

医療提供体制をめぐる課題

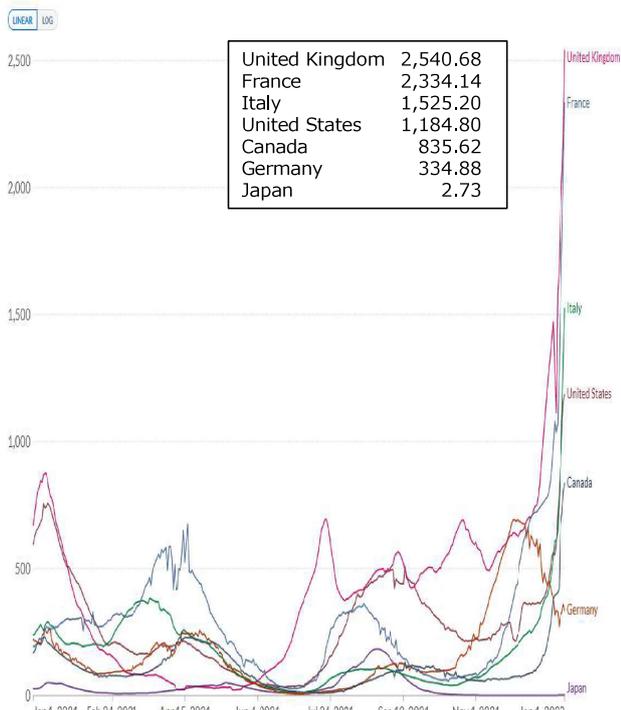
—コロナ対応で明らかとなった課題とともに—

厚生労働省医政局長
伊原 和人

各国の直近の新規感染者数
(7日間移動平均・人口100万人対)

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



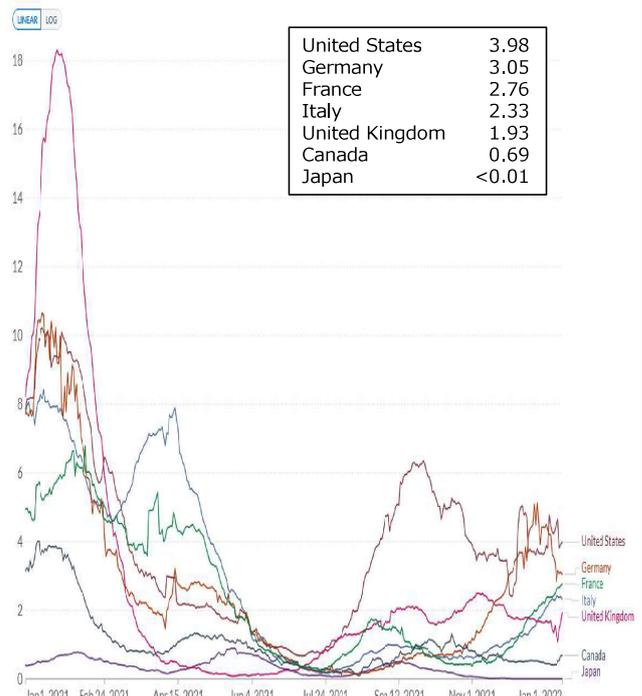
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

各国の直近の新規死亡者数
(7日間移動平均・人口100万人対)

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

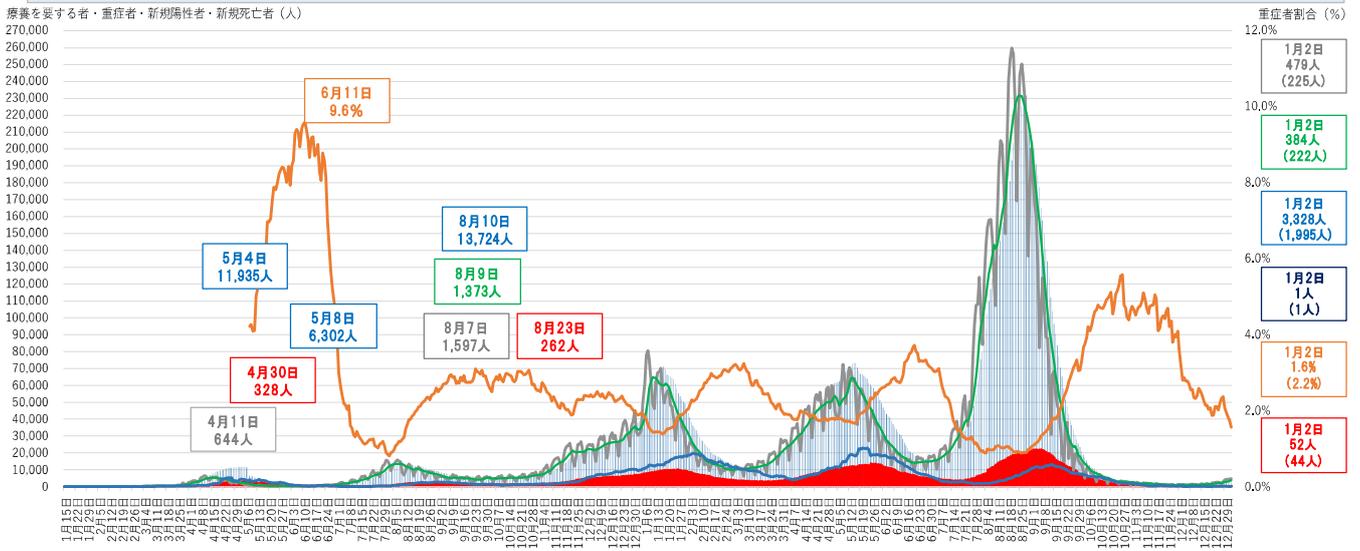
7-day rolling average. For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

