

医療介護福祉政策研究フォーラム・第108回月例社会保障研究会  
2023年11月16日(木)18:30～20:00

# 「コロナパンデミックから医療は何を学ぶのか」

厚生労働省医務技監・内閣感染症危機管理統括庁対策官

迫井 正深

- ※ 講演の内容は演者の見解に基づくものであり、政府の公式な発表や表現、見解等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
- ※ 申告すべきCOIはありません

医療介護福祉政策研究フォーラム・第108回月例社会保障研究会  
2023年11月16日(木)18:30～20:00

# 「コロナパンデミックから医療は何を学ぶのか」 政府と

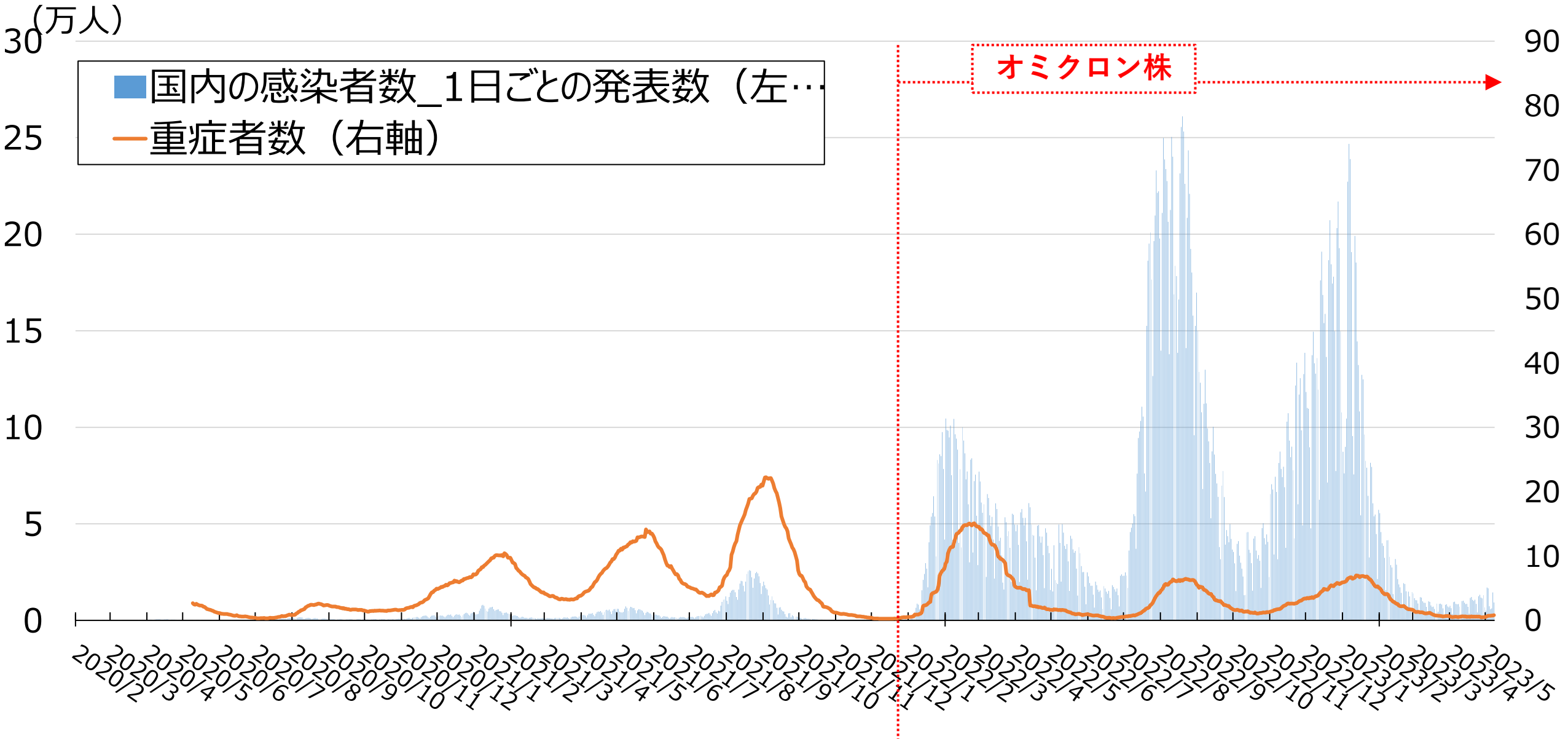
厚生労働省医務技監・内閣感染症危機管理統括庁対策官  
迫井 正深

- ※ 講演の内容は演者の見解に基づくものであり、政府の公式な発表や表現、見解等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
- ※ 申告すべきCOIはありません

# 本日のアウトライン

- I. コロナパンデミック・直面した課題
- II. コロナパンデミック対応を踏まえた体制強化  
    ①内閣機能の強化 ②医療提供体制の再構築
- III. 医療における対応の難しさと今後の体制構築に向けて  
    (日本の医療制度の特徴にそのルーツ)
- IV. コロナパンデミック国際比較と英米政府関係者の視点

# 新規感染者数・重症者数の推移（～2023.5.8）



# 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

### 3. 政府の取組から見える課題（2）次の感染症危機に対する政府の体制づくり

今般の初動からの対応を振り返ると、次の感染症危機に備え、これまで述べてきた医療機関等への行政権限の強化など危機に迅速・的確に対応するための司令塔機能を強化するとともに、強化された機能を活用して一元的に感染対策を指揮する司令塔組織を整備することが必要である。

- 総理が司令塔となって行政各部を指揮命令し一元的に感染症対策を行う体制を強化すること。
- 行政の縦割りを排し、関係省庁の実働組織が一体的に取り組む体制を構築すること。
- 新型インフルエンザ流行後にしっかりとした備えをすることができなかった反省も踏まえ、行政各部が行う平時からの備えについて、総合的・一体的に企画立案するとともに、実践的な訓練も含め、きちんと機能しているか政府全体の立場からチェック、改善し、メンテナンスすること（PDCAサイクルの実践）。
- 有事に招集する職員を平時から明確にしておくなど、平時から有事の円滑な切り替えを実現すること。
- 科学的知見と根拠に基づく政策判断に資するため、政府における専門家組織を強化すること。その際、諸外国の組織や臨床機能の必要性を考慮しつつ、専門家の育成や政府外のアカデミアも含めたオープンな議論を行えるようにするとともに、国内外の情報・データや専門知の迅速な収集、共有、分析、評価に加え国内の疫学・臨床研究を行う能力の向上を図ること。
- ウイルスの特性が未知あるいは変異する中で、国民の納得感や対策の効果を高める観点からも、政府がリスク・コミュニケーションの視点に立った国民への情報発信を行うこと。

# コロナパンデミックで医療体制が直面した様々な課題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

## 【入院・外来】

- 一般病院を活用した病床確保体制（院内ゾーニング、患者搬送・調整等）の立ち上げに時間を要した（平時の訓練もない）
- 病床確保や発熱外来に関する一般医療機関の役割分担（ウイルス特性が不明な初期対応時、その後のウイルス特性が明らかになってきた時期、の双方）が不明確で、役割の調整や体制確保が困難な地域があった（事前の明確化・訓練が不可欠）
- 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）

## 【在宅・施設】

- デルタ株での病床ひっ迫やオミクロン株での感染者急増で、訪問診療等の必要性が高まり（十分な対応ができず）、自宅等での症状悪化による死亡が生じた
- 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

# コロナパンデミックで医療体制が直面した様々な課題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

## 【支援・調整】

- **DMAT**（災害派遣医療チーム）による**病院支援・入院調整**の有効性が当初認識されず（事前の訓練もなく）DMAT調整本部が活用されなかった地域があった
- 自治体**管轄区域を超えた**入院調整の**仕組みがなく**、調整が困難な場合があった

## 【人材確保】

- **有事**での**ワクチン接種等の担い手不足**に対処する**職種拡大**等の確保策がなかった
- 医療現場を支える医師や看護師等の確保が困難となり、特に看護師は**潜在看護師**の**確保**が進められたが、**コロナ入院医療機関**への就業ケースは少なく、また医師から看護師、あるいは他の職種への**タスクシフト**の余地があったのでは、との指摘
- 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、厚生労働省、看護協会が改めて派遣元との調整を直前まで行った）



# コロナパンデミックで医療体制が直面した様々な課題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

## 【医療DX】

- 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年春以降認めましたが、実施医療機関は大きくは増加しなかった
- 様々な医療DXの遅れ（初期段階での感染者情報のFAX送信、情報入力負担、電子カルテ間の情報交換規格の不統一など）が迅速な状況把握と施策評価の妨げに

パンデミックに対応する医療提供体制



課題は何だったのか？

# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」概要抜粋

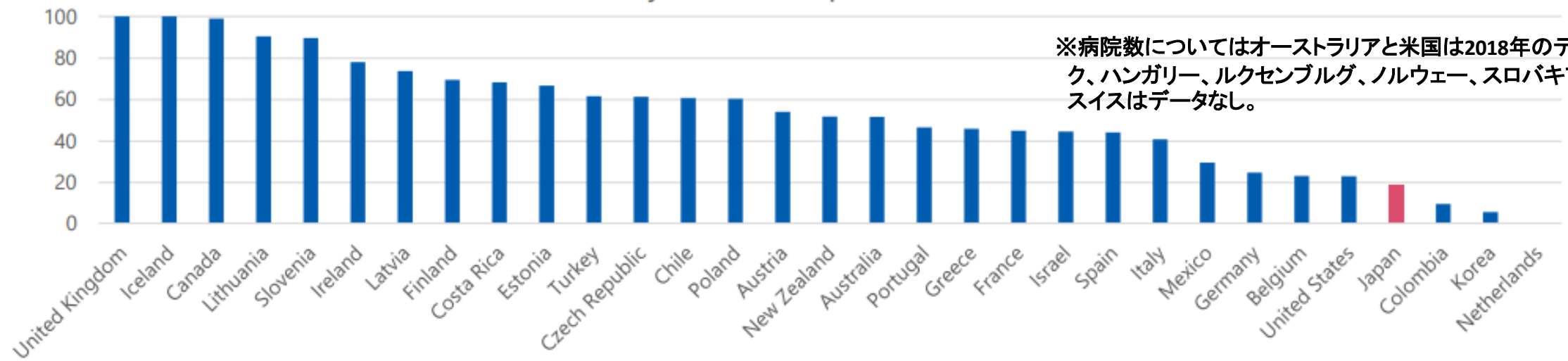
令和4年6月15日「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書」より演者の責任で抜粋・要約したもの

- 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

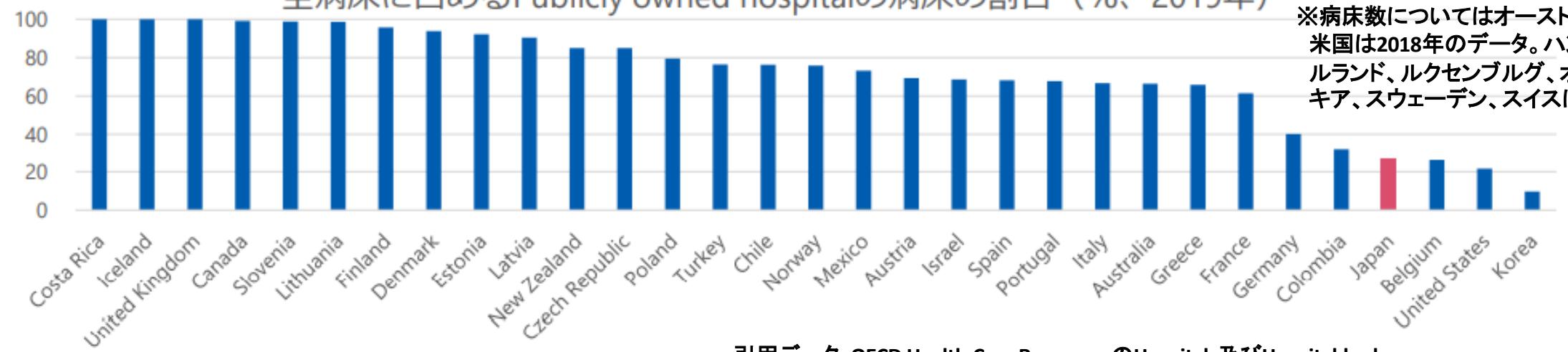
厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会 第7回  
令和4年3月4日 参考資料3  
「医療提供体制の国際比較」より

