

3. 感染症対応について（その2）

感染症について(その2)

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、続きまして「感染症対応について（その2）」を議題といたします。
事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。それでは、感染症対応について（その2）という
ことで、資料「総—3」を用いまして、ご説明をさせていただきます。

時間（の関係）もございますので、簡潔な説明に努めさせていただきたいと思
います。

説明**1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について**

1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
3. 薬剤耐性対策に対する評価について
4. 課題・論点
5. 参考資料

2

スライド2に目次がございます。

3ページ目以降が「新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について」でございます。

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見

(新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 協定締結医療機関のみならず、多くの医療機関による適切な感染対策を下支えしつつ、出現した新興感染症の状況によって、更なる緊急的な措置を講じるようにすべき。
- 感染対策向上加算における新興感染症に関する施設基準は、第8次医療計画における協定の枠組みと整合性が取れるように見直しを検討すべき。
- 新興感染症の発生時・まん延時にも緊急的な歯科治療が必要な場合があることから、このような場合に歯科医療を提供するために必要な評価について検討すべき。
- 平時からの感染症の治療薬の備蓄や感染対策の体制整備とともに、実際に新興感染症が発生した場合においては、協定締結薬局には夜間・休日等の時間外の対応や必要な薬の患者への迅速な供給が求められるため、そのような薬局の体制や機能に対する評価が必要。
- DPC/PDPSにおける地域医療係数(体制評価指数)のうち「感染症」における評価内容については、第8次医療計画において、令和4年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和6年度診療報酬改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る協定締結の評価へと移行することが考えられるのではないかと。

3

これまでのご議論では、感染対策向上加算における新興感染症に関する施設基準につきましては、

第8次医療計画における協定締結の枠組みと整合性をとるべき。

こういった意見をいただいたところでございます。

都道府県の「予防計画」の記載事項の充実等

 第20回第8次医療計画等に関する検討会
 令和4年12月19日 参考資料1

○ 平時からの備えを確実に推進するため、国の基本指針に基づき、都道府県の「**予防計画**」の記載事項を充実。記載事項を追加するとともに、**病床・外来・医療人材・後方支援・検査能力等の確保について数値目標を明記**。
 (新たに保健所設置市・特別区にも予防計画の策定を義務付け。ただし、記載事項は★(義務)と☆(任意)を付した部分に限る。)

現行の予防計画の記載事項	予防計画に追加する記載事項案	体制整備の数値目標の例 (注1)
1 感染症の発生の予防・まん延の防止のための施策★		
2 医療提供体制の確保		<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結医療機関 (入院) の確保病床数 ・協定締結医療機関 (発熱外来) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (後方支援) の医療機関数 ・協定締結医療機関 (医療人材) の確保数 ・協定締結医療機関 (PPE) の備蓄数量
	① 情報収集、調査研究☆	
	② 検査の実施体制・検査能力の向上★	<ul style="list-style-type: none"> ・検査の実施件数 (実施能力) ★ ・検査設備の整備数★
	③ 感染症の患者の移送体制の確保★	
	④ 宿泊施設の確保☆	<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結 宿泊療養施設の確保居室数☆
	⑤ 宿泊療養・自宅療養体制の確保 (医療に関する事項を除く)★ 注: 市町村との情報連携、高齢者施設等との連携を含む。	<ul style="list-style-type: none"> ・協定締結医療機関 (自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供) の医療機関数 (再掲)
	⑥ 都道府県知事の指示・総合調整権限の発動要件	
	⑦ 人材の養成・資質の向上★	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数★
	⑧ 保健所の体制整備★	
3 緊急時の感染症の発生の予防・まん延の防止、医療提供のための施策★	※ 緊急時における検査の実施のための施策を追加。 ★	

(注1) 予防計画の記載事項として、体制整備のための目標を追加。上記は、想定している数値目標の例。具体的には、国の基本指針等に基づき、各都道府県において設定。対象となる感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症。計画期間は6年。
 (注2) 都道府県等は、予防計画の策定にあたって、医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画との整合性を確保。

4

4 ページ目以降、過去の資料の再掲となります。

10 ページ目まで行かせていただきます。

医療措置協定の内容		医政局地域医療計画課 提出資料				
	①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣	
協定の内容	病床を確保し(※1)、入院医療を実施	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等(※2)に対し、病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療・薬局により、医薬品対応等・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施	(上記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため)医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	(感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため)医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣	
	実施主体と指定要件 第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備			
新型コロナウイルス対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値目標 (全国での数値目標) <予防計画>	①流行初期(3か月を基本)	約1.9万床	約1500機関			
	②流行初期以降(6ヶ月以内)	約5.1万床 <small>流行初期以降開始時点: ①+約1.6万床(公的医療機関数)</small>	約4.2万機関 <small>流行初期以降開始時点: ①+約3600機関(公的医療機関数)</small>	・病院・診療所(約2.7万機関) ・薬局(約2.7万機関) ・訪問看護事業所(約2800機関)	約3700機関 ・医師(約2100人) ・看護師(約4000人)	
流行初期医療確保措置の要件 (参酌して都道府県知事が定める基準)	①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を旨に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を旨に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-	

※4 感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表(新興感染症に位置づける旨の公表)

5

都道府県と医療機関の協定の仕組み

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日 参考資料1(一部改変)

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協定を行い、感染症対応に係る協定(病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※)を締結(協定締結医療機関)することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関(流行初期医療確保措置付き)を設定。
- 全ての医療機関に対して協定に応じる義務を課した上で、協定が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

平時

うち、約500機関程度を想定
流行初期医療確保協定

協定締結医療機関(病床)

協定

協定締結医療機関は全てで約3000医療機関程度を想定

支援 補助金(平時の準備行為に応じた支援)

○協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。

○協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。

○さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

感染症発生・まん延時(感染初期)

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関(流行初期確保措置付き)

流行初期医療確保措置(※)

補助金・診療報酬(対応に応じた追加的な支援)

感染症発生・まん延時(一定期間経過後)

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

必要に応じて協定要更

必要に応じて対象拡大

(※) 初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

6

協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日 参考資料1

○ 平時において、都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、**医療機関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築することとした。**

○ **感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保。**

平時	公立・公的医療機関等 (NHO・JCHOを含む)	特定機能病院/地域医療支援病院	民間医療機関
協定締結プロセス	①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標（確保すべき病床の総数等）をあらかじめ予防計画・医療計画に規定することとした。 ②さらに、 都道府県知事は、計画に定めた病床の確保のため、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、各医療機関と協議を行う協定案（病床の割り当て等）を策定の上、各医療機関と協議を行い、結果を公表することとした。		
協定締結の担保措置	全ての医療機関に対して、 予防計画・医療計画の達成のために、必要な協力をするよう努力義務 を課した。 全ての医療機関に対して、 協定締結の協議に応じる義務 を課した。 全ての医療機関に対して、 都道府県医療審議会の意見を尊重する義務 を課した。 協定の協議が調わない場合に、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、再協議を行うプロセスを明確化		

○ 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を**義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。

○ 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化した**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得ることとした。

感染症発生・まん延時	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、指示→公表（指示違反）	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、勧告→指示→公表（指示違反※）	協定に則った対応を行うよう、勧告→指示→公表（指示違反）
協定の履行確保措置等	* NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要な措置を行うことを求めることができ、これに応じなければならないこととした。	※ 指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得ることとした。	

保険医療機関の責務として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。

特措法では、協定の有無に関わらず、医療関係者（※）に対し、直接、患者等に対する医療等を行うよう指示できる旨の規定あり。
（※）医療関係の管理者の場合は、当該医療機関の医療関係者その他の職員を活用して実施体制の構築を図るとされている。

7

医療機関等に対する財政支援規定

第92回社会保障審議会医療部会
令和4年12月19日 参考資料

✓ 医療機関等に対する財政支援に係る費用負担については、現行、補助・負担割合を規定しているものについては、それを前提とした上で、

- ① 設備整備については、**対象施設に協定締結医療機関等を追加、**
- ② **宿泊・自宅療養者の公費負担医療及び流行初期医療確保措置（費用は公費1/2、保険者拠出金1/2という負担割合とする。）に関する負担規定を新設、**
- ③ **協定締結医療機関等が実施する措置に関する補助規定を新設する。**

	感染症指定医療機関等の設備整備（第60条等）	入院措置（第58条第10号等）	検査（第58条第1号）	建物の立入制限等の措置（第58条第8号等）	消毒等の措置（第58条第5号等）	宿泊・自宅療養者の医療（新設）	協定締結医療機関等が実施する措置（新設）	流行初期医療確保措置（新設）
現行	1/2 (都道府県と折半)	3/4 (都道府県等は1/4)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と一般市町村で折半する場合、1/3)	規定なし	規定なし	規定なし
★印は負担規定								
改正案	1/2 (※) ※ 特定・第一種・第二種感染症指定医療機関以外の指定感染症医療機関、宿泊療養施設、検査機関を追加	3/4 (都道府県等は1/4)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と折半)	1/2 (都道府県等と一般市町村で折半する場合、1/3)	3/4 (都道府県等は1/4)	3/4 (都道府県等は1/4)	3/4 (都道府県は1/4) ※公費の中での負担割合

※ 地方公共団体が感染拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例規定の創設を含め**必要な措置を検討。**
（「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（令和4年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施）

8

医療提供体制に係る数値目標の考え方等について

第99回社会保険審議
会医療部会 資料3
5 . 6 . 2

〈設定する数値目標〉

1 流行初期（3ヶ月まで）

- 発生の公表後1週間程度から、流行初期の期間の3ヶ月までの間は、新型コロナ発生の公表後約1年後（最初の冬に相当の波が発生）の入院・外来の患者数の規模に、前倒して対応できるよう、
 - ・ 入院患者数：約1.5万人
 - ・ 発熱外来患者数：約3.3万人
- 新型コロナ対応において、相当の対応を行ってきた医療機関を念頭に、体制を確保することを目指す。

病床：約1.9万床（約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関（約500機関）で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）
 発熱外来：約1500機関（約3.3万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、200床以上の新型コロナ患者の入院可能な診療・検査医療機関で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）

2 流行初期以降（①3ヶ月後、②その後3ヶ月（6ヶ月）まで）

- ① 流行初期以降開始時点については、流行初期対応を行っていない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も加わり、体制を確保することを目指す。

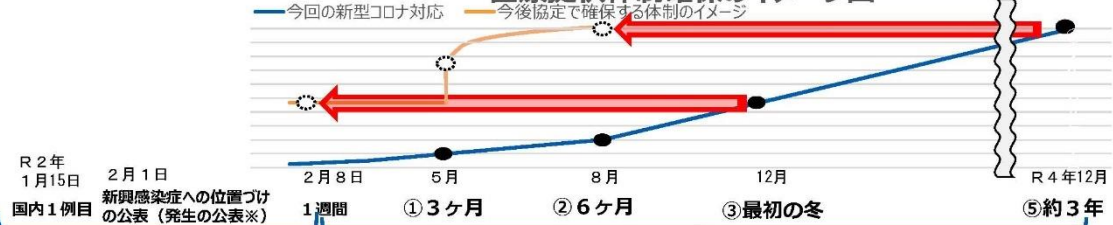
病床：約3.5万床（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）
 発熱外来：約5300機関（+約3800機関：同上）

- ② その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値（R4.12）の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速やかに（その後3ヶ月程度かけて）確保することを目指す。

病床：約5.1万床
 発熱外来：約4.2万機関

病床：まずは約5.1万床を確保している約3000機関（うち重点医療機関約2000）との協定の締結を促す。
 発熱外来：まずは約4.2万医療機関との協定の締結を促す。

医療提供体制確保のイメージ図



〈感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応〉
 (373病院1900病床) (※) 感染症法に基づく厚労大臣の発生の公表

〈協定指定医療機関も対応〉

令和4年度診療報酬改定 1-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組-①				
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③				
	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
算出基準	(外来感染対策向上加算の算出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の算出がないこと)		診療所(感染対策向上加算の算出がないこと)
感染対策チームの設置	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・専任の常勤医師(感染対策の経験が3年以上) ・専任の看護士(感染対策の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護士は1名は専任であること。 ※ 必置時に、専任の医師又は看護士を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専任時間を含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・専任の常勤医師(感染対策の経験が3年以上) ・専任の看護士(感染対策の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・ 専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) 。 ・ 専任の看護士(適切な研修の修了が望ましい) 。	院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護士、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること)。 ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の態の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の態の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の態の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
医療機関間、行政等との連携				
リーベランスへの参加	院内感染対策リーベランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(I-SIPHE)等、地域や全国のリーベランスに参加していること	地域や全国のリーベランスに参加している場合、リーベランス強化加算として5点を算定する。		リーベランス強化加算として1点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・「抗菌生物製剤適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正使用の推進に関する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う
	・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜匿区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定の感染防止対策地域連携加算及び抗感染適正使用実証加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜匿区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜匿区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜匿区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者の診療を実施することを念頭に、感染症患者の動態を分けることができる体制を有する
	感染対策チームの専従医師又は看護士が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 連携強化加算 として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 連携強化加算 として30点を算定する。		10

10 ページ目は、こちらは医療機関の診療報酬についてでありますけれども、

令和4年度に新設されました感染対策向上加算におきましては、新興感染症発生時の対応が要件となっております、

新興感染症への対応に係る感染対策向上加算の規定

中医協 総-2
5. 7. 26

○ 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算における新興感染症への対応に係る規定は、令和4年度から現在までは、新型コロナウイルス感染症への対応において必要な措置として定められている。

	感染対策向上加算			外来感染対策向上加算
	加算1	加算2	加算3	
届出施設数*	1,248	1,029	2,042	16,224
施設基準のうち新興感染症への対応に係る規定	新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制	新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制
令和4年4月～令和5年5月7日の取扱	新型コロナに係る重点医療機関	新型コロナに係る重点医療機関又は協力医療機関	新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関又は診療・検査医療機関	新型コロナに係る診療・検査医療機関
令和5年5月8日～現在の取扱	令和5年1月1日以降に重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関(①)	①又は新型コロナ疑い患者を救急患者として診療する体制等及び過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関(②)	①、②又は外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関	外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関

※保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

11

具体的には 11 ページ目にございますとおり、

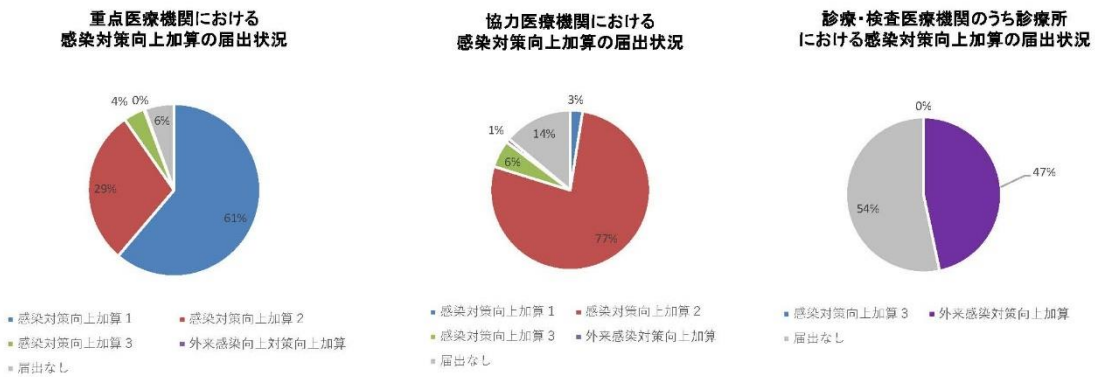
新型コロナに関する

- ・ 重点医療機関や
- ・ 協力医療機関、
- ・ 診療・検査医療機関

であることを、これまで求めていたところでございます。

重点医療機関、協力医療機関等における感染対策向上加算の届出状況 中医協 総-2
5. 7. 26

- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は届出を行っていなかった。



出典:保険局医療課調べ(令和5年4月時点における重点・協力医療機関の指定状況と、同月の感染対策向上加算の届出状況(速報値)を突合したもの)

12 ページ目には、

重点医療機関、協力医療機関や診療・検査医療機関のうち、加算を届け出ている割合をお示しするところでございます。

新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針について

○ 新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針において求める医療機能のうち、病床確保の機能については新型コロナ対応における重点医療機関及び協力医療機関の要件を、発熱外来の機能については新型コロナ対応における診療・検査医療機関の要件を参考として整備することとされている。

	新型コロナ対応時における 都道府県が医療機関を指定する枠組み	新興感染症発生・まん延時における 医療体制の構築に係る指針において求めている医療機能 ^{※3}
<p>診療報酬上の位置づけ</p> <p>感染対策向上加算1の要件</p> <p>感染対策向上加算2の要件</p> <p>感染対策向上加算3及び外来感染対策向上加算の要件</p>	<p style="text-align: center;">重点医療機関^{※1}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは疑い患者専用の病床確保を行っていること。 ・ 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。 <p style="text-align: center;">協力医療機関^{※1}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保していること。 ・ 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。 ・ 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレシャワーなど他の患者と独立した動線であること。 <p style="text-align: center;">検査・診療医療機関^{※2}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 発熱患者等が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線が分けられていること。 ・ 必要な検査体制が確保されていること。 ・ 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。 	<p style="text-align: center;">(1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新型コロナウイルス感染症対応の重点医療機関の施設要件も参考に、確保している病床であって、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能で、また、都道府県からの要請後速やかに即応病床化するほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策を適切に実施し、入院医療を行うことを基本とすること ・ 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線を要することから、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっては、協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図ること <p style="text-align: center;">(2) 新興感染症の疑い症患者等の診療を行う機能（発熱外来）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有するほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うことを基本とすること

※1「新型コロナウイルス感染症重症医療機関及び新型コロナウイルス感染症（疑い患者）受入協力医療機関について」（令和2年6月16日付け厚生労働省健康局長総務感染課事務連絡）より抜粋

※2「令和2年度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補助金に係る対応について」（令和2年9月16日付け厚生労働省健康局長総務感染課事務連絡）より抜粋

※3「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和6年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より抜粋。病床確保及び発熱外来のほか、指針においては以下の医療機能を備えた体制構築を求めている。

(3) 自宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

(4) 新興感染症患者以外の患者に対し、医療を提供する機能（後方支援）

(5) 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

13 ページ目は、

第8次医療計画の策定に向けた

「新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針」において求められている医療機能についてでございます。

