

I. 第4波に備えるために

1. 感染拡大防止

(1) 実効再生産数は、その決定要因まで分析すると、一定の仮定の下では、下記に比例する形で近似できるとされる。(合原一幸・東京大学特別教授らの研究による)

**(1－有効接種率)×(1－検査による隔離率)×感染率×感染に関与する人口**

(2) これまで第3項(マスク、3密回避、会食自粛)、第4項(飲食店時短、テレワーク、不要不急の外出自粛)に依存してきたが、首都圏についてはハードロックダウンをしない限り、更なる引き下げには限界。

(3) ワクチン接種にまだ時間がかかる中、首都圏等においては感染レベルがピーク時よりも抑えられている今、第2項が重要。隠れた感染者を洗い出し、隔離していくためには、首都圏を中心に検査と追跡の強化が不可欠。このうち、積極的疫学調査による追跡については上流・下流ともに限界があるとともに、スクエアビリティに限界があることを踏まえ、検査の強化が特に必須。

(4) 検査の強化については、①クラスターにつながるリスクの高い高齢者施設のスタッフに対する定期的検査に加え、②民間検査機関との実効性ある連携確立、③ごく軽い有症状者の身近な診療所での検査への誘導、及び④無症状者への戦略的な検査を強力に推進すべき。

その際、①検査規模が増えてきたことを活かし、検査への保険点数を見直すとともに、都道府県の積極的関与による共同調達やプール方式などを通じ、検査コストを圧縮、②無症状者への戦略的検査については偽陰性の可能性を踏まえた適切な情報提供・行動管理の確保、③民間検査機関の精度管理と検査陽性者に関する実効性のある対応・報告の確保、④実効性のある検査体制整備計画の速やかな策定が肝要。

(5) 追跡の強化については、①外部委託、IT活用、臨時雇用、医師会・看護協会との連携等を通じた保健所の体制強化と、②濃厚接触者追跡を補完するCOCOAについては、現在の濃厚接触者の定義に満たない接触者から多くの感染者が発見されていることに鑑み、接触の範囲を大幅に拡大するとともに、(バグ修復を前提とした)普及拡大の再強化を進めるべき。

その際、①自宅療養・宿泊療養者の健康状態のフォローアップについて診療所を最大限活かすため、十分なインセンティブの提供、②保健所体制の強化のため

の即効性あるアクションの実行に向けて責任者である知事・市長・区長の強い積極的リーダーシップ、③保健所体制強化の「見える化」、④COCOA についてバグが相次ぎ発生した問題を踏まえ、民間の知見・人材を導入しつつ、政府の開発体制を速やかに改編・強化、⑤COCOA の普及拡大のため、イベント入場等の条件とするとともに、プッシュ型でのアプリの周知徹底、公的セクター・産業界の従業員等によるダウンロードの推進などの強力な取り組みが重要。

(6) ワクチン接種の副反応に対する不安を踏まえ、その効果を含む内外の各種データを積極的・継続的に公表して行くとともに、あらゆるメディアを活用しながら丁寧に関わりやすく説明して行くことが肝要。またワクチン接種完了者については社会活動等における行動制限が緩和されることも明確にすべき。その上で、仮にワクチン接種のスピードが低下した場合には、医療保険者から加入者/被保険者に対する積極的な働きかけを行うとともに、接種者に対するインセンティブも検討する必要。

ワクチンを有効に活用するため、キャンセルや冷凍庫故障などでワクチンの余裕が生じた場合には、優先順位にこだわらず、希望者に対してワクチン接種を柔軟に実施する機動的な対応も用意。在宅高齢者等についてはワクチンの個別移送が難しいため、集合接種場や個別接種の場所までの移動手段の確保（介護タクシー）や補助などを検討する必要。

また、ワクチン接種のスピードが重要となる中、接種を担う人的体制が制約要因となることが懸念される。諸外国の取り組みを踏まえつつ、的確な研修がなされることを前提に、接種の担い手の多様化も検討していくべき。ワクチン接種に伴う補助金申請等の事務手続きについても、自治体・医療機関等の負担とならないよう、ペーパーベースではなく、速やかにデジタル化を進めるべき。

