【新型コロナ　№３２６】

情報提供

那医発第３９号
令和４年４月２７日

施設長　各位

那覇市医師会
会　　長　山城千秋
理　　事　宮城政剛

地域医療関係通知文の送付について

平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。
沖縄県医師会を通じて「地域医療関係通知文の送付について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。つきましては、別添資料を当会ホームページに掲載致しますので、お手数ですがダウンロードをお願いします。また、インターネットに対応していないなど紙ベース（印刷物）での提供をご希望の際は、お手数ですが、下段（ＦＡＸ）にて那覇市医師会・事務局までお申し込みいただきますようご案内申し上げます。
☆　問合せ先（那覇市医師会　事務局：石垣・前泊　／電話　０９８－８６８－７５７９）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・記・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

沖医発第 110 号Ｆ
令和４年４月 22 日

地区医師会地域医療担当理事　殿

沖縄県医師会
副会長　宮里善次
（地域医療担当理事）

地域医療関係通知文の送付について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて、日本医師会より、地域医療関係通知文が別添のとおり届いておりますので、ご連絡申し上げます。
本通知①は、日本医師会病院委員会において検討してきた諮問「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」についての審議報告が取りまとめられた旨の案内となっております。
②は、精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領の一部が改正され、主な改正内容に、申請書へ添付する写真サイズの変更、有効期限切れの指定医証については当該指定医において適切に処分することとして差し支えない等の内容が示されております。
つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴管下関係機関に対する周知方についてご高配下さいますようお願い申し上げます。
なお、各通知の添付資料は省略しておりますので、各資料は、本会文書映像データ管理システムをご確認下さいますようお願い申し上げます。

記

①2020・2021 年度病院委員会審議報告の送付について
（令和４年４月 19 日日医発第 260 号(地域)）
②「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について
（令和４年４月 20 日日医発第 261 号(健Ⅱ)）

※関係文書は文書管理システムへ掲載致します。

沖縄県医師会事務局業務１課:徳村、平木
TEL：098-888-0087　FAX：098-888-0089
g1@okinawa.med.or.jp

☆　地域医療関係通知文の送付について（152 項）

Ｑ１．別添資料の紙ベース（印刷物）での送付について（　１．送付を希望する）

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ送付先　：　０９８－８６７－３７５０

受付
4年4.21
沖縄県医師会
14

日医発第 260 号（地域）
令 和 ４ 年 ４ 月 １ ９ 日

都道府県医師会長　殿

公益社団法人日本医師会長
中 川　俊 男
（公印省略）

2020・2021 年度病院委員会審議報告の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の病院委員会では、諮問「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」について、２年間にわたり検討を行ってまいりました。

今般、答申である審議報告が取りまとめられ、本職宛提出されましたので、ご参考までに１部お送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

2020・2021 年度
病院委員会審議報告

「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」

2022 年 4 月

日本医師会　病院委員会

（白紙）

2022 年 4 月 15 日

日本医師会長
　中 川　俊 男　殿

病院委員会
委員長　松 田　晋 哉

2020・2021 年度病院委員会審議報告
「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」

本委員会は、2020 年 11 月 27 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」について検討するよう諮問を受け、7 回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

2020・2021年度病院委員会　委員

委員長	松田　晋哉	（産業医科大学医学部 教授）
副委員長	堂前 洋一郎	（新潟県医師会 会長）
委　員	生野　弘道	（大阪府私立病院協会 会長）
〃	猪口　正孝	（東京都医師会 副会長）
〃	浦田　士郎	（愛知県医師会 理事）
〃	太田　圭洋	（日本医療法人協会 副会長）
〃	大屋　祐輔	（沖縄県医師会 理事）
〃	荻野　和功	（静岡県医師会 理事）
〃	小熊　豊	（全国自治体病院協議会 会長）
〃	河北　博文	（東京都病院協会 名誉会長）
〃	菅野　隆	（日本精神科病院協会 常務理事）
〃	神野　正博	（全日本病院協会 副会長）
〃	齊藤　正身	（埼玉県医師会 理事）
〃	佐古　和廣	（北海道医師会 副会長）
〃	鈴木　龍太	（日本慢性期医療協会 常任理事）
〃	仙賀　裕	（日本病院会 副会長）
〃	鶴谷　英樹	（群馬県医師会 理事）
〃	中島　豊爾	（岡山県医師会 監事）
〃	野村　秀洋	（鹿児島県医師会 副会長）
〃	長谷川 友紀	（東邦大学医学部 教授）
〃	淀野　啓	（青森県医師会 常任理事）

目　　次

第１章　はじめに …… １

第２章　医療提供体制に関するアンケート結果から …… ５

第３章　提言 ……１４

第４章　コロナの出口戦略 …… ２２

第５章　慢性期医療について …… ２９

第６章　精神科領域について …… ３７

【参考資料１】コロナの出口戦略（講演スライド抜粋） …… ４１

【参考資料２】慢性期医療について（講演スライド抜粋） …… ５１

【参考資料３】アンケート調査結果 …… ５５

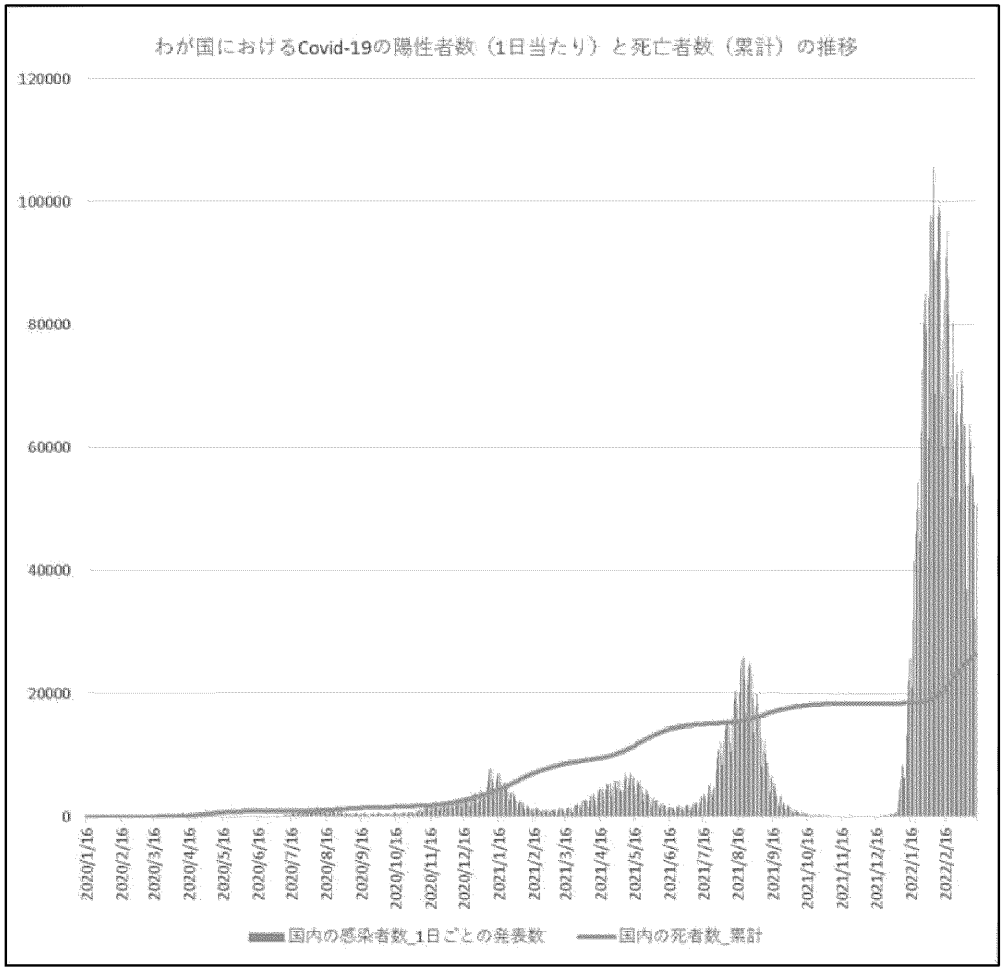
【参考資料４】都道府県の対策組織図 …… ７９

（白紙）

第１章　はじめに

2020 年 1 月に我が国における最初の感染例が確認されて以降、新型コロナウイルス感染症の流行が、我が国の社会経済に大きな影響を及ぼしている。図 1 は我が国における Covid-19 の陽性者数（1 日当たり）と死亡者数（累計）の推移を見たものである。最近では、2022 年 3 月 15 日時点では 1 日に 50,781 人の陽性者（累計で 5,863,943 人）、死亡者数の累計は 26,465 人となっている。

図１　日本の Covid-19 の陽性者数（1 日当たり）と死亡者数（累計）の推移



欧米先進国に比較すると我が国の感染者数は少なく、都市閉鎖に至るような強い行動制限策は採られなかった。しかし、飲食店での時間制限をはじめと

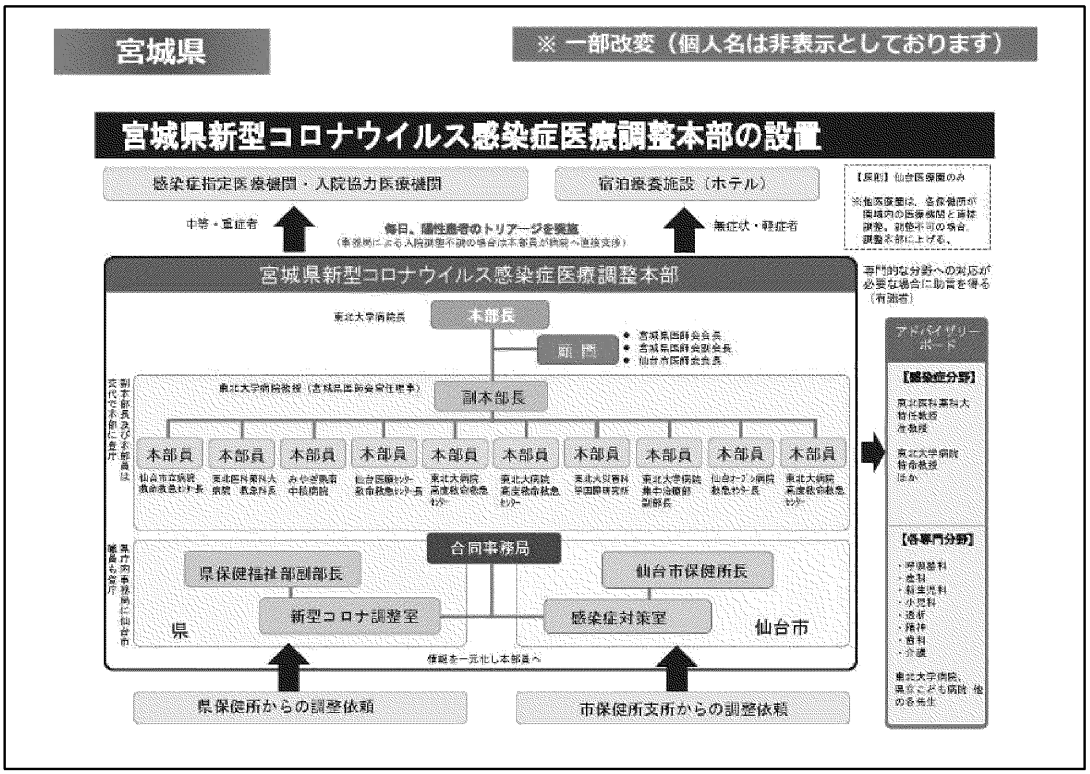
する種々の行動規制により、我が国の経済活動は抑制され、社会の閉塞感も高まった。当初はその病態の詳細が不明で、有効な治療手段も確立していなかったことから、社会全体の不安感が高まり、感染者の診療を行う医療機関やそこで勤務する医療職への心無い中傷が行われるという状況も生じた。

国は対策の強化を図るために新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年5月公布、令和3年2月3日改正）に基づき、新型コロナウイルス感染症を感染症法に定める 2 類相当の感染症として対応を行うこととした。これにより、陽性と診断された方は保健所の管理下に入ることとなった。限られた人員で保健所の職員は加療が必要な陽性者の入院調整に加えて、無症状者、軽症者の健康観察、感染の広がりに関する積極的疫学調査も行うこととなり、その業務は多忙を極めることとなった。

また、陽性者に関する情報は HER-SYS で保健所や医療機関から入力され、その情報が国で分析され対策の決定に迅速に反映されることが予定された。しかし、現実にはデジタルと紙の併存、そして入力項目の多さのために、現場での登録業務の負荷が過大となり、さらにワクチン接種状況を管理する V-SYS、病床数等を管理する G-MIS など複数のシステムが、必ずしも相互の有機的な連携が確保されない状況で、独立して動いてしまったために現場に混乱が生じ、体系的な感染対策を行うための総合的な情報の管理・活用という点で大きな課題を抱えることとなった。

感染の流行状況は地域によって異なるため、大まかな方針は国が提示するが、その具体的対応は各都道府県に任されることとなった。各都道府県では行政、医療関係者、消防関係者等が協力して、試行錯誤を重ねながら体制の整備を進めていった。図2は宮城県における組織図を示したものである。

図２　宮城県新型コロナウイルス感染症医療調整本部の概要



すべての都道府県でこのような組織が設立され、医療体制、検査体制、予防接種体制の整備が各地域の資源を活用しながら進められていった。しかし、地域によっては感染者の急増に入院医療提供体制が追いつかず、東京都や大阪府では入院が必要なレベルの中等症患者が自宅療養を受けざるを得ない状況も発生し、マスメディアでは医療提供体制の崩壊危機に関する報道も多くなされた。行政や医療機関の対応の不備を批判する記事も出され、国民の不安がさらに高まることになった。

しかし、この間にワクチンや治療薬の開発も進み、また受け入れ医療機関においても診療経験の蓄積が進み、医療機能が完全に麻痺する状況には至らなかった。他の先進国に比較して、我が国の新型コロナウイルスの感染状況及びその対応状況は、相対的に良いと言える。ただし、この良いパフォーマンスは医療提供者の努力のみによって達成されているものではなく、保健所職員を

はじめとする現場の公衆衛生関係者の献身的な活動のほか、マスク着用と手指消毒の徹底といった感染予防に対する国民の意識の高さなどの貢献も大きい。

他方で、今回の新型コロナウイルスの流行が我が国の医療（介護）サービス提供体制の潜在的に抱えていた脆弱性を明らかにしたことも事実である。本答申ではこの点について分析した結果をもとに、より良い病院医療提供体制を構築するための提言を行う。

第２章　医療提供体制に関するアンケート結果から

参考資料 3 に日本医師会・病院委員会が、47 都道府県医師会を対象に行った「COVID-19 の第 5 波流行を踏まえた医療提供体制に関するアンケート」の結果を示した。本節ではその結果をもとに考察を行う。

（１）入院医療について

設問２－１（ウ）の「急性期での入院医療」への対応についてみると、27%の 12 都道府県医師会が「a.非常に困難であった」、「b.困難であった」と回答している。そして、設問２－１（エ）において、ａとｂであった場合の理由・要因を確認したところ、「ⅱ医師が足りない」が 11/12 医師会（92%）と最も多く、次いで「ⅲ看護職員が足りない」（10/12 医師会、83%）、「ⅰ病床が足りない」（8/12 医師会、67%）となっている。

我が国は他の先進国に比較して人口当たりの病床数は多いが、病床当たりの医師数、看護職員数が少ないことがその特徴となっている。今回、多くの都道府県で、一般病床の稼働率が低下する一方で、新型コロナウイルス感染症対応病床が足りないという事態が発生した。その根本的な原因は、現行の診療報酬制度下で、多くの急性期病院が平時からぎりぎりの人員で運用を行わなければならないという現状にあると考える。また、他の先進国に比較して ICU 病棟及びそこで勤務するスタッフの不足が解決すべき課題の一つとして顕在化した。表 1 は厚生労働省医政局が令和 2 年 5 月 6 日に公表した、ICU 等の病床に関する国際比較の結果である。HCU 等を含めればフランス以上の病床数になるが、それを含まない人口 10 万人当たり 4.3 床というのが実態に近い値であると考えられる。

表１　ＩＣＵ等の病床に関する国際比較について

	ICU等合計病床数	人口10万人当たり ICU等病床数	（参考） 死亡者数 （5月3日18時）	（参考） ICU等合計病床数 当たり死亡者数
米国*1	77809*2	**34.7***3	66364	0.8529
ドイツ*4	23890	**29.2**	6812	0.2851
イタリア*4	7550	**12.5**	28710	3.8026
フランス*4	7540	**11.6**	24760	3.2838
スペイン*4	4479	**9.7**	25100	5.6039
英国*4	4114	**6.6**	28131	6.7884
日本*5	5603*5	**4.3***6	（－）	（－）
日本*7	**17034***7	13.5	510	0.0299

＊1, ＊2, ＊3：米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19(2020年3月)及び、その根拠となるDavidらの原著論文（Crtical Care Bed Growth in the United States(2015年2月)）からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さくなると考えられる。

＊4：ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明（2020年4月1日）で引用されているRhodesの論文（2012年）から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床（NICU）、小児集中治療病床（PICU）、冠疾患治療病床（CCU）、脳卒中治療病床（SCU）、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、**含めずに計算を行った。**

＊5：日本集中治療医学会の理事長声明（2020年4月1日）で引用されているN.Shimeの論文（2016年）から一部を抜粋。

＊6：内野, 我が国の集中治療室は適正利用されているのか, 日集中医誌(2010;17:141-144) から一部を抜粋。

＊7：日本については、特定集中治療室管理料（5211床）、救命救急入院料（6411床）、ハイケアユニット入院医療管理料（5412床）の合計数を記載。

厚生労働省資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000627782.pdf

さらに、アンケート調査の結果をみると、設問３の「３（ウ）急性期での入院医療」において、仮に陽性者が急増した場合の対応可能性について尋ねた質問では「a.非常に困難である」、「b.困難である」が 25 都道府県医師会（56%）と倍増しており、平時からの人員体制の見直しを含めた急性期病院の体制強化が課題であると考える。

設問２－１（オ）「急性期治療後の転院」についても、22%の 10 都道府県医師会で「a.非常に困難であった」、「b.困難であった」となっている。そして、その理由も「ⅰ病床が足りない」（7/10 医師会、70%）、「ⅱ医師が足りない」（5/10 医師会、50%）、「ⅲ看護職員が足りない」（5/10 医師会、50%）となっている。本答申の第５章にもあるように、高齢社会は慢性期の入院医療や入所を必要とする高齢患者の増加をもたらす。介護保険制度導入を機に、国は介護と医療の役割分担を図ってきたが、今回の新型コロナウイルス感染症は医療機

能の弱い高齢者施設におけるクラスター発生への対応など、あらためてそうした感染弱者への医療的対応の整備を求めるものとなった。また、さらに本答申の第６章で指摘されるように、同じく感染弱者である精神疾患を持つ方についても、感染対策の入口と出口の両方の方針を準備しておくことが必要である。認知症を合併する高齢患者の急性期入院治療例も増加しており、総合病院精神科の在り方も含めて、地域の医療提供体制の見直しが必要である。ちなみに、我が国に先行して大流行が起こった欧米諸国では、その流行初期から高齢者、障害者がハイリスクグループであることが報告されていた。こうした諸外国の状況に関する情報収集力が我が国は弱くなっているのではないかという懸念がある。感染症のように国境を超えて拡大する健康危機に対応するためには、国が平時より医療提供体制における諸外国の状況を収集・分析する機能を強化することについて、日本医師会が国に要請することが望ましいと考える。

（２）診療所の提供する医療について

新型コロナウイルス感染症への対応に関する諸外国の調査を行った厚生労働科学研究の結果をみると、多くの国で、プライマリケアを担う診療所における対応が入院医療の負荷を緩和する重要な役割を担っていた[1]。図３はフランス政府が作成した新型コロナウイルス感染症の治療に関するフローチャートである。

このフローチャートに基づく対応において重要な役割を果たしたのは、一般開業医、特に一般医[2]であった。フランス政府が開業一般医を対象に行ったアンケート調査によると、ほとんどの医師が自院のコンピュータシステムを国のシステムに適応させていた。そして、50%の一般医が特定の時間枠を使用して、COVID-19 に感染した疑いのある患者を治療していたことが報告されている。このような特別の時間枠なしに診療している者を含めると、３分の２の一般医は自院で診療を行い、軽症者・中等症患者でそれが可能な者については開業看護師の協力のもと、在宅での陽性者の管理を行っていた。

一般医がこのように一次医療の現場で情報提供と初期診療、そして予防接種などの業務を行うことで、行政による情報管理業務及び病院における診療業務の負荷が軽減された。このことが、膨大な数の陽性者が発生したフランスにおいて、壊滅的な医療崩壊を起こさず、医療システムを維持することに貢献したと考えられる。具体的な数字を示すと、人口約 6,500 万人のフランスにおける 2022 年２月 28 日現在の累計感染者数は 22,098,808 人、累計死者数は 135,061 人となっており、我が国に比較するとより大規模な流行となっている。

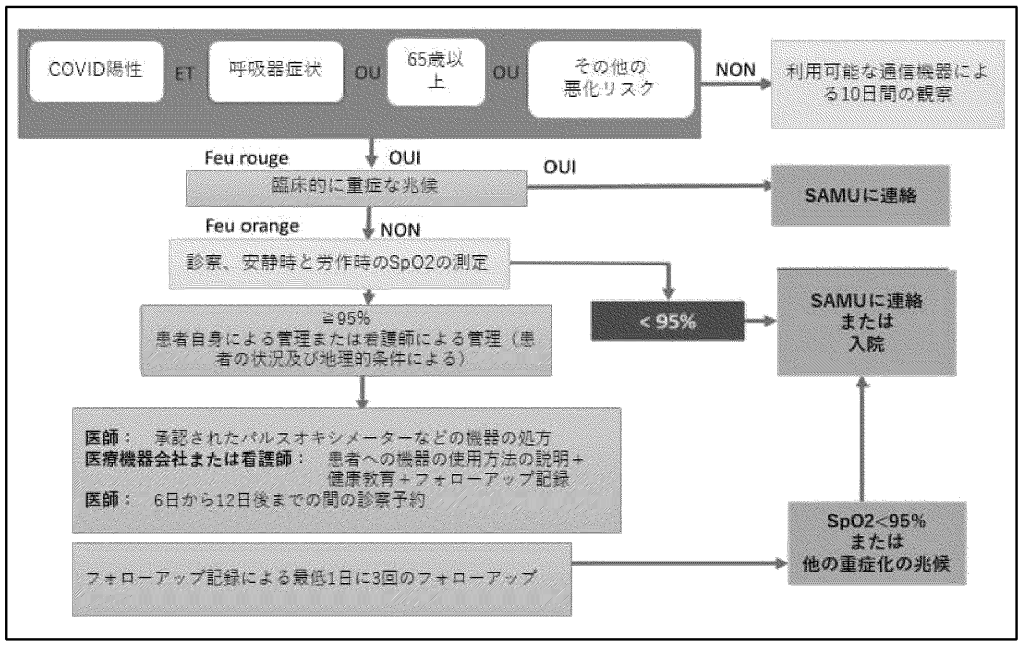
---

[1] 令和３年度厚生労働行政推進調査事業費補助金・厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症に対応する各国の医療提供体制の国際比較研究（21CA2011）」報告書別冊（国別詳細分析結果）（研究代表者　松田晋哉）、令和４（2022）年３月

[2] フランスにおいては伝統的に各専門診療科の専門医と、いわゆる総合診療を行う一般医が区別されてきた。一般医の多くは地域の診療所で勤務している。なお、現在は一般医も専門医の一区分という位置づけになっている。

ピーク時の入院患者数は 3 万人前後であり、日本では令和 4 年 2 月 23 日に 22,933 人となっている。感染者数及び死亡者数を勘案すると、フランスの場合、相当程度の感染者が病院以外でケアを受けていたことになる。なお、我が国とフランスの医療制度との違いについては松田（2017）[3]を参照されたい。

図 3　フランスの新型コロナウイルス感染症の治療に関するフローチャート



我が国においても、設問２－１（ア）において、「診療所外来での COVID-19 対応」で「c. なんとか対応できた」、「d. 十分対応できた」と回答したのは 40 医師会、89％であった。ただし、設問２－１（イ）の「診療所からの往診による COVID-19 対応」については「c. なんとか対応できた」、「d. 十分対応できた」と回答したのは 23 都道府県医師会、58%にとどまっており、在宅の対応力強化については今後の課題であると考えられる。我が国の在宅医療の現状について調査した厚生労働科学研究の結果によると、安定した在宅医療の提供の

[3] 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか　超高齢社会日本への示唆（2017），勁草書房

ためには、病態急変時の一般病棟による後方支援があることが重要であることが明らかとなっている[4]。

アンケート調査の設問３（ア）の結果では、陽性者が急増した場合における「診療所外来での COVID-19 対応」については「a. 非常に困難である」、「b. 困難である」が 21 都道府県医師会、47%と倍増している。プライマリケアにおける対応力の不足は、入院医療の負荷を高め、医療崩壊の危機の可能性を高めることになる。従って、プライマリケアにおける危機管理対応力をいかに高めるかが課題となる。健康危機管理対応を含めた、新しい病診連携体制の確立が必要である。

[4] 令和２年度厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を踏まえた在宅医療の充実についての政策研究」総括研究報告書（研究代表者　松田晋哉）、令和３（2021）年３月

（３）健康危機管理のための社会基盤整備

アンケート調査の自由記入欄でも多く触れられているように、今回の新型コロナウイルス感染症流行への対応に際しては、我が国の情報基盤の弱さが顕在化した。諸外国の例でみると、イギリスではNHS digital[5]、フランスではSI-DEP[6]という仕組みで、COVID-19 関連情報が体系的に収集され、それが分析されて対策につながる仕組みが構築されている。

図４はフランスのSI-DEPの仕組みを示したものである。まず、検査機関及び医療機関におけるCOVID-19の検査結果、臨床情報、ワクチン接種の有無などの一次情報が、このポータルに医療者によって登録される。検査結果はSI-DEP から検査を受けた患者及び医療者に通知される。陽性と判定された対象者は図４のフローチャートに従って対応される。陽性者が出た場合、その二次感染のリスクや状況に関する調査が SI-DEP を用いて対象者が所属する保険者によって行われる。さらに、この調査の結果、例えば高齢者施設でクラスターが発生した場合などは、その規模に応じて地方医療庁あるいは Santé publique France（保健担当省の監督下に国レベルの公衆衛生プログラムを統括する組織）によってより詳細な調査が行われる。さらに、SI-DEPを通じて収集された情報は匿名化された情報に転換され、保健担当省において疫学的な追跡調査に利用される。例えば性年齢階級別、地域別のワクチン接種状況やワクチン接種者における COVID-19 による医療サービスの利用状況やその転帰（治癒、死亡など）を分析した結果などを定期的に国民向けに公開している。また、我が国では保健所が行っている感染者の管理業務の多くは、このシステムを使って保健省の担当部局に加えて保険者によっても行われていることも特徴である。

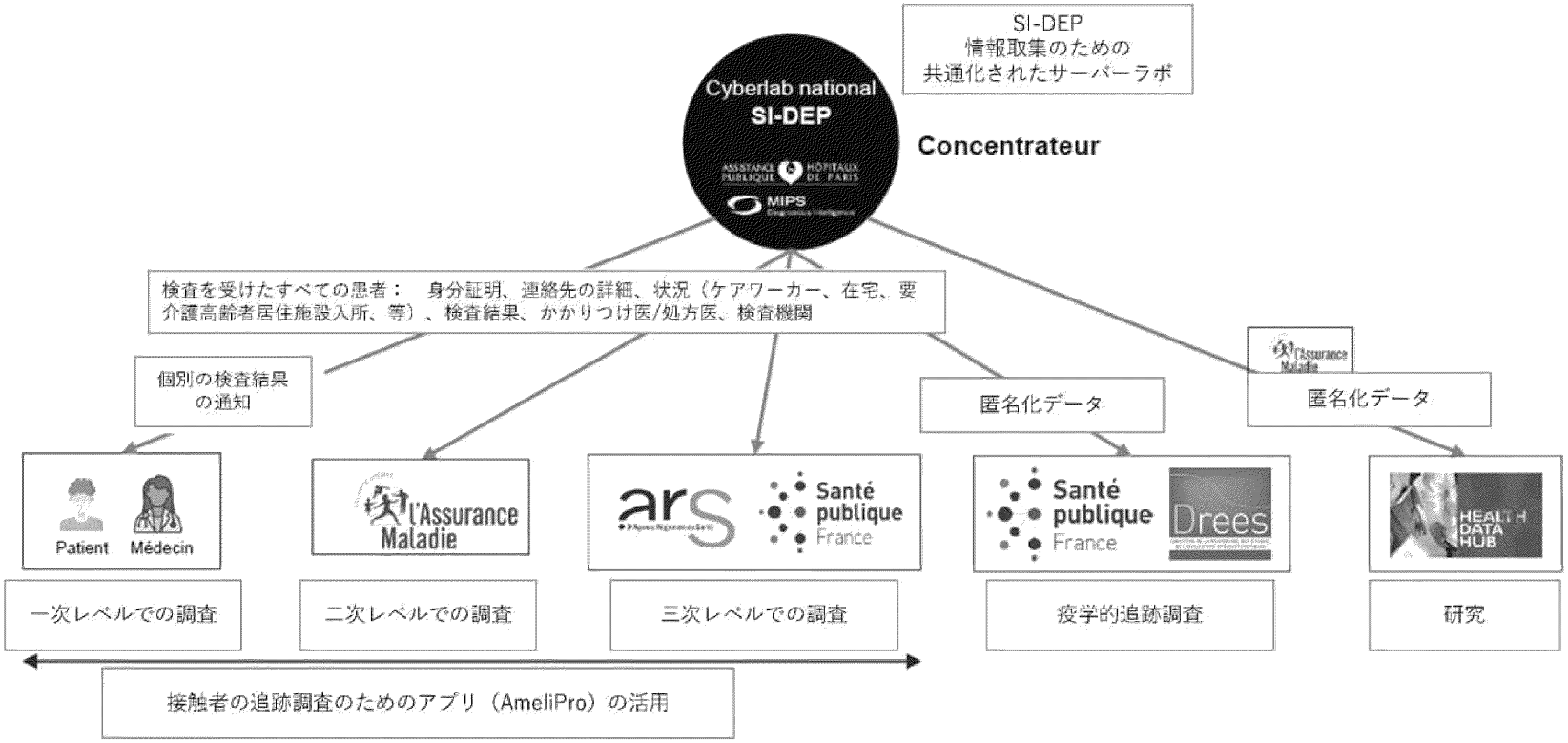
---

5 “NHS digital”の参考サイト https://digital.nhs.uk/

6 “SI-DEP”の参考サイト https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-et-si-dep-les-outils-numeriques-du-depistage-covid-19

さらに、収集されたデータは大学などの研究者にも提供され、COVID-19 対策の有効性や課題検討に資する分析が広く行われる体制も整備されている。

図 4　SI-DEP の概要


SI-DEP
情報取集のための
共通化されたサーバーラボ
Cyberlab national
SI-DEP
Concentrateur
検査を受けたすべての患者：　身分証明、連絡先の詳細、状況（ケアワーカー、在宅、要介護高齢者居住施設入所、等）、検査結果、かかりつけ医/処方医、検査機関
個別の検査結果の通知
匿名化データ
匿名化データ
Patient
Médecin
一次レベルでの調査
二次レベルでの調査
三次レベルでの調査
疫学的追跡調査
研究
接触者の追跡調査のためのアプリ（AmeliPro）の活用

第３章　提言

まず、明らかにしておかなければならない点は、我が国の医療現場における COVID-19 対応の状況は決して諸外国のそれに劣るものではないということである。図 5 に 2022 年 4 月 1 日時点の各国比較を示す。

新興感染症という過去に経験のない健康危機への対応に関しては、手探りで対策を行っていくしかない。問われるのは柔軟に対応できる現場力であり、今回の COVID-19 対応にあたっては、各都道府県で行政と医師会、病院団体等が協力して、それぞれの地域の現状に合わせて対応を行っている。その結果、壊滅的な医療崩壊の事態は避けることができている。この現場関係者の努力は正しく評価される必要がある。ただし、今回の健康危機が我が国の医療介護提供体制の抱える脆弱性を顕在化させたことも事実であり、これについては今後真摯にその改善を行っていくべきである。

以上の認識を前提に、日本医師会・病院委員会における議論及びアンケート調査結果、さらには COVID-19 対応に関する諸外国の経験を踏まえて、我が国の今後の医療提供体制について以下の提言を行う。

図5：2022年4月1日時点の各国比較

	症例数		死亡者	
	症例数	人口千人当たり	人	人口千人当たり
日本	**6,552,920**	**51.8**	**28,097**	**0.2**
米国	79,342,798	239.7	973,036	2.9
ドイツ	21,357,039	254.9	129,695	1.5
イタリア	14,642,354	242.2	159,383	2.6
フランス	24,864,733	380.9	139,089	2.1
スペイン	11,566,541	247.4	102,700	2.2
英国	21,200,381	312.3	168,262	2.5

※1 症例数と死亡者数はWHOを使用。 https://covid19.who.int/
※2 各国人口は2020年国連推計（World Population Prospects 2019）を使用。

① 情報の標準化とその共有及び柔軟な活用を行う体制の整備、その前提としてのマイナンバーカードの活用

COVID-19 のような大規模な感染症の流行時には、刻々と変化する状況に対応した対策を柔軟に行っていく必要がある。そのためには情報共有をいかに低負荷・低コストで行うかがポイントとなる。そのためには情報の標準化は不可欠であり、かつそれが個人に紐づけられているものでなければならない。個人がユニークな番号を複数持つことは管理上のコストが高く、従って個人情報保護に十分な対策を行ったうえで、マイナンバーを利用することが実際的だろう。また、診療情報と公衆衛生情報がフランスの SI-DEP のように有機的につながる仕組みが必要である。我が国ではこの二つの情報が分離しているために、情報収集及び分析の負荷が大きくなっている。その結果、オミクロン株による流行が拡大した第 6 波では保健所機能が十分に働かず、また医療活動との連携も十分に行えない例が発生した。諸外国の例を参考に、電子カルテの在り方も含めて、我が国の医療情報システムの在り方を再検討すべきである。諸外国の先進事例からも明らかなように、電子カルテの標準化が健康危機管理対応に際しても最重要事項の一つであり、以前より日本医師会が主張していることである。今回の COVID-19 流行の経験を踏まえて、日本医師会が医療界をまとめ、一丸となって標準化を強力に推進すべきである。

② 地域医療計画及び地域医療構想の実効性の向上

我が国と同じような医療計画を持つ国にフランスがある。フランスの医療計画と我が国のそれを比較したときのもっとも大きな違いはその実効性である。フランスにおいては、データを用いた地区診断の結果に基づき、各地域で対応すべき課題が整理され、その解決のための具体的な計画が立てられ、その中で地方医療庁（ARS：les agences régionales de santé）と各施設が複数年契約を結びその実行を担保するという仕組みになっている。フランスの医療計画の基本原則は地方医療計画は透明性原則、契約原則、責任化原則である。透明化された情報に基づいて問題意識を共有し、各関係者におけるその解決のための責任を明確にし、それを施設計画に反映させ、その実行を地方医療庁と契約するというものである。そして、フランスの地方医療計画の根底にある方針は、機能分化・機能集約と連携体制の構築である。フランスの医療計画ではGHT(les groupements hospitaliers de territoires：地域病院グループ)という法人格を持たない施設間連携が規定されており、今回のCOVID-19の流行に当たっても、この枠組みの中で急性期病院と高齢者施設との連携が行われている。GHTは公立病院及び高齢者施設を対象としたネットワークであり、民間セクターの多い我が国の医療提供体制にそのまま当てはまるものではないが、この仕組みは我が国の連携の在り方を検討する上で参考になるものと考える。健康危機管理はこうしたネットワークが平時から機能していないと対応が難しい。地域医療計画のなかで、医療機関間の連携が具体的に記述されるべきだろう。地域医療計画や地域医療構想で本来されるべき議論は、このようなネットワークをいかにつくるかであって、病床数をどうするかではないはずである。引き続き、日本医師会が議論を主導していくことが求められている。

