

別添 1

厚生労働行政推進調査事業費補助金

新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業研究事業

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

令和 4 年度 総括研究報告書

研究代表者 岡部 信彦

令和 5 (2 0 2 3) 年 5 月

目 次

I. 総括研究報告書

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 …………… 1

岡部 信彦

(資料1)「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き
(案)」概要 …………… 1 2

(資料2)「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き
(案)」 …………… 1 8

II. 分担研究報告書

公衆衛生体制にかかる現状調査に関する検討 …………… 1 3 4

田辺 正樹

(資料3) 自治体アンケート結果 (都道府県結果集計) …………… 1 4 3

(資料4) 医療機関アンケート結果 …………… 1 8 9

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …………… 2 4 1

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 川崎市健康安全研究所 所長

研究要旨

1999年に制定された感染症法に基づき感染症に係る公衆衛生対策が実施されてきた。2020年1月から流行した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応にあたっては、様々な公衆衛生対策上の課題が見られた。本研究は、COVID-19対応に関する情報を収集し、今後求められる公衆衛生対策の見直しに係る評価を行い、都道府県・保健所設置市・特別区が感染症予防計画を作成する際の手引き（案）を作成することを目的に実施した。

手引き作成に向け、（1）47都道府県の感染症予防計画等を収集・分析し、各都道府県の現行の記載事項を把握した。次に、（2）47都道府県・20政令指定都市・医療機関を対象としたCOVID-19対応に係るアンケート調査を実施した。研究代表者（岡部）、研究分担者（田辺）に加え、本研究と関連の深い感染症関連の専門家や自治体関係者等様々な立場の研究協力者を加えた研究班において、アンケート項目を検討した。自治体向けには、2022年10月24日～2023年2月3日にかけて調査を実施し都道府県からは100%の回答を得た。医療機関向けには、2022年11月11日～2022年12月9日にかけて調査を実施し、特定感染症／第1種感染症指定医療機関16施設、第2種感染症指定医療機関82施設、感染対策向上加算1算定施設等（感染症指定医療機関を除く）230施設から回答を得た。

上記を参考に、（3）2022年12月の改正感染症法および基本指針の改訂方針を踏まえ「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き（案）」（以下、「手引き」という。）を作成した。

2022年12月の改正感染症法により、予防計画に記載事項が大幅に追加されたほか、保健所設置市区においても予防計画を定めるなど、感染症対策の一層の充実を図っていくこととなった。本手引きにおいては、予防計画の位置付けや法令上の記載事項・任意の記載事項等を整理し、予防計画改訂の概要を示した上で、新たに計画に追加された以下の数値目標の考え方を提示した。

- (1) 医療提供体制
- (2) 物資の確保
- (3) 検査体制
- (4) 宿泊療養体制
- (5) 人材の養成及び資質の向上
- (6) 保健所の体制整備

また、都道府県等が予防計画を作成する上で参考となるよう、基本指針の記載事項に合わせ、予防計画記載時の留意点を取りまとめた。

2023年5月、国の基本指針改訂に合わせ、予防計画作成の手引きを発出することで、各地域において感染症対策の再構築を検討する上での一助となることを期待している。

研究分担者

田辺 正樹（三重大学医学部附属病院・中央検査部・教授）

A. 研究目的

1999年に感染症法が制定され、同法に基づき感染症に係る公衆衛生対策が実施されてきた。2020年1月に指定感染症に位置付けられた新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の対応にあたっては、公衆衛生対策上、様々な課題が見られた。このような公衆衛生上重大な感染症への対応に際し、具体的に「何を、どの程度準備すべきか」を体系的に整理していく必要がある。そのため、

- ・ 感染症指定医療機関制度、病床確保
- ・ 宿泊療養・自宅療養、外来医療体制
- ・ 療養先調整、移送
- ・ 医療人材確保、物資確保
- ・ 保健所業務
- ・ 検査体制

等について、新型コロナウイルス感染症対策に関する情報を収集し、過去と比較しつつ、今後求められる公衆衛生対策に関する見直しの評価を行い、「都道府県・保健所設置市・特別区が感染症予防計画を作成する際の手引き(案)」を作成することを研究目的とする。

B. 研究方法

研究代表者(岡部)、研究分担者(田辺)に加え、本研究と関連の深い感染症関連の専門家や自治体関係者等様々な立場の研究協力者を加えた以下の班構成とした。

- ◎研究代表者：岡部 信彦(地方衛生研究所：川崎市健康安全研究所)
- 研究分担者：田辺 正樹(大学病院：三重大学)
- ・ 研究協力者：齋藤 智也(国立感染症研究所)
- ・ 研究協力者：加藤 康幸(大学：国際医療福祉大学)
- ・ 研究協力者：大曲 貴夫(感染症指定医療機関：国立国際医療研究センター)
- ・ 研究協力者：吉村 健佑(大学病院：千葉大学)
- ・ 研究協力者：調 恒明(地方衛生研究所：山口県環境センター)
- ・ 研究協力者：白井 千香(保健所長：枚方市保健所)
- ・ 研究協力者：宇野 智行(地方自治体：三重県医療保健部)
- ・ 研究協力者：小泉 祐子(地方自治体：川崎市健康福祉局感染症対策課)
- ・ 研究協力者：谷口 清州(感染症指定医療機関：三重病院)
- ・ 研究協力者：釜菴 敏(日本医師会)
- ・ 研究協力者：岩本 愛吉(国立研究開発法人日本医療研究開発機構)

研究代表者・研究分担者・研究協力者を交えた班会議を開催し、COVID-19 対応に係る課題の整理、アンケート調査項目の設定、手引き(案)の作成を行う。

現状分析調査として、

1. 47 都道府県の「感染症予防計画」に加え、関連する計画として「新型インフルエンザ等対策行動計画」、「医療計画(新興感染症等関連)」を収集・分析し、各都道府県の現行の記載事項の把握(研究分担者：田辺)
2. 47 都道府県・20 政令指定都市・医療機関を対象とした COVID-19 対応の現状に係るアンケート調査(研究分担者：田辺)を行った後、
3. 感染症法改正の内容および基本指針の改訂方針を踏まえ「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き(案)」を作成する。

なお、(1) 現行の都道府県の感染症予防計画等に関する資料整理、(2) アンケート調査の実施(郵送・回収・集計・分析)、(3) アンケート調査項目の検討や手引き(案)の取りまとめにかかる研究会議の運営にあたっては、膨大な業務量になることが想定されるため、短期間で効率的に研究を進めていく上で、外部シンクタンクを活用する。

(倫理面への配慮)

本研究は現状評価及び今後の体制整備についての研究であり、個人が識別可能なデータは取り扱わない。

C. 研究結果

1. 感染症関連の都道府県計画について

現行の都道府県予防計画を整理・分析した結果、計画作成にあたって参考となる「手引き」や「ガイドライン」は存在せず、国の基本指針を参考に記載されていることが分かった。2022年12月改正前の感染症法においては、表1・表2に示すように、基本指針は12の項目、予防計画は3つの項目を定めるものとされていたが、多くの都道府県において、法に規定されていない項目についても国の基本指針を参考に記載されていた(詳細は、別添4(分担研究報告書)に記載)。

そのため、手引き(案)の作成にあたっては、国の基本指針を基本とした構成とし、法律で規定されている必須項目のほか、法律で規定されていないものの多くの都道府県において記載されている事項については任意の項目として整理するなど、都道府県が計画を作成しやすい項立とした。

表1 ○基本指針において定める事項

- | | |
|---|------------------------|
| 一 | 感染症の予防の推進の基本的な方向 |
| 二 | 感染症の発生の予防のための施策に関する事項 |
| 三 | 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項 |
| 四 | 感染症に係る医療を提供する体制の確保に |

関する事項

- 五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
- 六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
- 七 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
- 八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
- 九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
- 十 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
- 十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項
- 十二 その他感染症の予防の推進に関する重要事項

表2 ○予防計画において定める事項

- 一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
- 二 地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
- 三 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項

2. COVID-19対応に係るアンケート調査

2022年10月24日～2023年2月3日にかけて、47都道府県・20政令指定都市を対象としたCOVID-19対応に係るアンケート調査を実施した。①医療（入院・外来・後方支援・臨時応急施設・人材派遣・訓練）、②宿泊療養・自宅療養・移送体制、③保健所体制、④検査体制、⑤備蓄、⑥情報共有について調査し全ての都道府県から回答を得た。

また、2022年11月11日～2022年12月9日にかけて、感染症指定医療機関、感染対策向上加算1算定施設等を対象に調査を実施した。①病院内の施設設備（受入体制・ゾーニング・検査）、②感染症病室の設備、③人材、④その他（院内感染対策・サーベイランス・備蓄等）について調査し、特定感染症/第1種感染症指定医療機関16施設、第2種感染症指定医療機関82施設、感染対策向上加算1算定施設等（感染症指定医療機関を除く）230施設から回答を得た。詳細は、別添4（分担研究報告書）記載した。

3. 都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き（案）の作成

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（令和4年法

律第96号）により、感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成11年厚生省告示第115号。以下「基本指針」という。）に定めるべき事項が追加されたこと等に伴い、改正された基本指針の内容を踏まえ、都道府県、保健所設置市及び特別区（以下、「都道府県等」という。）が予防計画を作成する上で参考となる手引き（案）を作成した。

手引きは、（第1章）背景と目的、（第2章）予防計画改定の概要、（第3章）予防計画改定についての3章構造で記載した。以下に手引きの概要を記載する。

（第1章）背景と目的

感染症法第9条において国が基本指針を定めること、感染症法第10条において、基本指針に則して都道府県が予防計画を定めることとされている（図1）。また、医療法における医療計画において、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が規定されたため、医療計画との整合性をとる必要がある。さらに、地域保健法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もとる必要がある

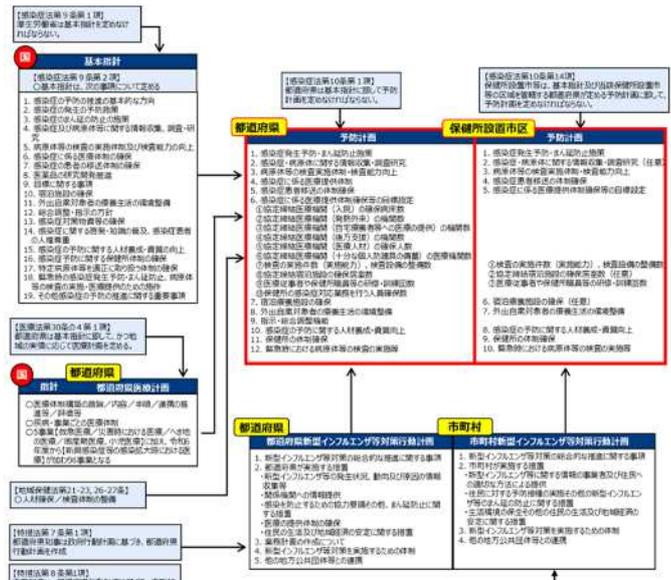


図1 予防計画の法的位置づけ

予防計画策定の手順として、都道府県においては、今般の新型コロナ対応を含めて最新の知見に基づいて既存の予防計画の時点修正を行いつつ、改正感染症法にて追記された事項について、国が定める基本指針及び本手引き等を参考に新規事項や改定事項につき見直しをしていくことが想定される。また、保健所設置市及び特別区（以下、「保健所設置市区」という。）においては、新たに予防計画を策定することとなるため、都道府県連携協議会等での議論を踏まえ、都道府県予防計画の策定と合わせて記載していくことが想定される。

都道府県予防計画における記載事項として法令で定められているものとして、既存の予防計画の必

須項目を表3のA欄、改正感染症法（令和6年4月1日施行予定）で追加された項目を表3のB欄に○で示した。これまで、予防計画は国の基本指針に準じた構成で記載され、法令上の記載事項となっていない項目についても記載している都道府県が多い。そのため、法令事項ではないものの基本指針に準じて記載が検討される項目（基本指針の一、十三、十四、十五）は、（任意）として表に示した。保健所設置市区における予防計画は今回新たに策定する

ものであり、国の基本指針や当該都道府県の予防計画を参考に作成されることが想定される。保健所設置市区の予防計画において必須の記載事項を○で、任意の記載事項について△で示した。基本指針の四、十、十四は、都道府県が一義的・中心的に行うものであるが、都道府県と同様に対応可能な保健所設置市区においては、当該事項を定めるよう努めるものとされおり、任意（△）で示した。

A：既存計画：既存の予防計画の項目に含まれる
 B1：改正感染症法（令和6年4月1日施行予定）で追加された項目
 B2：追加項目のうち、数値目標が必要な項目

表3 予防計画に記載が求められる項目（一覧）

○必須、△任意

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					保健所設置市区 予防計画 の項目
	新	旧	A: 既存	B1: 新設	B2: 数値 目標	
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	(任意)					
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項 三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	○			○
四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項（感染症法第10条第2項第2号）	(新設)		○		△
五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項（感染症法第10条第2項第3号）	(新設)		○		○
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	二 地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	○			
七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項（感染症法第10条第2項第5号）	(新設)		○		○
八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項						
九 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項	六 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項（感染症法第10条第2項第6号）	(新設)		○		○
	1. 協定締結医療機関（入院）の確保病床数（感染症法施行規則第1条の2第1項第1号）	(新設)		○	○	
	2. 協定締結医療機関（発熱外来）の機関数（同項第2号）	(新設)		○	○	
	3. 協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数（同項第3号）	(新設)		○	○	
	4. 協定締結医療機関（後方支援）の機関数（同項第4号）	(新設)		○	○	

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					保健所設置市区 予防計画 の項目
	新	旧	A: 既存	B1: 新設	B2: 数値 目標	
	5. <u>協定締結医療機関(医療人材)の確保人数</u> (同項第5号)	(新設)		○	○	
	6. <u>医療措置協定に基づき個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の数</u> (同項第6号)	(新設)		○	○	
	7. <u>検査の実施件数(実施能力)、検査設備の整備数</u> (同項第7号)	(新設)		○	○	○
	8. <u>協定締結宿泊施設の確保居室数</u> (同項第8号)	(新設)		○	○	△
	9. <u>医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数</u> (同項第9号)	(新設)		○	○	○
	10. <u>保健所の感染症対応業務を行う人員確保数、即応可能なIHEAT要員の確保数(IHEAT研修受講者数)</u> (同項第10号)	(新設)		○	○	○
十 <u>宿泊施設の確保に関する事項</u>	七 <u>宿泊施設の確保に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第7号)	(新設)		○		△
十一 <u>新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項</u>	八 <u>第四十四条の三の二第一項に規定する新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は第五十条の三第一項に規定する新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第8号)	(新設)		○		○
十二 <u>感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針に関する事項</u>	九 <u>第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第9号)	(新設)		○		
十三 <u>第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項</u>	(任意)					
十四 <u>感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</u>	(任意)					△
十五 <u>感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</u>	十 <u>感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第10号)			○		○
十六 <u>感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</u>	十一 <u>感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第11号)	(新設)		○		○
十八 <u>緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策(国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項</u>	十二 <u>緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策(国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第12号)		○			○
						○

(第2章) 予防計画改定の概要

予防計画に追記すべき事項について、項目ごとに法改正の背景等を整理した。また、今般の法改正に

より新たに設定された都道府県等が定める数値目標(表4)及び基本的な考え方を記載した。

表4 設定する数値目標について

数値目標を設定する事項	数値目標
(1) 医療提供体制 (※)	① 病床数 ② 発熱外来機関数 ③ 自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数 (病院・診療所数、薬局数、訪問看護事業所数) ④ 後方支援を行う医療機関数 ⑤ 他の医療機関に派遣可能な医療人材数 (医師数、看護師数)
(2) 物資の確保 (※)	⑥ 個人防護具を十分に備蓄している協定締結医療機関の数
(3) 検査体制 (○) (※)	⑦ 検査の実施能力、地方衛生研究所等における検査機器の数
(4) 宿泊療養体制 (※)	⑧ 宿泊施設の確保居室数
(5) 人材の養成及び資質の向上 (○)	⑨ 医療機関並びに保健所職員や都道府県職員に対する年1回以上の研修及び訓練の回数
(6) 保健所の体制整備 (○)	⑩ 流行開始から1か月間において想定される業務量に対応する人員確保数 即応可能なIHEAT要員の確保数 (IHEAT研修受講者数)

【数値目標の基本的な考え方】

- 対応する感染症については、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。
- 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への対応を念頭に取り組む。
- 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 ※ (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。
 - ・ ※ 感染症法に基づく、厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生の公表 (新興感染症に位置付ける旨の公表)。
- 流行初期 (3ヶ月を基本とする) は、まずは発生の公表前から対応実績のある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、感染症指定医療機関の実際に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。

- 流行初期以降は、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。
- 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。

【協定に係る数値目標の考え方】

- 新興感染症の対応体制を構築する際には、医療提供体制、検査体制、宿泊療養体制については、それぞれ整合性を図りつつ、数値目標を設定することが重要である。
- 感染症危機の流行初期段階より保健・医療提供体制を早急に立ち上げる必要がある、という改正法の趣旨から、流行初期及び流行初期以降ともに、協定により担保する数値目標を設定することが求められる。
- 流行初期の対応について
 - ・ 医療提供体制は発生の公表後1週間以内に立ち上げる目標を設定する。
 - ・ 検査体制および宿泊療養体制は医療提供体制に比べ、立ち上がりには一定の時間を要することから、発生の公表後1ヶ月以内に立ち上げる目標を設定する。
- 流行初期以降の対応について
 - ・ 医療提供体制は、発生の公表後遅くとも6ヶ月以内の時点の目標値とする。
 - ・ 検査体制、宿泊療養体制等については、民間検査機関等が今後も新型コロナ対応と同規模で事業を継続していることが不透明であることや、国内の一般の宿泊需要に左右されることを踏まえ、定性的な協定でもよいこととする。

※ 物資の備蓄については、流行初期、流行初期以降を通じて、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間を想定し、設定する。

【各数値目標の考え方】

(1) 医療提供体制 (入院/発熱外来/自宅療養者への医療の提供/後方支援/医療人材派遣)

「第8次医療計画等に関する検討会」における意見のとりまとめ (令和5年3月20日) を踏まえ、設定する (図2・表5)。

医療提供体制に係る数値目標の考え方等について

〈設定する数値目標〉

1 流行初期（3ヶ月まで）

- 発生の公表後1週間程度から、流行初期の期間の3ヶ月までの間は、新型コロナ発生の公表後約1年後（最初の冬に相当の波が発生）の入院・外来の患者数の規模に、前倒しで対応できるよう、
 - ・ 入院患者数：約1.5万人
 - ・ 発熱外来患者数：約3.3万人
- 新型コロナ対応において、相当の対応を行ってきた医療機関を念頭に、体制を確保することを目指す。

➡ 病床：約1.9万床（約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関（約500機関）で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）
 発熱外来：約1500機関（約3.3万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、200床以上の新型コロナ患者の入院可能な診療・検査医療機関で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）

2 流行初期以降（①3ヶ月後、②その後3ヶ月（6ヶ月）まで）

- ① 流行初期以降開始直後については、流行初期対応を行っている公的医療機関等も加わり、体制を確保することを目指す。

➡ 病床：約3.5万床（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）
 発熱外来：約5300機関（+約3800機関：同上）

- ② その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値（R4.12）の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速やかに（その後3ヶ月程度かけて）確保することを目指す。

➡ 病床：約5.1万床
 発熱外来：約4.2万機関

➡ 病床：まずは約5.1万床を確保している約3000機関（うち重点医療機関約2000）との協定の締結を促す。
 発熱外来：まずは約4.2万医療機関との協定の締結を促す。

医療提供体制確保のイメージ図

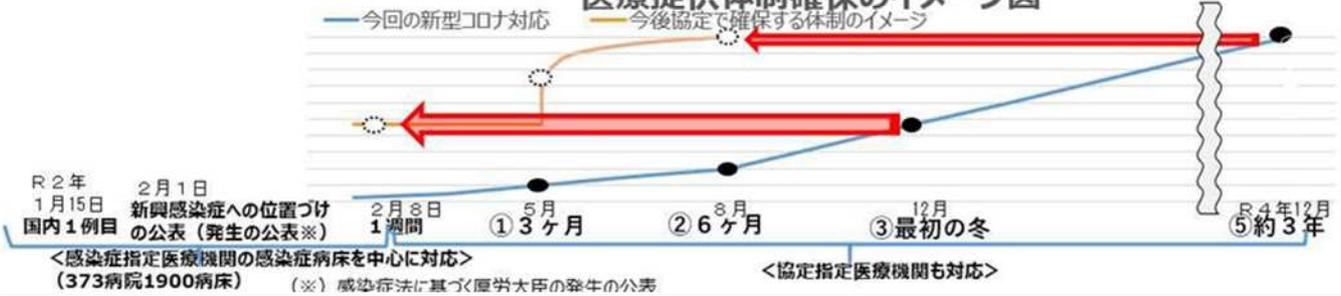


図2 医療提供体制に係る数値目標の考え方等について

表5

項目	協定締結対象	① 流行初期（初動対応）				② 流行初期以降			
		対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け
① 入院	医療機関	厚生労働大臣の公表後1週間	新型コロナ発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの入院病床数	床	協定締結医療機関との数値入りの協定	厚生労働大臣の公表後遅くとも6か月以内	新型コロナ対応で確保した最大の体制《入院病床数》 ※2022年12月時点 流行初期以降開始時点： 流行初期に対応していない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）	床	協定締結医療機関との数値入りの協定
② 発熱外来	医療機関		発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの診療・検査機関数	機関			新型コロナ対応で確保した最大の体制《診療・検査機関数》 ※2022年12月時点 流行初期以降開始時点： 流行初期に対応していない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）		

③ 自宅療養者への医療の提供	医療機関 薬局 訪問看護		新型コロナ対応で確保した最大値の体制《自宅療養者等への医療提供機関》	機関	協定締結機関との数値入りの協定を前提
④ 後方支援			新型コロナ対応で確保した最大値の体制《後方支援医療機関》	機関	
⑤ 医療人材の確保人数 (派遣可能数)	医療機関		新型コロナ対応での最大値の体制《派遣人材数》	人	

(2) 協定締結医療機関における个人防护具(PPE)の確保

- 協定締結医療機関等(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所、検査機関、宿泊施設)では、協定において个人防护具(PPE)の備蓄について規定することができる(任意的事項)。
- 協定で締結する場合には、医療機関(病院、診療所、訪問看護事業所)との協定において、PPEの各品目(※)について、その施設の使用量2ヶ月分以上の備蓄を行うことを推奨しており、各医療機関等は協定において当該医療機関等におけるPPEの備蓄の品目及び数量を定める。
※ サージカルマスク、N95マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋

- 都道府県は予防計画において、協定締結医療機関等(病院、診療所、訪問看護事業所)において个人防护具の備蓄を十分に行う医療機関等の数を目標として設定する。
- 具体的には、協定締結医療機関のうち、8割以上の施設が、協定により5物資についてその施設の2ヶ月分以上に当たる各種PPEの備蓄を行うことを目標とする。
※ 「8割」については、使用量1ヵ月分以上の備蓄を確保する医療機関が各PPEで82%以上となっていることを踏まえて設定する。
- 予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定(目標値)の対象施設は、医療体制については、病院、診療所及び訪問看護事業所とする(表6)

表6 PPE備蓄に係る目標設定の対象施設・協定内容(赤色部分が対象)

	協定内容						
	入院	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供	後方支援	人材派遣	検査	宿泊療養
病院							
診療所							
薬局							
訪問看護事業所							
検査機関							
宿泊施設							

- 予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定(目標値)の対象施設・物資(品目)は、病院、診療所及び訪問看護事業所において5物資全部とする。

定しない。

- 都道府県は保健所設置市区分も含めた都道府県内全体の数値目標を設定する。

(3) 検査体制

- 数値目標における検査の対象は、「有症状者」や「濃厚接触者」とする。
- 数値目標における検査の種類は、核酸検出検査(PCR検査等)とする。実際の感染拡大時には、抗原検査の活用も想定されるが、新型コロナ対応の経験なども踏まえると、抗原検査の実用化には一定の時間が必要となると考えられることから、数値目標における検査の対象としては想

(流行初期)

- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後1ヶ月以内に、発熱外来で対応する患者数に対応できるように、地方衛生研究所等における対応を中心としつつ、医療機関等においても一定の対応を行うことを想定し、表7のとおりする。

表7 流行初期の検査の目標設定

		検査の実施能力	検査機器の数
内 訳	地方衛生研究所等	B件/日 【考え方】 新型コロナウイルス感染症対応で確保した体制を踏まえた最大検査能力とする。	●台 【考え方】 検査の実施能力に相当する数とする。
	医療機関* 民間検査機関等	C件/日 【考え方】 C=A-B とする。	
全 体		A件/日 【考え方】 協定締結医療機関（発熱外来）における、1日の対応可能人数以上とする。	

* 検体採取及び検査の実施まで行うものに限る。

(流行初期以降)

- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6ヶ月以内に、発熱外来で対応する患者数に対応できるよう、表8のとおりとする。

表8 流行初期の検査の目標設定

		検査の実施能力	検査機器の数
内 訳	地方衛生研究所等	B件/日 【考え方】 新型コロナウイルス感染症対応で確保した体制を踏まえた最大検査能力とする。	●台 【考え方】 検査の実施能力に相当する数とする。
	医療機関* 民間検査機関等	C件/日 【考え方】 C=A-B とする。	
全 体		A件/日 【考え方】 協定締結医療機関（発熱外来）に、新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における1医療機関の1日当たりの平均検体採取人数を乗じたものとする。(注)	

* 検体採取及び検査の実施まで行うものに限る。

(注) 全体の検査の実施能力の数値目標の設定の具体的方法について

- 以下の、①×②+③×④で設定する。
- ① 各都道府県の協定締結医療機関（発熱外来・病院）数
 - ② 各都道府県における過去最大の感染拡大時（2ヶ月程度）における、G-MIS の「病院」の「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」について、1医療機関の1日当たり平均の数
 - ※ 「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」を「入力医療機関数」で除して、1医療機関当たりの検体採取人数を算出する。
 - ③ 各都道府県の協定締結医療機関（発熱外来・診療所）数
 - ④ 各都道府県における過去最大の感染拡大時（2ヶ月程度）における、G-MIS の「診療所」の「新型コロナウイルス

検査実施（検体採取）総人数」について、1医療機関の1日当たり平均の数

※ 「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」を「入力医療機関数」で除して、1医療機関当たりの検体採取人数を算出する。

- 保健所設置市区においては、当該保健所設置市区の地方衛生研究所等における数値目標を設定することを基本とする。なお、保健所設置市区も民間検査機関等と検査等措置協定を締結することができるため、民間検査機関等における数値目標を設定することも可能である。
- 地方衛生研究所等を有しない保健所設置市区においては、近隣の地方衛生研究所等を有する保健所設置市区や地方衛生研究所等との連携などにより設定した数値目標を括弧書きとして記載すること。なお、地方衛生研究所等を有しない保健所設置市区における検査設備の整備数は、数値目標の設定として求めないこととする。

(4) 宿泊療養体制

- 数値目標における宿泊施設の確保居室の対象は、民間事業者だけでなく公的施設も含むものとする。

(流行初期：発生公表後1ヶ月以内)

- 宿泊療養体制については、病原性の明らかではない感染症に対して、流行初期は入院医療を中心とした体制となることが考えられるが、重症者を優先する医療提供体制への移行を想定し、令和2年5月頃の宿泊施設の確保居室数を目指して確保するものとする。
- 令和2年5月頃時点で、宿泊施設を確保していなかった都道府県においては、患者の発生に備えて、当該都道府県が今般の新型コロナ対応の中で宿泊療養施設を立ち上げ時点における宿泊療養の確保居室数を目指して確保するものとする。
- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後1ヶ月以内は民間事業者が対応できない場合も考慮して、公的施設における対応も考慮する。

(流行初期以降：発生公表後6ヶ月以内)

- 新型コロナウイルス感染症での対応において最大の確保数であった令和4年3月頃の宿泊施設の確保居室数を目指して確保していくことを目安とする。また、国内の一般の宿泊需要に左右されること等を踏まえ、可能な限り確保居室数を担保した協定を締結することを目指しつつ、定性的な内容による協定の締結でもよいこととする。
- 定性的とは数値入りの協定の締結を目指しつつ、地域の実情に応じ、数値を明記せずに感染症危機発生時に詳細な要件を確定する協定を想定。定性的な協定で数値目標を協定に含めることが

できない場合、設定した目標と差分が生じることとなるが、感染症危機が実際に発生した際には、その差分を迅速に解消できるよう、迅速に宿泊施設と協議を行うこととする。

(5) 人材の養成・資質の向上

- 国内において感染者が減少している感染症に関する知見を十分有する者が少なくなっている一方で、新たな感染症対策に対応できる知見を有する医療現場で患者の治療に当たる感染症の医療専門職の他にも、介護施設等でクラスターが発生した場合に適切な感染拡大防止対策を行うための感染管理の専門家、感染症の疫学情報を分析する専門家、そして行政の中においても感染症対策の政策立案を担う人材など多様な人材が改めて必要となっている。
- 協定締結医療機関の医療従事者、保健所職員、都道府県職員及び保健所設置市区職員（以下、都道府県職員等）を対象に、研修・訓練を年1回以上実施することを数値目標とする。

(協定締結医療機関)

- 協定医療機関の研修と訓練への参加又は実施を年1回以上とする。数値目標としては都道府県内の協定締結医療機関の全てが、研修と訓練の実施又は国や国立感染症研究所、都道府県、他の医療機関等が実施する研修と訓練及び広域的な人材派遣が想定されるDMATの研修に職員を参加させることとなる。
- 数値目標の達成状況の把握においては、研修を実施した回数ではなく、各協定締結医療機関が年1回以上研修と訓練を実施又は参加させたかどうかを把握し、全ての医療機関が実施又は参加させることが目標である。
- 研修・訓練、加えて病床確保の協定を締結する医療機関にあつては、院外から移送された患者の受入れの流れを考慮した訓練等を想定する。

(保健所)

- 都道府県等や保健所が主催する研修や訓練を年1回以上とする。数値目標としては感染症有事体制に構成される人員を対象に、全員が年1回研修を受講できるよう実施した回数となる。
- 研修・訓練については、職員等の参集を含めた初動対応の訓練など、感染症有事における早期の体制確立に資する内容が求められる。必要に応じて、PPEを着用した訓練等の実施も想定される。感染症有事体制に構成される人員は保健所職員、本庁等からの応援職員、IHEAT 要員、市町村からの応援派遣等を想定。

(都道府県職員等)

- 都道府県が主催する研修や訓練を年1回以上とする。数値目標としては都道府県が開催した研修や訓練の回数となる。

- 都道府県職員等は主に感染症対策を行う部署に従事する職員とし、地方衛生研究所等の職員を含む。
- 研修・訓練の内容については、関係機関と連携した PPE の着脱や移送に係る研修・訓練等を想定するが、都道府県等で関係機関と調整して内容を設定してもよい。
- なお、国や国立感染症研究所等が実施する研修への参加に派遣した場合も数値目標に含めることにする。

(6) 保健所の体制整備

- 保健所においては、新興感染症の流行開始（発生の公表）から多くの感染症対応業務が発生することを想定し、業務ひっ迫防止のため、流行開始と同時に感染症有事体制に移行する（図3）。具体的には都道府県等において以下の対応を取る。
 - ・ 流行開始から1ヶ月間の業務量に十分に対応可能な感染症有事体制を検討し、当該体制を構成する職員（保健所職員や本庁等からの応援職員、IHEAT要員等）を確保する（※）。
 - ・ また、積極的疫学調査等の専門性を必要とする業務に係る即応可能な外部応援体制を構築するため、支援可能なIHEAT要員を確保する。
 - ・ 平時からICTを活用しつつ、さらに、流行開始から外部委託や都道府県への業務の一元化、派遣職員の活用等を推進する。
 - ・ 職員等による即応体制を確実に構築する観点から、実践型訓練を含めた感染症対応研修を全ての対象者が年1回以上受講する。
- （※）急速な感染拡大が起きた場合においても保健所業務がひっ迫しないような有事体制を構築しておく必要があることから、地域の実情にもよるが、例えば、新型コロナウイルスがオミクロン株に変異したいわゆる「第6波」と同規模の感染が流行初期に発生した場合の、流行開始から1ヶ月間の業務量に対応可能な人員確保数を想定。
- 都道府県等においては、以下を数値目標とする。
 - ・ 保健所における流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数
 - ※ 保健所ごとの内訳も記載すること。
 - ・ IHEAT要員の確保数
 - ※ 即応人材を確保する観点から、IHEAT研修の受講者数を記載すること。

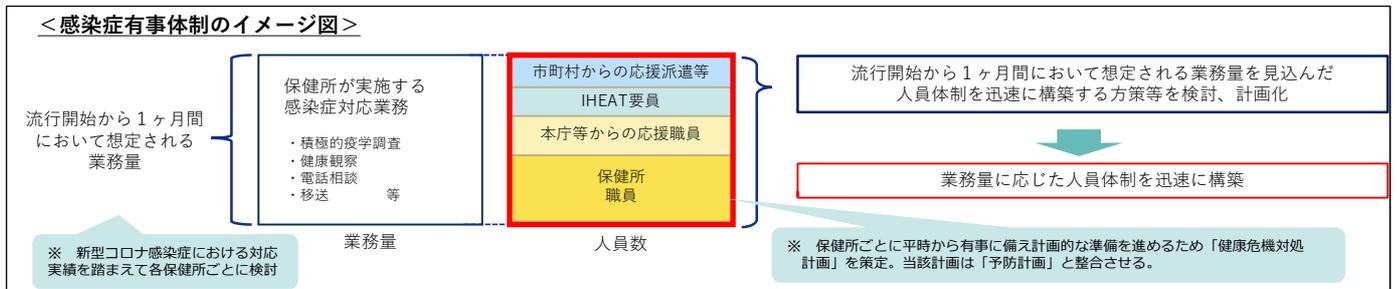


図3 保健所における感染症有事体制のイメージ

(第3章) 予防計画改定について

都道府県が予防計画を策定する際の参考となるよう、表左に基本指針のうち都道府県等が関わる主な改定箇所を抜粋（改定箇所の下線）した。予防計画は、国の記載事項を参考に都道府県等において地域の実情に応じて検討して記載することとなるが、特に都道府県の実情に応じて検討が期待される箇所や、基本指針において「予防計画を策定するにあたっての留意点」として記載されている事項などをポイントとして表右欄に記載した。

D. 考察

前回の感染症パンデミックである2009年の新型インフルエンザ (A/H1N1) への対応後、国においては新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定や新型インフルエンザ等対策政府行動計画を策定し、次のパンデミックへの備えを行ってきた。しかし、2020年1月に発生したCOVID-19への対応にあたっては、当初想定されていなかった様々な対応が必要となった上、3年以上の長期にわたってパンデミック対応を行う必要が生じた。

今般のパンデミック対応を教訓に、次のパンデミックへの備えとして、医療計画の6事業目として、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されるとともに、感染症法に基づく基本指針、予防計画の内容も大幅に見直された。

各都道府県等において、次のパンデミックへの備えを検討するにあたり、COVID-19対応を振り返りが必要となってくる。その際の参考となるよう、自治体及び医療機関を対象にアンケート調査を行い、各自治体の立ち位置や、各自治体の対応事例など参考となる資料の作成を行った。

予防計画の作成にあたっては、国の基本指針を参考に、現行の予防計画を改定していくこととなるが、2022年12月の感染症法等の改正により、都道府県連携協議会の創設、医療機関等との協定の締結、数値目標の設定など、予防計画の記載事項が大幅に変更されたこと、また、保健所設置市区においても予防計

画の作成が必要となったことを受け、予防計画作成の際の一助となるよう、手引きを作成した。

中でも数値目標の考え方については、本手引きに具体的に記載されているため、予防計画策定にあたって本手引きが活用されることを期待している。

しかし、計画は作れば終了というものではなく、PDCAサイクルにより、進捗確認を行い、見直しを図っていく必要がある。また、種々の協定が有効に機能するためには、医療機器等の整備、個人防護等の備蓄、医療従事者・行政担当者の育成・訓練等を平時から行っていくことが重要である。

E. 結論

都道府県等が感染症予防計画を作成する際の参考となるよう、各都道府県の現行予防計画等の調査、COVID-19対応に係るアンケート調査結果を行った後、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き（案）」を作成した。

本研究が、都道府県等の予防計画作成の一助となるほか、次のパンデミックへの備えを検討する上での参考資料となることを期待している。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き（概要版）

第1章では、新型コロナ発生後の法改正の概要と経緯を示した。第2章では、予防計画改定の考え方（数値目標の考え方を含む）を示した。第3章では、基本指針の項目を軸に、予防計画に追記すべき事項を示した。

第1章 背景と目的

予防計画の法的な位置づけや予防計画策定・改定の背景を記載。

第2章 予防計画改定の概要

2.1 予防計画に記載される事項について

予防計画に追記される事項について、以下の事項ごとに法改正の背景と課題、改定の概要等、予防計画改定の際に参考になる考え方を記載。

予防計画に記載される事項

一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項
三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保・まん延防止措置に必要な体制確保に係る 目標に関する事項
七 宿泊施設の確保に関する事項
八 外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項
九 総合調整又は指示の方針に関する事項
十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項
十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項
十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策

2.2 数値目標の考え方

予防計画に追記される事項のうち、数値目標に係る部分についてその算定の考え方を記載。

■数値目標の基本的な考え方
(対応を想定する疾患、数値目標の時点)

算定方法

■設定する数値目標・個別の考え方

- ①病床数、②発熱外来機関数、
- ③自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数（病院・診療所数、薬局数、訪問看護事業所数）
- ④後方支援を行う医療機関数
- ⑤他の医療機関に派遣可能な医療人材数（医師数、看護師数）
- ⑥個人防護具を十分に備蓄している協定締結医療機関の数
- ⑦検査の実施能力、地方衛生研究所等における検査機器の数
- ⑧宿泊施設の確保居室数
- ⑨医療機関並びに保健所職員や都道府県職員に対する年1回以上の研修及び訓練の回数
- ⑩最大業務量を見込んだ人員確保数、 ⑪IHEATの研修を受けた数

■数値目標を設定する際の手順（例）

上記の算定方法に基づいて数値目標を設定する際の必要となるデータ等やその整理方法の例を記載

第3章 予防計画改定について

基本指針の項目を軸に追記すべき事項及び留意点について記載するとともに、数値目標の記載表イメージを添付。

【第1章】

第1章では、感染症法等の改正の背景及び予防計画の改正の全体像を記載した。また、予防計画に定めるべき事項について、新旧項目を含めて整理。

予防計画の記載事項	区分	数値目標	(保健所設置市区) 予防計画の項目
一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項			○
二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	(新設)		△
三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	(新設)		○
四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項			
五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	(新設)		○
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保・まん延防止措置に必要な体制確保に係る目標に関する事項	(新設)		○
1. 協定締結医療機関（入院）の確保病床数	(新設)	○	
2. 協定締結医療機関（発熱外来）の機関数	(新設)	○	
3. 協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数	(新設)	○	
4. 協定締結医療機関（後方支援）の機関数	(新設)	○	
5. 協定締結医療機関（医療人材）の確保人数	(新設)	○	
6. 協定締結医療機関（十分な個人防護具の備蓄）の医療機関数	(新設)	○	
7. 検査の実施件数（実施能力）、検査設備の整備数	(新設)	○	○
8. 協定締結宿泊施設の確保居室数	(新設)	○	△
9. 医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数	(新設)	○	○
10. 保健所の感染症対応業務を行う人員確保数	(新設)	○	
七 宿泊施設の確保に関する事項	(新設)		△
八 外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項	(新設)		○
九 総合調整又は指示の方針に関する事項 (第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項)	(新設)		
十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項			
十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項	(新設)		△
十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策			○

【第2章】 2.2 数値目標の考え方《前提条件》

第2章では、予防計画改定の考え方を示した。特に数値目標については前提条件等を明確にし、個別の項目ごとに算定方法を詳細に記載。以下に前提条件部分を抜粋。

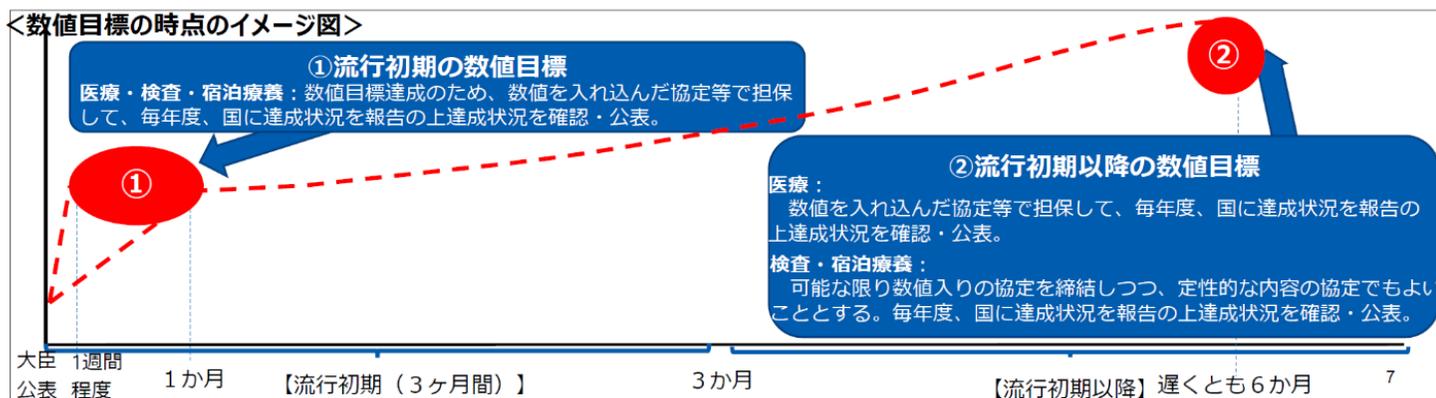
- 対応する感染症は、**新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。）及び新感染症**を基本とする。
- 感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる**新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に取り組む**。
- 国内での感染発生早期（新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表※1）（以下単に「発生の公表」という。）前までの段階は、現行の感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する。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) 感染症法に基づく、厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生の公表（新興感染症に位置付ける旨の公表）。

【流行初期の対応】について

- まずは発生の公表前から対応実績のある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、国が感染症指定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。
 - ✓医療提供体制は**発生の公表後1週間以内**に立ち上げる目標を設定する。
 - ✓検査体制および宿泊療養体制は**発生の公表後1ヶ月以内**に立ち上げる目標を設定する。

【流行初期以降の対応】について

- 流行初期の対応に加え、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。
 - ✓医療提供体制は、発生の公表後遅くとも**6ヶ月以内**の時点の目標値とする。
 - ✓検査体制、宿泊療養体制等については、民間検査機関等が今後も新型コロナ対応と同規模で事業を継続していることが不透明であることや、国内の一般の宿泊需要に左右されることを踏まえ、定性的な協定でもよいこととする。



第2章 2.2 数値目標の考え方(1/2)

予防計画改定のうち数値目標については、算定方法の詳細を記載するとともに考え方の全体像を整理。

区分	項目	協定締結対象	①流行初期（初動対応）				②流行初期以降			
			対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け
(1) 医療提供体制	①入院	医療機関	厚生労働大臣の公表後1週間	新型コロナ発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの入院病床数	床	協定締結医療機関との数値入りの協定	厚生労働大臣の公表後遅くとも6か月以内	新型コロナ対応で確保した最大の体制《入院病床数》 ※2022年12月時点	床	協定締結医療機関との数値入りの協定
	②発熱外来	医療機関		発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの診療・検査機関数	機関			流行初期以降開始時点： 流行初期に対応している医療機関に加えて、対応可能な民間医療機関、公的医療機関等が対応		
	③自宅療養者への医療の提供	医療機関 薬局 訪問看護			新型コロナ対応で確保した最大の体制《診療・検査機関数》 ※2022年12月時点			機関	流行初期以降開始時点： 流行初期に対応している医療機関に加えて、対応可能な民間医療機関、公的医療機関等が対応	
	④後方支援				新型コロナ対応で確保した最大の体制《自宅療養者等への医療提供機関》				機関	
	⑤医療人材の確保人数（派遣可能数）	医療機関			新型コロナ対応での最大の体制《派遣人材数》			人	新型コロナ対応で確保した最大の体制《派遣人材数》	
(2) 物資の確保	⑥備蓄している医療機関の数	医療機関	（各協定締結の時期に準じる）	協定締結医療機関のうち【8割以上】の施設が当該施設の使用量【2カ月分以上】にあたるPPEを備蓄	機関	協定で備蓄量を規定	（各協定締結の時期に準じる）	協定締結医療機関のうち【8割以上】の施設が当該施設の使用量【2カ月分以上】にあたるPPEを備蓄	機関	協定で備蓄量を規定

第2章 2.2 数値目標の考え方(2/2)

(続き)

区分	項目	協定締結対象	①流行初期（初動対応）				②流行初期以降				
			対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	
(3) 検査体制	⑦-1 検査の実施能力	地方衛生研究所等	厚生労働大臣の公表後1か月	協定締結医療機関（発熱外来）における、1日の対応可能人数以上とする。	件/日	※公的機関のため協定外の対応	厚生労働大臣の公表後遅くとも6か月以内	協定締結医療機関（発熱外来）数に、新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における1医療機関の1日当たりの平均検体採取人数を乗じたものとする。	件/日	可能な限り数値入りの協定を締結しつつ、定性的な内容の協定もよいこととする。	
		医療機関、民間検査機関等			件/日	協定締結機関との数値入りの協定					
	⑦-2 地方衛生研究所等の検査機器の数	検査の実施能力に相当する数とする。		台		検査の実施能力に相当する数とする。					台
(4) 宿泊療養体制	⑧ 宿泊施設確保居数	宿泊施設	厚生労働大臣の公表後1か月	新型コロナ対応時（2020年5月頃）の実績を参考に設定 ※当時宿泊施設を開設していなかった自治体も、開設を想定	室	協定締結機関との数値入りの協定		新型コロナ対応での最大値の体制《宿泊施設》	室		
(5) 人材の養成・資質の向上	⑨ 研修・訓練回数	—	【平時】協定締結医療機関、保健所職員及び都道府県等職員に対する研修及び訓練を1年1回以上実施する								
(6) 保健所の体制整備	⑩ 人員確保数	—	厚生労働大臣の公表後1か月	想定される業務量に対応する人員確保数 ※保健所ごとの内訳も記載。	人						
		—	【平時】IHEAT研修の受講者数								

第3章 予防計画改定について

第3章では基本指針の項目を軸に追記すべき事項及び留意点について記載するとともに、数値目標の記載表イメージを添付。

都道府県において実際に検討する手順をイメージし、【基本指針／予防計画】を二段表で整理するとともに、最終的な目標値一覧イメージを整理

予防計画改定の検討イメージ

数値目標一覧（アウトプットイメージの例）

四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

○ 予防計画策定に当たっての留意点として、

- ・ 感染症にかかる医療体制の確保
- ・ 第一種・第二種感染症指定医療機関等の役割分担
- ・ 新興感染症の新興感染症発生時の対応体制、後方支援体制
- ・ 医薬品の備蓄又は供給体制の確保
- ・ 平時及び患者発生後の対応体制の確保
- ・ 医療関係団体や高齢者等関係団体との連携

基本指針のうち
予防計画改定に直結する部分（抜粋）

予防計画策定時に
特に留意すべきポイント

基本指針の記載事項（抜粋）

第六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

一 感染症に係る医療提供の考え方

1～3 略（第一種指定医療機関、第二種指定医療機関等が記載）

4 都道府県は、新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、都道府県医療審議会や都道府県連携協議会等を活用し関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要である。その際、主に当該感染症に対応する医療機関等と当該感染症以外を対応する医療機関等の役割分担が図られるよう調整しておくことが重要である。

二 略

三 都道府県における感染症に係る医療を提供する体制

1～3 略（第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関について規定）

4 略（全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるようにしておくことが適当である。）

5 都道府県は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に新興感染症の入院を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し第一種指定医療機関に指定する。

6 都道府県は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に新興感染症の発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機

予防計画記載時の留意点

ポイント10

- ・ 基本指針を参考に「感染症に係る医療提供の考え方」を規定
- ・ 改正感染症法で新設された第一種指定医療機関、第二種指定医療機関について追記

ポイント20

- ・ 新興感染症発生時に当該感染症へ対応する医療機関（協定医療機関）と、当該感染症以外を担当する医療機関を定め、役割分担をすることを記載。

ポイント21

- ・ 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の整備目標について規定
- ・ 新興感染症発生時に当該感染症へ対応する医療機関（協定医療機関）と、当該感染症以外を担当する医療機関を定め、役割分担をすることを記載

ポイント22

- ・ 第一種指定医療機関 および「第二種指定医療機関」について記載するとともに、医療機関名をリスト化または公表するウェブサイトを記載
- ※記載内容は「第8次医療計画等に関する検討会『意

区分	項目	必須事項	区分	目標値			
				流行初期	単位	流行初期以降	単位
(1) 医療提供体制	① 病床（確保病床数）	○	(合計)	各協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数	床	床	病床数
		○	(内数)	流行初期医療確保措置	床	床	病床数
		○	(内数)	重症者病床	床	床	病床数
		○	(内数)	精神疾患を有する患者	床	床	病床数
		○	(内数)	妊産婦	床	床	病床数
		○	(内数)	小児	床	床	病床数
		○	(内数)	障害児者	床	床	病床数
		○	(内数)	認知症患者	床	床	病床数
		○	(内数)	がん患者	床	床	病床数
		○	(内数)	透析患者	床	床	病床数
	○	(内数)	外国人	床	床	病床数	
	② 発熱外来（健康観察・診療医療機関数）	○	(合計)	各協定締結医療機関（発熱外来）の機関数	機関	機関	医療機関数
		任意	(内数)	内設	医療機関	機関	医療機関数
		任意	(内数)	診療所	機関	機関	医療機関数
		任意	(内数)	機関種別	感染症指定医療機関	機関	医療機関数
	③ 自宅療養者への医療の提供	○	(合計)	自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数	機関	機関	医療機関数
		○	(合計)	重点医療機関	機関	機関	医療機関数

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（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」

都道府県、保健所設置市及び特別区における 予防計画作成のための手引き

令和5年5月

研究代表者：岡部 信彦（川崎市健康安全研究所）
分担研究者：田辺 正樹（三重大学医学部附属病院）

第1章	背景と目的	1
1.1	はじめに	1
	(1) 予防計画の法的な位置づけ	2
	(2) 予防計画策定の手順	3
1.2	予防計画策定・改定の背景	4
	(1) 基本指針/予防計画改定事項について	7
1.3	都道府県等における予防計画改定の内容について	9
第2章	予防計画改定の概要	14
2.1	予防計画に追記される事項について	15
	(1) 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	15
	(2) 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	15
	検疫措置	15
	サーベイランス	15
	(3) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	17
	(4) 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	20
	①病床について	22
	②発熱外来について	26
	③自宅療養者等に対する医療の提供について	28
	④後方支援について	30
	⑤人材派遣について	31
	個人防護具の備蓄について	33
	(5) 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	36
	(6) 目標に関する事項	37
	(7) 宿泊施設の確保に関する事項	38
	(8) 外出自粛対象者等の療養生活等の環境整備に関する事項	38
	(9) 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針に関する事項	40
	(10) 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項	43
	(11) 保健所体制の強化	44
2.2	数値目標の考え方	47
	前提条件	47
	協定に係る数値目標の考え方	48
	各数値目標の考え方	49
	目標を設定する際の手順(例)	64
	① 協定締結医療機関(入院)の確保病床数	64
	② 協定締結医療機関(発熱外来)の確保医療機関数	66
	③ 協定締結医療機関(自宅療養者等への医療の提供)の機関数	67
	④ 協定締結医療機関(後方支援)の機関数	68
	⑤ 協定締結医療機関(人材派遣)の確保人数	69

⑥ 個人防護具の備蓄を十分に行う協定締結医療機関の数	71
⑦ 検査の実施件数（実施能力）、地方衛生研究所等における検査機器の数	73
⑧ 協定締結宿泊施設の確保居室数	74
⑨ 医療従事者や保健所職員の研修・訓練回数	75
⑩ 保健所の感染症対応業務を行う人員確保数、IHEAT 要員の確保数	77
第 3 章 予防計画改定について	78
3.1 予防計画記載時の留意点	78
（任意） 感染症の予防の推進の基本的な方向	78
一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	83
二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	86
三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	87
四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	90
五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	93
七 宿泊施設の確保に関する事項	95
八 外出自粛対象者等の環境整備に関する事項	96
九 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針に関する事項	98
十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項	100
十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項	102
十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策に関する事項	104
（任意） 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項	104
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項	106
参考資料	110
研究班体制	111

表 1 厚生労働省が策定する基本指針の記載事項	7
表 2 予防計画に記載が求められる項目（一覧）	10
表 3 都道府県予防計画に追記すべき項目	14
表 4 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	21
表 5 （参考）新型コロナ対応時の移送対応例	36
表 6 設定する数値目標について	47
表 7 医療提供体制整備の数値目標の考え方	62
表 8 協定締結医療機関（入院）の確保病床数の数値目標設定について（整理表の例）	64
表 9 協定締結医療機関リスト（入院）	65
表 10 協定締結医療機関（発熱外来）の確保医療機関数の数値目標設定について（整理表例）	66

表 11	医療機関リスト（発熱外来）	66
表 12	自宅療養者等への医療提供機関の数値目標設定（整理表例）	67
表 13	医療機関リスト（自宅療養者等への医療の提供）	67
表 14	後方支援機関の機関数の数値目標設定について（整理表の例）	68
表 15	医療機関リスト（自宅療養者等への医療の提供）	68
表 16	派遣可能な医療人材の数値目標設定について（整理表の例）	69
表 17	医療機関リスト（医療人材の派遣）	70
表 18	PPE 備蓄の数値目標設定について（整理表の例）	71
表 19	検査体制 目標値策定表（イメージ）	73
表 20	検査機関リスト	73
表 21	宿泊施設 新型コロナ発生時の実績を参考とした目標値策定表（イメージ）	74
表 22	協定締結宿泊施設名（契約締結施設リスト）	74
表 23	研修・訓練回数（医療従事者・都道府県職員）の目標値策定表（イメージ）	75
表 24	研修・訓練回数（保健所）の目標設定（イメージ）	75
表 25	都道府県の目標設定（イメージ）	77
表 26	保健所設置市区の目標設定（イメージ）	77
図 1	予防計画の法的な位置づけ	2
図 2	予防計画策定の概要	3
図 3	予防計画策定の手順（例）	4
図 4	新型インフルエンザ等対策特別措置法及び感染症法の改正概要（令和 3 年 2 月）	5
図 5	感染症法の改正概要（令和 4 年 12 月）	6
図 6	感染症対策の全国的な情報基盤の整備について（イメージ）	17
図 7	感染症法等の改正を踏まえた地方衛生研究所の強化	19
図 9	感染症発生・まん延時における広域的な医療人材派遣	31
図 10	感染症法等の改正を踏まえた保健所の強化	45
図 11	地域保健法の改正による IHEAT の強化	46
図 12	数値目標の時点のイメージ図	49
図 13	医療提供体制確保のイメージ図	51

略称一覧

本手引き（案）では、以下の略称を用いる。

略称

本報告書での表記	正式名称・意味など
感染症法	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（平成 10 年法律第 114 号）
改正感染症法	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（令和 4 年法律第 96 号）
特措法	新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号）
保健所設置市区	保健所を設置している指定都市、中核市、保健所政令市及び特別区 ※地域保健法（昭和 22 年法律第 101 号）第 5 条の規定により保健所を設置する指定都市、中核市、保健所政令市、特別区
都道府県等	都道府県及び保健所設置市区
都道府県知事等	都道府県知事又は保健所設置市区の長
新型コロナ	新型コロナウイルス感染症
新興感染症	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新たな感染症（新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。）及び新感染症）

第1章 背景と目的

1.1 はじめに

2019年に発生した新型コロナへの対応を踏まえ、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、改正感染症法が令和4年12月9日に公布され順次施行されることとなった。感染症法の一部改正により、国が策定する感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成11年厚生省告示第115号。以下「基本指針」という。）及び都道府県が策定する感染症の予防のための施策の実施に関する計画（以下「予防計画」という。）の記載事項を充実させるほか、保健所設置市区においても予防計画を定めるなど、感染症対策の一層の充実を図ることとなった。

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ため、都道府県等は、予防計画を改定又は策定する必要がある。

本手引きは、既存の予防計画の内容及び改正感染症法による変更点を踏まえ、予防計画の改定又は策定にあたってのポイントをまとめたものであり、都道府県等の予防計画が実効性を伴うものとなるよう作成したものである。

第1章では、新型コロナ発生後の法改正の経緯を示した。

第2章では、総論として、法改正の概要及び予防計画を改定等する背景等の主なポイントを示した。

第3章では、基本指針の項目を軸に、予防計画に追記すべき事項を示した。

都道府県等においては、既存の予防計画と上記の変更点を確認のうえ、定められた事項を検討及び関係機関と協議のうえ、予防計画を改正又は策定することが想定される。

(1) 予防計画の法的な位置づけ

感染症法第9条において国が基本指針を定めること、感染症法第10条第1項において、基本指針に則して都道府県が、同条第14項において保健所設置市等が予防計画を定めることとされている(図1)。また、医療法(昭和23年法律第205号)における医療計画において、新興感染症の発生・まん延時における医療が規定されたため、医療計画との整合性をとる必要がある。さらに、地域保健法や特措法に基づく行動計画との整合性もとる必要がある。

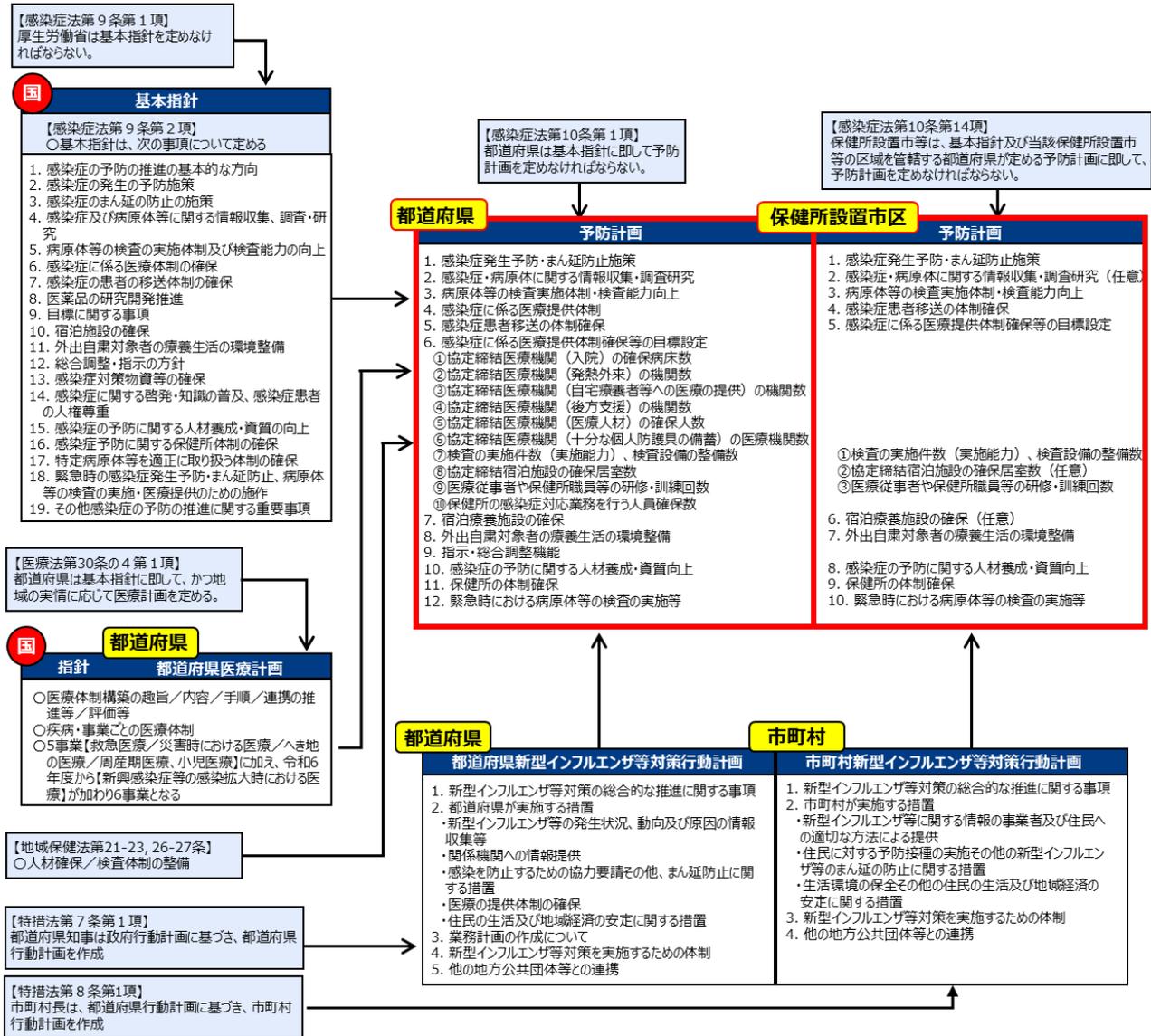


図1 予防計画の法的な位置づけ

(2) 予防計画策定の手順

予防計画策定の手順として、都道府県においては、今般の新型コロナ対応を含めて最新の知見に基づいて既存の予防計画の時点修正を行いつつ、改正感染症法において追加された事項について、国が定める基本指針及び本手引き等を参考に、保健所設置市区、感染症指定医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などの関係機関と都道府県連携協議会等で議論のうえ、新規事項や改定事項につき見直しをしていくことが想定される（図2・図3）。

保健所設置市区においては、改正後の感染症法第10条第14項に基づき新たに予防計画を策定することとなるため、都道府県連携協議会等での議論を踏まえ、都道府県予防計画の策定と合わせて記載していくことが想定される。

1. 改訂概要の把握・記載内容の検討

【改訂概要の把握】

- ✓ 概要は、基本指針告示及び通知を確認
 - ・ 感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針(平成11年厚生省告示第115号)
(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施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示(令和5年厚生労働省告示第202号)第3条(基本指針部分)による改正を参照)
 - ・ 「「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」の公布及び一部施行について(通知)」(令和4年12月9日付け医政発1209第22号・産情発1209第2号・健発1209第2号・生食発1209第7号・保発1209第3号)
 - ✓ 詳細は、本手引き第1章・第2章を参照
- 【主な改訂内容の検討】
- ✓ 目標設定や協定締結など、新規事項で調整が必要な事項について検討し、都道府県連携協議会等で方向性を検討

2. 予防計画の記載

1. 基本指針の新旧を確認し、改訂箇所を確認
 - ✓ 詳細は、告示を確認
 - ・ 感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針(平成11年厚生省告示第115号)
(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施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示(令和5年厚生労働省告示第202号)第3条(基本指針部分)による改正を参照)
2. 既存の予防計画と改訂基本指針を対照させ、記載内容を検討
 - ✓ 詳細は、本手引き第3章参照(予防計画にかかる基本指針の改訂箇所を抜粋し、留意事項を記載)

3. 予防計画で記載すべき項目

一	地域の实情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
二	感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項
三	病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
四	感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
五	感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項
六	感染症に係る医療を提供する体制の確保・まん延防止措置に必要な体制確保に係る目標に関する事項 1. 協定締結医療機関(入院)の確保病床数 2. 協定締結医療機関(発熱外来)の機関数 3. 協定締結医療機関(自宅療養者等への医療の提供)の機関数 4. 協定締結医療機関(後方支援)の機関数 5. 協定締結医療機関(人材派遣)の確保人数 6. 協定締結医療機関(十分な個人防護具の備蓄)の医療機関数 7. 検査の実施件数(実施能力)、検査設備の整備数 8. 協定締結宿泊施設の確保居室数 9. 医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数 10. 保健所の感染症対応業務を行う人員確保数
七	宿泊施設の確保に関する事項
八	外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項
九	総合調整又は指示の方針に関する事項
十	感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項
十一	感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項
十二	緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策

※ 保健所設置市区については、必須記載項目が異なるため、表2参照

図2 予防計画策定の概要

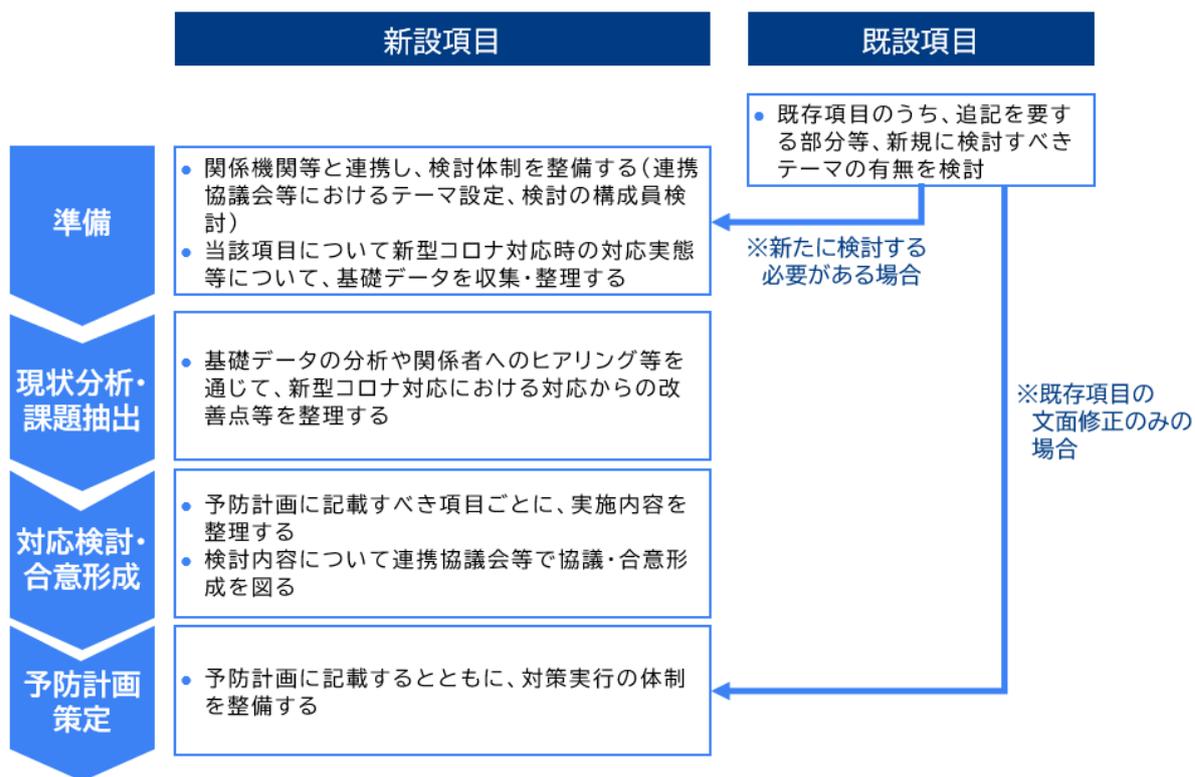


図3 予防計画策定の手順(例)

1.2 予防計画策定・改定の背景

令和3年2月、新型コロナ対策を推進するため、特措法及び感染症法が改正され、国や地方自治体間の情報共有や、宿泊療養・自宅療養が法律に位置づけられた。さらに、令和4年12月に公布された改正感染症法により、感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制等の整備が法制化された。

① 特措法及び感染症法改正(令和3年2月公布)(図4)

令和3年2月に改正された特措法及び感染症法では、国と地方自治体との情報共有や、新型コロナ対応で実施された宿泊療養及び自宅療養などが規定された。

- ✓ 国や地方自治体間の情報共有を義務化、電磁的方法の活用を規定
- ✓ 宿泊療養・自宅療養の法的位置づけを規定
- ✓ 入院勧告・措置について、入院先から逃げた場合又は正当な理由がなく入院措置に応じない場合について、罰則を規定。
- ✓ 積極的疫学調査等に関し、調査に応ずべき命令に応じず、正当な理由がなく答弁をしない、調査を拒むなどの場合について、罰則を規定

改正の趣旨	
○ 現下の新型コロナウイルス感染症に係る対策の推進を図るため、「まん延防止等重点措置」を創設し、営業時間の変更の要請、要請に応じない場合の命令等を規定し、併せて事業者及び地方公共団体等に対する支援を規定するとともに、新型コロナウイルス感染症を感染症法において新型インフルエンザ等感染症と位置付け、所要の措置を講ずることができることとし、併せて宿泊療養及び自宅療養の要請について法律上の根拠を設ける等の措置を講ずる。	
改正の概要	
1. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部改正	
① 特定の地域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるまん延を防止するため、「まん延防止等重点措置」を創設し、営業時間の変更等の要請、要請に応じない場合の命令、命令に違反した場合の過料を規定する。	
② 緊急事態宣言中に開設できることとされている「臨時の医療施設」について、政府対策本部が設置された段階から開設できることとする。	
③ 緊急事態宣言中の施設の使用制限等の要請に応じない場合の命令、命令に違反した場合の過料を規定する。	
④ 事業者及び地方公共団体に対する支援 <ul style="list-style-type: none"> ○ 国及び地方公共団体は、事業者に対する支援に必要な財政上の措置、医療機関及び医療関係者に対する支援等を講ずるものとする。 ○ 国は、地方公共団体の施策を支援するために必要な財政上の措置を講ずるものとする。 	
⑤ 差別の防止に係る国及び地方公共団体の責務規定を設ける。	
⑥ 新型インフルエンザ等対策推進会議を内閣に置くこととする。	
2. 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及び検疫法の一部改正	
① 新型コロナウイルス感染症を「新型インフルエンザ等感染症」として位置付け、同感染症に係る措置を講ずることができることとする。	
② 国や地方自治体間の情報連携 <ul style="list-style-type: none"> ○ 保健所設置市・区から都道府県知事への発生届の報告・積極的疫学調査結果の関係自治体への通報を義務化し、電磁的方法の活用を規定する。 	
③ 宿泊療養・自宅療養の法的位置付け <ul style="list-style-type: none"> ○ 新型インフルエンザ等感染症・新感染症のうち厚生労働大臣が定めるものについて、宿泊療養・自宅療養の協力要請規定を新設する。また、検査法上も、宿泊療養・自宅待機その他の感染防止に必要な協力要請を規定することとする。 	
④ 入院勧告・措置の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 新型インフルエンザ等感染症・新感染症のうち厚生労働大臣が定めるものについて、入院勧告・措置の対象を限定することを明示する。 ○ 入院措置に応じない場合又は入院先から逃げた場合に罰則を科することとする。 	
⑤ 積極的疫学調査の実効性確保のため、新型インフルエンザ等感染症の患者等が質問に対して正当な理由がなく答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、又は正当な理由がなく調査を拒み、妨げ若しくは忌避した場合に罰則を科することとする。	
⑥ 緊急時、医療関係者・検査機関に協力を求められること、正当な理由なく応じなかったときは勧告、公表できることを規定する。等	
施行期日	公布の日から起算して10日を経過した日(ただし、1⑥は令和3年4月1日)

出所) 第 204 回国会 (令和 3 年常会) 提出法律案「新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律案 (令和 3 年 1 月 22 日提出)」<https://www.cas.go.jp/jp/houan/210122/siryou1.pdf>

図 4 特措法及び感染症法の改正概要 (令和 3 年 2 月)

② 感染症法改正 (令和 4 年 12 月公布) (図 5)

令和 4 年 12 月に公布された改正感染症法では、国・都道府県・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が規定され、一部を除き令和 6 年 4 月 1 日に施行される。主な改正事項は図 5 のとおりである。

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案の概要

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との間で、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、レポー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仕組み、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）

出所) 第68回厚生科学審議会感染症部会（令和4年12月23日）参考資料「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（令和4年法律第96号）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000999435.pdf>

図5 感染症法の改正概要（令和4年12月）

(1) 基本指針/予防計画改定事項について

厚生労働大臣は、基本指針を定めなければならない（感染症法第9条）とされており、感染症法改正に伴い基本指針についても改定された（表1）。

表1 厚生労働省が策定する基本指針の記載事項

新	旧
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	一 感染症の予防の推進の基本的な方向
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項	二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	七 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	(新設)
八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項	六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
九 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項	(新設)
十 宿泊施設の確保に関する事項	(新設)
十一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項	(新設)
十二 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針に関する事項	(新設)
十三 第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項	(新設)
十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項	九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項	八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項

新	旧
<u>十六</u> 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項	(新設)
<u>十七</u> 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項	<u>十</u> 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
<u>十八</u> 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、 <u>病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策</u> （国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項	<u>十一</u> 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項
<u>十九</u> その他感染症の予防の推進に関する重要事項	<u>十二</u> その他感染症の予防の推進に関する重要事項

1.3 都道府県等における予防計画改定の内容について

① 予防計画の改定項目について

都道府県等は厚生労働省が定める「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として「予防計画」を定めなければならない。(感染症法第10条第1項及び第14項)。

- ✓ 基本指針において、都道府県等が感染症の予防のための施策の実施に関する計画を定める必要がある事項は表2のとおり。
- ✓ 保健所設置市区については、新たに予防計画を作成することが義務付けられており、都道府県と調整のうえ作成する必要がある。
- ✓ 既存の項目への追記の他、感染症法改正に伴い新設された項目がある。また、新設項目のうち数値目標が求められるものがある。数値目標については、都道府県が関係機関等と調整のうえ決定する必要がある。

② 予防計画の記載事項について

都道府県予防計画において、記載事項として法令で定められているものとして、既存の予防計画の必須項目を表2のA欄、改正感染症法で追加された項目を表2のB欄に○で示した。これまで、予防計画は国の基本指針に準じた構成で記載され、法令上の記載事項となっていない項目についても記載している都道府県が多い。そのため、法令事項ではないものの基本指針に準じて記載が検討される項目(基本指針の一、十三及び十四)は、(任意)として表に示した。

保健所設置市区における予防計画は今回新たに策定するものであり、国の基本指針や当該都道府県の予防計画を参考に作成することが想定される。保健所設置市区の予防計画において必須の記載事項を○で、任意の記載事項について△で示した。基本指針の四、十及び十四は、都道府県が一義的・中心的に行うものであるが、都道府県と同様に対応可能な保健所設置市区においては、当該事項を定めるよう努めるものとされており、任意(△)で示した。

表2 予防計画に記載が求められる項目（一覧）

A：既存計画：既存の予防計画の項目に含まれる
 B1：改正感染症法で追加された項目
 B2：追加項目のうち、数値目標が必要な項目
 ○必須、△任意

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					(保健所設置 市区) 予防計 画の項目
	新	旧	A:既存	B1:新設	B2:数値 目標	
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	(任意)					
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項 三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項	○			○
四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項（感染症法第10条第2項第2号）	(新設)		○		△
五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項（感染症法第10条第2項第3号）	(新設)		○		○
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	二 地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	○			
七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項（感染症法第10条第2項第5号）	(新設)		○		○
八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項						

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					(保健所設置 市区) 予防計 画の項目
	新	旧	A:既存	B1:新設	B2:数値 目標	
九 <u>感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項</u>	六 <u>感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項</u> (感染症法第10条第2項第6号)	(新設)		○		○
	1. <u>協定締結医療機関 (入院) の確保病床数</u> (感染症法施行規則第1条の2第1項第1号)	(新設)		○	○	
	2. <u>協定締結医療機関 (発熱外来) の機関数</u> (同項第2号)	(新設)		○	○	
	3. <u>協定締結医療機関 (自宅療養者等への医療の提供) の機関数</u> (同項第3号)	(新設)		○	○	
	4. <u>協定締結医療機関 (後方支援) の機関数</u> (同項第4号)	(新設)		○	○	
	5. <u>協定締結医療機関 (人材派遣) の確保人数</u> (同項第5号)	(新設)		○	○	
	6. <u>医療措置協定に基づき个人防护具の備蓄を十分に行う医療機関の数</u> (同項第6号)	(新設)		○	○	
	7. <u>検査の実施件数 (実施能力)、検査設備の整備数</u> (同項第7号)	(新設)		○	○	○
	8. <u>協定締結宿泊施設の確保居室数</u> (同項第8号)	(新設)		○	○	△

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					(保健所設置 市区) 予防計 画の項目
	新	旧	A:既存	B1:新設	B2:数値 目標	
	9. 医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数(同項第9号)	(新設)		○	○	○
	10. 保健所の感染症対応業務を行う人員確保数、即応可能なIHEAT要員の確保数(IHEAT研修受講者数)(同項第10号)	(新設)		○	○	○
十 宿泊施設の確保に関する事項	七 宿泊施設の確保に関する事項(感染症法第10条第2項第7号)	(新設)		○		△
十一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項	八 第四十四条の三の二第一項に規定する新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は第五十条の三第一項に規定する新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項(感染症法第10条第2項第8号)	(新設)		○		○
十二 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針に関する事項	九 第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項(感染症法第10条第2項第9号)	(新設)		○		
十三 第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項	(任意)					
十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項	(任意)					△

(国) 基本指針の項目	(都道府県) 予防計画の項目					(保健所設置 市区) 予防計 画の項目
	新	旧	A:既存	B1:新設	B2:数値 目標	
十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項	十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項 (感染症法第 10 条第 2 項第 10 号)			○		○
十六 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項	十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項 (感染症法第 10 条第 2 項第 11 号)	(新設)		○		○
十八 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策 (国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項	十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策 (国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項 (感染症法第 10 条第 2 項第 12 号)	三 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策 (国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項	○			○

第2章 予防計画改定の概要

本章では、都道府県等予防計画に追記すべき項目（表3）について法改正の背景等を整理した。都道府県等において予防計画を策定・改定する際の参考にしていただきたい。

表3 都道府県等予防計画に追記すべき項目

項目
一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項（感染症法第10条第2項第2号）
三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項（感染症法第10条第2項第3号）
四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項（感染症法第10条第2項第5号）
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項（感染症法第10条第2項第6号）
七 宿泊施設の確保に関する事項（感染症法第10条第2項第7号）
八 第四十四条の三の二第一項に規定する新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は第五十条の三第一項に規定する新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項（感染症法第10条第2項第8号）
九 第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は第六十三条の四の規定による指示の方針に関する事項（感染症法第10条第2項第9号）
十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項（感染症法第10条第2項第10号）
十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項（感染症法第10条第2項第11号）
十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策（国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項（感染症法第10条第2項第12号）

2.1 予防計画に追記される事項について

(1) 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項

(2) 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項

検疫措置

【見直しのポイント】

- ✓ 自治体と検疫所の連携強化

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ流行以前においては、検疫所が隔離・停留の措置を行うことは稀であったため、新型コロナ対応において、隔離・停留の実施件数が増加した際、医療機関への入院調整に支障が生じたり、宿泊施設や移動手手段の確保に苦慮したり事例が見られた。
- ✓ 新型コロナ対応にて都道府県等の業務がひっ迫したことを受け、都道府県等の事務負担を軽減しながら入国者の健康確認・感染症の把握を迅速に行うため、厚生労働省において、健康監視業務を代行してきた経緯がある。

② 改定の概要

- ✓ 検疫所が、平時から医療機関と協定を締結し連携体制を構築することにより、感染症が発生した際に、円滑に隔離・停留による入院措置を講じられる体制を確保することとなった。都道府県においては、平時から関係する検疫所と連携することが重要である。
- ✓ 厚生労働大臣は、都道府県知事からの要請があり、かつ、新型インフルエンザ等感染症等のまん延を防止するため必要があるときは、自ら検疫法に基づく健康監視業務を代行することが可能となった。

サーベイランス

【見直しのポイント】

- ✓ 感染症対策における情報基盤の整備等

① 背景と課題

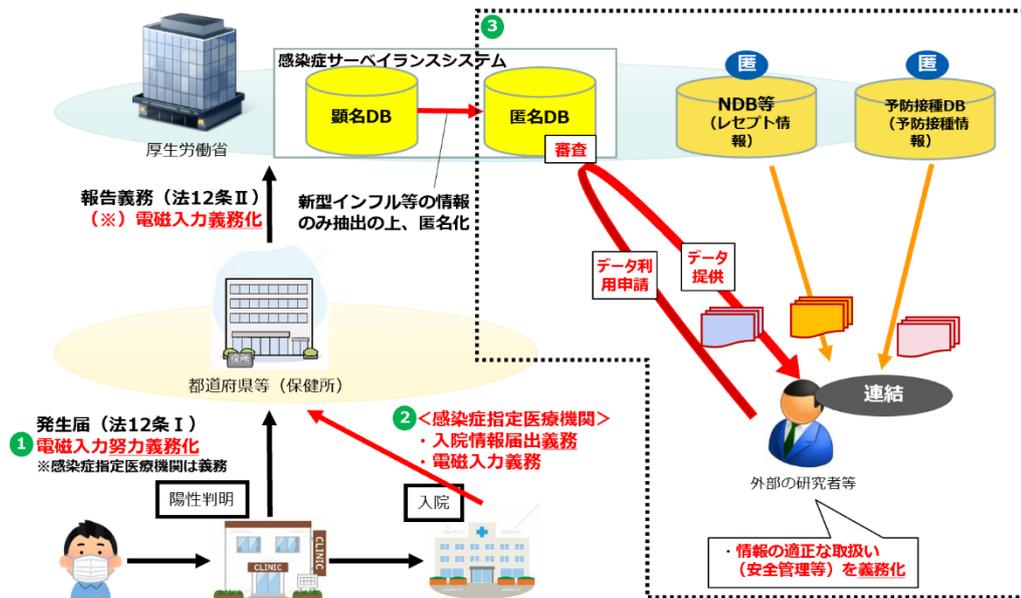
- ✓ 感染症患者の情報については、感染症法に基づき、医師から都道府県等への届出、都道府県等から国への報告義務が課されている。新型コロナウイルス感染症流行時においては「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」、それ以外の感染症については感染症サーベイランスシステムにより情報管理された。
- ※ デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和4年6月7日閣議決定）に基づき、

HER-SYS は、今後の新興感染症の発生に備えた機能を有し、迅速な機能拡張を可能とする感染症サーベイランスシステムに統合することとされている。

- ✓ 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た。
- ✓ 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ことが課題となった。
- ✓ 感染症における臨床研究においては、医療機関が必ずしも臨床試験を行う事が可能な条件を備えていないという課題があった。国立研究開発法人国立国際医療研究センターが「新興・再興データバンク事業ナショナル・リポジトリ：REBIND」においてレジストリ、病原体の収集およびそのゲノム解析を統合し一体的に稼働させ、感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関）と連携を取り、研究成果を最大化することが可能な機能的ネットワークが必要である。

② 改定の概要

- ✓ 改正感染症法において、情報基盤の整備のため、主に以下の措置が講じられることとなった（図 6）。
 - 厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師に対し、電磁的方法による発生届の提出を義務化（左記以外の医師は努力義務化）
 - 新型インフルエンザ等感染症及び新感染症等について、厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師に対し、患者の入院中の状態や転帰等に係る届出を義務化
 - 発生届等の感染症の疫学情報について、匿名化した上での他のデータベースとの連結分析や第三者提供を可能にする仕組みを整備（令和 6 年 4 月 1 日施行）。
- ✓ 疫学情報の利活用について、都道府県から市町村への情報提供が個人情報保護法に抵触しない点も法的に整理された（感染症法第 44 条の 3 第 10 項）。さらに、感染症法第 44 条の 3 第 10 項の規定により、市町村は都道府県に対して情報の提供を求めることができるようになった。
- ✓ 改正感染症法において、国は、医薬品の臨床試験の実施等の協力を求めることその他の関係医療機関との緊密な連携を確保することにより、感染症患者に対する医療提供の基盤となる医薬品の研究開発を推進する（第 56 条の 39 第 1 項）。また研究開発の推進に係る事務については、国立研究開発法人国立国際医療研究センターその他の機関に委託することができることとした。



出所) 第72回厚生科学審議会感染症部会(令和5年2月17日)参考資料2-1

図6 感染症対策の全国的な情報基盤の整備について(イメージ)

(3) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 地方衛生研究所等の体制整備の推進
- ✓ 都道府県と検査機関の間での検査等措置協定の締結を進め、発生時の検査体制を確保

① 背景と課題

- ✓ 今般の新型コロナについて、特に発生初期段階において、地方衛生研究所における検査体制の能力拡充にも時間を要したことや、行政機関(地方衛生研究所)と医療機関や民間検査機関等との役割分担が明確でなかったこと等(※)から、検査ニーズの高まりに十分対応することができなかった。
(※)この他、検査に必要な機器や試薬・個人防護具等が不足していたこと、検体搬送が煩雑であったことなども挙げられている。
- ✓ 発生初期段階からまん延時まで必要な検査が円滑に実施されるよう、地方衛生研究所等の体制整備をはじめ、医療機関や民間検査機関との協力関係の構築など、平時からの備えを行うことの重要性が確認された。
- ✓ 新興感染症に対する検査方法として、核酸検出検査(PCR検査等)、抗原定量検査、抗原定性検査などが想定され、検査の特性に応じて活用することが基本となるが、平時からの備えとしては、実用化し導入が最も早いと考えられる核酸検出検査(PCR検査等)の準備を行うことが重要。

② 改定の概要

- ✓ 都道府県等が策定する予防計画において、検査の実施能力等の検査体制に関する具体的な数値目標を定めることを含め、平時から検査体制を整備することとされ

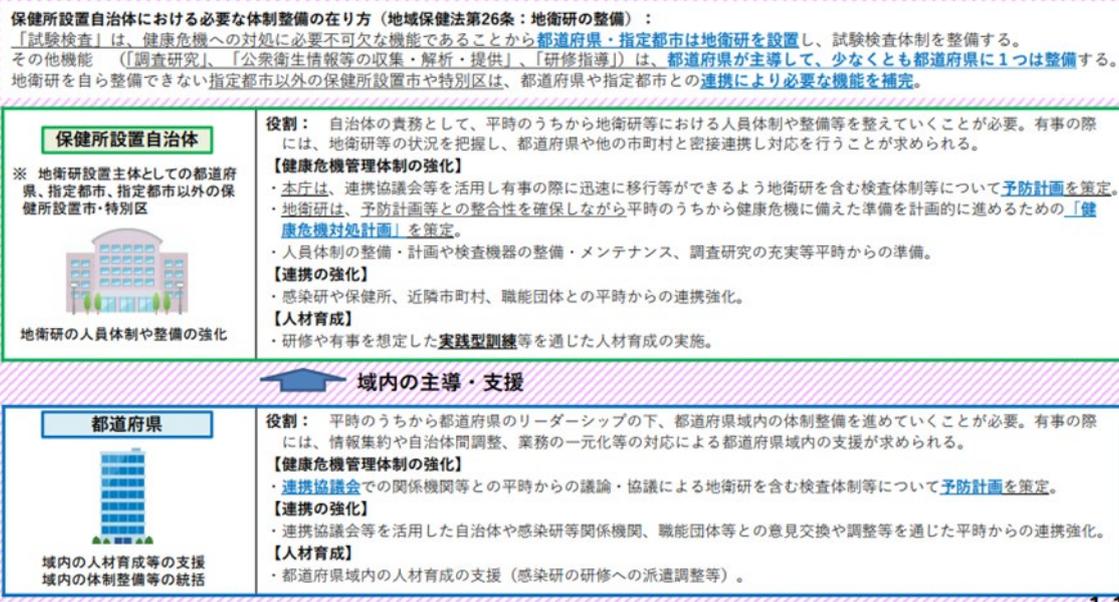
た。(感染症法第 10 条第 2 項第 6 号及び同条第 15 項第 2 号並びに感染症法施行規則第 1 条の 2 第 2 項及び第 3 項において引用する同条第 1 項第 7 号)

