

# 内科系学会社会保険連合 令和4年度第2回社員総会講演会

2022年11月9日(水) 18:00～19:00

## 「新型コロナパンデミックを踏まえた 日本の医療のこれから」

- ( 内閣官房 新型コロナウイルス等感染症対策推進室長・内閣審議官)
- ( 厚生労働省元医政局長)

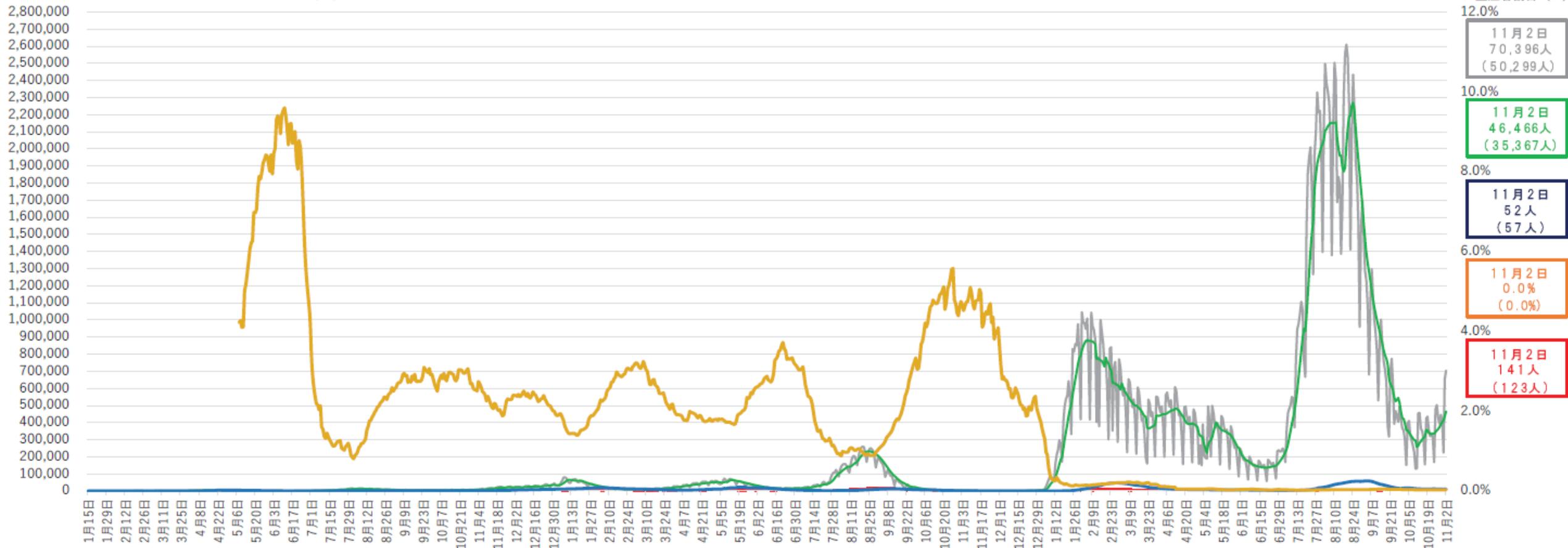
迫井 正深

※ 講義の内容は講師の見解に基づくものであり、政府の公式な見解とは異なる内容が含まれる  
場合があることをご承知おきください

# 1. 新型コロナウイルス感染症の動向

# 重症者・新規陽性者数等の推移

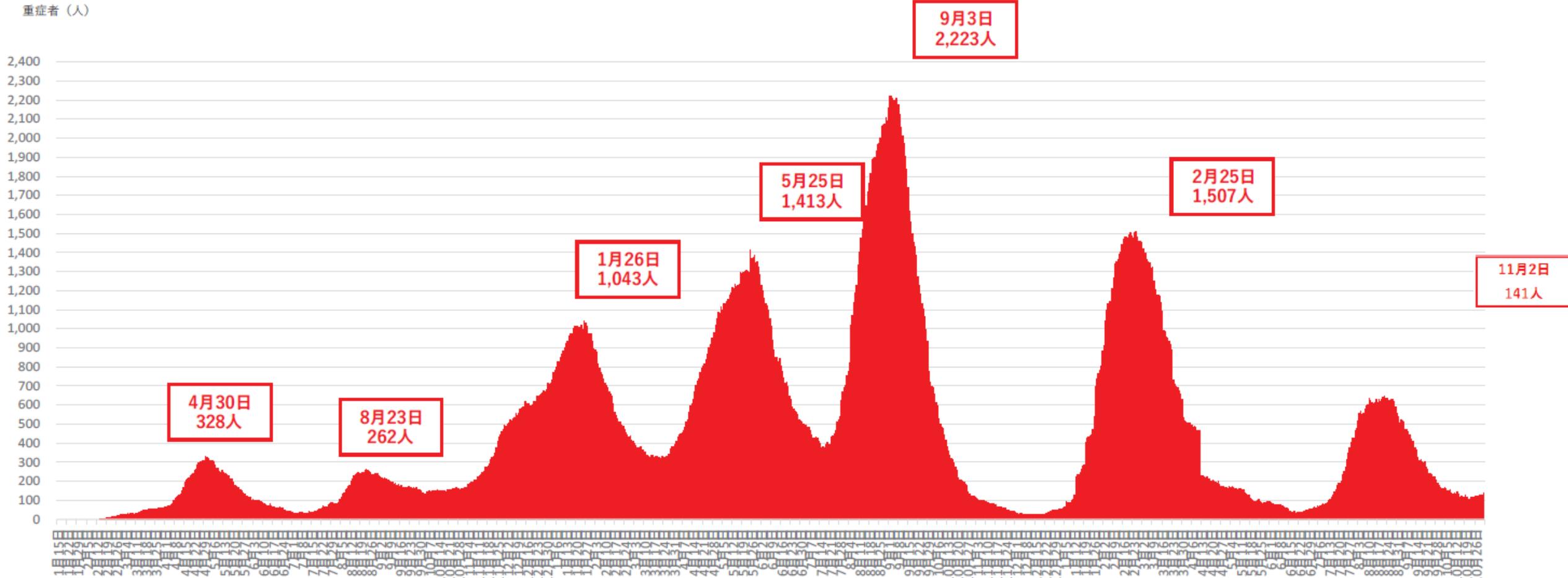
療養を要する者・重症者・新規陽性者・新規死亡者（人）



- 新規陽性者日別(10倍)
- 重症者(10倍)
- 重症者割合
- 新規陽性者7日間移動平均(10倍)
- 新規死亡者(7日間移動平均)(200倍)

2022年10月26日 厚生労働省アドバイザリーボード【資料2-1】を時点修正

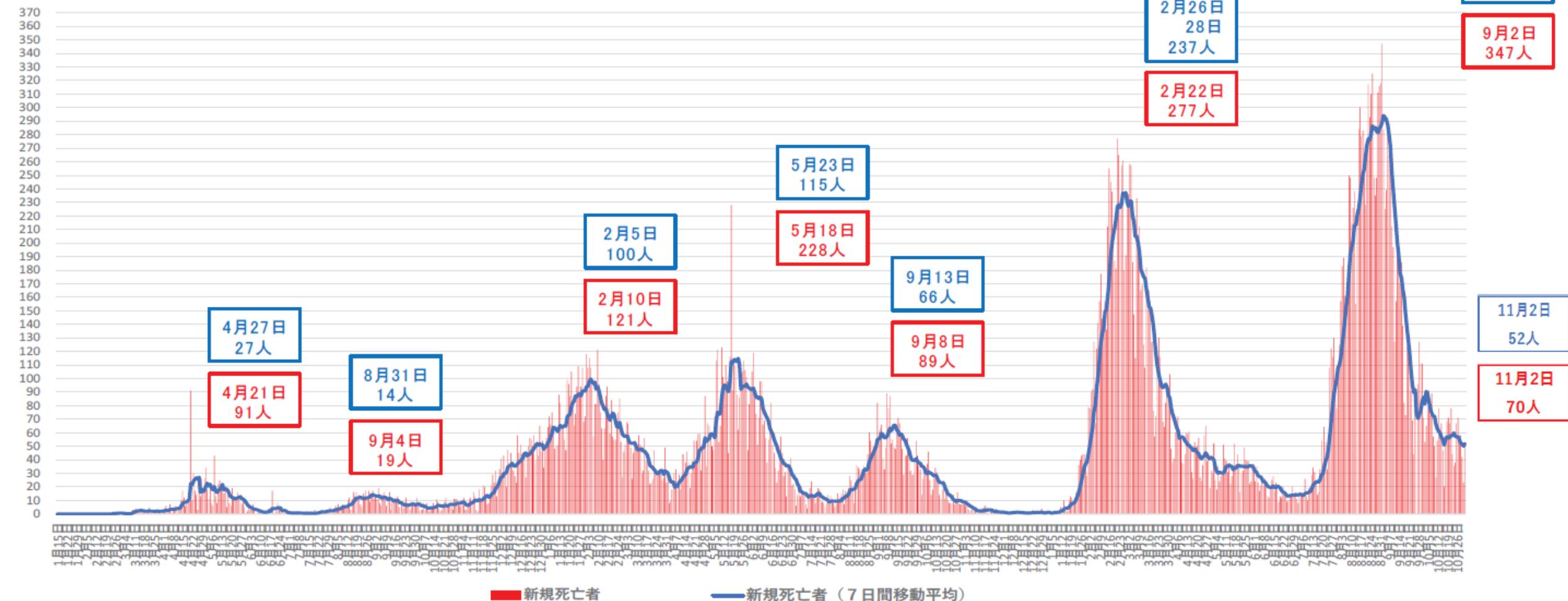
# 重症者の推移



2022年10月26日 厚生労働省アドバイザリーボード【資料2-1】を時点修正

# 新規死亡者の推移

新規死亡者（人）

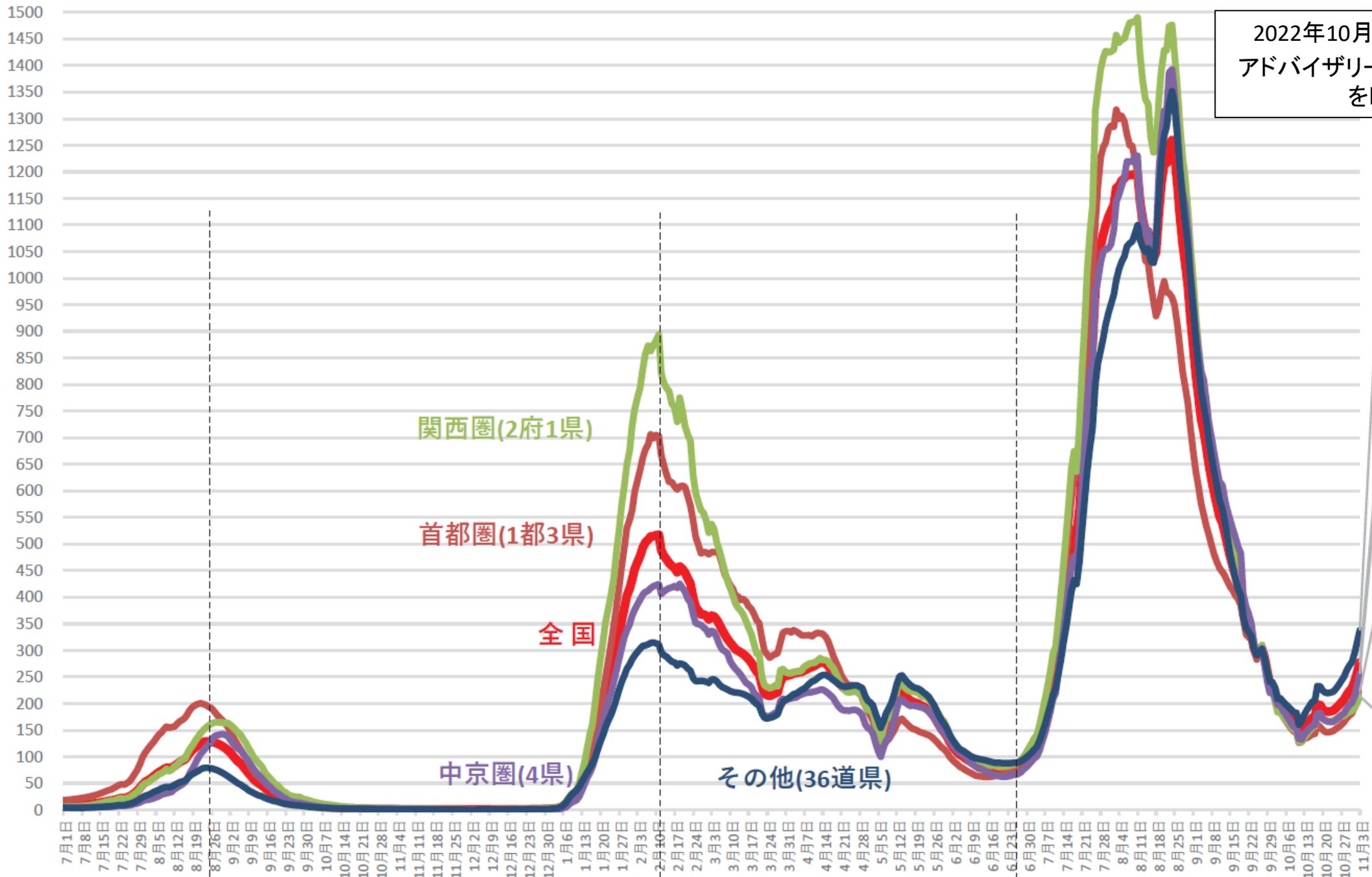


2022年10月26日 厚生労働省アドバイザリーボード【資料2-1】を時点修正

# 新規感染者数（1週間移動合計）の推移 [圏域ごと]（対人口10万人）

2021/7/1~2022/11/3

2022年10月26日 厚生労働省  
アドバイザリーボード【資料2-1】  
を時点修正



その他 (36道県),  
337.80

全国, 277.60

中京圏 (4県),  
255.57

首都圏 (1都3県),  
222.00

関西圏 (2府1県),  
213.85

関西圏(2府1県)

首都圏(1都3県)

全国

中京圏(4県)

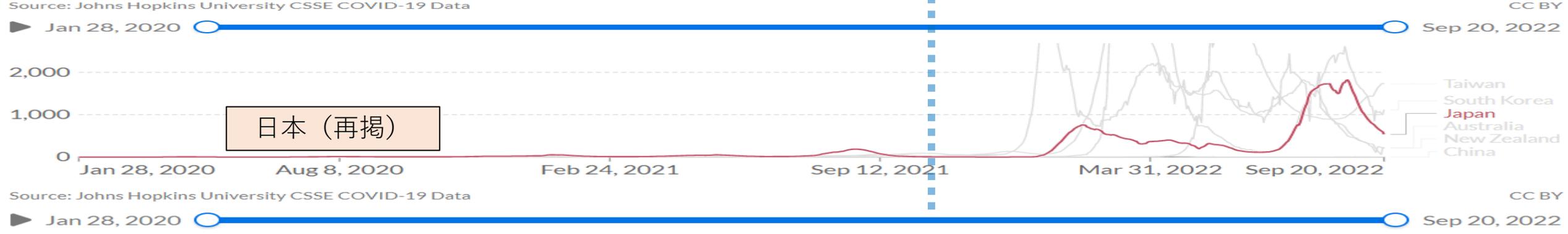
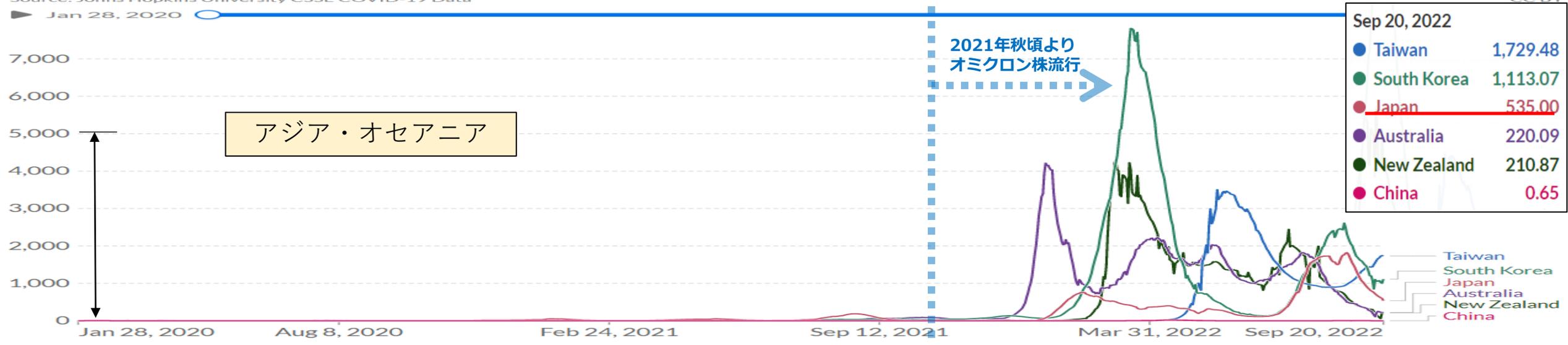
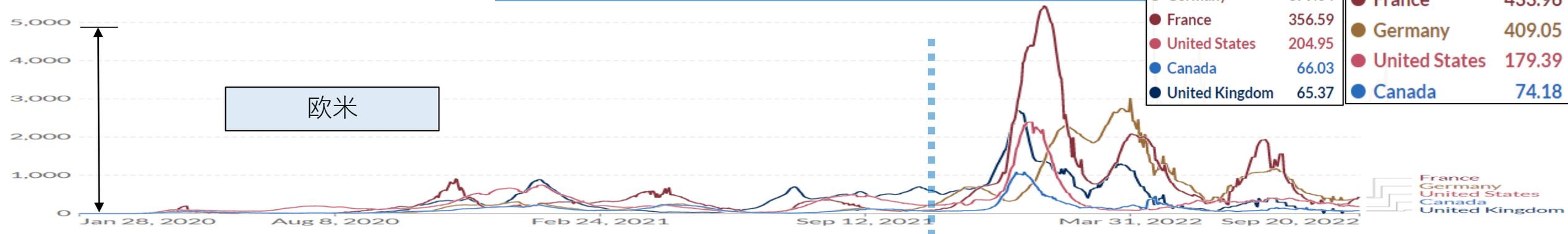
その他(36道県)

