

事 務 連 絡  
令和3年4月28日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

令和3年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針における  
評価項目の追加及び報告依頼について

「令和3年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針及び調査票等の作成について」（令和3年3月23日付け厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課事務連絡）の別添（1-2. 評価項目・評価方法）において、今年度の地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅰ-1・Ⅱ・Ⅳ）の配分方針を示すとともに、別添（1-3. その他）において、今般の新型コロナウイルス感染症対応で様々な医療従事者の確保・調整が困難な現状を踏まえ、通常時以上の取組を行う必要が生じている場合には、評価項目を追加することとしていたところです。

今般、「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備」（令和3年3月24日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）において、地域の関係者と協議の上、改めて医療提供体制の整備に取り組むこととされていることを踏まえ、以下のとおり評価項目・評価方法を追加します。

【追加する評価項目・評価方法】

地域医療構想調整会議等において、感染者数の大幅増を想定した緊急的な患者対応を行う方針・対応及び地域で一般医療との両立を含めたコロナ医療について改めて具体的に協議・合意した都道府県に対して加算

については、追加項目を評価する必要があることから、令和3年5月31日（月）時点における評価項目の内容の達成状況について、「達成済み」又は「未達成」の旨を令和3年6月4日（金）までに、厚生労働省医政局地域医療計画課（shinkikin9@mhlw.go.jp）に報告いただくようお願いします。

照会先 厚生労働省医政局地域医療計画課  
医師確保等地域医療対策室  
代表：03-5253-1111（内線2771又は2673）  
直通：03-3595-2186  
E-mail：shinkikin9@mhlw.go.jp

事 務 連 絡  
令和3年3月23日

各都道府県衛生主管（部）局 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課  
厚生労働省医政局医事課

令和3年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針及び  
調査票等の作成について

地域医療介護総合確保基金（医療分）の令和3年度予算案については、「令和3年度一般会計歳入歳出概算」（令和2年12月21日閣議決定）において、1,179億円（公費ベース）とされ、1,179億円に加え、令和2年度予算の残額約565億円（公費ベース）について令和3年度への繰越額として計上される見込みとなっています。

については、別添の方針を踏まえて、令和3年度に本基金を活用して実施する事業に係る計画額の調整を行い、様式1～6の調査票等に記載の上、令和3年3月31日（水）までに、厚生労働省医政局地域医療計画課（shinkikin9@mhlw.go.jp）に提出していただくようお願いします。

なお、都道府県個別ヒアリングにつきましては、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、昨年と同様開催せず、書面による確認を行う事を基本とし、予算執行調査の指摘を踏まえた、個別事業のヒアリングをWEB等により実施させていただきます。

また、「地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業」（事業区分Ⅰ－2（以降、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」は事業区分Ⅰ－1とします。））については、現在、開会中の通常国会に同事業を基金の中に位置づける等の改正を行う法案を提出中であり、追って詳細を連絡いたします。

※事業区分Ⅶに係る様式1～6の調査票等の記載部分について、期限までに記載が困難な場合には、その旨様式等に記載すること。

照会先 厚生労働省医政局地域医療計画課  
医師確保等地域医療対策室  
代表 03-5253-1111（内線 2771・2661）  
直通 03-3595-2186  
E-mail: shinkikin9@mhlw.go.jp

## 別 添

### 地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和3年度配分方針等について

#### 1—1. 配分方針について

地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅰ－Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ）については、

- ・ 「骨太の方針2019」<sup>1</sup>において、（地域医療構想の実現に向け、）基金の配分における**大幅なメリハリ付けの仕組みを構築**することとされていること
- ・ 「医師確保計画ガイドライン」<sup>2</sup>において、基金について、**医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いるべき**としていること

を踏まえ、予算の範囲内に一律圧縮の上、次の項目の評価結果に基づき、メリハリある配分を行うこととする。

地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅵ）については、各都道府県の計画額等を踏まえ、予算の範囲内に調整の上、配分を行うこととする。

#### 1—2. 評価項目・評価方法

##### 【地域医療構想の評価項目・方法】

重点支援区域が属する都道府県は配分額を加算

##### 【医師確保の評価項目・方法】

（1）医師少数都道府県や医師少数区域を有する都道府県に対する配分額を加算

※（1）に該当しない場合、医師少数スポットを設定している都道府県に対する配分額を加算

（2）臨床研修の都道府県別採用枠上限数の設定に当たり、地理的要件等（※）により配慮している都道府県について、基金の配分額においても加算

※臨床研修の採用枠上限設定における配慮項目

- ・ 離島加算（離島の人口に応じて加算）
- ・ 面積当たり医師数加算（全国平均よりも少ない場合に加算）

<sup>1</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中<sup>(※)</sup>に対応方針の見直しを求める。（中略）  
こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで

<sup>2</sup> 「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」（平成31年3月29日医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）

5. 医師確保計画

5—1. 計画に基づく対策の必要性

○ 地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いるべきである。そのため、特に医師多数都道府県に該当する都道府県は、地域医療介護総合確保基金を用いた医師確保の取組に関して大幅な見直しを行うべきである。

### 1-3. その他

- 令和2年度予算執行調査の結果を踏まえ、事業区分I-1のうち、標準事業例5「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について、医療機関支援に係るソフト事業に関しては、基幹となる医療機能の分化・連携の取組（機能転換、病床削減、複数医療機関の再編等）と一体的に行われる事業に限定しますので、他の区分の利用を検討するなど、適切に対応願います。

※ 事業区分I-1の「病床機能分化・連携推進のための基盤整備」関し、医療機関支援に係るソフト事業については「地域医療構想の関係性及びスケジュール」を「都道府県計画」に記載いただく必要があります。

また、以下については、事前に重点的なヒアリングを行った上で必要な調整を行うこととします。

- ・ 事業区分I-1のうち「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について「都道府県計画」の記載項目を確認した際、地域医療構想との関係性が明確でない事業
  - ・ 標準事業例以外の事業（他の財政措置が活用可能かどうか、基金の事業区分ごとの目的と事業内容との関係が明確かどうか、人件費等の経費を支出する場合であっても一時的なものかどうか）
  - ・ 標準事業例に記載の事業か否かに関わらず、アウトプット指標の設定が適切かどうか確認が必要な事業
- 多額の費用を要し、複数年度に跨がる再編統合等事業：事業区分I-1を優先配分
  - 今般の新型コロナウイルス感染症対応で様々な医療従事者の確保・調整が困難な現状を踏まえ、通常時以上の取組を行う必要が生じている場合には、「1-2. 評価項目・評価方法」に記載の評価項目に追加して、令和3年度の評価項目に加えることとします（内容については追って連絡することとします。）。

### 2-1. 事業区分I-1について

地域医療構想の実現に向けた取組を進めるため、令和3年度予算案においては約789億円（令和2年度繰越予定分含む）を事業区分I-1に充てることとします。

また、都道府県から要望のあった事業のうち、地域医療構想調整会議において調整を行い、具体的な整備計画が定まった事業を優先して、配分額の調整及び事業の選定を行うこととします。

なお、重点支援区域における事業区分I-1の重点支援の対象病院の施設設備整備等の事業については、他の整備事業と区分して1つの事業として計画していただき、将来的な要求計画案の提出をお願いします。

以上のように、都道府県においては、都道府県内医療機関への本基金の配分に当たっては、上記配分方針の趣旨を踏まえた対応や、早期に整備計画が定まった事業を優先した対応をお願いします。

## 2-2. 事業区分Ⅱ及び事業区分Ⅳについて

令和3年度予算案においては、約501億円（令和2年度繰越予定分を含む）を事業区分Ⅱ（居宅等における医療の提供に関する事業）及びⅣ（医療従事者の確保に関する事業）に充てることとします。

そのため、平成26年度から令和2年度までに配分した本基金のうち、今後執行する具体的な計画がない金額<sup>(注)</sup>を『未計画額』として取り扱うこととし、この未計画額を解消するため、また、限られた財源を効果的に配分するため、未計画額がある都道府県については令和3年度の配分に当たっての財源として未計画額を原則として活用し、調整することとします。（別添1）

（注）平成26年度から令和2年度までに配分した本基金の執行状況及び今後の執行予定については、別途調査し、当該調査において、今後執行する具体的な計画がない金額を把握することとします。

また、この内容については、事業内容が本基金の趣旨に沿ったものか、実行可能性があり具体的な計画となっているかなどを精査し、『未計画額』を確定することとします。

なお、令和3年度の配分額が、令和4年度以降の配分において、基礎となるものではありません。

## 2-3. 事業区分Ⅵについて

令和3年度予算案においては、約258億円（令和2年度繰越予定分を含む）を事業区分Ⅵ（勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業）に充てることとします。

また、計画額の計上にあたっては、令和3年度以降の配分に際して、以下について留意してください。

なお、この事業区分Ⅵにより、当該医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づき医師も含めて利用できる院内保育事業や病児病後児保育等にも活用を可能である旨、申し添えます。

- ① 前年度に事業区分Ⅵを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とする（2021年度限りの措置）。
- ② 本事業の対象医療機関であって、他の医療機関へ医師派遣を行うことによって当該派遣される医師の労働時間がやむを得ず長時間となる医療機関については、年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結や締結の検討を行うことについての要件は適用しない。

(参考) 管理運営要領別記3「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」

(略)

#### 2 (1) 対象医療機関

次のいずれかを満たす医療機関であって「4 交付要件」を満たすもの。ただし、診療報酬により令和2年度改定で新設された地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

- ①救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件以上2000件未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- ②救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件未満の医療機関のうち、次のいずれかに当てはまる医療機関  
ア夜間・休日・時間外入院件数が、年間で500件以上であり、地域医療に特別な役割がある医療機関  
イ離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、次のいずれかに当てはまる医療機関  
ア周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合  
イ脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ④その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

(略)

#### 4 交付要件

次の(1)～(4)のいずれをも満たすこと。

(略)

- (2)月の時間外・休日労働が80時間を超える医師を雇用している若しくは雇用を予定している医療機関で、労働基準法第36条に規定される労働組合若しくは労働者の代表と結ぶ協定(以下「36協定」という。)において全員又は一部の医師の年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えていること又は全員若しくは一部の医師の年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結に向けた見直しを予定若しくは検討していること。

- ③ 医療提供に関する実績について、緊急事態宣言期間の実績を控除し、同等の期間を遡及して実績を求めることなど、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を踏まえた診療報酬の臨時的な取扱いに準じる。

(注) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)(令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)等

### 3. 計画額の計上等に係る留意事項について

#### (1) 計画額の計上について

事業区分Ⅱ及びⅣについては、令和3年度以降に実施予定の計画事業を『計画額』として計上してください。

また、計画額に充てる財源については、

- ① 『未計画額(平成26～令和2年度基金分)』
- ② 令和3年度基金からの配分を要望する『要望額(配分必要額)』

に区分して金額を計上してください。

なお、事業区分Ⅵの計画額計上に当たっては、「医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特例交付金及び地域介護対策支援臨時特例交付金の運営について」(平成26年9月12日付け医政発0912第5号・老発0912第1号・保発0912第2号厚生労働省医政局長・老健局長・保険局長連名通知(令和3年3月2日最終改正))の別紙「地域医療介護総合確保基金管理運営要領」別記3に記載の要件

を踏まえて、事業区分Ⅳと対象医療機関の事業内容に重複が生じないように計上してください。

(2) 標準事業例及び標準単価に基づく事業の計上について

「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例及び標準単価の設定について」（平成29年1月27日付け医政地発0127第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により、標準事業例及び標準単価を定めたことから、原則として当該標準事業例及び標準単価に基づき事業を計上することとし、これに該当しない事業や単価を計上している場合には、当課と協議してください。

本基金に関する法令やその趣旨・目的に照らして不適切と考えられる事業については本基金を交付しないこととし、当該事業に基金を充当した場合は、本基金の返還や執行停止を求める可能性があるため留意願います。

(3) 適切な予算執行について

「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る適切な予算執行の徹底について」（令和元年8月8日付け医政地発0808第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長及び医政研発0808号第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長連名通知）により、地域医療介護総合確保基金（医療分）を充当することが適切でない経費について定めているところです。当該要件を満たしているか確認するため、提出資料1・2

