日医発第 1257 号(地 576)(健Ⅱ569)
令 和 ３ 年 ３ 月 ２ ５ 日

都道府県医師会　会長　殿

公益社団法人日本医師会
会長　中 川　俊 男

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について

貴職におかれましては、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部より各都道府県衛生主管部（局）等に対し、事務連絡「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」が発出されました。

本件は、「緊急事態宣言解除後の新型コロナウイルス感染症への対応」（令和３年３月１８日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」）における取組の５本の柱の一つとして盛り込まれた「一般医療の機能を守りつつ機動的に適切なコロナ医療を提供するための医療提供体制の充実」を踏まえたものになります。変異株の懸念等も踏まえ、次の感染拡大に備えた医療提供体制整備の考え方や具体的な内容について取りまとめたものであり、都道府県等には、コロナ病床の更なる確保等に向け、改めて関係者と丁寧な協議を行うことなどが求められております。

本事務連絡は、以下の二点に大別されます。

（Ａ）次の感染拡大に備えた医療提供体制整備の基本的な考え方（４月３０日までに中間報告、５月中までに全体の体制整備完了）（概要２枚目：横実線、紺色実線）

- 一般医療とコロナ医療を両立させる医療提供体制を整備すること。地域で一般医療とコロナ医療の両立について改めて具体的に協議し、患者受入が実際に可能な「最大」のコロナ病床を確保すること。その病床数より最大の療養者数、最大の入院患者数、1日当たり最大の新規感染者数を算出すること。
- 都道府県医師会・都道府県病院団体等による協議体の活用などによる役割分担・連携の徹底（重症者、中等症患者、回復患者。転院支援の仕組み、特別な配慮が必要な患者の受入先（施設含め））、フェーズごとのコロナ病床確保に伴う一般医療への影響確認などについての地域での協議・合意。
- 宿泊療養・自宅療養体制の確保（自宅療養者に対する健康観察業務や、往診・オンライン診療等の在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や地域の医師会等の関係団体等の業務委託など）。

・　患者対応の一連の流れのチェック（受入医療機関が決定していない人数などの患者フローの目詰まり、救急搬送困難事案件数（コロナ疑い以外）などの一般医療との両立)、感染状況のモニタリング（新規感染者数の７日間移動平均より、２週間後に「１日当たり最大の新規感染者数」を超えないか、１週間前・２週間前との増減比が 1.4 以下・2.0 以下であるかの確認など)。

（Ｂ）感染者急増時の緊急的な患者対応（４月３０日までに決定）（概要２枚目：横二重線、赤色破線）

・　感染者数の大幅増（例えば今冬の１日当たり最大感染者数の２倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針・体制の検討（対応可能と想定した以上の患者数が発生する事態や短期間で急激な感染拡大が生じる状況になった際に、患者数が減少し、感染スピードも落ち着くまでの緊急的な措置)。
・　都道府県調整本部による一括した入院先の決定、同本部における都道府県医師会や災害医療コーディネーター等の医師の確保。
・　入院医療の必要性の精査。入院対象者についての考え方の切り替えと自宅療養者の大幅増についての地域での共通認識。医療機関や高齢者施設等で感染者が発生した場合においては、真に入院治療が必要な患者を優先的に入院させる必要があるため、それに該当しない患者の入院先・入所先施設での療養。

本会といたしましては、上記の（Ｂ）のような短期間でコロナ患者が急増し、入院の適応を厳格に判断したり、通常の手術や入院を延期するといった制限も余儀なくされるような事態にならないため、５つの柱の１から４の取組（飲食の感染対策、変異株対策の強化、モニタリング検査など感染拡大防止策の強化及びワクチン接種の着実な推進）の強力かつ継続した実施や、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく「まん延防止等重点措置」の活用が必要であると考えております。

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くとともに、都道府県病院団体及び支部との協議会（既存の枠組含む）での連携、行政との協議などを通してご対応いただきますようお願い申し上げます。

追って、３月２４日の本会定例記者会見において、本職より同事務連絡について見解を述べておりますことを申し添えます。

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

医療提供体制整備（Ⅰ章・Ⅲ章）

① 緊急事態宣言の解除後においても、病床・宿泊療養施設の確保に万全を期すとともに、感染拡大が短期間で急速に生じる場合もあり得ることから、**感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の２倍程度）を想定**した**緊急的な患者対応を行う方針・体制**を早急に検討し、**②の中間報告と併せて、４月中に報告**。

※ なお、上記体制は**一般医療を相当程度制限**せざるを得ないものであり、**時限の緊急避難的な対応**であることに**留意**する必要がある。

＜検討事項＞ ※例えば1日当たり最大新規感染者数が２倍程度になったときの最大療養者（入院、宿泊療養、自宅療養の患者）を、国が示した方法に基づき算出した上で検討。

１．患者の療養先の確保

- **予定入院・手術の延期等緊急的な病床確保方策の策定**
- **健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働**
- **自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保**（パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療・訪問看護等による地域の医療機関での健康観察・健康管理） 等

２．患者の入院・療養調整の体制確保

- **保健所・都道府県調整本部における**入院・療養調整業務に係る**応援体制の整備** 等
- **入院・療養調整の業務フローの見直し**（入院・療養先調整を調整本部で一括実施、調整本部の体制強化 等）

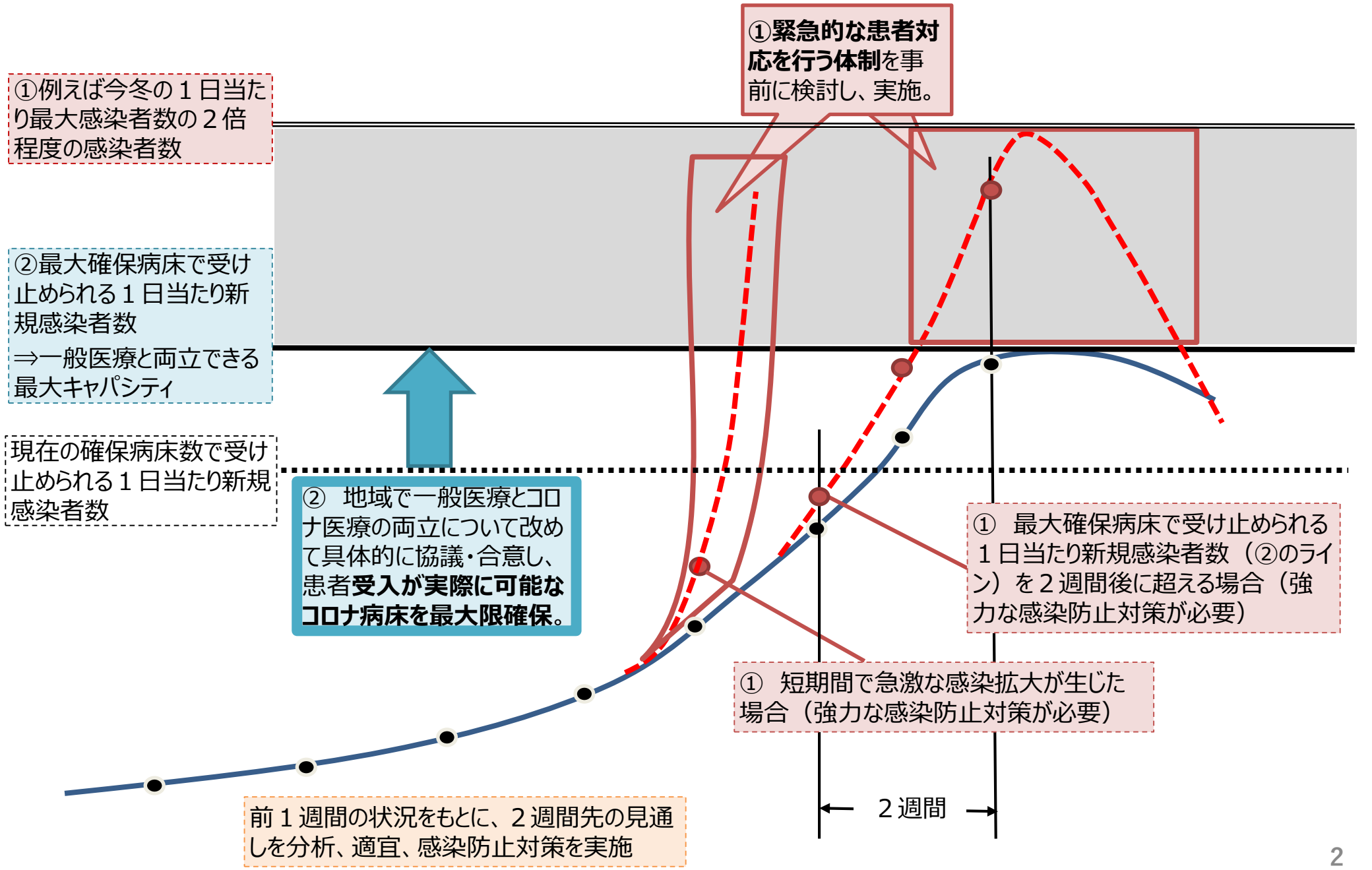
② これまでの取組に加え、地域で一般医療との両立も含めたコロナ医療について改めて具体的に協議・合意し、**患者受入が実際に可能な病床を最大限確保**。その際、昨夏の療養者数の推計を基本としつつ、**現在の確保病床以上で見直す**こととし、医療機関間の役割分担の徹底、医療従事者確保、後方支援病院確保などにより、実効性のある病床を最大限積み上げ、**５月中**に病床・宿泊療養施設計画を見直し。

医療提供体制整備後の運用（Ⅱ章）

○ **一連の患者対応の状況**や**一般医療への影響度合い**に関する確認項目を国が示し、これに基づき、各都道府県が、状況を**確認し改善できる体制を構築。**（療養先調整中人数、後方支援医療機関への待機件数等により患者フローの目詰まりの状況、救急搬送困難事案件数やICUの使用率等により一般医療への影響度合いを確認。）

○ 新規感染者数の増加傾向が２週間継続した場合の**モニタリング**を行い、感染防止対策に反映。
②で最大限積み上げた病床を超える場合や、短期間で急激な感染拡大が生じた場合には①の**緊急的な患者対応を行う体制に切り替え**。（強力な感染防止対策が必要）

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



事　務　連　絡
令和３年３月 24 日

各 ｛都道府県／保健所設置市／特別区｝ 衛生主管部（局）　御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の
医療提供体制整備について

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

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

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

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

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

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

記

次頁以降のとおりとする。

目次

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

０．次の医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

＜これまでの取組や課題＞

○　新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制整備については、都道府県において「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和２年６月 19 日付け事務連絡）に基づき、「病床・宿泊療養施設確保計画」を策定し、病床の確保等に取り組んでいただいたところである。

○　この冬までに生じた感染拡大に際しても、当該計画に基づき対応がなされたが、緊急事態措置対象区域となった都府県をはじめとして今回の感染拡大時の対応を振り返ると、以下のような課題が生じた地域があったと考えている。

①　確保病床として計上されていても、都道府県と医療機関との間の摺り合わせや認識の共有が十分でなかったほか、

・コロナ患者への治療に想定以上の時間や人員が必要となった、

・いざ患者受入れを行う局面で、医療従事者の確保調整や一般医療の想定以上の制限から、受入れが難しい場合があった、

等の事情より、多くの地域で実際に患者受入れが可能な病床数とは乖離があった。

また、宿泊療養施設に関しても、確保している部屋が人員体制や消毒等の運用の関係で実際にはすぐに利用が困難である等、稼働率が低いなどの課題があった。

②　病床や宿泊療養施設を確保できていたとしても、

・急速な感染拡大の局面で、患者の療養先調整や移送（搬送）などを行う体制等が十分でなかった、

・患者の症状改善後も、転院・退院調整に時間がかかった、

・自宅療養等において、患者の症状が悪化した場合に適切に診療、移送（搬送）等の対応ができる体制の構築が不十分であった、

といった一連の患者対応の流れに課題が発生し、確保分が最大限活用できなかった。

③　このほか、

・そうした課題にも関わらず、病床確保の状況や患者対応の流れの目詰まり状況を定期的に確認し、対応する体制となっていなかった、

・感染状況について、医療提供体制の整備状況も踏まえた適時の評価が困難であった、

・短期間で感染者が急増したときに、相談から入院、転院までの一連の流れについて、弾力的にオペレーションを変更するような緊急時の対応を想定

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

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

＜次の感染拡大に備えた医療提供体制整備の基本的な考え方＞

○　一方、病床確保計画の前提となっている「一般医療とコロナ医療を両立する医療提供体制を整備する」ことは、次の感染拡大に備えた体制整備の際にも前提となる考え方である。