## 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）

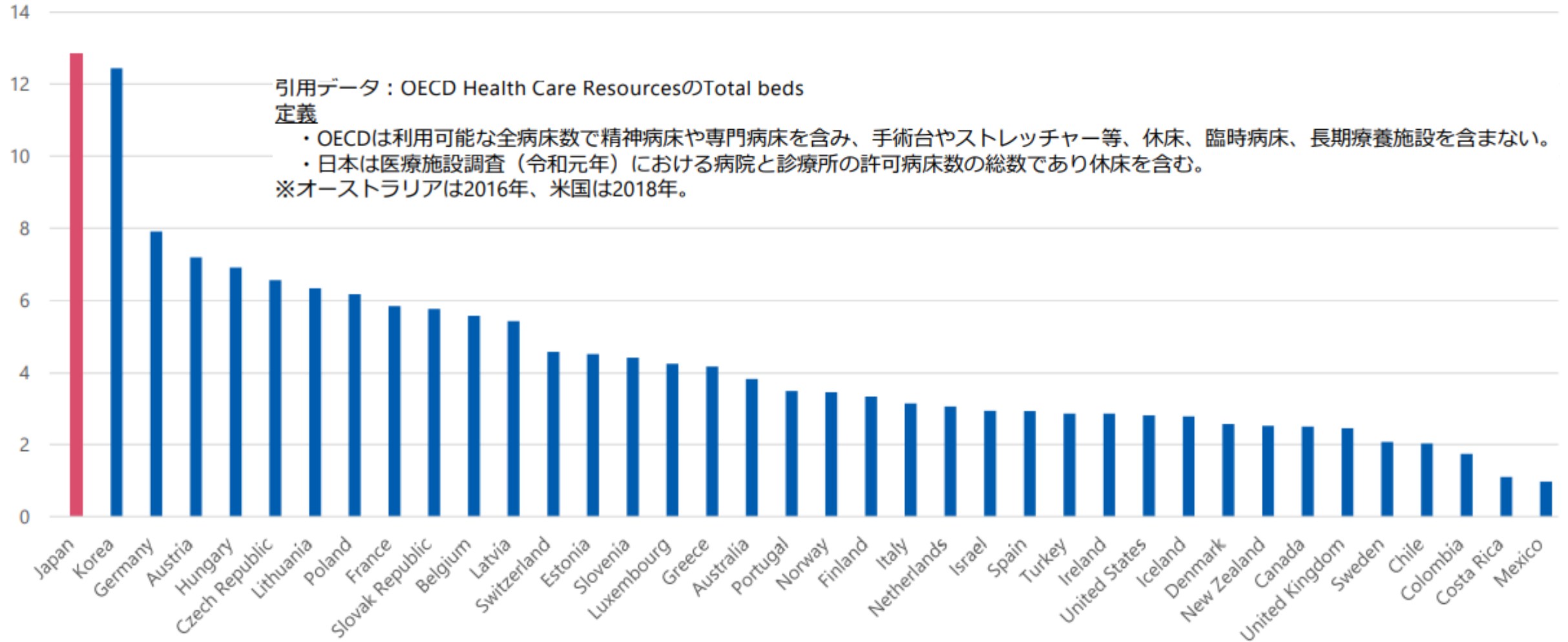


※病床数についてはオーストラリアは2016年、米国は2018年のデータ。ハンガリー、アイルランド、ルクセンブルグ、オランダ、スロバキア、スウェーデン、スイスはデータなし。

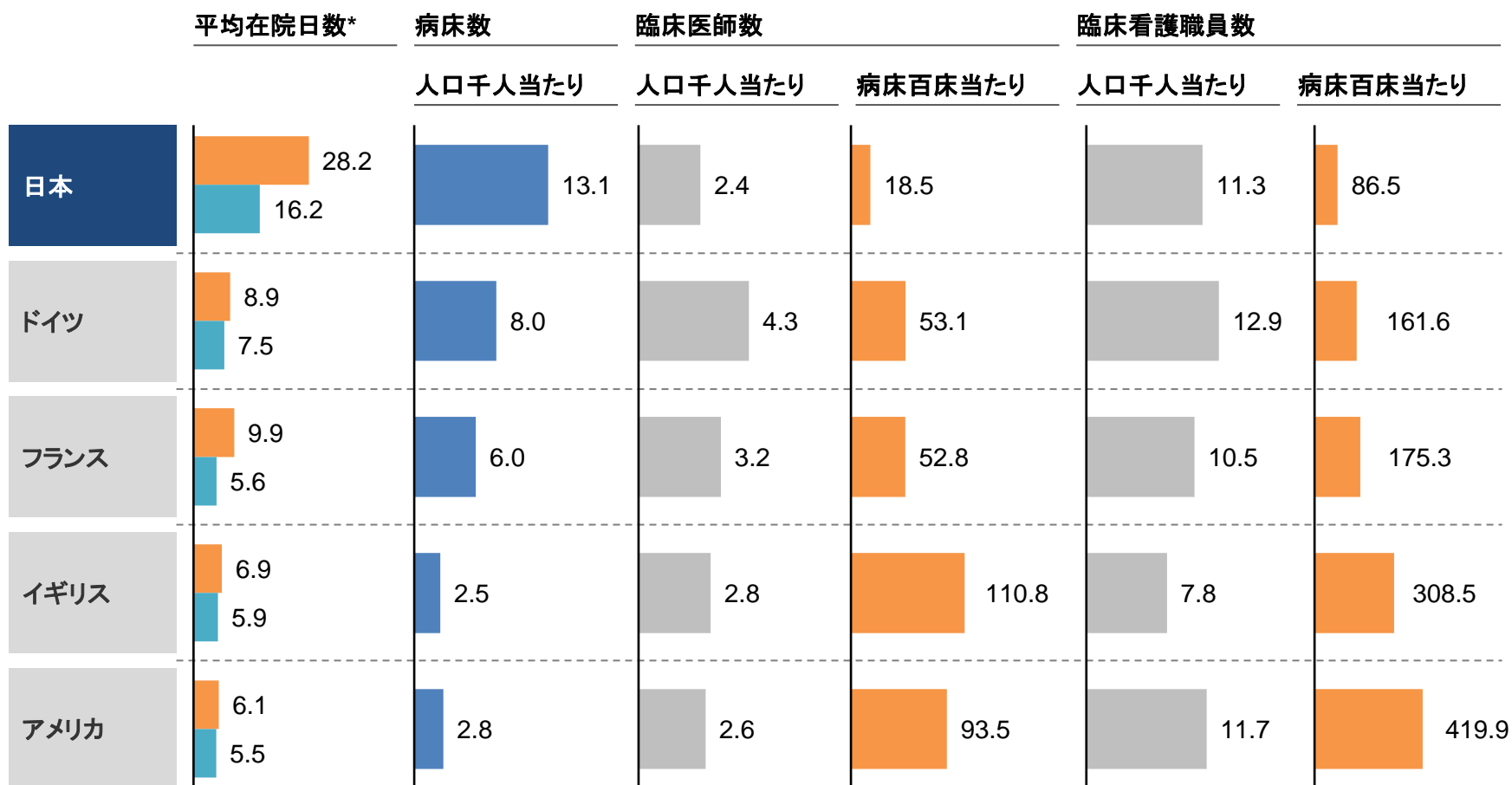
引用データ: OECD Health Care ResourcesのHospitals及びHospital beds

- 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）



# 医療提供体制の国際比較（2017年）

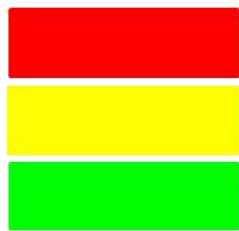
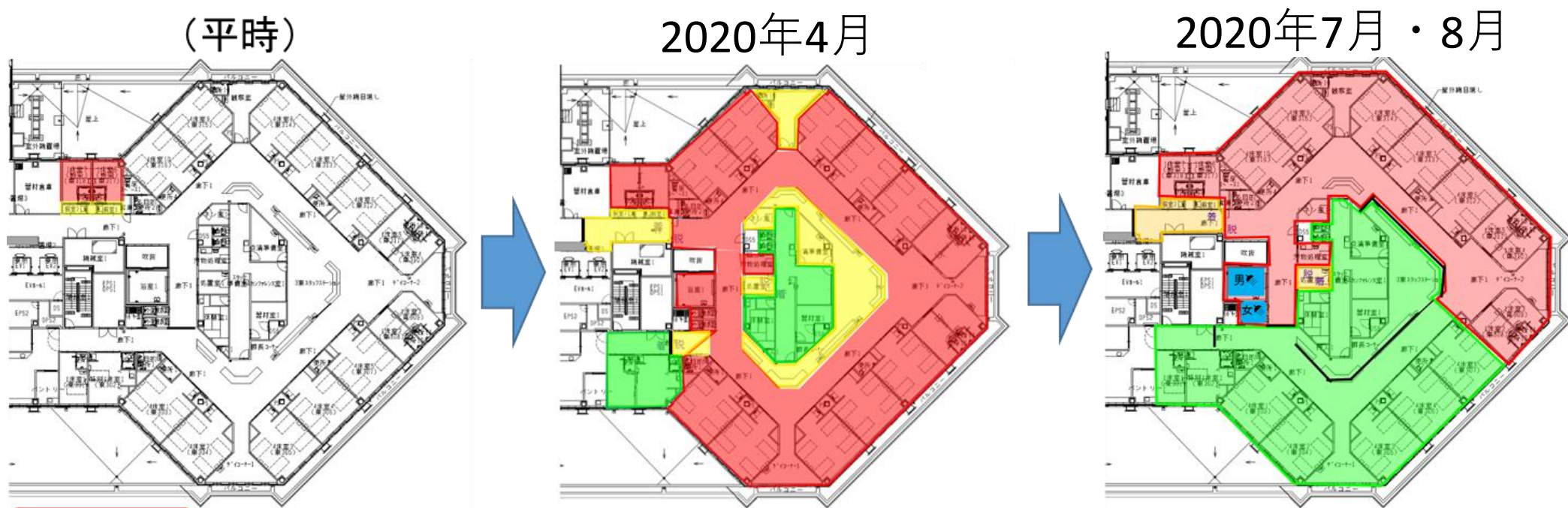


\*平均在院日数の■は急性期病床(日本は一般病床)における数値

出所: OECD Health Statistics 2019, OECD Health Data、厚生労働省資料を基に小野崎耕平氏作成

# 病棟におけるゾーニングの例

## (雲南市立病院の場合)



：汚染区域PPEを着るべき場所（患者ゾーン）

：準汚染区域（PPEを着るべき場所、汚染PPEを脱ぐ場所（患者は入らない））

：清潔区域（PPEを着けてはいけない場所）

**診察コーナー**  
(ビニールシート越しの対面)

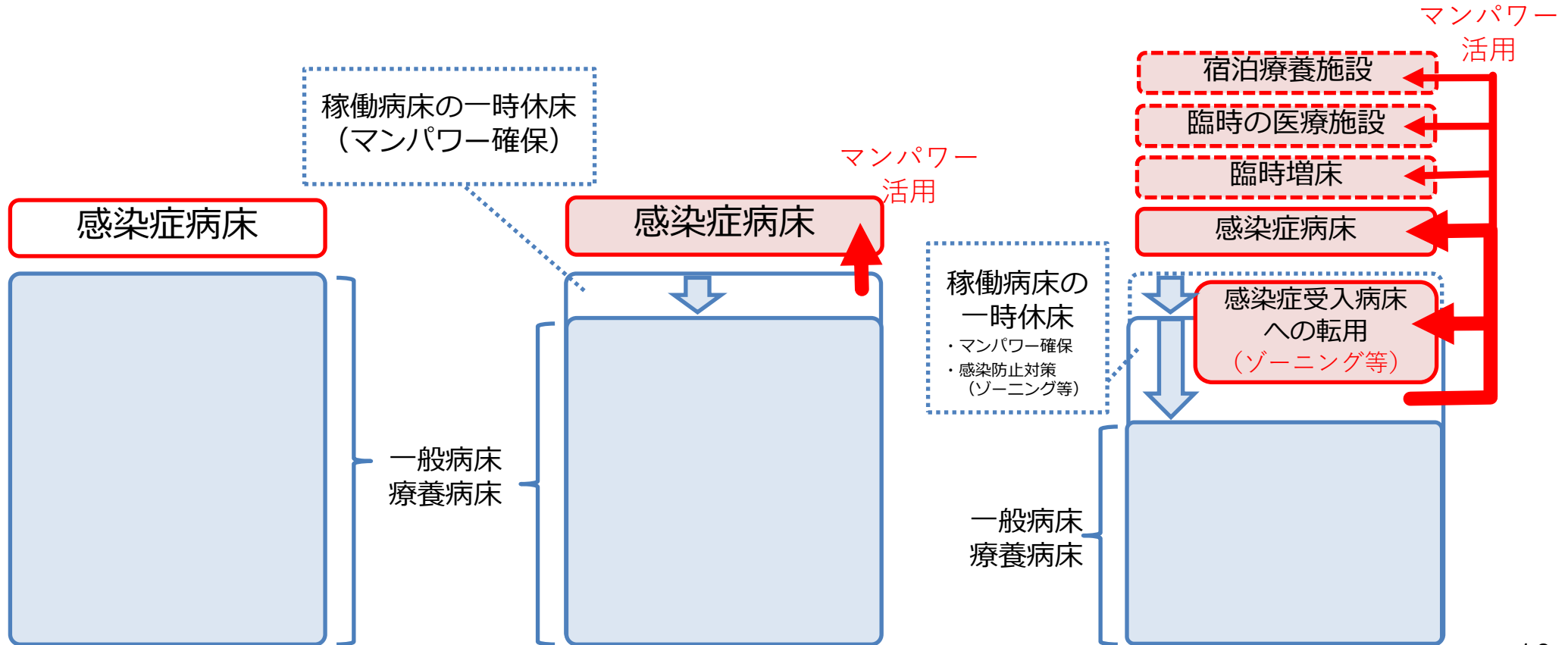


# 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制

(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)





