

令和3年12月20日  
全国衛生学公衆衛生学教育協議会

## 最近の政策の動向について

～新型コロナウイルス感染症対策等～

厚生労働省 大臣官房厚生科学課  
主任科学技術調整官  
丸山 慧

## 本日の情報提供項目

- ①新型コロナウイルス感染症対策について
- ②インフルエンザ対策について
- ③保健所の機能強化について
- ④感染症に関する教育について
- ⑤医師法、医師国家試験について
- ⑥医師の働き方改革等について
- ⑦医師の需給について
- ⑧地域医療構想の進捗状況について
- ⑨高齢者の介護対策について
- ⑩成育基本法、エコチル調査の今後の方向性について
- ⑪厚生労働省医系技官について

# 1

## 新型コロナウイルス感染症対策について

ひと、くらし、みらいのために



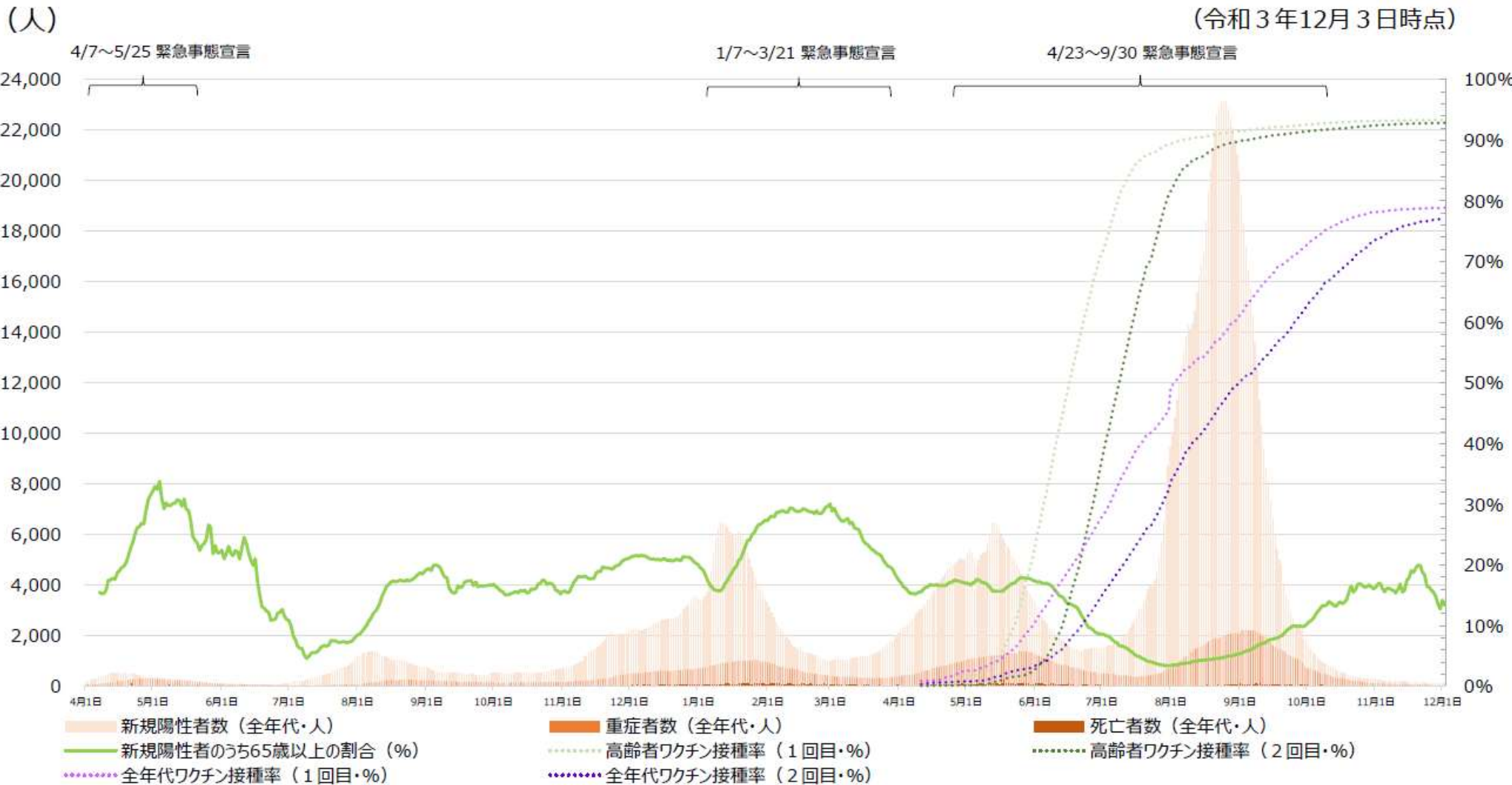
厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## <感染状況について>

- ・全国の新規感染者数(報告日別)は、直近の1週間では10万人あたり約0.7と、昨年夏以降で最も低い水準が続いているが、直近の今週先週比は1.17と増加傾向が続いている。また、療養者数、重症者数や死亡者数も低い水準が続いている。  
実効再生産数：全国的には、直近(11/28時点)で0.96と1を下回る水準が続き、首都圏では1.01、関西圏では0.90となっている。

## <今後の見通しと必要な対策>

- ・オミクロン株は、11月24日に南アフリカからWHOへ最初に報告されて以降、多くの国で感染例が報告され、複数の国ではいわゆる市中感染も確認されている。12月15日までに、海外から入国する際の検疫などの水際でコロナ陽性が判明した方のうち32名については、ゲノム解析でオミクロン株の感染が確認された。オミクロン株については、ウイルスの性状に関する実験的な評価や疫学的な情報は限られているが、感染性・伝播性の高さ、再感染のリスク、ワクチンや治療薬の効果への影響などが懸念されている。また、重症度についても十分な知見が得られていない。水際措置におけるオミクロン株対策への重点化に加え、国内のサーベイランス体制の強化のため、全ての陽性者に対する変異株PCRスクリーニングの実施や、全ゲノム解析の強化、特に渡航歴のある陽性者に対する全ゲノム解析など実施が必要。引き続き、WHOや諸外国の動向や、臨床、疫学及びウイルス学的な情報を収集・分析するとともに、国立感染症研究所におけるオミクロン株の感染性、重症度、ワクチン効果に与える影響などの評価も踏まえ、適切に対応していくことが必要。また、国内でオミクロン株による感染が発生した場合、オミクロン株感染例と同一空間を共有した者については、マスクの着用の有無や接触時間に関わらず、幅広い検査の対象としての対応を行うことが推奨される。
- ・全国の新規感染者数は非常に低い水準となっており、新規感染者が確認されない日が継続している地域もある。一方、感染伝播が未だに継続している地域があることに加え、一部の地域では、事業所や社会福祉施設、小学校等でのクラスターや感染経路不明事案の発生による一時的な増加も見られる。また、都市部のみならず幅広い地域で夜間滞留人口が増加している。特に東京の夜間滞留人口は、昨年10月末に記録した最高水準まで増加している。年末に向けて気温が低下し、屋内での活動が増えるとともに、忘年会、クリスマスやお正月休み等の恒例行事により、普段会わない人々との交流が増え、さらに社会経済活動の活発化が想定されるため、今後の感染者数の動向に注視が必要。
- ・ワクチンの2回接種完了者は全国民の約78%となり、12~19歳でも約73%が2回接種済となった。接種率をさらに高めるため、未接種者へのワクチン接種を進めることも必要であり、自治体においては、ワクチン接種に至っていない方への情報提供を進めることが求められる。あわせて、12月から開始している追加接種を対象者のうち希望する者に対して着実に実施していくことも必要。
- ・感染伝播は継続しており、今後の感染拡大にも注意が必要。従って、ワクチン接種者も含め、マスクの正しい着用、手指衛生、ゼロ密や換気といった基本的な感染対策の徹底を継続することが必要であり、これは、オミクロン株でも推奨されている。飲食の際は、第三者認証適用店を選び、飲食時以外はマスクを着用すること、また、外出の際は、混雑した場所や感染リスクの高い場所を避けることが必要。特に、帰省や旅行等は日常では生じない接触が生じる機会となること等を踏まえ、発熱等の症状がある場合は県をまたぐ移動は控えることが必要。また、軽度の発熱、倦怠感などの症状でも積極的に受診し、検査につなげることも重要。4



※新規陽性者数、重症者数及び死亡者数については、令和2年5月8日から（死亡者については同年4月21日から）、データソースを厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更。また、「新規陽性者数のうち65歳以上の割合」はHER-SYSに登録されている陽性者のうち、65歳以上の者の割合。新規陽性者数（全年代）および新規陽性者のうち65歳以上の割合は、直近7日間の移動平均の値。

※被接種者の年齢分布は、ワクチン接種記録システム(VRS)に報告済みのデータのみにより把握可能であるため、高齢者ワクチン接種率の算出においては、VRSへ報告された、一般接種（高齢者を含む）と先行接種対象者（接種券付き診票で接種を行った優先接種者）の合計回数を使用。使用回数には、職域接種及び先行接種対象者のVRS未入力分が含まれていない。また、VRSに報告済みデータのうち、年齢が不明なものは計上していない。

※全年代のワクチン接種回数はいずれも首相官邸ホームページの公表データを使用（一般接種（高齢者含む）はワクチン接種記録システム(VRS)への報告を、公表日ごとに累計したものであり、医療従事者等、職域接種はワクチン接種円滑化システム（V-SYS）への報告を、公表日ごとに累計したもの。また、職域接種の接種回数は、V-SYSとVRSで一部重複があるため、総合計の算出に当たっては重複を除外した（職域接種及び重複は、各公表日の直前の日曜日までのもの。）。医療従事者等は、令和3年7月30日で集計を終了しているため、8月3日以降のデータについては、8月2日の公表値（＝7月30日までの接種回数。）。

※各接種率の分母については、「全年代ワクチン接種率」に関しては全人口（出典：令和3年住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別））を、「高齢者ワクチン接種率」に関しては65歳以上人口（出典：令和3年住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別））をそれぞれ使用。

## 今夏の感染拡大を踏まえた保健・医療提供体制の整備 (各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定)

- 本年10月1日に事務連絡を発出し、各都道府県において今夏の感染拡大を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」を策定いただくよう依頼。10月末までに各都道府県で策定方針を取りまとめ、11月12日、国において「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」として公表。
- その後、各都道府県において11月末までに方針に沿った具体的な体制の構築が完了し、計画として取りまとめられたため、今般、公表するもの。

### 1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備

- 今夏ピーク時の2割増となる入院受入数を国から目標として示し、全体像では3割増をめざすとしていたところ、都道府県と医療機関が協議し3割増の体制を構築。

#### <入院受入者数>

今夏のピーク時      今後の最大数

**約2.8万人** ⇒ **約3.7万人** (約3割、約1万人の増)

※今夏ピーク時は入院待機者約1千人を含む。

- ・うち、病床増によるもの      **約5千人分**  
(病床は約6千床増 (約3.9万床→約4.6万床))

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを含む。

- ・うち、病床の使用率向上によるもの **約5千人分**  
(感染ピーク時の確保病床利用率：**約68%⇒約82%**)

(参考) 公的病院における受入患者数、病床の増 (12/7時点)

- ・厚生労働大臣から国立病院機構(NHO)・地域医療機能推進機構(JCHO)に、根拠法に基づく病床確保等を要求するなどにより、今夏ピーク時に比べ、受入患者数は**3.2千人(30%)増**、病床数は**2.0千床(15%)増**  
(全体像時点では受入患者数2.7千人増・病床数1.6千床増)

※NHO東京病院において80床の臨時の医療施設を運営

#### <臨時の医療施設・入院待機施設>

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを除く。

今夏のピーク時      今後の最大数

**約0.9千人分** ⇒ **約3.4千人分** (約4倍弱、約2.5千人増)

※厚労省HPに、コロナ患者を受け入れる医療機関と確保病床数を公表。

### 3) 医療人材の確保等

- 人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築。
- 医療ひっ迫時に医療人材の派遣に協力する医療機関と、職種ごとの具体的な派遣可能人数を調整。      ※実際の派遣調整は、感染状況等を踏まえて個別に実施

### 2) 自宅・宿泊療養者への対応

- 全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を構築。

#### <保健所体制の強化>

- ・保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化  
(最大対応時は、平時の**約3倍体制**(平均：23.5人→73.3人))

#### <宿泊療養施設の更なる確保>

- ・宿泊療養施設の確保居室数

今夏のピーク時      今後の最大数

**約4.7万室** ⇒ **約6.6万室**      ※全体像から+約5千室  
(約4割、約1.9万室の増)

※最大宿泊療養者数の見込みは約5.0万人

#### <地域の医療機関等との連携体制の確保>

- ・オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国でのべ**約3.4万**医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築。

※全体像から+約1千

(内訳) 医療機関約1.2万、訪問看護ST約1千、薬局約2万

※最大自宅療養者数の見込みは約17.8万人

- 症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を構築。

- ・パルスオキシメーターの確保数：**約70万個** (全自宅療養者に配布)
- ・中和抗体薬を、入院に加えて外来・往診まで様々な場面で投与できる体制を構築

- ・医療人材の派遣に協力する医療機関数      : **約2千施設**
- ・協力する施設から派遣可能な医師数      : **約3千人**
- ・協力する施設から派遣可能な看護職員数 : **約3千人**

# 11月15日開催ワクチン分科会を踏まえた対応方針

## 主な内容

(1) 追加接種（3回目接種）について：分科会での議論を経て、以下の対応方針を進めることとする。

論点	対応方針
● 対象者	<ul style="list-style-type: none"><li>● 新型コロナワクチンのすべての対象者において感染予防効果が経時的に低下すること、また、高齢者においては重症化予防効果についても経時的に低下する可能性を示唆する報告があること等を踏まえ、<b>感染拡大防止及び重症化予防の観点から</b>、1回目・2回目の接種が完了していない者への接種機会の提供を継続するとともに、<b>2回目接種完了者すべてに対して追加接種の機会を提供</b>する。</li><li>● ただし、18歳以上の者に対する追加接種としてファイザー社ワクチンが薬事承認されたことを踏まえ、<b>まずは18歳以上の者を予防接種法上の特例臨時接種に位置づける</b>。</li><li>● <b>重症化リスクの高い者、重症化リスクの高い者と接触の多い者、職業上の理由等によりウイルス曝露リスクの高い者</b>については、<b>特に追加接種を推奨</b>する。</li></ul>
● 使用するワクチン	<ul style="list-style-type: none"><li>● 追加接種に使用するワクチンについては、諸外国の取組や有効性・安全性に係る科学的知見を踏まえ、<b>1回目・2回目に用いたワクチンの種類にかかわらず、mRNAワクチン</b>（ファイザー社ワクチン又モデルナ社ワクチン）<b>を用いることが適当</b>。<ul style="list-style-type: none"><li>※ mRNAワクチン以外のワクチンを用いることについては、科学的知見を踏まえ引き続き検討。</li></ul></li><li>● ただし、<b>当面は、薬事承認されているファイザー社ワクチンを使用</b>することとし、追加接種に<b>モデルナ社ワクチンを使用することに関しては、薬事審査の結果を待って改めて議論</b>する。<ul style="list-style-type: none"><li>※ モデルナ社ワクチンについても、11月10日に追加接種に係る薬事申請がなされている。</li></ul></li></ul>
● 2回目接種完了からの接種間隔	<ul style="list-style-type: none"><li>● 海外の状況やワクチンの効果の持続期間の知見を踏まえて、<b>2回目接種完了から原則8ヶ月以上</b>とする。</li></ul>

(2) 小児（5-11歳）の新型コロナワクチンの接種について

：小児の感染状況、諸外国の対応状況及び小児に対するワクチンの有効性・安全性を整理した上で、議論する。

(3) 特例臨時接種の期間について：**現行の期間（令和4年2月28日まで）を延長し、令和4年9月30日まで**とする。

## 今後の日程

- 11 / 15（月） ワクチン分科会 →同日後に速やかに関係省令及び大臣指示を改正・公布
- 11 / 17（水） 自治体説明会
- 12 / 1（水） 追加接種開始（改正後の省令・大臣指示を同日から施行）

# 追加接種のスケジュール

時期	内容
11月16日	ファイザー社ワクチンの追加接種に係る ・改正省令(※1)の公布 ・改正大臣指示(※2)の発出 ・自治体向け手引き(5.0版)・実施要領改訂版の発出
11月17日	第9回自治体説明会
11月中下旬	<ul style="list-style-type: none"><li>市町村から、接種券(一体型予診票)を順次送付開始</li><li>自治体に対し、12月及び1月接種分としてファイザー社ワクチン約412万回分を配分(以後、順次、必要量を配分)</li></ul>
12月1日	ファイザー社ワクチンの追加接種に係る改正省令の施行、改正大臣指示の適用 (以降、市町村において順次ファイザー社ワクチンによる追加接種を開始)
12月下旬以降	武田/モデルナ社ワクチンの追加接種について、厚生科学審議会に諮問
1月	自治体等に対し、武田/モデルナ社ワクチンの配分開始(以降、順次、必要量を配分)
2月	武田/モデルナ社ワクチンによる追加接種開始