③ 急性期を担う病院の集約及び大規模化と十分な人員の配置、そしてそれを可能にする診療報酬あるいは予算制度

諸外国と比較すると、日本の急性期病院は人員配置が薄い。急性期病院については、機能を集約したうえで、人員配置を厚くすべきである。健康危機管理対応が必要となった状況においても、国民が医療提供体制に信頼感を持っていれば、社会経済活動を継続することが可能になる。安全保障の視点からも、急性期病院の人員配置を見直すことが必要である。また、高齢者施設におけるクラスター発生が問題になっていることを考えると、そうした施設における医療対応の在り方についても見直しが必要である。急性期以後の医療の再評価が求められている。

④ 医学教育、看護教育の改革

他の先進国の医学教育、看護教育に比較すると、我が国の卒前教育は臨床教育が弱い。また、医療介護の複合ニーズを持つ高齢患者が増加し、総合的な対応が求められている状況を踏まえると、それができる医師、看護師の育成が喫緊の課題であると考える。フランスで救急医療を担っている SAMU（Services d'Aide Médicale Urgente：フランスの公的緊急医療サービス）が救急医と一般医が中心となってマネージされている点に注目すべきだろう。そして、その教育が卒前及び卒後の臨床研修の中に組み込まれている点も重要である。例えば、フランスでは医学部の 4 年生から臨床実習が始まり、student doctor（externe と呼ばれる）として我が国の初期臨床研修医のような実臨床を行っている。我が国においても、改正医療法により来年 4 月以降、共用試験に合格した医学生は臨床実習として医業を行えるようになるが、他国の制度を参考に、より実践的な医学教育、看護教育のための改革が求められている。

⑤ 複合化したニーズを持つ患者の在宅医療を可能にするテレメディシンの導入と在宅入院制度の制度化

フランスやイギリス、ドイツにおいては、今回のCOVID-19の流行によってテレメディシン(遠隔診療)が急速に普及した。国がそのためのシステムを準備し、開業医の診察のみならず、在宅患者の継続的管理を行う開業看護師もこのシステムを活用し、その情報が一元的に管理される仕組みができた。ただし、オンライン診療についてはその濫用の危険性も問題視されている。患者の多くは対面診療を希望しており、従ってその適切なミックスの在り方について、フランスやイギリスでは議論が行われている。そうした議論の内容を参考に、我が国も検討を進めるべきであろう。また、我が国ではCOVID-19患者の退院に当たって、いわゆる出口問題が議論となっている。この背景にあるのは在宅療養の不安感である。フランスでは従来からある在宅入院制度(病院のスタッフが患者の自宅を病院のベッドとみなして、地域の開業医や開業看護師と協力して継続的に診療を行う制度)を使ってこの問題に対応した。病院の調整看護師が医療のみならず看護ケア、リハビリテーションについても、地域資源を活用しながら在宅療養を調整する仕組みとなっている。我が国では、医療保険、介護保険の双方で連携に関する報酬が設定されているが、一時点での情報共有を前提とするものがほとんどであり、継続的なかかわりを担保するものになっていない。我々のこれまでの研究においても、在宅医療の継続は肺炎や心不全の悪化などの急性期イベントに対する急性期病院の支援、そして介護サービスの利用が必須であることが明らかとなっている。COVID-19の場合には、急性期の治療後の複合的なニーズへの対応なしに在宅に移行することは、患者にとって心理的に抵抗があることは否めない。フランスの在宅入院のような枠組みを、現行の地域包括ケア病棟の役割の一環として位置づけることを検討すべきである。

⑥ 病診連携の強化のための新しい登録医制度の導入

健康危機管理時は地域において総力戦的な対応が必要となる。そのためにはフランスの SAMU における登録医や、後述する予備役制度（La réserve sanitaire）のような仕組みを我が国においても採用することも一考に値する。フランスの救急医療を担う SAMU には、週のうち何日かをそこで救急医として働くことを契約している開業医がいる。彼らは、定期的に救急医療や健康危機管理への対応に関する実践的な研修を受けることが義務付けられており、今回の COVID-19 の流行においても重要な人的資源として機能した。我が国においても、小児科領域では地域の小児救急を支えるために地域連携小児夜間・休日診療料が設定されており、多くの地域で開業医が小児診療を行う病院で夜間・休日の診療を行う体制が構築されている。我が国の救急領域においても、このような仕組みを一般化し、健康危機管理時に多くの人員が確保できる平時の準備が必要であると考える。

また、予備役制度（La réserve sanitaire）は、フランスの医療計画に記載が義務付けられている健康危機管理時の対応（le plan blanc）で規定されているものである。この枠組みでは現役あるいは退職後 5 年未満の医療専門家（医師、看護師、介護者、疫学者）、救急医療の研修中の初期研修医（interne）そして student doctor（externe と呼ばれる）が、事前に任意で予備役制度への登録を行い、緊急時に地方医療庁（ARS）や行政機関の要請に応じて、指示された病院等で勤務することを求められる。我が国の DMAT と同様の仕組みであるが、より規模が大きく、また機動性も高いものになっている。この仕組みを参考に DMAT の機能強化を行うことが望ましいと考える。

今回のアンケート調査の設問４（ウ）では、有事の際の中核医療機関への人的資源の提供に関して反対とする都道府県医師会が 12 医師会、26%と、他の質問項目に比較してその割合が高くなっていたが、こうした仕組みの導入について、今後関係者間で積極的な議論が進むことが期待される。

⑦ 日本医師会の強いリーダーシップと広報活動

今回の新型コロナウイルス感染症の流行に際しては、対応体制の不備のみに焦点を当てた報道が多くなされ、国民の不安を高めることになった。健康危機管理の際には行政や医療提供体制に対する信頼がなければ、対策の有効性は低減する。本答申の資料にも示したように、各都道府県では行政、医師会、病院団体等の協力により、時々刻々変化する状況に対応するための組織が構築され、実際に機能した。過去に経験のない新興感染症対策については、予定通りの対応や成果を期待することはできない。常に変化する状況を踏まえながら柔軟に対応する現場力が求められる。対応病床の確保、無症状者、軽症者の在宅対応、予防接種体制の整備など、各都道府県で医師会や病院団体の関係者が行った努力が国民に正しく伝わっていない現状が改善されなければならない。そのためにも、日本医師会の強いリーダーシップのもと、国民の不安感を解消するための広報活動が必要であり、そのための広報戦略の立案が必要であると考える。また、各都道府県で構築され、実際に機能している仕組みを、日本医師会として総合的に分析し、国の仕組みとして昇華する作業を行うことが期待される。

第４章　コロナの出口戦略

4-1. 我が国におけるコロナ対応病床の整備と今後の方向性

我が国における新型コロナウイルス感染症の出口戦略全体に関しては、現在、政府全体で検討されている重大な課題である。本報告書作成時の 2022 年３月時点までに第 6 波までを経験してきた我が国の病院医療において、欧米諸外国の 2022 年初頭からの動きを考えた場合、我が国でも今後のミティゲーション（緩和）の時期に移行していく可能性は高く、その準備として病院におけるコロナ対応体制をどのように移行していくかを検討することは非常に重要である。

我が国では、第 5 波の後、政府の方針として第 6 波に備えコロナ対応病床数の拡大、重症化予防のための診療体制整備などさまざまな取り組みを行ってきた。その結果、現在では、全国で約 43,000 床のコロナ対応病床を整備するに至った。また、コロナ患者の初期対応を行う診療・検査医療機関は全国で約 36,000 施設と拡充されてきた。

しかし、コロナ対応体制の拡充と引き換えに、一般医療の対応能力は弱体化し、第 6 波では主に首都圏、関西圏など都市部において救急搬送困難事例が増加し、コロナ対応の救急だけでなく、一般救急の応需も滞る事例が発生した。

今後、ミティゲーションの時期に向けては、多くの病院の現在のコロナ対応体制を、通常の体制により近づけていくこととなるが、新型コロナウイルスは変異を繰り返しており、今後の流行株の特性によりいくつかのシナリオを想定しておく必要がある。

１）感染伝播性、病原性ともオミクロン株と同様か低い株に移行していった場合

２）感染伝播性はオミクロン株と同様か高いものの、病原性が低い株に移

行していった場合

3）感染伝播性はオミクロン株より低いものの、病原性が高い株に移行していった場合

4）感染伝播性はオミクロン株と同等か高く、また病原性もオミクロンより高い株が出現した場合

理論上、3）、4）が発生した場合には、多くの入院医療を要する患者が発生することが想定されるため、現在と同様のコロナ対応病床を維持する必要がある。しかし、欧米各国の動きは、1）、2）を想定してwithコロナの時期に移行していこうとしており、以下、本稿でも同様に1）、2）に今後の流行株が移行していくことを前提としたい。ただ、3）、4）の可能性も皆無ではないため、その場合に備え、現在のコロナ対応体制に戻すことができるように配慮することは重要である。

4-2. コロナ対応病床の整備のための経済的支援と出口戦略

コロナ対応病床の整備と病院への経済的支援は不可分であり、切り離すことは難しい。従って、コロナ対応病床の出口戦略を考える場合には、どのように病院支援策を移行させるかに関しても、十分配慮されるべきである。

2020 年初頭から始まった新型コロナウイルス感染症の第 1 波では、我が国の病院医療に、特に経営面で壊滅的な状況が発生することとなった。すでに３月には大幅に外来患者数、入院患者数の減少が始まり、第 1 回目の緊急事態宣言が発出された 4 月には、多くの病院が維持不可能なほど経営状況の悪化に陥った。日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会の３団体で急遽実施した緊急の病院経営調査の結果では、4 月のコロナ対応病床を確保した病院の医業利益率は、対前年でマイナス 12 ポイントと、マイナス 10.8%まで悪化していたことが判明している。

この地域医療体制存続の危機に際して、日本医師会を中心に多くの医療関係者の働きかけもあり、2020 年度第二次補正予算において、現在まで継続する重点医療機関の病床確保支援策が創設され、その後、何度か改定され現在に至っている。今後、この支援策がコロナの出口戦略においてどのように縮減していくかは、コロナ医療体制に大きな影響を及ぼすこととなる。同様に、診療報酬上の特例点数や、施設基準等に対するコロナ特例なども、どのように通常体制に移行していくかも病院経営に大きな影響を及ぼす。従って、支援策を縮減する時期及びその方法に関しては慎重に検討し、実施される必要がある。

4-3. コロナ対応病床の縮減時の病床確保支援策の対応に関して

現在、各都道府県では、準備病床、即応病床数を感染状況により上げ下げするフェーズ運用が行われている。当面はこのフェーズ運用により、コロナ対応病床数を出口に向け縮減していくことになると思われる。

コロナ対応病床確保のための病床確保料（空床含む）は、各都道府県の事業として運用されているため、フェーズの上げ下げに際して、どのように、いつから即応病床数を増減させるかに関しては全国統一の基準はない。2020 年に福岡県で確保病床数を減少させるフェーズの引き下げが行われた際に、フェーズ切り下げの 1 週間後に病床確保料の支給を止めるという案が県から病院に提示されたことがあり、大きな問題となった。

コロナ対応病床として確保していた病棟（エリア）を、通常の病床運用に戻す場合、病床稼働がすぐに通常には戻らないことは容易に想像される。1 週間で病床確保料の支給を停止するということは、1 週間後までに通常の病床稼働率まで当該病棟の稼働を上げることができなければ、経営上ダメージを病院は被ることとなる。コロナ医療に参画した病院に、経営上の不利益を被らせるような施策は、今後の感染症対応時における病院の協力を得づらくなることから、最低限、2 週間（できればより長期）の猶予は、フェーズ引き下げ時には必要と思われる。

また、多くのコロナ対応病院が地域に存在する場合、どの病院の病床から確保病床数をフェーズ切り替え時に減らしていくかに関しても、都道府県は地域の病院関係者と真摯な話し合いを行うべきでる。

今後の新興感染症対応（第 8 次医療計画）がどのように計画されていくか、現在、議論が厚生労働省で開始された段階であり不明である。しかし有力な案として、地域に中核的に感染症に対応する病院を整備し、周辺の一般病院がそれに協力していく体制を整備することが考えられる。その場合、その体制と整合性をとるために、感染症を将来も中核的に担う病院の確保病床数を最後ま

で維持し、それ以外の病院の確保病床数からフェーズ切り下げ時に減らしていくことは合理的な考え方である。その際には感染症を中核的に担う病院以外の病院から、通常医療体制に順次移行していくこととなるが、急に大幅にコロナ対応病床を減少させることは、特に民間病院の経営には大きな影響を及ぼすことも予想される。また、中核的に担う病院の一般医療機能を周囲の病院で十分に供給が可能かに関しても検討が必要である。そのため、十分、地域の医療機関の理解を得て慎重に進める必要がある。

また、逆に、すべての医療機関が同じペースで確保病床数を減らしていくことも考えられる。特に今の新型コロナウイルス感染症がミティゲーションの時期へ移行していくに際しては、季節性インフルエンザと同じように、一般医療の枠内で感染者対応を行う体制に移行していく可能性が高いため、多くの医療機関が検査、治療できる体制を維持しつつ確保病床を減らしていくことも合理性がある。

各都道府県により、もともとある医療資源も異なっていることから、全国一律の対応は困難と思われる。しかし地域での検討のたたき台になるような一定の指針を国が示すことも検討すべきかと思われる。

4-4. 入院調整機能に関して

現在、新型コロナウイルス感染症に関しては感染症法上 2 類相当の対応が求められており、入院調整に関して、保健所など行政の関与が行われている。しかし、第 6 波のオミクロン株対応で明らかになったことであるが、この対応の継続は保健所への業務負荷の増大による入院調整の非効率につながり、病床の利用効率上、問題が生じる例も発生することとなった。今後、出口戦略を考える場合に、入院調整の在り方に関しても検討する必要がある。

しかし、通常医療と同様な病診連携・病病連携を通しての入院調整を行うことは、新型コロナウイルス感染症治療が、専用病床（感染防御のためのエリア限定）が必要な時期には、地域のコロナ対応病床数にも限界があるため、病床ひっ迫時には入院調整に困難が生じ、診療・検査医療機関である診療所・病院の診療に支障をきたす可能性が高い。そのため、当面の間は一定程度の行政の関与は必要と考えられる。

しかし、地域の医療者が地域のコロナ対応病床の稼働状況をリアルタイムで共有できるシステム（例えば福岡県、愛知県で稼働しているＦＲＥＳＨシステム）が普及すれば、行政の関与がなくても入院調整がスムーズに実施できる可能性もあり、病床利用情報の共有の方法に関しても検討すべきである。

今後、治療薬や予防薬へのアクセスの向上、新型コロナウイルスの変異（病原性、感染伝播性）、ワクチン接種状況により、現在のような専用区画における感染症対応の必要がなくなる時期がくる可能性もある。その際には、季節性インフルエンザと同様に、多くの医療機関が入院医療を行うことで、通常医療を取り戻すことができることとなる。

治療薬の開発は日進月歩で進んでいる。また、ワクチンに関してもさまざまな開発が行われている。少しでも早く、この世界的パンデミックが収束し、普通の日常が取り戻されることを期待したい。

※ 第 5 回委員会での発表スライド抜粋版を参考資料１として 41 ページから掲載しております。

第５章　慢性期医療について

5-1. 慢性期医療の役割

日本慢性期医療協会では「慢性期医療のサービス体系は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟などの病棟と、介護医療院、老健、特養などの介護保険施設、通所系・訪問系の在宅医療サービスまで幅広い分野にわたる」と考えているが、本稿は主題に合わせて、主に療養病床（一部介護医療院にも言及）について論ずる。

一般病床と療養病床の大きな違いは人員配置である。一般病床は患者 16 名に医師 1 名、療養病床は患者 48 名に医師 1 名と療養病床は医師数が一般病床の 3 分の 1 である。診療報酬上は、看護職員数も一般病床では 7 対 1 が最も多いが、療養病床では 20 対 1 と少ない。夜勤は 2 名以上で、うち看護職が 1 もしくは 2 以上と少ない。療養病床では、介護職を看護補助者として配置が義務付けられ、夜勤にも配置が可能である（図 9)。慢性期病院では、コロナ陽性患者が院内発生した場合の継続隔離入院には人員をやりくりして対応したが、人員が少ないという理由で、外部から陽性患者を受け入れることはしなかった。それに代わり、慢性期医療として、COVID-19 治療後の下り患者を迅速に積極的に受け入れることを使命とした（図 7)。

日本慢性期医療協会は 2020 年 12 月 17 日に会員施設へ緊急のお願いとして、以下の通知を出している。

「日本慢性期医療協会としては、慢性期医療を担う病院や施設の団体ですので、新型コロナウイルス感染症に罹患して、新型コロナウイルス感染症としては治癒し、ＰＣＲ陰性となった患者さんを積極的に受け入れて、日常生活に戻してあげる責務があると考えています。そのことにより、医療が崩壊することのないよう協力したいと思います。

新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たしている患者をお引受けし、日常生活に戻ることができるようできるだけ多くの会員病院の皆様に積極的な患者の受け入れへのご協力をお願いしたいと思います。」

5-2. 神奈川県慢性期医療協会の調査

この通知を受けて、神奈川県慢性期医療協会では 2020 年 12 月に会員施設に緊急のコロナ対応調査を実施した。

神奈川県慢性期医療協会コロナ対応調査1受け入れ体制の変化

2020年12月と2021年11月に行った神奈川県慢性期医療協会会員45施設への調査から 回答25施設と19施設

		2020年12月	2021年11月
発症から10日以上経過し、かつ発熱、呼吸器症状がない状態が直近72時間持続している患者の受入	① 受け入れ不可	6(21%)	2(11%)
	② 受け入れ可だが、PCR検査等何らかの陰性証明が必要	8(29%)	4(22%)
	③ 受け入れ可で、PCR検査等なしでも受入可能	9(32%)	10(53%)
	④ 個別に対応	5(18%)	3(16%)
受け入れ病床	①一般病室で受け入れ		9
	②一時的に隔離		4
重点医療機関協力病院B群について	神奈川県全体	1	32

2020年12月では下り受け入れ施設が61%だったが、2021年11月には75%と増加した。
一方陰性証明を求める施設が22%あり、下り入院後隔離している施設も4施設(2週間程度)あった。
この間に神奈川県医療機関協力病院に登録している病院は1から32へ増加した。

図 6　神奈川県慢性期医療協会のコロナ対応調査

図 6 は 2020 年 12 月と 2021 年 11 月に行った神奈川県慢性期医療協会のコロナ対応調査の結果である。コロナ下り患者の受け入れ施設は 61%であったが、2021 年 11 月には 75%と増えており、特に PCR の陰性証明なしでも受け入れる施設が増えている。神奈川県の重点医療機関協力病院への登録も当初 1 施設であったが、2021 年 11 月には 32 施設となっている。

さらに、神奈川県の重点医療機関協力病院で、陽性者は受け入れ不可だが下り患者を受け入れる施設は 2020 年 12 月には 1 件のみであったが、2021 年 11 月には 32 件と大幅に増加した。当初 PCR 検査が陰性でなければ受け入れないところもあったが、陰性証明がなくても受け入れる施設は増えた（図 6)。

一方 2021 年 11 月現在でも一部病院、介護施設では未だに治療後も PCR 検査が陰性でなければ受け入れないところも 22%あり、また 2 週間ほど隔離し

て観察している施設も 4 施設ある。下り患者の安全性に関して早期に統一見解を出し、周知し、受け入れをスムーズにすることが望ましい。

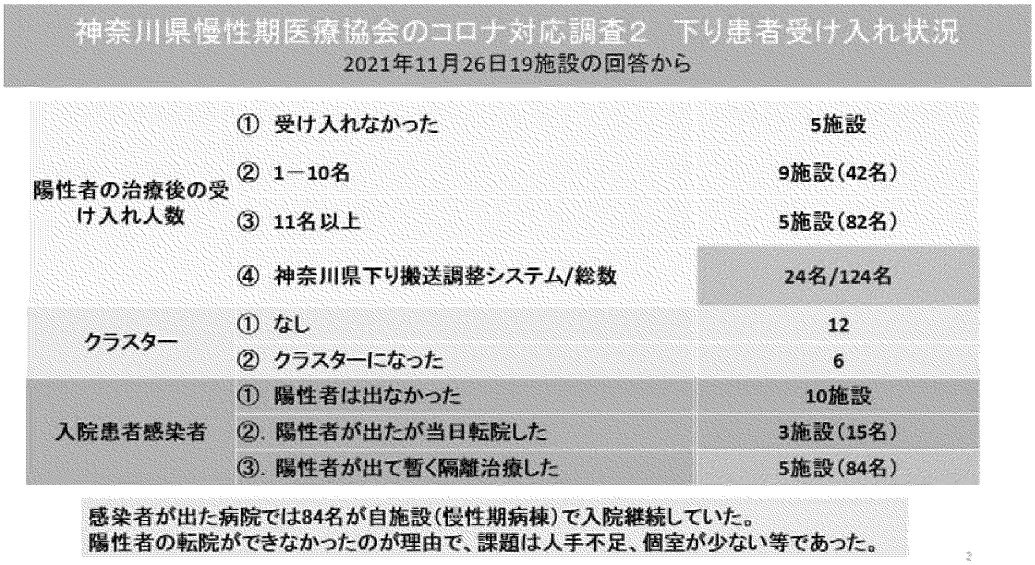


図 7　2021 年 11 月時点での下り患者受け入れ状況

下り患者受け入れ状況調査の回答施設は 19 施設と少ないが、合計 124 名の下り患者を受け入れている。そのうち神奈川県の下り搬送調整システムを利用して調整した患者数は 24 件（19%）で、施設間で調整して下り患者を受け入れることが多いと推測できる。また、施設内で陽性患者が出た例では 5 施設 84 名が自施設の療養病棟で患者を隔離して継続治療している。転院ができなかったためと考えられるが、療養病棟では前述のように人員配置が少なく、個室も少ないので、課題は多い。

5-3. 慢性期医療の未来は介護人材の確保に掛かっている

慢性期医療、介護施設での最も重要な課題は、介護職員（病院では看護補助者、介護施設では介護職）の不足である。介護人材の確保、質の維持に対して制度変更も含めて早急な対策がなされなければ、療養病床、介護施設は運営できず、地域包括ケアシステムも、地域医療構想も机上の空論となり、崩壊する。

介護施設の介護職には処遇改善加算がある。同じ業務をしている病院の介護職は看護補助者として分類され、処遇改善はされていない。介護医療院は同じ施設内に介護施設である介護医療院と病院が併設されていることが多いため、介護職は介護医療院に配属されれば処遇改善加算をもらえ、病院病棟に配属されれば、処遇改善加算をもらえないという不公平が生ずる。この不公平に各施設はどう対応しているかを日本介護医療院協会が調査したのが図 8 である。

介護職員に対する処遇改善に対する対応（日本介護医療院協会2021年度調査）

介護職員処遇改善加算	施設数	比率(%)
1.受けている	118	79.2
2.受けていない	31	20.8

介護職員等特定処遇改善加算（技能・経験のある職員にさらに加算する）	施設数	比率(%)
1.受けている	78	52.7
2.受けていない	70	47.3

併設病院病床の看護補助者に対して処遇改善を実施している	施設数	比率(%)
1.実施している	79	56.8
2.実施していない	60	43.2

その財源はなんですか？	施設数	比率(%)
a.病院持ち出し	54	85.7
b.看護補助加算	3	4.8
c.その他	7	11.1

介護医療院に勤務する介護職には80%の施設で処遇改善加算を受けているが、特定処遇改善加算は少ない。同じ施設で働く病院の介護職(看護補助者)には公平性を担保するために病院持ち出しで、半数以上の施設が処遇改善を実施している。

4

図８　病院で働く介護職（看護補助者）の処遇に関する調査

この不公平に対して、57%の病院が併設病院病床の看護補助者に対して処遇改善を実施しており、この財源は病院からの持ち出し（86%）と回答してい

る。看護補助者の確保のために苦渋の決断をしていることが想定される。図 9 に示すように、慢性期医療を担う療養病床、介護施設では介護職員・看護補助者が施設基準上必須となっている。一方、介護職はどの施設でも不足しており、採用が大変難しくなっていることは周知の事実であり、コロナ禍で外国からの人材も滞っている。特に夜勤のできる介護職が減っている。2022 年には看護職員等処遇改善事業で、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関の看護職員を対象に賃上げが実施される。この基金は看護補助者の処遇改善にも利用できるとのことである。しかし、この施策は慢性期医療の看護職員、看護補助者にとって不公平感が増し、慢性期医療からの看護職・介護職離れを促す可能性がある。

このまま介護職の人員不足、質の低下が進めば、療養病床、介護施設は閉鎖せざるを得なくなり、日本の介護を含む慢性期医療は崩壊する。そして、慢性期医療の崩壊は日本の医療全体の崩壊につながる。

この点を政策を担う人々にしっかりと認識していただきたい。



図 9　療養病床、介護施設の介護職・看護補助者の配置基準

5-4. 介護職の不足への対策

厚生労働省は2022年2月7日の規制改革推進会議で介護職の人員不足に対してICT、ロボットを活用する取り組みを開始すると発表した。この取り組みは以前から行われているが、実際に現場で役立ち、介護職の業務改善に繋がった仕組みはまだ無いと言ってもよい。現実は介護職の人数が減り、質の低下が進んでいるのに、掛け声だけで実態が無い状況である。

離職理由の上位は、「職場の人間関係」「妊娠・出産・育児」「法人の理念・方針がなじまない」であり、「賃金が低い」は4～6位に留まっている。一方で、10年以上勤務を継続している介護福祉士の仕事を続けられた理由のトップは「やりがい」である。[7]

良きケアで利用者が元気になることによりモチベーションが高まり、自身のスキルの向上による自己実現の達成が特効薬となるのである。厚生労働省もその事実に気付き、対策を強化して欲しい。

一つの提案として、職種を越えたタスクシェアリングを進めるのはどうだろうか。介護職の業務でも、食事介助、体位変換、トイレ誘導、歯磨き、レクリエーション等、他職種でもできることは多くある。看護職、リハ職、栄養士、歯科衛生士等と共働で病棟業務に取り組み、業務改善を目指すことが出来ると考える。それに対する制度上の仕組みの改革も必要であろう。

---

[7] 出典：第194回介護給付費分科会・資料8（2020年11月26日開催）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14888.html

5-5. 地域医療構想とコロナ禍の病院の在り方の矛盾

2014 年から始まった地域医療構想は病床の削減を強いるものではなく、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて自然に収れんされていくことが大きな目的の一つである。一方、コロナ禍での医療に求められているものは、非常時に対応できる医師、看護師の確保である。このためには莫大な経費が掛かる。この二つの矛盾しうる命題を同時に叶えることが出来るのだろうか。

このためには先に述べたタスクシフティング、タスクシェアリングが重要である。看護師特定行為研修修了者、医師事務作業補助者を増やし、看護業務では介護職の喀痰吸引や経管栄養の準備、リハ職の夜間シフト、栄養士、薬剤師、歯科衛生士の病棟業務等を進める必要がある。一方で、タスクシフトされる側の職種にも教育指導の丁寧な配慮が必要となる。また、新たな職種、清掃等の外部委託等を推進していくことも考えられる。

このようなタスクシェアリングとは別に、情報の ICT 化、共有化を進めることが必須である。電子カルテは利用開始から 20 年以上経っているが、いまだに普及率は 50%程度であり、患者情報の共有が必ずしも十分ではない。患者の病歴、検査歴、治療歴、処方歴が見れるようになれば、重複する治療、検査、処方がなくなり、医療費の大幅な節約にもなろうし、業務改善にも貢献できる。電子カルテの標準化、診療と介護の標準化と連携、情報の共有化をオールジャパンで進めるべきである。

これからの医療は、急性期医療だけでなく、回復期、慢性期医療、在宅医療、介護施設での医療対応も含めた計画が必要であり、医療・介護・地域が統合した地域医療構想を構築することでしか成り立たないと考える。

※ 第 6 回委員会での発表スライド抜粋版を参考資料２として 49 ページから掲載しております。

第６章　精神科領域について

新型コロナウイルスは、健康であっても、身体疾患や精神疾患を持っていても同じように感染する。従って、感染症対策や組織にも身体疾患と精神疾患の区別はない。しかし、現在の厚生労働省の組織上では、精神疾患だけが医政局から切り離され、ほぼ社会・援護局の担当となっている。このために新型コロナ対策の策定に当たっても、精神科は優先度が低く扱われ、必要であれば、別途各自治体が策定すればよいという形になっている。確かに精神疾患の中には、精神病の極期や認知症のように、感染対策を理解できない場合がある。身体医療を提供する側の理解の低さもこの問題を複雑にしている。

岡山県においては、新型コロナウイルス感染症の流行を受け、早い時期に行政担当者（岡山県及び岡山市）と私的精神科病院の代表、岡山県精神科医療センターの 4 者で話し合いを持ち、すみやかに口頭での合意に至った。すなわち精神疾患患者の新型コロナ対応は当センターが最前線で対応し、もし必要となれば私的病院が後方支援を行うという構図である。また、県の新型コロナ対策本部に精神科領域の代表として当センターの院長が参画することになった。都道府県ごとに違いはあろうが、中心的な役割を担う精神科医療機関が新型コロナ対応に責任を持ち、県や市の行政の指示を受けつつも、実質的に医療者が 24 時間対応することが重要である。そのためには、中心的精神科医療機関は、平素から人的ゆとりを有し、容易に感染症対策のゾーニングができる構造を作っておくことも必要であろう。また、行政とも、普段から目に見える関係を築いておくことが大切である。従って、地域ごとの実情によるが、自治体立病院が中心的精神科医療機関であることが望ましい。

ちなみに、当センターは、平成 19 年に地方独立行政法人として建物も一新されており、センター内に 2 床の陰圧室を有し、さらに 4 床の個室をまとめて区画することができる。この 6 床を最小単位として、必要に応じて 24 床ま

でコロナ専用病床として使用することができる。さらに感染が拡がった場合には、50 床の病棟をコロナ病棟とする予定である。2021 年 11 月 16 日までに、当センターに入院したコロナ患者は 64 名であり、そのうち認知症は 33 名であった。対応するうえで特に困難を感じることはなかったが、コロナ専用病床を拡大するに当たって、県内の私的精神科病院に 24 名の患者の転院をお願いし、快く引き受けていただいた。

また、県の新型コロナ対策本部の要望に応じて、夜間の総合病院での入院調整が困難な時のために、一時療養待機所（酸素投与センター）も敷地内に設置した。新型コロナ対応において、自宅療養者に死者が出るなどということは、精神科に限らず絶対に防がなければならないことである。行政対応を考えるに当たっても、この点はぜひ踏まえておいていただきたい。

なお、当センターには、常勤の麻酔科医及び内科医がいてくれたことは実務上大変助けになった。将来を考えると、総合的な診療能力を持つ医師が単科精神科病院に勤務することも重要であろう。また、総合病院に関しては、今後は、新興感染症や災害等に対応できる一定程度の精神病床を確保するための対策を検討することも必要と考える。

（白紙）

（白紙）

新型コロナの出口戦略をどうするか？

日本医療法人協会　副会長
太田圭洋
（社会医療法人名古屋記念財団）

日本医師会病院委員会20211007

諮問「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」

- 現在第５波が収束しつつあり、2021年冬に向かっての医療体制の拡充が求められている。
- 一般医療と両立を最大限はかりつつ、病床を確保していく必要がある。

- 第8次医療計画の見直しにおける「新興感染症対応」の議論が始まる。
- 現在、35000床ほどのコロナ対応病床が全国で確保されており、それは病床確保料などの補助金でファイナンスされている。
- 病院経営を考えた場合、今後どのような形に近未来の地域におけるコロナ対応体制になるのか、その際に病床確保料がどうなるか、どのように新たな体制に移行するのかは、非常に病院経営に大きな影響を及ぼす。
- また、休止病床分を含む病床確保のための現在のコストは非常に高額と考えられ、今後の財政的な側面からの圧力により、近い未来に制度の変更が行われる可能性も否定できない。
- どのような体制への移行が望ましいか、日本医師会として検討しておく必要がある。

第２回第８次医療計画等に関する検討会	資料
令和３年８月６日	

第８次医療計画の策定に向けた検討について

目次

１．新興感染症等対応に関する検討の進め方【協議】 ･･･P. 3

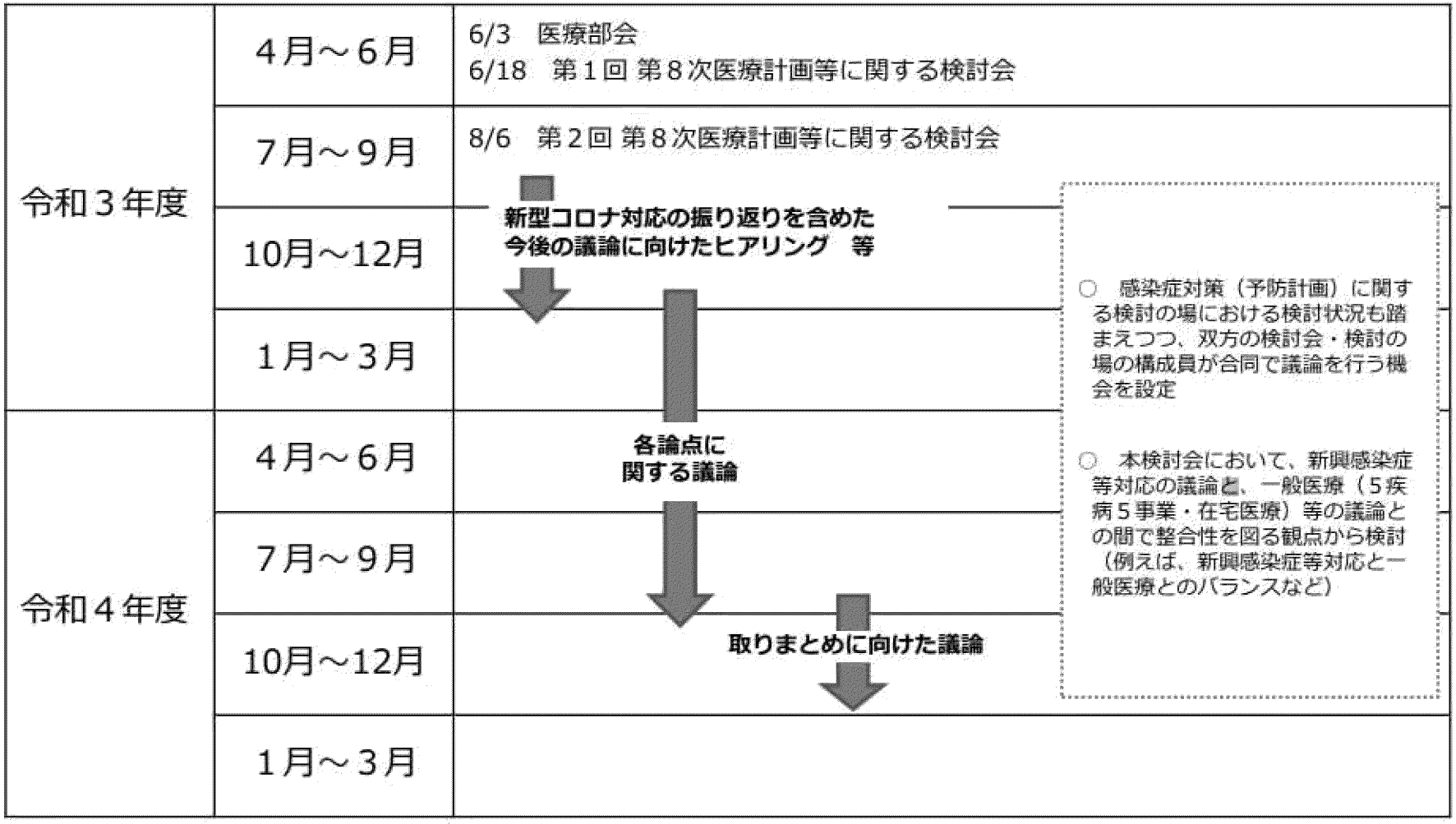
２．救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループの開催【協議】 ･･･P. 6