7月11日 7月8日 7月15日 7月22日 7月29日 7月26日 8月5日 8月12日 8月19日 8月26日 9月2日 9月9日 9月16日 9月23日 9月30日 10月7日 10月14日 10月21日 10月28日 11月4日 11月11日 11月18日 11月25日 12月2日 12月9日 12月16日 12月23日 12月30日 1月6日 1月13日 1月20日 1月27日 2月3日 2月10日 2月17日 2月24日 3月3日 3月10日 3月17日 3月24日 3月31日 4月7日 4月14日 4月21日 4月28日 5月5日 5月12日 5月19日 5月26日 6月2日 6月9日 6月16日 6月23日 6月30日 7月7日 7月14日 7月21日 7月28日 8月4日 8月11日 8月18日 8月25日 9月1日 9月8日 9月15日 9月22日 9月29日 10月6日 10月13日 10月20日 10月27日 11月3日

# 國際比較

※縮尺を合わせています

### 7日間平均新規感染者数（100万人当たり）



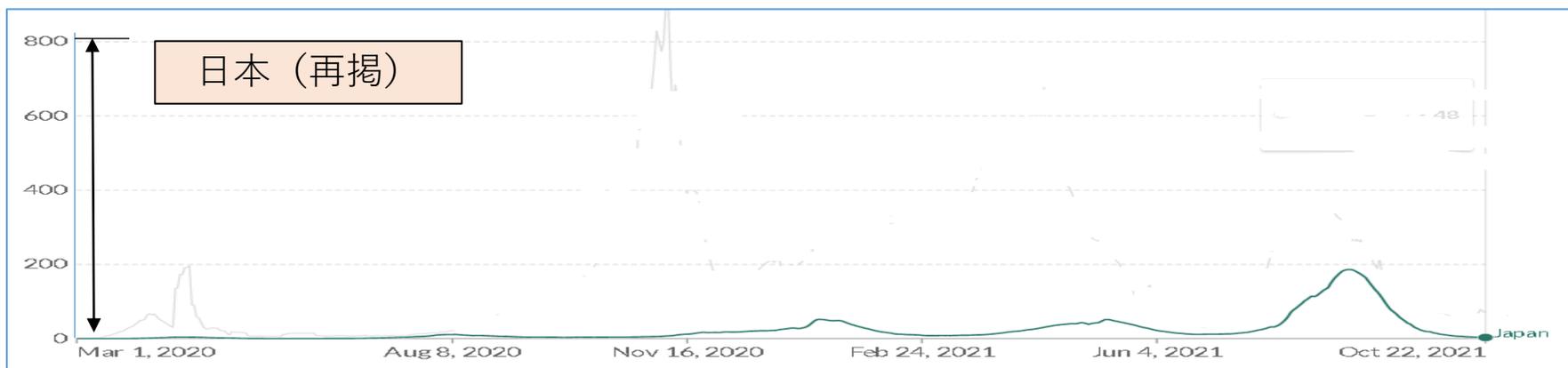
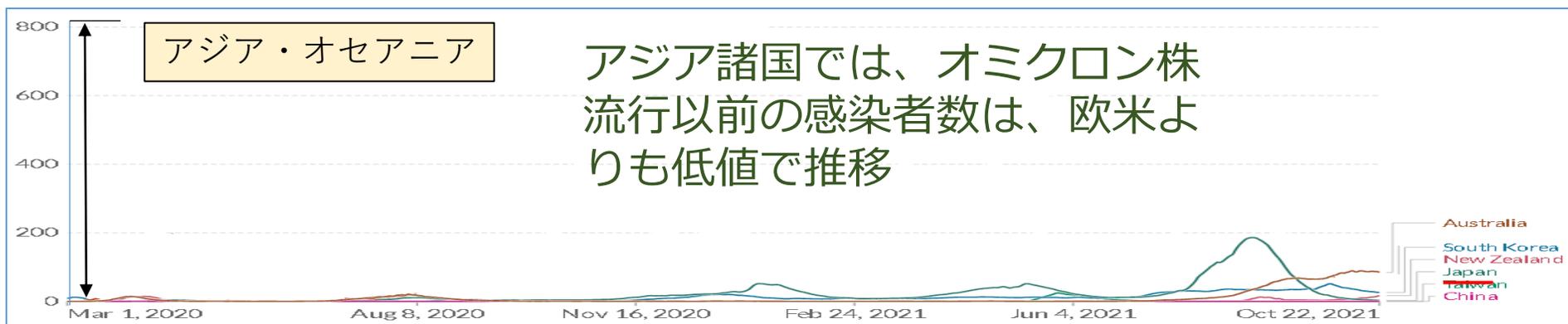
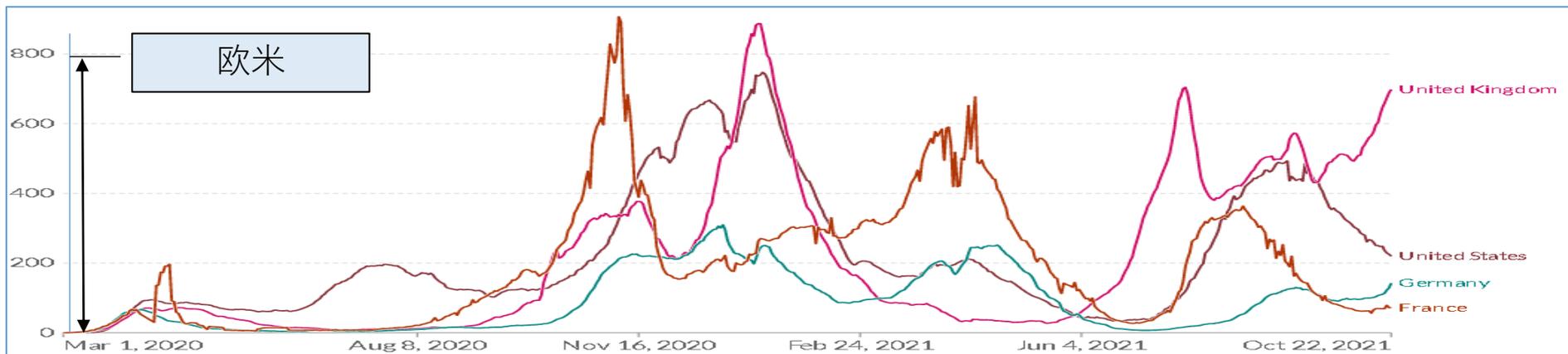
CC BY

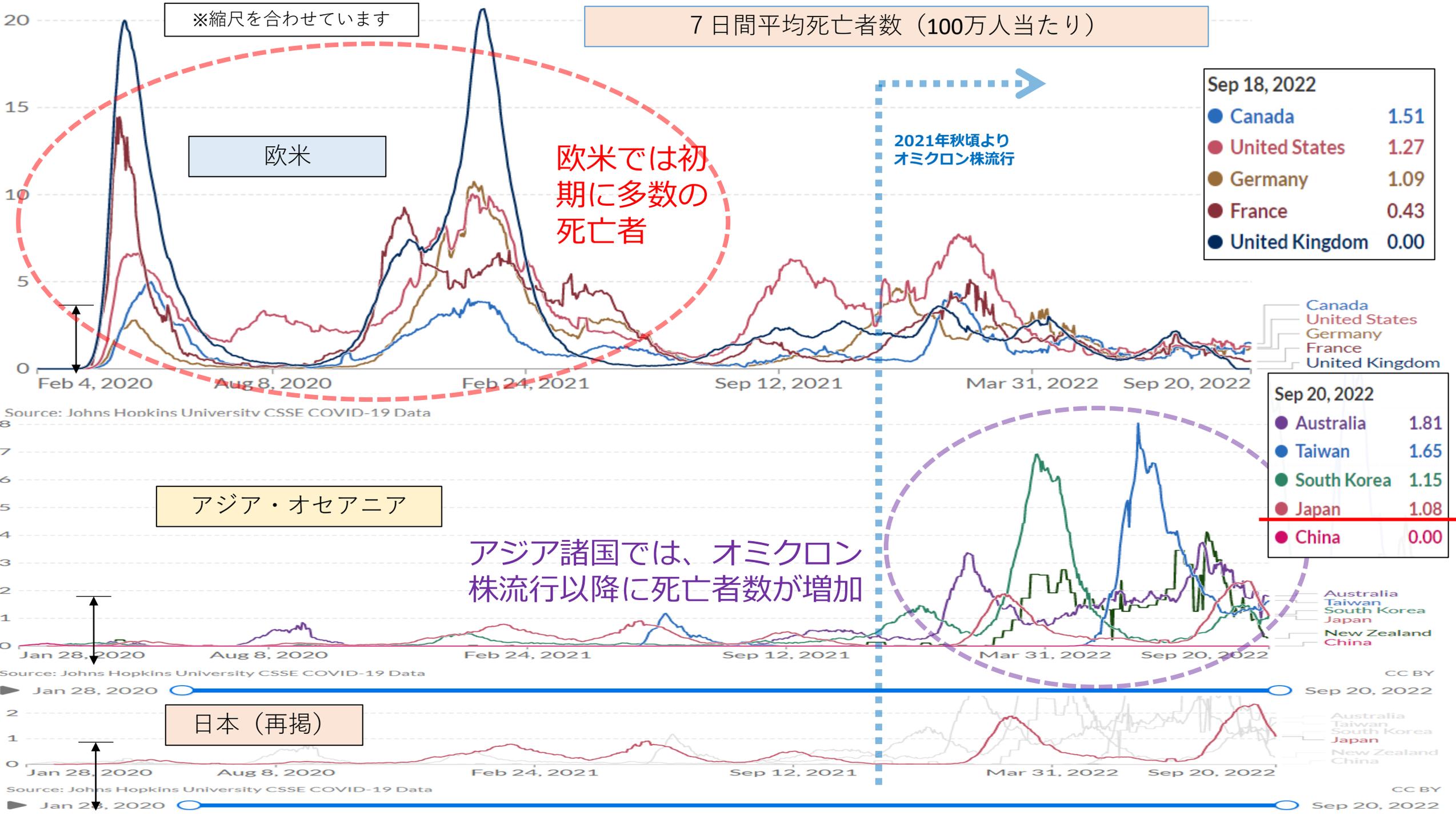
CC BY

CC BY

# 7日間平均新規感染者数（100万人当たり）

オミクロン株流行前





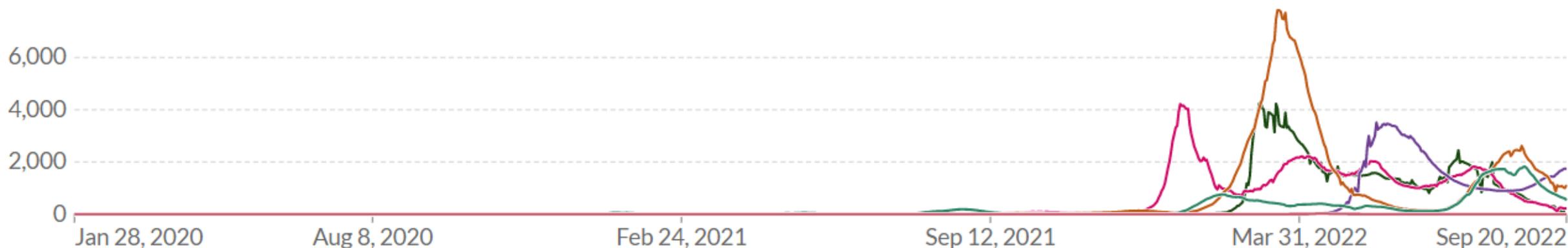
# Daily new confirmed COVID-19 cases & deaths per million people

7-day rolling average. Limited testing and challenges in the attribution of cause of death means the cases and deaths counts may not be accurate.

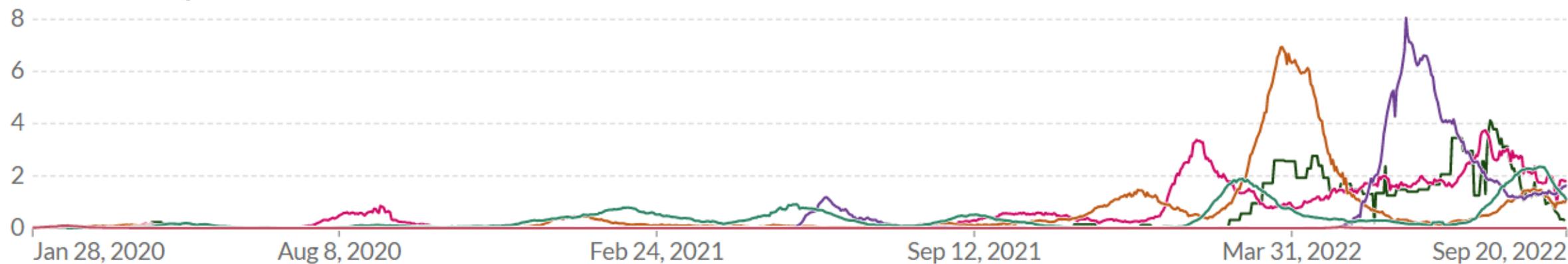
**LINEAR** LOG  Align axis scales

China Japan South Korea Taiwan Australia New Zealand

## New cases (per 1M)



## New deaths (per 1M)



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

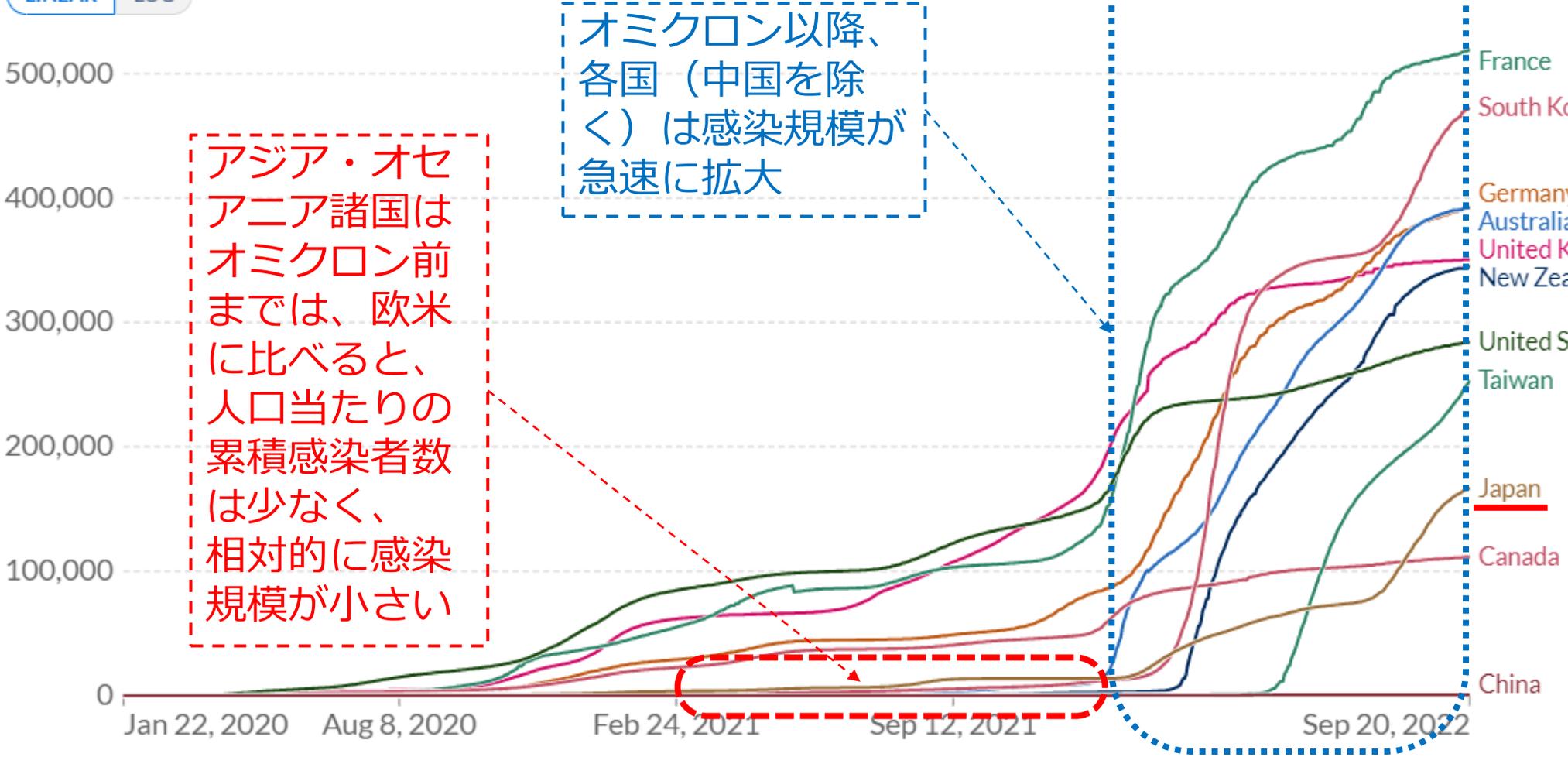
CC BY



# Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

LINEAR LOG



Sep 20, 2022	
● France	519,646.38
● South Korea	472,755.21
● Germany	393,212.76
● Australia	392,067.21
● United Kingdom	350,549.04
● New Zealand	345,003.48
● United States	284,204.97
● Taiwan	253,292.59
● Japan	166,623.40
● Canada	111,382.43
● China	689.20

