

## 参議院常任委員会調査室・特別調査室

論題	令和3年厚生労働分野の主要政策課題
著者 / 所属	新井 賢治 / 厚生労働委員会調査室
雑誌名 / ISSN	立法と調査 / 0915-1338
編集・発行	参議院事務局企画調整室
通号	432号
刊行日	2021-2-19
頁	95-110
URL	<a href="https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/ripou_chousa/backnumber/20210219.html">https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/ripou_chousa/backnumber/20210219.html</a>

※ 本文中の意見にわたる部分は、執筆者個人の見解です。

※ 本稿を転載する場合には、事前に参議院事務局企画調整室までご連絡ください (TEL 03-3581-3111 (内線 75020) / 03-5521-7686 (直通))。

# 令和3年厚生労働分野の主要政策課題

新井 賢治

(厚生労働委員会調査室)

1. はじめに
2. 新型コロナウイルス感染症対策
  - (1) 医療提供体制
  - (2) 検査体制
  - (3) ワクチン接種
  - (4) 雇用
  - (5) 感染症法等の改正
3. 提出法律案に係る事項
  - (1) 医師の働き方改革等
  - (2) 医療保険改革等
  - (3) 男性の育児休業の取得促進
  - (4) 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等
4. その他
  - (1) 不妊治療への保険適用等
  - (2) オンライン診療

## 1. はじめに

令和2年年初から新型コロナウイルス感染症が拡大する中、政府の喫緊の課題は感染症対策であった。医療提供体制の確保、PCR等検査体制、雇用対策等に加え、国民へのワクチン接種も直面する大きな課題である。同時に医師の働き方改革や高齢者の医療の窓口負担などの課題への対応も迫られている。

本稿では、新型コロナウイルス感染症対策及び第204回国会に関係法案が提出され、又は提出が予定されている事項並びに菅内閣の下で打ち出された不妊治療への保険適用及びオンライン診療に絞って内容等を紹介する。

## 2. 新型コロナウイルス感染症対策

### (1) 医療提供体制

令和2年の年末を迎えても感染拡大に歯止めがかからず、令和3年1月7日に埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県に、また1月13日には栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県に緊急事態宣言が発出された。この感染拡大局面において、必要な医療が提供できない「医療崩壊」への懸念が医療関係者を中心に表明され、日本医師会等医療9団体は令和2年12月21日、「医療緊急事態宣言」を出し、国民に対して徹底した感染防止を訴えた。

令和3年1月27日現在、新型コロナウイルス感染症患者の確保病床数は全国で27,895床（うち重症者向け確保病床数は3,620床）である<sup>1</sup>。1月26日現在、39都道府県において確保想定病床の使用率が20%以上に達しており、うち15都府県は50%以上に達している<sup>2</sup>。政府は、更なる病床確保のための入院受入医療機関への緊急支援として、令和2年度予備費により、新型コロナウイルス感染症患者等の受入病床を割り当てられている医療機関に対し1床当たり最大1,950万円の補助を行うこととしている<sup>3</sup>。

また、病床ひっ迫の要因として、重症者の病状が回復した後に転院先が確保できず病床が空かないという問題も指摘されている。さらに、新型コロナウイルス感染症患者の受入可能医療機関を設立主体別に見ると公立・公的等医療機関に比べて民間医療機関の割合が低いことも注目された<sup>4</sup>。こうしたことを背景に、主に重症者、中等症者等を公立・公的等医療機関が担い、主に回復者や新型コロナウイルス感染症以外の疾病について民間医療機関が担うという役割分担の動きも見られる。政府は、新型コロナウイルス感染症からの回復患者を受け入れた医療機関の診療報酬を引き上げるなど<sup>5</sup>、回復患者の転院支援と後方支援病床の確保を図っている。また、日本医師会と病院団体<sup>6</sup>は令和3年1月20日に新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議を開催し、退院基準<sup>7</sup>を満たした患者の中小

<sup>1</sup> 確保病床は、「いずれかのフェーズにおいて、空床にしておく、あるいはすぐさまその病床で療養している患者を転床させる等により、新型コロナウイルス感染症患者の発生・受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことについて医療機関と調整している病床」。厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」（令和3年1月27日0時時点）

<sup>2</sup> 厚生労働省「都道府県の医療提供体制等の状況（医療提供体制・監視体制・感染の状況）」（令和3年1月29日更新）。なお確保想定病床使用率20%以上は新型コロナウイルス感染症対策分科会が示している感染状況ステージⅢの指標、同50%以上は感染状況ステージⅣの指標。

<sup>3</sup> 新型コロナウイルス感染症対応を行う医療従事者の人件費及び院内等での感染拡大防止等に要する費用が対象。補助基準額は重症者病床数×1,500万円、その他病床数×450万円等。なお緊急事態宣言が発出された都道府県においては450万円が加算される。

<sup>4</sup> 公立73%、公的等（日本赤十字社等）84%、民間30%。対象医療機関は、G-MIS（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）で令和3年1月10日までに報告のあった医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,297医療機関）。厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000726034.pdf>>（以下、本稿におけるURLの最終アクセス日は令和3年1月31日である。）

<sup>5</sup> 令和2年12月15日から、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げることとした。また、令和3年1月22日から、救急医療管理加算1（950点）を90日を限度として別個に算定できることとした。

