

第8次医療計画等に関する検討会 (6事業目(新興感染症対応))等について(報告)

基本指針及び予防計画の見直し等について（案）



令和5年2月17日
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

1) 基本指針及び予防計画を見直す経緯

(これまでの経緯)

- 新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえ、昨年12月に成立した改正感染症法により、次の感染症危機に備えるため、都道府県が平時に定める予防計画について、①保健・医療提供体制に関する記載事項を充実するとともに、②感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保について数値目標を定めることとし、③保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとされた。(令和6年4月1日施行)
- また、都道府県は、予防計画を定め、又はこれを変更するに当たっては、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第一項に規定する医療計画及び新型インフルエンザ等対策特別措置法(平成二十四年法律第三十一号)第七条第一項に規定する都道府県行動計画との整合性の確保を図らなければならないこととされた。
- 都道府県は予防計画を策定するにあたっては、国が定める基本指針に即して作成することとされており、国が定める基本指針についても、昨年12月に成立した改正感染症法の内容を踏まえて、記載事項を充実させることとされた。

2) 基本指針及び予防計画を設定するにあたって検討が必要な事項と検討の進め方

(検討が必要な事項)

都道府県及び保健所設置市区が策定する予防計画において、感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保について数値目標を設定することとされたことから、以下の事項について検討が必要。

- ① 予防計画の実効性を担保するために定めることとされた数値目標について、どの事項について数値目標を設定する必要があるか
- ② 数値目標について、具体的にどのような考えで都道府県等に設定してもらうか

(検討の進め方)

数値目標を設定する項目については、昨年9月5日に開催した感染症部会において、以下の項目について設定する案をお示ししている。

類型	数値目標事項案
医療	病床、発熱外来、後方支援、人材派遣、自宅療養者等に対する医療の提供
検査	検査の確保
宿泊施設	宿泊施設の確保
物資の確保	個人防護具の備蓄

このうち、医療については、医療計画との整合性を図りつつ医療全体への影響を勘案して数値目標を設定することが必要であることから第8次医療計画検討会において検討を行っているところである。

また、地方衛生研究所における検査及び保健所の体制に関する部分については、地域保健対策の推進に関する基本的な指針の改正に伴う議論と整合性を図る観点から地域保健健康増進栄養部会で議論することとしたい。

本部会においては、上記検討会等の検討結果を踏まえ、3月以降にご検討いただくこととしたい。

基本指針/予防計画記載事項について

基本指針の記載事項

新	旧
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	一 感染症の予防の推進の基本的な方向
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項	二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	七 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	(新設)
八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項	六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
九 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項	(新設)
十 第四十四条の三第二項又は第五十条の二第二項に規定する宿泊施設の確保に関する事項	(新設)
十一 第四十四条の三の二第一項に規定する新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は第五十条の三第一項に規定する新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項	(新設)
十二 第四十四条の五第一項(第四十四条の八において準用する場合を含む。)、第五十一条の四第一項若しくは第六十三	(新設)

新	旧
<u>条の三第一項の規定による総合調整又は第五十一条の五第一項、第六十三条の二若しくは第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項</u>	
<u>十三 第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</u>	<u>九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</u>
<u>十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</u>	<u>八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項</u>
<u>十六 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>十七 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項</u>	<u>十 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項</u>
<u>十八 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策(国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項</u>	<u>十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項</u>
<u>十九 その他感染症の予防の推進に関する重要事項</u>	<u>十二 その他感染症の予防の推進に関する重要事項</u>

予防計画の記載事項

新	旧
一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
二 <u>感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項</u>	(新設)
三 <u>病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項</u>	(新設)
四 <u>感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</u>	二 <u>地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</u>
五 <u>感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項</u>	(新設)
六 <u>感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項</u>	(新設)
七 <u>第四十四条の三第二項又は第五十条の二第二項に規定する宿泊施設の確保に関する事項</u>	(新設)
八 <u>第四十四条の三の二第一項に規定する新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は第五十条の三第一項に規定する新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項</u>	(新設)

新	旧
九 <u>第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項</u>	(新設)
十 <u>感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</u>	(新設)
十一 <u>感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</u>	(新設)
十二 <u>緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策(国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)</u> に関する事項	三 <u>緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)</u> に関する事項

※保健所設置市については、第1号、第3号、第5号、第8号、第10号、第11号、第12号並びに病原体等の検査の実施体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項について予防計画を作成する(第2号、第7号は任意)。

第22回第8次医療計画 等に関する検討会 一部データ等更新	資料1
令和5年2月2日	

6事業目（新興感染症対応）に係る医療計画策定等にあたっての 対応の方向性（案）

本検討会の進め方

- 新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナ対応の医療提供体制（次頁以降参照）や感染症法等の改正の内容や同法に基づく感染症対策（予防計画等）に関する検討状況を踏まえ検討。
- 本検討会では、実効性のある医療計画の策定に資するよう、都道府県と医療機関との間の病床確保等の協定締結等を円滑に進めるためのご意見をいただきたい。
- 改正感染症法及び医療法の令和6年4月施行に向けて、令和5年度中に各都道府県で予防計画及び医療計画を策定する必要があることから、策定準備に間に合うよう、できる限り早く議論のまとめを行い、令和5年度早期に指針等を示すこととしたい。

改定「保健・医療提供体制確保計画」（令和4年12月時点）

新型コロナウイルス対応の医療提供体制①

令和3年11月末に「保健・医療提供体制確保計画」（以下「計画」という。）を策定いただいた後、オミクロン株の特性を踏まえた累次の点検・強化等の取組に基づき、感染の拡大状況に応じた計画的な体制整備を行っていただけてきた。令和4年11月21日付け事務連絡により、入院体制を中心とした点検・強化のポイントをお示し、各都道府県の計画の改定・12月中の体制構築を依頼。

陽性判明から療養先決定までの対応について

▶ 各都道府県において、入院治療が必要な患者が優先的に入院できる体制を強化

- ・ 冬に向けた救急医療需要の高まり等も踏まえ、重症度やリスク因子など患者の優先度に応じた入院調整・療養体制の考え方を管内保健所・医療機関と共有。
- ・ 救急医療のひっ迫回避に向けた取組として、休日夜間急患センター・在宅当番医制について、受診に資する情報を各都道府県のHPに掲示、周知に取り組む。

入院等の体制について

▶ 病床確保計画に基づく新型コロナ病床の全体の確保病床数は引き続き維持

コロナ確保病床 4.6万床確保（令和3年11月末時点） ➡ **最大5.1万床確保**（令和4年12月時点）

※ 5.1万床には、臨時の医療施設・入院待機施設の定員約2.3千人分を含む。このほか臨時の医療施設等の最大確保定員は、約2.6千人分（計約4.9千人分）。

▶ 感染拡大期には時機に遅れることなく増床を進めるとともに、院内において新型コロナ患者が生じた場合の対応能力の向上を支援することにより、当該対応能力を有する医療機関の増加を引き続き図る

- ・ 全ての都道府県で、管内の医療機関に新型コロナ感染対策ガイドや感染管理に資する参考資料等の周知を行ったことを確認。
- ・ **後方支援医療機関**を約**3.7千機関**確保（令和4年4月時点：約3.5千機関）。全ての都道府県で高齢の患者のケアを意識した適切な療養環境の確保のため、発症早期からの適切なリハビリテーションの提供について、取組事例等の周知を行ったことを確認。

▶ 通常医療との両立強化

- ・ 各医療機関の院内感染や職員の欠勤状況等を確認の上、実際に使える即応病床の調整や入院調整を実施し、コロナ医療と通常医療の両立を図る取組を確認。
- ・ 医療ひっ迫時に約2.7千の医療機関から、医師約2.1千人、看護師約4千人を派遣できる体制を確認。

（令和3年11月末時点：約2.3千医療機関 医師約3.2千人 看護師約3.1千人）

自宅療養者等及び高齢者施設等における療養者の健康観察・診療体制

▶ 陽性判明後の健康観察について、高齢者・重症化リスクのある者に重点化しているが、特に高齢者施設等の療養者にも医療が行き届く体制とする

- ・ **健康観察・診療医療機関** 約2.3万医療機関（令和4年4月22日時点） ➡ **約2.7万医療機関**（令和4年12月時点）
- ・ 陽性判明後の自宅療養者等のフォローを行う 訪問看護ステーション：約2.8千（令和3年11月末：約1.4千） 薬局：約2.7万（令和3年11月末：約2万）
- ・ 宿泊療養施設の最大確保居室数は、約6.6万室（令和3年11月末時点：約6.6万室）

▶ 高齢者施設等に対する医療支援の平時からの強化

- ・ 感染制御・業務継続支援チームに所属している医療従事者・感染管理専門家の人数（チーム数）は、約4.6千（約170チーム）（令和4年4月時点：約3.6千）
- ・ 往診・派遣に協力する医療機関数は、約6千（令和4年5月時点：約3.2千）

令和4年
12月2日公表

- 同時流行下、ピーク時には1日75万人規模の患者が生じた場合でも、限りある医療資源の中で重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するため、10月17日、都道府県等に対し「外来医療体制整備計画」（以下、計画）の策定を求める事務連絡を发出。
- 各都道府県において、11月14日までの1か月間に、地域の医師会等と協議の上、①ピーク時の患者数、外来の受診見込者数等を推計するとともに、②診療・検査医療機関（いわゆる発熱外来）等の診療能力（1日当たり診療可能人数）を把握し、①と②の比較検討を踏まえた外来医療体制の強化、健康フォローアップセンター（以下、健康FUC）の体制の強化を計画。今般、これらの計画を基に、国において取りまとめ、公表するもの。

I. 診療・検査医療機関をはじめとする外来医療体制の整備

➤ **重症化リスクの高い方（高齢者、基礎疾患を有する方、妊婦）・小学生以下の子どもに適切な医療を提供するため、外来医療体制を一段と強化。**

<需要の推計> 各都道府県において、ピーク時の1日当たり患者数等を推計。

患者数 (新型コロナ、季節性インフル)	健康FUCへの 登録見込者数	発熱外来等 受診見込者数
81万人 (45万人、37万人)	7万人 ^{注1・2)}	75万人 ^{注1)}

注1) 各都道府県独自の推計が含まれるため、健康FUCへの登録見込者数+発熱外来等受診見込者数と患者数は一致しない
注2) 都道府県が推計した、基礎疾患を有する者及び妊婦を除く、中学生から64歳の新型コロナ患者の約23%

<供給の強化> 上記の推計と、各都道府県が調査等により把握した管内の診療能力（1日当たり診療可能人数）を比較検討。従前から強化を続けてきた外来医療体制について、年末年始も見据え、土日祝日を含め、一段と強化。

	管内の診療能力	強化分	最大診療能力
全体	76万人	+13万人^{注3)}	90万人
発熱外来等の強化	76万人	+11万人 ^{注4)}	87万人
自治体が発与・要請する電話・オンライン診療の強化	0.6万人	+1.8万人 ^{注5)}	2.3万人
土曜日	45万人	+11万人	55万人
日曜祝日	12万人	+11万人	23万人

※端数処理の影響で内訳の計が一致しない場合がある

II. 健康フォローアップセンターの体制の整備等

➤ **重症化リスクの低い方が安心して自宅療養をできるようにするために必要な環境を整備。**

○今冬における1日当たりの最大登録人数
(計画策定前の対応能力→計画に基づく体制整備後の対応能力)

・登録内容の確認等に従事するスタッフ（医師、看護師、事務職等）の増強等により体制を強化。（31都道府県）

8万人/日



20万人/日

+11万人/日

※平日、土日祝日で殆ど差は無い

※体調悪化時等の相談対応についても、相談対応スタッフ（医師、看護師等）や電話回線の増強等により、21の都道府県にて体制を強化。

<外来医療体制の強化分の内容>

注3) 多くの地域において、対面診療の更なる強化を図る一方、大都市部においては、併せてオンライン診療の強化を図るなど、地域の医療資源等の実情に応じて様々な対応を組み合わせる。

注4) 各都道府県において、診療時間の拡大（42地域）、箇所数の増加（33地域）、かかりつけ患者以外への対応（16地域）等を組み合わせる。このほか、地域の医療関係者の協力を得て、地域外来・検査センターを強化（16地域）。
診療・検査医療機関の箇所数は、計画に基づき更なる増加が図られ、今夏のピーク時（39,915：8月24日時点）と比べて、1,500程度の増加が見込まれる。なお、直近の箇所数は41,384（11月30日時点）である。

注5) 大都市部中心に14地域（8地域増加）において、外来のひっ迫時に備えて対面診療を補完する体制を強化。なお、自治体の関与・要請の有無に関わらず、今夏のピーク時の電話・オンライン診療の件数は8月の180万件（1日当たり6万件）。

電話・オンライン診療体制整備の例

東京都：今後の感染状況に応じて、臨時オンライン発熱診療センターを開設予定。対象者を重症化リスクの低い方に限定し、診療から薬の受取まで対応。
大阪府：24時間対応可能なオンライン診療・往診センターの運用を既に開始。患者の希望に応じて、オンライン診療や往診をコーディネート。

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等

このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

(前提) 想定する新興感染症とその対応の方向性

想定する新興感染症

- 対応する新興感染症(注)は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症(※)、指定感染症及び新感染症を基本とする。医療計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。

(注) 下記の定義を踏まえると、通称で「新興・再興感染症」とする場合もあるが、本資料ではそれと同義のものとして単に「新興感染症」としている。

(※) 感染症法上、新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症が定義されている。

- 実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、新型コロナへの対応(株の変異等の都度、政府方針を提示)を参考に、国として、国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知していく。

新興感染症発生・まん延時(初期)から一定期間経過後の対応

- 流行初期には、各都道府県知事の判断を契機として、特別な協定を締結した医療機関(流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関)を中心に対応することとなり、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定(※))経過後以降は、協定の内容に沿って順次、全ての協定締結医療機関が対応する。

(注) 国内での感染発生早期(感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前の段階及び公表後の流行初期の直後)は、現行の感染症指定医療機関で対応することを想定。

(※) 令和4年11月24日参議院厚生労働委員会附帯決議

五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3箇月を基本として必要最小限の期間とすること。

流行状況(フェーズ)に応じた対応

- 新型コロナ対応では、国から各都道府県に対し、一般フェーズと緊急フェーズ(通常診療の相当程度の制限あり)のフェーズ設定の考え方を通知で示したうえで、各県それぞれで、感染状況のフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床数等を確保する計画を立てている。

新興感染症対応においても、基本的に、一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定)経過後から、新型コロナ対応と同様のフェーズの考え方に沿って対応することとし、国として、通知において、同様の考え方を示していく。

1. 都道府県と医療機関との協定締結にあたっての基本的方針
2. 各医療措置協定について
 - (1) 病床関係
 - (2) 発熱外来関係
 - (3) 自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係
 - (4) 後方支援関係
 - (5) 人材派遣関係
3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項

1. 都道府県と医療機関との協定締結にあたっての基本的方針

対応の方向性（案）

- 都道府県が医療機関（※）との間で病床確保等の協定を締結するにあたっては、医療機関の現状の感染症対応能力などや、協定締結や協定内容拡大のための課題やニーズ等の調査を行い、また、新型コロナ対応の実績も参考に、関係者の中で協議を行い、医療機関の機能や役割に応じた内容の協定を締結する。

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション

- また、感染症対応と併せ、通常医療の確保のため、こうした協定締結に当たっての調査や、医療審議会等を含む協議のプロセスも活用して、広く地域における医療機関の機能や役割を確認し、医療提供の分担・確保を図る。

2. 各医療措置協定について

(1) 病床関係

① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件（※1）も参考に、確保している病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能となっており、また、都道府県からの要請後1～2週間（※2）を目途に即応病床の対応ができることとするほか、感染症の性状にあわせて、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、入院医療を行う。