３．地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループの開催【報告】 ･･･P. 9

４．参考 ･･･P.13

１．新興感染症等対応に関する検討の進め方【協議】

新興感染症等対応に関する今後の検討スケジュール（現時点のイメージ）



＊社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める

p.46

今後の議論に向けたヒアリングについて（案）

○　第８次医療計画の策定に向けた検討を進めるに当たり、まずは、医療現場・自治体等の関係者から、

・　今般の新型コロナウイルス感染症対応における取組状況

・　今後の新興感染症等対応に向けた課題

等についてヒアリングを行うことが有益ではないか。

○　ヒアリングの実施に当たっては、例えば、以下のようなテーマに関し、本検討会の構成員をはじめ、関係団体・関係省庁の協力を得て、ヒアリングに協力いただける方を選定することとしてはどうか。

（具体的な人選は座長と相談の上、決定）

・　入院体制等の在り方（病床確保、各医療機関における感染防止対策、医療従事者の配置転換など）

・　地域における役割分担・入院調整の在り方（役割分担の内容、役割分担に向けた調整、入院調整など）

・　搬送体制の在り方（搬送調整、搬送体制など）

・　外来体制等の在り方（診療・検査医療機関、宿泊療養・自宅療養の健康観察や医療提供など）

・　人材確保の支援の在り方（医療機関間での医療従事者派遣、潜在医療従事者の確保など）

・　その他

新型コロナと医療機関の支援④

○ とはいえ、新型コロナ患者を受け入れる医療機関を個別に見た場合にこのような手厚い対応であっても減収することがあり得るのであれば、**財政面で受入れを躊躇することがないよう、より簡便かつ効果的な支援のあり方を検討することが**、今後に備えるためにも、**必要**。

○ そもそも、新型コロナ患者の診療については、累次の診療報酬上の特例的な対応が講じられており、減収が生ずるとすれば、医療機関が支払いを受ける診療報酬が新型コロナ前の水準と比較してなお不足することによって生ずる。

診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然であり、**診療報酬上の対応**の方が、**執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性も確保**でき、日常から習熟している業務処理となるため**医療機関の事務負担も少ない**と考えられる。また、**国による支援の成果やコストが医療（給付）費として「見える化」される**というメリットもある。

○ このため、新型コロナウイルス感染症の流行の収束までの臨時の措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、**前年同月ないし**新型コロナ感染拡大前の**前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき**。

○ 具体的には、新型コロナの感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、都道府県知事の同意を得て、①一定程度新型コロナの入院患者を受け入れること、②当該医療機関において医療従事者の処遇を維持・改善することを条件として、前年同月ないし前々年同月水準のいずれか多い方の診療報酬総額を基準として同水準が維持されるよう診療報酬を支払うこととしてはどうか。

（注）前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、例えば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8／10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能。

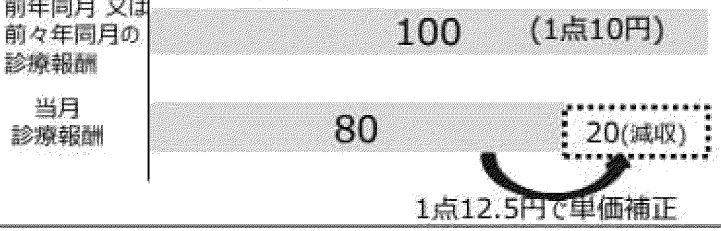
○ 他方、**新型コロナに対応しない医療機関にも講じてきた多額の支援**については、新型コロナへの対応に限られた財政資源を集中的に投入するという観点からも、これまでの支援について**その目的及び効果に遡った見直しが必要**。

◆東日本大震災等災害時における診療報酬の概算払い

診療録の滅失等の場合や被災後に診療を行った場合において、以下の算出方法で概算請求を行うことを認めた。

「直近３カ月の１日当たり診療報酬支払額」×「診療した実日数」

◆診療報酬による特例措置のイメージ



（参考）介護報酬における特例措置
（2021年介護報酬改定）

通所介護等の報酬について、感染症等の影響により、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から５％以上減少している場合、３カ月間基本報酬の３％の加算を行う。

日本医師会要望書「医療機関等への更なる支援について」（抄）

（令和2年6月9日）

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関では重症・中等症の診療報酬が3倍に引き上げられるなどの対応がなされましたが、今もなお、経営が悪化し、苦しい状況に置かれています。（中略）つきましては、さらなる対応として、概算払いや診療報酬の上乗せ措置等を実施していただきますよう、お願い申し上げます。

奈良県　厚生労働大臣への意見書（令和2年8月28日）（抄）

「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の拡充・追加といった逐次投入策では、当面厳しい経営状況が継続すると見込まれる医療機関にとって、当座はともかくその先の経営が見通せず、医療経営者のみならず、医療従事者や医療機関の安定した存続を願う患者にとっても安心できない状況が続くこととなると思われる。

以上より、一定程度の継続性が見通せる制度的対応こそが必要であり、奈良県として、診療報酬引上げによる対応を求めたい。具体的には、（中略）診療報酬の１点単価の引上げを奈良県の意見として申し入れる。（中略）他の支援措置のようななじみの薄い事務負担を医療機関に生じさせるよりも、県内医療機関に適用される診療報酬１点単価の引上げにより、その収益力改善を図ることが適当と考える。

（注）日本医師会の要望書及び奈良県の意見書については、新型コロナ患者を受け入れていない医療機関も含めた要望となっている。

（財政健全化に向けた建議（令和３年５月21日）参考資料から）

2021年度中のコロナ対応

- 2021年度中は、現在の病床確保体制（病床確保料含め）を継続すべきではないか？
- 病床確保のフェーズ別運用を開始する場合には病床確保料支払いのルール化が必要ではないか？
- その間に、2022年度以降の新しい病床確保体制への移行を医師会・病院団体として検討し結論出し提言していく必要があるのではないか？

（必要事項）

- まずは病床確保料の総額の把握と財源確保
  - 現在は2020年度3次補正財源で手当てされており早晩財源がなくなることも想定される。
  - 最悪の場合、財務省主導の概算払いへの移行を求められた場合の対応も検討しておく必要もある。

2022年度春以降のコロナ対応の病床確保体制

- 第8次医療計画の見直しとの整合性を確保しながら検討が必要ではないか？
- 大規模コロナ専門病院の地域における体制整備の実現性に関してどう考えるか？
  - 地方ではどうするか？都市部と地方のコロナ対応体制の違いをどう考えるか？
- 感染症指定医療機関など大規模病院における集中的な病床確保に関してどう考えるか？
  - 地方だけでなく、都市部においても、高次病院が指定されており、その病院の病棟を優先してコロナ対応に転換していく方針は、地域医療に及ぼす影響も大きく慎重に検討する必要があるのではないか？
  - 重症病床の確保は、集中的に病床を確保する感染症指定医療機関だけでは不可能ではないか？
  - 大学病院の協力に関してどう考えるか？
  - 人的資源の新たなコロナ対応医療機関への法定拘束力をもつ招集の可能性に関してどう考えるか？
  - ファイナンスの方法はどうするか？
    - 補助金で対応すべきか？診療報酬で対応するか？
    - 概算払いをベースとした支払い（1点単価変更はなしとして）を認めるか？
  - 協力医療機関を指定する制度に関してどう考えるか？その場合、どのようにファイナンスするか？
- 今のままの多数の急性期病院がコロナ対応病床を確保し続ける場合、今後の病床確保料（休止病床分ふくめ）をどのようにしていくべきか？
  - 人員配置基準はなしでいいか？（休止病床認定の基準は？）
  - 病床稼働状況に関してなんらかの基準を設けるか？
  - 軽症対応のみの病床を認めるか？
- 保健所の関与をどこまで求めるか？（いつから通常の病診連携で対応するか？）

神奈川県慢性期医療協会コロナ対応調査１受け入れ体制の変化

2020年12月と2021年11月に行った神奈川県慢性期医療協会会員45施設への調査から　回答25施設と19施設

		2020年12月	2021年11月
発症から10日以上経過し、かつ発熱、呼吸器症状がない状態が直近72時間持続している患者の受入	①　受け入れ不可	6(21%)	2(11%)
	②　受け入れ可だが、PCR検査等何らかの陰性証明が必要	8(29%)	4(22%)
	③　受け入れ可で、PCR検査等なしでも受入可能	9(32%)	10(53%)
	④　個別に対応	5(18%)	3(16%)
受け入れ病床	①一般病室で受け入れ		9
	②一時的に隔離		4
重点医療機関協力病院B群について	神奈川県全体	1	32

2020年12月では下り受け入れ施設が61%だったが、2021年11月には75%と増加した。
一方陰性証明を求める施設が22%あり、下り入院後隔離している施設も4施設（2週間程度）あった。
この間に神奈川県医療機関協力病院に登録している病院は1から32へ増加した。

神奈川県慢性期医療協会のコロナ対応調査２　下り患者受け入れ状況

2021年11月26日19施設の回答から

陽性者の治療後の受け入れ人数	①　受け入れなかった	5施設
	②　1－10名	9施設（42名）
	③　11名以上	5施設（82名）
	④　神奈川県下り搬送調整システム/総数	24名/124名
クラスター	①　なし	12
	②　クラスターになった	6
入院患者感染者	①　陽性者は出なかった	10施設
	②. 陽性者が出たが当日転院した	3施設（15名）
	③. 陽性者が出て暫く隔離治療した	5施設（84名）

感染者が出た病院では84名が自施設（慢性期病棟）で入院継続していた。
陽性者の転院ができなかったのが理由で、課題は人手不足、個室が少ない等であった。

慢性期医療病棟の人員配置　看護補助者、介護職は必須

医療法区分	入院基準	看護職員	看護補助者	介護職員	夜勤	72時間
一般	特殊疾患病棟入院料1	10対1			2以上（内看護職員1以上）	
	障害者施設等入院基本料10対1	10対1	－		看護職員2以上 （内看護師1以上）	○
	緩和ケア病棟入院料1・2	7対1	－		看護師2以上	
一般・療養	回復期リハビリテーション病棟入院料1・2	13対1	30対1		看護職員2以上	
	地域包括ケア病棟入院料1・2・3・4	13対1	－			
療養	療養病棟入院基本料1・2	20対1	20対1		2以上（内看護職員1以上）	
	療養病棟入院基本料注11	25対1	25対1			
介護	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）	6対1 （30対1）		4対1 （20対1）	2以上（内看護職員1以上）	
	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）					

看護補助者・介護職がいないと病院・介護施設は成り立たない

鶴巻温泉病院の看護・介護職必要人員

介護職員に対する処遇改善に対する対応 （日本介護医療院協会2021年度調査）

介護職員処遇改善加算	施設数	比率（%）
1.受けている	118	79.2
2.受けていない	31	20.8

介護職員等特定処遇改善加算 （技能・経験のある職員にさらに加算する）	施設数	比率（%）
1.受けている	78	52.7
2.受けていない	70	47.3

併設病院病床の看護補助者に対して処遇改善を実施している	施設数	比率（%）
1.実施している	79	56.8
2.実施していない	60	43.2

その財源はなんですか？	施設数	比率（%）
a.病院持ち出し	54	85.7
b.看護補助加算	3	4.8
c.その他	7	11.1

介護医療院に勤務する介護職には80%の施設で処遇改善加算を受けているが、特定処遇改善加算は少ない。同じ施設で働く病院の介護職(看護補助者)には公平性を担保するために病院持ち出しで、半数以上の施設が処遇改善を実施している。

日本医師会・病院委員会によるアンケート調査
「COVID-19 の第５波流行を踏まえた医療提供体制に関するアンケート」

【調査概要】
調査対象：47 都道府県医師会
調査期間：2021 年 12 月 22 日～2022 年 1 月 24 日
回 答 数：47 都道府県医師会（回収率 100%）

１．第５波の入院医療提供体制についてお聞きします。（都道府県全体）

（ア）COVID-19 確保病床数 ＿＿＿＿床 （内訳）重症用病床数 ＿＿＿床
（内訳）即応病床数 ＿＿＿床 （内訳）準備病床数 ＿＿＿床

（イ）COVID-19 対応病院数 ＿＿＿施設

（ウ） ＿＿月＿＿日時点の数字（※ 原則として９月１日時点。ただし、感染拡大が最大となった時点が第４波であった場合や、９月１日から大きくずれている場合は任意の日の状況をご記入下さい。）

【回答結果】

	何日時点	確保病床	重症用	即応病床	準備病床	対応病院
北海道	5 月 28 日	1809	162	1647	0	97
青森	9 月 1 日	308	31	277	6	24
岩手	9 月 1 日	350	45	305	0	26
宮城	9 月 1 日	494	54	423	17	24
秋田	9 月 1 日	289	24	-	-	19
山形	9 月 1 日	237	26	237	0	10
福島	9 月 1 日	637	-	-	-	42
茨城	9 月 1 日	814	70	791	23	45
栃木	9 月 1 日	461	46	461	0	24
群馬	9 月 1 日	472	76	472	0	32
埼玉	9 月 1 日	1834	235	1834	0	102
千葉	9 月 1 日	1419	141	1419	0	90
東京	9 月 1 日	6406	465	6117	289	173
神奈川	9 月 1 日	2146	281	1865	1790	187
新潟	-	555	28	527	0	50
富山	9 月 1 日	536	36	442	94	22
石川	9 月 1 日	435	39	413	22	25

	何日時点	確保病床	重症用	即応病床	準備病床	対応病院
福井	9 月 1 日	424	24	324	100	23
山梨	-	367	24	-	-	11
長野	9 月 1 日	490	43	490	0	50
岐阜	9 月 1 日	783	59	783	0	35
静岡	9 月 1 日	710	63	704	6	42
愛知	9 月 10 日	1722	183	-	-	-
三重	9 月 1 日	467	54	467	0	23
滋賀	9 月 1 日	383	52	331	0	22
京都	9 月 1 日	614	44	614	-	45
大阪	9 月 30 日	3471	433	2851	187	190
兵庫	9 月 1 日	1237	142	1237	0	84
奈良	9 月 1 日	454	34	454	454	24
和歌山	9 月 8 日	605	26	579	-	21
鳥取	9 月 1 日	337	47	310	27	19
島根	9 月 1 日	324	5	265	59	29
岡山	9 月 1 日	557	68	536	19	57
広島	9 月 1 日	848	51	-	-	41
山口	9 月 1 日	633	47	558	75	35
徳島	9 月 1 日	234	25	234	-	12
香川	9 月 1 日	234	28	234	0	16
愛媛	9 月 11 日	278	26	252	-	26
高知	9 月 1 日	292	58	234	-	17
福岡	9 月 1 日	1472	203	1472	0	106
佐賀	9 月 1 日	389	48	378	11	14
長崎	9 月 1 日	532	42	448	84	41
熊本	9 月 1 日	610	56	511	99	51
大分	3 月 12 日	508	43	411	54	44
宮崎	9 月 28 日	332	33	332	0	33
鹿児島	9 月 1 日	566	39	566	-	53
沖縄	9 月 1 日	799	62	541	-	26

2．医療提供体制について、当てはまるものに〇をつけて下さい。

2-1 COVID-19 対応について

2-1（ア） 診療所外来での COVID-19 対応

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 45

a	b	c	d
1	4	30	10
2%	9%	67%	22%

2-1（イ） 診療所からの往診による COVID-19 対応

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 40

a	b	c	d
7	10	21	2
18%	25%	53%	5%

2-1（ウ） 急性期での入院医療

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 46

a	b	c	d
3	9	27	7
7%	20%	59%	15%

2-1（エ） 上記（ウ）で a.b と回答された場合、理由・要因について教えてください
（当てはまるものすべてに〇）

i 病床が足りない　　iii 看護職員が足りない
ii 医師が足りない　　iv 必要な資材が足りない
v その他（具体的に：　　）

i	ii	iii	iv
8	11	10	1
67%	92%	83%	8%

（複数回答。a と b の回答数=12。）
（※ ここでのパーセンテージは a+b に対する回答割合です。）

「v その他」の回答欄

・入院調整が一部困難であった
・保健所スタッフが足りず、対応に時間が掛かった。
・コロナ対応可とする病院であっても、構造設備、動線の問題や一般医療との兼ね合いで、想定よりも受入が困難となる事例が散見された。

（※ 自由記入欄では都道府県医師会名は伏せております。以下の設問も同様。）

2-1（オ） 急性期治療後の転院（後方医療機関・転院先病院や施設の確保）

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 46

a	b	c	d
1	9	30	6
2%	20%	65%	13%

2-1（カ） 上記（オ）で a.b と回答された場合、理由・要因について教えてください（当てはまるものすべてに〇）

i 病床が足りない　　iii 看護職員が足りない
ii 医師が足りない　　iv 必要な資材が足りない
v その他（具体的に：　　）

i	ii	iii	iv
7	5	5	2
70%	50%	50%	20%

（複数回答。a と b の回答数=10。）
（※ ここでのパーセンテージは a+b に対する回答割合です。）

「v その他」の自由回答欄

・搬送の問題、リハビリの問題
・病床を確保したが転院調整がうまく機能しなかった
・転院先の病院が受け入れに消極的
・コロナ感染症に対する医療スタッフのアレルギー
・入院患者が下り搬送に納得してくれない事例が散見された。

2-1（キ） 宿泊療養施設対応

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 44

a	b	c	d
2	12	25	5
5%	27%	57%	11%

2-2 COVID-19 以外の疾患に対する入院医療の提供について（コロナ医療と通常医療との両立）

2-2（ア）急性期入院

a 非常に困難であった
b 困難であった
c なんとか対応できた
d 十分対応できた

n= 45

a	b	c	d
0	10	32	3
0%	22%	71%	7%

a.b と回答された場合、その理由について教えてください。

・第 4 波の感染拡大期においては、大学病院や救急病院でのコロナ病床を拡大してきたことに加え、救急病院でのクラスター発生などにより、一時期厳しい状況となった。

・第 5 波で最大 500 床程度のコロナ患者の入院受入病床を確保した結果，休床数は最大 900 床程度となり，感染拡大時は，他病棟の看護師等をコロナ病棟に配置するなどして対応した医療機関等もあり，通常医療に相当の影響が生じていたものと考えられるため。休床病床内訳：ICU48 床，HCU28 床，一般病床 837 床

・人員の確保が難しかったことと、ICU などの確保が難しかった。

・ベッド、マンパワーの件で急性期病院の従来の医療の継続が困難だった

・急性期医療をになう医療機関へのコロナ感染症の中等症・重症者の入院が急激に増えたため、病床の不足や医療資源が割かれたために通常診療が困難になった。

・①ハイケアユニットをコロナ病床に転用せざるを得なかった。②コロナ対応に時間と人材を取られた。

・新型コロナ受入体制を拡充するには通常医療を行っている医師や看護師を転用する必要があり、医療機関は救急の受け入れや手術等をさらに制限せざるを得なくなる。

・医療機関によっては、救急の受入や入院を制限することがあった。

・夏の終わりで、比較的、他の患者が少なかった。一般手術、入院を延期したため。

・急性期疾患の受入を停止した医療機関が多数見られた。

・一般診療の縮小を余儀なくされた。

2-2（イ）回復期リハビリテーション病棟入院・地域包括ケア病棟入院

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 45

a	b	c	d
0	3	39	3
0%	7%	87%	7%

a.b と回答された場合、その理由について教えてください。

・短期間のコロナウイルス感染症の急増のため、急性期病棟との連携調整が混乱した。調整すべき厚生センター・保健所の業務が過重になり調整が困難となった。回復期病棟・ケア病棟も感染対策に追われ業務が過重となった。

・（「d 十分対応できた」に回答の上で）受け入れに消極的であったため、コロナ以外の患者さんの入院については全く問題なかった

・回復期リハ病棟・地ケア病棟においては、通常医療の患者を優先せざるを得ず、コロナ対応が必要な患者の受け入れ自体が困難であったのではないかと考えている。

・（再掲）第5波で最大 500 床程度のコロナ患者の入院受入病床を確保した結果，休床数は最大 900 床程度となり，感染拡大時は，他病棟の看護師等をコロナ病棟に配置するなどして対応した医療機関等もあり，通常医療に相当の影響が生じていたものと考えられるため。休床病床内訳：ICU48 床，HCU28 床，一般病床 837 床

2-2（ウ）療養病床入院

a 非常に困難であった　　c なんとか対応できた
b 困難であった　　d 十分対応できた

n= 44

a	b	c	d
0	4	36	4
0%	9%	82%	9%

a.b と回答された場合、その理由について教えてください。

・人員不足と発熱者の対応の困難さ

・療養病棟も感染対策のために業務が過重となり、短期間に患者受け入れ体制を増やすなどの対応が困難であった。

・（「d 十分対応できた」に回答の上で）受け入れに消極的であったため、コロナ以外の患者さんの入院については全く問題なかったことと同様に、急性期病院の入院が長く、急性期病院内の一般病床にて対応したところが多かった

・療養病床においては、通常医療の患者を優先せざるを得ず、コロナ対応が必要な患者の受け入れ自体が困難であったのではないかと考えている。

・療養病床の感染への対応力の低さ、院内発生に対する恐れが受入を消極的にした。

・（再掲）第5波で最大 500 床程度のコロナ患者の入院受入病床を確保した結果，休床数は最大 900 床程度となり，感染拡大時は，他病棟の看護師等をコロナ病棟に配置するなどして対応した医療機関等もあり，通常医療に相当の影響が生じていたものと考えられるため。休床病床内訳：ICU48 床，HCU28 床，一般病床 837 床

2．　仮に、第 5 波（または過去の感染拡大最大時）の 2 倍の流行が生じた場合での COVID-19 の医療提供体制についてお聞きします。当てはまるものに〇をつけて下さい。

3．（ア）診療所外来での COVID-19 対応

a　非常に困難である
b　困難である
c　なんとか対応できる
d　十分対応できる

n=　45

a	b	c	d
8	13	21	3
18%	29%	47%	7%

3．（イ）診療所からの往診による COVID-19 対応

a　非常に困難である
b　困難である
c　なんとか対応できる
d　十分対応できる

n=　44

a	b	c	d
11	18	15	0
25%	41%	34%	0%

3．（ウ）急性期での入院医療

a　非常に困難である
b　困難である
c　なんとか対応できる
d　十分対応できる

n=　45

a	b	c	d
12	13	19	1
27%	29%	42%	2%

上記ウで a.b と回答された場合、その理由について教えてください。

・全体としての病床数が足りていない

・病床や医療従事者が足りないため

・人材不足と発熱患者対応の困難さ

・重症化する人が多くなれば、マンパワーにゆとりが生じその分、入院患者の受け入れを増やすことは可能と思うが、感染者が 2 倍になると療養施設や臨時医療施設の受け入れで相当数をカバーしなければ対応できないと考える

・最大確保病床数を 6691 床確保しているが、第 5 波の 2 倍の感染拡大が生じた場合、重症・中等症Ⅱの入院対応で逼迫し中等症Ⅰの入院が困難になる可能性があるため。

・不要不急の医療の延期だけでは対応できないため

・新型コロナ感染症流行前より、国の診療報酬等を通じた政策によって冗長性は失われており、急激な受け入れ体制の拡充は困難である。

・第５波流行期には専用病床の７～８割が利用されていた。どの急性期病院も、さらに専用病床を２倍に増やすことは、非コロナ患者への影響が大きく不可能と思われる。

・ベッドの確保はできてもスタッフの確保が難しい

・病床･宿泊施設が足りない。

・第５波でも対応が困難であったことを踏まえると、数字上は３割増の体制は組めても、人的資源、移送方法等、様々な課題により、具体策が構築できているとは言えない状況と考えている。

・マンパワー、スペース等の確保が困難となるため

・流行株の病原性に大きく影響されるので回答できない。

・対応する診療所の不足（人的、知識、経験も）

・中等症以上の患者数によりますが、4 波のときには大学病院が満床となり、最重症者の受け入れが困難となるなど、医療崩壊寸前でした。平時

でもリソースはギリギリのため、患者数急増時には逼迫すると思われます。

・病床、スタッフが足りない

・入院期間の長さ、患者数の増加率に依存する

・急性期病院において病床の一部をコロナ病床に転換する場合が多く、結果として一般急性期への対応病床が減少してしまうため。

・地域によっては、救急受入や入院を制限するなどの影響が考えられる。

・感染拡大に伴い入院が必要な患者についても増加するため、コロナ医療病床のひっ迫が懸念される。

・デルタ株と同じ重症化、中等症化があれば対応できない。しかし、オミクロン株であれば対応できる。

・病床の不足

・病床は確保できたとしてもスタッフの数が不足すると考えられる。

・患者の急増に伴い、他疾患の受入停止があった。また、職員の休職（濃厚接触等による出勤停止）などがあった（人手不足）。

・病床確保（対応に当たる医療従事者の確保も含む）の限界

3．（エ）急性期治療後の転院（後方医療機関・転院先病院や施設の確保）

a　非常に困難である　　c　なんとか対応できる
b　困難である　　d　十分対応できる

n=　45

a	b	c	d
4	13	24	4
9%	29%	53%	9%

上記エで a.b と回答された場合、その理由について教えてください。

・新型コロナ感染症流行前より、国の診療報酬等を通じた政策によって冗長性は失われており、急激な受け入れ体制の拡充は困難である。

・全体としての病床数が足りていない

・第５波の２倍数であれば受入れ可能な医療機関は、ほぼ満床で転院を受けれる余裕はなくなると思われる

・受け入れ病床が不足するため。

・病床数の確保

・病床･宿泊施設が足りない。

・第５波の時でも、なかなか転院できず、自院の一般病床へ転棟させて対応していた。これをさらに増やすことは困難と思われた。

・感染力が無くなったことに対する不安が強いためか、一般病床対応に対する抵抗があると思われる

・第５波の２倍の流行が生じた場合の対応として、通常医療を止めることを前提とした体制が想定されており、医療全体としては、非常に困難な状況と言わざるを得ない。

・通常医療に影響がある。

・地域によっては、通常医療への影響が考えられる。

・後方支援病床の感染への対応力の低さ。院内発生に対する恐れが受入を消極的にした

・対応病院は病床数が追いつかない可能性があります。

・病床、スタッフが足りない

・療養終了後に、引き続き医療加療が必要な患者を受け入れる「後方支援医療機関」の登録を進めているが、対象患者が増加した場合には、受入調整が難しくなることが予想される。

・（再掲）患者の急増に伴い、他疾患の受入停止があった。また、職員の休職（濃厚接触等による出勤停止）などがあった（人手不足）。

3．（オ）宿泊療養施設対応

a　非常に困難である
b　困難である
c　なんとか対応できる
d　十分対応できる

n=　45

a	b	c	d
6	14	20	5
13%	31%	44%	11%

3．　今後、COVID-19 のような新興・再興感染症の流行あるいは大規模災害が生じた場合に、十分な対応を行うためとして、メディア等で以下のような主張が見受けられます。ご意見をお聞かせください

4．（ア）高度急性期・急性期を担う病院を明確にしたうえで、当該施設の人員配置を厚くする。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 47

a	b	c
27	2	18
57%	4%	38%

4．（イ）各都道府県に感染症専門病院を作る。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 47

a	b	c
14	9	24
30%	19%	51%

4．（ウ）中核医療機関を決め、有事の際に診療所も含めた他の医療機関から人的資源や資材を集められるような法整備を行う。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 46

a	b	c
15	12	19
33%	26%	41%

4．（エ）次の新興・再興感染症の流行等に備えて、HER-SYS、G-MIS、V-SYS などのシステムを一本化し、関係機関間の情報共有を円滑に行うための情報システムを構築する。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 47

a	b	c
45	0	2
96%	0%	4%

4．（オ）東京都医師会が行う自宅療養者等に対するオンライン診療システム「東京コロナ診療待合室」のようなオンラインでグループ診療が行えるような仕組みを構築し、無症状者や軽症患者の在宅療養を支援することで、入院医療の負荷を軽減する。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 47

a	b	c
21	0	26
45%	0%	55%

4．（カ）感染拡大時には入院は調整本部が行い、自宅療養などの調整などは保健所だけではなく、自治体・保健所からの委託により医療機関間の調整でも行うようにし、その調整結果を保健所が医療機関側から連絡される仕組みとする。

a 賛成　　b 反対　　c どちらともいえない

n= 46

a	b	c
22	2	22
48%	4%	48%

４．　今後、COVID-19 のような新興・再興感染症の流行あるいは大規模災害が生じた場合に、十分な対応を行うために、どのような対策が必要でしょうか。お考えをご自由にお書きください。

◆新興感染症の流行、大規模災害では一時的に医療需要が増大するため、機動的な対応ができる体制の構築が求められる。今回のコロナの経験で、日本で足りないのは病床ではなくマンパワーであることが明確となった。また ICU などの高度急性期病床不足、個室が少ないと言う病棟の構造などが入院患者の制約に繋がった面もある。

今後の対策としては、

1．正確な機能別病床数を把握（現行の病床機能報告制度では不十分）した上で、高度急性期・急性期病床への人員配置の見直し。

2．診療報酬上、現行より入院期間の短縮を図り、診療密度を高めるインセンティブを与え、有事に対応できるマンパワーの確保を図る。

3．感染爆発対策としては臨時入院施設の設置、事前の人員確保計画策定で対応。

4．人口減少に対応した病床削減が今後進むと思われるが、その際個室病床への転換へ補助金などで政策誘導する。

◆強いリーダーシップがとれる体制で臨機応変に対応ができるようにする。

ウイルス感染症の検査機関を平常時に十分対策しておくこと。ＰＣＲ検査をもっと容易にできるようにしないといけない。診断とトリアージする医療機関を充分に設置すること。現段階では少ないと思う。

日本は第３回目のワクチン接種が遅れている。１月３１日時点で 10%未満で、先進国内で最下位。第３回目接種を早期に速く行うこと。

◆自治体を中心に情報を整理して公開し、皆が全体を見えるようにする中で、連携を促進する手立てが必要と思います。

但し、マスコミ主導の情報氾濫は不安を煽るものであり、適切な制御ができることが望まれます。

◆地域医療構想と地域包括ケアシステムは互いに連携し合うものである。新興・再興感染症の流行など大規模災害等が生じた場合、行政各部署や医療を横断した危機管理的部門を新設するなど関係機関間での緊密な情報共有や連携強化を図ることで、事態に即した対策を講じることが可能と思われる。

◆感染症と大規模災害を同列に記載できないため、感染対策について記載するが、県とは独立した感染症対策の対応部署を作る必要がある。

内容的には、

1.全県的な感染症情報の収集・整理と感染症対策

2.全県的な医療機関の連携や研修

3.医療関連施設も含めた対策

4.県民への感染症や対策の知識の啓発

5.世界的な感染症情報の収集と分析

県医師会が中心となっておこなわれることは理想的

◆昨年末より県医師会にて「新興感染症等発生時における医療機能の今後のあり方検討会議」PT を発足させ、まず今回のコロナの反省から始め、本年５月には今後の対策の結果をまとめ、公表する予定である。

◆

【感染予防】

ワクチン接種体制の確立（供給、住民への連絡、人材確保、一元管理）

検疫体制の充実

【感染状況の把握、サーベイランス体制】

検査体制の拡充

検査結果の一元管理（マイナンバーカード）

個人健康情報の活用（PHR）

【診療体制】

診療検査医療機関での早期の治療開始体制の確立、その後の治療フロー体制の確立

隔離施設の充実

自宅療養者の健康観察、生活支援の充実、症状悪化時・救急への対応を確保

入院医療機関の確保（平時よりの準備、感染拡大時の対応を協定化）

【本部機能】

対策本部機能の充実（情報一元管理、指揮命令系統の確立）

保健所機能の集約

【平時の対策】

ワクチン、治療薬の国内生産体制の確保

医療資機材の国内生産の確保

医療人材の確保、教育

パンデミックを想定した訓練（ワクチン、検査、医療体制のレベルに応じた切替え訓練）

パンデミック時の BCP 策定とその訓練

【その他】

新型インフルエンザ感染症拡大時計画の見直し

◆災害対策の基本である、本部機能の設置や情報収集・共有などを平時から、行政・医師会・大学が一体となって組織化することは必須だ。

今回●●県は、●●大学災害教育センターの DMAT に統括していただいて、非常時の医療調整に手ごたえを感じた。それは大学の人材やノウハウを教育以外に転用することで、新たな施策に結実させる可能性の模索でもある。

◆

◎今回のコロナ対応でのシステム構築の経験をもとに、迅速な役割分担や当番の構築手法を確立する

→最初は指定病院や基幹病院での対応をしていただくが、ほぼ同時進行で、一般の開業医での役割や当番を取り決める。

今回、感染拡大後に、ようやく意見の集約をはじめても、時間を要し、後手後手になった印象がある。

・今回の経験をもとに、医療体制に関する具体的で一歩踏み込んだ医療継続計画をしっかりと作成しておくと、いざというときに迅速に対応できる。

・また、国の方針をもとに県主導で判断することになるが、もう少し医師会に権限があると（もしくはさらに密でスピーディーな行政との連携や意思決定システムがあると)、さらにスムースに物事が進むのではないか。

・電話連絡や FAX では、連携が遅いので、オンライン環境をもう少し積極的に利用するとスピーディーに意思決定ができるのではないか。

・行政からの金銭面なども含め、補償の意思をすばやく決定して、しっかり提示していただくと、医療側は安心して医療を提供できる（医師だけではなく、スタッフへの補償もしっかりやっていただくと、チームとして迅速かつ強固に行動に移すことができる)。

◆

・入院医療については、重症、中等症、軽症対応病院、後方支援病院の円滑な連携システムの構築

・発熱患者、自宅・宿泊療養患者へのかかりつけ医の対応と病院の支援システム

・入院医療から地域医療へのシステムの構築（行政、かかりつけ医、急性期病院、後方支援病院）

・行政、医師会、医療機関等の連携は言うまでもないが、この連携を密にするため、同じプラットホームで情報を共有できるような地域の医療介護の ICT 連携を構築する必要がある。

しかし、診療報酬において医療機関、介護施設の導入・維持費用は十分に反映されているとは言えない。導入に際しての費用の十分な補助そして維持費用が捻出できる診療報酬制度等が必要である。