<sup>6</sup> 日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会

<sup>7</sup> 有症者の場合、「発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合」又は「症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔を明け、2回のPCR検査で陰性を確認できれば」退院可能。無症状病原

病院での受入等について検討を進めることとした。

新型コロナウイルス感染症が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（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上の指定感染症として位置付けられて以降、都道府県知事は感染症法に基づき患者等に対し入院勧告・措置ができることとされている。しかし季節性インフルエンザの流行も見据えて医療資源を重症化リスクのある者に重点化していく観点から、政府は令和2年10月に政令を改正し<sup>8</sup>、入院の対象とする患者等を「65歳以上の者、呼吸器疾患を有する者その他の厚生労働省令で定める者<sup>9</sup>及びこれら以外の者であって当該感染症のまん延を防止するため必要な事項として厚生労働省令で定める事項を守ることに同意しないもの」に限り、入院の対象を明確化した。

他方、無症状病原体保有者及び軽症患者で入院が必要な状態ではないと判断される者については宿泊療養又は自宅療養を求めることとされているが、自宅療養の患者や入院調整の自宅待機者等が死亡する事例が令和2年12月以降12都府県で29人に上っていることが明らかになった<sup>10</sup>。自宅療養の場合、保健所が電話等情報通信機器を用いて遠隔で定期的に患者の健康状態を把握するとともに、患者からの相談を受ける体制及び患者の症状が悪化した際に速やかに適切な医療機関を受診できる体制を構築してフォローすることとされているものの、保健所業務のひっ迫等により適切なフォローを行うことが困難な状況も生じている。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は自宅療養中に死亡した事例について調査を行うとしている<sup>11</sup>。

## （2）検査体制

PCR検査については当初、検査能力の少なさが問題とされたが、令和3年1月26日現在の最大能力は1日当たり約14万件と拡大している<sup>12</sup>。一方で、医師に検査が必要と判断されても差別や就労への影響を心配してPCR検査を拒否する事例も増えている<sup>13</sup>。新型コロナウイルス感染症対策分科会も「感染の可能性を自覚しながらも、何らかの理由で検査を受けない又は報告が遅れる事例が増えはじめている。また、その結果として、家族などへの二次感染に至る事例が見られる。」と懸念を示している<sup>14</sup>。

---

体保有者の場合、「検体採取日から10日間経過した場合」又は「検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあけ、2回のPCR検査陰性を確認できれば」退院可能。

<sup>8</sup> 「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令の一部を改正する政令」（令2.10.14政令第310号）

<sup>9</sup> 65歳以上の者、呼吸器疾患を有する者のほか、「腎臓疾患、心臓疾患、血管疾患、糖尿病、高血圧症、肥満その他の事由により臓器等の機能が低下しているおそれがあると認められる者」、「妊婦」、「現に新型コロナウイルス感染症の症状を呈する者であって、当該症状が重度又は中等度であるもの」、「新型コロナウイルス感染症の症状等を総合的に勘案して医師が入院させる必要があると認める者」等。「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令第3条において準用する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19条第1項の厚生労働省令で定める者等を定める省令」（令2.10.14厚生労働省令第172号）

<sup>10</sup> 田村厚生労働大臣の答弁。第204回国会参議院予算委員会会議録第1号（令3.1.27）

<sup>11</sup> 『読売新聞』（令3.1.28）

<sup>12</sup> 厚生労働省ウェブサイト「国内の発生状況」〈[https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2\\_1](https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1)〉

<sup>13</sup> 『産経新聞』（令2.11.28）

<sup>14</sup> 新型コロナウイルス感染症対策分科会「私たちの考え—分科会から政府への提言—」（令2.11.20）

また、最近全額自己負担によりPCR検査等を行う施設が増え、移動の際の陰性証明等に活用されてきていることについては、検査と結果の通知のみが行われてその後のフォローが行われないと陽性であっても医療機関の受診に必ずしも結びつかず、結果として市中感染が広まってしまふことが懸念されている<sup>15</sup>。

なお、厚生労働省は令和3年1月22日、医療機関・高齢者施設等において幅広く検査を実施する場合の検査法として、複数の検体を混合して同時にPCR検査等を実施する検体プール検査法及び無症状者に対する抗原簡易キットの使用の二つを行政検査として新たに実施可能とする通知を発出した<sup>16</sup>。厚生労働省はプール方式を行政検査に導入することについて消極的であったが、世田谷区など地方自治体からの要望もあり実現した。

水際対策については2月3日現在、国籍を問わず日本への入国に際し、出国前72時間以内の検査証明書を提出する必要があること、また、検疫所へ14日間の公共交通機関の不利用、自宅等での待機、位置情報の保存、接触確認アプリの導入等について「誓約書」の提出が求められている<sup>17</sup>。

### (3) ワクチン接種

厚生労働省は令和3年1月20日、ファイザー社との間で年内に約1億4,400万回分(約7,200万人分)の新型コロナウイルスワクチンの供給を受ける契約を締結した。同ワクチンについては令和2年10月から国内治験が実施され、12月18日に承認申請が行われている。このほか、アストラゼネカ社・オックスフォード大学のワクチンについては令和3年初頭から1億2,000万回分(6,000万人分)のワクチンの供給(うち約3,000万回分については第1四半期中に供給)を受ける契約を、モデルナ社のワクチンについては5,000万回分(2,500万人分)(うち令和3年上半年に4,000万回分、第3四半期に1,000万回分)のワクチンの供給を受ける契約をそれぞれ締結している。

