

ドクターズ・デモンストレーション

シンポジウム 日本の医療・社会保障を考える

日本の医療体制とパンデミック

2022.6.4



1

全国医師ユニオン代表 植山直人

—Japan Doctors Union—

1、新型コロナウイルス 感染拡大の経過と現状

歴史的パンデミック

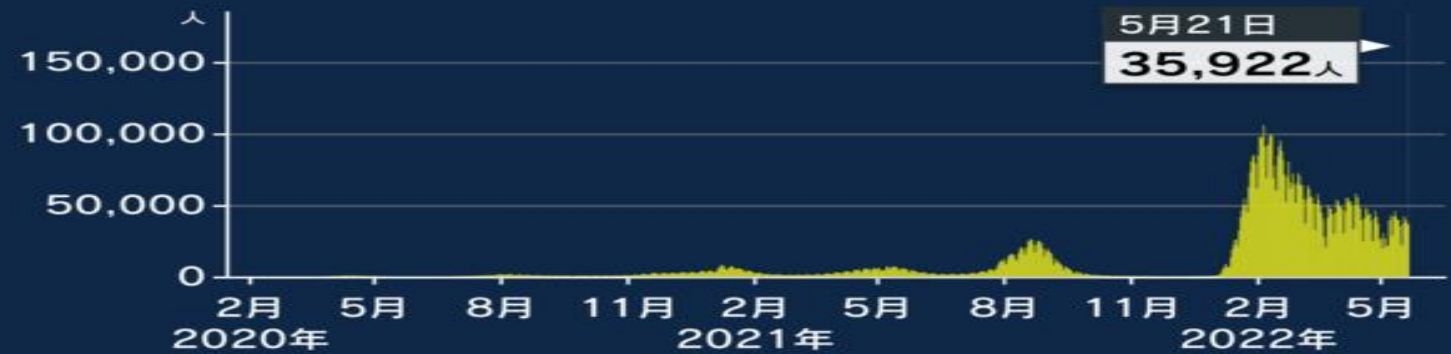
世界(WHO公式) 感染者数 **5億62655万人**(検査確定数)
死者数 **628万人**

日本(厚労省) 感染者数 **883万人**
死者数 **3万610人**

国による感染状況の違いの主な要因

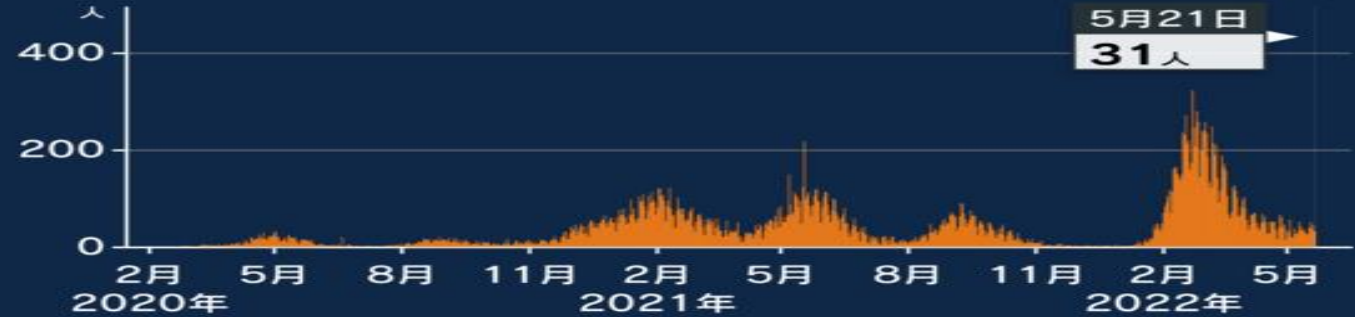
- ①地理
- ②人種
- ③季節
- ④ウイルスの変異株(アルファ株・デルタ株・オミクロン株)
- ⑤医療体制
- ⑥政治による感染防止政策(PCR検査体制・入国管理・外出制限等)
- ⑦ワクチン接種(数・ワクチンの種類)
- ⑧国民の行動変容