(※)を提出して下さい。

提出頂いたチェックリストにより不適切な充当に該当していると判明した事業については事業申請ができないこと、事業計画案の事前調整で厚生労働省からの修正意見が反映されていない事業につきましては、個々の費目も含めて、厳正に審査を行い、事業計画として不適切である事業として計画案修正の調整を行うとともに、次年度の配分額に影響が生じる可能性があることを申し添えます。なお、参考として、「過去に一般財源化された厚生労働省医政局所管の補助事業」（別添2）を添付しますが、他省庁又は他部局所管の事業を含め、当該取扱いについて十分留意願います。

なお、企業主導型保育事業の令和3年度の新規募集については、現在内閣府において検討中であるため、今後、内閣府及び企業主導型保育事業の実施機関である公益財団法人児童育成協会から公表される情報を御確認ください。

また、病院内保育所の新設や拡充に係る整備費及び運営費については、内閣府の企業主導型保育事業に対する助成金（別添3）を活用するよう留意願います。

(※) 医師修学資金貸与事業を計画している場合は別添4のチェックシートも併せて提出。

(4) ICTを活用した地域医療情報連携ネットワーク基盤の整備事業について

ICTを活用した地域医療情報連携ネットワーク基盤の整備事業については、以下3通知（以下「地域医療情報連携ネットワーク関係通知」という。）を参照（別紙において内容の抜粋を記載）の上、地域医療介護総合確保基金（医療分）充当の可否、ネットワーク構築に当たっての留意点、支援対象となるネットワークの最低基準等にご

留意いただき、提出資料3の資料をご提出ください。

また、厚生労働省では『経済財政運営と改革の基本方針 2020』<sup>3</sup>等に基づき、オンライン資格確認等システムを活用し、患者の保健医療情報を患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みを順次稼働させることとしています。具体的には、特定健診情報は2020年度中に、レセプトに基づく薬剤情報については2021年中に稼働させ、さらにレセプトに基づく手術等の情報（※）についても2022年中に稼働させることとしています。

（※）確認できる手術等の情報項目（案）

- ①医療機関名、②診療年月日、③手術（移植・輸血含む）、④放射線治療、⑤画像診断、⑥病理診断、⑦処置のうち透析、⑧特定の傷病に対する長期・継続的な療養管理が確認できる医学管理等・在宅療養指導管理料

各地域の地域医療情報連携ネットワークを構築・更新する際には、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの進捗や当該ネットワークの利用状況も踏まえた上で、地域で活用される情報連携項目となるよう、費用対効果も含めた検討を行ってください。

加えて、最低基準以外のネットワークの活動状況や準備状況についても、採否の判断に係る情報として適宜、厚生労働省医政局研究開発振興課医療情報技術推進室より照会を行う場合があることを御了知ください。

（地域医療情報連携ネットワーク関係通知）

- ・ 「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る適切な予算執行の徹底について」（令和元年8月8日付け医政地発 0808 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長及び医政研発 0808 号第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長連名通知）
- ・ 「地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用した地域医療情報連携ネットワーク構築に当たっての留意点について」（令和元年9月24日付け医政研発 0924 第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長通知）
- ・ 「地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用した地域医療情報連携ネットワークに係る適切な予算執行の徹底について」（令和2年10月16日付け医政地発 1016 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長及び医政研発 1016 号第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長連名通知）

<sup>3</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針 2020」（令和2年7月17日閣議決定）

感染症、災害、救急等の対応に万全を期すためにも、医療・介護分野におけるデータ利活用やオンライン化を加速し、PHRの拡充も含めたデータヘルス改革を推進する。

被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入のための「保健医療データプラットフォーム」を2020年度に本格運用を開始するとともに、患者の保健医療情報を患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2020年度中に、レセプトに基づく薬剤情報については2021年中に稼働させ、さらに手術等の情報についても2022年中に稼働させる。（以下、略）

(5) 医療勤務環境改善支援センター運営費の計上について

医療法等の改正法案も国会に提出されており、医師の時間外労働規制への対策として、今後、医療勤務環境改善支援センターにおける助言事務の増加及びこれに要する経費の増加が見込まれるため、医療勤務環境改善支援センター運営費の本基金への計上に当たっては留意願います。

また、令和3年度税制改正において、「医師の働き方改革」を推進するため、長時間勤務の実態が指摘される医師等の勤務時間短縮に資する器具及び備品、ソフトウェアについて15%の特別償却を認める制度が2年間延長されることとなっています。この特別償却制度では、医療機関が医療勤務環境改善支援センターを活用し、その助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得したものが対象となります。

**4. 令和4年度以降の基金の配分における計画額の計上等について**

「1-2. 評価項目・評価方法」の「医師確保の評価項目・方法」において、医師偏在の状況による評価に対する評価項目を示していますが、今後、医師偏在の是正に向けて積極的に取り組む都道府県に対し、さらに重点的に配分していく予定としています。

このため、令和4年度以降の基金の配分について、医師需給分科会における議論の状況も踏まえつつ、各都道府県における医師確保の取組状況を公平に評価できる評価項目を検討するため、別添5を提出してください。

(参考) 地域医療情報連携ネットワーク関係通知の内容の抜粋 (一部改編)

1 「ICT を活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業に対する地域医療介護総合確保基金の充当に関する整理

I 基金の使途区分による整理

(1) 地域医療情報連携ネットワーク (以下「地連NW」という。) の構築費用 (イニシャルコスト)

基金の対象として認めます。例としては以下①～⑤のとおりです。

- ① 地連NWのデータセンターにおけるサーバー等の構築費
- ② 各医療機関における開示用サーバーの構築費
- ③ 各医療機関における情報連携用の SS-MIX サーバーの構築費
- ④ 回線の構築費
- ⑤ セキュリティ対策構築費

※ネットワークの手段としてタブレット端末等を導入する場合があるが、診療情報等の情報共有を目的として使用する場合にのみ基金の対象として認めるものとする。したがって、導入した端末が、診療に関わるもの以外のネット閲覧、ゲームアプリのダウンロード等が可能である場合は基金の対象として認められない (端末の機能としてこれらの操作が可能な場合は、端末に利用制限をかける、運用ルールを定め利用者間で厳守する等の制限を行うことにより、基金の対象として認められる。)

(2) 地連NWの更新費用 (リプレースコスト)

地連NW (上記 (1) ①～⑤) の更新に係る費用については、事業の目的が、当該地連NWの機能の追加や見直しであり、それらの目的を実現するための手段としてサーバーの更新も含まれる場合に基金の対象として認めます。

(3) 各医療機関に設置している電子カルテや部門システム (病院情報システム) は、各医療機関自らの利便性向上や利益に資するものであり、基金の対象とは認められません。例としては、以下①～④のとおりです。

- ① 各医療機関の電子カルテ導入・更新費用 (人件費を含む)
- ② 各医療機関の院内部門システム導入・更新費用 (人件費を含む)
- ③ 各医療機関の電子カルテ保守料
- ④ 各医療機関の院内部門システム保守料

(4) 地連NWの維持費 (ランニングコスト)

基金の対象とは認められません。例としては、以下①～⑨のとおりです。

- ① 地連NWのデータセンターにおけるサーバー等の保守料
- ② 各医療機関における開示用サーバーの保守料
- ③ 各医療機関における情報連携用の SS-MIX サーバーの保守料

- ④ 回線の保守料
- ⑤ 運営主体人件費（給与、手当、共済費、賃金等）
- ⑥ 運営主体事務局経費（家賃、光熱水費等）
- ⑦ 普及啓発のための経費（宣伝費）
- ⑧ 需用費（消耗品費、印刷製本費、会議費等）
- ⑨ 諸謝金・旅費

【例外措置】⑤～⑨については、立ち上げ時には会費収入がないことを踏まえ、立ち上げ初年度に限り、地連NWの構築費用（イニシャルコスト）として基金の対象と認めます。

## II 基金の補助対象者による整理

開設主体が同一の法人である施設間に限定した医療情報連携のための費用については、当該情報連携は当該法人のみに裨益するものであることから、基金の対象とは認められません。

## III 激変緩和措置

(1) 上記Iの(4)①～⑥の経費については、以下の激変緩和措置が設けられています。

- ① 令和元年度中の当該地連NWの会員施設からの会費収入による自立的な運営が困難な場合には、令和元年度から令和3年度に限り、基金の対象として認めます。
- ② 令和3年度に基金の対象として認められる金額は、令和元年度に激変緩和措置として認めた金額の1/3以下とします。
- ③ 激変緩和措置を申請する場合には、提出資料3-1の理由記載欄(1)に、地連NWの会費収入による自立的な運営を実現するための、会費収入の増加や支出の削減に係る具体的な改善計画を記載してください。具体的な改善計画がない場合には、激変緩和措置は適用されないのご留意ください。

また、初年度に激変緩和措置が適用された場合であっても、改善計画に沿った対応を行っていない場合には、次年度以降、激変緩和措置は適用されないのご留意ください。

## 2 地連NW構築に当たっての留意点について

(1) システム納品後にエラーが発生したため運用開始ができなかった事例や使用するネットワーク回線の通信速度が遅く画像データの閲覧が困難となっていた事例があったことを踏まえ、地連NWを構築する事業主体に対して、地連NWの計画段階におけるシステムの仕様確認を十分に行うとともに、システム構築時には仕様に沿った動作が可能となっているか、十分に確認を行うよう指導をお願いします。なお、医療機関に求められる医療情報システムの機能については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考にしてください。

(2) 地連NWの構築段階で、都道府県内において機能が重複するネットワークを確認した場合には、機能が重複しないよう、必要な調整を行ってください。

(3) 地連NW整備後の運用状況についてフォローアップを実施し、患者同意手続きが進んでいない、医療機関の参加が進んでいないなどの原因により、当初計画していた時期に地連NWの運用が開始されていないなど、適切ではない事態を把握した場合には、研究開発振興課にご報告いただくとともに、事業者に対して指導を行ってください。

### 3 地域医療構想に資する地連NWへの支援への厳格化等について

病床機能分化・連携推進に資する地連NWへの支援へと厳格化するため、基金からの支援を行う最低基準として以下の(ア)～(キ)全てを満たしていることを要件とします。申請に当たっては、提出資料3-2をご提出ください。

(ア) 開示医療機関が複数(2以上)あること

(イ) 毎月、ネットワークへの新規登録患者がいること(過去1年間の実績)

(ウ) ネットワークへのアクセスが毎月あること(過去1年間の実績)

(エ) ネットワークへアクセスしている医療機関が複数(2以上)あること

(オ) 参加医療機関の負担があること(会費収入等の自主財源があること)

(カ) 標準的な規格に基づいた相互運用性の確保を図るため、診療情報提供書(紹介状)、退院時サマリー、病名、医薬品名、臨床検査、画像を用いた医療機関間の情報連携の際には、厚生労働省標準規格の採用を原則とすること。

(キ) 医療機関間連携の際に、厚生労働省標準規格である、診療情報提供書(紹介状)、退院時サマリーによる情報共有を行った実績があること、又はその計画があること。

事務連絡  
令和3年3月24日

各 

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症  
対策推進本部

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の  
医療提供体制整備について

この冬、各地で新規感染者数の増加が続き、全国では過去最多の水準となりました。それに伴い、入院者数や重症者数が増加し、医療提供体制への負荷が非常に高まった地域があり、令和3年1月8日、緊急事態宣言が行われました。新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備については、これまで都道府県を中心に関係者とともにご尽力いただいております、この冬の感染拡大時にも全力で対応に取り組んでいただきました。

一方で、今回、各地で過去最大の感染拡大を経験することで、様々な課題が明らかになりましたので、次の感染拡大に備えて、そうした課題を点検しつつ、今後の変異株の懸念等も踏まえ、医療提供体制を更に強化していく必要があります。