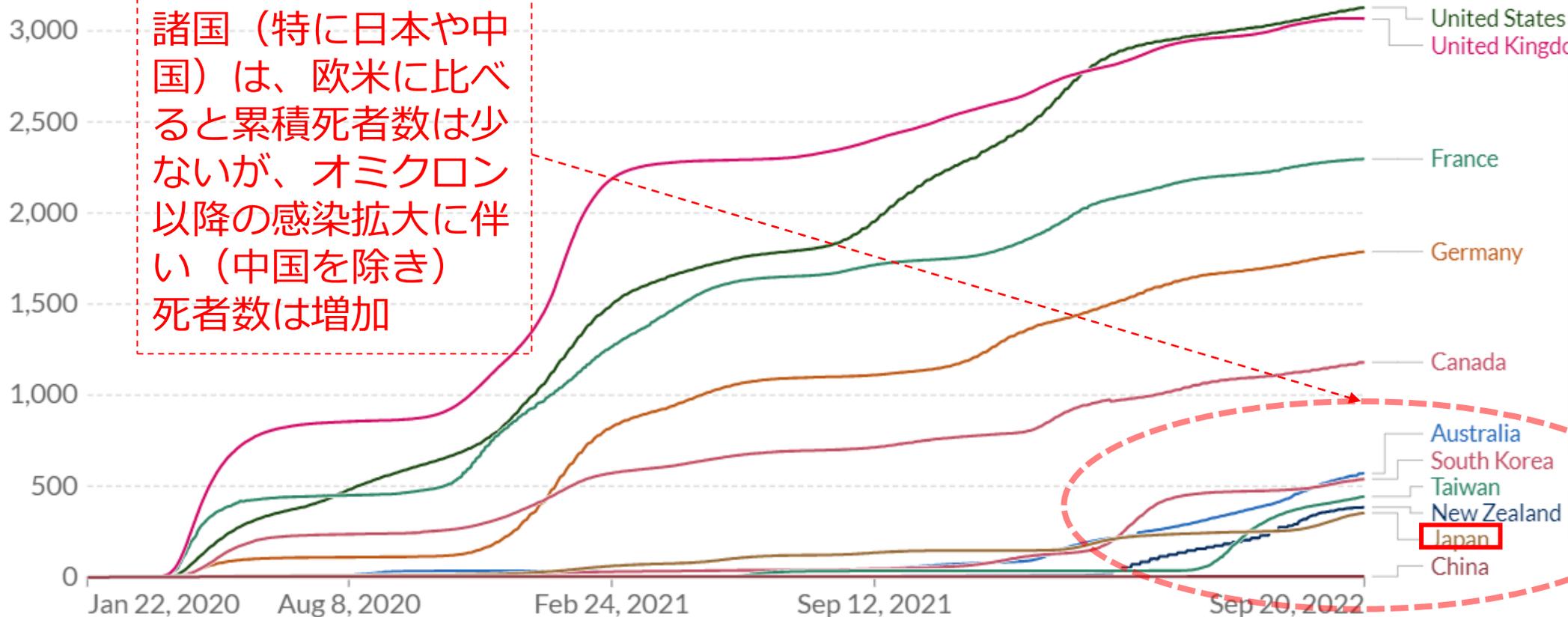
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

# Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

LINEAR LOG

アジア・オセアニア諸国（特に日本や中国）は、欧米に比べると累積死者数は少ないが、オミクロン以降の感染拡大に伴い（中国を除き）死者数は増加



Sep 20, 2022	
United States	3,128.42
United Kingdom	3,064.01
France	2,296.88
Germany	1,788.41
Canada	1,180.26
Australia	570.46
South Korea	539.26
Taiwan	444.43
New Zealand	384.43
Japan	352.85
China	3.67

## 2. 必要な対策

## 必要な対策〈基本的な考え方〉

- 再度の感染拡大に備え、また、季節性インフルエンザの同時流行にも対応できるように、限りある医療資源の中でも高齢者・重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めていくことが必要。
- 国民ひとりひとりの自主的な感染予防行動の徹底をお願いするとともに、保健医療体制の強化・重点化を進めていくことにより、高齢者等重症化リスクの高い者を守るとともに、通常医療を確保する。
- 国、自治体は、日常的な感染対策の必要性を国民に対して改めて周知するとともに、感染防止に向けた国民の取組を支援するような対策を行う。

1. ワクチン接種の更なる促進

5. サーベイランス等

2. 検査の活用

6. 効果的な換気の徹底

3. 保健医療提供体制の確保

7. 基本的な感染対策の再点検と徹底

4. 新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応

## 3. 保健医療提供体制の確保

国の支援のもと、都道府県等は、主に以下の病床や発熱外来等のひっ迫回避に向けた対応が必要。

- 確保病床等の即応化や、病床を補完する役割を担う臨時の医療施設等の整備に加え、宿泊療養施設や休止病床の活用など、病床や救急医療のひっ迫回避に向けた取組
- 入院治療が必要な患者が優先的に入院できるよう適切な調整、高齢者施設等における頻回検査等の実施や医療支援の更なる強化
- 後方支援病院等の確保・拡大、早期退院の判断の目安を4日とすることの周知など転院・退院支援等による病床の回転率の向上
- 病室単位でのゾーニングによる柔軟で効率的な病床の活用等の効果的かつ負担の少ない感染対策の推進
- オンライン診療等の活用を含めた発熱外来の拡充・公表の推進、「発熱外来自己検査体制」整備の更なる推進
- 受診控えが起こらないよう配慮の上、例えば無症状で念のための検査のためだけの救急外来受診を控えることについて、地域の実情に応じて地域住民に周知。併せて、体調悪化時などに不安や疑問に対応できるよう、医療従事者等が電話で対応する相談窓口を周知するとともに、こうした相談体制を強化
- 職場・学校等において療養開始時に検査証明を求めないことの徹底

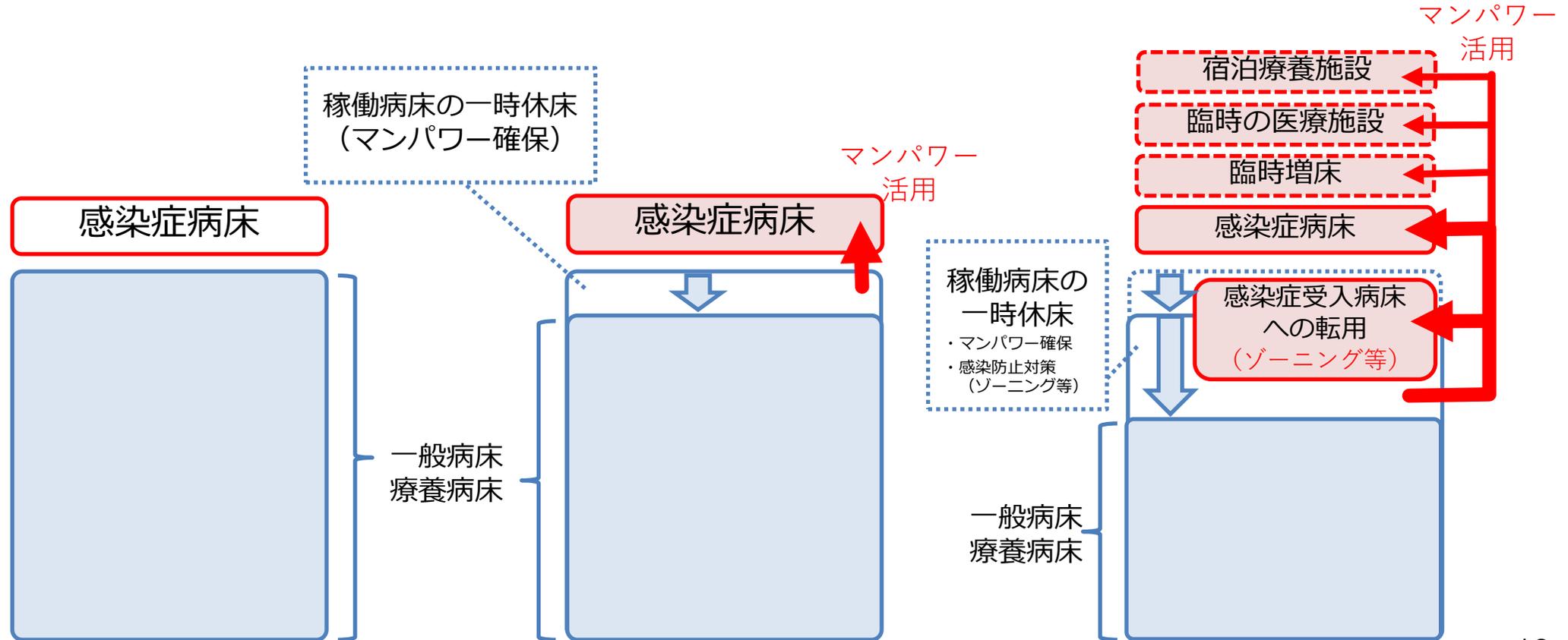
# 病床確保体制の構築

# 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制

(イメージ)

第28回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和2年11月5日) 資料6

平時 → 感染症発生初期の対応 → 感染拡大時の対応  
(感染症に係る短期的な医療需要への対応)



# 各都道府県における医療提供体制の整備（病床・宿泊療養施設確保計画の見直し）

R3.6.17公表版を演者が修正

これまで明らかとなった課題を踏まえ、対応を見直し

【課題1】「**確保病床**」とされながら、感染拡大時にはコロナ患者を**受け入れられない病床**が存在 ⇒ **医療機関との書面合意等で、実効的な病床を確保**

【課題2】医療機関の**役割分担が不十分**（非効率的な運用）  
⇒ **入院基準の明確化や回復患者の転院先確保などの役割分担を徹底**

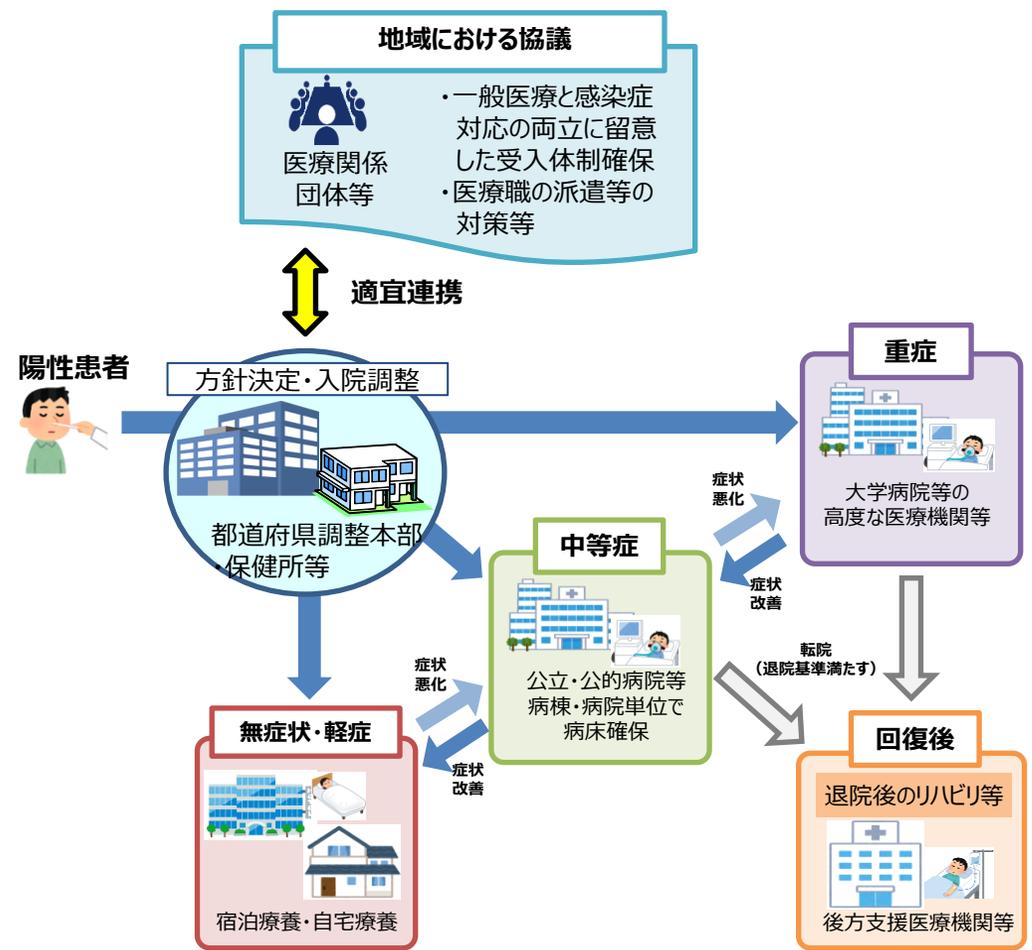
【課題3】感染拡大が**想定を上回り**、入院調整が困難になるなど医療が**大幅にひっ迫**する地域が発生 ⇒ **感染者急増時の緊急的な対応方針を地域で協議、策定**

【課題4】**宿泊療養の活用**が不十分、宿泊・自宅療養における**健康管理の取組**が地域によって途上 ⇒ **宿泊療養の稼働率向上、宿泊・自宅療養の健康管理体制強化（訪問・オンライン診療の確保、パルスオキシメーターの追加等）**

【課題5】病床確保のみならず、入院調整など**各ポイント**で**目詰まり**が発生  
⇒ **チェックポイントに基づく目詰まりのチェック、感染状況のモニタリングを行い、速やかな改善につなげる**

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）。
- 一般医療と感染症対応の両立に留意しつつ、各医療機関の機能に応じた役割分担を図りながら、行政と医療関係者が連携の上、機動的に受入体制を確保する必要。

## 地域における受入体制確保（イメージ）



## 医療機関における病床転換の事例

○A大学病院（753床） ※令和2年6月1日時点の状況

● 休止病床 230床

病棟	B-2 (精神科)	A11	A13	ER-HCU	コロナ病棟の 休止分
病床数	41床	48床	40床	16床	85床
計	230床				

● コロナ対応病床 90床

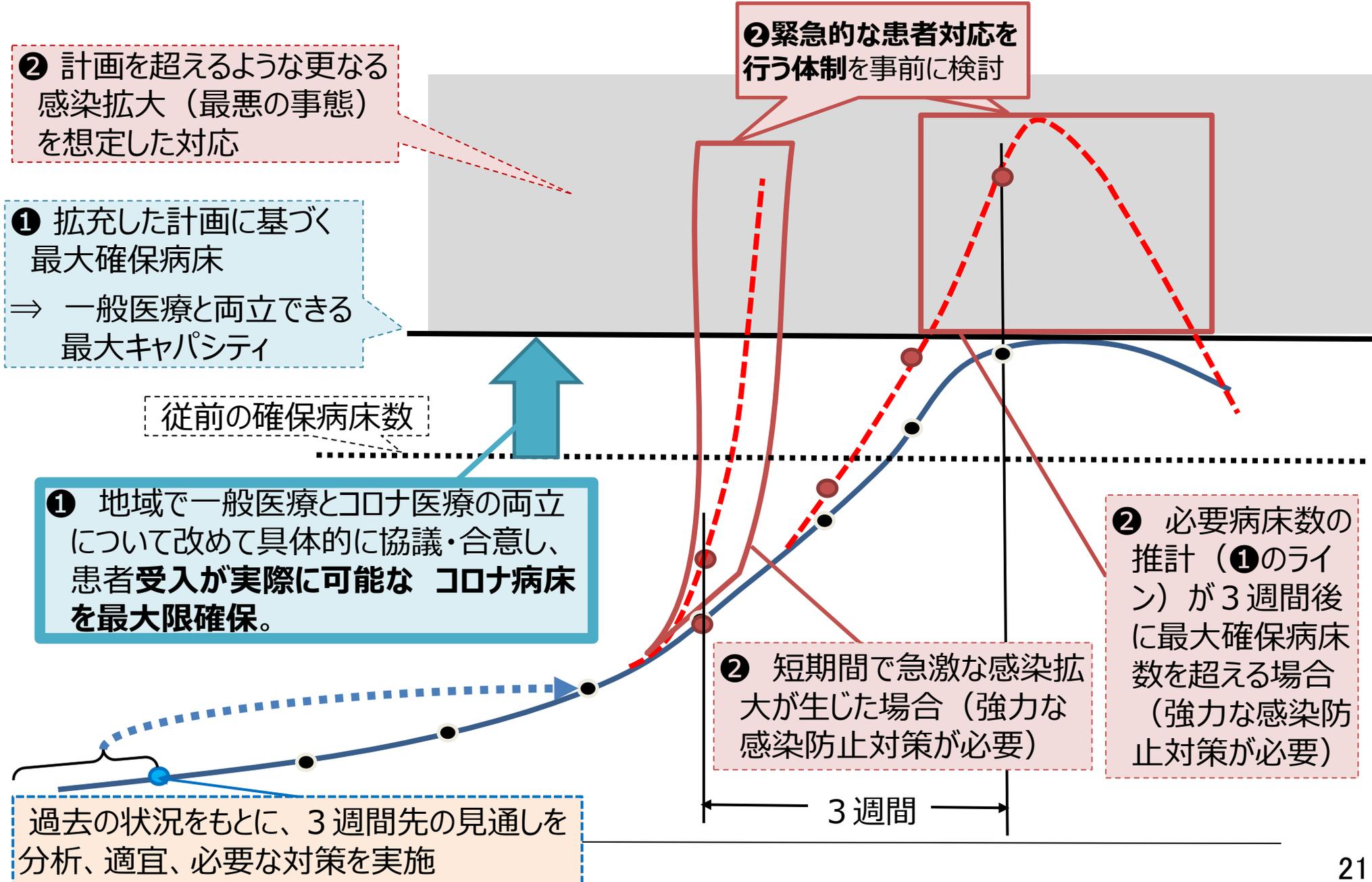
看護師配置換え

病棟	元の 病床数	コロナ対応 に転換後	5/11 入院実数	6/1 入院実数	対象患者
ER-ICU	14床	12床	5	3	重症患者
ICU	12床	10床	4	0	中等症患者
A-9	41床	21床	7	0	
B-10	46床	22床	7	12	疑い患者
A-10	43床	16床	4	0	
B-9	19床	9床	3	3	
計	175床	90床	30	18	