病床確保の機能については、新型コロナ対応における重点医療機関および協力医療機関の要件を、

発熱外来の機能に関しましては、新型コロナ対応における診療・検査医療機関の要件を参考として整備することというふうにされているところでございます。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-②

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定 (0.5P)、DMATの指定 (0.25P)、EMISへの参加 (0.25P)、 <u>BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）(0.25P)</u>		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター (0.5P)	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設 (0.1P)
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当 (0.25P) ・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること (0.25P)</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合 (0.75P)</u> ・ <u>GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u> 		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合 (0.1P)	治験等の実施 ・ 過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上 (1P) ・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。	

14

14 ページ目は、DPC/PDPSの地域医療係数に、こういった評価があることをお示ししてございます。

歯科医療提供体制等に関する検討会 中間とりまとめ（案）		第9回歯科医療提供体制等に関する検討会	資料
		令和5年10月4日	2
<p>かかりつけ歯科医の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携 ○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理 ○かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓蒙の促進 ○新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備 	<p>地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○機能を含めた歯科医療資源の見える化 ○他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価 ○他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実 ○人生の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与 		
<p>歯科医療機関の機能分化と連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○各歯科医療機関の機能の把握・見える化 ○病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進 ○ICTの利活用推進 ○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討 	<p>障害児・者等への歯科医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化 ○いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理 ○ハード面（設備整備等）やソフト面（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実 ○医療的ケアを含めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築 		
<p>病院歯科等の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ○それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化 ○各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析 ○地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との連携の推進 ○地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能 	<p>歯科専門職種の人材確保・育成等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成 ○他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進 ○歯科衛生士の確保（職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育） ○歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備、業務のあり方） 		
<p>都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価 ○歯科保健医療提供体制の理想とする姿（目指す姿）を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性 ○歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性 			15

15 ページ目からが、歯科医療についてでございます。

新興感染症まん延時の歯科医療の提供体制については、第8次医療計画には位置づけられていないところでありますけれども、

医政局が開催いたしました「歯科医療提供体制等に関する検討会」におきましては、

かかりつけ歯科医の役割といたしまして、新興感染症かつ拡大時における歯科医療提供体制の整備があるとされてございます。

拡充 推進	歯科医療提供体制構築推進事業	医政局歯科保健課（内線2583）
令和6年度概算要求額 2.7億円（2.6億円） ※()内は前年度当初予算額		第9回歯科医療提供体制等に関する検討会 令和5年10月4日
1 事業の目的		参考 資料1
◆少子高齢化の進展、歯科疾病構造の変化など、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化している。地域により、歯科医療資源の状況等は異なることから、地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制を構築することが求められている。 ◆「骨太の方針2023」においても、「歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む」との方針が示されている。		
2 事業の概要・スキーム、実施主体		
① 各都道府県における歯科医療提供体制の構築を推進するため、歯科医療提供体制の構築に向けて協議・検討を行う検討委員会を設置し、地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制を構築するための取組を補助する。 第8次医療計画の開始初年度であることを踏まえ、補助実施数を拡充する。【拡充】 【実施主体：都道府県】補助率：1/2相当定額		
補助対象事業のイメージ（案） ・NDB（National Database; レセプト情報・特定健診等情報データベース）やKDB（Kokuho Database; 国保データベース）等を活用した地域の歯科保健医療提供状況に関する分析及び分析結果に基づく歯科医療提供体制（医科歯科連携体制の構築等を含む）の検討 ・病院歯科と歯科診療所の機能分化や役割分担、かかりつけ歯科医の役割の位置づけ等に関する協議、検討 ・口腔機能低下、摂食嚥下障害等の患者への食支援に関する多職種連携体制の構築 ・障害児者等への歯科医療提供体制、災害時、 新興感染症発生時の歯科保健医療提供体制の構築		
② 効果的な事業展開を進め歯科保健医療提供体制の確保を加速させるため、都道府県支援を行うことができるよう支援者を養成する。対象者は都道府県歯科医師会担当者、都道府県庁職員、口腔衛生、統計学研究者など【実施主体：都道府県】補助率：1/2相当定額 【事業実績】4年度 6都道府県		

各都道府県における新興感染症発生時の歯科医療提供体制の検討については、

16 ページに掲げられました補助金の活用が可能となっているところでございます。

19 ページ目まで進ませさせていただきます。

参考 新型コロナウイルス感染症患者等に対する歯科医療提供体制の検討状況

	第1回歯科医療提供体制等に関する検討会	資料 2
令和3年2月19日		

○ 令和2年6月19日付け厚生労働省医政局歯科保健課長通知等を踏まえた新型コロナウイルス感染症患者等に対する歯科医療提供体制の検討状況については、「歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる医療機関の設定をしている都道府県」は19か所、「感染拡大期における歯科医療提供体制に関して協議を実施している都道府県」は23か所であった。

歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる医療機関の設定をしている都道府県数	19
感染拡大期における歯科医療提供体制に関して協議を実施している都道府県数	23

歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる医療機関の設定をしていない理由(複数選択)

設定していない理由(複数選択)	
現在、医療機関・関係団体等と調整中(方向性は未定)	5
受入可能な医療機関が見つからない(医療機関・関係団体等と調整ができていない)ため	2
他の医療機能に比べて優先順位が低く、調整する余裕がないため	2
今後、医療機関・関係団体等と調整予定	5
設定の必要がないと考えるため	2
その他	12

(その他の理由)
 ・治療が必要な場合感染症指定医療機関で対応することとしている。
 ・ケースの状況に応じて対応することとしている。
 ・これまで必要に迫られたことがない、相談事例もない。

感染拡大時期における歯科医療提供体制に関して協議を実施していない理由(複数選択)

設定していない理由(複数選択)	
他の医療機能に比べて優先順位が低い	6
協議の必要がないと考えるため	2
協議する関係団体等が分からないため	0
協議する関係団体等の理解が得られないため	1
その他	11

(その他の理由)
 ・すでに連携体制がとれている。
 ・現在の体制で対応可能と考える。
 ・今後検討する。
 ・個別事例により調整・協議する予定。

出典: 医政局歯科保健課調べ **17**

参考 新型コロナウイルス感染拡大下における歯科医療提供体制構築の例

<新興感染症発生時における長野県の取り組み事例>

◆本事例では、長野県、長野県歯科医師会および信州大学による、新型コロナウイルス感染症にかかる県内の歯科医療提供体制方針の構築に関する取組みを報告する。

テーマ	区分	事業名・取組み名等
感染症対応	コロナウイルス感染症対応	県内の歯科医療提供体制方針の作成 県内の対応可能な医療機関の体制整備、および「緊急を要する歯科・口腔外科疾患」の作成

主な取組みの概要は以下の通りである。

【新型コロナウイルス感染症にかかる県内歯科医療提供体制方針の作成】

◆県、歯科医師会、大学病院等が協働して、「新型コロナウイルス感染症にかかる県内歯科医療提供体制方針」を作成し、県内で新型コロナウイルス感染症の疑いがある(または陽性である)歯科治療が必要な患者への統一した対応体制を構築した。

【対応可能な医療機関の体制整備、および「緊急を要する歯科・口腔外科疾患」の作成】

◆県内いずれの地域(二次医療圏)においても適切な歯科医療が受けられるよう、県内10の二次医療圏ごとに中核となる歯科医療機関(二次医療機関病院歯科)を定め、新型コロナウイルス感染症疑いの患者等が歯科治療を必要とした場合、各医療機関に照会できる仕組みを整えた。

◆また、「緊急を要する歯科・口腔外科疾患」をとりまとめ、医療機関や保健所等が統一に対応できるよう関係機関に周知した。

《長野県における新型コロナウイルス感染症にかかる歯科医療提供体制 対応表》

○ 一般歯科診療所においての診療実施前に、患者の状態について問診等により感染リスクを確認し、下表に基づいて対応を判断する。
 ○ 「感染リスクあり(高い)」と判断される場合、および「陽性者」は、歯科治療の緊急性の有無により対応を判断する。

【対応表】

患者区分	歯科における対応
感染リスクなし(低い)	一般歯科診療所における歯科治療
感染リスクあり(高い) ※濃厚接触者含む	歯科治療の緊急性なし 長野県歯科医師会の対応方針に則り、陽性判明まで歯科治療の延期等の対応 緊急歯科治療対応医療機関での緊急歯科治療 ①本人もしくは歯科医療機関から県の相談窓口(保健所)に相談 ②保健所を通じて、緊急歯科治療対応医療機関の外来に対応を依頼
陽性者	歯科治療の緊急性なし (感染症の症状に応じて、入院または宿泊・自宅療養) 長野県歯科医師会の対応方針に則り、退院等の基準を待たずまで歯科治療の延期等の対応 歯科治療の緊急性あり (感染症の症状と緊急歯科治療を考慮したうえで、入院または宿泊・自宅療養) 緊急歯科治療対応医療機関での緊急歯科治療

(出典) 長野県ご提供資料より抜粋して作成

《緊急を要する歯科・口腔外科疾患(※一部抜粋)》

(参考)
 緊急を要する歯科口腔外科疾患には以下のものが想定されます。

- 痛み(いわゆる歯痛です)
- 炎症(歯科疾患を原因とする化膿性炎症です。歯肉に留まる軽度のもので、顎口腔に及ぶ重度のものがあります)
- 外傷(歯が欠けた、折れた、歯が抜けた、顎骨骨折など)
- 歯肉出血(抗血栓療法を受けている患者、止血異常を有する患者)
- 顎関節脱臼

上記の状態では、2週間歯科の診断・治療なしで済みます/耐えることが難しい患者があります。下記の想定に沿って、対応をお願いします。(以下略)

10 **18**

出典: 令和2年度厚生労働省委託事業「歯科医療提供体制推進等事業等一式報告書」

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行	改定後
【初診料】 1 歯科初診料 <u>261点</u> 【再診料】 1 歯科再診料 <u>53点</u> 【施設基準】 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準 (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 (3) 歯科外来診療の 院内感染防止対策に係る研修 を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。 (4) 職員を対象とした 院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等 を実施していること。	【初診料】 1 歯科初診料 <u>264点</u> 【再診料】 1 歯科再診料 <u>56点</u> 【施設基準】 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準 (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。 (3) 歯科外来診療の 院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修 を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。 (4) 職員を対象とした 院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等 を実施していること。

【経過措置】

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

19 ページ目は歯科医療機関における院内感染防止対策の評価でございます。

令和4年度診療報酬改定において、新興感染症発生時に適切に対応できる体制を確保する観点で、基本診療料の施設基準および評価の見直しが行われてございます。

新興感染症の発生時等における薬局の体制の評価

 中医協 総-2
5. 7. 26

- 災害や新興感染症の発生時等においても薬局が継続して地域の医薬品供給や衛生管理に関する対応等を維持できる体制を評価する観点から、令和4年度診療報酬改定において連携強化加算を新設。

調剤基本料 連携強化加算：2点

[算定要件の概要]

地域支援体制加算を算定している場合に、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、**災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局**において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

[施設基準の概要]

■医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

- ・医薬品の提供施設として薬局機能の維持
- ・避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等
- ・災害の発生時における体制や対応についての手順書等の作成と薬局内の職員への共有
- ・医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等に関する研修の実施

■都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

- ・地域の協議会、研修又は訓練等への参加の計画の作成（年1回程度の参加が望ましい）
- ・必要に応じて地域の他の保険薬局等との協議会等の結果の共有

■体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

- ・体制を確保していることについて薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表

■都道府県等からの協力要請があった場合に地域の関係機関と連携し必要な対応を実施（※）

- ・夜間休日など含めて新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売体制を備えていること
- ・新型コロナウイルス感染症治療薬を自局で備蓄・調剤していること

※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

20

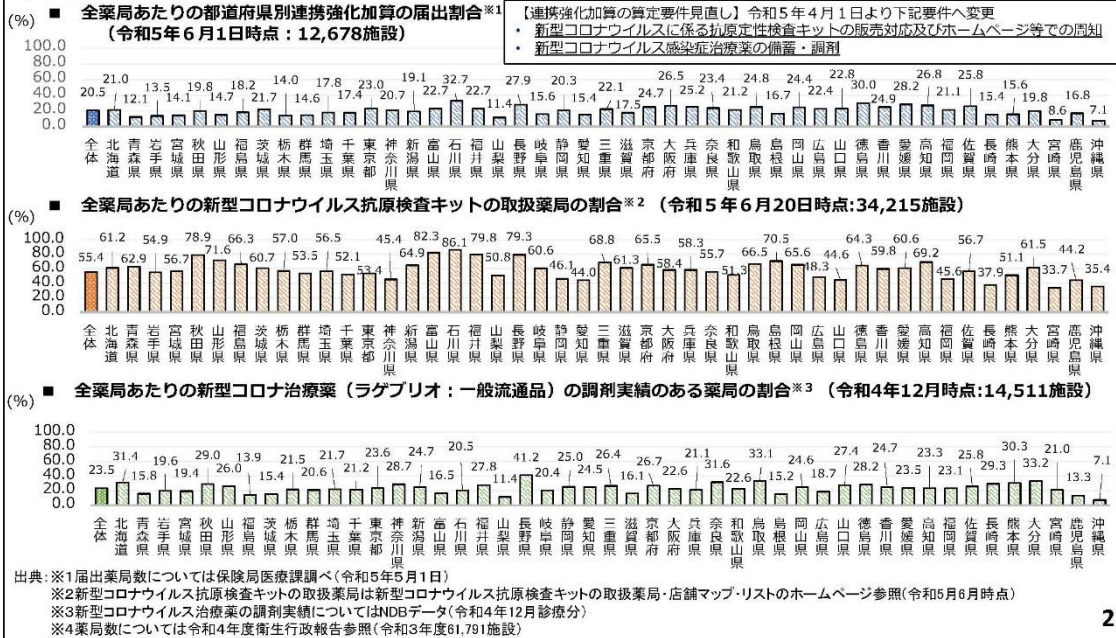
20 ページ目、21 ページ目は、新興感染症の発生時における薬局の体制の評価といたしまして、

令和4年度改定で新設されました連携強化加算の概要と対応状況になります。

薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

中医協 総-2
5. 7. 2. 6

○ 薬局において約2割が連携強化加算の届出を行っており、検査キットや治療薬の対応も実際に行っていた。



感染症発生・まん延時における自宅療養患者等に対応する薬局について

- 改正感染症法により、都道府県知事は各医療機関等の機能や役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時に発熱外来や自宅療養者に対する医療等を担う医療機関等をあらかじめ適切に確保することとされている。
- 協定を締結した薬局は、第二種協定指定医療機関として、関係機関や事業所間で連携しながら、自宅・宿泊療養者、高齢者施設での療養者等への医薬品対応等を行う。

第二種協定指定医療機関（薬局）の指定要件	具体的な内容
<ul style="list-style-type: none"> ● 当該薬局に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること 	<ul style="list-style-type: none"> ● 関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、<u>感染対策</u>（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む<u>研修・訓練</u>等）を適切に実施し、<u>医療の提供を行う</u> ⇒ 令和5年度の予算事業で、感染対策に必要な知識・技能を習得させる薬局薬剤師向けの研修プログラムの作成等を実施中。薬局における感染対策に関する研修として当該プログラムを活用することを想定。
<ul style="list-style-type: none"> ● 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対して医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行う体制が整っていると認められること 	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の求めに応じて<u>オンライン服薬指導の実施が可能</u> ● <u>薬剤の配送等の対応を行っている</u> ● <u>夜間・休日、時間外の対応（輪番制対応含む）を行っている</u> ● <u>健康観察の対応（特に高齢者施設等への対応）が可能</u> ※ 医療用マスク等の個人防護服（PPE）等の備蓄は任意事項

22

22 ページ目は、

改正感染症法におきまして、薬局は第二種協定指定医療機関に位置付けられることとなりましたので、その概要でございます。

薬局の指定要件の中には感染対策の研修がございます。

令和5年度 薬剤師の資質向上等に資する研修事業（予算事業）

1 事業目的

- 医療技術の高度化・専門分化や少子高齢化に伴い、薬剤師の機能強化・専門性向上に資する生涯教育が重要である。
- 改正後の「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」第36条の3第1項の規定に基づく医療措置協定に関して、**薬局も都道府県知事との協定締結の対象となった**（令和6年4月1日施行）。
- 当該薬局においては、**新興感染症等の発生時における自宅・宿泊療養患者への対応**と、そのための体制として、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考にした、**研修・訓練等を含む感染対策の適切な実施**が求められることになる。
- 本事業では、薬剤師の継続的な生涯教育の一環として、感染対策を適切に実施するための研修を実施することにより、更なる薬剤師の機能強化・専門性向上を図り、新興感染症の発生・まん延にも対応可能な地域の医療提供体制の確保につなげる。

2 事業内容

- 最新の知見に基づく内容となるよう、関係学会等と適切に連携のうえ、一般的な感染対策に加え、**新興感染症への対応を含めた薬局における感染対策に関する指針の作成**
- 感染対策に必要な知識・技能を習得させる**研修プログラムの作成・実施**（確認テスト、薬局内での感染対策に関する訓練を含む）
- 指針及び研修プログラムには、以下の内容を含める。
 - ①標準予防策と経路別予防策 ②洗浄・消毒・滅菌 ③血液体液曝露対策 ④ワクチンによる感染症の予防
 - ⑤院内感染関連微生物とその検査法及び国内外の疫学 ⑥インフルエンザやノロウイルス感染症、薬剤耐性菌のアウトブレイク対策
 - ⑦新型コロナウイルス感染症や類似の新興感染症への対応
（患者や疑い患者の対応に必要な環境整備・个人防护具の適正使用、環境消毒等を含む）
 - ⑧抗菌薬適正使用とAMR対策アクションプラン ⑨感染対策における平時及び緊急時の他医療機関や行政等との連携