○　コロナ医療の更なる拡充は、これまで地域で一般医療に充てていた医療資源をコロナ医療に振り向けることによって可能となるものであり、コロナ医療の拡充は必要である一方で、一般医療が大きく制限されることとなると、医療全体でみたときに患者の生命・健康に重大な影響が生じる可能性があることに留意が必要である。地域全体で、必要な一般医療の提供体制を維持した上で、最大限コロナ医療に対応できる体制とすることが、次の医療提供体制整備においても求められる。なお、こうした点については、住民やメディア等の理解が深まるよう、周知していくことも重要である。

○　また、現在、従来よりも感染しやすい可能性のある変異株やワクチンが効きにくい可能性のある変異株が世界各地で報告されている。我が国でも、変異株のクラスターが複数報告され、海外とのつながりがない事例等も継続して確認されている。今後、流行するウイルスは、こうした変異株に置き換わっていく可能性も指摘されており、変異株への懸念は増しているところである。

○　そのため、次の感染拡大に備えた医療提供体制は、地域で今回の対応を振り返り、課題分析を行い、今後の変異株の懸念も踏まえつつ、

㋐　地域で一般医療とコロナ医療の両立について改めて具体的に協議し、患者受入が実際に可能なコロナ病床を確保すること。また併せて、適切な宿泊療養・自宅療養の体制を確保すること。
⇒下記、Ⅰ１及び２参照

㋑　「相談・受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除」まで、

一連の患者対応が目詰まりなく行われ、病床・宿泊療養施設が最大限活用される流れを確保すること。
⇒下記、Ⅰ３参照

㋑　㋐の一連の患者対応が目詰まりなくできているかを定期的にチェックし、目詰まりが発生している場合には解消を図ること。
⇒下記、Ⅱ１参照

㋒　整備した医療提供体制を踏まえて感染状況を適切にモニタリングするとともに、感染拡大防止策に適時適切に反映させること。
⇒下記、Ⅱ２参照

が基本的な柱となる。

＜感染者急増時の緊急的な患者対応＞

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

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

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

＜体制整備における前提事項＞

○　次の医療提供体制整備においても、引き続き、

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

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

・　感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も含めた時間軸を踏まえた対策が必要であること

等が重要であり、基本的な考え方は「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和２年６月 19 日付け事務連絡）を踏襲する。

○　ただし、面積の大きい都道府県や大都市と地方部の両方を持つ都道府県等、都道府県が主体となって取り組むものの、これまでの感染拡大状況や医療提供体制を踏まえ、Ⅰ～Ⅲの取組を都道府県単位ではなく地域単位で検討することも可能である。

○　また、都道府県におかれては、新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律（令和３年法律第５号。以下「特措法改正法」という。）により、政府対策本部が設置された段階から、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「特措法」という。）上の臨時の医療施設として、医療機関の敷地の内外にプレハブ等を設置し、医療を提供することが可能となったほか、まん延防止のため必要があると認めるときに、保健所設置市、医療機関等に対し、入院等に関する総合調整を行うことが可能となったこと等の改正の趣旨・内容等にも留意すること。

＜その他＞

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

Ⅰ．地域の医療提供体制の点検・計画の見直しと目詰まりの解消

１．患者受入が実際に可能な「最大」のコロナ病床の確保

○　現在、都道府県で策定している病床確保計画は、厚生労働省から示した患者推計を踏まえ策定されているが、この冬の経験を踏まえ、次の感染拡大に備えて、既に策定している病床確保計画や確保病床数を基本としつつ、地域全体の医療提供体制のあり方を念頭に、改めて医療機関と地域での協議を行い、一般医療と両立を維持可能な、地域で「最大」のコロナ病床を確保し、これに基づき病床確保計画の見直しを行うこととする。

○　その際、一般医療との両立の維持に注意しつつ、
・既に確保した病床も含め、確実にコロナ患者を受入れることができる（医療従事者・設備が確保されているなど）病床について、都道府県と医療機関との認識が一致しているか
・地域の医療機関間の役割分担や連携を徹底するとともに、必要に応じて見直しを行うことによって更なる体制拡充ができないか
・確保した病床を最大限活用することができているか
といった観点から医療機関や地域の関係者で協議を行い、確実にコロナ患者を受け入れられる病床を確保し、最大限の活用を行う体制とすること。

（１）都道府県において一般医療とコロナ医療の両立体制の案を検討

○　都道府県において、これまでの経験を踏まえ、一般医療との両立を維持しつつ、地域で確保すべき最大のコロナ病床数の案を設定すること。

○　具体的には、都道府県において、これまで以上の感染拡大が生じることがあり得ることも念頭に置きつつ、感染拡大時に各医療機関で受け入れたコロナ患者数、医療機関へのヒアリング、関係者とのこれまでの協議内容、地域の医療機関が担っている役割などを参考にした上で、地域全体の医療提供体制（コロナ医療・一般医療）のあり方を検討すること。

○　こうした検討を踏まえ、都道府県において、個別の医療機関との協議や地域での協議に向け、必要な一般医療の維持を前提に、地域における最大コロナ病床数の案を設定した上で、個々の医療機関ごとの最大コロナ病床数の案を設定すること。

○　その際、重症者への治療は、基礎疾患の増悪や血栓による多臓器不全等、

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

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

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

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

（２）医療機関との協議・合意

○　都道府県において、（１）で設定した地域における最大コロナ病床数の案や個々の医療機関ごとの最大コロナ病床数の案を踏まえて、医療機関と個別に、
・「既に確保しているコロナ病床」が確実に機能する病床であるかの点検
・「コロナ病床の更なる確保」の協議

を行うこと。

○　その際、以下の内容について医療機関と十分に認識を合わせること。
・病床確保計画のフェーズごとに当該医療機関の即応病床数を設定し、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行ったら、医療機関は、一定の準備時間の後、速やかにフェーズに応じた即応病床とすること。
・即応病床とは、医療従事者・設備の確保やゾーニング等のコロナ患者受入

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

・入院は、軽症でハイリスク又は中等症以上の患者を前提とすること。

・重症者用病床は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」の「４．重症度分類とマネジメント」で示されている「重症」分類と同様、単なる病床の区分で判断するのではなく、「ICU に入室又は人工呼吸器が必要」な重症者の治療ができる設備・医療従事者の体制が確保されている病床を重症者用病床とすること。

・また、準備病床とは、一般の患者を受入れ、入院治療を行うものの、都道府県がフェーズ切り替えの要請を行った後、１週間程度（遅くとも２週間程度）を目途に即応病床とできる病床である。そのため、即応病床とするまでに必要な準備時間を改めて医療機関に確認すること。また、その際、即応病床とするために、当該病床で入院治療を行っている者を転床・転院させることが想定される場合には、事前に医療機関内や医療機関間で調整を行っておくこと。

・その地域でフェーズ切り替え要請を行うタイミングの目安や想定している感染状況、各フェーズで当該医療機関が果たす役割を明確化すること。その他、個別の医療機関との調整の際にも、地域全体で必要な医療（コロナ医療・一般医療）の提供体制を確保することを念頭に置いて、調整すること。

○　医療機関と協議を行う際には、その医療機関の担う役割を踏まえて、確保する病床数を調整すること。特に、透析患者、認知症のある患者、精神疾患や行動障害のある患者など、特別な配慮が必要なコロナ患者の受入れを地域で担う医療機関では、通常よりも多くの医療従事者の労力や追加の設備が必要になる等、受入れ体制整備にも考慮が必要となるため、役割を踏まえて確実に機能する病床数とするよう留意すること。

○　また、医療機関が活用できる補助金や診療報酬上の措置を適切に提示することが有用である。参考となる資料（別紙２）をお示しするので、活用されたい。

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

・各フェーズの即応病床数、休止病床数

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

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

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

（３）地域での協議・合意

○　個別の医療機関において、自らの努力で確保できる人員体制や現在担っている一般医療の機能維持を前提とすれば、更なるコロナ病床の確保は困難であると考えられる場合においても、地域全体で人員の確保を行うとともに一般医療の機能に関する役割分担を調整することにより、更なる病床の確保を図ることが可能となる。このため、都道府県においては、（１）で検討した地域全体の医療体制のあり方を踏まえ、従来の地域の医療機関間の役割分担・連携を徹底するほか、必要に応じて、他の医療機関も含め、その見直しを地域で調整すること。

○　協議においては、地域医療全体を見据えた上で、５疾病５事業及び在宅医療等の医療計画において既に記載されている内容を踏まえて検討が必要であり、「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき設置している地域医療構想調整会議で議論されている内容に通じるものがあると言えるため、例えば地域医療構想調整会議の場などを活用して、二次医療圏を基本として一定の圏域で協議を行い、地域全体の医療提供体制のあり方について協議を行うこと。このほか、医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場の活用も想定される。

○　協議内容としては、以下のような点が想定される。

①　（１）で都道府県において検討した地域全体の医療体制のあり方や、それを踏まえて設定した地域における最大コロナ病床数、（２）での医療機関との個別の調整状況（医療機関ごとの各フェーズの即応病床数は、地域の

医療機関間で共有すること）

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

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

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

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

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

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

・転院支援の仕組み構築

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

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

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

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

○ また、こうした協議の場を活用するなどして、高齢者施設等の関係者と医

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

（４）一般医療との両立維持の確認

○　地域においては、平時から、様々な疾患・症状の患者に対する医療が提供されているところである。更なるコロナ病床の確保を検討する際には、このような一般医療への影響を勘案し、一般医療が適切に提供されなくなることにより、患者の生命・健康に重大な影響が及ぶことのないよう留意する必要がある。

○　その際、都道府県においては、「医療計画」の中で、政策的な観点から、特に地域において確保すべき医療として、いわゆる５疾病５事業及び在宅医療について必要な医療機能を記載し、これに基づき、地域の医療提供体制整備を進めているところであり、これらの医療機能を継続して確保し続けられる体制となっているか、確認することが重要である。

○　具体的には、「最大」のコロナ病床の確保について個別医療機関ごとの調整や地域での協議を行う際に、コロナ病床を確保する医療機関と、医療計画において５疾病５事業及び在宅医療に係る医療機能を担う医療機関として定められている医療機関とを照らし合わせ、引き続きこうした医療機能を確保し続けられるかを確認することとなる。

○　なお、「最大」のコロナ病床を確保するために確認する「一般医療との両立維持」とは、感染者数が僅少な段階で実施されている一般医療がそのまま継続される状況を意味するものではなく、不要不急の入院・手術の延期等、一般医療に一部制限が生じてはいるものの、そうした状況が一定程度継続したとしても、患者の生命・健康に重大な影響が及ばないことを確認すること。

○　その際、既存の「医療計画」に基づく役割分担を絶対のものとするのではなく、コロナ病床を最大限効率的・効果的に確保する観点から、必要に応じ、柔軟に従来の役割分担の見直しを検討することも重要である。

○　特に、人口規模が大きく、かつ、医療資源が比較的多い都市部においては、感染拡大時、多数の感染者に対応可能な体制を短期間で確保する必要があることを想定し、感染拡大前から、役割分担を見直しておくことも考えられる（例：重点医療機関で担っている脳卒中・心筋梗塞等の急性期機能、周産期・

小児等の機能を、他の医療機関に寄せる、等)。

○　そのため、「(３) 地域での協議・合意」のプロセスの中で、病床確保計画の最終フェーズにおいて、各都道府県の医療計画において定められている５疾病５事業及び在宅医療を担う医療機関の名称に変更が生じるかどうかを確認することも考えられる。

○　また、重症コロナ患者に対応する場合には、全身管理に対応可能な医療従事者等により対応する必要があること、重症コロナ患者は一般の ICU 入室患者よりも在院日数が長くなることを踏まえつつ、各地域において、例えば、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある「三次救急医療（救命救急センター)」、「二次救急医療（病院群輪番制救急医療機関等)」、「脳卒中の急性期医療」、「急性心筋梗塞の急性期医療」を担う医療機関等がどの程度確保できるかを確認の上、必要に応じ、役割分担の見直しを行うこと。また、重症コロナ病床に充てるような病床は、手術後の患者の入室も一定割合行われているため、重症コロナ病床を確保することにより、予定手術（外科手術）への影響も考慮すること。

（５）確保した病床を効率的・効果的に活用するための取組

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

＜入院治療が必要な方の考え方＞

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

○　この冬の経験を踏まえ、感染が拡大し、都道府県全体でみて、医療への負荷が高まっているときの入院の考え方を改めて協議し、入院治療が必要な者

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

○　保健所等による療養先を決定するための確認を効率化するために、なるべく明瞭な考え方を検討するとともに、患者を診察した医師に協力を得て、医師の臨床的な判断を活用することにより、保健所等による患者への確認等のプロセスを減らしつつ迅速な療養先決定を図ることも有効であると考える。