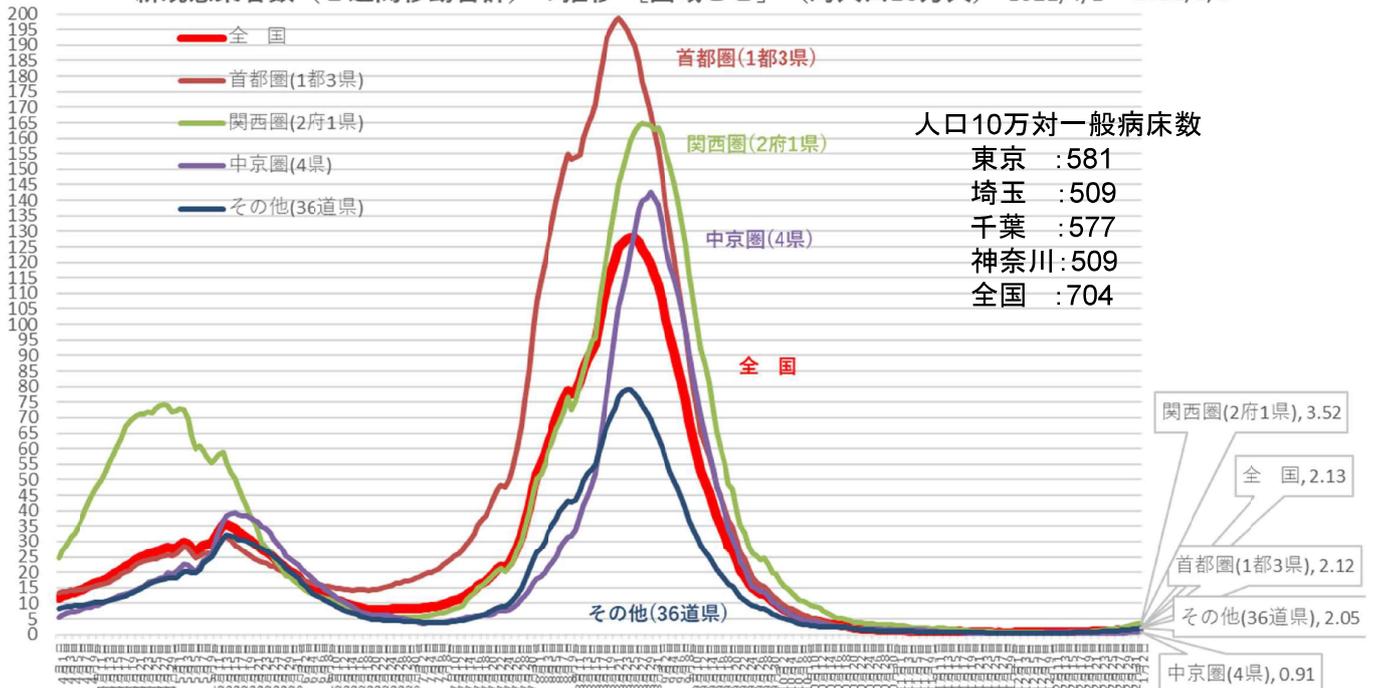
CC BY

重症者・新規陽性者数等の推移



- ※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 重症者割合は、集計方法を変更した令和2年5月8日から算出している。重症者割合は「療養を要する者」に占める重症者の割合。
- ※3 療養を要する者・重症者と新規陽性者及び新規死亡者は表示上のスケールが異なるので(新規陽性者及び重症者数は10倍、新規死亡者は200倍に拡大して表示)、比較の場合には留意が必要。
- ※4 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室(ICU)等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※5 集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った。

(人) 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) 2021/4/1~2022/1/2



- ※ 人口10万対の人数は、令和3年12月4日までは総務省統計局における各年10月1日時点の人口推計の数値、令和3年12月5日からは令和2年国勢調査の数値により算出している