令和3年3月18日、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部において、今後に向けた総合的な対策として「緊急事態宣言解除後の新型コロナウイルス感染症への対応」が決定され、取組の5本の柱の一つとして、「一般医療の機能を守りつつ機動的に適切なコロナ医療を提供するための医療提供体制の充実」が盛り込まれました。それを踏まえ、次の感染拡大に備えた医療提供体制整備の考え方や具体的な内容について、下記のとおり取りまとめましたので、都道府県におかれましては、地域の関係者と協議の上、改めて医療提供体制の整備に取り組んでいただきますようお願いいたします。

なお、下記で詳述しますが、コロナ病床の更なる確保等に向けては、改めて関係者と丁寧な協議を行うなど地域全体での検討が必要となるため、一定の期間を要する一方で、いつ来るかわからない次の感染拡大を想定すれば、まずは最優

先で備える必要がある感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討は先行して行う必要があると考えます。そのため、遅くとも5月中までに全体の体制整備を完了していただきつつ、感染者急増時の緊急的な患者対応方針については、4月30日（金）までに都道府県において決定し、厚生労働省にご報告をお願いいたします。また、全体の体制整備に関する検討・調整状況についても4月30日（金）までに、その時点のものをご報告願います（報告いただく様式・方法については、追って連絡いたします）。

また、担当者の皆様からのご相談・ご質問にはいつでも対応させていただきますが、内容のご説明やご相談等に応じるため、定期的に厚生労働省から連絡させていただくことを予定していますので、担当者の皆様にはその際にも、検討・調整状況をご報告いただきますようお願い申し上げます。

## 記

次頁以降のとおりとする。

## 目次

0. 次の医療提供体制整備に関する基本的な考え方について .....	5
I. 地域の医療提供体制の点検・計画の見直しと目詰まりの解消 .....	9
1. 患者受入が実際に可能な「最大」のコロナ病床の確保.....	9
(1) 都道府県において一般医療とコロナ医療の両立体制の案を検討...	9
(2) 医療機関との協議・合意.....	10
(3) 地域での協議・合意.....	12
(4) 一般医療との両立維持の確認.....	14
(5) 確保した病床を効率的・効果的に活用するための取組.....	15
(6) 病床確保計画の見直し.....	18
2. 宿泊療養・自宅療養体制の確保.....	18
(1) 最大の入院患者数の算出.....	18
(2) 最大の療養者数及び最大の宿泊療養・自宅療養者数の算出.....	19
(3) 宿泊療養施設・自宅において、適切な療養を行う体制整備.....	20
(4) 1日当たり最大の新規感染者数の算出.....	25
3. 一連の患者対応の目詰まり解消.....	25
(1) 相談・外来受診・検査.....	26
(2) 療養先調整・移送（搬送）.....	26
(3) 転退院・解除・後方支援病院や施設への転院.....	29
II. 患者対応の一連の流れのチェックと感染状況のモニタリング .....	30
1. 患者対応の一連の流れのチェック.....	30
2. 医療提供体制を踏まえた感染状況のモニタリング.....	34
III. 感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定 .....	37
1. 感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定.....	37
(1) 患者の療養先の確保.....	38
(2) 患者の入院・療養調整の体制確保.....	39
2. 検討の際の患者規模の例示.....	41

## 0. 次の医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

<これまでの取組や課題>

- 新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制整備については、都道府県において「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和2年6月19日付け事務連絡）に基づき、「病床・宿泊療養施設確保計画」を策定し、病床の確保等に取り組んでいただいたところである。
- この冬までに生じた感染拡大に際しても、当該計画に基づき対応がなされたが、緊急事態措置対象区域となった都道府県をはじめとして今回の感染拡大時の対応を振り返ると、以下のような課題が生じた地域があったと考えている。
  - ① 確保病床として計上されていても、都道府県と医療機関との間の摺り合わせや認識の共有が十分でなかったほか、
    - ・ コロナ患者への治療に想定以上の時間や人員が必要となった、
    - ・ いざ患者受入れを行う局面で、医療従事者の確保調整や一般医療の想定以上の制限から、受入れが難しい場合があった、等の事情より、多くの地域で実際に患者受入れが可能な病床数とは乖離があった。

また、宿泊療養施設に関しても、確保している部屋が人員体制や消毒等の運用の関係で実際にはすぐに利用が困難である等、稼働率が低いなどの課題があった。
  - ② 病床や宿泊療養施設を確保できていたとしても、
    - ・ 急速な感染拡大の局面で、患者の療養先調整や移送（搬送）などを行う体制等が十分でなかった、
    - ・ 患者の症状改善後も、転院・退院調整に時間がかかった、
    - ・ 自宅療養等において、患者の症状が悪化した場合に適切に診療、移送（搬送）等の対応ができる体制の構築が不十分であった、といった一連の患者対応の流れに課題が発生し、確保分が最大限活用できなかった。
  - ③ このほか、
    - ・ そうした課題にも関わらず、病床確保の状況や患者対応の流れの目詰まり状況を定期的に確認し、対応する体制となっていなかった、
    - ・ 感染状況について、医療提供体制の整備状況も踏まえた適時の評価が困難であった、
    - ・ 短期間で感染者が急増したときに、相談から入院、転院までの一連の流れについて、弾力的にオペレーションを変更するような緊急時の対応を想定

していなかった、  
など、感染状況や医療の状況を踏まえて、柔軟かつ適切に対応する体制とな  
っていないかった。

- なお、上記以外の課題が生じた地域もあると考えられ、地域によって感染状  
況や医療提供体制の状況が様々であるため、それぞれの地域において今回の感  
染拡大時を振り返り、課題の分析を行った上で、次の感染拡大に向けて対応し  
ていくことが重要である。

<次の感染拡大に備えた医療提供体制整備の基本的な考え方>

- 一方、病床確保計画の前提となっている「一般医療とコロナ医療を両立する  
医療提供体制を整備する」ことは、次の感染拡大に備えた体制整備の際にも前  
提となる考え方である。
- コロナ医療の更なる拡充は、これまで地域で一般医療に充てていた医療資源  
をコロナ医療に振り向けることによって可能となるものであり、コロナ医療の  
拡充は必要である一方で、一般医療が大きく制限されることとなると、医療全  
体でみたときに患者の生命・健康に重大な影響が生じる可能性があることに留  
意が必要である。地域全体で、必要な一般医療の提供体制を維持した上で、最  
大限コロナ医療に対応できる体制とすることが、次の医療提供体制整備におい  
ても求められる。なお、こうした点については、住民やメディア等の理解が深  
まるよう、周知していくことも重要である。
- また、現在、従来よりも感染しやすい可能性のある変異株やワクチンが効き  
にくい可能性のある変異株が世界各地で報告されている。我が国でも、変異株  
のクラスターが複数報告され、海外とのつながりがない事例等も継続して確認  
されている。今後、流行するウイルスは、こうした変異株に置き換わっていく  
可能性も指摘されており、変異株への懸念は増しているところである。
- そのため、次の感染拡大に備えた医療提供体制は、地域で今回の対応を振り  
返り、課題分析を行い、今後の変異株の懸念も踏まえつつ、
  - ㊦ 地域で一般医療とコロナ医療の両立について改めて具体的に協議し、患者  
受入が実際に可能なコロナ病床を確保すること。また併せて、適切な宿泊療  
養・自宅療養の体制を確保すること。  
⇒下記、I 1 及び 2 参照
  - ㊧ 「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、病床・宿泊療養施設が最大限活用される流れを確保すること。

⇒下記、Ⅰ 3 参照

- ㉗ ㉖の一連の患者対応が目詰まりなくできているかを定期的にチェックし、目詰まりが発生している場合には解消を図ること。

⇒下記、Ⅱ 1 参照

- ㉘ 整備した医療提供体制を踏まえて感染状況を適切にモニタリングするとともに、感染拡大防止策に適時適切に反映させること。

⇒下記、Ⅱ 2 参照

が基本的な柱となる。

#### <感染者急増時の緊急的な患者対応>

- 今後の感染拡大に向けては、上記㉗～㉘を最大限実施していくことで対応することが基本であるが、一方、これまでの経験から、新型コロナウイルス感染症は、①医療提供体制で対応可能と想定した以上の患者数が発生する事態や、②短期間で急激な感染拡大が生じる事態が起こりうる。そうした状況になった際に、整備した医療提供体制で十分に対応可能なまでに患者数が減少し、感染スピードも落ち着くまでの緊急的な措置の方針を予め検討し、定めておくことが、危機管理の観点からは重要である。

⇒下記、Ⅲ参照

- ①、②のような状況となった際には、早急にオペレーションを変更し、更なる対応を図る必要があるため、事前に関係者間で十分に協議を行い、認識を合わせておくことが重要である。

- なお、こうした緊急時のオペレーションは、医療提供体制・公衆衛生体制に大きな負荷をかけることとなり、コロナ医療に優先順位をつけて対応せざるを得ないことに加え、一般医療を相当程度制限するものであることから、可能な限り短期間の緊急避難的な対応とする必要があることに留意が必要である。

#### <体制整備における前提事項>

- 次の医療提供体制整備においても、引き続き、
- ・ 地域の医療提供体制については、医療資源の状況など地域の実情を踏まえつつ、広域的に体制確保を図る観点から、都道府県が中心となって必要な取組が進められているところであり、コロナに対応する医療提供体制整備に関

しても、医療計画に定める一般医療との両立を図る観点からも、都道府県が主体となって取り組むこと

- ・ 感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も含めた時間軸を踏まえた対策が必要であること
- 等が重要であり、基本的な考え方は「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和2年6月19日付け事務連絡）を踏襲する。

- ただし、面積の大きい都道府県や大都市と地方部の両方を持つ都道府県等、都道府県が主体となって取り組むものの、これまでの感染拡大状況や医療提供体制を踏まえ、Ⅰ～Ⅲの取組を都道府県単位ではなく地域単位で検討することも可能である。
- また、都道府県におかれては、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（令和3年法律第5号。以下「特措法改正法」という。）により、政府対策本部が設置された段階から、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。以下「特措法」という。）上の臨時的医療施設として、医療機関の敷地の内外にプレハブ等を設置し、医療を提供することが可能となったほか、まん延防止のため必要があると認めるときに、保健所設置市、医療機関等に対し、入院等に関する総合調整を行うことが可能となったこと等の改正の趣旨・内容等にも留意すること。

#### <その他>

- 5月中の体制整備が完了するまでの当面の対応として、「既に確保している病床・宿泊療養施設」は基本的に継続して確保し続けること。ただし、感染者数の減少がみられる地域については、適宜フェーズを下げ準備病床とする運用を行いつつも、次の感染拡大に備えて病床・宿泊療養施設居室数を適切に維持するよう医療機関等と認識共有を行うこと。

## I. 地域の医療提供体制の点検・計画の見直しと目詰まりの解消

### 1. 患者受入が実際に可能な「最大」のコロナ病床の確保

- 現在、都道府県で策定している病床確保計画は、厚生労働省から示した患者推計を踏まえ策定されているが、この冬の経験を踏まえ、次の感染拡大に備えて、既に策定している病床確保計画や確保病床数を基本としつつ、地域全体の医療提供体制のあり方を念頭に、改めて医療機関と地域での協議を行い、一般医療と両立を維持可能な、地域で「最大」のコロナ病床を確保し、これに基づき病床確保計画の見直しを行うこととする。
  
- その際、一般医療との両立の維持に注意しつつ、
  - ・既に確保した病床も含め、確実にコロナ患者を受入れることができる（医療従事者・設備が確保されているなど）病床について、都道府県と医療機関との認識が一致しているか
  - ・地域の医療機関間の役割分担や連携を徹底するとともに、必要に応じて見直しを行うことによって更なる体制拡充ができないか
  - ・確保した病床を最大限活用することができているかといった観点から医療機関や地域の関係者で協議を行い、確実にコロナ患者を受け入れられる病床を確保し、最大限の活用を行う体制とすること。