3 実施主体

公益社団法人日本薬剤師会

23

これにつきましては、23 ページ目にありますように、

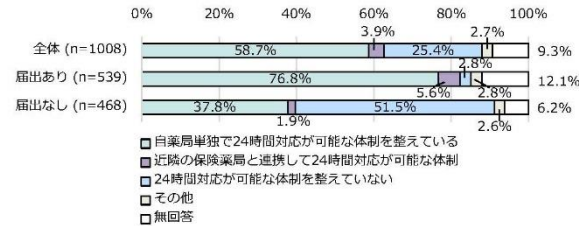
薬局の予算事業で準備が進められているところということでございます。

薬局における開局時間外の対応体制

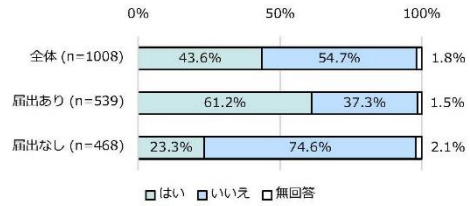
- 薬局における24時間対応可能な体制や、夜間・休日対応のための医療機関との連携体制の整備については、地域支援体制加算を届けている薬局で高い傾向にある。
- 開局時間外の相談・調剤等への対応(令和5年6月時点)についても、一定程度対応されている実態があり、地域支援体制加算を届け出ている薬局で高い傾向がみられた。

開局時間外の体制整備の状況(地域支援体制加算の届出別)

■ 24時間対応が可能な体制の整備状況

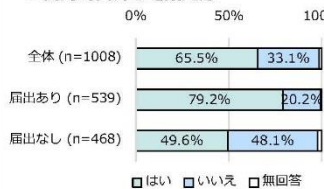


■ 夜間・休日の対応のための医療機関との連携体制

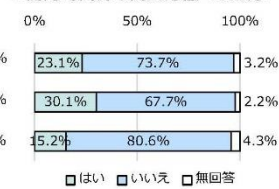


開局時間外の相談・調剤への対応状況(令和5年6月)(地域支援体制加算の届出別)

■ 開局時間外の電話対応

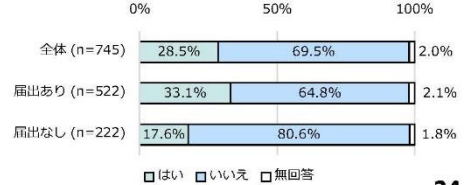


■ 開局時間外の調剤応需への対応



■ 開局時間外の患者宅への訪問対応

(在宅対応をしている場合のみ)



出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)より保険局医療課で作成

24

24 ページ目からは、薬局における時間外対応や感染対策等の対応状況をお示ししておりますが、

地域支援体制加算の届出を行っている薬局では取組がより実施されているという傾向がお示しできるかと思えます。

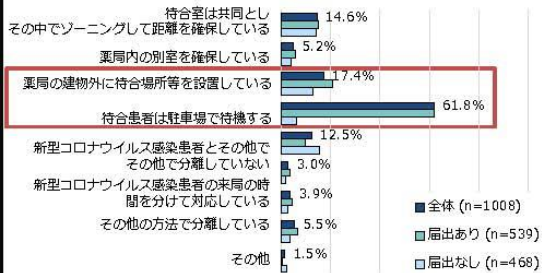
薬局における感染対策

○ 薬局における新型コロナウイルス感染症の感染対策としては、主に患者の待合場所の分離によるゾーニングで対応していた。

薬局における感染対策の状況(令和5年7月1日時点)

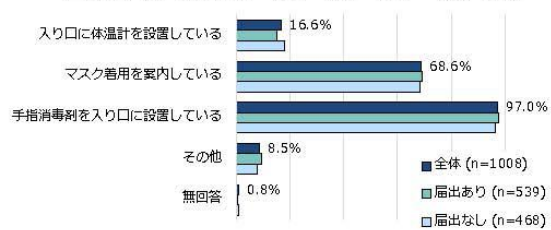
■新型コロナウイルス感染者(疑い患者含む)の来局時における薬局でのゾーニングの状況 (n=1008、複数回答)

※全体のみ数値(%)を表示



■薬局での感染対策の状況 (n=1008、複数回答)

※全体のみ数値(%)を表示



出典:令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)

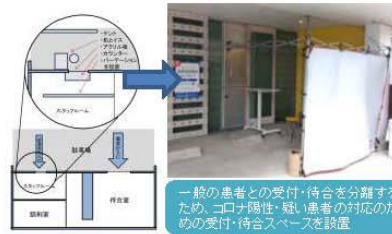
薬局における感染対策の例



コロナ陽性・疑い患者への対応用スペースの設置



患者待合室の換気促進のため、導め込み式の簡易型吸排気換気扇を設置



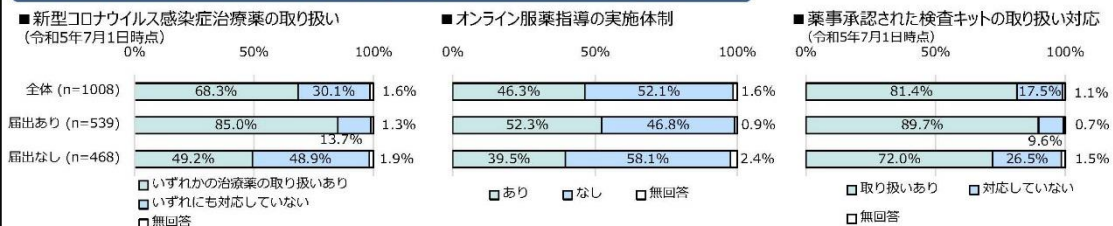
一般の患者との受付・待合を分離するため、コロナ陽性・疑い患者の対応のための受付・待合スペースを設置

25

薬局における新型コロナウイルス感染症治療薬等の提供体制

- 薬局の約7割で新型コロナウイルス感染症治療薬が取り扱われており、地域支援体制加算の届出を行っている薬局では8割を超えている。
- 薬局においてオンライン服薬指導の体制は一定程度整備されており、地域支援体制加算の届出を行っている薬局では5割を超えている。
- 薬事承認された新型コロナウイルス抗原検査キットを取り扱っている薬局は全体で7割を超えており、地域支援体制加算を届け出ている薬局では8割を超えている。

治療薬、オンライン服薬指導、抗原定性検査キットの取扱い状況(地域支援体制加算の届出別)



出典:令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)

(参考) 新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的な内容について (令和5年9月15日付け厚生労働省事務連絡) (関係部のみ抜粋)

3. 外来医療体制
 - (1) 基本的考え方
 - また、**新型コロナウイルスに対する医療需要の増加に対応するためには、薬局における種別別薬剤の提供体制の確保も重要**となる。薬局においては、これまで自宅・診療所等に対し、種別別薬剤等を提供し、必要な薬指導等を実施していたことであるが、各都道府県において、一般に認める種別別薬剤を認め、公表すること等について地域の医療関係者とも協議を行いながら、**地域において種別別薬剤等の必要な薬品が適切に提供される体制の確保に向けた取組を行っていることが重要**である。
 - (2) 薬局拡大前面を見据えた体制強化・注意喚起等
 - 今冬の感染症拡大を懸念しつつ、確認事務連絡(第2号)「2. 外来体制について」でも示している内容に沿って対応することが重要である。具体的には、限られる医薬品の中で、高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医薬品を提供するため、広く一般的な医薬品で新型コロナウイルスの診療に対応する体制の移行を資機に定めることとし、
 - ・ (略)
 - ・ **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**
 - ・ (略)
7. 自宅療養等の体制
 - (3) オンライン診療・オンライン服薬指導の活用
 - **診療報酬改定においてはオンライン診療・オンライン服薬指導(以下「オンライン診療等」という。)の活用も有用**である。このため、過去の体制を参考にしつつ、地域の関係者とも相談し、**オンライン診療等を活用していただく**。その際には、「オンライン診療等の適切な実施に関する指針」(平成30年3月30日付け厚生労働省医政局長通知の別紙)、「オンライン服薬指導の実施要領」(令和4年9月30日付け厚生労働省医政局・生活衛生局長通知の別紙)に沿ってオンライン診療等を実施する体制を整備していただく。(以下略)

26

説明**2. 新興感染症以外の感染症に対する
医療の評価について**

1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
3. 薬剤耐性対策に対する評価について
4. 課題・論点

27

それでは、次、27 ページ目以降、

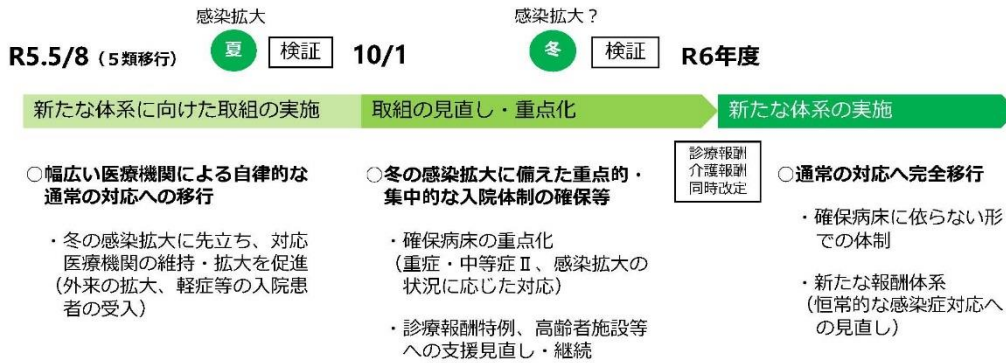
「新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について」ということをごさいます。

令和6年度以降の診療報酬体系について

○ 新型コロナへの対応については、令和6年度以降は医療提供体制は通常への完全移行し、診療報酬においては、恒常的な感染症対応への評価となるように見直しを行うこととされている。

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、通常の医療提供体制へ段階的に移行



出典：令和5年9月15日厚生労働省公表資料より（一部改変）

28

28 ページ目に、令和6年度以降の診療報酬体系についてということで、

5類見直し以降の医療体制についてのチャートがございまして、

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見②

(新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 感染対策向上加算等の届出を行っている医療機関においては、入院患者の受入等、感染症対応に関する役割を果たすようにすべき。
- 前回の診療報酬改定において感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、及び重症患者対応体制強化加算の新設並びに ECMO の評価拡充が行われており、平時の感染症医療はこれら既存の項目により評価すべき。
- 歯科診療においても、適切な感染防止対策は重要であり、診療報酬上の評価が必要。
- 薬局における感染対策についても、何かしらの評価や配慮が必要。
- 医療機関による高齢者施設に対する迅速な医療支援や感染対策の助言、実地指導とともに、高齢者施設における退院患者の円滑な受入れに対する支援が重要であり、介護報酬の改定とあわせて、連携を推進すべき。
- 感染対策向上加算を届け出していない医療機関における感染対策についても、より進むよう支援をすべき。

29

29 ページ目に感染症医療に関する、これまでの主な意見ということをもとめてございます。

平時におきましても感染症患者の受け入れ等の役割を果たせるようにすべきなどのご意見をいただいております。

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）			
○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和5年10月1日～）。			
新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方	令和5年9月まで	令和5年10月～	
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	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】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	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) 】 ※ロナブリープ投与時の特例（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	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 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
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	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
		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 【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】
	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 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

30 ページ、31 ページ目は、

今年5月の類型変更以降の段階的な見直しを行ってまいりましたコロナ特例についてのものごさいます、

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）			
新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
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 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	①重症患者 ICU等の入院料：1.5倍 (+2,112～+8,159点/日) ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算1：2～3倍 (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）	①重症患者 ICU等の入院料：1.2倍 (+845～3,263/日) ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算2：2～3倍 (840～1,260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（+420点/日）
		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)	コロナ回復患者を受け入れた場合 500点/日 (14日目まで)
	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) 300点/日 (2類感染症の個室加算の適用) 250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	125～500点/日 (感染対策を講じた診療) 300点/日 (2類感染症の個室加算の適用) 50点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
	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)	147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)
調剤 コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：2倍（+59点又は+45点） 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面500点、電話等200点を算定可)	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：1.5倍（+30点又は+23点） 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面：500点/200点を算定可)	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

現在、10月以降の見直しのところが適用されているところがございます。

令和4年1～8月における新型コロナの重症化率・致死率について											第11回新型コロナウイルス感染症対策 アドバイザリーボード(事務局提出資料)	資料4
											令和4年12月21日	
<p>協力の得られた石川県、茨城県、広島県のデータを使用し、令和4年1～8月に診断された新型コロナウイルス感染者を対象に、年齢階級別に重症化率及び致死率を2ヶ月毎（届出日基準）に算出した。</p> <p>人工呼吸器を使用、ECMOを使用、ICU等で治療のいずれかの条件に当てはまる患者を重症者と定義し、重症化率は、経過中重症に至ったが、死亡とならなかった患者、重症化して死亡した患者、重症化の定義を満たさずに死亡した患者の合計を、感染者数で割ったものである。死亡者数は、COVID-19の陽性者であって、死因を問わず亡くなった者を計上^{※1}している。</p> <p>本データは感染者が療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間の終了日から30日経過した時点でのステータスに基づき算出しており、今後重症者数や死亡者数は増加する可能性がある点に留意。</p>												
	年齢	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	
R.4 ^{※2} 1～2月	感染者数(人)	18,511	17,400	18,549	18,274	17,354	10,598	6,887	5,357	3,949	2,159	
	重症/死亡者数(人)	4/0	0/0	0/0	1/0	8/3	13/3	40/20	109/66	168/145	140/134	
	重症化率(%) (95%信頼区間 ^{※3})	0.02 (0.01-0.06)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.02-0.09)	0.12 (0.07-0.21)	0.58 (0.42-0.79)	2.03 (1.67-2.45)	4.25 (3.65-4.93)	6.48 (5.48-7.61)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.05)	0.03 (0.01-0.08)	0.29 (0.18-0.45)	1.23 (0.95-1.56)	3.67 (3.11-4.31)	6.21 (5.23-7.31)	
R.4 ^{※2} 3～4月	感染者数(人)	28,020	25,422	20,055	23,085	21,106	10,957	5,864	3,711	2,287	1,112	
	重症/死亡者数(人)	5/0	1/0	1/0	4/0	7/2	18/5	19/6	57/35	71/61	48/45	
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0.02 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.04)	0.03 (0.01-0.07)	0.16 (0.10-0.26)	0.32 (0.20-0.51)	1.54 (1.17-1.99)	3.10 (2.43-3.90)	4.32 (3.20-5.88)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.01-0.11)	0.10 (0.04-0.22)	0.94 (0.66-1.31)	2.67 (2.05-3.41)	4.05 (2.97-5.38)	
R.4 5～6月	感染者数(人)	14,036	13,564	12,285	12,855	11,318	6,059	3,571	2,683	1,591	757	
	重症/死亡者数(人)	0/0	0/0	1/0	5/0	2/1	4/2	7/2	14/7	19/17	16/15	
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.06)	0.02 (0.00-0.07)	0.05 (0.00-0.08)	0.08 (0.01-0.14)	0.25 (0.12-0.48)	0.45 (0.23-0.78)	1.19 (0.72-1.86)	2.64 (1.62-4.05)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.01 (0.00-0.05)	0.03 (0.00-0.12)	0.08 (0.02-0.25)	0.22 (0.08-0.49)	1.07 (0.62-1.71)	2.51 (1.52-3.89)	
R.4 7～8月	感染者数(人)	59,685	58,331	61,437	65,130	68,434	47,458	30,098	22,355	13,032	6,030	
	重症/死亡者数(人)	8/0	4/0	3/1	9/4	11/2	17/11	34/21	104/76	191/165	164/157	
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0.01 (0.01-0.03)	0.01 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.01)	0.01 (0.01-0.03)	0.02 (0.01-0.03)	0.04 (0.02-0.06)	0.11 (0.08-0.16)	0.47 (0.38-0.56)	1.47 (1.27-1.69)	2.72 (2.32-3.16)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0.00 (0.00-0.01)	0.01 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.01)	0.02 (0.01-0.04)	0.07 (0.04-0.11)	0.34 (0.27-0.43)	1.27 (1.08-1.47)	2.60 (2.22-3.04)	

※1 茨城県は医師の判断において明らかに別の死因によるもの（溺死や交通外傷等）は除外して集計している。
 ※2 令和4年1～2月、3～4月のデータは再掲。（<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf>）
 ※3 95%信頼区間はClopper-Pearson's exact binomial confidence intervalにより算出。
 ※4 感染者数は継続検査に基づく報告による新型コロナウイルス感染症の陽性数であり、無症候性病原体保有者を含む全ての感染者を補足できておらず、重症化率・致死率を過大評価している可能性がある。
 ※5 各階級における感染者数、重症者数、死亡者数を単純に集計しており、背景因子等が調整されていないことに留意が必要。

32 ページ目は、新型コロナの重症化率、致死率についてでございます。

以前よりも低下が見られているということでございます。

こうした知見をもとに類型変更がなされたという経緯がございます。

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について

- ・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"> ・サージカルマスク（必ず） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・手袋・ガウン（分泌物等に触れる可能性があるとき） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個室 ・コホーティング※6可 	<ul style="list-style-type: none"> ・エアロゾル発生手技は陰圧室で実施
	日本※2	<ul style="list-style-type: none"> ・サージカルマスク（必ず） 	<ul style="list-style-type: none"> ・手袋・ガウン・アイプロテクション（適宜着用） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個室 ・コホーティング※6可 	<ul style="list-style-type: none"> ・記載なし
コロナ	米国※3	<ul style="list-style-type: none"> ・N95マスクや同等の性能のマスク（状況を問わず） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個室（トイレ付き） ・コホーティング※6可 ・担当する医療従事者をシフト中は固定することを検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・病室とすべての共有空間の換気改善 ・エアロゾル発生手技は陰圧室で実施
	日本（従来）※4※5	<ul style="list-style-type: none"> ・サージカルマスク（必ず） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個室 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・十分換気する※4 ・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
	日本※7 は2023年1月の安全ガイドライン改定 主な変更赤字	<ul style="list-style-type: none"> ・サージカルマスク（必ず） ・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） <p>※N95を推奨する状況の記載を充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アイプロテクションは継続 ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個室・コホーティング※6可 ・専用病棟は基本的に不要 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・陰圧室に関して同様

※1：CDC (Center for Disease Control and Prevention) 「Guidelines for Healthcare Settings (Influenza)」 (2021年5月13日) ※2：国立大学附属医療感染対策協議会「院内感染対策ガイドライン」 (2020年3月改訂)
 ※3：CDC (Center 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：日本感染症学会「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：日本感染症学会「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11月17日)