新型コロナ対応で提起された指摘

国際的に見て、人口当たり病床数が多いにもかかわらず、なぜ、病床の確保ができないのか？

5

医療提供体制の各国比較(2019年)

国名	平均在院日数	人口千人あたり病床数	病床百床あたり臨床医師数	人口千人あたり臨床医師数	病床百床あたり臨床看護職員数	人口千人あたり臨床看護職員数
日本	— (16.0)	12.8	*19.2	*2.5	*90.6	*11.8
ドイツ	*8.9 (*7.5)	7.9	55.5	4.4	176.2	14.0
フランス	8.8 (5.4)	5.8	54.3	3.2	#189.6	#11.1
イギリス	*6.6 (6.2)	£2.5	120.1	3.0	334.2	8.2
アメリカ	— (*5.5)	*2.8	*92.2	2.6	**420.2	#12.0

出典：OECD.Stat(令和3年9月1日時点)

注1 「#」は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 「*」は2018年のデータ

注3 「E」は推計値(Estimated value)

注4 病床百床あたり臨床医師数及び臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を掛けた数値である。

注5 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

6

ICU等の病床に関する国際比較について

	ICU等合計病床数	人口10万人当たり ICU等病床数	(参考) 死亡者数※ ¹ (令和3年2月1日0時)	(参考) ICU等合計病床数 当たり死亡者数※ ²
米国* ¹	77,809* ²	34.7* ³	441,319	5.671
ドイツ* ⁴	23,890	29.2	57,163	2.393
イタリア* ⁴	7,550	12.5	88,516	11.724
フランス* ⁴	7,540	11.6	76,201	10.106
スペイン* ⁴	4,479	9.7	58,319	13.021
英国* ⁴	4,114	6.6	106,367	25.855
日本* ⁵	5,603* ⁵	4.3* ⁶	(—)	(—)
日本* ⁷	17,578* ⁷	14.0	5,794	0.320

*1, *2, *3: 米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19(2020年3月)及び、その根拠となるDavidらの原著論文(Critical Care Bed Growth in the United States(2015年2月))からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さくなると考えられる。

*4: ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているRhodesの論文(2012年)から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床(NICU)、小児集中治療病床(PICU)、冠疾患治療病床(CCU)、脳卒中治療病床(SCU)、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、**含めずに計算を行った。**

*5: 日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているN.Shimeの論文(2016年)から一部を抜粋。

*6: 内野、我が国の集中治療室は適正利用されているのか、日集中医誌(2010; 17: 141-144)から一部を抜粋

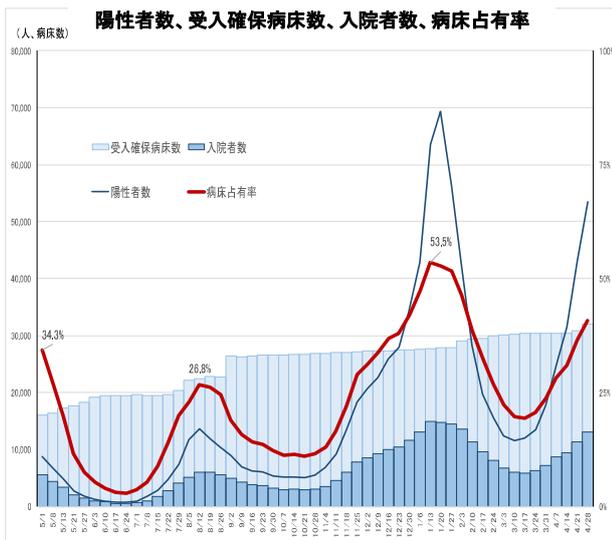
*7: 日本については、特定集中治療室管理料(5,202床)、救命救急入院料(6,292床)、ハイケアユニット入院医療管理料(6,084床)の合計数を記載。

※1 新型コロナウイルス感染症による死亡者数(厚生労働省調べ)

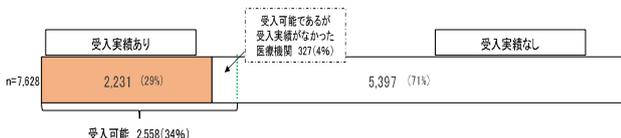
※2 死亡者数÷ICU等合計病床数

新型コロナの医療現場への影響

・感染者の増加に伴い病床占有率が上昇。病床確保等のために様々な支援を実施



新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無 (2021年1月末現在)



