

事 務 連 絡  
令和5年3月10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

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  
(情報提供)

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（COVID-19）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等に関する対応方針について（情報提供）」（令和5年1月27日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）でお知らせしたとおり、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、令和5年5月8日から感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけることとしています。

位置づけの変更に伴う医療提供体制や患者等への対応については、3月上旬を目途に具体的な方針をお示しすることとしていましたが、本日、具体的な方針として、新型コロナウイルス感染症対策本部において、「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医療提供体制及び公費支援の見直し等について」が決定されました。

詳細は別紙1（新型コロナウイルス感染症対策本部決定）及び別紙2（同決定に関する参考資料・ポイント）のとおりですが、今後、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きます。

このため、新型コロナウイルス感染症対策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ていきます。そして、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ウイルス感染症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ととなります。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、必要な見直しを行います。

本決定について御了知の上、関係各所へ周知の程、お願い申し上げます。また、本決定に基づく医療提供体制、移行計画、入院医療費の軽減措置等に関する詳細の取扱は、近日中にお示しする予定です。

なお、別途事務連絡にてお知らせしているとおり、本件について、令和5年3月14日（火）14：30～16：00に自治体向け説明会を開催させていただきますのでご承知置き下さい。

(参考) 新型コロナウイルス感染症対策本部ウェブサイト

※本事務連絡の別紙1，2と同じ資料

○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日対策本部決定）

[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/th\\_siryoku/kihon\\_r\\_050310.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryoku/kihon_r_050310.pdf)

○(参考資料)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（ポイント）（令和5年3月10日）

[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/th\\_siryoku/sankou\\_r050310.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryoku/sankou_r050310.pdf)

(照会先)

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

戦略班 [variants@mhlw.go.jp](mailto:variants@mhlw.go.jp)

医療班 [corona-houkoku@mhlw.go.jp](mailto:corona-houkoku@mhlw.go.jp)

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

1. 位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し

(1) 基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）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。）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への対応に移行していくことになる。
- このため、新型コロナウイルス感染症対策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る。そして、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ウイルス感染症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。
- その際、各都道府県による「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。
- 入院調整についても、冬の感染拡大に先立ち、「移行計画」などに基づき、まずは軽症等の患者から医療機関間による調整

の取組を進める。秋以降は、その進捗を踏まえつつ、重症者等の患者について医療機関間による調整の取組を進めることを基本に対応する。これにより、病床確保を含む行政による調整から、他の疾病と同様に入院の可否を医療機関が判断し、医療機関間での調整を基本とする仕組みに移行する。

- 上記の取組を推進するため、「地域包括ケア病棟」等での受入れの促進、医療機関間で病床の状況を共有しやすくする仕組みの普及など必要な支援を行うとともに、現行の支援策について必要な見直しを行う。

## (2) 外来

### 【令和5年3月上旬から着手する取組】

#### ①感染対策の見直し

- 感染対策について、これまでの学会等のガイドライン（以下単に「ガイドライン」という。）の範囲内で最大限安全性を重視した対応から、ガイドラインに沿いつつ安全性だけではなく、効率性も考慮した対応へ見直す。
- 新たに対応する医療機関における感染対策のために必要となる設備整備や個人防護具の確保等に対して、必要な支援を行う。

#### ②応招義務の整理

- 医師等の応招義務について、新型コロナウイルス感染症に罹患又はその疑いのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しない取扱いになる（注1）ことを明確化する。（注1）特定の感染症へのり患等のみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しないが、現在、新型コロナウイルス感染症は、2類感染症と同様、制度上特定の医療機関で対応すべきとされていることから、その例外とされている。新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更後は、制度上幅広い医療機関において対応できる体制に移行するこ

とから、「正当な事由」に該当しない取扱いに変わる。

③医療機関や地方自治体への周知

- 「診療の手引き」や感染対策の見直し、応招義務の整理等について、分かりやすい啓発資材を作成し、医療機関や地方自治体に対して周知を行う。

【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

- 各都道府県において、定期的に対応医療機関数（令和5年2月時点で、全国で約4.2万）を把握しつつ、広く一般的な医療機関（全国で最大約6.4万）（注2）での対応を目指し、医療機関数の維持・拡大を促す。国は、都道府県を通じてその進捗管理を行う。その際、都道府県は、受け入れる患者をかかりつけの患者に限定している医療機関に対して、地域の医師会等と連携の上、患者を限定しないよう積極的に促す。
- 対応医療機関について、各都道府県において医療機関名等を公表する仕組みを当面継続する（注3）。
- 国及び都道府県は、対応医療機関の維持・拡大に向けて、位置づけ変更を待たずに、積極的に取組を行う。

（注2）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。

（注3）冬の感染拡大に先立って、医療機関数の拡大の状況等を踏まえ、必要な対応を検討する。インフルエンザについては、医療機関名等を公表する取組は行っていない。

（注4）外来のひっ迫回避のため、重症化リスクの低い者への自己検査・自宅療養の呼びかけ（自己検査キットや解熱鎮痛剤の常備を含む。）、受診相談センター等の取組は、継続する。

### (3) 入院

#### 【令和5年3月上旬から着手する取組】

##### ① 地方自治体による移行計画の策定

- 各都道府県において、冬の感染拡大までの間、新たな医療機関による軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを進めること、医療機関間による入院調整を進めること等を内容とする9月末までの「移行計画」を4月中に策定する。

##### ② 感染対策の見直し

- 感染対策について、ガイドラインの範囲内で最大限安全性を重視した対応から、ガイドラインに沿いつつ安全性だけではなく、効率性も考慮した対応へ見直す。【再掲】
- 新たに対応する医療機関における感染対策のために必要となる設備整備や個人防護具の確保等に対して、必要な支援を行う。【再掲】

##### ③ 応招義務の整理

- 医師等の応招義務について、新型コロナウイルス感染症に罹患又はその疑いのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しない取扱いになることを明確化する。【再掲】

##### ④ 医療機関や地方自治体への周知

- 「診療の手引き」や感染対策の見直し、応招義務の整理等について、分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関や地方自治体に対して周知を行う。【再掲】

#### 【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

##### ① 新たな医療機関による受入れの促進

- 全病院（約8,200）で対応することを目指し、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）（注5）に対して、新たな軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す。特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」や「地域一般病棟」等の受入れを積極的に推進する。

(注5) 重点医療機関等（令和5年2月時点で新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れるための確保病床を有する医療機関）数：3,018、新型コロナウイルス感染症の患者の受入れ経験がある病院（令和4年11月から令和5年1月までの間に1回でも入院患者の受入れの報告を行った病院）数：4,824

- また、受入れ経験がない医療機関に受入れを促す。
- 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）は、重症者・中等症Ⅱ患者の受入れへと重点化を目指す。
- 「移行計画」には、各都道府県において、直近のオミクロン株の流行時における入院者数を想定した上で（注6）、冬の感染拡大に先立ち、9月末までの期間で、これまで確保病床で受け止めてきた軽症・中等症Ⅰの入院患者について、位置づけ変更後、受入れ経験がある医療機関や「地域包括ケア病棟」等においてどの程度受入れを行うか、重点医療機関等で引き続きどの程度受け入れるか等、具体的な患者像を念頭に置きつつ、新たな医療機関による受入れの具体的な方針や目標等を記載する。
- 国及び都道府県は、対応医療機関の維持・拡大に向けて、位置づけ変更を待たずに、積極的に取組を行う。

(注6) オミクロン株が主流となっていた直近の最大の入院者数（令和5年1月11日）：約4.4万人（うち確保病床への入院者数が約2.9万人、確保病床以外への入院者数が約1.5万人）

## ②病床確保料の見直し

- 診療報酬特例の見直し（(6) 診療報酬の取扱い）に連動して病床確保料の補助単価の見直しを行う（注7）。
- また、通常の医療提供体制への移行を目指す中で、病床を効果的に活用する観点から、休止病床の範囲の見直しを行う

(注7)。

- 病床確保料について、上記の形で9月末までを目途とした措置とし、その後の対応については「移行計画」に基づく冬の感染拡大に先立つ軽症等の患者に対応する医療機関の拡充や入院調整を医療機関間により行う取組の進捗状況等を踏まえ、必要な見直しを行う。

(注7) 重点医療機関(特定機能病院等)の一般病床は3.7万円/日とし、確保病床1床に対して最大1床分の休止病床とするなど。

### ③救急医療

- 入院の医療提供体制の拡充とあわせて、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(#7119、#8000等)を維持・強化するとともに、救急車利用の目安について救急車利用マニュアル等によりあらかじめ確認することについて引き続き周知を行う。

### ④臨時の医療施設の取扱い

- 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。)に基づき設置された臨時の医療施設については、地域の他の医療機関等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。ただし、健康管理機能を持つ臨時の拠点としての利用を可能とするほか、都道府県が高齢者や妊婦の患者の受入れ、救急搬送への対応等のため特に必要と判断する場合には、医療施設として当面存続できることとする。

### ⑤医療人材の確保

- 医療提供体制のひっ迫に対応するため、医療機関を超えた医療人材を確保するための取組を継続する。

#### (4) 入院調整

##### 【令和5年3月上旬から着手する取組】

- 各都道府県において、冬の感染拡大までの間、新たな医療機関による軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを進めること、医療機関間による入院調整を進めること等を内容とする9月末までの「移行計画」を4月中に策定する。【再掲】

##### 【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

- 外来で新型コロナウイルス感染症の陽性が確定した患者の入院先の調整について、冬の感染拡大に先立って、原則、医療機関間による調整への移行を促すため、以下の取組を行う。
  - ・病床の状況を共有するため、G-MIS やこれまで各地域で構築してきたシステムなど IT の活用を推進（好事例の周知、G-MIS について入力項目の簡素化等、より使いやすくするための見直し等）する。その際、個々の外来医療機関における対応を支援するため、地域の医師会等と連携した取組を進める。
  - ・円滑な移行のため、都道府県の取組の実情に応じて、当面、「入院調整本部」等の枠組みを残すことを可能とする（病床ひっ迫時等に支援）。
- 各都道府県において、冬の感染拡大に先立って、「移行計画」で定めた方針などに基づき、まずは軽症・中等症Ⅰの患者から医療機関間による調整の取組を進める。秋以降は、その進捗を踏まえ、重症者・中等症Ⅱ患者について医療機関間による調整の取組を進めつつ、病床確保にかえて重症者・中等症Ⅱ患者向けの対応を行った医療機関へ支援を行うことなどを検討する。
- 妊産婦、小児、透析患者については、都道府県における既存の調整の枠組みへの移行を進める。
- 入院調整については、現行でも、医療機関間による調整の取

