

第 164 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 5 年 3 月 23 日（木）
16 時 00 分～18 時 00 分
場所：オンライン開催

（ 議 題 ）

1. オンライン請求の割合を 100%に近づけていくためのロードマップ（案）
2. NDB 収載・提供情報の追加について

（ 報告事項 ）

1. マイナンバー法等の一部改正法案について
2. 第 8 次医療計画等に関する検討会（新興感染症対応）について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 オンライン請求の割合を 100%に近づけていくためのロードマップ（案）
- 資 料 2 NDB 収載・提供情報の追加について
- 資 料 3 マイナンバー法等の一部改正法案について
- 資 料 4 第 8 次医療計画等に関する検討会の意見のとりまとめ

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会副会長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会副理事長
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
はた けんいちろう 羽田 健一郎	全国町村会副会長／長野県長和町長
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ふじい りゆうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほんだ こういち 本多 孝一	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長

オンライン請求の割合を100%に近づけていくための ロードマップ（案）

請求形態の現状

請求形態の大宗は、通常の請求方法として認められている電子請求（オンライン又は光ディスク等）となっている。

	概要	手続	(参考：基金R5.1処理分)	
			機関数	件数
オンライン	通常の方法 (オンライン請求端末から電子レセプトを送信)	特になし(※1)	153,845機関 (70%)	約9,720万件 (86%)
光ディスク等	通常の方法 (電子レセプトを光ディスク等に記録し、郵送)		59,588機関 (27%)	約1,599万件 (14%)
紙レセプト (免除対象)	手書きでレセプト作成している場合	事前届出	5,624機関 (2.5%)	約31万件 (0.3%)
	電子請求の義務化時点で医師等が65歳以上である 場合(現時点で75歳以上程度)	事前届出 (平成21年・22年まで)	2,101機関 (0.9%)	約18万件 (0.2%)
紙レセプト (猶予対象)	通信回線に障害が生じた場合	事前届出(※2)・資料添付	1機関	10件
	レセコン導入契約後、作業未完了である場合	事前届出(※2)・資料添付	5機関	502件
	改修工事中又は臨時施設である場合	事前届出・資料添付	1機関	20件
	廃院・休止に関する計画を定めている場合	事前届出・資料添付	1機関	26件
	その他特に困難な事情がある場合	事前届出(※2)・資料添付	8機関	209件

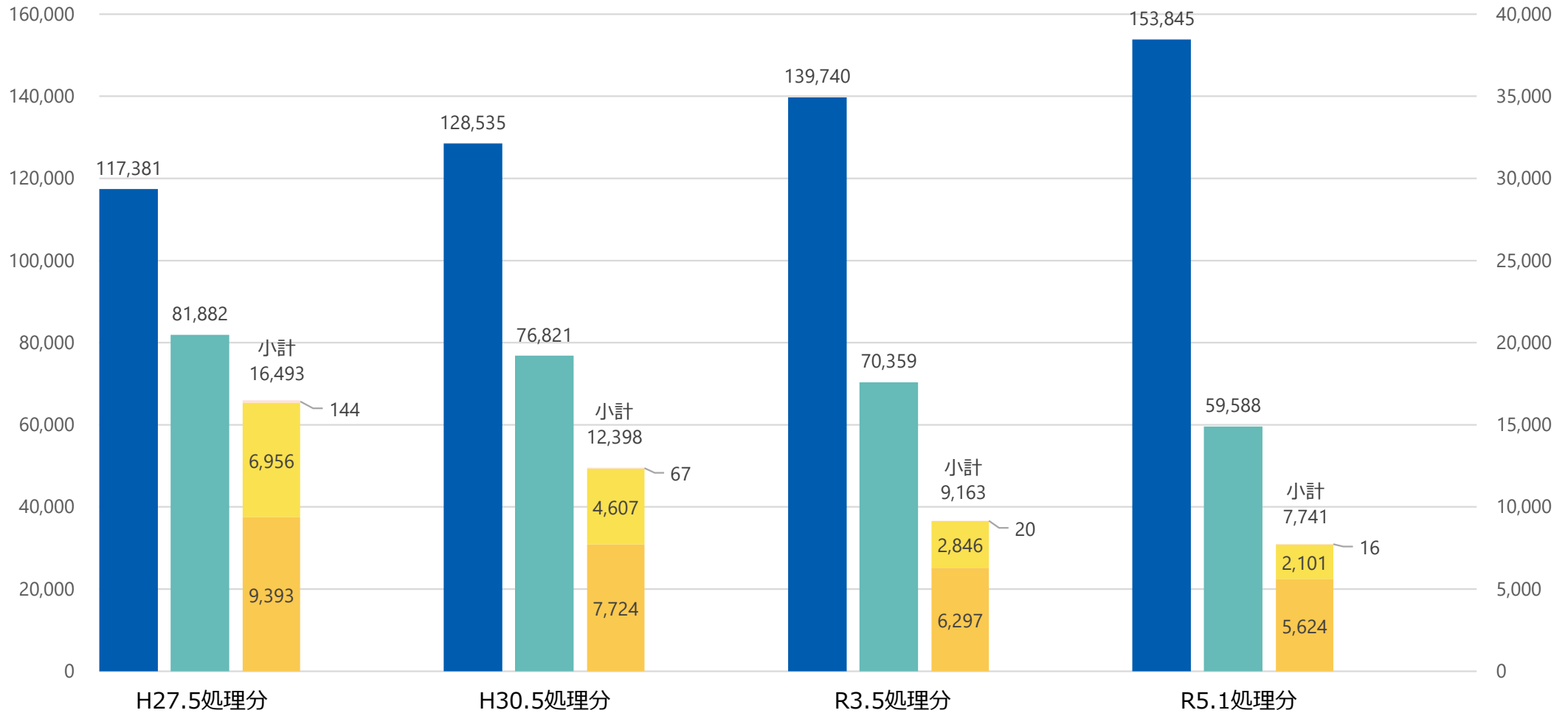
※1：使用プログラム名等の届出は必要

※2：やむを得ない事情がある場合は、届出を請求日に行うことも可能

請求形態別機関数の推移

「オンライン請求」の機関が増加する一方で、「光ディスク等」と「紙レセプト」は減少してきている。

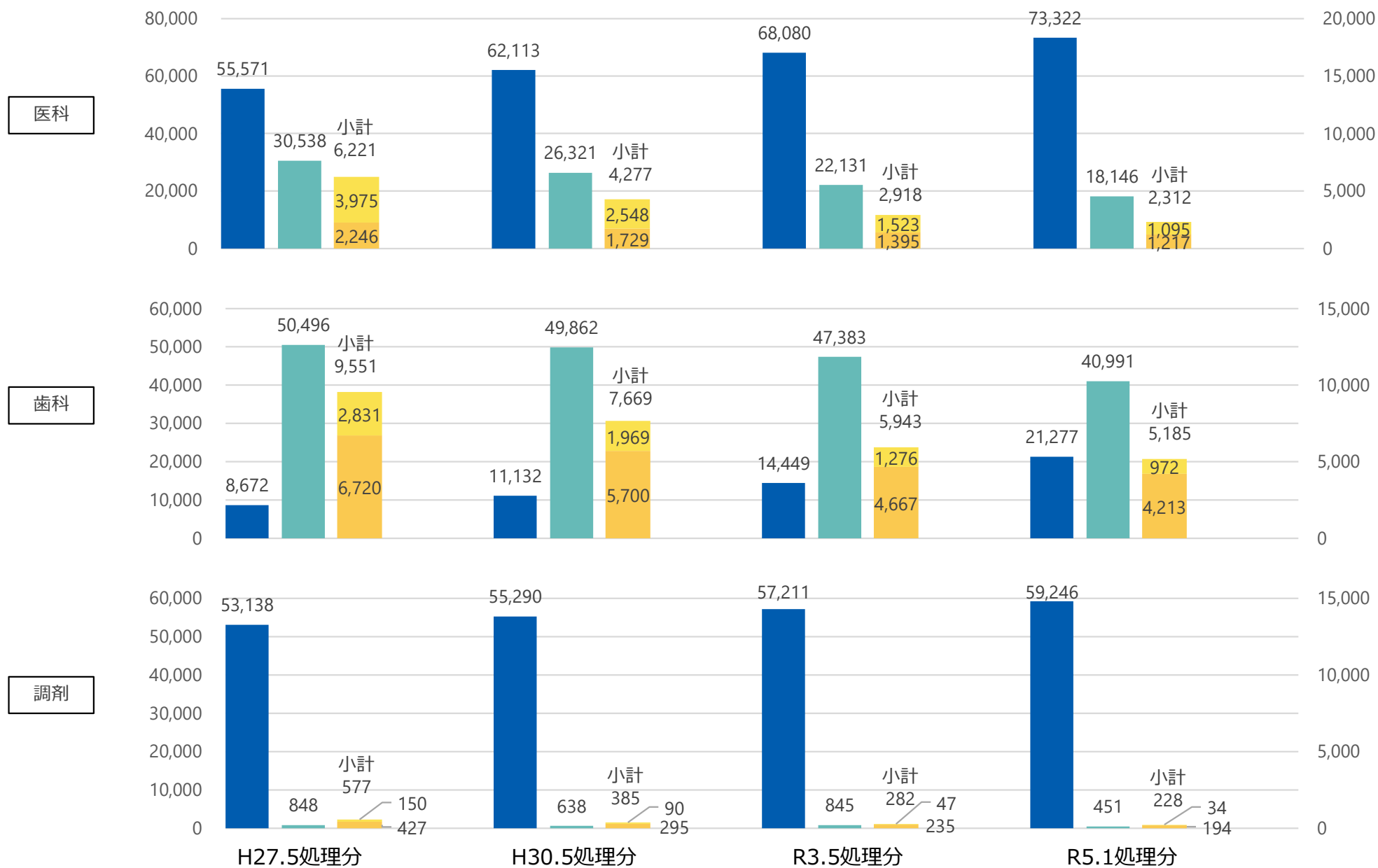
請求形態別の機関数の推移



(左軸) ■ オンライン
 (右軸) ■ 紙レセ (レセコン未使用) ■ 光ディスク等 ■ 紙レセ (高齢医師等) ■ 紙レセ (附則猶予)

※支払基金（原請求。処理時点で廃止されている医療機関等分を除く。）

(参考) 種別ごとの請求形態別機能数の推移



(左軸) ■ オンライン
 (右軸) ■ 紙レセ (レセコン未使用) ■ 紙レセ (高齢医師等)

※1 紙レセ (附則猶予) は種別内訳が不明であり、記載していない
 ※2 支払基金 (原請求。処理時点で廃止されている医療機関等分を除く。)

<医療・介護・感染症対策>

(3) 医療DXを支える医療関係者の専門能力の最大発揮

11 社会保険診療報酬支払基金等における審査・支払業務の円滑化

- c 厚生労働省は、より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のためには、紙レセプトはもとより、電子媒体による請求が行われている場合も含め、オンライン請求への移行を進める必要があることから、オンライン請求を行っていない医療機関等の実態調査を行うとともに、その結果も踏まえ、将来的にオンライン請求の割合を100%に近づけていくための具体的なロードマップを作成する。

c：令和4年度末日途措置

アンケート調査概要

より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のため、光ディスク等や紙媒体により請求している医療機関等に対して、オンライン請求への移行を進めるための実態調査を実施。

1. 調査対象・回答状況

令和4年7月基金処理分において光ディスク等又は紙レセプトにより請求を行った医療機関・薬局のうち、計8,000機関に対して、調査票を送付し、アンケート調査を実施した（有効回答数 4,107件、有効回答率 51.3%）。

	光ディスク等				紙レセプト			
	医科	歯科	調剤		医科	歯科	調剤	
調査票送付数 (A)	4,000	1,230	2,738	32	4,000	1,218	2,665	117
抽出率	約6%				約48%			
(参考) 全機関数※1	64,620	19,872	44,232	516	8,234	2,502	5,472	240

(回答結果)

請求方法 (B) ※2	1,887	558	1,310	19	2,099	613	1,416	70
(参考) B/A	47%	45%	48%	59%	52%	50%	53%	60%

注：調査票送付数は、請求方法ごとに4,000を医科・歯科・調剤の種別構成割合で按分した。

※1：R4.6基金処理分。紙レセプトのうち種別ごとの内数には、猶予対象の紙レセ医療機関・薬局（20機関）が反映されていない。

※2：このほか回答時点で「すでにオンライン請求に移行している」医療機関・薬局（107件）、請求方法が定かでないもの（14件）が存在。

2. 調査方法・時期

- ・ 厚生労働省の受託事業者から医療機関・薬局に対して、質問票・調査票（紙）を郵送（2023年2月1日発送）。
- ・ 医療機関・薬局は、調査票（紙）又はインターネットによる回答が可能。
- ・ 回答期間：2023年2月1日～2月28日（必着）