新型コロナに係る診療報酬・病床確保料の引上げ経緯

	【2020年度一次補正以降】 (4/18~)	【二次補正以降】 (5/26~)	【予備費以降】 (9/15~)																								
診療報酬	重症患者 特定集中治療室管理料等: 2倍	3倍	(同左)																								
診療報酬	中等症患者 救急医療管理加算: 2倍	3倍	5倍																								
病床確保料	重点医療機関、協力医療機関	重点医療機関、協力医療機関	重点医療機関のうち特定機能病院等																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病床の種類</th> <th>補助基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ICU病床</td> <td>97,000円</td> </tr> <tr> <td>重症者病床</td> <td>41,000円</td> </tr> <tr> <td>その他病床</td> <td>16,000円</td> </tr> </tbody> </table>	病床の種類	補助基準額	ICU病床	97,000円	重症者病床	41,000円	その他病床	16,000円	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病床の種類</th> <th>補助基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ICU病床</td> <td>301,000円</td> </tr> <tr> <td>HCU病床</td> <td>211,000円</td> </tr> <tr> <td>その他病床</td> <td>52,000円</td> </tr> </tbody> </table>	病床の種類	補助基準額	ICU病床	301,000円	HCU病床	211,000円	その他病床	52,000円	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病床の種類</th> <th>補助基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ICU病床</td> <td>436,000円</td> </tr> <tr> <td>HCU病床</td> <td>211,000円</td> </tr> <tr> <td>その他病床</td> <td>74,000円</td> </tr> </tbody> </table>	病床の種類	補助基準額	ICU病床	436,000円	HCU病床	211,000円	その他病床	74,000円
病床の種類	補助基準額																										
ICU病床	97,000円																										
重症者病床	41,000円																										
その他病床	16,000円																										
病床の種類	補助基準額																										
ICU病床	301,000円																										
HCU病床	211,000円																										
その他病床	52,000円																										
病床の種類	補助基準額																										
ICU病床	436,000円																										
HCU病床	211,000円																										
その他病床	74,000円																										

※重点医療機関・協力医療機関という区分なし

・重点医療機関: 新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医療機関

・協力医療機関: 新型コロナウイルス疑い患者専用の病室病床を設定する医療機関

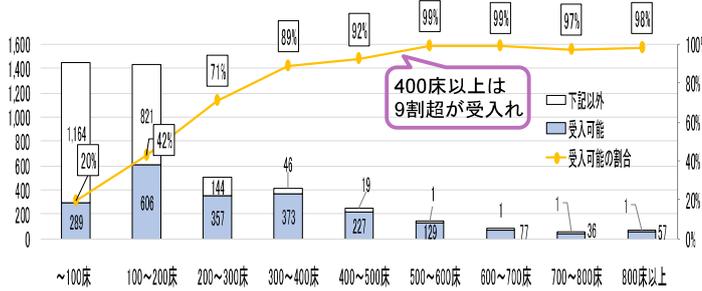
感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ (2020年12月末)

1. **更なる病床確保**のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への**緊急支援** (1床当たり最大1,950万円の補助等)
2. **既存施設等の最大限の活用**等による**病床確保**
3. **院内感染の早期収束**支援
4. **看護師等の医療従事者派遣**の支援等による**人材確保**
5. **高齢者施設等での感染予防**及び感染発生時の**早期収束**