（※1）重点医療機関の施設要件

「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」

（令和4年4月1日）（抄）

- （1）病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは疑い患者（以下「新型コロナウイルス感染症患者等」という。）専用の病床確保を行っていること。（※ 看護体制の1単位をもって病棟として取り扱う。病棟単位の考え方は診療報酬上の考え方に依拠する。）
- （2）確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
- （3）新型コロナウイルス感染症患者等専用の病床は、療養病床ではないこと。なお、療養病床の設備を利用して受入体制を確保する場合には、一般病床に病床種別を変更し、受け入れること。

（※2）「今後の感染拡大に備えた 新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和3年3月24日）（抄）

『準備病床とは、一般の患者を受入れ、入院治療を行うものの、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行った後、1週間程度（遅くとも2週間程度）を目途に即応病床とできる病床である。』

- 確保した病床を稼働させるためには、医療従事者の確保も重要であり、協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高める。

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」

（*）令和4年12月現在で約5.1万床（約2,800医療機関（うち重点医療機関は約2,000））

対応の方向性（案）

- 協定締結医療機関については、公費負担医療（自己負担分）とするため、感染症法の規定に基づき都道府県知事が一定の基準で協定指定医療機関として指定することになる。

（参考）現行の感染症指定医療機関の基準は、トイレ及びシャワー室を有する病室（個室）を有することや、空調設備、面会設備、消毒滅菌設備、感染症の医療の経験を有する医師が常時勤務していること等

- 協定指定医療機関の指定基準については、協定の履行に必要な基準として、以下のとおりとする。

第一種協定指定医療機関（病床の確保）	第二種協定指定医療機関（発熱外来）
○ 当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。	
○ 当該医療機関を受診する者が他の患者と可能な限り接触することがなく、診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施し医療の提供が可能であること。	
○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する体制（※）が整っていると認められること。 （※） 検査を行う体制や、医療従事者への訓練・研修等の感染症患者に対応する人材の確保を含む。	○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、発熱等患者の診療・検査（※）を行う体制が整っていると認められること。 （※） 検体に関する検査機器を備えることその他検査を適切に実施できる体制が整っていると認められること。

② 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(入院)の数値目標・

対象基準について

対応の方向性(案)

- 協定締結医療機関(入院)の中から、流行初期から対応する能力を有する医療機関について、地域の実情に応じて確保する。新型コロナ対応においては、全国で、重点医療機関が1500程度(令和3年11月時点)、そのうち総病床数が400床以上の重点医療機関が500程度(約1.8万床)(令和3年11月時点)であったことを参考に、全国で、流行初期医療確保付き協定締結医療機関については500程度が目安。また、下記に基づき、入院患者数は約1.5万人、うち重症者数はその1割の約1.5千人の受入を目安とする。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定(入院)の基準は、以下のとおりとする。
 - ・ 病床を一定数(例えば30床(※))以上を確保し、その全てを流行初期から継続して対応する旨を内容とする協定その他これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること。
(※) 2020年冬の新型コロナ入院患者数約1.5万人(うち重症者数1.5千人) ÷ 約500機関
 - ・ 都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化すること。
 - ・ 流行初期に、都道府県知事の要請後迅速に即応化するため、病床の確保に当たり影響が出る一般患者の対応について、後方支援機関(後方支援の協定を締結する医療機関)との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと。

(参考)

- | | |
|-----------|---|
| 2020年1月6日 | ・中国における原因不明肺炎の発生について、厚生労働省でプレスリリース |
| 14日 | ・WHOによるヒト-ヒト感染の可能性の発表 |
| 15日 | ・国内における新型コロナウイルス感染症患者1例目を確認 |
| 21日 | ・新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する関係閣僚会議の第1回会合を開催 |
| 28日 | ・指定感染症に指定する政令公布(最終的には2月1日施行) |
| 30日 | ・WHOが「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言 |
| 30日 | ・政府の新型コロナウイルス感染症対策本部第1回会合を開催 |

(備考)

都道府県及び医療機関等は、新型コロナを念頭に準備・取組をしていることから、新興感染症が発生した場合には、国として国内外の最新の知見等を把握し、随時都道府県及び医療機関等に周知しながら、事前の想定とは大きく異なる事態の判断も含め、機動的に対応する。

③ 疑い患者の取扱い

対応の方向性（案）

- 疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス対応に当たっての協力医療機関の施設要件(※)も参考に、病床の確保を図る。

(※) 協力医療機関の施設要件

「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」

(令和4年4月1日) (抄)

- (1) 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保していること。
- (2) 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
- (3) 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であること。
- (4) 新型コロナウイルス感染症疑い患者に対して必要な検体採取が行えること。
- (5) 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、療養病床ではないこと。なお、療養病床の設備を利用して受入体制を確保する場合には、一般病床に病床種別を変更し、受け入れること。

④ 重症者用病床の確保について

対応の方向性（案）

- 重症者用病床の確保に当たっては、新型コロナ対応（※）も参考に、重症の感染症患者に使用する人工呼吸器等の設備や、当該患者に対応する医療従事者（人工呼吸器に関する講習受講や、集中治療室等における勤務ローテーションによる治療の経験を有する医療従事者）の確保に留意する。

（※）「新型コロナウイルス感染症の重症者が大幅に増えたときに備えた集中治療に携わる医療従事者の養成について」（令和2年3月27日）（抄）

『ピーク時の人員不足に備え、管下の重症者を診療する医療機関において、主に、これまで人工呼吸器管理を実施した経験のある医師、看護師、臨床工学技士に対して、下記のガイドライン等を参考に、個人感染防護具の着用方法やゾーニングに関する講習、ICU等での On-the-Job-Training(OJT)等を早急に実施していただきたい。また、ECMO を保有する医療機関においては、今後さらなるECMO の活用が期待されることから、早急に ECMO に関する研修を行うことが期待される。』

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和2年6月19日）（抄）

『重症患者を受け入れるための病床の確保に当たっては、酸素供給の配管など設備整備上の制約にも留意すること。』

『人工呼吸器や ECMO については、機器の整備だけでなく、患者推計から求められるピーク時の重症患者数を参考に、人工呼吸器・ECMO 及びその管理が可能な医療職（医師、看護職、臨床工学技士等）を都道府県ごとに確保すること。』

- 重症者用病床の確保に伴い、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある通常医療（脳卒中や急性心筋梗塞、術後に集中治療が必要となる手術）が制限されるおそれがあることから、各都道府県において、地域において、当該通常医療を担う医療機関がどの程度確保できるかを確認の上、感染症の発生・まん延時の役割分担を確認する。

「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和3年3月24日）（抄）

『各地域において、例えば、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある「三次救急医療（救命救急センター）」、「二次救急医療（病院群輪番制救急医療機関等）」、「脳卒中の急性期医療」、「急性心筋梗塞の急性期医療」を担う医療機関等がどの程度確保できるかを確認の上、必要に応じ、役割分担の見直しを行うこと。また、重症コロナ病床に充てるような病床は、手術後の患者の入室も一定割合行われているため、重症コロナ病床を確保することにより、予定手術（外科手術）への影響も考慮すること。』

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」

⑤ 特に配慮が必要な患者(精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者、がん患者、外国人等)の病床確保

対応の方向性(案)

- 新型コロナ対応の実績を参考に、各都道府県の実情に応じて確保を求めていく。
(参考資料1) 12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」
- 新型コロナ対応(※1、※2)と同様に、都道府県への通知等において、病床確保にあたって、患者の特性に応じた受入れ医療機関の設定や、関係機関等との連携など、必要となる配慮等について、医療機関等に対する周知を図っていく。

(※1) 「精神科医療機関における新型コロナウイルス感染症等への対応について」(令和2年6月2日)(抄)

- (1) 精神科医療機関において精神疾患を有する入院患者が感染した場合の対応について、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症それぞれの重症度等も考慮した上で、あらかじめ連携医療機関の確保・調整を行っておくこと。
特に、措置入院患者が感染した場合や入院患者が新型コロナウイルス感染症により重症化した場合を想定して、あらかじめ感染症対応が可能な指定病院等の確保・調整を行っておくこと。

(※2) 「オミクロン株による流行対応を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」の入院体制を中心とした点検・強化について(依頼)」(令和4年11月21日)(抄)

(3) ① 病床確保等について(抄)

(7) ②でお示しする内容も参考に、確保病床に特別な配慮が必要な患者(妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、精神疾患を有する患者、外国人等)向けの専用の病床が含まれる場合は、内訳として計上すること。

(7) ② 特に配慮を要する方々の医療体制の確保について

ア 周産期医療体制の確保について

『産科的緊急処置が必要な妊産婦の受入れについて、これを行う医療機関を確実に設定するとともに、当該医療機関に妊産婦が集中することの軽減策を講じることにより、必要な体制の確保を図ること。合わせて、当該医療機関のリスト及び空き病床状況について、消防防災主管部局等を通じて各消防機関に共有すること。』

イ 小児医療体制の確保について

『新型コロナその他の感染症により、地域によっては小児医療のひっ迫が生じることが想定されることから、関係者と小児医療体制について改めて確認する等により、医療需要が増加した場合も含め、確実な体制の確保を図ること。』

ウ 透析患者の医療体制の確保について

『透析治療を行うことができる新型コロナの入院患者、重症患者受入医療機関の設定を行うなど病床の確保に努めていただくこと、透析治療における専門家と連携した透析患者の搬送調整や搬送調整の運用ルール等を決めておくこと。』

エ 障害児者の医療等の確保について

『障害児者が新型コロナに感染し、入院が必要となる場合の入院調整が円滑に進むよう、都道府県の衛生部局と障害保健福祉部局が連携し、障害児者各々の障害特性と必要な配慮(例えば行動障害がある場合や医療的ケアが必要な場合、特別なコミュニケーション支援が必要な場合など)を考慮した受入れ医療機関の設定を進めること。

これらの体制の構築においては、入院調整を行う部署に障害特性等に理解のある医師が参画するなどして受入れ医療機関の調整に当たっての意見を聴取することも重要である。

また、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」(平成28年6月28日付け保医発0628第2号 厚生労働省保険局医療課長通知)により、看護に当たり、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者の入院において、入院前から支援を行っている等、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が、当該患者の負担により、その入院中に付き添うことは可能となっている旨を示しているところであり、当該支援者の付添いについても、衛生部局と障害保健福祉部局が連携し、管内医療機関に対して、院内感染対策に十分留意しつつ、積極的に検討いただくよう促していただきたい。』

⑥ 入院における特定・第一種・第二種感染症指定医療機関の役割

対応の方向性（案）

- エボラ出血熱等の一類感染症については、特定又は第一種感染症指定医療機関を中心に対応することとなる。また、SARS等の二類感染症については、特定・第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応することとなる。

新興感染症が発生した場合は、感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前の段階においては、現行の感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応することとなる。公表後の流行初期においては、まずは当該医療機関で対応するとともに、流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関を中心に対応し、一定期間経過後から、広く協定締結医療機関で対応することとなる。また、特定・第一種・第二種感染症指定医療機関においても、これらの協定を締結することが可能であるため、都道府県としては、協定締結医療機関の対応優先順位をあらかじめ定めておく。

（参考） 感染症指定医療機関374病院のうちコロナ対応重点医療機関は345病院（うち400床以上178病院）（令和4年12月現在）

⑦ 地域医療構想との関係

対応の方向性（案）

- 新興感染症に対応する場合においても、地域医療構想の背景である人口構造の変化や地域の医療ニーズなどの中長期的な状況や見通しには変わらない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、PDCAサイクルを通じて着実に取組を進めていく。また、新型コロナウイルス対応や今後の新興感染症対応・施行にあたって顕在化する課題については、2025年以降の地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討の中で反映させていく。

⑧ 協定病床と基準病床の関係

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応においても、有事であることに鑑み、病床過剰地域においても特例的に増床の許可を行うことができることとし、実際に対応している。
これを踏まえ、改正医療法においては、この旨法律上明記されたところであり、有事、つまり新興感染症発生・まん延時において、基準病床数の範囲を超えて増床を許可して対応することを内容とする協定を締結することは可能である。なお、平時において許可することを認めているものではないため、有事に即応できるよう、有事の際に迅速な手続きを行う。

(2) 発熱外来関係

① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件（※）も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有することとするほか、感染症の性状にあわせて、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行う。

（※）「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業交付要綱」（令和3年1月15日）（抄）

（交付の対象）

（前略）発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。以下同じ。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制（後略）

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」

（*）令和5年2月現在で診療・検査医療機関：4.2万箇所

対応の方向性（案）

- 協定締結医療機関については、公費負担医療（自己負担分）とするため、感染症法の規定に基づき都道府県知事が一定の基準で協定指定医療機関として指定することになる。
- 協定指定医療機関の指定基準については、協定の履行に必要な基準として、以下のとおりとする。

第一種協定指定医療機関（病床の確保）	第二種協定指定医療機関（発熱外来）
○ 当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。	
○ 当該医療機関を受診する者が他の患者と可能な限り接触することがなく、診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施し医療の提供が可能であること。	
○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する体制（※）が整っていると認められること。 （※） 検査を行う体制や、医療従事者への訓練・研修等の感染症患者に対応する人材の確保を含む。	○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、発熱等患者の診療・検査（※）を行う体制が整っていると認められること。 （※） 検体に関する検査機器を備えることその他検査を適切に実施できる体制が整っていると認められること。

② 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(発熱外来)の数値目標・対象基準について

対応の方向性 (案)

- 協定締結医療機関(発熱外来)の中から、流行初期から対応する能力を有する医療機関について、地域の実情に応じて確保することとなる。新型コロナ対応においては、全国で、流行の初期頃(令和2年5月)の帰国者・接触者外来が約1500程度であったことを参考に、約1500機関が目安。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定(発熱外来)の基準は、以下のとおりとする。
 - ・ 流行初期から、一定数(例えば20人/日(※))以上、発熱患者を診察する旨を内容とする協定
その他これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること。
(※) 2020年冬の新型コロナのピーク時の外来受診者数約3.3万人÷約1500機関
 - ・ 都道府県知事からの要請後原則1週間以内に発熱外来を開始すること。

③ 外来における地域の診療所の役割

対応の方向性（案）

- 改正感染症法により、各医療機関の機能や役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時に発熱外来や自宅療養者に対する医療等を担う医療機関をあらかじめ適切に確保することとしている。地域の診療所が感染症医療を行うことができる場合は、できる限り協定を締結する。
また、感染症医療を行うことができない診療所も含め、日頃から患者のことをよく知る医師、診療所等と、感染症医療を担う医療機関との連携は重要であることから、診療所も含め全ての医療機関は、協定締結の協議に応じる義務があるところ、都道府県は、協定締結に先立つ調査も活用しながら、地域における感染症医療と通常医療の役割を確認し、連携を促す。
地域の診療所が感染症医療を行うことができない場合は、患者からの相談に応じ発熱外来等の適切な受診先の案内に努める。その際は、当該患者に対して、自身の基礎疾患等や、受けている治療内容、自院での受診歴などの情報を当該受診先にお伝えすることや、お薬手帳を活用することなど助言する。その際、当該受診先は、オンライン資格確認等システム等を活用して、マイナンバーカードを持参した患者の同意を得て、診療・薬剤情報等を確認することにより、より正確な情報に基づいた当該患者に合った医療を提供することが可能となる。

(3) 自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係

① 協定締結医療機関(病院・診療所、訪問看護ステーション、薬局)の数値目標

対応の方向性(案)

- 新型コロナ対応(※)と同様に、病院・診療所は、必要に応じ、訪問看護ステーションや薬局と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、また、訪問看護や医薬品等対応等を行う。また、自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐ。さらに、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策(ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等)を適切に実施し、自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供を行う。

