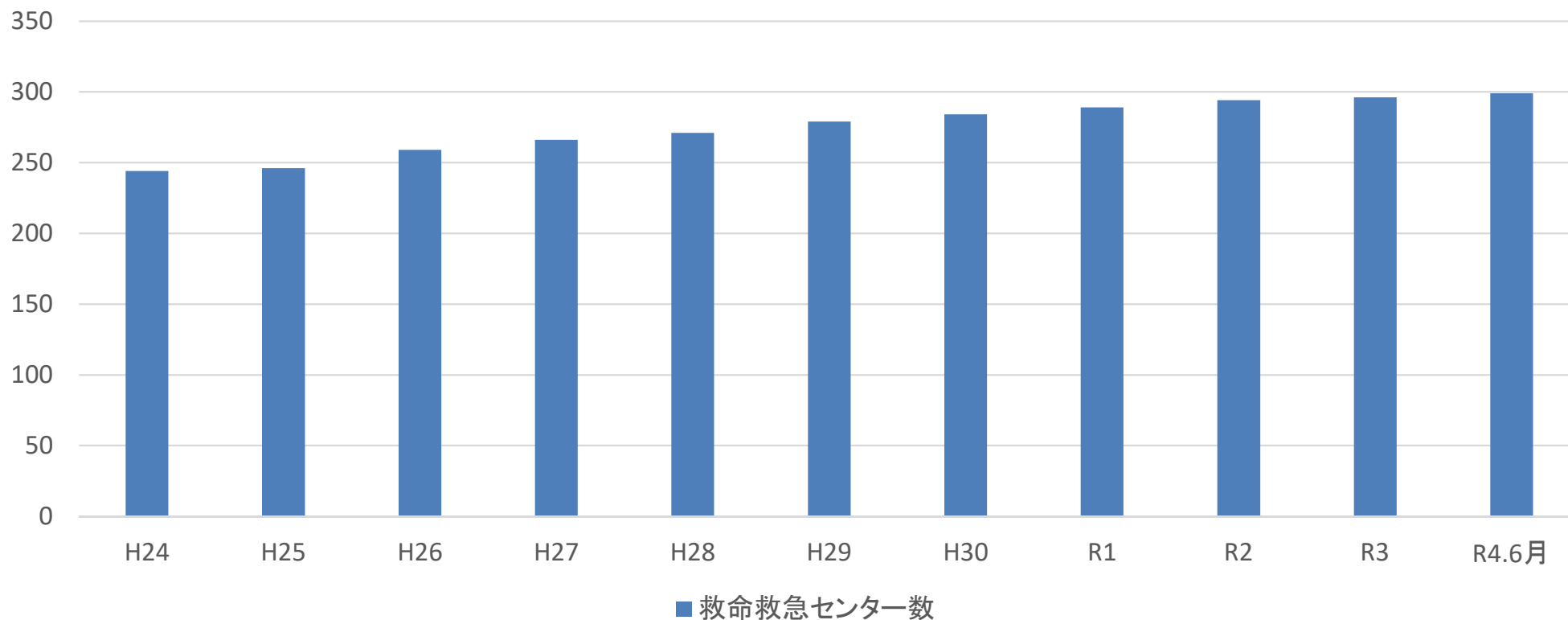


# 追加説明資料

# 1. 第三次救急医療機関数と救急搬送件数等の推移

# 第三次救急医療機関の整備

- 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在300施設まで増加が続いている。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。

