

**新型コロナウイルス感染症の
10月以降の医療提供体制及び公費支援の
具体的内容について**



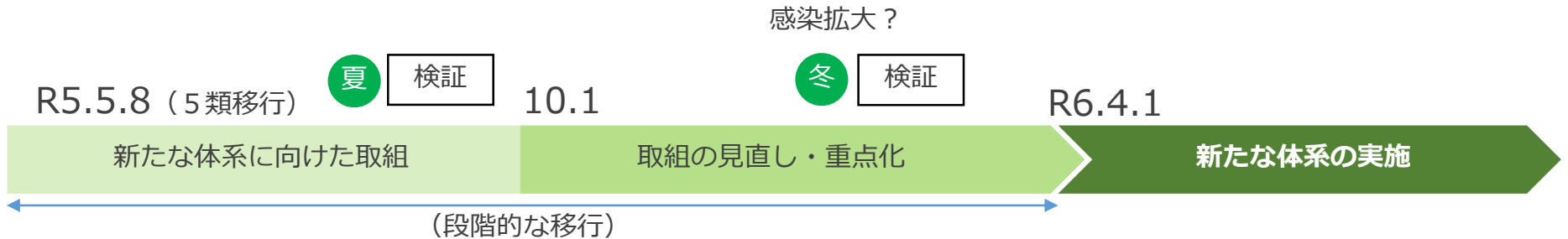
10月以降の医療提供体制及び公費支援の具体的内容について

新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等の基本的な考え方

- 幅広い医療機関による自律的な通常への移行については、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、通常医療提供体制へ段階的に移行



○幅広い医療機関による自律的な通常への移行

- ・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、
感染拡大に応じた対応〕

- ・診療報酬特例、高齢者施設等への支援の見直し・継続

〔暫定的な
診療報酬等の措置〕

診療報酬
介護報酬
同時改定

○通常対応への完全移行

- ・確保病床によらない形での体制

- ・新たな診療報酬体系

〔恒常的な感染症対応
への見直し〕

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医療機関の拡大、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
- 令和6年4月からの通常体制への完全移行に向けて、**令和5年10月から令和6年3月まで「移行計画」を延長**しつつ、冬の感染拡大にも対応する

	3/10本部決定	5類移行前	現行（8月）	具体的な措置など（令和5年10月から令和6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】	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 「外来対応医療機関」の指定や医療機関名の公表は当面継続 ➢ 新たに「移行計画」の対象に外来を追加し、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	約7,300の医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 ➢ 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決定	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 引き続き、医療機関間で入院先決定 ➢ 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）

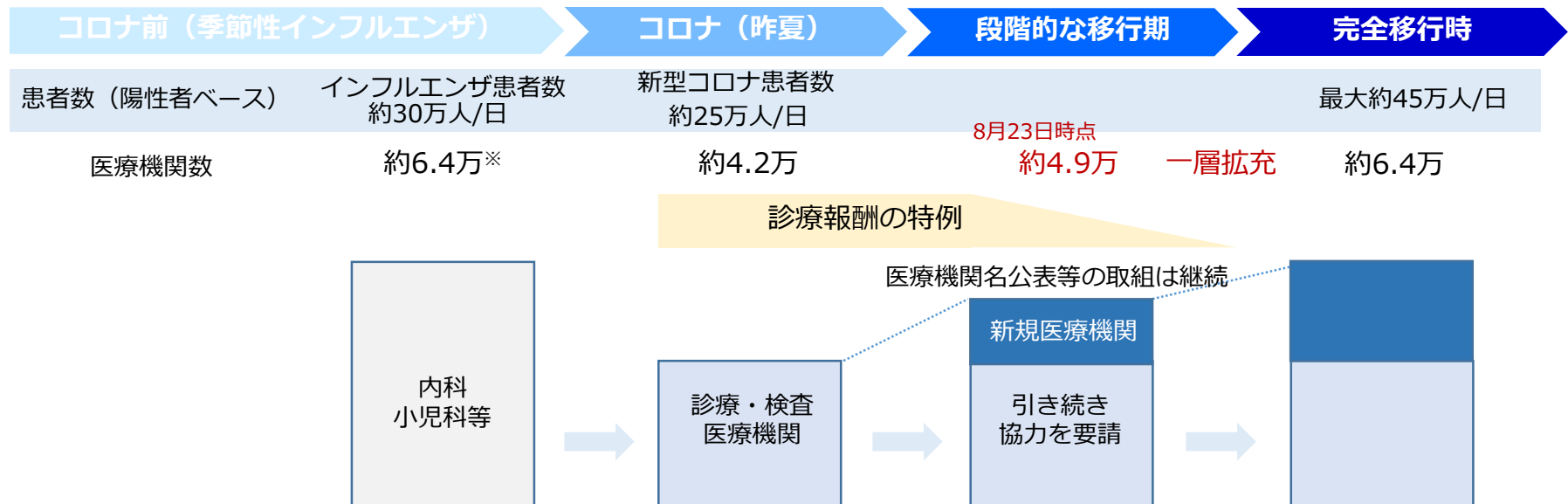
外来医療体制①

【基本的な考え方】

○外来医療体制については、幅広い医療機関が新型コロナの患者の診療に対応する体制へと移行
引き続き、外来対応医療機関、「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の
維持・拡充に向けた働きかけを継続する必要がある

