

「我が国の感染症対策について」

令和6年度第2回静岡市感染症対策協議会@静岡市役所

2025年3月11日（火）

厚生労働省 感染症対策部長

鷺見 学 Sumi Manabu MD, MPH, PhD

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

本日の説明のアウトライン

1. 新型コロナウイルス感染症対応
2. 第8次医療計画（感染症部分）・感染症法改正
3. 内閣感染症危機管理統括庁・政府行動計画
4. 結核、RSウイルス、伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎、ARI等
5. 予防接種施策
6. その他（気候変動、エムポックス等）

新型コロナウイルス感染症対応



内閣感染症
危機管理統括庁

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新型コロナウイルス感染症対応の推移について（概要）

コロナ対応の大まかな流れ

I 新型コロナウイルスの毒性、感染力等の特性が明らかでなかった時期

国内外の情報収集に努めつつ、感染者等を特定隔離することに重点を置いた対応を実施（特に、クラスター対策）。
特措法を改正。感染が広がる中初めての緊急事態宣言。外出自粛などの要請を実施。

II 新型コロナウイルスの特性や、感染が起きやすい状況についての知見が深まり、地域・業種を絞った対策を講じた時期

地方創生臨時交付金における「協力要請推進枠」を活用した時短要請を開始。
ウイルスの特性や、初期対応の知見等を踏まえ、感染の再拡大を見据えて病床の確保に取り組み。

緊急事態宣言に至る前から、実効的な感染症対策を講じるため、まん延防止等重点措置を創設。

III アルファ株からデルタ株の変異株に対応した時期

重症者や死亡者を抑制するため、ワクチン接種と治療薬の活用に注力。
大型連休には、飲食店・大規模施設への休業要請など強い行動制限を実施。
夏場には、重症者数が増加し、コロナ医療以外の一般医療も含め、医療提供体制がひっ迫。

IV オミクロン株に対応した時期

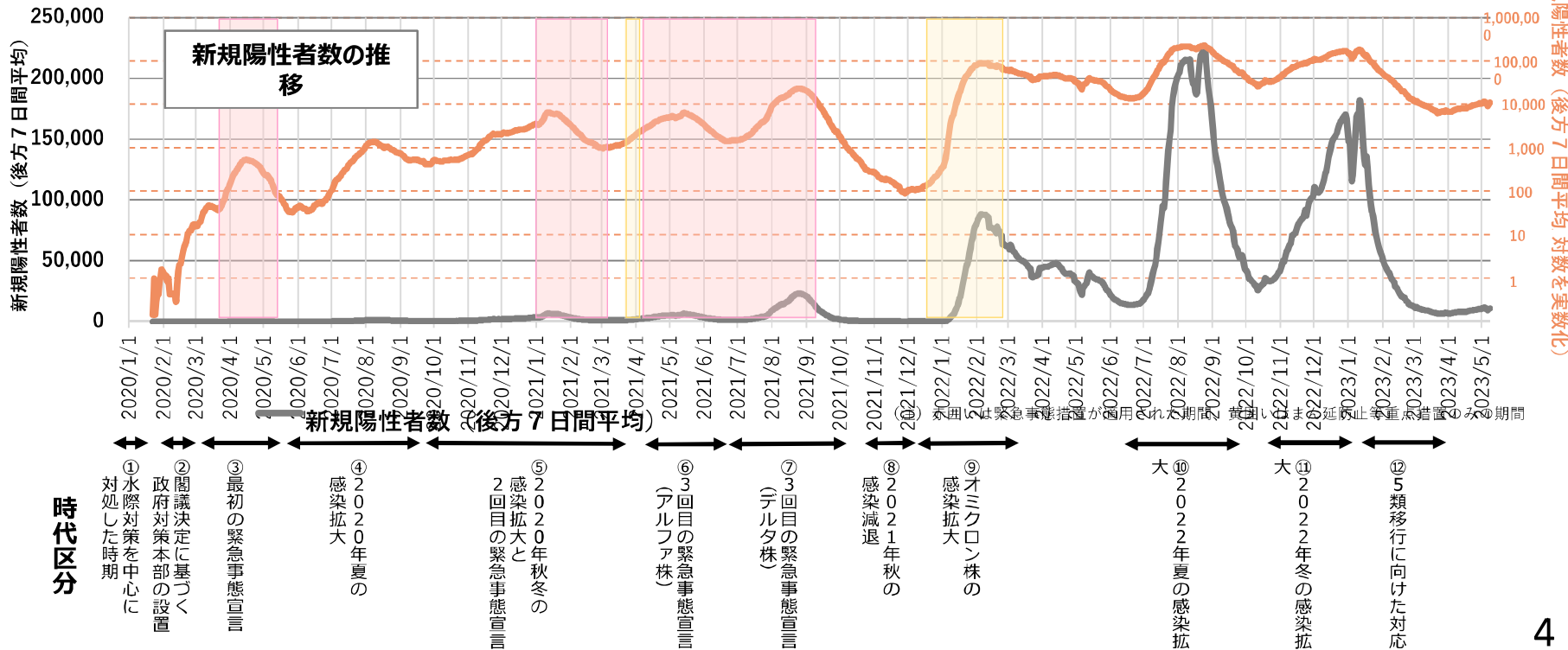
オミクロン株の特性を踏まえた対策の実施。
ワクチン追加接種を加速化。
学校・保育所・高齢者施設等での感染防止策・検査を徹底。
無症状者に対する無料検査事業開始。

V BA.5系統の感染拡大に対応した時期

株の特性を踏まえ、行動制限の要請は行わず、感染拡大防止と社会経済活動の維持の両立を図る。
発熱外来・救急外来の負荷拡大。
自己検査の仕組みの推進や、患者の全数届出見直しによる負担軽減。

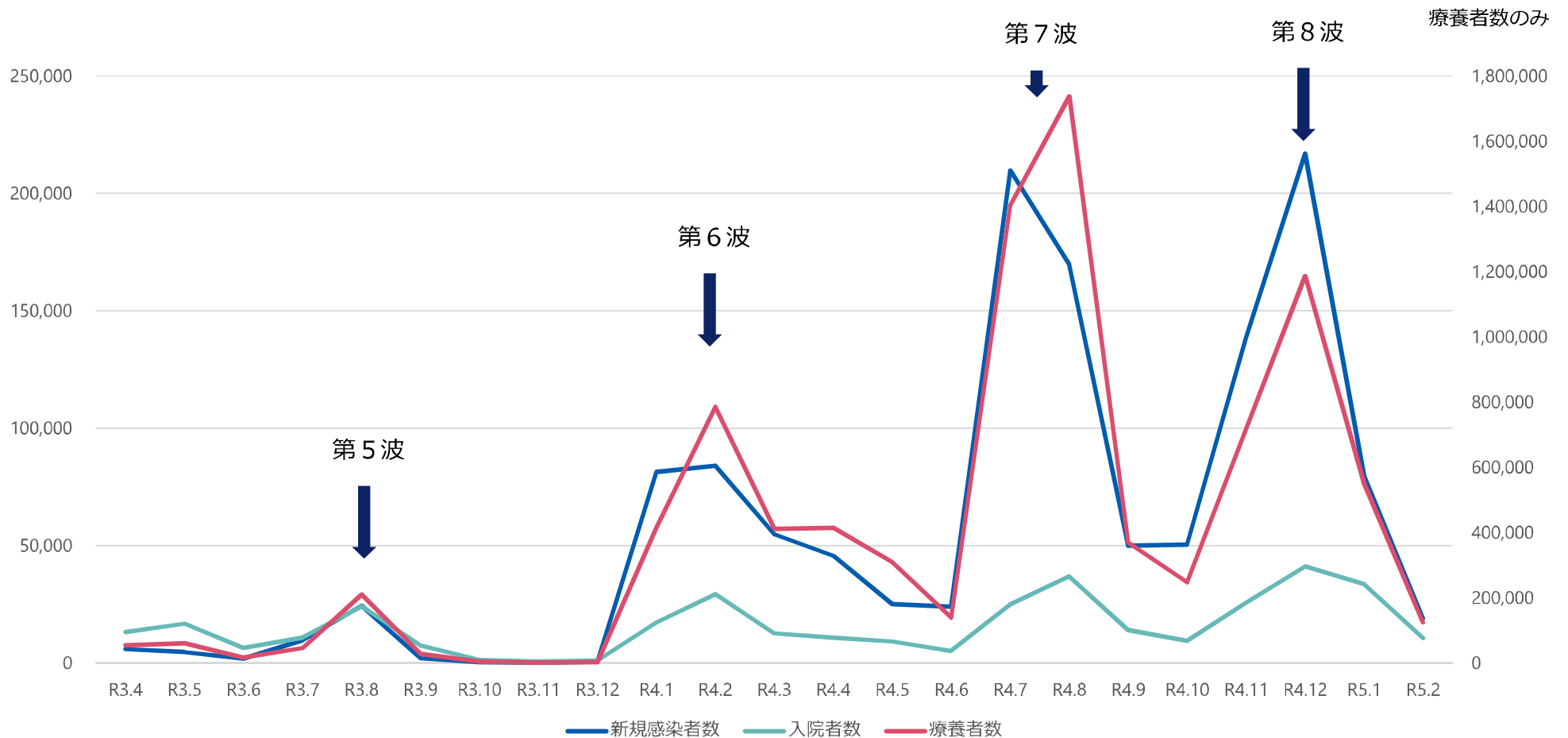
VI 5類感染症への移行期 ※以下について検討・決定

私権制限を要する疾患かについて検討し、感染症法上の位置づけを見直し。
マスクを始めとした基本的な感染対策について個人の判断に委ねることを基本に。
患者負担・医療提供体制・サーベイランス等のあり方について見直し。



新型コロナの新規陽性者数、入院者数、療養者数の推移（R3.4～R5.2）

- 令和3年8月（第5波）、令和4年2月（第6波）、8月（第7波）、12月（第8波）あたりに、各数値が増加している。
- 令和3年8月あたりの感染拡大時に比べ、令和4年2月、8月、12月の感染拡大時における療養者数に占める入院者数の割合は低いものの、令和4年12月の感染拡大時の入院者数は最も多い人数となった。