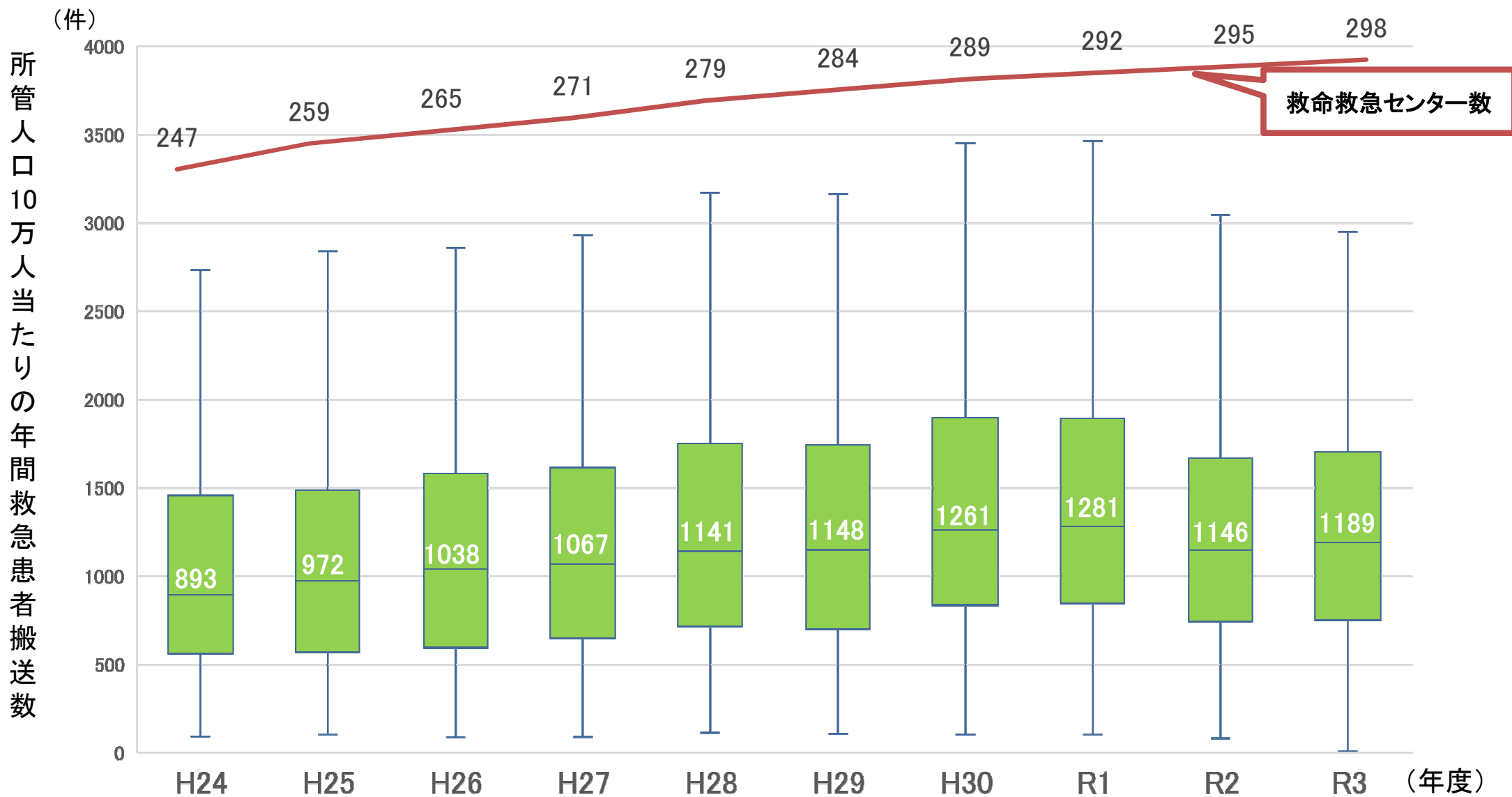


	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.6月
救命救急センター数	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	300
(うち高度救命救急センター数)	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(46)

(出典)令和2年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究」(研究代表 山本保博) 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」(坂本哲也担当)(一部改変)

