

全世代型社会保障改革と地方財政 新型コロナウイルス感染症対策と地方財政



総務省

令和3年7月

総務省自治財政局

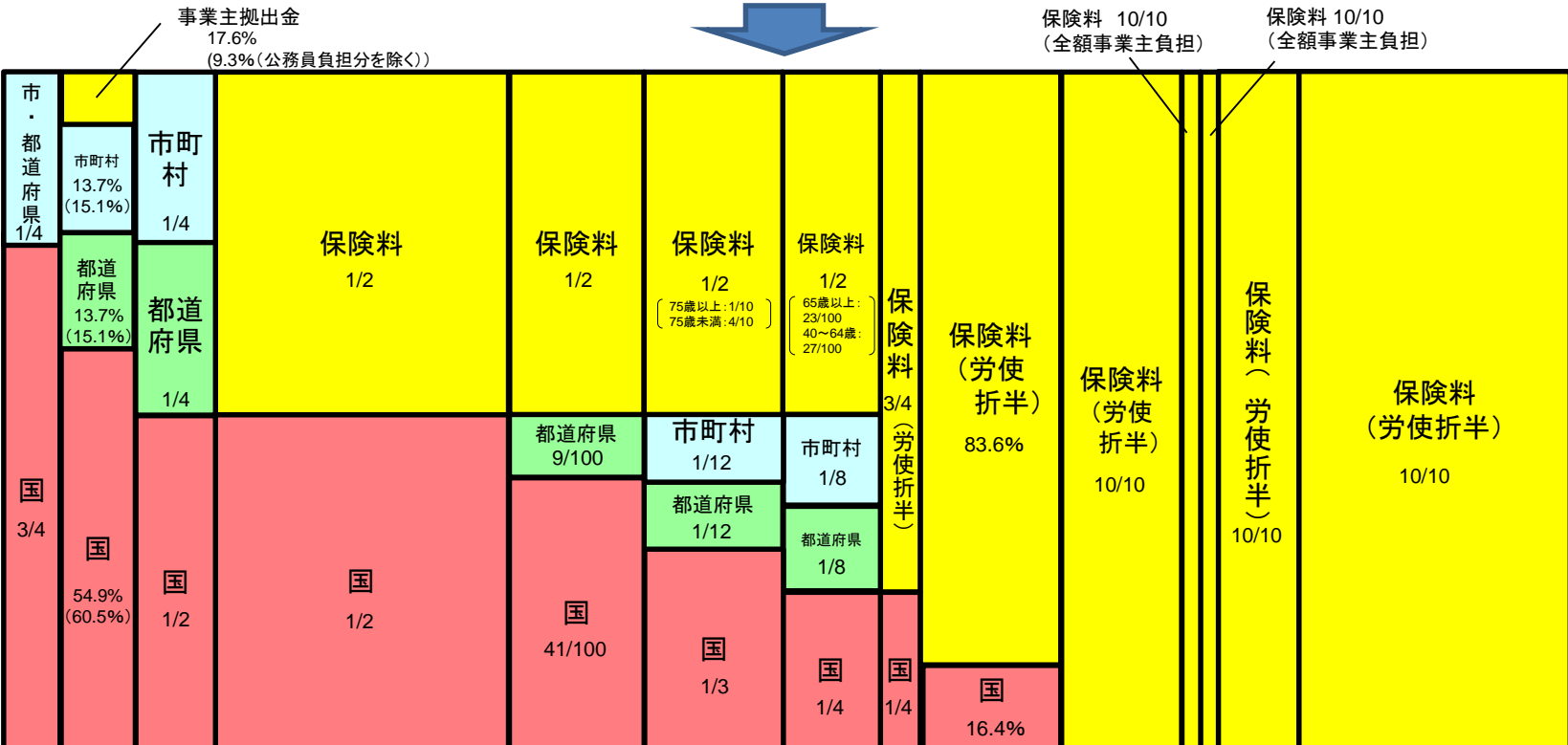
地方債課長 新田 一郎

(前調整課長)

全世代型社会保障改革と地方財政

社会保障財源の全体像(イメージ)

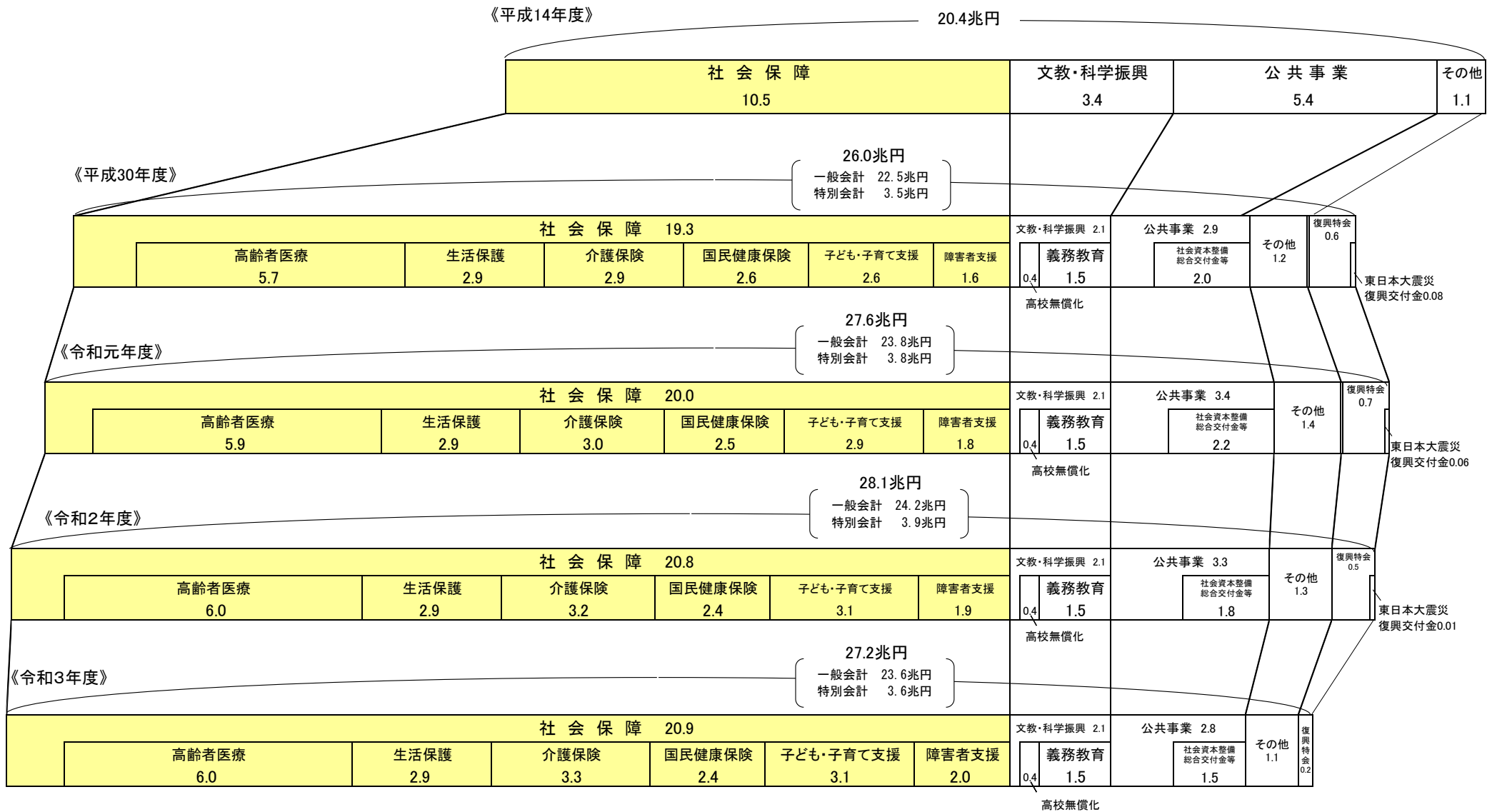
保険料 73.6兆円 ※1、2



地方負担 15.2兆円 (注)

