

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず、この議論の大前提として新型コロナウイルス感染症が5類に見直されて半年以上が経つことや、令和6年度から通常の医療提供体制に戻ることを考えますと、今回の改定を経たあとに、30ページ以降に示されております新型コロナウイルスの特例が残ることはあり得ないということをまず強く主張いたします。

診療報酬の取扱い（新型コロナウイルス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～）。			
新型コロナウイルスの類型変更（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	①300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で8月末までに移行】又は、 ②147点【①に該当せず、院内感染対策を実施】	①147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、 ②50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（※）】 ※コ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】

30

診療報酬の取扱い（新型コロナウイルスの診療報酬上の特例の見直し②）			
新型コロナウイルスの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方			
新型コロナウイルスの類型変更（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（※：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950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）	①重症患者 ICU等の入院料：1.2倍 （+845～+3,263点/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（※：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 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）	125点～500点/日 （感染対策を講じた診療）
		300点/日 （2類感染症の病室加算の適用）	300点/日 （2類感染症の病室加算の適用）
		250点/日 （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）	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）

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナウイルス罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点/3月ごとに算定可）

31

それでは、87 ページの論点に沿ってコメントいたします。

(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)

- 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。

まず、「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」でございますが、令和4年度改定において、コロナ禍での教訓を踏まえ、新興感染症が発生した際の対応も想定して、感染対策向上加算や外来感染対策向上加算が新設されたと理解をしております。

その後、都道府県と協定を締結する枠組みが導入されたことを念頭に置き、加算の施設基準に協定の締結を位置づけるなど要件を厳格化することは十分に考えられますが、新興感染症が発生した際に流行医療確保措置、これが5ページに示されておりますけれども、その対象になることから、平時における評価を拡充することは慎重に検討すべきと考えております。

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	<p>病床を確保し(※1)、 入院医療を実施</p> <p>※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を要する患者を受け入れる病床の確保も図る</p>	<p>発熱症状のある者の 外来を実施</p>	<p>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</p> <p>※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む</p>	<p>(左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感染症患者から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施</p>	<p>(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 に従事する関係者を医療機関等に派遣</p>
実施主体と指定要件	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>		
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>	<p>①流行初期 (3か月を基本)</p> <p>約1.9万床</p>	<p>約1500機関</p>	<p>・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(※2800機関)</p>	<p>約3700機関</p>	<p>・医師 (約2100人) ・看護師 (約4000人)</p>
	<p>②流行初期以降 (6ヶ月以内)</p> <p>約5.1万床</p> <p>※1 流行初期以降増設病床: ①+約1.6万床(公的医療機関等)</p>	<p>約4.2万機関</p> <p>※1 流行初期以降増設機関: ①+約3000機関(公的医療機関等)</p>			
流行初期医療確保措置の要件 (参照して都道府県知事が定める基準)	<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 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</p>	<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察</p>	-	-	-

※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

また、薬局における新興感染症への対応についても同様の考え方で連携強化加算の施設基準を見直すことが考えられます。

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		
<p>【算定要件の概要】</p> <p><u>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。</u></p> <p>【施設基準の概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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（※） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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薬局で備蓄・調剤していること <p>※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</p>		
		20

続きまして、「新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について」です。

<p>（新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について）</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <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。</p>
--

入院患者に対する感染対策については、先ほど申しあげました感染対策向上加算をはじめ、既存の報酬で十分に対応していると認識しております。

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用	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 使用後、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する 	（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 再使用のも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

資料の 34 ページを見てみますと、個室管理や集団隔離が必要なケースが紹介されておりますが、どのような患者を個室管理し、かかり増し経費がどの程度かかるのか等を十分に精査することが必要です。

外来医療における感染対策についても、外来感染対策向上加算が令和4年度改定で新設され、その際、発熱外来において、かかりつけ患者以外にも対応することが求められたことを踏まえれば、外来感染対策向上加算について、かかりつけ患者に限らず、発熱患者に対応することを施設基準に追加すべきです。

次に、新型コロナ特例については冒頭に申し上げたとおり、全て廃止すべきですが、これに関連して1点、診療側の委員の方にお伺いしたいことがございます。

類型変更後にコロナ後遺症を診療した場合の特例が新たに設けられたと認識しておりますが、コロナ後遺症に対する医学管理について、診療報酬で特別に評価する根拠となるエビデンスが確立されているのか、教えていただきたいと思います。