国内の感染者数（1日ごと）

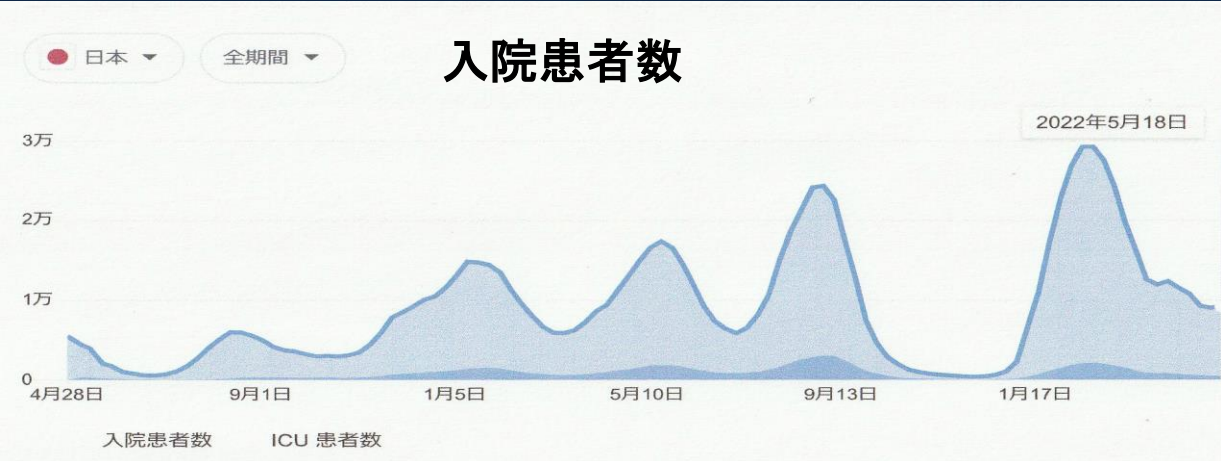


NHKまとめ 5月21日23:59時点
クルーズ船を除く・ただし帰宅後の感染確認は含む

国内の死者数（1日ごと）



NHKまとめ 5月21日23:59時点
クルーズ船を除く・ただし帰宅後の感染確認は含む



東京都の確保病床数と入院者数（この1年間）



厚労省資料及び東京都資料より作成

東京都の入院調整中の人数と死亡者数（この1年間）



厚労省資料及び東京都資料より作成

2、脆弱な日本の医療体制

1、脆弱な日本の医療体制

①医師・看護師数と感染対策ベッド(低いベッド稼働率)

日本のベッド数は世界トップであるが、医師数は先進国最低で看護師数も少ない。ベッドがあっても医療スタッフがいなければ、治療は行われない。集中治療室では通常は患者2人を1人の看護が担当するが、重症化した新型コロナ患者に対しては、1名の患者に対して2名の看護師が必要である。つまり約4倍のマンパワーが必要となる。

②感染症専門医

日本には感染症の専門家は少なく、第2種感染症指定医療機関351施設のうち感染症専門医が勤務するのは100施設にすぎない。

③集中治療ベッド

日本の集中治療室 10万人に5症 (イタリア12床、ドイツ29-30症)

