



なかがわ としお
中川 俊男

最近の医療情勢とその課題

-新型コロナウイルス感染症対策に向けて-

医療関連サービス振興会 第 30 回シンポジウム

2021 年 2 月 5 日

公益社団法人 日本医師会

会長 中川 俊男

目 次

1.	新型コロナウイルス感染症対策	1
1.1.	最近の感染状況	1
1.2.	新型コロナウイルス感染症の検査体制	3
1.2.1.	新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えた PCR 等検査体制のさらなる拡大・充実のための緊急提言に至る経緯	3
1.2.2.	医師会による検査等支援体制	7
1.3.	みんなで安心マークについて	11
1.4.	新型コロナウイルス感染症対策再強化宣言	14
1.5.	都道府県における PCR 等検査の検査対応能力に係る アンケート調査結果	15
1.6.	季節性インフルエンザ、COVID-19 流行を踏まえた 発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について	22
1.7.	次のインフルエンザ流行に備えた発熱患者等が 医療機関を受診した場合の流れについて	31
1.8.	医療緊急事態宣言	33
1.9.	年末年始における医療提供体制の確保について	35
2.	財源の確保に向けて	37
2.1.	国・一般会計予算	37
2.2.	基礎的財政収支	47
2.3.	社会保障関係	51
2.4.	新型コロナウイルス感染症流行下での医業経営	57
3.	オンライン診療	63
3.1.	日本医師会のスタンス	63
3.1.1.	オンライン診療について	64
3.1.2.	オンライン診療を行うための環境整備	66
3.1.3.	オンライン健康相談	67
3.2.	情報通信機器を用いた診療の現状	68
4.	全世代型社会保障改革の最終報告について	73

4. 1.	後期高齢者の自己負担割合の在り方について	73
4. 2.	大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための 定額負担の拡大.....	75
4. 3.	不妊治療への保険適用等	76

1. 新型コロナウイルス感染症対策

1.1. 最近の感染状況

政府による1度目の緊急事態宣言の発令（令和2年4月7日）後、一旦は減少傾向に転じた新型コロナウイルス感染症の新規感染者数は、令和2年6月中旬以降、首都圏を中心に再び増加を続け、全国的に更なる感染拡大が強く懸念されていた。8月に入ると新規感染者数は減少傾向に転じたが、11月には再び増加傾向が強まり、東京を中心とした首都圏（1都3県）で年末にかけてさらに増加したことに伴い、現在、過去最多の水準となっている。（図1.1.1）。

感染対策には思い切った流行対策を講じる「ハンマー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー＆ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまいが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなくてはならない。

社会・経済活動の自粛などを再び強いることがないようにするため、国民の皆様1人1人が感染拡大防止に向けた取り組みをしていただくことが極めて重要になる。日本医師会は、令和2年11月18日の定例記者会見において、11月21日から23日の3連休を「秋の我慢の3連休」としていただくことをお願いした。

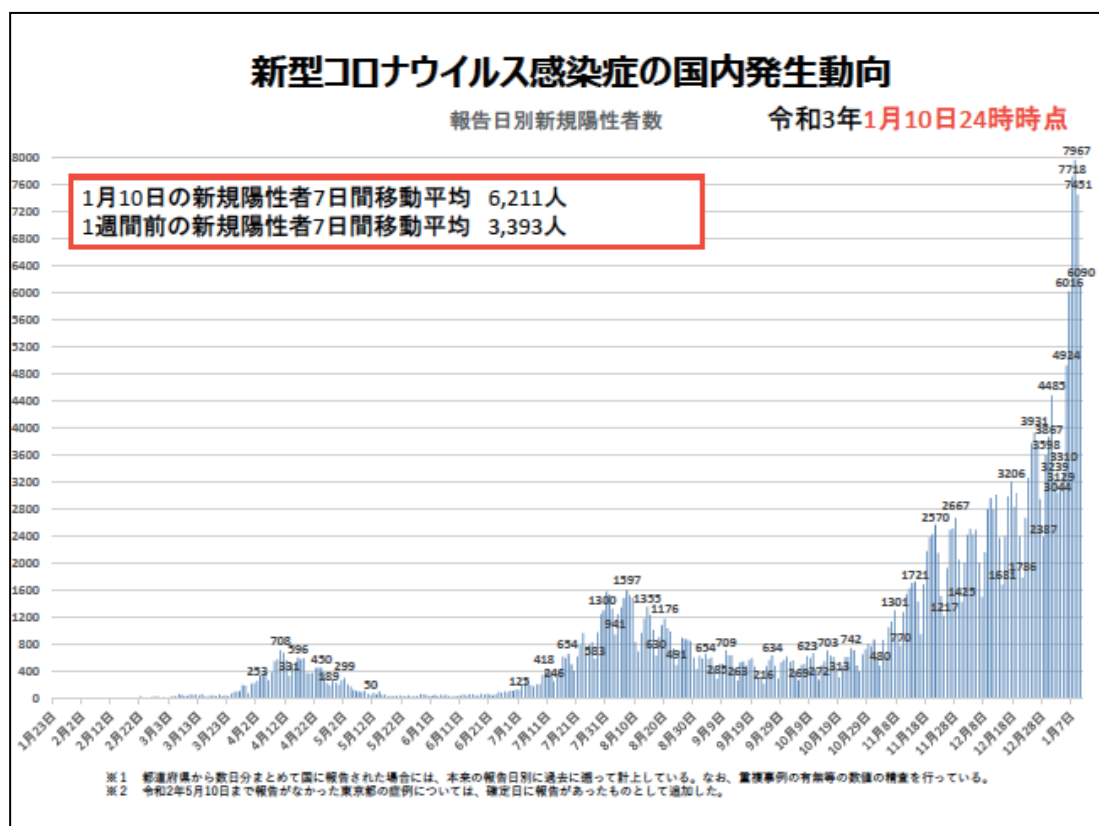
しかし、年末年始には、首都圏、中部圏、関西圏では多数の新規感染者が発生しており、入院者数、重症者数、死亡者数の増加傾向が続いている。対応を続けている保健所や医療機関の職員はすでに相当に疲弊し、入院調整に困難をきたす事例や通常の医療を行う病床の転用が求められる事例など通常医療への影響も見られており、各地で迅速な発生時対応や新型コロナの診療と通常の医療との両立が困難な状況となっている。また、入院調整が難しい中で、高齢者施設等でのクラスターの発生に伴い、施設内で入院の待機を余儀なくされるケースも生じている。

このような状況の中、政府は令和3年1月7日に、東京都、埼玉県、千葉

1 県、神奈川県を対象に緊急事態宣言を発令した。政府のこの決断は、医療提
 2 供体制の逼迫に瀕している医療にとって非常に大きな意義があるものであり、
 3 1都3県に限定したものではあるものの、昨年4月の緊急事態宣言のように、
 4 国民に未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を取り
 5 戻し、ひいては新規感染者の増加を減少に転じさせ、収束への突破口にもな
 6 ることを期待している。

7

8 図 1.1.1 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向



9

10

11

1.2. 新型コロナウイルス感染症の検査体制

1.2.1. 新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えた PCR 等検査体制のさらなる拡大・充実のための緊急提言に至る経緯

PCR 等検査については、国内の検査能力（1 日当たり検査実施数等）を向上させるため、令和 2 年 3 月 6 日より保険適用され、その後も検査対象・検査方法が拡大されてきたところである（図 1.2.1）。

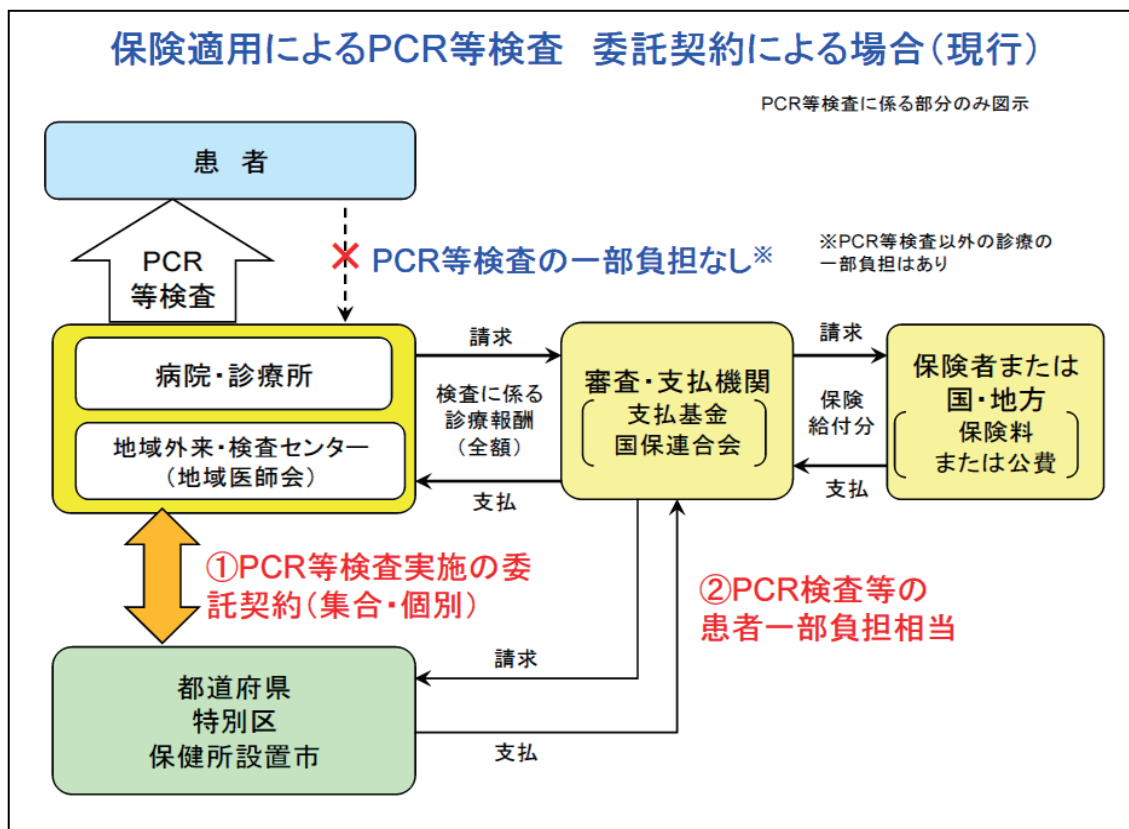
図 1.2.1 新型コロナウイルス感染症における検査体制の進展

新型コロナウイルス感染症における検査体制の進展										
検査方法の拡大										
○6月2日、唾液によるPCR検査が可能（発症～9日） ○6月16日、抗原検査（簡易キット）を陰性の場合でも確定診断として活用可能（発症2～9日） ○6月19日、抗原検査（定量）を薬事承認（PCR検査と同様の使用が可能）、（6月25日、保険収載） ○7月17日、無症状者への唾液によるPCR検査・抗原検査（定量）が可能 ○10月2日、鼻腔拭い液によるPCR検査・抗原検査が可能										
新型コロナウイルス感染症にかかる各種検査										
検査の対象者		核酸検出検査			抗原検査（定量）			抗原検査（定性）		
		鼻咽頭	鼻腔*	唾液	鼻咽頭	鼻腔*	唾液	鼻咽頭	鼻腔*	唾液
有症状者 （症状消退者含む）	発症から 9日目以内	○	○	○	○	○	○	○ （※1）	○ （※1）	×
	発症から 10日目以降	○	○	— （※4）	○	○	— （※4）	△ （※3）	△ （※3）	×
無症状者		○	— （※4）	○	○	— （※4）	○	— （※4）	— （※4）	×
※1：発症2日目から9日目以内の有症状者の確定診断に用いられる。 ※2：有症状者への使用は研究中。無症状者への使用は研究を予定している。 ※3：使用可能だが、陰性の場合は鼻咽頭PCR検査を行う必要あり。（△） ※4：推奨されない。（—） *：引き続き検討が必要であるものの、有用な検体である。 （COVID-19病原体検査の指針（第1版）より改変）										
 JAPAN MEDICAL ASSOCIATION										

1 一方で、検体採取時の感染リスクの問題から適切な感染予防策を講じるこ
2 とのできる医療機関で実施される必要があること、また、厚労省が保険適用
3 の検査も行政検査と同様の観点を有することから検査費用の負担を患者等に
4 求めないとの整理がなされたことにより、行政検査の委託契約を締結した医
5 療機関において実施することを前提として、全国で検査体制の整備が図られ
6 てきたという経緯がある（図 1.2.2）。

7 従って、行政検査の委託契約を締結しない場合には、保険診療として PCR
8 等検査を実施した際に患者一部負担金が発生する。

9
10 図 1.2.2 保険適用による PCR 等検査 委託契約による場合（現行）



11
12 こうした状況のなか、日本医師会は 8 月 5 日に、全国の PCR 等検査の検
13 査能力を大幅に向上させる必要があるという考えから、「新型コロナウイルス
14 感染症の今後の感染拡大を見据えた PCR 等検査体制のさらなる拡大・充実
15 のための緊急提言」をとりまとめた（図 1.2.3）。

1

2 図 1.2.3 新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えた PCR 等検査体制

3 の更なる拡大・充実のための緊急提言

**新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えた
PCR 等検査体制の更なる拡大・充実のための緊急提言**

令和 2 年 8 月 5 日
公益社団法人 日本医師会

日本医師会は、新型コロナウイルス感染症対策の更なる推進に向けて、医師が、PCR 等検査及び抗原検査（定量、定性）（以下、「PCR 等検査」）が必要であると認めた場合に、確実に PCR 等検査を実施できるよう、以下のとおり提言する。

国は財源を確保した上でその実現に努めるよう、強く要請する。

提言

1. 保険適用による PCR 等検査の取り扱いの明確化

保険適用による PCR 等検査については、行政検査の委託契約締結が無くとも実施可能であることをあらためて明確化すること。

また、当該検査の実施料、判断料に係る患者一部負担金を公費で措置すること。

2. 検体輸送体制の整備

PCR 等検査実施医療機関の拡大に対応可能な検体輸送体制を人的・物的両面から整備すること。その際、検体梱包・輸送等に係る費用の補助を行うこと。

3. PCR 等検査に係る検査機器の配備

新型コロナウイルス感染症対策の緊急性に鑑み、全国各地に PCR 検査機器を大幅に増設すること。

4. 臨床検査技師の適切な配置

PCR 等検査の実施にあたり、検査機関に検査に対応できる臨床検査技師を適切に配置すること。

5. 公的検査機関等の増設

検査対応能力の向上のため、民間検査機関に加え、各地域に公的検査機関等を増設すること。

6. PCR 等検査受検者への対応体制の整備

検査が終了し、検査結果が出るまでの受検者の待機場所を整備すること。さらに、陽性者（軽症者、無症状者）の療養場所としての施設を整備すること。

7. 医療計画への新興・再興感染症対策の追加

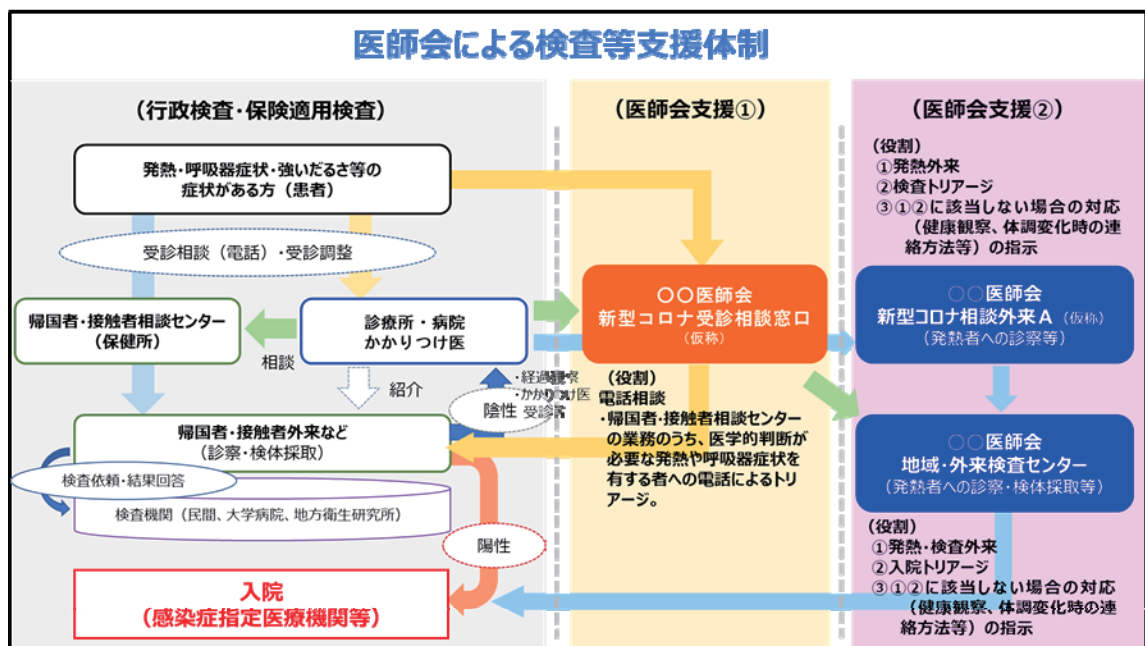
都道府県が策定する医療計画の 5 疾病 5 事業に新興・再興感染症対策を速やかに追加すること。

1
2
3

1.2.2. 医師会による検査等支援体制

日本医師会は、各都道府県医師会、各郡市区医師会の協力により、地域外来・検査センター等の設置、地域医師会と各都道府県・市区町村との行政検査の集合契約などを通じて、地域における検査能力の向上に尽力してきた(図1.2.4)。

図 1.2.4 医師会による検査等支援体制



1 行政検査の委託契約に関して、本年 7 月 17 日、厚生労働省は事務連絡を
2 発出し、契約を希望する医療機関が感染防護策等の全ての項目を満たしてい
3 ることを表明（電話等）した場合には、それをもって契約締結を行うこと（書
4 面による契約締結は事後に行う）を明記するなど、一定の改善は図られた（図
5 1.2.5）。

6

7 図 1.2.5 令和 2 年 7 月 17 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本
8 部通知「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取り扱いについて（再周知）」

令和2年7月17日付け

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部通知

「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取り扱いについて（再周知）」

- 集合契約の場合のみならず、医療機関と個別に契約する場合においても、「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査（PCR 検査及び抗原検査）の委託契約締結に関する委任状」（別添）のチェック項目を活用し、契約を希望する医療機関が全ての項目を満たしていることを表明（電話等）した場合には、それをもって契約締結を行うこと。
- 集合契約の締結にあたり、検査の方法や検体の違いを問わず、チェック項目を満たしている場合に、取りまとめ機関において契約対象医療機関を絞らないよう配慮すること。
- 行政検査の委託契約の効果は遡及させることができること。
- 更なる検査体制の確保のため、地域における検査体制の強化に向け、関係者との連携を一層進めること。

9

10

11

1 新型コロナウイルス感染症対策の緊急性に鑑み、医師が、PCR 等検査が
2 必要と認めた場合に、速やかにかつ確実に実施できる体制を構築すべく、実
3 効性のある方策を講じていかなければならない。

4 また、行政検査の委託契約については、当初に比べ、契約の要件は大幅に
5 緩和されてきているが、これまで多くの情報が厚生労働省より発信され、自
6 治体担当者や検査機関、医療機関では簡素化された内容についての理解が追
7 いついていないケースも散見される。

8 こうした状況について、厚生労働省にあらためて、わかりやすく都道府県
9 等に説明することを求めた結果、9 月 9 日に厚生労働省から事務連絡が発出
10 された。