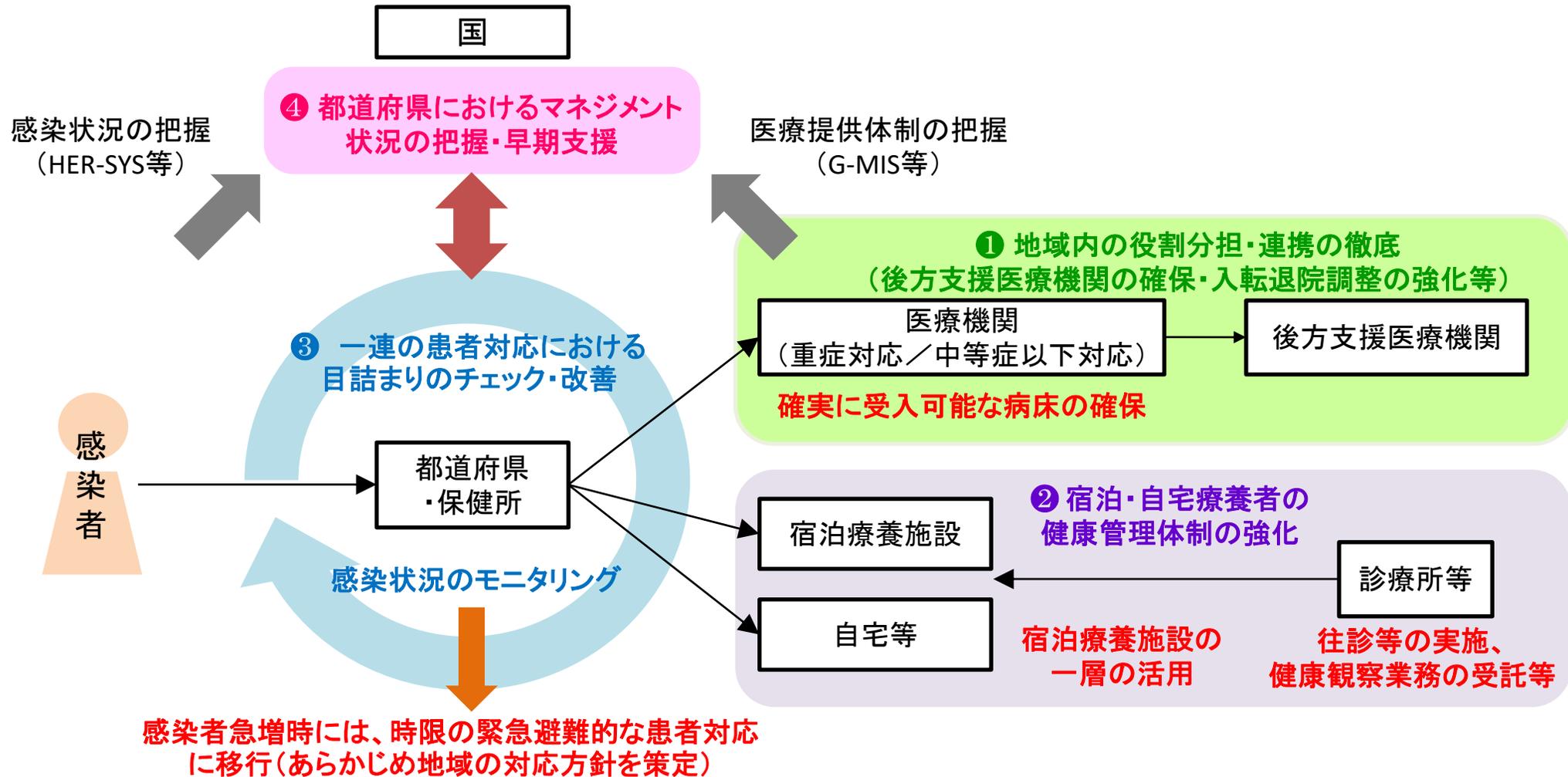
● 一般（非コロナ）病床 433床

入院患者実数は救急・手術休止のため200人前後

# 【演者作成】 感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の病床確保（イメージ）



- **新たな感染想定に基づく病床・宿泊療養施設確保計画の見直しと都道府県における対応力の強化**
  - ① 役割分担の徹底・後方支援の拡充
  - ② 宿泊療養・自宅療養の健康管理体制の強化
  - ③ 一連の対応における目詰まりチェック・モニタリング体制の構築
- **国は新規陽性者数や病床確保等の療養状況とともに、④ 目詰まりチェックやモニタリングの状況を常時確認**



# 3. 次の感染症危機に向けた 日本の医療の課題と論点

# 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者

- 第1回(令和4年5月11日)
- 第2回(令和4年5月17日)
  - ・経済団体、地方団体ヒアリング
- 第3回(令和4年5月20日)
  - ・医療関係団体、専門家ヒアリング
- 第4回(令和4年6月3日)
- 第5回(令和4年6月15日)



## 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議 構成員(五十音順、敬称略)

秋池 玲子	ボストン・コンサルティング・グループ マネージング・ディレクター&シニア・パートナー	菅原 晶子	公益社団法人経済同友会常務理事
草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会 理事長	田中 雄二郎	東京医科歯科大学学長
穴戸 常寿	東京大学教授	永井 良三	自治医科大学学長
		古市 憲寿	社会学者
		若林 辰雄	三菱UFJ信託銀行株式会社 特別顧問

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要①

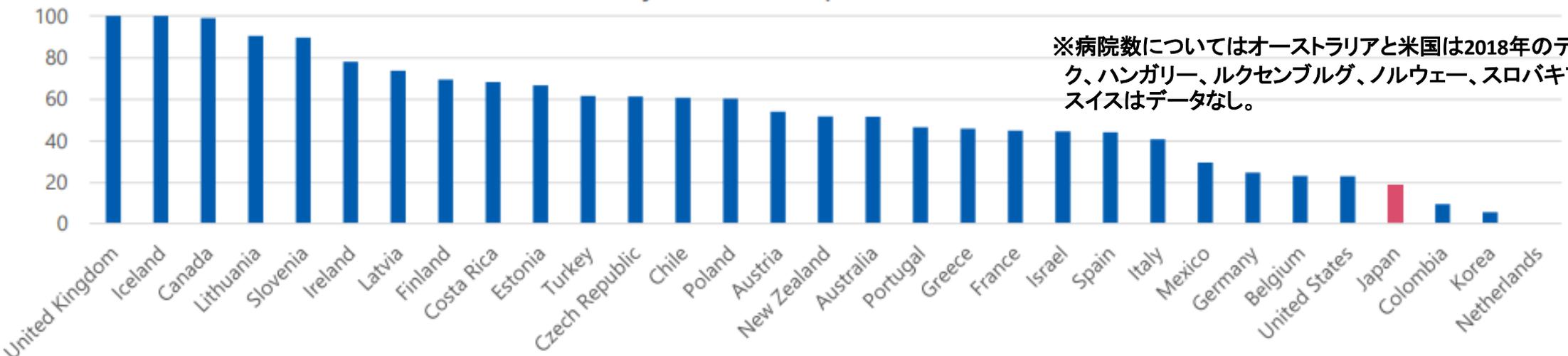
令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したもの

- 我が国の病院は
  - ・ **約8割は民間病院**
  - ・ **人口千人当たり病床数は欧米と比較して多い**
  - ・ **病床百床当たりの医師・看護職員数は欧米と比較して少ない**そのため、**通常医療よりも多くの医療人材を必要とする新型コロナ医療**を行うには、**医療資源を再配置**することが必要
  
- 特に、**感染症法に基づく入院勧告・措置**
  - ⇒ **通常の医療機関と患者の合意**により提供される医療に**行政が介入する仕組み**
  - ⇒ **病床の確保**に加え、**入院調整や移送**なども必要
  
- 次の感染症危機を考えれば、
  - ・ **平時から関係者間**の情報共有やきめ細かい**調整、役割分担・連携**が必須
  - ・ **かかりつけ医等の地域で身近な医療機関**等に相談・受診できる体制の整備や**地域医療連携の強化**が重要

# 病院数・病床数に占めるPublicly owned hospitalの割合

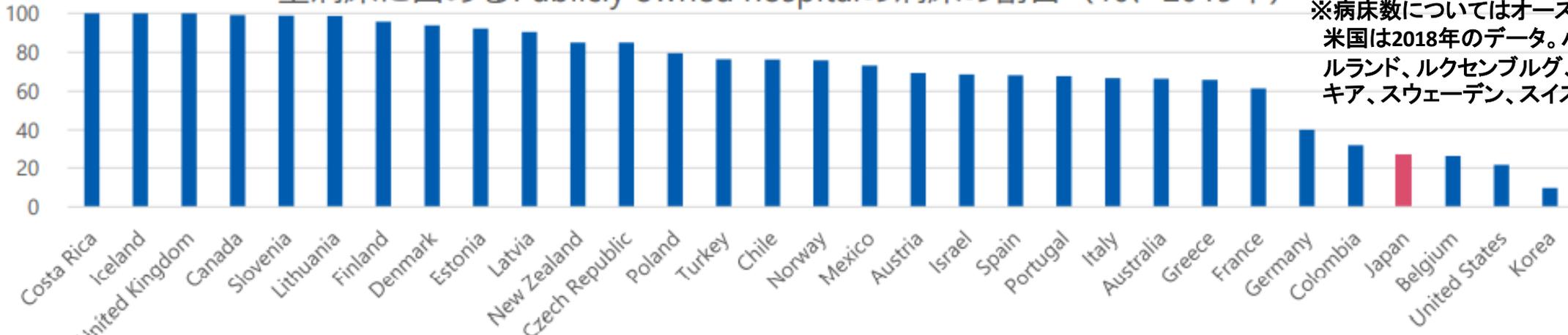
厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会 第7回  
令和4年3月4日 参考資料3  
「医療提供体制の国際比較」より

病院に占めるPublicly owned hospitalの割合（%、2019年）



※病院数についてはオーストラリアと米国は2018年のデータ。デンマーク、ハンガリー、ルクセンブルグ、ノルウェー、スロバキア、スウェーデン、スイスはデータなし。

全病床に占めるPublicly owned hospitalの病床の割合（%、2019年）

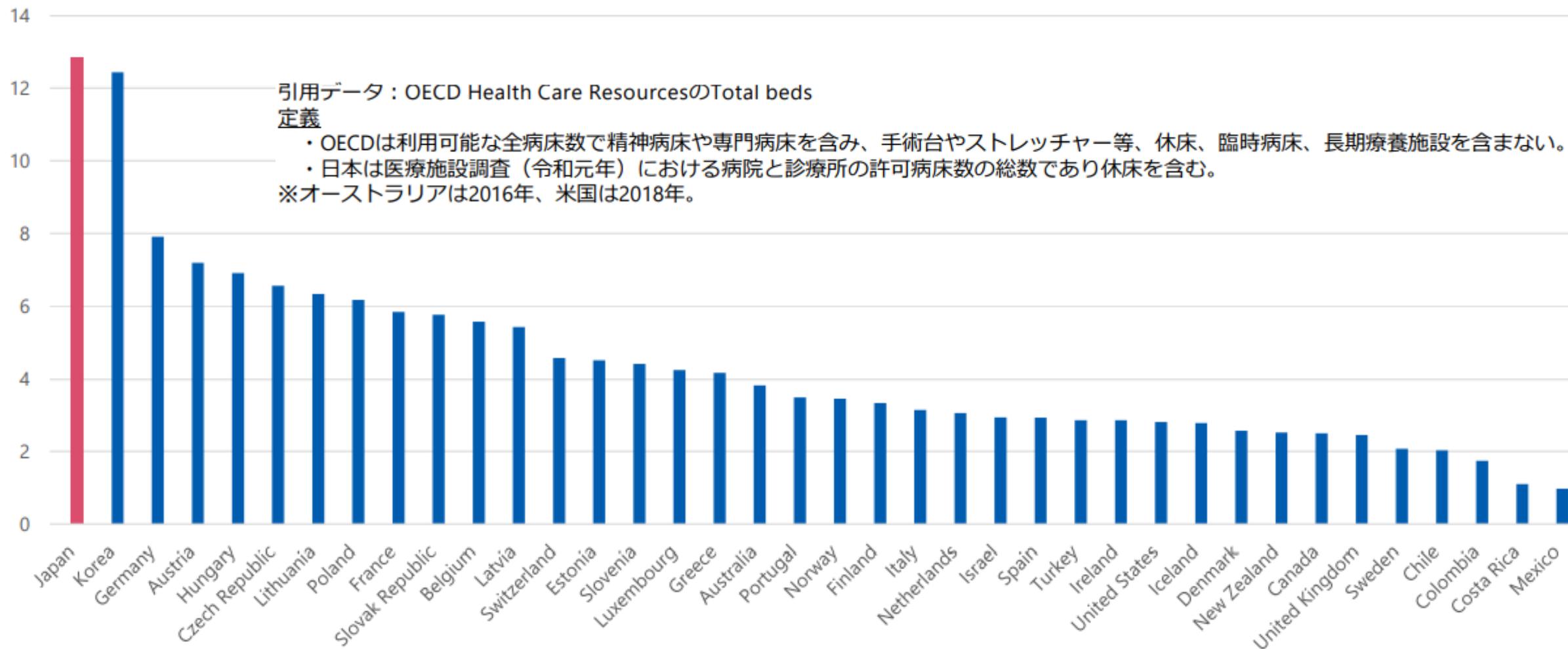


※病床数についてはオーストラリアは2016年、米国は2018年のデータ。ハンガリー、アイルランド、ルクセンブルグ、オランダ、スロバキア、スウェーデン、スイスはデータなし。

引用データ: OECD Health Care ResourcesのHospitals及びHospital beds

- OECDは、Publicly owned hospitalを政府やその他公的機関によって所有ないし管理されている病院と定義。
- 日本は医療施設調査において、開設者が国ないし公的医療機関に分類されるものを合計しており、以下の開設者を含む：  
厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関)、都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会。

## 全病床数（人口1,000人対、2019年）



## 医療提供体制の各国比較(2017年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	<u>28.2</u> (16.2)	<u>13.1</u> (7.8)	<u>18.5</u>	2.4	<u>86.5</u>	11.3
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0 (6.0)	53.1	4.3	161.6	12.9
フランス	9.9 (5.6)	6.0 (3.1)	52.8	3.2	#175.3	#10.5
イギリス	6.9 (5.9)	2.5 (2.1)	110.8	2.8	308.5	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8 (2.4)	93.5	2.6	#419.9	#11.7

(出典):「OECD Health Statics 2019」「OECD.Stat」

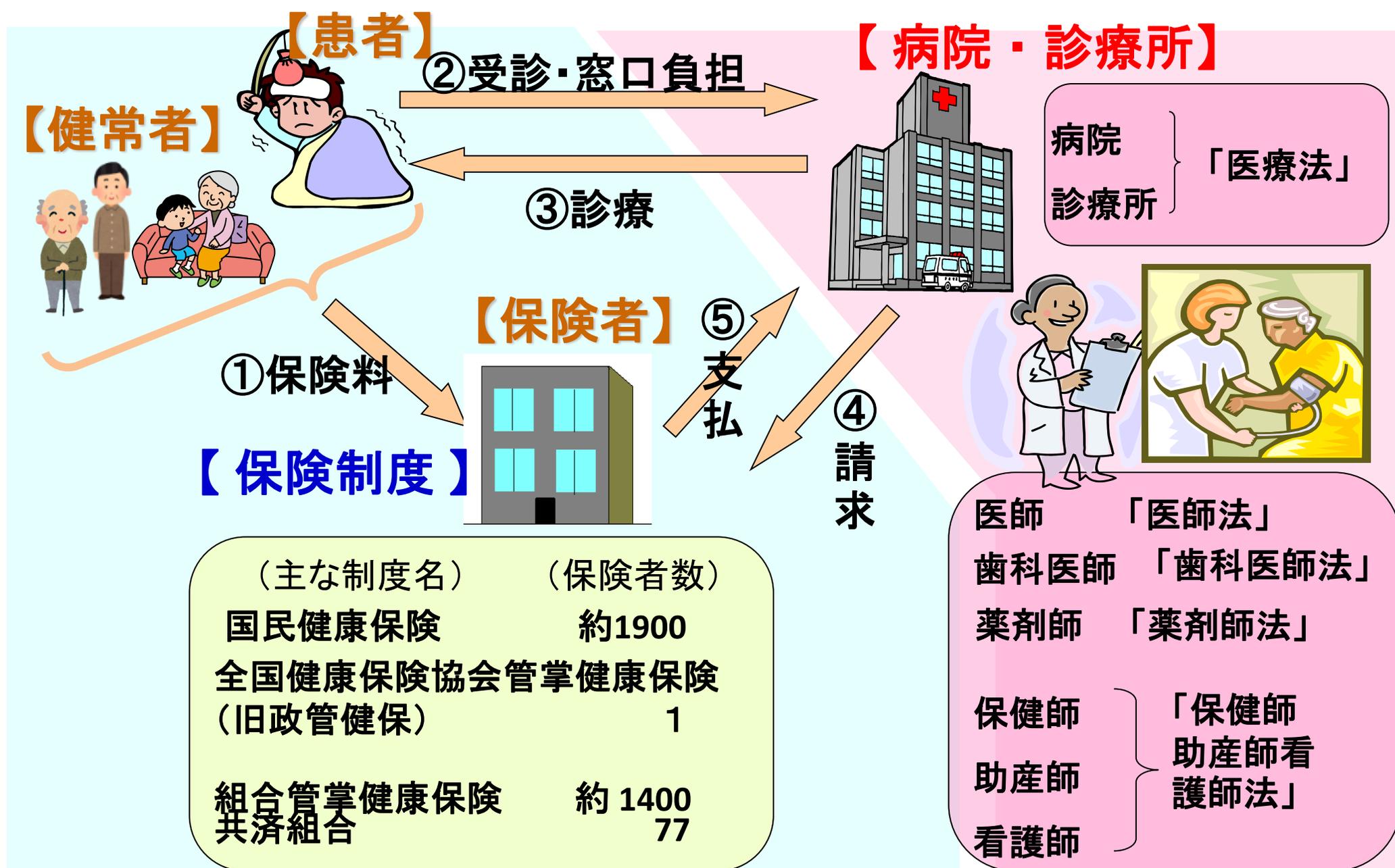
注1 「臨床医師数」、「臨床看護職員数」について、アメリカ、日本は2016年のデータ。

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数と人口千人当たり病床数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における数値である。

# 我が国の医療制度の概略図(大まかなイメージ)



# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要②

令和4年6月15日 「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

- 次の感染症危機を考えれば、
  - ・ 平時から関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携が必須
  - ・ かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診できる体制の整備や地域医療連携の強化が重要

ア 感染症危機時における役割分担の明確化や実践的な訓練等

イ 自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等

ウ 外来医療の費用負担

エ 感染拡大期の医療人材の確保等

オ 圏域内の入院調整

カ 広域の入院調整

キ 医療DXの推進

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要③

令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## ア 感染症危機時における役割分担の明確化や実践的な訓練等

