

第106回月例社会保障研究会
日時：2023年9月21日（木）
会場：日本記者クラブ ホールAC

医療提供体制の改革と課題

遠藤 久夫

学習院大学教授
社会保障審議会会長
社会保障審議会医療部会部会長
医道審議会医師分科会医師専門研修部会部会長
第8次医療計画に関する検討会座長
医師の働き方改革の推進に関する検討会座長
医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会座長
こども未来戦略会議委員
医療経済研究機構所長

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

(1) 地域医療構想：課題と今後

- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

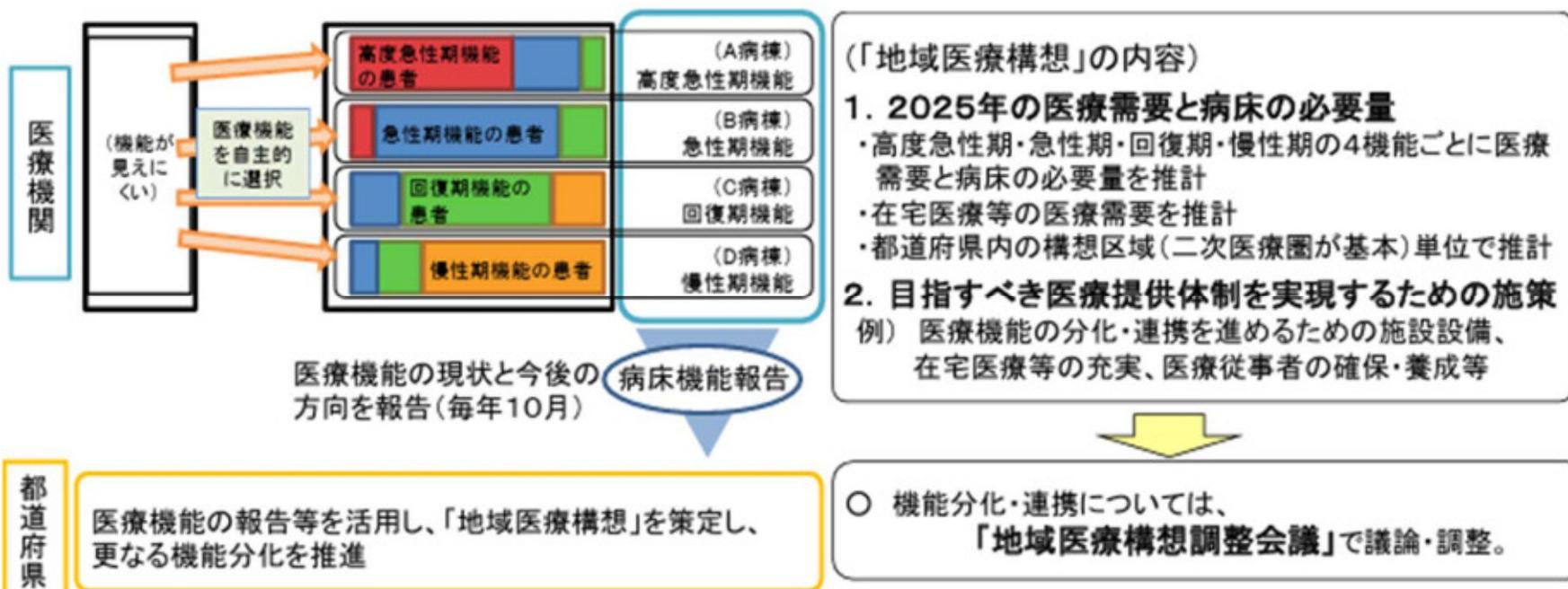
- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



地域医療構想に関する主な経緯や都道府県の責務の明確化等に係る取組・支援等

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等	金融・税制優遇
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	○ 医療法改正（H26年公布） ・地域医療構想、病床機能報告制度の創設 ・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応 ・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応 ・非稼働病床の削減に向けた対応	○地域医療介護総合確保基金の創設 ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	○地域医療構想に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金
H29	公立・公的医療機関において、先行して対応方針の策定	○ 通知：地域医療構想の進め方について ・具体的対応方針のとりまとめ ・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理） ・非稼働病床を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等） ・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成		
H30		○ 医療法改正（地域医療構想の実現のため知事権限の追加） ・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応） ○ 通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策 ・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等 ○ 通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入 ・定量的基準の導入		
R1	公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証	○ 通知：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について ・具体的対応方針の再検証等の実施		○地域医療構想実現のための特別償却制度 ・法人税優遇措置
R2			○病床機能再編支援事業の開始 ○重点支援区域の開始	
R3			○医療介護総合確保法改正 ・再編計画の認定制度創設 ・病床機能再編支援事業基金化	○認定再編計画に係る登録免許税優遇措置
R4	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	○ 通知：地域医療構想の進め方について ・対応方針の策定や検証・見直しの実施 ・検討状況の定期的な公表		○認定再編計画に係る不動産取得税優遇措置 ○認定再編計画に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金
R5				

※制度・支援・優遇については、開始以降、継続的に実施。

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討	・制度的対応	都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

○ 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

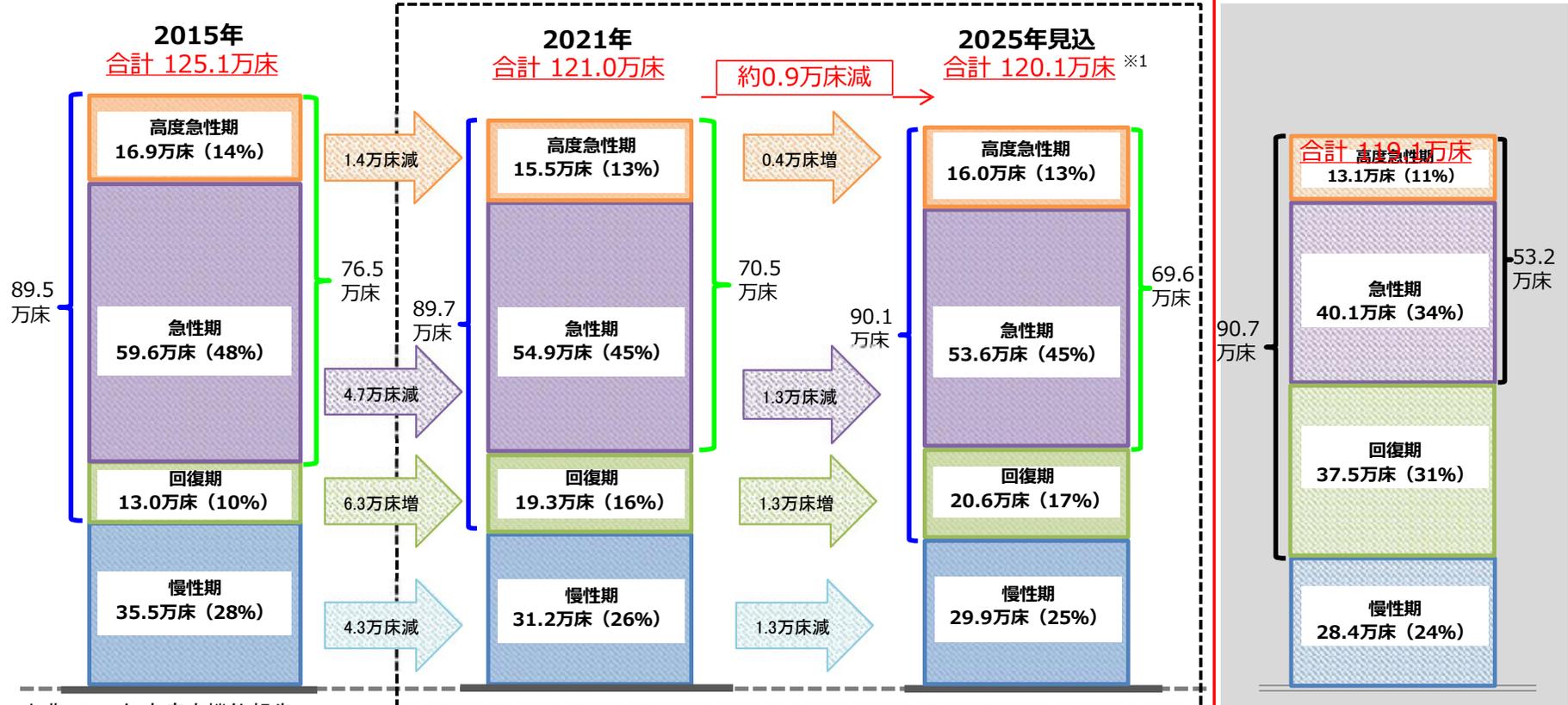
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療
需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*) : 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

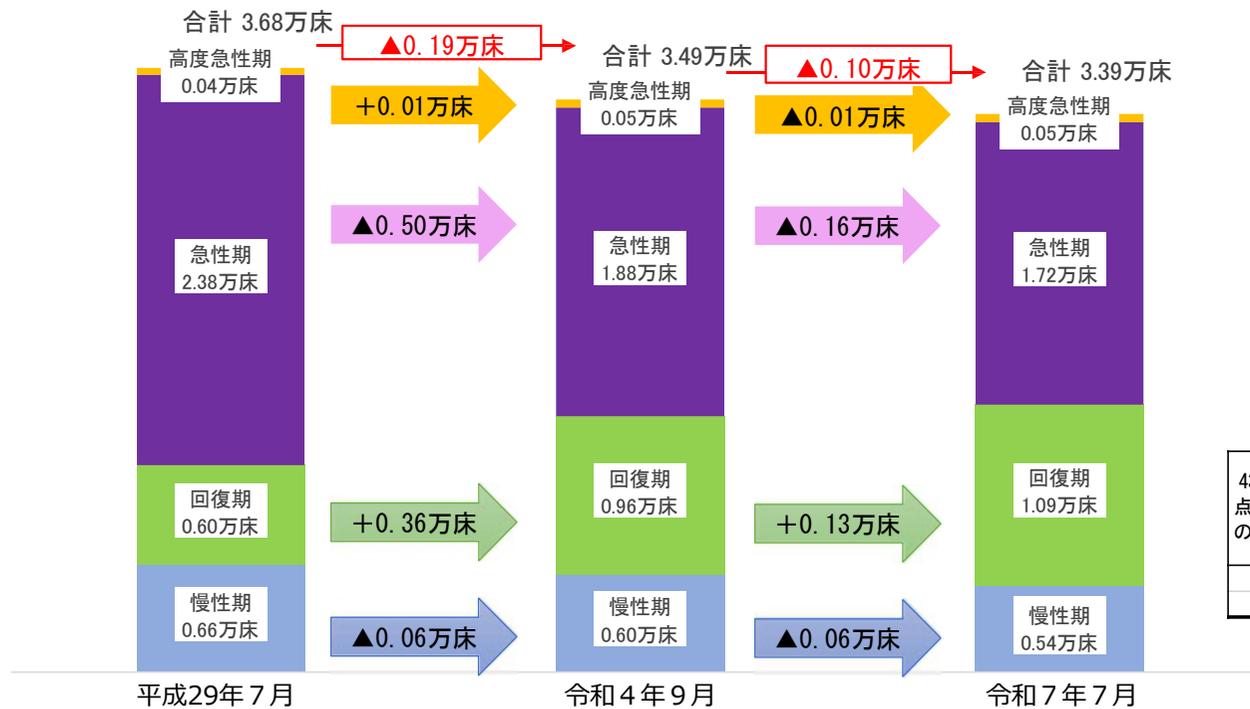
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

