

「感染症有事に見るわが国のガバナンス」

日本経営同友倶楽部月例会
資料

2021年6月16日

衆議院議員 塩崎恭久

【抜粋】骨太の方針2021（令和3年6月16日閣議決定予定）

4. 感染症の克服と経済の好循環に向けた取組

（1）感染症に対し強靱で安心できる経済社会の構築

感染症への対応に当たっては、社会経済活動を継続しつつ感染拡大を防止し、重症者・死亡者の発生を可能な限り抑制することを基本に対策を徹底する。感染症対応の医療提供体制を強化し、相談・受診・検査～療養先調整・移送～転退院・解除まで一連の対応が目詰まりなく行われ、病床・宿泊療養施設が最大限活用される流れを確保する。緊急時対応は、より強力な体制と司令塔の下で推進する。今後、感染症が短期間で急増するような事態が生じた場合は、昨冬の2倍程度等を想定した患者数に対応可能な体制に緊急的に切り替える。また、感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する。都道府県の要請に基づき、公立・公的、民間病院の病床を活用できる仕組みや都道府県を超えて患者に対応できる仕組みを構築する。

各地域の病床の効率的な運用を促すため、医療機能に応じた役割分担の徹底や補助も活用した医師等派遣、地域の実情に応じた転院支援等を進める。G-MISにより、重症度別の空床状況や人工呼吸器等の保有・稼働状況、人材募集状況等を一元的に把握し、迅速な患者の受入調整等に活用するほか、地域別や機能別、開設種別の病床稼働率など医療提供体制の進捗管理・見える化を徹底する。

（略）

感染症を巡る状況を踏まえつつ、個々の医療機関の経営リスクに配慮しながら、病床や医療人材の確保に関する協力を国や自治体が迅速に要請・指示できるようにするための仕組みや、平時からの開発支援を含め治療薬やワクチンについて安全性や有効性を適切に評価しつつ、より早期の実用化を可能とするための仕組み、ワクチンの接種体制の確保など、感染症有事に備える取組について、より実効性のある対策を講じることができるよう法的措置を速やかに検討する。あわせて、行政の体制強化に取り組む。

【抜粋】骨太の方針2021（令和3年6月16日閣議決定予定）

3. 国と地方の新たな役割分担等

（今回の感染症対策で直面した課題等への対応）

総務省は、内閣官房及び厚生労働省等の協力を得て、国と都道府県の関係、大都市圏における都道府県間の関係及び都道府県と市町村（政令市や特別区を含む）との関係について、今回の感染症対応で直面した課題等を踏まえ、地方制度調査会等において検討を進め改善に向けて取り組む。さらに、国と地方の新たな役割分担について、行政全般の広域化についての具体的推進、自治体間の役割分担の明確化の観点から、法整備を視野に入れつつ検討を進める。

感染症危機対応体制の抜本改革

自民党 行政改革推進本部「大規模感染症流行時の国家ガバナンス改革」提言（令和2年6月26日）

現行

- 明治以来一貫して都道府県、保健所・地衛研等、地方を中心とした感染症対策
- 感染症データの管理、開示が自治体ごとに不統一、「2000個問題」

旧伝染病予防法	（明治30年）
旧結核予防法	（大正8年）
旧保健所法	（昭和12年）
新保健所法	（昭和22年）
新結核予防法	（昭和26年）
地域保健法	（平成6年）
感染症法	（平成10年）



関連法制の改正後

- 感染症危機対応を国の責務として位置付け
- 有事の国一県一保健所の指揮命令系統の明確化
 - ・私権制限など緊急事態対応を特措法担当大臣が指示
 - ・内閣官房に「感染症担当危機管理監」を新設
 - ・厚労大臣が知事等へ所要の措置を指示、自ら措置
- 「公衆衛生」と「臨床医療」の有機的一体化
 - ・保健所等に加え民間医療機関・検査機関を積極活用し、PCR検査等の範囲拡大による検査促進・保健所負担の分散化（数値目標設定）
 - ・保健所の有事体制の充実・強化
- 「疫学的研究」と「臨床研究」の一元的運用（感染研+NCGM）
- 国による感染症データの一元管理・開示を法定

1

【大規模感染症流行時の国、地方公共団体の責務を明記】

（国及び地方公共団体の責務）

第三条（略）

2・3（略）

4 国は、大規模感染症流行時（感染症の全国的かつ急速なまん延により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場合をいう。以下同じ。）において、国民の生命及び健康を保護する固有の使命を有することから、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対処し、国全体として万全の措置を講ずるよう努めなければならない。 5 地方公共団体は、大規模感染症流行時における当該地方公共団体の住民の生命及び健康の保護に関して、国の方針に基づく措置の実施その他適切な役割を担うよう努めなければならない。

2

【国の指揮命令権、緊急時の知事権限の直接執行】

（厚生労働大臣の是正措置）

第〇〇条 厚生労働大臣は、大規模感染症流行時において、第十五条【積極的疫学調査、行政検査】第十七条【健康診断】、第十八条【就業制限】、第十九条、第二十条【入院】、第二十一条【移送】又は二十六条の三から三十三条まで【消毒等の措置、建物立入制限、交通制限・遮断】の規定による措置が都道府県知事により適正に実施されない場合において、新型コロナウイルス感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため特に必要があると認めるときは、当該都道府県知事に対し、当該措置を適正に実施すべきことを指示することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による指示を行ってもなお同項の規定による措置が都道府県知事により適正に実施されないとき、又は新型コロナウイルス感染症の発生を予防し、若しくはそのまん延を防止するため特に必要と認める場合であって状況に照らし緊急を要すると認めるときは、当該都道府県知事に通知した上で、自ら同項に規定する措置を実施することができる。

3

【国による感染症情報の一元的管理・オンライン】

（感染症情報の報告等の義務）

第〇〇条 都道府県知事は、新型コロナウイルス感染症の発生及びまん延に関する情報（個人情報を含む。）として政令で定めるものを厚生労働大臣に報告しなければならない。

2 この法律の他の規定に定めるもののほか、医療機関又は衛生検査所の管理者、医師その他政令で定める者は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する情報を提供しなければならない。

（電子情報処理組織による報告等）

第〇〇条 この法律の規定による報告又は情報の提供については、他の法令の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、電子情報処理組織（行政機関等の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）とその手続等の相手方の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法により行わなければならない。

（厚生労働大臣による情報の一元的管理等）

第〇〇条 厚生労働大臣は、政令で定めるところにより、この法律又はこの法律に基づく政令の規定により都道府県知事等から報告し、又は提供された感染症に関する情報を電子情報処理組織を使用する方法により一元的に管理し、及びこれらの情報を迅速に公開しなければならない。

4

【PCR検査等の数値目標を含む目標の設定】

（新型コロナ感染症検査指針）

第〇〇条 厚生労働大臣は、大規模感染症流行時において、新型コロナウイルス感染症検査指針を作成し、公表するものとする。

2 新型コロナウイルス感染症検査指針には、新型コロナウイルス感染症に係るウイルスの検査の実施体制及び検査能力の目標その他政令で定める事項について定めるものとする。

（新型コロナ感染症検査計画）

第〇〇条 都道府県は、前条の新型コロナ感染症検査指針に即して、新型コロナウイルス感染症に係るウイルスの検査の実施に関する計画を定めなければならない。

5

【行政検査の対象の拡大・スクリーニング検査】

（感染症の発生の状況、動向及び原因の調査）

第十五条（略）

2（略）

3 都道府県知事は、必要があると認めるときは、第一項の規定による必要な調査として当該職員に次の各号に掲げる者に対し当該各号に定める検体若しくは感染症の病原体を提出し、若しくは当該職員による当該検体の採取に応じるべきことを求めさせ、又は第一号から第三号までに掲げる者の保護者（親権を行う者又は後見人をいう。以下同じ。）に対し当該各号に定める検体を提出し、若しくは当該各号に掲げる者に当該職員による当該検体の採取に応じさせるべきことを求めさせることができる。