- (※)「オミクロン株による流行対応を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」の入院体制を中心とした点検・強化について(依頼)」(令和4年11月21日)(抄)
『療養者が急増する場合に備え、電話・オンライン診療等を行う健康観察・診療医療機関について、地域の医師会等により、地域の医療機関(特に日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医等)及び訪問診療を担う医療機関との連携等を進める』
『療養者への対応に当たっては、医療機関(病院・診療所)に加え、訪問看護ステーションや薬局と連携する体制についても改めて確認すること。その際、医療機関や訪問看護ステーション、薬局とそれぞれの地域での役割等を確認いただき、関係者間で協議・調整することが重要である。』
「今夏の感染拡大を踏まえた今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療提供体制の整備について」(令和3年10月1日)(抄)
『地域の医療関係者と協議・調整した上で、想定される需要に対応可能な往診、オンライン診療、電話診療等の体制や、訪問看護ステーションや薬局等と連携する仕組み(中略)を構築すること』
『往診、オンライン診療、電話診療等を実施する中で必要となる、患者宅への往診・訪問診療等や自宅療養者等が症状悪化した場合の入院医療機関等への移送・搬送が円滑に行われるよう、関係機関間であらかじめ調整のうえ、移送・搬送体制を確保』

- 診療所が自宅療養者等への医療の提供を行うに当たっては、患者に身近な診療所により容体の変化等の場合に迅速に医療につなげる観点から、併せてできる限り健康観察の協力を行う。

対応の方向性（案）

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」
（*）令和4年12月現在で、健康観察・診療医療機関：約2.7万医療機関、自宅療養者等のフォローを行う訪問看護ステーション：約2.8千箇所、薬局：約2.7万箇所）
- 協定締結医療機関については、公費負担医療（自己負担分）とするため、感染症法の規定に基づき都道府県知事が一定の基準で協定指定医療機関として指定することになる。
- 協定指定医療機関の指定基準については、協定の履行に必要な基準として、以下のとおりとする。

第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）

病院、診療所	薬局	訪問看護事業所
○ 当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。	○ 当該薬局に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。	○ 当該訪問看護事業所に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。
○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、オンライン診療、電話診療、往診その他自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等に対する医療の提供を行う体制が整っていると認められること。	○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、発熱等患者の医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行う体制（※）が整っていると認められること。 （※）患者の求めに応じて情報通信機器を用いた服薬指導の実施が可能であること、薬剤の配送等の対応を行っていること、夜間・休日、時間外の対応（輪番制による対応を含む。）を行っていること。	○ 新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、都道府県知事からの要請を受けて、自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等に訪問看護を行う体制が整っていると認められること。

② 高齢者施設等に対する医療支援

対応の方向性（案）

○ 新型コロナ対応（※1、※2）においては、入所者の症状等に応じ、高齢者施設等で療養する場合もあり、各都道府県で、施設からの連絡等により、感染発生から24時間以内に感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の整備や、すべての施設で医師や看護師による往診・派遣が可能な医療機関の事前の確保を進め、また、必要に応じ高齢者施設等に対し財政支援が行われてきた。

これらを参考に、新興感染症対応においては、県内医療機関の調査や協定の協議の中で、協定締結医療機関が担う高齢者施設等に対する医療支援体制についても、高齢者施設等との連携を含めて確認し協定を締結する。

（※1）「オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた対応について（高齢者施設等における医療支援の更なる強化等）の考え方について」（令和4年4月4日）（抄）

① 目指すべき高齢者施設等における医療支援の体制について

（感染制御や業務継続の支援体制について）

施設等からの連絡・要請から24時間以内（遅くとも一両日中）に、施設等に感染制御・業務継続支援チームの派遣を行うことを想定した体制とすることを目指す。なお、感染制御・業務継続支援チームは、必要に応じ、施設等に対し、PPEの着脱指導等、感染者が発生した場合の対応について、研修の機会を設けること。

（医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関を事前に確保できていることの確認について）

○ 全ての施設等が、必要な場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。

具体的には、今回、施設等を対象に実施中の調査において、

・医師・看護師の往診・派遣を要請できる協力医療機関を事前に確保できている（嘱託医・当該施設等の医師がコロナ治療に対応できる場合も含む。）

・各自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できるのいずれかに該当する旨の回答を全ての施設等から得ることを目指す。

○ このため、施設側の判断の参考となるよう、各自治体において圏域・地域ごとに往診・派遣できる協力医療機関を指定・登録する仕組みを設け、施設等に示すことが考えられる。なお、協力医療機関は、必要に応じ、施設等に対し、あらかじめ、PPEの着脱指導等の機会を設けるなど、可能な限り施設等との関係性を築いておくことが望ましい。

（※2）「オミクロン株の特性を踏まえた障害者支援施設等での感染発生時の対策の徹底について」（令和4年4月11日）（抄）

（3）療養に必要な医療体制の確保について

4月4日付け事務連絡において、「必要な場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制となっていること」が求められているところ、障害者支援施設等の入所者が施設内で療養する場合においても、医療従事者の施設への往診・派遣等の必要な医療体制を確保できるよう取り組むこと。

(4) 後方支援関係

協定締結医療機関の数値目標について

対応の方向性 (案)

- 後方支援は、①特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や、②感染症から回復後の入院が必要な患者の転院の受入を想定している。
- 新型コロナ対応(※)と同様に、後方支援医療機関は、自治体や都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会や既存の関係団体間連携の枠組み等と連携した上で、感染症患者以外の患者や、感染症から回復後の入院が必要な患者の受入を行う。これにより、病床についての協定を締結している医療機関の対応能力の拡大と通常医療の確保を図る。

(※) 「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」(令和3年2月16日)(抄)

(3) 新型コロナウイルス感染症から回復した患者の受け入れ体制について

<考え方>

- 新型コロナウイルス感染症患者用の病床の対応能力を拡大するため、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る後方支援医療機関の確保に取り組むこと。その際には、都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会や既存の関係団体間連携の枠組み等と連携することが望ましい。

- 数値目標について、新型コロナ対応の実績(*)を参考に、その数値を上回ることを目指す。
(参考資料1) 12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」
(*) 令和4年12月現在で 約3.7千機関
- 後方支援を行う医療機関数は、(1)病床に係る協定締結医療機関の数を上回ることを目指す。

(5) 人材派遣関係

① 人材派遣の基準・数値目標

対応の方向性（案）

- 医療機関からの派遣について、医療従事者であること以外は、人数等の基準を設けない（1人派遣する場合であっても協定締結することができる）こととする。
- 協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高める。
- 数値目標について、新型コロナ対応の実績（*）を参考に、その数値を上回ることを目指す。
（参考資料1）12/9医療計画検討会資料P.5「医療提供体制整備の数値目標の考え方」
（*）令和4年12月現在で約2.7千医療機関：医師約2.1千人、看護師約4千人

② 派遣される医療人材の処遇等

対応の方向性（案）

- 協定の協議において、医療人材の身分・手当・補償等の労働条件の諸条件の明確化に資するよう、協定のモデル例を示す。

③ 国が直接派遣を要請できる医療機関

対応の方向性（案）

- 感染症法に規定する公立・公的医療機関等のほか、特定機能病院や地域医療支援病院、広域的な医療人材派遣も想定されているDMAT・DPAT等の在籍する医療機関（医療法協定（*）を締結した医療機関）を対象とする。

* 医療法協定：医療法第30条の12の6に規定する災害・感染症医療確保事業の実施のために締結した協定

④ 都道府県が他の都道府県等に広域派遣を依頼する場合の判断基準

対応の方向性（案）

- 改正感染症法により、広域人材派遣に関して、国と都道府県の役割分担や発動要件を明確化した。具体的には、まずは県内で人材の融通を行うこととした上で、都道府県内だけでは人材確保が難しい場合は、都道府県が他の都道府県に直接応援を求めることができることとしている。

さらに、当該都道府県が他の都道府県に比して医療のひっ迫が認められる等の場合（※）には、厚生労働大臣に対し、他の都道府県からの医療人材の派遣を求めること等の仕組みを規定することで、迅速かつ広域にわたる医療人材の派遣について調整を行うこととしている。

（※）陽性者数、病床使用率、医療従事者の欠勤者数などの事情を総合的に勘案し判断するもの

⑤ 国が直接派遣を要請できる医療機関が都道府県からも派遣要請を受けていた場合の判断

対応の方向性（案）

- 国においては、各都道府県の感染状況や医療人材の派遣状況等を勘案し、派遣元となる医療機関と調整しながら派遣の要請を行う。

3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項

① 圏域設定の考え方

対応の方向性（案）

- 医療体制構築に係る指針においては、都道府県は医療体制構築に際して圏域を設定することとされ、5 疾病・5 事業及び在宅医療について各々の特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。

新型コロナ対応においては、例えば診療・検査医療機関の前身である帰国者・接触者外来については二次医療圏ごとに設置を求めており、発生初期段階から県内のそれぞれの地域において必要な診療を受けられるよう取り組まれてきた一方で、病床確保については、各都道府県単位での確保を基本としつつ、各地域の実情に応じて柔軟に設定されてきた。

新興感染症対応においても、県内のそれぞれの地域において必要な診療を受けられるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、例えば、重症患者や特別な配慮が必要な患者への対応等については県単位で確保するなど、地域の実情に応じて柔軟に体制を構築する。

② 協定締結の具体的なプロセス

対応の方向性（案）

- 都道府県は、予防計画・医療計画に定めた病床の確保のため、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、各医療機関と協議を行う協定案（病床の割り当て等）を策定の上、各医療機関と協議を行い、結果を公表する。

都道府県が策定した医療機関に対応を見込んでいる協定案の内容（提供する医療の内容、確保予定の病床数など）での協議で合意に達せず協定締結できない場合は、都道府県医療審議会の意見を聴くことができる。

③公的医療機関への義務付けのプロセス

対応の方向性（案）

- 改正感染症法に基づき、都道府県知事から公的医療機関等に対して、義務となる医療の提供について通知することとなるが、内容については協定締結協議を行いながら、当該医療機関の所在する地域における感染症医療の状況等を勘案して、医療機関の機能等に応じて定めることとなる。

④都道府県における締結した協定等の報告・公表の内容・方法

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応も参考に、都道府県は、医療機関がG-MISを活用して都道府県に報告した情報に基づいて厚生労働大臣に協定等の措置の状況を報告するとともに、その内容の一部を都道府県において公表する。

公表の内容については、協定を締結した段階では、協定を締結した医療機関名や協定の内容（少なくとも締結した協定のメニュー）とする。医療機関が協定に基づく措置を実施する段階では、新型コロナ対応も参考に、措置の実施状況の他、病床確保であれば確保した病床の稼働状況や、発熱外来であれば診療時間や対応可能な患者など、患者の選択に資するような情報の公表を行う。

⑤ 協定が履行できない「正当な理由」の範囲

対応の方向性（案）

- 感染状況や医療機関の実情に即した個別具体の判断が必要であるが、例えば、
 - ・ 病院内での感染拡大等により、医療機関内の人員が縮小している場合
 - ・ ウイルスの性状等が協定締結時に想定していたものと大きく異なり、患者一人当たりにより必要となる人員が異なる場合
 - ・ 感染症以外の自然災害等により、人員や設備が不足している場合等、協定締結時の想定と異なる事情が発生し、協定に沿った対応が困難であることがやむを得ないと都道府県が判断する場合は該当する。

⑥ 協定の実効性確保のための従事者の状況等の把握

対応の方向性（案）

- 新型コロナ対応も参考に、協定締結医療機関で働く医療人材の欠勤等の状況も含め、協定の実施状況等についてG-MISを活用して都道府県において把握していく。

⑦ 予防計画（医療計画）の数値目標と現行の医療計画の指標との関係性

対応の方向性（案）

- 改正感染症法に基づく予防計画で検討中の数値目標のうち、協定締結医療機関に関する数値目標は、医療計画上のストラクチャー指標に該当する。この数値目標の達成に資するものや感染症対応力を高める取組として別途、次頁のとおり、現行の医療計画に準じた指標イメージを示す。

新興感染症の発生・まん延時における医療体制構築に係る 現状把握のための指標イメージ

備考 **赤字**: 予防計画で検討中の数値目標と同様

	協定締結医療機関					その他の医療機関			
	入院	発熱外来	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材				
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・確保病床数 (うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関数 (うち、流行初期医療確保措置) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関数 (うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設) (うち、往診、電話・オンライン診療) ・訪問看護事業所数 ・薬局数 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関数 	<ul style="list-style-type: none"> ・派遣可能医師数(うち、県外派遣可能、DMAT/ DPAT) ・派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能、DMAT/ DPAT) 				
	<ul style="list-style-type: none"> ・重症者の確保病床を有する医療機関における、新興感染症患者に対して人工呼吸管理が可能な医師・看護師・臨床工学技師数(P) 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・重症者の確保病床を有する医療機関における、新興感染症患者に対してECMO治療が可能な医師・看護師・臨床工学技師数(P) 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・個人防護具を十分に確保している医療機関数 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数 ・関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練に参加している医療機関数 								
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策向上加算・外来感染対策向上加算を算定している割合※ (院内感染対策についての医療機関間の連携体制の構築の評価) 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・重症患者対応体制強化加算を算定している割合(P) 								
	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策向上加算1を算定している割合※ (院内感染対策についての専従人材の確保の評価) 					<ul style="list-style-type: none"> ・派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数(職種別)(P) ・DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合 			
	<ul style="list-style-type: none"> ・後方支援についての協定締結医療機関と連携している割合 (うち、流行初期医療確保措置付き協定を締結した医療機関における割合) ・新興感染症に対応可能な医療関連サービス事業者(リネン・清掃等)を確保している割合 								
アウトカム									

第 2 2 回 第 8 次 医 療 計 画 等 に 関 する 検 討 会	参 考 資 料
令 和 5 年 2 月 2 日	1

第 2 0 回 第 8 次 医 療 計 画 等 に 関 する 検 討 会 (一 部 デ ー タ 更 新)	資 料
令 和 4 年 1 2 月 9 日	2

(参考資料一部抜粋・追加)

6 事業目（新興感染症対応※）について

※医療法第30条の4第2項第5号

- 八 そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延し、又はそのおそれがあるときにおける医療（令和6年4月1日施行）

新興感染症発生・まん延時における医療については、感染症法等の改正の内容や同法に基づく感染症対策（予防計画等）に関する検討状況も踏まえ検討

1. 都道府県における医療計画策定にあたっての基本的考え方	…P. 3
2. 都道府県や医療機関の平時及び感染症発生・まん延時における基本的取組	…P. 4
3. 医療提供体制整備の数値目標の考え方	…P. 5
(参考) 自治体・医療機関アンケート調査（厚労科研）について	…P. 6
4. 今後の進め方	…P. 7
【別紙1】保健・医療提供体制確保計画	…P. 9
【別紙2】病床確保計画	…P. 11
【別紙3】外来医療体制整備計画	…P. 13

1. 都道府県における医療計画策定にあたっての基本的考え方

論点

- 医療計画の指針における新興感染症発生・まん延時における医療提供体制確保に関する記載についての基本的な考え方は、以下としてはどうか。

対応の方向性（案）

①医療計画策定にあたっての基本的な考え方

- 都道府県において、平時から予防計画・医療計画により、感染症発生・まん延時の、地域における医療機関の役割分担を明らかにしながら、感染症医療提供体制の確保と通常医療提供体制の維持を図る。
 - ・医療計画においては、感染症医療提供体制の確保と、通常医療提供体制の維持について記載する。（予防計画においては、感染症医療提供体制のほか、検査・保健体制の確保等について記載する。）
 - ・医療計画策定の参考のため、指針において、都道府県や医療機関の平時及び感染症発生・まん延時における基本的取組を記載する。
 - ・感染症発生・まん延時における5疾病等の通常医療提供体制の維持については別途、議論・とりまとめが行われているが、共通となる考え方等は新興感染症発生・まん延時における医療の項目に適宜記載する。

②想定する感染症について

- 対応する新興感染症は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本とする。
- 計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととし、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。その際、新型コロナ対応において、感染状況のフェーズを設定し対応していることを踏まえ、フェーズに応じた取組とする。
 - なお、実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

2. 都道府県や医療機関の平時及び感染症発生・まん延時における基本的取組

論点

- 医療計画の指針の柱となる都道府県や医療機関等の平時及び感染症発生・まん延時における基本的取組については、今般成立した改正感染症法等の内容や、予防計画の記載予定事項との整合、令和2年12月の医療計画見直し検討会のまとめ（参考資料P.14参照）を踏まえたものとしてはどうか。