(注) スケジュールは現時点で想定されるものであることから、今後の審議会における議論により、変更があり得る。

※1 予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令(令和3年厚生労働省令第178号)

※2 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について(指示)」の一部改正について(令和3年11月16日付け厚生労働省発健1116第5号厚生労働大臣通知)



# 追加接種用のワクチンの配送量について

追加接種用のワクチンについては、2回目接種完了から8か月後に接種が行われることを前提に配分します。

R3.3月～5月に2回目接種が完了した方に用いるワクチンについては、既に配分済み。

R3.6月～7月に2回目接種が完了した方に用いるワクチンについては、ファイザー社ワクチンと武田/モデルナ社ワクチンを用いて配分します。

(単位：万人)

追加接種のタイミング (2回目接種時期)		R3.12月 (R3.3月,4月)	R4.1月 (R3.5月)	R4.2月 (R3.6月)	R4.3月 (R3.7月)	R4.4月 (R3.8月)	R4.5月 (R3.9月)	R4.6月 (R3.10月)
対象者 (万人) (注1)	医療従事者等 (約576)	104	200	183	89			
	高齢者 (約3,251)		61	1,160	1,624	313	58	35
	一般 (約4,479)		42	73	435	1,194	1,462	1,273
	職域 (約1,071)				168	500	155	248

**約3,700万回分を配分予定**

**(ファイザー社ワクチン約2,000万回、武田/モデルナ社ワクチン約1,700万回)**

配送日程：ファイザー社ワクチン約1,200万回は12月、約800万回は来年2月。武田/モデルナ社ワクチン約1,700万回は来年1月

注1 「医療従事者等」は、令和3年7月30日までのワクチン接種円滑化システム(V-SYS)への報告から集計し、「職域」を除くその他の区分については、令和3年11月14日までのワクチン接種記録システム(VRS)への報告から集計している。  
「職域」については、都道府県単位で令和3年10月31日までのV-SYSへの報告数と上記のVRSの報告数を比較し大きい方を集計している。  
(令和3年8月分以降については、令和3年7月分におけるV-SYSとVRSの報告数の丈比べによる増加率(1.15)と同率をV-SYSの報告数に乗じることで推計している。)

# ワクチン接種に係る支援策について

## 【ワクチン接種対策費負担金】 (接種の費用)

予算額: **4,319億円**(令和2年度三次補正)

<概要>

・単価: 2,070円/回

・時間外・休日の接種に対する加算

(時間外: +730円、休日: +2,130円)



## 【ワクチン接種体制確保事業】 (自治体における実施体制の費用)

予算額: **3,439億円**(令和2年度三次補正等)  
+ **3,301億円**(令和3年度予備費)

<概要>

○接種の実施体制の確保に必要な経費

○集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費



## 【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】 **818億円**

(令和3年度予備費)



### 個別接種促進のための追加支援策(①~③)

個別接種

#### ①「診療所」における接種回数の底上げ

・週100回以上の接種を7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合⇒+2,000円/回

・週150回以上の接種を7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合⇒+3,000円/回

#### ②接種施設数の増加(診療所・病院共通)

医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合は、10万円/日(定額)を交付。(①とは重複しない)

集団接種

#### 都道府県が実施する大規模接種会場の 設置等に必要となる費用を補助

<概要>

○都道府県がワクチン接種を実施するために設置する大規模接種会場に係る設備整備等の支援を実施  
(使用料及び賃借料、備品購入費等)

#### 時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

<概要>

○時間外・休日の医療機関の集団接種会場への医師・看護師等の派遣について、派遣元への財政的支援を実施

・医師: 1人1時間当たり 7,550円      ・看護師等: 1人1時間当たり 2,760円

※地域の実情に応じて都道府県知事が必要と認める地域への派遣を対象

同  
様  
の  
扱  
い

#### ③「病院」における接種体制の強化

特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日以上7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合に、上記の医療従事者派遣事業と同様の仕組みを活用し、②に加えて追加交付

### 職域接種に対する新たな支援策(④)

<概要>

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円×接種回数を上限に実費補助)

・中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの

・大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの



企業・大学

→ **全て令和3年12月以降も当面継続。**

# 特に追加接種を行って欲しい者に対する周知について

追加接種を行うにあたっては、重症化リスクの高い者や、重症化リスクの高い者と接触の多い者、職業上の理由等によりウイルス曝露リスクの高い者については、追加接種を行う必要性につき特に周知を行う。

2021年11月16日

新型コロナウイルス  
**追加(3回目)接種のお知らせ**  
～12月1日から始まります～

新型コロナウイルスの追加接種(3回目接種)を受けられる方は、  
**2回目の接種を終了した日から、原則8か月以上経過した、18歳以上の方です。**

ワクチン接種までの流れ

**1 接種券が届く**

接種券が届いた方からワクチンを受けることができます。  
追加接種の予約受付開始時期などは、市町村により異なることがあります。  
※接種日時が18歳以上の方が対象になります。

**2 医療機関/接種会場を探す**

市町村からの広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。なお、**医療従事者などは、お勤めの医療機関で接種を受けられる場合もあります。**  
詳しくは勤務先にご確認ください。

接種検索案内サイト  
「コロナワクチンナビ」  
<https://v-sys.mhlw.go.jp>

※医療機関や接種会場を探すことができない場合は、お住まいの市町村にお問い合わせをすることができます。  
※入院中・入所中の方等を除き、ワクチンは原則、住民票のある市町村(住所地)で受けます。  
※所在地以外でのワクチン接種については、裏面をご覧ください。  
※コロナワクチンナビで検索予約をすることはできません。

**3 予約して、ワクチンを受ける** 接種費用  
(接種料) 無料

市町村や予約を受け付けている医療機関にお問い合わせください。

市町村の接種会場      コールセンター：0000-0000-0000

お近くの指定医療機関      医療機関に直接予約(電話、インターネットなど)

※このお知らせが入っていた封筒の中身一式  
・本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等)

※封筒には、「接種券が印字された予約票」と「予約接種済証」が同封されています。紛失しないよう大切に保管ください。  
(接種券と予約接種済証がひとつにまとまっているものもあります。)

※接種前にご自宅等で体温を測定し、明らかに発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。

※ワクチン接種の際に**適宜全行程を出発する服装**をお願ひいたたく、ご配慮の程お願いいたします。

**◎特に追加接種をおすすめする方**

- ・高齢者、基礎疾患を有する方などの「**重症化リスクが高い方**」
- ・重症化リスクが高い方の関係者・介助者(介護従事者など)などの「**重症化リスクが高い方との接触が多い方**」
- ・医療従事者などの「**職業上の理由等によりウイルス曝露リスクが高い方**」

**◎住民票がある場所(住所地)以外での接種について**

- ・入院・入所中の医療機関や施設でワクチンを受ける方 → **医療機関や施設でご相談ください。**
- ・基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 → **医療機関でご相談ください。**
- ・お住まいが住所地と異なる方 → **実際にお住まいの地域でワクチンを受けられる場合があります。**  
実際にお住まいの市町村ホームページでご確認ください。ご相談窓口にお問い合わせください。

**◎ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です。**  
ワクチンを受ける際には、感染予防の効果と感染リスクの状況について、正しい知識を持っていただいた上で、ご本人の意思に基づいて接種をご判断いただけますようお願いいたします。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。職場や街の方などに接種を強制したり、接種を受けていない人に対して差別的な対応をすることはあってはなりません。

**◎予防接種健康被害救済制度があります。**  
予防接種では健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすることはできないことから、救済制度が設けられています。  
申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご確認ください。

**◎ワクチンを受けた後も、マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。**  
新型コロナウイルスは、新型コロナウイルス感染症の発症を予防する高い効果が確認されていますが、その効果は100%ではありません。また、ウイルスの変異による影響もあります。  
このため、引き続き感染予防対策を継続していただくようお願いいたします。具体的には、「3つの定(密集・密接・密閉)」の回避、マスクの着用、石けんによる手洗いや手指消毒用アルコールによる消毒の徹底などをお願いします。

感染予防対策を継続していただくようお願いいたします。

密集場所  
「3つの定(密集・密接・密閉)」の回避

×

密接場面

×

密閉空間

×

マスクの着用

×

石けんによる手洗い

×

手指消毒用アルコールによる消毒の徹底

新型コロナウイルスの有効性・安全性などの詳しい情報については、厚生労働省ホームページの「新型コロナウイルスについて」のページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン 検索

ホームページをご覧にならない場合は、お住まいの市町村などにご確認ください。

- ◎特に追加接種をおすすめする方**
- ・高齢者、基礎疾患を有する方などの「**重症化リスクが高い方**」
  - ・重症化リスクが高い方の関係者・介助者(介護従事者等)などの「**重症化リスクが高い方との接触が多い方**」
  - ・医療従事者などの「**職業上の理由等によりウイルス曝露リスクが高い方**」

# 海外で新型コロナワクチンを接種した者の取扱いについて

海外・国内での接種を問わず、国内承認済みのワクチン（ファイザー社、武田/モデルナ社、アストラゼネカ社）の接種済回数に応じて、機械的に国内における残りの接種回数を決定することとする。

## 残り回数の考え方

	海外（※1）	国内初回接種	国内追加接種
海外で国内承認ワクチンを2回接種	① ②		③
海外で国内承認ワクチンを1回接種	①	②（※2）	③
海外で国内未承認ワクチンを2回接種	① ②	① ②（※3）	③
海外で国内未承認ワクチンを1回接種	①	① ②（※3）	③

- ※1 海外での接種回数（国内での残り接種回数）は、本人の申告に基づいてカウントする。
- ※2 海外で国内承認ワクチンを1回接種しているケースにおいて、本人又はその保護者から、
- ・国内承認ワクチンの接種が2回目である旨の申出があった場合には、**2回目の接種券を使用**する。
  - ・特段の申出がない場合は、**1回目の接種券を使用**する。
- ※3 医師から国内承認ワクチンと未承認ワクチンの交接種に係る安全性等の科学的知見がないことを説明。

# 新型コロナウイルスワクチンにおける副反応疑い報告の概要

(2021年11月12日  
副反応検討部会資料)

○ 新型コロナウイルスワクチンにおいて、予防接種後開始後より今回の審議会までに副反応疑いとして報告された事例は以下のとおりであった。

注1：武田/モデルナ社ワクチンとファイザー社ワクチンは、被接種者の属性等が大きく異なるため、単純な比較は困難であることに留意を要する。  
注2：モデルナ社ワクチンが使用されている職域接種の接種実績が反映されるまでには時間を要する場合には時間を要することに留意が必要である。

## ファイザー社ワクチン

国	集計期間	推定接種回数	一般接種のうち高齢者の推定接種回数			備考
日本	2021年2月17日 ～10月3日	1回目 75,513,387接種 2回目 65,928,983接種	1回目 31,537,785接種 2回目 31,128,130接種			(推定接種回数) ※2月17日～10月24日 これまでのワクチン総接種回数及び一般接種のうち高齢者の接種の接種回数(10/24時点)を記載(首相官邸Webサイト(10/27時点掲載データ参照)) <a href="https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html">https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html</a>
	2021年2月17日 ～10月24日	1回目 81,189,009接種 2回目 74,265,664接種	1回目 31,784,971接種 2回目 31,446,294接種			
国	集計期間	医療機関報告数(報告頻度)			製造販売業者報告数(報告頻度)	
		副反応疑い報告	うち重篤報告	うち死亡報告	副反応疑い報告	うち死亡報告
日本	2021年2月17日 ～10月3日	23,903(0.02%)	4,757(0.00%)	933(0.00%)	14,208(0.01%)	1,129(0.00%)
	2021年2月17日 ～10月24日	24,766(0.02%)	5,063(0.00%)	977(0.00%)	15,232(0.01%)	1,202(0.00%)

## 武田/モデルナ社ワクチン

国	集計期間	推定接種回数	一般接種のうち高齢者の推定接種回数			備考
日本	2021年5月22日 ～10月3日	1回目 15,439,732接種 2回目 12,261,278接種	1回目 899,859接種 2回目 874,901接種			(推定接種回数) ※5月22日～10月24日 これまでのワクチン総接種回数及び一般接種のうち高齢者の接種の接種回数(10/24時点)を記載(首相官邸Webサイト(10/27時点掲載データ参照)) <a href="https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html">https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html</a>
	2021年5月22日 ～10月24日	1回目 16,003,111接種 2回目 14,629,430接種	1回目 915,623接種 2回目 897,837接種			
国	集計期間	医療機関報告数(報告頻度)			製造販売業者報告数(報告頻度)	
		副反応疑い報告	うち重篤報告	うち死亡報告	副反応疑い報告	うち死亡報告
日本	2021年5月22日 ～10月3日	3,373(0.01%)	457(0.00%)	33(0.00%)	1,709(0.01%)	38(0.00%)
	2021年5月22日 ～10月24日	3,737(0.01%)	554(0.00%)	40(0.00%)	1,992(0.01%)	45(0.00%)

# 新型コロナウイルスワクチンにおける副反応疑い報告の概要

(2021年11月12日  
副反応検討部会資料)

○ アストラゼネカ社ワクチンにおいて、予防接種開始後より今回の審議会までに副反応疑いとして、報告された事例は以下のとおりであった。

## アストラゼネカ社ワクチン

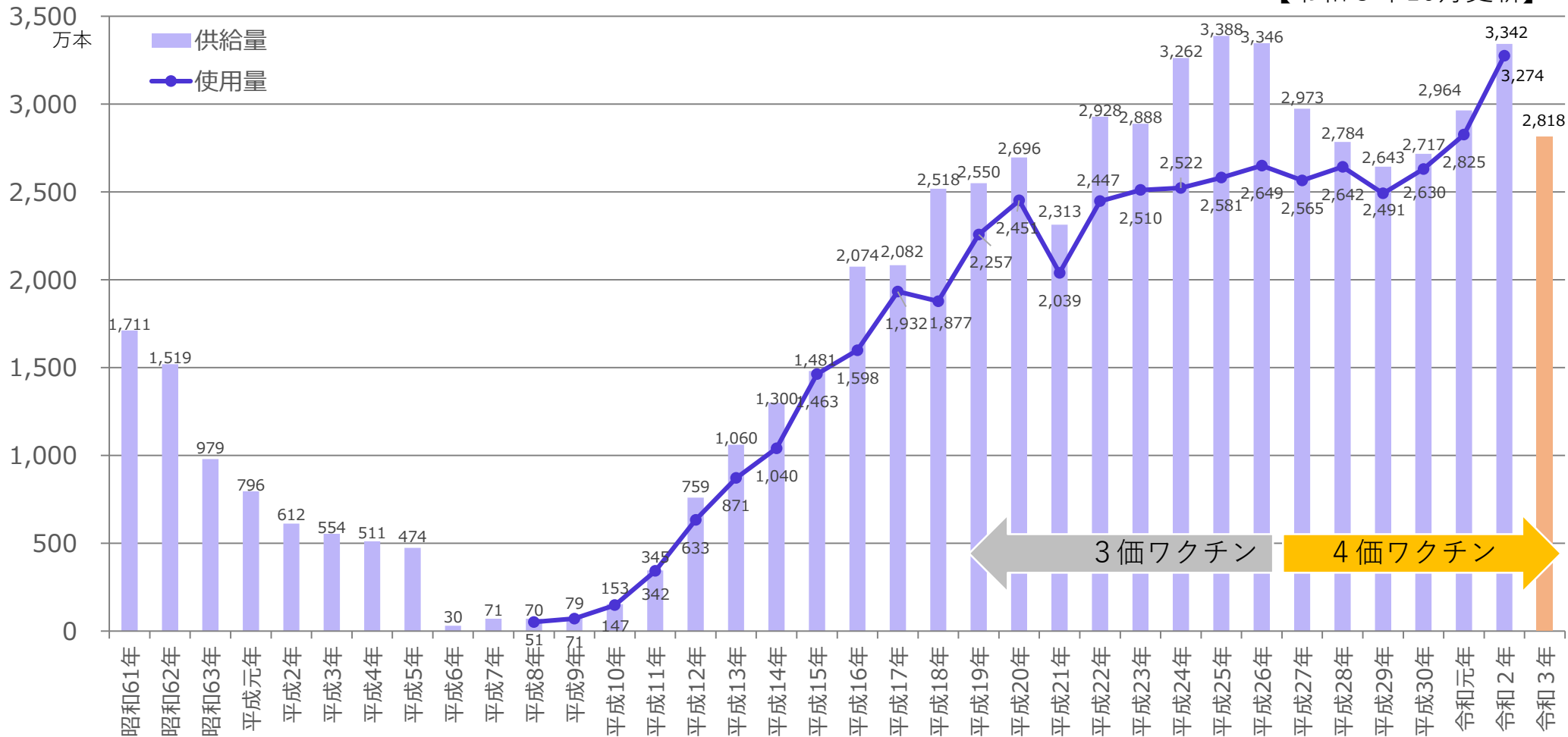
国	集計期間	推定接種回数	一般接種のうち高齢者の推定接種回数			備考
日本	2021年8月3日 ～10月3日	1回目 50,986接種 2回目 951接種	1回目 2,634接種 2回目 9接種			(推定接種回数) ※8月3日～10月24日 これまでのワクチン総接種回数及び一般接種のうち高齢者の接種の接種回数(10/24時点)を記載(首相官邸Webサイト(10/27時点掲載データ参照)) <a href="https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html">https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html</a>
	2021年8月3日 ～10月24日	1回目 52,975接種 2回目 11,738接種	1回目 2,877接種 2回目 473接種			
国	集計期間	医療機関報告数(報告頻度)			製造販売業者報告数(報告頻度)	
		副反応疑い報告	うち重篤報告	うち死亡報告	副反応疑い報告	うち死亡報告
日本	2021年8月3日 ～10月3日	3(0.01%)	2(0.00%)	0(0.00%)	3(0.01%)	0(0.00%)
	2021年8月3日 ～10月24日	8(0.01%)	4(0.01%)	0(0.00%)	6(0.01%)	0(0.00%)