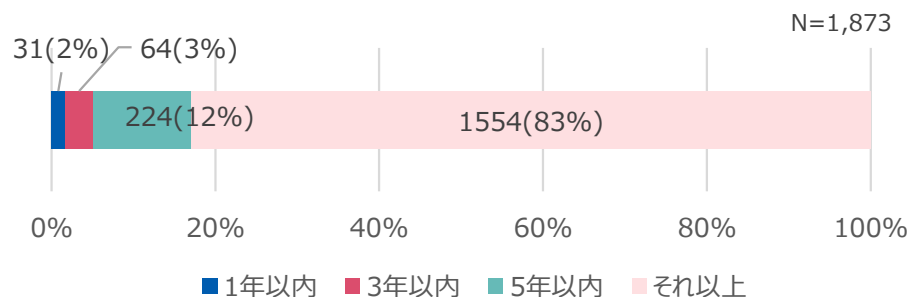
3. 主な調査内容

「現在の請求方法」「オンライン化へのハードル」「オンライン化を検討する上で望ましい情報・周知広報」等

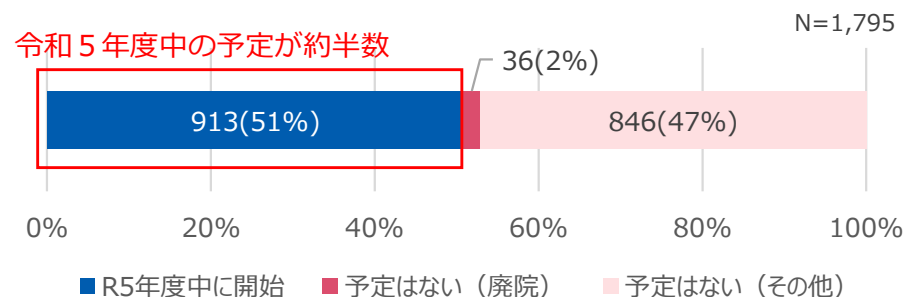
アンケート調査結果（光ディスク等）

- 現在の請求方法を開始して5年以上の医療機関・薬局が83%程度である一方、5年以内のものが17%程度存在。
- 約半数の医療機関・薬局が令和5年度中にオンライン請求を開始する予定。移行に要する期間としては、6か月程度が最も多く、36%が12か月程度以内であった。一方で、それ以上かかるものや分からない医療機関・薬局も存在。

現在の請求方法を開始してからの期間



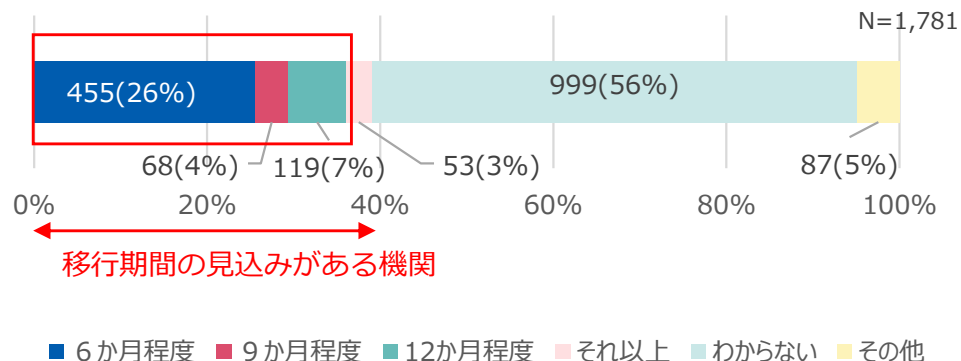
オンライン請求を開始する予定



オンライン請求への移行に要する期間

6か月程度が最も多く、
36%が12か月程度以内で移行できる
(移行期間の見込みがある機関の92%)

一方で12か月程度以上かかる機関や
分からない機関も存在する

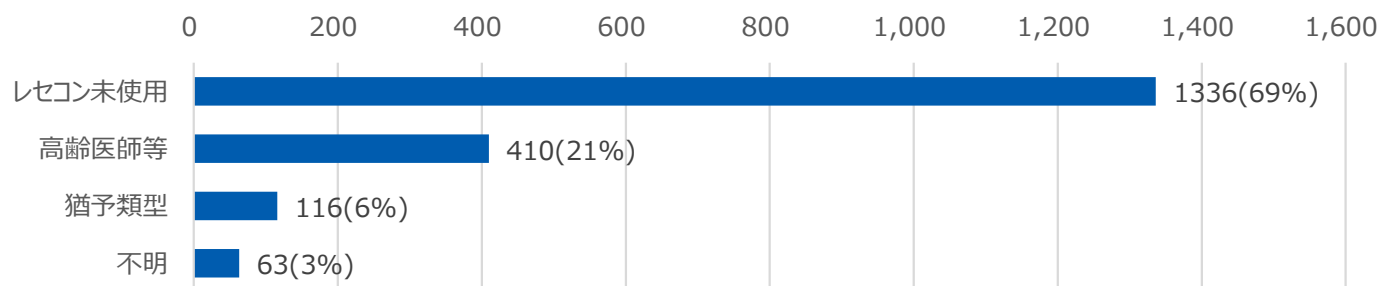


アンケート調査結果（紙レセプト）

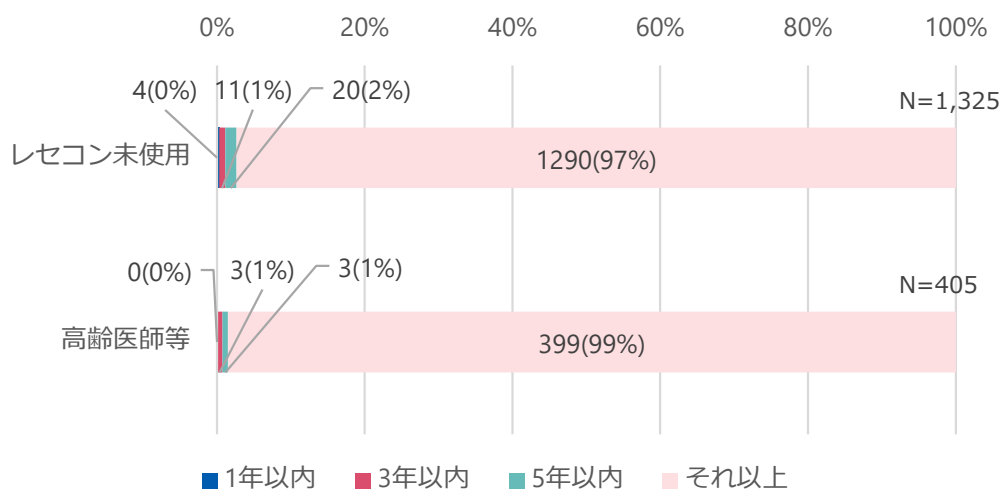
- 令和5年度中にオンライン請求を開始する予定である医療機関・薬局は約3～6%程度。

紙レセプトの届出理由

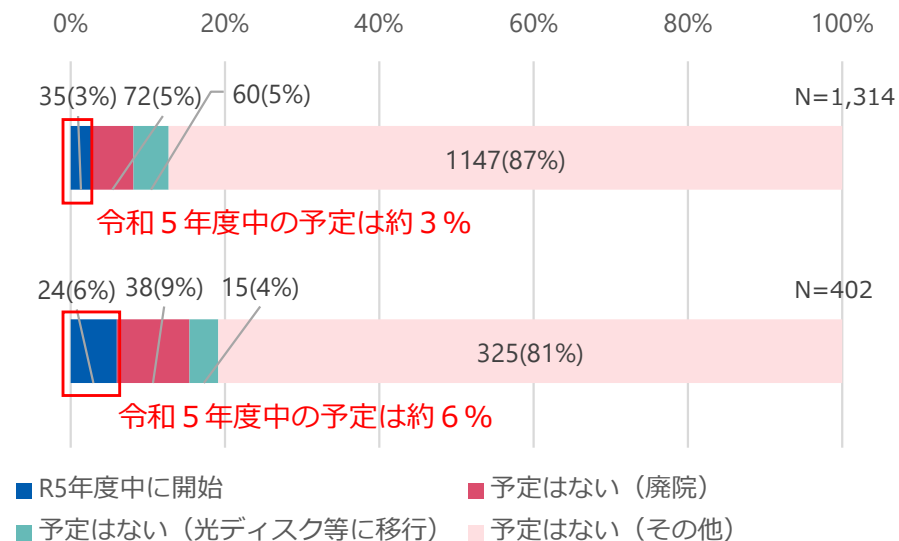
N=1,925



現在の請求方法を開始してからの期間



オンライン請求を開始する予定

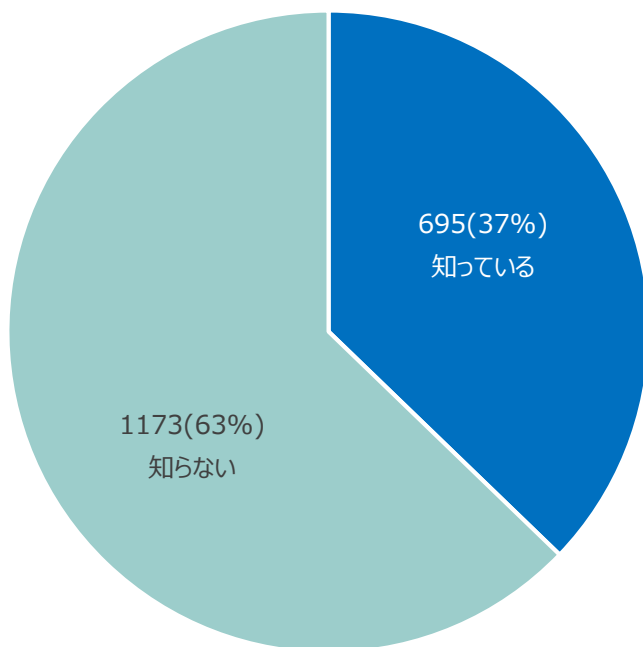


アンケート調査結果（診療報酬加算の要件緩和）

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関して、オンライン請求を令和5年末までに開始する旨の届出を行っている場合、令和5年4月から12月までの間、特例により算定しやすくなっていること（要件緩和）について、約6割の医療機関・薬局に知られていない。

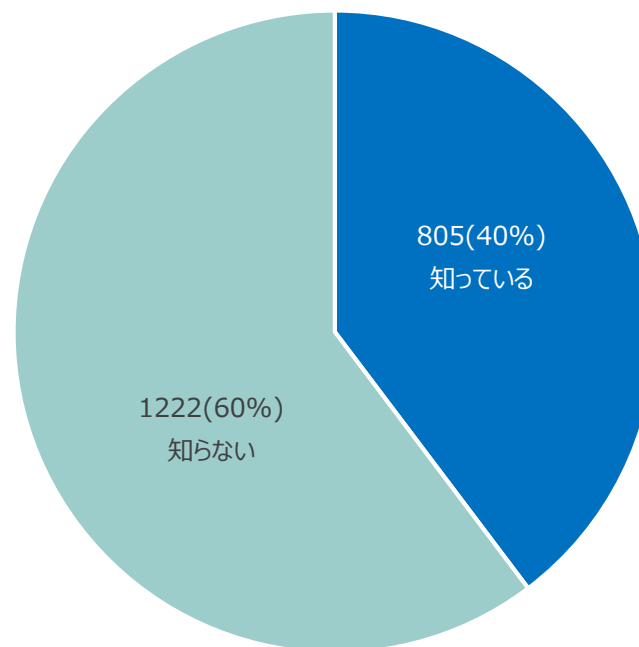
光ディスク等請求機関

N=1,868



紙レセプト請求機関

N=2,027

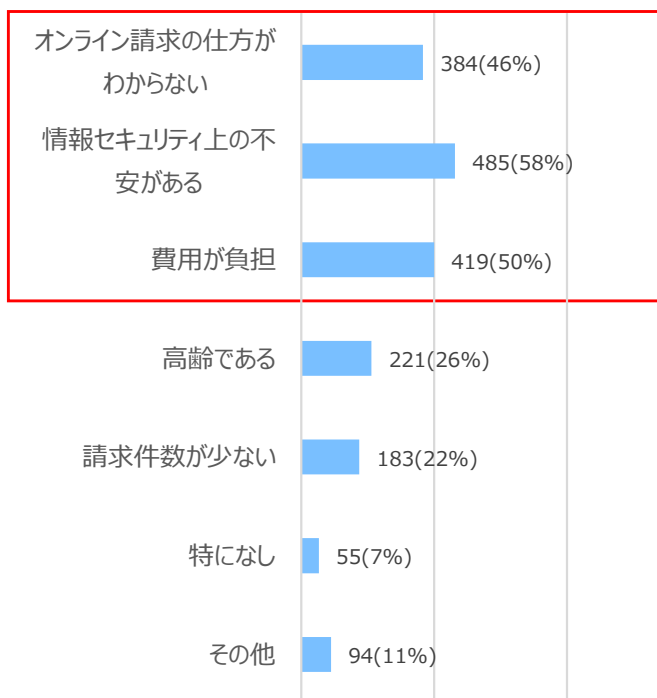


アンケート調査結果（移行する上でのハードル）

- 廃止（廃院）以外の理由で令和5年度末までにオンライン請求を開始する予定がない医療機関・薬局が、オンライン請求を実施しない主な理由や移行する上でハードルとなっている主な点は、現在の請求形態毎に以下のとおり。