# 救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間救急搬送件数の推移

○ 救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間救急搬送件数の中央値は増加している傾向がある。



# 救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間重篤患者数の推移

○ 救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間重篤患者数の中央値は増加している傾向がある。



# (参考)救命救急センター充実段階評価における重篤患者の定義

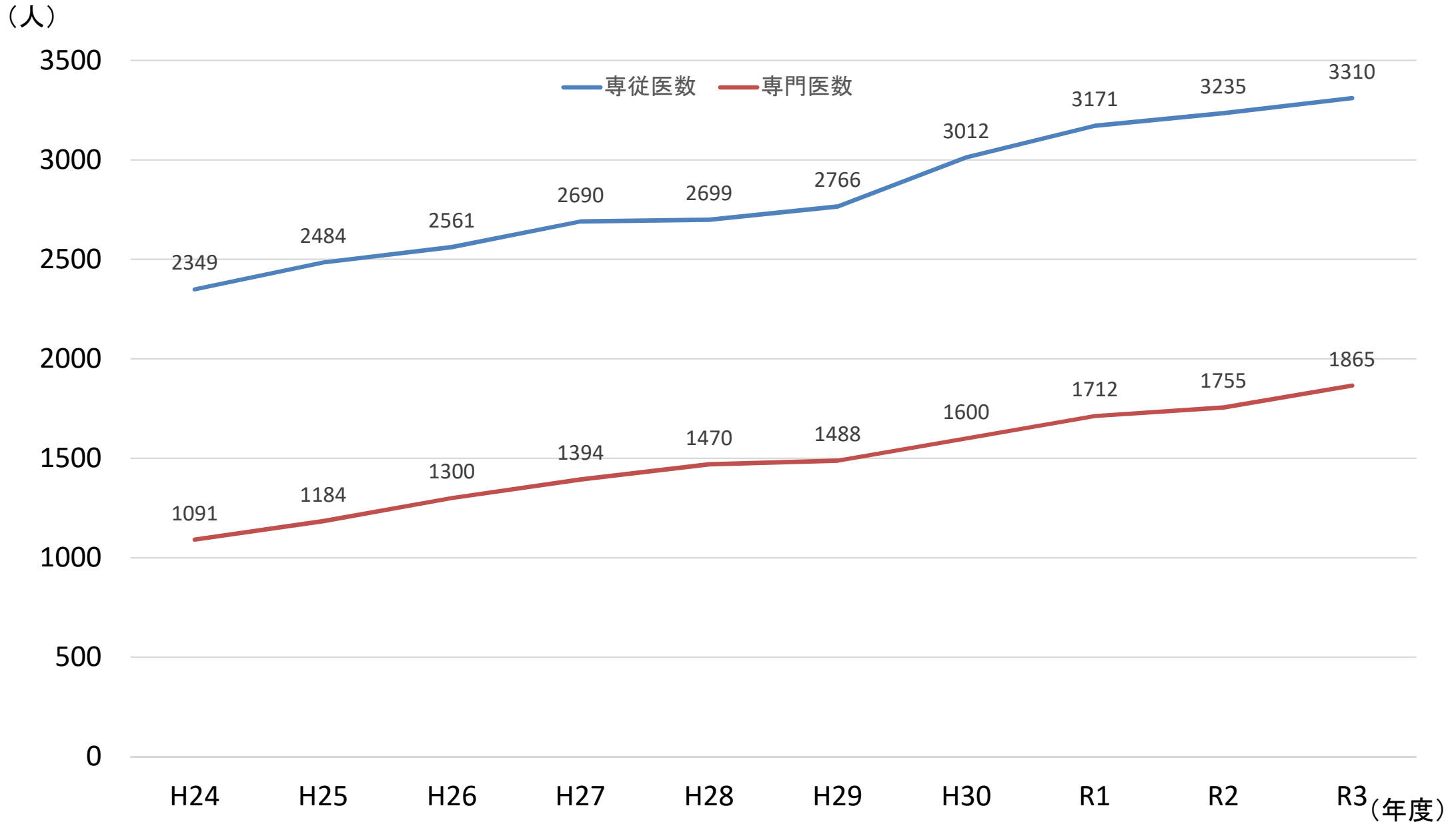
1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞又は急性心筋梗塞と診断された患者若しくは緊急冠動脈カテーテルによる検査又は治療を行った患者
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂と診断された患者
4	重症脳血管障害	来院時JCS100以上であった患者、開頭術、血管内手術を施行された患者又はtPA療法を施行された患者
5	重症外傷	Max AISが3以上であった患者又は緊急手術が行われた患者
6	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者
7	重症急性中毒	来院時JCS100以上であった患者又は血液浄化法を施行された患者
8	重症消化管出血	緊急内視鏡による止血術を行った患者
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈した患者
10	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈した患者
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等と診断された患者
12	重症呼吸不全	呼吸不全により、人工呼吸器を使用した患者(1から11までを除く。)
13	重症急性心不全	急性心不全により、人工呼吸器を使用した患者又はSwan-Ganzカテーテル、PCPS若しくはIABPを使用した患者(1から11までを除く。)
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血が必要であった患者(1から11までを除く。)
15	重症意識障害	来院時JCS100以上の状態が24時間以上持続した患者(1から11までを除く。)
16	重篤な肝不全	肝不全により、血漿交換又は血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)
17	重篤な急性腎不全	急性腎不全により、血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)
18	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群等に対して持続動注療法、血漿交換又は手術療法を施行された患者(1から17までを除く。)