また、33 ページ目は、こちらはガイドラインの改正内容になってございます。

感染経路別の予防策

○ 空気感染、飛沫感染又は接触感染によって伝播する感染症の患者に対しては、感染経路によって、標準予防策に加えて个人防护具の装着や個室隔離等が求められている。

	標準予防策	空気予防策	飛沫予防策	接触予防策
感染媒体	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液 分泌物、排泄物 創のある皮膚、粘膜 	<ul style="list-style-type: none"> 飛沫核粒子 空気の流れにより飛散 	<ul style="list-style-type: none"> 飛沫粒子 	<ul style="list-style-type: none"> 直接接触して伝播 皮膚同士の接触 汚染された器具や環境
主な疾患及び微生物	感染症の有無に関わらず全ての患者に適応	結核、麻疹、水痘	インフルエンザ、流行性耳下腺炎、風疹など	腸管出血性大腸菌、MRSA、C. difficile、緑膿菌など
患者配置	環境を汚染させるおそれのある患者は個室隔離	個室隔離（陰圧、6回以上/時の換気、院外(HEPAフィルター)排気）	個室隔離又は集団隔離（ベッドを2m離す）	個室隔離、集団隔離又は患者の排菌状態や疫学統計に基づき対応を考慮
手洗い	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液、分泌物、排泄物、創のある皮膚、粘膜に接触後 手袋を外した後 	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	患者接触時、汚染表面接触時に手洗い
手袋	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液、分泌物、排泄物、創のある皮膚、粘膜に接触時 使用后、速やかに外し手洗い 	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	<ul style="list-style-type: none"> 患者ケア時手袋を着用 汚染物に触った後は交換 部屋を出る前に外し、手洗い
マスク ゴーグル	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液が飛散し、目、鼻、口を汚染する可能性がある場合 	入室時にN95マスクを着用	患者から2m以内に近づくときにサージカルマスクを着用	(標準予防策と同様)
ガウン	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液、分泌物、排泄物で衣服が汚染する可能性がある場合 汚染されたガウンはただちに脱ぎ手洗いを 	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	<ul style="list-style-type: none"> 患者、環境表面、物品と接触する可能性がある場合 入室時に着用し退室前に脱ぐ
器具	<ul style="list-style-type: none"> 汚染した器具は、粘膜、衣服、環境等を汚染しないように注意 再使用のmのは清潔であることを確認 	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	<ul style="list-style-type: none"> 可能な限り専用とする 専用でない場合は他患者に使用前に消毒

出典：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）より抜粋・一部改変

34

34 ページ目は、感染経路別の感染予防策について、ご紹介するものでございます。

空気感染、飛沫感染、接触感染の予防のために標準予防策に加えて実施する必要がある感染対策についてガイドラインの内容を紹介するものでございます。

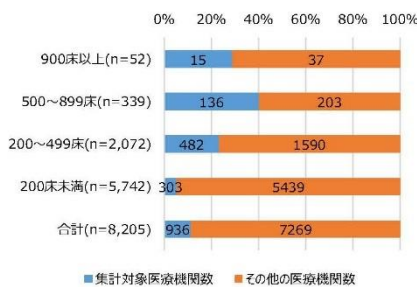
薬剤耐性菌を原因とする感染症について

- 院内感染対策に関するガイドラインでは、感染対策において疫学的に重要な病原体の特徴として、薬剤耐性等を挙げている。
- 五類感染症には、MRSA感染症など7つの薬剤耐性菌を原因とする感染症が位置付けられており、入院患者のうち0.29%に認められている。

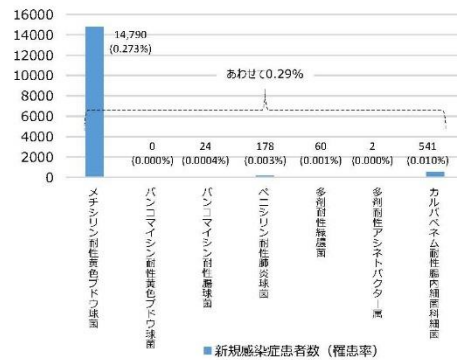
<疫学的に重要な病原体の特徴> (CDC; 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)

- 医療機関内で感染拡大傾向にある病原体 (インフルエンザ、RSV等)
- 非典型的な薬剤耐性のパターンを示す病原体 (キノロン耐性緑膿菌等)
- 重症疾患、高い死亡率等に関連する病原体 (MRSA等)
- 第一選択薬に抵抗を示す病原体 (MRSA等)
- 複数種類の抗菌薬に抵抗を示し治療が困難な病原体 (アシネトバクター等)
- 新興・再興病原体

「院内感染対策サーベイランス(JANIS) 全入院患者部門」への参加医療機関割合 (2022年)



「院内感染対策サーベイランス(JANIS) 全入院患者部門」への参加医療機関の全入院患者約540万人のうちの新規感染者数 (2022年)



35

35 ページは、

感染対策において重要な病原体の特徴といたしまして、
感染性だけでなく、薬剤耐性の要素があることを指摘されており、

入院患者におけるMRSAなど
重要な薬剤耐性菌の罹患率をグラフとしてお示ししてございます。

感染症法の対象となる感染症の概観とその措置			
分類	実施できる措置等	分類の考え方	必要性
一類感染症	・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・交通制限等の措置が可能	・ヒトからヒトに伝染。 ・感染力と罹患した場合の重篤性から危険性を判断。	国内での発生・拡大が想定され、又は発生・拡大した場合の危険性が大きいと考えられる感染症であり、感染拡大を防止するため。
二類感染症	・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置		
三類感染症	・対人：就業制限（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置		
四類感染症	・動物への措置を含む消毒等の措置	・動物等を介してヒトに感染。	
五類感染症	・国民や医療関係者への情報提供	・その他国民の健康に影響	
新型インフルエンザ等感染症	・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・政令により一類感染症相当の措置も可能 ・感染したおそれのある者に対する健康状態報告要請、外出自粛要請 等	・インフルエンザ又はコロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの。 ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザ又はコロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの。	
指定感染症 （※）	・一～三類感染症に準じた対人、対物措置 ※政令で指定。一年で失効するが、一回に限り延長可。	・既知の感染症で一から三類感染症と同様の危険性のあるもの。	
新感染症	当初	厚生労働大臣が都道府県知事に対し、対応について個別に指導・助言	未知の感染症について、万が一国内で発生したときの対応について法的根拠を与えるため。
	要件指定後	一類感染症に準じた対応	

36

36 ページ目以降は感染症法に基づく感染症の分類ということでございます。

感染症法の対象となる感染症

2023年5月8日現在

感染症類型	感染症の疾病名等
一類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
二類感染症	【法】 急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。）、結核、中東呼吸器症候群（病原体がMERSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザウイルスであってその血清型がH5N1又はH7N9であるものに限る。以下「特定鳥インフルエンザ」という。）
三類感染症	【法】 腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス
四類感染症	【法】 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、ポツリヌス症、マラリア、野兔病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFISウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ペネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
五類感染症	【法】 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】 アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ペネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、淋菌感染症
指定感染症	【政令】（現在は該当なし）※政令で指定。1年で失効するが、1回に限り延長可。
新感染症	（現在は該当なし）
新型インフルエンザ等感染症	【法】 新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症

37

37 ページ目は類型ごとの該当する感染症を掲載しております。

感染症法に基づく主な措置の概要

	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエンザ、 再興型インフルエンザ、 新型コロナウイルス感染症、 再興型新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	新型コロナウイルス 感染症 (COVID-19)・ 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)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める 鳥インフルのみ)	—	—	—	具体的に適用する 規定は、 感染症毎に政令 で規定
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	○	—	
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑い症のみ)	△ (一部の疑い症のみ)	△ (一部の疑い症のみ)	○	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	
就業制限	○	○	○	○	—	—	
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	
ねずみ、昆虫等の駆除	○ (※)	○	○	○	○	—	
生活用水の使用制限	○ (※)	○	○	○	—	—	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○ (※)	○	—	—	—	—	
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	

※ 感染症法第44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用

診療報酬上の施設基準等により求められる感染対策

○ 基本的な院内感染防止対策の実施等については、入院料の施設基準において求められている。

- 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 第 1 章 基本診療料 第 2 部 入院料等 通則 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）及び第 3 節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）
 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び得医療管理体制の基準
 二 院内感染防止対策の基準
 （1）メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 （2）メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- 「基本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」別添 2 入院基本料等の施設基準等
 第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
 2 院内感染防止対策の基準
 （1）当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
 （2）当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月 1 回程度、定期的に開催されていること。なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
 （3）院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。
 （4）当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週 1 回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。
 （5）院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でない判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

39

39 ページ目からは感染対策に関する診療報酬上の評価について、お示しをさせていただきます。

まず、39 ページにございますとおり、

基本的な院内感染防止対策については、入院料の施設基準において求められているところがございます。

診療報酬上の感染対策及び感染症患者に対する医療に対する評価の概要	
<div style="text-align: right;"> 中医協 総-2 5. 7. 26改 </div>	
○感染症患者又は疑い患者に対する個別の医療について評価する項目	
診療報酬項目	算定要件等の概要
○A210 難病等特別入院診療加算 1 難病患者等入院診療加算 250点 2 二類感染症患者入院診療加算 250点	<ul style="list-style-type: none"> メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を求めている状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を実施している状態の患者が入院した場合（1 難病患者等入院診療加算） 二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者が第二種感染症指定医療機関に入院した場合（2 二類感染症患者入院診療加算）
○A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点	<ul style="list-style-type: none"> 二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合
○A305 一類感染症患者入院医療管理料 1 14日以内の期間 9,371点 2 15日以上期間 8,108点	<ul style="list-style-type: none"> 一類感染症の患者若しくは一類感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者が特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等に入院した場合
○特定疾患療養管理料 1 診療所 225点 2 許可病床数100床未満の病院 147点 3 許可病床数100床以上200床未満の病院 87点	<ul style="list-style-type: none"> 結核、慢性ウイルス肝炎等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合
○B001・1 ウイルス疾患指導料 イ 指導料1 240点 オ 指導料2 330点	<ul style="list-style-type: none"> 肝炎ウイルス、成人T細胞白血病又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合
○B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点	<ul style="list-style-type: none"> 長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合
○B001-2 小児外来診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料 注4 小児抗菌薬適正使用加算 80点	<ul style="list-style-type: none"> 急性気道感染症又は急性下痢症により受診した初診患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）であって、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導等を行った場合
○処置 注8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用加算 80点	<ul style="list-style-type: none"> 急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎の6歳未満の患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）のうち抗菌薬を使用しないものに対して療養上必要な指導等を行った場合
○手術 注11 院内感染防止措置加算（手術）	<ul style="list-style-type: none"> MRSA感染症、B型肝炎、C型肝炎又は結核患者に対して気管内挿管による全身麻酔等を伴う手術を行った場合
○院内感染等感染対策の体制について評価する項目	
診療報酬項目	算定要件等の概要
○A234-2 感染対策向上加算（入院初日） 加算1 710点 加算2 175点 加算3 75点	<ul style="list-style-type: none"> （後述）
○ 外来感染対策向上加算 6点（患者1人につき月1回）	<ul style="list-style-type: none"> （後述）

40

40 ページ目、41 ページ目は、

これは個別の項目による感染対策の評価についての資料でございます。

令和4年度診療報酬改定 1-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組①				
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③				
	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
算出基準	(外来感染対策向上加算の算出がないこと)		(外来感染対策向上加算の算出がないこと)	
感染対策チームの設置	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・専任の感染対策（感染対策の経験が3年以上） ・専任の看護士（感染対策の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専任であること。 ※ 必置時に、専任の医師又は看護士を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専任期間を含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・専任の常勤医師（感染対策の経験が3年以上） ・専任の看護士（感染対策の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 ・ 専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）。 ・ 専任の看護士（適切な研修の修了が望ましい）。	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関、行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施（このうち1回は、新規感染症等の発生を想定した訓練を実施すること）。 ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
リーバイランスへの参加	院内感染対策リーバイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（I-SIPHE）等、地域や全国のリーバイランスに参加していること	地域や全国のリーバイランスに参加している場合、リーバイランス強化加算として5点を算定する。		リーバイランス強化加算として1点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正使用の推進に関する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う
	・新規感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用促進加算の要件を要件とする	・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新規感染症の発生時等に、感染症患者の診療を実施することを念頭に、感染症患者の動線を分けることができる体制を有する
	感染対策チームの専任医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 連携強化加算 として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 連携強化加算 として30点を算定する。		連携強化加算 として3点を算定する。

41 ページ目が前回改定で設定をしました外来感染対策向上加算などを示している状況でございます。

医療機関における院内感染対策に関する評価について

- 個々の患者に対して適切な感染対策や個室管理を行った場合に算定できる項目については、入院では一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者並びに新型コロナ患者に限られている。
- 外来では、新型コロナの特例として、外来対応医療機関としてゾーニング等を行った上で発熱患者等の診療を行った場合の評価がなされている。

	必要な体制の構築等への評価	個々の患者に実施した場合の評価
入院	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的な院内感染対策の実施等（入院料の施設基準等） ○組織的な感染防止策の実施（感染対策向上加算） <ul style="list-style-type: none"> ・感染制御チームによる院内感染状況の把握 ・感染制御チームによる職員研修等 	<ul style="list-style-type: none"> ○適切な感染対策及び個室管理の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・一類感染症の患者（第一種感染症指定医療機関に入院した場合） ・二類感染症の患者の一部※ <ul style="list-style-type: none"> ※メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を来している状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を実施している状態の患者 ・二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者（第二種感染症指定医療機関に入院した場合） ・新型コロナ患者（特例）
外来	<ul style="list-style-type: none"> ○診療所における組織的な感染防止対策（外来感染対策向上加算） <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染管理者による院内感染事例の把握 ・院内感染管理者による職員研修等 	<ul style="list-style-type: none"> ○外来対応医療機関として発熱患者等に対応する際の適切な感染対策の実施（特例）※受入患者を限定しない場合に高く評価 <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナを疑う患者等

令和6年度改定における恒常的な感染対策への見直し

それでは、次、42 ページ目でございますけれども、

ここはコロナ特例も併せて整理した図を載せてございます。

個々の入院患者さんに対して適切な感染対策や個室管理を行った場合に算定できる項目として、コロナ患者さんを除けばですね、

一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症のみが評価されているところでございます。

外来につきましては、コロナ特例を除けば、外来感染対策向上加算により評価されているということでございます。

訪問看護ステーションにおける業務継続計画の策定について

- 訪問看護事業所については、令和4年度診療報酬改定において、感染症や災害が発生した場合においても、利用者が継続して指定訪問看護の提供を受けられるよう、業務継続計画の策定が義務づけられた。
- 感染症に係る業務継続計画には、感染症防止に向けた取組の実施や備蓄品の確保を含む「平時からの備え」、「初動対応」、「感染拡大防止体制の確立」等の項目の記載を求めるとともに、業務継続計画に基づく必要な研修及び訓練の実施を求めている。

令和4年度診療報酬改定 1-6 療の届い在宅医療・訪問看護の確保一歩

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

➤ 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

第二十一条の二 指定訪問看護事業所は、感染症及び災害等の発生時に際して、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、適切な体制の構築で業務の継続確保を促すための取組（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に基づき、必要な研修及び訓練を実施しなければならない。

2 指定訪問看護事業所は、業務継続計画について、業務継続計画に基づき、必要な研修及び訓練を実施しなければならない。

3 指定訪問看護事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の策定を行うものとする。

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」(令和4年3月4日 保 発 0304 第 4 号)(抄)

(17) 業務継続計画の策定等(基準省令第22条の2関係)

① 基準省令第22条の2は、**感染症や災害が発生した場合においても、利用者が継続して指定訪問看護の提供を受けられるよう、指定訪問看護事業所に対し、業務継続計画を策定するとともに、業務継続計画に基づき、指定訪問看護ステーションの従業員に対して、必要な研修及び訓練(シミュレーション)を実施することを義務づけたもの**であること。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第22条の2に基づき指定訪問看護事業所に実施が求められるものであるが、他の指定訪問看護事業者等との連携等により行っても差し支えない。また、

感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携することが求められることから、当該研修及び訓練には、全ての従業員が参加することが望ましい。なお、業務継続計画の策定等の義務化の適用については、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令(令和4年厚生労働省令第32号)附則第2項において、2年間の経過措置が設けられており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、厚生労働省「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び厚生労働省「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定すること効力するものではない。

1 利用者に関する業務継続計画

(イ) 平時からの備え(巡回経路・設備、感染防止に向けた取組の策定、備蓄品の確保等)

(ロ) 初動対応

(ハ) 感染拡大防止体制の確立(保護衣との着用、濃厚感染者への対応、関係者との情報共有等)

ロ 災害に係る業務継続計画

(イ) 平時時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等)

(ロ) 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)

(ハ) 他施設及び地域との連携

③ 研修においては、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的な内容を職員間で共有するとともに、平時時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくため、定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時にも研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、当該研修については、看護師等の資質の向上のための研修と一体的に実施しても差し支えない。

④ 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実施するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

43

次、43 ページ目。

こちらは訪問看護ステーションにおける感染症対策についてでございます。

訪問看護につきましては、感染症や災害が発生した場合におきましても利用者が継続して訪問看護を受けられるよう、業務継続計画の策定が義務づけられているということでございます。

新興感染症の疑い患者に係るいわゆる差額ベッド代の取扱いについて

○ 第8次医療計画等に関する検討会においては、新興感染症の疑い患者について、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図るとされたことを踏まえ、当該疑い患者に係る差額ベッド代の取扱いにつき、必要に応じて明確化を求められている。

第8次医療計画等に関する検討会の意見のとりまとめにおける記載事項

- 「意見のとりまとめ（新興感染症発生・まん延時における医療）」（令和5年3月20日第8次医療計画等に関する検討会）
- 2. 各医療措置協定について
 - (1) 病床関係
 - ⑤ 疑い患者への対応について
 - 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナ対応に当たっての協力医療機関の個室（※）等の施設要件も参考に、病床の確保を図る。
 - （※）関連して、いわゆる差額ベッド代の徴収の取扱い等について、今後の指針等を踏まえつつ、必要に応じて明確化を検討

関連する指針

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
 - (1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）
 - ② 医療機関に求められる事項
 - ・ 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図ること

（参考）新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件

- 新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について（令和2年6月16日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）別紙2
- 3. 施設要件
 - (1) 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、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保していること。
 - (2) 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
 - (3) 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であること。
 - (4) 新型コロナウイルス感染症疑い患者に対して必要な検体採取が行えること。
 - (5) 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、療養病床ではないこと。なお、療養病床の設備を利用して受入体制を確保する場合には、一般病床に病床種別を変更し、受け入れること。