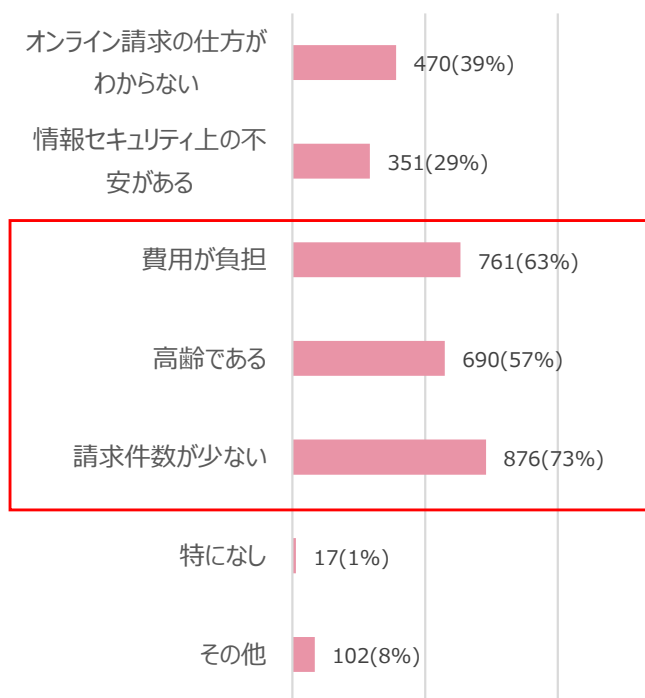
光ディスク等 N=839

0% 50% 100%



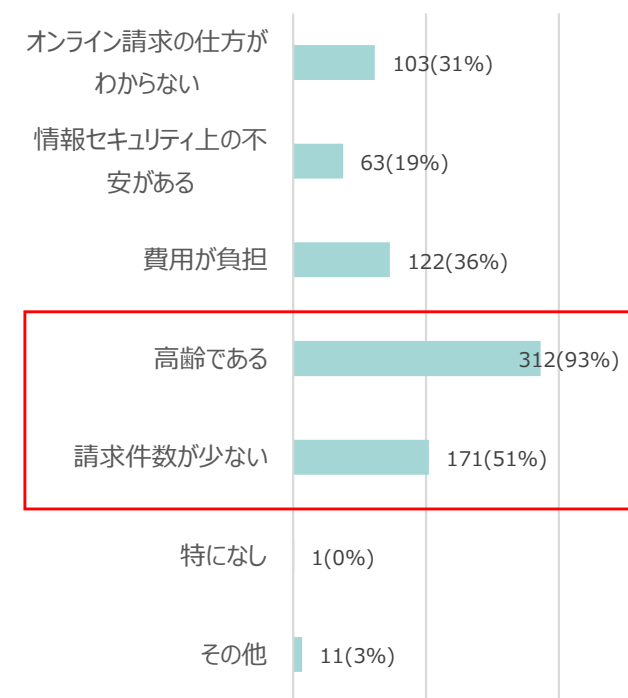
レセコン未使用 N=1,201

0% 50% 100%



高齢医師等 N=335

0% 50% 100%

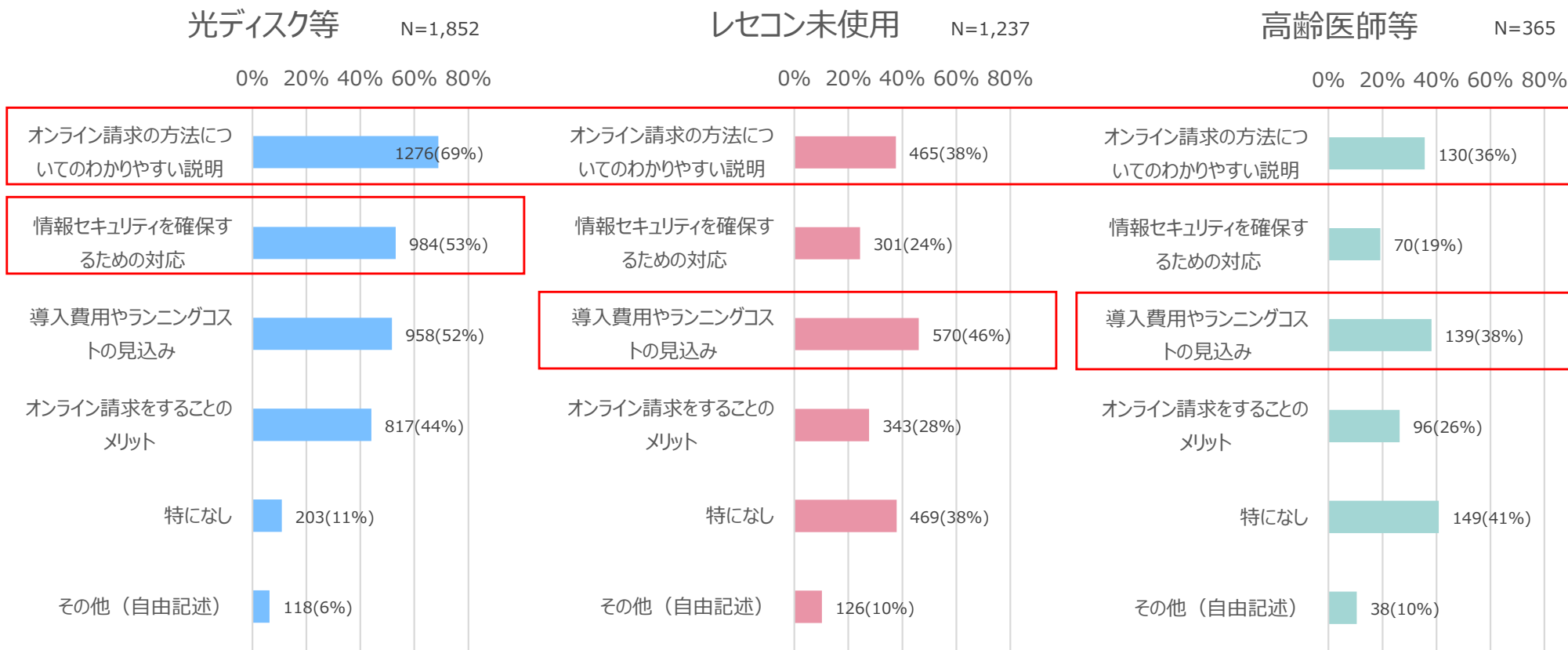


(注)

- オンライン請求の仕方には、レセプトコンピュータの使い方やトラブル発生時の対処法、届出方法などを含む。
- 費用には、回線敷設、端末導入、運用などにかかる費用を含む。

アンケート調査結果（周知広報）

- オンライン請求への移行を検討する上で、あると望ましい情報・周知広報の内容は、現在の請求形態毎に以下のとおり。



（自由記載の内容）

- セキュリティへの不安
- 情報漏洩の際の責任の所在を明確にしてほしい
- 移行期間が短い
- レセコン業者が対応してくれない
- デメリットが不明瞭

（自由記載の内容）

- 請求件数が少ない
- 高齢のため
- デメリットが不明瞭
- 紙のほうが安全だと感じる

（自由記載の内容）

- 高齢である
- 閉院予定
- パソコンを持っていない
- 特例措置が認められている

（注）オンライン請求の方法の説明には、レセプトコンピュータの使い方やトラブル発生時の対処法、届出方法などを含む。

オンライン請求の割合を100%に近づけていくための基本的考え方

医療保険におけるオンライン化の取組

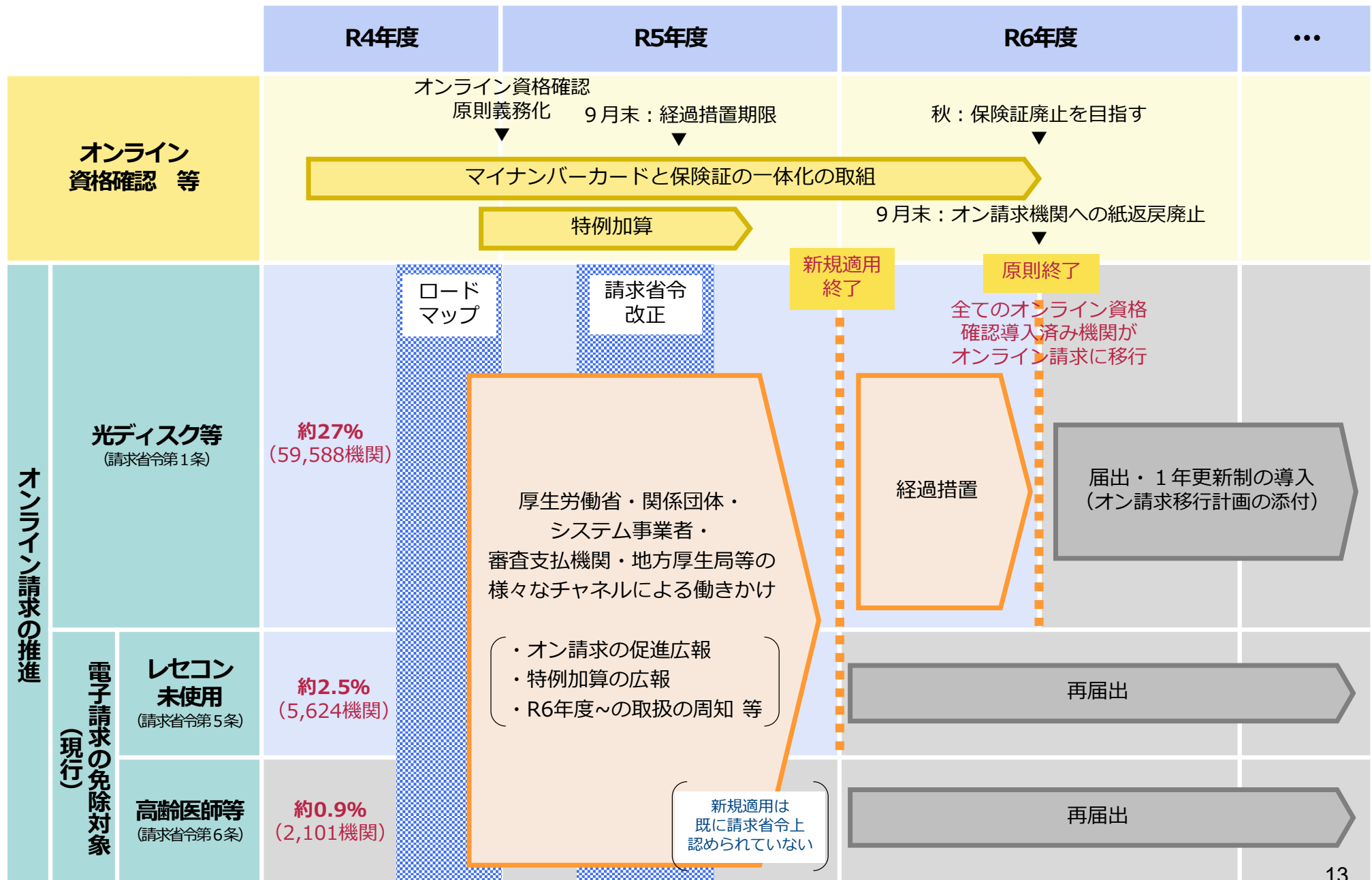
- レセプト請求については、これまでオンライン化が進んでおり、光ディスク等・紙レセプトによる請求が減少している。現在、紙レセプトは例外的な取扱い（約3.5%）であり、小規模な医療機関・薬局の高齢医師等が長らく紙レセプトで請求を行ってきている。一方で、光ディスク等は、約27%の医療機関・薬局で用いられている。
- 令和5年4月から医療機関・薬局においてオンライン資格確認の導入が原則義務化される。これに伴い、義務化の対象である光ディスク等請求機関においては、オンライン請求も可能な回線が敷設される。
- オンライン資格確認の導入に伴う医療の質の向上を診療報酬上の加算で評価するとともに、オンライン請求を更に普及する観点から、オンライン請求を令和5年末までに開始する場合も加算算定を可能とした（要件緩和）。
- マイナンバーカードで受診することにより、より良い医療を受けることが可能になる、医療制度全体の効率化につながるなど、患者、医療機関・薬局、保険者にとって様々なメリットがあることを踏まえ、カードと健康保険証の一体化を加速し、令和6年秋に健康保険証を廃止することを目指している。

（参考）オンライン請求機関による返戻再請求等を令和5年4月からオンライン化し、令和6年9月末に紙返戻を廃止することとしている。

基本的考え方

1. 本年末にかけて、オンライン資格確認の特例加算の要件緩和を含め、オンライン請求に係る周知広報を集中的に行う。
2. 光ディスク等請求機関は、オンライン資格確認の原則義務化によりオンライン請求も可能な回線が敷設される機会を捉え、令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - 新規適用を令和6年4月から終了する。既存機関は令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - 光ディスク等請求を続ける機関（レセコンを保有していないが、外部委託により光ディスク請求を実施する機関など）には、移行計画の提出を求め、1年単位の経過的な取扱いとする。⇒ 令和6年9月末までに全てのオンライン資格確認導入済み機関がオンライン請求に移行することを目指す。
3. 紙レセプト請求機関は、あくまで経過的な取扱いであることを明確化した上で、新規適用を終了する。
 - レセコン未使用の場合の新規適用を令和6年4月から終了する。（※高齢医師等については既に新規適用なし）
 - 令和6年4月以降も紙レセプト請求を続ける機関は、改めて当初の要件を満たしている旨の届出を提出する。

オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ（案）



(1) 光ディスク等について

- 光ディスク等請求機関については、令和5年4月から原則としてオンライン資格確認が導入されることに伴い、オンライン請求も可能な回線が敷設される。また、オンライン資格確認の特例加算の要件緩和により、本年4月から12月末までにオンライン請求を開始する場合には、加算を算定することができる。このようにして、**オンライン請求に移行しやすい環境がある。**
- まずは、年末までの特例加算の要件緩和を最大限活用しつつ、特に令和5年末までを目標に掲げ、オンライン請求への移行に係る周知広報を集中的に行う。**その際、移行へのハードルや移行を検討する上で望ましい情報・周知広報として、「オンライン請求の仕方」「情報セキュリティの確保」「費用（の見込み）」などを指摘するものが多かったことから、これらの点について分かりやすいまとまった情報の発信を検討し、医療機関・薬局の計画的な移行を促す。また、効果的な周知広報を行うため、厚生労働省、関係団体、システム事業者、審査支払機関、地方厚生局など関係者が一丸となった取組を行う。
- その上で、令和5年度中に請求省令を改正し、
 - **令和6年4月から、光ディスク等による請求の新規適用を終了する。**
 - **併せて、光ディスク等請求の位置づけを通常の請求方法から改める。**このとき、**令和6年3月末時点における光ディスク等請求機関については、経過措置期間を設けつつ、令和6年9月までに原則としてオンライン請求へ移行するものとする。**なお、期間終了後も光ディスク等による請求を続けようとする機関（レセコンを保有していないが、外部委託により光ディスク請求を実施する機関など）については、届出とともにオンライン請求への移行計画の提出を求め、1年単位での経過的な取扱いとする。⇒ これらの対応を行うことを通して、令和6年9月末までに全てのオンライン資格確認導入済み機関がオンライン請求に移行することを目指す。

