



東京財団政策研究所
THE TOKYO FOUNDATION FOR POLICY RESEARCH

長崎からG7のその先へ — デジタル×地域医療の未来図 —

2023年7月12日

現地会場：出島メッセ長崎

オンライン：Zoomウェビナー

東京財団政策研究所 主席研究員 佐藤大介

- 地域の医療体制に迫られている変化 -

医師の働き方改革、新興感染症、人口構造の変化に対応する地域医療体制の変革が迫っている。
厳しい外部要因が山積の中、情報技術（デジタル）の潮流への期待が大きい

医療機関・施設、行政、プロフェッショナル組織、アカデミアによる、将来に向けた医療体制の熟議・実践

変化を与える
外部要因

影響の大きい要因

①超少子高齢化・人口減少

- 特に医療従事者の不足

②医師の働き方改革

- 医師の働き方改革及び医師確保

③新興感染症への対応

- 新興感染症に備えた平時からの体制



期待される潮流

テクノロジーの進化

- 先端技術・情報技術の普及

医療DXの実現

- 誰ひとり取り残さない社会の実現

地域医療構想

地域単位での疾患に応じ医療提供施設の機能分化

第8次医療計画

【新】新興感染症発生・まん延時における医療の体制

実現に向けた
検討要素

地域の医療を担う