#### (1) 都道府県において一般医療とコロナ医療の両立体制の案を検討

- 都道府県において、これまでの経験を踏まえ、一般医療との両立を維持しつつ、地域で確保すべき最大のコロナ病床数の案を設定すること。
  
- 具体的には、都道府県において、これまで以上の感染拡大が生じることがあり得ることも念頭に置きつつ、感染拡大時に各医療機関で受け入れたコロナ患者数、医療機関へのヒアリング、関係者とのこれまでの協議内容、地域の医療機関が担っている役割などを参考にした上で、地域全体の医療提供体制（コロナ医療・一般医療）のあり方を検討すること。
  
- こうした検討を踏まえ、都道府県において、個別の医療機関との協議や地域での協議に向け、必要な一般医療の維持を前提に、地域における最大コロナ病床数の案を設定した上で、個々の医療機関ごとの最大コロナ病床数の案を設定すること。
  
- その際、重症者への治療は、基礎疾患の増悪や血栓による多臓器不全等、

呼吸器に限らず全身臓器に対する集中治療が不可欠となる中で、この冬の感染拡大時には、病床や医療従事者の確保に苦慮する地域も見られた。こうした経験を踏まえ、重症者病床については、既に重症患者に対応している既存施設の機能強化も行い、現実的に受け入れられる体制を着実に確保するよう留意すること。

- 都道府県において、地域における最大コロナ病床数の案を検討する際には、
  - ・この冬の感染拡大や変異株の懸念を踏まえ、更に病床確保を図ることが必要だと考えられる都道府県においては、一定数の上積みを行う。
  - ・そのほか、厚生労働省が示す、各都道府県における人口当たりの確保病床数及び既存病床数に対する確保病床数の値等から、他の都道府県との比較結果（別紙1）を参考に設定する。

などが考えられる。その際、(2)以降の取組を経て、当該地域における最終的な最大コロナ病床数が上下することもあり得るが、「最大」のコロナ病床を確保する協議の前提となるため、高めに設定すべき点に留意すべきである。

- また、現在、特措法改正法により、政府対策本部が設置された段階から、特措法上の臨時の医療施設として、医療機関の敷地の内外にプレハブ等を設置し、医療を提供することが可能となっているほか、まん延防止のため必要があると認めるときに、保健所設置市、医療機関等に対し、入院等に関する総合調整を行うことが可能となっており、そうした選択肢についても検討すること。

## (2) 医療機関との協議・合意

- 都道府県において、(1)で設定した地域における最大コロナ病床数の案や個々の医療機関ごとの最大コロナ病床数の案を踏まえて、医療機関と個別に、
  - ・「既に確保しているコロナ病床」が確実に機能する病床であるかの点検
  - ・「コロナ病床の更なる確保」の協議を行うこと。
- その際、以下の内容について医療機関と十分に認識を合わせること。
  - ・病床確保計画のフェーズごとに当該医療機関の即応病床数を設定し、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行ったら、医療機関は、一定の準備時間の後、速やかにフェーズに応じた即応病床とすること。
  - ・即応病床とは、医療従事者・設備の確保やゾーニング等のコロナ患者受入

れに必要な準備が完了しており、すぐさまコロナ患者を受け入れられる病床のことである。これまでの感染拡大時のコロナ患者受入れの経験を踏まえて、病床確保においては、病床数そのもの以上に患者の治療に必要な医療従事者や設備が確保されているかが重要であり、これらを十分確認すること。また、ゾーニングや医療従事者確保のために休止せざるを得ない病床は即応病床としてカウントしないこと。

- 入院は、軽症でハイリスク又は中等症以上の患者を前提とすること。
  - 重症者用病床は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」の「4. 重症度分類とマネジメント」で示されている「重症」分類と同様、単なる病床の区分で判断するのではなく、「ICUに入室又は人工呼吸器が必要」な重症者の治療ができる設備・医療従事者の体制が確保されている病床を重症者用病床とすること。
  - また、準備病床とは、一般の患者を受入れ、入院治療を行うものの、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行った後、1週間程度（遅くとも2週間程度）を目途に即応病床とできる病床である。そのため、即応病床とするまでに必要な準備時間を改めて医療機関に確認すること。また、その際、即応病床とするために、当該病床で入院治療を行っている者を転床・転院させることが想定される場合には、事前に医療機関内や医療機関間で調整を行っておくこと。
  - その地域でフェーズ切り替え要請を行うタイミングの目安や想定している感染状況、各フェーズで当該医療機関が果たす役割を明確化すること。その他、個別の医療機関との調整の際にも、地域全体で必要な医療（コロナ医療・一般医療）の提供体制を確保することを念頭に置いて、調整すること。
- 医療機関と協議を行う際には、その医療機関の担う役割を踏まえて、確保する病床数を調整すること。特に、透析患者、認知症のある患者、精神疾患や行動障害のある患者など、特別な配慮が必要なコロナ患者の受入れを地域で担う医療機関では、通常よりも多くの医療従事者の労力や追加の設備が必要になる等、受入れ体制整備にも考慮が必要となるため、役割を踏まえて確実に機能する病床数とするよう留意すること。
- また、医療機関が活用できる補助金や診療報酬上の措置を適切に提示することが有用である。参考となる資料（別紙2）をお示しするので、活用されたい。

- (3)での地域での協議・合意も行った上で、医療機関が確保する最大コロナ病床については、最終的に、医療機関と個別に書面で合意を行うこと。書面において

- ・各フェーズの即応病床数、休止病床数
- ・都道府県からのフェーズ切り替えの要請後、即応病床とするために必要な準備期間の目安

を示すこと。また、当該医療機関が担う、認知症のある患者、透析患者、精神疾患や行動障害のある患者、外国人等特別な配慮が必要なコロナ患者の受入れについても確認すること。

こうして、医療機関と個別に書面で合意した最終フェーズの即応病床数を、全コロナ患者受入れ医療機関で合計した数が、その都道府県における「確保病床数」となる。

### (3) 地域での協議・合意

- 個別の医療機関において、自らの努力で確保できる人員体制や現在担っている一般医療の機能維持を前提とすれば、更なるコロナ病床の確保は困難であると考えられる場合においても、地域全体で人員の確保を行うとともに一般医療の機能に関する役割分担を調整することにより、更なる病床の確保を図ることが可能となる。このため、都道府県においては、(1)で検討した地域全体の医療体制のあり方を踏まえ、従来の地域の医療機関間の役割分担・連携を徹底するほか、必要に応じて、他の医療機関も含め、その見直しを地域で調整すること。
- 協議においては、地域医療全体を見据えた上で、5疾病5事業及び在宅医療等の医療計画において既に記載されている内容を踏まえて検討が必要であり、「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき設置している地域医療構想調整会議で議論されている内容に通じるものがあると言えるため、例えば地域医療構想調整会議の場などを活用して、二次医療圏を基本として一定の圏域で協議を行い、地域全体の医療提供体制のあり方について協議を行うこと。このほか、医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場の活用も想定される。
- 協議内容としては、以下のような点が想定される。
  - ① (1)で都道府県において検討した地域全体の医療体制のあり方や、それを踏まえて設定した地域における最大コロナ病床数、(2)での医療機関との個別の調整状況（医療機関ごとの各フェーズの即応病床数は、地域の

医療機関間で共有すること)

- ② コロナ病床の更なる確保のため、地域における役割分担及び連携の徹底、必要に応じた見直し

・各医療機関の地域における医療機能を踏まえて新型コロナ患者受け入れ医療機関の役割分担の明確化。病床・宿泊療養・自宅療養の役割分担の徹底。

重症者 : 大学病院や地域の基幹病院等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを中心に整備。

中等症患者 : 重点医療機関がその中心的な役割を果たす。特に大都市圏を擁する都道府県等では、公立・公的医療機関をはじめとする地域の中核的な医療機関について、当該医療機関にとって必須となる医療機能以外を他の医療機関と役割分担した上で、新型コロナウイルス対応を強化。その上、これまで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れてこなかった回復期や療養型の病院を含めて、新たにコロナ患者を受け入れる医療機関の拡充の検討。

回復患者 : 回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる後方支援医療機関を確保。

(「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」(令和2年2月16日付け事務連絡)を参照。)

・転院支援の仕組み構築

・認知症のある患者、透析患者、精神疾患や行動障害のある患者、外国人等、特別な配慮が必要なコロナ患者の受入れ先(施設含め)の役割分担

- ③ その際、フェーズごとに、コロナ病床確保に伴う地域全体での一般医療への影響について、(4)を踏まえて改めて確認すること。

○ 協議に当たっては、各フェーズにおいて、特定の医療機関に負担感が偏らないような体制を確保することが重要であり、各医療機関が地域で果たす役割を踏まえた地域全体の医療提供体制状況について、関係者が共通理解をもつこととなるよう、丁寧な説明を行うこと。

○ なお、地域全体の医療体制について議論する必要があるため、コロナ患者受入れの有無に関わらず地域の医療機関やその代表が参加して協議を行うこと。

○ また、こうした協議の場を活用するなどして、高齢者施設等の関係者と医

療関係者で、クラスター発生時の早期の外部支援、施設で療養継続する場合の支援の内容についても協議を行い、連携体制を確保すること。

#### (4) 一般医療との両立維持の確認

- 地域においては、平時から、様々な疾患・症状の患者に対する医療が提供されているところである。更なるコロナ病床の確保を検討する際には、このような一般医療への影響を勘案し、一般医療が適切に提供されなくなることにより、患者の生命・健康に重大な影響が及ぶことのないよう留意する必要がある。
- その際、都道府県においては、「医療計画」の中で、政策的な観点から、特に地域において確保すべき医療として、いわゆる5疾病5事業及び在宅医療について必要な医療機能を記載し、これに基づき、地域の医療提供体制整備を進めているところであり、これらの医療機能を継続して確保し続けられる体制となっているか、確認することが重要である。
- 具体的には、「最大」のコロナ病床の確保について個別医療機関ごとの調整や地域での協議を行う際に、コロナ病床を確保する医療機関と、医療計画において5疾病5事業及び在宅医療に係る医療機能を担う医療機関として定められている医療機関とを照らし合わせ、引き続きこうした医療機能を確保し続けられるかを確認することとなる。
- なお、「最大」のコロナ病床を確保するために確認する「一般医療との両立維持」とは、感染者数が僅少な段階で実施されている一般医療がそのまま継続される状況を意味するものではなく、不要不急の入院・手術の延期等、一般医療に一部制限が生じてはいるものの、そうした状況が一定程度継続したとしても、患者の生命・健康に重大な影響が及ばないことを確認すること。
- その際、既存の「医療計画」に基づく役割分担を絶対のものとするのではなく、コロナ病床を最大限効率的・効果的に確保する観点から、必要に応じ、柔軟に従来の役割分担の見直しを検討することも重要である。
- 特に、人口規模が大きく、かつ、医療資源が比較的多い都市部においては、感染拡大時、多数の感染者に対応可能な体制を短期間で確保する必要があることを想定し、感染拡大前から、役割分担を見直しておくことも考えられる（例：重点医療機関で担っている脳卒中・心筋梗塞等の急性期機能、周産期・

小児等の機能を、他の医療機関に寄せる、等)。

- そのため、「(3) 地域での協議・合意」のプロセスの中で、病床確保計画の最終フェーズにおいて、各都道府県の医療計画において定められている5疾病5事業及び在宅医療を担う医療機関の名称に変更が生じるかどうかを確認することも考えられる。
- また、重症コロナ患者に対応する場合には、全身管理に対応可能な医療従事者等により対応する必要があること、重症コロナ患者は一般のICU入室患者よりも在院日数が長くなることを踏まえつつ、各地域において、例えば、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある「三次救急医療（救命救急センター）」、「二次救急医療（病院群輪番制救急医療機関等）」、「脳卒中の急性期医療」、「急性心筋梗塞の急性期医療」を担う医療機関等がどの程度確保できるかを確認の上、必要に応じ、役割分担の見直しを行うこと。また、重症コロナ病床に充てるような病床は、手術後の患者の入室も一定割合行われているため、重症コロナ病床を確保することにより、予定手術（外科手術）への影響も考慮すること。

#### (5) 確保した病床を効率的・効果的に活用するための取組

- 医療提供体制の強化には、病床の確保のみならず、確保した病床を効率的・効果的に活用するための取組を進めることも重要である。この冬の感染拡大時に対応を進めている自治体も多々あるが、感染拡大時の経験を踏まえて、改めて更なる取組について検討し、対応可能な患者数を増やしていく必要がある。