一 一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者若しくは無症状病原体保有者又は当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者 当該者の検体

一の二 大規模感染症流行時において、新型コロナウイルス感染症が発生し、又はまん延するおそれのある地域として厚生労働大臣が定める地域の医療提供施設又は老人福祉施設（以下「医療提供施設等」という。）に入院し、又は入所する者、当該医療提供施設等に勤務する者その他政令で定める者 当該者の検体

6

【行政検査以外のスクリーニング検査に対する公費負担】

（検体の検査費用の支給）

第〇〇条 都道府県知事は、大規模感染症流行時において、第十五条第三項第一号の二に規定する者【医療提供施設等に入院・入所する者、勤務する者その他政令で定める者】が、衛生検査所その他政令で定める者【民間検査所】から検体の検査として厚生労働省令で定めるもの【行政検査以外のスクリーニング検査】を受けたときは、当該検査の費用を支給する。

2 前項の規定により支給する費用の額は、健康保険の診療報酬の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

（検査結果の報告義務）

第〇〇条 第〇条に規定する衛生検査所の管理者その他政令で定める者は、厚生労働省令で定めるところにより、検体の検査の結果その他厚生労働省令で定める事項を厚生労働大臣に報告しなければならない。

7

【公的医療機関等に重症・中等症患者を選択と集中】

（医療の実施の総合調整、要請等）

第〇〇条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、感染症のまん延時において、保健所設置市の長、医療機関その他の関係者に対し、感染症の患者の症状の程度に応じた適切な病床を確保し、患者に対する適切な医療の提供を行うために必要な事項に関する総合調整を行うことができる。

2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、特に必要があると認める場合であって、前項の総合調整に基づく所要の対応が図られないときは、政令で定めるところにより、医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院、同法第三十一条に規定する公的医療機関その他政令で定める医療機関に対し、その場所及び期間その他の必要な事項を示して、感染症の患者の症状の程度に応じた適切な病床を確保し、患者に対する適切な医療を行うよう要請することができる。

3 前項の場合において、同項の医療機関が正当な理由がないのに同項の規定による要請に応じないときは、厚生労働大臣又は都道府県知事は、患者に対する医療を提供するため特に必要があると認めるときに限り、当該医療機関に対し、医療を行うべきことを指示することができる。この場合においては、同項の事項を書面で示さなければならない。

（費用弁償）

第△△条 国及び都道府県は、政令で定めるところにより、第〇〇条第二項の規定による要請に応じ、又は同条第三項の規定による指示に従って医療を行う医療機関に対して、その費用を弁償しなければならない。

8

【宿泊施設、居宅等の患者に対する健康管理及び医療の確保】

(居宅等の患者に対する健康管理及び医療)

第〇〇条 **都道府県知事は、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理等を行う医師、医療機関その他の関係者に対し、第四十四条の三第二項の規定により宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められた当該感染症の患者(以下「居宅等患者」という。)に係る病状その他厚生労働省令で定める情報を提供し、往診又はオンライン診療(医師、患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、即時に行う診療をいう。)の方法により健康管理及び医療を行うとともに、居宅等患者が適切な医療を受けるため必要な措置をとることを要請しなければならない。**

2 **厚生労働大臣は、居宅等患者が前項に規定する必要な健康管理及び医療を受けられる体制を確保するものとする。**

【参照条文】

(感染を防止するための報告又は協力)

第四十四条の三 (略)

2 都道府県知事は、新型インフルエンザ等感染症(中略)のまん延を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該感染症の患者に対し、当該感染症の病原体を保有していないことが確認されるまでの間、当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、又は宿泊施設(中略)若しくは当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことその他の当該感染症の感染の防止に必要な協力を求めることができる。

3～7 (略)

「医療崩壊回避のために」

令和3年5月23日
衆議院議員 塩崎恭久

【菅内閣総理大臣記者会見（令和3年4月23日）】

まず、今回のコロナの中で、やはりそうした医療関係者に対しての政府の権限というのは、現在、お願い、要請ベースでしかなかないというのがこれは現実です。そして、ワクチンも世界と比べれば遅れているとよく批判されます。このワクチンについても、国内治験。海外は国内治験を実は必要としない国がほとんどです。米国でこのワクチンが完成されればそれを使えるわけですけども、日本は国内でも治験をやるように、そうした仕組みになっています。ですから、こうした緊急事態に対する対応の法律を改正しなければならないと、私自身そこは痛切に感じています。病院にも、これは国の予算で支援しているところもありますけれども、ただ、国はその権限はないということです。こうした緊急事態の際に、そうしたことをやはり、この感染症で私たちは今、学習をさせていただいていますから、そうしたことを、落ち着いたら、そうした緊急事態の際の特別措置というものをつくらなきゃならない。こういうふうに私は思っています。

提言と令和3年感染症法改正

条 項	提 言	令和3年感染症法改正
大規模感染症流行時の国、地方公共団体の責務	○	×
国の指揮命令権、緊急時の直接執行	○	都道府県知事に対する指示
患者に対する健康状況の報告義務等	—	○
国による感染症情報の一元管理、オンライン化	○	×
P C R検査等の数値目標の設定	○	×
無症状者に対するスクリーニング検査	○	×
公的医療機関等に重症・中等症患者を選択と集中	○	・民間医療機関等への協力要請、勧告・公表 ・知事の入院等の総合調整
入院措置拒否、積極的疫学調査忌避に対する罰則	—	○

2

(参考)

【武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律】(平成16年施行)

(避難の指示に係る内閣総理大臣の是正措置)

第五十六条 内閣総理大臣は、避難の指示に関し対策本部長が行った事態対処法第十四条第一項の総合調整に基づく所要の避難の指示が要避難地域を管轄する都道府県知事により行われな場合において、国民の生命、身体又は財産の保護を図るため特に必要があると認めるときは、対策本部長の求めに応じ、当該都道府県知事に対し、当該所要の避難の指示をすべきことを指示することができる。

2 内閣総理大臣は、前項の規定による指示を行ってもなお所要の避難の指示が当該要避難地域を管轄する都道府県知事により行われなとき、又は国民の生命、身体若しくは財産の保護を図るため特に必要があると認める場合であつて事態に照らし緊急を要すると認めるときは、対策本部長の求めに応じ、当該都道府県知事に通知した上で、自ら当該所要の避難の指示をすることができる。

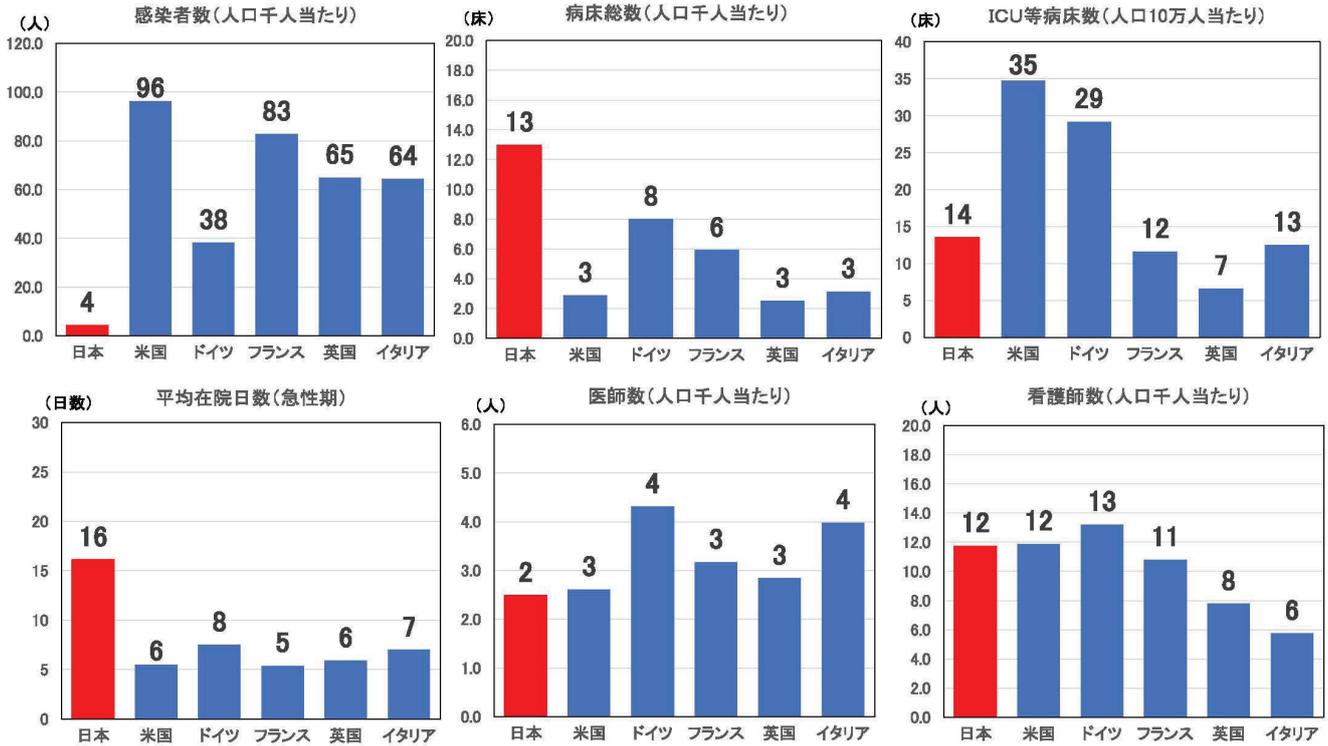
3 前二項の規定は、都道府県知事が前条第一項又は第二項の規定により避難の指示を解除する場合について準用する。

