事　務　連　絡
令和５年９月 15 日

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜保健所設置市⎟ 衛生主管部（局）　御中
　 ⎝特　別　区⎠

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜指定都市⎟ 介護保険担当主管部（局）　御中
　 ⎝中　核　市⎠

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜指定都市⎟ 障害保健福祉主管部（局）　御中
　 ⎝中　核　市⎠

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜指定都市⎟ 児童福祉主管部（局）　御中
　 ⎝中　核　市⎠

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部
厚生労働省医政局総務課
厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課
厚生労働省医薬局総務課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
厚生労働省老健局老人保健課
こども家庭庁支援局障害児支援課

新型コロナウイルス感染症の令和５年 10 月以降の
医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について

平素より、新型コロナウイルス感染症対策に御尽力、御協力を賜り、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）については、令和５年５月８日から感染症法上の位置づけが５類感染症に変更され、医療提供体制は、入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していくこととされました。

具体的には、新型コロナの感染症法上の位置づけ変更後の医療提供体制の基本的な考え方や外来・入院医療体制、入院調整、各種公費支援等の見直し内容については、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和５年３月 17 日付け事務連絡。以下「３月 17 日付け事務連絡」という。）等においてお示しし、新型コロナに係る医療提供体制については、各都道府県において本年９月末までを対象期間とする「移行計画」を策定いただいた上で、着実に移行を進めていただいているところです。

今般、重点的・集中的な支援を通じて、冬の感染拡大に対応しつつ、通常医療との両立を更に強化することで通常の医療提供体制への段階的な移行を進めるため、本年 10 月から来年３月までを引き続き移行期間とし、本年 10 月以降の取扱いについて、下記のとおり取りまとめました。

各都道府県においては、下記に示した考え方等を基に、令和６年４月に向けて引き続き通常の医療提供体制への移行を進め、冬の感染拡大に対応できる医療提供体制の強化をお願いするとともに、令和６年３月末までを対象として、「移行計画」を見直した上で、10 月 31 日（火）までにご提出いただくようお願いします。

なお、移行計画の見直しの検討・調整に当たっては、都道府県医師会等の地域の医療関係者、管内の高齢者施設等関係者、消防機関等と協議の上、保健所設置市・特別区と緊密に連携を行っていただくよう、お願いします。

※　「令和５年秋以降の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」（令和５年９月 15 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等を参照のこと。

記

次頁以降のとおりとする。なお、目次は以下のとおりである。

目次

１．新型コロナの医療提供体制の移行に関する基本的な考え方 5
２．位置づけ変更後の新型コロナの医療提供体制の状況 6
３．外来医療体制 8
(1) 基本的考え方 8
(2) 外来対応医療機関の指定・公表の仕組みについて 10
(3) 感染拡大局面を見据えた体制強化・注意喚起等 11
４．入院医療体制 11
(1) 基本的考え方 11
(2) 幅広い医療機関における入院患者の受入れの方向性 11
(3) 新たな病床確保の方向性 14
(4) 転退院の促進 18
(5) 旧臨時の医療施設等の取扱い 18
(6) 医療従事者の確保 19
(7) 救急医療 19
５．患者の入院先の決定 20
(1) 基本的考え方 20
(2) 今後の入院先決定の更なる移行の進め方 21
(3) 救急搬送体制 22
６．高齢者施設等における対応 23
【高齢者施設における対応】 23
(1) 基本的考え方 23
(2) 各種の政策・措置の取扱い 23
【障害者施設等における対応】 26
(1) 基本的考え方 26
(2) 各種の政策・措置の取扱い 26
６．自宅療養等の体制 27
(1) 宿泊療養の取扱い 27
(2) 自宅療養の取扱い 27

(3) オンライン診療・オンライン服薬指導の活用 27
７．「移行計画」の見直しについて 28
(1) 見直し後の「移行計画」の記載事項について 28
(2) 移行計画の記載内容について 29
８．患者等に対する公費負担の取扱い 29
(1) 治療薬の自己負担軽減 29
(2) 入院医療費の自己負担軽減 31
(3) 検査の自己負担 34
(4) 相談窓口機能 35
(5) 宿泊療養施設 36
(6) その他 36
９．その他 36
(1) その他医療機関等における対応について 36
(2) 今後の新型コロナ感染症対策についての基本的な留意事項 37

１．新型コロナの医療提供体制の移行に関する基本的な考え方

○　新型コロナの医療提供体制については、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和５年３月 10 日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）において、同年５月８日より、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染症法上の位置づけが５類感染症に変更されるに当たり、

・　医療提供体制は入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していく

・　このため、新型コロナにこれまで対応してきた医療機関に引き続き対応を求めるとともに、新たな医療機関に参画を促すための取組を重点的に進め、暫定的な診療報酬措置を経て、令和６年４月の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じて新型コロナ対応を組み込んだ新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させる

・　この間、感染拡大が生じうることも想定（※）し、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等を検証した上で、その結果に基づき、必要な見直しを行う

（※）位置づけ変更後の幅広い医療機関で新型コロナに対応する医療提供体制においても、引き続き感染拡大に対応できるようにすることが必要

・　その際、各都道府県による令和５年９月末までの「移行計画」の策定、設備整備等の支援を通じて、冬の感染拡大に先立ち、対応する医療機関の維持・拡大（外来の拡大や軽症等の入院患者の受入れの拡大）を強力に促す

こととしていた。

○　その後、各都道府県において、９月末までを対象期間に策定いただいた移行計画に沿って、「今夏の新型コロナウイルス感染症等の感染拡大に備えた保健・医療提供体制の確認等について」（令和５年７月 14 日付け事務連絡。以下「確認事務連絡」という。）も踏まえ、幅広い医療機関で新型コロナの患者が受診できる医療提供体制に向けて、着実に移行が進められてきた。

○　こうした中、令和６年４月からの新型コロナ対応を組み込んだ新たな診療報酬体系による医療提供体制に完全に移行するためには、通常医療との公平性も踏まえ、重点的・集中的な支援を通じて、冬の感染拡大に対応しつつ、医療提供体制に移行を更に進める必要がある。

○　このため、各都道府県において、令和６年３月末までを対象期間として、現行の「移行計画」を見直した上で、通常の医療提供体制へ段階的に移行する。

具体的には、入院医療体制については、確保病床によらない形での患者の受け入れを更に進めていくとともに、病床確保については、感染拡大に対応するため、原則、重症・中等症Ⅱの入院患者を受け入れるために必要な病床に重点化する。外来医療体制については、外来対応医療機関数のほか、かかりつけ患者以外に対応する医療機関数を一層拡充する。入院調整については、感染拡大時等に必要に応じて行政が支援を行うこととしつつも、原則として、G-MIS 等のツールを活用して医療機関間で入院先を決定することを基本とする仕組みに移行する。

２．位置づけ変更後の新型コロナの医療提供体制の状況

○　各都道府県において、移行計画等に基づき、地域の関係者等と協議を行いながら、通常の医療提供体制への移行に向け取組を進めてきた結果、外来対応医療機関が着実に増加するとともに、確保病床によらない形での入院患者受入れ見込み数も増加している。

今夏、全国的に感染拡大が見られ、一部の県では医療機関に負荷が生じたものの、限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行が概ね順調に進んでいる。

（外来医療体制）

○　広く一般的な医療機関（全国で最大約 6.4 万 (※)）での対応を目指すこととしており、９月６日時点で、全国で約 4.9 万機関（うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数は、約 3.6 万機関）の外来対応医療機関を確保しており、位置づけ変更前から着実に増加している。

（令和５年２月時点では、それぞれ約 4.2 万機関、約 2.3 万機関）

（※）インフルエンザ抗原定性検査を外来においてシーズン中、月１回でも算定している医療機関数。

○　一方、「「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数」は依然として増加の余地が見込まれること、都道府県別にみると、指定状況にばらつきがあり、内科等を標榜する医療機関に対する外来対応医療機関の数の比率で見ると、高いところでは約８割程度にのぼる一方、低いところ

では５割未満にとどまる（令和５年６月 14 日時点）ことから、引き続き外来対応医療機関の維持・拡充に向けた働きかけを継続する必要がある。

（入院医療体制）

○　約 8,200 の全病院での対応を目指し、位置づけ変更前に確保病床を有していた医療機関（全国で約 3,000。以下「重点医療機関等」という。）については重症者・中等症Ⅱ患者の受入れへと重点化を目指すとともに、重点医療機関等以外で受入れ経験がある医療機関（全国で約 2,000）や受入れ経験のない医療機関に対しては軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促すこととしているところ、現在の入院患者の受入れ見込数は、次の状況となっている。

	移行計画 （令和５年４月時点）	令和５年８月 23 日時点
全体（※）	約 8,300 機関、約 5.8 万人	約 7,300 機関、約 5.9 万人
うち 確保病床を有する医療機関	約 3,200 機関、約 2.3 万人	約 3,300 機関、約 2.3 万人
うち 位置づけ変更前に受入れ経験のある医療機関で、確保病床以外で受入れを行う医療機関	約 4,100 機関、約 3.0 万人	約 4,000 機関、約 3.3 万人
うち 位置づけ変更前に受入れ経験のない医療機関で、確保病床以外で受入れを行う医療機関	約 1,600 機関、約 0.4 万人	約 800 機関、約 0.3 万人

（※）内訳については重複あるため、内訳の合計値と一致しない。

○　今後、病床確保については、感染拡大に対応するため、重症・中等症Ⅱの入院患者を受け入れるために必要な病床に重点化することとし、冬の感染拡大に対応しつつ、来年４月からの通常の医療提供体制への完全移行に向けて、確保病床によらない形での受け入れ体制の強化を進めていく必要が

ある。

（入院先決定（入院調整）体制）

○　冬の感染拡大に先立ち、まずは軽症等の患者について、医療機関間による入院先決定を進めることとしたことから、都道府県の移行計画では、原則、医療機関間による入院先決定を行うこととし、感染拡大時等に行政による入院先決定を行うこととされているほか、一部の県では、重症等の患者についても医療機関間による入院先決定に向け、段階的に移行していく計画とされている状況にある。