再検証対象医療機関のうち 措置済を含む検証済の医療機関（228病院分）の病床機能・病床数

- 平成29年から令和7年にかけて、全体の病床数は3.68万床から3.39万床に減少する見込み。
- そのうち、急性期病床は2.38万床（65%）から1.72万床(51%) に、慢性期病床は0.66万床（18%）から0.54万床（16%）に減少する見込みであり、高度急性期病床は0.04万床（1.1%）から0.05万床（1.5%）に、回復期病床は0.60万床（16%）から1.09万床（32%）に増加する見込みである。
- 令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は、190病院で全体の83%であり、そのうち令和4年9月までに病床機能あるいは病床数を変更した病院は166病院で73%である。

平成29年7月から令和7年7月までの病床機能・病床数との比較



436のうち現時点の有効回答数のうち合意済み	令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する方針	うち令和4年9月までに変更
	228病院 (100.0%)	190病院 (83.3%)

機能区分の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線1・区分線2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

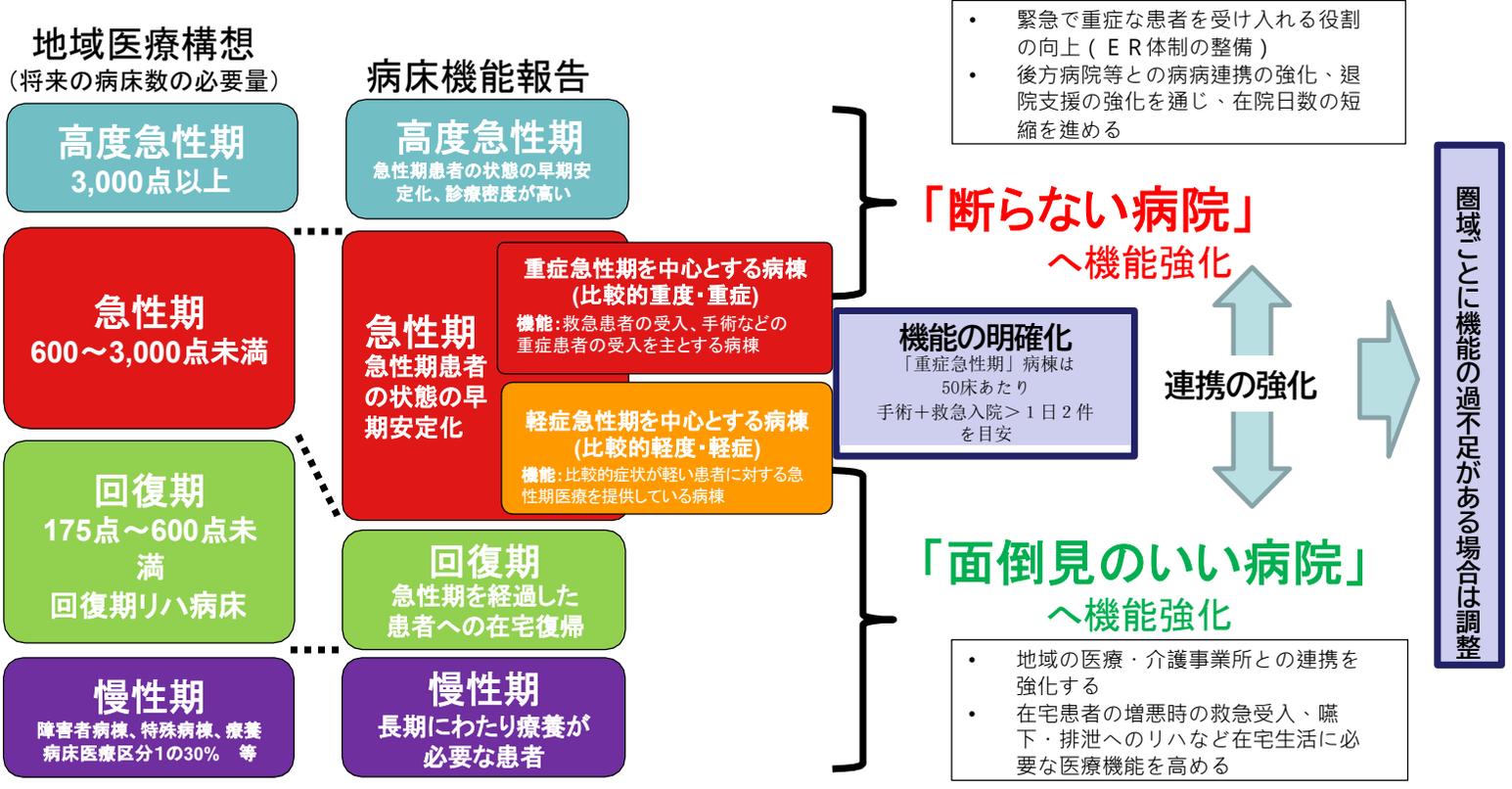
4 機能	大区分					
	主に成人		周産期	小児		緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU		MFICU NICU GCU	PICU	小児入院医療 管理料1	
急性期			産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1		緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟			小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所		
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等					緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

↑
切り分け

具体的な機能に応じて区分線を引く

急性期の報告の「奈良方式」

- 病床機能報告に加え、奈良県独自に急性期を重症と軽症に区分する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化、強化を推進。



(課題)

- 新たな機能別必要病床数の推計が必要
 - ・現在は2013年度データによる

- 病床機能の定義が客観的でない
 - ・回復期病床の定義：診療報酬と紐づけ？

- 病床機能（特に急性期と回復期）に焦点が集中しすぎ
 - ・重要なのは地域包括ケア（在宅医療や介護との連携）
 - ・慢性期病床には在宅医療も含まれていたはず

- 病床の問題は医療従事者の問題と一体化
 - ・医師の地域偏在、人口減少と労働力不足

- インセンティブの適切性
 - ・医療介護総合確保基金の運用が適切か
 - ・民間病院にとっては経営問題

- 「病院」の機能についての区分がない
 - ・特定機能病院と一般の病院を同一視できるか

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：紹介受診重点医療機関と選定療養**
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、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し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

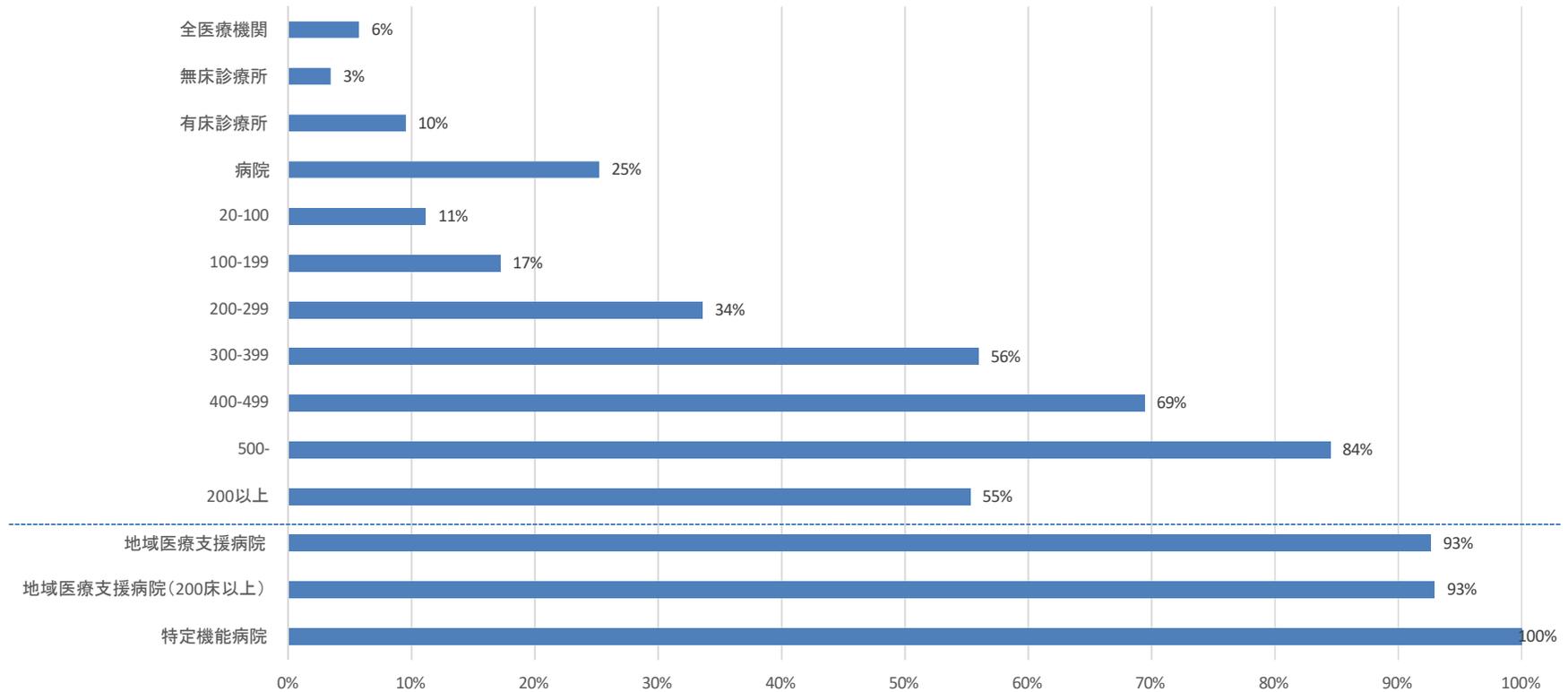


- ＜「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ＞
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
 - 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
 - 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の分布

初診の外来における「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の割合 = $\frac{\text{初診の「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の割合



(注)

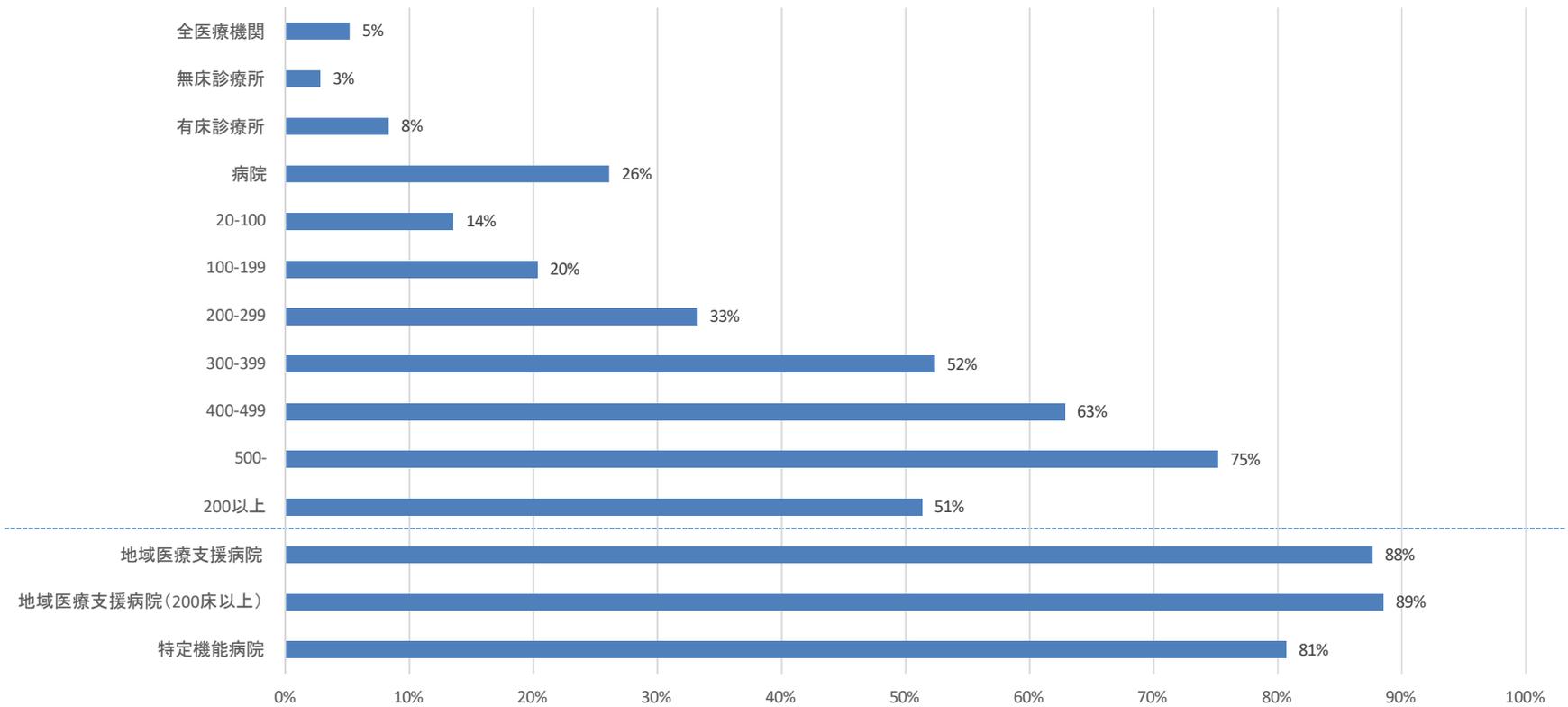
- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合 = $\frac{\text{再診の「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$