医療機関・施設の機能の現状

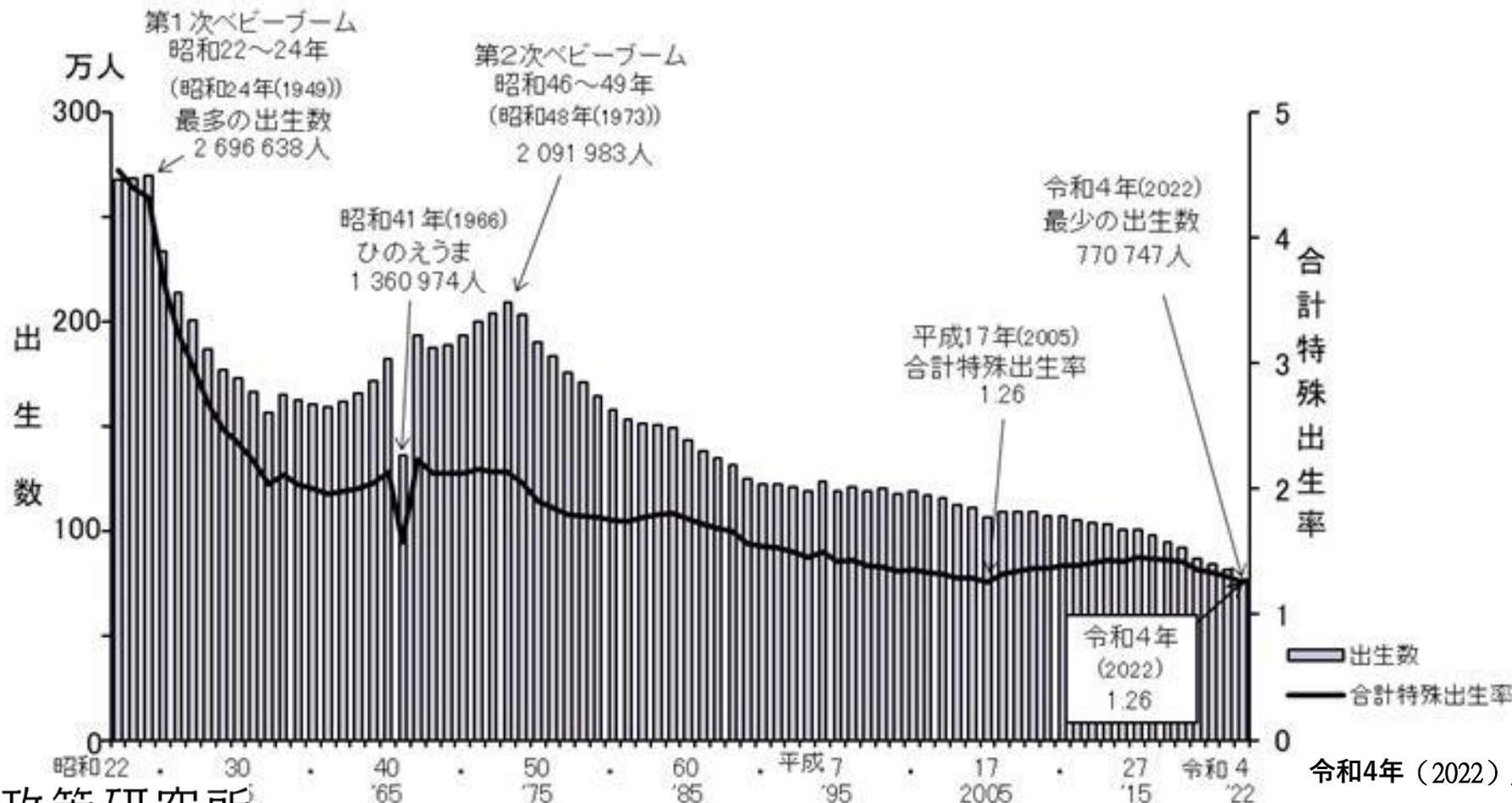
限られた資源で医療機能を強
化するための踏み込んだ連携

平時から有事を見据えた
病床や医師の医療資源配分



- 地域の医療体制に迫られている変化 -①超少子高齢化・人口減少

令和4年には過去最低の出生数80万人を下回る衝撃的な結果に。
今後、人材確保はより一層困難となることが見込まれる。



令和4年(2022)人口動態統計月報年計



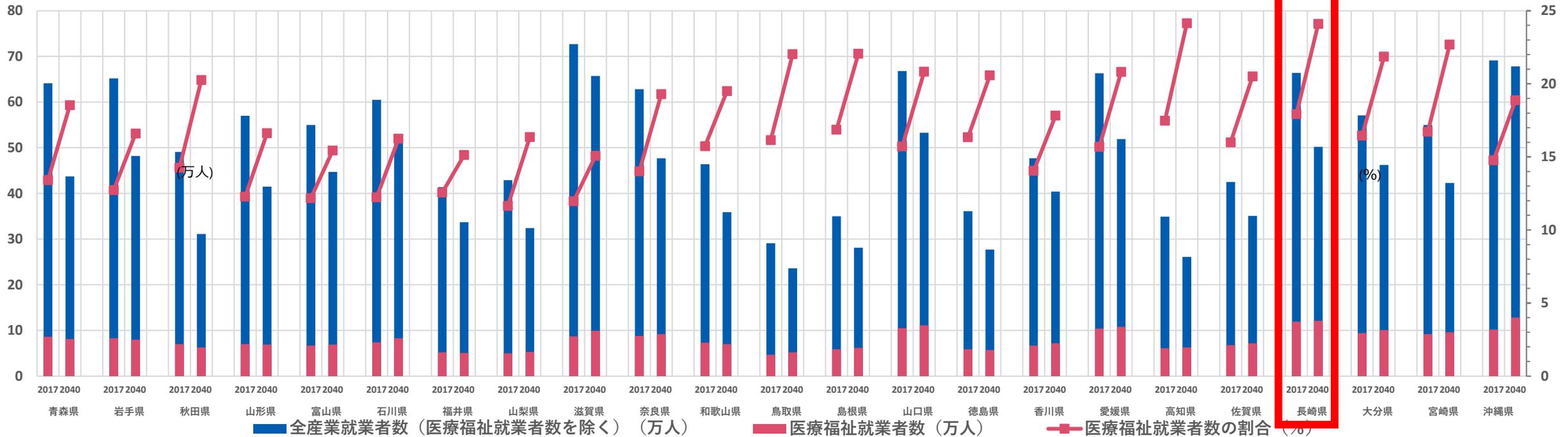
- 地域の医療体制に迫られている変化 -①超少子高齢化・人口減少

医療・福祉就業者数の将来推計（2040年）には現実と乖離が存在する

1. 推計の前提条件は「医療費・介護費の増加＝就業者数の増加」と仮定
2. 推計では、就業者数の増加余地があるのは65歳以上と35歳～44歳の女性に限定

現実には（国家資格保持者であっても）他産業や都市部への流出が深刻

人口150万人未満の都道府県



出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構 「労働力需給の推計 全国推計（2018年度版）を踏まえた都道府県別試算（No.222 2020年3月）」