○　実際、５月８日以降、多くの都道府県において、医療機関間による調整が困難な場合等に行政が関与を行うこととしつつも、実際には行政による入院先決定が行われているケースがほとんどないこと等から、移行計画に沿って、医療機関間での入院先決定が順調に進んでいると言える。一方、冬の感染拡大の可能性を考慮すると、重症・中等症Ⅱの患者については、医療機関間で入院先決定が困難な場合等に備え、行政が必要な支援を行うことができる体制を確保しておくことも必要である。

３．外来医療体制

(1) 基本的考え方

○　外来医療体制については、位置づけ変更前に診療・検査医療機関として指定を受けていた医療機関や、位置づけ変更後に外来対応医療機関として指定を受けている医療機関にそれぞれ引き続き対応していただくとともに、新たにコロナ診療に対応する医療機関を増やしていくことにより、広く一般的な医療機関（全国で最大約 6.4 万）での対応を目指していく必要がある。また、患者が幅広い医療機関で受診できるようにするため、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関を増やすことも重要である。

○　このため、位置づけ変更の際、外来診療にあたる医療機関での感染対策の見直し、設備整備等への支援、応招義務の整理、医療機関向け啓発資材の作成・普及を行っている（※）ところ、来年４月以降を見据え、引き続き、感染対策の強化を図る必要があることから、外来対応医療機関が診療を行う際に必要となる設備（HEPA フィルター付空気清浄機、HEPA フィルター付パーテーション、個人防護具等）に関しては、新型コロナウイルス感染症緊急

包括支援事業（医療分）の外来対応医療機関設備整備事業において、補助対象範囲の見直しを行った上でその購入費用を補助することとする。

（※）医療機関向け啓発資材について

・「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材について」（令和５年４月４日付け事務連絡）

・「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材について（第二報）」（令和５年４月 17 日付け事務連絡）

・「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材について（第三報）」（令和５年５月 26 日付け事務連絡）

○　こうした点も踏まえ、各都道府県においては、これまで新型コロナの診療に対応していない医療機関や、「普段から自院にかかっている患者」のみに対応する医療機関について、位置づけ変更後の対応の意向やこれまで対応が困難であった事情などを丁寧に把握した上で必要な支援につなげるなど、地域の医療関係者等と協議を行いながら、新型コロナの診療に対応する医療機関を増やす取組を一層強化することが重要であることから、見直し後の移行計画においても、外来対応医療機関の確保に係る取組方針等について記載いただきたい。

○　また、各都道府県においては、管内の外来対応医療機関数の推移を把握し、広く一般的な医療機関で新型コロナの診療に対応する体制への移行の進捗状況を管理していただきたい。進捗状況に応じて、地域の医療関係者との協議や更なる協力の依頼等を行うことなどにより、移行を着実に進めていただきたい。

○　また、新型コロナ診療に対する医療機関の増加に対応するためには、薬局における経口抗ウイルス薬の提供体制の確保も重要となる。薬局においては、これまでも自宅・宿泊療養者に対し、経口抗ウイルス薬等を提供し、必要な服薬指導等を実施していただいているところであるが、各都道府県において、一般流通する経口抗ウイルス薬を取り扱う薬局を把握し、公表すること等について地域の医療関係者とも協議を行いながら、地域において経口抗ウイルス薬等の必要な医薬品が適切に提供される体制の確保に向けた取組を行っていくことが重要である。

(2) 外来対応医療機関の指定・公表の仕組みについて

○　引き続き、発熱等の症状のある患者が検査・診療にアクセスすることができるよう、また、一部の医療機関に患者が集中しないよう、都道府県において外来対応医療機関を指定し、当該医療機関名等を公表する仕組み（※）を当面継続する。

（※）「外来対応医療機関の指定状況の報告及び「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」の ID 付与について」（令和５年３月 31 日付け事務連絡）

○　その際、地域における一律の対応として、各都道府県における全ての外来対応医療機関をホームページに公表するとともに、患者の選択に資するよう、次の事項を併せて公表することを検討していただきたい。

・診療時間（特に夜間の対応の可否）や検査体制
・日曜祝日の対応の可否
・「普段から自院にかかっている患者」以外の患者への対応や小児対応の可否
・経口抗ウイルス薬の投与の可否
・電話・オンライン診療の対応の可否（「可」の場合は、当該医療機関の URL を含む。）

○　また、受け入れる患者を「普段から自院にかかっている患者」に限定している外来対応医療機関に対しては、地域の医師会等の関係者とも連携の上、患者を限定せずに診療に対応するよう積極的に働きかけることが重要である。

○　薬局についても同様に、各都道府県において、一般流通する経口抗ウイルス薬を適切に在庫し、処方箋に基づき速やかに患者に提供できる薬局を把握し、そのリストを公表することとし、患者の選択に資するよう、次の事項を合わせて公表することを検討すること。

・営業時間（夜間対応の可否も含む。）
・24 時間対応（輪番による対応を含む。）の可否
・日曜祝日対応の可否
・オンライン服薬指導の対応の可否

○　なお、外来対応医療機関の指定・公表の取扱いについては、令和６年４月からの通常の対応への完全移行に向けて、外来対応医療機関数の拡大の

状況や冬の感染拡大時の対応状況等を踏まえ、見直しを検討することとしている。

(3) 感染拡大局面を見据えた体制強化・注意喚起等

○　今冬の感染拡大に備える観点からも、確認事務連絡の「２　外来体制について」でもお示ししている内容に沿って対応することが重要である。具体的には、限りある医療資源の中で、高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するため、広く一般的な医療機関で新型コロナの診療に対応する体制への移行を着実に進めるとともに、

・受診・相談センターによる電話相談や＃7119、＃8000、救急相談アプリ等を活用した相談体制の強化

・重症化リスクの低い方に対する抗原定性検査キットによる自己検査及び自宅療養の実施、あらかじめの抗原定性検査キットや解熱鎮痛薬の用意等の住民への呼びかけ

・証明書等の取得のための外来受診は控えていただく旨の呼びかけ

等の感染拡大局面を見据えた体制強化、注意喚起等の取組は引き続き推進すること。

なお、医療用検査キットの薬局での販売は、引き続き可能とする。

４．入院医療体制

(1) 基本的考え方

○　入院医療体制については、３月 17 日付け事務連絡や、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う「病床確保計画」等の見直しについて」（令和５年３月 31 日付け事務連絡。以下「３月 31 日付け事務連絡」という。）でお示ししてきたとおり、令和５年 10 月以降は、病床確保の要請をしないことを想定して、９月末までの「移行計画」等に基づく取組を進めた結果、確保病床によらない形での入院患者受入れ見込み数が順調に拡充するなど、概ね当該計画どおり順調に移行が進んでいる。

○　10 月以降については、引き続き、確保病床によらない形での入院患者の受入れを進めつつ、冬の感染拡大を想定し、対象等を重点化して病床を確保することを可能とする。

(2) 幅広い医療機関における入院患者の受入れの方向性

○　令和６年４月の通常の医療提供体制への完全移行に向けて、確保病床に

よらない形での受入れ体制の移行を更に進める必要がある。

具体的には、軽症・中等症Ⅰ患者のほか、中等症Ⅱ・重症患者も含めて確保病床によらず、幅広い医療機関で受入れ体制を確保する必要がある。また、令和６年４月以降は、病床確保を要請しないことを念頭に、全ての新型コロナ患者を確保病床によらず幅広い医療機関で受け入れる体制の構築を進める必要がある。

○　移行を更に進めるに当たっては、３月 17 日付け事務連絡でお示ししている「重点医療機関等」（約 3,000）、「重点医療機関等以外でコロナ入院患者の受入れ経験がある医療機関」（約 2,000）、「コロナ入院患者の受入れ経験がない医療機関」といった分類も踏まえつつ、確認事務連絡でお示ししているとおり、患者の症状・状態に応じた入院・療養体制を確保するため、地域における各医療機関の機能（※）に応じた役割分担の明確化や連携が重要である。

（※）各医療機関の機能の具体例

・　急性期の受入れ病院
・　後方支援医療機関をはじめとした急性期を脱した患者を受け入れる医療機関
・　症状悪化の際の転院（いわゆる上り搬送）を担う医療機関
・　症状軽快の際の転院（いわゆる下り搬送）を担う医療機関
・　特別な配慮が必要な患者（妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、精神疾患を有する患者、外国人等）の受入れを担う医療機関
・　筋骨格系疾患や代謝性疾患など他の疾患を有する患者に専門的に対応できる医療機関、当該医療機関で入院患者が新型コロナ陽性となった場合に継続して入院治療が可能な医療機関

○　既に各都道府県においては、移行計画等に基づく取組を進める中で、確保病床によらない形で新型コロナ患者を受け入れる医療機関との間で、例えば、

・　確保病床での受入れと同様に、協定（書面による確認でも可）により具体の受入体制を確認する、
・　アンケートにより、受入意向や受入可能な患者数（見込み数）を確認する、

といった取組を通じて、確保病床によらない形での受入れ体制確保を進め

ていただいている。

引き続き、各医療機関との個別の調整を進めていただくことにより、幅広い医療機関での受入体制の確保を更に進めていただきたい。

○　このため、医療機関との個別の確認・認識共有を進めるとともに、都道府県全体では、各地域における医療機関等の役割分担・連携体制について、感染状況に応じて確実に稼働できるよう、前もって病院長会議の場や地域の関係者が参画する協議会等を活用するなどし、関係者間で合意形成を図っていただきたい。

○　新型コロナ入院患者の受入れに関しては、「３．外来医療体制」でも述べているとおり、位置づけ変更の際に、感染対策の見直し、設備整備等への支援、応招義務の整理、医療機関向け啓発資材の作成・普及を行ったところである。来年４月以降を見据え、感染対策の強化を図る必要があることから、引き続き、コロナ入院患者の受入れを行う際に必要となる設備（簡易陰圧装置、個人防護具等）に関しては、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業において、補助対象範囲の見直しを行った上でその購入費用を補助することとする。

また、新型コロナの院内感染が発生し、院内感染に対応するために空床や休床が発生した医療機関に対して病床確保料を交付できる支援を講じているところであり、10 月以降もこれを継続するので当該支援を受けた医療機関に対して積極的に新型コロナ入院患者を受け入れるよう働きかけをお願いしたい。

