

第 2 2 回 第 8 次 医 療 計 画 等 に 関 する 検 討 会	参 考 資 料 1
令 和 5 年 2 月 2 日	
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 2
令 和 4 年 1 2 月 9 日	

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

(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

(参考) 自治体・医療機関アンケート調査(厚労科研)について

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				
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,		

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 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分	うち臨時の医 療施設等分			
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																		
	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	405	31															
	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																					
	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												
	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利用率30%	101	10	前後フェーズの病床利用率30%	148	13	前後フェーズの病床利用率30%	235	15	前フェーズの病床利用率30%	298	16									
	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															
	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																		
	0	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																		
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																		
	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															
	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															
	0	0		0	0		0	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基に総合的に判断	1,737	122																					
	30	0		189	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																					
	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															
	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															
	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																		
	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																		
	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															
	0	0		0	0		0	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												
	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																		
	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	873	59						
	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																		
	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																					
	0	0		0	0																					
24 三重県	248	41	フェーズ1の病床利用率40%以上となった日から14日後	386	46	フェーズ2の病床利用率40%以上となった日から14日後	507	50																		
	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															
	0	0		0	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																					
	30	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

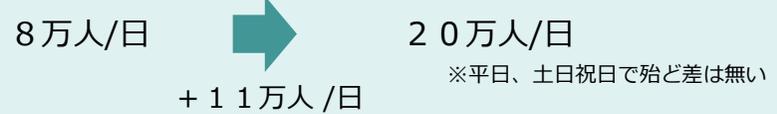
※端数処理の影響で内訳の計が一致しない場合がある

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）



※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。

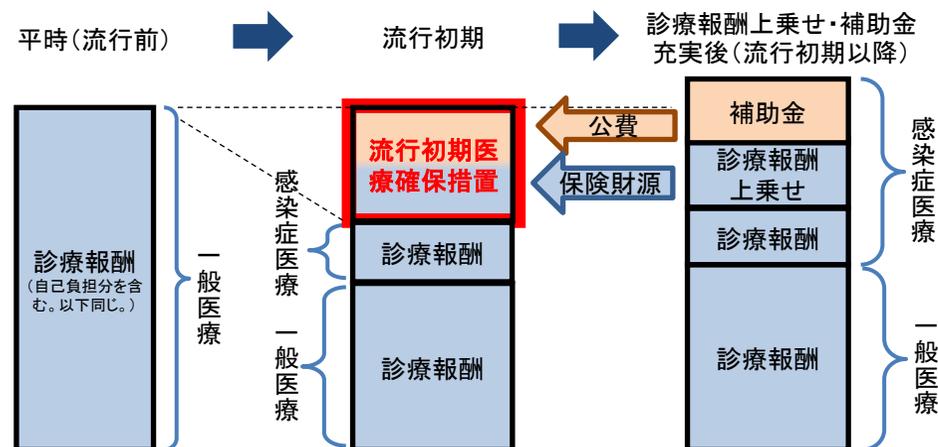
※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。(国民医療費:医療保険・後期高齢者給付分80.5%、自己負担分12.3%、公費負担医療給付分7.3%)

2. 事業実施主体 都道府県

3. 費用負担

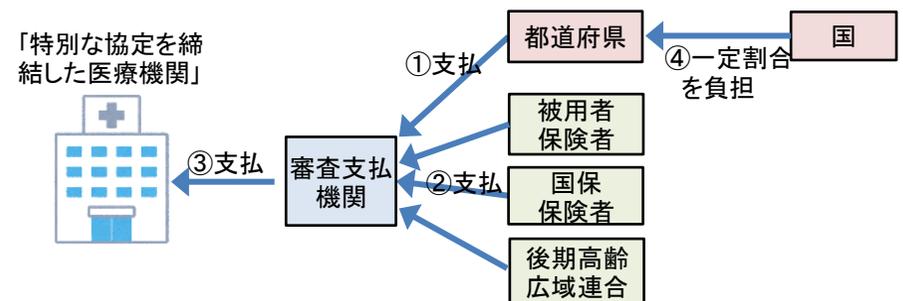
- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費(国、都道府県)と保険者(被用者保険、国保、後期高齢者広域連合)の負担割合は1:1とする。
- 支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとする。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整(前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金)を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢者広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行う。