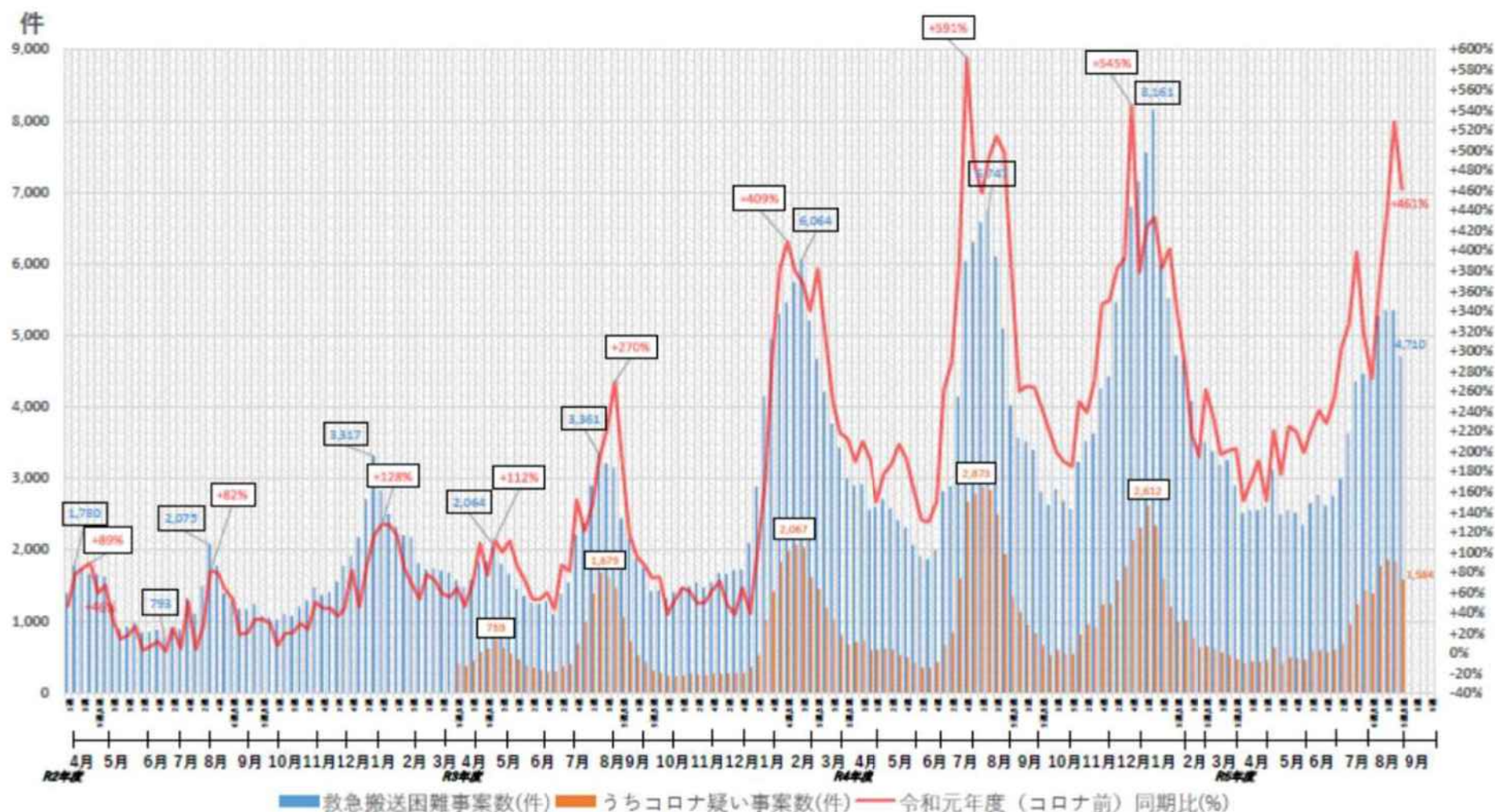


※1 新規陽性者数のオープンデータより

※2 新型コロナ感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（2020年9月2日～2023/2/22時点）より

各消防本部からの救急搬送困難事案に係る状況調査（抽出）の結果（各週比較）

R5.9.5
総務省消防庁



※1 本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁へ報告のあったもの。なお、これらのうち、医療機関への搬送ができなかった事案はない。

※2 調査対象本部＝政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部 計52本部

※3 コロナ疑い事案＝新型コロナウイルス感染症疑いの症状（体温37度以上の発熱、呼吸困難等）を認めた傷病者に係る事案（5類移行により、保健所等による医療機関への受入れ照会が行われず、消防機関において照会を行った新型コロナウイルス陽性者に係る事案を含む）

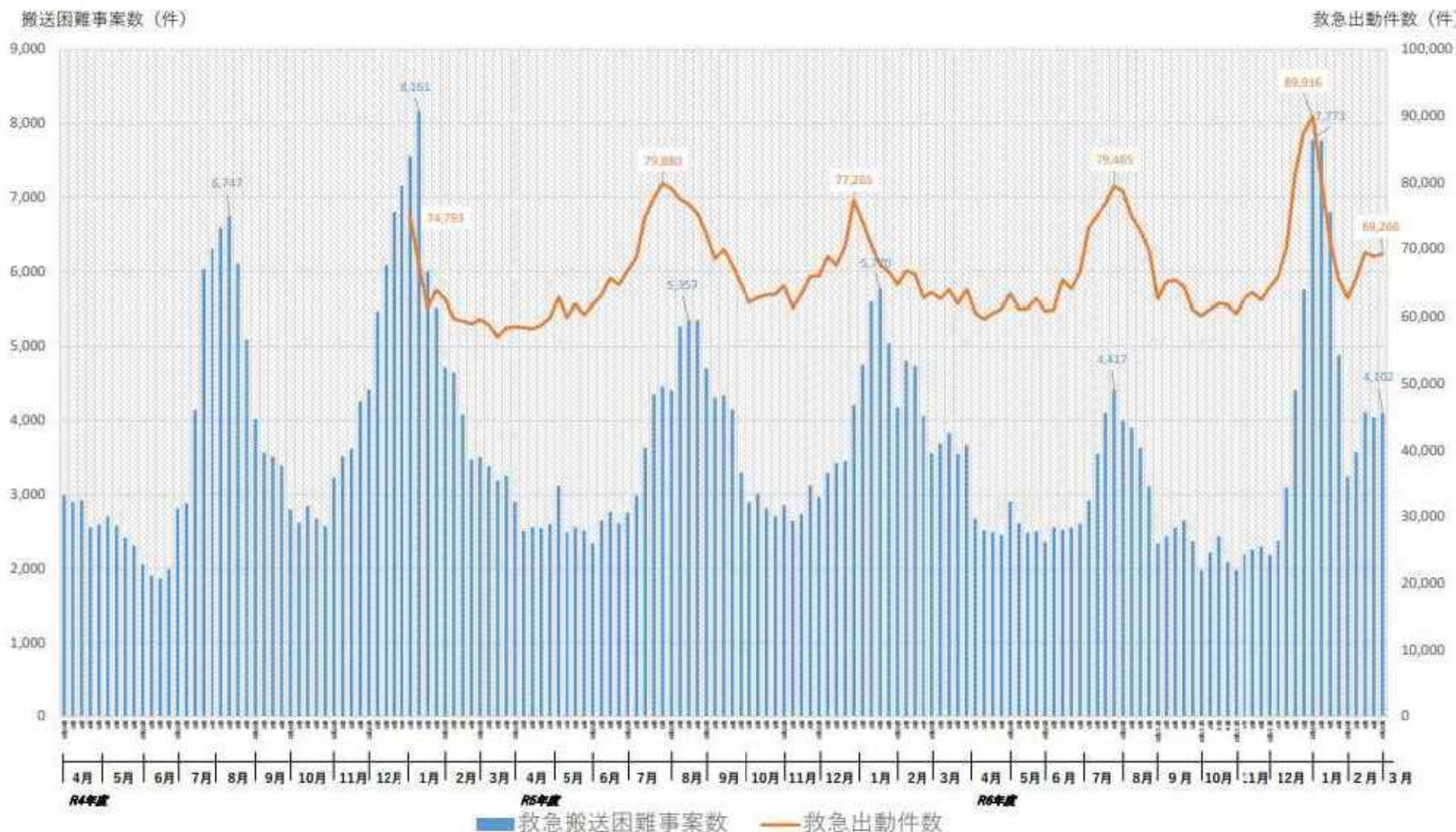
※4 医療機関の受入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況を共有。

※5 この数値は速報値である。

※6 本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

各消防本部からの救急搬送困難事案に係る状況調査（抽出）の結果（各週比較）

R7.3.4
総務省消防庁



※1 本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁へ報告のあったもの。なお、これらのうち、医療機関への搬送ができなかった事案はない。

※2 調査対象本部＝政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部 計52本部

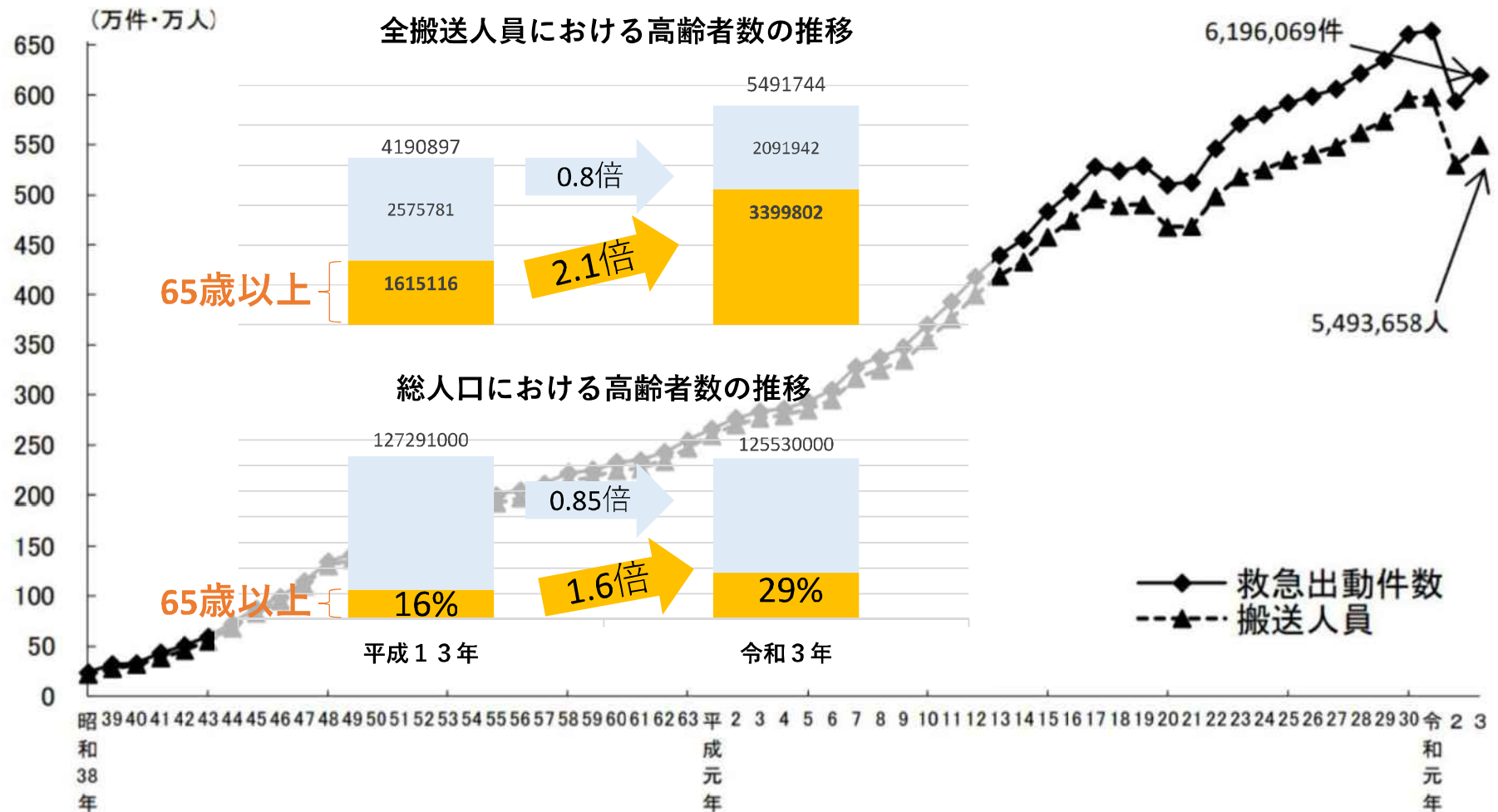
※3 医療機関の受入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況を共有。

