

厚生科学審議会感染症部会	参考 資料
令和5年2月17日	2-1

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

(流行初期医療確保措置関係部分抜粋)

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

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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。

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））

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(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。

⑥ 入院における特定・第一種・第二種感染症指定医療機関の役割

対応の方向性（案）

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

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

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

(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

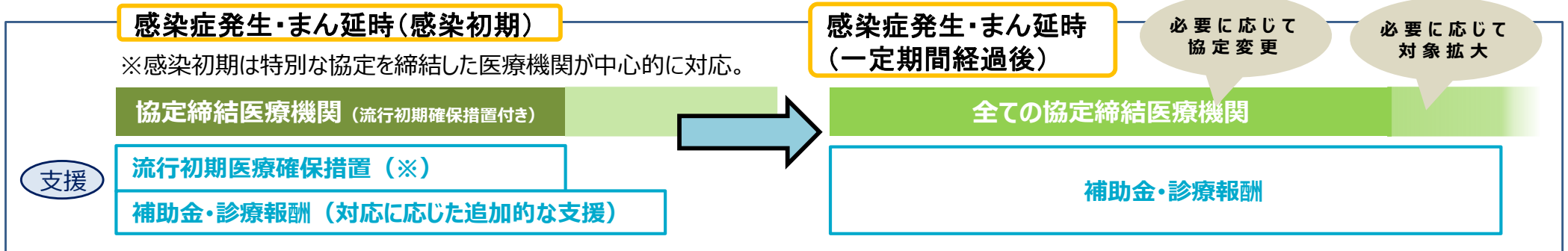
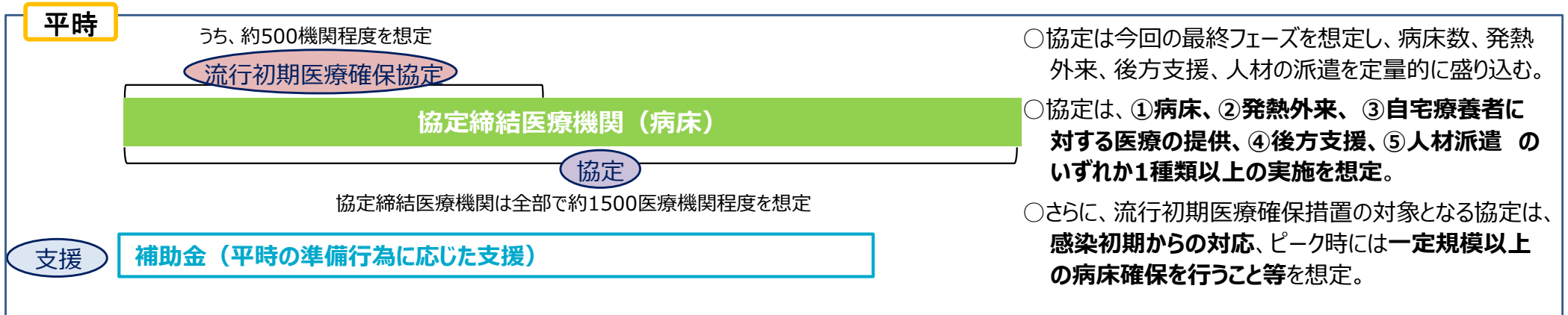
② 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(発熱外来)の数値目標・対象基準について

対応の方向性(案)