ワクチンの接種については、予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律(令和2年法律第75号)により予防接種法の臨時接種に関する特例を設け、厚生労働大臣の指示の下、都道府県の協力により、市町村において実施することとされた。接種費用は全額国費である。国・都道府県・市町村はワクチン等の割当量を調整し、卸業者は割当量に基づき各医

---

<sup>15</sup> 厚生労働省は、自費検査を実施する検査機関が特に留意すべき事項の一つとして、「医師による診断を伴わない検査を提供する検査機関においては、あらかじめ提携医療機関を決めておき、被検者本人の同意を得た上で、検査結果が陽性となった者については、速やかに提携医療機関等に検査結果を連絡し、検査機関または提携医療機関等から被検者本人に対して、受診を推奨してください。提携医療機関がない場合には、利用者に受診相談センターまたは医療機関に相談するよう促してください。併せて、医療機関等への相談の結果、医療機関等で再度検査が必要になる場合があることも伝えてください。」としている。厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症に関する自費検査を実施する検査機関が情報提供すべき事項の周知および協力依頼について」「別添2 自費検査を実施する検査機関が特に留意すべき事項」(令2.11.24事務連絡)

<sup>16</sup> 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「医療機関・高齢者施設等における無症状者に対する検査方法について(要請)」(令3.1.22事務連絡)

<sup>17</sup> 英国及び南アフリカでの変異ウイルスの感染拡大により、過去14日以内に英国、南アフリカ、アイルランド等に滞在歴のある入国者は出国前72時間以内の検査証明書の提出、空港での検査、検査結果が陰性と判定された場合でも入国後検疫所が確保する宿泊施設における待機等が必要となり、水際対策の強化が図られている。

療機関等にワクチン等を配送する。医療機関等は接種実績やワクチン在庫量を報告する。国はこれらの情報伝達・共有を行うためのワクチン接種円滑化システム（V-SYS）を構築することとしている<sup>18</sup>。

接種は、感染・重症化リスクの大きさ等を踏まえ、まずは新型コロナウイルス感染症患者等に直接医療を提供する施設の医療従事者等に対して行い、次に高齢者、その次に高齢者以外で基礎疾患を有する者、高齢者施設等の従事者に対し行うこととされている。なお、妊婦の接種順位については、厚生労働省において、国内外の科学的知見等を踏まえた検討を継続した上で示すこととされている。

一般のワクチンの接種に当たっては、ワクチンそのものの確保のほか、会場、接種に従事する医療従事者、輸送方法の確保等々、解決しなければならない様々な課題がある。この大きな事業の実施に当たり、菅総理は令和3年1月18日、河野行政改革担当大臣にワクチン接種の全体調整を指示した<sup>19</sup>。

#### （４）雇用

新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における雇用維持等の対策は、雇用調整助成金の特例措置、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金等により実施されている。

雇用調整助成金の特例措置は、新型コロナウイルス感染症の影響により経営環境が悪化し事業活動が縮小している事業主が労使間の協定に基づき休業などを実施して休業手当を支払う場合に、休業者1人1日15,000円を上限として事業主に支給されるものである。助成率は大企業が3分の2、中小企業が5分の4であるが、解雇等を行わず雇用を維持した場合は大企業が4分の3、中小企業が10分の10である<sup>20</sup>。

新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金は、休業手当を受けることができない中小企業の労働者本人が申請し、休業前の1日当たり平均賃金の80%（1日当たり11,000円が上限）を支給する制度である<sup>21</sup>。

政府は令和3年1月22日、雇用調整助成金の特例措置及び新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金について、緊急事態宣言が全国で解除された月の翌月末まで現行措置を延長することとした<sup>22</sup>。

さらに、令和2年度第三次補正予算において、産業雇用安定助成金制度が創設され、新型コロナウイルス感染症の影響により事業活動の一時的な縮小を余儀なくされた事業主が出向により労働者の雇用を維持する場合に出向元と出向先の双方の事業主に対して助成が

---

<sup>18</sup> なお、令和3年1月27日に川崎市においてワクチンの集団接種を想定した会場設営及び運営（受付・予診・接種・観察・ワクチンの取扱い等）の訓練が行われた。受付・予診票記入・予診・ワクチン接種までの一人当たり所要時間を測定することとしており、体制に応じた接種規模の見込みを出すこととしている。

<sup>19</sup> 加藤官房長官は、「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を円滑に推進するため、行政各部の所管する事務の調整を担当させるというものであります」と説明している。令和3年1月19日加藤官房長官記者会見

<sup>20</sup> 雇用保険被保険者以外への休業手当等については緊急雇用安定助成金により助成されるが内容等は同じである。なお、緊急事態宣言の発出に伴い緊急事態宣言の期間内に特定都道府県の知事の要請を受けて営業時間の短縮等に協力する飲食店等について大企業についても助成率を最大10分の10に引き上げた。

<sup>21</sup> 雇用保険の被保険者以外も対象となる。

<sup>22</sup> 併せて、特に業況が厳しい大企業への雇用調整助成金の助成率を最大10分の10に引き上げることにした。

行われることとされた<sup>23</sup>。

最近の雇用情勢（令和2年12月）について見ると、完全失業者数は194万人で前年同月に比べ49万人増加した。求職理由別に前年同月と比べると「勤め先や事業の都合による離職」が20万人増加している。完全失業率（季節調整値）は2.9%で前月と同率である。また、休業者数は202万人である<sup>24</sup>。新型コロナウイルス感染症の流行が長期化すれば休業者が失業者となる可能性もあり、今後の動向を注視する必要がある。