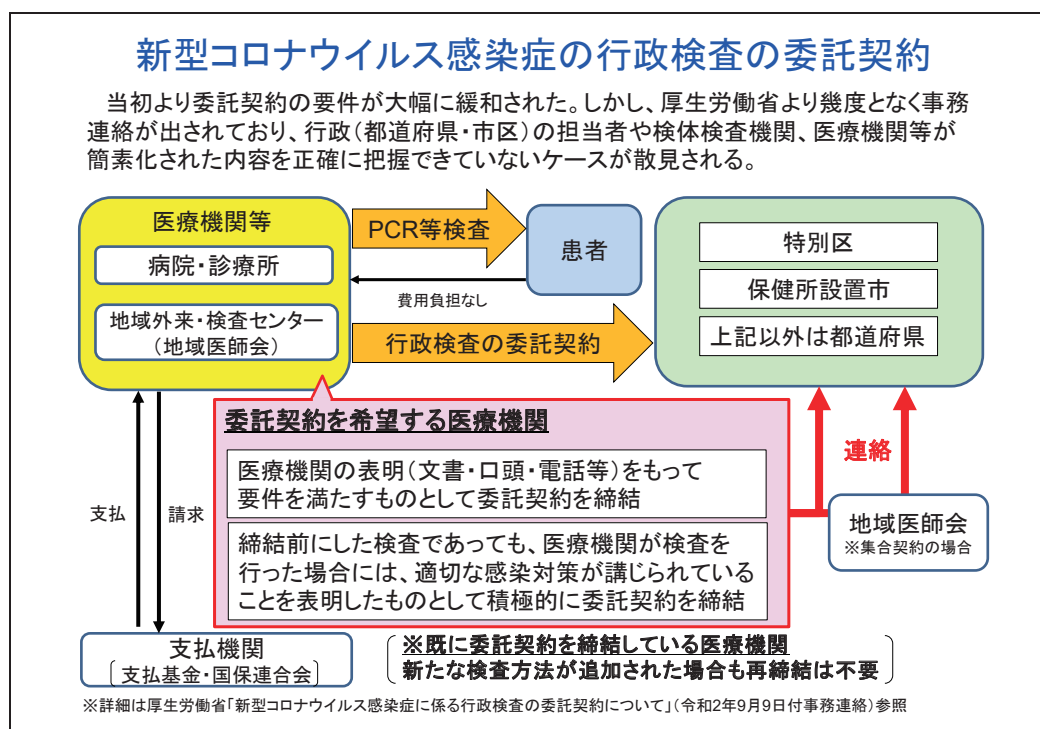
11 委託契約を希望する医療機関がすべてのチェック項目をみたしていること
12 の表明は、文書、口頭、電話等によると明確化され、かつ、契約締結前に医
13 療機関が検査を行った場合には、適切な感染対策が講じられていることを表
14 明したものとして、積極的に委託契約の締結を行うことと明記された（図
15 1.2.6）。

16 今回の事務連絡は、日本医師会が 8 月 5 日に公表した「PCR 等検査拡充
17 に向けた緊急提言」の第一歩としてのスピード重視の現実的な着地であると
18 評価する。

19

1

図 1.2.6 新型コロナウイルス感染症の行政検査の委託契約



2

3

4 新型コロナウイルス感染症の検査については、抗原迅速検査や唾液検体による検査診断の確立、医療従事者への感染リスクが低い鼻腔ぬぐい液を用いた PCR 検査および抗原検査など、検査をめぐる環境が変わり、検査の実施にあたり医療機関に求められる感染防護策も検査方法により多様化していることから、いずれかの検査が可能な医療機関は潜在的に増えていると考えられる。

10 また、厚生労働省から発信された PCR 等検査に関する情報は日本医師会において整理し、地域の医師会へ周知している。

12 こうした取り組みや提言の結果、PCR 検査体制は拡充されてきているが、最近の感染者数増加、陽性率の向上もあり、検査能力のさらなる拡充は引き続き必要である。

15

16

1.3. みんなで安心マークについて

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い医療機関は、これまで以上に感染防止対策に取り組んでいるが、通院されていた患者さんや、生活様式が大きく変化する中で心身の不調を来す方など受診を必要とする方が、感染リスクを恐れて医療機関への受診を控えたり、先延ばししたりする状況にある。また、予防接種や健康診断のための来院を控えている方も少なくない。

こういった状況に鑑み、日本医師会は、令和2年8月7日より、安心して医療機関に来院してもらえるように、感染防止対策を徹底している医療機関に対する「みんなで安心マーク」の発行を開始した（図 1.3.1）。

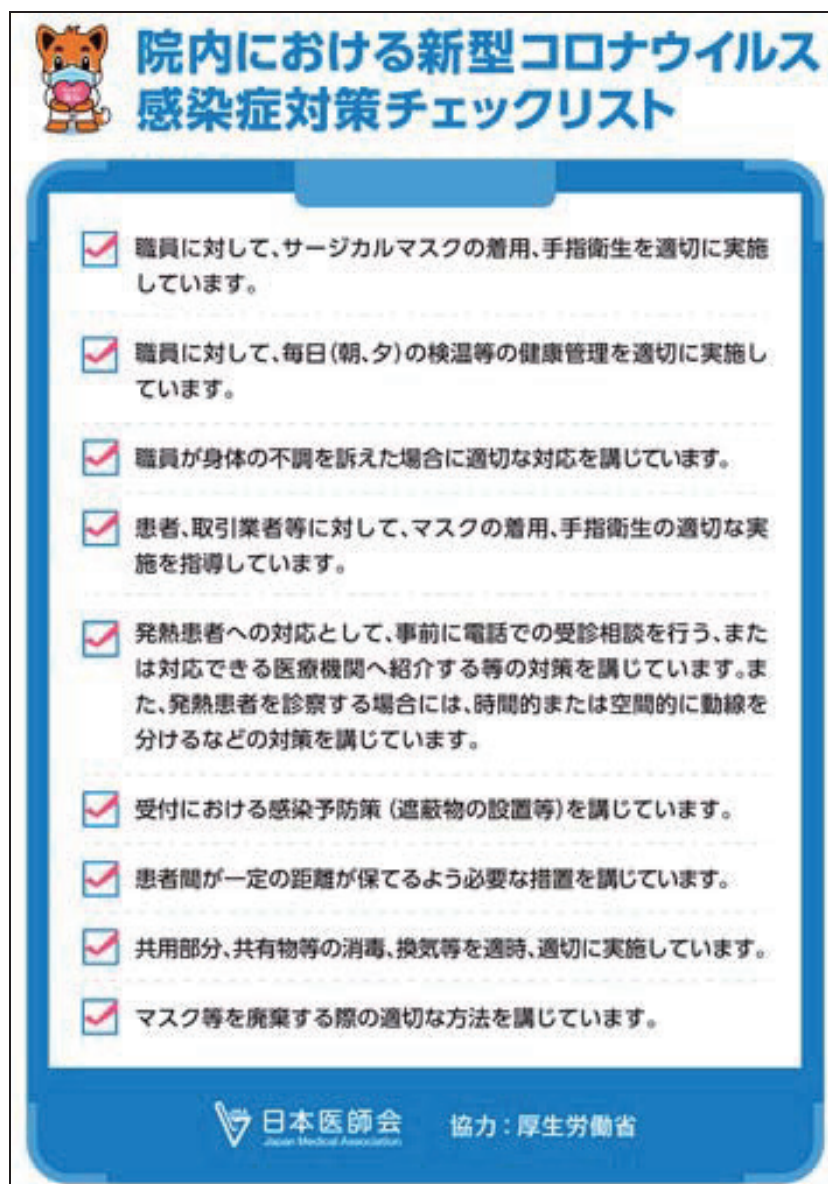
図 1.3.1 みんなで安心マーク



1 「みんなで安心マーク」は、会員・非会員問わず全ての医療機関を発行対
2 象としており、厚生労働省の協力で作成した感染防止対策のチェックリスト
3 の全ての項目を実践していると日医ホームページから各医療機関が回答した
4 場合に発行し、チェックリストは同マークと共に医療機関に掲示することを
5 条件としている（図 1.3.2）。

6

7 図 1.3.2 院内における新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト



8

9

1 なお、チェックリスト項目は、医療機関に掲示することを条件としているた
2 め、患者の方々にわかりやすく、かつ、すべての医療機関に共通する特に重
3 要な項目としている。また、「みんなで安心マーク」を発行した医療機関のリ
4 ストは、日本医師会ホームページに記載している。令和 3 年 1 月 12 日まで
5 の発行累計数は 21,361 件である。

6

7 すべての医療機関に「みんなで安心マーク」を発行いただくことで、医療
8 機関では徹底した感染防止対策が実践されていることを患者の方々にご理解
9 いただき、健康に不安がある際に無理な我慢をせずかかりつけ医に相談いた
10 だきたい。また、国民の皆様にも、このことを 8 月 27 日から、ヤフーやグー
11 グルなどのインターネット広告を通じて、ご紹介を開始している。この場を
12 借りて、まだ自身の医療機関で発行されていない先生方には、「みんなで安心
13 マーク」をぜひ発行していただきたい。

14

15

1.4. 新型コロナウイルス感染症対策再強化宣言

令和 2 年 7 月 15 日の日本医師会定例記者会見において、首都圏を中心に新規感染者数が増加していることを踏まえ、「新型コロナウイルス感染症対策再強化宣言」を宣言した。国民に対し、感染対策の原点に立ち戻り、「3つの密」（密閉空間、密集場所、密接場面）を避けること等、感染防止対策の再徹底を要請した。

7 月 23 日からの緊急事態宣言解除後の初の連休を「我慢の 4 連休」、8 月のお盆休みについては「再度我慢のお盆休み」として、国民に対して感染者の激増につながらないように、初心に返って 3 密それぞれを避けるとともに、県境を越えた移動や不要不急の外出を避け、人との接触を控えるよう改めて呼び掛けを行ってきた。現在も本宣言を継続中である。

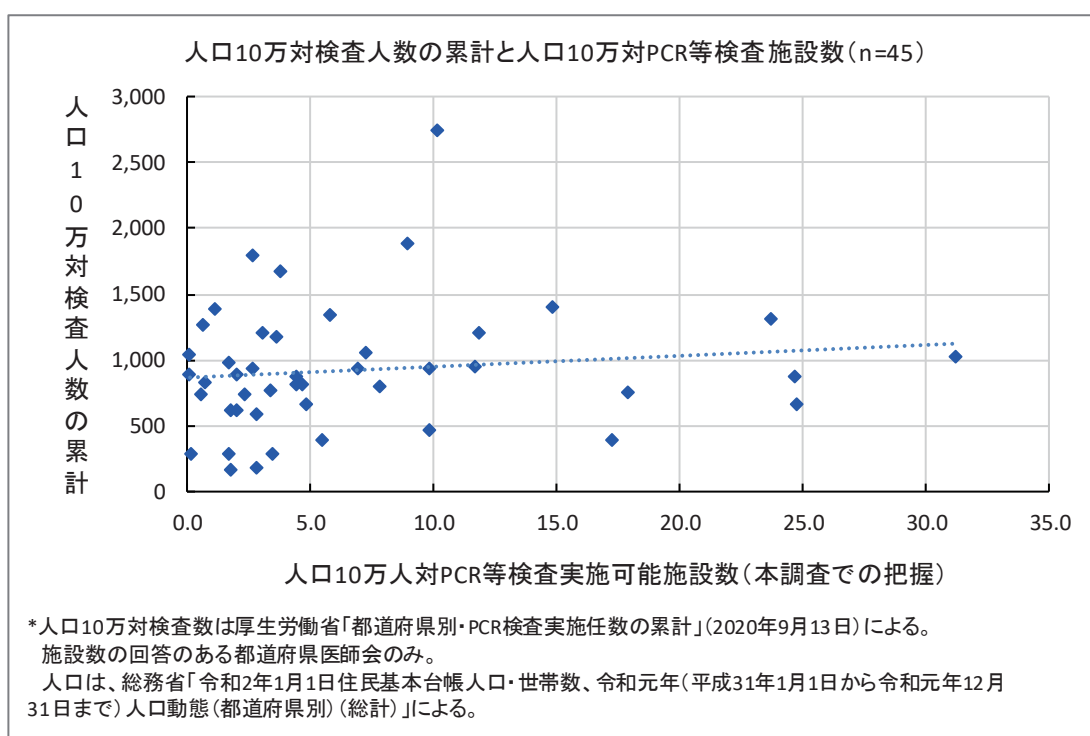
新型コロナウイルス感染症対策再強化宣言

1.5. 都道府県における PCR 等検査の検査対応能力に係るアンケート調査結果

前述の「新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えた PCR 等検査体制の更なる拡大・充実のための緊急提言」の実現に向け、現状をより具体的に把握すべく、各都道府県における PCR 等検査の検査対応能力等について、都道府県医師会に対して令和 2 年 8 月 21 日にアンケート調査を実施し、9 月 17 日の日本医師会定例記者会見において結果を公表した。

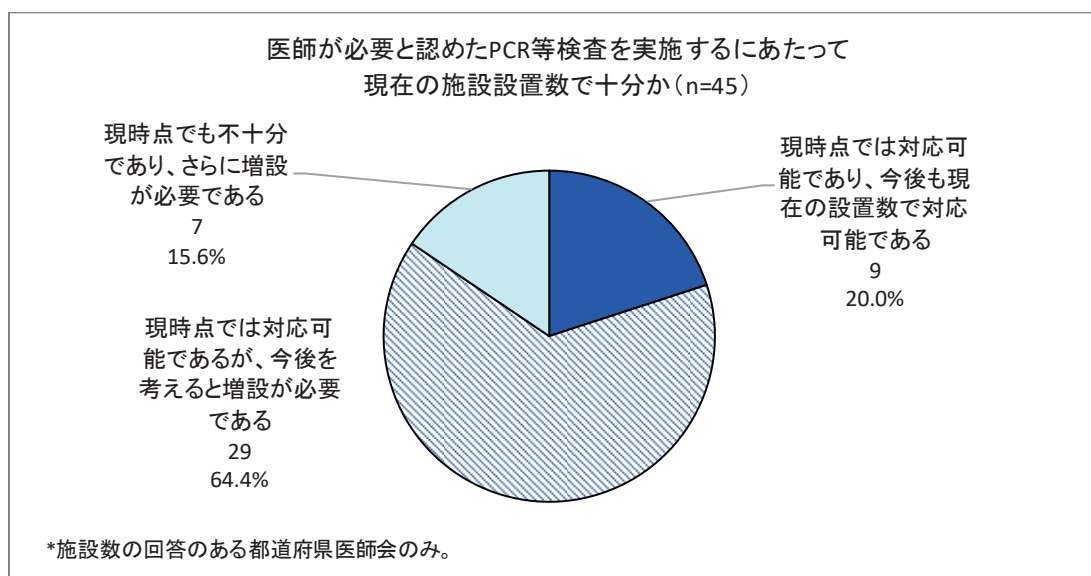
本調査によると、人口 10 万対 PCR 等検査実施可能施設は、非常に少ないところから 20.0 施設を超えるところまで、大きなばらつきが見られる。また、施設数に比して検査数が多いところ、少ないところのばらつきも大きい（図 1.5.1）。

図 1.5.1 人口 10 万対検査人数の累計と人口 10 万対 PCR 等検査施設数



1 また、医師が必要と認めた PCR 等検査を実施するにあたって、現在の施
2 設設置数で十分かという問いに対しては、現在も今後も十分は 20.0%であり、
3 80.0%は今後増設が必要と考えている（図 1.5.2）。

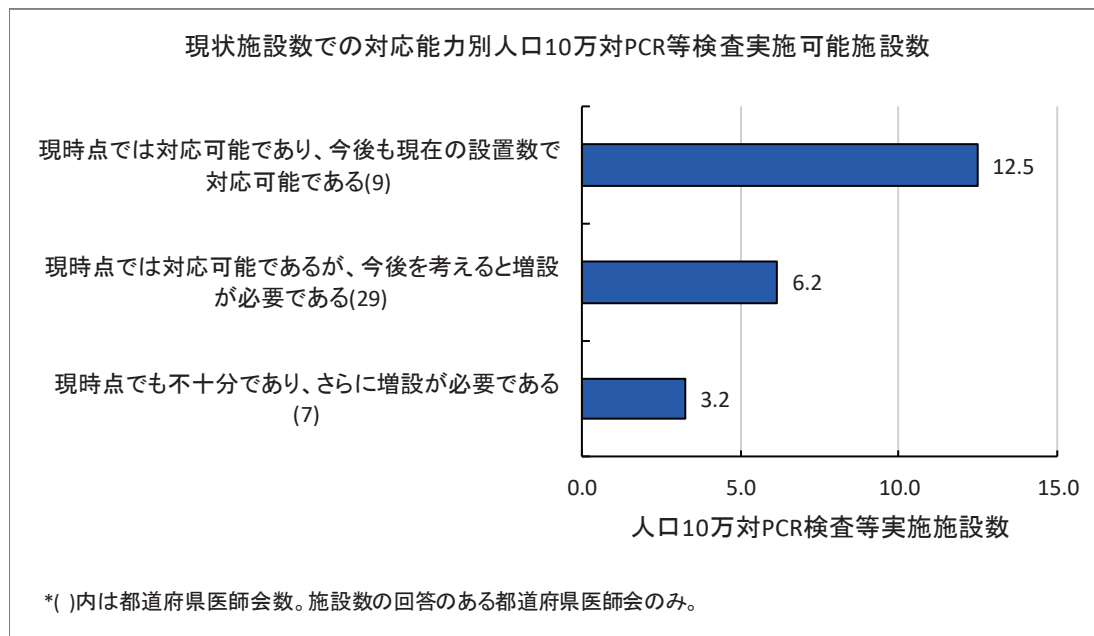
5 図 1.5.2 医師が必要と認めた PCR 等検査を実施するにあたって
6 現在の施設設置数で十分か



1 現時点で施設数が十分という都道府県医師会では、人口 10 万対 PCR 等
2 検査実施可能施設数が 12.5 施設であるが、現時点で不十分という都道府県医
3 師会では 3.2 施設に止まる（図 1.5.3）。

4

5 図 1.5.3 現状施設数での対応能力別人口 10 万対 PCR 等検査実施可能施設数



6

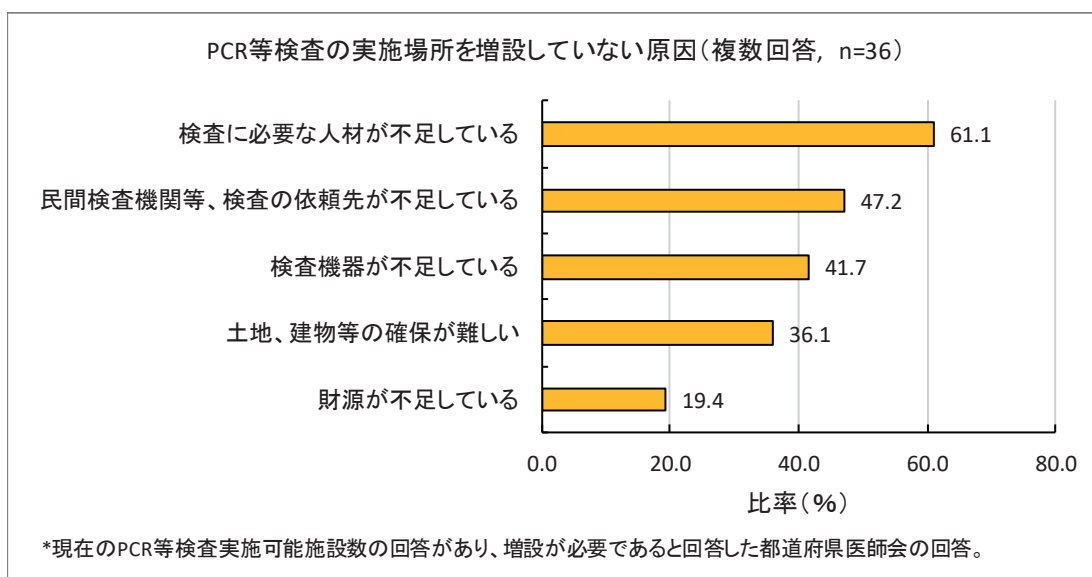
7

1 PCR 等検査実施可能施設の増設が必要と回答した都道府県医師会において、
2 増設が困難な要因は、「検査に必要な人材が不足している」が 61.1%でもっ
3 とも多かった（図 1.5.4）。

4 不足している人材は、「医師」86.4%、「看護師」81.8%、「臨床検査技師」
5 77.3%で、医師がもっとも多いが、いずれも高い水準であった。「その他」は
6 事務職との回答であった（図 1.5.5）。