(参考)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)(抄)

(療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求)

第一条 保険医療機関若しくは次に掲げる医療に関する給付(以下「公費負担医療」という。)を担当する病院若しくは診療所(以下単に「保険医療機関」という。)又は保険薬局若しくは公費負担医療を担当する薬局(以下単に「保険薬局」という。)は、療養の給付(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第百四十五条に規定する特別療養費、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、家族療養費及び高額療養費の支給を含む。第八号を除き、以下同じ。)又は公費負担医療に関し費用を請求しようとするときは、電子情報処理組織の使用による請求(厚生労働大臣が定める事項を電子情報処理組織(審査支払機関の使用に係る電子計算機(入出力装置を含む。以下同じ。))と、療養の給付及び公費負担医療に関する費用(以下「療養の給付費等」という。)の請求をしようとする保険医療機関又は保険薬局の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。)を使用して、厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機から入力して審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)又は**光ディスク等を用いた請求**(厚生労働大臣が定める事項を電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合するフレキシブルディスク又は光ディスク(以下「光ディスク等」という。)を提出することにより行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)により行うものとする。

2・3 (略)

(2) 紙レセプトについて

- 紙レセプト請求機関については、既に例外・経過措置的な請求方法となっており、これまで減少し、全機関の約3.5%に留まっている。特に高齢医師等の類型は省令上新規適用が既に認められていないこともあり、現在の紙レセプト請求機関全体が小規模な医療機関・薬局の高齢医師等が長らく紙レセプトで請求を行ってきたものであるという傾向があり、オンライン請求に移行する予定のあるものの割合も相対的に小さい。
- 一方で、オンライン請求を促進することで、医療機関・保険者等において、郵送作業が不要になるとともにセキュリティ面が強化される、レセプトの事前チェックも可能となり事務コストの削減になるなどのメリットがあることから、紙レセプト請求機関に対しても移行のメリットを丁寧に発信しながら、オンライン化の検討を促すことが重要である。
- この点、レセコン未使用の機関については、移行を検討する上で望ましい情報・周知広報として「費用（の見込み）」「オンライン請求の方法」などを挙げるものが比較的に多かったことから、紙レセプト請求機関からみて必要な対応を分かりやすくまとめた情報発信を検討する。また、紙レセプト請求機関については、資格確認限定型のオンライン資格確認（令和6年4月メド運用開始）の導入を進める予定であることも踏まえ、移行する機関からみて負担が小さいスケジュールでの導入を案内する。
- その上で、令和5年度中に請求省令を改正し、
 - 現在も新規が認められているレセコン未使用の機関について、令和6年4月から、紙レセプトによる請求の新規適用を終了する。併せて、紙レセプトが経過的な取扱いであることを法令上明確化する。
 - 現在も一定の事由がある場合にのみ例外・経過措置的に認めている紙レセプトについて、医療機関・薬局自身でも請求理由を把握できていないケースもあることを踏まえ、令和6年4月以降も紙レセプト請求を続ける医療機関・薬局は、改めて届出を提出する。

(2) 紙レセプトについて

(参考)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(抄)

(療養の給付費等の請求の特例)

第五条 レセプトコンピュータ(療養の給付費等の請求を行う者の使用に係る電子計算機であつて、診療報酬請求書及び診療報酬明細書並びに調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書(以下「レセプト」という。)を使用していない保険医療機関又は保険薬局(次条第一項の届出を行つたものであつて同条第三項の届出を行っていないものを除く。))は、第一条の規定にかかわらず、書面による請求(療養の給付費等について、保険医療機関にあつては診療報酬請求書に診療報酬明細書を、保険薬局にあつては調剤報酬請求書に調剤報酬明細書を添えて、これを当該診療報酬請求書又は調剤報酬請求書の審査支払機関に提出することにより請求することをいう。以下同じ。)を行うことができる。

2 前項の規定により書面による請求を行つている保険医療機関又は保険薬局は、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を整備するよう努めるものとする。

第六条 保険医療機関である診療所又は保険薬局(レセプトコンピュータを使用している診療所又は保険薬局であつて、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を有するものを除く。)のうち、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局において診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の年齢が、それぞれ同表の下欄に掲げる日において、いずれも六十五歳以上であるものであつて、その旨を審査支払機関に届け出たものは、第一条の規定にかかわらず、書面による請求を行うことができる。

(表略)

2 前項の規定により届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局のうち次の表の上欄に掲げるものは、それぞれ同表の下欄に掲げる日までに、届け出るものとする

(表略)

3 第一項の届出を行つた保険医療機関又は保険薬局であつて、同項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局において、それぞれ同表の下欄に掲げる日における年齢が六十五歳未満である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに診療又は調剤に従事することとなつたものは、当該保険医又は保険薬剤師に係る登録情報を、速やかに審査支払機関に届け出なければならない。

4 (略)

(書面による請求)

第七条 保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求を始めようとするときは、あらかじめ、その旨を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

2～4 (略)

附 則

(療養の給付費等の請求に係る経過措置)

第四条 (略)

2～4 (略)

5 第五条及び第六条並びに本条第一項、第二項及び第四項に規定するもののほか、第一条の規定にかかわらず、保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、それぞれ当該各号に掲げる療養の給付費等の請求について、書面による請求を行うことができる。

一 電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局 当該障害が生じている間に行う療養の給付費等の請求

二 レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、療養の給付費等の請求の日までに光ディスク等を用いた請求ができないもの 当該設置又は導入に係る作業が完了するまでの間に行う療養の給付費等の請求

三 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行つている保険医療機関又は保険薬局 当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行つている間に行う療養の給付費等の請求

四 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局 廃止又は休止するまでの間に行う療養の給付費等の請求

五 その他電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局 当該請求

6・7 (略)

(3) 周知広報について

- 厚生労働省においては、オンライン請求への移行を促進するため、
 - オンライン請求の方法についての分かりやすい説明
 - オンライン請求のメリットや情報セキュリティについて理解や安心を得られるような具体的な内容や説明
 - 請求形態ごとの状況に即して、移行のために必要な対応（審査支払機関に対する手続を含む。）や一般的な費用の見込み、移行する期間からみて負担が小さいスケジュールが分かりやすく整理された説明
 - 令和6年度以降の取扱いに配慮した周知広報を、令和5年度の早期から行うものとする。
- また、効果的な周知広報を行うため、厚生労働省、関係団体、システム事業者、審査支払機関、地方厚生局など関係者が一丸となり、医療機関・薬局に対して様々なチャネルからの取組を行う。

N D B 収載・提供情報の追加について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

NDB 収載・提供情報の基本的考え方

1 NDBについて

【NDBの収載・情報提供】

- 厚生労働省は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」）に基づき、医療費適正化計画の作成・実施・評価に資するため、保険者等からデータの提供を受け、NDBに収載している。
- 厚生労働省は、医療費適正化計画の作成・実施・評価に資する目的で、自ら調査・分析を行うとともに、国民保健の向上に資する目的で相当の公益性を有する分析等を行う者に対して提供することができる。

【NDBの安全管理措置】

- NDBは、高確法に基づき、個人特定できないよう氏名等を削除し、匿名化した形でデータを収集している。
- NDB利用者は、高確法に基づき、他の情報と照合等の禁止義務、利用後のデータ消去、安全管理措置、不当な目的利用等の禁止などの義務が課されている。
- 厚生労働省は、法令違反などの疑いがある場合には、法律に基づく立入検査・是正命令を行うことが可能。

※NDB利用の成果物は、公表前に、個人情報の保護の観点から、希少疾患など個人が特定されないか（最小集計単位が10未満となっているか）を確認などを講じている。

2 収載・提供情報の基本的考え方

- NDBの収載・提供情報については、
 1. 医療費適正化計画での利用、国民保健の向上に資する研究利用の目的
 2. 個人特定の可能性や、それに対する対応方法等の安全管理措置
 3. 収載に要する事務負担・システム整備等の費用といった視点を踏まえ、専門委員会の意見を聞きつつ、必要な見直しを行っている。

生活保護受給者の健診情報について

1 生活保護受給者の健診情報

【医療扶助（生活保護）のオンライン資格確認導入】

- 生活保護の医療扶助については、令和5（2023）年度中に、オンライン資格確認を開始予定である。医療扶助のオンライン資格確認導入により、これまで紙媒体で運用されている医療券・調剤券（医療券等）や自治体内等でのみ活用されていた情報（健診情報等）が、オンライン資格確認等システム等で管理されるようになる。
- これにより、医療保険と同様に、被保護者がマイナポータルで自身の健診情報等を閲覧することが可能となるとともに、医療機関等で被保護者の同意の下、被保護者の医療情報や健診情報等を確認することが可能となる。

【被保護者の健診情報】

- 現在、令和6（2024）年度から、被保護者の健診情報※1をマイナポータルで閲覧できるよう、支払基金等の「特定健診等データ収集システム」及び「オンライン資格確認等システム」等を改修中※2。
- なお、被保護者の健診情報（40～74歳）をNDBに収載するためには、支払基金のシステム改修が必要である。

※1 健康増進法に基づく自治体健診。令和6（2024）年4月以降に実施されたもの。※2 システム改修経費等は厚生労働省から補助

2 NDB収載のニーズと対応案

- 被保護者の健診情報をもとに、健康状態の実態を正確に把握することができ、介入の効果・必要性の検討など政策立案や研究結果の精度の向上が期待できる。
- 被保護者の健診情報の追加によって、個人が特定されないよう、引き続き、法律に基づく安全管理措置等を講じる。
- 福祉事務所からNDBへの健診情報の情報収載は、支払基金内の「特定健診等データ収集システム」を経由する想定であり、支払基金内のシステム改修でNDB収載が可能である。

▶ 支払基金のシステム改修を行うとともに関係省令を改正し、令和7（2025）年度以降にNDBの収載・提供を開始してはどうか。

事業主健診情報（40歳未満）について

1 事業主健診情報（40歳未満）

【事業主健診情報（40歳未満）】

- 令和4（2022）年1月より、効率的・効果的な保健事業を推進するため、保険者は、事業者等に対して事業主健診情報（40歳未満）※1を提供するよう求めることができ、提供を求められた事業者等は事業主健診情報を提供する法的な仕組みが設けられた。
- これにより、事業者等から提供を受けた事業主健診情報を加入者が、マイナポータルで自身の健診情報を閲覧することが可能となるとともに、医療機関等で加入者の同意の下、加入者の医療情報や健診情報等を確認することが可能となる。
- 現在、令和5（2023）年度中に、事業主健診情報（40歳未満）をマイナポータルを通じて閲覧可能とするため、支払基金等の「特定健診等データ収集システム」及び「オンライン資格確認等システム」等を改修中※2である。
- なお、事業主健診情報をNDBに収載するためには、支払基金のシステム改修が必要である。

※1 労働安全衛生法に基づき実施する健診 ※2 システム改修費等は厚生労働省から補助

2 NDB収載のニーズと対応案

- 事業主健診情報（40歳未満）は、悉皆データではないが、事業主健診情報（40歳未満）をもとに、生涯を通じた予防・健康づくりに向けて、経年的な健康課題の把握・対策への活用など、政策立案や研究結果の精度の向上が期待できる。
- 事業主健診情報（40歳未満）の追加によって、個人が特定されないよう、引き続き、法律に基づく安全管理措置等を講じる。
- 事業主健診情報（40歳未満）の情報収載は、支払基金内の「特定健診等データ収集システム」を経由する想定であり、支払基金内のシステム改修でNDB収載が可能である。

- ▶ 支払基金のシステム改修を行うとともに関係省令を改正し、令和7（2025）年度以降にNDBの収載・提供を開始してはどうか。

マイナンバー法等の一部改正法案について

マイナンバー法等の一部改正法案の概要

令和5年3月7日閣議決定

今般の新型コロナウイルス感染症対策の経験により、社会における抜本的なデジタル化の必要性が顕在化。デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについて国民の利便性向上等の観点から、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）等の一部改正を行う。

【改正のポイント】

1. マイナンバーの利用範囲の拡大

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 理念として社会保障制度、税制及び災害対策以外の行政事務においてもマイナンバーの利用の推進を図る。
※具体的な利用事務の追加は、従来通り法律改正で追加
 - 具体的には、理容師・美容師、小型船舶操縦士及び建築士等の国家資格等、自動車登録、在留資格に係る許可等に関する事務において、マイナンバーの利用を可能とする。**保険医・保険薬剤師に係る事務も含む**
- ⇒ 各種事務手続における添付書類の省略等

2. マイナンバーの利用及び情報連携に係る規定の見直し

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 法律でマイナンバーの利用が認められている事務に準ずる事務（事務の性質が同一であるものに限る）についても、マイナンバーの利用を可能とする。
※個別の法律の規定に基づく事務は、従来通り法律改正で追加
 - 法律でマイナンバーの利用が認められている事務について、主務省令に規定することで情報連携を可能とする。
※情報連携が行われた記録は、マイナポータル上で照会可能
- ⇒ 新規で必要とされる機関間の情報連携のより速やかな開始が可能に