○現在コロナ患者の診療に対応している医療機関については、引き続き対応をしていただきつつ、
新たにコロナ診療に対応する医療機関を増やしながら移行していくことにより、広く一般的な医療機関
(最大約6.4万※)での対応を目指す

※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



外来医療体制②

【対応する医療機関を増やすための取組等】

感染対策等の周知 継続

- ・これまでコロナ診療に対応していなかった医療機関も含めて、幅広い医療機関にコロナ診療に当たっていただける環境を整備する観点から、感染対策ガイドライン等に沿った分かりやすい啓発資料を周知

設備整備等の支援 継続

- ・外来対応医療機関が患者の診療を行う際に必要となる設備整備や個人防護具に対する補助を引き続き実施

対応可能な患者の拡大 継続

- ・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、地域の医師会等とも連携のうえ、患者を限定せずに診療に対応するよう積極的に促進

【その他】

医療機関名の公表の取扱い 継続

- ・発熱患者等の診療に対応する「外来対応医療機関」の指定や医療機関名等を都道府県において公表する仕組みは当面継続

入院医療体制

【基本的な考え方】

- 基本的には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が、対象等を重点化して、各都道府県の判断により病床を確保することを可能とする
- 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必要

【幅広い医療機関における入院患者の受入れの方向性】

感染対策等の周知

継続

- ・これまでコロナ診療に対応していなかった医療機関も含めて、幅広い医療機関にコロナ診療に当たっていただける環境を整備する観点から、感染対策ガイドライン等に沿った分かりやすい啓発資料を周知

設備整備等の支援

継続

- ・コロナ入院患者の受入の際に必要な設備整備に対する補助を引き続き実施

確保病床によらない患者の受入の促進

一部新規

- ・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、次のような個別の調整を進めることで幅広い医療機関での受入体制の確保を更に進めていくことが考えられる
 - 確保病床での受入れと同様に、協定により具体的な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

入院先決定に資する情報共有

継続

- ・入院先決定体制の構築にも資することから、コロナ入院患者の受入可能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

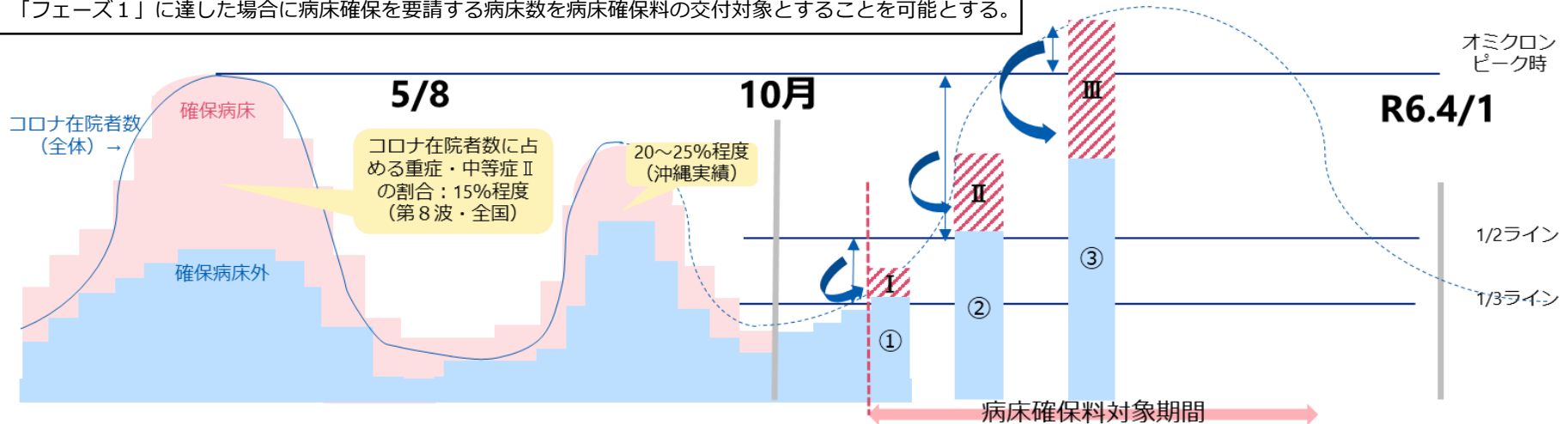
新たな病床確保の方向性（令和5年10月から令和6年3月まで）

新規

- 確保病床については、通常医療との公平性や効率的な病床運営を考慮し、感染状況に応じた効率的・効果的な運用が必要であり、**対象範囲を「重症・中等症Ⅱを中心とした入院患者」（新型コロナの全入院者数の25%程度）に重点化する**
- 国において感染状況に応じたフェーズ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**
- **都道府県は、フェーズに応じて目安に従って即応病床数等を設定し、それぞれの感染状況に応じて運用**
⇒オミクロン株流行時の県内全体の最大在院者数（確保病床＋確保病床外）との比較で3つのフェーズに分類

	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3
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 ⇒ピークまで約2週間
即応病床数 (上限目安)	(1/2在院者数－1/3在院者数) ×0.25	左記 ＋ (ピーク在院者数－1/2在院者数) ×0.25	左記 ＋ (2週間後の在院者数(試算) －ピーク在院者数) ×0.25