注1) 来院時の患者の状態を基にして記入する。病棟入院中の状態悪化や手術後の集中管理のために救命救急センターで受け入れた患者は除く。

注2) 一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

# 救命救急センターにおける専従医数・専門医数の合計数の推移

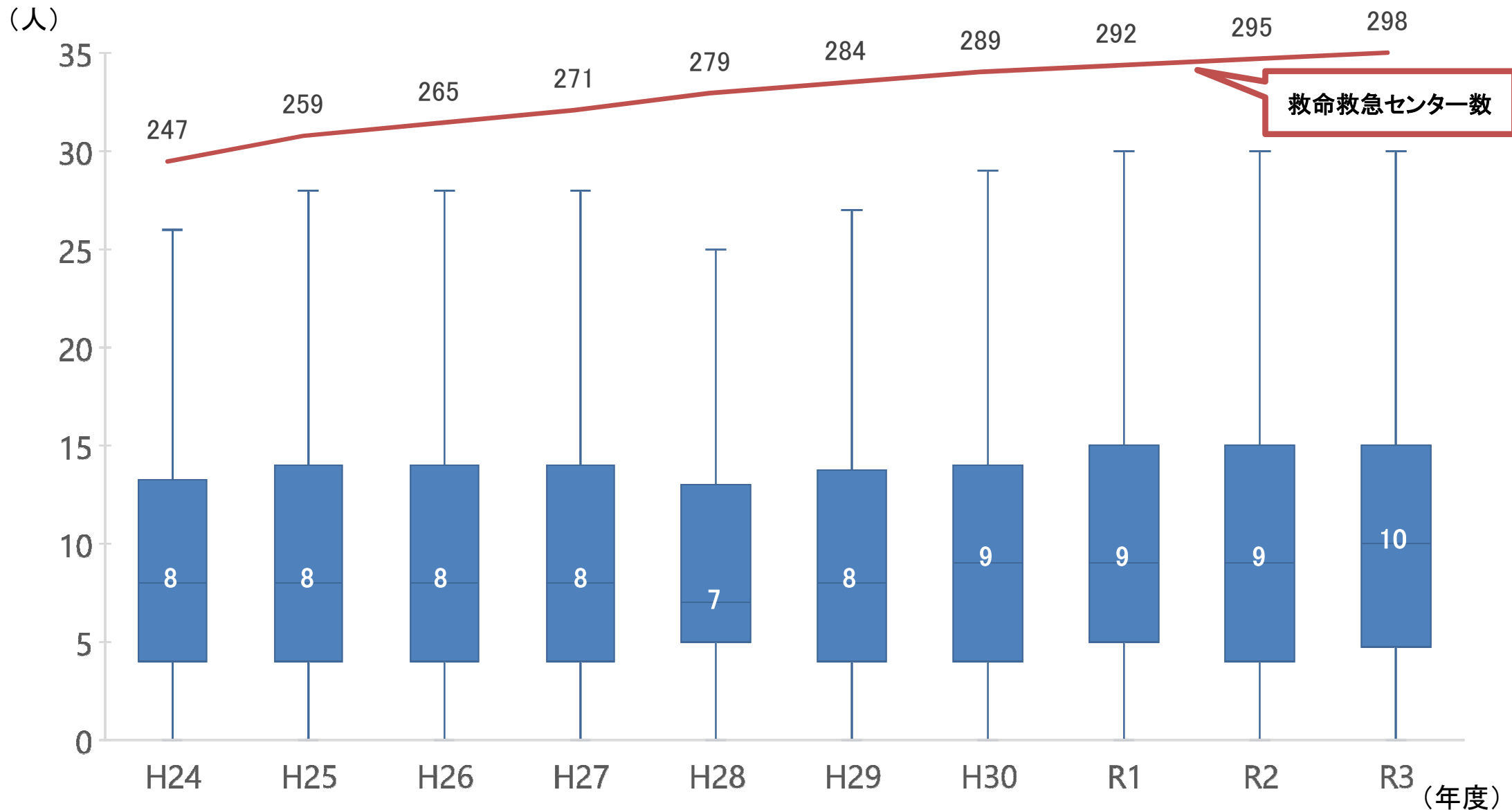
○ 救命救急センター数における専従医数、専門医数はともに増加している。



(出典)平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

# 救命救急センター1施設当たりの専従医数の推移

○ 救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たりの専従医数の中央値は増加している傾向がある。

