

○郡山りよう君 それでは、皆様、御安全に。立憲民主・社民・無所属の郡山りようでございます。まだまだ反応が鈍い状況でございますが、引き続き御安全を発していきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

というわけで、今回、医療法について、一部改正に関する法律案について質疑をしていきたいと思えます。それに関しましては、上野大臣始めとする厚生労働省、そして消防庁の参考人の方、そして修正案の発議者である岡本先生にもお忙しい中来ております。修正案の発議者と同時に、医師の立場として伺ってまいりたいと思えます。どうぞよろしくお願ひ申し上げたいと思えます。

まず初めに、今改正に関する政府の方針についてお伺ひしたいと思えます。

今回の医療法改正は、医療の効率化を目的とした整理、集約ではなく、限られた医療資源の中で、今後、医療を守り続けるため、もう一度再構築するための再編でならない、ならなくてはならないかと考えています。しかしながら、我が国の病院の現状を総合的に考えると、効率化という名の下で地域の中核となる医療機関の機能は損なわれ、特に救急、周産期、小児といった不可欠な医療機能も後退し、国民の医療アクセスが困難になることへの懸念が払拭できかねてしまうのも否めませんし、また実際、この困難になっている状況だと

思っています。実際、民間の医療機関同士の統合も起こっており、そこで従事されている方の雇用への不安であったり、住民の皆様が医療サービスが本当に受けられ続けるのかと不安を感じているところでございます。

政府は、本改正の真の目的が、医療を削るためではなく、レジリエンスな体制を確保し、質の高い医療を持続的に提供するための転換であること、を現状の医療体制、本改正による具体的なメリットや担保策に交えて、まあ交えてですね、これを国民に明確に説明し、理解と合意を得るべき重大な責務を負っていると感じております。

やはり、実際、自分も議員になる前に、普通に過ごしていくと、いろんな法律の改正があってもなかなか気付かない。その法律の改正に対しての重要性というのはなかなか自分も認識できずにいた経験があるからこういった質問になっているところでございます。

政府は、今回の改正の本旨を、医療を削るためではなく、守り続けるため、もう一度発展させていくんだと国民に明確に説明、発信する必要があると思えますが、厚生労働大臣の御所見をお願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君） 人口減少や医療ニーズの変化を見据えまして、限りある医療資源を有効活用して、各地域で質が高く効率的で持続可

能な医療体制、医療提供体制、これを構築することが必要でありますので、この法律案におきまして、おきましては、地域医療構想の見直し、また医師偏在は正に向けた総合的な対策、また医療DXの推進などの必要な措置を講ずるものとして本法案を提出したところであります。

したがしまして、委員からの御質問の答えといたしましては、本法案は医療を効率化する面ともちろん医療を守るという面、両面あるうかというふうに認識をしております。

この法律案の趣旨につきましては、本法案が成立をいたしましたら、国民の皆さんに十分周知をし、御理解をいただけるように努めていきたいと考えています。

○郡山りよう君 是非発信の方、あと周知の方をお願ひしたいと思っております。

やはり、その先にあるのが、やはり医療を受ける国民のみならず医療機関の皆様、そしてそれを支える医療、ヘルスケアプラットフォームに従事する皆様も本改正がいいものになるものだと思ひ、共に運用をしていくということにおいてもプラスになるかと思っております。

これからの質問に関しては、基本的に大枠ではなく具体的なものになるかもしれませんが、本改正を基に安心して推進していきたいという医療機関で働く皆様の現場の声でございます。どうか真

摯な御回答をお願いしたいなと思っております。

その前に、医療DXの推進の先にある各省庁との連携をやつていかなければいけないと思います。その中で、マイナ救急と医療DXの実効性の確保について質問をしたいと思います。

マイナ救急とは、救急搬送時にマイナンバーカードを、ICチップを読み取って患者の医療情報を迅速に確認できるようにするような仕組みであつて、今実証が進んでおります。ただ、救急現場では、患者本人のマイナンバーカードが見付からない、家族が保管場所を把握していない、高齢者宅ではカード自体が携帯されていないといった事例が多数確認されております。中日新聞の報道でも、救急隊員がカード検索に数分を費やすケースやカード未所持率が相当程度に上がる実態が指摘をされている状況でございます。