④貧困な保健所体制

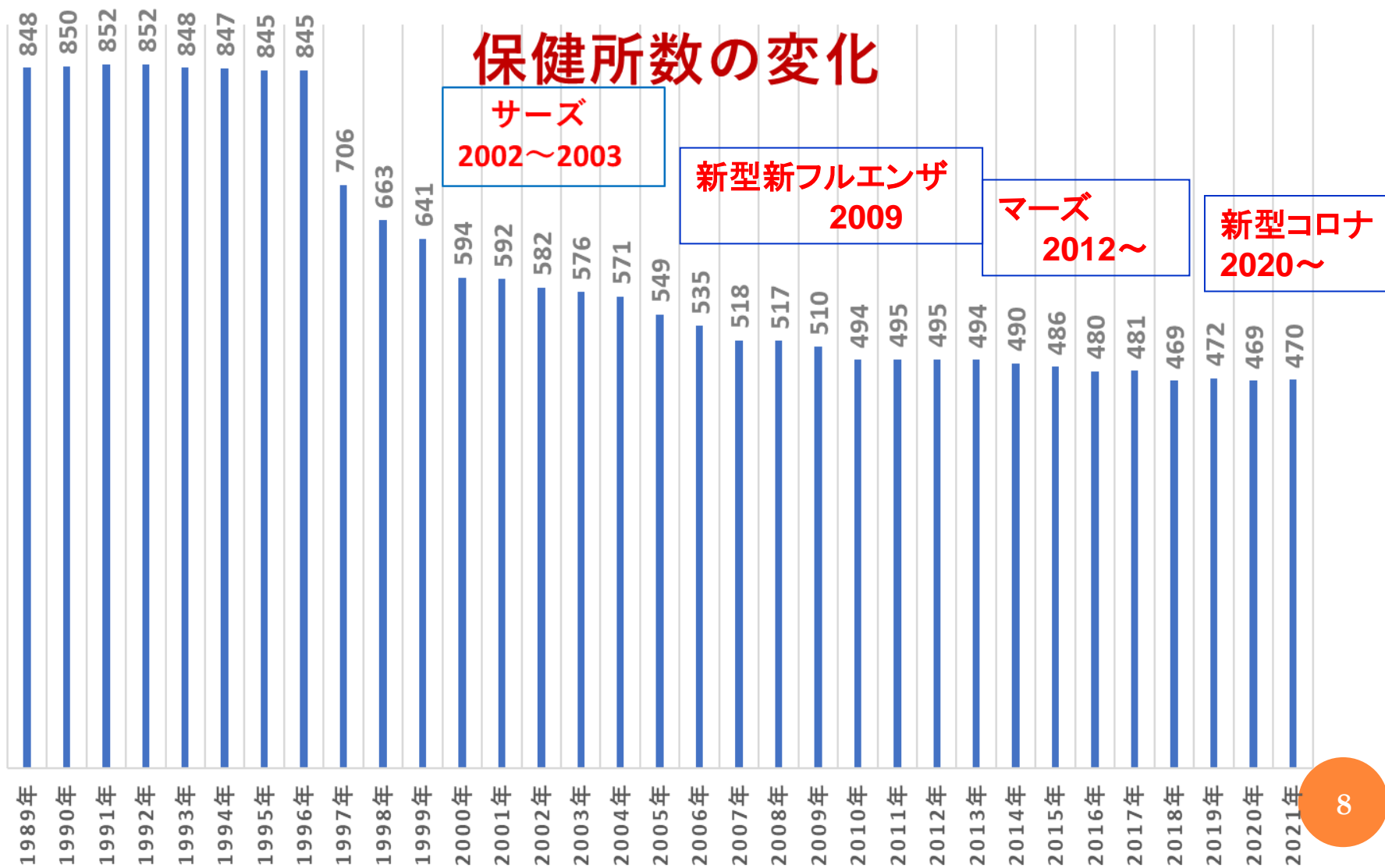
わずか470程度の保健所数(日本の病院約8000、診療所約10万)

* 想定外でない感染症の世界的流行

SARS(2002年) **新型インフルエンザ(2009年)** **MERS(2012年)**

COVID-19では大都市で医療崩壊

2, 保健所の削減状況



3, 民間病院中心の日本の医療

病院の8割は民間病院(経営が脆弱)