○　また、入院先決定体制の構築にも資することから、新型コロナ入院患者を受け入れる医療機関においては、医療機関等情報支援システム（G-MIS）における、コロナ入院患者の受入可能病床数及びコロナ入院患者を受け入れた場合の入院患者数の入力を徹底されるよう、改めて周知されたい。

（参考）

・「新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制の状況把握のための医療機関等情報支援システム（G-MIS）への入力等について（協力依頼）（その２）」（令和５年９月 15 日付け事務連絡）

・「新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制の状況把握のための有床診療所の医療機関等情報支援システム（G-MIS）への入力に係る改修等について」（令和５年

７月５日付け事務連絡）

(3) 新たな病床確保の方向性

① 病床確保の対象等

○　医療機関の効率的運営を確保しつつ、新型コロナ以外の通常医療との公平性等を考慮する必要があるため、基本的には、10 月以降、確保病床によらない形で幅広い医療機関で新型コロナの患者を受け入れる体制へ移行することとなるが、冬の感染拡大対応への懸念も踏まえ、各都道府県の判断により、次のとおり病床を確保することを可能とする。

・　行政により病床確保を要請する対象について、重症・中等症Ⅱ患者、特別な配慮が必要な患者、医師の判断で特に高いリスクが認められる患者に重点化する。

・　国において感染状況に応じた段階・即応病床数の目安を示し、都道府県はその目安に基づき、段階に応じた即応病床数を設定し、運用する。

○　対象期間及び対象病床の目安の考え方は次のとおり。なお、当該目安の範囲内で、各都道府県の実情に応じ、都道府県医師会等の関係者と十分な協議を行った上で、

・　感染拡大時にも確保病床によらない受入体制とする

・　対象期間や段階の設定について、より感染が拡大した時期に限定する

・　対象範囲を重症患者のみに限定する

といった運用を行うことも考えられる。

❶　対象期間（目安）の考え方

対象とする期間は、オミクロン株による感染拡大時のピークの在院者数（位置づけ変更前のいわゆる「第７波」又は「第８波」のいずれかの最大在院者数）の３分の１を超えた時点から、３分の１を下回った時点までとする。

❷　対象病床数（目安）の考え方

対象病床数は、中等症Ⅱ・重症患者、特別な配慮が必要な患者（※１）及び医師の判断で特に高いリスクが認められる患者（※２）が入院する病床を対象とし、在院者数の全体の 25％とする。

（※１）妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、精神疾患を有する患者、外国人等

（※２）呼吸困難で肺炎像がみられ、食事や水分の摂取ができず、点滴治療を要する患者であって、中等症Ⅱへの悪化が懸念される緊急性が高い患者等が想定される。

○　軽症・中等症Ⅰ患者の対応の一般化（通常の医療提供体制の中で受け入れ、今後、病床確保の対象としないこと）に合わせて、病床確保の考え方を病棟単位から病室単位に変更し、重点医療機関の仕組みを廃止する。

○　病床確保料については、上記の考え方に基づき、都道府県が策定し国が確認した病床確保計画及び上記❶❷の範囲内で支給する。なお、感染が落ち着いている間は、通常の医療提供体制により対応することとし、病床確保料の支給対象としない。

②　「病床確保計画」の見直しについて

○　10 月以降の「病床確保計画」については、３月 31 日付け事務連絡により位置付けを変更した病床確保計画から基本的な考え方（あらかじめ都道府県と医療機関とで感染状況に応じた段階を設定し、確保病床を計画的に確保しておくこと）に変更はないものの、①の考え方を踏まえ、感染拡大に応じた、重症・中等症Ⅱを中心とした患者の入院体制を確保するためのものとする。

病床数の計上に当たっては、引き続き、内訳として、重症患者用・中等症Ⅱ患者用の病床数を計上すること。

○　10 月以降における各「段階」の移行基準、「段階」ごとの即応病床数（上限目安）については、次のとおりである。なお、病床確保計画における即応病床数が病床確保料の対象となるが、10 月１日から 31 日までの間は経過措置期間として「段階１」に満たない感染状況であっても、「段階１」に達した場合に病床確保を要請する病床数を病床確保料の交付対象とすることを可能とする。10 月以降の病床確保料の額等の詳細については、別途通知する。

なお、９月末までの「移行計画」等に基づく移行状況や、位置づけ変更後の感染状況に応じた対応等を踏まえ、地域の実情に応じて、例えば、下表の「段階２」以上の状況にのみ即応病床を運用する（「段階１」の状況においても、即応病床はゼロとする）といったことも考えられる。

段階	０	１	２	３
移行基準	－	最大在院者数の３分の１に達したとき	最大在院者数の２分の１に達したとき	最大在院者数の８割に達したとき
即応病床数（上限目安）	－（０）	最大在院者数の２分の１から最大在院者数の３分の１を減じて得た数に 0.25 を乗じた数	左記に加え、最大在院者数から最大在院者数の２分１を減じて得た数に 0.25 を乗じた数	左記に加え、見直し後の移行計画における最大受入見込み患者数の合計から最大在院者数を減じて得た数に 0.25 を乗じた数（※）

（※）「段階３」における即応病床数（上限目安）については、直下の感染拡大時点での感染状況にも十分留意することとし、ピーク時の８割に達した時点で、各都道府県において試算を開始し、即応病床数を改めて算定しておくこと。試算の考え方について、例えば、最大在院者数の８割に到達した時点での在院者数の増分（前週比）を累乗したものを在院者数に乗じ、当該在院者数から最大在院者数を減じて得た数に 0.25 を乗じた数とすることなどが考えられる。（もし試算を行って即応病床数を算定した後も感染拡大が継続するようであれば、感染状況を踏まえて改めて再度の試算を行い、現下の感染状況に対応できるような入院体制を順次整えていただきたい。）

＜具体例＞

① 直近週の在院者数が 440 人

② ①の１週間前の在院者数が 400 人

③ ②→①の伸び率は 1.1 倍

④ オミクロン株流行時の入院者数のピークが 480 人

⑤ ２週間後の在院者数（①×1.1×1.1）＝532 人

⑥ （⑤－④）×25％＝13 床（段階３で積み増す病床数）

＜用語の定義＞

・「段階」：病床確保計画における即応病床を計画的に確保していくために定める区切り

・「移行基準」:「段階」の切替えのタイミング
・「最大在院者数」：オミクロン株による感染拡大時のピークの在院者数（位置づけ変更前の、いわゆる「第７波」又は「第８波」のいずれかの最大在院者数）
・「即応病床数（上限目安）」：新型コロナ患者の受入れ需要があれば、即時患者受入れを行うことが可能な病床数（その後、実際に対象となる患者を受け入れた場合の数を含む。）

○　それぞれの段階の移行基準にかかわらず、その地域の感染拡大のトレンドや近隣県・全国の感染動向を注視しておくことが望ましい。

○　感染拡大局面では、G-MIS の日次調査等のデータやクラスターの発生状況など日々の在院者数の動向も参考に、場合によっては段階を飛び越して対応することも想定されるので、その場合には厚生労働省に相談していただきたい。

○　感染縮小局面においては、移行基準を下回り、一つ下の「段階」に向けて、即応病床を減らしていく際に、医療従事者のシフト等の状況を勘案して柔軟な対応ができる運用とする。
　また、感染縮小局面では、感染の再拡大を見極めるために一定程度の病床確保を継続しておく必要がある一方で、段階の切替えの基準となる在院者数のデータについては遅れて判明するケースが生じることも見込まれること等を踏まえ、各都道府県に病床確保に関する円滑な体制の移行を促すことを考慮して、段階１から段階０への移行に関しては、最大在院者数の３分の１に満たない水準に達した後、１週間以内に段階０に移行することを可能とする。

○　移行基準については、過去の感染拡大の状況を踏まえ、最大在院者数に達するまでの期間を、段階１については約６週間、段階２については約４週間、段階３については約２週間と見込み、設定したものであるが、想定を超える感染拡大時において、これによらず、即応病床を確保する必要が生じた場合は、事前に厚生労働省に相談いただきたい。

○　この見直しに際して、これまでも次のような諸条件について書面で確認いただいているところ、今般の重点化に際し、病院長会議の場や地域の

関係者が参画する協議会等で確認を行った上で、重症・中等症Ⅱ等の患者の受入れ可能な医療機関との間で、改めて、

・「段階」ごとの即応病床数、休止病床数

・都道府県からの「段階」切替えの要請後、即応化するまでの準備期間

・患者を受け入れることができない正当事由

といった点について、９月末までに医療機関間の合意形成を図った上で、10 月 31 日までに書面等による確認を行い、その内容を反映した病床確保計画を厚生労働省まで提出していただきたい。

なお、特別な配慮が必要な患者向けの専用病床については、その内訳として計上していただきたい。

(4) 転退院の促進

○　入院医療体制について、まずは医療機関の役割分担に応じた体制を確保した上で、病床の回転率を向上させることが重要となることから、転退院の受け皿の確保を引き続き推進していただきたい。

特に高齢の入院患者が多数発生した場合には、ともすると転退院先が確保できずに滞留することで病床のひっ迫につながることから、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る後方支援医療機関や、高齢の退院患者を受け入れる介護保険施設の確保（「６．高齢者施設等における対応」参照）、地域のケアマネジャーと連携した要介護高齢者の退院調整等の取組等により、あらかじめ受入れ体制を十分確保することが重要であり、適切な療養環境の確保のための受入れ体制や病床の回転率向上の取組等について、引き続き推進されたい。

(5) 旧臨時の医療施設等の取扱い

○　３月 17 日付け事務連絡及び「政府対策本部廃止後の臨時の医療施設の取扱い等について」（令和５年４月 14 日付け事務連絡。以下「旧臨時の医療施設事務連絡」という。）でお示ししているとおり、令和５年５月７日時点で、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）に基づき設置された臨時の医療施設（以下「旧臨時の医療施設」という。）については、地域の他の医療機関への転院や機能を分散させる等した上で廃止することが基本となるが、５月８日以降も、病院若しくは診療所又は健康管理機能を持つ臨時の拠点として利用を継続している場合の取扱いについては、別途連絡する。