※同様の構成の条文として、第六十条【都道府県の区域を越える避難住民の受入れのための措置に係る内閣総理大臣の是正措置】及び第八十八条【救援に係る内閣総理大臣の是正措置】がある。

3

新型コロナウイルス感染症と医療提供体制(主要国との比較)

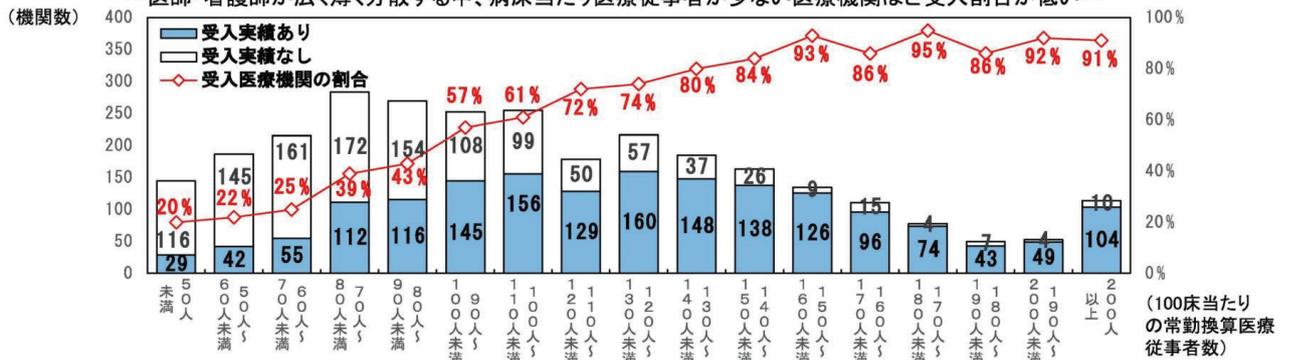
図表1 感染者数と医療提供体制(主要国との比較)
～人口当たりの病床数は世界一多く、感染者数は諸外国より桁が少ない～



(備考)厚生労働省「感染症の現在の状況(2021年4月21日版)」、総務省「人口推計(2020年10月確定値)」、Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center(4月21日閲覧)、United Nations Population Dataの人口中位推計、OECD Health Statistics 2020、厚生労働省「ICU等の病床に関する国際比較について」により作成。
病床数:ドイツと米国は2017年、それ以外の国は2018年。医師数、看護師数は2018年。

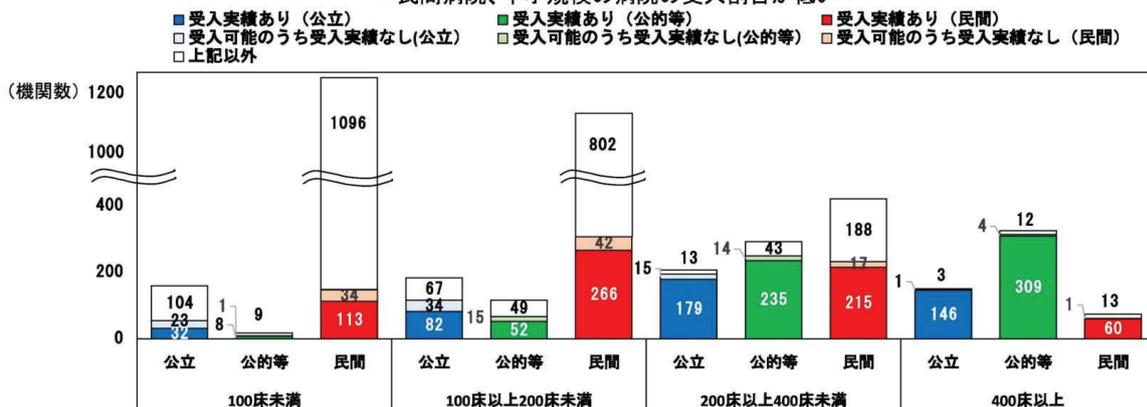
医療提供体制の課題①

図表2 新型コロナウイルス患者の受入実績(病床当たり医療従事者数別)
～医師・看護師が広く薄く分散する中、病床当たり医療従事者が少ない医療機関ほど受入割合が低い～



(備考)財政制度審議会・財政制度分科会(2021年4月15日)資料より抜粋。受入実績あり:G-MISにおいて、1人以上の新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れたと報告した医療機関。対象医療機関:G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関(4,548病院)から100床未満の医療機関を除外した医療機関(2,896病院)。

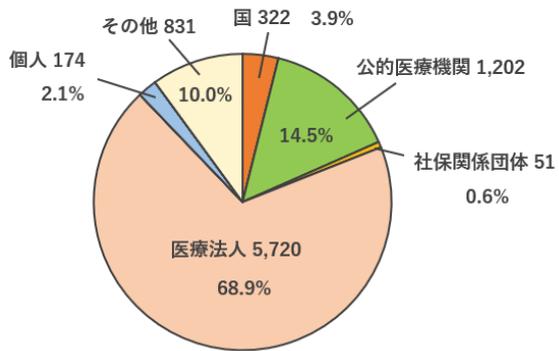
図表3 新型コロナウイルス患者を受け入れている医療機関数
～民間病院、中小規模の病院の受入割合が低い～



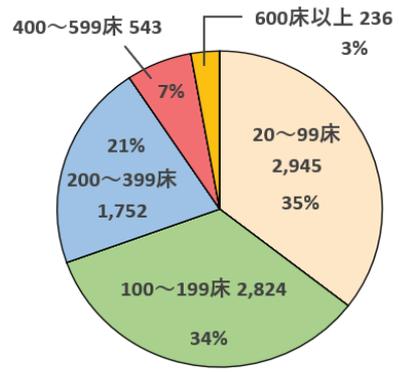
(備考)厚生労働省「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(補足資料)」より抜粋。2021年1月10日までに報告があったもの。

医療提供体制の現状～開設者別・病院規模別・病床種別～

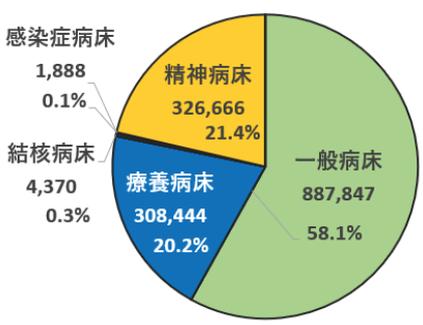
開設者別病院 8,300施設 (2019年)



