

調剤報酬請求事務専門士公式テキスト 第 18 版

令和5年4月の調剤報酬点数の一部改定に伴う、公式テキスト（第18版）に、下記の追記・差替えについて、下記の通り、ご案内いたします。尚、原文につきましては、QRコードをご確認ください。



▶P85「地域支援体制加算」

【調剤基本料欄】		項目/算定要件等	点数	略号	
特例措置あり(★)	地域支援体制加算 1	調剤基本料 1 の保険薬局	施設基準の必須項目3つ、 選択項目1つを満たす保険薬局	39点	地支A
			★ + 追加施設基準	後A / 後Bを算定 後Cを算定	40点 42点
	地域支援体制加算 2	調剤基本料 1 の保険薬局	地域支援体制加算 1 の施設基準を満たし、 さらに選択項目3つ以上満たす保険薬局	47点	地支B
			★ + 追加施設基準	後A / 後Bを算定 後Cを算定	48点 50点
	地域支援体制加算 3	上記以外	麻薬小売業者免許取得、在宅及びかかりつけ薬剤師等の規定以上の実績、施設基準の選択項目1つ以上を満たす保険薬局	17点	地支C
			★ + 追加施設基準	後A / 後Bを算定 後Cを算定	18点 20点
	地域支援体制加算 4	上記以外	施設基準の選択項目8つ以上満たす保険薬局	39点	地支D
			★ + 追加施設基準	後A / 後Bを算定 後Cを算定	40点 42点

★令和5年4月～12月末日までの特例措置
 ※特別調剤基本料を算定している場合で地域支援体制加算を算定する場合は、それぞれの点数の100分の80を算定する。略号は、地支A→地敷A、地支B→地敷B、地支C→地敷C、地支D→地敷D。
 尚、特例措置の点数を算定した場合の略号は、地支A(特)→地敷A(特)、地支B(特)→地敷B(特)、地支C(特)→地敷C(特)、地支D(特)→地敷D(特)。

▶P87「電子的保健医療情報活用加算（現、医療情報・システム基盤整備体制充実加算）」

【薬学管理料欄】		項目/算定要件等	点数	略号
医療情報・システム 基盤整備体制充実加算 1	オンライン資格 システム導入 (6月に1回)		3点	医シA
		(特例措置) ★令和5年4月～12月末日まで	4点	医シA(特)
医療情報・システム 基盤整備体制充実加算 2		マイナ保険証による薬剤情報等の取得	1点	医シB

▶公式テキスト P92「1. 調剤基本料 注6」及びP120「2) 連携強化加算 注6」

改正前	改正後
6 注5に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。	6 注5又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

▶公式テキスト P93 「1. 調剤基本料 注 12（新設）」

改正前	改正後
7～11（略） （新設）	7～11（略） <u>12 注5の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注5に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u> イ <u>地域支援体制加算1</u> (1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 40点 (2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 42点 ロ <u>地域支援体制加算2</u> (1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 48点 (2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 50点 ハ <u>地域支援体制加算3</u> (1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 18点 (2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 20点 ニ <u>地域支援体制加算4</u> (1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 40点 (2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> 42点

▶P96「9」に注12を追加

次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」又は「注12」（地域支援体制加算）、「注6」（連携強化加算）、「注7」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注8」（後発医薬品減算）のうち該当するもの（特別調剤基本料を算定する保険薬局においては、「注5」又は「注12」及び「注7」の所定点数に100分の80を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。）の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

▶P114「3 地域支援体制加算」下線部を追加

地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、（以下省略）～地域支援体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点第一位を四捨五入した点数を算定する。

なお、「注5」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注12」の加算を算定する。ただし、特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

▶P118 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて/第 92 地域支援体制加算」

改正前	改正後
第 92 地域支援体制加算 1 地域支援体制加算に関する施設基準 (1)～(24) (略) (新設)	第 92 地域支援体制加算 1 地域支援体制加算に関する施設基準 (1)～(24) (略) <u>(25) 「注 12」の加算を算定する場合には、上記(1)から(24)までのほか、以下の基準を満たすこと。</u> <u>ア 後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行っていること。</u> <u>イ 当該保険薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対する在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。</u> <u>ウ 上記イの取組に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</u>
2 (略)	2 (略)