組が進められているところであり、地域の実情に応じて、位置づけ変更を待たずに、医療機関間による調整の取組を積極的に進める。

(5) 自宅療養者への対応

- 自宅療養者への対応について、発熱時等の受診相談機能や陽性者の体調急変時の相談機能を継続するとともに、ハイリスク者への電話・オンライン診療、往診、薬剤交付や服薬指導、訪問看護などの取組を継続する。

(6) 診療報酬の取扱い

- 新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、5月8日以降、外来等及び入院における診療報酬特例について、以下のとおり見直す。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

①外来等

- 外来については、感染対策を一定程度評価しつつ、事務負担の軽減等に伴い新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る特例措置は見直していく。一方で、位置づけの変更に伴い必要となる入院調整等の業務を新たに評価する。
  - ・位置づけ変更後も必要となる、空間分離や時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策については引き続き評価した上で、受け入れる患者を限定しないことを評価する仕組みとする。
  - ・コロナ患者の診療に係る特例措置については、届出の簡略化といった事務負担の軽減等に伴い、見直しを行う。
  - ・一方で、位置づけ変更に伴い、今後は原則、入院調整等は

各医療機関が実施することになることを踏まえ、これらの業務に対する評価を行う。

- ・また、入院の必要性が低い場合に施設内での療養を支援する観点から、介護保険施設等に対する緊急往診は引き続き評価する。

## ②入院

- 入院については、人員配置の効率化が図られている実態等を踏まえ、重症・中等症患者等に対する特例措置は見直していく。一方で、介護業務の増大等を踏まえ、「地域包括ケア病棟」等での患者の受入れを新たに評価する。
  - ・重症・中等症患者等に対する特例措置、例えば救急医療管理加算4～6倍などは、入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等により、業務・人員配置の効率化が図られている実態や、高齢患者増に伴う介護業務への対応の実態を踏まえ、見直す（4～6倍→2～3倍など）。
  - ・介護業務の増大等を踏まえ、リハビリテーションや入退院支援体制が充実した病棟（「地域包括ケア病棟」等）での患者の受入れを新たに評価する。
  - ・入院医療においても、リハビリテーション実施時も含め、必要な感染対策は引き続き評価する。

## 2. 高齢者施設等における対応

- 高齢者施設には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は、適切かつ確実に施設から入院できる体制を確保しつつ、施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等の各種の政策・措置（注8）は、当面継続する（注9）。

（注8）

- ・高齢者施設における感染対策の徹底

- ・重症化リスクが高い者が多く入所・生活する高齢者施設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（※）

※いずれも地方自治体を実施する場合には、行政検査として取り扱う。

- ・希望者に対する新型コロナワクチンの接種
- ・高齢者施設で新型コロナウイルス感染症患者等が発生した場合における相談、往診（オンライン診療含む）、入院調整等を行う協力医療機関の事前の確保
- ・高齢者施設へ看護職員を派遣する派遣元医療機関等への補助
- ・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への補助
- ・退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例

（注9）施設内療養の補助については、施設が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、医療提供体制の状況を踏まえて見直しを行う。

- その上で、高齢者施設における感染対策、介護従事者の訓練、医療機関との連携強化などの取組を推進するためのさらなる方策を検討する。
- 障害者施設についても同様に、感染対策の徹底、施設における従事者への集中的検査等の実施、感染発生時の施設に対する支援、療養に必要な医療提供体制の確保等、引き続き必要な取組を進める。

### 3. 患者等に対する公費支援の取扱い

- 位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について期限を区切って継続する。

#### (1) 外来医療費の自己負担軽減

- 新型コロナウイルス感染症治療薬（注10）の費用（薬剤費）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月末まで措置し、その後の本措置の取扱いについては、他の疾病との公平性に加え、国の在庫の活用や薬価の状況も踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討する。

（注10）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」

- 新型コロナウイルス感染症治療薬以外の外来医療費については、他の疾病との公平性を踏まえて、自己負担分の公費支援は位置づけの変更により終了する。

#### (2) 入院医療費の自己負担軽減

- 新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費に関しては、他の疾病との公平性も考慮し、医療費や食事代の負担を求めることとなるが、急激な負担増を避けるため、今夏の感染拡大への対応として、まずは9月末まで、高額療養費制度の自己負担限度額から2万円を減額する措置を講ずる。なお、その額が2万円に満たない場合にはその額を減額する。
- その後については、感染状況や他の疾病との公平性を考慮しつつ、その必要性を踏まえて検討する。
- 入院する新型コロナウイルス感染症患者の新型コロナウイルス感染症治療薬の費用については、外来医療費と同様、公費支援を実施する。

### (3) 検査の自己負担

- 発熱等の患者に対する検査については、抗原定性検査キットが普及したことや他の疾病との公平性を踏まえ、自己負担分の公費支援は位置づけの変更により終了する。
- 引き続き、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地方自治体を実施する場合には、行政検査として取り扱う。【一部再掲】

### (4) 相談窓口機能

- 外来や救急への影響緩和のため、地方自治体の受診相談機能は継続する。(注11)

(注11) 陽性者の体調急変時の相談機能は継続することとし、公費支援を継続する。位置づけの変更に伴って個々の陽性者についての発生届が廃止となるため、健康フォローアップセンターの陽性者の登録機能や、発生届等をもとにした行政からのプッシュ型の健康観察については終了する。

### (5) 宿泊療養施設

- 感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症患者の外出自粛は求められなくなるため、隔離のための宿泊療養施設は位置づけの変更と同時に終了する。
- ただし、高齢者や妊婦の療養のための宿泊療養施設は、入院とのバランスを踏まえた自己負担を前提に、地方自治体の判断で経過的に9月末まで継続する。

#### 4. その他

##### (1) 病原性が大きく異なる変異株が生じた場合の対応

- 位置づけの変更後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに必要な対応を講じる。
- 具体的には、科学的知見や専門家の意見等を踏まえ、感染症法上の入院勧告等の各種措置が必要になるかどうかも含めて速やかに検討し、必要があると認められれば、新型コロナウイルス感染症の発生時と同様に、この新たな変異株を、まずは感染症法上の「指定感染症」に位置づけることにより（政令で措置）、一時的に対策を強化する。
- 指定感染症に位置づけた上で、病状の程度が重篤で、全国的かつ急速なまん延のおそれがあると認められる場合には、厚生労働大臣から内閣総理大臣への報告を行い、特措法に基づく政府対策本部及び都道府県対策本部を設置する。なお、新たな変異株の特性等によっては、ただちに「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけることもありうる。
- 政府対策本部においては、基本的対処方針を定め、その中で、行動制限の要否を含めた感染対策について決定する。
- 加えて、新たな変異株の特性なども踏まえ、これまでの対応の知見等も活用しつつ、必要な方が適切な医療にアクセスできるよう、各都道府県と連携し、病床や外来の医療提供体制の確保を行う。

##### (2) 水際措置等

- 位置づけの変更に伴い、検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）上の検疫感染症から外れるため、入国時検査等の水際措置は適用されなくなる。
- 位置づけの変更後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの状況になれば、検疫法に基づく政

令指定により、隔離・停留といった強力な措置を可能とする等、国内への流入を遅らせるとともに国内での感染拡大をできる限り防止するために必要な措置を迅速に講じる。

- また、増加が見込まれる訪日外国人観光客の医療費未収対策を引き続き進める。

### (3) ワクチン接種

- 令和5年度のワクチン接種については、秋冬に5歳以上の全ての者を対象に接種を行い、高齢者等重症化リスクが高い者等には、秋冬を待たず春夏にも追加で接種を行うとともに、引き続き、自己負担なく受けられるようにする。

# 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（ポイント）

参考資料

※ 本資料は、「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）について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

## ○新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に

### 新型インフルエンザ等感染症

入院措置などの行政の強い関与  
限られた医療機関による特別な対応

### 5類感染症

幅広い医療機関による自律的な通常の対応  
行政は医療機関支援などの役割に

### 医療提供体制

幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行

特別対応から通常対応への考え方の転換

5/8

感染拡大？

夏

検証

感染拡大？

冬

検証

R6.4/1

R5.3月  
月上旬

位置づけ変更

新たな体系に向けた取組

冬の感染拡大に先立って  
重点的な取り組みを行う

暫定的な診療報酬措置

診療報酬  
介護報酬  
同時改定

新たな診療報酬体系

対応する医療機関の維持・拡大を促す。

⇒

外来：4.2万 → 最大6.4万  
入院：約3千 → 全病院約8千

### 入院・外来の医療費

急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続

## 位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し（外来・入院・入院調整）

	現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
外来	約4.2万の医療機関	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 感染対策について効率的な対応へ見直し</li> <li>➤ 設備整備や個人防護具の確保などの支援</li> <li>➤ 応招義務の整理（コロナへのり患又はその疑いのみを理由とした診療拒否は「正当な事由」に該当しないことを明確化）</li> </ul> <p>⇒ 診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関に周知 定期的に対応医療機関数を把握・進捗管理しながら、維持・拡大</p> <p><small>※医療機関名の公表は当面継続（冬の感染拡大に先立って対応を検討） ※重症化リスクの低い者の自己検査・自宅療養（含む自己検査キット・解熱鎮痛剤常備）、受診相談センター等の取組は継続</small></p>
入院	約3,000の医療機関	約8,200の全病院での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 上記の外来と同様の取組に加え、4月中に、各都道府県で9月末までの「移行計画」を策定し、新たな医療機関による受入れを促進             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 確保病床を有していた重点医療機関等（約3,000）                 <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す</li> </ul> </li> <li>② これまで受入れ経験のある重点医療機関等以外の医療機関（約2,000）                 <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す</li> <li>特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」等での受入れを推進</li> </ul> </li> <li>③ これまで受入れ経験のない医療機関 ⇒ 受入れを促す</li> </ul> </li> </ul> <p><small>※廃止となる臨時的医療施設（新型インフルエンザ特別措置法）のうち必要なものはその機能を当面存続</small></p>
入院調整	都道府県保健所設置市特別区	原則、医療機関間による調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 病床状況の共有のためのG-MISなどITの活用推進</li> <li>➤ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す<small>（病床ひっ迫時等に支援）</small></li> <li>➤ まずは軽症・中等症Ⅰ患者から医療機関間の調整を進め、秋以降、重症者・中等症Ⅱ患者の医療機関間の調整を進める</li> <li>➤ 妊産婦、小児、透析患者は、都道府県における既存の調整の枠組みに移行</li> </ul>