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



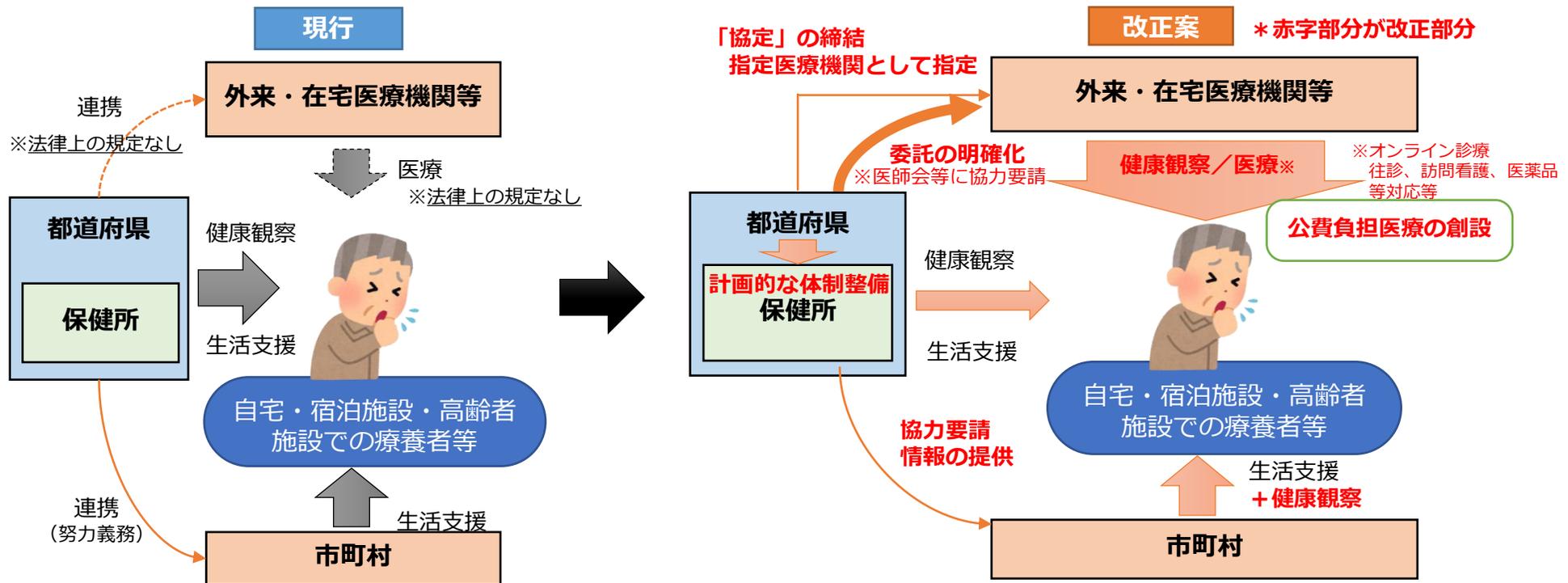
自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への対応の強化

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。



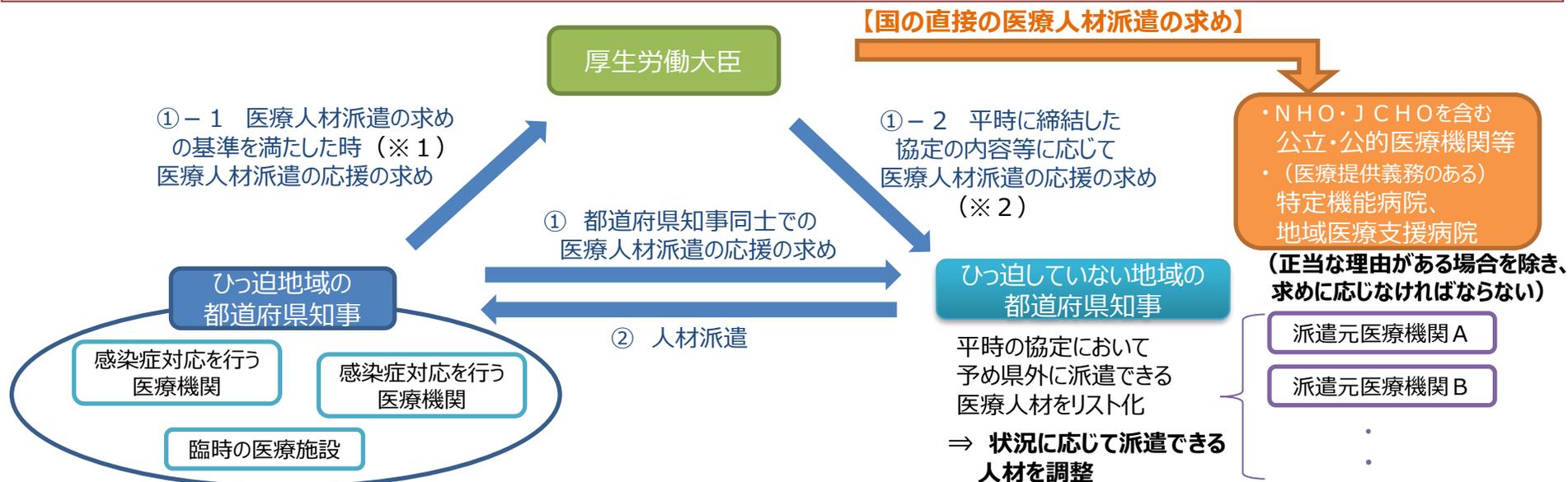
(注) 都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

