

新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制等について

本資料は第23回検討会(令和3年2月3日)の参考資料1を基に更新したもの。更新箇所は以下の通り。

ページ	更新項目
P.7	「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」を新たに追加(令和2年12月25日付け事務連絡より抜粋)
P.8~13	「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」を新たに追加(令和3年2月16日付け事務連絡より抜粋)
P.14, 15	「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」を新たに追加(令和3年3月24日付け事務連絡より抜粋)
P.16, 17	「都道府県の医療提供体制について」の時点更新
P.18	「新型コロナウイルス感染症の救急医療体制への対応に関する考察」の時点更新
P.20~23	「医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関について」「医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について」「構想区域の人口規模別、救急車受入台数別の新型コロナ受入可能医療機関及び受入実績等」「病床規模別、救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等」の時点更新
P.25,26	「新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関等への支援策(主なもの)」「更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援(令和3年度)」の時点更新
P.29	「新型コロナウイルス感染症における重症者対応について」の時点更新
P.30	「令和2年度人工呼吸器及びECMOを取り扱う医療従事者の養成」の時点更新
P.31	「令和2年度「ECMOチーム等養成研修事業」における都道府県別・職種別の研修受講者数」を新たに追加
P.32	「重症者治療搬送調整等支援事業」を新たに追加
P.37	「簡易な報告による届け出状況」を新たに追加

- **新型コロナウイルス感染症の救急医療体制への影響**

新型コロナウイルス感染症の救急医療体制への対応①

○ 各都道府県に対して、以下の事務連絡により医療提供体制整備(患者搬送を含む)に関する検討を依頼。

(参考) ※時系列の把握のため記載

1月中旬～ 中国武漢市からの邦人退避のチャーター機入国

2月1日 「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」施行

「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」(事務連絡)⇒帰国者・接触者センター及び帰国者・接触者外来の設置を依頼

2月上旬 クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」が横浜港に入港

3月1日

○ 「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策(サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制)の移行について」(事務連絡) (救急医療に関連する主な項目を抜粋)

<医療機関の役割に関する考え方>

- ・ 原則として、一般の医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を行うこととする。
- ・ 必要に応じて、新型コロナウイルス感染症が疑われる方の外来診療を原則として行わないこととする医療機関を設定する。
- ・ 夜間・休日の外来診療体制については、救急外来を設置していない医療機関に対しても診療時間の延長や、夜間外来を輪番制で行うことを求めるなど、地域の医療機関や医師会等との連携を図る。

<搬送に関する考え方>

- ・ また、県都道府県を中心に、管下の市区町村、地域の医療機関や消防機関等の関係者間において、新型コロナウイルス感染症の重症患者が発生した場合の搬送体制を早急に協議の上、合意する。地域や医療圏を越えて搬送する場合の調整担当者や広域の搬送・受入ルールを隣県の関係者等の間で定めるよう調整を開始する。

3月26日

○ 「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について(第2版)」(事務連絡) (救急医療に関連する主な項目を抜粋)

<医療機関の役割に関する考え方>

- ・ 新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる医療機関(「重点医療機関」)や、それ以外の重症者を積極的に受け入れる医療機関の設定。
- ・ 感染症指定医療機関以外の集中治療等を持つ医療機関では、新型コロナウイルス感染症以外の重症者を積極的に受け入れる等、地域で発生する救急患者や重症者の受入に支障を来さないよう、受入れの方針について地域全体で事前に調整しておく。

<搬送調整に関する考え方>

- ・ 県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門(「都道府県調整本部」)の設置。また、集中治療、呼吸器内科治療、救急医療、感染症医療の専門家、災害医療コーディネーター等に必要に応じて参加を要請すること。
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者の搬送調整の中心となる「患者搬送コーディネーター」を配置(※)。

(※)24時間いつでも搬送調整が必要になることを考慮し、複数名選定すること。患者搬送コーディネーターのうち少なくとも1人は、「統括DMAT」であることが望ましい。

4月14日

- 「新型コロナウイルス感染症患者等の転院等にかかる搬送について」(事務連絡)
 - ・ 搬送にかかる医療機関、都道府県調整本部等に対する情報共有等に関する留意点を提示

5月13日

- 「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施について」(事務連絡)
 - ＜医療機関の役割に関する考え方＞
 - ・ **新型コロナ疑い救急患者をまず受入れる医療機関**の検討
【神奈川県の実践(参考)】
 - 重点医療機関とは別に、「重点医療機関協力病院」を設定。
 - PCR検査の結果が出るまでの間の疑い患者の受入れ、陽性確定後合併症などにより継続治療が必要な患者の受入などの役割を担う。
 - ・ 基礎疾患等のある新型コロナ疑い救急患者の受入れ体制の検討
 - ＜搬送調整に関する考え方＞
 - ・ **新型コロナ疑い救急患者の受入れ先の調整方法**の検討
【想定されるパターン】
 - 自宅等から119番通報があった場合の消防機関の連絡・調整方法。
 - 消防機関等が連絡・調整を行ったが搬送先が決まらない場合、都道府県調整本部に連絡を行う一定の要件(例:30分以上、4カ所以上など)を定めておく。
 - ・ 新型コロナ疑い救急患者のPCR等検査結果判明後の対応の検討

5月19日

- 「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施についての報告依頼」(事務連絡)
 - ・ 5月13日付け事務連絡を踏まえた救急医療の実施についての検討状況の報告を依頼
 - 都道府県調整本部の体制等について
 - 新型コロナ疑い救急患者をまず受け入れる医療機関の検討状況
 - 基礎疾患等のある新型コロナ疑い救急患者の受入れ体制の検討状況
 - 新型コロナ疑い救急患者の受入れ先の調整方法の検討状況 など

今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について ①

(令和2年6月19日付け事務連絡より抜粋)

新たな医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

第21回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和2年8月21日
資料
3

○ 都道府県は、新型コロナウイルス感染症が早期には収束しない可能性も考慮しつつ、「新型コロナウイルス感染症との共存」も見据えた中長期的な目線で医療提供体制整備を行うこと。特に、次の感染拡大が生じるまでの間に、着実な整備を図ること。また、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療のみならず、他の疾患等の患者に対する必要な医療も両立して確保することを旨とし、医療提供体制を整備すること。

入院医療体制について

○ 患者推計により示される療養者数の増加の程度に応じて、ピーク時までの段階的なフェーズを設定し、それぞれのフェーズで必要な病床・宿泊療養施設を確保する計画(病床確保計画)を策定すること。この際、フェーズを設定し、それぞれのフェーズで必要な病床数を確保することにより、それ以外の病床において新型コロナウイルス感染症患者以外の患者に対する医療を確保するという観点に留意すること。

○ 病床・宿泊療養施設の確保及び段階的な患者受け入れ体制の整備に当たっては、重点医療機関、協力医療機関、それ以外の医療機関等など、医療機関間の役割分担について、患者受入れ順序・ルールの設定等を含め、予め調整しておくこと。

○ 単独の都道府県において即応病床(患者の即時受入れが可能な病床)の確保が難しい場合には、地域の実情に応じて、広域搬送体制を整えた上で周辺の都道府県と協力して必要な病床数を確保する等の柔軟な対応も検討すること。

○ 都道府県においては、引き続き、**重点医療機関(医療機関又は病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる医療機関)を中心とした新型コロナウイルス感染症患者の受入れ体制の確保を一層進めること。**

○ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者については、新型コロナウイルス感染症と診断された患者と同等の感染管理が求められ、また、確定診断がつくまでの間は、原則として個室での受入れが必要となることから、先般の感染拡大時には、消防庁が実施した調査結果では、最大時に対前年比約2倍の救急搬送困難事例が発生する等、地域の救急医療提供体制に大きな負荷がかかった。

○ このような新型コロナウイルス感染症に係る救急搬送困難事例の発生を防止するため、都道府県においては、新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関とは別途、**新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して患者を受け入れ、必要な医療を提供する協力医療機関を、人口規模等を考慮し、複数箇所確保すること。**

○ 重点医療機関、協力医療機関の確保を進める中で、各都道府県における医療機関間の役割分担・協力関係についても、関係医療機関等と予め方針を調整しておくこと。

救急・搬送体制について

第21回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会	資料 3
令和2年8月21日	

<救急患者の受入体制整備について>

○ 協力医療機関の設定に当たっては、地域の昨年度の救急搬送件数、昨年度の救急搬送困難事例の発生数、感染症指定医療機関や重点医療機関等の整備状況、地理的条件や後述する搬送ルールの設定状況等を考慮すること。

○ 新型コロナウイルス感染症以外の救急患者(脳卒中、急性心筋梗塞、外傷、周産期、小児など)をどの医療機関で受け入れるのか等について、地域の救急医療の関係者や消防機関の関係者等を含めて、改めて明確化すること。また、その結果について、都道府県調整本部を含め、関係者間で広く共有すること。

<搬送体制の整備について>

○ 新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む)の救急搬送困難事例を防ぎ、24時間体制で搬送調整に対応できるようにする観点から、その地域における新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送先の調整ルール(搬送順など)を予め設定すること。

想定される搬送主体や搬送先の調整ルールの例

・搬送先の調整ルール:

月曜日はA病院、火曜日はB病院へ搬送(輪番方式)

3人目まではC病院、4～6人目はD病院へ搬送(割当て方式)

重症患者はE病院、それ以外はF病院へ搬送 等

○ 都道府県調整本部については、引き続き24時間体制で設置するとともに、都道府県職員を配置すること。(中略)また、患者搬送コーディネーターについても同様に、フェーズの進行に応じて、速やかに連絡が取れる体制を柔軟に整備すること。

○ 都道府県は、自宅等からの119番通報があった場合や医療機関間での転院搬送などを想定して、都道府県調整本部、保健所、救急医療機関、消防機関等との間で、具体的にどのような体制で連絡、調整を行うのか等を確認するための訓練等の実施について検討すること。このような訓練等を通じて、これらの関係者の連携のあり方を適宜見直していくこと。

4. 人材確保について

(1) 看護師等の医療従事者派遣の支援

④ ECMOnetを活用した専門医等派遣

○ 重症者が多い地域に対してECMOnetを活用し、関係学会と連携して専門医等を派遣可能な体制を確保しており、専門医派遣が必要な場合には、ECMOnet又は厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部医療班に相談すること。

【これまでの取組等】

- ・感染拡大地域への派遣準備として、地域の状況を踏まえて、事前に厚生労働省とECMOnetが協議を行い、ECMO専門家チームの人選等、派遣要請に対応できる体制とする。
- ・本年4月以降、特定地域での重症患者の増加に備え、ECMOnetによる現場の医師等に対する研修を46都道府県で合計48回開催。1,500名以上参加。

<専門医派遣スキーム>

- ① ICU管理や人工呼吸管理が必要な患者→各医療機関で診療する。
- ② ①の患者が悪化あるいは重症化リスクを有する場合、ECMOが必要になった場合
 - パターン1：当該医療機関でECMO診療を実施
 - パターン2：当該医療機関でECMO診療ができない場合：地域のECMO診療可能な病院へ転院搬送
 →搬送先選定：① **ECMO地域コーディネーター**がDr to Drで調整
 ② 都道府県調整本部が**コーディネーター**と相談して搬送先を選定する)

医療機関の求めに応じて、**ECMOnet**が診療の助言・サポートを実施している

さらに地域全体の
ECMO患者が増えた場合

- ① **厚生労働省**は、**ECMOnet**に出動準備依頼
- ② **ECMOnet**は、全国の診療状況を踏まえて、現地に派遣するECMO専門家チームの人選を行う。
- ③ 都道府県から**厚生労働省**に派遣要請
- ④ **厚生労働省**は、**ECMOnet**に出動要請
- ⑤ **ECMOnet**が現地入りし、重症者の診療について、助言・指導を行う

- ① 当該地域外から**ECMOnet**の専門家チームを現地へ派遣し、当該地域内のECMO受け入れキャパシティを大きくする。
- ② 当該地域外へECMO患者を移送する（広域移送・搬送）。
 - 搬送先選定：現地入りしているECMO専門家チームの派遣元病院への移送を軸に調整を行う（**ECMOnet**、**厚生労働省**、都道府県）。
 - 移送には**ECMOnet**からの派遣された専門家チームが同行する

新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について①

1. 新型コロナ患者受け入れ医療機関の役割分担の明確化

(1) 重症患者用病床

② 人材確保策

ii) ECMOnetを活用した専門医等派遣

○ 厚生労働省では、関係学会等(ECMOnet)と連携して、医療機関の求めに応じてICU管理や人工呼吸器管理等の診療の助言・サポートを行う体制を整備している。また、さらに地域全体のECMO患者が増えた場合に、専門家等を現地に派遣し、助言・指導を行う体制についても整備を行っているため、そういう場合には、ECMOnet又は厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部医療班に相談すること。