医療DXを本気で進めるのであれば、本人確認を物理カードの所持に依存する現在の設計自体に構造的な限界があると考えております。救急は秒単位で救命率が変わる現場であり、カード有無に左右される仕組みは制度としての合理性を欠いていると感じております。

そこで伺います。実証で把握しているデータなどございましたら具体的な数値をお示しいただきたいと思います。

○政府参考人（鳥井陽一君） お答えいたします。

マイナ救急でございますけれども、令和六年度、

昨年度に実証事業を行いまして、主な数字、データを御紹介させていただきますが、その、この実証事業で救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用して情報を閲覧した件数の割合は救急搬送件数の約七％でございます。残りはマイナ救急による情報閲覧は行っていないということでございます。その理由といたしましては、カードのやはり未所持、所持されていないというのが約七四％でございます。まして、保険証登録の未実施が、していないというのが約一四％ございました。ただ、これは昨年度の数字でございます。

また、カードの探索についての御指摘はございましたけれども、カードの探索そのものにつきましては現状いろいろ問題が、課題があるというところで、実証事業においてはカード探索は行わずに通常の救急活動の中で行うということとして、このところでございます。

○郡山りよう君 ありがとうございます。

やはり、カード自体の限界を踏まえると、スマートフォン搭載の公的個人認証、いわゆるスマホマイナを救急医療でも利用可能とする設計が不可欠だという声もございます。

厚生労働省として、このスマホマイナの救急活用をどのように位置付けて、今後の制度設計にどう反映していく方針なのか、御見解をお聞かせく

ださい。

○政府参考人（鳥井陽一君） お答えいたします。

総務省消防庁におきましては、マイナ救急において、マイナ保険証機能が搭載されたスマートフォンへの対応というのは進めていく方針でございます。既に私ども、令和八年度から対応できるように機能拡充を現在進めているところでございます。引き続き、御指摘も踏まえまして、全国でマイナ救急が実施できる環境の整備を進めてまいります。

○郡山りよう君 一昨日の委員会においても参考人からございましたが、電子カルテを救急や健康増進に生かしていきたいということでしたので、是非、このマイナ救急の取組が命を救うものに、生きたものになるように、デジタル庁、総務省と連携して厚生労働省には取り組んでいただきたいと思いますが、取り組んでいただけますでしょうか。大臣の決意も含めお願いいたします。

○国務大臣（上野賢一郎君） 消防庁としっかり連携して対応していきたいと考えています。

○郡山りよう君 御決意ありがとうございます。続きまして、経済的インセンティブの限界とDXの推進時の懸念点についてお伺いしていきたいと思います。

本改正案では、保険医療機関の管理者要件として、二年の臨床研修に加え、三年等の保険診療従

事経験が課せられることとなっています。一方で、若手、中堅医師がキャリア上の不利益なく医師少数区域での勤務経験を積めるようにするためには、地域病院と基幹病院のローテーション制度の整備であったり、地方勤務中でも専門医取得を可能とするような支援プログラムの構築といった仕組みが不可欠ではないかという声がございます。

そこで、厚生労働省に伺います。

これらのローテーション制度や専門医取得支援プログラムを国が主導して具体的に整備する計画は現時点で検討されているのか、もし検討されていなくても検討の余地があるか、お聞かせください。お願いいたします。

○政府参考人（森光敬子君） お答え申し上げます。

議員御懸念の点でございますけれども、まず、地域枠等の医師につきましても、まずは、これは、都道府県において医師確保計画に基づいて、御本人が望む専門医の取得などのキャリアパスに配慮して、医師不足地域で診療に従事することができるようキャリア形成プログラムを策定しております。これは、厚生労働省の方から都道府県に対して、キャリア形成プログラム、そのような形で作るようにということを指導させていただいておるところでございます。