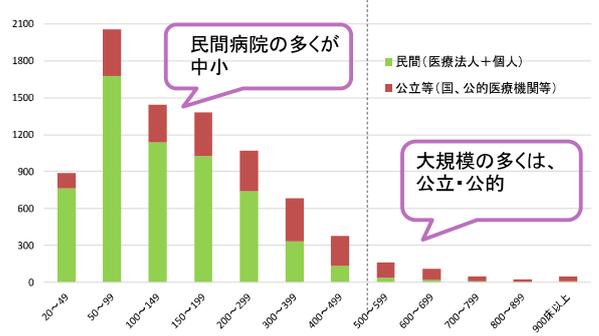
新型コロナの医療現場への影響

・患者の受入れは、地域の実情に応じ、規模が大きい医療機関を中心に行われた。病床ひっ迫等が生じた今般の経験を踏まえ、危機に強い医療提供体制の構築等が必要。

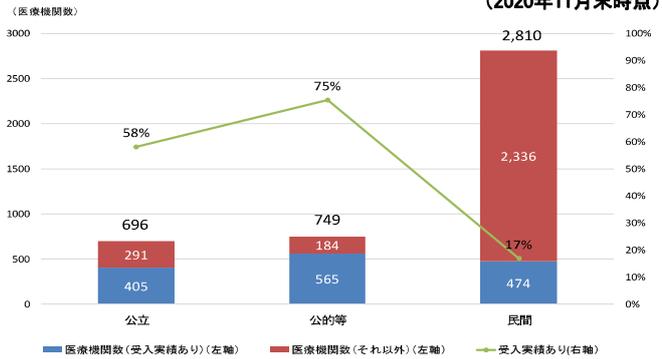
①病床規模別の入院患者受入可能医療機関



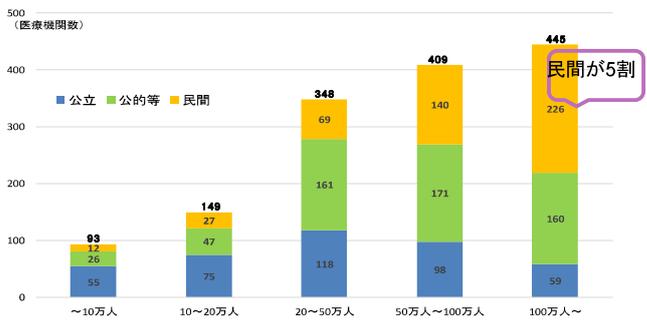
③病院数(病床規模別・設置主体別)



②公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入医療機関数及び受入実績の割合(2020年11月末時点)



④地域医療構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入実績のある医療機関数(2020年11月末時点)

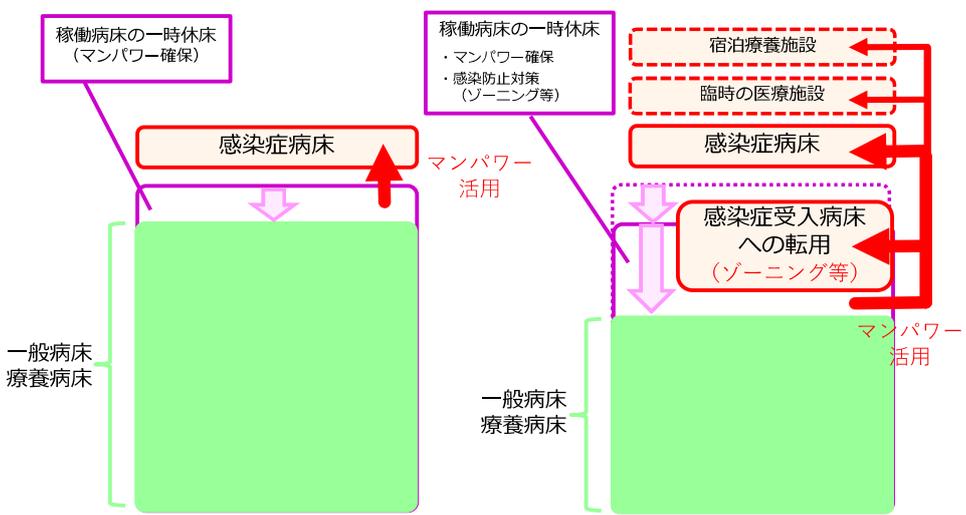


今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の病床確保(イメージ)