記載事項イメージ（案）

【平時からの取組】

- 都道府県における予防計画・医療計画の策定
- 都道府県と医療機関との協定の締結による対応可能な医療機関・病床等の確保
（病床、発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供、後方支援、人材派遣、個人防護具備蓄）
[協定締結の対象となる医療機関：病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション]
- 感染状況のフェーズに応じた病床の必要数や人材派遣の可能人数の設定など準備体制の構築
- 専門人材の確保（都道府県による人材育成、医療機関における研修・訓練）
- 感染症患者受入医療機関と感染症患者以外（通常医療）に対応する医療機関の役割分担
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染症発生・まん延時の取組】

上記の平時からの取組に基づき、感染症発生・まん延時に以下の取組が適確に実施されるよう記載

- 協定締結医療機関・流行初期確保措置付き協定締結医療機関における協定の履行
- 感染状況のフェーズに応じた準備体制の迅速かつ確実な稼働（都道府県によるフェーズの設定、医療機関におけるフェーズに応じた協定の履行、都道府県による協定の履行確保措置の発動、広域的な人材派遣の実施）
- 感染症医療と通常医療に対応する医療機関間の連携・役割分担の実施 等

3. 医療提供体制整備の数値目標の考え方

論点

- 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制確保に関する数値目標の設定にあたっては、これまで取り組んできた新型コロナウイルス感染症対応の実績を参考としてはどうか。

主な数値目標（案）

協定の種類	単位	内訳において考慮すべき事項
病床	病床数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流行初期医療確保措置 ・ 軽症中等症病床/重症者病床 ・ 特別な配慮が必要な患者 (妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、精神疾患を有する患者、外国人等)
発熱外来	医療機関数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流行初期医療確保措置 ・ 対応可能患者数
自宅療養者等への医療の提供	医療機関数 (薬局、訪問看護ステーションを含む)	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅療養者 ・ 宿泊療養施設の療養者 ・ 高齢者施設等の療養者 <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 往診・訪問看護 ・ 電話・オンライン診療 ・ 医薬品等対応 (調剤・医薬品等交付・服薬指導等)
後方支援	医療機関数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症患者以外の患者受入 ・ 症状が回復した患者の転院受入
医療人材	派遣可能人数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職種 ・ 県内・県外派遣 ・ DMAT・DPAT
個人防護具の備蓄	量・医療機関数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人防護具の種類

参考とするコロナの実績など

保健・医療提供体制確保計画【別紙1】

病床確保計画【別紙2】

外来医療体制整備計画【別紙3】

自治体・医療機関アンケート調査
(厚労科研)・・・次項

等

5

(注)・数値目標の設定における感染症の想定については、現に対応しており、また、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナウイルスへの対応を念頭にする。
・実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染の特性に合わせて協定の内容を見直し、実際の状況に応じた機動的に対応

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業
「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」(研究代表者:岡部信彦)

研究班が実施するアンケート等の概要

○ 自治体向けアンケート

対象:都道府県、保健所設置市

実施時期:令和4年10月～(実施中)

調査内容:病床確保、自宅療養者・高齢者施設療養者への医療の確保、後方支援病院の確保、派遣人材の確保の実績 他

○ 医療機関向けアンケート

対象:新型コロナ重点医療機関
診療・検査医療機関

実施時期:令和4年11月～(実施中)

調査内容:設備・施設整備の実績、次なる感染症を想定して必要と想定される設備・施設整備、新型コロナ対応における人材確保策、個人防護具等の備蓄の実績 他

○ 予防計画作成について

4. 今後の進め方

- 本検討会での議論（特に医療提供体制に係る部分）について、予防計画の基本指針等との整合性を図りながら議論をまとめ、医療計画の指針等について検討していく。
- 改正感染症法及び医療法の令和6年4月施行に向けて、令和5年度中に各都道府県で予防計画及び医療計画を策定する必要があることから、策定準備に間に合うよう、できる限り早く議論のまとめを行う。

参 考

改定「保健・医療提供体制確保計画」（令和4年12月時点）

令和3年11月末に「保健・医療提供体制確保計画」（以下「計画」という。）を策定いただいた後、オミクロン株の特性を踏まえた累次の点検・強化等の取組に基づき、感染の拡大状況に応じた計画的な体制整備を行っていただけてきた。令和4年11月21日付け事務連絡により、入院体制を中心とした点検・強化のポイントをお示し、各都道府県の計画の改定・12月中の体制構築を依頼。

陽性判明から療養先決定までの対応について

▶ 各都道府県において、入院治療が必要な患者が優先的に入院できる体制を強化

- ・ 冬に向けた救急医療需要の高まり等も踏まえ、重症度やリスク因子など患者の優先度に応じた入院調整・療養体制の考え方を管内保健所・医療機関と共有。
- ・ 救急医療のひっ迫回避に向けた取組として、休日夜間急患センター・在宅当番医制について、受診に資する情報を各都道府県のHPに掲示、周知に取り組む。

入院等の体制について

▶ 病床確保計画に基づく新型コロナ病床の全体の確保病床数は引き続き維持

コロナ確保病床 4.6万床確保（令和3年11月末時点） ➔ **最大5.1万床確保**（令和4年12月時点）

※ 5.1万床には、臨時の医療施設・入院待機施設の定員約2.3千人分を含む。このほか臨時の医療施設等の最大確保定員は、約2.6千人分（計約4.9千人分）。

▶ 感染拡大期には時機に遅れることなく増床を進めるとともに、院内において新型コロナ患者が生じた場合の対応能力の向上を支援することにより、当該対応能力を有する医療機関の増加を引き続き図る

- ・ 全ての都道府県で、管内の医療機関に新型コロナ感染対策ガイドや感染管理に資する参考資料等の周知を行ったことを確認。
- ・ **後方支援医療機関**を約**3.7千機関**確保（令和4年4月時点：約3.5千機関）。全ての都道府県で高齢の患者のケアを意識した適切な療養環境の確保のため、発症早期からの適切なリハビリテーションの提供について、取組事例等の周知を行ったことを確認。

▶ 通常医療との両立強化

- ・ 各医療機関の院内感染や職員の欠勤状況等を確認の上、実際に使える即応病床の調整や入院調整を実施し、コロナ医療と通常医療の両立を図る取組を確認。
- ・ 医療ひっ迫時に約2.7千の医療機関から、医師約2.1千人、看護師約4千人を派遣できる体制を確認。

（令和3年11月末時点：約2.3千医療機関 医師約3.2千人 看護師約3.1千人）

自宅療養者等及び高齢者医療施設等における療養者の健康観察・診療体制

▶ 陽性判明後の健康観察について、高齢者・重症化リスクのある者に重点化しているが、特に高齢者施設等の療養者にも医療が行き届く体制とする

- ・ **健康観察・診療医療機関** 約2.3万医療機関（令和4年4月22日時点） ➔ **約2.7万医療機関**（令和4年12月時点）
- ・ 陽性判明後の自宅療養者等のフォローを行う 訪問看護ステーション：約2.8千（令和3年11月末：約1.4千） 薬局：約2.7万（令和3年11月末：約2万）
- ・ 宿泊療養施設の最大確保居室数は、約6.6万室（令和3年11月末時点：約6.6万室）

▶ 高齢者施設等に対する医療支援の平時からの強化

- ・ 感染制御・業務継続支援チームに所属している医療従事者・感染管理専門家の人数（チーム数）は、約4.6千（約170チーム）（令和4年4月時点：約3.6千）
- ・ 往診・派遣に協力する医療機関数は、約6千（令和4年5月時点：約3.2千）

改定「保健・医療提供体制確保計画」(令和4年12月時点)

令和4年12月28日公表

都道府県名	1 入院等の体制について										2 医療人材の確保・配置転換を行う仕組みについて						3 自宅療養者等及び高齢者施設等における療養者の健康観察・診療体制														都道府県名
	令和4年12月時点			令和3年11月末時点	令和4年12月時点	令和3年11月末時点	管内の医療機関に新型コロナウイルス感染症対策ガイドや感染管理に資する参考資料等の周知を行ったか	令和4年12月時点	令和4年4月22日時点	発症早期からの適切なリハビリテーションの提供について、取組事例等の周知を行ったか	令和4年12月時点			令和3年11月末時点			令和4年12月時点	令和4年4月22日時点	令和4年12月時点	令和4年4月22日時点	高齢者施設等に対する医療支援の平時からの強化										
	最大確保病床数	うち重症者用病床数	うち確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設の定員数	最大確保病床数	確保病床に位置付けられない臨時の医療施設・入院待機施設の最大確保定員数	確保病床に位置付けられない臨時の医療施設・入院待機施設の最大確保定員数		後方支援医療機関数	後方支援医療機関数		協力医療機関数	派遣可能医師数	派遣可能看護師数	協力医療機関数	派遣可能医師数	派遣可能看護師数	健康観察・診療医療機関数	健康観察・診療医療機関数	陽性判明後の自宅療養者等のフォローを行う訪問看護ステーション数	自宅療養者の治療に関する訪問看護ステーション数	陽性判明後の自宅療養者等の治療薬投与等のフォローを行う薬局数	自宅療養者の治療に関する薬局数	宿泊療養施設の最大確保居室数	宿泊療養施設の最大確保居室数	感染制御・業務継続支援チームに所属している医療従事者・感染管理専門家の人数(1)				令和4年12月時点	令和4年4月22日時点	
							医師			看護師															その他	チームを組んで対応している場合には、チーム数	令和4年4月22日時点	令和4年4月22日時点			
01 北海道	2,408	124	0	2,028	64	186	102	88	12	8	18	5	-	-	860	766	119	52	1,646	519	2,215	2,500	18	25	285	-	328	793	24	01 北海道	
02 青森県	480	31	0	405	20	30	21	18	9	25	24	7	25	19	201	60	5	0	270	26	660	700	9	48	7	1	56	38	1	02 青森県	
03 岩手県	460	34	0	400	0	0	60	60	21	8	68	25	-	54	206	189	38	0	210	0	370	370	30	30	3	2	63	156	158	03 岩手県	
04 宮城県	612	55	0	511	0	0	77	72	-	-	-	13	-	-	441	441	13	4	429	58	2,090	2,600	79	56	33	1	125	22	18	04 宮城県	
05 秋田県	298	16	0	289	0	0	16	9	12	11	-	12	8	-	200	185	7	12	362	376	415	415	11	23	1	-	30	269	3	05 秋田県	
06 山形県	315	26	30	279	0	30	17	15	31	6	46	30	6	37	219	305	11	0	370	266	348	348	6	10	-	-	16	111	9	06 山形県	
07 福島県	846	46	8	799	19	24	41	38	62	26	150	-	-	-	406	399	37	18	324	350	1,224	603	26	150	25	-	201	62	62	07 福島県	
08 茨城県	949	80	0	877	0	14	67	37	26	14	25	26	14	25	232	232	5	5	995	995	2,689	2,600	18	37	12	-	61	28	27	08 茨城県	
09 栃木県	687	46	102	533	0	100	34	21	-	-	-	-	-	-	278	244	42	26	194	134	1,050	1,065	43	63	31	-	137	36	33	09 栃木県	
10 群馬県	685	37	0	558	6	5	68	67	2	1	1	-	-	-	268	267	0	0	138	50	1,727	1,727	166	162	218	10	400	53	43	10 群馬県	
11 埼玉県	2,212	200	130	2,176	46	60	170	168	10	3	12	10	3	12	1,770	908	2	14	1,081	300	2,523	2,523	26	29	17	19	61	2	2	11 埼玉県	
12 千葉県	1,899	166	224	1,715	13	16	136	114	72	140	153	64	175	167	1,431	1,344	221	193	1,030	2,523	1,758	1,390	49	78	5	-	122	36	34	12 千葉県	
13 東京都	7,537	629	972	6,891	430	766	305	294	694	421	532	791	1,646	623	3,440	3,170	201	210	1,007	800	8,150	7,966	13	49	5	10	42	378	53	13 東京都	
14 神奈川県	2,600	270	0	2,503	0	24	145	140	0	0	0	44	27	61	917	911	124	84	1,606	829	1,551	2,076	13	26	35	3	62	52	13	14 神奈川県	
15 新潟県	694	112	0	653	20	40	48	47	3	3	6	14	14	14	196	150	18	5	447	263	357	340	153	78	2	-	280	23	27	15 新潟県	
16 富山県	573	36	0	571	0	0	18	18	0	0	0	0	0	0	101	101	45	0	418	0	510	625	19	29	9	24	23	24	23	16 富山県	
17 石川県	523	41	0	475	0	0	42	40	48	80	148	38	73	77	204	198	72	0	277	131	630	560	30	63	26	-	119	108	35	17 石川県	
18 福井県	503	24	100	425	0	0	42	39	10	2	16	10	2	16	172	156	28	0	188	0	575	316	5	15	5	-	25	58	55	18 福井県	
19 山梨県	444	24	0	376	639	479	25	24	-	-	-	-	-	-	229	193	64	0	84	0	969	966	7	23	15	6	28	11	11	19 山梨県	
20 長野県	737	43	0	653	0	0	34	26	4	1	6	-	-	-	542	542	0	0	58	51	861	926	-	-	-	15	24	178	3	20 長野県	
21 岐阜県	873	59	0	882	4	24	30	28	-	-	-	0	0	0	545	544	51	48	366	361	1,932	1,621	6	10	0	1	13	93	57	21 岐阜県	
22 静岡県	833	52	0	825	50	13	103	104	-	-	-	-	-	-	592	533	-	0	770	401	773	954	62	64	65	-	172	152	117	22 静岡県	
23 愛知県	2,540	210	411	2,534	20	20	187	185	14	23	91	12	24	81	1,652	1,248	130	101	3,589	3,519	2,737	1,628	12	119	13	-	26	503	380	23 愛知県	
24 三重県	596	56	0	576	10	0	48	48	34	138	127	24	25	27	454	401	81	103	485	408	468	375	5	27	4	-	34	123	8	24 三重県	
25 滋賀県	501	52	30	483	0	0	33	32	24	31	80	24	31	80	360	321	41	56	373	341	518	677	0	10	7	4	17	304	166	25 滋賀県	
26 京都府	1,047	175	110	855	0	0	65	65	4	15	30	14	127	321	650	233	145	15	85	39	1,126	1,126	11	35	9	4	43	132	117	26 京都府	
27 大阪府	4,853	589	0	3,680	226	1,041	249	217	31	140	130	23	156	290	2,964	1,945	260	200	2,012	1,770	9,096	10,000	68	24	18	-	127	163	114	27 大阪府	
28 兵庫県	1,712	142	0	1,417	0	0	242	241	701	454	247	487	437	50	701	500	247	30	164	80	1,812	2,411	9	63	-	-	36	454	454	28 兵庫県	
29 奈良県	566	36	0	481	10	10	49	48	36	0	85	9	14	28	300	308	-	0	310	310	969	1,136	12	19	3	-	33	30	29	29 奈良県	
30 和歌山県	636	26	0	790	181	0	32	26	10	1	56	7	-	-	435	318	52	0	207	0	178	201	-	-	0	-	17	96	111	30 和歌山県	
31 鳥取県	351	47	5	350	0	0	32	32	57	73	134	31	31	18	125	125	31	0	187	162	448	364	18	16	10	-	16	9	8	31 鳥取県	
32 島根県	387	28	0	360	0	0	25	24	26	3	26	-	-	-	187	186	60	16	264	134	133	133	24	31	41	-	91	20	19	32 島根県	
33 岡山県	600	67	0	557	0	0	56	54	31	22	24	52	68	106	859	484	185	0	703	318	629	507	22	24	0	31	46	3	33 岡山県		
34 広島県	884	54	39	935	0	0	123	96	24	0	72	-	-	-	421	326	78	77	787	419	1,695	2,397	19	40	7	2	95	126	114	34 広島県	
35 山口県	780	47	0	649	60	60	86	84	62	50	103	52	19	78	376	277	48	55	453	330	694	930	50	103	24	-	148	49	57	35 山口県	
36 徳島県	286	25	22	260	0	0	46	46	53	48	110	53	48	110	386	376	18	13	301	249	454	450	1	12	79	-	92	304	162	36 徳島県	
37 香川県	334	29	20	289	20	0	33	24	56	59	33	8	-	-	140	126	16	16	229	305	474	424	18	25	14	9	24	9	40	37 香川県	
38 愛媛県	480	26	10	311	57	57	79	60	52	2	120	42	2	98	510	471	51	0	422	255	379	253	19	40	1	-	54	185	185	38 愛媛県	
39 高知県	381	24	0	311	32	22	7	92	37	-	-	37	-	-	247	240	10	0	282	202	206	385	10	15	3	11	23	149	10	39 高知県	
40 福岡県	2,024	217	0	1,482	222	50	226	226	8	0	24	-	-	-	1,000	1,000	47	24	2,015	1,800	2,008	2,234	7	74	0	-	14	93	96	40 福岡県	
41 佐賀県	584	48	50	545	0	0	39	37	32	34	116	28	18	83	210	157	8	5	498	496	390	615	17	27	11	-	58	31	13	41 佐賀県	
42 長崎県	681	30	0	561	20	20	95	97	36	75	128	35	68	110	267	254	0	0	385	496	646	545	75	128	0	-	0	61	0	42 長崎県	
43 熊本県	1,072	66	0	806	0	0	123	83	57	-	70	22	-	-	425	408	-	29	346	172	1,226	1,000	125	131	43	14	49	260	164	43 熊本県	
44 大分県	552	43	0	506	254	209	34	29	113	68	593	92	124	248	564	549	10	0	11	9	1,460	1,349	3	31	-	-	34	116	84	44 大分県	
45 宮崎県	437	17	0	340	12	0	67	59	1	0	1	-	-	-	83	83	67	9	466	9	512	450	11	23	3	-	37	63	63	45 宮崎県	
46 鹿児島県	708	31	0	711	59	57	131	135	119	49	314	100	31	170	283	283	114	0	348	0	1,653	1,757	2	15	-	-	15	(3)	5	46 鹿児島県	
47 沖縄県	955	61	25	1,031	75	16	31	27	26	22	91	17	0	70	66	97	22	16	78	47	2,352	1,412	48	39	11	-	76	42	10	47 沖縄県	
合計	51,115	4,297	2,288	45,644	2,569	3,373	3,739	3,534	2,660	2,056	4,010	2,258	3,216	3,073	27,115	22,554	2,824	1,436	27,270	20,303	65,640	65,950	1,375	2,139	1,100	167	3,593	6,008	3,220	合計	