また、地域枠以外の医師についてでございます。

これらの医師につきましても、地域で専門研修を受ける環境を整備するということは非常に重要だと考えております。日本専門医機構におきましては、研修プログラムは、基幹施設と連携施設の両者において研修すること、地域医療の経験を積むということが大切だとされておりまして、この専攻医、専門医の専攻医の募集、これにおける採用上限数の設定の対象となっております都道府県や診療科で研修する一部の専攻医を対象に、医師がより少ない地域で一年以上の研修を行うプログラムの設置というものを行っております。これは専門医機構と、それから国、そして有識者が入る検討会等でもそのような形で議論して進めているというところでございます。

医師少数区域での経験、勤務経験を求める、議員御指摘の管理者要件でございます。それと、それから、専門医研修の関係につきましては、専門研修においても、地域医療の研修や、医師がより少ない地域での研修を取り入れる方向でございます。その方向性につきましては、そこがないように進めるということで認識をしております。

いずれにしろ、引き続き、地域において専門研修を受けられるような環境の整備、これを関係者と連携しながら検討してまいりたいと考えています。

また、議員が御示唆された今後のその管理者要

件として、医師少数区域での勤務経験を求める対象医療機関、これが拡大いたしますが、これも、公的医療機関等に対して、将来的に管理者となる人材の育成のため、医師少数区域等における研修や経験を充実させるといったようなことを御検討いただくように関係者と必要な議論を行っていきたいというふうに考えておるところでございます。以上です。

○郡山りょう君 ありがとうございます。

やはり、地域で働く医師の皆様も安心してそこで従事して更に学べるような環境の推進に向けて、もし今後課題があったら更にブラッシュアップをしていくような制度の構築を是非お願いしたいなと思っております。

続きまして、地域医療機能評価と勤務医の安心確保ということでございます。

改正案では、新たな地域医療構想の下、医療機関の機能、高齢者救急、地域急性期、在宅医療連携、急性期拠点機能などを報告する制度を設けることとしています。この報告制度により、救急、夜間対応、看護体制、検査体制、地域の在宅支援などをしっかりと確保している医療機関の実態を定量的に評価する枠組みが整うことになります。これは、勤務医が安心して地域医療に従事できるよう、勤務環境の質を客観的に示し、適切な支援につなげるために不可欠な制度ではないかと思つて

おります。

一方で、ただ報告するだけで何もメリットがないのではないかという声も同時にございます。この定量的な機能評価の結果に応じて国が適切な支援、例えば財政的支援や診療報酬上の措置など、具体的な支援内容についてお考えなのか、あれば内容を伺いたいと思います。お願いいたします。

○政府参考人（森光敬子君） お答え申し上げます。

今後、その八十五歳以上の高齢者の増加、それから人口減少が更に進む二〇四〇年を見据えまして、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携、再編、集約を推進するため、医療機関機能を報告する仕組み、これを創設することとしております。

こうした報告内容や将来の人口構造や医療ニーズの変化等について定量的な指標を活用することにおいて、地域における医療提供体制に係る課題を市町村や住民も含めた関係者の間で共有できると、これが一つのメリットだと思っております。

また、結果として、中長期的に地域の実情に応じた効率的で持続可能な医療提供体制の構築が図られるものと考えております。

議員御指摘のその支援ということでございますが、その医療機関機能というものが認められますと、法案が通していただいた暁には、今、地域医

療総合確保基金において、例えばその機能を維持するとか、さらにどういうふうに変更するとかといったようなことに対して支援をする仕組みというのも予算の中で検討していきたいというふうに考えておるところでございます。

また、その具体的な内容ということにつきましては、ガイドラインの中で更に検討を進めていきたいと考えておるところでございます。

○郡山りよう君 具体的、支援する余地はあるということ、ありがとうございます。

報告した内容をやっぱり引き続き良くしていくということに対してはやっぱり支援をしていかなと、逆に退化してもらっては困るということで、結局、報告を作成するだけで何もやってもらっていないじゃないかということにならないように、是非今後検討を続けて用意していただきたいなと思っております。よろしくお願いいたします。