# 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制

令和3年4月27日 経済財政諮問会議  
社会保障ワーキンググループ資料を改編

- 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。

## 医療機関における病床転換の事例

### ● 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

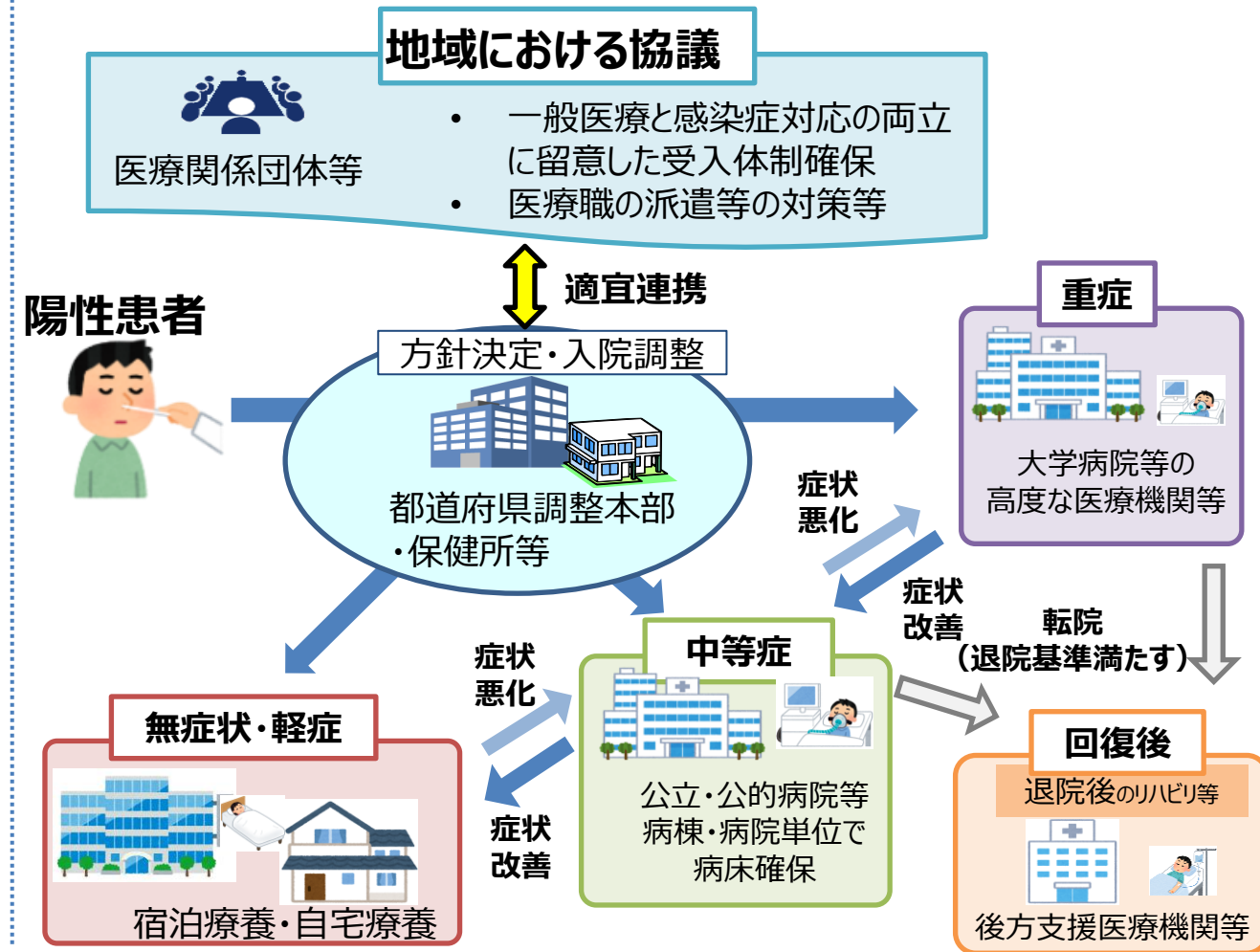
病棟	元の 病床数	コロナ対応 に転換後	5/11 入院実数	6/1 入院実数	対象患者
ER-ICU	14床	12床	5	3	重症患者
ICU	12床	10床	4	0	
A-9	41床	21床	7	0	中等症 患者
B-10	46床	22床	7	12	
A-10	43床	16床	4	0	疑い患者
B-9	19床	9床	3	3	
計	175床	90床	30	18	

看護師配置換え

### ● 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

## 地域における受入体制確保（イメージ）



③ 国における都道府県の  
マネジメント状況の  
把握・早期支援

医療提供体制の把握  
(G-MIS等)

① 医療機関の役割分担・連携の徹底  
(後方支援医療機関の確保・入転退院調整の強化等)

医療機関  
(重症対応／中等症以下対応)

後方支援  
医療機関

確実に受入可能な病床の確保

② 宿泊・自宅療養者の健康管理体制の強化

宿泊療養施設

自宅等

診療所等

宿泊療養施設の  
一層の活用

往診等の実施、  
健康観察業務の受託等

感染状況の把握  
(HER-SYS等)

感染者

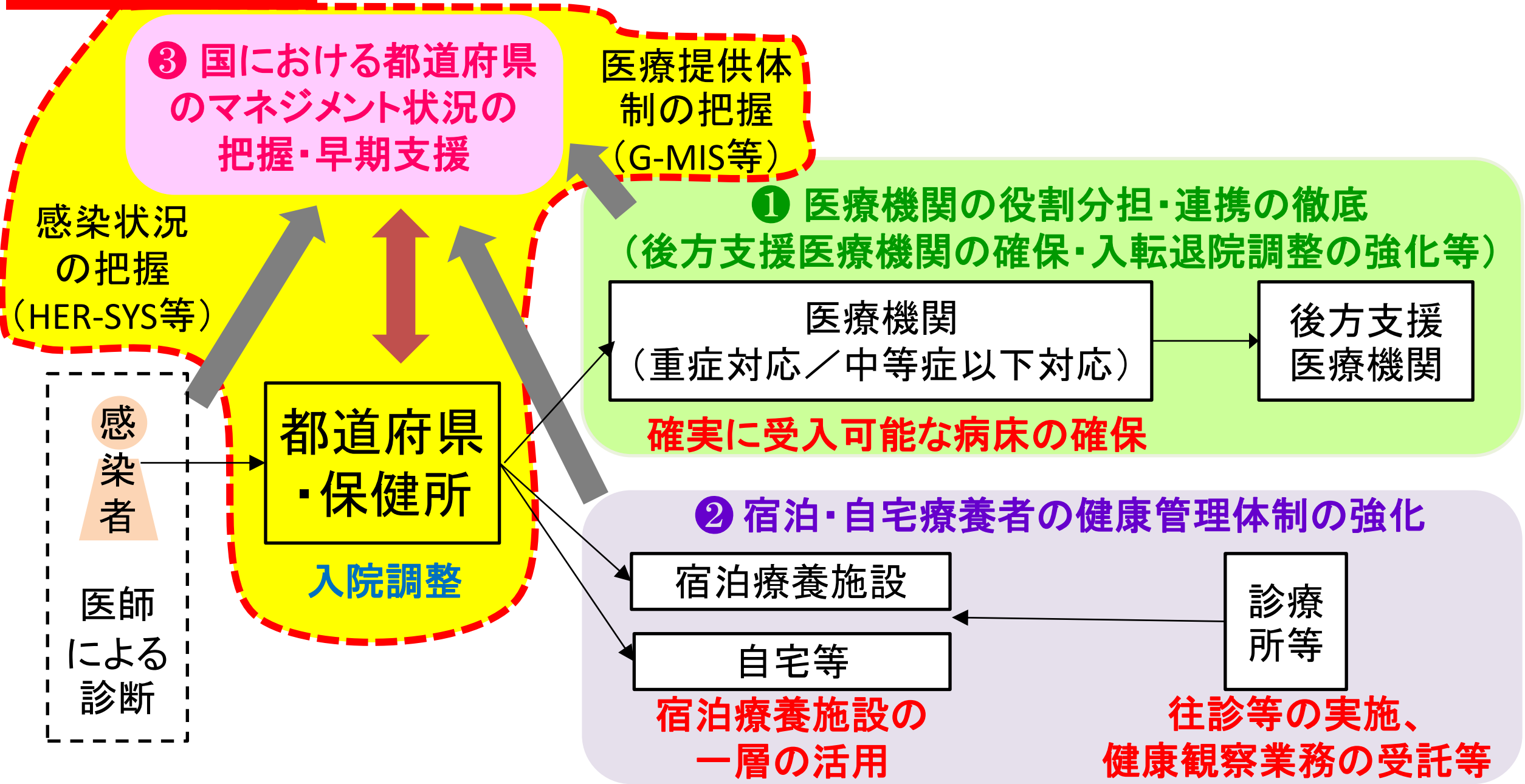
都道府県  
・保健所

入院調整

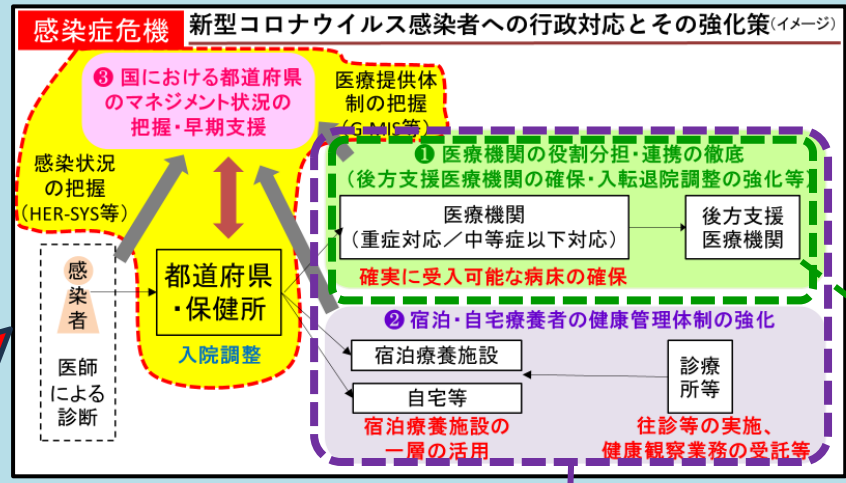
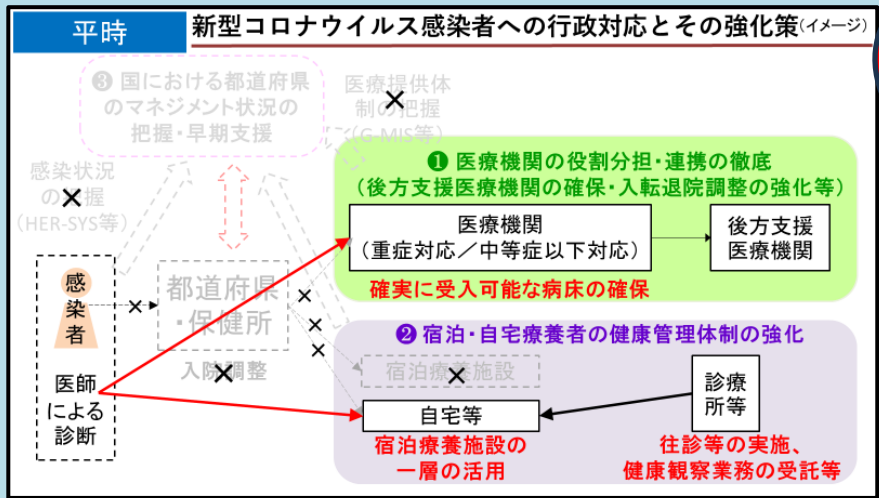
医師  
による  
診断