A) 地方衛生研究所等の整備等の検査体制の強化

- ✓ 新興感染症発生時の初期からまん延時までの検査体制を整備するためには、感染症対策を行う都道府県等が地方衛生研究所の整備をはじめとした検査体制の強化を行うことが必要である。このため、都道府県等に対し、地方衛生研究所の有する機能（調査研究、試験検査、感染症に関連する情報収集・分析・提供、研修）を確保するために必要な措置を講ずる責務規定が追加され、具体的な措置の例として、必要な体制整備（地方衛生研究所等（地域保健法第 26 条に規定する調査研究、試験検査、情報収集・分析・提供、研修の業務を行う都道府県等の機関（当該都道府県等が当該業務を他の機関に行わせる場合は、当該機関。）をいう。以下同じ。）の設置）や近隣の他の地方公共団体との連携の確保などが規定された（地域保健法第 26 条）。
- ✓ さらに、都道府県等における地方衛生研究所等の整備を含めた基本的な考え方や留意事項については、改正地域保健法に基づく基本指針や厚生労働省健康局長通知（「地方衛生研究所等の整備における留意事項について（通知）」令和 5 年 3 月 29 日付け健発 0329 第 10 号厚生労働省健康局長通知）により示された。主な事項は以下のとおり。
 - 国、広域の地方公共団体たる都道府県、保健所を設置する都道府県、政令市及び特別区における役割分担の明確化
 - 計画的な人員の確保や配置
 - 国立感染症研究所を含む国立試験研究機関や他の地方衛生研究所等との連携やネットワークの活用を通じた継続的な人材育成
 - 職員の実践型訓練の実施
 - 地方衛生研究所等の体制整備に当たっては、予防計画等との整合性を確保しながら地方衛生研究所単位で「健康危機対処計画」を策定すること

感染症法等の改正を踏まえた地方衛生研究所の強化【求められる役割等】

- ◆ 地衛研は、特に健康危機発生初期（民間検査機関が立ち上がるまでの期間）においては、国立感染症研究所と密接に連携しつつ、地域の試験検査の中核としての役割が求められていること。また、感染拡大期などにおいては、国立感染症研究所や他の地方衛生研究所とのネットワークを活用して、国内の新たな知見の収集や変異株の状況分析等を行い、自治体や保健所に提供するなどサーベランス機能を発揮することが求められている。こうした**危機対応と同時に健康危機管理における専門技術的な拠点としての機能を発揮できるよう、平時のうちから有事に備え体制を強化する。**



出所) 第50回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 資料1 (令和5年2月9日)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001055194.pdf>)

図7 感染症法等の改正を踏まえた地方衛生研究所の強化

B) 民間検査機関等との協定

- ✓ 新型コロナ対応においては、地方衛生研究所等のみならず、民間検査機関等においても多くの検査が実施された。今後、新興感染症が発生した際に、民間検査機関等においても迅速に検査が実施されるよう、都道府県等と民間検査機関等との間で協定を締結し、新型インフルエンザ等感染症等発生時における検査の実施能力を確保すること(感染症法第36条の6)が定められた。

(4) 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 都道府県は、協定締結医療機関とともに地域で連携した医療体制を構築する。
各医療機関と、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、
について事前に協定を締結する。また、個人防護具の備蓄の実施について、協定を締結できる。

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ発生時、感染症病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナの入院患者へ対応できず、一般医療機関が通常医療を制限しながら病床を確保する必要が生じた。しかし、パンデミック期に多数の感染症患者の受入を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングなどの具体的な訓練は行われていなかったため、受け入れ体制の構築に時間を要した。
- ✓ 感染拡大初期のコロナの特性が明らかでない時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確でなく、医療機関間の役割分担の調整が困難な地域も見られた。
- ✓ 増大する入院患者の対応に医療人材（特に看護師）を外部の医療機関から確保することが必要な場合があったが、都道府県を越えた医療人材の派遣スキームがなく、災害時医療のような広域支援が困難であった。

② 改定の概要

- ✓ 都道府県は、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（①病床 ②発熱外来 ③自宅療養者等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）を締結（協定締結医療機関）することとされた。併せてPPEの備蓄が協定の中に位置づけられた。
- ✓ 改正感染症法において、公的医療機関等には、医療の提供に関して構すべき措置が義務付けられた。また、全ての医療機関は都道府県と医療措置協定の協議に応じるものとし、感染症発生・まん延時に備えた体制整備を行うこととされた。
- ✓ 協定締結医療機関の中に、流行初期医療確保措置を含む協定を締結する医療機関が設定された。
- ✓ 都道府県と医療機関との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、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が課された。
- ✓ 数値目標を含めた予防計画策定に際して、以下の観点を参考に検討する必要がある。

表 4 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

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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、関係者の中で協議を行い、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。

出所) 第8次医療計画等に関する検討会「「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)（巻末参考資料参照）。

①病床について

【見直しのポイント】

- ✓ 新興感染症の入院医療を担当する医療機関（第一種協定指定医療機関）を規定

① 背景と課題

- ✓ 感染症患者の入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関のみでは、急増する新型コロナ患者へは十分に対応できず、入院病床が不足することとなった。次いで新型コロナ対応を求められた公的医療機関については、感染症患者の診療が想定されておらず、十分対応できなかった例もあり、地域における対応差も見られた。
- ✓ 感染症対応のためには病床の確保のみでなく、ゾーニングや医療従事者の感染防護策が必要であり、事前準備や研修・訓練などが必要となる。
- ✓ 上記の課題を解決するため、改正感染症法により、病床確保に関して、事前に都道府県と医療機関の間で、医療措置協定を締結することとなった。

② 改定の概要

A) 第一種協定指定医療機関について

- ✓ 病床確保の医療措置協定を締結する医療機関（以下「第一種協定指定医療機関」という。）には、新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件を参考に、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あること、都道府県からの要請後速やかに（2週間以内を目途に）即応病床化すること、関係学会の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）を適切に実施すること等が求められる。なお、この際、随時、都道府県及び医療機関の準備期間の確保のために国から周知される知見等を踏まえ、都道府県及び医療機関は地域の実情及び医療措置協定に応じて、適切に準備を行うこと。
- ✓ 確保病床を稼働（即応化）させるためには、医療従事者の確保が必要であり、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めておく必要がある。
- ✓ 国から示される新興感染症の性状に応じた考え方を参考に、確保病床の稼働（即応化）に必要な人員体制を検討する。
- ✓ 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。
（*）全国では令和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））だったことを参考に各都道府県における最大値を設定する。
- ✓ 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-M-I-S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。公表に当たっては、患者の選択に資するよう、都道府県は、協定の内容について、ホームページ等でできる限り分

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。

B) 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。
- ✓ 都道府県域を越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、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行う。なお、国は、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こととしている。
- ✓ 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。

C) 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。
- ✓ 都道府県及び医療機関は、以下の観点等を踏まえ、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を図る。都道府県は、数値目標について、地域の実情に応じて、定める。

(ア)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。精神疾患及び新興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。特に、措置入院患者が感染した場合や入院患者が新興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。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。

(イ)妊産婦への対応について

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。あわせて、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。

(ウ)小児への対応について

新興感染症により、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。

(エ)透析患者への対応について

透析治療を行うことができる新興感染症の入院患者、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き、また、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。

(オ)障害児者への対応について

障害児者が新興感染症に感染し、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。

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

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

(カ)認知症患者への対応について

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）介護施設等と医療機関との連携について促していくため、令和4年度に実施した介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護を対象に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の成果の活用を検討していく。

(キ)がん患者への対応について

「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）では、都道府県がん診療連携協議会の主な役割の一つとして「感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるBCPについて議論を行うこと」としている。各都道府県のがん診療連携拠点病院等を中心として、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成、応援体制の構

築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

- ✓ 循環器病患者への対応については、「第2期循環器病対策推進基本計画」（令和5年3月閣議決定）を踏まえ、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進する。
- ✓ また、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。
- ✓ さらに、都道府県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国からの周知を踏まえて対応を行う。

D) 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。
- ✓ 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、国から随時周知される国内外の最新の知見等を踏まえて、都道府県と医療機関は機動的に対応する。

E) 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、都道府県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、保健所設置市区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、国が示す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、都道府県は、地域での感染拡大の実情に応じ、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。
- ✓ 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、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

F) 協定により確保する病床と基準病床制度の関係

- ✓ 令和4年の医療法の改正により、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。

(参考) 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、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、計画 Plan→実行 Do→測定・評価 Check→対策・改善 Act（以下、「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こととしている。

② 発熱外来について

【見直しのポイント】

- ✓ 新興感染症の発熱外来を担当する医療機関（第二種協定指定医療機関）を規定

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ対応時には、帰国者・接触者外来を設置する医療機関以外においても、「診療・検査医療機関」として、発熱患者等の診療を担うこととなったが、地域の医療機関において、感染症患者の治療のための感染対策等が不十分である等の理由で、当初は対応する医療機関が十分でなかった。

② 改定の概要

- ✓ 上記の課題を解決するため、改正感染症法では、発熱外来に関して、事前に都道府県と医療機関の間で、医療措置協定を締結することとなった。
また、都道府県は新興感染症のまん延時に備えた検査体制について、基本指針において医療機関等との協定により平時から計画的に準備を行うことが求められており、発熱外来を行う医療機関についても、検査に関する協定締結を検討することが必要となる。（検査に関する協定については P17 に記載）

A) 第二種協定指定医療機関について

- ✓ 発熱外来の医療措置協定を締結する医療機関は、新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件を参考に、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構築する。また、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。

- ✓ 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間で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、救急医療を含め、地域における医療機関の機能や役割を踏まえた連携体制を構築する。
- ✓ 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。（*）全国では令和4年12月時点で診療・検査医療機関：4.2万箇所だったことを参考に、各都道府県で最大値を設定する。
- ✓ 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。公表に当たっては、措置の状況については、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、都道府県は、協定の内容について、ホームページ等で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。

B) 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、可能な限り協定を締結する。
- ✓ また、感染症医療以外の通常医療を担う診療所も含め、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が連携することが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以外の通常医療を担っている場合は、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 自宅療養者等に対する医療の提供について

【見直しのポイント】

- ✓ 新興感染症の自宅療養者等に対する医療の提供を担当する医療機関（第二種協定指定医療機関）を規定

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ発生前までは、新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、自宅療養者等に対する医療の提供の仕組みがなかった。新型コロナ対応を踏まえて、都道府県と自宅療養者等に対する医療の提供を行う医療機関との間で、医療措置協定を締結することとなった。

② 改定の概要

A) 協定指定医療機関（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。機関間や事業所間の連携に当たっては、必要に応じ、通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図る。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。
（*）全国では令和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2.8千箇所だったことを参考に、各都道府県で最大値を設定する。
- ✓ 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。公表に当たっては、患者の選択に資するよう、都道府県は、協定の内容について、ホームページ等で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。

B) 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、感染症対応に必要な情報・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、都道府県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、都道府県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。

C) 障害者施設等に対する医療支援について

- ✓ 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、感染症対応に必要な情報・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、都道府県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、都道府県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。

D) 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後方支援について

【見直しのポイント】

- ✓ 新興感染症の対応を行う医療機関に代わって対応を行う医療機関と後方支援に係る協定締結について規定

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ発生時、新興感染症患者を受け入れる入院医療機関のひっ迫を解消するため、入院患者の転院や後方施設での受け入れが試行されたが、多様な要因により必ずしもスムーズに行われなかった。転出側としては、患者・家族の理解、病院スタッフの理解の難しさのほか、病院経営面からも転院にはメリットが少なく、また受入側においては、院内感染のリスクや風評被害の懸念等があったと考えられている。
- ✓ また、重症化した患者の入院日数が長期化したことも医療機関の病床逼迫の一因とされている。罹患後、長期入院中の患者の感染性はそれほど高くなく、一般の医療機関においても受け入れが可能と思われたが、転院調整は容易ではなかった。
- ✓ 緊急時に対応可能な入院病床を確保するためには地域の関係機関間で役割分担を行うことが重要となる。

② 改定の概要

- ✓ 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。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。
（*）全国では令和4年12月時点で約3.7千機関だったことを参考に、各都道府県で最大値を設定する。
- ✓ 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。
- ✓ 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。公表に当たっては、患者の選択

に資するよう、都道府県は、協定の内容について、ホームページ等で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 人材派遣について

【見直しのポイント】

- ✓ 感染症医療担当従事者等の派遣

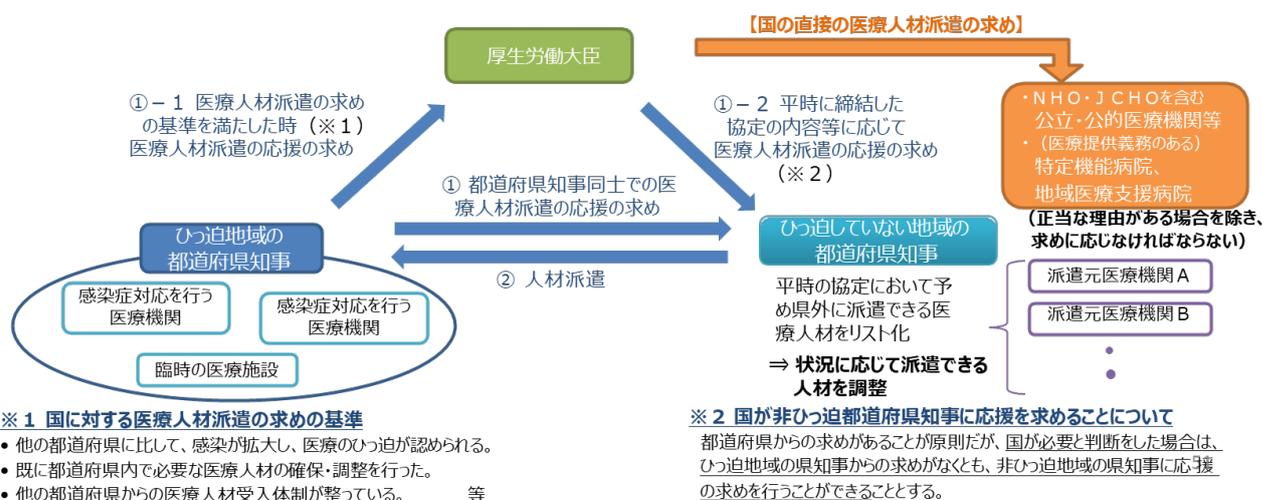
① 背景と課題

- ✓ 緊急時の人材派遣については、感染症危機を想定した制度は存在しなかった。新型コロナウイルス対応においては、都道府県等が調整し、医療従事者を派遣する取組が行われた。
- ✓ 改正感染症法では、派遣される人材派遣について、あらかじめ準備をしておくことを想定して、制度化された。

② 改定の概要

感染症医療担当従事者等の派遣

- ✓ 派遣される人材には、①感染症患者に対する医療を担当する医師、看護師その他の医療従事者（以下「感染症医療担当従事者」という。）と②感染症の予防及びまん延を防止するための医療提供体制の確保にかかる業務に従事する医師、看護師その他の医療関係者（以下「感染症予防等業務関係者」という。）がある。
- ✓ 公的医療機関等、人材派遣の協定を締結する医療機関は、あらかじめ準備し、迅速かつ一定規模以上の人材派遣を実施することとなった。また、都道府県内での派遣に加え、ひっ迫する地域の都道府県知事からの要請や厚生労働大臣による総合調整により他の都道府県への派遣も可能となった（図8）。



第72回厚生科学審議会感染症部会（令和5年2月17日）参考資料2-1

図8 感染症発生・まん延時における広域的な医療人材派遣

A) 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。
（*）全国では令和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4千人だったことを参考に、各都道府県で最大値を設定する。
- ✓ 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。
- ✓ 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。
- ✓ 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-M I S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。
- ✓ このほか、感染制御・業務継続支援チーム（*1）及び所属している医療従事者・感染管理専門家の確保について、地域の実情に応じ必要が認められる場合は、数値目標（※2）を定めながら、確保していく。
（*1）高齢者施設等において入所者にコロナ陽性者が発生した場合に、施設等からの連絡・要請に応じて派遣し、感染制御・業務継続支援を行うチーム。
（*2）全国では令和4年12月時点で人数（約4.6千人）、チーム数（約170チーム）だったことを参考に、各都道府県で最大値を設定する。

B) 派遣される医療人材の処遇等について

- ✓ 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、国が示す都道府県と医療機関との協定のモデル例を参考とする。

C) 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。

参考) 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は、改正感染症法に規定された公立・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は、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。

個人防護具の備蓄について

【見直しのポイント】

- ✓ 医療機関における個人防護具の備蓄

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナウイルス感染症の発生初期段階で、医療用マスク等の個人防護具（PPE）については、世界的需要が高まる中で輸入が停滞する等により、不足が顕在化した。
- ✓ 令和2年3月以降、医療現場での PPE の需給逼迫に対し、国は、都道府県を通じた医療機関への無償のプッシュ型配布等を実施してきた。医療機関でも、PPE の購入や確保に取り組み、PPE の現場備蓄として一定量を保有するに至っている。
 - ※ G-MIS 週次報告対象医療機関の全体の備蓄量（推計）は、物資により、その使用量の2ヵ月分～7ヵ月分（令和3年及び令和4年平均値）となっている。

② 改定の概要

- ✓ このような経緯を踏まえ次の感染症危機に適切に備えるため、今般、感染症法改正の中で、都道府県等が、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関（検査機関）と協定を締結することを法定化し、医療機関（検査機関）での必要な PPE の備蓄を協定の任意的事項として位置付けている。
 - ※ 改正感染症法による医療機関との医療措置協定は、都道府県が医療機関と締結する。
 - ※ 改正感染症法による検査機関（宿泊施設）との検査等措置協定は、都道府県等が検査機関（宿泊施設）と締結する。
 - ※ 医療措置協定及び検査等措置協定において、PPE の備蓄は任意的事項とされている。PPE の備蓄の実施について協定で定めることが推奨されるが、PPE 備蓄については定めないで協定を締結することもできる。
- ✓ 協定締結医療機関（病院・診療所・訪問看護事業所）が PPE の備蓄の実施につい

て協定で定める場合、備蓄量は医療機関の使用量 2 ヶ月分以上とすることを推奨する。

※ 「2 ヶ月」については、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間として設定する。

- ✓ 「使用量 2 ヶ月分」以外でも、例えば「使用量 1 ヶ月分」や「使用量 3 週間分」、「使用量 3 ヶ月分」など、医療機関（検査機関）が設定する備蓄量で協定を定めることができる。協定では、その医療機関（検査機関）の使用量が新興感染症発生・まん延時におけるどのような期間の分かを明らかにして備蓄量を定める。

<対象物資（品目）>

- PPE 備蓄の対象物資（品目）は、病院、診療所及び訪問看護事業所については、サージカルマスク、N95 マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋の 5 物資とする。
 - ※ N95 マスクについては、DS2 マスクでの代替も可能とする。
 - ※ アイソレーションガウンには、プラスチックガウンも含まれる。
 - ※ フェイスシールドについては、再利用可能なゴーグルの使用での代替も可能とする。この場合において、ゴーグルは再利用が可能であり、有事におけるその医療機関での 1 日当たり使用量を備蓄することを推奨する。必要人数分の必要量を確保していれば、フェイスシールドの備蓄をすることを要しないものとし、かつ、フェイスシールドの使用量 2 ヶ月分を確保しているのと同様として取り扱う。
 - ※ 薬局、検査機関及び宿泊施設については、対象物資は任意とする。

<備蓄量>

- 協定で定める備蓄量（その医療機関（検査機関）の使用量のどのような期間の分かは、5 物資全部について一括して設定するか、物資を分けて、又は各物資ごとに設定する。
 - ※ 病院、診療所及び訪問看護事業所が 5 物資全部について一括して、新興感染症発生・まん延時における使用量 2 ヶ月分以上で設定し、協定で定めることを推奨する。
- 協定で定める備蓄量（物資別の具体的な数量）は、これまでのコロナ対応での平均的な使用量で設定する。
 - ※ 使用量 2 ヶ月分を定める場合、その医療機関（検査機関）のこれまでのコロナ対応での平均的な使用量で 2 ヶ月分を設定する。特定の感染の波における使用量での 2 ヶ月分ではなく、令和 3 年や令和 4 年を通じた平均的な使用量で 2 ヶ月分を設定する。
- ✓ 医療措置協定で定める備蓄量は、その医療機関の施設としての使用量で設定する。
 - ※ その医療機関の新興感染症診療部門以外での使用量も含まれる。
 - ※ その医療機関が検査を実施するための使用量も含め、施設全体での使用量として設定する。
- ✓ 検査等措置協定で定める備蓄量は、その検査機関の施設としての使用量で設定する。

- ※ 医療機関が医療措置協定兼検査等措置協定を締結する場合も、施設全体での使用量として設定する。医療機関が医療措置協定と検査等措置協定の両方を別々に締結する場合は、PPE 備蓄については医療措置協定で規定し、医療措置協定で定める備蓄量は、その医療機関が検査を実施するための使用量も含め、施設全体での使用量として設定する。
- ✓ PPE の使用の実態は各医療機関（検査機関）によって様々であり、「使用量 2 ヶ月分」などの各物資ごとの具体的数量は各医療機関（検査機関）が設定し、協定で定めるものとする。
- ※ 各物資ごとの具体的数量の設定に当たっては、G-MIS 週次報告対象医療機関については、同週次報告での「1 週間想定消費量」の回答を必要に応じ活用できる。また、「感染症法に基づく「医療措置協定」締結等のガイドライン」で、G-MIS 週次調査等から規模別・物資別の平均消費量を整理しているので、必要に応じ参考にする。

<備蓄の運営方法等>

- 協定締結による PPE の備蓄は、平時において、物資を購入して保管し、使用期限が来たら廃棄するのではなく、平素から備蓄物資を有効に活用していただく観点から、備蓄物資を順次取り崩して一般医療の現場で使用する、回転型での運営を推奨する。その上で、備蓄に関する平時の支援については、国において保管施設整備費の支援について検討する。
- ※ 回転型などの運営方法については、協定で定めなくてもよい。
- ※ 医療機関の PPE の備蓄量は、使用量 1 ヶ月分以上の施設が各 PPE で 82%以上となっているほか、平均で、物資により使用量 2~7 ヶ月分となっており（G-MIS 調査による令和 3 年令和 4 年平均値）、これをベースに、回転型の備蓄に取り組んでいただくことができると考えられる。
- 回転型での運営のために、施設内に保管施設を確保することが望ましいが、施設外の保管施設を利用するなどにより使用量 2 ヶ月分などの備蓄を確保するのでもよい。
- ※ このほか、例えば、①物資の取引事業者との供給契約で、取引事業者の保管施設で備蓄を確保する方法や、②物資の取引事業者と提携し、有事に優先供給をしていただく取り決めをすることで、平時においては物資を購入することなく、備蓄を確保する方法でもよい。
- 上記のような備蓄の運営方法については、協定締結のプロセスにおいて、都道府県担当者から共有を図ることにご留意いただきたい。
- なお、実際の有事において、「使用量 2 ヶ月分」の想定以上に需要が急増し、一方で供給が確保されず物資が不足する事態が生じた場合には、国の備蓄等で対応することを想定している。国の備蓄等の対応は、協定で「使用量 2 ヶ月分」を定めた医療機関のほか、協定で「使用量 1 ヶ月分」等を定めた医療機関や協定で備蓄を定めていない医療機関も含めて想定する。

(5) 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 以下の事項を検討することが基本指針で明示された
 - 移送に係る人員体制に係る事項、消防機関等との役割分担・連携に係る事項
 - 新興感染症発生時の移送体制に係る事項、圏域を越えた移送について

① 背景と課題

- ✓ 国内において、感染症法に規定する一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の発生時に、都道府県知事等は、感染症指定医療機関へ移送することとされている（感染症法第 21 条及び第 26 条）。
 - ✓ 2014 年に西アフリカを中心にエボラ出血熱が流行した際、患者等の移送に関し、消防機関の協力について、総務省と厚生労働省の連名で覚書「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所等に対する消防機関の協力について（平成 26 年 11 月 28 日）」¹が発出され、一部の都道府県等においては、新型コロナ発生前から消防機関との間で協定を締結し、新型コロナ対応時にも連携した対応がとられた。
 - ✓ 新型コロナ対応時、厚生労働省から事務連絡「新型コロナウイルス感染症患者等の移送及び搬送について（令和 2 年 5 月 27 日）」、消防庁から「都道府県知事等から消防機関に対して移送協力の要請をする場合の留意事項」²が発出された。その後、多くの自治体において本庁・保健所・消防機関が連携した移送体制が整備されるとともに民間救急機関との連携も多くみられた（表 5）。
 - ✓ 新型コロナ対応における課題としては、
 - ・ 自宅療養等に関して症状が悪化した場合の体制が不十分であったこと
 - ・ 救急現場で新型コロナウイルス感染症の陽性者であることが確認された場合に、救急隊が、保健所に連絡して受入先の医療機関等について判断を仰いでも、保健所が業務ひっ迫により対応が困難なケースや、救急隊で受入先の選定を行うこととなった場合に、対応可能な医療機関の情報があらかじめ都道府県等と消防機関との間で共有されていないケース等があった
- 等の点があり、こうした課題を踏まえて平時からの備えを行う必要がある。

表 5 （参考）新型コロナ対応時の移送対応例

区分		新型コロナの移送対応例	
自宅 ⇒医療機関	流行初期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 軽症者も含め陽性者全員が入院となる間は、保健所等が移送。（自治体直営の例が多い） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症者は救急搬送（消防機関又は民間事業者）
	第 5 波以降	<ul style="list-style-type: none"> ・ 軽症者は民間委託又は保健所等による移送 	
宿泊施設 ⇒医療機関	通期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送（消防機関又は民間事業者） ※ 宿泊施設から医療機関に移送される例は、症状が急変し、入院が必要になる例が大部分であるため、救急搬送が基本 	

¹ https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20141128_01.pdf

² https://www.fdma.go.jp/laws/tutatsu/items/200527_kyuuki_02.pdf

区分		新型コロナの移送対応例
		となることが多い
医療機関 ⇒医療機関 (後方医療施設)	通期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関（又は保健所） ※ 医療機関同士の移送については自治体が関与しない例も多い。また、後方医療施設への移送は患者の症状が落ち着いている場合が多い。

② 改定の概要

- ・ 移送の実施主体は都道府県等であることを念頭に置きつつ、都道府県連携協議会などを通じ、消防機関や民間事業者と連携し、移送患者の対象等に応じた役割分担について協議をしておくこと。
- ・ 緊急時の感染症患者の移送について、自治体の職務の役割にとらわれず、平時から役割分担、人員体制を検討しておくこと。
- ・ 新興感染症患者の移送に必要な車両の確保、民間救急等へ業務委託の協定を締結しておくことが望ましい。特に配慮を必要とする方の移送については高齢者施設等の関係団体等とも連携しておく。また、平時から、関係者を含めた移送訓練等を定期的に計画し、実施することが望ましい。
- ・ また、緊急時の圏域を越えた移送について、予め協議を行なっておくこと。

(6) 目標に関する事項

- (2. 2 数値目標の考え方で示す。)

(7) 宿泊施設の確保に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 民間宿泊業者等と感染症の発生及びまん延時の宿泊療養の実施に関する協定を締結すること等により、平時から宿泊施設の確保。
- ✓ 民間宿泊業者等との協定だけでは十分な体制の確保が図れない場合等は必要に応じて公的施設の活用を併せて検討。

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ発生前までは、新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、宿泊療養等の仕組みがなかった。新型コロナ発生時、軽症者についても隔離目的による入院患者が発生したことから、短期間に急増する軽症者対応のために病床がひっ迫した例もみられ、軽症者に対する宿泊療養等が法定化されたが、宿泊療養施設の確保が難しいケースがあった。

② 改定の概要

- ✓ 令和3年の感染症法の改正により宿泊療養・自宅療養が法律に位置付けられた。また、令和4年の改正感染症法により、宿泊施設の提供について、都道府県と民間宿泊施設との間で協定を締結する仕組みが導入された。
- ✓ 新興感染症が発生した場合には、重症者を優先する医療体制へ移行することが想定される。このため、都道府県等は、自宅療養者等の家庭内感染等や医療体制のひっ迫を防ぐ等の観点から、新興感染症の特性や、感染力その他当該感染症の発生及びまん延の状況を考慮しつつ、宿泊施設の体制を整備できるよう、都道府県連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、協定の締結等により、平時から計画的な準備を行うことが重要である。
- ✓ 特に流行初期において、民間宿泊業者等との協定だけでは十分な体制の確保が図れない場合等は、必要に応じて公的施設の活用を併せて検討することが重要である。

(8) 外出自粛対象者等の療養生活等の環境整備に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 外出自粛対象者の体調悪化時等に、適切な医療に繋げることができる健康観察の体制を整備。
- ✓ 外出自粛により生活上必要な物品等の物資の入手が困難になることから、当該対象者について生活支援を実施。
- ✓ 外出自粛対象者が高齢者施設等や障害者施設等において隔離を継続する場合は、施設内で感染がまん延しないような環境を構築。

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ対応時においては、感染の急激な拡大に伴い、宿泊療養者や自宅療養者は急増し、健康観察の必要性が増加する中、健康観察の外部委託が進まず、保健所業務がひっ迫するケースがあった。

- ✓ 自宅療養者が増加するにつれて、健康・医療面だけでなく、生活支援が必要となったが、感染症法上、保健所を有しない市町村の役割が明確でなく、こうした市町村と都道府県との間の情報共有が円滑に進まないなど地方公共団体間の連携が十分にできなかった地域では、食事の配送が遅れるなどの問題があった。

② 改定の概要

- ✓ 宿泊・自宅療養者の健康観察について、保健所の業務ひっ迫を防ぐとともに、基礎疾患のある者等の重症化リスクの高い患者等の容体の急変等を迅速に把握し、迅速に医療につなげる観点から、法改正により、第二種協定指定医療機関その他医療機関、地域の医師会又は民間事業者等に委託することができることとなっており、これらの機関等と連携のうえ、迅速かつ適切に健康観察を行うことのできる体制の構築が求められる。
- ✓ 宿泊療養施設については、療養者の療養生活の環境整備のため、宿泊施設の運営に係る体制確保の方策を平時から検討するとともに、新型コロナ対応で得たノウハウについて運營業務マニュアルとして取りまとめておくことが必要である。
- ✓ 外出自粛対象者が外出しなくとも生活できるようにするため、市町村の協力や民間事業者への委託を活用しつつ、生活支援等を行う体制の確保が必要である。また、介護保険サービスや障害福祉サービス等を受けている場合には、介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者等との連携も重要である。
- ✓ 都道府県等は、高齢者施設や障害者施設等において、協定を締結した医療機関と連携し、必要に応じてゾーニング等の感染対策の助言を行うことができる体制を平時から確保しておき、新興感染症の発生及びまん延時において施設内における感染のまん延を防止することが重要である。
- ✓ 都道府県等は、外出自粛対象者の健康観察や生活支援等に当たっては、積極的に市町村（保健所設置市区を除く。）と連携し、必要な範囲で患者情報の提供を行うこと。なお、市町村の協力を得る場合は、都道府県連携協議会等を活用し、あらかじめ情報提供の具体的な内容や役割分担、費用負担のあり方について、協議しておくことが重要である。

(9) 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 都道府県と管内の保健所設置市区、感染症指定医療機関、消防機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係機関を構成員とする「都道府県連携協議会」の設置
- ✓ 人材確保・移送等に関する総合調整権限
 - ・都道府県知事による総合調整、指示
 - ・厚生労働大臣による総合調整への対応

① 背景と課題

- ✓ 平時からの感染症対策の備えが不十分であり、初動からの保健・医療提供体制の構築について現場レベルのオペレーションに落とし込まれていなかった。
- ✓ また、都道府県と保健所設置市区との間で、入院調整が円滑に進まない、応援職員の派遣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。

② 改定の概要

A) 都道府県連携協議会の創設

- ✓ 平時から関係機関が連携できる体制を構築するため、都道府県において、都道府県及び管内の保健所設置市区を構成員とする「都道府県連携協議会」を設置することとなった（令和5年4月1日施行）。
- ✓ 都道府県連携協議会においては、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、予防計画を策定するとともに、予防計画に基づく取組状況を定期的に報告し、相互に進捗確認し、必要に応じて見直しを図ることが重要である。
- ✓ 予防計画の協議等を行う場でもある都道府県連携協議会で議論する内容は広範に及ぶため、全体を統括する役割と、予防計画の項目等に沿って各論点ごとに議論する役割に分けることも考えられる。全体を統括する場合は、各論点ごとに議論した場での検討内容を踏まえた上で、予防計画の協議等を行うこと。なお、都道府県連携協議会において協議が調った事項については、その協議の結果を尊重する。
- ✓ 都道府県連携協議会の各論点ごとに議論する場の設置にあたっては、関連する既存の協議会等を活用して差し支えないこと。また各論点の例として i) 医療提供体制（さらに細かく分類することも可）、ii) 検査体制、iii) 宿泊療養体制、iv) 人材育成関係、v) 移送体制、vi) 宿泊・自宅療養者等の療養生活（高齢者施設等における療養も含む）、vii) 保健所体制が考えられる。
- ✓ また、都道府県は都道府県連携協議会を通じ、予防計画に基づく取組状況を関係者間で共有し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組について関係者が一体となってPDCAサイクルに基づく改善を図り、実施状況について検証することが求められる。

(※) 都道府県連携協議会については、予防計画作成の際、基本指針に合わせ第1に総論的事項を記載する場合は、総論部分に記載することも検討される。

- ✓ 都道府県は予防計画に基づく取組状況を定期的に報告し、相互に進捗確認し、必要に応じて見直しを図ることとなるが、具体的には、取組や目標達成に向けた活動を継続的に改善する手法である PDCA サイクルを活用しながら、進捗管理を実施することが重要である。

① 予防計画に基づく取組状況の報告・進捗確認

予防計画に基づく取組状況について、都道府県が連携協議会の場において現状を把握するとともに、分析の際には、数値目標の達成状況のみに着目するのではなく、その内訳等の詳細も含めて数値目標に関連する状況を都道府県連携協議会の構成員で議論することが重要である。また、医療提供体制や検査・宿泊療養体制については、協定の履行状況の報告内容を共有することが考えられる。これらの現状を踏まえて、設定した数値目標に向けて解決・改善する必要がある課題を把握する。

<留意点>

- 把握した現状の取組状況は新型コロナ対応時の体制と比べてどうか。

新型コロナ対応を振り返り、体制整備の状況に違いが生じているか確認すること等を通して、現状の取組を把握することが有意義である。

② 予防計画の数値目標の再確認

予防計画の数値目標について、都道府県が課題や管内の人口・年齢構成の変化等を踏まえて見直す必要がないかを検討する。

<留意点>

- 経年での推移の状況はどうか。

県内の状況として、どのような数値目標となっているかを確認する。現状の分析の際には、数値目標のみに着目するのではなく、数値目標を参照しつつ予防計画の項目毎に提供体制の状況に関係者で議論することが重要である。例えば、病床数や宿泊施設数が目標値に達成した場合でも、「相談・受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除」まで一連の患者対応が目詰まりなく行われるためには、移送や自宅・宿泊療養者の健康観察の体制が整備されていることも考慮することが必要である。

- 全国や他県と比較した相対的な現状はどうか。

他県や全国平均との比較を通じて、県内の現状を把握するとともに、協定の締結等の実施の参考とする。地域間の比較や時系列の比較の際には、数値目標の多寡は地域の規模に依存することに注意が必要である。例えば、医療計画では「人口（10万人）あたり」とした指標が用いられることが多く予防計画の数値目標を評価する際にも「人口（10万人）あたり」での各体制の整備状況を全国や他県と比較することも検討することが望ましい。

③ 予防計画やそれに基づく取組の見直し

②において再確認した目標と①で確認した取組状況を踏まえて、目標と現状にギャップが生じている部分があれば、都道府県は都道府県連携協議会を通じて、予防計画自体の見直しや予防計画に基づく取組（例：協定の締結）の見直しを図る。

- ✓ 人口規模や年齢構成等の状況変化があれば、適宜数値目標を見直す。その上で、設定された数値目標と①で確認した取組状況を踏まえて、目標と現状にギャップ

プが生じている部分があれば、予防計画自体の見直しや予防計画に基づく取組（例：協定の締結）の見直しを図る。その際には、現状と目標とのギャップが生じている要因など、課題を明確にするとともに、その要因を解消するための必要な改善点を検討することが重要である。

[課題と改善点の記載例]

- ✓ 宿泊施設の確保について、～の地域では確保できているが、〇〇の理由により一部～地域では確保が十分でなく、目標と取組状況に乖離があるため、更なる宿泊施設の確保に重点的に取り組む必要がある。都道府県連携協議会を活用しながら、多くの民間宿泊事業者と連携して、協定締結に向けてのさらなる交渉を図る。

④ 都道府県や国による総合調整、指示（表6）

- ✓ 都道府県知事は、平時から感染症発生・まん延時に至るまで、感染症の発生及びまん延を防止するため必要がある場合、感染症対策全般について、保健所設置市区の長、市町村長、関係機関に対して総合調整を行う。また、感染症発生・まん延時において、入院勧告等のために必要な場合に限り、都道府県知事は保健所設置市区に指示を行う。さらに、都道府県が他の都道府県に直接応援を求めること（感染症法第44条の4の2第1項）に加え、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が可能となった（感染症法第44条の4の2第2項）。
- ✓ 感染症対策の実施については、基本的に都道府県が主体となって総合調整を行うが、感染症の専門家や保健師等の派遣、患者の移送等について、複数の都道府県や医療機関等に対して広域的な総合調整を行う必要がある場合は、厚生労働大臣が都道府県知事、保健所設置市区の長、医療機関等に対して総合調整を行う。また、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要がある場合等において、厚生労働大臣が都道府県知事、保健所設置市等に対して指示を行う。

表6 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（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	—	○ 見直し①	—	— 見直し③
	感染症発生・まん延時	○	○ 権限の強化・創設 <small>※対象措置の拡大等</small>	—	○ 権限の創設
指示	平時	—	—	—	—
	感染症発生・まん延時	—	○ 権限の創設	○	○

出所) 第72回厚生科学審議会感染症部会(令和5年2月17日)参考資料2-1

(10) 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項

【見直しのポイント】

- ✓ 医療従事者や保健所職員等の研修・訓練について、数値目標を設定

① 背景と課題

- ✓ 新型コロナ対応において、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師や看護師などが、院内感染対策について指導的立場を担った例が見られた。
- ✓ 保健所職員等の教育研修については、従来から国立保健医療科学院、国立感染症研究所等において企画され、都道府県職員等を対象に実施されてきた。しかし、新型コロナ対応にあたり、事前に想定を上回る能力が求められ、対応に苦慮した例もある。
- ✓ 例えば、保健所は健康危機管理対策の拠点として、公衆衛生データの分析や対策立案等の能力が求められた。地方衛生研究所は、ゲノム解析等によるウイルスの変異を検査・診断するとともに、疫学データを分析する能力が求められた。

② 改定の概要

- ✓ 改正感染症法において、「人材の養成及び資質の向上に関する事項」として、医療機関、保健所職員や都道府県職員等の研修・訓練について、数値目標を設定することが求められている。
- ✓ 感染症対応の専門人材としては、医療現場で患者の治療に当たる感染症の医療専門職の他にも、介護施設等でクラスターが発生した場合に適切な感染拡大防止対策を行うための感染管理の専門家、感染症の疫学情報を分析する専門家、そして行政の中においても感染症対策を担う人材など、幅広い人材が求められる。都道府県は、これらの専門性に対応した人材の育成及び資質の向上に資するため、国が行う研修等に職員を積極的に派遣する、又は、都道府県自ら講習会等を実施するなどにより、対応人材の育成を図ることが求められる。
- ✓ 都道府県においては、医療機関等との協定において、感染症発生・まん延時に必要となる人材の確保や平時からの研修について、協定の内容に含めることが考えられる。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ことが必要となる。
- ✓ 医療機関等においては、感染症対応を行う医療従事者等の新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施すること、又は国、都道府県等若しくは医療機関が実施する感染症対応にかかる医療機関向けの講習会や、医療従事者向けの動画配信等の周知、看護職員の養成研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、体制強化を図ることが重要である。また、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、感染症医療担当従事者等を他の医療機関、宿泊施設及び高齢者施設等に派遣できるように平時から研修や訓練を実施しておく。
- ✓ また、国において、広域的な人材派遣が想定される DMAT 等における新興感染

症対応を明確に位置づけるとともにその養成を推進することとしているため、育成された人材の活用とともに予防計画に取り込むことが考えられる。

(11) 保健所体制の強化

【見直しのポイント】

- ✓ 保健所における危機管理体制を強化
- ✓ 感染症有事の際の保健所外部からの応援体制としての IHEAT の整備

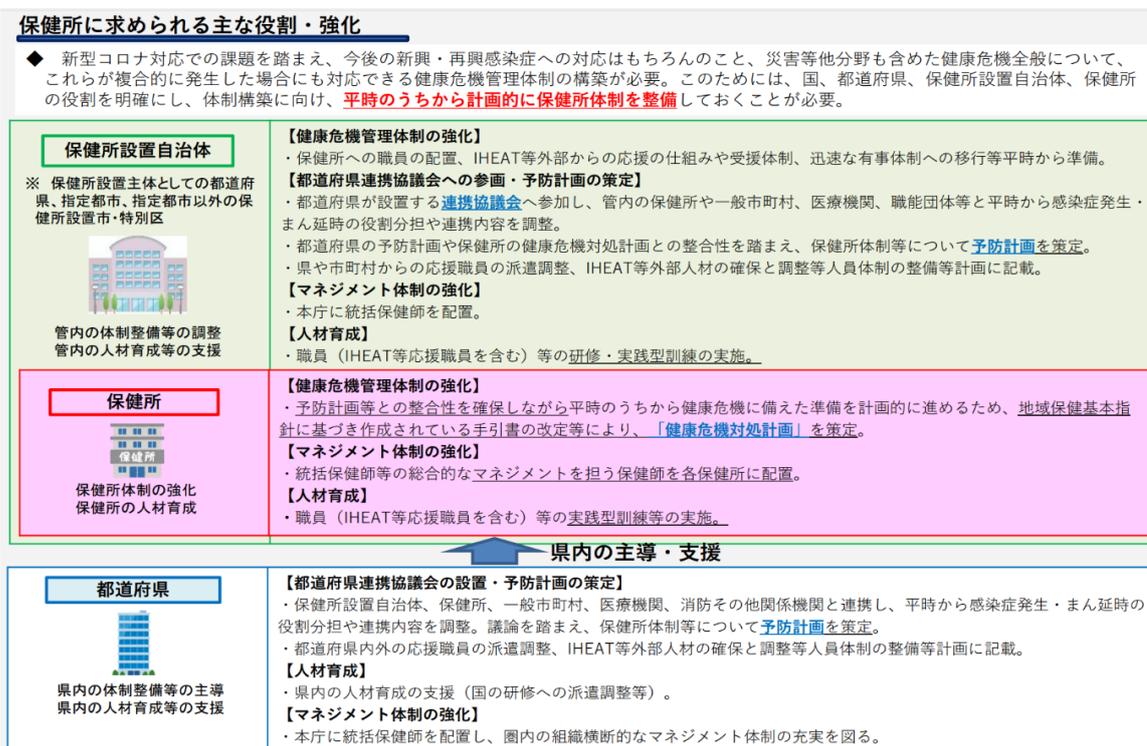
① 背景と課題

- ✓ 感染予防の最前線に立つ保健所は、日常業務の増加や ICT 化の遅れなどにより、有事に対応するための余力に乏しい状態にあった。こうした状況に加え、今回のパンデミックを迎えるに際し、感染拡大期における保健所業務の優先順位や、保健所と医療機関、消防機関、市町村等との役割分担や協力関係が不明確であった結果、感染拡大のたびに保健所業務がひっ迫した。
- ✓ 保健所業務がひっ迫した場合に、保健所のコアの業務に専念できるよう、各種報告や定期的な調査等の通常業務の縮小・延期といった業務負荷の低減、かかりつけの医療機関への検査や健康観察の委託、検体搬送の簡素化、陽性者の移送についての救急搬送機関との連携、事務の外部委託や都道府県での一元化が必要である。これらについては、順次、厚生労働省から各地方公共団体に指針が示されたが、保健所業務がひっ迫した地域であっても取組はまちまちであり、ひっ迫状況が解消されない地域もあった。
- ✓ 都道府県と保健所設置市区の連携や、保健所業務ひっ迫時の全庁体制の構築、IHEAT 等外部からの応援の受入れについてマニュアル等の整備並びに周知や研修の実施を行ったが、感染症を対象とした健康危機に関する実践的な訓練が必ずしも十分には行われておらず、実際には円滑に進まなかった。
- ✓ 感染拡大とともに、保健所に大きな業務負荷が発生し、保健所のコアの業務である積極的疫学調査や情報の収集・管理などが十分に実施できない地域などが見られた。
- ✓ 自宅療養者が増加するにつれて、健康・医療面だけでなく、生活支援が必要となったが、感染症法上、保健所を有しない市町村の役割が明確でなく、こうした市町村と都道府県との間の情報共有が円滑に進まないなど地方公共団体間の連携が十分にできなかった地域では、食事の配送が遅れるなどの問題があった。
- ✓ 保健所の業務ひっ迫を支援するため、新型コロナの感染拡大により更なる保健所の体制強化が求められたことを踏まえ、令和 2 年 9 月に、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクを創設し、支援の要請があった保健所等に対し潜在保健師等を派遣する仕組み（IHEAT：Infectious disease Health Emergency Assistance Team）の運用を開始した。

② 改定の概要

A) 保健所の計画的な体制整備

- ✓ 改正感染症法において、平時のうちから計画的に保健所の体制を整備するため、予防計画に保健所の体制整備についての記載が義務付けられた（感染症法第10条第2項及び第15項）。
- ✓ さらに、地域保健法に基づく基本指針において、感染症のまん延時においても、地域における健康づくりなどの地域住民に必要な地域保健対策が継続して実施可能な体制整備を行うための基本的な考え方や実施すべき事項等を示した。主な事項は以下のとおり。
 - ・ 国、広域の地方公共団体たる都道府県、保健所を設置する都道府県、政令市及び特別区における役割分担の明確化
 - ・ 外部人材の活用も含めた必要な人材確保、受入体制の整備を行うこと
 - ・ 保健所に保健所長を補佐する統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師を配置すること
 - ・ 外部委託や一元化、ICTの導入などを積極的に推進すること
 - ・ 健康危機に対する迅速かつ適切な危機管理を行うことができる人材育成
 - ・ 職員（IHEAT要員や応援職員を含む）の実践型訓練の実施
 - ・ 平時から関係機関等との連携強化に努めること
 - ・ 保健所の体制整備に当たっては、予防計画等との整合性を確保しながら保健所単位で「健康危機対処計画」を策定すること



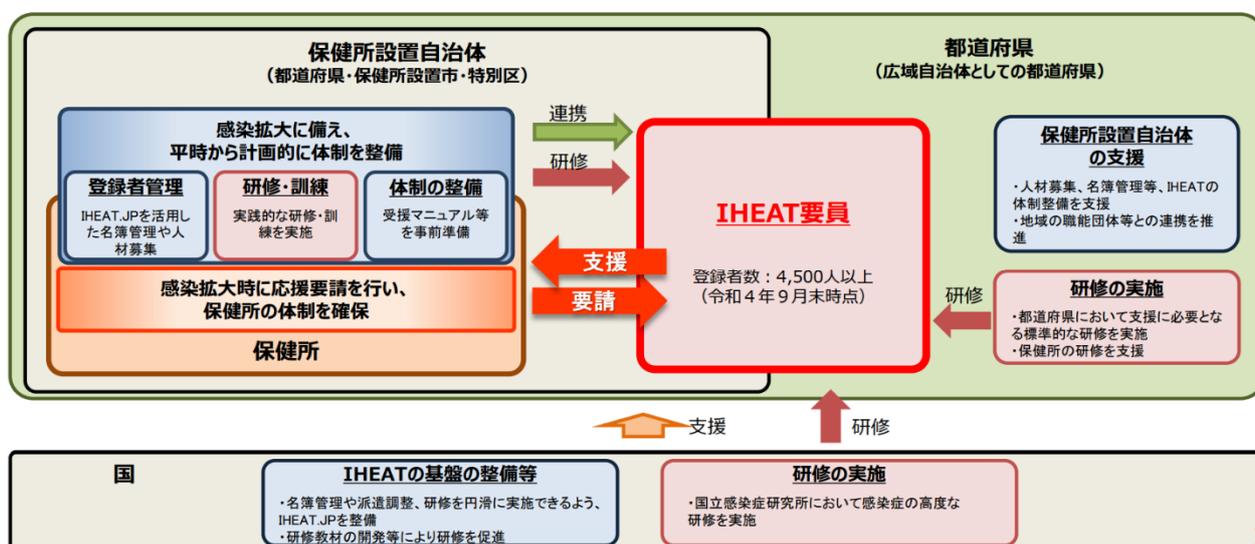
出所) 第50回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 資料1 (令和5年2月9日)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001055194.pdf>

図9 感染症法等の改正を踏まえた保健所の強化

B) IHEATの整備

- ✓ 改正地域保健法において、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組みである IHEAT が法定化された。(図 10)。具体的には、各都道府県等に示した運用の在り方を踏まえ、
 - IHEAT 要員の本業における使用者は、IHEAT 要員が保健所等の業務を行うことについて配慮するよう努めること。また、IHEAT 要員は、保健所等の業務で知り得た情報について守秘義務を有すること。(地域保健法第 21 条第 2 項及び第 3 項)
 - 国及び都道府県等は、IHEAT 要員に対して平時に、必要な研修を受けさせること。また、国は、IHEAT 要員に係る事業について技術的援助等に努めること。(地域保健法第 22 条及び第 23 条)

が規定された。



出典) 第 50 回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 資料 1 (令和 5 年 2 月 9 日)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001055194.pdf>

図 10 地域保健法の改正による IHEAT の強化

2.2 数値目標の考え方

前提条件

【設定する数値目標について】

- 都道府県等保健所設置市区が定める数値目標については表6のとおり設定する。

表6 設定する数値目標について

数値目標を設定する事項	数値目標
(1) 医療提供体制 (※)	① 病床数 ② 発熱外来機関数 ③ 自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数（病院・診療所数、薬局数、訪問看護事業所数） ④ 後方支援を行う医療機関数 ⑤ 他の医療機関に派遣可能な医療人材数（医師数、看護師数）
(2) 物資の確保 (※)	⑥ 個人防護具を十分に備蓄している協定締結医療機関の数
(3) 検査体制 (○) (※)	⑦ 検査の実施能力、地方衛生研究所等における検査機器の数
(4) 宿泊療養体制 (※)	⑧ 宿泊施設の確保居室数
(5) 人材の養成及び資質の向上 (○)	⑨ 医療機関並びに保健所職員や都道府県等職員に対する年1回以上の研修及び訓練の回数
(6) 保健所の体制整備 (○)	⑩ 流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数 即応可能な IHEAT 要員の確保数 (IHEAT 研修受講者数)

○：保健所設置市区が数値目標を定める事項（宿泊療養体制は任意）

※：感染症法に基づく協定により担保する数値目標

【数値目標の基本的な考え方】

数値目標の基本的な考え方については、以下の通りとする。

- 対応する感染症については、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。）及び新感染症を基本とする。
- 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への対応を念頭に取り組む。
- 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) 感染症法に基づく、厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生の公表（新興感染症に位置付ける旨の公表）。
- **流行初期（3ヶ月を基本とする）**は、まずは発生の公表前から対応実績のある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、感染症指定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。
- **流行初期以降**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。
- 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。

協定に係る数値目標の考え方

- 新興感染症の対応体制を構築する際には、医療提供体制、検査体制、宿泊療養体制については、それぞれ整合性を図りつつ、数値目標を設定することが重要である。
- 感染症危機の流行初期段階より保健・医療提供体制を早急に立ち上げる必要がある、という改正法の趣旨から、**流行初期**及び**流行初期以降**ともに、協定により担保する数値目標を設定することが求められる。

【流行初期の対応】について

- ・ 医療提供体制は発生の公表³⁾後1週間以内に立ち上げる目標を設定する。
- ・ 検査体制および宿泊療養体制は医療提供体制に比べ、立ち上がりに一定の時間を要することから、発生の公表後1ヶ月以内に立ち上げる目標を設定する。

【流行初期以降の対応】について

- ・ 医療提供体制は、発生の公表後遅くとも6ヶ月以内の時点の目標値とする。
- ・ 検査体制、宿泊療養体制等については、民間検査機関等が今後も新型コロナ対応と同規模で事業を継続していることが不透明であることや、国内の一般の宿

³⁾ 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表（特措法に基づく政府対策本部設置も行われる。）

泊需要に左右されることを踏まえ、定性的な協定⁴⁾でもよいこととする。

※ 物資の備蓄については、流行初期、流行初期以降を通じて、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間を想定し、設定する。

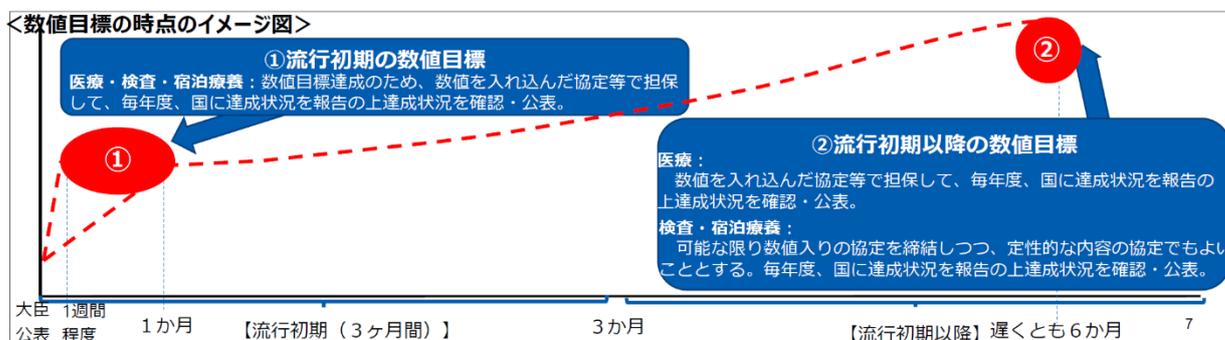


図 11 数値目標の時点のイメージ図

各数値目標の考え方

（1）医療提供体制【病床／発熱外来／自宅療養者への医療の提供／後方支援／人材派遣】

「第 8 次医療計画等に関する検討会」における意見のとりまとめ（令和 5 年 3 月 20 日）を踏まえ、以下のとおり設定する。

1 流行初期(発生の公表後1週間以内(※))

- 病床数については、新型コロナ発生約 1 年後の令和 2 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、一定規模の対応を行う医療機関から、当該病床数を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措置（病床）の基準は、以下に掲げるものを参酌して都道府県知事が定めるものとする。
 - ① 発生の公表後、都道府県知事の要請後 1 週間以内に措置を実施すること（この際、発生の公表前においても、都道府県及び医療機関に対する国からの知見等の周知を踏まえ、感染発生早期から、適切に準備を行う。）。
 - ② 感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を 30 床以上確保し継続して対応できること。

⁴⁾ 定性的とは数値入りの協定の締結を目指しつつ、地域の実情に応じ、数値を明記せずに感染症危機発生時に詳細な要件を確定する協定を想定。定性的な協定で数値目標を協定に含めることができない場合、設定した目標と差分が生じることとなるが、感染症危機が実際に発生した際に、その差分を迅速に解消できるよう、平時からの様々な準備を行う。※物資の備蓄については、流行初期、流行初期以降を通じて、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間を想定し、設定することとする。

- 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。
- 発熱外来機関数については、新型コロナ発生約1年後の令和2年冬の新型コロナ外来患者（約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1.5千機関）で約3万人の対応規模があったことを参考に、一定規模の対応を行う医療機関から、当該機関数を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措置（発熱外来）の基準は、以下に掲げるものを参酌して都道府県知事が定めるものとする。
 - ① 発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内に措置を実施すること（この際、発生の公表前においても、都道府県及び医療機関に対する国からの知見等の周知を踏まえ、感染発生早期から、適切に準備を行う。）。
 - ② 流行初期から、1日あたり20人以上の発熱患者を診察できること。
- ※ 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こととしている。
- なお、上記の医療機関の総病床数等は目安であり、都道府県において、地域の実情に応じて、通常医療の確保を図るためにも、柔軟に協定を締結する。

また、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、当該新興感染症への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。

2 流行初期以降(発生の公表後6ヶ月以内)(※)

<①流行初期以降開始時点>

- 流行初期対応を行っていない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関も含む。）も加わり、体制を確保することを目指す。
 - ① 病床数（約3.5万床）（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）
 - ② 発熱外来機関数（約5300機関）（+約3800機関：同上）

<②医療提供体制における各数値目標の最大値の体制：（ ）内は令和4年12月時点の国の体制>

- ①新型コロナ対応で確保した最大値の体制を想定する。
- ②病床数（約5.1万床）（約3,000医療機関、うち重点医療機関は約2,000）
- ③発熱外来機関数（約4.2万機関）
- ④自宅療養者等への医療を提供する機関数（病院・診療所数（約2.7万機関）、薬局数（約2.7万か所）、訪問看護事業所数（約2.8千か所））
- ⑤後方支援を行う医療機関数（約3.7千か所）
- ⑥他の医療機関への応援派遣に対応可能な医療人材数（医師数（約2.1千人）、看護師数（約4千人））

※ 流行初期医療確保措置の対象（①・②）以外の措置（③～⑤）についても、状況に応じて、流行初期段階から対応することも想定する。

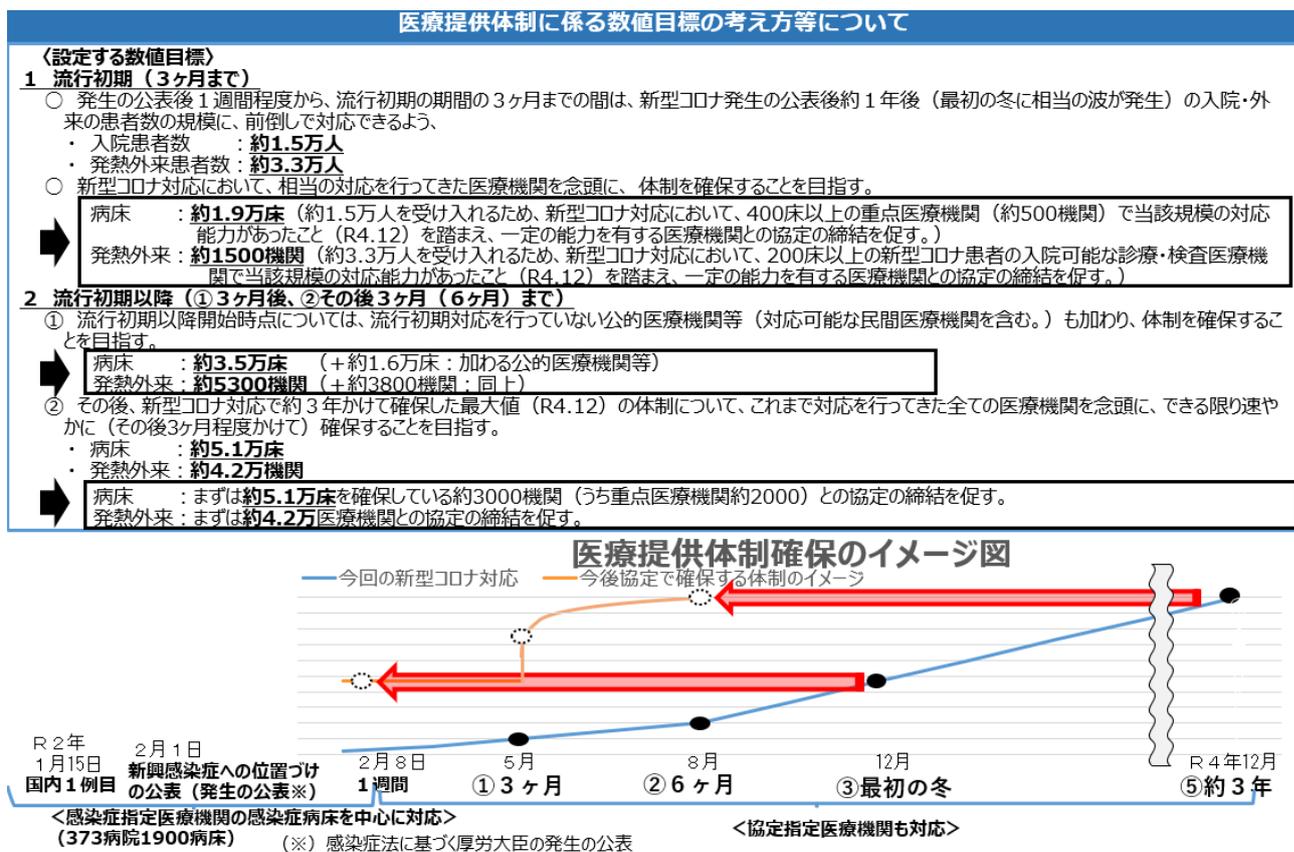


図 12 医療提供体制確保のイメージ図

（2）協定締結医療機関における個人防護具（PPE）の確保

- 協定締結医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所、検査機関、宿泊施設）では、協定において個人防護具（PPE）の備蓄について規定することができる（任意的事項）。
- 協定で締結する場合には、医療機関（病院、診療所、訪問看護事業所）との協定において、PPEの各品目（※）について、その施設の使用量2ヶ月分以上の備蓄を行うことを推奨しており、各医療機関等は協定において当該医療機関等におけるPPEの備蓄の品目及び数量を定める。
 - ※ サージカルマスク、N95マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋
 - ※ 薬局、検査機関及び宿泊施設については、品目及び備蓄量は任意とする。
- 都道府県は予防計画において、協定締結医療機関（病院、診療所、訪問看護事業所）において個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の数を目標として設定する。
- 具体的には、協定締結医療機関（病院、診療所、訪問看護事業所）のうち、8割以

上の施設が、協定により5物資についてその施設の2ヶ月分以上に当たる各種PPEの備蓄を行うことを目標とする。

※ 「8割」については、使用量1ヵ月分以上の備蓄を確保する医療機関が各PPEで82%以上となっていることを踏まえて設定する。

- 予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定（目標値）の対象施設は、病院、診療所及び訪問看護事業所とする。

PPE備蓄に係る目標設定の対象の施設・協定内容は、以下の表の赤色部分とする。

※ 以下の表の色なしの部分（薬局、検査機関及び宿泊施設）は、予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定の対象外だが、PPE備蓄に係る個別の協定締結は可能とする。

	協定内容						
	入院	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供	後方支援	人材派遣	検査	宿泊療養
病院							
診療所							
薬局							
訪問看護事業所							
検査機関							
宿泊施設							

- 予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定（目標値）の対象施設・物資（品目）は、病院、診療所及び訪問看護事業所において5物資全部とする。

PPE備蓄に係る目標設定の対象の施設・物資は、以下の表のように設定する。

※ N95マスクについては、DS2マスクでの代替も可能とする。

※ アイソレーションガウンには、プラスチックガウンも含まれる。

※ フェイスシールドについては、再利用可能なゴーグルの使用での代替も可能とする。この場合において、ゴーグルは再利用が可能であり、有事におけるその医療機関での1日当たり使用量を備蓄することを推奨する。必要人数分の必要量を確保していれば、フェイスシールドの備蓄をすることを要しないものとし、かつ、フェイスシールドの使用量2ヵ月分を確保しているのと同等として取り扱う。

	サージカルマスク	N95マスク	アイソレーションガウン	フェイスシールド	非滅菌手袋
病院	○	○	○	○	○
診療所	○	○	○	○	○
訪問看護事業所	○	○	○	○	○

- 予防計画でのPPE備蓄に係る目標設定（目標値）は、具体的には以下のように設定する。

(例) 各種 PPE (5 物資) について使用量 2 ヶ月分以上を備蓄する協定締結医療機関数：1000 施設以上

【数値目標の達成度の評価】

- PPE の備蓄を十分に行う医療機関の数として、協定締結医療機関の 8 割以上を数値目標として設定し、協定により 5 物資についてその施設の使用量 2 ヶ月分以上の備蓄を実施する医療機関の数の実績（協定締結ベース）の多寡によって、目標が多く達成されたのかどうかを評価する。
 - 一方、施設数実績（協定締結ベース）の多寡では、備蓄量の情報がないため、「使用量 2 ヶ月分」に対しどの程度足りなかったのかを評価することができない。このため、補足的に、5 物資別の使用量 1 ヶ月分等の施設数も把握し、評価する。
 - また、施設数を数値目標として設定するとともに施設数実績（協定締結ベース）を把握することとする一方、備蓄量の情報がないため、以下のように備蓄量を補足的に把握する。
 - ① 都道府県での数値目標の設定の際に、施設数目標に対応する備蓄量を補足的に把握するため、5 物資別の使用量 2 ヶ月分の積み上げを行い、その 8 割の備蓄量を把握する。
 - ② 協定締結後において、都道府県での協定による協定締結医療機関の 5 物資別の備蓄量（協定締結ベース）の積み上げを行い、補足的に把握する。
- ※ 目標設定（目標値）の対象施設以外（薬局、検査機関及び宿泊施設）についても、協定で PPE 備蓄の実施を定めた施設がある場合はその物資別の備蓄量を把握する。検査機関及び宿泊療養施設については、保健所設置市及び特別区での協定で PPE 備蓄の実施を定めた施設がある場合はその物資別の備蓄量も把握する。

【目標値の算定手順】

- 協定締結医療機関の 8 割以上の数値目標（目標値）については、以下のような手順により算定する。
 - ① 事前に実施する医療機関の意向等の調査で、入院、人材派遣の協定締結医療機関の施設数を把握する。
 - ※ 発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援については、その協定締結医療機関の数が目標値に設定されるため、それを引用して整理し、把握する。
 - ② 都道府県の単位で協定締結医療機関の施設数を算出し、その 8 割以上が 5 物資使用量 2 ヶ月分以上を備蓄するものとして当該施設数を目標値とする。
- また、施設数目標に対応する備蓄量の情報も補足的に把握するため、都道府県での 5 物資別の使用量 2 ヶ月分の積み上げを行い、その 8 割の備蓄量を把握する。具体的には、以下のような手順により算定する。
 - ① 事前に実施する医療機関の意向等の調査で、協定締結医療機関となると想定される医療機関の 5 物資別の使用量 2 ヶ月分を把握する。

※ 協定締結医療機関となると想定される医療機関の「使用量 2 ヶ月分」は施設としての使用量 2 ヶ月分となる。

※ 上記調査で回答を得られない等の場合、①G-MIS 週次報告対象医療機関については、同週次報告での「1 週間想定消費量」の回答を活用することや、②「感染症法に基づく「医療措置協定」締結等のガイドライン」において整理する、G-MIS 週次調査等からの規模別・物資別の平均消費量を活用することができる。

② 都道府県の単位で 5 物資別に使用量 2 ヶ月分をその備蓄量として積み上げ、その結果に対して 0.8 を乗じて、その 8 割の備蓄量を算定する。

(3) 検査体制

【前提】

- 数値目標における検査の対象は、「有症状者」や「濃厚接触者」とする。その他の者に対する検査は、実際の感染拡大時には状況に応じて実施されるものであるが、数値目標における検査の対象としては想定しない。
- 数値目標における検査の種類は、核酸検出検査（PCR 検査等）（※）とする。実際の感染拡大時には、抗原検査の活用も想定されるが、新型コロナ対応の経験なども踏まえると、抗原検査の実用化には一定の時間が必要となると考えられることから、数値目標における検査の対象としては想定しない。
(※) 新型インフルエンザ等感染症等が発生した際に、薬事承認された試薬を用いる方法のほか、国立感染症研究所が示す方法（それに準じたものとして国が示す方法を含む。）で実施することとする。
- 数値目標における地方衛生研究所等とは、地域保健法第 26 条に規定する調査研究、試験検査、情報収集・分析・提供、研修の業務を行う都道府県等の機関（当該都道府県等が当該業務を他の機関に行わせる場合は、当該機関。）をいう。具体的には、地方衛生研究所として調査研究、試験検査、情報収集・分析・提供、研修の業務を実施する機関のほか、これらの業務の全部又は一部を実施する自治体が設置する研究機関等や保健所も含まれる。

A) 都道府県

- 保健所設置市区分も含めた都道府県内全体の数値目標を設定する。
※都道府県連携協議会などを活用し、保健所設置市区と緊密な情報共有、連携を図ること。

【流行初期】

- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後 1 ヶ月以内に、発熱外来で対応する患者数に対応できるよう、地方衛生研究所等における対応を中心としつつ、医療機関等においても一定の対応を行うことを想定し、下表のとおりする。

		検査の実施能力	検査機器の数
全体		A 件/日 【考え方】 協定締結医療機関（発熱外来）における、1日の対応可能人数以上とする。	/
内 訳	地方衛生研究所等	B 件/日 【考え方】 新型コロナウイルス感染症対応で確保した体制を踏まえた最大検査能力とする。	●台 【考え方】 検査の実施能力に相当する数とする。
	医療機関（検体採取及び検査の実施まで行うものに限る）	C 件/日 【考え方】 $C=A-B$ とする。	/
	民間検査機関等		

（参考）全国ベースの数値目標の目安

協定締結医療機関（発熱外来）数について約 1500 機関、約 3 万件/人の対応を目安としていることから、検査の実施能力は 3 万件以上/日を目安としている。

【流行初期以降】

- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後 6 ヶ月以内に、発熱外来で対応する患者数に対応できるよう、下表のとおりとする。

		検査の実施能力	検査機器の数
全体		A 件/日 【考え方】 協定締結医療機関（発熱外来）数に、新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における 1 医療機関の 1 日当たりの平均検体採取人数を乗じたものとする。 (注)	/
内 訳	地方衛生研究所等	B 件/日 【考え方】 新型コロナウイルス感染症対応で確保した体制を踏まえた最大検査能力とする。	●台 【考え方】 検査の実施能力に相当する数とする。
	医療機関（検体採取	C 件/日	/

及び検査の実施まで 行うものに限る)	【考え方】 C=A-B とする。	
	民間検査機関等	

(注) 全体の検査の実施能力の数値目標の設定の具体的方法について

以下の、①×②+③×④で設定する。

① 各都道府県の協定締結医療機関（発熱外来・病院）数

② 各都道府県における過去最大の感染拡大時（2 ヶ月程度）における、G-MIS の「病院」の「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」について、1 医療機関の 1 日当たり平均の数

※ 「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」を「入力医療機関数」で除して、1 医療機関当たりの検体採取人数を算出する。

③ 各都道府県の協定締結医療機関（発熱外来・診療所）数

④ 各都道府県における過去最大の感染拡大時（2 ヶ月程度）における、G-MIS の「診療所」の「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」について、1 医療機関の 1 日当たり平均の数

※ 「新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数」を「入力医療機関数」で除して、1 医療機関当たりの検体採取人数を算出する。

(補足) ②、④について、各都道府県において G-MIS 以外の方法で、新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における 1 医療機関の 1 日当たりの平均検体採取人数を把握できる場合は、その方法を活用しても差し支えない。

(②、④のイメージについて)

日付	病院			診療所		
	入力医療機関数	新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数	1 医療機関当たりの検体採取人数	入力医療機関数	新型コロナウイルス検査実施（検体採取）総人数	1 医療機関当たりの検体採取人数
2022 年 7 月 1 日	A1	B1	C1 (=B1÷A1)	a1	b1	c1 (=b1÷a1)
...
2022 年 8 月 31 日	AN	BN	CN	aN	bN	cN
1 日当たり 平均			② ((C1 +... CN)/N)			④ ((c1 +... cN)/N)

(参考) 全国ベースの数値目標の目安

協定締結医療機関（発熱外来）数について約 4.2 万機関を目安とし、過去最大の感染拡大時の令和 4 年 7～8 月の G-MIS における 1 医療機関の 1 日当たりの平均検体採取人数が約 12

人/日であることを踏まえ、検査の実施能力は約 50 万件以上/日（約 4.2 万×12 人/日）を目安としている。

B) 保健所設置市区

- 保健所設置市区においては、当該保健所設置市区の地方衛生研究所等における数値目標を設定することを基本とする。なお、保健所設置市区も民間検査機関等と検査等措置協定を締結することができるため、民間検査機関等における数値目標を設定することも可能である。
- 地方衛生研究所等を有しない保健所設置市区においては、近隣の地方衛生研究所等を有する保健所設置市区や地方衛生研究所等との連携などにより設定した数値目標を括弧書きとして記載すること。

なお、地方衛生研究所等を有しない保健所設置市区における検査設備の整備数は、数値目標の設定として求めないこととする。

※ 都道府県の項目において、全体の検査の実施能力の数値目標の設定方法について、発熱外来で対応する患者数に対応するという考えの下、協定締結医療機関（発熱外来）数に関連づける形でお示ししているところ。発熱外来との協定は都道府県が行うものであり、保健所設置市区においてこうした考え方を適用することは困難と考えられるため、保健所設置市区に全体の検査の実施能力の数値目標を設定することは求めない。なお、都道府県と協議の上で、保健所設置市区として全体の検査の実施能力の数値目標を設定することは差し支えない。

（留意事項）

感染症法第 10 条第 14 項において、「保健所設置市等は、基本指針及び当該保健所設置市等の区域を管轄する都道府県が定める予防計画に即して、予防計画を定めなければならない。」とされている。都道府県が、保健所設置市区分も含めた都道府県内全体の数値目標を設定することとしており、保健所設置市区は都道府県連携協議会などを活用し、都道府県と緊密な情報共有、連携を図ること。

【流行初期】【流行初期以降】

	検査の実施能力	検査機器の数
地方衛生研究所等	A 件/日 【考え方】 新型コロナウイルス感染症対応で確保した体制を踏まえた最大検査能力とする。	●台 【考え方】 検査の実施能力に相当する数とする。

（都道府県と保健所設置市区の数値目標のイメージ）

	【都道府県】 A 県の数値目標	【保健所設置市区】		
		A 県 B 市の数値目標	A 県 C 市の数値目標	A 県 D 市の数値目標 (地方衛生研究

				所等を有しない 場合)
全体	1000 件/日	—	—	—
地方衛生研究所 等	700 件/日 (A 県の 400+B 市の 200+C 市の 100))	200 件/日	100 件/日	(100 件/日)
医療機関	300 件/日	—	—	—
民間検査機関等		—	—	—

(4) 宿泊療養体制

【前提】

- 数値目標における宿泊施設の確保居室の対象は、民間事業者だけでなく公的施設も含むものとする。
(※) 都道府県が所有する施設については、協定の対象としては想定しないが宿泊療養として活用することを想定していれば数値目標に含むものとする。

A) 都道府県

【流行初期(発生の公表後1ヶ月以内)】

- 宿泊療養体制については、病原性の明らかではない感染症に対して、流行初期は入院医療を中心とした体制となることが考えられるが、重症者を優先する医療提供体制への移行を想定し、令和2年5月頃の宿泊施設の確保居室数を目指して確保するものとする。
- 令和2年5月頃時点で、宿泊施設を確保していなかった都道府県においては、患者の発生に備えて、当該都道府県が今般の新型コロナ対応の中で宿泊療養施設を立ち上げた時点における宿泊療養の確保居室数を目指して宿泊施設を確保するものとする。
- 感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後1ヶ月以内は民間事業者が対応できない場合も考慮して、公的施設における対応も考慮する。
(参考) 全国ベースの数値目標の目安
1.6万室の対応を目安としている。

【流行初期以降(発生の公表後6ヶ月以内)】

- 新型コロナウイルス感染症での対応において最大の確保数であった令和4年3月頃の宿泊施設の確保居室数を目指して確保していくことを目安とする。また、国内の一般の宿泊需要に左右されること等を踏まえ、可能な限り確保居室数を担保した協定を締結することを目指しつつ、定性的な内容による協定の締結でもよいこととする。

- 定性的とは数値入りの協定の締結を目指しつつ、地域の実情に応じ、数値を明記せずに感染症危機発生時に詳細な要件を確定する協定を想定。定性的な協定で数値目標を協定に含めることができない場合、設定した目標と差分が生じることとなるが、感染症危機が実際に発生した際には、その差分を迅速に解消できるよう、迅速に宿泊施設と協議を行うこととする。

(参考) 全国ベースの数値目標の目安

7.3 万室の対応を目安としている。

B)保健所設置市区

- 保健所設置市区においては、宿泊療養に係る数値目標の設定は任意であるが、保健所設置市区が民間宿泊施設等と直接協定を締結している場合には、数値目標を設定することが考えられる。
- 都道府県の数値目標には保健所設置市区の数値目標の数を含めることになるので、保健所設置市区は都道府県連携協議会などを活用し、都道府県と緊密な情報共有、連携を図ることが必要である。

(5) 人材の養成・資質の向上

- 国内において感染者が減少している感染症に関する知見を十分有する者が少なくなっている一方で、新たな感染症対策に対応できる知見を有する医療現場で患者の治療に当たる感染症の医療専門職の他にも、介護施設等でクラスターが発生した場合に適切な感染拡大防止対策を行うための感染管理の専門家、感染症の疫学情報を分析する専門家、そして行政の中においても感染症対策の政策立案を担う人材など多様な人材が改めて必要となっている。
- 協定締結医療機関の医療従事者、保健所職員、都道府県職員及び保健所設置市区職員（以下「都道府県職員等」という。）を対象に、研修・訓練を年1回以上実施することを数値目標とする。

A)協定締結医療機関

- 協定医療機関の研修と訓練への参加又は実施を年1回以上とする。数値目標としては都道府県内の協定締結医療機関の全てが、研修及び訓練それぞれの実施又は国や国立感染症研究所、都道府県、他の医療機関等が実施する研修や広域的な人材派遣が想定されるDMA Tの研修及び訓練それぞれに職員を参加させることとなる。
- 数値目標の達成状況の把握においては、研修を実施した回数ではなく、各協定締結医療機関が年1回以上研修と訓練を実施又は参加させたかどうかを把握し、全ての医療機関が実施又は参加させることが目標である。
- 研修・訓練、加えて病床確保の協定を締結する医療機関にあっては、病床確保に当たってのシフトや応援に係る訓練・点検、院外から移送された患者の受入れの流れを考慮した訓練等を想定する。

B)保健所

- 都道府県等や保健所が主催する研修や訓練を年1回以上とする。数値目標としては感染症有事体制に構成される人員を対象に、全員が年1回研修を受講できるよう実施した回数となる。
- 研修・訓練については、職員等の参集を含めた初動対応の訓練など、感染症有事における早期の体制確立に資する内容が求められる。必要に応じて、PPEを着用した訓練等の実施も想定される。感染症有事体制に構成される人員は保健所職員、本庁等からの応援職員、IHEAT 要員、市町村からの応援派遣等を想定。

C)都道府県職員等

- 都道府県や保健所設置市区が主催する研修や訓練を年1回以上とする。数値目標としては都道府県が開催した研修や訓練の回数となる。
- 都道府県職員等は主に感染症対策を行う部署に従事する職員とし、地方衛生研究所等の職員を含む。
- 研修・訓練の内容については、関係機関と連携した PPE の着脱や移送に係る研修・訓練等を想定するが、都道府県等で関係機関と調整して研修内容を設定してもよい。
- なお、国や国立感染症研究所等が実施する研修への参加に派遣した場合も数値目標に含めることにする。

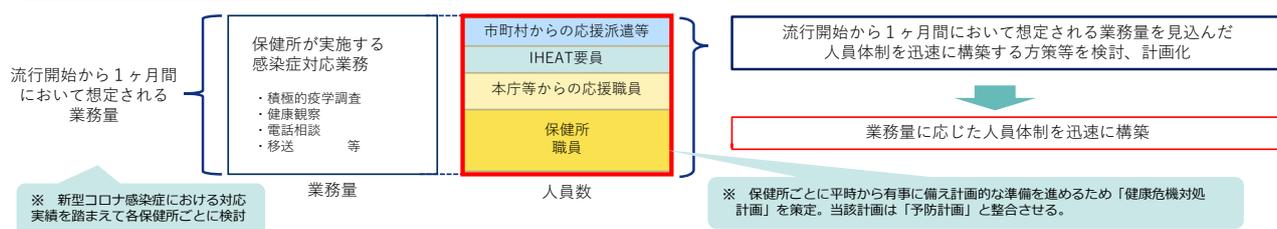
(6) 保健所の体制整備

【前提】

- 保健所においては、新興感染症の流行開始（発生の公表）から多くの感染症対応業務が発生することを想定し、業務ひっ迫防止のため、流行開始と同時に感染症有事体制に移行する。具体的には都道府県等において以下の対応を取る。
 - ・ 流行開始から1ヶ月間の業務量に十分に対応可能な感染症有事体制を検討し、当該体制を構成する職員（保健所職員や本庁等からの応援職員、IHEAT 要員等）を確保する（※）。
 - ・ また、積極的疫学調査等の専門性を必要とする業務に係る即応可能な外部応援体制を構築するため、支援可能な IHEAT 要員を確保する。
 - ・ 平時から ICT を活用しつつ、さらに、流行開始から外部委託や都道府県への業務の一元化、派遣職員の活用等を推進する。
 - ・ 職員等による即応体制を確実に構築する観点から、実践型訓練を含めた感染症対応研修を全ての対象者が年1回以上受講する。

（※）急速な感染拡大が起きた場合においても保健所業務がひっ迫しないような有事体制を構築しておく必要があることから、地域の実情にもよるが、例えば、新型コロナウイルスがオミクロン株に変異したいわゆる「第6波」と同規模の感染が流行初期に発生した場合の、流行開始から1ヶ月間の業務量に対応可能な人員確保数を想定。

<感染症有事体制のイメージ図>



- 都道府県等においては、以下を数値目標とする。
 - ・ 保健所における流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数
 - ※保健所ごとの内訳も記載すること。
 - ・ IHEAT 要員の確保数
 - ※ 即応人材を確保する観点から、IHEAT 研修の受講者数を記載すること。

表7 医療提供体制整備の数値目標の考え方

区分	項目	協定締結対象	①流行初期（初動対応）				②流行初期以降							
			対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け				
(1)医療提供体制	①入院	医療機関	厚生労働大臣の公表後1週間	新型コロナ発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの入院病床数	床	協定締結医療機関との数値入りの協定	厚生労働大臣の公表後遅くとも6か月以内	新型コロナ対応で確保した最大の体制《入院病床数》 ※2022年12月時点 流行初期以降開始時点： 流行初期に対応していない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）	床	協定締結医療機関との数値入りの協定				
	②発熱外来	医療機関		発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの診療・検査機関数	機関			新型コロナ対応で確保した最大の体制《診療・検査機関数》 ※2022年12月時点 流行初期以降開始時点： 流行初期に対応していない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）	機関					
	③ 自宅療養者への医療の提供	医療機関 薬局 訪問看護						新型コロナ対応で確保した最大値の体制《自宅療養者等への医療提供機関》	機関	協定締結機関との数値入りの協定を前提				
	④ 後方支援	医療機関										新型コロナ対応で確保した最大値の体制《後方支援医療機関》	機関	
	⑤人材派遣											新型コロナ対応での最大値の体制《派遣人材数》	人	
(2)物資の確保	⑥ 備蓄している医療機関の数	医療機関	(各協定締結の時期に準じる)	協定締結医療機関のうち【8割以上】の施設が当該施設の使用量【2カ月分】にあたるPPEを備蓄	機関	協定で備蓄量を規定	(各協定締結の時期に準じる)	協定締結医療機関のうち【8割以上】の施設が当該施設の使用量【2カ月分】にあたるPPEを備蓄	機関	協定で備蓄量を規定				

区分	項目	協定締結対象	①流行初期（初動対応）				②流行初期以降			
			対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け	対応時期	目標の目安	目標単位	当該目標の裏付け
(3) 検査体制	⑦-1 検査の実施能力	地方衛生研究所等	厚生労働大臣の公表後1か月	協定締結医療機関（発熱外来）における、1日の対応可能人数以上とする。	件/日	厚生労働大臣の公表後遅くとも6か月以内	協定締結医療機関（発熱外来）数に、新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における1医療機関の1日当たりの平均検体採取人数を乗じたものとする。	件/日	可能な限り数値入りの協定を締結しつつ、定性的な内容の協定もよいこととする。	
		医療機関、民間検査機関等			件/日					
	⑦-2 地方衛生研究所等の検査機器の数	検査の実施能力に相当する数とする。		台						
(4) 宿泊療養体制	⑧ 宿泊施設確保居数	宿泊施設	厚生労働大臣の公表後1か月	新型コロナ対応時（2020年5月頃）の実績を参考に設定 ※当時宿泊施設を開設していなかった自治体も、開設を想定	室	協定締結機関との数値入りの協定	新型コロナ対応での最大値の体制《宿泊施設》 ※2022年3月時点	室		
(5) 人材の養成・資質の向上	⑨ 研修・訓練回数	—	【平時】協定締結医療機関、保健所職員及び都道府県等職員に対する研修及び訓練を1年1回以上実施する							
(6) 保健所の体制整備	⑩ 人員確保数	—	厚生労働大臣の公表後1か月	想定される業務量に対応する人員確保数 ※保健所ごとの内訳も記載。	人					
		—	【平時】IHEAT 研修の受講者数							

目標を設定する際の手順（例）

- 以下には、目標値を設定するために考慮が必要な事項の整理表のイメージを示す。各表に示した目標値以外は、必ずしも埋める必要はないが、数値目標設定の検討の際に参考になりうる項目の例を示したものである。

① 協定締結医療機関（入院）の確保病床数

■目標値

- ・各協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数（対応可能時期別の確保病床数）

■対応時期別目標

【流行初期】

- ・新型コロナ発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの入院病床数

【流行初期以降】

- ・新型コロナ対応で確保した最大の体制《入院病床数》※2022年12月時点

■検討項目（例）

- ・医療機関種別（感染症指定医療機関／重症者対応／流行初期対応等）
- ・医療機関の病床数《内訳》
 - ・重症者病床
 - ・特別な配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、外国人等）