※4 この数値は速報値である。

※5 本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、高齢者の増加に伴い年々増加傾向である。



(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典) 令和4年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より

「上手な医療のかかり方」プロジェクト
 みんなの医療をまもるために、お願いします。

医師に相談できても
 かかつけ難き
 もとより！

夜間や休日診療は
 重篤な急患の
 ためにあります

時間外の急患は
 ☎7119

時間外の
 子どもの症状は
 ☎9800まで

平日の日中、
 み围りのこどもは、
 利用されている
 医療の「相談窓口」まで

かかり方、変えよう！

休日・夜間の
 こどもの症状はまず
 ☎#8000

「今すぐ救急車を呼ぶか」
 「今すぐ病院にいった方がいいか」迷ったときは
 ☎#7119

※119は24時間いつでも無料で使用できます。119番は、心臓病・脳卒中・急死例・救急病・火災・災害・事故・急病・けがに際し、救急車を呼ぶ際、救急隊の「来援を待つ間」に救急治療（救急処置・応急処置）を受けるための緊急連絡先です。

-

9

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の 愛称が「人生会議」に決まりました！



11月30日（いい看取り・看取られ）は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と
繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。

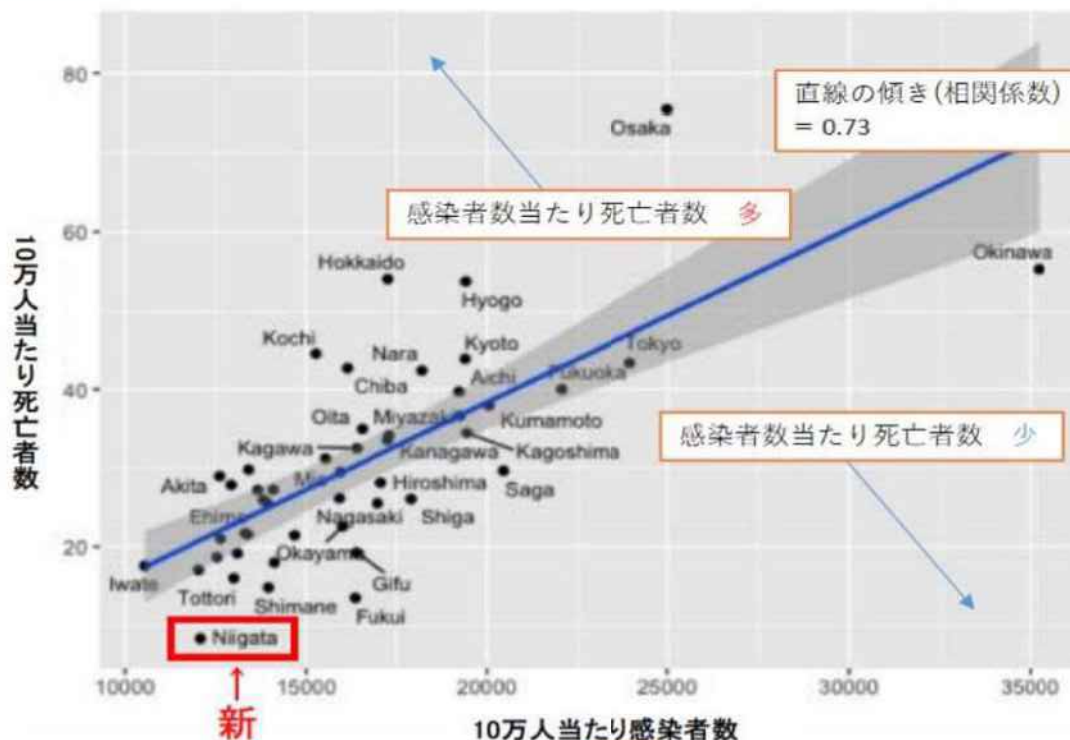


詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



4 人口10万人あたりの死亡者数の全国比較（分析）



県の見解

- ✓ 新潟県は10万人当たり感染者数が少ない群においても、10万人あたり死亡者数が特に少ない。
- ✓ 新潟県は①人口密度、②65歳以上人口割合、③10万人当りの感染者数から導き出される予測値を大きく下回る死亡率となっている。

⇒①、②、③以外の要因(「オール新潟」によるコロナ対策等)が死亡率の少なさに大きく貢献していると考える。

神戸大学感染症内科 岩田健太郎教授ら著の論文
「コロナ死亡率が外れ値となっている都道府県の調査」
“Detection of outlier prefectures on the mortality
due to COVID-19 in Japan.” Journal of Infection
and Chemotherapy (2023). より

<概要>

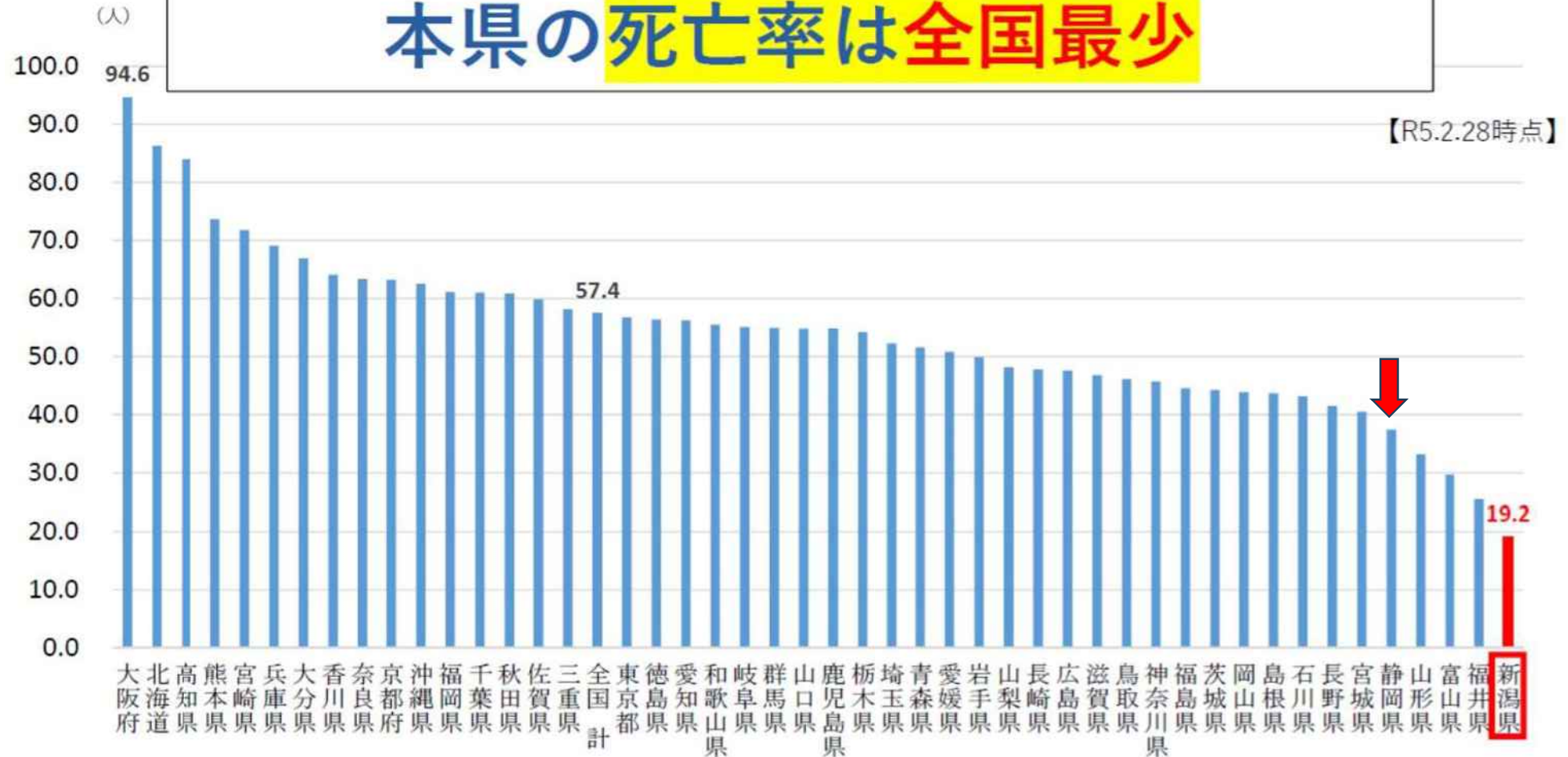
- ✓ 各都道府県の10万人当たり死亡者数と、①人口密度、②65歳以上人口割合、③10万人当りの感染者数との相関を調査した。
- ✓ また①、②、③を用いて10万人当たり死亡者数を予測するモデルを作成し、実際の値と予測値とのズレを調査した。
- ✓ その結果、北海道と兵庫県が予測値を大きく上回る死亡率(外れ値)となった。