# 感染症危機

## 新型コロナウイルス感染者への行政対応とその強化策(イメージ)



# 新型コロナの医療対応における3つのダイナミックで大規模な体制転換



いずれも困難に直面(課題あり)

**新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制** (令和3年4月27日 経済財政諮問会議 社会保障ワーキンググループ資料を改題)

- 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。

**医療機関における病床転換の事例**

病床	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	重症患者
A-9	41床	21床	7	0	中等症患者
B-10	46床	22床	7	12	患者
A-10	43床	16床	4	0	患者
B-9	19床	9床	3	3	疑い患者
計	175床	90床	30	18	

● 一般(非コロナ)病床 433床

**地域における受入体制確保(イメージ)**

地域における協議  
医療関係団体等

一般医療と感染症対応の両立に留意した受入体制確保  
医療職の派遣等の対策等

陽性患者 → 方針決定・入院調整 → 重症 → 大学病院等の高度な医療機関等

適宜連携

無症状・軽症 → 公立・公的病院等 病棟・病室単位で病床確保

中等症 → 転院(遠送基準満たす)

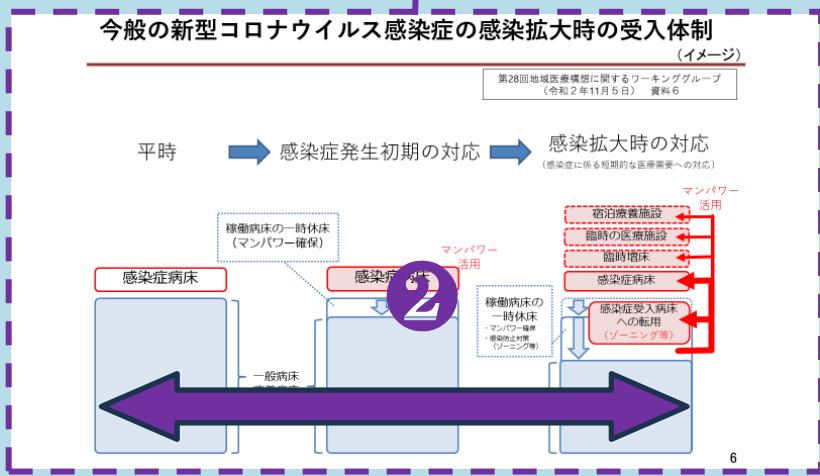
重症 → 転院

回復後 → 退院後のケア

① 感染症危機に対応する行政介入体制の構築【特に初動】

② 感染の波に即応した受け入れ容量の確保【量的確保】

③ 役割分担・連携体制の構築【質的確保】



# 有識者会議「医療提供体制の強化に関する事項」指摘の意味(私見)

■日本の医療体制がパンデミック危機対応から学んだ3つの課題

## ①有事における統御機構の必要性

- 地域の“医療体制（システム）全体”として運用効果・効率を高めるため、個々の施設への指揮命令機能の整備が不可欠（法改正・組織創設を含む制度整備）

## ②感染症危機時の圧倒的需要増に対する耐性(Surge Capacity)確保

- 感染症危機における一般病床活用等の危機対応方策の整備
- 方策の実効性を高めるための訓練実施と方策の改善（PDCA）

## ③上記②を可能とする平時・非感染症医療を含む体制の構築

- 医療機関の役割分担と連携の更なる推進（⇒地域医療構想）
- 一般病床活用等を想定した設備・施設の整備（⇒医療計画）
- 従事するマンパワー確保と育成方策の整備（⇒働き方改革）

## 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)

・“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？

・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？

・巨大な需要の激変に耐えられるか？

コロナパンデミック  
＜チャレンジ＞

### 【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)

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】
- (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**



# 内閣感染症危機管理統括庁を中心とした司令塔機能の強化

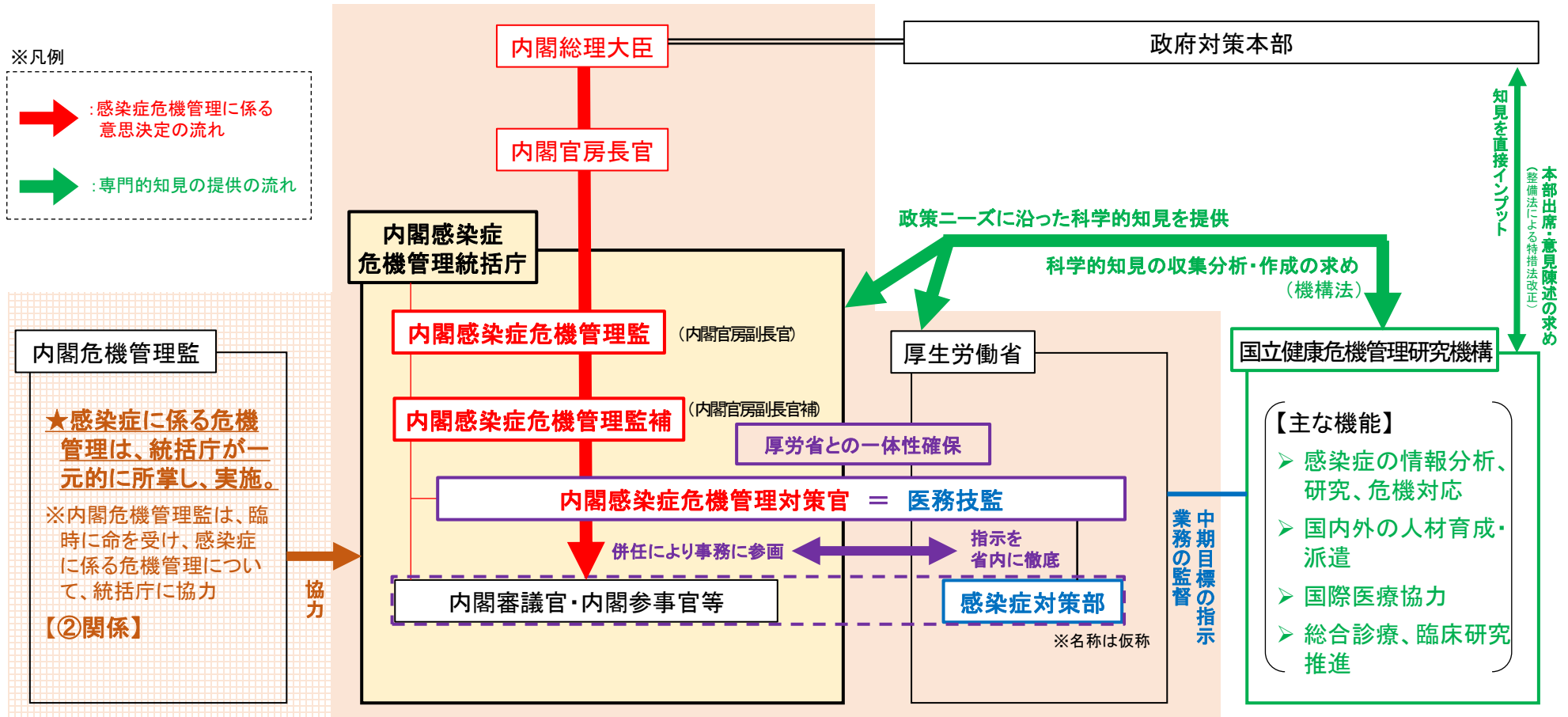
## 統括庁の設置による司令塔機能強化のポイント

- ① **意思決定の一元化・迅速化** (感染症対応における政府全体の方針立案・各省総合調整を、統括庁のラインに集約)
- ② **感染症危機管理の主体の一元化** (感染症に係る危機管理(初動対応)の所掌を、内閣危機管理監から統括庁に集約)
- ③ **厚生労働省等各省との一体的対応確保** (司令塔の指示を徹底させるとともに、各省の知見を踏まえて方針立案)
- ④ **専門的知見の提供確保** (新たな専門家組織<sup>(※)</sup>と統括庁との間で、常時・迅速に、質の高い科学的知見を提供)

※国立健康危機管理研究機構(厚生労働省から機構法案及び整備法案を国会提出)。

※凡例

- ➡ : 感染症危機管理に係る意思決定の流れ
- ➡ : 専門的知見の提供の流れ



内閣危機管理監

★感染症に係る危機管理は、統括庁が一元的に所掌し、実施。

※内閣危機管理監は、臨時に命を受け、感染症に係る危機管理について、統括庁に協力

【②関係】

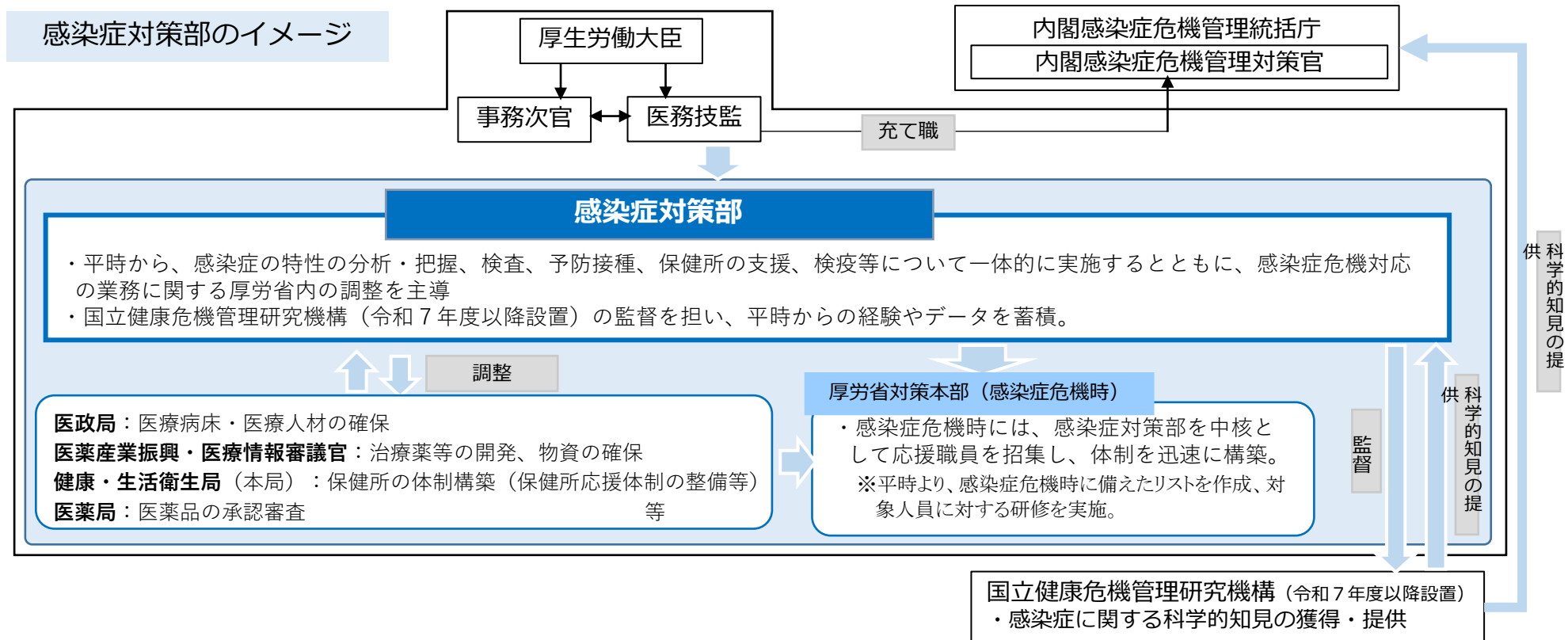
★統括庁が総理・長官を直接支えて、感染症対応の方針の企画立案、各省の総合調整を一元的に所掌【①関係】