病院規模別病院 8,300施設 (2019年)



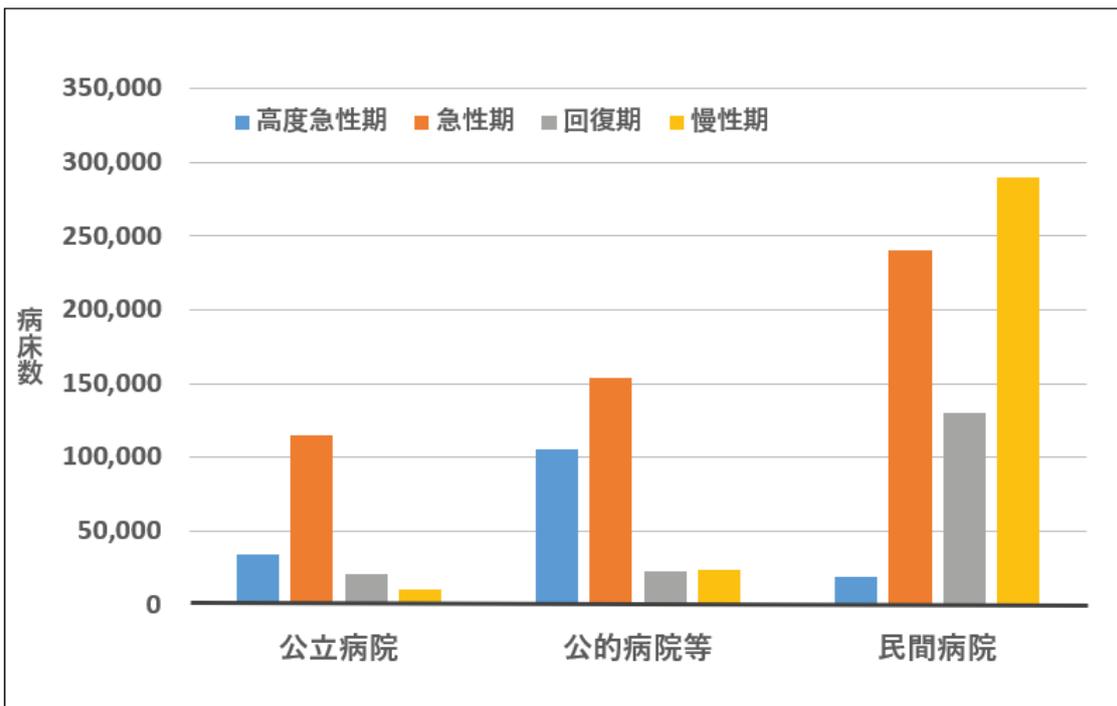
病床種別 総数1,529,215床 (2019年)



国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構、国立大学法人高度専門医療研究センター、地域医療機能推進機構、その他（国）
公的医療機関	都道府県市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	健康保険組合、及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

出典：厚生労働省（医療施設動態調査）

2019年の病床機能ごとの病床数



出典：厚生省2019年度病床機能報告

- ※公立病院・・・新公立病院改革プラン策定対象病院（地方公営企業として運営される病院、公営企業型地方独立行政法人）
- 公的病院等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象病院（共済、健保組合、国保組合、JCHO、国立病院、労災病院、特定機能病院等）
- 民間病院・・・上記以外の病院

新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果 (5月12日0時時点)

令和3年5月14日公表

普通府県名	(1) PCR検査 阳性者数(入院 患者を除く。) (注1、2)	(2) 入院患者 数(入院決定者 を含む)	療養状況		病床数		療養状況		(3) 宿泊療養 患者		療養状況		(4) 自宅療養 患者	(5) 社会福祉 施設等療養者数	(6) 療養中の 人数
			現フェーズ/ 継続フェーズ (注3)	療養病床数 (注4)	療養病床数に 対する使用率 (注5)	現フェーズ/ 継続フェーズ (注3)	療養病床数 (注4)	療養病床数に 対する使用率 (注5)	現フェーズ/ 継続フェーズ (注3)	療養病床数 (注6)	療養病床数に 対する使用率 (注7)	現フェーズ/ 継続フェーズ (注3)			
01 北海道	3,478	894	3 / 3	1,809	49%	1,809	26	3 / 3	524	2 / 2	2,055	2,031	29	0	
02 青森県	297	81	3 / 4	206	39%	225	5	3 / 4	31	16%	162	30	4	108	51
03 岩手県	199	155	2 / 3	393	39%	350	1	2 / 3	60	2%	60	45	2	381	0
04 宮城県	365	116	5 / 5	350	33%	450	12	5 / 5	45	27%	65	145	5	1,000	18
05 秋田県	141	52	3 / 4	229	23%	235	0	3 / 4	24	0%	27	56	3	163	24
06 山形県	133	85	4 / 4	222	38%	215	6	4 / 4	26	23%	26	13	4	134	16
07 福島県	630	362	4 / 4	469	77%	350	22	4 / 4	49	45%	50	122	4	204	47
08 茨城県	466	220	3 / 3	600	37%	600	15	3 / 3	70	21%	70	61	4	630	0
09 栃木県	286	140	3 / 4	409	34%	409	4	3 / 4	46	9%	46	79	3	638	0
10 群馬県	703	270	3 / 3	432	63%	330	17	2 / 3	74	23%	200	262	2	1,300	171
11 埼玉県	2,699	765	4 / 4	1,563	49%	1,563	49	4 / 4	159	31%	200	358	3	1,436	0
12 千葉県	1,362	440	4 / 4	1,361	32%	1,200	17	4 / 4	94	18%	180	317	4	968	55
13 東京都	7,224	2,444	4 / 4	5,594	44%	6,044	553	4 / 4	1,207	46%	500	1,182	4	2,970	35
14 神奈川県	2,172	533	3 / 4	1,790	30%	1,790	51	3 / 4	199	26%	199	433	2	1,656	9
15 新潟県	358	193	2 / 3	555	35%	555	112	2 / 3	112	2%	112	57	2	222	0
16 富山県	139	82	3 / 4	500	16%	500	17	3 / 4	36	17%	36	41	3	305	15
17 石川県	584	306	2 / 2	373	82%	254	17	2 / 2	35	49%	35	112	2	340	87
18 福井県	85	85	4 / 4	255	33%	255	1	4 / 4	24	4%	24	0	1	75	0
19 山梨県	124	80	3 / 4	285	28%	250	3	3 / 4	24	13%	24	44	3	449	0
20 長野県	302	174	3 / 4	434	40%	434	7	3 / 4	49	14%	49	91	3	715	2
21 岐阜県	894	435	3 / 3	739	59%	739	10	3 / 3	59	17%	59	270	3	773	0
22 静岡県	495	143	4 / 4	537	27%	450	4	4 / 4	48	15%	67	150	4	592	0
23 愛知県	4,585	794	4 / 4	1,215	65%	839	54	4 / 4	126	43%	121	299	4	1,300	578
24 三重県	531	205	3 / 3	437	47%	437	12	3 / 3	61	20%	61	47	3	145	0
25 滋賀県	539	255	3 / 3	370	69%	350	13	3 / 3	50	26%	62	175	3	400	10
26 京都府	1,535	313	3 / 3	469	67%	469	34	3 / 3	86	40%	86	242	3	826	0
27 大阪府	21,900	2,144	4 / 4	2,599	82%	2,599	512	4 / 4	743	69%	221	1,496	3	3,680	3,229
28 兵庫県	4,595	765	6 / 6	1,030	74%	1,200	101	6 / 6	124	81%	130	323	6	1,325	1,772
29 奈良県	875	290	3 / 3	401	72%	401	25	3 / 3	32	78%	32	233	3	554	352
30 和歌山県	190	190	4 / 4	470	40%	401	5	4 / 4	26	19%	40	0	4	137	0
31 鳥取県	40	39	2 / 3	313	12%	300	1	2 / 3	47	2%	40	1	1	150	0
32 島根県	35	35	2 / 5	253	14%	253	1	2 / 5	25	4%	25	0	2	98	0
33 岡山県	1,347	309	4 / 4	412	75%	250	26	4 / 4	43	60%	40	223	4	404	39
34 広島県	1,199	286	3 / 3	483	59%	500	12	3 / 3	48	25%	70	471	3	1,400	173
35 山口県	395	272	3 / 3	520	52%	520	4	3 / 3	47	9%	137	117	3	1,044	6
36 徳島県	210	139	3 / 4	267	52%	230	5	3 / 4	25	20%	25	71	3	276	0
37 香川県	410	113	3 / 3	215	53%	215	4	3 / 3	26	15%	26	30	3	201	0
38 愛媛県	262	72	3 / 3	200	27%	223	8	3 / 3	33	24%	33	46	3	233	2
39 高知県	64	41	3 / 4	270	21%	200	3	3 / 4	58	5%	57	22	3	203	0
40 福岡県	4,587	742	3 / 3	1,049	71%	760	61	3 / 3	136	45%	110	926	3	1,538	128
41 佐賀県	364	172	4 / 5	356	48%	356	3	4 / 5	47	6%	47	192	4	377	0
42 長崎県	484	240	4 / 4	424	57%	421	13	4 / 4	38	34%	42	89	4	384	0
43 熊本県	771	246	3 / 3	505	49%	420	18	3 / 3	59	31%	59	31	3	440	0
44 大分県	749	215	3 / 4	418	51%	418	5	3 / 4	43	12%	43	233	2	700	76
45 宮崎県	475	72	2 / 3	281	26%	281	4	2 / 3	33	12%	33	129	2	250	0
46 鹿児島県	436	206	4 / 4	378	54%	300	4	4 / 4	44	9%	48	193	4	577	37
47 沖縄県	1,153	410	5 / 5	545	75%	425	48	5 / 5	65	74%	51	157	5	413	0
合計	70,867	16,620		32,985	50%	31,774	1,807		4,698	38%	3,695	10,328	34,461	363	9,019