# インフルエンザ対策について

# 2021/22シーズンのインフルエンザワクチンの供給量の見込み 別紙 1

- 今年度のインフルエンザワクチンは、製造効率等が特に良かった昨年度とは異なり、例年と同程度の製造効率等である。
- 平成8年以降で最大となった昨年の使用量と比較すると少ないが、例年の使用量に相当する程度は供給される見込み。

【令和3年10月更新】



※1 平成7年以前の使用量は不明

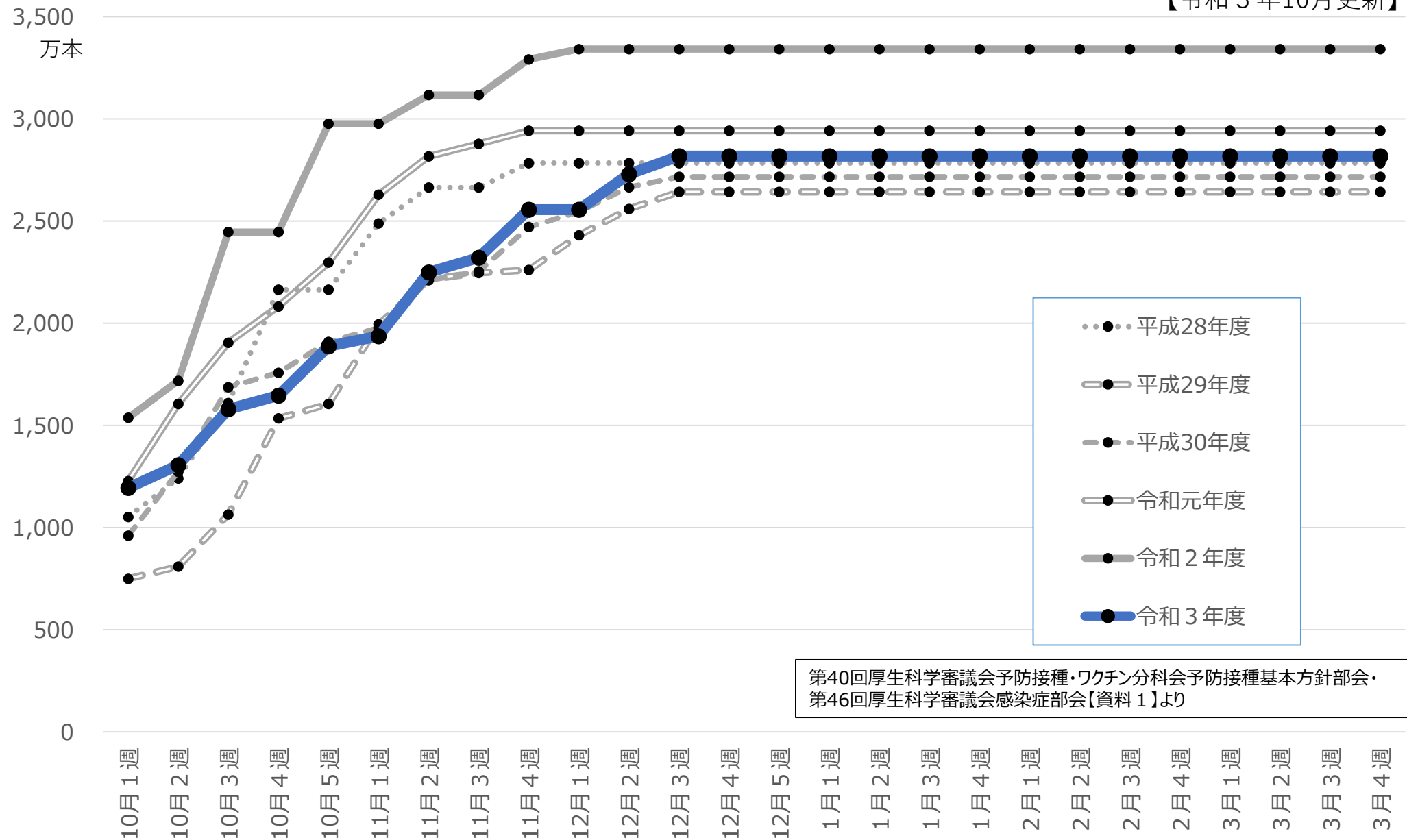
※2 1mL換算

第40回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・  
第46回厚生科学審議会感染症部会【資料1】より



# 2021/22シーズンにおけるインフルエンザワクチンの供給（週次） 別紙 2

【令和3年10月更新】



第40回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・  
第46回厚生科学審議会感染症部会【資料1】より

注1) 供給量は、いずれも1mL換算。

注2) 週の表示は金曜日を基準としている。

# 保健所の機能強化等について



# 4

## 感染症に関する教育について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 医学教育モデル・コア・カリキュラムについて

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム

- ・学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を明確化。
- ・総履修時間数（単位数）の3分の2程度を目安としたもの。（残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施）
- ・平成28年度改訂版：平成27年度から28年度にかけて、有識者会議を開催し新たな改訂に向けた検討を実施。平成29年3月に改訂内容を決定し公表。1年間の周知・準備期間を経て、平成30年度から各大学において改訂版コアカリに基づく教育を開始。

## 令和4年度改訂版コアカリキャッチフレーズ（案）

### 「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」

今回の改訂は、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」を目指して医学・歯学・薬学教育の3領域で統一的に取りまとめた。

近年、人口構造の変化、多疾患併存、多死社会、健康格差、医師偏在、増大する医療費、感染症の危機等様々な問題に直面し、これらの社会構造の変化は、年を経るにつれ更なる激化が見込まれている。このように社会に多大な影響を与える出来事を的確に見据え、多様な時代の変化や予測困難な出来事に柔軟に対応し、生涯に渡って活躍できる医療人の養成が必須である。（以下、略）

## コアカリ改訂に向けたスケジュール

令和4年度春頃予定	連絡調整委員会（第3回）	：コアカリ（素案）の提示
令和4年度夏頃予定	連絡調整委員会（第4回）	：コアカリ（案）の確認・意見、パブリック・コメント実施
令和4年度冬頃予定 （令和5年度	連絡調整委員会（第5回）	：コアカリの決定、「改訂版コアカリ」を公表、大学等へ周知 周知期間）
令和6年度		入学生から改訂版コアカリ適用

# 医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂 基本方針(案)

- 20年後以降の社会も想定した資質・能力の改訂
  - 資質・能力に「総合的に患者・生活者を見る姿勢(案)」  
「情報・科学技術を活かす能力(案)」の2項目を追加
  - 人口構造の変化、多併存疾患、多死社会、医師偏在、増大する医療費、**感染症を含む医療緊急事態等の危機に対応できる医師の養成**
  - AIを含めた情報・科学技術の進歩への対応とそれに伴う倫理
  - 資質・能力に記載されていた「医療の質と安全の管理」を前文に移動

## 感染症教育のあり方について

### ➤ コアカリへの提言

1. 「考え方」の大枠を明確化し記載する
2. 頻度の高い微生物および疾患の厳選
3. 感染症領域の到達度を具体的に示す
4. 感染症以外の領域に関する水平統合と垂直統合
5. その他（教育方法、教材・教員など）
  - 基礎医学、臨床医学、社会医学（ミクロからマクロ）の連携と融合
  - 感染症の「コア内容」について、デジタル教材等を開発
  - 感染症教育人材の育成とFD

## 【概要】

(文部科学省所管)

### (現状・課題)

- 今般の新型コロナウイルス等、感染症対応において、院内感染を防止しながら持続的に高度医療を提供することが求められることから、感染症部門に留まらず、医療に従事するあらゆる職種において、感染症及び感染症医療に関する知識・スキルを向上させる必要があるという教訓が得られた。
- 医学部生等に対しては現在、感染症に関する一般的な概要等の教育は行われているが、今後は感染症の診断や感染症の特色を踏まえた対処法等、より専門的な教育・実習を教育カリキュラムに取り入れ、感染症に関する高度な知識を身につけた医療人材の養成が必要である。

### (対応)

- 感染症の診断や感染症の特色を踏まえた対処法等に関する教育プログラムを新たに導入し、その一環として、新たな教育の課程で必要となる医療用シミュレータや音声・映像録画機器等の実習用周辺機器を整備し、感染症に関するより高度な知識を養う。

## 【支援の考え方】

- 令和3年度から感染症を意識した教育カリキュラムを実施できるよう、今年度中に教育・実習体制を整備する大学に対し必要となる機材や実習に係る人件費などを支援

・ 感染症医療を意識した教育カリキュラムの導入が図られる大学：30大学

・ 1.25億円 × 30大学（国公立） = 37.5億円

医学部を有する  
国公立大学



医療用シミュレータ、実習用周辺機器

感染症の発生時に感染症の特性等を踏まえた診療や感染制御に関する教育プログラムを構築し、医学部生等を対象にシミュレーション設備を用いた実践的な教育を実施

## 課題・背景

- 新型コロナウイルス感染症を契機に、医療人に**求められる資質・能力が大きく変化**。
- 高齢化の進展による**医療ニーズの多様化**や**地域医療の維持**の問題が顕在化。
- 高度医療の浸透**や**地域構造の変化**（遠隔医療等の技術革新、総合診療医の需要の高まり、難治性疾病の初期診断・緩和ケアの重要性等）により、従来の医師養成課程では対応できていない領域が発生、**新時代に適応可能な医療人材の養成が必要**。

## 事業内容

### ○ 地域医療や遠隔医療に関する教育プログラムを構築・実施

◆ **地域ニーズの高い複数分野（総合診療、救急医療、感染症等）を有機的に結合させ横断的に学ぶことのできる教育の実施**により、**地域医療のリーダーとなる人材の育成**。

＜地域医療の課題やニーズを踏まえた教育＞

◆ **地域医療機関での実習**等を通じて、

- ①地域の課題を踏まえた教育研究の実現や地域医療への関心を涵養
- ②専門に閉じない未分化・境界領域への対応力を涵養

◆ **遠隔医療**を実践可能とするための教育コンテンツの開発

**社会環境の変化に対応できる資質・能力を備えた医療人材養成**のための教育プログラムの開発及び教育・研究拠点の形成

支援期間： 7年間

単 価： 1億円

件 数： 16拠点（拠点大学を中心に医学部を置く国公立大学間で連携・展開）



## 政策提言（経済財政運営と改革の基本方針2021）

### 第3章 感染症で顕在化した課題を克服する経済・財政一体改革

#### (1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

(略)あわせて、今般の感染症対応の検証や(略)潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、**医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進**などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。



# 医師法、医師国家試験について



# 医師法

(試験の内容)

第9条 医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。

(試験の実施)

第10条 医師国家試験及び医師国家試験予備試験は、毎年少なくとも1回、厚生労働大臣が、これを行う。

2 厚生労働大臣は、医師国家試験又は医師国家試験予備試験の科目又は実施若しくは合格者の決定の方法を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

# 医師国家試験の出題内容

## 内容と形式

### 【出題内容】

- 試験問題は、臨床上必要な医学又は公衆衛生に関し、医師として具有すべき知識、技能について広く一般的実力を試し得るものとされている。
- 具体的な出題範囲は、「医師国家試験出題基準（ガイドライン）」に準拠している（平成30年実施分からは平成30年版ガイドラインに準拠）。
- 生命や臓器機能の廃絶に関わるような解答や、倫理的に誤った解答をする受験者の合格を避ける目的で、禁忌肢が設定されている。

### 【出題形式】

- 多肢選択式・マークシート方式であり、出題総数は400題である。
- 試験問題の内訳は次表の通り。なお、ブループリント(医師国家試験設計表)において、各項目・評価領域毎の出題割合が示されている。

	一般問題	臨床実地問題
必修問題:100題	50題	50題
医学総論:150題	100題	200題
医学各論:150題		

# 医師国家試験の合格基準

## 医師国家試験の合否

### (1) 基本的な考え方

○必修問題、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに合否を決定する。

○必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低の合格レベルを80%とし、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計得点の合格基準は平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いる。

### (2) 合否判定の方法

○試験の実施結果を踏まえ、医道審議会医師分科会医師国家試験K・V部会において問題の妥当性を検討している。

○同分科会の意見を踏まえて厚生労働大臣が合格者を決定している。

# 平成30年版医師国家試験出題基準(概要)

## (1)定義

医師国家試験出題基準(ガイドライン)は、医師国家試験の「**妥当な範囲**」と「**適切なレベル**」とを項目によって整理したもので、試験委員が出題に際して準拠する基準である。

## (2)基本的考え方

- ①全体を通じて、臨床実習での学習成果を中心とした臨床研修開始前の到達度を確認することに主眼を置く。
- ②「必修の基本的事項」では、医師としての基本的姿勢を含めた基本的診療能力を主題として出題する。
- ③「医学総論」、「医学各論」では、原則、我が国のどの医療機関であっても対応できるような内容に限定する。

### 【必修の基本的事項】

(大項目)	(ブループリント)
1 医師のプロフェッショナリズム	約4%
2 社会と医療	約6%
3 診療情報と諸証明書	約2%
4 医療の質と安全の確保	約4%
5 人体の構造と機能	約3%
6 医療面接	約6%
7 主要症候	約15%
8 一般的な身体診察	約13%
9 検査の基本	約5%
10 臨床判断の基本	約4%
11 救急初期診療	約9%
12 主要疾患・症候群	約10%
13 治療の基本	約4%
14 基本的手技	約4%
15 死、緩和ケア、終末期ケア	約2%
16 チーム医療	約2%
17 生活習慣とリスク	約5%
18 一般教養的事項	約2%

### 【医学総論】

(章)	(ブループリント <sup>注</sup> )
I 保健医療論	約13%
II 予防と健康管理・増進	約17%
III 人体の正常構造と機能	約9%
IV 生殖、発生、成長、発達、加齢	約9%
V 病因、病態生理	約12%
VI 症候	約12%
VII 診察	約7%
VIII 検査	約9%
IX 治療	約13%

注:「医学総論」では大項目までブループリント(医師国家試験設計表)を設定

### 【医学各論】

(章)	(ブループリント)
I 先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常	約5%
II 精神・心身医学的疾患	約5%
III 皮膚・頭頸部疾患	約11%
IV 呼吸器・胸壁・縦隔疾患	約7%
V 心臓・脈管疾患	約10%
VI 消化器・腹壁・腹膜疾患	約13%
VII 血液・造血器疾患	約5%
VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患	約12%
IX 神経・運動器疾患	約9%
X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	約8%
X I アレルギー性疾患、膠原病、免疫病	約5%
X II 感染性疾患	約8%
X III 生活環境因子・職業性因子による疾患	約5%

※ブループリントの数字は概数のため必ずしも合計が100%にならない。

## 1. 基本的な考え方

- 医師国家試験は、**卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成過程の中に位置付けられる**ことから、それぞれの到達目標との整合性を図りつつ、近年の卒前教育を巡る動向を踏まえ、その果たすべき役割を十分に発揮できるものとする必要がある。
- 平成27年度より全ての医学部において、卒前教育における共用試験CBTの合格基準が統一化される予定であり、基本的な知識が担保された医学生が医師国家試験を受験する第112回(平成30年)から出題数や合格基準等の設定を適用することが適当である。