③ 病床の効率的な運用策

i) 重症患者用病床の効率的運用のための「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」についての検討

○ 都道府県は消防法(昭和23年法律第186号)第35条の5の規定に基づき、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るために「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定することとされている。

○ それを踏まえ、重症患者用病床と当該病床を持つ医療機関に救急搬送される患者の重症度のミスマッチを減らし、当該病床の効率的な運用を行うために、都道府県は「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の内容や運用状況等について、直近の地域の重症患者用病床の状況等を踏まえて点検を行い、必要に応じて、当該基準の運用の見直しや、別途新たに新型コロナウイルス感染症を疑う症状を有する傷病者用の基準を策定するなど、貴部(局)や消防防災主管部(局)をはじめ、関係者と広く連携して、必要な対応を検討すること。

ii) 重症期を超えた患者の受け入れ先の確保

○ 病床ひっ迫時には、重症患者用病床を可能な限り早く空床とするために、重症患者の重症期を超えた中等症患者を受ける医療機関や病床を指定しておくことや後述の転院調整の導入を検討すること。

新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について②

2. 地域の実情に適した転院支援の仕組みの検討

(1) 転院支援の必要性と具体的な仕組み

○ 新型コロナウイルス感染症患者が転院して治療を継続する場合の転院調整は、個々の臨床像が多様で症状に応じた調整が不可欠であることから、一部の都道府県を除き主に医療機関間で直接調整を実施している。

○ 一方で、このような調整は、感染拡大による調整件数や、調整困難事例の増加に伴い、現場の負担が増加するとともに、病床活用の停滞要因となっている。

○ 医療機関の負担を軽減するとともに効率的な病床活用を促すため、例えば地域医療構想調整会議や都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会や既存の関係団体間連携の枠組みなどを活用して、受け入れ可能医療機関のリストの地域の医療機関や保健所への提供や効率的なマッチングを行う等、地域の実情に適した転院支援の仕組みを検討すること。

○ なお、転院調整を行う専門家の配置に必要な費用については、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の「医療搬送体制等確保事業」の対象となるため、適宜、活用を検討されたい。

(2) 転院患者の移送

○ 新型コロナウイルス感染症患者の転院は、保健所が「感染症の予防及び感染症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。）に基づき行う移送業務となるが、保健所業務が逼迫している等の観点から、これまでも「新型コロナウイルス感染症患者等の移送及び搬送について」（令和2年5月27日付事務連絡）などで、例えば消防機関と事前に協定等を結んだ上で移送を委託すること等について示している。

○ また、感染症法に基づく患者移送費については「感染症予防事業費等国庫負担金」、感染症法に基づかない搬送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「医療搬送体制等確保事業」の対象となる。

○ なお、一般社団法人全民救患者搬送協会のうち、別紙2記載の企業では、新型コロナウイルス感染症の患者の移送・搬送を実施しており、既にいくつかの都道府県との間で協力協定等が結ばれている。協力協定等について、未締結の都道府県におかれては、地域の実情等を踏まえて、適宜、全民救患者搬送協会統括本部へ相談を検討されたい。

○ この他、新型コロナ患者等の移送車内の感染防止対策については、「新型コロナウイルス感染症患者等の移送車に係る取扱いについて」（令和2年12月11日付事務連絡）において、その内容について示しているところであり、適宜参考とされたい。

○ また、上記の新型コロナウイルス感染症患者等における移送・搬送に係る費用等の整理を別紙3にまとめているので適宜参考とされたい。

「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」
(令和3年2月16日新型コロナウイルス感染症対策推進本部)より抜粋

- これまで、昨年末に示した病床確保等のための対策パッケージ等^{を70市ひ、医療提供体制の整備を進めてきた。}
- 本年2月2日の「**新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針**」の変更により、
 - ①地域の関係団体の協力のもと、**地域の会議体を活用して医療機能に応じた役割分担を明確化**した上で病床確保を進めること、
 - ②回復患者の転院先となる**後方支援医療機関の確保**を更に進めること、
 - ③地域の実情に応じた**転院支援の仕組みを検討**することと記載された。
- これを踏まえ、これまで進めてきた**医療提供体制の整備**に当たっての**考え方や取組等を改めて整理**。

1. 新型コロナ患者受け入れ医療機関の役割分担の明確化

病床確保や連携等に向けて協議

- ・受入病床や後方支援医療機関等の確保
- ・医療職の派遣等の対策 等



地域の協議会等

【重症患者】

- 基礎疾患の増悪や血栓による多臓器不全等、呼吸器に限らず**全身臓器に対する集中治療が不可欠**となるため、**大学病院や地域の基幹病院**等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを**中心に整備**すること。

【中等症患者】

- **重点医療機関**が**中心的な役割**を担うこと。特に**大都市圏を擁する都道府県**等では、**公立・公的医療機関**をはじめとする地域の中核的な医療機関において、**新型コロナウイルス対応を強化**することを検討すること。

【新型コロナウイルス感染症から回復した患者】

- **新型コロナ患者用病床の対応能力を拡大**するため、新型コロナ感染症から回復した後、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**や退院基準を満たした者を受け入れる**高齢者施設**の**確保**に取り組むこと。
⇒ **緊急包括支援交付金**や**診療報酬の特例等の支援策**について、**提示**。

2. 地域の実情に適した転院支援の仕組みの検討

- **医療機関**の転院調整に係る**負担を軽減**するとともに**効率的な病床活用**を促すため、例えば、**地域医療構想調整会議を活用**して、受け入れ可能医療機関のリストの共有や効率的なマッチングを行う等、地域の実情に適した転院支援の仕組みを検討すること。

(国の主な支援策)

- ⇒ **転院調整を行う専門家の配置**に必要な費用は、緊急包括支援交付金の「医療搬送体制等確保事業」の対象
- ⇒ **新型コロナ患者の移送**や**新型コロナ患者の病床確保のための非新型コロナ患者の転院に伴う搬送**は、「感染症予防事業費等国庫負担金」や緊急包括支援交付金の「医療搬送体制等確保事業」の対象

医療ひっ迫時の地域における医療提供体制の役割分担のイメージ

「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」
(令和3年2月16日新型コロナウイルス感染症対策推進本部)より抜粋

<陽性患者のフロー>

病床確保や連携等に向けた協議

- ・受入病床や後方支援医療機関等の確保
- ・医療職の派遣等の対策等

医療関係団体等

診療・検査

陽性

方針決定・入院調整

都道府県調整本部
保健所等

無症状・軽症

宿泊療養・自宅療養

自宅療養・宿泊療養者の健康管理を地域の医療機関等が支援

かかりつけ医等地域の診療所や訪問看護ステーション等

重症者は全身臓器に対する集中治療が必要のため、大学病院等の高度な医療機関での更なる病床確保

重症

大学病院等の高度な医療機関等

中等症

重点医療機関等

- ・重点医療機関等の公的・公立医療機関をはじめとして病棟・病院単位での更なる病床確保
- ・病床単位での確保を含め、新規参入の促進

地域の実情に適した転院支援

- ・受入可能医療機関のリスト共有
- ・効率的なマッチング作業等

コーディネーター

※先行例を本事務連絡で紹介

回復後

退院基準後、リハビリや点滴を実施

後方支援医療機関等

コロナ患者の受け入れが難しい医療機関を中心に後方支援

退院
健康観察終了



自宅・介護施設等

退院



一般社団法人全民救患者搬送協会正会員名簿

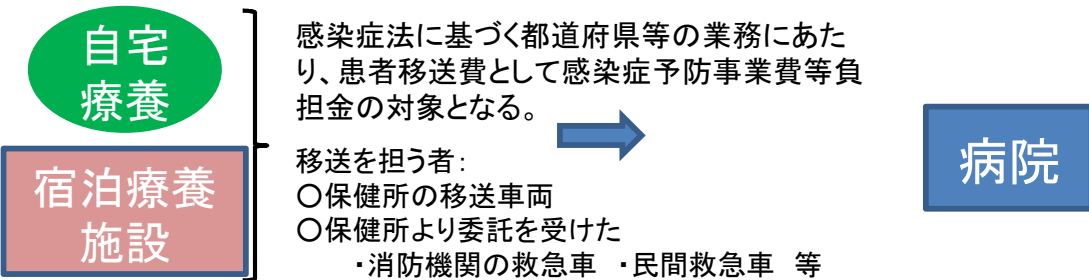
	役員	支局	会社名	住所	電話番号	FAX番号
1	代表理事 理事長、統括本部	統括本部	(特非)西関東民間救急センター	神奈川県小田原市別堀105-1-306	0465-42-6668	0465-42-6500
2	理事 事務局長	栃木基幹支局	(有)関東福祉車両	栃木県那須塩原市鍋掛1087-165	0287-62-9599	0287-62-0922
3	理事 相談役	中国基幹支局	山口民間救急サービス((有)広吉)	山口県下松市大字末武中41-6	0120-889-190	0833-43-7391
4	理事 副理事長	九州基幹支局	民間救急サービスオーシャン	宮崎県宮崎市佐土原町下田島8617	0985-48-9191	0983-33-6325
5	理事 統括本部長補佐	東京基幹支局	(株)PAL	東京都板橋区西台1-29-8	03-4405-4271	03-4243-3582
6	理事	北九州基幹支局	板倉タクシー(株)	福岡県福岡市早良区東入部2-15-47	092-872-3133	092-872-3145
7	理事 統括本部長補佐	群馬基幹支局	株式会社スター交通	群馬県邑楽郡大泉町坂田256-2	0276-20-0109	0276-20-1076
8	理事	千葉基幹支局	千葉寝台自動車(株)	千葉県船橋市習志野8-41-10	047-469-1199	047-469-3899

			会社名	住所	電話番号	FAX番号
9	正会員	千葉	かとり民間救急サービス(株)	千葉県香取市大根1892-22	0478-50-7119	0478-50-7099
10	正会員	大阪	(株)アンビュランス	大阪府大阪市旭区大宮4-20-11	06-6954-8199	06-6951-3430
11	正会員	佐賀	(株)佐賀タクシー	佐賀県佐賀市本庄町大字袋254	0952-24-4311	0952-22-4311
12	正会員	宮崎	宮崎タクシー(株)	宮崎県宮崎市鶴島3-24	0985-24-5795	0985-24-3069
13	正会員	埼玉	民間救急あすかサービス((株)イーエム・アイ)	埼玉県所沢市東所沢和田3-14-2	042-951-3388	042-945-4705
14	正会員	宮崎	民間救急サービストゥールースロード	宮崎県宮崎市佐土原町下那珂2195-4	0985-73-8514	0985-74-8888
15	正会員	宮崎	民間救急搬送パートナー	宮崎県宮崎市大塚町樋ノ口2000-4-103	0985-34-9734	0985-54-5695
16	正会員	神奈川	(株)MAKI	神奈川県秦野市南矢名4-22-50	0463-68-0081	0463-68-0081
17	正会員	徳島	民間救急サービス&介護タクシーはやぶさ	徳島県小松島市坂野町字平田105-1	090-2829-9913	0885-38-0389
18	正会員	愛知	尾張介護タクシー24	愛知県小牧市久保一色3411-10	0568-62-4441	0568-75-4443
19	正会員	宮崎	STSハンソウ(株)	宮崎県宮崎市小村東1-2-33	0985-51-9031	0985-40-1791

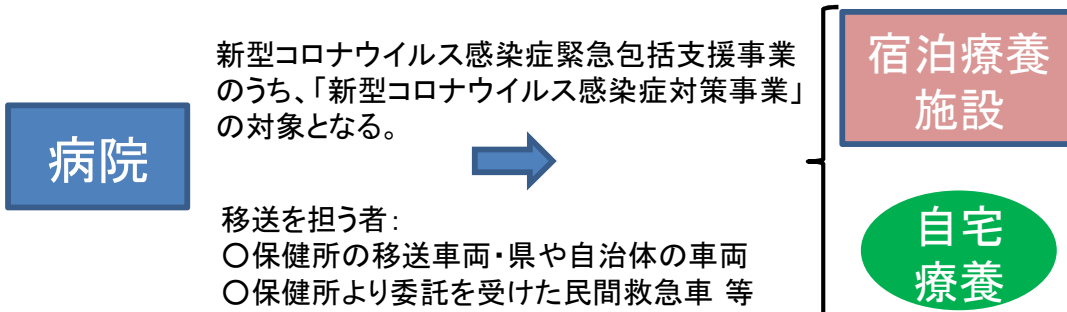
「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」
(令和3年2月16日新型コロナウイルス感染症対策推進本部)より抜粋