※ベースライン・労働参加漸進シナリオ（経済成長と労働参加が一定程度進むケース）の推計を使用。

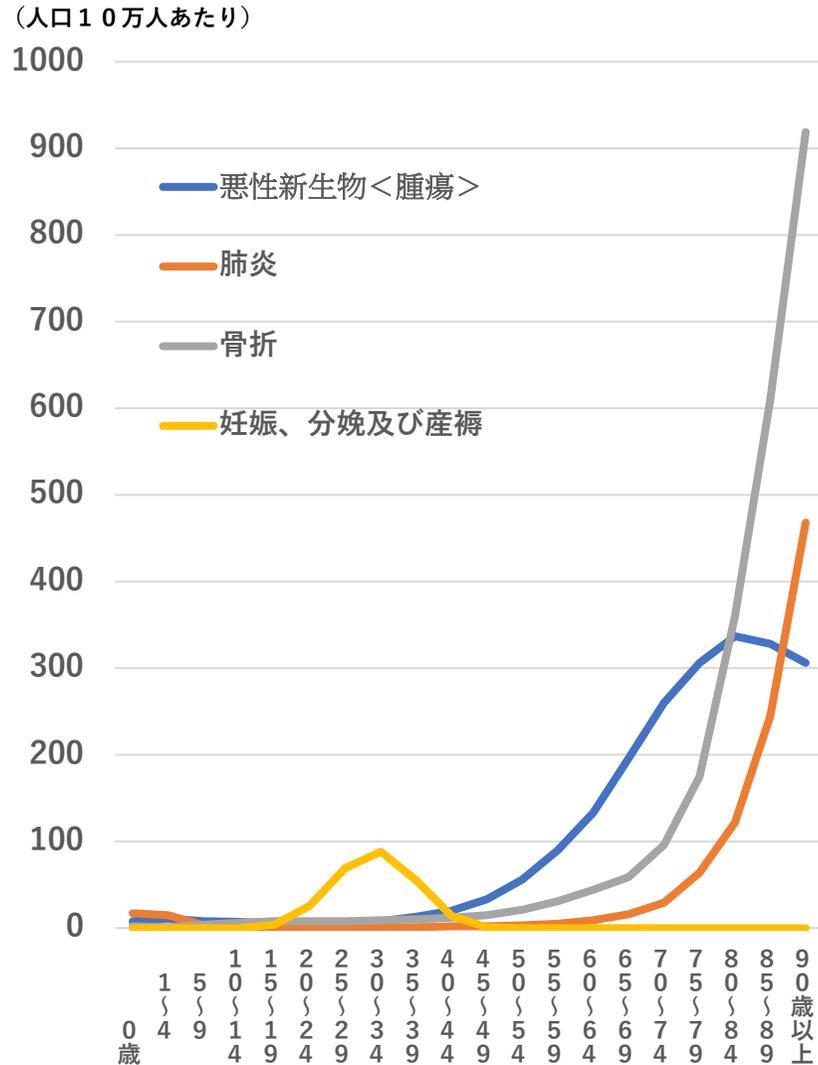
※都道府県を国勢調査（令和2年）の人口を用いて、人口500万人以上、人口150万人未満に分けて表示。