◆行政と医師会の連携を密にして、早目早目に動ける体制を構築することが重要。

◆地域包括ケアシステムを考え、可能な限り地域で対応できるように役割分担を考えて体制作りする必要があると考えます。

今回のような２類感染症となると情報を官が握り、個人情報保護法の観点から一般診療所へ情報を提供しない時期もあり、情報共有を円滑にする必要性も感じた。

●●県では確立していない自宅療養体制整備の必要性を感じた。

◆日頃からの連絡体制の構築

◆

◦対応する各病院内に、重症・中等症・軽症の入院患者がどの程度入院しているのかを情報共有できるシステムにより、県内の状況の見える化を図る。

◦県全体を視野に入れ、災害時のように指揮命令系統を明らかにさせ、各医療機関がその指示を守るように動く（なるべく、トップは権威のある医師に任せるようにし、結果を行政に報告するシステムが良いように思われる。）

◆・行政とのスムースな連絡と対策・議会決定なしの条例（時限付き）

◆対応チームのトップに医師を据えること。日常から政策に医療者の意見を反映させること。保健所の体制強化。感染症に関する専門家の養成。

◆

・地域の実情に応じた各関係機関の役割分担の明確化（地域によっては重点化）が必要。

・そのうえで、都道府県（調整本部）と保健所、市町村、病院、診療所、消防機関、警察、医師会等関係機関が円滑な連携を図るために、必要な情報を必要な範囲にだけ、適宜、共有できるシステムの構築が喫緊の課題と考える。

・COVID-19 においても、HER-SYS、G-MIS、V-SYS、VRS など、本来、一体的に運用すべき情報システムが個別に構築され、分散している状況に陥っており、今後、IDaas の利用（ID 連携によるシングルサインオンの導入）による一体的運用を検討するとされているが、デジタル庁をはじめ、関係省庁が相当な覚悟をもって取り組むべきである。一方で、情報システムの構築にあたっては、全て行政に任せてしまうのではなく、従前から地域で構築されているシステムの活用も含め、医師会が主体的にシステムのあり方を提案する必要があるのではないか。現場のニーズ

を反映させるためも、医師会が描くイメージを明確に国に伝えるべきで、受け身のままでいるべきではない。

◆第四波では高齢者だけでなく 40～50 代を含めて重症患者が急増した結果、臨時的に重症者用病床を確保する等の対応を行ったが、病床使用率は100%を超過し、軽症中等症病床等で一部の重症患者の治療を継続した。

新規陽性患者数が最大となった第５波では、災害級非常事態として重症用病床を 605 床確保した結果、一般医療と両立可能な病床における使用率は 90%と逼迫したものの、確保病床に対する使用率は 50%弱となり、第四波の医療逼迫は生じなかった。

ただし、一定の補助金はあるものの行政指示に従って都度病床を供出していくことは、人的確保が厳しい現状において通常医療にも支障が生じており、まさに有事である。現下のコロナ禍において阪神大震災や東日本大震災、熊本地震のような大規模な災害にひとたび見舞われれば、DMAT や JMAT 等医療スタッフの参集等ままならなかったであろう。今後新たな感染症のパンデミック時の際には現行の医療提供体制では厳しいと言わざるを得ない。

そのため、災害級非常事態でも通常医療との併用ができるよう、公立・公的病院を中心とした専門病院の設置と人材は民間医療機関も含めて派遣体制を整える等の役割分担等が必要である。

（都道府県）医師会では専門家会議の意見を踏まえつつ、行政会議等で主張、要望する一方、研修会を開催し感染管理区域で診療に従事するための人材育成を図っている。

医療計画上の５疾病５事業に追加された新興感染症への対応を含め、医療計画と今般の新型コロナにおける「保健・医療提供体制確保計画」をまとめたうえで、今後の感染症や大規模災害に対応できる次期医療計画の策定が求められる。そのうえで医療機能の役割分担と地域包括ケアシステムの構築を推進する必要がある。

今般のコロナ禍のような状況においても、地域医療構想において、今もなお、病床削減や医師数削減ありきの方針は全く変わっておらず、直ちに国民すべてが必要な医療をいつでもどのような状況であっても受けられるように方針転換すべきである。強く国に働きかけを行わなければならない。

◆

１．予め、国立・公立・公的病院を中心にして、新興・再興感染症が流行した場合に備えて、医療法上の許可病床数等に制約されることなく、確保すべき病床を割り当てて準備しておく。

２．標準的な治療方法が判明すれば、早い段階から軽症者に対しては外来診療や訪問診察でも標準的治療薬が投与できるようにして、重症患者の発生を抑える体制とする。

３．PCR 検査機器が大幅に普及したことから、臨床検体が BSLⅡの対応で良い場合は、早い段階から、公的検査機関だけでなく医療機関での検査結果をもって感染症法上の届出等ができる体制として、予防投薬等の感染拡大防止措置が現場医師の判断で迅速に対応できる体制とする。

4．今回の宿泊療養施設や自宅療養支援に参画する医療従事者が多数必要になった事態に備え、医療行為の標準化や研修システム確立などを体系的に構築しておくべきである。その点では新興・再興感染症流行にも JMAT の組織体系と研修システムをうまく活用していくべきである。

◆今後の対策は国が主導のうえ予算化し、地方自治体と協力しながら各都道府県に新型コロナ等の感染症専門病院を開設すべき。同病院は、想定される最大患者数を考慮した重症病床と医療機器等を装備し、平時は新興感染症に対応できるスタッフを養成するトレーニングセンターとして運用する。万一、新興・再興感染症や大規模災害が発生した際には、訓練されたスタッフを動員する体制を構築するのがよいと考える。

◆感染症患者の治療を行うためには、医師・看護師が一般医療の患者に対応する以上に多く必要である。重症患者に対応する場合には、さらに多くの医師と看護師が必要。

しかし、我が国は先進諸外国と比較しても入院患者数（病床数）当たりの医師、看護師が少なく、特に、本県では、病院医師数が不足。コロナの治療にあたる病院内科医や専門の感染症内科医も少ないのが実情。

そこで、今後の新興感染症の発生時に備えるため、県からの要請で感染症患者を受け入れる病床を「感染症病床に準ずる病床」、「危機管理病床」として指定し、診療報酬や補助金等の支援により、平時から看護師等を余力をもって保持できるような仕組みの創設が必要。

・保健所機能の強化が必要

◆

1．行政：県対策本部が政令市・中核市・市町村を統括する

2．医療：中核医療施設が緊密に連携しリーダーシップがとれる体制整備

3．情報：透明化しタイムリーに生データを公表する（情報ネットワーク）

4．遠隔診療他：ICT 活用の拡充

◆この 2 年の経験から、こうした広範囲な感染症拡大の元で、行政施策にいかに医師会の意見を入れて頂くか、また行政からの要請にいかに医師会が応えていくのかが、非常に重要であると強く感じております。

県営でのオンライン診療センター（CovHOC）も、昨年の東京都の取り組みなどを見ながら、●●県でもオンライン診療を進めるべく検討してきましたが、実際的な動きは鈍く推移しておりました。しかし、年末からのオミクロン株の急拡大を受け、それまで遅々として進まなかったオンライン診療ですが、県が主体となって設営した施設内に、オンライン診療に必要な機材、人員をそろえ、医師会がそこに派遣する医師を確保するということで、開始しました（いわゆる公設民営的な）。実質的には 1 週間ほどでの急ごしらえでしたが、1/14 に開設し、約 1 ヶ月で 2000 名以上の患者さんの診療を行う事ができました。県が患者発生のピークを 1/20 ころと予測してそれに間に合うようにと開始しましたが、1000 名を超える新

規陽性者発生時にも、陽性者の最大 10%程度を診療していた計算になります。対象者は上気道炎症状の軽症者となりますが、それでも多くの患者さんの診療がこなせたことは有意義であったと考えています。

感染症での対面診療が難しい場合や、災害時での被災地支援の中でもこうした仕組みは生きてくると考え、今回の経験を今後の対応にもいかしていきたいと考えています。

一方、課題としては、今回の新型コロナ感染症で、感染拡大のスピードがすさまじく、行政を始め、関係機関との調整に時間がかかると何もかも間に合わなくなるという現実に直面しました。現在も日医の月例の担当理事連絡協議会を医師会内で共有するための会議を予定し、会議が開催されるタイミングではすでに古い情報となって陳腐化することを多く経験しています。迅速な判断と実行力が試されると思います。法律や行政施策の遂行には行政側のこうした対応能力が問われますが、一方で我々医師会もそれに迅速に対応すべく、医師会長をはじめとするトップのリーダーシップが非常に重要と思っています。行政とも頻繁に、直接の意見交換の出来る場が必要で、今回のコロナ感染において、こうした協議の場面、人的な交流が図られたことは大きな財産になっていると思います。

◆平時でもギリギリの医療従事者数です。大規模災害時に即応できるようにするためには、普段からスタッフの数に余裕をもたせておくこと、そのために必要な診療報酬をつけていただくことが必要と思います。

また、病床数を削るばかりではなく、平時には使用しない病床を確保しておくことを認めるべきと思います。

4-（ウ）にあるように、中核医療機関を決め、有事の際に診療所も含めた他の医療機関から人的資源や資材を集められるような法整備を行うことも必要になるかもしれません。その場合、強制ではないこと、通常の業務を中止して参加する場合には、休業中も従来と同程度の報酬を補償すること、国民に本来の診療体制が維持できなくなることを十分に説明し理解を求めることが必要と思います。

医療経済実態調査の資料からは、コロナの影響で診療・検査医療機関の指定を受けている医療法人、受けていない医療法人ともに利益率が減少していますが、前者の落ち込みの方がより著しいと読み取れるように思います。補助金分を加えても前者は後者に追いついていません。感染の危険にさらされながら対応する医療機関が不利にならないような対策（補助等）を講じていただきたいと思います。

◆

・県内医療機関、県、郡市、保健所間の迅速な情報共有
・後方支援病院のリテラシー向上と転院システムの構築
・宿泊療養施設の迅速な確保と、医師・看護師派遣システム
・休職看護師の感染症対応能力向上のため、セミナー・実習の迅速な実施と高額給与
・普段から DMAT や JMAT に準じた感染症に特化した派遣チームを養成し、初期対応が困難な医療施設や療養施設、宿泊療養施設などに急派し

て、立ち上げ業務を担う

◆

・2009 年の新型インフルエンザのパンデミック（H1N1 ｐｄｍ,2009）の後、当県においても検証会議、総括が行われ、新興・再興感染症の流行時のマニュアルが作成された。しかし、今回の新型コロナのパンデミック時に同マニュアルは全く役立たなかった。

→なぜこのマニュアルが通用しなかったか、十分反省・検証をして、より具体的実践的な危機管理対策マニュアルを作成する必要がある。

・個人情報保護の観点から重要かつ迅速な情報が情報共有を必要とする組織に十分に伝わらなかった。そのため、危機意識の共有がなかなか図られなかった。

→情報共有すべき組織、共有すべき事項を関係組織と協議してリストアップする。SNS 等による行政（保健所を含む）・医療関係団体・その他必要な組織間の情報交換の場を平時のときから構築しておくべきである。

◆新興感染症については、かかりつけ医、診療・検査医療機関、疑い患者入院受け入れ医療機関、待機入院受け入れ医療機関、中等症～重症患者受入医療機関のそれぞれの役割と相互の連携体制を明確にするべきである。システムを効率的に運用するためには、強力なコーディネート機能が必要であり、医師会の参画が望まれる。自宅療養については、統一した診療指針のもと、地域のかかりつけ医療機関にて、電話診療、投薬、病状変化時の情報提供、往診、訪問看護ステーションや調剤薬局との連携ができる体制が望ましい。

大規模災害については、被災を免れた医療機関に人的・物的資源を集約し、前方展開型の医療体制を整えるべきである。日常医療における基幹病院でなくても、地域の残存資源を外部から投入し医療救護病院としての機能を担って頂く。残存する医療機能を全て結集する総力戦の災害医療体制構築のためには、日頃からの訓練が必要である。

◆

・まずは、国内流入を抑え、初期は強い対策を行い、情報を集め分析を行う時間が必要。

・ＷＨＯを含め、世界と情報共有する体制が必要で、専門家と協議し、国から強い対策を出すシステム作り。

・地方は行政の縦と横の連携を強化、保健所機能も平時と有事の二段構えが必要。

・病院は地域の実情に応じた、余裕のある体制を残しておく必要がある。

・医師会を中心として、地域の病院、診療所、保健所と平時より、顔の見える関係を作っておく。

・mRNA ワクチンの国内生産をすすめておく。

・機材、物資の備蓄。
・非常時オンラインの構築。
・全医療人の連携、個々のレベルアップ（開業医でも、他人事のような傍観者も多い。）
・情報伝達→初動へのつながり。先ず遠方の公的より、身近なチーム初動しやすい組織づくり。
・迅速なライフライン確保行動。
・災害も感染症の場合も、地域においては、地域医師会の主導が必要

◆国や県が、人員が不足する地域に、いかに人員を補充するかを、平時より対策を講じていくことが必要である。

◆・市町村保健師の活用・自宅療養者に対する生活支援の拡充

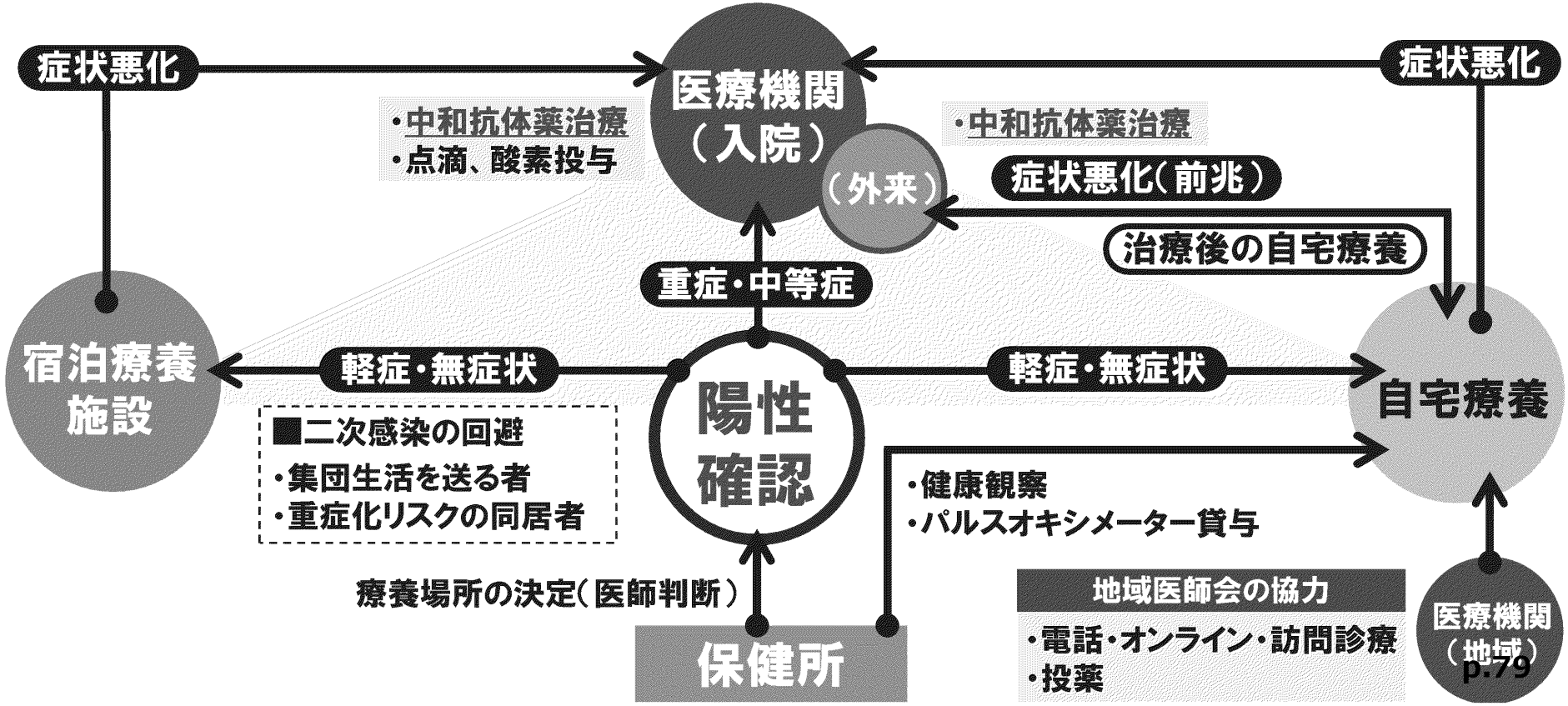
北海道１

北海道における医療提供パッケージ

目指す姿　療養者の命や健康を守る体制を確保

課題
・限られた医療資源
・長時間の搬送（分散型社会）

対応
・病床、宿泊療養施設、医療従事者の最適配置
・きめ細かな健康観察、症状悪化への迅速対応

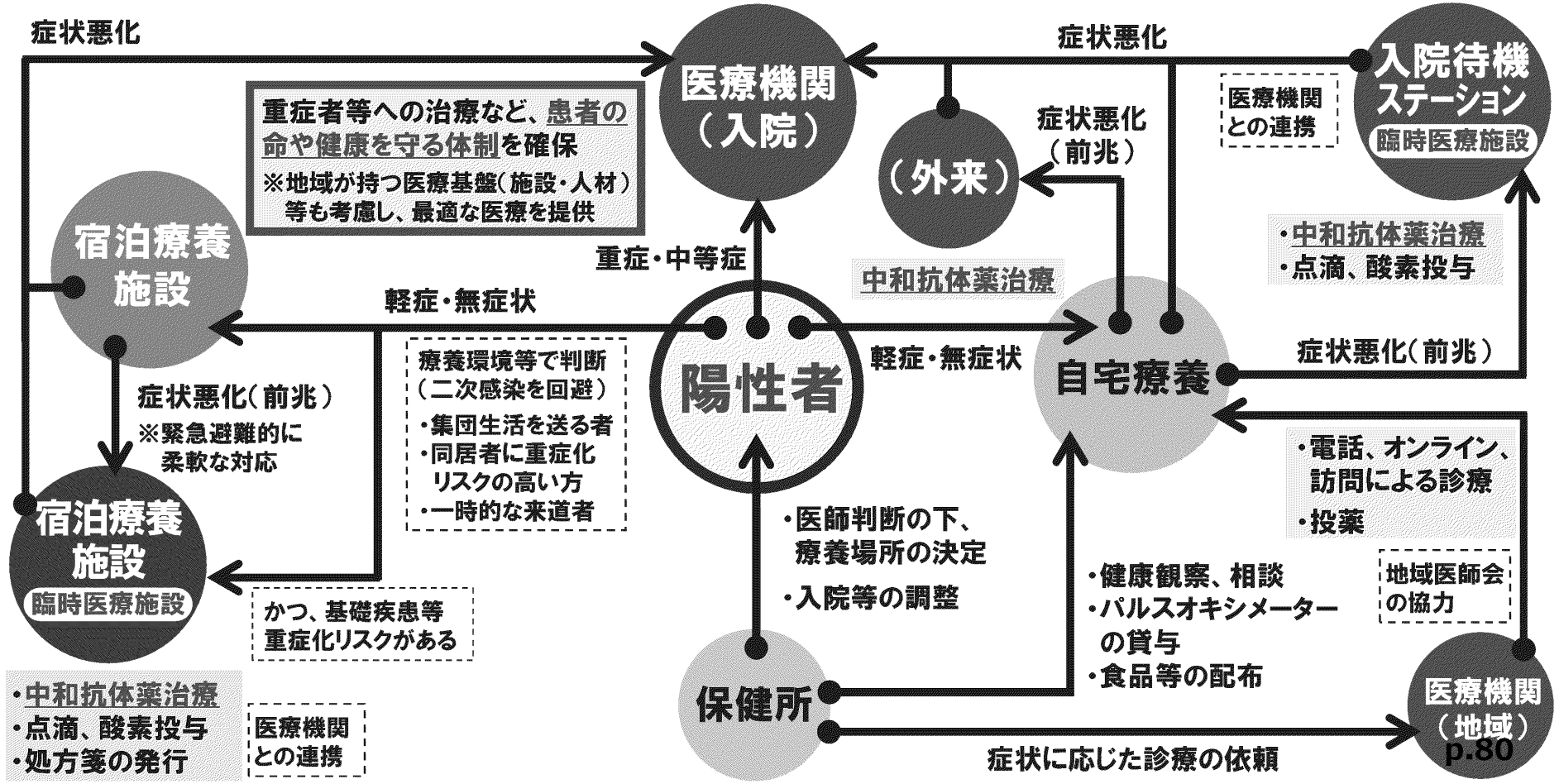


北海道２

札幌圏における医療提供パッケージ

課題
・限られた医療資源（病床・医療従事者）
・長時間の搬送（分散型社会）

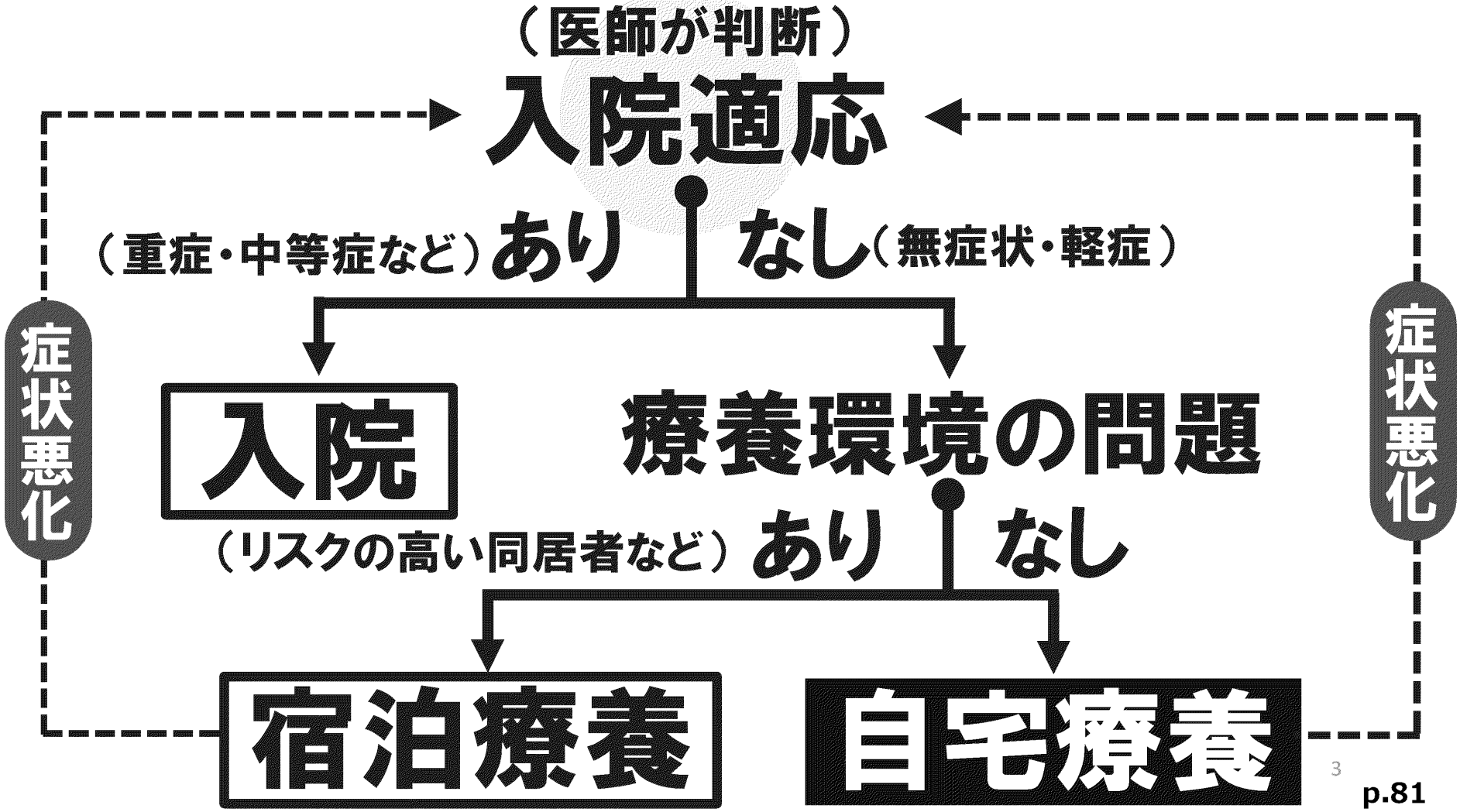
対応
感染者の症状・重症化リスク、生活環境を踏まえた医療提供
・病床、臨時医療施設、宿泊療養施設、医療従事者等の最適配置
・自宅療養者等のきめ細かな健康観察、症状悪化への迅速対応



p.80

北海道３

感染症患者の療養体制

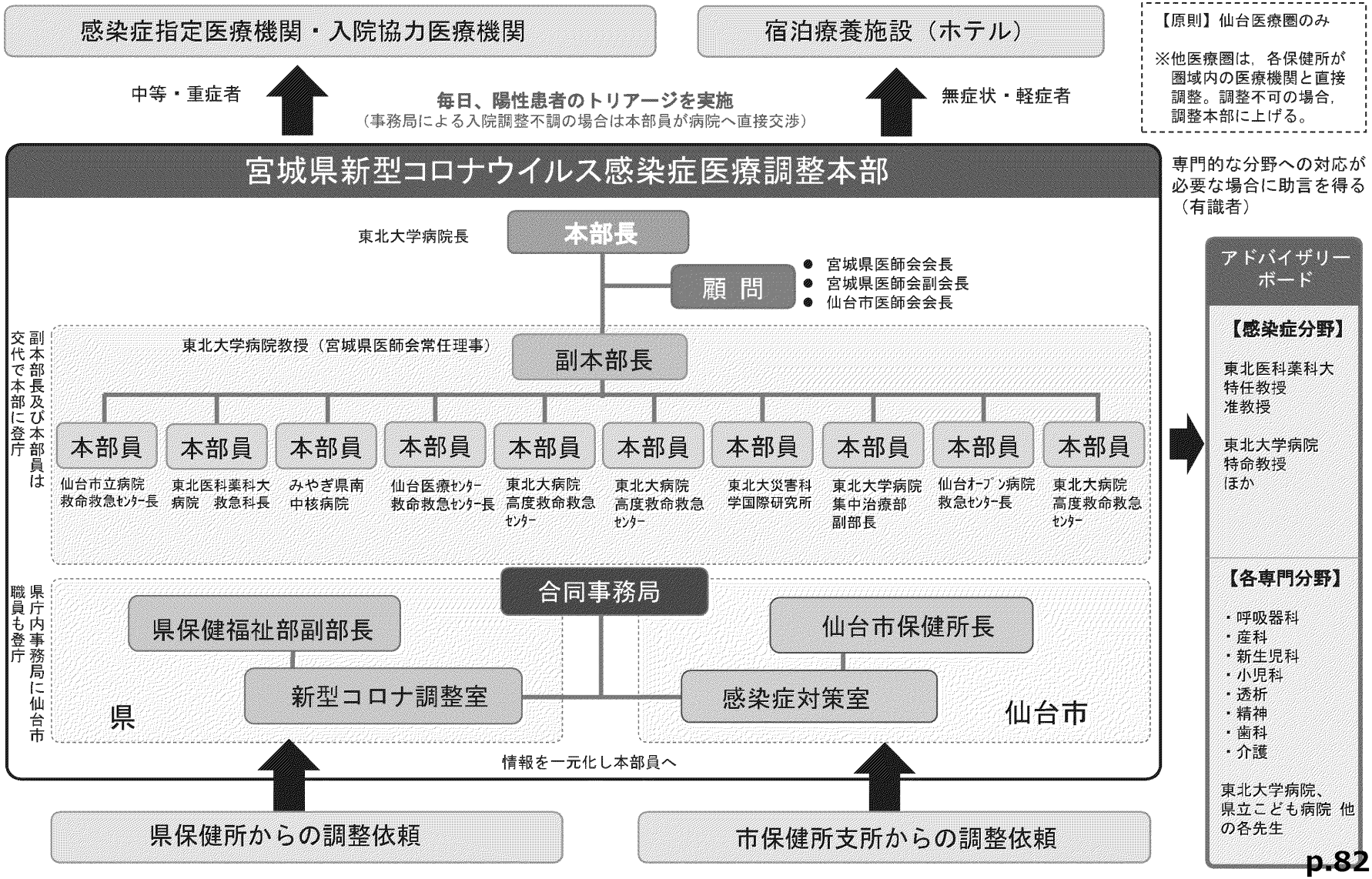


p.81

宮城県

※ 一部改変（個人名は非表示としております）

宮城県新型コロナウイルス感染症医療調整本部の設置

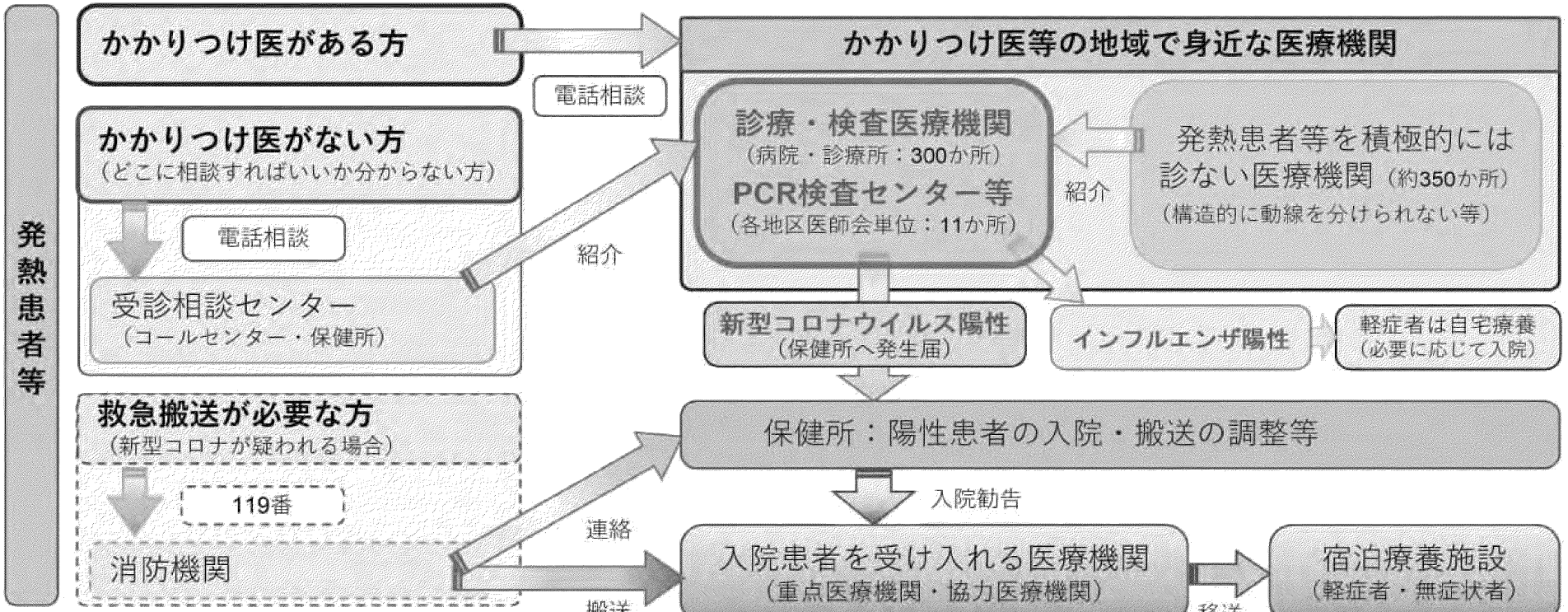


山形県１

令和２年10月30日（山形県）

次のインフルエンザ流行に備えた診療・検査体制の整備について

診療・検査体制整備計画



山形県２

新型コロナ感染症に係る自宅・宿泊療養者支援体制について

令和３年８月23日（山形県

◆感染者の確認
保健所による症状、基礎疾患、重症化リスク等の調査



◆患者の入院の要否を判断
重点医療機関、保健所が連携して入院の要否を判断

（患者受入調整本部がコーディネート）

要入院 → 病院（重点医療機関等）
- 重症・中等症
- 重症化リスクあり等

症状に応じて入院

入院不要 → 自宅・宿泊療養施設
- 症状なし・軽症
- 重症化リスクなし等

療養支援チームと協力医・薬局が連携してサポート

保健所

◎主な役割
- 感染者への対応
  （入院の要否判断、療養支援、入院勧告、移送　等）
- 積極的疫学調査
  （行動歴調査、感染経路の究明　等）
- 接触者対応
  （PCR検査の誘導、健康観察　等）
- 住民からの相談対応や受診誘導　等

療養支援チームの役割
1　パルスオキシメーターの貸与
2　食料・生活物資の支援
3　療養者からの相談等対応
4　1日2回の健康観察の実施
5　電話診察等が必要な場合の調整
6　入院が必要な場合の調整