注1: 退院患者を減らして入院した者、解除基準を満たして宿泊療養、自宅療養、社会福祉施設等療養を解除された者及び死亡者を除いた者が対象

注2: 療養病室におけるPCR検査陽性者数は入院中に入院すること及び入院が確認されている者、宿泊療養及び自宅療養での入院待機者、自宅療養及び自宅での入院待機者、社会福祉施設療養等での入院待機者、療養中の患者の合計

注3: 療養、宿泊療養施設療養計画における陽性のフェーズを記載。継続フェーズにある場合は赤色、継続フェーズの次のフェーズにある場合は黄色と着色。(フェーズの決定がつかない入院患者は、継続フェーズに移行した患者のみ着色)

注4: いずれかのフェーズにおいて、病床に空きがなく、あるいはすでに主要な病床で療養している患者を転居させる等により、新型コロナウイルス感染症発生、受入体制確保が求められ、即時患者受け入れを行うことについて医療機関と連携している病院。

注5: 継続フェーズにおいて、都道府県が即応病床として確保することを計画している病院。

注6: 療養病室に空き確保している療養者数として確保することを計画している療養者数。

注7: 療養フェーズにおいて、都道府県が宿泊療養施設療養者として確保することを計画している療養者数。

新型コロナウイルス感染症重症患者の受入状況（2021年）

入院中の重症患者 (ECMO/人工呼吸器/ICU)	施設数（G-MIS入力施設数）							
	1月7日		2月24日		3月31日		4月30日	
	特定機能病院	東京都の病院	大学病院 本院	病院	大学病院 本院	病院	大学病院 本院	病院
0～4人※	62	360	37	124	33	98	31	134
5～9人	17	14	6	12	6	12	12	19
10～人	6	4	0～ 2	4	0～ 2	5	5	9

※2～4月は1～4人

注) 2月以降の病院は、400床以上を対象とする

9

マサチューセッツ州の病院別コロナウイルス症例リスト

(2020年4月13日掲載)

順	救急病院	自治体	病院規模*	非ICUの COVID-19患者	ICUの COVID-19患者	確認された COVID-19の合計 **
1	マサチューセッツ総合病院	ボストン	大	157	121	278
2	ボストン医療センター	ボストン	大	140	48	188
3	BIディーコネスメディカル	ボストン	大	88	79	167
4	ベイステートヘルス****	スプリングフィールド	大	134	26	160
5	ノースショアメディカル	セーラム	中	81	25	106
6	ブリガムアンドウィメンズ	ボストン	大	50	48	98
7	ニュートンウェルズリー病院	ニュートン	中	73	22	95
8	レーヘイ病院/バーリントン	バーリントン	中～大	57	35	92
9	サウスショア病院	ウェイマス	中～大	67	18	85
10	ケンブリッジヘルスアライアンス	ケンブリッジ	小-中	71	14	85

【出展】 The Boston Globe

*Hospital size based on typical bed count: Small (less than 100 beds); Small-medium (100-199 beds)

; Medium (200-299 beds); Median-Large (300-399 beds); Large (500 or more beds)

** Excludes admitted patients with coronavirus symptoms, but test results are not yet back.

The number can be significant — often as much as one-quarter to equal the number of confirmed cases.

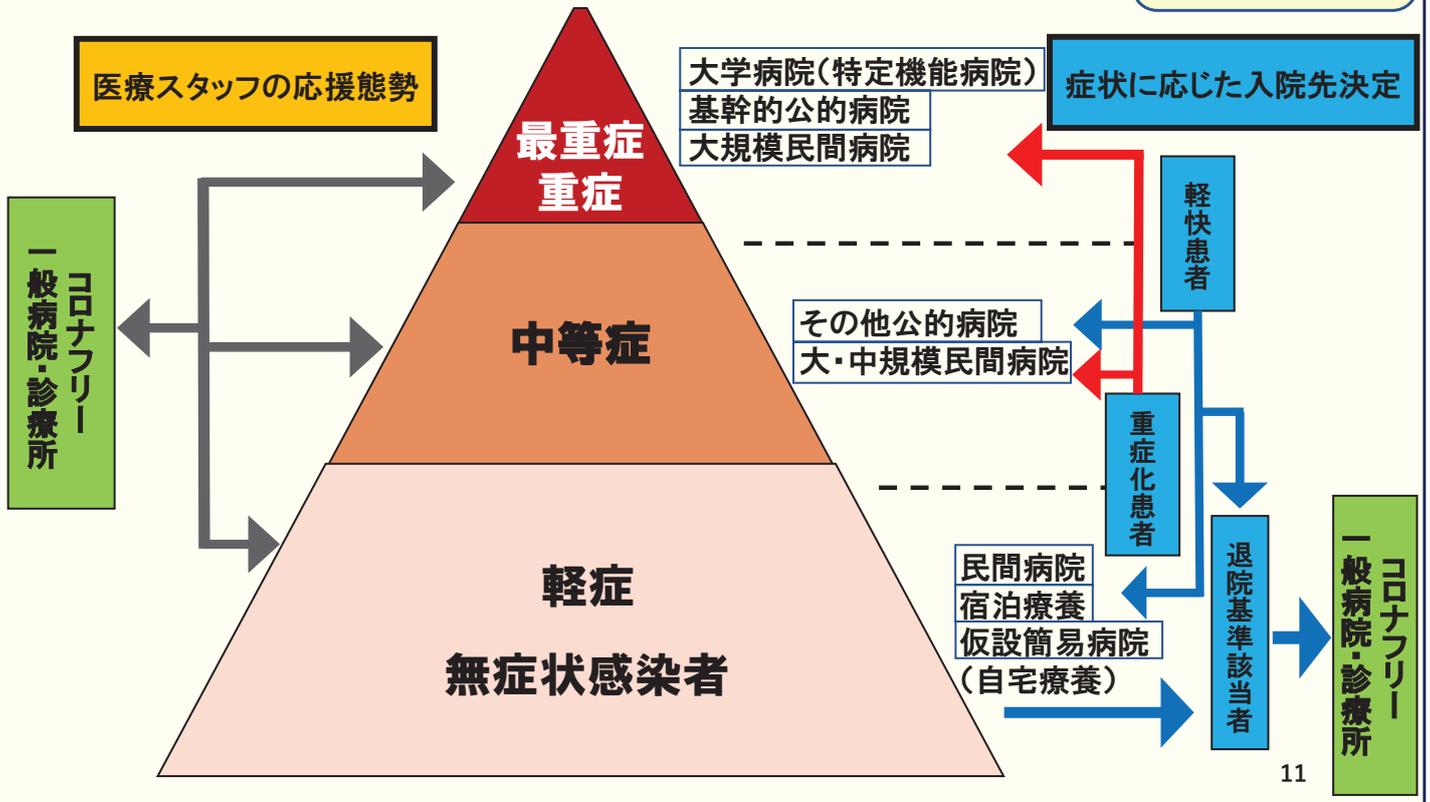
**** Baystate Health provided numbers to the Globe on 4/12/20, not through MHA. The data was collected on 4/11/20.