続きまして、総合確保基金の役割分担と統一的評価指標の策定についてということでございます。

改正案では、地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確に位置付けて、在宅医療や介護との連携を議題とする場合には市町村の参画を求めています。これは、地域医療を都道府県と市町村が協働して進める上で重要な前進と評価しています。

ただ一方で、実際の運用では役割分担が不明確

なままで、二重行政であったり調整コストの増大につながるおそれがあると考えています。したがって、両者が効果的に協働するためには、国が役割分担をしっかりと明示したガイドラインを示すこと、そして進捗を客観的に測る統一的な評価指標を設定することが不可欠だと考えております。

そこで伺います。新たな地域医療構想の策定が始まる令和八年度までに、都道府県と市町村の役割分担を明示するガイドラインと取組状況を評価する統一指標を策定、反映する予定があるのか、見解をお聞かせください。お願いいたします。

○政府参考人（森光敬子君） 議員御指摘の地域医療構想、新たな地域医療構想を策定するためのガイドラインでございますけれども、これにつきまして、議員御指摘のように、この地域医療構想では、入院のみならず、外来、在宅、介護との連携等も対象となる中、介護保険事業の実施主体者であります市町村の役割、これもますます重要になってくると考えておまして、市町村と都道府県が連携して在宅医療や医療と介護の連携強化に取り組んでいただきたいと考えております。

こうした都道府県と市町村の連携、そして役割分担というものを含めたガイドラインというものをしっかりと作っていききたいと思っております、今年度中にはこの作成を行い、都道府県、市町村に対してお示ししたいと考えておるところでございます。

います。

○郡山りよう君 是非お願いします。

やっぱり二重になって、よくありがちなことで、結局、最終的に非効率になってしまつて滞つてしまふんじゃないかというところもございますので、是非、年度内にどうか明示をしていただきたいと思います。お願いいたします。

続きまして、電子カルテ導入運営費の恒常的な補助制度についてお伺いしたいと思います。

改正案では、医療DXを推進し、電子カルテ情報共有サービスの構築、普及を図るものだと思います。しかし、現場では、日本医師会の資料にございましたが、とりわけ中小企業の病院や診療所において、初期費用に加え、ランニングコストなどが重荷となつて、電子カルテ導入そのものを見送っている実態がございます。

まず、修正案の発議者である岡本先生に伺います。

今回の修正案で示されたクラウドコンピューティング関連技術の活用によつて、こうした導入を見送っている医療機関にどのようなメリットが生じ、導入促進につながっていくのか、御認識をお聞かせください。

○衆議院議員（岡本充功君） 御質問いただきました衆議院での修正においては、電子カルテの普及率約一〇〇%の達成に向けて、クラウドコンピ

ューティングサービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、政府は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したところであります。

御指摘のように、我が国の病院や診療所では、そもそも電子カルテの導入が十分でないことに加えて、導入済みの施設であっても、院内のサーバーを設置する、院内にサーバーを設置するオンプレミス型でかつ閉域網でシステムが提案、構築されていることが多くて、最新の技術が活用されたものになっていないものと認識をしています。

これに対して、クラウド上のサーバーにアプリケーションを構築し、各施設が共同利用するクラウドネイティブ型の電子カルテであれば、医療機関ごとのサーバーの購入や更新等が不要になり、廉価で導入しやすいという意味で価格を下げるということにもつながってくると、また、このクラウドネイティブ型でありますと、インターネット上に提供されるサービスとの親和性が高く、医療機関が生成AI等を含む最新のサービスを利用しやすくなるというメリットもあります。

こうした観点から、電子カルテの普及に当たっては、従来のオンプレミス型、閉域網ではなく、クラウドネイティブ型を含む最新の技術での電子カルテの導入を目指していきたいと、そういう趣旨で今回修正案を提出させていただいたと、こ