- 新型インフルエンザを念頭に、病床確保や入院調整のあり方等を含む行動計画は定められていた

しかし、実際に病床を確保するための具体的な運用（医師・看護師等の確保や広域派遣、通常医療との両立を含む病床の柔軟な運用、転院調整など）に関して、感染症法に基づく予防計画や医療法に基づく医療計画との連携ができていなかった

- 各地域で個々の入院医療機関が果たすべき役割が明示されず、医療機関の協力を担保するための措置もなかった



現場は要請に基づいて対応せざるを得なかった

この結果、現場では次のような医療のひっ迫が指摘された

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要④

令和4年6月15日 「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## ア 感染症危機時における役割分担の明確化や実践的な訓練等

- **一般病院の通常医療を制限**した病床確保を想定する**入院調整**、**救急搬送**、**院内ゾーニング**等の**具体的な訓練**はなく、体制の立ち上げに**時間を要した**
- **DMAT**（災害派遣医療チーム）による**病院支援**や**入院調整**等は有効だが、そうした役割の**法令上の位置付け**や**事前の訓練**がなく、各都道府県に既存のDMAT調整本部が十分に活用されないなど、**非効率な対応**がなされるケースがあった
- 初期の**ウイルス特性**が**明らかでない時期**に対応する**一般医療機関**（およびその後のウイルス特性が**明らかになってきた後**に対応する医療機関）の**役割分担**が**平時から明確でなく**、地域によって**役割の調整が困難**であった
- ウイルス特性が**明らかになった後も**医療機関との**認識のずれ**や**人材確保困難**等から、**病床確保**や**発熱外来**等の**医療体制が確保できない地域**があった
- 感染拡大地域の病床確保で**人材（特に看護師）を外部から確保**する場合、災害派遣の仕組みはあっても**全国的な派遣調整の仕組みはなかった**（知事会、自衛隊、厚労省、看護協会が**改めて派遣元との調整を直前まで行った**）

指摘された事象

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要⑤

令和4年6月15日 「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## ア 感染症危機時における役割分担の明確化や実践的な訓練等

【指摘された事象】



- 従って、**限られた医療資源**が適切に配分されるよう、**平時**から**医療機能の分化、感染症危機時の役割分担**の明確化を図るとともに、
- **健康危機管理を担当**する医師及び看護師を養成して**ネットワーク化**しておくことや、**実践的な訓練**をはじめとした**平時からの備え**を確実に行うことにより、危機時に医療機関や医師、看護師等の行動が**その役割に沿って確実に実行**されるよう、**法的対応**や**予防計画・医療計画の見直し**も含めた**仕組みづくり**が必要
- また、平時から**救急、集中治療、感染症等の専門医養成等**に取り組むことも重要

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要⑥

令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## イ 自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等

- ・ 症状のある疑い患者が、普段からかかっている医療機関を受診できず、直接地域の総合病院への受診や、保健所・地方公共団体への相談が発生した
- ・ 診療・検査医療機関の公表は一部にとどまり、公表医療機関に患者が集中、外来ひっ迫が生じた（最終的に地域により一律公表のルールにした）
- ・ デルタ株での病床ひっ迫やオミクロン株での自宅療養急増で、自宅等での症状悪化による死亡など、自宅等での健康観察や訪問診療等の必要性が高まった
- ・ 初診から電話やオンラインによる診断や処方を可能とする時限的・特例的な取扱いを2020年春以降認めしたが、実施医療機関は大きくは増加しなかった
- ・ 高齢者施設でのクラスター発生時や、病床ひっ迫時、施設内で療養せざるを得ない場合に、施設等における医療支援がスムーズに行えないケースが生じた

指摘された事象

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要⑦

令和4年6月15日 「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## イ 自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等

- **外来医療や訪問診療**でも、医療機関の**役割の具体化**や、**かかりつけ医療機関**が**組織的に関わる仕組み**もなく、現場は**要請に基づいて対応**せざるを得なかった  
また、**オンライン診療や処方**が十分に推進されて来なかったため、自宅等の療養者への医療や発熱外来等の**体制の構築に時間を要した**



- **かかりつけの医療機関**（特に外来、訪問診療等を行う医療機関）についても**平時から**、感染症危機時の**役割分担を明確化**し、それに沿って**研修の実施**や**オンライン診療・服薬指導の普及**に取り組むなど、役割・責任を果たすこととした上で、感染症危機時には、**国民が必要とする場面で確実に**外来医療や訪問診療等を受診できるよう、**法的対応を含めた仕組みづくり**が必要



- 今後、さらに進んで**かかりつけ医機能が発揮される制度整備**を行うことが重要

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要⑧

令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## キ 医療DXの推進

- 保健医療分野の**デジタル改革の遅れ**が、基礎疾患を有する等のリスクに応じた、**適切な治療**や**ワクチン接種**などを**迅速に進める上での、制約要因**となっていた
- 患者の発生届は、当初は保健所がファックスで医療機関から情報を集めており、HER-SYSを導入し改善を図った
- データを入力する医療機関の負担軽減のため**入力項目を減らす**などしたが、電子カルテとHER-SYSの双方への入力負担から、感染拡大期に**データ入力が遅れる事態**が生じた
- ワクチン接種に当たって市町村が保有する**予防接種台帳**は、台帳に接種が記録されるまで**2ヶ月程度を要する**ことから、**ワクチン接種記録システム（VRS）**を新たに構築した

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要⑨

令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したものの

## キ 医療DXの推進

- このほか、**電子カルテ間の情報の交換規格**等が**統一されていない**ことが患者情報の**共有を困難**にした
- 医療提供体制の整備状況について、医療機関から電話等で情報収集していたが、2020年春からG-MISによる把握を開始、2020年12月から病床の確保状況・使用率等の「見える化」にも活用されている
- 感染状況や医療提供体制構築状況等に関する情報のデジタル化は、**施策のモニタリングのために不可欠**、これらは人流など社会経済活動についても当てはまる
- こうしたことから、今後とも、**感染症対応にとどまることなく、医療DXを推進**し、**平時からデータ収集の迅速化及び拡充を図る**とともに、デジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた「見える化」を推進することが必要  
情報の共有や連携に際して、データを提供する側が**安心して提供するため**にも、**データ・ガバナンスの考え方**に立って、活用の**ルールを整備**することが重要

# 医療提供体制構築の検討において 考慮すべき視点【私見】

## (1) 医療提供体制構築の経緯と検討の背景

### ① 経緯【医療提供体制“進化”の歴史(「哲学」)】

- 第二次大戦下の国家管理から、半世紀以上に及ぶ体制転換を経て、医療は社会とともに歩みながら日本型国民皆保険、民間主体の提供体制(公・民の“二元体制”)を構築してきた(「社会機能」としての医療)

### ② 背景【“コロナ・パンデミック”の意味・インパクト】

- あらゆる産業・セクターが“パン”デミックによるチャレンジを受けた！
  - ・世界「全地域」同時多発
  - ・国内「全産業」全国民が対象



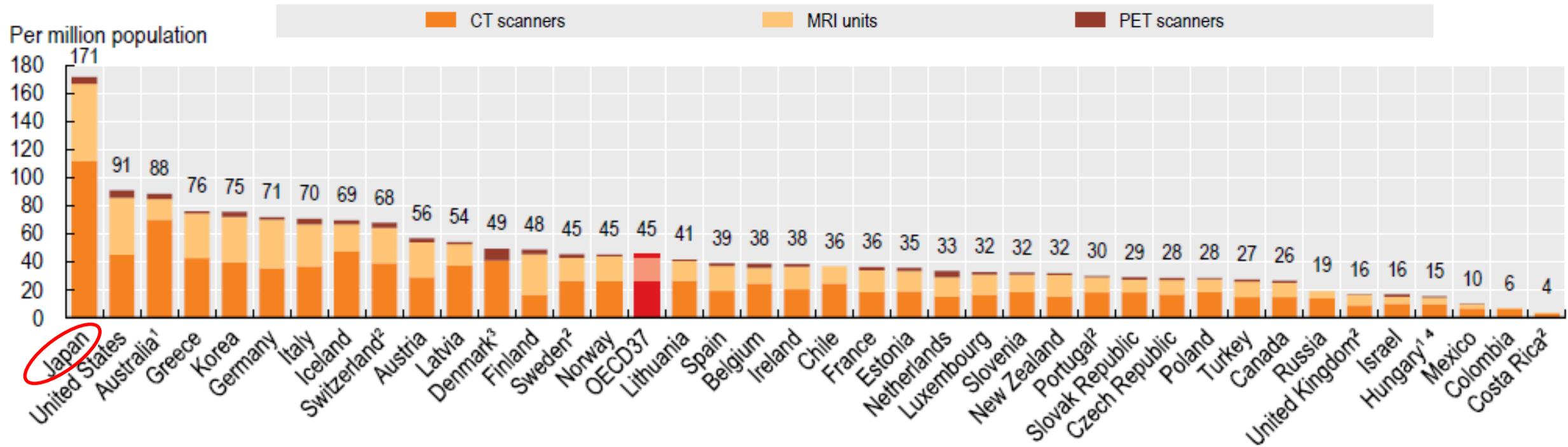
- ⇒ 今後の更なる進化の道筋をどのように描くのか？  
制度・体制の骨格を維持するのか？大きな変革を求めるのか？
- ⇒ 社会機能としての機能維持・強化と社会経済活動とのバランスをどう保つのか？  
社会全体・国家の資源をどのように医療機能の維持・強化に投入するのか？

## (2) 日本の医療の特徴・課題 (主な論点を演者がまとめたもの)

	特徴	課題
<p>① 医療財政 (日本型)国民皆保険 ・診療報酬制度</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所得によらず<u>全国民に必要な医療</u>が<u>現物給付</u>により確保される</li> <li>・<u>全国一律の基準(内容・価格)</u>に基づき<u>必要とされる医療</u>の提供を徹底</li> <li>・出来高払い中心の報酬体系により<u>診療内容担保</u>や<u>技術革新・質改善への対応</u>が容易</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>一律の基準</u>は患者や地域の実情に応じた<u>弾力提供の妨げ</u>になり得る、特に<u>公定価格</u>と<u>実コスト</u>が<u>乖離</u>すれば診療・受療の双方で<u>歪を惹起</u></li> <li>・<u>公定価格の設定プロセス</u>における<u>関係者の合意形成</u>には<u>配慮と困難</u>を伴う</li> <li>・出来高払いが<u>過剰供給</u>や<u>過重労働</u>の一因に</li> <li>・<u>複雑な給付(質・医療費)のコントロール</u>が必要</li> <li>・「<u>必要な医療</u>」について<u>技術革新</u>と<u>費用負担</u>とのバランスが課題となり得る(<u>費用対効果</u>)</li> </ul>
<p>② 自由度の高い提供体制 (フリーアクセス/ 自由開業・標榜等/ 民間主体の事業体制)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の自己判断で<u>迅速受診が可能</u>となり<u>早期治療／改善</u>につながる</li> <li>・個人や組織の能力と経験に応じた<u>自由な診療形態の選択</u>は<u>体制構築・人材獲得と育成</u>に有利</li> <li>・民間の<u>弾力対応・創意工夫</u>による<u>サービスの効率的・効果的な改善・普及</u>が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>医学的な必要性に必ずしもよらない受診</u>が生じる (例:大病院への患者集中、コンビニ受診) (例:症状の自覚や本人の意識により受診状況が変わる)</li> <li>・<u>提供体制の偏在</u>や<u>過剰供給／アンメット・ニーズ</u>が生じる (例:医師の地域偏在や診療科偏在、医師不足) (例:CTやMRIの設備、7:1看護の配置)</li> <li>・<u>公権力による診療(事業運営)の強制が困難</u> ⇒ <u>不採算分野等</u>で公立等による補完が必要 ⇒ <u>緊急事態でのガバナンス</u>が弱い</li> </ul>

# CT・MRI・PET設置台数の国際比較

Figure 5.21. CT scanners, MRI units and PET scanners, 2019 (or nearest year)



1. Only equipment eligible for public reimbursement.
2. Equipment outside hospital excluded (only for MRI units in Switzerland).
3. Data on MRI units not available.
4. Only equipment outside hospital included.

Source: OECD Health Statistics 2021.

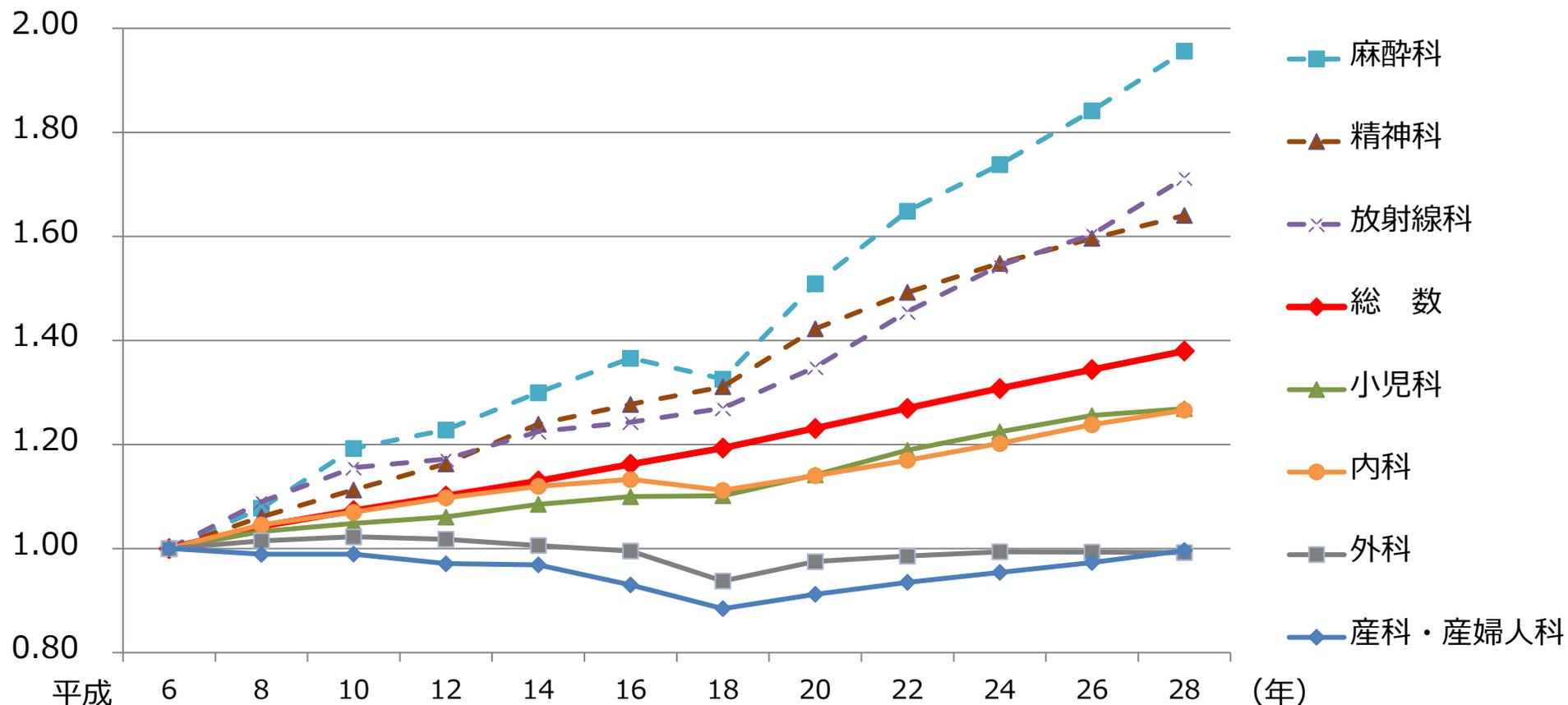
# 診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

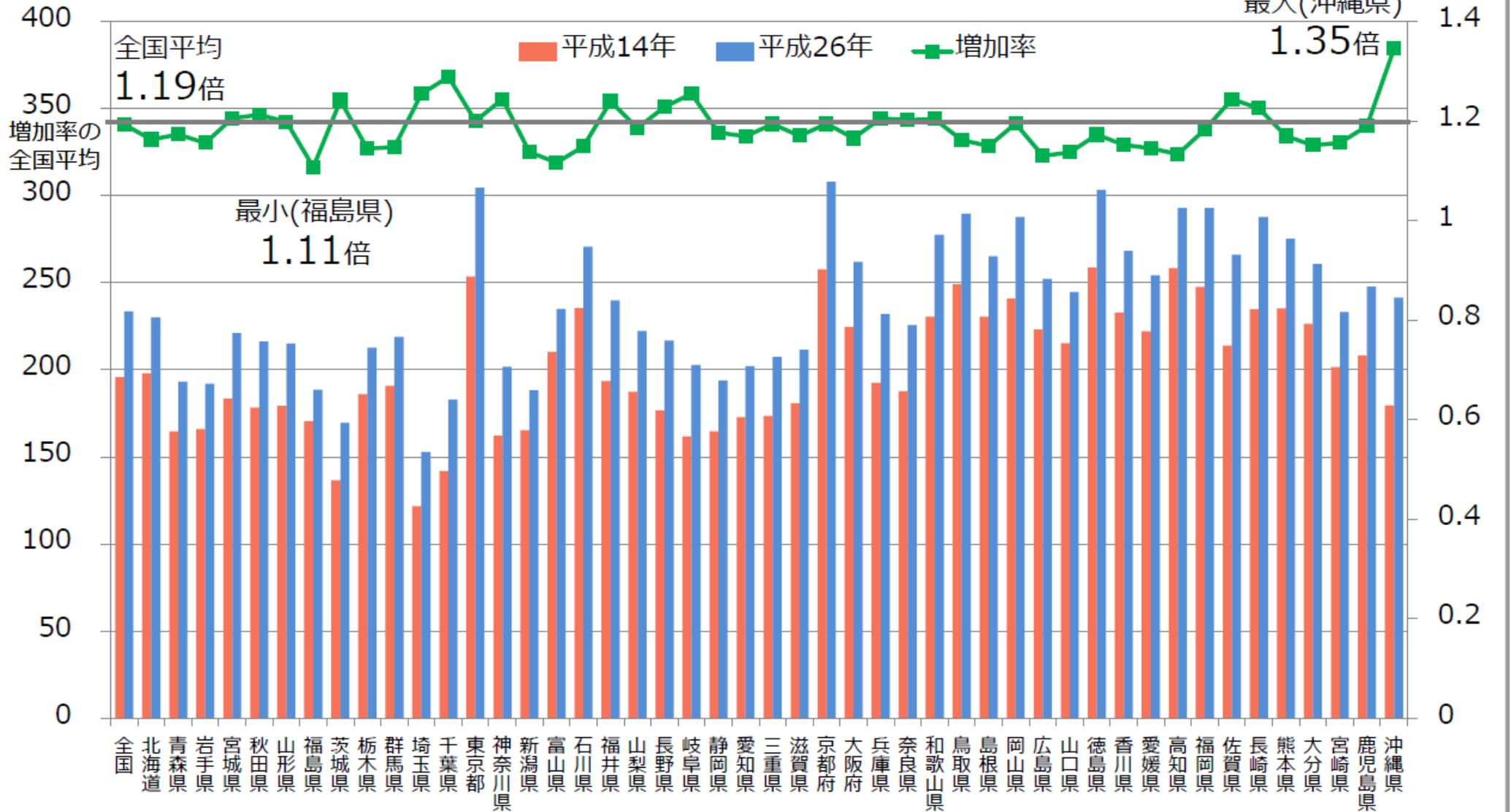


※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科  
（平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科  
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科  
（平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科  
※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

# 平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数  
(人)

増加率  
(倍)



## (3) 今後の医療提供体制構築を考える3つの論点

【論点1】日本型医療保険と提供体制の「最善の組み合わせ」の模索(「最悪の組み合わせ」の回避)

＜考慮要素＞バランスの変化による影響(①Access②Quality③Cost): “ガラス細工”的な側面あり

[医療保険]＜サービス標準化・普及＋安定供給＋公定価格(原則全国一律)＞

[提供体制]＜高い自由度の提供体制(診療科の標榜と選択・開業・フリーアクセス)＞

⇒ 環境に応じたサービス偏在に対する公的補完(空間的・質的・経済的)

⇒ (今回のパンデミックを踏まえた)有事での統治機構の構築

【視点2】公・民の特性を踏まえた役割分担

＜考慮要素＞地域実情に応じたバランスの構築と調整

(例)・急性期 ⇒ 急激な技術革新(急速な陳腐化)に対する大規模投資を伴う

・回復期～長期療養 ⇒ 生活密着で安定的な運用が求められる

・サービス改善や機動的対応(スピード) ⇒ [民間優位?]