(出典) 新潟県松本晴樹部長使用資料

4 人口10万人あたりの死亡者数の全国比較

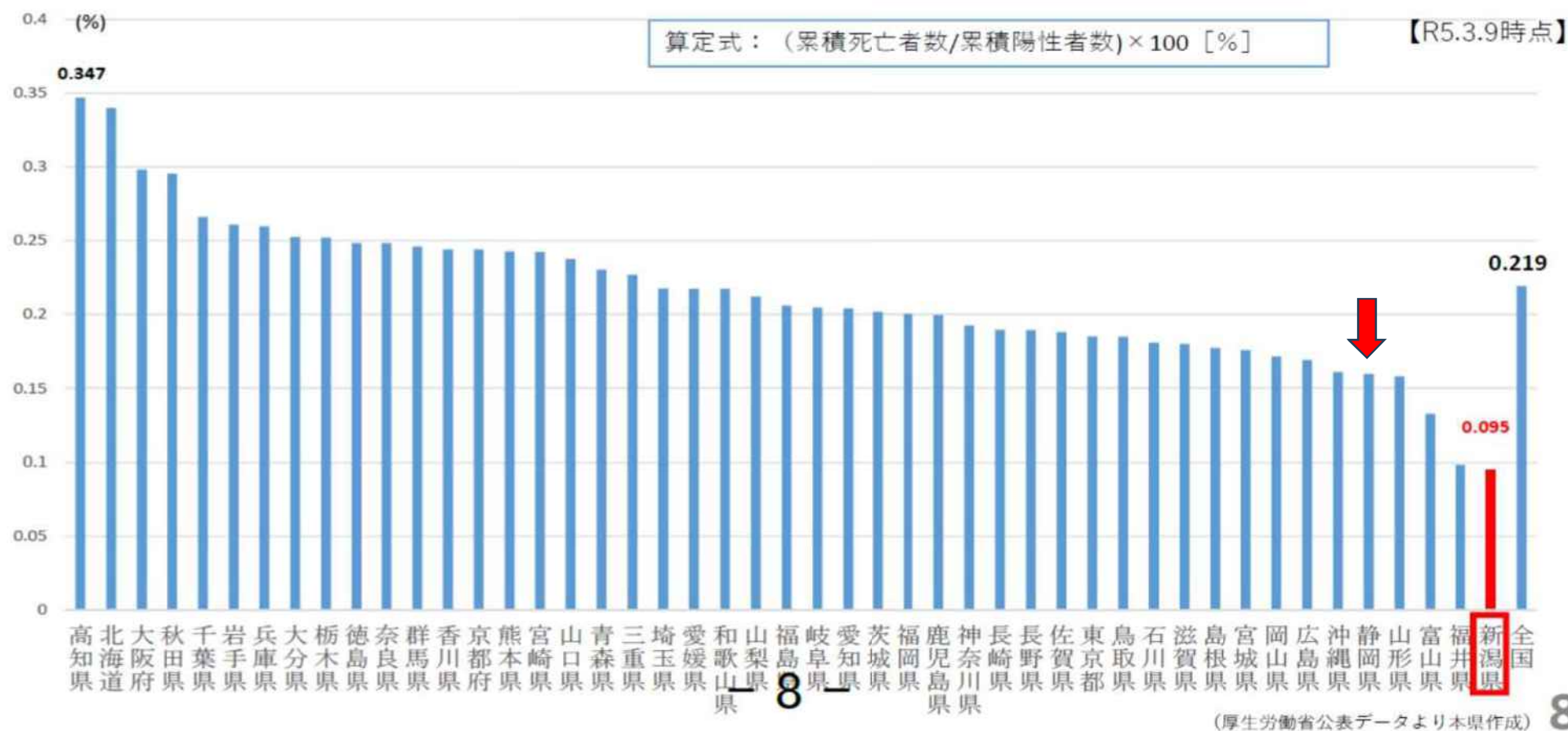
“オール新潟”によるサポートの結果、
本県の死亡率は**全国最少**



(出典) 新潟県松本晴樹部長使用資料

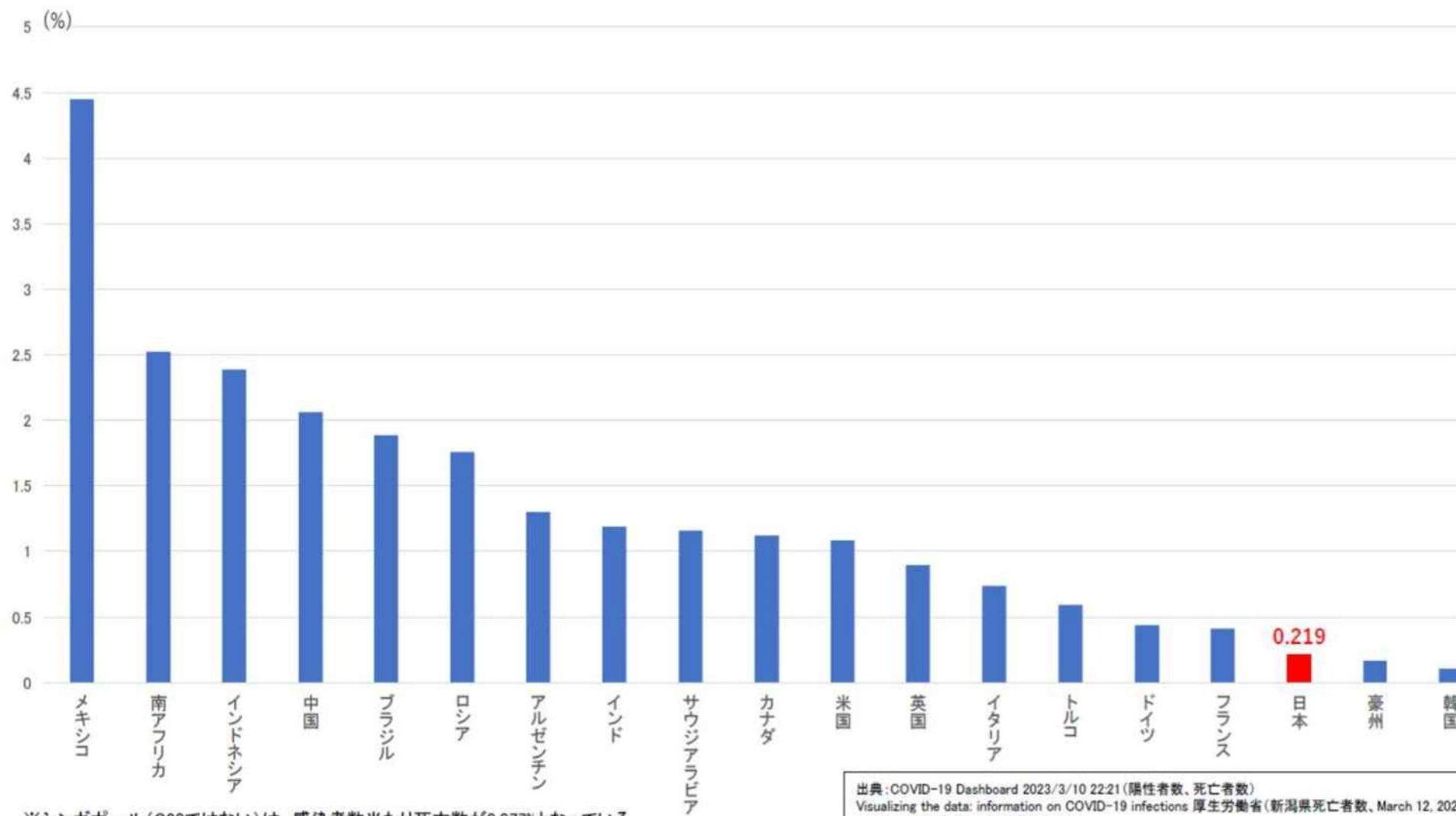
5 陽性者における死亡率の全国比較（累計）（R5.3.9時点）

“オール新潟”によるサポートの結果、
本県の陽性者における死亡率も**全国最少**



（出典）新潟県松本晴樹部長使用資料

G20・陽性者における死亡率（累計）（R5.3.10時点）

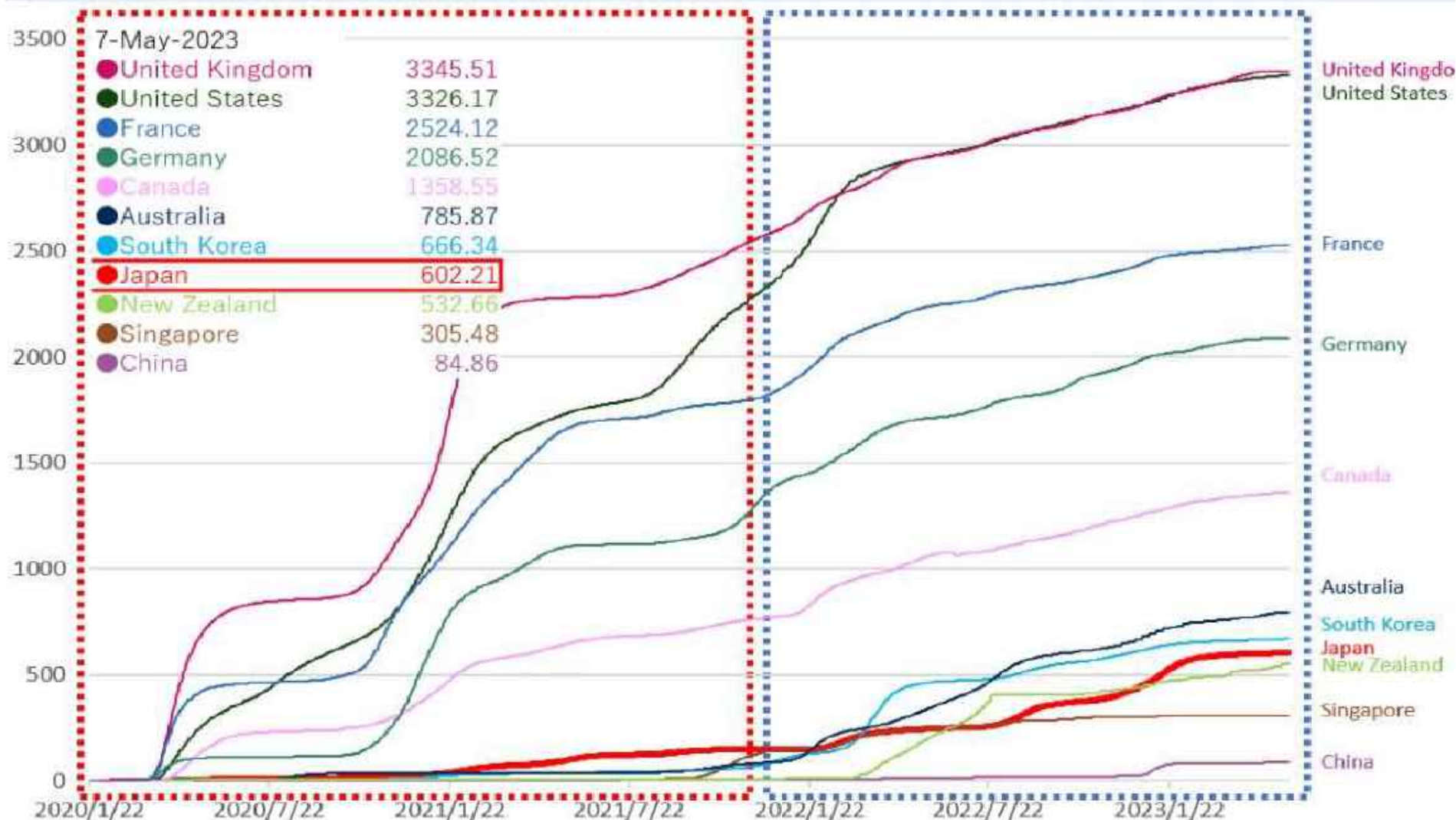


※シンガポール（G20ではない）は、感染者数当たり死亡数が0.077%となっている。

出典：COVID-19 Dashboard 2023/3/10 22:21（陽性者数、死亡者数）