連携

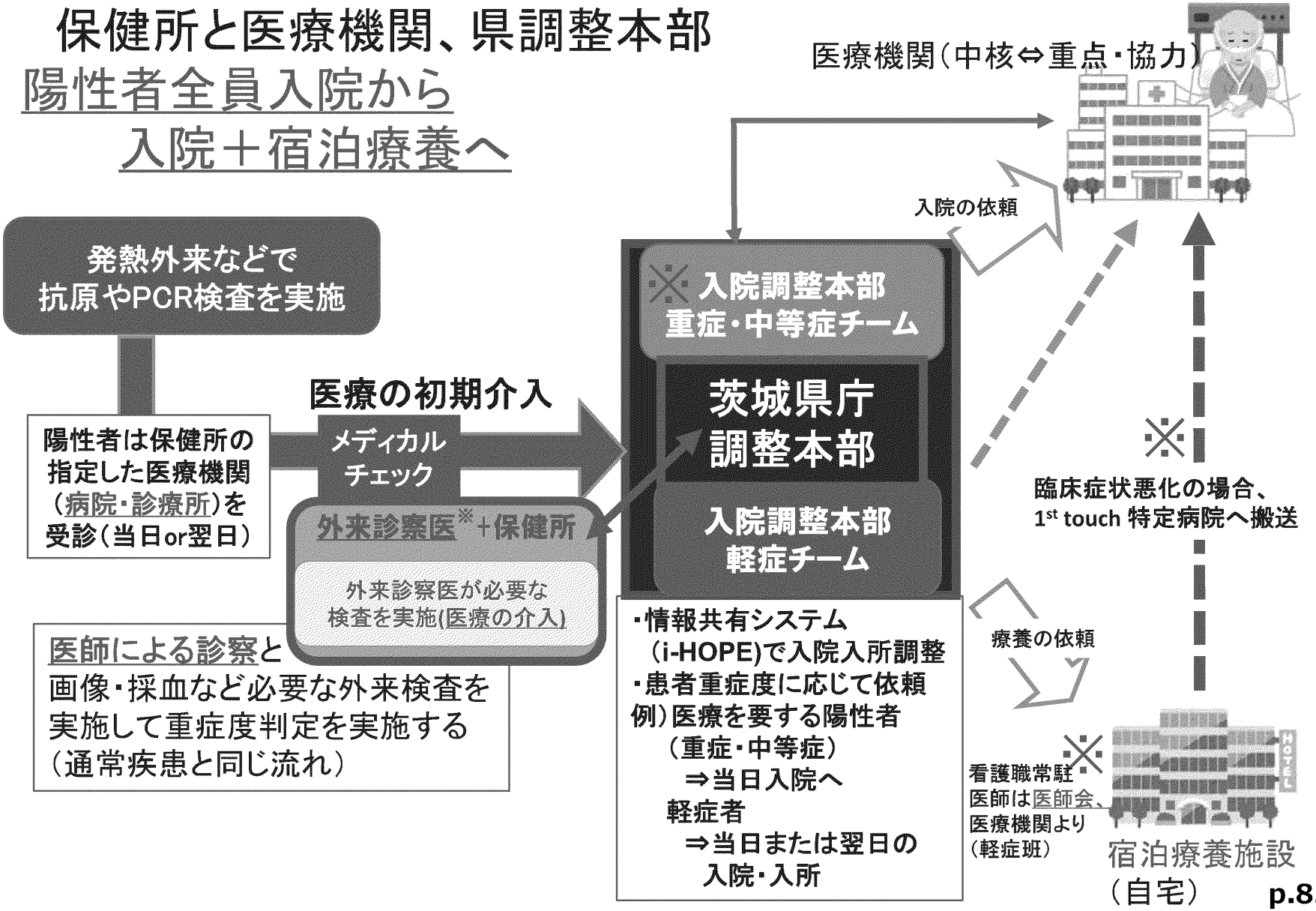
協力医
126施設
体調不良時の電話診察等
（薬の処方も含む）

県内実績　10件

協力薬局
213施設
薬の調剤・配達、電話服薬指導

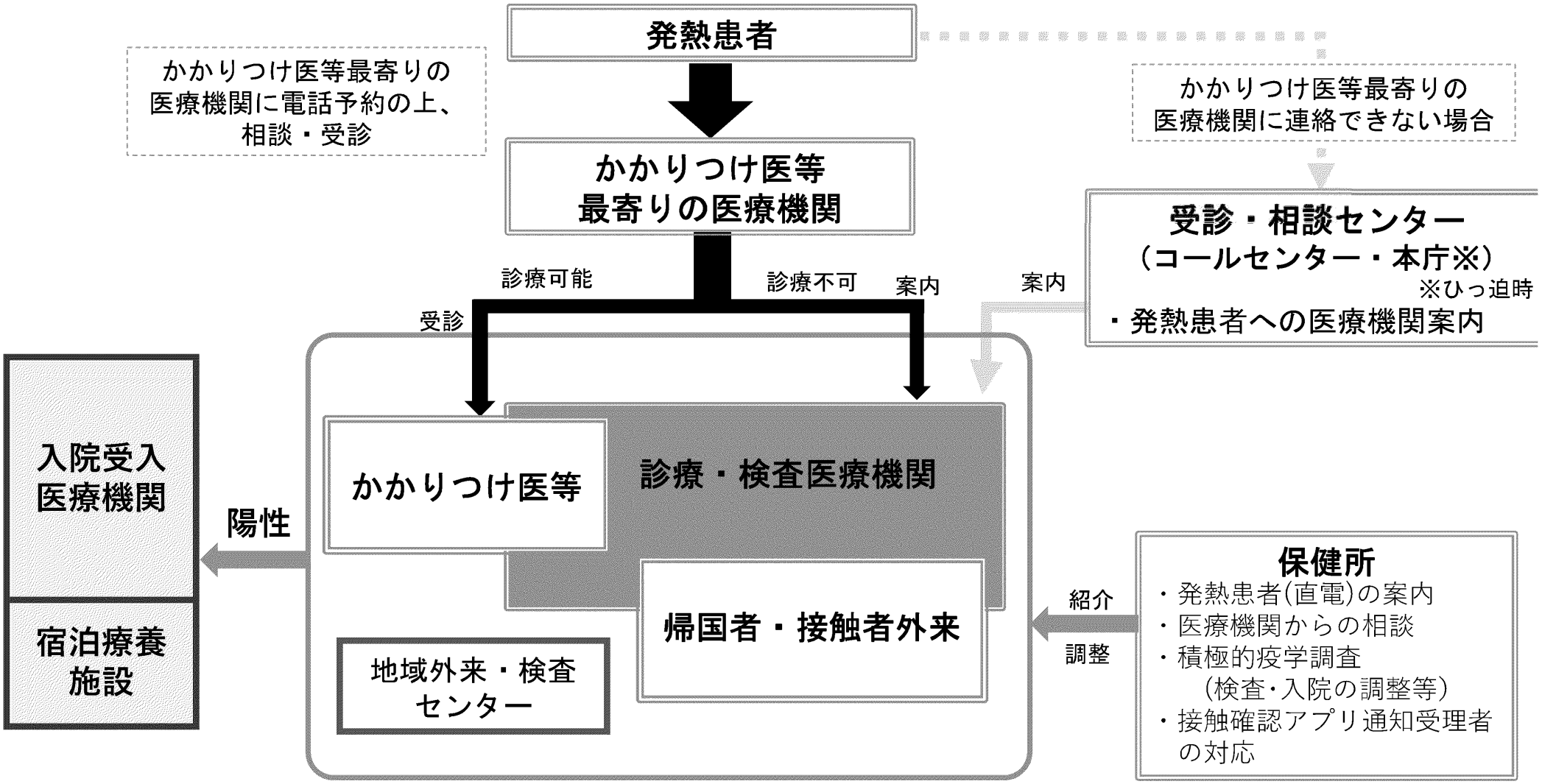
茨城県

2020年4月6日以降（Stage2）陽性者Scheme・茨城県の特徴
保健所と医療機関、県調整本部
陽性者全員入院から入院＋宿泊療養へ



栃木県１

栃木県の相談及び医療体制



栃木県２

自宅療養者への電話診療・往診（訪問看護）

患者（自宅療養者）

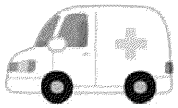
（⑧‘訪問看護の実施）

訪問看護事業所
（訪問看護ST協議会委託）





⑤診療（電話・往診）の実施



（⑦’指示）

（⑨’報告）

容態によって、かかりつけ医への相談を案内

①健康観察
（毎日）

②発熱等の相談

必要に応じて、薬剤を配達
（県薬剤師会委託）



協力医療機関
（県医師会委託）

状況によって、速やかに入院調整することも



かかりつけ医への相談等が困難な場合、患者の容態に応じて電話診療・往診を依頼

③協力医療機関に診療依頼

保健所

④患者情報の聴取等
⑥電話診療・往診等実施結果の報告

入院が必要と判断した場合は、保健所による入院調整

p.87

群馬県

※ 一部改変（個人名は非表示としております）

１．病院間調整センター

（１）組織図

群馬県新型コロナウイルス感染症対策本部

本部長：知事　副本部長：両副知事、健康福祉部長、危機管理監
本部員：各部長等　対策本部幹事会（各部主管課長等）

事務局（事務局長：健康福祉部長）

健康福祉部副部長

感染症・がん疾病対策課　感染症危機管理室

- 入院・搬送調整係
  - ○患者入院・搬送調整
  - ○受入病床確保
  - ○支援事業の実施　等
- 感染症危機管理第一係
- 感染症危機管理第二係
- 外来医療・療養支援係
- 宿泊療養第一係
- 宿泊療養第二係
- 宿泊療養第三係
- 自宅療養係
- 企画・情報発信係

病院間調整センター（前橋赤十字病院に業務委託）

R2.4.5設置

【コーディネーター】○患者入院・搬送調整
- 代表コーディネーター　１名（前橋赤十字病院）
- コーディネーター　**４名**（前橋赤十字病院）

【スタッフ】前橋赤十字病院　看護師・業務調整員

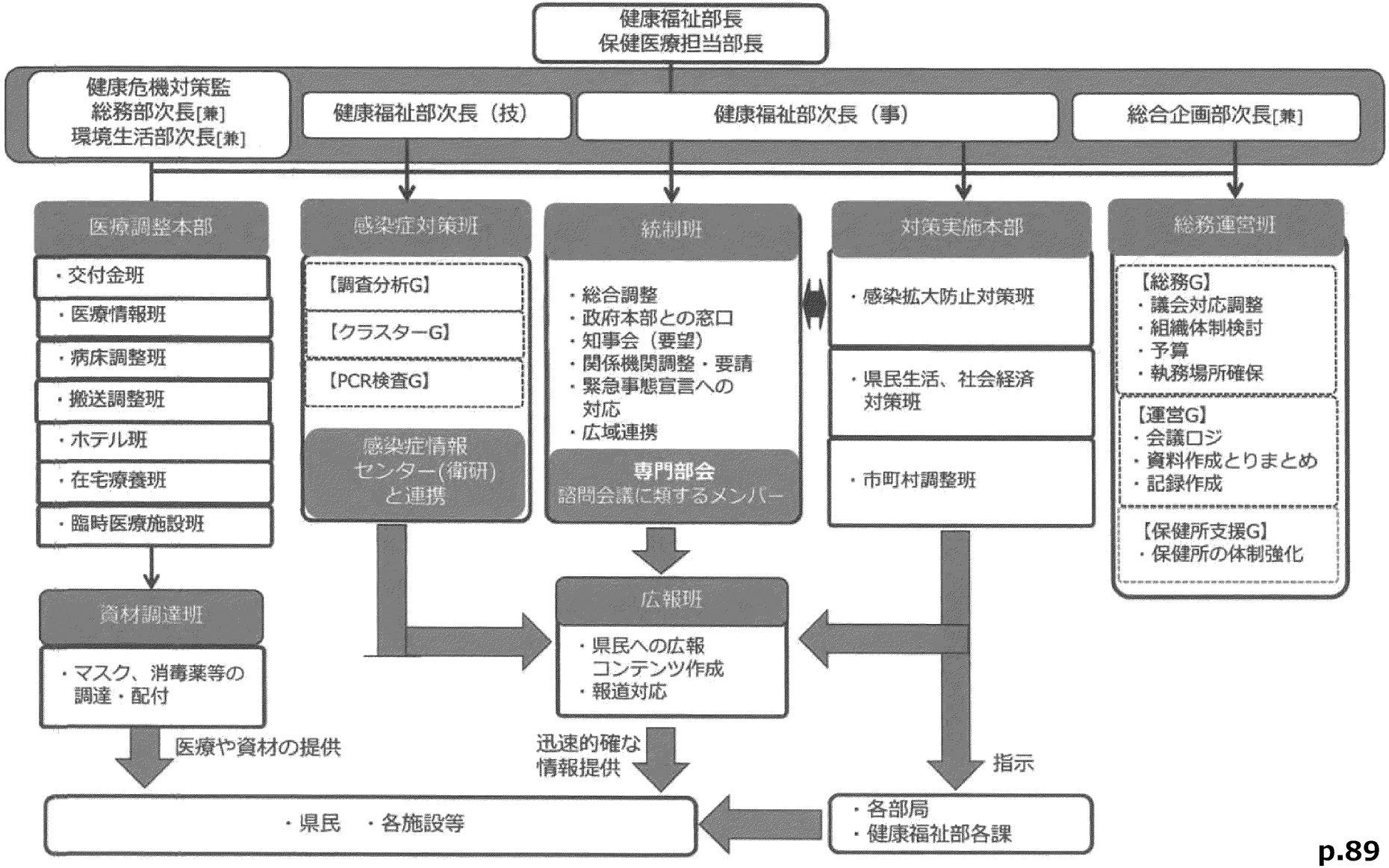
コンサルテーション

【アドバイザー】○患者入院調整に関する助言　○医療機関の治療等に関する助言

- 集中治療：（群大病院）
- （群大病院）
- 救急医療：（群大病院）
- 透析　：（群馬県医師会）
- 産婦人科：（群大病院）
- 臨床検査：（群大病院）
- 外科　：（群大病院）
- 精神医療：（群馬県こころの健康センター）
- 呼吸器内科：（群大病院）
- 感染症制御：（群大病院）
  （前橋赤十字病院）
- 小児科　：（群大病院）
- 生体防御学：（群大病院）
- 感染管理　：（群大病院）

千葉県１

【参考】　新型コロナウイルス感染症対策本部事務局　組織体制



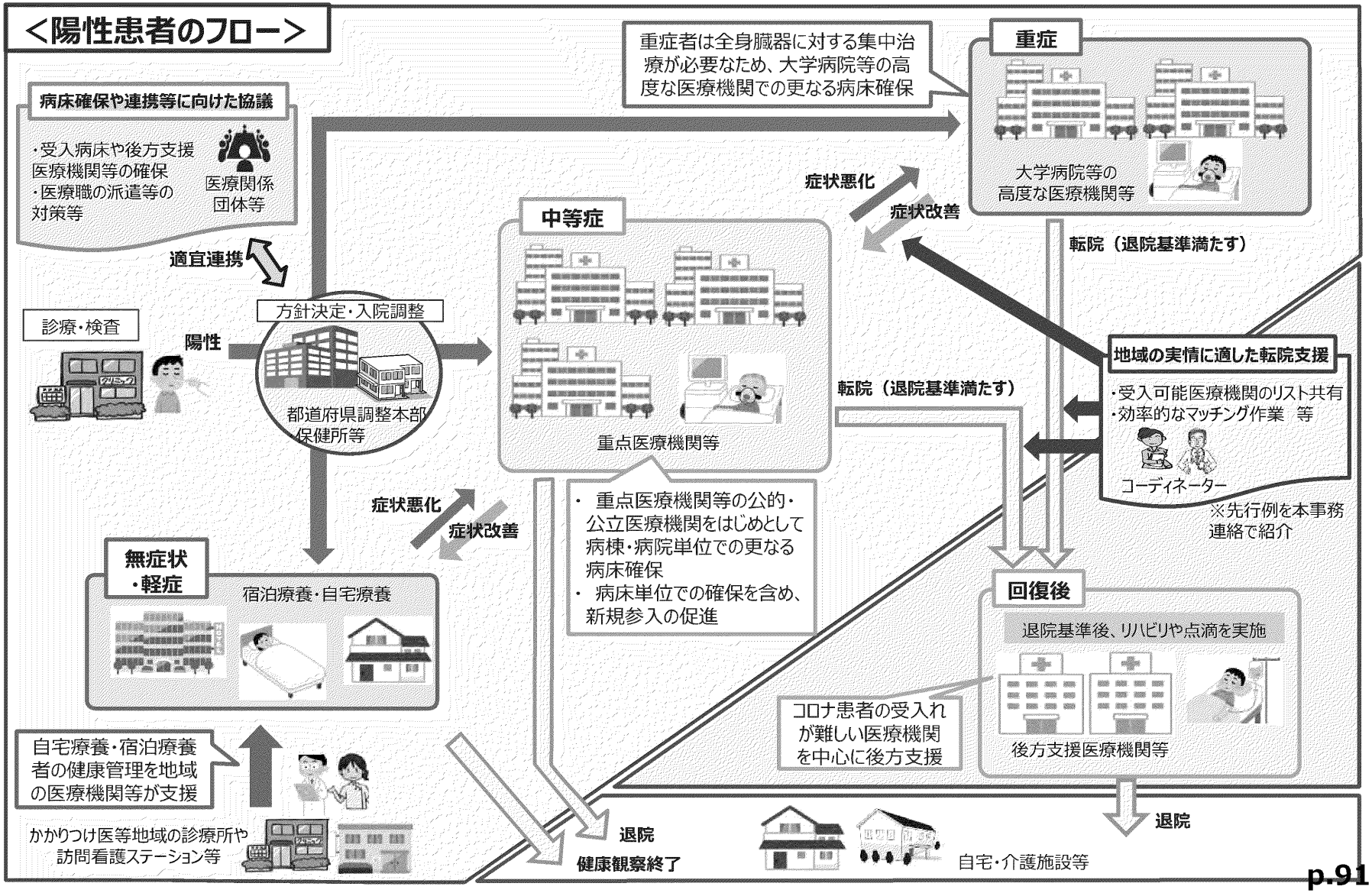
千葉県２

【参考】　新型コロナウイルス感染症対策本部事務局　班等の業務

班　名	所掌事務（主なもの）
部長、担当部長	対策本部の総括
次長（事・技）対策監	各班の総括
総務運営班	・総務Ｇ：議会等対応、組織体制検討、予算・経理、執務場所確保・環境整備 ・総務運営Ｇ：会議のロジ・運営、資料作成とりまとめ、記録作成 ・保健所支援Ｇ：保健所の体制強化
統制班	総合調整、政府本部の窓口、知事会要望、関係機関との調整・要請、緊急事態宣言対応、広域連携 （専門部会）
対策実施本部	・感染拡大防止対策班：緊急事態宣言への準備対応、措置の検討・実施・具体策の検討 ・県民生活、社会経済対策班：県民生活、県民経済の安定に関する総合調整、指定地方公共機関の調整 ・市町村調整班：市町村との調整
医療調整本部	・交付金班：交付金制度に関すること ・医療情報班：病床確保の計画策定、広域調整等 ・病床調整班：病床コーディネート ・搬送調整班：入院患者の情報整理、搬送手段の確保等 ・ホテル班：軽症者等の施設療養に係る体制整備等 ・在宅療養班：軽症者等の在宅療養に係る体制整備等 ・臨時医療施設班：臨時医療施設の整備等
資材調達班	マスク、消毒薬等の調達・配布
感染症対策班	・調査分析Ｇ：患者動向の把握、患者数とりまとめ ・クラスターＧ：クラスターに関すること ・ＰＣＲ検査Ｇ：ＰＣＲ検査の体制整備等 （感染症情報センター（衛生研究所との連携）
広報班	県民への広報、コンテンツ作成、報道対応

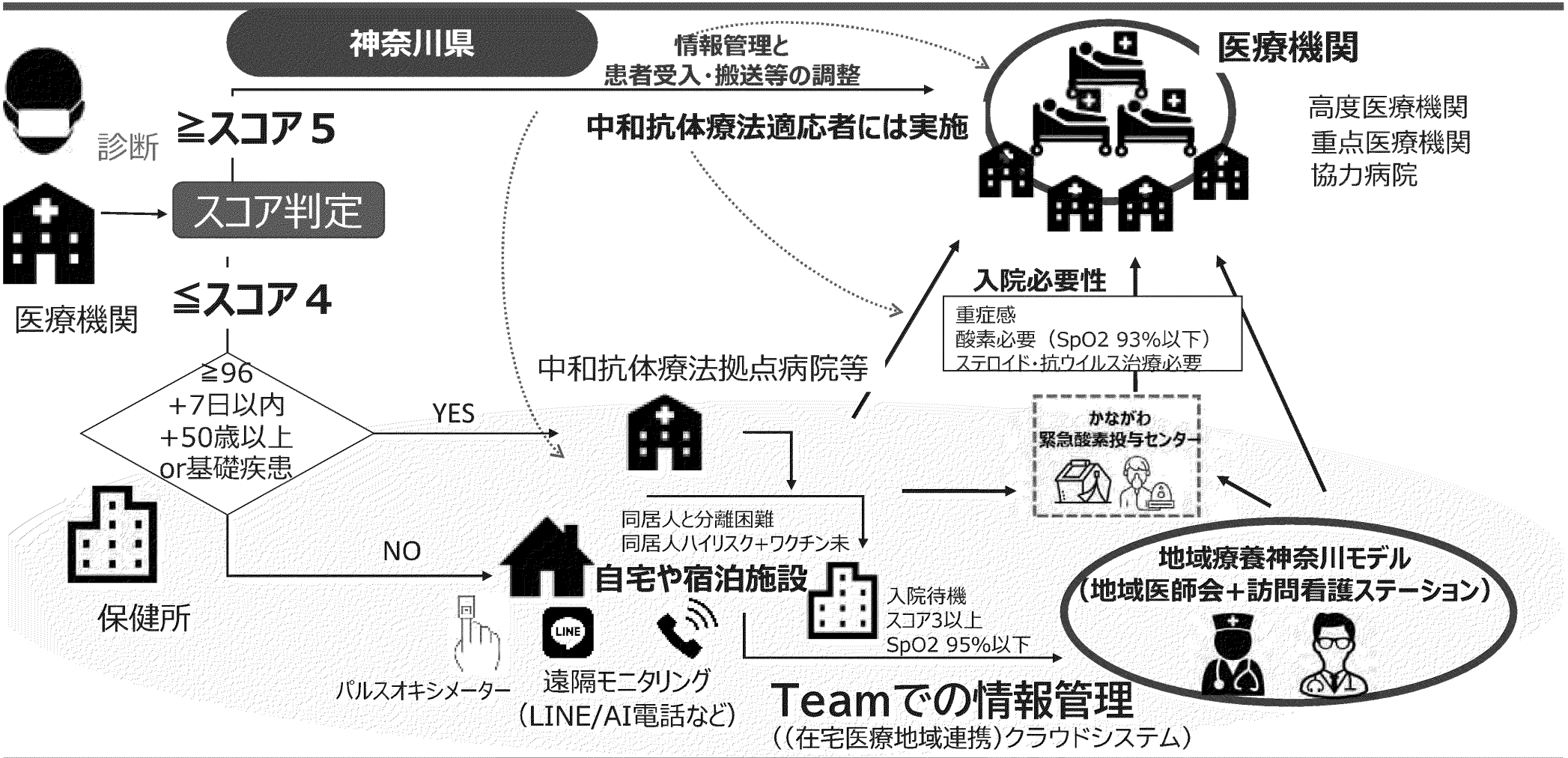
東京都

医療ひっ迫時の地域における医療提供体制の役割分担のイメージ



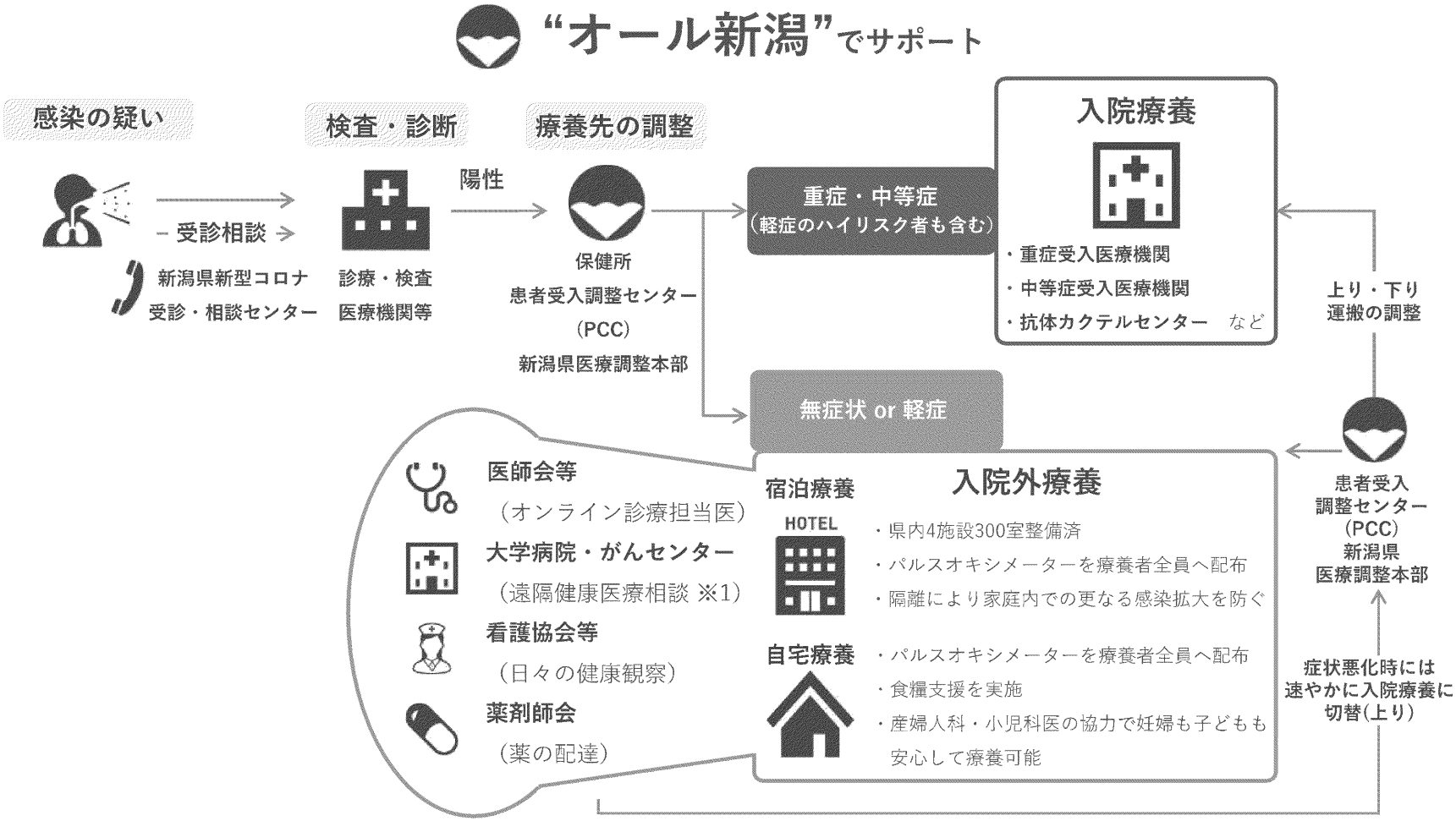
9月27日以降の入院基準神奈川モデル転換

神奈川県



新潟県

新潟県内の医療体制



※1. 遠隔健康医療相談：大学病院やがんセンターの医師が患者の電話相談を受け、上り搬送の要否とオンライン診断の要否を決定する

富山県

富山県における新型コロナウイルス感染症の医療提供体制

療養先の振り分け
【富山医療圏】・・・・県対策本部
【その他の医療圏】・・各厚生センター
(新川、高岡、砺波)

医療機関受診等⇒陽性

医師の判断（厚生センター等）

①入院

・入院・加療が必要と判断された方
・重症化リスクが高い方
（高齢者、基礎疾患のある方等）

②宿泊療養施設 又は **③自宅療養**

・入院・加療の必要性が低いと判断された方
・重症化リスクが低い方
・家庭状況など、ご本人の状況を確認のうえ、個別に判断

①入院
●県内22の医療機関が、療養者数の増加の程度に応じて、ピーク時までの段階的なフェーズを設定し、それぞれのフェーズで必要な病床数を確保

②宿泊療養施設
●富山市に2棟（各250室程度）、高岡市に1棟（125室）を設置
●看護師が常駐し、毎日健康観察
●症状が悪化した場合は速やかに入院できるよう、調整を実施

③自宅療養
●必要な方にパルスオキシメーターを貸し出し、厚生センター等が毎日健康観察
●症状が悪化した場合は速やかに入院できるよう、調整を実施
●自力での食料調達等が困難な方へ食料を提供

○自宅療養者の症状悪化時の対応

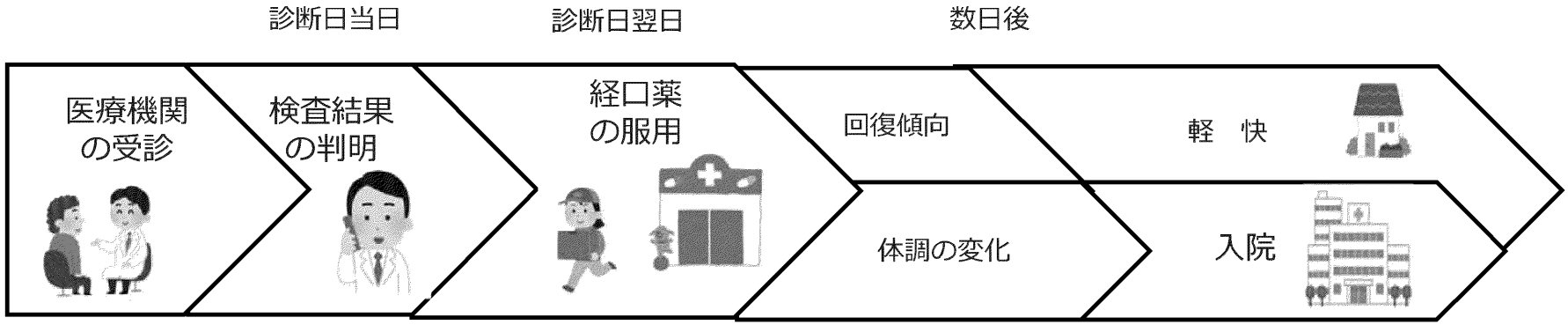
救急搬送（119番通報）　呼吸困難等、生命の危機に瀕するような急激な症状の悪化がある場合は速やかに救急要請
病院への外来受診　血中酸素濃度の低下など中等症の疑いがある場合は、病院の外来を受診し、CT撮影等の検査を行った上で入院の要否を判断

地域の医療機関（診療所等）による電話診療
発熱等の症状の訴えがあり、患者が医師の診察や処方を希望する場合は、地域の当番医療機関に対し電話等診療を依頼

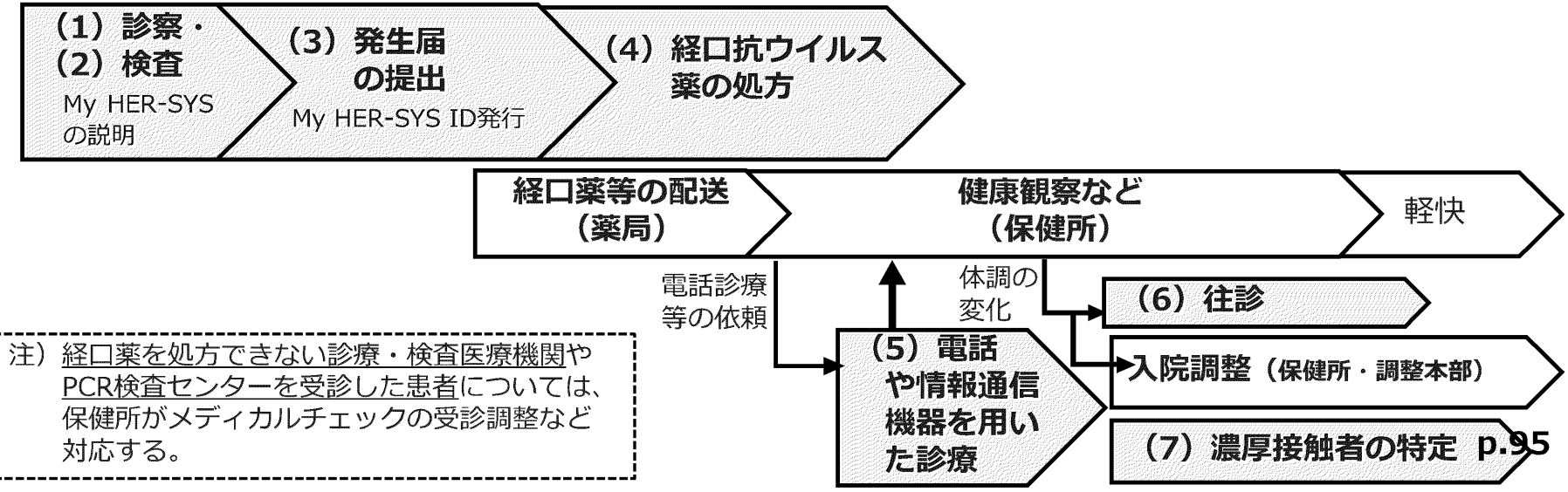
石川県１

診療・検査医療機関における対応

- 診療・検査医療機関は、**重症化リスクのある軽症患者のうち、経口薬・ラゲブリオの適応（61歳以上または基礎疾患あり）があり、かつ、ワクチン接種2回以上の者**（注）に対して、経口薬の処方を考慮する（薬局は、処方せんを受けて患者宅に経口薬を宅配する）。
- 自宅療養者の健康観察は、保健所（一部、看護協会に委託）が行うが、患者から依頼があれば、診療・検査医療機関は、電話診療を行い、患者の体調の変化が気になった場合、保健所に連絡をする。



＜診療・検査医療機関における対応＞

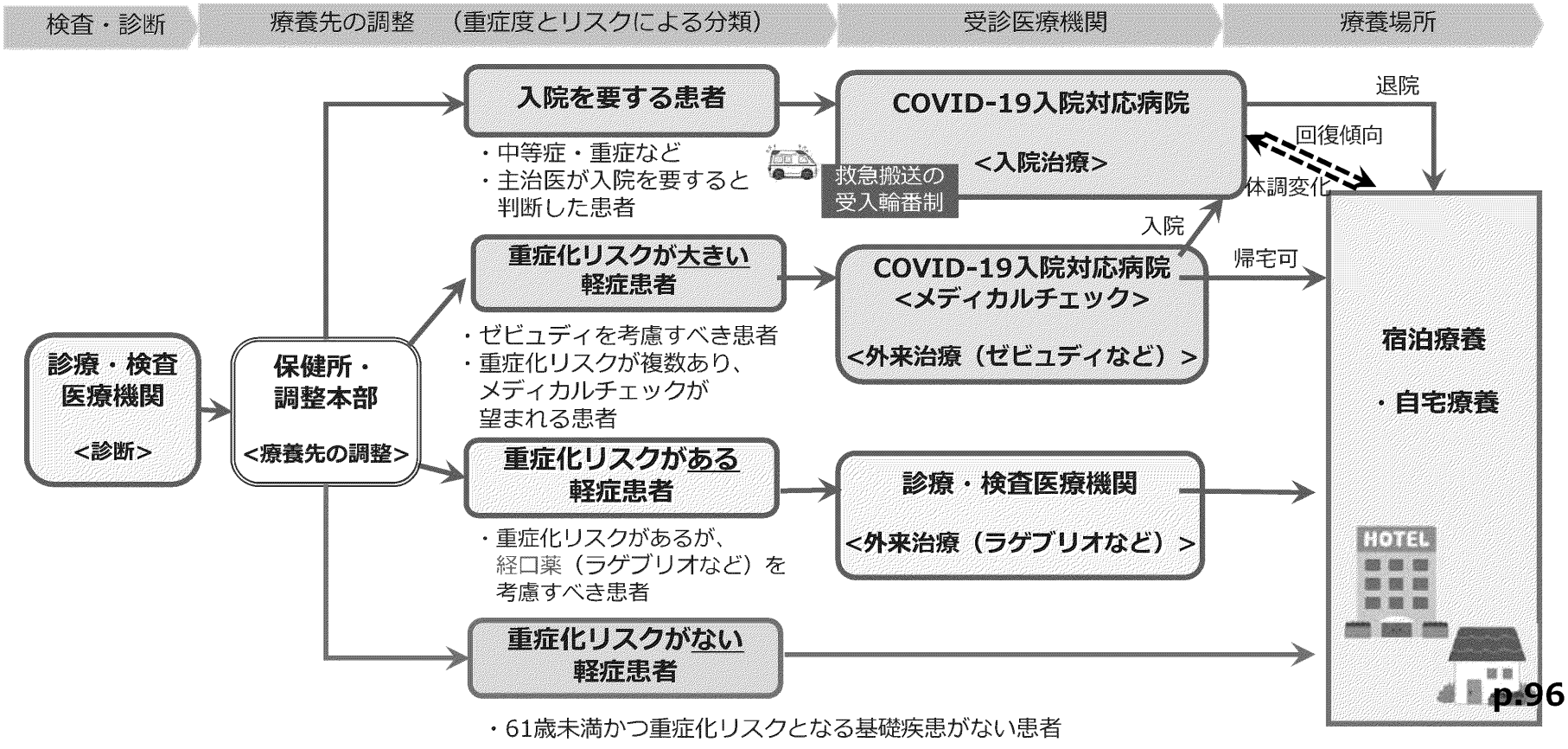


注）経口薬を処方できない診療・検査医療機関やPCR検査センターを受診した患者については、保健所がメディカルチェックの受診調整など対応する。

石川県２

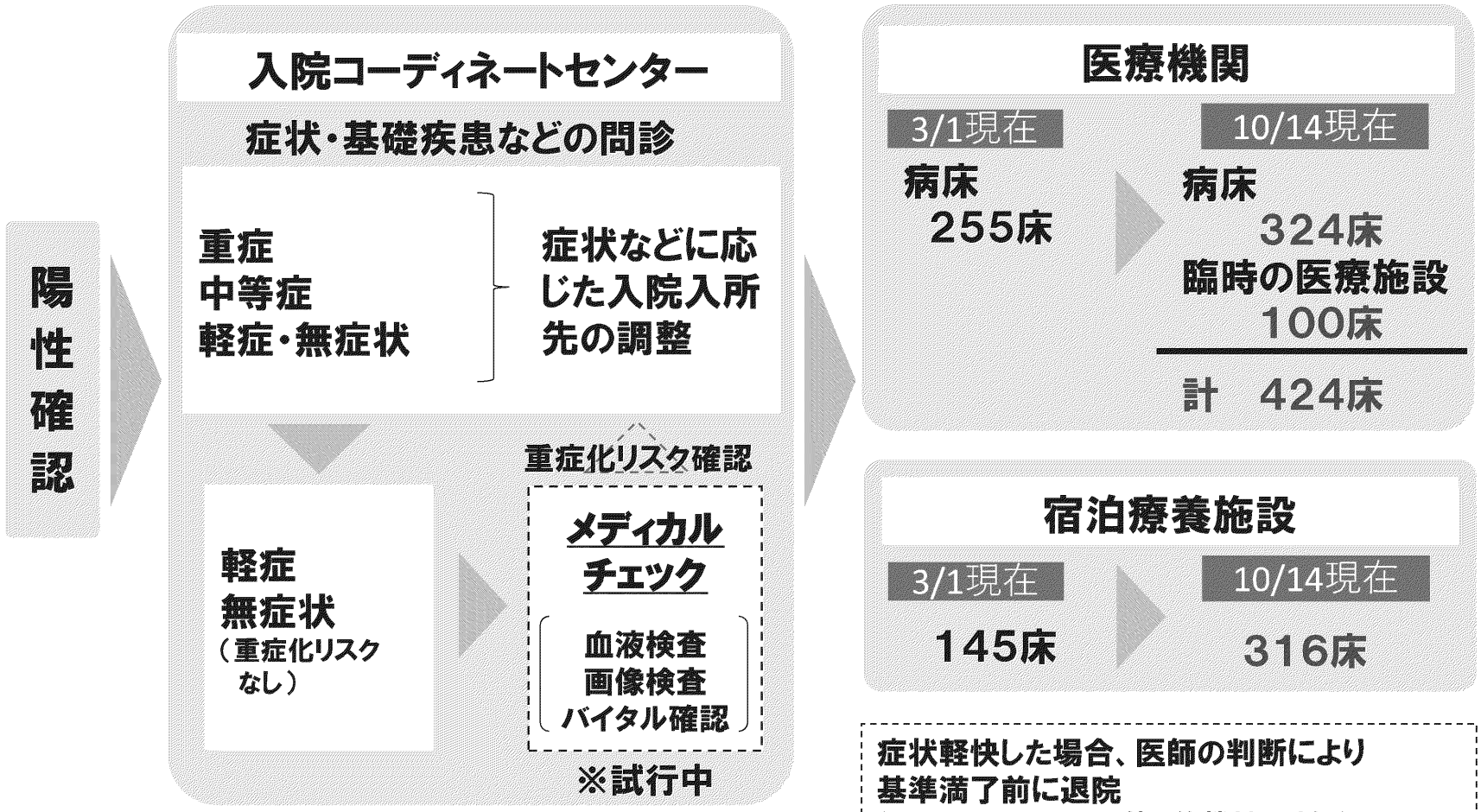
重症度・重症化リスクに応じた受診医療機関・療養場所の調整の流れ

- **コロナ陽性患者の受診医療機関・療養場所の選定に際し ①患者の重症度・重症化リスクと②(軽症患者の場合)経口薬の適応の有無に基づき選定する**
  - **中等症・重症**などは入院を考慮し
  - **重症化リスクが大きい者**は、COVID-19入院対応病院でメディカルチェックを行って、入院、宿泊療養、自宅療養を振り分け
  - **重症化リスクがある者**は、診療・検査医療機関で経口薬などの処方を受けた上で、宿泊療養や自宅療養を始め
  - **重症化リスクがない者**は、（診療・検査医療機関で必要なら解熱薬などの処方を受けた上で）、宿泊療養や自宅療養を始める（宿泊療養者や自宅療養者の体調が変化した時は、入院等への切替を考慮する）。