新型コロナウイルス感染症患者等における移送・搬送等に関して、対応する新型コロナ交付金等は以下の通り。
なお、感染症予防事業費等負担金のうち都道府県負担分については、地方創生臨時交付金の活用が考えられる。

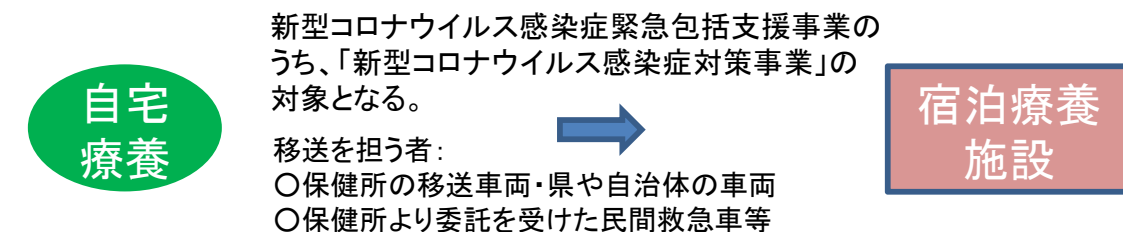
①入院の必要がある新型コロナ患者を自宅等から医療機関に移送。



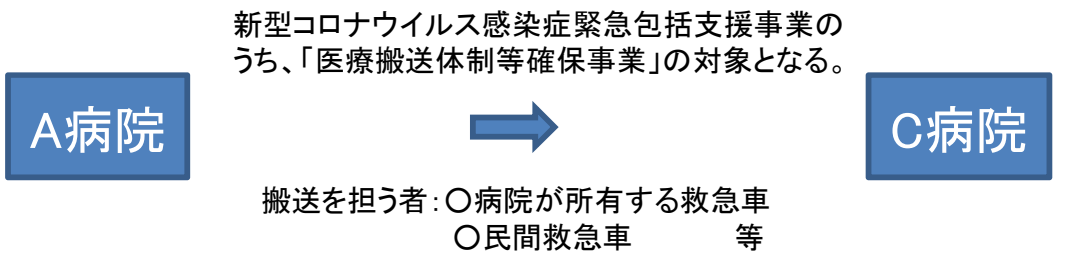
④新型コロナ患者を入院医療機関から宿泊療養施設や自宅へ移送。



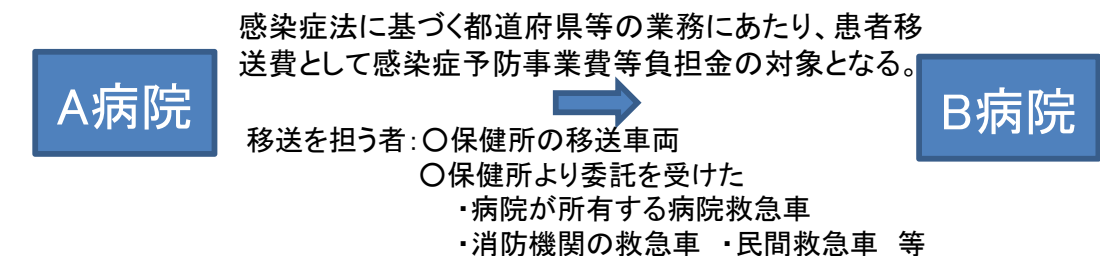
②新型コロナ患者を自宅から宿泊療養施設に移送。



⑤新型コロナ患者の病床確保のため、A病院で入院中の非新型コロナ患者(※)を、別のC病院へ搬送(転院)。



③新型コロナ患者をA病院からB病院へ移送(転院)。(※)



⑥入院している新型コロナ患者が退院基準を満たし、退院。



※ 症状悪化の際の転院(いわゆる上り搬送)も、症状軽快の際の転院(いわゆる下り搬送)も同様。

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について ①

I. 地域の医療提供体制の点検・計画の見直しと目詰まりの解消

令和3年3月24日付け事務連絡

3. 一連の患者対応の目詰まり解消

○ この冬の感染拡大時には、一部の地域において、病床や宿泊療養施設に空きがあっても「療養先調整中」「入院待機中」の患者が多数発生したが、次の感染拡大に向けて、この点を改善していくことが極めて重要である。このため、1、2に基づき算出された「1日当たり最大の新規感染者数」を勘案して、「相談・外来受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除・後方支援病院や施設への転院」まで、一連の患者対応が目詰まりなく行われる流れ(体制)を確保し、病床・宿泊療養施設の最大限の活用につなげること。

(2) 療養先調整・移送(搬送)

○ 患者の移送(搬送)については、外部委託の更なる推進等により、引き続き、移送(搬送)の義務を負う保健所の負担軽減と業務効率化に努める。

II. 患者対応の一連の流れのチェックと感染状況のモニタリング

<患者対応の一連の流れのチェック>

○ 次の感染拡大に向けて、一連の患者対応や病床等の稼働が目詰まりなく行われる流れ(体制)を確保するとともに、実際の感染状況に応じて分析し取組の改善につなげるため、以下1のとおり、患者対応の一連の流れを確認する「チェックポイント」を選定し、目詰まりが生じていないかを確認する体制を確保することが重要である。

○ また、医療提供体制整備は「一般医療とコロナ医療を両立する医療提供体制を整備する」ことが前提の考え方であることを踏まえ、コロナ医療を行う中で、感染拡大時に一般医療への影響についても評価する体制とすることにより、地域の一般医療、ひいては患者の生命・健康に重大な影響が及んでいないかを確認することが重要である。

○ 新型コロナに対応した医療体制が適切に機能しているかについては、

(1)「患者対応の一連の流れに目詰まり」が起きていないか

(2)「一般医療との両立」が適切に維持されているか

に着目して、表を参考に「チェックポイント」を設定し、定期的に状況の確認を行うこと。

○ 都道府県においては、「チェックポイント」による評価を定期的に行い、患者フローの目詰まりや一般医療への影響が見られる場合には、その状況を詳しく分析し、解消・改善を図ることが重要である。

○ 「チェックポイント」による評価を行う場については、都道府県に設置されている「新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会」等を活用し、関係者で状況の認識共有や課題対応について意見を求めることが考えられる。(中略)併せて、地域の医療関係者から医療現場の実情を丁寧に聴取することで、「チェックポイント」だけでは測ることができない一般医療への影響や目詰まりの早期感知に努めることが望ましい。

令和3年3月24日付け事務連絡

表：チェックポイントのイメージ		
	主要項目	参考項目
患者フローの目詰まりのチェック		
①	必要な患者が外来受診・検査できているか	<ul style="list-style-type: none"> ・1日当たりの検査実施数 ・1日当たりの検査能力（検体採取・検査分析） ・陽性率 ・受診・相談センターの電話回線数・電話応答率 ・診療・検査医療機関の数 ・発症日から検体採取/結果判明までの日数
②	入院等を要する患者が必要な時に入院等ができているか	<ul style="list-style-type: none"> ・療養者中の入院者割合 ・療養先調整中の人数 ・療養先調整中の内訳として、療養場所の種別が入院と決定したが、いまだ受入れ医療機関が決定していない人数 （入院について） ・発生届から入院日までの日数 ・最大の確保病床数 ・即応病床数 ・受入医療機関が1日あたりに新たに入院させることが可能なコロナ患者数 ・コロナ病床の利用率 ・コロナ重症者病床の利用率 （宿泊について） ・発生届から宿泊日までの日数 ・最大の宿泊療養者数 ・最大の宿泊室数 ・宿泊室の利用率 ・療養場所の種別は宿泊療養施設と決定したが、いまだ宿泊療養をしていない人数
③	患者の状態に応じた適切な療養環境に入院等ができているか	<ul style="list-style-type: none"> ・後方支援医療機関への転院待機患者数 ・症状悪化等の場合の重症者病床等への転院待機患者数 ・平均在院日数
一般医療との両立		
④	救急車による迅速な医療機関への搬送が困難でないか	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送困難事案件数（全搬送患者） ・救急搬送困難事案件数（コロナ疑い以外） ・救命救急センターの応需体制
⑤	予定していた手術等を受けられているか	<ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔を伴う手術の実施件数 ・心臓・血管カテーテル術の実施件数 ・外来化学療法(抗悪性腫瘍剤)の実施件数 ・分娩件数
⑥	集中的医学管理が必要な患者がICUに入室できているか	<ul style="list-style-type: none"> ・ICU使用率（コロナ以外） ・ICU使用率（全体）

都道府県の医療提供体制について ①

6月19日付け事務連絡の集計結果は以下の通り。

- 令和3年5月19日時点の各都道府県の検討状況を調査(回答率:100%)
- 重点医療機関は47都道府県全てで指定済み。
- 協力医療機関は43都道府県で指定済み。残る4県は指定にむけて調整中。

【重点医療機関の指定状況】

都道府県	医療機関数	病床数	(参考1) 確保病床数	(参考2) 確保病床数に 占める割合
全国合計	1,183	27,886	33,564	83%
01北海道	52	1,507	1,809	83%
02青森県	12	187	211	89%
03岩手県	5	139	393	35%
04宮城県	22	346	350	99%
05秋田県	5	99	229	43%
06山形県	10	237	237	100%
07福島県	15	340	469	72%
08茨城県	25	545	600	91%
09栃木県	9	249	409	61%
10群馬県	17	414	432	96%
11埼玉県	55	1,473	1,597	92%
12千葉県	50	1,157	1,361	85%
13東京都	119	5,106	5,594	91%
14神奈川県	77	1,790	1,790	100%
15新潟県	20	481	555	87%
16富山県	9	405	500	81%
17石川県	14	303	373	81%
18福井県	16	255	255	100%
19山梨県	11	285	285	100%
20長野県	43	420	434	97%
21岐阜県	19	536	739	73%
22静岡県	22	449	540	83%
23愛知県	54	1,038	1,515	69%
24三重県	21	419	437	96%
25滋賀県	20	368	370	99%
26京都府	33	469	469	100%
27大阪府	105	2,194	2,657	83%
28兵庫県	45	877	1,030	85%
29奈良県	16	406	406	100%
30和歌山県	9	333	470	71%
31鳥取県	10	261	313	83%
32島根県	12	216	253	85%
33岡山県	7	111	112	27%
34広島県	16	314	482	65%
35山口県	6	210	520	40%
36徳島県	11	221	246	90%
37香川県	13	206	215	96%
38愛媛県	12	258	270	96%
39高知県	6	142	200	71%
40福岡県	23	624	1,206	52%
41佐賀県	8	298	356	84%
42長崎県	16	330	424	78%
43熊本県	36	478	505	95%
44大分県	17	362	432	84%
45宮崎県	12	229	281	81%
46鹿児島県	26	255	378	67%
47沖縄県	22	544	555	98%

※1 「重点医療機関」…新型コロナウイルス感染症患者の病院や病棟(看護体制の1単位をもって病棟として取り扱う)を設定する医療機関。
 ※2 確保病床数と重点医療機関の病床数の差分は、重点医療機関ではない新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関の病床数。
 ※3 「確保病床」…いずれかのフェーズにおいて、空床にしておく、あるいはすぐさまその病床で療養している患者を転床させる等により、新型コロナウイルス感染症患者の発生・受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことについて医療機関と調整している病床。
 ※4 北海道及び長崎県の重点医療機関数及び病床数には指定予定の数を含む。

【協力医療機関の指定状況】

都道府県	医療機関数	病床数
全国合計	993	4,321
01北海道	75	348
02青森県	9	23
03岩手県	12	84
04宮城県	5	23
05秋田県	調整中	調整中
06山形県	10	56
07福島県	21	87
08茨城県	36	224
09栃木県	13	49
10群馬県	29	132
11埼玉県	50	282
12千葉県	21	45
13東京都	66	330
14神奈川県	81	432
15新潟県	24	53
16富山県	19	31
17石川県	12	16
18福井県	10	25
19山梨県	26	73
20長野県	9	42
21岐阜県	17	155
22静岡県	19	61
23愛知県	33	266
24三重県	6	12
25滋賀県	調整中	調整中
26京都府	18	57
27大阪府	45	175
28兵庫県	調整中	調整中
29奈良県	30	185
30和歌山県	7	28
31鳥取県	調整中	調整中
32島根県	8	15
33岡山県	14	38
34広島県	26	118
35山口県	13	46
36徳島県	8	23
37香川県	9	38
38愛媛県	29	73
39高知県	30	68
40福岡県	45	118
41佐賀県	18	44
42長崎県	27	181
43熊本県	14	64
44大分県	14	28
45宮崎県	10	52
46鹿児島県	15	29
47沖縄県	10	92