○　病床に余裕のある場合と、感染が拡大し、医療提供体制の負荷が高まっている場合で、入院の考え方を変更する場合には、そのタイミングや考え方について事前に関係者間で共有しておくこと。
例えば、
・　病床確保計画のあるフェーズまでは、高齢者は全員入院とするが、そこからフェーズをあげた時には高齢者であっても入院治療が必要な者かどうかの判断を個別に行い、入院治療が必要ないと判断された者は宿泊療養とする。
・　あるフェーズまでは保健所が発生届の内容を踏まえて患者の療養先を判断するが、そこからフェーズをあげた時は、診療・検査医療機関等の医師による患者の状態を踏まえた臨床的な判断を活用して、調整本部に渡すリストを作成する。
等が考えられる。

＜病床稼働率の向上＞

○　コロナ病床の対応能力を拡大するため、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる後方支援医療機関の確保に取り組むこと。また、新型コロナウイルス感染症から回復した後、退院基準を満たした者について、高齢者施設等における受入れを促進すること。

○　その際には、医療機関、高齢者施設等及び地域の医師会等の関係団体等に対し、引き続き退院基準の周知にも努めていただきたい。

○　また、転院調整を行う医療機関の負担を軽減するため、地域医療構想調整会議や都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会や既存の関係団体間連携の枠組みなどを活用して、受け入れ可能医療機関のリストの地域の医療機関や保健所への提供や効率的なマッチングを行う等、地域の実情

に適した転院支援の仕組みを検討すること。

○　さらに、こうした後方支援医療機関確保・転院支援の取組は、退院基準を満たした患者を受け入れる医療機関のみならず、退院基準を満たしてはいないものの、その医療機関での治療が必要な状態から回復した患者を受け入れるコロナ患者後方支援病院の確保にも取り組み、病床稼働率の向上を図ること。

○　特に、多くの患者が発生する一方で多くの医療機関がある都市部においては、これまでコロナ患者を受け入れていなかった医療機関において、まずは、そうした他の医療機関で治療を行った後、回復傾向にあるコロナ患者を受け入れ、感染管理や症状悪化時の対応を実際に行うことが、コロナ患者受入れ可能な医療機関の更なる拡充につながるとともに、現在確保している病床の効率的・効果的な活用にも有益である。

○　退院基準を満たしてはいないが、医療機関での治療が必要な状態から回復した患者は、宿泊療養施設や自宅療養での受入れも考えられるため、移送（搬送）体制や宿泊・自宅での健康観察体制を確保することで、病床稼働率の向上につなげること。

＜看護師の負担軽減＞

○　また、看護師等の負担を軽減するため、新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を受託可能な民間業者の一覧などを参考に委託を促進すること。なお、看護業務のうち必ずしも看護師等が行わなくても良い業務（配膳、リネン交換、清掃等）を行う看護補助者等の確保につなげるよう、看護補助者向けの感染対策に係る研修教材を作成しており、追って周知を行う予定である。

○　さらに、都道府県によっては、新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒の委託を促進するため、都道府県ビルメンテナンス協会等と連携し、清掃業者向けの研修会を開催しており、こういった事例も参考に委託の促進に努めていただきたい。

【都道府県における清掃業者向け研修会の開催事例】

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

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

（６）病床確保計画の見直し

○　（１）～（５）の取組を踏まえて、病床確保計画の見直しを行う。

○　今般の見直しを行うことにより、病床確保計画の最終フェーズにおける即応病床（計画）数とは、最終フェーズに移行すると「即応病床」とすることについて医療機関と合意のとれた病床数の積み上げとなり、これまで即応病床（計画）数と別の概念としていた「確保病床数」と同じ数値となることとなる。

○　なお、現在の確保病床数以上となるよう病床確保計画を見直すこととするため、最終フェーズの病床数が、令和３年３月 17 日時点の「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況調査、病床数等の調査結果」の確保病床数より少なくなる都道府県については、事前に、経緯・事情について厚生労働省に報告すること。

２．宿泊療養・自宅療養体制の確保

○　宿泊療養体制についても、実際に療養者を受け入れることが可能な最大の宿泊療養施設を改めて確保するとともに、自宅療養について、健康観察体制等を確保することで、その地域で実際に適切な療養を確保できる宿泊療養・自宅療養体制を強化し、宿泊療養施設確保計画を見直すこととする。その際、急変時に医療につながる体制が確保できているかについても点検を行うこと。

○　また、１．の取組により、その地域で「最大のコロナ病床数」から、これを最大限稼働したときの「最大の入院患者数」、「最大の療養者数」が算出され、そこから１日当たり「最大の宿泊療養・自宅療養者数」が算出可能であるため、それを勘案して、宿泊療養・自宅療養体制の確保を行うこと。

（１）最大の入院患者数の算出

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

り「最大の入院患者数」を算出すること。

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

（２）最大の療養者数及び最大の宿泊療養・自宅療養者数の算出

○　（１）で算出した「最大の入院患者数」から、患者増加時の「在院日数」と「入院率」を考慮し、１日当たり「最大の療養者数」を算出すること。

○　在院日数や入院率は、各都道府県において過去の実績を踏まえ、１（５）の取組を行う前提で設定すること。
　なお、過去のデータを踏まえた参考値を初期値として設定している。

○　在院日数は、１（５）の「＜病床稼働率の向上＞」の取組状況にも応じ、地域で差があることが想定されるため、取組を進めることによってなるべく在院日数を短縮し、効率的・効果的な病床活用ができるようにすること。一方、「最大の療養者数」や「１日当たり最大の新規感染者数」算出のために、地域の実態に即した数値となるよう実際にコロナ患者を受け入れる医療機関や臨床医の意見を伺う、保健所や医療機関等の協力の下、地域における在院日数のデータ集計を行うことも検討すること。

○　入院率は、感染状況に応じて異なる運用を行う地域が多いが、宿泊療養・自宅療養の体制整備や一連の患者対応体制を検討する際の目安となる「最大の療養者数」や「１日当たり最大の新規感染者数」算出のために必要な数値であるため、１（５）の「＜入院治療が必要な方の考え方＞」で述べたような都道府県全体で医療への負荷が高まっているときに、入院治療が必要な者が入院できるような考え方を前提として設定すること。地域の実態に即した数値となるよう実際にコロナ患者を受け入れる医療機関や臨床医の意見を伺うことも検討すること。

○　「最大の療養者数」から「最大の入院患者数」を差し引いたものを「最大

の宿泊療養・自宅療養者数」とする。

（３）宿泊療養施設・自宅において、適切な療養を行う体制整備

＜宿泊療養体制の整備＞

○　軽症者等については、宿泊療養を基本として対応することとされている。病床確保計画のフェーズが計画中盤から後半にかかる段階（または新規感染者数や療養者数が概ねステージⅢ相当となるような段階）までは、入院の必要がないと判断されるコロナ患者については、宿泊療養を基本として対応できるよう、宿泊療養体制を整備すること。

○　他方で、子育て等の家庭の事情により患者が自宅での療養を選択する場合もあり、また、この冬の感染拡大に当たり、自宅療養者数が急増する地域もあったが、このような場合においても、後述の適切な健康管理を伴う自宅療養を行えるように体制・運用の整備を図ること。

○　具体的には、病床確保計画のフェーズが計画中盤から後半にかかる段階（または新規感染者数や療養者数が概ねステージⅢ相当となるような段階）において、療養者のうち入院・宿泊療養での対応が７割を下回るような都道府県においては、まずは、当該水準を目安として、これに向けて、宿泊療養体制の拡充について検討すること。

○　確保すべき宿泊療養施設（居室数）数は、都道府県において、過去の実績を踏まえて設定すること。なお、例えば、宿泊療養施設（居室数）について、これまでに感染拡大を経験した同程度の規模の都道府県の例（別紙３）も参考として、予め多めに確保しておくことが考えられる。

なお、特措法改正法による改正後の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）第 44 条の３において、宿泊療養に関する規定が新設され、都道府県知事は、感染状況等を勘案して必要な宿泊施設の確保に努めることとされていることに留意すべきである。

○　宿泊療養については、療養者数が増加しても、居室使用率が２～３割程度であることも少なくない（特に、この冬、大都市圏で感染が急速に拡大した際には、自宅療養者数や確認中の人数の急増に比して、宿泊療養者数は一定の増加にとどまるという状況がみられた。）。宿泊療養の活用を図るためには、

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

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

①　療養決定までの業務フロー

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

②　宿泊療養施設の運用

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

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

③　人材確保等の体制

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

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

①　療養決定までの業務フロー

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

②　宿泊療養施設の運用（例）

・病床ひっ迫時等には、患者が退所するごとに事業者が個人防護具を着用した上で部屋ごとに消毒・清掃を実施
・一部施設では週２日の定例日に事業者が駐在し、入所者に別フロアに移っていただいた上でフロア消毒を実施
・退所後 72 時間空けてから消毒を行う運用から、事業者の理解を得て、基本的に退所日翌日に消毒を行うよう運用を変更
※　宿泊療養施設の消毒・清掃のために事業者が個人防護具を着用するための経費についても、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象。

③　人材確保等の体制（例）
・都道府県ナースセンターによる潜在看護職員の復職支援において、多くの看護職員が宿泊療養施設に就業
・医療機関との連携、ネットワーク構築の必要性等にかんがみ、都道府県看護協会に業務委託
・事務系業務についてホテルや民間事業者に委託

(参考)
宿泊療養施設の更なる確保について（要請）（令和３年２月３日付事務連）
https://www.mhlw.go.jp/content/000733829.pdf

＜健康管理を強化した宿泊療養施設＞

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

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

新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養の考え方について
（令和３年３月２日付事務連絡）
https://www.mhlw.go.jp/content/000747661.pdf

＜自宅療養者数の見込みと適切な自宅療養体制の整備＞

○　「最大の療養者数」と確保できる宿泊療養施設（居室）数や稼働の見込みに、過去の実績も踏まえて想定される「最大の自宅療養者数」を見込んだ上で、以下の①～④を組み合わせて自宅療養の体制整備を行う。

①　定期的な健康観察（毎日電話やオンライン等で確認）
②　パルスオキシメーターの活用
③　健康観察業務の医療機関等への委託
④　自宅療養者への往診・オンライン診療・訪問看護等

＜パルスオキシメーターの活用＞

○　感染が急速に拡大し、病床がひっ迫する局面では、療養者の相当数を自宅療養者・確認中の者が占める地域がみられた。今後とも、このようなリスクのある地域においては、少なくとも症状が悪化するリスクが相対的に高い患者について、パルスオキシメーターを配布した健康観察を行える体制の整備を図ること。
　なお、パルスオキシメーターについては、既に相当数を確保している都道府県もある。感染が拡大すると製造業者の在庫が急速に減少し、発注しても配備するまでに時間を要することがあるため、予め一定量を発注・確保しておくことが望ましい。

※パルスオキシメーターについては、全ての自宅療養者を対象として配布する運用の都道府県のほか、
・50 歳以上の患者を対象として配布
・40 歳以上の患者及び 40 歳未満でも当該県の入院優先度スコアが一定以上の患者を対象として配布
・入院・入所待機者及び軽症者のうち高齢者、呼吸苦、発熱持続症状等のある患者を対象として配布
など、感染状況等も踏まえ、対象者を設定している都道府県も見られる。

＜健康観察業務の医療機関等への委託＞

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

＜自宅療養者への往診、オンライン診療、訪問看護等＞

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

（参考）

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

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

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

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

（４）１日当たり最大の新規感染者数の算出

○　過去の感染拡大の動向を踏まえて、「最大の療養者数」、「最大の入院患者数」となるときの、「１日当たり最大の新規感染者数」を算出すること。その際、過去の実績を踏まえて、感染者の増加状況及び感染拡大時の年齢構成を設定することとし、運用の中で実態と乖離がある場合には、設定を見直すこと。

○　なお、本事務連絡の発出と併せて、都道府県が、当該地域における「最大のコロナ病床数」から、病床稼働率や在院日数、入院率等を踏まえて「最大の入院患者数」、「最大の療養者数」、「１日当たり最大の新規感染者数」の算出を行うためのツール（エクセルファイル）を送付するので、適宜活用されたい。これらを算出するための前提となる値は、厚生労働省で初期値を設定しているが、地域の実情に応じて適宜変更し、地域の取組に合致した数値を算出すること。

○　このツールを踏まえて、「最大のコロナ病床数」から算出される「最大の療養者数」、「最大の入院患者数」、「１日当たり最大の新規感染者数」は、感染動向や施策の成果によって日々変化する地域の状況を、なるべく簡易かつ分かりやすい形で反映し、更なる施策の実施や地域の状況を評価するための目安となる数値を示すために、一定の仮定の下で作成したものである。そうした趣旨を踏まえて、さらに精緻な数値を算出するために、ツールを改良したり、専門家等の意見を参考にしたりすることについては、積極的に取り組んでいただきたい。今回示したツールの算出方法とは異なる適切な方法がある場合には、厚生労働省において取りまとめの上、他の地域に参考として情報提供するため、まずは厚生労働省に情報提供いただきたい。