10月1日から31日までの間は経過措置期間として「フェーズ1」に満たない感染状況であっても、「フェーズ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。



入院調整・救急体制

【基本的な考え方】

（入院調整） 一部新規

- 患者の入院先決定については、引き続き、原則、医療機関間での調整を行うこととする
- 感染拡大局面など、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うこと
- 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
- 新たな病床確保の方向性を踏まえ、入院患者の受入について、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

（救急体制） 継続

- 新型コロナウイルス感染症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を選定
- 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る

【入院調整の移行に向けた環境整備（行政による支援等）】

入院先決定に資する情報共有 継続

- ・入院先決定体制の構築にも資することから、コロナ入院患者の受入可能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

行政による入院調整機能 継続

- ・円滑な移行のため、入院調整本部や保健所による調整支援の枠組みを当面継続することが可能

高齢者施設等における対応

【基本的な考え方】

- 高齢者施設等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

【高齢者施設等における体制確保のための取組】

感染発生時における支援体制

継続

- ・施設で陽性者が発生した場合等において、感染対策等に関する相談を受け付ける専用の相談窓口を継続

施設内療養を行う高齢者施設等への補助

補助額変更

- ・施設内療養を行う高齢者施設等への補助については、通常の補助及び追加補助の補助単価について、それぞれ施設内療養者1名あたり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は変更
大規模施設（定員30人以上）は5人以上⇒10人以上
小規模施設（定員29人以下）は2人以上⇒4人以上
- ・利用者又は職員に感染者が発生した場合等のかかり増し経費の補助については、新型コロナウイルス感染症患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（1月あたりの限度額は2万円）とする。

高齢者施設等への医療提供支援

継続

- ・協力医療機関のみでの対応が困難な場合等に、自治体での調整により、他の医療機関や医師等による対応を可能とする等といった取組を検討（自治体での取組事例：高齢者施設等への往診や電話診療等が可能な医療機関を確保し、県が医療提供を必要とする高齢者施設等と協力可能な医療機関とのマッチング）

退院患者の受入促進のための補助

補助額変更

- ・介護保険施設において、医療機関から、退院基準を満たした患者を受け入れた場合には、当該者について、退所前連携加算（500単位）として算定することを可能とする介護報酬上の臨時的な取扱いについて、位置づけ変更後も、入所した日から起算した算定の限度日数を30日⇒14日に変更の上当面継続

宿泊療養・自宅療養

【基本的な考え方】

（宿泊療養） 廃止

○高齢者・妊婦の療養のための宿泊療養施設については、全国の利用実態も踏まえ、9月末をもって公費支援は終了し、「宿泊療養施設確保計画」も廃止する

（自宅療養） 継続

○陽性判明後の体調悪化時の自治体等の相談機能は継続

相談体制

【基本的な考え方】 継続

- 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
- 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、受診の可否や相談・受診する医療機関に迷う場合の相談に対応すること
- 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、これらの活用を改めて周知徹底すること（#8000等）

注意喚起等

【基本的な考え方】 一部新規

- 感染拡大局面を見据えた体制強化、注意喚起等の取組を推進すること
 - 受診・相談センターによる電話相談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

医療費の公費支援

【基本的な考え方】 変更

- 新型コロナウイルス感染症の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は、急激な負担増が生じないようにしつつ、他の疾病との公平性も踏まえた一定の見直しを行ったうえで令和6年3月末まで継続する。
- 新型コロナウイルス感染症治療薬※については、**一定の自己負担を患者に求めつつ**公費支援を継続する。
- 入院医療費については、高額療養費の自己負担限度額からの**減額幅を見直したうえで**公費支援を継続する。

	9月末まで	10月以降の考え方	具体的な措置など								
治療薬	自己負担分の全額を公費支援	他の疾病との公平性の観点も踏まえ、 <u>一定の自己負担を求めつつ公費支援を継続</u>	医療保険の自己負担割合に応じて、自己負担額を決定（右表参照） <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <caption>表) 自己負担割合 公費適用後の自己負担額</caption> <thead> <tr> <th>自己負担割合</th> <th>公費適用後の自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3割</td> <td>9,000円</td> </tr> <tr> <td>2割</td> <td>6,000円</td> </tr> <tr> <td>1割</td> <td>3,000円</td> </tr> </tbody> </table>	自己負担割合	公費適用後の自己負担額	3割	9,000円	2割	6,000円	1割	3,000円
自己負担割合	公費適用後の自己負担額										
3割	9,000円										
2割	6,000円										
1割	3,000円										
入院医療費	高額療養費の自己負担限度額から、原則2万円を減額	他の疾病との公平性の観点も踏まえ、 <u>減額幅を見直して公費支援を継続</u>	高額療養費の自己負担限度額から、原則1万円を減額								

- ※ 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（ロナプリーブ、ゼビュディ、エバシールド）
- ※ ただし、国が買い上げ、希望する医療機関等に配布しているゼビュディ、ロナプリーブ、エバシールドについては、引き続き薬剤費及び自己負担は発生しない。

行政検査

【基本的な考え方】 継続

- 高齢者施設等の従事者を対象とした定期的な検査（社会的検査）は継続する。
- 医療機関や高齢者施設等で新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した場合の周囲の者に対する検査は継続する。