7

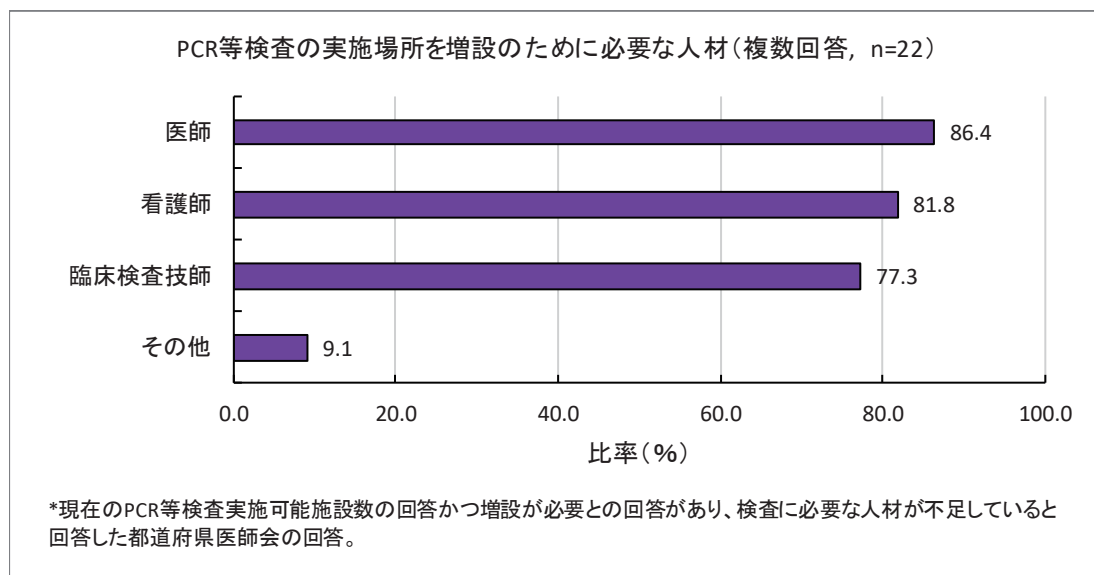
8 図 1.5.4 PCR 等検査の実施場所を増設していない原因



9

10

11 図 1.5.5 PCR 等検査の実施場所を増設のために必要な人材



12

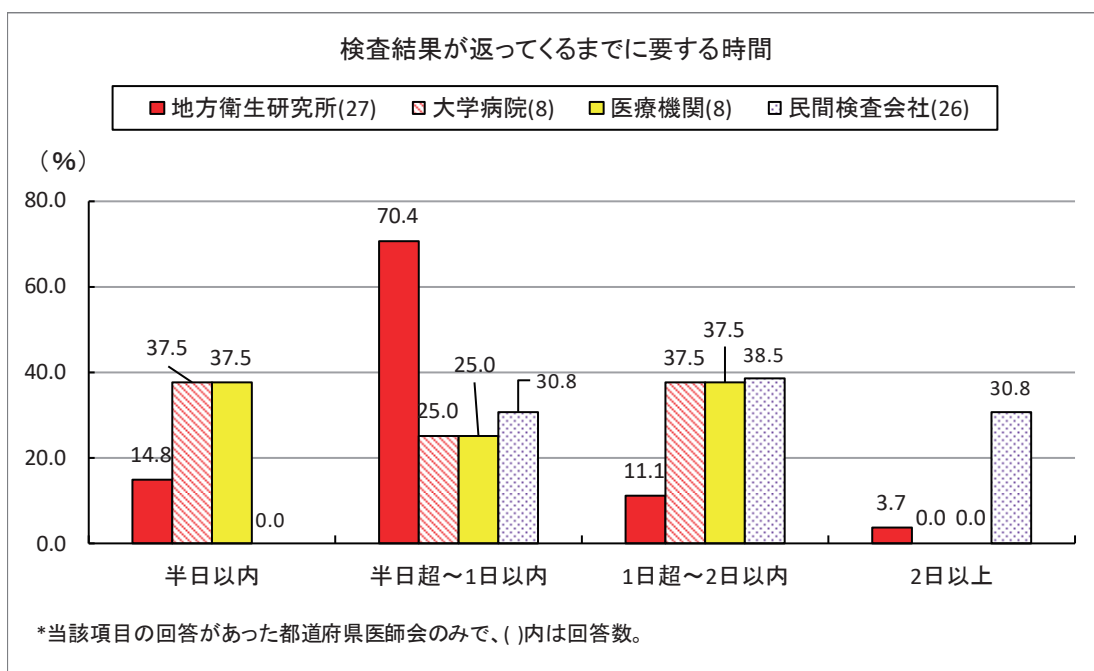
13

1 検査の依頼先は「地方衛生研究所」が 95.7%、「民間検査会社」が 85.1%
2 であった。「医療機関」、「大学病院」は約 4 割にとどまっている。

3 なお、検査結果が返ってくるまでの時間について、地方衛生研究所に委託
4 している医師会では、8 割以上が 1 日以内に検査結果が返ってくると回答し
5 ている。一方、民間検査会社に委託している医師会は約 3 割が 2 日以上かか
6 ると回答している（図 1.5.6）。民間検査会社が身近にないことも一因である。

7

8 図 1.5.6 検査結果が返ってくるまでに要する時間



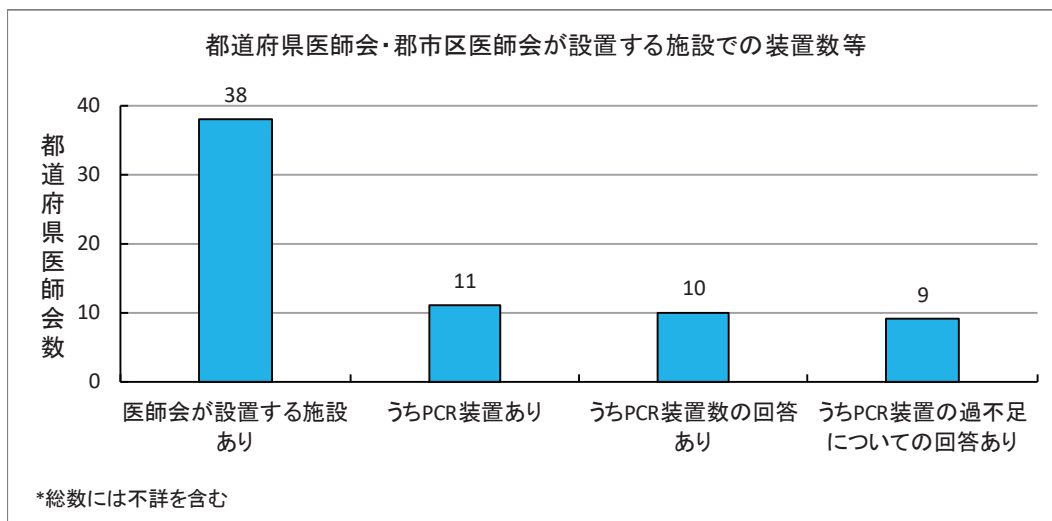
9

10

1 PCR 検査等実施可能施設を都道府県医師会または郡市区医師会で設置し
2 ているとの回答は 38 都道府県医師会からあり、PCR 検査等実施可能施設は
3 合計 269 施設であった。

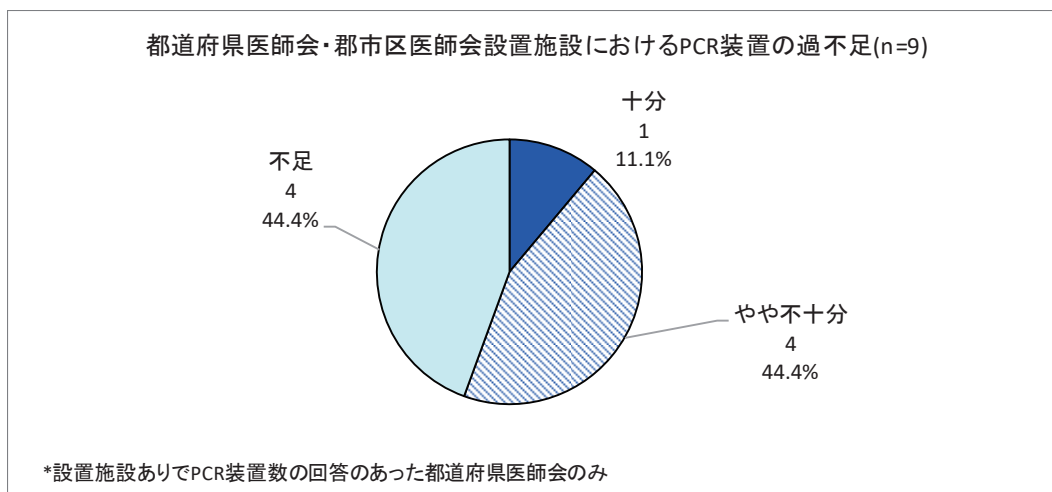
4 この医師会設置施設ありの 38 都道府県のうち、PCR 装置を所有する施設
5 があるのは 11 都道府県医師会(うち 1 都道府県は 2 施設)であった(図 1.5.7)。
6 このうち、PCR 装置数について回答があった 10 医師会が所有する PCR 装
7 置の合計台数は 20 台に留まり、うち 9 医師会から過不足についての回答が
8 あり、「やや不十分」「不足」が約 9 割であった(図 1.5.8)。

10 図 1.5.7 都道府県医師会・郡市区医師会が設置する施設での装置数等



11
12

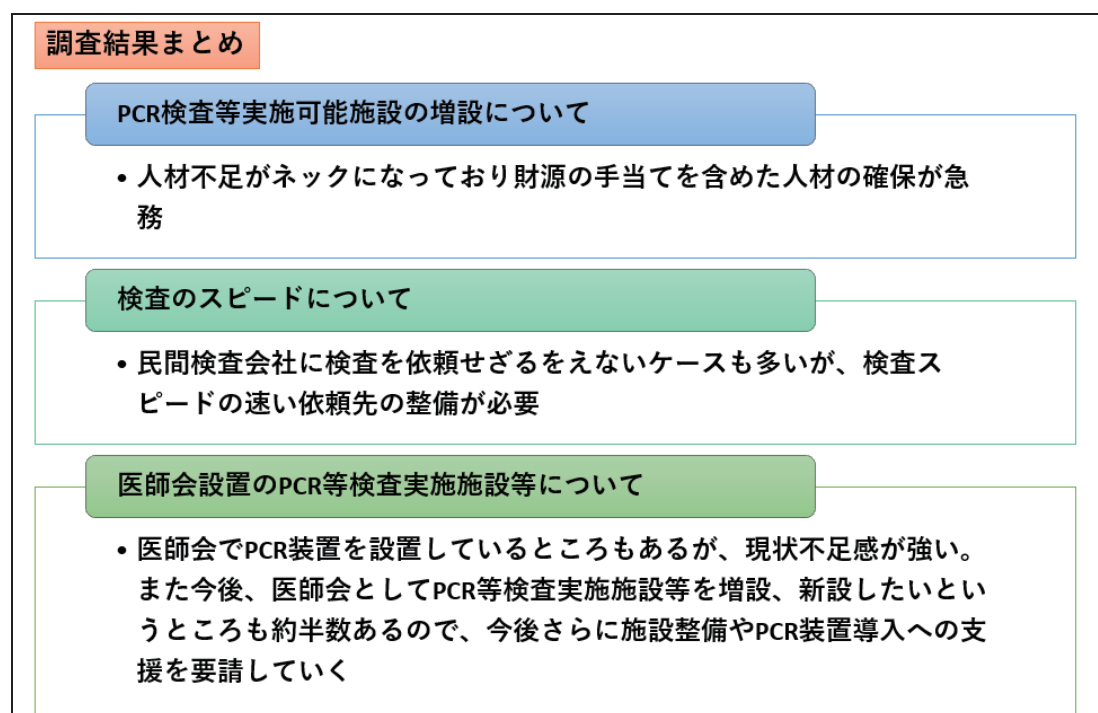
13 図 1.5.8 都道府県医師会・郡市区医師会設置施設における PCR 装置の過不足



14

1
2 以上のことから、本調査結果を以下の通りまとめ、本会としては引き続き
3 検査体制の拡充に向けて要請をしていきたい（図 1.5.9）。

4
5 図 1.5.9 都道府県における PCR 等検査の検査対応能力に係る
6 アンケート調査結果のまとめ



1.6. 季節性インフルエンザ、COVID-19 流行を踏まえた 発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について

インフルエンザ流行期に備え、2020 年 9 月 4 日、国は都道府県に対し、既存の帰国者・接触者外来等も含め発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関（仮称）¹」（以下、「診療・検査医療機関」）として指定し、速やかに増やすことを求めた²。

なお、診療・検査医療機関に指定されたことの公表は、医療機関から希望のあった場合であって、かつ都道府県と地域医師会との協議と合意の上で行う。また、公表の有無により後述の補助金支給額に差異は生じない。

また、診療・検査医療機関による発熱外来では、別の診察室などを設ける方法がとれない場合には、時間で区切る方法（時間的分離）がある。そのときには、感染防止の観点から、その時間は原則として発熱患者さんだけを診察することになる。そのため、かかりつけの患者さん等に対して、あらかじめ、発熱以外の一般外来時間の案内や、発熱の場合は発熱外来時間に受診するようお伝えいただきたい。また、発熱患者を受け入れるための診察室には、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含むとされている。

¹ 実際の名称は都道府県で適切に設定することとされている。

² 「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」2020 年 9 月 4 日、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部

診療・検査医療機関への参加ご検討について

各医療機関では、①発熱患者の診療を担うかどうか、②インフルエンザの検査にどのように対応するか、③新型コロナウイルスの検査にどのように対応するか、下記の点も踏まえてご検討ください。①②③すべてを求められているわけではなく、それぞれ可能な内容を選択していただくことになります。

- 動線を分離するほか、一日のうち予め時間を設定し(時間的動線分離)発熱患者の受入れをすることも可能です。
- 動線を分離し、発熱患者等専用の診察室を設ける場合は、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含みます。
- 従来通り臨床診断に基づく抗インフルエンザ薬の処方が可能です。
- 感染リスクの低減を図るため、1) インフルエンザ抗原検査の検体として、鼻かみ液が利用可能なキットを選択すること、2) 新型コロナ抗原迅速検査の検体として鼻腔(鼻前庭)ぬぐい液の自己採取(発症2日から9日)によることも可能です(厚生労働省による採取方法の動画制作中)。
- 発熱したかかりつけ患者のみに対応することの表明も可能です。
- 診療・検査医療機関に指定されたことの公表は、医療機関から希望のあった場合であって、かつ都道府県と地域医師会との協議と合意の上で行います。
- 公表の有無により後述の補助金支給額に差異は生じません。
- 発熱患者に対応する日にち・時間設定により、診療日・診療時間の変更届の提出は必要ありません。

公益社団法人 日本医師会

1
2
3
4
5
6
7
8
9

併せて、厚生労働省は、診療・検査医療機関（仮称）による発熱外来診療体制を支援するため、第2次補正予算予備費によって補助事業を創設した³。この補助事業は、「診療・検査医療機関」として指定を受け、発熱外来の体制をとっていたにもかかわらず、発熱患者の受診がなかった場合には一定の補償が受けられ、受診者が想定を上回れば診療報酬でまかなわれるとの考えに基づく仕組みである。

³ 令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金

1 一つの診察室につき、補助の上限は 7 時間診察、発熱患者 20 人であり、1
2 人も受診しなかった場合の 1 日補助額は、上限約 26.9 万円（患者 1 人 13,447
3 円×20 人）となる（1 か月間 1 人も受診者が見られなかった場合には、補助
4 額が 1/2 に減額される）。

5 受診控えが継続していることを踏まえ、例えば、これまで 1 日 7 時間診療
6 していたうち、5 時間をこれまでと同様に診療し、2 時間を発熱外来に振り
7 向けた場合、2 時間の発熱外来中に 1 日約 5.7 人（20×2/7）より受診者が少
8 ない場合に補助金が発生し、それより多ければ補助金は支給されないこと
9 になる。

10 なお、自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者のみを受け入れ
11 る場合の補助は、補助の上限は 2 時間診察、発熱患者 5 人であり、1 人も受
12 診しなかった場合の 1 日補助額は約 67000 円（患者 1 人 13,447 円×5 人）
13 である。

14 診療・検査医療機関によっては、7 時間の通常の診療時間のあとに 2 時間
15 の発熱外来時間を新たに設けるような場合や休診日に設定する場合も考えら
16 れる。それらの場合でも、行政に診療時間や診療日の変更を届け出る必要は
17 ない。

18 上記の通り、この補助事業は、体制を整備したにもかかわらず、想定した
19 人数が受診しなかった場合の補償であり、受診者が想定を上回れば、補助は
20 減額・なしとなる（診療報酬でまかなわれる）という、従前にはない仕組み
21 で、極めて分かりにくいものであった。

22 日本医師会では、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症が同
23 時に流行した場合を想定し、各地域の実情に応じ、できるだけ多く発熱患者
24 の診療を担うことのできる医療機関を確保していただきたいと考えている。

25 そこで、補助事業の周知と理解促進のため、発熱外来の診療報酬および補
26 助金、一般外来の診療報酬を内科を例にケース別にわかりやすく記載した資
27 料「季節性インフルエンザ、COVID-19 流行を踏まえた発熱患者受け入れ体
28 制（診療・検査医療機関）について」を作成し、公表した⁴。

29

⁴ http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/009082.html

1 また、補助金の交付申請に当たっては、各医療機関においてエクセルファ
2 イルにて申請書等の入力を行い、都道府県からの指定通知の写しを添付して
3 厚生労働省へ直接郵送する必要がある。そのため、日本医師会では、交付申
4 請書等の入力要領を説明する資料も作成し、都道府県医師会を通じて会員医
5 療機関に案内している。

6 各都道府県医師会、郡市区医師会、会員医療機関におかれては、地域の発
7 熱外来診療体制の構築・充実のため、上記の資料をご活用いただきたい。

8 最後に、第3次補正予算（案）においては、新型コロナの感染が急速に拡
9 大する中で、診療・検査医療機関への緊急的臨時的な対応として財政支援措
10 置の創設が盛り込まれている。これは、感染拡大防止対策に要する費用に限
11 らず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するた
12 めの診療体制確保等に要する費用を幅広く対象とするもので、1施設につき
13 100万円を上限とする。

14

発熱外来診療報酬および補助金（考え方）

- 発熱外来時間帯中に、まったく受診がなかった場合、「補助上限の患者数×13,447円」が補助されます。上限は患者を特定しない場合は7時間20人です。自院のかかりつけ患者等に限定する場合は2時間5人です。
- 補助上限未満の受診だった場合「（基準発熱患者数－実際の患者数）×13,447円」が補助されます。
- なお、実際の患者数分については、もちろん診療報酬を算定できます。
- 以下、発熱外来時間ごとの補助上限の患者数を「基準発熱患者数」とします。

〔患者を特定しない場合〕

発熱外来診療時間	基準発熱患者数 (その時間ごとの補助上限の患者数)
7時間以上	20人
6時間	17.1人
5時間	14.3人
4時間	11.4人
3時間	8.6人
2時間	5.7人
1時間	2.9人

〔自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった発熱患者だけ受け入れる場合〕

発熱外来診療時間	基準発熱患者数 (その時間ごとの補助上限の患者数)
2時間以上	5人
1時間	2.5人

1

2

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース1）

1日5時間一般外来、1日2時間発熱外来で発熱患者2人の場合、発熱外来2時間分の基準発熱患者5.7人から2人を差し引いた3.7人分が補助されます。収入は、「発熱患者2人の診療報酬＋基準発熱患者からの差し引き3.7人分の補助金＋一般外来の収入」です。

ケース1（1日7時間のうち2時間を発熱外来にするケース）

発熱外来	2 時間	基準発熱患者	5.7 人
発熱外来の発熱患者	2 人	補助対象患者	3.7 人
		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
初診料（加算は省略）	288	576	
院内トリアージ実施料	300	600	
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	1,200	
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	278	
免疫学的検査判断料	144	288	
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	10	
処方箋料	68	136	
一般名処方加算2	5	10	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	3,098	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		30,980 円	
② 発熱外来補助金（補助対象者数3.7人×補助単価13,447円）		49,754 円	
発熱外来収入 ①＋②		80,734 円	

＋

5時間分の一般外来収入

以下、診療報酬は一例です

公益社団法人 日本医師会

1

2

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース2）

1日5時間一般外来、1日2時間発熱外来で発熱外来の患者が0人でも、発熱外来2時間で約5.7人の発熱患者が受診したとみなします。収入は「基準発熱患者5.7人分の補助金＋一般外来の診療報酬」です。患者0人なので診療報酬はありません。

ケース2（1日7時間のうち2時間を発熱外来にするケース）

発熱外来	2 時間	基準発熱患者	5.7 人
発熱外来の発熱患者	0 人	補助対象患者	5.7 人
		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
初診料（加算は省略）	288	0	
院内トリアージ実施料	300	0	
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	0	
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	0	
免疫学的検査判断料	144	0	
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	0	
処方箋料	68	0	
一般名処方加算2	5	0	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	0	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		0 円	
② 発熱外来補助金（補助対象者数5.7人×補助単価13,447円）		76,648 円	
発熱外来収入 ①＋②		76,648 円	

＋

5時間分の一般外来収入

公益社団法人 日本医師会

3

4

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース3）

1日5時間一般外来、1日2時間発熱外来としたものの、発熱患者0人で、発熱外来2時間の間にやむを得ず一般外来の患者2人が受診された場合、診察は可能ですが、この場合も2時間分の基準発熱患者5.7人から2人を差し引いた3.7人分の補助になります。収入は、「発熱外来で診た一般患者2人の診療報酬＋基準発熱患者からの差し引き3.7人分の補助金＋一般外来の診療報酬」です。