○　旧臨時の医療施設における療養状況等の報告等については、旧臨時の医療施設を運用している都道府県に個別に連絡する。

(6) 医療従事者の確保

○　確認事務連絡や、診療の手引き、リーフレット等により、新型コロナに罹患した医療従事者の就業制限については、これまで、

・　発症後５日間が経過し、かつ解熱及び症状軽快から 24 時間経過するまでは外出を控えることが推奨されること

・　新型コロナ患者の濃厚接触者として法律に基づく外出自粛は求められないこと

等をお示ししている。これらを活用しながら、感染拡大局面において、医療従事者の就業制限を柔軟に判断するよう、改めて医療機関への周知を行うことが望ましい。

○　感染拡大に伴う医療従事者の欠勤者数が増加した場合等の新型コロナの入院患者の受入をスムーズに行うための体制確保には、医療機関を超えた医療人材の確保が必要となることことも考えられることから、引き続き、これまで構築いただいた医療人材派遣の仕組みについて、都道府県において調整することも可能性に入れて体制の確認を行っていただくことが望ましい。

○　10 月以降も、引き続き、DMAT・DPAT 等医療チーム派遣事業を継続することとしているので、万全を期されたい。

○　また、G-MIS により、各医療機関における看護職員の欠勤者数を入力していただいているところ、各地域における医療従事者の派遣調整においても活用いただきたい。

(7) 救急医療

○　救急医療のひっ迫を回避する観点等から、これまで都道府県で構築してきた受診相談体制を引き続き維持・拡充することが重要である。

○　都道府県の受診・相談センターにおいては、引き続き、発熱患者等の体調不良時等の不安や疑問、また、受診の要否や相談・受診する医療機関に迷う場合の相談に対応していただきたい。

○　受診・相談センターによる電話相談の活用に加えて、医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の電話等による相談体制の強化を図るとともに、住民に対し、これらの活用を改めて周知徹底していただきたい（＃7119、＃8000、救急相談アプリ、救急車利用マニュアル）。

○　＃7119 については、未実施地域を有する都道府県におかれては、「今後の新型コロナウイルス感染症の再拡大及び季節性インフルエンザとの同時流行等による救急需要の増大に備えた救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた取組について」（令和４年 10 月 18 日付け消防救第 318 号消防庁次長通知）及び 「救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた取組について」（令和３年３月 26 日付け消防救第 94 号 消防庁救急企画室長通知）に示された内容等を再確認いただき、都道府県全域での＃7119 の早期実施に向け、今一度、管内の各消防機関をはじめとする関係者と連携した検討に速やかに着手いただくとともに、既に＃7119 を実施している都道府県におかれても、相談の応答率を把握する等により、より適切に対応できるよう、受付電話回線数や人員体制の強化を検討するなど、地域の実情に即して、傷病者の救急搬送体制の充実に積極的に取り組むこと。なお、総務省消防庁において、＃7119 を推進するための具体的な方策に関する助言、研修支援等を行うアドバイザーを派遣する事業を実施しており、本派遣制度の積極的な活用について御配意いただきたい。

（参考）総務省消防庁 HP：救急車の適時・適切な利用（適正利用）
https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate006.html

○　＃8000 については、応答不可の時間がある都道府県におかれては、実施時間の拡大を検討していただきたい。また、相談の応答率を把握する等により、その対応力を確認の上、必要に応じて、受付電話回線数や人員体制の強化等に取り組んでいただきたい。なお、＃8000 の強化に当たっては、引き続き地域医療介護総合確保基金を活用されたい。

５．患者の入院先の決定

(1) 基本的考え方

○　確認事務連絡でお示ししているとおり、入院が必要な患者が確実に入院できる体制を確保しておくことが重要であることから、患者の入院先の決

定（入院調整）については、引き続き、原則、医療機関間での入院先決定を行うこととしつつ、

・　感染拡大局面における入院先決定の優先順位（重症者優先等）について地域の関係者間で合意形成を図る

・　円滑な入院先決定のための支援システム（医療機関等情報支援システム（G-MIS）等）を活用する

といった取組を進める必要がある。

○　円滑な移行のため、医療機関間の調整が困難な場合等には都道府県入院調整本部や保健所による入院先決定や入院先決定のための支援などを行う枠組みを当面継続することが可能であることから、都道府県等の取組の実情に応じて、冬の感染拡大局面の対応も見据えて、医療機関間での入院先決定が円滑に進むような支援について検討されたい。

(2) 今後の入院先決定の更なる移行の進め方

○　今後の冬の感染拡大に備え、引き続き円滑に医療機関間で入院先を決定いただくため、病院長会議等の場や地域の関係者が参画する協議会等を活用するなどして、移行計画の見直しと併せ、以下について改めて確認を行っていただきたい。

①　地域の中で、入院の適用となる者の考え方について、統一的に整理する必要があること。

②　４．(3) の新たな病床確保の方向性を踏まえた確保病床の変更等も踏まえ、改めて地域の関係者間で、医療機関の特性に応じた役割分担を明確化し、その役割分担に応じた入院先決定が行われるよう、確認を行うこと。あわせて、地域の実情に則した行政による必要な支援についても確認を行い、地域の関係者間で共有すること。

○　さらに、感染拡大局面における、行政が入院先決定に関与する、又は、医療機関間での入院先決定に係る支援を行うタイミングと支援の内容について、確認を行っていただきたい。具体的には、感染拡大に伴う新型コロナ入院患者の実態（重症者の割合、市中感染／院内感染の比率、新型コロナ以外の疾病の状況等）を把握しつつ、例えば、重症・中等症Ⅱの患者について、医療機関間での入院先決定が円滑に進まなくなるおそれがある状況においては、行政が必要な支援を行うこととする、といったことが考えられる。

○　これに加え、入院先決定体制の構築にも資することから、新型コロナ入院患者を受け入れる医療機関において、医療機関等情報支援システム（G-MIS）において、コロナ入院患者の受入可能病床数及びコロナ入院患者を受け入れた場合の入院患者数の入力を徹底されたい。

(3) 救急搬送体制

○　新型コロナの傷病者から救急要請があった場合は、原則として他の疾病と同様に救急隊により搬送先医療機関の選定が行われるが、移行期間中における感染拡大時等は、各都道府県の取組の実情に応じて、入院調整本部等と消防機関との連携体制の構築についても、移行計画を決定するに際して行う消防機関等の関係機関との協議において留意していただきたい。

○　また、各都道府県は、救急搬送困難事案の減少に向けて、受入れ可能な医療機関情報や空床情報等の搬送先の選定に資する情報を共有するなど、消防機関との連携を図っていただきたい。

なお、緊急性が低い、症状軽快の際の転院の搬送（いわゆる下り搬送）について、消防機関に依頼することは控えていただき、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等（民間救急など）を活用するようお願いしたい。

○　救急搬送される者のうち高齢者の割合が高く、高齢の入院患者が多数発生していることから、適切な療養環境の確保のための受入れ体制確保や病床の回転率向上に資する取組の徹底が特に重要である。高齢患者の受入れのキャパシティを高めることや、転退院促進の取組（地域包括ケア病棟、慢性期病棟等における高齢の患者の転院を含めた積極的な受入れや、後方支援医療機関や介護老人保健施設や介護医療院での高齢の患者の受入れ等）を改めて促進していただきたい。

○　高齢者施設等に対する医療支援等については、従来、感染制御や業務継続の支援体制の整備や、医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関の事前確保の取組を進めていただいたところである。高齢者施設等内での患者発生時に迅速・的確に対応するための備えの支援や、高齢者施設等に対する医療支援等については、６のとおり当面継続することとしており、平時からの取組を強化されたい。

６．高齢者施設等における対応

【高齢者施設における対応】

(1) 基本的考え方

○　高齢者施設等については、３月 17 日付け事務連絡において、重症化リスクが高い高齢者が多く生活していることを踏まえ、入院が必要な高齢者が適切かつ確実に入院できる体制を確保するとともに、感染症対応に円滑につながるよう、平時からの取組を強化しつつ、施設等における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等は位置づけ変更後も当面継続することとした。

○　このうち、施設内療養の補助について、位置づけ変更後は医療機関との連携体制を確保しているなど、必要な要件（※）を設けた上で実施しており、３月 17 日付け事務連絡において、各要件の実施状況の調査を行ったところ、回答があった高齢者施設等のうち概ね９割が医療機関との連携体制の確保等を行っていることが確認された。

※　医療機関との連携体制の確保、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施、オミクロン株ワクチンの接種

○　こうした中、施設内療養の実施状況については、位置づけ変更後においても感染流行時はもとより、感染が落ち着いている状況においても一定程度行われている。

○　現在、移行計画等に基づく取組により入院医療体制の整備が進められており、それと同時に今後の感染拡大において医療ひっ迫を避けるためには、施設内療養を行う高齢者施設等や医療機関からの退院患者の受入を行う施設への支援は 10 月以降も必要な状況である。

○　このため、高齢者施設等への支援については、これまでの医療機関との連携体制の確保等の取組や位置づけ変更後の状況等を踏まえた見直しを行った上で、10 月以降も継続することとする。

(2) 各種の政策・措置の取扱い

①　高齢者施設等における感染症への対策の徹底

○　高齢者施設等における感染症への対応については、３月 17 日付け事務連絡において、新型コロナ患者に係る往診や電話等による相談、入院の要

否の判断及び入院調整に対応できる医療機関との連携体制の確保の取組や感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施、施設利用者へのオミクロン株ワクチンの接種を進めていただくとともに、その取組の状況を各都道府県において調査いただいたところ。調査結果については、回答があった高齢者施設等のうち概ね９割が医療機関との連携体制の確保を行うなど一定の取組が進められていることが確認されたところであるが、未実施又は未回答の高齢者施設等が一定数あることから、各都道府県においては、別紙の調査票を使用し、管下の未実施又は未回答の高齢者施設等に対して改めて上記の内容について 10 月末を目処に調査を実施いただきたい。

② 高齢者施設等内での感染発生時に対応するための備え

○ 高齢者施設等における陽性者の発生初期から迅速・的確に対応するための備えの支援として、相談窓口機能の強化や電話・オンライン診療の体制構築等に取り組んでいただいてきたところ。(「季節性インフルエンザとの同時流行を想定した新型コロナウイルス感染症に対応する外来医療体制等の整備について（依頼)」(令和４年 10 月 17 日付け事務連絡（令和４年 11 月４日一部改正)))