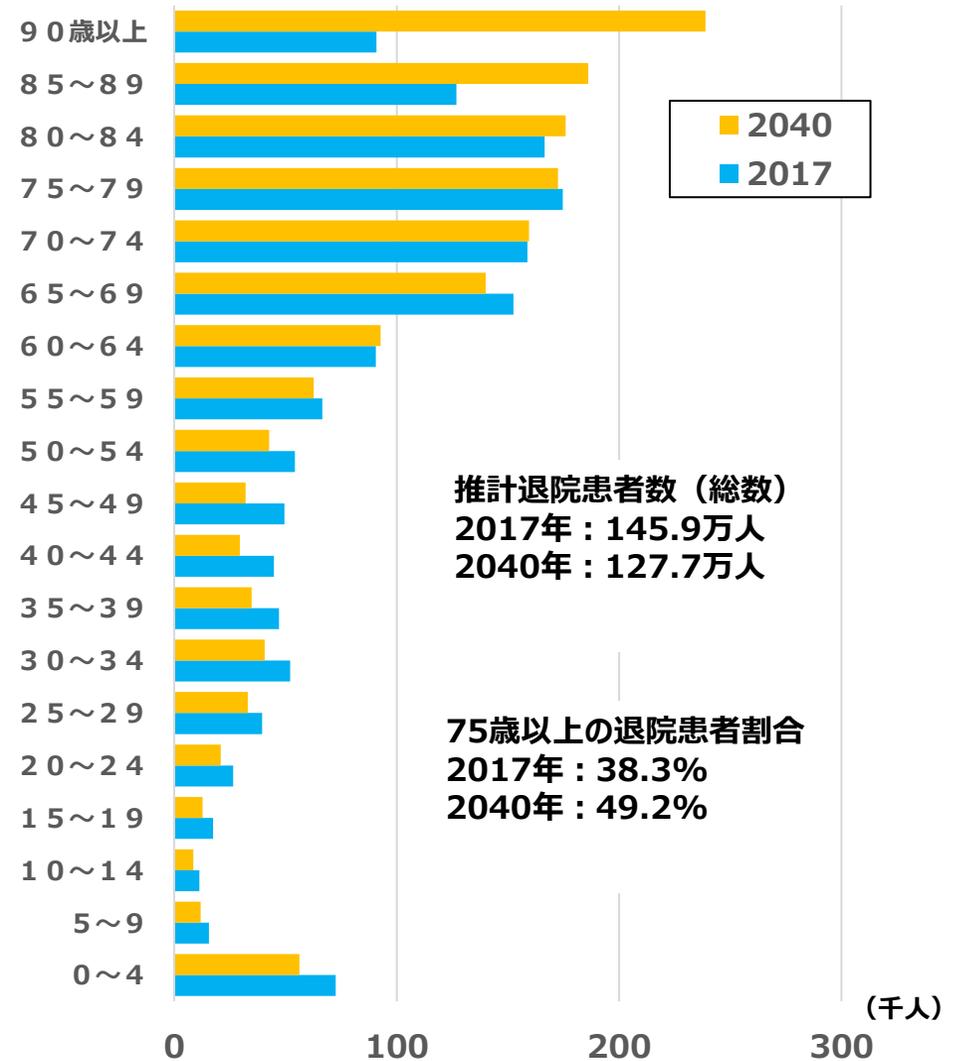
- 地域の医療体制に迫られている変化 - ① 超少子高齢化・人口減少

疾病構造の変化と人口構造の変化に伴う年齢別の退院患者数の変化

年齢別の入院受療率



1月あたり推計退院患者数の比較



出典: 患者調査(平成29年) 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)」

- 地域の医療体制に迫られている変化 -②医師の働き方改革

医師による実質的な医療提供量は、2024年に大幅に減少する見込み

医師の時間外労働規制について

一般則

- (例外)
 - ・年720時間
 - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
 - ・月100時間未満(休日労働含む)
 - ・年間6か月まで

- (原則)
 - 1か月45時間
 - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

年960時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

B: 地域医療確保暫定特別水準(医療機関を特定)

C-1 (医療機関を特定)

C-2 (集中的技能向上水準)

C-1: 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2: 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来(暫定特別水準の解消(=2035年度末)後)

年960時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆる「クォーストップ」)

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・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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・代償休息のセット(義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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・代償休息のセット(義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底(代償休息不要)

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・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

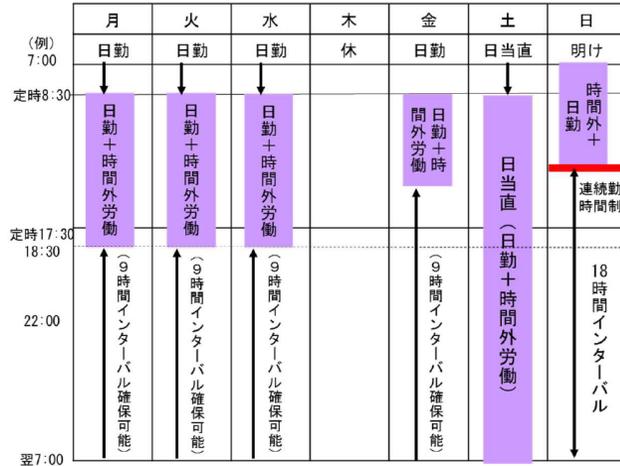
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