令和2年度第三次補正予算ベースの令和2年度の雇用安定資金の残高は867億円であり、減少傾向にある。新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するための雇用保険法の臨時特例等に関する法律（令和2年法律第54号）により雇用調整助成金等の費用については一般会計からの繰入れが可能となったが、感染の収束が見通せない中で流行拡大期においても安定した運用が求められる。

### （5）感染症法等の改正

新型コロナウイルス感染症に対する法制上の措置は感染症法、検疫法、新型インフルエンザ等対策特別措置法等に基づいて行われているが、令和2年秋からの感染拡大に伴い、対策の実効性を高めるためにこれらの法律の改正を求める声が全国知事会等から上がっていた<sup>25</sup>。

厚生労働省は令和3年1月15日、厚生科学審議会感染症部会に「新型コロナウイルス感染症対策における感染症法・検疫法の見直しについて（案）」を示した。また、新型コロナウイルス感染症対策分科会は同日、「新型インフルエンザ等対策特別措置法及び感染症法の改正に関しての基本的な考え」を取りまとめた。

これらを受け、政府は1月22日、新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律案（閣法第6号）を閣議決定し、同日国会に提出した。提出時の主な内容は、①特定の地域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるまん延を防止するため、「まん延防止等重点措置」を創設し、営業時間の変更等の要請、要請に応じない場合の命令、命令に違反した場合の過料を規定する（新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正）、②緊急事態宣言中の施設の使用制限等の要請に応じない場合の命令、命令に違反した場合の過料を規定する（同）、③新型コロナウイルス感染症を「新型インフルエンザ等感染症」として位置付け、同感染症に係る措置を講ずることができることとする（感染症法の改正）、④新型インフルエンザ等感染症・新感染症のうち厚生労働大臣が定めるものについて、宿泊療養・自宅療養の協力要請規定を新設する（同）<sup>26</sup>、⑤入院措置に応じない場合又は入院先から逃げた場合に罰則を科することとする（同）、⑥緊急時、医療関係者・

<sup>23</sup> 出向運営経費（出向元事業主及び出向先事業主が負担する賃金、教育訓練及び労務管理に関する調整経費等）、出向初期経費（就業規則や出向契約書の整備費用、出向元事業主が出向に際してあらかじめ行う教育訓練、出向先事業主が出向者を受け入れるために用意する機器や備品等）の一部が助成される。

<sup>24</sup> 総務省「労働力調査（基本集計）2020年（令和2年）12月分結果の概要」及び追加参考表（令3.1.29公表）

<sup>25</sup> 例えば、全国知事会「新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言」及び同別添「法律改正が必要と考えられる事項」（令2.11.5）

<sup>26</sup> 検疫法上も、宿泊療養・自宅待機その他の感染防止に必要な協力要請を規定することとする。

検査機関に協力を求められること、正当な理由なく応じなかったときは勧告、公表できることを規定する（同）、であった。

しかし、入院拒否等の場合に刑事罰を科すこと等について与野党から慎重論が出たことから、政党間協議を経て、衆議院において刑事罰を削除<sup>27</sup>するとともに過料を減額する等の修正が行われた。改正案は令和3年2月3日、参議院本会議で可決され、成立した。

### 3. 提出法律案に係る事項

#### (1) 医師の働き方改革等

##### ア 医師の働き方改革

医師の働き方改革については、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、医師法に基づく応召義務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制を改正法の施行日の5年後を目途に適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮等について検討し、結論を得ることとされた。これを受けて制定された働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成30年法律第71号）においては、時間外労働の上限規制に関し、大企業は平成31年4月から、中小企業は令和2年4月から適用することとし、医師については令和6年4月から適用することとされた。

これらを踏まえ平成29年8月からは「医師の働き方改革に関する検討会」が時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮等について検討を進め、平成31年3月に一般の勤務医の残業上限を年960時間（A水準）、地域医療を確保する観点からやむなく長時間労働となる暫定特例水準である年1,860時間（B水準）、初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する場合等一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準である年1,860時間（C水準）とする具体的な上限を示すとともに、追加的健康確保措置の実施と将来的な特例水準の解消に向けた労働時間短縮の推進を求めることとした報告書を取りまとめた。

その後「医師の働き方改革の推進に関する検討会」が開かれ、令和2年12月22日に医師の長時間労働抑制に向けた具体策を記した「中間とりまとめ」を公表した。同とりまとめではB水準<sup>28</sup>及びC水準の対象となる医療機関の指定要件を整理した上で、産業医の面談や原則28時間までとする連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息等の追加的健康確保措置を義務付けるとともに、労働時間短縮計画、評価に係る枠組みや複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い等を整理した。

##### イ 医療関係職種の専門性の活用

近年、医療の高度化や複雑化に対応し、各医療関係職種が各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する<sup>29</sup>チーム医療の推進が重要視されている。特に最近では、医師の働き

<sup>27</sup> 改正法における刑事罰について「懲役刑」を削除し「罰金」を行政罰である「過料」とする。

<sup>28</sup> 副業・兼業先での労働時間と通算して時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする連携B水準を含む。

<sup>29</sup> 厚生労働省チーム医療の推進に関する検討会「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討