【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

<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。

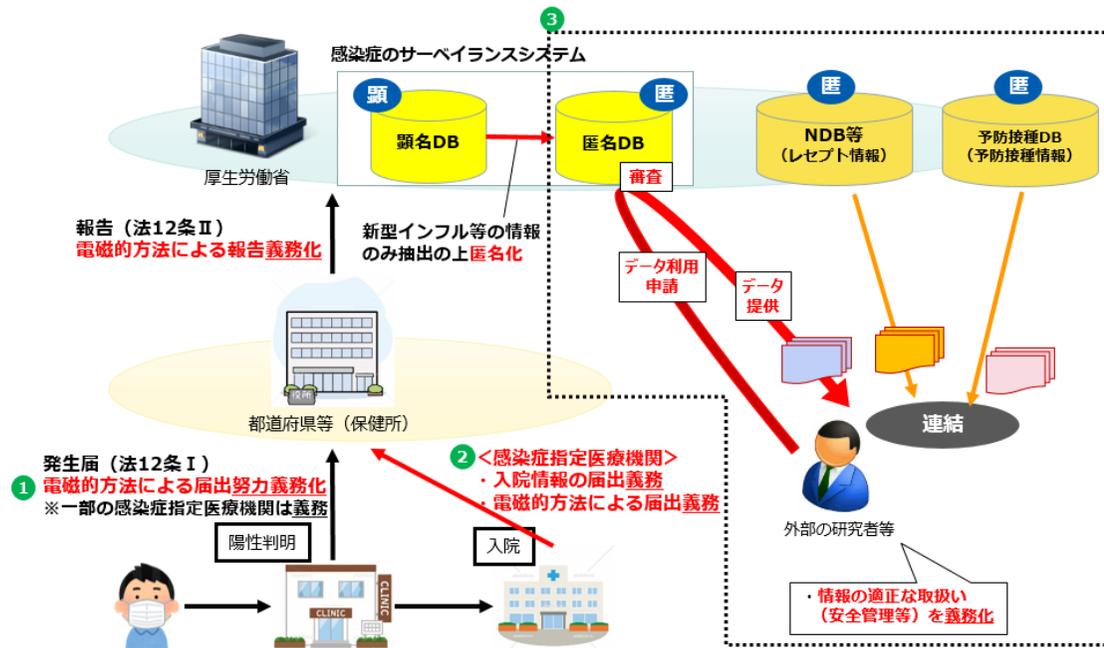
【課題①】感染症の患者情報について、医師から自治体への届出に当たり、電磁的方法による入力を可能にしているものの、依然としてFAXによる届出が一定程度あるため、自治体の業務負担となり、患者情報の迅速な収集に支障をきたしている。

【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。

- 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。
- 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。
- 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、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. 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）

（令和2年12月15日医療計画の見直し等に関する検討会報告書）

3. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

（2）「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する記載項目（イメージ）

- 「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する具体的な記載項目については、厚生科学審議会感染症部会における議論や地域医療構想に関するワーキンググループにおける議論を踏まえ、例えば以下のような項目を医療計画に記載することが想定されるところである。

引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向けた検討を進めることが適当と考えられる。

【平時からの取組に必要な観点】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
 - ・ 感染症指定医療機関（感染症病床）の整備
 - ・ 感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい病床や感染症対応に転用しやすいスペース（病床のダウンサイズに伴う空きスペースを含む。）の確保に必要な施設・設備の整備（重症例や疑い症例等を想定した整備を含む。） など
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
 - ・ 感染防止制御チームの活用
 - ・ 感染管理の専門性を有する看護師（ICN）の確保等
 - ・ 重症患者（ECMO や人工呼吸器管理が必要な患者等）に対応可能な人材 など
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
- 医療機関内でクラスターが発生した際の対応方針の共有（院内のマネジメントや医療機関の連携等）
- 医療機関における PCR 検査等病原体検査の体制の整備 など