診療報酬（外来・在宅）

○令和5年5月8日以降、類型が変更された後の新型コロナウイルス感染症診療の実態等を踏まえて、以下の考え方にに基づき、診療報酬上の特例について見直し

○令和6年度の診療報酬改定において、恒常的な感染症対応へ移行

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	10月以降	
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	① 300点 【院内感染対策に加え、受入患者を限定しない場合】 ② 147点 【①に非該当、院内感染対策を実施】	① 147点 ② 50点	医療提供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	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 （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	— （R5.9月末に終了）	
	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	
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	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	
	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 【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	
	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	

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（入院・歯科・調剤）

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	10月以降
入院	<p>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</p> <p>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</p>	<p>①重症患者 ICU等の入院料:1.5倍 (+2,112~+8,159点/日)</p> <p>②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算1: 2倍~3倍 (1,900~2,850点/日)</p> <p>※ 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）で受け入れる場合は加算（+950点/日）</p>	<p>①重症患者 ICU等の入院料:1.2倍 (+845~+3,263点/日)</p> <p>②中等症患者等 救急医療管理加算2：2倍~3倍 (840~1,260点/日)</p> <p>(+420点/日)</p>
		<p>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)</p>	<p>500点/日 (14日目まで)</p>
	必要な感染対策を引き続き評価	<p>250~1,000点/日 (感染対策を講じた診療)</p> <p>300点/日・200点/日 (個室又は陰圧室での管理)</p> <p>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)</p>	<p>125~500点/日</p> <p>(引き続き評価)</p> <p>50点/日</p>
歯科	<p>コロナ患者への歯科治療を引き続き評価</p>	<p>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)</p>	<p>147点</p>
調剤	<p>コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価</p>	<p>訪問対面500点、電話等200点</p> <p>※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）</p>	<p>(引き続き評価)</p> <p>※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料1.5倍（+30点又は+23点）</p>

医療提供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

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う県の対応方針（案）①

事 項		施策の内容	
		5類移行後（9月末まで）	5類移行後（10月以降）
外来体制	外来診療体制の確保	広く一般的な医療機関が患者の診療に対応する体制へ移行 ※外来対応医療機関 5/7時点：693医療機関 9/11時点：795医療機関	継続 ※医療機関名の公表も当面継続
	感染対策の支援（外来）	体制の維持・拡大を図るため感染対策の支援	継続
	診療報酬（外来）	感染対策を評価 医療機関間による入院調整等を評価	特例措置は縮小 コロナ患者への療養指導に係る特例措置は廃止
入院体制	入院受入体制の確保	通常の医療体制への移行を目指し、新たな医療機関での入院患者の受入を積極的に促進 ※入院受入医療機関数 5/7時点：48医療機関 9/11時点：69医療機関	継続
	入院調整	原則、医療機関間による入院調整 不調時は県による入院調整支援	継続
	病床確保（病床確保補助金）	病床確保補助金の交付	感染拡大時に重点化するなど、支援が縮小
	感染対策の支援（入院）	体制の維持・拡大を図るため感染対策の支援	継続
	診療報酬（入院）	重症・中等症患者等に対する特例措置 地域包括ケア病棟等での患者の受入を評価	特例措置は縮小
公費支援	高額治療薬の公費支援	自己負担分を全額支援	一定の自己負担を求めつつ支援を継続
	入院医療費の公費支援	高額医療費の自己負担限度額から原則2万円減額	高額医療費の自己負担限度額から原則1万円減額

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う県の対応方針（案）②

事 項		施策の内容	
		5類移行後（9月末まで）	5類移行後（10月以降）
宿泊療養	宿泊療養施設	宿泊療養施設は廃止、但し、医療ひっ迫時には、高齢者等の療養のための宿泊療養施設の設置を検討	廃止
自宅療養	療養者支援相談窓口	外来や救急への影響緩和のため継続	継続
高齢者施設	相談窓口	施設で陽性者が発生した場合等における感染制御等の相談窓口を設置	継続
	クラスター対応	クラスター発生施設に対し、必要に応じ、感染対策指導を実施	継続
	医療機関との連携強化	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確保	継続
	社会的検査	早期発見、感染拡大防止の観点から、施設の従事者を対象に定期的な検査を実施	継続
検査	行政検査	医療機関、高齢者施設等の感染対策として行政検査を実施	継続
相談体制	相談体制の確保	受診・相談センター（保健所）、療養者支援相談窓口を設置	継続
その他	サーベイランス	定点報告（インフルエンザ・コロナ定点）へ移行 ゲノム解析（新たな変異株を監視）	継続