※1 「協力医療機関」…新型コロナウイルス感染症患者としての確定診断がつくまでの間、新型コロナ疑い患者専用の個室を設定して当該患者を受け入れ、必要な救急医療等を提供する医療機関。
 ※2 協力医療機関の病床数は、病床・宿泊療養施設確保計画に基づき確保する病床とは別に確保する病床数。
 ※3 北海道の協力医療機関数及び病床数には指定予定の数を含む。

都道府県の医療提供体制について ②

6月19日付け事務連絡の集計結果は以下の通り。

- 令和3年1月18日時点の各都道府県の検討状況を調査(回答率:100%)
- 患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送における搬送主体及び搬送先の調整ルールは47都道府県全てで設定済み。

患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送先の調整ルールについて			新型コロナウイルス感染症以外の救急患者の受入れ先について	都道府県調整本部について24時間体制で設置されているか	都道府県調整本部にDMATが参画しているか
搬送主体の設定	搬送先の調整ルール	関係者間で共有			
設定済	設定済	はい	明確化し、かつ、共有した	24時間体制(全時間帯で常駐)	参画中
47	47	47	41	0	46
検討中	検討中	いいえ	検討した	24時間体制(一部又は全部オンコール)	参画を検討中
0	0	0	6	47	0
設定していない	設定していない		調整中	24時間体制ではない	参画予定なし
0	0		0	0	1
			検討していない		
			0		

新型コロナウイルス感染症における救急外来の受入体制の状況について

<救急患者の受入体制整備について>

令和2年3月から5月までの感染拡大時には、救急患者を受け入れる医療機関の体制整備が不十分であり、また発熱等の症状を有し新型コロナウイルス感染症が疑われる救急患者の搬送主体、搬送先の調整ルールが設定されていなかったため、消防庁が実施した調査結果では、最大時に対前年比約2倍の救急搬送困難事例が発生する等、地域の救急医療提供体制に大きな負荷がかかった。

このような事態に対応するため、

- 県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門の設置を依頼。
- 国から都道府県に対し、疑い患者専用の個室を設定して患者を受け入れ、必要な医療を提供する協力医療機関の指定を依頼。
- 国から都道府県に対し、新型コロナ(疑い含む。)及び新型コロナ以外の救急患者に関して、搬送主体及び搬送先の調整ルールを明確化し、かつ、関係者間で共有するように依頼。
- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による協力医療機関への支援、及び、新型コロナを受け入れていない医療機関も含めた支援。

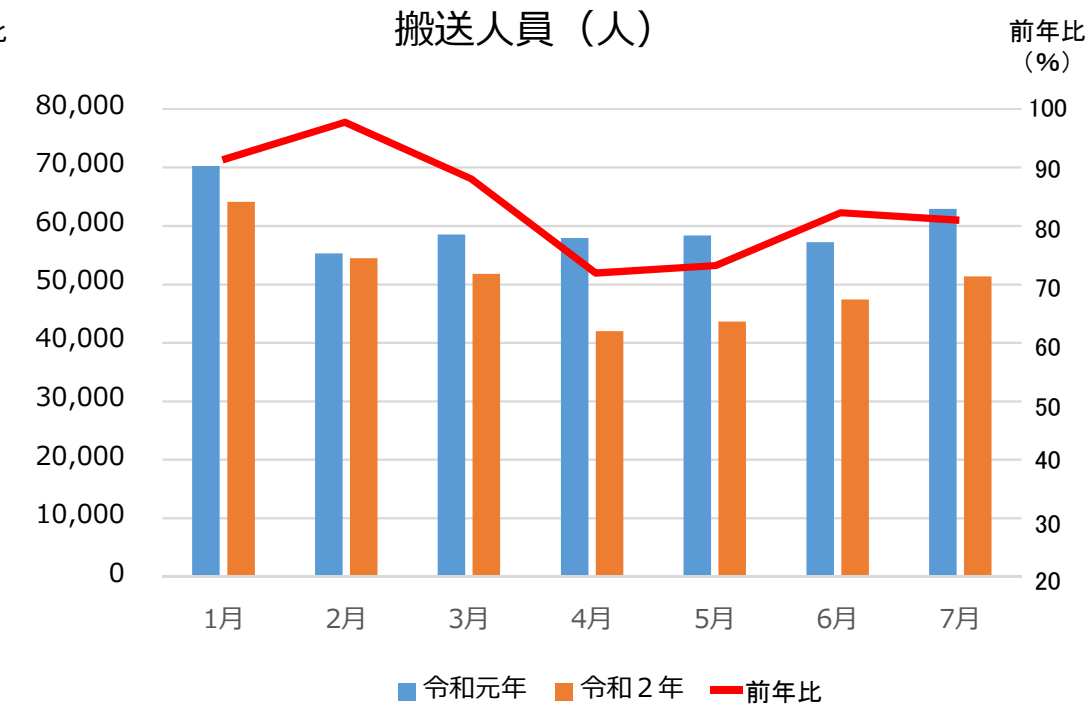
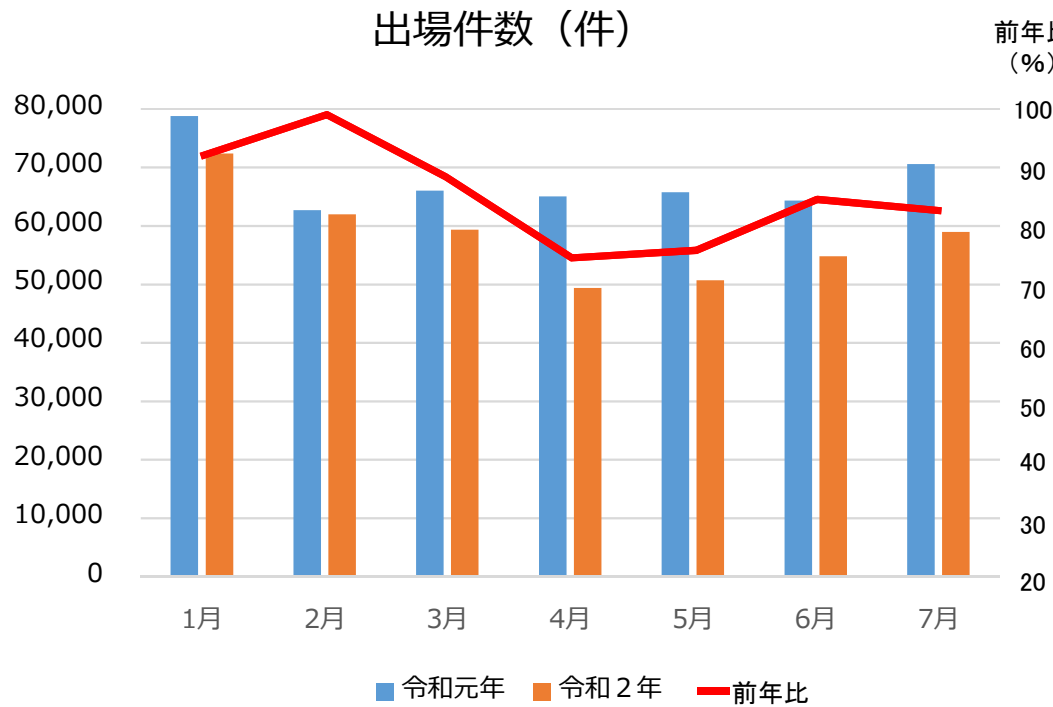
等を実施してきた。

各都道府県の救急医療の体制整備状況についてアンケート調査を実施し、

- ◆ すべての都道府県において、患者受入れを調整する機能を有する組織・部門を設置済み
 - ◆ すべての都道府県において、搬送先の調整ルールについて設定し、関係者間で共有済み
- などを確認しており、種々の取組により救急医療提供体制の整備が進んだものと認識している。

救急搬送の現状（出場件数及び搬送人員）について

○ 東京都における救急搬送について、令和2年の月ごとの出場件数及び搬送人員は、前年同月に比べて減少しており、特に、3月以降は、1割以上減少している。



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.9%	98.9%	89.9%	75.9%	77.1%	85.2%	83.6%

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.2%	98.5%	88.5%	72.5%	74.7%	82.9%	81.6%

※ 東京消防庁調べ。令和2年データはすべて速報値、令和元年データは確定値。
※ 総務省消防庁提供資料を一部改変。

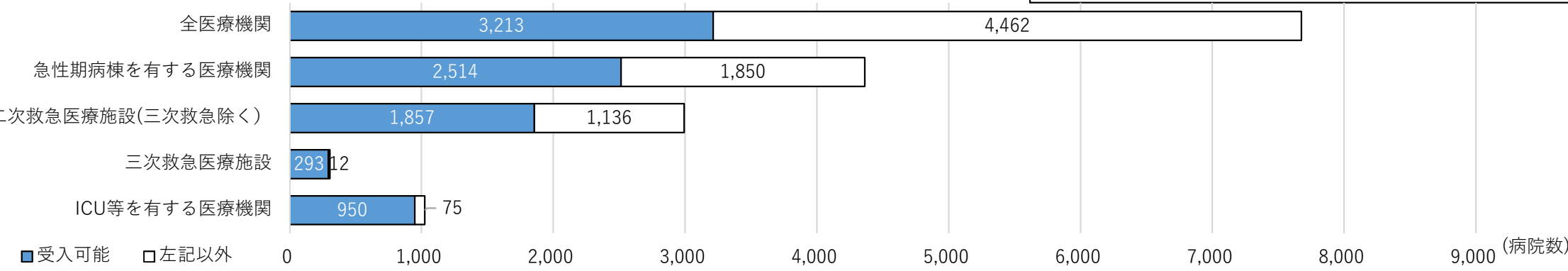
医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関について

厚生労働省HP: 医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(令和3年3月末時点)

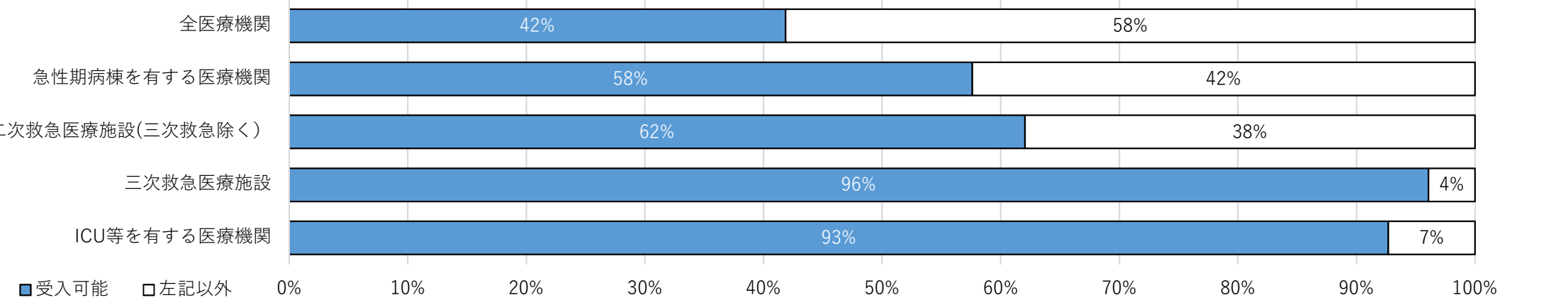
○ 急性期病棟を有する医療機関のうち58%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち62%、三次救急医療施設のうち96%、ICU等を有する医療機関のうち93%が、新型コロナウイルス感染症の入院患者の受入可能医療機関であった。

対象医療機関：
 G-MISで報告のあった全医療機関（7,675医療機関）
 うち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関、報告率96%）
 二次救急医療施設（三次救急除く）（2,993医療機関、報告率97%）
 三次救急医療施設（305医療機関、報告率99%）
 ICU等を有する医療機関（1,025医療機関、報告率99%）

医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関



医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関の割合



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 二次救急医療施設：平成30年度病床機能報告において三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。（平成30年度病床機能報告）n=3,101医療機関
 ※ 三次救急医療施設：重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関として報告された医療機関（平成30年度病床機能報告）n=306医療機関
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定した実績がある医療機関（平成30年度病床機能報告）n=1,040医療機関
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