★医務技監を結節点として、感染症対策部や、国立健康危機管理研究機構の専門的知見の提供を確保【③、④関係】

- 【主な機能】
- 感染症の情報分析、研究、危機対応
  - 国内外の人材育成・派遣
  - 国際医療協力
  - 総合診療、臨床研究推進

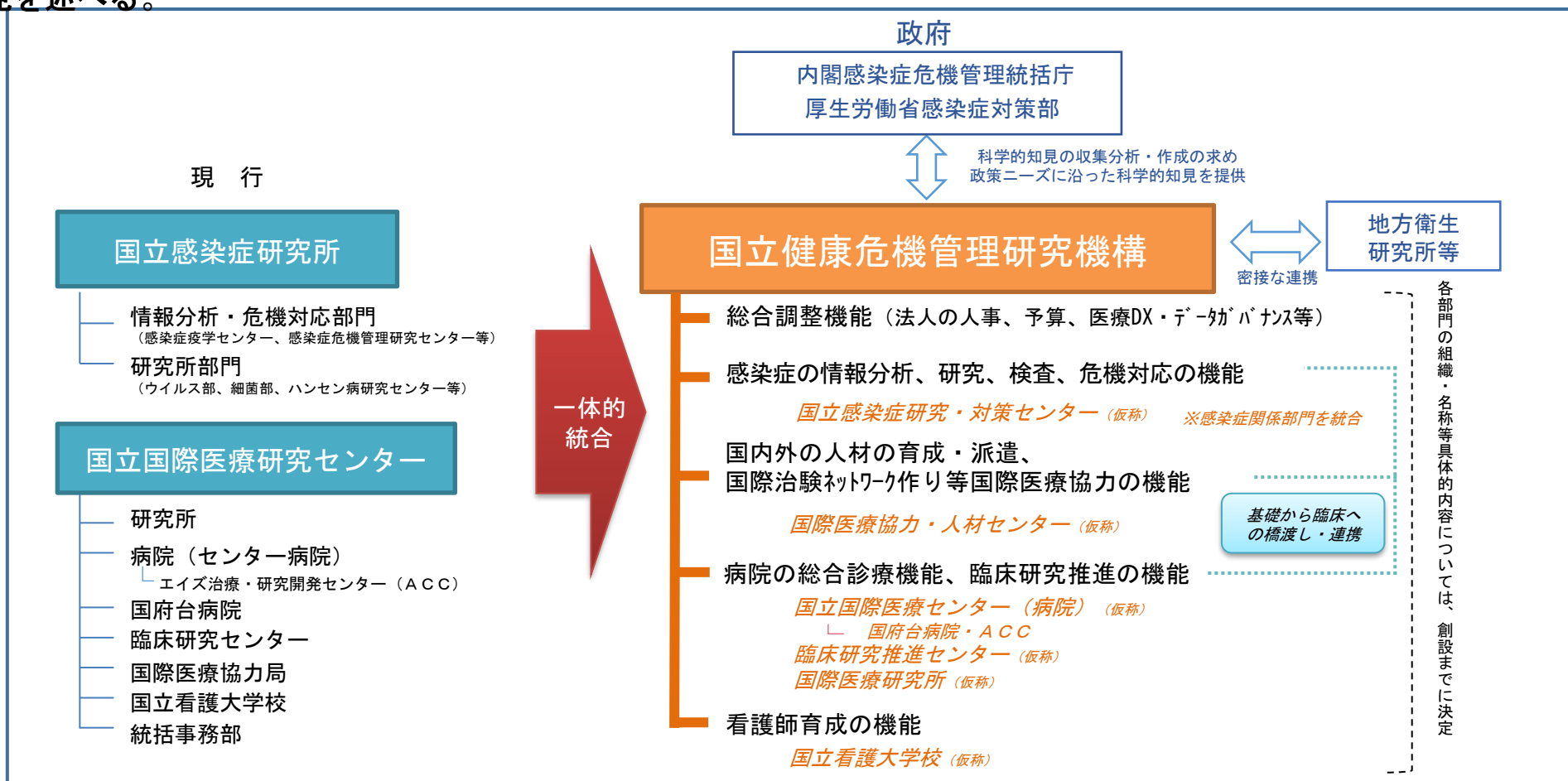
# 「感染症対策部」の概要

- 感染症対応能力を強化するため、**内閣感染症危機管理統括庁の設置と同じく9月1日に、厚生労働省に、感染症対策部を設置**（厚生労働省組織令改正）。
  - ※ 医務技監（内閣感染症危機管理対策官（充て職））の感染症対策の関係部局の統理のもと、感染症対策部長がその指揮・命令の下で感染症対策に関する省内の調整を主導する。
  - ※ 感染症対策部に、「企画・検疫課」、「感染症対策課」、「予防接種課」の3課を設置する。  
（現行の結核感染症課は「感染症対策課」とするとともに、同課に「結核対策推進室」を新設する。）
- 感染症対策部は、平時から、感染症の特性の分析・把握、検査、予防接種、保健所の支援、検疫等について一体的に実施するとともに、感染症危機対応の業務に関する厚労省内の調整を主導。
- 感染症危機時には、感染症対策部を中核として応援職員を招集し、体制を迅速に構築。また、平時からの経験やデータの蓄積に基づく有効な感染症対応を組織的な指示系統のもと実施。



# 「国立健康危機管理研究機構」について

- 内閣感染症危機管理統括庁・厚生労働省感染症対策部に科学的知見を提供する「新たな専門家組織」として、**国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを一体的に統合**し、**感染症等の情報分析・研究・危機対応、人材育成、国際協力、医療提供等を一体的・包括的に行う組織**を創設する。
- 機構は、感染症法等に基づき、**地方衛生研究所等とも密接に連携**して、全国のサーベイランス情報の集約・分析等を行うとともに、**政府対策本部に参加し意見を述べる**。



# 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)

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

- 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。

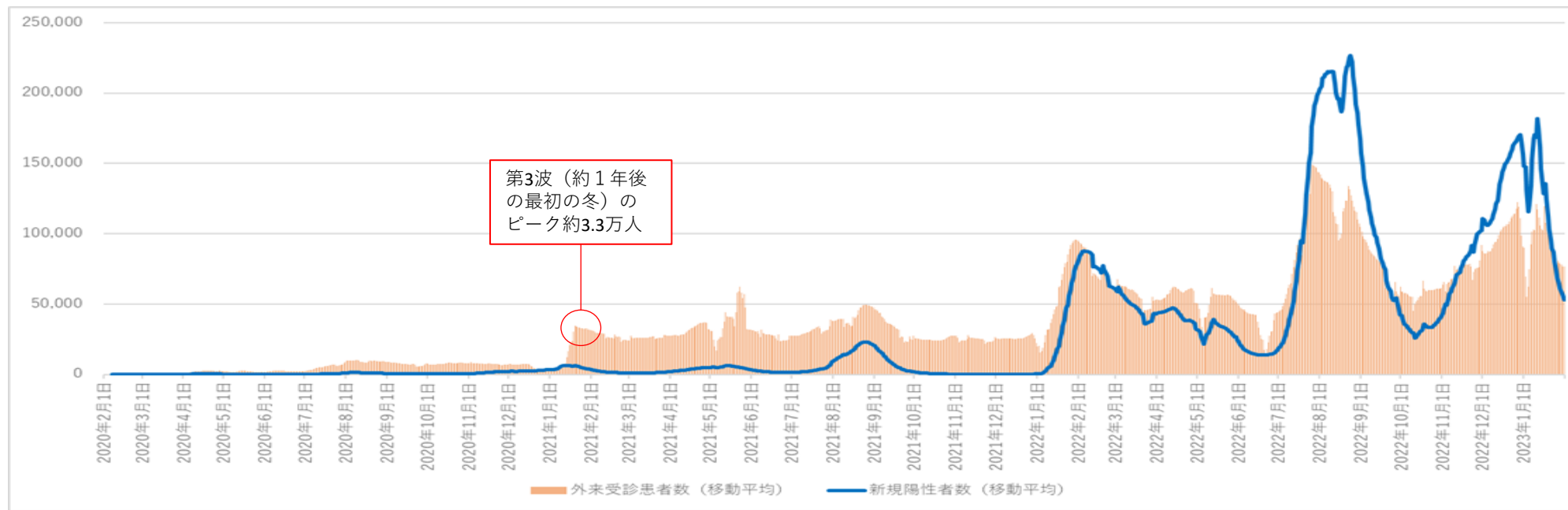
※ 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院には、その機能を踏まえ、感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを創設。

- 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。

# 新型コロナ対応における発熱外来の状況



今般のコロナの実績		① 3ヶ月 R 2年 4～5月 (第1波)	② 6ヶ月 R 2年夏 (第2波)	③ 最初の冬 R 2冬～R 3年1月 (第3波)	⑤ 3年 R 4年12月 (第8波)
病床	入院患者数	約5.5千人	約6千人	約1.5万人	約4.4万人
	確保病床数	約1.7万床	約2.7万床	約2.8万床	約5.1万床
発熱外来	新規陽性者数	500人程度	1200人程度	6.4千人	22万人
	外来受診者数	約2500人	約1.0万人	約3.3万人	約15万人
	診療・検査医療機関数	約1500	約3500	約2.5万	約4.2万

## 〈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、前倒しで対応できるよう、
  - ・ 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。

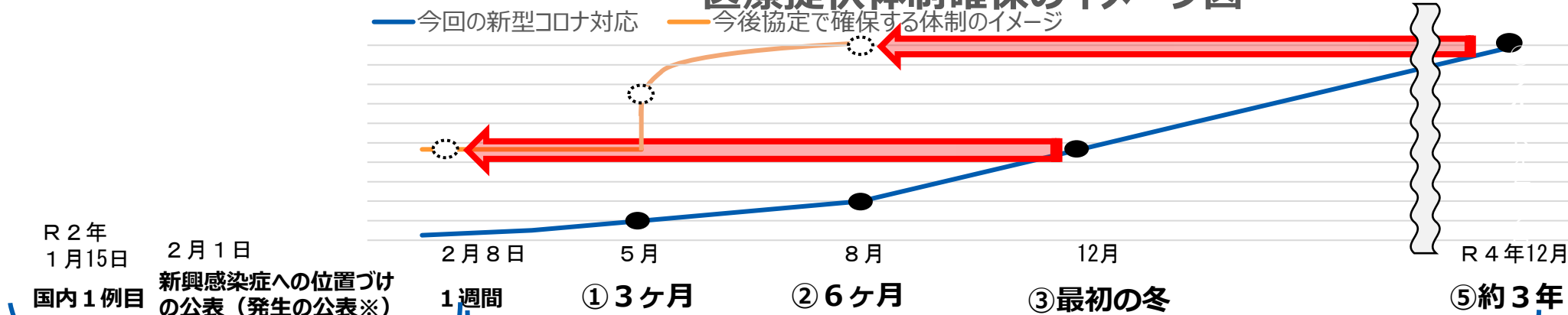
病床：約3.5万床（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）  
 発熱外来：約5300機関（+約3800機関：同上）

- 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。

## 医療提供体制確保のイメージ図



〈感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応〉  
 （373病院1900病床）

（※）感染症法に基づく厚労大臣の発生の公表

〈協定指定医療機関も対応〉

# 流行初期医療確保措置

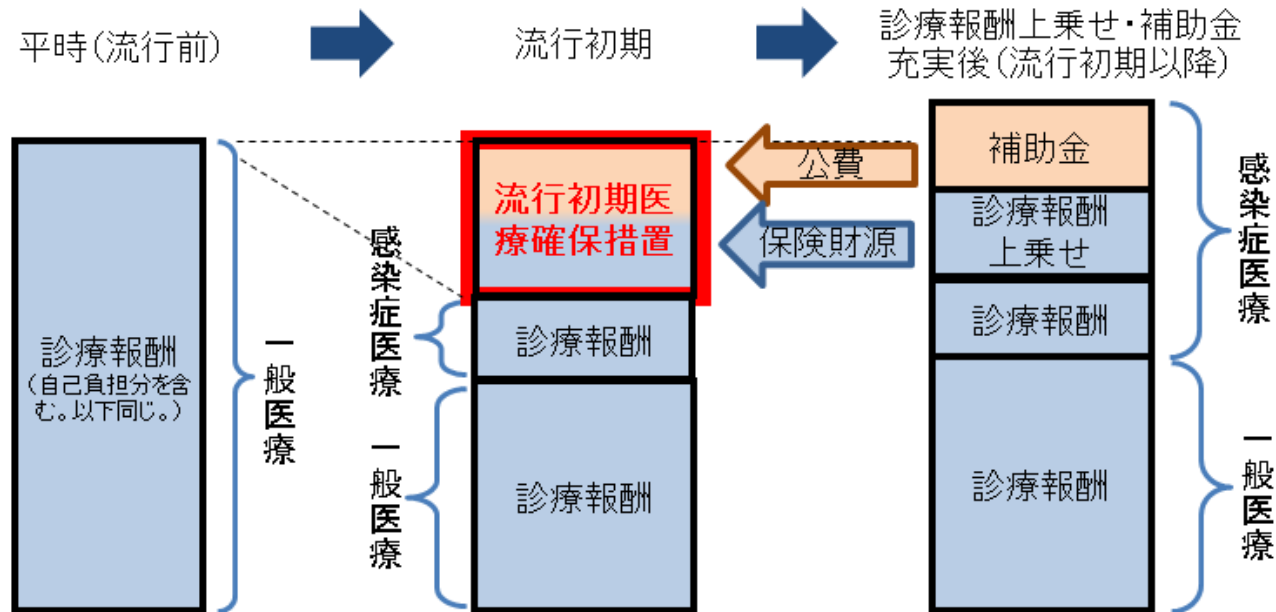
## 1. 措置の目的・内容

- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。

## 2. 費用負担

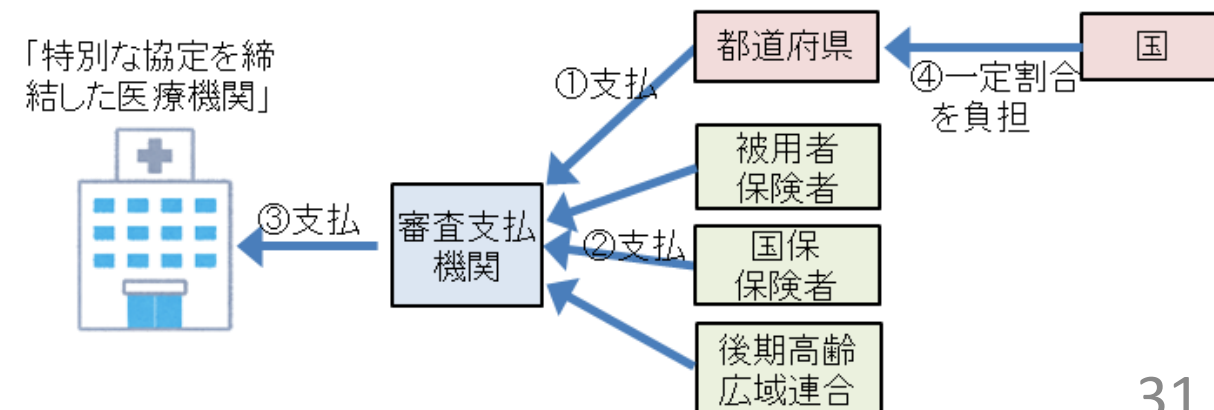
- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。