10月以降の病床確保及び入院調整の方針について

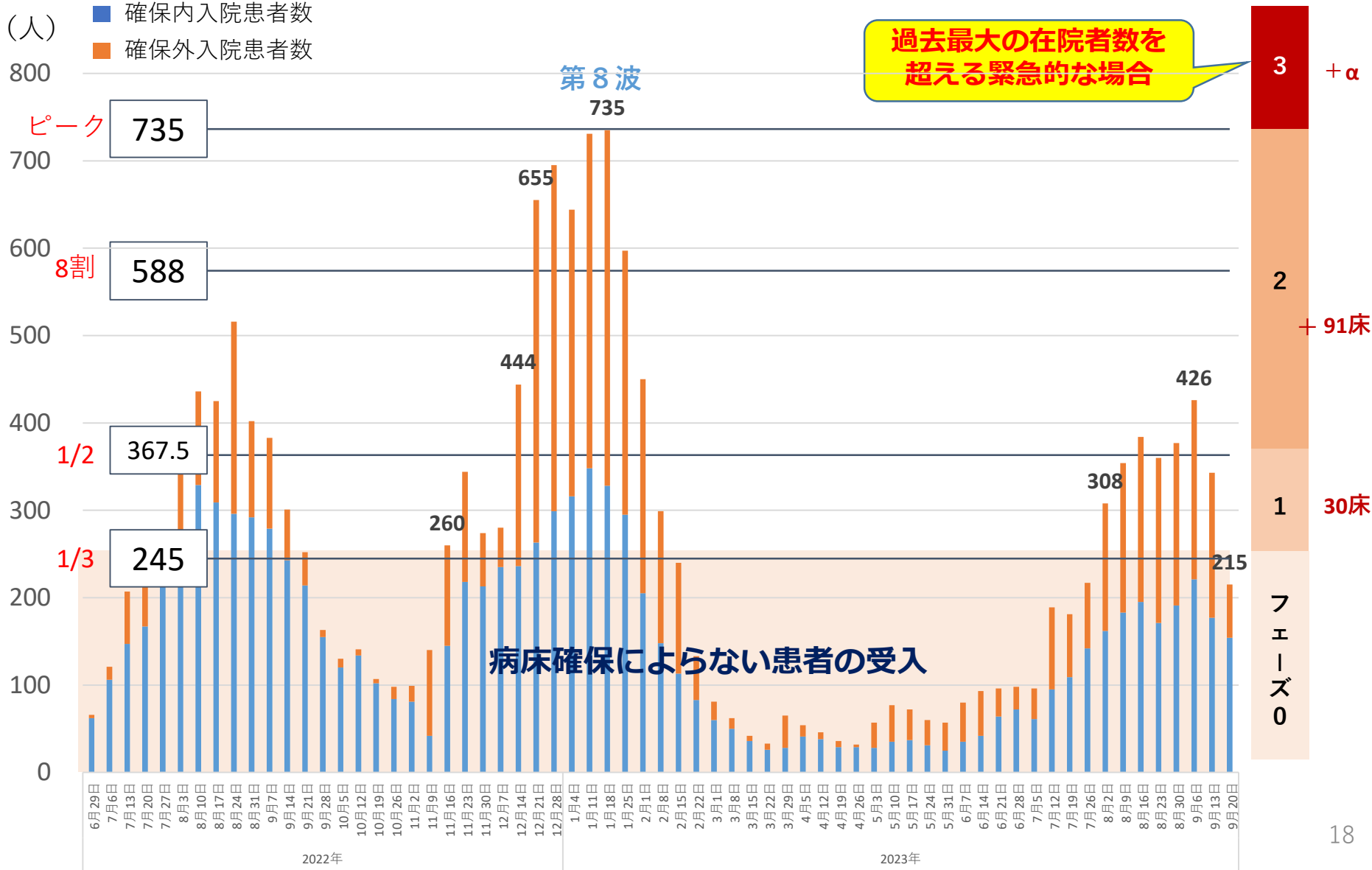
10月以降の病床確保計画について（案）

【これまでとの主な変更点】

	9月末まで	10月以降
確保病床	原則、確保病床による受入	原則、 病床確保によらない患者の受入 (ただし、確保病床は感染拡大時のために設定することが可能)
病床確保フェーズの移行	病床使用率を用いてフェーズを移行	「在院者数」により病床確保フェーズの移行 を行う ※ 在院者数とは、すべての医療機関における新型コロナウイルス感染症の入院患者数

在院者数の週次の推移と想定される確保病床数について

- 想定される県全体の確保病床数 ⇒ フェーズ 1 : **30床** フェーズ 2 : 30床 + 91床 = **121床**
- (参考) 現在の県全体の確保病床数 : **69医療機関591床** (うち重症用病床50床)



10月以降の病床確保計画について（案）

- これまで、確保病床によらない形で幅広い医療機関でコロナ患者を受け入れる体制へ移行することを目指していたことを踏まえ、10月以降は**感染が拡大していない段階（平時）**においては、**病床確保によらない患者の受入を行うこととする。**
- ➔ **【参考】5月8日時点：48病院537床 ⇒ 現在：69病院591床（+21病院+54床）**
- 一方、入院を必要とする患者を確実に受け入れられる体制を維持する必要があることから、**感染拡大時においては、受入の対象を重症患者を中心とする入院患者に重点化しつつ、病床の確保を継続することとしてはどうか。**

《病床確保計画（令和5年10月1日以降）》

	フェーズ移行のタイミング	即応病床数	内重症者用
平時	フェーズ0 病床確保によらない患者の受入	—	—
感染拡大時	フェーズ1 第8波ピーク時の最大在院者数（735人）の1/3の在院者数以上となった日から14日後 [在院者数245人]	30	(27)
	フェーズ2 第8波ピーク時の最大在院者数（735人）の1/2の在院者数以上となった日から14日後 [在院者数368人]	121	(44)
	フェーズ3 (第8波程度) 第8波ピーク時の最大在院者数（735人）の8割の在院者数以上となった日から14日後 + [在院者数588人]	最大 227*	最大 (50)*
	↑ 感染状況に応じて 病床を確保 (第8波1.6倍) ※沖縄県相当	14日後の在院者の見込み数が過去最大の在院者数を超える緊急的な場合	