ケース3（1日7時間のうち2時間を発熱外来にするケース）

発熱外来	2 時間	基準発熱患者	5.7 人
発熱外来の発熱患者	0 人	補助対象患者	3.7 人
発熱外来の一般患者（高血圧）	2 人	補助単価	13,447 円／人

	点数	総点数	
再診料	73	146	
外来管理加算	52	104	
特定疾患療養管理料	225	450	
処方箋料	68	136	
特定疾患処方管理加算2	66	132	
一般名処方加算2	5	10	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	978	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		9,780 円	
② 発熱外来補助金（補助対象者数3.7人×補助単価13,447円）		49,754 円	
発熱外来収入 ①＋②		59,534 円	
＋			
5時間分の一般外来収入			

公益社団法人 日本医師会

1

2

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース4）

休診日に1日7時間発熱外来だけにし、発熱患者が10人受診された場合、7時間分の基準発熱患者20人から10人を差し引いた10人分の補助になります。収入は、「発熱患者10人の診療報酬＋基準発熱患者からの差し引き10人分の補助金」です。

ケース4（休診日に1日7時間すべて発熱外来にするケース）

発熱外来	7 時間	基準発熱患者	20 人
発熱外来の発熱患者	10 人	補助対象患者	10 人
		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
初診料（加算は省略）	288	2,880	
院内トリアージ実施料	300	3,000	
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	6,000	
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	1,390	
免疫学的検査判断料	144	1,440	
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	50	
処方箋料	68	680	
一般名処方加算2	5	50	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	15,490	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		154,900 円	
② 発熱外来補助金（補助対象者数10人×補助単価13,447円）		134,470 円	
発熱外来収入 ①＋②		289,370 円	

公益社団法人 日本医師会

3

4

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース5）

休診日に1日7時間発熱外来だけにした場合、発熱患者が0人でも20人分約26.9万円が補助されます。収入は「基準発熱患者20人分の補助金」（患者0人なので診療報酬なし）です。

ケース5（休診日に1日7時間すべて発熱外来にするケース）

発熱外来	7 時間	基準発熱患者	20 人
発熱外来の発熱患者	0 人	補助対象患者	20 人
		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
初診料（加算は省略）	288	0	
院内トリージ実施料	300	0	
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	0	
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	0	
免疫学的検査判断料	144	0	
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	0	
処方箋料	68	0	
一般名処方加算2	5	0	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	0	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		0 円	
② 発熱外来補助金（補助対象患者数20人×補助単価13,447円）		268,940 円	
発熱外来収入 ①+②		268,940 円	

公益社団法人 日本医師会

1

2

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース6）

医師1人の診療所で、ある1日7時間、一般外来と、発熱外来を別々の診察室にして、同一の医師が診療するケースです（空間的分離）。補助金対象患者数は、「基準発熱患者数－発熱患者数－一般外来の受診患者×1/2」です。収入は「発熱患者の診療報酬＋基準発熱患者からの差し引き5人分の補助金＋一般外来の診療報酬」です。

ケース6（休診日に1日7時間すべて発熱外来にするケース）

発熱外来	7 時間	基準発熱患者	20 人
発熱外来の発熱患者	10 人	補助対象患者	5 人 ←
別の診察室の一般患者	10 人	補助単価	13,447 円／人

補助対象患者5人＝基準発熱患者20人－発熱外来の発熱患者10人－別の診察室の一般患者5人（10人÷2）

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
初診料（加算は省略）	288	2,880	
院内トリージ実施料	300	3,000	
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	6,000	
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	1,390	
免疫学的検査判断料	144	1,440	
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	50	
処方箋料	68	680	
一般名処方加算2	5	50	
発熱外来の診療報酬計（点）	—	15,490	
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		154,900 円	
② 発熱外来補助金（補助対象患者数5人×補助単価13,447円）		67,235 円	
発熱外来収入 ①+②		222,135 円	
+			
一般患者（別の診察室で受診）の診療報酬			

公益社団法人 日本医師会

3

4

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース7）

医師2人の診療所で、1人が診察室Aで発熱外来のみ、1人が診察室Bで一般外来のみをそれぞれ1日7時間診察するケースです。それぞれ独立してカウントしますので、診察室Aで発熱患者0人の場合、診察室Bの患者数にかかわらず、診察室Aに対して上限20人分の補助金が支給されます。

ケース7（1日7時間診察室Aはすべて発熱外来、診療室Bはすべて一般外来）

診療室A

発熱外来	7 時間	基準発熱患者	20 人
発熱外来の発熱患者	0 人	補助対象患者	20 人
		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数	
		診療室A	診療室B
初診料（加算は省略）	288	0	—
院内トリアージ実施料	300	0	—
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	0	—
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	0	—
免疫学的検査判断料	144	0	—
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	0	—
処方箋料	68	0	—
一般名処方加算2	5	0	—
発熱外来の診療報酬計（点）	—	0	—
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		0 円	
② 発熱外来補助金（補助対象者数20人×補助単価13,447円）		268,940 円	
発熱外来収入 ①+②		268,940 円	

※なお、発熱患者を担当する診療室Aの医師が、診療室Bの医師不在時に診療室Bで一般外来を行った場合は、ケース6と同じ取り扱いになります。

+

診療室Bの一般患者の診療報酬

公益社団法人 日本医師会

1

2

発熱外来診療報酬および補助金（内科・ケース8）

自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった発熱患者だけ受け入れるケースです。この場合は補助上限は2時間5人です。医師1人の診療所で、ある1日2時間の発熱外来で、発熱患者2人の場合、発熱外来2時間分の基準発熱患者5人から、実際の発熱患者2人を差し引いた3人分が補助されます。収入は「発熱患者2人の診療報酬＋基準発熱患者からの差し引き3人分の補助金＋一般外来の収入」です。

ケース8（1日7時間のうち2時間を発熱外来にするケース）

発熱外来	2 時間	基準発熱患者	5 人
発熱外来の発熱患者	2 人	補助対象患者	3 人
（かかりつけ患者等のみ）		補助単価	13,447 円／人

・新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザを疑った場合。処方あり（院外処方）。

	点数	総点数
初診料（加算は省略）	288	576
院内トリアージ実施料	300	600
SARS-CoV-2抗原検出 検査実施料	600	1,200
インフルエンザウイルス抗原定性 検査実施料	139	278
免疫学的検査判断料	144	288
鼻腔・咽頭拭い液採取	5	10
処方箋料	68	136
一般名処方加算2	5	10
発熱外来の診療報酬計（点）	—	3,098
① 発熱外来の診療報酬収入（診療報酬計×10円）		30,980 円
② 発熱外来補助金（補助対象者数3人×補助単価13,447円）		40,341 円
発熱外来収入 ①+②		71,321 円

+

5時間分の一般外来収入

公益社団法人 日本医師会

3

4

5

1.7. 次のインフルエンザ流行に備えた発熱患者等が医療機関を受診した場合の流れについて

次のインフルエンザ流行に備え、発熱患者等がかかりつけ医等の地域で身近な医療機関等を相談・受診し、必要に応じて検査を受けられる体制については、各地域で整備が進んでいるところである。

発熱患者等が医療機関を受診した場合の流れが厚生労働省によりとりまとめられ、2020年10月16日に事務連絡がなされている（図1.7.1）。

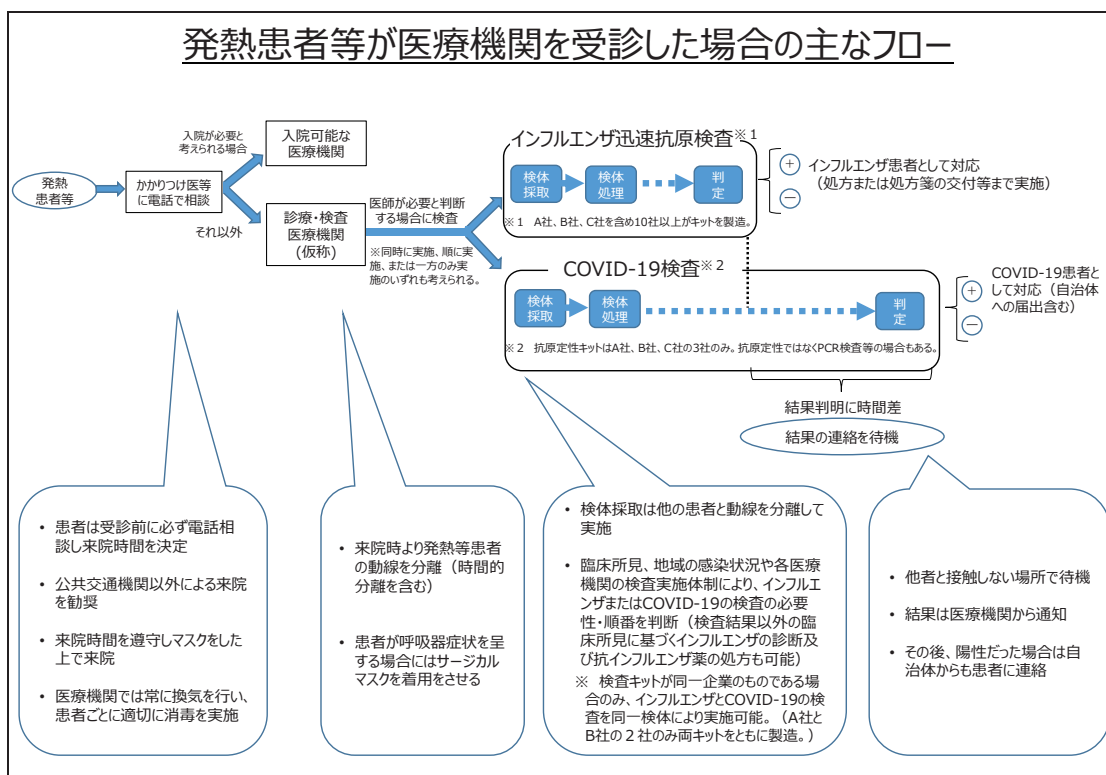
新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、他者との接触を避けるため、発熱患者等は、まずかかりつけ医等に電話で相談のうえ受診時間を決定する。移動は公共交通機関以外を用いることが勧奨されている。

医療機関では、空間的や時間的に患者の動線を分離し、患者の症状や地域の流行状況、医療機関の検査実施体制などから、季節性インフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症の検査の必要性・順番を判断したうえで検査を実施する。

また、検査結果以外の臨床所見に基づくインフルエンザの診断・抗インフルエンザ薬の処方が可能であることがあらためて明記されている。

1

図 1.7.1 発熱患者等が医療機関を受診した場合の主なフロー



2

3

1.8. 医療緊急事態宣言

令和2年12月21日、新型コロナウイルス感染症の拡大が続く中で、日本医師会始め、医療関係団体（日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会、東京都医師会）は、緊急に合同記者会見を実施し、医療緊急事態を宣言した（図1.8.1）。

今回の宣言は9つの医療関係団体の一致した意見として取りまとめられたものである。その中では、国民に安心して新年を迎えてもらうためとして、国や地方自治体に対して、国民への啓発並びに医療現場の支援のための適切な施策を要請するとともに、医療関係団体として、国民の生命と健康を守るため、地域の医療及び介護提供体制を守り抜くとの決意を表明した。また、国民には引き続き徹底した感染防止対策を求めた。

医療緊急事態宣言

新型コロナウイルスの感染拡大はとどまることを知らず、このままでは、新型コロナウイルス感染症のみならず、国民が通常の医療を受けられなくなり、全国で必要なすべての医療提供が立ち行かなくなります。

医療崩壊を防ぐために最も重要なのは、新たな感染者を増やさないことです。国民ひとりひとりの粘り強い行動が感染拡大から収束へと反転する突破口になります。このクリスマスや年末年始が、今後の日本を左右するといっても過言ではありません。

医療従事者を含めたすべての日本国民が一致団結し、新型コロナウイルス感染症を打破する意を決するときは今しかありません。

皆様に安心して新年を迎えていただくために、以下を宣言します。

- 一、私たちは、国や地方自治体に国民への啓発並びに医療現場の支援のための適切な施策を要請します。
- 一、私たちは、国民の生命と健康を守るため、地域の医療及び介護提供体制を何としても守り抜きます。
- 一、私たちは、国民の皆様に対し、引き続き徹底した感染防止対策をお願いします。

2020年12月21日

公益社団法人	日本医師会
公益社団法人	日本歯科医師会
公益社団法人	日本薬剤師会
公益社団法人	日本看護協会
一般社団法人	日本病院会
公益社団法人	全日本病院協会
一般社団法人	日本医療法人協会
公益社団法人	日本精神科病院協会
公益社団法人	東京都医師会

1.9. 年末年始における医療提供体制の確保について

例年、年末年始の期間中は診療を行う医療機関に限られるが（当番制等に対応）、急速な感染拡大が進む中、今回は新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制の構築が課題となった。

そこで日本医師会では、2020年12月23日に都道府県医師会及び郡市区医師会を対象として緊急WEB調査を実施し、各地域の年末年始における医療提供体制の構築状況の把握に努めた。調査項目は、（１）医療提供体制の構築状況への評価、（２）例年の体制からの変更内容、及び（３）発熱外来診療体制・入院患者の受入体制・宿泊療養施設の整備・コロナ対応医療機関とそれ以外の患者への対応を担う医療機関の役割分担・患者の移送／搬送の調整体制・検査機関の整備などの事例である（（１）は選択肢、（２）・（３）は記述回答）。

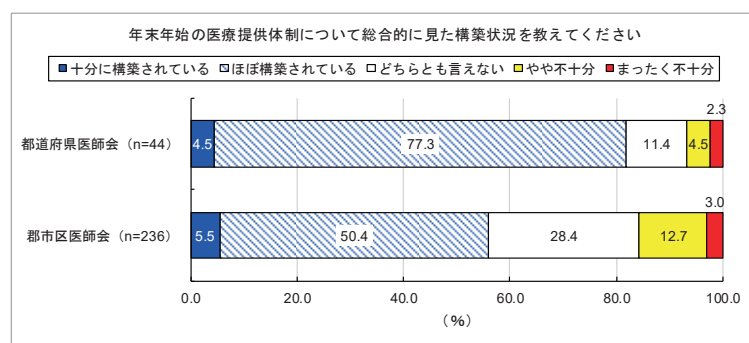
2021年1月5日までにいただいた回答のうち、郡市区医師会では230医師会中、55.6%が「年末年始の医療提供体制は構築されている」、28.7%が「どちらともいえない」との評価であった。

年末年始の医療提供体制等に関する調査 （都道府県医師会・郡市区医師会）

日本医師会は、昨年（2020年）12月に、都道府県医師会および郡市区医師会を対象に、年末年始の医療提供体制の構築状況についての調査を行った。

- 発熱外来診療体制、入院患者の受入体制、宿泊療養施設の整備、コロナ対応医療機関とそれ以外の患者への対応を担う医療機関の役割分担、患者の移送・搬送の調整体制、検査機関の整備など

都道府県医師会の約8割、郡市区医師会の6割近くで、「構築」されている状態であったが、郡市区医師会の中には不安の声もいくつかあった。



1 また、各医師会からの回答から、各医療機関が「診療・検査医療機関」と
2 して対応したほか、医師会としても、休日診療所、急患センター、休日当番
3 医を拡充するなどして対応した。医師会病院や医師会検査センターで積極的
4 な対応がされたほか、公立病院に応援医師を派遣して体制を整備した地域も
5 あることがわかった。

6 なお、本調査は年末年始の対応について質問したものであるが、今後も引
7 き続き課題であると考えられる点もあらためて明らかになった。

8 主に、医療機関および保健所における人材不足が挙げられ、必要な資質を
9 備えた人材が不足しており、トリアージが滞っている。人材不足を主要因と
10 して、保健所等行政から医師会への情報提供がないケースもある。一方、保
11 健所については対応が良いと評価する回答も多くあった。また宿泊施設につ
12 いては、確保されていない地域が少なくなく、入院病床の逼迫につながって
13 いる。

14 日本医師会は、厚生労働省と課題を共有し、きめ細かい対応に努めてまい
15 りたい。

16

17

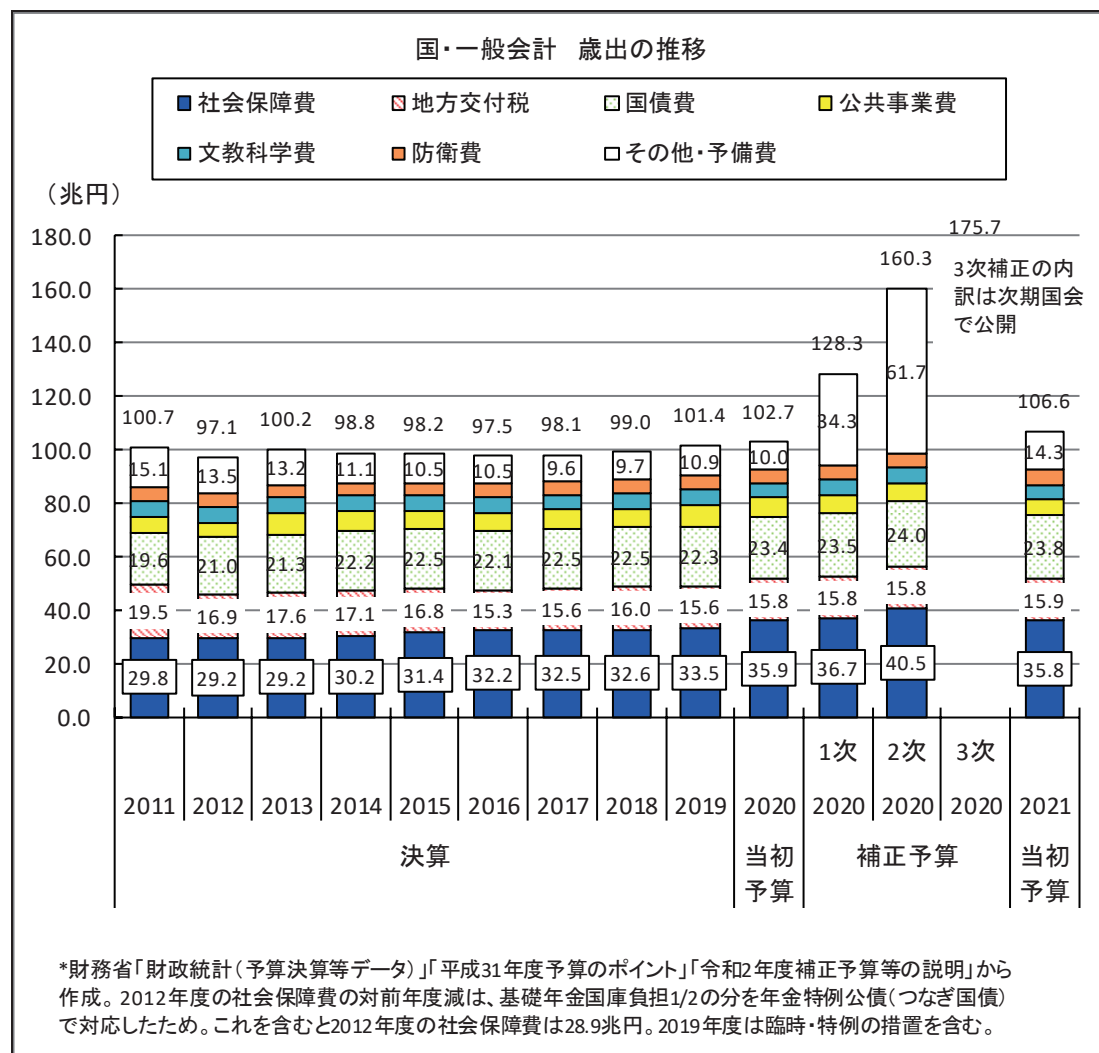
2. 財源の確保に向けて

2.1. 国・一般会計予算

歳出

2021 年度当初予算における歳出額は 106.6 兆円であり、前年度当初予算の 102.7 兆円を若干上回る。社会保障費は 35.8 兆円（33.6%）である（図 2.1.1）。

図 2.1.1 国・一般会計 歳出の推移



1 2020 年度は三次にわたって補正予算が組まれ、2020 年度の歳出額は
2 175.7 兆円になっている（表 2.1.1）。

3 2020 年度の補正予算の主たる項目は、第 1 次では特別定額給付金（1 人
4 当たり 10 万円）、第 2 次では資金繰り対策および予備費（10 兆円）である。