「薄く、広く」から「選択と集中」へ

コロナ感染症の有事医療体制

司令塔は都道府県知事、厚労大臣

- 入院調整
- 広域調整
- 後方支援 等



【緊急の事態における国立病院等に対する厚生労働大臣の要求の規定】

◎ 独立行政法人国立病院機構法 (国立病院)

(緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求)

第二十一条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、機構に対し、(中略)の業務のうち必要な業務の実施を求めることができる。

2 機構は、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあったときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

◎ 独立行政法人地域医療機能推進機構法 (JCHO)

(緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求)

第二十一条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、機構に対し、(中略)業務(これらに附帯する業務を含む。)に関し必要な措置をとることを求めることができる。

2 機構は、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあったときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

◎ 高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律 (NCGM)

(緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求)

第二十四条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は国民の健康に重大な影響のある特定の疾患等に関して、公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、国立高度専門医療研究センターに対し、(中略)の業務のうち必要な業務の実施を求めすることができる。

2 国立高度専門医療研究センターは、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあったときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

病院種別の医師数と病床数

病院種別（施設数）	医師数（人）	病床数（R.3.2.末）	1床あたりの医師数
国立病院機構（140）	約6,000（R3.1.1）	52,928	0.113
地域医療機能推進機構（57）	約2,800（R3.4.1）	15,253	0.184
NCGM （国立国際医療研究センター）	481（R3.4.1）	749	0.642
日本赤十字社（92）	6,203（R2.4.16）	34,905	0.178
済生会（99）	1,227（R3.3.1）	22,584	0.054
大学病院（81）	約38,700（R1.6.1）	88,097（公立大除く）	0.439

出典：厚生労働省回答、医療施設動態調査（令和3年2月末概数）

13

自宅療養体制の整備

- 感染が急速に拡大し、病床がひっ迫する地域では、自宅療養者等（確認中の者を含む）が急増。
 - ・ 第3波ピーク時は、自宅療養者等が約4.7万人（療養者6.9万人の2/3）にのぼり、大都市部では特にその傾向が顕著。
 - ・ 5/12現在、自宅療養者等が約4.4万人（療養者7.1万人のうち約6割）
- 自宅療養中に症状が悪化した場合に迅速に把握し、適切な健康管理を行うことが重要であり、自宅療養の体制整備を図っている。
 - ① 定期的な健康観察（毎日、電話やオンライン等で健康状況を確認）
 - フォローアップセンター運営の民間委託や看護協会等に業務委託
 - ② パルスオキシメーターの活用
 - 大半の都道府県では、パルスオキシメーターを貸与し、SpO₂も把握。
 - ③ 健康観察業務の医療機関等への委託
 - 保健所等による健康観察において、症状の悪化が疑われるような場合には、自宅への訪問など、在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や関係団体等への業務委託を行う。
 - ④ 自宅療養者への往診・オンライン診療・訪問看護等
 - 自宅療養者に対して緊急の往診を行った場合には診療報酬上の特例評価（緊急往診加算等）があるが、医療対応が着実に行われるようにするため、医療機関への業務委託等を行う。

出典：令和3年5月21日自民党「新型コロナウイルス感染症対策本部・社会保障制度調査会合同会議」配布資料

14

データヘルス関連記述
【抜粋】 骨太の方針2021（令和3年6月16日閣議決定予定）

医療・特定健診等の情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みや民間PHRサービスの利活用も含めた自身で閲覧・活用できる仕組みについて、2022年度までに、集中的な取組みを進めることや、医療・介護分野におけるデータ利活用やオンライン化の加速、科学的介護・栄養の取組みの推進、一般の感染症の自宅療養者に確実に医療が全員に提供されるよう医療情報を医療機関等と共有する仕組みの構築（必要な法改正を含め検討）、審査支払機関改革の着実な推進など、データヘルス改革に関する工程表を踏まえ、改革を着実に推進する。

全ゲノム解析等実行計画を着実に推進し、治療法のない患者に新たな個別化医療を提供するべく、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制整備を進める。患者の治験情報アクセス向上のためデータベースの充実を推進する。

データヘルス改革に関する工程表について

令和3年6月4日
厚生労働省

データヘルス改革に関する工程表

- マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、UI（ユーザーインターフェース）にも優れた仕組みを構築する。
また、患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、医療機関や介護事業所でも閲覧可能とする仕組みを整備する。
→ これにより、国民が生涯にわたり自身の保健医療情報を把握できるようになるとともに、医療機関や介護事業所においても、患者・利用者ニーズを踏まえた最適な医療・介護サービスを提供することが可能になる。

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	健診・検診情報						
	乳幼児健診・妊婦健診	●	マイナポータルで閲覧可能（2020年6月～）				
	特定健診		●	マイナポータルで閲覧可能（2021年10月～）			
	事業主健診（40歳未満）	法制上の対応・システム改修			●	マイナポータルで閲覧可能（2023年度中～）	
	自治体検診 がん検診、骨粗鬆症検診 歯周疾患検診、肝炎ウイルス検診	データ標準化、システム要件整理	システム改修	●	マイナポータルで閲覧可能（2022年度早期～）		
	学校健診（私立等含む小中高大）	標準的な記録様式の策定	実証実験、システム改修	システム整備でき次第、随時提供開始		●	マイナポータルで閲覧可能（2022年度中～） ※2024年度中に全国の学校で対応
	予防接種 定期接種 A類：ジフテリア、百日せき等 B類：高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌	●	2017年6月以降の定期接種歴はマイナポータルで閲覧可能（2017年6月～） ※新型コロナワクチンについては、ワクチン接種記録システム（VRS）を開発・運用		可能な限り早い段階で新型コロナワクチンについても閲覧可能に		
	安全・安心な民間PHRサービスの利活用の促進に向けた環境整備	ガイドライン整備	●	業界団体等と連携したより高い水準のガイドラインの整備	●	業界団体等と連携した第三者認証の立ち上げ 適切な民間PHRサービスの提供に向けて第三者認証制度等の運用開始（2023年度～）	
より利便性の高い閲覧環境の在り方の検討		マイナポータルの利便性向上に向けた取組	歴史リカルな健康情報にアクセスしやすい仕組みなど、利便性の高い閲覧環境の在り方を検討（マイナポータル以外の方策を含む）		●	検討結果を踏まえた措置（2024年度以降順次～） ※可能なものから2024年度を待たずに順次閲覧可能に	