【留意点】

P21~23の各患者の特性や必要な配慮等を考慮する。

表8 協定締結医療機関（入院）の確保病床数の数値目標設定について（整理表の例）

項目	目標値 【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)		目標値 【流行初期】 (発生公表後3ヶ月まで)	
	(参考) 新型コロナ実績値 (2022年12月の入院病床数)	(参考) 新型コロナ実績値 (2020年12月の入院病床数)	(参考) 新型コロナ実績値 (2022年12月の入院病床数)	(参考) 新型コロナ実績値 (2020年12月の入院病床数)
確保病床数	床	床	床	床
うち、重症者病床	床	床	床	床
うち、特に配慮が必要な患者				
精神疾患を有する患者	床	床	床	床
妊産婦	床	床	床	床
小児	床	床	床	床
障害児者	床	床	床	床
認知症患者	床	床	床	床

項目	目標値		目標値		
	【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)	(参考) 新型コロナウイルス実績値 (2022年12月の入院病床数)	【流行初期】 (発生公表後3ヶ月まで)	(参考) 新型コロナウイルス実績値 (2020年12月の入院病床数)	
	がん患者	床	床	床	床
	透析患者	床	床	床	床
	外国人	床	床	床	床

表9 協定締結医療機関リスト (入院)

医療機関名	医療機関 時点で対応可能な 流行初期以降開始 関の区分	感染症指定医療機 関の区分	重症者対応可否	措置対象 流行初期医療確保	受入病床数				
					合計	重症者	精神疾患	妊産婦	・ ・ ・

② 協定締結医療機関（発熱外来）の確保医療機関数

■目標値

- ・各協定締結医療機関（発熱外来）の機関数

■対応時期別目標

【流行初期】

- ・発生約1年後（2020年12月）の新型コロナの診療・検査機関数

【流行初期以降】

- ・新型コロナ対応で確保した最大の体制《診療・検査機関数》※2022年12月時点

■検討項目

- ・医療機関種別（感染症指定医療機関病院／流行初期対応／病院・診療所等）
- ・各医療機関における感染症対応状況（かかりつけ患者以外の受入れ可否／小児の対応可否）

表 10 協定締結医療機関（発熱外来）の確保医療機関数の数値目標設定について（整理表例）

項目	目標値 【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)		目標値 【流行初期以降】 (発生公表後3か月まで)	
	(参考) 新型コロナ実績値 (2022年12月の診療・検査機関数)	(参考) 新型コロナ実績値 (2020年12月の診療検査機関数)		
発熱外来数（健康観察・診療医療機関数）	機関	機関	機関	機関
内訳)				
感染症指定医療機関	機関	機関	機関	機関
病院	機関	機関	機関	機関
診療所	機関	機関	機関	機関

表 11 医療機関リスト（発熱外来）

医療機関名	流行初期以降開始時点で対応可能な医療機関	感染症指定医療機関の区分	流行初期医療確保措置対象	医療機関内訳		対象患者	
				病院	診療所	かかりつけ患者以外の受入れ可否	小児の対応

③ 協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数

■目標値

- ・ 自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数（病院・診療所数、薬局数、訪問看護事業所数）

■対応時期別目標

【発生公表後6か月まで】

- ・ 新型コロナ対応で確保した最大値の体制《自宅療養者等への医療提供機関》

■検討項目

- ・ 機関種別の登録機関数（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）
- ・ 登録機関における研修受講状況
- ・ 機関種別の ICT 活用状況（電話・オンライン診療等の実施率）

表 12 自宅療養者等への医療提供機関の数値目標設定（整理表例）

項目		目標値 (発生公表後6か月まで)	(参考) 新型コロナ実績値 (R4年12月の医療提供機関数)
健康観察・診療医療機関数		機関	機関
機関種別	病院	機関	機関
	診療所	機関	機関
	薬局	機関	機関
	訪問看護ステーション	機関	機関
対象者別	うち、自宅療養者対応	機関	機関
	うち、宿泊療養者対応	機関	機関
	うち、高齢者施設対応	機関	機関
	うち、障害者施設対応	機関	機関

表 13 医療機関リスト（自宅療養者等への医療の提供）

機関名	機関種別				電話・オンライン診療の実施状況 (医療機関のみ)	対象者				
	病院	診療所	薬局	訪問看護ステーション		自宅療養者対応	宿泊療養者対応	高齢者施設対応	障害者施設対応	その他

④ 協定締結医療機関（後方支援）の機関数

■目標値

- ・ 後方支援を行う医療機関数

■対応時期別目標

【発生公表後6か月まで】

- ・ 新型コロナ対応で確保した最大値の体制《後方支援を行う医療機関数》

■検討項目

- ・ 機関種別の機関数（病院、その他）
- ・ 医療機関のオンライン診療等の実施状況

表 14 後方支援機関の機関数の数値目標設定について（整理表の例）

項目	目標値	
	【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)	(参考) 新型コロナ実績値 (2022年12月の後方支援医療機関数)
受入れ可能機関数	機関	機関
医療機関（病院）	機関	機関
その他	機関	機関

表 15 医療機関リスト（自宅療養者等への医療の提供）

機関名	機関種別		オンライン診療の実施状況 (医療機関のみ)
	病院	その他	

⑤ 協定締結医療機関（人材派遣）の確保人数

■目標値

- ・他の医療機関に派遣可能な医療人材数（医師数、看護師数）

■対応時期別目標

【流行初期以降】

- ・新型コロナ対応での最大値の体制《派遣人材数》

■検討項目

- ・派遣登録者の研修・訓練の参加状況（PPEを着用した診療・検体採取訓練、移送訓練等）
- ・登録医療機関の所属医療機関（病院・診療所・その他）
- ・登録者の内訳（感染症医療担当従事者／感染症予防等業務対応関係者（感染制御・業務継続支援チームの医療従事者・感染管理専門家を含む）／DMAT／DPAT／その他）

表 16 派遣可能な医療人材の数値目標設定について（整理表の例）

項目	目標値	
	【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)	(参考) 新型コロナ実績値 (2022年12月の確保人数)
登録医療機関数	機関	機関
医療機関（病院）	機関	機関
医療機関（診療所）	機関	機関
その他	機関	機関
登録者の内訳		
人材派遣者数計	人	人
（上記のうち、県外派遣可能な人数）		
医師	人	人
看護師	人	人
その他	人	人
感染症医療担当従事者	人	人
（上記のうち、県外派遣可能な人数）	人	人
医師		
看護師		
その他		
感染症予防等業務対応関係者*	人	人
（上記のうち、県外派遣可能な人数）	人	人
医師		
看護師		
その他		
DMAT（医師、看護師、その他）	人	人
DPAT（医師、看護師、その他）	人	人
その他	人	人

※ 地域の実情に応じ必要が認められる場合は、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（及びチーム数）を内数として追加記入する。

表 17 医療機関リスト（医療人材の派遣）

機関名	機関種別			訓練・研修の実施	対象者								
	病院	診療所	その他		従事者	感染症医療担当	遣可能 うち、 県外派	務対応関係者	感染症予防等業	遣可能 うち、 県外派	DMAT	DPAT	その他

⑥ 個人防護具の備蓄を十分に行う協定締結医療機関の数

■項目

- ・個人防護具の備蓄を十分に行う協定締結医療機関の数

■予防計画上の目標の対象

協定締結医療機関（病院、診療所、訪問看護事業所）

■対応時期別目標

※ 流行初期、流行初期以降を通じて、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間を想定し、設定することとする。

【対応時期】 各協定締結医療機関の協定締結時期による

【目標】

- ・協定締結医療機関のうち、病院・診療所・訪問看護事業所について、8割以上の施設において、各施設における PPE の使用量 2 カ月分以上を確保すること。

【留意点】

- ・協定締結医療機関のうち 8 割以上とする施設数目標に加え、これに対応する備蓄量の情報を補足的に把握するため、協定締結医療機関となると想定される医療機関の物資別の使用量で 2 ヶ月分の積み上げを行い、その 8 割の備蓄量を把握する。

表 18 PPE 備蓄の数値目標設定について（整理表の例）

【集計表】	協定締結医療機関の施設数	使用量 2 ヶ月分の集計値（単位:枚）				
		サージカルマスク	N95 マスク	アイソレーションガウン	フェイスシールド	非滅菌手袋
病院						
診療所						
訪問看護事業所						
医療機関合計:A						
A×0.8						

【施設リスト】	施設種類	協定内容	施設の 2 ヶ月分使用量（単位:枚）				
			サージカルマスク	N95 マスク	アイソレーションガウン	フェイスシールド	非滅菌手袋
A 病院	病院	入院、発熱外来					
B 病院	病院	後方支援					
C 診療所	診療所	発熱外来					

D 診療所	診療所	自宅療養者等 への医療の 提供					
E 訪問看護事業所	訪問看護事業所	自宅療養者等 への医療の 提供					

⑦ 検査の実施件数（実施能力）、地方衛生研究所等における検査機器の数

■目標値

- ・検査の実施能力、地方衛生研究所等における検査機器の数

■対応時期別目標

【流行初期】

- ・発熱外来で対応する患者数に対応できる能力の確保を目指す
 - ・検査の実施能力（件/日） ※核酸検出検査（PCR 検査等）に限る。
 - ・地方衛生研究所等の検査機器の数（台）

【流行初期以降】

- ・発熱外来が対応する患者数に対応できる能力の確保を目指す。

■検討項目

- ・実施主体別検査の実施能力（件/日）
実施主体（地方衛生研究所等／医療機関・民間検査機関等）
- ・地方衛生研究所等の検査機器の数（台）
機器の例：PCR 検査機器（リアルタイム PCR を除く）／リアルタイム PCR／全自動核酸検査機器

表 19 検査体制 | 目標値策定表（イメージ）

項目		目標値 【流行初期】 (発生公表後 1 か月以内)	目標値 【流行初期以降】 (発生公表後 6 か月以内)
検査の実施能力（件/日）		件/日	件/日
	地方衛生研究所等	件/日	件/日
	医療機関、民間検査機関等	件/日	件/日
地方衛生研究所等の検査機器の数		台	台

注：地方衛生研究所等を有しない保健所設置市区においては、検査実施能力について、近隣の地方衛生研究所等を有する保健所設置市区や地方衛生研究所等との連携などにより設定した数値目標を括弧書きとして記載すること。また、地方衛生研究所等の検査機器の数については、数値目標の設定は求めない。

表 20 検査機関リスト

関係機関名	区分（※1）	検査の実施能力（件/日）		契約状況（定性的な協定、協議中等も含む）
		流行初期	流行初期以降	

※1：医療機関（病院、診療所）、民間検査機関等の区分

⑧ 協定締結宿泊施設の確保居室数

■目標値

- ・ 宿泊施設等（民間宿泊施設、公的施設等）における確保居室数

■流行時期別目標

【流行初期】

- ・ 2020年5月頃の新型コロナの実績を目指す

【流行初期以降】

- ・ 2022年3月頃の新型コロナの実績を目指す
（可能な限り数値入りの協定を締結しつつ、定性的な内容の協定もよいこととする。）

■検討事項

- ・ 宿泊施設等の主体別（民間宿泊施設、公的施設等）の確保居室数

表 21 宿泊施設 | 新型コロナ発生時の実績を参考とした目標値策定表（イメージ）

項目	目標値 【流行初期】 （発生公表後1か月 目途）	（参考）新型コ ロ ナ 実 績 値 （2020年5月 頃）	目標値 【流行初期以 降】 （発生公表後6 か月まで）	（参考）新型コ ロ ナ 実 績 値 （2022年3月 頃）
	宿泊施設（確保居室数）	室	室	室
公的施設	室	室	室	室
民間宿泊施設	室	室	室	室

定性的な協定で数値目標を協定に含めることができない場合、設定した目標と差分が生じることとなるが、感染症危機が実際に発生した際には、その差分を迅速に解消できるよう、迅速に宿泊施設と協議を行うこととする。

表 22 協定締結宿泊施設名（契約締結施設リスト）

関係施設名	区分（※1）	確保可能居室数	確保可能時期	契約状況等（定性的な協定、協議中等も含む）

※1：公的機関、民間宿泊施設等の区分

⑨ 医療従事者や保健所職員の研修・訓練回数

■目標値

- ・医療機関並びに保健所職員や保健所以外の職員に対する研修実施回数

■対応時期別目標

- ・【平時】各1年1回以上

■検討事項

- ・各協定医療機関別や都道府県職員等に対する研修・訓練1年1回以上実施した（又は参加させた）割合の他、研修・訓練への参加人数等を機関別に把握
- ・保健所の感染症有事体制に構成される人員を対象に、全員が年1回以上受講できるように実施する研修・訓練の回数を記載

表 23 研修・訓練回数（医療従事者・都道府県職員）の目標値策定表（イメージ）

項目	目標値	参加人数平均
研修・訓練を（1年1回以上）実施、又は職員を参加させる機関数（合計） <small>注）協定のメニューや、病院・診療所ごとに分けて把握することも考えられる</small>	全協定医療機関数と同数（100%）が目標となる機関	
【集計表】	【把握する数値】	
(A) 研修・訓練 ^(※1) を（1年1回以上）実施又は職員を参加 ^(※2) させた機関数 <small>(※1) 研修・訓練の内容については p54 参照 (※2) 国や国立感染症研究所、都道府県、他の医療機関等が実施する研修・訓練への参加</small>	(A) 機関	
(B) 全協定締結医療機関数	(B) 機関	
(C) 達成状況：(A) / (B)	(C) (割合) (100%が目標)	
都道府県等の職員等	目標値：年〇回以上	—
都道府県等の職員等に実施した研修・訓練等の回数（※1）	回	
研修の内訳		
研修・訓練を実施した回数	回	人
国立感染症研究所等が実施する研修・訓練に職員を参加させた回数	回	人

（※1）研修・訓練の内容については P60 参照

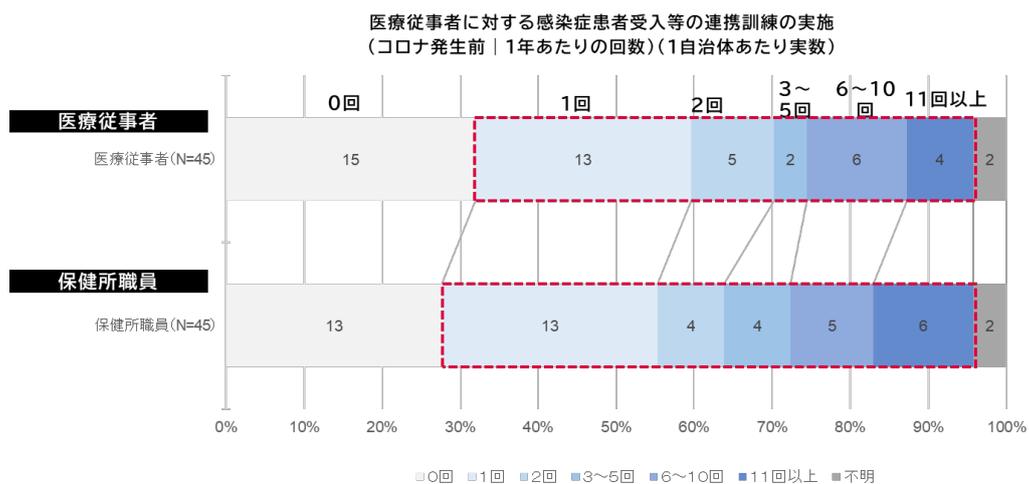
表 24 研修・訓練回数（保健所）の目標設定（イメージ）

項目	目標値
保健所の感染症有事体制の構成人員（※1）を対象とした研修・訓練の回数（※2）	回

※1 「⑩保健所の感染症対応業務を行う人員確保数」の対象となる人員を指す。

※2 都道府県の計画の場合、都道府県や都道府県型保健所が主催する研修・訓練だけでなく、保健所設置市区や市区型保健所が主催する研修・訓練も含めた数とする。

参考



⑩ 保健所の感染症対応業務を行う人員確保数、IHEAT 要員の確保数

<p>■目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健所における流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数 ※地域の実情にもよるが、例えば、新型コロナウイルスがオミクロン株に変異したいわゆる「第6波」と同規模の感染が流行初期に発生した場合の、流行開始から1ヶ月間の業務量に対応可能な人員確保数を想定。 IHEAT 要員の確保数 ※即応人材を確保する観点から、各都道府県等で確保しているIHEAT要員のうち、過去1年以内にIHEAT研修を受講した人数（年度末時点）を記載。 <p>■対応時期別目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 【流行初期】 想定される業務量に対応する人員体制 <p>■検討事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県内（保健所設置市区含む）の保健所ごとの人員確保数 都道府県内（保健所設置市区含む）の保健所ごとのIHEAT研修受講者数 <p>※保健所設置市区においては、当該市区の保健所における人員確保数・研修受講者数のみ記載する。</p>
--

表 25 都道府県の目標設定（イメージ）

項目	目標値	
流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数（合計）	人	
都道府県型保健所	A 保健所	人
	B 保健所	人
	C 保健所	人
市区型保健所 （※）	D 保健所	人
	E 保健所	人
即応可能なIHEAT要員の確保数（IHEAT研修受講者数）（合計）	人	
都道府県型保健所	A 保健所	人
	B 保健所	人
	C 保健所	人
市区型保健所 （※）	D 保健所	人
	E 保健所	人

※市区型保健所における確保数は、都道府県内の保健所設置市区から報告された数を記載する。

表 26 保健所設置市区の目標設定（イメージ）

項目	目標値
流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数	人
即応可能なIHEAT要員の確保数（IHEAT研修受講者数）	人

第3章 予防計画改定について

3.1 予防計画記載時の留意点

都道府県等が予防計画を策定する際の参考となるよう、表左に基本指針のうち都道府県等が関わる主な改定箇所を抜粋（改定箇所に下線）した。予防計画は、国の記載事項を参考に都道府県等において地域の実情に応じて検討して記載することとなるが、特に都道府県の実情に応じて検討が期待される箇所や、基本指針において「予防計画を策定するにあたっての留意点」として記載されている事項などをポイントとして表右欄に記載した。

（任意） 感染症の予防の推進の基本的な方向

- 基本指針の第1は、予防計画の必須事項とはなっていないが、総論的事項として、多くの都道府県が記載している。第1として記載しない場合でも、基本指針に記載されている新規事項の内容を確認し、各項目の中で、記載するようにする。
- 保健所設置市区において予防計画を策定する旨を追記する旨。
- 都道府県連携協議会の設置、保健所と地方衛生研究所等の体制整備、人材育成等の取組を計画的に実施する旨を追記する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第一 感染症の予防の推進の基本的な方向</p> <p>一 事前対応型行政の構築</p> <p>また、<u>都道府県は、都道府県、保健所設置市等、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関（高齢者施設等の関係団体等を含む。）で構成される都道府県連携協議会を通じ、予防計画等について協議を行うとともに、予防計画に基づく取組状況を毎年報告し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組を関係者が一体となってPDCAサイクルに基づく改善を図り、実施状況について検証することが必要である。</u>また、<u>都道府県は、都道府県、保健所設置市等、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関（高齢者施設等の関係団体等を含む。）で構成される都道府県連携協議会を通じ、予防計画等について協議を行うとともに、予防計画に基づく取組状況を毎年報告し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組を関係者が一体となってPDCAサイクルに基づく改善を図り、実施状況について検証することが必要である。</u></p> <p>二～四 （略）</p> <p>五 国及び地方公共団体の果たすべき役割</p>	<p>ポイント1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防計画に基づく取組状況を毎年報告、進捗確認を行うなど、PDCAサイクルに基づく改善を図る仕組みを取り入れることを記載【P40～41 参照】 <p>ポイント2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県連携協議会の設置について記載 ・ 運営規則・運営体制・検討事項について検討し、別途運営規則等を制定、又は予防計画に概要を記載【P81～82 参照】 ・ 都道府県連携協議会の構成メンバーについては構成員・関係者間の役割分担等について、地域の実情に応じて柔軟に対応 ・ 幅広い関係者の理解を得つつ、平時からの体制の準備

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>2 <u>都道府県連携協議会は、法に基づく予防計画の策定等を通じて、都道府県、保健所設置市等その他の関係者の平時からの意思疎通、情報共有、連携の推進を目的に、各都道府県においてそれぞれの実情に即して設置すること。その上で、予防計画の協議等を行う場でもある連携協議会で議論する内容は広範に及ぶため、全体を統括する役割と、予防計画の項目等に沿って、各論点ごとに議論する役割に分けることが重要である。都道府県連携協議会は、法に基づく予防計画の策定等を通じて、都道府県、保健所設置市等その他の関係者の平時からの意思疎通、情報共有、連携の推進を目的に、各都道府県においてそれぞれの実情に即して設置すること。その上で、予防計画の協議等を行う場でもある都道府県連携協議会で議論する内容は広範に及ぶため、全体を統括する役割と、予防計画の項目等に沿って、各論点ごとに議論する役割に分けることが重要である。</u></p> <p>3 <u>予防計画の作成者たる都道府県と、当該都道府県の管内の保健所設置市等は、各々の予防計画に沿って感染症対策を行うが、保健所設置市等においても、基本指針及び都道府県が策定する予防計画に即して予防計画を策定することに鑑み、都道府県連携協議会等を通じて、予防計画を立案する段階から、相互に連携して感染症対策を行う必要がある。</u></p> <p>4 <u>都道府県等においては、保健所については地域における感染症対策の中核的機関として、また、地方衛生研究所等（地域保健法第二十六条に規定する業務を行う同法第五条第一項に規定する地方公共団体の機関（当該地方公共団体が当該業務を他の機関に行わせる場合は、当該機関）をいう。以下同じ。）については都道府県等における感染症の技術的かつ専門的な機関として明確に位置付けるとともに、それぞれの役割が十分に果たされるよう、体制整備や人材育成等の取組を計画的に行うことが重要である。また、国において都道府県等が行う取組みを支援することが重要である。</u></p> <p>5 <u>（略）</u></p> <p>6 <u>都道府県は、平時から感染症対応が可能な専門職を含む人材の確保、他の地方公共団体等への人材派遣、国及び他の地方公共団体からの人材の受入れ等に関する体制を構築する必要がある。新型インフルエンザ等感染症等発</u></p>	<p>について協議をしておくことが重要であるため、全体を統括する場においては、都道府県・保健所設置市区、感染症指定医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会及び栄養士会等の職能団体など幅広い関係機関の参加を求めることが重要</p> <p>ポイント3</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所設置市区において予防計画を策定する旨を追記 <p>ポイント4</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所と地方衛生研究所等の体制整備、人材育成等の取組を計画的に実施することを追記

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p><u>生等公表期間には、情報集約、地方公共団体間調整、業務の一元化等の対応により、保健所設置市等を支援する必要がある。</u></p> <p>7 <u>（略）また、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、迅速に体制を移行し、対策が実行できるよう、医療提供体制、保健所、検査及び宿泊療養の対応能力を構築することが必要である。</u></p> <p>8 <u>市町村は、自宅療養者等の療養環境の整備等、都道府県が実施する施策への協力や感染状況等の情報提供、相談対応を通じて住民に身近な立場から感染症の発生及びまん延の防止を図る必要がある。</u></p>	

都道府県連携協議会の運営規則について

- ✓ 都道府県連携協議会については、地域の実情に応じた柔軟な取り扱いが前提である。
- ✓ 検討内容は広範に及ぶことが想定されるため、全体を統括する役割と予防計画の項目等に沿って各論点毎に議論をする役割に分け、両方とも年1回程度実施する考え方が示されている。

都道府県連携協議会の体制の検討、決定

- ✓ 連携協議会の構成メンバーについては「都道府県、保健所設置市区、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体及び消防機関、その他の関係機関」と規定されているが、構成員・関係者間の役割分担等について、地域の実情に応じて柔軟に対応する。
- ✓ 幅広い関係者の理解を得つつ、平時からの体制の準備について協議をしておくことが重要であるため、全体を統括する場においては、以下のような幅広い関係機関の参加を求めることが示されている。
- ✓ 都道府県・保健所設置市区、感染症指定医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会及び栄養士会等の職能団体、消防機関、高齢者施設等の関係団体、介護・障害福祉サービス事業所の関係団体、保健所、地方衛生研究所等、検疫所、教育機関、なお、新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会等を活用することも想定されている。

都道府県連携協議会での検討事項について

- ✓ 都道府県連携協議会においては、次に掲げる新興感染症にかかる事項について、協議することが考えられる。

表 27 都道府県連携協議会における検討事項（例）

<p>i) 医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新興感染症発生時の流行初期・流行初期以降の入院医療体制及び入院調整に関すること ● 新興感染症発生時の外来診療体制に関すること ● 新興感染症発生時の宿泊療養・自宅療養者等への医療提供に関すること 	<p>ii) 検査体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新興感染症発生時の検査体制や検査の方針に関すること
<p>iii) 宿泊施設体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 宿泊施設の確保に関すること 	<p>iv) 人材育成関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新興感染症発生時の感染症専門家の育成・確保に関すること ● 医療人材の派遣等に関すること
<p>v) 移送体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新興感染症発生時の移送に関する役割分担、人員体制に関すること 	<p>vi) 宿泊・自宅療養者等の療養生活（高齢者施設等における療養も含む）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 宿泊・自宅療養者の生活支援に関すること

<p>vii) 保健所体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健所体制及びサーベイランスに関すること 	<p>viii) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新興感染症発生時の情報共有の在り方（都道府県・市町村等の情報共有範囲） ● 新興感染症発生時の情報公開範囲等（都道府県・市町村間で共有した患者情報の公開範囲、公開のタイミング等をあらかじめ協議）
--	---

一 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項

- 基本指針の第二「感染症の発生の予防のための施策に関する事項」と第三「感染症のまん延防止のための施策に関する事項」を合わせた内容となっている。
 - 予防計画策定に当たっての留意点として、
 - ・ 専門職能団体や高齢者施設等関係団体との連携
 - ・ 地方衛生研究所等の体制強化
 - ・ 保健所との連携
 - ・ 検疫所との連携
- が追加されている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項</p> <p>一 （略）</p> <p>二 感染症発生動向調査</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 このため、国及び都道府県等においては、 <u>（略）最新の医学的知見を踏まえた感染症発生動向調査の実施方法の見直しについての検討やデジタル化が進む中での迅速かつ効果的に情報を収集・分析する方策について検討を推進することが重要である。</u></p> <p>4・5 （略）</p> <p>6 <u>（略）また、二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の疑似症について厚生労働大臣が認めたときは、指定届出機関以外の病院又は診療所の医師に対し、都道府県知事への届出を求めることが可能である。</u></p> <p>三～五 （略）</p> <p>六 検疫所における感染症の国内への侵入予防対策</p> <p>1～3 （略）</p> <p>4 <u>検疫所長は、医療機関に迅速かつ適確に入院を委託することができる体制を整備するため、必要に応じて、医療機関の管理者と協議し、合意が成立したときは、協定を締結する。当該協定を締結しようとするときは、あらかじめ当該協定に係る医療機関の所在地を管轄する都道府県知事の意見を聴く。また、当該協定を締結したときは、当該協定に係る医療機関の所在地を管轄する都道府県知事に対し、遅滞なく、当該協定の内容を通知する。</u></p> <p>七 関係各機関及び関係団体との連携</p>	<p>留意点</p> <p>ポイント5</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県等での感染症情報を電磁的方法により迅速かつ効果的に収集・分析する方策について検討し記載 <p>ポイント6</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検疫所と都道府県管内の医療機関との協定締結に関する協議について記載

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>感染症の予防を効果的かつ効率的に進めていくためには、国や地方公共団体の感染症対策部門、食品保健部門、環境衛生部門等が適切に連携を図っていくことが基本であるが、学校、企業等の関係機関及び団体等とも連携を図ることが重要である。さらに、国と地方公共団体の連携体制、地方公共団体相互の連携体制、行政機関と医師会等の専門職能団体や高齢者施設等関係団体等の関係団体の連携体制を、都道府県連携協議会等を通じて構築しておく必要がある。</p> <p>さらに、広域での対応に備え、国と地方公共団体の連携強化や都道府県等間の連携強化を図るほか、管内及び管内周辺に検疫所がある都道府県等においては、検疫所との連携体制をあらかじめ構築しておく必要がある。</p> <p>八 （略）</p>	<p>ポイント7</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係各機関及び関係団体との連携体制を具体的に記載。なかでも、都道府県連携協議会を活用した専門職能団体や高齢者施設等関係団体との連携体制、保健所間の連携や検疫所との連携について記載（都道府県管内に検疫所がない都道府県においても関係する検疫所との連携体制について記載） また、都道府県間の連携強化を図る方法や、隣接する都道府県との連携体制などを記載

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項</p> <p>一 患者等発生後の対応時の対応に関する考え方</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 <u>都道府県知事は、情報（新興感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報に限る。）の公表に関し、当該情報に関する住民の理解の増進に資するため必要があると認めるときは、市町村長に対し、必要な協力を求めることが重要である。また、当該協力のために必要があると認めるときは、協力を求めた市町村長に対し、個人情報の保護に留意の上、患者数及び患者の居住地域等の情報を提供することができる</u></p> <p>4・5 （略）</p> <p>6 事前対応型行政を進める観点から、都道府県等においては、特定の地域に感染症が集団発生した場合における医師会等の専門職能団体や高齢者施設等関係団体等、近隣の地方公共団体との役割分担及び連携体制について、まん延の防止の観点からあらかじめ定めておくことが必要である。</p> <p>7・8 （略） 二～四 （略）</p> <p>五 積極的疫学調査</p> <p>1 （略）</p> <p>2 <u>積極的疫学調査については、対象者の協力が得られるようその趣旨をよく説明し、理解を得</u></p>	<p>ポイント8</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症の情報公表に関する市町村長との連携体制について記載 新型コロナ対応を踏まえた患者情報の公表の方針について記載 <p>ポイント9</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症集団発生時の対応について、専門職能団体や高齢者施設等との連携体制についてクラスター対応支援の状況を踏まえ記載【P90（医療体制）において具体的に記載】

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p><u>ることに努めることが重要である。また、一類感染症、二類感染症、若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又は新感染症の所見がある者については、正当な理由なく応じない場合には、指示、罰則の対象となることを、人権に配慮しあらかじめ丁寧に説明することが求められる。</u></p> <p>3～5（略）</p> <p>六～九（略）</p> <p>十 患者等発生後の対応時における検疫所の対応</p> <p>1・2（略）</p> <p>3 <u>隔離又は停留等を行うに当たっては、関係者との連携を図りながら、必要な療養施設等を確保する。</u></p> <p><u>なお、検疫手続きの対象となる入国者について、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の病原体の保有が明らかになった場合又は2により入国者の健康状態の異状を確認した場合には、関係都道府県等への通知により、国内の感染症対策との連携を図る。</u></p> <p>十一・十二（略）</p>	<p>ポイント10</p> <ul style="list-style-type: none"> 管内に検疫所がない都道府県も含め、当該都道府県の入国者が検疫所にて感染症の病原体の保有が明らかになった場合の連携体制について記載

二 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 2 号)

○改正感染症法による情報基盤の整備を受けた、情報の収集等に関する取組を記載することに留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項</p> <p>一 （略）</p> <p>二 国における感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究の推進</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 医療DX（デジタルトランスフォーメーション）を推進する中で、国は、感染症の情報を迅速に収集し共有する観点から全国的な感染症発生動向調査の情報基盤を整備し、都道府県は、国又は他の都道府県に対する発生届及び積極的疫学調査に関する情報の報告等を電磁的方法により行うことが重要である。また、新興感染症に係る入院患者の重症度等を効率的に把握する基盤を整備するとともに、新興感染症データバンク事業による病原体情報の収集や、国が収集した様々な情報の連結をした上での重症度等の感染症情報に関する調査・分析、都道府県等の本庁や保健所、大学その他研究機関等への情報提供を迅速に実施することが重要である。</p> <p>4・5 （略）</p> <p>三 地方公共団体における情報の収集、調査及び研究の推進</p> <p>1～4 （略）</p> <p>5 感染症発生等の発生届及び積極的疫学調査に関する情報を迅速かつ効率的に収集し、感染症対策の推進に活かしていくための仕組みとして、厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師が都道府県に対して届出等を行う場合には、電磁的方法によることが必要である。また、収集した様々な情報について個人を特定しないようにした上で、連結して分析することも重要である。</p> <p>6 感染症指定医療機関は、新興感染症の対応を行い、知見の収集及び分析を行う。</p> <p>7 厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師は、新型インフルエンザ等感染症の患者又は新感染症の所見がある者が入院した場合</p>	<p>ポイント 11</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療DXの推進に向けて、都道府県等で行う取組等を検討の上、記載 ・収集した情報についての分析の実施主体、分析方法等を記載。 <p>※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点にも留意する。</p> <p>ポイント 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症・病原体等の調査・研究に関する関係機関として、大学研究機関、地方衛生研究所等を追記。関係機関の役割に応じた連携体制について記載 ・感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関）が国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターを中心とした感染症に関する医薬品等の治験及び研究開発のネットワークに参加し、感染症の発生時に新興再興感染症データバンク事業（REBIND）へ協力をしていくことを記載 ・関係機関との連携を構築するに当たり、感染症法に基づく都道府県連携協議会等を活用し、本庁や保健所、地方衛生研究所、国立感染症研究所、民間検査機関等と意見交換や必要な調整等を通じて、連携を強化

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>や、当該患者又は所見がある者が退院又は死亡した場合にも電磁的方法で報告することが求められる。</p> <p>四 関係各機関及び関係団体との連携</p> <p>感染症及び病原体等に関する調査及び研究に当たっては、関係各機関及び関係団体が適切な役割分担を行うことが重要である。このため、国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人日本医療研究開発機構、大学研究機関、地方衛生研究所等をはじめとする関係研究機関等は、相互に十分な連携を図ることが必要である。</p> <p>五 （略）</p>	<p>する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 国立感染症研究所を含む国立試験研究機関、地方衛生研究所等における調査及び研究については、新たな政策課題を認識した上で、その課題設定及び分析評価を行うとともに、検査精度及び検査件数等の規模の双方の要請を満たすものとする。また、調査及び研究の成果等は、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び国民に対して、積極的に提供する必要がある。

三 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項

（感染症法第10条第2項第3号）

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
- 地域の実情に応じた検査の実施体制・検査能力向上の方向性を規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項</p> <p>一 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する基本的な考え方</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 <u>新興感染症のまん延が想定される感染症が発生した際に、検査が流行初期の段階から円滑に実施されるよう、都道府県連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要である。また、併せて民間の検査機関等の連携を推進することが重要である。</u></p> <p>二 （略）</p> <p>三 都道府県等における病原体等の検査の推進</p> <p>1 <u>都道府県等は、広域にわたり又は大規模に感染症が発生し、又はまん延した場合を想定し、都道府県連携協議会等を活用し、地方衛生研究所等や保健所における病原体等の検査に係る役割分担を明確にした上で、それぞれの連携を図ること。また、必要な対応について、保健所設置市等とも連携しながら、あら</u></p>	<p>ポイント 13</p> <ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生時を想定した検査体制のあり方について、民間の検査機関等も含めた連携体制について記載 <p>ポイント 14</p> <ul style="list-style-type: none"> 三の項目の中で、「検査の実施体制・検査能力向上」の方向性を規定する <p>ポイント 15</p> <ul style="list-style-type: none"> 新型コロナ対応の経験を踏まえ、新興感染症が発生した場合の流行初期・流行初期以降（大臣公表後6ヶ月）における検査体制について、目標値（第6）も踏

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>はじめ近隣の都道府県等との協力体制について協議しておくことが望ましい。</p> <p>2 <u>地方衛生研究所等を有する都道府県等は、地方衛生研究所等が十分な試験検査機能を発揮できるよう、計画的な人員の確保や配置を行う等、平時から体制整備を行うことが重要である。地方衛生研究所等を有していない都道府県等は、地方衛生研究所等を有する都道府県等との連携を確保すること等により試験検査に必要な対応を行うことが重要である。</u></p> <p>3 <u>地方衛生研究所等は、新興感染症の発生初期において検査を担うことを想定し、平時からの研修や実践的な訓練の実施、検査機器等の設備の整備、検査試薬等の物品の確保等を通じ、自らの試験検査機能の向上に努めるとともに、地域の検査機関の資質の向上と精度管理に向けて、積極的な情報の収集及び提供や技術的指導を行い、質の向上を図ることが重要である。（略）</u></p> <p>4 <u>都道府県等は、新興感染症等のまん延時に備え、検査体制を速やかに整備できるよう、都道府県知事等と民間検査機関又は医療機関との検査等措置協定等により、平時から計画的に準備を行う必要がある。</u></p> <p>四～六 （略）</p>	<p>まえ、地方衛生研究所等の役割や保健所設置市等との連携体制を協議</p> <p>ポイント16</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生を想定した地方衛生研究所等の計画的な人員確保・配置の方針を記載 <p>【以下「地方衛生研究所等について」を参照】</p> <p>ポイント17</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平時から国が実施する研修に参加することや、地方衛生研究所等自ら研修を行うなど、検査機能の向上を図るための方策について検討。また、緊急時を想定した検査機器等の設備の整備、検査試薬等の物品の確保の方針についても検討する。 <p>ポイント18</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標値（第6）も踏まえ、医療機関や民間検査機関との検査体制にかかる協定について記載 <p>【地方衛生研究所等について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○計画的な人員の確保や配置 <ul style="list-style-type: none"> ・人員確保の具体的な方法（採用方針、地域の関係団体との調整等）について記載すること ・管区内におけるローテーション配置の計画があれば記載すること ・有事において、地方衛生研究所等の職員だけでは対応できない場合を想定し、平時から自治体設置の公的検査機関等、民間検査機関等を含め人員を把握の上、有事の際に協力してもらうネットワークづくりや協定を締結するなどの対応について記載すること ○研修や実践的な訓練の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・国立感染症研究所等の国立試験研究機関等が実施する研修への職員の計画的な参加について記載すること ・地方衛生研究所等の職員が研修受講後に、内容を所内で横展開できるよう、研修会や職員配置の工夫について記載すること ・平時から円滑に有事体制に移行し検査が実施できるよう実践型訓練の定期的な実施や支援について記載すること ○検査機器等の設備の整備 <ul style="list-style-type: none"> ・地方衛生研究所等に、周辺の機器も含めたリストアップ、平時からのメンテナンスを実施させるとともに、老朽化した機器の更新等の予算確保等の計画的な対応について記載すること ○検査試薬等の物品の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・地方衛生研究所等と調整の上、平時から必要な物品

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
	<p>（試薬、消毒薬等衛生用品、PPE、消耗品など）のリスト化、備蓄の実施について記載すること</p> <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平時から国立感染症研究所、本庁、保健所、医療機関等の関係機関と協力し、情報ネットワークの体制を構築し、情報発信について、本庁と役割分担を確認すること ・ 民間検査機関等に対する技術指導 <p>以上に関し平時から計画的な体制整備等について検討すること。</p>

四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
 - ・ 感染症にかかる医療提供の考え方
 - ・ 第一種・第二種感染症指定医療機関の整備目標に関する事項
 - ・ 新興感染症の汎流行時に係る入院体制、外来診療体制、自宅療養者等への医療提供体制、後方支援体制及び医療人材の派遣等に係る事項
 - ・ 医薬品の備蓄又は確保等に関する事項
 - ・ 平時及び患者発生後の対応時における一般の医療機関における感染症の患者に対する医療の提供に関する事項
 - ・ 医療関係団体や高齢者施設等関係団体との連携に関する事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</p> <p>一 感染症に係る医療提供の考え方</p> <p>1～3 略（<u>第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関等を追記</u>）</p> <p>4 <u>都道府県は、新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、都道府県医療審議会や都道府県連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要である。その際、主に当該感染症に対応する医療機関等と当該感染症以外に対応する医療機関等の役割分担が図られるよう調整しておくことが重要である。</u></p> <p>二 （略）</p> <p>三 都道府県における感染症に係る医療を提供する体制</p> <p>1～3 略（<u>第一種感染症指定医療機関・第二種感染症指定医療機関について規定</u>）</p> <p>4 <u>（略）特に、全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるようにしておくことが適当である。</u></p> <p>5 <u>都道府県は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に新興感染症の入院を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し第一種協定指定医療機関に指定する。</u></p> <p>6 <u>都道府県は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に新興感染症の発熱外来、自宅</u></p>	<p>ポイント 19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本指針を参考に「感染症に係る医療提供の考え方」を規定 ・ 改正感染症法で新設された第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関について追記 <p>ポイント 20</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新興感染症発生時に当該感染症へ対応する医療機関（協定締結医療機関）と、当該感染症以外を担当する医療機関を定め、役割分担をすることを記載。 <p>ポイント 21</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の整備目標について規定 <p>ポイント 22</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「第一種協定指定医療機関」および「第二種協定指定医療機関」について記載するとともに、医療機関名をリスト化または公表するウェブサイトを記載 ※記載内容は「第8次医療計画等に関する検討会『意見のとりまとめ（新興再興感染症発生・まん延時における医療）』令和5年3月20日、「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」を参考とする。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p><u>療養者等への医療の提供を担当する医療機関、薬局等と平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定する。</u></p> <p>7 <u>新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間前においては、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する。都道府県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に5又は6の医療機関に代わって患者を受け入れる医療機関又は感染症医療担当従事者等を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結するとともに、回復した患者の退院先となる介護老人保健施設等の高齢者施設等とも連携した上で、後方支援体制を整備する。また、医療人材の応援体制を整備するとともに、（略）都道府県の区域を越えた医療人材の応援を要請する場合の方針について、平時から確認しておくことが重要である。</u></p> <p>8 <u>新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から入院・発熱外来対応を行う旨の医療措置協定を締結し、実際に対応した医療機関については、流行初期医療確保措置の対象となる。</u></p> <p>9 <u>新興感染症の発生及びまん延に備え、5から7までの医療措置協定を締結するに当たっては、新型コロナウイルス感染症（COVID-19をいう。以下同じ。）における医療提供体制を参考とし、各都道府県単位で必要な医療提供体制を確保することを基本としつつ、重症者用の病床の確保も行うとともに、各地域の実情に応じて、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、障害者児、高齢者、認知症である者、がん患者、外国人等）、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制の整備を図ることが重要である。</u></p> <p>10 <u>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、各地域におけるその機能や役割を踏まえ、新型インフルエンザ等発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずることを義務付ける。</u></p> <p>11 <u>6の第二種協定指定医療機関のうち、新型インフルエンザ等発生等公表期間に、高齢者施設等の療養者に対し、新興感染症に係る医療の提供を行う医療機関、薬局等と平時に医療</u></p>	<p>ポイント 23</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療人材派遣や後方支援医療機関について記載するとともに、協定を結ぶ医療機関名をリスト化または公表するウェブサイトに記載 <p>ポイント 24</p> <ul style="list-style-type: none"> ・流行初期の対応を行う医療機関について、協定を結ぶ医療機関名をリスト化または公表するウェブサイトに記載 <p>ポイント 25</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症用病床や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、障害者児、高齢者、認知症である者、がん患者、外国人等）への医療提供体制について記載 <p>ポイント 26</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公的医療機関等の医療提供体制にかかる役割について記載 <p>ポイント 27</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設等の療養者に対する医療提供体制について、クラスター発生時の医療人材派遣等を含めて検討、記載（高齢者施設等の範囲は地域の実情に応じて、医療関係者・高齢者施設等の関係者等の意見を踏まえつつ、適宜設定すること）

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p><u>措置協定を締結し、特に高齢者施設等に対する医療支援体制を確認する。</u></p> <p>12 <u>新興感染症の汎流行時に、地域におけるその予防又は治療に必要な医薬品の供給及び流通を適確に行うため、必要な医薬品等の確保に努め、新興感染症等に対応する医療機関及び薬局等が、必要に応じて使用できるようにすることが望ましい。また、医療機関と平時に法に基づき医療措置協定を締結するに当たっては、診療等の際に用いる个人防护具等の備蓄を求めておくことにより、个人防护具の備蓄の実施が医療措置協定に適切に位置づけられるよう努める。</u></p> <p>四（略）</p> <p>五 関係各機関及び関係団体との連携</p> <p>1・2 略</p> <p>3 一般の医療機関は、多くの場合感染症の患者を診察する最初の医療機関となることから、当該医療機関での対応が感染症の予防の観点からも、感染症の患者に対する良質かつ適切な医療の提供の観点からも極めて重要である。このため、国、都道府県等は、それぞれ医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体との連携を通じて、一般の医療機関との有機的な連携を図ることが重要である。また、<u>都道府県においては、都道府県連携協議会や都道府県医療審議会等を通じ、平時から、医療関係団体以外の、高齢者施設等の関係団体や障害者施設等の関係団体等とも連携し、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間における医療提供体制を検討しておくことが必要である。</u></p> <p>六（略）</p>	<p>ポイント 28</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品の供給・流通、備蓄・確保に関する事項や協定による个人防护具の備蓄に関する事項を記載 <p>ポイント 29</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療提供体制の確保にあたって連携する医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体や高齢者施設等関係団体との連携、及び協議の場について記載

五 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 5 号)

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
- ・ 移送にかかる人員体制に係る事項
 - ・ 消防機関との役割分担及び連携並びに民間事業者等への業務委託に係る事項
 - ・ 新興感染症発生時の移送体制に係る事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項</p> <p>一 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する考え方</p> <p>都道府県知事又は保健所設置市等の長が入院を勧告した患者又は入院させた患者の医療機関への移送は、都道府県知事又は保健所設置市等の長が行う業務とされているが、その体制の確保に当たっては、<u>一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の発生及びまん延時に積極的疫学調査等も担う保健所のみでは対応が困難な場合において、地方公共団体内における役割分担や、消防機関との連携、民間事業者等への業務委託等を図ることが重要である。</u></p> <p>二 国における感染症の患者の移送のための体制の確保の方策</p> <p>国は、新感染症の所見がある者の移送については、<u>都道府県等に積極的に協力がすることが重要である。また、感染症の特性に応じた移送に係る考え方等を示し、都道府県等が円滑に移送体制を構築できるように支援することが重要である。</u></p> <p>三 都道府県等における感染症の患者の移送のための体制の確保の方策</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>感染症の患者の移送について、平時から地方公共団体内で連携し、役割分担、人員体制を整備しておくことが重要である。</u> 2 <u>都道府県連携協議会等を通じ、消防機関と連携し、感染症の患者の病状を踏まえた移送の対象及び感染症の特性を踏まえた安全な移送体制の確保について、地域の救急搬送体制の確保の観点にも十分留意して役割分担を協議し、協定を締結しておくことが重要である。</u> 	<p>ポイント 30</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症患者の移送にかかる基本的な考え方を記載 <p>ポイント 31</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新興感染症発生時の他、一類感染症・二類感染症について、国の考え方等を参考にしながら、移送に係る人員体制に係る役割分担を定め、記載。また、移送に必要な車両を確保することや、民間事業者等へ委託や消防機関との連携等についても記載 ※例えば、軽症者、重症者、配慮が必要な方、等に区分し、搬送主体を決めておく【P36 参照】

- 3 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の発生に備え、移送に必要な車両の確保、民間移送機関や民間救急等との役割分担をあらかじめ決めておくことが望ましい。また、高齢者施設等に入所しており配慮を必要とする方の移送については高齢者施設等の関係団体等とも連携し、移送の際の留意事項を含めて協議することが重要である。
- 4 都道府県等の区域を越えた移送が必要な緊急時における対応方法について、あらかじめ協議をすること。
- 5 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ感染症及び指定感染症の患者又は疑似症患者並びに新興感染症の所見がある者若しくは当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由がある者の発生に備え、平時から、関係者を含めた移送訓練や演習等を定期的に計画し、実施することが望ましい。

四 関係各機関及び関係団体との連携

法第二十一条（法第二十六条第一項又は第二項において準用する場合を含む。）又は法第四十七条の規定による移送を行うに当たり、保健所等との協定に基づき消防機関と連携する場合には、第十二の三の4の入院調整体制の構築等により、円滑な移送が行われるよう努めること。また、平時から消防機関に対して医療機関の受入体制の情報を共有する枠組みの整備が重要である。

さらに、消防機関が傷病者を搬送した後、当該傷病者が、法第十二条第一項第一号等に規定する患者等であると医療機関が判断した場合には、医療機関から消防機関に対して、当該感染症等に関し適切に情報等を提供することが重要である。

七 宿泊施設の確保に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 7 号)

- 基本指針上、「十 宿泊施設の確保に関する事項」は施設確保に特化し、運用は「十一 外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項」に集約されている点に留意する。
- 予防計画策定に当たっての留意点として、
 - ・ 協定を締結する宿泊施設等の確保の方法に係る事項
 - ・ 宿泊施設の確保に係る都道府県と保健所設置市区の役割分担に係る事項
 について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第十 宿泊施設の確保に関する事項</p> <p>一 宿泊施設の確保に関する事項の基本的な考え方 新興感染症が発生した場合には、重症者を優先する医療体制へ移行することも想定される。都道府県等は、自宅療養者等の家庭内感染等や医療体制のひっ迫を防ぐ等の観点から、新興感染症の特性や、感染力その他当該感染症の発生及びまん延の状況を考慮しつつ、宿泊施設の体制を整備できるよう、地域の実情に応じて、都道府県連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要である。</p> <p>二 (略)</p> <p>三 都道府県等における宿泊施設の確保に関する事項の方策 都道府県等は、民間宿泊業者等と感染症発生及びまん延時の宿泊療養の実施に関する検査等措置協定を締結すること等により、平時から宿泊施設の確保を行うとともに、感染症発生初期に民間宿泊業者の協力を得られないことが見込まれる場合は、公的施設の活用を併せて検討する。</p> <p>四 関係各機関及び関係団体との連携 都道府県等は、検査等措置協定を締結する宿泊施設等との円滑な連携を図るために、地域の実情に応じて、都道府県連携協議会等を活用することが望ましい。</p> <p>五 (略)</p>	<p>ポイント 32</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健所設置市区において、宿泊施設の確保を行う場合は、都道府県と保健所設置市区の役割分担について記載 <p>ポイント 33</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新興感染症発生時の宿泊施設としての活用について、平時から民間宿泊施設と協議を進め、確保の方法について記載。併せて、流行初期段階の公的施設の活用方針等についても検討し、利用が想定される施設名等を記載

八 外出自粛対象者等の環境整備に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 8 号)

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
- ・ 外出自粛対象者の健康観察を行う人員体制に係る事項
 - ・ 外出自粛対象者の健康観察や生活支援等における市町村並びに関係機関及び関係団体との連携に係る事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第十一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項</p> <p>一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備の基本的な考え方</p> <p><u>新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の外出自粛対象者（外出自粛に係る法の規定が適用される指定感染症にあつては、当該感染症の外出自粛対象者。以下「外出自粛対象者」という。）については、体調悪化時等に、適切な医療に繋げることができる健康観察の体制を整備することが重要である。また、外出自粛により生活上必要な物品等の物資の入手が困難になることから、当該対象者について生活上の支援を行うことが重要である。</u></p> <p><u>また、外出自粛対象者が高齢者施設等や障害者施設等において過ごす場合は、施設内で感染がまん延しないような環境を構築することが求められる。</u></p> <p>二 （略）</p> <p>三 都道府県等における新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備の方策</p> <p>1 <u>都道府県等は、医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会や民間事業者への委託等や市町村（保健所設置市等を除く。以下この第十一において同じ。）の協力を活用しつつ外出自粛対象者の健康観察の体制を確保することが重要である。</u></p> <p>2 <u>都道府県等は、第十で設置した宿泊施設の運営に係る体制確保の方策を平時から検討し、宿泊施設運營業務マニュアル等を整備しておくことが必要である。また、感染症発生及びまん延時には、医療体制の状況を踏まえつつ、迅速に職員、資機材等を確保する等、円滑な宿泊施設の運営体制の構築、実施を図る。</u></p> <p>3 <u>都道府県等は、外出自粛対象者が外出しなくとも生活できるようにするため、市町村の協力や民間</u></p>	<p>ポイント 34</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来自粛対象者の健康観察を行う人員体制について、患者急増時にも円滑に対応できるように関係者間で協議し、記載 <p>ポイント 35</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症の発生・まん延時に円滑に宿泊施設を運営でき

事業者への委託を活用しつつ、食料品等の生活必需品等を支給するなどの支援を行うとともに、自宅療養時においても、薬物療法を適切に受けられるように必要な医薬品を支給できる体制を確保すること。また、介護保険の居宅サービスや障害福祉サービス等を受けている場合には、介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者等との連携も重要である。

4 都道府県等は、健康観察や生活支援等を効率的に行うため、ICTを積極的に活用することが重要である。

5 都道府県等は、高齢者施設等や障害者施設等において、医療措置協定を締結した医療機関と連携し、必要に応じてゾーニング等の感染対策の助言を行うことができる体制を平時から確保しておく、新興感染症の発生及びまん延時において施設内における感染のまん延を防止することが重要である。

四 関係各機関及び関係団体との連携

1 都道府県等は、外出自粛対象者の健康観察や生活支援等に当たっては、積極的に市町村と連携し、必要な範囲で患者情報の提供を行うこと。なお、市町村の協力を得る場合は、都道府県連携協議会等を活用し、あらかじめ情報提供の具体的な内容や役割分担、費用負担のあり方について、協議しておくことが重要である。

2 都道府県等は、外出自粛対象者の健康観察や生活支援等の実施に当たっては、第二種協定指定医療機関や地域の医師会、薬剤師会、看護協会又は民間事業者に委託することなどについても検討することが重要である。

3 都道府県等は、福祉ニーズのある外出自粛対象者が適切な支援を受けられるよう、都道府県連携協議会等を通じて介護サービス事業者、障害福祉サービス事業者等と連携を深めることが重要である。

五 (略)

るよう、新型コロナ対応のノウハウを宿泊施設運営業務マニュアルにとりまとめ、施設の運営・宿泊療養者の管理に必要な人員体制、資機材について規定しておくとともに、定期的に点検を行う

ポイント 36

・ 外出自粛対象者の生活支援について、市町村や民間事業者との連携体制・役割分担を協議し、記載

ポイント 37

・ 平時からの高齢者施設や障害者施設等と医療機関との連携体制を記載（高齢者施設等の範囲は地域の実情に応じて、医療関係者・高齢者施設等の関係者等の意見を踏まえつつ、適宜設定すること）

ポイント 38

・ 外出自粛対象者の健康観察や生活支援についての市町村との役割分担について、具体的な業務内容と役割、費用負担のあり方を協議し、記載（費用負担については都道府県が負担し、市町村が独自に行う生活支援については市町村が負担することや、買い物代行として支援を行い、療養者に実費負担を求めることが考えられる。）

・ また、感染症発生・まん延時における防災担当部局との連携（例：自宅療養者の名簿を災害時又は定期的に情報提供する等）を検討し、記載することが望ましい

ポイント 39

・ 第二種協定指定医療機関や地域の医師会、薬剤師会、看護協会又は民間事業者を含めた関係機関・関係団体との連携について記載（重症化リスクの高い陽性者の健康観察は保健所や医療機関が重点的に行うことが適当であるが、重症化リスクの低い陽性者や濃厚接触者の方の健康観察については、医療機関等のみならず、民間事業者の活用が可能）

九 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 9 号)

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
- ・ 都道府県知事による総合調整・指示に係る事項
 - ・ 都道府県知事による総合調整に係る関係機関等との情報共有に係る事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第十二 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針に関する事項</p> <p>一 法第四十四条の五第一項（法第四十四条の八において準用する場合を含む。）、第五十一条の四第一項若しくは第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は法第五十一条の五第一項、第六十三条の二若しくは第六十三条の四の規定による指示の方針の基本的な考え方</p> <p>1 <u>法第六十三条の三第一項において、都道府県知事は、平時から新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に至るまで、感染症の発生及びまん延を防止するため必要がある場合、感染症対策全般について、保健所設置市等の長、市町村長及び関係機関に対して総合調整を行うこととされている。また、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、国民の生死に直結する緊急性を有する入院勧告又は入院措置を実施するために必要な場合に限り、都道府県知事は保健所設置市等の長への指示を行うことが適当である。</u></p> <p>2 <u>感染症対策の実施については、基本的に都道府県が主体となって総合調整を行うが、感染症の専門家や保健師等の派遣、患者の移送等について、複数の都道府県や医療機関等に対して広域的な総合調整を行う必要がある場合は、厚生労働大臣が都道府県知事、保健所設置市等の長、医療機関等に対して総合調整を行う。また、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要がある場合等において、厚生労働大臣が都道府県知事又は保健所設置市等の長に対して指示を行う。</u></p> <p>三 （略）</p>	<p>ポイント 40</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県知事が行う総合調整や指示の概要を整理しておく <p>※入院調整の記載内容は「第 8 次医療計画等に関する検討会『意見のとりまとめ（新興再興感染症発生・まん延時における医療）』令和 5 年 3 月 20 日、「P9⑥入院調整について」を参考とする。</p> <p>ポイント 41</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県知事が総合調整や指示を行う場面・要件や関係機関との情報共有の在り方を整理し、平時から関係者間で共有しておく

三 都道府県における法第六十三条の三第一項の規定による総合調整又は法第六十三条の四の規定による指示の方針

- 1 都道府県知事による総合調整は、平時であっても感染症対策にあたり必要がある場合に実行できることとし、保健所設置市等の長、市町村長の他、医療機関や感染症試験研究等機関といった民間機関も対象とする。新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間における総合調整・指示の発動場面・要件等については、平時から関係者に共有することが重要である。なお、必要がある場合に限り、保健所設置市等の長は都道府県知事に対して総合調整を要請することが適当である。
- 2 都道府県知事は、総合調整を行うために必要があると認めるときは、保健所設置市等の長や他の関係機関等に対し、報告又は資料の提供を求めることが適当である。
- 3 都道府県知事による指示は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間の際、国民の生死に直結する緊急性を有する入院勧告や入院措置を実施するために必要な場合に限り、保健所設置市等の長に対してのみ行うことができることに留意する必要がある。
- 4 都道府県においては、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り、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、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間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。

四 (略)

十 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 10 号)

- タイトルに「資質の向上」が追加されている点に留意する。
 - 予防計画策定に当たっての留意点として、
 - ・ 都道府県等による訓練の実施に関する事項
 - ・ I H E A T 要員、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に派遣される人材の養成・登録・管理・資質向上に関する事項
 - ・ 人材の養成及び資質の向上に係る感染症指定医療機関及び医師会をはじめとする関係各機関及び団体との連携のための方策に関する事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画の記載時の留意点
<p>第十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</p> <p>一 (略)</p> <p>二 (略)</p> <p>三 都道府県等における感染症に関する人材の養成及び資質の向上</p> <p>都道府県知事等は、国立保健医療科学院、国立感染症研究所等で実施される感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（FETP-J）等に保健所及び地方衛生研究所職員等を積極的に派遣するとともに、都道府県等が感染症に関する講習会等を開催すること等により、保健所の職員等に対する研修の充実を図ることが重要である。さらに、これらにより感染症に関する知識を習得した者を地方衛生研究所等や保健所等において活用等を行うことが重要である。</p> <p>加えて、都道府県等は IHEAT 要員の確保や研修、<u>IHEAT 要員との連絡体制の整備や IHEAT 要員及びその所属機関との連携の強化などを通じて、IHEAT 要員による支援体制を確保することが重要である。</u></p> <p>保健所においては、平時から、<u>IHEAT 要員への実践的な訓練の実施や IHEAT 要員の支援を受けるための体制を整備するなど IHEAT 要員の活用を想定した準備を行うことが重要である。</u></p> <p>四 医療機関等における感染症に関する人材の養成及び資質の向上</p> <p><u>第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関を含む感染症指定医療機関においては、感染症対応を行う医療従事者等の新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施すること又は国、都道府県国、都道府県等若しくは医療機関が実施する当該研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、体制強化を図ることが重要である。また、新型</u></p>	<p>ポイント 42</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国が実施する都道府県職員、保健所及び地方衛生研究所等の職員等の資質向上・維持のための研修等に都道府県等職員を派遣する計画について記載 <p>ポイント 43</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年 1 回以上の研修・訓練の目標値（第 6）も踏まえ、都道府県等による研修・訓練の実施に関する事項について記載 ・ 保健所においては、新興感染症の流行開始から多くの感染症対応業務が発生する。そのため、保健所における即応体制を確実に構築する観点から、都道府県等及び保健所は、感染症有事体制に構成される人員を対象に、全員が年 1 回以上受講できるよう、保健所における実践型訓練を含めた感染症対応研修・訓練を実施すること。 <p>ポイント 44</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ IHEAT 要員の養成・登録・管理・資質向上に関する事項について記載 ・ 都道府県は、広域自治体として、保健所設置市区との事前の調整に基づき、保健所設置自治体の実施する IHEAT 研修に対し、必要に応じて講師派遣や、部分開催、共催等による支援、企画への助言等を行うこと。 ・ 保健所設置自治体及び保健所は、都道府県と連携し、当該保健所設置自治体へ支援を行う IHEAT 要員に対し、実践的な訓練を含む研修を、少なくとも年 1 回受講させること。また、保健所設置自治体が実施する研修を受講した IHEAT 要員に対し、国が実施する感染症の高度な研修等への受講を促すこと。

インフルエンザ等感染症等発生等公表期間においては、感染症医療担当従事者等を他の医療機関、宿泊施設及び高齢者施設等に派遣できるように平時から研修や訓練を実施しておくことが重要である。

五 医師会等における感染症に関する人材の養成及び資質の向上

医師会等の医療関係団体においては、会員等に対して感染症に関する情報提供及び研修を行うことが重要である。

六・七 (略)

ポイント 45

- ・協定締結医療機関から派遣される人材の養成・登録・管理・資質向上に関する事項について記載

ポイント 46

- ・感染症指定医療機関及び医師会等の医療関係団体との連携のための方策に関する事項を記載

十一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 11 号)

- 予防計画策定に当たっての留意点として、
 - ・ 保健所の人員体制に係る事項
 - ・ 感染症対応における保健所業務と体制に係る事項
 - ・ 応援派遣やその受入れに係る事項
 - ・ 保健所業務に係る保健所と関係機関等との連携にかかる事項
- について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第十六 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</p> <p>一 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する基本的な考え方</p> <p>1 <u>保健所は地域の感染症対策の中核的機関として、地域保健法に基づき厚生労働大臣が策定する基本指針とも整合性をとりながら、必要な情報の収集、分析、対応策の企画立案・実施、リスクコミュニケーション等を行う機関であるとともに、感染症の感染拡大時にも健康づくり等地域保健対策も継続できることが重要である。また、平時より有事に備えた体制を構築し、有事の際には速やかに体制を切り替えることができる仕組みが必要である。</u></p> <p>2 <u>都道府県等は、都道府県連携協議会等を活用しながら関係機関及び関係団体と連携するとともに、各地方公共団体の保健衛生部門等における役割分担を明確化することが重要である。</u></p> <p>3 <u>感染症発生時に迅速に対応できるよう、感染症に関する情報が、責任者に対して迅速かつ適切に伝達され、一元的に管理される体制を構築することが重要である。あわせて、外部人材の活用も含めた必要な人員の確保、受入体制の整備、必要な機器及び機材の整備、物品の備蓄等を通じて健康危機発生時に備えて、各保健所の平時からの計画的な体制整備が必要である。また、業務の一元化、外部委託、ICT活用も視野にいれて体制を検討することが重要である。</u></p> <p>二 国における感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する方策</p> <p>1 <u>国は、健康危機における保健所の体制を確保するため、各保健所が健康危機対処計画を策定でき</u></p>	<p>ポイント 47</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症対応における保健所業務の役割分担の明確化と、関係機関との連携を含めた体制について記載 <p>ポイント 48</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健所業務に係る保健所と関係機関等との連携に係る事項について記載 ・ 都道府県等は、健康観察や入院調整等の業務について、保健所と医療機関等の関係機関との役割分担や連携に係る事項について、予防計画に記載すること。

るようガイドラインを作成し、都道府県等を支援する。

- 2 国は、都道府県等の区域を越えた応援派遣の仕組みを整備し、有事の際に都道府県等が円滑に応援派遣等の仕組みを活用できるようにすることが重要である。

三 都道府県等における感染症の予防に関する保健所の体制の確保

- 1 都道府県等は、都道府県連携協議会等を活用し、地方公共団体間の役割分担や連携内容を平時から調整する。感染症のまん延が長期間継続することも考慮し、必要となる保健所の人員数を想定し、感染症発生時においてその体制を迅速に切り替えることができるようにすることが重要である。
- 2 都道府県等は広域的な感染症のまん延の防止の観点から、感染経路の特定、濃厚接触者の把握等に係る積極的疫学調査等の専門的業務を十分に実施するために、感染症の拡大を想定し、保健所における人員体制や設備等を整備することが重要である。体制の整備に当たっては、必要な機器及び機材の整備、物品の備蓄を始め、業務の外部委託や都道府県における一元的な実施、ICTの活用などを通じた業務の効率化を積極的に進めるとともに、IHEAT 要員や市町村等からの応援体制を含めた人員体制、受入体制の構築（応援派遣要請のタイミングの想定を含む）や、住民及び職員等の精神保健福祉対策等が重要である。
- 3 都道府県等は、地域の健康危機管理体制を確保するため、保健所に保健所長を補佐する統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師を配置することが重要である。

四 関係機関及び関係団体との連携

- 1 都道府県等は、都道府県連携協議会等を活用し、市町村、学術機関、消防機関などの関係機関、専門職能団体等と保健所業務に係る内容について連携することが重要である。
- 2 保健所は、感染症発生時における連携体制を確保するため、平時から地方公共団体の本庁部門や地方衛生研究所等と協議し役割分担を確認するとともに、管内の市町村と協議し、感染症発生時における協力について検討することが重要である。

ポイント 49

- ・ 感染症危機発生時における保健所の人員体制、応援派遣の受入れ体制等について記載
※対象職種、育成目標、研修内容（想定される研修会等）及び参加人数（育成人数）等を整理しておく
- ・ 都道府県等は、予防計画で数値目標として定めた保健所の人員確保及び即応人材としての IHEAT 要員の確保にあたって、保健所と連携して適切な体制の構築を行うこと。
- ・ 都道府県等は、感染症危機時に迅速に対応できる保健所体制を整備するために、保健所による健康危機対処計画の策定を支援し、保健所が策定する健康危機対処計画の実現に必要な予算、人員、物資の確保等を行うこと。
- ・ また、都道府県等は、予防計画に都道府県等と保健所の役割分担を明確に記載するとともに、都道府県において一元化する可能性がある業務やその時期についても記載すること。

十二 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策に関する事項

(感染症法第 10 条第 2 項第 12 号)

■基本指針の主な変更内容
(変更なし)

(任意) 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項

○基本指針の第 14 は、予防計画の必須事項とはなっていないが、予防計画策定に当たっての留意点として、

- ・患者等への差別や偏見の排除及び感染症についての正しい知識の普及に関する事項
- ・患者情報の流出防止等のための具体的方策に関する事項
- ・感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重のための都道府県等における関係部局の連携方策に関する事項
- ・国、他の都道府県等、医師会等の医療関係団体、報道機関等の関係各機関との連携方策に関する事項

について規定することが望ましいとされている点に留意する。

基本指針の記載事項（抜粋）	予防計画記載時の留意点
<p>第十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</p> <p>一 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する基本的な考え方</p> <p>国及び地方公共団体においては適切な情報の公表、正しい知識の普及等を行うことが、医師等においては患者等への十分な説明と同意に基づいた医療を提供することが、国民においては感染症について正しい知識を持ち、自らが予防するとともに、患者等が差別を受けることがないよう配慮していくことが重要である。さらに、国及び地方公共団体は、感染症のまん延の防止のための措置を行うに当たっては、人権を尊重することが必要である。</p> <p>二 (略)</p> <p>三 地方公共団体における感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する方策</p> <p>地方公共団体は、診療、就学、就業、交通機関の利用等の場面において、患者等への差別や偏見の排除等のため、国に準じた施策を講ずるとともに、相談機能の充実等住民に身近なサービスを充実するこ</p>	<p>ポイント 50</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者等への差別や偏見の排除、感染症についての正しい知識の普及に関する取組次項について記載

とが重要である。特に、保健所は、地域における感染症対策の中核的機関として、感染症についての情報提供、相談等のリスクコミュニケーションを行うことが重要である。また、都道府県連携協議会等で議論を行う際には、患者の人権を考慮して感染症対策の議論を行うことが重要である。

四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関するその他の方策

- 1 患者等のプライバシーを保護するため、国及び都道府県等は、医師が都道府県知事等へ感染症患者に関する届出を行った場合には、状況に応じて、患者等へ当該届出の事実等を通知するように努めるよう徹底を図ることが重要である。
- 2 報道機関においては、常時、的確な情報を提供することが重要であるが、個人情報に注意を払い、感染症に関し、誤った情報や不適切な報道がなされたときには、速やかにその訂正がなされるように、国及び都道府県等は、報道機関との連携を平常時から密接に行う等の体制整備を図ることが重要である。

五 関係各機関との連携

国の行政機関間、国及び地方公共団体間、地方公共団体間等における密接な連携のため、定期会議の開催等が行われることが重要である。

ポイント 51

- ・ 患者情報の流出防止のための具体的方策について記載

ポイント 52

- ・ 関係機関との連携方策について記載

六 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項

数値目標一覧（例）

区分	項目	必須事項	区分	目標値				単位			
				流行初期	単位	流行初期以降	単位				
(1) 医療提供体制	①病床（確保病床数）	○	（合計）	各協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数			床		床	病床数	
		任意	（内数）	流行初期医療確保措置			床		床	病床数	
		任意	（内数）	重症者病床			床		床	病床数	
		任意	（内数）	特に配慮が必要な患者	精神疾患を有する患者			床		床	病床数
		任意	（内数）		妊産婦			床		床	病床数
		任意	（内数）		小児			床		床	病床数
		任意	（内数）		障害児者			床		床	病床数
		任意	（内数）		認知症患者			床		床	病床数
		任意	（内数）		がん患者			床		床	病床数
		任意	（内数）		透析患者			床		床	病床数
	任意	（内数）	外国人			床		床	病床数		
	②発熱外来（健康観察・診療医療機関数）	○	（合計）	各協定締結医療機関（発熱外来）の機関数			機関		機関	医療機関数	
	③ 自宅療養者への医療の提供	○	（合計）	自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数			機関		機関	医療機関数	
○		（内数）	機関種別	病院			機関		機関	医療機関数	
○		（内数）		診療所			機関		機関	医療機関数	

区分	項目	必須事項	区分	目標値				単位		
				流行初期	単位	流行初期以降	単位			
		○	(内数)	訪問看護ステーション		機関		機関	機関数	
		○	(内数)	薬局		か所		か所	薬局数	
		任意	(内数)	対応者種別	自宅療養者対応		機関		機関	医療機関数
		任意	(内数)		宿泊療養者対応		機関		機関	医療機関数
		任意	(内数)		高齢者施設対応		機関		機関	医療機関数
		任意	(内数)		障害者施設対応		機関		機関	医療機関数
	④ 後方支援	○	(合計)	後方支援を行う医療機関数				機関	療機関数	
	⑤ 医療人材の確保人数 (派遣可能数)	○	(合計)	県外派遣可能な人数 (医師数、看護師数)				人	派遣可能人数	
		○	(内数)	医師				人	派遣可能人数	
		○	(内数)	看護師				人	派遣可能人数	
		○	(内数)	その他				人	派遣可能人数	
		任意	(内数)	上記のうち、県外派遣可能な人数				人	派遣可能人数	
		○	(剛毅)	感染症医療担当従事者						
		○	(内数)	医師				人	派遣可能人数	
		○	(内数)	看護師				人	派遣可能人数	
○		(内数)	その他				人	派遣可能人数		
			感染症予防等業務対応関係者							
任意		(内数)	上記のうち、県外派遣可能な人数				人	派遣可能人数		
○		(内数)	医師				人	派遣可能人数		
○	(内数)	看護師				人	派遣可能人数			

区分	項目	必須事項	区分	目標値				単位		
				流行初期	単位	流行初期以降	単位			
		○	(内数)	その他				人	派遣可能人員	
		○	(内数)	DMAT (医師、看護師、その他)				人	派遣可能人数	
		○	(内数)	DPAT (医師、看護師、その他)				人	派遣可能人数	
		任意	(内数)	その他				人	派遣可能人数	
(2) 物資の確保	⑥ 個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の数	○	(合計)	協定締結医療機関数				機関	医療機関数	
		○	(内数)	うち、十分な PPE を備蓄				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	協定締結機関数 (病院)				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	うち、十分な PPE を備蓄				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	協定締結機関数 (診療所)				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	うち、十分な PPE を備蓄				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	協定締結機関数 (訪問看護事業所)				機関	医療機関数	
		任意	(内数)	うち、十分な PPE を備蓄				機関	医療機関数	
(3) 検査体制	⑦ 検査能力、検査機器確保数	○	(合計)	検査の実施能力			件/日	件/日	検査件数	
			(内数)		地方衛生研究所等			件/日	件/日	検査件数
			(内数)		医療機関、民間検査会社等			件/日	件/日	検査件数
		○		地方衛生研究所等の検査機器の数				台	台	設備台数
(4) 宿泊療養体制	⑧ 宿泊施設確保居室数	○	(合計)	確保居室数			室	室	居室数	
					公的施設			室	室	居室数
					民間宿泊施設			室	室	居室数
(5) 人材の養成・資質の向上	⑨ 研修・訓練回数	○	(合計)	研修・訓練を (年 1 回以上) 実施した回数 / 割合					研修・訓練の回数	

区分	項目	必須事項	区分	目標値				単位
				流行初期	単位	流行初期以降	単位	
		○	(合計)	医療機関		機関	機関	医療機関数
			(割合)			割	割	
		○	(合計)	保健所		回	回	研修・訓練の回数
		○	(合計)	都道府県等職員		回	回	研修・訓練の回数
(6) 保健所の体制整備	⑩人員確保数 即応可能な IHEAT 要員の確保数 (IHEAT 研修受講者数)	○	(合計)	流行開始から1ヶ月間において想定される業務量に対応する人員確保数 即応可能な IHEAT 要員の確保数 (IHEAT 研修受講者数)			人	人数
			(内数)		保健所			人

参考資料

「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」の公布及び一部施行について（通知）」（令和4年12月9日付け医政発1209第22号・産情発1209第2号・健発1209第2号・生食発1209第7号・保発1209第3号厚生労働省医政局長、厚生労働省大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官、厚生労働省健康局長、厚生労働省大臣官房生活衛生・食品安全審議官、厚生労働省保険局長通知）（<https://www.mhlw.go.jp/content/001022538.pdf>）

厚生科学審議会感染症部会、第72回厚生科学審議会感染症部会（令和5年2月17日）参考資料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）「6事業目（新興感染症対応）に係る医療計画策定等に当たっての対応の方向性（案）」、（<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001059904.pdf>）

「都道府県連携協議会の運営規則等の基本的な考え方について（通知）」（令和5年3月17日付け健感発0317第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

第8次医療計画等に関する検討会、令和5年3月20日、第8次医療計画等に関する検討会「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）」、（<https://www.mhlw.go.jp/content/001075578.pdf>）

「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」の一部の施行について（通知）」（令和5年3月27日付け健発0327第11号厚生労働省健康局長通知）（<https://www.mhlw.go.jp/content/001078185.pdf>）

「予防計画（保健所・地方衛生研究所等）について」第52回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、令和5年4月10日（<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001086097.pdf>）

研究班体制

本ガイドラインは厚生労働省が協力をして令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（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」の一環として作成されました。

(敬称略)

	氏名	所属
研究代表者	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所 所長
研究分担者	田辺 正樹	三重大学医学部附属病院 検査部 部長・教授、感染制御部長
研究協力者	大曲 貴夫	国立国際医療研究センター 国際感染症センター長
	加藤 康幸	国際医療福祉大学成田病院 感染症科教授
	齋藤 智也	国立感染症研究所 感染症危機管理研究センター長
	釜范 敏	日本医師会 常任理事
	吉村 健佑	国立大学法人千葉大学 医学部附属病院 特任教授
	白井 千香	枚方市保健所 所長
	調 恒明	山口県環境保健センター 所長
	岩本 愛吉	日本医療研究開発機構(AMED)研究開発統括推進室長 理事長特任補佐(AMED 特使:感染症研究分野)
	小泉 祐子	川崎市健康福祉局保健医療政策部 医療政策担当部長
	宇野 智行	三重県 医療保健部感染症対策課
	谷口 清州	国立病院機構三重病院 病院長
参考人	氏家 無限	(独)国立国際医療研究センター 国際感染症センター室長
	石金 正裕	国立国際医療研究センター病院医師

公衆衛生体制にかかる現状調査に関する検討

研究分担者 田辺 正樹 三重大学医学部附属病院 中央検査部 教授

研究要旨

2020年1月に発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応を受け、次の感染症危機に備える観点から、感染症法の基本指針および予防計画の記載事項が大幅に見直されることとなった。都道府県、保健所設置市及び特別区が予防計画を策定する際に参考となる手引き（案）を策定するにあたり、現状調査を行うことが本分担研究の目的である。

手引き（案）作成に向けた現状調査として、（1）感染症関連の都道府県計画（感染症予防計画・新型インフルエンザ等対策行動計画・医療計画（新興感染症等関連））の分析を行った。次に、（2）47都道府県・20政令指定都市・医療機関を対象としたCOVID-19対応に係るアンケート調査を実施した。自治体向けには、①医療（入院・外来・後方支援・臨時応急施設・人材派遣・訓練）、②宿泊療養・自宅療養・移送体制、③保健所体制、④検査体制、⑤備蓄、⑥情報共有について調査を行った。2022年10月24日～2023年2月3日にかけて調査を実施し都道府県からは100%の回答を得た。医療機関向けには、①病院内の施設設備（受入体制・ゾーニング・検査等）、②感染症病室の設備、③医療人材、④その他（院内感染対策・サーベイランス・備蓄等）について調査を行った。感染症指定医療機関、感染対策向上加算1算定施設等を対象に2022年11月11日～2022年12月9日にかけて調査を実施し、特定感染症／第1種感染症指定医療機関16施設、第2種感染症指定医療機関82施設、感染対策向上加算1算定施設等（感染症指定医療機関を除く）230施設から回答を得た。

（1）都道府県予防計画等の分析：

2022年12月改正前の感染症法においては、基本指針は12の項目、予防計画は3つの項目を定めるものとされていたが、多くの都道府県において、法に規定されていない項目についても国の基本指針を参考に記載されていた。そのため、手引き（案）の作成にあたっては、国の基本指針を基本とした構成とし、法律で規定されている必須項目のほか、法律で規定されていないものの多くの都道府県において記載されている事項については任意の項目として整理するなど、都道府県が計画を作成しやすい項立とした。

（2）COVID-19対応のアンケート調査：

自治体向けアンケートにおいては、各都道府県におけるCOVID-19対応について、位置付けや目標設定の参考となるよう箱ヒゲ図などを用いて数値を整理した。受入病床確保の課題・工夫点、後方支援施設に対する支援内容、臨時応急処置施設の契約・運営など、各都道府県で対応に苦慮した事項について定性的な取りまとめを行った。保健所体制については、第7波ピーク時に、多くの都道府県において、専門職と比べ非専門職の職員が増員されているなど、今後の保健所体制の強化や医療人材の育成を検討する上での参考資料を提示することができた。

医療機関向けアンケートにおいては、特定／第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、感染対策向上加算1算定医療機関等に分け整理することで、パンデミック発生後の入院患者受入開始までの時期の相違などが明確となった。各医療機関においては、一般医療を制限し、COVID-19専用区画を設定した上で、COVID-19対応の人材を確保し、COVID-19への対応にあたったが、苦慮した点や工夫点などについて定性的な取りまとめを行った。他機関への医療人材派遣の状況など自治体側で把握しにくい事項についても整理することができた。感染症法に基づく協定締結の際や、医療機関において新興感染症を想定したBCPの見直しを行う際の参考となる資料を提示することができた。

A. 研究目的

2020年1月に発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応を受け、次の感染症危機に備える観点から、感染症法の基本指針および予防計画の記載事項が大幅に見直されることとなった。都道府県及び保健所設置市区が予防計画を策定する際に参考となる手引き（案）を策定するにあたり、各都道府県の感染症関連計画の現状把握並びに自治体及び医療機関におけるCOVID-19対応の現状調査を行うことが本分担研究の目的である。

B. 研究方法

（1）感染症関連の都道府県計画の現状把握

感染症関連の計画として、①感染症法に規定される「感染症予防計画」、②新型インフルエンザ等対策特別措置法に規定される「新型インフルエンザ等対策行動計画」、③医療法に規定される「医療計画（このうち、新興感染症関連）」を現状把握の対象とし、計画を収集・分析した。

（2）COVID-19 対応の現状調査

COVID-19 対応の現状把握を行うため、①47 都道府県・20 政令指定都市を対象とした自治体アンケート調査、②感染症指定医療機関並びに感染対策向上加算1 算定医療機関、COVID-19 重点医療機関、及び災害拠点病院（以下、「感染症指定医療機関等」という。）を対象とした医療機関アンケート調査を実施した。

なお、アンケート調査の項目を選定するにあたっては、研究代表者（岡部）、研究分担者（田辺）に加え、本研究と関連の深い感染症関連の専門家や自治体関係者等様々な立場の研究協力者を加えた岡部研究班において検討を行った。また、都道府県の感染症予防計画等に関する資料整理、及び、アンケート調査の実施（郵送・回収・集計・分析）にあたっては、外部シンクタンクを活用した。

（倫理面への配慮）

本研究は現状評価及び今後の体制整備についての研究であり、個人が識別可能なデータは取り扱わない。

C. 研究結果

（1）感染症関連の都道府県計画について

感染症予防計画の手引き策定にあたって整理が必要な項目について、現状の感染症関連の都道府県計画との関連を調査した結果、表1のとおり整理された。

表1

項目	都道府県の計画
感染症指定医療機関制度 感染症病床の確保	予感染症防計画
感染拡大時の一般病床利用を含めた医療提供体制	医療計画

宿泊療養・自宅療養	感染症予防計画 （一部のみ）
外来医療体制	予感染症防計画
搬送先調整・移送	予感染症防計画
医療人材確保	
物資確保	新型インフルエンザ等対策行動計画
国や保健所設置市区との関係	感染症予防計画
保健所業務	
検査体制・検査数	

【感染症予防計画の現状分析】

現行の都道府県予防計画を整理・分析した結果、計画作成にあたって参考となる「手引き」や「ガイドライン」は存在せず、国の基本指針を参考に記載されていることが分かった。2022年12月改正前の感染症法においては、表2・3に示すように、基本指針は12の項目、予防計画は3つの項目を定めるものとされていたが、多くの都道府県において、法に規定されていない項目についても国の基本指針を参考に記載されていた。

表2 ○基本指針において定める事項

一	感染症の予防の推進の基本的な方向
二	感染症の発生の予防のための施策に関する事項
三	感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
四	感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
五	感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
六	感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
七	病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
八	感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
九	感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
十	特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
十一	緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項
十二	その他感染症の予防の推進に関する重要事項

表3 ○予防計画において定める事項

一	地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項
二	地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
三	緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確

保を含む。)に関する事項

感染症指定医療機関制度・感染症病床に係る事項については、基本指針「第4 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項」の「三 都道府県における感染症に係る医療を提供する体制」における記載事項を参考に、28都道府県において、感染症指定医療機関制度・感染症病床数について記載されていた。

中には、独自項目として、「感染拡大時に向けた事前準備」(表4)や「指定病床数を超えるなど、指定医療機関に受入れができない場合の対応」(表5)について、記載している都道府県も見られた。

表4 感染拡大時に向けた事前準備

項目(概要)	記載内容
感染拡大時の医療体制確保のための登録制度・マニュアル準備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新型インフルエンザ等が発生した時、府内未発生期～府内発生早期(全ての患者の接触歴を疫学調査で追える状態)における新型インフルエンザ等患者の診療を行うとともに、府内感染期においては、積極的に重症の入院患者を受け入れる医療機関として、その開設者の登録申請に基づき、府新型インフルエンザ等協力医療機関を登録する。 ○ 一類感染症又は二類感染症の集団発生や新型インフルエンザ等の汎流行時の場合には、一般の医療機関に緊急避難的にこれらの患者を入院させる場合があるため、迅速・的確な対応についてマニュアル等で定める。
流行時の対策・陰圧設備の充実化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第二種感染症指定医療機関は、国の基準では必ずしも病室を陰圧化する必要はないが、開設者の協力を得て、可能な限り陰圧化を進める。 ○ 一類感染症又は二類感染症が集団発生した場合や新型インフルエンザの汎流行時には、一般の医療機関に緊急避難的にこれらの患者を入院させる場合があるため、県は、そのために必要な対策を講ずる。
感染拡大時の医療支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症が県内で発生した場合、医療機関単位での対応では感染拡大防止が困難となることが想定されるため、県は、感染症指定医療機関等からの要請に基づき、協定を締結した医療機関に所属する感染症対策の専門的知識を有する医療従事者で構成される県感染症医療支援チームを派遣する。

表5 指定病床数を超えるなど、指定医療機関に受入れができない場合の対応

項目(概要)	記載内容
運用の詳細について記載	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一類感染症、二類感染症または新型インフルエンザ等感染症の患者が集団発生した場合など、患者数が当該医療圏の感染症病床数を越え、当該医療圏の感染症指定医療機関へ入院する

	<p>ことが困難な場合などは、入院の勧告等を行う保健所長は関係者と協議した上で感染症指定医療機関等の協力を得て、以下のとおり対応します。</p> <p>ア 県内の他の二次医療圏の第二種感染症指定医療機関へ入院勧告(措置)を行います。(一類感染症を除く。)</p> <p>イ 国が指定した特定感染症指定医療機関、または近隣府県が指定した第一種感染症指定医療機関または第二種感染症指定医療機関へ入院勧告(措置)を行います。</p> <p>ウ 感染症指定医療機関へ入院することができないときは、次の場合において緊急避難的な措置として、一般の医療機関のうちから入院を担当する医療機関を決定します。</p> <p>(ア) アおよびイによっても対応できないとき。</p> <p>(イ) 患者の医学的な状態から、感染症指定医療機関への移送が困難なとき。</p> <p>(ウ) その他、患者の入院勧告(措置)を行う保健所長が必要と認めたととき。</p>
指定医療機関のない県域での対応	<ul style="list-style-type: none"> ○ xx保健医療圏域には、第二種感染症指定医療機関が指定されていないことから、他の圏域の感染症指定医療機関及び感染症指定医療機関以外の医療機関に緊急避難的に二類感染症患者を入院させる場合に備えて、県は、当面の措置として、あらかじめ医師会等の医療関係団体と連携を図り、速やかに患者等が入院できる医療機関を確保するなど、必要な対策を講じておく。
隣県から対応要請が来た場合の対応	<ul style="list-style-type: none"> ○ また、隣県において第一種感染症指定医療機関が満床である等の理由により患者の受け入れ要請を受けた場合については、第一種感染症指定医療機関と調整するなど、本県の状況を勘案したうえで患者の受け入れについて検討する。