方改革の一環として、医師の労働時間短縮のためには、医師の業務のうち、他の職種に移管可能な業務についてタスク・シフト/シェアを早急に進めていく必要があるとの認識が強まっている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省「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」は、令和2年12月11日に「議論の整理」を取りまとめ、診療放射線技師、臨床検査技師、診療工学技士の3職種について法令改正を行い、タスク・シフト/シェアを推進することの合意を得たとした。

また、負傷者が発生した現場から救急車等で医療機関まで搬送されるまでの間の救命措置を行う救急救命士については、高齢化に伴い救急隊による搬送が年々増加する中で、その業務の拡大について議論が行われてきた。平成31年1月には、日本救急医学会の「医師の働き方改革に関する追加提言」において、救急医療現場の負担の増大への対応のため、救急医療に携わる医師の負担の軽減を求める提言がなされた。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」は、令和2年3月19日「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」を取りまとめ、医師が救急外来において救急救命措置が必要な重度傷病者であると判断した場合には、救急外来においても救急救命士が救急救命措置を行うことを可能とすること等を提言した。

一方、医師の養成課程については、従来卒前教育と卒後教育の連続性が乏しく、医療現場を中心として両者を一貫して行い、臨床実習と臨床研修の充実を通じ、基本的な診療能力の習得を早期に可能とする取組が求められてきた。厚生労働省医道審議会医師分科会は、令和2年5月13日「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」を取りまとめた。そこでは、卒前卒後の一貫したシームレスな医師の養成に向け、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があることから、全大学で実施されている共用試験 C B T<sup>30</sup>を公的化し、それによる一定の水準の公的担保により、実習において医行為を行う、いわゆる Student Doctor を法的に位置付けることが可能となるとされた。

#### ウ 地域の実情に応じた医療提供体制の確保

外来医療については、無床診療所の開設が都市部に偏っていることや、救急医療体制等の取組が地域によってばらつきがあることが指摘されてきた。このため、平成30年の医療法改正において、医療計画に、新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載することとし、都道府県は、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療機能に関する協議の場を設置し、その結果を取りまとめて公表することとした。

令和元年12月19日の全世代型社会保障検討会議中間報告は、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化が必要であるとし、令和2年

---

会 報告書)」（平 22. 3. 19） 1 頁

<sup>30</sup> Computer Based Testing。プールされた問題から個人個人に別のセットの試験問題を用意することができる。

12月15日の最終報告「全世代型社会保障改革の方針」においても、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図るため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するとした。

また、厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」は、全世代型社会保障検討会議中間報告を受け、外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について検討を行い、令和2年12月11日「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」を公表した。そこでは、地域において外来機能の明確化・連携を進めていくため、各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能を報告することにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているかについて明確化を図った上で、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととされた。

さらに、同検討会は、令和2年12月15日「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」を取りまとめ、地域医療構想の実現に向けた今後の取組について、雇用や債務承継など病床機能の再編に伴い特に困難な課題に対応するための財政支援として、国が令和2年度に創設した「病床機能再編支援制度」について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き病床機能の再編を支援するとともに、医療機能の分化・連携に向けた各地の地域医療構想調整会議における議論・合意に基づき医療機関の再編統合を行う場合において、資産等の取得を行った際の税制の在り方について検討することとした。

一方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、感染症にも対応した医療提供体制の構築が課題となった。「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」では、医療計画について、広く一般の医療連携体制にも大きな影響が及ぶ「新興感染症等の感染拡大時における医療」について次期第8次医療計画（令和6年度～11年度）から計画の記載事項として位置付けることが適当とした。

厚生労働省社会保障審議会医療部会は、令和2年12月25日、「医療計画の見直し等に関する検討会」における医療計画・地域医療構想の議論及び外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等の議論並びに医師の働き方改革及びタスク・シフト/シェアの推進について、厚生労働省から報告を聴取し、同省に必要な法案化の作業を進めるよう求めた。

## エ 「持分のない医療法人」への移行計画認定制度の延長

医療法人の非営利性を徹底する観点から、平成18年の医療法改正において平成19年4月以降に新設する医療法人については、残余財産の帰属先を国又は地方公共団体に限定し、出資者に配分できない「持分のない医療法人」のみとされている。一方で既存の「持分のある医療法人」については、経過措置型医療法人として当分の間これを認めている。

「持分のない医療法人」への移行に当たっては令和2年9月30日までの時限措置と

して移行計画の認定制度が設けられ、認定を受けた医療法人は、相続税・贈与税の納税を猶予される等の支援措置が受けられることとされた。なお、平成 19 年 3 月末に 43,203 あった「持分のある医療法人」のうち、令和 2 年 3 月末までに「持分のない医療法人」に移行したのは 1,053 法人であり、令和 2 年 9 月 30 日時点で「持分のある医療法人」から「持分のない医療法人」への移行計画について、厚生労働大臣の認定を受けた認定医療法人は 673 法人である。「持分のない医療法人」への移行を更に進める観点から、移行計画の認定期限の延長が求められている。

以上について、政府は令和 3 年 2 月 2 日、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案（閣法第 17 号）を閣議決定し、同日国会に提出した。