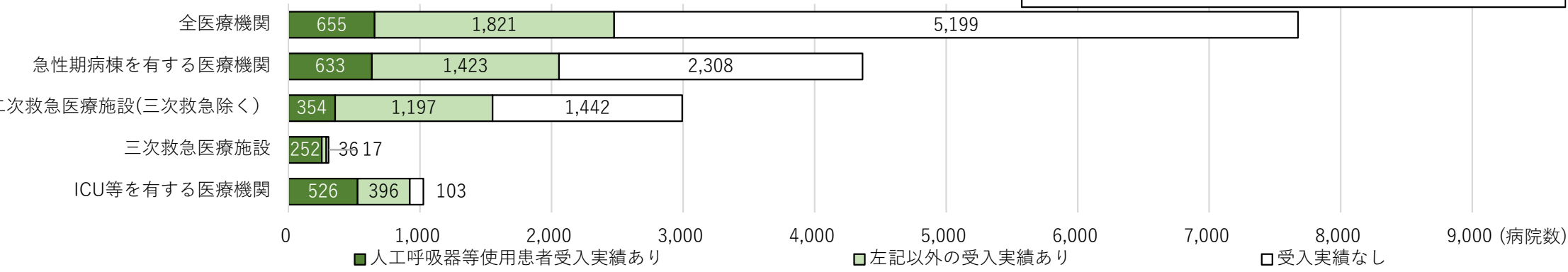
医療機関の機能別の新型コロナウイルス入院患者受入実績の有無について

厚生労働省HP: 医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(令和3年3月末時点)

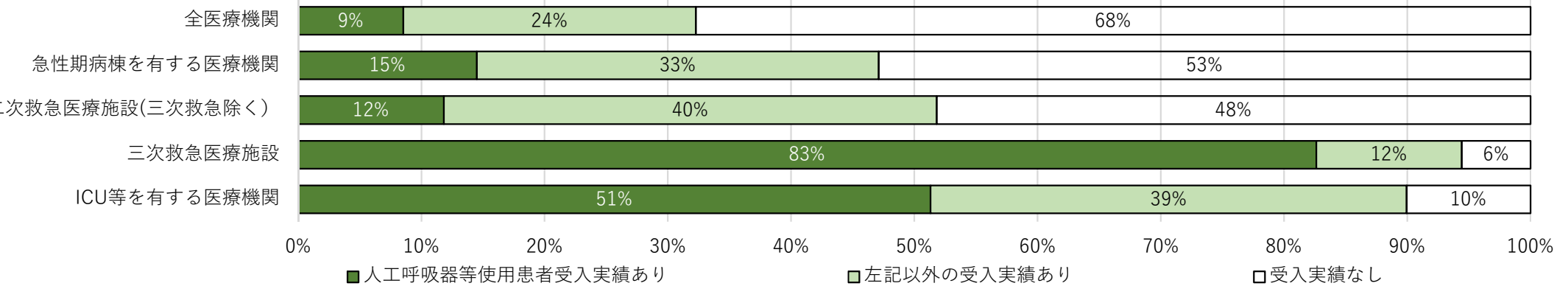
○ 急性期病棟を有する医療機関のうち48%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち52%、三次救急医療施設のうち95%、ICU等を有する医療機関のうち90%が、新型コロナウイルス入院患者の受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
 G-MISで報告のあった全医療機関（7,675医療機関）
 うち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関、報告率96%）
 二次救急医療施設（三次救急除く）（2,993医療機関、報告率97%）
 三次救急医療施設（305医療機関、報告率99%）
 ICU等を有する医療機関（1,025医療機関、報告率99%）

医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無



医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無の割合



※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関
 ※ 左記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 二次救急医療施設：平成30年度病床機能報告において三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。（平成30年度病床機能報告）n=3,101医療機関
 ※ 三次救急医療施設：重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関として報告された医療機関（平成30年度病床機能報告）n=306医療機関
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関（平成30年度病床機能報告）n=1,040医療機関
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

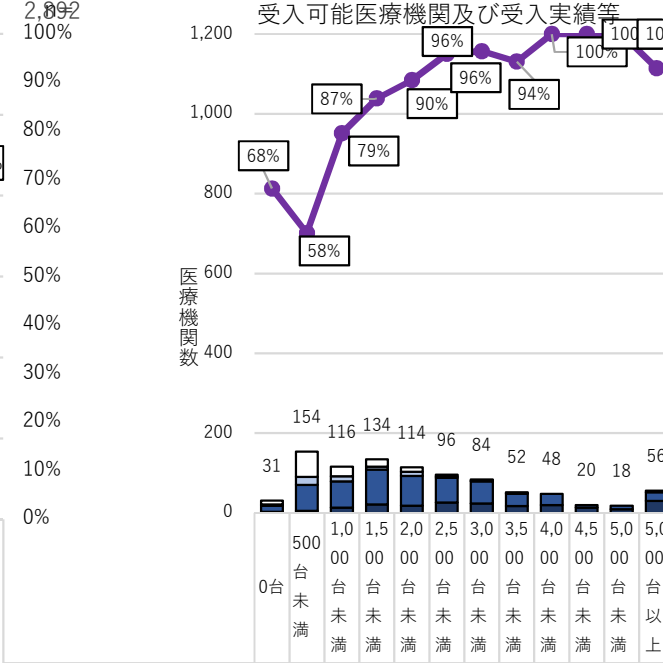
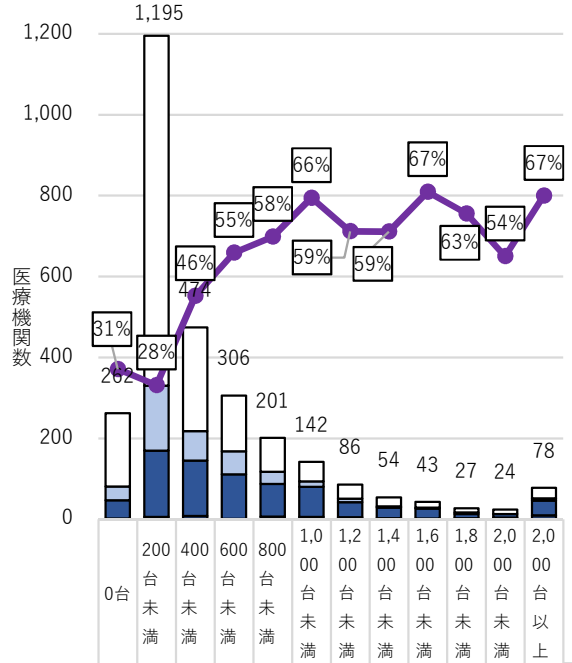
病床規模別、救急車受入台数別の新型コロナウイルス感染症の入院患者 受入可能医療機関及び受入実績等

厚生労働省HP: 医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(令和3年3月末時点)

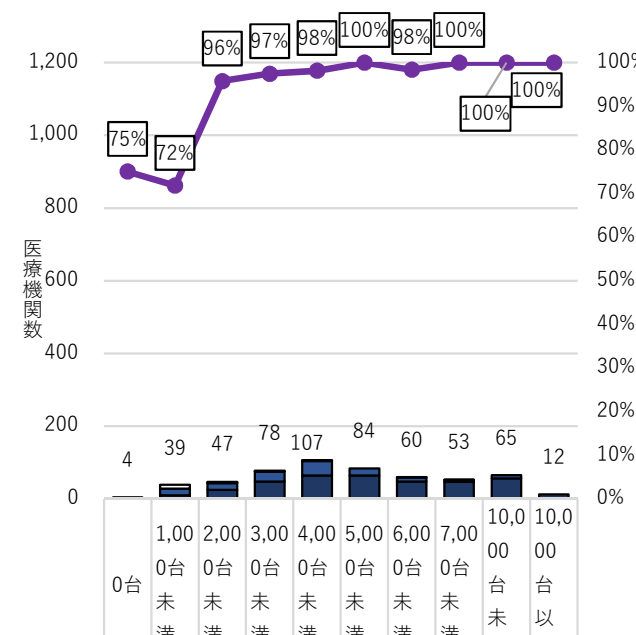
○ 200床未満、200床以上400床未満、400床以上のいずれの病床規模においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）

200床未満における救急車受入台数別の入院患者受入可能医療機関及び受入実績等



400床以上における救急車受入台数別の入院患者受入可能医療機関及び受入実績等



救急車受入台数	下記以外	受入可能のうち受入実績なし	受入実績ありのうち下記以外	人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関	合計	受入可能の割合
0台	10	3	15	3	31	68%
500台未満	64	20	65	5	154	58%
1,000台未満	24	13	66	13	116	79%
1,500台未満	18	7	88	21	134	87%
2,000台未満	11	10	75	18	114	90%
2,500台未満	4	4	62	24	96	96%
3,000台未満	3	2	55	17	84	96%
3,500台未満	3	1	31	17	52	94%
4,000台未満	0	0	28	20	48	100%
4,500台未満	0	0	7	13	20	100%
5,000台未満	0	0	9	9	18	100%
5,000台以上	4	0	22	30	56	93%

救急車受入台数	下記以外	受入可能のうち受入実績なし	受入実績ありのうち下記以外	人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関	合計	受入可能の割合
0台	1	0	0	0	1	75%
1,000台未満	11	0	18	10	39	72%
2,000台未満	2	2	18	25	47	96%
3,000台未満	2	1	27	48	78	97%
4,000台未満	2	0	40	64	107	98%
5,000台未満	0	0	20	64	84	100%
6,000台未満	1	1	11	48	60	98%
7,000台未満	0	1	5	47	53	100%
10,000台未満	0	0	9	56	65	100%
10,000台以上	0	0	0	12	12	100%

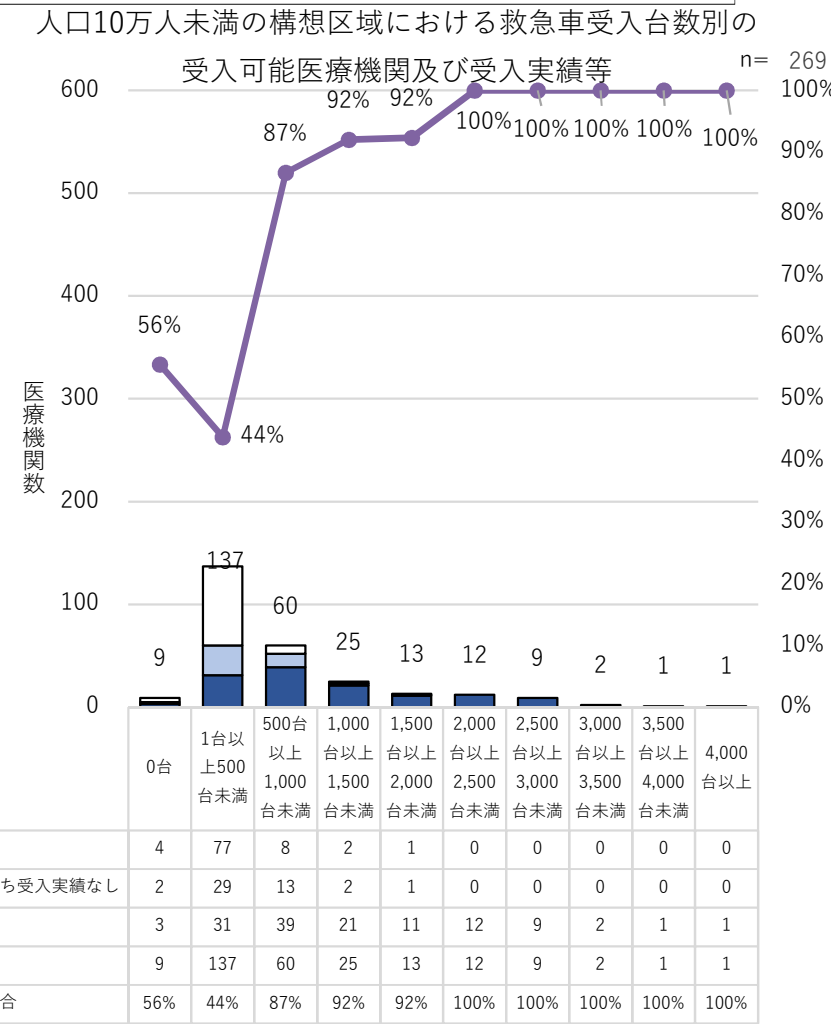
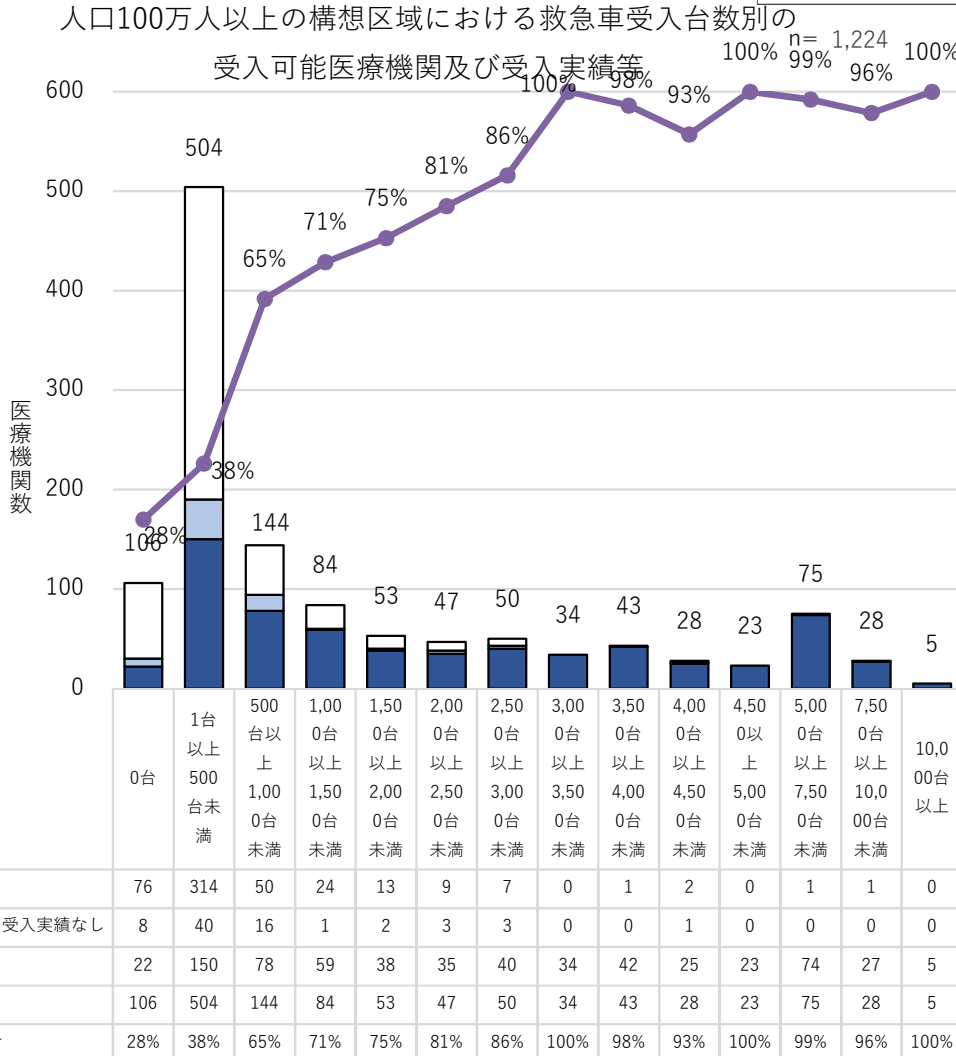
※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの
 ※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけでなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 救急車受入台数：平成30年度病床機能報告で報告された数字