○ 位置づけ変更後においても、高齢者施設等の職員が初動対応を相談できる相談窓口の設置に対する支援や、高齢者施設等における電話・オンライン診療の体制構築支援については、当面継続することとする。

○ また、同事務連絡において、感染制御・業務継続支援チームの体制強化として、平時から感染制御の専門家と行政機関等の連携体制（ネットワーク）を構築することをお願いしてきたところであるが、平時から地域（都道府県単位）において、院内感染に関する専門家からなるネットワークを構築する場合には、「医療提供体制推進事業費補助金」の「院内感染対策事業の実施について」（平成 21 年３月 30 日付け医政発第 0330009 号厚生労働省医政局長通知）に基づく「院内感染地域支援ネットワーク事業」の活用が引き続き可能である。

③ 高齢者施設等での感染対策を含む施設内療養の体制

○ 必要な体制を確保した上で施設内療養を行う高齢者施設等への補助に

ついては、10 月以降は施設内療養者１名あたり１日 5,000 円、一定規模以上のクラスター発生時に施設内療養者１名あたり１日 5,000 円を追加することとする。補助期間については従前の通りとする。

○　上記の追加の補助の要件について、位置づけ変更に伴う保健所へのクラスター発生の報告基準等を踏まえ、大規模施設（定員 30 人以上）については施設内療養者が同一日に 10 人以上いる場合、小規模施設（定員 29 人以下）については、４人以上いる場合とする。なお、本補助事業の実施要綱は追って通知させていただく。

○　感染者が発生した高齢者施設等における応援職員の派遣等に対する支援については、10 月以降も継続することとする。

○　新型コロナに感染した入所者に対して継続して療養を行う高齢者施設等に看護職員を派遣する場合の派遣元医療機関等への補助については、10 月以降も継続することとする。また、新型コロナの感染地域における感染拡大を防止するため、外部から感染症対策に係る専門家を派遣するための経費についても、補助を継続する。

④　利用者又は職員に感染者が発生した場合等におけるかかり増し経費の補助

○　利用者又は職員に感染者が発生した場合等におけるかかり増し経費の補助については、10 月以降も継続することとするが、補助対象の経費のうち、新型コロナに感染した利用者への対応に係る業務手当に相当する経費の補助上限を１人あたり１日 4,000 円（１月あたりの限度額は２万円）とする。

⑤　退院患者の受入促進のための補助

○　高齢の退院患者の介護保険施設での受入促進を図ることについては、退院した高齢者の適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保の観点で重要である。特に感染が拡大し入院患者が増加している地域については、症状が軽快し感染リスクが低下しているものについて、介護保険施設において適切に受け入れていただくよう改めて周知を行うこと。

○　介護保険施設において、医療機関からの退院患者（当該介護保険施設か

ら入院した者を除く。）を受け入れた場合には、引き続き当該者について、退所前連携加算（500 単位）を算定できることとし、退院患者の受入について、新型コロナ感染症の重症化率の低下等を踏まえ、10 月以降については算定可能日数を入所した日から起算して 14 日を限度とする。

【障害者施設等における対応】

(1) 基本的考え方

○　障害者施設等についても、３月 17 日付け事務連絡に基づき、引き続き衛生主管部局と障害保健福祉主管部局・児童福祉主管部局が連携して、感染制御や業務継続の支援体制の整備、医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関の事前確保の取組、感染者が発生した施設に対する応援職員の派遣等に対する支援等について、継続いただき、障害者施設等における感染症対応に遺漏なきよう取り組むようお願いしているところである。

○　また、上述の高齢者施設における対応と同様、今後の感染拡大において、利用者又は職員に感染者が発生した場合等における障害者施設等への支援や、医療ひっ迫を避けるための医療機関からの退院患者の受入を行う施設への支援は 10 月以降も必要な状況である。

○　以上から、障害者施設等への支援については、これまでの医療機関との連携体制の確保等の取組や位置づけ変更後の状況等を踏まえた見直しを行った上で、10 月以降も継続することとする。

(2) 各種の政策・措置の取扱い

①　利用者又は職員に感染者が発生した場合等におけるかかり増し経費の補助（新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業）

利用者又は職員に感染者が発生した場合等におけるかかり増し経費の補助、感染者が発生した障害者施設等における応援職員の派遣等に対する支援については、10 月以降も継続することとする。

②　退院患者の受入促進のための補助

障害者支援施設において、医療機関からの退院患者（当該障害者支援施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合には、当該者について、地域移行加算（500 単位）を入所した日から起算して 30 日を限度として算定する

ことを可能とする障害福祉サービス等報酬上の臨時的な取扱いもお示ししてきたところであるが、退院患者の受入について、新型コロナ感染症の重症化率の低下等を踏まえ、10 月以降の退院患者の受入に係る臨時的取扱いについては、地域移行加算の算定可能日数を入所した日から起算して 14 日を限度とする。

６．自宅療養等の体制

(1) 宿泊療養の取扱い

○　高齢者や妊婦の療養のための宿泊療養施設については、５類感染症への位置づけ変更後も経過的に９月末まで継続していたところであるが、全国の利用実態も踏まえ、本措置については、９月末までとする。３月 31 日付け事務連絡による「宿泊療養施設確保計画」も廃止する。

(2) 自宅療養の取扱い

○　陽性判明後の体調急変時の自治体等の相談機能は継続することとし、公費支援を継続する。

　また、確認事務連絡でお示ししたとおり、特に感染拡大時において、自宅等で療養される者の増加に備えるため、

・　自宅療養者等に対応する病院・診療所の状況の確認に加え、薬局や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）と連携する体制についても改めて確認いただき、連携体制を構築する

・　在宅療養等に必要となる酸素濃縮装置について、感染拡大時に必要数を確保できるよう、事前にメーカーと調整する

といった地域の療養体制について確認を行うこと。

(3) オンライン診療・オンライン服薬指導の活用

○　感染拡大局面においてはオンライン診療・オンライン服薬指導（以下「オンライン診療等」という。）の活用も有用である。このため、過去の体制も参考にしつつ、地域の関係者とも相談し、オンライン診療等を引き続き活用していただきたい。その際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成 30 年３月 30 日付け厚生労働省医政局長通知の別紙）、「オンライン服薬指導の実施要領」（令和４年９月 30 日付け厚生労働省医薬・生活衛生局長通知の別添）に沿ったオンライン診療等を実施する体制を整備していただきたい。

　なお、「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機

器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月 10 日付け事務連絡）の時限的・特例的な取扱いに伴う診療報酬上の取扱いについては、令和５年７月 31 日をもって終了したため、情報通信機器を用いた診療を行い点数を算定する場合は、施設基準を届け出て、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」、「オンライン服薬指導の実施要領」（令和４年９月 30 日付け厚生労働省医薬・生活衛生局長通知の別添）に沿った診療を行う必要がある点に留意されたい。

７．「移行計画」の見直しについて

(1) 見直し後の「移行計画」の記載事項について

○　各都道府県において、都道府県医師会等の地域の関係者等と協議の上、保健所設置市・特別区とも連携を行いながら、令和６年３月末までを対象期間として現行の「移行計画」を見直した上で、通常の医療提供体制へ段階的に移行し、令和６年４月以降は、通常の医療提供体制へ完全移行することとする。

１から６までにおいて、基本的な方針はお示ししてきたところであるが、見直し後の「移行計画」の具体的な記載事項は以下のとおり（※）とし、別添様式により、10 月 31 日（火）までに提出すること。

（※）下線部分は、令和５年 10 月から令和６年３月末までの見直し後の移行計画の記載事項として新たに加えたものである。

【「移行計画」の具体的記載事項】

Ⅰ　入院医療体制

- 直近のオミクロン株流行時の入院体制の振り返り
- 今後の入院患者の受け止めの方針
- 新たな医療機関による受入のための具体的方策
- 位置づけ変更後の転退院体制について
- 位置づけ変更後の救急医療体制について

Ⅱ　入院先決定調整体制

- 直近のオミクロン株流行時の入院体制の振り返り
- 医療機関間での入院調整を進めるための方策

Ⅲ　外来医療体制

- 現在の体制について
- 今後の確保・拡充の方針

Ⅳ　自宅・高齢者施設等の療養体制

・　高齢者施設等への往診等に対応する医療機関の確保
・　自宅療養体制の確保

(2) 移行計画の記載内容について

○　１から６までに述べた考え方等に沿って記載いただくこととなるが、冬の感染拡大に対応できるような体制とすることはもとより、令和６年４月以降は、通常の医療提供体制に完全に移行することを前提に、そうした体制に移行するための計画となるよう、「移行計画」の見直しを行っていただきたい。特に病床確保の仕組みについては、９月末までの移行計画等による移行の進捗状況や、位置づけ変更後の感染状況に応じた対応等を踏まえ、地域の実情に応じて、10 月以降はその仕組みを廃止し、あるいは、感染拡大時・重症患者のみに限定して運用する、といった仕組みとすることも考えられる。

８．患者等に対する公費負担の取扱い

○　新型コロナが５類感染症への位置づけ変更（５月８日）後、治療薬及び入院医療費については、位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、これらの自己負担等にかかる一定の公費支援については、夏の感染拡大への対応として、まずは９月末まで継続することとし、それ以降の取扱いについては、他の疾病との公平性などを考慮しつつ、冬の感染拡大に向けた対応を検討するなどとしてきた。

○　今般、治療薬及び入院医療費の自己負担分に係る公費支援について、５類感染症への位置づけ変更（５月８日）後の実態を踏まえつつ、急激な負担増が生じないように、見直しを行った上で継続することとする。

(1) 治療薬の自己負担軽減

①　公費支援の内容

○　５類感染症への位置づけ変更後は、新型コロナの患者が外来及び入院で新型コロナウイルス感染症治療薬の処方（薬局での調剤を含む。以下同じ。）を受けた場合、その薬剤費の自己負担分について、全額を公費支援の対象とし、当該薬剤を処方する際の手技料等は支援対象には含まれないこととしていた。

○　10 月以降については、新型コロナウイルス感染症治療薬の活用は医療

提供体制の維持の観点から引き続き重要であることに鑑み、他の疾病との公平性も踏まえつつ、一定の自己負担を求めた上で公費支援を継続することとする。自己負担額については、医療保険の自己負担割合の区分ごとに段階的に設定する。