・大規模資金調達や安定的なサービス供給 ⇒ [公的優位?]

【視点3】これまでの“進化”(体制転換)との整合

＜考慮要素＞求められる時間軸(スピード感)と熟議とのバランス

・波状パンデミックへの迅速な対処⇔体制転換(施設整備と人材育成)には長期間を要する

・効果的効率的な体制構築は高い自由度に基づく「連携・協調」(＝“北風と太陽”)

・民間への強制(指示・命令)をどこまで前提とするか?(例:「要請」⇒「勧告」⇒「公表」)

# 4. 新型コロナ対応を踏まえた 今後の医療提供体制の構築

### 従前からの課題・取り組み

#### 【国民・社会の変化・課題】

- 高齢化による疾病構造の変化
- ネット社会の影響と医療リテラシーの変化
- 価値観・ニーズの多様化
- 少子高齢化と社会保障の持続可能性



#### 【医療提供体制に係る課題・取り組み】

- **医療人材の育成・確保**  
(医師偏在対策、潜在看護師対策、働き方改革等)
- **医療施設の適正配置・連携推進**  
(地域医療構想、紹介型外来・かかりつけ医機能)
- **医療情報利活用の推進**  
(オンライン診療の推進、電子カルテ標準化、オンライン資格確認等)

・特定分野（感染症、重症者治療など）への迅速な重点化・機能シフトが可能か？

・“有事”に即した医療システム（国家機能）として統治ができるか？

・巨大な需要の激変に耐えられるか？



【新たに付与】

① 有事（パンデミック）での統治機構（司令塔機能）

【社会インフラとしての強靱化】

② 感染症対処力の強化（入院・外来の施設における機能整備）

③ 医療DX（オンライン診療、医療情報の利活用）

【強化が求められる体制整備】

④ 医療施設間連携の推進（感染症有事に対応する医療計画策定、平時に係る地域医療構想の策定・実現の推進）

⑤ プライマリケア体制の確保（紹介外来・かかりつけ医機能の強化）

⑥ サージキャパシティの確保（働き方改革；長時間労働是正・タスクシフト／シェア）

令和4年9月2日、岸田総理は、総理大臣官邸で**第97回新型コロナウイルス感染症対策本部**を開催しました。

会議では、新型コロナウイルス感染症への対応について議論が行われました。

総理は、本日の議論を踏まえ、次のように述べました。

「本日は、新型コロナに関するこれまでの取組を踏まえた、**次の感染症危機に備えるための司令塔機能の強化**などの対応について、6月にお示しした『対応の方向性』を具体化し、『対応の具体策』を取りまとめました。

(以下、略) 」

#新型コロナ

#医療提供体制の強化

## 新型コロナウイルス感染症対策本部（第97回）

更新日：令和4年9月2日 | 総理の一日

ツイート

シェアする

LINE



会議のまとめを行う岸田総理1

# 新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策(概要)①

令和4年9月2日政府対策本部決定より関係部分を抜粋・演者が一部加筆

## 1. 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正

○ 感染症法等の改正については以下の方向で検討し、速やかに必要な法律案の提出を図る

### (1) 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

- i. 平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備と感染症発生・まん延時における確実な医療の提供
- ii. 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保
- iii. 広域での医療人材派遣の仕組みの創設等
- iv. 地域における関係者間の連携強化と行政権限の見直し
- v. 保健所の体制・機能の強化
- vi. 情報基盤の強化と医薬品等の研究開発促進
- vii. 感染症対策物資等の確保の強化

### (2) 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

### (3) 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

## 2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施

- 次の感染症危機において、事業者等に対する要請等の実効性を確保する
- 国内にまん延の初期段階から、迅速に措置を講じ得るよう必要な措置を講ずるとともに、行政機関が機能不全とならないよう備えを拡充する

## 3. 次の感染症危機に対応する政府の司令塔機能の強化

- 感染症対応に係る司令塔機能を担う組織として「**内閣感染症危機管理統括庁**（仮称）」を設置し、感染症対応に係る総合調整を、平時・有事一貫して所掌する

## 4. 感染症対応能力を強化するための厚労省組織の見直し

- 平時からの感染症対応能力を強化するため、健康局に「**感染症対策部**（仮称）」を設置
- **国立感染症研究所**と**国立研究開発法人国立国際医療研究センター**を統合、**新たな専門家組織**を創設
- **食品衛生基準行政**を**消費者庁**、**水道整備・管理行政**を**国土交通省**（**水質基準策定等**は**環境省**）へ移管

## 1. 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正

(1) **感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等**【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

i. 平時からの計画的な保健・**医療提供体制の整備**と感染症発生・まん延時における**確実な医療の提供**

○ 感染症法に基づき都道府県が定める**予防計画**に沿って、**医療機関等**と、**病床**や**発熱外来等**に関する**協定を締結(※)**する**仕組みを法定化**。

※ **公立・公的医療機関等**、**特定機能病院**及び**地域医療支援病院**には、その**機能**を踏まえ、感染症発生・まん延時に**担うべき医療の提供を義務付け**、**その他の病院との協定締結**を含めた都道府県医療審議会における**調整の枠組みを創設**。

令和4年9月2日政府対策本部決定より抜粋・演者が一部加筆

- **保険医療機関等**は、国・地方公共団体が講ずる**措置に協力**。
- 都道府県等は**医療関係団体**に**協力要請**できる。
- **初動対応**を行う**協定締結医療機関**に対して**流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)**を実施。

(注) **流行初期医療確保措置**：診療報酬の上乗せや補助金による支援が充実するまでの暫定的な支援、**公費**とともに**保険**としても負担

- 協定の**履行状況等の公表**、**協定に沿った対応をしない医療機関等への勧告・指示・公表**(特定機能病院及び地域医療支援病院については**指示に従わない場合は承認取消**)を行う。

## 1. 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正

(1) **感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等**【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

### ii. **自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保**

- **自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化。**
- **健康観察や食事の提供等の生活支援について、市町村に協力を求め、都道府県・市町村間の情報共有を推進。**
- **宿泊施設確保のための協定を締結する仕組みを法定化。**
- **外来・在宅医療の公費負担制度を創設する。**

令和4年9月2日政府対策本部決定より抜粋・演者が一部加筆

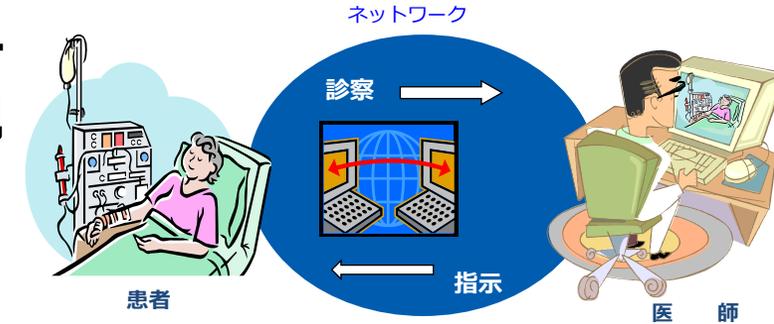
### iii. **広域での医療人材派遣の仕組みの創設等**

- **国による広域での医療人材の派遣や患者搬送等の調整の仕組み、都道府県間の医療人材派遣の仕組みを創設。**
- **都道府県知事の求めに応じて派遣される医療人材(DMAT等)の養成・登録の仕組みを整備。**

### iv. **地域における関係者間の連携強化と行政権限の見直し**

- **都道府県、保健所設置市、特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設、緊急時の入院勧告や措置について都道府県知事の指示権限を創設。**

# オンライン診療（医師－患者間（DtoP）遠隔診療）【演者まとめ】



- 平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を策定、コロナ下の特例的措置として初診からのオンライン診療を可能とし、その後の実施状況を踏まえ、令和4年1月の指針の改訂と同年4月の診療報酬改定で対応
- 今後、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定

## 「オンライン診療の適切な実施に関する方針」

- 初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定要件を含む具体案を検討、かかりつけ医以外の医師が初診からのオンライン診療を行う場合の要件として、
  - ・ 初診に必要な医学的情報
  - ・ 診療前相談について
  - ・ 症状について
  - ・ 処方について
  - ・ 対面診療の実施体制に関する整理を行い、令和4年1月に指針を改訂した。

## オンライン診療に係るR4年4月診療報酬改定

### 初診

「初診料（情報通信機器を用いる場合）を新設

- ・ 「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患者との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

### 再診

評価を新設、オンライン診療料は廃止

- ・ 「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患者との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

### 医学管理料

算定可能な医学管理料を整理・追加

検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加

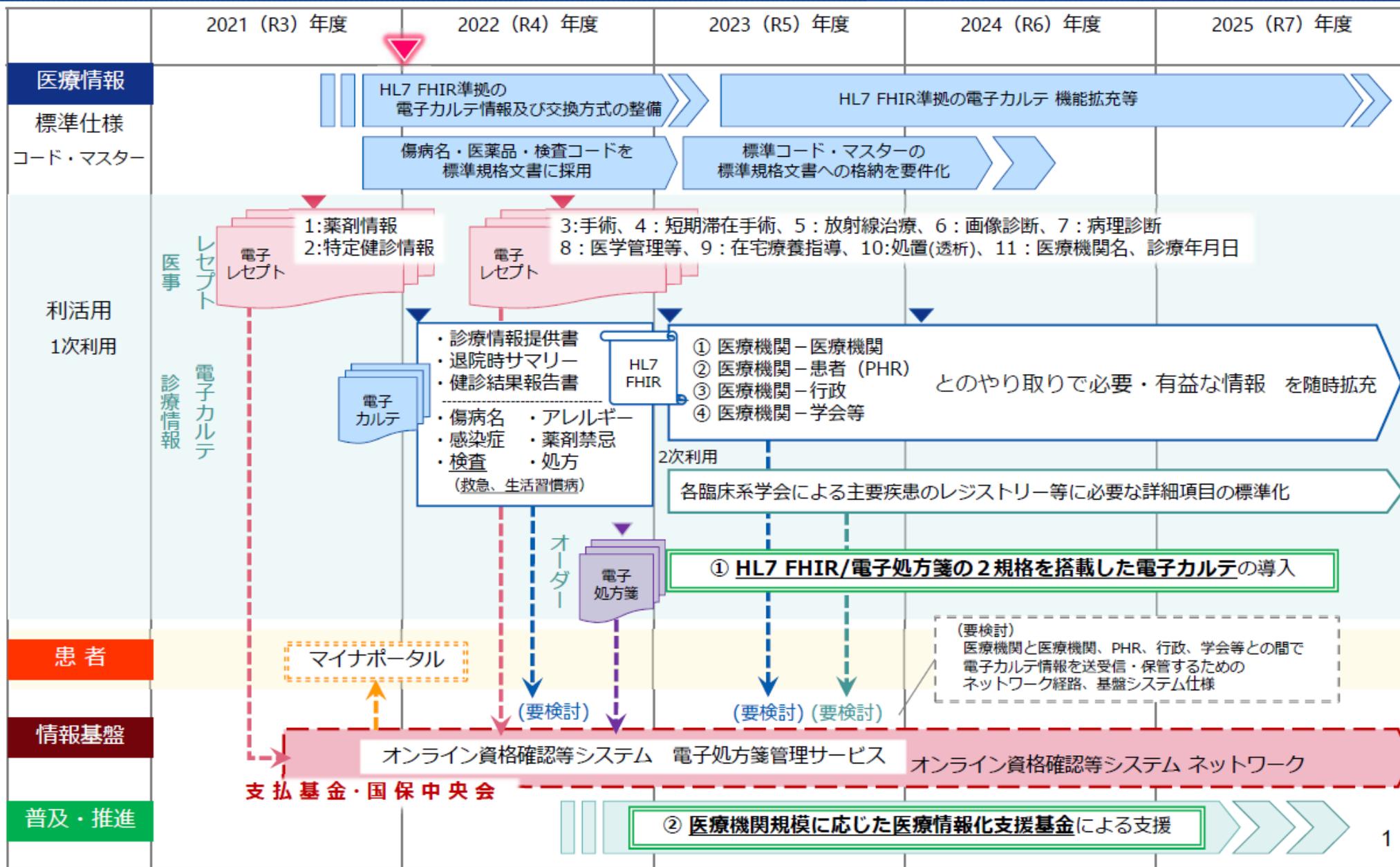
### 在宅医療

在宅時医学総合管理料において活用場面を整理・拡大

施設入居時等医学総合管理料にも対象拡大

- ・ 「月1回の在宅診療と月1回のオンライン診療」「2月に1回の在宅診療と2月に1回のオンライン診療」の場合を新設
- ・ 施設入居時等医学総合管理料においても、同様の類型を新設

# 電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方 (イメージ)



# 新型コロナ対応と地域医療構想

# 我が国の医療提供体制 **当面**の対応と**今後**の対応

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1「第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組に当たって」より抜粋

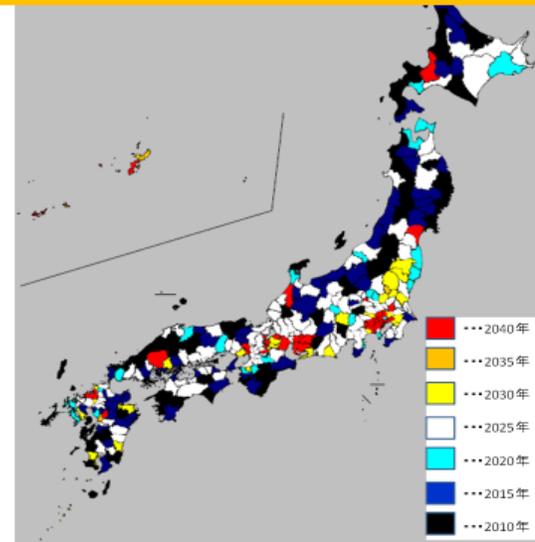
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、**地域医療の様々な課題**が浮き彫りとなり、**地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等**の重要性、**地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担**の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。
- **当面**、まずは、**足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注ぐ**とともに、**今般の新型コロナウイルス感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築**に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 一方で、この間も、**人口減少・高齢化は着実に進み**つつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、**今後**は、特に**生産年齢人口の減少**に対応する**マンパワーの確保**や**医師の働き方改革**に伴う対応が必要になることを踏まえ、**地域医療構想を引き続き着実に推進**し、**人口構造の変化への対応を図る**ことが必要である。

# 地域医療構想がなぜ必要なのか？

① 地域により高齢化の進展は異なる

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク 中医協 総-2 参考  
2018.12.14より

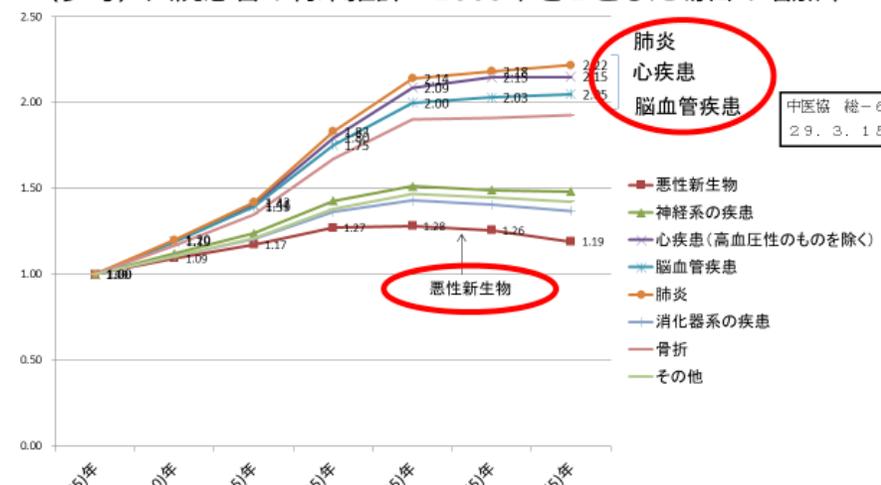
地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる  
↓  
地域医療構想  
地域包括ケアシステム