## 2. 医療提供体制の強化

(1) 重症者対応キャパシティの増強に向け、体制を十分に備え、コロナ重症者対応で中心的な役割を果たすことが期待される大規模病院によるコロナ重症者等の受け入れ状況を「見える化」し、主要国の取り組みを踏まえ、その貢献を高く評価。その際、あわせてこうした大規模病院における厳重な感染防止策の「見える化」も図る。

首都圏等において感染レベルがピーク時よりは抑えられている今こそ ICU 室等のゾーニング工事により、コロナ重症者の受け入れ能力を急ぎ増強すべき。また必要な支援措置を講じた上で ECMO 等を広域で連携しながら利用する医療機関間ネットワークの構築を進めつつ、ECMO 等の取り扱いのできる人材の訓練を急ぐべき。

(2) 現状では、コロナ患者受け入れ病院ごとにコロナ患者の階層化ができてい

ないが、医療提供体制の強化のためには、医療機関間の役割分担による医療資源の最大限の有効活用が必須。(図表1) その際、重症者対応が難しい医療機関については、感染防止体制の整備を前提としつつ、中等症患者や軽症者の受け入れを積極的に担うことが重要。このうち、中等症患者については、急変に対応するため、重症対応が迅速・円滑・一体的に提供される体制の確保が重要。他方、重症対応が可能な病院については、軽症者は他の医療機関に委ねることを基本とすべき。

(3) 軽快者については、療養型病院等や高齢者施設で受け入れられ、感染者対応病院の負荷が軽減されるよう、第三者による安全の確認体制を構築しつつ、受け入れインセンティブを強化・活用する必要。感染者対応病院による介護施設への退院調整機能強化も重要。(図表2) 同時に在宅でも受け入れられる体制の確保が重要であり、十分なインセンティブを提供しつつ、訪問診療や訪問看護を活用。

(4) 感染の急拡大に備え、財政的支援を付しつつ、臨時医療施設、感染症対応病棟などを予備的体制として当面保持。また、変異株等による感染急拡大リスクも踏まえ、短時間で増強できる臨時医療施設設置のための場所・設備・人員の確保計画を準備。

(5) 病院の入院負荷を軽減するためにも、無症状者や軽症者については可能な限り隔離を主目的とした宿泊療養を基本とすべき。軽症者で入院者したもののうち、半分は基礎疾患のない64歳以下で、これらのグループは重症化リスクが低く宿泊療養が可能かつ適切と考えられる。(図表3) やむを得ない場合には自宅療養もありうるが、こうした宿泊療養・自宅療養の健康状態のフォローについては、電話・オンライン診療も利用しながら、診療所を活用することとし、保健所の負荷も軽減。このため、知事から医師会等に対して協力要請を積極的に申し入れるとともに、参画する診療所に対しては十分なインセンティブを提供。

(6) これに対し、変異株患者については、一般のコロナ患者と隔離し、入院、さらには個室を原則とし、退院・転院については2回連続PCR検査陰性結果を求める厳格な運用となっていた。その後、病床逼迫を懸念する自治体等からの働きかけを受け、新たな通知が発出され、基準が緩和されたところであるが、実際の現場運用が硬直的とならないよう注視していくことが必要。

(7) 以上のような医療提供体制の強化に向け、改正感染症法や予算措置を最大限に活用して、首都圏を中心に知事が強いリーダーシップを発揮すべき。このため、第三波を上回る感染再拡大に備えた実効性のある医療提供体制計画を可能な限り早く整備する必要。またこうした自治体毎の取り組みの成果の「見える化」を図り、取り組みの違いを明らかにすべき。

## II. コロナ危機で明らかになった我が国医療提供体制の課題

### 1. 国民の素朴な疑問

欧米諸国よりも感染レベルは一桁以上少ないのになぜ日本では医療ひっ迫が起きたのか？

### 2. コロナ危機で明らかになった医療提供体制の課題

(1) コロナ重症者を扱う病床が不足。ICU・HCU・ERのユニット病床の総数が不足していた訳ではなく、コロナ患者の受け入れに配分されるものが不足。ハード以上にICUや救命救急等を取り扱える看護師などの人材不足がボトルネック。

(2) 人口当たりの病床の総数は世界に比べて際立って多いものの(図表4、5)、コロナ患者受け入れに充てられる病床の割合は極めて低く、3月3日現在日で急性期病床全体の3.4%にとどまる。(図表6)