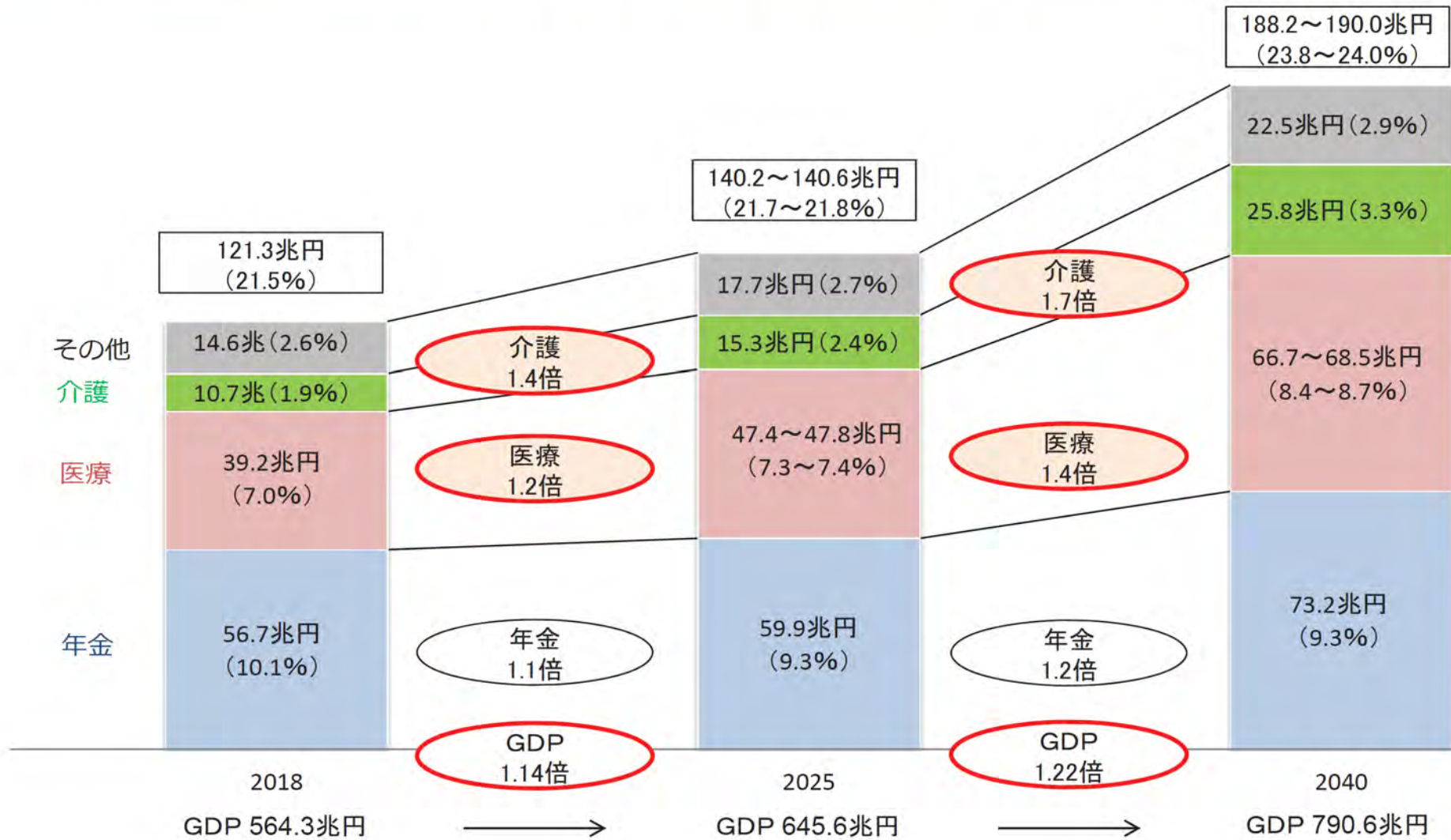
(注) ※1 保険料、国庫、地方負担の額は2020年度当初予算ベース。 ※2 保険料は事業主拠出金を含む。 ※3 雇用保険(失業給付)については、2017~2023年度の間、国庫負担額(1/4)の10%に相当する額を負担。 ※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。 ※5 児童手当については、2020年度当初予算ベースの割合を示したものであり、括弧書きは公務員負担分を除いた割合である。

地方向け補助金等の全体像



※ 総務省推計
 ※ 端数処理の結果、各区分の積み上げと合計が一致しない箇所がある

将来の社会保障給付の見通し



(出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(計画ベース・経済ベースラインケース)(2018年5月公表)

全世代型社会保障検討会議について

全世代型社会保障検討室作成
(一部加工)

- ・ 総理を議長とした政府における検討会議として、令和元年9月20日に第1回会議を開催。
- ・ 令和元年12月に第1次中間報告、令和2年6月に第2次中間報告を公表。
- ・ 令和2年12月には、最終報告として「全世代型社会保障改革の方針」を閣議決定。

趣旨

少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、誰もが安心できる社会保障制度に関わる検討を行う。

スケジュール

令和元年

- 9月20日 第1回 今後の検討の進め方
- 11月8日 第2回 医療関係者、若者・女性からのヒアリング
- 11月20日 全世代型社会保障改革に関する総理と現場との意見交換会
- 11月21日 第3回 労働界の代表者、働き方改革や兼業・副業の有識者からのヒアリング
- 11月26日 第4回 中間報告にむけた具体論について
- 12月19日 第5回 中間報告とりまとめ

令和2年

- 2月19日 第6回 介護サービスの生産性向上について
- 5月22日 第7回 フリーランスの調査結果と政策の方向性について
新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた
社会保障の新たな課題について
- 6月3日 第8回 最低賃金、少子化社会対策大綱について
- 6月25日 第9回 第2次中間報告(案)について
- 10月15日 第10回 少子化対策について
- 11月24日 第11回 医療改革に係る関係者からのヒアリング
医療改革について
- 12月14日 第12回 全世代型社会保障改革の方針(案)について

構成

(令和2年10月現在)

議長	菅 義偉	内閣総理大臣
議長代理	西村 康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生 太郎	副総理 兼 財務大臣
	加藤 勝信	内閣官房長官
	武田 良太	総務大臣
	田村 憲久	厚生労働大臣
	梶山 弘志	経済産業大臣

(有識者／五十音順)

遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
鎌田 耕一	東洋大学名誉教授
櫻田 謙悟	SOMPO ホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
中西 宏明	株式会社日立製作所 取締役会長 兼 執行役
新浪 剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
増田 寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
柳川 範之	東京大学大学院経済学研究科教授

全世代型社会保障改革の方針について（ポイント）

（令和2年12月15日閣議決定）

1. 少子化対策

○ 不妊治療への保険適用等

→ 不妊治療への保険適用を早急に実現するため、令和3年度中に詳細を決定し、令和4年度当初から保険適用を実施する。なお、保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、大幅な拡充を行う。