３．一連の患者対応の目詰まり解消

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

（１）相談・外来受診・検査

○　相談・外来受診・検査体制については、追って「新型コロナウイルス感染症に関する検査体制の拡充に向けた指針」（令和２年９月 15 日付事務連絡）の改訂版において、検査需要の見通しや必要な検査体制の整備などについて示すこととしている。これを踏まえて必要な体制整備を行うこと。

○　なお、相談・外来診療体制については、「４月以降の当面の相談・外来診療体制について」（令和３年２月 24 日付事務連絡）で示したとおり、引き続き、適切な維持・整備に取り組むこと。

（２）療養先調整・移送（搬送）

○　コロナ患者であることが確定した患者については、療養に到るまでに「療養場所の種別の決定（入院、宿泊、自宅）」、「具体的な療養先の決定」「療養先への患者の移送（搬送）」の３段階の対応が必要となる。

○　入院・療養の種別の決定は保健所が判断していることが多いが、都道府県・保健所・医療機関の間で入院・宿泊療養・自宅療養の振り分けの考え方・判断基準を改めて整理し、共有することにより、医療機関の臨床的な判断が速やかに調整本部に伝わり、入院決定がより迅速・円滑に行われると考えられる。あわせて、患者に対する保健所からの連絡や積極的疫学調査が円滑に行われるよう、保健所体制を強化する。

○　具体的な療養先の決定については、自治体毎に、「都道府県調整本部が一括して療養先を決定する」「まず保健所で療養先を検討し、決まらなかった場合に都道府県調整本部に調整を依頼する」等、多様な方法が見られる。

目詰まりを引き起こす要因としては、療養先がすぐに決定されないことで調整に時間がかかり、保健所の業務が圧迫されるケース、積極的疫学調査等で保健所の業務負担が高く、結果として療養先決定の調整に時間がかかるケース、患者が急増する局面において、都道府県調整本部の人員等が不十分であったために対応困難な状態に陥るケース等が想定される。また、保健所が管轄する区域内の医療機関の多寡に差があるため、医療機関数に比して患者数が多い地域等は調整困難に陥りやすいこと等も踏まえ、適切な療養場所の決定方法について、都道府県ごとに見直しを行い、関係者間で十分な共有を図ることが必要である。

＜入院調整＞

○　今後も感染の再拡大が想定されるような地域では、今冬のような入院待機者の急増をできるだけ避けられるよう、以下のような事例も参考としつつ、地域の実情を踏まえ、感染急拡大時において入院調整を迅速に行える体制・運用について検討する。

・大都市圏含め、多くの都道府県においては、入院先の決定は都道府県調整本部で一括して実施（当初は保健所が決定していたが、都道府県・保健所設置市の間で協議し、都道府県調整本部による決定に変更した都道府県もある）
・県医師会、災害医療コーディネーター等の医師が都道府県調整本部に参画し、迅速な調整に当たる等、調整本部の体制強化

＜宿泊療養等の調整＞

○　２（３）のとおり、発症・診断から療養決定まで時間がかかることにより、患者が自宅療養を希望するなど、宿泊療養の活用が進まない要因となり得る。宿泊療養施設に係る運用や体制の整備に加え、以下の事例も参考としつつ地域の実情を踏まえ、迅速な療養決定が行える体制・運用について検討する。

・保健所、調整本部、診療・検査を行う医療機関の間で、原則として宿泊療養とする方針を共有し、医療機関でも患者にその旨説明することにより、円滑な療養決定を行い、宿泊療養の積極的活用につなげている。
・保健所が、療養決定に向けた本人への聞き取りの際に、積極的疫学調査としての聞き取りも行うことが多いが、積極的疫学調査は療養調整と同時並行で行っている。
・療養先が決定された後の患者への連絡・説明について、従来は調整本部による決定内容を保健所が患者に連絡していたところ、調整本部が直接行うように変更した。

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

（参考）
新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養の考え方について（令和３年３月２日付事務連絡）
https://www.mhlw.go.jp/content/000747661.pdf

＜移送（搬送）＞

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

＜保健所体制の強化、業務効率化等＞

○　これまで、「今後を見据えた保健所の即応体制の整備について」（令和２年６月 19 日付け事務連絡）や「保健所に係る「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」について」（令和２年９月 25 日付け通知）に基づき、保健所業務の積極的な外部委託、IHEAT（都道府県単位での専門人材派遣の仕組み）の活用、都道府県間での専門職員等の応援派遣等に取り組んできて頂いたところである。

○　感染者数が増加する局面においては、新型コロナウイルス感染症対策において中心的な役割を果たす保健所の相談業務や積極的疫学調査に係る業務負荷が過大になることで、一連の患者対応に滞りが生じる場合があることから、引き続き、都道府県等を中心として、保健所の人材確保や、国の研修プログラム等を活用した、健康危機管理に対応できる人材の育成、外部委託等を活用した業務効率化等に全庁的に取り組み、保健所の機能確保を図る。また、積極的疫学調査の翌日以降への積み残し状況や、残業時間等も含めた保健所職員の勤務状況等を確認すること等により、保健所の業務負担の状況をタイムリーに把握し、必要があれば迅速に応援等の対応を行うことが必要である。

○　特に、自宅療養者に対する健康観察等の各種業務については、感染拡大時の自宅療養者の増加を念頭に、「最大の自宅療養者数」に対応できるだけの体制構築が必要であるところ、在宅医療や訪問看護を担う医療機関等や地域の医師会等の関係団体、民間事業者に委託しての業務実施も有効であり、また、当該委託に係る費用は新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による補助対象となっているところである。各保健所設置自治体においては、地域におけるこれらの機関への委託の可能性を検討するとともに、感染拡大前

からの緊急時を想定した地域全体での対応体制の整備を図る。

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

（参考）外部委託の事例

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

（参考）

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

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

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

（３）転退院・解除・後方支援病院や施設への転院

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

Ⅱ．患者対応の一連の流れのチェックと感染状況のモニタリング

＜患者対応の一連の流れのチェック＞

○　次の感染拡大に向けて、一連の患者対応や病床等の稼働が目詰まりなく行われる流れ（体制）を確保するとともに、実際の感染状況に応じて分析し取組の改善につなげるため、以下１のとおり、患者対応の一連の流れを確認する「チェックポイント」を選定し、目詰まりが生じていないかを確認する体制を確保することが重要である。

○　また、医療提供体制整備は「一般医療とコロナ医療を両立する医療提供体制を整備する」ことが前提の考え方であることを踏まえ、コロナ医療を行う中で、感染拡大時に一般医療への影響についても評価する体制とすることにより、地域の一般医療、ひいては患者の生命・健康に重大な影響が及んでいないかを確認することが重要である。

＜感染状況のモニタリング＞

○　一方、感染状況についても、医療提供体制への負荷を考慮した評価ができる指標を設定し、これをもとに適切に状況を把握・評価することで、感染拡大防止策に適時適切に反映させるとともに、医療体制の負荷が高まった際には、緊急的な対応にオペレーションを変更できるようにする必要がある。

○　都道府県において、独自に感染状況や医療提供体制の負荷の評価を行う指標を設定し、定期的に状況を確認していると考えられるが、以下の考え方を踏まえ、指標の改善やチェック体制、モニタリング体制のあり方について改めて検討を行うこと。

１．患者対応の一連の流れのチェック

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

○　都道府県においては、「チェックポイント」による評価を定期的に行い、患

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

○　「チェックポイント」による評価を行う場については、都道府県に設置されている「新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会」等を活用し、関係者で状況の認識共有や課題対応について意見を求めることが考えられる。なお、「医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場」において、関係者より意見を求めることも有用と考えられる。併せて、地域の医療関係者から医療現場の実情を丁寧に聴取することで、「チェックポイント」だけでは測ることができない一般医療への影響や目詰まりの早期感知に努めることが望ましい。

○　「チェックポイント」による確認を行う頻度については、各指標の日々の変動を平準化する必要があること、その情報を報告する医療機関や集計する行政の負担を最小限にする必要があることから、１週間程度を基本とすること。なお、情報公開に努めつつ、感染状況に応じ、会議の開催などについては負担のない方法等で実施することは考えられる。また、「チェックポイント」の項目によっては、数値そのものよりも、季節変動等に留意しながら全体の傾向等について、評価すべきものがある。

○　「チェックポイント」による評価の結果を集計する単位については、都道府県や圏域などの地域単位で確認することを基本として、医療機関の状況を表す項目については、地域単位だけではなく、医療機関単位で確認することも有用である（例：ICU 使用率など）。また、医療機関単位での確認については、管内の全医療機関に調査を行う場合と、地域の傾向を把握するため一部の医療機関の協力のもとで調査を行う場合が考えられ、適切な方法を地域の医療関係者と相談すること。

○　表に掲げた主要項目については、他地域との比較を可能とする観点から、原則として全ての都道府県で確認すること。参考項目については、各地域で「チェックポイント」を設定する際の参考であり、必要に応じて確認すること。なお、表以外の項目であっても、都道府県が地域の実情を踏まえ、独自の項目を設定することは考えられる。

○　また、「チェックポイント」の項目や集計方法については、引き続き地域の取組も参考の上、厚生労働省において検討し、改めて情報提供する予定である。

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

表：チェックポイントのイメージ			
		主要項目	参考項目
患者フローの目詰まりのチェック			
①	必要な患者が外来受診・検査できているか	・１日当たりの検査実施数	・１日当たりの検査能力（検体採取・検査分析） ・陽性率 ・受診・相談センターの電話回線数・電話応答率 ・診療・検査医療機関の数 ・発症日から検体採取／結果判明までの日数
②	入院等を要する患者が必要な時に入院等ができているか	・療養者中の入院者割合 ・療養先調整中の人数 ・療養先調整中の内訳として、療養場所の種別が入院と決定したが、いまだ受入れ医療機関が決定していない人数	（入院について） ・発生届から入院日までの日数 ・最大の確保病床数 ・即応病床数 ・受入医療機関が１日あたりに新たに入院させることが可能なコロナ患者数 ・コロナ病床の利用率 ・コロナ重症者病床の利用率 （宿泊について） ・発生届から宿泊日までの日数 ・最大の宿泊療養者数 ・最大の宿泊室数 ・宿泊室の利用率 ・療養場所の種別は宿泊療養施設と決定したが、いまだ宿泊療養をしていない人数
③	患者の状態に応じた適切な療養環境に入院等ができているか	・後方支援医療機関への転院待機患者数	・症状悪化等の場合の重症者病床等への転院待機患者数 ・平均在院日数
一般医療との両立			
④	救急車による迅速な医療機関への搬送が困難でないか	・救急搬送困難事案件数（全搬送患者）	・救急搬送困難事案件数（コロナ疑い以外） ・救命救急センターの応需体制
⑤	予定していた手術等を受けられているか		・全身麻酔を伴う手術の実施件数 ・心臓・血管カテーテル術の実施件数 ・外来化学療法(抗悪性腫瘍剤)の実施件数 ・分娩件数
⑥	集中的医学管理が必要な患者がICU に入室できているか	・ICU 使用率（コロナ以外）	・ICU 使用率（全体）

２．医療提供体制を踏まえた感染状況のモニタリング

＜①　最大新規感染者数を超えることがないかをみるためのモニタリング＞

○　Ｉ２（３）で算出した「１日当たり最大の新規感染者数」は、一般医療と両立しつつ確実に機能するものとして見直した、地域のコロナ医療提供体制で対応可能な最大の新規感染者数（つまり医療が非常時の対応をとることになるか否かの限界値）であると言える。

○　そのため、感染拡大時には、新規感染者数がこの「１日当たり最大の新規感染者数」を超えることがないように感染状況の適切な評価を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させる必要がある。しかしながら、それでも新規感染者数がこの「１日当たり最大の新規感染者数」を超える際には、弾力的にオペレーションを変更し、限りある医療資源を柔軟・適切に配分する緊急的な患者対応を行う体制をとる必要がある（Ⅲで詳述）。

＜②　感染者が短期間に急増するような事態をみるためのモニタリング＞

○　また、「１日当たり最大の新規感染者数」を超えないとしても、短期間で急激な感染者数増加となる場合、感染状況に応じた段階的な病床・宿泊療養施設の受入れ体制準備（準備病床の即応病床への転換）や、患者対応を行う保健所や都道府県等の体制以上の患者が発生し、迅速な処理が行えず、患者対応の流れに目詰まりが生じることも考えられる（この場合においても、医療が非常時の対応をとらざるを得なくなる）。

○　そのため、感染状況については、短期間で急激な感染者増加傾向（※）についても適切な評価を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させ、医療体制が十分な対応可能な感染者数・感染スピードとする必要がある。また、この場合においても弾力的にオペレーションを変更し、限りある医療資源を柔軟・適切に配分する緊急的な患者対応を行う体制をとる必要がある（Ⅲで詳述）。

（※）例えば、地域で既に感染者が増加しつつ一定数発生している中、１週間で新規感染者数が 1.4 倍程度（２週間で２倍程度）以上で増加した場合。

○　実際、昨年７月末以降の沖縄県や、12 月末から本年１月上旬の関東圏・関西圏のように、１、２週間で新規感染者が倍増することがあり、こうしたケースも想定する必要がある。