# 診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

- 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い、令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	
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	<b>300点</b> 【院内の感染対策が要件】	① <b>300点</b> 【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 <b>147点</b> 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	医療体制の状況等を検証しながら判断
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 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	<b>250点</b> （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）	
		<b>950点</b> 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）あり	<b>147点</b> 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナブ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	
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	<b>2,850点</b> 【緊急の往診】	<b>950点</b> 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続	医療体制の状況等を検証しながら判断
			<b>950点/回</b> 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	
	往診時等の感染対策を引き続き評価	<b>300点</b> 【コロナ疑い/確定患者への往診】	<b>950点</b> 【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】  （引き続き評価）	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

# 診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

対応の方向性		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）
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	①重症患者 <b>ICU等の入院料: 3倍</b> (+8,448～+32,634点/日)	①重症患者 <b>ICU等の入院料: 1.5倍</b> (+2,112～+8,157点/日)
	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	②中等症患者等 <b>救急医療管理加算: 4～6倍</b> (3,800～5,700点/日)	②中等症患者等（急性期病棟等） <b>救急医療管理加算: 2～3倍</b> (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）	
		コロナ回復患者を受け入れた場合 <b>750点/日</b> (さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで)	コロナ回復患者を受け入れた場合 <b>750点/日</b> (60日目まで。さらに14日目までは+950点)
必要な感染対策を引き続き評価		<b>250～1,000点/日</b> (感染対策を講じた診療)	(引き続き評価)
		<b>300点/日</b> (個室での管理)	(引き続き評価)
		<b>250点/日</b> (必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施)	(引き続き評価)
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	<b>298点</b> (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)	(引き続き評価)
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	<b>訪問対面500点、電話等200点</b> (自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例)	(引き続き評価) ※自宅・介護保険施設等への対応を評価  ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料: 2倍 (+59点又は+45点)

医療体制の状況等を検証しながら判断

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

## 病床確保料の見直し

- ① 病床確保料の補助単価（上限）は、これまで診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきたところ、今般、診療報酬特例の見直しに連動して見直し（半額）を行う（当面、9月末まで継続）。
- ② また、休止病床の補助上限数については、コロナ入院医療における人員配置等の変化など実態を踏まえて見直しを行う。

### ①補助単価（上限）の見直し

病床区分	重点医療機関		一般の医療機関
	（特定機能病院等）	（一般病院）	
ICU	補助上限額 436,000円/日 → 218,000円/日	補助上限額 301,000円/日 → 151,000円/日	補助上限額 97,000円/日
HCU（※1）	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 41,000円/日
その他病床	補助上限額 74,000円/日 → 37,000円/日	補助上限額 71,000円/日 → 36,000円/日	補助上限額 16,000円/日

（※1）一般の医療機関においては、重症者・中等症者病床

### ②休止病床の補助上限数の見直し

○ 休止病床の補助上限数について、即応病床（※2）**1床あたり休床1床に見直す**（現在2床が上限）。

（※2）その他病床の場合（特別な事情がある場合の経過措置あり）。ICU・HCU病床の場合は**2床を上限に見直す**（現行4床を上限）。

## 高齢者施設等における対応

入院が必要な高齢者は、適切かつ確実に入院できる体制を確保しつつ、施設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、退院患者の受け入れ促進等を進める。

### 位置づけ変更後（現行の各種施策・措置を当面継続）

	位置づけ変更後（現行の各種施策・措置を当面継続）
<b>感染対策</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 感染対策の徹底、希望者に対する新型コロナワクチンの接種</li><li>➤ 高齢者施設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</li></ul>
<b>医療機関との連携強化</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 高齢者施設で新型コロナウイルス感染症患者等が発生した場合における相談、往診、入院調整等を行う医療機関の事前の確保</li><li>➤ 高齢者施設へ看護職員を派遣する派遣元医療機関等への補助</li></ul>
<b>療養体制の確保</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 施設内療養を行う施設等への支援の実施（医療機関との連携体制を確保している等の要件を満たす高齢者施設）</li><li>➤ 緊急時の人材確保や施設の消毒・清掃に要する費用等の補助</li></ul>
<b>退院患者受入促進</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例</li></ul>

# 患者等に対する公費支援の取扱い

	現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
外来医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政による患者の外出自粛要請</li> <li>外来医療費の自己負担分を公費支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の外出自粛は求められない</li> <li>高額な治療薬の費用を公費支援</li> <li>その他は自己負担</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス治療薬<sup>※1</sup>の費用は、急激な負担増を避けるため、公費支援を一定期間<sup>※2</sup>継続               <ul style="list-style-type: none"> <li>※1 経口薬（ラゲブリオ・パキロビッド、ソコーバ）、点滴薬（ベクルリー）、中和抗体薬（ロナプリーブ、ゼビュディ、エバジェルド）</li> <li>※2 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末まで措置し、その後の本措置の取扱いについては、他の疾病とのバランスに加え、国の在庫の活用や薬価の状況も踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討</li> </ul> </li> </ul>
入院医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政による入院措置・勧告</li> <li>入院医療費の自己負担分を公費支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政による入院措置・勧告はなくなる</li> <li>入院医療費の一部を公費支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス治療のための入院医療費は、急激な負担増を避けるため、一定期間<sup>※</sup>、高額療養費の自己負担限度額から、2万円を減額（2万円未満の場合はその額）               <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末までの措置とする。その後については、感染状況等や他の疾患との公平性も考慮しつつ、その必要性を踏まえて取扱いを検討</li> </ul> </li> </ul>
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者を発見・隔離するため、有症状者等の検査費用を公費支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査費用の公費支援は終了</li> <li>※高齢者施設等のクラスター対策は支援継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査キットの普及や他疾患との公平性を踏まえ、公費負担は終了（自己負担）</li> <li>重症化リスクが高い者が多い医療機関、高齢者施設等での陽性者発生時の周囲の者への検査や従事者の集中的検査は行政検査として継続</li> </ul>

※これまで自治体が設置していた健康フォローアップセンターや宿泊療養施設については、患者の発生届や外出自粛要請がなくなるため終了するが、救急・外来・病床への影響を緩和するため、受診相談・体調急変時の相談機能や高齢者・妊婦の療養のための宿泊療養施設については、期限を区切って継続。

## (参考) 患者等に対する公費支援の取扱い

### 【位置づけ変更後 (5/8～) の医療費のイメージ】

#### ○外来医療費

	現在 (～5/7)		5/8～		(参考) 新型コロナ治療薬の支援がない場合	
	コロナ	インフル	コロナ (※1・2)	インフル (※1)	コロナ	インフル
75歳以上 (1割負担)	860円	1,170円	1,240～1,390円	1,330～1,480円	10,670～10,820円	1,330～1,480円
70歳未満 (3割負担)	2,590円	3,510円	3,710～4,170円	3,990～4,450円	32,010～32,470円	3,990～4,450円

【前提】5/8以降は、初診料等に含まれるコロナ特例について、院内感染対策を引き続き評価しつつ、届出の簡略化といった事務負担軽減等に伴い見直し。新型コロナはカロナール・ラゲブリオ、インフルはカロナール・タミフルを処方するものとして計算

※1 陽性判明前の検査料等・コロナ陽性判明後の医療費について5/8以降は自己負担が発生

※2 コロナ治療薬の自己負担分は公費で補助

#### ○入院医療費

75歳以上	現在 (～5/7)		5/8～		(参考) 新型コロナの補助がない場合	
	コロナ (食事代)	インフル (食事代)	コロナ (食事代)	インフル (食事代)	コロナ (食事代)	インフル (食事代)
住民税非課税 (所得が一定以下) (17%)	0円 (0円)	15,000円 (1,800円)	0円 (3,000円)	15,000円 (1,800円)	15,000円 (3,000円)	15,000円 (1,800円)
住民税非課税 (24%)	0円 (0円)	24,000円 (3,780円)	4,600円 (6,300円)	24,000円 (3,780円)	24,600円 (6,300円)	24,000円 (3,780円)
～年収約383万 (52%)	0円 (0円)	24,000円 (8,280円)	37,600円 (13,800円)	24,000円 (8,280円)	57,600円 (13,800円)	24,000円 (8,280円)

【前提】5/8以降は、重症・中等症患者等の特例措置について、業務・人員配置の効率化が図られている実態等を踏まえ見直し (4～6倍→2～3倍など) を実施。新型コロナは中等症で10日間、インフルは6日間入院したものとして計算

※高額療養費を適用 ※所得区分の ( ) 内の%は年代区分別の加入者数に占める当該所得区分に該当する人数の割合

## 病原性が大きく異なる変異株が生じた場合の対応

○新型コロナの感染症法上の位置づけを変更した後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに必要な対応を講じる。

- 具体的には、科学的知見や専門家の意見等を踏まえ、感染症法上の入院勧告等の各種措置が必要になるかどうかも含めて速やかに検討し、必要があると認められれば、新型コロナウイルス感染症の発生時と同様に、この新たな変異株を、まずは感染症法上の「指定感染症」に位置づけることにより（政令で措置）、一時的に対策を強化する。
- 指定感染症に位置付けたうえで、病状の程度が重篤で、全国的かつ急速なまん延のおそれがあると認められる場合には、厚生労働大臣から総理への報告を行い、新型インフル特措法に基づく政府対策本部及び都道府県対策本部を設置する。  
※新たな変異株の特性等によっては、ただちに「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけることもあり得る。
- 政府対策本部においては、基本的対処方針を定め、その中で、行動制限の要否を含めた感染対策について決定することとなる。
- 加えて、新たな変異株の特性なども踏まえ、これまでの対応の知見等も活用しつつ、必要な方が適切な医療にアクセスできるよう、各都道府県と連携し、病床や外来医療体制の確保を行っていく。

# 関係資料集

「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)

「1. 位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し」関係

# 日米のインフルエンザとコロナにおける院内感染対策ガイドラインの記載と ガイドライン改定を踏まえたコロナ5類移行後の院内感染対策の周知事項

- 日米の院内感染対策のガイドライン等における季節性インフルエンザ（インフル）と新型コロナウイルス感染症（コロナ）患者の感染管理に関する記載内容を参照した。
- インフルと比較した、コロナにおける記載の概要は以下のとおり（下表の下線部が相違点）  
※相違点：個人防護具（N95マスクが推奨される場面が多い）、換気対策（より十分な対応が推奨）
- 5類移行後も必要な感染対策は講じていくべきであり、ガイドラインに沿いつつ効率性と安全性を両立した対応を周知し対応医療機関の裾野を広げる。