○　具体的な自己負担額の上限は、１回の治療当たり、医療費の自己負担割合が１割の方で 3,000 円、２割の方で 6,000 円、３割の方で 9,000 円とし、３割の方でもラゲブリオ等の薬価（約９万円）の１割程度（9,000 円）にとどまるように見直す。なお、本措置については令和６年３月末までとする。

○　対象となる新型コロナウイルス感染症治療薬は、10 月以降も引き続き、これまでに特例承認又は緊急承認された経口薬「ラゲブリオ」、「パキロビッド」、「ゾコーバ」、点滴薬「ベクルリー」、中和抗体薬「ゼビュディ」、「ロナプリーブ」、「エバシェルド」に限るものとする。

○　なお、国が買い上げ、希望する医療機関等に無償で配分している「ゼビュディ」、「ロナプリーブ」、「エバシェルド」については、引き続き、薬剤費は発生しない（配分に当たっての手続き等はそれぞれの薬剤の事務連絡を参照）。

②　補助の実施方法

○　上記公費支援に要した費用については、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象として補助する。

○　通常の新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の交付の仕組みと同様、上記治療薬の処方を行った医療機関は、審査支払機関を通じて、都道府県に対して請求を行う。

○　治療薬の公費支援については、患者からの申請は必要なく、保険請求（レセプト請求）の枠組みを用いて行う。医療機関においては、自己負担額を徴収する際に、患者の自己負担割合について確認いただく必要がある。

(2) 入院医療費の自己負担軽減

① 公費支援の内容

○ ５類感染症への位置づけ変更後は、新型コロナの患者が当該感染症に係る治療のために入院した場合、他の疾病との公平性も考慮しつつ、急激な負担増を避けるため、医療保険各制度における月間の高額療養費算定基準額（以下「高額療養費制度の自己負担限度額」という。）から原則２万円を減額した額を自己負担の上限とする措置を講じることとしていた。

○ 位置づけ変更後、新型コロナに関する入院期間はインフルエンザとほぼ同様の状態に近づいている一方で、診療報酬上の特例加算については、段階的な見直しが行われてはいるものの、インフルエンザとはまだ一部差がある状況にある。このため、他の疾病との公平性の観点も踏まえ、入院医療費について、高額療養費制度の自己負担限度額からの減額幅を原則１万円に見直した上で、継続することとする。なお、本措置は令和６年３月末までとする。

○ 入院中の食事代は、高額療養費の適用対象ではないことから、引き続き、上記減額の対象とはならない。また、外来療養のみに係る月間の高額療養費算定基準額は、入院療養を対象とするものではないため、上記減額の対象とならない。

② 補助の実施方法

○ 上記減額に要した費用については、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象として補助する。

○ 通常の新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の交付の仕組みと同様、減額措置を行った医療機関は、審査支払機関を通じて、都道府県に対して請求を行う。

○ 引き続き、入院医療費の公費支援については、患者からの申請は必要なく、保険請求（レセプト請求）の枠組みを用いて行う。医療機関においては、入院期間中に患者の所得区分について確認いただく必要がある。

○ 通常、高額療養費制度の自己負担限度額は、被保険者等の所得区分に

応じて決定されるが、今般の公費支援により、高額療養費制度の自己負担限度額から公費により減額を行うこととし、当該減額措置後の自己負担額は、次の表のとおりとする。

※　減額措置は、高額療養費制度の自己負担限度額に医療費比例額が含まれない場合は１万円を減額することとし、医療費比例額が含まれる場合は、当該医療費比例額に5,000円を加えた額を減額することとする。

○　所得区分毎の高額療養費制度の自己負担限度額から、減額措置後の自己負担額を控除した額を、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象として補助する。なお、入院医療費に係る自己負担額が、所得区分毎の高額療養費制度の自己負担限度額に満たない場合であっても、減額措置後の自己負担額を超えた場合は、それ以上の自己負担は発生せず、公費による補助の対象となる。また、高額療養費は月単位で支給されることから、本補助についても月単位で行う。

（70歳未満）　　（単位：円）

高額療養費自己負担限度額の所得区分	（参考） 高額療養費 自己負担限度額	公費による 減額措置後の 自己負担額
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600＋ 医療費比例額	247,600
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400＋ 医療費比例額	162,400
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100＋ 医療費比例額	75,100
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600	47,600

住民税非課税	35,400	25,400

※　高額療養費の多数回該当の場合は、それぞれの所得区分について、公費による減額後の自己負担額と、多数回該当時の自己負担限度額とのいずれか低い方を適用する。この場合、上段から順に 140,100 円、93,000 円、44,400 円、44,400 円、24,600 円となる。

（70 歳以上）　　（単位：円）

高額療養費自己負担限度額の所得区分	（参考） 高額療養費 自己負担限度額	公費による 減額措置後の 自己負担額
年収約 1,160 万円～ 健保：標報 83 万円以上 国保・後期：課税所得 690 万円以上	252,600＋ 医療費比例額	247,600
年収約 770～約 1,160 万円 健保：標報 53 万～79 万円 国保・後期：課税所得 380 万円以上	167,400＋ 医療費比例額	162,400
年収約 370～約 770 万円 健保：標報 28 万～50 万円 国保・後期：課税所得 145 万円以上	80,100＋ 医療費比例額	75,100
～年収約 370 万円 健保：標報 26 万円以下 国保・後期：課税所得 145 万円未満	57,600	47,600
住民税非課税	24,600	14,600
住民税非課税 **（所得が一定以下）**	15,000	5,000

※１　高額療養費の多数回該当の場合は、それぞれの所得区分について、公費による減額後の自己負担額と、多数回該当時の自己負担限度額とのいずれか低い方を適用する。この場合、上段から順に 140,100 円、93,000 円、44,400 円、44,400 円、14,600 円、5,000 円となる。

※２　75 歳となったことで国民健康保険等から後期高齢者医療制度に異動

する際、75 歳到達月については、前後の保険制度でそれぞれ高額療養費の自己負担限度額を２分の１とする特例が設けられていることに鑑み、今般の公費による減額措置においても、75 歳到達月における公費による減額後の自己負担額は、前後の保険制度でそれぞれ上段から順に 123,800 円、81,200 円、37,550 円、23,800 円、7,300 円、2,500 円となる。

(3) 検査の自己負担

○　10 月以降の検査に関する取扱いについても、重症化リスクが高い者が多く入院・入所する医療機関、高齢者施設、障害者施設（以下「高齢者施設等」という。）における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を都道府県等が実施する場合には、引き続き、行政検査として取り扱う。当該取扱いは、令和６年３月末までとする。実施対象者については、これまでと同様、従事者に加えて、自治体が必要と判断する場合には、新規入所者等を対象として差し支えない。また、対象施設についても上記に準じる通所の事業所についても対象として差し支えない。

○　また、自治体で実施していただいているゲノムサーベイランスについても、一定程度継続することをお示ししているところであるが、当該検査についても行政検査として取り扱う。

○　現在、行政検査については、感染症法に基づきその費用の２分の１を国が負担することとしており、内閣府の「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」の交付限度額において、行政検査の地方負担額と同額が加算される仕組みとなっており、この仕組みは継続する。

なお、地方単独事業として実施している集中的検査について、引き続き、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の活用が可能である。

○　なお、特にクラスター対策などの場面では、早期に感染状況を把握し、その後の感染拡大をなるべく防止する観点からも、行政検査の迅速な実施が重要である。そのため、行政検査を実施する際には、必要なときに、検査の実施からその結果の把握までを素早くできるよう、令和５年１月 17 日付け事務連絡「高齢者施設等での検査について」でお示しした運用の具体例等も参考にしながら、高齢者施設等とあらかじめ密に連携するなど、平時から備えていただくようお取り計らいのほど、よろしくお願いする。

(4) 相談窓口機能

○　外来や救急への影響緩和のため、自治体の相談窓口機能は、発熱時等の受診相談及び陽性判明後の体調急変時の相談を対象として実施していただいているところであるが、10 月以降も引き続き継続することとし、費用については、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の対象となる。なお、本措置は令和６年３月末までとする。

○　また、３月 17 日付け事務連絡において、My HER-SYS の療養証明書機能の利用等は９月末まで可能であること及び 10 月以降の HER-SYS　上のデータの取扱い等については追ってお示しするとしていたところである。

My　HER-SYS の療養証明書機能の利用等については、従前お示ししていたとおり、９月末までは利用可能であるが、９月末をもって、機能を停止することとする。（なお、10 月以降、My HER-SYS にログインをした場合には、機能が停止したことをお知らせする画面を表示することとなる。）

HER-SYS は、５月８日以降も一部機能に限り使用ができる状態ではあったが、新型コロナウイルス感染症に関する患者等の情報について保健所等の業務負担軽減及び情報共有・把握の迅速化を図るために稼働していたシステムであり、９月末をもって、入院調整のために提供していた発生届対象外者の登録機能は停止し、10 月末をもって、閲覧機能を除くその他の機能（例えば HER-SYS 上での医療機関・保健所等による本年５月７日以前の発生届等の編集等）も停止をすることとする。また、発生届のデータや保健所等が入力する積極的疫学調査のデータ等の HER-SYS 上のデータは、感染症法に基づき、都道府県知事（保健所設置市等の長を含む。）が保有するデータであるため、HER-SYS に入力されたデータについては、都道府県等において適切に保有をしていただけるよう、11 月以降、HER-SYS のダウンロード機能（感染者・接触者情報ダウンロードシステムとは異なる。）を用いて、各都道府県等へデータを還元することとする。なお、具体的な方法については、追ってお示しする予定である。また、都道府県等へのデータ還元が終了し一定期間経過の後、閲覧機能及びダウンロード機能並びに感染者・接触者情報ダウンロードシステムについても機能を停止する。

○　これまでも、経済団体等とも調整の上、自宅等で療養を開始する際、従業員又は児童等から、医療機関等が発行する検査の結果を証明する書類や診断書を求めないこと等を周知している。特に、感染拡大局面においては、医

療機関等が発行する検査の結果を証明する書類や診断書を求めるため受診すること（とりわけ救急外来を利用すること）は、外来医療提供体制への負荷が生じる一因となることから、これらを目的とした受診は控えていただくよう、改めて周知することが望ましい。