【感染拡大時の取組に必要な観点】

- 個々の医療機関における取組の基本的考え方
 - ・ 感染拡大時の受入候補医療機関（重症例や疑い症例等を想定した受入候補医療機関を含む）
 - ・ 患者が入院する場所の確保に向けた取組（病床や病床以外のスペース等の活用など）
 - ・ 感染症患者に対応するマンパワー（医師、看護師等）の確保に向けた取組（感染症専門医以外を含めた対応、病院内の重点配置、医療関係職種以外の職員の確保など）
 - ・ 感染防護具や医療資機材等の確保 など
 - 医療機関間の連携・役割分担の基本的考え方
 - ・ 救急医療など一般の医療連携体制への影響にも配慮した受入体制に係る協議の実施（感染症患者受入医療機関と感染症患者以外に対応する医療機関の役割分担等）
 - ・ 感染症患者受入医療機関やクラスターが発生した医療機関等への医師・看護師など応援職員の派遣
 - ・ 感染管理の専門人材による指導・コンサルテーションの実施 など
 - 感染症法や新型インフルエンザ等対策特別措置法等に基づき講じられることが想定される各種措置（臨時の医療施設や宿泊療養施設の開設など）
 - 地域における外来体制の基本的考え方 など
- なお、医療計画の記載項目等については、感染症法に基づく「予防計画」の記載項目と整合性を確保する必要があることから、厚生科学審議会感染症部会においても、引き続き、感染症法に基づく「基本指針」等の見直しについて検討を進めるよう求めていくことが適当と考えられる。

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

(感染症法改正の目的)

- 平時から有事に備えるための医療体制について協定の仕組みを法定化する狙い如何。
- 今般の新型コロナ対応に際し、特に初動対応において、医療機関の迅速な人員確保、入院調整・病床確保の困難さ、保健所業務の逼迫、医療物資の不足等の課題があり、平時からの感染症危機管理の重要性が浮き彫りとなった。
平時からの予防計画に沿った医療機関との協定の締結や、保健所機能や検査体制の強化、機動的なワクチン接種の実施等について、政府としてその枠組みを法定化し、流行の初期段階から速やかに機能する保健医療提供体制の構築を図ることを目的として、感染症法等の改正を行うこととした。

(感染想定)

- 法改正では、どの程度の感染症の毒性を想定しているのか。
- 今回の法改正は、次の感染症危機に備えるために必要な措置を講ずるものであり、医療機関との協定をはじめ、基本的には、新型コロナウイルス感染症を含む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としている。
具体的な感染症の毒性については、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なるが、まずは、現に対応しており、これまでの対応の教訓を活かすこともできる新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に取り組む。
実際の新たな感染症の発生・まん延時には、事前の想定とは大きく異なる事態も考えられることから、その場合には、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。

(病床確保)

- 1500程度を想定している協定締結医療機関（病床確保担当）について、公立・公的と民間の内訳及びその基準如何。
- 約1500という数字は、昨年11月の「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」の重点医療機関数等を踏まえた一つの目安である。
公立・公的と民間の内訳は、一概には言えないが、直近（のコロナ対応）で重点医療機関と対応いただいているのは、約半数が公立・公的、残りの半数が民間。

(1500 という) 数値は目安であることから、実際の予防計画における数値目標の設定に当たっては、都道府県において、各医療機関に対して意向や対応能力を調査することなどにより、より現状に即した医療提供体制を踏まえた内容としていただくことが必要。

協定の締結に当たっては、こうした調査も踏まえ、関係者間で議論を行い、地域における各医療機関の機能・役割に応じた役割分担を明確化することを想定。

- 予防計画や医療計画策定時の想定を超える感染状況が生じた場合の措置如何。
- 新型コロナ対応においては、都道府県が策定する病床確保計画において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を確保した経緯。

予防計画・医療計画において設定する数値目標等は、各医療機関の意向や対応能力など、現実の医療提供体制を踏まえたものとする必要があるが、フェーズに応じた必要な対応を示すことも重要であり、今後、専門家や自治体の意見も聞きながら、詳細を検討していく。

実際の新たな感染症の発生・まん延時において、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合には、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っていく。

(発熱外来)

- 発熱外来の数値目標について、都道府県全体の数量だけではなく、都道府県内の一定エリアごとに最低限の発熱外来を確保する必要性があるのではないか。
- 今回の新型コロナ対応においても、発熱外来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、新型コロナの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。

予防計画の数値目標についても、これまでの対応も踏まえて設定。地域の実情に応じて、県内のそれぞれの地域で体制整備を行っていただくよう、国としても基本指針で考え方を示していく。

各都道府県において、各医療機関の意向や対応能力の調査なども行った上で、関係者間で議論を行い、地域における各医療機関の機能・役割に応じた役割分担を明確化することにより、必要な医療体制を確保。

(流行初期)