病床確保計画（確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設の定員数を含む）

都道府県名	病床確保計画（一般フェーズ）												病床確保計画（緊急フェーズ）（※2）													
	フェーズ1		フェーズ2		フェーズ3		フェーズ4		フェーズ5		フェーズ6		緊急フェーズI			緊急フェーズII			緊急フェーズIII							
	即応病床 (計画) 数	うち重症者 向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け	移行基準	即応病床 (計画) 数	うち重症 者向け			
	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数	うち臨時の医療施設等 数			
01 北海道	1,818	91	フェーズ1の病床使用率が40%を超えた段階で、地域の感染状況等を踏まえて判断(原則、三次医療圏毎に運用)	2,022	106	フェーズ2の病床使用率が40%を超えた段階で、地域の感染状況等を踏まえて判断(原則、三次医療圏毎に運用)	2,408	124							フェーズ3の病床使用率が80%を超えた段階で、地域の感染状況等を踏まえて判断(原則、三次医療圏毎に運用)	2,408	124									
	0	0		0	0		0	0							0	0										
02 青森県	371	31	感染者の急増 1週間当たりの新規陽性者21人以上	371	31	感染者の急増 1週間当たりの新規陽性者71人以上 療養者数101人以上	383	31	爆発的な感染拡大 3週間後の病床使用率が50%以上	383	31	爆発的な感染拡大 1週間当たりの新規陽性者701人以上 療養者数1001人以上 病床使用率50%以上	405	31	病床使用率70%超	405	31									
	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0									
03 岩手県	212	32	確保病床の使用率が20%を超える日が、数日続いた日の翌日	372	34										確保病床の使用率が50%を超えた日の翌日	460	34									
	0	0		0	0										0	0										
04 宮城県	290	15	フェーズ1の病床占有率が50%を超えた段階で、病院長等会議を緊急に開催の上、総合的に判断	316	18	フェーズ2の病床占有率が50%を超えた段階で、病院長等会議を緊急に開催の上、総合的に判断	354	20	フェーズ3の病床占有率が50%を超えた段階で、病院長等会議を緊急に開催の上、総合的に判断	406	26	フェーズ4の病床占有率が50%を超えた段階で、病院長等会議を緊急に開催の上、総合的に判断	484	45	病院長等会議を緊急に開催の上、総合的に判断	628	55									
	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0									
05 秋田県	49	1	県内感染者1名発生	77	6	前後フェーズの病床使用率30%	101	10	前後フェーズの病床使用率30%	148	13	前後フェーズの病床使用率30%	235	15	前フェーズの病床使用率30%	298	16	総合的に判断								
	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0									
06 山形県	18	0	・二次医療圏において、患者が1名以上発生した場合。 ・県内で感染経路不明の患者が2名以上発生した場合。	112	20	・患者が増加し、感染症指定医療機関のみでは対応が困難となることが想定される場合。	162	26	・患者が増加し、感染症指定医療機関とそれを支援する医療機関での受入調整が困難となることが想定される場合。	271	26				患者が急増し、フェーズ4対応医療機関の病床での受入調整ができないほど病床が逼迫することが想定される場合	290	26	患者が急増し、中等症以上の入院が必要な患者を受入調整できないほど病床が逼迫することが想定される場合	320	26						
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
07 福島県	577	28	週当たり新規感染者数2.5人/10万人となった日	673	39	週当たり新規感染者数5人/10万人となった日	774	46							週当たり新規感染者数15人/10万人となった日	846	46									
	0	0		8	0		8	0							8	0										
08 茨城県(※1)	100	10	引上げ時：入院者数が引上げ後の50%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	200	20	引上げ時：入院者数が引上げ後の50%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	300	30	引上げ時：入院者数が引上げ後の50%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	400	30	引上げ時：入院者数が引上げ後の50%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	500	50	引上げ時：入院者数が引上げ後の50%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	600	60	引上げ時：入院者数が現フェーズの70%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	1,000	70	引上げ時：入院者数が現フェーズの70%が見込まれる場合 引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	1,100	70	引下げ時：入院者数が現フェーズの50%を目安に縮小	1,200	80
	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0									
09 栃木県	430	21	病床使用率が20%以上になった日	497	26	病床使用率が50%以上になった日	740	42							病床使用率が50%以上になった日	740	42									
	102	0		102	0		102	0							102	0										
10 群馬県	253	10	入院患者数100~150人となった日	367	17	入院患者数150~200人となった日	456	21	入院患者数250~300人となった日	685	37				入院患者数250~300人以上となった日	685	37									
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
11 埼玉県	500	50	病床使用率が50%以上となった2週間後	900	90	病床使用率が50%以上となった2週間後	1,300	130	病床使用率が50%以上となった2週間後	1,700	170				病床使用率が50%以上となった2週間後	2,212	200									
	0	0		0	0		0	0		0	0				130	0										
12 千葉県	1,079	78	病床稼働率や医療従事者の欠勤状況等を総合的に判断	1,737	122										病床稼働率や医療従事者の欠勤状況等を総合的に判断	1,882	156									
	30	0		189	0										224	0										
13 東京都(※4)	5,229	383	病床使用率が40%超かつ上昇傾向など、総合的に判断	7,537	629										病床使用率が40%超かつ上昇傾向など、総合的に判断	7,537	500									
	972	0		972	0										972	0										
14 神奈川県	1,000	100	フェーズ1の確保病床の85%を超えることが想定される3週間前の日	1,300	130	フェーズ2の確保病床の85%を超えることが想定される3週間前の日	1,700	160	フェーズ3の確保病床の85%を超えることが想定される3週間前の日	2,200	210				フェーズ4の確保病床の85%を超えることが想定される3週間前の日	2,600	270									
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
15 新潟県	393	50	県警発令から移行 人口10万人あたり10人以上/週発生(公表日ベース)かつ 感染経路不明割合30%以上	474	99	県警発令から移行 人口10万人あたり25人以上/週発生(公表日ベース)かつ 感染経路不明割合30%以上	616	112	緊急事態宣言発令相当	703	112				緊急事態宣言発令相当	703	112									
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
16 富山県	168	12	入院者数がおおよそ75人以上となった日から7日後 (人数は目安であり、感染状況等を総合的に勘案して決定)	254	14	入院者数がおおよそ150人以上となった日から7日後 (人数は目安であり、感染状況等を総合的に勘案して決定)	500	36							入院者数がおおよそ300人以上となった日から7日後 (人数は目安であり、感染状況等を総合的に勘案して決定)	581	36									
	0	0		0	0		0	0							0	0										
17 石川県	195	32	フェーズ1の病床使用率が50%を超えた場合	273	33	フェーズ2の病床使用率が50%を超えた場合	301	37							フェーズ3の病床使用率が50%を超えた場合	402	37	緊急フェーズIの病床使用率が50%を超えた場合	525	41						
	0	0		0	0		0	0							0	0										
18 福井県	152	6	入院患者が100人に達した日から概ね5日以内	224	13	入院患者が145人に達した日から概ね5日以内	328	20	入院患者が215人に達した日から概ね3日以内	503	24				入院患者が215人に達した日から概ね3日以内	503	24									
	0	0		0	0		0	0		100	0				100	0										
19 山梨県	130	7	入院患者数50名以上	189	13	入院患者数80名以上	268	19	入院患者数170名以上	393	24	入院患者数240名以上	444	24	入院患者数240名以上	444	24									
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
20 長野県	161	29	・県内4ブロックのうち、1つでもブロック別確保病床使用率が10%を超えると見込まれるとき ・医療非常事態宣言が発出されたとき	349	33	・全県の確保病床使用率が25%を超え、かつブロック別確保病床使用率が3つ以上のブロックで40%を超えると見込まれるとき ・医療非常事態宣言が発出されたとき	557	43							確保病床使用率が全県で50%を超える恐れがあるとき (※重症化率が高い新型コロナウイルスの変異株が流行した場合など、一般医療を制限してでも病床を確保するとき)	599	43	確保病床使用率が全県で70%を超える恐れがあるとき (※重症化率が高い新型コロナウイルスの変異株が流行した場合など、一般医療を制限してでも病床を確保するとき)	737	43						
	0	0		0	0		0	0							0	0										
21 岐阜県	255	38	即応病床に対する病床使用率が30%を超えた場合	352	45	即応病床に対する病床使用率が30%を超えた場合	581	49	即応病床に対する病床使用率が30%を超えた場合	695	51	即応病床に対する病床使用率が30%を超えた場合	788	51	即応病床に対する病床使用率が30%を超えた場合	873	59	「一般フェーズ4」において、短期間で急激な感染者数が増加し、受入病床が逼迫すること、入院が必要な方がただちに入院できない状況となった場合								
	0	0		0	0		0	0		0	0				0	0										
22 静岡県	444	38	確保病床使用率が20%以上となったときに、新規感染者数の増加率等を加味し総合的に判断	538	48	確保病床使用率が40%以上となったときに、新規感染者数の増加率等を加味し総合的に判断	864	52							確保病床使用率が40%以上となったときに、新規感染者数の増加率等を加味し総合的に判断	864	52									
	0	0		0	0		0	0							0	0										
23 愛知県	1,108	117	感染拡大時：単日の入院患者638人以上 感染縮小時：7日間平均の入院患者1,064人未満	1,690	148										感染拡大時：単日の入院患者1,064人以上 感染縮小時：7日間平均の入院患者1,033人未満	1,948	164	感染拡大時：単日の入院患者1,033人以上	2,540	210						
	0	0		0	0										0	0										
24 三重県	248	41	フェーズ1の病床使用率40%以上となった日から14日後	386	46	フェーズ2の病床使用率40%以上となった日から14日後	507	50							フェーズ3の病床使用率40%以上となった日から14日後	572	50	緊急フェーズIの病床使用率40%以上かつ重症病床使用率20%以上となった日から14日後	608	56						
	0	0		0	0		0	0							0	0										
25 滋賀県	195	29	フェーズ1の病床数の50%程度が利用された段階で総合的に判断	286	39	フェーズ2の病床数の50%程度が利用された段階で総合的に判断	373	44	フェーズ3の病床数の50%程度が利用された段階で総合的に判断	416	44				日々のモニタリングの結果、2週間後に感染の急拡大が予測される場合に総合的に判断	501	52									
	0	0		0	0		30	0		30	0				30	0										
26 京都府	834	161	入院者数、新規入院者数等の状況を見ながら、専門家の意見も踏まえて総合的に判断	1,047	175										—	1,047	175									
	30	0		110	0										110	0										

R4.12.2
公表

- 同時流行下、ピーク時には1日75万人規模の患者が生じた場合でも、限りある医療資源の中で重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するため、10月17日、都道府県等に対し「外来医療体制整備計画」（以下、計画）の策定を求める事務連絡を发出。
- 各都道府県において、11月14日までの1か月間に、地域の医師会等と協議の上、①ピーク時の患者数、外来の受診見込者数等を推計するとともに、②診療・検査医療機関（いわゆる発熱外来）等の診療能力（1日当たり診療可能人数）を把握し、①と②の比較検討を踏まえた外来医療体制の強化、健康フォローアップセンター（以下、健康FUC）の体制の強化を計画。今般、これらの計画を基に、国において取りまとめ、公表するもの。

I. 診療・検査医療機関をはじめとする外来医療体制の整備

▶ **重症化リスクの高い方（高齢者、基礎疾患を有する方、妊婦）・小学生以下の子どもに適切な医療を提供するため、外来医療体制を一段と強化。**

＜需要の推計＞各都道府県において、ピーク時の1日当たり患者数等を推計。

患者数 (新型コロナ、季節性インフル)	健康FUCへの 登録見込者数	発熱外来等 受診見込者数
81万人 (45万人、37万人)	7万人 ^{注1・2)}	75万人 ^{注1)}

注1) 各都道府県独自の推計が含まれるため、健康FUCへの登録見込者数+発熱外来等受診見込者数と患者数は一致しない
注2) 都道府県が推計した、基礎疾患を有する者及び妊婦を除く、中学生から64歳の新型コロナ患者の約23%

＜供給の強化＞上記の推計と、各都道府県が調査等により把握した管内の診療能力（1日当たり診療可能人数）を比較検討。従前から強化を続けてきた外来医療体制について、年末年始も見据え、土日祝日を含め、一段と強化。

	管内の診療能力	強化分	最大診療能力
全体	76万人	+13万人^{注3)}	90万人
発熱外来等の強化	76万人	+11万人 ^{注4)}	87万人
自治体が関与・要請する電話・オンライン診療の強化	0.6万人	+1.8万人 ^{注5)}	2.3万人
土曜日	45万人	+11万人	55万人
日曜祝日	12万人	+11万人	23万人

※端数処理の影響で内訳の計が一致しない場合がある

II. 健康フォローアップセンターの体制の整備等

▶ **重症化リスクの低い方が安心して自宅療養をできるようにするために必要な環境を整備。**

○今冬における1日当たりの最大登録人数
(計画策定前の対応能力→計画に基づく体制整備後の対応能力)