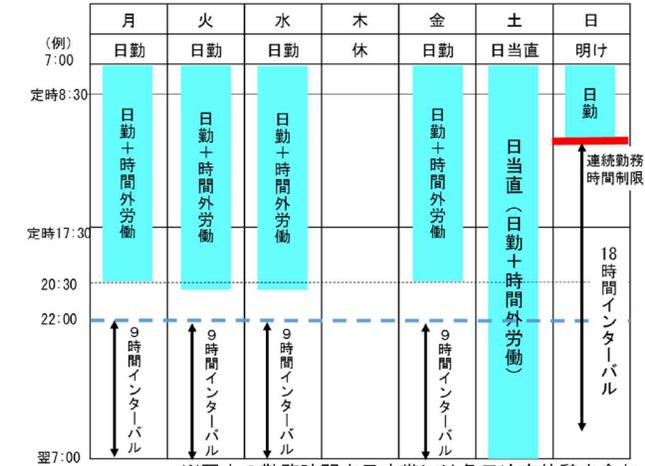
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B) 時間外労働年1,800時間程度≒週38時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働(早出又は残業)
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

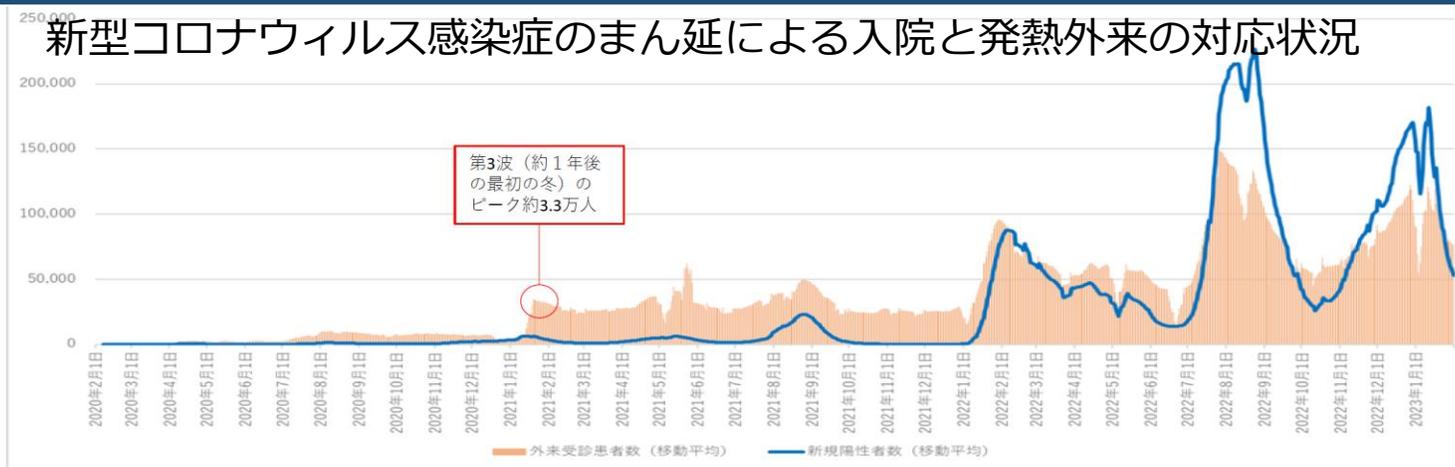
- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)



- 地域の医療体制に迫られている変化 - ③新興感染症への対応

対応可能な能力を超える感染拡大・一般診療のひっ迫

このままでは地域医療体制の機能不全が想定される。



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

厚生労働省 令和5年度医療政策研修会

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>

© The Tokyo Foundation for Policy Research All rights reserved



令和4年8月17日第89回社会保障審議会医療部会より（第8次医療計画）

課題

- 感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナの特性も明らかでない時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に**対応する医療機関との役割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。**
- 感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、新型コロナの特性が明らかになった後においても、**医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さ**などから、**地域によっては病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。**
- 発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、**普段からかかっている医療機関で診療を受けられず**、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。
- 新型コロナ疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診等しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、**公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた。**