<参考> 医師法(昭和23年法律第201号)・抄

第九条 医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。

## 2. 医師国家試験について

- ① **出題数について:** **共用試験CBTの出題内容**と**医師国家試験の出題内容の重複を精査し**、基本的診療能力を問う「**必修問題**」は現状通りとし、「**医学総論**」及び「**医学各論**」から「**一般問題**」を**100題程度減らす**。「**臨床実地問題**」は、臨床実習の経験に即した出題傾向とするために現状維持が適当。
- ② **出題内容について:** 引き続き、高度な専門的事項を問う内容ではなく、臨床研修において指導医の下で診療に従事するのに必要な知識および技能を問う水準とするとともに、診療科に関わらずに総合的な鑑別診断や治療方針の選択に関する能力を問う内容とする。また、少子高齢化など、今後の医療現場の動向に応じた出題内容とする。
- ③ **合格基準について:** 「**必修問題**」以外の「**一般問題**」の出題数を減じるにあたり、「**一般問題**」と「**臨床実地問題**」を併せて**相対基準を設定する**等の算出方法の見直しを行う。「**必修問題**」の合格基準は従前通り、絶対基準を用いて80%以上の得点とし、「**禁忌肢**」の選択状況を加味して合否を決定する。
- ④ **出題基準(ガイドライン)について:** 「**臨床実地問題**」の出題数の比率を高めることとともに、各領域における基本的な問題や保健医療論・公衆衛生等の「**一般問題**」での出題数は担保すべきであるという点を考慮した上で、ブループリント(医師国家試験設計表)については、**分野毎に必要な出題数が確保されるよう見直し**を行う。
- ⑤ **共用試験CBTとの連携について:** **CBTは一連の医師養成課程として医師国家試験と密接に関連することから**、全国医学部長病院長会議及びCBTを実施する医療系大学間共用試験実施評価機構は、**CBTの運用状況や検証結果などの試験の改善・評価に必要な情報を国と共有する必要がある**。なお、共用試験CBTにおける臨床に関する内容については、引き続き、医師国家試験に求める水準ではなく、臨床実習開始前に必要な基本的な知識を問うものとするべきである。
- ⑥ **試験日数について:** 出題数の見直しに伴い、**試験日数を3日間から2日間に変更**する。

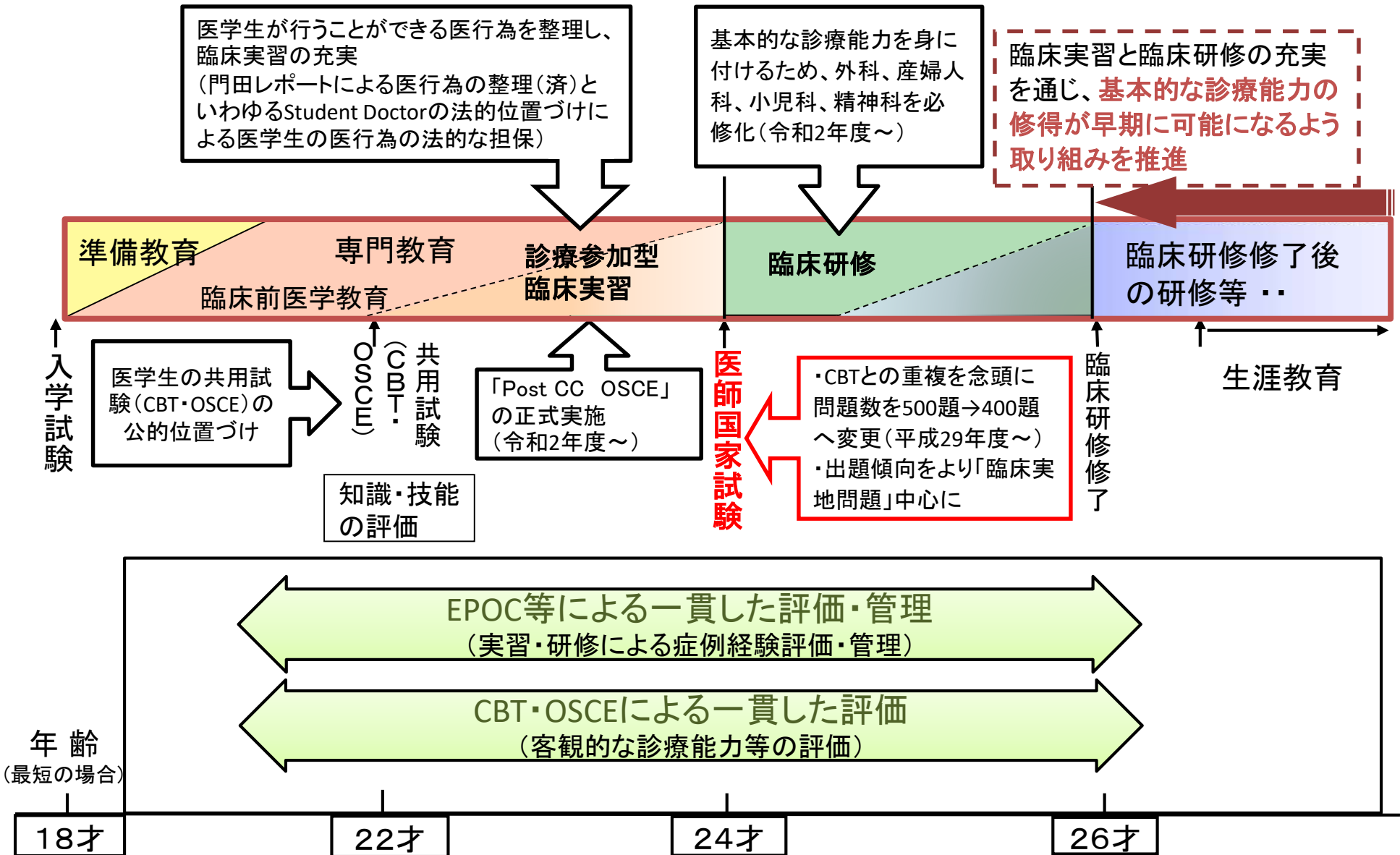
## 3. OSCEについて

- OSCEが筆記試験より優れている点として、臨床技能を評価するのにより適していること、態度やコミュニケーション能力など筆記試験では測れない部分の評価を行うことができるという点で共通の認識を得た。
- OSCEを**医師国家試験として実施する場合は**、国民に対して安心感を与えるメッセージとなること等の利点がある一方で、**統一的な模擬患者、評価者及び実施場所等の確保が困難であること等の課題がある**。
- OSCEを医師国家試験としてではなく各医学部で臨床実習終了時OSCEとして実施する場合は、6年間の卒前教育に携わった者が態度やコミュニケーション能力などについて細かな評価を行うことが可能であること等の利点がある一方で、現状では医学部毎に評価者や会場等の実施体制、問題の数や質の差が大きいこと等の課題がある。
- 現在、全ての医学部における統一的な臨床実習終了時のOSCEを導入する準備が進められており、平成32年度を目処に全国的に正式実施が開始される見込みであることなどから、**現時点では、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による全ての医学部での臨床実習終了時OSCEの導入を進めていくことが重要である**。**医師国家試験へのOSCEの導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論をする**。

## 4. その他の論点

- **コンピュータ制の導入に関して**、動画や音声等を活用し、臨床現場に近い形での出題が可能となるという指摘がある一方、日本の卒前教育に沿い、かつコンピュータの特性を活かした出題手法の開発、及び諸経費等の問題について検討が必要であり、**プール問題の活用、医師国家試験の年間の実施回数等と合わせて検討すべき課題である**。
- **外国で医師免許を得たものに対する国家試験受験資格に関して**、外国における卒前教育の内容について、我が国の医学の正規の課程と同等以上であることをより客観的に評価する体制を検討すべきであり、申請者数が増えつつあることから、引き続き評価方法の検討を行う。

# シームレスな医師養成に向けた改革全体案



# 医師臨床研修制度の見直しについて（2020年度研修より適用予定）

## ～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

- 医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の習得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた。
- 今回は、①卒前卒後の一貫した医師養成、②到達目標、③臨床研修病院の在り方、④地域医療の安定的確保等について見直し。
- 今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価し、卒前・卒後教育の連続性の観点から**制度の在り方の検討が必要**。

### 1. 卒前・卒後の一貫した医師養成について

- ・卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

- (1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムと**整合的な到達目標・方略・評価**を作成
- (2) 今後、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と**同時期に検討**

### 2. 到達目標・方略・評価について

- ・現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確
- ・基本的診療能力や臨床推論の更なる習得
- ・評価方法の標準化が必要

- (1) 目標、方略、評価に分けて整理・**簡素化**
- (2) 目標を「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）」、「資質・能力」、「基本的診療業務」に整理し、**入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保**
- (3) 方略は、内科、救急、地域医療に加え、**外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来の研修を含む**ことを追加
- (4) 評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、**標準化**

### 3. 臨床研修病院の在り方について

- ・臨床研修病院の更なる質の向上

- (1) 指導・管理体制等についての**訪問調査の見直し**
  - 改善の見られない病院は**指定取消の対象**へ
  - 課題の見られる基幹型病院は**訪問調査の対象**へ
- (2) プログラム責任者養成講習会の**受講義務化**
- (3) 第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

### 4. 地域医療の安定的確保について

- ・地域医療の確保に対する更なる対応が必要
- ・都道府県の実情に応じた対応が必要

- (1) 大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保
  - 臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に**1.05倍**まで圧縮
  - **医学部入学定員による募集定員の算定には上限**を設ける
  - **地理的条件等の加算を増加**
- (2) **地域枠**等の一部について、**一般のマッチングとは分けて選考**
- (3) 国が一定の基準等を示した上で、**臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県**が行う

### 5. その他

- ・基礎研究の国際競争力の低下

- (1) 中断・未修了の対応は継続
- (2) **大学病院に基礎研究医養成枠を設置**



# シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて 医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

## (1) 共用試験CBTの公的化

- ・ 全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法**や**評価手法が確立**している。
- ・ 医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

## (2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・ 現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会**として確立している。
- ・ 臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・ 模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

## (3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・ 臨床実習開始前の**共用試験を公的化**することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・ 実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

### 共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

#### (1) 医学教育への影響

- ・ 臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

#### (2) 医学生(医師)個人への影響

- ・ 手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・ 臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資**することが期待される。

#### (3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・ **同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・ 将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

#### (4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・ 主体性を持って**地域医療を体感**することで、**将来のキャリアに良い影響**が与えられる
- ・ 各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献することが可能**となる。

### 他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

#### (1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・ **いわゆるStudent Doctor**が共用試験に合格し、**診療参加型の臨床実習を行うに足る学生**であること。
- ・ **大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれている**こと。
- ・ 将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

#### (2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・ **教員等が十分に学生教育に時間を充てる**ことができ、**また評価される必要がある**。
- ・ 臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

#### (3) 医学生が加入する保険

- ・ 医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。

# 医師の働き方改革等について



# 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の概要

## 改正の概要

### <Ⅰ. 医師の働き方改革>

#### 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

### <Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

#### 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

#### 2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

### <Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

#### 1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

#### 2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（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）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

#### 3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

### <Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

# 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**

+

**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**

**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

#### 医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

#### 地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

#### 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

#### 適切な**労務管理**の推進

#### **タスクシフト/シェア**の推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、**法改正**で対応

#### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

**法改正**で対応

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
<b>A</b> （一般労働者と同程度）	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務
<b>連携B</b> （医師を派遣する病院）	<b>1,860時間</b>		<b>義務</b>
<b>B</b> （救急医療等）	<b>※2035年度末を目標に終了</b>		
<b>C-1</b> （臨床・専門研修）	<b>1,860時間</b>		
<b>C-2</b> （高度技能の修得研修）	<b>1,860時間</b>		

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

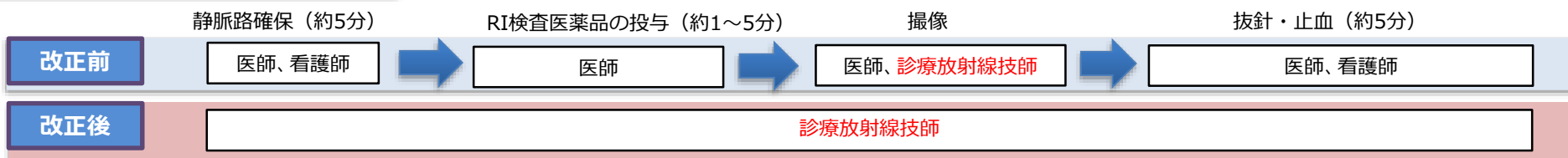
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

## 医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆ 関係団体（全30団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。
- ◆ 下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

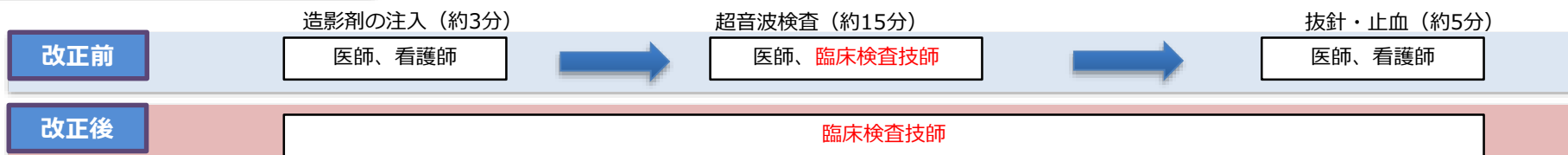
### 診療放射線技師

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提



- ✓ 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

### 臨床検査技師



- ✓ 採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為
- ✓ 静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

### 臨床工学技士

- ✓ 手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為  
輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為
- ✓ 心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ✓ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