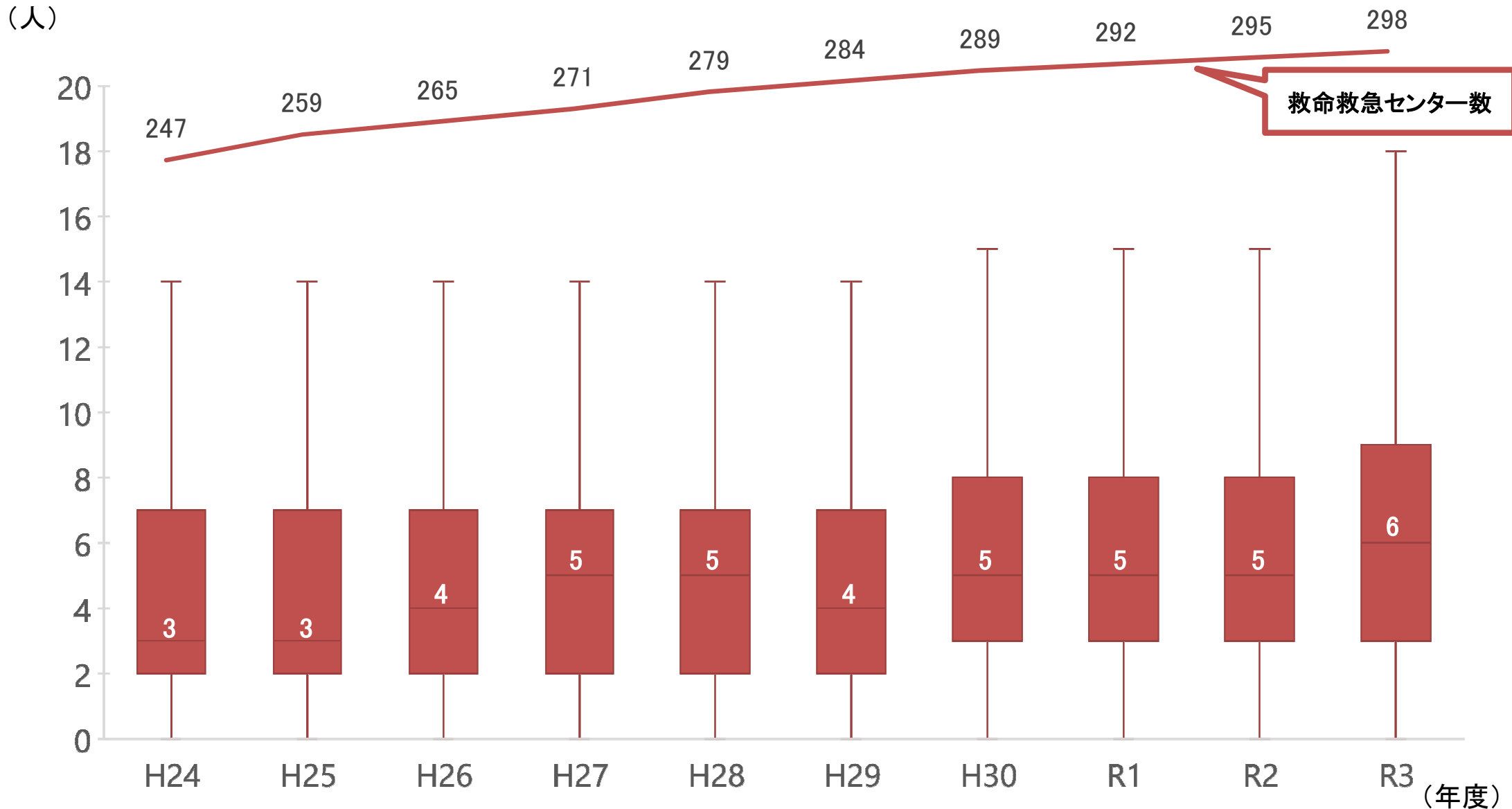


(出典)平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価



# 救命救急センター1施設当たりの専門医数の推移

○ 救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たりの専門医数の中央値は増加している傾向がある。



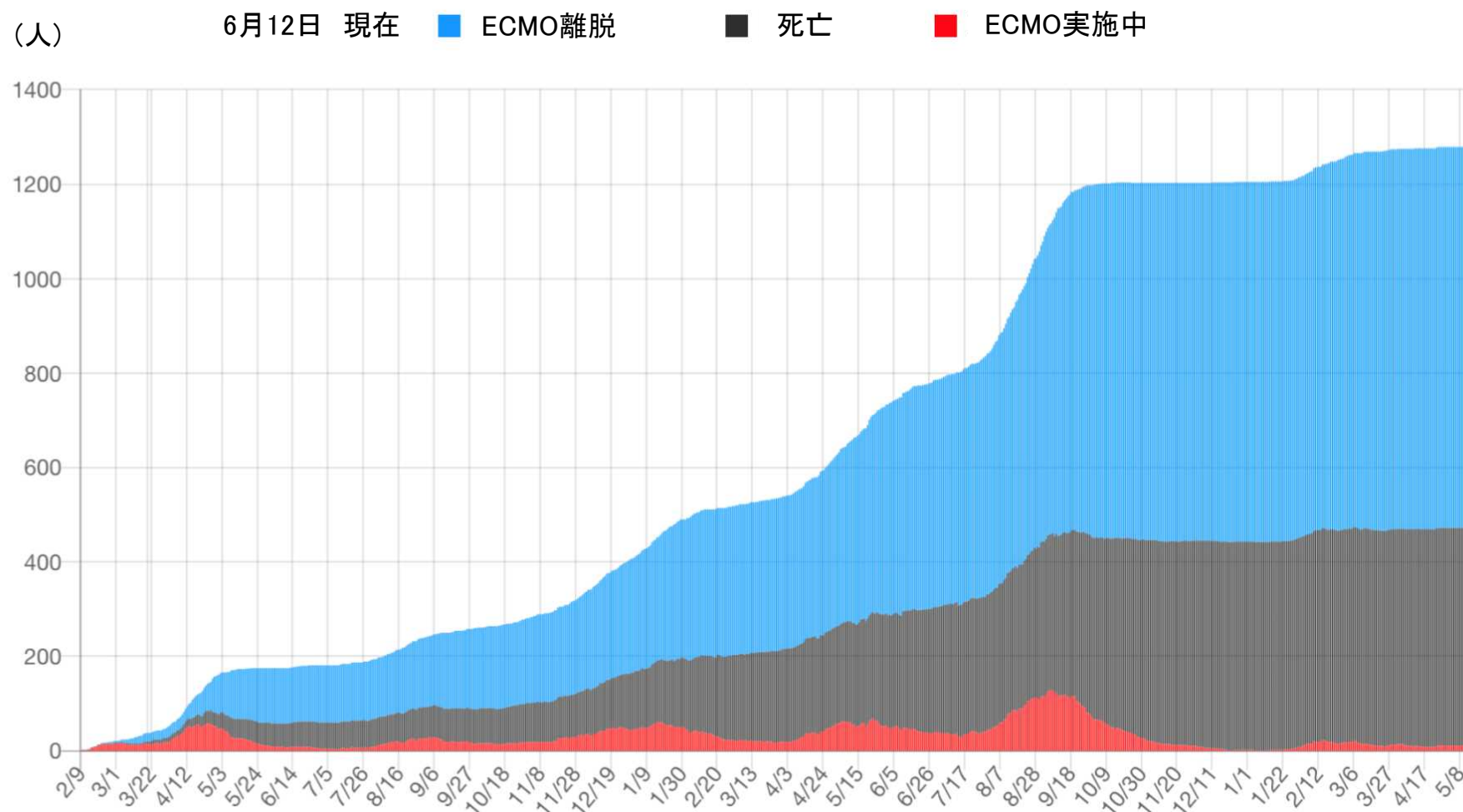
(出典) 平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