○重症・中等症のコロナ対応には、ICU、HCU並みの人手が必要⇒病床数より「マンパワー」

感染症発生初期の対応

感染拡大時の対応



昨夏ピーク時の確保病床数は3.9万床

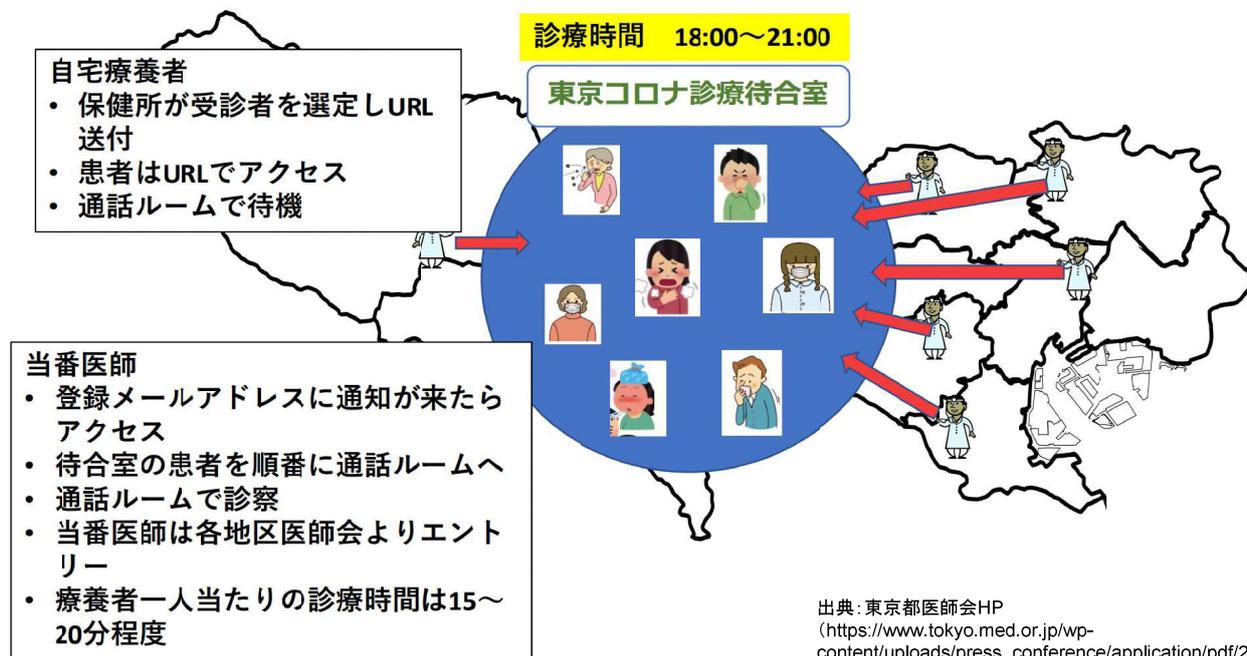
(参考)一般病床・療養病床の状況

ICU(2対1)、HCU(4対1)	2万床	一般病床 8万床	全国 117万床
7対1	39万床		
10対1	16万床		
13~15対1	5万床		
その他 小児周産期、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟など	26万床		
療養病床 29万床			

※新型コロナ病床の全国状況をみると、確保病床1床につき休止病床の実績は1.15床。なお、支援の上限は確保病床1床につき休止病床2床まで、重症者用の場合には4床までとしている。

東京コロナ診療待合室

※MICIN社curon typeCを用いたビデオ通話ルームによる多対多のon-line診療イメージ



今夏の感染拡大を踏まえた保健・医療提供体制の整備（各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定）

R3.12.7
公表

- 本年10月1日に事務連絡を发出し、各都道府県において今夏の感染拡大を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」を策定いただくよう依頼。10月末までに各都道府県で策定方針を取りまとめ、11月12日、国において「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」として公表。
- その後、各都道府県において11月末までに方針に沿った具体的な体制の構築が完了し、計画として取りまとめられたため、今般、公表するもの。

1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備

- 今夏ピーク時の2割増となる入院受入数を国から目標として示し、全体像では3割増をめざすとしていたところ、都道府県と医療機関が協議し3割増の体制を構築。

<入院受入者数>

今夏のピーク時 今後の最大数
約2.8万人 ⇒ 約3.7万人（約3割、約1万人の増）

※今夏ピーク時は入院待機者約1千人を含む。

- ・うち、病床増によるもの 約5千人分
(病床は約6千床増(約3.9万床→約4.6万床))

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを含む。

- ・うち、病床の使用率向上によるもの 約5千人分
(感染ピーク時の確保病床使用率: 約68%⇒約82%)

(参考) 公的病院における受入患者数、病床の増(12/7時点)

- ・厚生労働大臣から国立病院機構(NHO)・地域医療機能推進機構(JCHO)に、根拠法に基づく病床確保等を要求するなどにより、今夏ピーク時に比べ、受入患者数は3.2千人(30%)増、病床数は2.0千床(15%)増
(全体像時点では受入患者数2.7千人増・病床数1.6千床増)

※NHO東京病院において80床の臨時の医療施設を運営

<臨時の医療施設・入院待機施設>

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを除く。

今夏のピーク時 今後の最大数
約0.9千人分 ⇒ 約3.4千人分(約4倍弱、約2.5千人増)

※厚労省HPに、コロナ患者を受け入れる医療機関と確保病床数を公表。

3) 医療人材の確保等

- 人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築。
- 医療ひっ迫時に医療人材の派遣に協力する医療機関と、職種ごとの具体的な派遣可能人数を調整。

※実際の派遣調整は、感染状況等を踏まえて個別に実施

2) 自宅・宿泊療養者への対応

- 全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を構築。

<保健所体制の強化>

- ・保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化
(最大対応時は、平時の約3倍体制(平均: 23.5人→73.3人))

<宿泊療養施設の更なる確保>

- ・宿泊療養施設の確保居室数
今夏のピーク時 今後の最大数
約4.7万室 ⇒ 約6.6万室 ※全体像から+約5千室
(約4割、約1.9万室の増)

※最大宿泊療養者数の見込みは約5.0万人

<地域の医療機関等との連携体制の確保>

- ・オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国でのべ約3.4万医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築。
※全体像から+約1千
(内訳) 医療機関 約1.2万、訪問看護ST 約1千、薬局 約2万
※最大自宅療養者数の見込みは約17.8万人

- 症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を構築。

- ・パルスオキシメーターの確保数: 約70万個(全自宅療養者に配布)
- ・中和抗体薬を、入院に加えて外来・往診まで様々な場面で投与できる体制を構築

- ・医療人材の派遣に協力する医療機関数 : 約2千施設
- ・協力する施設から派遣可能な医師数 : 約3千人
- ・協力する施設から派遣可能な看護職員数 : 約3千人