平時（流行前）、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後（流行初期以降）  
における「特別な協定を締結した医療機関」の収入（イメージ）

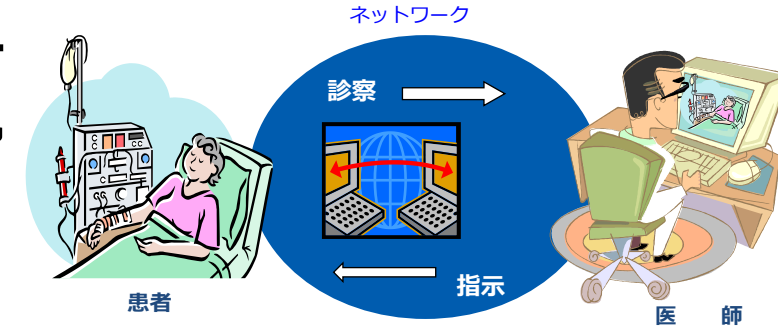


## 流行初期医療確保措置の支払いスキーム（イメージ）

- ① 都道府県から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ② 各保険者から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ③ 審査支払機関から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
- ④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担



# 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



# 医療情報システムに関する現状認識（演者私見）

- 電子カルテの普及率は、令和2年で病院57.2%、診療所49.9%、一次利用（PHR）・二次利用とも不十分
- 患者自らの意志で自身の健康や治療状況の把握が自由に行える状況にはない
- 今般の新型コロナパンデミックにおいて、医療情報の収集と活用に課題があることが浮き彫りに

こうした課題を大胆に解決するため、電子カルテ情報の標準化や連携基盤の整備を含む健康・医療情報の活用を進めていくことが必要  
（医療DX令和ビジョン2030）

## <具体的な柱の例>

- 電子カルテ情報の標準化と全医療機関への普及
- 診療報酬改定DX

# 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%))

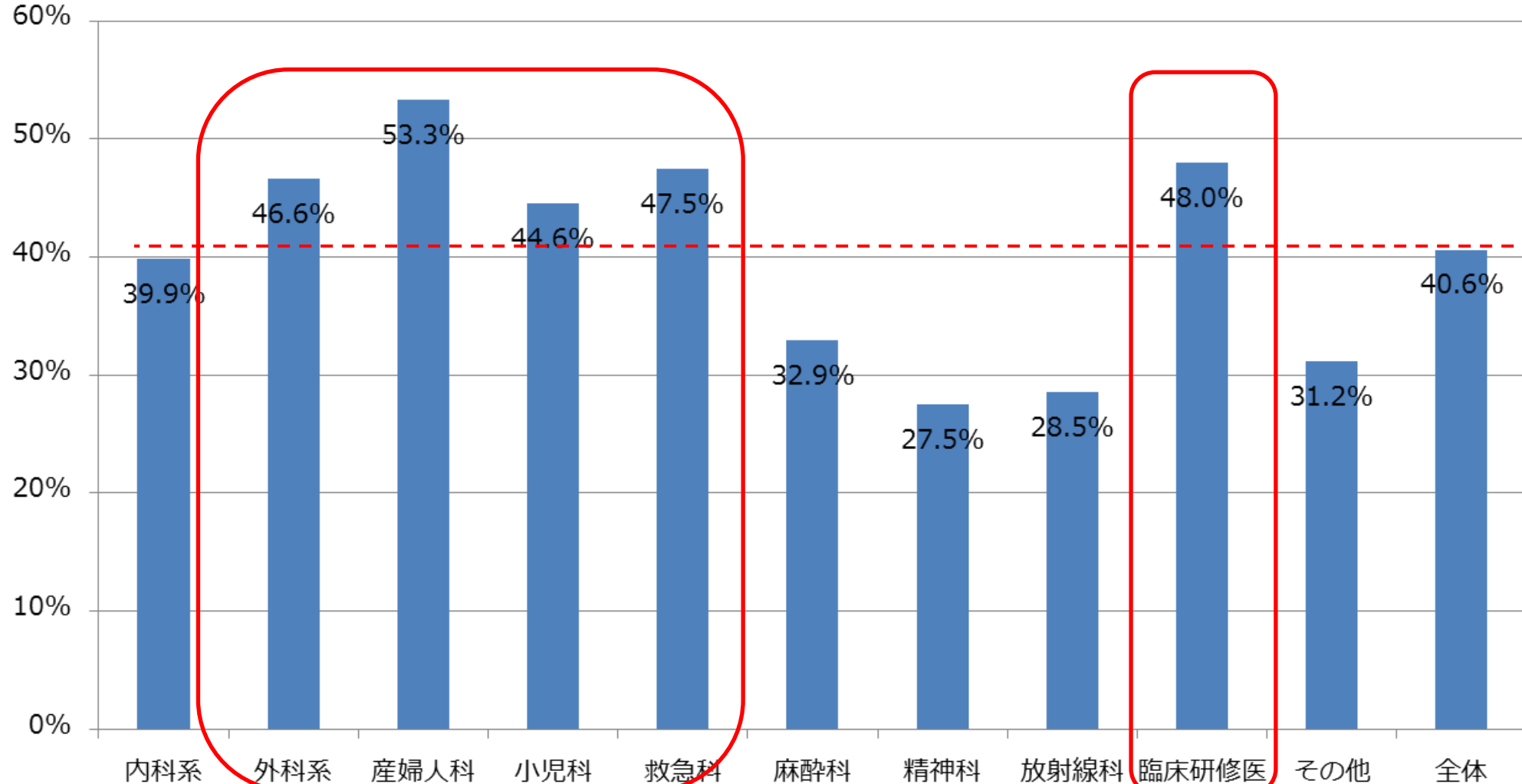
	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(歯科医師、獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	11.8%	12.5%	12.9%	6.6%	37.5%	4.5%	31.6%	6.2%	14.0%	13.4%	27.6%	27.2%	15.9%	15.2%	9.6%	28.9%	37.3%	15.3%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

# 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



## 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
- ネット社会の影響による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)

なぜ、これらの対応に困難が伴うのか？

・“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？

・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？

・巨大な需要の激変に耐えられるか？

コロナパンデミック  
＜チャレンジ＞

### 【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ーの確保（働き方改革；長時間労働是正・タスクシフト/シェア）**

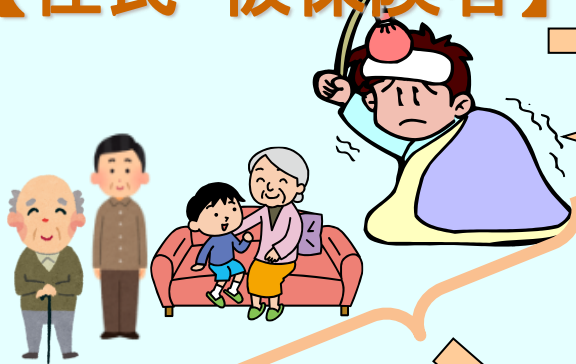
パンデミック対応を踏まえた  
医療提供体制再構築の困難さ



日本の医療体制の特徴

# 我が国の医療制度の概略図(大まかなイメージ)

【住民・被保険者】



② 受診・窓口負担

③ 診療

① 保険料

【保険者】

⑤ 支払

④ 請求

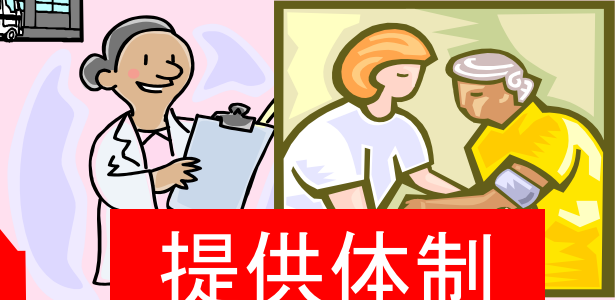
【保険制度】

医療財政

【病院・診療所】



病院 } 「医療法」  
診療所 }



医師 「医師法」  
 歯科医師 「歯科医師法」  
 薬剤師 「薬剤師法」  
 保健師 } 「保健師  
 助産師 } 助産師看  
 看護師 } 護師法」

(主な制度名)

(保険者数)

国民健康保険	約1900
全国健康保険協会管掌健康保険 (旧政管健保)	1
組合管掌健康保険 共済組合	約 1400 77

# 今後の医療提供体制構築に向けた検討において考慮すべき視点（私見）

## 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:地域偏在や診療科偏在、将来需給のミスマッチ)</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>

# 将来を見据えた体制構築(地域医療構想・かかりつけ医機能)の鍵【私見】

## ① 将来需要にマッチした提供体制への転換は不可避(地域医療構想・かかりつけ医機能)

- 地域実情（人口構成の推移、提供体制の現状と構築経緯）を踏まえた再編成



## ② 体制転換は「変革」を伴う取り組み＝関係者の合意形成が重要（調整会議）

- 合意形成の要点は：1) データに基づく合理性（前提となる地域医療の将来像）と、2) 体制転換でプレイヤー（既存・新規）にバラついて生じる利害の調整



## ③ 利害調整では医療のミッション「社会の要請に応える」とのバランスが不可欠

- 日本の医療は柔軟で自由度の高いシステムを基軸に発展・サービスを改善してきた
- 高い自由度によって生じる需給ミスマッチの改善には、個別利害を超えた“社会システム”としての医療提供という視点の共有が重要