3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

(マイナンバー法、医療保険各法)

- 乳児に交付するマイナンバーカードについて顔写真を不要とする。
 - 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、必要な保険診療を受けられるよう、本人からの求めに応じて「資格確認書」を提供する。
- ⇒ すべての被保険者の円滑な保険診療を可能に

4. マイナンバーカードの普及・利用促進

(マイナンバー法、公的個人認証法、住民基本台帳法、郵便局事務取扱法)

- 在外公館で、国外転出者に対するマイナンバーカードの交付や電子証明書の発行等に関する事務を可能とする。
 - 市町村から指定された郵便局においても、マイナンバーカードの交付申請の受付等ができるようにする。
 - 暗証番号の入力等を伴う電子利用者証明を行わずに、利用者の確認をする方法の規定を整備する（例：図書館等での活用）。
- ⇒ マイナンバーカードを申請・取得できる選択肢の拡大及び利用の促進

5. 戸籍等の記載事項への「氏名の振り仮名」の追加

(戸籍法、住民基本台帳法、家事事件手続法、マイナンバー法、公的個人認証法)

- 戸籍、住民票等の記載事項に「氏名の振り仮名」を追加。
 - マイナンバーカードの記載事項等に「氏名の振り仮名」を追加。
- ⇒ 公証された振り仮名が各種手続での本人確認で利用可能に



6. 公金受取口座の登録促進(行政機関等経由登録の特例制度の創設)

(公金受取口座登録法等)

- 既存の給付受給者等（年金受給者を想定）に対して書留郵便等により一定事項を通知した上で同意を得た場合又は一定期間内に回答がなく、同意したものと取り扱われる場合、内閣総理大臣は当該口座を公金受取口座として登録可能に。
（※1）公金受取口座は給付のみに利用。
（※2）事前・事後の本人通知に加え、広報で制度の周知徹底を図る。
- ⇒ デジタルに不慣れな方も簡易に登録が可能及び給付の迅速化

施行期日：公布の日から1年3月以内の政令で定める日（一部を除く。）

マイナンバーカードと健康保険証の一体化 【マイナンバー法等の一部改正法案】

資格確認書の仕組みの整備 【医療保険各法の改正】

- 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者（※1）が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、各医療保険者等は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」を、書面又は電磁的方法により提供することとする。
 - （※1）マイナンバーカードを紛失した・更新中の者、介護が必要な高齢者やこどもなどマイナンバーカードを取得していない者、ベビーシッターなどの第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある場合など
 - （※2）資格確認書の有効期間は、1年を限度として、各保険者が設定することとする。様式は国が定める。（省令事項）
 - （※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できる旨の規定を設ける。（改正法案の経過措置）
- 発行済みの健康保険証は、改正法施行後1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす経過措置を設ける。

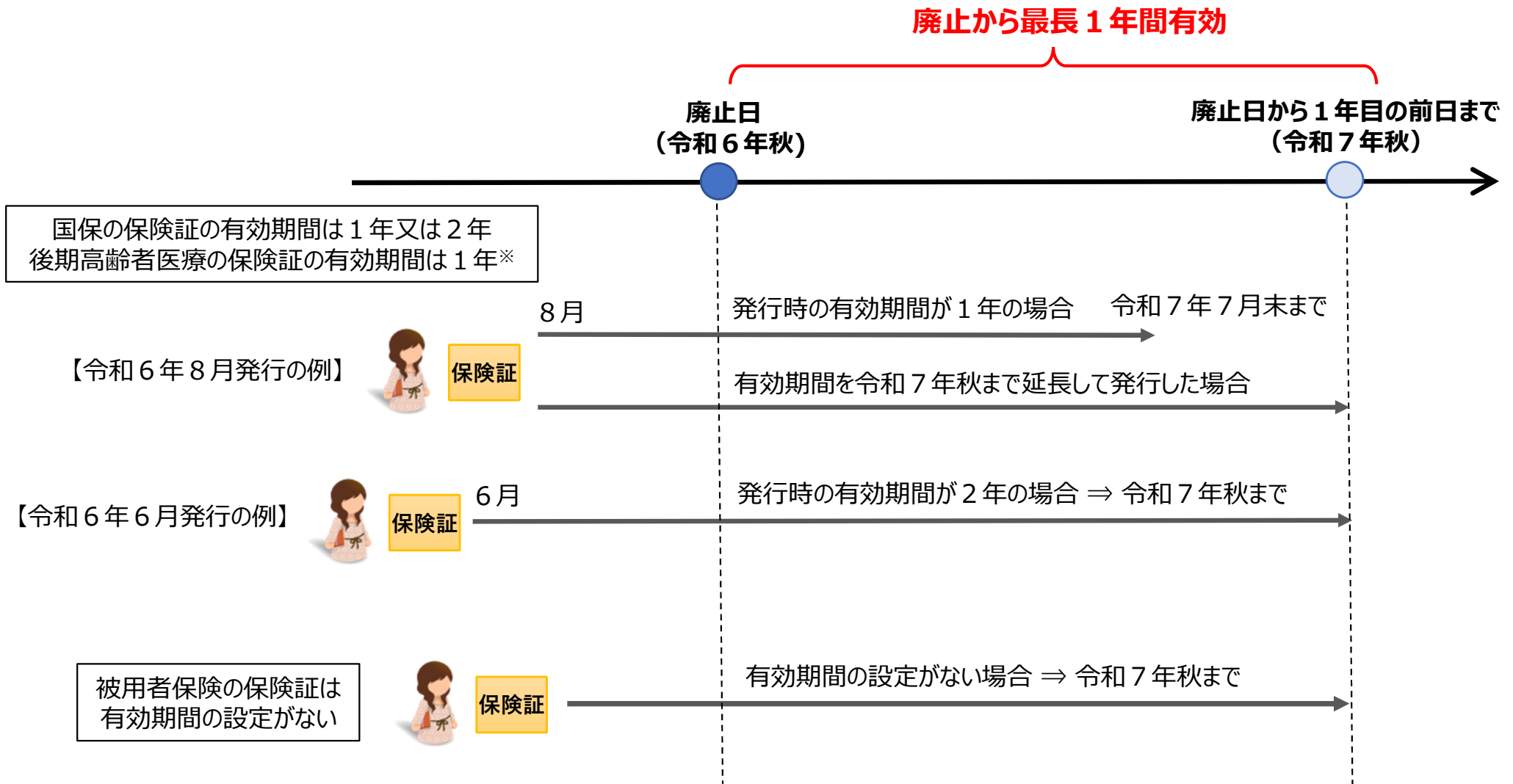
特別療養費の支給の通知の仕組みの整備 【国民健康保険法等の改正】

- 健康保険証の廃止に伴い、短期被保険者証の仕組みは廃止する。
- 長期にわたる保険料滞納者（※5）に対する保険料の納付を促す取組として、これまで行われてきた被保険者資格証明書（現物給付を特別療養費の支給（償還払い）に変更）の交付に代えて、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行う規定を整備。
 - （※4）現在のオンライン資格確認の仕組みでも、医療機関・薬局では、特別療養費の対象者かどうかを確認できる。保険証の廃止後は、特別療養費の対象者は、被保険者資格証明書ではなく、マイナンバーカード又は資格確認書（特別療養費の対象者である旨を記載）を提示して受診。
 - （※5）長期にわたる保険証滞納者とは、市町村が納付の勧奨、納付相談の実施等により保険料の納付に資する取組を行ったにもかかわらず、特別の事情（災害、病気、事業廃止等）なく、保険料を原則1年以上滞納している滞納者。事前通知の仕組みでも、現行の被保険者資格証明書と同様、機械的な運用を行うことなく、保険料の納付に資する取組や特別の事情の有無の把握等を適切に行った上で通知することを周知予定。

- 施行期日：公布の日から1年6月以内の政令で定める日

発行済の健康保険証の取扱いについて

- 発行済みの健康保険証については、健康保険証廃止後、1年間（有効期間が先に到来する場合は有効期間までの間）、有効とみなす経過措置を設けることとしている。



(注) 短期被保険者証、被保険者資格証明書も同様とする

※一部の後期高齢者医療広域連合では、2年

保険医・保険薬剤師の登録等の手続きに関するデジタル化について

【マイナンバー法等の一部改正法案】

施行期日：公布の日から1年3月以内の政令で定める日

1. マイナンバーの利用範囲の拡大について

(1) 背景

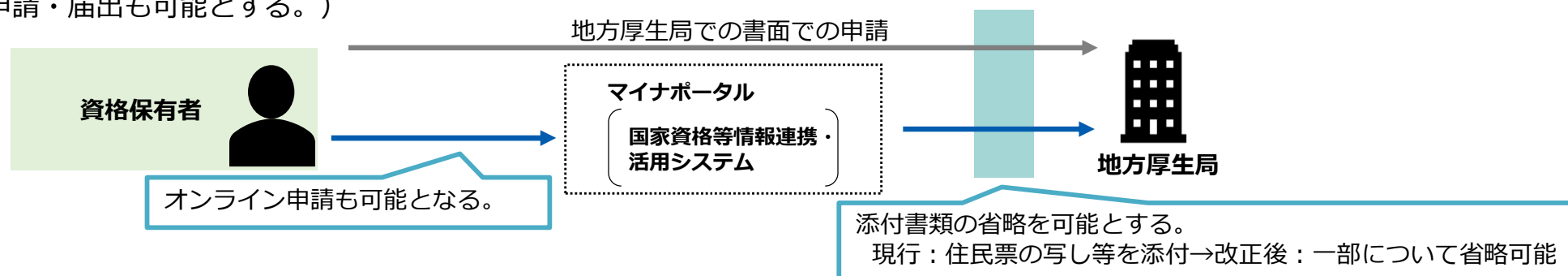
- 今般の新型コロナウイルス感染症対策の経験により、社会における抜本的なデジタル化の必要性が明らかとなった。行政機関間の連携においては、行政機関がその事務の実施に必要な範囲で、国民一人一人の正確かつ最新の情報を参照できることが重要。これまで、マイナンバー制度等に基づき、情報提供ネットワークシステム等を通じて、行政手続に必要な添付書類の削減等が実現されてきた。今後、行政機関間の情報連携をさらに推進すべく、国民の利便性向上や行政の効率化の観点から、デジタル社会の基盤であるマイナンバーについて更なる利活用の推進が求められている。

(2) 経緯

- 令和2年12月に閣議決定した「デジタル・ガバメント実行計画」において、医師、歯科医師、看護師等の約30の社会保障等に係る資格について、先行してマイナンバーによる情報連携の活用を目指すこととされた。
 - ⇒ 医師・歯科医師・薬剤師等の約30の国家資格の免許に関する事務については、令和3年にマイナンバーの利用が可能となるよう措置済み（デジタル社会形成整備法）。
- 令和4年6月に閣議決定にした「デジタル社会の実現に向けた重点計画」において、マイナンバーのさらなる利用範囲の拡大に向けた制度面の見直しを実施することとされた。
 - ⇒ 今般の改正法案は、今後、上記以外の国家資格等（例：理容師・美容師、小型船舶操縦士、建築士、保険医・保険薬剤師など）に関する事務においても、マイナンバーの利用を可能とし、登録や変更手続における添付書類を省略すること等を可能としようとするもの（マイナンバー法、住民基本台帳法の一部改正）。

2. 保険医・保険薬剤師について

- 現在、保険医・保険薬剤師の登録等の手続きは、地方厚生局の窓口で、住民票の写し等の添付書類が必要。
- 上記の改正法案では、添付書類の一部を省略することを可能とするもの。（加えて、従来の方法に加えて、マイナポータルからの申請・届出も可能とする。）



意見のとりまとめ（新興感染症発生・まん延時における医療）

令和5年3月20日

第8次医療計画等に関する検討会

「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日第8次医療計画等に関する検討会）において、「別途とりまとめる」とこととされた「Ⅱ 5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項 2 6 事業（6）新興感染症発生・まん延時における医療」について、これまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「医療計画作成指針」等の策定に向けて必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

本検討会では、都道府県における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医療措置協定の締結協議等を円滑に進めるために考えられる論点を中心に、下記の目次に沿って、各論点に係る「対応の方向性」として、意見をまとめる。

【目次】

（前提）想定する新興感染症

1. 都道府県と医療機関との協定締結に当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

（前提）想定する新興感染症

本検討会事務局からの説明を基に、医療計画策定に当たっての必要となるいくつかの前提について、次のとおりとする。

（想定する新興感染症）

- 対応する新興感染症（再興感染症を含む。以下同じ。）は、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（以下「感染症法」という。）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。医療計画の策定に当たっては、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ウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）への対応を念頭に取り組む。

- 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、都道府県と医療機関は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。
- この「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、国が、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、周知する。

（新興感染症発生からの一連の対応）

- 国内での感染発生早期（新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表^{（※1）}（以下単に「発生の公表」という。）前まで）の段階は、現行の感染症指定医療機関^{（※2）}の感染症病床を中心に対応する。その際、当該感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行う。

（※1）全国かつ急速な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等の新興感染症が発生した旨の公表（新興感染症に位置付ける旨の公表）

（※2）現行の感染症指定医療機関 373 病院のうち、新型コロナ対応における重点医療機関に指定されている医療機関は 345 病院（うち総病床数 400 床以上の病院は 178 病院）（令和 4 年 12 月時点）。このほか、エボラ出血熱等の一類感染症について、特定又は第一種感染症指定医療機関が対応し、SARS 等の二類感染症については、特定、第一種又は第二種感染症指定医療機関が対応