＜感染状況のモニタリング方法＞

○　そうした①②の観点から、感染状況の評価を行うモニタリングの方法としては、

㋐新規感染者数の７日間移動平均を算出し、前７日間の日々の増加傾向がその後２週間継続したとした場合の２週間後の新規感染者数を算出する。また、新規感染者数の７日間移動平均の１週間前との増減比、２週間前との増減比を確認する。

㋑①そうして算出した新規感染者数が、２週間後に「１日当たり最大の新規感染者数」を超えないかを確認する

②感染者が一定数報告されている中で、１週間前との増減比が 1.4 以下であるか、２週間前との増減比が 2.0 以下であるかを確認する

ことが考えられる。

○　そうして確認した結果、

①　２週間後の新規感染者数が「１日当たり最大の新規感染者数」を超える場合

②　短期間で急激な感染者数増加となる場合

には、感染スピードが落ち着き、対応可能な感染者数に減少するまで、Ⅲ２で方針を定める「感染者が短期間で急激に増加した時の緊急的な患者対応方針」に対応を切り替えること（その際には強力な感染拡大防止対策が必要）。

○　なお、②を評価する際、クラスターの発生や人口の少ない地域での急激な感染拡大は、封じ込めにより広範な市中感染増加に至らない場合や他地域への伝播を止められる場合もあるため、アンリンク割合や感染者のうちのクラスター関連の程度を勘案して感染状況を評価すること。

○　また、①②ともに、同じ感染者数であっても年齢構成によって、入院患者数・重症者数は大きく異なることとなるため、前提としていた年齢構成と異なる経過を示していたり、医療機関・高齢者施設等の高齢者が多いクラスターが多発していたりする場合には、そうした状況を勘案して感染状況を評価すること。

○　さらに、

・「入院患者数」や「療養者数」は、「新規感染者数」がピークに達した後にピークとなること、

・そのため、「入院患者数」や「療養者数」のピーク時の数値は、「新規感染

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

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

・「入院患者数」や「療養者数」が遅効指標であること、
・実際、その地域の感染者数がＩ２（３）で算出した「１日当たり最大の新規感染者数」以上となってしまった場合には、Ｉ２（１）及び（２）で算出した「最大の入院患者数」と「最大の療養者数」以上の患者数となってしまうこと

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

Ⅲ．感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定

１．感染者急増時の緊急的な患者対応方針の検討・決定

○　冒頭０．で示したとおり、次の感染拡大時には、Ⅰに基づき整備した体制によって対応することが基本であり、この観点から、Ⅰの作業は、地域における最大の病床・宿泊等療養体制となるよう実施するとともに、Ⅱ２により医療提供体制を踏まえた感染状況の評価（モニタリング）を行い、感染拡大防止策に適時適切に反映させることが重要である。

○　その上で、Ⅱ２①又は②に該当する感染状況となった場合も想定し、感染者急増時の緊急的な患者対応方針を検討・決定しておくことが必要である。

○　その際、まずは、以下の点に関し、数週間の緊急的な措置として、もう一段の対応を検討すること。

（１）患者の療養先の確保
- 予定入院・手術の延期等も含む緊急的な病床確保方策の策定
- 健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働
- 自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保

（２）患者の入院・療養調整の体制確保
- 保健所・都道府県調整本部における入院・療養調整業務に係る更なる応援体制の整備

○　なお、令和３年４月 30 日（金）までとしている「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」の決定とは、２を参考にして検討の前提となる最大の患者規模を地域で検討しながら、（１）（２）に関する体制整備の方針を地域で協議・決定いただくことを想定している。また、併せてⅠの取組を並行して進めていただき、４月 30 日時点での調整状況について報告いただきたい。なお、方針の検討に当たっては、「療養先の確保」以上に、一連の患者対応の流れに目詰まりが発生しないように調整体制を確保することが重要である。

○　そうして、都道府県で「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」を決定した後は、５月中までに都道府県・保健所・医療機関等の関係者と具体的な体制整備を行う。

（１）患者の療養先の確保

＜予定入院・手術の延期等を含む緊急的な病床確保方策の策定＞

○　一般医療の制限状況を更に厳格に評価しつつ、改めて病床の確保を検討すること。その際、臨時の医療施設の開設の可能性を検討することも考えられる。ただし、臨時の医療施設については、適切な施設が存在していることに加え、公立病院等を中心に人員を確保することが考えられるが、いずれにせよまとまった人数の医療従事者を短期に確保することは容易でないことに留意が必要である。

○　予定入院・手術の延期等を行い、以下、（３）を踏まえてコロナ患者用の病床を確保すること。

ただし、その場合、

・急激に感染者が増加している中で、予定手術・予定入院の延期を行い、コロナ病床を確保するためには、患者の転退院調整、ゾーニング等の受入れ準備に時間がかかること

・予定手術・予定入院の延期や転退院調整には、患者の不安に真摯に対応する必要があること

等に留意が必要であり、また、いずれにせよ、患者の状態を十分に勘案して、主治医の判断の下で行うことが必要である。

＜健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働＞

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

＜自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保＞

○　感染急拡大が生じた場合、病床や宿泊療養施設の確保を短期間で大幅に行うことは難しく、自宅等でそのまま療養せざるを得ない患者が増加することとなる。そのため、都道府県や保健所においては、Ｉ２で示した健康観察業務の外部委託について更にもう一段検討するとともに、本庁や他部門の職員等による健康観察業務への応援を大幅に拡充することについて事前に検討し、いざという時に速やかに業務体制を拡充できるよう調整しておくこと。

○　また、現にパルスオキシメーターを相当数確保している都道府県もあるが、

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

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

（例）

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

（２）患者の入院・療養調整の体制確保

○　感染者急増時には療養先調整を行う感染者が更に増大し、対応に時間がかかることが想定される。そのため、都道府県や保健所においては、入院・療養調整業務に係る体制を臨時的に増強するため、本庁や他部門の職員等による応援を大幅に拡充することについて事前に検討し、いざという時に速やかに業務体制を拡充できるよう調整しておくこと。

○　また、入院・療養調整業務に係る体制を強化しておく観点から、主に入院先の決定は都道府県調整本部で一括して実施する体制とすることについても予め検討しておくとともに、都道府県調整本部において入院先調整に当たる医師会や災害医療コーディネーター等の医師の確保等を行っておくことも肝要である。

（３）入院医療の必要性の精査

○　（1）（2）を図りつつ、限りある医療資源をより必要とする方に優先的に提供するため、一般医療・コロナ医療それぞれに医療資源をどの程度充てるかを地域で協議して方針を定め、それに対応する体制整備を行うことが必要である。

○　その際に、最大でどの程度の患者数を想定するのか、検討の目安を設定することが考えられる（その場合の例について２参照)。その上で、

①　当該想定による患者のうち、真に入院治療が必要な状態の患者の割合を、地域の医療関係者と協議して算出する（なお、この冬の感染急拡大時において、若年層の感染者数が多かったものの、大都市圏を有する自治体における最も療養者数が多かった時点の入院率は約１～２割程度であった。)。

②　そうして算出された入院患者数と、Ⅰで積み上げる「最大のコロナ病床数」を比べる。なお、先行して４月中に「感染者急増時の緊急的な患者対応方針」を定める際に、Ⅰによる病床数の積み上げが完了していない場合には、暫定的に、現時点における確保病床数と比べることとし、作業完了時に、Ⅰで積み上げる「最大のコロナ病床数」に置き換えること。

③　不足する病床数に対して、更に（1）による病床の上積みと予定入院・手術の延期等を厳密に精査できないか医療機関と協議する。

○　そのようにして協議を行い、Ⅱ２①又は②に該当する感染状況となった場合に想定する新規感染者数や療養者数、その際に確保するコロナ用病床数、延期する一般医療の考え方について地域で検討する。この場合、いずれにせよ、入院対象者についての考え方が切り替わることになるとともに、自宅で療養される方が大幅に増えることを、地域の共通認識としておくことが重要である。

○　医療機関や高齢者施設等で感染者が発生した場合においては、真に入院治療が必要な状態の患者を優先的に入院させる必要があるため、それに該当しないような患者は、高齢者施設等入所者の場合は施設で療養し、入院患者の場合はコロナ患者受入れ病院以外の病院でも入院している医療機関で療養せざるを得なくなることを想定すること。

○　その際には、専門家などの外部からの支援体制や、いざという時のための施設ゾーニングの準備等を確立しておくことが更なる感染者増加につなげないためにも重要である。そのため、「高齢者施設における感染制御及び業務継続の支援のための都道府県における体制整備や人材確保等に係る支援について」（令和３年２月 10 日付け事務連絡）等を参考に、「感染制御・業務継続支援チ

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

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

（４）感染者急増時の緊急的な患者対応の終了

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

２．検討の際の患者規模の例示

○　短期間で急激な感染者増加が生じた際、最大でどの程度の患者数を見込むのか、検討の目安が必要な場合においては、この冬の経験において、１、２週間で感染者数が倍増する状況も見られたことにかんがみ、例えば、この冬の１日当たり最大の感染者数の２倍程度の感染者数となった場合にどのように対応すべきかを検討することが考えられる。

○　このほか、
・東京都における対人口 10 万人当たりの最大感染者数／週を参考とする、
・当該地域以上に感染拡大が生じた、同程度の人口・年齢構成の地域における対人口 10 万人当たりの最大感染者数／週を参考とする、
などが考えられ、この冬の感染拡大状況や地域の特性に応じて設定すること。

○　短期間で急激な感染者増加が生じたと仮定して、見込む１日当たり最大の新規感染者数を設定すれば、療養者数等の目安を算出できるツール（エクセルファイル）を送付するため、適宜活用されたい。

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

以上

各都道府県における人口当たりの確保病床数及び既存病床数に対する確保病床数のデータ

都道府県名	確保病床数（※１）		人口（R1.10.1）（単位 千人）（※２）	人口10万人当たりの確保病床数	既存病床数（一般病床数＋感染症病床数）（※３）	既存病床数に対する確保病床の割合
01北海道	1,863		5,250	35.5	52,427	3.6%
02青森県	200		1,246	16.1	10,104	2.0%
03岩手県	385		1,227	31.4	10,145	3.8%
04宮城県	345		2,306	15.0	15,590	2.2%
05秋田県	229		966	23.7	8,658	2.6%
06山形県	216		1,078	20.0	8,671	2.5%
07福島県	469		1,846	25.4	15,023	3.1%
08茨城県	619		2,860	21.6	17,969	3.4%
09栃木県	409		1,934	21.1	11,843	3.5%
10群馬県	400		1,942	20.6	14,514	2.8%
11埼玉県	1,439		7,350	19.6	37,422	3.8%
12千葉県	1,361		6,259	21.7	36,228	3.8%
13東京都	5,048		13,921	36.3	81,174	6.2%
14神奈川県	1,555		9,198	16.9	46,985	3.3%
15新潟県	555		2,223	25.0	16,856	3.3%
16富山県	500		1,044	47.9	8,299	6.0%
17石川県	258		1,138	22.7	9,847	2.6%
18福井県	255		768	33.2	6,476	3.9%
19山梨県	285		811	35.1	6,358	4.5%
20長野県	434		2,049	21.2	15,074	2.9%
21岐阜県	694		1,987	34.9	12,962	5.4%
22静岡県	480		3,644	13.2	21,042	2.3%
23愛知県	1,215		7,552	16.1	39,944	3.0%
24三重県	392		1,781	22.0	11,025	3.6%
25滋賀県	351		1,414	24.8	9,137	3.8%
26京都府	453		2,583	17.5	22,721	2.0%
27大阪府	1,989		8,809	22.6	65,469	3.0%
28兵庫県	839		5,466	15.3	39,162	2.1%
29奈良県	372		1,330	28.0	10,512	3.5%
30和歌山県	400		925	43.2	8,684	4.6%
31鳥取県	313		556	56.3	4,801	6.5%
32島根県	253		674	37.5	6,043	4.2%
33岡山県	406		1,890	21.5	17,932	2.3%
34広島県	485		2,804	17.3	20,844	2.3%
35山口県	475		1,358	35.0	11,306	4.2%
36徳島県	200		728	27.5	6,309	3.2%
37香川県	209		956	21.9	8,765	2.4%
38愛媛県	270		1,339	20.2	12,058	2.2%
39高知県	200		698	28.7	7,843	2.6%
40福岡県	770		5,104	15.1	43,530	1.8%
41佐賀県	328		815	40.2	6,297	5.2%
42長崎県	424		1,327	32.0	11,910	3.6%
43熊本県	505		1,748	28.9	16,644	3.0%
44大分県	367		1,135	32.3	11,936	3.1%
45宮崎県	274		1,073	25.5	9,184	3.0%
46鹿児島県	375		1,602	23.4	15,488	2.4%
47沖縄県	507		1,453	34.9	9,597	5.3%