→ 不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

○ 待機児童の解消

→ 待機児童の解消を目指し、年末までに「新子育て安心プラン」を取りまとめる。

→ 令和3年度から令和6年度末までの4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備※する。

※ 財源については、公費に加え、経済界に協力を求めることにより安定的な財源を確保する。

→ 児童手当については、高所得の主たる生計維持者（年収1,200万円以上の者）を特例給付の対象外※とする。

※ 見直しの施行時期については、令和4年10月支給分から適用する。

2. 医療

○ 後期高齢者の自己負担割合の在り方

→ 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%）及び年収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。

※ 施行時期は、令和4年度後半（令和4年10月～令和5年3月までの間）に政令で定めることとする。

○ 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

→ 「特定機能病院」及び「一般病床200床以上の地域医療支援病院」については、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、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。

→ 保険給付の範囲から一定額（ex. 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仕組みを拡充する。

新子育て安心プランの概要

厚生労働省作成資料

○ 令和3年度から令和6年度末までの4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備する。

- ・ 第2期市町村子ども・子育て支援事業計画の積み上げを踏まえ、保育の受け皿を整備。
- ・ できるだけ早く待機児童の解消を目指すとともに、女性(25~44歳)の就業率の上昇に対応。
(参考) 平成31年：77.7%、現行の子育て安心プランは80%に対応、令和7年の政府目標：82% (第2期まち・ひと・しごと創生総合戦略)

平成25年度

待機児童解消加速化プラン
(目標：5年間で約50万人)

平成30年度

子育て安心プラン
(目標：3年間で約32万人)

令和3年度

新子育て安心プラン
(目標：4年間で約14万人)

令和6年度末

○ 新子育て安心プランにおける支援のポイント

① 地域の特性に応じた支援

○ 保育ニーズが増加している地域への支援

- (例)
- ・ 新子育て安心プランに参加する自治体への**整備費等の補助率の高上げ**

○ マッチングの促進が必要な地域への支援

- (例)
- ・ **保育コンシェルジュによる相談支援**の拡充
(待機児童数が50人未満である市区町村でも新子育て安心プランに参画すれば利用可能とする)
 - ・ **巡回バス等による送迎**に対する支援の拡充
(送迎バスの台数や保育士の配置に応じたきめ細かな支援を行う)

○ 人口減少地域の保育の在り方の検討

② 魅力向上を通じた保育士の確保

(例)

- ・ **保育補助者の活躍促進** (「勤務時間30時間以下」との補助要件を撤廃)
- ・ **短時間勤務の保育士の活躍促進**
(待機児童が存在する市町村において各クラスで常勤保育士1名必須との規制をなくし、それに代えて2名の短時間保育士で可とする)
- ・ **保育士・保育所支援センターの機能強化**
(現職保育士の就業継続に向けた相談を補助対象に追加)

③ 地域のあらゆる子育て資源の活用

(例)

- ・ **幼稚園の空きスペースを活用した預かり保育** (施設改修等の補助を新設) **や小規模保育** (待機児童が存在する市区町村において利用定員の上限(19人)を弾力化(3人増し→6人増しまで可とする)) **の推進**
- ・ **ベビーシッターの利用料助成の非課税化** 【令和3年度税制改正で対応】
- ・ **企業主導型ベビーシッターの利用補助の拡充** (1日1枚→1日2枚)
- ・ **育児休業等取得に積極的に取り組む中小企業への助成事業の創設**
【令和3年の通常国会に子ども・子育て支援法の改正法案を提出予定】

- 「新子育て安心プラン」は、令和3年度から令和6年度末までの4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備する。
- 運営費については、令和3年度から令和7年度までの5年間を確保することとし、公費に加えて、経済界に協力を求めることにより、以下のとおり安定的な財源を確保する。

【令和7年度までの追加所要額】

約1,440億円

事業主拠出金財源 ・保育所等 0～2歳児	約1,000億円	▶ 経済界に協力を求め、事業主拠出金を充当
公費（税財源） ・保育所等 3歳以上児 ・幼稚園の一時預かり	約440億円	▶ 児童手当の特例給付の見直しにより生じる財源等を充当

※ 「保育所等」には、認定こども園、小規模保育等の地域型保育事業などが含まれる。また、「幼稚園の一時預かり」は、保育の必要性がある子どもを対象とする一時預かり事業（2歳児等）をいう。

令和3年度予算案における追加所要額

【令和3年度予算案における追加所要額】約529億円

（事業主拠出金財源：約306億円、公費（税財源）：約223億円）

児童手当の特例給付について、高所得者を対象外とする。

○ 世帯合算は導入せず、主たる生計維持者の所得で判断

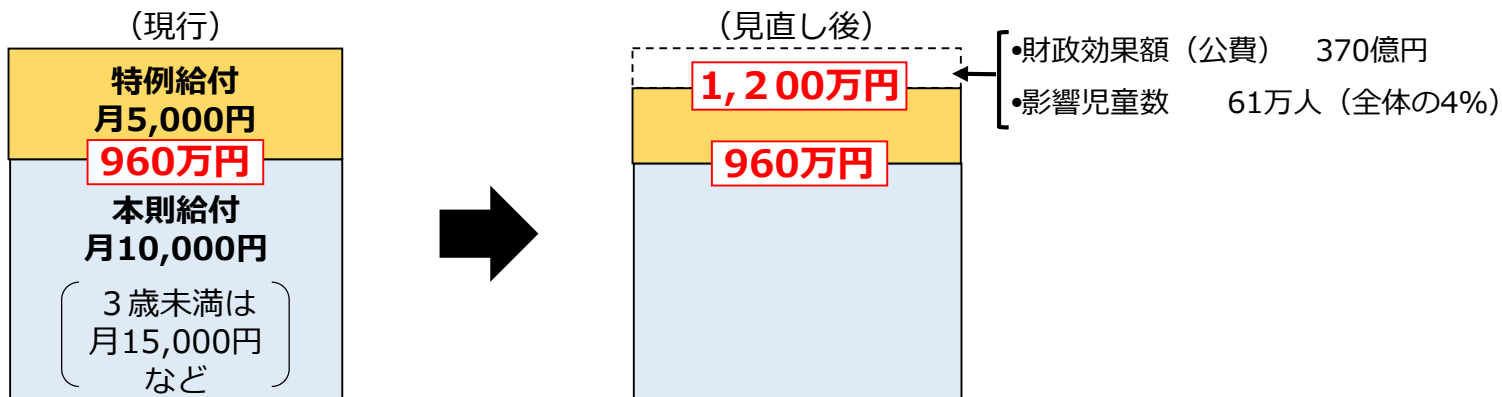
○ 年収1,200万円*以上の者への特例給付を廃止

(*子供2人と年収103万円以下の配偶者の場合。扶養人数に応じた所得額は政令で定める。)

○ 施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年10月支給分から適用。

⇒ 上記について、令和3年通常国会に必要な法案の提出を図る。

(併せて、毎年受給者に提出を求めている現況届の届出義務を廃止し、受給者の負担軽減を図る。)



(参考) 全世代型社会保障改革の方針 (令和2年12月15日閣議決定)

2. 待機児童の解消

(前略)

その際、児童手当については、少子化社会対策大綱 (令和2年5月29日閣議決定) 等に基づき、高所得の主たる生計維持者 (年収1,200万円以上の者) を特例給付の対象外とする。

児童手当の見直し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 (2022年) 10月支給分から適用する。