5

6 表 2.1.1 2020（令和 2）年度当初予算および補正予算（主要経費別）

	2020(令和2)年度						(億円)	
	当初 予算 ①	補正予算追加額 ②			補正後 ①+②	構成比 (%)	2021(令和3)年度 当初 予算	構成比 (%)
		第1次	第2次	第3次				
社会保障関係費	358,608	8,735	37,929				358,421	33.6
（再掲）新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療・介護・福祉）	—	1,490	22,370	13,011			—	—
文教及び科学振興費	55,055	3,342	1,608				53,969	5.1
国債費	233,515	1,259	5,395				237,588	22.3
恩給関係費	1,750	0	0				1,451	0.1
地方交付税（地方特例交付金を含む）	158,093	249	0				159,489	15.0
防衛関係費	53,133	121	63				53,235	5.0
公共事業関係費	68,571	0	0				60,695	5.7
経済協力費	5,123	1,357	6				5,108	0.5
中小企業対策費	1,753	79,720	142,501				1,745	0.2
（再掲）資金繰り対策	—	38,380	116,390	32,049			—	—
（再掲）持続化給付金	—	23,176	19,400				—	—
エネルギー対策費	9,495	82	0				8,891	0.8
食料安定供給関係費	9,840	2,465	542				12,773	1.2
その他の事項経費	66,645	144,584	31,069				57,732	5.4
（再掲）特別定額給付金	—	128,803	0				—	—
（再掲）新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金	—	10,000	20,000				—	—
予備費	5,000	0	0				5,000	0.5
新型コロナウイルス感染症対策予備費	—	15,000	100,000				50,000	4.7
小計（経済対策経費）	1,026,580	256,914	319,114	191,761			1,066,097	100.0
その他既定経費の減額等				▲ 37,490				
（再掲）新型コロナウイルス感染症対策予備費				▲ 18,500				
歳出計	1,026,580	256,914	319,114	154,271	1,756,878		1,066,097	100.0

*以下の資料ほかから作成

財務省「令和2年度補正予算等の説明」 https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/hosei020608a.html

財務省「令和2年度補正予算（第2号）の概要」

https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/sy020407/hosei020527b.pdf

財務省「令和2年度補正予算（第3号）の概要」

https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/hosei021215b.pdf

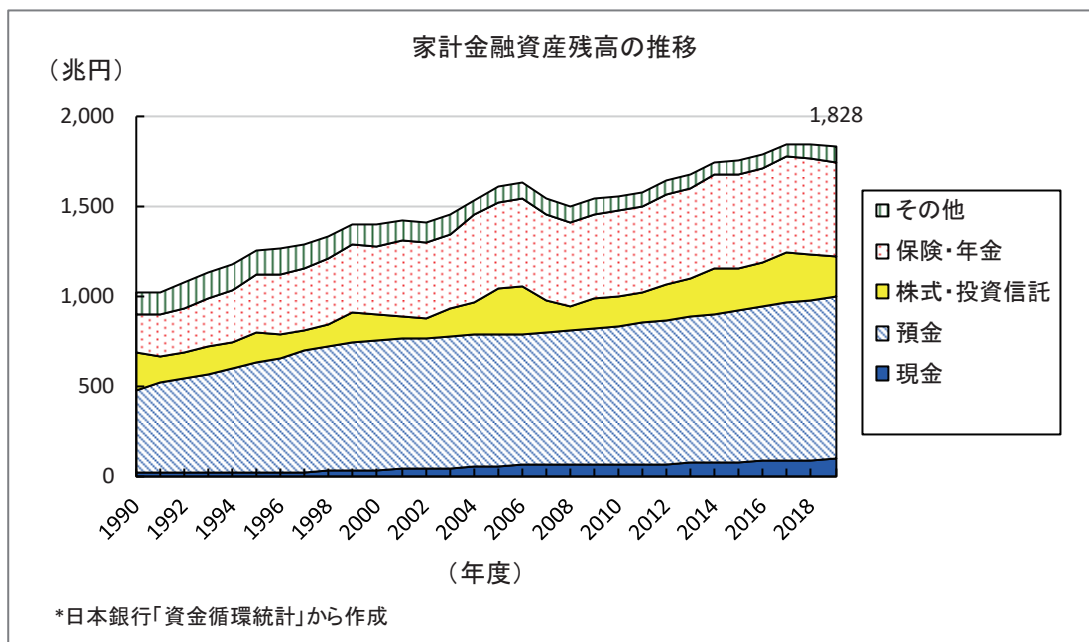
7

8

1 2020 年に入って、家計の現金預金残高は約 30 兆円増加した（図 2.1.3）。
2 2020 年度の第 1 次補正予算で計上された特別定額給付金（1 人一律 10 万円）
3 が家計の預金に回ったという指摘もあるが、それは、高所得者についてであ
4 り、低所得者は食料や生活必需品の支出に充てたのではないかと推察される
5 （今後、政府統計等を活用して確認したい）。
6
7

1

図 2.1.2 家計金融資産残高の推移



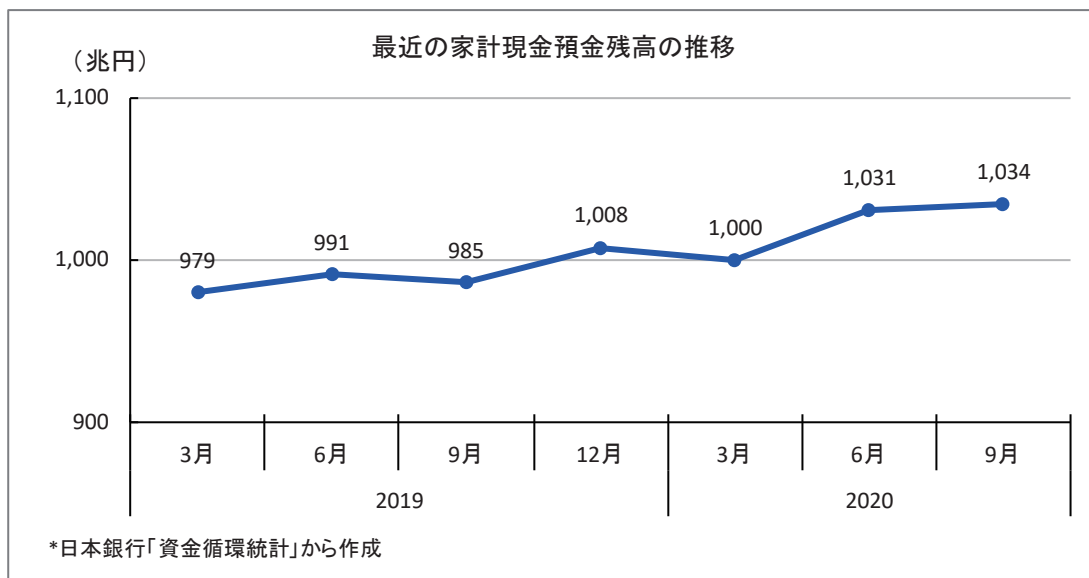
2

3

4

5

図 2.1.3 最近の家計現金預金残高の推移



6

7

8

9

10

1 予備費は第1次補正予算で1.5兆円、第2次補正予算で10兆円が計上さ
 2 れた一方、第3次では修正減額（▲1.85兆円）が行われ、累計で9.65兆円
 3 である。この予備費9.65兆円のうち、これまでに医療提供体制および病床の
 4 確保に約1.5兆円（15.2%）が充てられている⁵。また2020年12月25日時
 5 点で予備費は約4.6兆円残っている（表2.1.2）。

6

7 表2.1.2 一般会計新型コロナウイルス感染症対策予備費使用実績（2020年度）

(億円)		
第1次補正予算追加額		15,000
第2次補正予算追加額		100,000
第3次補正予算修正減少		▲18,500
補正予算追加額		96,500
5/19	学生支援緊急給付金	531
5/26	医療用マスク・ガウン等の優先配布	1,680
	診療報酬上の特例的な措置	159
8/7	持続化給付金等	9,150
	個人向け緊急小口資金等の特例貸付	1,777
	検疫体制の強化	330
9/8	ワクチンの確保	6,714
9/15	検査体制の抜本的な拡充	131
	医療提供体制の確保	11,946
	新型コロナ緊急包括支援交付金	9,169
	ワクチンの確保等	948
10/16	個人向け緊急小口資金等の特例貸付	3,361
	雇用調整助成金の特例措置	4,391
	サプライチェーン対策のための国内投資促進事業費補助金	860
12/11	のうりん漁業者の経営継続補助金	241
	ひとり親世帯臨時特例給付金	737
12/25	Go Toトラベル	3,119
	さらなる病床確保のための緊急支援	2,693
予備費使用額合計(2020年12月25日現在)		60,106
予備費使用残額		45,562

*財務省「令和2年度一般会計新型コロナウイルス感染症対策予備費使用実績」から作成

https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/sy021211.pdf

8

9

10

⁵ 麻生財務大臣は財政演説で、第2次補正予算の予備費10兆円のうち、医療提供体制の強化に2兆円程度が必要になると述べていた。

財務省 HP「第201回国会における麻生財務大臣の財政演説」（令和2年6月8日）

https://www.mof.go.jp/public_relations/statement/fiscal_policy_speech/20200608.html

表 2.1.3 2020（令和2）年度 第1次補正予算追加額

項 目	(億円)	構成比 (%)
歳出(追加額)合計	256,914	100.0
1 感染防止策と医療提供体制の整備及び治療薬の開発	18,097	7.0
(1) マスク・消毒液等の確保	1,730	0.7
(2) 検査体制の強化と感染の早期発見	94	0.0
(3) 医療提供体制の強化	13,314	5.2
(再掲)新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金	10,000	3.9
(再掲)新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金	1,490	0.6
(再掲) 医療資材の確保	1,281	0.5
(再掲) 国立病院機構及び地域医療機能推進機構における設備整備事業費	65	0.0
(4) 治療薬・ワクチンの開発加速	830	0.3
(5) 帰国者等の受入れ体制の強化	121	0.0
(6) 情報発信の充実	185	0.1
(7) 感染国等への緊急支援に対する拠出等の国際協力	1,199	0.5
(8) 学校の臨時休業等を円滑に進めるための環境整備	625	0.2
2 雇用の維持と事業の継続	194,905	75.9
(1) 雇用の維持	709	0.3
(再掲) 雇用調整助成金 ※	690	0.3
(2) 資金繰り対策	38,380	14.9
(再掲) 日本政策金融公庫等による資金繰り支援	10,442	4.1
(再掲) 民間金融機関を通じた資金繰り支援	20,714	8.1
(再掲) 独立行政法人福祉医療機構出資金	41	0.0
(3) 事業継続に困っている中小・小規模事業者等への支援	24,293	9.5
(再掲) 持続化給付金	23,176	9.0
(4) 生活に困っている人々への支援	131,274	51.1
(再掲) 特別定額給付金(全国全ての人々への新たな給付金)	128,803	50.1
(5) 地方特例交付金	249	0.1
3 次の段階としての官民を挙げた経済活動の回復	18,482	7.2
(1) 観光・運輸業、飲食業、イベント・エンターテインメント事業等に対する支援“Go To”キャンペーン(消費喚起キャンペーン)	16,794	6.5
(2) 地域経済の活性化	1,687	0.7
4 強靱な経済構造の構築	9,172	3.6
(1) サプライチェーン改革	2,566	1.0
(2) 海外展開企業の事業の円滑化、農林水産業・食品の輸出力の維持・強化及び国内供給力の強化支援	3,014	1.2
(3) リモート化等によるデジタル・トランスフォーメーションの加速	3,592	1.4
5 今後の備え	15,000	5.8
新型コロナウイルス感染症対策予備費	15,000	5.8
6 国債整理基金特別会計へ繰入	1,259	0.5

※ 一般会計で措置した週労働時間20時間未満の雇用者に係るものであり、20時間以上の雇用者については、労働保険特別会計で7,640億円を措置

*財務省「令和2年度補正予算(第1号、特第1号及び機第1号)等の説明」「令和2年度補正予算(第2号、特第2号及び機第2号)等の説明」ほかから作成

表 2.1.4 2020（令和2）年度 第2次補正予算追加額

項 目	(億円)	構成比 (%)
歳出(追加額)合計	319,114	100.0
1 新型コロナウイルス感染症対策関係経費	318,171	99.7
(1) 雇用調整助成金の拡充等 ※	4,519	1.4
雇用調整情勢金 ※	2,808	0.9
新型コロナウイルス感染症対応休業支援金	1,711	0.5
(2) 資金繰り対応の強化	116,390	36.5
(再掲)日本政策緊急公庫等による実質無利子融資の継続・拡充(中小・小規模事業者)	55,683	17.4
(再掲)民間金融機関を通じた実質無利子融資の継続・拡充(中小・小規模事業者)	32,375	10.1
(再掲)資本性資金供給・資本増強支援(中小・小規模事業者)	12,442	3.9
(再掲)危機対応融資及び資本性劣後ローン(中堅・大企業)	8,905	2.8
(3) 家賃支援給付金の創設	20,242	6.3
(4) 医療提供体制等の強化	29,892	9.4
① 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援金の拡充	22,370	7.0
医療分	16,279	5.1
介護分	4,132	1.3
障害福祉分	1,508	0.5
児童福祉等分	452	0.1
② 医療機関等への医療用マスク等の優先配布	4,379	1.4
③ ワクチン生産体制整備等	2,056	0.6
④ 医療機関等の資金繰り対策	365	0.1
医療機関等危機対応融資に要する経費(福祉医療機構)	330	0.1
診療報酬の概算前払に必要な借入利子等への補助事業費	35	0.0
⑤ その他	724	0.2
(再掲)新型コロナウイルス感染症の検査体制整備費	366	0.1
(再掲)検査キット等買上げのための経費	179	0.1
(再掲)帰国者等の検査に必要な施設の借上げ等経費	63	0.0
(再掲)新型コロナウイルス感染症に係る情報基盤整備費	42	0.0
(5) その他の支援	47,127	14.8
① 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の拡充	20,000	6.3
② 低所得のひとり親世帯への追加的な給付	1,365	0.4
③ 持続化給付金の対応強化	19,400	6.1
④ その他	6,363	2.0
中小・小規模事業者の次なる事業展開支援	1,094	0.3
農林漁業者の経営継続補助金の創設	200	0.1
文化芸術活動への緊急総合支援パッケージ等	580	0.2
政府部門の感染防止対策の徹底	163	0.1
地域公共交通における感染防止対策	138	0.0
日々の暮らしに困っている方々へのきめ細やかな支援	2,566	0.8
学びの保障等	1,547	0.5
「新しい生活様式」に向けた取組	75	0.0
(6) 新型コロナウイルス感染症対策予備費	100,000	31.3
2 国債整理基金特別会計へ繰入	963	0.3
3 既定経費の減額(議員歳費)	▲ 20	▲ 0.0

※ 一般会計で措置した週労働時間20時間未満の雇用者に係るものであり、20時間以上の雇用者については、労働保険特別会計で8,576億円を措置

*財務省「令和2年度補正予算(第2号、特第2号及び機第2号)等の説明」ほかから作成
https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/sy020407/sy020608h.pdf

表 2.1.5 2020（令和2）年度 第3次補正予算追加額

項目	(億円)	構成比 (%)
歳出(追加額合計)	191,761	100.0
I. 新型コロナウイルス感染症の拡大防止策	43,581	22.7
1. 医療提供体制の確保と医療機関等への支援	16,447	8.6
(再掲) 新型コロナウイルス感染症感染症緊急支援交付金	13,011	6.8
(再掲) 診療・検査医療機関をはじめとした医療機関等における感染拡大防止等の支援	1,071	0.6
(再掲) 医療機関等の資金繰り支援	1,037	0.5
(再掲) 小児科等の医療機関等に対する診療報酬による支援	71	0.0
2. 検査体制の充実、ワクチン接種体制等の整備	8,204	4.3
(再掲) 新型コロナウイルスワクチンの接種体制の整備・接種の実施	5,736	3.0
(再掲) PCR検査・抗原検査の実施等	672	0.4
3. 知見に基づく感染防止対策の徹底	17,487	9.1
(再掲) 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金 ※	15,000	7.8
(再掲) 東京オリンピック・パラリンピック競技大会の延期に伴う感染症対策等事業	959	0.5
4. 感染症の収束に向けた国際協力	1,444	0.8
II. ポストコロナに向けた経済構造の転換・好循環の実現	116,766	60.9
1. デジタル改革・グリーン社会の実現	28,256	14.7
(再掲) 地方団体のデジタル基盤改革支援	1,788	0.9
(再掲) マイナンバーカードの普及促進	1,336	0.7
(再掲) ポスト5G・Beyond 5G (6G) 研究開発支援	1,400	0.7
(再掲) カーボンニュートラルに向けた革新的な技術開発支援のための基金の創設	20,000	10.4
(再掲) グリーン住宅ポイント制度の創設	1,094	0.6
2. 経済構造の転換・イノベーション等による生産性向上	23,959	12.5
(再掲) 中堅中小企業の経営転換支援(事業再構築補助金)	11,485	6.0
(再掲) 大学ファンド	5,000	2.6
(再掲) 持続化補助金等	2,300	1.2
(再掲) 国内外のサプライチェーン強靱化支援	2,225	1.2
(再掲) 地域公共交通の維持・活性化への重点的支援	150	0.1
3. 地域・社会・雇用における民需主導の好循環の実現	64,551	33.7
(再掲) 中小・小規模事業者等への資金繰り支援	32,049	16.7
(再掲) 地方創生臨時交付金 ※	(再掲)	—
(再掲) Go To トラベル	10,311	5.4
(再掲) Go To イート	515	0.3
(再掲) 雇用調整助成金の特例措置	5,430	2.8
(再掲) 緊急小口資金等の特例措置	4,199	2.2
(再掲) 観光(インバウンド復活に向けた基盤整備)	650	0.3
(再掲) 不妊治療に係る助成措置の拡充	370	0.2
(再掲) 水田の畑地化・汎用化・大区画化等による高収益化の推進	700	0.4
(再掲) 新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化交付金(生活者困窮支援・自殺対策等)	140	0.1
III. 防災・減災、国土強靱化の推進など安全・安心の確保	31,414	16.4
1. 防災・減災、国土強靱化の推進	20,936	10.9
2. 自然災害からの復旧・復興の加速	6,337	3.3
3. 国民の安全・安心の確保	4,141	2.2
自衛隊の安定的な運用態勢の確保	3,017	1.6

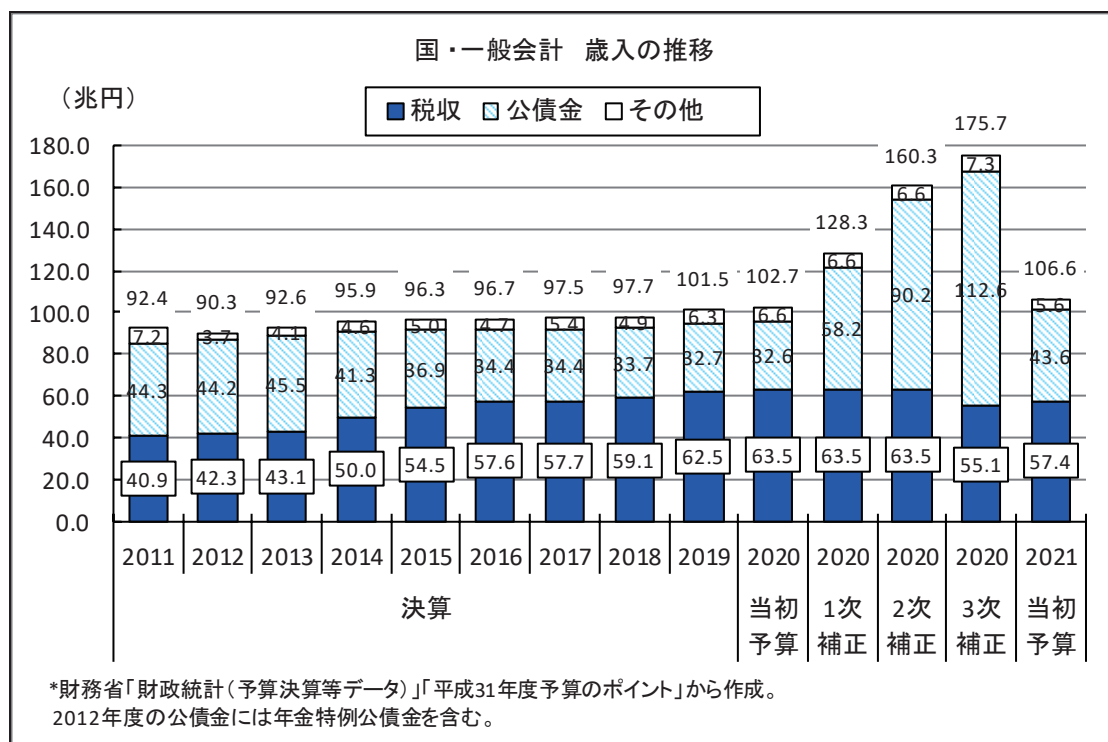
1 2020 年度第 3 次補正後では国・一般会計の歳入 175.7 兆円のうち公債金
2 は 112.6 兆円であり、歳入の 64.1%である。