福井県

医療提供体制（イメージ）

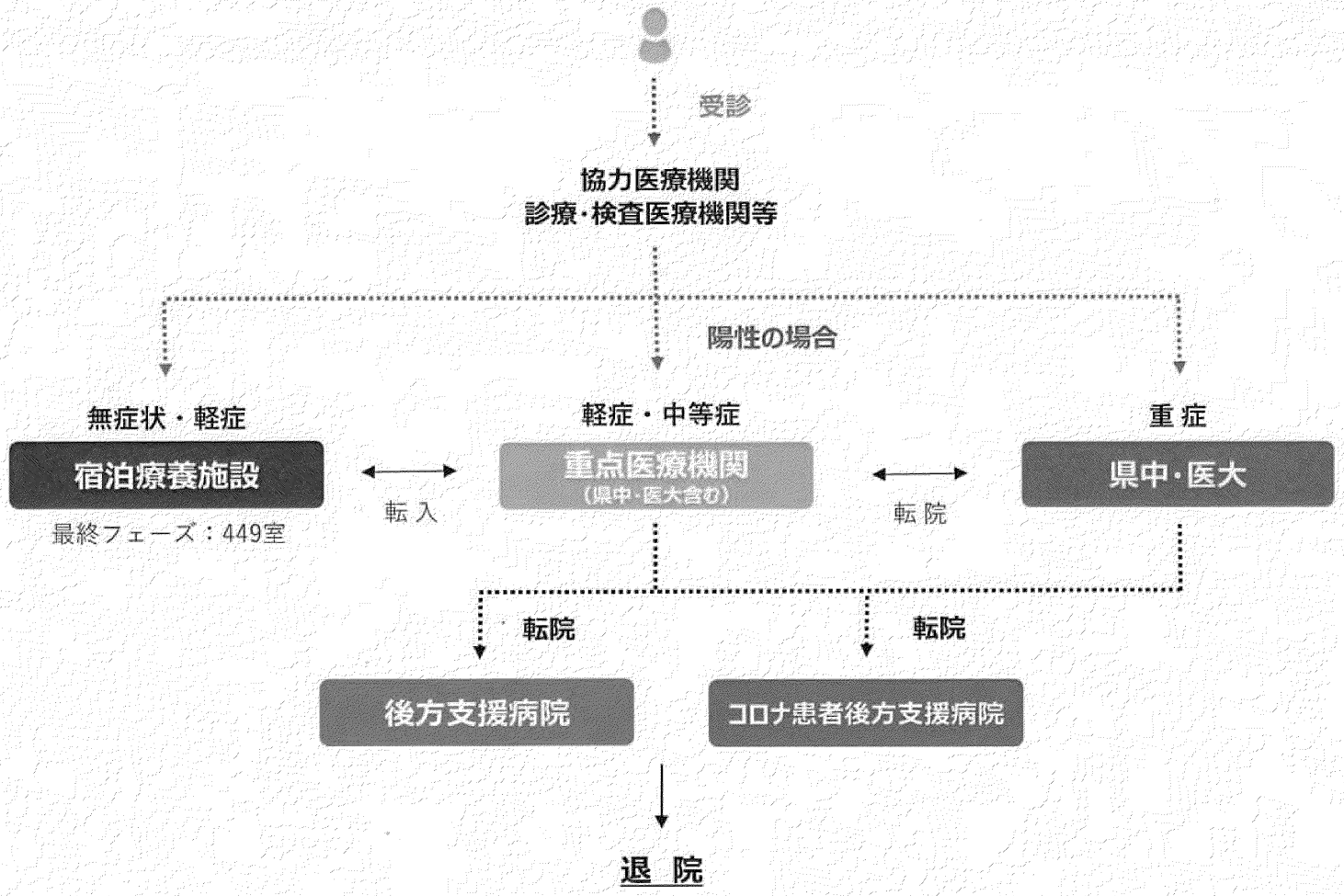


山梨県

医療機関の役割分担について

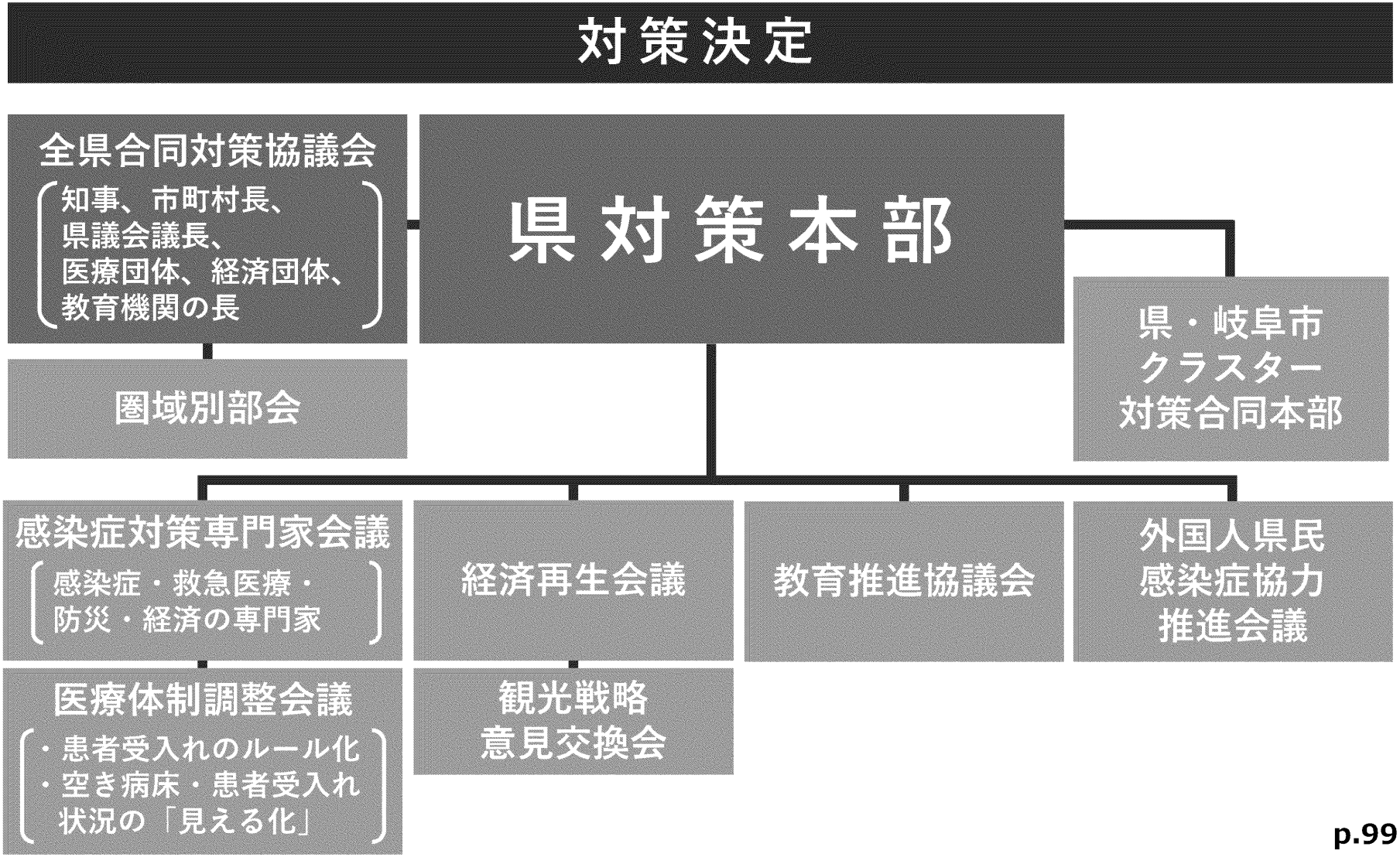
資料3

○ 入院患者については、重点医療機関を中心に受け入れ。救急の疑い患者については、協力医療機関で対応。
○ 退院基準を満たしていない回復期の患者の受入先として「**コロナ患者後方支援病院**」、退院基準を満たしているものの、引き続き入院管理が必要な患者の受入先として「**後方支援病院**」を設定。



岐阜県

「オール岐阜」による推進体制



愛知県

愛知県新型コロナウイルス感染症調整本部の機能強化について

愛知県新型コロナウイルス感染症対策本部（本部長：知事）

特命

愛知県新型コロナウイルス感染症調整本部

患者の受入調整のために設置　【令和2年3月24日 設置】

- 本部長（県 保健医療局技監）
- 本部員
  - 名古屋市 健康福祉局医監【副本部長】
  - 呼吸器内科治療の専門家
  - 集中治療・救急医療・災害医療コーディネーター
  - 県 保健医療局医務課長
  - 県 保健医療局健康対策課長
- 事務局（感染症対策課・医務課）

連携

- 医療体制緊急確保統括官
- 医療体制緊急確保チーム

連携

連携

- 感染症の専門家
- 患者搬送コーディネーター

支援

- 透析専門家
- 妊産婦専門家
- 小児専門家
- ECMO専門家
- 障害児者専門家

≪患者発生時の入院調整≫
①二次医療圏内の「重点医療機関（感染症指定医療機関含む）」：管轄保健所及び病院間で入院調整
②二次医療圏内の「重点医療機関以外の入院医療機関」：管轄保健所及び病院間で入院調整
③二次医療圏内で調整がつかなかった場合は、他の医療圏の医療機関へ調整本部が入院調整

○医療体制緊急確保チームを設置

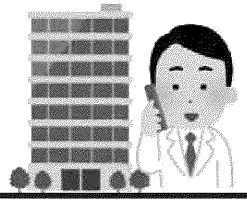
・医療体制緊急確保統括官を置き、その下にＤＭＡＴ隊員の資格を持つ医師等を配置

＜業務内容＞
・各保健所の現場支援
　管内の入院病床の確保・入院調整
・クラスター発生及び拡大を抑制するための初動対応
・新型コロナウイルス感染症治癒後の転院病院調整　等

参考

滋賀県

自宅療養者に対する医療提供体制について



●緊急時の療養先判断は、コントロールセンター医師が行う（夜間も対応可）

自宅療養者



体調不良時等の診療

保健医療圏域ごとのフォローアップ体制

外来受診等
（かかりつけ医など）
（帰国者接触者外来）
（湖南圏域：オンコール医師）

滋賀県covid-19
災害コントロールセンター
（危機管理センター2F）

療養先指示

療養先調整依頼

救急搬送（119番）



連携

滋賀県見守り観察ステーション
（県内2病院）

療養先調整依頼

搬送

相談
健康観察

相談
受診調整



●体調悪化時の診療

一時的な観察・見守りが必要

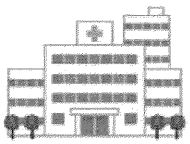
療養先調整

24時間体制で
医師・看護師が常駐
●症状に応じた療養先の決定
●必要に応じて医療的ケアを実施

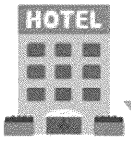


保健所
（訪問看護ステーション）

●毎日の健康観察・相談業務を実施
●必要に応じて外来受診の調整や入院等の調整依頼を行う。



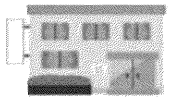
受入れ
医療機関



宿泊療養施設

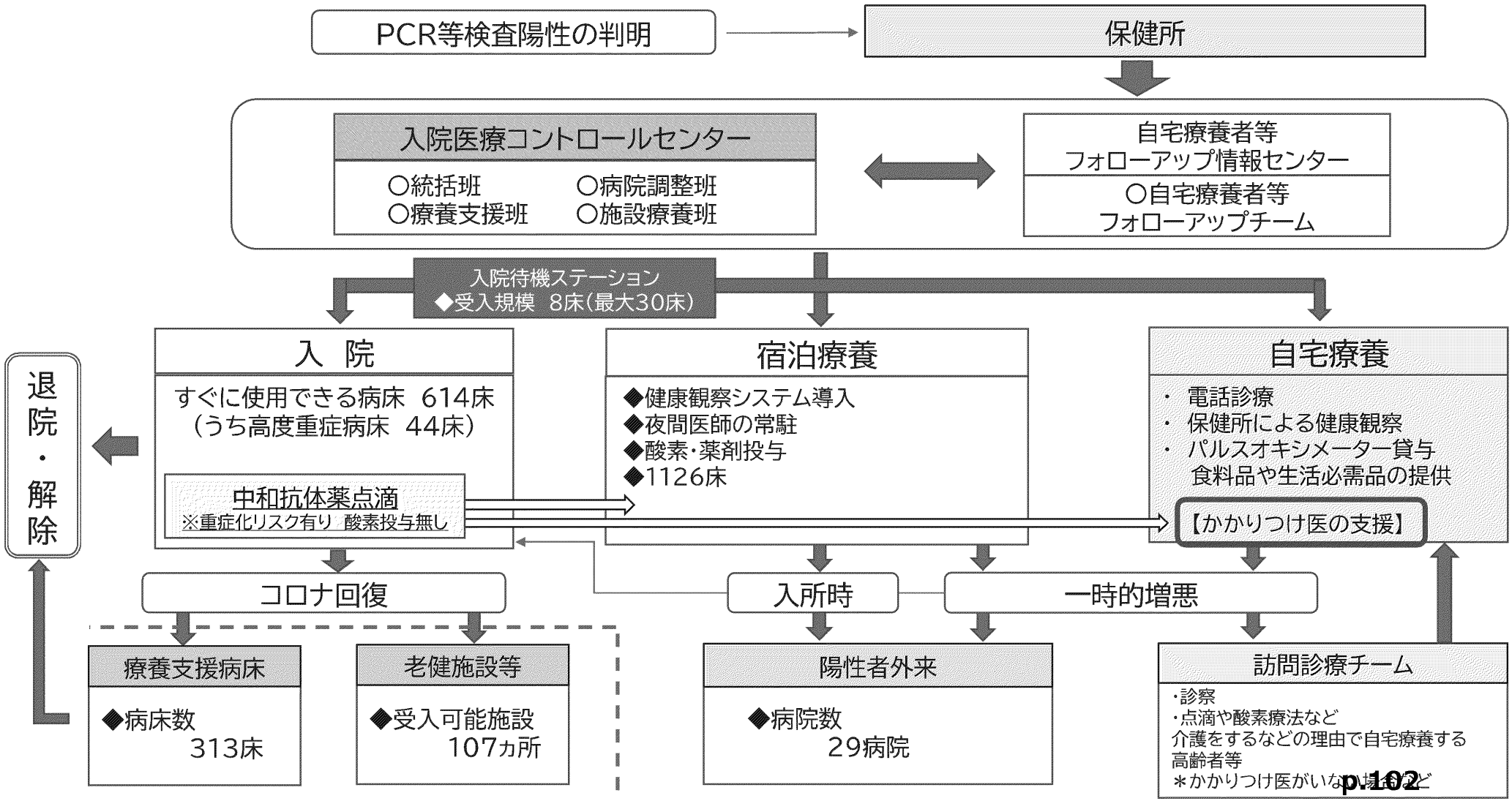
搬送



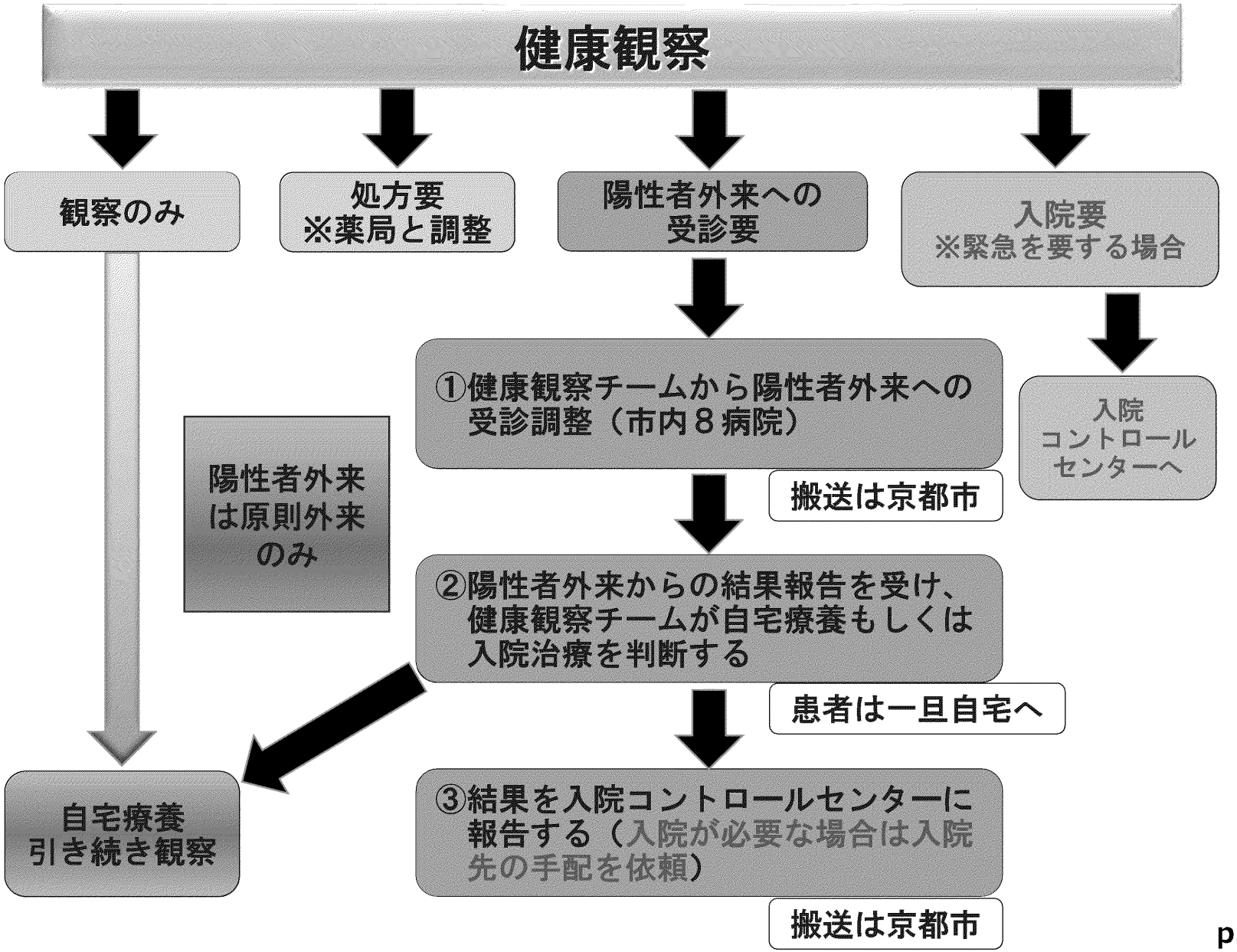


京都府１

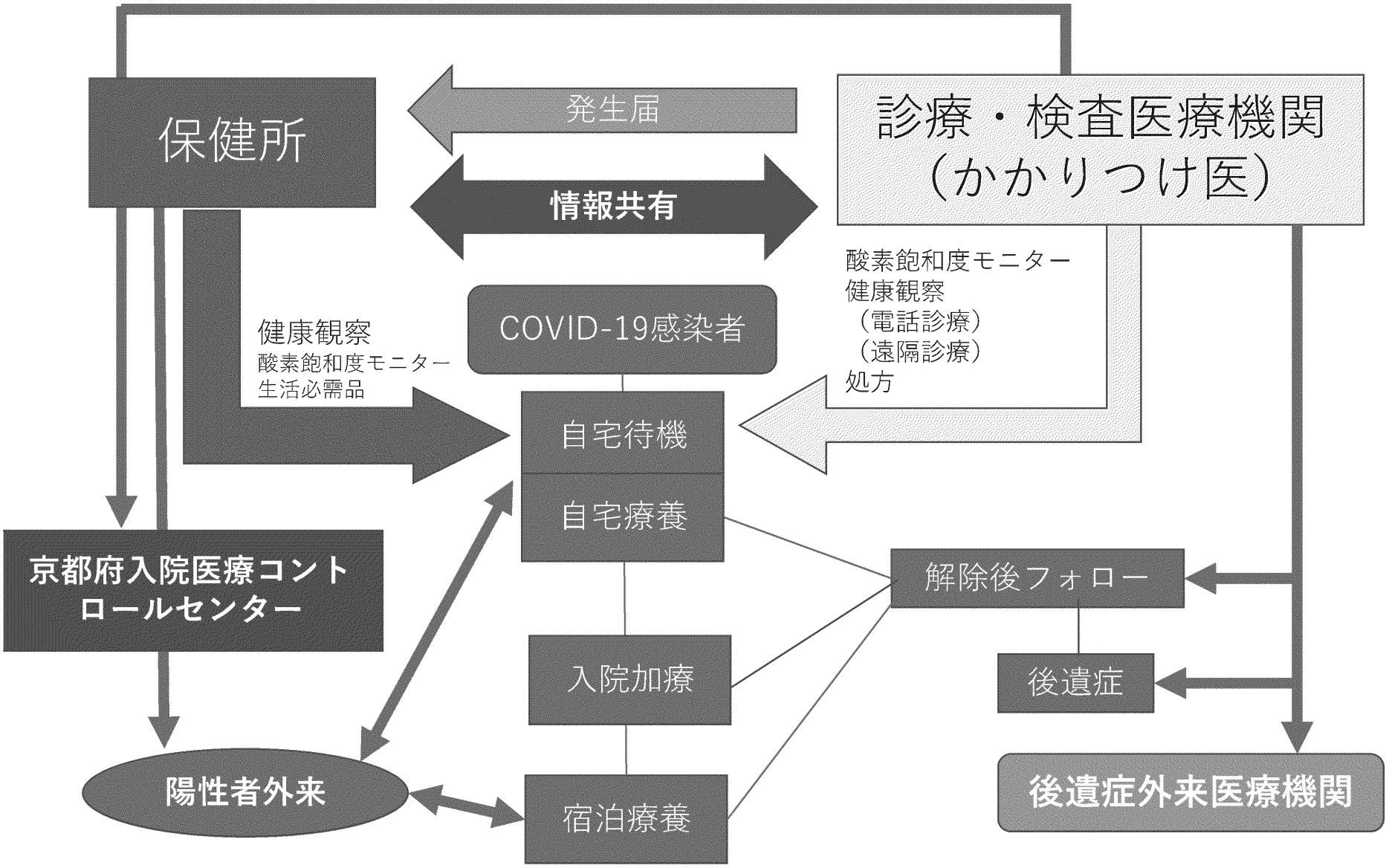
（京都府） 医療及び療養の体制



京都府２


健康観察
観察のみ
処方要
※薬局と調整
陽性者外来への
受診要
入院要
※緊急を要する場合
①健康観察チームから陽性者外来への
受診調整（市内８病院）
搬送は京都市
入院
コントロール
センターへ
陽性者外来
は原則外来
のみ
②陽性者外来からの結果報告を受け、
健康観察チームが自宅療養もしくは
入院治療を判断する
患者は一旦自宅へ
自宅療養
引き続き観察
③結果を入院コントロールセンターに
報告する（入院が必要な場合は入院
先の手配を依頼）
搬送は京都市

京都府３


保健所
発生届
情報共有
診療・検査医療機関
（かかりつけ医）
健康観察
酸素飽和度モニター
生活必需品
COVID-19感染者
酸素飽和度モニター
健康観察
（電話診療）
（遠隔診療）
処方
自宅待機
自宅療養
京都府入院医療コントロールセンター
解除後フォロー
入院加療
後遺症
陽性者外来
宿泊療養
後遺症外来医療機関

大阪府

今後の感染拡大に備えた対応方針

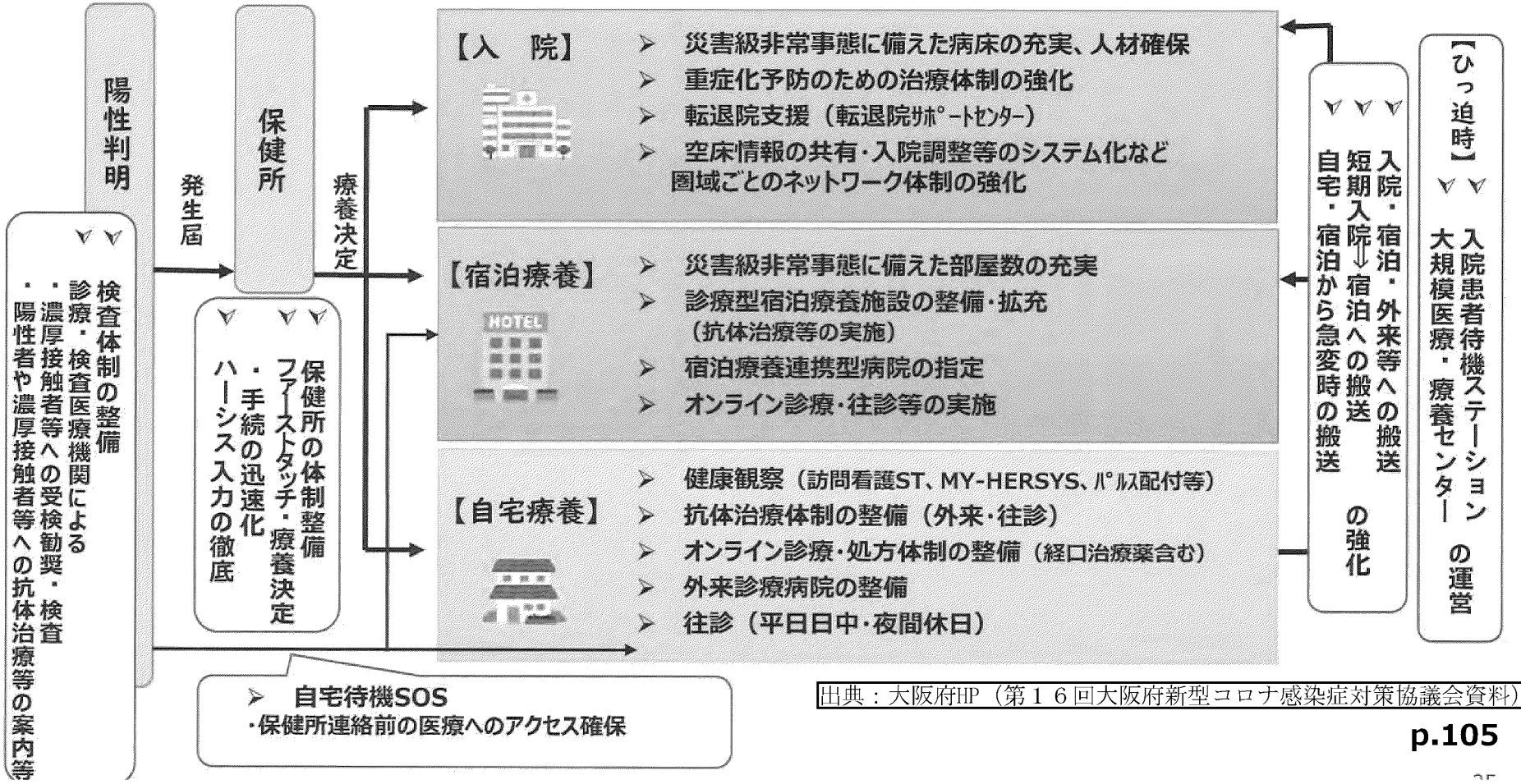
● 基本的対応方針

必要な患者の入院、それ以外は原則宿泊療養につなぐとともに、自宅での外来等の体制を整備

Ⅰ　入院を必要とする患者が、迅速・確実に病床等につなげられる体制を整備

Ⅱ　治療が必要な患者への、初期治療体制の強化により、重症化を最小限に抑制

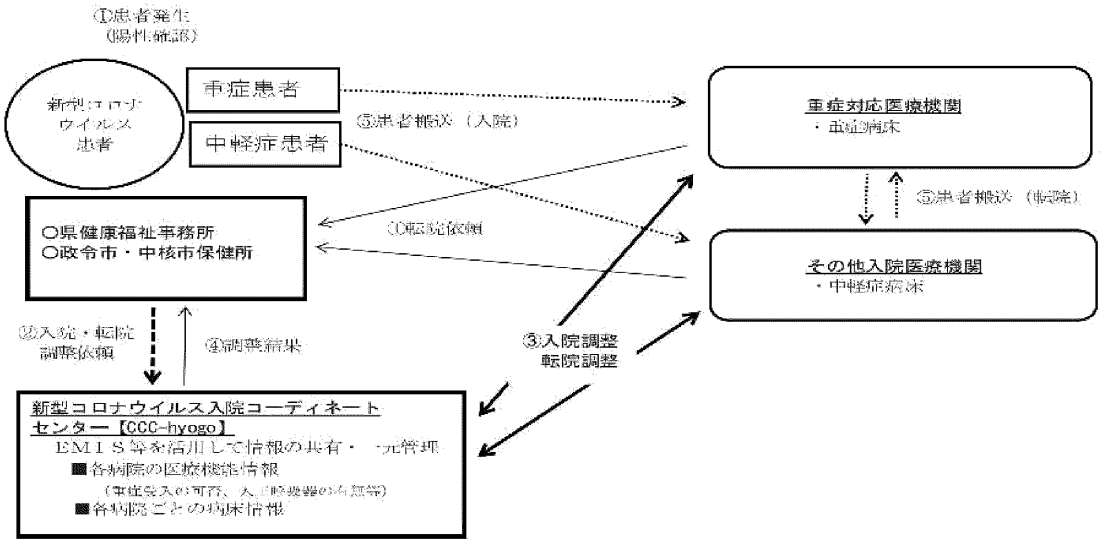
Ⅲ　すべての感染者が速やかに、かつ継続して健康観察や診療など必要な対応につながる体制を整備