(3) 人口当たりの病院数および病床数が多いことによって、医師・看護師など医療従事者が分散し、病床当たりには薄い体制となっているため(図表7、8)、中等症以上手厚いケアを要するコロナ患者を受け入れる場合、人員がすぐにキャパオーバー。(図表9)(なお、こうした問題はコロナ関連以外にも、高度救急、周産期救急、小児救急などの分野でも存在。)他方、体制があるにもかかわらず、コロナ患者を十分受け入れない病院も少なからず存在。

(4) 病院間の役割分担や連携は一部の地域を除き、十分に機能せず。高い能力を持つ病院が軽症者までも広く受け入れる一方、体制が不十分のまま重症者等を受け入れる中小病院や、感染懸念から軽快者も含めておよそコロナ関連への参画を拒む中小病院も少なからず存在。

(5) 入院負荷を軽減するため、宿泊療養・自宅療養を活用したものの、健康状態のフォローが十分ではない面もあり、こうしたフォローに診療所は中心的な役割を果たさず。PCR検査受検の相談や発熱外来についても、一部の医師の善意と熱意に依存し、システムを欠いたまま、診療所の参画にはバラツキ。感染懸念から期待されたオンライン診療も広がりには限定的。

(6) 看護師は多数いるにもかかわらず、非就業のままの看護師は数多く、現場を支える看護師は不足。保健所のコア業務を担う保健師も不足し、積極的疫学調査など保健所の重要な任務を事実上部分的に放棄する事態に。

(7) 救急患者の受け入れがボトルネックとなり、救急車がたらい回しをされ続け、長時間にわたって救急車に乗ったまま治療を受けられない患者の容体が悪化。

## III. 緊急時対応の強化

## 1. 当面の対応

(1) 改正された感染症法に基づく知事権限と様々な財政支援措置を最大限に活用し、コロナ対応への医療機関の協力を確保。

(2) 体制を十分に備え、コロナ重症者対応で中心的な役割を果たすことが期待される大規模病院によるコロナ重症者等の受け入れ状況を「見える化」し、その貢献を高く評価。その際、あわせてこうした大規模病院における厳重な感染防止策の「見える化」も図る。

(3) 不足が目立ち、保健所機能のボトルネックとなっている保健師に関しては、業務のうち、看護師で対応可能なものは、保健師以外による対応を時限的に可能とする。この他、保健所の業務を精査し、保健師や保健所の職員、看護職以外でも担いうる業務を徹底的に洗い出し、外部委託や臨時雇用等によって対応。

(4) 災害時対応として、DMATや災害支援ナース制度をはじめとする医療機関・医療従事者の協力体制が構築されているところ、感染症対応についても同様の協力体制を速やかに構築。諸外国の例を踏まえ、緊急時には医学生・看護学生の参画も確保。

(5) 緊急時において迅速に的確な医療が提供できるよう、個人の医療情報を平時から電子化、集約した上で、緊急時や他医療機関転送時には医療機関等からのアクセスを確保。使い勝手が良く、全国共通で活用できる情報システムの構築のため、厚生労働省や各自治体、医療機関任せにせず、本年9月に設置予定のデジタル庁の中心的役割に期待。

## 2. 中長期的な対応

(1) 海外の主要国は緊急時に各種医療機関・医療従事者を国や地方政府が動員できる仕組みを備えているところ。日本においても、諸外国の例も参考にしつつ、緊急時に必要な医療資源を動員できる制度的仕組みを構築。医療関係者の育成には大きな公費が投じられ、医療システムが税金と保険で大きく支えられていることを踏まえると、緊急時対応について医療機関・医療従事者は責務を負っており、医療機関・医療従事者を動員する仕組みを構築することには正当性あり。感染症対策に協力する医療機関と協力に消極的な医療機関との間の不公平感を解消するためにも、制度的な動員体制の構築は有用。

(2) 都道府県と保健所設置市・区との統一的・効果的な取り組みを確保するため、広く人口にまん延する感染症の発生などの緊急時には、知事に権限を一元化。

(3) 救急医療、ICU等、緊急時対応の観点から、地域における必要な中核的体制の整備・保持のために財政的な支援措置も導入。特に我が国は諸外国に比べて救急医療の体制が圧倒的に弱く、分散しているため、救急医療を集約し、緊急時に対応できる大規模・強力な救急医療体制を構築。