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	レセプト・処方箋情報						
	薬剤情報 （レセプトに基づく過去の処方・調剤情報）	システム改修	●	マイナポータルで閲覧可能（2021年10月～）			
	電子処方箋情報 （リアルタイムの処方・調剤情報）	システム要件整理	システム改修	●	マイナポータルで閲覧可能（2022年夏～）		
	医療機関名等 手術・透析情報等 医学管理等情報	システム要件整理	システム改修	●	マイナポータルで閲覧可能（2022年夏～）		
	医療的ケア児等の医療情報	●	MEIS本格運用開始（2020年7月～）		電子カルテ情報の標準化等の流れを踏まえつつ、救急搬送時の活用等の運用状況を踏まえた改善等、システムのあり方を検討・対応（順次）		
	電子カルテ・介護情報等						
	検査結果情報 アレルギー情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、閲覧可能な情報の優先順位付けを検討		システム要件の整理、システム改修等		●	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度～）
	告知済傷病名	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、傷病名の告知状況を確認できる方法を検討		告知済傷病名提供の具体的な仕組みを検討、システム要件の整理、システム改修等		●	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度～）
	画像情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、自身の健康管理に有用な観点からキー画像等画像情報の範囲や交換の仕組みを検討		システム要件の整理、システム改修等		●	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度～）
	介護情報	CHASEフィードバック機能の開発	●	CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証	次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）		●
その他の情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、閲覧可能な情報の優先順位を行い、システム要件を整理、システム改修等				●	マイナポータル等で閲覧可能（2025年度以降順次～）	

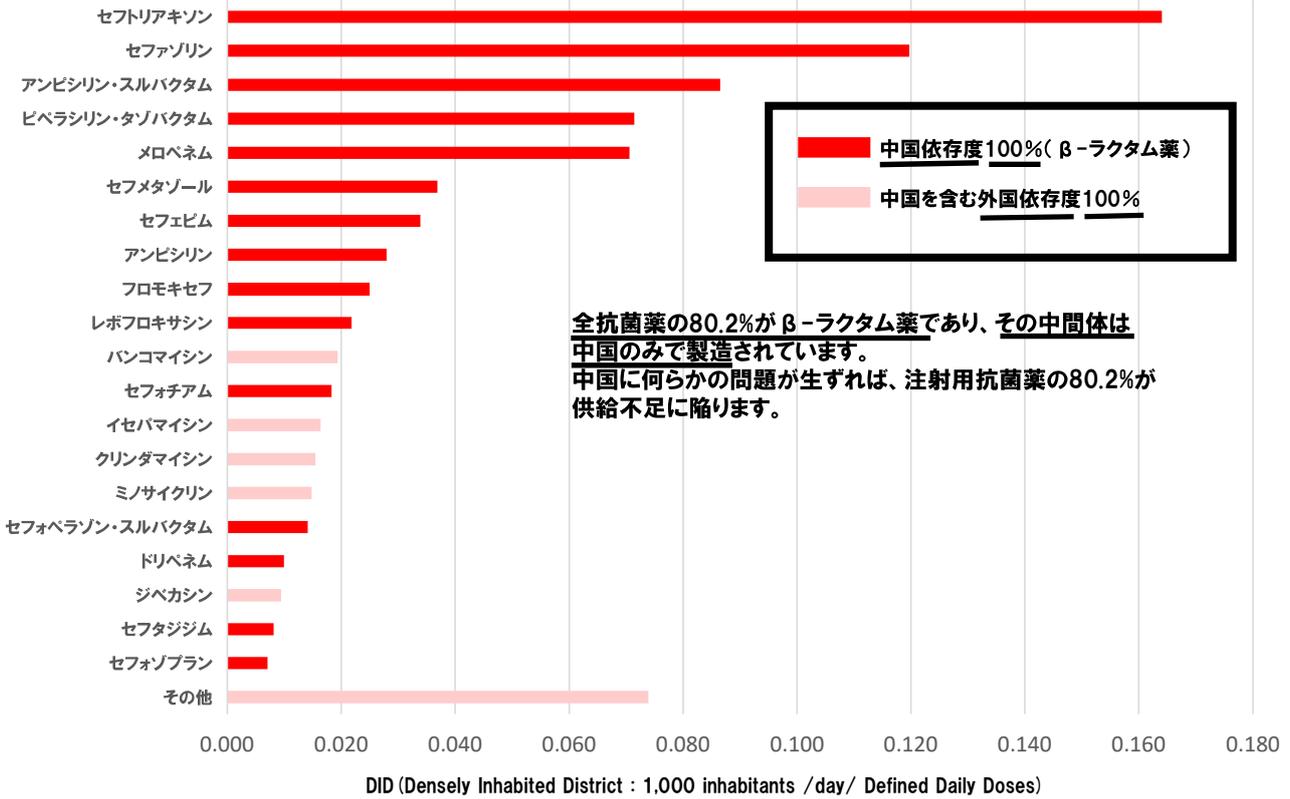
		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
医療・介護分野での情報利活用の推進	医療機関等で患者情報が閲覧できる仕組み	患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、本人同意の上で、医療機関・介護事業所等でも閲覧可能とする仕組みを整備（2020年度以降順次～） ※ 災害・救急時には、本人確認のみで情報を閲覧可能な仕組みを整備	●	●	●	●	●	
	医療機関間における情報共有を可能にするための電子カルテ情報等の標準化	すでに情報交換（画像情報・検査情報等）している医療機関など、準備が整っている機関では、下記にかかわらず共有開始	医療機関間で共有（交換）するデータ項目、技術的な基準の検討・決定	異なる電子カルテシステムやPHRとデータ交換可能な技術基準に対応した仕組みの開発	医療機関NWへの組み込み	対応可能な所から順次情報共有（2022年度以降順次～）	システム稼働（2024年度以降順次～）	
	介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化		介護情報の共有や標準化に係る調査	全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る			左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発	
	自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進	CHASEフィードバック機能の開発 NDB・介護DB連結解析開始	事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証	VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始	新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理	次期システムの開発	次期システムの運用開始によるデータに基づく更なる科学的介護の実現（2024年度～）	
		<small>※ 2021年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。 科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）</small>						

3

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
医療・介護分野での情報利活用の推進	公衆衛生と地域医療の有機的連携体制の構築等		● 必要な法改正を含め検討	●	●	●	●
	その他		新型コロナウイルスの自宅療養者に確実に往診・オンライン診療等が提供されるよう、必要な医療情報を関係者（保健所と医療機関等）間で共有する仕組みを構築（2021年度～）	●	●	●	●
ゲノム医療の推進	「全ゲノム解析等実行計画」		●	●	●	●	●
			「全ゲノム解析等実行計画」を着実に推進し、全ゲノム解析等の成果を患者に還元するとともに、研究・創薬などに向けた活用を進め、新たな個別化医療等に患者に届けるための体制整備を進める（2020年～）	●	●	●	●
基盤の整備	審査支払機関改革（支払基金・国保連共通）		●	●	●	●	●
			支払基金・国保連において、データヘルス関係業務を順次拡大。まず、マイナンバーカードを保険証として利用可能とする仕組みの運用（オンライン資格確認業務）を開始（順次拡大）	●	●	●	●
		<small>（注1）国・独立行政法人・地方公共団体・準公共分野におけるシステム最適化と整合性を確保するとともに、サービスの進捗状況に応じて随時工程の最適化を図る。 （注2）各事業の進捗状況に応じて随時工程の最適化を図る。</small>					

4

レセプトデータで集計した入院・外来で使用された 2017年の注射用抗菌薬のDID(1000住人1日あたりのDDD)



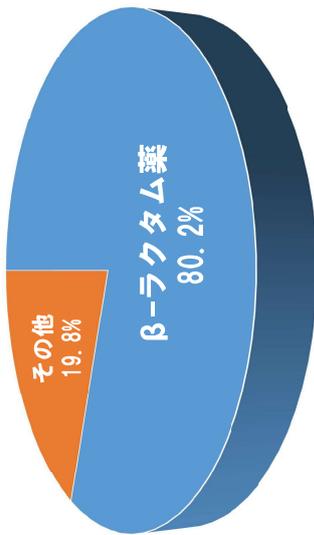
全抗菌薬の80.2%がβ-ラクタム薬であり、その中間体は中国のみで製造されています。中国に何らかの問題が生ずれば、注射用抗菌薬の80.2%が供給不足に陥ります。