続きまして、高齢者施設から求めのあった場合の対応についてでございますが、同時改定の意見交換会でも課題とされたことを踏まえ、感染対策向上加算の施設基準として明確に位置づけることが考えられます。

また、薬局における自宅・宿泊療養者への医薬品対応については、在宅患者緊急訪問管理指導料の中で評価すべきと考えております。

歯科における感染症患者の治療については、感染症対応を強化する観点から、令和4年度改定で基本診療料が引き上げられた経緯がございます。さらに外来診療環境体制加算もありますので、既存の評価で対応できていると認識しております。

続きまして、「薬剤耐性対策に対する評価」についてコメントいたします。

(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。

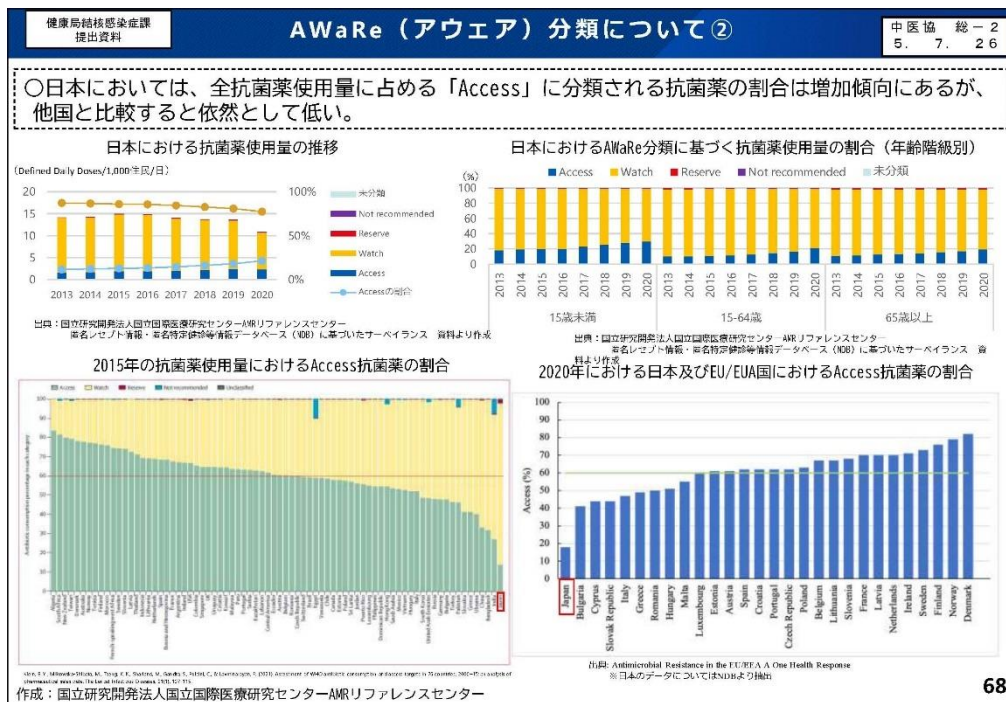
87

抗菌薬の適正使用に係る取組や、資料の 64 ページ以降にございます薬剤耐性対策アクションプランに沿って、当然、進めるべき課題だと認識しております。

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	
<ul style="list-style-type: none"> ○ AMRに起因する感染症による疾病負担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よめたもの。 ○ 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	
<p><目標1 普及啓発・教育></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p><目標2 動向調査・監視></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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土壌の水、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 <p><目標3 感染予防・管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p><目標4 抗微生物剤の適正使用></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用促進 <p><目標5 研究開発・創薬></p> <ul style="list-style-type: none"> ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分型株保存の推進、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、海外における分枝株のゲノム情報の収集 ・「抗がん剤等支援事業」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 ・適切な動物用抗菌剤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 <p><目標6 国際協力></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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