出典：社会保障制度国民会議資料（平成25年4月19日 第9回資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授提出資料）

② 高齢化の進展とともに医療の将来需要は変化する

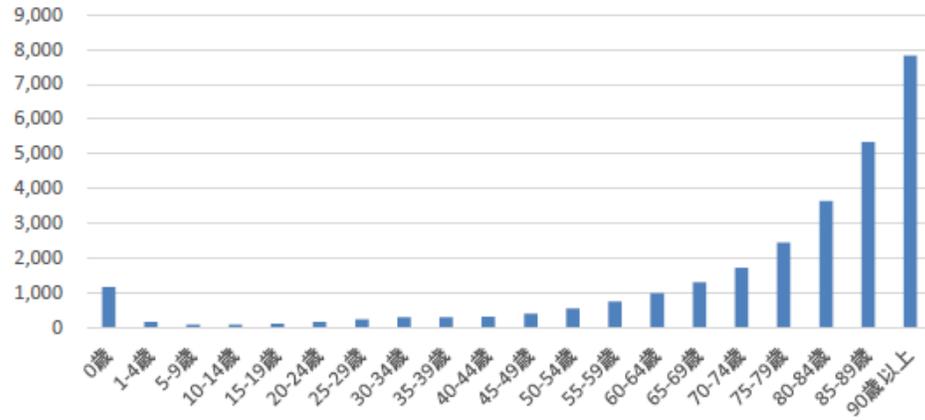
(参考) 入院患者の将来推計 2005年を1とした場合の増加率



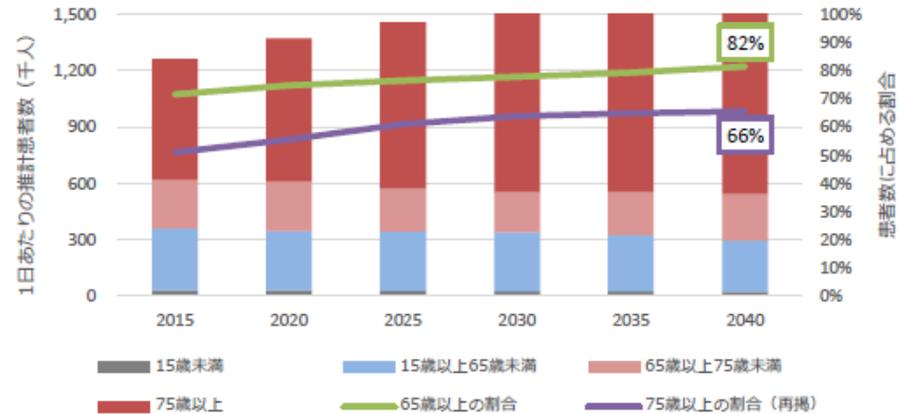
# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

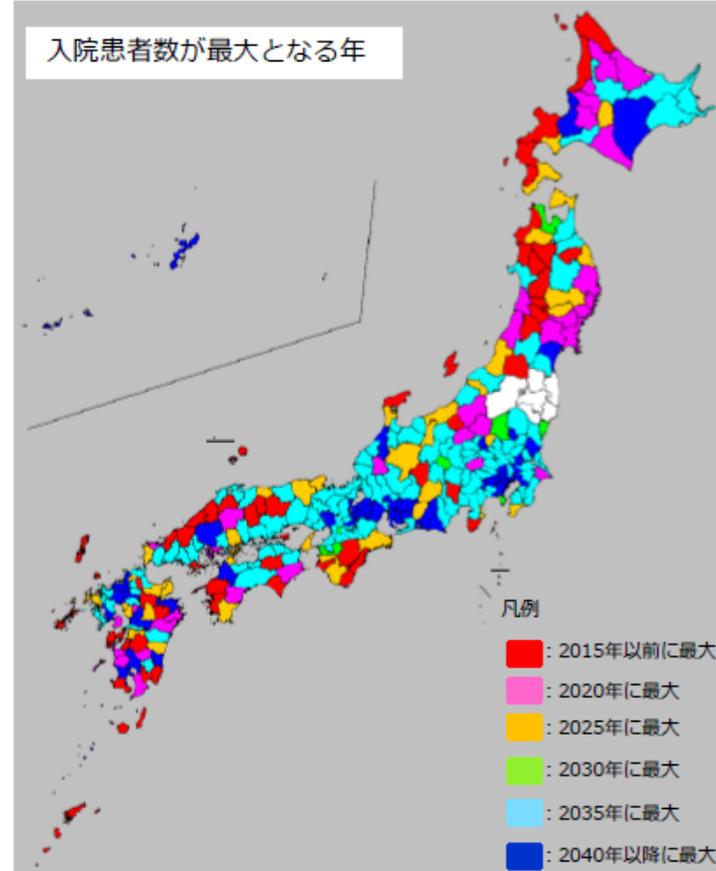
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



厚生労働省 第3回  
地域医療構想及び医師確保計画に関する  
ワーキンググループ  
令和4年3月2日資料1

出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

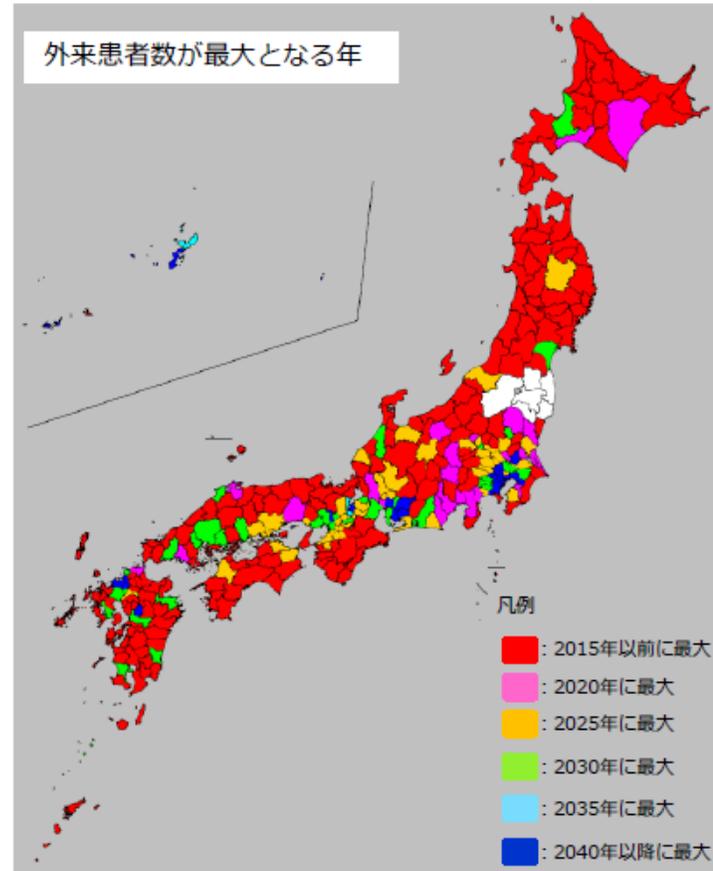
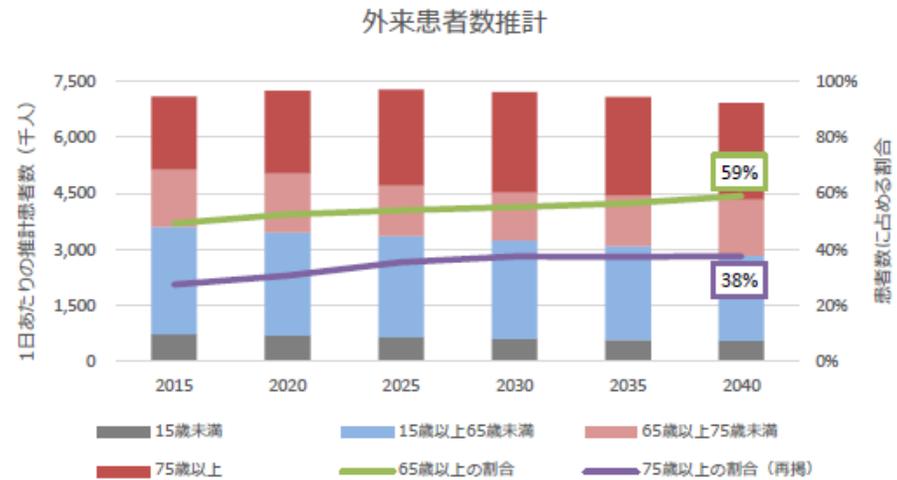
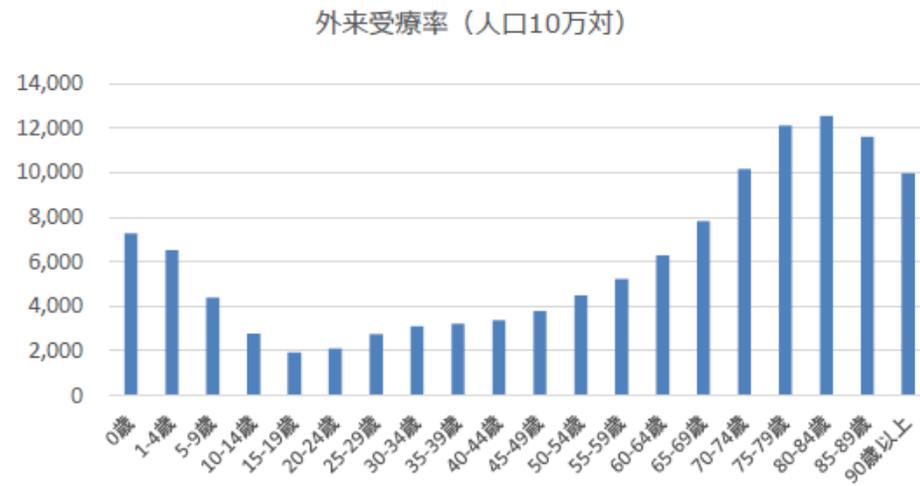
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



厚生労働省 第3回  
地域医療構想及び医師確保計画に関する  
ワーキンググループ  
令和4年3月2日資料1

出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

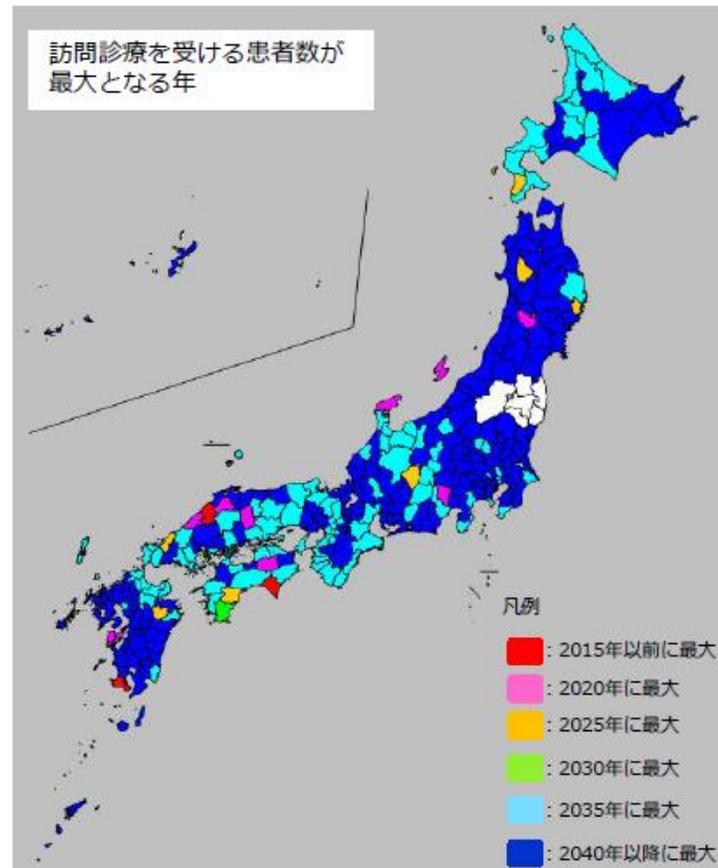
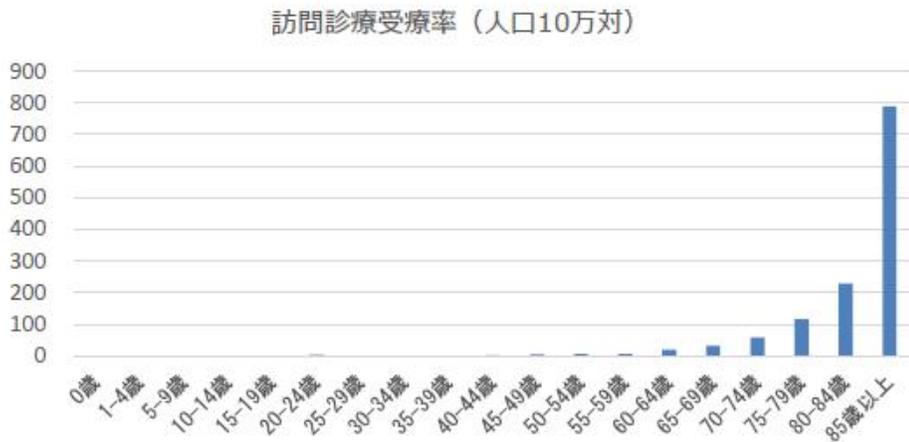
※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



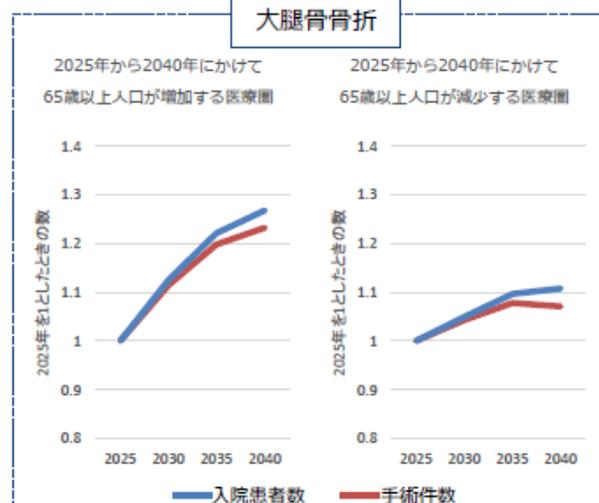
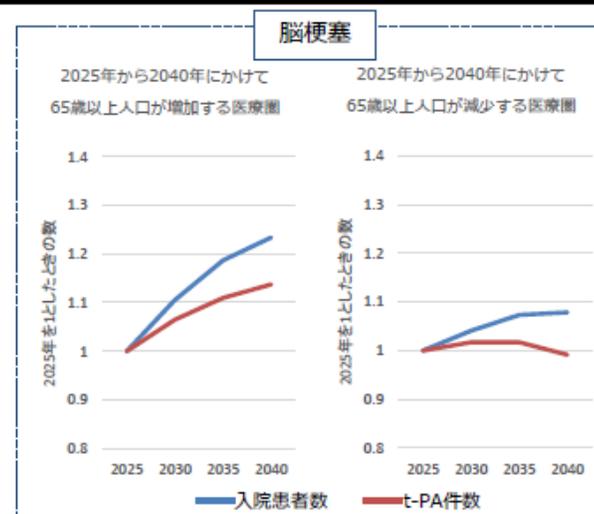
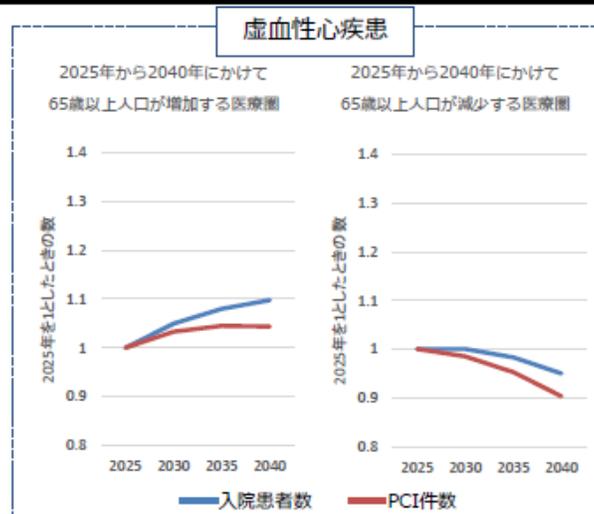
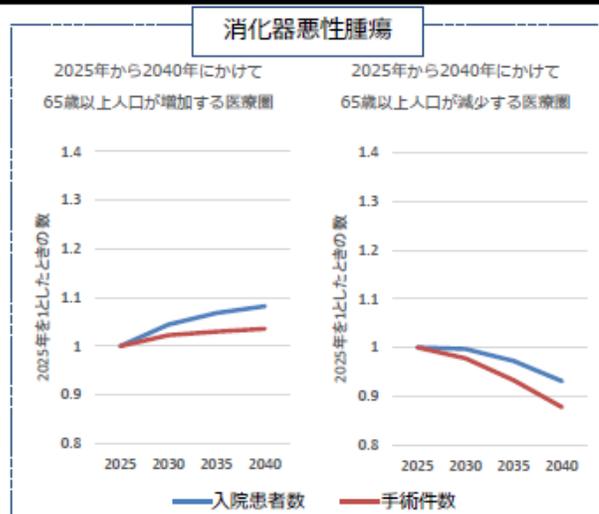
厚生労働省 第3回  
地域医療構想及び医師確保計画に関する  
ワーキンググループ  
令和4年3月2日資料1

出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院-外来の種別別」  
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(135の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(194の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。