これらのために、令和3年 (2021年) の通常国会に必要な法案の提出を図る。

また、少子化社会対策大綱等に基づき、安定的な財源を確保しつつ、ライフステージに応じた総合的な少子化対策に向けた取組を進める。その際、児童手当について、多子世帯等への給付の拡充や世帯間の公平性の観点での世帯合算導入が必要との指摘も含め、財源確保の具体的方策と併せて、引き続き検討する。

医療費の一部負担（自己負担）割合について

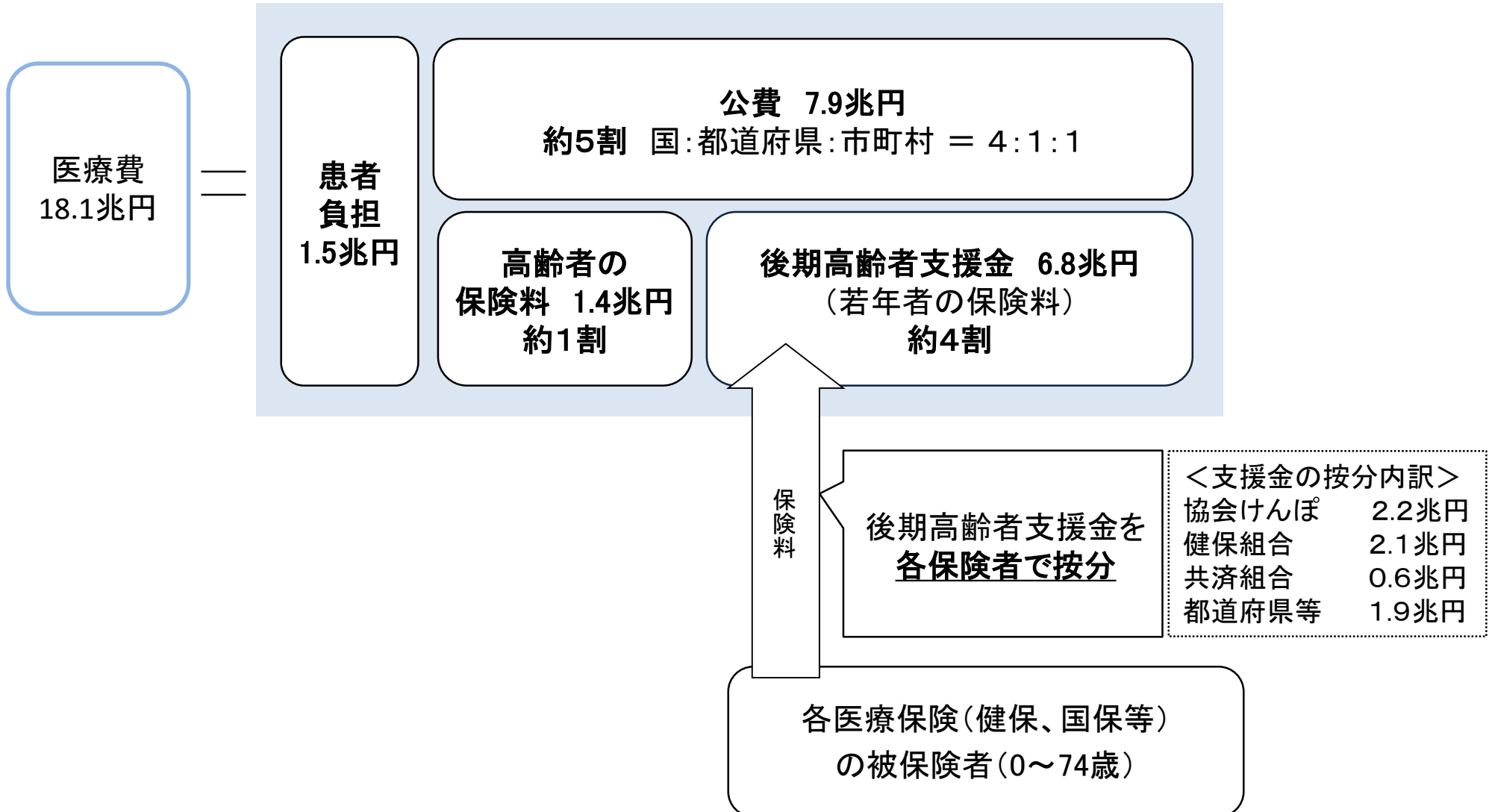
○ それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担	
6歳 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】

※ 令和2年度予算案ベース



後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて

令和2年12月23日
第138回社会保障審議会医療保険部会
参考資料

- **令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題**である。
- その場合でも、何よりも優先すべきは、**有病率の高い高齢者に必要な医療が確保**されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、**窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠**である。
- **2割負担の所得基準、施行日、配慮措置**について政府・与党が協議して確認した。12月14日に全世代型社会保障検討会議の最終報告でとりまとめ。

① 2割負担の所得基準

課税所得が28万円以上（所得上位30%（※1））及び年収200万円以上（※2）の方を2割負担の対象（対象者は約370万人（※3））

（※1） 現役並み所得者を除くと23%

（※2） 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。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。

収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

（※3） 対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

② 施行日

施行に要する準備期間等も考慮し、**令和4年度後半**（令和4年10月から令和5年3月までの各月の初日を想定）で、政令で定める。

（次期通常国会に必要な法案の提出を図る）

③ 配慮措置

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

（※） 窓口負担の年間平均が**約8.1万円⇒約10.6万円（+2.6万円）**（配慮措置前は約11.5万円で+3.4万円）

（参考）財政影響（2022年度満年度）

給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
▲1,930億円	▲740億円	▲190億円	▲1,010億円

※ 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

窓口負担の見直しに係る財政影響（2025年度、満年度、保険者別）

給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
▲2,220億円	▲840億円	▲230億円	▲1,160億円



	後期高齢者支援金				
		保険料			公費
		事業主負担	本人負担		
総計	▲840億円	▲740億円	▲340億円	▲400億円	▲100億円
協会けんぽ	▲290億円	▲290億円	▲140億円	▲140億円	▲0億円
健保組合	▲280億円	▲280億円	▲150億円	▲130億円	-
共済組合等	▲90億円	▲90億円	▲40億円	▲40億円	-
国民健康保険	▲180億円	▲80億円	-	▲80億円	▲100億円

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもって見る必要がある。
 ※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
 ※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果(いわゆる長瀬効果)を見込んでいる。
 ※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、給付費の内訳の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。
 ※5 経過措置は施行後3年間。施行日が2022年度後半であることから、2025年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも大きくなる。
 ※6 「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大
紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