## インフル・コロナ患者の感染管理に関する記載（一部抜粋・要約）

	個人防護具		病室・ゾーニング	換気対策	
	マスク	マスク以外の個人防護具			
インフル	米国※1	<ul style="list-style-type: none"> <li>サージカルマスク(必ず)</li> <li>N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手袋・ガウン(分泌物等に触れる可能性があるとき)</li> <li>アイプロテクション(エアロゾルが発生する可能性のある手技時)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個室</li> <li>コホーティング※6可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>エアロゾル発生手技は陰圧室で実施</li> </ul>
	日本※2	<ul style="list-style-type: none"> <li>サージカルマスク(必ず)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手袋・ガウン・アイプロテクション(適宜着用)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個室</li> <li>コホーティング※6可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記載なし</li> </ul>
コロナ	米国※3	<ul style="list-style-type: none"> <li>N95マスクや同等の性能のマスク(状況を問わず)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手袋・ガウン・アイプロテクション(状況による選択の記載なし)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個室(トイレ付き)</li> <li>コホーティング※6可</li> <li>担当する医療従事者をシフト中は固定することを検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病室とすべての共有空間の換気改善</li> <li>エアロゾル発生手技は陰圧室で実施</li> </ul>
	日本(従来)※4※5	<ul style="list-style-type: none"> <li>サージカルマスク(必ず)</li> <li>N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により※5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手袋・ガウン・アイプロテクション(検体採取や手技などに応じて使用)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個室</li> <li>コホーティング※6や専用病室、専用病棟など状況や設備に応じて判断※5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>十分換気する※4</li> <li>エアロゾル発生手技が高頻度を実施される患者を優先的に陰圧室に収容※5</li> </ul>
	日本※7(2023年1月の学会ガイドライン改定) 主な変更赤字	<ul style="list-style-type: none"> <li>サージカルマスク(必ず)</li> <li>N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により)</li> </ul> <p>*N95を推奨する状況の記載を充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アイプロテクションは継続</li> <li>手袋・ガウンは、患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する場合に装着(直接接触しない場合は不要)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個室・コホーティング※6可</li> <li>専用病棟化は基本的に不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>換気・クリーンパーティションの利用等により空気の流れを工夫</li> <li>陰圧室に関して同様</li> </ul>
	今後の周知※8(案)	<ul style="list-style-type: none"> <li>サージカルマスクとアイプロテクションを基本</li> <li>手袋・ガウンは患者や周辺環境に直接接触する場合に装着</li> <li>サージカルマスク/N95マスクの交換は患者毎でなく、汚染時/勤務終了時で可</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>個室単位でのゾーニングによる柔軟な患者受け入れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果的な換気や換気設備の点検を引き続き周知</li> </ul>

※1：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Guidelines for Healthcare Settings (Influenza)」 (2021年5月13日)

※2：国立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン」 (2020年3月増補)

※3：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Infection Control Guidance (COVID-19)」 (2022年9月23日)

※4：国立感染症研究所・国立国際医療研究センター「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」 (2021年8月6日)

※5：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第4版」 (2021年11月22日)

※6：同じ感染症患者同士を同室に集めること

※7：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版」 (2023年1月17日)

※8：改定ガイドライン (※7) や、日本プライマリ・ケア連合学会作成の事例集に基づいて周知

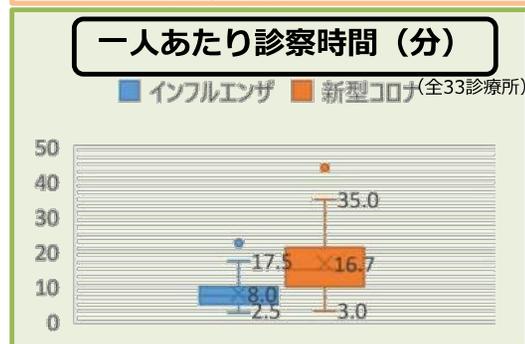
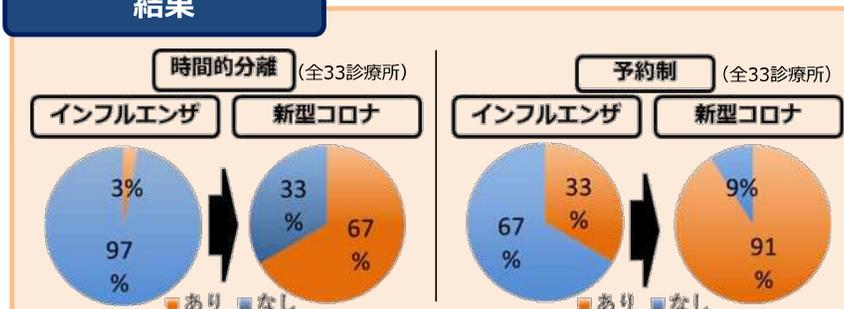
# 診療所における新型コロナ前のインフルエンザ流行期と現在の感染対策の比較

対象組織：①日本小児科医会、②日本プライマリ・ケア連合学会、③日本臨床耳鼻咽喉科医会、④日本医師会

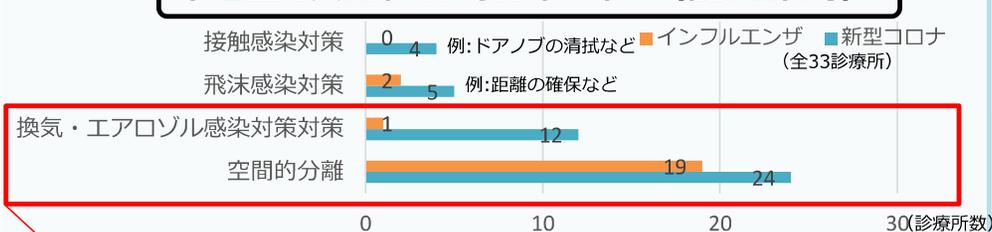
調査内容：診療所における新型コロナ前のインフルエンザ流行期と現在の感染対策について

①、②、③に対してアンケート調査を、①、②、③、④に対してヒアリングを実施（令和5年1月）。

## 結果

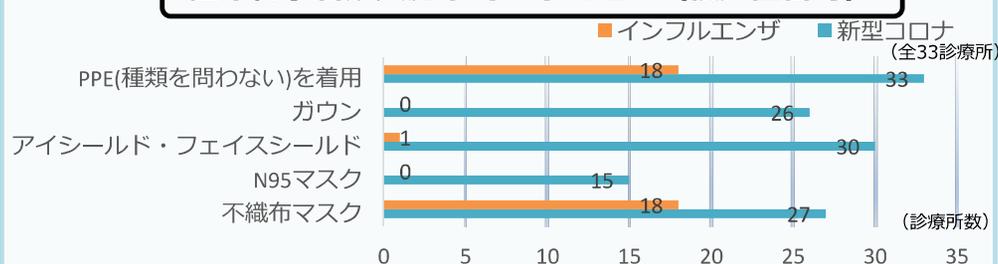


## 待合室で実施している感染対策 (複数回答可)



- 換気・エアロゾル対策として  
新たに6施設がHEPAフィルター付き空気清浄機等を新たに設置
- 空間的分離として  
新たに1施設がパーティション設置、4施設が部屋の分離

## 医療従事者が実施しているPPE (複数回答可)



## インフルとの比較結果

- 時間的分離実施診療所は3%→67% (1/33施設→22/33施設)へ増加。
- 予約制実施診療所は33%→91% (11/33施設→30/33施設)へ増加。
- 待合室での空間的分離実施診療所は、診療科によって差があった (①: 80%、②: 70%、③: 30.8%)、現在は72.7% (24/33施設)の診療所で実施。
- 個人用防護具使用率は54.5%→100% (18/33施設→33/33施設)
- 一人あたり診察時間は平均8.0→16.7分に延長、一般診療は68.4%に低下。

## 現行の医師等の応招義務と新型コロナの位置づけ変更後の取扱い

- 医師らの応招義務については、緊急対応の必要性や診療時間の有無、感染対策や感染症の診療における**医療機関・医師の専門性や診療能力、医療機関の設備の状況**等による**医療提供の可能性**等を総合的に勘案し判断。
- その上で、**現行は、制度上、特定の医療機関にて対応すべき体制**であることも踏まえ、**診療に応じない正当な事由に該当する可能性が高い一方、位置づけ変更後は、制度上、幅広い医療機関にて対応できる体制に移行**することから、**診療に応じない正当な事由に該当する可能性が低くなる。**

具体的な事例		現行	位置づけ変更後（R5.5.8～）
緊急対応が必要	診療時間内・勤務時間内	『医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性（医療の代替可能性）を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診療しないことが正当化される。』（R1.12.25医政局長通知）	—
	診療時間外・勤務時間外	『応急的に必要な処置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない。』（R1.12.25医政局長通知）	—
緊急対応が不要	診療時間内・勤務時間内	『原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要がある。ただし、緊急対応の必要がある場合に比べて、正当化される場合は、医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性（医療の代替可能性）のほか、患者と医療機関・医師・歯科医師の信頼関係等も考慮して緩やかに解釈される。』（R1.12.25医政局長通知）	—
		『特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。 <b>ただし、1類・2類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いがある患者等についてはこの限りではない。</b> 』（R1.12.25医政局長通知）（注1）	『 <b>特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、1類・2類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いがある患者等についてはこの限りではない。</b> 』（R1.12.25医政局長通知）（注1）
	『 <b>患者が発熱や上気道症状を有しているということのみを理由に、当該患者の診療を拒否することは、（中略）診療を拒否する「正当な事由」に該当しない。</b> 』（R2.3.11事務連絡）	『 <b>患者が発熱や上気道症状を有している又はコロナにり患している若しくはその疑いがあるということのみを理由に、当該患者の診療を拒否することは、（中略）診療を拒否する「正当な事由」に該当しない。</b> 』（今後通知等を発出予定）	
	診療時間外・勤務時間外	『即座に対応する必要はなく、診療しないことは正当化される。ただし、時間内の受診依頼、他の診察可能な医療機関の紹介等の対応をとることが望ましい。』（R1.12.25医政局長通知）	—

（注1）新型コロナウイルス感染症の位置づけが変更されることで、制度上、特定の医療機関にて対応すべき体制から、幅広い医療機関にて対応できる体制に移行。

（注2）緊急対応が必要：症状の深刻な救急患者等、緊急対応が不要：病状の安定している患者等

## 新型コロナの位置づけ変更前後の応招義務について

### 現行の考え方

- 令和2年3月11日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡（抜粋）  
**患者が発熱や上気道症状を有しているということのみを理由に**、当該患者の診療を拒否することは、応招義務を定めた医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないため、**診療が困難である場合は**、少なくとも帰国者・接触者外来や新型コロナウイルス感染症患者を診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること。