対応の方向性

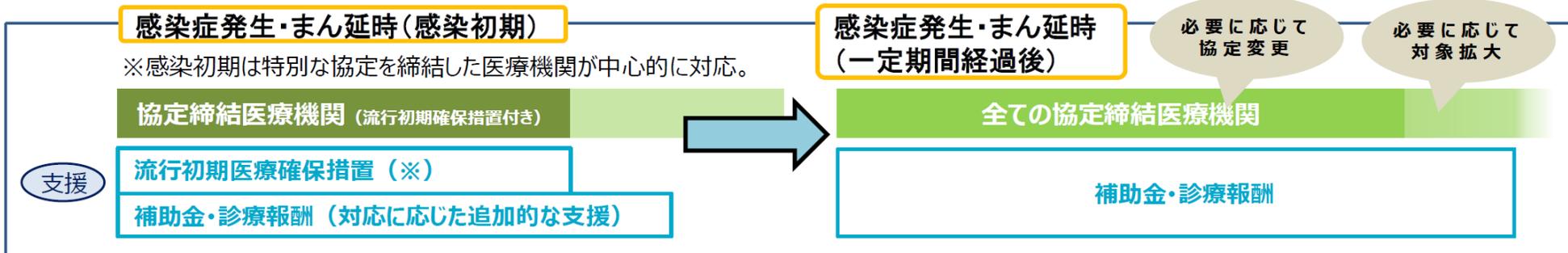
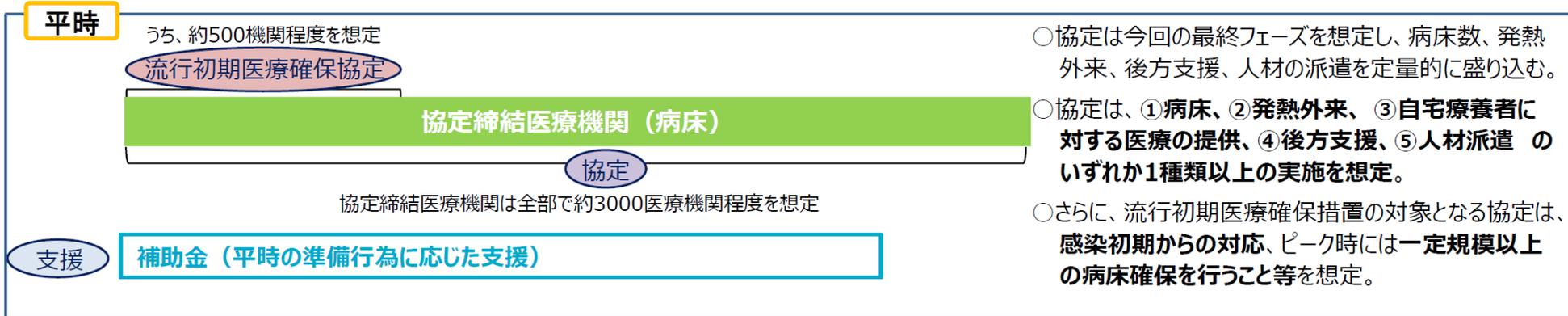
○医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、**国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。**

< 具体的事項 >

○ **都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課す**とともに、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設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、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づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

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】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関につい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）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 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する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

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】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等

このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

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

対応の方向性

○ 都道府県が医療機関（※）との間で病床確保等の協定を締結するにあたっては、医療機関の現状の感染症対応能力などや、協定締結や協定内容拡大のための課題やニーズ等の調査を行い、また、新型コロナウイルス対応の実績も参考に、関係者の中で協議を行い、医療機関の機能や役割に応じた内容の協定を締結する。

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション

○ また、都道府県は、感染症対応と併せ、通常医療の確保のため、こうした協定締結にあたっての調査や、医療審議会等を含む協議のプロセスも活用して、広く地域における医療機関の機能や役割を確認し、医療提供の分担・確保を図る。その際、必要に応じ、保健所設置市・特別区とも連携して対応する。