外来医療提供体制については、34都道府県において記載されていた。宿泊療養は当初感染症法上想定されていなかった対応であり、多くの都道府県で記載がなかったが、COVID-19対応中に予防計画を改訂した県において記載されていた(表6)。

表6 宿泊療養体制に関する記載

<ul style="list-style-type: none"> ○ 宿泊療養 <p>新型コロナウイルス感染症発生時の対応を踏まえ、感染の拡大により患者が増加した場合においては、医療機関の負担を軽減し、重症者を集中的に治療することのできる体制の確保が必要である。</p> <p>そのため、症状が軽快した方等の受入先として平時から宿泊療養施設を確保できる体制を構築するなど宿泊療養が実施可能な体制の確保に努める。</p>
--

移送については、37都道府県で記載されており、具体的な方策について記載されているところも見られた（表7）。

表7 移送に関する具体的な記載（例）

○ 感染症患者の移送体制	
各総合事務所（保健所）及びxx市保健所は、「感染症の患者の移送の手引き」（平成16年3月31日付厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を参考とし、感染症患者の適切な移送手段を確保する。	
（1）一類感染症、新感染症の患者移送に際し、 <u>県福祉保健部は、国に技術的指導、助言等の協力を要請するとともに、県感染症対策協議会委員等の意見を聞きながら対応する。</u> 各総合事務所保健所及びxx市保健所は、 <u>第一種感染症指定医療機関へ患者を移送するための車両を1台ずつ配置し、平時から患者発生に備えて訓練実施や資機材の準備等の体制整備を行っていく。</u>	
なお、各総合事務所（保健所）が行う患者移送において医療支援等が必要な場合は、 <u>「重大な感染症発生時における医療の支援等に関する協定書（平成28年3月23日締結）」</u> に基づき、 <u>感染症指定医療機関の医師の協力を得ながら移送を行う。</u> また同時に複数の患者が発生し、 <u>各総合事務所（保健所）の移送能力を超える場合は、</u> 「エボラ出血熱患者の移送に関する協定書（平成28年3月23日締結）」及び「エボラ出血熱患者移送に係る医師の救急車への同乗について（平成28年3月23日付県福祉保健部長通知）」に基づき、 <u>消防機関及び感染症指定医療機関の医師の協力を得ながら移送を行う。</u>	
さらに <u>車両の先導支援等が必要な場合は、</u> 平成26年10月30日付健康発1030第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知に基づき、 <u>警察機関の協力を得ながら移送を行う。</u>	
（2） <u>二類感染症の患者の移送については、患者発生地を管轄する各総合事務所（保健所）及びxx市保健所が適切な移送の手段を確保することとする。</u> 患者の症状が重い場合等は感染症の診断を行った医療機関又は指定医療機関の協力を求める。なお、 <u>医療機関又は指定医療機関の移送が不可能な場合は、</u> 消防機関の協力を得る。この場合は消防局長に対して各総合事務所（保健所）及びxx市保健所が直接要請する。	
（3） <u>県は、平時から市町村及び消防機関に対して、情報を提供するなど密接な連携を図り、広域的又は大規模な集団発生が起きた場合や緊急を要する場合等、関係市町村及び消防機関に対して、二類感染症の患者の移送の協力を要請する。</u>	
（4） <u>医療機関において、消防機関により移送された傷病者が法第12条第1項第1号に規定する患者であると判断した場合には、当該医療機関は当該消防機関に対してその旨を連絡する。</u>	
（5） <u>感染症患者の移送の確保に当たっては、感染の拡大及び移送に関わる関係者等の感染予防に十分留意する。</u>	

感染症対応に係る医療人材の確保については、30都道府県で記載されていたが、国の基本指針「第十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策に関する事項」において、「医師その他の医療関係者に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求め、迅速かつ的確な対策が講じられるようにすることと

する」の記載に倣った記載で、より詳細に独自の内容を記載しているところはなかった。

国・保健所設置市区との連携体制については、国の基本指針に沿った内容について、36都道府県で記載されていた。保健所業務のうち、感染拡大時に通常時とは異なる追加的業務について、基本指針上、記載はなく、予防計画においても具体的な記載は見られなかった。検査体制について、地方衛生研究所の体制確保に関して39都道府県、検査に向けた人材要請・資機材の整備に関して19都道府県で記載されていた。地方衛生研究所等における検査の外部精度管理の導入や医療機関・民間検査機関による検査について記載された計画も見られた（表8）。

表8 検査体制整備に関する記載（例）

項目（概要）	記載内容
検査精度確保・昨日強化に関する具体的な方針	○ 検査従事者の技能水準の点検（内部・外部）、職員の教育・研修など、検査の信頼性を適切に保つための業務を実施するとともに、 <u>検査の実施に当たり必要となる標準作業書を作成する。</u>
	○ 衛生研究所は、病原体等に関する検査を迅速かつ的確に実施するため、法に基づき検査の実施体制の充実を図り、業務を管理することが重要である。また、 <u>検査の精度管理を定期的</u> に実施するとともに、 <u>外部精度管理に関する調査を定期的</u> に受ける。
保健所・医療機関・民間検査機関の検査機能強化に関する具体的な方針	○ 衛生研究所は、 <u>健康福祉センター（保健所）、医療機関及び民間検査機関に対して技術的支援（研修）を適宜行うとともに、</u> 病原体又は検査等に関する情報を提供する。また、 <u>精度管理については、衛生研究所が県内の健康福祉センター（保健所）等に対して実施する。</u>
	○ <u>医療機関及び民間の検査機関においても、外部機関によって行われる体系的な感染症の病原体や結核菌等の検査の精度管理体制を構築する等により、</u> 患者の診断のための感染症の病原体や結核菌等の検査の精度を適正に保つ。

【新型インフルエンザ等対策行動計画の現状分析】

新型インフルエンザ等対策政府行動計画において、“国及び都道府県等は、必要となる医療資器材（個人防護具、人工呼吸器等）をあらかじめ備蓄・整備する。国は、都道府県等に対し、医療機関において、必要な医療資器材や増床の余地に関して調査を行った上、十分な量を確保するよう要請する。”と記載されており、多くの都道府県において、個人防護具等の備蓄について記載されているが、具体的な備蓄量に関する記載は見られなかった（表9）。

表9 個人防護具等の備蓄に関する記載（例）

項目（概要）	記載内容
都道府県・保健所設置における備蓄	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県及び保健所設置市は、必要となる医療資器材（個人防護具等）をあらかじめ備蓄・整備する。 ○ 県及び保健所設置市は、国からの要請に応じ、医療機関等において、必要な医療資器材や増床の余地に関して調査を行った上で、必要な医療資器材（個人防護具、人工呼吸器等）の備蓄・整備に努める。
医療機関における備蓄や医療機関への支援、市町への要請等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 府は、個人防護具を帰国者・接触者外来を立上げる際に事前配布することとし、計画的に備蓄する。 ○ 県等は、医療機関に対し、新型インフルエンザ等の診断、治療方針等に関する情報を提供するとともに、必要となる医療資器材（個人防護具、人工呼吸器等、簡易陰圧装置等）を、予算の範囲内において医療機関への助成を行うことなどにより、あらかじめ備蓄・整備する。また、医療機関において、院内感染対策の徹底を図るとともに、必要な医療資器材や増床の余地に関して調査を行い、十分な量を確保するよう検討する。 ○ 県及び保健所設置市は、患者の疫学調査などの初動対応に必要な個人防護具などの資材等（マスク、防護服、消毒薬等）の在庫状況を把握し、備蓄に努める。 ○ 県は、市町に対して、新型インフルエンザ等発生時の住民支援のために必要な個人防護具などの資材等の備蓄を要請する。 ○ 疫学調査や患者移送等に必要な感染防護服や消毒薬等を備蓄する。 <ul style="list-style-type: none"> - 防護服等（防護服、N95マスク、手袋、ゴーグル等） - 消毒薬（手指消毒薬、消毒用エタノール、次亜塩素酸ナトリウム等） ○ 帰国者・接触者外来及び入院治療協力医療機関等において、感染防護具が不足する事態に備えて、必要量を備蓄する。

【医療計画（新興感染症等の記載）の現状分析】

現行医療計画において、5疾病・5事業・在宅医療以外の疾病等についての記載事項の1つとして、結核・感染症対策が挙げられており、ほとんどの都道府県において感染症に関して記載されている。しかし、その多くは、結核・肝炎・エイズなどで、新興感染症における感染拡大時の医療提供体制のあり方については、医療計画作成指針上記載はなく、都道府県により対応が異なっている。

COVID-19対応中に医療計画の中間見直しが行われたため、その中で、新興感染症対応の必要性を追記や、新型コロナウイルス感染症の項を追記している都道府県が見られた（表10）。

表10 医療計画における新興感染症対策の記載（例）

項目（概要）	記載内容
新型コロナウイルス感染症の項目を新設	<p>【現状と課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染者発生・病床確保の状況 ・対応が必要な事項（一般医療との両立・重症患者受け入れ態勢／検査等連携体制／積極的疫学調査） <p>【施策の方向】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染予防に関する正しい知識の普及啓発 ・感染拡大防止・感染経路調査の実施 ・ワクチン接種体制確保 ・医療提供体制の整備 ・宿泊療養施設の確保 ・必要な医療物資の備蓄・必要に応じた配分 <p>【実施した内容】 （検査体制）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○陽性者の濃厚接触者やクラスター発生時における近隣の同種の施設の従業員、クラスター発生地域の高齢者施設の入所者・職員等に対し、行政検査を実施しました。 ○帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、発熱等診療医療機関等に対し、検査機器の整備費助成等により、検査体制の強化に努めました。 ○集団感染が発生しやすい高齢者施設や医療機関等に対し、軽度であっても症状が現れた場合に、各施設等において迅速に自主的な検査が実施できるよう、抗原定性検査の簡易キットを配布しました。 ○国立遺伝学研究所との連携・協働により、検体の全ゲノム解析による分子疫学調査を実施し、濃厚接触者や感染経路の追跡・推定など、感染拡大防止に活用しました。（患者の搬送） ○保健所の移送能力を超えた場合や患者の医療的処置が必要な場合に備え、救急車両による患者の搬送が可能となるよう、県内の各消防本部と協定を締結しました。 <p>【今後の対策】 （検査体制の強化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関や登録検査機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の維持及び検査精度の確保を強化していく必要があります。 ○感染拡大の防止には、検査により陽性が判明した感染者を確実に医療機関へ繋げていく必要があります。 ○県の検査拠点である環境衛生科学研究所が、災害等で被災した場合の代替機能の検討が必要です。（司令塔機能） ○（仮称）xx感染症管理センターを核として、保健所と地域の医療機関との連携による医療ネットワークを活用し、病床の確保、入院調整、広域

	搬送調整を図るなど、県内の医療提供体制を確保します。 ○感染拡大時には、xx感染症管理センターの体制を増強し、業務に当たります。
--	---

(2) COVID-19 対応の現状調査

【自治体アンケート調査】 (資料3参照)

2022年10月24日～2023年2月3日にかけて、47都道府県・20政令指定都市を対象としたCOVID-19対応に係るアンケート調査を実施した。①医療（入院・外来・後方支援・臨時応急施設・人材派遣・訓練）、②宿泊療養・自宅療養・移送体制、③保健所体制、④検査体制、⑤備蓄、⑥情報共有について調査し全ての都道府県から回答を得た。政令指定都市からの回答については都道府県と重複するため、都道府県からの回答をもとに結果を整理した。

対象期間として、コロナ発生初期を2020年1月～6月、第7波ピーク時を2022年1月～2022年8月とした。主な結果を以下に記載する。

①医療（入院）：第7波ピーク時

入院病床確保の地域単位としては、都道府県単位が68% (n=32) で最も多かった。入院可否の判断を行った組織は、保健所77% (n=36)、都道府県53% (n=25)、医療機関19% (n=9) (複数回答) の順、入院場所の調整を一義的に行った組織は、保健所55% (n=26)、都道府県45% (n=21) であった。

配慮が必要な対象者の入院について、人工呼吸器・ECMO・小児・妊婦・透析・精神疾患については、約8割の都道府県が病床を確保していた。一方で、障害児者・認知症・がん患者・外国人のための病床を確保していた都道府県は約4割であった。

①医療（外来）

帰国者・接触者外来設置医療機関数(中央値)は、コロナ発生初期1.4(人口10万人あたり)であったものが、第7波ピーク時、34.8(人口10万人あたり)と約25倍増加した。

①医療（後方支援）

後方支援施設の確保にあたって、財政的支援を行った都道府県が46% (n=21) あった一方で、41% (n=19) の都道府県は、支援を行っていなかった。後方支援機関の指定の条件として、退院基準を満たした患者を受け入れることなどを明記するケースが見られた。

①医療（臨時応急処置施設）：第7波ピーク時

53% (n=25) の都道府県が臨時応急処置施設を開設した。このうち、軽症のみを対象としたところが33% (n=8)、中等症のみが54% (n=13)、軽症・中等症の両方設置したところが13% (n=3) であった。

施設は、民間施設が92% (n=23)、公的機関が32% (n=8) (複数回答) を利用し、運営主体の72% (n=18) は都道府県(直営)であった。なお、運営につ

いては、県直営のほか、包括委託、業務ごとに委託するなど様々な運営形態があった。また、宿泊療養施設の一部を活用した例も見られた。

臨時応急処置施設で行われた医療行為は、酸素投与、点滴が各々76%で、ついで、抗体カクテル療法(48%)、治療薬投与(44%)であった。また、臨時応急処置施設を開設した都道府県(n=25)のうち7か所で外来対応が行われた。

①医療（人材派遣）

DMAT、DPATを県内派遣した都道府県は、それぞれ38% (n=18)、9% (n=4) で、県外派遣した自治体はなかった。感染制御チームは、91% (n=43) で、県内派遣されていたが、県外派遣は2か所であった。

①医療（訓練）

平時に医療従事者、保健所職員の訓練を実施していた都道府県は、それぞれ64% (n=30)、68% (n=32) で、感染症患者の受入等の訓練の実施回数(中央値)はともに、2回であった。

②宿泊療養・自宅療養・移送体制

コロナ発生初期に宿泊療養施設を設置した都道府県は、87% (n=41) であったが、第7波ピーク時は全ての都道府県で宿泊療養施設を設置しており、うち81% (n=38) において医療機能を有する宿泊療養施設を設置していた。

宿泊療養施設の運営主体は、45% (n=21) が都道府県(直営)、宿泊施設に委託が23% (n=11) (複数回答) であった。その他として、民間事業者への委託が多く (n=30)、旅行代理店や人材派遣会社などが委託先として挙げられていた。運営体制は、都道府県直営と民間委託の組み合わせ形式が多く、入所管理、宿泊業務(食事、リネン調達等)、健康監視・療養業務等で委託先が分かれていた。健康監視については、医療従事者と県が直接契約する例と人材派遣会社や看護協会等に委託する例が見られた。

自宅療養者の健康観察の実施主体としては、保健所68% (n=32)、都道府県49% (n=23)、医療機関30% (n=14) (複数回答) であった。その他として、民間事業者への委託が多く (n=26)、旅行代理店や人材派遣会社などが委託先として挙げられていた。自宅療養者の診療に協力した医療機関との契約については、委託契約の他、協力金の交付を行った自治体、契約や協定文書なしで医療機関の協力を得た自治体があった。

移送について、約8割の都道府県が、平時から消防など他機関と連携していた。第7波ピーク時において、60% (n=28) の自治体が消防機関と協定を締結していた。第7波ピーク時、自宅から医療機関への移送主体は、消防部局64% (n=30)、民間移送業者62% (n=29)、保健所60% (n=28) (複数回答) であった。今後の移送体制強化の計画については、約8割の都道府県が未定と回答したもの、民間移送業者の活用を検討している都道府県があった (n=7)。

広域搬送について、第7波ピーク時に他都道府県と協議の仕組みがあったと回答した自治体は15% (n=7) であったが、45% (n=21) の都道府県が、第7波ピーク時に例外的な対応として広域搬送を実施していた。

③保健所体制

保健所体制を強化するため、多くの都道府県において、専門職と比較し、非専門職を増員し対応していた。平時の保健所の専門職員・非専門職員数（人口10万人あたり中央値）は、それぞれ6.3人、2.6人であったものが、第7波ピーク時、それぞれ、1.4人、6.5人（人口10万人あたり中央値）増員されていた（図1）。

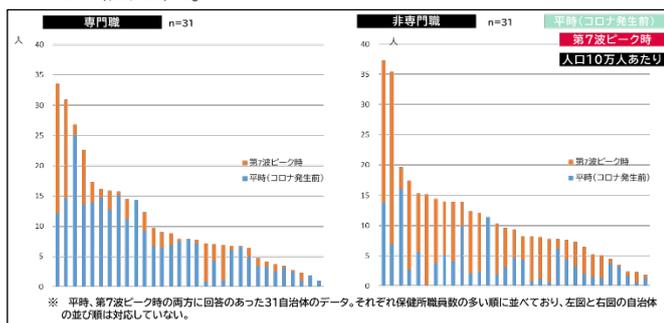


図1 都道府県別 平時職員数・第7波ピーク時増員数

コロナ対応のため増員した職員の所属としては、都道府県職員83% (n=39)、保健所の他部署72% (n=34)、市町村職員70% (n=33)、保健所のOBOG 51% (n=24) などであった。

④検査体制：第7波ピーク時

第7波ピーク時の1日あたりの最大検査数（人口10万人あたり中央値）は、大学・医療機関（核酸検出・抗原定量検査）が197.6件と多く、ついで、抗原定性検査142.9件で、地方衛生研究所や保健所での検査の割合は縮小していた。

検体搬送については、外部委託が64% (n=29)、都道府県・保健所などの行政機関が60% (n=27)（複数回答）であった。

⑤備蓄

新型コロナウイルス発生前に新興感染症対策として自治体において備蓄していた物資は、N95・DS2マスク 74% (n=35)、アイソレーションガウン 68% (n=32)、手袋 64% (n=30)、サージカルマスク 62% (n=29)（複数回答）などであった。平時の備蓄品については、77%の都道府県が「放出（使用）した」と回答しており、そのうち医療機関で使用されたという回答が86%で最も多かった。

次のパンデミックに向け、66% (n=31) の都道府県が備蓄を計画していた。また備蓄計画として、“流通備蓄する”、“使用期限前に医療機関等に配布する”といったコメントがあった。

⑥情報共有

コロナ発生初期の情報共有について、約8割の都道府県が、平時に整備していたとおりに情報共有が

できたと回答した。情報共有体制について、独自のシステムを導入した例やリエゾン派遣等で情報共有した例が見られた。また、感染者の個人情報の公表範囲が当初都道府県ごとに異なっていたため、全国の統ルールを望む意見もあった。

【医療機関アンケート調査】（資料4参照）

2022年11月11日～2022年12月9日にかけて、感染症指定医療機関、感染対策向上加算1 算定医療機関等を対象としたCOVID-19対応に係るアンケート調査を実施した。①病院内の施設設備（受入体制・ゾーニング・検査等）、②感染症病室の設備、③医療人材、④その他（院内感染対策・サーベイランス・備蓄等）について調査し、特定感染症/第1種感染症指定医療機関16施設、第2種感染症指定医療機関82施設、感染対策向上加算1 算定施設等（感染症指定医療機関を除く）230施設から回答を得た。主な結果を以下に記載する。

①病院内の施設設備（受入体制・ゾーニング・検査）

入院患者の受入開始は、医療機関区分によって立ち上がりは異なり、特定/第1種は2020年3月に、第2種は2020年7月に、加算1等は2021年4月に回答施設の90%が受け入れを行った（図2）。

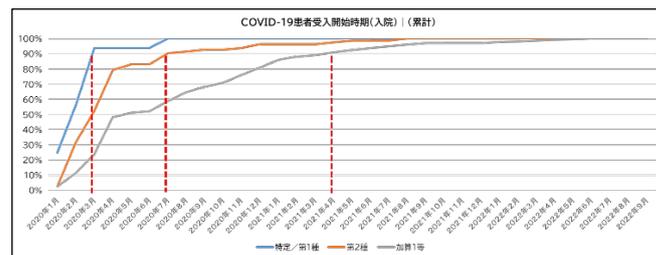


図2 施設種別 COVID-19入院受入開始時期

病院内でのコロナ病床確保場所について、1箇所でも対応した医療機関がおおよそ半数であり、半数程度の医療機関は複数個所で受入を行っており、特に特定/第1種感染症指定医療機関においては、受入箇所が多い傾向が見られた（図3）。

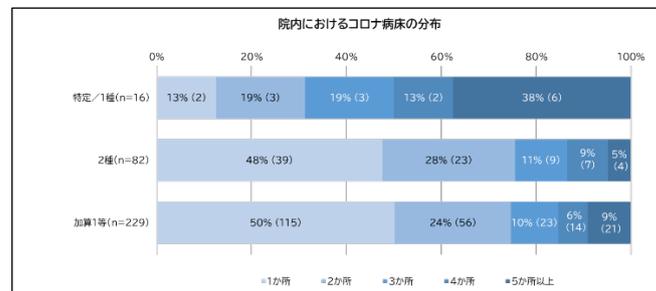


図3 施設種別 COVID-19入院受入箇所数

院内に備えている検査機器（2022年10月時点）として、回答のあった医療機関の約半数でリアルタイムPCR検査機器と抗原定量検査機器を保有していた。リアルタイムPCR検査機器と全自動核酸検査機器については、特定/第1種感染症指定医療機関の75%が保留していた（図4）。各施設の1日あたり最大

検査数の中央値は、特定/第1種 134件、第2種 101件、加算1等 118件であった。

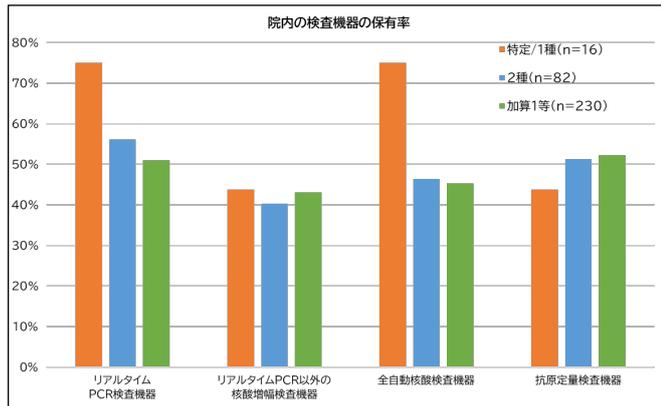


図4 施設種別 感染症検査機器の保有状況 (2022年10月時点)

COVID-19に対応な医療として、人工呼吸器については、特定/第1種(100%)、第2種(85%)、加算1等(80%)で対応可能であった。ECMOについては、特定/第1種(81%)、第2種(24%)、加算1等(22%)であり、多くの特定/第1種感染症指定医療機関では対応可能であった一方で、対応可能な第2種感染症指定医療機関、感染対策向上加算1施設は多くないことが分かった。透析については、特定/第1種(100%)、第2種(73%)、加算1等(73%)であった。

②感染症病室の設備

特定/第1種/第2種感染症指定医療機関のうち第2種感染症病室を有する88施設について、前室付き個室があるのは52% (n=46)、前室なしの個室がある施設は38% (n=33)と9割の施設において個室の第2種感染症病室を有していることが分かった。陰圧制御については、全ての感染症病室が陰圧制御されている施設は88% (n=77)、一部の感染症病室が陰圧制御されているのは10% (n=9)と、陰圧制御の割合は高値であった。トイレ・シャワーの両方を有している施設は75% (n=66)、トイレのみ16% (n=14)であった。

感染症病室以外の感染症対応の部屋として、一般外来に設置されていた割合は、特定/第1種(38%)、第2種(68%)、加算1等(63%)、一般病棟に設置されていた割合は、特定/第1種(75%)、第2種(59%)、加算1等(67%)、ICUに設置されていた割合は、特定/第1種(75%)、第2種(33%)、加算1等(37%)であった。

③医療人材

感染症対応する医師の確保について、「平時は感染症対応していない医師の応援」が78%と最も多く、次いで、「院内での配置替え」26%との回答であった。感染症対応する看護師の確保については、「平時は感染症対応していない看護師のローテーション」が60%と最も多く、次いで、「休床によって生じた看護師の配置替え」50%、「休床以外による院内

での配置替え」44%などの回答であった。

他機関へは70%程度の施設が人材を派遣していた。職種としては、看護師派遣が多く、医師については、特定/第1種(83%)、それ以外の医療機関区分におおえば50%程度であった。他機関へ派遣した医師の業務内容(複数回答)としては、クラスター対応(62%)、入院診療(24%)、検体採取(20%)、外来診療(12%)。看護師の業務内容(複数回答)としては、クラスター対応(74%)、感染対策支援(51%)、入院患者の看護(40%)などであり、医師・看護師ともクラスター対応支援業務が多かった。

④その他(会議体・備蓄等)

コロナ対応決定のための会議体については、対策本部会議(80%)、院内感染対策委員会(74%)など病院長を含む会議体で検討されている施設が多く見られた。

新興感染症対策としてCOVID-19発生前に個人防護具(PPE)等を備蓄していた割合は、特定/第1種(94%)、第2種(72%)、加算1等(60%)と特定/第1種感染症指定医療機関の多くでは備蓄が行われていた。備蓄量は、PPE毎に異なるが、(約1週間分)16%~23%、(約1か月分)29~34%、(約3か月分)20~31%であり、約1か月という回答が多く見られた。第5波時のHER-SYSの入力担当者については(複数回答)、感染対策部門(50%)が最も多く、次いで、自治体(14%)、医療クラーク(10%)、専門スタッフ(10%)などの回答であった。

D. 考察

2020年1月に発生した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応を受け、次の感染症危機に備えとして、都道府県等の予防計画を策定するにあたり、参考となるよう、各都道府県の感染症関連計画の現状把握並びに自治体及び医療機関におけるCOVID-19対応の現状調査を行った。

現行の都道府県予防計画は、多くの都道府県において国の基本指針を参考に記載されていたため、国の基本指針の項立てに沿った形で、手引き(案)を作成することとした。今後、各都道府県等においては、COVID-19対応の振り返りを行った上で、予防計画を作成していくこととなる。その際、自治体アンケートで得られた結果について、数値で示されるものについては、各都道府県の位置づけが比較しやすいよう、箱ひげ図などで提示するとともに、COVID-19への対応にあたって苦慮した点や工夫点などについて定性的なとりまとめも行った。

また、医療機関アンケートについては、特定感染症/第1種感染症指定医療機関、第2種感染症指定医療機関、感染対策向上加算1算定施設等(感染症指定医療機関を除く)に群別して提示することで、施設特性による違いもみることができた。今後、医療機関と自治体との間で、種々の協定を締結してい

くことになるが、その際の参考となるデータを提示することができた。

本分担研究結果については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き（案）」を作成する際の参考資料として活用した。

E. 結論

都道府県等が感染症予防計画を作成する際の参考となるよう、各都道府県の現行予防計画等の調査、COVID-19対応に係る自治体及び医療機関対象のアンケート調査結果を行った。これらの調査結果が都道府県等の予防計画作成の一助となることを期待している。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

「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

研究分担者:田辺正樹

自治体アンケート結果(都道府県結果集計)

2023年5月

アンケート調査結果

アンケート調査設計

COVID-19発生時の都道府県・政令市の現状に関するウェブアンケート調査を実施

- 調査期間:2022年10月24日～2023年2月3日
- 回答数および回答率

調査対象	調査対象母数	回答数	回答率
都道府県	47件	47件	100%

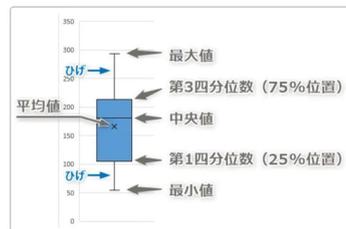
※本資料では都道府県の結果を整理
(都道府県の数値には政令市部分も包含)

- 調査対象期間について

- 対象期間として以下の時期を指定して調査を実施
 - ・ コロナ発生前
 - ・ コロナ発生初期(2020年1月～6月頃)
 - ・ 第7波ピーク時(第7波オミクロン株対応時2022年1月後半～2022年8月31日)
 - ・ コロナ対応通期(2020年1月～2022年9月)

- 結果の表示(箱ひげ図)について

- ・ 最大値・最小値は箱の高さの1.5倍までとし、それを超える外れ値は表示していない



アンケート設問内容

設問内容

大項目	中項目	小項目	質問の時点	ページ
1. 医療	(1)入院	① 入院病床確保の地域単位/入院の可否判断の実施主体	① 第7波	7
		② 入院場所の調整を行った組織	② 第7波	8
		③ 入院受入医療機関数	③ 発生初期・第7波	9
		④ 入院受入確保病床数	④ 発生初期・第7波	11
		⑤ 入院受入病床確保方法の課題/工夫点	⑤ コロナ対応通期	13
		⑥ 入院受入確保の単位(配慮が必要な対象者)	⑥ 第7波	14
		⑦ 入院受入病床確保数(配慮が必要な対象者)	⑦ 第7波	15
	(2)外来診療	① 接触者・帰国者外来設置医療機関数	① 発生初期・第7波	17
	(3)後方支援	① 後方支援施設数(準備施設)	① 第7波対応時	19
		② 後方支援施設指定の条件	② コロナ対応通期	21
		③ 後方支援施設の支援内容	③ コロナ対応通期	23
	(4)臨時応急 処置施設	① 臨時応急処置施設の開設有無	① 第7波	24
		② 臨時応急処置施設の確保施設数	② 第7波	25
		③ 臨時応急処置施設の受入患者数	③ 第7波	27
		④ 臨時応急処置施設の種別・運営主体(事務)	④ 第7波	29
		⑤ 臨時応急処置施設の運営主体(医療的対応)	⑤ 第7波	30
		⑥ 臨時応急処置施設で行われた医療行為	⑥ 第7波	31
		⑦ 臨時応急処置施設における外来対応	⑦ 第7波	32
		⑧ 臨時応急処置施設の契約や運営方法	⑧ コロナ発生通期	33
	(5)人材派遣	① 医療人材派遣の活用状況	① 第7波	34
		② 医療人材派遣の活用状況(DMAT)	② 第7波	35
③ 医療人材派遣の活用状況(感染制御チーム)		③ 第7波	37	
④ 院内感染対策ネットワークの活用		④ 第7波	39	
(6)訓練	① 医療従事者や保健所職員等の訓練回数	① 平時	40	
	② 医療従事者や保健所職員等の受講者数	② 平時	42	

3

アンケート設問内容

設問内容

大項目	中項目	小項目	質問の時点	ページ
2. 宿泊療養・自宅療養	(1)宿泊療養	① 宿泊療養施設の種類・施設確保の実施主体	① 第7波	45
		② 宿泊療養施設の運営主体	② 第7波	46
		③ 宿泊療養施設の確保施設数	③ 第7波	47
		④ 宿泊療養施設の確保居室数	④ 第7波	48
		⑤ 宿泊療養施設に協力する薬局	⑤ 発生初期・第7波	50
		⑥ 宿泊療養施設との契約や運営方法	⑥ コロナ対応通期	52
	(2)自宅療養	① 自宅療養者の観察を行った機関の種類	① 第7波	53
		② 自宅療養者の最大人数	② 第7波	54
		③ 自宅療養に対応した協力医療機関数	③ 第7波	55
		④ 自宅療養者の診療に協力した医療機関との契約	④ コロナ対応通期	58
		⑤ 自宅療養に協力する薬局	⑤ 第7波	59
	(3)高齢者施設等における療養	① 高齢者施設の療養者の健康観察を行った機関	① 第7波	61
		② 高齢者施設の療養者の最大人数	② 第7波	62
		③ 高齢者施設の診療に対応した協力医療機関数	③ 第7波	63
		④ 高齢者施設の診療に対応した協力医療機関との契約	④ コロナ発生通期	65
		⑤ 高齢者施設への医薬品供給に協力する薬局	⑤ 発生初期・第7波	66
	(4)移送体制	① 移送における他機関との連携	① 平時(コロナ発生前)・第7波	67
		② 自宅から病院への移送方法	② 第7波	69
		③ 広域搬送	③ 第7波	70

4

アンケート設問内容

設問内容

大項目	中項目	小項目	質問の時点	ページ
3. 保健所	(1)体制	① 保健所体制強化(職員数)	① 平時(コロナ発生前)・第7波	72
		② 保健所体制強化(応援元)	② 第7波	76
	(2)BCP	① BCPの作成/活用	① 平時(コロナ発生前)・発生初期	77
4. 検査	(1)検査数	① 検査機関別の検査数	① 第7波	79
		(2)検体搬送	① 検体搬送主体	① 第7波
5. 備蓄	(1)対象物資	① 備蓄対象物資【新興感染症対策】	① 平時(コロナ発生前)	83
		② 備蓄対象物資の使用	② 発生初期	86
		③ 備蓄対象物資の備蓄計画	③ 今後	87
6. 情報共有	(1)体制	① 情報共有体制	① 発生初期	91
		② 情報共有体制の課題/工夫点	② 発生初期	92

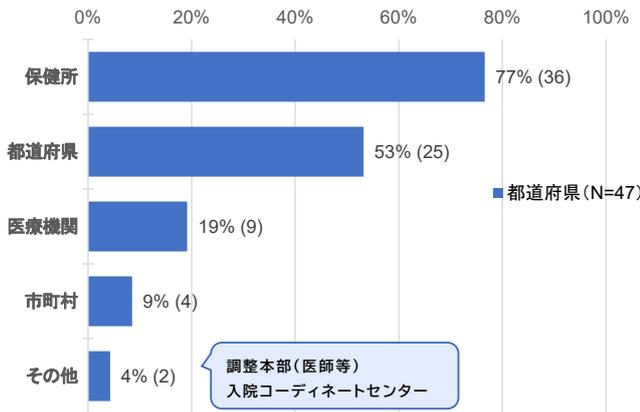
アンケート調査結果

- 医療（入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置施設、人材派遣、訓練）
- 宿泊療養・自宅療養（宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制）
- 保健所（体制、BCP）
- 検査（検査数、検体搬送）
- 備蓄（対象物資）
- 情報共有（体制）

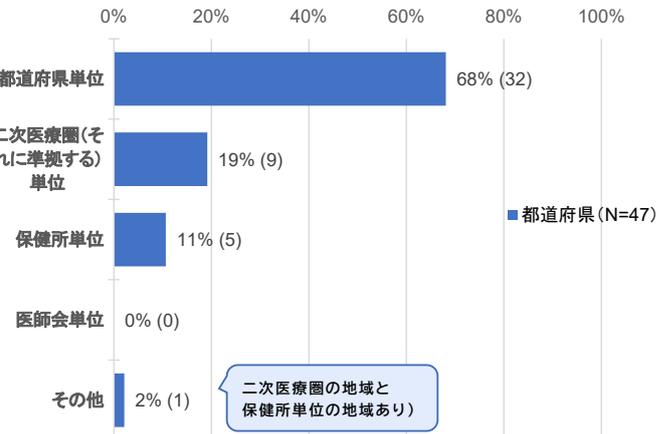
①入院病床確保の地域単位／入院可否判断の実施主体

- 入院の可否を判断したのは、保健所（77%）、都道府県（53%）であった。
- 入院病床確保の地域単位は、都道府県単位（68%）が最も多かった。

入院の可否判断の調整を行った組織【第7波ピーク時】（複数回答）



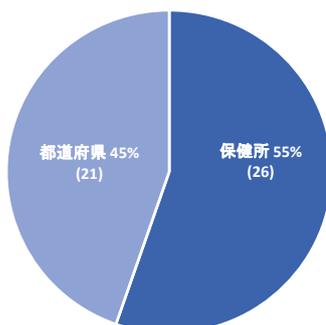
入院病床確保の地域単位【第7波ピーク時】



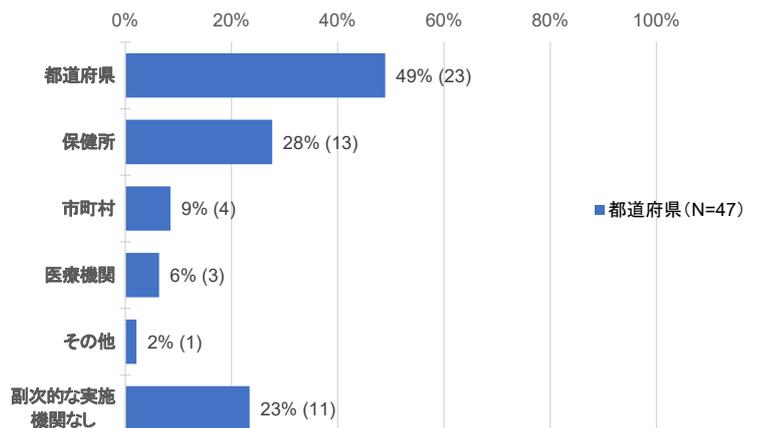
②入院場所の調整を行った組織

- 入院場所の調整を一義的に行ったのは保健所（55%）、都道府県（45%）であった。
- 副次的に入院調整を行ったのは、都道府県（49%）、保健所（28%）が多く、保健所と都道府県が連携して実施した状況がうかがえる一方、副次的な実施機関のない都道府県も23%あった。

入院場所の調整を行った組織（一義的に実施した主体）【第7波ピーク時】[N=47]

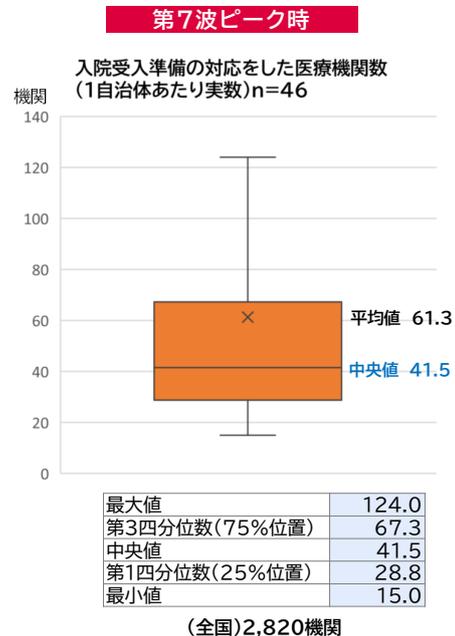
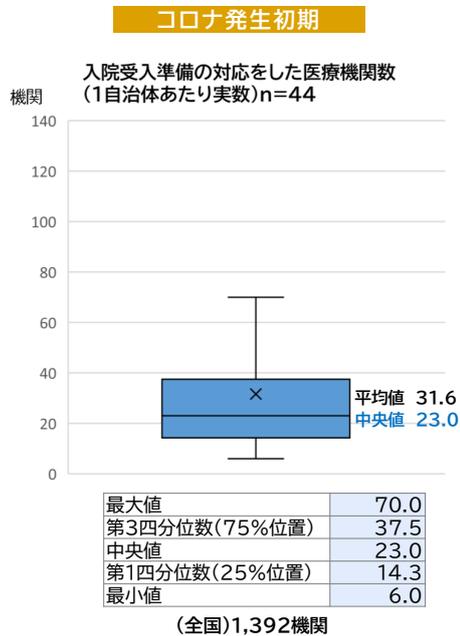


入院場所の調整を行った組織（副次的に実施した主体）【第7波ピーク時】（複数回答）



③入院受入医療機関数 (1/2)

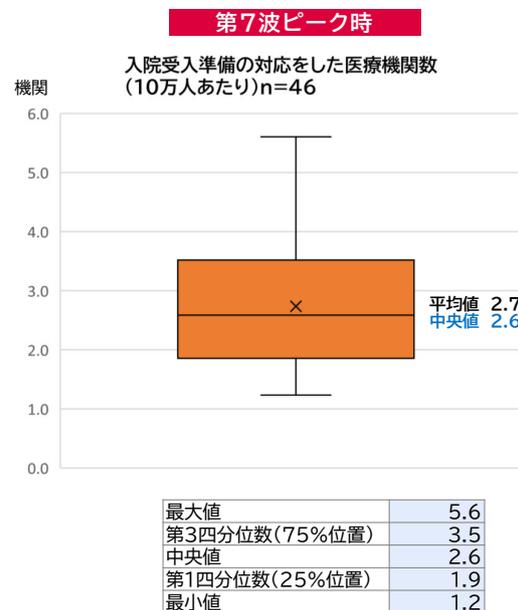
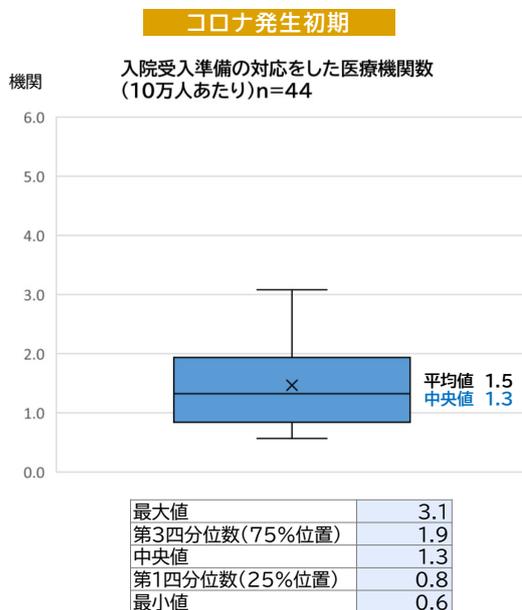
- 入院受入医療機関数はコロナ発生初期は23.0機関(中央値)、第7波は41.5機関(中央値)と、約2倍に増加していた。



9

③入院受入医療機関数 (2/2)

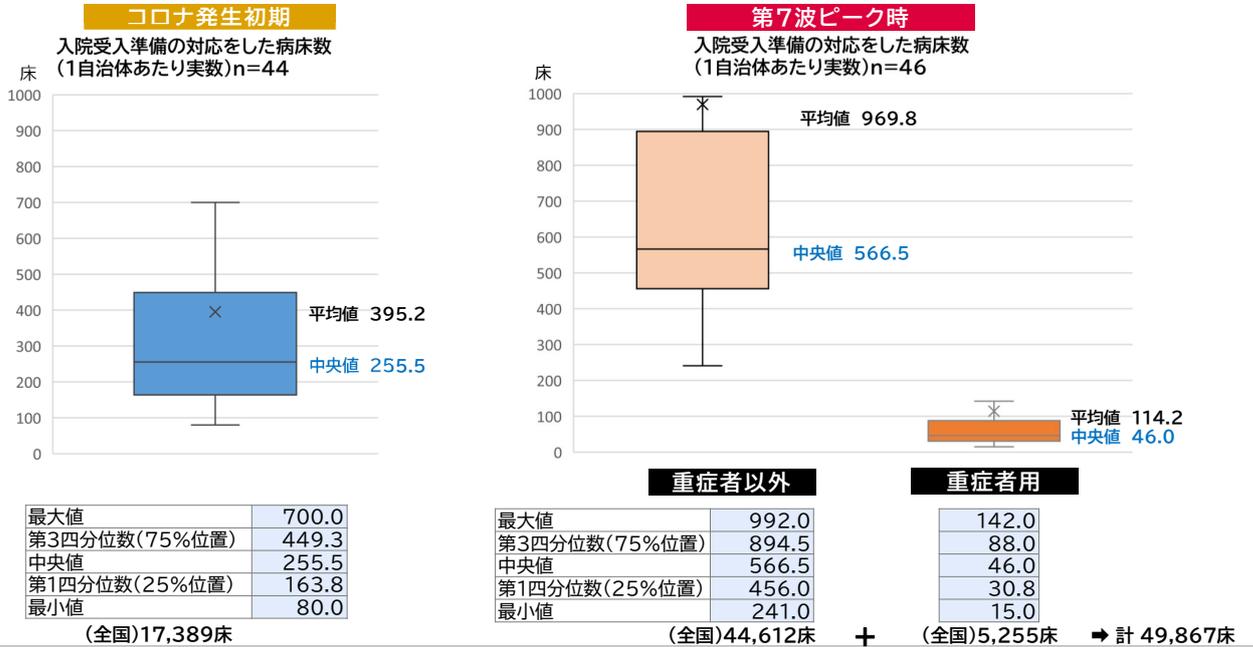
- 人口10万人あたりの入院受入医療機関数(中央値)は、発生初期の1.3機関から第7波の2.6機関と2倍に増加していた。



10

④入院受入確保病床数 (1/2)

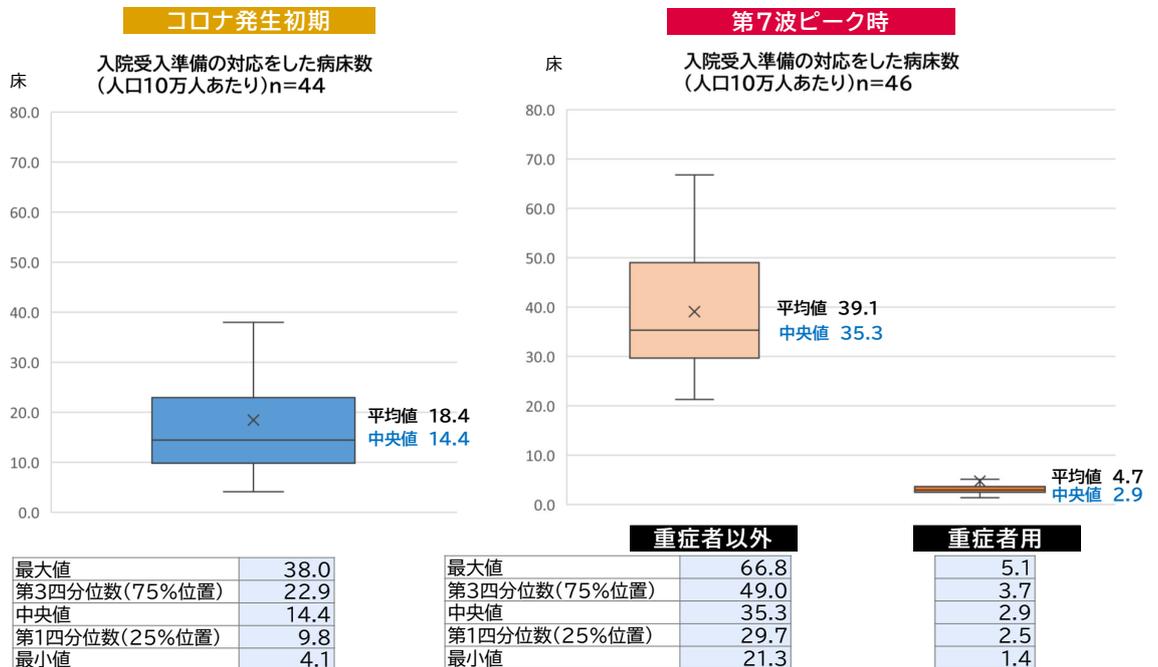
- 入院受入確保病床数(実数)は、全国で発生初期(17,389床)からピーク時(49,867床)と約2.9倍増加した。
- 1自治体あたりの確保病床数(中央値)は、発生初期255.5床、ピーク時612.5床(重症者以外566.5床+重症者用46.0床)で約2.4倍であった。



11

④入院受入確保病床数 (2/2)

- 人口10万人あたりの確保病床数(中央値)は、発生初期14.4床、ピーク時38.2床(重症者以外35.3床+重症者用2.9床)で約2.7倍であった。



12

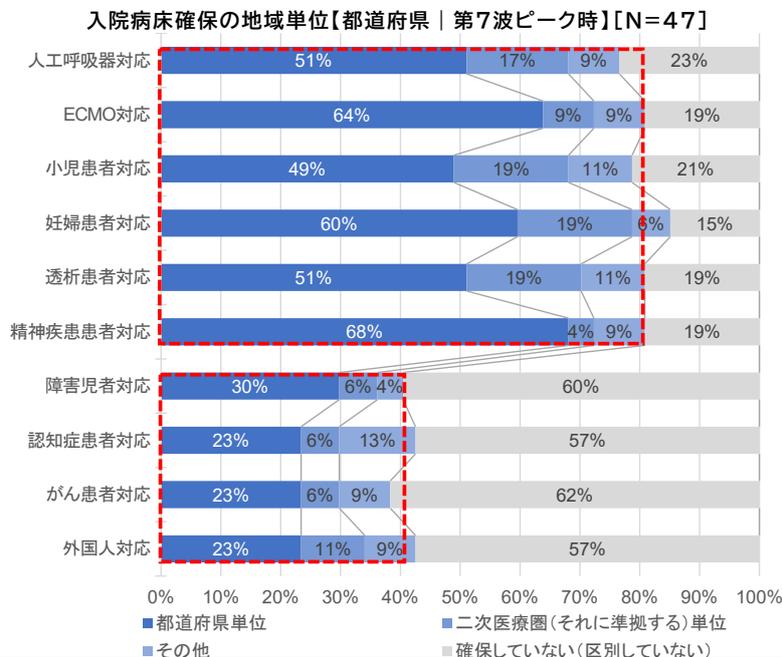
⑤入院受入病床確保方法の課題/工夫点

課題	工夫
<ul style="list-style-type: none"> ○受入におけるソフト・ハードの課題（人員確保、ゾーニング、医療資材・施設設備、感染リスク等） ○一般医療の制限による経営面への影響、病院間の役割分担（特に一般救急との両立や役割分担）、機能分化するが故の病院間の不公平感(公民間、大学病院一般病院間、圏域間など) ○目標設定のあり方（想定を上回る感染拡大への対応、患者発生数と比べた確保病床数の圏域毎の過不足）法に基づく権限の限界、地域の病病・病診連携による入院との整理など ○看護スタッフ等の確保、病棟の形状と確保要請数とのミスマッチ、受け入れ協力金の支給 ○病床確保数の地域間の格差が大きい点 ○配慮を必要とする患者（透析や精神科疾患）に対応できる病床が少なかった。 ○2020年頃はコロナに対する拒否感、または、重症病床の確保等が課題となった。 ○第7波による感染拡大期には、介護やコロナ症状は軽症であるものの基礎疾患の治療が必要なケースが多く発生し、その対応が課題となった。 ○後方支援医療機関や、院内感染の経験のある非コロナ受入医療機関に対し、新たなコロナ病床の確保を打診 	<ul style="list-style-type: none"> ○COVID-19病院連絡会（受入医療機関と後方支援病院が参画する二次医療圏ごとの会議）等による、受入医療機関との連携推進 ○受入医療機関の機能分化の推進（重症拠点病院、中等症・重症病院、軽症中等症病院） ○医療需要の予測を毎週行い、危機感を共有した ○病床運用状況をリアルタイムで把握し、共有した ○関係病院長会議を繰り返し開催して、合意形成を図った ○緊急時の患者対応方針に基づき、待機的手術を延期して一般外来を制限してコロナ以外の新規入院の抑制などが行われた ○県内の無床診療所を除くすべての医療機関へ病床確保の依頼文書を発出 ○以下の内容を一つの資料としてまとめたうえで、個別に病院を巡り対面による依頼時に病床確保補助金の説明を行った。 <ul style="list-style-type: none"> ・状況に応じて、病床確保や入院調整に関するWeb会議を開催して、情報共有等に取り組んだ。 ・コロナ病床を確保した際に必要となる対応 ・病床確保した際に活用できる支援制度や診療報酬の制度 ・コロナ病床を確保した際に活用できる支援制度や療養報酬の制度 ○病床確保数に地域間の格差が大きいため、県が一元的に病床確保を実施した。 ○医療機関に対して病床確保に係る支援策を提示したうえで病床確保の依頼を丁寧に実施 ○医療機関に対する要請によって段階的に確保病床数を増やすことができたが、透析や精神科疾患の患者に対応できる病床が少なかったため、医療機関を個別に訪問して制度の主旨等を説明する事で、特定の疾患に対応できる病床を追加で確保していただく事ができた。 ○後方支援医療機関や、院内感染の経験のある非コロナ受入医療機関に対し、新たなコロナ病床の確保を打診 ○病院の機能に応じた役割分担を示して病床確保の依頼を行ったほか、感染症法第24条第9項に基づいて新型コロナ対策への協力要請を行った上で病床確保の依頼を行うなど、様々な形で病床確保の依頼を行った。また、実際の入院調整の際に参考となる情報として、ECMOや人工呼吸器・ネーザルハイフローの利用可能台数や特別な配慮が必要な患者への対応や外国語対応が可能かどうか等についても病床確保の際に確認した。 ○病床を有する全医療機関を対象としたWeb説明会と、対象を絞った訪問を組み合わせ対応した

13

⑥入院受入病床確保の単位(配慮が必要な対象者)

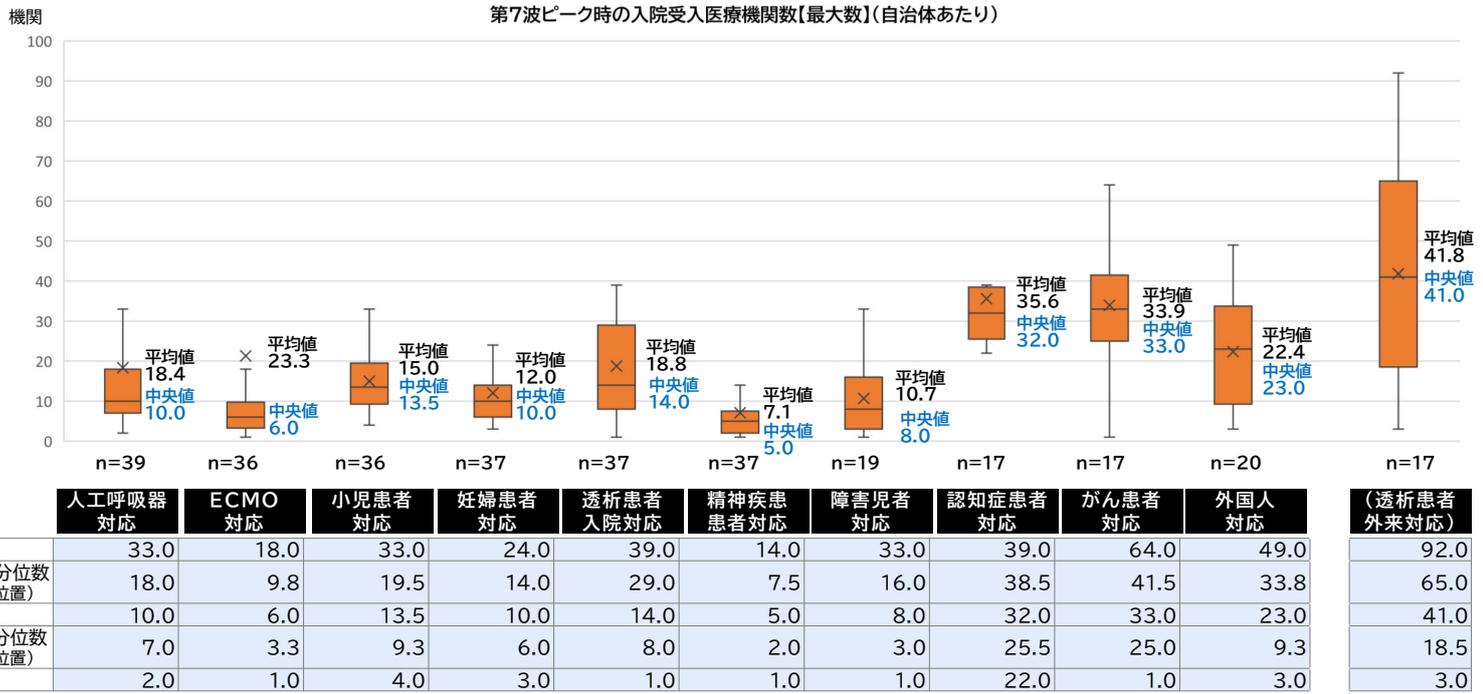
- 第7波時点で、約8割の都道府県が人工呼吸器・ECMO・小児患者・妊婦・透析患者・精神疾患患者への対応のための病床を確保していた一方で、障害児者・認知症患者・がん患者・外国人対応のための病床を確保していた都道府県は約4割だった。



14

⑦入院受入医療機関数等(配慮が必要な対象者) (1/2)

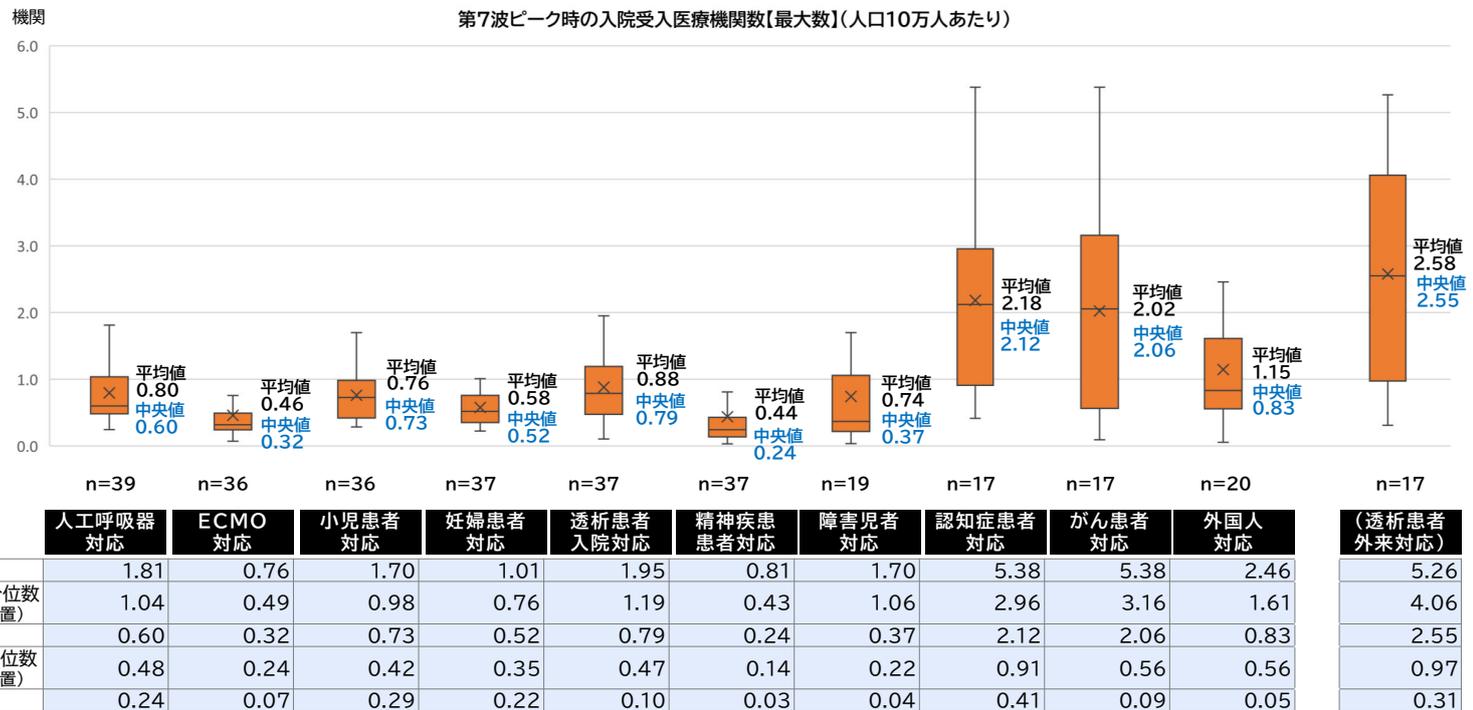
- 配慮を要する患者に対応する医療機関は、がん患者対応、外来透析患者の都道府県間のばらつきが大きい。



15

⑦入院受入医療機関数等(配慮が必要な対象者) (2/2)

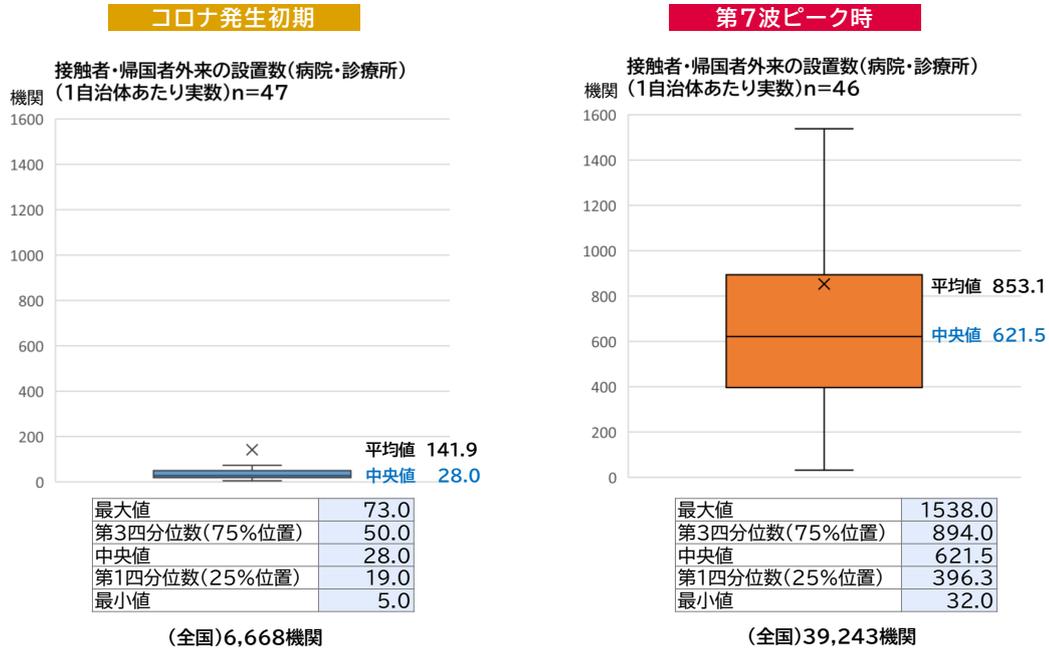
- 配慮を要する患者に対応する医療機関は、認知症患者・がん患者について、都道府県間のばらつきが大きい。



16

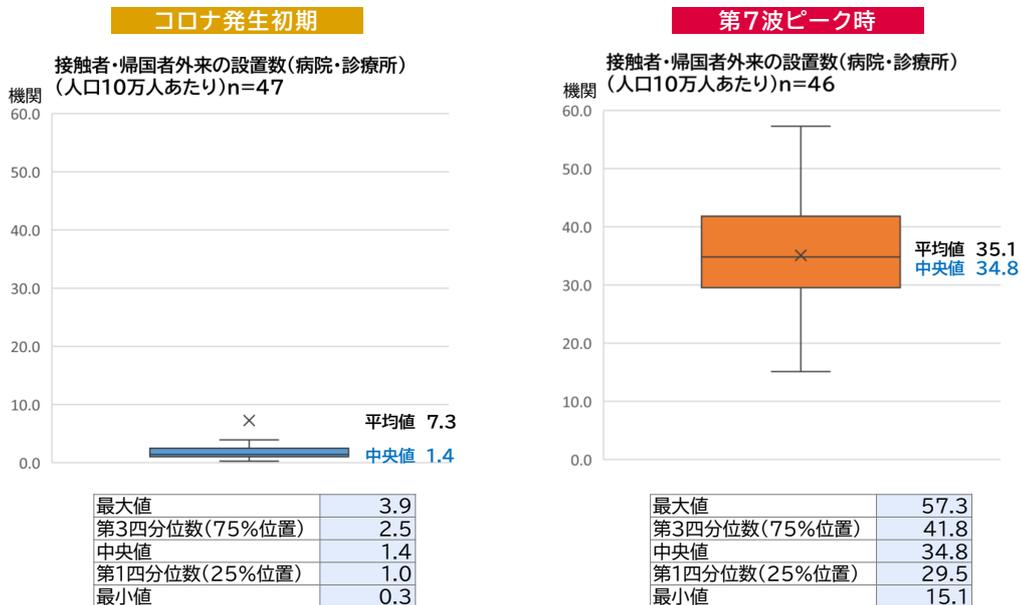
① 接触者・帰国者外来設置医療機関数(1/2)

- 都道府県あたり接触者・帰国者外来設置医療機関数(中央値)は、発生初期は28.0機関であったが、第7波ピーク時は621.5機関と発生初期の約22倍に増加した。



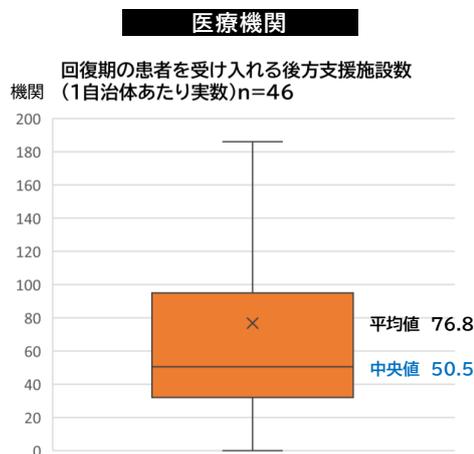
① 接触者・帰国者外来設置医療機関数(2/2)

- 人口10万人あたり接触者・帰国者外来設置医療機関数(中央値)は、発生初期1.4機関であったが、第7波ピーク時は34.8機関と発生初期の約25倍に増加した。



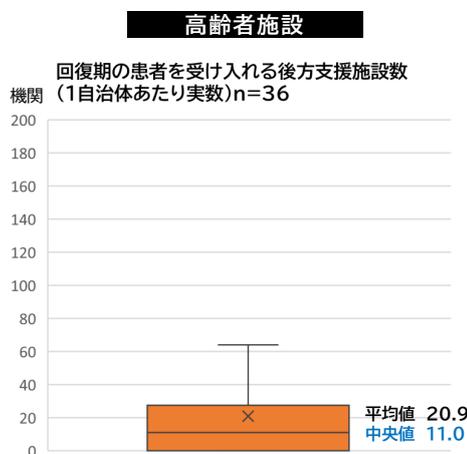
① 後方支援施設数(準備施設) (1/2)

- 都道府県あたり後方支援機関の設置数(中央値)は、医療機関50.5施設、高齢者施設11.0施設であった。



最大値	186.0
第3四分位数(75%位置)	95.0
中央値	50.5
第1四分位数(25%位置)	32.0
最小値	0.0

(全国)3,531施設



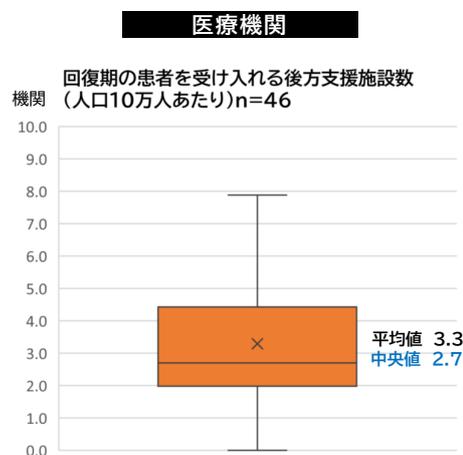
最大値	64.0
第3四分位数(75%位置)	27.5
中央値	11.0
第1四分位数(25%位置)	0.0
最小値	0.0

(全国)752施設

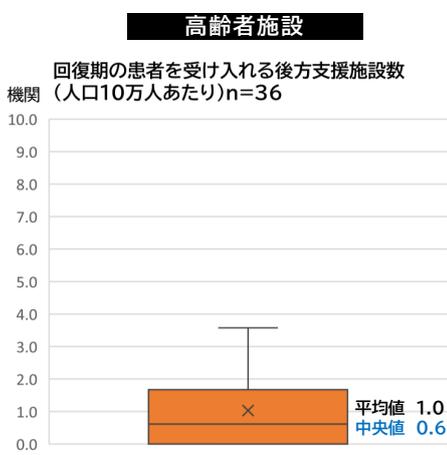
19

① 後方支援施設数(準備施設) (2/2)

- 人口10万人あたり後方支援機関の設置数(中央値)は、医療機関2.7施設、高齢者施設0.6施設であった。



最大値	7.9
第3四分位数(75%位置)	4.4
中央値	2.7
第1四分位数(25%位置)	2.0
最小値	0.0



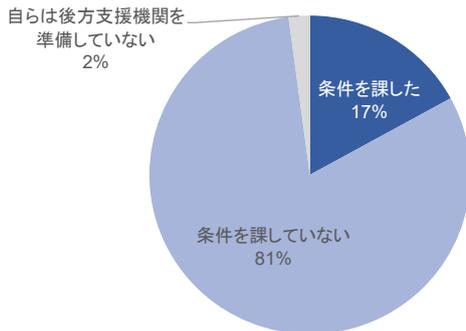
最大値	3.6
第3四分位数(75%位置)	1.7
中央値	0.6
第1四分位数(25%位置)	0.0
最小値	0.0

20

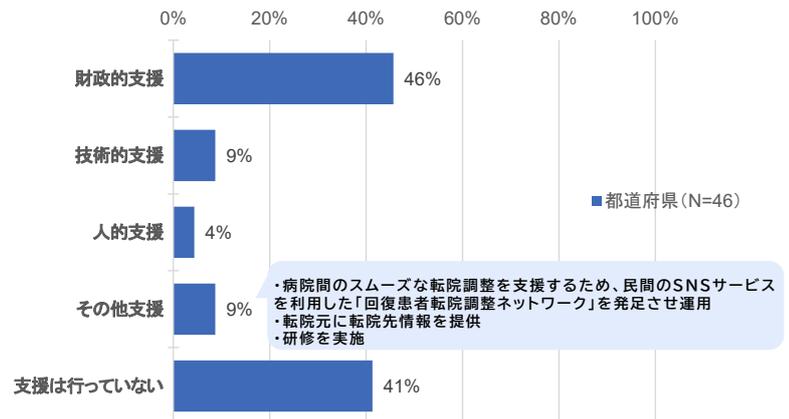
②後方支援施設指定の条件 (1/2)

- 後方支援施設指定の際に、大多数の都道府県(81%)は条件を課しておらず、17%が条件を課して指定していた。
- 後方支援施設を増やすために行った支援としては、「財政的支援」が46%で最も多い一方で、「支援を行っていない」自治体が41%あった。

後方支援機関として指定する際に条件を課したか[N=47]



(後方支援施設を設置した自治体のうち) 後方支援機関を増やすために行った支援(複数回答)



21

②後方支援施設指定の条件(2/2)

- 後方支援機関の指定の条件として、退院基準を満たした患者を受け入れることなどを明記するケースがみられた。

後方支援施設指定の条件(例)

- (1) 新型コロナウイルス感染症回復後の患者の転院を受け入れた医療機関であること
- (2) 転院受入を積極的に行う医療機関として、関係機関に情報提供することに同意いただけること
- (3) コロナ患者を受け入れている医療機関からの転院受け入れ要請に応じ、積極的に協力すること
- (4) 県及び保健所による調整に応じること
- (5) 県が本事業の実施に関して行う調査等に協力すること

○新型コロナウイルス感染症患者受け入れ医療機関において、「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(厚生労働省健康局結核感染症課長通知)」に定める退院基準を満たした患者の入院管理を行うこと

○救急医療情報システムへの空床状況の入り

○検査が実施されなくとも退院基準を満たすこととされていることから、検査での陰性確認を受入条件としないことなど、現在の感染状況等を踏まえて、回復患者の円滑な受入を促進する観点から、改めて受け入れ条件等をご検討いただくようお願いした。

○2021年5月から2022年3月末までは国の退院基準を満たした患者の受け入れを条件として指定。それ以降は条件はない。

○退院基準を満たしたことをもって患者を受け入れること

22

③後方支援施設の支援内容

- 後方支援施設に対する支援としては、財政的支援を行った都道府県が多い。このほか、技術支援(ネットワークの構築)や情報提供などを行う例も見られた。

	回答内容
財政支援	○転院患者 1 名につき20万円の協力金を交付
	○新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関協力金 (1) 協力金の額は、新型コロナウイルス感染症の回復後に入院を要する新規患者 1 名の受入につき10万円。 (2) 各月の申請額上限は、各後方支援医療機関の確保病床数に3を乗じて算出した額。
	○常時確保している病床に対し、1万円/床・日の空床補償
	○後方支援を行った医療機関への協力金の支給(1人30万円)
	○協力金(2万円/人・日)の支給、県による転退院調整
	○患者 1 名につき10万円を支給
	○回復患者 1 名の受入れにつき応援金を交付
財政支援 技術支援	○2021年5月から2022年3月末までは患者 1 名の受入れにつき100千円(上限1,000千円)の協力金を支給。
	○退院基準到達患者受入協力金 退院基準到達患者を受け入れる医療機関に対して協力金を交付
	○受入数に応じて補助金を交付(財政的支援) ○感染対策に関するウェブ研修会を開催(技術的支援)
技術支援	○退院基準到達患者の転退院調整支援システム参画病院支援補助金 転院・搬送調整を効率的に行うため、新たに転退院調整支援システムを導入し、参画医療機関へ補助金を交付
	○後方支援医療機関の受入れが可能かどうか医療機関に照会する際に、事前に感染制御等に関する指導を受けられれば受入可能かということも併せて照会し、指導を受ければ受入可能と回答した医療機関に対しては、ICNなどを派遣し指導してもらうことで、受入れをしやすいように努めた。
情報提供	○病院間のスムーズな転院調整を支援するため、民間のSNSサービスを利用した「回復患者転院調整ネットワーク」を発足させ運用している。
	○感染拡大防止に向けた取り組み方法や国支援制度の周知 ○転院元に転院先情報を提供

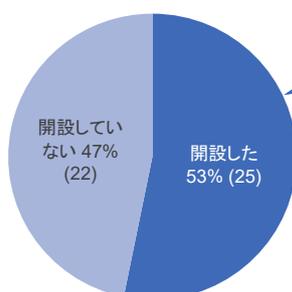
23

①臨時応急処置施設の開設有無

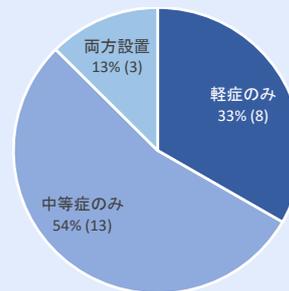
- 第7波ピーク時に、53%の都道府県(25自治体)が臨時応急処置施設を開設した。
- 軽症者用/中等症用の施設を開設した24都道府県のうち、
 - 33%(8自治体)は軽症用のみ
 - 54%(13自治体)は中等症用のみ
 - 13%(3自治体)は軽症用・中等症用両者の施設を開設した。

※1自治体は、「その他の臨時施設」と回答したため回答していない

第7波ピーク時に臨時応急処置施設(酸素センター等)を開設したか [N=47]



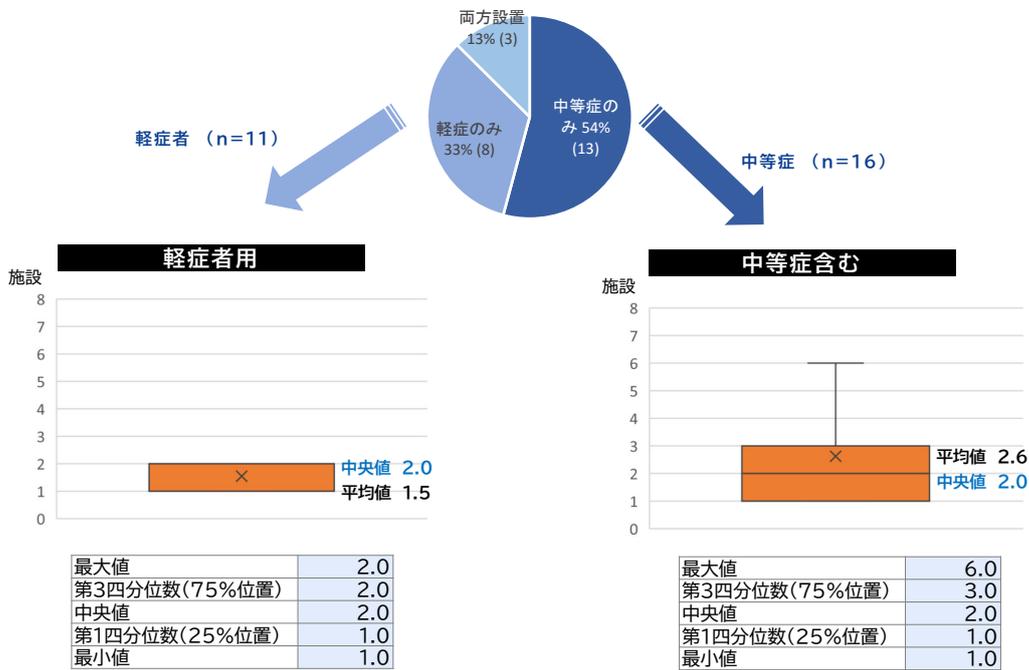
臨時応急処置施設(酸素センター等)の対象患者 [N=24]



1施設は、「その他の臨時施設」と回答されているため含めていない

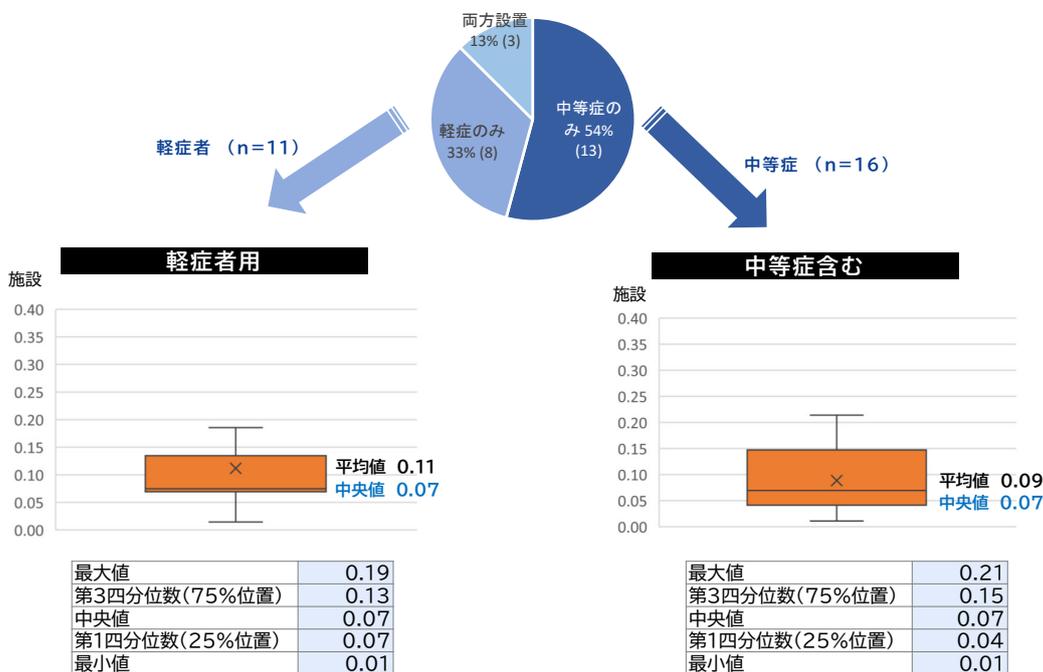
②臨時応急処置施設の確保施設数(1/2)

臨時応急処置施設を開設した都道府県(n=24)の施設数(中央値)は、
軽症者用(2.0 施設)、中等症も含む(2.0施設)であった。



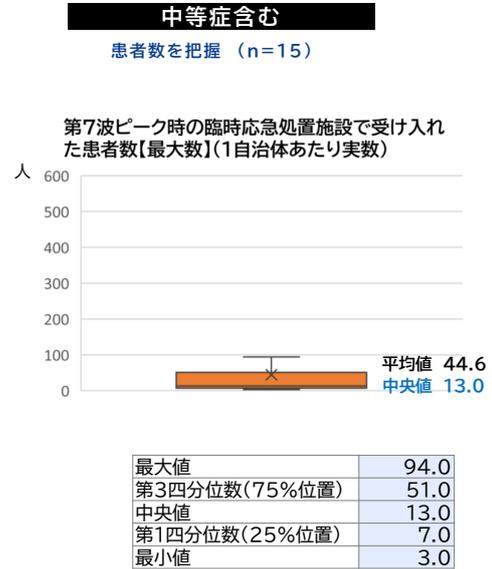
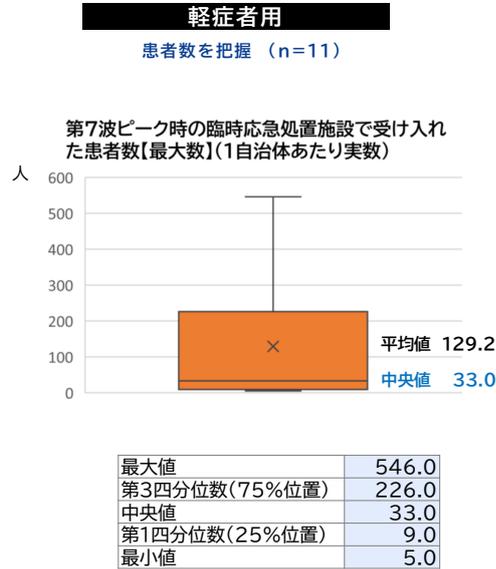
②臨時応急処置施設の確保施設数(2/2)

● 人口10万人あたりの臨時応急処置施設(中央値)は
軽症者用(約0.1施設)、中等症も含む(約0.1施設)であった。



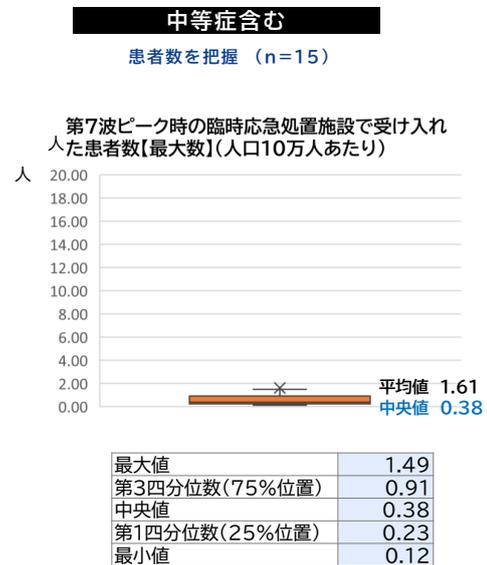
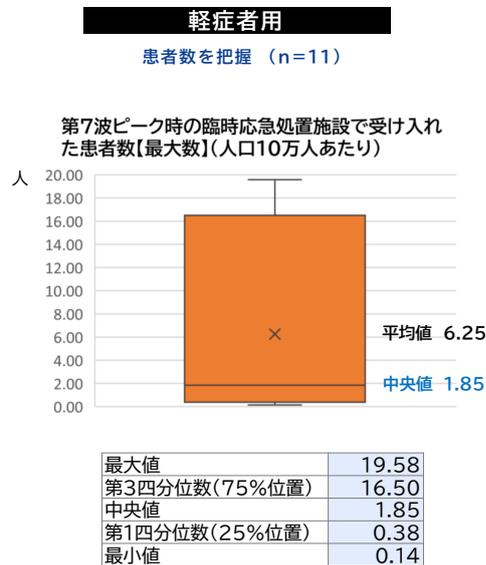
③臨時応急処置施設の受入患者数(1/2)

- 臨時応急処置施設を設置した都道府県のうち、1日あたり患者受け入れ最大数(中央値)は軽症者用(33.0人)、中等症含む(13.0人)であった。



③臨時応急処置施設の受入患者数(2/2)

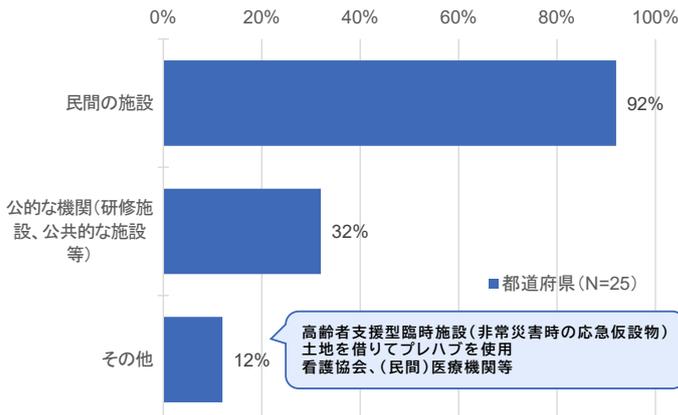
- 人口10万人あたりの、1日あたり患者受け入れ最大数(中央値)は軽症者用(1.85人)、中等症含む(0.38人)であった。



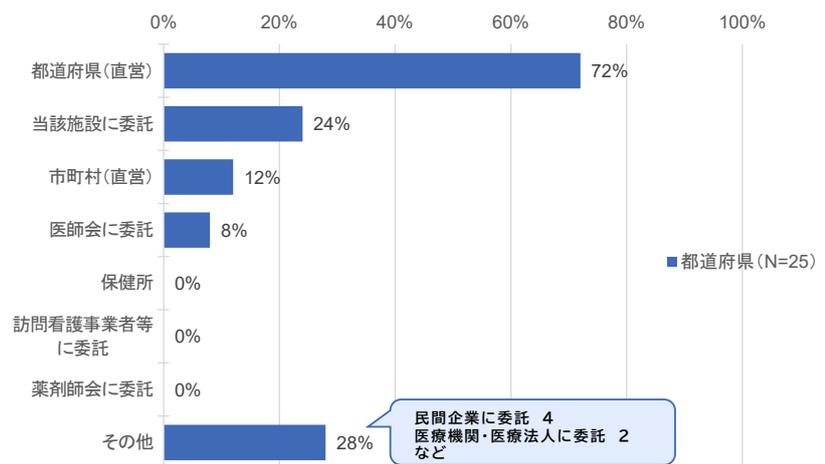
④臨時応急処置施設の種別・運営主体(事務)

- 第7波対応時、臨時応急処置施設を開設した都道府県(25か所)のうち、
 - 92%が民間の施設
 - 32%が公的な機関
 - 12%はその他機関
 を利用して運営(複数回答)。
- 運営主体の72%は都道府県であった(複数回答)。

第7波ピーク時に確保した臨時応急処置施設の種類(複数回答)



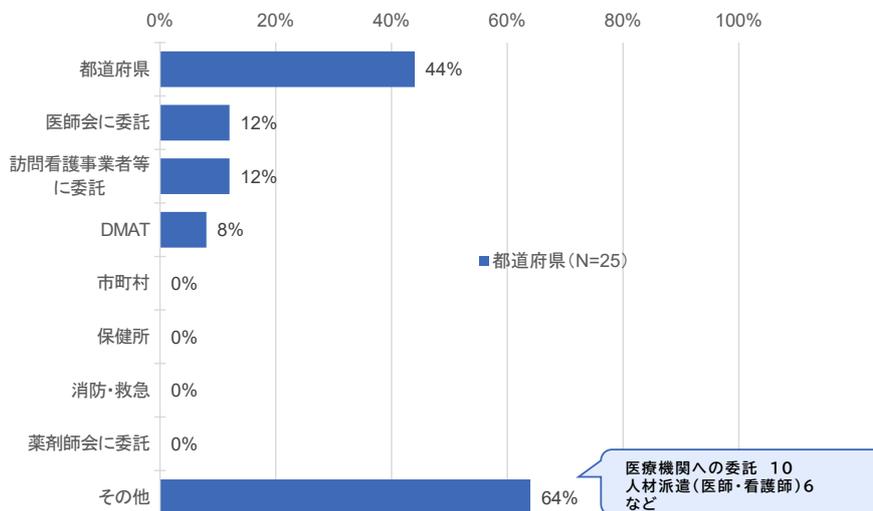
第7波ピーク時の臨時応急処置施設(酸素センター等)の事務的な運営主体(複数回答)