 Visualizing the data: information on COVID-19 infections 厚生労働省（新潟県死亡者数、March 12, 2023）
 にいがた県統計ボックス（新潟県人口）

（出典）新潟県松本晴樹部長使用資料

主要各国の感染動向（2020/1/22～2023/5/7）【累積死亡者】

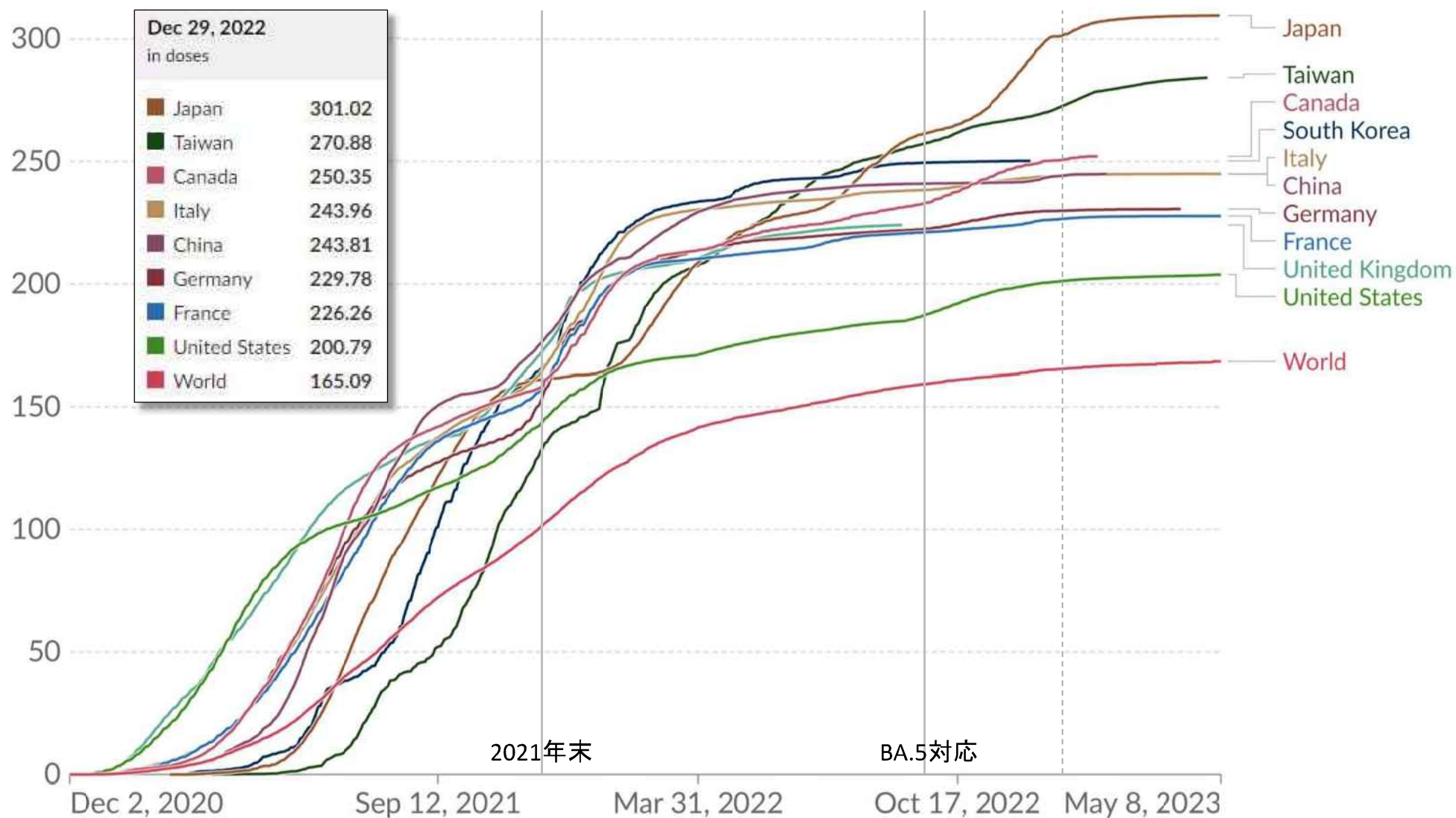


出典：Our World in Data

※1：100万人あたりの人数

※2：報告数については、各国の状況により過少報告になっている可能性があることに留意

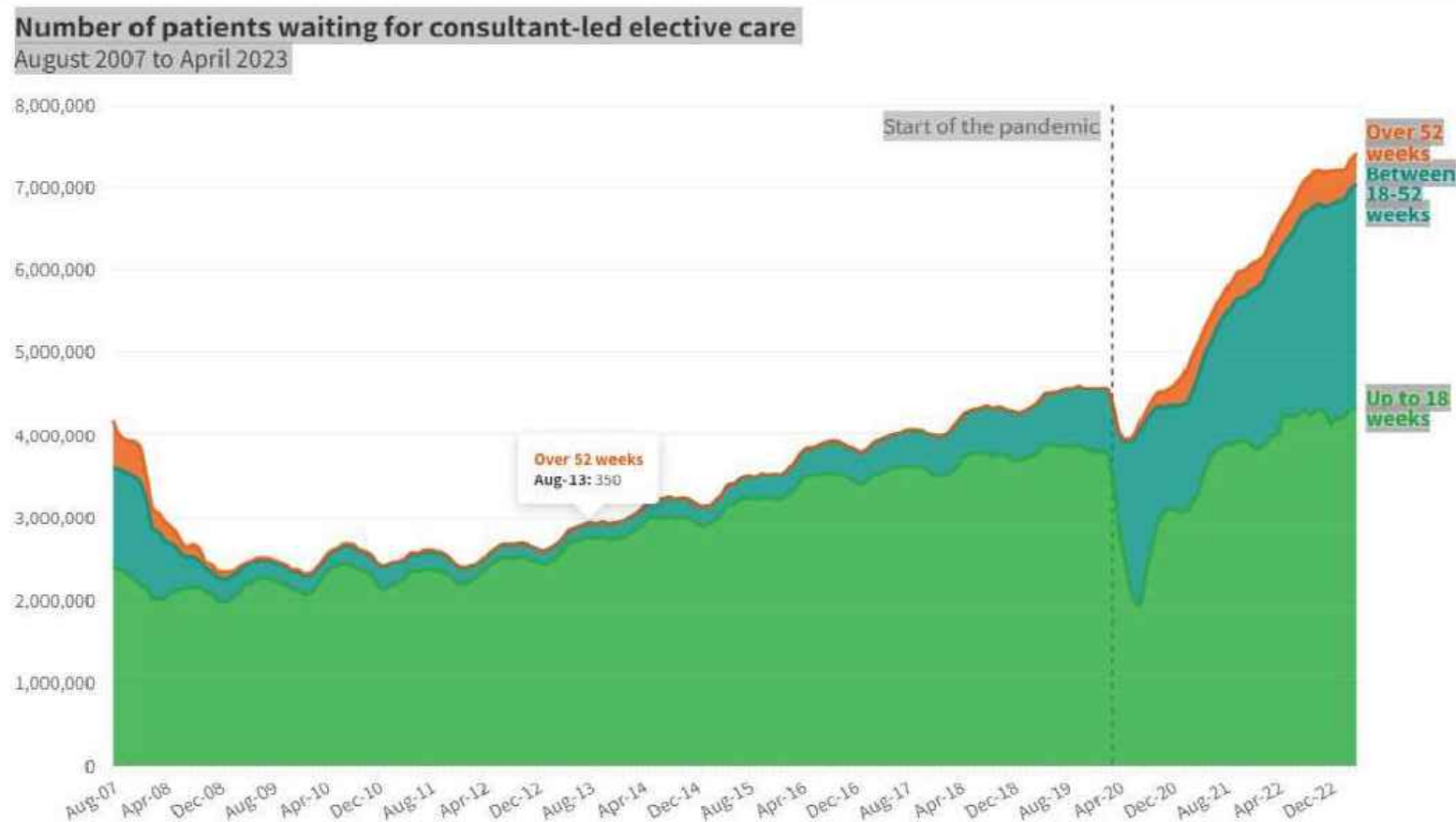
人口100人当たりのワクチン接種数



Data source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 15 November 2023
OurWorldInData.org/coronavirus | CC BY

