

日医発第 2332 号（地域）（健Ⅱ）（医経）

令和 5 年 3 月 15 日

都道府県医師会
担当理事 殿

公益社団法人日本医師会

副会長 猪口雄二

常任理事 釜范敏

（公印省略）

令和 5 年度の病床確保料の取扱いについて

貴会におかれましては、新型コロナウイルス感染症への対応にご尽力賜り、厚く御礼申し上げます。

去る 3 月 10 日、政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」により「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」が決定されたことを踏まえ、今般、厚生労働省医政局医療経理室並びに同省健康局結核感染症課より標記の事務連絡が発出されました。

新型コロナウイルス感染症対策事業及び新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業における医療機関及び病床の種別の 1 日 1 床あたりの病床確保料の上限額を見直すものになります。

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、関係医療機関への周知方につき、ご高配のほどお願い申し上げます。また、貴都道府県行政や病院団体・支部等との連携につきましても、よろしく願いいたします。

<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(情報提供)【別紙 1】【別紙 2】

事務連絡
令和5年3月10日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局医療経理室
厚生労働省健康局結核感染症課

令和5年度の病床確保料の取扱いについて

令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）における病床確保料について、令和5年5月7日までは現在の上限額を継続することとし、令和5年5月8日以降9月末までの取扱いは下記のとおりとしますので、御了知の上、適切に事業を実施していただくようお願いいたします。

なお、このほか令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の取扱いについては改めてご連絡いたします。

記

○ 新型コロナウイルス感染症対策事業及び新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業

医療機関及び病床の種別の1日1床あたりの病床確保料の上限額は次のとおりとする。

①重点医療機関である特定機能病院等

稼働病床の病床確保料の上限額

ICU	1床当たり218,000円/日
HCU	1床当たり106,000円/日
上記以外の病床	1床当たり 37,000円/日

休止病床の病床確保料の上限額（即応病床1床あたり1床まで（ICU・HCU病床は2床まで））

ICU	1床当たり218,000円/日
HCU	1床当たり106,000円/日
上記以外の病床	1床当たり 37,000円/日

- ※ ただし、療養病床である休止病床は16,000円/日（②及び③についても同様）
- ※ 特定機能病院等とは、特定機能病院及び特定機能病院と同程度に新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関とする。特定機能病院と同程度に新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関は、具体的には、令和2年4月以降に、体外式膜型人工肺による治療を行う患者が延べ3人以上の月又は人工呼吸器による治療を行う患者が延べ10人以上の月がある医療機関とする。
- ※ ICU・HCU病床ではない即応病床について、多床室を即応病床とする場合であって、構造上の理由により個室化することが困難である特別な事情があると認められる場合には、病床確保料の対象となる休止病床を2床とすることを可能とする（ただし、令和5年2月末までに確保された即応病床であって、当該即応病床に係る休止病床数を2床以上（病床確保料の補助対象は2床まで）としていた場合に限った取扱いとする。）。（②及び③についても同様）

②重点医療機関である一般病院

稼働病床の病床確保料の上限額

ICU	1床当たり151,000円/日
HCU	1床当たり106,000円/日
上記以外の病床	1床当たり36,000円/日

休止病床の病床確保料の上限額（即応病床1床あたり1床まで（ICU・HCU病床は2床まで））

ICU	1床当たり151,000円/日
HCU	1床当たり106,000円/日
上記以外の病床	1床当たり36,000円/日

③その他医療機関

稼働病床の病床確保料の上限額

ICU	1床当たり97,000円/日
重症患者又は中等症患者を受け入れ、酸素投与及び呼吸モニタリングなどが可能な病床を確保する場合	1床当たり41,000円/日
上記以外の場合	1床当たり16,000円/日

休止病床の病床確保料の上限額（即応病床1床あたり1床まで（ICU・HCU病床は2床まで））

ICU 1床あたり97,000円/日

重症患者又は中等症患者を受け入れ、酸素投与及び呼吸モニタリングなどが可能な病床を確保する場合 1床あたり41,000円/日

上記以外の病床 1床あたり 16,000円/日

<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

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要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）特定の感染症への罹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1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1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」、「エバシールド」

- 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の実施する場合には、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
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に、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"> ➢ 感染対策について効率的な対応へ見直し ➢ 設備整備や個人防護具の確保などの支援 ➢ 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） <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"> ➢ 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"> 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"> ⇒ 重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す 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"> ⇒ 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」等での受入れを推進 ③ これまで受入れ経験のない医療機関 ⇒ 受入れを促す <p><small>※廃止となる臨時の医療施設（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"> ➢ 病床状況の共有のための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<small>（病床ひっ迫時等に支援）</small> ➢ 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 ➢ 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

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	300点 【院内の感染対策が要件】	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】	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	250点 （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）	
		950点 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）あり	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	
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	2,850点 【緊急の往診】	950点 【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	
			950点/回 【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	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	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】 (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 ICU等の入院料: 3倍 (+8,448～+32,634点/日)	①重症患者 ICU等の入院料: 1.5倍 (+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 救急医療管理加算: 4～6倍 (3,800～5,700点/日)	②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算: 2～3倍 (1,900～2,850点/日)
		コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (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 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)
必要	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)	(引き続き評価)
		300点/日 (個室での管理)	(引き続き評価)
		250点/日 (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	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)	(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	訪問対面500点、電話等200点 (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）

感染対策

- 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
- 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

医療機関との連携強化

- 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
- 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

療養体制の確保

- 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）
- 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

退院患者受入促進

- 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例

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"> 行政による患者の外出自粛要請 外来医療費の自己負担分を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の外出自粛は求められない 高額な治療薬の費用を公費支援 その他は自己負担 	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス治療薬※¹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※²継続 <ul style="list-style-type: none"> ※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） ※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
入院医療費	<ul style="list-style-type: none"> 行政による入院措置・勧告 入院医療費の自己負担分を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> 行政による入院措置・勧告はなくなる 入院医療費の一部を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> 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※、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"> ※ 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
検査	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 検査費用の公費支援は終了 <ul style="list-style-type: none"> ※高齢者施設等のクラスター対策は支援継続 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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

※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。