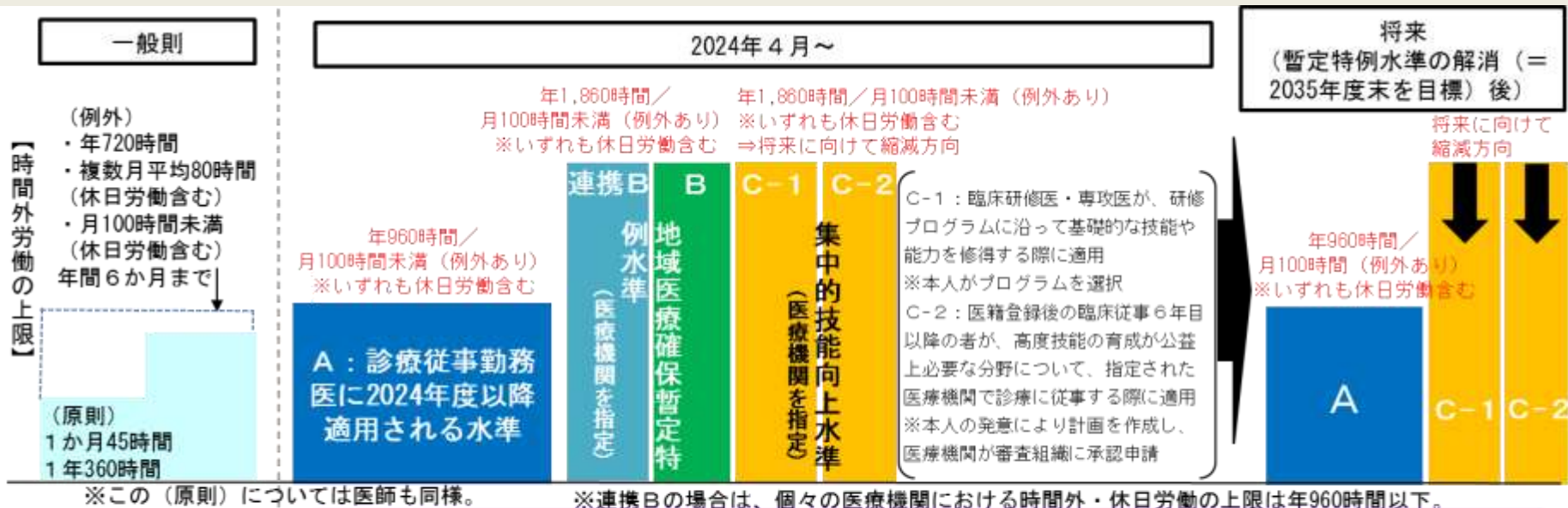
### 救急救命士

現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

# 2024年4月以降の姿

2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準の適用医師）のみ



※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

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）

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）

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

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）

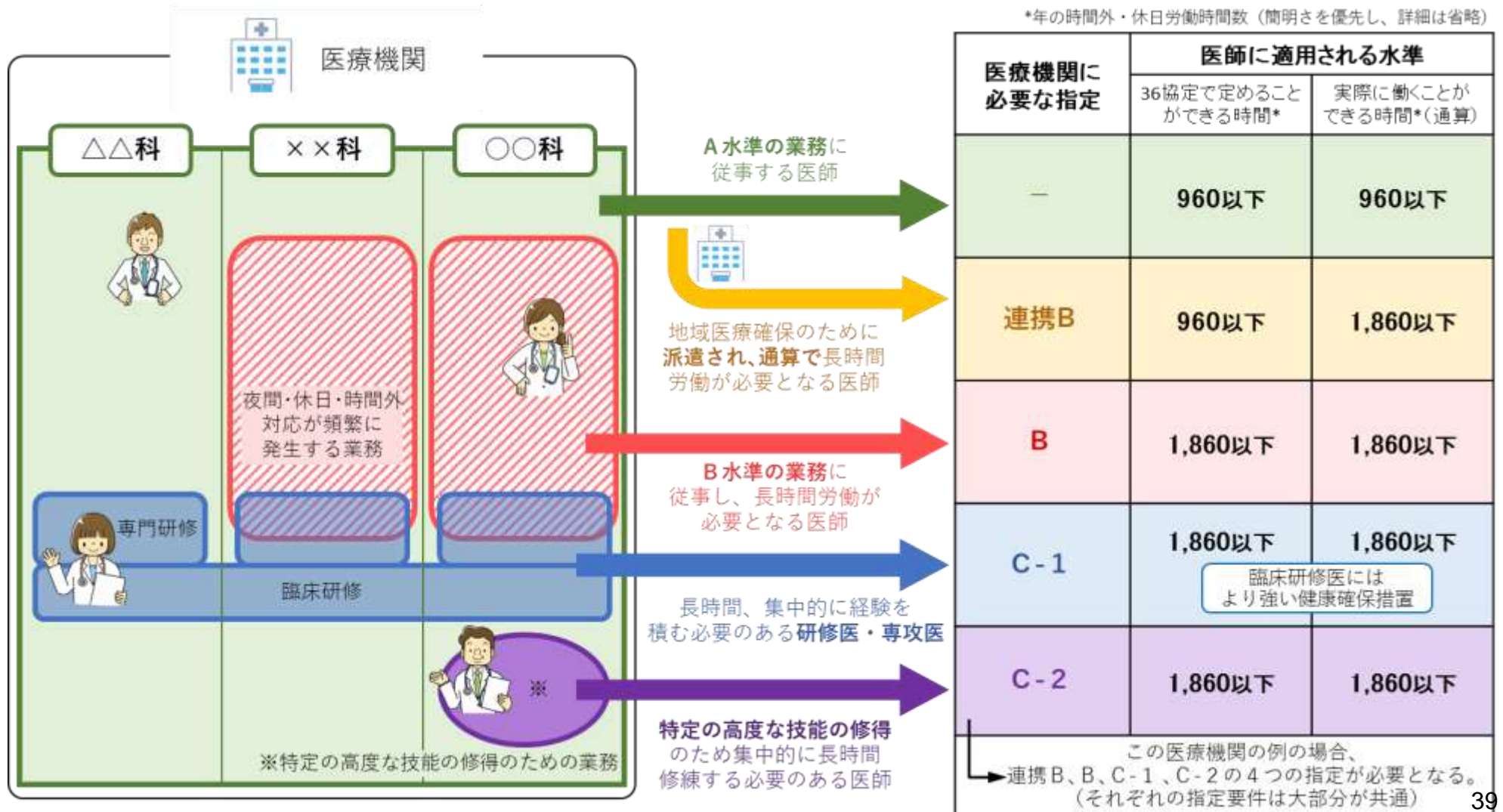
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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）

※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措置を講ずる。

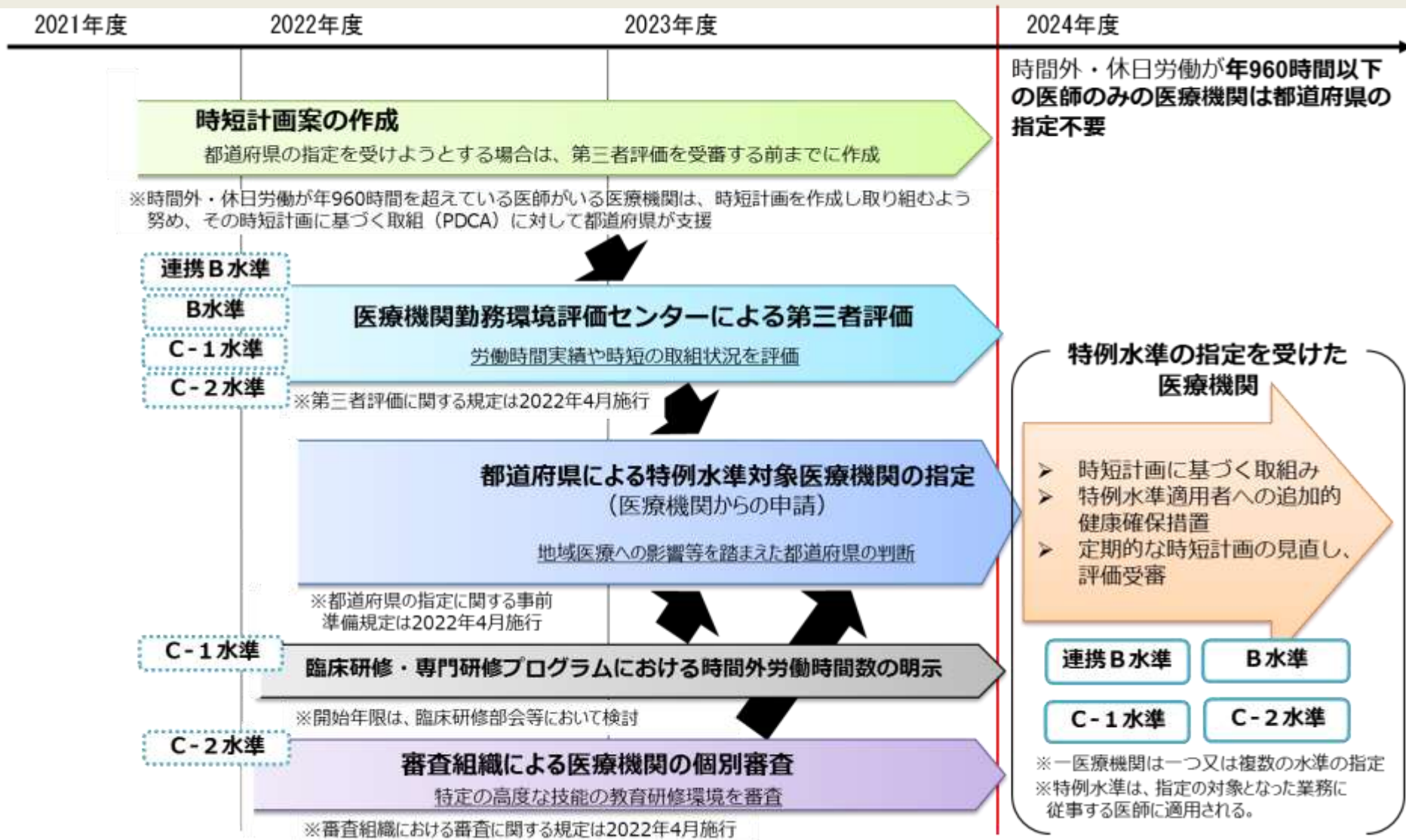
# 連携B・B・C水準

所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。



# 2024年4月に向けたスケジュール

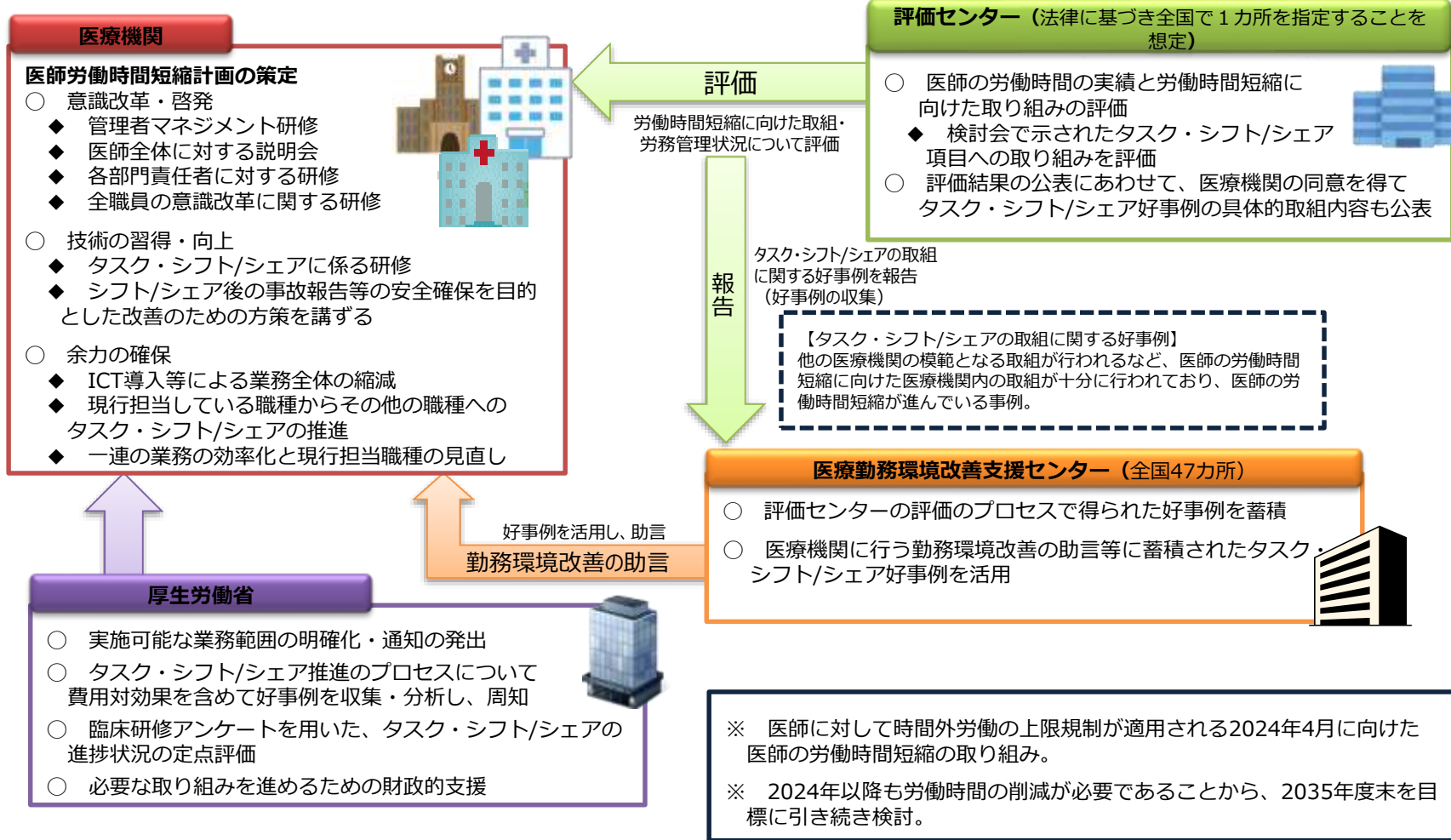
連携B・B・C水準の指定申請には、医師労働時間短縮計画案を作成し、評価センターの評価を受けることが必要。2021年度中に労働時間(実態)を把握し、ゴール(どの水準を目指すか)を設定し、取組を開始することが必要。





# タスク・シフト/シェアの具体的な普及・推進策

- タスクシフト/シェアの普及・推進について、医療機関における取組を促進するため、医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討されている 医師労働時間短縮計画や評価センターによる評価の枠組みにタスクシフト/シェアを推奨する業務や、その考え方を加味する。
- 評価結果を医療勤務環境改善支援センターへ報告し、他の医療機関に対する助言に活用することで、地域全体でのタスクシフト/シェア推進の好循環が期待できる。
- 厚生労働省において、タスク・シフト/シェア可能な業務範囲の明確化を行うとともに、参考となるタスク・シフト/シェア推進の好事例について、そのプロセスや 費用対効果も含めた収集・分析を行い、周知を図る。



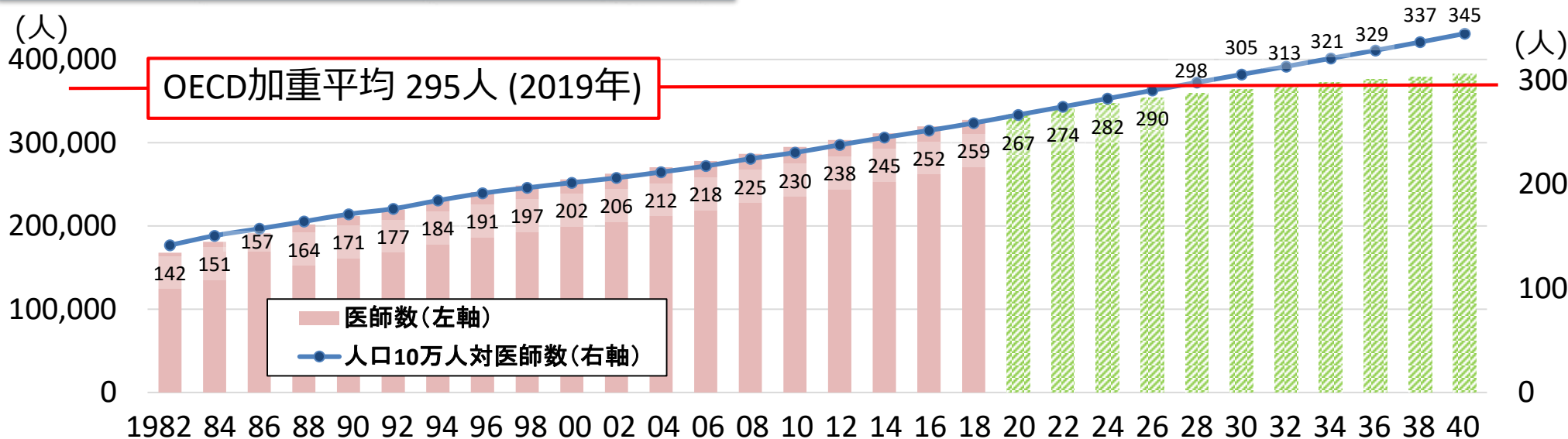
# 医師の需給について



# 医師数の年次推移と医師の需給推計について

## 人口10万対医師数の年次推移 + 将来推計

※第35回 医師需給分科会 資料1のレイアウト等を改変



※ 2020年(令和2年)以降は、平成18年～平成28年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が令和2年度と同程度を維持する等の仮定において、平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口(平成29年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)  
 ※ OECD加重平均はOECD Statistics(2019)データより算出。

## 令和2年度 医師の需給推計について

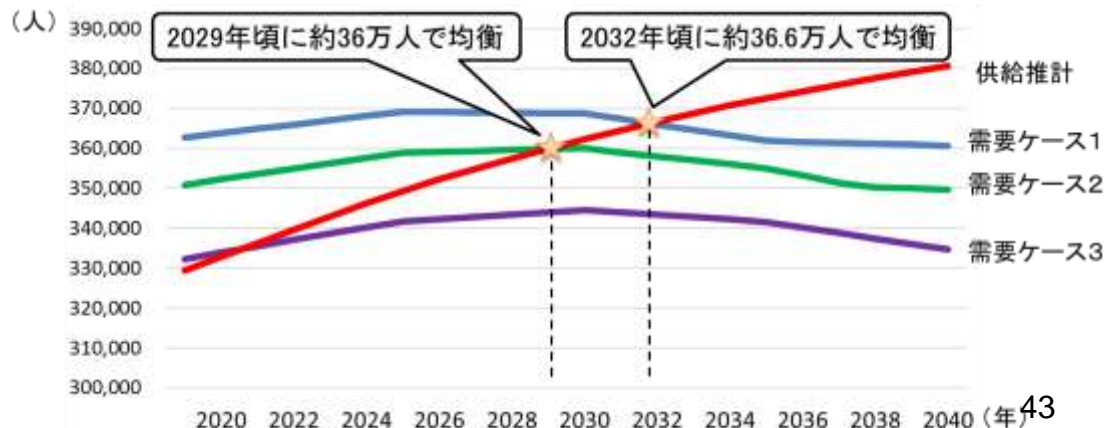
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・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)

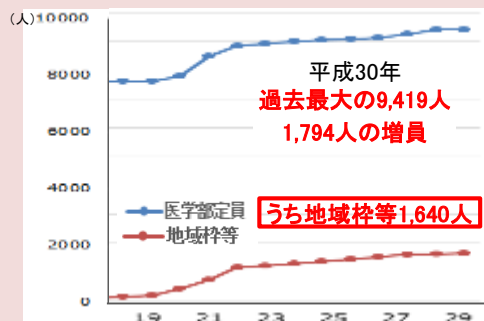


# 医師偏在対策の必要性

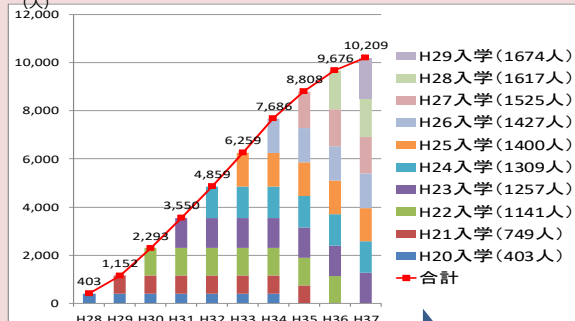
## 対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