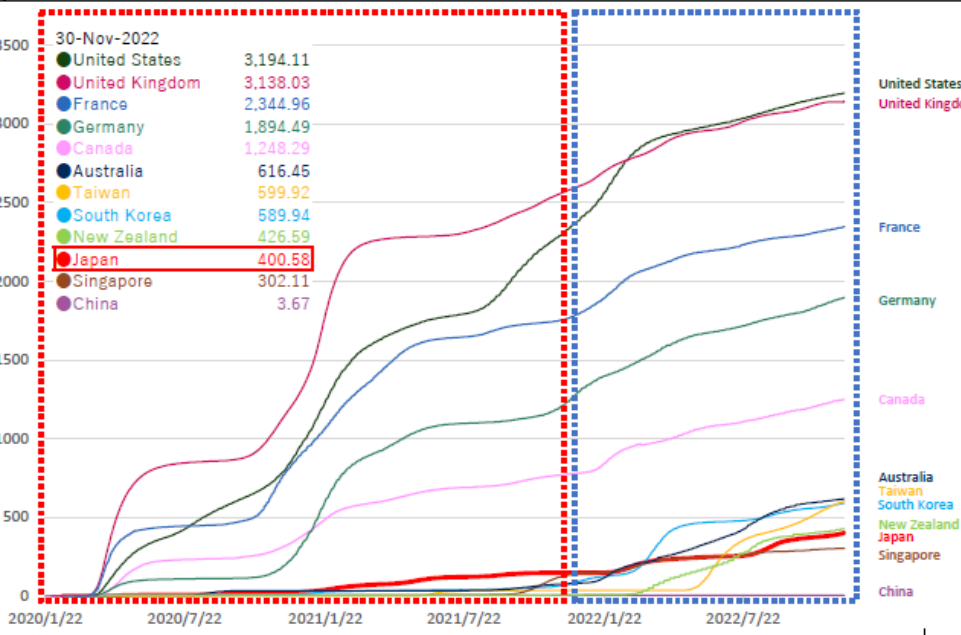
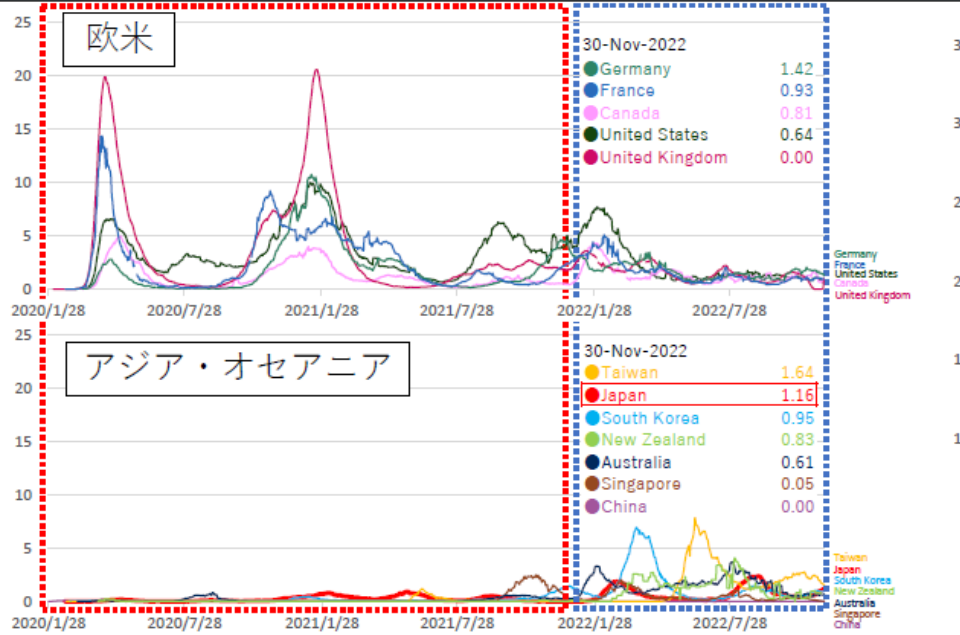
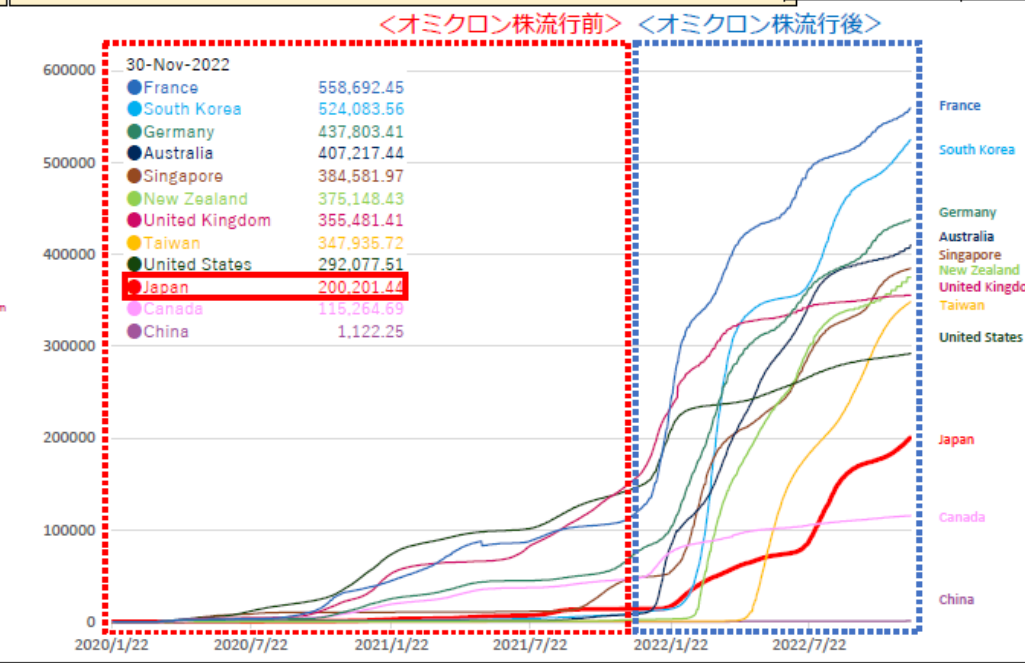
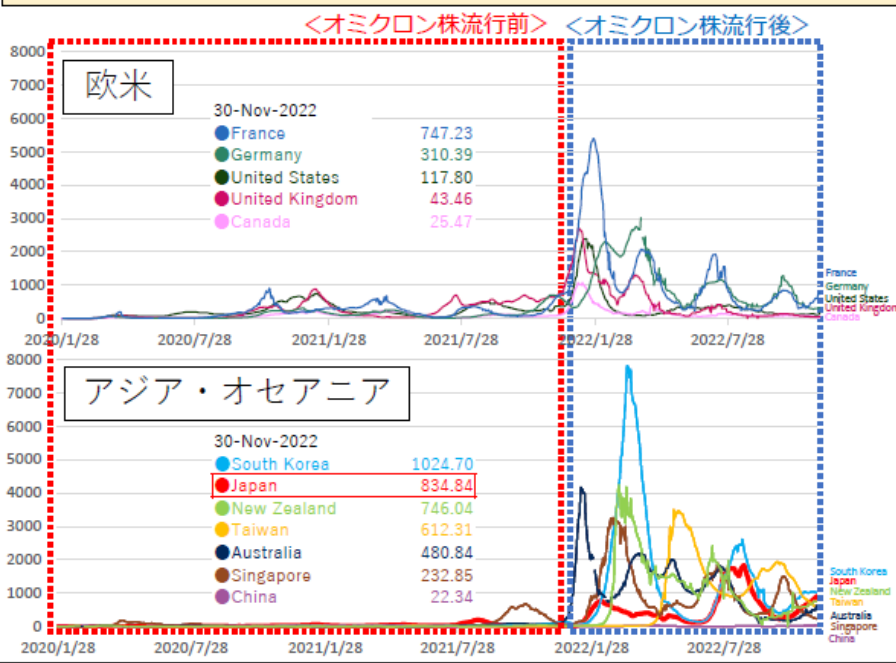


## ④ 「社会システムとしての医療提供」の視点を医療界でどう実現するのか、が重要課題

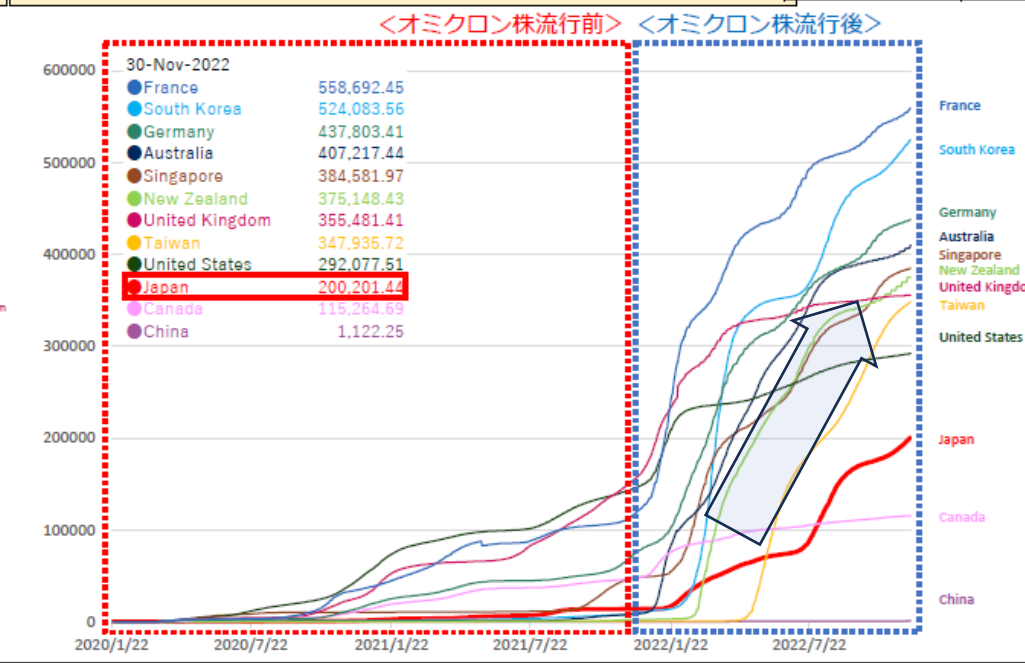
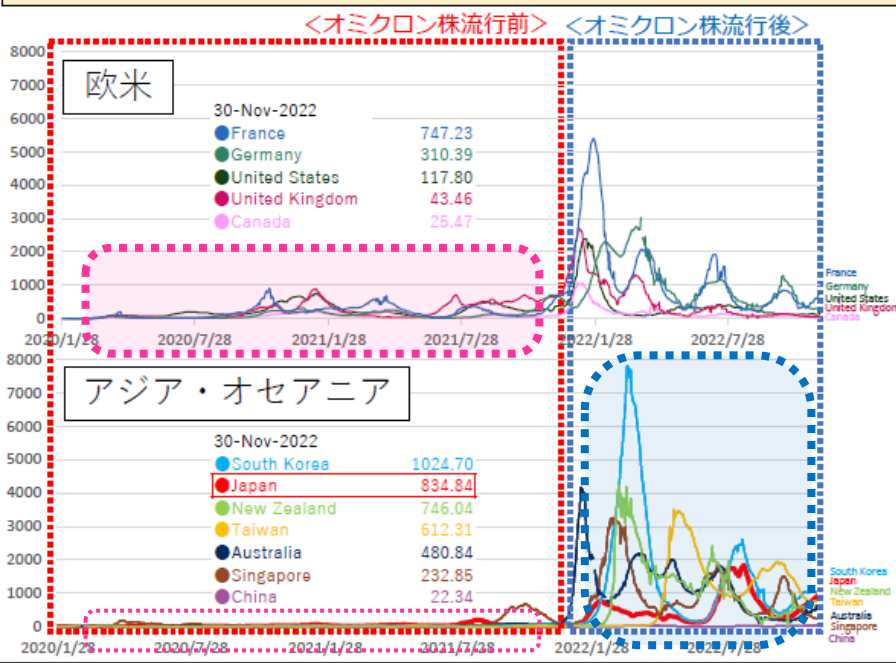
- “高い自由度”を活かしつつも「社会の要請」とバランスする仕組みが求められている
- “バランスする仕組み”の構築は、医療界の自主的な取り組み、なのか公権力の介入か
- 「公的介入」か「自由」かの択一ではなく、一定の統治に基づく自由な体制構築ではないか