う次第であります。

○郡山りよう君 ありがとうございます。

修正内容によつて、インシヤル、ランニングコスト抑制の方向性は示されたと思います。ただ、それでも現場の負担はゼロにはならないということでございます。医療DXを全国的に普及させるためには、初期費用、インシヤルの補助だけではなく、やはり毎月の運用費、ランニングコストに対して国が一定割合を恒常的に補助する、そういった制度が不可欠ではないかと考えます。

そこで、ランニングコストですね、月額運用費に対するそうした恒久的な補助制度を構築する計画があるのか、また検討しているのかについて、厚生労働省の見解をお伺いします。

○政府参考人（森真弘君） 電子カルテの普及に当たっては、必要な支援していくことは大切なことだというふうに認識しております。

先ほども岡本先生からお話ありました。そのクラウドネイティブ型に移行することによつて、初期費用かなり小さくなる、それからランニングコストも数分の一になるのではないかとというふうに考えております。

まずは、こうした努力をした上で、本当にどのぐらいの費用が医療機関に乗つかつてくるのかというのをきちんと確認させていただきたいというふうに思っています。その上で、来年夏に電子カ

ルテの普及計画を策定いたしますので、その際に必要な支援というのを併せて考えていきたいというふうに思っているところでございます。

○郡山りよう君 ありがとうございます。

やはり導入に当たって、医療機関が安心して導入できるようなそうした提示をしていただければと思っております。

続きまして、DX推進に伴う診療報酬上のメリットの明確化について伺います。

改正案では、医療機関に対し、三文書と六情報の電子的共有への対応を進めることが求められているということでございます。この対応について、現場の業務負担軽減と医療の質向上につながることを医療機関に明確に示すことが大切だと考えております。

そこでお伺いします。

電子カルテ導入や情報共有の推進によって算定できる診療報酬上の加算、例えば医療DX推進体制整備加算などについて、その具体的な算定要件と内容、医療機関の収益改善にどの程度寄与する見込みがあるのか、これらの効果を現場に分かりやすく示す公表スケジュールをどう考えているのか、以上について厚生労働省の見解を伺いたいと思います。お願いします。

○政府参考人（間隆一郎君） お答えいたします。ただいま委員から診療報酬上の対応についてお

尋ねがありました。

まず、診療報酬は、もう委員御案内のとおり、保険医療機関などが診療の対価として受け取る報酬ですので、そのどういうことを評価するのかという点については、患者さんに対してどのようなメリットがあるかも含めて検討を行っているところでございます。

現行の診療報酬におきましては、ただいま委員の方から、医療DX推進体制整備加算、具体名を挙げていただきました。これ、オンライン資格確認により取得した診療情報の活用等により患者に質の高い医療がもたらされるというメリットのあるマイナ保険証の利用促進を行う医療機関等の体制や取組を評価しているものでございます。

こうした中で、そういったものは評価している一方で、システムの例えば運用保守費用そのものに着目した報酬項目は存在しませんので、これは報酬全体の中から費用を賄っていただくということになってございます。

この医療DXの診療報酬上の評価につきまして、各サービスが患者に対しどのようなメリットをもたらすかを踏まえまして、現在、中央社会保険医療協議会で議論しておりますので、こういったものでしっかり検討してまいりたいと、このように考えております。

○郡山りよう君 ありがとうございます。是非明

確なスケジュール等も含めて示していただければと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

そして、次ですね、電子カルテメーカーの非効率解消と標準仕様に関する計画について伺います。

改正案では、支払基金を医療情報基盤・診療報酬審査支払機構へと改組し、医療DXの中核として、システム開発、運用機能を大幅に強化するとしています。電子カルテは、三文書六情報の共有を担う電子カルテ情報共有サービスや検査部門システムや薬剤部門システムといった病院の各部門システムとの接続の仕様について、各電子カルテメーカーが独自に開発を行うと非効率となってしまうため、統一的なインターフェースを整備すべきだと考えています。