通常医療との両立は？（英国におけるBacklog問題①）

- 待機患者約700万人
- うち待機日数18週間以上約300万人、待機日数1年以上約35万人（パンデミック前の約300倍）



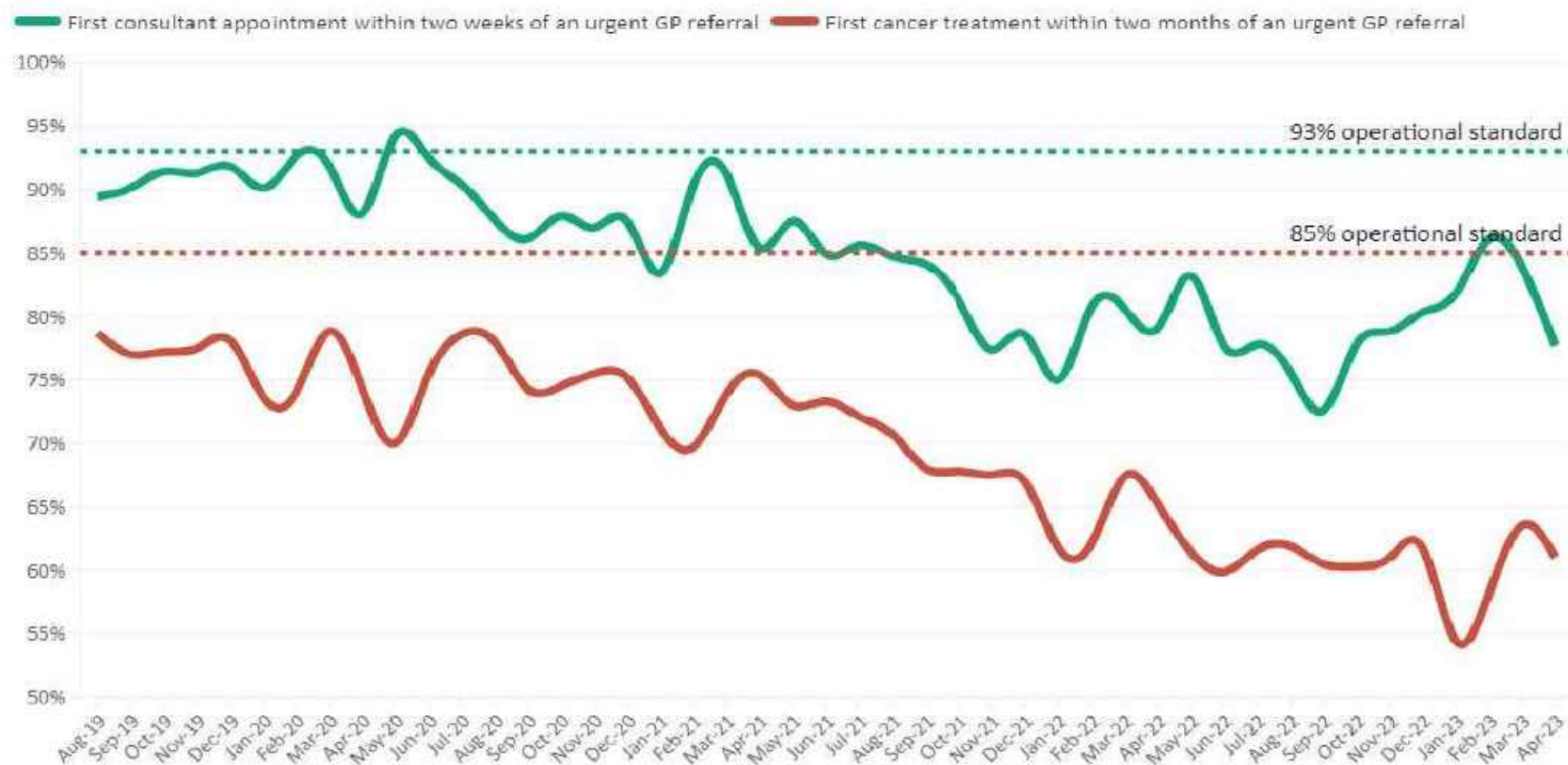
Source: BMA analysis of NHS England Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times statistics • The data includes estimates for missing data.

通常医療との両立は？（英国におけるBacklog問題②：がん医療）

- GPからの緊急紹介のあと2週間以内に最初のがん診察を受けられる患者の割合の目標は93%だが、実際は現時点で8割弱。
- GPからの緊急紹介のあと2ヶ月以内に最初のがん治療を開始される患者の割合の目標は85%だが、実際は現時点で6割強。

Percentage of patients seen within target timescales following GP referral for cancer care

August 2019 to April 2023



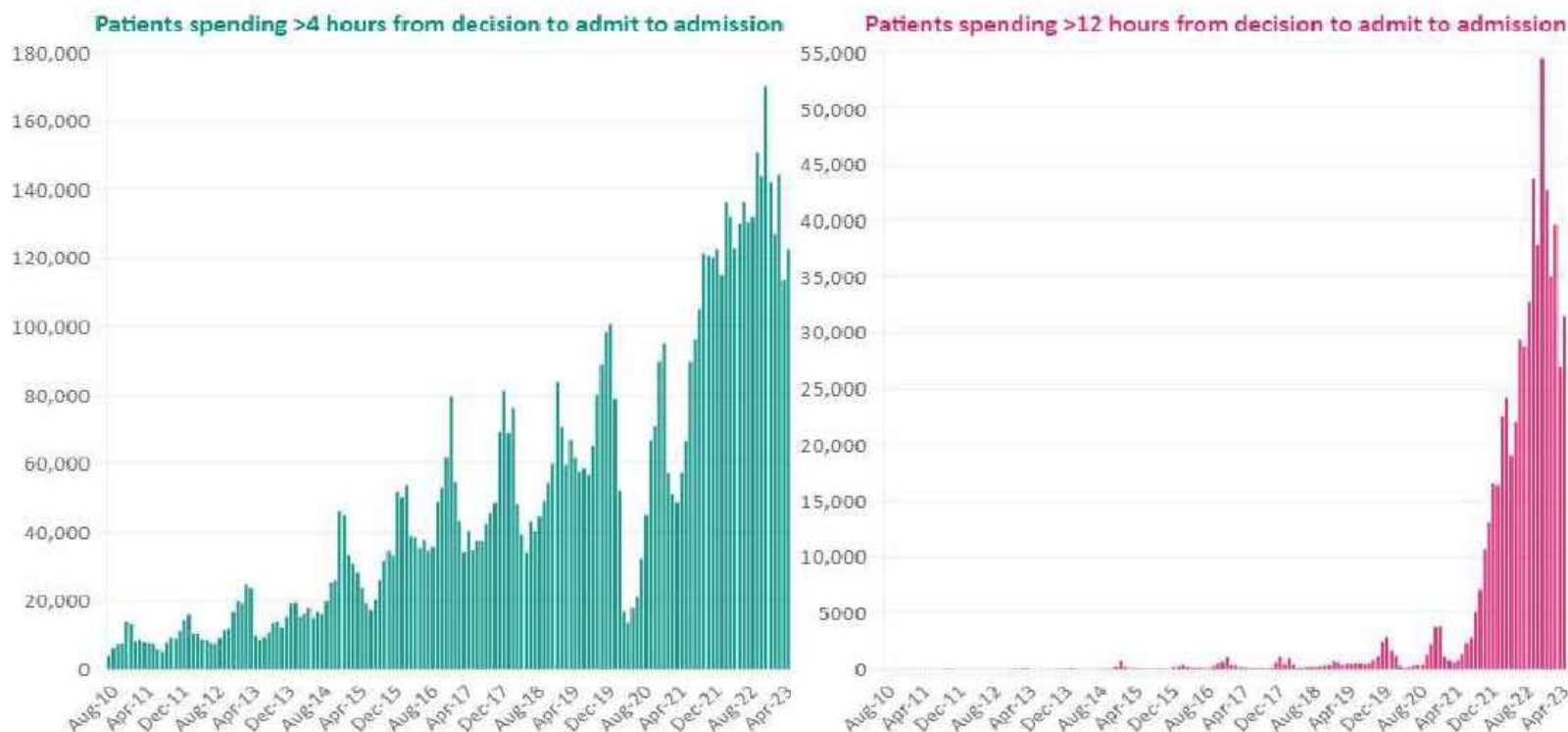
通常医療との両立は？（英国におけるBacklog問題③：救急医療）

- 救急患者が入院するまでの待ち時間が4時間以上の患者は依然として10万人以上（月単位）。
- 救急患者が入院するまでの待ち時間が12時間以上の患者は依然として3万人強（月単位）。

※単純な比較はできないが、日本の救急搬送困難事例は第8波のピーク時で8,000件程度（週単位）

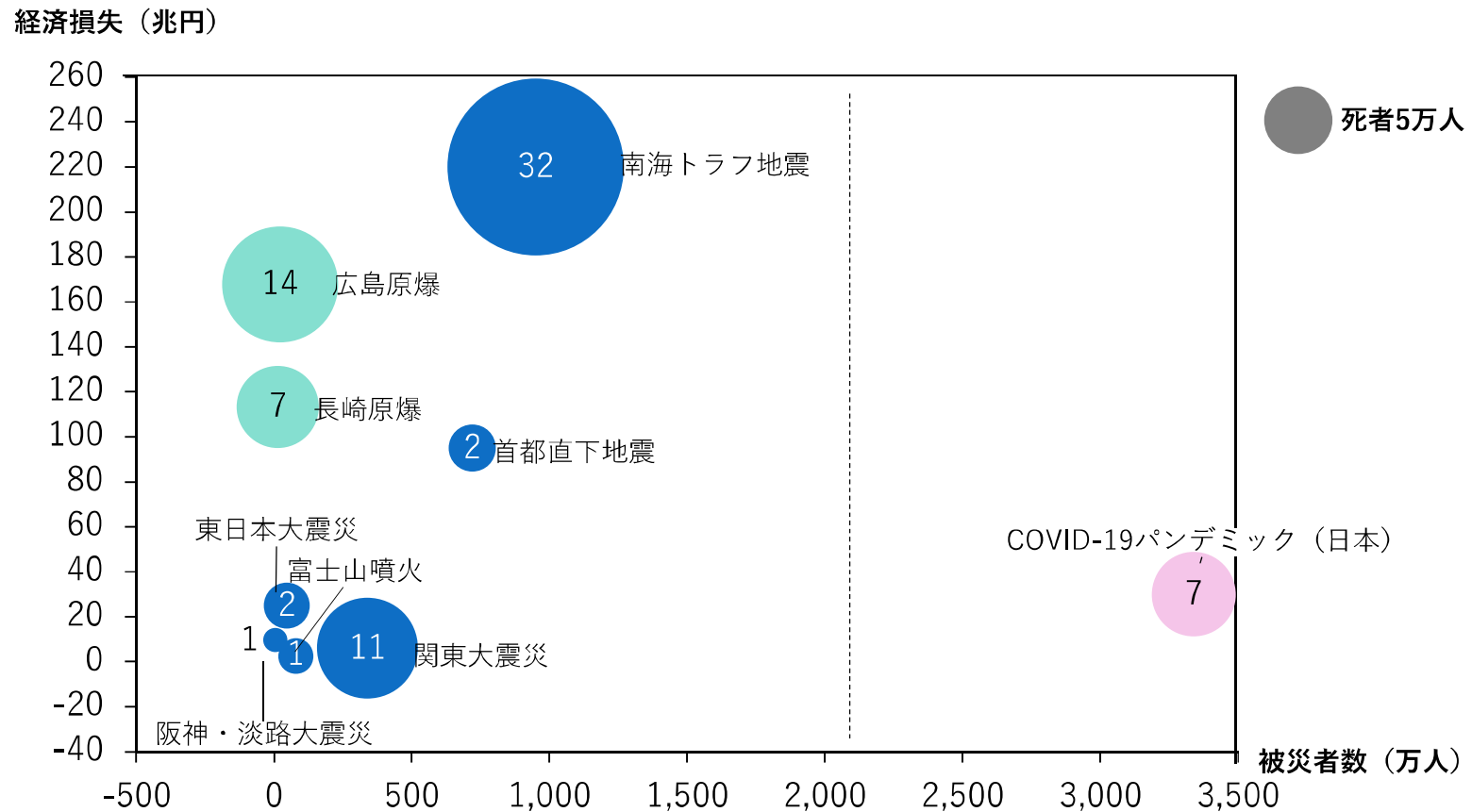
Patients are waiting longer for emergency admissions