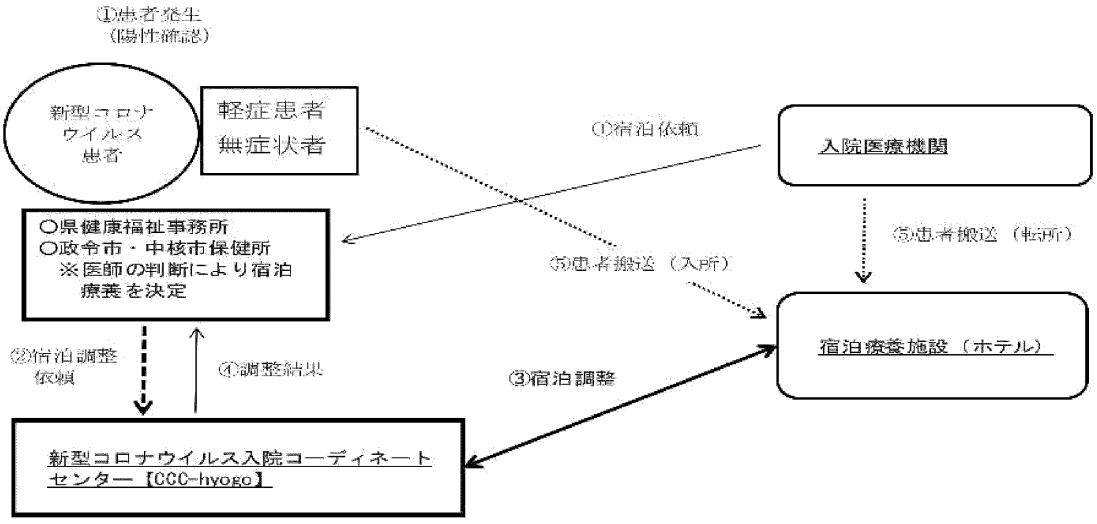
出典：大阪府HP（第１６回大阪府新型コロナ感染症対策協議会資料）より

兵庫県

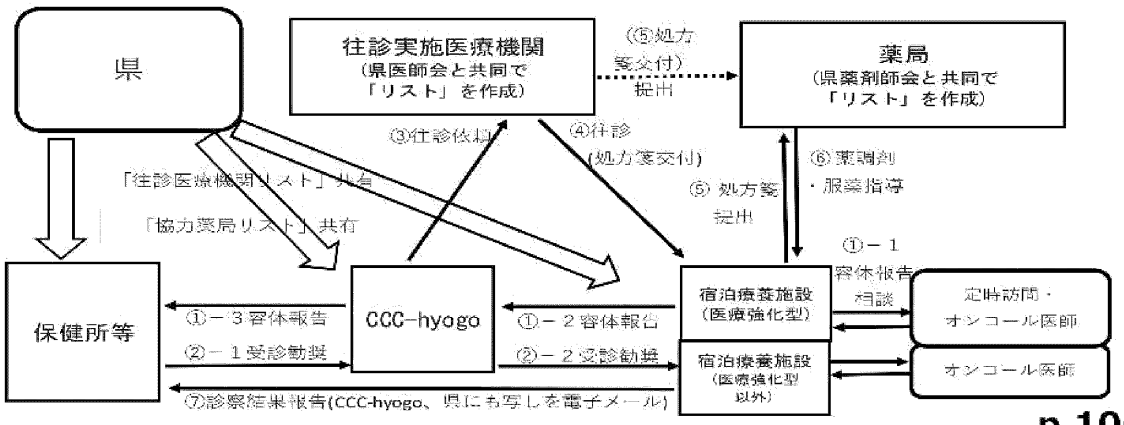
入院・転院調整



宿泊調整

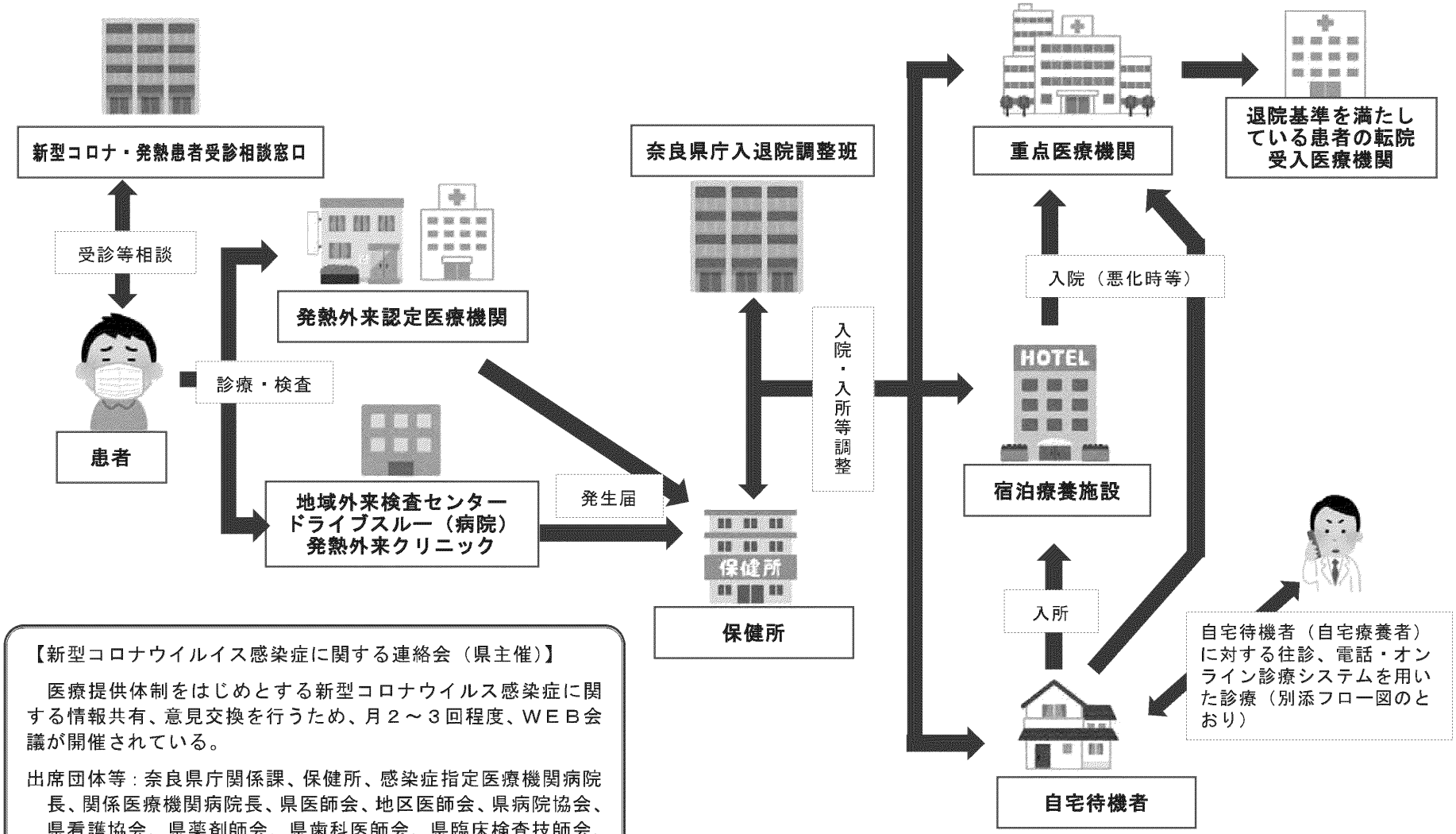


往診調整



奈良県１

奈良県における新型コロナウイルス感染症医療提供体制 概要（令和３年９月１６日時点）



【新型コロナウイルイス感染症に関する連絡会（県主催）】

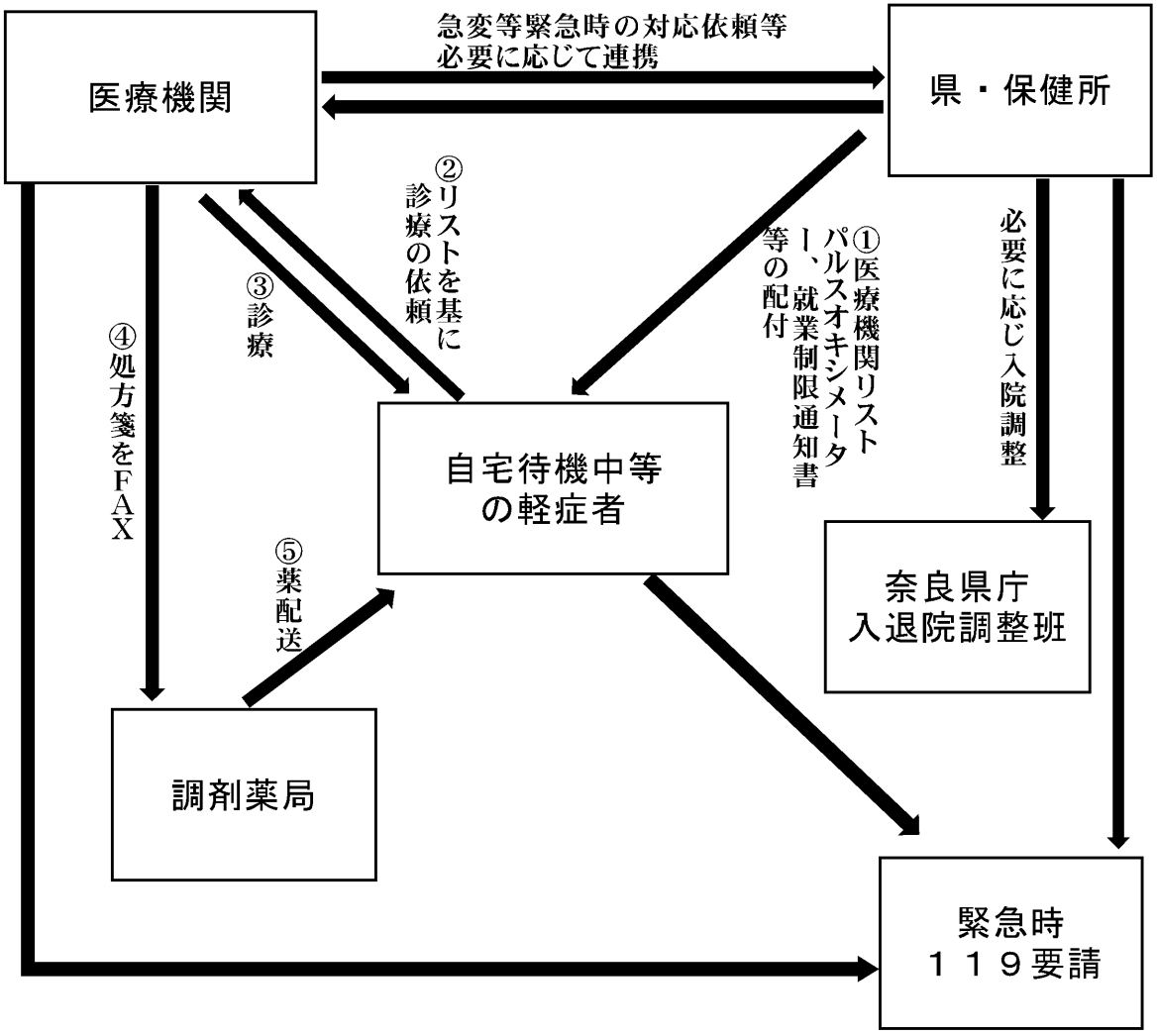
医療提供体制をはじめとする新型コロナウイルス感染症に関する情報共有、意見交換を行うため、月２～３回程度、ＷＥＢ会議が開催されている。

出席団体等：奈良県庁関係課、保健所、感染症指定医療機関病院長、関係医療機関病院長、県医師会、地区医師会、県病院協会、県看護協会、県薬剤師会、県歯科医師会、県臨床検査技師会、各消防機関

奈良県医師会事務局作成

奈良県２

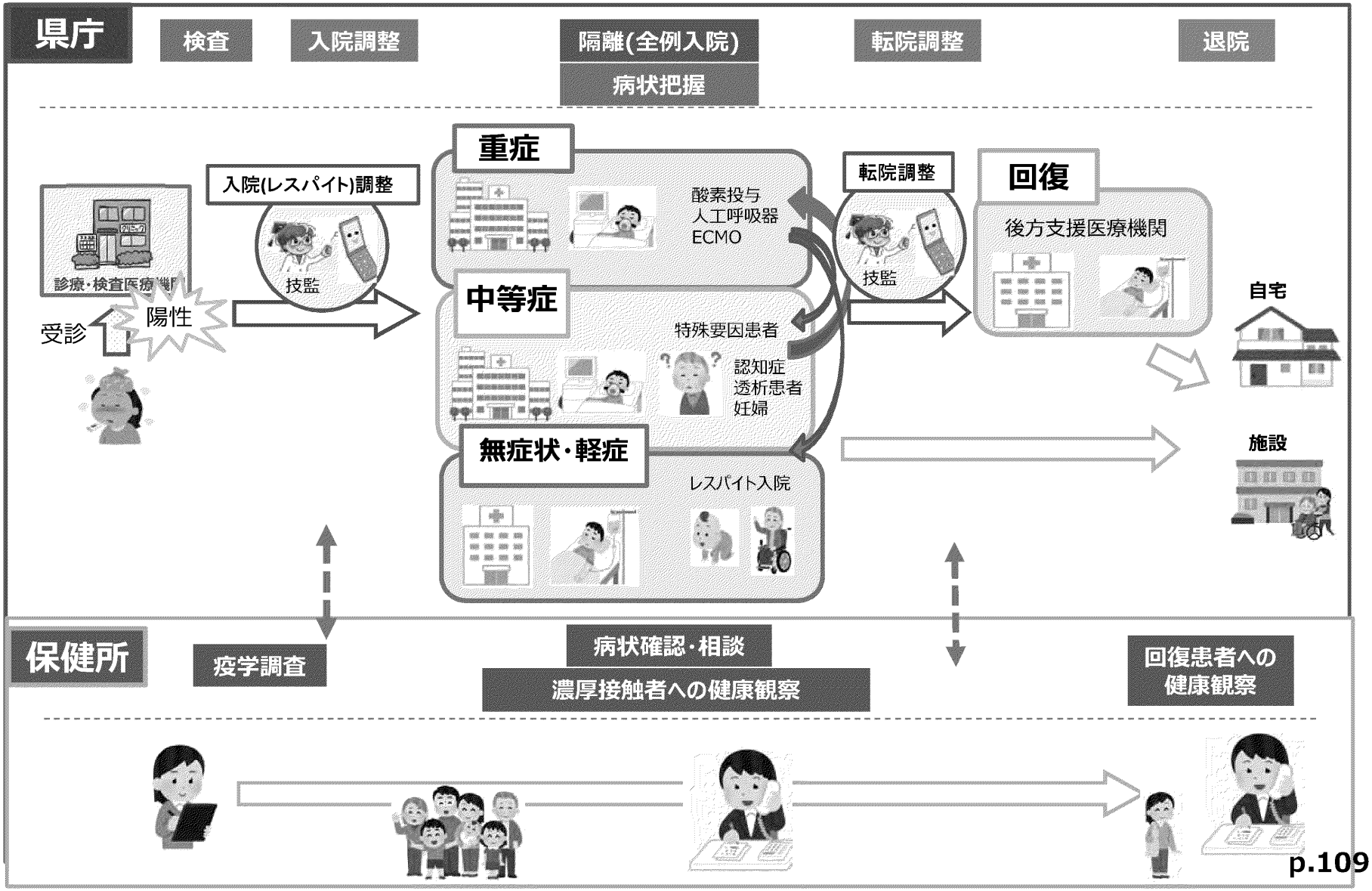
自宅療養者に対する往診、電話を用いた診療、オンライン診療システムを用いた診療等に係る流れ



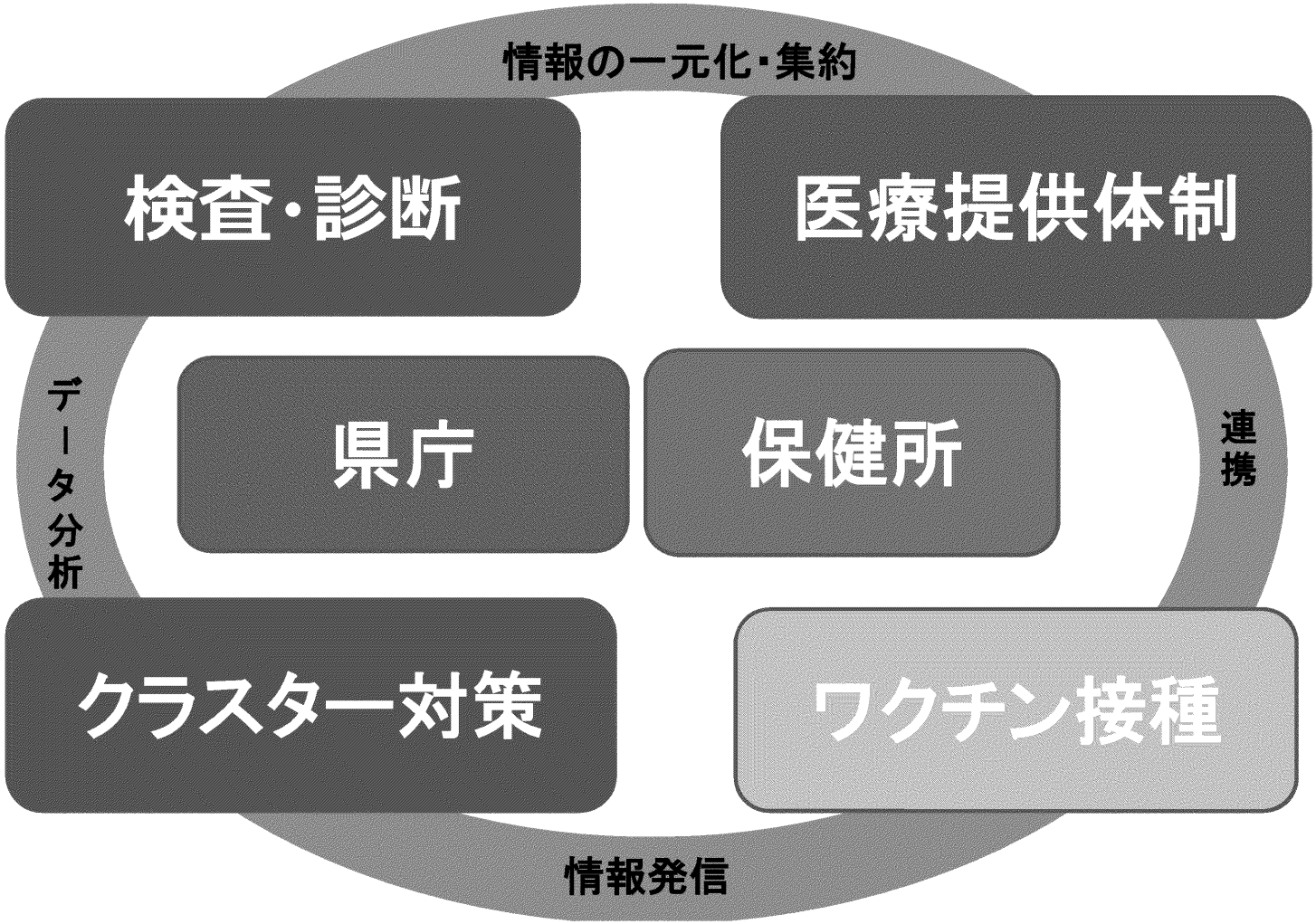
奈良県医師会事務局作成

和歌山県１

本県における新型コロナにかかる保健医療提供体制



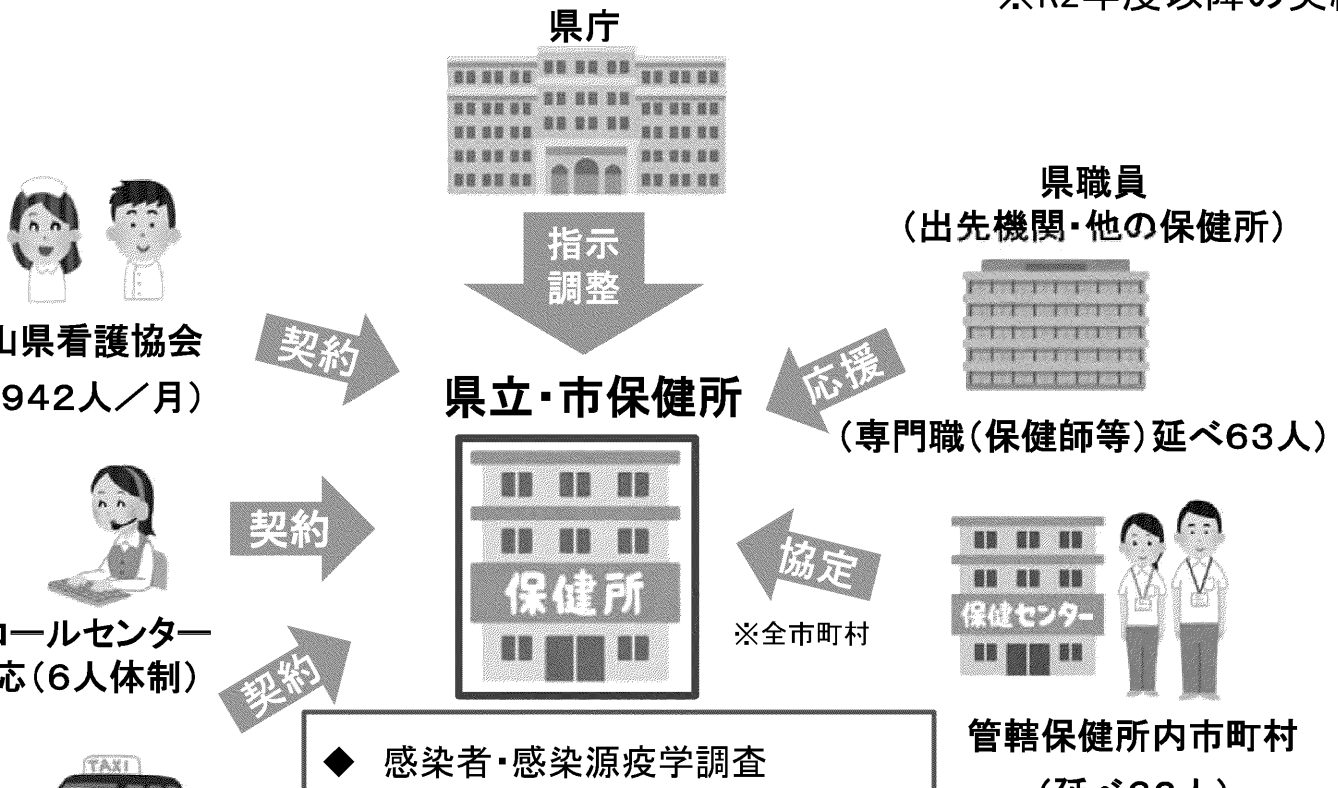
新型コロナウイルス対策



和歌山県３

保健所体制の強化　令和2年11月～

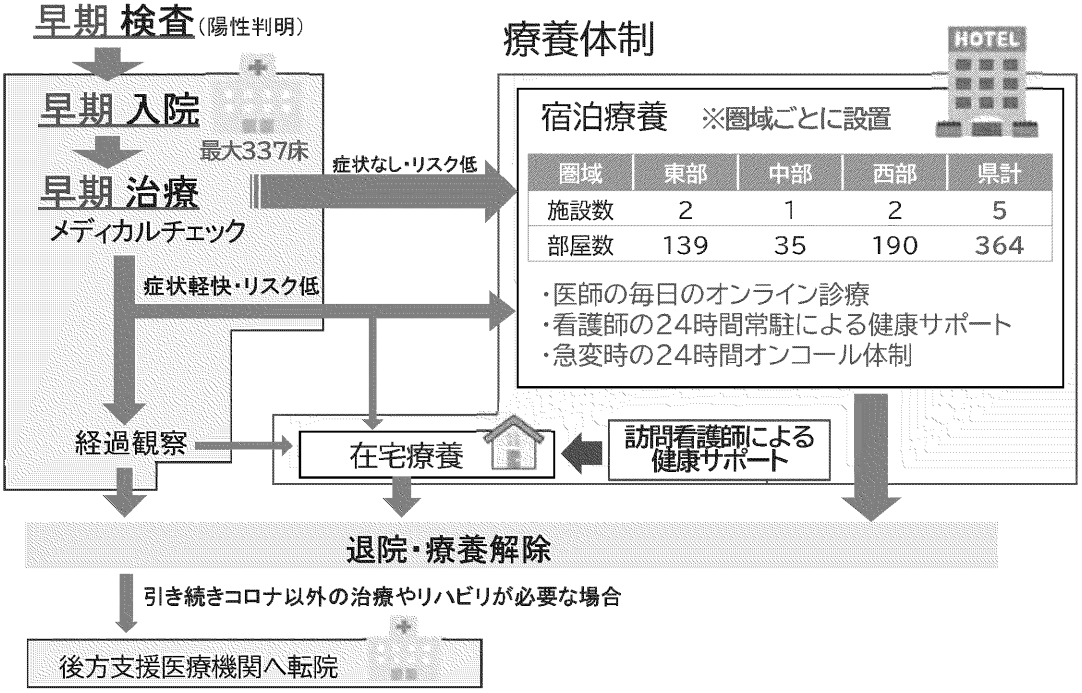
※R2年度以降の実績



- 感染者・感染源疫学調査
- 濃厚接触者の特定・健康観察
- PCR行政検査検体採取
- 入院医療機関との連絡調整
- 患者搬送及び検体運搬
- 感染拡大防止に必要な業務

鳥取県

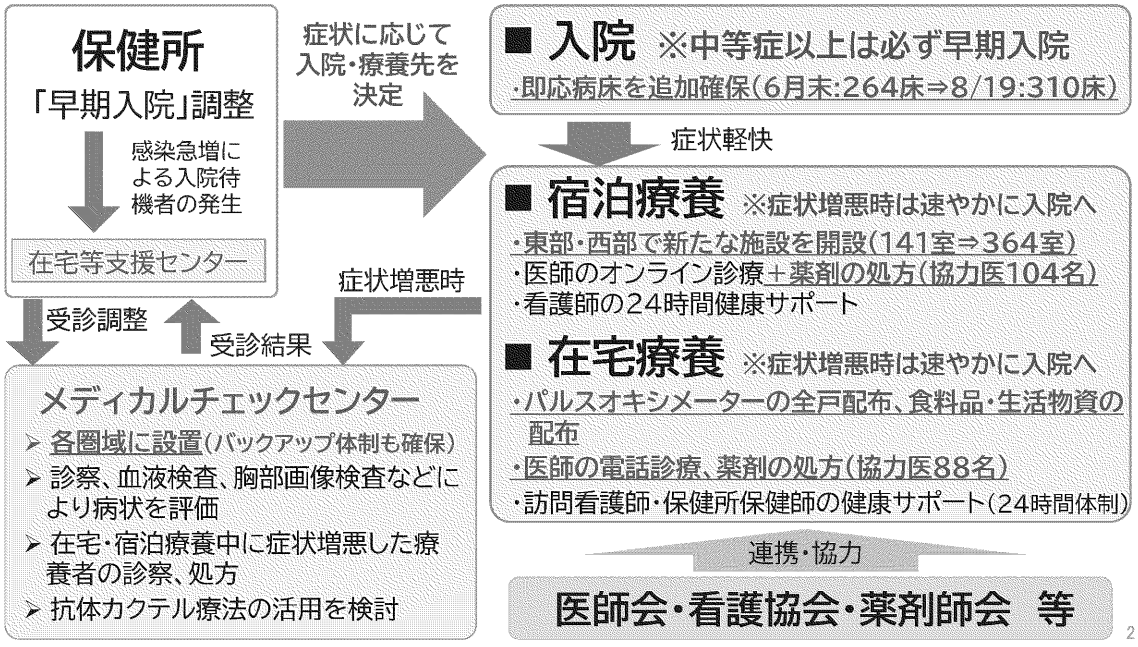
早期入院、早期治療の「鳥取方式」



1

感染者急増時は「鳥取方式＋α」

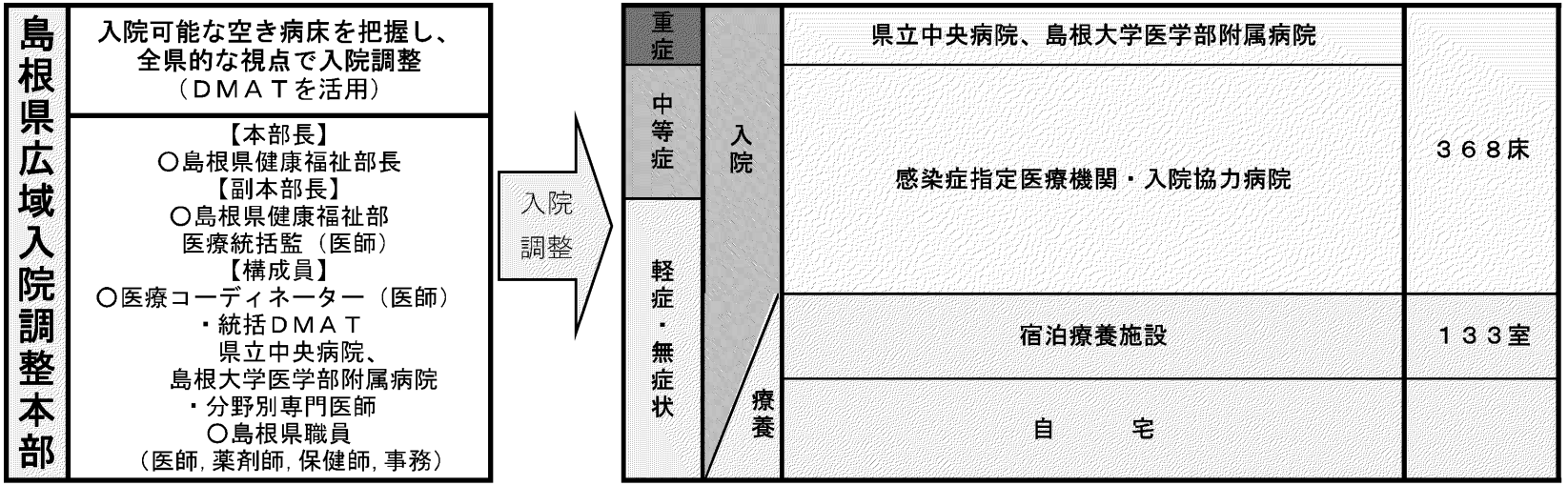
県民の命と健康を守るため
鳥取県の総力を結集して「鳥取方式＋α」を堅持



2

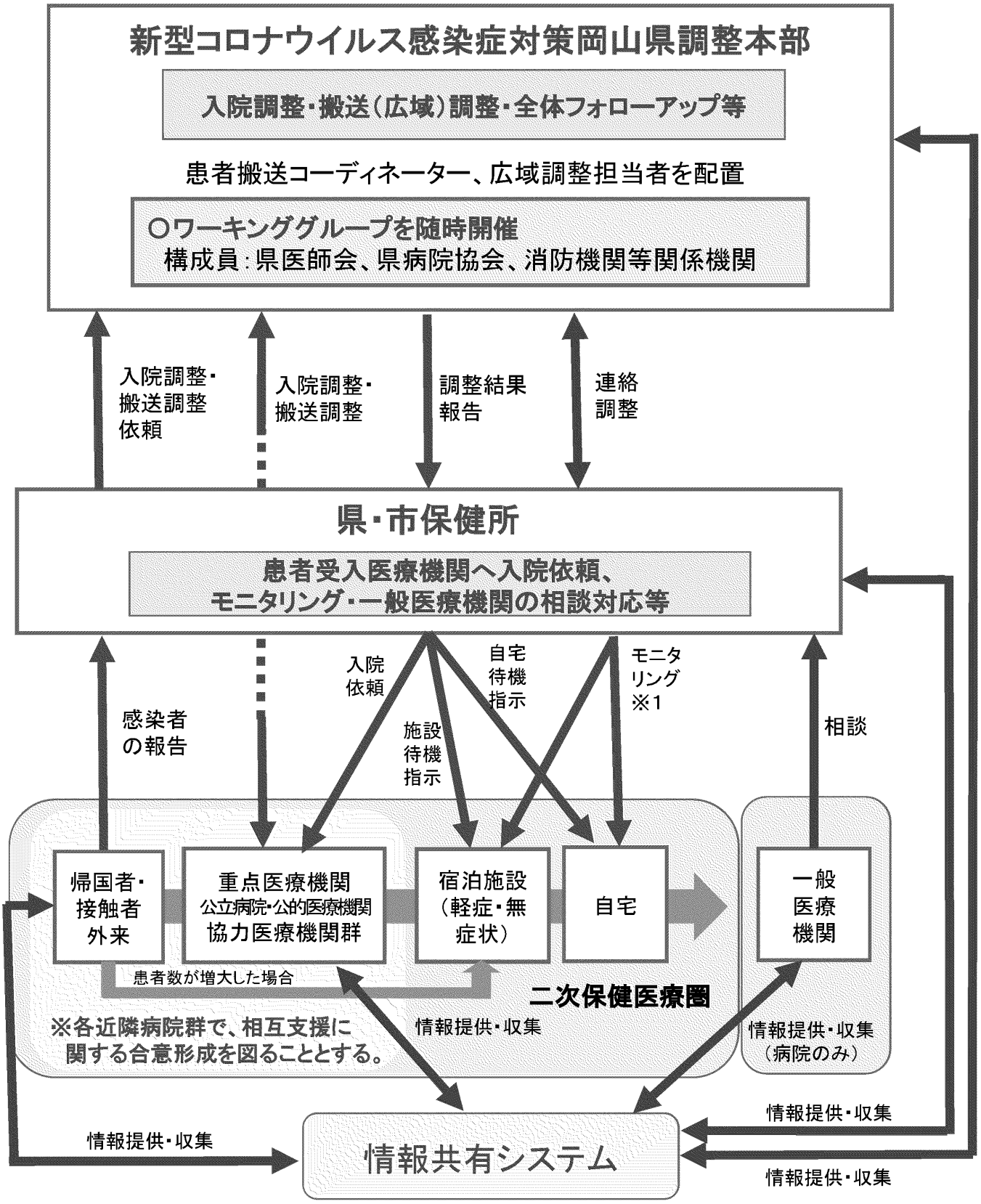
島根県

新型コロナウイルス感染症患者の入院医療体制図



岡山県

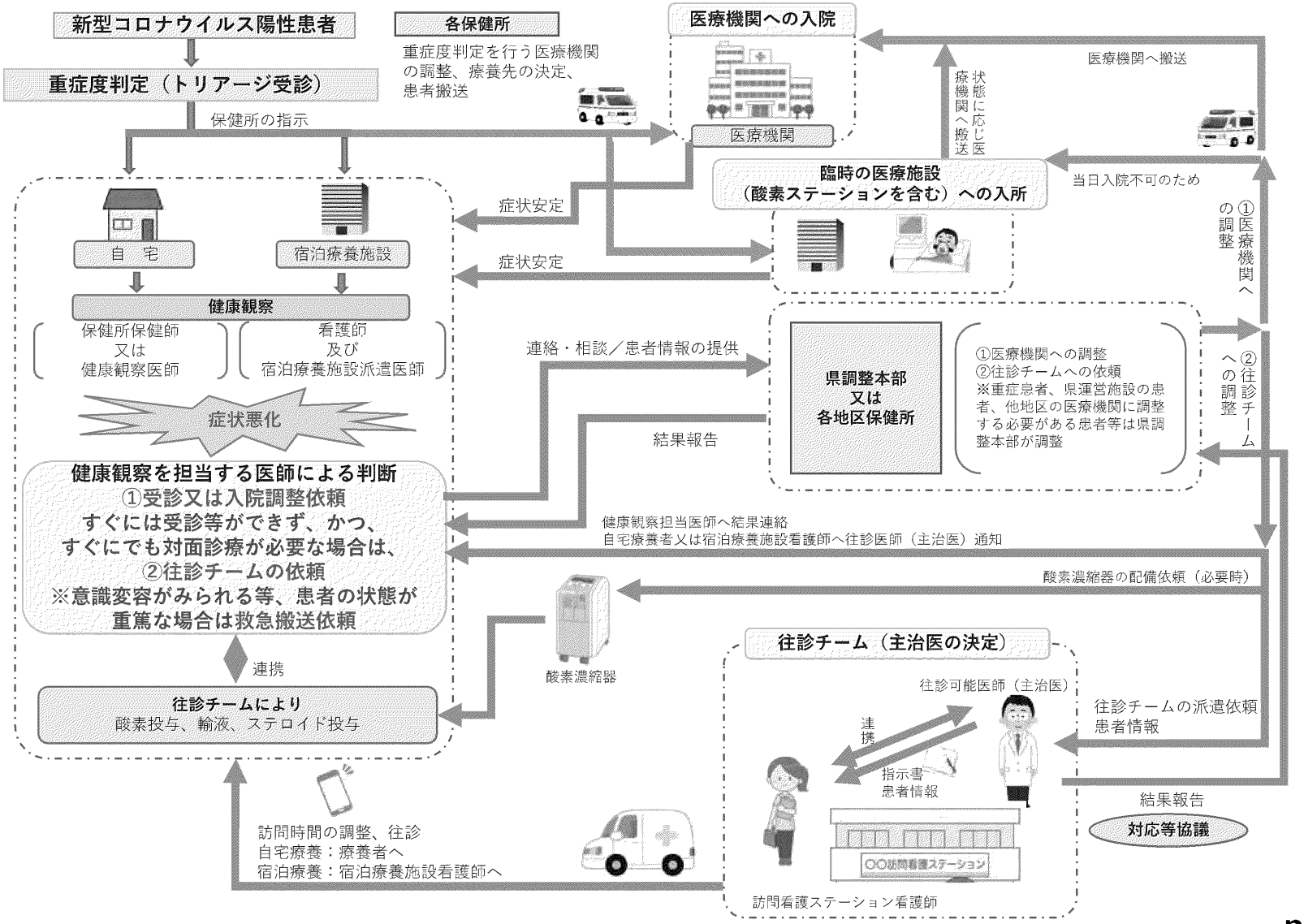
新型コロナウイルス感染症対策岡山県調整本部の概要



※1　重症化した場合、新型コロナウイルス感染症対策岡山県調整本部に対応依頼

香川県

新型コロナウイルス感染症患者に対する医療等提供体制



p.115

佐賀県

プロジェクトM（新型コロナウイルス感染症患者への医療提供体制の強化）実施体制

R2.4.6発足
R3.12.23時点

知　事
副知事
医療統括監

◎健康増進課・保健所
・ 現行の感染症対策（拡大防止、追跡調査等）を継続実施

◎新型コロナウイルス感染症対策医療機能等専門家会議

新型コロナウイルス対応医療提供体制強化本部

使　命
➢ 新型コロナウィルス感染症のさらなる拡大に備え、現行の医療提供体制を強化し、「救える命を救う」

役　割
➢ 新型コロナウイルス感染症患者に対する医療提供体制を強化するため総合調整を実施
具体的内容…病床確保・宿泊療養施設運営、入院・転院の調整、医療資機材の調達等