過去最大の在院者数を超える緊急的な場合

※ フェーズ3の病床数については、**14日後の在院者の見込み数に応じて病床確保を要請**

フェーズ2から増床する病床数：（14日後の在院者数（試算）－第8波ピーク時の最大在院者数）×0.25

※ フェーズを下げる際の考え方：原則、フェーズ移行基準の在院者数を下回った日から7日間以内に移行する。ただし、感染再拡大の可能性が高い場合など、医療提供に支障が生じるおそれのある場合はフェーズを維持する。

段階的な移行期（10月以降）における入院調整について（案）

【本県の対応方針】

- ・段階的な移行期においては、医療機関間における入院調整を基本としつつ、医療機関間での入院不調案件等について、**病床確保を行わない時期も含めて、県が入院調整を支援**する仕組みを一定継続
- ・各医療機関の入院状況を共有するとともに、**入院調整を支援するために構築したシステムは表示項目を変更した上で継続**
- ・特別な配慮を要する患者についても、通常の医療体制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を継続

段階的な移行期（10月以降）における入院調整（イメージ）

(R6.4.1)

(R5.10.1)

段階的な移行期② 10月以降

完全移行

医療機関間による入院調整

①診療所等において
入院加療の必要性を判断



診療所等

②入院調整
(診療情報を提供)



入院受入医療機関

コロナ陽性患者

県による入院調整

②で医療機関間での入院調整が不調となる場合

平時

フェーズ0

病床確保によらない入院調整支援（受入協力の依頼）

感染拡大時

フェーズ1以上

確保病床による入院調整支援（補助金に基づく受入要請）

県による入院調整

県



県調整本部

入院調整



入院受入医療機関

完全移行後は行政主導の
入院調整は行わない

※「感染拡大時」は、入院受入医療機関が病床を確保して県による入院調整患者の受入が行われる期間（在院者数が245人以上）

10月以降の「みえ入院調整支援システム」における表示項目について（案）

- 5月8日以降、医療機関間における入院調整を支援するため、**患者の重症度等に応じて受入可能な医療機関や、当該医療機関における入院調整窓口等を表示**
- 10月からの段階的な移行期においては、**原則、病床確保によらない患者の受入**を行うことや、感染状況によっては**確保病床がないフェーズも存在**する状況
- 確保病床のフェーズ切り替えの基準が確保病床の「**病床使用率**」から「**在院者数**」に変更となるため、**表示項目の変更を行う必要**がある