August 2010 to May 2023



Source: [NHS England Monthly A&E Time Series](#) • Figures from Nov 2010 to May 2015 have been estimated from published weekly data by apportioning weeks into calendar months. Activity data from May 2019 includes data for all providers including field testing sites.

南海トラフ地震は、人的・経済的損失として比較にならない

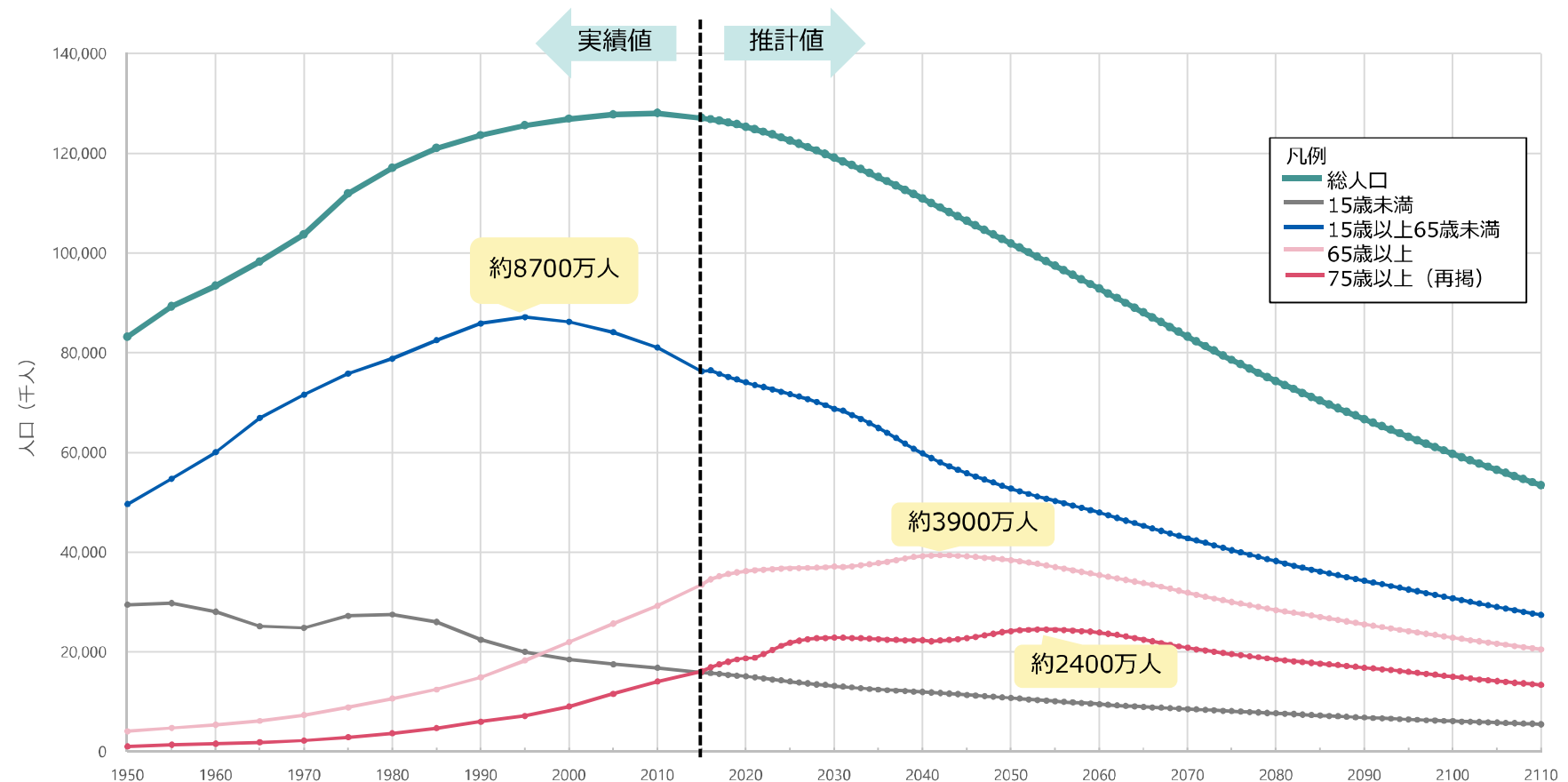


参考：内閣府防災HP、NHK災害列島 命を守る情報サイト、
『首都直下地震』（平田直著・岩波新書）、『南海トラフ地震』（山岡耕春著・岩波新書） 等

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

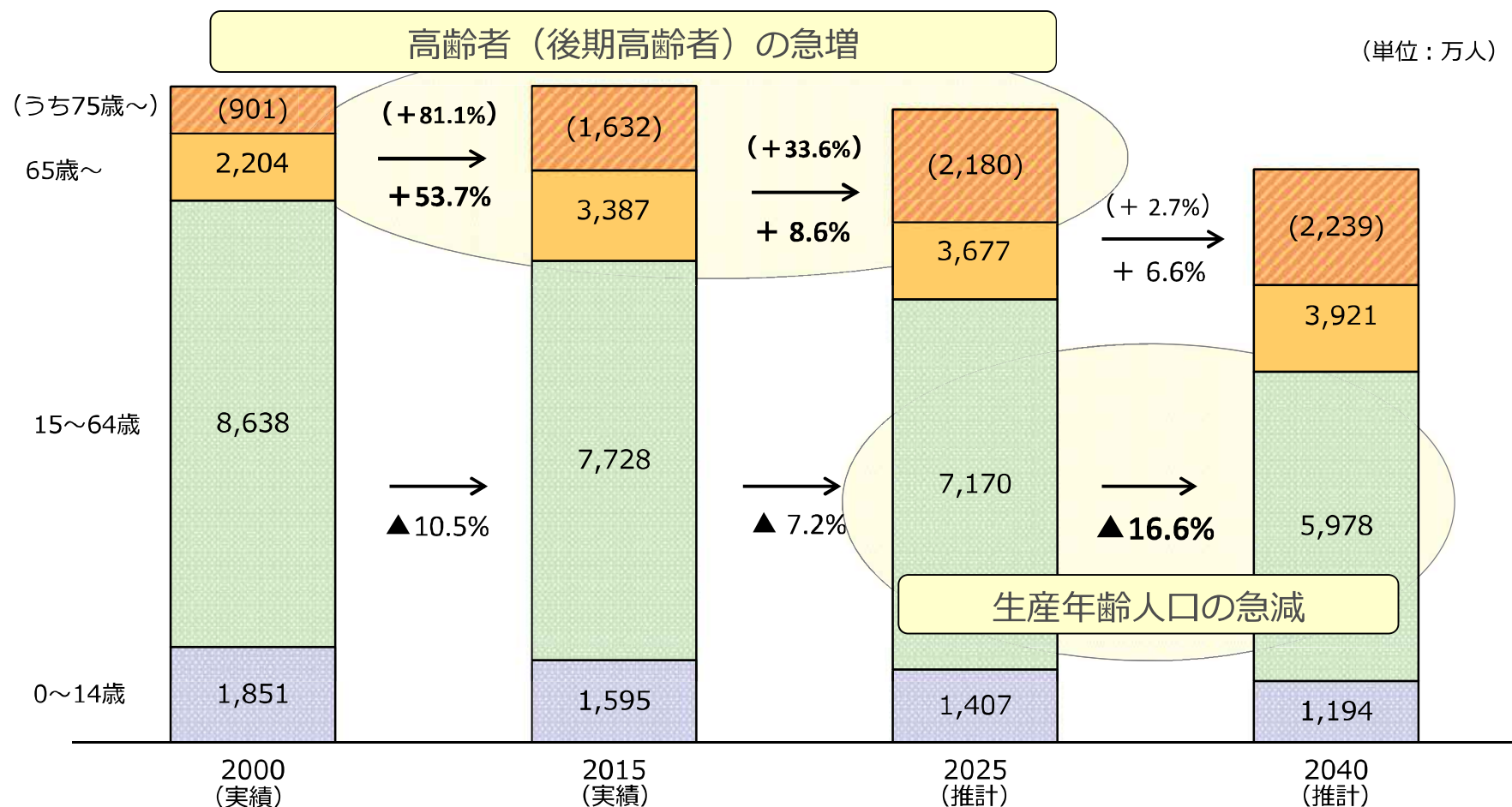
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】

