

## 令和7年度 第3回医療提供体制検討部会 次第

日時：令和8年1月22日（木）

18：30～19：30

場所：埼玉県庁本庁舎2階庁議室

※Web会議と併用

1 開 会

2 議 題

- ・新興感染症発生時における病床確保や入院調整本部の在り方について
  - ア 前回部会での意見を踏まえた修正について
  - イ 今後について

3 閉 会

[配布資料]

医療提供体制部会 委員名簿

資料1 前回部会での意見を踏まえた修正について（病床確保）

資料2 前回部会での意見を踏まえた修正について（入院調整本部）

資料3 今後について

## 医療提供体制検討部会 委員名簿

番号	氏名	所属・役職	備考
1	マルキ ユウイチ 丸木 雄一	埼玉県医師会 副会長、 社会福祉法人シナプス 埼玉精神神経センター 理事長	
2	キヨタ カズヤ 清田 和也	さいたま赤十字病院 院長	
3	モリヤ タカシ 守谷 俊	自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長	
4	タルモト ノリヒト 樽本 憲人	埼玉医科大学病院 院長補佐・感染症対策室長	
5	ツボイ ケン 坪井 謙	さいたま市民医療センター 内科部長・救急総合診療科長	
6	クラシマ カズヨシ 倉島 一喜	県立循環器呼吸器病センター 副病院長	
7	アカバネ ノリコ 赤羽 典子	県保健師（元新型コロナウイルス感染症県調整本部）	
8	イシキタ メイ 石北 芽依	県保健師（元新型コロナウイルス感染症県調整本部）	
	ホシ エイシン 星 永進	社会福祉法人埼玉慈恵会 介護老人保健施設ぬくもり 施設長、 元新型コロナウイルス感染症県調整本部長	オブザーバー

（敬称略 令和7年5月22日現在）

## 病床確保等(前回部会での意見)

### ◆前回部会での病床確保に関する主な意見

- ① コロナの時には確保病床の数と実際に使える病床の数では乖離があった。医療措置協定については、感染症有事に本当に使える病床の数で締結する必要がある。
- ② 協定で締結している数の病床を確保できるのかについて、定期的に確認をした方が良い。急性期のベッドの状況が変わっている中、庁内関係課とも相談しながら、本当に病床を確保できるのか毎年のように確認する作業が必要だ。
- ③ コロナ禍においては、救急隊の搬送先がなかなか決まらない場合、酸素投与するために消防署に戻ったという話があったが、そういった対応を各消防本部にやっていただいたり、酸素ステーションを全県的に作ったりする必要がある。さらに進んで、「入院待機ステーション」のような場を作り、そこに医療従事者を配置するという方法も良い。
- ④ 急性期病院経営悪化に伴う人材の流出、機能低下は最近2～3年で近隣の病院でも明らかになってきている。対策として臨時受け入れ施設の事前準備は有効と思われる。
- ⑤ DMATがステージングケアユニット(SCU)を作ることは災害時によく行うことである。酸素ステーションは、一度患者を集めて待機させ、入院調整を実施して分散させていくという点において、SCUに近い。ただ、そこに調整するための人員を派遣しなければならないため、もし作る場合は行政がコントロールしやすいよう入院調整本部の近くに作った方が良い。もし遠方に作る場合は、カメラを設置して患者の様子を見ることができるようするなど、調整本部からでも重症度がわかるようにする必要がある。

## 病床確保等(前回部会での意見)

### ◆前回部会での病床確保に関する主な意見

- ⑥ 疑似症患者については、感染症の発生時と検査体制が普及後では、陽性が判明するまでの時間が変わってくる。状況によって疑似症患者として扱われる期間等は変わっていくわけだが、そこを一律に捉えて決めていってしまうのか、また、疑似症患者はどこで受け入れていくのかといったことは、病床確保に付随する問題である。
- ⑦ 透明化や指導・公表も一定の効果はあると思うが、やはり、確保料よりは、医療従事者の特別手当や1件患者を受けたら病院が特別報酬をもらえるなどのインセンティブが一番効果あると思うし、能動的に動いてくれるのではないかと思われる。