- 発生の公表後の流行初期の一定期間（3 箇月を基本として必要最小限の期間を想定）には、まずは発生の公表前から対応実績のある当該感染症指定医療機関が、流行初期医療確保措置^{（※）}の対象となる協定に基づく対応も含め、引き続き対応する。また、国が、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見について、都道府県及びその他医療機関に情報提供した上で、同協定を締結するその他医療機関も、各都道府県の判断を契機として、対応していく。なお、国は、随時、当該知見について更新の上情報提供するとともに、医療機関が対応するための感染症対策物資等の確保に努める。

（※）協定に基づく対応により経営の自律性を制限して、流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月のそれを下回った場合に、その差額を支払う措置

- 一定期間経過後は、これらに加え、その他の協定締結医療機関のうち、公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も中心となった対応とし、その後3箇月程度（発生の公表後6箇月程度）を目途に、順次速やかに全ての協定締結医療機関での対応を目指す。
- なお、新興感染症の性状のほか、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況や、感染症対策物資等の確保の状況などが事前の想定とは大きく異なる事態の場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。

（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事務連絡でお示しし、各都道府県で、感染状況に応じたフェーズを設定し、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たことを踏まえ、国は、新興感染症対応においても、同様の考え方を示し、都道府県は、基本的に、流行初期の一定期間（3箇月程度）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。

（感染症法の予防計画や新型インフル特措法の行動計画との整合性）

- 新興感染症対応の基盤となる考え方等については、感染症法に基づく予防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共通となるべきものであり、医療計画の指針等の作成に当たっては、これらの指針等との関係・整合に留意する。

（国が果たすべき役割）

- 令和4年の感染症法の改正（以下「改正感染症法」という。）により、感染症発生・まん延時における、国の広域的な人材の派遣や移送等に係る総合調整権限が盛り込まれたことや、感染症等に関する新たな専門家組織の機能強化の議論・検討も踏まえて、国は感染症対策における司令塔機能を果たす。

1. 都道府県と医療機関との協定締結に当たっての基本的方針

- 都道府県が医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）との間で病床確保等の協定を締結するに当たっては、医療機関の現状の感染症対応能力などや、協定の締結に当たっての課題・協定の内容の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、関係者の間で協議を行い、各医療機関の機能や役割に応じた内容の

協定を締結する。

- また、都道府県は、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。その際、必要に応じ、保健所設置市・特別区とも連携して対応する。
- 都道府県において、協定案の策定に当たって、医療審議会等の意見を聴くプロセスも活用することで、実効性を確保していく。
- 国は、必要な感染症対応について、各都道府県が協定を締結するにあたり地域差が生じないように、感染症協定指定医療機関の指定基準や要件などは、できる限り具体的に示す。
- なお、どの県に所在しても、新興感染症に係る同じ医療を提供していれば、基本的に感染症指定医療機関（協定指定医療機関）に指定され得る。そのため、平時からの対応医療機関の見える化により患者の選択に資するためにも、都道府県は、その前提となる協定締結について当該医療機関と協議を行う。

（参考）緊急その他やむを得ない理由により、感染症指定医療機関以外の医療機関で同じ医療を受けた場合には、公費負担医療の対象となる。

- また、国は、都道府県の計画の策定に向けた検討状況や医療機関との協定締結に向けた協議状況を踏まえながら、協定を締結する医療機関に対する必要な支援について検討する。
- 国は、新興感染症の発生後、改正感染症法に基づく発生の公表前においても、都道府県と医療機関との間の調整や準備に資するよう、感染症指定医療機関の実際の対応に基づいた対応方法も含め、国内外の最新の知見について、随時都道府県及び医療機関等に周知を行う。また、新興感染症の性状や、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況などが、事前の想定とは大きく異なる事態の場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。なお、国は、当該知見について、随時更新の上、情報提供する。

（数値目標について）

- 新型コロナ対応において、都道府県及び医療機関は、様々な変化に、その都度対応してきた実績を踏まえ、まずは新型コロナ対応での最大値の体制を目指す。
- 想定を超えるような事態になった場合には、国の判断の下、実効性の観点にも留意しながら、目標の柔軟な変更等を検討する。

2. 各医療措置協定について

(1) 病床関係

① 協定締結医療機関について

- 病床確保の医療措置協定を締結する医療機関（以下「協定締結医療機関」という。）は、新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件も参考に、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で、また、都道府県からの要請後速やかに（2週間以内を目途に）即応病床化する（この際、国は、発生の公表前から、また、下記の流行初期の期間以降も、随時、収集した知見等について、都道府県及び医療機関に対して周知を行い、実質的な準備期間の確保に努める。）ほか、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、入院医療を行うことを基本とする。
- 確保病床を稼働（即応化）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。
- 確保病床の稼働（即応化）に必要な人員体制等について、国は、新型コロナ対応での先進事例を紹介しながら、実効性や効率性に留意しつつ、新興感染症の性状に応じ、その考え方などについて示す。
- 数値目標について、まずは新型コロナ対応で確保した最大値の体制^(*)を目指す。
(*) 令和4年12月時点で約5.1万床（約3,000医療機関（うち重点医療機関は約2,000）
- 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、改正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ところ、この指定基準は、協定の履行に必要な基準として、①最新の知見に基づき適切な感染の防止対策が可能であり、②他の患者と可能な限り接触することがなく診察ができ、③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、検査、医療従事者への訓練・研修等の感染症患者に対する人材確保も含めた必要な医療を提供する体制が整っていると認められるものとする。

② 流行初期医療確保措置の対象となる協定締結医療機関（入院医療）について

- 国内での感染発生早期（新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表前まで）の段階は、現行の感染症指定医療機関の感

染症病床で対応する。その際、当該感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行う。

- 発生の公表後の流行初期の一定期間（3箇月を基本として必要最小限の期間を想定）には、まずは発生の公表前から対応実績のある当該感染症指定医療機関が、あらかじめ流行初期医療確保措置の対象となる協定に基づく対応も含め、引き続き対応する。また、国が、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見について、都道府県及びその他医療機関に情報提供した上で、同協定を締結するその他医療機関も、各都道府県の判断を契機として、対応していく。なお、国は、当該知見について、随時更新の上、情報提供する。
- 一定期間経過後は、これらに加え、その他の協定締結医療機関のうち、公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も中心となった対応とし、その後3箇月程度（発生の公表後6箇月程度）を目途に、順次速やかに全ての協定締結医療機関での対応を目指す。
- 協定締結医療機関（入院）の中から、流行初期から対応する医療機関について、地域の実情に応じて確保する。

流行初期から、新型コロナ発生約1年後の2020年冬の新型コロナ入院患者（約1.5万人、うち重症者数約1.5千人）の規模に対応することを想定する。その際、新型コロナ対応においては、例えば総病床数400床以上の重点医療機関（約500機関）で約1.9万床の対応規模があったことを参考に、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関については、このように一定規模の対応を行う医療機関から確保していくことを目安とする。

- 流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院）を締結する医療機関の基準は、①感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を一定数（例えば30床）以上確保し継続して対応できること、②発生の公表後、都道府県知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）即応病床化すること（この際、後述のとおり、国は、発生の公表前においても、感染発生早期から、知見等を収集し、都道府県及び医療機関に対して周知を行い、実質的な準備期間の確保に努める。）、③病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うことを基本とする。ただし、実際に流行初期医療確保措置の対象とすべき協定に基づく措置を講じたかどうかを判断する都道府県において、これらを基本としつつも、地域の実情に応じて、通常医療の確保を図るためにも、柔軟に当該協定を締結できるようにする。
- なお、通常医療における重症者対応や救急対応を行うことができる医

療機関が少ない地域において、当該医療機関が新興感染症対応を行う場合、通常医療の後方支援を行う医療機関の確保が困難となることを見込まれることから、都道府県においては、当該新興感染症対応を行う医療機関に対する人材派遣の仕組みの検討や、新興感染症対応を行う他の医療機関を確保するなど、通常医療の確保に努める。

- 国は、新興感染症の発生後、改正感染症法に基づく発生の公表前においても、都道府県と医療機関との間の調整や準備に資するよう、感染症指定医療機関等を通じ、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見を収集し、随時都道府県及び医療機関等に周知を行う。また、新興感染症の性状や、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況などが、事前の想定とは大きく異なる場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。なお、国は、当該知見について、随時更新の上、情報提供する。

③ 重症者用病床の確保について

- 重症者用病床の確保に当たっては、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。
- なお、新型コロナ対応における重症患者の治療について、人工呼吸器から ECMO まで様々あることを踏まえ、国は、重症者用病床の確保において、重症者や必要な治療を一括りにせず、様々な受入れに対応できるよう、必要な周知を図る。
- 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（例えば、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等）が制限される場合も考えられることから、各都道府県は、地域において、後方支援を行う医療機関との連携も含め、当該通常医療を担う医療機関がどの程度確保できるかなど、地域における役割分担を確認する。
- 都道府県域を超えた重症患者の広域での搬送を要する場合の備えとして、国は、新型コロナ対応において、地域の実情に応じて隣県の都道府県と事前に調整準備を行うなどの柔軟な対応を促しているが、新興感染症においても、同様の対応を周知するとともに、緊急の必要が生じた場合等には、改正感染症法に盛り込まれた総合調整権限を適切に行使する。
- 数値目標について、まずは新型コロナ対応で確保した最大値の体制を目指す。

④ 特に配慮が必要な患者の病床確保について

○ 各都道府県は、新型コロナ対応での実績を参考に、地域の実情に応じて、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、特に配慮が必要な患者を受け入れる病床の確保を行う。

○ 国は、これらの病床の確保に当たって、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、都道府県及び医療機関に対して、周知を図る。その際、新型コロナ対応で周知してきた、各特性に応じた体制確保等についての内容のほか、以下も含め、周知を図る。

- ・ 精神疾患を有する患者への対応について、新興感染症に罹患した場合の対応可能な医療機関をあらかじめ明確にしておくことのほか、精神科救急について、精神科救急医療体制整備事業における医療提供体制の整備において、新興感染症への対応を含めた体制整備を図る。

- ・ 認知症患者への対応において、国及び都道府県は、かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修等の医療現場の対応力向上のための各種研修を進めている。この研修を通じ多職種連携の一層の推進を図る。

(参考) 介護施設等^(※)で実施可能な感染防止・安全管理の工夫などを記載した手引き等の作成に向けた調査研究を令和4年度に実施しているところであり、その研究成果の活用を検討するとともに、介護施設等と医療機関との連携について促していく。

(※) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護を対象

- ・ 高齢の患者への対応において、そのケアを意識した適切な療養環境の確保の観点から、発症早期からの適切なリハビリテーションや栄養管理の提供のため、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士等の多職種で連携する。

また、国は、連携協議会等も活用した関係医療機関や高齢者施設等との連携による転院など、高齢の患者に対する必要な対応について周知していく。

⑤ 疑い患者への対応について

○ 新興感染症の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、新型コロナ対応に当たっての協力医療機関の個室^(※)等の施設要件も参考に、病床の確保を図る。

(※) 関連して、いわゆる差額ベッド代の徴収の取扱い等について、今後の指針

等を踏まえつつ、必要に応じて明確化を検討

- 新興感染症の性状等により、疑い患者への対応も異なることから、国は、国内外の最新の知見等を収集し、随時都道府県及び医療機関等に周知しながら、機動的に対応する。

⑥ 入院調整について

- 新興感染症発生・まん延時において確保した病床に円滑に患者が入院できるようにするため、都道府県において、連携協議会等を活用し保健所や医療機関、高齢者施設等との連携強化を図る。また、都道府県は、保健所設置市等に対する平時からの体制整備等に係る総合調整権限や、感染症発生・まん延時の指示権限を適切に行使しながら、円滑な入院調整体制の構築、実施を図る。
- 病床がひっ迫する恐れがある際には、新型コロナ対応での実績を参考に、国は、入院対象者の基本的な考え方（例えば、重症患者や、中等症以下の患者の中で特に重症化リスクの高い者など入院治療が必要な患者を優先的に入院させるなど）について示し、都道府県は、地域での感染拡大のフェーズなどの実情に応じ、地域の関係者間で、その考え方も参考に、入院対象者等の範囲を明確にしながら、患者の療養先の振り分けや入院調整を行う。この際、地域の関係者間でリアルタイムで受入可能病床情報の共有を行う Web システムの構築等の取組も参考とする。

国は、病床状況の共有のために、G-MIS など IT の活用を推進する。

- 自宅療養者等の症状が急変した場合の入院機能を補完する受け皿等として、新型コロナ対応において、臨時の医療施設・入院待機施設^(※)を設置してきた実績を参考に、国は、必要に応じ、同様の対応を検討、周知する。都道府県は、新興感染症の感染が急拡大することに備え、平時から設置・運営の流れ等を確認しておく。

(※) 入院待機患者や、症状が悪化した自宅・宿泊療養者等を一時的に受け入れて酸素投与等の必要な処置を行う施設

⑦ 地域医療構想との関係

- 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直しには変わらない。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、国は、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る。また、国は、新型コロナ対応や今般

の新興感染症への対応の施行に当たって顕在化する課題について、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る。

⑧ 協定により確保する病床と基準病床制度の関係

- 令和4年の改正医療法により、病床過剰地域においても、新興感染症発生・まん延時には、特例的な増床を認められる旨法律上明記されたところであり、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が、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、都道府県は有事の際に迅速に特例病床の許可の手続きを行う。