- 特別な協定を締結する医療機関の選定プロセス及び規模、設備等の基準及び施設数如何

- 都道府県知事が、平時に各医療機関と協議を行い、感染症発生・まん延時における役割・対応に関する協定締結スキームの中で、特に流行初期段階から基幹的な役割を担っていただく医療機関を設定し、特別な協定を締結し、保健医療提供体制を流行初期から速やかに立ち上げ、機能させる。

特別な協定については、感染症の流行初期から一定以上の病床等を確保できる医療機関が対象となり、具体的な基準については、施行に向けて検討するが、これらの医療機関については、平時から人員、施設、設備等の準備が必要で、

- ・ 感染症患者に適切に対応するための人員の確保、研修・訓練の実施等
- ・ 感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい病床
- ・ PCR 検査等病原体検査の体制
- ・ 感染防護具等の備蓄

などが考えられるところであるが、(詳細は) 今後施行に向けて検討。

医療機関数は、現在 400 床以上で、(コロナの) 重点医療機関が約 500 あることから、約 500 を目安。

(流行初期期間)

- 流行初期医療確保措置の実施期間如何。
- 感染症の態様がある程度判明し、当該感染症に対する診療報酬の特例措置や補助金等の財政支援が整備されるまでの限られた期間として、できるだけ短い期間で設定。

感染症ごとに対応が異なるため、実施期間を一律に決められるものではないと考えているが、新型コロナウイルス感染症の流行の波などを考えると、最初は3ヶ月といった短い期間を基本にし、必要に応じて延長又は前倒しで終了するといったイメージ。

(高齢者施設の入所者への医療の確保)

- 高齢者施設等の入所者が新型コロナに感染した場合に適切な医療が受けられるようにすべきではないか。
- これまでの新型コロナ対応においては、医療資源には限りがある中で、その時々ウイルスの性状や通常医療とのバランスに配慮しつつ、重症患者や重症化リスクの高い者など入院治療が必要な患者が優先的に入院できる体制とするとともに、高齢者施設等で療養する場合もあることから、入所者の症状等に応じ、高齢者施設等に対する医療支援の充実を図ってきた。

具体的には各都道府県において、

- ・ 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

- ・ 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

を進めることで、必要に応じ高齢者施設等に対し財政支援を行ってきた。

今般の改正案において、病床の確保や高齢者施設の入居者等を含めた自宅療養者等に対する医療の提供について、数値目標を盛り込んだ計画を平時から策定するとともに、各医療機関の機能や役割に応じて協定を締結することで、確実な備えを図る。

引き続き、こうした取組を進めることにより、必要な方が入院できる体制の整備を進めるとともに、高齢者施設等への医療支援の強化を図っていく。

(協定を履行しない正当な理由)

- 都道府県等と医療機関等の協定締結については、正当な理由なく協定を実行しない場合の勧告や指示、公表の措置が創設されるが、「正当な理由」にあたる例はどのようなものがあるのか。

- 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、患者一人当たりが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判断される場合が該当するものと考えている。

具体例を網羅的にお示しすることは困難であるが、こうした考え方や具体例を都道府県や医療機関等に十分に周知するなど、協定の締結が円滑に進むように丁寧に対応していく。

(人材派遣)

- これまでの人材派遣の実績（派遣者の属性、人数、期間、効果など）如何。
- 令和2年度中は各都道府県が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派遣（広域派遣）が実施。

令和3年4月からは、各省庁の所管する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。

- 令和2年のDP号の対応において、国や都道府県のDMAT派遣要請に対し、一部の医療機関の理解を得られず、出勤できなかった事例があり、日本看護協会の「災害支援ナース」でも同様の事例があった。このような状況は改善されるのか。

- DMAT については、感染症対応を想定した法令等の活動根拠がなかったことから所属する医療機関において DMAT 隊員の派遣への理解が得られにくい等の課題があった。

厚生労働大臣が実施する DMAT 研修などを受けた医師・看護師等について、「災害・感染症医療業務従事者」として医療法に位置づけることなどで、その活動根拠の明確化等を行うことにより、所属医療機関の理解も得られ、より派遣しやすくなる。

看護協会の災害支援ナースは、現在、看護協会が養成・登録していることから、現時点では「災害・感染症医療業務従事者」には該当しないものの、施行に向けて厚生労働大臣が養成・登録を行うことを検討しており、そうした体制を整えれば「災害・感染症医療業務従事者」に該当することとなり、DMAT 等と同様の効果が得られる。

都道府県と各医療機関の間で締結する協定においては、人材の派遣に要する費用も含め、協定の履行に要する費用の負担の方法についても盛り込むこととしており、具体的な内容は協定の協議の中で決定。

広域的な医療人材派遣の仕組みに関し、医療現場で混乱が生じることがないように、協定の協議の中で身分や処遇なども含めた諸条件を明確に確認いただき、派遣される医療人材の労働環境など、送り出す体制を適切に確保することについて、丁寧に説明。