○ 都道府県において、協定案の策定にあたって、医療審議会等の意見を聴くプロセスも活用することで、実効性を確保していく。

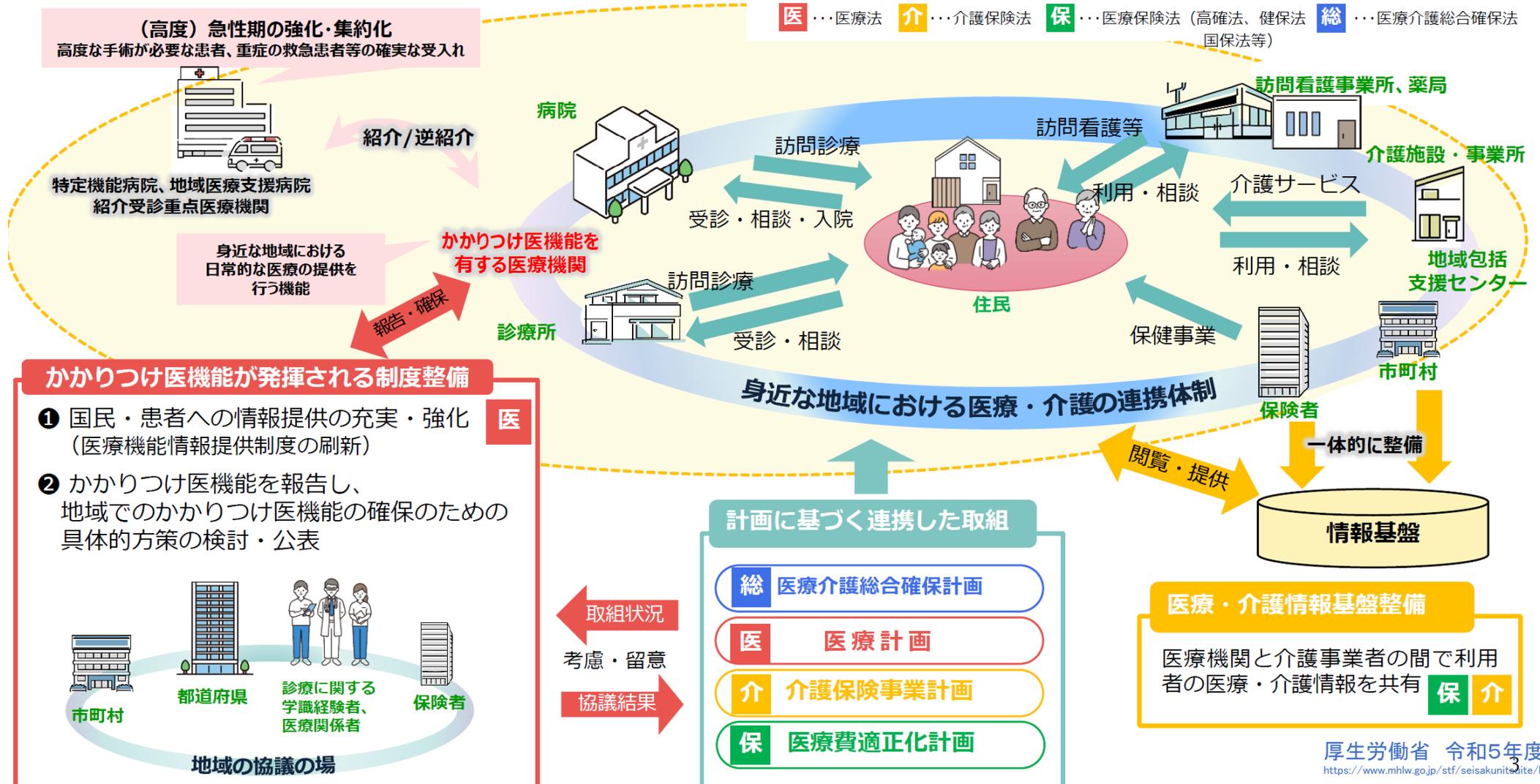
○ 国は、必要な感染症対応について、各都道府県が協定を締結するにあたり地域差が生じないように、感染症協定指定医療機関の指定基準や要件などは、できる限り具体的に示す。

○ なお、どの県に所在しても、新興感染症に係る同じ医療を提供していれば、基本的に感染症指定医療機関（協定指定医療機関）に指定され得る。そのため、平時からの対応医療機関の見える化により患者の選択に資するためにも、都道府県は、その前提となる協定締結について当該医療機関と協議を行う。

（参考）緊急その他やむを得ない理由により、感染症指定医療機関以外の医療機関で同じ医療を受けた場合には、公費負担医療の対象となる。

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。【①高確法第124条の2～9、附則第15条（新旧P80～82,98）、健保法第152条の2～6、附則第4条の3（P1～3,7,8）等関係】
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。
【②国保法第72条の3の3（P18）、地方税法第703条の5（P50,51）等関係】

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
【①高確法第100条（P75,76）関係】
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。
【②高確法第34条、第35条、第38条、第39条、第93条（P64～74）、健保法第153条、附則第2条の2（P3,4,6）等関係】