表中の数字はすべて、人口1000人、1日あたりの各抗菌薬の使用量(力価)を、Defined Daily Doseで除した数値で表しています。

ナショナルデータベース抗菌薬使用量集計マニュアル2017年の使用上位注射製剤におけるDDD推移 2013-2017 (全年齢)

抗菌薬にみる中国依存

日本で使用される外来・入院の注射用抗菌薬使用量

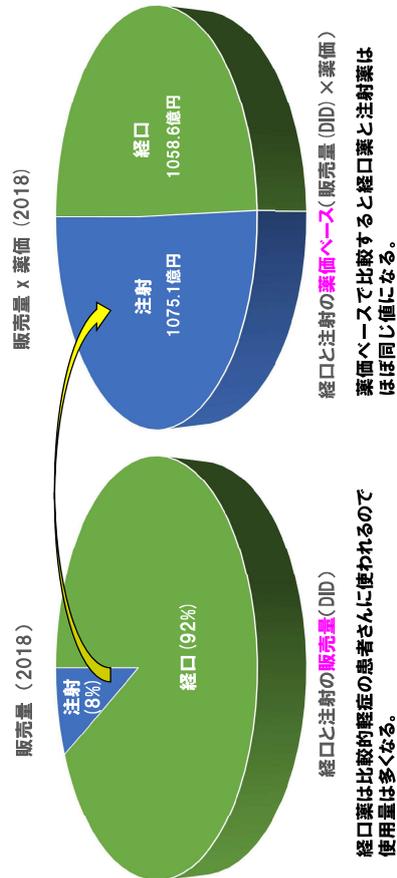


- 最も汎用されるβ-ラクタム薬の中間体は中国のみで作られています。
- その他の中間体や側鎖(原料)は調査中ですが、その多くが中国やインドで作られています。
- 中間体と側鎖を合体させて完成品の抗菌薬(原薬)を作る国は日本以外になります。たとえば、供給不足に陥ったセフトリアキソンの中間体は中国で作られ、インドやイタリアで原薬が製造されています。原薬を日本に輸入して製剤化(包装や瓶詰)し販売されます。

ナショナルデータベース抗菌薬使用量集計マニュアル、2017年の使用上位注射製剤におけるDDD推移 2013-2017 (全年齢)

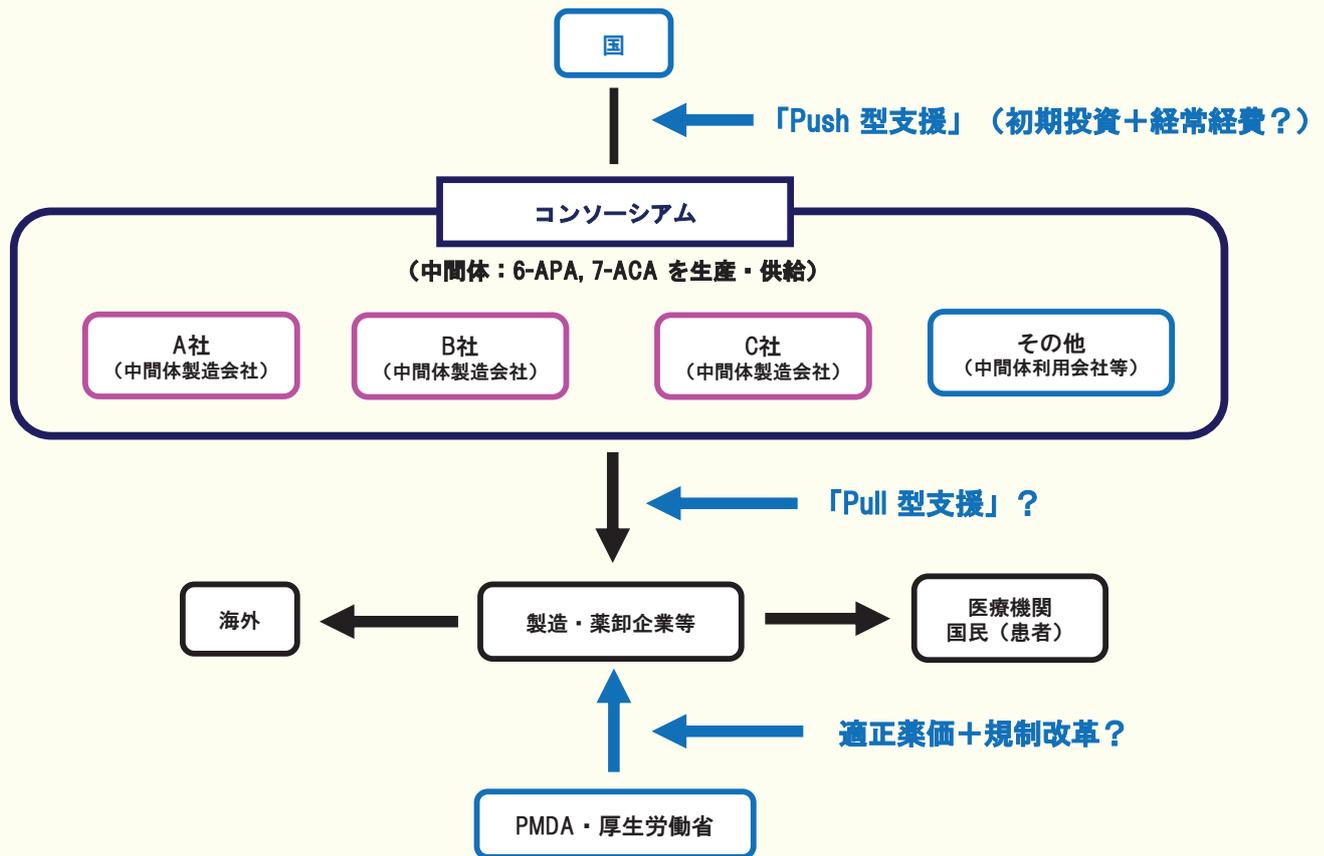
経口薬と注射薬の販売量と薬価ベース(販売量×薬価)の比較

経口薬と注射薬の販売量は、経口薬で92%になるが注射薬はわずか8%にすぎない。これらを薬価×販売量で計算すると、経口薬は1058.6億円となり静注薬は1075.1億円になる。経口:静注=49.1%と50.4%となる。



経口薬は比較的軽症の患者さんに使われるので使用量は多くなる。経口薬と注射薬の薬価ベース(販売量×薬価)を比較すると経口薬と注射薬はほぼ同じ値になる。経口薬と注射薬の薬価ベース(販売量×薬価)はすべて海外に依存している。特に注射薬の80%以上を占めるβ-ラクタム薬の中間体は中国のみ製造されており、1国依存度は100%になる。

・DID 抗菌薬使用量は、人口1000人、1日あたりの各抗菌薬の使用量(力価)を、Defined Daily Dose (DDD)によって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量の日投量(DDD)で除した数値 (DDDs per 1000 inhabitants per day= DID) で示した。2018年のデータを使用 (AMDB臨床リファレンスセンター)3
ナショナルデータベース抗菌薬使用量集計マニュアル、2017年の使用上位注射製剤におけるDDD推移 2013-2017 (全年齢)



「抗菌薬のサプライチェーン改革」関連記述
【抜粋】「骨太の方針2021」（令和3年6月16日閣議決定予定）

第3章 感染症で顕在化した課題を克服する経済・財政一体改革
(略)

サプライチェーンの実態を把握し、平時からの備えと非常時の買い上げの導入など、緊急時の医薬品等の供給体制の確立を図る。

(略)

「抗菌薬のサプライチェーン改革」関連記述
【抜粋】「成長戦略」（令和3年6月16日閣議決定予定）

第13章 需要分野における取組

2. 医薬品産業の成長戦略

(略)

医療上必要不可欠であり、幅広く使用され、安定確保について特に配慮が必要である医薬品のうち優先度の高いものについては、継続的な安定供給を国民全体で支える観点から、薬価の設定や抗菌薬等の安定確保が必要な医薬品の原料等の国内での製造支援、買い上げ、備蓄制度等の導入を検討する。

(略)