#### <入院治療が必要な方の考え方>

- この冬の感染拡大時において、病床がひっ迫した時にも自治体で軽症者を含め幅広く入院措置を行っていた結果、感染者数が更に増加した局面で、病床が埋まっているために、より入院の必要性の高い患者の入院が難しくなったケースも一部に発生した。このため、医療提供体制への負荷が高まるにつれ、「入院治療が必要な患者」が優先的に入院できる体制とすることが重要である。
- この冬の経験を踏まえ、感染が拡大し、都道府県全体でみて、医療への負荷が高まっているときの入院の考え方を改めて協議し、入院治療が必要な者

が入院できるよう判断基準などの明確化を行い、管内の保健所、都道府県、診療・検査医療機関をはじめとした管内の医療機関や高齢者施設等の関係者とも共有しておくこと。

- 保健所等による療養先を決定するための確認を効率化するために、なるべく明瞭な考え方を検討するとともに、患者を診察した医師に協力を得て、医師の臨床的な判断を活用することにより、保健所等による患者への確認等のプロセスを減らしつつ迅速な療養先決定を図ることも有効であると考えている。
- 病床に余裕のある場合と、感染が拡大し、医療提供体制の負荷が高まっている場合で、入院の考え方を変更する場合には、そのタイミングや考え方について事前に関係者間で共有しておくこと。

例えば、

- ・ 病床確保計画のあるフェーズまでは、高齢者は全員入院とするが、そこからフェーズをあげた時には高齢者であっても入院治療が必要な者かどうかの判断を個別に行い、入院治療が必要ないと判断された者は宿泊療養とする。
  - ・ あるフェーズまでは保健所が発生届の内容を踏まえて患者の療養先を判断するが、そこからフェーズをあげた時は、診療・検査医療機関等の医師による患者の状態を踏まえた臨床的な判断を活用して、調整本部に渡すリストを作成する。
- 等が考えられる。

#### <病床稼働率の向上>

- コロナ病床の対応能力を拡大するため、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる後方支援医療機関の確保に取り組むこと。また、新型コロナウイルス感染症から回復した後、退院基準を満たした者について、高齢者施設等における受入れを促進すること。
- その際には、医療機関、高齢者施設等及び地域の医師会等の関係団体等に対し、引き続き退院基準の周知にも努めていただきたい。
- また、転院調整を行う医療機関の負担を軽減するため、地域医療構想調整会議や都道府県医師会、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などを活用して、受け入れ可能医療機関のリストの地域の医療機関や保健所への提供や効率的なマッチングを行う等、地域の実情

に適した転院支援の仕組みを検討すること。

- さらに、こうした後方支援医療機関確保・転院支援の取組は、退院基準を満たした患者を受け入れる医療機関のみならず、退院基準を満たしてはいないものの、その医療機関での治療が必要な状態から回復した患者を受け入れるコロナ患者後方支援病院の確保にも取り組み、病床稼働率の向上を図ること。
- 特に、多くの患者が発生する一方で多くの医療機関がある都市部においては、これまでコロナ患者を受け入れていなかった医療機関において、まずは、そうした他の医療機関で治療を行った後、回復傾向にあるコロナ患者を受け入れ、感染管理や症状悪化時の対応を実際に行うことが、コロナ患者受入れ可能な医療機関の更なる拡充につながるとともに、現在確保している病床の効率的・効果的な活用にも有益である。
- 退院基準を満たしてはいないが、医療機関での治療が必要な状態から回復した患者は、宿泊療養施設や自宅療養での受入れも考えられるため、移送（搬送）体制や宿泊・自宅での健康観察体制を確保することで、病床稼働率の向上につなげること。

#### <看護師の負担軽減>

- また、看護師等の負担を軽減するため、新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を受託可能な民間業者の一覧などを参考に委託を促進すること。なお、看護業務のうち必ずしも看護師等が行わなくても良い業務（配膳、リネン交換、清掃等）を行う看護補助者等の確保につなげるよう、看護補助者向けの感染対策に係る研修教材を作成しており、追って周知を行う予定である。
- さらに、都道府県によっては、新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒の委託を促進するため、都道府県ビルメンテナンス協会等と連携し、清掃業者向けの研修会を開催しており、こういった事例も参考に委託の促進に努めていただきたい。

#### **【都道府県における清掃業者向け研修会の開催事例】**

- ・ 京都府においては、一般社団法人京都私立病院協会及び公益社団法人京都ビルメンテナンス協会と連携し、令和3年2月及び3月に清掃業者向けの研修

会を開催。

- 島根県においては、公益社団法人島根ビルメンテナンス協会及び松江赤十字病院と連携し、令和3年2月に清掃業者向けの研修会を開催。

## (6) 病床確保計画の見直し

- (1)～(5)の取組を踏まえて、病床確保計画の見直しを行う。
- 今般の見直しを行うことにより、病床確保計画の最終フェーズにおける即応病床(計画)数とは、最終フェーズに移行すると「即応病床」とすることについて医療機関と合意のとれた病床数の積み上げとなり、これまで即応病床(計画)数と別の概念としていた「確保病床数」と同じ数値となることとなる。
- なお、現在の確保病床数以上となるよう病床確保計画を見直すこととするため、最終フェーズの病床数が、令和3年3月17日時点の「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況調査、病床数等の調査結果」の確保病床数より少なくなる都道府県については、事前に、経緯・事情について厚生労働省に報告すること。

## **2. 宿泊療養・自宅療養体制の確保**

- 宿泊療養体制についても、実際に療養者を受け入れることが可能な最大の宿泊療養施設を改めて確保するとともに、自宅療養について、健康観察体制等を確保することで、その地域で実際に適切な療養を確保できる宿泊療養・自宅療養体制を強化し、宿泊療養施設確保計画を見直すこととする。その際、急変時に医療につながる体制が確保できているかについても点検を行うこと。
- また、1.の取組により、その地域で「最大のコロナ病床数」から、これを最大限稼働したときの「最大の入院患者数」、「最大の療養者数」が算出され、そこから1日当たり「最大の宿泊療養・自宅療養者数」が算出可能であるため、それを勘案して、宿泊療養・自宅療養体制の確保を行うこと。

### (1) 最大の入院患者数の算出

- 1.に基づき見直した病床確保計画における「最大のコロナ病床数」から、患者増加時の最大の「病床稼働率」を考慮し、各都道府県における1日当た

り「最大の入院患者数」を算出すること。

- その際、医療機関側の患者受入れ時や転退院時には、入院中の対応以上に人員が必要となること、清掃・消毒や入院調整等により次の患者を受入れるまでに一定の準備時間が必要なことも勘案した上で、算出すること。これまでのひっ迫時のコロナ病床稼働率を参考にした値(85%)を初期値として設定しているが、都道府県における過去の実績を踏まえて設定すること。その際には、実際に地域でコロナ患者を受け入れている医療機関の意見を参考として聴取することも有益である。

## (2) 最大の療養者数及び最大の宿泊療養・自宅療養者数の算出

- (1) で算出した「最大の入院患者数」から、患者増加時の「在院日数」と「入院率」を考慮し、1日当たり「最大の療養者数」を算出すること。
- 在院日数や入院率は、各都道府県において過去の実績を踏まえ、1(5)の取組を行う前提で設定すること。  
なお、過去のデータを踏まえた参考値を初期値として設定している。
- 在院日数は、1(5)の「<病床稼働率の向上>」の取組状況にも応じ、地域で差があることが想定されるため、取組を進めることによってなるべく在院日数を短縮し、効率的・効果的な病床活用ができるようにすること。一方、「最大の療養者数」や「1日当たり最大の新規感染者数」算出のために、地域の実態に即した数値となるよう実際にコロナ患者を受け入れる医療機関や臨床医の意見を伺う、保健所や医療機関等の協力の下、地域における在院日数のデータ集計を行うことも検討すること。
- 入院率は、感染状況に応じて異なる運用を行う地域が多いが、宿泊療養・自宅療養の体制整備や一連の患者対応体制を検討する際の目安となる「最大の療養者数」や「1日当たり最大の新規感染者数」算出のために必要な数値であるため、1(5)の「<入院治療が必要な方の考え方>」で述べたような都道府県全体で医療への負荷が高まっているときに、入院治療が必要な者が入院できるような考え方を前提として設定すること。地域の実態に即した数値となるよう実際にコロナ患者を受け入れる医療機関や臨床医の意見を伺うことも検討すること。
- 「最大の療養者数」から「最大の入院患者数」を差し引いたものを「最大

の宿泊療養・自宅療養者数」とする。

### (3) 宿泊療養施設・自宅において、適切な療養を行う体制整備

#### <宿泊療養体制の整備>

- 軽症者等については、宿泊療養を基本として対応することとされている。病床確保計画のフェーズが計画中盤から後半にかかる段階（または新規感染者数や療養者数が概ねステージⅢ相当となるような段階）までは、入院の必要がないと判断されるコロナ患者については、宿泊療養を基本として対応できるように、宿泊療養体制を整備すること。
- 他方で、子育て等の家庭の事情により患者が自宅での療養を選択する場合もあり、また、この冬の感染拡大に当たり、自宅療養者数が急増する地域もあったが、このような場合においても、後述の適切な健康管理を伴う自宅療養を行えるように体制・運用の整備を図ること。
- 具体的には、病床確保計画のフェーズが計画中盤から後半にかかる段階（または新規感染者数や療養者数が概ねステージⅢ相当となるような段階）において、療養者のうち入院・宿泊療養での対応が7割を下回るような都道府県においては、まずは、当該水準を目安として、これに向けて、宿泊療養体制の拡充について検討すること。
- 確保すべき宿泊療養施設（居室数）数は、都道府県において、過去の実績を踏まえて設定すること。なお、例えば、宿泊療養施設（居室数）について、これまでに感染拡大を経験した同程度の規模の都道府県の例（別紙3）も参考として、予め多めに確保しておくことが考えられる。  
なお、特措法改正法による改正後の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。以下「感染症法」という。）第44条の3において、宿泊療養に関する規定が新設され、都道府県知事は、感染状況等を勘案して必要な宿泊施設の確保に努めることとされていることに留意すべきである。
- 宿泊療養については、療養者数が増加しても、居室使用率が2～3割程度であることも少なくない（特に、この冬、大都市圏で感染が急速に拡大した際には、自宅療養者数や確認中の人数の急増に比して、宿泊療養者数は一定の増加にとどまるという状況がみられた。）。宿泊療養の活用を図るためには、

施設・居室数の確保のみならず、稼働率(居室使用率)を高めることが不可欠である。このため、予め、後述の宿泊療養の決定までの業務フローや、人員体制・運用面の整備を図ること。

- 宿泊療養の効率的な活用に向けては、都道府県の調整本部や保健所における療養決定までの業務フローや、宿泊療養施設における人員体制、患者退所後の消毒・清掃等の運用面において、以下のような課題・制約が挙げられる。

- ① 療養決定までの業務フロー

患者本人が宿泊療養よりも自宅療養を希望する場合が少なくない中で、発症・診断から療養決定まで日数がかかるほど、患者が自宅療養を希望する傾向がある。保健所や都道府県の調整本部における、本人への聞き取り、施設入所基準の確認や入所先決定、患者への連絡等のプロセスで数日かかる場合がある。

- ② 宿泊療養施設の運用

入所前に、患者に対して、症状や生活状況等の聞き取り、施設利用の留意点について説明・オリエンテーションを行う等の対応があり、1日の受入れ可能人数に一定の制約がある。

また、退所後の居室の消毒・清掃について、感染防御の観点から、退所後数日間空けて行う場合や1フロアごとに全員退所してから一斉に行う場合、消毒・清掃が完了しないために新規入所ができない居室が多くなる場合がある。

- ③ 人材確保等の体制

特に感染が急速に拡大する局面では、宿泊施設を確保できていても、入所者の健康観察業務を行う看護職員や、生活支援・事務系業務を担う職員・スタッフを必要数確保できず、居室を十分に稼働させられない場合がある。