3 2021 年度当初予算では、税収は 57.4 兆円で、対前年度当初予算（58.4 兆
4 円）▲1.0 兆円である。歳入に占める公債金（国債）は 43.6 兆円で歳入総額
5 の約 4 割である（図 2.1.4）。

6

7

図 2.1.4 国・一般会計歳入の推移



8

9

10

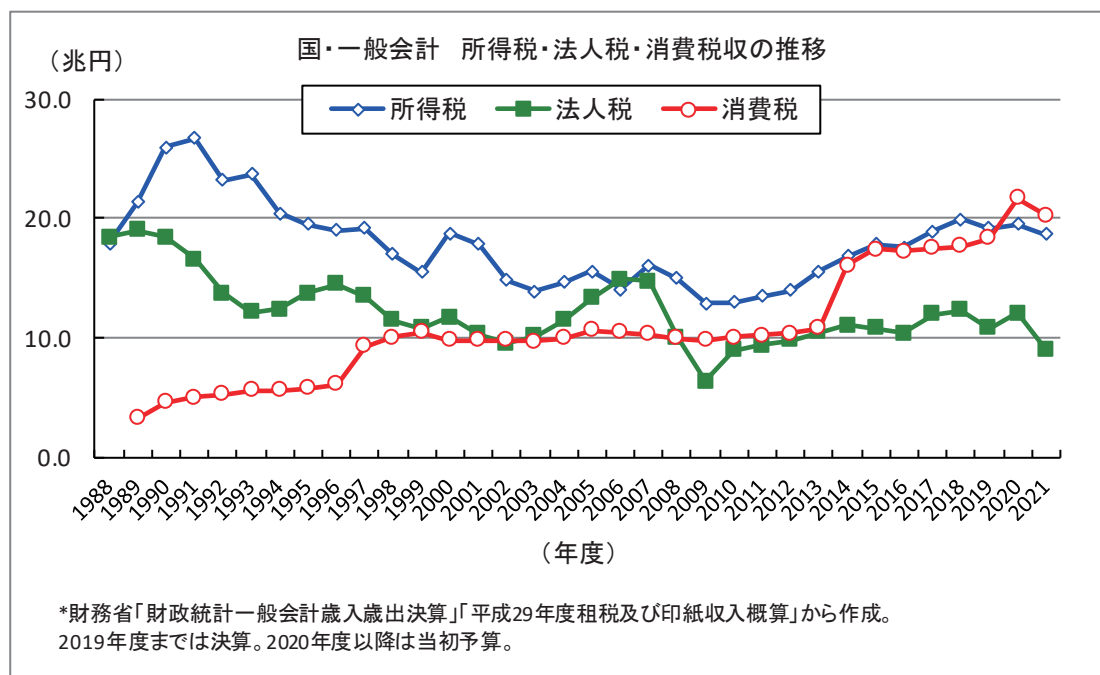
11

12

歳入

税収面では、2019 年 10 月の消費税率引き上げ（8→10%）を受けて、消費税が主力財源になっている。法人税収は 2021 年度当初予算では 9 兆円に落ち込んでいる（図 2.1.5）。

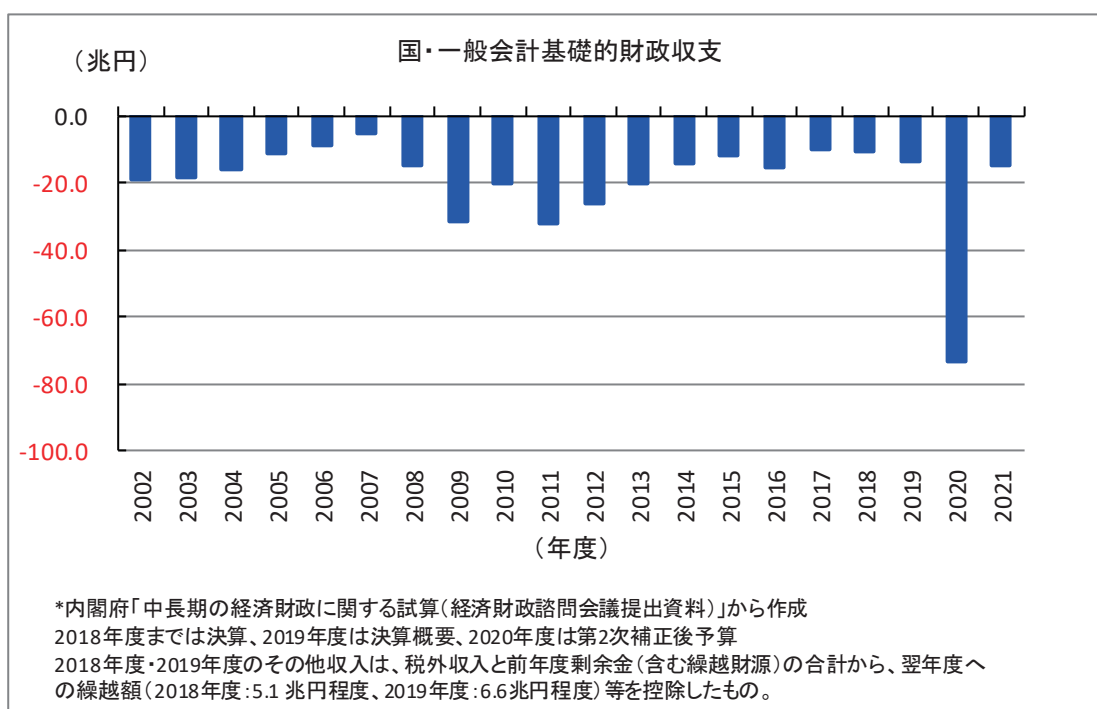
図 2.1.5 国・一般会計 所得税・法人税・消費税収の推移



2.2. 基礎的財政収支

2020年度の補正後予算で、基礎的財政収支対象経費⁶の増加および税収の減少により、国・一般会計の基礎的財政収支（PB：Primary Balance）は大幅に悪化した（図 2.2.1）。

図 2.2.1 国・一般会計基礎的財政収支



⁶ 基礎的財政収支対象経費：税収・税外収入と、国債費（国債の元本返済や利子の支払いにあてられる費用）を除く歳出。

1 基礎的財政収支の黒字化については、「骨太の方針 2006」（経済財政運営
2 と構造改革に関する基本方針）では、「基礎的財政収支の黒字化を達成した後
3 も、債務残高 GDP 比の発散※を止め、安定的に引き下げること確保する」
4 と明記、「骨太の方針 2018」では、2025 年度に国・地方をあわせた基礎的財
5 政収支を黒字化することを目指していた。しかし、直近の「骨太の方針 2020」
6 では、基礎的財政収支への言及は見送られた。

7 ※）債務残高 GDP 比が上昇しつづけること。

8

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006」⁷

今回の歳出・歳入一体改革では、当面 2011 年度に基礎的財政収支の黒字化が
求められているが、それが達成できたとしても、その後、さらに国・地方それぞ
れの債務残高 GDP 比を発散させず、安定的に引き下げることが必要とされてい
る。

9

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2018」⁸

経済再生と財政健全化に着実に取り組み、2025 年度の国・地方を合わせた P
B 黒字化を目指すこととする。同時に債務残高対 GDP 比の安定的な引下げを目
指すことを堅持する。

10

11

12

⁷ <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2006/decision060707.pdf>

⁸ https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf

基礎的財政収支の黒字化は税収増か歳出の削減（あるいはその両方）によって実現される。税収増が見込めない中にある場合は、歳出に占める割合が大きい社会保障費への削減圧力が高まる。

しかし、債務残高 GDP 比で考えると、この縮小は分母である GDP の増加（経済成長）によっても実現される。医療（保健衛生・社会事業に含まれる）は成長産業であり、GDP の上昇に貢献する（図 2.2.2）。逆に医療費の削減は、経済成長を拒み、さらなる税収減を招く。

図 2.2.2 主な経済活動別 GDP の伸び

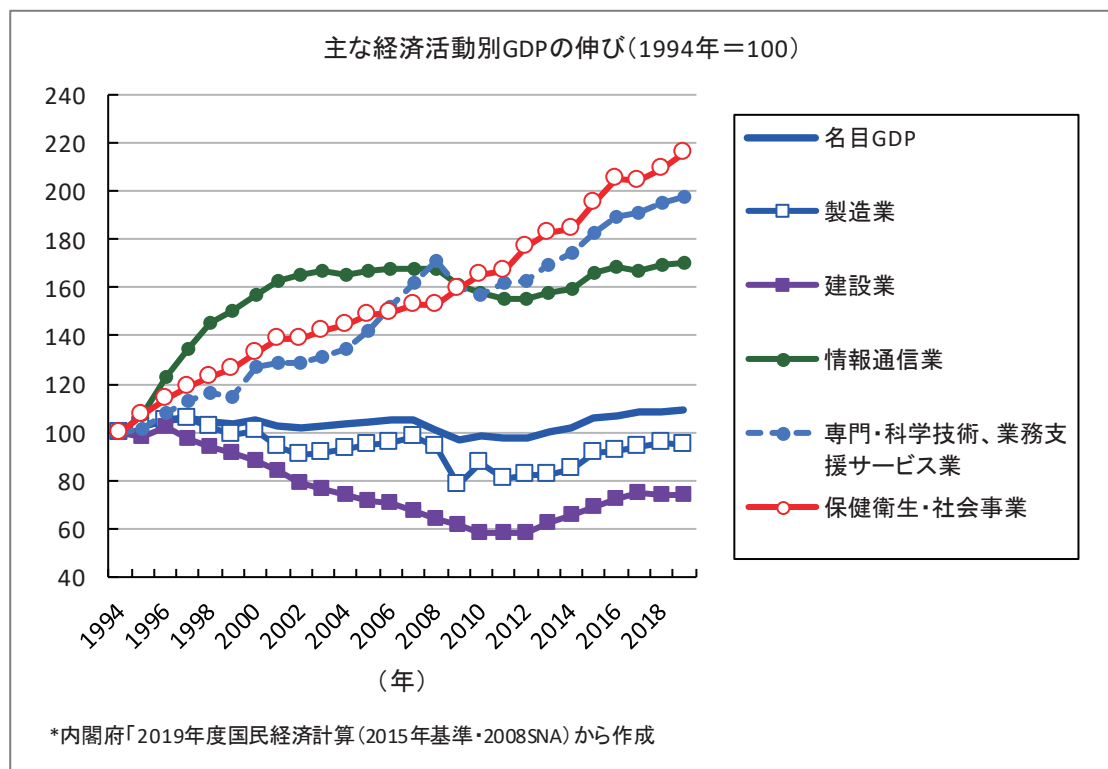


表 2.2.1 骨太の方針等における基礎的財政収支の記載

1976/5/14 S51	昭和50年代前期経済計画	1980年度までのできるだけ早期に特例公債に依存しない財政に復帰する。
1979/9/3 S54	第88回臨時国会における大平内閣総理大臣所信表明演説	1984年度までに特例公債依存から脱却することを基本的な目標として、財政の公債依存体質を改善する。
1983/8/12 S58	1980年代経済社会の展望と指針	1990年度までに特例公債依存体質からの脱却と公債依存度の引下げに努め、財政の対応力の改善を図る。
1997/12/5 H9	財政構造改革の推進に関する特別措置法	2003年度(改正後:2005年度)までに国及び地方公共団体の財政赤字の対国内総生産比100分の3以下とする。一般会計の歳出は2003年度(改正後:2005年度)までに特例公債に係る収入以外の歳入をもってその財源とするものとする。
2002/6/25 H14	経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002	2010年代初頭に国と地方を合わせたプライマリーバランスを黒字化させることを目指す。
2006/7/7 H18	経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006	① 2011年度には国・地方の基礎的財政収支を確実に黒字化する。 ② 基礎的財政収支の黒字化を達成した後も、債務残高GDP比の発散を止め、安定的に引き下げること確保する。
2009/6/23 H21	経済財政改革の基本方針2009	今後10年以内に国・地方のプライマリー・バランス黒字化の確実な達成を目指す。まずは、5年を待たずに国・地方のプライマリー・バランス赤字(景気対策によるものを除く)の対GDP比を少なくとも半減させることを目指す。
2010/6/22 H22	財政運営戦略	① 国・地方及び国単独の基礎的財政収支について、遅くとも2015年度までにその赤字の対GDP比を2010年度の水準から半減し、遅くとも2020年度までに黒字化することを目標とする。 ② 2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させる。
2013/8/8 H25	当面の財政健全化に向けた取組等について ―中期財政計画―	国・地方を合わせた基礎的財政収支について、2015年度までに2010年度に比べ赤字の対GDP比を半減、2020年度までに黒字化、その後の債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指す。
2015/6/30 H27	経済財政運営と改革の基本方針2015	国・地方を合わせた基礎的財政収支について、2020年度までに黒字化、その後の債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指す。
2018/6/15 H30	経済財政運営と改革の基本方針2018	経済財政と財政健全化に着実に取り組み、2025年度の国・地方を合わせたPB黒字化を目指す。同時に債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指すことを堅持する。
2020/7/17 R2	経済財政運営と改革の基本方針2020	基礎的財政収支について言及なし

以下を参考に作成。引用文中の和暦を西暦に転換している。

財務省「日本の財政関係資料(令和2年7月)」

https://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/202007.html

Ⅱ. 財政健全化の必要性と取組 https://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/202007_02.pdf

2.3. 社会保障関係

2020 年度補正予算

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（以下、包括支援交付金）を大きな柱として、第 1 次および第 2 次補正予算では医療用物資の確保と、PCR 検査体制の整備、第 3 次補正予算では、ワクチン接種体制の整備に一定の予算が充てられている。

予備費からは、2020 年 9 月に 1 兆 1,946 億円が支出されている（図 2.3.1）。

このあと、予備費からさらなる病床確保のための緊急支援として、2,693 億円（2020 年 12 月）が支出された。

図 2.3.1 新型コロナウイルス感染症対策予備費による医療機関への支援

新型コロナウイルス感染症対策予備費による医療機関等への更なる支援（概要）

第1次・2次補正による医療機関等支援に加え、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保するため、予備費を活用し、緊急的に更なる支援を行う。（1兆1,946億円）

1. 新型コロナウイルス感染症患者の病床・宿泊療養体制の整備（7,394億円）

- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を増額し、10月以降分の病床や宿泊療養施設を確保するための経費を補助。

2. 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ（1,690億円）

- 新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る診療報酬の更なる特例的引き上げ。
- 緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料等の引き上げ。

3. インフルエンザ流行期への備え（2,170億円）

- ① インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
- ② インフルエンザ流行期に感染症疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援

4. 医療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 10億円

	(億円)
第1次補正予算(各項目の内訳は再掲)	16,371
第1 感染拡大防止策と医療提供体制の整備及び治療薬の開発	6,695
(1) 病床の確保、医療機器導入の支援など医療提供体制の整備	
○ 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(仮称)の創設(医療)	1,490
○ 人工呼吸器の確保	265
○ 重症者増加に備えた人材確保等	4.3
○ 国立病院機構・地域医療推進機構における医療提供体制の整備	65
○ 新型コロナウイルス感染症患者等への支援	188
(2) 治療薬・ワクチンの研究開発	
○ ワクチン・治療法の開発促進等	275
○ 国際連携の強化	161
(3) マスク、消毒用エタノール等の確保など感染拡大防止策	
○ マスク、消毒用エタノール等の物資の確保	1,838
○ 福祉施設における感染症拡大防止策	272
○ 小学校等の臨時休業等に伴う保護者の休暇取得支援	1,673
○ 特別支援学校等の臨時休業に伴う放課後デイサービスへの支援等	123
(4) 水際対策の強化、検査体制の確保等	
○ 検疫所における検疫・検査体制の強化	42
○ 検査体制の確保	49
(5) 情報発信機能の強化と福祉サービスの確保	
○ 新型コロナウイルス感染症に関する相談窓口等の設置、広報の充実	35
○ 福祉サービス提供体制の確保	157
第2 雇用の維持と事業の継続	9,627
(1) 雇用の維持、就職支援等	
○ 雇用調整助成金の特例措置の更なる拡大	8,330
○ 内定取消者の就職支援、求職者支援訓練等の拡充等	156
○ 外国人労働者に係る相談支援体制等の強化	3.7
(2) 生活支援	
○ 国民健康保険料、介護保険料等の減免を行った市町村に対する財政支援	365
○ 個人向け緊急小口資金等の特例貸付の実施	359
○ 住居を失うおそれのある生活委困弱者等への支援の拡充	27
○ 未払賃金立替払の迅速・確実な実施	27
○ 生活支援、包括的支援等に関する相談体制の強化	18
(3) 事業の継続支援	
○ 生活衛生関係し業者への資金繰り支援の拡充等	294
○ 医療・福祉事業者への資金繰りの支援の拡充	41
第3 強靱な経済構造の構築	54
○ 医薬品安定確保のためのげんやくとう設備支援の支援	30
○ 中小企業等におけるテレワーク導入支援	10
令和2年度 厚生労働省補正予算(案)の概要	
https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/20hosei/dl/20hosei.pdf	

	(億円)
第2次補正予算(各項目の内訳は再掲)	49,733
第1 検査体制の充実、感染拡大防止とワクチン・治療薬の開発	2,719
(1)PCR等の検査体制のさらなる強化	
○ 地域外来・検査センターの設置とPCR・抗原検査の実施	366
○ 検査試薬・検査キットの確保	179
○ 抗体検査による感染の実態把握	14
○ 検疫における水際対策の着実な実施	63
(2)新型コロナウイルス感染症に係る情報システムの整備	
○ 感染拡大防止システムの拡充・運用等	13
○ 新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システムの拡充	29
(3)ワクチン・治療薬の開発と早期実用化等	
○ ワクチン・治療薬の開発等	600
○ ワクチンの早期実用化のための体制整備	1,455
第2 ウイルスとの長期戦を戦い抜くための医療・福祉の提供体制の確保	27,179
○ 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の抜本的拡充(医療・介護)	22,370
(再掲)医療	16,279
(再掲)介護・福祉	6,091
○ 医療・福祉事業者への資金繰り支援の拡充	365
○ 医療用物資の確保・医療機関等への配布等	4,379
○ 介護・障害福祉分野における感染拡大防止等への支援	3.3
○ 就労系障害福祉サービスの活性化等福祉サービス提供体制の確保	22
第3 雇用調整助成金の抜本的拡充をはじめとする生活支援	19,835
(1)雇用を守るための支援	
○ 雇用調整助成金の抜本的拡充	7,717
○ 新型コロナウイルス感染症対応休業支援金(仮称)の創設	5,442
○ 失業給付費の確保	2,441
○ 就労支援の強化等	34
○ 障害者就業・生活支援センターにおける就業支援の強化	1.4
○ 外国人労働者に係る相談支援体制等の強化	2.5
○ 公共職業能力開発施設等におけるオンライン訓練推進のための環境整備	24
○ 小学校等の臨時休業等に伴う特別休暇取得制度への支援	50
○ 新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置により休業する妊婦のための助成制度	90
○ 中小企業におけるテレワーク導入支援	33
(2)生活の支援等	
○ 個人向け緊急小口資金等の特例貸付の整備	2,048
○ 生活困窮者等への支援の強化	65
○ 生活困窮者等の住まい対策の推進	99
○ 低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金の支給	1,365
○ 「子ども見守り強化アクションプラン」を踏まえた見守り体制の強化	41
○ 妊産婦等への支援の強化	177
○ 生活衛生関係営業者の資金繰り支援の拡充等	189
厚生労働省「令和2年度 厚生労働省第二次補正予算(案)の概要」	
https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/20hosei/dl/20hosei03.pdf	