みえ入院調整支援システムの表示項目

（原則、確保病床による受入）

（原則、病床確保によらない受入）

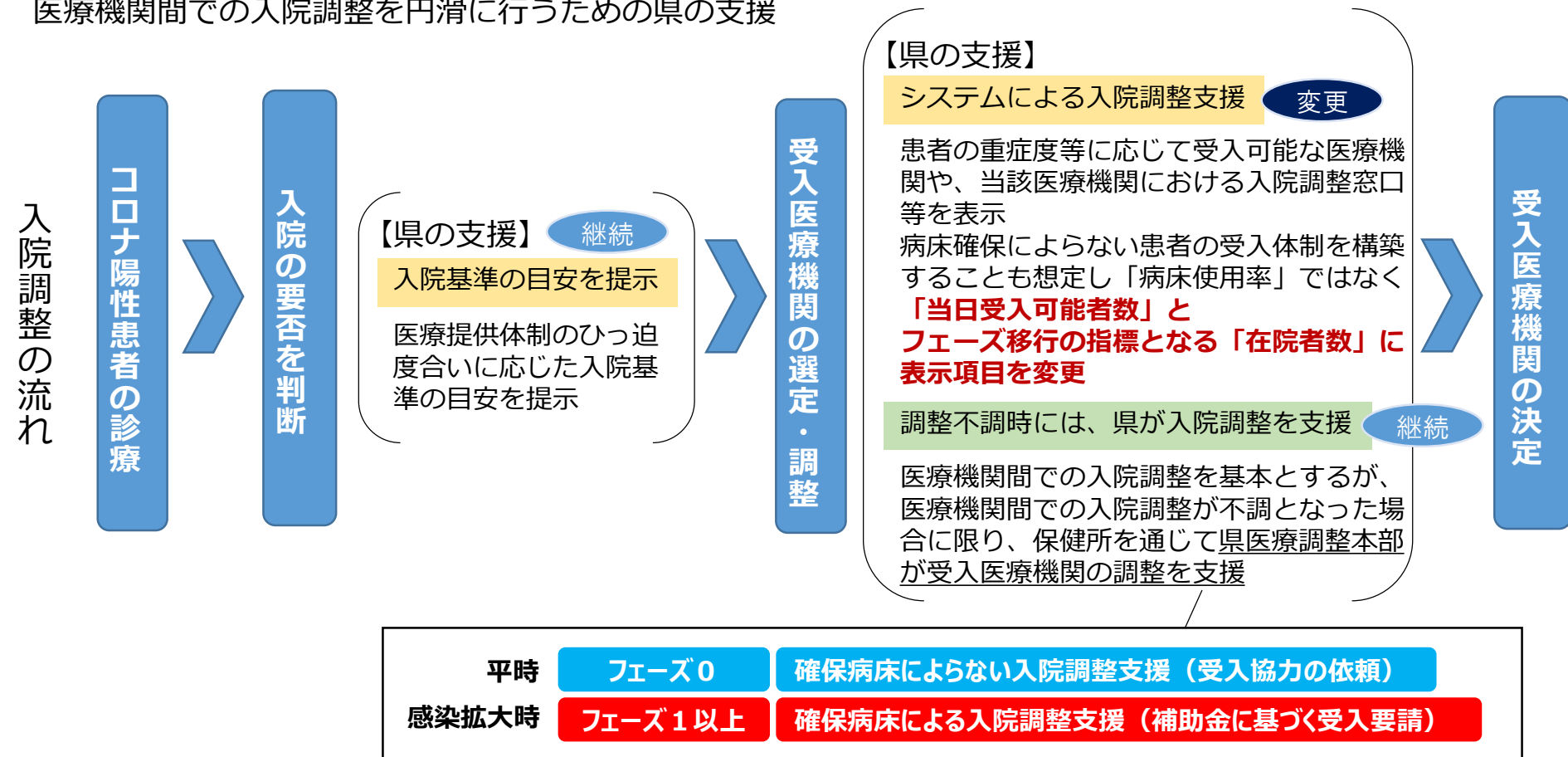
	9月末まで	10月以降
受入可能条件	対応可能な患者 〔 無症状・軽症、中等症Ⅰ、 中等症Ⅱ、重症 ※挿管、ECMO等の可否等 〕	継続
	特別な配慮を要する 患者の受入 〔 透析、妊産婦、 小児（年齢）、精神 〕	継続
病床使用状況	確保病床数 （+うち重症用病床数）	「在院者数」 に変更 （+うち重症 患者数） （確保病床+確保病床外）
	（確保病床における） 入院患者数 （+うち重症患者数）	
	病床使用率	
当日の 受入可能状況	受入可能病床数 （確保病床数－入院患者数）	「当日受入可能者数」 に変更 ※ 受入可能者数 or 受入可否 （確保病床がないフェーズも含めて表示）
入院調整方法	平日昼間、夜間休日の受入窓口等	継続

各医療機関における状況

医療機関間での入院調整を円滑に行うための県の支援について（案）

- 医療機関間の調整が円滑に行われるよう、感染対策研修等をはじめとして、対応可能な医療機関の拡大に向けた取組みを実施
- 入院基準の目安の提示やシステムを通じた情報提供など、医療機関間調整の各段階における入院調整に係る支援を行う
- 病床確保を行わない時期も含めて**、入院調整が不調となる場合は県が入院調整を支援

医療機関間での入院調整を円滑に行うための県の支援



※「感染拡大時」は、入院受入医療機関が病床を確保して県による入院調整患者の受入が行われる期間（在院者数が245人以上）



「移行計画」の改定について

- 令和5年9月末に向けて、「移行計画」等に基づき外来対応医療機関の拡大、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
- **令和5年10月から令和6年3月まで「移行計画」を延長**しつつ、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
- 新たに「移行計画」の対象に外来医療体制を追加。

〈「移行計画」の記載事項〉

I 入院医療体制

- (1) 第8波の入院体制の振り返り
- (2) 今後の入院患者の受け止めの方針
- (3) 新たな医療機関による受入のための具体的方策
- (4) 位置づけ変更後の転退院体制について
- (5) 位置づけ変更後の救急医療体制について

II 入院調整体制

- (1) 第8波の入院体制の振り返り
- (2) 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

- (1) 現在の体制について
- (2) 今後の確保・拡充の方針

IV 自宅・高齢者施設等の療養体制

- (1) 高齢者施設等への往診等に対応する医療機関の確保
- (2) 自宅療養体制の確保

「移行計画」の改定について（案）

I 入院体制

（1）第8波の入院体制の振り返り

- 最大確保病床数：633床（うち重症用病床数：56床） ※令和5年5月7日時点
 - 最大入院者数：735名（令和5年1月18日実績 ※過去最大）
 - うち確保病床での最大入院者数：328人（うち重症患者数：7人）
 - うち確保病床外での最大入院者数：407人
 - 最大入院者のうち中等症Ⅱ以上の入院者数：197人
 - 確保病床を有している医療機関数：48機関
 - コロナ入院患者の受入経験がある医療機関数：90機関
- （内訳：88人（※確保病床内のみ約26.8%）
109人（※確保外は推計値））

（2）今後の入院患者の受け止めの方針

①入院患者の受け止めの方針

（確保病床での受入見込み）

- 10月1日以降の最大確保（予定）病床数：121床
 - うち重症者用病床数：44床
 - うち中等症Ⅱ患者向け病床数：121床
- 確保病床での入院患者受入見込み数：103人
- 確保病床を有している医療機関：69機関