日本の病院数**8372**

このうち(国立**324**、公的医療機関**1207** 社会保険関係団体**52**) **18.9%**

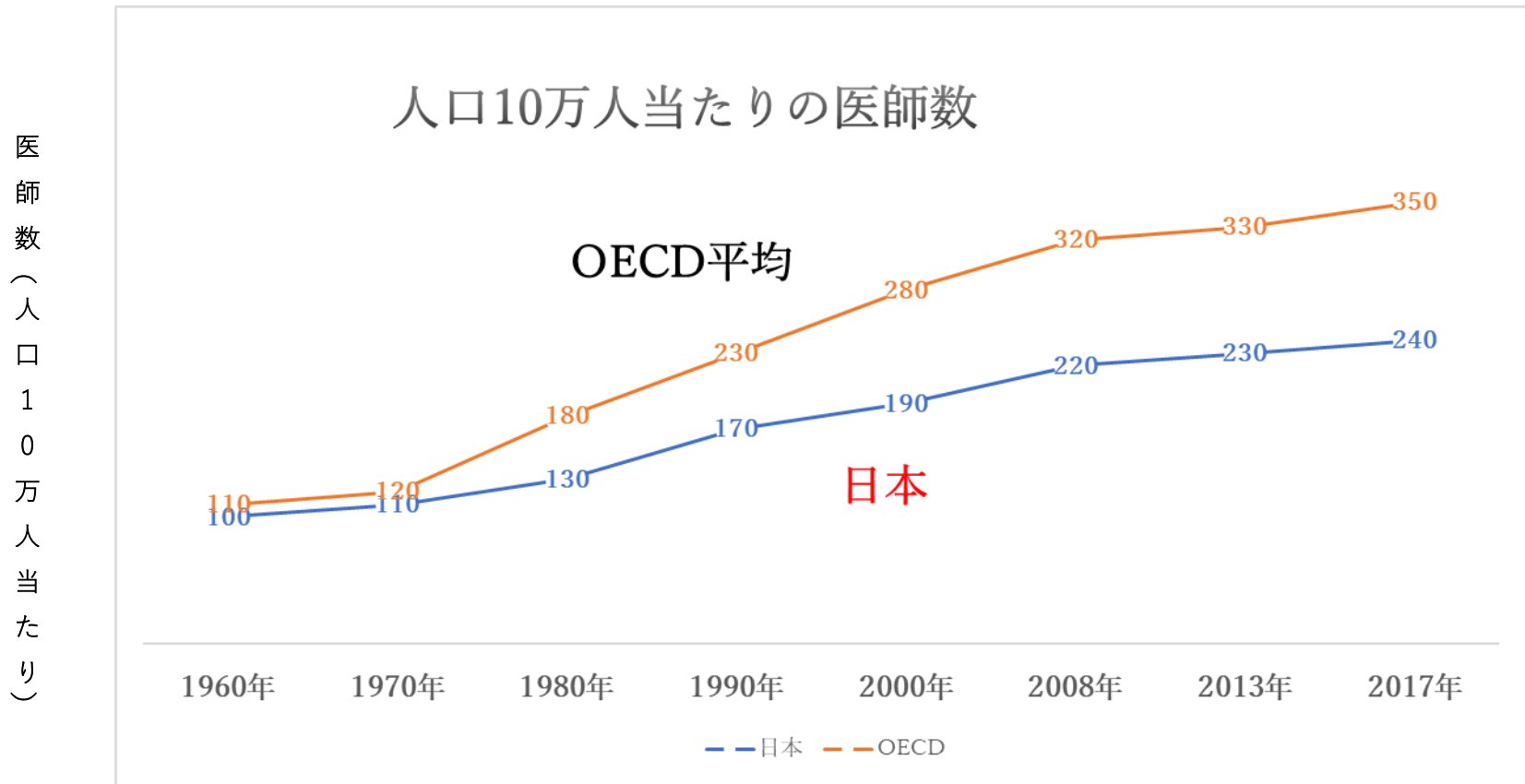
表3 開設者別にみた施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	増減数	増減率 (%)	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)
病院	8 372	8 412	△ 40	△ 0.5	100.0	100.0
国	324	327	△ 3	△ 0.9	3.9	3.9
公的医療機関	1 207	1 211	△ 4	△ 0.3	14.4	14.4
社会保険関係団体	52	52	-	-	0.6	0.6
医療法人	5 764	5 766	△ 2	△ 0.0	68.8	68.5
個人	187	210	△ 23	△ 11.0	2.2	2.5
その他	838	846	△ 8	△ 0.9	10.0	10.1
一般診療所	102 105	101 471	634	0.6	100.0	100.0
国	536	532	4	0.8	0.5	0.5
公的医療機関	3 550	3 583	△ 33	△ 0.9	3.5	3.5
社会保険関係団体	464	471	△ 7	△ 1.5	0.5	0.5
医療法人	42 822	41 927	895	2.1	41.9	41.3
個人	41 444	41 892	△ 448	△ 1.1	40.6	41.3
その他	13 289	13 066	223	1.7	13.0	12.9