44

44 ページ目からは感染対策の個室管理についてでございます。

新興感染症の疑い患者については、差額ベッド代の取扱いについて明確化を検討するよう求められているところでございます。

現行のいわゆる差額ベッド代の取扱いについて

- いわゆる差額ベッド代の取扱いについては、「MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合」など、病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合は特別の料金を求めてはならないとされている。
- なお、「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断することとされている。

○ 「「療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

12 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

i) 入院医療に係る特別の療養環境の提供

(6) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。

(7) (略)

(8) **患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。**

① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、空料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）

② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合

(略)

③ **病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合**

(例)

・ **MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合**

・ 特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

45

これにつきましては、45 ページ目にありますとおり、

院内感染の防止など病棟管理の必要性等から、
特別療養環境室に入院させた場合であって、
患者選択によらない場合については、

特別の料金を求めてはならないということにされているところでございます。

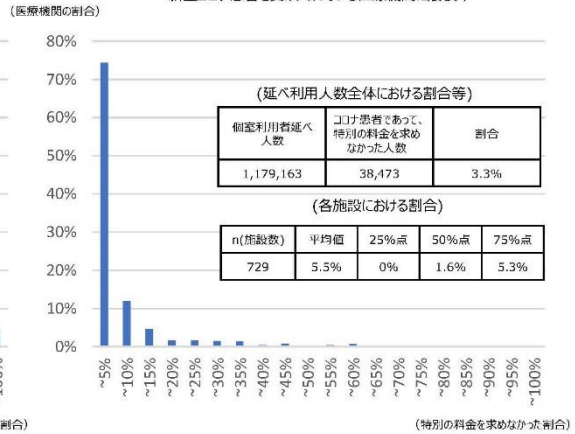
急性期病院における個室料を求めなかった割合

- 急性期病院においては、個室の延べ利用人数に対して、約25%から特別の料金を求めていなかった。
- 個室の延べ利用人数のうち、新型コロナ患者及び疑い患者であって、特別の料金を求めなかったのは約3%であった。

個室の延べ利用人数のうち、一定の理由[※]により特別の料金を求めなかった人数の割合
(令和5年5月における割合)



個室の延べ利用人数全体のうち、新型コロナ患者又は疑い患者であって、一定の理由[※]により特別の料金を求めなかった人数の割合の分布
(令和5年5月における割合、令和4年8月及び令和5年5月のいずれも新型コロナ患者を受け入れている医療機関に限る。)

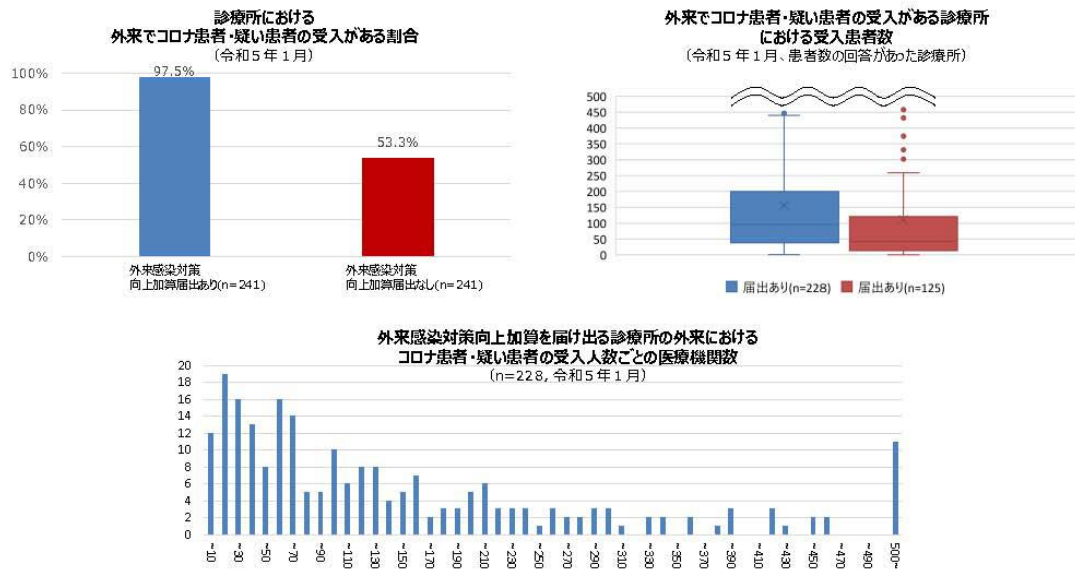


※① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、空欄の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）
 ② 患者本人の「治療上の必要」により特別診療棟等へ入院させる場合
 ③ 病棟管理の必要等から特別診療棟等へ入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

外来感染対策向上加算の届出を行う医療機関における対応について

○ 外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所は、届出を行っていない診療所よりもコロナ患者等の受入を行っている割合が高く、受け入れている場合の受入人数も多かった。



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(外来施設票)

47 ページ目からでございますけれども、発熱外来に関する資料でございます。

外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所におきましては届出を行っていない診療所よりもコロナ患者さんの受け入れを行っている割合が高いと。

受け入れている場合の、その人数も多かったという傾向が見られてございます。

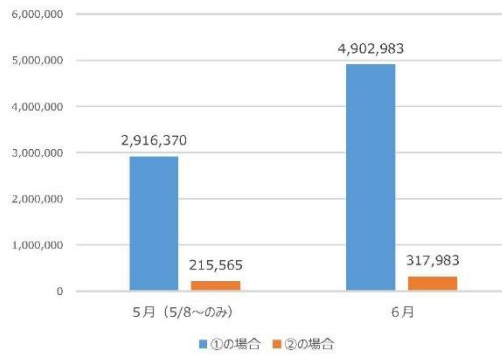
発熱外来における受入患者の限定について

- 現在の新型コロナの特例における発熱患者等への対応に対する評価においては、受入患者をかかりつけ医等に限定しないことを公表した場合をより高く評価しており、その場合の算定が特例の算定回数の中で多くを占めていた。
- 外来感染対策向上加算においては、新興感染症の発生時等に発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有することが求められている一方で、平時の診療において発熱患者等の受入をかかりつけ患者等に限定せず行うことは要件となっていない。

必要な感染予防策を講じて外来診療を実施した場合の特例

- ①147点 ※令和5年9月までは300点
 - ・ 受入患者を外来対応医療機関であつてその旨を公表しており、必要な感染予防策を講じた上で新型コロナ患者又は疑い患者に外来診療を実施した場合
- ②50点 ※令和5年9月までは147点
 - ・ ①に該当せず、必要な感染予防策を講じた上で新型コロナ患者又は疑い患者に外来診療を実施した場合

類型変更後における必要な感染予防策を講じて外来診療を実施した場合の特例の算定回数



出典:NDBデータ

48

48 ページ目には、現在のコロナ特例で、
 発熱外来のうち、受け入れ患者を限定しない旨を公表している場合に、
 より高い評価を行っているところでございます。

論点① 感染症発生に備えた平時からの対応

令和5年11月27日
 社会保険審議会介護給付費分科会
 資料2(抜粋)

論点①

(新興感染症発生時等の対応)

- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、施設の入所者において新型コロナウイルス感染症が発生した場合に適切な医療が提供されるよう新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関を確保するよう累次に要請してきた。
- 今後の新興感染症の発生時等に、入所者の早期治療介入につなげるためには、感染症の発生時に医師の診療や入院調整等を要請できる医療機関を事前に確保しておくことが重要である。
- 令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、都道府県は、新興感染症等の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定を締結（協定締結医療機関）することとしているが、これらの医療計画等における取組に加え、介護報酬上の対応について、どのように考えられるか。

(感染症対応力の向上と感染症発生時への備え)

- 平時からの感染症対応力の向上については、令和3年度介護報酬改定で、全サービスにおいて、感染症の予防及びまん延防止のための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を経過措置3年を設けたうえで義務化することとした。
- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、高齢者施設等において感染者が発生し、施設内療養を行うケースが多数生じた。感染者の施設内療養を行う場合には、上述の医療機関との連携に加えて、施設内で感染拡大を防ぐための取組が必要であるが、施設等において感染症への対応に精通した職員が少なく、施設内感染の防止にあたって多くの課題が挙げられている。
- なお、令和4年度診療報酬改定では、診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関などが連携して実施する感染症対策への参画をさらに推進する観点から「外来感染対策向上加算」が新設されている。
- 一般の新型コロナウイルス感染症における経験を活かし、今後も高齢者施設等における感染症対応力を更に強化し、感染症発生時においても介護サービスを安定的・継続的に提供していくための方策について、どのように考えられるか。

49

49 ページ目からは高齢者施設の連携についてでございます。

49 ページ目、50 ページ目に、

こちらは11月27日に開催されました介護給付費分科会の資料をお示しさせていただきます。

論点① 感染症発生に備えた平時からの対応

令和6年11月27日
 社会保障審議会介護給付費分科会
 資料2(抜粋)

対応案

(新興感染症発生時等の対応)

■ 高齢者施設等（介護保険施設、特定施設、認知症グループホーム）について、新興感染症の発生時等に、施設内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、新興感染症の発生時等に感染者の対応を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めることを努力義務とするかどうか。

■ 協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関と利用者の急変時等の対応等の取り決めを行う中で、新興感染症の発生時等における対応についても協議を行うことを義務づけることとしてはどうか。

(感染症対応力の向上と感染症発生時の備え)

■ 介護サービス事業者について、令和6年度より感染症BCPの策定や感染症まん延防止のための研修・訓練の実施等が義務化されることから、平時からの基本的な感染対策について、引き続き厚生労働省の教材等を参考に各事業所において取組を継続することとしてはどうか。

■ その上で、高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者への感染拡大を防止することが求められることから、診療報酬における外来感染対策向上加算も参考に、

- ・ 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する協定締結医療機関との連携体制を構築していること※1
 - ・ 協力医療機関等と感染症※2発生時の対応を取り決めるとともに、軽症者等の施設において療養していること
 - ・ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
- について評価することとしてはどうか。

※1 本項1 ポツ目において努力義務とする内容を要件化

※2 新型コロナウイルス感染症を含む。

■ また、コロナ禍における感染管理の専門家による実地指導の取組を参考に、感染対策にかかる一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることについて評価することとしてはどうか。

50

50 ページ目にありますとおり、

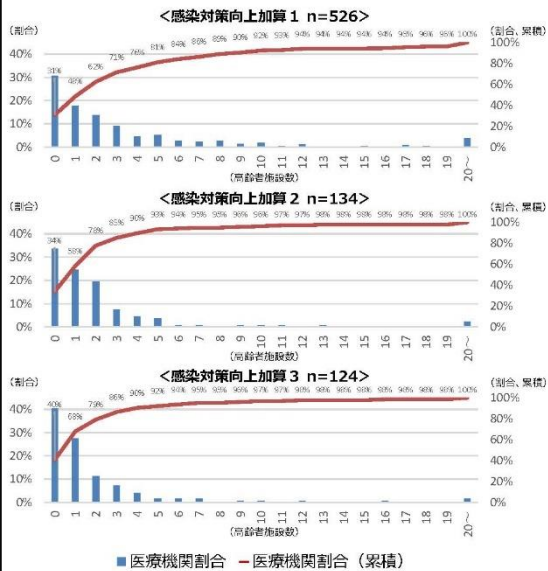
高齢者施設における感染症対応能力の向上などのため、

さまざまなことで評価する方向で検討がされているということをお示しして
 ございます。

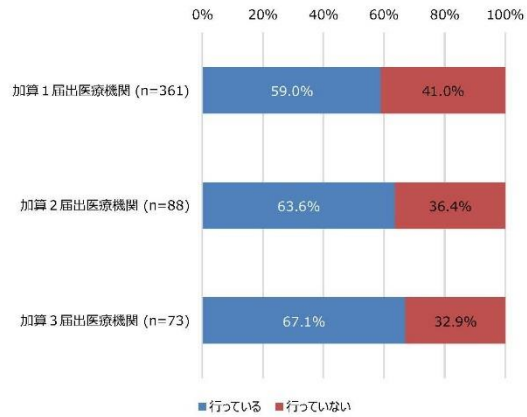
感染対策向上加算の届出を行っている急性期病院における高齢者施設への助言の状況

- 感染対策向上加算の急性期病院のうち、加算1で69%、加算2で66%、加算3で60%の医療機関では、高齢者施設に対して院内感染対策等に関する助言を行っていた。
- 高齢者施設に対して助言を行っている医療機関のうち、半数以上が施設に訪問して助言を行っていた。

院内感染対策等に関する助言を行っている高齢者施設の数



高齢者施設に院内感染対策等に関する助言を行っている医療機関における平時に施設内まで行って助言を行っている割合



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A) 51

51 ページ目です。

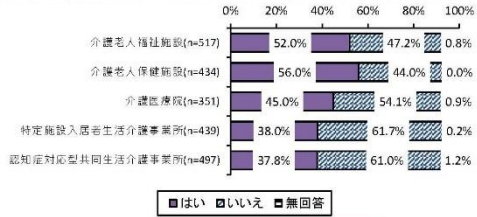
高齢者施設に実地指導を行っている医療機関の割合。

【参考】介護保険施設等における感染対策に関する外部専門家による実地指導・研修

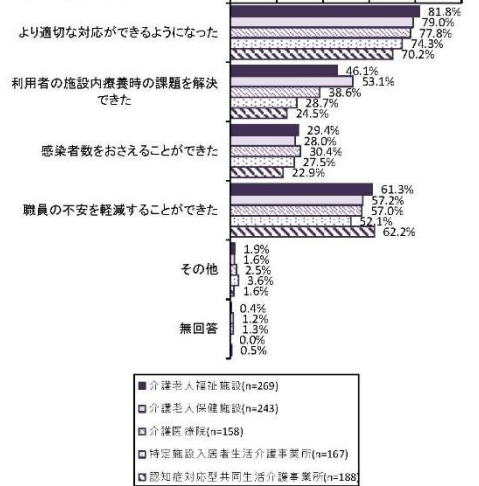
中医協 総-3
5.11.15

- 介護保険施設等における感染対策について、4～5割の施設等は外部専門家による実地指導等を受けていた。
- 外部専門家による支援の効果としては、「より適切な対応ができるようになった」、「職員の不安を軽減することができた」、「利用者の施設内療養の課題を解決できた」等が挙げられた。
- 外部専門家による支援を受けていない施設等のうち約7割は、外部専門家による支援について、「今後受ける予定」又は「今後受けたい」という希望があった。

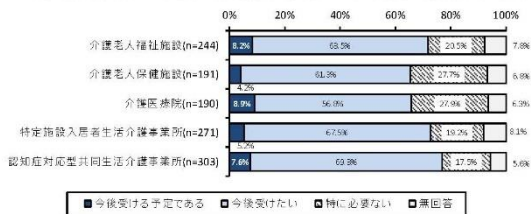
■ 感染対策に関して外部専門家による実地指導などの有無



■ 外部専門家による指導、研修にどのような効果を感じているか



■ 今後感染対策に関して外部専門家による実地指導の意向



出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「介護現場における感染症対策の手引きの改訂、及び医療機関との感染対策の連携の充実に関する調査研究事業」

52 ページでは、高齢者施設で実施指導を受けている割合などをお示ししてごさいます。

令和4年度診療報酬改定 1-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組-①

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日	入院初日	入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき1回に限り算定
算出基準	(外来感染対策向上加算の算出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の算出がないこと)	(外来感染対策向上加算の算出がないこと)	診療所(感染対策向上加算の算出がないこと)
感染対策チームの設置	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> ・専任の感染医師(感染対策の経験が3年以上) ・専任の看護士(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 応召又は無資格の者1名を算定できること ※ 必要時に、専任の医師又は看護士を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専任時間を含めてよいものとする。 	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師(感染対策の経験が3年以上) ・専任の看護士(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) 	以下の構成員からなる感染対策チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護士(適切な研修の修了が望ましい) 	院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新規感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(前編への参加は必須とする。) ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(前編への参加は必須とする。) ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(前編への参加は必須とする。) ・新規感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新規感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
リーベランスへの参加	院内感染対策リーベランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(I-SIPHE)等、地域や全国のリーベランスに参加していること	地域や全国のリーベランスに参加している場合、 リーベランス強化加算として5点を算定する。		リーベランス強化加算として1点を算定する。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する 		<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・相同学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けると ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に関する取組を行う ・相同学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う
	<ul style="list-style-type: none"> ・新規感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定の感染防止対策地域連携加算及び抗感染適正使用促進加算の要件とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や潜染区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・新規感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者の診療を実施することを含め、感染症患者の動態を分けることができる体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規感染症の発生時等に、感染症患者の診療を実施することを含め、感染症患者の動態を分けることができる体制を有する
	感染対策チームの専任医師又は無資格師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 連携強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として3点を算定する。

53

53 ページ目にお示ししておりますとおり、

感染対策向上加算1の施設基準におきましては、他の医療機関への指導は専従の時間に含めてよいものの、

高齢者施設への指導は含めてよいとは、現状なっていないところになってございます。

歯科診療における感染予防策

○ 口腔は病原体に曝露しやすく、また鋭利で動力源を有する機器（歯科治療用タービン等）を使用して観血的治療を行う歯科治療は、医療関連感染のリスクを常に有している。

歯科における医療関連感染対策の基本的な考え方（抜粋）

歯科の診療上の特性

- ◆ 唾液や血液などの体液に触れる可能性があり、それらに含まれる病原体に曝露される可能性がある。
- ◆ 患者には細菌感染者（菌性感染症）やウイルス感染者が一定数おり、受診に際しては、それらの既往が不明確であることも少なくない。
- ◆ 観血的治療が多く、血液を介した感染を介して患者から歯科医療従事者への感染をきたすリスクがあり、逆に患者への感染リスクがある。
- ◆ エアータービン・歯科用電気エンジンなどの使用のため、血液や唾液がエアロゾル状態で飛散する可能性がある。
- ◆ 鋭利な診療器具を頻用し、再使用する器具も多い。