## 2. コロナ禍におけるECMO治療

# 国内のCOVID-19におけるECMO治療

○ 横断的ICU情報探索システム(CRISIS)\*によると、2020年2月9日から2022年6月12日にかけてECMOによる治療を受けた総ECMO装着患者1287名のうち、ECMOを軽快離脱できた患者は814名、死亡した患者は466名であった。なお、6月12日時点でECMO装着を継続している患者は7名であった。

※ NPO法人日本ECMOnetが作成したCOVID-19重症患者のデータベース。日本全国600以上の医療施設が参加しており、日本全体のICU病床の約8割をカバーしている。



## 3. 医師の需給推計

## 平成18年度からの医学部臨時定員増に係る方針

- ① **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日 4大臣※合意→地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、**平成20～29年度まで**の間、医師不足が特に深刻と認められる10県について、各県10名（加えて自治医科大学も10名）までの暫定的な増員  
※ 4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
- ② **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）に基づき、原則**平成21～29年度まで**の間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに5名まで（北海道は15名まで）の暫定的な増員
- ③ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）及び**「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）に基づき、平成21年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、**平成22～31年度までの間**、地域枠による都道府県ごとに毎年原則10名までの暫定的な増員等
- ④ **「経済財政運営と改革の基本方針2018」**（平成30年6月15日閣議決定）  
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。**2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**
- ⑤ **「経済財政運営と改革の基本方針2019」**（令和元年6月21日閣議決定）  
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。**2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**

## 新型コロナウイルス感染拡大の影響

当初、大学医学部の定員設定に向けた準備期間を十分にとる観点から、2020年4月までを目途に、医師需給推計の結果を踏まえ、2022年以降の医師養成数の方針を示す予定としていた。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかった。

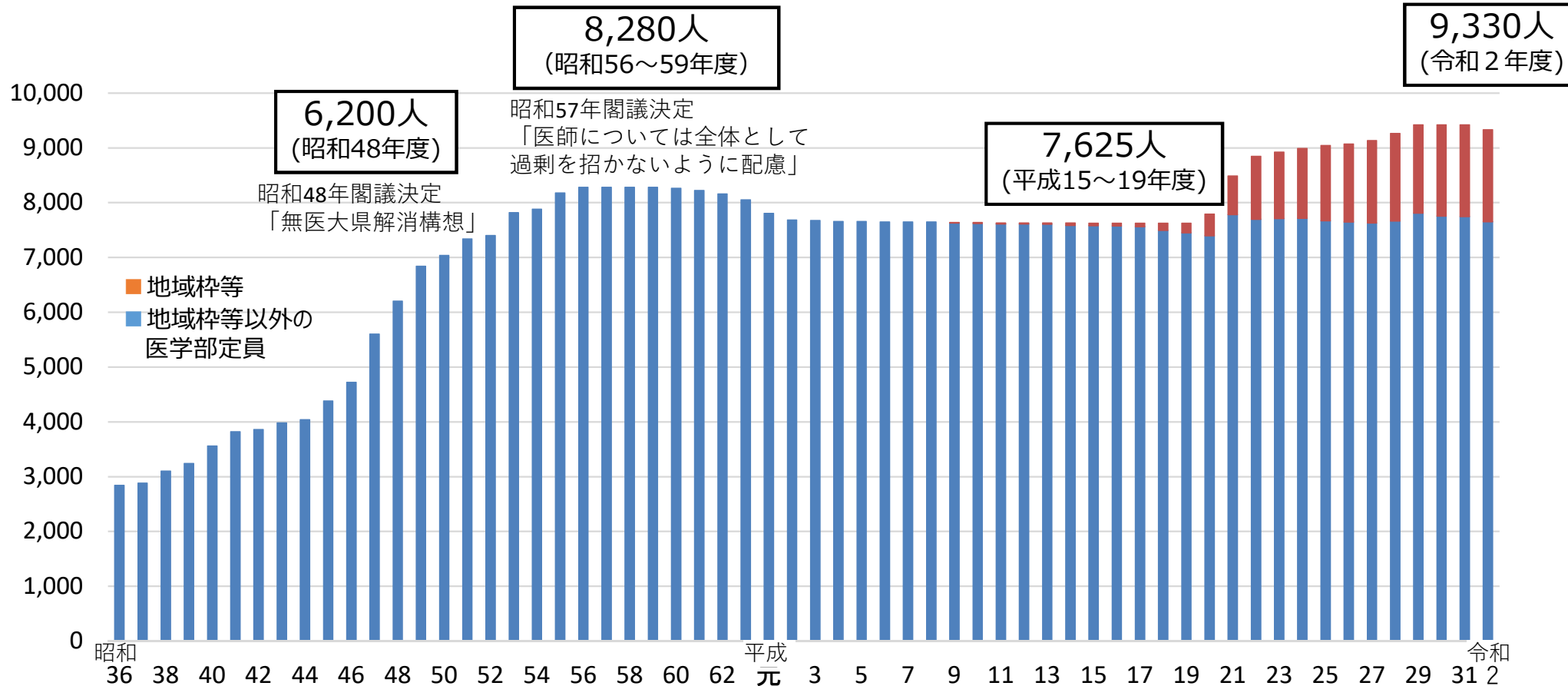
# 医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 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)