・登録内容の確認等に従事するスタッフ（医師、看護師、事務職等）の増強等により体制を強化。（31都道府県）

8万人/日



20万人/日

+11万人/日

※平日、土日祝日で殆ど差は無い

※体調悪化時等の相談対応についても、相談対応スタッフ（医師、看護師等）や電話回線の増強等により、21の都道府県にて体制を強化。

＜外来医療体制の強化分の内容＞

注3) 多くの地域において、対面診療の更なる強化を図る一方、大都市部においては、併せてオンライン診療の強化を図るなど、地域の医療資源等の実情に応じて様々な対応を組み合わせ。

注4) 各都道府県において、診療時間の拡大（42地域）、箇所数の増加（33地域）、かかりつけ患者以外への対応（16地域）等を組み合わせ。このほか、地域の医療関係者の協力を得て、地域外来・検査センターを強化（16地域）。
診療・検査医療機関の箇所数は、計画に基づき更なる増加が図られ、今夏のピーク時（39,915：8月24日時点）と比べて、1,500程度の増加が見込まれる。なお、直近の箇所数は41,384（11月30日時点）である。

注5) 大都市部中心に14地域（8地域増加）において、外来のひっ迫時に備えて対面診療を補完する体制を強化。なお、自治体の関与・要請の有無に関わらず、今夏のピーク時の電話・オンライン診療の件数は8月の180万件（1日当たり6万件）。

電話・オンライン診療体制整備の例

東京都：今後の感染状況に応じて、臨時オンライン発熱診療センターを開設予定。対象者を重症化リスクの低い方に限定し、診療から薬の受取まで対応。
大阪府：24時間対応可能なオンライン診療・往診センターの運用を既に開始。患者の希望に応じて、オンライン診療や往診をコーディネート。

6 事業目（新興感染症対応） 関連資料

目次

1. 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等の一部を改正する法律の概要
…P.16
2. 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
(抜粋)
…P.31
3. 感染症法等改正法についての主な議論
 - (1) 国会審議における主な議論の要旨
…P.33
 - (2) 第8次医療計画等に関する検討会（令和4年10月26日、12月9日）における
関係意見や主なやりとり
…P.41
 - (3) 厚生科学審議会感染症部会（令和4年9月5日）での主な意見要旨
…P.45

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要**1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等**【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】**(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供**

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

都道府県の「予防計画」の記載事項の充実等

- 平時からの備えを確実に推進するため、**国の基本指針に基づき**、都道府県の「**予防計画**」の記載事項を充実。記載事項を追加するとともに、**病床・外来・医療人材・後方支援・検査能力等の確保について数値目標**を明記。
(新たに保健所設置市・特別区にも予防計画の策定を義務付け。ただし、記載事項は★(義務)と☆(任意)を付した部分に限る。)

現行の予防計画の記載事項	予防計画に追加する記載事項案	体制整備の数値目標の例 (注1)
1 感染症の発生の予防・まん延の防止のための施策★		
2 医療提供体制の確保		<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結医療機関 (入院) の確保病床数 ・協定締結医療機関 (発熱外来) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (後方支援) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (医療人材) の確保数 ・協定締結医療機関 (PPE) の備蓄数量
	① 情報収集、調査研究☆	
	② 検査 の実施体制・検査能力の向上★	<ul style="list-style-type: none"> ・検査の実施件数 (実施能力) ★ ・検査設備の整備数★
	③ 感染症の 患者の移送 体制の確保★	
	④ 宿泊施設 の確保☆	<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結宿泊療養施設の確保居室数☆
	⑤ 宿泊療養・自宅療養 体制の確保 (医療に関する事項を除く) ★ 注: 市町村との情報連携、高齢者施設等との連携 を含む。	<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結医療機関 (自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供) の医療機関数 (再掲)
	⑥ 都道府県知事の指示・総合調整権限の発動要件	
	⑦ 人材 の養成・資質の向上★	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数★
	⑧ 保健所 の体制整備★	
3 緊急時の感染症の発生の予防・まん延の防止、医療提供のための施策★	※ 緊急時における検査の実施のための施策を追加。 ★	

(注1) 予防計画の記載事項として、体制整備のための目標を追加。上記は、想定している数値目標の例。具体的には、国の基本指針等に基づき、各都道府県において設定。対象となる感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症。計画期間は6年。

(注2) 都道府県等は、予防計画の策定にあたって、医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画との整合性を確保。

予防計画と医療計画の整合性の確保に関する条文

感染症法【令和6年4月1日施行】（抄）

（予防計画）

第十条 都道府県は、基本指針に即して、感染症の予防のための施策の実施に関する計画（以下この条及び次条第二項において「予防計画」という。）を定めなければならない。

2～7 （略）

8 都道府県は、予防計画を定め、又はこれを変更するに当たっては、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画及び新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成二十四年法律第三十一号）第七条第一項に規定する都道府県行動計画との整合性の確保を図らなければならない。

9～19 （略）

医療法【令和6年4月1日施行】（抄）

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2～12 （略）

13 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、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第四条第一項に規定する都道府県計画及び介護保険法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画並びに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十条第一項に規定する予防計画及び新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成二十四年法律第三十一号）第七条第一項に規定する都道府県行動計画との整合性の確保を図らなければならない。

14～18 （略）

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約1500医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

- 協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。
- 協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。
- さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて
協定変更

必要に応じて
対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

支援

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

- 平時において、都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、医療機関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築する。
- 感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保する。

平時	公立・公的医療機関等 (NHO・JCHOを含む)	特定機能病院/地域医療支援病院	民間医療機関
協定締結 プロセス	①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標（確保すべき病床の総数等）をあらかじめ予防計画・医療計画に規定する。 ②さらに、 都道府県知事は 、計画に定めた病床の確保のため、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で 、各医療機関と協議を行う 協定案（病床の割り当て等）を策定の上 、各医療機関と協議を行い、 結果を公表する 。		
協定締結の 担保措置	全ての医療機関に対して、 予防計画・医療計画の達成のために、必要な協力をするよう努力義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 協定締結の協議に応じる義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 都道府県医療審議会の意見を尊重する義務 を課す。		
	協定の協議が調わない場合に、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、再協議を行うプロセスを明確化		

- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化する**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得る。

感染症発生・まん延時	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、 指示⇒公表（指示違反） * NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要な措置を行うことを求めることができ、これに応じなければならない。	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反※） ※指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得る。	協定に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反）
協定の履行確保措置等	保険医療機関の責務 として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。		

現行の特措法では、協定の有無に関わらず、医療関係者（※）に対し、直接、患者等に対する医療等を行うよう指示できる旨の規定あり。
 （※）医療関係の管理者の場合は、当該医療機関の医療関係者その他の職員を活用して実施体制の構築を図るとされている。

1. 措置の目的・内容

- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性(一般医療の提供)を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療(感染患者への医療)の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。
- 支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う(※)。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施(支援額の範囲内で補助金の額を返還)。

※ 病床確保(入院医療)を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案する。

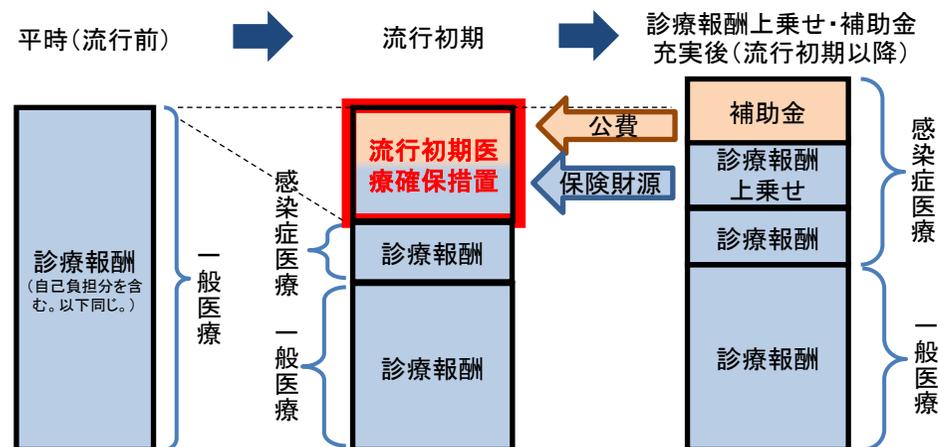
※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。(国民医療費:医療保険・後期高齢者給付分80.5%、自己負担分12.3%、公費負担医療給付分7.3%)

2. 事業実施主体 都道府県

3. 費用負担

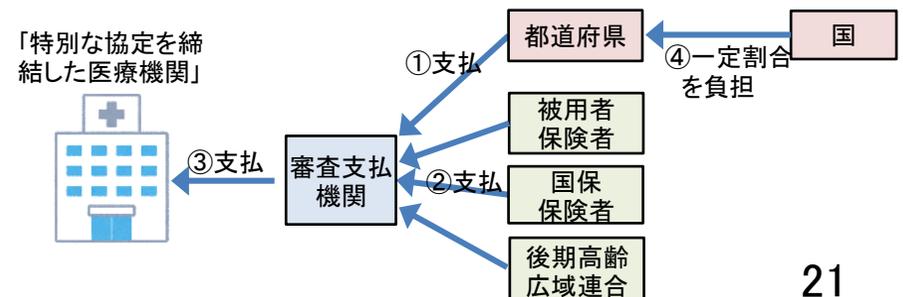
- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費(国、都道府県)と保険者(被用者保険、国保、後期高齢者広域連合)の負担割合は1:1とする。
- 支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとする。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整(前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金)を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢者広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行う。

平時(流行前)、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後(流行初期以降)
における「特別な協定を締結した医療機関」の収入(イメージ)



流行初期医療確保措置の支払いスキーム(イメージ)

- ① 都道府県から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ② 各保険者から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ③ 審査支払機関から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
- ④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担



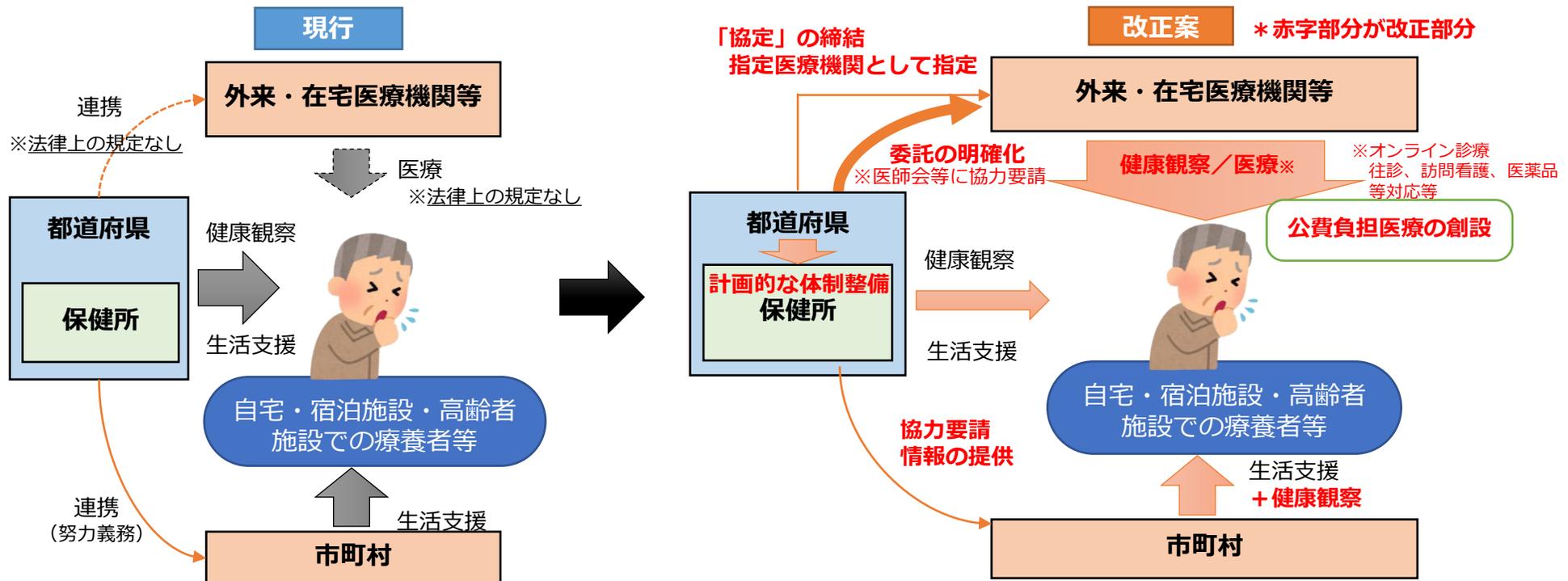
自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への対応の強化

現行

- 都道府県は、自宅・宿泊療養者等に対して、健康状態の報告（健康観察）及び自宅・宿泊施設等からの外出しないことについての協力を求めることができる（感染症法第44条の3）。これに当たって、都道府県は、自宅・宿泊療養者等への生活支援（食事の提供、日用品の支給等）を実施、必要に応じて市町村と連携するよう努めなければならない。 ※医療提供に関する規定はない。

改正案

- 「予防計画」に基づき**保健所の体制整備**を推進しつつ、都道府県による**健康観察**の実施に当たって、**協定を締結した医療機関等に委託して行うことができることを明確化**。保険医療機関等の責務として、**国・地方が講ずる必要な措置に協力しなければならない**ことを明記。都道府県は、医療関係団体に対し協力要請できることとする。
- また、**外来医療や在宅医療**の提供について、**都道府県と医療機関等**との間で「**協定**」を締結する仕組みを導入。自宅・宿泊療養者や高齢者施設での療養者等への医療について、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（**公費負担医療**）を創設し、**指定医療機関**から提供。
- この他、生活支援及び健康観察について、都道府県が**市町村に協力を求める**こととし、両者間の**情報共有**の規定を整備。



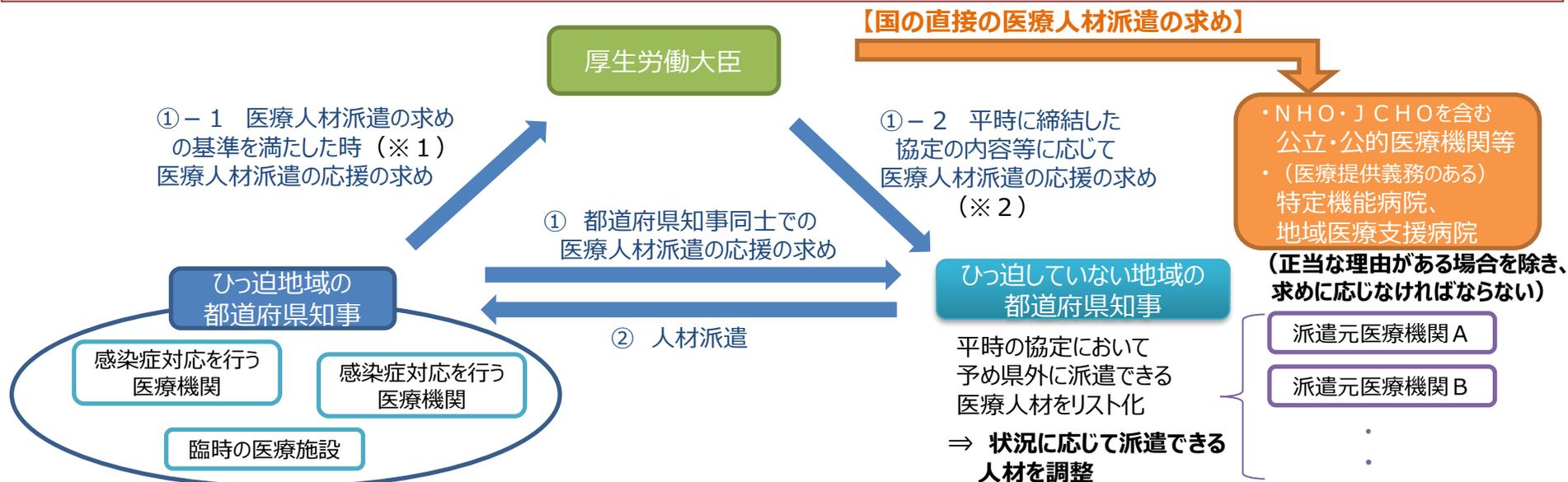
(注) 都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