再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えること**とする。

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」
「仮称」
基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目(案)

令和3年7月28日 外来機能
報告等に関するワーキング
グループ資料

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容について、「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況のデータ分析で仮に設定した、以下の診療報酬の外来の項目(案)を検討してはどうか。

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 **紹介受診重点医療機関**

次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、**類型①**に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。(例:がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等)

- Kコード(手術)を算定
- Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定
※1: 6000cm²以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギブス固定等、1000点以上のもの
- Lコード(麻酔)を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当した外来の受診を、**類型②**に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定
※2: 脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード(手術)を算定
- Nコード(病理)を算定

③ 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等)

次のいずれかに該当した外来の受診を、**類型③**に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- **ウイルス疾患指導料を算定**
- **難病外来指導管理料を算定**
- 診療情報提供料 I を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策**
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

外来医療計画

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、[医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの](#)である。
- 都道府県は、二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、[協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表](#)。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

[診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化](#)。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、[新規開業希望者等に情報提供](#)。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に[外来医療の実施状況を報告\(外来機能報告\)](#)し、「[地域の協議の場](#)」において、[外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議](#)。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関([紹介受診重点医療機関](#))を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの[医療機器の配置状況を可視化](#)し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

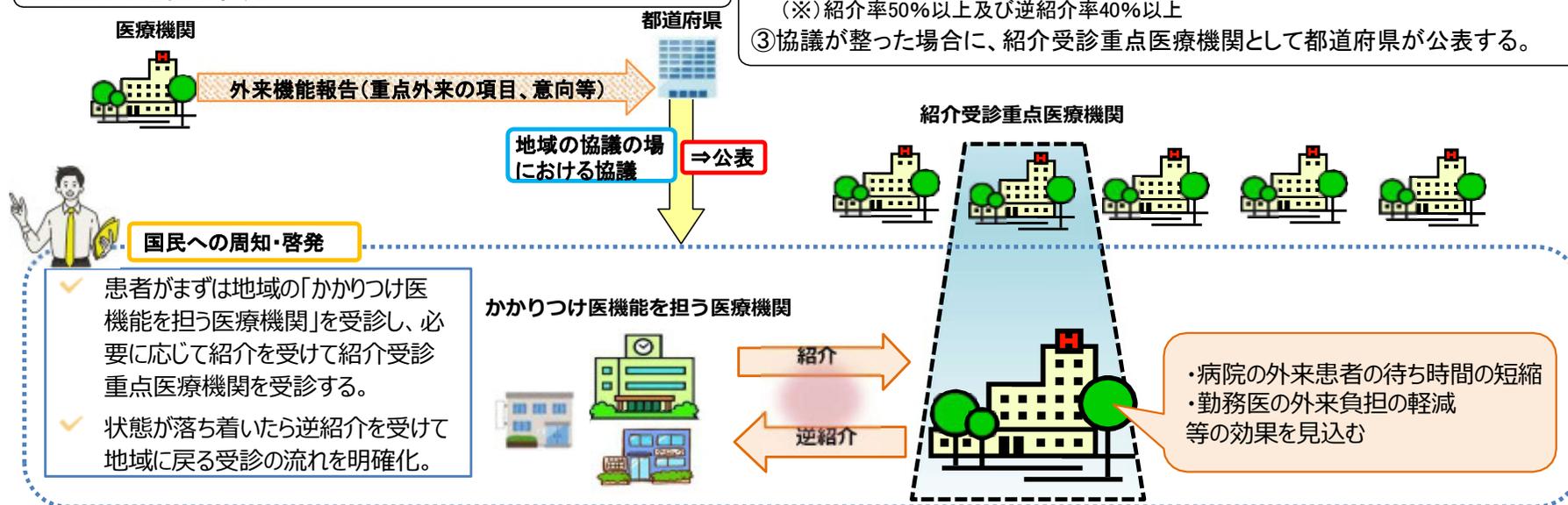
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
 - (※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



外来機能報告

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 **病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの**(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 **患者を入院させるための施設を有しない診療所**(以下この条において「**無床診療所**」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

▶ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

- (1) **医療資源を重点的に活用する外来の実施状況**
- (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- (3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

▶ 「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務：病院・有床診療所
任意：無床診療所

報告頻度

年1回
(10~11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

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

紹介受診重点医療機関の基準

上記の外来の件数の占める割合が
・ 初診の外来件数の40%以上
かつ
・ 再診の外来件数の25%以上

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上
かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関として取りまとめ

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) **かかりつけ医機能：機能と制度**
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

「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。

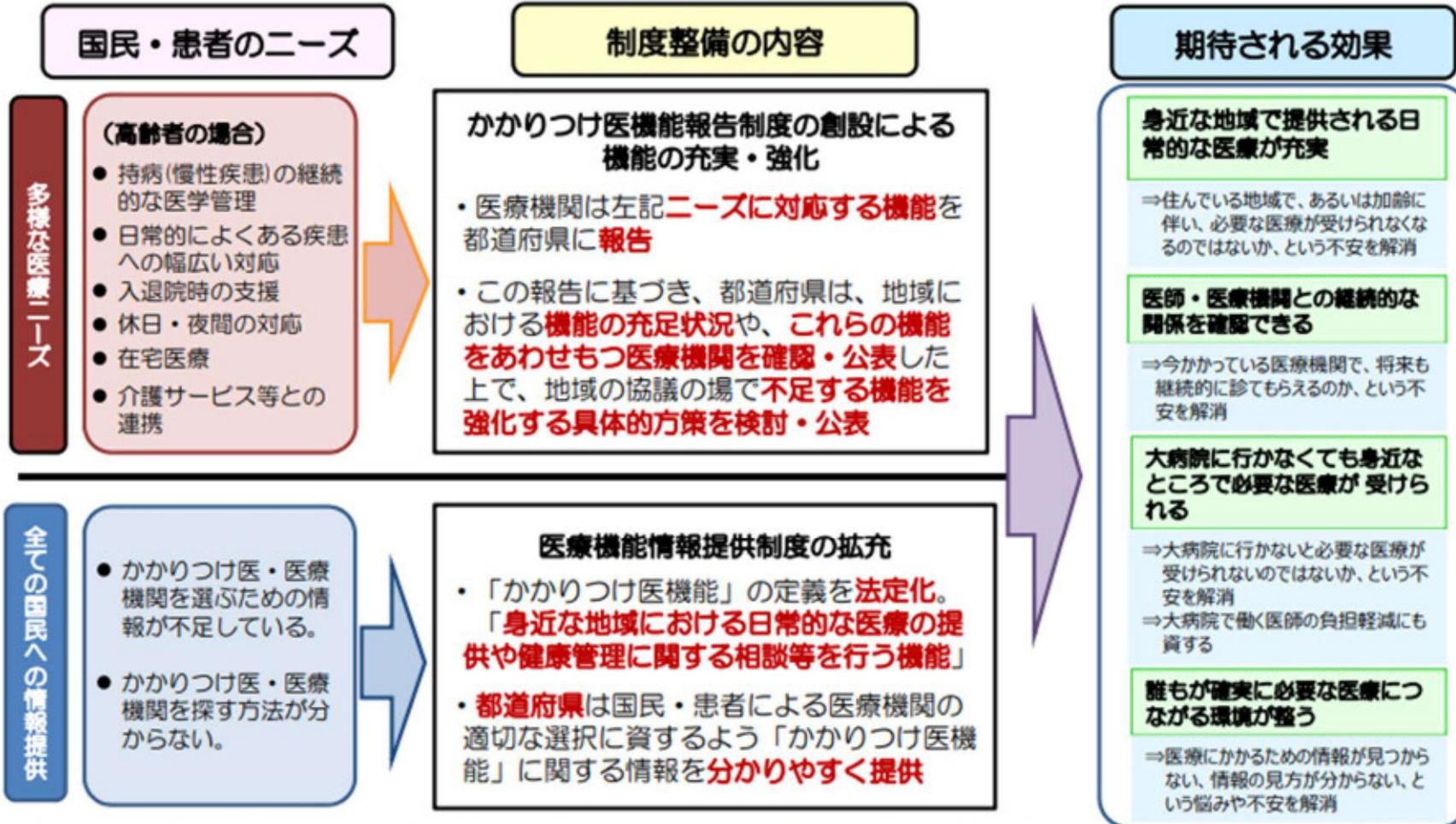
「かかりつけ医機能」

- 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。

出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)

かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。



※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

国民・患者へのわかりやすい情報提供の実現

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ+医療DX→拡大**

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

検討の背景

規制改革実施計画（令和3年6月18日閣議決定）（抄）

医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、**国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定**し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の**好事例の展開**を進める。

規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定）（抄）

厚生労働省は、令和3年6月の規制改革実施計画を踏まえ策定するオンライン診療の更なる活用に向けた基本方針について、オンライン診療の現実の利用実態を踏まえたより実効的な内容となるよう、策定に当たっては、**オンライン診療を受診したことのある者及び実施した経験のある医師の意見を踏まえる**とともに、令和4年1月のオンライン診療指針の改訂に係る「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」における議論・経緯を踏まえ、当該基本方針の策定を行う。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画フォローアップ （令和4年6月7日閣議決定）（抄）

地域におけるオンライン診療の幅広く適正な実施など遠隔医療の活用の促進のため、2022年度中に、**遠隔医療が果たす役割や患者・住民の理解の推進等も含め、遠隔医療の更なる活用のための基本方針を策定**する。また、2022年度から、地域の医療関係者や関係学会の協力を得ながら、オンライン診療の取組事例の普及や遠隔医療を行う医療機関への情報通信機器の導入支援を行うとともに患者や住民の理解を得るための講習、普及啓発等を行う。

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（案）の概要- 1

I 基本方針の目的

- ・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
- ・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

II オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨（患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為）

期待される役割

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

- ・D to P
- ・D to P with D
- ・D to P with N
- ・D to P with その他医療従事者
- ・D to P with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

現状の課題

- ・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
- ・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
- ・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

- 【国の取組み】
 - ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
 - ・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等
- 【都道府県及び市町村の取組み】
 - ・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する 等

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（案）の概要- 2

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

- #### 期待される役割
- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
 - 効率的・効果的な医療提供体制の整備
 - 医療従事者の働き方改革等への寄与

- #### 様々な形態
- ・D to D
 - ・D to N、D to その他医療従事者
 - ・N to N、N to その他医療従事者、その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

- #### 現状の課題
- ・遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
 - ・個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
 - ・遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討 等

