される。本格的な人口減少と超高齢社会の進行を踏まえ、2040年を視野に「現役世代の負担軽減」と「社会保障制度の支え手を増やす」ことを目指している。

少子化の流れを変えるため、多くの財源を使って子育て・若者への支援を強化する取組みが講じられている中で、同時に「現役世代の負担軽減」を図るためには、増加する医療や介護など社会保障給付の重点化・効率化が求められる。医療機関にとって厳しい改革が迫られるのもこうした理由からだ。

「社会保障制度の支え手を増やす」ことについては、昨今、女性や高齢者の就労が増加し就業者人口は増加傾向にある。年金制度などで働き方に中立的な社会保障制度とする見直しも行われており、人口減少の影響を緩和することが期待できる。だが同時に、医療・介護サービスの担い手不足は深刻で、人手不足が将来にわたって最大の課題になることが見込まれている。

委員からは医療に関して様々な意見が出た。人手不足に対しては、「医療は労働集約型の業界だったが、これまでのスキームが破綻しつつある。医療DXの活用を含め、より少ない人手で医療サービスを提供できる仕組みへの転換が必要」との声が上がった。「病院経営が悪化し、地域の医療機能が喪失しかねない。早急に手立てを講じてほしい」との訴えもあった。「医療・介護の現場で生産性向上の取組みが遅れている。小規模事業者が多いということも理由だが、医療を産業として成長させるためにさらなる規制緩和は不可欠となる」、「医療保険を持続可能な制度とするには、保険収載の範囲見直しを議論せざるを得ない」との主張も出た。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組 ※2040年頃を見据えた中長期的取組は省略
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> 「労働市場や雇用の在り方の見直し」 「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> 「勤労者皆保険の実現に向けた取組」 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> 前期財政調整における報酬調整の導入 後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み 介護保険制度改革(第1号保険料負担の在り方) 介護の生産性・質の向上(ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等) インバウンドの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し 診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 入院時の食費の基準の見直し等 生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 「生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上」 医療DXによる効率化・質の向上 生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 医療提供体制改革の推進(地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備) 介護の生産性・質の向上 インバウンドの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し 国保の普通調整交付金の医療費助成等 国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 介護保険制度改革(ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方) サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 福祉用具貸与のサービスの向上 生活保護の医療扶助の適正化等 障害福祉サービスの地域差の是正 「能力に応じた全世代の支え合い」 介護保険制度改革(利用者負担(2割負担)の範囲、多床室の室料負担) 医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い 医療・介護の3割負担(「現役並み所得」)の適切な判断基準設定等 障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 「高齢者の活躍促進と健康寿命の延伸等」 高齢者の活躍促進 疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 経済情勢に対応した患者負担等の見直し(高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し) 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> 重層的支援体制整備事業の更なる促進 社会保障教育の一層の推進 住まい支援強化に向けた制度改正 等 	<ul style="list-style-type: none"> 孤独・孤立対策の推進 身寄りのない高齢者等への支援 等