医学部入学定員の年次推移



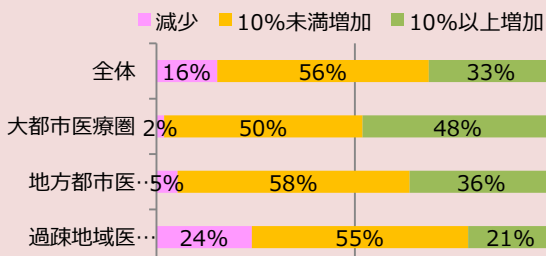
臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

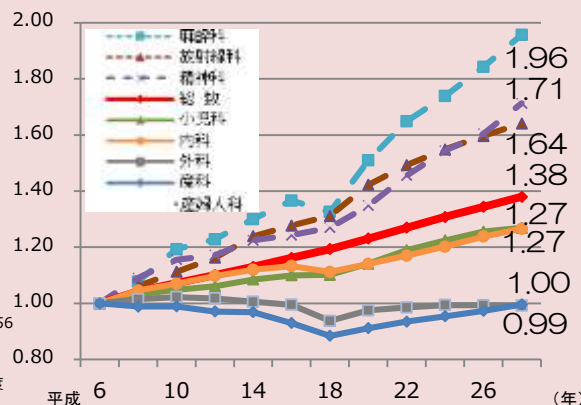
二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設  
従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加(212.32人→233.56人)。二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)

- ・大都市医療圏(52圏域)：人口100万人以上又は人口密度2,000人/km以上
- ・地方都市医療圏(171圏域)：人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/km以上
- ・過疎地域医療圏(121圏域)：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



## 対策の方向性

### ① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

### ② 都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

### ③ 外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

# 医師確保対策に関する取組（全体像）

## 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

・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。

医師養成  
課程

6年  
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

<都道府県→大学への設置要請の流れ>

2036年時点で医師が不足



不足数を上限に、恒久定員内に地域枠等を大学に要請可能



それでも不足する場合、追加的に臨時定員を大学に要請可能

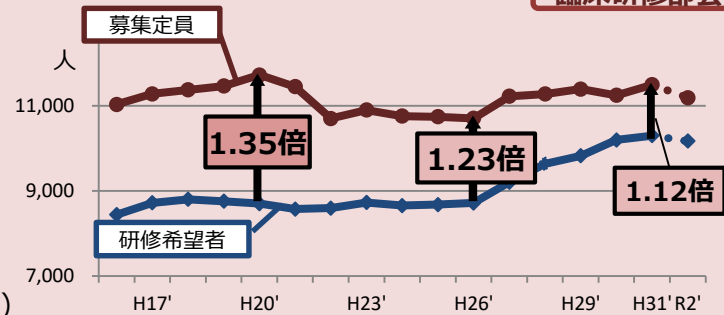
## 臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

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～)



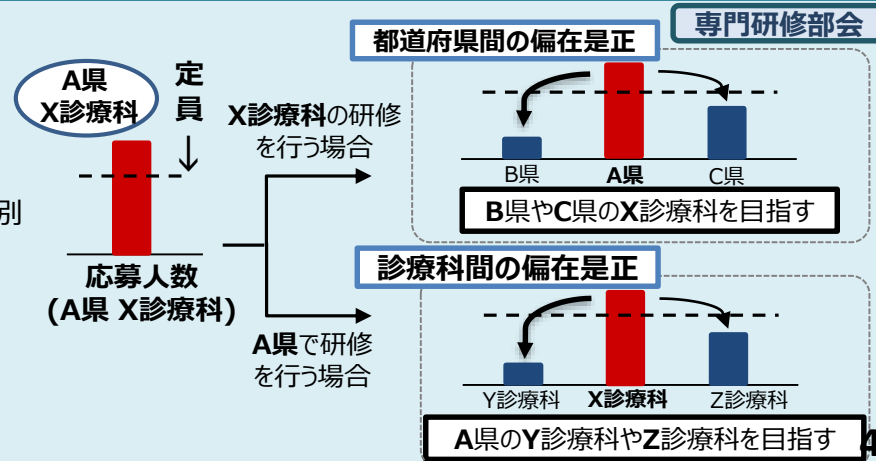
## 専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

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



3年  
以上  
専門  
研修

# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会  
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)  
資料1(抜粋・一部改変)

## 背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

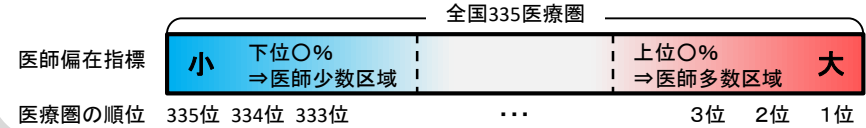
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院／外来）

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

## 『医師確保計画』(=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」)の策定

### 医師の確保の方針

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- (例)・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

### 確保すべき医師の数の目標 (目標医師数)

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

### 目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

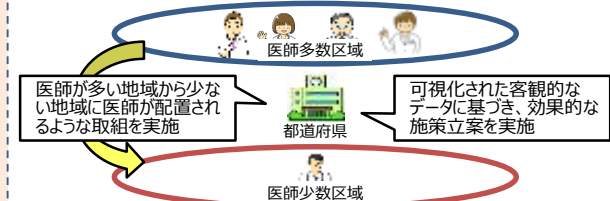
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

## 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



# 医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

## 認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**医師少数区域等における医療に関する経験を**認定**

申請

認定



医師

医師少数区域等における  
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後10年以内の場合は、原則として連続して勤務（妊娠・出産等による中断は可）するが、10年目以降の場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

### 【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
- 勤務した期間
- 業務内容等

- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

### ＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
  - 地域の患者への継続的な診療
  - 診療時間外の患者の急変時の対応
  - 在宅医療
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
  - 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
  - 健康診査や保健指導等の実施

## 認定医師等に対するインセンティブ

### ① 一定の病院の管理者としての評価

- 地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院※の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

※管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲については、施行後の認定制度の普及状況等を踏まえ見直しの必要性について検討する。

### ② 認定医師や医療機関に対する経済的インセンティブ

- 認定医師個人や、認定医師によって質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。

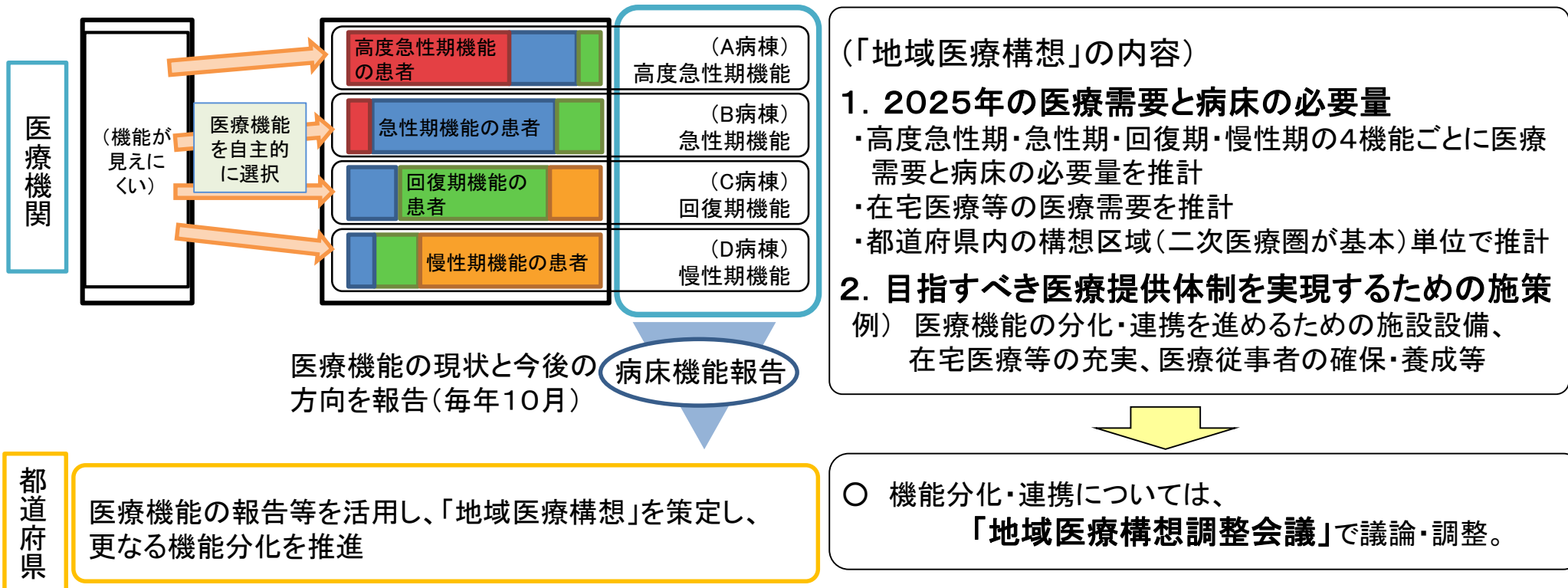


# 地域医療構想の進捗状況について



# 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。



## 地域医療構想に係るこれまでの経緯について

2017年3月	全ての都道府県において地域医療構想(2025年の4機能ごとの必要病床量等)を策定 〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで)、公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
～2019年3月	公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年 1月～	厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論(再検証に係るものを含む)を開始
3月	第20回構想WG「急性期機能」に着目した再検証の基本的フレームワークについて合意
4月～9月	第21回～第24回構想WG 分析ロジックについて議論
6月21日	骨太の方針2019 閣議決定
9月26日	再検証に係る具体的な対応・手法のとりまとめ、公立・公的医療機関等の診療実績データの公表
10月 4日	第1回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
10月17日～	地方意見交換会(ブロック別)を順次開催
11月 6日～	都道府県の要望に応じ、個別に意見交換会を順次開催
11月12日	第2回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月24日	第3回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
2020年 1月17日	医政局長通知「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」を都道府県宛に発出 あわせて、都道府県に対し、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」及び民間医療機関の診療実績データを提供
1月31日	重点支援区域 1回目選定(3県5区域)
3月 4日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
3月19日	第25回構想WG 民間医療機関の特性に応じた分析について議論開始
7月17日	骨太の方針2020 閣議決定
8月25日	重点支援区域 2回目選定(6道県7区域)
8月31日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
10月～12月	第27回～第30回構想WG 新型コロナウイルス感染症を踏まえた構想の考え方・進め方について議論
10月29日	第5回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月15日	厚生労働省医政局「医療計画の見直し等に関する検討会」において、構想の考え方・進め方の議論を含めた「新型コロナウイルス感染症を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」をとりまとめ
12月25日	公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果及び民間医療機関の診療実績データに関する資料の確定について
2021年 6月18日	骨太の方針2021 閣議決定

# これまでの経済財政運営と改革の基本方針の記載事項について

## 【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。

## 【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）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。

## 【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）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

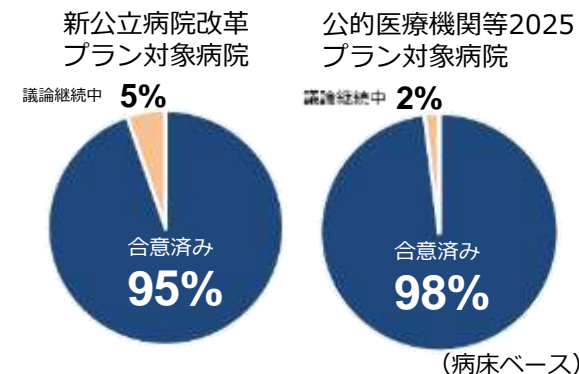
地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。52

## 1. これまでの取組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
  - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
  - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

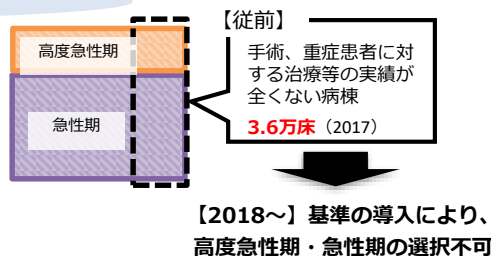
公立・公的医療機関等に関する議論の状況  
2019年3月末



### 地域医療構想の実現のための推進策

#### ○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



#### ○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

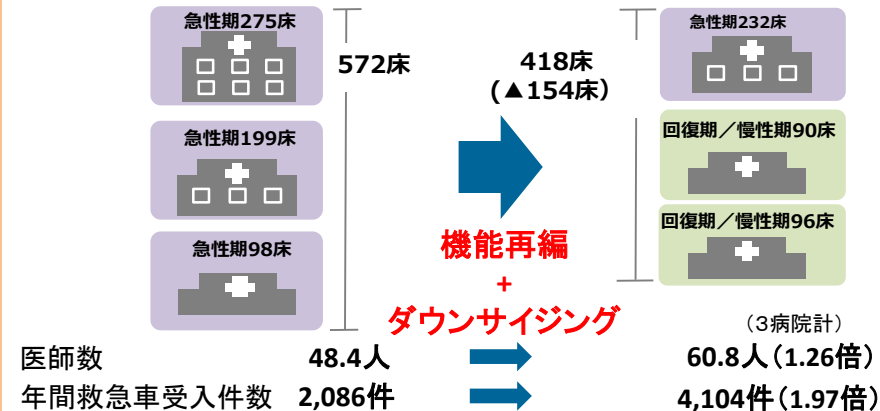
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

#### ○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

#### ○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

### 機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

### - 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、**「診療実績が少ない」** または **「診療実績が類似している」** と位置付けられた **公立・公的医療機関等** に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性** も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合** について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

#### 分析内容

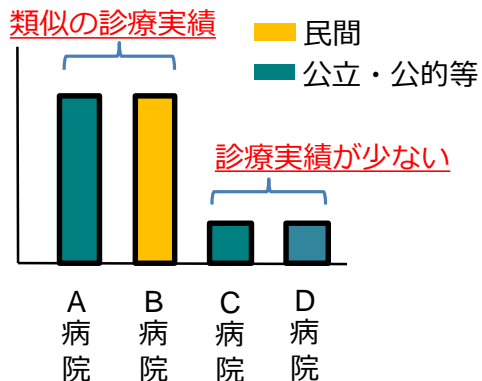
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

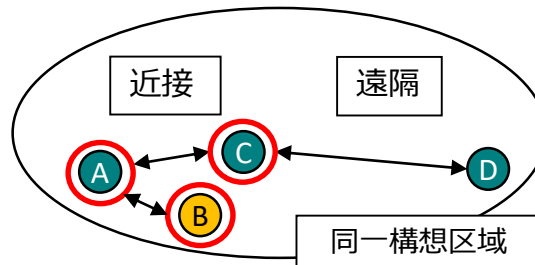
#### 分析のイメージ

- ① 診療実績の **データ分析**  
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件の **確認**

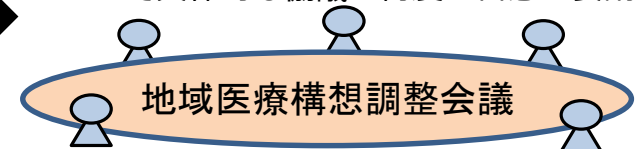
類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により  
**「代替可能性あり」と**  
された公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における **検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**  
**病院の再編統合**  
について具体的な協議・再度の合意を要請



# 具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

## 1. 基本的な考え方

- 「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）において「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行う」とされたことを踏まえ、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得るよう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の实情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

## 2. 再検証要請等の内容

### （1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。

B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。

A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動

### 【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

### （2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応

調整会議において、A1～8・B1～5病院（人口100万人以上の構想区域を除く。）の具体的対応方針について改めて議論すること。（※）

具体的対応方針の見直しが必要と調整会議が判断した場合、当該医療機関は具体的対応方針の見直しを行い、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

※ 2019年3月までに合意された具体的対応方針における役割及び病床数が現状から変更がないもの等については、将来の医療需要等を踏まえてその妥当性を確認することに留意。

### （3）H29病床機能報告未報告医療機関等への対応

調整会議において、H29病床機能報告未報告等医療機関等は、具体的対応方針の妥当性について、直近の自医療機関の実績等を踏まえて説明すること。調整会議において合意が得られなければ、具体的対応方針を見直し、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