関係者の取組みの方向性

- 【国の取組み】**
- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
 - ・遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等
- 【都道府県及び市町村の取組み】**
- ・遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する 等

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

- 1 地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
- 2 医療従事者教育／患者教育の充実
- 3 質評価／フィードバック
- 4 エビデンスの蓄積
- 5 新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

医療DXの推進に関する工程表（概要）

第2回医療DX推進本部
（令和5年6月2日）資料2

基本的な考え方

- 医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく
- サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる

マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等

- 2024年秋に健康保険証を廃止する
- 2023年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入

全国医療情報プラットフォームの構築

- オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
- 2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応
- 2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現
- 民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援
- 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築

電子カルテ情報の標準化等

- 2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討
- 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討
- 遅くとも2030年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す

診療報酬改定DX

- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討

医療DXの実施主体

- 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組
- 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点から踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制**
- (2) 医師の地域偏在対策：

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

[背景]

1. 安倍政権下の「働き方改革」

日本の長い労働時間の改善←低い生産性、



勤務医労働も例外でない

2. 勤務医に対するこれまでの長時間労働規制

医療の特性への配慮

○公共性→応召義務（→勤務時間との関係（通達2019/12））

○（医療需要の）不确实性→勤務時間が不确实

○労働と自己研鑽（研究）の未分化

→勤務時間と自己研鑽時間の区別が困難（大学病院など大病院）



労働基準法は謙抑的な適応

3. 長時間労働の恒常化

○医師の時間外労働時間（2016年度、2019年度）：約4割が960時間超、約1割が1860時間超

○医師の長時間労働の問題：勤務医の過労死、睡眠不足等による医療の質の低下

1. 医師の勤務時間の実際

まず平成28年度、令和元年度に実施された医師の勤務実態調査から医師の勤務時間の実態を見てみよう。

医師の時間外労働は約4割が年960時間を超え、約1割は年1,860時間を超えていた。労働基準法により一般労働者の時間外労働の上限は年720時間と定められていることから、医師の労働時間は実際に非常に長いことが分かる。

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合



※1 H28前回調査、今回調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している

※2 前回調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている

※3 今回調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要

※4 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している

○診療科別の週当たりの勤務時間は、外科、脳神経外科、救急科、産婦人科の勤務時間が長い。

○男女別では男性医師の方が女性医師より勤務時間が長い。これは女性医師の方が勤務時間の比較的短い診療科（眼科、皮膚科等）に従事しているからだと思われる。

○年齢別では男女とも20代、30代の勤務時間が長い。

○所属する病院種別では、長時間労働の割合は大学病院、救急病院、病院全体の順で高い。



労働時間の上限規制の影響は診療科、病院のタイプにより異なる。

週当たり勤務時間					病院種別週当たり勤務時間の割合 (救急病院：三次救急+救急車1000台受入二次救急)			
診療科別		年齢・男女別						
診療科	勤務時間	年代	男性医師	女性医師	勤務時間	大学病院	救急病院	全体
内科	56時間13分	20代	61時間34分	58時間20分	40時間未満	9.2%	9.8%	13.7%
外科	61時間54分	30代	61時間54分	51時間42分	40～50時間未満	17.9%	20.2%	22.3%
小児科	54時間15分	40代	59時間34分	49時間15分	50～60時間未満	25.8%	27.5%	26.3%
産婦人科	58時間47分	50代	56時間16分	51時間32分	60～70時間未満	23.1%	20.9%	18.9%
精神科	47時間50分	60代以上	47時間20分	44時間44分	70～80時間未満	12.4%	12.1%	10.4%
皮膚科	53時間51分	全平均	57時間35分	52時間16分	80～90時間未満	7.0%	5.9%	5.0%
眼科	50時間28分				90～100時間未満	3.0%	2.5%	2.3%
耳鼻咽喉科	55時間02分				100時間以上	1.6%	1.2%	1.2%
泌尿器科	56時間59分							
整形外科	58時間50分							
脳神経外科	61時間52分							
形成外科	54時間29分							
救急科	60時間57分							
麻酔科	54時間06分							
放射線科	52時間54分							
リハビリ科	50時間24分							
病理診断科	52時間49分							
臨床検査科	46時間10分							
総合診療科	57時間15分							
臨床研修医	57時間26分							
全平均	56時間22分							

[長時間労働短縮化に対する考え]

1. 積極的支持：労働法学者、労働組合（連合、自治労）、過労死医師遺族etc.
 - 医師の心身の健康
 - 医療の質の担保
 - 女性医師への対応

2. 消極的？/疑問：病院管理者、医師不足地域の首長etc.
 - 医師不足地域の首長：医師不足の加速化
 - 大病院（大学病院等）：臨床医学の停滞、研修の停滞、医局員の減少
 - 中堅市中病院：非常勤医師の確保困難
 - （一部の勤務医：アルバイトの制限）

[労働時間の上限]

- 一般労働者の時間外労働の上限は年360時間、1か月45時間が原則であるが、36（サブロク）協定により例外が認められる。その場合でも、年720時間、1か月100時間未満が上限。
- 医師の時間外労働については医療の特殊性（不確実性、公共性）を考慮して、上限を一般より引き上げる。基本は年960時間であるが、長時間労働が必要だと認められるケースでは年1,860時間まで認められる。
- 年960時間の根拠は、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準（いわゆる過労死ライン）が月80時間以内であることから、80時間×12か月＝960時間とされた。
- 年1,860時間については、勤務医の勤務時間調査から上位10%の水準を根拠とした。平成28年度（2016年度）、令和元年度（2019年度）に実施された医師の勤務実態調査によれば、時間外労働が年960時間以下の医師は約6割、年960時間～年1,860時間の医師が約3割、1,860時間を超えている医師は約1割であった。
- 年1,860時間については、一般が年720時間であることと比較して、医師の長時間労働を是正するという視点からほど遠いという反対意見があったが、極端な時短は地域医療等へ影響を及ぼすことが懸念され、また制度導入後、1,860時間を段階的に短縮し、2035年度末には960時間にまで引き下げることが盛り込まれた。

[長時間労働に伴う追加的健康確保措置の導入]

○新しい制度では年間上限960時間、1,860時間のどちらの場合でも、1か月の上限は一般と同様に100時間未満としている。しかし、医師の場合、患者数が多い、緊急手術が重なる等により100時間を超えることも想定されるので、「面接指導」と「休息時間の確保」という追加的健康確保措置を行うことを条件に月100時間を超過することを認めている。

[面接指導]

① 管理者（事業者）は以下の事項について確認を行う必要がある。

- 前月の休日・時間外労働時間
- 直近2週間の1日平均睡眠時間
- 労働者の疲労蓄積度自己診断チェック

②面接を行う医師は労働安全衛生法に基づく事項（勤務の状況、疲労の蓄積の状況、心身の状況（うつ症状や心血管疾患のリスクなど）に加え睡眠負債の状況を確認する。

[休息時間の確保]

- 連続勤務時間制限28時間
- 勤務間インターバル9時間の確保
- 代償休息（勤務時間上限を超えた場合に取得する休息）の取得

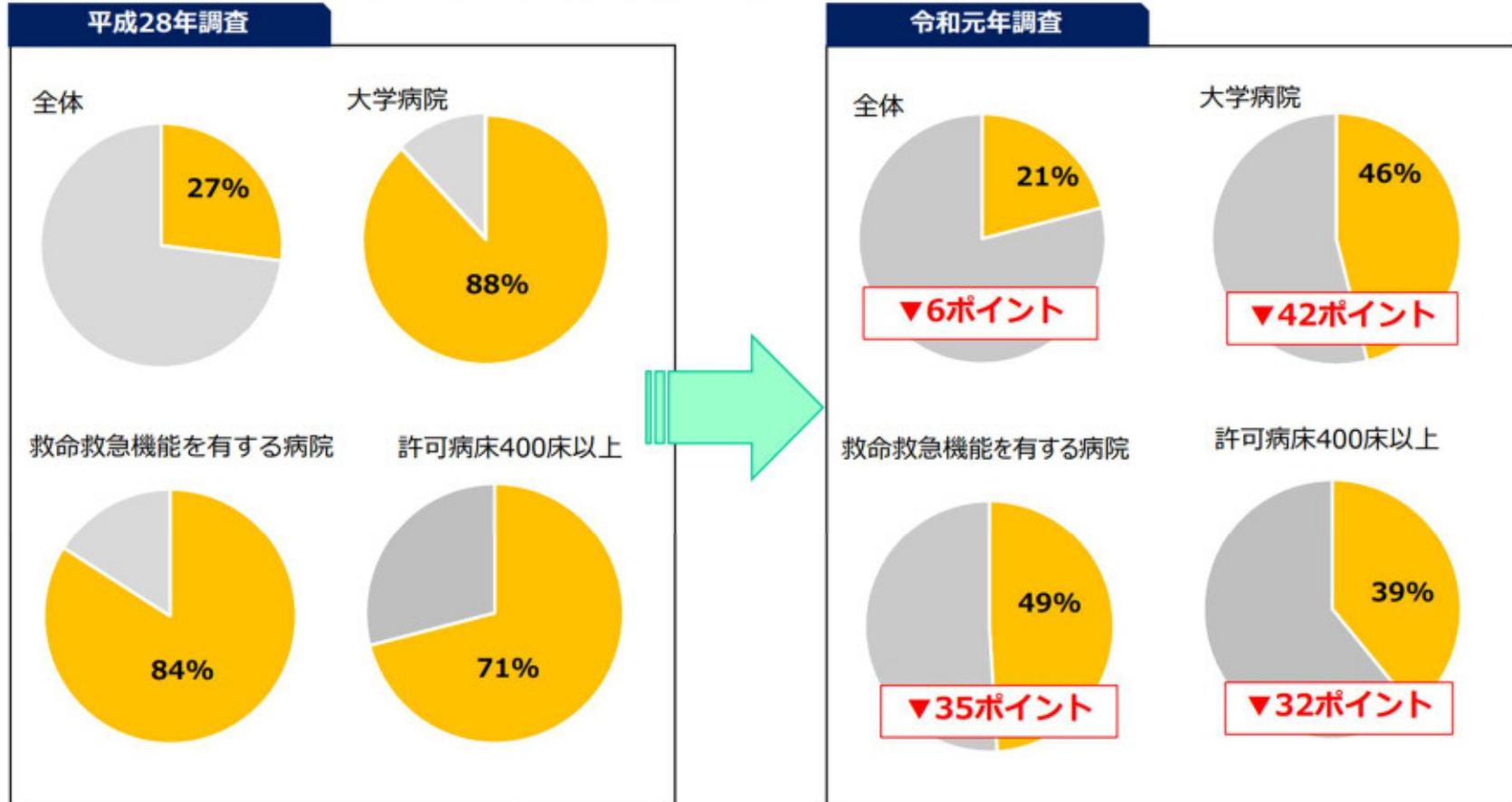
長時間労働の水準と医療機関の機能

長時間労働の水準	求められる医療機能	長時間労働の必要性	時間外労働時間の年間上限	面接指導：月100時間超の場合	休息時間の確保
A水準	一般の医療機関	—	960時間	義務	努力義務
連携B水準	医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関	自院における時間外労働は年960時間以内であるが、左記の目的で他の医療機関での勤務と通算で年960時間を超える医師が存在すること	派遣元の上限は年960時間。派遣先での勤務時間と通算の上限が年1,860時間	義務	義務
B水準	○救急医療、在宅医療、地域医療への貢献を担う ○専門的な知識・技術が求められる医療を提供する	左記の機能を果たすために、予定される時間外労働が年960時間を超える医師が存在すること	1,860時間	義務	義務
C-1	国から臨床研修施設として、日本専門医機構・学会から専門医研修施設として認定された医療機関	臨床研修医や専門医取得を目指す専攻医に適用されるプログラムを勤務時間の視点から評価	1,860時間	義務	義務 臨床研修医には連続勤務時間制限を徹底する
C-2水準	都道府県による施設の承認、新設される審査組織による計画の承認が得られた医療機関	臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用する	1,860時間	義務	義務