## （２）医療保険改革等

### ア 後期高齢者の窓口負担の在り方

現在 75 歳以上の後期高齢者の窓口負担は 1 割（現役並み所得者は 3 割）<sup>31</sup>であるが、平成 27 年 6 月 30 日の経済財政運営と改革の基本方針 2015（閣議決定）以降その在り方が検討課題とされてきた。以来、厚生労働省社会保障審議会医療保険部会においても議論が行われたが、平成 29 年 12 月の同部会「議論の整理」においては引き続いての検討事項とされた。

後期高齢者の窓口負担の在り方は、令和元年 9 月に発足した全世代型社会保障検討会議においても重要な検討課題とされ、同年 12 月の中間報告では、後期高齢者（75 歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を 2 割とし、それ以外の方については 1 割とするとの方向性にに基づき、令和 2 年夏の最終報告に向けて検討を進めることとされた。しかし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、令和 2 年夏に予定されていた最終報告は年末にずれ込み、同年 6 月 25 日の第二次中間報告では、医療については、「昨年 12 月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」とされた。

令和 2 年 12 月の全世代型社会保障改革の方針では後期高齢者（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 割とすることとし、その施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和 4 年度後半までの間で、政令で定めることとした。また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2 割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後 3 年間、1 月分の負担増を、最大でも 3,000 円に収まるような措置を導入することとした。

---

<sup>31</sup> 課税所得 145 万円以上、年収約 383 万円以上（単身世帯の場合）

全世代型社会保障検討会議と並行して議論を進めてきた医療保険部会も令和2年12月23日「議論の整理」を取りまとめた。「議論の整理」では、全世代型社会保障改革の方針が示した2割負担の対象となる所得基準については、一步前進、評価できるとの意見や、更に拡大すべきであり、次なる改革に向け引き続き取り組むべきとの意見、高齢者の受診控えにつながる、これまで働いてきた75歳以上の高齢者の負担を増やすのは公正ではない等の意見、現役世代の支えで制度が成り立っていることを含め、施行に当たり国民への丁寧な説明・周知を求める意見等が示された。また、長期頻回受診者への配慮措置及び施行期日については、全世代型社会保障改革の方針に沿って進めるべきとされた。

この見直しにより、2割負担となる対象者は約370万人、被保険者全体の約20%と見込まれている。また、令和4年度満年度の財政影響額は、給付費減が▲1,880億円と見込まれ、この内訳は、後期高齢者支援金（現役世代の負担減）が▲720億円、後期高齢者保険料が▲180億円、公費が▲980億円である<sup>32</sup>。

なお、全世代型社会保障検討会議の令和元年12月の中間報告において、後期高齢者の窓口負担の在り方と並んで最終報告までに検討を進めるとされた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<sup>33</sup>については、全世代型社会保障改革の方針において、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とともに、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とされた。

全世代型社会保障改革の方針を受けた医療保険部会の「議論の整理」では、これを踏まえ、①新たに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」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること、②かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱いとするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと、③大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこととの方針に基づき、中央社会保険医療協議会において具体的に検討すべきとしている。

また、経済・財政再生計画改革工程表等において、後期高齢者の窓口負担の在り方と

<sup>32</sup> 厚生労働省資料「後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて」〈<https://www.mhlw.go.jp/content/000720039.pdf>〉

<sup>33</sup> 現在は、紹介状なしで特定機能病院と一般病床を有する地域医療支援病院（一般病床が200床未満であるものを除く）を受診する場合に定額負担の徴収を求めている。

並んで検討課題とされてきた「現役並み所得」の判断基準の見直し、薬剤自己負担の引上げ、負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方については、医療保険部会の「議論の整理」において引き続き検討することとされた。

#### イ 傷病手当金の見直し及び任意継続被保険者制度の見直し

健康保険等における傷病手当金の支給期間については、同一の疾病・負傷に関して支給を始めた日から起算して1年6か月を超えない期間とされており、その間に被保険者が一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても1年6か月に含まれる制度となっている。このため、例えばがん治療のために入退院を繰り返す場合等に患者が柔軟に利用できないと指摘されていた。こうした状況を受け、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）や「がん対策推進基本計画（第3期）」（平成30年3月9日閣議決定）において、「治療と仕事の両立等の観点から傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる」こととされていた。

これを踏まえ、医療保険部会の「議論の整理」は、傷病手当金の支給期間を通算して1年6か月を経過した時点まで支給する仕組みとし、通算化により延長され得る支給期限については、すでに通算化されている共済組合と同様に限度を定めず、保険者ごとに定められた文書の保存期間により確認できる範囲内で対応することとした。

また、任意継続被保険者制度について、医療保険部会は、退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われているとの観点から見直しの議論を進め、「議論の整理」において、①健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度設計を可能とするため、保険料の算定基礎を「当該退職者の従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできるようにすること、②被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めることとした。

#### ウ その他

後述するように、男性の育児休業の取得をより進めるための新たな仕組みの創設等について検討が進められていたことから、医療保険部会の「議論の整理」は、新たな仕組みについて、育休取得促進の観点から、保険料免除の対象とすべきとした上で、月中に2週間以上の育休を取得した場合にも保険料を免除するとともに、連続して1か月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とすることとした。

また、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進する観点から、全世代型社会保障検討会議第二次中間報告では、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備することとした。これを踏まえ、医療保険部会の「議論の整理」では、①40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みを整備し、保険者は当該情報も活用して適切かつ有効に保健事業を行うこと（健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設けること）、②併せて、後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行うこととした。