- このため、これまでお示しした事例も参考にしつつ、必要な見直しを検討すること。

- ① 療養決定までの業務フロー

宿泊療養に至るまでの保健所や都道府県調整本部における療養決定に向けた業務フローについては、3(2)及びⅢ1(2)を参照されたい。

- ② 宿泊療養施設の運用(例)

- ・病床ひっ迫時等には、患者が退所するごとに事業者が個人防護具を着用した上で部屋ごとに消毒・清掃を実施
- ・一部施設では週2日の定例日に事業者が駐在し、入所者に別フロアに移っていただいた上でフロア消毒を実施
- ・退所後72時間空けてから消毒を行う運用から、事業者の理解を得て、基本的に退所日翌日に消毒を行うよう運用を変更

※ 宿泊療養施設の消毒・清掃のために事業者が個人防護具を着用するための経費についても、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象。

### ③ 人材確保等の体制（例）

- ・都道府県ナースセンターによる潜在看護職員の復職支援において、多くの看護職員が宿泊療養施設に就業
- ・医療機関との連携、ネットワーク構築の必要性等にかんがみ、都道府県看護協会に業務委託
- ・事務系業務についてホテルや民間事業者に委託

(参考)

宿泊療養施設の更なる確保について（要請）（令和3年2月3日付事務連）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000733829.pdf>

### <健康管理を強化した宿泊療養施設>

○ 感染が急速に拡大し、病床がひっ迫するおそれがある地域においては、入院できずにやむを得ず自宅療養となるというような状況を避けるため、以下の例も参考に、症状が悪化するリスクが一定程度ある患者について、症状を迅速に把握し、必要な際には常駐医師による診察または提携医療機関による往診・オンライン診療等につなげられるような、健康管理を強化した宿泊療養施設を用意することも検討すること。

- ・ 症状が悪化するリスクが一定程度ある患者用に、医師・看護師の常駐・派遣等により健康管理を強化した宿泊療養施設を用意
- ・ 全ての宿泊療養施設において、医師・看護師が常駐
- ・ 提携医療機関が宿泊療養者に対するオンライン診療、訪問診療等を行う体制を整備

新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養の考え方について  
(令和3年3月2日付事務連絡)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000747661.pdf>

<自宅療養者数の見込みと適切な自宅療養体制の整備>

- 「最大の療養者数」と確保できる宿泊療養施設（居室）数や稼働の見込み  
に、過去の実績も踏まえて想定される「最大の自宅療養者数」を見込んだ上  
で、以下の①～④を組み合わせる自宅療養の体制整備を行う。
- ① 定期的な健康観察（毎日電話やオンライン等で確認）
- ② パルスオキシメーターの活用
- ③ 健康観察業務の医療機関等への委託
- ④ 自宅療養者への往診・オンライン診療・訪問看護等

<パルスオキシメーターの活用>

- 感染が急速に拡大し、病床がひっ迫する局面では、療養者の相当数を自宅  
療養者・確認中の者が占める地域がみられた。今後とも、このようなリスク  
のある地域においては、少なくとも症状が悪化するリスクが相対的に高い患  
者について、パルスオキシメーターを配布した健康観察を行える体制の整備  
を図ること。

なお、パルスオキシメーターについては、既に相当数を確保している都道  
府県もある。感染が拡大すると製造業者の在庫が急速に減少し、発注しても  
配備するまでに時間を要することがあるため、予め一定量を発注・確保して  
おくことが望ましい。

※パルスオキシメーターについては、全ての自宅療養者を対象として配布  
する運用の都道府県のほか、

- ・ 50歳以上の患者を対象として配布
- ・ 40歳以上の患者及び40歳未満でも当該県の入院優先度スコアが一定  
以上の患者を対象として配布
- ・ 入院・入所待機者及び軽症者のうち高齢者、呼吸苦、発熱持続症状等  
のある患者を対象として配布

など、感染状況等も踏まえ、対象者を設定している都道府県も見られる。

<健康観察業務の医療機関等への委託>

- 自宅療養者に対する保健所の健康観察業務については、電話等により定期的に健康観察を行うとともに、症状の悪化が疑われるような場合には自宅への訪問等も行えるような専門性を有する機関に業務委託することが有効である。保健所の業務負担を軽減する観点からも、3のとおり、在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や地域の医師会等の関係団体、民間事業者への業務委託を検討する。

<自宅療養者への往診、オンライン診療、訪問看護等>

- 症状の悪化リスクのある自宅療養者への対応としては、自宅・宿泊療養中の患者について緊急で往診をした場合には緊急往診加算が、緊急で訪問看護を行った場合には緊急訪問看護加算が算定可能となっており、患者本人に往診や訪問看護の利用を積極的に促すことが考えられる。具体的には、対応医療機関等を確認・費用支払い方法の調整等を行った上で、保健所から対応医療機関リスト・活用方法を患者に説明することが考えられる。

(参考)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その36）（令和3年2月26日付保険局医療課事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000746427.pdf>

- また、地域で自宅療養者に対する医療対応が着実に行われるようにするためには、予め医療機関等に業務委託等を行うことが考えられる。このため、特にこの冬のような感染拡大のおそれがある地域においては、事前に、在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や地域の医師会等の関係団体、民間事業者の協力も得て、このような業務委託等について検討を行っておくとともに、感染拡大時には対象医療機関等を迅速に拡大できるよう、準備・検討しておくこと。

※ 現在、入院待機者など症状が悪化するリスクが一定以上の患者や、保健所が必要と判断した患者を対象として、医療機関による往診等を委託したり個別に依頼する取組を行ったり、具体的に検討している自治体がある。

#### (4) 1日当たり最大の新規感染者数の算出

- 過去の感染拡大の動向を踏まえて、「最大の療養者数」、「最大の入院患者数」となるときの、「1日当たり最大の新規感染者数」を算出すること。その際、過去の実績を踏まえて、感染者の増加状況及び感染拡大時の年齢構成を設定することとし、運用の中で実態と乖離がある場合には、設定を見直すこと。
- なお、本事務連絡の発出と併せて、都道府県が、当該地域における「最大のコロナ病床数」から、病床稼働率や在院日数、入院率等を踏まえて「最大の入院患者数」、「最大の療養者数」、「1日当たり最大の新規感染者数」の算出を行うためのツール（エクセルファイル）を送付するので、適宜活用されたい。これらを算出するための前提となる値は、厚生労働省で初期値を設定しているが、地域の実情に応じて適宜変更し、地域の取組に合致した数値を算出すること。
- このツールを踏まえて、「最大のコロナ病床数」から算出される「最大の療養者数」、「最大の入院患者数」、「1日当たり最大の新規感染者数」は、感染動向や施策の成果によって日々変化する地域の状況を、なるべく簡易かつ分かりやすい形で反映し、更なる施策の実施や地域の状況を評価するための目安となる数値を示すために、一定の仮定の下で作成したものである。そうした趣旨を踏まえて、さらに精緻な数値を算出するために、ツールを改良したり、専門家等の意見を参考にしたりすることについては、積極的に取り組んでいただきたい。今回示したツールの算出方法とは異なる適切な方法がある場合には、厚生労働省において取りまとめの上、他の地域に参考として情報提供するため、まずは厚生労働省に情報提供いただきたい。

### 3. 一連の患者対応の目詰まり解消

- この冬の感染拡大時には、一部の地域において、病床や宿泊療養施設に空きがあっても「療養先調整中」「入院待機中」の患者が多数発生したが、次の感染拡大に向けて、この点を改善していくことが極めて重要である。このため、1、2に基づき算出された「1日当たり最大の新規感染者数」を勘案して、「相談・外来受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除・後方支援病院や施設への転院」まで、一連の患者対応が目詰まりなく行われる流れ（体制）を確保し、病床・宿泊療養施設の最大限の活用につなげること。

## (1) 相談・外来受診・検査

- 相談・外来受診・検査体制については、追って「新型コロナウイルス感染症に関する検査体制の拡充に向けた指針」（令和2年9月15日付事務連絡）の改訂版において、検査需要の見通しや必要な検査体制の整備などについて示すこととしている。これを踏まえて必要な体制整備を行うこと。
- なお、相談・外来診療体制については、「4月以降の当面の相談・外来診療体制について」（令和3年2月24日付事務連絡）で示したとおり、引き続き、適切な維持・整備に取り組むこと。

## (2) 療養先調整・移送（搬送）

- コロナ患者であることが確定した患者については、療養に到るまでに「療養場所の種別の決定（入院、宿泊、自宅）」、「具体的な療養先の決定」「療養先への患者の移送（搬送）」の3段階の対応が必要となる。
- 入院・療養の種別の決定は保健所が判断していることが多いが、都道府県・保健所・医療機関の間で入院・宿泊療養・自宅療養の振り分けの考え方・判断基準を改めて整理し、共有することにより、医療機関の臨床的な判断が速やかに調整本部に伝わり、入院決定がより迅速・円滑に行われると考えられる。あわせて、患者に対する保健所からの連絡や積極的疫学調査が円滑に行われるよう、保健所体制を強化する。
- 具体的な療養先の決定については、自治体毎に、「都道府県調整本部が一括して療養先を決定する」「まず保健所で療養先を検討し、決まらなかった場合に都道府県調整本部に調整を依頼する」等、多様な方法が見られる。  
目詰まりを引き起こす要因としては、療養先がすぐに決定されないことで調整に時間がかかり、保健所の業務が圧迫されるケース、積極的疫学調査等で保健所の業務負担が高く、結果として療養先決定の調整に時間がかかるケース、患者が急増する局面において、都道府県調整本部の人員等が不十分であったために対応困難な状態に陥るケース等が想定される。また、保健所が管轄する区域内の医療機関の多寡に差があるため、医療機関数に比して患者数が多い地域等は調整困難に陥りやすいこと等も踏まえ、適切な療養場所の決定方法について、都道府県ごとに見直しを行い、関係者間で十分な共有を図ることが必要である。

#### <入院調整>

- 今後も感染の再拡大が想定されるような地域では、今冬のような入院待機者の急増をできるだけ避けられるよう、以下のような事例も参考としつつ、地域の実情を踏まえ、感染急拡大時において入院調整を迅速に行える体制・運用について検討する。
  - ・大都市圏含め、多くの都道府県においては、入院先の決定は都道府県調整本部で一括して実施（当初は保健所が決定していたが、都道府県・保健所設置市の間で協議し、都道府県調整本部による決定に変更した都道府県もある）
  - ・県医師会、災害医療コーディネーター等の医師が都道府県調整本部に参画し、迅速な調整に当たる等、調整本部の体制強化

#### <宿泊療養等の調整>

- 2(3)のとおり、発症・診断から療養決定まで時間がかかることにより、患者が自宅療養を希望するなど、宿泊療養の活用が進まない要因となり得る。宿泊療養施設に係る運用や体制の整備に加え、以下の事例も参考としつつ地域の実情を踏まえ、迅速な療養決定が行える体制・運用について検討する。
  - ・保健所、調整本部、診療・検査を行う医療機関の間で、原則として宿泊療養とする方針を共有し、医療機関でも患者にその旨説明することにより、円滑な療養決定を行い、宿泊療養の積極的活用につなげている。
  - ・保健所が、療養決定に向けた本人への聞き取りの際に、積極的疫学調査としての聞き取りも行うことが多いが、積極的疫学調査は療養調整と同時並行で行っている。
  - ・療養先が決定された後の患者への連絡・説明について、従来は調整本部による決定内容を保健所が患者に連絡していたところ、調整本部が直接行うように変更した。

※ 改正感染症法により、患者に対して、宿泊療養についての協力要請（要請を受けた患者にも応ずる努力義務）や、要請に応じない場合の入院勧告等も可能となっており、これらを丁寧に説明することにより宿泊療養への協力・理解を求めていくことが考えられる。なお、宿泊療養施設を特措法上の「臨時の医療施設」として位置付け、当該施設での療養について「入院勧告」等を行うことも可能である。

(参考)

新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養の考え方について(令和3年3月2日付事務連絡)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000747661.pdf>