(人材確保)

- 感染症専門医が不足しているという意見もあり、広域派遣を担う DMAT 等を含めて医療人材の育成が極めて重要と考えるが、見解如何。
- 感染症対策の専門人材の養成については、現在、関係学会において感染症専門医の養成に取り組まれているものと承知。

今般の新型コロナ対策においては、これら感染症専門人材の確保にも課題があったものと認識しており、将来の感染症危機への備えとしても重要であることから、関係学会などの協力も得ながら、専門人材の確保養成のあり方について検討。

- 協定締結医療機関に対し、流行初期医療確保措置とは別に、協定締結時の初動対応に備えるための施設改修や人員確保などの財源は確保されるのか。
- 都道府県と各医療機関の間で締結する協定においては、協定の履行に要する費用の負担の方法についても盛り込むこととしており、具体的な内容は、都道府県知事と各医療機関の協議の中で決定していくこととしている。

その上で、平時からの設備整備に要する費用についても、その一部を国が補助することができる旨の規定を設けているところである。

国としても、法施行に向けて、都道府県の予防計画の策定に向けた検討状況を踏まえながら、協定を締結する医療機関に必要な設備整備も含め、必要な支援について具体的内容を精査し、検討していく。

人員確保については、現在も、院内感染対策について指導的立場を担う者等を対象とした講習会や新型コロナに対応する看護職員の養成研修等を行っている。

診療報酬においては、感染制御チームを設置することを要件とした「感染対策向上加算1」を新設した。

こうした取組も参考に、今後の取組を検討していく。

(健康観察)

- 健康観察における医療機関以外の者への委託について、具体的な業務内容・委託先如何。
- 保健所業務のひっ迫への対応や、医療が必要な自宅療養者へのフォローアップの観点等から、都道府県等が、協定を締結した医療機関等に、健康観察の実施を委託できる。

健康観察の実施の委託に当たっては、特に、重症化リスクの低い陽性者や、症状が出ておらず、医療の必要のない濃厚接触者の健康観察については民間事業者が担うことも想定。

委託する業務や委託先の具体的範囲については、施行に向けて、関係者の意見も踏まえ判断。

(支援)

- 平時からの医療提供体制の整備は不可欠と考えるが、協定締結医療機関に対する財政支援の考え方如何。
- 都道府県と各医療機関の間で締結する協定においては、協定の履行に要する費用の負担の方法についても盛り込むこととしており、具体的な内容は都道府県知事と各医療機関の協議の中で決定。

民間医療機関も含め、協定を締結した医療機関については、有事における対応のみならず、平時からの設備整備に要する費用についても、その一部を国が補助することができる旨の規定を設けており、これも含め、法施行に向けて、予防計画の策定の状況も踏まえながら、具体的内容等を精査し、検討。

- 法案では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が、実効性を高めるため、感染症に対応する施設や設備への財政支援が有効と考えるが所感如何。
- 広く医療機関に感染症への対応力を高めていただくことは、より多くの医療機関に都道府県との協定締結に応じていただく上で、重要。

協定を締結した医療機関に対しては、平時からの設備整備に要する費用についても、その一部を国が補助することができる旨の規定を設ける。

現在、厚生労働省の研究班において、新型コロナ重点医療機関等を対象に、今般の新型コロナ対応に当たり実施された設備整備等の状況や、次なる感染症を想定した追加的なニーズなどについて、調査。

当該調査結果や専門家等の意見を踏まえつつ、必要に応じて対応を検討。

- 協定に付き添いが必要な障害者の入院体制の整備を盛り込むことについての周知方法如何。
- 従前より、入院時の支援者の付き添いに配慮がなされるよう依頼してきたが、今後、今般の改正案の施行通知等により、
 - ・ 支援者は、障害児者が医療従事者と意思疎通する上で極めて重要な役割を担っており、障害児者の受入医療機関の設定に際して特別なコミュニケーション支援が必要な場合も考慮することや、
 - ・ コミュニケーション支援が必要な場合は、院内の感染対策に配慮しつつ、可能な限り支援者の付き添いを受け入れていただきたいことを示したい。

(公立・公的医療機関)

- 感染症発生・まん延時の負担は公立・公的医療機関に集中しないか。
- 民間医療機関を含めた全ての医療機関に対し、
 - ・ 予防計画や医療計画の達成のために必要な協力をする努力義務
 - ・ 都道府県との協定の協議に応じる義務
 - ・ 協議が調わなかった場合に都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課し、できる限り協定を締結できるよう取り組む。