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、過当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、過当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



※H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ、勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救命機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救命機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

	第2回 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査	第3回 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査
調査対象	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院の本院：81病院 ○都道府県：地域医療提供体制維持に必要な医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院の本院：56病院 第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した病院 ○都道府県 <ul style="list-style-type: none"> ① 第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した医療機関 ② 地域医療提供体制維持に必須となる医療機関
調査期間	令和4年7月11日～令和4年8月19日	令和4年8月22日～令和4年9月16日
調査方法	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院本院の各診療科に調査票を配布し、回答を集計 ○各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計 	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院本院に調査票を配布し、回答を集計 ○各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計
調査事項	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院の本院 <ul style="list-style-type: none"> ・自院での時間外・休日労働時間数の把握の有無 ・副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数の把握の有無 ・調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数 ○都道府県 <ul style="list-style-type: none"> ・調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数 	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院の本院 <ul style="list-style-type: none"> 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数 ○都道府県 <ul style="list-style-type: none"> ① 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数 ② 令和6年4月時点で医師の引き上げにより診療機能への支障を来すことが見込まれる医療機関数

	第2回準備状況調査	第3回医師準備状況調査
調査結果概要	<p>○大学病院の本院</p> <ul style="list-style-type: none"> •回答数 大学病院の本院：81 病院 診療科：2,455 診療科 •時間外・休日労働時間数の把握状況(診療科単位) 自院の勤務実績：100% 副業・兼業先の勤務予定：100% 副業・兼業先の勤務実績 93% •調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算 1,860時間相当超の医師数及び病院数：1,095 人・56 病院 <p>○都道府県</p> <ul style="list-style-type: none"> •回答数： 都道府県：45都道府県 •調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算 1,860時間相当超の医師数及び医療機関数： 993 人(病院：886人、有床診療所：107人) 303 医療機関 (病院：216/4,257、有床診療所：87/1,427) 	<p>○大学病院の本院</p> <ul style="list-style-type: none"> •回答数 大学病院の本院：56 病院 •労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数： 69人(8病院) <p>○都道府県</p> <ul style="list-style-type: none"> •回答数：都道府県：① 47 都道府県、② 46 都道府県 ① 労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超見込みの医師数： 237人(病院：204人、有床診療所：33人) ② 医師の引き上げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関数：43 医療機関

11) 各特例水準に申請予定の医師数及び専門業務型裁量労働制適用の医師数
(令和4年11月1日現在、非常勤職員を含む)

	合計医師数	44,183	人
① A水準	21,179	(47.9%)	
② B水準	3,088	(7.0%)	
③ 連携B水準	10,852	(24.6%)	
④ C-1水準	1,099	(2.5%)	
⑤ C-2水準	31	(0.1%)	
⑥ 裁量労働制適用者	7,934	(18.0%)	

「全国医学部長病院長会議」調査報告

2. 医師の働き方改革が教育・研究に及ぼす影響について

1) 労働時間短縮により教育(卒前)、研究に生じる影響について(複数回答可)

	回答病院数	
①授業の準備に必要な時間の確保が出来なくなり、教育の質の低下が生じる	68	(84.0%)
②学生への個別指導時間の確保が出来なくなり教育の質の低下が生じる	66	(81.5%)
③臨床実習で必要な時間の確保が出来なくなり、臨床教育の質の低下が生じる	72	(88.9%)
④研究時間の確保が出来なくなり、研究成果が減少する	73	(90.1%)
⑤その他	15	(18.5%)

⑤その他でいただいた主な意見

- 医学部の教員は研究、教育、臨床の三つの役割を果たすために時間を最大限フレキシブルに使っているが、それでも三つの役割を十分に果たすための総時間数が不足する状況になっている。労働時間が短縮されると研究や教育に充てる時間数が更に低下する事に直結し、特に研究の量と質の低下につながる。現在の医学研究では様々な社会的要請や規制等をクリアして研究を計画・実施する必要があり、そのために必要とされる事務作業も年々増加している。労働時間の短縮によりこうした業務にも支障が生じ、臨床研究などが停滞することで先端的な医療の実現という大学医学部にとって最も重要な責務を果たせなくなることを危惧する。
- 研修医、専攻医など、修練が必要な時代に、労働時間を短縮することは、医師としての命取りで、ひいては国全体の医療・医学レベルの低下に直結すると危惧します。
- 上記の1)～4)全てが該当すると思われるが、これはひとえに大学教員の数が臨床、研究、教育の全て担うという点で圧倒的に不足しているということが問題点であり、“現状の教員数において労働時間を短縮すると”という条件付きであることを明記しておきたい。また、特に若手教員は外勤によって市中病院の医師と同等の給与水準を維持しているため、労働時間の短縮により外勤ができなくなることで収入減が予想され、ますます教員がいなくなることが懸念される。

「全国医学部長病院長会議」調査報告

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策：**

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

医師養成課程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率**を縮小するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度**を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師養成課程を通じた医師偏在対策

医師養成
課程

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

学部
教育

大学医学部 - 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和5年(2023年)からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中



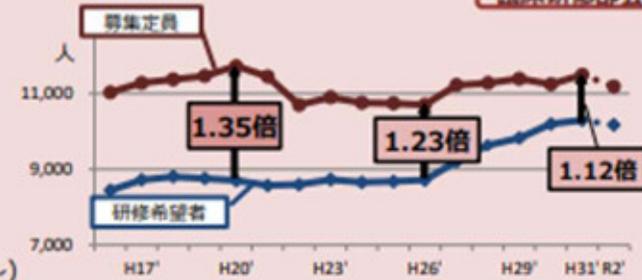
臨床
研修

臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年~)

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月~)

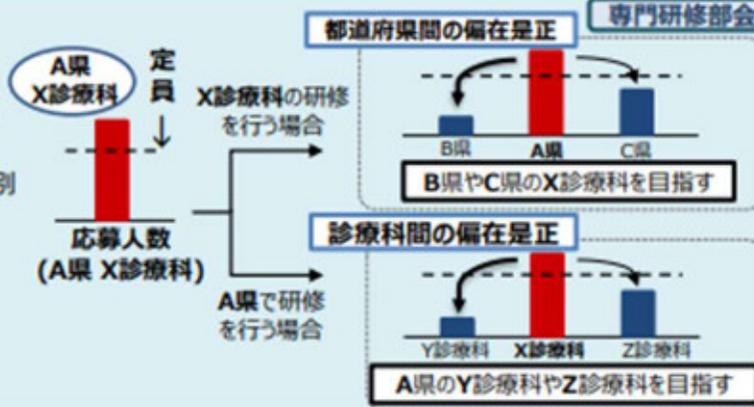


専門
研修

専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

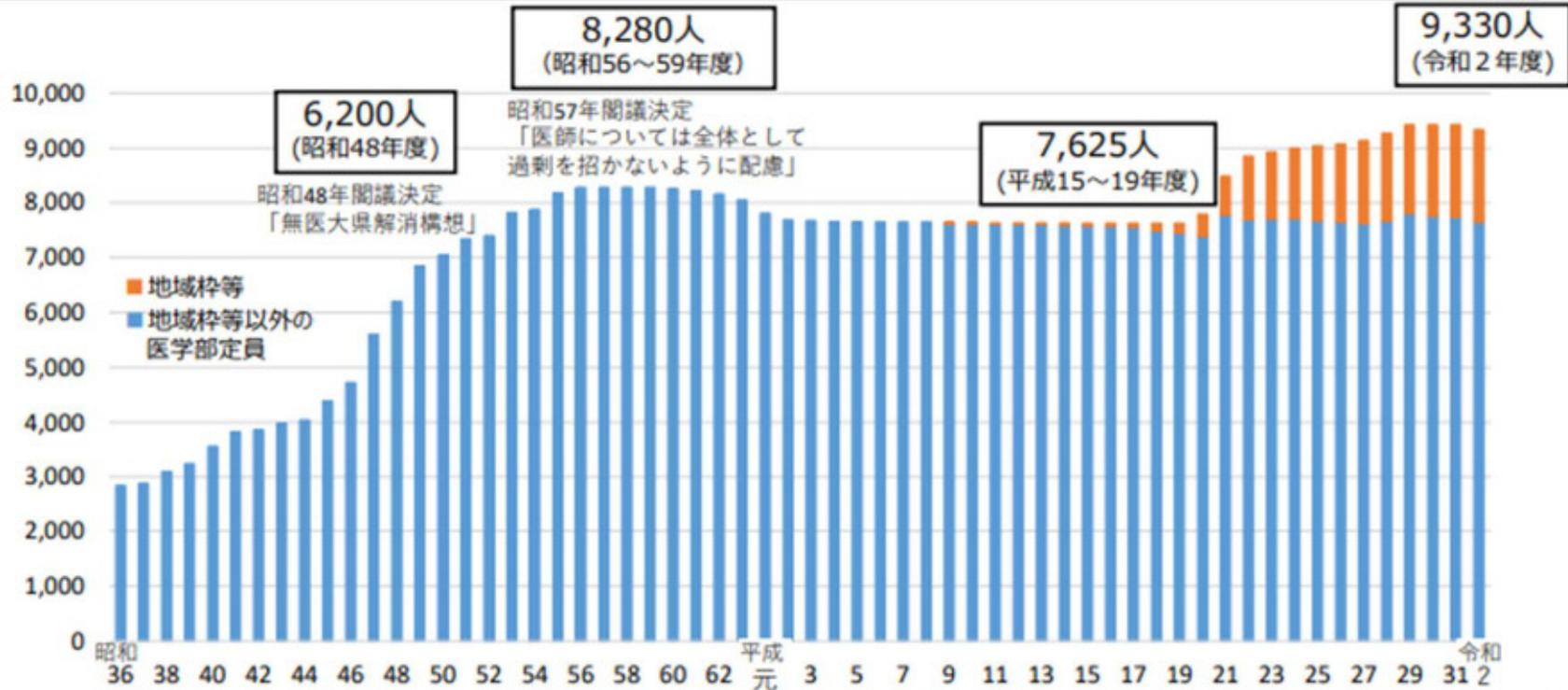
- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修~)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2022年度に向けては、日本専門医機構において検討中



医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠等***の数・割合も、**増加**してきている。
(平成19年度183人(2.4%) → 令和2年1679人(18.2%))
 - ・地域枠等* : 地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。

(人)



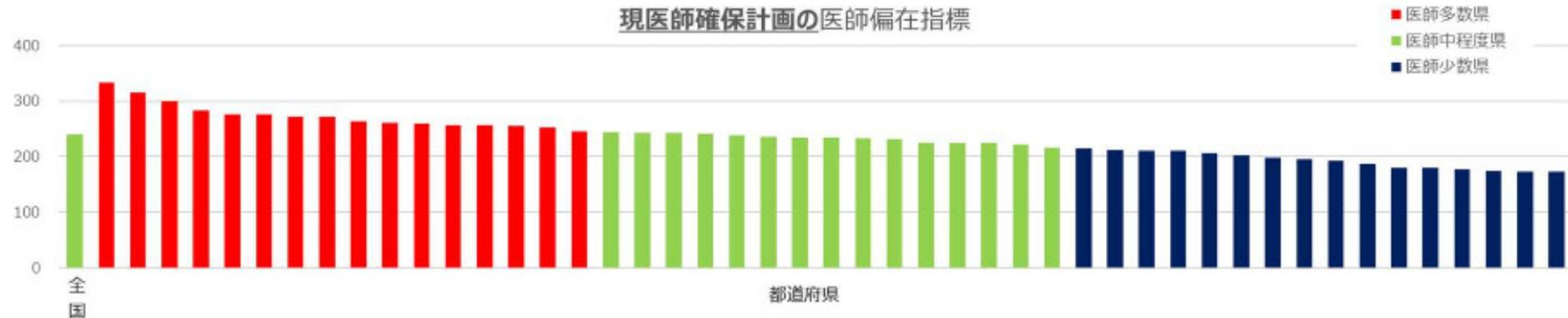
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省医学教育課調べ)