# コロナパンデミック・国際比較

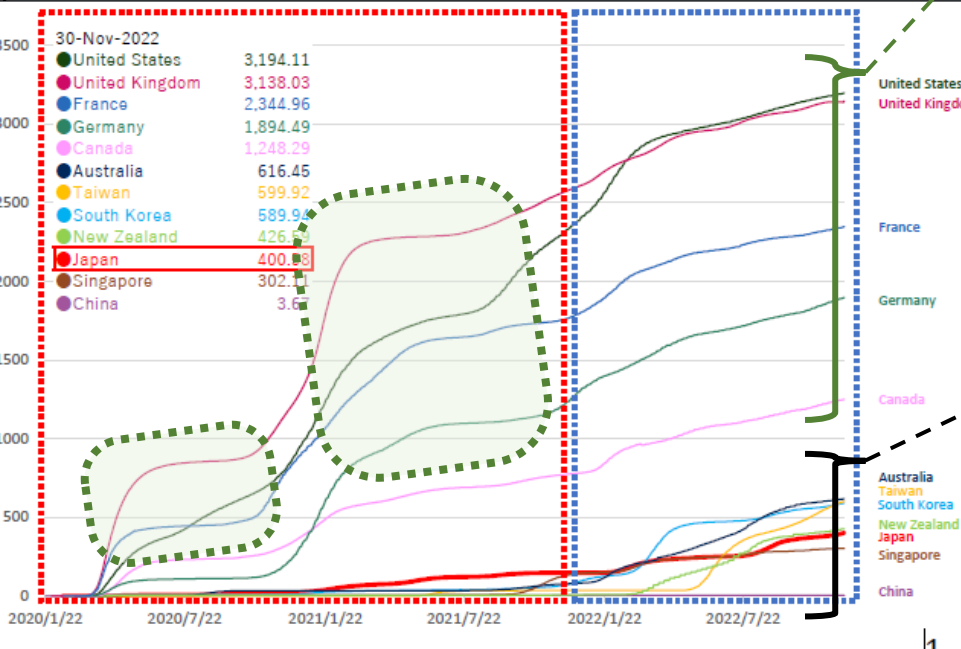
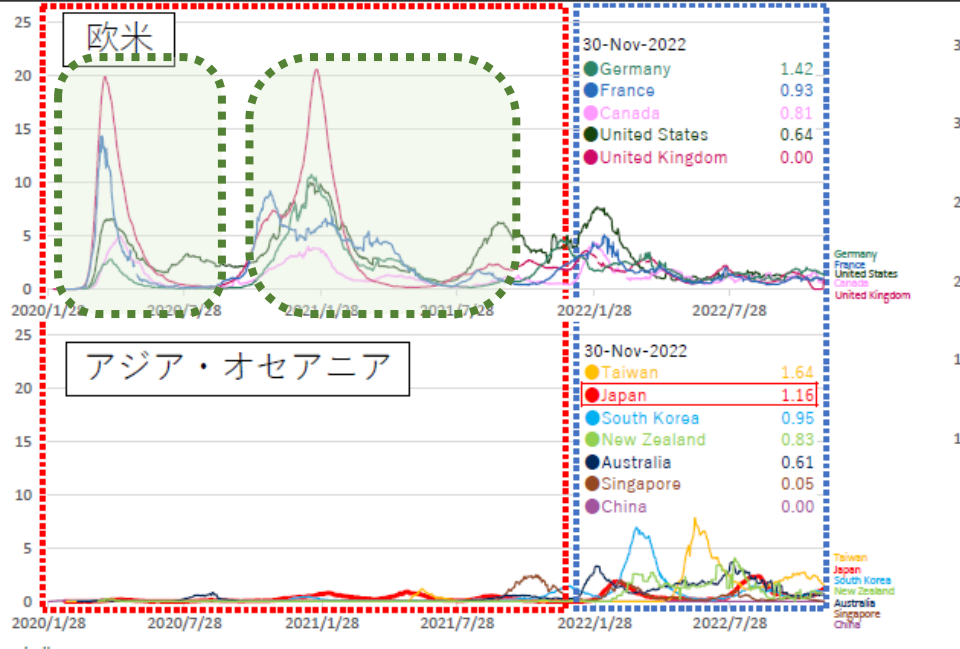


# 【演者私見】



① オミクロン株流行前で欧米とアジア・オセアニアでは感染拡大の状況に差(死者数に影響)

② オミクロン株流行前に生じた死者数の差が累積死亡者数に影響



③ オミクロン株流行後アジア・オセアニアは欧米に遅れて感染が拡大(集団免疫形成は遅延)

※ アジア・オセアニア諸国は結果的にワクチン・治療薬の登場まで時間を稼ぎ、相対的に死者数を抑えたと言えるか(⇒今後の評価)

2020年1月から2021年12月までの世界各国の超過死亡数 **2023**年5月 WHO

Country	人口	人口10万対 2020	人口10万対 2021	人口10万対 2020-2021
New Zealand	5,087,770	-42	-13	-54
Viet Nam	97,000,406	-61	23	-38
China	1,424,378,047	-5	2	-4
Japan	124,382,423	-18	18	0
Australia	25,751,017	-12	18	5
Republic of Korea	51,767,370	3	16	19
Norway	5,381,470	0	28	28
Singapore	5,920,608	0	30	30
Canada	37,950,649	38	31	70
Malaysia	33,377,601	-42	116	75
Israel	8,817,842	36	54	90
Thailand	71,452,156	11	93	103
Sweden	10,396,008	86	31	117
Germany	83,157,117	42	81	122
France	64,314,512	78	58	136
Netherlands	17,436,455	83	92	175
Philippines	113,016,083	-10	211	203
The United Kingdom	67,031,062	122	97	219
United States of America	335,935,481	139	149	288
Brazil	213,678,429	89	218	308
Italy	59,181,783	184	127	311
India	1,401,545,990	59	278	338
Mexico	126,271,552	236	249	485
Russian Federation	145,168,839	261	492	753

**2022年6月「有識者会議報告書」より抜粋**

人口10万人当たりの超過死亡数で見たとき、我が国の超過死亡数は2020年が▲24、2021年が8で、平均した値で▲8と推計されている。

これは、他の主要先進国である米国(140)、イタリア(133)、ドイツ(116)、英国(109)、フランス(63)と比較しても、**かなり低い数字**となっている。この推計結果からは、我が国は諸外国と比較して**高齢化率及び都市人口割合が高い**中で、コロナ禍にあって**死亡者全体を増やさなかった**ということができる。

どの要因がどの程度寄与したのかについては、我が国の医療制度や公衆衛生政策、社会文化的要因、遺伝的要因など**様々な要因も指摘**されており、**明確な結論は出ていない**。

2020年1月から2021年12月までの世界各国の超過死亡数 **2023**年5月 WHO

Country	人口	人口10万対 2020	人口10万対 2021	人口10万対 2020-2021
New Zealand	5,087,770	-42	-13	-54
Viet Nam	97,000,406	-61	23	-38
China	1,424,378,047	-5	2	-4
Japan	124,382,423	-18	18	0
Australia	25,751,017	-12	18	5
Republic of Korea	51,767,370	3	16	19
Norway	5,381,470	0	28	28
Singapore	5,920,608	0	30	30
Canada	37,950,649	38	31	70
Malaysia	33,377,601	-42	116	75
Israel	8,817,842	36	54	90
Thailand	71,452,156	11	93	103
Sweden	10,396,008	86	31	117
Germany	83,157,117	42	81	122
France	64,314,512	78	58	136
Netherlands	17,436,455	83	92	175
Philippines	113,016,083	-10	211	203
The United Kingdom	67,031,062	122	97	219
United States of America	335,935,481	139	149	288
Brazil	213,678,429	89	218	308
Italy	59,181,783	184	127	311
India	1,401,545,990	59	278	338
Mexico	126,271,552	236	249	485
Russian Federation	145,168,839	261	492	753

アジア・オセアニア諸国

2022年6月「有識者会議報告書」より抜粋

人口10万人当たりの超過死亡数で見たとき、**我が国**の超過死亡数は2020年が▲24、**2021年**が8で、平均した値で▲8と推計されている。

これは、他の主要先進国である**米国**（140）、**イタリア**（133）、**ドイツ**（116）、**英国**（109）、**フランス**（63）と比較しても、**かなり低い数字**となっている。この推計結果からは、我が国は諸外国と比較して**高齢化率及び都市人口割合が高い**中で、コロナ禍にあって**死亡者全体を増やさなかった**ということができる。

どの要因がどの程度寄与したのかについては、我が国の医療制度や公衆衛生政策、社会文化的要因、遺伝的要因など**様々な要因も指摘**されており、**明確な結論は出ていない**。

# コロナパンデミック対応 英米政府関係者の視点

- 2023年9月1日に予定されていた内閣官房新組織（内閣官房感染症危機管理統括庁）設置に向けて、コロナパンデミック対応において先進国政府（英国・米国）の対応と課題について、同様な立場の政府関係者と意見交換を実施

# 1. 司令塔機能

<注：事実関係以外は関係者との意見交換を踏まえた演者の見解>

- 感染症対策の大半は保健省
- ただし、今次パンデミックでは、以下の点で通常の感染症対策とは全く異なる対応が求められた：
  - ✓ ロックダウン等大きな政治判断を伴う対策
  - ✓ 国民との広範なコミュニケーション
  - ✓ 国全体で一斉・広範に実施
  - ✓ 保健省単独では実施が困難（例：ワクチン接種）
- このため、他行政庁（例えば、米国ではF E M A）が保健省の能力を補うとともに、政権中枢と関係省庁との間で政治判断が必要な事項や国民とのコミュニケーションを一括して調整する「司令塔機能」を持つ組織を設置
  - 【米国】 WHITE HOUSE TASK FORCE（トランプ政権では「White House Coronavirus task force」、バイデン政権では「White House COVID-19 Response team」）
  - 【英国】 関係閣僚会議（COBRA：Cabinet Office Briefing Room）のもと次官級・局長級のチーム
- 英米とも、危機に際し、国民とのコミュニケーション・有事の際の広報のあり方の重要性を指摘

## 2. 感染症対策（公衆衛生・医療） <注：事実関係以外は関係者との意見交換を踏まえた演者の見解>

- 英米とも ワクチン や 治療薬 などの医療技術・イノベーションでは大きな成果
- しかし 公衆衛生対策 については必ずしも成功していない（「失敗」）と認識：  
【主たる要因】
  - ✓ 初期段階でのつまずき（①検査能力の不足から感染の広がりが把握できなかった、②ウイルス感染の性質を季節インフルエンザ類似と考えた）
  - ✓ 偽情報 や多数の“自称専門家”による 反科学的な見解 が流布されたこと（特に米国のトランプ政権時）



➤ 英米とも 公衆衛生危機への対応 は データに基づく科学的発信 が最重要課題と認識

### ● 医療提供・病床確保

【英国】 政府が NHS を活用してコロナ患者に病床を提供。

【米国】 わが国と同様、民間病院が主体（公的病院は約15%程度）であり通常の医療体制は連邦政府の統制下にはない（医療機関の管轄は州政府）。

平時では州や自治体と医療機関が地域のヘルスケア連合を構成、有事に必要な対応能力確保の 準備・計画の費用を連邦政府が支援、有事には各州が独自の病床確保命令を発出。



### 3. 感染動向の把握と発信(“医療DX”) <注：事実関係以外は関係者との意見交換を踏まえた演者の見解>

- 英米とも 感染の実態データ を最大限駆使して、偽情報に対抗する 国民向け情報提供を積極的に行う とともに、科学者 はこれらを活用した 科学的知見に基づく見解 を提示

【英国】政府が NHS を活用、各個人のNHS登録番号に紐づけられた豊富な診療データを収集

【米国】わが国と同様に 民間病院が主体 のため、初期には診療情報収集は困難だったが、その後 CDCがリーダーシップを発揮、情報収集を強化・充実させた



- わが国に創設される 新機構 においても 米国CDCのような機能とリーダーシップ が期待されている

- わが国は反科学的偽情報に悩まされて 国論が二分されるという状況には至らなかった

- 一方、国民に対する科学的な情報提供 という点では 大きな課題

(例：コロナ診療に関する 全国集計のデータは殆ど活用されず、特定の自治体ベースの分析 が主体だった)



- 医療DXを飛躍的に進める ことが必要

## 4. 科学者とコロナ対策

<注：事実関係以外は関係者との意見交換を踏まえた演者の見解>

(※ 行政機構がわが国と類似の英国について；米国は政権スタッフとして内部化)

- 英国は保健省(NHS)の豊富なデータが科学者（例：SAGE；The Scientific Advisory Group for Emergencies 緊急事態科学諮問グループ）に提供され、科学者はデータを踏まえた科学的論考に基づく見解を提示した。
- 科学者と政策担当者が状況認識を共有しながら政策を遂行、情報発信においても首相と科学者が一緒に並んで会見した。
- 科学者の見解とは異なる評価や判断を政権が行うことはあったが、（政府SAGEメンバーの）科学者が政策判断に関する独自の見解を発信するようなことはなかった。
- また、科学者グループ（SAGE）は分野ごと（例えば、感染症、経済など）に提言をまとめており、分野を統合した一つの結論や方向性に集約することはなかったとされる。
- 科学者の役割は、データに基づく科学的論考を示すことと整理され、その見解の提示により役割は果たされているとの認識（統合して判断するのは政策担当者との認識）



- 各国とも感染症危機への対処・情報発信における科学者との連携・専門知の活用は死活的に重要であり、かつ中核的な課題と認識。
- 具体的な活用の仕組みや政府との関係は各国さまざまであり、わが国も含めて、今次パンデミックの経験を踏まえた更なる進化が模索されるものと考える。<sup>50</sup>

## 本日のまとめ

- 事前準備不足で実戦となったパンデミック対応は殆どの対策が漸進的となり、平時からの準備・訓練の重要性が再認識された
- 全国規模・同時進行のパンデミックへの対処には強力な司令塔機能が不可欠であり、次に備えた機構改革を実施した
- パンデミック対応の医療は従前からの医療システム改革が重要であり、制度の生い立ちに起因する困難さを踏まえた上での取り組みを、更に加速させることが不可欠
- グローバルに見て、各国がそれぞれの制度や行政機構のもとで、悩みながら対策を進めたが、（初動の）公衆衛生対応・インフォデミックの要素が結果に大きく影響したと考えられる
- パンデミック対策は科学技術・情報の活用と国民との対話（リスクコミュニケーション）が鍵となることが改めて浮き彫りに

ご清聴ありがとうございました