特に来年度からは第４期医療費適正化計画も始まり、保険者として適正使用の普及啓発をより一層推進する必要があります。

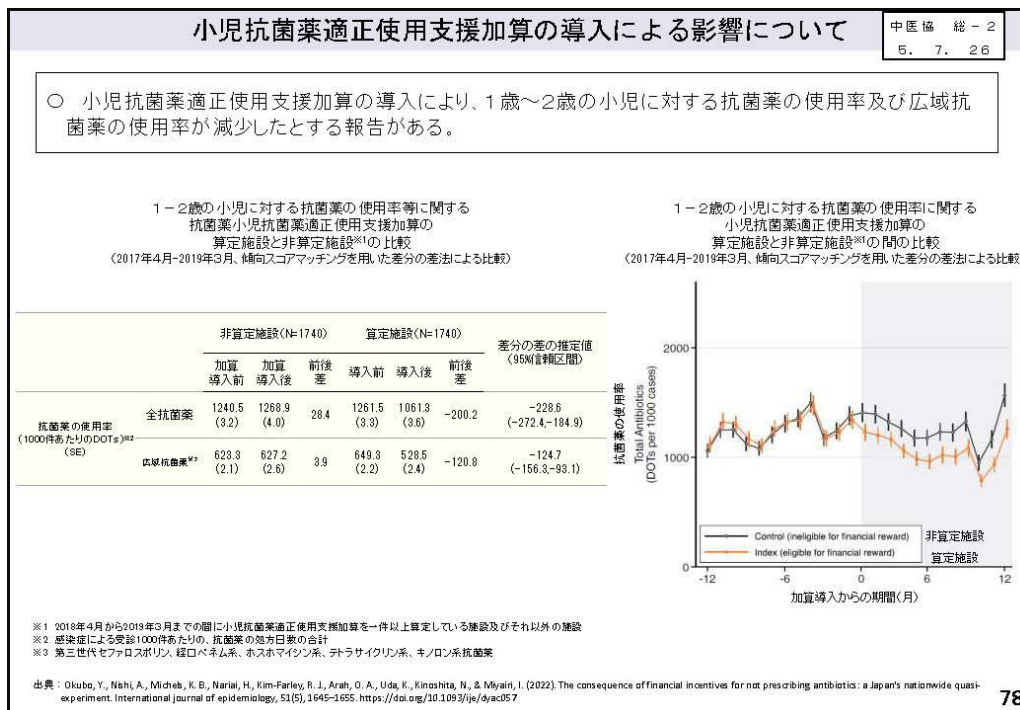


資料の 68 ページを見てみますと、第一選択、もしくは第二選択の抗菌薬とされている Access 抗菌薬の使用割合が諸外国と比べて極めて低く、これは、逆に言えば使用を制限すべき抗菌薬が多く使われているという実態がわかります。

医療機関においても、感染対策向上加算や外来感染対策向上加算の中で抗菌薬の適正使用が評価されていることを踏まえて、これまで以上に抗菌薬の適正使用に取り組んでいただきたいと思います。

そうした観点で、論点にございますサーベイランス強化加算については、サーベイランスに参加するだけでなく、抗菌薬の使用実績等を指標にして評価にメリハリをつけることも考えられます。

最後に、小児抗菌薬適正使用支援加算については、資料 78 ページを見てみますと、一定のエビデンスがあることは理解ができます。



また、小児科で急性中耳炎や急性副鼻腔炎の患者に算定できないということですが、

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。

保険者としましては、そもそも必要のない抗菌薬を使用しないことは当然だと認識しておりますので、単純に対象患者の範囲を広げるということではなく、外来感染対策向上加算との関係も含め、抗菌薬の適正使用に関する評価を整理することもあり得るのではないかと考えております。私から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。今、松本委員から1点、コロナ後遺症の特例についてのご質問がありましたけど、長島委員、お答えしていただけますでしょうか。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。コロナ後遺症に関しましては、これ、国として今現在、対応をしっかりと検討し、さまざまな知見も集めているところかと思しますので、事務局のほうで何か見解がありましたら、お願いしたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

事務局、いかがでしょうか。

○厚労省感染症対策部感染症対策課・荒木裕人課長

はい。感染症対策課長でございます。コロナの後遺症、いわゆるコロナの罹患後症状についてということで、こちらにつきましては、今、先生、ご指摘いただきましたように国のほうで研究班も組織し、いろいろな調査・研究を進めるとともに、

実際、実臨床で携わっている先生方によって、30名以上の各科の診療科のメンバーの先生を集めてですね、プログラム作成委員会というのをつくりまして、その中でマニュアルというのを随時改訂して行ってるところでございます。

そういうエビデンスに基づいたような形でのマニュアルで実際、実臨床の先生方が対応していただいているというふうに思っているところでございます。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。松本委員、長島委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。運用についてはマニュアルということで理解いたしましたが、教えていただきたい内容が、「診療報酬で特別に評価する根拠となるエビデンスができていくか」という観点では、いかがでございましょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、事務局、お答えできますでしょうか。