新旧医師偏在指標の区分変動（都道府県）

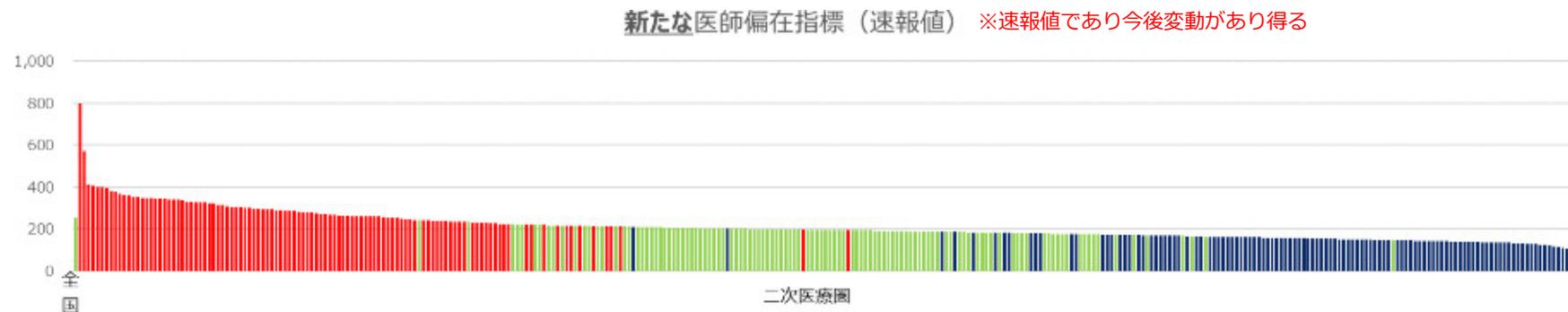
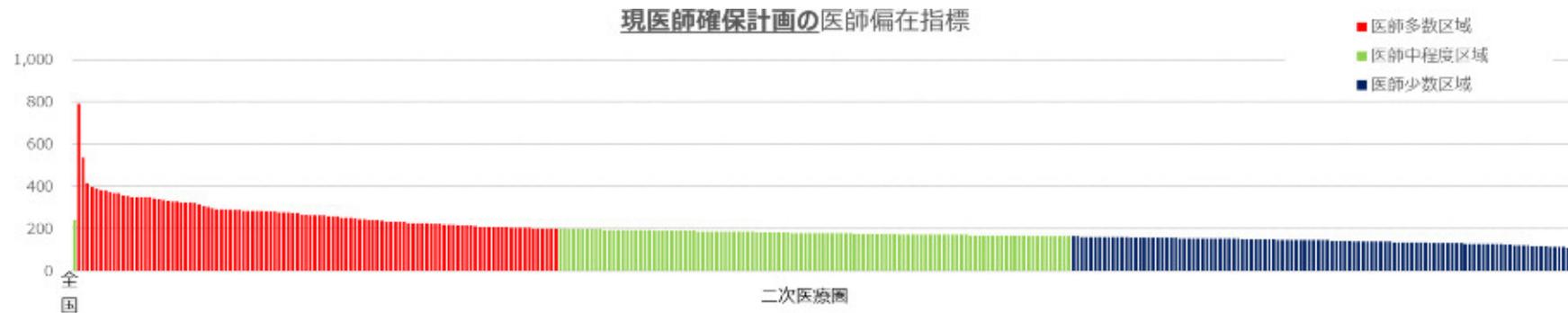
- ・現在の医師偏在指標（都道府県別）の順位がどのように変動したかを示す。
- ・新たな都道府県別医師偏在指標では、多数から中程度へ2県、中程度から多数へ2県・少数へ1県、少数から中程度へ1県が変動し、**6県（13%）**において区分を跨ぐ変動が見られた。



新旧医師偏在指標の区分変動（二次医療圏）

- ・現在の医師偏在指標（二次医療圏別）の順位がどのように変動したかを示す。
- ・新たな二次医療圏別医師偏在指標では、多数から中程度へ7区域、中程度から多数へ11区域・少数へ12区域、少数から中程度へ12区域が変動し、**42区域（13%）**において区分を跨ぐ変動が見られた。

※現医師偏在指標での医師多数区域は108区域であるが、新たな医師偏在指標での医師多数区域は上位1/3である112区域として試算。
新たな医師偏在指標では主従按分を加味している。



医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策

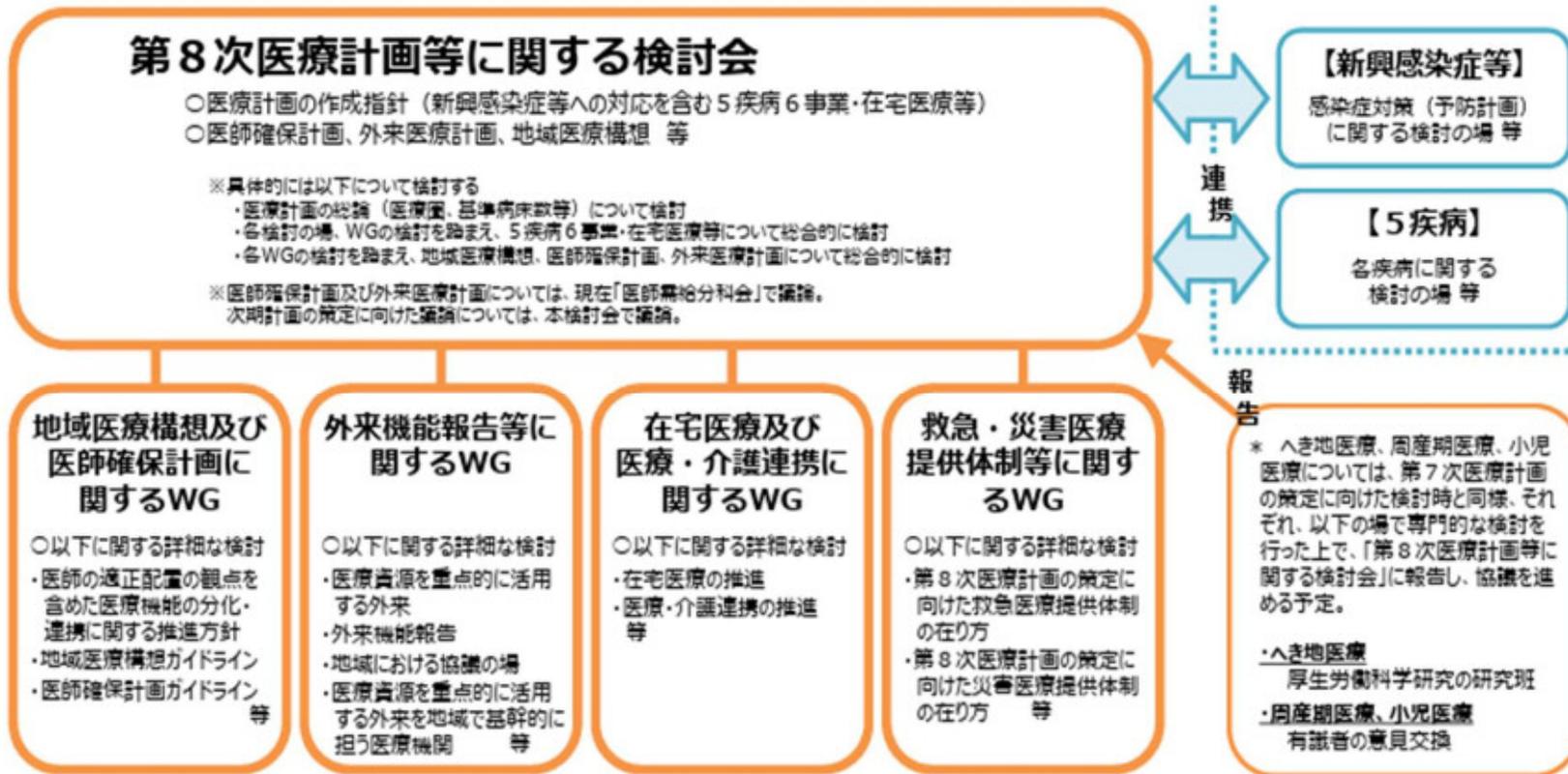
III. その他

- (1) **感染症対策：医療計画に加わる**
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

令和3年6月18日医療計画検討会資料（改）

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



(前提) 想定する新興感染症とその対応の方向性

想定する新興感染症

- 対応する新興感染症(注)は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症(※)、指定感染症及び新感染症を基本とする。医療計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。
(注) 下記の定義を踏まえると、通称で「新興・再興感染症」とする場合もあるが、本資料ではそれと同義のものとして単に「新興感染症」としている。
(※) 感染症法上、新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症が定義されている。
- 実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。
「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、新型コロナへの対応(株の変異等の都度、政府方針を提示)を参考に、国として、国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知していく。

新興感染症発生・まん延時(初期)から一定期間経過後の対応

- 流行初期には、各都道府県知事の判断を契機として、特別な協定を締結した医療機関(流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関)を中心に対応することとなり、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定(※))経過後以降は、協定の内容に沿って順次、全ての協定締結医療機関が対応する。
(注) 国内での感染発生早期(感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前の段階及び公表後の流行初期の直後)は、現行の感染症指定医療機関で対応することを想定。
- (※) 令和4年11月24日参議院厚生労働委員会附帯決議
五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3箇月を基本として必要最小限の期間とすること。

流行状況(フェーズ)に応じた対応

- 新型コロナ対応では、国から各都道府県に対し、一般フェーズと緊急フェーズ(通常診療の相当程度の制限あり)のフェーズ設定の考え方を通知で示したうえで、各県それぞれで、感染状況のフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床数等を確保する計画を立てている。
新興感染症対応においても、基本的に、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定)経過後から、新型コロナ対応と同様のフェーズの考え方に沿って対応することとし、国として、通知において、同様の考え方を示していく。

都道府県と医療機関との協定の締結等について

1. 都道府県と医療機関との協定締結にあたっての基本的方針
2. 各医療措置協定について
 - (1) 病床関係
 - (2) 発熱外来関係
 - (3) 自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係
 - (4) 後方支援関係
 - (5) 人材派遣関係
3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項

新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

概要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定^(*)を締結する仕組み等が法定化された。（令和6年4月施行）
 (*）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
 - 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。
- ※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

新興感染症発生からの一連の対応

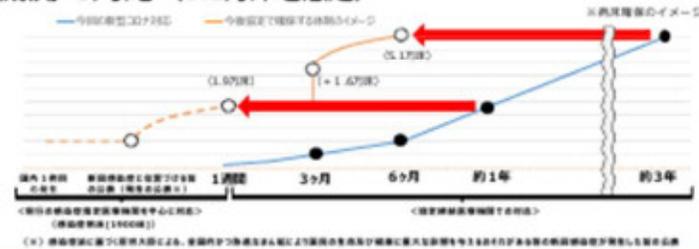
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