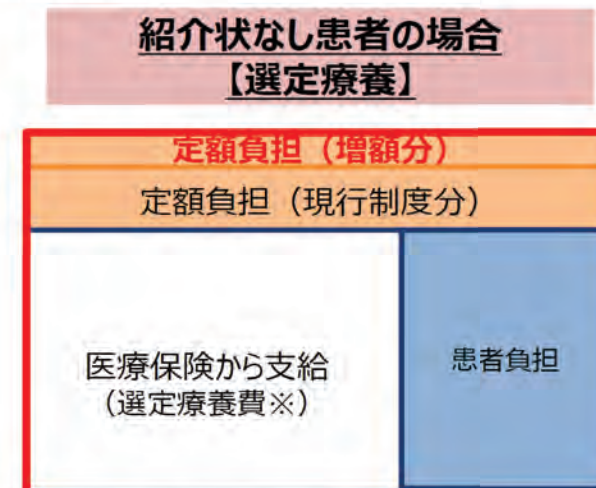
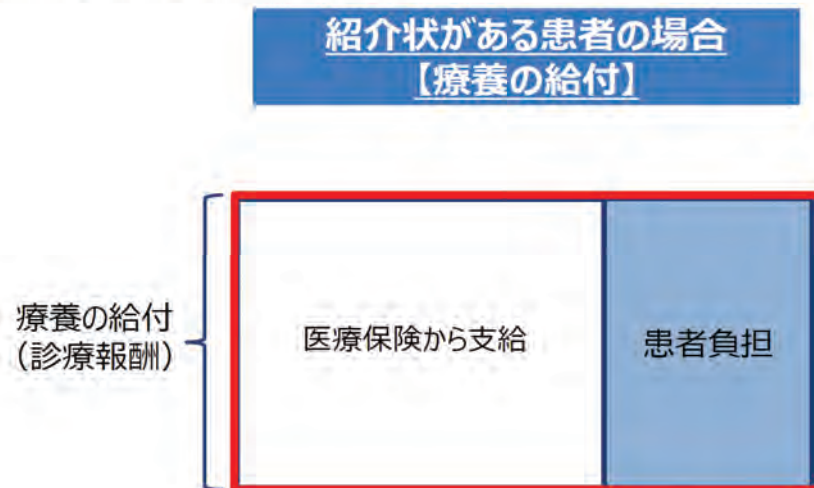
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直してはどうか。**
 - ① **新たに設けられる「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。**
※一般病床200床以上のみ
 - 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、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③ さらに、**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。**

外来機能分化に沿った受診

例外的・限定的な取扱

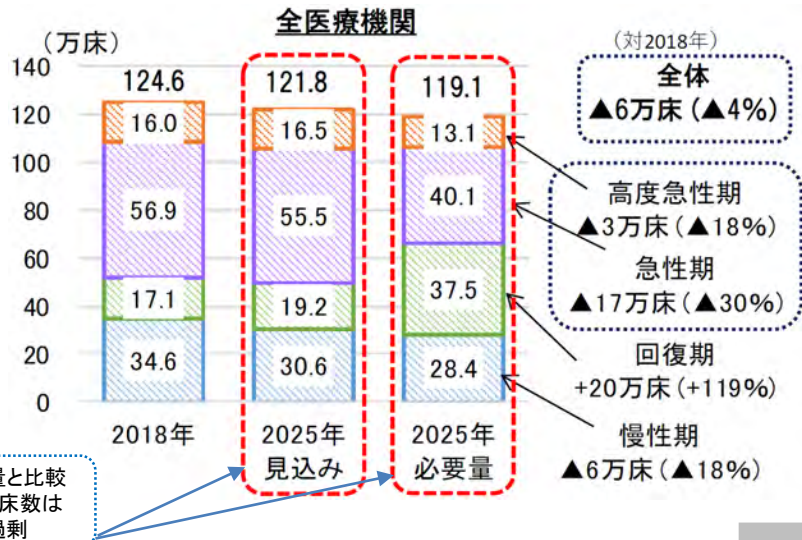


※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

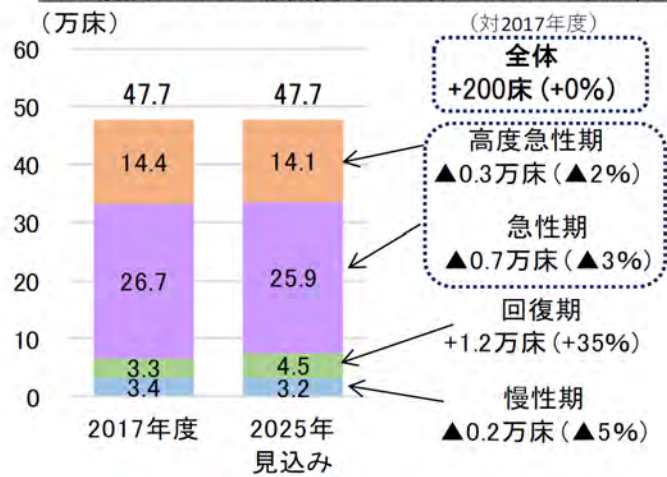
地域医療構想の現状について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。(医療介護総合確保推進法に基づき都道府県が策定。2016年度中に全団体策定済)
- 2017年度以降、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、概ね二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議を設けて具体的に議論。(公立病院95%、公的医療機関等98%が策定済(2019.3時点))
- その後、同方針に基づく公立・公的医療機関等の2025年の病床見込み数は、2025年にあるべき病床の必要量と乖離。
- 「骨太方針2019」に基づき、厚生労働省が令和元年9月末に具体的対応方針の再検証を求めるとして、424の公立・公的医療機関名を公表し、各都道府県知事あてに「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日付け医政局長通知)を発出。
- その後、新型コロナの感染状況を踏まえ、再検証等の期限を含め、厚生労働省において改めて整理することとされた。
- 「改革工程表2020」では、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、2020年度冬の感染状況を見ながら、再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証等に係る工程の設定について検討することとされた。
- 「骨太方針2021」では、今般の感染症対応の検証等の観点も踏まえつつ、地域医療構想を推進することとされた。

【機能別病床数の2025年見込みと必要量の比較】



公立病院、公的医療機関等の具体的対応方針の集計



※経済財政諮問会議(R1.5.31)民間議員提出資料より抜粋

◎経済財政運営と改革の基本方針2021(令和3年6月18日閣議決定)抄

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、(中略)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、(中略)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。

地域医療確保に関する国と地方の協議の場について

1. 開催趣旨

2025年の地域医療構想の実現に向け、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革も含め三位一体で推進し、持続可能な地域医療提供体制の確保に向けて、総合的な医療提供体制改革を実施する必要がある。そのためには、国と地方が共通の認識をもって取組を進めることが重要であることから、地域医療確保に関する事項について協議を行うため、「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」（以下「協議の場」という。）を開催する。

2. 構成

全国知事会	平井 鳥取県知事（社会保障常任委員長）
全国市長会	立谷 相馬市長（全国市長会会長）
全国町村会	山崎 岡山県鏡野町長（全国町村会理事）
厚生労働省	山本 副大臣、迫井 医政局長
総務省	熊田 副大臣、前田 自治財政局長

3. 協議事項

- ① 地域医療構想
- ② 医師の地域偏在対策
- ③ 医師の働き方改革

4. 開催実績

令和元年10月4日	第1回	議題：地域医療構想等について
11月12日	第2回	議題：地域医療構想に関する地方との意見交換について、民間病院データについて、医師偏在対策について、厚生労働省及び総務省の財政支援策及び概算要求の内容について
12月24日	第3回	議題：地域医療構想に係る令和2年度予算及び地方財政措置について、地方に対する再検証要請について、民間病院データの提供方法について
令和2年2月26日	第4回	議題：医師偏在対策について
10月29日	第5回	議題：新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の考え方について
令和3年4月5日	第6回	議題：医療法改正法案について、地域医療確保に係る令和3年度予算等について、地域医療を支える人材確保について

改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

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）【令和3年4月1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】

新型コロナウイルス感染症対策と地方財政

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（事業者支援分）の創設

緊急事態宣言の発出により、人流が減少し、経済活動への影響が全国的に生じることを踏まえ、その影響を受ける事業者に対し、都道府県が地域の実情に応じた支援の取組を着実に実施できるよう、特別枠として「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（事業者支援分）」を創設。