(2) 発熱外来関係

① 協定締結医療機関について

- 発熱外来の協定締結医療機関は、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ほか、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、発熱外来を行うことを基本とする。
- 救急医療機関においては、入院が必要な疑い患者の救急搬送等が想定されることから、受入れ先が確保されるよう、都道府県において二次救急医療機関等との入院・発熱外来に係る協定締結について検討する。都道府県は、疑い患者を含めた感染症医療と通常医療の確保のため、地域における医療機関の機能や役割を確認し、救急を含め、医療提供の分担・確保を図ることとする。
- 数値目標について、まずは新型コロナ対応で確保した最大値の体制^(*)を目指す。

(*) 令和4年12月時点で診療・検査医療機関：4.2万箇所

- 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、改正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ところ、この指定基準は、協定の履行に必要な基準として、①最新の知見に基づき適切な感染の防止対策が可能であり、②他の患者と可能な限り接触することがなく診察ができ、③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ものとする。

② 流行初期医療確保措置の対象となる協定締結医療機関（発熱外来）について

- 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医療機関について、地域の実情に応じて確保する。

流行初期から、新型コロナ発生後約1年の2020年冬の新型コロナ外来患者（約3.3万人）の規模に対応することを想定する。その際、新型コロナ対応においては、例えば総病床数200床以上で新型コロナ患者が入院可能な診療・検査医療機関（約1500機関）で約3.3万人の対応規模があったことを参考に、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関については、このように一定規模の対応を行う医療機関から確保していくことを目安とする。

- 流行初期医療確保措置の対象となる協定（発熱外来）を締結する医療機関の基準は、①流行初期から一定数（例えば20人/日）以上の発熱患者を診察できること、②発生の公表後、都道府県知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）発熱外来を開始すること（この際、後述のとおり、国は、発生の公表前においても、感染発生早期から、知見等を収集し、都道府県及び医療機関に対して周知を行い、実質的な準備期間の確保に努める。）を基本とする。ただし、実際に流行初期医療確保措置の対象とすべき協定に基づく措置を講じたかどうかを判断する都道府県において、これらを基本としつつも、地域の実情に応じて、通常医療の確保を図るためにも、柔軟に当該協定を締結できるようにする。
- 国は、新興感染症の発生後、改正感染症法に基づく発生の公表前においても、都道府県と医療機関との間の調整や準備に資するよう、感染症指定医療機関等を通じ、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見を収集し、随時都道府県及び医療機関等に周知を行う。また、新興感染症の性状や、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況、検査が実施可能な環境などが、事前の想定とは大きく異なる場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。なお、国は、当該知見について、随時更新の上、情報提供する。

③ 外来における地域の診療所の役割

- 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や協議も活用しながら、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、薬局、訪問看護事業所）について

○ 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協定締結医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）は、新型コロナ対応と同様、病院、診療所は、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、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、訪問看護や医薬品対応等を行う。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。診療所等と救急医療機関との連携も重要である。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、医療の提供を行うことを基本とする。

○ 患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容体の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行う。

○ 数値目標について、まずは新型コロナ対応で確保した最大値の体制^(*)を目指す。

(*) 令和4年12月時点で、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 薬局：約2.7万箇所、訪問看護ステーション：約2.8千箇所

○ 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、

改正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ところ、指定基準は、協定の履行に必要な基準として、それぞれ、次のとおり、認められるものとする。

(病院・診療所)

- ① 最新の知見に基づき適切な感染の防止対策が可能であること
- ② 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

(薬局)

- ① 最新の知見に基づき適切な感染の防止対策が可能であること
- ② 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

(訪問看護事業所)

- ① 最新の知見に基づき適切な感染の防止対策が可能であること
- ② 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について

- 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、新型コロナ対応での実績^(※1)を参考に、都道府県は、県内医療機関の調査や協定締結の協議の中で、医療機関が担う高齢者施設等^(※2)に対する医療支援体制について、連携状況も含め確認しながら、医療機関との間で協定を締結する。

(※1) 各都道府県で、高齢者施設等からの連絡等により、施設内での感染発生から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を整備。また、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等を実施

(※2) 介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅を想定

- 都道府県において、高齢者施設等に対して、国が提供する感染対策等に

関するガイドライン等を参考に、感染症対応に必要となる情報・ノウハウ（例：PPEの着脱指導等）を提供する。また、高齢者施設等と協力医療機関を始めとする地域の医療機関との連携について、実効性のあるものとするため、連携協議会等を活用し高齢者施設等と医療機関との連携の強化を図る。その際、高齢者施設等の配置医師等の役割も重要である。

- また、都道府県は、連携協議会等を通じ、医療機関（救急医療機関を含む。）のほか、消防機関等との連携、役割を確認し、高齢者施設等に対する救急医療を含めた医療支援体制等を確認しておくことが重要である。

（参考）現在の介護保険事業（支援）計画に係る基本指針においては、感染症に対する備えの検討として、平時からの事前準備、感染症発生時の連携体制の構築、研修の充実等の重要性や、各関係機関と連携した支援体制の整備の必要性等について示されており、さらに、第9期（令和6年度から令和8年度まで）の介護保険事業（支援）計画の策定にあたっては、国が別途示す予定の基本指針に基づき、自治体の介護保険担当部局において、医療部局と必要な連携をしながら、改正感染症法や医療計画の見直しの内容も踏まえたものとし、事業者等に対して必要な対応を促していく。

（障害者施設等に対する医療支援）

- 新興感染症発生・まん延時において、障害者施設等の入所者が施設内で療養する際、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することは重要であり、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。
- 都道府県において、障害者施設等に対して、国が提供する感染対策等に関するガイドライン等を参考に、感染症対応に必要となる情報・ノウハウ（例：PPEの着脱指導等）を提供するとともに、障害者施設等と協力医療機関を始めとする地域の医療機関との連携について、実効性のあるものとするため、連携協議会等を活用し障害者施設等と医療機関との連携の強化を図る。その際、障害者施設等の配置医師等の役割も重要である。
- また、都道府県は、連携協議会等を通じ、医療機関（救急医療機関を含む。）のほか、消防機関等との連携、役割を確認し、障害者施設等に対する救急医療を含めた医療支援体制等を確認しておくことが重要である。

（参考）障害福祉計画に係る基本指針については、医療計画との調和を図るべき旨明記しているところ、障害者施設等における感染症対策について、改正感染症法や医療計画の見直し内容等も踏まえ、自治体の障害福祉部局や事業者に対して必要な対応を促していく。

(歯科保健医療提供体制について)

- 新興感染症発生・まん延時においても、在宅療養患者等に対する口腔の管理は重要であり、歯科衛生士も活用しながら、必要となる在宅歯科医療や高齢者施設等との連携が円滑に実施できる体制を含め、地域の実情を踏まえた歯科保健医療提供体制の構築を進める。

(4) 後方支援関係

- 後方支援の協定締結医療機関は、通常医療の確保のため、①特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行う。
- 都道府県は、これらの後方支援を行う医療機関と協定を締結する。後方支援を行う医療機関は、新型コロナ対応での実績を参考に、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、感染症患者以外の受入を進める。都道府県は、協定の履行のため、当該連携を推進するなど受入の調整を図る。
- 病床確保等を行う協定締結医療機関の後方支援により、当該医療機関の感染症対応能力の拡大を図る。
- 数値目標について、まずは新型コロナ対応で確保した最大値の体制^(*)を目指す。

(*) 令和4年12月時点で 約3.7千機関

また、後方支援を行う協定締結医療機関数は、病床確保の協定締結医療機関の対応能力の拡大のためにも、その数を上回ることを目指す。

(5) 人材派遣関係

① 人材派遣について

- 人材派遣の協定締結医療機関は、1人以上の医療従事者を派遣することを基本とする。
- 数値目標について、まずは新型コロナ対応での最大値の体制^(*)を目指す。

(*) 令和4年12月時点で約2.7千医療機関：医師約2.1千人、看護師約4千人

- 人材派遣の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。

② 派遣される医療人材の処遇等

- 派遣される医療人材の身分、手当、補償等の労働条件の明確化に資する

よう、国は、都道府県が医療機関との協定締結の協議の際の参考となる、協定のモデル例を示す。

- ③ 都道府県が他の都道府県等に広域派遣の応援を依頼する場合の判断基準
- 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が明確化され、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、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され、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、国に対し、他の都道府県からの医療人材の確保の応援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確保について調整を行うこととされている。

この「ひっ迫等が認められる等の場合」については、都道府県が、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し、国に対して応援を求めるものとする。

- ④ 国による広域派遣の応援について
- 国は、感染の早期の段階などにおいて、協定の枠組みを超えた対応を要する場合には、適宜関係者等も連携するなど、機動的な対応を検討する。

(国が直接派遣を要請できる医療機関)

- 改正感染症に規定された公立・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を対象とする。

(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)

- 国において、都道府県の感染状況や医療人材の確保状況等を勘案し、都道府県の意見を聴きながら、派遣元となる医療機関と調整し派遣の要請を行う。

感染症対応にあたる人材の育成

- 国は、感染症対応について、最新の科学的知見に基づいた適切な知識等を医療従事者が習得することを目的として、医療機関向けの研修・訓練の実施や、全ての医療従事者向けの動画配信、また、看護職員の研修等を行っており、そのような取組の充実を図る。さらに、感染対策の知見・経験を有する医療従事者による地域での相談支援体制の構築の取組について、

推進する。

また、広域的な人材派遣が想定されるDMA Tの研修について、感染防護や感染制御等の内容を盛り込むなど研修の充実を進めており、引き続き、養成を推進する。また、DPATの業務として新興感染症対応を明確に位置付けるため、活動要領改正を行う。さらに、感染症危機管理等の専門家の育成を図るための研修を進める。

- 都道府県は、当該研修等に職員を積極的に派遣する、又は、都道府県自ら研修・訓練を実施するなどにより、対応人材の育成を図る。また、医療従事者に対して、上記の研修・訓練への参加を促す。

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

- 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。

(参考)

- 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に取り組みされてきた一方で、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。

② 協定締結の具体的なプロセス

- 都道府県は、協定の実効性を確保するためにも、医療計画に定める病床等の確保のため、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。

また、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。

なお、医療審議会のほか、連携協議会の活用など、都道府県において、

地域の実情に応じ、関係者から意見を聴くことは重要である。また、連携協議会への報告など関係協議会と適切に連携することも重要である。

③ 公的医療機関への義務付けのプロセス

- 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されているが、実効性を確保するためにも、都道府県は、その内容について、当該医療機関と協定締結の協議を行いながら、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。

④ 締結した協定等の報告・公表の内容・方法

- 国及び都道府県は、新型コロナ対応も参考に、協定の締結状況・履行状況等について、報告・公表の枠組みを構築する。都道府県は、それに沿って、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、その内容の一部を公表する。
- 公表については、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）とし、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（例えば小児等）など、患者の選択に資するような情報の公表を行う。
- 公表に当たっては、患者の選択に資するよう、国及び都道府県は、協定の内容について、ホームページ等のできる限り分かりやすく公表するとともに、当該公表をしている旨の周知を図る。

⑤ 協定の実効性確保のための医療従事者の状況等の把握

- 都道府県は、協定の実効性確保のためにも、新型コロナ対応の実績を参考に、協定締結医療機関で働く医療従事者の欠勤等の状況も含め、協定の実施状況等についてG-MISを活用して把握できるようにする。

⑥ 協定が履行できない「正当な理由」の範囲

- 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。

- このほか、国は、都道府県や医療機関からの情報が蓄積され次第、都度、協定が履行できない「正当な理由」の範囲について、不公平とならないよう、できる限り具体的に示していく。

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

- 医療計画で共通となる、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ところ、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、例えば、下記のような指標が考えられる。

- 指標の項目は、これらを参考に、都道府県における現状の把握や、課題の抽出に資するよう、取得可能性はもとより、できる限り明確化を図るとともに、地域の実情に応じ、柔軟性が損なわれることのないよう、適切に設定する。

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

	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	・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)	・医療機関数 (うち、流行初期医療確保措置)	・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) ・薬局数 ・訪問看護事業所数	・医療機関数	・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)	
	・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・臨床工学技士数					
	・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・臨床工学技士数					
	・個人防護具を十分に確保している医療機関数					
	・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					
プロセス	・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					
	・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)					
	・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)				・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) ・DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合	
	・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						

注) 上記は、現時点の法令や診療報酬制度等を前提としたものであり、今後の制度等の直しに応じ必要な更新が図られるべきもの。

第23回第8次医療計画等に関する検討会	参考資料
令和5年3月9日	2

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
令和5年2月2日	1

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いていた。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）

新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた外来医療体制等の強化 新型コロナ対応の医療提供体制②

- 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。
令和4年12月2日公表

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。

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枠組みを整備する。

(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枠組みを整備する。

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、関係者間で協議を行い、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あたっての調査や、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た意見の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373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直しには変わらない。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。新型コロナウイルス対応においては、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年冬の新型コロナウイルス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に取り組みされてきた一方で、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	・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)	・医療機関数 (うち、流行初期医療確保措置)	・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	・医療機関数	・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)	
	・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・臨床工学技士数(P)					
	・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・臨床工学技士数(P)					
	・個人防護具を十分に確保している医療機関数					
	・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	・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					
	・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)					
	・重症患者対応体制強化加算を算定している割合(P)					
	・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)				・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	
	・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22回第8次医療計画等に関する検討会 令和5年2月2日	参考資料 1
---------------------------------	-----------

第20回第8次医療計画等に関する検討会(一部データ更新) 令和4年12月9日	資料 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）

主な数値目標（案）			参考とするコロナの実績など
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） 	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
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)	【対象者】 <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 【方法】 <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 	