医療提供体制に係る数値目標の考え方等について

〈設定する数値目標〉

1 流行初期（3ヶ月まで）

- 発生の公表後1週間程度から、流行初期の期間の3ヶ月までの間は、新型コロナ発生の公表後約1年後（最初の冬に相当の波が発生）の入院・外来の患者数の規模に、前倒して対応できるよう、
 - ・ 入院患者数：約1.5万人
 - ・ 発熱外来患者数：約3.3万人
- 新型コロナ対応において、相当の対応を行ってきた医療機関を念頭に、体制を確保することを目指す。

病床：約1.9万床（約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関（約500機関）で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）
発熱外来：約1500機関（約3.3万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、200床以上の新型コロナ患者の入院可能な診療・検査医療機関で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）

2 流行初期以降（①3ヶ月後、②その後3ヶ月（6ヶ月）まで）

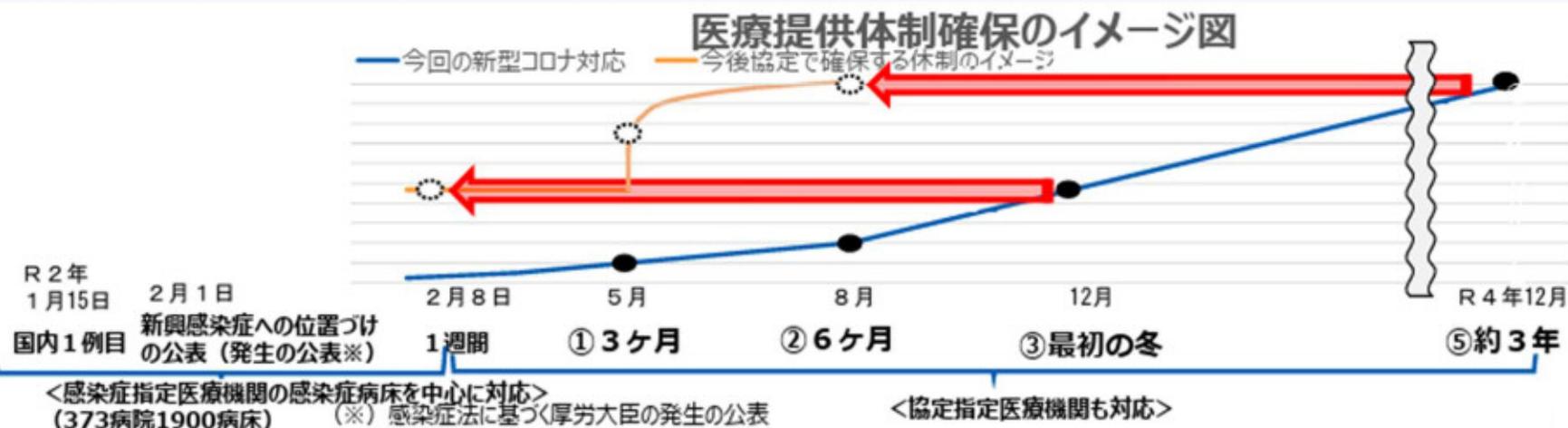
- ① 流行初期以降開始時点については、流行初期対応を行っていない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も加わり、体制を確保することを目指す。

病床：約3.5万床（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）
発熱外来：約5300機関（+約3800機関：同上）

- ② その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値（R4.12）の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速やかに（その後3ヶ月程度かけて）確保することを目指す。

- ・ 病床：約5.1万床
- ・ 発熱外来：約4.2万機関

病床：まずは約5.1万床を確保している約3000機関（うち重点医療機関約2000）との協定の締結を促す。
発熱外来：まずは約4.2万医療機関との協定の締結を促す。



医療措置協定の締結等のガイドラインについて

ガイドラインのねらい

- 改正感染症法に基づく医療措置協定の仕組み等により、平時からの協定協議のプロセス等の準備を通じ、地域における各医療機関の役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の構築を図ることが重要。
- 都道府県担当者や医療機関の担当者に、こうした協定の趣旨・目的等を理解いただくとともに、参照しながら協定の協議を進めていただくため、5月26日（※）、本ガイドラインを发出・周知（医政局地域医療計画課長通知）
※ 同日、予防計画基本指針・ガイドライン、医療計画基本方針・指針を併せて发出。29日に都道府県説明会を実施

ガイドラインの主な内容

① 協定の協議・締結の進め方について

都道府県は、医療機関に対する事前調査（下記②）の結果や、医療審議会プロセス等も活用し、また、医療関係団体等とも適宜連携しながら、広く協定の協議を行い、地域における医療機関の機能や役割を確認し、感染症医療と通常医療の分担・確保を図る。

このため、協定の協議・締結に資するよう、協定のひな形（病院・診療所、薬局、訪問看護事業所別。目的、医療措置の内容別（病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者等を含む）への医療の提供、後方支援、人材派遣）、期間、実施報告等）を示し、ひな形に沿って解説を記載。併せて、公的医療機関等（医療法の公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院）の義務の通知のひな形を示し、協定の協議と併せて通知する旨の解説を記載。また、上記医療審議会の意見聴取手続き等を記載。

協定締結作業については、令和5年度中から順次実施し、令和6年9月末までに完了する。

② 予防計画・医療計画策定や協定締結等に先立つ医療機関調査（事前調査）について

都道府県から医療機関に協定締結の意向等を確認するための調査票のひな形（医療措置の内容毎に見込み数等、参考で新型コロナ対応での実績）を提示。

併せて、新興感染症の今後の対応（協定締結や人員確保、報告方法等）に当たっての予定や課題等について調査の実施について周知（別途G-MISで実施）。

③ 協定締結後の公表や報告・変更等について

締結した協定の内容の都道府県ホームページでの公表や、協定の履行状況の報告（平時は年1回、感染症発生・まん延時は随時）、事前の想定と大きく異なる事態の場合は、国において判断を行い、機動的に対応すること等について解説。

《ハイブリッド開催》

第29回 医療経済研究機構シンポジウム

「新興感染症対策と医療計画」

－第8次医療計画に盛り込まれた「新興感染症対策」について 課題と展望－

従来は主として感染症予防計画で感染症対策がとられてきたが、新型コロナウイルス感染症のまん延は多くの医療機関に影響を与えたため、令和3年の医療法改正により医療計画に感染症対策が追加され、また令和4年の感染症法改正により都道府県と医療機関の間で協定を締結することになった。この流れを受けて令和6年度から実施される第8次医療計画において「新興感染症発症・まん延時における医療」が加えられた。このポイントは都道府県と医療機関との間で、①病床関係、②発熱外来関係、③自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係、④後方支援関係、⑤人材派遣関係に関する医療措置協定を締結することである。新型コロナウイルス感染症の経験からつくられた計画であるが、新しい計画だけに実現するうえで課題もあると考えられる。関係者で課題と展望について議論する。

◆ 日 時：令和5年10月20日(金) 13:30～16:40 (13:00より開場・ログイン開始)

◆ 参加方法：お申込時に〈会場参加〉か〈Web配信〉をお選びください

〈会場参加〉 全国社会福祉協議会・瀬尾ホール

東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル

〈Web配信〉 Zoomウェビナー（開催数日前に参加URL等を送付します）

◆ プログラム：

【講演】 13:30～

- ・開会挨拶：遠藤 久夫 医療経済研究機構 所長
- ・基調講演：迫井 正深 氏 厚生労働省 医務技監
- ・講演Ⅰ：鷺見 学 氏 内閣官房 内閣審議官
- ・講演Ⅱ：長谷川 学 氏 京都府 健康福祉部長
- ・講演Ⅲ：有賀 玲子 氏 富山県 厚生部長
- ・講演Ⅳ：山本 修一 氏 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO） 理事長
- ・講演Ⅴ：猪口 雄二 氏 公益社団法人全日本病院協会 会長
- ・講演Ⅵ：釜淵 敏 氏 公益社団法人日本医師会 常任理事

※ なお演者等につきましては変更になる場合がございます。予めご了承ください。

【休憩】 15:25～15:35

【パネルディスカッション】 15:35～

主要論点：医療計画に盛り込まれた感染症対策について考える

座長 遠藤 久夫

パネリスト 鷺見 学 氏、長谷川 学 氏、有賀 玲子 氏、山本 修一 氏、猪口 雄二 氏、釜淵 敏 氏

◆ 参加費：賛助会員＝無料 一般＝3,000円（事前振込・返金不可）

※賛助会員以外の方もご参加いただけます

◆ お申込：医療経済研究機構ホームページより、お申し込みください。

<https://www.ihep.jp/seminar/symposium/>

賛助会員 10月12日（木）締切

一般 9月28日（木）締切

※お申込締切日が変更になっております。

《ハイブリッド開催》

第29回 医療経済研究機構シンポジウム

一般の方のお申し込みからご参加までの流れ

（賛助会員の方は参加費無料のため、ご入金は不要です。）

- お申込時に〈会場参加〉か〈Web配信〉のどちらかをご指定ください
お申込ホームページで〈会場参加〉か〈Web配信〉のそれぞれのフォームをご選択し、お申し込み手続きを行ってください。
- 一般の方は、参加フォームよりお申し込み後、下記指定の口座に
9月28日（木）までにお振込みください。
〈Web配信〉をご希望の方で期日までにお振込みいただいた方のみ、聴講用URL・パスワードを送付させていただきます。
- ※ お振込期日が変更になっております。
- お振込みの控えをもって領収証とさせていただきます。

＜振込先＞

銀行・支店名：みずほ銀行新橋支店（支店番号：130）

口座番号：普通2617909

口座名称：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

電話番号：03-3506-8529

■ お申込フォームは9月28日までとなりますので、この日以降、賛助会員の皆様はメールにて（info@ihep.jp）お申込ください。

■ 会場参加に関する注意事項

- 瀬尾ホール 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル
・地下鉄銀座線「虎ノ門駅」11番出口より徒歩5分
・地下鉄千代田線／丸の内線／日比谷線「霞ヶ関駅」A13番出口より徒歩8分
・地下鉄千代田線／丸の内線「国会議事堂前駅」3番出口より徒歩5分
- 駐車場のご用意をしておりませんので、お車でのご来場はご遠慮願います。

■ Web配信（Zoomウェビナー）に関する注意事項

- 〈Web配信〉をご希望の方は**10月17日（火）**に、ご登録いただいたメールアドレス宛に、当日の聴講用URL及びログインパスワードを送らせていただきます。
- 発行されたIDおよびパスワードは他人と共有しないでください。
- 当セミナーを無許可で録音・録画する行為は法律で禁止されておりますのでご遠慮ください。

■ 当申込で記入いただいた個人情報は、セミナーのご案内・ご連絡に使用する以外には一切使用いたしません。

お問い合わせ先：

〒105-0001

東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3階

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構 企画渉外部

TEL：03-3506-8529 E-mail：info@ihep.jp

医療提供体制の課題と今後

I. 医療機関の課題と方向

- (1) 地域医療構想：課題と今後
- (2) 患者の受診行動と病院の機能区分：重点医療機関と選定療養
- (3) 外来医療計画/外来機能報告：外来機能の透明化、医師の地域偏在対策
- (4) かかりつけ医機能：機能と制度
- (5) 遠隔医療の推進：コロナ＋医療DX→拡大