【新型コロナ対応時の課題】

当初は、各都道府県がDMATや全国知事会に応援を求める形で県境を越える医療人材広域派遣（広域派遣）を実施。令和3年4月からは、省庁関係の公的病院からの派遣を厚生労働省が中心となって随時調整。広域派遣を含む人材確保の仕組み・ルールがなく、厚生労働省関係病院（NHO・JCHOなど）からの広域派遣に偏った。また、感染が全国的に拡大した場合にはこうした病院からの広域派遣にも限界が生じた。

【感染症対応において重要な要素の一つである医療人材の確保に係る上記課題を踏まえた対応】

- ① 都道府県と医療機関で協定を締結する等、**あらかじめの準備**をし、**迅速かつ一定規模以上の人材派遣を実施**
 - 協定のメニューの1つに「人材確保」を位置付け、平時から大まかな派遣可能人数を把握。県内での派遣を実施。
- ② 広域派遣について**国と都道府県の役割分担や発動要件を明確化**
 - 各県内で医療人材確保の取組等を行った上でもなお医療がひっ迫し、広域派遣を必要とする場合は下記のイメージ図に基づき、まずは都道府県知事間での調整を行いつつ、厚生労働大臣を介した広域派遣を実施。
 - 特に緊急がある場合は、厚生労働大臣は、直接、公立・公的医療機関等に広域派遣の求めを行うことができる。



※1 国に対する医療人材派遣の求めの基準

- ・他の都道府県に比して、感染が拡大し、医療のひっ迫が認められる。
- ・既に都道府県内で必要な医療人材の確保・調整を行った。
- ・他の都道府県からの医療人材受入体制が整っている。等

※2 国が非ひっ迫都道府県知事に応援を求めることについて

都道府県からの求めがあることが原則だが、国が必要と判断した場合は、ひっ迫地域の県知事からの求めがなくとも、非ひっ迫地域の県知事に応援の求めを行うことができることとする。

感染症対応等を行う医療チームの法定化

～災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時の医療を確保するため派遣される医療チーム～

- 災害時に被災地での必要な医療提供体制を支援するための医療チームとして、国（厚生労働省）においてDMAT等（※）の養成・登録を実施。都道府県知事から管内の医療機関に対する派遣要請に基づき、県内外に派遣されて活動。
- 今回の新型コロナ対応では、本来想定していた自然災害ではなかったものの、これまでの災害時の経験を活かして、感染症の専門家と連携しクラスターが発生した医療機関、介護施設等での感染制御・業務継続の支援や都道府県庁におけるコロナ患者の入院・搬送先の調整等を行った。

※ DMAT：災害時等に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。被災した医療施設での診療支援、災害現場でのトリアージ、入院搬送調整を実施。平成17年度より国立病院機構に委託して養成・登録を開始。登録者数 15,862人（令和4年1月現在）

DPAT：災害時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。このうち主に本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う先遣隊については、平成26年度より日本精神科病院協会に委託して養成・登録を開始。先遣隊の登録者数 807人（令和4年1月現在）



災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時の医療を確保するため、国が養成・登録し、都道府県知事の求めに応じて派遣される医療チームの仕組みを医療法に位置づけ、以下を定める。

- ・ 厚生労働大臣は、災害時や感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される人材の養成・登録を実施（国立病院機構等に事務委託）
- ・ 都道府県知事は、医療機関との間で事前に上記人材からなる医療チームの派遣協定を締結することとし、協定の履行担保措置を規定
- ・ 国・都道府県は、研修・訓練等の支援を実施 等

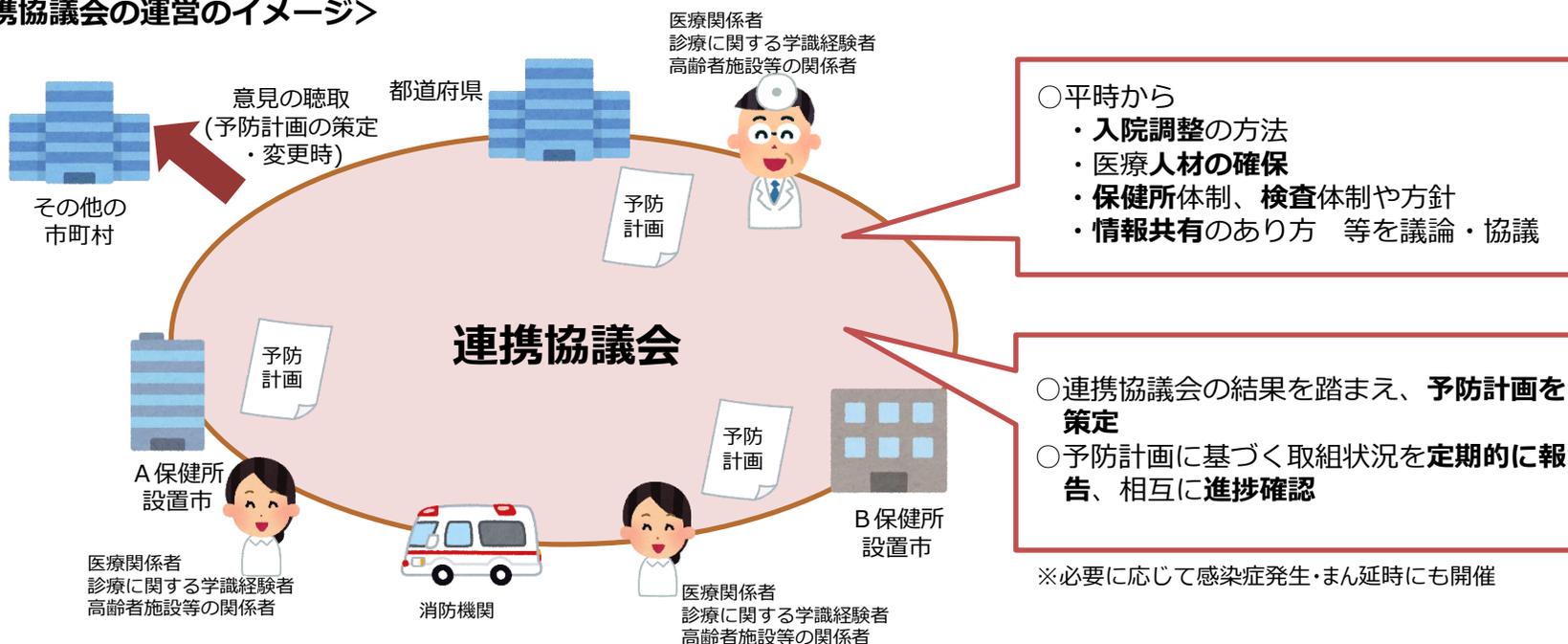
見直しのポイント

- ・今般のコロナ対応において、**都道府県と保健所設置市や特別区との間**で、入院調整が円滑に進まない、応援職員の派遣のニーズを共有できない、迅速な情報共有ができないなど、**連携が十分ではないケース**が見られた。
- ・このため、都道府県と管内の保健所設置市や特別区を構成員とする「**連携協議会**」を創設。**入院調整の方法、医療人材の確保、保健所体制、検査体制や方針、情報共有のあり方**などについて、**平時から議論・協議**し、その結果を踏まえて、**予防計画を策定**。また、予防計画に基づく取組状況を定期的に報告、相互に進捗確認。
- ・こうした平時からの連携強化・綿密な準備を通じ、感染症発生・まん延時における機動的な対策の実施を図ることとした。

※1 連携協議会には、医療関係者や学識経験者、高齢者施設等の関係者、消防機関が参画。なお、予防計画の策定・変更時には、現行と同様、一般市町村からも意見聴取を行うこととした。

※2 平時だけではなく、感染症発生・まん延時において連携協議会を開催することも可能。

<連携協議会の運営のイメージ>



(注) 連携協議会の枠組みのほか、都道府県の**総合調整権限の強化**や**保健所設置市・特別区への指示権限を創設**。**感染症発生・まん延時**において、都道府県が**迅速な対策**や**管内の一元的な対策**の実施など必要がある場合に**権限を発揮**できるようにした。

感染症発生・まん延時における国・都道府県の総合調整権限等の強化等

○ 感染症法における国・都道府県の総合調整・指示権限の概略図〈現行と見直し案〉

		都道府県の権限 (都道府県⇒保健所設置市・特別区等)		国(厚生労働大臣)の権限 (国⇒都道府県、保健所設置市・特別区等)	
		〈現行〉	〈見直し案〉	〈現行〉	〈見直し案〉
総合調整	平時	—	○	—	—
	感染症発生・まん延時	○	○ <small>※対象措置の拡大等</small>	—	○
指示	平時	—	—	—	—
	感染症発生・まん延時	—	○	○	○

見直し①

〈現行〉

感染症発生・まん延時における入院勧告・措置その他の事項について、都道府県⇒保健所設置市・特別区、医療機関等への総合調整。

〈見直し案〉

事前の体制整備や感染症発生・まん延時における人材確保等の観点から、対象となる措置を平時から感染症発生・まん延時に至るまでの感染症対策全般に拡大、これに当たって、保健所設置市・特別区からの情報収集権限を創設。総合調整の相手先として、市町村(保健所設置市・特別区以外)を追加。

見直し②

緊急時における迅速な入院調整を可能とするため、感染症発生・まん延時における入院勧告・措置について、都道府県⇒保健所設置市・特別区への指示権限を創設。

見直し③

感染症発生・まん延時における広域的な感染症の専門家や保健師等の派遣や患者の搬送等について、国⇒都道府県、保健所設置市・特別区、医療機関等への総合調整権限を創設。これに当たって、都道府県、保健所設置市・特別区からの情報収集権限を創設。

都道府県

国

<現状と課題>

現行、感染症の患者情報については、感染症法に基づき、医師から自治体への届出義務、自治体から国への報告義務が課されており、新型コロナウイルスはHER-SYS、それ以外の感染症は感染症サーベイランスシステムにより情報管理している。

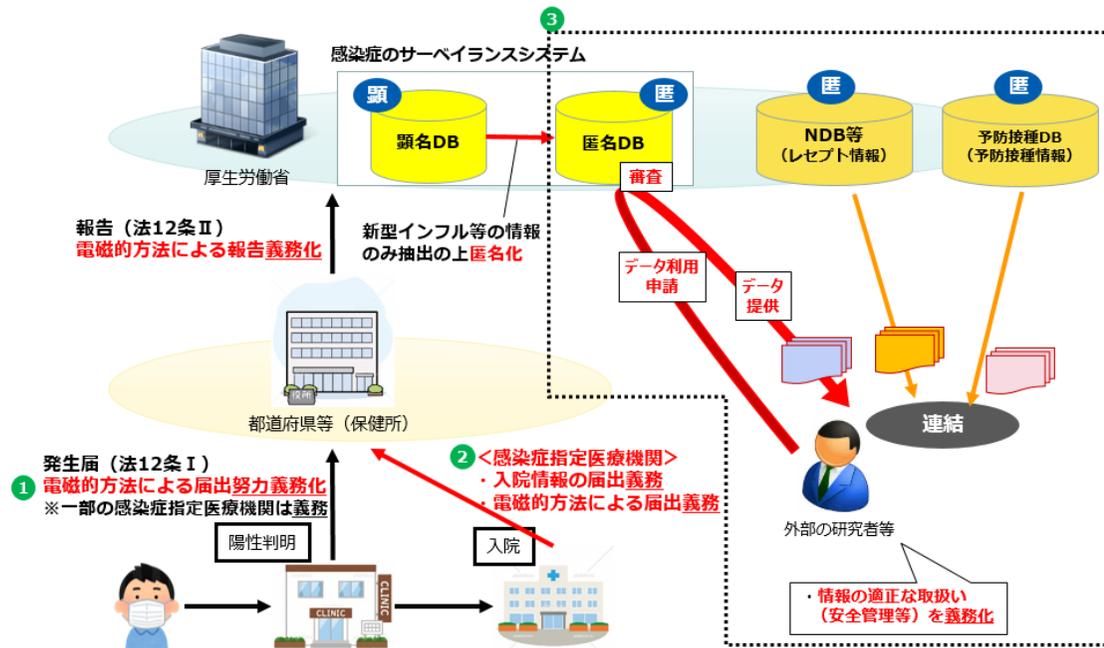
【課題①】感染症の患者情報について、医師から自治体への届出に当たり、電磁的方法による入力を可能にしているものの、依然としてFAXによる届出が一定程度あるため、自治体の業務負担となり、患者情報の迅速な収集に支障をきたしている。

【課題②】発生届は、医師の診断時に届出義務が生じることとなっているため、診断後の経過について届出義務はない。その結果、システムに集積される患者情報は、外来医療機関からの陽性判明時点の情報が中心となっており、感染症の重症度などの情報が集積されていない。

<改正案>

国民の生命・健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症（新型インフルエンザ等感染症等）を中心に、以下の措置を講じる。

- ① **医療機関による発生届について電磁的方法による届出を努力義務化**（一部の感染症指定医療機関は義務）することにより、情報集約機能の強化（自治体等の業務負担軽減、患者情報の迅速な収集）を図る。（※）併せて、自治体から国への**電磁的方法による報告等**を義務化。
- ② **感染症指定医療機関に対し入院患者の状況に係る届出を義務とする**ことにより、感染症患者の経時的な情報収集を可能とする。
※ あわせて、国からの要請があった場合に、感染症指定医療機関に対し患者の検体の提出を義務とし、感染症の性質を迅速に把握・分析する。
- ③ **感染症サーベイランスシステム等のデータを匿名化した上で、NDB等との連携を可能とする。**
⇒ 感染症の重症度に関する調査・分析やワクチン有効性等に関する調査・分析が可能となり、適切な医療の提供に資する。



感染症対策物資等の確保に係る法的枠組みの整備等

- 令和2年以降、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、国内外の需要の増加や海外からの輸入の減少等が生じ、医療現場等で物資の需給がひっ迫。
- このため、国として、医療機関への無償配布や、事業者への増産要請・補助金支援を行ってきたが、需給の改善には一定の期間を要した。
- **緊急時における感染症対策物資の確保についての法的枠組みを整備するとともに、平時における物資の備蓄が可能となるよう、感染症法等の改正を行う。**

改正案の内容

有事の供給増加

① 生産・輸入の促進や出荷調整の要請等

感染症対策物資等の供給不足又はそのおそれから、感染症の発生予防・まん延防止が困難となり、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある場合に、国が事業者と協力して、感染症対策物資等の供給量の拡大・適切な配分を行う規定を設ける。

(1) 生産、輸入の要請・指示

- i 既に当該事業を営んでいる者に対して
 - a. 厚生労働大臣から事業者への要請、b. 事業者から生産・輸入の計画の届出、
- c. 業所管大臣から当該計画の実施・変更指示
- ii 生産事業を営んでいないが生産が可能と認められる者に対して
厚生労働大臣から当該事業者の営む業所管大臣への当該事業者に対する生産協力の要請、当該所管大臣から当該事業者への協力要請

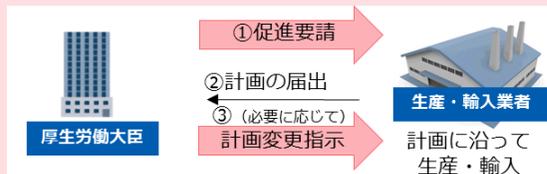
(2) 出荷調整要請

厚生労働大臣から生産・輸入・販売・貸付けの事業者への要請

(3) 売渡し、貸付け、輸送、保管の指示

厚生労働大臣から生産・輸入・販売・貸付け・輸送・保管の事業者への期限・数量・価格等の条件を含めた指示

※ 厚生労働大臣が対象物資の生産等の業の所管大臣でない場合は、各要請・指示に当たって、当該所管大臣に対して事前に協議を実施



② 担保措置

- (1) 国の要請・指示に従い生産・輸入・売渡し・貸付け・輸送・保管を行う事業者に対する財政上その他必要な措置 (①(1) i・(3)関係)
- (2) 事業者に対する計画の届出・遵守義務 (①(1) i 関係)
- (3) 正当な理由なく指示や計画から逸脱した企業名の公表 (①(1) i・(2)関係)
- (4) ①・②のための報告徴収・立入検査
- (5) (4)に対する虚偽報告・立入検査拒否等に対する罰則