⑤臨時応急処置施設の運営主体(医療的対応)

- 第7波対応時、臨時応急処置施設を開設した都道府県(N=25)のうち、医療的対応の運営主体は、都道府県(44%)が最も多かった。その他、医師会、訪問看護事業者への委託がそれぞれ12%あった。その他(64%)のうち、医療機関への委託を行った例が9例あった。

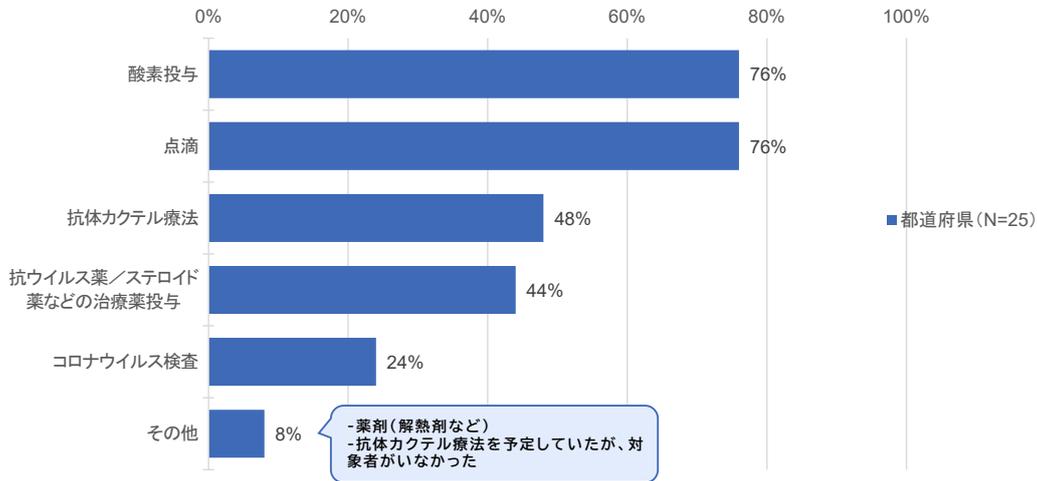
第7波ピーク時に臨時応急処置施設(酸素センター等)の医療的対応(健康観察や医療行為等)を行った主体(複数回答)



⑥臨時応急処置施設で行われた医療行為

- 第7波対応時に臨時応急処置施設（N=25）で行われた医療行為は、酸素投与、点滴が各々76%と最も多く、次いで抗体カクテル療法（48%）、治療薬投与（44%）が行われた。

第7波ピーク時に臨時応急処置施設（酸素センター等）で行われた医療行為（複数回答）



31

⑦臨時応急処置施設における外来対応

- 臨時応急処置施設を開設した都道府県（N=25）のうち7か所（28%）で外来対応が行われた。そのうち、1自治体あたりの施設数（中央値）は2.0か所、人口10万人あたりでは0.2か所であった。

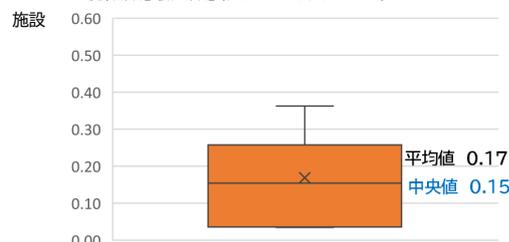
自治体あたり実数

第7波ピーク時に外来対応を行った臨時応急処置施設数【最大数】(1自治体あたり実数)
n=7



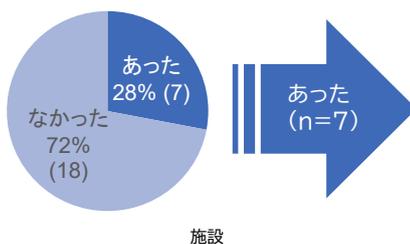
人口10万人あたり

第7波ピーク時に外来対応を行った臨時応急処置施設数【最大数】(人口10万人あたり)



(第7波ピーク時に臨時応急処置施設（酸素センター等）を開設したと回答した自治体のうち)

第7波ピーク時に外来対応を行った臨時応急処置施設（酸素センター等）があったか？(N=25)



32

⑧臨時応急処置施設の契約や運営方法

- 臨時応急施設の運営に関しては、県直営、包括委託、業務ごとに委託運営（医療機関と民間事業者）など様々な運営形態があった。また、宿泊療養施設の一部を活用した例もみられた。

	回答内容
施設	○1つは県が所有する施設を使用し、もう一方は宿泊療養施設の一部を使用
施設・運営体制	○宿泊療養施設の一部を活用し、県直営 ○施設の運営業務及び健康管理業務について委託 ・高齢者等医療支援型施設のうち2つは、運営する医療法人と協定を結んで運営全体を委託（医療法人側が別途委託等を行っている。） ・感染拡大時療養施設は、施設の管理に都職員を配置し、運営自体は委託で実施。 ○全体の運営に係る部分を民間業者に、医療的な部分は、医療機関に委託し運営している。 ○宿泊療養施設の延長で設置したため、事務・医療関係とも宿泊療養施設との変更契約で一体的に対応（事務系：民間、医療系：地元医療機関） ○2施設：県で運営 3施設：包括委託
運営体制	○陽性患者入院受入病院に実施委託 ○県医師会を通じてJMAT医師を配置し委託先が看護師や事務のスタッフ確保を含めて24時間で運営。 入所の調整は各機関からの要請に対し、県の調整本部で行い、あらかじめ定めた対象者の基準、搬送方法に基づき実施した。 ○県直営で運営していたため、委託契約は締結していない。具体的には、県職員5～6名で事務局運営を行い、医療機関等への協力依頼により集まった専門職（医師、看護師、診療放射線技師）が患者対応を行った。（薬剤師は薬剤師会と契約）なお、本調査対象期間以後の臨時医療施設については、民間事業者に運営全般を委託している。
委託内容	○業務ごとに委託契約を締結して運営している（施設整備・施設運営・医師・看護業務） ○患者の健康管理業務について医療機関に委託 ○診療等に関する業務、施設の清掃、給食業務を委託 ○宿泊施設と「整備・運用業務委託契約」を締結 ・保安警備・清掃の手配・臨時応急処置施設の運営要員配置（業務調整員代行） ・物品調達、在庫管理、施設整備・清掃、リネン類の処理（洗濯含む） ・他、宿泊調整（予約客の他の施設への振り分け）、環境整備（酸素投与環境整備）
目的	○中和抗体薬ゼビュディを投与する施設として、令和4年2月に開設。前日までに保健所から県に該当する患者の入所連絡があり、医師・看護師の調整を行う課、施設管理者等に連絡し、受入体制を整えることとしている。 ○救急搬送困難事案に対応するため、一時的に療養する待機所（一時療養待機所）を設置。R3年度は、医療機関の敷地内に医療従事者を派遣し県主導で設置。R4年度は、医療機関に一時療養待機所の設置を委託。

33

1. 医療（5）人材派遣

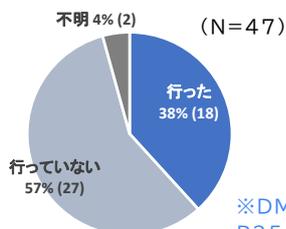
第7波ピーク時

①医療人材派遣の活用状況

- DMAT、DPATを県内派遣した都道府県は、それぞれ18（38%）、4（9%）で、県外派遣した自治体はなかった。
- 感染制御チームは43（91%）で、県内派遣されていたが、県外派遣は2か所にとどまった（4%）

DMAT(県内)

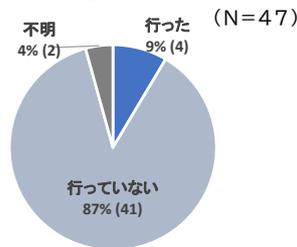
DMAT(県内派遣)の有無



※DMAT(県内派遣)はP35-36で詳細分析

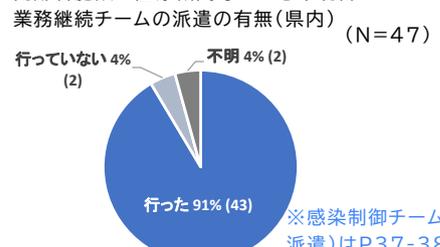
DPAT(県内)

DPAT(県内派遣)の有無



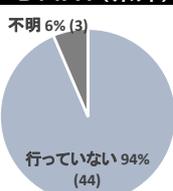
感染制御チーム派遣(県内)

高齢者施設や医療機関等への感染制御・業務継続チームの派遣の有無(県内)



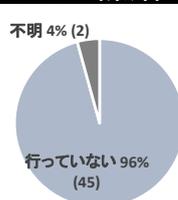
※感染制御チーム(県内派遣)はP37-38で詳細分析

DMAT(県外)



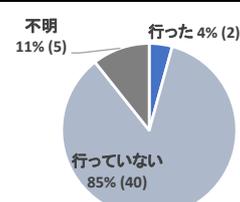
※県外派遣したと回答した自治体はなかった

DPAT(県外)



※県外派遣したと回答した自治体はなかった

感染制御チーム派遣(県外)

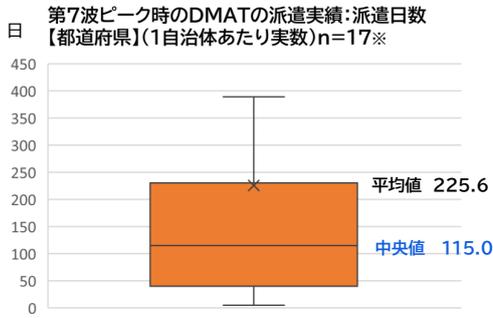


34

②医療人材派遣の活用状況 (DMAT)(1/2)

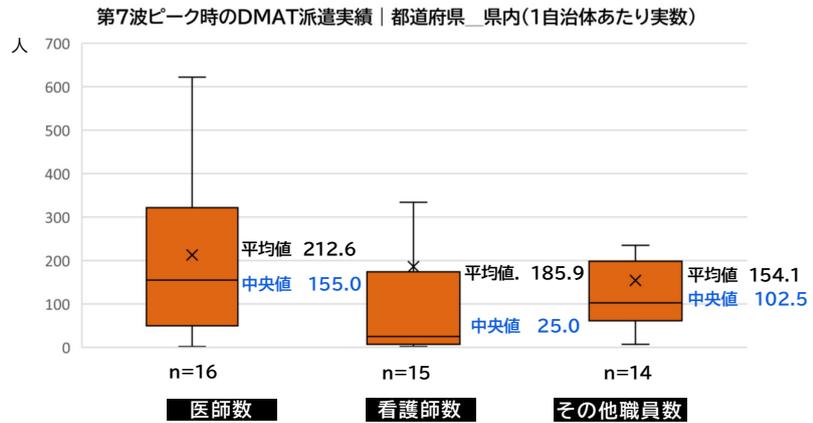
- DMATを県内派遣した延べ日数(中央値)は115日。
- 職種別の派遣人数は、医師が中央値155.0人で最も多く、次いでその他職種(102.5人)、看護師(25.0人)であった。

DMATの派遣日数(県内)



最大値	389.0
第3四分位数(75%位置)	230.5
中央値	115.0
第1四分位数(25%位置)	40.0
最小値	5.0

DMATの派遣人数

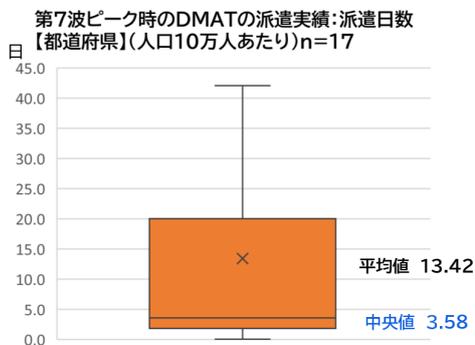


	医師数	看護師数	その他職員数
最大値	622.0	334.0	235.0
第3四分位数(75%位置)	321.5	174.0	198.3
中央値	155.0	25.0	102.5
第1四分位数(25%位置)	49.8	7.0	61.5
最小値	2.0	2.0	7.0

②医療人材派遣の活用状況 (DMAT)(2/2)

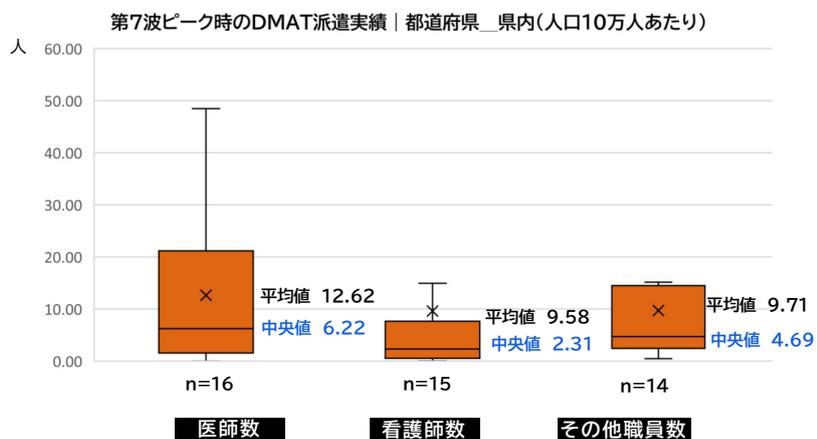
- 人口10万人あたりのDMAT派遣の延べ日数(中央値)は約3.6日。
- 職種別の派遣人数(中央値)は、医師(6.22人)で最も多く、次いでその他職種(4.69人)、看護師(2.31人)であった。

DMATの派遣日数(県内)



最大値	42.07
第3四分位数(75%位置)	20.03
中央値	3.58
第1四分位数(25%位置)	1.83
最小値	0.05

DMATの派遣人数

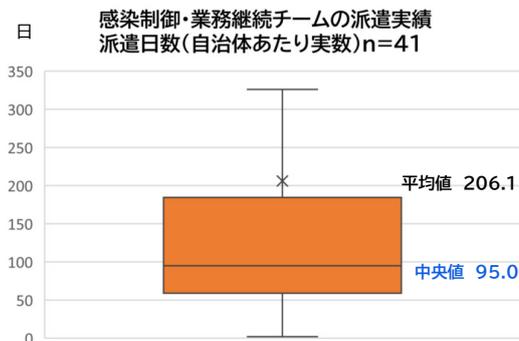


	医師数	看護師数	その他職員数
最大値	48.47	14.92	15.14
第3四分位数(75%位置)	21.16	7.65	14.48
中央値	6.22	2.31	4.69
第1四分位数(25%位置)	1.55	0.52	2.42
最小値	0.02	0.03	0.47

③医療人材派遣の活用状況（感染制御チーム）（1/2）

- 感染制御・業務継続チームを派遣した延べ日数(中央値)は95日。
- 職種別の派遣人数(中央値)は、看護師(114.5人)が最も多く、次いで、医師(28.0人)、その他職員(26.0人)であった。

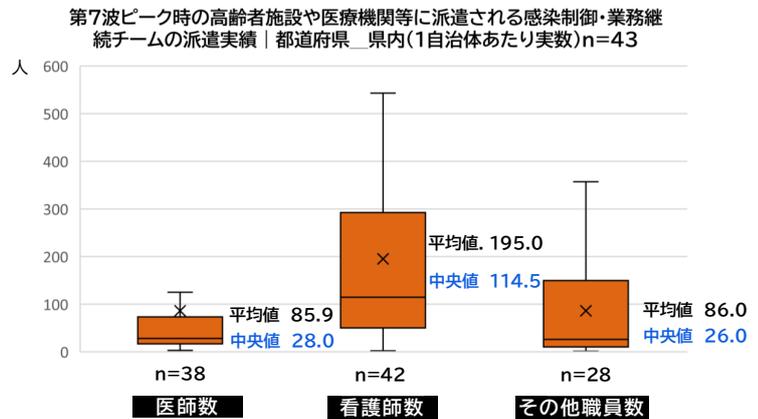
感染制御チームの派遣日数(県内)



※感染制御チーム派遣を実施した自治体のうち、2自治体で派遣日数の報告がないためN数が異なる。

最大値	326.0
第3四分位数(75%位置)	184.5
中央値	95.0
第1四分位数(25%位置)	59.0
最小値	2.0

感染制御チームの派遣人数

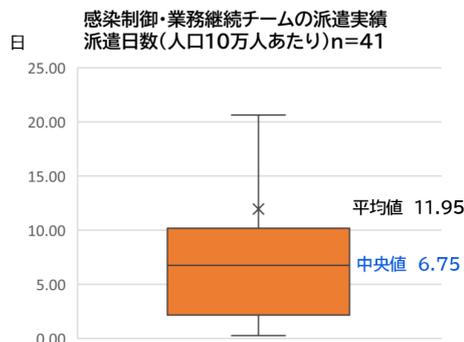


	医師数	看護師数	その他職員数
最大値	125.0	543.0	357.0
第3四分位数(75%位置)	73.3	292.3	149.5
中央値	28.0	114.5	26.0
第1四分位数(25%位置)	16.8	50.0	10.3
最小値	3.0	2.0	1.0

③医療人材派遣の活用状況（感染制御チーム）（2/2）

- 人口10万人あたりの感染制御・業務継続チームの派遣延べ日数(中央値)は6.75日。
- 職種別の派遣人数(中央値)は、看護師(6.74人)が最も多く、次いで、医師(2.07人)、その他職員(1.69人)であった。

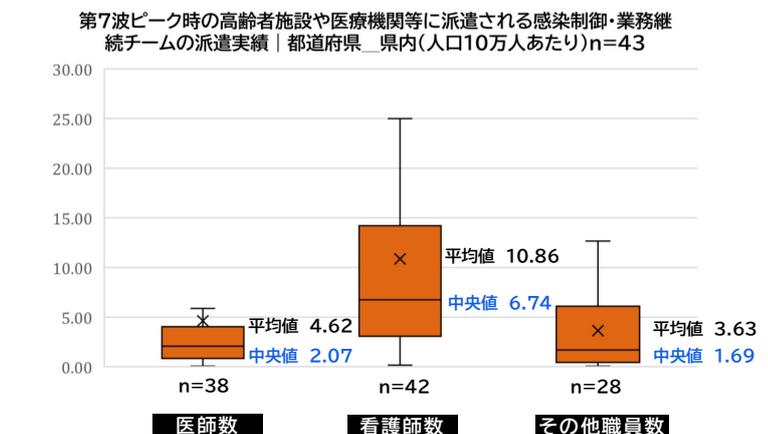
感染制御チームの派遣日数(県内)



※感染制御チーム派遣を実施した自治体のうち、2自治体で派遣日数の報告がないためN数が異なる。

最大値	20.63
第3四分位数(75%位置)	11.95
中央値	6.75
第1四分位数(25%位置)	2.16
最小値	0.26

感染制御チームの派遣人数

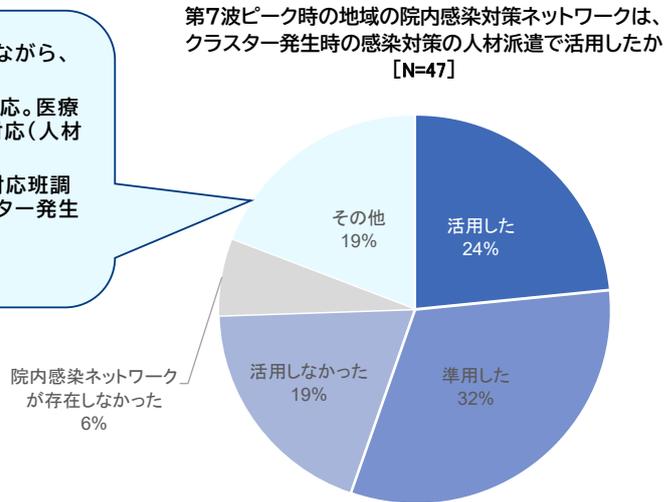


	医師数	看護師数	その他職員数
最大値	5.88	24.99	12.65
第3四分位数(75%位置)	4.03	14.20	6.10
中央値	2.07	6.74	1.69
第1四分位数(25%位置)	0.83	3.06	0.43
最小値	0.05	0.16	0.06

④院内感染対策ネットワークの活用

- 第7波ピーク時に、約半数の自治体(56%)が、院内感染対策ネットワークをクラスター発生時の感染対策人材派遣に活用または準用していた。

- ・感染対策向上加算に係る医療機関同士の連携を鑑みながら、派遣調整を行った。
- ・医療機関については既存のネットワークを活用して対応。医療機関以外(高齢者施設等)については異なる枠組みで対応(人材確保の際にはネットワークを活用)
- ・新たなネットワーク体制として、医療福祉クラスター対応班調整会議を設置し、感染症医療支援チームとして、クラスター発生時のICN派遣を行った。
- ・県看護協会の感染管理認定看護師を活用 など



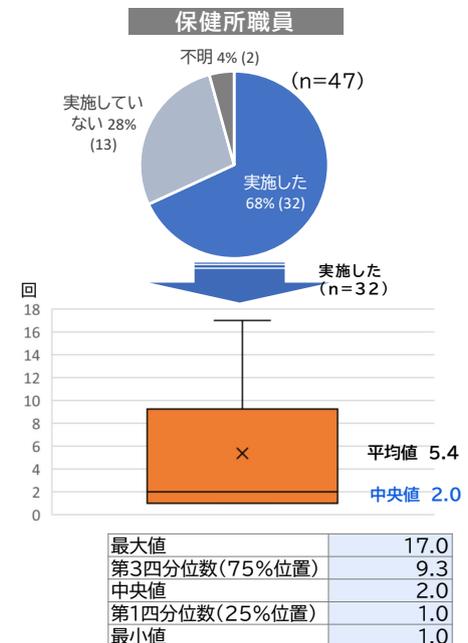
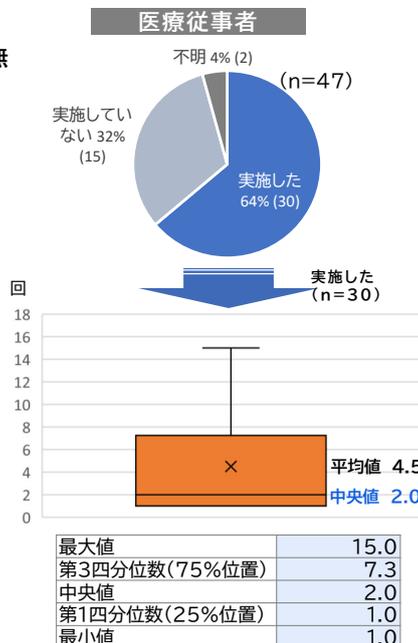
39

①医療従事者や保健所職員等の訓練回数(1/2)

- 医療従事者や保健所職員等の訓練実績がある都道府県は、医療従事者30か所、保健所職員32か所。
- 訓練実績がある都道府県の平時(コロナ発生前)の訓練回数(中央値)は、医療従事者(2.0回)、保健所職員(2.0回)であった。

訓練実施の有無

感染症患者受入等の連携訓練の実施の有無



訓練実施回数

感染症患者受入等の連携訓練の実施1年あたりの回数(都道府県あたり実数)

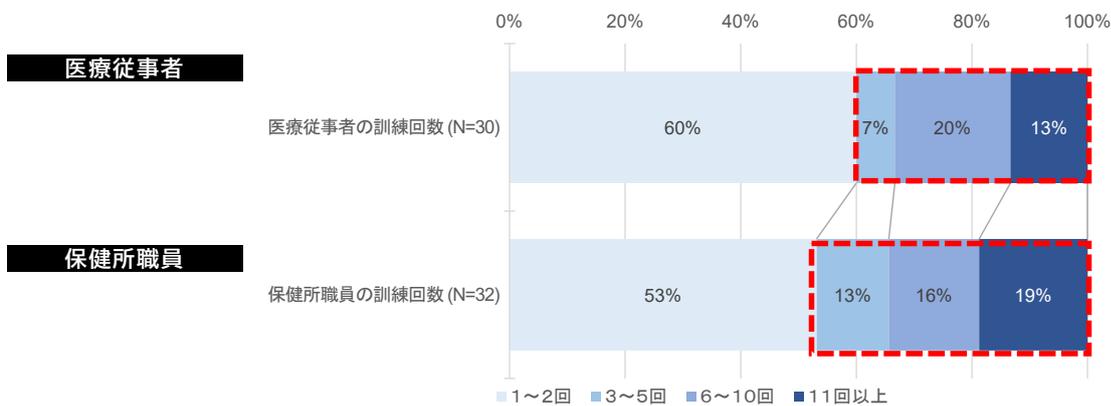
40

① 医療従事者や保健所職員等の訓練回数(2/2)

- 平時（コロナ発生前）の訓練回数で分けた際、3回以上訓練を実施している自治体数は
 - 医療従事者については40%（12都道府県）
 - 保健所職員については47%（15都道府県）

訓練実施回数

医療従事者に対する感染症患者受入等の連携訓練の実施
(コロナ発生前 | 1年あたりの回数)(1自治体あたり実数)

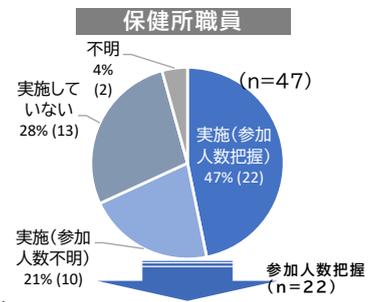
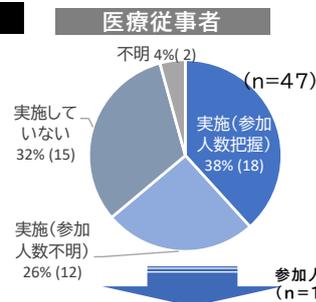


② 医療従事者や保健所職員等の受講者数(1/2)

- コロナ前の訓練1年あたりの延べ受講者数（中央値）は、医療従事者、保健所職員ともに（55人）であった。

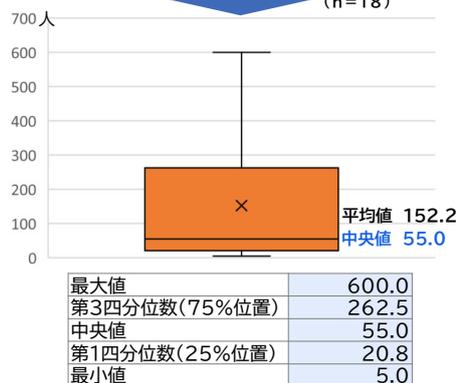
訓練実施の有無と参加人数の把握状況

感染症患者受入等の連携訓練実施の有無と参加人数の把握状況



訓練実施回数

医療従事者に対する連携訓練
:1年あたりの延べ受講者数
(都道府県あたり実数)

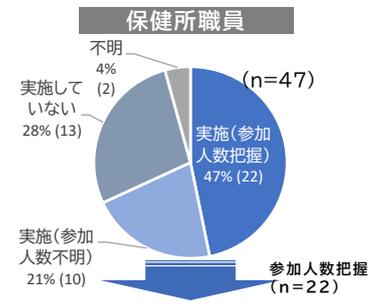
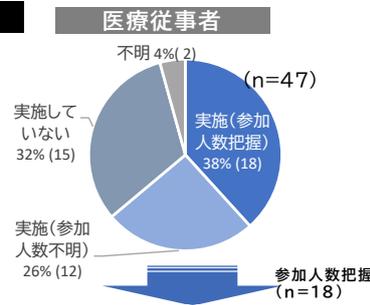


②医療従事者や保健所職員等の受講者数(2/2)

- 人口10万人あたりの、コロナ前の訓練1年あたりの延べ受講者数(中央値)は、医療従事者(4.7人)、保健所職員(3.6人)であった。

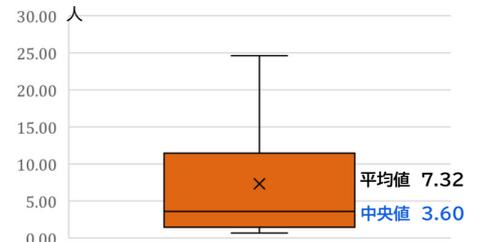
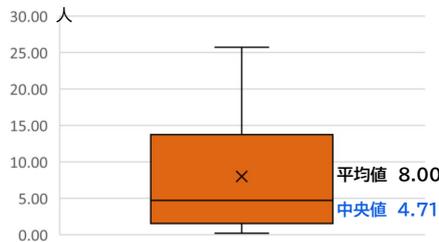
訓練実施の有無と参加人数の把握状況

感染症患者受入等の連携訓練実施の有無と参加人数の把握状況



訓練実施回数

医療従事者に対する連携訓練
:1年あたりの延べ受講者数
(人口10万人あたり)



最大値	25.72
第3四分位数(75%位置)	13.75
中央値	4.71
第1四分位数(25%位置)	1.54
最小値	0.22

最大値	24.60
第3四分位数(75%位置)	11.46
中央値	3.60
第1四分位数(25%位置)	1.45
最小値	0.68

43

アンケート調査結果

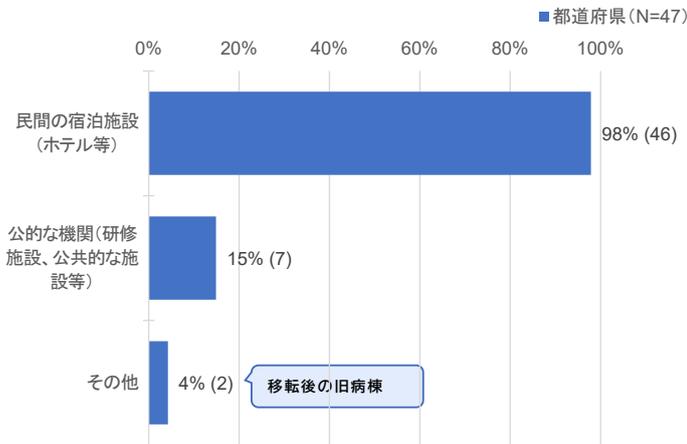
- 医療（入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置、人材派遣、訓練）
- 宿泊療養・自宅療養（宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制）
- 保健所（体制、BCP）
- 検査（検査数、検体搬送）
- 備蓄（対象物資）
- 情報共有（体制）

44

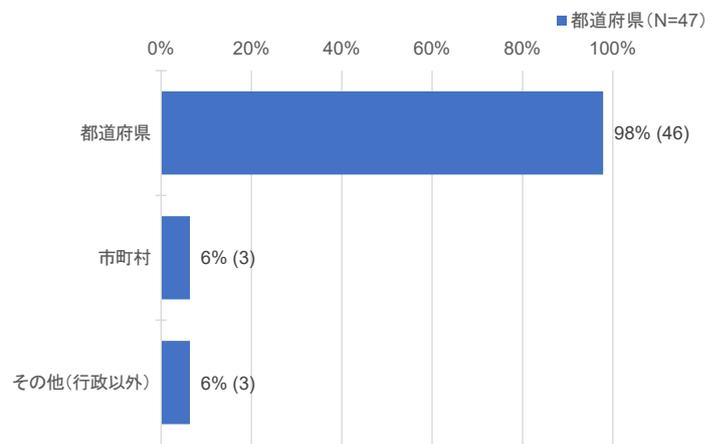
① 宿泊療養施設の種類・施設確保の実施主体

- 第7波対応時、都道府県の98%が民間宿泊施設を宿泊療養施設として確保、公的機関の利用は15%であった。
- 施設確保の実施主体として各都道府県(98%)の他、市町村(6%)や行政以外(6%)もみられた。

第7波ピーク時に確保した宿泊療養施設の種類(複数回答)



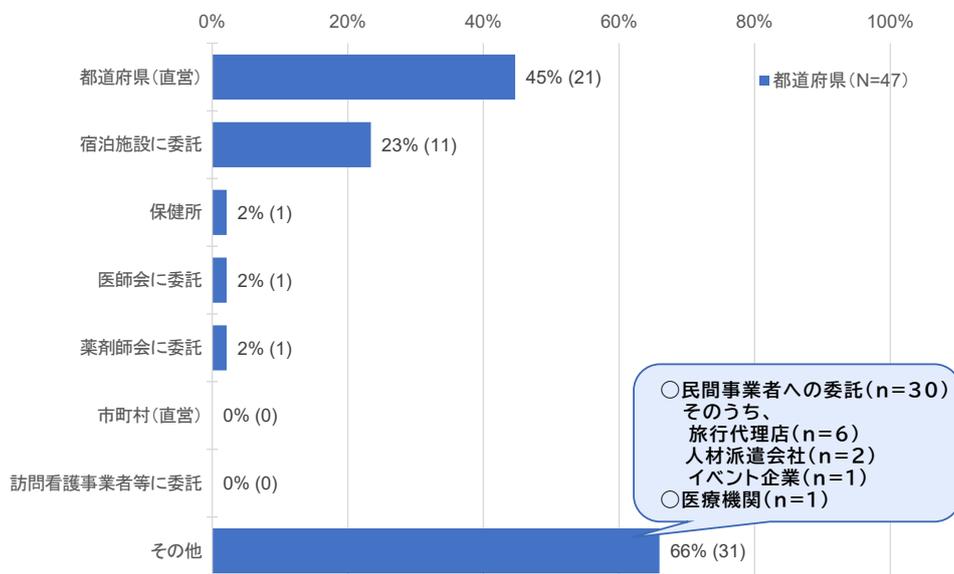
第7波ピーク時に宿泊療養施設を確保した主体(複数回答)



② 宿泊療養施設の運営主体

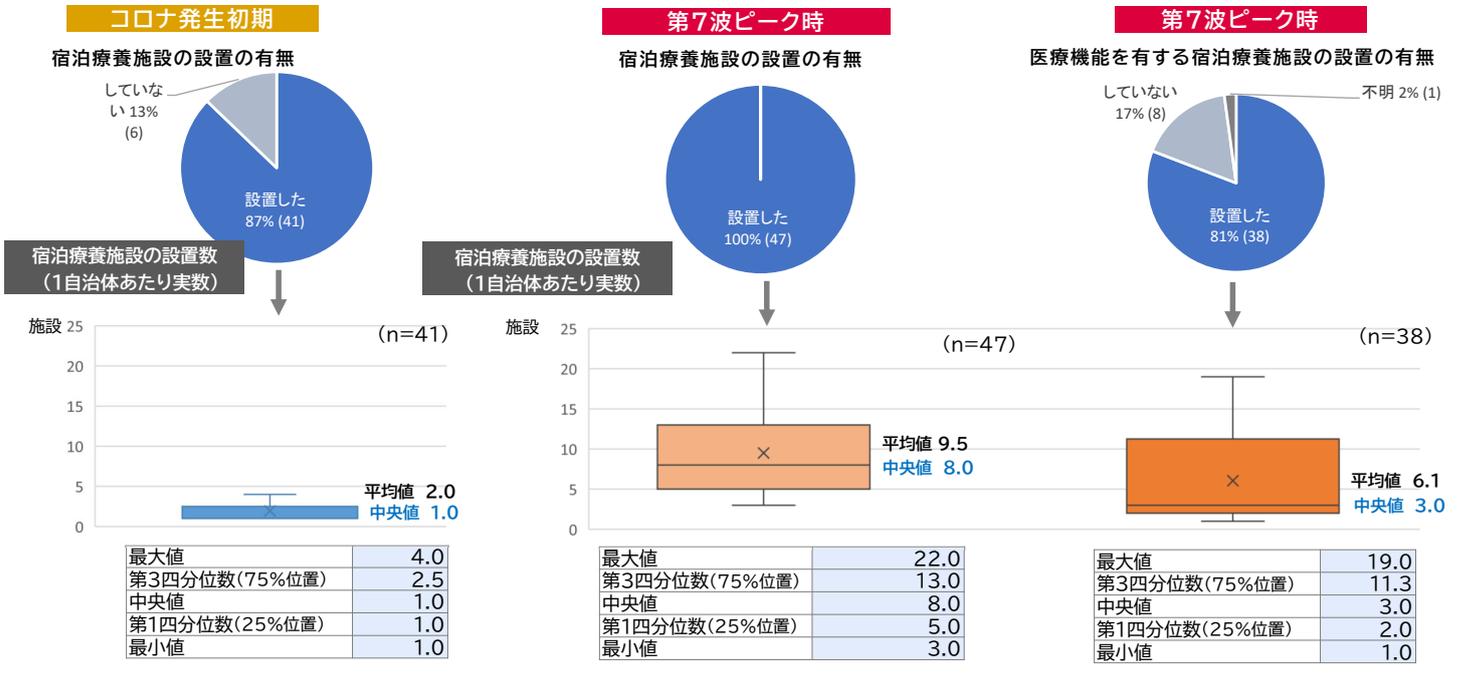
- 第7波ピーク時、宿泊療養施設の45%が都道府県直営、23%が宿泊施設に運営を委託していた。
- その他の回答の多くは、民間事業者への委託であり、旅行代理店等への委託を行った例も6件見られた。

第7波ピーク時に確保した宿泊療養施設の運営主体(複数回答)



③ 宿泊療養施設の確保施設数

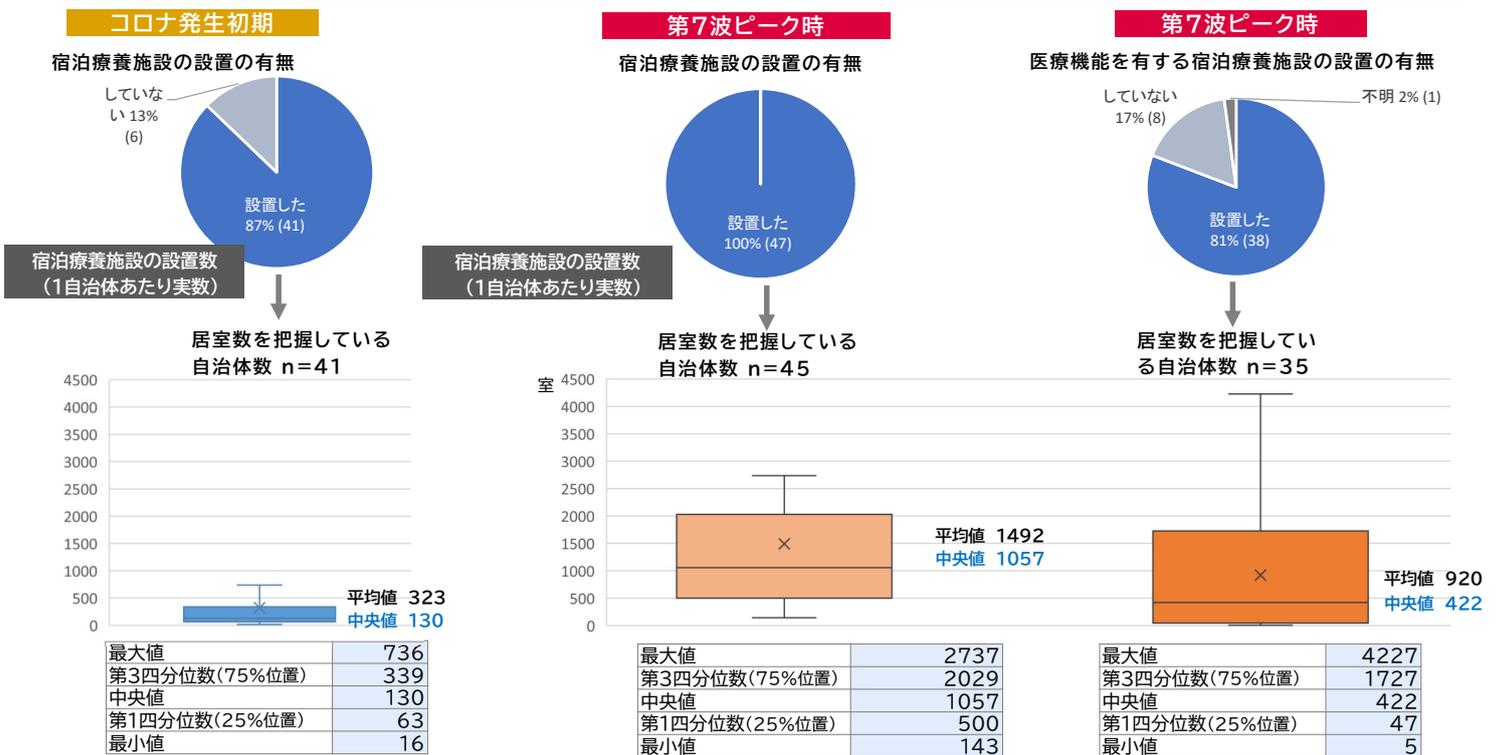
- 発生初期に宿泊療養施設を設置していた都道府県は41、第7波ピーク時はすべての都道府県で設置。
- 1都道府県あたりの宿泊療養施設の設置数(中央値)は、ピーク時(8.0)で、発生初期の約8倍に増加。うち、医療機能を有する施設(中央値)は3.0施設。



47

④ 宿泊療養施設の確保居室数(1/2)

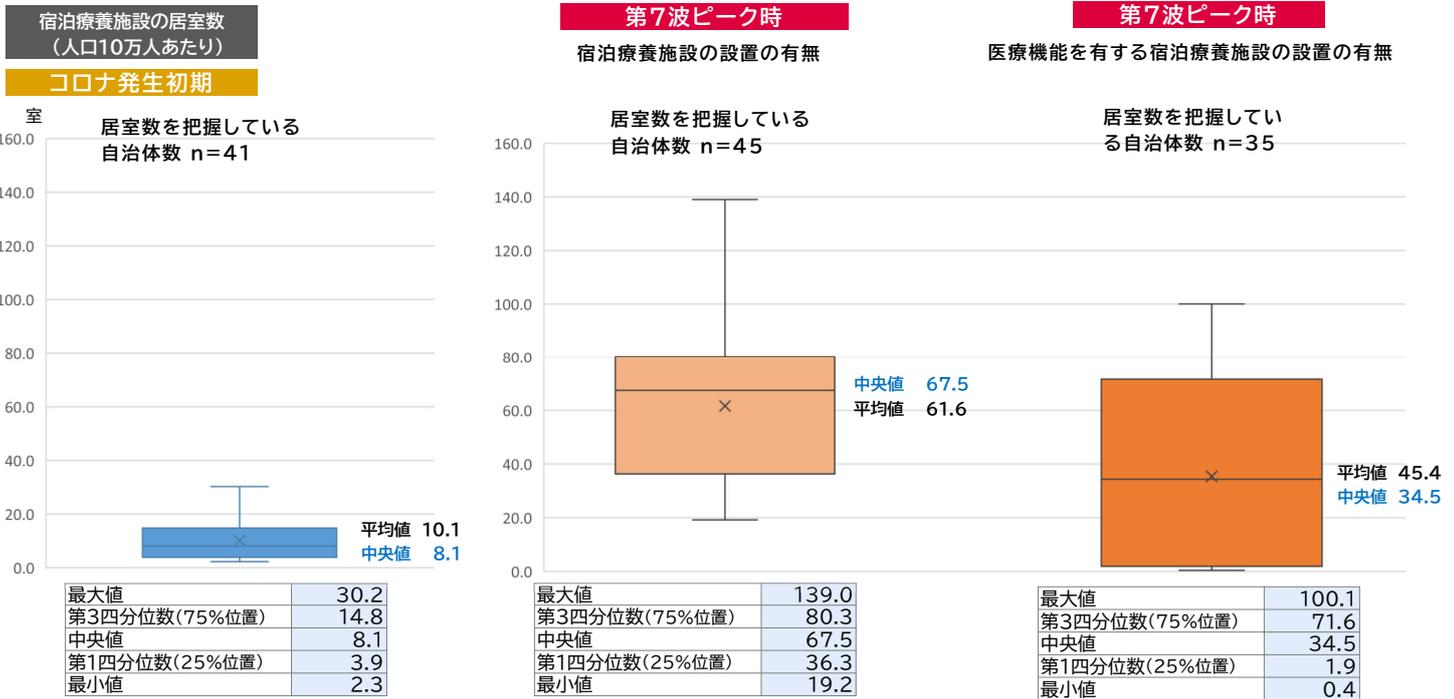
- 宿泊療養施設のピーク時の居室数(中央値)は、1057室で、発生初期130室の約8倍まで増加した。



48

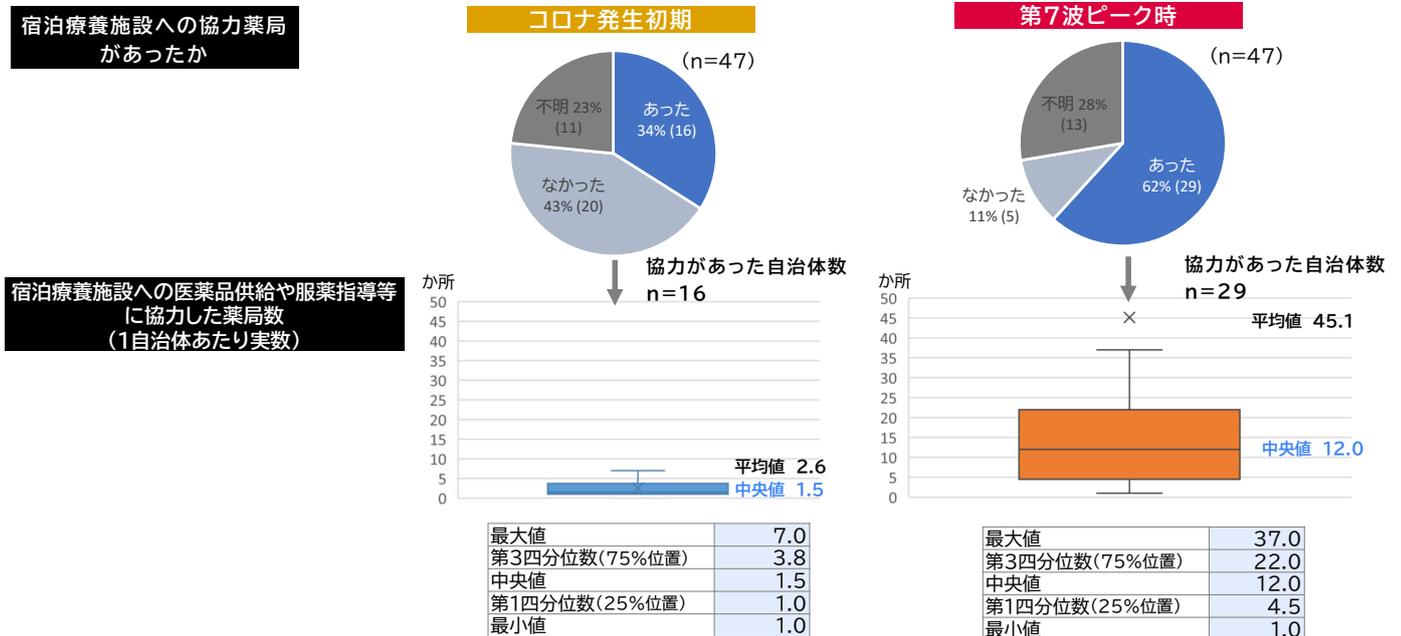
④ 宿泊療養施設の確保居室数(2/2)

- 宿泊療養施設の居室数は、人口10万人あたり(中央値)、ピーク時68室で、初期(8室)の約8倍まで増加した。



⑤ 宿泊療養施設に協力する薬局(1/2)

- 宿泊療養施設への医薬品供給や服薬指導等に協力した薬局があった都道府県は、コロナ発生初期34%であったが、第7波ピーク時62%まで増加した。
- 協力する薬局数(中央値)も、発生初期1.5か所から、第7波ピーク時12か所まで増加した。

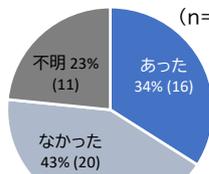


⑤ 宿泊療養施設に協力する薬局 (2/2)

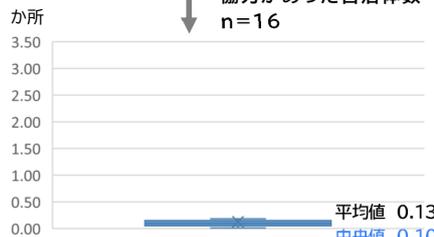
- 人口10万人あたりの協力する薬局数(中央値)も、発生初期0.1か所から、第7波ピーク時0.4か所まで増加した。

宿泊療養施設への協力薬局があったか

コロナ発生初期 (n=47)

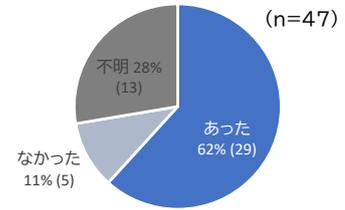


協力があった自治体数 n=16

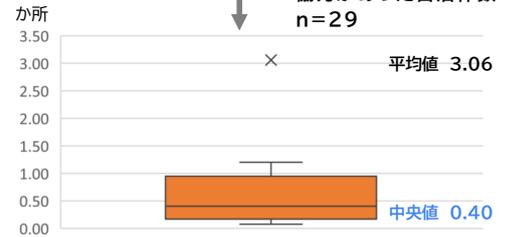


最大値	0.18
第3四分位数(75%位置)	0.15
中央値	0.1
第1四分位数(25%位置)	0.05
最小値	0.01

第7波ピーク時 (n=47)



協力があった自治体数 n=29



最大値	1.20
第3四分位数(75%位置)	0.95
中央値	0.40
第1四分位数(25%位置)	0.17
最小値	0.08

51

⑥ 宿泊療養施設との契約や運営方法

- 運営体制は、県の直営と民間委託を組み合わせた形式が多い。
- 委託方法としては、入所管理、宿泊業務(食事、リネン調達等)、健康監視・療養業務等で委託先が分かれる。健康監視については、医療従事者と県が直接契約する例と、人材派遣会社や看護協会等に委託する例がみられた。

回答内容

運営体制
(直営と委託の組み合わせ)

- 県が施設借り上げ、運営も直営。
- 施設の借上げは県が行い、運営は民間事業者・旅行代理店へ委託
- 初期は県の直営であったが、旅行代理店等に包括運営委託に移行
- 県の直営施設と、民間事業者へ運営委託の施設が混在
- 宿泊療養施設の委託契約とは別に、宿泊療養施設の新規開設や運営業務委託を民間企業と締結している
- 契約：3ヶ月ごとに施設賃貸借と運営委託を分けて契約 運営方法：宿泊施設等の運営主体に包括的に運営全般を委託
- 一部の契約(ホテルの賃借、患者搬送業務等)を除き、施設運営を民間事業者に一括委託契約しており、県職員が随時施設の監督を行っている。
- 県による直営(施設直接借上)、一括委託方式(スタッフは県庁職員)、一括委託方式(宿直職員以外のスタッフについて人材派遣導入)、一括委託方式(前事務職について人材派遣導入)が混在
- ホテルに賃貸契約と運営委託契約、賃借契約はホテルの本社で運営委託は旅行会社。4施設目は、賃借契約も含めた運営委託契約を旅行会社と締結。

運営方法
(主にスタッフ面)

- 運営は委託しているが、県職員も常駐している。
- 事務的な運用・県都の調整は民間企業との契約、医療関係は地元医療機関との契約及び県臨時職員(看護師)で対応
- 当初は宿泊施設を賃貸借し、現地に県職員を運営スタッフとして配置し、通常のホテル業務(食事、リネン調達、清掃等)と療養施設業務(看護師派遣、警備、感染性廃棄物等)の全てを県が各事業者と契約し、運営。
- 2021年度から各宿泊施設と調整を始め、賃貸借に加え、ホテル業務も各宿泊施設で行う包括契約に順次移行。2022年度は、一部を除いてほぼ全ての施設と包括契約。2022年5月から現地の運営スタッフの委託を開始した。
- 全体統括：県または委託業者 健康管理担当；看護部分は県看護協会及び人材派遣会社に委託 入退所担当・管理担当：県 生活支援担当：委託業者 施設管理担当：県
- 2022年7月までは県直営で対応し、事務スタッフは県職員、運営に必要な医師、看護師、薬剤師、廃棄物処理などは県が個別に契約した。2022年8月以降は一部または全部の運営を民間に委託している。

委託先
・委託内容

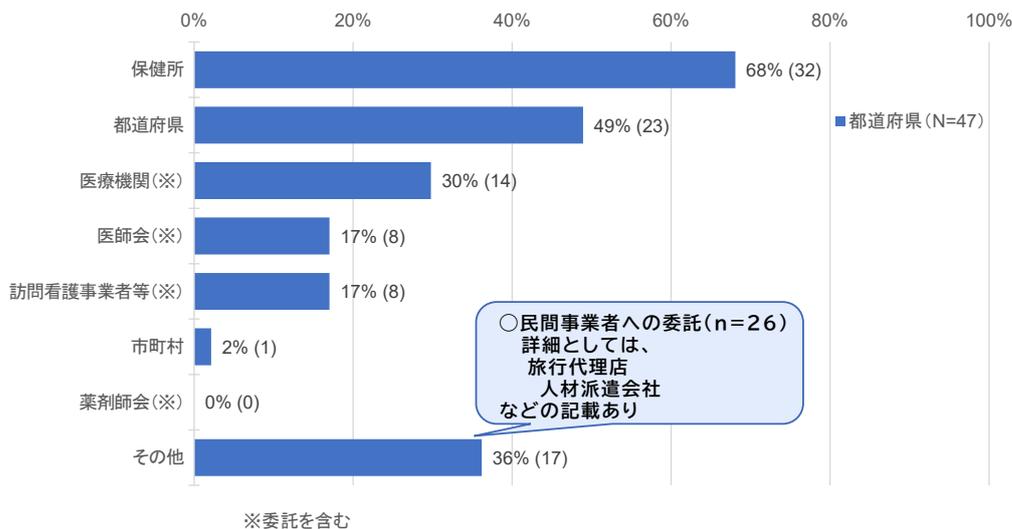
- 入退所受診調整等(保健所、イベント会社1者、旅行代理店1者)・施設運営(催事事業者2者、宿泊施設1者)・健康管理(医師会及び大学病院、民間派遣会社2者、薬剤師会)・情報連携(医師会)・食事(3者)・消毒清掃(3者)・産廃処理(1者)・産廃運搬(1者)
- 旅行関係団体とホテルの借り上げについて、一括契約を行っている。また、借り上げ対象のホテルでは、入所者の部屋割り調整や食事の発注等を行っている。
- 療養者の管理、各種業者との連絡調整、施設の運営管理など
- 民間旅行代理店に運営を委託しており、スタッフの確保、食事の手配、居室の消毒・清掃の管理等現地運営に関する業務全般を委託している。

52

① 自宅療養者の観察を行った機関の種類

- 自宅療養者の健康観察主体として、保健所(68%)が最も多く、次いで都道府県(49%)、医療機関(30%)であった。また医師会や訪問看護事業者などへの委託もそれぞれ17%あった。
- その他としては、民間事業者へ委託が多く見られた。

第7波ピーク時に自宅療養者の健康観察を実施・運営した主体(複数回答)

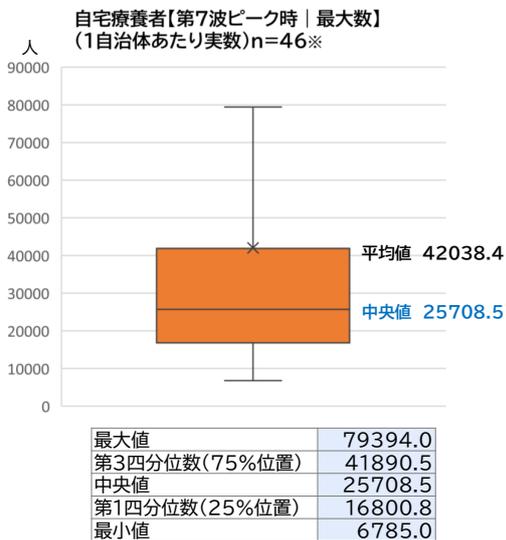


53

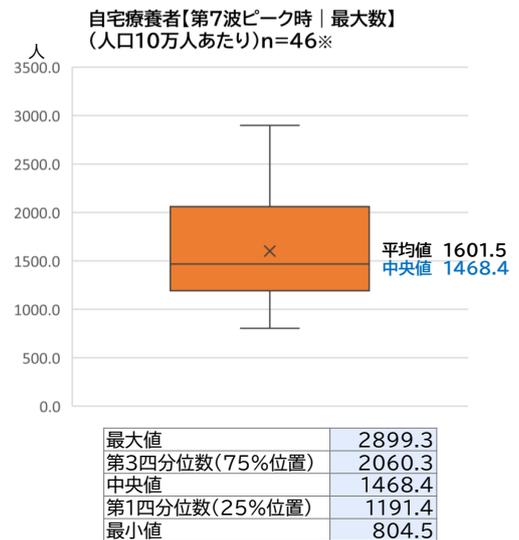
② 自宅療養者の最大人数

- 第7波ピーク時の自宅療養者数(中央値)は25,700人程度、人口10万人あたり約1468人であった。

自治体あたり実数



人口10万人あたり



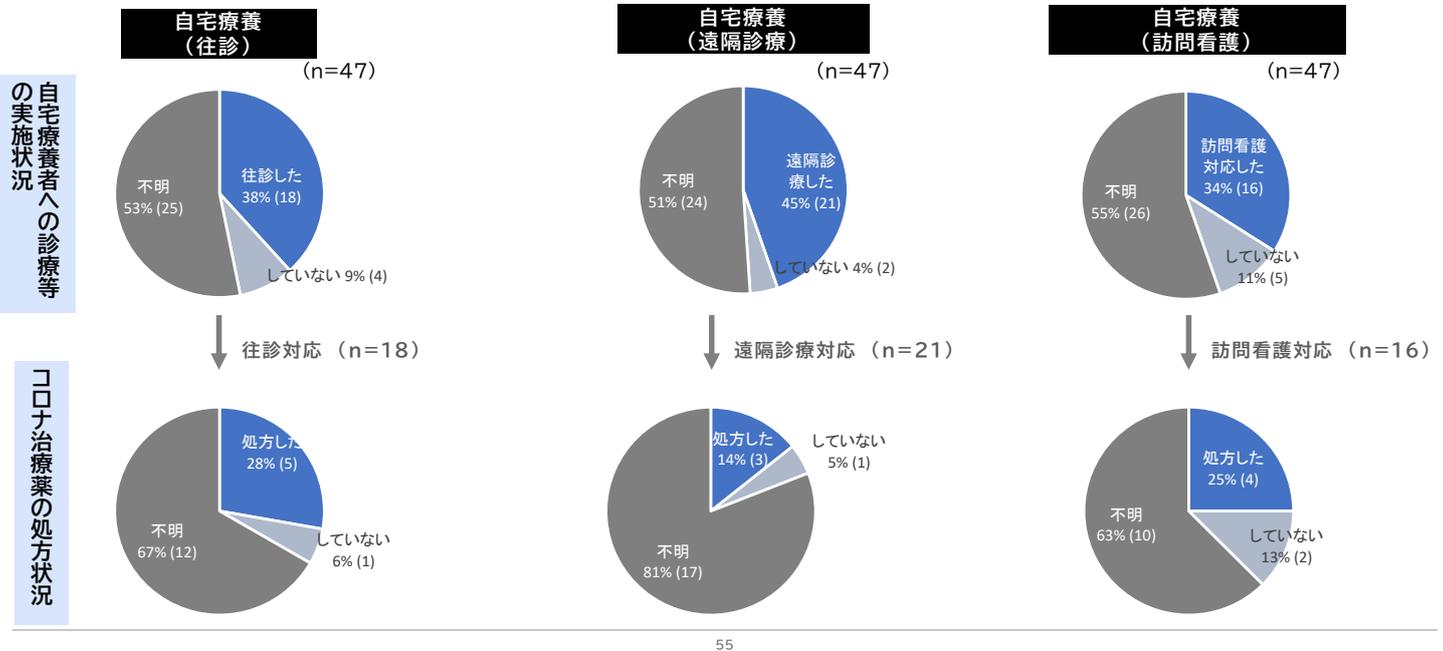
※1自治体で自宅療養者数が不明のため、n=46

54

③ 自宅療養に対応した協力医療機関数 (1/3)

- 各都道府県で自宅療養者に対して行われた医療提供は、遠隔診療(45%)、往診(38%)、訪問看護(34%)であった。
- ※ 自宅療養に対応した医療機関については不明であると回答した自治体が多い点に留意が必要

第7波ピーク時に自宅療養者に提供された医療種別

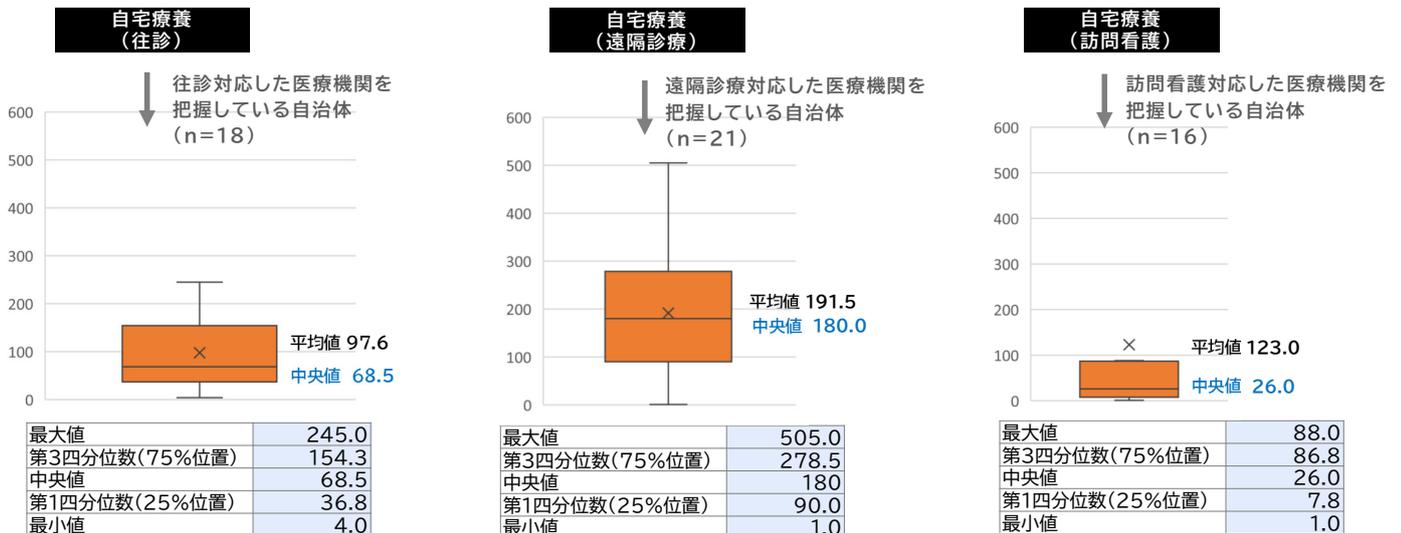


55

③ 自宅療養に対応した協力医療機関数 (2/3)

- 自宅療養者に対する医療提供を行った医療機関数(中央値)は、
 - 往診 68.5
 - 遠隔診療 180.0
 - 訪問看護 26.0
- であった。 ※自宅療養に対応した医療機関については不明であると回答した自治体が多い点に留意が必要

第7波ピーク時に自宅療養者に対し医療提供を行った医療機関数(実数)



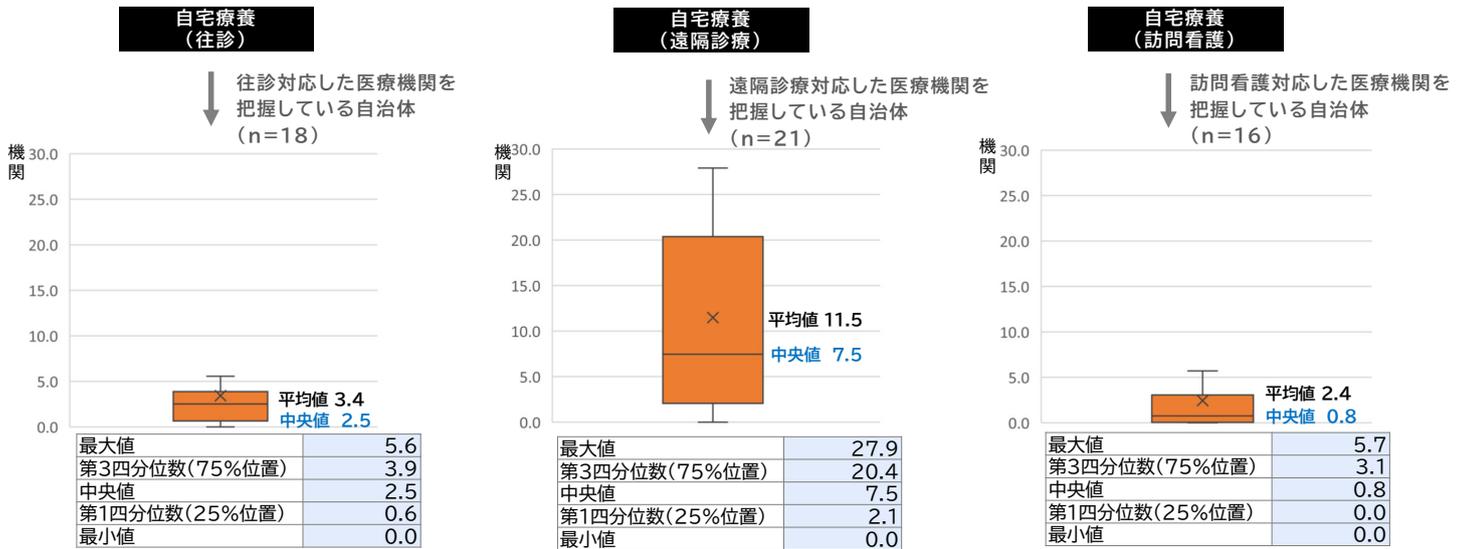
56

③ 自宅療養に対応した協力医療機関数 (3/3)

- 自宅療養者に対する医療提供を行った医療機関数(人口10万人あたり中央値)は、
 - 往診 2.5
 - 遠隔診療 7.5
 - 訪問看護 0.8

であった。 ※自宅療養に対応した医療機関については不明であると回答した自治体が多い点に留意が必要

第7波ピーク時に自宅療養者に対し医療提供を行った医療機関数(人口10万人あたり)



57

④ 自宅療養者の診療に協力した医療機関との契約

- 自宅療養者の診療に協力した医療機関との契約については、委託契約の他、協力金の交付を行った自治体、契約や協定文書なしで医療機関の協力を得た自治体があった。

自宅療養者の診療に対応した協力医療機関との契約

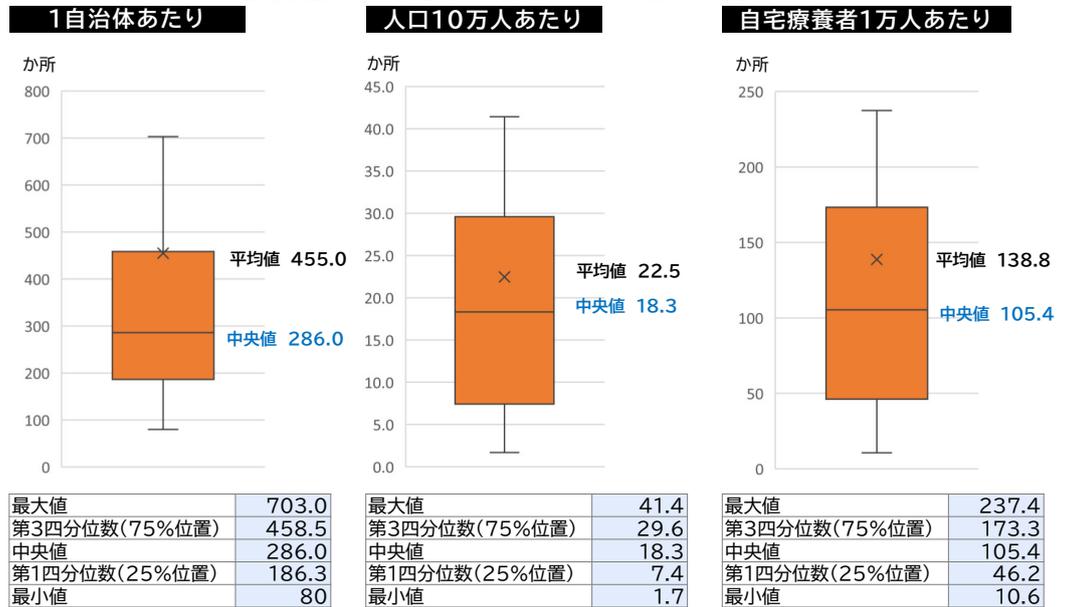
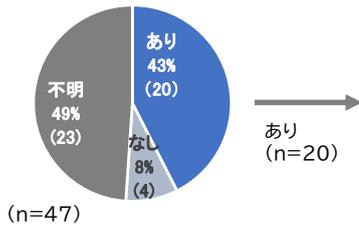
	回答内容
体制構築 ・委託契約	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の医師会の医師と訪問看護ステーションの看護師が連携することにより、自宅療養者の療養サポートを行っておりますが、委託契約については、県と郡市医師会と締結することとしています。その上で、医師会が、看護師業務を広域事業者や訪問看護ステーションに再委託することにより、業務体制を構築しています。 ○県と県医師会が集合契約を行い、自宅療養者に対する健康観察を医療機関に委託している。健康観察業務を委託した協力医療機関が健康観察を行い、解除相当の判断を行った上で、県が設置する事務局あて報告する仕組みである。 ○医師会・県訪問看護ステーション協議会との委託契約 ○医師会を通じて依頼し、登録してもらった。(契約・協定文書なし)
協力金	<ul style="list-style-type: none"> ○県からの要請に基づき、コロナ患者に対し外来診療又は往診を実施する医療機関に協力金を交付する制度を構築した。 ○自宅療養者の健康管理(健康観察+必要に応じたオンライン診療)に協力いただいた医療機関に、委託料として患者1人当たり5万円を支給 ○契約していない。契約ではなく、緊急包括支援交付金により、実施した医療機関に対して補助している。 ○無し(通常診療で対応)
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県と医師会との間の契約により、地区医師会及び協力医療機関による往診、電話・オンライン診療を実施・上記の契約に加え、平日午後6時～翌日午前6時まで及び土日休日の全時間帯において、広域的に往診を行っている事業者との契約により往診、電話・オンライン診療を実施

58

⑤ 自宅療養に協力する薬局(1/2)

- 自宅療養に薬局が対応した都道府県は43%(20)であった。
- 1都道府県あたり自宅療養に協力する薬局数(中央値)は
 - 自治体あたり286、人口10万人あたり18.3、自宅療養者1万人あたり105.4であった。

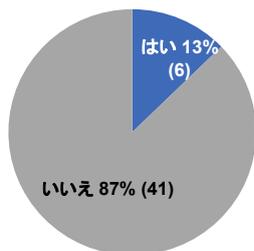
自宅療養に対応した薬局数【第7波ピーク時】 n=20



⑤ 自宅療養に協力する薬局(2/2)

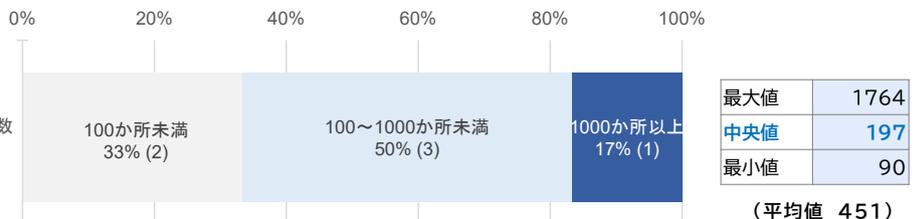
- 第7波ピーク時、薬局に対し検査キット配布を依頼した都道府県は13%(6か所)
- 検査キット配布を依頼した薬局数(中央値)は197か所、人口10万人あたりの薬局数は(中央値)は11.1か所。

第7波ピーク時に貴庁から薬局に検査キット配布の協力を依頼したか [N=47]

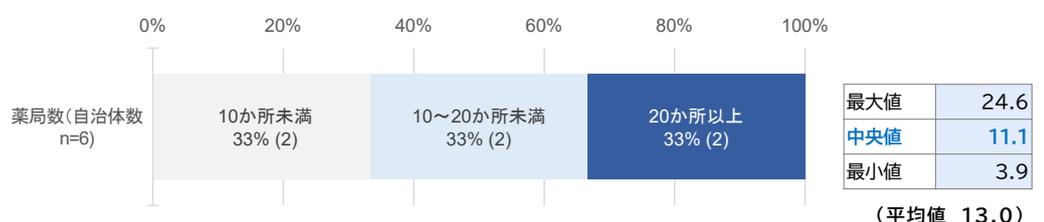


協力薬局数の分布

自治体あたり実数



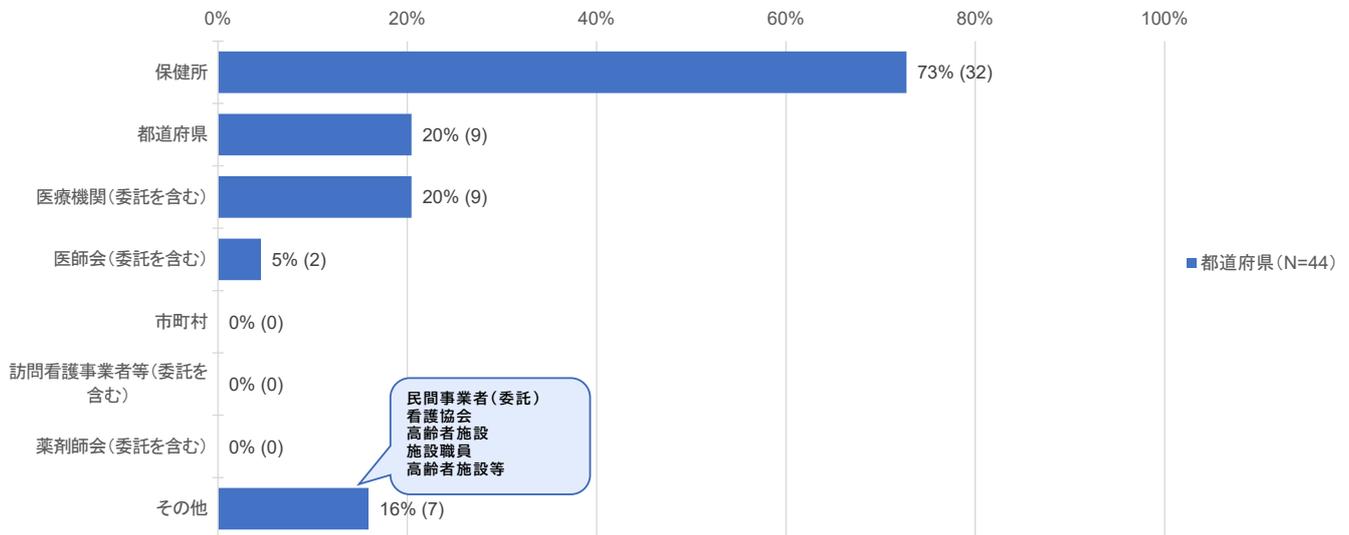
人口10万人あたり



① 高齢者施設の療養者の健康観察を行った機関

- 第7波ピーク時、高齢者施設における療養者の健康観察の主体は、保健所(32か所)が最も多く、都道府県、医療機関(委託を含む)が続いた。

第7波ピーク時に高齢者施設における療養者の(電話やオンライン等による)健康観察を実施・運営した主体(複数回答)

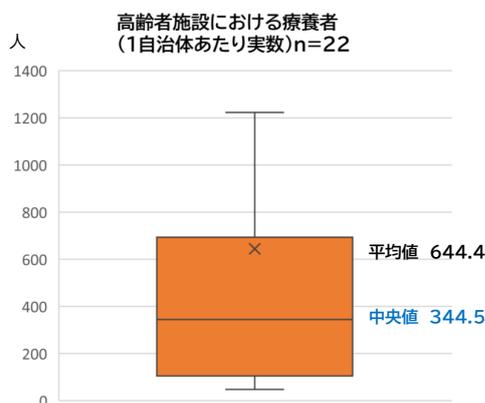


61

② 高齢者施設の療養者の最大人数

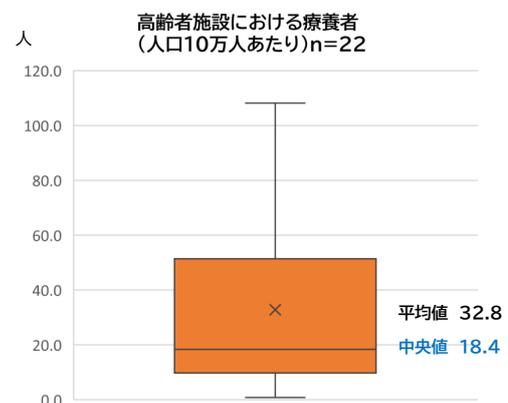
- 第7波ピーク時の高齢者施設における療養者数(中央値)は、344.5人、人口10万人あたり(中央値)18.4人であった。

自治体あたり実数



最大値	1223.0
第3四分位数(75%位置)	693.5
中央値	344.5
第1四分位数(25%位置)	105.3
最小値	48.0

人口10万人あたり

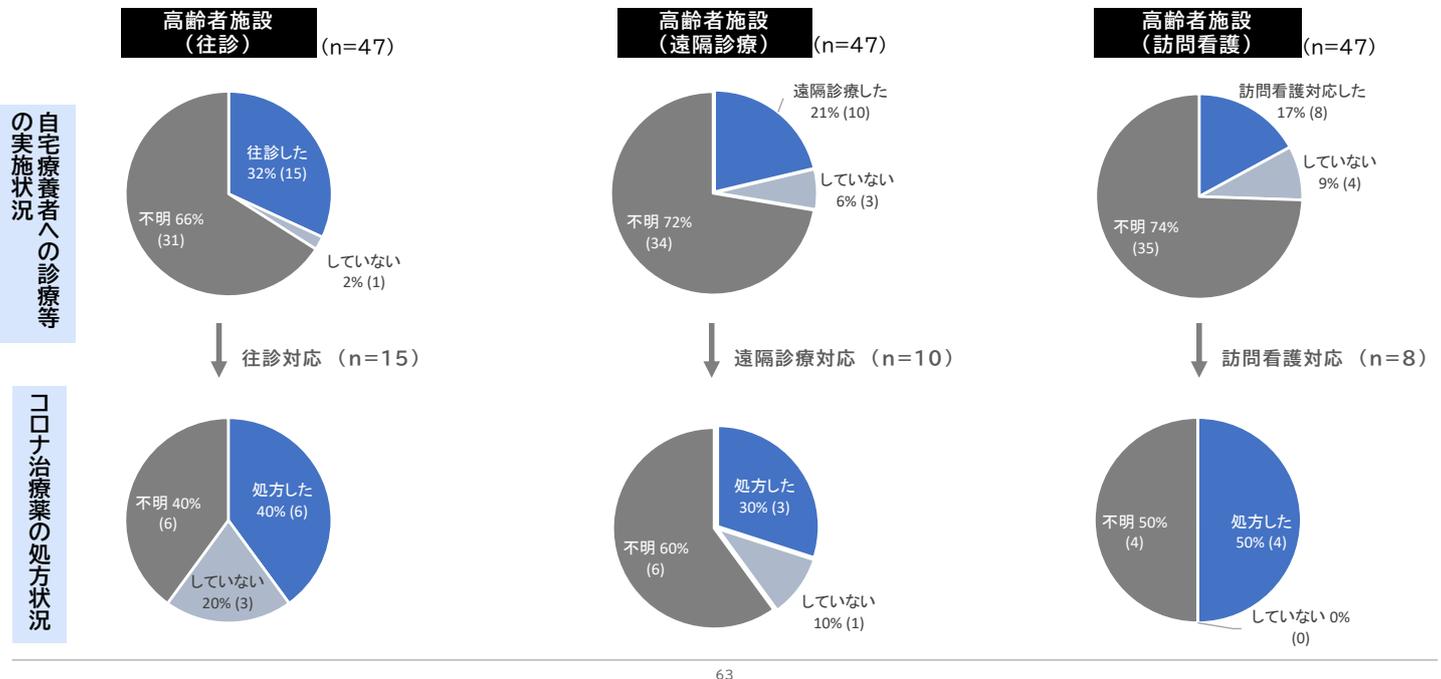


最大値	108.2
第3四分位数(75%位置)	51.4
中央値	18.4
第1四分位数(25%位置)	9.8
最小値	0.8

62

③ 高齢者施設の診療に対応した協力医療機関数(1/2)

- 各都道府県で高齢者施設で行われた医療提供は、往診(32%)、遠隔診療(21%)、訪問看護(17%)であった
- ※ 高齢者施設に対応した医療機関については不明であると回答した自治体が多い点に留意が必要



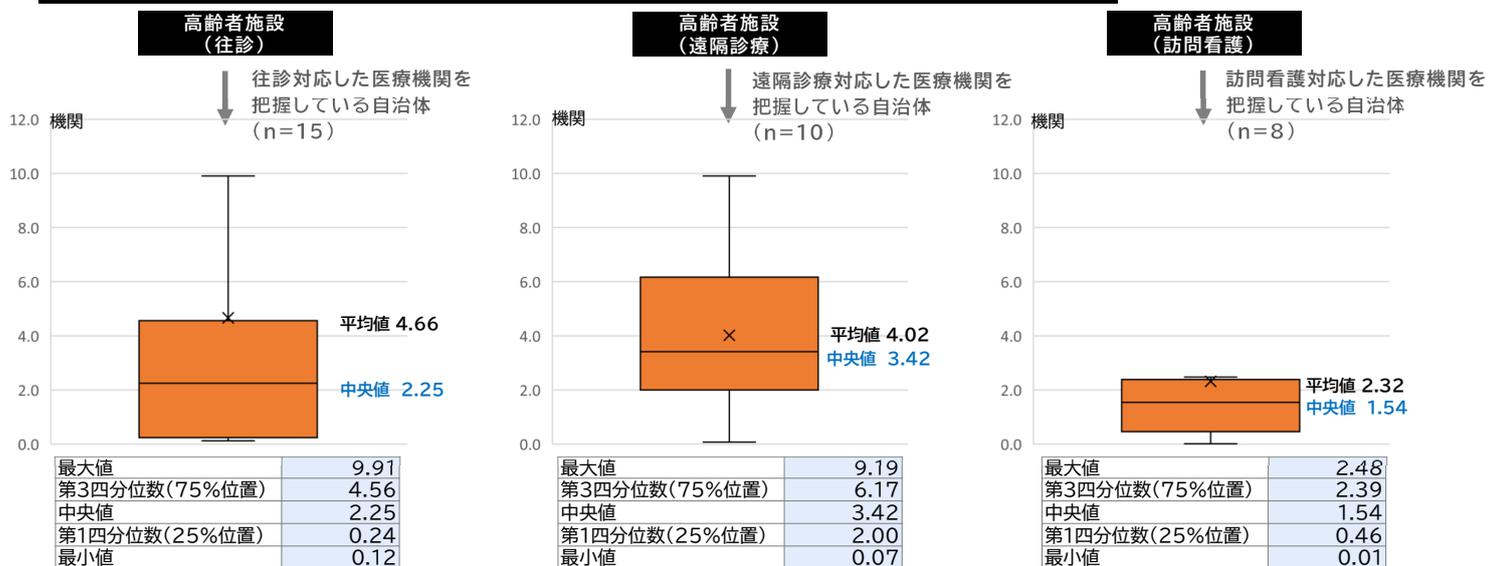
63

③ 高齢者施設の診療に対応した協力医療機関数(2/2)

- 高齢者施設の診療に協力した医療機関数(人口10万人あたり中央値)は、
 - 往診 2.3
 - 遠隔診療 3.4
 - 訪問看護 1.5

※ 高齢者施設に対応した医療機関については不明であると回答した自治体が多い点に留意が必要

第7波ピーク時に高齢者施設に対応した医療機関数(人口10万人あたり)



64

(自治体あたりの実数はバラツキが大きいため、人口10万人あたりのデータのみ)

④ 高齢者施設の診療に対応した協力医療機関との契約

- 協力医療機関との契約については、自治体と医師会や地域の医療機関が契約を締結し、高齢者施設に医療従事者を派遣する例、別途協力金・補助金を支給する例、高齢者施設に医療機関を紹介する例がみられた。

回答内容

契約

県と県医師会との間の契約により、郡市医師会及び協力医療機関による往診、電話・オンライン診療を実施・上記の契約に加え、平日午後6時～翌日午前6時まで及び土日休日の全時間帯において、広域的に往診を行っている事業者との契約により往診、電話・オンライン診療を実施

医師会・県訪問看護ステーション協議会との委託契約

高齢者施設療養者の往診・訪問看護等を行う医療支援チームを派遣した場合に協力金を支給（協力内容により金額は異なる）

協力金・補助金支給

契約は行っておらず、施設内療養者への往診等を実施した実績に応じて補助金を支給した

契約していない。契約ではなく、緊急包括支援交付金により、実施した医療機関に対して補助している。

医療機関の紹介

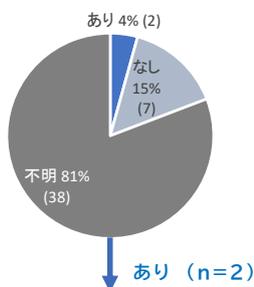
高齢者施設の協力医療機関のみで対応が困難な場合に、高齢者施設に対して医療提供を行うことが可能な医療機関を予め県で把握して、施設の要請に応じて医療機関をマッチングする体制を構築

65

⑤ 高齢者施設への医薬品供給に協力する薬局

- 高齢者施設への医薬品供給等に協力した薬局数について、コロナ発生初期および第7波ピーク時ともに約80%の自治体が把握していなかった。

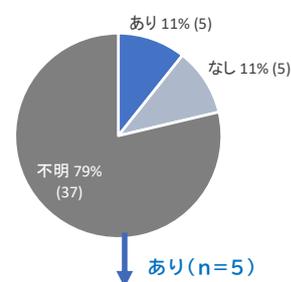
コロナ発生初期 (n=47)



あり (n=2)

高齢者施設の協力薬局数 (実数)	
自治体数 (2)	30か所 ~2,900か所

第7波ピーク時対応 (n=47)



あり (n=5)

高齢者施設の協力薬局数 (実数)	
自治体数 (5)	30か所~2,900か所 (200か所台が3自治体)