○厚労省感染症対策部感染症対策課・荒木裕人課長

はい。引き続き感染症対策課でございます。マニュアルについてはエビデンスに基づいて作ってるということで、その運用ということで、特定の疾患の管理料ということで、たぶん算定をさせていただいてるというふうに理解をしております。

その中で、やはり後遺症で継続するということでございますので、例えば、コロナ罹患後、半年以上経っても2カ月以上継続してる、というようなところでございますので、それを適時、すなわち管理、疾患管理するという観点からは十分に必要なものなのかなというふうに感染症対策課としては思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございました。私どものほうでも、その辺の算定ですね、については、一度、改めて確認をした上で、また、場合があれば、ご質問を差し上げたいと思います。ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。事務局から、お手が挙がっています。お願いします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。事務的な訂正というか確認です。

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	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点/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点～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)
	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)
※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点/3月ごとに算定可）		

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

31

31 ページ目にございますとおり、今、遷延する症状に関しましては「管理料」という発言が途中、ありましたけども、管理料ではなくて、今、特例の措置の147点を3月ごと。これを算定していると。こういう状況でございます。

○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す。はい、太田委員、お願いします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。コロナを対応している入院医療の現場、病棟の話なんです、

確かに 31 ページのコロナの特例という形のものを4月以降、どうしていくのかというのは1つ、大きな論点なんですけど、全くこれなしになってですね、

（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。

今回の論点の2つ目の新興感染症の1個目の丸ですけれども、「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」。

先ほど長島委員のほうから、これはもう標準として何らかの形の評価を検討すべきだというご発言がありましたけれども、全くこういうものなしの中で、これだけ空気感染で感染力の強い疾患の患者さんを現場で診ていくというのは、何もないってというのはたぶん、これはあり得ないというふうに思ってます。今も足元は非常に感染、落ち着いておりますけれども、院内でまたパタパタと出てきまして、本当に感染力、強いんです。

今回、42 ページの事務局からの資料で、今はコロナの特例という形で、入院の、いわゆる、その個室管理に関しての配慮が行われておりますけれども、これがもし特例が全くなしになるとするならば、恒常的な形で何らかの形の個室での対応が認められるような形にはしていただきたいというふうに思いますし、

インフルエンザ等の、われわれが慣れてる疾患と違って、これだけ空気感染、エアロゾル感染するのは空気感染に近いわけですけども、これだけ感染力の強い疾患の患者さんを今後もケアし続けなければいけないという形で言いますと、それなりの対応というものを今回の改定に際して、やっぱり、ご検討をいただきたいなというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。コロナ禍の特例の継続に関してですけれども、以前から申し上げてるとおり、やはり今後のコロナ感染症の拡大状況および地域医療の提供体制をしっかりと見定めながら、

もう1つが、恒常的な感染対策において、どのようなことが組み込まれるのか。それとの整合性とか全体を見ながら、しっかりと検討すべきというふうに考えております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。続きまして、じゃあ、江澤委員、お願いします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。今回のコロナ禍の経験を踏まえましても、いかに平時の取組が重要であるかということは本当に身にしみて痛感したところでございます。

したがいまして、平時からの連携体制、含めた、いろんな取組っていうものが平時から取り組んでおくことによって、いざのという、いざの、非常に新興感染症が流行するような有事において力を発揮できると。そのことによって患者さんの命を救うことができるということにつながりますので、平時の取組っていうのは十分評価していくべきものと思います。

続きまして、先ほどのコロナの後遺症につきまして、これはもうWHOがご存知のように定義しておりまして、罹患後2カ月以上、ほかの疾患では説明できない倦怠感、筋力低下、脱毛、睡眠障害といった不定愁訴が続くというものでございますし、中には1年以上継続している患者さんもいらっしゃいます。

これ、こういったことはインフルエンザには全く見られないというものでございますので、まだまだ病態が不明であって、治療も対症療法に、さまざまな対症療法で、さまざまな治療法が選択をされておりまして、したがって、その一人ひとりによって複雑な治療に、管理というものが今現在、行われているということで、

これから、いろいろ病態がもし解明できるようになれば、また変わってくるかもしれませんが、現場としてはそういう実態であるということは申し上げたいと思います。

最後、もう1点は、53ページに感染対策向上加算の一覧がありますけれども、事務局からの説明がありましたので、

令和4年度診療報酬改定 I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等		
外来感染対策向上加算の新設及び		
	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2
点数	710点	175点
算定要件	入院初日	
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（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） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、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、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（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） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、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、専従時間に含めてよいものとする。