<移送(搬送)>

- 患者の移送(搬送)については、外部委託の更なる推進等により、引き続き、移送(搬送)の義務を負う保健所の負担軽減と業務効率化に努める。

<保健所体制の強化、業務効率化等>

- これまで、「今後を見据えた保健所の即応体制の整備について」(令和2年6月19日付け事務連絡)や「保健所に係る「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」について」(令和2年9月25日付け通知)に基づき、保健所業務の積極的な外部委託、IHEAT(都道府県単位での専門人材派遣の仕組み)の活用、都道府県間での専門職員等の応援派遣等に取り組んできて頂いたところである。
- 感染者数が増加する局面においては、新型コロナウイルス感染症対策において中心的な役割を果たす保健所の相談業務や積極的疫学調査に係る業務負荷が過大になることで、一連の患者対応に滞りが生じる場合があることから、引き続き、都道府県等を中心として、保健所の人材確保や、国の研修プログラム等を活用した、健康危機管理に対応できる人材の育成、外部委託等を活用した業務効率化等に全庁的に取り組み、保健所の機能確保を図る。また、積極的疫学調査の翌日以降への積み残し状況や、残業時間等も含めた保健所職員の勤務状況等を確認すること等により、保健所の業務負担の状況をタイムリーに把握し、必要があれば迅速に応援等の対応を行うことが必要である。
- 特に、自宅療養者に対する健康観察等の各種業務については、感染拡大時の自宅療養者の増加を念頭に、「最大の自宅療養者数」に対応できるだけの体制構築が必要であるところ、在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や地域の医師会等の関係団体、民間事業者に委託しての業務実施も有効であり、また、当該委託に係る費用は新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による補助対象となっているところである。各保健所設置自治体においては、地域におけるこれらの機関への委託の可能性を検討するとともに、感染拡大前

からの緊急時を想定した地域全体での対応体制の整備を図る。

- また、保健所業務の支援協力者については、「新型コロナウイルス感染症対策に係る支援協力者名簿の提供、活用について」（令和3年3月5日付事務連絡）等も参考にしながら、あらかじめ会計年度任用職員に任用する等、速やかな任用ができるように準備する。

（参考）外部委託の事例

- ・ 自宅療養者の健康観察について、都道府県が保健所設置自治体分も含めてフォローアップセンターの運営を民間事業者へ委託したり、看護協会や訪問看護事業を行う民間事業者等へ業務委託を行っている。
- ・ 軽症者のうち、対応に時間がかかる言語が通じにくい外国人や不安が強く訪問を希望する高齢者等に対する訪問による健康観察を、訪問看護ステーションへ業務委託を行っている。
- ・ 住民からの健康相談を受けるコールセンター（管内の医療機関への受診案内）業務を、民間事業者へ委託している。

（参考）

新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえた積極的疫学調査等保健所業務について（令和3年3月5日付事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000750756.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/000750757.pdf>

（3） 転退院・解除・後方支援病院や施設への転院

- 患者の転院や退院、入院解除や後方支援病院への転院等については、1（5）（病床稼働率の向上）を参照されたい。

## II. 患者対応の一連の流れのチェックと感染状況のモニタリング

### <患者対応の一連の流れのチェック>

- 次の感染拡大に向けて、一連の患者対応や病床等の稼働が目詰まりなく行われる流れ（体制）を確保するとともに、実際の感染状況に応じて分析し取組の改善につなげるため、以下1のとおり、患者対応の一連の流れを確認する「チェックポイント」を選定し、目詰まりが生じていないかを確認する体制を確保することが重要である。
- また、医療提供体制整備は「一般医療とコロナ医療を両立する医療提供体制を整備する」ことが前提の考え方であることを踏まえ、コロナ医療を行う中で、感染拡大時に一般医療への影響についても評価する体制とすることにより、地域の一般医療、ひいては患者の生命・健康に重大な影響が及んでいないかを確認することが重要である。

### <感染状況のモニタリング>

- 一方、感染状況についても、医療提供体制への負荷を考慮した評価ができる指標を設定し、これをもとに適切に状況を把握・評価することで、感染拡大防止策に適時適切に反映させるとともに、医療体制の負荷が高まった際には、緊急的な対応にオペレーションを変更できるようにする必要がある。
- 都道府県において、独自に感染状況や医療提供体制の負荷の評価を行う指標を設定し、定期的に状況を確認していると考えられるが、以下の考え方を踏まえ、指標の改善やチェック体制、モニタリング体制のあり方について改めて検討を行うこと。

### 1. 患者対応の一連の流れのチェック

- 新型コロナに対応した医療体制が適切に機能しているかについては、
  - (1) 「患者対応の一連の流れに目詰まり」が起きていないか
  - (2) 「一般医療との両立」が適切に維持されているかに着目して、表を参考に「チェックポイント」を設定し、定期的に状況の確認を行うこと。
- 都道府県においては、「チェックポイント」による評価を定期的に行い、患

者フローの目詰まりや一般医療への影響が見られる場合には、その状況を詳しく分析し、解消・改善を図ることが重要である。

- 「チェックポイント」による評価を行う場については、都道府県に設置されている「新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会」等を活用し、関係者で状況の認識共有や課題対応について意見を求めることが考えられる。なお、「医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場」において、関係者より意見を求めることも有用と考えられる。併せて、地域の医療関係者から医療現場の実情を丁寧に聴取することで、「チェックポイント」だけでは測ることができない一般医療への影響や目詰まりの早期感知に努めることが望ましい。
- 「チェックポイント」による確認を行う頻度については、各指標の日々の変動を平準化する必要があること、その情報を報告する医療機関や集計する行政の負担を最小限にする必要があることから、1週間程度を基本とすること。なお、情報公開に努めつつ、感染状況に応じ、会議の開催などについては負担のない方法等で実施することは考えられる。また、「チェックポイント」の項目によっては、数値そのものよりも、季節変動等に留意しながら全体の傾向等について、評価すべきものがある。
- 「チェックポイント」による評価の結果を集計する単位については、都道府県や圏域などの地域単位で確認することを基本として、医療機関の状況を表す項目については、地域単位だけではなく、医療機関単位で確認することも有用である（例：ICU使用率など）。また、医療機関単位での確認については、管内の全医療機関に調査を行う場合と、地域の傾向を把握するため一部の医療機関の協力のもとで調査を行う場合が考えられ、適切な方法を地域の医療関係者と相談すること。
- 表に掲げた主要項目については、他地域との比較を可能とする観点から、原則として全ての都道府県で確認すること。参考項目については、各地域で「チェックポイント」を設定する際の参考であり、必要に応じて確認すること。なお、表以外の項目であっても、都道府県が地域の実情を踏まえ、独自の項目を設定することは考えられる。
- また、「チェックポイント」の項目や集計方法については、引き続き地域の取組も参考の上、厚生労働省において検討し、改めて情報提供する予定である。

なお、厚生労働省において、G-MIS の報告項目や「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況調査、病床数等の調査」等を見直すことを検討しており、詳細は追ってお示しする。

表：チェックポイントのイメージ		
	主要項目	参考項目
<b>患者フローの目詰まりのチェック</b>		
①	必要な患者が外来受診・検査できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1日当たりの検査実施数</li> <li>・ 1日当たりの検査能力（検体採取・検査分析）</li> <li>・ 陽性率</li> <li>・ 受診・相談センターの電話回線数・電話応答率</li> <li>・ 診療・検査医療機関の数</li> <li>・ 発症日から検体採取／結果判明までの日数</li> </ul>
②	入院等を要する患者が必要な時に入院等ができているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養者中の入院者割合</li> <li>・ 療養先調整中の人数</li> <li>・ 療養先調整中の内訳として、療養場所の種別が入院と決定したが、いまだ受入れ医療機関が決定していない人数</li> <li>（入院について）</li> <li>・ 発生届から入院日までの日数</li> <li>・ 最大の確保病床数</li> <li>・ 即応病床数</li> <li>・ 受入医療機関が1日あたりに新たに入院させることが可能なコロナ患者数</li> <li>・ コロナ病床の利用率</li> <li>・ コロナ重症者病床の利用率</li> <li>（宿泊について）</li> <li>・ 発生届から宿泊日までの日数</li> <li>・ 最大の宿泊療養者数</li> <li>・ 最大の宿泊室数</li> <li>・ 宿泊室の利用率</li> <li>・ 療養場所の種別は宿泊療養施設と決定したが、いまだ宿泊療養をしていない人数</li> </ul>
③	患者の状態に応じた適切な療養環境に入院等できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後方支援医療機関への転院待機患者数</li> <li>・ 症状悪化等の場合の重症者病床等への転院待機患者数</li> <li>・ 平均在院日数</li> </ul>
<b>一般医療との両立</b>		
④	救急車による迅速な医療機関への搬送が困難でないか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急搬送困難事案件数（全搬送患者）</li> <li>・ 救急搬送困難事案件数（コロナ疑い以外）</li> <li>・ 救命救急センターの応需体制</li> </ul>
⑤	予定していた手術等を受けられているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全身麻酔を伴う手術の実施件数</li> <li>・ 心臓・血管カテーテル術の実施件数</li> <li>・ 外来化学療法(抗悪性腫瘍剤)の実施件数</li> <li>・ 分娩件数</li> </ul>
⑥	集中的医学管理が必要な患者がICUに入室できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICU使用率（コロナ以外）</li> <li>・ ICU使用率（全体）</li> </ul>

## 2. 医療提供体制を踏まえた感染状況のモニタリング

### <① 最大新規感染者数を超えることがないかをみるためのモニタリング>

- I 2 (4) で算出した「1日当たり最大の新規感染者数」は、一般医療と両立しつつ確実に機能するものとして見直した、地域のコロナ医療提供体制で対応可能な最大の新規感染者数（つまり医療が非常時の対応をとることになるか否かの限界値）であると言える。
- そのため、感染拡大時には、新規感染者数がこの「1日当たり最大の新規感染者数」を超えることがないように感染状況の適切な評価を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させる必要がある。しかしながら、それでも新規感染者数がこの「1日当たり最大の新規感染者数」を超える際には、弾力的にオペレーションを変更し、限りある医療資源を柔軟・適切に配分する緊急的な患者対応を行う体制をとる必要がある（Ⅲで詳述）。

### <② 感染者が短期間に急増するような事態をみるためのモニタリング>

- また、「1日当たり最大の新規感染者数」を超えないとしても、短期間で急激な感染者数増加となる場合、感染状況に応じた段階的な病床・宿泊療養施設の受入れ体制準備（準備病床の即応病床への転換）や、患者対応を行う保健所や都道府県等の体制以上の患者が発生し、迅速な処理が行えず、患者対応の流れに目詰まりが生じることも考えられる（この場合においても、医療が非常時の対応をとらざるを得なくなる）。
  - そのため、感染状況については、短期間で急激な感染者増加傾向（※）についても適切な評価を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させ、医療体制が十分な対応可能な感染者数・感染スピードとする必要がある。また、この場合においても弾力的にオペレーションを変更し、限りある医療資源を柔軟・適切に配分する緊急的な患者対応を行う体制をとる必要がある（Ⅲで詳述）。
- （※）例えば、地域で既に感染者が増加しつつ一定数発生している中、1週間で新規感染者数が1.4倍程度（2週間で2倍程度）以上で増加した場合。
- 実際、昨年7月末以降の沖縄県や、12月末から本年1月上旬の関東圏・関西圏のように、1、2週間で新規感染者が倍増することがあり、こうしたケースも想定する必要がある。