○予算額：5,000億円

3,000億円については、喫緊の課題に対応するため先行して交付

2,000億円については、緊急事態宣言終了後の状況等を踏まえ、経済活動の回復・強靱化に対応するため留保

○交付対象：都道府県

※事業者への支援は、広域的な観点から取り組むことがより効果的であるため、都道府県のみを対象とする。

○対象事業：新型コロナウイルス感染症により経済活動に影響を受ける事業者への支援
感染症防止強化策・見回り支援

<取組例>

- ・事業継続に困っている中小・小規模事業者等への支援
- ・飲食・観光事業者等への支援
- ・感染症防止強化策・見回り支援

○算定方法：事業所数を基礎とし財政力を反映して算定

新型コロナウイルス感染症に関する補正予算等に係る地方負担への対応について

- 新型コロナウイルス感染症に関する補正予算等については、できる限り国費による対応を基本としつつ、地方負担が生じる場合には、特別交付税や地方創生臨時交付金等により適切に財政措置。
 - ・ 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策第1弾及び第2弾(国の令和元年度予備費)に係る地方負担については、災害並みの措置を講ずる観点から、特別交付税で8割を措置することを基本として措置。
 - ・ 国の令和2年度補正予算等に係る地方負担については、地方創生臨時交付金により、感染拡大防止策や医療提供体制の整備に関するものは10割、その他の事業は8割を措置。

<補正予算等の予算規模と地方負担額>

補正予算・予備費等	閣議決定日等	予算規模	地方負担額
新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策(第1弾)(令和元年度予備費)	R2. 2. 13 閣議決定	153億円	18億円
新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策(第2弾)(令和元年度予備費)	R2. 3. 10 閣議決定	4, 308億円	101億円
令和2年度補正予算(第1号)	R2. 4. 30 予算成立	25兆5, 655億円	2, 475億円
令和2年度補正予算(第2号)	R2. 6. 12 予算成立	31兆8, 171億円	1, 969億円
令和2年度新型コロナウイルス感染症対策予備費	R2. 9. 15 閣議決定	1兆6, 386億円	128億円
令和2年度補正予算(第3号)※	R3・1・28 予算成立	15兆4, 271億円	1兆8, 655億円
令和2年度新型コロナウイルス感染症対策予備費	R3. 3. 23 閣議決定	2兆1, 692億円	9億円

※ 予算規模及び地方負担には、「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」に関する事業等も含んでいる。

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止とともに、感染拡大の影響を受けている地域経済や住民生活を支援し地方創生を図るため、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策(令和2年4月7日閣議決定(4月20日変更))」及び「新型コロナウイルス感染症総合経済対策(令和2年12月8日閣議決定)」への対応として、地方公共団体が地域の実情に応じて、きめ細やかに必要な事業を実施できるよう、「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」を創設。

○ 予算額 [令和2年度]

第1次補正予算1兆円・第2次補正予算2兆円
第3次補正予算1.5兆円(計4.5兆円) ※このほか予備費分追加

○ 交付対象者・交付方法

地方公共団体(全都道府県・全市区町村)が作成する実施計画に記載された事業に対し、交付限度額を上限として交付

○ 交付対象事業

感染拡大の防止及び感染拡大の影響を受けている地域経済や住民生活の支援等を通じた地方創生に資する事業であって、以下のいずれかに該当する国庫補助事業等の地方負担分又は地方単独事業

- ・緊急経済対策(令和2年4月7日閣議決定)に掲げられた4つの柱に含まれる事業
- ・総合経済対策(令和2年12月8日閣議決定)に掲げられた新型コロナの拡大防止策及びポストコロナに向けた経済構造の転換・好循環の実現の2つの柱に含まれる事業

○ 地方単独事業分

(令和2年度第1次補正)

- ・人口、財政力、感染状況等に基づき算定(約0.7兆円)
※このほか、0.3兆円は国庫補助事業等の地方負担分

(令和2年度第2次補正)

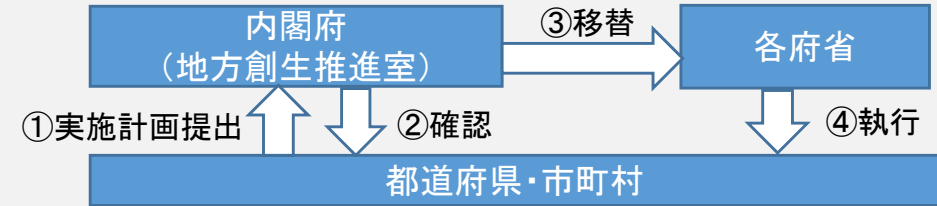
- ①家賃支援を含む事業継続や雇用維持等への対応分(約1兆円)
人口・事業所数を基礎に、感染状況等に基づき算定
- ②「新しい生活様式」を踏まえた地域経済の活性化等への対応分(1兆円)
人口・年少者・高齢者の比率、財政力等に基づき算定
※500億円を今後の感染拡大に備えて留保

(令和2年度第3次補正)

- ①感染症対応分(0.5兆円)
人口・事業所数を基礎に、感染状況等に基づき算定
- ②地域経済対応分(0.5兆円)
人口、年少者・高齢者の比率、財政力等に基づき算定
※このほか、0.2兆円は飲食店への協力金等のための即時対応分
0.3兆円は国庫補助事業等の地方負担分

○ 所管及びスキーム 内閣府(地方創生推進室)

※ただし、各府省に移し替えて執行



○ 事業者支援分

感染症の影響を受ける事業者の支援、感染症防止強化策・見回り支援のため、都道府県に配分。5,000億円(予備費による令和3年4月30日追加)

○ 国庫補助事業等の地方負担分

各省所管の国庫補助事業等の執行状況に応じて各地方公共団体に配分

○ 協力要請推進枠等

感染拡大に対して、国の一定の関与の下に、地方公共団体が効果的に営業時間短縮要請等を行い、協力金の支払い等を行う場合に、地方創生臨時交付金を追加配分する。これにより、地方公共団体による機動的な対応を支援。

・協力要請推進枠等の予算額 合計:3兆6,292億円

- 500億円(令和2年度第2次補正のうちの留保分)
- 2,169億円(予備費による令和2年12月25日追加分)
- 7,418億円(予備費による令和3年1月15日追加分)
- 2,000億円(令和2年度第3次補正のうちの即時対応分)
- 8,802億円(予備費による令和3年2月9日追加分)
- 1兆5,403億円(予備費による令和3年3月23日追加分)

事業目的

（これまでに一次補正1,490億円、二次補正1兆6,279億円、9/15予備費9,169億円を措置）（令和2年度第三次補正予算案：1兆1,763億円）

- 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、引き続き、都道府県が地域の実情に応じて行う、重点医療機関等の病床確保や宿泊療養施設の確保、外国人対応の充実などを支援し、医療提供体制等の強化を図る。

【実施主体】 都道府県（市区町村事業は間接補助） 【補助率】 国10/10

事業内容

- 病床確保及び宿泊療養施設確保
 - ・ 新型コロナウイルス患者を受け入れる病床の確保
 - ・ 重点医療機関（新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）の病床の確保
 - ・ 宿泊療養施設の確保、自宅療養者のフォローアップ
- その他の事業
 - ・ 受診・相談センターなど地方自治体における新型コロナウイルス感染症に関する相談窓口の設置
 - ・ 新型コロナウイルス患者の入院医療機関における医療従事者の宿泊施設確保、消毒等の支援
 - ・ 新型コロナウイルス患者の入院医療機関における人工呼吸器、体外式膜型人工肺(ECMO)、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易病室等の設備整備
 - ・ 帰国者・接触者外来等におけるHEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーティション、個人防護具、簡易ベッド、簡易診療室等の設備整備
 - ・ 地方衛生研究所、民間検査機関等におけるPCR検査機器等の整備
 - ・ 感染症対策に係る専門家の派遣、専門家等の下で現場での活動を行うための情報共有や意見交換等
 - ・ 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）等が行う高度医療向け設備の整備
 - ・ 新型コロナ重症患者に対応できる医師、看護師等の入院医療機関への派遣
 - ・ DMAT・DPAT等の医療チームの派遣
 - ・ 医師等が感染した場合の代替医師等の確保
 - ・ 患者搬送コーディネーター配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等による搬送体制の整備
 - ・ 新型コロナ対応に伴う救急医療等地域医療体制の継続支援、休業等となった医療機関等の再開等支援
 - ・ 外国人が医療機関を適切に受診できる環境の整備
 - ・ 新型コロナ患者受入医療機関等における宗教・文化対応等を含む外国人患者の受入れのための支援