感染対策向上加算の1・2の、この赤枠の所に、今後に向けて高齢者施設も含めて専従要件ということで、ここに高齢者施設へ指導に行った場合にも、こういった同様な対応が必要かというふうに思います。

あわせて、介護給付費分科会の議論では高齢者医療という観点では高齢者施設と在宅医療とか地域ケア病棟を有する中小病院が連携する病院としてイメージをされております。

そうしますと、この感染対策向上加算 1 は主に 300 以上の病院というふうになっておりますので、地域によってはかなり施設の数も限られますので、場合によっては、この感染対策向上加算 2 とか 3 の施設が高齢者施設へ指導へ行くなり、連携するということは、相当これ、あると思いますから、

この赤枠に加えて、高齢者施設を含めることを感染対策向上加算 2・3 においても同様に含めていくべきではないかと。そのほうが連携については資するものとなるかと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も論点の中で 1 点、お話ししたいと思います。まず、2 のほうの新興感染症以外の感染症に対する医療の評価ということになるかと思いますが、もう、ご案内のとおり、5 類になってから、じゃあ、今、現状がどうなってるかっていうと、ほとんどの医療機関はまだ同じように発熱外来で PPE をつけて、そして別の外来を設けて、そして入院は個室対応でっていうことを続けています。

続けているからこそ、確かに重症度は引きましたけども、感染力がまだ強い中で、市中の慢性期も含めて、いろんな病院で、もうコロナ対応できる体制、そして、これは、この新型コロナウイルス感染症だけではなくて、あらゆる感染症の対策、・・・も含めて対策につながる体制を多くがずっと続けている。日本の医療のベースの体制が 1 ランク上がった状況が今、現状だと思います。これは本当に、ある意味で言えばコロナの副産物と言えるかと思います。

非常に、本当に、中小の小さな病院・診療所でも、この感染対策にしっかり対応するということができているからこそ、日本は世界に類を見ない、死亡率の低い体制でここまで来たんだと思ってます。

確かに、松本委員、おっしゃるように、新興、コロナ対策はもう5類になったんだから、これは次の改定ではゼロにすべきだという、1つの論理的にはそうかもしれませんが、

ただ一方で、1ランク、2ランク上がった感染対策を全て、ほぼ全ての外来・入院の医療機関が対応している現状を、これを捨てることはもったいない。私は非常に残念だと思います。

この対策を何らかの維持できる体制のものについて、新たに、これから続くいろんな感染症に対する対策としての評価ということを新たに設けるということは非常に理にかなってゐるのではないかと。

例えば、診療報酬の財源だけ考えても、ご存知のように、コロナ禍の2年間、3年間で、実はインフルエンザとか小児の感染症とか、あらゆる感染症が減りました。それを今でもまだ続いて、ある程度、続いています。

それはやっぱり感染対策が非常に他の感染症にも有効な感染（対策）を全国で続いていたおかげだと思いますので、

ぜひ、これは別に新たに、これから、する、新興感染症も、これから現状の感染症も含めて、1ランク上がった世界に類を見ない、一段上がった感染対策をする医療を提供するということに対して新たな評価を求めたいと思います。

それには、やっぱり空間的なもの。それから時間的なもの、それから資材的なものに今、持ち出してやってるわけです。何らかの評価がないと、これはだんだん、それまた、もとに戻ってしまう。

元の木阿弥に戻ったコロナ以前の感染対策に戻ることは私は決して日本の将来を考えてもいいことではないと思うので、ここに対して、ぜひ何らかの新たな評価を考えていただきたいと思います。以上です。

○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す。続きまして森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。コロナが出てくるまでなんですけども、それまでの間はですね、感染症で患者さんの行動に制限がかかる、また来局できない、そうした患者へ薬局が訪問するという想定がなかったんですね。それで、先ほど訪問でっていう話だったんですけど、現在の調剤報酬の体系で言うと、計画的な訪問を指導してる患者さんに関しては緊急時の報酬があるんですけども、計画的な訪問をしていなければですね、報酬がないんですね。

それで今回、特例的なものを付けていただいたんですけども、今後の感染対策を考えた中で、特に治療薬の特性ということを考えると迅速な提供ということも求められますので、ぜひ、そのことはお考えいただきたいというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、林委員、お願いいたします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。先ほど松本委員からも、歯科において感染対策はもう評価済みだということでございましたけれども、かねてより、感染対策に関しましては歯科は初・再診料で評価されている特徴がございます。