電子カルテに関するこうした標準的な仕様の策定や普及について、具体的にどのような計画を立てているのか、厚生労働省にお伺いします。

○政府参考人（森真弘君） 電子カルテ導入に当たっては、当然、部門システムとの接続うまくいかなければ導入しても全く意味がないということになってしまいますので、こうしたその部門システムとのインターフェースとのその統一というか、標準化していくこと、非常に重要なことだと思っております。

電子カルテと部門システムの連携仕様を含む電子カルテの標準仕様について、今年度中に策定を進めるように今検討を進めております。具体的には、電子カルテ共有サービス、電子処方箋への対応、それから関係システムへの標準APIを搭載すること、それからデータ引継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件として検討を進めているところでございます。標準仕様に準拠した電子カルテには、電子カルテについては、早ければ二〇二六年度中にも厚生労働省において認証を行い、その普及を図っていく方針でございます。

こうした電子カルテの普及方策の在り方については、先ほども申し上げましたが、夏までに普及計画を策定して、その中で具体的にお示ししていきたいというふうに考えております。

○郡山りよう君 是非、直感的なインターフェースですね、使いやすいような、そうした開発、取組を推し進めていきたいと思います。

そういったところ、次の質問につながるんですが、DX推進に伴う業務再設計等、研修支援のための何か補助の新設についてということでお伺いしたいと思います。

改正案、医療DXの推進ということで、オンライン診療の法定化、医療情報の共有、拡大を掲げていますが、一方で、現場の医師、看護師、事務職員にとっては、DX対応のための新たなシステ

ム操作の習熟や業務フローの再設計が相当な負担になることが想定されていると思います。私の妻も療養型の病院の方で看護師をやっているんですが、正直言うと、アナログなんです。恐らくそういった看護師の方たちもたくさんいらっしゃるんです。そういった中、教え込むというのは、民間の会社でも、そのシステムを導入したときの本当に苦労というのを私自身も経験ありますし、相当な労力だと思うんですね。

まず、修正発議者の医師でもある岡本先生に伺います。

医師の立場から、こうした習熟の負担や業務負担について、どのような課題認識なのかを、お持ちなのかをお聞かせください。

○衆議院議員（岡本充功君） 御質問いただきましたように、確かに個々の新システムへの対応への負担というのはそれぞれ感じるところがあると思います。私なんか聞いておりますところで、やはり高齢の医師なんかではこうした新システムへの対応が大変だという声も現に聞いております。ただ、医療DXを推進していくためには、先ほど看護師さんの話もありました、いろんな医療職種の皆さん方の協力も不可欠でありますし、とりわけ導入をしようという医師のインセンティブを確保していくためにも、都道府県やそれぞれの郡市医師会などのきめ細やかないわゆる研修サポー

ト、こういったもの、こういったものが広がっていくことが重要であるというふうに認識しています。こうしたことを通じてより多くの皆様方が利用していただける、そんな環境ができればというふうに考えております。

○郡山りよう君 今の発言にあったように、やっぱり伴走、物心両面で支援をしていかなきゃいけないと思っております。

その上で、最後に厚生労働省に伺います。例えば、教育研修に必要な経費を補填する支援制度であったり業務再設計に伴う一時的な人員増を支援するDX対応支援といった具体的支援を九年度のシステム運用開始以前に新設する考えがあるのか、検討状況があったらお聞かせいただきたいと思います。お願いいたします。

○委員長（小川克巳君） 時間参っておりますので、簡潔にお願いします。

○政府参考人（間隆一郎君） はい。

医療DX等を通じた医療現場の業務効率化は大変重要だと思っております。

令和六年度補正予算におきまして、医療現場によるタスクシフトや、タスクシフト・シェアやICT化の導入と、それに付随する関連する費用を支援するような仕組みを導入してございます。さらに、令和七年度補正予算案におきましても業務効率化に向けた取組を推進する費用を盛り込んで

いるところでございます。このように取り組んでまいりたいと思っております。

○郡山りよう君 是非推進をお願いしたいと思ひます。

以上で終わります。ありがとうございました。