更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援（令和3年度）

- 感染者の増加により新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫している中で、さらに必要となる新型コロナ患者の病床と人員を確保するため、**令和2年度の緊急支援に引き続き、新型コロナ患者の即応病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助**を行う。（国直接執行）

1. 対象医療機関

- 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の即応病床を割り当てられている医療機関
 - ・ 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県は国への申出が不要。
 - ・ 都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ること可能。都道府県が12/25以降に行った申出は効果を継続。
 - ・ 医療機関は、申請時点で即応病床の病床使用率が25%以上であること※。医療機関は7/31まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は7/11までに申請を行うこと。
 - ※ 12/25以降新たに割り当てられた即応病床は除く。

2. 補助基準額

- 即応病床数(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)※に応じた補助（①～③の合計額）
 - ① 新型コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
 - ② 新型コロナ患者のその他病床数×450万円
 - ③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円
 - ※ 12/25から7/11までの最大の即応病床数



- 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県において、緊急的に新たに即応病床を確保する観点からの加算
$$\left[\begin{array}{l} \text{12/25以降新たに割り当てられた即応病床数} \\ \text{(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)} \\ \text{(新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数)} \times 1 \end{array} \right] \times 450\text{万円の加算} \times 2$$
 - ※1：12/25から7/11までに新たに割り当てられた即応病床
 - ※2：緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3. 対象経費

- 令和3年4月1日から令和3年7月31日までにかかる以下の①及び②の経費
 - ① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
 - ・ ①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。従前から勤務する職員の基本給も、当該職員の処遇改善を行う場合は補助対象とする（12/25以降に行った処遇改善を含む）。
 - ・ 新型コロナ対応手当の額(一日ごとの手当、特別賞与、一時金等)、支給する職員の範囲(コロナ病棟に限られず、例えば外来部門、検査部門等であっても、新型コロナ対応を行う医療従事者(事務職員等も含む)は対象となり得る)は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。
 - ② 院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）
 - ・ ②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者へ委託できる。
 - ・ ②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が3000万円の場合、②の経費への補助金の使用は1000万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は2000万円以上となる。

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症の発生の状況に対処するため、予防接種の実施体制の整備等を行うとともに、検疫法第34条の指定の期限を延長できることとするため、所要の措置を講ずる。

改正の概要

1. 予防接種法の改正

① 予防接種に係る実施体制の整備

○ 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について、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もと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施するものとする。

➢ 接種に係る費用は、国が負担する。

➢ 予防接種により健康被害が生じた場合の救済措置や副反応疑い報告等については、予防接種法の現行の規定を適用する。

※ 接種の勧奨及び接種の努力義務については、予防接種の有効性及び安全性に関する情報等を踏まえ、政令で適用しないことができるものとする。

② 損失補償契約の締結

○ 政府は、ワクチンの使用による健康被害に係る損害を賠償すること等によって生じた製造販売業者等の損失を補償することを約する契約を締結できることとする。

2. 検疫法の改正

○ 検疫法第34条の感染症の政令指定の期限については1年以内となっているが、感染症法による指定感染症の政令指定の期限と同様に、1年以内に限り延長できるようにする。

※1 新型コロナウイルス感染症については、令和2年2月14日に検疫法第34条の感染症として政令で指定（令和3年2月13日までが期限）。政令指定により、同法に基づく隔離、停留等の規定を準用することができる。

※2 新型コロナウイルス感染症については、感染症法の指定感染症としての期限は令和3年1月31日までであるが、1年以内に限り延長が可能。

施行期日

公布の日（令和2年12月9日）

基本的な考え方

- ・ 今回のワクチンの接種は、**国の指示**のもと、**都道府県の協力**により、**市町村において予防接種を実施**するものとなっている。
なかでも、新型コロナウイルス感染症対策の重要な柱として全国的に実施する施策であることから、**国が主導的役割を担う必要**がある。
- ・ また、今回の接種は平時に比べ大規模な接種体制・流通体制を速やかに整備する必要があるほか、体制整備や接種の実施方法の策定では、**関係者の負担軽減を実現**する観点も重要となる。

主な観点

1. 接種体制の基本設計

- (1) 実施主体と関係者の役割分担
 - 国が指示、都道府県が協力、市町村が実施主体
- (2) 接種場所の原則と例外
 - 原則、居住地の市町村で接種
- (3) 接種会場や接種方式
 - 接種場所は医療機関や市町村設置会場
 - 接種可能人数を可能な限り多くする必要

2. 接種にかかる業務の効率化(事務負担の軽減)

- (1) 委託契約
 - 市町村、医療機関で包括的な契約を実施
- (2) 接種記録
 - 接種済証を発行、市町村の予防接種台帳で情報管理
- (3) 費用の請求・支払い
 - 住所地外接種は、国保連で請求・支払事務を実施

3. 接種に必要な物資・物流の確保

- (1) ワクチン
 - 全国民分の確保に向け交渉・支援を実施
- (2) ディープフリーザー（冷凍庫）
 - -75℃用、-20℃用をそれぞれ1万台確保
 - 国で確保し、各自治体に公平に割り当て
- (3) ドライアイス
 - 保冷ボックス用のドライアイスも国で一括調達予定