3、医師数抑制政策と医師不足

OECDと日本の医師数の比較(人口10万人当たりの医師数)

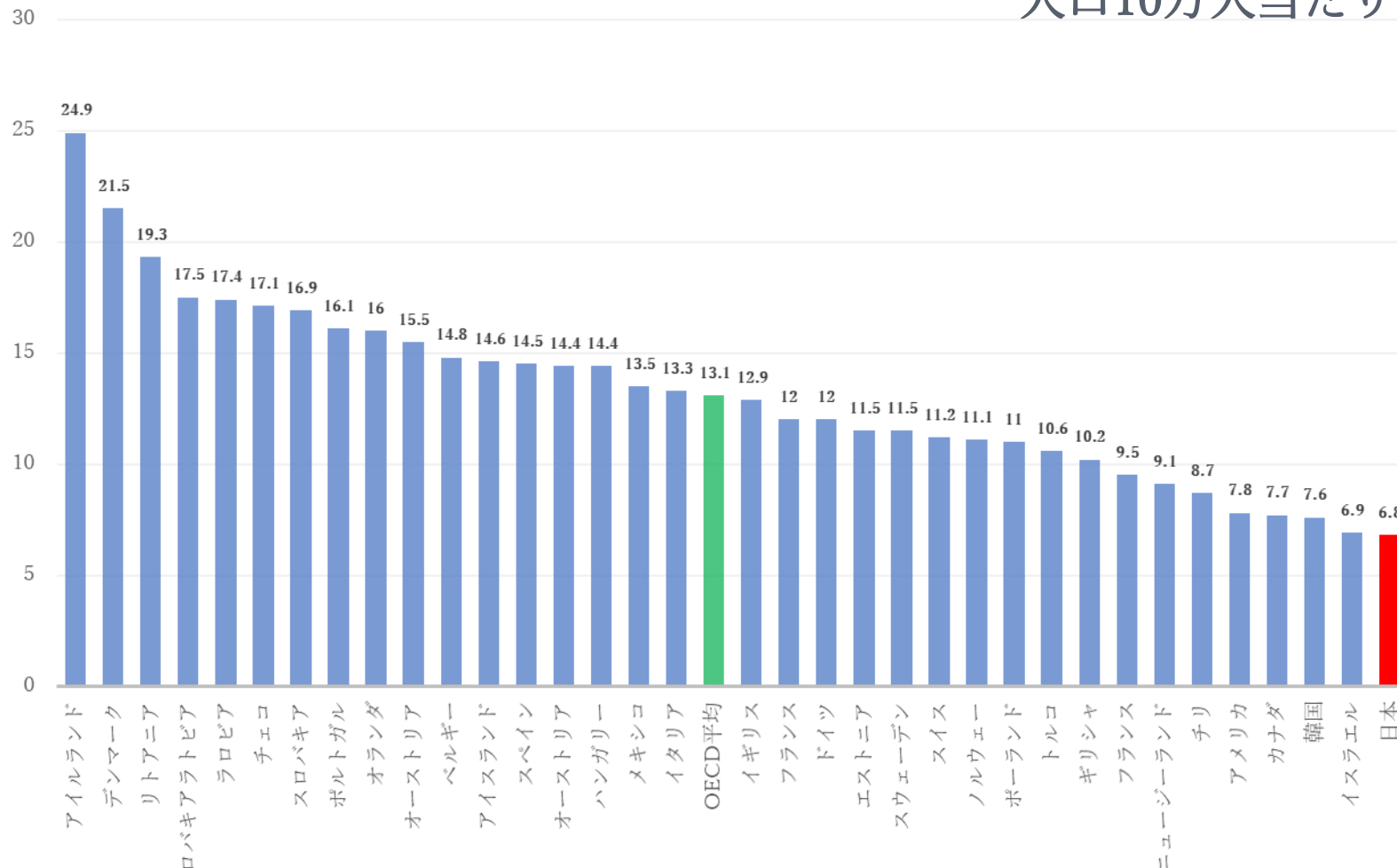


(OECDデータおよび厚労省データより)