協定締結医療機関が感染症発生・まん延時に協定に沿った対応をしない場合には、状況を確認し、正当な理由がなく必要な対応を行わないときは、指示・公表等ができる履行確保措置を設ける。

特別な協定を締結し、感染症の流行初期段階から基幹的な役割を担う医療機関に対しては、流行初期医療確保措置の対象とし、保健医療体制を速やかに立ち上げ、機能させる。

こうした仕組みを通じ、民間医療機関も含め、地域全体で感染症発生・まん延時に対応できる体制を構築。

(財政措置)

- 協定締結医療機関等が実施する措置費用のうち、都道府県負担分(1/4)への財

政措置如何。

- 現行の感染症法は国の補助・負担割合が2分の1であるところ、今般の協定締結医療機関等が実施する措置に関する費用について、国の補助割合を4分の3とした。さらに、9月2日の政府対策本部決定で、次期通常国会への提出を目指す新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正法案について、地方公共団体が感染症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。

(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

[10月26日]

- 早めに検討の方向性や論点等を都道府県に示すとともに、感染症予防計画に盛り込む内容との整合を取った整理をすべき。
- 予防計画の策定は重要。都道府県医師会等の関係団体とも連携して対応してほしい。
- コロナ対応においても薬局が一緒になって対応しており、新興感染症対応についてはその点を考慮してほしい。
- 初動対応を含む特別な対応については、納得感のあるものを作る必要がある。
- 民間医療機関の対応を十分に評価すべき。
- 感染症対応に係る体制整備への財政支援について検討すべき。
- 感染症対応では一般医療を制限されることになり、その部分は5事業にも影響があるため、そうしたことも議論すべき。
- 感染症部会に病院団体の意見を届けるべき。

[12月9日]

(感染想定)

- 未知の感染症に対して感染経路や症状により感染症自体をタイプ分けしての想定は可能なのか。各都道府県での計画を策定するときに分類して作成できるのか。
- 未知への想定は難しいが、その都度、最新の知見を国としても収集しながら、それを展開して対応していく。

- 事前の想定と大きく異なる事態となった場合は誰が判断して、どのように方針を下すのか、分かりやすく記載していただきたい。

平時から有事への切り替えの対応スピードはどれくらいを想定しているか。

- 今回のコロナの対応において変異株が発生した際は政府対策本部で方針を定めて、都道府県にお伝えしながらやってきている。新たなウイルスが来た際は、現場の状況をよく政府としても吸い上げて、想定とは異なるというようなことを適宜判断していくことになる。

平時から有事に切り替えのタイミングというのは、現在のコロナの運用でも、例えば病床を確保していただいで準備している病床を、直ちに即応病床に転換してもらう場合は、1週間程度をめぐり、遅くとも2週間をお願いしている。これも参考に取り組む。

- 国としてどのように情報を発信するかというのが、現状のコロナ対応でまだ欠けている部分。しっかりと情報発信していただきたい。

(病床確保)

- 確保病床については疑い患者用の病床を特出しする必要があるのではないか。
- 疑い患者の病床確保の関係について、今回のコロナ対応でも、患者に対応する重点医療機関等とは別に、疑い患者を受け入れる協力医療機関の仕組みを設けて対応しており、これも参考に検討。

- 協定に基づく病床と感染症病床、結核病床といった基準病床との関係についての整理や住民に対しての説明が求められている。

- 重症者病床の病床区分について、受け入れる患者の重症度分類は疾患に応じて柔軟な対応が求められ、新興感染症の特性に応じた多職種協働の視点も不可欠と考えている。

(発熱外来)

- 発熱外来については、かかりつけ医に中心的に担っていただくとの前提の下、議論が進められると考えてよいか。
- 発熱外来も協定の内容の一つとなっており、各都道府県の医療提供体制、実情もあるが、そうした中で必要な量を確保していくこととなっているので、この法律の協定の仕組みの中で、かかりつけ医、診療所の方も含めてできる限りの御協力をいただきたい。

(流行初期)

- 流行初期医療確保措置の具体的な内容は、今回の新型コロナ流行初期の実態を参考にしながら、初動対応に必要なかつ適切な内容を検討すべき。
- 数値目標の考え方については、今回の新型コロナの実績をベースとするしかないと理解をしている。
- 感染症の初期対応に必要な病床数の目標は、新型コロナの実績をベースとしながら、基準病床数の範囲内で数値目標を立てることを基本とすべきではないか。
- 流行初期医療確保措置に関しては、減収補償も含めて、その措置の対象期間や対象医療機関は限定的に考えるべき。
附帯決議では、流行初期医療確保措置とは、例外的かつ限定的な措置であって、実施される期間については、保険者等の負担に鑑みて3か月を基本としているが、こういった措置期間の目安等は、今後こういった形で議論されて規定されるのか。
- 附帯決議の内容を尊重しながら引き続き検討。