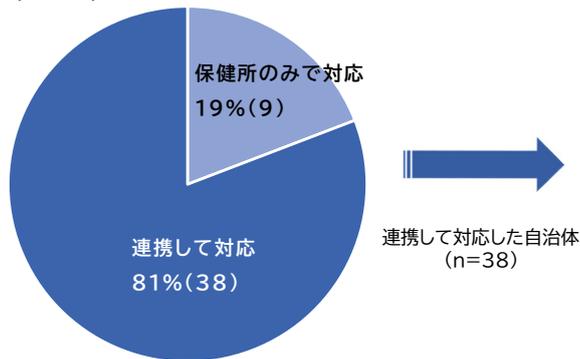
66

①移送における他機関との連携(1/2)

- 感染症患者の移送としては、平時から消防など他機関と連携していた都道府県が約8割。
- 消防と連携している都道府県は36(全体の77%)、うち協定を締結してる都道府県は28。
- 消防以外の機関と連携している都道府県は8(全体の17%)、うち協定を締結している都道府県は5。

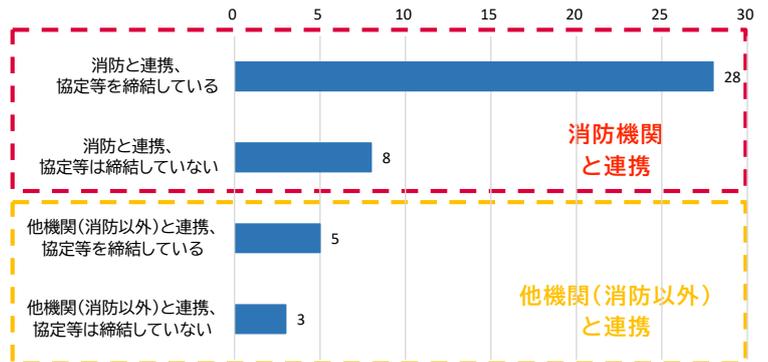
平時(コロナ発生前)

(n=47)



連携して対応した自治体 (n=38)

平時(コロナ発生前)から、感染症患者(疑い患者含む)が確認された場合の自宅から病院への移送について、他機関との連携について【自治体数】(複数回答)

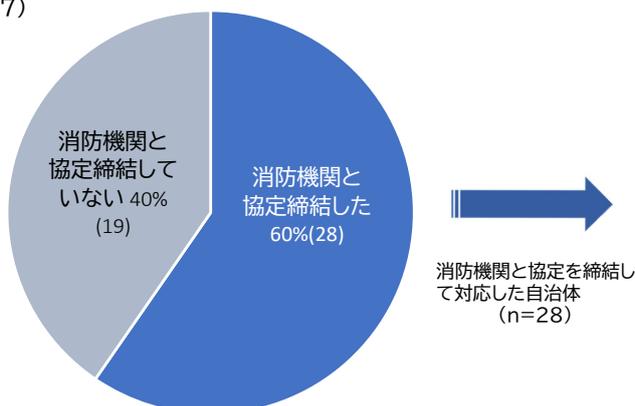


①移送における他機関との連携(2/2)

- 第7波ピーク時に消防機関と協定等を締結した都道府県は28(全体の60%)。
- 消防機関と協定締結した主体は都道府県が18、保健所が11であった。

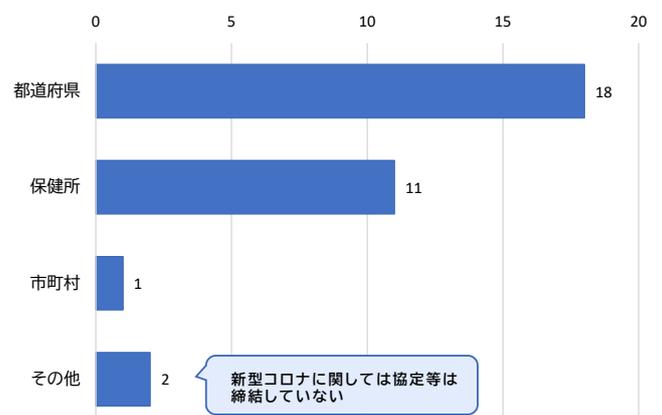
第7波ピーク時対応

(n=47)



消防機関と協定を締結して対応した自治体 (n=28)

第7波ピーク時に消防機関と協定等締結した主体【自治体数】(複数回答)

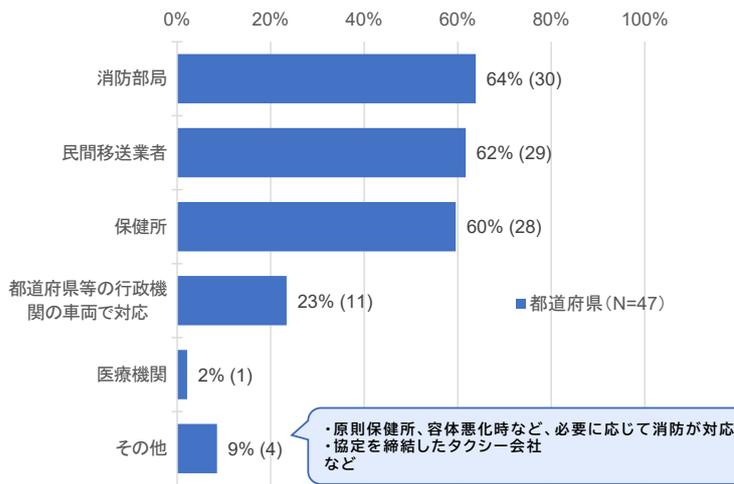


新型コロナに関しては協定等は締結していない

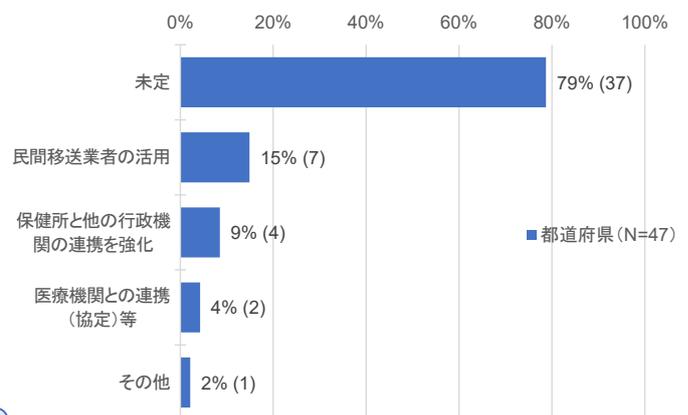
② 自宅から病院への移送方法

- 第7波ピーク時の自宅から病院へ移送主体は、消防部局(64%)、民間移送業者(62%)、保健所(60%)であった。
- 今後の移送体制強化計画として、民間業者の活用(15%)を挙げた都道府県もあるが、大部分(79%)が「未定」の回答であった。

第7波ピーク時に感染症患者(疑い患者含む)の移送の必要が生じた場合の自宅から病院への移送主体について(複数回答)



今後の移送体制強化の計画(複数回答)

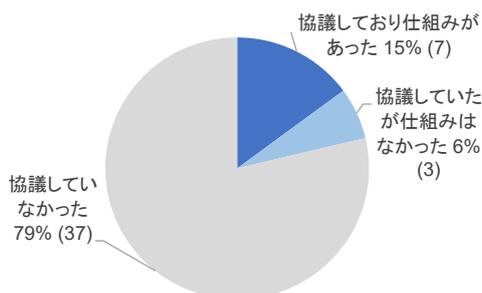


③ 広域搬送

- 第7波ピーク時に、広域搬送について他都道府県と協議の仕組みをつくり協議していた自治体は15%
- 第7波ピーク時に都道府県を超えた広域搬送を実施した自治体は22(47%)見られた。

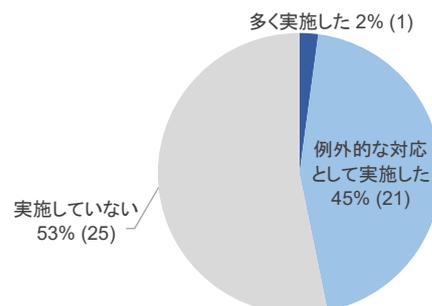
第7波ピーク時に感染症患者(疑い患者含む)の都道府県を超えた広域搬送について周囲の都道府県と協議していたか

都道府県 (N=47)



第7波ピーク時に感染症患者(疑い患者含む)の都道府県を超えた広域搬送を実際に実施したか

都道府県 (N=47)



アンケート調査結果

- 医療（入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置、人材派遣、訓練）
- 宿泊療養・自宅療養（宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制）
- 保健所（体制、BCP）
- 検査（検査数、検体搬送）
- 備蓄（対象物資）
- 情報共有（体制）

71

3. 保健所（1）体制

平時（コロナ発生前）

第7波ピーク時

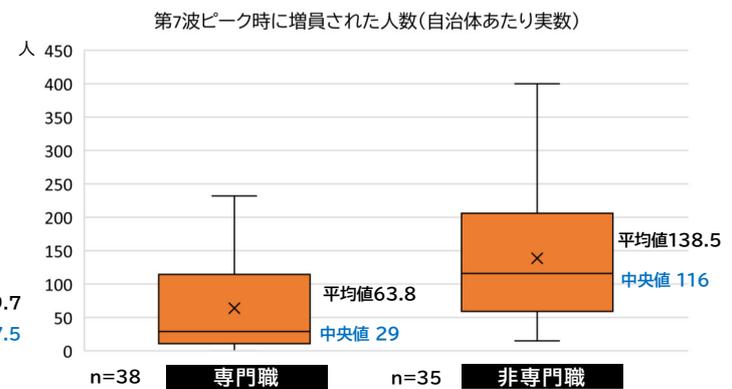
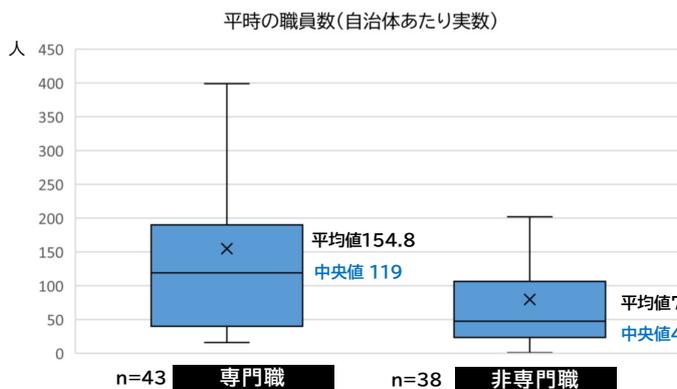
自治体あたり実数

①保健所体制強化（職員数）（1/4）

- 平時（コロナ発生前）の保健所の専門職員数・非専門職員数（中央値）は119人・47.5人。
- 第7波ピーク時、保健所の専門職員数・非専門職員数の増員数（中央値）は29人・116人。

平時（コロナ発生前）

第7波ピーク時（増員数）



最大値	399	202
第3四分位数(75%位置)	190	106.5
中央値	119	47.5
第1四分位数(25%位置)	40	23.5
最小値	16	0

最大値	232	400
第3四分位数(75%位置)	114.5	206
中央値	29	116
第1四分位数(25%位置)	10.75	59
最小値	1	15

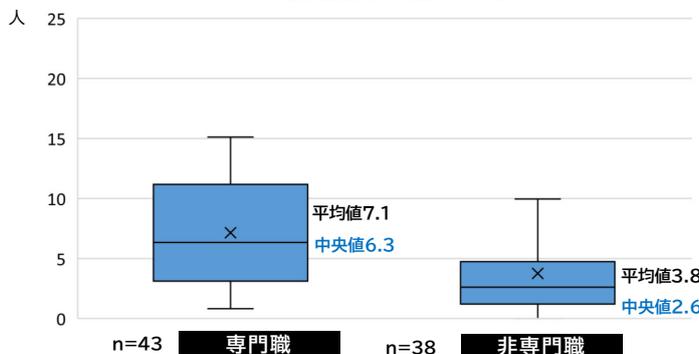
72

①保健所体制強化(職員数)(2/4)

- 平時(コロナ発生前)の保健所の専門職員数・非専門職員数(人口10万人あたり中央値)は6.3人・2.6人。
- 第7波ピーク時の保健所の専門職員数・非専門職員数の増員数(人口10万人あたり中央値)は1.4人・6.5人。

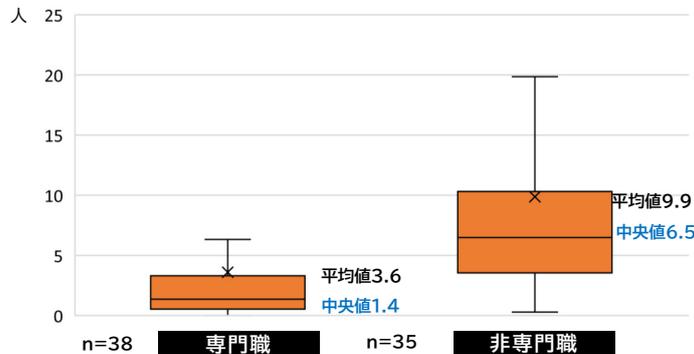
平時(コロナ発生前)

平時の職員数(人口10万人あたり)



第7波ピーク時
(増員数)

第7波ピーク時に増員された人数(人口10万人あたり)



最大値	15.1	10.0
第3四分位数(75%位置)	11.2	4.8
中央値	6.3	2.6
第1四分位数(25%位置)	3.1	1.2
最小値	0.8	0.0

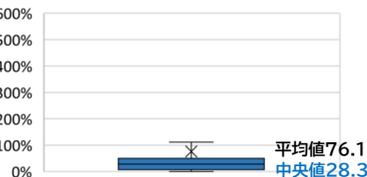
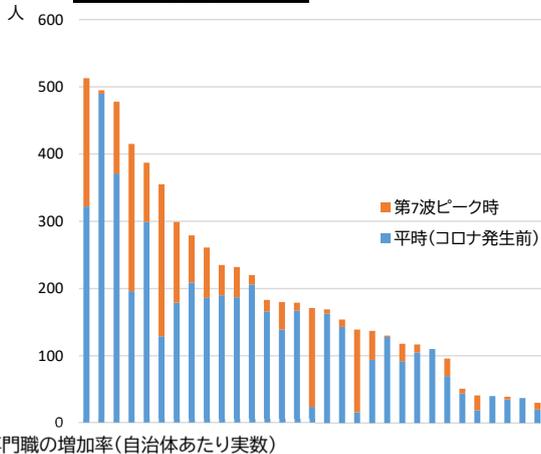
最大値	6.3	19.9
第3四分位数(75%位置)	3.3	10.3
中央値	1.4	6.5
第1四分位数(25%位置)	0.5	3.6
最小値	0.0	0.29

①保健所体制強化(職員数)(3/4)

- 都道府県別の平時の保健所職員数・増員数を示す(オレンジが増員分)
- ピーク時、多くの都道府県で、非専門職が増員されていることがわかる

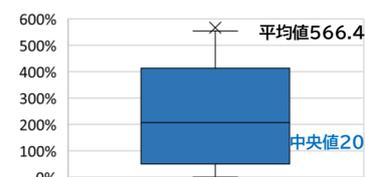
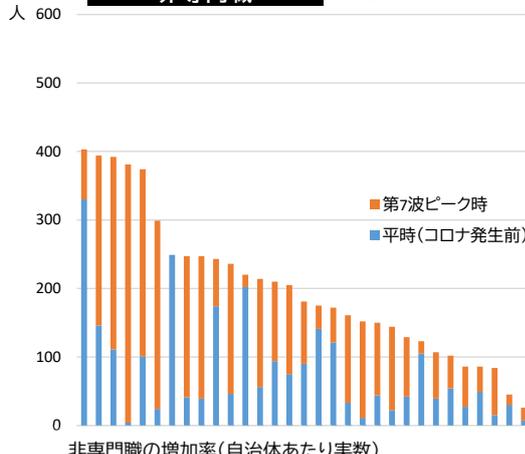
※平時・ピーク時の両者のデータのある31都道府県が対象

専門職 n=31



最大値	111.7
第3四分位数(75%位置)	50.0
中央値	28.3
第1四分位数(25%位置)	7.2
最小値	0.0

非専門職 n=31

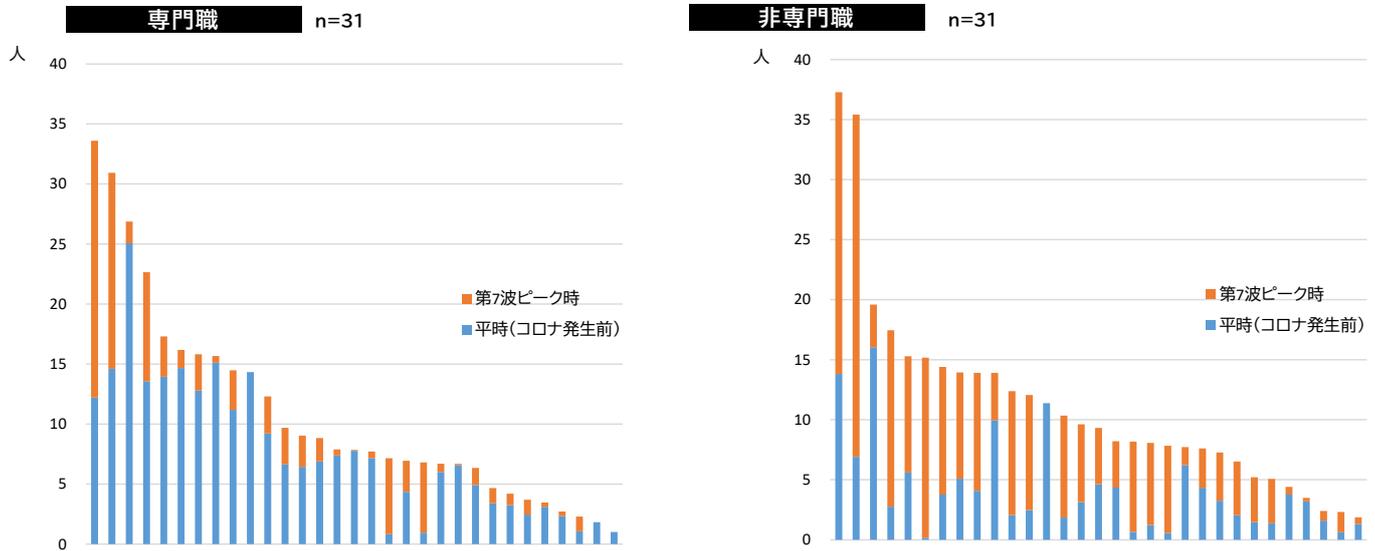


最大値	554.5
第3四分位数(75%位置)	413.0
中央値	207.1
第1四分位数(25%位置)	50.0
最小値	0.0

※平時、第7波ピーク時の両方に回答のあった31自治体のデータ。それぞれ保健所職員数の多い順に並べており、左図と右図の自治体の並び順は対応していない。

①保健所体制強化(職員数)(4/4)

- 都道府県別の平時の保健所職員数・増員数(人口10万人あたり)を示す(オレンジが増員分)
- ピーク時、多くの都道府県で、非専門職が増員されていることがわかる
※平時・ピーク時の両者のデータのある31都道府県が対象

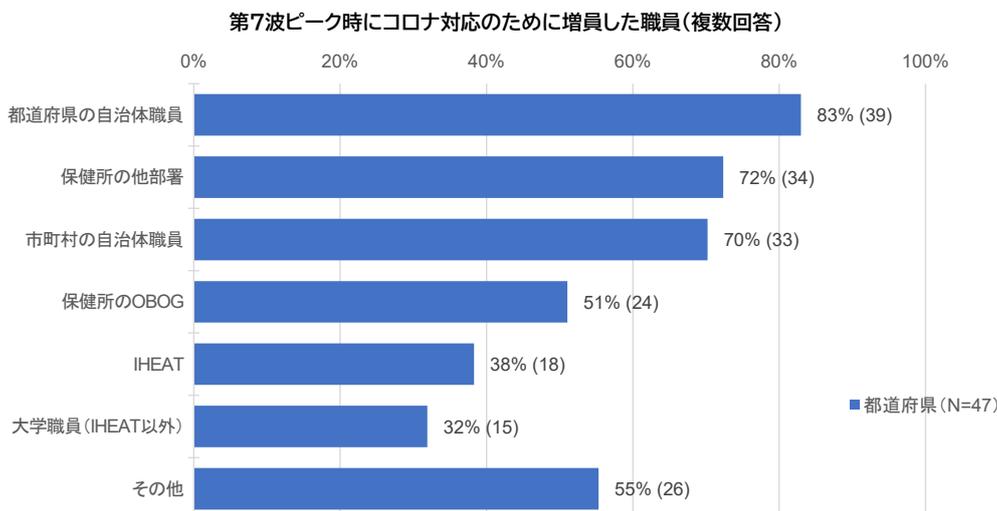


※平時、第7波ピーク時の両方に回答のあった31自治体のデータ。それぞれ保健所職員数の多い順に並べており、左図と右図の自治体の並び順は対応していない。

②保健所体制強化(応援元)

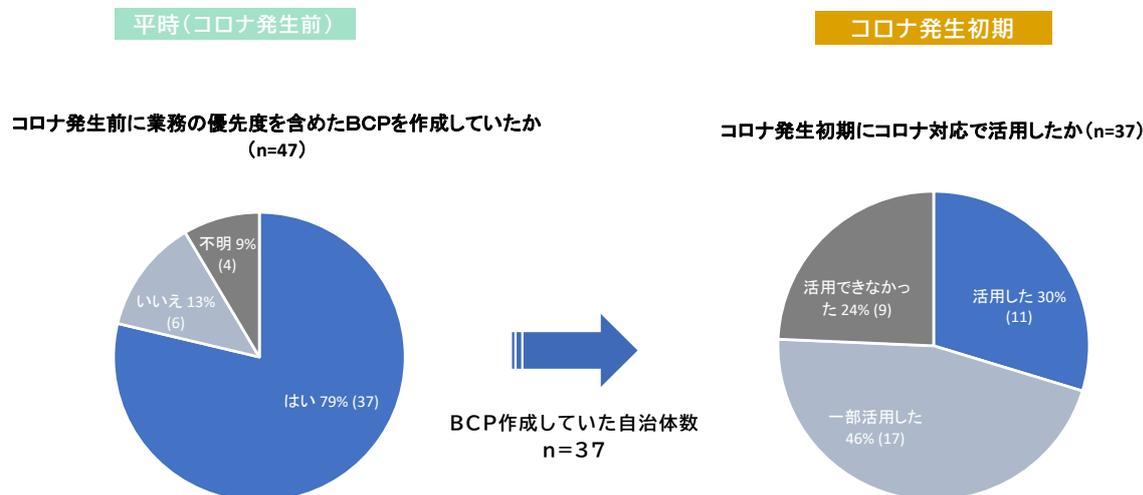
- コロナ対応のために増員した職員の所属は、
 - 都道府県の自治体職員(83%)
 - 保健所の他部署(72%)
 - 市町村の自治体職員(70%)
 - 保健所のOBOG(51%)

などが多くIHEATを活用した都道府県は38%であった。



①BCPの作成/活用

- コロナ発生前に業務の優先度を含めたBCPについては、37都道府県(79%)が作成していた。
- BCPを作成していた都道府県のうち76%が作成したBCPを活用(一部含む。)したと回答。



77

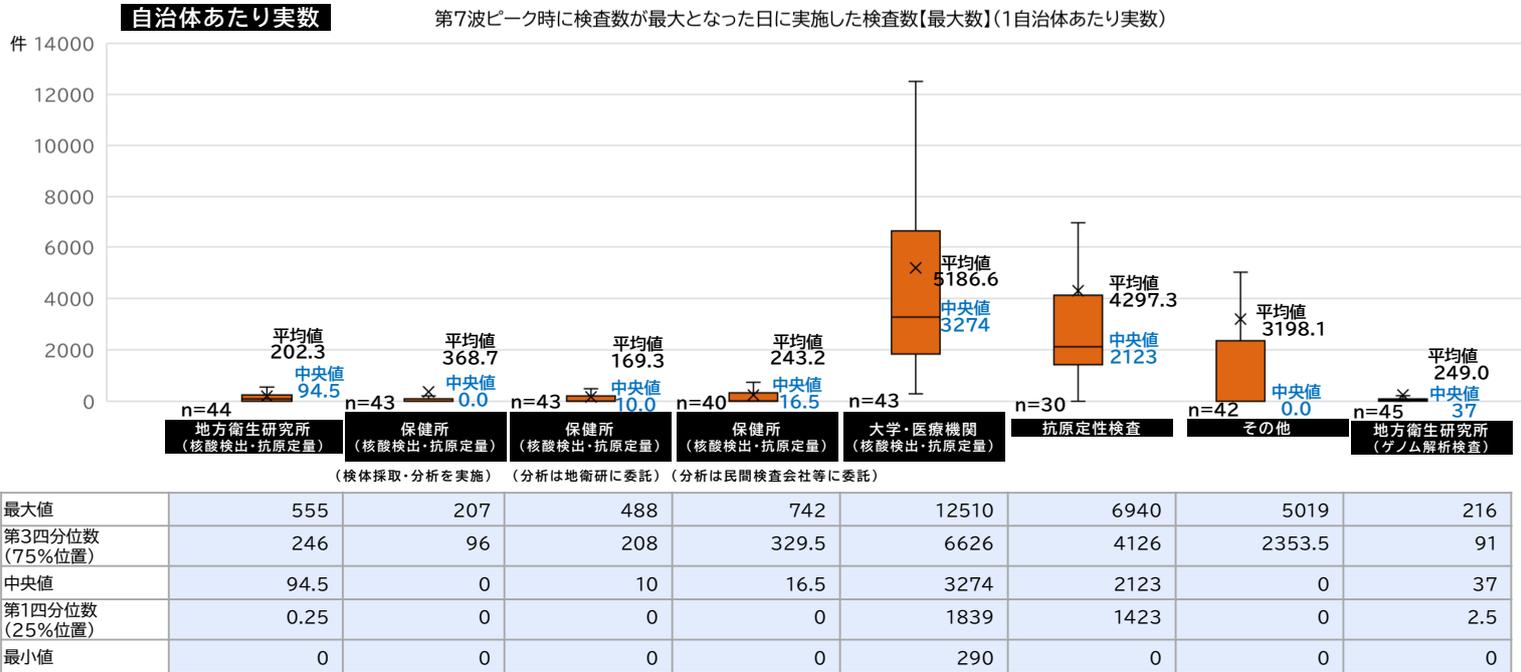
アンケート調査結果

- 医療（入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置、人材派遣、訓練）
- 宿泊療養・自宅療養（宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制）
- 保健所（体制、BCP）
- 検査（検査数、検体搬送）
- 備蓄（対象物資）
- 情報共有（体制）

78

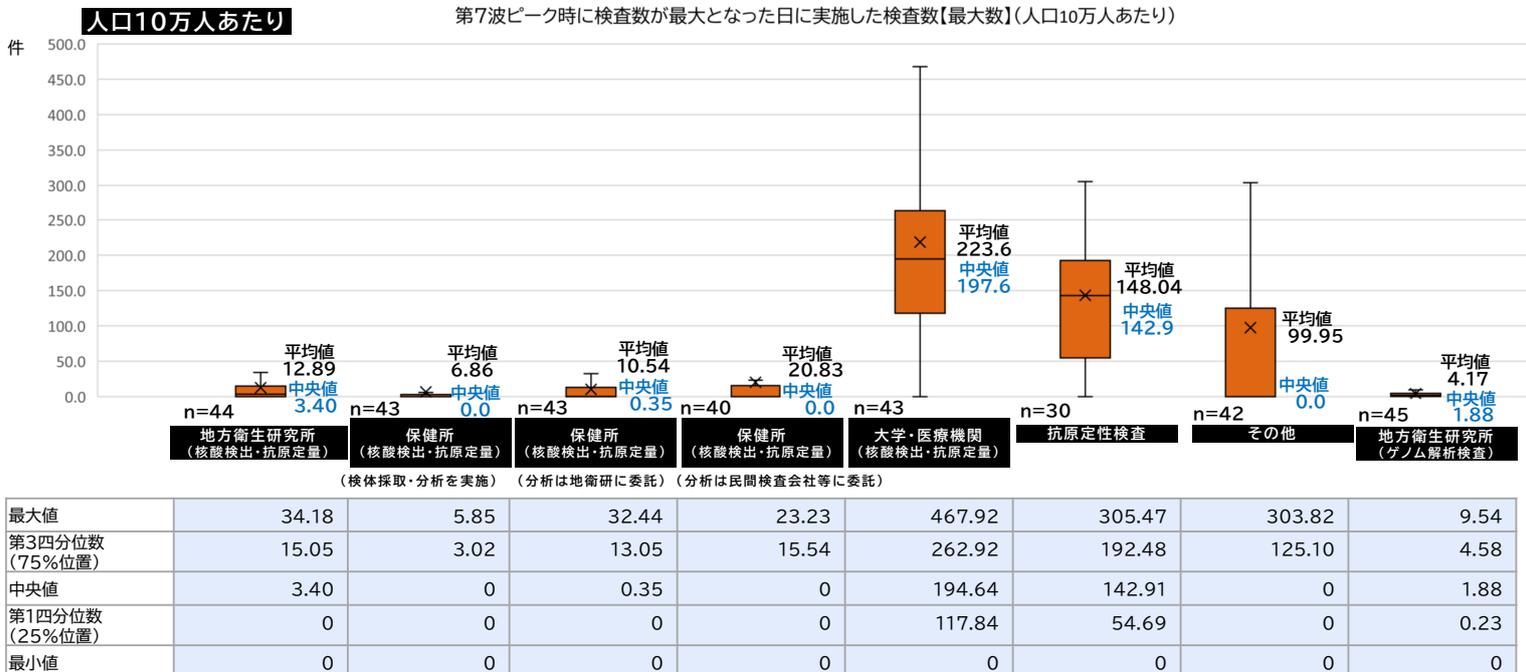
①検査機関別の検査数 (1/2)

- 第7波において、検査機関別、1日あたりの最大検査数(人口10万人あたり中央値)は、
 - 大学・医療機関(核酸検出・抗原定量検査)3,274件
 - 抗原定性検査 2,123件
- が多く、地方衛生研究所や保健所での検査の割合は少ない。



①検査機関別の検査数 (2/2)

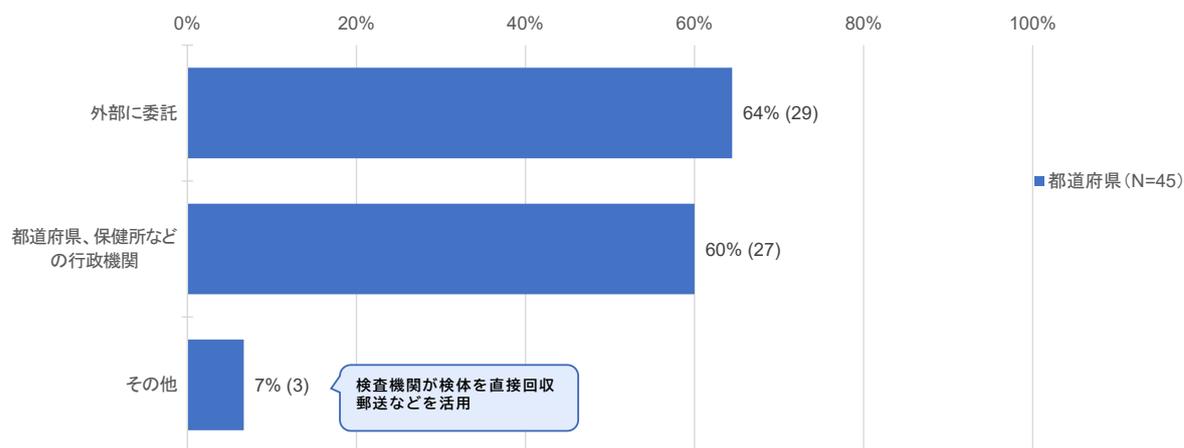
- 第7波において、検査機関別、1日あたりの最大検査数(人口10万人あたり中央値)は、
 - 大学・医療機関(核酸検出・抗原定量検査)197.6件
 - 抗原定性検査 142.9件
- が多く、地方衛生研究所や保健所での検査の割合は少ない。



① 検体搬送主体

- 第7波ピーク時の検体搬送の主体は、外部委託(62%)、行政機関(57%)のいずれか、又は両方を活用している都道府県が多かった。

第7波ピーク時に検体搬送を行った主体(複数回答)



81

アンケート調査結果

- 医療 (入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置、人材派遣、訓練)
- 宿泊療養・自宅療養 (宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制)
- 保健所 (体制、BCP)
- 検査 (検査数、検体搬送)
- 備蓄 (対象物資)
- 情報共有 (体制)

82

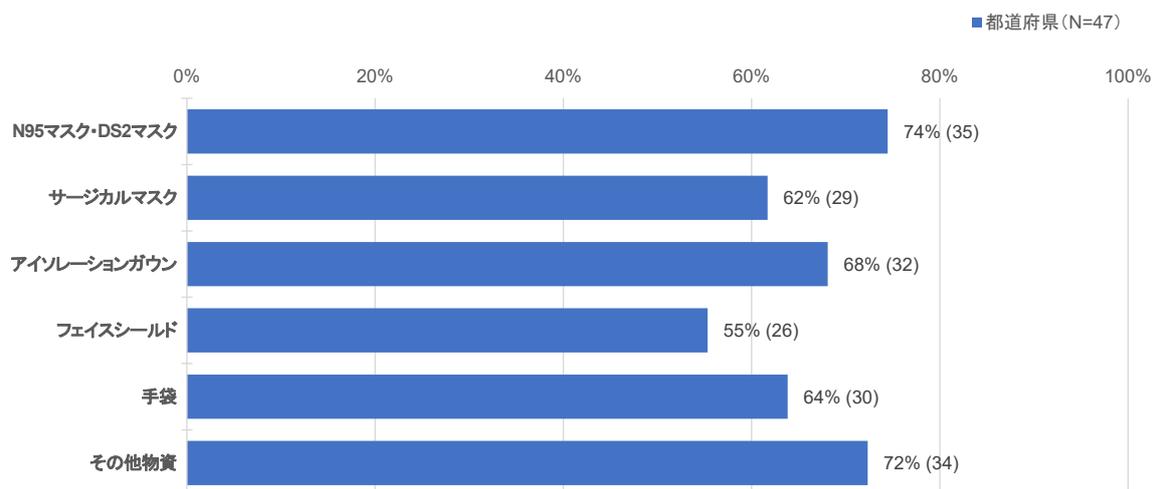
①備蓄対象物資【新興感染症対策】(1/3)

● 新型コロナ発生前に新興感染症対策としての備蓄物資として、

- N95・DS2マスク(74%)
- アイソレーションガウン(68%)
- 手袋(64%)
- サージカルマスク(62%)

などは、半数以上の都道府県が備蓄をしていた。

平時(コロナ発生前)に、新興感染症対策として何を備蓄していたか(複数回答)



83

①備蓄対象物資【新興感染症対策】(2/3)

● 新型コロナ発生前の新興感染症対策の備蓄数は、都道府県間ではばらつきが大きい。

自治体あたり実数



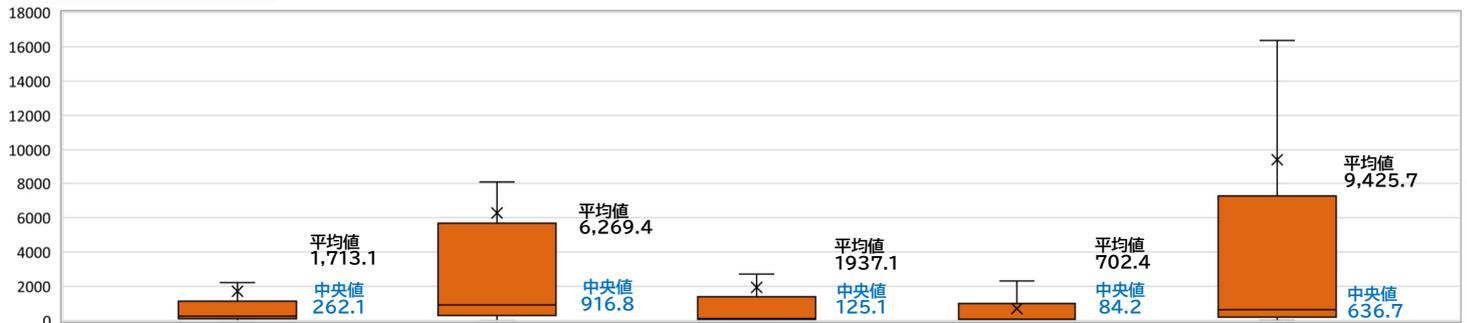
	N95マスク・DS2マスク (n=28)	サージカルマスク (n=21)	アイソレーションガウン (n=25)	フェイスシールド (n=21)	手袋 (n=24)
最大値	29,490	228,580	32,000	37,057	318,000
第3四分位数 (75%位置)	20,445	104,400	24,066.5	17,200	148,037.5
中央値	5,660	40,000	3,400	915	15,200
第1四分位数 (25%位置)	1,920	8,625	835	502	4,977
最小値	30	100	11	165	390

84

①備蓄対象物資【新興感染症対策】(3/3)

- 新型コロナ発生前の新興感染症対策の備蓄数は、人口10万人あたりでも都道府県間でばらつきが大きい。

人口10万人あたり



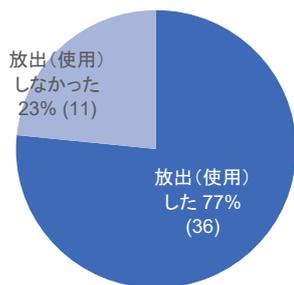
	N95マスク・DS2マスク (n=28)	サージカルマスク (n=21)	アイソレーションガウン (n=25)	フェイスシールド (n=21)	手袋 (n=24)
最大値	2,216.8	8,077.2	2,709.2	2,308.2	16,363.0
第3四分位数 (75%位置)	1,133.4	5,675.1	1,395.3	1,002.6	7,263.8
中央値	262.1	916.8	125.1	84.2	636.7
第1四分位数 (25%位置)	113.3	304.3	50.5	19.7	205.9
最小値	1.04	5.7	0.6	4.5	10.7

85

②備蓄対象物資の使用

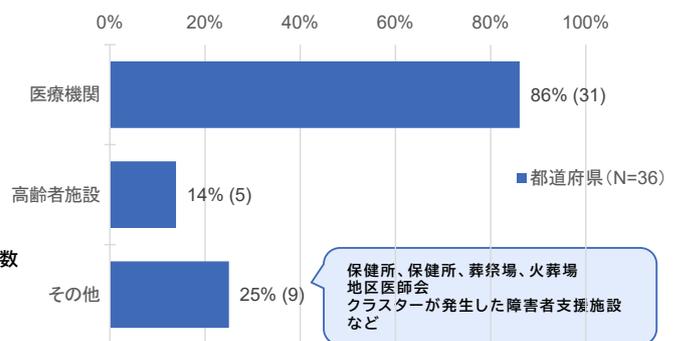
- 平時の備蓄品については、77%の都道府県が「放出(使用)した」と回答しており、そのうち医療機関で使用されたという回答が86%で最も多かった。

コロナ発生初期に備蓄していた物資をコロナ対応の為に放出(使用)したか(n=47)



備蓄物資を放出した自治体数 n=36

コロナ発生初期に物資はどこに放出したか(複数回答)

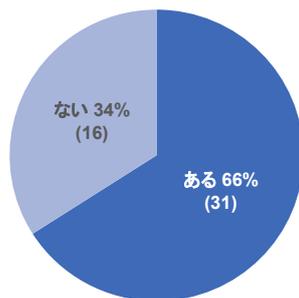


86

③備蓄対象物資の備蓄計画 (1/3)

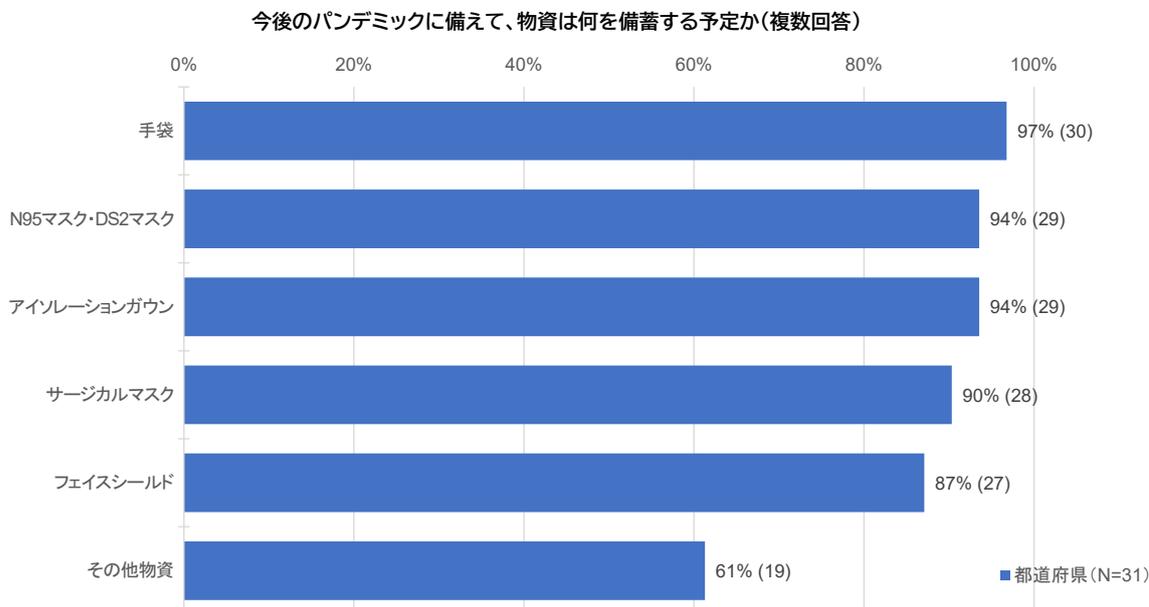
- 次のパンデミックに向け31(66%)の都道府県が備蓄の計画がある。

今回のコロナ対応を受けて、次のパンデミックに備えて物資を備蓄する計画はあるか(N=47)



③備蓄対象物資の備蓄計画 (2/3)

- 備蓄の計画がある都道府県(N=31)のうち、90%以上の都道府県で、「手袋」、「N95・DS2マスク」、「アイソレーションガウン」、「サージカルマスク」の備蓄が計画されている。



③備蓄対象物資の備蓄計画 (3/3)

- 今後の備蓄計画として、流通備蓄する、使用期限前に医療機関等に配布するといったコメントがあった。

回答内容	
使用期限・備蓄方法	使用期限に応じて適宜購入する
	流通備蓄の構想
	県内の個人防護具製造業者と優先調達協定を締結し、緊急時の調達先を確保することでその協定を備蓄に代える。
	5年更新
配布	使用期限が近い個人防護具を医療機関へ配布し、配布した数量だけ購入し、補充する。
	使用期限前に、医療機関・消防本部へ配布予定。
用途	訓練用の備品として使用している
その他	予定はしているが、予算要求中のため措置されるか不明

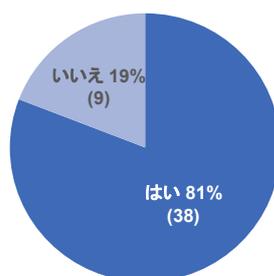
アンケート調査結果

- 医療 (入院、外来診療、後方支援、臨時応急処置、人材派遣、訓練)
- 宿泊療養・自宅療養 (宿泊療養、自宅療養、高齢者施設等における療養、移送体制)
- 保健所 (体制、BCP)
- 検査 (検査数、検体搬送)
- 備蓄 (対象物資)
- 情報共有 (体制)

①情報共有体制

- コロナ発生初期の情報共有については、平時に整備していたとおりに「情報共有ができた(81%)」という回答が多かった。

コロナ発生初期に平時に整備していた情報共有の体制通りで対応ができたか(N=47)



91

②情報共有体制の課題/工夫点

- 情報共有体制については、全国でのシステム導入前に独自のシステムを導入した例があった。またシステム以外では、リエゾン派遣等で情報共有した例もある。
- その他、個人情報については全国の統ルールを望む意見もあった。

回答内容	
国との連携	国へのリエゾン派遣 国（厚労省）から来ている幹部職員がいたことから、当初から国との連絡体制は整っていた。
担当	担当係を新たに設置し、情報共有を図った。
	部局をまたがる事案について、新型コロナ対策支援班において調整を図り対応した。
公表範囲	2020年1月24日に政令・中核市保健所と県型保健所の患者情報及び県における公表の一元化を決定 第1波当初、患者情報をリアルタイムに共有するシステムが存在しなかったため、2020年4月20日にKintone（クラウドシステム）を活用した独自のシステム「新型コロナウイルス対応情報管理システム」を導入。（全国でのHER-SYS運用開始は2020年5月29日）
	感染者の個人情報の公表範囲が都道府県ごとに異なっていたことにやりにくさを感じた。国には、全国統一の公表ルールを作っていただきたい。

92

「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

研究分担者:田辺正樹

医療機関アンケート結果

2023年5月

アンケート調査結果

アンケート調査設計

COVID-19発生時の医療機関の現状に関するウェブアンケート調査を実施

- 調査期間:2022年11月11日～12月9日
- 回答数および回答率

調査対象[略称]※	調査対象母数	回答数	回答率
特定/第1種感染症指定医療機関[特定/1種]	58件	16件	27.6%
第2種感染症指定医療機関[2種]	478件	82件	17.2%
感染対策向上加算1算定病院/重点医療機関[加算1等]	785件	230件	29.3%
合計	1321件	328件	24.8%

※特定または第1種感染症指定医療機関は[特定/1種]に区分

上記以外の第2種感染症指定医療機関は[2種]に区分

感染症指定医療機関以外で、感染対策向上加算1算定または重点医療機関は[加算1等]に区分

アンケート設問内容

設問内容

※ コロナ発生前(2019年12月時点)
 ※ コロナ対応通期(2020年1月~2022年9月)

※ 第1波(2020年1月~2020年6月)
 ※ 第5波(2021年7月~10月)
 ※ 第7波(2022年7月~9月)

大項目	中項目	設問概要	ページ
1. COVID-19 対応状況 (施設・設備等)	(1)受入体制	① 患者受入状況:第1波、第5波、第7波、コロナ対応通期	7
		② 配慮を要する患者の受入状況:第1波、コロナ対応通期	12
		③ 一般医療への影響:第5波	17
	(2)ゾーニング	① コロナ病床の分布:コロナ対応通期	20
		② ゾーニング方法:コロナ対応生通期	22
		③ コロナ対応病棟・病床の種類:コロナ対応通期	27
	(3)消毒滅菌・廃棄物・リネン	① 消毒滅菌:コロナ対応通期	29
		② 感染性廃棄物:コロナ対応通期	31
		③ リネン類:コロナ対応通期	33
	(4)検査	① コロナ検査機器:現在	36
		② コロナ検査対応状況:第1波、第5波、第7波、コロナ対応通期	38
		③ 検査(その他):現在	40
	(5)集中治療	① 集中治療室内の陰圧個室:現在	41
		② 重症患者に対応可能な設備:現在	42
(6)透析治療	① 人工透析実績(入院):コロナ対応通期	43	
	② 人工透析実績(外来):コロナ対応通期	44	
(7)手術室・剖検室	① 感染症対応可能な手術室:コロナ発生前、コロナ対応通期	46	
	② 感染症対応可能な剖検室:コロナ発生前、現在	48	
(8)施設・設備改修	① コロナ対応のために行った施設・設備改修:現在	49	
(9)機器等の購入	① コロナ対応のために購入した機器等:現在	51	
	② コロナ対応のために購入した機器等の台数:現在	53	

アンケート設問内容

設問内容

大項目	中項目	設問概要	ページ
2. 感染症病 室の設備	(1)第1種感染症病室	① 第1種感染症病室の設備要件:現在	56
		② 第1種感染症病室における面会:現在	60
		③ 第1種感染症病室における集中治療:現在	61
	(2)第2種感染症病室	① 第2種感染症病室の設備要件:現在	62
		② 第2種感染症病室における面会:現在	65
		③ 第2種感染症病室における集中治療:現在	66
	(3)感染症病床以外の 感染症対応室	① 感染症病床以外の感染症対応室(概要):現在	67
		② 感染症病床以外の感染症対応室(外来・救急外来・透析・手術室・内視鏡・CT):現在	69
		③ 感染症病床以外の感染症対応室(一般病棟):現在	75
④ 感染症病床以外の感染症対応室(集中治療室):現在		78	
3. 人材	(1)医師・看護師	① 感染症対応のための医師・看護師確保:コロナ対応通期	83
		② 人員体制マニュアル:コロナ発生前、コロナ対応通期、現在	84
	(2)研修	① 感染患者受入れに関する院内研修:現在	86
(3)人材派遣	① 他機関への人材派遣:コロナ対応通期	87	
4. その他	(1)コロナ対応にかかる 会議体	① コロナ対応にかかる会議体(開始時期):コロナ対応通期	92
		② コロナ対応における会議体(構成員):コロナ対応通期	93
	(2)BCP	① 感染症用のBCP作成:発生前・活用状況:コロナ対応通期	94
	(3)備蓄	① コロナ発生前における新興感染症用の備蓄状況:コロナ発生前	95
		② 今後のパンデミックに備えた備蓄検討状況:現在	98
	(4)サーベイランス	① HER-SYSへの入力担当者:第5波、現在	101
	(5)治験	① コロナ関連の治験参加実績:コロナ対応通期	102
		② 治験に参加しない理由:コロナ対応通期	103

アンケート調査結果概要

5

アンケート調査結果

- COVID-19対応状況(施設・設備等)

- 受入体制
- ゾーニング
- 消毒滅菌・廃棄物・リネン
- 検査
- 集中治療
- 透析治療
- 手術室、剖検室
- 施設・設備改修
- 機器等の購入

- 感染症病室の設備

- 第1種感染症病室
- 第2種感染症病室
- 感染症病床以外での感染症対応室

- 人材

- 医師・看護師
- 研修
- 人材派遣

- その他

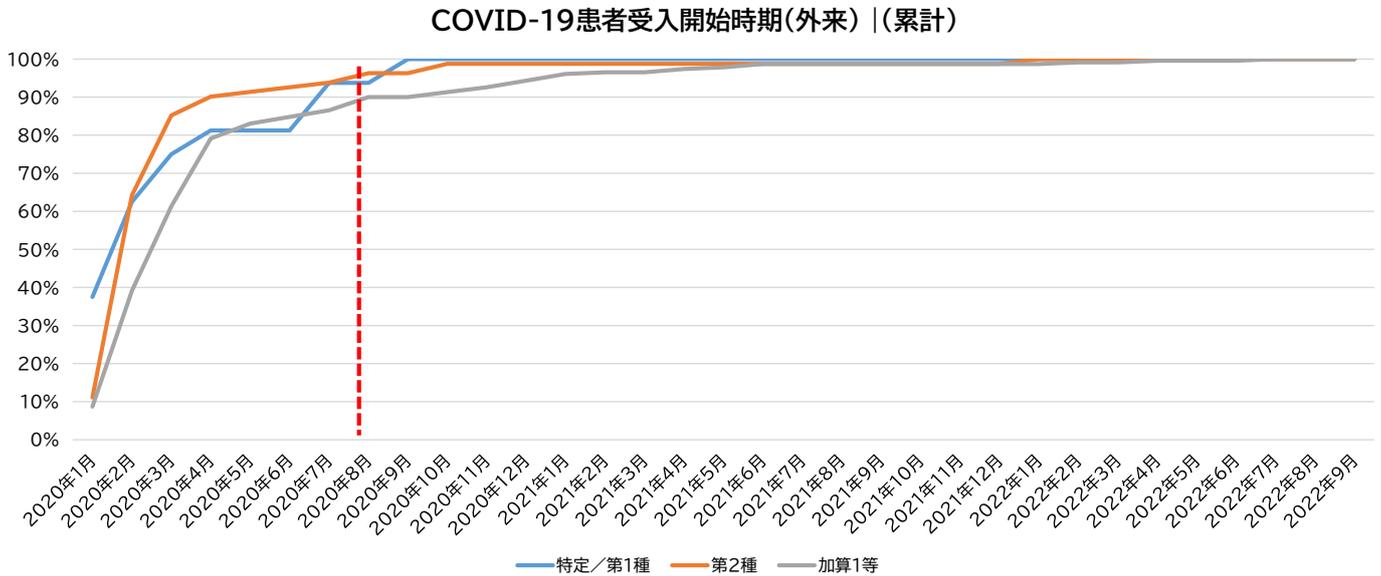
- コロナ対応にかかる会議体
- BCP
- 備蓄
- サーバイランス
- 治験

6

①患者受入状況

COVID-19患者受入開始時期(外来)

外来患者の受入開始は、2020年3月までに急峻に立ち上がり、その後徐々に増加し、2020年8月には、基幹的医療機関の90%以上が、外来受入を行った。



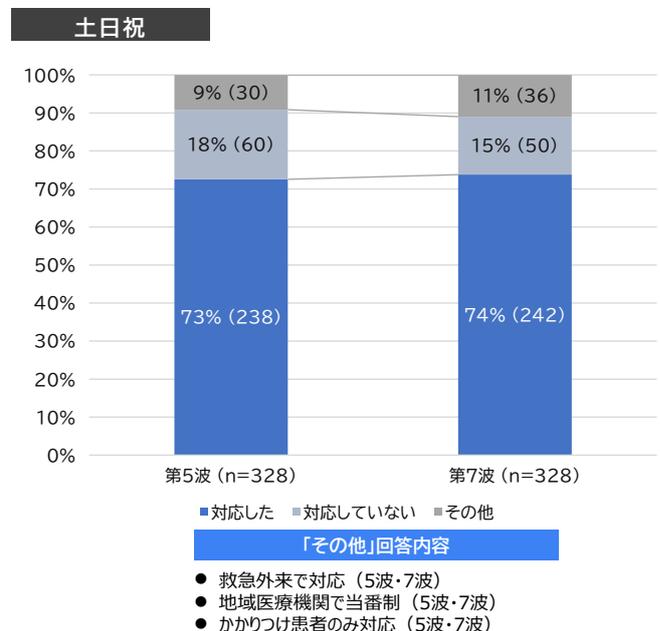
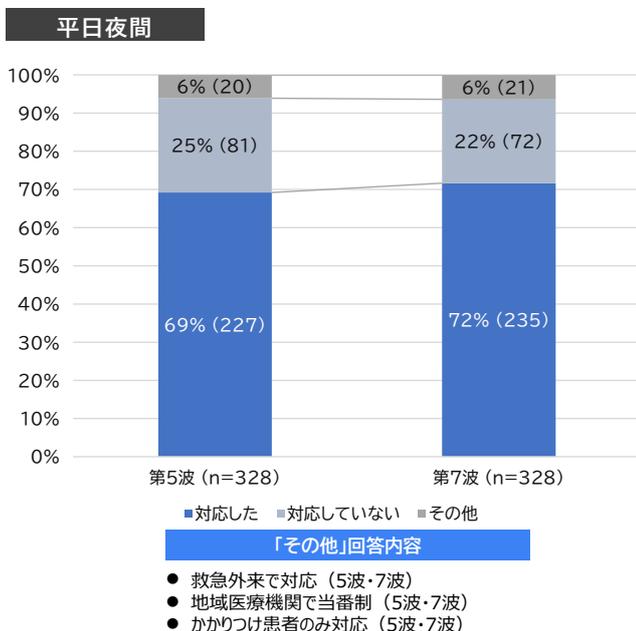
7

①患者受入状況

外来の平日夜間・土日祝の対応(第5波、第7波)

第5波、第7波では、時間外の外来対応に大きな差はなく、約70%の医療機関が平日夜間及び土日祝に対応していた。

外来の平日夜間対応状況



8

①患者受入状況

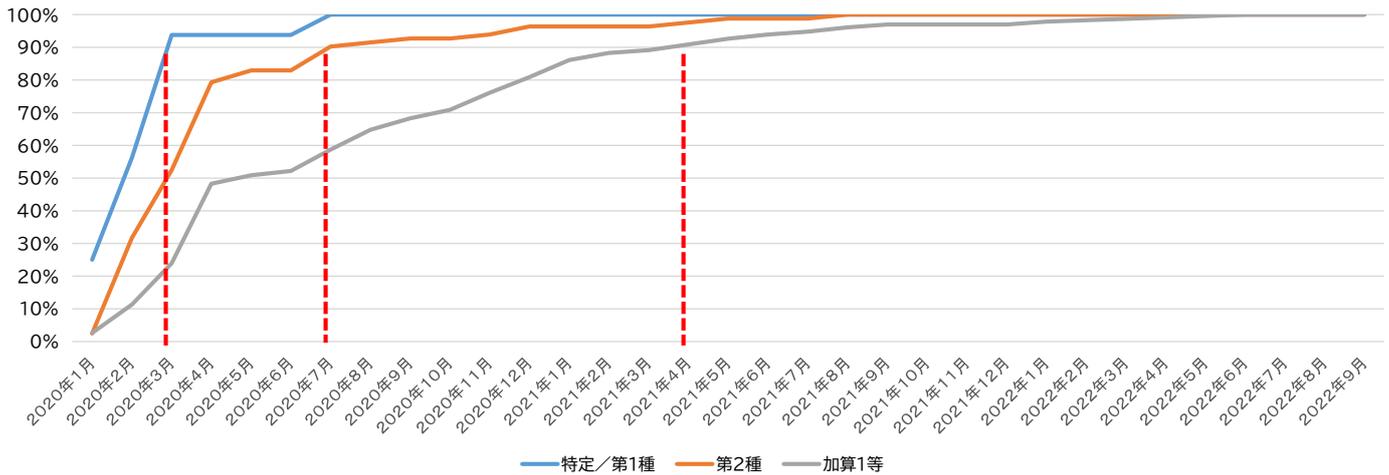
COVID-19患者受入開始時期(入院)

入院患者の受入開始は、医療機関区分によって立ち上がりが異なり、

- 特定/第1種は、パンデミック発生約2か月後の**2020年3月に90%**
- 第2種は、パンデミック発生約6ヶ月後の**2020年7月に90%**
- 加算1/重点医療機関は、パンデミック発生1年以降の**2021年4月に90%** に達した。

※実際に受入時期に関する質問であり、病床確保の時期とは異なる

COVID-19患者受入開始時期(入院) | (累計)



9

①患者受入状況

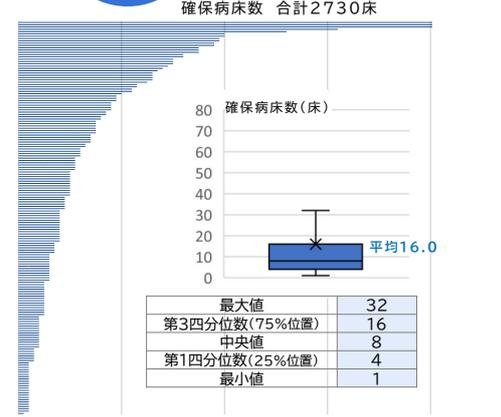
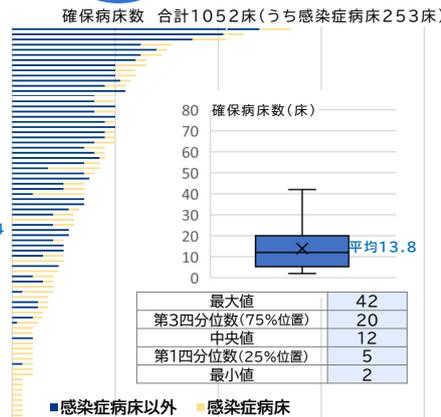
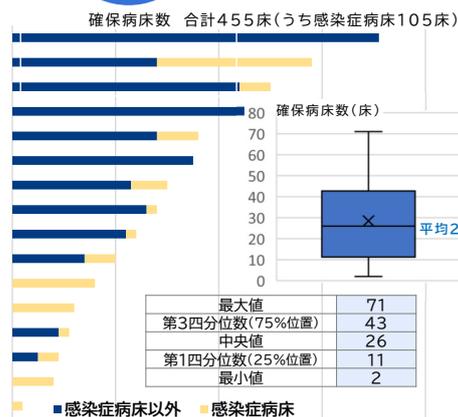
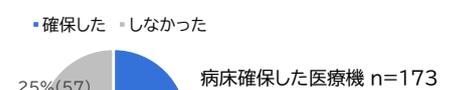
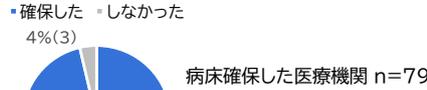
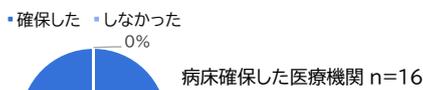
COVID-19患者用病床数 (1/2) ~医療機関種別・感染症病床別~

第1波対応時、特定/第1種は回答のあった全ての医療機関で病床確保をしており、平均28床(うち、感染症病床が約23%であった)。第2種は、96%の医療機関で病床確保をしており平均14床(うち、感染症病床が24%であった)。加算1等は、75%で病床確保しており、平均16床であった。

特定/第1種 (n=16)

第2種 (n=82)

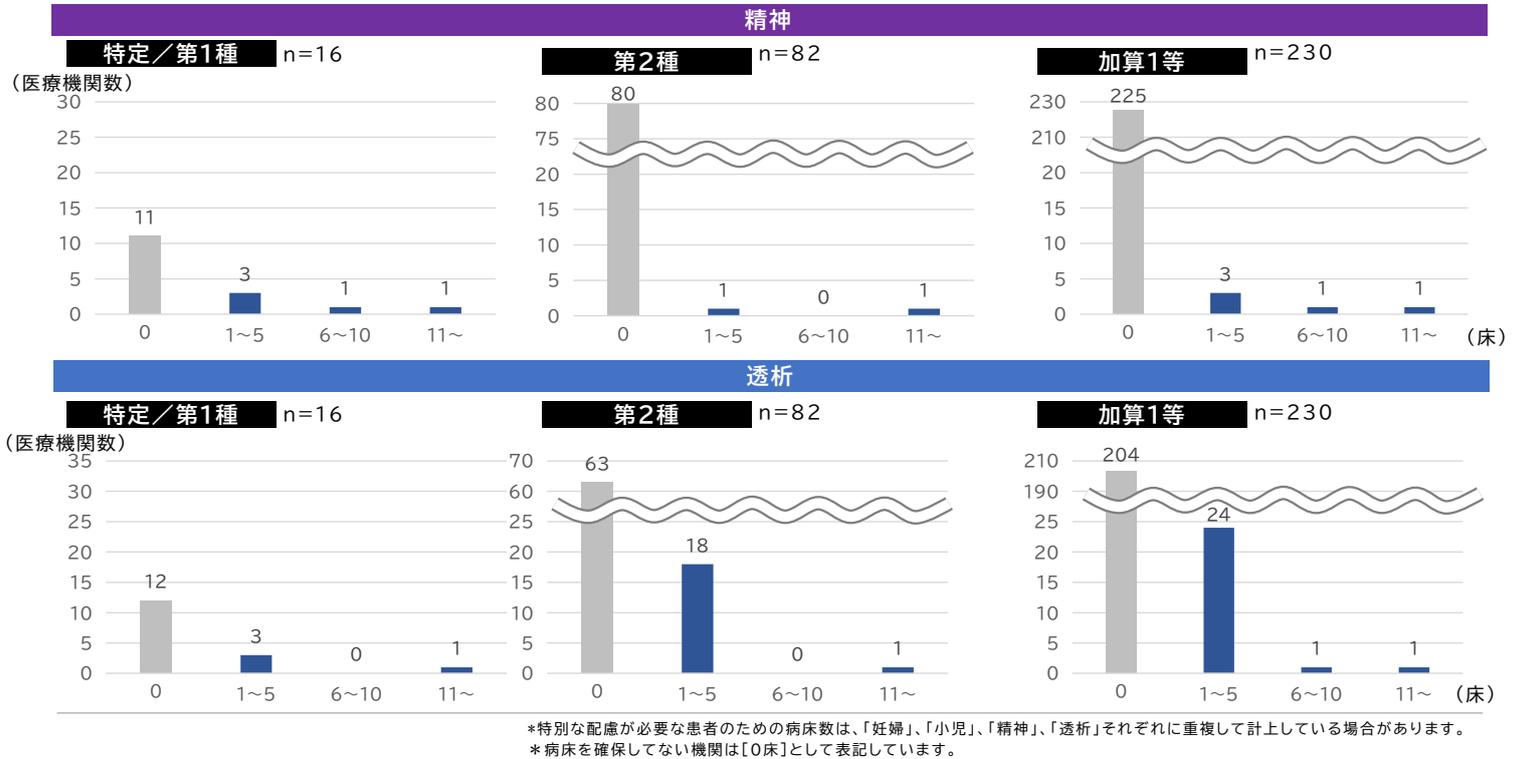
加算1等 (n=230)



*厚生労働省HP第二種感染症指定医療機関指定状況より、感染症病床数の最大が32床であるため、33床以上と回答した機関は集計から除外
*医療機関内で「感染症病床」と呼称している病床を計上している場合を含む

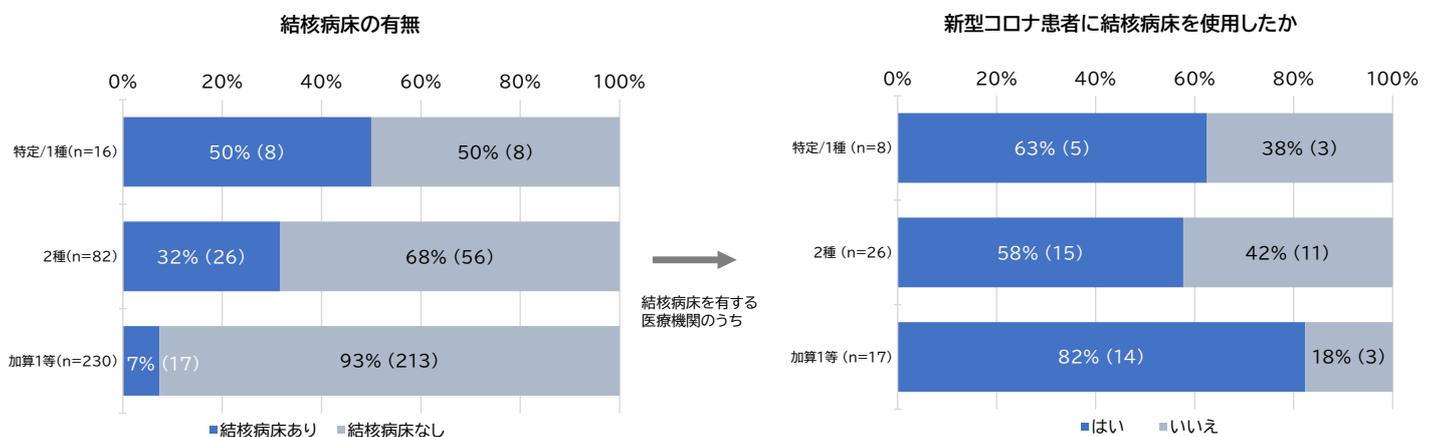
特殊病床(配慮を要する患者用)(2/2) ~精神・透析~

第1波時では、特定/1種感染症指定医療機関の31%が精神用、25%が透析用の病床を確保していた一方、精神用の病床を確保していたのは、第2種・加算1等ともに2%程度、透析用については、第2種23%、加算1等11%であった。



特殊病床(結核病床)

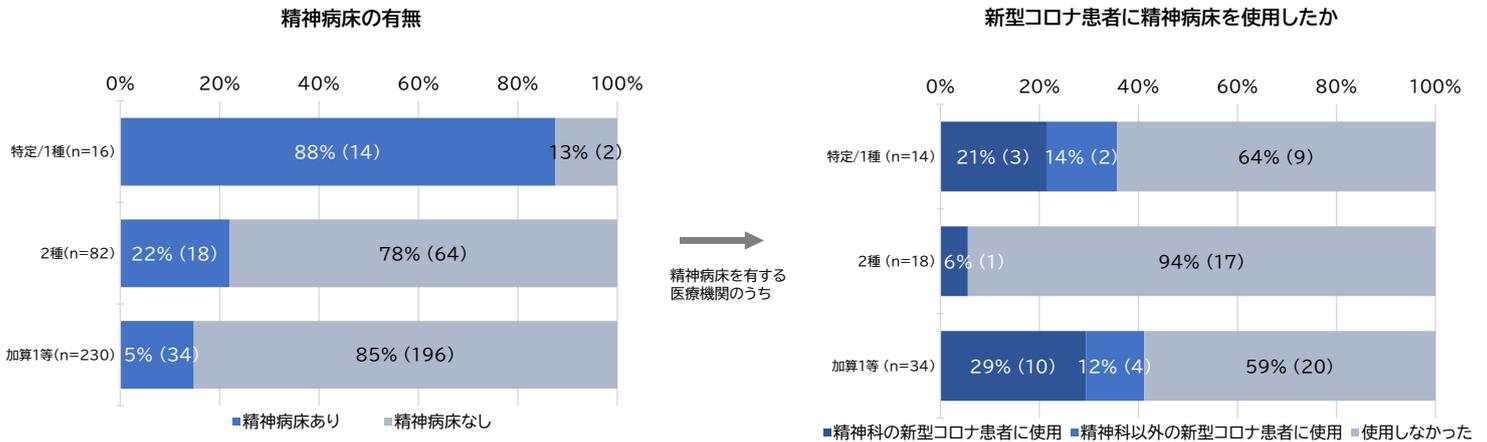
結核病床を有する各医療機関の約60%が新型コロナ患者に病床を利用していた。結核病床の利用割合は、[特定/1種]63%(5機関)、[2種]58%(15機関)、[加算1等]82%(14機関)であった。



特殊病床(精神病床)

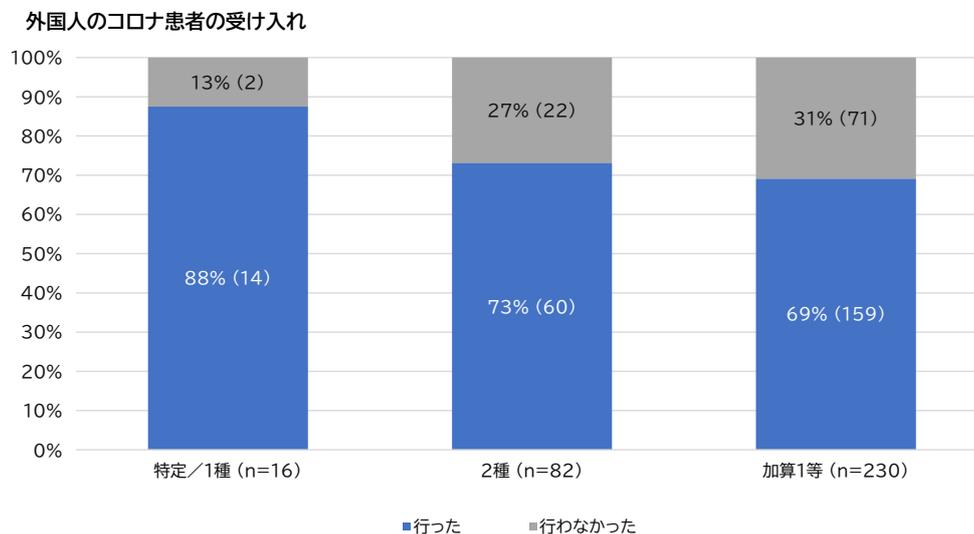
精神病床の保有状況は[特定／第1種]88%に比し、[第2種]22%、[加算1等]15%では保有割合が少ない状況である。

精神病床を精神科の新型コロナ患者に使用した医療機関がある一方、精神科以外の新型コロナ患者に使用した医療機関もあった。



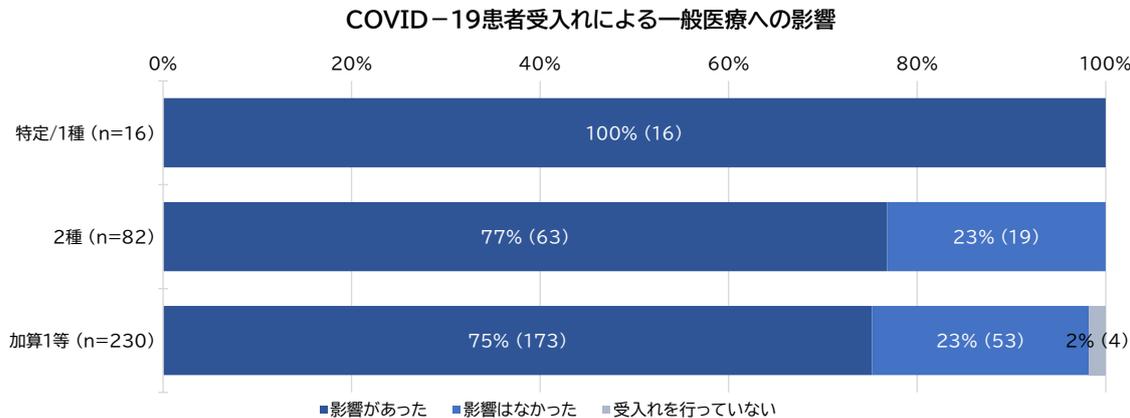
外国人受け入れ実績

外国人の受入については、[特定/1種]が88%と最も高く、[2種][加算1等]は70%程度を受入率であった。



患者受入れによる一般医療への影響(1/3)

第5波時(2021年7月~10月)、[特定/1種]では100%、それ以外の医療機関区分でも75-77%の医療機関において、コロナ患者受け入れにより一般診療が影響を受けていた。



17

患者受入れによる一般医療への影響(2/3)

一般医療にどのような影響があったか。

項目	回答例
入院・救急受入数や一般医療の減少	<ul style="list-style-type: none"> COVID-19患者用の病棟確保に伴う入院制限 病床稼働率の減少 予定手術を含む予定入院の制限 診療部、看護部共にPPE着用と運用での業務負担があるため受診患者数の制限を実施した。 外来患者数の減少 入院病床のひっ迫 医師、看護師の配置を含めすべてにおいて、コロナ対応を中心にせざるを得ない状況となり、手術制限などもあった 院内クラスターの発生に伴い、一定期間、診療を一部停止した。 救急医療の一部制限 入院患者数の減少、救急患者数の減少 ほぼすべての診療科の通常診療が停止した。 第1波時は、外来診療制限、入院稼働の制限を行った。第4波以後では、重症COVID-19患者受け入れのため、術後ICUへ入室する患者の受け入れが制限された。 第5波では重症患者が多く、ICU/HCU全30床のうち10床で重症対応を行った。HCUは2対1の看護配置に拡充、ICUでもコロナECMO対応で看護配置を拡充したので、一般の重症対応は3分の1以下に縮小せざるを得なかった。中等症コロナ病棟および救急外来現場もひっ迫し、一般医療の抑制が発生。コロナ前に比べて一般医療が3割強抑制された。 医師、看護師をCOVID-19対応に配置変えたため、手術、救急患者の受け入れ制限が生じた。 コロナ病床増床のために、一般(急性期)病棟をコロナ病棟(12床)に改築し、運用した。 病棟1か所を新型コロナ病床に転床したため、一般入院患者の受け入れが制限された 一般病床を縮小した 入院病床数を少なくした COVID-19受け入れ病床から一般病床へCOVID-19が拡大した(職員に感染者がおらず経路が不明)。 令和2年3月より急性期病棟1棟を新型コロナウイルス感染症患者受入専用病棟に転換したため病床数が減少した。令和2年度、3年度比較で入院患者数は約6000人減少した。 感染症病棟の病床拡大のため一般病棟を閉鎖して感染症病床へ変更した 緩和ケア病棟をコロナ病床としたため、緩和ケア患者の受け入れを制限せざるを得なかった。 休止病床が生じ、実働病床数が減少した。 コロナ陽性者受入数は日々変化するので、陽性者を受け入れる病床を一般病床として使用するのが困難だった。 当時は、COVID-19患者の病床は個室が大前提だった。当院は、4人床を1室として対応せざるを得ない状況であり、COVID-19の病室確保により、在室していた患者を一般床や地域包括病床などに転床せざるを得なかった。そのため、救急搬送された患者の受け入れ病床を確保するのに苦慮した。 緩和ケア病棟がなくなった 重症病床を一部COVID-19へ転用したため、重症患者を一般症に収容することや、夜間緊急入院を一般床で受けたこと
一般病床数の減少・実働病床の減少(休止病床の発生)	<ul style="list-style-type: none"> COVID-19受け入れ病床から一般病床へCOVID-19が拡大した(職員に感染者がおらず経路が不明)。 令和2年3月より急性期病棟1棟を新型コロナウイルス感染症患者受入専用病棟に転換したため病床数が減少した。令和2年度、3年度比較で入院患者数は約6000人減少した。 感染症病棟の病床拡大のため一般病棟を閉鎖して感染症病床へ変更した 緩和ケア病棟をコロナ病床としたため、緩和ケア患者の受け入れを制限せざるを得なかった。 休止病床が生じ、実働病床数が減少した。 コロナ陽性者受入数は日々変化するので、陽性者を受け入れる病床を一般病床として使用するのが困難だった。 当時は、COVID-19患者の病床は個室が大前提だった。当院は、4人床を1室として対応せざるを得ない状況であり、COVID-19の病室確保により、在室していた患者を一般床や地域包括病床などに転床せざるを得なかった。そのため、救急搬送された患者の受け入れ病床を確保するのに苦慮した。 緩和ケア病棟がなくなった 重症病床を一部COVID-19へ転用したため、重症患者を一般症に収容することや、夜間緊急入院を一般床で受けたこと

18

③一般医療への影響

患者受入れによる一般医療への影響(3/3)

一般医療にどのような影響があったか。

項目	回答例
処置・手術の延期	<ul style="list-style-type: none"> 手術件数の減少 予定手術の延期 緊急手術や緊急内視鏡検査以外の予定手術や検査、健診を中止した。
オペレーション面の問題	<ul style="list-style-type: none"> COVID-19病棟開設により、従来あった診療科を他の病棟に振り分けたことによるインシデントの発生 呼吸器内科の症例を元々とは異なる病棟で入院管理することになった 緩和ケア病棟を新型コロナウイルス感染症病棟に転用したため、緩和ケアの患者を一般病棟で受け入れることになった。 個室管理が必要な患者さんの受入に支障があった これまで入院していた方を他病棟に転棟した。受け入れた病棟でも自部署の入院受け入れや個室希望への対応が困難になる事例が発生した。受け入れ先の病棟は他科の患者を受け入れるため、医師との連絡や薬など、細かい業務が煩雑化し業務負担になった。
人員配置の問題	<ul style="list-style-type: none"> 診療体制 COVID-19入院隔離病棟運用には一般病棟より多い看護師配置人数を要するため、一般病棟や集中治療部門の看護師を一時的にCOVID-19入院隔離病棟に配置することにより、一部の一般病棟の一時休床や集中治療部門の入室制限および救急外来の応需制限など、一般医療に多大な影響があった。 入院時、手術時の抗原定量検査の実施 予定入院、手術患者全例に入院時PCR、抗原定量検査を実施。予定外来受診においても有症状者や接触歴の申告があった患者に対して検査実施し、陰性確認の上診療とした。 コロナ病棟に専属で看護職員を配置した結果、一般病棟に十分な看護職員を確保できなかったため、一般病棟への入院を抑制することがあった。 一般病棟個室で受け入れを行っていたため、看護師がCOVID-19患者の感染対策に手が取られてしまい、業務が煩雑になり十分な看護が行えない状況に陥る病棟があった。 看護師の不足、コロナ患者を診療する内科医師の負担 職員のコロナ感染者及び濃厚接触者などの待機・就業制限多数発生による欠員、コロナ入院病棟拡大による当該病棟の要員が発生。手術部門・内視鏡部門の制限（予定手術・内視鏡検査の制限）をかけた手術室部門・内視鏡室部門職員をそれぞれの職員応援（人員確保）を実施した。 院内クラスター発生により、医療スタッフの大幅なマンパワーダウン、入院患者からのクラスター発生により予定入院・手術の延期、救急のストップ、それらによる大幅な医療収益のダウン。 大学病院に所属している非常勤医の勤務が困難となることがあり、外来縮小となった。 コロナ病棟対応のために外来から看護師を応援で派遣。外来診療を縮小して行った。外来制限をしたため、紹介患者も通常より受け入れ可能人数が減り、待機可能患者さんへは受診日の調整を行った。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 資材の不足 風評被害や苦情 発熱時や他県から来院した際に時間を要する為、新規患者は対応に時間を要した。また、患者が発生した際には受診を拒む患者もいた。 外来患者・入院患者が減少し、収入が減少した。 患者、職員への誹謗中傷。COVID-19に関する一般市民からの問合せ。 感染管理部門への患者・職員からの問合せが増加した。（コロナ流行前からの比較） 一般病棟の在院日数が長期化した。 外来受診の問い合わせなどの電話やライフラインがつかないなどの支障があった。

1. COVID-19対応状況(施設・設備等) : (2)ゾーニング

①コロナ病床の分布

院内におけるコロナ病床の分布(1/2)

[特定/1種] では、5か所以上に分かれてコロナ病床を有する機関が約38%と、他の医療機関群よりも多い傾向にあった。[第2種][加算1等]の医療機関においては、1か所に対応した機関が最も多かった。

院内におけるコロナ病床の分布



※0床と回答した医療機関が感染対策向上加算1算定病院で1機関であったため、n数が1少ない

①コロナ病床の分布

院内におけるコロナ病床の分布(2/2)

院内に複数箇所コロナ病床を有した場合の概要

項目	回答例
基本的な分類	<ul style="list-style-type: none"> ● 中等症、重症、妊婦、透析患者 ● 重症、中等症、軽症、精神科、母子、小児 ● 軽症～中等症用病床と重症病床 ● 軽症～中等症用病床（酸素吸入は酸素マスクまで）と中等症病床（ネーザルハイフロー使用）に分担した ● 軽症・中等症Ⅰ用／中等症Ⅱ・重症用 ● 重症回復期（中等症含む）2病棟、重症集中治療2病棟 ● クラスター病床2床、コロナ受入病床1床（軽症・中等症）
どの病棟・病床を活用したか	<ul style="list-style-type: none"> ● 重症は当初、救急病棟へ、中等症から軽症は緩和ケア病棟へ収容 ● 重症者はICU、中等症以上はコロナ専用病床、専用病床が満床になった場合は各病棟、妊婦はMFICU、未熟児はNICU ● 一般床2部署とHCUの陰圧室、結核病棟を使用しました。 ● 救急病棟で重症病床、小児病棟で小児、産科病棟で妊婦、その他患者は呼吸器内科病棟で受け入れた
成人・小児を分けている例	<ul style="list-style-type: none"> ● ①成人軽症中等症用、②成人院内重症用、③妊婦、④小児軽症用（付添あり）、⑤小児中等症～重症および預かり入院用 ● ①ICU病棟：重症用病床。個室なので疑似陽性者両方に使用。②HCU病棟：工事で一部を区切りコロナ用にICU転換。重症用病床だが陽性者のみをまとめて対応できる場所とした。③一般病棟：成人軽症～中等症用。④小児病棟：小児軽症専用病床。
回復待ちの対応例	<ul style="list-style-type: none"> ● 重症用・中等～軽症用・時間はたっているがPCRなどが陰性化しない患者の解除待ち病棟 ● 発症直後の患者や中等症～重症の病棟と転院・退院が決まっているが一般病棟へは出せない患者
時期・流行株によって変えている例	<ul style="list-style-type: none"> ● 1波より、ICUは重症患者、高度救命センターは転院搬送患者の初療対応、東3階病棟は軽症中等症コロナ患者の受け入れを行った。4波以後は、一般病棟にて重症患者の管後、転院まで入院受け入れを行った。 ● 処置が多い時期と安定期で分けた ● 重症用病床、オミクロン株の特性に応じた重症、軽症

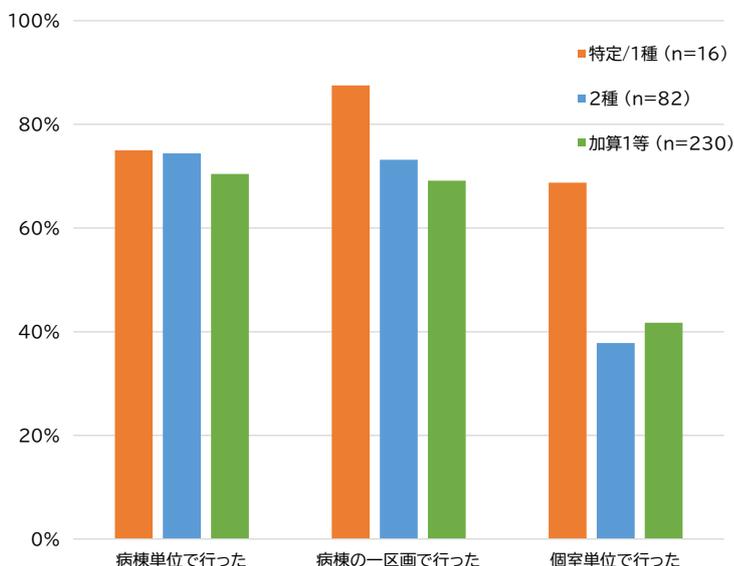
21

②ゾーニング方法

ゾーニング方法

病棟単位・病棟の一区画でゾーニングを実施している割合が高い。
 個室単位でのゾーニングについては、[特定/1種]では約70%、[第2種][加算1等]は40%程度。

各病院で行ったゾーニングの方法(複数回答)



その他のゾーニング方法

回答例
● アンギオ室・透析室
● 病棟単位でゾーニングできない場合、HEPAフィルターを室内で使用
● ビニールカーテン、壁を設置、ゾーニングを色分け
● 大部屋単位でのゾーニングの実施
● 時期により対応が異なる
● 救急外来の1区画
● 職員休憩室、シャワー室

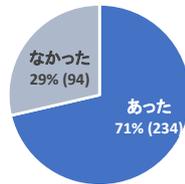
22

ゾーニングの課題(1/4)

70%以上の医療機関がゾーニング実施の際になんらかの課題を有していた。

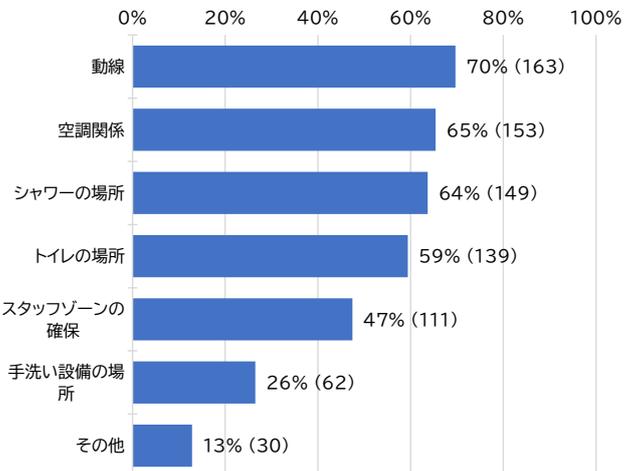
多かった課題としては、動線(70%)、空調設備(65%)、シャワー・トイレ(60%前後)などであった。