また救急車における搬送中の容態悪化を極力回避するため、諸外国の例を踏まえ、救急隊員や看護師が救急車内で措置できる範囲を大幅に拡大。

(4) 非常時に対応できるよう緊急時派遣登録看護師制度を構築する。非就業を含む看護師に対する研修と即時連絡体制を推進。

#### IV. 平時における医療提供体制の構造改革

##### 1. 平時における医療提供体制の構造改革の重要性

緊急時対応を強化したとしても平時における医療提供体制が脆弱のままでは、今後の感染拡大等には十分対応することはできない。平時から強靱な医療提供体制を構築すべく、構造改革を中長期的に推進すべき。

その際、感染拡大等に対応しうる強靱性に加え、増大する高齢者の医療ニーズへの的確な対応、持続可能性のある効率的な医療サービス提供、対人口に合わせた医療機関の設置と医療従事者の配置を進め受療の公平性が担保された医療サービスの提供体制の構築、医療の質の向上など、多元的な政策目的の実現に資するものを目指すべき。

こうした構造改革を進める上では、保険報酬制度の在り方やインセンティブにとどまらず、監督・規制体制、保険者機能の発揮など、医療提供体制のガバナンスや調整機能についても踏み込んでいくことが必要。

##### 2. 短期的改革（2023年度まで：次期地域医療計画の策定まで）

(1) 現行地域医療計画の具体化に向け、地域毎の医療機関間の役割分担・連携グループ化を推進。高度医療機能を担う病院、急性期医療を担う病院、慢性期医療・地域医療を支える中小病院などに役割を分担し、機能分化を進め、状況に応じた患者の紹介・転送など連携を強化。連携の円滑化のためにも、医療のデジタル化を加速し、患者情報の共有インフラの構築を推進。使い勝手が良く、全国で利用可能な情報システムの構築のため、今年9月に設立される予定のデジタル庁による中心的役割に期待。その際、こうした情報システムが実際に利用されるよう、インセンティブ、規制なども活用した実効性のある取り組みが必要。

(2) こうした役割分担に沿った医療行為の提供については。規制面、保険者機能面などで誘導しつつ、診療報酬面でも差別化。患者側もこうした役割分担に応じて受診するよう、メリハリのある自己負担の設定など経済的なインセンティブによる誘導も強化。

(3) PCR 検査受検相談、発熱外来、オンライン診療、自宅療養フォローを包括的に提供できる「かかりつけ総合医」のリスト提示と、利用希望の者による事

前登録・医療情報登録を行う仕組みを導入。患者情報の事前管理により、PCR 検査受検相談、オンライン診療、自宅療養フォローなどについて、安全で迅速、効果的に対応できることが期待される。こうした取り組みを推進するため、患者の登録・管理実績に応じて診療報酬でも反映。

(4) これまで自治体、保健所を中心とする公衆衛生と医療機関を中心とする地域医療とは峻別されてきたが、地域を感染から守り、住民の疾病予防と健康増進を推進して行くため、予防医療と健康増進活動をかかりつけ総合医等に移行させるなど両者のパートナーシップを深めて行く。医療機関には、感染拡大時におけるサポート役割を強化するとともに、平時における予防機能を強化。

### 3. 中期的構造改革（2024 年度～2029 年度：次期地域医療計画期間中）

(1) 2024 年度からの第 8 次地域医療計画においては、感染症対応や高度医療機能提供のための体制強化を重点に据えつつ、高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、介護、福祉など、これまでの役割分担・機能特化の取り組みを深化させ、医療機関等の統合・機能分化を強力に進める。その際、諸外国に比べても特に弱さが顕著な救急医療体制の強化は必須であり、救急医療体制の集約化・大規模化・強化を推進。救急医療が各専門科への仕分けを行うトリアージ機能も強化。（第 8 次地域医療計画における救急医療事業にて体现。）

その際、行政を含めた関係機関が緊密に連絡を取れるような体制構築と、司令塔としての役割を誰が担うのかを平時から決めておくことが、感染症対策や災害対応等のためにも極めて重要。

また、現状での活用が限定的にとどまる地域医療連携推進法人制度を強化し、経済的メリットを高めつつ、効率化と質の向上に資する経営統合実現に向けて積極的に活用。経営統合に加えて、病院施設の早期統合が効率的な場合には、減価償却の問題等を勘案しつつ、財政的支援も検討すべき。