(高齢者施設)

- 特別な配慮に当たっては、医療人材だけではなく、看護とは別の専門職として介護人材が病院においても欠かせない。
新興感染症に備える体制確保において、超高齢社会の日本では、急性期医療の現場における介護ニーズに対応できる専門人材を慢性期に備えて、どのように臨時に確保するかも考えるべき。
- 今回の法律の対象は、高齢者施設の療養であり、医療の確保、介護人材の確保については、この枠組みとはまた別途、コロナについて取組がなされており、これも参考に、引き続き検討。

- 高齢者施設のクラスター対策について、平素からの高齢者施設と医療機関のマッチングや高齢者施設感染者への早期の治療介入が実践できる体制の構築を担保することが重要。

(人材育成)

- 人材育成をどのようにしていくのか。
- 国としても引き続き必要な研修等も実施していくが、各県においても、国の研修を参考に研修等も実施していただき、養成、資質の向上を図っていただきたい。

(役割分担)

- 一般救急医療体制の維持というのが非常に大事だった。救急医療事業に関しては別記して、通常医療提供体制の中で、この重要性というものをどこかでしっかりと明記すべき。
- 新興感染症の発生・蔓延時における救急医療ということで、平時から人材の育成や体制の確保、役割分担等について資料1のP15にも盛り込んでいる。こうした内容は、救急医療に限らず、他の通常医療に関しても言えるので、こうした共通となる考え方などについては、改めて、こちらの新興感染症の指針などに位置づけていくことも検討したい。

(その他)

- 各自治体に応じた予防計画はとても重要であり、今後設置される連携協議会で、関係者や有識者と十分に協議してほしい。
- 数値目標がほとんどストラクチャーになるのではないかと。ストラクチャー中心の目標で組んでいこうと考えているのか、もう少し幅広く設定しようと考えているのか。
- 基本的にストラクチャーの指標になる。さらに必要な目標等々、予防計画の立て方、記載等々もあるので、それも見ながら、都道府県の意見も聞きながら検討していく。

(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 （医療の提供関係）

（感染症発生・まん延時における確実な医療の提供（協定等））

- 協定に当たって、地域の医療資源の状況や活用可能性について、自治体・医療機関・住民への情報共有が必要。極端に感染症にだけシフトし、それ以外の部分が手薄になる事態を避けるべき。それぞれの医療機関の役割分担の観点も必要。構造上対応が困難な医療機関をどう改善するか連携して対応すべき。
- 医療機関との協定締結について、平時からの環境整備や人材配置、診療報酬の加算措置などの財政支援、有事における支援制度の提示が必要。医療機関に対する減収補償や病床確保等に要する経費は国庫負担が基本。法制化に伴い、仮に地方負担を求められる場合には、地方財政に配慮し、負担の極小化を図るべき。
- 患者の特性によって必要な医療スタッフとキャパシティが異なる点を考慮して、病院運営も考えた上で協定・計画を策定すべき。
- 医療機関の負担が規模・性質等に応じて公平になるよう運用上工夫すべき。また協定の締結が強制にならないようにすべき。
- 保健所設置市である政令指定都市や中核市は県庁所在地であることが多く、医療資源も豊富なので、周辺の基礎自治体を巻き込んだ調整を行うべき。
- 協定について国がリーダーシップをとるべき。

（自宅・宿泊療養者等への医療の提供）

- どのような状況下で、どのように自宅・宿泊療養を運用するのか、前提条件の整理が必要。
- 地域の実情に応じて保健所と郡市医師会、薬剤師会との密な連携が不可欠。軽症の自宅療養者に関わる受診に関しては、オンライン診療に何らかのインセンティブを設定することも検討すべき。
- 高齢者施設等における医療の提供の在り方を改善すべき。
- 福祉施設の協力医や学校医・産業医について、平時は感染拡大予防の観点からの助言、有事は施設に出向いて感染状況の把握と拡大防止の指揮をとって医療機関との連携を担うこととしてはどうか。
- 一定規模の高齢者等の福祉施設には、感染管理看護師、ICN を置くことや、小規模な施設に関しては、常勤でなくても必要時に相談できるような感染管理看護師との契約を結ぶこととしてはどうか。

(広域での医療人材派遣の仕組みの創設等)

- 新興感染症発生時には全国的に医療人材が逼迫することから、平時からの人材育成と余力を持った配置が必要。また、国が応援の求めを行う場合において、都道府県とどのように調整を行うのか、あらかじめ整理が必要。
- 専門家のチームをつくって医療機関や高齢者施設を支援していくような体制を全国的に（ブロックごとに）整備すべき。