## 3. 主な留意事項

- 定例的な調整会議の会議資料や議事録等はできる限り速やかな公表に努めること。ただし、国から提供した分析結果は、都道府県の最終確認を踏まえ国が確定するまでは、当該資料等については非公表として取り扱うこと。  
また、随時開催を組み合わせながら、より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。
- 公立・公的医療機関等については、開設主体ごとに期待される役割や税制上・財政上の措置等の違いに留意が必要。等

## 4. 今後の進め方及び議論の状況把握

当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。

今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

# 重点支援区域について

## 1 背景

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）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

## 2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。**なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。**

## 3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等
- 重点支援区域申請は、当面の間、**随時募集**する。

### 【優先して選定する事例】

- 以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。  
なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。
- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
  - ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
  - ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
  - ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

## 4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

### 【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

### 【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 5 選定区域

これまでに以下の**11道県14区域**の重点支援区域を選定。

- 【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】
- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
  - ・ 滋賀県（湖北区域）
  - ・ 山口県（柳井区域、萩区域）
- 【2回目（令和2年8月25日）に選定した重点支援区域】
- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
  - ・ 岡山県（県南東部区域）
  - ・ 新潟県（県央区域）
  - ・ 佐賀県（中部区域）
  - ・ 兵庫県（阪神区域）
  - ・ 熊本県（天草区域）
- 【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】
- ・ 山形県（置賜区域）
  - ・ 岐阜県（東濃区域）



## 厚生労働省の取組

### 【議論活性化に向けた技術的支援】

- データ・情報の提供
  - ・ 病床機能報告など
  - ・ 重点支援区域など具体的な事例
- 研修会等の開催
  - ・ 医療政策研修会（都道府県職員対象）
  - ・ 地域医療構想アドバイザー会議
  - ・ トップマネジメント研修（病院管理者対象）

### ○地域・医療機関のニーズに応じた支援

- ・ 都道府県の申請に基づき国が選定した「重点支援区域」に対し、ニーズに応じた技術的支援（データ分析等）を実施

- \* 今後、地域のさらなる議論活性化に向け、都道府県の依頼に応じて、きめ細かな支援を実施
- ・ 県内（区域内）の議論を踏まえたデータ分析の支援
  - ・ 県内（区域内）の医療機関向け、首長向け、住民向け説明会等の開催支援 等

### 【病床機能再編の取組に対する財政支援等】

- 地域医療構想調整会議における合意を前提に、病床機能再編の取組に対して財政支援等を実施
  - ・ 地域医療介護総合確保基金により、病床機能再編に必要な施設・設備の整備に対する財政支援や、病床減少に伴う様々な課題に対応するための財政支援（病床機能再編支援事業）を実施
  - ・ 都道府県の申請に基づき国が選定した「重点支援区域」に対し、手厚い財政支援（病床機能再編支援事業の加算）を実施
  - ・ 大臣認定を受けた「再編計画」に基づき取得した不動産に関する税制優遇措置（登録免許税）を実施

<実績> 重点支援区域：11道県14区域  
病床機能再編支援事業：33道府県143医療機関（R2年度）

地域の  
ニーズに  
応じた支援



## 地域の取組

### 【都道府県による議論活性化に向けた取組】

- 地域医療構想調整会議（構想区域単位、都道府県単位）の定期的な開催
- 病床機能報告や各種データ等の提供
- 地域医療構想アドバイザーによる議論活性化



### 構想区域における議論



#### 地域医療構想調整会議等における議論の活性化

- ・ 地域の医療ニーズや医療機能の把握・共有
- ・ 個々の医療機関における取組の方向性
- ・ 「重点支援区域」「再編計画」等の活用 など



### 具体的な病床機能再編



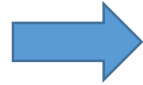
#### 地域の合意に基づく取組の具体化

- ・ 「重点支援区域」の技術的支援等を活用した、複数医療機関による病床機能再編の検討
- ・ 地域医療介護総合確保基金（病床機能再編支援事業を含む）や税制優遇を活用した取組の実施 など

# 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

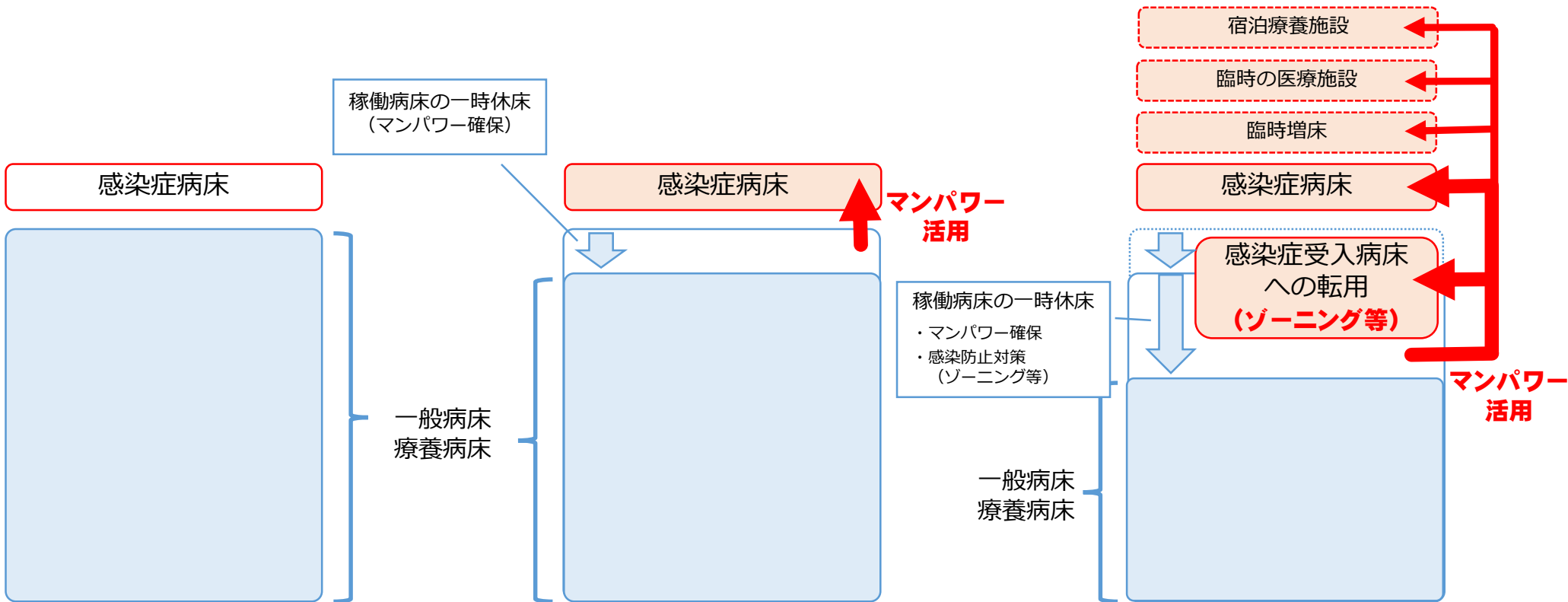
平時



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)



- 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」（令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知）を发出。

## 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 (令和2年1月17日付け通知)

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載**(※)を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合  
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合  
→ 2019年度中

## 経済財政運営と改革の基本方針2020 (令和2年7月17日閣議決定)

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

## 具体的対応方針の再検証等の期限について (令和2年8月31日付け通知)

**再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方**について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示し**することとする。

## 1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 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）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

### 医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似  
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施  
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

### ◎ 具体的な記載項目（イメージ）

#### 【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保  
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等  
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

#### 【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担  
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

### ◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
  - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
  - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
  - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
  - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
  - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

### 2. 社会保障改革

#### (1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

今般の感染症対応での経験を踏まえ、国内で患者数が次に大幅に増えたときに備えるため、また、**新たな新興感染症の拡大にも対応するため、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠**である。このため、**症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約などについて、できるだけ早期に対応**する。

あわせて、**今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進**するとともに、**かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なウスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保**並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する。また、引き続き、地域の産科医療施設の存続など安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進するとともに、希少疾病である難病の対策を充実する。

#### (2) 団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。具体的には、前者について、**地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う**。

## 第8次医療計画の策定に向けた検討体制（イメージ）

- 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。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 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。

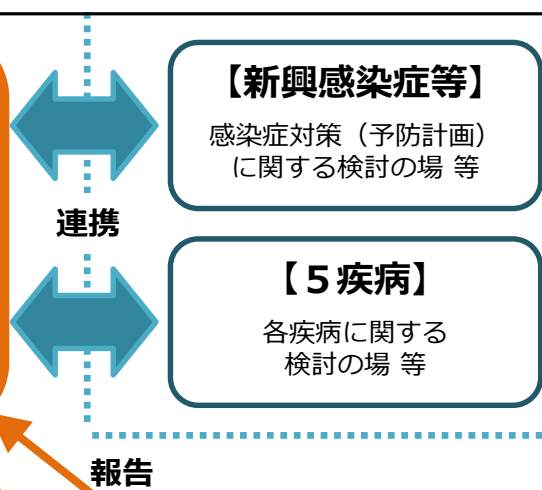
### 第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。  
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。



#### 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

#### 外来機能報告等に関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・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 等

#### 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

#### 救急・災害医療提供体制に関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

\* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療  
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療  
有識者の意見交換

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

# 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日  
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3）				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催				地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>総論（医療圏、基準病床数等）</li> <li>各論（5疾病、6事業、在宅等）</li> </ul> について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6[2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始	
R7[2025]						

国

都道府県

# 今後の検討事項（案）

## 1. 地域医療構想

### (1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握

- 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

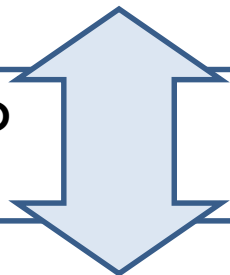
※ 新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、具体的な工程の設定について検討（2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意）

### (2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討

- 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方
- 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等

### (3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討

一体的に取り組むための  
具体的方策



## 2. 医師偏在対策（医師確保計画）

### (1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握

### (2) 次期医師確保計画の策定（ガイドライン改定）に向けた検討

- 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方
- 医師の確保の方針や目標医師数の在り方
- 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等



# 高齢者の介護対策について

令和 3 年度介護報酬改定等について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

**改定率：+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

## 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

### ○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

### ○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化  
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

### ○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進  
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進  
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実  
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

#### 業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和  
・会議や多職種連携におけるICTの活用  
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

### ○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

### ○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化  
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実  
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進  
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化  
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

### ○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進  
・ADL維持等加算の拡充

### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

### ○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し  
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し  
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（IV）（V）の廃止  
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

### ○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

## 6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化  
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

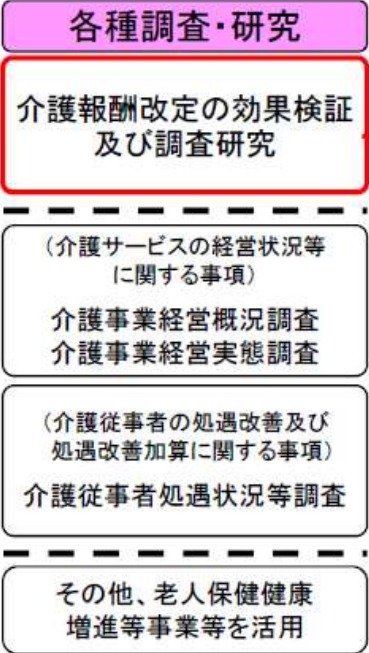
・基本報酬の見直し

# 介護報酬改定の改定率について

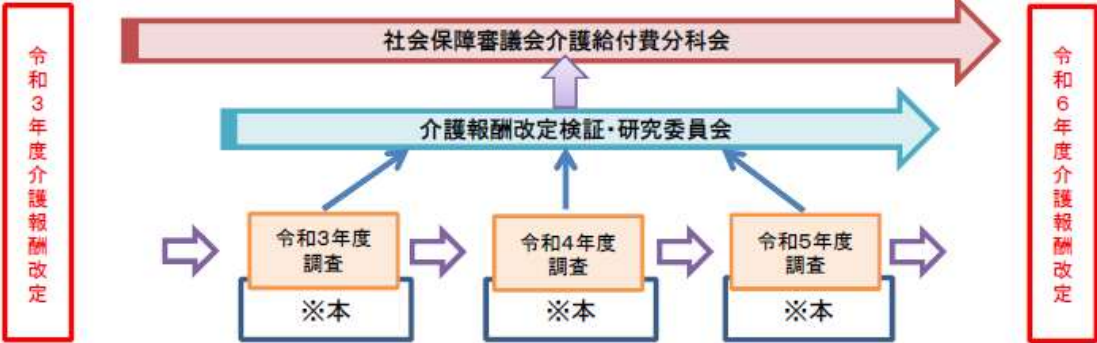
改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・基本単位数等の引上げ ・区分支給限度基準額の引上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2.13% { 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% } { 補足給付 0.06% }
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70%  ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)

# 令和3年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題及び次期改定に向けた検討について

○ 「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を以下の形で整理を行う。



## 介護報酬改定検証・研究委員会について(令和3年度～令和5年度)【全体像】



【委員会の概要】  
令和3年度介護報酬改定の効果の検証や、令和6年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究等を実施する。  
(各種課題について、次期改定までの3年間の本調査の中で主に実施することを想定)

※ 令和3年度の調査項目等については今後の分科会・委員会において議論・承認をしていただく

(参考)

平成30年度	7本
令和元年度	7本
令和2年度	5本

# 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告に示された今後の課題等を踏まえた改定検証のスケジュール（案）

「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題等	改定検証調査(予定)		
	R3調査	R4調査	R5調査
<b>1. 感染症や災害への対応力強化</b> ・感染症対策や業務継続に向けた取組状況の把握、感染症や災害発生時の継続的なサービス提供のための方策の検討 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応の実施状況や効果の検証			○*
<b>2. 地域包括ケアシステムの推進</b> ・認知症の行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策の検討、認知症介護研修の義務づけに関する効果検証 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿った取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護付きホームや認知症GH等の利用者の療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止の実態を把握、対応の検討 ・訪問看護及び訪問リハビリテーションについての実態調査、サービス提供の在り方や看護職員確保の強化策の検討 ・適切なケアマネジメント手法等の実効性が担保される方策の検討 ・逡減制の見直しによるケアマネジメントの質の確保及び公正中立性を確保するための取組に関する効果検証 ・都市部、離島や中山間地域等、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護の普及を図る方策の検討、機能・役割の検証 ・療養通所介護についての今後の在り方の検討 ・個室ユニット型施設の整備・運営状況の定期的把握 ・小規模特養等の経営実態の調査 ・介護医療院について、加算の効果、移行状況を把握、移行促進のための対応の検討		○	○
<b>3. 自立支援・重度化防止の取組の推進</b> ・リハビリ・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組の実施状況や効果等について検証、推進方策の検討 ・ADL維持等加算の拡充による影響について検証、必要な対応を検討 ・生活期のリハビリテーションにおける具体的な評価方法、通所リハビリテーションにおける総合的な評価方法の検討 ・施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について対応状況の把握、推進方策の検討 ・居宅サービス全体のLIFEを活用した取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能指標・要件の見直しによる取組状況の把握、推進方策の検討	○▲	○	○☆ ○☆
<b>4. 介護人材の確保・介護現場の革新</b> ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の取得促進、人材確保の取組の達成状況の把握や効果検証 ・ハラスメント対策の実態を踏まえた、対応の検討 ・テクノロジー活用による更なる介護現場の生産性向上や各種会議等におけるICTの活用状況を踏まえた対応の検討 ・認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いの施行後の状況把握・検証、必要な対応の検討 ・ローカルルールについての実態把握、対応の検討、文書負担の軽減や手続きの効率化等の検討		○	○* ○
<b>5. 制度の安定性・持続可能性の確保、その他</b> ・介護サービスの適正化や重点化を踏まえた介護報酬の見直し、報酬体系の簡素化についての検討 ・介護保険施設のリスクマネジメントについて、報告内容の分析や有効活用等への対応の検討 ・福祉用具の事故の予防・再発防止の効果的な取組の検討、福祉用具の貸与・販売について実態の把握、対応の検討	○		○

(脚注) ▲・☆・★・◆・\* は、同一の改定検証事業において実施

10

# 成育基本法、エコチル調査の 今後の方向性について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 成育基本法の概要

- ※「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成30年法律第104号）
- ※ 平成30（2018）年12月14日公布

## 法律の目的

次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んぜられ、その心身の健やかな成育が確保されることが重要な課題となっていること等に鑑み、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、保護者及び医療関係者等の責務等を明らかにし、並びに成育医療等基本方針の策定について定めるとともに、成育医療等の提供に関する施策の基本となる事項を定めることにより、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進する。