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
【①高確法第4条、第8条、第9条、第11条、第12条、第157条の2（P58～63,85）等関係】
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。
【②国保法第82条の2（P25,26）／③国保法附則旧第6条～旧第21条の5（P28～46）、健保法附則旧第4条の3（P6,7）等関係】

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
【①医療法第6条の3、第6条の4の2、第30条の4、第30条の18の4、第30条の18の5（P102,103,105,107～110）、高確法第8条、第9条（P59～62）、総確法第5条（P123）、介保法第117条（P133,134）等関係】
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
【②介保法第115条の45、第115条の47（P137,138）、健保法第205条の4（P5）、高確法第165条の2（P86）、国保法第113条の3（P26,27）等関係】
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
【③医療法第69条の2（P110,111）、介保法第115条の44の2（P129～131）等関係】
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
【④医療法第70条、第70条の3（P111～114）等関係】
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。
【⑤良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（P125）関係】

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、厚生労働省 令和5年度医療政策研修会
4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>

社会実装は現場主導かつ地域住民視点

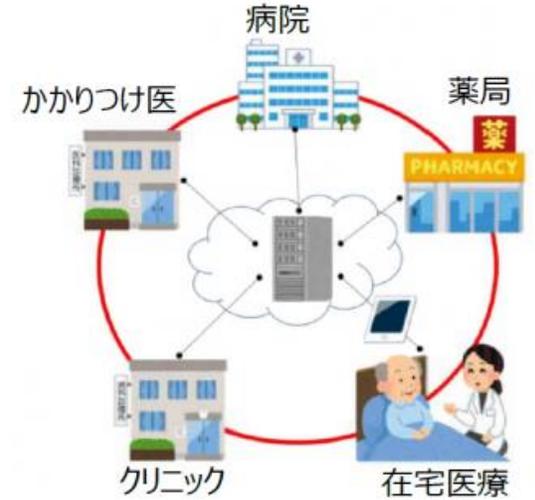
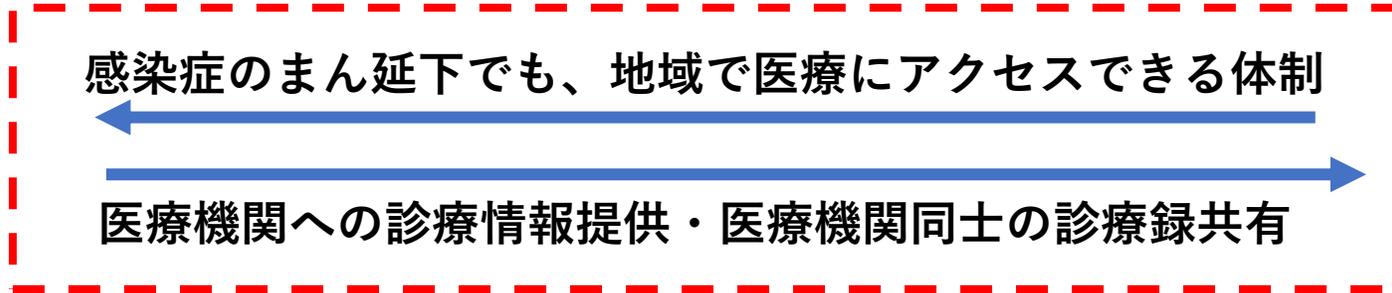
1. 現行の制度は「今できる範囲内での枠組み」をまとめたもの
コロナ禍でできなかったことは求められていない。
2. 社会実装は地域住民の視点を持つ医療現場と都道府県が主導
国は都道府県を「支援」
3. 医療需要は増加傾向だが、医療人材や財源の確保は困難化

新興感染症にも対応できる地域完結型の医療・介護体制は
デジタル×地域医療の実装が唯一解ではないか。



Key Message

地域住民が新興感染症のまん延下にあっても、安心して地域の医療を受けられるために「長崎県あじさいネット」を先駆的事例とする医療・介護のデジタル社会への提言



1. 社会的合意に基づく公益目的のデータアクセスを視野に入れた社会実装
2. 住民視点に立った運営スキーム（自主運営から社会基盤へ）
3. 地域医療情報連携ネットワーク事業、PHRデータ流通基盤構築事業、地域医療介護総合確保基金等、関係省庁が連携した総合的な政策アジェンダの設定に向けた提言





東京財団政策研究所
THE TOKYO FOUNDATION FOR POLICY RESEARCH

ご清聴ありがとうございました