2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携 (地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II.医師・医療従事者の働き方改革 (医師の時間外労働に対する 上限規制：2024年～)

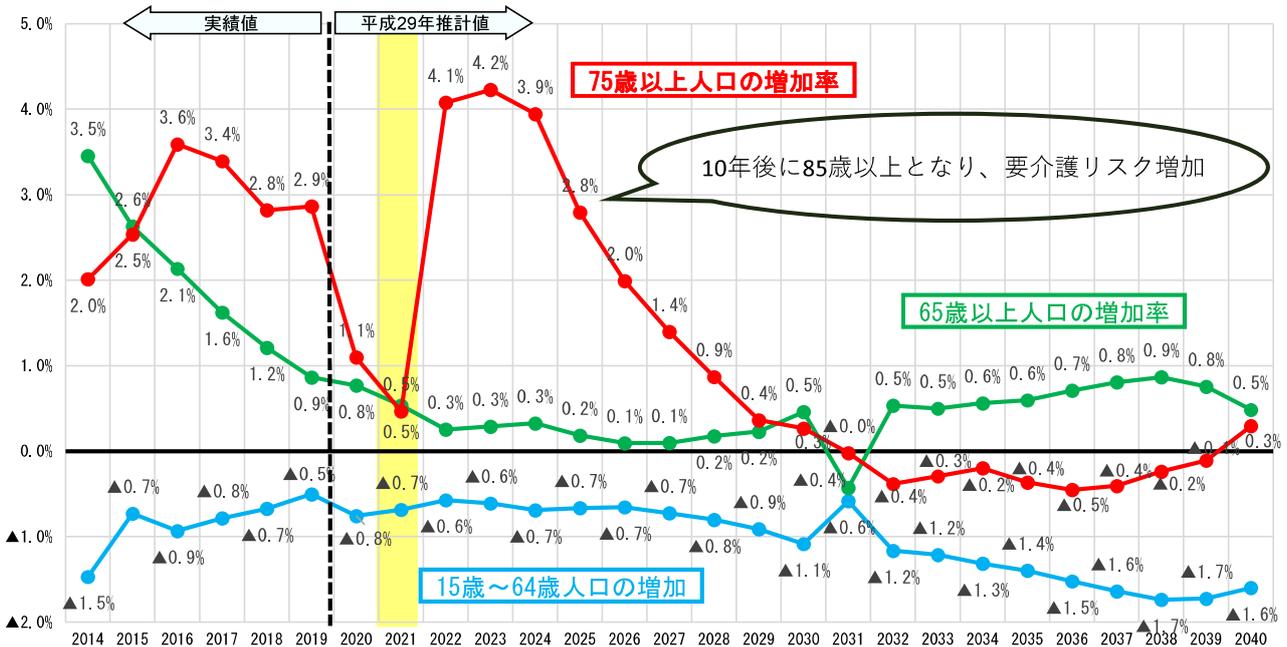
- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策 (偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