※１ 「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（3月17日0時時点）」における確保病床数。

※２　人口統計（令和元年）令和元年10月１日現在。

※３　病院報告（令和元年）令和元年６月末現在。

新型コロナ患者に対応する医療提供体制整備のための主な対策

1－1．新型コロナ患者等の受入病床を確保する医療機関への支援

（1）病床確保料による支援

- 新型コロナ患者や疑い患者の受入病床を確保した医療機関に対して、**休止病床を含め、病床確保料を補助**。（療養病床も補助対象）

（1床1日あたり　重点医療機関：7.1～43.6万円、協力医療機関：5.2～30.1万円、その他の医療機関：1.6～9.7万円）

（2）新型コロナ患者等の診療報酬の評価

- 新型コロナ患者や疑似症患者の診療について、**診療報酬上の評価を引上げ**。

（重症患者の診療では特定集中治療室管理料等の3倍(例：特定集中治療室管理料１の場合　37,899～42,633点)、中等症患者の診療では救急医療管理加算の3倍(2,850点)又は5倍(4,750点)を算定可能）

（3）設備整備に対する支援

- 人工呼吸器・ＥＣＭＯ・個人防護具などの設備整備に対して補助。
- **ICU等のゾーニング**のための**区画整備や簡易陰圧装置**の費用を補助。**プレハブ病棟を設置**する場合も、簡易病室及び附帯する備品の整備に補助。

（4）医師・看護師等の確保に対する支援

- 新型コロナの影響で人員が必要な医療機関に対して**医師・看護師等を派遣する場合**に、派遣元医療機関に対して補助。
  ※　重点医療機関に派遣する場合、補助上限額を倍増（医師1人1時間あたり15,100円、看護師1人1時間あたり5,520円）
- 医療機関等に対する感染拡大防止等の補助により、**消毒・清掃・リネン交換の委託料、感染性廃棄物処理等に活用可能**。

（病院：25万円＋５万円×病床数）

（5）クラスターが発生した医療機関への支援

- **クラスターが発生した医療機関**は、**一般の医療機関であっても、重点医療機関の病床確保料**の補助対象とすることが可能。

（1床1日あたり　7.1～43.6万円）

（6）搬送体制の整備

- **患者搬送コーディネーターの配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等**による搬送体制の整備に対する補助。

新型コロナ患者に対応する医療提供体制整備のための主な対策

1－２．回復した患者を受け入れる後方支援医療機関への支援

（１）新型コロナからの回復患者の転院受入の支援

- 新型コロナから回復した後、**引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関**において、**診療報酬上の評価を引上げ**。
  （二類感染症患者入院診療加算の3倍（750点）、救急医療管理加算（950点）を算定可能）

（２）クラスターが発生した医療機関への支援

- **クラスターが発生した医療機関**は、**一般の医療機関であっても、重点医療機関の病床確保料**の補助対象とすることが可能。
  （１床１日あたり 7.1～43.6万円）

1－3．その他の支援

（１）医療機関等における感染拡大防止等の支援

- 医療機関等における**感染拡大防止等に対して補助**。 （病院：25万円＋５万円×病床数）

（２）医療機関等における感染症対策に係る診療報酬上の評価

- 令和3年度予算案により、**医療機関等の感染症対策を評価**し、入院診療、外来診療等の際に一定の加算を算定可能。
  （入院は1日＋10点、初診・再診は1回＋5点）

（３）労災給付の上乗せを行う医療機関等への補助

- 医療資格者等が新型コロナに感染した際に**労災給付の上乗せ補償**を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助。

（４）（独）福祉医療機構による優遇融資

- 新型コロナの影響により事業を縮小した医療機関等における資金繰り支援のため、（独）福祉医療機構による**無利子・無担保等の危機対応融資**を実施。

新型コロナ患者に対応する医療提供体制整備のための主な対策

2. 関連法（特措法、感染症法）の改正

（１）新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部改正

○ **特措法第31条の２の新設により、緊急事態宣言中に開設できることとされていた「臨時の医療施設」について、政府対策本部が設置された段階から開設できることとした。**

【参考】新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）（抄）
第三十一条の二 （臨時の医療施設等）
都道府県知事は、当該都道府県の区域内において病院その他の医療機関が不足し、医療の提供に支障が生ずると認める場合には、その都道府県行動計画で定めるところにより、患者等に対する医療の提供を行うための施設(第四項において「医療施設」という。)であって都道府県知事が臨時に開設するもの （以下この条、次条及び第四十九条において「臨時の医療施設」という。）において医療を提供しなければならない。
５ 医療法(昭和23年法律第205号)第四章の規定は、臨時の医療施設については、適用しない。

（２）感染症法の一部改正

○ **感染症法第22条の３の新設により、都道府県知事が、感染症指定医療機関が不足するおそれがある場合等に、保健所設置市・特別区長、医療機関その他の関係者に対し、入院等の総合調整を行うものとし、都道府県知事の権限が明確化。**

【参考】感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第104号）（抄）
（都道府県知事による調整）
第二十二条の三 都道府県知事は、一類感染症のまん延により当該都道府県知事の管轄する区域の全部又は一部において感染症指定医療機関が不足するおそれがある 場合その他当該感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、保健所設置市等の長、医療機関その他の関係者に対し、第十九条又は第二十条の規定による入院の勧告又は入院の措置その他の事項に関する総合調整を行うものとする。

○ **感染症法第16条の２の改正により、厚生労働大臣及び都道府県知事等が、緊急時に協力を求めることができる対象について、改正前の医療関係者（医療機関を含む。）に加え、検査機関を規定した。また、協力の求めを受けた者が正当な理由なく応じなかったときは勧告、公表できることとした。**

【参考】感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第104号）（抄）
（協力の要請等）
第十六条の二 厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況並びに病原体等の検査の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関その他の医療関係者又は病原体等の検査その他の感染症に関する検査を行う民間事業者その他の感染症試験研究等機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。
２ 厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による協力の求めを行った場合において、当該協力を求められた者が、正当な理由がなく当該協力の求めに応じなかったときは、同項に定める措置の実施に協力するよう勧告することができる。
３ 厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた者が、正当な理由がなくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができる。

新型コロナ患者に対応する医療提供体制整備のための主な対策

2. 関連法（特措法、感染症法）の改正

（２）感染症法の一部改正

○ **感染症法第44条の３の改正により、新型インフルエンザ等感染症・新感染症のうち厚生労働省令で定めるもの（省令で新型コロナウイルス感染症を規定）については、都道府県知事等が患者に対して、宿泊療養・自宅療養の協力を要請することができることとするとともに、入院勧告・措置の対象を限定することを明示**（※）。

※(ア) 病状が重い者、重篤化するおそれのある者等 (イ)宿泊療養等の協力の求めに応じない者
（なお、新型コロナウイルス感染症については、法改正前から、政省令により同様の対象者としている。）

○ **感染症法第19条、第20条に基づく入院措置に正当な理由がなく応じない場合又は入院先から逃げた場合の50万円以下の過料を規定。**

（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（病状の程度を勘案して厚生労働省令で定めるものに限る。第七項において同じ。）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（当該感染症のまん延を防止するため適当なものとして厚生労働省令で定める基準を満たすものに限る。同項において同じ。）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）

○ **積極的疫学調査の実効性確保のため、新型インフルエンザ等感染症の患者等が質問に対して正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は正当な理由がなく調査を拒み、妨げ若しくは忌避した場合の30万円以下の過料を規定。**

第八十一条　第十五条第八項の規定（第七条第一項の規定に基づく政令によって準用される場合及び第五十三条第一項の規定に基づく政令によって適用される場合を含む。）による命令を受けた者が、第十五条第一項若しくは第二項の規定（これらの規定が第七条第一項の規定に基づく政令によって準用される場合及び第五十三条第一項の規定に基づく政令によって適用される場合を含む。）による当該職員の質問に対して正当な理由がなく答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、又は正当な理由がなくこれらの規定による当該職員の調査（第十五条第三項（同条第六項において準用される場合、第七条第一項の規定に基づく政令によって準用される場合及び第五十三条第一項の規定に基づく政令によって適用される場合を含む。）の規定による求めを除く。）を拒み、妨げ若しくは忌避したときは、三十万円以下の過料に処する。

新型コロナ患者に対応する医療提供体制整備のための主な対策

３．保健所の体制強化

（１）これまでの取組

○ **都道府県単位での専門人材派遣の仕組み（IHEAT）の活用による人員体制強化**
⇒昨年の1,200名から現在3,000名を確保したところであり、更なる増員を目指す。

○ **保健所において感染症対応業務に従事する保健師の増員措置**
⇒今後２年間で約900名（約1,800名から約2,700名）増員するための地方財政措置を講じる等の取組を進めている。

（２）さらなる体制強化のための取組

○ **感染者の入院・入所に当たっての対応や自宅療養者の健康観察等の各保健所業務の外部委託の活用、IHEATの積極的な活用、人材確保の好事例の横展開等を通じて保健所設置自治体の取組を支援。**

○ **HER-SYSについて変異株に関する項目を追加しており、これに基づき、速やかに国・自治体間の情報共有・連携を図るとともに、健康フォローアップ等の機能も含めた活用の徹底を図る。中核市保健所等に対する、クラスター発生時等の専門家派遣等の体制支援の強化も進める。**

○ **国において、教材開発・提供等の支援を含め、研修の実施を支援し、保健所及び本庁において健康危機管理に対応する人材の育成を促進。**

各都道府県における宿泊療養の確保状況の推移

（別紙3）

【北海道】ステージⅢ…113人、ステージⅣ…188人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	26	218	155	156
療養者数	216	1903	2183	1623
入院者数	110	693	992	708
※確保病床数	1811	1811	1811	1811
宿泊療養者数	106	708	452	425
※確保居室数	1170	1500	1660	1835
(人口10万人対)				35.0
※居室使用率	9.1%	47.2%	27.2%	23.2%
自宅療養者数	0	502	563	395
確認中	0	0	0	0
入院者割合	50.9%	36.4%	45.4%	43.6%
宿泊療養者割合	49.1%	37.2%	20.7%	26.2%
自宅療養者割合	0.0%	26.4%	25.8%	24.3%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口：525万人

【青森】ステージⅢ…27人、ステージⅣ…45人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	15	0.7	4.1	11
療養者数	97	31	51	94
入院者数	46	29	35	41
※確保病床数	187	201	210	212
宿泊療養者数	14	2	11	29
※確保居室数	130	260	290	290
				23.3
※居室使用率	10.8%	0.8%	3.8%	10.0%
自宅療養者数	1	0	2	17
確認中	36	0	3	7
入院者割合	47.4%	93.5%	68.6%	43.6%
宿泊療養者割合	14.4%	6.5%	21.6%	30.9%
自宅療養者割合	1.0%	0.0%	3.9%	18.1%
確認中の者割合	37.1%	0.0%	5.9%	7.4%

人口：125万人

【岩手】ステージⅢ…26人、ステージⅣ…44人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	6.9	13	5.6
療養者数	3	57	116	67
入院者数	3	35	87	66
※確保病床数	374	374	374	374
宿泊療養者数	0	22	29	1
※確保居室数	381	381	381	381
(人口10万人対)				31.1
※居室使用率	0.0%	5.8%	7.6%	0.3%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	61.4%	75.0%	98.5%
宿泊療養者割合	0.0%	38.6%	25.0%	1.5%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口：123万人

【宮城】ステージⅢ…49人、ステージⅣ…82人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	5.7	17	35	52
療養者数	45	190	310	474
入院者数	31	68	88	129
※確保病床数	345	345	345	345
宿泊療養者数	9	32	86	198
※確保居室数	300	300	300	500
(人口10万人対)				21.7
※居室使用率	3.0%	10.7%	28.7%	39.6%
自宅療養者数	5	90	136	147
確認中	0	0	0	0
入院者割合	68.9%	35.8%	28.4%	27.2%
宿泊療養者割合	20.0%	16.8%	27.7%	41.8%
自宅療養者割合	11.1%	47.4%	43.9%	31.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口：231万人

【秋田】ステージⅢ…21人、ステージⅣ…35人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.3	0.9	0.6	7
療養者数	1	8	4	52
入院者数	1	7	3	32
※確保病床数	222	222	222	229
宿泊療養者数	0	1	1	20
※確保居室数	58	58	58	58
(人口10万人対)				6.0
※居室使用率	0.0%	1.7%	1.7%	34.5%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	87.5%	75.0%	61.5%
宿泊療養者割合	0.0%	12.5%	25.0%	38.5%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口：97万人

【山形】ステージⅢ…23人、ステージⅣ…39人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	1.1	13	2.7
療養者数	1	14	117	39
入院者数	1	13	94	38
※確保病床数	216	216	216	216
宿泊療養者数	0	1	22	0
※確保居室数	188	188	108	134
(人口10万人対)				12.4
※居室使用率	0.0%	0.5%	20.4%	0.0%
自宅療養者数	0	0	1	1
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	92.9%	80.3%	97.4%
宿泊療養者割合	0.0%	7.1%	18.8%	0.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.9%	2.6%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口：108万人