日本の医師数は2017年に人口1000人当たり2.4人であるが、OECDの平均は3.5人であり、日本がOECD平均に達するには約14万人医師を増やす必要がある。

新卒医師数、2017年（又は至近年）

人口10万人当たり



「図表で見る世界の保健医療 OECDインディケーター(2019年版)」より作成
もとの出典はOECD Health Statistics 2019

(1) 必要医師数は増大する

① 基本は産業構造の変化

- ・第1次産業・第2次産業から第3次産業へ
- ・ITやバイオの進歩など、健康や医療に関する産業はさらに発展し、医療従事者の必要数は増える。
- ・当然、医師の必要数も増える。

* 日本では国が**医師数を抑制する**という**統制経済**を行っているため、将来的に日本の医療産業や健康産業は、**国際競争**で大きく遅れる。

② 患者の増加（高齢化など）

③ 国民の健康に対する意識の高まりや人権意識の高まり。

(2)、医療需要の増加例

例-1 救急車の搬送数

東京都の救急車の出動件数は、1963年から2018年の**55年間で8倍**に増えている。

例-2 癌患者の増加

癌の罹患数は1975年から2015年の**40年間に4.4倍**増えている。

例-3 手術件数の増加

群馬大学事故報告には「**手術件数が2012年までの20年間で2倍**に増加」と記されているが、大学病院をはじめとする高度医療機関での外科手術数は、大きく増加している。

医師の増加

*この間の医師数の増加:1955年人口10万人あたり105.9人、2016年が251.7人で、約**60年間で2.4倍**にとどまっている。

(3) 医師数抑制政策

①1982年「医師養成数を抑制する」閣議決定

医療費が増えれば国が亡ぶという**医療費亡国論**を宣伝

②1997年「医学部定員の削減に取り組む」閣議決定

2025年の日本の医療費は**141兆円**との**デタラメ推計**を利用
実際は**40数兆円**程度

③現在の人口減少を利用した世論操作

2060年には日本の人口は**8000万人代**にまで**減少**するとの推計を前提とした
医師・看護師の削減が始まっている。

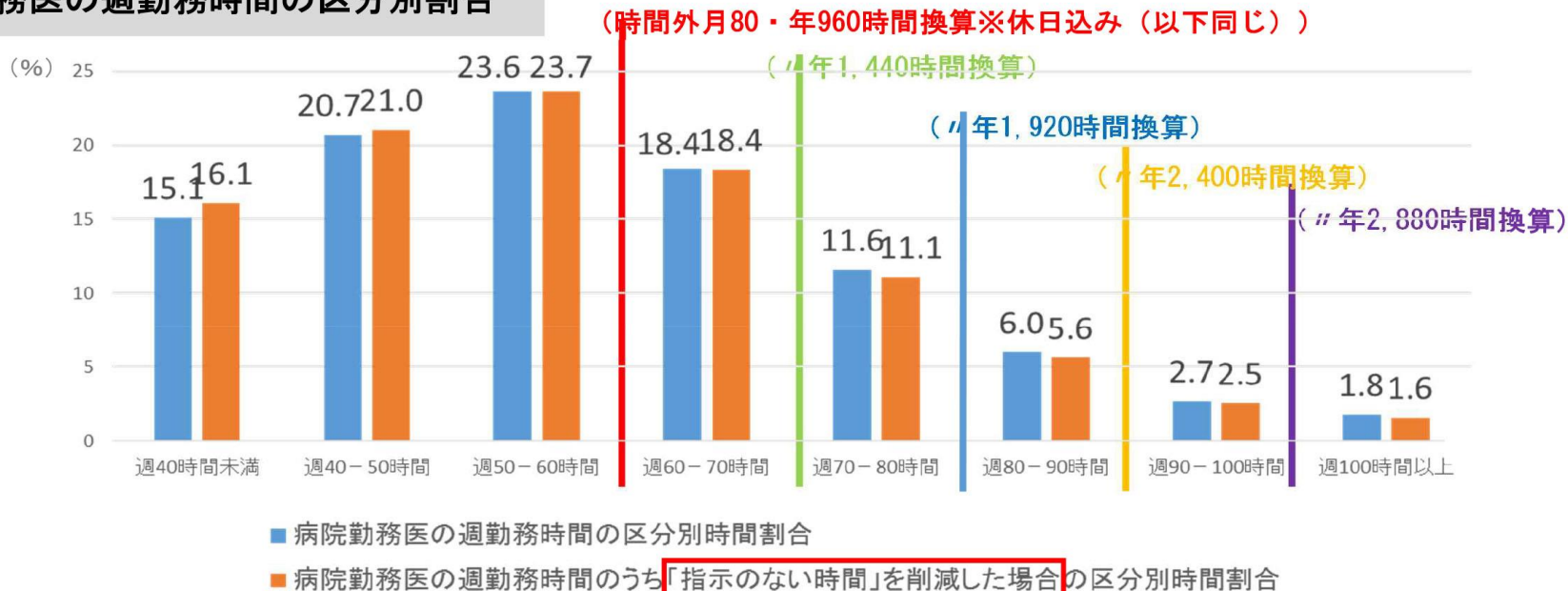
内閣府の「**選択する未来**」委員会報告では、「**50年後においても1億人程度**
の規模を有し、将来的に安定した人口構造を保持することを目指すべきである。」
厚労省の医師数抑制の政策は、「現状のまま何もしない場合」の人口減少を前提とした政策。