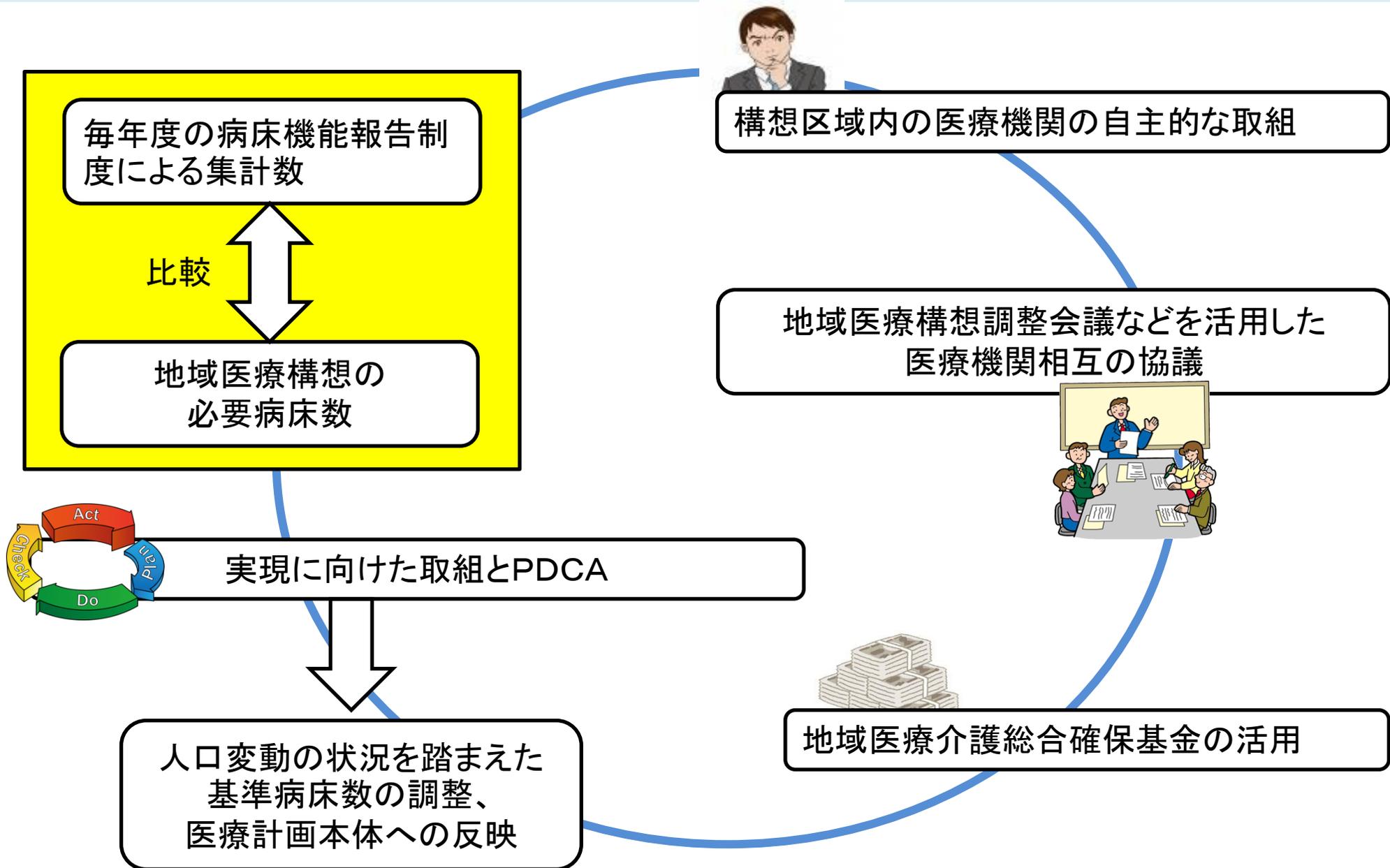


出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）  
患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」  
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

厚生労働省 第3回  
地域医療構想及び医師確保計画に関する  
ワーキンググループ  
令和4年3月2日資料1

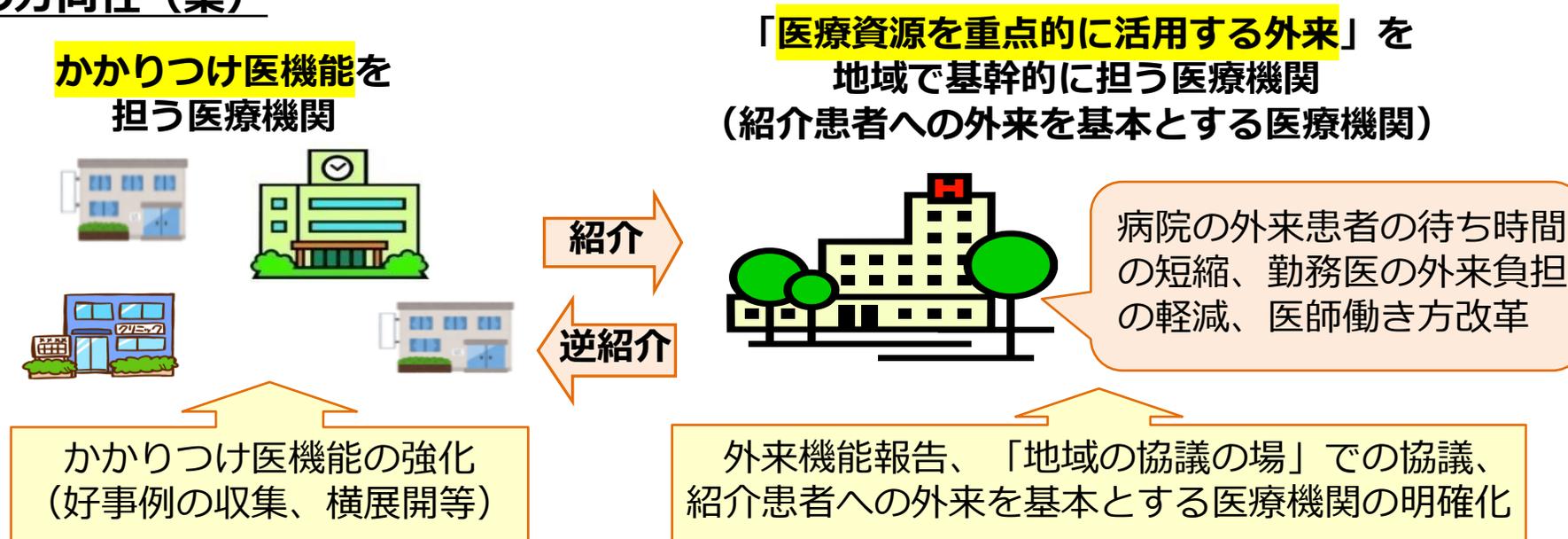
# 「地域医療構想」の実現プロセス（イメージ）



## 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関選択で外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中、待ち時間や勤務医の外来負担等が発生
- 人口減少・高齢化、医療の高度化等の中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携の推進が必要

## 2. 改革の方向性（案）



### 〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 (悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 (外来化学療法、外来放射線治療 など)
- 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来 など)

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

# 1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

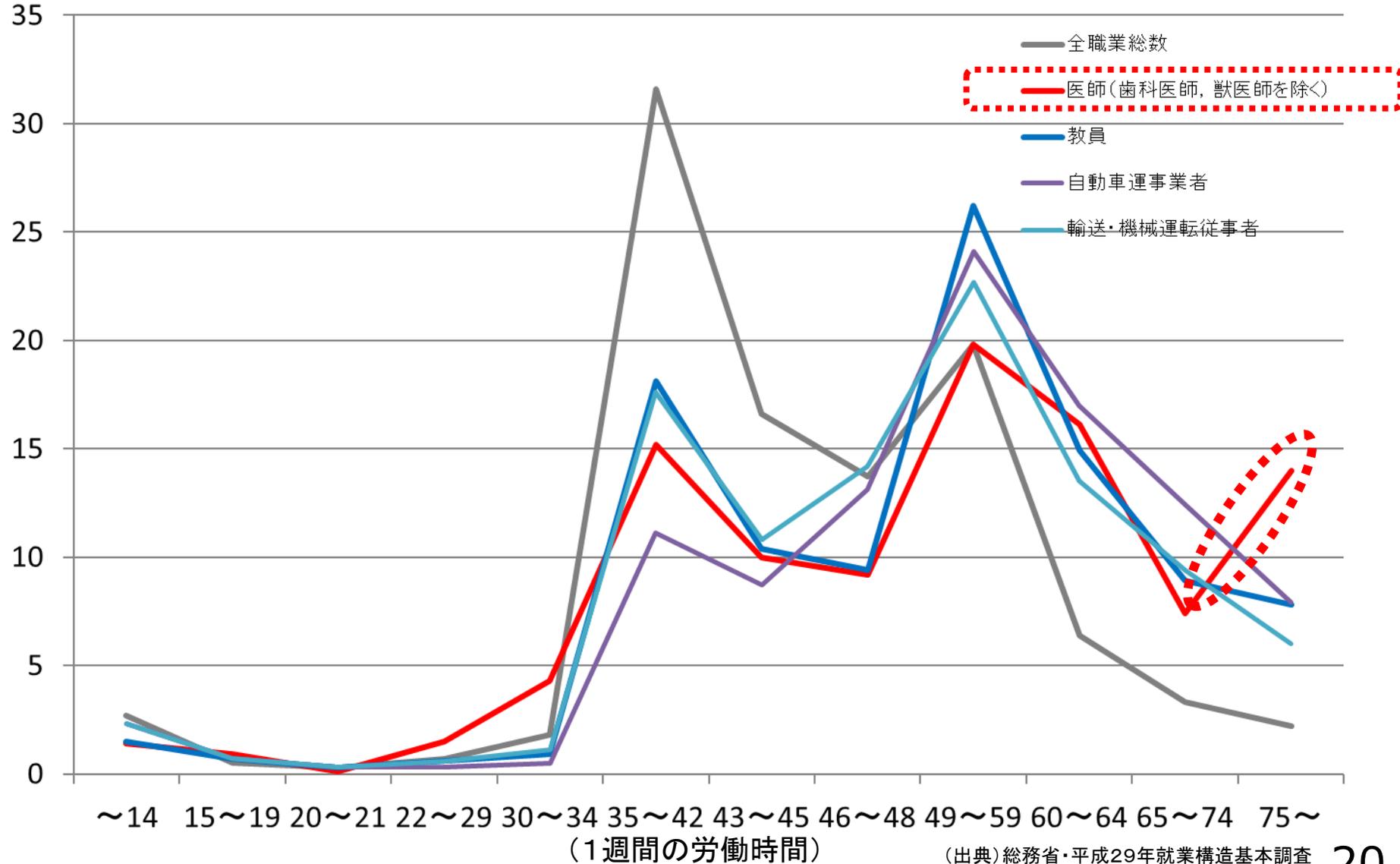
すべての雇用者(年間就業日数200日以上・正規職員)について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の11.8%となっている。

これを職種別に見ると、**医師(37.5%)が最も高い割合**となっている。(次いで、自動車運転従事者(37.3%))

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(歯科医師、獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	11.8%	12.5%	12.9%	6.6%	37.5%	4.5%	31.6%	6.2%	14.0%	13.4%	27.6%	27.2%	15.9%	15.2%	9.6%	28.9%	37.3%	15.3%	13.8%	13.7%

# 労働時間の長い職種別の労働時間の分布

(人数構成比、%)



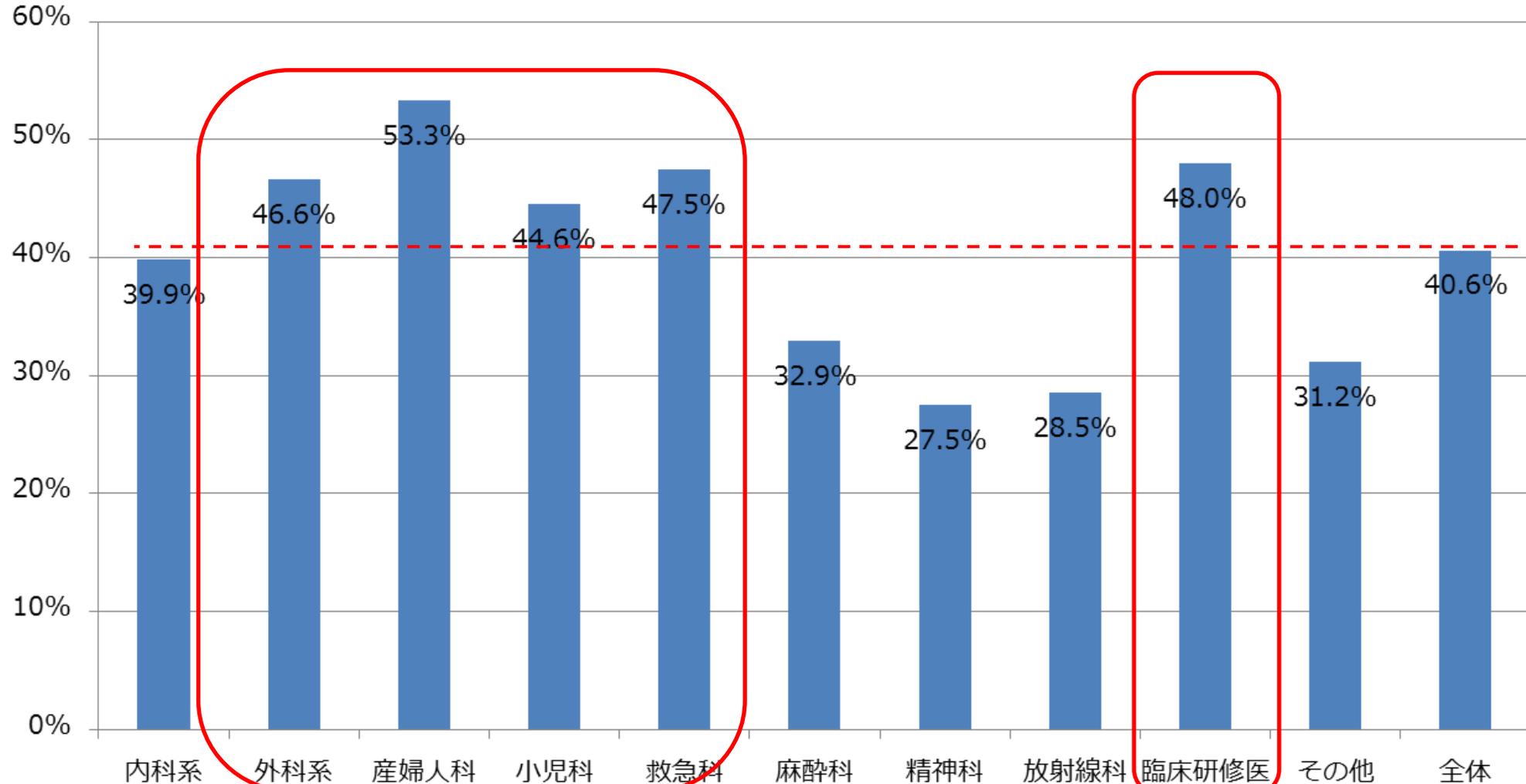
(出典) 総務省・平成29年就業構造基本調査  
(年間就業日数200日以上、正規職員)

# 週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

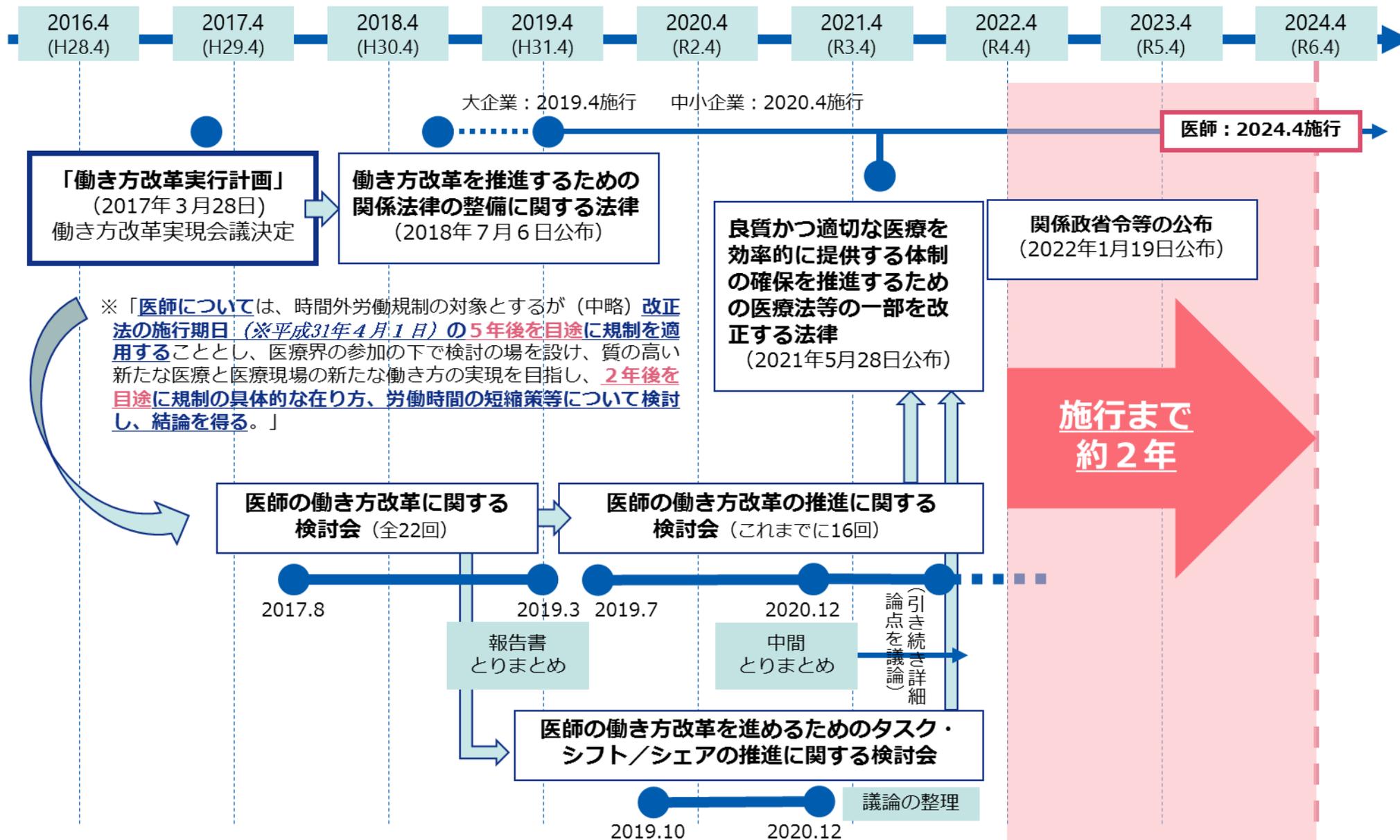
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。

割合

第2回 医師の働き方改革に関する検討会 資料3 より



# 医師の働き方改革の議論の経緯



ご参考になれば幸いです