ゾーニングを行う際の課題 (n=328)

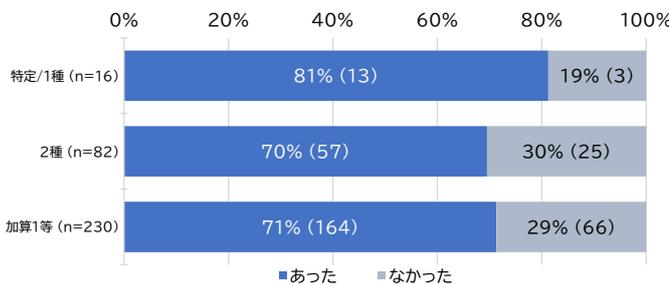


課題があった機関において (n=234)

ゾーニングを行う際の課題の詳細(複数回答)(n=234)



ゾーニングを行う際の課題|医療機関区分別



ゾーニングの課題(2/4)

ゾーニングを行う際の課題

項目	回答例
動線の確保	<ul style="list-style-type: none"> ● COVID-19以外の患者と動線を分ける ● 病棟単位でのゾーニングではなかったため、動線やスタッフ配置に苦労した ● 病棟の構造上他病棟との共用部分があり、動線の確保が難しかった。 ● 患者が入院する玄関から病棟までの動線を患者専用にする事ができず運用で対応している。 ● 収容場所や検査(レントゲン、CT等)への通路のゾーニング。 ● そもそも造りがゾーニングを想定していないため、交差してしまう。特に移動時は人払い、時間をずらすなどで対応した。 ● 一般病床において、当日の入院や24時間救急の患者の受け入れ状況から、病床コントロールを行いながら流動的にゾーニングを行う範囲を変更する対応であったため、ゾーニングの範囲が一定しないことによる職員への周知が間に合わず動線に混乱が生じていた。 ● 外来においては、患者出入口が複数あり、症状がある患者と一般患者のゾーニングに苦慮した。陽性患者受け入れにあたっての、受け入れ場所、出入口、コロナ対応病棟までの動線確保 ● 一般病床内に陽性患者を隔離空いた場合、同線の交差が起こった事。 ● PPE着脱場所の確保が困難 ● 非常用階段(一部)を閉鎖せざる追えない状況となった。部署でゾーニングをしても、胸部CT等でEV使用する際の運用に苦労した。 ● 集中治療室内の一角を確保したが、そこへ行き来する人、モノの動線が交差しないように取り決めることや関係者に周知し守っていただくことが難しかった。
パーテーションの設置	<ul style="list-style-type: none"> ● 重症病床は全個室で陰圧管理可能であったが、パーテーションを設置したいという現場からの意見があり、急遽設置した。 ● パーテーションや仕切りのカーテンの取り付けで物品の調達や工事の日程調整に時間がかかった ● HCUのオープンフロアにおいて、スタッフゾーンとの境界(グリーンとレッドの境界)など壁隔離(実際はビニル材で壁増設)の設置が大変であった。
レッドゾーンの・イエローゾーンの設定	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院受け入れ当初は、スタッフステーションをレッドとして扱わないといけなく、トイレ休憩もゆっくりにできない状況であった ● 浴室がイエローゾーンあり ● 各個室にシャワーがないこと。また、トイレがない個室があったため、シャワーやトイレを共有する必要があった。そのため、レッドゾーンを広く確保せざるを得なかった。 ● コロナ専用で作られていないため、グリーンゾーン、イエローゾーン、レッドゾーンの配置に迷った。 ● 前室がなくイエローゾーンが病室内となった。 ● 職員休憩室の前がイエローゾーンになった。 ● トイレが廊下にあるため、患者が廊下に出てくる場合、室内での隔離ができず、廊下までレッドゾーンとした。レッドゾーンヘダイレクトに入院するルートがなく、グリーンゾーンを通過して入院する。廃棄物等は外部を消毒薬で清拭してから持ち出してグリーンゾーンに持ち出す等決めるのが困った。ステーションがオープンカウンターのため、空気感染への職員の不安が強く、ステーションもレッドゾーンとするか迷った。 ● 一般病棟で一時的にコロナ陽性者を療養した場合、グリーンゾーンとレッドゾーンの区分けに苦慮した。特に周産期病棟で発生したクラスター対応で周産期(グリーン)と一般(レッドゾーン)の区分けとスタッフへの周知に苦慮した。 ● スタッフの動きやすいように、勝手にゾーニングが変更されてしまったことが困りました。 ● ナースステーションが開放状態なので、イエローとの境目が無い

②ゾーニング方法

ゾーニングの課題(3/4)

ゾーニングを行う際の課題

項目	回答例
通常業務・一般病棟への影響	<ul style="list-style-type: none"> ● 清掃作業、トイレの利用 ● 病棟の一区画でゾーニングを行った期間中、どちらかの対応を行っているときに別の区画からナースコールがあってもすぐに対応できない場合が多かった。 ● 入院病棟では一般浴のある位置がコロナ病棟内となってしまったため、ゾーニングの工夫や応用、他病棟の協力が必要になったこと。 ● スタッフの休憩場所の確保できなかった。 ● 一般患者を転院させなければならないケースが多かった。 ● 病棟の一部をコロナ専用エリアにしたためコロナ以外の患者や職員の不安の声が多く聞かれた。 ● 分娩室は一般の妊婦も使用するため、時間的ゾーニングが必要など対応を検討した。帝王切開術時の対応
設備面の制限	<ul style="list-style-type: none"> ● シャワーがついている部屋が20床中2室しかなかった。 ● 緩和ケア病床の空調は、個別排気になっていたが部屋毎に陰圧の程度に差があった。 ● 一般病棟では感染症を想定していない構造であった。 ● 医療機器、電子カルテなども陽性エリアに同じように準備が必要。備品の不足。 ● 一般病棟での空調管理と空気の流れを妨げずに隔離できるか ● 陰圧個室がないこと ● 病室内に患者さんや生体モニタを見守るカメラを設置するため、ゾーン内をカバーする無線LAN環境の配線工事を行った。感染患者が入院中での作業であり、感染対策をしながらの作業となり、困難なものであった。 ● コロナ専用病棟全体を陰圧にすること；工事を実施するまでに時間を要した。 ● 人工呼吸器装着例が増加した場合に、酸素供給装置が持たない。 ● 浴室がない部屋がある。 ● 個室にトイレがないこと。 ● 大部屋の空調は室内で排気口が2回/時間で吸気口は病室になく、中央の汚物室と浴室内のみのしかなく扉を閉鎖すると状況だった。 ● 重症者が多数となった際にフロアでの管理が必要となり、空調の確認を行ったが解決はできないまま患者を受け入れざるを得なかった。 ● 一般病床に中等症、重症を受け入れたので換気の問題があり、スタッフルーム周囲をビニールで囲って対応した。スタッフの不安が強く、N95マスクをスタッフルームでも外そうとしなかった。 ● 陰圧がなく、換気のために窓を開けると、空気が病棟中央にあるエレベータホールに向かってしまうことがあった。 ● 電波の環境が悪く、急遽Wi-Fiを取り付けた。病室数分のiPadを購入した。 ● シャワーのついた病室が一カ所で陽性患者がどうしても病室外に出るようになるので、レッドゾーンを病室内だけにできなかった。 ● コロナ専用病棟を確保したが、各部屋全てにトイレがなく、共同トイレを使用可になるまでに、関係する職員の同意に時間を要した。

25

②ゾーニング方法

ゾーニングの課題(4/4)

ゾーニングを行う際の課題

項目	回答例
人材面・人員配置面	<ul style="list-style-type: none"> ● 職員の知識も十分とは言えない。マニュアル整備も不十分であった。 ● ゾーニング対応による人員に苦労した。 ● 当時は感染症専門医がおらず、関連大学感染制御の専門医に助言・指導を受けてゾーニングを行った。 ● ゾーニングに付随するスタッフコホーティング(初期)のための人員配置や人員補充(病棟閉鎖、一般診療制限) ● ゾーニングに関して各診療科への指導が困難。 ● 看護師・医師以外の職種がレッドゾーンに入りながら看護師に業務が集中した ● 一般病床でのゾーニング時スタッフが不慣れで、急な事態の発生であったため精神的ストレス、パニックになった。 ● ゾーニングそのものの考え方の統一化
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 非常時の避難路確保 ● 一般患者を受け入れる病床数が40床ほど減ってしまった。 ● 病棟単位で確保しても、全部を汚染ゾーンにする訳にはいかないので、清潔な物品などを置ける場所を別に確保するために病室を潰さざるを得ないなどが発生している。 ● いつまでも一般病床を1病棟分削ると運営が成り立たないので、感染状況に合わせてゾーニングを変更するために、廊下の真ん中に仕切りを作って清潔に通れる場所などを作る病院が多いが、本来、医療法上の廊下幅の制約があるはずである。ゾーニングにおける廊下幅・病床面積・スプリンクラー・居室の採光などの規定は、特例がいつまで続くかを考える必要がないよう改定いただきたい。 ● 部屋は自由に開け閉めできるため患者がレッドゾーンから勝手に出てこようとするが物理的に止める手段はない。 ● 流行期は一般病棟でコロナの発症があり、大病室で確定・濃厚接触者を集団隔離したが、2次発生が複数起きた。 ● 始めの頃は、ゾーニングする物品がなかった。 ● ゾーニングの為に補助金が無く、手出しを行った。 ● 感染状況によるゾーニングの撤去・再設置には補助金が出ない。 ● 結核患者が発生した場合に、同一の区画内で感染対策をすることがしばしばある ● 病室単位でのゾーニングのためPPEの使用量が増加した ● 受け入れ自体に賛成のスタッフも反対のスタッフもいた ● 当初はウィルス種類によって別のエリアに隔離しなければならず現場に混乱が生じた。 ● 認知症患者の協力が求められない事。 ● 個室内の呼吸器アラームに気づきにくい状況があった ● 患者さんのプライバシーの保護 ● 認知症がある動ける患者が自由に個室から出ていく

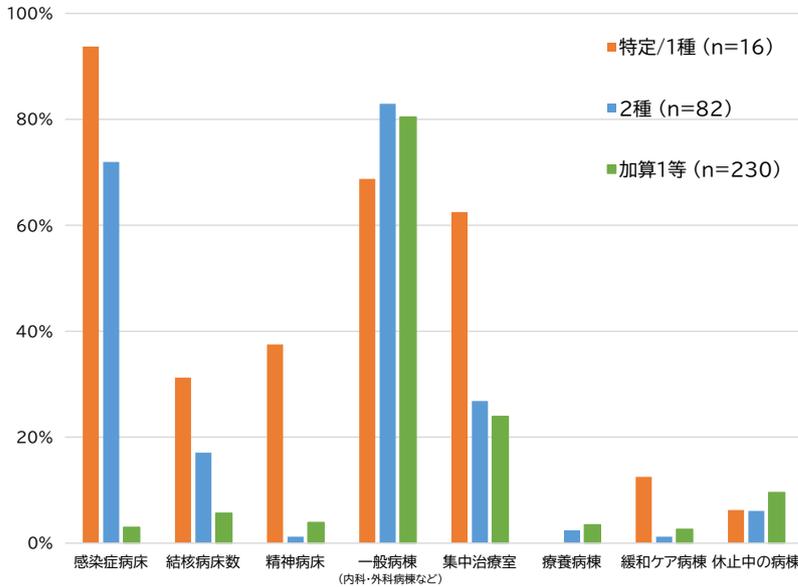
26

③コロナ対応病棟・病床の種類

専用病棟・病床の種類

新型コロナ対応専用にした病棟として、[特定/1種]では感染症病棟を利用した割合が最も高く、集中治療室の使用割合が他の医療機関群よりも高かった。[2種]では、一般病床、感染症病床の順であった。[加算1等]では、一般病棟が約80%と最も多かった。

コロナ専用にした病棟・病室(複数回答)



その他の回答例

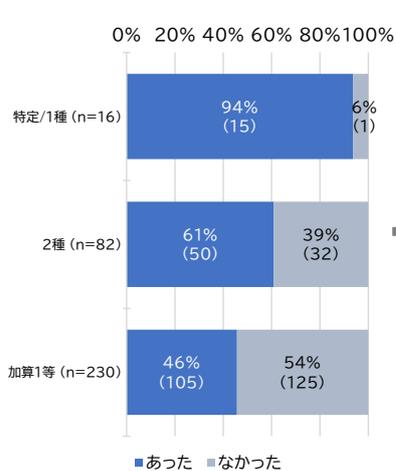
分類	回答例
常設施設	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般病棟の陰圧室 ● 小児科一般病棟 ● 小児科病棟、産科病棟、HCU病棟、退院支援病棟 ● 病棟の陰圧個室を専用にした ● 救急病棟 ● 回復期リハビリテーション病棟 ● 地域包括ケア病棟 ● 結核モデル病棟 ● 使用していない元一般病棟 ● コロナ専用病棟以外では、陰圧空調設備(結核モデル病棟)がある部屋、全室のある特別室をコロナ疑い患者専用を使用した ● 個室病棟を疑似病棟として使用 ● 個室の多い小児病棟をコロナ専用病棟に変更した。 ● 障害者病棟 ● HCU ● 救命救急センターのICU、HCU ● NICU ● 第4波までは、一般病床(内科)を一部コロナ専用にしたが、以降は一般病床を個室単位での病床運用とした。
仮設施設	<ul style="list-style-type: none"> ● 屋外仮設病床 ● プレハブで新規専用病床を建設した ● 新設した特例病床

③コロナ対応病棟・病床の種類

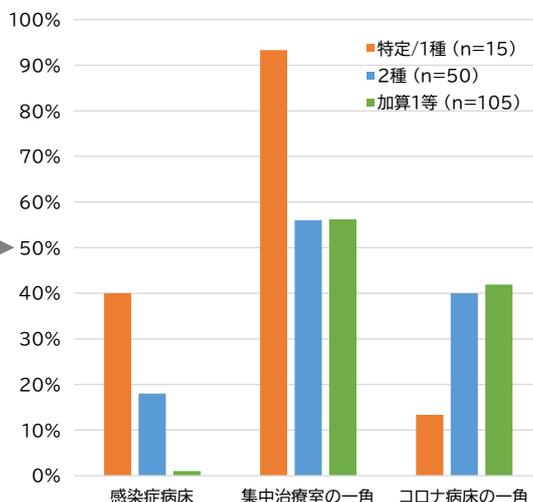
重症用病床

重症用病床の確保場所としては、いずれの区分においても、集中治療室の一角が最も多かった。

重症用病床の有無



重症用病床の確保場所(複数回答)



その他の回答例

回答例
● 仮設病床/プレハブ病床
● HCU内(HCU陰圧室など、病棟の一角)
● 救命救急センター/救命病棟(ICU、HCUなど)
● 一般病棟の個室(一人用とした多床室含む)
● スタッフルームに近い個室観察室を陰圧室にして利用
● 重症センターの開設
● 未使用区域に特例病床を新設
● 別館の精神科閉鎖病棟の利用
● 手術後回復室

①消毒滅菌

消毒・滅菌の課題

項目	回答例
消毒・滅菌の対象物	<ul style="list-style-type: none"> ● 書類の消毒 ● 食器の消毒 ● リネン類の消毒・滅菌 ● フェイスシールドやゴーグルなど
場所の確保	<ul style="list-style-type: none"> ● 器具類（手術器具類、ゴーグル類など）の消毒場所の確保（コロナ患者のいるエリアで水回りが確保できない、など） ● 物品類の保管場所の確保
方法・業者	<ul style="list-style-type: none"> ● 委託業者に消毒を求められた（リネン類） ● 物品の運搬方法（業者から消毒を求められる、前処理） ● 洗浄室へ物品を戻す際の手順の作成（誰が、どのように実施するかなど） ● 業者との契約（清掃業者、運搬業者、滅菌業者などの契約ができない） ● ディスポーザブルにするか、消毒再利用にするかなどの判断 ● 手術室のターミナル清掃 ● 汚物処理による暴露リスク（手作業のため） ● 滅菌物を陽性者ゾーンに入れてしまうなどの取り扱い面での問題 ● コロナ患者のいるエリアでの物品の回収方法（業者がレッドゾーンに入れない、など）
物品の確保	<ul style="list-style-type: none"> ● 消毒薬剤の不足 ● ディスポーザブル物品の不足（納入されない） ● 個人防護衣不足 ● 使用物品の使用後廃棄をしなければならない物品など ● 洗浄機材（洗濯機などを含む）が不足した/確保しなければならなかった ● 看護師などの内部職員らの負担増大（消毒に要する時間や業務量）
負担	<ul style="list-style-type: none"> ● 防護衣を着用しての作業負担が大きい（暑い、不自由など） ● 委託職員に対する指導などの負担が大きい ● 担当職員らの精神的負担の増大
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● アルコールの頻回使用による物品の劣化 ● 患者衣類の色落ち ● 価格の高騰 ● ディスポーザブルに切り替えたことによる費用の増大 ● 業者の理解を得ることが難しい

29

①消毒滅菌

消毒・滅菌の対応や工夫

項目	回答例
機材・装置の導入	<ul style="list-style-type: none"> ● 紫外線滅菌装置の導入・滅菌 ● 過酸化水素エアロゾル（ドライミスト）発生吐出装置の導入 ● オゾン装置購入 ● 熱水洗濯機の購入・設置 ● 換気を促進するための大型の扇風機を設置
消毒液	<ul style="list-style-type: none"> ● 手指消毒剤を院内精製 ● 次亜塩素酸・ハイターなどを利用 ● 消毒用薬剤を自施設内でボトルに詰め替えて使用 ● 環境消毒用に圧型スプレーを使用 ● ペダル式・非接触式の方法に変更 ● 各出入口（玄関、各部屋など）に手指消毒剤を設置
物品の変更	<ul style="list-style-type: none"> ● ディスポーザブルへの切り替え ● カーテンの変更（ブラインドに変更・拭ける紙を貼るなど） ● 消毒専用の医療ケースの作成 ● 運搬用の専用箱やコンテナを設置・利用
マニュアル・ルールの策定や衛生指導	<ul style="list-style-type: none"> ● マニュアル・手順書の作成、遵守してもらう ● 暴露が最小限となるように処理・運搬を工夫 ● 協力会社を含めた全職員に手指消毒を実施するように指導
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● PPEの滅菌・再利用 ● 消毒しなくてもリネン類を受け入れてもらえるように、業者と調整、水溶性のランドリー専用袋を導入

30

②感染性廃棄物

感染性廃棄物処理の課題

項目	回答例
物資の不足	<ul style="list-style-type: none"> ● 過渡期には、全国的にハザードボックスの入荷が遅れ、ごみ袋で一部対応するなどした。 ● 感染性廃棄物容器（段ボール）の製造も遅延していた。
感染リスクの増加	<ul style="list-style-type: none"> ● ガウンはかさばるのですぐにハザードボックスが満杯になるが、入荷遅延により、ハザードボックスになるべく多くの物を入れなければならず、感染リスクが高まった。 ● 感染ゴミを搬送する際の動線が清潔との交差する。 ● 廃棄物容器の足踏み用ホルダーが高額なため十分な数を購入してもらえなかった。手で蓋を開けしてする部署があった。 ● 廃棄物の周りを清拭消毒して排出していたが、容器が段ボールで清拭が十分にできなかった。 ● 医療廃棄物ペールを病室内に配置していたため、認知症の患者がゴミ箱をあさってしまうというトラブルがあった。
業者による引き取り	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染性廃棄業者等の要求が過剰であったり、特殊ルールを要求された。（ビニール袋二重梱包や、針捨て用のペール缶への梱包を要求、蓋と容器の間のガムテープによる目張り、袋の表面の消毒等） ● 搬送業者に搬送を拒否され、看護師が搬送せざるを得ない場面があった。
処理コストの増加	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染性廃棄物の排出数が増加し、コスト増大したことに対し、契約担当者より排出数を減らすよう伝えられ、現状にそぐわなく困った。 ● ペールボックス化による経費の増 ● 搬送業者からペール缶での廃棄が求められ、容器の高騰と搬送コストや焼却費用が高額だった。 ● 業者が耐貫通性容器を90L袋で密閉して出すようしている。手間とコストがかかっている。 ● 介護施設用の廃棄物の契約義務が無い為に急遽いる際に高額請求が来て困った ● 一定の時間が経つまで持って行ってもらえないことがあり保管場所の確保に苦労した。
保管場所の確保	<ul style="list-style-type: none"> ● 第5波のときなど、多量で感染性廃棄物置き場のスペースが足りなかった ● コロナ専用病床から出た廃棄物は、すべて感染性廃棄物として処理するため廃棄量が増加した。廃棄物処理業者の回収が追い付かず、保管場所の確保に苦労した。 ● 一般病床で受け入れたときに、一面を感染エリアとした使用したが、場所の確保が困難で部屋をつぶして廃棄物置き場とした。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 動線が長距離だった ● 院内の搬送は業者ではなく看護師が行わなければならないため看護師の業務が増えた。 ● 流行当初に感染性廃棄物運搬業者の感染対策実施の要請とオリエンテーションに苦労したこと ● PPEを入れると直ぐいっぱいになり、処理する手段を統一するまで時間がかかった ● 残飯を栄養部に引き取ってもらえないため、匂うことがある。 ● 食事に関して栄養部門より使い捨て食器などへの切り替えが提案されたが、倫理的配慮から変更する/しない、でコンフリクトが生じた。 ● 排泄物を凝固剤で固め、廃棄したため、室内の異臭 ● レッドゾーンからグリーンゾーンで受け取る際に2名で対応する方法をとっているため人員の確保難。

31

②感染性廃棄物

感染性廃棄物処理の対応や工夫

項目	回答例
機材購入	<ul style="list-style-type: none"> ● 専用エレベーターの設置 ● 大型の搬送用カートの購入 ● 専用コンテナの設置
業者	<ul style="list-style-type: none"> ● 業者に回収回数を増やしてもらった ● 容量の大きいタイプに変更 ● 業者と綿密に打ち合わせを実施 ● 専用人員の配置など
場所	<ul style="list-style-type: none"> ● 廃棄物の置き場所を新たに設置（増設） ● 受け渡しエリアの設置
教育・マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ● 清掃員等への教育・安全の徹底・不安払拭 ● マニュアルの作成 ● 情報共有・周知徹底をする
梱包	<ul style="list-style-type: none"> ● わかりやすい袋に変更（透明な袋を利用する、赤いテープを貼るなど） ● 廃棄物は2重で包む（ゴミ袋を2重にする、産廃ボックスをさらにビニールで包むなど）
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● トイレ不足を補うために災害用トイレを設置した。（その際の汚物等）を感染性廃棄物として処理した ● マ血液や吐物は固めて廃棄（凝固剤を使用するなど）

32

③リネン類

リネン類の課題 (1/2)

項目	回答例
業者による引き取り拒否・引き取りお遅れ	<ul style="list-style-type: none"> ● 初期は、使用したリネンはすべて買い取りとなり、退院後の布団などすべて破棄するため、感染性廃棄物の排出数が増加した。第2波以降は、洗濯してくれることとなったが、使用後1週間経過しないと引き取ってもらえず、入浴後のタオルの異臭に困った。 ● ベッドサイドのカーテンの処理…陽性エリアでは問題にならないが、院内発生があった際に陽性者が陽性対応病床に移動できたあと、その病床に一般入院を受け入れる際に困った(業者が一次処理をしないと対応してくれなかったため) ● 業者が回収・洗濯を拒否したため使用可能であるにも関わらず破棄した ● 体液などで汚染したものは業者で対応してもらえず現在も廃棄となっている。褥瘡予防のための枕など特殊なものに関しては洗濯ができない。 ● COVID-患者に使用したリネンをすぐに引き取ってもらえない(2週間保管した後に会社に持っていくという条件。現在もその条件は変わっていない) リネン業界の決まりだからと言われている。 ● 当初、委託業者が引き受けてくれなかった。次亜塩素酸ナトリウムで消毒してから、引き取って貰った。 ● 水溶性ランドリーバッグを用意し、密封した状態で搬出したいと交渉したが、委託業者に院内処理を求められた ● 委託業者が通常の回収方法では引き取ってもらえず、看護師が一次洗浄を行ったが、委託業者が業務を辞退し、新たな業者と契約した。 ● マットレスの消毒を引き受けてくれる職種がいなかったため、看護部でマットレスの浸漬消毒を行った。
処理の手間	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用したリネン類は一次洗浄、一次消毒を実施していた。 ● 業者への搬出にあたって水溶性ランドリーバッグの導入がなかったため、病棟で一次消毒をして搬出していた。洗濯機2台と給水・排水の調整をした。 ● 委託業者が今までインフルエンザ等でそういったことはなかったが、急にコロナ患者のリネンは業者に提出する前に病院で消毒やEOG滅菌にかけよう要望があった ● リネン類他、室内カーテンなど、院内での一次洗浄・消毒対応により医療者(看護師・看護補助者)の看護・診療の補助以外の労力・負担が増大した。 ● リネン交換、リネン管理を全て看護師業務として行った。
汚染物の置き場	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用したリネンは養生袋に入れてから72時間経過後にしか搬出できなかったため、コロナ病床に使用済みリネンが大量に置かれる時期があった。 ● 汚染されたリネンの一時保管場所の確保 ● 発生初期は、委託業者の依頼でリネン類はすべて感染性廃棄物として処理していたため、廃棄量が増加し困った。院内での一時処理も、EOG滅菌で実施していたため滅菌庫が満杯になり大変だった。 ● 洗濯業界のコロナ対応ガイドライン策定後は、院内で使用したリネンを72時間保管してからゾーニングエリア外へ搬出する必要があり、レッドエリア内のスペースを圧迫している。 ● 動線上、グリーンゾーンを通過して持ち出しする必要があるので、委託業者とのルール作成に苦慮しました。

33

③リネン類

リネン類の課題 (2/2)

項目	回答例
汚染物の廃棄コスト増	<ul style="list-style-type: none"> ● カーテンなどは洗濯に回してもらえず、汚染があった場合は買い取りとなっている。様々な点で廃棄物同様、コストが増大している。 ● 高温洗濯機が院内にあり、そちらを活用することができたが溶解袋を購入するにあたりコストがかさんだ。 ● 業者指定で、中古リネンを使用し廃棄するよう指定されたため、廃棄物処理料が上がった。 ● 当初はレンタルリネンが使用できなかったため、病院持ちの病衣を使用していた。使用数が多く費用が膨大になった。 ● 陽性患者の受入れ当初は洗濯業界にコロナ対応の明確なガイドラインがなく、患者が使用したリネン(リース)のすべてを廃棄せざるを得ない状況に陥り、処分費用が高んだ。 ● 発生当初はすべて廃棄処分をリネン業者から言われ、廃棄コストがかかったが、第4波頃からは水溶性ランドリーバッグで排出できるようになった ● コロナの発生当初は洗濯の委託業者がコロナ患者の使用後の洗濯物の回収を拒否された。病院で熱水消毒ができる洗濯機を購入することになったが、数か月で回収可能となりコストとして余分にかかった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 水溶性フィルムに入れてから赤いビニール袋に収納してリネン業者へ回収してもらったが、水溶性フィルムは湿っているタオルなどを入れるとすぐに溶けてしまうので、リネン業者から病室内で乾燥させてから収納するよう言われている。現場では、尿など臭いがあるものもあり困っている。 ● 発生当初に指針に振り回されて対応に困った。 ● 当初はCOVID-19患者に使用したリネンを片付けていたスタッフはサージカルマスク・ガウン・手袋で実施していた。片づけにしか関与していないスタッフが感染した。袋をまとめる際にエアロソール発生していた恐れあり。 ● 布団の洗濯ができない ● 専用の回収容器に入れて委託業者に依頼することになっていたが、回収容器が足りなかった。 ● 熱水洗濯機が小型であったため頻回の使用により故障した。 ● 業界で感染症患者のリネンの取り扱いについて情報が共有されているわけではなく、病院から知識を与え教育しなくてはならないところ ● 私物のタオルや寝間着など家族が取りに来れない(身寄りがない、家族も陽性者など)時の処理 ● 委託業者が入っているが、度々リネン類の提出方法が変更となり、周知徹底に苦労した。 ● アクアフィルムに入れて出さなければならず、物品購入に手間取った。 ● リネン類で式布団や掛布団は、一度次亜塩素酸ナトリウムに浸漬後業者に提出であるため、水分で重くなり、担当した者が腰痛の訴えなどの不調が生じた。

34

③リネン類

リネン類処理の工夫

項目	回答例
リネン類の変更	<ul style="list-style-type: none"> ● リネンバッグを水溶性のもの（水溶性ランドリーバッグ）に変更 ● ディスポーザブル製品の利用（シーツ含む） ● レンタル品（リースの布団など）を利用 ● カーテンをシャワーカーテンに変更
業者	<ul style="list-style-type: none"> ● 業者と協議 ● 業者の教育
院内での洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ● 熱水洗濯機の購入・利用 ● コロナ患者専用の洗濯機の設置
患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 市販の布団セットを購入・患者に持ち帰ってもらう ● 自宅から持参してもらう
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 袋を二重にする ● コンテナを利用 ● 一定期間放置する（ウイルスの失活期間） ● 保管場所を増やす

35

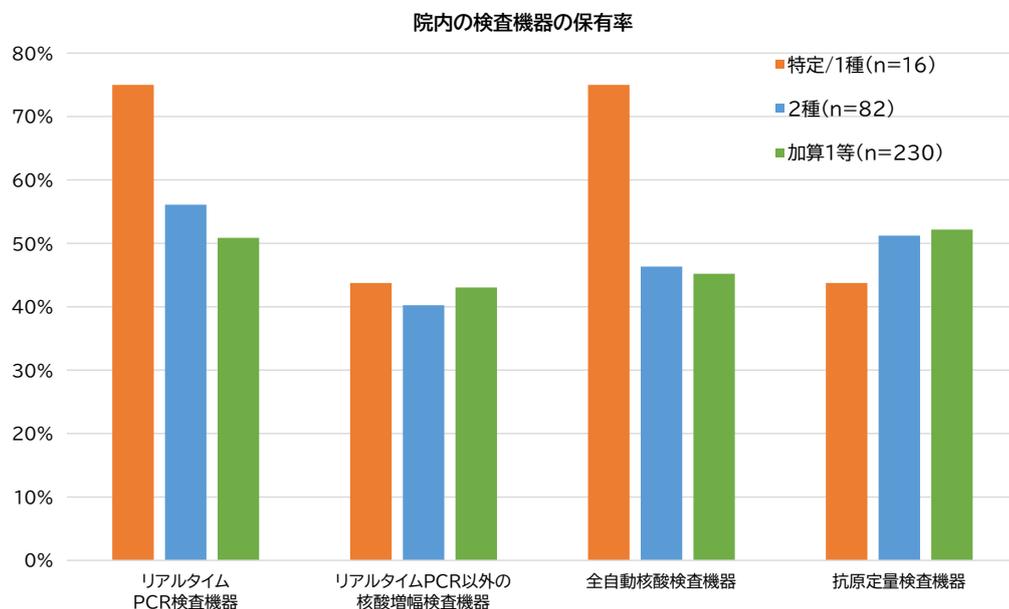
1. COVID-19対応状況(施設・設備等) : (4)検査

現在(2022年10月)

①コロナ検査機器

院内のコロナ検査機器の状況

[特定／第1種]において、リアルタイムPCR検査機器、全自動核酸検査機器の整備割合が、他の医療機関群よりも割合が高かった。一方、抗原定量検査機器については、[特定／第1種]よりも[第2種][加算1等]の方が、保有率が高かった。



「その他」の回答例

回答例

- 自宅用持ち帰りキット
- スマートアンプ法
- TRC法
- プール法（プール法実施機種）
- 外注

36

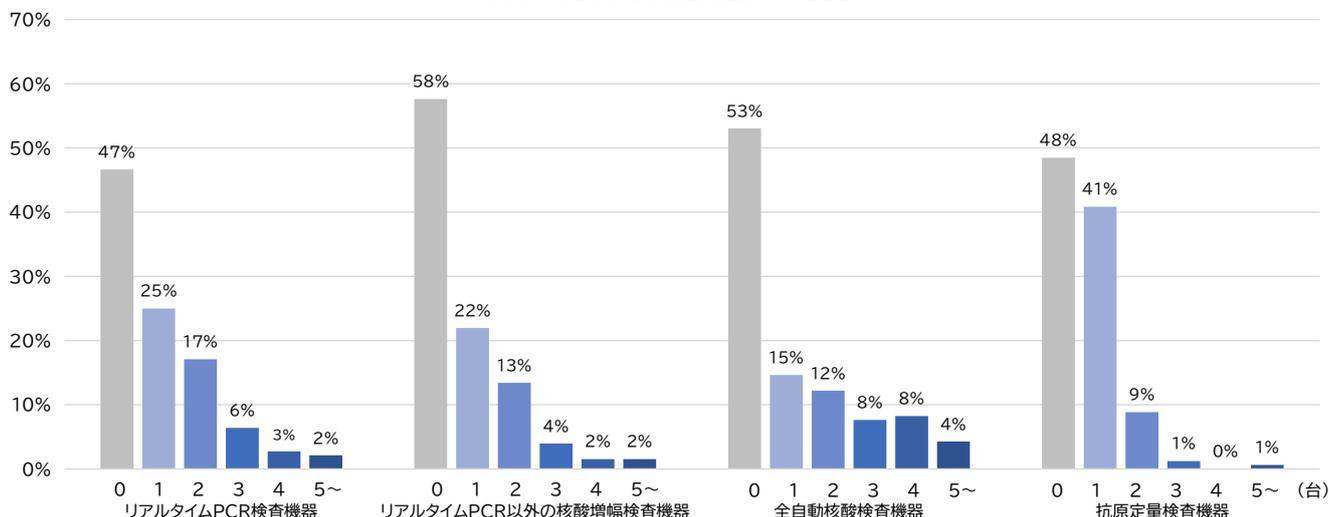
①コロナ検査機器

コロナ検査機器の台数

抗原定量検査機器を保有している場合、1台の割合が高かった。

遺伝子検査については、複数台保有している医療機関も多く、特に全自動核酸検査機器は複数台保有の回答が多く見られた。

院内に備えている検査設備台数(n=328)



* 対象の検査設備を所有していない場合は[0台]として表記しています。

1. COVID-19対応状況(施設・設備等) : (4)検査

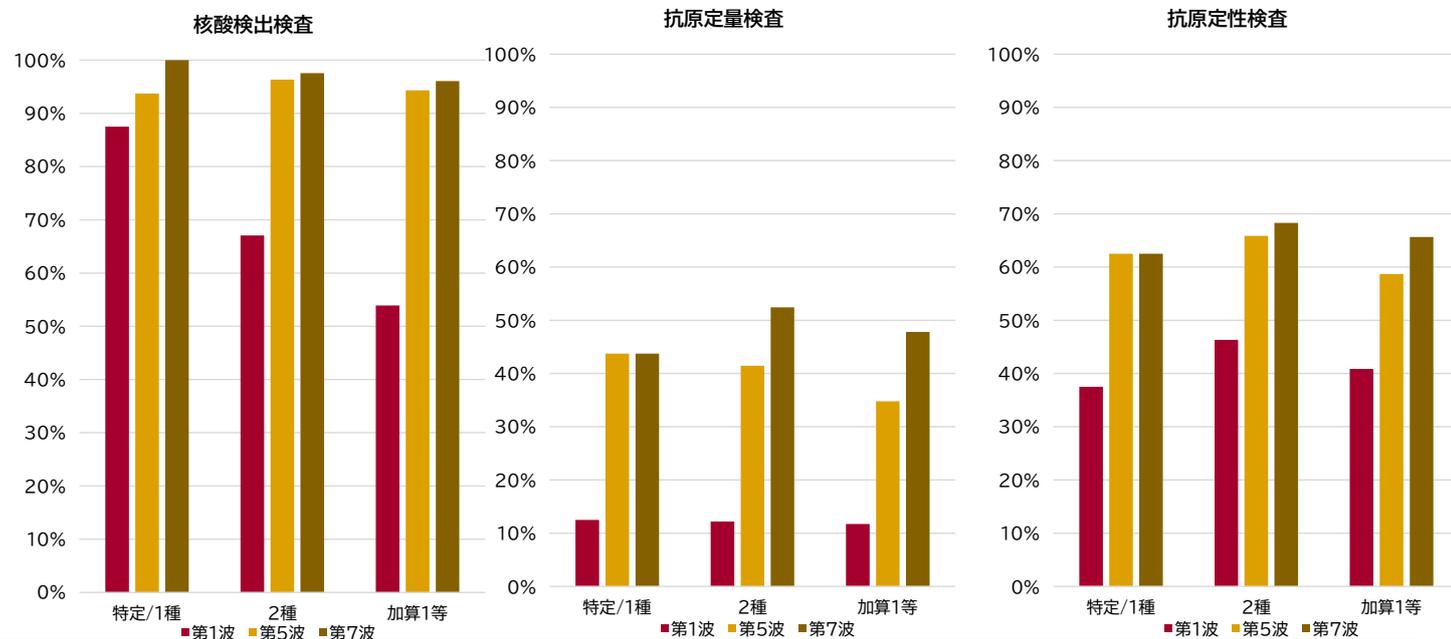
②コロナ検査対応状況(第1波、第5波、第7波)

院内で対応していた検査(第1波、第5波、第7波)



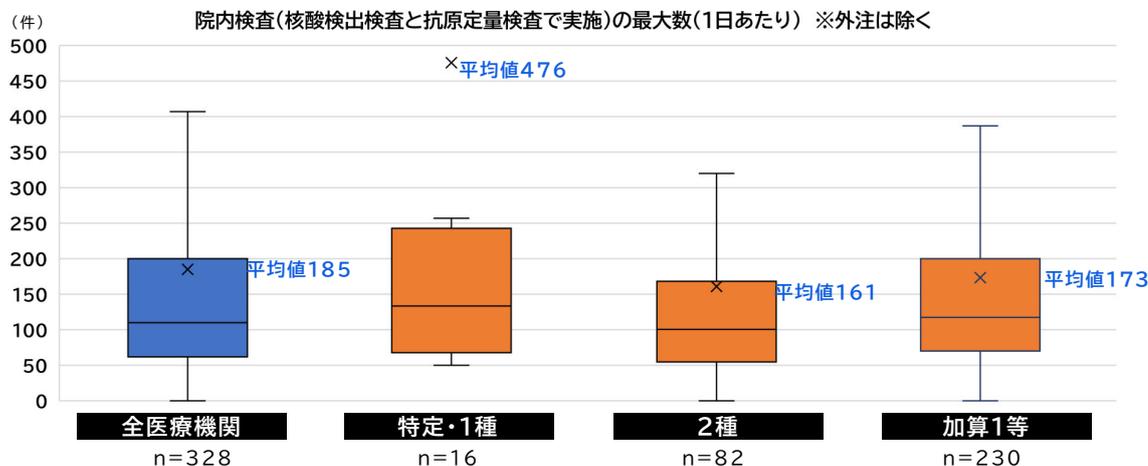
[特定/1種]においては、第1波時において90%程度の医療機関で核酸検出検査に対応し、第7波においては回答のあった全ての医療機関で核酸検出検査が可能となった。

[第2種][加算1等]は、第1波時の核酸検出検査の対応割合は低かったものの、第5波以降は回答のあった医療機関の90%以上で対応可能となっていた。



院内検査の最大数(1日あたり)

院内検査数については最大値にばらつきがあるものの、中央値には医療機関群で大きな差はなく、100-130程度であった。

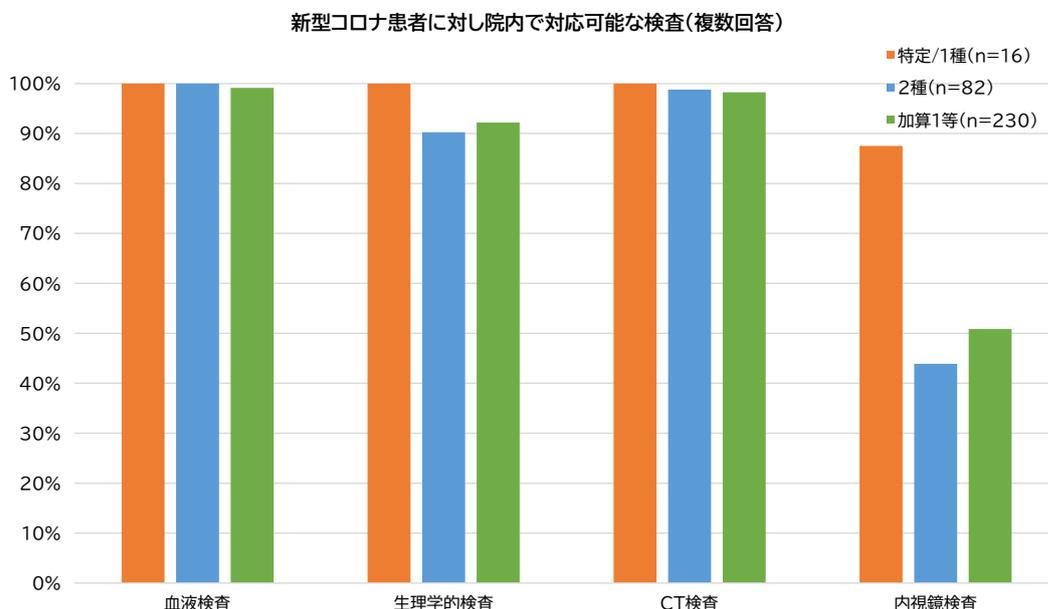


医療機関群	最大値	第3四分位数(75%位置)	中央値	第1四分位数(25%位置)	最小値
全医療機関 (n=328)	407	200	110	62	0
特定・1種 (n=16)	257	243	134	68	50
2種 (n=82)	320	168	101	55	0
加算1等 (n=230)	387	200	118	70	0

39

コロナ患者に対して、院内で対応可能な検査

新型コロナ患者に対して、血液検査、CT検査は、概ね回答のあった全ての医療機関で対応可能であった。生理学的検査については、[第2種][加算1等]で90%程度であった。内視鏡検査に関しては、[特定/1種]と比較し、[第2種][加算1等]で対応可能な医療機関は40-50%程度であった。

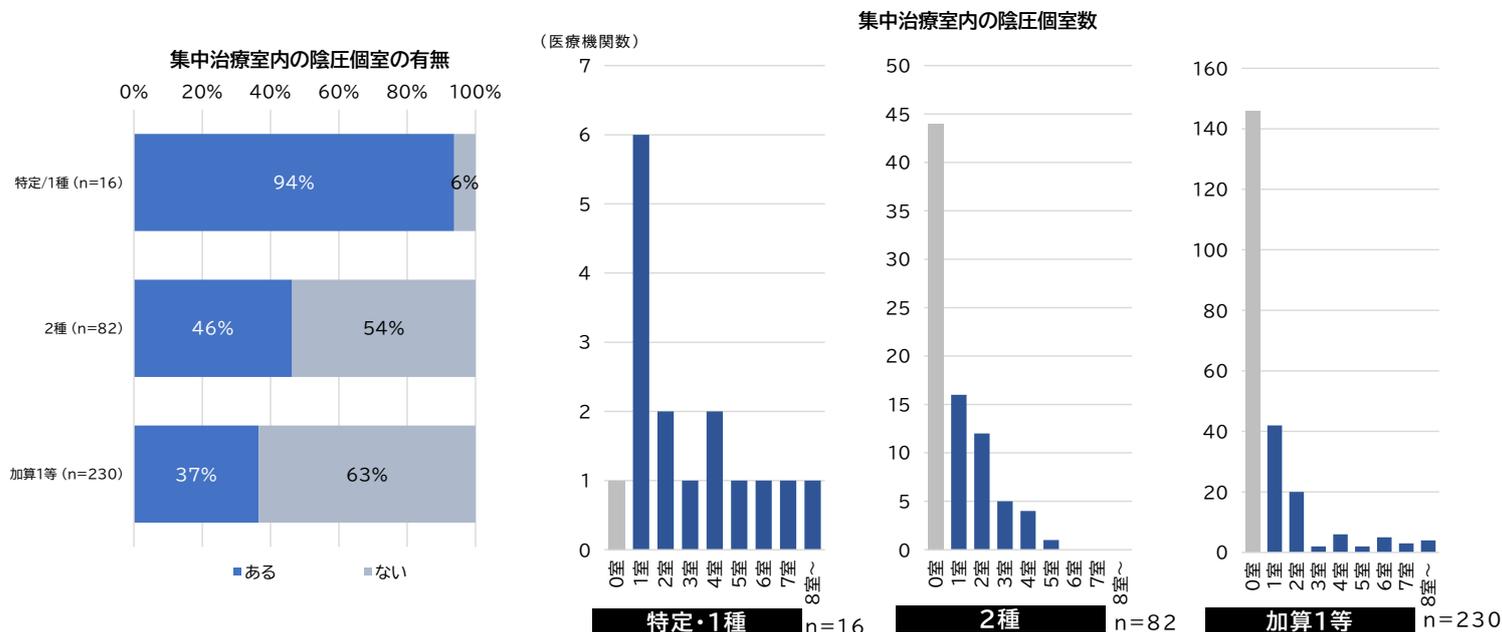


40

①集中治療室内の陰圧個室

集中治療室内の陰圧個室の有無

集中治療室内の陰圧個室の有無について、[特定/1種]は94%と高い一方、[第2種]は46%、[加算1等]は37%であった。個室の数についても、[特定/1種]において多い傾向があった。

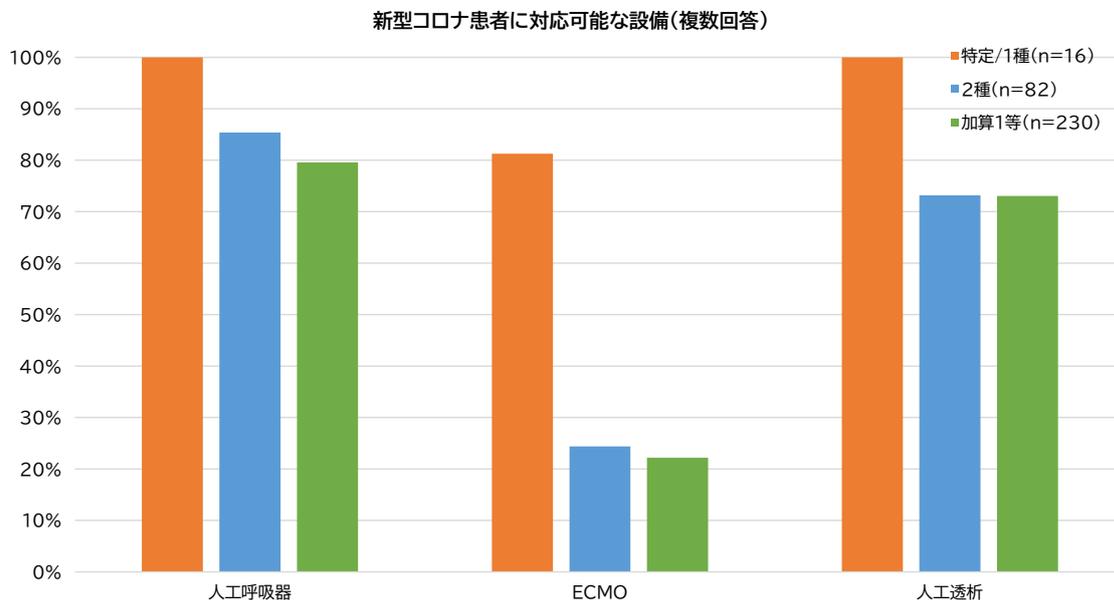


* 陰圧個室を持っていない機関は[0室]として表記

②重症患者に対応可能な設備

コロナ重症患者に対応可能な設備

新型コロナ患者に対し、人工呼吸器及び人工透析は約80%以上で対応が可能、[特定/1種]では100%対応が可能となっている。しかし、ECMOに関し、[特定/1種]において80%対応可能である一方、[第2種][加算1等]での対応可能な割合は低い。

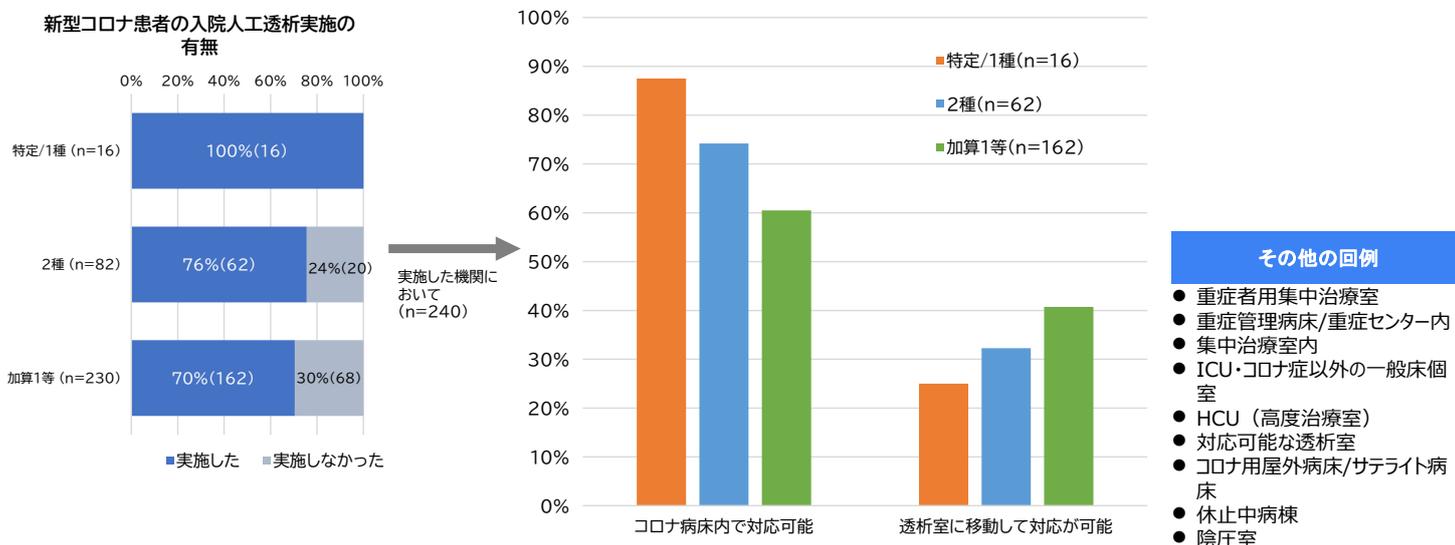


①人工透析実績(入院)

COVID-19患者に対する人工透析実績(入院)

入院患者に対する人工透析について、[特定/1種]は100%の実績があり、[第2種][加算1等]は70-75%程度の実績であった。実施場所について、病室内で対応できる割合は、[特定/1種]、[第2種]、[加算1等]の順であった。

新型コロナ患者の入院での人工透析場所(複数回答)

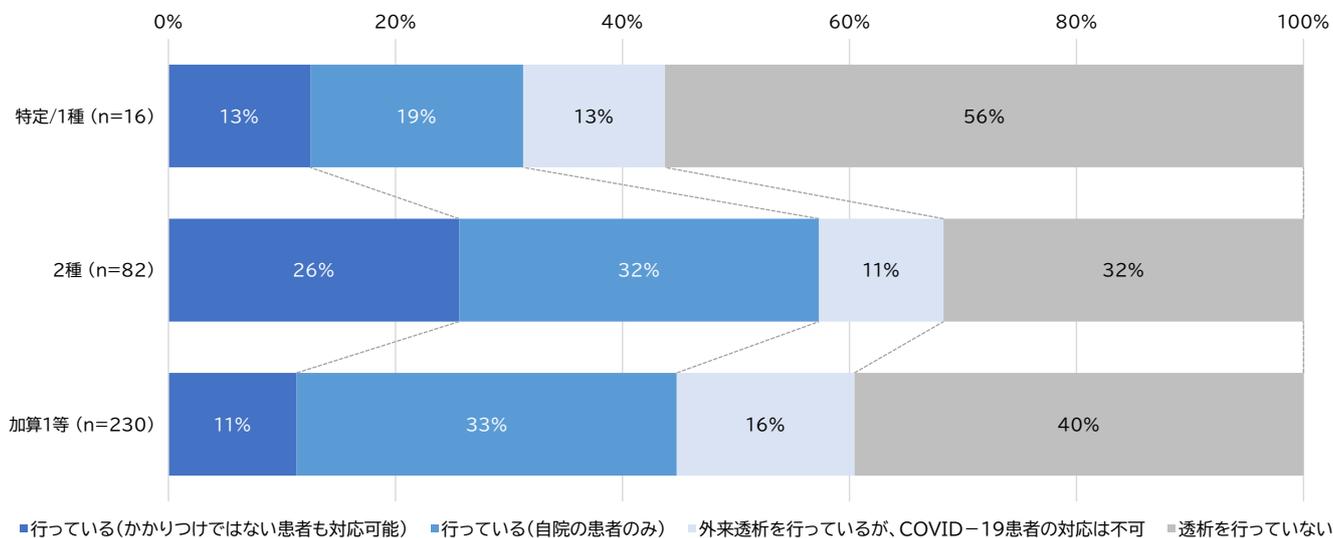


②人工透析実績(外来)

COVID-19患者に対する人工透析実績(外来) (1/2)

外来透析を行っている医療機関の2/3以上は、コロナ患者の受入もしていることが分かった。また、かかりつけでない患者の対応も行っている医療機関もあった。

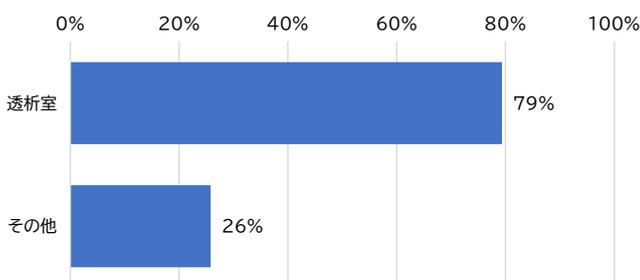
COVID-19患者の外来での人工透析の実施



COVID-19患者に対する人工透析実績(外来) (2/2)

新型コロナ患者への外来透析に関して、約80%の施設が透析室実施していた。対策としては、時間的分離が80%と多く、次いで、陰圧の有無はあるものの、個室による空間的分離で実施している施設も多くみられた。

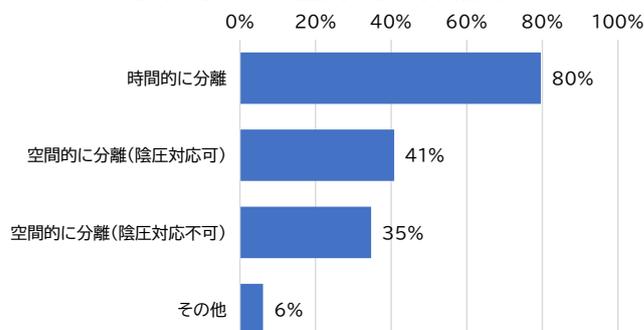
コロナ患者に対する外来透析の実施場所(複数回答)(n=155)



その他の回答例

- 感染症病棟/コロナ用病床 (陰圧室・個室)
- コロナ専用透析室
- 一般床の個室
- 休診中の外来
- 透析室以外の透析可能病床
- HCUの陰圧室
- 重症センター

コロナ患者に対する外来透析時の感染対策(複数回答)(n=49)



その他の回答例

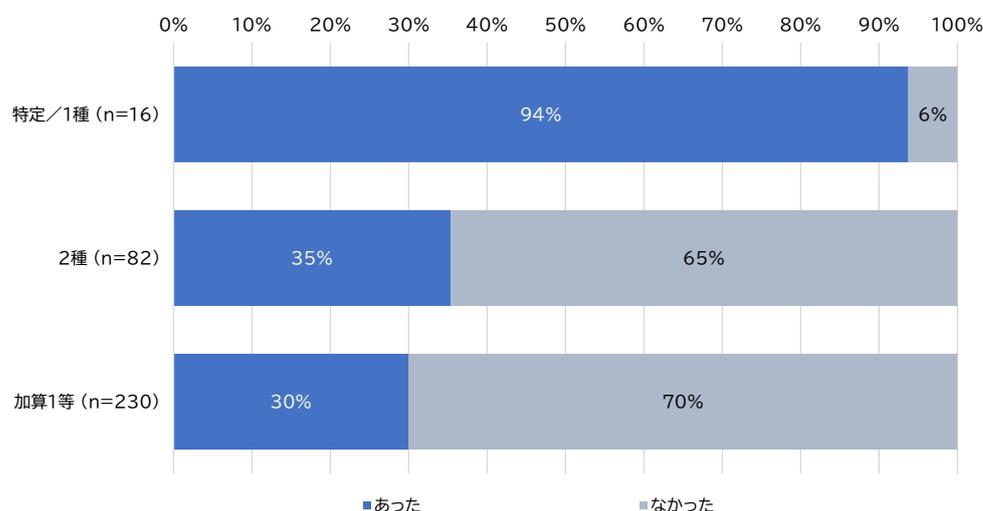
- エアパーティションを使用
- 時間を指定し、所定の場所にコロナ患者用動線で病棟に誘導・案内
- コロナ病床で実施のため隔離なし (全体で陰圧)

45

感染症対応可能な手術室の有無

新型コロナ発生前(2019年12月時点)において、[特定/1種]の94%が感染症対応可能な手術室を整備していた。一方で、[第2種]、[加算1等]においては、30-35%程度の整備割合であった。

感染症対応可能な手術室の有無



46

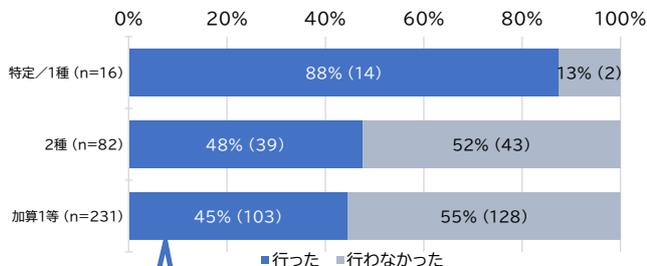
①感染症対応可能な手術室

感染症患者に対する手術実施と実施場所

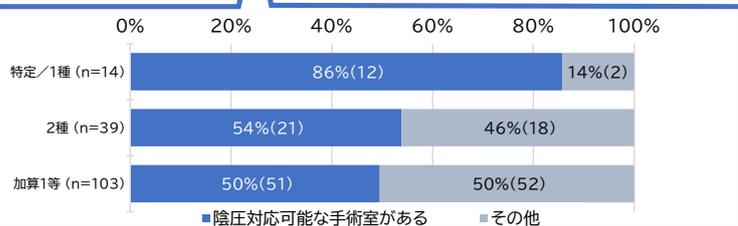
[特定/1種]においては、88%が手術を実施しており、陰圧対応可能な手術室を有している割合も高かった。

[第2種]、[加算1等]において手術を実施したのは、45-50%程度で、約半数は陰圧対応可能な手術室を有していたが、その他、種々の工夫をしながら手術を実施していた(その他の回答例参照)。

コロナ患者に対する手術実施の有無



手術を行った機関における手術の実施場所(n=156)



項目	その他の回答例
通常の手術室	<ul style="list-style-type: none"> ● 空調を調節して使用 ● 時間帯をずらして使用 (フルPPEを着用・一般の手術後に手術) ● 陰圧パーティション/クリーンパーティション/HEPAフィルター付きパーティションを利用
陰圧室	<ul style="list-style-type: none"> ● 陰圧装置・陰圧機を設置 (陰圧テントなど) ● 金曜日に実施 (週明けまで使用禁止とした) ● 使用する手術室を固定
病室内	<ul style="list-style-type: none"> ● 局所麻酔での手術を実施 ● 病室内で気管切開を実施

②感染症対応可能な剖検室

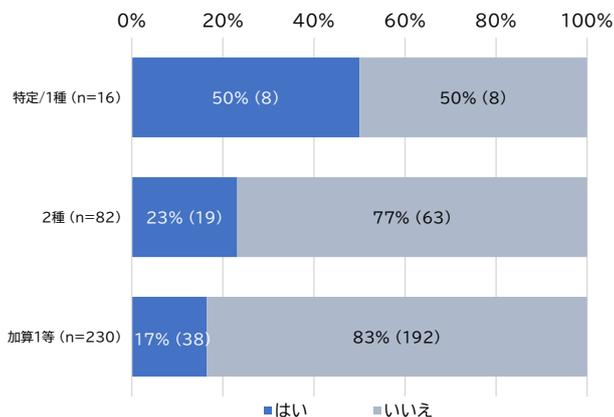
現在(2022年10月)

感染症対応可能な剖検室の有無

感染症対応可能な剖検室については、コロナ発生前と現在では大きく変わっていないが、コロナ患者の剖検は可能かの質問に対しては、[加算1等]において、コロナ発生前の時点で感染症対応可能と回答した数よりも減少していた。

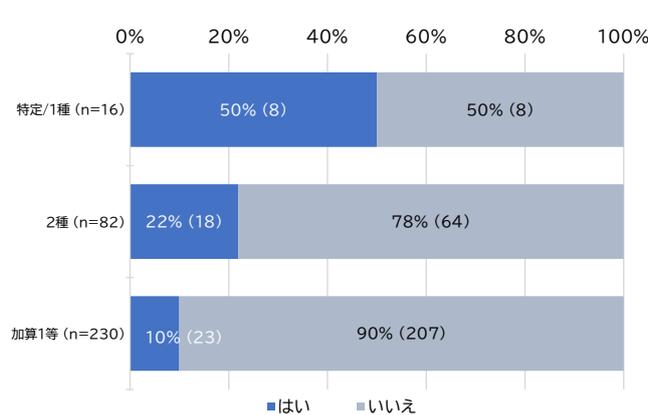
コロナ発生前

感染症対応可能な剖検室の有無



現在(2022年10月時点)

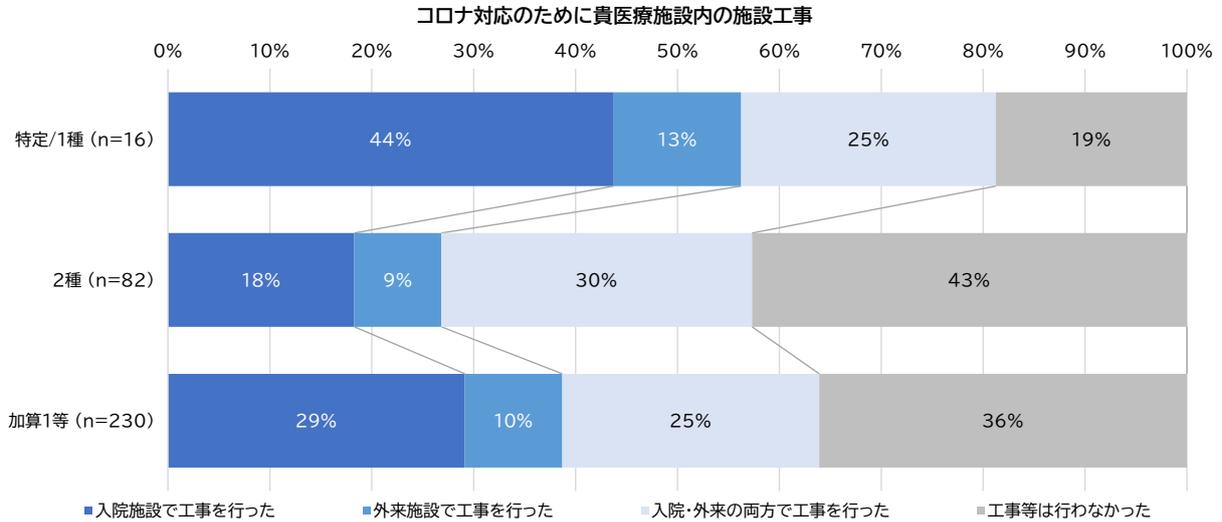
コロナ患者の剖検が可能か



①コロナ対応のために行った施設・設備改修

コロナ対応のために行った施設・設備改修(1/2)

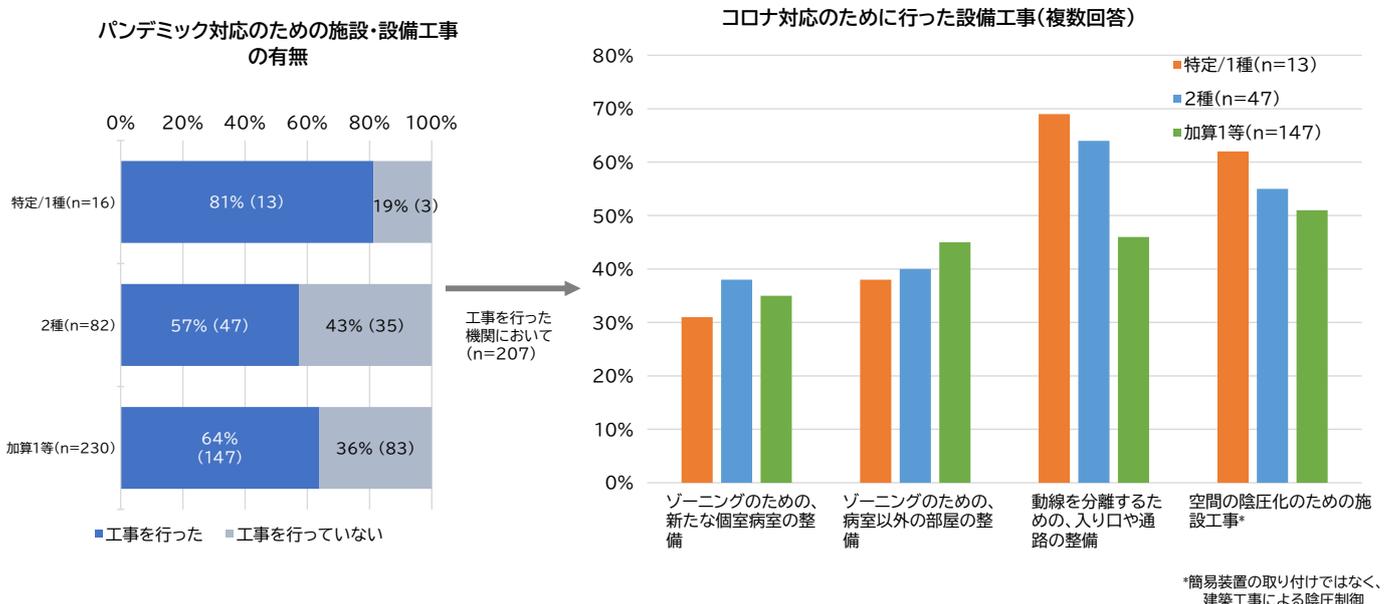
いずれの指定機関区分においても、半数以上が施設・設備の改修工事を実施しており、[特定/第1種]においては、80%の施設が改修工事を行っていた。



①コロナ対応のために行った施設・設備改修

コロナ対応のために行った施設・設備改修(2/2)

施設・設備指定医療機関の種別にかかわらず、ほぼ同様の傾向で、動線分離のための入り口・通路の整備工事が最も多く、次いで、空間陰圧化に係る施設工事が多く行われていた。

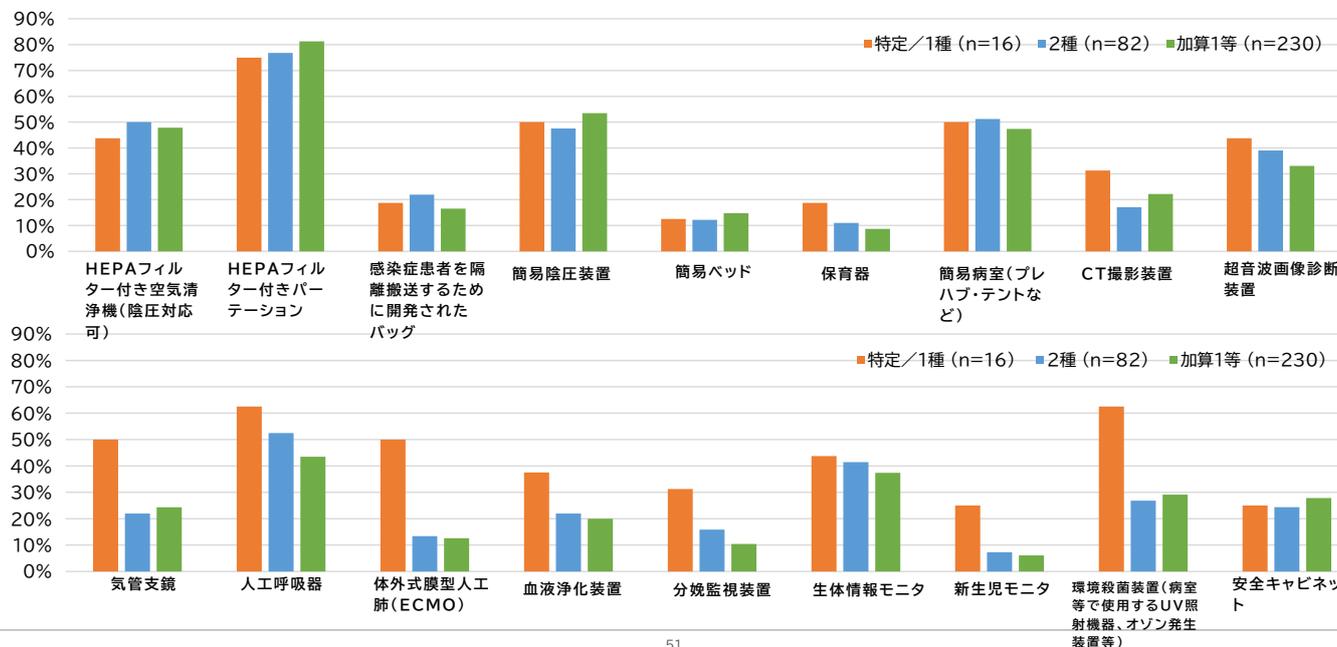


①コロナ対応のために購入した機器等

コロナ対応のために購入した機器等(1/2)

コロナ対応で購入した機器等として、HEPAフィルター付きパーティション購入簡易陰圧装置、簡易病室、人工呼吸器などが多かった。医療機関種別では、[特定/1種]において、環境滅菌装置、気管支鏡などの購入が[第2種][加算1等]よりも多い傾向が見られた。

コロナ対応のために購入した設備(複数回答)



51

①コロナ対応のために購入した機器等

コロナ対応のために購入した機器等(2/2)

コロナ対応のために購入した設備【その他回答】

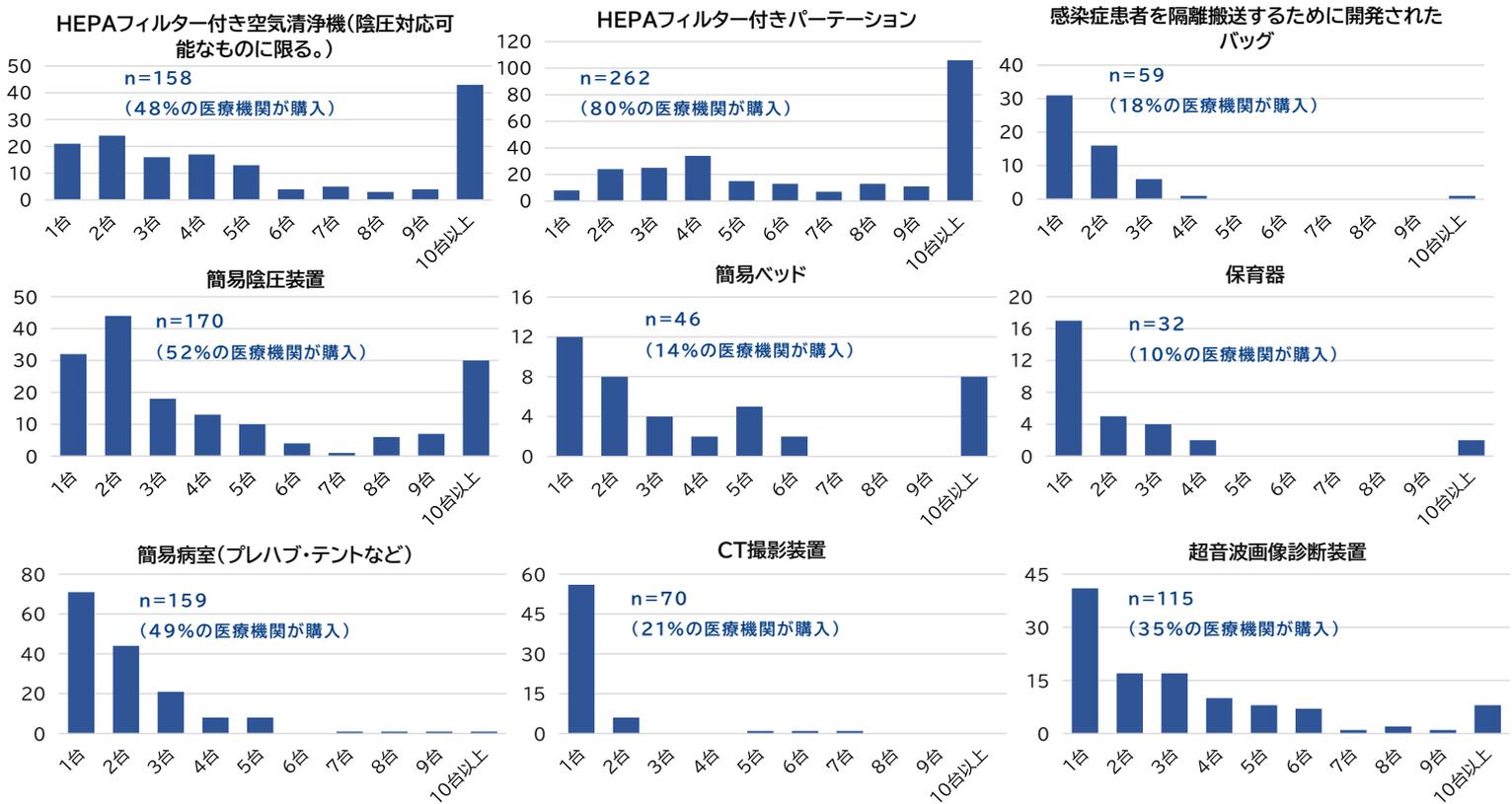
回答例

- PCR
- 抗原定量検査機器
- 遺伝子検査機器 (等温遺伝子増幅装置)
- ネイザルハイフロー
- 陰圧車いす/アイソレーター車いす/HEPAフィルター付き車いす
- 陰圧ストレッチャー
- 監視カメラ
- X線装置 (ポータブル)
- 簡易トイレ
- PC/タブレット
- 非接触型体温計
- パーティション類
- イージードームハウス (発熱外来用)
- バッテリー駆動N95マスク
- 熱水洗濯機

52

②コロナ対応のために購入した機器等の台数

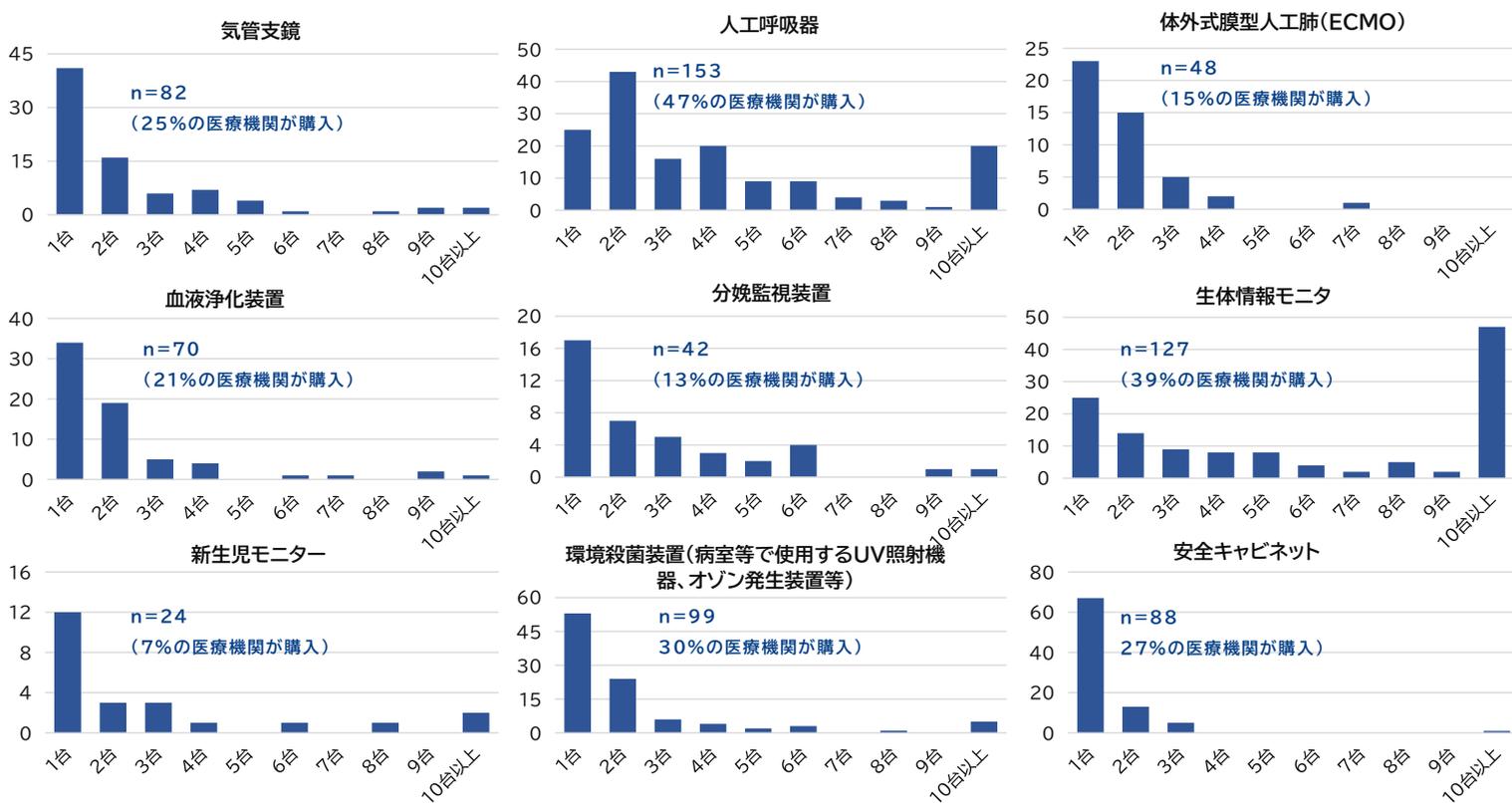
コロナ対応のために購入した機器等の台数(1/2)



53

②コロナ対応のために購入した機器等の台数

コロナ対応のために購入した機器等の台数(2/2)



54

アンケート調査結果

● COVID-19対応状況(施設・設備等)

- 受入体制
- ゾーニング
- 消毒滅菌・廃棄物・リネン
- 検査
- 集中治療
- 透析治療
- 手術室、剖検室
- 施設・設備改修
- 機器等の購入

● 感染症病室の設備

- 第1種感染症病室
- 第2種感染症病室
- 感染症病床以外での感染症対応室

● 人材

- 医師・看護師
- 研修
- 人材派遣

● その他

- コロナ対応にかかる会議体
- BCP
- 備蓄
- サーベイランス
- 治験

55

2. 感染症病室の設備:(1)第1種感染症病室

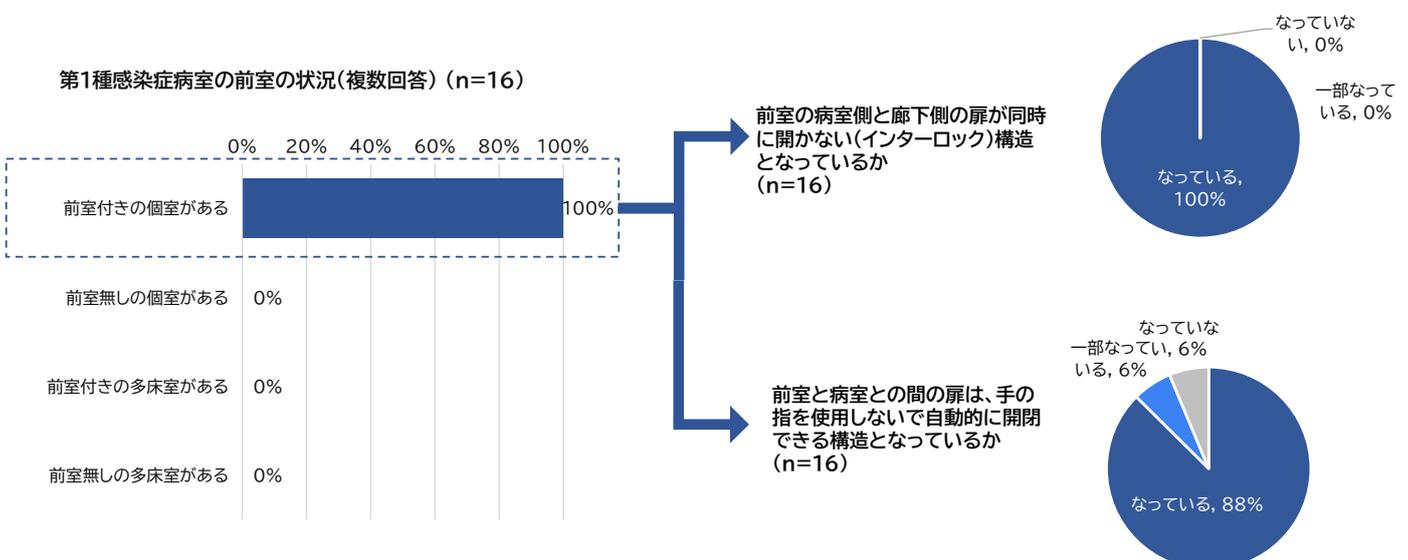
現在(2022年10月)

①第1種感染症病室の設備要件

第1種感染症病室の設備要件(前室)

回答のあった[特定/第1種]は、全て前室付きの個室があり、インターロック構造をとっていた。そのうち88%(14機関)では自動開閉構造を採用、1機関(6%)は一部に自動開閉構造を採用していた。

※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要



56

①第1種感染症病室の設備要件

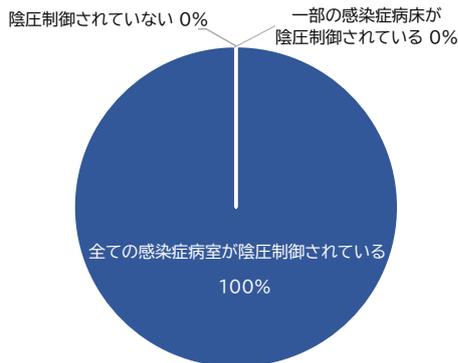
第1種感染症病室の設備要件(陰圧制御・空調) (1/2)

回答のあった[特定/第1種]の感染症病室はいずれも陰圧制御されていた。

14機関(88%)は、全外気方式が採用され、2機関(13%)では一部に全外気方式が採用されていた。

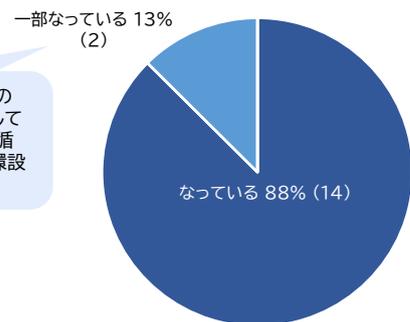
※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要

感染症病室は、陰圧制御されているか(n=16)



感染症病室の空調設備の給気は、全外気方式(屋外の空気のみを給気に用いる方式)になっているか(n=16)

一部になっていると回答した2機関のうち、1機関は再循環方式を採用しており、その際、病室・前室ごとの再循環実施(HEPAフィルター付再循環設備設置)していた。



57

①第1種感染症病室の設備要件

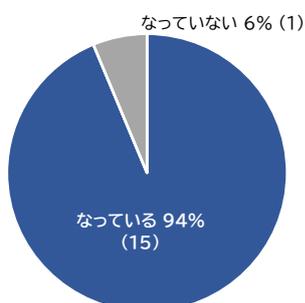
第1種感染症病室の設備要件(陰圧制御・空調) (2/2)

感染症病室の排気に関し、いずれの医療機関も十分な性能を有するフィルターを設置し、12回/h以上(うち2回以上は外気による換気)を行っていた。

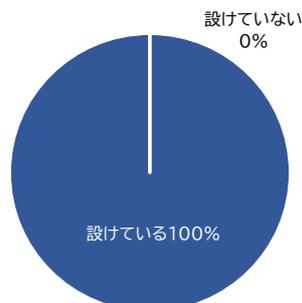
第1種病室・前室ごとの排気は約95%(15機関)で単独排気となっていた。

※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要

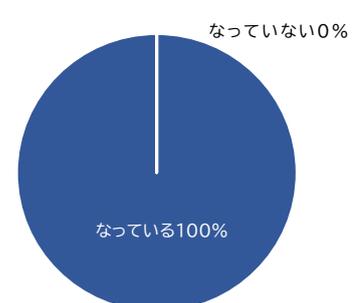
第1種病室・前室ごとに単独排気になっているか(n=16)



排気を大気へ開放する前に、十分な性能を有するフィルターを設けているか(n=16)



換気回数は12回/h以上、うち2回/h以上は外気による換気になっているか(n=16)



58

① 第1種感染症病室の設備要件

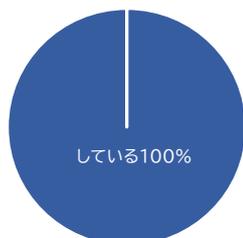
第1種感染症病室の設備要件(排水・配管・トイレ・シャワー)

感染症病室はすべて独立排水設備を有し、消毒/滅菌のうえ排水されていた。通気管は、94%(15機関)において、専用配管かつ特定区域外のものとは合流しない構造となっていた。

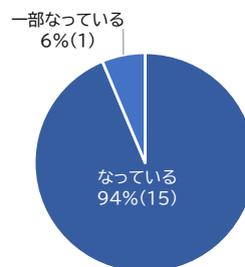
すべての感染症病室内にトイレ・シャワーが完備され、手洗い設備に自動水栓が採用されていた。

※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要

独立した排水処理設備を持ち、消毒又は滅菌のうえ放流しているか



排水処理設備までの、通気管を含む配管は専用のものとし、特定区域外のものとは合流しない構造となっているか



病室内にトイレ・シャワーは備え付けられているか



手洗い設備は、自動水栓(センサー等で手を使わずに操作可能)になっているか



59

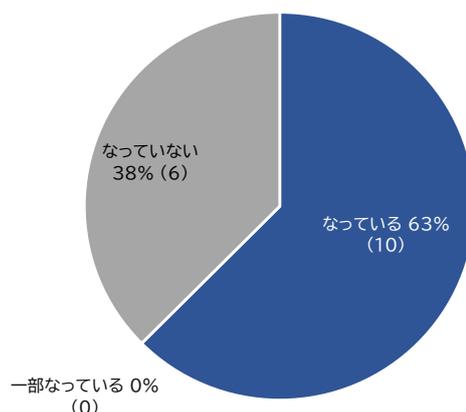
② 第1種感染症病室における面会

第1種感染症病室における面会

第1種感染症病室内に入らずに面会できる医療機関は約63%(10機関)であった。

※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要

室内に入らなくても面会のできる設備となっているか(n=16)