(5) 宿泊療養施設

○　高齢者や妊婦の療養ための宿泊療養施設については、５類感染症に位置づけ変更後も経過的に９月末まで継続していたところであるが、全国の利用実態も踏まえ、公費支援については、９月末までとする。

○　高齢者や妊婦が宿泊療養を利用する際に必要となる搬送についても、９月末までとする。

○　高齢者や妊婦の療養のための宿泊療養施設を廃止する際に必要となる修繕費や原状復帰費用については、基本的に 10 月末までの経費を補助する。なお、修繕費や原状復帰費用については、通常の賃料において想定されない費用（使用箇所の原状復帰に必要な消毒・清掃、客室の備品消耗品の交換や宿泊療養業務の遂行により消耗損傷した部分の修繕、廃棄物処理費）等、真に必要なものに限るものとすること。

(6) その他

○　救急において新型コロナ対応として使用する個人防護具（PPE）については、都道府県が購入して配布する場合の費用や市町村が購入する場合の費用を、補助対象範囲の見直しを行った上で 10 月以降も継続して新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の補助対象とする。なお、本措置は令和６年３月末までとする。

○　透析患者など、公共交通機関含め他の移動手段が確保できないために必要となる新型コロナ患者の搬送に係る支援については、他の疾病との公平性の観点から、９月末までとする。

９．その他

(1) その他医療機関等における対応について

○　患者や医療機関への来訪者におけるマスクの着用については、「マスク着用の考え方の見直し等について」（令和５年２月 10 日付け事務連絡。以下

「２月 10 日付け事務連絡」という。）の２において高齢者等重症化リスクの高い者への感染を防ぐため、マスク着用が効果的な次の場面では、マスクの着用を推奨することとされていることに改めて留意いただきたい。

① 医療機関受診時

② 高齢者等重症化リスクが高い者が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時

○ 高齢者等重症化リスクが高い者が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等の従事者については、２月 10 日付け事務連絡の４において、勤務中(※)のマスクの着用を推奨することとされている。引き続き、マスクの着用をはじめ、院内感染対策の適切な実施にご尽力いただきたい。

（※）勤務中であっても、従業員にマスクの装着が必要ないと考えられる具体的な場面については、各医療機関の管理者が適宜判断いただきたい。例えば、周囲に人がいない場面や、患者と接さない場面であって会話を行わない場面等Ｇにおいてはマスクの着用を求めない、といった判断が想定される。

○ また、マスクの着用は個人の判断に委ねられるものではあるが、事業者が感染対策上又は事業上の理由等により、利用者又は従業員にマスクの着用を求めることは許容されることとされていること。ただし、障害特性等により、マスク等の着用が困難な場合には、個別の事情に鑑み、差別等が生じないよう十分配慮をお願いすること。

(2) 今後の新型コロナ感染症対策についての基本的な留意事項

○ 新型コロナについては、本年５月８日に感染症法上、５類感染症への位置づけが変更された。来年４月には、通常の体制となることも視野に入れつつ、引き続き、感染対策に努めていただくようお願いする。

○ その際、令和４年の改正感染症法に基づき、都道府県連携協議会の開催や予防計画の策定等を進めていただいているところであるが、これらを活用するなどにより、日頃から管内の医療機関等と連携を密にし、円滑な入院等を実施できる体制が整えられているかを把握・調整していただくようお願いする。

新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について
１．見直しの基本的な考え方

令和５年９月15日
厚生労働省公表

○　本年３月の政府決定時点では、病床確保料等の特例措置については、９月末までを目途とし、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等の検証の結果に基づき、必要な見直しを行うこととしていた。
○　これを踏まえ、10月以降の見直しの基本的な考え方は以下のとおり。

医療提供体制等

通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行

R5.5/8（５類移行）　感染拡大　夏　検証　**10/1**　感染拡大？　冬　検証　**R6.4/1**

新たな体系に向けた取組の実施 → 取組の見直し・重点化 → 新たな体系の実施

診療報酬
介護報酬
同時改定

○幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行

・冬の感染拡大に先立ち、対応医療機関の維持・拡大を促進（外来の拡大、軽症等の入院患者の受入）

○冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保等

・確保病床の重点化（重症・中等症Ⅱ、感染拡大の状況に応じた対応）

・診療報酬特例、高齢者施設等への支援見直し・継続

○通常の対応へ完全移行

・確保病床に依らない形での体制

・新たな報酬体系（恒常的な感染症対応への見直し）

２．医療提供体制の移行（外来・入院・入院調整）

○　９月末に向けて、「移行計画」等に基づき、外来対応の拡大、確保病床によらない形での入院患者の受入、医療機関間での入院先決定等への移行を段階的に進めてきた。

○　来年4月の移行に向け、「移行計画」を延長して引き続き確保病床によらない形での受入を進めつつ、冬の感染拡大に対応するため、期間・対象者を重点化した上で確保病床の仕組みも継続可能とする。

	3/10本部決定	5類移行前	現行(8月)	具体的な措置（本年10月～翌年３月）
外来	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	約4.2万の医療機関 （患者を限定しない約2.3万）	約4.9万の医療機関 （患者を限定しない約3.6万） 【８月23日】	➢ 新たに「移行計画」の対象に外来を追加 ⇒　都道府県の実情に応じて、定期的に進捗管理しながら、対応医療機関を更に拡充 ➢ 設備整備や個人防護具の確保などの支援を継続
入院	約8,200の全病院での対応を目指す	約3,000の医療機関 最大入院者約5.3万人 （うち、確保病床　約3.1万人、確保病床外約2.2万人）	約7,300の医療機関 （うち、病院は約6,800、有床診療所は約500） 約5.9万人の受入 （うち、確保病床 約2.3万人、確保病床外 約3.6万人） 【移行計画】	➢「移行計画」を延長し、新たな医療機関による受入れを促進 ➢ 確保病床の対象・期間を重点化した上で継続 ➢ クラスター発生時に休止せざるを得ない病床への補助 ➢ 設備整備や個人防護具の確保などの支援を継続
入院調整	原則、医療機関間による入院先決定	都道府県 保健所設置市 特別区	原則、医療機関間による入院先決定	➢ 引き続き、医療機関間で入院先決定 ➢ 病床状況共有のためG-MISなどITの活用推進 ➢ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す （感染拡大局面における困難ケースなど、必要に応じて支援）

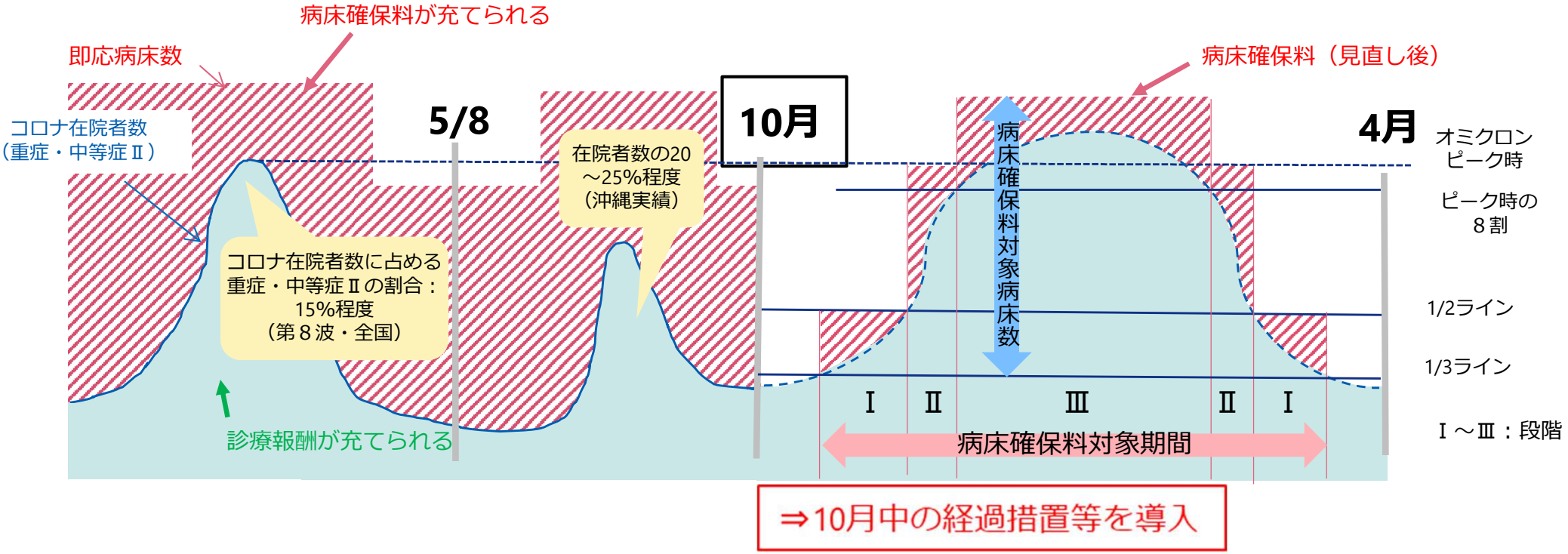
３．病床確保料の取扱い①

○　入院医療体制は、幅広い医療機関による対応が拡大。

○　引き続き、確保病床によらない形での入院患者の受入を進めつつ、冬の感染拡大を想定し、**対象等を重点化して病床を確保することを可能**とする。

○　通常医療との公平性等を考慮し、効率的・効果的な運用が必要であるため、病床確保料は、**対象範囲を「重症・中等症Ⅱの入院患者」**（約1.5万人（新型コロナの全入院者数の25%程度））**に重点化**する。また、**国において感染状況に応じた段階や即応病床数の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。（額は、診療報酬特例の見直しも参考にして見直し）**

＜病床確保のイメージ（重症・中等症Ⅱ）＞



３．病床確保料の取扱い②

<重点化した確保病床に係る段階運用の考え方>

○　**国は、感染状況等に応じた段階・即応病床数の目安を示す**

○　**都道府県は、段階に応じ、この目安に基づき即応病床数等を設定し、それぞれの感染状況等に応じて運用**

⇒　オミクロン株流行の最大在院者数（第７波又は第８波）との比較で３つの段階に分類

段階	段階Ⅰ（※１）	段階Ⅱ	段階Ⅲ
移行基準 （目安）	① ピーク時の1/3の在院者 ⇒　ピークまで約６週間	② ピーク時の1/2の在院者 ⇒　ピークまで約４週間	③ ピーク時の８割の在院者 ※「直近ピーク時の約８割の在院者数」の段階から、即応病床数の試算を開始。
即応病床数 （上限目安）	（在院者数：1/2－1/3）×0.25	左記＋ （在院者数：ピーク－1/2）×0.25	左記　＋ （在院者数：２週間後の試算－ピーク）×0.25