## 主な内容

### ○基本理念

- ・成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利の尊重
- ・多様化・高度化する成育過程にある者等の需要に的確に対応した成育医療等の切れ目ない提供
- ・居住する地域にかかわらず科学的知見に基づく適切な成育医療等の提供
- ・成育過程にある者等に対する情報の適切な提供、社会的経済的状況にかかわらず安心して子どもを生み、育てることができる環境の整備

### ○国、地方公共団体、保護者、医療関係者等の責務

### ○関係者相互の連携及び協力

### ○法制上の措置等

### ○施策の実施の状況の公表（毎年1回）

### ○成育医療等基本方針の策定と評価

- ※閣議決定により策定し、公表する。
- ※少なくとも6年ごとに見直す

### ○基本的施策

- ・成育過程にある者・妊産婦に対する医療
- ・成育過程にある者等に対する保健
- ・成育過程にある者・妊産婦の心身の健康等に関する教育及び普及啓発
- ・記録の収集等に関する体制の整備等  
例：成育過程にある者に対する予防接種等に関する記録  
成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報
- ・調査研究

### ○成育医療等協議会の設置

- ※厚生労働省に設置
- ※委員は厚生労働大臣が任命
- ※組織及び運営に関し必要な事項は政令で定める。

### ○都道府県の医療計画その他政令で定める計画の作成の際の成育医療等への配慮義務（努力義務）

## 施行日

公布から一年以内の政令で定める日（令和元年12月1日）

# 成育基本法第19条第1項に基づき政令で定める計画

## 成育基本法第19条第1項

(医療計画等の作成に当たっての配慮等)

第19条 都道府県は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画その他政令で定める計画を作成するに当たっては、成育過程にある者等に対する成育医療等の提供が確保されるよう適切な配慮をするよう努めるものとする。

## 政令で定める計画（施行令第8条）

- ① 都道府県障害児福祉計画  
(児童福祉法第33条の22第1項)
- ② 都道府県地域福祉支援計画  
(社会福祉法第108条第1項)
- ③ 自立促進計画  
(母子及び父子並びに寡婦福祉法第11条第2項第3号)
- ④ 都道府県障害者計画  
(障害者基本法第11条第2項)
- ⑤ 予防計画  
(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第10条第1項)
- ⑥ 都道府県男女共同参画計画  
(男女共同参画社会基本法第14条第1項)
- ⑦ 都道府県基本計画  
(配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律第2条の3第1項)
- ⑧ 都道府県健康増進計画  
(健康増進法第8条第1項)
- ⑨ 都道府県食育推進計画  
(食育基本法第17条第1項)
- ⑩ 都道府県障害福祉計画  
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条第1項)
- ⑪ 都道府県自殺対策計画  
(自殺対策基本法第13条第1項)
- ⑫ 都道府県がん対策推進計画  
(がん対策基本法第12条第1項)
- ⑬ 教育の振興のための施策に関する基本的な計画  
(教育基本法第17条第2項)
- ⑭ 都道府県子ども・若者計画  
(子ども・若者育成支援推進法第9条第1項)
- ⑮ 都道府県子ども・子育て支援事業支援計画  
(子ども・子育て支援法第62条第1項)
- ⑯ 都道府県計画  
(子どもの貧困対策の推進に関する法律第9条第1項)
- ⑰ 都道府県アルコール健康障害対策推進計画  
(アルコール健康障害対策基本法第14条第1項)
- ⑱ 都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画  
(ギャンブル等依存症対策基本法第13条第1項)
- ⑲ 都道府県循環器病対策推進計画  
(健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法第11条第1項)

※「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律施行令」（令和元年政令第170号）



# 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針 概要

令和3年2月9日閣議決定

## 基本的方向

成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、子どもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進する。

## 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

### (1) 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

- ①周産期医療等の体制 ▶総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等の整備を通じた地域の周産期医療体制の確保等
- ②小児医療等の体制 ▶子どもが地域において休日・夜間を含め、いつでも安心して医療サービスを受けられる小児医療体制の充実等
- ③その他成育過程にある者に対する専門的医療等 ▶循環器病対策基本法等に基づく循環器病対策の推進等

### (2) 成育過程にある者等に対する保健

- ①総論 ▶妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対する地域における相談支援体制の整備の推進等
- ②妊産婦等への保健施策 ▶産後ケア事業の全国展開等を通じた、成育過程にある者とその保護者等の愛着形成の促進等
- ③乳幼児期における保健施策 ▶乳幼児健診等による視覚及び聴覚障害や股関節脱臼等の早期発見及び支援体制の整備等
- ④学童期及び思春期における保健施策 ▶生涯の健康づくりに資する栄養・食生活や運動等の生活習慣の形成のための健康教育の推進等
- ⑤生涯にわたる保健施策 ▶医療的ケア児等について各関連分野が共通の理解に基づき協働する包括的な支援体制の構築等
- ⑥子育てや子どもを持つ家庭への支援 ▶地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりの推進等

### (3) 教育及び普及啓発

- ①学校教育及び生涯学習 ▶妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の普及・啓発の学校教育段階からの推進等
- ②普及啓発 ▶「健やか親子21(第2次)」を通じた子どもの成長や発達に関する国民全体の理解を深めるための普及啓発の促進等

### (4) 記録の収集等に関する体制等

- ①予防接種、乳幼児健康診査、学校における健康診断に関する記録の収集、管理・活用等に関する体制、データベースその他の必要な施策 ▶PHR
- ②成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡原因に関する情報の収集、管理・活用等に関する体制、データベースその他の必要な施策 ▶CDR等

### (5) 調査研究 ▶成育医療等の状況や施策の実施状況等を収集し、その結果を公表・情報発信することによる、政策的対応に向けた検討等

### (6) 災害時等における支援体制の整備 ▶災害時等における授乳の支援や液体ミルク等母子に必要な物資の備蓄及び活用の推進等

### (7) 成育医療等の提供に関する推進体制等 ▶各種施策に関する各地域の優良事例の横展開を通じた各地域の施策の向上等

## その他の成育医療等の提供に関する施策の推進に関する事項

- ▶国・地方公共団体は、施策の進捗状況や実施体制等を客観的に評価し、必要な見直しにつなげるPDCAサイクルに基づく取組の適切な実施等

成育過程にある者等に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進

# 成育医療等協議会について

- 成育基本法（令和元年12月1日施行）に基づき、政府は、成育医療等基本方針を策定。
- 厚生労働大臣は、基本方針の案を作成する際に、成育医療等協議会の意見を聞くものとされている。
- そのため、厚生労働省に成育医療等協議会を設置（成育医療等の業務に従事する者、学識経験のある者より20名の委員を任命（任期2年））。

## 構成員

秋山 千枝子	医療法人社団千実会あきやま子どもクリニック 院長	園田 正樹	CI Inc.（シーアイ・インク）代表取締役
奥山 千鶴子	NPO法人子育てひろば全国連絡協議会 理事長	中澤 よう子	神奈川県健康医療局 医務監
◎五十嵐 隆	国立成育医療研究センター 理事長	中西 和代	株式会社風讃社たまごクラブ編集部ひよこクラブ編集部統括部長
磯谷 文明	くれたけ法律事務所 弁護士	橋本 直也	株式会社Kids Public 代表取締役
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会 常任理事	平原 史樹	公益社団法人日本産婦人科医会 副会長
金森 勝雄	富山県舟橋村 村長	山縣 然太郎	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座 教授
神川 晃	公益社団法人日本小児科医会 会長	山田 直子	埼玉県立常盤高等学校 校長
楠元 洋子	社会福祉法人キャンパスの会 理事長	山本 秀樹	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
未松 則子	三重県鈴鹿市長	吉川 優子	一般社団法人吉川慎之介記念基金 代表理事
迫 和子	公益社団法人日本栄養士会 専務理事	渡辺 弘司	公益社団法人日本医師会 常任理事

（50音順・敬称略。◎は委員長）

## スケジュール

- 成育基本法に基づき、国が定めるとされた成育医療等基本方針（基本方針）の策定のため、令和2年2月13日に審議開始し、同年10月30日に基本方針の素案をとりまとめ。
- 令和2年11月25日～12月8日でパブリックコメント実施。
- 令和3年2月9日に閣議決定。

## 開催目的

- 環境省では、化学物質をはじめとする環境要因が子どもの健康に与える影響を解明するため、10万組の親子の協力を得て、化学物質に焦点をあてた大規模疫学調査である「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」を2010年度より実施し、国際的に高く評価されている。これまで、胎児期から学童期までを視野に具体的な計画を定め調査を実施し、着実に成果を出してきた。
- 小児期以降においては、子どもが大人になって年齢を重ねていく間に、化学物質等が精神神経発達、免疫アレルギー、生殖機能を含む代謝・内分泌等に与える影響に対して関心が寄せられている。このような影響を解明し、リスク管理等の効果的な政策を実施することにより、安全・安心な暮らしや次世代育成に係る健やかな環境の実現につながることを期待される。
- このため、これまでのエコチル調査の成果について総括を行い、小児期以降の健康と環境における課題を明らかにし、成果の効果的な社会還元の方策等について検討を進め、報告書を取りまとめることを目的に本検討会を開催する。

## 検討事項

- エコチル調査のこれまでの成果の総括
- 小児期以降の健康と環境における課題
- エコチル調査を小児期以降に展開する上での課題
- 成果の効果的な社会還元のための方策

## スケジュール

- 令和3年7月19日 第1回検討会 開催
- 令和3年9月10日 第2回検討会 開催
- 令和3年10月22日 第3回検討会 開催
- 12月中旬に第4回、1月下旬に第5回、2月中旬に第6回を開催予定
- 令和3年度中を目標に報告書を取りまとめ

## 検討会構成員

(五十音順、敬称略)

浅見 真理	国立保健医療科学院 生活環境研究部 上席主任研究官
荒田 尚子	一般社団法人 日本内分泌学会
有村 俊秀	早稲田大学 政治経済学術院 教授
伊東 宏晃	公益社団法人 日本産科婦人科学会
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科 教授
岡 明	公益社団法人 日本小児科学会 会長
小幡 純子	上智大学 大学院法学研究科 教授
佐藤 洋	東北大学 名誉教授
高崎 直子	一般社団法人 日本化学工業協会 化学品管理部 部長
田嶋 敦	国立大学法人金沢大学 医薬保健研究域医学系 教授
玉腰 暁子	北海道大学大学院 医学研究院 社会医学分野公衆衛生学教室 教授
なーちゃん	You tube 専門家ママ
奈良 由美子	放送大学 教養学部 教授
平田 智子	株式会社風譚社 たまごクラブ編集部 「たまごクラブ」副編集長 兼「初めてのたまごクラブ」編集長
松本 吉郎	公益社団法人 日本医師会 常任理事
米田 光宏	一般社団法人 日本小児血液・がん学会 副理事長

【オブザーバー】 コアセンター（国立環境研究所）、メディカルサポートセンター（国立成育医療研究センター）、ユニットセンター

# 健康と環境に関する疫学調査検討会（主な検討事項）

## 第1回 令和3年7月19日 開催

- (1) これまでのエコチル調査の総括について
  - ・エコチル調査の概要について
  - ・これまでのエコチル調査で得られた成果について
- (2) 小児期以降の健康と環境における課題について
- (3) 小児期以降に展開する上での課題について
- (4) 成果の効果的な社会還元のための方策について

## 第2回 令和3年9月10日 開催

- (1) これまでの議論の整理
- (2) エコチル調査の運営体制とコアセンターの取組

## 第3回 令和3年10月22日 開催

- (1) これまでの議論の整理
- (2) エコチル調査参加者、関係学術団体からのヒアリング

### ※関係学術団体

公益社団法人 日本産科婦人科学会

一般社団法人 日本学校保健学会

公益社団法人 日本精神神経学会

## 第4回 12月中旬（予定）

- これまでの議論の整理
- 関係学術団体等からのヒアリング
- 成果の社会還元について

## 第5回 1月下旬（予定）

- これまでの議論の整理
- 報告書案について

## 第6回 2月中旬（予定）

- 報告書とりまとめ

# 厚生労働省医系技官について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

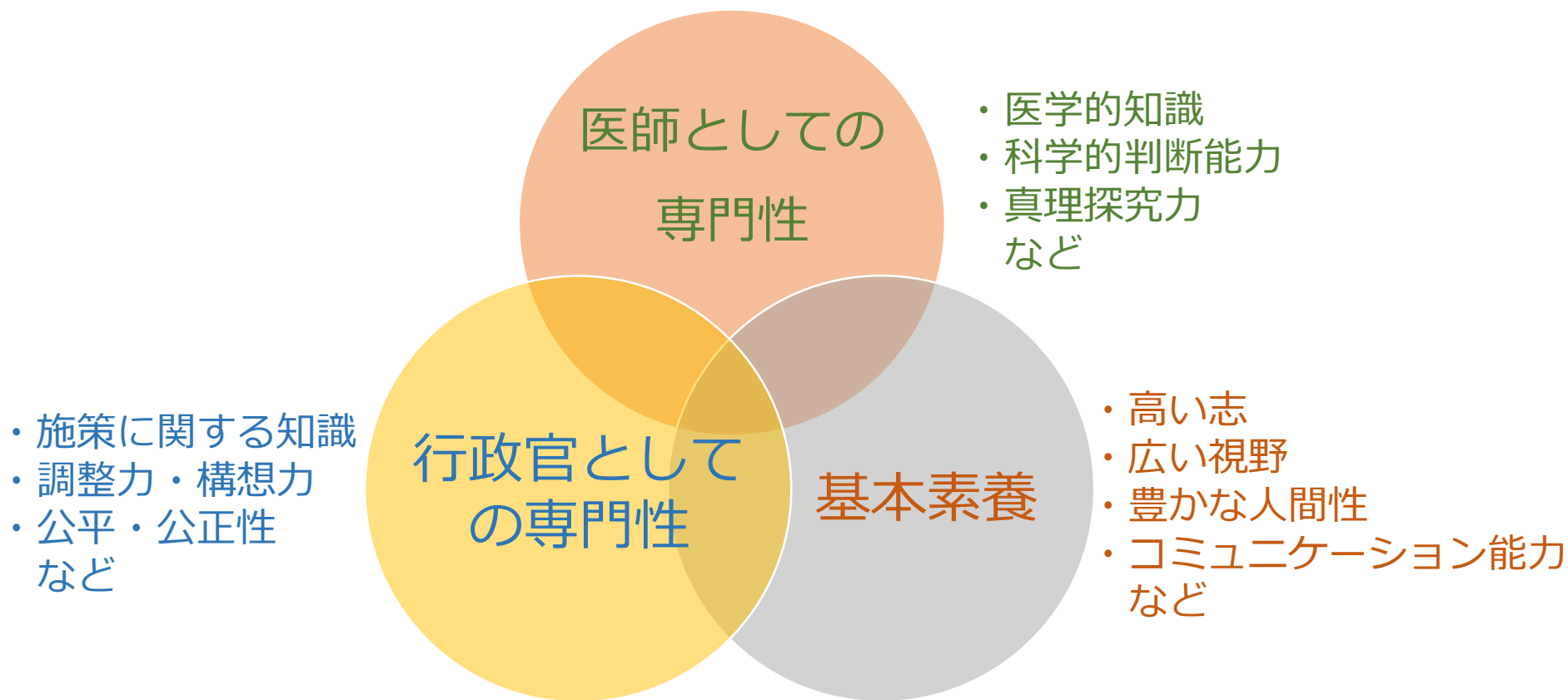
# 厚生労働省 医系技官

- 人々の健康を守るため、**医師免許を有し、専門知識をもって、保健医療に関わる仕組み作り**の中心として活躍する**技術系行政官**
- 厚生労働省は医療、健康、福祉をはじめ、雇用問題や年金問題などを取り扱う
- その中でも、医系技官は、その専門知識を活かすことのできる分野で、**医学界や臨床現場と法律や制度を橋渡しする存在**として活躍

# 近年の動向

- 医師・歯科医師だけでなく、他医療関係職種（例：看護、臨床検査技師、診療放射線技師）の人事交流例もある。
  - 採用条件等については細部要調整・ご相談
- **82**の医学部のうち**70**を超える医学部卒の医師が医系技官として勤務している。
- 厚生労働本省だけでなく、関連機関（例：**AMED**, **PMDA**）への出向事例もある。

# 「医師としての専門性」と「行政官としての専門性」 の両方が必要





# 厚生労働省で勤務すること の主なメリット

- 施策の方向性に関する意志決定に、自ら関わることができる
- 担当する分野の一線の研究者との交流により、最新の知見を得られるとともに、幅広い人間関係が得られる
- 厚生労働省内のみならず、文部科学省などの他省庁の職員との人間関係が得られる
- 研究費の管理などのノウハウが得られる

兼業（有報酬・無報酬）申請が認められれば、業務時間外に臨床現場で診療行為を行うことができるので、臨床技術の維持が可能