平時からの備え

③ 情報収集

感染症対策物資等の需給状況を把握するため、供給の不足又はそのおそれなくとも、事業者から生産・輸入・販売・貸付けの状況について報告徴収を行うことができる規定を設ける。

④ 個人防護具の備蓄等

- (1) 国における備蓄
新型インフルエンザ等対策政府行動計画に備蓄品目・数量を記載。(特措法で対応)
- (2) 協定締結医療機関における備蓄
今回の改正で創設する医療機関との協定制度に医療機関における備蓄を位置づける。

対象物資（感染症対策物資等）

感染症の発生の予防と感染症の患者への医療に必要な下記の物資

医薬品	ワクチン、麻酔薬、PCR検査試薬、抗原検査キットなど
医療機器	酸素濃縮器、パルスオキシメーター、針・シリンジなど
個人防護具	マスク、非滅菌手袋など
その他の物資	ワクチンの輸送・保管に必要な場合がある冷凍庫など
上記の生産に必要な不可欠な原材料・部品	マスクの材料である不織布など

- ✓ 医療機関等に対する財政支援に係る費用負担については、現行、補助・負担割合を規定しているものについては、それを前提とした上で、
- ① 設備整備については、**対象施設に協定締結医療機関等を追加、**
 - ② **宿泊・自宅療養者の公費負担医療及び流行初期医療確保措置（費用は公費1/2、保険者拠出金1/2という負担割合とする。）**に関する負担規定を新設、
 - ③ **協定締結医療機関等が実施する措置に関する補助規定を新設する。**

★印は負担規定

	感染症指定医療機関等の設備整備 (第60条等)	入院措置 (第58条第10号等) ★	検査 (第58条第1号) ★	建物の立入制限等の措置 (第58条第8号等) ★	消毒等の措置 (第58条第5号等) ★	宿泊・自宅療養者の医療 (新設) ★	協定締結医療機関等が実施する措置 (新設)	流行初期医療確保措置 (新設) ★
現行 国の負担・補助割合	1/2 (都道府県と折半)	3/4 (都道府県等は1/4)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と一般市町村で折半する場合、1/3)	規定なし	規定なし	規定なし
補助の対象機関の拡大								
改正案 国の負担・補助割合	1/2 (※) ※ 特定・第一種・第二種感染症指定医療機関以外の協定締結医療機関、宿泊療養施設、検査機関を追加	3/4 (都道府県等は1/4)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と一般市町村が折半する場合、1/3)	負担・補助規定の新設		3/4 (都道府県等は1/4)
						3/4 (都道府県等は1/4)	3/4 (都道府県等は1/4)	3/4 (都道府県は1/4) ※公費の中の負担割合

※ 地方公共団体が感染拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例規定の創設を含め必要な措置を検討。

（「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（令和4年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施）

感染症法に基づく主な措置の概要

第66回(令和4年9月5日)
厚生科学審議会感染症部会資料

	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・再興型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	※政令で指定 (現在は該当なし)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	—	—	—	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	○	—	
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	
就業制限	○	○	○	○	—	—	
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	
ねずみ、昆虫等の駆除	○(※)	○	○	○	○	—	
生活用水の使用制限	○(※)	○	○	○	—	—	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○(※)	○	—	—	—	—	
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	

※ 感染症法第44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用 (新型コロナウイルス感染症(COVID-19)については適用なし(R3.2.13時点))

感染症の医療提供(良質かつ適切な医療の提供を確保)

第66回
(令和4年9月5日)
厚生科学審議会
感染症部会資料
(一部改変)

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合:国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
二類感染症 ※1	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

※1結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

新感染症・・・人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるもの。

感染症発生・まん延時における外来医療・自宅療養者等への医療のための新たな公費負担医療の創設

- 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供について、**現行の感染症法**では**入院医療のみ**規定。
- 今般のコロナ対応においては、入院させるべき感染者が空き病床がないために入院できずにいたケースや、病床逼迫の折、優先順位の観点から自宅や宿泊施設での療養をお願いすべきと判断されるケースが生じたが、**自宅・宿泊・高齢者施設等療養における医療提供**について、法律上の規定がないことから、医療提供に係る**責任の所在や費用負担の枠組みが不明確**であった。
- 病床のひっ迫を回避するためには、早期受診と重症化防止が重要であり、今後の感染症発生・まん延時に備える観点から、入院医療と同様、**外来医療・自宅療養者等への医療**提供のための**新たな公費負担医療を創設**。自宅療養者等への診療体制を確保する。

(注) 新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を対象。

感染症類型	医療体制	医療費
一類感染症	特定感染症指定医療機関 (入院医療機関として国が指定、全国に数か所)	医療保険を適用 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
	第一種感染症指定医療機関 (入院医療機関として都道府県が指定、各都道府県に1か所)	
二類感染症※1	第二種感染症指定医療機関 (入院医療機関として都道府県が指定、二次医療圏に1か所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症 ※ 新型コロナウイルス感染症 を含む。	特定感染症指定医療機関 第一種感染症指定医療機関 第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症 又は 新型インフルエンザ等感染症に準じた措置	同上 又は 三類感染症相当の場合は、 公費負担なし (医療保険を適用)
新感染症	特定感染症指定医療機関	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合：国3/4 県1/4

新たに創設
+

第一種協定指定
医療機関 (入院)

第二種協定指定
医療機関
(外来・自宅療養
者等への医療)

※3
(都道府県が指定)

※1 結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2 患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担
 ※3 指定感染症については、新型インフルエンザ等感染症に準じた措置が必要と認められる場合に限る

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>(前提) 想定する新興感染症とその対応の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の新興感染症において、こういったものが流行するか、全く未知のもので分からないので、それと疾患の特性に応じて柔軟に対応できるような仕組みとすべき。 ・想定される感染症は、コロナと同様のものとは限らないので、常にどのようなものが来るか分からないという認識を持って対応すべき。 ・感染症が非常に感染力が強くて、一気に拡大期に入った場合、対応はどうなるのか。 ・コロナ対応を踏襲するということが、海外と同じような大流行が日本で発生した際にロックダウンを含めた想定をして対応するのか。 ・医療計画は予防計画と新型インフルエンザ特措法上の行動計画等の関係計画の整合性を持った記載とすべき。 ・国が最終的に統括して指示を出して行って、日本全体で動いているという形を基本にすべきであり、その旨示すべき。
<p>1. 都道府県と医療機関との協定締結にあたっての基本的方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の実効性の担保が重要であり、医療計画は、平時に過剰な余力を抱える余裕がない医療提供体制であることを踏まえ策定すべき。 ・感染症は国全体の問題であり、国が策定する基本方針に基づいて、都道府県が計画を立てる場合に、地域格差が生じないようにすることが大事。 ・感染症対応できる医療機関の指定について、都道府県でばらつきがでないよう、国がガイドラインの策定など地域格差がないようにすべき。 ・協定締結を円滑に進めるには、現在のコロナ対応で行っている様々な体制整備や財政的支援が前提となり、具体的なスキームについても示すべき。 ・何ら担保がない中で、医療機関と協定締結を協議していくことは困難が予想されるため、国において補助金等の支援策を併せて示すべき。 ・感染症法上の公費負担医療は保険で賄われる以外の自己負担分に対する負担であることを明確化するべき。
<p>(数値目標について)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・数値目標について、新興感染症の特性が明らかでない中で、現在の水準を上回る目標の設定は、医療現場の実情を踏まえると困難と考えられ、地域の実情を踏まえた柔軟な目標設定や、目標実現のための方策を示すべき。 ・数値目標を設定しても、実際は計画倒れになることが恐れる事態であり、数値目標を超えた場合に、柔軟にどのように対応していくかも重要である。 ・数値目標の設定は難しいが、コロナ対応の経験が役に立つと考える。ただし、例えば小児が中心のパンデミックとなった場合には今回と異なる体制を構築する必要がある。そうした際に、今回作成しようとしている数値目標は差を見するという観点で参考になるものとする。 ・数値目標に関して、ハードに関する項目が多いが、実際にどのぐらいの人員が必要で、労務がどれぐらいであるかについても議論すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>2. 各医療措置協定について (病床関係)</p>	<p><① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療措置協定の確実な履行を担保するためには、確保病床の稼働に必要な人員体制など、可能な限り具体的に明示することが必要ではないか。 <hr/> <p><② 流行初期医療確保措置の対象となる協定（特別な協定）締結医療機関（入院）の数値目標・対象基準について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化は、現実的には入院患者の移動等の対応準備等の期間も必要であることから、都道府県は医療機関と丁寧に協議をして進めていくべき。 <hr/> <p><③ 疑い患者の取扱い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、新型コロナに対する検査の充実が図られ、コロナ疑いの患者は入院していないのが実態であり、その実態に応じて随時取り扱いの見直しができるようにすべき。 ・個室における差額ベッドの取扱いについて、疑い患者も含め明らかにすべき。（同意書さえあれば請求可能か。） <hr/> <p><④ 重症者用病床の確保について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症者といってもECMOで対応する方や、ICUでの対応を要する方、人工呼吸器で対応する方など、一括りせずに、超重症と重症に分けて対応を考えるべきではないか。 ・重症病床の確保によって急性期が対応できなくなるようなことがないようにすべき。必要に応じて県を越えて対応するため、情報の共有をすべき。 ・重症病床においてはどれだけICUの看護師を確保できるかが重要であり、また、一般病棟のコロナ病棟においても、手厚い看護師の配置が必要であり、重症病床の確保と一般病床のコロナ病床の確保の両立が課題である。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
	<p><⑤ 特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者、がん患者、外国人等）の病床確保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患を有する患者は、独立して特別な対策が必要であり、深掘りして対策を考えるべき。 ・精神科救急の場合には常時対応型の病院と輪番病院群の病院に対して、協定締結などどのような対応を求めていくべきか。 ・感染予防のための行動制限と精神保健福祉法上の行動制限の整理がつかないと現場で混乱が起ころるので、整理をすべき ・特に配慮が必要な患者の認知症患者については配慮すべき事項が大変多いと考えるが、認知症患者の配慮事項について具体的に例示すべきではないか。 ・コロナ病棟の入院患者は高齢者が大半であり、介護職やADL低下防止、血栓症予防のためのリハビリ専門職等の医師・看護師以外の多職種の人材確保も必要ではないか。 <hr/> <p><⑦ 地域医療構想との関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症のまん延時に、基準病床数の上限を超えて増床することを前提とするのではなくて、地域医療構想も進めて医療機能の強化・分化・連携を推進して、これによって感染症対応能力の向上を図るといった視点が重要である。 <hr/> <p><入院調整></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナでは保健所がかなりの部分の入院調整を担っていたが、新興感染症対応において役割を示すべき。 ・コロナにおいて入退院をどこでコントロールするかは非常に重要であったところであり、保健所との関係も含め、考えを示すべき。
(2) 発熱外来関係	<p><④ 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の実行性の担保が重要であり、発熱外来の協定締結医療機関数の目標設定にあたっては、感染症の特性に左右されることから、過不足なく確保するという視点を持って対応すべき。 ・救急医療機関における疑い患者等の対応について、協定締結との関係も含め指針等で示すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>(3) 自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係</p>	<p><① 協定締結医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション、薬局）の数値目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域によってはオンライン診療や医療DXなどが推進されており、そういった内容を踏まえながら、自宅療養者が多くなるパンデミックに備えた計画とすべき。 ・訪問看護事業所においても、平時からの地域の事業所間の連携や、医療機関との連携体制の構築が必要であり、その旨を医療計画指針へ記載すべき。 ・今般の新型コロナ対応と同様、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションが連携をして対応していくことが重要。 <p><② 高齢者施設等に対する医療支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修体制の整備や感染設備の確保、入所されている高齢者、障害者、また、職員の方が罹患した場合に、具体的にどの医療機関に医療の提供や助言を求めるのか、あらかじめじっくり決めておくべき。 <p>今回の医療計画に連動する形で、介護計画、障害福祉計画でも同様の記載を盛り込んだ上で都道府県の関係部局を通じて各施設に取組を促すべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後の対応の方向性として、例えば各自治体の介護計画において、高齢者施設等が日頃から医療支援を受けられる医療機関を確保し、有事の際のマニュアル等の作成や訓練の実施など、必要な体制整備を進めていくことが求められるとともに、市町村など行政側においても、必要に応じて支援していくようなスキームを検討しておく必要があり、国としての考え方を示すべき。 ・全ての施設で医師や看護師による往診・派遣が可能な医療機関の事前の確保を進めることに関して、実効性が確保できる連携の構築を十分かつ丁寧に検討すべき。 ・高齢者施設の用語が適用される範囲は通所事業所や居住系施設も含まれるのか、範囲を明確化すべき。 ・入所型の福祉施設にも相当数の住民が住んでいるので、これらの施設などに医療マインドが届くような仕組みが必要。 ・高齢者施設等や在宅歯科医療において計画的に行われている在宅歯科医療は、大きな役割を果たしたところであり、新興感染症においても同様に行うことができる取り扱いとしてほしい。 ・歯科治療においてICTを活用したいろいろな情報収集の必要性が明らかになった。現在、遠隔治療というのは認められていないので、今後に向けて、介護連携を含め、調査研究をお願いしたい。
<p>(5) 人材派遣関係</p>	<p><① 人材派遣の基準・数値目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナでは超早期に都道府県が動く前に医療者自らボランティア的に動き、活躍したという実情があるということも踏まえ、しっかりそれをサポートするような体制をお願いしたい。 <p><人材育成></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政を支える者で、災害有事に対応できる人が重要であり、感染のフェーズに応じた判断ができるような経験、知識、行動力を持った方を育成すべき。

2月2日の第8次医療計画等に関する検討会及び2月17日の感染症部会でいただいた御意見

テーマ	いただいた御意見
<p>3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項</p>	<p><④ 都道府県における締結した協定等の報告・公表の内容・方法> ・協定の内容について、患者の選択に資するような情報の公表を行うということは、重要な取組であり、国民・患者が簡単に確認できる手段で公表すべき。</p> <hr/> <p><⑤ 協定が履行できない「正当な理由」の範囲> ・医療機関の実情に即して、個別に判断する必要性については理解するが、不合理な差異がなく適切な運用がなされるように示すべき。</p> <hr/> <p><⑦ 予防計画（医療計画）の数値目標と現行の医療計画の指標との関係性> ・人工呼吸器やECMOを管理するにあたり、医師のみならず、看護師や臨床工学技士などの医療人材の確保が課題であったことから、専門性の高い看護師や臨床工学技士を指標の対象とすべき。また、それが難しい場合は、重症患者対応体制強化加算を算定している割合を加えるべき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療人材の指標には医療法での6年4月施行から追加される災害支援ナースを加えてほしい。 ・派遣可能人材については、医師や看護師など職種別の研修受講者数を指標とすべき。 ・割合を指標としているものの分母を明確にすべき。 ・指標・目標という数字があまりにも前面に出ることにより、その柔軟性が損なわれるのではないか。地域の様々な異なる状況に対応できるように考えていくべき。
<p>その他</p>	<p><自治体への速やかな説明> ・都道府県が早期に計画策定作業に入れるよう、少なくとも年度内に論点整理を行い、情報を提供するとともに、担当者説明会を行うなど、都道府県への十分な説明を行うべき。</p> <p><協定指定医療機関の名称> ・感染症法上、感染症の一類二類に対して、現状、感染症指定医療機関が特定一種二種となっているが、今回、新たに新しい一種二種ができ、それも概念が違うので、入院協定医療指定機関とか外来協定医療機関といった名称の方が分かりやすい。</p>