# 病床確保等(新興感染症への対応)

## 新興感染症への対応(案)

- 平時における協定締結医療機関への支援(施設・設備補助、研修や訓練の継続的な実施など)
- 協定締結による確保病床の実効性については、毎年照会をすることで医療機関の状況を把握していく①②。また、医療機関において自主的な研修・訓練を実施していただくよう促していく。
- 海外で新型インフル等が発生した段階などで医療機関へ事前の連絡を行うなど、早めの情報共有に努める。
- コロナ禍同様、病床確保計画を定める。  
フェーズの移行基準や、移行の前段となるメディカル・アラートの発出基準を定め、フェーズに基づく病床数を確保する(詳細は次ページ以降)。  
なお、ピークアウト後の確保病床の解除については、通常医療の影響を鑑みて速やかに対応していく。
- 確保病床の一部を疑似症患者を受入れる病床とすることもできるように、協定を見直し、既存の確保病床の一部を、疑似症患者専用病床に転用することを検討する。検査結果が判明するまでの時間の長さに応じて、疑似症患者専用病床については、順次感染者用の病床へ転換していく。さらに、病原体の性状等や疑似症例の情報収集を踏まえ、状況の変化に応じて見直しを行っていく。⑥
- 土日や年末年始等においても切れ目のない患者受入れ体制が確保されるよう対策を講じる。  
(例:土日や年末年始における重症患者の受入れの在り方を検討する。)

### (新たな病床確保計画)

- ◆ メディカルアラートの発出や次のフェーズへの移行要請をコロナ禍よりも早めに実施

メディカル・アラートの発出                      コロナ禍:病床使用率30% ⇒ 今後:20%

次のフェーズへの移行                              コロナ禍:病床使用率50% ⇒ 今後:40%

- ◆ 流行初期(大臣公表～3か月まで)から最大でコロナの第3波を想定した病床数による病床確保計画の実施

# 病床確保等(新興感染症への対応)

## 新興感染症への対応(案)

- 宿泊療養施設等を必要に応じて入院待機者の一時受入れ施設として活用することを検討する。宿泊療養施設では、協定締結医療機関(自宅療養者等への医療提供)が往診等を行う。③④
- さらに、搬送先の調整に時間を要している入院待機者の一時受入れ施設として、入院待機ステーションの設置を検討する。必要に応じてDMATへの協力を求める。③④
- 入院待機者の一時受入れ施設については、入院調整本部が優先順位を判定しやすいよう、オンラインビデオ通話等による映像確認環境を確保する。⑤
- 状況に応じ、専用医療施設(プレハブ病床)を公募し、追加的に病床を確保する。③④
- 入院待機者の一時受入れ施設や専用医療施設について、設置先の候補等を調整していく。
- 病床確保の実効性を担保するための経済的手法については、感染症有事の際の国の対処方針や財政支援も踏まえて、より患者受け入れのインセンティブになるよう、出来高に応じた手法などを中心に検討する。⑦
- 医療機関ごとの病床使用率や受入率(受入回数/受入要請回数)などを整理して協定締結医療機関に共有し、透明性の確保。
- 協定締結医療機関が正当な理由なく医療措置協定に基づく措置を講じていないと認められるとき、勧告、指示、公表などの権限を積極的に行使する(参考2参照)。