▶P119 「地域支援体制加算 厚生労働省 Q&A (令和5年1月31日事務連絡/別添4)」

(問)	今般の地域支援体制加算に係る特例措置において、「当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること」が施設基準として設けられているが、どのような取組が求められているのか。
(答)	施設基準で求められる取組としては、後発医薬品の使用促進を図りながら、地域の保険医療機関・保険薬局との連携の下で、薬局で必要な調剤を行うための情報共有や医薬品の融通、医師との処方内容の調整など、医薬品の安定供給に資する対応である。具体的には、地域の実情に応じて対応すべきものであり、例えば、次に掲げる取組が考えられるが、現下の不安定な医薬品供給の状況を踏まえれば、このような取組は、自薬局の周辺地域の保険医療機関や同一グループ以外の保険薬局と連携すべきものであり、地域における開かれた取組であることが求められる。また、この観点から、災害時の医薬品供給の対応のように、都道府県、保健所等の行政機関を介した情報共有等の連携体制に参加する取組も今回の対応として有用であると考えられる。
	(例) ・ 地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通 ・ 医療機関への情報提供(医薬品供給の状況、自局の在庫状況)、処方内容の調整 ・ 医薬品の供給情報等に関する行政機関(都道府県、保健所等)との連携
	なお、特例措置は時限的なものであるが、上記のような地域における取組を促し、それを定着させるための措置であることを踏まえると、特例措置が終了した後でもこのような取組を継続して行うべきものであること。

▶P121 「連携強化加算 厚生労働省 Q&A (令和5年3月31日)」

(問)	「調剤報酬点数表における「連携強化加算」の施設基準等の取扱いについて」(令和5年3月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡)について、地域において薬局・店舗販売業や自治体との連携・協力を通じて、夜間休日などであっても新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キット(以下「抗原検査キット」という。)を地域住民が入手できるような販売体制を取っていることで、同事務連絡の1. ①を満たしていると解してよいか。
(答)	よい。なお、開局時間、時間外対応(対応方法・連絡先等)等の抗原検査キットの販売体制について、自治体、関係団体等(都道府県薬剤師会又は地区薬剤師会等)のホームページ、広報誌等において広報することや、薬局において内側及び外側の見やすい場所に掲示を行うこと等、広く周知すること。

▶P162 「服薬管理指導料 厚生労働省 Q&A (令和5年3月31日)」

(問)	電子版のお薬手帳について、「お薬手帳(電子版)の運用上の留意事項について」(平成27年11月27日付け薬生総発1127第4号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知。以下「留意事項通知」という。)に代えて、新たに「電子版お薬手帳ガイドラインについて」(令和5年3月31日薬生総発0331第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知。以下「ガイドライン通知」という。)が示されたが、服薬管理指導料における電子版の手帳の扱いについて、どのように考えればよいか。
(答)	電子版の手帳については、ガイドライン通知の別添の「2. 運営事業者等が留意すべき事項」を満たしていれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。その際、保険薬局においては、同別添の「3. 提供薬局等が留意すべき事項」を満たす必要がある。 なお、ガイドライン通知において、「実装すべき機能」については、本通知の発出から1年を目処として実装」とされているため、令和6年3月末までは従前のとおり、留意事項通知の「第三運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとするが、引き続き、保険薬局においては、同通知の「第二提供薬局等が留意すべき事項」を満たす必要がある。

③医療情報・システム基盤整備体制充実加算（6月に1回限り）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	3点 → 4点（令和5年12月末日まで/経過措置）
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	1点

注 6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合には、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

【経過措置】
2 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。

- ア 医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を算定する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。
- イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
- (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - (ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。
- ウ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、区分10の3服薬管理指導料の2(3)イ(イ)から(ホ)までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載すること。
- エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として6月に1回に限り4点を算定する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。



第97の3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準

1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。

(4) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険薬局が、令和5年12月31日までにこれを開始する旨について、地方厚生（支）局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、(1)を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

(1) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(2) なお、1の(4)の届出は、別添2の様式86を用いること。

(3) 令和5年4月10日までに当該届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

厚生労働省Q&A～医療情報・システム基盤整備体制充実加算～(令和4年9月5日別添3)