以上については、二次医療圏単位での役割分担体制構築を基本としつつ、知事の強いリーダーシップが期待される。

(2) 地域医療計画の策定に当たっては、医療経済学者、総務省地方行政担当者、市民代表、保険者代表など、従来以上に幅広い有識者が参画し、計画を実現させる強力なインセンティブなども導入。グランドビジョンだけでなく、個別施設にまで落とし込んだ計画を同時に整備。地域毎の実現状況を「見える化」し、進捗が遅い場合には追加的措置を講ずる PDCA サイクルを設定。

(3) (1) を通じ、救命救急・集中治療部門や高機能医療機器など高度な医療

機能を中核的病院に集中させ、救急医療体制を集約・強化するとともに、高いレベルでの感染症対応・高度医療対応体制を確保。あわせて症例の蓄積により、医療の質も向上。また、高機能医療機器を取り扱うことのできる人材のほか、各種専門医・地域医療を担う人材を集中的・計画的に訓練。こうした症例の蓄積により、研修医や若手医師の大都市部への流出を抑制することも期待される。

(4) 同時に一般的な急性期医療を担う病院、回復期医療や慢性疾病等の治療を担う医療機関などに機能分化を進める。こうした医療機関は感染拡大期においては、中等症や軽症のコロナ患者の受け皿となり、また軽快者の受け皿としての役割を果たすことが期待される。このような機能分化を実効的なものとするためにも退院基準を明確化。

中小病院については、周辺の診療所とグループの形で連携しながら、病床提供の担い手から転換し、地域在宅医療の結節点としての役割を果たすことが期待される。他方、介護機能については、医療機関と連携しつつ、高齢者施設において担うことを徹底して行く。

(5) こうした機能分化・役割分担は、特定の病院がすべての機能を提供する「病院完結型システム」から、高齢者施設を含む地域の医療・介護機関が総体として機能を提供する「地域完結型システム」への転換を目指すもの。その際、高齢者施設、特に地域包括ケアを進める観点から、サ高住、グループホームなどと医療機関との間の平時からの連携強化が重要。これらを2024年度からの第9期介護保険事業（支援）計画で実現していく。

(6) このような医療機関の機能分化・統合を強力に推進するため、2(2)で着手した診療報酬面でのインセンティブを更に強化。平成の市町村大合併を実現させたのが期限付きの強力なインセンティブであった例も踏まえ、次期地域医療計画に基づき機能分化・統合に取り組んだ医療機関に対しては期限を設けた上で大胆な診療報酬、財政支援措置で報いるべき。さらに高度な医療を提供する中核病院の受診については、経済的措置に加え、患者の事前スクリーニングも導入。これにより機能分化を進め、中小病院や診療所との連携を図りつつ、高度医療の中核病院への集中を加速することにより、症例の集約化を通じた医療の質の向上、現場の疲弊の緩和を図る。

(7) 同時に病床数が多いために在院日数延長化によって稼働率を確保して病院経営を維持するというインセンティブを与える1日定額や出来高払いを中心とした診療報酬から脱却し、使用する医療資源の類似性に応じた1入院当たり



の包括払いを原則とする診療報酬制度に転換。これにより、高度医療機能提供に対する診療報酬を引き上げ、高度医療機能提供体制の強化をバックアップするとともに、入院日数や医療行為というインプットに依存せず、疾病の治癒等を重視した医療を通じて、医療の効率性を向上。すでにこうした方向に沿い、日本ではDPC/PDPSが導入されたが、日数単位の支払いとなっているため、入院期間短縮インセンティブが弱いことから（図表10）、さらに疾病分類に着目し、1入院を包括した診療報酬制度であるDRG/PPSに移行する必要性。病床数の多さと医療費には相関があり（図表11）、更なる包括払い化によって、病床を埋めないと病院経営が成り立たない状況からの脱却が必要。

こうした診療報酬制度の転換により、諸外国に比べて際立って多い病床数を適正化し、より厚く質の高い医療を確保する方向に転換すべき。その際、大部屋から個室へのシフトを進めることにより、主要国並みのプライバシー保護が確保されるとともに、隔離がしやすくなるため、感染拡大時における対応体制も強化されることが期待される。