# 病床確保等（新興感染症への対応）

## 病床確保計画案（R7.12.19現在の協定締結状況で計算）

フェーズ		確保要請前	フェーズⅠ	フェーズⅡ	フェーズⅢ	フェーズⅣ	フェーズⅤ
流行初期	対象	感染症指定医療機関の病床	流行初期医療確保措置対象の協定病床の約25%	流行初期医療確保措置対象の協定病床の約50%	流行初期医療確保措置対象の協定病床の75%	流行初期医療確保措置対象の協定病床の全病床	その他の協定病床の全病床
	全体病床数	77 5.1%	400 26.5%	700 46.3%	1,000 66.1%	1,293 85.5%	1,512 100.0%
	うち重症	14 13.6%	35 34.0%	56 54.4%	77 74.8%	99 96.1%	103 100.0%
流行初期以降	対象	感染症指定医療機関の病床	協定病床の約20%	協定病床の約40%	協定病床の約60%	協定病床の約80%	協定病床の全病床
	全体病床数	77 3.0%	600 23.5%	1,100 43.1%	1,600 62.7%	2,100 82.3%	2,553 100.0%
	うち重症	20 12.7%	47 29.9%	74 47.1%	101 64.3%	128 81.5%	157 100.0%

## 参考：コロナ禍（令和3年12月1日時点）における病床確保計画

病床数/フェーズ	フェーズⅠ	フェーズⅡ	フェーズⅢ	フェーズⅣ	感染者急増時
全体病床数	500 23.0%	900 41.4%	1,300 59.7%	1,700 78.1%	2,176 100.0%
うち重症	50 20.8%	90 37.5%	130 54.2%	170 70.8%	240 100.0%

※協定締結病床の一部（80床）を疑似症患者専用病床とする。その後は必要に応じて増減していく。⑥

※予防計画に定める数値目標（病床確保）は、流行初期1,200床、流行初期以降2,000床であり、協定締結の病床を疑似症患者用に充てても、感染者用の病床は確保されている。

## 入院調整本部(前回部会での意見)

### ◆前回部会での入院調整本部に関する主な意見

#### ① DXの推進に関する意見

- 各医療機関が今どういった状況にあるのかを調整本部や医療機関で同時に理解できるような仕組みが必要である。
- 紙の書類を確認したり手作業で集計したりしたのは大変だったので、そのような部分でDXができればよい。
- 情報伝達の手段については、コンパクトにできる部分はしていかないと、様々なミスが起こる。
- 単なる統計処理のためではなく、情報を収集・整理するためにDXが必要である。例えば、電話を自動で文字起こししたり、情報をAIで整理したりするような方向でDXを推進しないと対応しきれない。
- 電話での外来予約にAIを活用する取組があるので、そのようなものを取り入れることも考えられる。デジタルを活用することで、事前に得た患者の情報と実際に搬送されてきた時の患者の状態のズレが少なくなると思う。
- 良いシステムを作るように国に対して県から進言したらどうか。
- 本部会にオブザーバーとして情報・デジタル分野に詳しい者に参加いただくのはどうだろうか。

## 入院調整本部(前回部会での意見)

### ◆前回部会での入院調整本部に関する主な意見

- ② 病床を増やすだけでなく、入院の適用を絞ることも重要だろう。また、フェーズが上がった時に、病床数が限られている中でどの程度の症状までの患者を入院させていくのかシミュレーションや訓練をした方が良い。
- ③ 救急隊が対応している案件については、保健所経由の入院調整依頼の案件に比べて切迫した状況である場合があるため、その対応は原則から外れたところで考える必要がある。
- ④ コロナ禍においては、消防が患者を搬送したことで、より重症な別の患者を入院させるための病床が埋まってしまったり、逆に、消防から搬送される患者のほうが重症であったりもしたことを踏まえると、消防関係の人が調整本部に入っていたほうがいい。
- ⑤ 患者受け入れ時間が(救急を除き)日中になるよう、できるだけ調整を検討してみてはどうか。情報共有がスムーズだと夕方以降の入院が少なくなっていくのではないか。
- ⑥ 入院調整本部の休息室やエアコン、当直室、大画面の電子機器などの環境整備も大切。