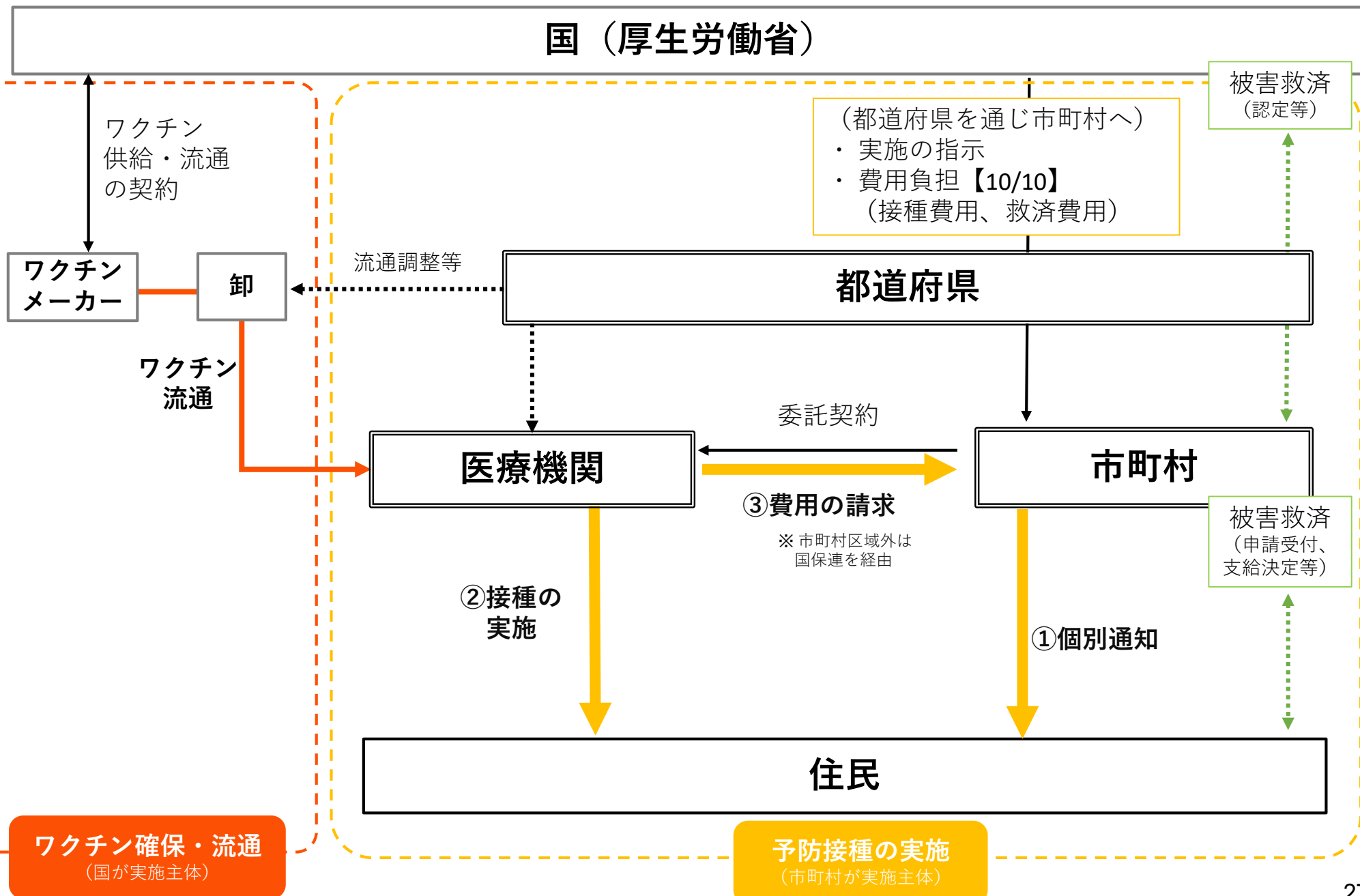
4. 接種・流通の円滑化

- (1) ワクチンの分配
 - 国と自治体が配分量を決定、医療機関等に納入
- (2) 卸売販売業者
 - 地域毎にワクチン流通を担当する卸売業者を設定
- (3) 関係者間の情報伝達
 - ワクチン配分等の情報伝達を行うシステムを構築

5. 接種順位について [新型コロナウイルス分科会、予防接種基本方針部会]

6. 接種実施の判断 [予防接種・ワクチン分科会]

※法改正により措置済み



全体像

6月まで

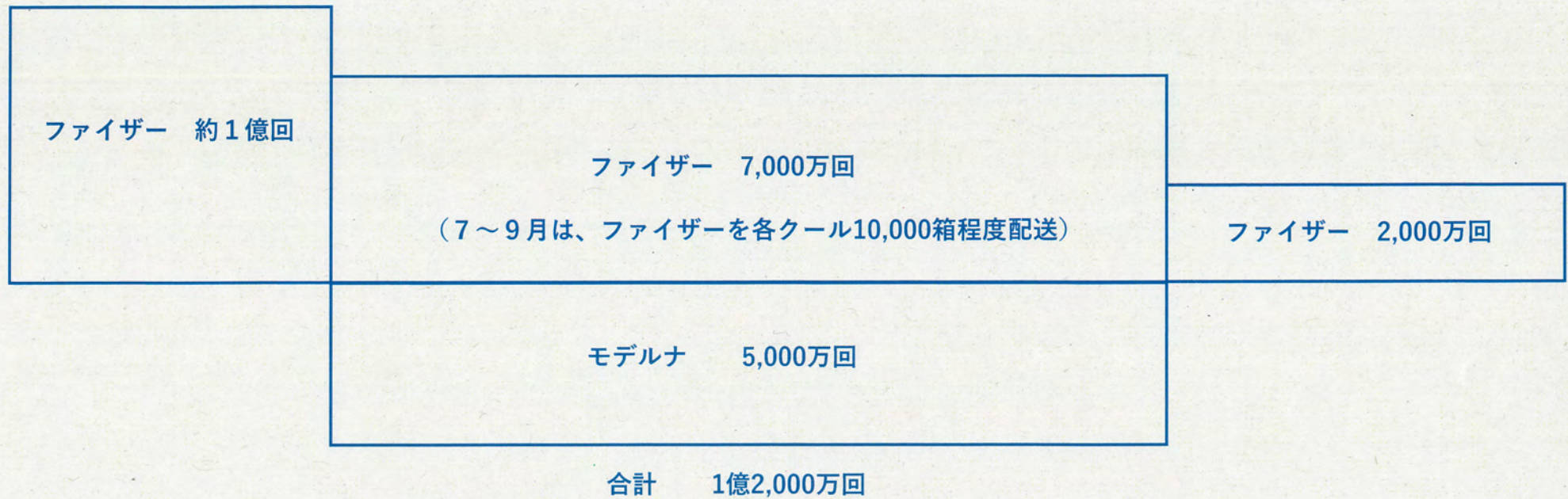
7月

8月

9月

10月、11月

ワクチンの供給



全ての人に2回接種するだけのワクチンを確保

● アストラゼネカ社ワクチンと武田/モデルナ社ワクチンはファイザー社ワクチンと比較して、以下のような流通上の特徴がある。

- ・ 最小流通単位が小さい
アストラゼネカ：2バイアル（20回分） 武田/モデルナ：10バイアル（100回分）
- ・ 超低温ディープフリーザーでの保管は不要。
アストラゼネカ：2℃～8℃の冷蔵で6ヶ月保管可能。
武田/モデルナ：-25℃～-15℃の冷凍で6ヶ月保管可能。
2℃～8℃の冷蔵で解凍後最長30日保管可能。

	ファイザー社	アストラゼネカ社	武田/モデルナ社
接種回数	2回(21日間隔)	2回(28日間隔)	2回(28日間隔)
保管温度	-75℃±15℃:6ヶ月 -20℃±5℃:14日 ※ なお、1回に限り、再度-90～-60℃に戻し保存することができる。 2～8℃:5日	2～8℃:6ヶ月	-20℃±5℃:6ヶ月 2～8℃:30日 ※6ヶ月の有効期間中に限る
1バイアルの単位	5回分/バイアル(一般的な針・シリンジ) 6回分/バイアル(特殊な針・シリンジ)	10回分/バイアル	10回分/バイアル
最小流通単位 (一度に接種会場に配送される最小の数量)	195バイアル (一般的な針・シリンジを用いる場合は975回接種分、特殊な針・シリンジを用いる場合は1,170回接種分)	2バイアル (20回接種分)	10バイアル (100回接種分)
備考	冷蔵庫で解凍する場合は、解凍及び希釈を5日以内に行う 室温で解凍する場合は、解凍及び希釈を2時間以内に行う 希釈後、室温で6時間	希釈不要 (一度針をさしたもので以降) 室温で6時間 2～8℃で48時間	希釈不要 (一度針をさしたもので以降) 2～25℃で6時間(解凍後の再凍結は不可)
医療機関への配送	ファイザー社	地域担当卸	地域担当卸