	(億円)
第3次補正予算(各項目の内訳は再掲)	47,330
第1 新型コロナウイルス感染症の防止拡大策	25,484
(1) 更なる感染防止対策の支援	
○ 地域の医療提供体制を維持・確保するための医療機関等支援	19,374
・ 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による支援(医療)	11,763
・ 診療・検査医療機関の感染拡大防止策の支援	212
・ 医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援	858
・ 小児科等への支援や新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援に係る診療報酬上の特例的な対応	71
・ 新型コロナウイルスワクチンの接種体制の整備・接種の実施	5,736
○ 医療提供体制構築を支援する医療機関等情報支援システム(G-MIS)の機能拡充等	29
○ 国立病院機構における医療提供体制の整備	93
○ 医療・福祉事業者への資金繰り支援	1,037
○ 新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費の支援	108
○ 健康保険組合等保険者機能の強化	65
○ 医師等国家試験運営事業に係る感染症対策の実施	28
○ 福祉施設における感染拡大防止等への支援	1,459
○ 妊産婦等への支援	46
(2) 検査体制の充実、ワクチン接種体制等の整備	
○ PCR検査及び抗原検査等、検査体制の更なる充実	672
○ 一定の高齢者等に対する検査の取組支援	42
○ ワクチン接種体制等の整備	5,798
○ ワクチン・治療薬の開発・安全性の確保等	1,606
○ 検疫所及び国立感染症研究所の機能強化	584
(3) 情報収集・分析体制等の整備	
○ HER-SYS等感染症対策関係システムの運用・回収等	161
(4) 国際保険等への貢献	
○ 国際機関等を通じた国際貢献の推進	1,050
第2 ポストコロナに向けた経済構造の転換・好循環の実現	21,310
(1) 地域・社会・雇用における民需主導の好循環の実現	
① 雇用就業機会の確保	
○ 雇用調整助成金による雇用維持の取組の支援	14,679
○ 在籍型出向の活用による雇用維持等への支援	56
② 生活の安心の確保	
○ 個人向け緊急小口資金の特例貸付等の各種支援の実施	4,300
○ 生活困窮者自立支援等の機能強化、ひきこもり支援の推進	140億円の内数
○ 自殺防止策に係る相談支援の体制強化	140億円の内数
○ 成年後見制度の利用促進	140億円の内数
○ 国民健康保険料等の減免を行った市町村等に対する財政支援	397
第3 防災・減災、国土強靱化の推進など安全・安心の確保	535
○ 水道施設の対災害性強化対策等	390
○ 医療施設、社会福祉施設等の災害対策	110
○ B型肝炎訴訟の給付金などの支給	34

1 緊急包括支援交付金

2 緊急包括支援交付金は、2020 年度第 1 次補正予算で 1,490 億円、第 2 次
3 で 2 兆 2,370 億円、第 3 次で 1 兆 3,011 億円が確保された（表 2.3.1）。

4 第 2 次補正予算では、「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」が
5 柱のひとつであった。第 3 次の医療分はこの慰労金の分を除けば予算規模と
6 しては第 2 次補正に近い規模である。

7 また、予備費から緊急包括支援交付金に 2 兆円超の支出が決まっており（前
8 述）、緊急包括支援交付金は全体で 4 兆円近い規模になる見込みである。

9

10

1

2

表 2.3.1 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金

(億円)

	第1次	第2次	第3次
新規事業の追加		11,788	
新型コロナウイルス感染症の重点医療機関の体制整備 ・ 重点医療機関のICUの空床確保 301千円		4,728	
新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等における設備整備の支援		30	
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業		2,922	
新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関 の院内感染防止対策 以下の額を上限として実費を補助 ・ 99床以下2000万円、100床以上3000万円、 100床ごとに1000万円を追加 ・ 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入医療機関に対する 上記の額への加算 1000万円		1,518	
医療機関・薬局等における感染症拡大防止等の支援 ・ 病院 200万円＋5万円×病床数 ・ 有床診療所 200万円、無床診療所 100万円 ・ 薬局、訪問看護ステーション、助産所 70万円		2,589	
既存事業の増額		3,000	
一次補正の都道府県負担分(1,490億円)を二次補正において国費で措置		1,490	
計	1,490	16,279	11,763

*厚生労働省「令和2年度厚生労働省第二次補正予算案(参考資料)」から作成

<https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/20hosei/dl/20hosei04.pdf>

第1次、第3次は内訳未公表

3

4

5

2.4. 新型コロナウイルス感染症流行下での医業経営

入院外総件数

入院外総件数は対前年同月比で、2020年7月、8月と小児科で3割以上、耳鼻咽喉科で2割前後減少している（図2.4.1）。2020年3月以降の実績も踏まえてみると、小児科では4月以降連続で入院外総件数が3割前後かそれ以上減少している（表2.4.1）。

図 2.4.1 診療所（有床＋無床）入院外総件数 対前年同月比

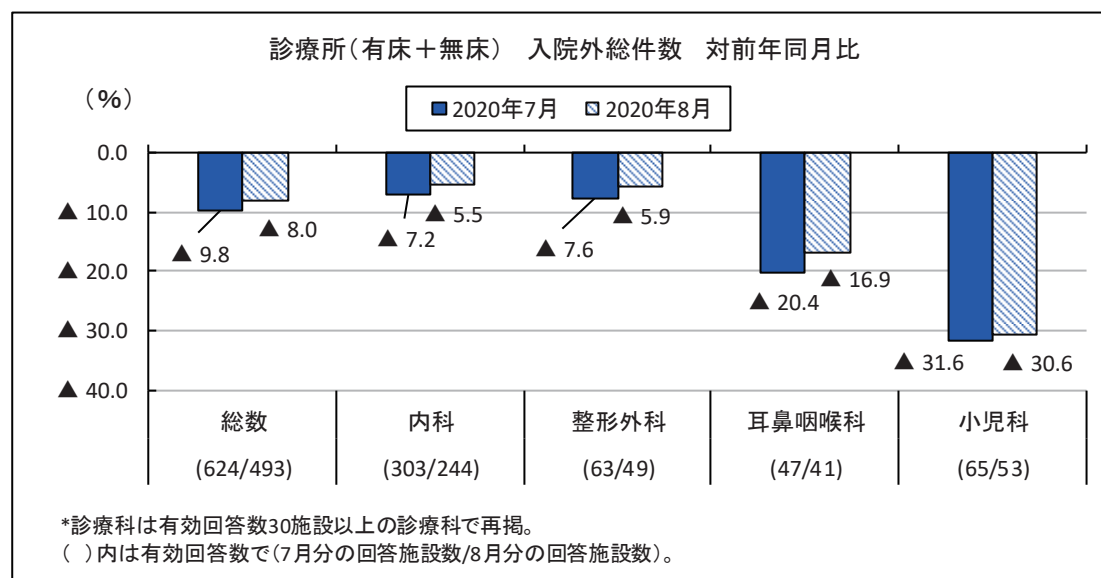


表 2.4.1 診療所（有床＋無床）入院外総件数対前年同月比全国実績

診療所（有床＋無床）入院外総件数 対前年同月比全国実績 (%)					
	2020年				
	3月	4月	5月	6月	7月
内科	▲ 8.0	▲ 13.5	▲ 17.2	▲ 8.9	▲ 8.7
小児科	▲ 22.4	▲ 37.4	▲ 45.1	▲ 32.7	▲ 28.4
外科	▲ 12.2	▲ 17.3	▲ 18.1	▲ 10.5	▲ 12.7
整形外科	▲ 7.5	▲ 17.1	▲ 16.6	▲ 6.6	▲ 6.7
皮膚科	▲ 1.7	▲ 13.2	▲ 5.9	4.9	▲ 5.4
産婦人科	▲ 4.2	▲ 13.2	▲ 12.4	▲ 3.4	▲ 4.4
眼科	▲ 12.9	▲ 26.4	▲ 24.2	▲ 7.4	▲ 6.0
耳鼻咽喉科	▲ 29.2	▲ 39.0	▲ 38.7	▲ 31.1	▲ 22.7

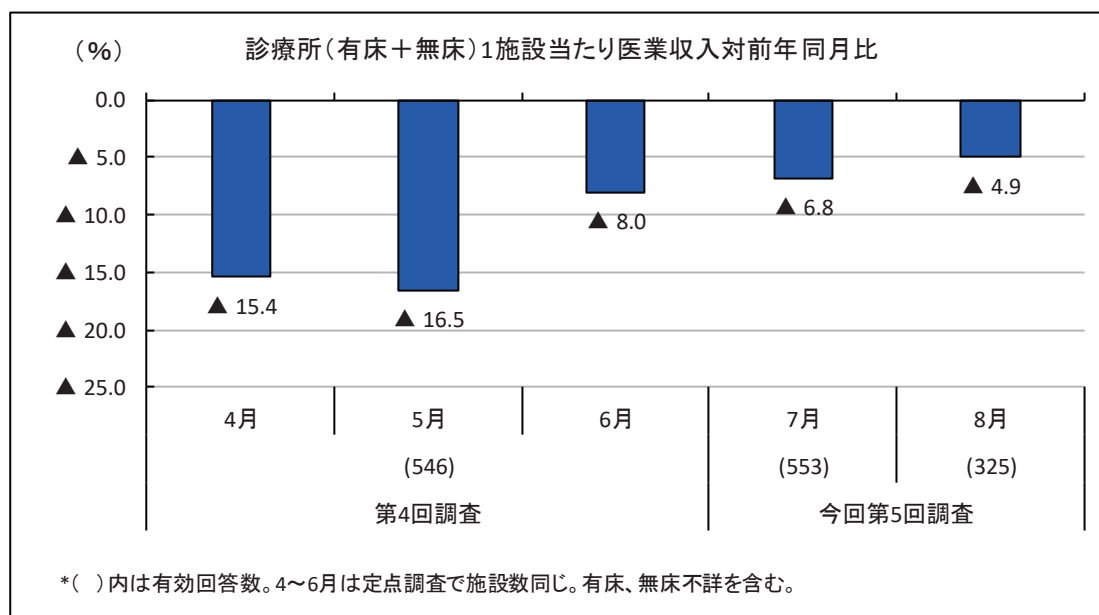
*厚生労働省「概算医療費データベース」から作成

1 1 施設当たり医業収入

2 1 施設当たり医業収入（公的保険外収入を含む）の対前年同月比は、2020
3 年 5 月を底に 6 月に回復したが、7 月、8 月はそれほど改善せず、依然とし
4 て前年同月を下回っている（図 2.4.2）。

5

6 図 2.4.2 診療所（有床＋無床）1 施設当たり医業収入対前年同月比



7

8

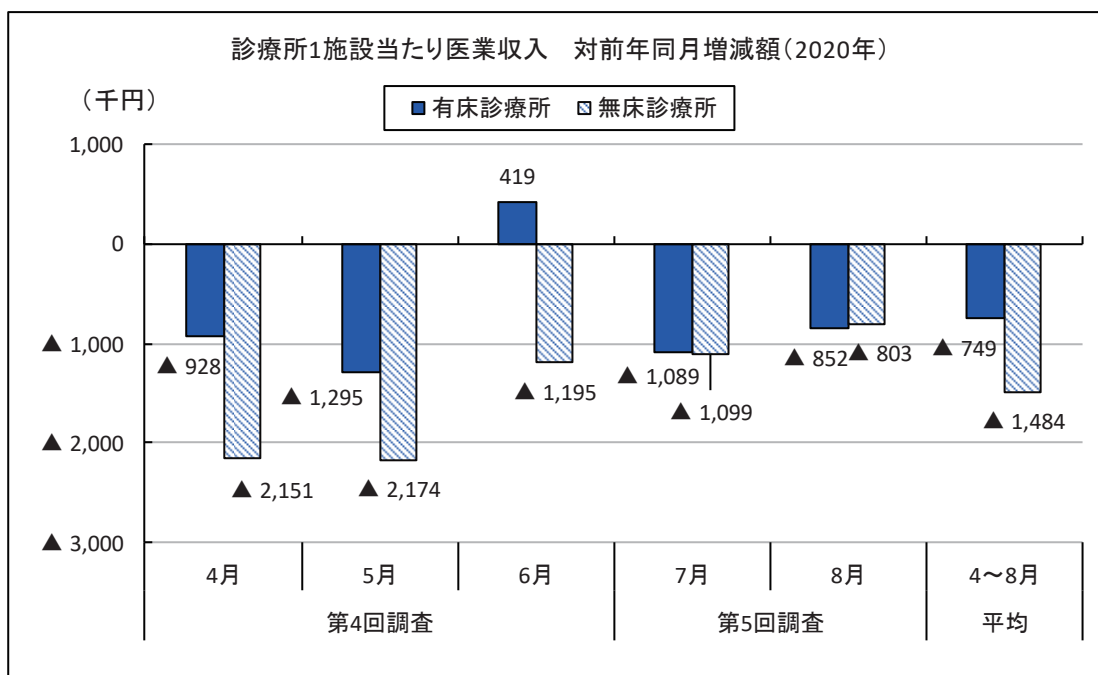
9

10

1 1 施設当たりの医業収入対前年同月増減額は、5月から6月にかけてやや
 2 持ち直したものの、その後、有床診療所は6月にはプラスだったが、7月に
 3 対前年同月増減額がマイナスになり、無床診療所も対前年同月増減額がマイ
 4 ナスのまま改善していない（図 2.4.3）。2020年4～8月平均で、有床診療所
 5 は▲749千円、無床診療所は▲1,484千円の減である。

6

7 図 2.4.3 診療所1施設当たり医業収入 対前年同月増減額（2020年）



8

1施設当たり医業収入対前年同月減収額 有効回答施設数

	4月	5月	6月	7月	8月
有床診療所	63			102	62
無床診療所	482			450	262

*4～6月調査は定点で実施

9

10

11

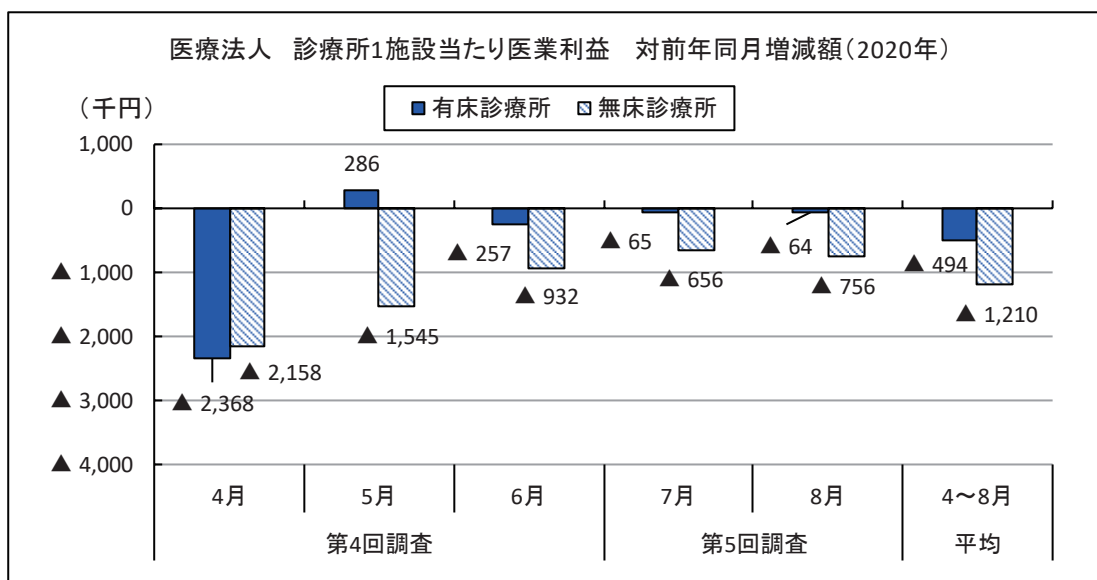
12

1 1 施設当たり医業利益

2 医療法人では有床診療所の5月を除き、対前年同月の減益がつづいている。
 3 2020年4～8月の平均増減額は有床診療所▲494千円、無床診療所▲1,210
 4 千円である（図2.4.4）。

5

6 図2.4.4 医療法人 診療所1施設当たり医業利益 対前年同月増減額



7

8

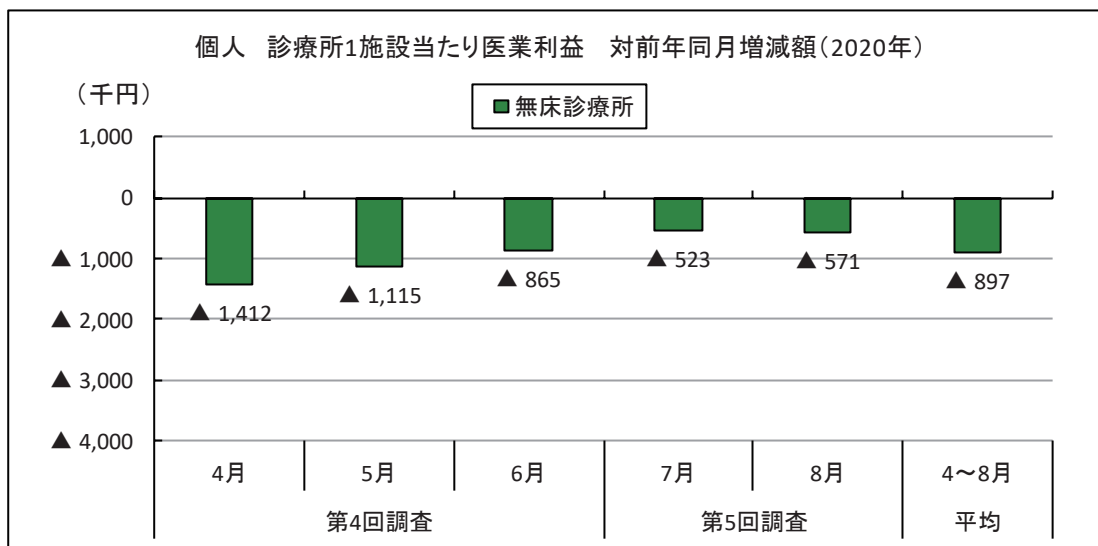
9

10

1 個人でも無床診療所では対前年同月の減益がつづいている。2020 年 4～8
 2 月の平均増減額は無床診療所▲897 千円である（図 2.4.5）。

3

4 図 2.4.5 個人 診療所 1 施設当たり医業利益 対前年同月増減額



5

6

1施設当たり医業利益対前年同月減収額 有効回答施設数

		4月	5月	6月	7月	8月
医療法人	有床	52			94	56
	無床	277			301	185
個人	無床	150			145	74

7

*4～6月調査は定点で実施。個人有床は有効回答数が10施設未満のため非表示。

8

9

1 まとめ

2 2020 年 4～8 月平均での無床診療所の 1 施設当たり医業収入対前年同月増
3 減額は、月平均▲1,484 千円である。また同時期の無床診療所（医療法人）
4 の 1 施設当たり医業利益対前年同月増減額は、月平均▲1,210 千円である。

5 感染拡大防止等を行った診療所向けに新型コロナ緊急包括支援交付金（上
6 限：有床診療所 2,000 千円、無床診療所 1,000 千円）がある。しかし、何ら
7 かの出費に対する補助であり、医業利益には貢献しない。

8 また、発熱外来診療体制を確保した診療所にも補助金があるが、補助額は
9 未知数である。

10 診療報酬では院内トリアージ実施料（300 点／回）の対象が広がり、電話
11 等再診で医学管理料が算定できるようになったが、それも含めて依然として
12 医業収入の前年同月減収がつづいている。

13 全体的に追加的な財政支援を行うとともに、特に小児科および耳鼻咽喉科
14 には集中的な支援が求められる。

15

16 注）補助金等は 2020 年度第 2 次補正予算までのもの。

17

18

19

1 3. オンライン診療

2

3 3.1. 日本医師会のスタンス

4

5 日本医師会は、ICT、デジタル技術など技術革新の成果をもって、医療の
6 安全性、有効性、生産性を高める方向を目指す。

7 オンライン診療については、解決困難な要因によって、医療機関へのアク
8 セスが制限されている場合、オンライン診療で補完していくことを支援する。

9 新型コロナウイルス感染症拡大下でのオンライン診療にかかる時限的・特
10 例的対応については、すでに検討会で検証が行われつつあるので、その結果
11 をしっかりと踏まえることを要請する。

12

日本医師会の基本スタンス

- ICT、デジタル技術など技術革新の成果をもって、医療の安全性、有効性、生産性を高める方向を目指す。
- オンライン診療については、解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合、オンライン診療で補完していくことを支援する。
- 新型コロナウイルス感染症拡大下でのオンライン診療にかかる時限的・特例的対応については、すでに検討会で検証が行われつつあるので、その結果をしっかりと踏まえることを要請する。

13

14

15

16

17

18

3.1.1. オンライン診療について

1.定期的な医学管理を行っている患者に対して、かかりつけ医の判断により、オンライン診療を適切に組み合わせる。

解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合（へき地・離島、医療資源の少ない地域、難病・小児慢性疾患、在宅医療、出産前後の一定期間等）。特に在宅医療では、対面診療で把握しきれない療養環境を確認することが、今後の治療に有効であるケースもある。

2.受診歴のある広い意味でのかかりつけの患者に対しては、対面診療と同等以上の安全性・信頼性が確認される場合に、医師の判断により、一時的にオンライン診療で補完する。

新型コロナウイルス感染症下での時限的・特例的対応では、対面診療における新型コロナウイルス感染症への感染に比べて安全性が高いとされ解禁されたが、時限的・特例的対応終了後は、平時の対面診療における安全性・信頼性との比較検証が必要。

3.受診歴がなく、かつかかりつけ医からの情報提供もない「新患」は不可。ただし明確な判断基準の策定・合意の下で可とするケースもあり得る。たとえば、現状、以下のケースで認められている。