(4) 医師数抑制が引き起こす過重労働

過労死ラインを超える医師は約4割、2倍を超える医師は約1割

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



<集計・推計の前提>

病院勤務医の週勤務時間	「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。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。



赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、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たもの。

4、新型コロナウイルス対策の問題と 求められる対応

1、パンデミックへの基本的対応

1) 感染経路の科学的分析と感染防止策の周知・徹底

- ・最近まで空気感染を認めない対応
- ・非科学的な濃厚接触者の定義

2) 検査体制の確立

- ・当初は保健所の許可がなければPCR検査ができなかった
- ・当初の検査基準: 37.5度以上の発熱が4日以上(医学的根拠は全くない)
- ・今も先進国では最低レベルのPCR検査数

3) ワクチンの開発及び接種の実施

- ・ワクチンの開発・製造は当初は全くの海外まかせであった。
 - * 本来であれば自国生産(共同開発等)し、発展途上国にも供給すべき
- ・1回目のワクチン接種は先進国で最も遅かった
- ・3回目接種も第6波に全く間に合わなかった

2、医療体制の問題

1) 保健所の問題

- ・保健所の削減(保健所数は470程度、病院数は約8000, 診療所は約10万)
- ・キャパシティを超えた業務の押し付け
- ・保健所と医療機関の役割分担ができていない

2) ベッド数問題(マンパワー不足)

- ・ベッドがあっても医師・看護師不足により、ベッドの稼働率が低い
- ・コロナ用ベッドの使用率が50%程度でも、救急搬入困難が発生

3) 民間病院中心の医療体制

- ・国や自治体が直接運営できる病院はわずか2割程度、ベッド数でも3割程度
- ・国や自治体が直接運営できる医療機関が少なすぎる
- ・民間病院の診療報酬による誘導の限界

*せめて病院の5割は公的な医療機関とすべきでは？

4) 感染症法の問題

- ・現代のパンデミックに対応したものになっていない

3、抜本的な日本の医療体制の強化

1) 医師・看護師の増員

OECD平均並みに増員

2) 公的医療機関の確保

過剰な民営化の現状を変える(50%は公的医療機関が必要か?)

3) 保健所の増設・強化

保健所数を増やす、スタッフを増員する

4) 感染専門医の養成

また、第2種感染症指定医療機関への配置

5) 感染症法を現代のパンデミックに対応したものに改正

6) 救急医療・集中治療体制の強化

7) 適切な診療報酬の設定

8) 医療従事者の待遇改善