感染経路別予防策

- ◆ 接触予防策：グローブ、ガウンを着用する。主目衛生は擦式消毒または流水と石けんによる手洗いをこまめに行う。アルコール系消毒薬抵抗性病原体では石けんと流水による手洗いをを行う。
- ◆ 飛沫予防策：診療の際は必ずマスクを着用する。患者間隔は2m以上保つことが理想であるが、困難な場合は患者間にパーテーションやカーテンによる仕切りを設ける。患者退出後は高頻度に触れる場所はこまめに消毒する。
- ◆ 空気予防策：診療は個室隔離とし、N95マスク（レスピレーター）を着用する。患者退出後は時間換気回数を考慮し、室内の空気が99%以上置換される時間をかけて換気する。

歯科治療における接触・飛沫感染対策（環境整備の例）

- ◆ 診療ユニット周辺で、唾液などで汚染される可能性がある場所のことをclinical contact surfaceといい、同部の感染対策が重要。
- ◆ 特に清掃が困難な面（歯科用ユニットのスイッチ、バキューム、タービン・エンジンホースやハンガー部、診療エリアのコンピューター機器など）を汚染から防ぐため、表面バリア（カバー、ラッピング）を使用することが効果的。
- ◆ 表面バリアは患者ごとに交換する。



54

出典：一般社団法人日本歯科医学会連合「医療関連感染対策実践マニュアル」より引用改変

54 ページ目からは、これは歯科に関してでございます。

歯科医療を行う際は、常に唾液や血液に触れるということでございます。

また、歯の切削等により飛沫が発生するということから、常に医療関連の感染のリスクがございます。

歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

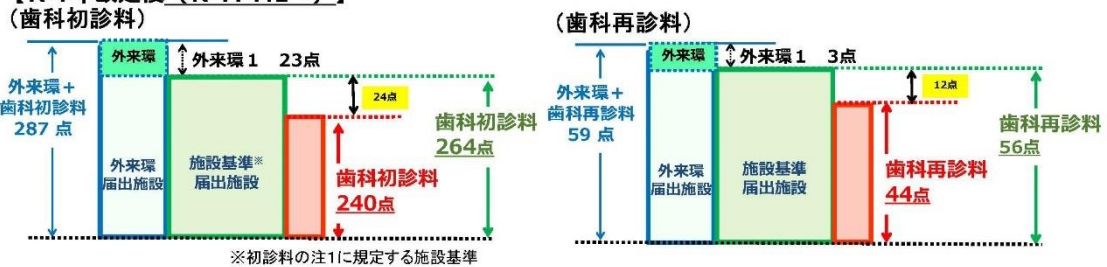
中医協 総-3
5. 7. 12

- 令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適応した体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。
- 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

【R4年改定後 (R4.4.1~)】



<届出医療機関数>

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
初診料(歯科)注1に掲げる基準を満たす届出医療機関数	65,200	65,214	65,257	65,295

出典:保険局医療課調べ(7月1日定例報告)、医療施設調査(令和4年の割合は、令和3年の歯科医療機関数で算出)

55

55 ページにありますとおり、

基本診療料におきまして基本となる感染対策の評価を行ってきたところでございまして、

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行	改定後
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 261点</p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 53点</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 264点</p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 56点</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。</p>

【経過措置】

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

56 ページ目にありますように、

令和4年の診療報酬改定で見直しを行ってございます。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準	中医協 総 - 3 5. 7. 12
<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の整備を図る取組を評価するもの。 ○ 歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。 	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>施設基準</p> <p>【外来診療環境体制加算1】</p> <p>ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。</p> <p>イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。</p> <p>ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全管理に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。</p> <p>オ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。</p> <p>(イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、(ニ) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(ヘ) 歯科用吸引装置</p> <p>カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。</p> <p>キ <u>歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。</u></p> <p>ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。</p> <p>【外来診療環境体制加算2】</p> <p>ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。</p> <p>イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。</p> <p>ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。</p> </div>	

57

57 ページにありますように、

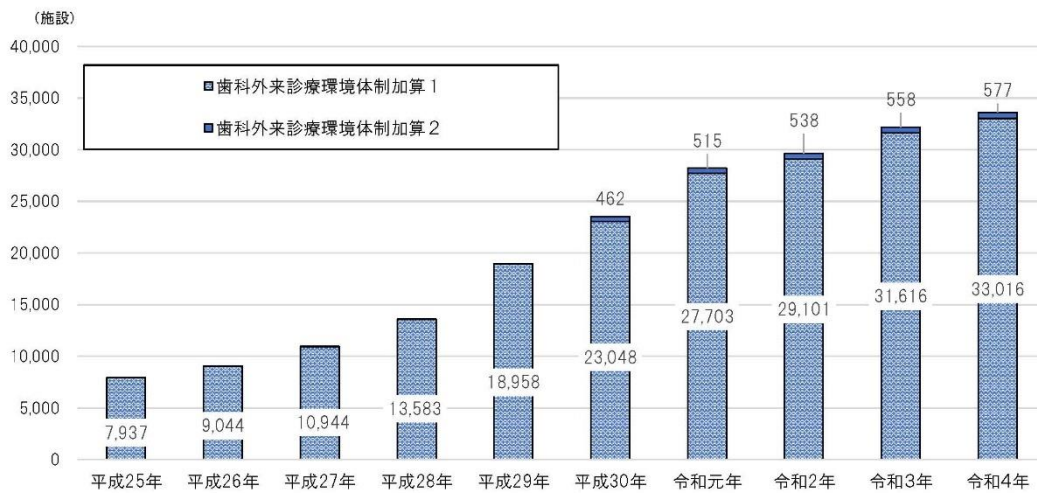
患者にとってより安全・安心な歯科診療環境の整備に関する取組を評価するもの
といたしまして、

歯科外来診療環境体制加算がございまして、

歯科外来診療環境体制加算の届出状況

中医協 総 - 3
5. 7. 12

- 歯科外来診療環境体制加算の届出医療機関数は増加している。
- 令和4年の届出医療機関数は、33,593施設であり、歯科診療所では令和4年で約半数が届出を行っている。



出典：保険局医療課調べ(7月1日時点定例報告)

58

58 ページに示しますように、

令和4年度時点で約半数の医療機関が届出を行っているというところでございます。

新型コロナウイルス感染拡大下の歯科診療の判断基準等

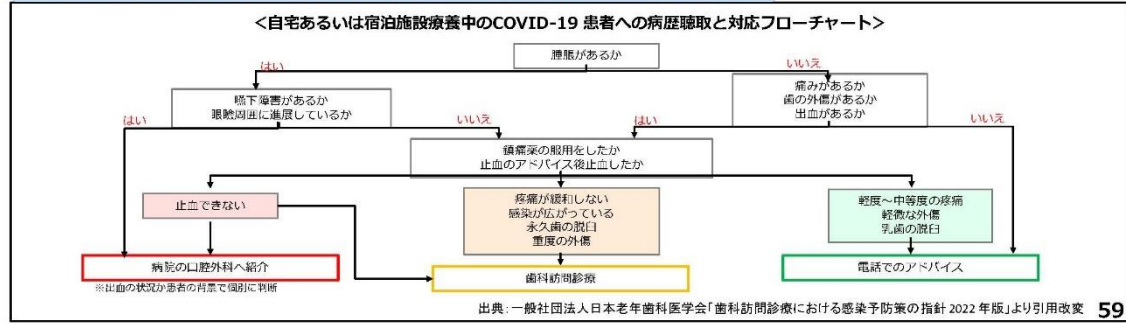
○ 新型コロナウイルス感染症患者において対応すべき患者の状況については、各関係学会で検討が行われてきた。

口腔外科手術に対する指針(日本口腔外科学会)

- ◆ COVID-19陽性患者に対しては、待機可能な場合は歯科治療や手術を延期するか代替の検討を行う
- ◆ 緊急性が高い等の理由で待機できない場合「やむを得ない選択」として、なるべく短時間で治療・手術を実施する。
 - ・ 大量出血・重症感染症・気道閉塞などで切迫した生命の危険があるもの
 - ・ 悪性腫瘍
 - ・ 縫合が必要な皮膚・粘膜創
 - ・ 歯槽骨骨折、顎骨骨折、歯の脱臼・破折など
- ◆ やむを得ない選択として治療・手術を実施する際には、術者並びに介助者はエアロゾルや飛沫による感染を防ぐため、N95マスク、目も覆われるフェイスシールド・ゴーグル、手首が露出されない長袖ガウン、耳も覆われるキャップ、グローブなどを装着する。
- ◆ 治療や手術を実施する環境環境に関しては層流換気が設定されている手術室を使用する。口腔内サンクションを適切に使用しながら行うことが前提である。
- ◆ いずれの治療・手術においても、手術実施後は手術室の十分な屋外への排気による換気を心がけ、手術中に発生したエアロゾルや飛沫の消失を図る。
- ◆ 診療の都度、手術台や歯科ユニット、周辺機器などを滅菌、消毒、清拭する。滅菌、消毒、清拭の際には、廃棄物の感染症に留意し実施者はマスクやグローブ、フェイスシールド・ゴーグル、長袖ガウン、キャップなどを装着して取り扱う。

出典：一般社団法人日本歯科医学会連合「医療関連感染対策実践マニュアル」より引用改変

自宅等療養する患者に対する歯科訪問診療等の対応フローチャート(日本老年歯科医学会)



59 ページ。

こちらは新型コロナウイルス感染症患者に歯科治療を行う際の判断基準、対応方法について、

関係学会で検討が行われてきたところをお示ししてございます。

新型コロナウイルス感染症流行に伴う 歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

○ 新型コロナウイルス感染症の患者に対して、新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な特例が設けられている。

コロナ特例での評価	現行の評価
<p>歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス歯科治療加算（147点） ・歯科訪問診療料：診療時間が20分未満でも減算せず所定点数で算定 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症患者に対して、歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価はない
<p>呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非経口摂取患者口腔粘膜処置（100点） <p>速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急歯科訪問診療加算 <p>診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合医療管理加算（50点） ・在宅総合医療管理加算（50点） ・歯科治療時医療管理料（45点） ・在宅患者歯科治療時医療管理料（45点） ・歯科特定疾患療養管理料（170点） 	<ul style="list-style-type: none"> ・非経口摂取患者口腔粘膜処置（110点） （経口摂取が困難な患者に対して口腔衛生状態の改善を目的に、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価） ・緊急歯科訪問診療加算 （速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価） ・総合医療管理加算（50点） ・在宅総合医療管理加算（50点） ・歯科治療時医療管理料（45点） ・在宅患者歯科治療時医療管理料（45点） ・歯科特定疾患療養管理料（170点） （診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合の評価） <p>* 対象疾患に感染症は含まれていない</p>

60

60 ページ目に歯科におけるコロナ特例を整理してございまして、

新型コロナウイルス感染症患者で歯科治療の延期が困難な患者さんに対しまして歯科治療を実施した場合の評価を行ってございます。

現在の診療報酬では、このような治療を行った際の評価がなされていないというところがございます。

自宅等で療養する患者への緊急訪問の評価									
<p>○ 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている。</p> <p>○ 他方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>コロナ特例での評価</th> <th>調剤報酬での評価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>自宅・宿泊療養の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない </td> </tr> <tr> <td> <p>在宅患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (患者の家族に対面で服薬指導) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価) </td> </tr> <tr> <td> <p>高齢者施設等の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点 (情報通信機器を用いた服薬指導) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 緊急的な訪問の評価はない 特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料 3 が算定可能。 介護医療院、介護老人保健施設等は、医療と介護の給付調整により、医療保険での評価がない。 </td> </tr> </tbody> </table>	コロナ特例での評価	調剤報酬での評価	<p>自宅・宿泊療養の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない 	<p>在宅患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (患者の家族に対面で服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価) 	<p>高齢者施設等の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点 (情報通信機器を用いた服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急的な訪問の評価はない 特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料 3 が算定可能。 介護医療院、介護老人保健施設等は、医療と介護の給付調整により、医療保険での評価がない。
コロナ特例での評価	調剤報酬での評価								
<p>自宅・宿泊療養の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない 								
<p>在宅患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (患者の家族に対面で服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価) 								
<p>高齢者施設等の患者</p> <p>新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点 (患者本人に対面で服薬指導) 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点 (情報通信機器を用いた服薬指導) 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急的な訪問の評価はない 特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料 3 が算定可能。 介護医療院、介護老人保健施設等は、医療と介護の給付調整により、医療保険での評価がない。 								

61

61 ページ目は、薬局が自宅等で療養する患者への緊急訪問を行った場合の評価についてでございます。

このような患者さんに対しまして、医師の指示により、保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられております。

他方、このような状況におきまして、緊急に訪問する必要がある場合の評価については、調剤報酬本体では規定されていないということをお示ししてございます。

説明**3. 薬剤耐性対策に対する評価について**

1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
3. 薬剤耐性対策に対する評価について
4. 課題・論点

62

次、62 ページ目以降が、これは薬剤耐性に関する評価についてでございます。

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見②

(薬剤耐性対策について)

- 患者への丁寧な説明や院外感染対策サーベイランス事業(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)へ参加しやすくすることなどにより、抗菌薬使用状況の可視化をすることで、適正な抗菌薬の使用の推進につながるものであり、医療機関の院内感染対策や抗菌薬適正使用の取組に対するより一層の評価が必要。
- 日本における Access 抗菌薬の割合は、他国と比較すると極めて低く、特に診療所で抗菌薬の使用量が多いため、実際の抗菌薬の使用状況などの成果を見ていくべき。
- サーベイランス強化加算について、参加自体を評価するのではなく、院内や地域での感染発生状況をモニタリングした結果、耐性菌がどれだけ減ったのかという実績を評価すべき。

63

63 ページ目はこれまでにいただいたご意見でございます。

抗菌薬使用の状況の可視化。

サーベイランスへの参加自体よりも実績に基づいた評価を行うことが重要との指摘がなされてございます。

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2023-2027) 概要

アクションプランの概要

- AMRに起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、**AMRの発生をできる限り抑える**とともに、**薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止**するための対策をまとめたもの。
- **6分野**（①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力）の目標に沿って、具体的な取組を記載するとともに、**計画全体を通しての成果指標（数値目標）を設定**。

主な新規・強化取組事項

<目標1 普及啓発・教育>

- ・医療関係者等を対象とした生涯教育研修における感染管理（手指消毒の重要性など）、抗微生物剤の適正使用等に関する研修プログラムの実施の継続・充実

<目標2 動向調査・監視>

- ・畜産分野に加え、水産分野及び愛玩動物分野の薬剤耐性動向調査の充実
- ・畜産分野の動物用抗菌剤の農場ごとの使用量を把握するための体制確立
- ・薬剤耐性菌に関する環境中の水、土壌中における存在状況及び健康影響等に関する情報の収集
- ・環境中における抗微生物剤の残留状況に関する基礎情報の収集

<目標3 感染予防・管理>

- ・家畜用、養殖水産動物用及び愛玩動物用のワクチンや免疫賦活剤等の開発・実用化の推進

<目標4 抗微生物剤の適正使用>

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用を推進

<目標5 研究開発・創薬>

- ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分離株保存の推進、病原体動向調査、AMRの発生・伝播機序の解明、創薬等の研究開発の推進、海外における分離株のゲノム情報の収集
- ・「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みの導入
- ・医療上不可欠な医薬品のサプライチェーンの強靱化を図り、我が国における安定確保医薬品の安定供給に資するよう、「医薬品安定供給支援事業」の実施
- ・適切な動物用抗菌性物質の使用を確保するため、迅速かつ的確な診断手法の開発のための調査研究の実施

<目標6 国際協力>

- ・「薬剤耐性(AMR)ワンヘルス東京会議」の年次開催の継続を通じた、アジア諸国及び国際機関の関係者間の情報共有、各国のAMR対策推進を促進

64

64 ページからは、これまでにも、お示ししている資料でございますが、

AMR対策アクションプランの目標値。

参考 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 新旧成果指標

ヒトに関するアクションプラン成果指標							
耐性菌の割合 (耐性率) (%)							
2016年—2020年				2020年—2027年			
		2014年	2020年	2020年 (目標値)		2020年	2027年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47	33.3	15%以下	腸球菌のバンコマイシン耐性感染症の罹患数	135人以下	80人以下 (2019年時点に維持)
	髄液検体以外	2.5	3.5				
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率 ※1	32	30%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率 ※1	50	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下	緑膿菌のカルバペネム耐性率 ※1	7.1	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5				
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	大腸菌のカルバペネム耐性率	0.1	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.2	0.1				
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下 (同水準)	肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.2	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.6	0.4				

※1：2027年の耐性菌の目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率としており、2020年の耐性率が異なる。

抗菌薬使用量 (人口1,000人あたりの1日使用量) (DID)							
2016年—2020年				2020年—2027年			
	2013年	2020年	2013年との比較	2020年 (目標値)		2020年※2	2027年 (対2020年比)
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89%減	33%減	全抗菌薬	10.4	15%減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7%減	50%減	経口セファロスポリン系薬	1.93	40%減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3%減	50%減	経口フルオロキノロン系薬	1.76	30%減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3%減	50%減	経口マクロライド系薬	3.3	25%減
静注抗菌薬	0.9	0.87	1.1%減	20%減	カルバペネム系静注抗菌薬	0.058	20%減

※2：抗菌薬の2020年の使用量は旧アクションプランは販売量から算出、新アクションプランではNDBから算出しており、値が異なる。

65

参考 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2016-2020)成果指標

ヒトに関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合 (耐性率) (%)				
		2014年	2020年	2020年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47.0	33.3	15%以下
	髄液検体以外	2.5	3.5	
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5	
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下(同水準)
	メロペネム	0.2	0.1	
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下(同水準)
	メロペネム	0.6	0.4	

ヒトに関するアクションプランの成果指標：抗菌薬使用量 (人口1,000人あたりの1日使用量) (DID)				
	2013年	2020年	2013年との比較	2020年 (目標値)
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89%減	33%減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7%減	50%減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3%減	50%減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3%減	50%減
静注抗菌薬	0.90	0.87	1.1%減	20%減