- ・ 禁煙外来が「定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合であって、治療によるリスクが極めて低い」（オンライン診療指針）として該当。
- ・ また、緊急避妊に係る診療について、地理的要因がある場合で、対面診療が困難であると判断した場合、研修を受講した医師が初診から診療可能。

1
2 4.自由診療は、「オンライン診療指針」あるいは別の規定により厳格な運用
3 が必要。
4 診療報酬は施設基準、算定要件が課されているが、自由診療にはそれに
5 相当する規制がない。また、自由診療は、緊急性・必要性に鑑みて初診オ
6 ンライン診療を行う必要性はきわめて低い。
7
8 5.上記にオンライン服薬指導を組み合わせるか否かは別途個別に判断する。
9
10

3.1.2. オンライン診療を行うための環境整備

かかりつけ医の不安を取り除き、支援する環境整備が必要である。

1.医療訴訟の不安

患者と医師のしっかりとした信頼関係が必ずしも十分でないケースにおいて、対面診療に比べて情報が少ない中で、必ずしも適切な診断に至らず、医療訴訟につながりやすくなるのではないかと不安がある。一定の考え方を示す必要がある。

2.医師のプライバシー流出の不安

オンライン診療の動画を、SNS に無断でアップされることを防ぎようがないという不安がある（すでに女性医師が実際に被害にあっているとの指摘がある）。したがって、医師のプライバシーも配慮される必要がある。

なお、医師については、日本医師会が、オンライン診療を行う医師の倫理指針をあらためて策定する予定である。

3.オンライン診療システム利活用への不安

情報システム機器やソフトに疎く、高額なサービスや過剰なサービスの契約に追い込まれるケースや、IT に不慣れなケースがある。日本医師会としても情報提供や研修を行う予定だが、業界の協力も不可欠である。

3.1.3. オンライン健康相談

1.現在、民間業者を主体にサービスが提供されている。国としての定義の明確化、国としてのガイドラインの策定、業界ガイドラインの策定が必要。

ガイドラインは、医療関係者（医師会、学会）、患者（患者団体）等の参画を得て作成する。最低限、適切な受診勧奨の方法（ただし特定の医師・医療機関への誘導は認められない）、対応者の教育・研修を含む質の担保は必須。業界ガイドラインは事後検証の自己点検になりがちであるので、医療関係者（医師会、学会）、患者（患者団体）等による第三者評価を行う。

2.かかりつけ医が診察とは別に、オンライン健康相談を実施できることを明確化する。

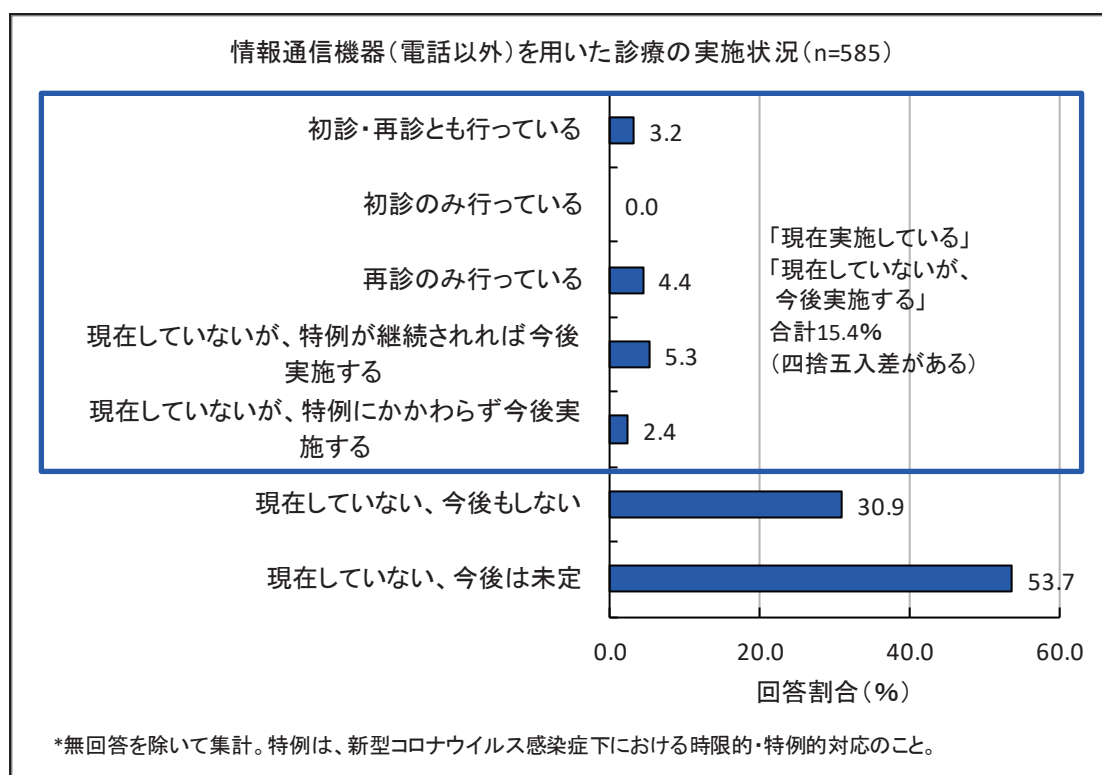
たとえば、一連の診察が終了した後、別日に健康相談だけ行うケースが想定される（自由料金）。混合診療に当たらないことを確認する。

3.2. 情報通信機器を用いた診療の現状

日本医師会は、2020年9～10月に新型コロナウイルス感染症の拡大が医療機関経営に与える影響を把握するために行ったアンケート調査の任意回答項目として、オンライン診療等⁹の実施状況および評価について質問した。

情報通信機器（電話以外）を用いたオンライン診療を実施する診療所は、今後実施予定を含めても15.4%にとどまった。しかし、「現在実施していない、今後は未定」が53.7%あり、状況次第では、診療所の半数以上が新たにオンライン診療に参入する可能性がある（図3.2.1）。

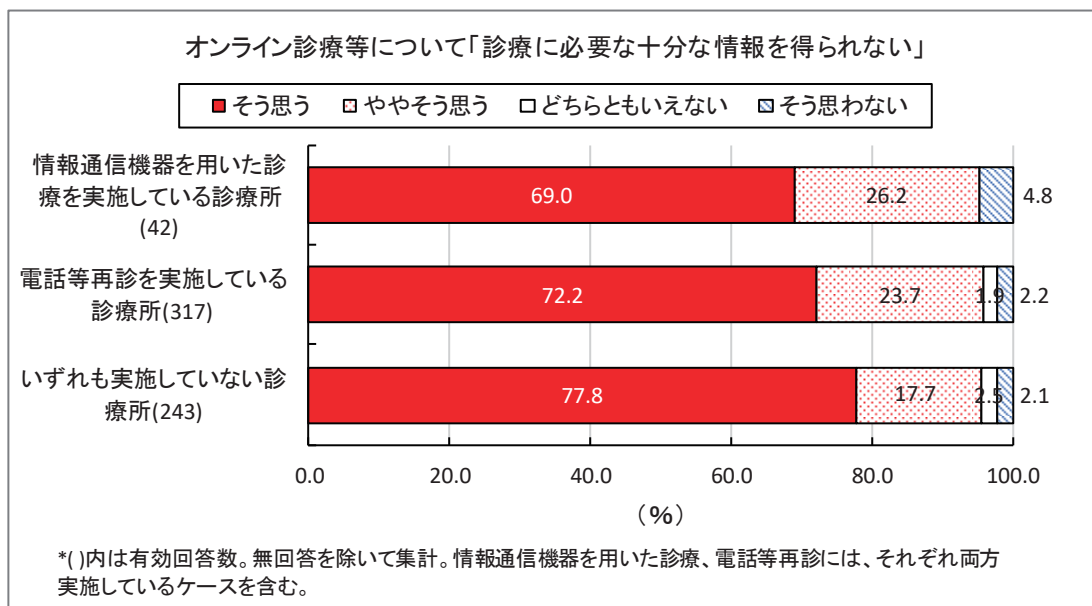
図 3.2.1 情報通信機器（電話以外）を用いた診療の実施状況



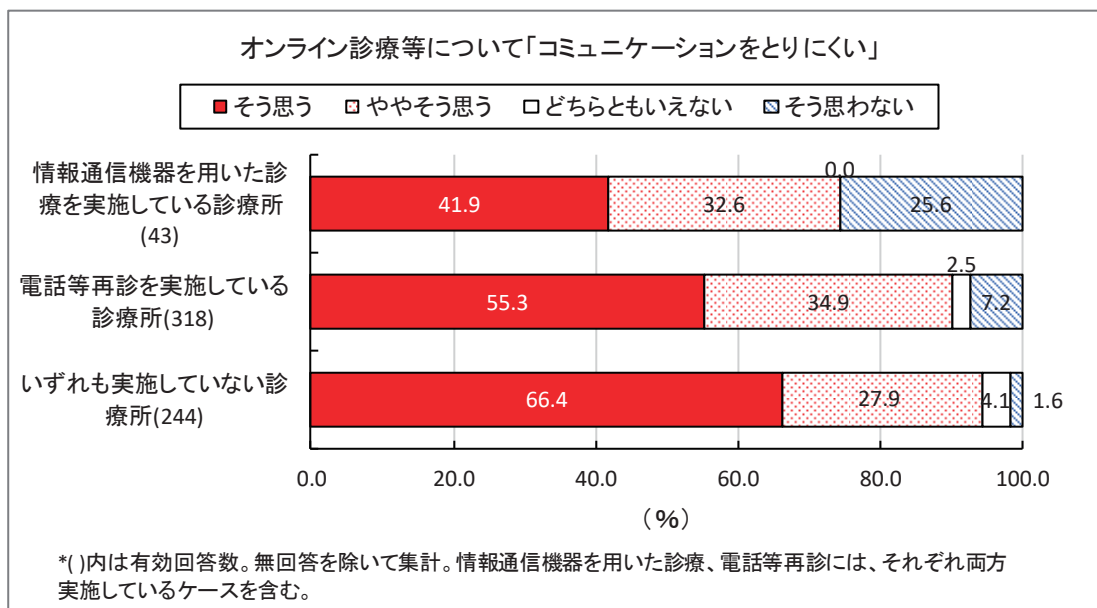
⁹ 本稿では、電話以外の情報通信機器を用いた診療は「オンライン診療」、電話および情報通信機器を用いた診療をあわせて「オンライン診療等」と呼ぶ。

1 現在、オンライン診療を実施する診療所は、そうでないところに比べて、
 2 オンライン診療等について肯定的な意見が多いが、それでも不安のほうが多
 3 い。

4
 5 図 3.2.2 オンライン診療等について「診療に必要な十分な情報を得られない」



6
 7
 8 図 3.2.3 オンライン診療等について「コミュニケーションをとりにくい」



1 オンライン診療等における医療の質の確保については、全体的に不安感が
2 強い。患者の多くが高齢者であり、情報通信機器を使いこなすことができな
3 いという意見や、医療安全への不安、導入コストが高いという意見もあった。
4 また、オンライン診療は予約制であるが、その時間までに、対面の通院患者
5 の診療が終わるとは限らず、対面診療とオンライン診療を組み合わせで実施
6 することの難しさもうかがえた。

7

8 現在、政府は、オンライン診療等の拡大を意図しているが、オンライン診
9 療等を取り巻く課題（医療の質、情報通信システム、医療安全、コスト等）
10 を解決できる場合にのみを対象にすべきである。

11

12

1 表 3.2.1 オンライン診療（電話以外）についてのコメント

2 自由記述から一部抜粋

肯定的評価（一部でも肯定的な記述があるものを含む）

- ・ 新型コロナウイルス感染症のみならず、今後の新興感染症に対して、非接触性医療は今後有用になる場面があると思われる。診療報酬点数が低すぎると普及に支障をきたす。
- ・ コロナ感染症蔓延状況下においては有用な方法と考えるが、触診・処置ができないことに不安を感じる。
- ・ 移動が困難な患者さん、医療機関のない地域（離島など）の患者さんにはメリットだと思います。医療の質の担保が難しいので、その運用は、発熱外来や慢性疾患の安定期に限る必要があると考えます。医師会としては「反対」ではなく、医療の質の担保ができない部分は患者さんの自己責任とするなら、積極的に賛成したいというスタンスが良いのではと思考しています。
- ・ 患者さんの状態把握が十分にできない可能性があるが、院内での感染予防や遠方から受診する手間暇を考えれば有効な手段である。疾患の種類や重症度、年齢を考慮すれば有効な方法となりうる。

医療の質

- ・ 患者さんの表情 仕草 雰囲気などが感じにくく、画一的な診療になりそう。患者さんとの信頼関係の構築が難しく、トラブルが起きやすいのではないかな。
- ・ 診療行為というのは人と人との究極のコミュニケーションであり、電話や情報通信機器を用いた診療では不十分なコミュニケーションしか取れない以上、対面診療の代替手段にはなり得ないと考える。身体診察も必須。
- ・ 診察は視診から始まるが、単に診ているのではなく、医者は患者さんが出すマイクログジェスチャーも視診で感得している。デバイスを通した視診では様々なシグナルをとらえられない可能性が高い。つまりファーストインプレッションで如何に多くの情報を獲得できるが、患者さんにリスク回避させられるのかの別れ道になる。現状の技術では実物を視る以外に方法はない。
- ・ 理学的所見が得られない。顔色など視診の質がモニターや通信環境で左右される。
- ・ 診療の基本である聴診、触診が抜けるため病態変化に気づくのに遅れる可能性があり不安がある。
- ・ 情報通信機器を用いた診療は、医療の質を低下させ疾病の早期発見予防が困難になり、患者の不利益につながると思われる。
- ・ お会いしたことのない患者にオンライン診療で診断し薬を処方する自信がない。

診療報酬・コスト

- ・ 診療報酬が不十分
- ・ 耳鼻科疾患にはオンライン診療料を算定できる疾患がない
- ・ 設備を整備するための資金が必要
- ・ 初期費用がかかり、具体的にどうすれば良いのかわからない。
- ・ イニシャルコストが高い。システムを理解して使うまでに時間もかかる。
- ・ 現状では初期投資に見合う収入は得られず、効率も悪い。アプリ使用のため支払もある。
- ・ あくまで補完的なものでメインの方法にはなりえない。ましてや、業者への支払が発生するので、推進するのであれば業者との癒着がないことを明白にする必要があるのではないかな。
- ・ 導入のハードルが高く、費用対効果が得られない印象がある。利用対象者が少ない。

3

情報通信機器、システム

- ・ 患者の大半は高齢者の為、情報通信機器を使用するのは現実的ではない。意思の疎通も難しい。
- ・ 高齢者が多いので情報通信機器を使えない患者さんが多い。
- ・ 高齢化の進む地域なため、医療とつながるメリットはあるが、患者側のハード面（PC、タブレット通信環境等）での整備が難しい。
- ・ 自院の体制（診療）では対応できない。使用する自信がない。（機器を使いこなせる自信がない）
そもそも高齢患者が使いこなす事は困難と思われる。

会計

- ・ 費用負担の面。本人確認は大丈夫か。窓口負担分は回収できるのか。
- ・ 会計が確実に徴収できるか不安あり
- ・ 医師・患者ともに診療内容に安全性が確保されていない。なりすまし、録画、支払いについてはリスクがあると思われます。

医療安全

- ・ デメリット：録音、録画されているのではないかと心配。
- ・ 個人情報漏れはないか、誤診がないか不安。
- ・ 誤診をした場合の過失減免はあるのか否か
- ・ 見落としがあった時の責任の所在。
- ・ 診療代の徴収、診断ミスによる訴訟

その他

- ・ 患者の状態や診療内容によって、診療時間が一定でない中、オンライン診療予約時間による制約を受けてしまわないか。
接続待ちをしている側には、院内の状況がわからないので予定時間通りにいかないことへの理解がえられるか。
- ・ 診療時間を打ち合わせて予定に入れないといけない。（予定通りにいかない）
（外来患者も診なくてははいけない）
- ・ 患者のなりすましや保険証の偽造が通信機器では判別しにくい。
保険証の偽造があった場合、責任の所在はどこにあるのか。
- ・ 患者のなりすましや不正受給に使用される

1

2

3

4

5

4. 全世代型社会保障改革の最終報告について

4.1. 後期高齢者の自己負担割合の在り方について

「全世代型社会保障改革の方針」（2020 年 12 月 15 日），5 頁

後期高齢者（75 歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が 28 万円以上（所得上位 30%）かつ年収 200 万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が 320 万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を 2 割とし、それ以外の方は 1 割とする。

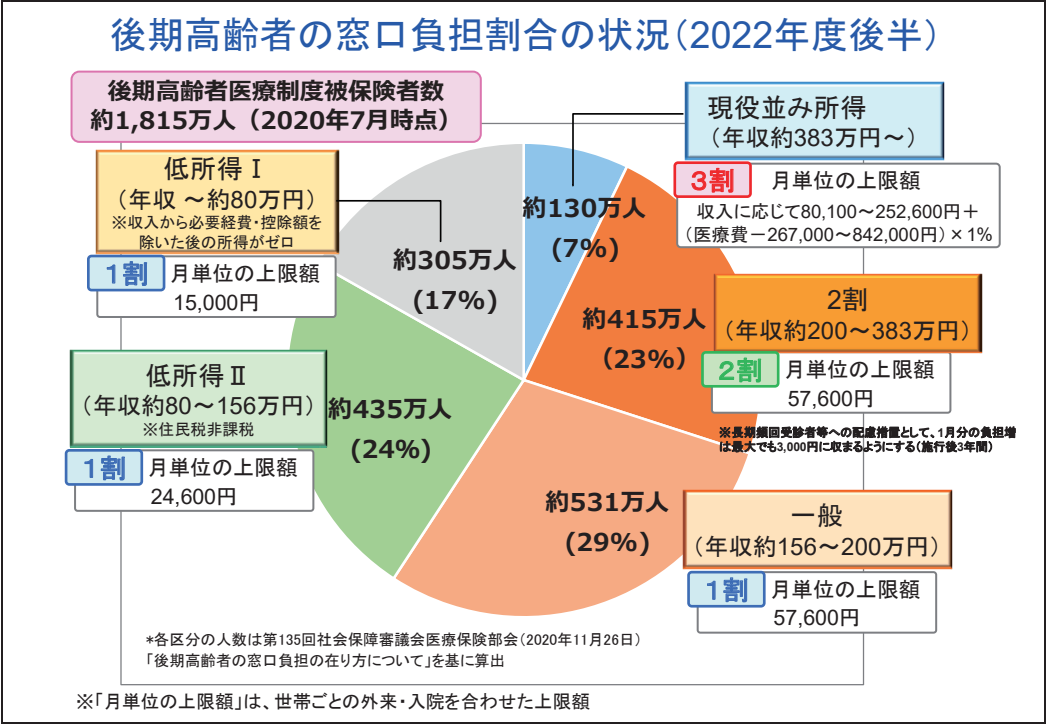
【日本医師会の考え方】

- 後期高齢者の自己負担の割合のあり方について丁寧に議論していくことを求め続けた結果、11 月 19 日に開催された社会保障審議会医療保険部会に厚生労働省から 5 つの所得基準案が示され、その後鋭意議論がなされた。
- 2 割負担となる対象者の範囲を狭めるよう求めてきた日本医師会の思いとは乖離がある。多くの疾患を持つ高齢者の受診が費用負担の面から抑制されることがないように工夫するなど、高齢者の負担に配慮した仕組みとなるよう引き続き要望する。
- 2 割に増えた患者負担分が医療機関の収入にはならないことを国が責任を持って国民に丁寧に説明し、周知して欲しい。

1
2

3
4
5

図 4.1.1 後期高齢者の窓口負担割合の状況（2022 年度後半）



4.2. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

「全世代型社会保障改革の方針」（2020 年 12 月 15 日），6 頁

医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象範囲を拡大する。また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000 円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

【日本医師会の考え方】

- 今後、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」については、厚生労働省の審議会等で議論される際に、病院団体ともしっかり連携し、地域医療に混乱を来さないように取り組んでいく。
- 再診時の定額負担の徴収が極めて少ないことから、再診時の定額負担を強化すべきと主張してきたが、その実効性を担保することを求めたい。

1 4.3. 不妊治療への保険適用等

2

3 「全世代型社会保障改革の方針」(2020 年 12 月 15 日), 3 頁

4 令和 3 年度 (2021 年度) 中に詳細を決定し、令和 4 年度 (2022 年度)

5 当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの

6 作業を進める。

7

8 【日本医師会の考え方】

- 9 ● 来年夏頃までに学会のガイドライン完成後に行われる中医協での議論に
- 10 向けて、今後しっかりと検討していく。