一方、令和3年3月から各医療保険制度において、マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認が開始され、「デジタル・ガバメント実行計画」（令和元年12月20日閣議決定）において、生活保護の医療扶助について、マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認について令和5年度の導入を目指し検討を進めることとされたことを踏まえ、厚生労働省「医療扶助に関する検討会」は、令和2年11月30日「医療扶助のオンライン資格確認導入についての方向性の整理」を取りまとめ、医療扶助の資格確認は原則としてマイナンバーカードにより行う運用とすることとした。

以上については第204回国会に健康保険法等の改正案が提出される予定である。

### （3）男性の育児休業の取得促進

男性の育児休業取得率は令和元年度で7.48%であり近年上昇傾向にあるものの低水準で推移している<sup>34</sup>。また期間についても5日未満が36.3%、8割が1か月未満となっている<sup>35</sup>。少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）では男性の育児休業取得率の政府目標は令和7年に30%を目指しているが、現在のままでは達成は困難な状況にある。一方、育児休暇・休業の取得を希望していた男性労働者のうち、育児休業制度を利用できなかった者の割合は約4割にも上る。そして、その理由としては「会社で育児休業制度が整備されていなかったから」、また制度があっても「職場が育児休業制度を取得しづらい雰囲気だったから」といった理由が上位に挙げられている<sup>36</sup>。

男性の育児休業の取得促進については、少子化社会対策大綱では「配偶者の出産直後の時期の休業を促進する枠組みの検討など、男性の育児休業取得」等を「促進するための取組を総合的に推進する」、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）では「配偶者の出産直後の男性の休業を促進する枠組みの検討など、男性の育児休業取得を一層強力に促進する」としている。全世代型社会保障改革の方針においても「出生直後の休業の取得を促進する新たな枠組みを導入するとともに、本人又は配偶者の妊娠・出産の申出をした個別の労働者に対する休業制度の周知の措置や、研修・相談窓口の設置等の職場環境の整備等について、事業主に義務付けること、男性の育児休業取得率の公表を促進することを検討し、労働政策審議会において結論を取りまとめ、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る」としている。

厚生労働省労働政策審議会雇用環境・均等分科会では①子の出生直後の休業の取得を促進する枠組み、②妊娠・出産（本人又は配偶者）の申出をした労働者に対する個別の働きかけ及び環境整備、③育児休業の分割取得等、④育児休業取得率の公表の促進等などの観点から検討を行った。

同分科会は令和3年1月18日「男性の育児休業取得促進策等について」を取りまとめ

<sup>34</sup> 厚生労働省「令和元年度雇用均等基本調査」（令2.7.31）21頁

<sup>35</sup> 厚生労働省「平成30年度雇用均等基本調査」（令元.7.30）18頁

<sup>36</sup> 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「労働者調査結果の概要」『平成30年度仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業』（平31.2）21頁

た。報告書では、①柔軟で利用しやすい制度として、実際に男性の取得ニーズの高い子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組みを設けること、②対象期間については、現在育児休業をしている男性の半数近くが子の出生後8週以内に取得していること等から子の出生後8週とし、取得可能日数については4週間とすること、③申出期限については現行の育児休業の1か月前より短縮し、原則2週間前までとすること、分割して2回取得可能とすること<sup>37</sup>、④労使協定を締結している場合に限り、労働者と事業主の合意した範囲内でのみ新たな休業中の就労を可能とするとともに、就労可能日数の上限（休業期間の労働日の半分）を設けること、⑤有期雇用労働者の育児休業の取得について「引き続き雇用された期間が1年以上」という要件について、無期雇用労働者と同様の取扱い（労使協定を締結した場合には除外することは可能とする）とすること等が適当であるとした。また、新制度及び現行の育児休業を取得しやすい職場環境の整備の措置を事業主に義務付けること、本人又は配偶者の妊娠・出産の申出をした労働者に対し、個別に周知し、取得の働きかけをすることを事業主に義務付けるとともに、従業員1,001人以上の大企業に男性の育児休業等取得率又は育児休業等及び育児目的休暇の取得率の公表を義務付けること、プラチナくるみん、くるみんの認定基準における男性の育児休業取得率について、それぞれ30%、10%に引き上げることが適当であるとした。

同日、労働政策審議会は、厚生労働大臣に対し同報告書のとおりとする建議を行った。

また、労働政策審議会雇用保険部会は令和3年1月27日、同建議を踏まえ、新たに休業制度の対象となる場合についても育児休業給付等の対象とすることが適当とするとともに、育児休業給付制度の在り方について、現在の保険料率で安定的な運営が可能と確認できている令和6年度までを目途に検討を進めていくべきであるとした。

以上を踏まえ、第204回国会に育児介護休業法等の改正案が提出される予定である。

#### （４）特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等

B型肝炎をめぐっては、昭和23年から昭和63年までの間、集団予防接種等の際に注射器の連続使用が行われたことによりB型肝炎ウイルスの感染が広まったことについて、国が責任を認めたこと等を受け、平成24年1月に特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法（平成23年法律第126号）が施行され、感染者等に給付金等が支給（給付金の請求期限は法施行後5年）されることとなった。

平成28年8月には、除斥期間（死亡又は発症後20年）を経過した「死亡・肝がん・肝硬変」の患者等への給付金の支給、給付金の請求期限の5年間の延長等を内容とする改正法が施行された。これにより、現在の給付金等の請求期限は法の施行の日（平成24年1月13日）から起算して10年を経過する日（令和4年1月12日）までとされている。