構想区域の人口規模別、救急車受入台数別の新型コロナ受入可能医療機関及び受入実績等

厚生労働省HP: 医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(令和3年3月末時点)

○ 人口100万人以上及び人口10万人未満のいずれの構想区域においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

対象医療機関： G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）



※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
 ※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことのある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 救急車受入台数：平成30年度病床機能報告で報告された数字
 ※ 構想区域の人口規模：（住民基本台帳：2020年1月1日時点）

- **新型コロナウイルス感染症に関連する医療機関等に対する支援策の例**

新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関等への支援策(主なもの)

令和3年6月4日時点

一次補正(令和2年4月30日成立)【1,490億円】 (医療提供体制整備等の緊急対策)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の創設
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引上げ等) ※4/24予備費
- ③ 福祉医療機構の優遇融資の拡充(以降、累次の対応)

二次補正(令和2年6月12日成立)【16,279億円】 (事態の長期化に対応した広範な対応)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大
 - ・ 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)の病床確保等
 - ・ 患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
 - ・ 新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
 - ・ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し(3倍に引上げ)等) ※5/26予備費

予備費(令和2年9月15日閣議決定)【11,979億円】 (コロナ受入病院への支援やインフルエンザ流行期への備え)

- ① 新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ
- ② インフルエンザ流行期への備え 国による直接執行
 - ・ インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
 - ・ インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援
- ③ 医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 国による直接執行

三次補正(令和3年1月28日成立)【13,532億円】 (病床の確保や、小児科を含む地域の医療機関への支援)

- ① 診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援
- ② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化(既存予算により対応)
 - ・ 医師:1時間7,550円→15,100円 / 医師以外の医療従事者:1時間2,760円→5,520円 / 業務調整員:1時間1,560円→3,120円 ※重症患者に対応する看護師を派遣する場合には1時間8,280円
- ③ 診療報酬の特例的な対応による小児科等への支援 (令和3年4月23日要綱改正)
- ④ 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援(診療・検査医療機関:100万円) 国による直接執行
- ⑤ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援 国による直接執行
 - ・ 病院・有床診:25万円+5万円×許可病床数 / 無床診:25万円 / 薬局・訪問看護ステーション・助産所:20万円
- ⑥ 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額(病床や宿泊料用施設等の確保)

予備費(令和2年12月25日閣議決定)【2,693億円】 (感染拡大を踏まえた病床確保のための更なる緊急支援)

- 病床が逼迫した都道府県において、確保病床数(※)に応じ以下の金額を補助 国による直接執行 ※ 令和2年12月25日から令和3年5月31日までの最大確保病床数
 - ・ 重症者病床数×1,500万円 / その他の患者又は疑い患者用病床数×450万円

緊急事態宣言が発令された都道府県においては、以下の金額を上乗せ(令和3年1月7日要綱改正)

- ・ 令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床数×450万円(緊急事態宣言が発令されていない都道府県も、新規割り当て病床は300万円を上乗せ)

上記の金額は、国や都道府県から直接執行する補助金の額を記載したものであり、診療報酬等で措置する額は含まれていない。

- 感染者の増加により新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫している中で、さらに必要となる新型コロナ患者の病床と人員を確保するため、**令和2年度の緊急支援に引き続き、新型コロナ患者の即応病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助**を行う。（国直接執行）

1. 対象医療機関

- 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の即応病床を割り当てられている医療機関
 - ・ 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県は国への申出が不要。
 - ・ 都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ること可能。都道府県が12/25以降に行った申出は効果を継続。
 - ・ 医療機関は、申請時点で即応病床の病床使用率が25%以上であること※。医療機関は5/31まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は5/31までに申請を行うこと。
- ※ 12/25以降新たに割り当てられた即応病床は除く。

2. 補助基準額

- 即応病床数(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)※に応じた補助（①～③の合計額）
 - ① 新型コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
 - ② 新型コロナ患者のその他病床数×450万円
 - ③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円
- ※ 12/25から5/31までの最大の即応病床数



- 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県において、緊急的に新たに即応病床を確保する観点からの加算

$$\left[\begin{array}{l} \text{12/25以降新たに割り当てられた即応病床数} \\ \text{(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)} \\ \text{(新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数)※1} \end{array} \right] \times 450\text{万円の加算} \times 2$$

- ※1：12/25から5/31までに新たに割り当てられた即応病床
- ※2：緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3. 対象経費

- 令和3年4月1日から令和3年5月31日までにかかる以下の①及び②の経費
 - ① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
 - ・ ①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。従前から勤務する職員の基本給も、当該職員の処遇改善を行う場合は補助対象とする（12/25以降に行った処遇改善を含む）。
 - ・ 新型コロナ対応手当の額(一日ごとの手当、特別賞与、一時金等)、支給する職員の範囲(コロナ病棟に限られず、例えば外来部門、検査部門等であっても、新型コロナ対応を行う医療従事者(事務職員等も含む)は対象となり得る)は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。
 - ② 院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）
 - ・ ②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者へ委託できる。
 - ・ ②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が3000万円の場合、②の経費への補助金の使用は1000万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は2000万円以上となる。

後方支援病床の確保について

新型コロナウイルス感染症患者について

①療養病床（都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床）について、一般病床とみなして、病床確保料の対象とできることとした。

（令和3年1月13日付事務連絡発出）【同日から適用】

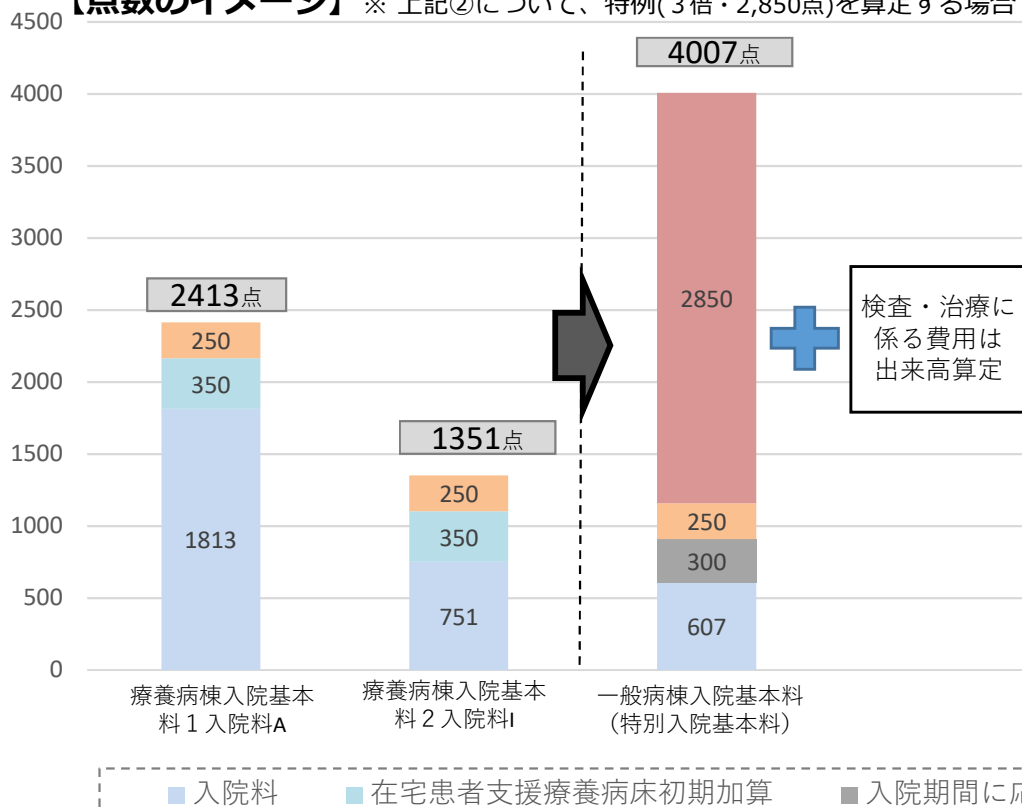
- ・ 重症者・中等症者病床 41,000円/日
- ・ その他病床 16,000円/日

②療養病床（都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床）に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、一般病床とみなし、一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料を算定できる旨を明確化。

（令和3年1月13日付事務連絡発出）【取扱いの明確化】

- ・ 検査・治療に係る費用について、出来高で算定することが可能
- ・ 中等症患者に係る救急医療管理加算の特例算定（3倍・2,850点）等が算定可能

【点数のイメージ】 ※ 上記②について、特例（3倍・2,850点）を算定する場合



回復患者について

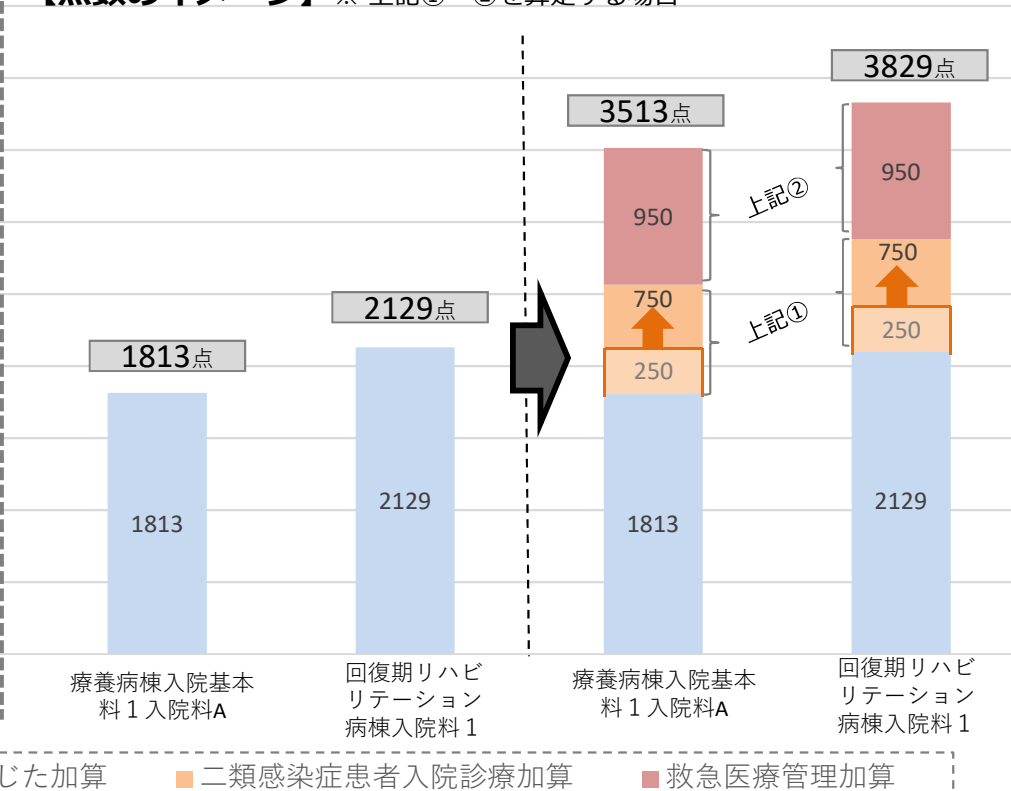
①新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価として、二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点を算定できることとした。