### 位置づけ変更後の考え方

- 未知の感染症として対応していた発生当初と比べると、必要な感染対策や臨床像・治療法が判明しており、これまでの知見を踏まえ、位置づけ変更後は、**幅広い医療機関により対応する体制に移行**することを目指す。
- 特に、感染対策については、ガイドラインに沿いつつ安全で効率的な感染防止対策について周知していく。具体的には、**安全で効率的な感染防止対策やオンライン診療の実施方法（※1）に関する周知**するとともに、**設備整備に必要な費用の支援**を行う。
- **患者が発熱や上気道症状を有している又はコロナにり患している若しくはその疑いがあるということのみを理由に**、当該患者の診療を拒否することは、応招義務を定めた医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないため、**発熱等の症状を有する患者を受け入れるための適切な準備を行うこととし（※2）**、それでもなお診療が困難な場合には、少なくとも診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること。

（参考）**医師法 第19条** 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。  
**歯科医師法 第19条** 診療に従事する歯科医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

（※1）令和2年4月10日事務連絡で示されているオンライン診療のコロナ感染症流行下における時限的・特例的な取扱いの終了後は、オンライン診療指針を遵守する必要がある、「かぜ症状」のうち重症化のリスク因子に該当する場合は、初診からのオンライン診療に適さないものとされている。

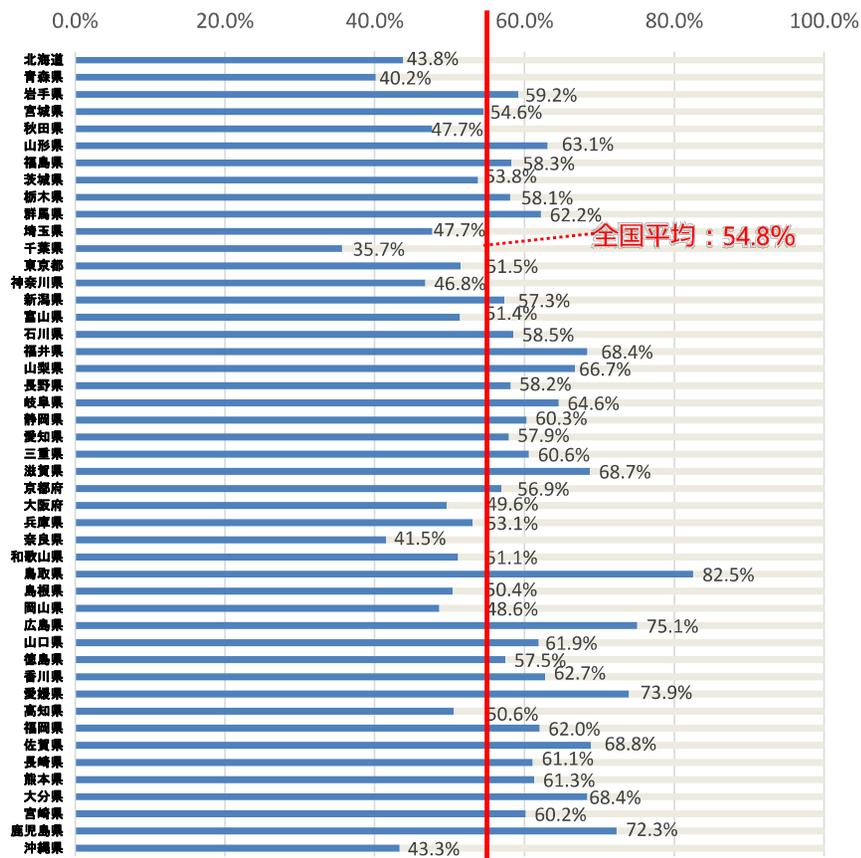
（※2）医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版 [http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19\\_taioguide5.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide5.pdf)  
診療所における効果的な感染対策の好事例の紹介 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001018631.pdf>

（※3）応招義務については、緊急対応の必要性や診療時間の有無、感染対策や感染症の診療における医療機関・医師の専門性や診療能力、医療機関の設備の状況等による医療提供の可能性等を総合的に勘案して判断するものである。

## 内科等標榜医療機関に対する診療・検査医療機関の比率

- 内科、小児科、耳鼻科を標榜する医療機関に対する、診療・検査医療機関に指定されている医療機関の比率は、全国平均で54.8%。一方、都道府県ごとの数値を見ると、約35%から約80%までと大きな幅がある。
- 比率が高い都道府県へのヒアリングでは、地域医師会と連携した協力の呼びかけを地道に行うこと、個別の医療機関に都道府県が直接説明・お願いをすることなどにより診療・検査医療機関を増やしてきたとの回答。

＜内科等標榜医療機関（※1）に対する診療・検査医療機関（※2）の比率＞



＜診療・検査医療機関を増やすための取組、工夫＞※都道府県に聞き取り

- 滋賀県**
  - ・医師会を通じた呼びかけの他、ひっ迫などのタイミングで、発熱外来になっていない医療機関に対して、県から直接よびかけを実施。
- 鳥取県**
  - ・医師会と密に連携し、定期的に会議や説明会などを開催して理解を得ていた。
  - ・医師や看護師がコロナに感染して医療機関が休業せざるを得なくなった場合の、休業補償（平均患者数\*平均単価\*休業日数）を令和2年度から実施。第7波のひっ迫時に急速に活用が伸びた。
- 広島県**
  - ・診療・検査医療機関の指定制度以前から、医師会との連携により医療機関における検査体制の整備（唾液によるPCR検査の収集・搬送を含む）に取り組み、その後の診療・検査医療機関への円滑な移行に繋がった。
  - ・医師会と密に連携し、地道に呼びかけを行って徐々に数を増やしてきた。
  - ・医師会の発刊物などを通して周知など行ってきた。
- 愛媛県**
  - ・県医師会及び郡市医師会との綿密な連携による呼びかけ。
  - ・特に県内の小児科の先生方からの協力を得られ、診療・検査医療機関の指定を受けていない小児科に声がけいただくなどにより、現在ではほぼすべての小児科が診療・検査医療機関の指定を受けている。
- 佐賀県**
  - ・医師会と連携し、行政検査の委任状と併せて登録の依頼をしていただくなど積極的に協力いただいた。
  - ・現在も医師会と県とで毎週顔を合わせており、高い頻度で綿密なコミュニケーションを行っている。
- 大分県**
  - ・保健所職員が個々の医療機関に対し、直接訪問して依頼した。
  - ・加えて、医師会が全面的に協力いただいたことも大きな要因。
- 鹿児島県**
  - ・県医師会から積極的に通知等で案内いただいている。
  - ・県医師会等とは意見交換をはじめとするやりとりを頻繁に行っている。

※1 「令和2年度 医療施設調査」より、内科標榜医療機関数（7.1万）＋小児科単科標榜医療機関数（0.2万）＋耳鼻科単科標榜医療機関数（0.3万）  
 ※2 「都道府県別 診療・検査医療機関数及び地域外来・検査センター設置数」より、令和5年1月11日までに都道府県から「診療・検査医療機関」として指定したと報告があった医療機関（約4.2万）

## 新型コロナの入院患者の受入れの状況

- オミクロン株の発生以降、**重症の入院患者が減少**傾向にある一方、院内クラスターの発生等に伴い**確保病床以外に入院している者が増加**している。

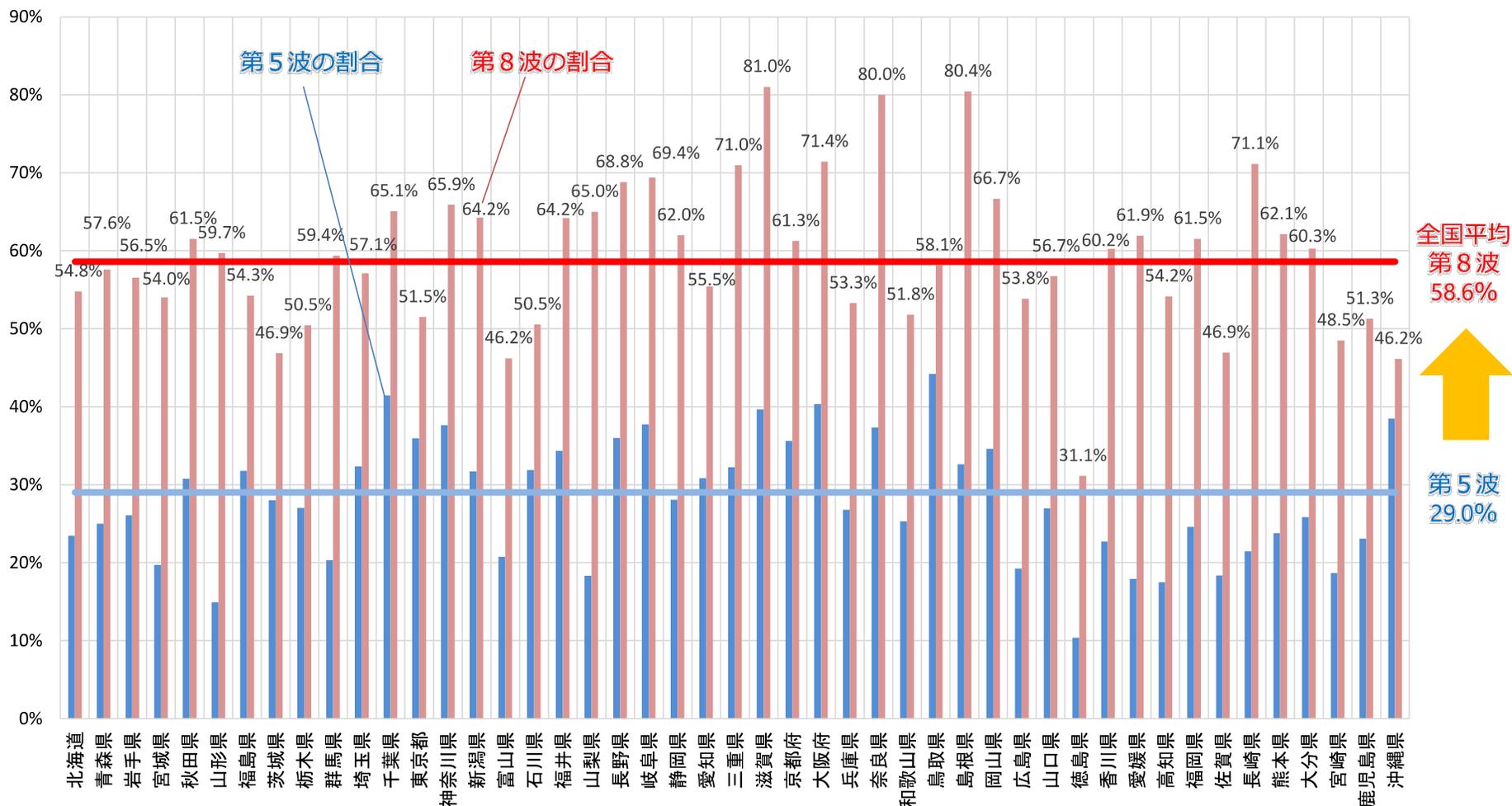
	確保病床数 (うち重症者向け)	入院者数 (うち重症者)	確保病床に 入院している者 (うち重症者)	確保病床以外に 入院している者 (うち重症者)
令和3年9月1日	39,419 (5,685)	24,320 ( <b>3,034</b> )	24,081 (3,030)	239 (4)
令和4年2月16日	44,296 (5,934)	29,225 ( <b>2,045</b> )	25,217 (2,037)	4,008 (8)
令和4年8月24日	47,309 (5,568)	38,866 ( <b>1,772</b> )	29,101 (1,768)	9,765 (4)
令和5年1月11日	48,808 (5,613)	44,458 ( <b>1,798</b> )	29,346 (1,780)	15,112 (18)