【福島】ステージⅢ…40人、ステージⅣ…66人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	7.1	4.9	15	31
療養者数	78	45	134	322
入院者数	77	45	125	280
※確保病床数	469	469	469	469
宿泊療養者数	1	0	9	42
※確保居室数	160	160	160	160
(人口10万人対)				8.7
※居室使用率	0.6%	0.0%	5.6%	26.3%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	98.7%	100.0%	93.3%	87.0%
宿泊療養者割合	1.3%	0.0%	6.7%	13.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:185万人

【茨城】ステージⅢ…61人、ステージⅣ…102人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	2.3	31	23	96
療養者数	31	225	281	765
入院者数	18	71	150	279
※確保病床数	546	546	550	500
宿泊療養者数	13	32	62	203
※確保居室数	324	324	324	324
(人口10万人対)				11.3
※居室使用率	4.0%	9.9%	19.1%	62.7%
自宅療養者数	0	122	55	218
確認中	0	0	0	0
入院者割合	58.1%	31.6%	53.4%	36.5%
宿泊療養者割合	41.9%	14.2%	22.1%	26.5%
自宅療養者割合	0.0%	54.2%	19.6%	28.5%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:286万人

【栃木】ステージⅢ…41人、ステージⅣ…69人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	3	3.1	20	78
療養者数	29	35	204	1153
入院者数	29	35	123	207
※確保病床数	313	313	313	337
宿泊療養者数	0	0	14	90
※確保居室数	284	284	284	284
(人口10万人対)				14.7
※居室使用率	0.0%	0.0%	4.9%	31.7%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	64	734
入院者割合	100.0%	100.0%	60.3%	18.0%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	6.9%	7.8%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	31.4%	63.7%

人口:193万人

【群馬】ステージⅢ…42人、ステージⅣ…69人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	6.1	5.3	41	60
療養者数	48	46	323	531
入院者数	36	29	167	219
※確保病床数	305	316	335	335
宿泊療養者数	12	17	89	129
※確保居室数	1300	1300	1300	1300
(人口10万人対)				66.9
※居室使用率	0.9%	1.3%	6.8%	9.9%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	67	183
入院者割合	75.0%	63.0%	51.7%	41.2%
宿泊療養者割合	25.0%	37.0%	27.6%	24.3%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	20.7%	34.5%

人口:194万人

【埼玉】ステージⅢ…158人、ステージⅣ…263人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	43	92	166	446
療養者数	409	820	1785	6588
入院者数	240	458	639	886
※確保病床数	1206	1232	1215	1272
宿泊療養者数	106	208	212	276
※確保居室数	1225	1225	1351	1359
(人口10万人対)				18.5
※居室使用率	8.7%	17.0%	15.7%	20.3%
自宅療養者数	30	66	761	5004
確認中	33	88	173	422
入院者割合	58.7%	55.9%	35.8%	13.4%
宿泊療養者割合	25.9%	25.4%	11.9%	4.2%
自宅療養者割合	7.3%	8.0%	42.6%	76.0%
確認中の者割合	8.1%	10.7%	9.7%	6.4%

人口:735万人

【千葉】ステージⅢ…134人、ステージⅣ…224人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	37	72	117	438
療養者数	337	619	1000	6020
入院者数	183	254	324	661
※確保病床数	1147	1147	1147	1163
宿泊療養者数	61	158	247	280
※確保居室数	710	710	710	858
(人口10万人対)				13.7
※居室使用率	8.6%	22.3%	34.8%	32.6%
自宅療養者数	76	185	372	4893
確認中	17	22	57	186
入院者割合	54.3%	41.0%	32.4%	11.0%
宿泊療養者割合	18.1%	25.5%	24.7%	4.7%
自宅療養者割合	22.6%	29.9%	37.2%	81.3%
確認中の者割合	5.0%	3.6%	5.7%	3.1%

人口:626万人

【東京】ステージⅢ…298人、ステージⅣ…497人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	171	334	535	1541
療養者数	1710	2751	5070	19533
入院者数	1008	1312	1987	2957
※確保病床数	4000	4000	4000	4000
宿泊療養者数	295	592	938	876
※確保居室数	1910	1910	2360	2630
(人口10万人対)				18.9
※居室使用率	15.4%	31.0%	39.7%	33.3%
自宅療養者数	234	520	1294	9058
確認中	173	327	851	6419
入院者割合	58.9%	47.7%	39.2%	15.1%
宿泊療養者割合	17.3%	21.5%	18.5%	4.5%
自宅療養者割合	13.7%	18.9%	25.5%	46.4%
確認中の者割合	10.1%	11.9%	16.8%	32.9%

人口:1,392万人

【神奈川】ステージⅢ…197人、ステージⅣ…329人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	60	139	227	841
療養者数	556	1027	1584	6441
入院者数	267	410	453	938
※確保病床数	1939	1939	1939	1939
宿泊療養者数	141	264	322	416
※確保居室数	861	859	1134	1286
(人口10万人対)				14.0
※居室使用率	16.4%	30.7%	28.4%	32.3%
自宅療養者数	148	353	809	5087
確認中	0	0	0	0
入院者割合	48.0%	39.9%	28.6%	14.6%
宿泊療養者割合	25.4%	25.7%	20.3%	6.5%
自宅療養者割合	26.6%	34.4%	51.1%	79.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:920万人

【新潟】ステージⅢ…48人、ステージⅣ…79人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	0.1	8.1	7	9.7
療養者数	1	72	79	148
入院者数	1	69	65	104
※確保病床数	456	456	456	456
宿泊療養者数	0	3	7	30
※確保居室数	176	176	176	176
(人口10万人対)				7.9
※居室使用率	0.0%	1.7%	4.0%	17.0%
自宅療養者数	0	0	7	14
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	95.8%	82.3%	70.3%
宿泊療養者割合	0.0%	4.2%	8.9%	20.3%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	8.9%	9.5%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:222万人

【富山 】ステージⅢ…22人、ステージⅣ…37人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	0	0.7	2.3	9.7
療養者数	0	5	16	112
入院者数	0	5	15	75
※確保病床数	500	500	500	500
宿泊療養者数	0	0	0	29
※確保居室数	125	125	125	377
(人口10万人対)				36.1
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
自宅療養者数	0	0	1	8
確認中	0	0	0	0
入院者割合	ー	100.0%	93.8%	67.0%
宿泊療養者割合	ー	0.0%	0.0%	25.9%
自宅療養者割合	ー	0.0%	6.3%	7.1%
確認中の者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%

人口:104万人

【石川】ステージⅢ…24人、ステージⅣ…41人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	1.3	0.7	6.6	18
療養者数	22	7	55	173
入院者数	22	6	53	140
※確保病床数	258	258	258	258
宿泊療養者数	0	1	2	33
※確保居室数	340	340	340	340
(人口10万人対)				29.9
※居室使用率	0.0%	0.3%	0.6%	9.7%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	85.7%	96.4%	80.9%
宿泊療養者割合	0.0%	14.3%	3.6%	19.1%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:114万人

【福井】ステージⅢ…16人、ステージⅣ…27人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	1	3	1.1	8.6
療養者数	8	19	16	71
入院者数	8	19	16	71
※確保病床数	215	215	215	255
宿泊療養者数	0	0	0	0
※確保居室数	75	75	75	75
(人口10万人対)				9.8
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:768万人

【山梨】ステージⅢ…17人、ステージⅣ…29人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.4	3.6	3.7	11
療養者数	1	58	44	132
入院者数	1	52	40	91
※確保病床数	285	285	285	285
宿泊療養者数	0	6	4	41
※確保居室数	100	139	139	139
(人口10万人対)				17.1
※居室使用率	0.0%	4.3%	2.9%	29.5%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	89.7%	90.9%	68.9%
宿泊療養者割合	0.0%	10.3%	9.1%	31.1%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:81万人

【長野】ステージⅢ…44人、ステージⅣ…73人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1	19	20	44
療養者数	8	116	194	422
入院者数	8	71	161	235
※確保病床数	350	350	350	350
宿泊療養者数	0	24	22	101
※確保居室数	250	250	250	250
(人口10万人対)				12.2
※居室使用率	0.0%	9.6%	8.8%	40.4%
自宅療養者数	0	21	11	79
確認中	0	0	0	7
入院者割合	100.0%	61.2%	83.0%	55.7%
宿泊療養者割合	0.0%	20.7%	11.3%	23.9%
自宅療養者割合	0.0%	18.1%	5.7%	18.7%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%

人口:205万人

【岐阜】ステージⅢ…43人、ステージⅣ…71人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1.9	13	36	68
療養者数	17	107	370	655
入院者数	17	103	287	404
※確保病床数	625	625	625	625
宿泊療養者数	0	4	83	113
※確保居室数	466	466	466	603
(人口10万人対)				30.3
※居室使用率	0.0%	0.9%	17.8%	18.7%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	138
入院者割合	100.0%	96.3%	77.6%	61.7%
宿泊療養者割合	0.0%	3.7%	22.4%	17.3%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	21.1%

人口:199万人

【静岡】ステージⅢ…78人、ステージⅣ…130人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	2.1	27	32	71
療養者数	14	172	677	897
入院者数	9	84	176	173
※確保病床数	384	398	442	467
宿泊療養者数	5	52	45	107
※確保居室数	379	379	592	592
(人口10万人対)				16.2
※居室使用率	1.3%	13.7%	7.6%	18.1%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	36	456	617
入院者割合	64.3%	48.8%	26.0%	19.3%
宿泊療養者割合	35.7%	30.2%	6.6%	11.9%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	20.9%	67.4%	68.8%

人口:364万人

【愛知】ステージⅢ…162人、ステージⅣ…270人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	22	127	200	264
療養者数	228	1189	2155	3389
入院者数	82	286	513	697
※確保病床数	860	860	934	1102
宿泊療養者数	32	225	275	233
※確保居室数	1300	1300	1300	1300
(人口10万人対)				17.2
※居室使用率	2.5%	17.3%	21.2%	17.9%
自宅療養者数	101	540	1151	2213
確認中	13	138	216	246
入院者割合	36.0%	24.1%	23.8%	20.6%
宿泊療養者割合	14.0%	18.9%	12.8%	6.9%
自宅療養者割合	44.3%	45.4%	53.4%	65.3%
確認中の者割合	5.7%	11.6%	10.0%	7.3%

人口:755万人

【三重】ステージⅢ…38人、ステージⅣ…64人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1	6	17	29
療養者数	16	44	190	326
入院者数	16	41	180	183
※確保病床数	363	349	349	357
宿泊療養者数	0	0	9	19
※確保居室数	100	100	100	100
(人口10万人対)				5.6
※居室使用率	0.0%	0.0%	9.0%	19.0%
自宅療養者数	0	3	1	124
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	93.2%	94.7%	56.1%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	4.7%	5.8%
自宅療養者割合	0.0%	6.8%	0.5%	38.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:178万人

【滋賀】ステージⅢ…30人、ステージⅣ…51人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1.7	8.7	6.3	33
療養者数	15	85	74	338
入院者数	14	48	54	167
※確保病床数	429	429	274	347
宿泊療養者数	0	30	17	122
※確保居室数	260	260	260	260
(人口10万人対)				18.4
※居室使用率	0.0%	11.5%	6.5%	46.9%
自宅療養者数	1	6	1	49
確認中	0	1	2	0
入院者割合	93.3%	56.5%	73.0%	49.4%
宿泊療養者割合	0.0%	35.3%	23.0%	36.1%
自宅療養者割合	6.7%	7.1%	1.4%	14.5%
確認中の者割合	0.0%	1.2%	2.7%	0.0%

人口:141万人

【京都】ステージⅢ…55人、ステージⅣ…92人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	6.9	27	65	132
療養者数	85	191	512	1670
入院者数	61	106	170	278
※確保病床数	530	569	680	720
宿泊療養者数	12	29	91	137
※確保居室数	338	338	338	826
(人口10万人対)				32.0
※居室使用率	3.6%	8.6%	26.9%	16.6%
自宅療養者数	12	56	251	1255
確認中	0	0	0	0
入院者割合	71.8%	55.5%	33.2%	16.6%
宿泊療養者割合	14.1%	15.2%	17.8%	8.2%
自宅療養者割合	14.1%	29.3%	49.0%	75.1%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:258万人