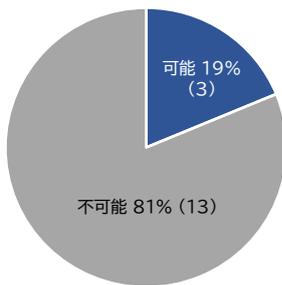
60

第1種感染症病室における集中治療(ECMO/人工呼吸/透析)

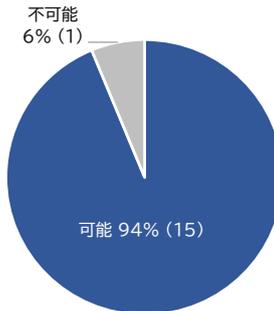
回答のあった[特定/第1種]のうち、90%程度の医療機関において、病室内で、人工呼吸器・人工透析治療が可能であった一方、ECMOによる治療が行えるのは、19%(3機関)であった。

※第1種感染症病床に対する設問であり、回答数が限定的である点に留意が必要

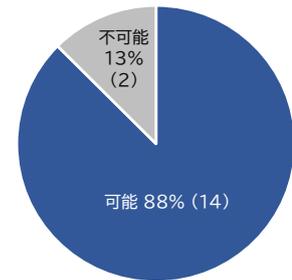
病室内でのECMOによる治療(n=16)



病室内での人工呼吸器による治療(n=16)



病室内での人工透析による治療(n=16)



第2種感染症病室の設備要件(前室・陰圧制御)

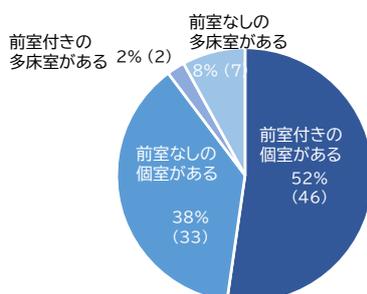
[特定/第1種][第2種]の中で、第2種感染症病室を保有するという回答のあった(88機関)のうち、前室付き個室を有する機関が最も多く(52%)、次いで前室なし個室を有する(38%)が続いた。

全ての感染症病室が陰圧制御されているとの回答は88%であった。

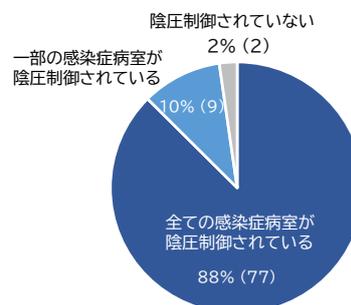
第2種感染症病室の有無

- 調査対象の医療機関
[特定/1種]は16機関および[2種]は82機関の合計98機関
- 調査対象のうち、第2種感染症病床を保有していると回答した機関は88機関(90%)
[特定/1種]は16機関のうち、10機関(63%)
[2種]は82機関のうち、78機関(95%)

第2種感染症病室の前室の状況(n=88)



第2種感染症病室の陰圧制御(n=88)



① 第2種感染症病室の設備要件

第2種感染症病室の設備要件(空調)

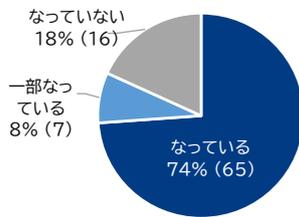
感染症病室の空調設備として全外気方式を採用しているのは81%。全外気方式をとっていない医療機関のうち一定数は、HEPAフィルター付き再循環方式を採用していた。

換気回数12回(うち2回/hは外気による排気)を満たしている医療機関は75%程度であった。

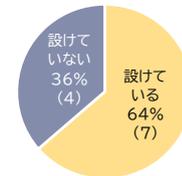
空調設備の給気は、全外気方式(屋外の空気のみを給気に用いる方式)か (n=88)



換気回数は12回/h以上、うち2回/h以上は外気による換気になっているか (n=88)



再循環方式になっていると回答した機関のうち(n=11)
空気の再循環にHEPAフィルター付再循環設備を設けているか



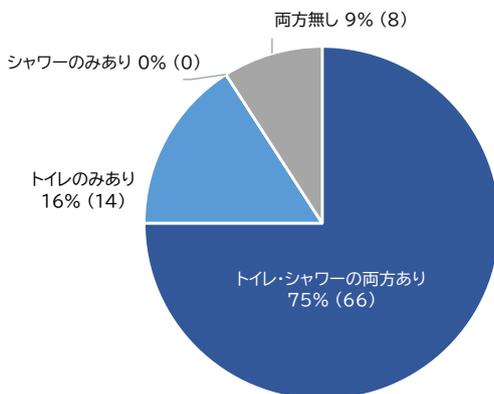
*再循環方式:病室からの排気の一部を循環させて給気の一部に用いる方式

① 第2種感染症病室の設備要件

第2種感染症病室の設備要件(トイレ・シャワー)

感染症病室内にトイレ・シャワーの両方のある医療機関は75%、トイレのみが16%であった。

病室内にトイレ・シャワーは備え付けられているか (n=88)



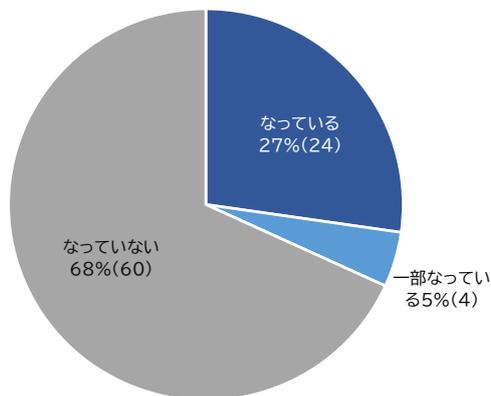
トイレ・シャワーの設置場所(自由回答)

項目	回答例
トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟内に設置 ● 病室近くに設置
シャワー	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟内に設置 ● 病室近くに設置 ● 陰圧室ユニット内

第2種感染症病室における面会

第1種感染症病室内に入らずに面会できる医療機関は約27%(24機関)であった。

病室内に入らなくても面会のできる設備となっているか(n=88)

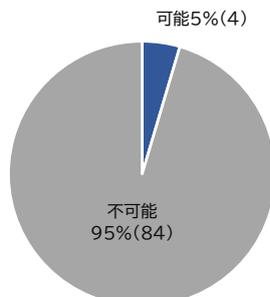


65

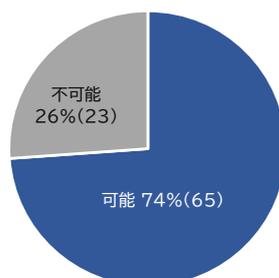
第2種感染症病室における集中治療(ECMO/人工呼吸/透析)

回答のあった[特定/第1種][第2種]の第2種感染症病室内でECMO治療が行えるのは、5%、人工呼吸器74%、人工透析55%であった。

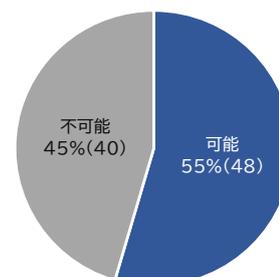
病室内でのECMOによる治療(n=88)



病室内での人工呼吸器による治療(n=88)



病室内での人工透析による治療(n=88)



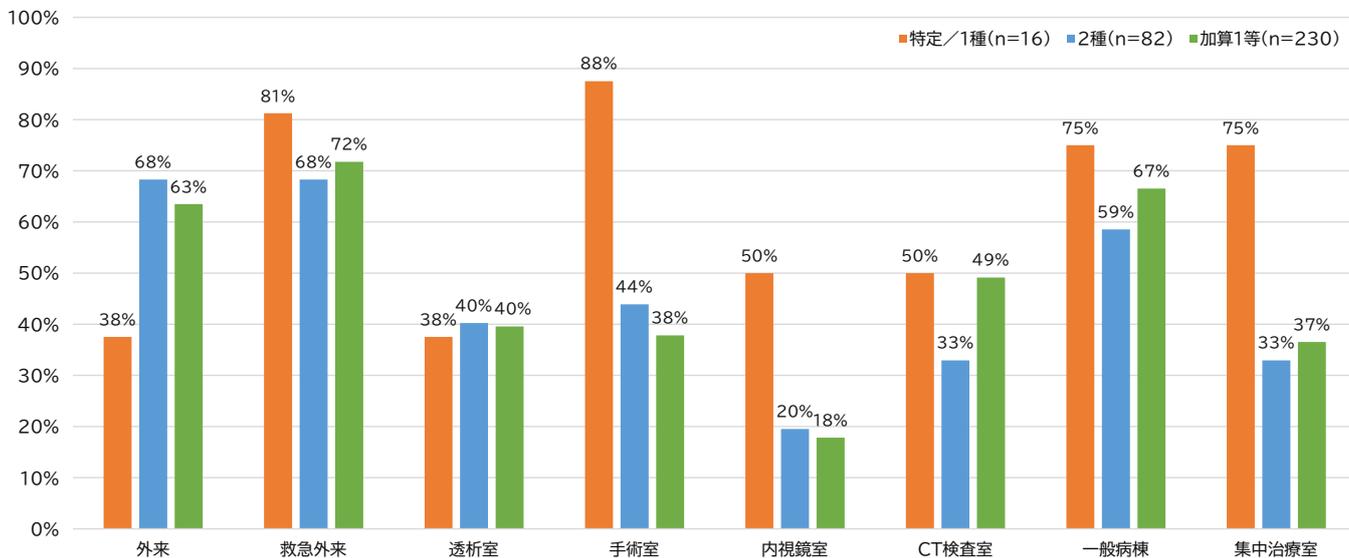
66

① 感染症病床以外の感染症対応室(概要)

感染症病床以外の感染症対応の状況～医療機関種別～

感染症病床以外にCOVID-19患者に対応した部屋として、救急外来、一般病棟、外来などに専用室を設けた医療機関が多かった。[特定/1種]においては、手術室、集中治療室への専用室の設置が多く見られた。

感染症病床以外における感染症(COVID患者)対応可能な部屋の有無



① 感染症病床以外の感染症対応室(概要)

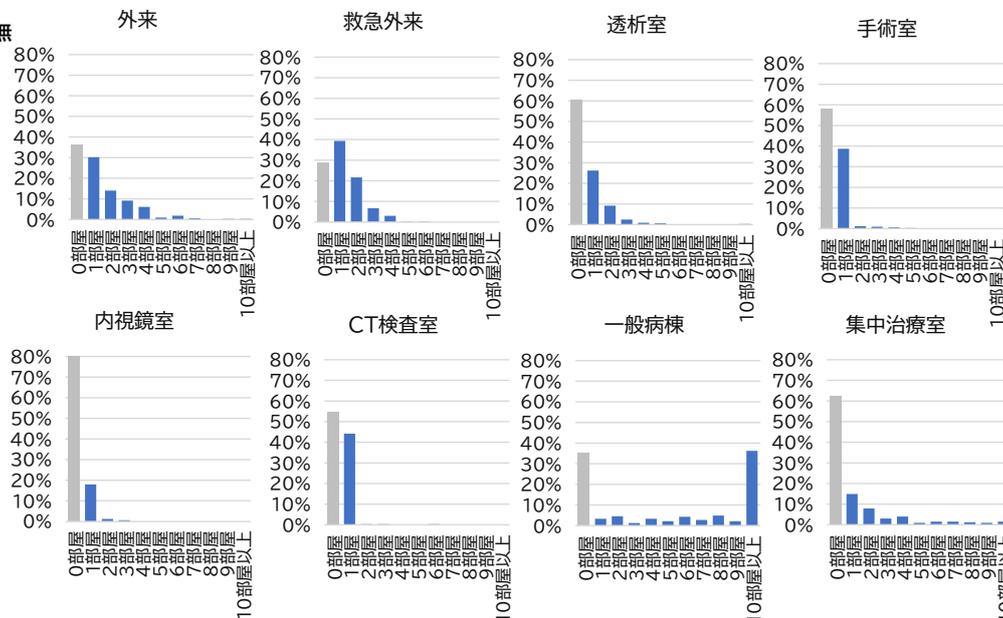
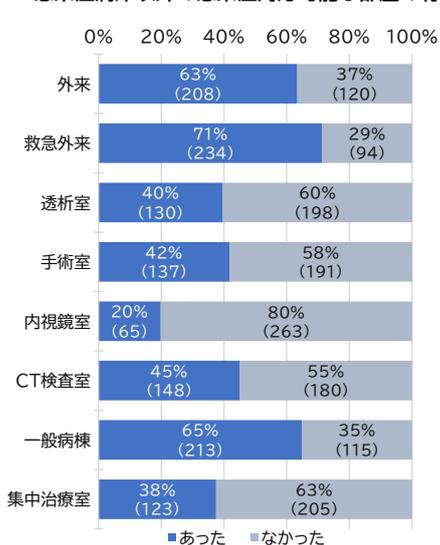
感染症病床以外の感染症対応の状況～部署別・部屋数～

感染症病床以外の感染症対応室の部屋数としては、一般病棟において多く確保されていた。外来、救急外来、集中治療室においても複数の部屋を準備している医療機関があった。一方、手術室、内視鏡室、CT室については、1部屋のみの医療機関が多かった。

全医療機関 (n=328)

感染症病室以外における感染症(COVID患者)対応可能な部屋数*

感染症病床以外の感染症対応可能な部屋の有無

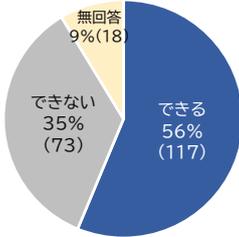


感染症病床以外の感染症対応の状況～外来～

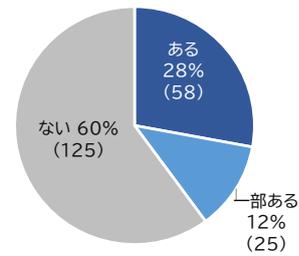
感染症対応の外来室がある医療機関において、外部から直接入ることができる医療機関は56%（117機関）であった。半数以上程度の医療機関で待合スペースが設定されていたが、感染症対応外来に前室がある医療機関は、28%であった。

n=208(63%)

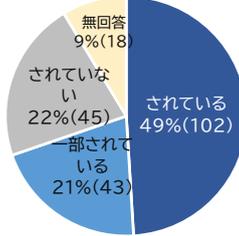
外部から直接感染症対応の外来室に入ることができるか



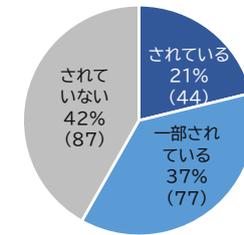
感染症対応の外来の前室の有無



感染症患者の待合スペース設定



感染症対応外来の陰圧制御

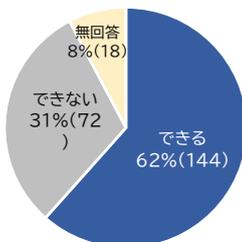


感染症病床以外の感染症対応の状況～救急外来～

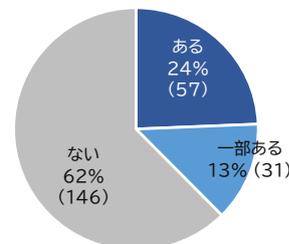
感染症対応の救急外来を有する医療機関のうち62%（144機関）が直接救急外来に入ることが可能であった。また、待合スペースが設定されている医療機関は29%、前室を有する医療機関は24%であった。

n=234(71%)

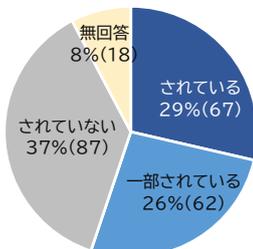
外部から直接感染症対応の救急外来に入ることができるか



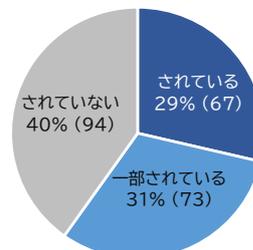
感染症対応救急外来の前室



感染症対応救急外来の待合スペース設定



感染症対応救急外来の陰圧制御

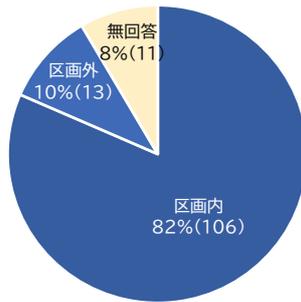


感染症病床以外の感染症対応の状況～透析室～

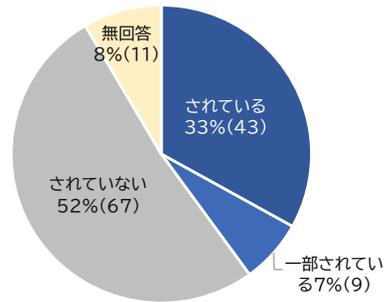
感染症対応の透析室を有する医療機関の82%は、透析室内に感染症用透析ベッドを設置していたが、陰圧制御していた機関は約33%であった。

n=130(40%)

感染症用の透析ベッドは透析室の場所
 (透析室内の一区画内か区画外か)



感染症用透析ベッドの陰圧制御

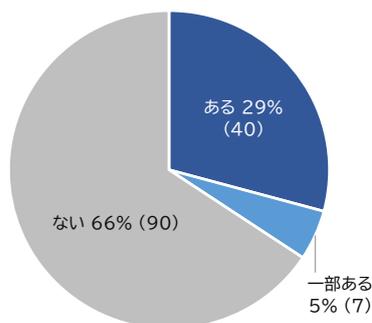


感染症病床以外の感染症対応の状況～手術室～

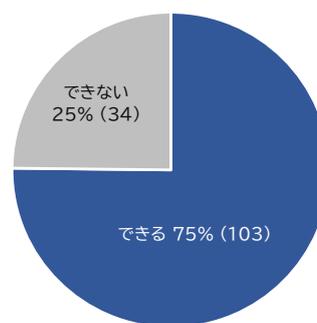
感染症対応の手術室を有する機関において、前室を有する医療機関は29%であったが、75%の医療機関で陰圧制御されていた。

n=137(42%)

感染症用手術室の前室



感染症用手術室の陰圧制御



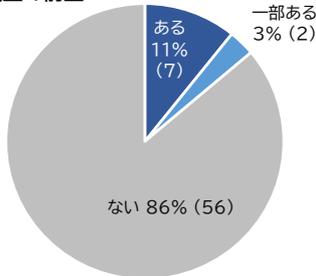
感染症病床以外の感染症対応の状況～内視鏡室～

感染症対応の内視鏡室を有している医療機関は全体の20%と少なかった。このうち、前室があるのは11%、陰圧制御が可能なのは、一部を含め半数体であった。可能な内視鏡検査として、上部消化管、下部消化管、気管支の順に多く見られた。

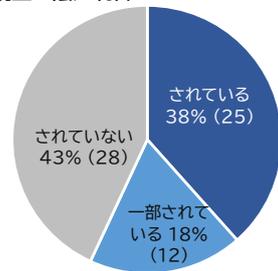
※感染症対応可能な内視鏡室を有する機関の約57%が無回答だったことに留意が必要

n=65(20%)

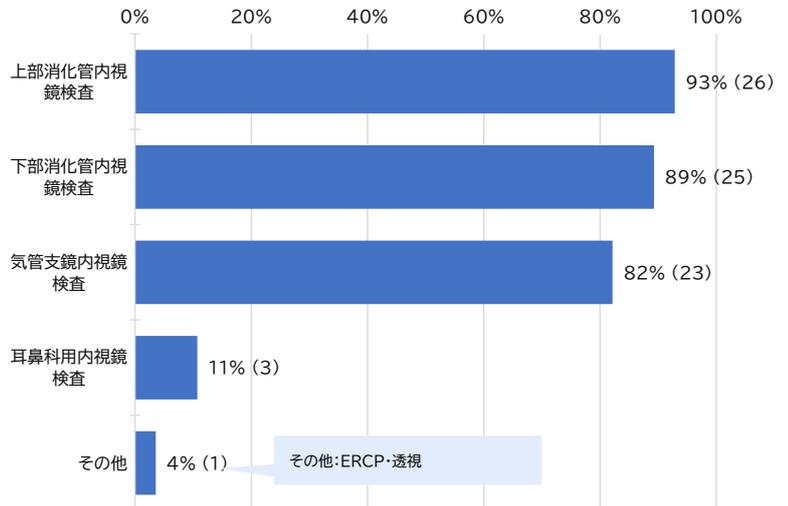
感染症用内視鏡室の前室



感染症用内視鏡室の陰圧制御



感染症用内視鏡室で対応可能な検査(n=28※)(複数回答)



※65機関のうち、37機関(57%)が無回答である点に注意

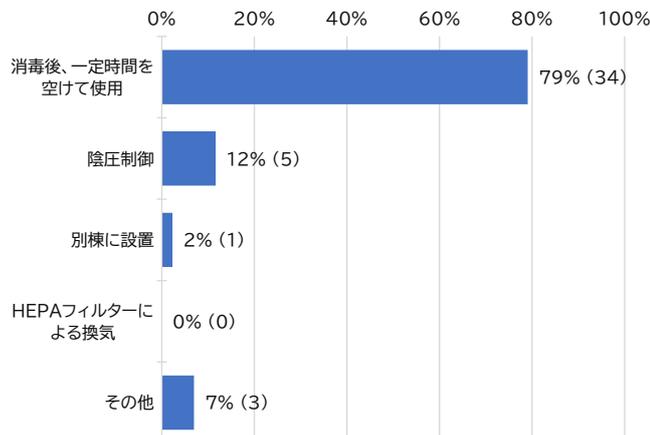
感染症病床以外の感染症対応の状況～CT室～

CT室での感染症対策として、消毒後一定時間あけて使用している医療機関が約80%と最も多かった。

※感染症対応CT室を有する機関の約70%が無回答だったことに留意が必要

n=148(45%)

感染症用CT検査室での感染対策(n=43※)(複数回答)



【その他】の自由回答例

回答例

- 一定時間の空室はできていないが、患者毎に消毒は実施している。
- 操作室をグリーンゾーン、検査室をレッドゾーンとしてゾーニング
- クリーンパーティション配置

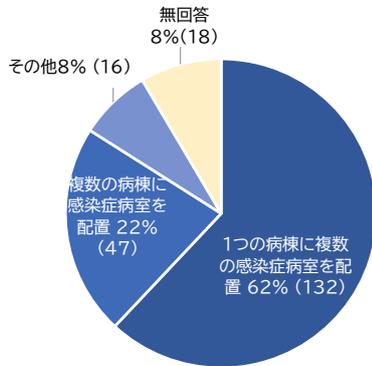
※148機関のうち、105機関(71%)が無回答である点に注意

感染症病床以外の一般病棟の感染症対応の状況～感染制御～

一般病棟に複数の感染症対応室を有する医療機関のうち、62%は、1つの病棟に感染症対応室を配置していた。一方で、複数の病棟に配置した医療機関も10%見られた。

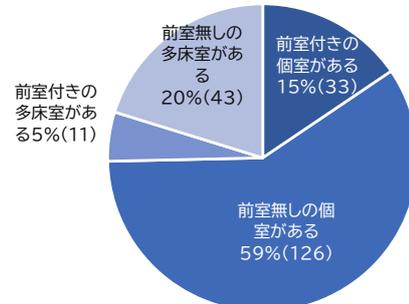
n=213(65%)

複数の感染症病室を持っている場合の配置

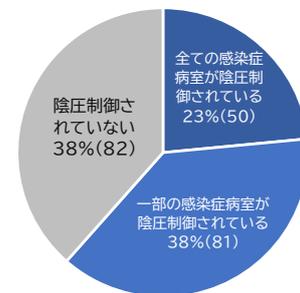


※231機関のうち、18機関(8%)が無回答である点に注意

一般病棟に設置された感染症病室の前室の状況



一般病棟に設置された感染症病室の陰圧制御



【その他】の自由回答例

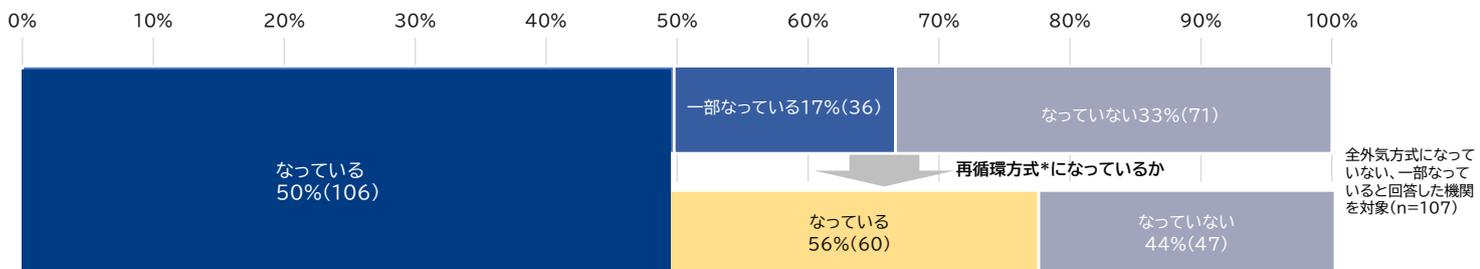
- | 回答例 |
|------------------------|
| ● 感染症病室は1室のみ(複数有していない) |
| ● 各病棟に1室ずつ |
| ● 2病棟に1室ずつ |
| ● 新病棟を建設 |
| ● 感染症病床は特定の病棟に設置 |
| ● 救急病棟に陰圧管理できる病床を設置した |
| ● 産科・小児科・精神科の陰圧制御できる部屋 |

感染症病床以外の一般病棟の感染症対応の状況～空調～

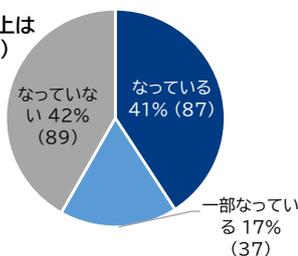
感染症病床ではない一般病棟の感染症対応病室の排気に関して、全外気方式を採用している医療機関は半数。上記以外の医療機関において、HPEAフィルター付の再循環方式を採用している医療機関も一定数見られた。

n=213機関(65%)

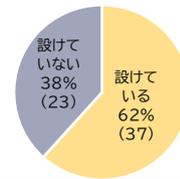
空調設備の給気は、全外気方式(屋外の空気のみを給気に用いる方式)か(n=213)



換気回数は12回/h以上、うち2回/h以上は外気による換気になっているか(n=213)



空気の再循環にHEPAフィルター付再循環設備を設けているか



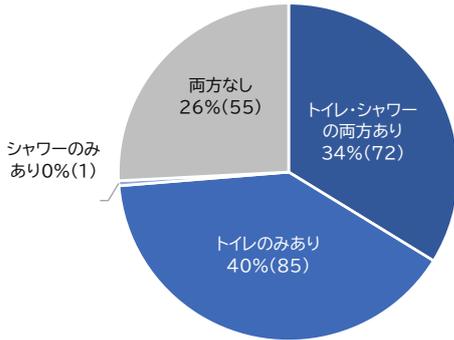
*再循環方式:病室からの排気の一部を循環させて給気の一部に用いる方式

感染症病床以外の一般病棟の感染症対応の状況～トイレ・シャワー・透析～

感染症病室以外の一般病棟の感染症対応病室内にトイレが設置されているのは、74%、病室内で人口透析が可能であるのは、42%であった。

n=213機関(65%)

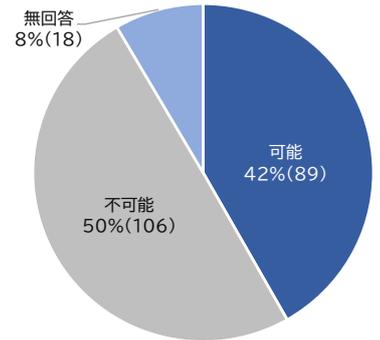
病室内にトイレ・シャワーが備え付けられているか



トイレ・シャワーの設置場所(自由回答)

トピック	回答例
シャワー	<ul style="list-style-type: none"> ● 各病棟に1か所 ● 同一区画にある ● 同一病棟内 ● コロナ担当部署の一角 ● 中庭を抜けた先 ● 別室(1室空き部屋)を確保 ● ゾーニング区域(レッドゾーン) ● 病室近く ● 病室付近にはない
トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟内 ● ゾーニング区域(レッドゾーン) ● 廊下 ● 病室近く ● 病室付近にはない ● 別室(1室空き部屋)を確保 ● 室内に簡易トイレを設置・利用

感染症対応室での人工透析

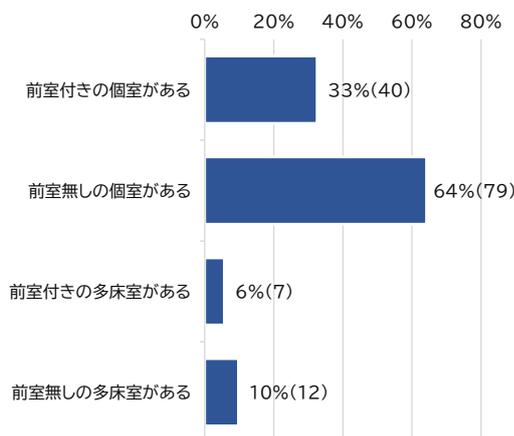


感染症病床以外の集中治療室の感染症対応の状況～感染制御～

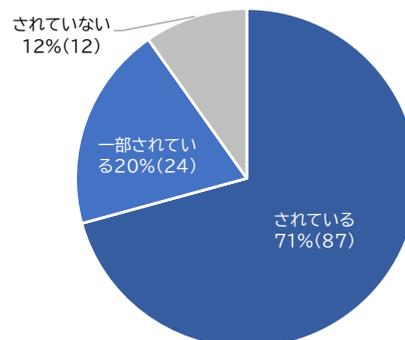
集中治療室内に、感染症病床以外の感染症対応室を有する医療機関のうち、前室付きの個室を有するのは33%、前室なしの個室を有するのは64%(複数回答)であった。また、71%は陰圧制御されていた。

n=123(38%)

感染症対応室の前室の状況(n=123)(複数回答)



感染症対応室の陰圧制御

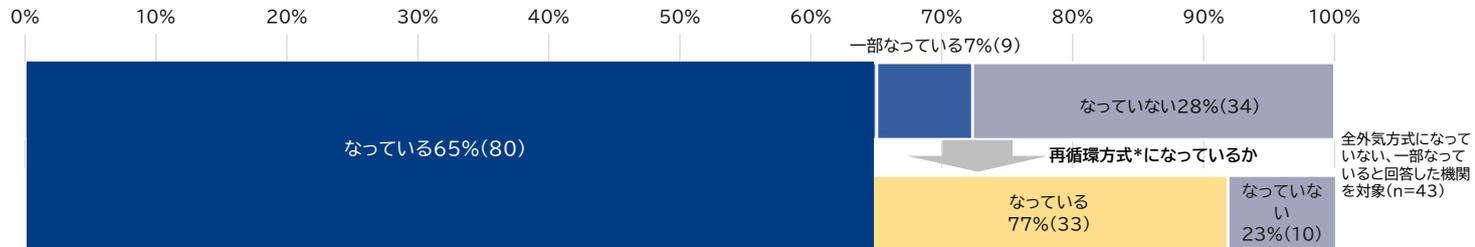


感染症病床以外の集中治療室の感染症対応の状況～空調～

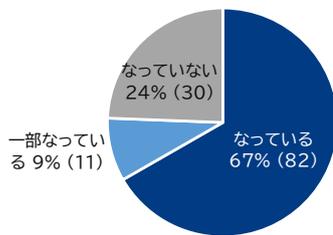
集中治療室内に、感染症病床以外の感染症対応室を有する医療機関のうち、全外気方式を採用している医療機関は65%であった。上記以外の医療機関において、HPEAフィルター付の再循環方式を採用している医療機関が半数程度みられた。

n=123(38%)

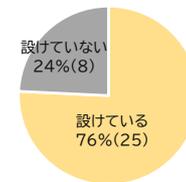
空調設備の給気は、全外気方式(屋外の空気のみを給気に用いる方式)か (n=123)



換気回数は12回/h以上、うち2回/h以上は外気による換気になっているか (n=123)



再循環方式になっていると回答した機関のうち(n=33)
 空気の再循環にHEPAフィルター付再循環設備を設けているか



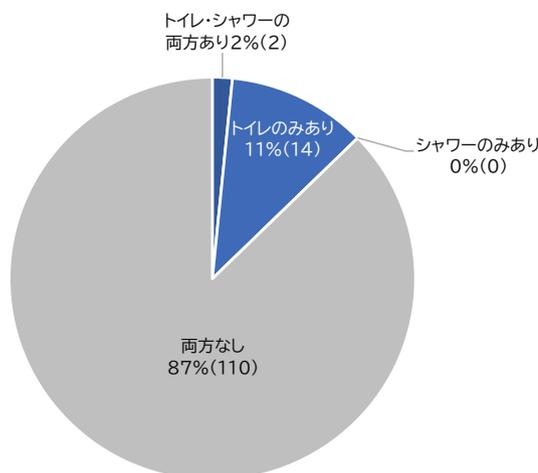
*再循環方式:病室からの排気の一部を循環させて給気の一部に用いる方式

感染症病床以外の集中治療室の感染症対応の状況～トイレ・シャワー～

集中治療室内に、感染症病床以外の感染症対応室を有する医療機関のうち、トイレ・シャワーとも設定していない医療機関が大半であった。

n=123(38%)

病室内にトイレ・シャワーが備え付けられているか(n=126※)



トイレ・シャワーの設置場所(自由回答)

回答例

- 集中治療室のフロア内にある
- ポータブルトイレ・災害トイレを利用
- 重症者のため特に必要がない
- 重症患者のため、シャワーは利用しない(できない)

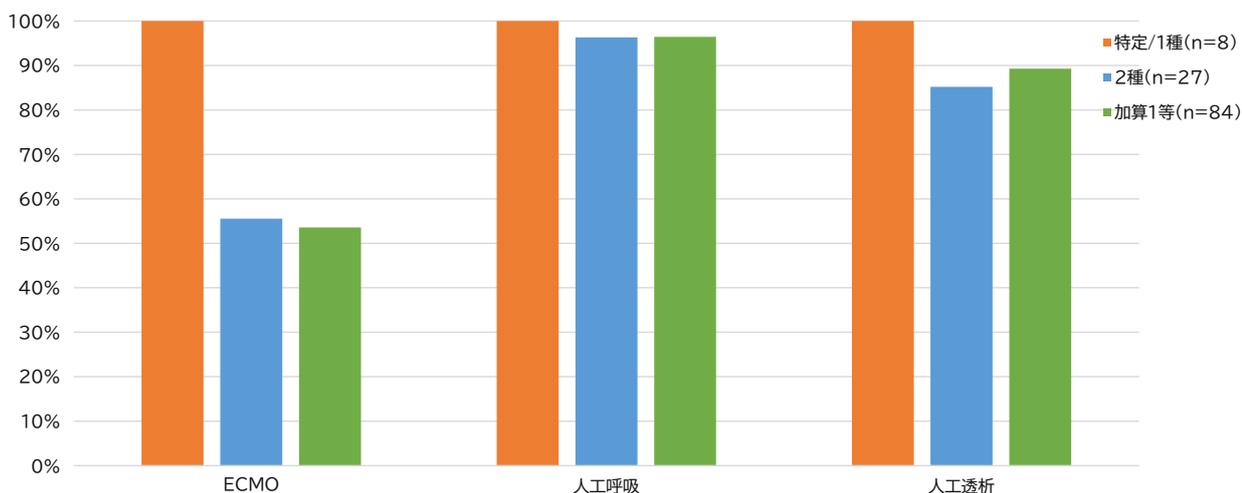
※(1)両方ありと両方なしの集中治療室を使い分け (2)トイレありと両方なしの集中治療室を使い分けと重複回答した3機関を加えて[合計126機関]として集計しています

感染症病床以外の集中治療室の感染症対応の状況～ECMO・人工呼吸・透析～

感染症病床以外の集中治療室内の感染症対応室において、[特定/1種]では、回答のあったすべての医療機関でECMO治療が可能であった一方、それ以外の医療機関区分で対応可能機関は約55%程度であった。

n=123(38%)

感染症病室内でのECMO・人工呼吸・人工透析による治療（無回答の4機関を除外）



81

アンケート調査結果

● COVID-19対応状況(施設・設備等)

- 受入体制
- ゾーニング
- 消毒滅菌・廃棄物・リネン
- 検査
- 集中治療
- 透析治療
- 手術室、剖検室
- 施設・設備改修
- 機器等の購入

● 感染症病室の設備

- 第1種感染症病室
- 第2種感染症病室
- 感染症病床以外での感染症対応室

● 人材

- 医師・看護師
- 研修
- 人材派遣

● その他

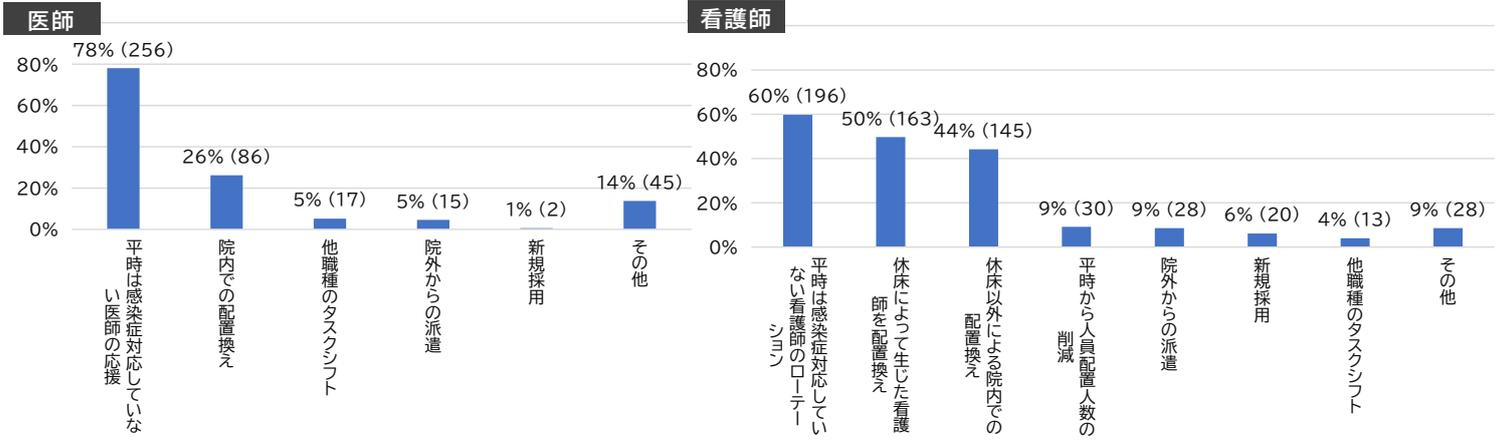
- コロナ対応にかかる会議体
- BCP
- 備蓄
- サーバイランス
- 治験

82

①感染症対応のための医師・看護師確保

医師・看護師の確保方法

確保方法として、感染症以外の医療従事者による応援(医師)/ローテーション(看護師)が最も多く(それぞれ78%、60%)、次いで院内配置換えが多かった(それぞれ約26%、約50%)。



- 自由回答 回答例
- 通常業務の追加業務として対応
 - 感染症科医師 (元々感染症医が所属)
 - 集中治療室医・救急医・総合内科医が2-4時間体制でコロナ総合医として対応
 - 呼吸器内科医が担当。時間外は当直医
 - 内科系医師で輪番制
 - 呼吸器科と総合診療科の医師が担当
 - 通常通り (特に確保はしていない)
 - 各科の医師が担当
 - 院内感染対策委員会の医師を (感染症対応の) 専属医師とした
 - 基礎疾患に応じて主科・主治医が担当

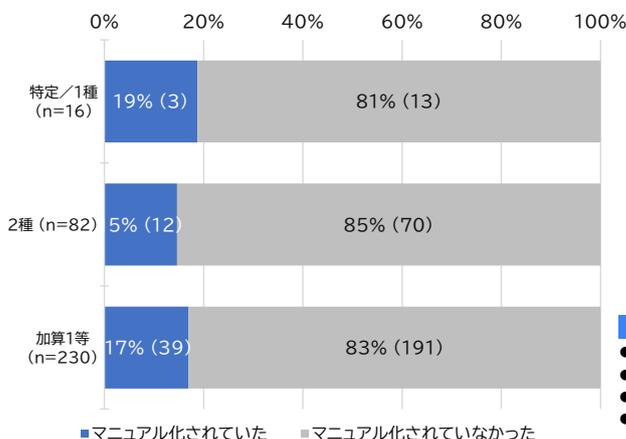
- 自由回答 回答例
- 該当する病棟看護師がそのまま対応 (例) 感染症病棟看護師がそのまま対応 呼吸器内科病棟看護師がそのまま対応
 - ICUスタッフが担当
 - 礎疾患に準じて担当病棟スタッフが対応
 - 専用病床/病棟に転換した職員がそのまま担当
 - 平時と同じ
 - 院内で希望者を募った
 - 1病棟閉鎖して看護師を配置
 - 各部署から選出してチームを結成

②人員体制マニュアル

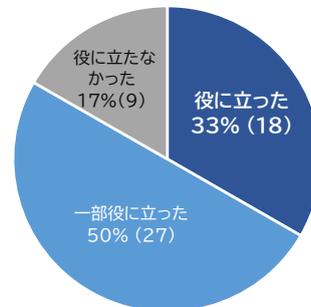
パンデミック時の人員体制に関するマニュアル(コロナ発生前、通期)

各指定医療機関区分とも、コロナ発生前の時点で、感染症対応にかかる応援体制についてマニュアル化していたのは、15-20%程度の医療機関であった。一方、マニュアルのあった医療機関の83%は何らかの形でマニュアルを役立てていた。

コロナ発生前の時点で、パンデミック等による患者急増に備え、感染症対応の応援を行う体制をマニュアル化していたか



マニュアルが役立ったかどうか



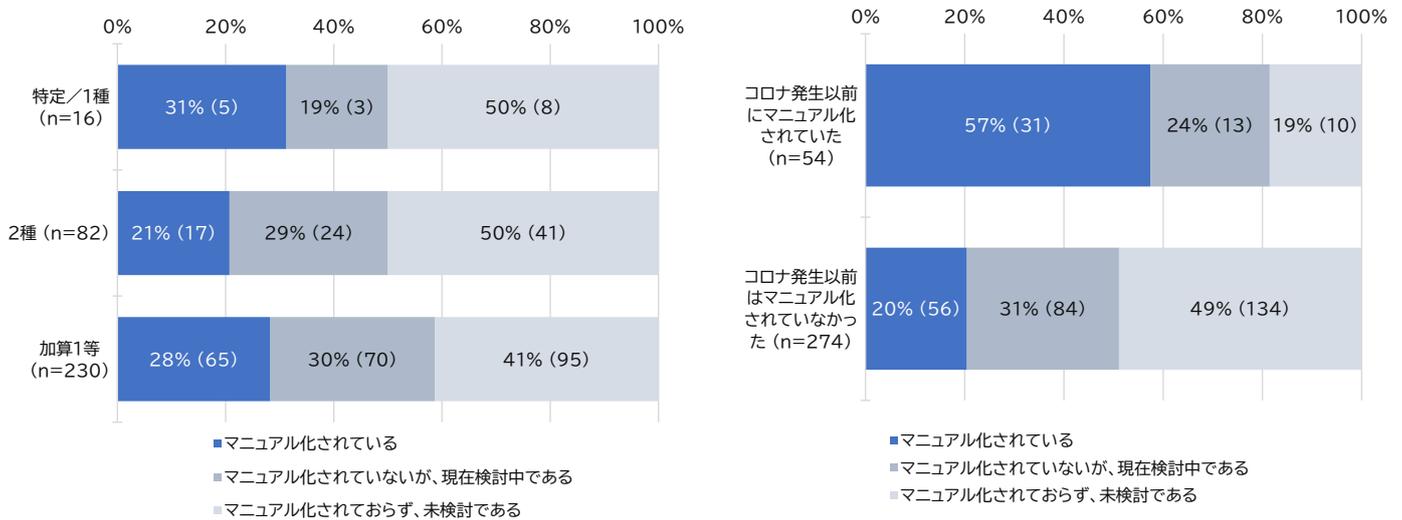
役に立たなかった理由(自由回答)

- 事前にマニュアルがあった(n=54)
- 回答例
- 大まかに作りすぎていた
 - 想定していた受入人数を大幅に超えたため
 - 想定した出勤者数/欠勤者数の割合と合致しなかった
 - 世界的な流行のため、備品等を含めて想定をはるかに超えていたため
 - 検査、治療薬、行政とのやりとりに関するルールが短期間で変更されたため
 - 新型インフルエンザを基準に設定したため合致しなかった
 - 医師間での意思統一ができず医局でもめた
 - 周知していなかった (意思統一が図れなかった)
 - (マニュアル内容など) 理解不足
 - 実務に即していなかった
 - 長期にわたった場合のマニュアルではなかった
 - マニュアルが規定した人材が対応できない状態だった
 - 新病院体制に移行直後で病棟構成などが変わり、マニュアルが役に立たなかった
 - 職員間で具体的に対応についてイメージできていなかった
 - 更新されていなかった
 - 急遽、マニュアルとは異なる対応 (病棟など) をすることになり再検討が必要となった
 - 行政との連携がうまくいかなかった

パンデミック時の人員体制に関するマニュアル(現在)

2022年10月時点において、コロナ発生前よりも人員体制に関してマニュアル化している施設が増え、検討中を含めると半数程度となった。一方で、コロナ発生前にマニュアル化されていた施設が、現時点では、マニュアル化されていないとの回答も一定数みられた。

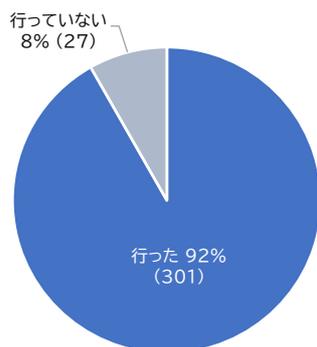
パンデミック時の人員体制について、現時点でマニュアル化されているか



感染患者の受入に備えての研修実施状況

2022年10月時点で、90%以上の医療機関で、コロナ患者受け入れに関して院内研修を実施していた。内容としてはPPE脱着やゾーニングなどに関する研修との回答が多く見られた。

コロナ患者の受入に備え、院内で対応に関する研修(n=328)



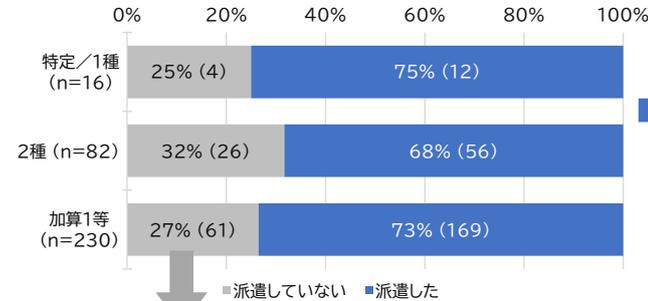
研修概要(自由回答)

項目	回答例
内容	<ul style="list-style-type: none"> ● PPE着脱方法 ● COVID-19の概要 (病態、感染経路、治療法、クラスターなど) ● 感染対策 ● ゾーニング・動線 ● 診療体制 ● 手指衛生 ● 標準予防策及び感染経路別予防策 ● ワクチン接種 ● 受入病院の見学 ● 清掃 ● 検査・検体採取 ● 廃棄物処理 ● リネン処理 ● エリア内で使用する医療機器について (人工呼吸器、ECMOなど) ● 食事の提供方法 ● 保健所への連絡方法 ● 受入シミュレーション
回数	<ul style="list-style-type: none"> ● 毎週 ● 年2回 (法定研修にて) ● 年数回 ● 計数回 ● 計十数回 ● 計数十回 ● 入院受入前に ● 動画/Web配信 (いつでも視聴可能)

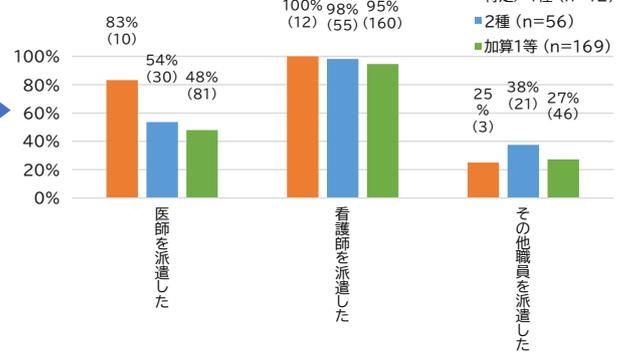
他機関への人材派遣の有無(1/2)

70%程度の医療機関が他の医療機関に人材を派遣していた。職種としては、看護師派遣が多く、医師については、[特定/1種]が83%、それ以外の医療機関区分においては、50%程度であった。派遣できない理由としては、人的ゆとりがなかったとの回答が多かった。

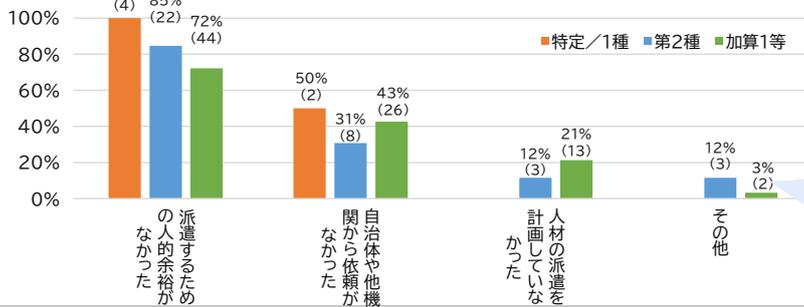
コロナ対応に際し、他機関へ人材の派遣(支援)を行ったか



人材派遣(支援)した職種



派遣を行わなかった理由(複数回答)



その他職員(代表例を抜粋)

- 検査技師
- 薬剤師
- 放射線技師
- 臨床工学士
- DMAT調整員
- 事務員
- コメディカル
- 救命救急士
- 歯科医師
- 理学療法士
- リハビリスタッフ
- 介護福祉士

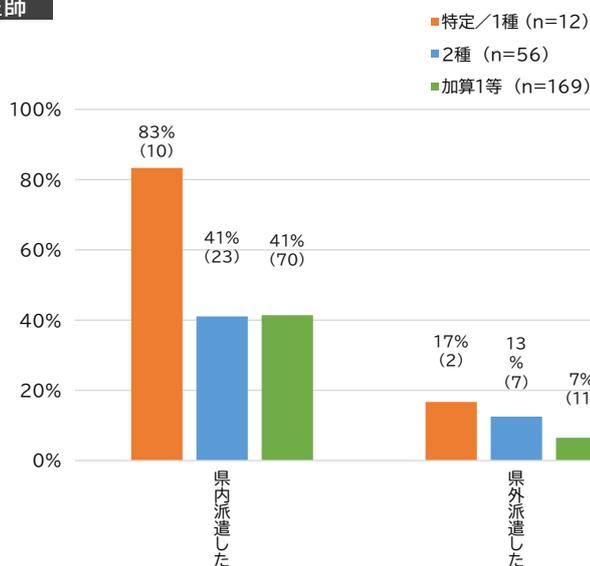
- 県内唯一の2種感染症指定医療機関であり、万全を期する必要がある
- 財政的支援が不十分だった
- 派遣人材のための研修や訓練が実施できない

他機関への人材派遣の有無(2/2)

医師については、[特定/1種]の県内派遣割合が高値であった。看護師は、80%近くの医療機関で県内派遣しており、県外派遣も35-40%程度みられた。

医師

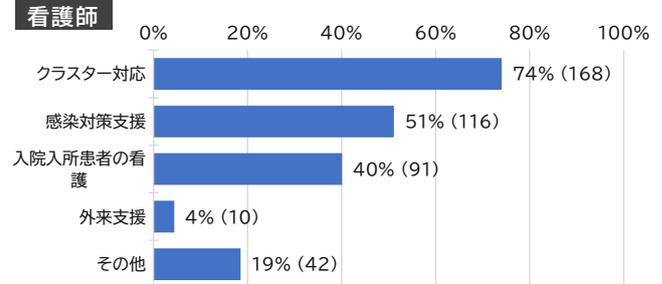
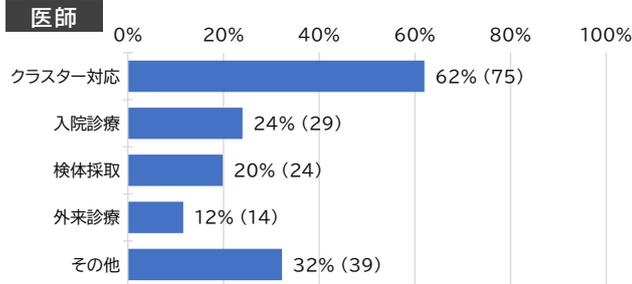
看護師



人材派遣時の業務内容

他機関への医療人材派遣(支援)の主たる業務として、医師、看護師ともにクラスター対応が最も多かった。次いで、医師については、入院診療、検体採取など、看護師については、感染対策支援、入院入所者の看護が多かった。

人材派遣の際の業務内容(複数回答)



「その他」の回答例

- 職域接種/ワクチン接種
- 県コーディネートセンター/コントロールセンター(入院振り分け)
- 臨時医療施設対応(酸素ステーション、入院待機ステーション)
- 宿泊療養施設対応
- ダイヤモンドプリンス号対応
- 往診
- トリアージ診察
- ゾーニング指導
- 高齢者施設対応
- 空港検疫
- 感染対策支援
- 患者受け入れ準備支援

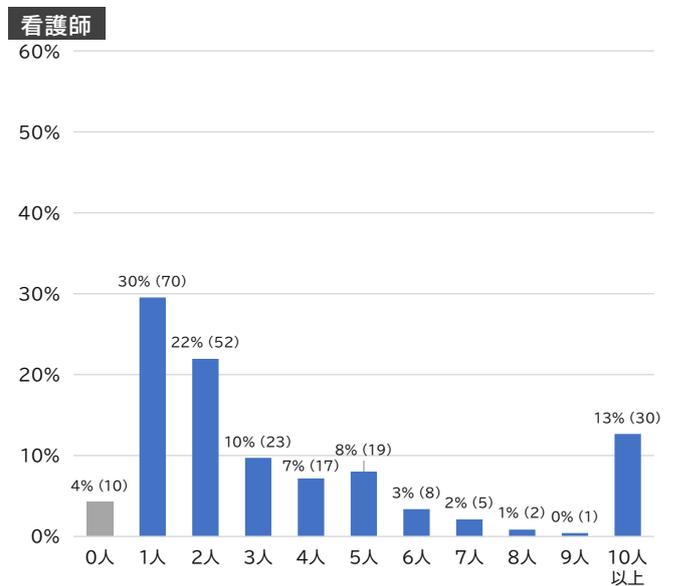
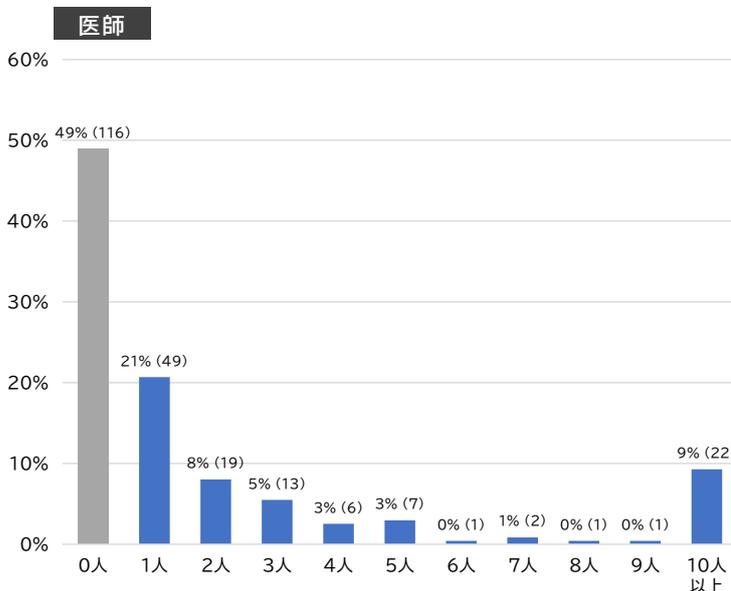
「その他」の回答例

- 職域接種/ワクチン接種
- 県コーディネートセンター/コントロールセンター(入院振り分け)
- 検体採取
- 臨時医療施設対応(酸素ステーション、入院待機ステーション)
- 宿泊療養施設対応
- 一般病棟看護
- ゾーニング指導
- 空港検疫
- 感染対策支援
- アウトブレイク対応
- 訪問看護
- 患者受け入れ支援
- ダイヤモンドプリンス号対応
- 心のケア対応

職種ごとの人材派遣人数

医師と比較し看護師を派遣している医療機関が多かった。医師については、1名に次いで、10名以上が多く、看護師については、1名、2名に次いで、10名以上が多かった。

医師・看護師の派遣人数(派遣していない機関は[0人]として表記)



アンケート調査結果

● COVID-19対応状況(施設・設備等)

- 受入体制
- ゾーニング
- 消毒滅菌・廃棄物・リネン
- 検査
- 集中治療
- 透析治療
- 手術室、剖検室
- 施設・設備改修
- 機器等の購入

● 感染症病室の設備

- 第1種感染症病室
- 第2種感染症病室
- 感染症病床以外での感染症対応室

● 人材

- 医師・看護師
- 研修
- 人材派遣

● その他

- コロナ対応にかかる会議体
- BCP
- 備蓄
- サーベイランス
- 治験

91

4. その他:(1)コロナ対応にかかる会議体

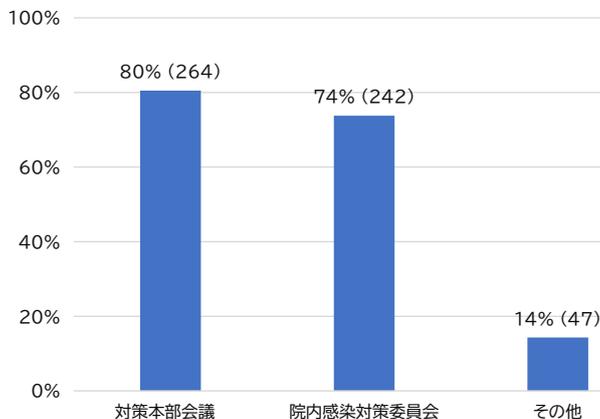
コロナ対応通期

①コロナ対応にかかる会議体(開始時期)

対応決定のための会議体(開始時期)

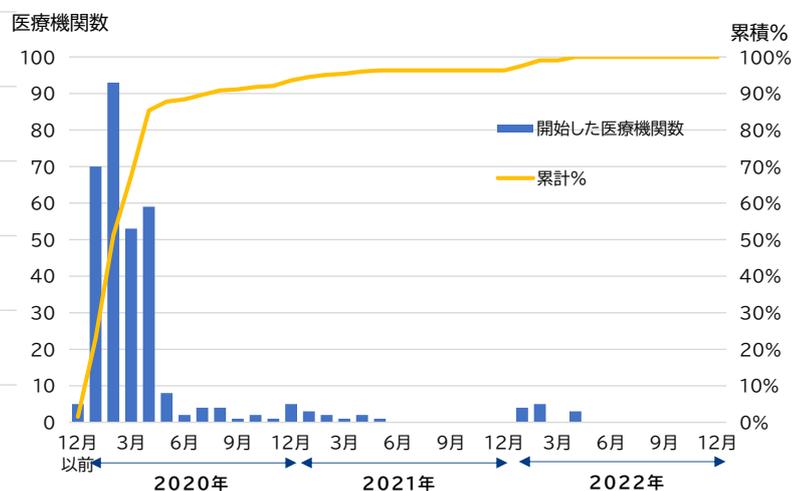
コロナ対応決定のための会議として、平時からある院内感染対策委員会に加え、対策本部を設置し、検討している医療器機関が多かった(80%)。会議体は、2020年4月には全体の80%、7月には90%の医療機関で運用が開始されていた。

会議体の枠組み(複数回答)



- その他の回答例
- ワーキンググループ会議
 - 幹部会議
 - 災害対策本部 (マニュアルで規定されていた)
 - 臨時会議
 - コロナ対応連絡会議/コロナ会議
 - 定期ミーティング
 - 経営者会議

会議体の運用開始時期

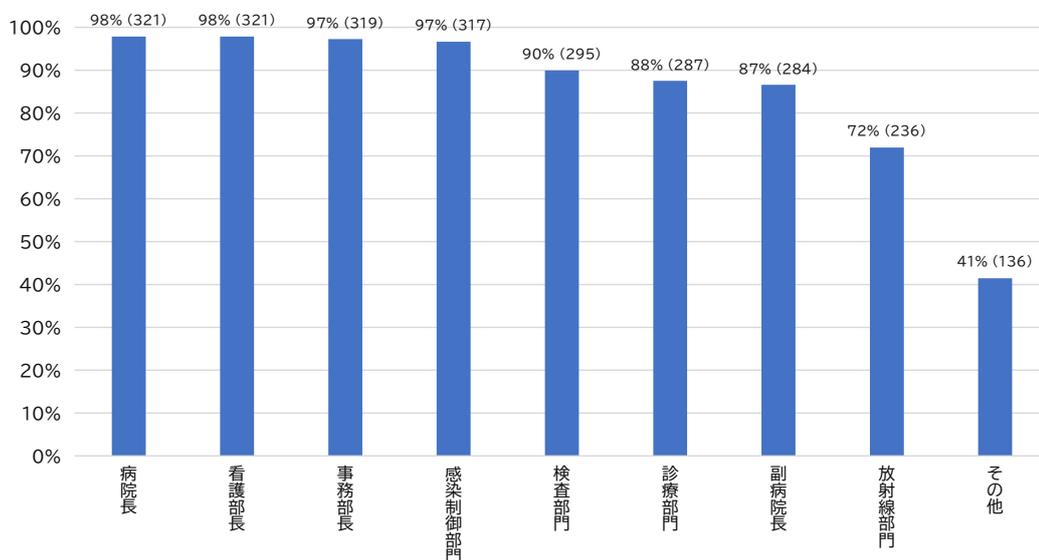


92

対応決定のための会議体(構成員)

会議体の構成員として、病院長、看護部長、事務部長、感染制御部門は100%近く含まれていた。次いで、診療部門、副病院長の順に高い傾向があった(約90%)。

対応決定のための会議体の構成員



【その他】(自由回答)

回答例

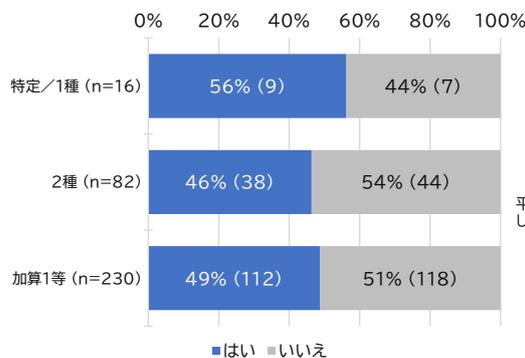
- 救急部門
- 事務部門 (医事課など)
- 外来部門
- 手術部門
- リハビリテーション部門
- 臨床工学部門
- 薬剤部
- 看護部
- 栄養管理部・栄養科
- 地域連携室
- コロナ部門
- その他：外科、小児科、放射線科、検診部門、コメディカル、検査科、施設課など

感染症用BCPの作成・利用状況

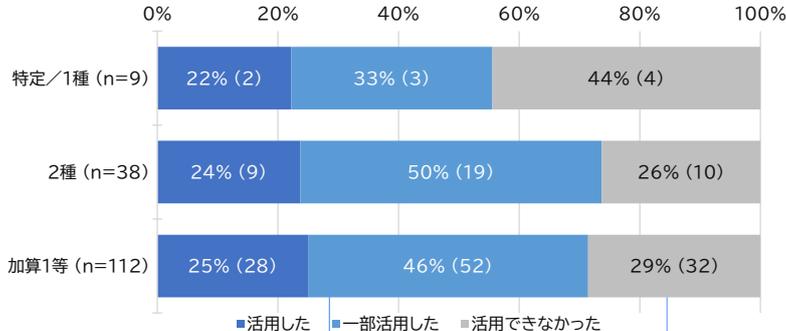
いずれの医療機関区分においても、約半数が新型コロナ発生以前に感染症用BCPを作成しており、半数以上が何らかの形で活用していた。

平時に感染症用BCPのを作成していましたか

感染症用BCPの今回のコロナ対応での活用



→
平時にBCPを作成していた(n=159)



活用できた点の詳細(自由記入)

- 診療体制・診療の優先順位など
- 連絡体制・指示命令系統の体制
- 対策本部の立ち上げ・組織体制
- 職員確保・割り振り
- 動線・ゾーニング
- 物品確保・在庫管理

活用できなかった理由の詳細(自由記入)

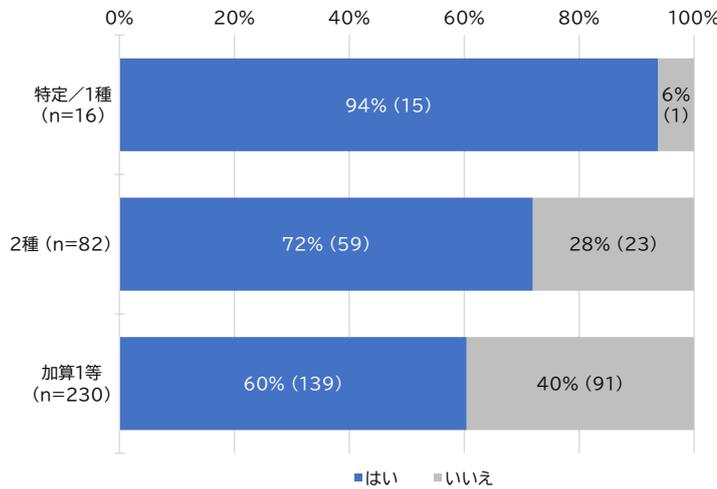
- 現実的な内容ではなかった
- 想定を大幅に超えた
- 想定が甘かった
- 具体性に欠けた
- 作成後に見直し/見直しなかった
- その都度状況が異なるため、活用・対応できない
- 周知がかけていた

①コロナ発生前における新興感染症用の備蓄状況

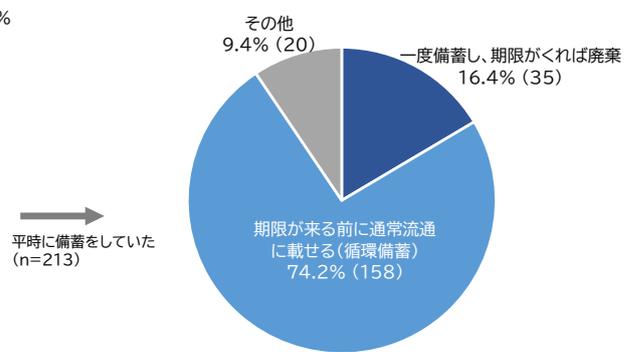
平時における新興感染症用の備蓄状況(1/3)

感染症指定医療機関では新興感染症対策の備蓄を行う傾向がみられ、特に、[特定/1種]では、備蓄の実施機関割合が高かった(94%、15機関)。備蓄していた機関(n=213)のうち約75%の機関で循環備蓄を行っていた。

新興感染症対策として備蓄をしていましたか。



どのような方法で備蓄を行っていましたか。



その他の詳細(自由記入)

- 期限間近で、訓練等に使用する
- 期限が切れた場合、訓練等に使用する
- 期限が切れても使用
- 期限が切れたものも保管していた
- 決まりはない

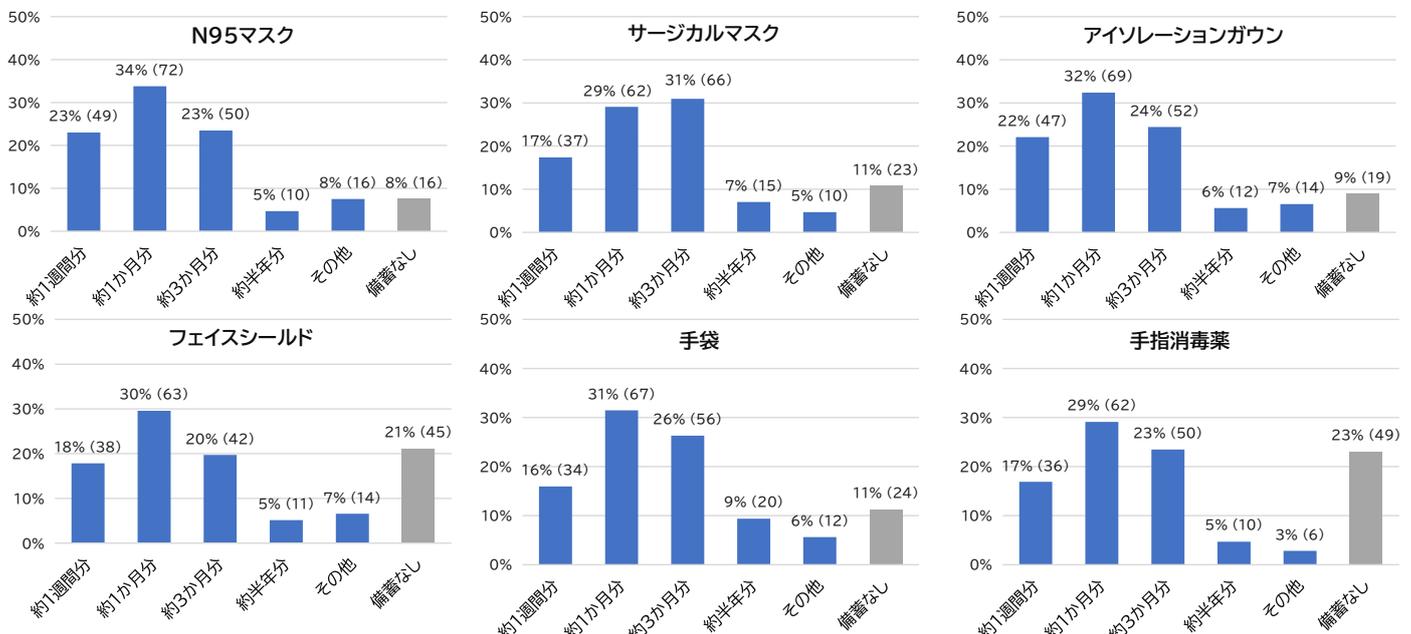
※期限切れ備品を訓練に使用する機関が複数あった

①コロナ発生前における新興感染症用の備蓄状況

平時における新興感染症用の備蓄状況(2/3)

いずれの備蓄品も1か月あるいは3か月分備蓄する傾向が見られ、サージカルマスクを除き、いずれも1か月分の備蓄量が最も多かった(30%前後)。

どのような物資を(コロナ流行期での貴院の消費量を前提として) どれだけの期間分、備蓄していましたか。

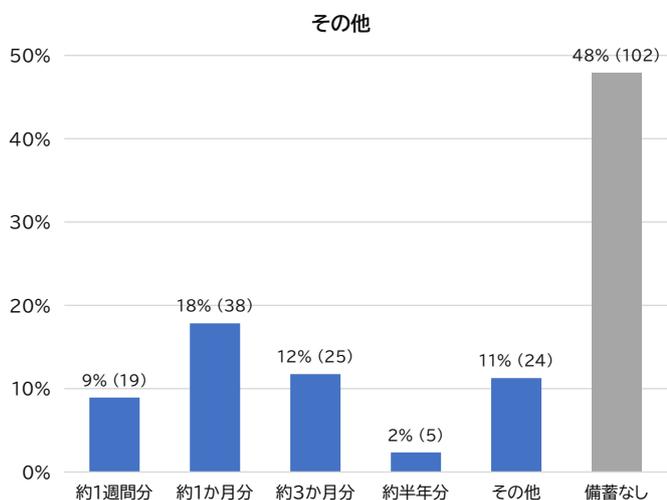


①コロナ発生前における新興感染症用の備蓄状況

平時における新興感染症用の備蓄状況(3/3)

新興感染症用に備蓄を行っていた医療機関の約半数は、前頁の6品目以外の備蓄品を持たなかった。その他の物資としては、ゴーグル/アイガードやキャップなどが挙げられていた。

どのような物資を(コロナ流行期での貴院の消費量を前提として) どれだけの期間分、備蓄していましたか。



その他の回答(期間)	
N95マスク	● 2週間(半月)分
サージカルマスク	● 2か月分
アイソレーションガウン	● 3日分
手袋	● 5日分
フェイスシールド	● 2週間(半月)分
	● 3日分
	● 5日分
	● 200個
	● 500個
	● 県・国からの配布分
手指消毒薬	● 2週間(半月)分

その他の回答(物資)	
●	ゴーグル/アイガード
●	PPEセット
●	キャップ
●	エプロン
●	環境クロス
●	タイバック
●	検査用消耗品(スワブなど)

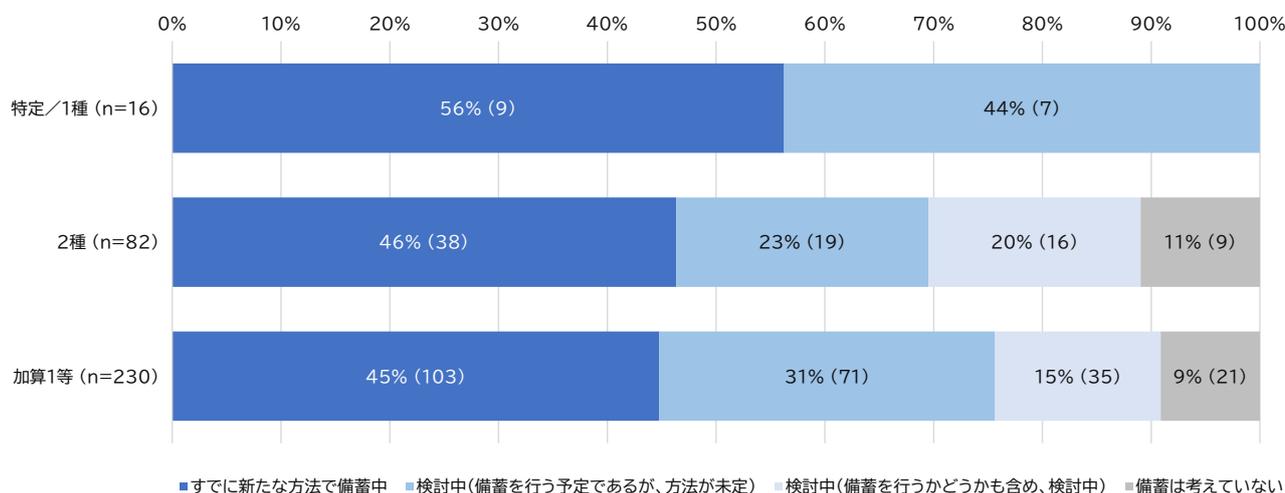
97

②今後のパンデミックに備えた備蓄検討状況

今後のパンデミックに備えた備蓄検討状況(1/3)

いずれの医療機関区分においても、50%前後の医療機関がすでに今後のパンデミックに備え備蓄していた。[特定/1種]はすべて備蓄予定(備蓄済みを含む)であり、[第2種][加算1等]では70-75%の医療機関が備蓄中または備蓄を検討中であった。

今回のコロナ対応を受けて、次のパンデミックに備えて物資の備蓄を考えていますか。

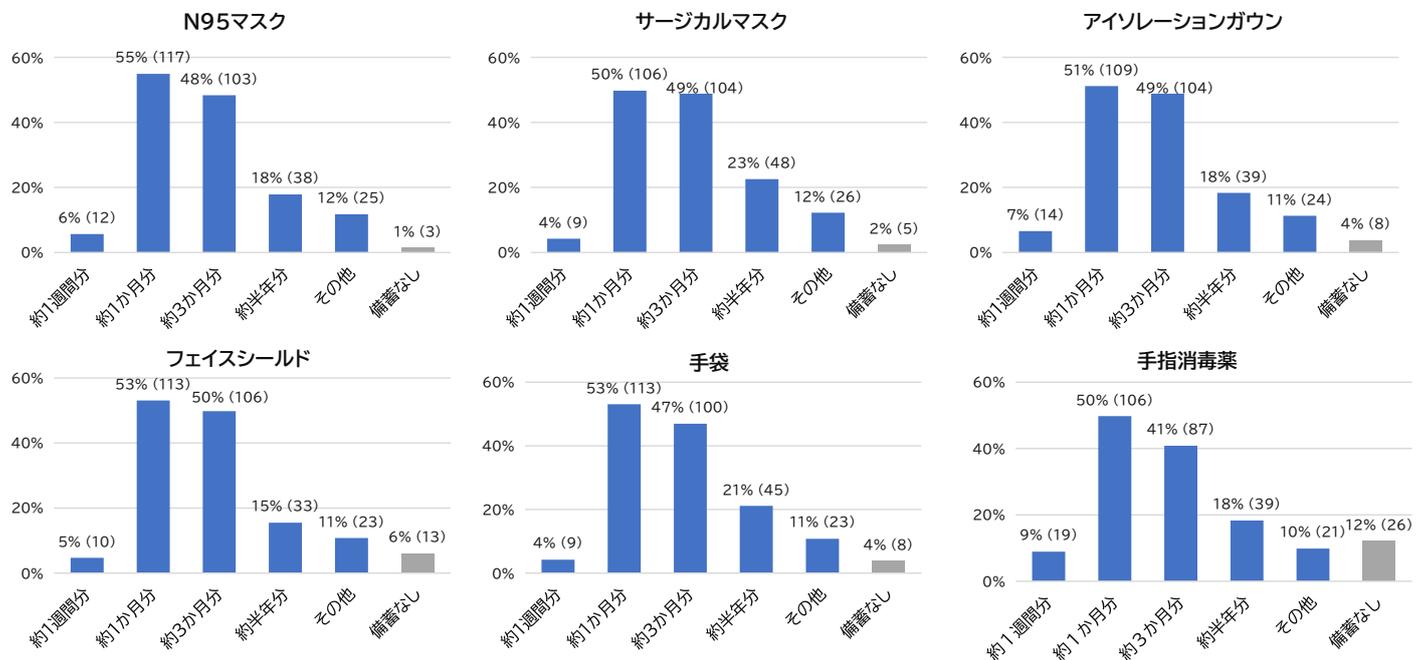


98

今後のパンデミックに備えた備蓄検討状況(2/3)

いずれの物資も、1か月分あるいは3か月分備蓄する傾向が見られた。

(備蓄を検討中の場合)どのような物資を、貴院の消費量を前提としてどれだけの期間分、備蓄する予定ですか。



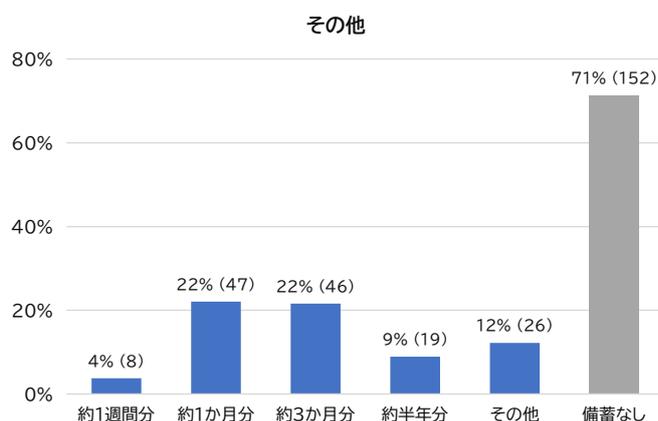
99

今後のパンデミックに備えた備蓄検討状況(3/3)

約70%の医療機関では、前頁の6品目以外の備蓄を予定していなかった。

備蓄予定の医療機関では、6品目と同様に、その他物資も1か月ないし3か月分の備蓄を予定する傾向が見られた。

(備蓄を検討中の場合)どのような物資を、貴院の消費量を前提としてどれだけの期間分、備蓄する予定ですか。



その他の回答(期間)

- | | |
|-------------|----------|
| N95マスク | ● 2か月分 |
| | ● 検討中・未定 |
| サージカルマスク | |
| アイソレーションガウン | ● 2か月分 |
| フェイスシールド | ● 2週間分 |
| 手袋 | ● 検討中/未定 |
| 手指消毒薬 | |

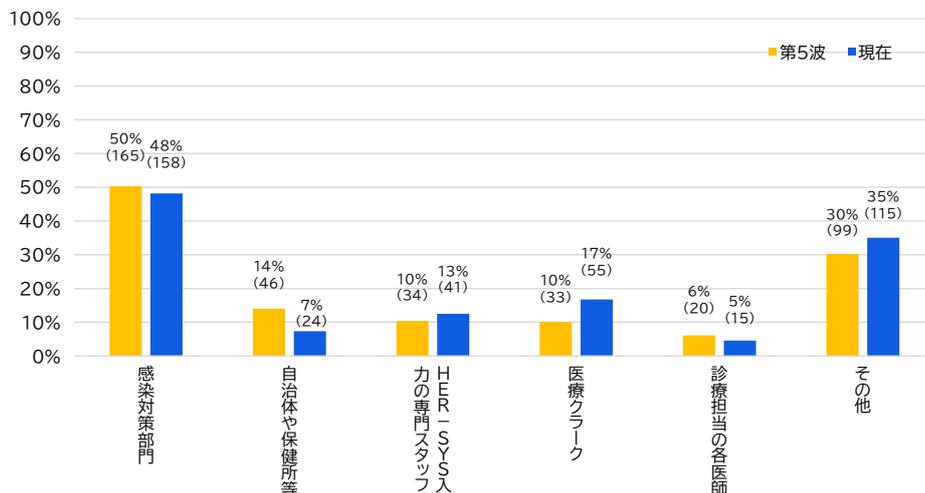
その他の回答(物資)

- ゴーグル/アイガード
- PPEセット
- キャップ
- エプロン
- 環境クロス
- タイベック
- 検査用消耗品 (スワブなど)
- 衛生材料 (シリンジ・針等)
- 医療材料 (チューブ類、カテーテル等)

HER-SYSへの入力担当者

第5波、現在ともに、HER-SYS入力者として「感染対策部門」を挙げる機関が最も多かった。
第5波時と比べ、HER-SYS入力専門スタッフおよび医療クラークと回答した機関が増加している。

HER-SYSへの入力担当者(n=328)



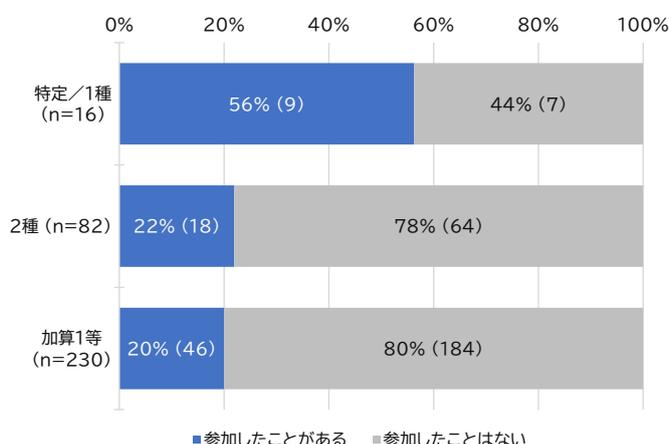
その他の回答(自由記入)

- 医事課職員・病院事務員
- 新型コロナ感染症担当事務員
- 事務職員 (総務課等の上記以外)
- 看護師長
- 看護師
- 医療連携室
- 検査部門・検査技師

治験参加実績

[特定/1種]の過半数(56%、9機関)がコロナ関連の治験に参加経験がある一方、それ以外の医療機関区分の参加率は20%程度あった。

コロナ関連の治験への参加



参加の詳細(自由回答)

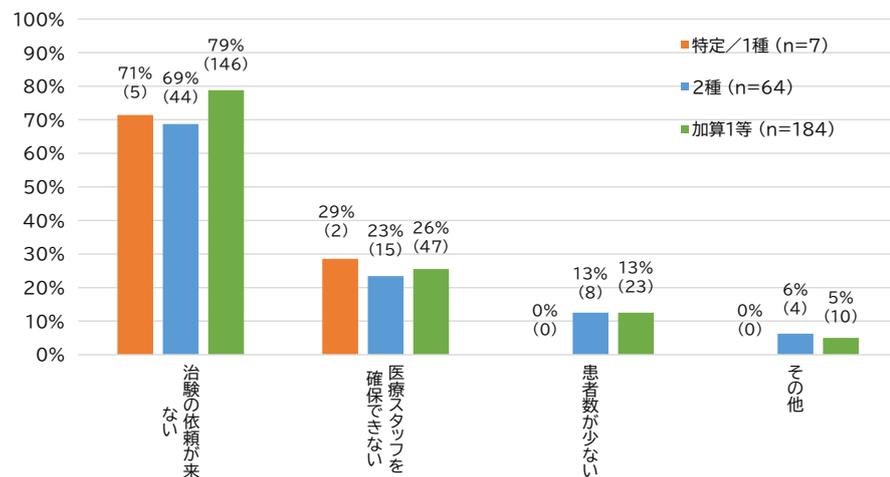
薬剤/試験名	回答例	人数
● ファビピラビル	2020年1月～	● 180人前後
	2020年2月～3月	● 130人
	2020年4月～10月	● 30人前後
	2020年5月～	● 50人前後
	2020年6月～	● 70人前後
	2020～2021年	● 10人前後
	2021年4月～6月 2022年12月	● 数人
● イベルメクチン	2021年5月～ 2021年6月～	● 数人
● モノクローナル抗体	2020年～2021年	● 30人前後
● オルベスコ	2020年3月～ 2020年4月～	● 70人前後
● ワクチン治験	2020年 2021年 2021年12月	● 350人前後 ● 180人前後 ● 100人前後 ● 10人

② 治験に参加しない理由

治験に参加しない理由

コロナ関連の治験に参加しない理由として、「治験依頼がない」が最も多く(約70%)、次いで「医療スタッフを確保できない」(25%前後)が挙げられた。

コロナ関連の治験へ参加しない理由



その他の回答(自由記載)

- 臨床研究部長の判断
- 決定権はない
- 医師に確認したが、治験の依頼まで至らなかったため。
- 薬剤使用対象者と当院の患者層が合致しない場合が多い
- オルベスコ吸入薬の観察研究のみ参加、治験に該当せず。
- 治験管理室に確認し、なかったためなしと回答
- 観察対象に参加していたため

別添5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 川崎市健康安全研究所

所属研究機関長

職名 所長

氏名 岡部 信彦

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 川崎市健康安全研究所 所長

(氏名・フリガナ) 岡部 信彦 (オカベ ノブヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み 査した機関	審 未審査 (※2)	
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 5 年 5 月 8 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人三重大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 正明

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・教授
(氏名・フリガナ) 田辺 正樹 (タナベ マサキ)
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。