# 入院調整本部(新興感染症への対応)

## 新興感染症への対応(案)

### ■業務について

- 県が保健所設置市分を含めた感染者の入院調整を行う。
- 消防経由の感染者についても、原則として入院調整本部で入院調整を行う。他方、緊急度の高い患者に関する入院調整方法については、今後消防関係者と調整する③④。疑い患者の入院・搬送についてもあわせて検討を進める。
- 患者急増時においては、保健所における入院要否の判断の参考とするため「入院調整のリスク表」を作成する。
- 病床ひっ迫の恐れがあるときは、入院調整のほか、以下の対策を講じる。
  - ① 回復患者の後方支援医療機関への入院調整
  - ② 軽症化した患者の退院支援(移送手段や宿泊施設入室の調整)
  - ③ 入院調整のリスク表の見直し②
- G-MIS等を活用し、効率的な入院調整を実施。関係者は必要に応じてTeamsチャットも活用するほか、AIの活用などDX化を推進し、効率化を進めるとともに、必要に応じて国にも要望をしていく。①  
以下について今後検討していく。
  - ・ 保健所設置市との連絡調整方法や医療機関を含めた関係機関との患者情報の取扱い
  - ・ 情報を収集・伝達する際の統一的なフォームを国の議論を踏まえて検討
- 緊急性が高い場合(重症者(状況に応じて中等症も))や、保健所での搬送が困難な場合は、民間救急事業者又は消防機関による搬送とし、搬送手段は入院調整本部が調整。今後、消防や民間救急事業者と搬送に係る協定を締結し、連携体制を構築していく。

〈参考〉埼玉県感染症予防計画(埼玉県地域保健医療計画 第3部 第2章 第5節 3(6)イ)

(ア)感染症の患者の移送について、発生・まん延した感染症の性状を踏まえ、必要に応じて保健所、民間事業者、民間救急事業者及び消防機関等と役割分担を行います。その際の基本的な役割分担は以下のとおりとします。

a 自宅・宿泊施設から医療機関への移送については、軽症者は保健所又は民間事業者が行い、中等症の患者は、病状や状況に応じて、保健所、民間救急事業者又は消防機関が行い、重症者は消防機関又は民間救急事業者が行います。