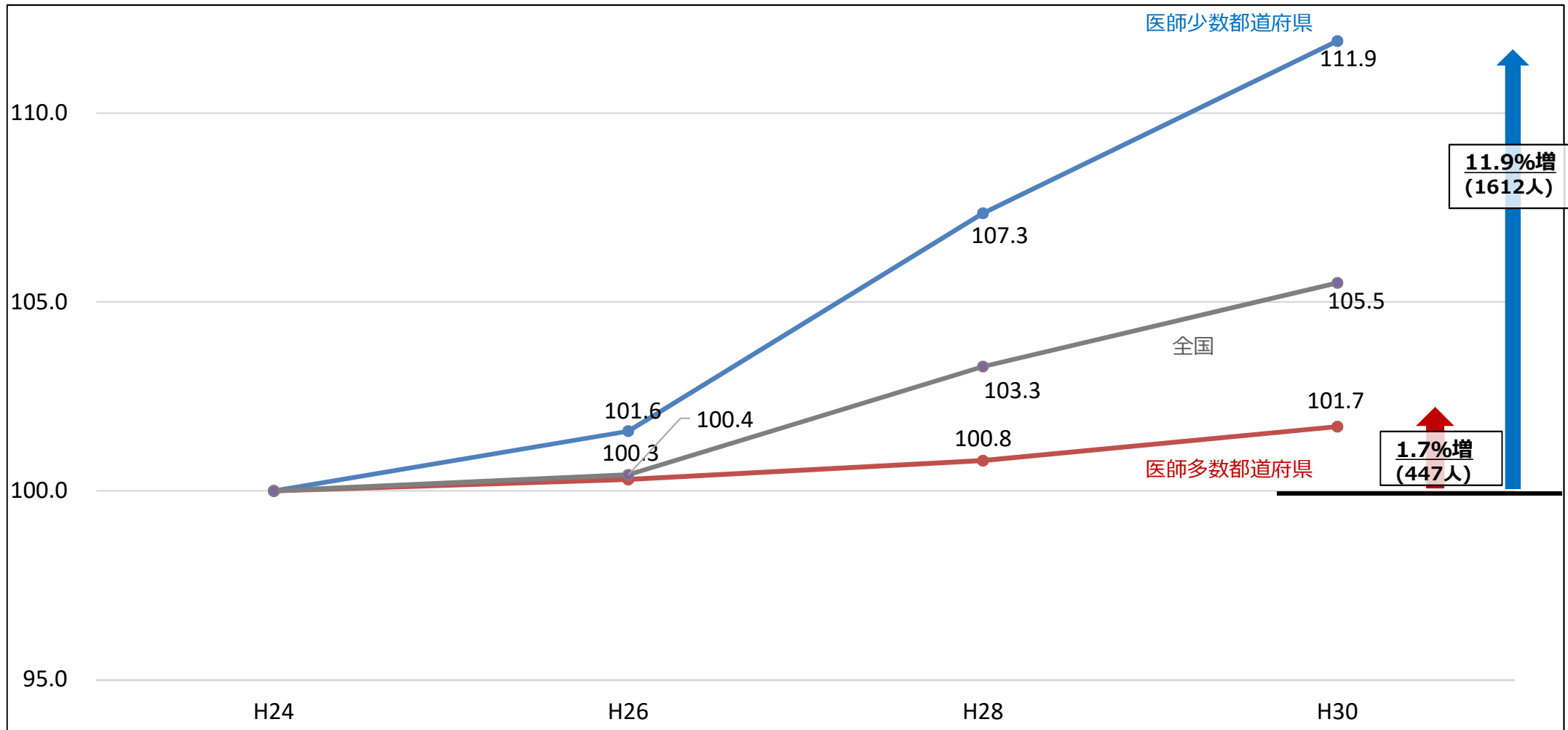
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%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

# 35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

- 平成20年からの臨時定員（地域枠）の増員による地域偏在是正効果は、平成26年より顕在化する。
- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手の医師数は、医師多数都道府県と比較し、大きく伸びている。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県  
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県  
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