(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

令和4年12月28日

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）

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

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。

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
※平日、土日祝日で殆ど差は無い
+11万人/日

※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）。

第20回第8次医療計画等に関する検討会（一部資料追加）	参考資料
令和4年12月9日	1

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

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

令和4年
12月9日公布

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枠組みを整備する。

(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枠組みを整備する。

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。

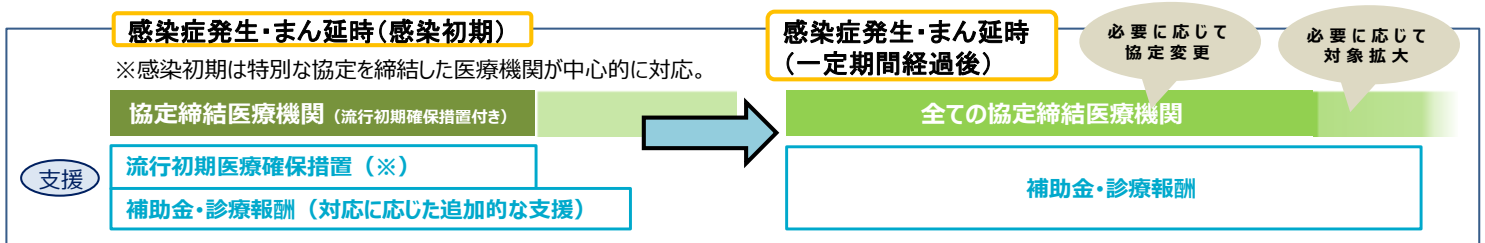
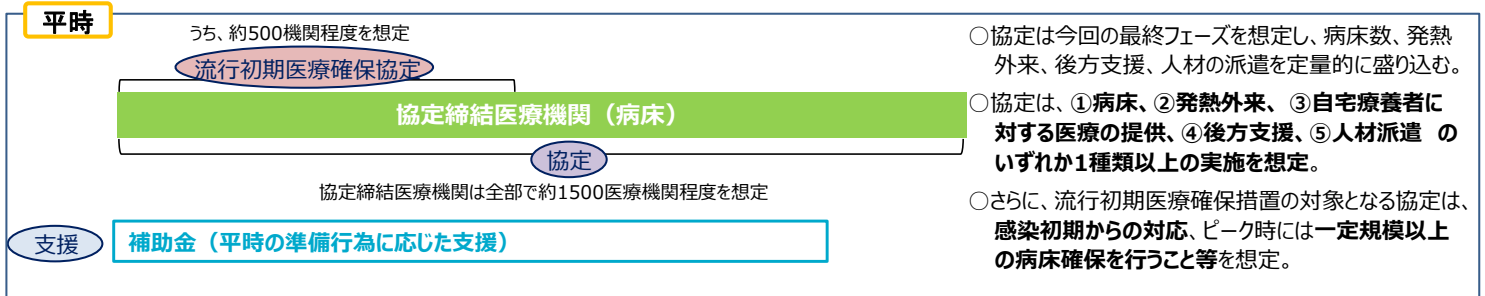
2～12 (略)

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百十八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定を行い、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。



（※）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）	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※）	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	* 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。	※指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得る。	

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。

44
 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

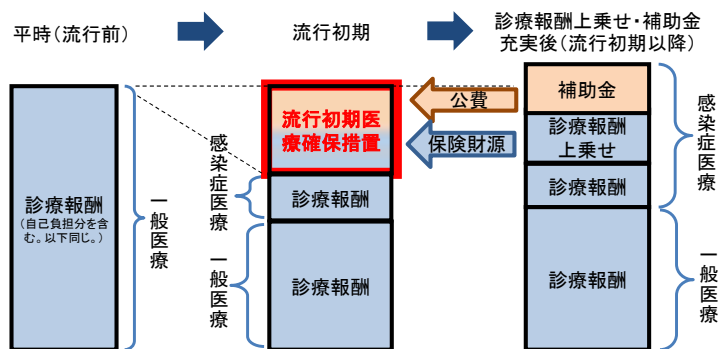
- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。
- 支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う（※）。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。
- ※ 病床確保（入院医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

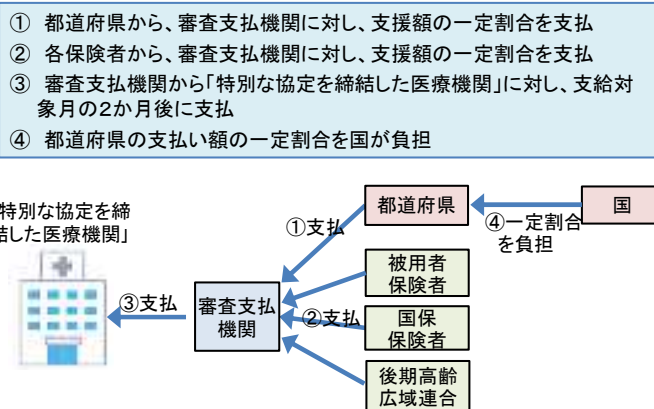
3. 費用負担

- 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）



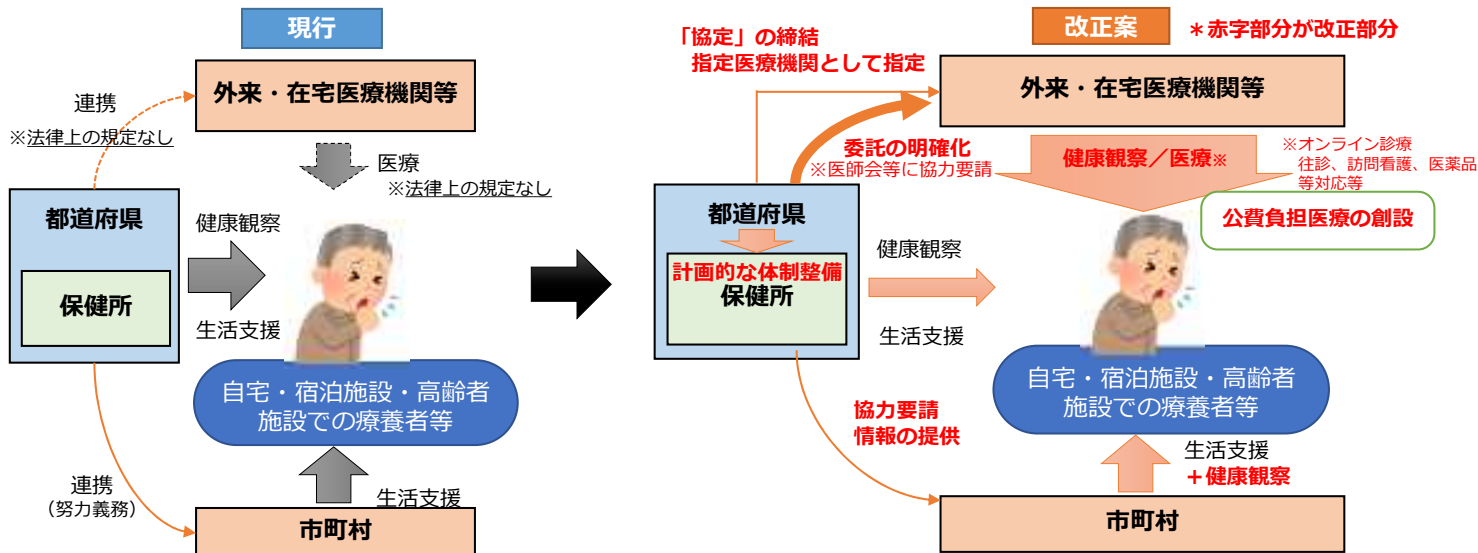
自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への対応の強化

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。
- その他、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。



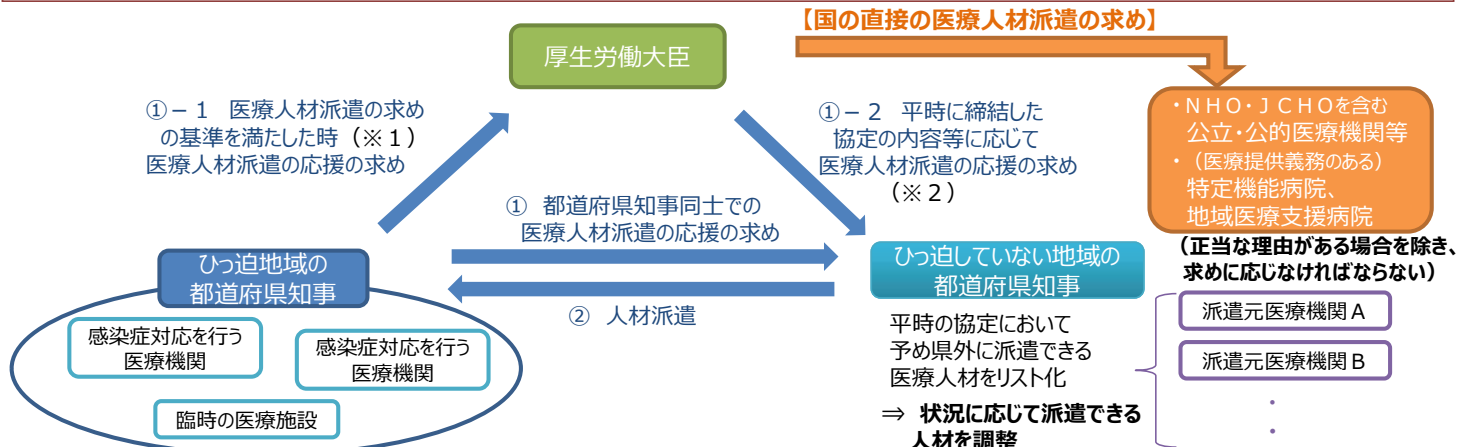
(注) 都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

【新型コロナ対応時の課題】

当初は、各都道府県がDMATや全国知事会に支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支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広域派遣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）

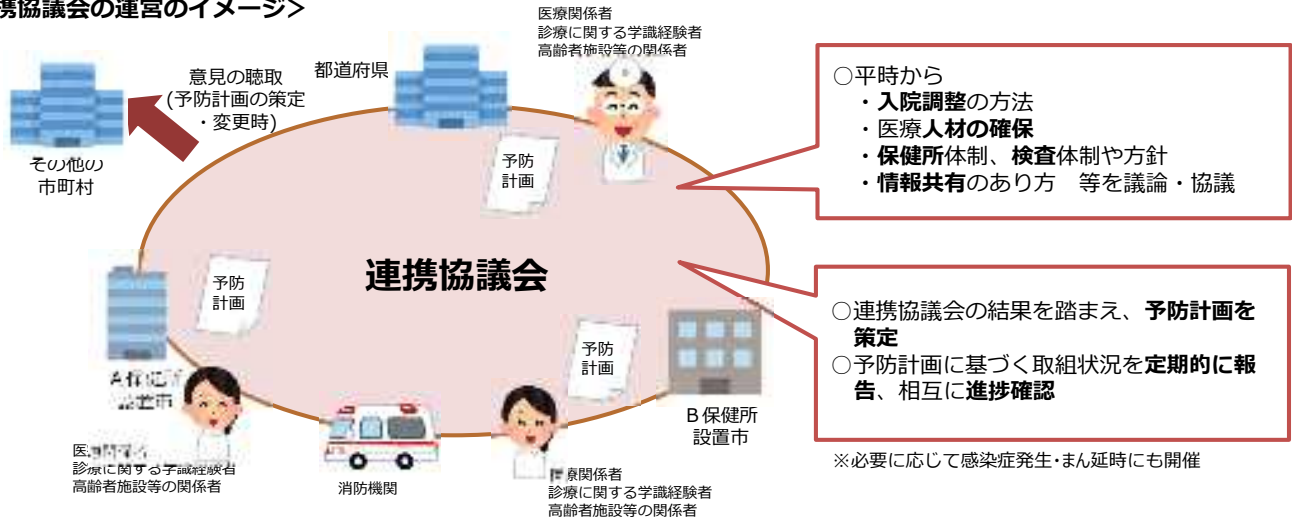
災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時の医療を確保するため、国が養成・登録し、都道府県知事の求めに応じて派遣される医療チームの仕組みを医療法に位置づけ、以下を定める。

- ・ 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	○	○ ※対象措置の拡大等	—	○
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。

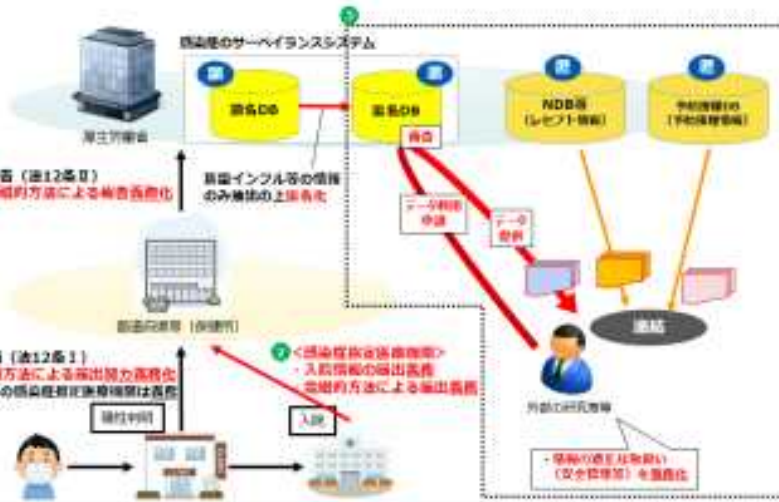
【課題①】感染症の患者情報について、医師から自治体への届出に当たり、電磁的方法による入力を可能にしているものの、依然としてFAXによる届出が一定程度あるため、自治体の業務負担となり、患者情報の迅速な収集に支障をきたしている。

【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を中心となっており、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		負担・補助規定の新設						
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)	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) ※公費の中での負担割合

※ 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	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症		
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