同時に、緊急時において十分な医療体制を確保するため、診療報酬と財政支援を組み合わせながら、高度医療機能提供体制と救命救急医療体制を大幅に強化・集約化すべき。これにより病床数が国際的に見て多いのにもかかわらずコロナ対応病床が不足したパラドックスを克服し、病床総数が諸外国並みのレベルに合理化されつつも、感染症対策等のために十分な医療体制が確保される構造に転換。

（8）2（3）の取り組みを発展させ、地域住民の健康を総合的にかつ定常的にサポートするために、住民の医療機関への登録制度を基盤とする質の高いプライマリ・ケアのシステムを導入。このシステムが、感染拡大の際の最前線の防衛となり、（6）の事前スクリーニングを実行する役割も担うと同時に、超高齢化時代における地域包括ケア・在宅医療の担い手となる。特に24時間365日対応を求められる在宅医療の推進のためには、複数の医師と看護師等で構成されるグループによる診療体制の構築が重要。同時に定額払い制度の幅広い導入により、日頃からの予防・健康管理の比重を高める。

こうした質の高いプライマリ・ケアのシステムの担い手となりうる医師・看護師の質を担保するための研修や資格制度を導入。あわせて予防や地域包括ケア・在宅医療についての専門性を備えた薬剤師・リハセラピスト・栄養士・介護福祉士等も地域包括ケアの重要な担い手であり、こうしたグループ・連携の重要な構成員として養成を推進。

地域包括ケア・在宅医療の効率的提供のためには、面的な集約が重要。現在、自由開業制度のもとで、多数の小規模医療機関の自由な参入と乱立によるサー

ビス提供の分散と非効率なケアが地域医療の課題となっている。今後、人口減少が加速していく局面での地域包括ケア・在宅医療の効率的提供のためには、公的関与の下、地域包括支援センターの体制と整合性をもたせた形で、小規模医療機関のグループ化と面的集約によるプライマリ・ケア診療センターの計画的な設置を推進。一人暮らしでも希望すれば最期まで自宅で看取ることのできるケア提供体制を整えることが重要。

(9) 人材育成を自由に委ねてきたため、重要な分野における深刻な人材不足に直面したコロナ危機の教訓を踏まえ、人材育成について政府はより積極的な役割を果たすべき。このため、高度救命救急、集中診療、総合診療を担う専門医や高度実践看護師等、危機時に必要となる人材（エッセンシャル医療スタッフ）の育成目標を政府が示し、長期的な視点から、所要の人材の育成・維持を財政的に支援。特に不足が顕著である救急医療の担い手の育成・維持は急務。

人材の偏在は産科、麻酔科、小児科などについても顕著なため、人材育成時における取組に加え、生涯収入などを含めたシステム全体の見直しもあわせて必要。

(10) 医療・看護人材一般の教育においても、感染症についての知識、現場対応に関する教育を再び強化。また、医療・看護人材の育成が大きな金額の税金で支えられ、医療提供も相当の割合が税金と保険で支えられている事実をしっかりと示し、医療・看護に従事する者の公的責務の重さについての教育が期待される。

(11) 看護師の機能を多層化するとともに、高度な実践を行う看護師については、担うことのできる職責を大きく拡大。やりがいと処遇を向上。看護職のライセンスについては、連絡先の定期的確認等を行う登録制を導入し、危機時における対応を可能とし、慢性的な人材不足に対応するため、オンラインによるフォロー体制を構築。

(12) コロナ危機では保健所の逼迫が顕著。しかしながら、危機に備えて大規模な保健所の体制を平時から維持しておくことは現実的ではない。このため、保健所と医療との役割が厳格に峻別されてきた現状を抜本的に見直し、海外主要国の制度を踏まえ、感染者の健康状態の追跡管理や PCR 検査の受検判断など、保健所機能の大きな部分については、(8) のプライマリ・ケアの仕組みの中で担う方向を推進。そのため、平時からの保健所と医師会との連携を基盤としつつ、危機時における地域の司令塔を明確にしておくことが重要

また、保健所機能のボトルネックとなった保健師の不足については、一定の研

修を経ることにより、その業務の一定部分を看護師等も担えることとするとともに、感染症拡大リスクを踏まえ、大学における看護師育成においては、同時に保健師の資格取得を目指すシステムに戻す。

(注) 以下の図表1～10はグローバルヘルスコンサルティング社の分析による。