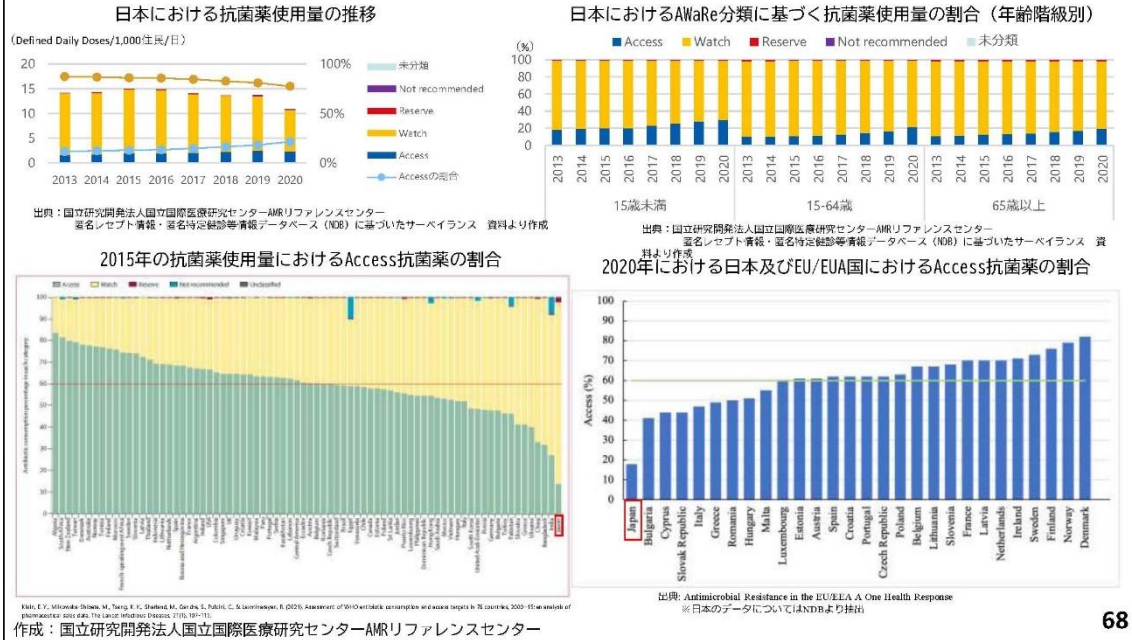
動物に関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合 (耐性率) (%)			
	2014年※	2020年	2020年 (目標値)
大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45.2	45.0	33%以下
大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	1.5	1.4	G7各国の数値 (※1) と同水準
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	4.7	5.2	G7各国の数値 (※2) と同水準

※農場における調査 ※1：0.4~3.8% ※2：1.0~12.8%

66

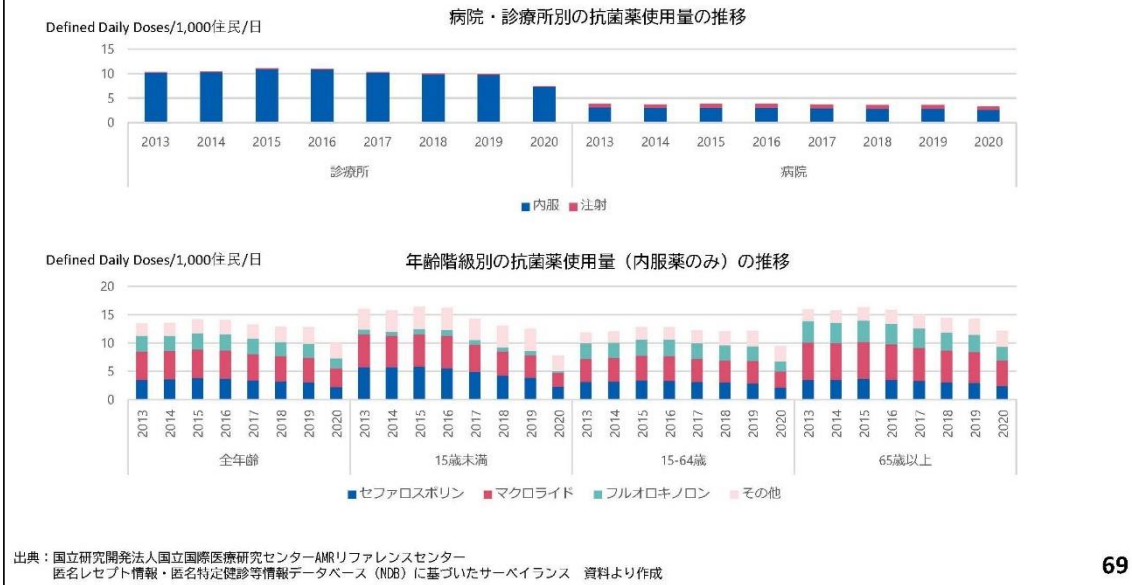
健康局結核感染症課 提出資料 **AWaRe (アウェア) 分類について②** 中医協 総-2 5. 7. 26

○日本においては、全抗菌薬使用量に占める「Access」に分類される抗菌薬の割合は増加傾向にあるが、他国と比較すると依然として低い。



健康局結核感染症課 提出資料 **診療所・病院別の抗菌薬使用量の推移** 中医協 総-2 5. 7. 26

○ 抗菌薬の使用量 (人口当たり・1日当たり) は、病院よりも診療所で多い。
○ 年齢別の使用量 (人口当たり・1日当たり) は、特に15歳未満で減少傾向となっているが、15歳-64歳では減少傾向となっていない。

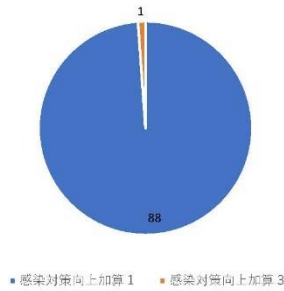


特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用状況

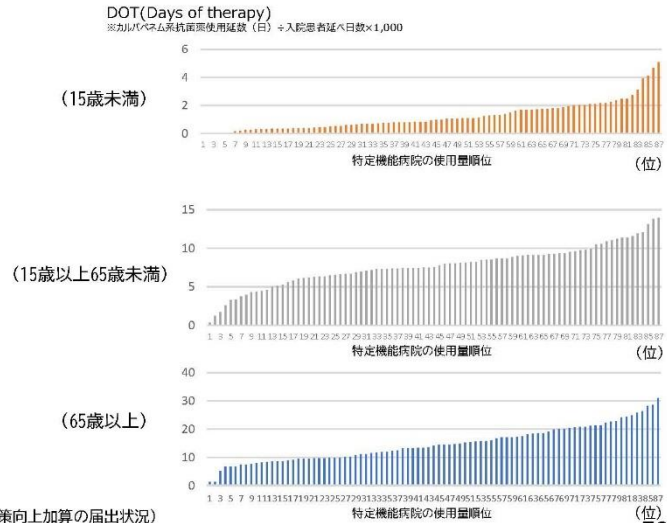
中医協 総-2
5. 7. 26

○ 特定機能病院においては、ほぼ全ての病院が感染対策向上加算1の届出を行っているが、カルバペネム系抗菌薬の使用状況については、特定機能病院の中においてもばらつきがみられる。

特定機能病院における感染対策向上加算の届出状況
(令和4年7月1日時点、n=89)



特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用量
(令和3年度、n=87)



(出典) ・保険局医療課調べ(令和4年7月時点における感染対策向上加算の届出状況)
・令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査

70

そして、70 ページには、

特定機能病院におきましても、抗菌薬の使用状況にばらつきが大きい。

こういったことなどをお示ししてございます。

ページ進みまして、

健康局情報感染症課 提出資料

感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) について

中医協 総-2
5. 7. 26

○厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMR臨床リファレンスセンターにおいて実施している「感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE; Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology)」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系系統間の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加している。

作成：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター

71

71 ページ目、72 ページ目も、これも以前と同様の資料でございますけれども、

「感染対策連携共通プラットフォーム」におきましては、
抗菌薬使用量について医療機関間の比較が可能でございます、

健康局 結核感染症課
提出資料

診療所版J-SIPHEについて

中医協 総-2
5. 7. 26

○2022年10月より、診療所を対象として抗菌薬処方量および処方割合を把握するシステム「診療所版J-SIPHE」も開始しており、2023年現在、約400診療所が参加している。
○今後、AWaRe分類により抗菌薬の処方量や処方割合の把握ができるよう改修予定。

診療所版J-SIPHE概要

処方件数に対する抗菌薬の処方割合

		2022年												最新表示月
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2022年
処方件数	総数	424	270	455	429	256	417	613	549	655	531	489	220	5,000
処方件数	抗菌薬	603	368	603	590	321	500	777	766	835	733	708	306	5,000
処方件数	非抗菌薬	257	268	262	321	369	281	525	382	426	393	400	153	5,000

		2023年												最新表示月
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2023年
処方件数	総数	159	187	163	147	58	93	258	149	157	136	151	82	5,000
処方件数	抗菌薬	26	37	37	26	8	19	55	35	34	20	22	11	5,000
処方件数	非抗菌薬	22.6%	19.8%	22.7%	17.7%	13.6%	20.4%	21.3%	23.3%	21.7%	14.7%	14.8%	13.4%	5,000

作成：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター

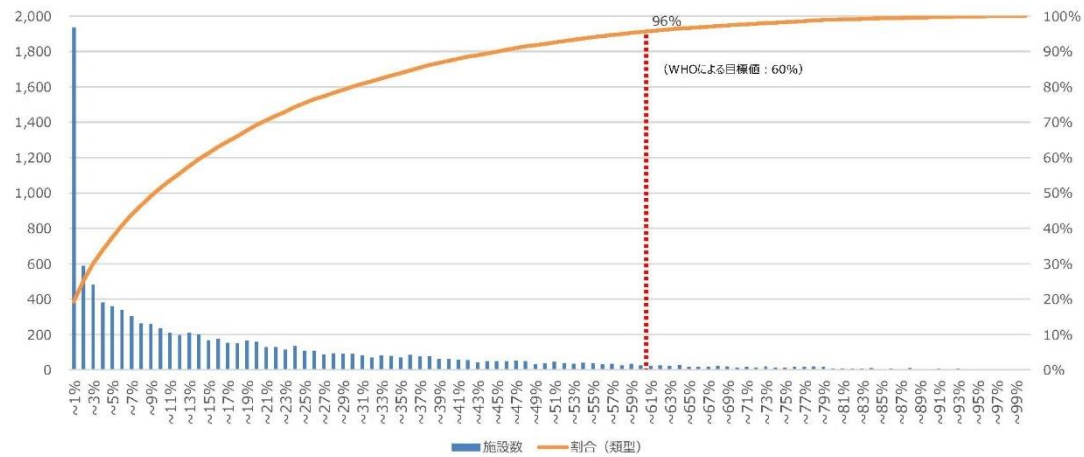
診療所用のプラットフォームについても、

来年度から AWaRe 分類に基づく実績の評価が可能となる予定というものをご紹介します。

診療所におけるAccess抗菌薬の処方割合

○ 外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所においても、Access抗菌薬の処方日数がWHOの目標地の60%を上回っているのは5%未満であった。

外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所における
内服抗菌薬の処方日数のうちAccess抗菌薬の割合
(n=10,007医療機関、2022年10月～12月)
※期間中に500日分以上の抗菌薬を処方した診療所のみ



出典：NDBデータ (2022年10月～12月)

73 ページは、診療所におきます Access 抗菌薬の処方割合でございまして、

国際的な目標値を上回っている施設は、現状ではかなり少数ということになって
ございます。

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ-1-5)感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進③

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- ▶ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

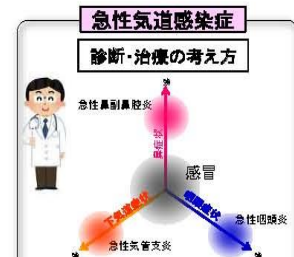
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

〔算定要件〕

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

〔施設基準〕

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- ▶ 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

74

74 ページ目からは小児抗菌薬適正使用支援加算についてでございます。

小児抗菌薬適正使用支援加算について、平成30年に、これは小児科を対象として新設されました。

令和4年度には、急性気道感染症に加えまして、急性中耳炎、急性副鼻腔炎を対象として耳鼻科にも導入されたところでございます。

令和2年度診療報酬改定 II-7-6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進 -①、②

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。



感染防止対策加算1

入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング
(**広域抗菌薬の種類を拡充**)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等

(新) 外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への**経口抗菌薬の処方状況**を把握(年1回報告)
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、『**抗微生物薬適正使用の手引き**』を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新) その他の要件

- ✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンスの場を通じて**他の医療機関に風知**。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

令和4年度診療報酬改定 I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価-④

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

- 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性 (AMR) 対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点 (1日につき)

[算定要件]

- **耳鼻咽喉科を標榜**する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算**する。

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点 (月1回に限り)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合**であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかるとの研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

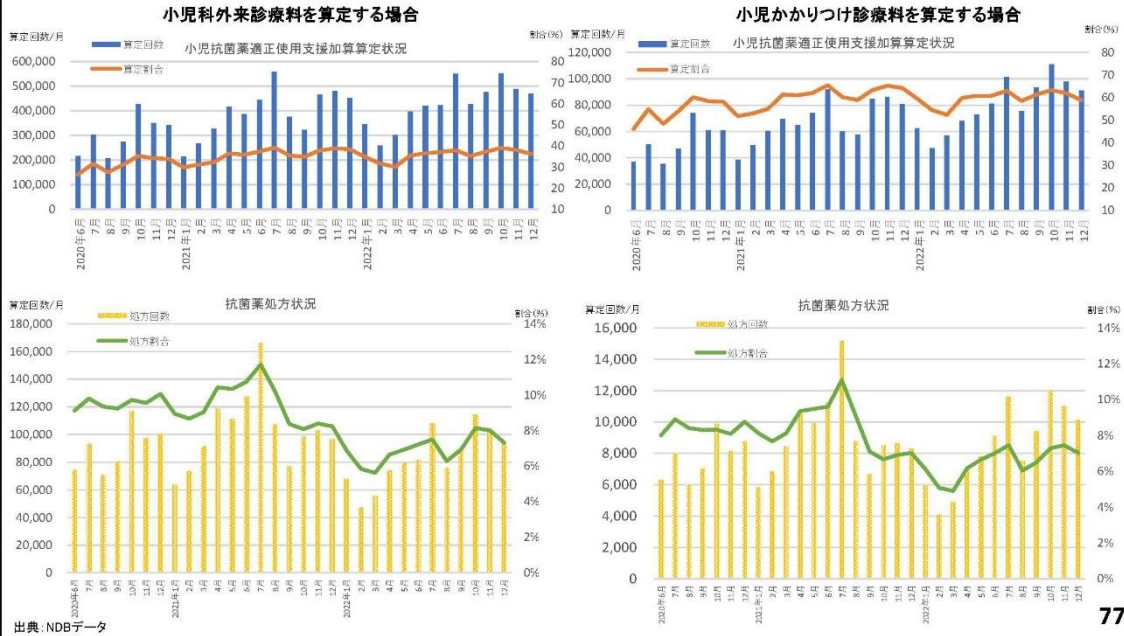
- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 25点 → **27点** 鼻処置 14点 → **16点** 口腔、咽頭処置 14点 → **16点**

小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況等

中医協 巻 - 2
5. 7. 26

- 小児科外来診療料又は小児かかりつけ診療料を算定する場合において、小児抗菌薬適正使用支援加算を算定する割合は上昇傾向となっており、小児かかりつけ診療料を算定する場合のほうが算定割合が大きい。
- 抗菌薬を処方する割合は低下傾向となっている。



小児抗菌薬適正使用支援加算の導入による影響について

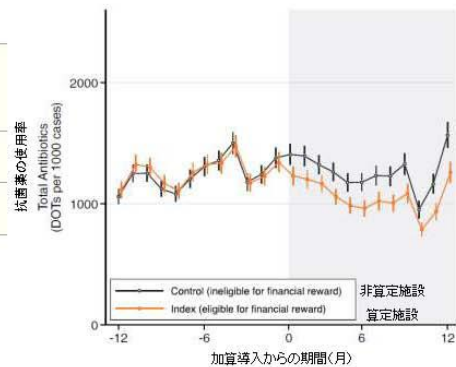
中医協 総-2
5. 7. 26

○ 小児抗菌薬適正使用支援加算の導入により、1歳～2歳の小児に対する抗菌薬の使用率及び広域抗菌薬の使用率が減少したとする報告がある。

1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率等に関する
抗菌薬小児抗菌薬適正使用支援加算の
算定施設と非算定施設^{※1}の比較
(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

		非算定施設(N=1740)		算定施設(N=1740)		差分の推定値 (95%信頼区間)	
		加算 導入前	加算 導入後	前後 差	導入前		導入後
抗菌薬の使用率 (1000件あたりのDDOTs) ^{※2} (SE)	全抗菌薬	1240.5 (3.2)	1268.9 (4.0)	28.4	1261.5 (3.3)	1061.3 (3.6)	-228.6 (-272.4,-184.9)
	広域抗菌薬 ^{※3}	623.3 (2.1)	627.2 (2.6)	3.9	649.3 (2.2)	528.5 (2.4)	-124.7 (-156.3,-93.1)

1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率に関する
小児抗菌薬適正使用支援加算の
算定施設と非算定施設^{※1}の間の比較
(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)



※1 2016年4月から2019年3月までの間に小児抗菌薬適正使用支援加算を一件以上算定している施設及びそれ以外の施設
 ※2 感染症による受診1000件あたりの、抗菌薬の処方日数の合計
 ※3 第三世代セファロスポリン、経口ペニシム系、ホスホマイシン系、テトラサイクリン系、キノロン系抗菌薬

出典：Okuba, Y., Nehi, A., Michels, K. B., Nariai, H., Kim-Farley, R. J., Arah, O. A., Uda, K., Kinoshita, N., & Miyairi, I. (2022). The consequence of financial incentives for not prescribing antibiotics: a Japan's nationwide quasi-experiment. International journal of epidemiology, 51(5), 1645-1655. <https://doi.org/10.1093/ije/dyac057>

78 ページ目に、

小児抗菌薬適正使用加算の導入後に抗菌薬の使用率が減少したとする報告を紹介してございます。

耳鼻咽喉科領域の疾患における抗菌薬の使用

中医協 総-1
3. 10. 20

○ 急性中耳炎や急性副鼻腔炎の軽症例の治療においては、抗菌薬非投与がガイドラインで推奨されている。

小児の急性中耳炎に対する抗菌薬の使用について

CQ 3-4 軽症の急性中耳炎の治療として抗菌薬非投与は妥当か

推奨 軽症例に限って3日間は抗菌薬の投与を行わず、自然経過を観察することを推奨する。

推奨の強さ：推奨 エビデンスの質：B

●背景●

薬剤耐性菌による急性中耳炎症例が増大している本邦の現状から、抗菌薬を投与しない場合は、正確な鼓膜所見の観察による軽症の診断と、抗菌薬非投与後の厳重な経過観察が重要である。