(出典) 「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」 (厚生労働省調べ)

(注) 確保病床数は、実際に確保された病床数であり、「病床確保計画」の数値とは一致しない。

- また、コロナの軽症で**新規入院した患者**の状況を分析した大阪府のデータ (令和4年2月1日～15日までの計222人の入院患者の分析) によると、
- ① **他疾患の緊急治療が優先され入院対象となった患者 19%**
  - ② コロナの治療のため入院療養となった患者 6%
  - ③ 基礎疾患のリスク等を踏まえて入院となった患者 75%
- となっており、コロナ以外の疾患を理由として入院対象となる患者も一定程度発生している。

# G-MIS登録病院（約8200）に占めるコロナ患者の入院受入れを行った病院の割合の変化



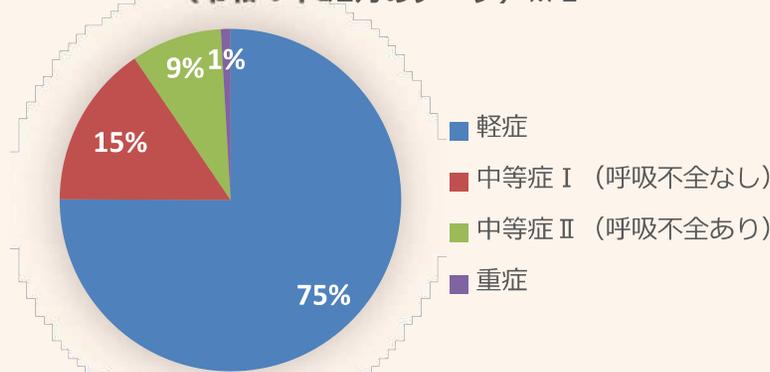
各都道府県別に、G-MIS登録病院（約8200）に占めるコロナ患者の入院受入れを行った病院の割合について、第5波（青）と第8波（赤）における変化を示したものの。

※ 日次調査（G-MIS）において、データダウンロード時点（2023/2/7）までに、第5波（2021年7月～2021年9月）・第8波（2022年11月～2023年1月）の期間中に一度でも入院受入報告を行った病院の割合を示したものである。全ての病院が報告していないことに留意が必要である。（報告率は、概ね65%）

# HER-SYS等による入院患者の内訳（重症度・年齢・基礎疾患等）

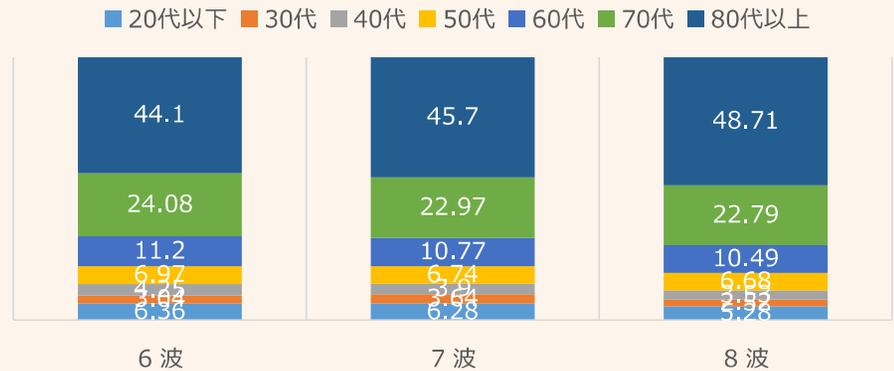
## HER-SYS（入院時のデータ）（重症度等について、任意入力）

発生届提出時の入院患者の重症度の割合  
（令和4年12月のデータ）※1



• 軽症・中等症 I は90%と多数を占める

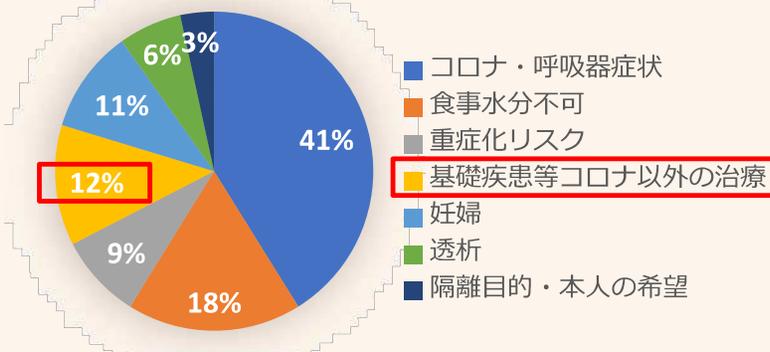
発生届提出時の入院患者の年代別の割合  
（6, 7, 8波の比較）※2



• 80代以上の高齢者は増加傾向であるが、年齢構成に大きな変動を認めない

## J-SPEED（退院時のデータ）等

軽症・中等症 I の入院患者の入院理由内訳（広島県）※3



• 軽症・中等症 I の入院患者では、基礎疾患等のコロナ以外の治療目的の入院が12%存在する

重症度と基礎疾患の有無（広島県）※4

	合計		軽症・中等症 I		中等症 II		重症・超重症	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総計	3951		2661	67.4%	1119	28.3%	70	1.8%
現在喫煙者	211		151	71.6%	50	23.7%	5	2.4%
肥満 (BMI25以上)	358		228	63.7%	119	33.2%	5	1.4%
基礎疾患 (高血圧・心疾患)	1575		919	58.3%	595	37.8%	26	1.7%
基礎疾患 (糖尿病)	658		394	59.9%	234	35.6%	16	2.4%
基礎疾患 (人工透析中)	160		118	73.8%	39	24.4%	0	0.0%
基礎疾患 (認知症・精神疾患)	841		449	53.4%	365	43.4%	15	1.8%
基礎疾患 (悪性腫瘍)	506		357	70.6%	127	25.1%	8	1.6%
基礎疾患 (COPD)	162		69	42.6%	87	53.7%	4	2.5%
70歳以上	2461		1426	57.9%	927	37.7%	45	1.8%

• 現在喫煙者、人工透析、悪性腫瘍は軽症割合は70%を超えている  
• 基礎疾患が存在していても、重症化率は3%未満

※1 発生届提出時に入院が必要と判断された者の合計（98,490件）。重症度分類が未記入のデータは除いて集計（未記入は10%）。発生届提出時のデータであるため、その後重症度に変化がある可能性があることに留意が必要。疑似症入院、疑い死亡を含む。

※2 6波（2022/01/25～2022/02/21）、7波（2022/08/06～2022/09/02）、8波 1/13時点の直近4週間（2022/12/15～2023/01/13）。

※3 2022年7月1日～2022年12月31日に公表された事例のうち、広島県医療調整本部において入院時の入院理由が整理されており、療養中に軽症または中等症 I 以上に症状が悪化しなかった症例1,461例を対象に集計したもの。

※4 2022年7月1日～2023年1月13日（3,951件）、複数回答可。第7波以降、入院日の日付を使用。広島県J-SPEEDデータでは酸素投与と不要者をまとめて「軽症」として扱っているため、軽症・中等症 I がセットになっている。

# 病床確保料について

- 新型コロナウイルス緊急包括支援交付金において、コロナ患者への対応を行う即応病床の空床及び休止病床に対して病床確保料を支給し、コロナ患者受入医療機関に対する支援を実施。（交付実績 令和2年度：約1.1兆円、令和3年度：約1.9兆円）

■重点医療機関：コロナ患者専用の病院や病棟を有する医療機関			■その他医療機関	
病床の種別	特定機能病院等	一般の医療機関	病床の種別	
ICU病床	436,000円/日	301,000円/日	ICU病床	97,000円/日
HCU病床	211,000円/日	211,000円/日	重症者・中等症者病床	41,000円/日
その他病床	74,000円/日	71,000円/日	その他病床	16,000円/日

診療報酬収入

患者がいる場合



入院

病床確保料

休止病床



休止病床

患者がいない場合



空床

病床確保料

休止病床



休止病床

病床確保料

- ① **即応病床使用率（前3か月間）が当該都道府県の平均を30%下回る医療機関**（例：平均70%の場合は49%未満）について、病床確保料の金額を**7割水準**とする。  
※令和4年1月から適用。病床の機能と患者像に乖離があるなど地域の実情によりやむを得ないと都道府県が判断した場合は、この規定を適用しない。
- ② **休止病床の上限は、即応病床1床あたり休床2床まで（ICU/HCU病床は休床4床まで）**とする。  
※令和4年1月から適用。
- ③ **正当な理由なく受入要請を断らないこと、新型コロナウイルス対応を行う医療従事者に対して処遇改善を行うこと、G-MISに病床の使用状況等の入力を実行することにより、入院受入状況等を正確に把握できるようにすることを補助要件として設定。**
- ④ **医療機関の収入額（診療収入額と病床確保料の合計額）がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍（注）を超える場合、当該医療機関のコロナ病床使用率が一定水準に満たないときに限り、病床確保料を調整（1.1倍（注）を超える分を調整）**

（注）周囲にコロナ入院受入医療機関が乏しい医療機関の場合、1.2倍として適用する。

※令和4年10月（都道府県知事の判断で11月とすることも可能）～令和5年3月の病床確保料から適用

➢ 都道府県知事の判断で、以下の①～③について、病床確保料の調整対象としないことができる。

①周産期、小児、透析、精神の4診療科、②地域のコロナ病床確保に中核的な役割を果たす基幹的医療機関、構造上の事情により病棟単位でコロナ病床を確保・運用する医療機関、都道府県知事がそれらに類する特段の事情があると認める医療機関、③即応病床使用率が50%以上の医療機関