（令和2年12月15日付事務連絡発出）【同日から適用】

②新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算（950点）を最大90日間算定できることとする。

（令和3年1月22日事務連絡発出）【同日から適用】

【点数のイメージ】 ※ 上記①・②を算定する場合



- **新型コロナウイルス感染症における重症者対応について**

特定非営利法人日本ECMOnet(日本COVID-19対策 ECMOnetを前身とする。)

- COVID-19に対するECMO治療を提供する有志団体としてスタート。
- 日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本呼吸療法医学会、日本感染症学会、日本呼吸器学会、PCPS/ECMO研究会の協力と協賛の元に活動している。
- 新型コロナウイルス感染症重症者に関する相談窓口業務、医師等の派遣調整業務、搬送調整業務支援、データの収集及び分析業務等の事業を支援。(令和2年度は、日本集中治療医学会に委託。令和3年度は、委託契約の手続き中。)
- ECMOや人工呼吸器を扱える者を養成する研修事業を支援。(令和2年度は、日本呼吸療法医学会に委託。令和3年度は都道府県独自事業として実施)

JAPAN ECMOnet for COVID-19

established from 15. Feb. 2020

- ECMO Consultation
- ECMO Co-ordination
- Rapid Response ECMO team
- ECMO Coaching
- ECMO Transport



厚生労働省事業スライド

ECMO Coordinator (統括/地域)

ECMOnetは地域ごとに
ECMOコーディネーターを配置
地域ECMOコーディネーターの上位には
統括ECMOコーディネーターが配備
統括者は地域の困難症例に対応



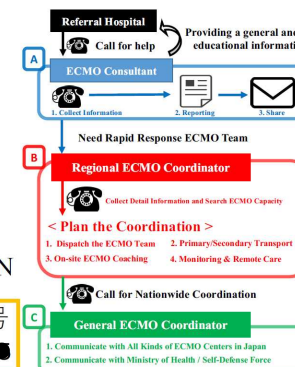
厚生労働省事業スライド

ECMO Consultation

- Help for ECMO
- Rapid Response
- Early Coordination
- Resolve across JAPAN



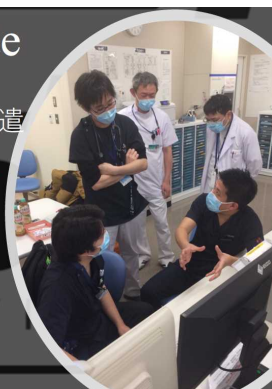
専用電話番号
03-6365-0905



Transport

Coach / Facilitate

ECMOコンサルタント派遣
ECMOのノウハウを伝授
ECMOの導入を支援
緊急時対応を確認
ECMOの管理を支援



Social Information System "CRISIS"



令和2年度補正予算:3億円
令和3年度:新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金

令和2年度

養成研修事業の概要

○ 新型コロナウイルス感染症重症患者の増加に備えて、人工呼吸器や体外式膜型人工肺(ECMO)などの高度な医療機器を正しく扱える知識を持った医療従事者を養成するために、「ECMOチーム等養成研修事業」(令和2年度1次補正(予算合計:3億円))を関連学会に委託して実施する。
○ 研修は、①人工呼吸器コース、②ECMOコースの2種類を実施する。

研修内容

○ ①②ともに、[Web等を用いた事前学習]と、[シミュレーション研修]を組み合わせで行う。
※ シミュレーション研修は、シミュレーター等を用いた集合研修を基本とするが、感染拡大状況等を踏まえて、集合研修に代えてオンライン研修とすることも可としている。

研修実施者

実施主体:日本呼吸療法医学会 補助率:10/10

研修対象者

<①人工呼吸器コース:1チーム:医師1名、看護師1名を基本>
⇒想定される参加者:人工呼吸器使用に不安を持つ内科医や外科医 等
<②ECMOコース:1チーム:医師1名、看護師2名、臨床工学技士1名を基本>
⇒想定される参加者:ECMOを取り扱ったことがない集中治療医や救急医 等

実施状況

※注:上記は、令和2年度の事業内容。令和3年度は、都道府県の事業として実施(後述)。

○ 令和2年度は、国が主催する「ECMOチーム等養成研修事業」として、日本呼吸療法医学会に委託実施。令和2年5月に第1回研修を実施し、以後、各都道府県で最低1回以上の研修を実施済み(北海道、東京都、茨城県、大阪府、福岡県で2回開催)。(実績:47都道府県合計52回、2135名が受講)

今後の予定

○ 令和3年度は、都道府県毎に研修実施のニーズが様々であること等を踏まえて、**都道府県の独自事業**として実施し、その必要経費を国が新型コロナ交付金として支援(補助率:10/10)する。都道府県に対しては、令和3年4月1日付けで、事務連絡を发出済み。

令和3年度

令和2年度「ECMOチーム等養成研修事業」における 都道府県別・職種別の研修受講者数

都道府県	医師	看護師	臨床工 学技士	その他 (注)	総数	都道府県	医師	看護師	臨床工 学技士	その他 (注)	総数	都道府県	医師	看護師	臨床工 学技士	その他 (注)	総数
北海道※	25	20	18	1	64	石川県	11	16	5	0	32	岡山県	5	7	4	0	16
青森県	13	11	9	0	33	福井県	9	17	10	0	36	広島県	13	18	8	0	39
岩手県	13	21	8	0	42	山梨県	4	8	4	0	16	山口県	14	28	16	0	58
宮城県	32	27	20	0	79	長野県	12	12	8	0	32	徳島県	10	9	12	0	31
秋田県	9	15	8	0	32	岐阜県	10	8	8	4	30	香川県	13	36	21	2	72
山形県	11	9	10	0	30	静岡県	7	5	6	1	19	愛媛県	8	6	8	0	22
福島県	14	14	11	0	39	愛知県	13	10	9	0	32	高知県	11	11	12	0	34
茨城県※	16	12	13	0	41	三重県	7	5	4	0	16	福岡県※	25	26	20	1	72
栃木県	10	13	9	0	32	滋賀県	16	16	11	0	43	佐賀県	11	14	9	0	34
群馬県	10	9	6	1	26	京都府	18	12	10	0	40	長崎県	8	12	11	0	31
埼玉県	9	15	8	0	32	大阪府※	126	184	59	13	382	熊本県	15	17	12	0	44
千葉県	15	11	10	0	36	兵庫県	11	9	12	0	32	大分県	15	10	8	0	33
東京都※	28	24	17	0	69	奈良県	9	10	6	0	25	宮崎県	24	25	16	0	65
神奈川県	16	11	5	0	32	和歌山県	9	7	8	0	24	鹿児島県	15	17	9	0	41
新潟県	20	20	13	0	53	鳥取県	21	29	17	0	67	沖縄県	11	14	7	0	32
富山県	8	7	4	1	20	島根県	11	10	4	0	25	総数	741	847	523	24	2135

※北海道、茨城県、東京都、大阪府、福岡県では2回ずつ開催している。

注：理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師、作業療法士、等

令和2年度補正予算:1.3億円
令和3年度当初予算:1.3億円

事業の概要

- 新型コロナウイルス感染症患者への治療提供について、集中治療に習熟した専門家のネットワーク等により医療機関のサポートを行い、全国での医療提供体制を支えることを目的とする。
- 本事業では、主に以下を実施する。
 - ①集中治療専門医等による相談窓口等業務
診療にあたっている医師から、人工呼吸管理方法、ECMOの導入方法、ECMOの管理方法等について、電話等により相談があった場合に、必要な指導及び対応を行う。
 - ②ECMOの取扱いに精通した医師等の派遣調整業務
ECMOの導入や管理に要する技術的支援を行うECMOの取扱いに精通した医師等を、要請のあった医療機関に派遣する。

※なお、人工呼吸器やECMOを用いた治療が可能な医療従事者を養成するための研修については、別途「ECMOチーム等養成研修事業」(委託事業。令和2年度補正予算:3億円。)にて実施。
 - ③都道府県調整本部[※]等における搬送調整業務支援 ※県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門
都道府県の求め等に応じて、搬送調整業務等に係る支援等を行う。 等

事業実施者

令和2年度:日本集中治療医学会 令和3年度:委託契約の手続き中

実施状況 及び 今後の予定

- 令和2年度の実績は以下。49名のECMO専門家が24時間対応。
 - ①相談窓口業務: 電話相談:133件(令和2年5月～令和3年3月31日までの期間。)
 - ②派遣調整業務: 現地訪問・指導:44件
 - ③搬送調整業務支援: 搬送調整の依頼があった件数:151件。実際に搬送支援を行った件数:149件(※1)
(うちECMO導入済み患者の搬送:14件)
- 令和3年度についても、委託契約の手続き中。

※1 一部は、搬送時に同乗するECMO専門家を派遣して搬送を実施。

新型コロナウイルス感染症の重症患者の診療に必要な医療従事者の人員数(めやす)

厚生労働省新型コロナウイルス対策本部(令和3年1月)

- 新型コロナウイルス感染症で人工呼吸器・ECMO治療を要する重症患者1名あたりの診療に必要な医師・看護師・臨床工学技士の人員数の試算について、集中治療の有識者(*)にヒアリングを行った。
 - なお、試算を行うにあたっての前提条件は以下の通り
 - ・ 医療機関ごとに、新型コロナウイルス感染症の重症患者治療の経験数、使用する医療機器等が異なるため、一定の人員数を示すのは困難。その上で、以下は重症患者の診療経験が豊富な施設を想定して試算したもの。
 - ・ 仮に新たな医療施設を設置する場合、診療の経験が乏しい等の理由により、以下の試算の2倍程度の人員が必要と考えられる。
- (有識者からのコメント)
- ・ 一般的に、重症患者に対する集中治療に当たっては、連携の取れた診療チームで対応することが重要。
 - ・ 新型コロナウイルス感染症患者の診療の知見が集積してきたことで、流行初期と比較して少ない人員数で対応が可能となった。
 - ・ 重症患者の診療経験が豊富な施設であれば、各治療にあたっての維持管理に必要な人員数には施設間でほぼ差がない。

(*)日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本呼吸療法医学会、日本COVID-19対策ECMOnet、日本臨床工学技士会の有識者

新型コロナウイルス感染症で人工呼吸器・ECMO治療中の患者1名あたりの診療に必要な医師・看護師・臨床工学技士の人員数

(単位:人)	人工呼吸器		ECMO	
	導入時※1	維持管理※2	導入時・回路交換時※5	維持管理※6
医師	2	0.3※3	6	0.3※3
看護師	2	1※3	2	1.5※3
臨床工学技士	1	0.1※4	2	0.2※3,7

※1 ICU等において重症患者に対し、気管挿管を行い、人工呼吸器を装着させた後、患者の状態が安定するまでに必要な人員数。

(なお、一連の処置にかかる所要時間は1時間程度)

※2 人工呼吸器を装着しており、病状が安定している患者の管理に必要な人員数。

※3 腹臥位療法実施時など、一時的に人員の増員が必要な場合もある。

※4 10名の人工呼吸器患者に対して最低1名は常時監視が必要となることから試算。

※5 ICU等において重症患者に対し、血液の酸素化を行うための特殊な管を外科的に血管へと挿入する処置の開始時から、ECMOを稼働させた後、患者の状態が安定するまでに必要な人員数。(なお、一連の処置にかかる所要時間は3時間程度)

※6 ECMOを装着しており、病状が安定している患者の管理に必要な人員数。

※7 5名のECMO患者に対して最低1名は常時監視が必要となることから試算。

(注)・ 医師・看護師・臨床工学技士は人工呼吸器・ECMO治療にあたり、機器の取扱い等に関して一定の経験があることが必要。

・ 上記の表は、重症患者の診療経験が豊富な施設を想定して試算。

○ ICUの整理について

- 我が国においてICUならびにICUに準じた機能を持つ病床は、診療報酬の定義により「特定集中治療室管理料」、「救命救急入院料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」等の区分(※)がある。