（※１）１／２に達する前に受入準備を始める観点から、１／３に達した時点で準備を始められるよう段階Ⅰを設定。段階Ⅰの前から感染状況の把握等を行うことが重要。段階の設定方法は、国の目安の範囲内で都道府県の実情に応じて検討し、地域の医療機関と確認する。

○　**病床確保料は、一定の感染拡大を超える段階Ⅰ～Ⅲ～Ⅰ相当の期間に重点化する。**（※２）

（※２）感染縮小局面では感染再拡大の見極めのために一定の病床確保を継続しておく必要があるため、段階Ⅰの基準に満たない水準に達した後も１週間以内に段階０に移行することを可能とする。

・　経過措置として、10月の間は、段階Ⅰに達しない都道府県でも、段階Ⅰの即応病床数を上限に病床確保料の対象とすることを可能とする。

３．病床確保料の取扱い③

① **重点医療機関の補助区分を廃止**し、**対象範囲を原則、重症者・中等症Ⅱ患者**とする。

② 国において感染状況に応じたフェーズ・即応病床の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。

（感染が落ち着いている段階は支給しない。）

③ **補助単価（上限）は診療報酬特例の見直しも参考にして見直し(0.8倍)を行う(令和６年３月末まで継続)。**

令和５年５月８日～９月30日の補助上限額

病床区分	重点医療機関	
	（特定機能病院等）	（一般病院）
ＩＣＵ	436,000円／日 →**218,000円／日** **（①）**	301,000円／日 → **151,000円／日** **（②）**
ＨＣＵ	211,000円／日 → **106,000円／日（③）**	
その他病床	74,000円／日 → **37,000円／日** **（④）**	71,000円／日 → **36,000円／日** **（⑤）**

０．８倍

10月１日～の補助上限額

病床区分	医療機関	
	（特定機能病院等）	（一般病院）
ＩＣＵ	**174,000円／日** **（①）**	**121,000円／日** **（②）**
ＨＣＵ	**85,000円／日（③）**	
その他病床	**30,000円／日** **（④）**	**29,000円／日** **（⑤）**

（※）原則、重症者・中等症Ⅱ患者用病床

休止病床の取扱い

○ 休止病床の補助上限数については、**即応病床１床あたり休床１床（ICU・HCU病床の場合は２床を上限）**

※院内感染が発生したことにより休止せざるを得ない病床への補助は感染状況にかかわらず実施

４．診療報酬の取扱い①（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）

○　診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和５年10月１日～）。

新型コロナの類型変更（令和５年5月）に伴う方向性・考え方		令和５年９月まで	令和５年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	①**300点**【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に８月末までに移行】　又は、 ②**147点**【①に該当せず、院内感染対策を実施】	①**147点**【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】 又は、 ②**50点**【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し	**147点** 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（３倍）は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	**950点/回** 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	**100点/回** 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	**950点** 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は**2,850点**	**300点** 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は**950点**
		950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	**300点** 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	**300点** 【コロナ疑い/確定患者への往診】	**50点** 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R６改定において恒常的な感染症対策への見直し

４．診療報酬の取扱い②（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）

新型コロナの類型変更（令和５年5月）に伴う方向性・考え方		令和５年９月まで	令和５年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 **ICU等の入院料：1.5倍** **（＋2,112～＋8,159点/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算１：２～３倍** **（1,900～2,850点/日）** ※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**＋950点/日**）	①重症患者 **ICU等の入院料：1.2倍** **（＋845～3,263点/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算２：２～３倍** **（840～1,260点/日）** ※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**＋420点/日**）
		コロナ回復患者を受け入れた場合 **750点/日** （**60日目まで**。さらに**14日目まで**は**＋950点**）	コロナ回復患者を受け入れた場合 **500点/日** （**14日目まで**）
	＋ 必要な感染対策を 引き続き評価	**250～1,000点/日** (感染対策を講じた診療)	**125点～500点/日** (感染対策を講じた診療)
		300点/日 (２類感染症の個室加算の適用)	**300点/日** (２類感染症の個室加算の適用)
		250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	**50点/日** (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	**298点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	**147点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料:**２倍**（**＋59点又は＋45点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：**1.5倍**（**+30点又は+23点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）

R６改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和５年５月８日から令和６年３月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（＋147点／３月ごとに算定可）

５．患者等に対する公費支援

○　コロナ治療薬や入院医療費の自己負担分に係る公費支援については、患者の急激な負担増が生じないように配慮しつつ、見直しを行った上で継続する。

	９月までの取扱い	10月以降の対応
治療薬	コロナ治療薬の費用は全額公費支援（外来・入院）	➢ 他の疾病との公平性の観点も踏まえ、自己負担なしの扱いから、一定の自己負担を求めつつ公費支援を継続。 ➢ 自己負担の上限額は、医療費の自己負担割合に応じて段階的に、１割の方：3,000円、２割の方：6,000円、３割の方：9,000円とする。 ３割の方でも、重症化予防効果のあるラゲブリオ等の薬価（約９万円）の１割程度（9,000円）にとどまるように見直す。
入院医療費	高額療養費制度の自己負担限度額から２万円を減額	➢ コロナの入院期間は、５類移行後、インフルエンザとほぼ同様な状態に近づいている。 ※平均入院日数　コロナ：約10日⇒約７日、インフル：約６日 一方で、診療報酬上の特例加算は見直されているものの、インフルエンザとはまだ差がある状況。 ➢ 他の疾病との公平性の観点も踏まえ、入院医療費については、高額療養費制度の自己負担限度額から１万円の減額に見直して公費支援を継続。

※冬の感染拡大に備える観点から、以下についても10月以降継続
・高齢者施設等における行政検査（陽性者発生時の検査、従事者への集中的検査）
・自治体が設置する受診相談（発熱時等の受診相談、陽性判明後の体調急変時の相談）の窓口への公費支援

（参考）新型コロナ医療費の自己負担イメージ

＜外来医療費＞

		~R5/5/7	R5/5/8~	R5/10/1~	完全移行後
		外来治療費、治療薬とも全額公費支援	治療薬は全額公費支援	治療薬は一定の自己負担（定額）	外来治療費、治療薬とも通常の自己負担
医療費の負担割合	1割（住民税非課税、～年収約200万）	0円	1,390円（うち薬剤費0円）	4,090円（うち薬剤費3,000円）	8,000円（※）～10,520円（うち薬剤費9,430円）
	2割（年収約200万～約370万）	0円	2,780円（うち薬剤費0円）	8,180円（うち薬剤費6,000円）	18,000円（※）（うち薬剤費18,860円）
	3割（年収約370万～）	0円	4,170円（うち薬剤費0円）	12,270円（うち薬剤費9,000円）	31,570円（うち薬剤費28,290円）

【前提】75歳以上の例。治療薬は重症化予防効果のあるラゲブリオ（１治療あたり薬価94,312円）を想定
※高額療養費を適用

＜入院医療費＞

	~R5/5/7	R5/5/8~	R5/10/1~	完全移行後
75歳以上（１割負担）　※「～年収約370万」の所得区分には２割負担も含まれる。				
住民税非課税（所得が一定以下）	0円	0円	5,000円	15,000円（※）
住民税非課税	0円	4,600円	14,600円	24,600円（※）
～年収約370万	0円	37,600円	39,800円～47,600円	39,800円～57,600円（※）

【前提】コロナは7日間、インフルは６日間の入院を想定。治療薬代は除く
R5/5/8～は自己負担上限額を2万円程度、10/1～は１万円程度減額する公費支援を適用
※高額療養費を適用

（参考）新型コロナ治療薬の概要

＜各治療薬の薬価＞

販売名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
ラゲブリオカプセル200mg	・軽症～中等症Ⅰ患者で重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を30-50%減少	2,357.80円	94,312.00円
パキロビッドパック600/300	・軽症～中等症Ⅰ患者で重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を89%減少	19,805.50円 (300: 12,538.60円)	99,027.50円 (300: 62,693.00円)
ゾコーバ錠125mg	・軽症～中等症Ⅰ患者 ・５症状の回復までの期間を１日短縮	7,407.40円	51,851.80円
ベクルリー点滴静注用	軽症～重症患者。軽症患者に使用する場合は重症化リスクを有する者	61,997.00円	247,988.00円※

※ 軽症患者に対して標準的な投与期間で使用した場合

＜各治療薬の投与対象＞

軽症		中等症Ⅰ		中等症Ⅱ	重症
重症化リスク:低	重症化リスク:高	重症化リスク:低	重症化リスク:高		
ゾコーバ	ラゲブリオ パキロビッド	ゾコーバ	ラゲブリオ パキロビッド		
	ベクルリー（点滴）				

６．高齢者施設等への支援

○　高齢者施設等への各種支援を実施する中で、新型コロナ感染症の流行時はもとより、感染が落ち着いている状況においても、高齢者施設等における施設内療養が一定程度行われている。

○　今後の感染拡大において医療ひっ迫を避けることなども考慮し、施設内療養や、医療機関からの受入れを行う施設等への支援は、一部要件や金額等を見直した上で継続する。

９月までの取扱い	10月以降の対応
感染者が発生した場合等のかかり増し経費の補助	➢ 新型コロナ感染者への対応に係る業務手当について、１人あたりの補助上限を4,000円/日とする。
施設内療養の補助 （通常の補助１万円/日、追加補助１万円/日）	➢ 通常の補助及び追加補助の補助単価について、それぞれ１人あたり１万円/日⇒5,000円/日に見直す。 ➢ 追加補助の要件であるクラスターの発生人数について、大規模施設は５人以上⇒10人以上、小規模施設は２人以上⇒４人以上に見直す。
医療機関からコロナ回復患者の受入れの場合の加算 （退所前連携加算（500単位/日）を最大30日間算定可）	➢ 算定可能日数を30日⇒14日に見直す。