➢ 診療収入額がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超えた場合、**特例的に3%を上限に**病床確保料を支給する。

➢ 収支のバランスを考慮するため、**足下の医業支出の伸びがコロナ流行前支出の1.2倍を超える場合は、当該伸びを適用して調整する。**

# 新型コロナに係る病床確保料の引上げ経緯

- 一次・二次補正、予備費によりこれまで、
  - ① コロナ患者が入院している病床については診療報酬の特例的な引き上げ、
  - ② 確保病床や休止病床については**病床確保料の引き上げ**により、医療機関に対する支援を実施。



## 〔一次補正以降〕

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

※ 重点医療機関・協力医療機関という区分なし

### 医療機関の定義

- ・重点医療機関: 新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関
- ・協力医療機関: 新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関
- ・一般の医療機関: 重点医療機関・協力医療機関以外の医療機関

※ 重点医療機関及び協力医療機関は都道府県が指定。

## 〔二次補正以降〕

### 一般の医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者・中等症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

### 重点医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

### 協力医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

## 〔予備費以降〕

### 一般の医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者・中等症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

### 重点医療機関

(特定機能病院等)

病床の種別	補助基準額
ICU病床	436,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	74,000円

(一般病院)

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	71,000円

### 協力医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

※ 重点医療機関及び協力医療機関の病床確保料について、療養病床である休止病床は1.6万円

## 病床確保料の見直し

- ① 病床確保料の補助単価（上限）は、これまで診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきたところ、今般、診療報酬特例の見直しに連動して見直し（半額）を行う（当面、9月末まで継続）。
- ② また、休止病床の補助上限数については、コロナ入院医療における人員配置等の変化など実態を踏まえて見直しを行う。

### ①補助単価（上限）の見直し

病床区分	重点医療機関		一般の医療機関
	（特定機能病院等）	（一般病院）	
ICU	補助上限額 436,000円/日 → 218,000円/日	補助上限額 301,000円/日 → 151,000円/日	補助上限額 97,000円/日
HCU（※1）	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 41,000円/日
その他病床	補助上限額 74,000円/日 → 37,000円/日	補助上限額 71,000円/日 → 36,000円/日	補助上限額 16,000円/日

（※1）一般の医療機関においては、重症者・中等症者病床

### ②休止病床の補助上限数の見直し

○ 休止病床の補助上限数について、即応病床（※2）**1床あたり休床1床に見直す**（現在2床が上限）。

（※2）その他病床の場合（特別な事情がある場合の経過措置あり。）。ICU・HCU病床の場合は**2床を上限に見直す**（現行4床を上限）。

## コロナ診療の実態に関するヒアリング①

中医協 総-2  
5. 3. 1

### ■ 概要

期間・対象：令和5年1月24日～2月3日にかけて、12病院及び8診療所に対して実施。  
ヒアリング項目：入院・外来における人員体制、行っている感染対策等

### ■ 外来医療に関するヒアリング結果

#### <受入体制等>

- ✓ 病院及び敷地面積の大きい診療所においては、疑い患者と一般患者の空間分離のためプレハブや建物内別室を待合室や診察室として活用するケースが多い。
  - この場合、来院した患者のトリアージ及びプレハブと診察室間の誘導、プレハブ内の患者に対する検査実施・結果説明などで追加的に看護師が1～2名必要となることがある。
  - コロナ確定患者の再診については、疑い患者が少ない時間帯に来院させるか、待合室が広い場合には疑い患者との間に距離を置いて対応している。（追加的なコストは限定的。）
  - 時間当たりに診療可能な患者数は、インフルエンザとは同程度だが他の内科疾患よりは少ない。
- ✓ 敷地面積が小さい施設（ビル診療所等）においては、主に時間分離により対応。発熱外来の時間の中で、一人ひとり完全入替で行う場合もある。
  - 場所を拡充することがなければ、追加的に看護師が必要になるケースは少ない。
  - ただし、疑い患者と再診のコロナ確定患者を待合室で分離できないため、再診のコロナ患者は営業時間外に来院させているケースがある。（看護職員、事務員の時間外勤務が必要。）
  - 診療可能な患者数は、完全入替制の場合はインフルエンザよりも少ない人数となる。

#### <感染対策>

- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ PPEの省略化は一部行われているが、多くの施設でガイドラインによる推奨を超えた対策を継続している。

#### <在宅医療>

- ✓ 株の変化等により、在宅で重症化して緊急的な往診が必要となるケースは減っている。
- ✓ 通常の往診よりも感染対策を手厚く行っているが、疑い患者と確定患者での差はない。

## コロナ診療の実態に関するヒアリング②

中医協 総一 2  
5. 3. 1

### ■ 入院医療に関するヒアリング結果

#### <一般病棟における医療・体制>

- ✓ 入院患者が高齢化する一方で、入院後に中等症、重症になる患者の割合は低下。
- ✓ 病床が一定程度稼働している際の看護職員の配置としては、約半数の施設がコロナ以前の配置（7:1等）で対応し、約半数がコロナ以前よりも多い配置（4:1～5:1など）で対応。看護師が通常よりも多く必要となる主な理由は以下のとおり。
  - ① 患者の高齢化により、食事など日常の介助、徘徊の防止の業務が増大していること
  - ② 看護補助者や清掃業者が病棟に入れにくいことにより、消毒や清掃、下膳などの業務を看護師が代替していること
    - ※ 看護配置が通常程度の施設においても、①のため、介護福祉士、理学療法士、MSW等をコロナ病棟の業務に専従化させているケースがある。
    - ※ かつて②に該当した施設で、研修実施により看護補助者をコロナ病棟で勤務可とした結果、看護師の負担が軽減されたケースがあった。
    - ※ このほか、院内の動線分離のためコロナ患者に対する画像検査等を夜間に実施することにより夜間帯の看護職員が多く必要となった結果、手厚い配置（4:1）を行っているケースがあった。
- ✓ 多くの施設では専用病棟を設けている。また、コロナ患者を担当する看護師は、当該勤務帯においてはコロナ患者以外は担当しないこととしている場合がある。勤務間インターバルは、コロナ患者以外を担当する場合と同等程度。
- ✓ 陽性者の転院調整について、自治体の調整が入らなければ、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある。

#### <ICU等における医療・体制>

- ✓ 重症患者のうちECMOを使用する患者や腹臥位療法を行う患者の割合は低下。
- ✓ ECMOを用いない患者においては、通常のICUの人員配置と変わらないか、外回り要員として全体で1人増加する程度。
- ✓ ECMOを使用する患者においては、通常の倍程度の人員で対応している場合がある。

#### <感染対策>

- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ ガウンの省略や病室単位でのゾーニングは、ほとんどの施設で行われていない。

### ■ まとめ

- 外来医療においては、発熱外来の設備整備や発生届の簡略化により、一部の業務が効率化している。一方で、空間分離又は時間分離など必要な感染対策は継続しており、そのための人員の確保やPPEの使用を行っている。
- 入院医療においても、重症化率低下や経験の蓄積、看護補助者による介入によりコロナ発生当初より業務・人員配置の効率化がされている。一方で、院内クラスターへの防止のため必要な感染対策は継続しており、また、入院患者の高齢化に伴い、介護・リハビリや退院支援に関する業務が増大している。

## 「2. 高齢者施設等における対応」関係

# 新型コロナウイルス感染症に関する高齢者施設に対する支援等（概要）

令和5年3月時点

## I. 高齢者施設等に対する支援等

1. 平時からの感染対策	
(1) 感染症対応力の向上	①感染対策のポイントをまとめたマニュアル、動画、事例集等の作成・周知 ②感染症対応力向上のための研修の実施 ③感染症発生時の業務継続計画ガイドライン、ひな型等の作成・周知
(2) 従事者等に対する検査	①高齢者施設等における集中的実施計画に基づく従事者等に対する頻回検査の実施 ②介護施設等における一定の要件に該当する自費検査費用の補助（地域医療介護総合確保基金）
(3) 新型コロナウイルスワクチンの接種	①高齢者施設等入所者に対するオミクロン株対応ワクチン接種について、速やかな実施を自治体に依頼 ②通所系サービス事業所等において、介護サービス提供時間内にワクチン接種を実施することが可能
2. 感染者が発生した場合の支援・対応	
(1) 24時間以内に感染制御・業務継続支援チームを派遣	①感染制御・業務継続支援チームの派遣体制の構築等を都道府県に依頼 ⇒全国の全高齢者施設等に対し、チーム派遣の連絡・要請窓口を周知済み
(2) 医師・看護師による往診・派遣	①医師等による往診等を要請できる体制の構築等を都道府県に依頼 ②高齢者施設等に医療従事者を派遣する派遣元医療機関等への補助 ③介護保険施設での施設内感染発生時における診療報酬に係る特例的な対応等
(3) 感染者が発生した施設等への支援	①感染者が発生した施設等へ応援職員を派遣する体制の構築 ②かかり増し経費、職員の確保等に向けた支援（地域医療介護総合確保基金） ③施設内療養を行う施設等への支援（地域医療介護総合確保基金、最大30万円/人） ④通所介護等において感染症の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合に加算
3. 退院患者の受け入れにかかる対応	
(1) 退院患者受け入れの促進	①介護保険施設で退院患者を受け入れた場合の介護報酬上の特例的な評価（500単位×30日） ②退院患者の受け入れに協力する介護老人保健施設に関する情報の医療機関への提供
4. その他	
(1) 各種融資制度や助成金の活用	①独立行政法人福祉医療機構の融資制度の活用

## II. 介護従事者の方々が対象となり得る公的な補償制度等

(1) 感染した場合の補償や手当金の支給	①労災保険の療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付 ②健康保険の傷病手当金
----------------------	---

## 高齢者施設等における対応

入院が必要な高齢者は、適切かつ確実に入院できる体制を確保しつつ、施設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、退院患者の受け入れ促進等を進める。

	位置づけ変更後（現行の各種施策・措置を当面継続）
<b>感染対策</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 感染対策の徹底、希望者に対する新型コロナワクチンの接種</li><li>➤ 高齢者施設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</li></ul>
<b>医療機関との連携強化</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 高齢者施設で新型コロナウイルス感染症患者等が発生した場合における相談、往診、入院調整等を行う医療機関の事前の確保</li><li>➤ 高齢者施設へ看護職員を派遣する派遣元医療機関等への補助</li></ul>
<b>療養体制の確保</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 施設内療養を行う施設等への支援の実施（医療機関との連携体制を確保している等の要件を満たす高齢者施設）</li><li>➤ 緊急時の人材確保や施設の消毒・清掃に要する費用等の補助</li></ul>
<b>退院患者受入促進</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例</li></ul>