【大阪】ステージⅢ…189人、ステージⅣ…315人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	56	237	342	531
療養者数	460	1955	4249	6355
入院者数	171	571	975	1198
※確保病床数	1361	1405	1492	1602
宿泊療養者数	106	465	791	1040
※確保居室数	1517	1517	2019	2206
(人口10万人対)				25.0
※居室使用率	7.0%	30.7%	39.2%	47.1%
自宅療養者数	77	406	1543	2718
確認中	106	513	940	1399
入院者割合	37.2%	29.2%	22.9%	18.9%
宿泊療養者割合	23.0%	23.8%	18.6%	16.4%
自宅療養者割合	16.7%	20.8%	36.3%	42.8%
確認中の者割合	23.0%	26.2%	22.1%	22.0%

人口:881万人

【兵庫】ステージⅢ…117人、ステージⅣ…195人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	13	80	120	254
療養者数	119	459	780	1946
入院者数	104	297	477	598
※確保病床数	663	671	671	756
宿泊療養者数	15	162	247	417
※確保居室数	698	698	988	988
(人口10万人対)				18.1
※居室使用率	2.1%	23.2%	25.0%	42.2%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	56	931
入院者割合	87.4%	64.7%	61.2%	30.7%
宿泊療養者割合	12.6%	35.3%	31.7%	21.4%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	7.2%	47.8%

人口:547万人

【奈良】ステージⅢ…29人、ステージⅣ…48人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1.9	17	23	37
療養者数	21	154	229	395
入院者数	21	133	161	235
※確保病床数	467	467	467	370
宿泊療養者数	0	21	68	105
※確保居室数	108	108	108	250
(人口10万人対)				18.8
※居室使用率	0.0%	19.4%	63.0%	42.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	55
入院者割合	100.0%	86.4%	70.3%	59.5%
宿泊療養者割合	0.0%	13.6%	29.7%	26.6%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	13.9%

人口:133万人

【和歌山】ステージⅢ…20人、ステージⅣ…33人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	1.1	7	5.7	19
療養者数	12	52	67	144
入院者数	12	52	67	144
※確保病床数	400	400	400	400
宿泊療養者数	0	0	0	0
※確保居室数	137	137	137	137
(人口10万人対)				14.8
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:93万人

【鳥取】ステージⅢ…12人、ステージⅣ…20人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	0	0.3	0.1	2
療養者数	0	11	9	46
入院者数	0	11	9	46
※確保病床数	313	313	313	313
宿泊療養者数	0	0	0	0
※確保居室数	340	340	340	340
(人口10万人対)				61.2
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	ー	100.0%	100.0%	100.0%
宿泊療養者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%

人口:56万人

【島根】ステージⅢ…14人、ステージⅣ…24人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	0	0.1	1.7	1.6
療養者数	0	1	16	16
入院者数	0	1	16	16
※確保病床数	253	253	253	253
宿泊療養者数	0	0	0	0
※確保居室数	98	98	98	98
(人口10万人対)				14.5
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	ー	100.0%	100.0%	100.0%
宿泊療養者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%
自宅療養者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	ー	0.0%	0.0%	0.0%

人口:67万人

【岡山】ステージⅢ…41人、ステージⅣ…68人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	2.4	12	24	32
療養者数	22	109	206	387
入院者数	16	74	144	147
※確保病床数	257	281	302	401
宿泊療養者数	2	7	28	58
※確保居室数	207	207	207	207
(人口10万人対)				11.0
※居室使用率	1.0%	3.4%	13.5%	28.0%
自宅療養者数	1	22	32	175
確認中	3	6	2	0
入院者割合	72.7%	67.9%	69.9%	38.0%
宿泊療養者割合	9.1%	6.4%	13.6%	15.0%
自宅療養者割合	4.5%	20.2%	15.5%	45.2%
確認中の者割合	13.6%	5.5%	1.0%	0.0%

人口:189万人

【広島】ステージⅢ…60人、ステージⅣ…100人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	1.3	5.7	91	41
療養者数	30	36	752	518
入院者数	30	32	196	210
※確保病床数	553	553	553	479
宿泊療養者数	0	2	66	129
※確保居室数	709	709	934	1038
(人口10万人対)				37.0
※居室使用率	0.0%	0.3%	7.1%	12.4%
自宅療養者数	0	2	489	88
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	88.9%	26.1%	40.5%
宿泊療養者割合	0.0%	5.6%	8.8%	24.9%
自宅療養者割合	0.0%	5.6%	65.0%	17.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:280万人

【山口】ステージⅢ…29人、ステージⅣ…49人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	0.1	7.4	2.7	35
療養者数	2	58	46	299
入院者数	2	55	45	177
※確保病床数	423	423	423	423
宿泊療養者数	0	3	1	122
※確保居室数	834	834	834	834
(人口10万人対)				61.4
※居室使用率	0.0%	0.4%	0.1%	14.6%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	94.8%	97.8%	59.2%
宿泊療養者割合	0.0%	5.2%	2.2%	40.8%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:136万人

【徳島】ステージⅢ…16人、ステージⅣ…26人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数 (移動平均)	2	0.6	0.1	6.1
療養者数	13	6	3	82
入院者数	13	6	3	73
※確保病床数	200	200	200	200
宿泊療養者数	0	0	0	9
※確保居室数	150	150	150	180
(人口10万人対)				24.7
※居室使用率	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	100.0%	100.0%	89.0%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	11.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:73万人

【香川】ステージⅢ…20人、ステージⅣ…34人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.6	2.3	1.3	14
療養者数	3	17	46	182
入院者数	3	15	23	61
※確保病床数	185	196	199	199
宿泊療養者数	0	2	18	39
※確保居室数	101	101	101	101
(人口10万人対)				10.6
※居室使用率	0.0%	2.0%	17.8%	38.6%
自宅療養者数	0	0	2	0
確認中	0	0	3	82
入院者割合	100.0%	88.2%	50.0%	33.5%
宿泊療養者割合	0.0%	11.8%	39.1%	21.4%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	6.5%	45.1%

人口:96万人

【愛媛】ステージⅢ…29人、ステージⅣ…48人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	3.9	2.4	19
療養者数	2	27	55	210
入院者数	2	27	43	68
※確保病床数	229	229	229	229
宿泊療養者数	0	0	5	32
※確保居室数	117	117	192	192
(人口10万人対)				14.3
※居室使用率	0.0%	0.0%	2.6%	16.7%
自宅療養者数	0	0	7	110
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	100.0%	78.2%	32.4%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	9.1%	15.2%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	12.7%	52.4%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:134万人

【高知】ステージⅢ…15人、ステージⅣ…25人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	0	22	7.6
療養者数	1	0	187	73
入院者数	1	0	114	22
※確保病床数	200	200	200	200
宿泊療養者数	0	0	16	41
※確保居室数	361	361	361	203
(人口10万人対)				29.1
※居室使用率	0.0%	0.0%	4.4%	20.2%
自宅療養者数	0	0	57	10
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	ー	61.0%	30.1%
宿泊療養者割合	0.0%	ー	8.6%	56.2%
自宅療養者割合	0.0%	ー	30.5%	13.7%
確認中の者割合	0.0%	ー	0.0%	0.0%

人口:70万人

【福岡】ステージⅢ…109人、ステージⅣ…182人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	5.3	13	89	299
療養者数	66	97	690	3840
入院者数	47	47	216	507
※確保病床数	551	551	551	641
宿泊療養者数	9	35	257	569
※確保居室数	1057	1057	1057	1057
(人口10万人対)				20.7
※居室使用率	0.9%	3.3%	24.3%	53.8%
自宅療養者数	10	15	217	2764
確認中	0	0	0	0
入院者割合	71.2%	48.5%	31.3%	13.2%
宿泊療養者割合	13.6%	36.1%	37.2%	14.8%
自宅療養者割合	15.2%	15.5%	31.4%	72.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:510万人

【佐賀】ステージⅢ…17人、ステージⅣ…29人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.6	1.3	6.3	23
療養者数	5	11	49	242
入院者数	2	6	29	117
※確保病床数	274	274	274	273
宿泊療養者数	3	5	20	92
※確保居室数	253	253	253	253
(人口10万人対)				31.0
※居室使用率	1.2%	2.0%	7.9%	36.4%
自宅療養者数	0	0	0	3
確認中	0	0	0	30
入院者割合	40.0%	54.5%	59.2%	48.3%
宿泊療養者割合	60.0%	45.5%	40.8%	38.0%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	12.4%

人口:82万人

【長崎】ステージⅢ…28人、ステージⅣ…47人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	0.6	9.6	31
療養者数	3	8	70	397
入院者数	2	5	26	187
※確保病床数	395	395	395	395
宿泊療養者数	0	1	30	75
※確保居室数	224	352	352	384
(人口10万人対)				28.9
※居室使用率	0.0%	0.3%	8.5%	19.5%
自宅療養者数	1	2	5	91
確認中	0	0	9	44
入院者割合	66.7%	62.5%	37.1%	47.1%
宿泊療養者割合	0.0%	12.5%	42.9%	18.9%
自宅療養者割合	33.3%	25.0%	7.1%	22.9%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	12.9%	11.1%

人口:133万人

【熊本】ステージⅢ…37人、ステージⅣ…62人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	4.9	10	29	60
療養者数	57	88	235	704
入院者数	49	68	152	268
※確保病床数	400	400	400	433
宿泊療養者数	8	9	33	81
※確保居室数	1430	1430	1430	140
(人口10万人対)				8.0
※居室使用率	0.6%	0.6%	2.3%	57.9%
自宅療養者数	0	11	50	355
確認中	0	0	0	0
入院者割合	86.0%	77.3%	64.7%	38.1%
宿泊療養者割合	14.0%	10.2%	14.0%	11.5%
自宅療養者割合	0.0%	12.5%	21.3%	50.4%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:175万人

【大分】ステージⅢ…24人、ステージⅣ…41人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.1	3.9	15	12
療養者数	1	18	134	130
入院者数	1	18	58	84
※確保病床数	330	330	355	359
宿泊療養者数	0	0	76	46
※確保居室数	700	700	700	700
(人口10万人対)				61.7
※居室使用率	0.0%	0.0%	10.9%	6.6%
自宅療養者数	0	0	0	0
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	100.0%	43.3%	64.6%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	56.7%	35.4%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:114万人

【宮崎】ステージⅢ…23人、ステージⅣ…38人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0	1.7	7.3	38
療養者数	1	13	72	368
入院者数	1	4	35	95
※確保病床数	246	246	246	246
宿泊療養者数	0	0	30	69
※確保居室数	250	250	250	250
(人口10万人対)				23.3
※居室使用率	0.0%	0.0%	12.0%	27.6%
自宅療養者数	0	9	7	204
確認中	0	0	0	0
入院者割合	100.0%	30.8%	48.6%	25.8%
宿泊療養者割合	0.0%	0.0%	41.7%	18.8%
自宅療養者割合	0.0%	69.2%	9.7%	55.4%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:107万人

【鹿児島】ステージⅢ…34人、ステージⅣ…57人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	0.6	4.1	17	23
療養者数	10	33	173	165
入院者数	8	27	70	92
※確保病床数	253	342	342	345
宿泊療養者数	2	6	91	69
※確保居室数	370	370	370	370
(人口10万人対)				23.1
※居室使用率	0.5%	1.6%	24.6%	18.6%
自宅療養者数	0	0	12	4
確認中	0	0	0	0
入院者割合	80.0%	81.8%	40.5%	55.8%
宿泊療養者割合	20.0%	18.2%	52.6%	41.8%
自宅療養者割合	0.0%	0.0%	6.9%	2.4%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:160万人

【沖縄】ステージⅢ…31人、ステージⅣ…52人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	32	33	32	93
療養者数	319	323	341	776
入院者数	192	153	191	320
※確保病床数	441	433	456	469
宿泊療養者数	73	84	62	146
※確保居室数	370	370	370	370
(人口10万人対)				25.5
※居室使用率	19.7%	22.7%	16.8%	39.5%
自宅療養者数	54	86	88	310
確認中	0	0	0	0
入院者割合	60.2%	47.4%	56.0%	41.2%
宿泊療養者割合	22.9%	26.0%	18.2%	18.8%
自宅療養者割合	16.9%	26.6%	25.8%	39.9%
確認中の者割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

人口:145万人

【全国】ステージⅢ…2,704人、ステージⅣ…4,506人

	10/21	11/18	12/16	1/20
新規感染者数(移動平均)	538	1612	2602	6040
療養者数	5123	13312	25953	69310
入院者数	2966	5951	10047	14724
※確保病床数	26729	26987	27235	27910
宿泊療養者数	1025	3213	4888	7089
※確保居室数	22941	23566	25832	26735
(人口10万人対)				**21.1**
※居室使用率	4.5%	13.6%	18.9%	26.5%
自宅療養者数	751	3017	7925	35394
確認中	381	1131	2899	11500
入院者割合	57.9%	44.7%	38.7%	21.2%
宿泊療養者割合	20.0%	24.1%	18.8%	10.2%
自宅療養者割合	14.7%	22.7%	30.5%	51.1%
確認中の者割合	7.4%	8.5%	11.2%	16.6%

人口:1億2,617万人

出典:療養状況調査(各月第3週の数値)　※人口は令和元年10月1日現在