(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算についての施設基準としてオンライン資格確認の運用開始日の登録を行うこととあるが、どのように登録すればよいか。
(答)	別紙を参照されたい。 別紙：厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認を導入し、運用開始日の登録を行った上で、実際に運用を開始した日から算定可能となるのか。
(答)	そのとおり。
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みたが患者の薬剤情報等が格納されていなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。
(答)	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定する。なお、薬剤服用歴等に、オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みたが患者の薬剤情報等が格納されていなかった旨を記載すること。
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者が薬剤情報等の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。
(答)	いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定する。
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準等において、「ホームページ等に掲示」することとされているが、具体的にはどのようなことを指すのか。
(答)	例えば、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該保険薬局のホームページへの掲載 ・ 当該保険薬局の所属する同一グループのホームページへの掲載（この場合、当該施設基準を満たす保険薬局名が確認できるようになっている必要がある） ・ 自治体、地域薬剤師会等のホームページ又は広報誌への掲載 ・ 薬局機能情報提供制度等への掲載等が該当する。
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、当該加算が算定できないタイミングにおいても、当該加算の算定に係る薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を実施する必要があるということによいか。
(答)	よい。なお、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により情報を取得した場合は必ずしも当該情報の全てを薬剤服用歴等に記載する必要はないが、少なくともその旨を薬剤服用歴等に記載する必要がある。
(問)	調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、同加算1を算定する患者について、6月以内に同加算2は算定可能か。また、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定する患者について、6月以内に同加算1は算定可能か。
(答)	いずれも不可。

▼令和5年1月31日事務連絡/別添4

問1	「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和5年厚生労働省告示第18号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）において、「令和5年12月31日までに療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険薬局については、同日までの間に限り、第15の9の5の(1)に該当するものとみなす。」とされたが、当該届出を行った保険薬局において、令和5年12月31日までに、電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合について、どのように考えればよいか。
(答)	令和5年12月31日時点で電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合については、届出時点で医療情報・システム基盤整備体制充実加算の要件を満たさなかったものとして取り扱う。
問2	問1について、「電子情報処理組織の使用による請求を開始」とは、どのような状況を指すのか。
(答)	「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」（平成18年4月10日保総発第0410第1号（最終改正；令和3年12月3日保連発1203第1号））別添電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の別添1電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出を審査支払機関に提出していればよい。

◎ポイント — 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

令和5年4月からの「オンライン資格確認システム導入の原則義務化」を踏まえ、電子的保健医療情報活用加算は廃止され、令和4年10月から医療情報基盤整備体制充実加算が新設されました。
 また、医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及及びオンライン請求を更に普及する観点から、本加算の評価が見直され、令和5年4月から12月まで、特例措置が設けられました。

- 施設基準：①電子情報処理組織を利用した診療報酬請求を行っている。
 ②オンライン資格確認を実施する体制を有している。（運用開始日をポータルサイトに登録）
 ③薬局の見やすい場所及びホームページ等への下記事項の掲示。
 - ・オンライン資格確認を行う体制を有していること
 - ・患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得、活用して調剤を行うこと
- 算定要件：施設基準を満たし、必要に応じて患者に対して説明をすること。
 - ・医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（6ヶ月に1回 3点）※令和5年12月末まで4点
 ⇒マイナンバーカードを活用して調剤を行わない場合
 - ・医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（6ヶ月に1回 1点）
 ⇒マイナンバーカードを活用して調剤を行った場合
 - ※ 服薬管理指導料で求められる患者の情報を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴へ記載することが求められる。
 - ※ オンライン資格確認等システムを導入した保険薬局が、オンライン請求を行っていない場合は、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨を地方厚生局長等に届け出た場合には、令和5年12月31日までの間に限り、本加算を算定可能。



◎新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）

2012年5月、新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的として制定されました。

2020年、新型コロナウイルス感染症（^{コビット}COVID-19）の発生に伴い、翌年2月に、感染症法及び検疫法の一部改正が行われ、「新型インフルエンザ等感染症」の定義に、新型コロナウイルス感染症及び再興型新型コロナウイルス感染症が追加され、さらに新型コロナウイルス感染症に係る対策を強化するため、「新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置」が新たに創設されました。これは、緊急事態宣言発動の前段階の予防措置のことで、感染症が急増している局面において、地域を絞って集中的に感染対策を行うためのものです。

【緊急事態宣言とまん延防止等重点措置】

緊急事態宣言		まん延防止等重点措置
対象地域	都道府県単位	市区町村単位
適用の目安 (感染状況)	ステージ4に相当	ステージ3（状況によりステージ2でも適用） 【措置を講じる要件】 都道府県で感染の拡大の恐れ、医療の提供に支障が生じる恐れがある場合
実施期間	2年以内	6ヶ月以内
期間の延長	1年を超えない範囲で延長可	6ヶ月以内で延長可能（何回でも）
時間短縮等の対応	時短・休業の要請と命令が可能	時間短縮の要請と命令が可能
命令違反	30万円以下の過料	20万円以下の過料