厚生労働省は法制定当時より救済対象者を最大約45万人と見込んでいた。給付金等支給対象者の認定は、裁判上の和解手続等（確定判決、和解、調停）において行われるが、令和2年10月末までにおける提訴者は約8万2,000人、対象者の18%程度にとどまり、

---

<sup>37</sup> 現行の育児休業制度についても2回まで分割取得を可能とする。

まだ多くの未提訴者がいると考えられている。救済手続が進まない理由として、救済制度を知らない、無症状等により感染に気づいていない対象者の存在が指摘されている。

こうした状況を受け、政府は給付金等の請求期限を令和9年3月31日まで延長すること等を内容とする特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の改正案を第204回国会に提出することとしている。

## 4. その他

### (1) 不妊治療への保険適用等

不妊治療への保険適用については内閣の「基本方針」（令和2年9月16日閣議決定）の柱である「少子化に対処し安心の社会保障を構築」の中で、その実現が掲げられ、令和2年10月15日に開かれた全世代型社会保障検討会議において菅総理が「出産を希望する世帯を広く支援し、ハードルを少しでも下げていくために、不妊治療への保険適用を早急に検討し、本年末に工程を明らかにします。また保険適用までの間は、現行の助成措置を大幅に拡充します。」と発言するなど、内閣の重点施策として位置付けられた。

同年12月15日の全世代型社会保障改革の方針では不妊治療への保険適用について工程表を示した。それによれば令和3年3月末に実態調査最終報告、同年夏頃に学会ガイドライン完成、その後中央社会保険医療協議会での議論を経て令和4年年明けに保険適用の詳細を決定し同年4月からの保険適用の実施を目指すこととしている。また、保険適用が実現するまでの間は現行の助成制度<sup>38</sup>の所得制限の撤廃、助成額の増額等対象の拡大を前提に大幅な拡充を行うこととしている。なお、この拡充措置<sup>39</sup>を可能な限り早期に行うため、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の令和3年1月から3月の拡充分及び令和3年度12か月分（計15か月分）として、370億円が令和2年度第三次補正予算に計上された。

不妊治療への保険適用については、患者の経済的負担の軽減が歓迎される一方で、様々な懸念も示されている。不妊治療では医療機関がそれぞれ自由診療をベースに独自に治療方法を実施していることから、治療方法が標準化していない中で、保険適用の範囲をどうするのが大きな課題である。また、医療機関の治療実績等の客観的な情報が患者に適切に提供される仕組みの構築、仕事と治療の両立のための制度整備、子どもを生む生まないを含め多様な生き方を認め合う社会の醸成など不妊治療を取り巻く環境の整備も進めることが求められている。

### (2) オンライン診療

厚生労働省は、オンライン診療について平成30年3月「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出し、平成30年度診療報酬改定で「オンライン診療料」が創設された。

<sup>38</sup> 現在、不妊治療に対する国の支援制度は体外受精及び顕微授精について所得が730万円未満（夫婦合算）、助成額は初回のみ30万円（その後は1回15万円）、助成回数は生涯で通算6回まで（40歳以上43歳未満は3回）、妻の年齢が43歳未満となっている。

<sup>39</sup> 所得制限の撤廃、助成額1回30万円、助成回数は1子ごと6回まで（40歳以上43歳未満は3回）。加えて、事実婚も対象となった。また、男性に対する治療については顕微鏡下精巣内精子回収法が対象となり30万円が助成される。

指針ではオンライン診療を実施する場合は事前に対面診療により十分な医学的評価を行った上で診療計画を作成することが必要とされ、初診は原則として直接の対面による診療を行うこととされた。

新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、オンライン診療の対象の拡大が行われてきたが、令和2年4月には、時限的・特例的な対応として発熱等も対象疾患に含め、初診からのオンライン診療を行うことが可能となった<sup>40</sup>。

菅内閣発足後の記者会見で、田村厚生労働大臣は菅総理からの指示を踏まえ、安全性、有効性等を担保した上で、患者が安心して受けられるようなオンライン診療の恒久化の検討を進めることを表明した<sup>41</sup>。令和2年10月8日には、田村厚生労働大臣、河野行政改革担当大臣、平井IT担当大臣の間で「安全性と信頼性をベースに、初診を含め原則解禁する」、「オンライン診療は、電話ではなく映像を原則化する」ことに合意した<sup>42</sup>。今後のスケジュールについては12月21日の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」で「時限的・特定の措置を当面継続することを念頭に、引き続き、専門的な観点も含め、丁寧に検討することが適切ではないか」とされ、令和3年6月を目途に恒久化に向けたとりまとめを行い、同年秋を目途に指針の改定を目指すとされた。

同検討会では、初診<sup>43</sup>のオンライン診療を適切に実施するため、「医師・患者関係」は過去の受診歴等がベースとなることを前提に、必要な対面診療の確保、事前トリアージ、患者・医師双方の本人確認、処方制限、研修の必修化等について安全性・信頼性を確保する観点から検討を行うとしている。

(あらい けんじ)

---

<sup>40</sup> 厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令2.4.10事務連絡）

<sup>41</sup> 令和2年9月17日田村厚生労働大臣記者会見

<sup>42</sup> 令和2年10月9日河野内閣府特命担当大臣記者会見要旨

<sup>43</sup> 「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」では「『初診』とは、新たな症状等に対する診察を行うこと」としている。