※「特定集中治療室管理料」、「救命救急入院料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「小児特定集中治療室管理料」、「新生児特定集中治療室管理料」、「総合周産期特定集中治療室管理料」、「新生児治療回復室入院管理料」

- 日本集中治療医学会は、2020年4月1日の理事長声明において、「集中治療体制の崩壊を阻止することが重要」「マンパワーのリソースが大きな問題」等とした上で、**ハイケアユニット等の活用等を行っていくべきと主張**されている。また、厚生労働省としても、2020年5月26日付けで、人工呼吸器による管理等を要する重症の新型コロナウイルス感染症患者について、「特定集中治療室管理料」「救命救急入院料」「ハイケアユニット入院管理料」に関して、**特例的に3倍の点数を算定**できるとし対応している。

1:「救命救急入院料」及び「ハイケアユニット入院医療管理料」等の病床は、通常の医療を縮小するなどして**人員配置等を強化すれば**、「特定集中治療室管理料」算定病床と**同様の機能を発揮できる**と考えられる。

2: 日本集中治療医学会の引用論文では、諸外国の病床数のデータに、**ICUとは別に、IntermediateCareBeds***を含めて計算が行われている。当該病床は、日本ではハイケアユニット(HCU)に相当すると考えられることから、諸外国の病床数との比較においては、**日本のICUベッド数にこれを加えて計算を行う必要がある**。

*: IntermediateCareBedsについては、明確な定義はないが、「ICUでの治療後に一般病床に至るまでの間に行われる治療を行うための病床」という考え方がある。

- それぞれの病床数については以下のとおり。

- ・特定集中治療室管理料: 5,838床
- ・救命救急入院料: 6,556床
- ・ハイケアユニット入院医療管理料: 5,727床

※病床数は、令和元年7月1日(「中医協 総-7-1 2.9.16」の公表値を令和3年2月1日時点で精査し、再集計)



最大合計18,121床
人口10万人当たり14.4床

※人口は、令和3年2月1日時点の最新の確定値(総務省統計局人口推計令和2年8月1日時点)

ICU等の病床に関する国際比較について

厚生労働省医政局
(令和2年5月6日公表資料)
令和3年2月3日更新

	ICU等合計病床数	人口10万人当たり ICU等病床数	(参考) 死亡者数※1 (令和3年2月1日0時)	(参考) ICU等合計病床数 当たり死亡者数※2
米国*1	77,809*2	34.7*3	441,319	5.671
ドイツ*4	23,890	29.2	57,163	2.393
イタリア*4	7,550	12.5	88,516	11.724
フランス*4	7,540	11.6	76,201	10.106
スペイン*4	4,479	9.7	58,319	13.021
英国*4	4,114	6.6	106,367	25.855
日本*5	18,121*5	14.4	5,794	0.320

*1, *2, *3: 米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19(2020年3月)及び、その根拠となるDavidらの原著論文(Critical Care Bed Growth in the United States(2015年2月))からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さくなると考えられる。

*4: ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているRhodesの論文(2012年)から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床(NICU)、小児集中治療病床(PICU)、冠疾患治療病床(CCU)、脳卒中治療病床(SCU)、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、含めずに計算を行った。

*5: 日本については、特定集中治療室管理料(5,838床)、救命救急入院料(6,556床)、ハイケアユニット入院医療管理料(5,727床)の合計数を記載。

※1 新型コロナウイルス感染症による死亡者数(厚生労働省調べ)

※2 死亡者数÷ICU等合計病床数

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況(都道府県別)

参考

令和元年7月1日時点(保険局医療課調べ)

都道府県	救命救急入院料1		救命救急入院料2		救命救急入院料3		救命救急入院料4		特定集中治療室管理料1		特定集中治療室管理料2		特定集中治療室管理料3		特定集中治療室管理料4		ハイケアユニット入院医療管理料1		ハイケアユニット入院医療管理料2	
	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数	届出件数	医療保険届出病床数
01 北海道	11	285	0	0	1	18	1	6	7	94	3	20	19	135	2	16	17	177	1	5
02 青森県	0	0	1	6	1	20	2	20	1	16	0	0	4	24	0	0	6	47	0	0
03 岩手県	3	56	0	0	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0	1	26	4	41	0	0
04 宮城県	4	78	0	0	2	40	1	12	3	50	1	12	4	38	2	16	6	52	0	0
05 秋田県	0	0	1	6	1	24	0	0	0	0	1	16	2	14	0	0	4	42	0	0
06 山形県	3	54	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	5	3	20	9	52	0	0
07 福島県	1	30	0	0	2	33	2	18	2	18	1	5	5	58	1	10	5	66	1	18
08 茨城県	4	69	0	0	1	1	2	22	1	8	1	8	11	76	2	30	9	114	2	24
09 栃木県	4	77	0	0	1	20	1	7	2	26	1	16	4	36	0	0	8	67	0	0
10 群馬県	2	78	0	0	0	0	0	0	0	0	3	53	3	22	0	0	9	78	0	0
11 埼玉県	5	118	1	8	1	30	4	50	4	47	0	0	13	125	3	50	32	359	2	8
12 千葉県	7	95	3	32	4	92	6	72	3	54	1	14	16	149	6	66	23	209	4	34
13 東京都	19	333	7	70	4	73	14	195	18	238	3	35	56	480	3	38	68	695	1	10
14 神奈川県	17	341	4	32	3	58	9	104	8	66	0	0	32	247	2	40	51	446	1	6
15 新潟県	2	40	0	0	4	100	0	0	0	0	1	8	2	12	1	8	4	34	0	0
16 富山県	1	9	0	0	1	8	0	0	0	0	1	8	1	4	3	18	5	48	0	0
17 石川県	2	16	0	0	0	0	0	0	1	6	1	22	2	14	1	10	6	64	1	10
18 福井県	2	28	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20	1	9	1	8	2	17	0	0
19 山梨県	0	0	0	0	1	16	0	0	1	12	0	0	1	10	0	0	2	14	0	0
20 長野県	6	64	1	4	1	16	2	13	3	28	0	0	5	30	2	14	17	161	1	8
21 岐阜県	4	79	0	0	2	39	0	0	3	22	2	20	4	32	0	0	2	20	1	20
22 静岡県	5	96	0	0	5	148	1	20	2	12	2	26	6	50	3	26	8	96	1	23
23 愛知県	19	433	3	20	5	135	3	200	14	150	3	42	17	131	2	14	13	111	0	0
24 三重県	2	30	0	0	0	0	1	8	1	6	0	0	5	32	0	0	8	78	3	24
25 滋賀県	1	12	1	6	3	58	0	0	1	12	0	0	5	36	1	8	2	22	0	0
26 京都府	4	90	0	0	1	28	2	16	6	50	3	28	3	28	2	28	9	79	1	16
27 大阪府	11	186	0	0	6	133	11	92	20	200	3	40	36	257	5	58	58	528	3	18
28 兵庫県	8	151	3	22	2	50	5	66	7	92	3	32	21	154	1	6	26	227	2	36
29 奈良県	1	24	0	0	2	54	1	10	3	24	1	10	2	19	1	8	10	66	0	0
30 和歌山県	2	31	1	5	1	24	1	12	0	0	1	10	2	12	2	10	6	30	0	0
31 鳥取県	0	0	0	0	2	27	1	8	0	0	0	0	1	18	0	0	6	60	0	0
32 島根県	3	31	0	0	1	10	0	0	1	4	2	24	0	0	1	13	2	12	0	0
33 岡山県	3	46	0	0	3	57	5	44	4	63	2	14	7	74	1	32	6	56	0	0
34 広島県	5	84	0	0	1	20	0	0	3	26	1	8	8	49	3	18	12	89	1	10
35 山口県	2	49	0	0	0	0	1	20	0	0	2	28	5	44	0	0	6	50	0	0
36 徳島県	2	51	1	13	0	0	0	0	0	0	1	11	1	10	0	0	3	25	0	0
37 香川県	2	22	0	0	1	24	1	10	1	8	3	20	0	0	2	28	10	94	0	0
38 愛媛県	1	20	0	0	2	40	1	10	0	0	1	12	3	18	2	28	7	57	1	5
39 高知県	2	38	1	10	1	20	0	0	1	12	1	18	1	8	1	6	4	48	0	0
40 福岡県	7	181	0	0	2	22	3	40	6	70	3	29	22	161	3	39	34	408	4	35
41 佐賀県	1	12	0	0	3	64	1	6	0	0	2	18	2	12	0	0	3	24	0	0
42 長崎県	1	19	0	0	1	24	0	0	0	0	1	20	3	24	1	12	8	70	1	15
43 熊本県	1	18	0	0	2	86	0	0	1	18	3	33	4	26	1	4	8	78	1	8
44 大分県	0	0	0	0	3	51	0	0	0	0	1	8	4	22	2	12	7	39	0	0
45 宮崎県	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16	4	28	1	6	5	34	0	0
46 鹿児島県	3	44	0	0	0	0	0	0	2	24	1	16	4	46	1	8	9	70	0	0
47 沖縄県	3	40	0	0	0	0	0	0	2	18	2	29	9	60	3	28	15	134	1	6
合計	187	3,578	28	234	77	1,663	82	1,081	133	1,482	66	755	361	2,839	72	762	574	5,388	34	339

簡易な報告による届出状況

重症の新型コロナウイルス感染症患者が主に入院する①救命救急入院料、②特定集中治療室管理料、③ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、本来であれば、定められた様式に従って、治療室に関する詳細な状況を含め届出を行うべきところだが、今回の臨時的な取扱いでは、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料に係る運用開始の日付及び人員配置等に関する「簡易な報告」を行うことにより、該当する入院料を算定できることとしている。(令和2年4月18日～)

(いずれの病床においても新型コロナの患者を受け入れることが可能)

新型コロナ対応に係る臨時的な取扱いである「簡易な報告」により増加した病床数。

診療報酬上の本来の届出による病床数。

①救命救急入院料の簡易な報告の届出数

	4月18日 ～5月13日	5月14日 ～25日	5月26日 ～6月8日	6月9日 ～6月22日	6月23日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日	10月2日 ～11月1日	11月2日 ～12月1日	12月2日 ～1月1日	1月2日 ～2月1日	2月2日 ～3月1日	累積	令和元年7月1日 時点の 届出病床数
救命救急入院料	336	173	112	26	13	179	-9	92	23	40	134	151	-2	1,268	6,556
救命救急入院料1	182	113	42	0	8	53	-30	24	24	32	65	85	-2	596	3,578
救命救急入院料2	29	8	20	0	5	91	12	2	0	-8	28	10	0	197	234
救命救急入院料3	60	44	-2	6	0	-15	9	6	-1	12	19	38	52	228	1,663
救命救急入院料4	65	8	52	20	0	50	0	60	0	4	22	18	-52	247	1,081

②特定集中治療室管理料の簡易な報告の届出数

	4月18日 ～5月13日	5月14日 ～25日	5月26日 ～6月8日	6月9日 ～6月22日	6月23日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日	10月2日 ～11月1日	11月2日 ～12月1日	12月2日 ～1月1日	1月2日 ～2月1日	2月2日 ～3月1日	累積	令和元年7月1日 時点の 届出病床数
特定集中治療室管理料	349	178	83	13	12	-83	132	29	18	54	52	54	106	997	5,838
特定集中治療室管理料1	26	106	88	-6	-14	-124	53	8	4	0	9	37	42	229	1,482
特定集中治療室管理料2	24	14	21	0	12	0	0	0	-8	0	8	0	24	95	755
特定集中治療室管理料3	280	46	-14	19	14	47	67	21	20	44	35	17	28	624	2,839
特定集中治療室管理料4	19	12	-12	0	0	-6	12	0	2	10	0	0	12	49	762

③ハイケアユニット入院医療管理料の簡易な報告の届出数

	4月18日 ～5月13日	5月14日 ～25日	5月26日 ～6月8日	6月9日 ～6月22日	6月23日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日	10月2日 ～11月1日	11月2日 ～12月1日	12月2日 ～1月1日	1月2日 ～2月1日	2月2日 ～3月1日	累積	令和元年7月1日 時点の 届出病床数
ハイケアユニット入院医療管理料	1,991	959	1,032	225	218	326	652	101	186	451	686	1,234	688	8,749	5,727
ハイケアユニット入院医療管理料1	1,707	843	853	265	170	366	609	33	131	250	601	987	558	7,373	5,388
ハイケアユニット入院医療管理料2	284	116	179	-40	48	-40	43	68	55	201	85	247	130	1,376	339