# 障害者施設等に係る新型コロナウイルス感染症への主な対応①

## 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症の感染が拡大する状況にあっても、障害児者やその家族の日常生活を支えるため、施設・事業所において感染拡大防止対策を徹底しつつ、障害福祉サービス等の提供を継続できるよう支援。

## 主な取組

### (1) 施設・事業所における感染防止の徹底等

#### ① 日頃からの感染症対策の強化等

- 感染症の発生及びまん延防止のための委員会の開催、指針や業務継続計画の整備、訓練の実施の義務付け  
【令和3年度障害福祉サービス等報酬改定】\*3年間(令和3年度～5年度)は努力義務
- 感染予防・拡大防止対策に関するマニュアル、感染者等発生時の業務継続ガイドラインを作成・周知

#### ② 高齢者施設等（障害者支援施設を含む）への重点的な検査の実施

- すべての都道府県等において集中的実施計画を策定した上で、入所系の障害者施設等及び通所系・訪問系の障害福祉サービス事業所について、集中的検査を実施することを要請。【令和4年9月12日事務連絡】
- ※ 集中的実施計画を作成し集中的検査を実施する場合は、抗原定性検査キットを国から無償配布。

#### ③ 新型コロナワクチン接種に係る対応

- 障害者支援施設等の入所者及び従事者へのワクチン接種について、実施方法等の基本的な考え方を市町村等に周知。  
また、接種時等の合理的配慮について市町村等に依頼。【令和3年2月19日事務連絡ほか】

### (2) 感染発生時の対応の支援等

#### ① 感染症が発生した場合の継続支援等【令和3年度予算：12億円、令和3年度補正予算：36億円、令和4年度補正予算：36億円】

- 感染者・濃厚接触者が発生した施設・事業所について、都道府県等による事業継続支援に係る以下の経費等を補助
  - ・ サービス提供の継続に必要な経費（施設等の消毒や清掃に要する費用等）
  - ・ 当該施設・事業所と連携、協力する施設、事業所等にて必要となる経費  
（利用者受入に必要な人材確保のための職業紹介料、応援職員の派遣に必要な旅費・宿泊料等）

## 障害者施設等に係る新型コロナウイルス感染症への主な対応②

### 主な取組

#### ② 都道府県における感染発生時の応援体制の構築【令和3年度予算:12億円、令和3年度補正予算:36億円、令和4年度補正予算:36億円】（再掲）

- 平時から、都道府県が関係団体等と連携・調整し、障害福祉サービス施設・事業所等において感染者や濃厚接触者が発生した場合に、地域の施設・事業所等による支援を行える体制の構築等を行うために必要な経費を支援。

#### ③ 施設内療養を含む感染発生時の留意点等の周知徹底

- 施設内療養を含む新型コロナウイルス感染症発生時の留意点及び支援策について、「今後の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備えた障害者支援施設等における対応について」（令和3年10月25日付け事務連絡）に整理し、周知。  
さらに、令和4年1月21日付け事務連絡や令和4年4月11日付け事務連絡においても、再度周知徹底。

#### ④ 障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱い

- 新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、報酬の減額を行わないことや、休業等により、利用者が感染をおそれて通所しない場合などにおいて、代替施設でのサービス提供や居宅への訪問、電話等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合は、通常と同額の報酬算定が可能。【事務連絡】

### (3) その他

#### ① 障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて

- 新型コロナウイルス感染症の拡大時においても、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れが可能であることを医療機関や障害福祉サービス事業所等に再周知【令和4年11月9日事務連絡】

※ この制度の再周知に加え、実際に支援者の付添いを受け入れている医療機関における対応例等を取りまとめた。

#### ② マスク着用の考え方を見直し等（特に障害福祉サービス事業所等における取扱い）について

- マスク着用の考え方について、着用は個人の判断に委ねることを基本とする一方で、重症化リスクの高い者への感染を防ぐため、障害福祉サービス事業所等への訪問時、高齢者等重症化リスクが高い者が多く生活する障害者施設の従事者等、マスク着用が効果的な場面では、マスクの着用を推奨することを周知【令和5年2月14日事務連絡】※令和5年3月13日から適用

### 「3. 患者等に対する公費支援の取扱い」関係

# 患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成30年8月～)

	負担割合	月単位の上限度額 (円)	
		外来 (個人ごと)	上限度額 (世帯ごと)
70歳未満	3割 (※1)	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	
		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	
		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	
		～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	
	住民税非課税		
70歳以上	3割	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	
		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	
		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	
	70-74歳 2割 (※4)	18,000 〔年14.4万円 (※5)〕	57,600 〈多数回該当：44,400〉
		75歳以上 1割	8,000
	住民税非課税		
住民税非課税 (所得が一定以下)			

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満 (1人世帯の場合は383万円未満) の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※5 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

## 現在保険収載されている抗ウイルス薬（参考）

### <新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬>

販売名	一般名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
ベクルリー点滴静注用 100mg	レムデシビル	SARS-CoV-2感染症 (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)	63,342 円	253,368円※ <sup>1</sup>
ラゲブリオカプセル200mg	モルヌピラビル	SARS-CoV-2感染症 (軽症～中等症 I 患者で重症化リスクを有する患者)	2,357.80円	94,312.00円
パキロビッドパック※ <sup>2</sup>	ニルマトレルビル/ リトナビル	SARS-CoV-2感染症 (軽症～中等症 I 患者で重症化リスクを有する患者)	19,805.50円	99,027.50円
ゾコーバ錠125mg※ <sup>2</sup>	エンシトレルビル フマル酸	SARS-CoV-2感染症 (軽症～中等症 I 患者)	7,407.40円	51,851.80円

※<sup>1</sup> 軽症患者に対して標準的な投与期間で使用した場合

※<sup>2</sup> 令和5年3月15日薬価収載予定

### 【参考】インフルエンザ感染症に対する抗ウイルス薬

販売名	一般名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
タミフルカプセル75	オセルタミビル リン酸塩	A型又はB型インフルエンザ※	242.20円	2,422.00円
ゾフルーザ錠20mg	バロキサビル マルボキシル	A型又はB型インフルエンザ※	2,438.80円	4,877.60円
ラピアクタ 点滴静注液バッグ	ペラミビル水和物	A型又はB型インフルエンザ※	6,331 円	6,331 円
リレンザ	ザナミビル水和物	A型又はB型インフルエンザ※	132.90円	2,658.00円
イナビル吸入粉末剤 20mg	ラニナミビル オクタン酸エステル水和物	A型又はB型インフルエンザ※	2,179.50円	4,359.00円

※ 重症化リスクに関する要件なし

## 「4. その他」関係

## 新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけの変更に伴う今後の水際対策について

- 新型コロナウイルス感染症が感染症法上の「新型インフルエンザ等感染症」から外れ、5類感染症に位置付けられることに伴い、**検疫法上の「検疫感染症」から外れ、検疫法上の水際措置（診察・検査、隔離・停留、待機要請、待機指示、健康確認等）は適用されなくなる。**
- 5類移行後も、海外で新たな変異株が発生し、国民の生命や健康に重大な影響を与えるおそれがあるときは、**検疫法に基づく政令指定の手続きを経て、必要な水際措置の実施が可能。**

検疫法上の位置づけ		実施可能な検疫法上の措置					備考
		質問等	診察・検査	隔離・停留	待機要請・待機指示	健康監視	
検疫感染症	・ 2条1号 感染症法の一類感染症	○	○	○	×	○	・ エボラ出血熱等
	・ 2条2号 感染症法の <b>新型インフルエンザ等感染症</b>	○	○	○	○	○	・ 新型コロナウイルス感染症等
	・ 2条3号に基づき政令で指定 国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なもの	○	○	×	×	○	・ チンガ熱・ジカウイルス感染症・マリア・テング熱（4類）、MERS・鳥インフルエンザ（H5N1/H7N9）（2類）
・ 準用感染症（34条に基づき政令で指定） 外国に検疫感染症以外の感染症が発生し、これについて検疫を行わなければ、その病原体が国内に侵入し、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるとき	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で指定						・ 現在は指定無し ・ 政令で定められる期間は1年間のみ（1年以内の延長は可能）
・ 検疫法上、位置づけない	○	×					※法律に基づかない任意の協力要請としては可能。

※検疫法2条1号及び2条2号の検疫感染症、検疫法34条に基づき政令で指定する準用感染症については、疑似症・無症状患者にも検疫法上の措置を適用可能。

# 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（3/7）の議論を踏まえた方針

## 1. 今後のワクチン接種について

### (1) 令和5年度のワクチン接種

令和5年度のワクチン接種について、前回分科会（2/22）で得られた方向性に基づき、必要な法令改正等について、諮問し了承を得た。

【法的位置づけ】

**特例臨時接種を1年間延長（～令和6年3月末）**

【対象者】

**対象者は5歳以上の全ての者**

【接種のタイミング】

**令和5年秋冬に1回**

**（重症化リスクの高い者及び重症化リスクが高い者が集まる医療機関や介護施設等に従事する者については、春夏に1回追加）**

【使用するワクチン】

**春夏の接種には、オミクロン株対応2価ワクチンを使用。秋冬の接種に使うワクチンは今後検討**

		対象者	公的関与（接種勧奨・努力義務）
①令和5年春開始接種 （5～8月）	高齢者（65歳以上）	○	○
	基礎疾患を有する者（5～64歳）		×
	医療従事者・介護従事者等（5～64歳）	×	
	上記以外	×	—
②令和5年秋開始接種 （9月～12月）	5歳以上の全員	○	（高齢者・基礎疾患）○ （それ以外）×

（※）初回接種についてもあわせて延長する。

### (2) 小児（5～11歳）のオミクロン株対応ワクチンによる追加接種

2/28に薬事承認されたファイザー社の5～11歳用オミクロン株対応2価ワクチンによる追加接種を、特例臨時接種に位置付け。

（※）小児に対する初回接種は令和4年2月、従来型ワクチンによる追加接種は令和4年9月から実施。接種期間が短いことから追加接種は本年9月まで延長。

### (3) 12～17歳の武田社ワクチン（ノバボックス）による追加接種

2/28の添付文書改訂を踏まえ、武田社ワクチン（ノバボックス）の12～17歳に対する追加接種を、特例臨時接種に位置付け。

## 2. 今後の予定

(1) : 5月8日 令和5年春夏接種（高齢者等を対象）開始

(2)、(3)、特例臨時接種の期間延長: 3月8日 適用開始 ※これらについて3月9日に自治体説明会を実施予定。