# 入院調整本部(新興感染症への対応)

## ■体制について

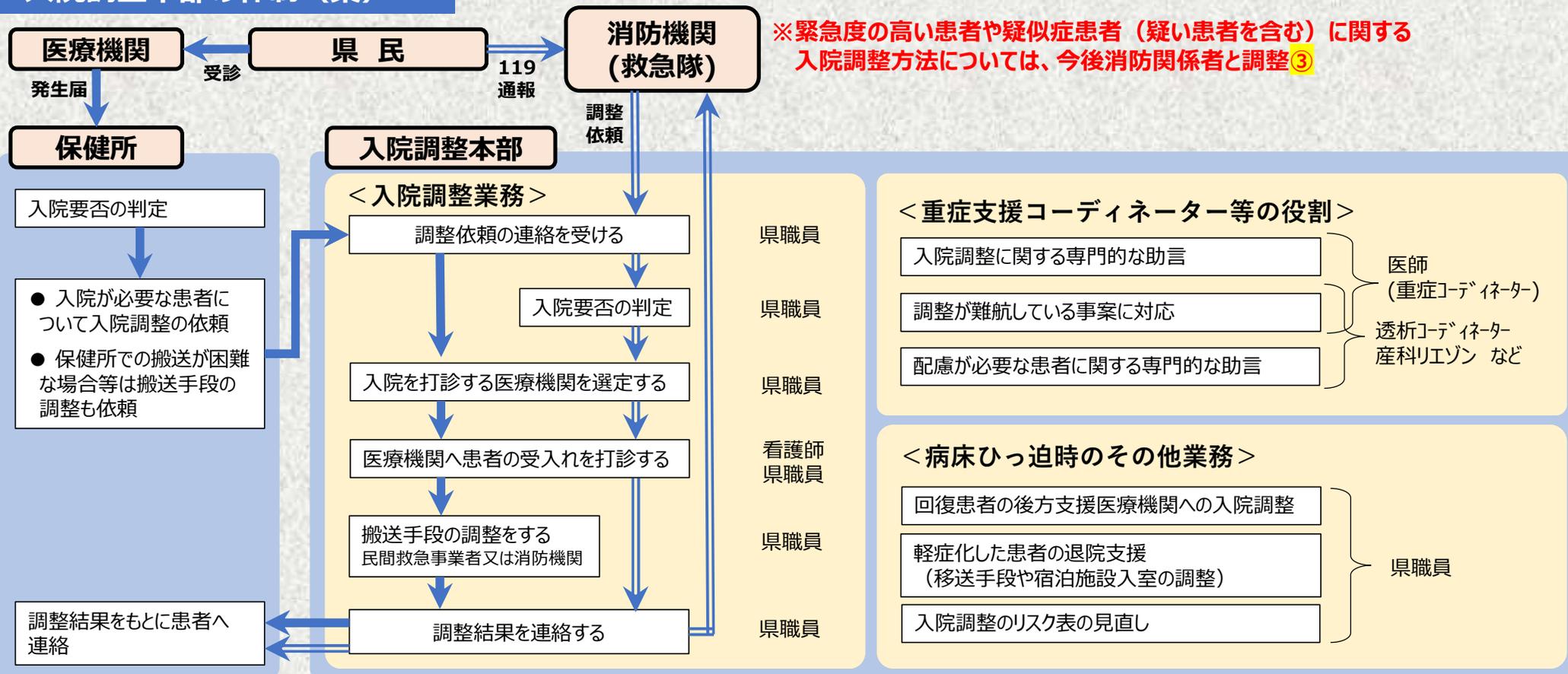
- 入院調整本部は必要な人員を配置して24時間対応とし、夜間はオンコール対応としない。
- 人員は本部長の医師のほか、保健師、看護師、消防関係者、一般事務職員とする。庁内の応援職員、医療措置協定の人材派遣、派遣事業者へ依頼するほか、今後、IHEAT要員、市町村併任職員、DMATや災害支援ナースとの連携も調整していく④。
- 県内の医療機関の救急医、集中治療医のうち一定以上の経験がある医師を重症支援コーディネーターとして任命し、県調整本部を支援する体制を構築。そのほか、産科リエゾンや透析災害医療コーディネーターなどとも連携。
- 24時間体制に応じた入院調整本部の休息スペースやエアコンなど執務環境の確保⑥。

## ■その他

- 入院調整に関する訓練を関係機関と実施していく②。
- 入院調整が可能な限り日中となるよう、発生届の受付から入院調整本部への依頼に至る手順の検証・見直しを継続的に実施していく⑤。

# 入院調整本部(新興感染症の患者への対応)

## 入院調整本部の体制 (案)



- ・人員は本部長 (医師) のほか、保健師、看護師、消防関係者、一般事務職員とする。
- ・庁内の応援職員、医療措置協定の人材派遣、派遣事業者へ依頼するほか、今後、IHEAT要員、市町村併任職員、DMATや災害支援ナースとの連携も調整していく。④
- ・医師は、入院調整に関する専門的な助言をしたり、調整が難航している事案に対応する。

## 今後について

### 令和7年度について

- ① 部会でいただいた意見をもとに、新興感染症発生時における病床確保や入院調整本部の対応について、業務マニュアルを整備。

### 令和8年度について

- ① 入院調整に特化した内容の訓練を実施し、医療機関、県入院調整本部関係者、保健所等の関係機関の対応力の向上等を図る。
- ② 訓練を通じた課題等を踏まえ、マニュアルの見直しを実施。
- ③ ①、②について当部会へ報告。マニュアルの内容等への御意見をいただく。