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

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。



（※）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。

流行初期医療確保措置

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

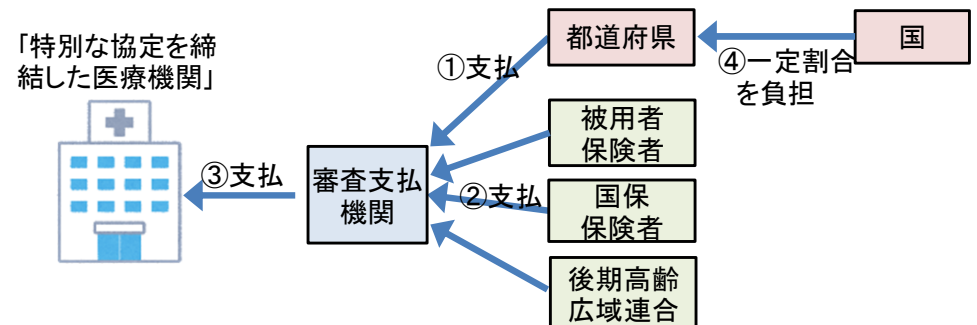
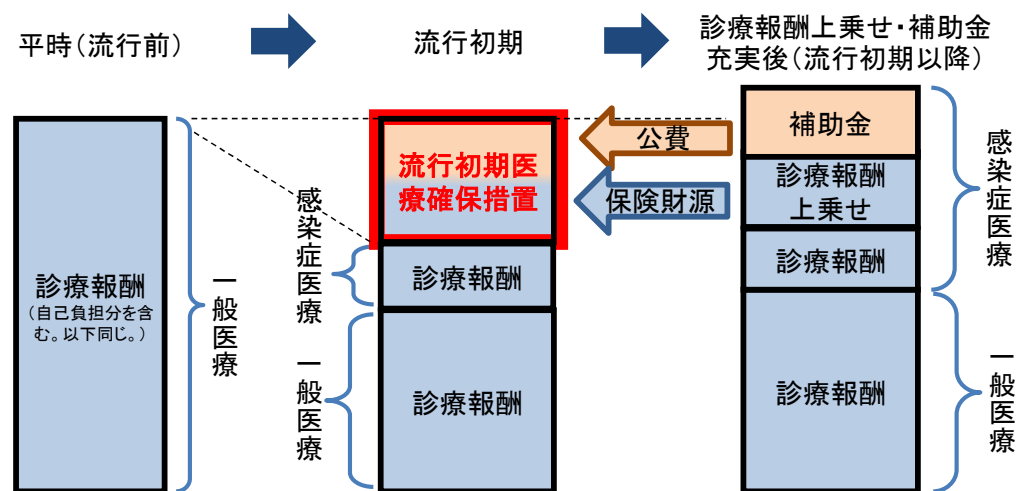
3. 費用負担

- 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。

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

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）



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

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

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

テーマ	いただいた御意見
<p>2. 各医療措置協定について (病床関係)</p>	<p><① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について> ・医療措置協定の確実な履行を担保するためには、確保病床の稼働に必要な人員体制など、可能な限り具体的に明示することが必要ではないか。</p>
	<p><② 流行初期医療確保措置の対象となる協定（特別な協定）締結医療機関（入院）の数値目標・対象基準について> ・都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化は、現実的には入院患者の移動等の対応準備等の期間も必要であることから、都道府県は医療機関と丁寧に協議をして進めていくべき。</p>
	<p><③ 疑い患者の取扱い> ・現在、新型コロナに対する検査の充実が図られ、コロナ疑いの患者は入院していないのが実態であり、その実態に応じて随時取り扱いの見直しができるようにすべき。 ・個室における差額ベッドの取扱いについて、疑い患者も含め明らかにすべき。（同意書さえあれば請求可能か。）</p>
	<p><④ 重症者用病床の確保について> ・重症者といってもECMOで対応する方や、ICUでの対応を要する方、人工呼吸器で対応する方など、一括りせずに、超重症と重症に分けて対応を考えるべきではないか。 ・重症病床の確保によって急性期が対応できなくなるようなことがないようにすべき。必要に応じて県を越えて対応するため、情報の共有をすべき。 ・重症病床においてはどれだけICUの看護師を確保できるかが重要であり、また、一般病棟のコロナ病棟においても、手厚い看護師の配置が必要であり、重症病床の確保と一般病床のコロナ病床の確保の両立が課題である。</p>

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

テーマ	いただいた御意見
	<p><⑤ 特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者、がん患者、外国人等）の病床確保></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患を有する患者は、独立して特別な対策が必要であり、深掘りして対策を考えるべき。 ・精神科救急の場合には常時対応型の病院と輪番病院群の病院に対して、協定締結などどのような対応を求めていくべきか。 ・感染予防のための行動制限と精神保健福祉法上の行動制限の整理がつかないと現場で混乱が起これるので、整理をすべき ・特に配慮が必要な患者の認知症患者については配慮すべき事項が大変多いと考えるが、認知症患者の配慮事項について具体的に例示すべきではないか。 ・コロナ病棟の入院患者は高齢者が大半であり、介護職やADL低下防止、血栓症予防のためのリハビリ専門職等の医師・看護師以外の多職種の人材確保も必要ではないか。 <hr/> <p><⑦ 地域医療構想との関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症のまん延時に、基準病床数の上限を超えて増床することを前提とするのではなくて、地域医療構想も進めて医療機能の強化・分化・連携を推進して、これによって感染症対応能力の向上を図るといった視点が重要である。 <hr/> <p><入院調整></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナでは保健所がかなりの部分の入院調整を担っていたが、新興感染症対応において役割を示すべき。 ・コロナにおいて入退院をどこでコントロールするかは非常に重要であったところであり、保健所との関係も含め、考えを示すべき。
(2) 発熱外来関係	<p><① 協定締結医療機関の対象基準・数値目標について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の実行性の担保が重要であり、発熱外来の協定締結医療機関数の目標設定にあたっては、感染症の特性に左右されることから、過不足なく確保するという視点を持って対応すべき。 ・救急医療機関における疑い患者等の対応について、協定締結との関係も含め指針等で示すべき。

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

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

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

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