感 染 状 況（新型コロナウイルス感染症対策分科会（第24回）配布資料 1-2 より抜粋）		
ステージ4	ステージ3	ステージ2
爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避ける為の対応が必要な状態 (主な目安) ・病床のひっ迫具合（最大確保病床 50%） ・週当たり新規報告数（25人/10万人）	感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階 (主な目安) ・病床のひっ迫具合（最大確保病床 20%） ・週当たり新規報告数（15人/10万人）	感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階

2020年3月6日より、医師の判断による診療の一環として実施される、新型コロナウイルス感染症のPCR検査は保険適用となり、さらに新型コロナウイルス感染症については、感染症法に基づく「指定感染症」及び検疫法に基づく「検疫感染症」に指定され、感染した場合の治療費が公費負担となりました。

翌年2月3日、感染症法の一部が改正され、期限の定めなく必要な対策を講じられるよう、「新型インフルエンザ等感染症」に「新型コロナウイルス感染症」及び「再興型新型コロナウイルス感染症」が追加され、新型コロナウイルス感染症は、「指定感染症」から「新型インフルエンザ等感染症」に変更されることになりました。

2022年9月8日、政府は、新たな行動制限を行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置き、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図る「With コロナ（新型コロナウイルスとの併存）」に向け、新たな段階への移行を進める方針を表明し、翌年3月17日には、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にて、特段の事情が生じない限り、新型コロナウイルス感染症は、同年5月8日から「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（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」に位置づけられることが決定しました。

これにより、検疫法上の「検疫感染症」からも除外されることになりましたが、感染状況により検疫法34条に基づき、政令で「準用感染症」と指定することで対応していくことになっています。

◎感染症法で規定する感染症の主な分類（①～⑦）と新型コロナウイルス感染症の移行状況

▼2020年1月（指定期間：2021年1月31日→1年間延長）

感染症法	①新型インフルエンザ等感染症	②一类感染症	③二类感染症	④三类感染症	⑤四類感染症	⑥五類感染症	⑦指定感染症
規定されている 疾病名	新型/再興型インフルエンザ	エボラ出血熱・ ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS・鳥イン フルエンザ（H5N1） 等	コレラ・細菌性赤 痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエ ンザ（H5N1以 外）等	インフルエンザ・性 器クラミジア感染 症・梅毒等	新型/再興型コロナウ イルス感染症

▼2021年2月～

感染症法	①新型インフルエンザ等感染症	②一类感染症	③二类感染症	④三类感染症	⑤四類感染症	⑥五類感染症	⑦指定感染症
規定されている 疾病名	新型/再興型インフルエンザ・ 新型/再興型コロナウイルス感 染症	エボラ出血熱・ ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS・鳥イン フルエンザ（H5N1） 等	コレラ・細菌性赤 痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエ ンザ（H5N1以 外）等	インフルエンザ・性 器クラミジア感染 症・梅毒等	※政令で指定 （現在は該当なし）

▼2023年5月8日～

感染症法	①新型インフルエンザ等感染症	②一类感染症	③二类感染症	④三类感染症	⑤四類感染症	⑥五類感染症	⑦指定感染症
規定されている 疾病名	新型/再興型インフルエンザ	エボラ出血熱・ ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS・鳥イン フルエンザ（H5N1） 等	コレラ・細菌性赤 痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエ ンザ（H5N1以 外）等	インフルエンザ・新 型/再興型コロナウ イルス感染症・性器 クラミジア感染症・梅 毒等	※政令で指定 （現在は該当なし）

尚、「5 類感染症」に変更された後の患者等に対する公費支援の取扱いについては、下記のとおりです。

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） ⇒ 診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資材を作成し、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 <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>
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 ① 確保病床を有していた重点医療機関等（約3,000） ⇒ 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） ⇒ 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 <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>
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（病床ひっ迫等に支援） ➢ 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

▲厚生労働省 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）より

新型コロナウイルス感染症治療薬の処方を受けた場合は、薬剤費の全額が公費支援の対象となります。ただし、当該薬剤を処方する際の手技料等は支援対象には含まれません。

発熱等の患者に対する検査については、公費負担支援が終了し、自己負担となります。また、感染した際にかかる医療費については、季節性インフルエンザと同様に保険診療となります。

尚、公費負担支援については、急激な医療費の負担増を避けるため、9月末までの措置となり、その後の取扱いについては、感染状況を踏まえて、対応を検討していくことになっています。



検索 ※最新の新型コロナウイルス感染症については、公式HPで確認しましょう。
厚生労働省HP