メンバー
本部長　：佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター長
本部員　：県内感染症指定医療機関及び救命救急センターの医師（責任者）
事務局（県）：事務局員：本部19名　施設運営：18名

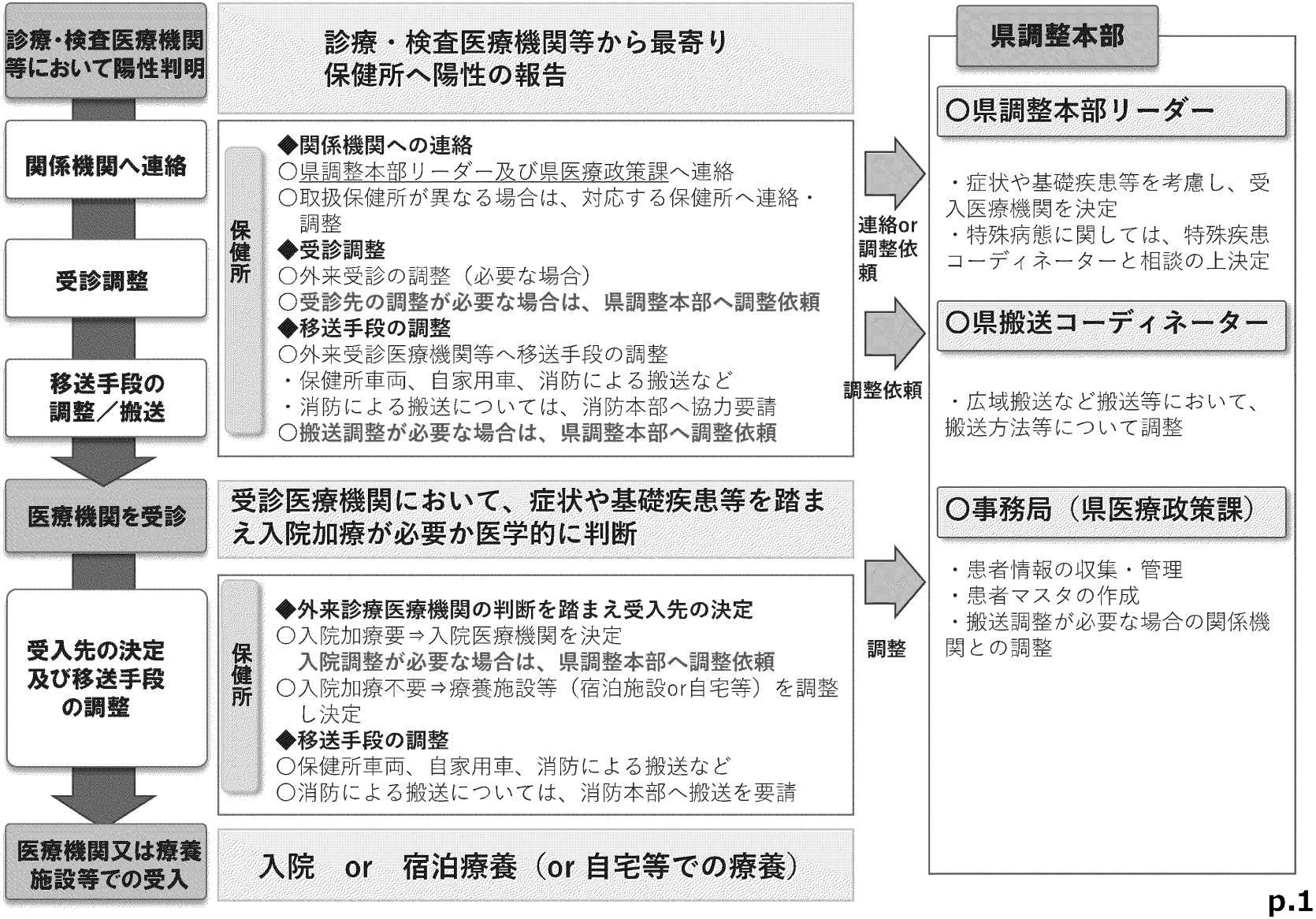
【主な取組】
➢ 陽性患者の入院病床の確保（医療機関への依頼・調整）　⇨　24床（R2.4.6時点）　→　468床(R3.12.23時点)
➢ 無症状・軽症者向けの宿泊療養施設の確保、療養体制の整備　⇨　230室（R2.4.25時点）　→　515室(R3.12.23時点)
➢ 入院・入所・転院調整
⇨ 関係医療機関の救急・感染症医師によるネットワーク機能を強化、重症・中等症患者のトリアージ、標準治療マニュアルの作成・共有、情報共有ツールを利用した情報共有の円滑化。
➢ 必要な資機材の調達、配備（医療用マスクや感染防護服等）
➢ 感染拡大時の陽性患者の搬送体制の構築　⇨　バス移送、タクシー運転手による移送
➢ 感染急増時の自宅療養支援体制の構築　⇨　健康観察・往診体制の構築、生活支援物資の配送

医務課　➢ 強化本部が調整する事項の遂行（既存施策の強化）、強化本部の庶務

p.116

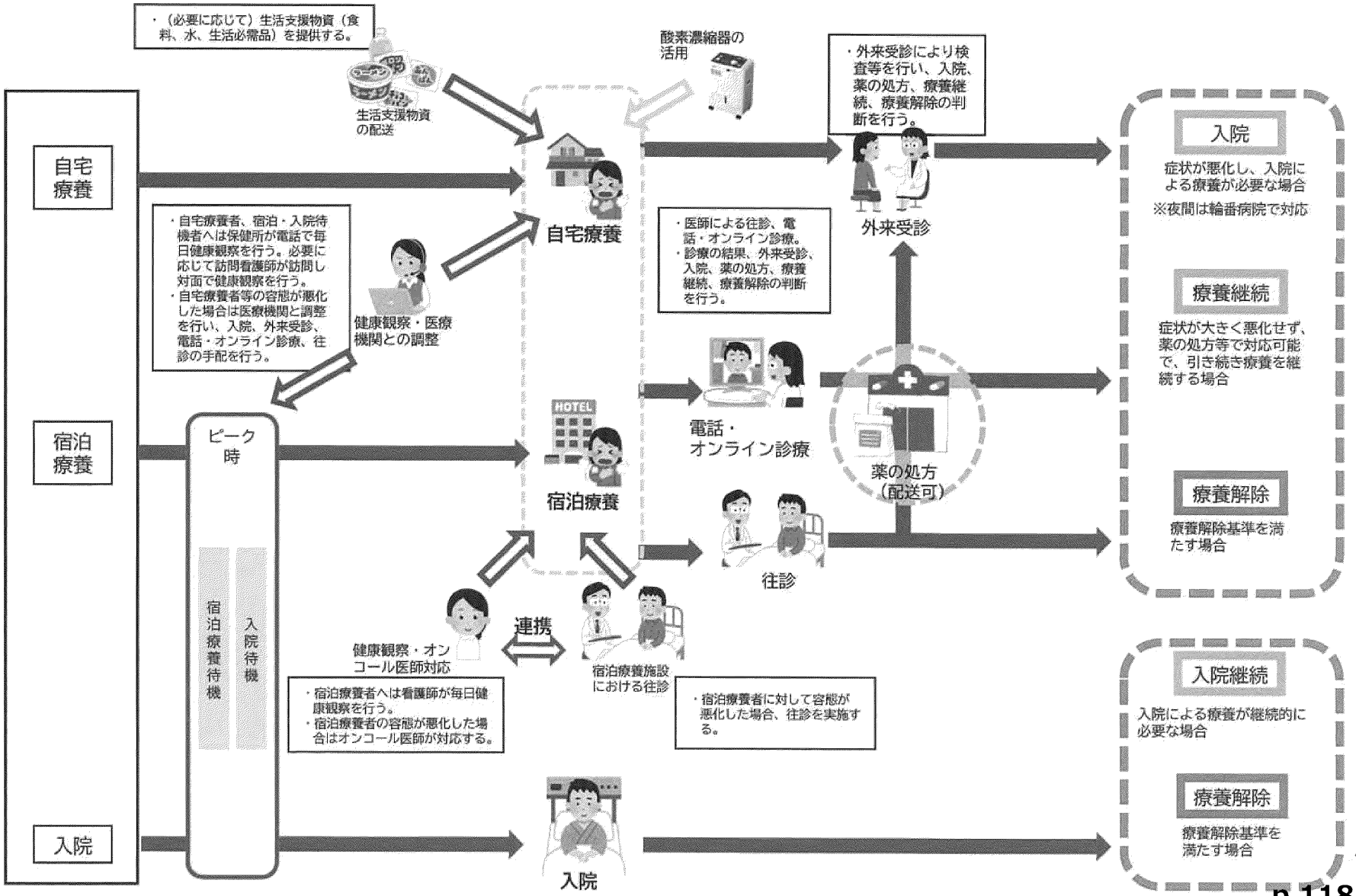
長崎県

【長崎県】新型コロナウイルス陽性者発生時における外来受診・入院・搬送調整フロー



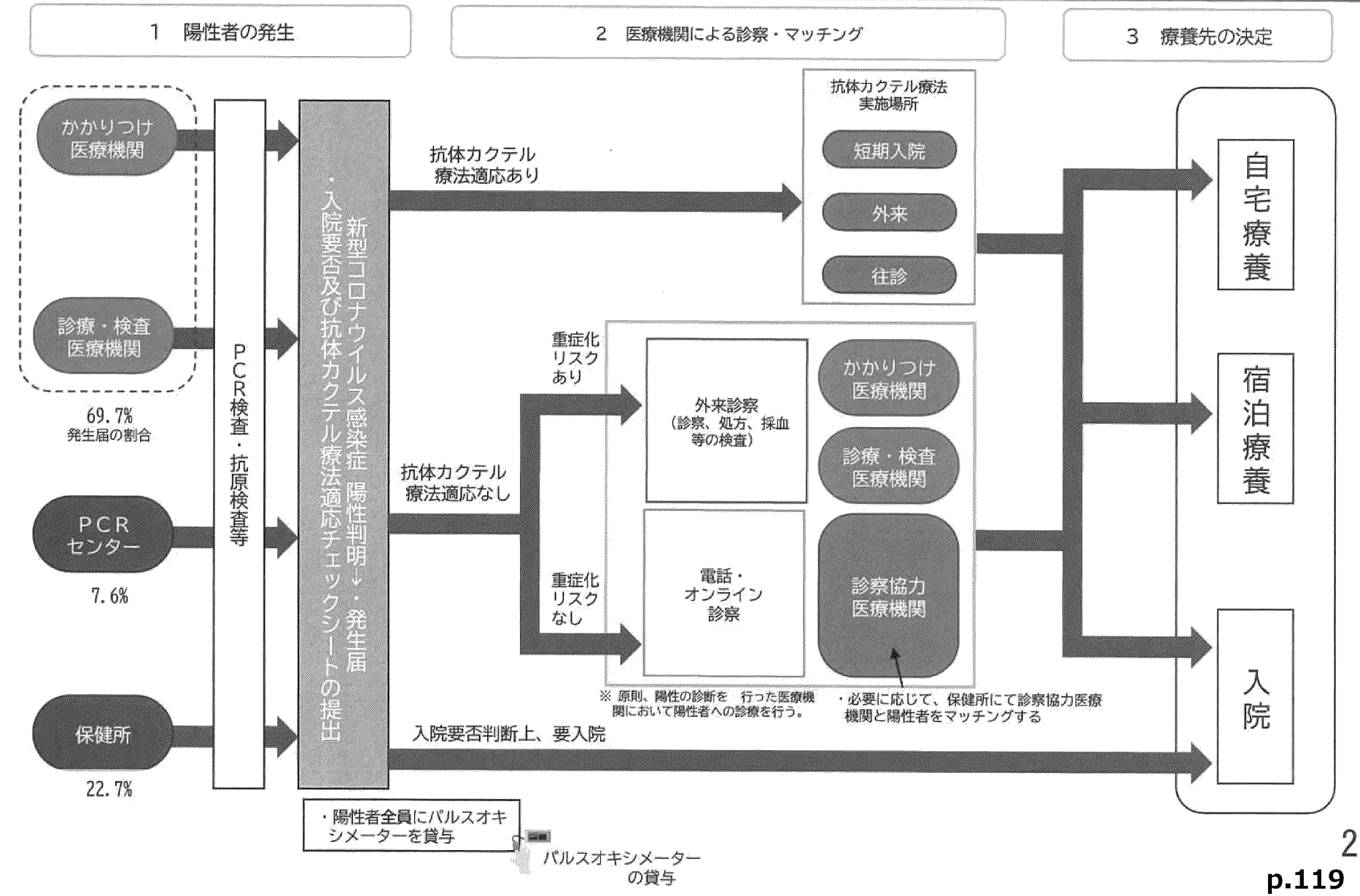
熊本県１

熊本市の療養支援体制



熊本県２

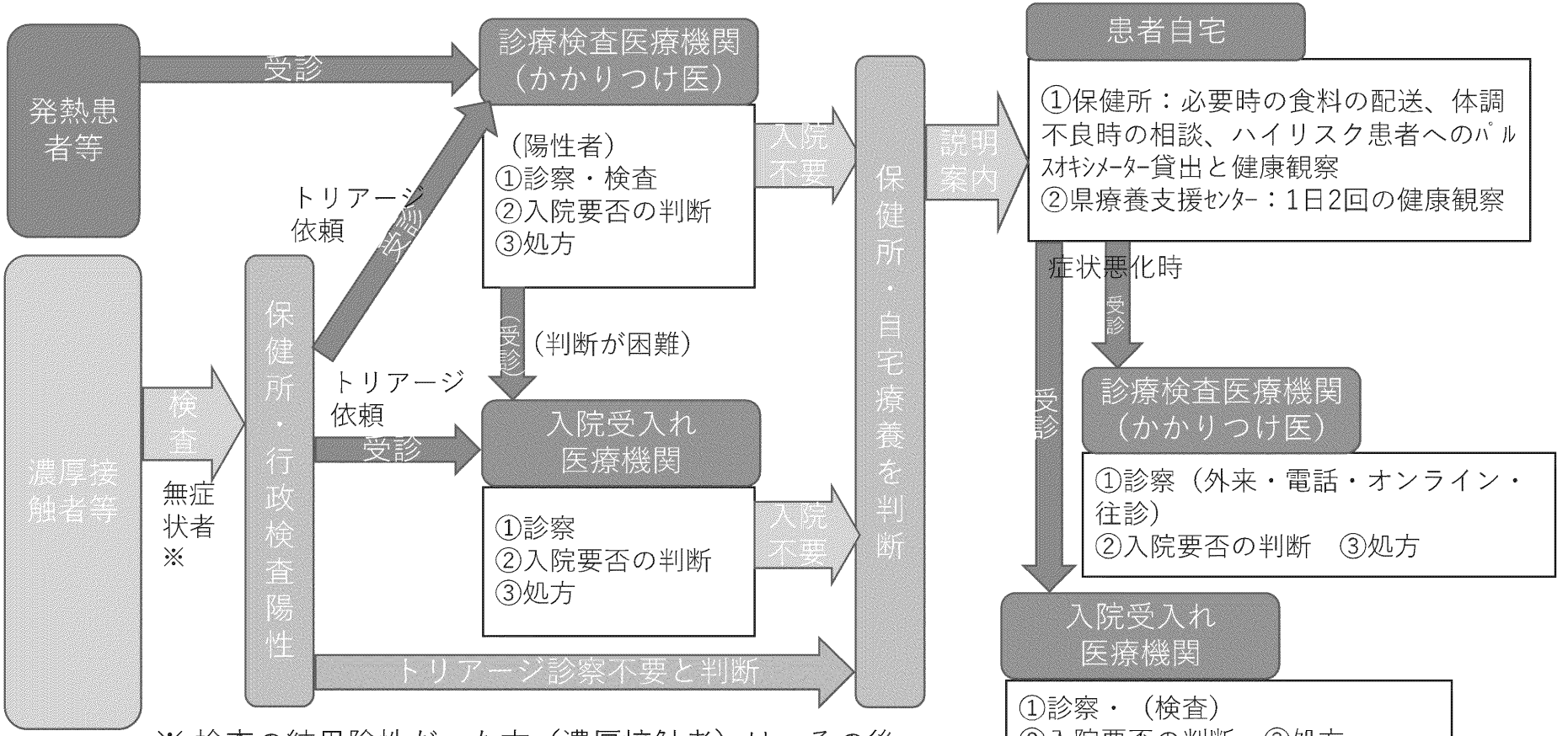
熊本市の医療提供体制



熊本県３

自宅療養者の見守り体制（案）

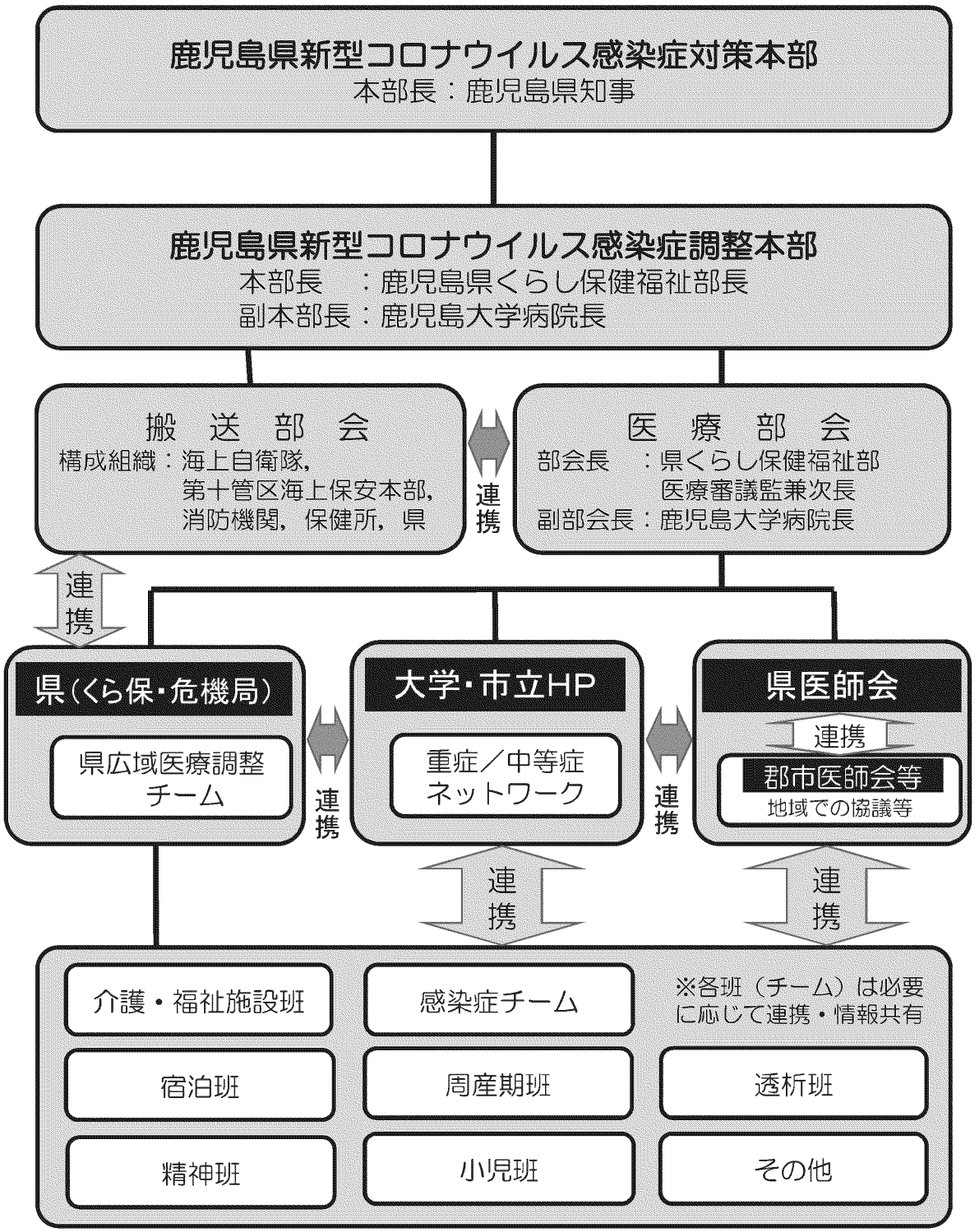
R4.2.3 阿蘇保健所



※ 検査の結果陰性だった方（濃厚接触者）は、その後症状が出現した場合、保健所を介さず自らで受診します。

鹿児島県

鹿児島県新型コロナウイルス感染症対策
医療提供体制図



受付
R4.04.21
沖縄県医師会

日医発第261号(健Ⅱ)
令和４年４月２０日

都道府県医師会
担当理事　殿

日本医師会常任理事
江　澤　和　彦
(公印省略)

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について

今般、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領」の一部が改正され、厚生労働省より各都道府県等宛に通知が発出されるとともに、本会に対しても情報提供がありましたのでご連絡いたします。

主な改正内容は、精神保健指定医の証の更新時に提出する申請書に添付する写真サイズの変更、また有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えないとされたこと等となっており、詳細につきましては、新旧対照表をご確認くださいますようお願い申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会及び関係医療機関への周知方についてご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

障精発0401第２号
令和４年４月１日

都道府県
各　　精神保健福祉主管部（局）長　殿
指定都市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課長
（公印省略）

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について

標記について、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」（平成８年３月21日健医精発第20号厚生省保健医療局精神保健課長通知）を別添のとおり一部改正することとしたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

（別添）

○精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について（平成８年３月21日健医精発第20号）

（各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）

（下線部分は改正部分）

新	旧
平成８年３月21日 健医精発第20号 最終改正　令和４年４月１日 障精発0401第２号 都道府県 各　　精神保健福祉主管部（局）長　殿 指定都市 厚生省保健医療局精神保健課長 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について （略） 別添 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領 １　５年度ごとの研修及び指定医証の更新 （１）　（略）	平成８年３月21日 健医精発第20号 最終改正　令和２年12月25日 障精発1225第１号 都道府県 各　　精神保健福祉主管部（局）長　殿 指定都市 厚生省保健医療局精神保健課長 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について （略） 別添 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領 １　５年度ごとの研修及び指定医証の更新 （１）　（略）

新	旧
（２）指定医証の更新 指定医は、５年度ごとの研修を受けたときは、別紙様式１に、写真（縦６０ミリメートル、横４０ミリメートルの大型サイズとし、申請６月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）１枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。	（２）指定医証の更新 指定医は、５年度ごとの研修を受けたときは、別紙様式１による指定医証更新申請書に、写真（縦５０ミリメートル、横４０ミリメートルとし、申請６月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）１枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に申請しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、更新の通知とともに指定医証を更新者に交付する。
（３）受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、５年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、別紙様式２に、写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 （略） 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。	（３）受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、５年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、別紙様式２による精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）申請書に、写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。 （略） 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。

新	旧
（略） なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の（延期前の）受講年度を起算点とした５年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした５年後となるものではない。 （４）失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の３月３１日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第２項の規定により自動的に失効する。なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。 ２　指定医証の記載事項等の変更届 （１）勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式１に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。 （略） 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還するものとする。 （２）氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式１に、指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出	（略） なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の受講年度を起算点とした５年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした５年後となるものではない。 （４）失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の３月３１日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第２項の規定により自動的に失効する。 ２　指定医証の記載事項等の変更届 （１）勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式３－１により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に届け出ること。 （略） 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還するとともに、別紙様式４による報告書を添えて、当該変更届を保管すること。 （２）氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式３－１により、指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市

新	旧
すること。 （略） （３）住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式１を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。 ３　指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式３に、紛失したときは写真１枚、き損したときは指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。 ４　指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式４に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。 ５　指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式５に、指	長に届け出ること。 （略） （３）住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式３－２により、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に届け出ること。 ３　指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式５により、紛失したときは始末書（様式任意）及び写真１枚、き損したときは指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に届け出ること。 ４　指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式６により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に届け出ること。 ５　指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式７によ

新	旧
定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。	り、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に届け出ること。
6　指定の取消し又は職務の停止	6　指定の取消し又は職務の停止
（1）　（略）	（1）　（略）
（2）指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式6を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。	（2）指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式8により、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。
（削る）	別紙様式1～8

新	旧
別紙様式1（更新、記載事項変更、住所地変更） 申請日　（西暦） 厚生労働大臣　殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所　〒　－ 氏名　生年月日　（西暦） 電話番号　メールアドレス 指定医証の番号　第　号 指定医証の交付年月日　指定医証の有効期限 現在の勤務先　（名称） （住所）　〒　－ ↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。（複数選択可） 1 □ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。 （必要事項）　研修修了年月日　（西暦）　※研修受講日を記載 2 □ 指定医証の記載事項に変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第1項の規定に基づき申請します。 （必要事項）　旧氏名 旧勤務先　（名称） （住所）　〒　－ 3 □ 住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。 （必要事項）　旧住所　〒　－ ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。 ※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。	（新設）

新	旧
別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長) 申請日 (西暦) 厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所 〒 － 氏名 生年月日 (西暦) 電話番号 メールアドレス 指定医証の番号 第 号 指定医証の交付年月日 指定医証の有効期限 現在の勤務先 (名称) (住所) 〒 － ↓必要事項を記入してください。 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。 (必要事項) 研修を受講できない理由(具体的に) 受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添) □ 被災証明書 □ 診断書 □ 留学証明書 □ その他 受講できるようになる年度 令和 年度 ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。 ※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。	(新設)

新	旧
別紙様式3(再交付) 申請日 (西暦) 厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所 〒 ― 氏名 / 生年月日 (西暦) 電話番号 / メールアドレス 指定医証の番号 第 号 指定医証の交付年月日 / 指定医証の有効期限 現在の勤務先 (名称) / (住所) 〒 ― ↓必要事項を記入してください。 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。 (必要事項) 紛失・き損理由 (具体的に) ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。 ※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。	(新設)

新	旧
別紙様式4(辞退) 申請日　(西暦) 厚生労働大臣　殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所　〒 氏名　生年月日　(西暦) 電話番号　メールアドレス 指定医証の番号　第　号 指定医証の交付年月日　指定医証の有効期限 現在の勤務先　(名称) (住所)　〒　－ ↓必要事項を記入してください。 精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。 (必要事項)　辞退理由 ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。	(新設)

新	旧
別紙様式5(死亡) 申請日 (西暦) 厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所 〒 － 氏名 申請者と死亡した指定医との関係(続柄等) 電話番号 メールアドレス ↓必要事項を記入してください。 精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。 (必要事項) 氏名 死亡年月日 (西暦) 指定医証の番号 第 号 指定医証の交付年月日 指定医証の有効期限 指定医証を添付できない理由 ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。 ※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。	(新設)

新	旧
別紙様式6（取消・停止） 申請日 （西暦） 厚生労働大臣　殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 現住所 〒 － 氏名 生年月日 （西暦） 電話番号 メールアドレス 指定医証の番号 第 号 指定医証の交付年月日 指定医証の有効期限 現在の勤務先 （名称） （住所） 〒 － ↓該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。（いずれかを選択） 1 □ 精神保健指定医の指定を取り消されたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 （必要事項） 指定取消年月日 （西暦） 2 □ 精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 （必要事項） 職務停止期間 （西暦） から （西暦） まで ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。	（新設）

平成８年３月21日
健医精発第20号
最終改正　令和４年４月１日
障精発0401第２号

都道府県
各　　精神保健福祉主管部（局）長　殿
指定都市

厚生省保健医療局精神保健課長

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について

精神保健指定医については、これまで、新規の指定に係る事務の取扱いについては、昭和六三年五月十三日健医精発第一六号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神衛生法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について」中の第三「精神保健指定医に関する事項」により行われており、また、指定医証の更新、記載事項の変更その他の指定後の諸手続については、昭和六十三年七月十四日健医精発第二四号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神保健指定医の更新等に係る事務取扱要領について」により行われてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律(平成七年法律第九十四号)により、指定医が五年ごとの研修を受講しなかった場合の指定の失効の規定が設けられ、平成八年四月一日から施行されること等に伴い、前記の健医精発第二四号通知を廃止して別添のとおり新たな要領を定めたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

別添

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領

１　５年度ごとの研修及び指定医証の更新

（１）５年度ごとの研修

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第１９条の規定により、精神保健指定医（以下「指定医」という。）が、５年度ごとの研修を受けなかった場合には、当該研修を受けなかったことについてやむを得ない理由が存すると厚生労働大臣が認めたときを除き、当該指定を受けるべき年度の終了の日（３月３１日）の経過をもって指定の効力を失うこととされており、研修を受けるべき年度は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第１９条第１項の規定に基づき、精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件」（平成８年３月２１日厚生省告示第８９号）の定めるところによる。

また、精神保健指定医の証（以下「指定医証」という。）には、研修を受けるべき年度の末日を指定医証の有効期限として記載しているところであり、指定医は、その有効期限に留意して、研修を受講することが必要である。

なお、研修実施団体（公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会及び一般社団法人日本総合病院精神医学会が登録されている。）より、当該年度における受講を必要とする指定医に対し、受講のお知らせを送付することとしているので、案内状が不着とならぬよう、指定医は、住所地の変更届の提出を必ず行うとともに、指定医証の記載事項についても変更届の提出を励行し、研修の受講年度については、法律の規定に基づき自らの受講年度に留意することが必要である。

（２）指定医証の更新

指定医は、５年度ごとの研修を受けたときは、別紙様式１に、写真（縦６０ミリメートル、横４０ミリメートルの大型サイズとし、申請６月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）１枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

都道府県知事又は指定都市の市長は、更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

（３）受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請

指定医は、５年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、別紙様式２に、写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

研修を受けることができないやむを得ない理由は、法施行規則第４条により、「研修を受けるべき年度において実施されるいずれの研修をも受けることができないことにつき、災害、傷病、長期の海外渡航その他の事由があること」とされている。

法施行規則第１条の３中「やむを得ない理由が存することを証する書類」の例としては、被災証明、診断書、留学証明書等である。受講の延期の申請は、原則事前申請とする（事後申請となるのは災害、急病等やむを得ない場合に限る）ので、研修を受けるべき年度に実施される全ての研修について受講できないことが明らかとなった場合には速やかに必要書類等を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

また、受講延期の期間は、原則として１年間であるが、海外渡航等事前に長期に渡って研修の受講が困難であることが判明している場合に限り、４年を限度として複数年にわたり延期申請を行うことも可能である。

なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の（延期前の）受講年度を起算点とした５年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした５年後となるものではない。

（４）失効について

研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の３月３１日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第１９条第２項の規定により自動的に失効する。なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

２　指定医証の記載事項等の変更届

（１）勤務先の変更

指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式１に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

なお、精神科の医療機関以外の勤務先に異動した場合や、勤務先を有しなくなった場合においても、指定医の辞退届を提出しない限り、勤務先の変更届等を提出することが必要である。

都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還するものとする。

（２）氏名の変更

指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式１に、指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

都道府県知事又は指定都市の市長は、新たな指定医証を発行して、当該指定医に交付するものとする。

（３）住所地の変更

指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式１を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

３　指定医証の再交付

指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式３に、紛失したときは写真１枚、き損したときは指定医証及び写真１枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

４　指定医の辞退届

指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式４に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

５　指定医の死亡届

指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式５に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

６　指定の取消し又は職務の停止

（１）都道府県知事又は指定都市の市長は、指定医について、法第１９条の２第２項の規定に該当すると認められるときは、同条第４項の規定により厚生労働大臣にその旨を通知すること。

（２）指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式６を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

別紙様式1（更新、記載事項変更、住所地変更）

申請日	（西暦）	

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－			
氏名		生年月日	（西暦）	
電話番号		メールアドレス		
指定医証の番号	第　　号			
指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限		
現在の勤務先	（名称）			
	（住所）〒　　－			

↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。（複数選択可）

1 □ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。

（必要事項）	研修修了年月日	（西暦）	※研修受講日を記載

2 □ 指定医証の記載事項に変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第1項の規定に基づき申請します。

（必要事項）			
	旧氏名		
	旧勤務先	（名称）	
		（住所）〒　　－	

3 □ 住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。

（必要事項）			
	旧住所	〒　　－	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式2（受講の延期及び指定医証の有効期限延長）

申請日	（西暦）

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－		
氏名		生年月日	（西暦）
電話番号		メールアドレス	
指定医証の番号	第　　号		
指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限	
現在の勤務先	（名称）		
	（住所）〒　　－		

↓必要事項を記入してください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。

（必要事項）	研修を受講できない理由（具体的に）				
	受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類（別添）	□	被災証明書	□	診断書
		□	留学証明書		
		□	その他		
	受講できるようになる年度	令和　　年度			

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式3（再交付）

申請日	（西暦）	

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－			
氏名		生年月日	（西暦）	
電話番号		メールアドレス		
指定医証の番号	第　　号			
指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限		
現在の勤務先	（名称）			
	（住所）〒　　－			

↓必要事項を記入してください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。		
（必要事項）	紛失・き損理由（具体的に）	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式4（辞退）

申請日	（西暦）

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－		
氏名		生年月日	（西暦）
電話番号		メールアドレス	
指定医証の番号	第　　号		
指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限	
現在の勤務先	（名称）		
	（住所）〒　　－		

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。		
（必要事項）	辞退理由	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

別紙様式5（死亡）

申請日	（西暦）

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－		
氏名			
申請者と死亡した指定医との関係（続柄等）			
電話番号		メールアドレス	

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。				
（必要事項）	氏名			
	死亡年月日	（西暦）		
	指定医証の番号	第　　号		
	指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限	
	指定医証を添付できない理由			

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式6（取消・停止）

申請日	（西暦）	

厚生労働大臣　殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒　　－			
氏名		生年月日	（西暦）	
電話番号		メールアドレス		
指定医証の番号	第　　号			
指定医証の交付年月日		指定医証の有効期限		
現在の勤務先	（名称）			
	（住所）〒　　－			

↓該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。（いずれかを選択）

1	□	精神保健指定医の指定を取り消されたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。			
（必要事項）	指定取消年月日	（西暦）			

2	□	精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。			
（必要事項）	職務停止期間	（西暦）		から	
		（西暦）		まで	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。