（確保病床によらない形での受入見込み）

- コロナ患者受入れ経験がある医療機関での入院患者受入目標（予定）数：632人

※受入を行う医療機関

- 確保病床によらない形で受け入れる確保病床を有する医療機関：69機関
- コロナ患者受入れ経験がある医療機関のうち、
 - 新たに入院患者の受入を行うことを予定する医療機関数：21機関
- 新たにコロナ入院患者の受入を行うことを予定する医療機関数：3機関（※1人以上の受入を想定）

「移行計画」の改定について（案）

I 入院体制

（2）今後の入院患者の受け止めの方針

②確保病床によらない形での受入見込み数を達成するための方策について

- ・確保病床を有する医療機関と締結する覚書において、確保病床によらない形での患者の受入を基本とすることを明記した上で対応を行い、医療機関間による入院調整を支援する「みえ入院調整支援システム」において、フェーズ0の段階から各医療機関の当日受入可能者数等を表示
- ・入院の原因となった疾患の治療を継続する観点から、引き続き、院内発生患者については原則入院加療の継続を依頼し、確保病床によらない患者の受入を行う

③確保病床を廃止する時期、病床確保を要請しない場合の入院患者受入体制の方針について

- ・令和6年4月の完全移行時には確保病床を廃止する。
- ・確保病床によらない患者の受入を基本として入院を必要とする患者の受入体制を構築する。

（3）医療機関等の役割に応じた対応医療機関数等について

主に重症患者を受け入れる医療機関数：20機関

主に中等症Ⅱ患者を受け入れる医療機関数：93機関

主に軽症・中等症Ⅰ患者を受け入れる医療機関数：93機関

後方支援医療機関数：52機関

（4）位置づけ変更後の転退院体制について

10月1日以降の転退院促進のための方策について

- ・調整先の選定に資するよう、回復患者の受入が可能と申出のある医療機関、介護老人保健施設のリストアップを行い、受入医療機関に改めて周知を図る

（5）位置づけ変更後の救急医療体制について

10月1日以降の受診相談体制の維持・拡充について

- ・受診・相談センター、県相談窓口、＃8000の取り組みを継続し、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

「移行計画」の改定について（案）

Ⅱ 入院調整体制

（１）第８波の入院体制の振り返り

- ①入院調整の主体：三重県新型コロナウイルス感染症医療調整本部
- ②入院調整を行うためのICTツール：入院患者状況報告システム（県独自）
- ③直近のオミクロン株流行時における医療機関間での入院調整の割合：０割

（２）医療機関間での入院調整を進めるための方策について

- ①10月1日以降の行政による入院調整：約１割
 - その対象者
 - ・医療機関間による調整が不調となった患者
- ②感染拡大時・医療機関間での入院先決定が円滑に進んでいない時における行政の対応（行政の支援）
 - ・医療提供体制のひっ迫度合いに応じて入院基準の目安を提示する
 - ・フェーズ０の段階も含めて医療機関間による調整が不調となった場合は三重県新型コロナウイルス感染症医療調整本部において入院調整を支援する
- ③入院調整に活用する支援ツール
 - ・県独自に構築した「みえ入院調整支援システム」を活用して、患者の重症度等に応じて受入可能な医療機関の検索や、当該医療機関における入院調整窓口、感染状況に応じた入院基準の目安等について情報提供を行うことで医療機関間の入院調整を支援する
 - ・同システムにおいて、病床確保によらない患者の受入体制を構築することも想定し、各医療機関における「当日受入可能者数」とフェーズ移行の指標となる「在院者数」についても情報提供する
- ④外部委託の予定があるか：あり（三重県新型コロナウイルス感染症医療調整本部への医師の支援）
- ⑤消防機関との連携体制
 - ・新型コロナウイルス感染症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により搬送先医療機関を選定し搬送
 - ・搬送先の選定に資するよう、受入可能な医療機関情報や入院状況、救急搬送状況等の情報を共有
- ⑥都道府県における既存の調整の枠組みの活用（妊産婦、小児、透析患者等）の方針
 - ・特別な配慮を要する患者についても、通常の医療体制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を継続

「移行計画」の改定について（案）

Ⅲ 外来医療体制

（１）令和６年３月末時点の見込み

外来対応医療機関数：804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：687機関

（２）（１）を実現するために10月から３月までに行う予定の取組

- ・「新型コロナの検査実績のある医療機関」や「新たに開業する医療機関」に対し、新規指定に向けた働きかけ
- ・設備整備等の支援制度や医療機関向け啓発資材等を医療機関に広く周知

Ⅳ 自宅・高齢者施設等の療養体制

（１）高齢者施設等への往診等に対応する医療機関の確保等の取組

感染制御・業務継続支援チームに所属している医療従事者・感染管理専門家の人数

医師：11人

看護師：24人

その他：3人

高齢者施設等への往診・派遣に協力する医療機関数：125機関

具体的な取組

- ・施設内療養者が発生し、施設医等の協力医療機関のみでの対応が困難な場合に、県に設置している高齢者施設等専用相談窓口において、往診や電話診療等の対応が可能な医療機関をマッチングし、医療提供を行う体制を継続。

（２）今後の自宅療養体制の確保の見通し

新型コロナ自宅療養者等のフォロー（電話・オンライン診療／訪問診療）を行う医療機関数：438機関

新型コロナ自宅療養者等のフォローを行う訪問看護事業所数：89機関

新型コロナ自宅療養者等の治療薬投与等のフォローを行う薬局数：511機関