# 令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会  
第35回 医師需給分科会  
令和2年8月31日 資料1

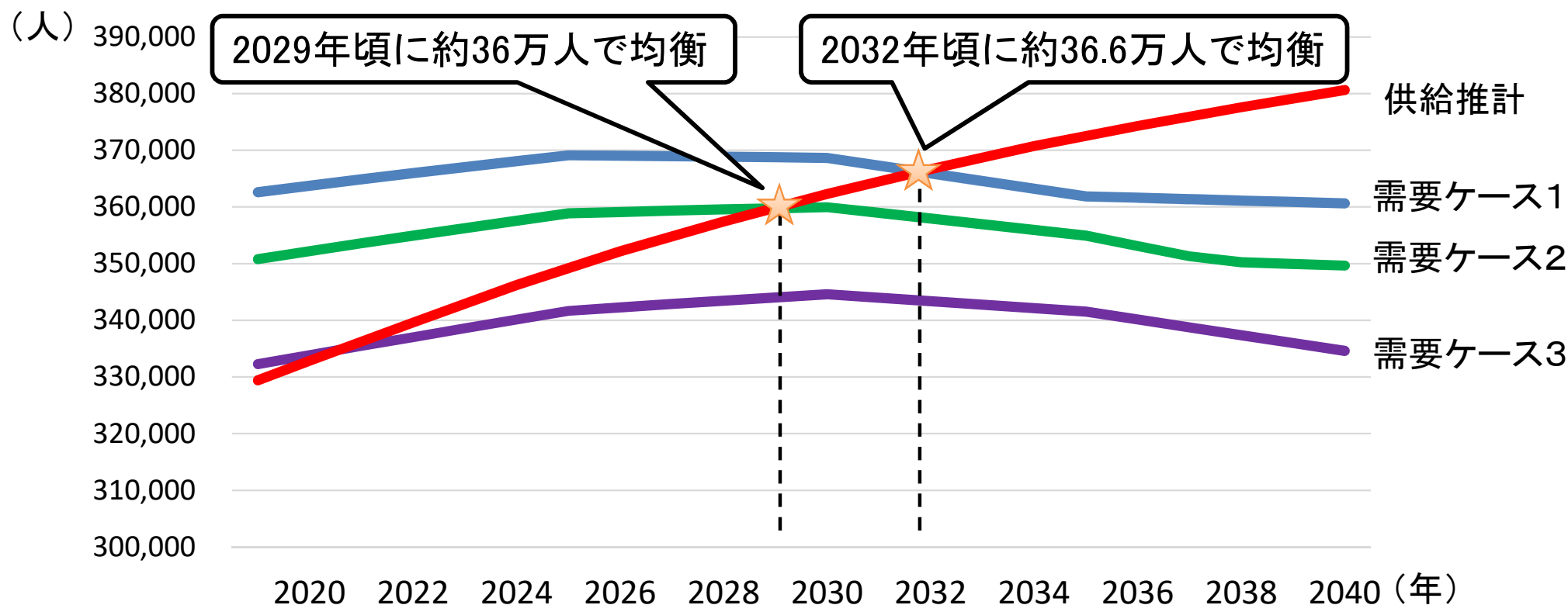
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年（令和5年）の医学部入学者が医師となると想定される2029年（令和11年）頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース3（労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当）





# 医師需給分科会第5次中間とりまとめ（概要）

## 1. はじめに

- 医師需給分科会は、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、将来の医師需給推計、医師偏在対策等について検討を重ね、これまで4つの中間とりまとめを公表し、これらのとりまとめを踏まえて、関係者において様々な取組が行われてきている。本とりまとめでは、これまでの取組を総括するとともに、令和5年度の臨時定員を含め、今後の医師需給の考え方について整理を行う。

## 2. 医師の養成数と医師需給推計について

- 平成20年度より地域枠等を中心に、段階的に医学部定員を増員することで、全国レベルで医師数は毎年3,500～4,000人程度増加している。中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡し、その後人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面になるため、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要である。

## 3. 医師偏在対策の概要について

- 本分科会の検討を踏まえ、医師養成課程を通じた偏在対策が開始された。都道府県においては、改正医療法・医師法に基づき、医師偏在指標による医師確保計画の策定等が図られている。また、医師少数区域等での勤務に対するインセンティブの設定や外来医療機能の不足・偏在に対する対策も講じられている。

## 4. 将来の医師需給に関する本分科会の考え方

- 中長期のマクロの医師需給の見通しに大きな変化はないと考えられるが、新型コロナウイルス感染症の流行のような事態にも対応できる医療提供体制の構築が求められている。
- このため、今後は、地域医療構想の推進及びマクロの需給推計に基づく医師養成数の見直しに加え、改正医療法により位置付けられた新興感染症対策が盛り込まれた医療計画とその一部を構成する医師確保計画等の策定を通じて、適切な医療提供体制や適正な医師の配置について議論を深め、必要な措置を講じていくことが重要となる。
- 令和5年度の医学部定員については、歯学部振替枠を廃止し、地域枠臨時定員として地域医療や社会におけるニーズに対応するための枠組みを充実させるために活用することとする。令和6年度以降の医学部定員は、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があるため、「第8次医療計画等に関する検討会」等における検討状況を踏まえ、検討する必要がある。

## 5. 今後の偏在対策等に関する提言

- 地域における医師の確保を図るため、恒久定員を含む医学部定員に、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めていく必要がある。
- これまで医師需給分科会で議論を進めてきた医師確保計画及び外来医療計画については、今後、「第8次医療計画等に関する検討会」において、医療計画や地域医療構想と一体的に議論されることが望ましい。
- 診療科偏在の背景には、医師の専門分化が進んだことが一因として考えられるが、偏在対策を進める上では、限られた医療資源において、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を持つ医師を育成することが重要である。
- 今後はICT・AIの進歩、タスク・シフト/シェアの推進、仕事と家庭の両立のための勤務環境の改善といった医師の働き方改革をめぐる要因も踏まえる必要がある。