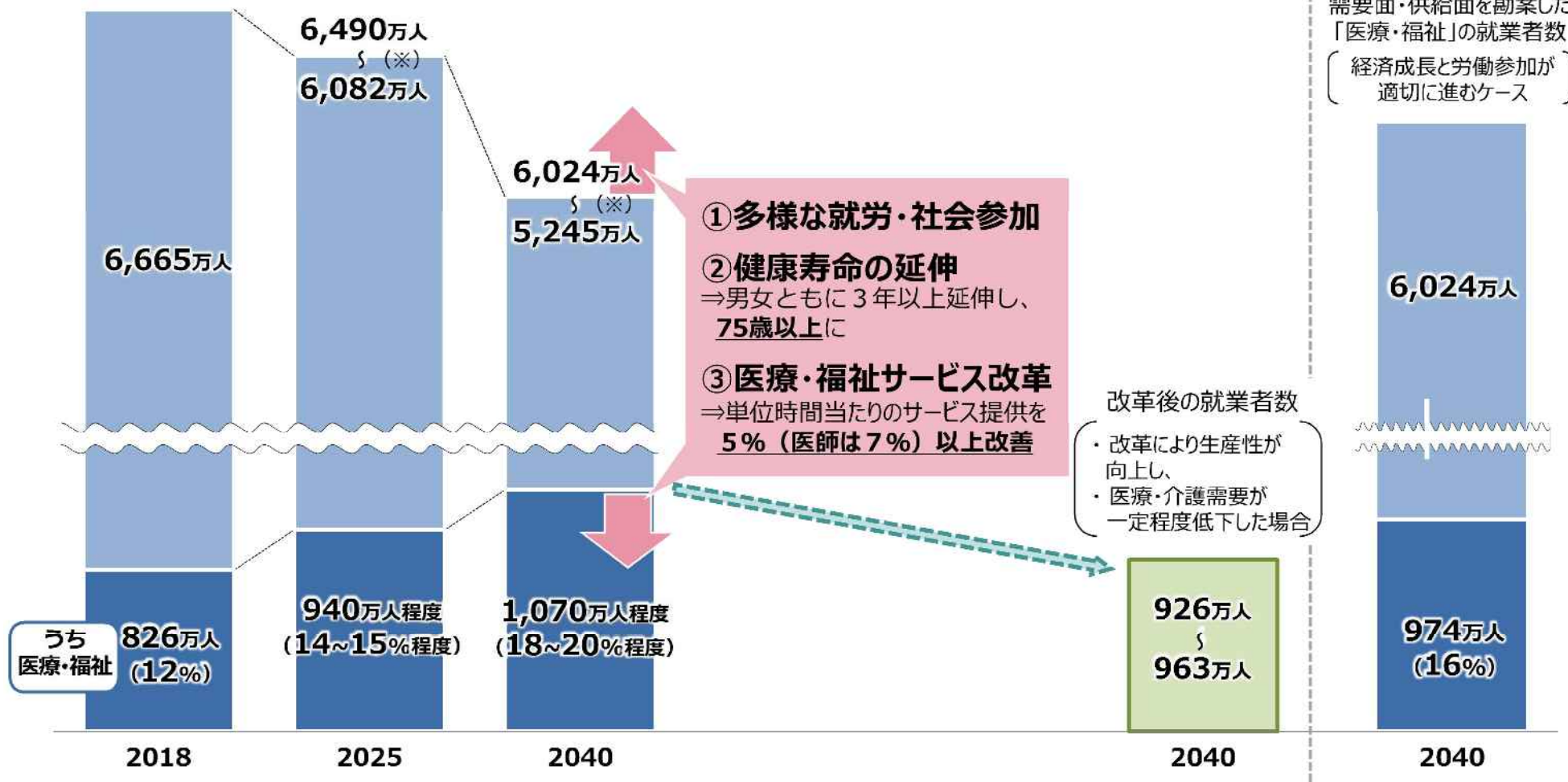


2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

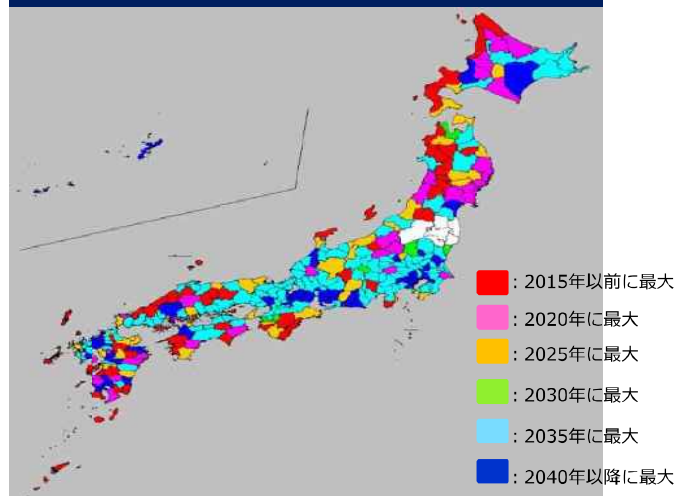


※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

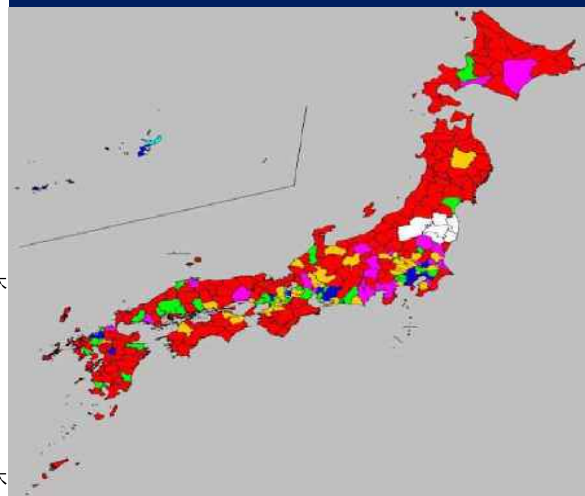
地域医療構想がなぜ必要か

- 地域の医療需要は人口構造と疾病構造に応じて変動
- 医療供給体制の構築と維持には大きな資源確保が必要

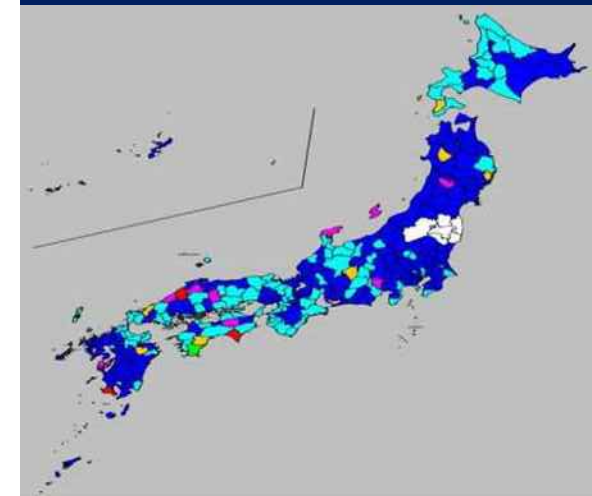
入院患者数の変化



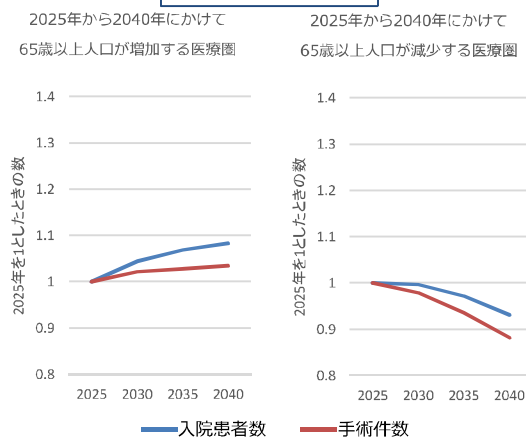
外来患者数の変化



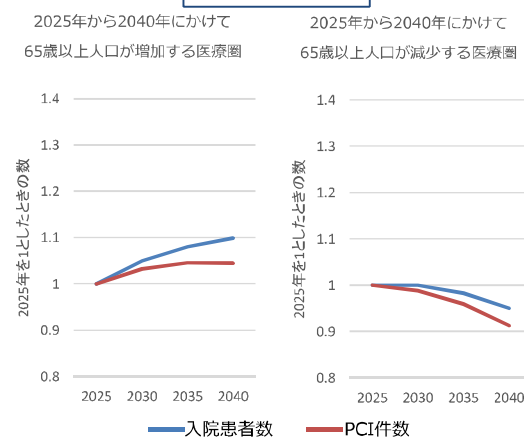
在宅患者数の変化



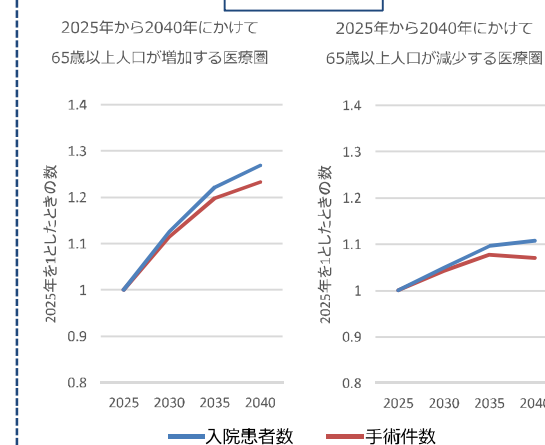
消化器悪性腫瘍



虚血性心疾患



大腿骨骨折



医療提供体制をめぐる課題

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

1. 新型コロナ対応に関する課題	・ 人材面を始めとした高度急性期対応 ・ 地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む） ・ チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化 ・ デジタル化・見える化への対応 など
2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応	・ 生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保 ・ 人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応 ・ 超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化 ・ 医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部） など

第8次医療計画（感染症部分）

感染症法



内閣感染症
危機管理統括庁

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

6事業(※)…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、**新興感染症**等）。

(※) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

第 8 次医療計画のポイント

全体について

- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- ・ 令和 3 年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加（令和 4 年の改正感染症法に基づく予防計画と整合性を図る）。
- ・ 第 7 次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも 3 年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第 8 次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

5 疾病・6 事業及び在宅医療について

- ・ 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
- ・ 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。
 - 【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。
 - 【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期の医療体制の強化に取り組む。
 - 【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。
 - 【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制構築を進める。
 - 【精神疾患】患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。
 - 【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
 - 【災害】災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減するため、地域における浸水対策を進める。
 - 【新興感染症】新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応での最大規模の体制を目指し、平時に医療機関の機能及び役割に応じた協定締結等を通じて、地域における役割分担を踏まえた新興感染症及び通常医療の提供体制の確保を図る。**
 - 【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正離島振興法の内容にも留意。
 - 【周産期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。
 - 【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種の機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。

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よって、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、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）

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協定を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- 全ての医療機関に対して協定に応じる義務を課した上で、協定が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約1500医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

○協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。

○協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。

○さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心的に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

支援

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて
協定変更

必要に応じて
対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。