出典：「小児急性中耳炎診療ガイドライン2018年版」
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、
日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

急性副鼻腔炎に対する抗菌薬の使用について

CQ14-1 軽症の急性鼻副鼻腔炎に対して、抗菌薬非投与は妥当か

推奨グレードB:

軽症例に限って、抗菌薬非投与のうえ、自然経過を観察することが推奨される。
(Young J, et al 2008 エビデンスレベルI a; 推奨度B)

【背景】

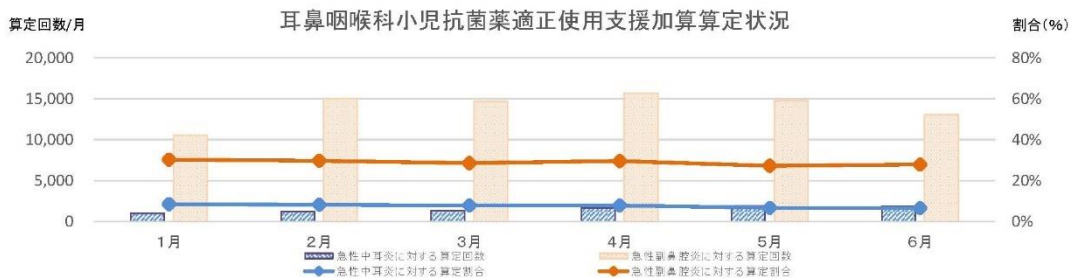
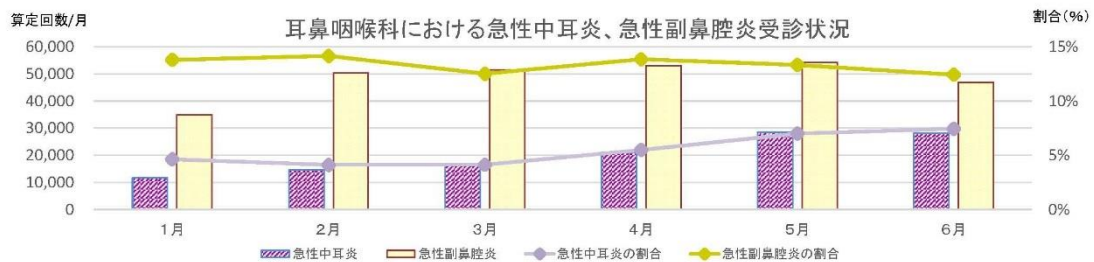
急性鼻副鼻腔炎は上気道炎に引き続き発症し、発症当初はウイルス感染が主体とされるため、軽症に限っては抗菌薬の効果は期待できない。自然経過を観察することで症状の悪化があり、中等症や重症に移行すれば抗菌薬治療を開始する。抗菌薬の過剰投与は耐性菌の増加につながり、抗菌薬投与、非投与を適切に判断することが重要である。急性鼻副鼻腔炎において最初はウイルス感染から発症することが多いため、抗菌薬は不要であるという考え方が一般的である。

出典：「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン2010年版（追補版）」日本鼻科学会

79

6歳未満の耳鼻咽喉科における急性中耳炎、急性副鼻腔炎の受診状況と抗菌薬適正使用支援加算算定状況※1

- 耳鼻咽喉科における受診状況は以下のとおり。
- 急性副鼻腔炎と比較し、急性中耳炎においては、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の算定割合が低かった。

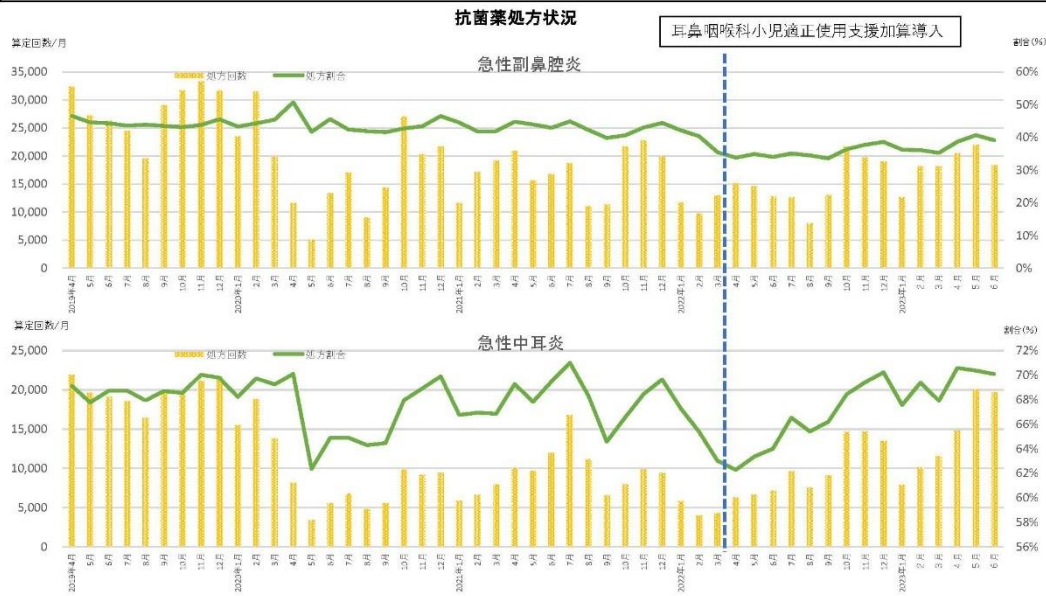


※1 A000「初診料」とJ095からJ115-2を併せて算定された6歳未満の児を対象に、主傷病名ごとに集計した。
出典：NDBより保険局医療課において集計（2023年1月～6月）

80

耳鼻咽喉科における急性中耳炎と急性副鼻腔炎に対する抗菌薬処方状況※1

○ 急性副鼻腔炎においては、耳鼻科小児抗菌薬適正使用支援加算導入後に抗菌薬処方割合が低下している傾向にあった。



出典：NDBデータより保険局医療課において集計 ※1 A000「初診料」とJ095からJ115-2を併せて算定された6歳未満の児を対象に、主傷病名ごとに集計した。81

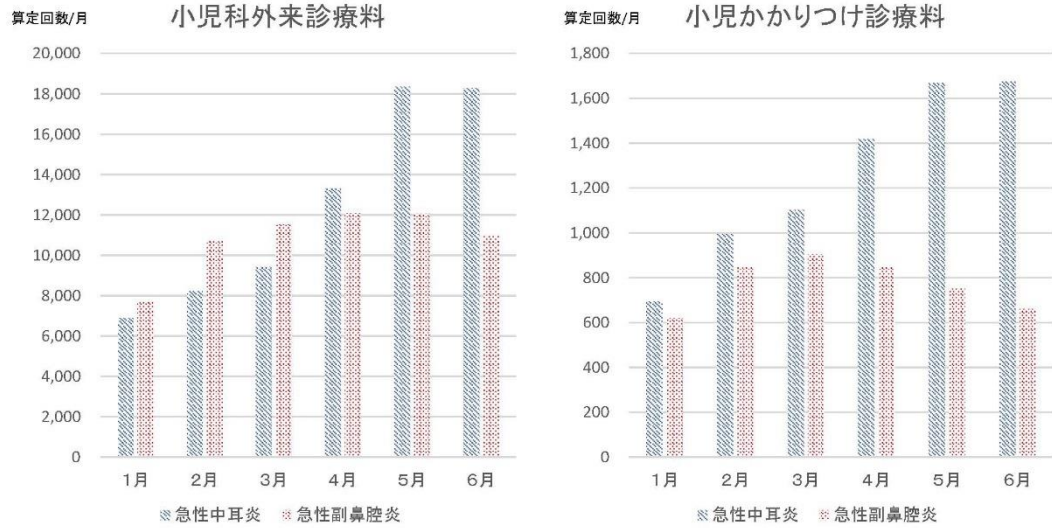
一方で、81 ページ目にありますとおり、

耳鼻科小児抗菌薬適正使用支援加算の導入後も、

副鼻腔炎につきまして抗菌薬の処方割合が低下しているという傾向が見られて
ございます。

小児科における急性中耳炎、急性副鼻腔炎受診状況

○ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定する小児科は、一定程度、急性中耳炎、急性副鼻腔炎を診察している。



出典：NDBより保険局医療課において集計（2023年1月～6月） 各診療料において、主傷病名が急性中耳炎、急性副鼻腔炎のレセプト件数を集計。 82

次、耳鼻科の抗菌薬適正使用支援加算におきまして対象になっています、

急性中耳炎、急性副鼻腔炎についてでございますけれども、

82 ページと 83 ページにありますとおり、

小児科におきましても、これらの疾患について、一定程度、診療がなされている一方で、

現在は小児科における加算の対象にはなっていないということでございます。

小児科受診時に多い主傷病

○ 小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料を算定する患者において多い疾病小分類ごとの主傷病は以下のとおり。

小児科外来診療料

順位	疾病小分類	割合
1	その他の急性上気道感染症	17.1%
2	急性気管炎	16.5%
3	喘息	8.1%
4	その他の特発目的用コード	6.3%
5	感染症と推定される下痢及び嘔吐	6.1%
6	その他の皮膚炎及び湿疹	5.6%
7	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	5.2%
8	アレルギー性鼻炎	4.4%
9	その他の皮膚炎及び皮下組織の疾患	4.4%
10	インフルエンザ	2.7%
11	急性鼻咽炎【かぜ】＜感冒＞	2.5%
12	便秘	2.2%
13	急性又は慢性と認定されない気管炎	1.8%
14	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で病に分類されないもの	1.4%
15	アレルギー性皮膚炎	1.4%
16	結核	1.3%
17	じんま疹	0.9%
18	その他のウイルス性疾患	0.9%
19	不明熱	0.8%
20	中耳炎	0.8%
21	その他及び詳細不明の外因的作用	0.7%
22	分類なし	0.7%
23	皮膚炎及び結核の感染症を伴うその他のウイルス性疾患	0.7%
24	接触性皮膚炎	0.7%
25	その他の明示された創傷・擦傷・咬傷及び多部位の損傷	0.6%
26	急性鼻咽炎	0.6%
27	皮膚炎及び皮下組織の感染症	0.5%
28	慢性鼻咽炎	0.3%
29	その他の細菌性疾患	0.3%
30	その他の精神及び行動の障害	0.3%

小児かかりつけ診療料

順位	疾病小分類	割合
1	その他の急性上気道感染症	17.3%
2	急性気管炎	16.7%
3	喘息	10.0%
4	その他の特発目的用コード	7.3%
5	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	6.0%
6	感染症と推定される下痢及び嘔吐	5.8%
7	その他の皮膚炎及び湿疹	5.4%
8	その他の皮膚炎及び皮下組織の疾患	5.0%
9	アレルギー性鼻炎	3.9%
10	便秘	3.0%
11	インフルエンザ	2.6%
12	急性鼻咽炎【かぜ】＜感冒＞	2.2%
13	急性又は慢性と明示されない気管炎	1.5%
14	結核	1.4%
15	アレルギー性皮膚炎	1.3%
16	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で病に分類されないもの	1.0%
17	じんま疹	0.8%
18	その他のウイルス性疾患	0.7%
19	その他及び詳細不明の外因的作用	0.7%
20	皮膚炎及び結核の感染症を伴うその他のウイルス性疾患	0.6%
21	分類なし	0.6%
22	接触性皮膚炎	0.5%
23	中耳炎	0.5%
24	不明熱	0.5%
25	皮膚炎及び皮下組織の感染症	0.5%
26	その他の細菌性疾患	0.3%
27	その他の明示された創傷・擦傷・咬傷及び多部位の損傷	0.3%
28	急性鼻咽炎	0.3%
29	その他の精神及び行動の障害	0.2%
30	結核	0.2%

出典：NDBより保険局医療課において集計（2023年1月～6月）

説明**4. 課題・論点**

1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
3. 薬剤耐性対策に対する評価について
4. 課題・論点
5. 参考資料

84

こういった現状をお示しした上で、87 ページ目に論点がございます。

感染症に対する医療についての課題①

(新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について)

- ・ 感染対策向上加算の要件のうち新興感染症への対応については、新型コロナ対応では、加算1で重点医療機関、加算2で協力医療機関、加算3で診療・検査医療機関であることを求めていたところ。また、DPC/PDPSの地域医療係数において、新型コロナに係る病床確保を評価している。
- ・ 第8次医療計画の策定に向けて、新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針において求める医療機能のうち、病床確保の機能については新型コロナ対応における重点医療機関及び協力医療機関の要件を、発熱外来の機能については新型コロナ対応における診療・検査医療機関の要件を参考として整備することとされている。
- ・ 薬局における新興感染症への対応については、令和4年度改定で導入された連携強化加算で評価されており、新型コロナウイルス感染症治療薬や抗原検査キットへの対応がなされているところ、改正感染症法において薬局も協定締結対象となったことを踏まえ、新興感染症等の発生時における自宅・宿泊療養者等への医薬品対応等の機能を整備していく必要がある。
- ・ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直したところ。

(新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について)

- ・ 感染管理に関するガイドラインにおいては、空気感染、飛沫感染、接触感染を主な感染経路とする感染症の患者については、標準予防策に加えて追加的な対策を講じることとされている。
- ・ 新型コロナ対応においては、入院するコロナ患者に対する感染対策や個室管理、発熱外来における適切な感染対策を行った上での対応について特例的な評価を行っているが、特例以外の診療報酬においては、一類感染症及び二類感染症の患者への対応を除き、標準予防策を超えた個別の感染症患者への対応は評価されていない。
- ・ 外来医療については、外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関で発熱患者を受け入れている割合が高く、受入人数が多かった。一方で、発熱患者の多くはかかりつけ患者以外の患者も受け入れることを公表している医療機関で診療を受けているものの、外来感染対策向上加算の要件には、かかりつけ患者以外の患者を受け入れることは含まれていない。
- ・ 高齢者施設においても、平時からの感染症対応力の向上が求められ、専門的な医療機関等における研修への参加や当該医療機関等から実地指導を受けることが推奨されているが、感染対策向上加算1の施設基準においては、感染制御チームの職員が高齢者施設に派遣される場合は専従時間に含めてよい場合の対象となっていない。
- ・ 歯科において新型コロナウイルス感染症の患者に対して、新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な特例が設けられている。このような状況において、感染症患者に対して歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価が、恒常的な診療報酬では評価されていない。
- ・ 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている一方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。

85

感染症に対する医療についての課題②

(薬剤耐性対策に対する評価について)

- ・ 薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。
- ・ 抗菌薬の適切な処方について、実績に基づいた評価を行うべきとの指摘があり、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)においては、各参加医療機関において使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合をモニタリングし、医療機関間の実績の比較がなされる予定となっている。
- ・ 急性中耳炎及び急性副鼻腔炎の患者のうち一定程度が小児科外来診療料等の算定する患者に含まれている。一方で、急性中耳炎や急性副鼻腔炎の患者への診療において、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合における療養上必要な指導等については、小児抗菌薬適正使用支援加算の評価対象となっていない。

86

感染症に対する医療についての論点

【論点】

(新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について)

- 現状の感染対策向上加算における要件及び第8次医療計画の策定に向けた指針の内容を踏まえ、協定の締結を含め医療機関における新興感染症発生・まん延時における医療への備えに対する評価についてどのように考えるか。
- 薬局における新興感染症への対応について、現状の連携強化加算や改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえ、新興感染症発生・まん延時への備えに対する評価についてどのように考えるか。

(新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について)

- 感染症の入院患者に対する標準予防策に追加して行う適切な感染対策及び必要な個室管理に対する評価の在り方並びに評価の対象とすべき疾患についてどのように考えるか。
- 外来医療においても、標準予防策に追加して感染対策を実施する必要がある場合があることや、外来感染対策向上加算において組織的な感染対策が評価されていること、発熱患者の多くはかかりつけ患者以外の患者も受け入れることを公表している医療機関で診療を受けていることを踏まえ、外来における発熱患者等の受入に係る適切な感染対策の実施に対する評価についてどのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症が5類感染症に位置付けられ、移行期間が終了する令和6年度以降には通常の医療提供体制となることを踏まえ、通常のゾーニングや個室管理、PPEの使用等の感染対策以外の新型コロナの特例についてどのように考えるか。
- 地域における平時からの感染対応力の強化の観点から、組織的な感染対策を講じている医療機関においては、研修への参加や実地指導について高齢者施設から求めのあった場合には対応することが望ましいことを踏まえ、感染対策向上加算の施設基準の在り方についてどのように考えるか。
- 歯科において新型コロナウイルス感染症の拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等を踏まえ、感染症患者の歯科治療に対する評価についてどのように考えるか。
- 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対する服薬指導・薬剤交付のための緊急訪問に係る臨時的な特例を踏まえ、薬局における自宅・宿泊療養者等への医薬品対応等への評価についてどのように考えるか。

(薬剤耐性対策に対する評価について)

- 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬の使用状況をモニタリングするサーベイランスへの参加に加えて、抗菌薬使用の実績に基づいて評価を行うことについてどのように考えるか。また、その際の評価基準について、現状を踏まえ、国際的な基準を達成している場合のみならず、医療機関の中で相対的に高い実績を持つ場合についても評価の対象とすることについてどのように考えるか。
- 小児に対する抗菌薬の適正使用の推進の観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算における対象疾患についてどのように考えるか。

87

括弧が3つございます。

「新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について」でございます。

この備えについて、どのように評価するかなどを、こちら、それぞれの場面において、どのようにするかということで論点を立てさせていただいております。

2つ目の括弧が「新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について」ということでございます、

ここは感染症の入院患者さんに対する標準予防策に追加して行う適切な感染対策、必要な個室管理等の、こういった評価のあり方ならびに評価の対象とすべき疾患について、どのように考えるか。丸が6つほど並んでございます。

そして、最後。「薬剤耐性対策に対する評価について」ということでございますけれども、抗菌薬の適正使用を推進する観点から、ここに書いておりますようなことについて、どのように考えるか。

小児に対する抗菌薬の適正使用の推進の観点から、先ほども紹介しました加算における対象疾患について、どのように考えるか。

こういった論点として、まとめさせていただいてございます。駆け足となりまして恐縮でございました。事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。