2040年に向けた年齢階層別人口の変化

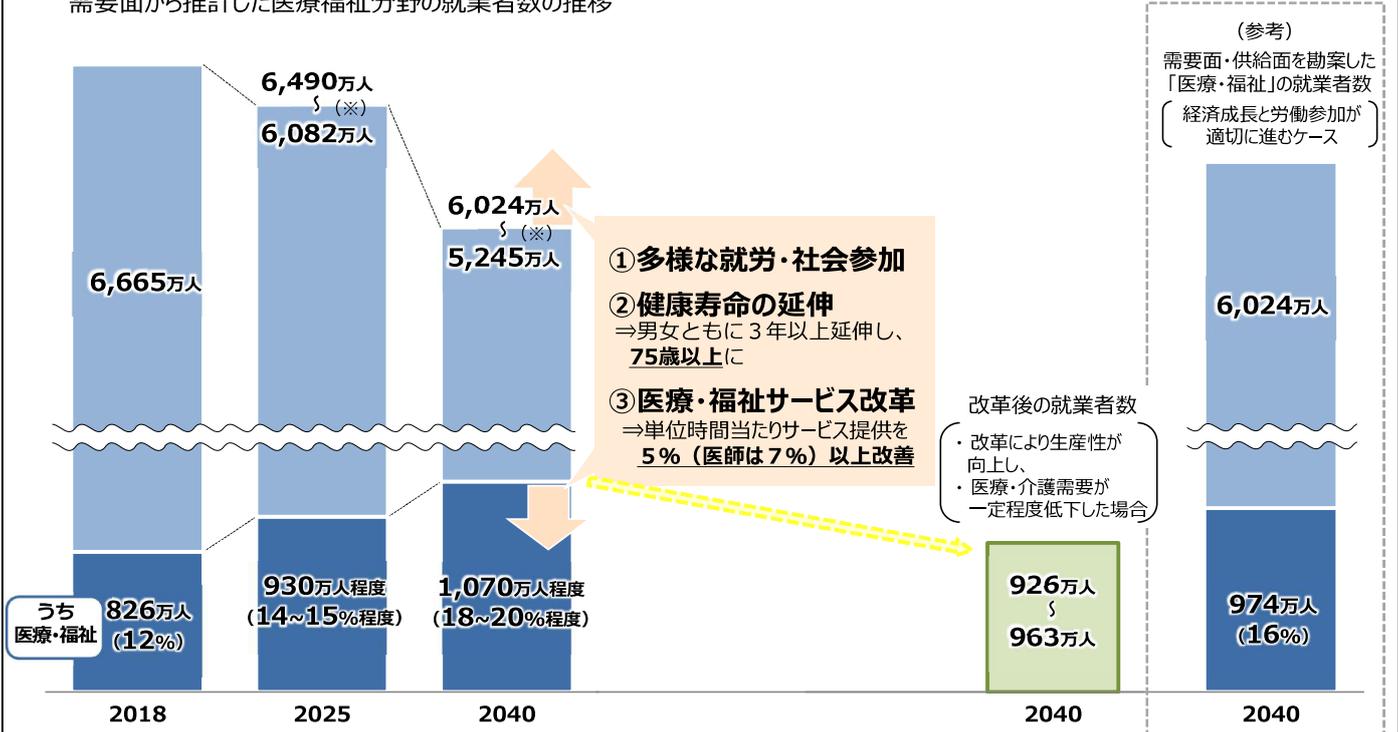
- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる
- 一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降更に減少が加速



(出所) 2019年以前は、総務省「人口推計」(各年10月1日現在)
2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位・死亡中位)

2040年に向けた医療福祉分野のマンパワーのシミュレーション（平成30年5月21日の改定版） —このままでは就業者の約5人に1人が医療福祉分野で必要に—

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※：総就業者数は雇用政策研究会資料（平成31年1月15日）。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

今後の医療提供体制の課題とは……

コロナ対応上の課題

- ・高度急性期対応（特に人材）
- ・医療機関の役割分担・連携（情報共有を含む）
- ・チーム、グループによる在宅対応
- ・現場で使えるデジタル実装化

（人口減少後期高齢者増加）
2040年に向けた対応

- ・人口減少地域における医師確保
- ・医師の働き方改革対応
- ・在宅の慢性期医療・看取りニーズ急増への対応（特に大都市）
- ・医療現場の担い手不足
- ・DX等を通じた生産性向上

○2025年の先も見据えた医療計画・地域医療構想

- ・感染症も視野に入れた医療機関の役割分担と連携の強化
：病床機能を支える人材の確保・配置
：中小病院の役割
- ・医師の長時間労働を抑制しつつ、地域医療を確保
：医師派遣機能の強化
- ・「ときどき入院、ほぼ在宅」の地域医療の体制づくり
：地域包括ケアを支える医療（入院・外来・在宅）の強化、介護保険との連携
- ・かかりつけ医機能の強化
：患者・医療者双方にとって、かかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策
：チームやグループによる対応力強化
- 医療職種の確保、業務分担（タスクシェア・タスクシフト）の推進
- AI・ICT・ロボットの実装化、データヘルス改革の推進

プロフィール

伊原 和人（いはら かずひと）

1964年10月22日 東京大学法学部卒
厚生労働省 医政局長

1987年厚生省入省。健康政策局、兵庫県伊丹市役所などを経て、94年高齢者介護対策本部課長補佐として介護保険制度の創設にかかわる。97年から日本貿易振興機構（JETRO）ニューヨークセンターに出向。その後、障害保健福祉部企画官、虐待防止対策室長など全部局をひと通り経験し、医療保険改革、少子化対策、障害福祉新制度、年金記録問題、難病新法制定などに携わる。総理官邸、日本年金機構、年金、医療介護連携、社会保障の担当審議官、政策統括官（総合政策担当）などを経て、2021年9月より現職。

2007年9月 内閣官房内閣参事官（官邸参事官室）

2009年7月 厚生労働省大臣官房参事官（総務、社会保険担当）

2010年1月 日本年金機構記録問題対策部長

2012年9月 厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課長

2013年9月 厚生労働省健康局総務課長

2015年10月 厚生労働省大臣官房審議官（年金担当）

2016年6月 厚生労働省大臣官房年金管理審議官

2017年7月 厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当）

2018年7月 厚生労働省大臣官房審議官（総合政策（社会保障）担当者）

2019年7月 厚生労働省政策統括官（総合政策担当）

2021年9月 厚生労働省医政局長