II. 医師関連の課題と方向

- (1) 医師の働き方改革：勤務医の長時間労働規制
- (2) 医師の地域偏在対策

III. その他

- (1) 感染症対策：医療計画に加わる
- (2) 医薬品の安定供給：安定供給とドラッグ・ラグ

医薬品の「欠品・出荷停止」「限定出荷」の状況について

○ 全体の28.2%、後発品では41.0%で出荷停止、限定出荷が発生。

安定供給確保に関するアンケート調査概要（2022年8月末時点）

-結果の概況- n=（223社、15,036品目）

【全体概要】

2022年8月末 調査結果	総計		先発品		後発品		その他の医薬品		
	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	
通常出荷	10,802	71.8%	4,389	93.6%	5,484	59.0%	929	88.1%	
出荷停止	1,099	7.3%	52	1.1%	997	10.7%	50	4.7%	
限 定 出 荷	自社事情	665	4.4%	58	1.2%	578	6.2%	29	2.7%
	他社品の影響	2,261	15.0%	159	3.4%	2,058	22.1%	44	4.2%
	その他	209	1.4%	31	0.7%	175	1.9%	3	0.3%
	小計	3,135	20.8%	248	5.3%	2,811	30.3%	76	7.2%
出荷停止・限定出荷 小計	4,234	28.2%	300	6.4%	3,808	41.0%	126	11.9%	
合計	15,036	100.0%	4,689	100.0%	9,292	100.0%	1,055	100.0%	

※ 出荷停止1,099品目のうち、7社683品目は行政処分を受けた会社によるもの

《参考（昨年（2021年8月末時点）の調査結果（一部抜粋））》

欠品・出荷停止、 出荷調整 小計	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比
	3,143	20.4%	204	4.4%	2,890	29.4%	49	5.1%

【カテゴリ別：限定出荷と出荷量について】

	通常出荷量 (A)		出荷量減少 (B)		出荷量支障 (C)		合計	
先発品	197	79.4%	27	10.9%	24	9.7%	248	100.0%
後発品	2,176	77.4%	369	13.1%	266	9.5%	2,811	100.0%
その他の医薬品	64	84.2%	9	11.8%	3	3.9%	76	100.0%
合計	2,437	77.7%	405	12.9%	293	9.3%	3,135	100.0%

※ 通常出荷量 (A) : 100%以上の出荷量
 出荷量減少 (B) : 80%以上、100%未満の出荷量
 出荷量支障 (C) : 80%未満の出荷量

【カテゴリ別：「出荷停止」「限定出荷」の構成比】

2022年8月末 調査結果	出荷停止		限定出荷	
	品目数	構成比	品目数	構成比
先発品	52	4.7%	248	7.9%
後発品	997	90.7%	2,811	89.7%
その他の医薬品	50	4.6%	76	2.4%
総計	1,099	100.0%	3,135	100.0%

【カテゴリ別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析】

2022年8月末 調査結果	限定出荷							
	自社事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	58	8.7%	159	7.0%	31	14.8%	248	7.9%
	23.4%		64.1%		12.5%		100.0%	
後発品	578	86.9%	2,058	91.0%	175	83.7%	2,811	89.7%
	20.6%		73.2%		6.2%		100.0%	
その他の 医薬品	29	4.4%	44	2.0%	3	1.5%	76	2.4%
	38.2%		57.9%		3.9%		100.0%	
合計	665	100.0%	2,261	100.0%	209	100.0%	3,135	100.0%
	21.2%		72.1%		6.7%		100.0%	

増加する国内未承認薬



	2016年	2020年
国内未承認薬合計	117品目	176品目
国内未承認薬の割合	56%	72%

注1：各年の品目数は調査時点における直近5年の国内承認薬数
 注2：国内承認薬の割合 = 国内承認薬合計 (直近5年) / 欧米NME合計 (直近5年)
 出所：PMDA, FDA, EMAの各公報情報をもとに医薬産業政策研究所にて作成
 出典：医薬産業政策研究所「ドラッグ・ラグ：国内承認薬の状況と特徴」政策研ニュース No.63 (2021年07月)

「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」
 日本製薬工業協会 岡田安史 (2022年9月22日)

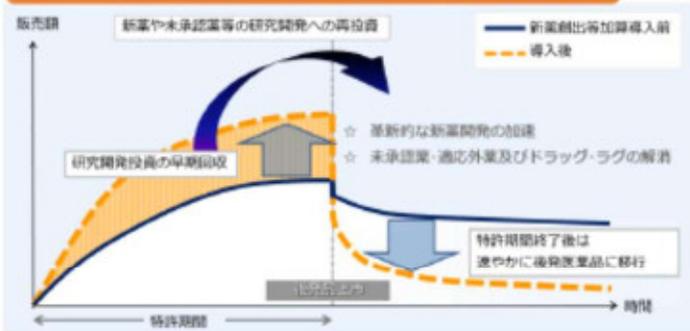
ドラッグラグの再燃が懸念される

新薬創出等加算について



- 新薬創出等加算の目的には、新薬創出の加速と未承認薬等の解消とともに、長期収載品に依存しないビジネスモデルの構築であったと認識している
- 後発品使用は促進され、現在はほぼ8割の水準に達している
- 2018年の薬価制度抜本改革では、対象品目の大幅な絞り込みと企業指標の導入などにより、薬価が必ずしも維持されない仕組みとされた

「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」のコンセプト



出典：中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 専門委員 資料(2015年11月11日)



新薬創出等加算対象品目の推移

改定時	対象品目数
2016年改定時	823
2018年改定時	562
2020年改定時	555
2022年改定時	571

抜本改革における品目要件の見直しにより32%減少

2022年改定における新薬創出等加算対象品目及び薬価維持品目の割合

①収載15年以内かつ後発品が収載されていない品目	新薬創出等加算対象品目	割合	①のうち薬価が維持された品目	割合
1,086	571	52.6%	350	32.2%

日薬連保険薬価研究委員会調べ

「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」
日本製薬工業協会 岡田安史（2022年9月22日）

医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する 有識者検討会報告書（ポイント）

- 検討会では、革新的医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、現状の課題を踏まえ、流通、薬価制度、産業構造など幅広い議論を実施してきた。議論のとりまとめとして、以下の対策を提言する。

安定供給の確保

【主な課題】

後発品を中心として、多くの品目が出荷停止等の状況。背景には、小規模で生産能力も限定的な企業が多い中、**少量多品目生産が行われる**といった**後発品産業の構造的課題**が存在している。

【対策の方向性】

少量多品目生産といった後発品産業の構造的課題の解消等

- 企業の**安定供給等に係る企業情報を可視化**。当該情報を踏まえた新規収載や改定時の**薬価の在り方を検討**
- 上市に当たって**十分な製造能力等を求める仕組みの構築**
- 業界再編も視野に、**品目数の適正化や適正規模への生産能力強化**を進め、少量多品目生産といった構造的課題を解消する観点から**薬価の在り方を検討**するとともに、品目数の適正化に併せた**製造ラインの増設等への支援**などを検討。ロードマップを策定し、集中的な取組を実施
- 製造効率の向上と品質確保の両立が図れるよう、異業種におけるノウハウの活用について検討するとともに、迅速な薬事承認を可能とする体制の確保や変更手続のあり方を明確化することで、製造効率の向上に向けた企業マインドを醸成することについて検討
- 後発品以外も含めた**医療上必要性の高い品目の安定供給の確保**に向け、薬価の下支え制度の**運用改善を検討**し、中長期的には、採算性を維持するための仕組みを検討（その際、企業努力を促す観点や保険財政のバランスを確保する観点を考慮）
- 原薬等の共同調達等の取組を促す
- 後発品産業のあるべき姿の策定やその実現に向けた議論を行う**会議体の新設**

創薬力の強化

【主な課題】

日本起源品目の世界市場シェアが低下するなど、我が国の創薬力が低下。新たなモダリティへの移行に立ち遅れる等、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進が必要な状況にある。

【対策の方向性】

新規モダリティの創出支援

- 積極的な新規モダリティへの投資や、国際展開を見据えた事業展開を企業が行うよう政府一丸となった総合的な戦略を作成
- 新規モダリティに係る新薬候補探索（シーズ・ライブラリ構築）等の支援を検討
- バイオ医薬品の製造や人材育成支援を通じた、バイオシミラーの国内製造の促進

創薬エコシステムの構築

- ベンチャー企業について、資金調達や知財戦略等、開発から上市、海外展開まで一環したサポートの実施
- 製薬企業やベンチャー企業、アカデミアとのマッチング促進に向けた取組の実施

革新的創薬に向けた研究開発への経営資源の集中化

- 研究開発型企业においては、革新的創薬に向けた研究開発への経営資源の集中化を図るべきであり、特許期間中の新薬の売上で研究開発費の回収を行うビジネスモデルへの転換を促進するため、薬価制度の見直し等を行うことが必要である。
- 併せて、諸外国に比べて長期収載品の使用比率が高いこと等を踏まえ、長期収載品による収益への依存から脱却を促すため、原則として後発品への置換えを引き続き進めていくべきである。
- その際、長期収載品の様々な使用実態に応じた評価を行う観点から、選定療養の活用や、現行の薬価上の措置の見直しを含め対応を検討

■ ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消

【主な課題】

欧米では承認されている143品目が日本で未承認。うち、国内開発未着手のものが86品目あり、**ドラッグ・ロスが懸念**される。開発未着手品目は、ベンチャー企業発、希少疾患用医薬品、小児用医薬品の割合が多い。

【対策の方向性】

革新的医薬品の迅速導入に向けた環境の整備

- 国際共同治験への対応の強化。特に、国際共同治験に参加するための日本人データの要否等、**薬事承認における日本人データの必要性を整理**
- **希少疾患用医薬品指定制度**について、**早期段階から指定**できるよう制度を見直し
- **小児用医薬品の開発計画策定**の促進や、**新たなインセンティブ**を検討
- 海外ベンチャー等に対し、**日本の制度を伝達**

現に発生しているドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスへの対応強化

- AMED研究事業による支援により、**先進医療・患者申出療養等**による**治療の早期実施が可能な体制の構築**

日本市場の魅力向上させる薬価制度

- **新規モダリティ**などの**革新的医薬品**についての**新たな評価方法**を検討
 - 医療上特に必要な**革新的医薬品の迅速導入**に向けた**新たなインセンティブ**を検討
 - **ベンチャー発品目**の新薬創出等加算における**適切な評価の在り方**を検討
 - 医療上特に必要な**革新的医薬品**について、**特許期間中の薬価維持の仕組み**の強化を検討
 - **市場拡大再算定**について、**再算定の対象となる類似品の考え方**の見直しを検討
 - 医療保険財政への影響を考慮しメリハリをつけた対応などを検討
- ※上記の薬価上の措置は創薬力に係る対策の方向性も兼ねている

■ 適切な医薬品流通に向けた取組

【主な課題】

- 取引価格のばらつきは、①取引条件等の違い（例えば都市部と離島の配送コスト）から必然的に発生するものと②薬価差を得ることを目的とした値下げ交渉により発生するものがある。
- 現在は、医薬分業の進展とともに、取引主体が医療機関から薬局にシフトしている。
- こうした中で、チェーン薬局・価格交渉を代行する業者の大規模化により価格交渉力を強め、経営原資を得ることを目的に、医薬品の価値に関わりなく前回改定時と同じベースでの総値引き交渉が行われていることなど、薬価差を得る目的での取引が増加。一部で過度な薬価差の偏在が課題となっている。
- 特に長期収載品や後発品は、品目数が多いことから、価格交渉の実務的な負担を減らす観点から、総値取引が行われることが多く、値引きの際の調整に使用されるため、薬価の下落幅が大きくなっている。

【対策の方向性】

- まずは、流通関係者全員が医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差等の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するため、医療上の必要性の高い医薬品について、従来の取引とは別枠とするなど、総値取引改善に向け、流通改善ガイドラインを改訂

【引き続き検討すべき課題】

- 購入主体別やカテゴリー別の取引価格の状況や過度な値引き要求等の詳細を調査した上で、海外でクローバックや公定マージンが導入されていることも踏まえ、流通の改善など、過度な薬価差の偏在の是正策を検討
- 薬剤流通安定のためのものとされている調整幅について、流通コストの状況等を踏まえ、どのような対応を取り得るか検討

ご清聴ありがとうございます。

使用した図表はすべて厚生労働省のHPで公開されているものです