## <感染状況のモニタリング方法>

- そうした①②の観点から、感染状況の評価を行うモニタリングの方法としては、
  - ㊦新規感染者数の7日間移動平均を算出し、前7日間の日々の増加傾向がその後2週間継続したとした場合の2週間後の新規感染者数を算出する。また、新規感染者数の7日間移動平均の1週間前との増減比、2週間前との増減比を確認する。
  - ①①そうして算出した新規感染者数が、2週間後に「1日当たり最大の新規感染者数」を超えないかを確認する
  - ②感染者が一定数報告されている中で、1週間前との増減比が1.4以下であるか、2週間前との増減比が2.0以下であるかを確認することが考えられる。
- そうして確認した結果、
  - ① 2週間後の新規感染者数が「1日当たり最大の新規感染者数」を超える場合
  - ② 短期間で急激な感染者数増加となる場合には、感染スピードが落ち着き、対応可能な感染者数に減少するまで、Ⅲ2で方針を定める「感染者が短期間で急激に増加した時の緊急的な患者対応方針」に対応を切り替えること（その際には強力な感染拡大防止対策が必要）。
- なお、②を評価する際、クラスターの発生や人口の少ない地域での急激な感染拡大は、封じ込めにより広範な市中感染増加に至らない場合や他地域への伝播を止められる場合もあるため、アンリンク割合や感染者のうちのクラスター関連の程度を勘案して感染状況の評価すること。
- また、①②ともに、同じ感染者数であっても年齢構成によって、入院患者数・重症者数は大きく異なることとなるため、前提としていた年齢構成と異なる経過を示していたり、医療機関・高齢者施設等の高齢者が多いクラスターが多発していたりする場合には、そうした状況を勘案して感染状況の評価すること。
- さらに、
  - ・「入院患者数」や「療養者数」は、「新規感染者数」がピークに達した後にピークとなること、
  - ・そのため、「入院患者数」や「療養者数」のピーク時の数値は、「新規感染

者数」がピークを達した時点における「入院患者数」や「療養者数」の数値以上となること

から、算出した2週間後の新規感染者数が、「1日当たり最大の新規感染者数」を超えないかを確認する際には、

- ・「入院患者数」や「療養者数」が遅効指標であること、
- ・実際、その地域の感染者数がI 2（3）で算出した「1日当たり最大の新規感染者数」以上となってしまった場合には、I 2（1）及び（2）で算出した「最大の入院患者数」と「最大の療養者数」以上の患者数となってしまうこと

に留意すること。また、取り組んでいる感染拡大防止策が、想定した効果を得られない場合、療養者数の減少がより遅れることに留意が必要である。

### Ⅲ. 感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定

#### 1. 感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定

- 冒頭0. で示したとおり、次の感染拡大時には、Iに基づき整備した体制によって対応することが基本であり、この観点から、Iの作業は、地域における最大の病床・宿泊等療養体制となるよう実施するとともに、II 2により医療提供体制を踏まえた感染状況の評価（モニタリング）を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させることが重要である。
- その上で、II 2①又は②に該当する感染状況となった場合も想定し、感染者急増時の緊急的な患者対応方針を検討・決定しておくことが必要である。
- その際、まずは、以下の点に関し、数週間の緊急的な措置として、もう一段の対応を検討すること。
  - (1) 患者の療養先の確保
    - ・ 予定入院・手術の延期等も含む緊急的な病床確保方策の策定
    - ・ 健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働
    - ・ 自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保
  - (2) 患者の入院・療養調整の体制確保
    - ・ 保健所・都道府県調整本部における入院・療養調整業務に係る更なる応援体制の整備
- なお、令和3年4月30日（金）までとしている「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」の決定とは、2を参考にして検討の前提となる最大の患者規模を地域で検討しながら、(1)(2)に関する体制整備の方針を地域で協議・決定いただくことを想定している。また、併せてIの取組を並行して進めていただき、4月30日時点での調整状況について報告いただきたい。なお、方針の検討に当たっては、「療養先の確保」以上に、一連の患者対応の流れに目詰まりが発生しないように調整体制を確保することが重要である。
- そうして、都道府県で「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」を決定した後は、5月中までに都道府県・保健所・医療機関等の関係者と具体的な体制整備を行う。

## (1) 患者の療養先の確保

### <予定入院・手術の延期等を含む緊急的な病床確保方策の策定>

- 一般医療の制限状況を更に厳格に評価しつつ、改めて病床の確保を検討すること。その際、臨時の医療施設の開設の可能性を検討することも考えられる。ただし、臨時の医療施設については、適切な施設が存在していることに加え、公立病院等を中心に人員を確保することが考えられるが、いずれにせよまとまった人数の医療従事者を短期に確保することは容易でないことに留意が必要である。
- 予定入院・手術の延期等を行い、以下、(3)を踏まえてコロナ患者用の病床を確保すること。
  - ただし、その場合、
  - ・急激に感染者が増加している中で、予定手術・予定入院の延期を行い、コロナ病床を確保するためには、患者の転退院調整、ゾーニング等の受入れ準備に時間がかかること
  - ・予定手術・予定入院の延期や転退院調整には、患者の不安に真摯に対応する必要があること等に留意が必要であり、また、いずれにせよ、患者の状態を十分に勘案して、主治医の判断の下で行うことが必要である。

### <健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働>

- 症状が悪化するリスクが一定程度ある患者が療養できるよう、いざという時に健康管理を強化した宿泊療養施設を優先的に稼働させることについて、予め検討しておくこと。

### <自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保>

- 感染急拡大が生じた場合、病床や宿泊療養施設の確保を短期間で大幅に行うことは難しく、自宅等でそのまま療養せざるを得ない患者が増加することとなる。そのため、都道府県や保健所においては、I 2で示した健康観察業務の外部委託について更にもう一段検討するとともに、本庁や他部門の職員等による健康観察業務への応援を大幅に拡充することについて事前に検討し、いざという時に速やかに業務体制を拡充できるよう調整しておくこと。
- また、現にパルスオキシメーターを相当数確保している都道府県もあるが、

現時点であまり確保・活用されていない場合や、療養者数や人口規模に照らして相対的に確保数が少ない場合には、この冬の感染拡大の経験を踏まえ、こうした緊急事態を想定して、予めパルスオキシメーターの活用・更なる確保についても検討しておくことが望ましい。

- さらに、2で想定される患者数と臨時的に増強可能な健康観察体制を勘案して、必要に応じ、どのような自宅療養者に対してどのような健康観察を行うかについての考え方・基準を見直し、認識共有しておくこと。

(例)

- ・ 平時には、希望する自宅療養者全てを対象に行っていたパルスオキシメーターの貸与について、入院調整中の患者や一定以上の年齢の患者など、優先的に貸与する対象者の基準を設ける。
- ・ 自宅療養者・宿泊療養者に対する往診等について、事前に仕組みの構築を検討しておいた上で、対応医療機関の拡大を図るとともに、対象の重点化も検討する。
- ・ 平時には、保健所等が定期的な電話で行っていた患者の健康状態の聞き取りについて、症状悪化のリスクが小さいと判断される患者については、自動電話への回答やアプリへの入力等（回答・入力がない場合には保健所等から電話にて確認）とし、緊急時の連絡窓口を設ける。
- ・ さらに、在宅での酸素投与などができる体制の立ち上げを事前に検討し、医療従事者や設備の確保といった必要な準備を行っておく。

## (2) 患者の入院・療養調整の体制確保

- 感染者急増時には療養先調整を行う感染者が更に増大し、対応に時間がかかることが想定される。そのため、都道府県や保健所においては、入院・療養調整業務に係る体制を臨時的に増強するため、本庁や他部門の職員等による応援を大幅に拡充することについて事前に検討し、いざという時に速やかに業務体制を拡充できるよう調整しておくこと。
- また、入院・療養調整業務に係る体制を強化しておく観点から、主に入院先の決定は都道府県調整本部で一括して実施する体制とすることについても予め検討しておくとともに、都道府県調整本部において入院先調整に当たる医師会や災害医療コーディネーター等の医師の確保等を行っておくことも肝要である。

## (3) 入院医療の必要性の精査

- (1)(2)を図りつつ、限りある医療資源をより必要とする方に優先的に提供するため、一般医療・コロナ医療それぞれに医療資源をどの程度充てるかを地域で協議して方針を定め、それに対応する体制整備を行うことが必要である。
- その際に、最大でどの程度の患者数を想定するのか、検討の目安を設定することが考えられる（その場合の例について2参照）。その上で、
  - ① 当該想定による患者のうち、真に入院治療が必要な状態の患者の割合を、地域の医療関係者と協議して算出する（なお、この冬の感染急拡大時において、若年層の感染者数が多かったものの、大都市圏を有する自治体における最も療養者数が多かった時点の入院率は約1～2割程度であった。）。
  - ② そうして算出された入院患者数と、Iで積み上げる「最大のコロナ病床数」を比べる。なお、先行して4月中に「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」を定める際に、Iによる病床数の積み上げが完了していない場合には、暫定的に、現時点における確保病床数と比べることとし、作業完了時に、Iで積み上げる「最大のコロナ病床数」に置き換えること。
  - ③ 不足する病床数に対して、更に(1)による病床の上積みと予定入院・手術の延期等を厳密に精査できないか医療機関と協議する。
- そのようにして協議を行い、II 2①又は②に該当する感染状況となった場合に想定する新規感染者数や療養者数、その際に確保するコロナ用病床数、延期する一般医療の考え方について地域で検討する。この場合、いずれにせよ、入院対象者についての考え方が切り替わることになるとともに、自宅で療養される方が大幅に増えることを、地域の共通認識としておくことが重要である。
- 医療機関や高齢者施設等で感染者が発生した場合においては、真に入院治療が必要な状態の患者を優先的に入院させる必要があるため、それに該当しないような患者は、高齢者施設等入所者の場合は施設で療養し、入院患者の場合はコロナ患者受入れ病院以外の病院でも入院している医療機関で療養せざるを得なくなることを想定すること。
- その際には、専門家などの外部からの支援体制や、いざという時のための施設ゾーニングの準備等を確立しておくことが更なる感染者増加につなげないためにも重要である。そのため、「高齢者施設における感染制御及び業務継続の支援のための都道府県における体制整備や人材確保等に係る支援について」（令和3年2月10日付け事務連絡）等を参考に、「感染制御・業務継続支援チ

ーム」を設置し、早期介入・支援体制を整える、地域での協議の場を活用して、あらかじめ高齢者施設等関係者や医療関係者との連携体制を構築する等の取組を行っておくこと。

- また、医療機関での療養体制確保については、「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」（令和2年12月25日事務連絡）別添10の「新型コロナウイルス感染症の院内感染の早期収束と入院・外来機能への影響の最小化」を、高齢者施設等での療養体制確保については、「病床ひっ迫時における高齢者施設での施設内感染発生時の留意点等について」（令和3年1月14日事務連絡）等を参考として、事前に各施設や地域全体で、そうした場合を想定した対応について、協議・シミュレーション等を行うこと。

#### （4）感染者急増時の緊急的な患者対応の終了

- （1）（2）に基づき検討した「感染者急増時の緊急的な患者対応」は、医療提供体制・公衆衛生体制に大きな負荷をかけることとなり、コロナ医療に優先順位をつけて対応せざるを得ない上に、一般医療を相当程度制限するものである。そのため、患者数が減少した際には可能な限り早期に元の対応に戻すこと。

## 2. 検討の際の患者規模の例示

- 短期間で急激な感染者増加が生じた際、最大でどの程度の患者数を見込むのか、検討の目安が必要な場合においては、この冬の経験において、1、2週間で感染者数が倍増する状況も見られたことにかんがみ、例えば、この冬の1日当たり最大の感染者数の2倍程度の感染者数となった場合に対応すべきかを検討することが考えられる。
- このほか、
  - ・東京都における対人口10万人当たりの最大感染者数/週を参考とする、
  - ・当該地域以上に感染拡大が生じた、同程度の人口・年齢構成の地域における対人口10万人当たりの最大感染者数/週を参考とする、などが考えられ、この冬の感染拡大状況や地域の特性に応じて設定すること。
- 短期間で急激な感染者増加が生じたと仮定して、見込む1日当たり最大の新規感染者数を設定すれば、療養者数等の目安を算出できるツール（エクセルファイル）を送付するため、適宜活用されたい。

- なお、何らかの考え方に基づき患者規模を想定するとしても、実際の感染拡大動向や最大の感染者数などが、想定と同じ経過をたどるとは限らないため、感染状況を適切にモニタリング・評価し、必要に応じて柔軟に対応を変更することが重要であることに留意すること。

以上