コロナ禍におきましてはスタンダード・プリコーションに加えて、かかり増し費用等も認めていただきまして、初・再診料を上乗せしていただいたということは非常に感謝しておりますけれども。

この中身でございますけども、既存の技術をスクラップした形での対応ということで不十分な形にはなっております。感染対応をした歯科医療機関が平時におきましても面で地域医療を支えるということは、これは当然のことでございますので、これから、しっかりとした患者・国民にとって安全・安心な歯科医療につながる、そういった評価にこれからもつながっていくような検討をしていただきたいと、よろしくお願ひしたいと思っております。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）

ありがとうございます。茂松委員、お願いします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

このような議論をしてる中なんですけど、最近この2、3日、どうもコロナがまた上がってきてるという事態であります。やはり完全に治す薬がないというところと、コロナの感染力がそれだけ強いということがあって、なかなか、この恒常的にというところに議論をもっていくのに、まだ少し時間がかかるんじゃないかなあというふうな気がしております。

とにかく、「恒常的に」という、この議論を進めないといけないんですが、現状としては、おそらく少しずつ増えながらまた下がってくるというふうなことで、まだまだ終わってないんじゃないかというふうにはご理解いただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。はい、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

すいません。ありがとうございます。協会けんぽとしましても、このコロナの対応の特例等は一度きちんと評価をした上で、平時また緊急時の対応を組み直す必要があるのではないかというふうには思っております。

また、ちょっと素人なので教えていただきたいんですけど、コロナの感染力が高いというのは非常に理解をしているんですけど、何でしょう、お医者様のゴールは感染をさせないことなんでしょうか？

要は、何が言いたいかと言いますと、感染力はすごく高いのは理解してるけども、致死に至るまでの症状にはそんなに至ってないっていう素人考えがあるんですけど、その辺の感染症の考え方みたいなものは、どういうふうに区別したらいいのかわかっていうのが、ちょっとわかりかねるので、申し訳ございません。

今までのコロナって、今までって言うか、すごいデマンドがあった、たくさんの方が亡くなったコロナの対応を引きずって、やることが、

やってるようには見えなくもないんですけど、そういったこと自体が本当に必要なかっていうのがちょっとわかりかねたものですから。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

鳥潟委員から、ご質問ありましたけど、どういたしましょう。皆さん手を、お手が挙がっていらっしゃる。じゃ、最初に、

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

よろしいですか。そのあたり、事務局のほうで、きちんと整理して委員に対して、ご説明いただければ幸いです。よろしいでしょうか。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいですか。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、別の時間で。ありがとうございます。すいません。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、松本委員、お願いします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。2号側から、たくさんご意見いただいたんですけども、30ページの資料の一番右端を見ていただきたいんですが。

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～	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
外来	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】	
	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導 ^(注) 】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了	
在宅	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】	
	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】	

30

これ、茂松委員からも今、言及があったんですけども、今回の議論というのはR6改定において恒常的な感染症対策の見直しを行う議論であって、特例を残す、残さないという議論ではないということは誤解のないように述べておきたいと思います。

あくまでも、そういう議論ですので。ですから、私はこの特例を残す、残さないとか、そういった矮小化された議論には与しませんと申し上げておきます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

ありがとうございます。まず総論的な話になりますが、特例措置はあくまで特例的ということで、先ほど松本委員からもありましたけど、終了していくということが自然な流れだというふうに思っております。

その上で、今回、特例措置の内容が結果として妥当性があつたかどうかとか、詳細な分析とか検証とかをしていただいて、その上ですね、今後の新興感染症に備えて新型コロナ患者への治療、そういったものの実績ですね、エビデンスとかを踏まえて考えられる、その診療について妥当性のある診療報酬点数を準備しておくことが必要だというふうに考えております。

その上ですね、1点。論点の一番上の「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。

（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。

協約締結医療機関を含めて、医療機関などが行う医療の備えというものは必要というふうには思っておりますが、施設整備については診療報酬といったものでなくですね、補助金など、公費等、そういったものの対応で考えるべきじゃないか、ちょっと分けて考えるべきじゃないかなというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。先ほど、

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すみません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ごめんなさい。高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、ありがとうございます。医療機関における感染症対策と同様に、高齢者施設における感染症対策も非常に重要なものと考えています。

資料では、感染対策向上加算をしている急性期病院では7割以上の病院が高齢者施設に院内感染対策などの助言を行っているとあります。また、高齢者施設に助言を行っている医療機関のうち半数以上が高齢者施設を訪問して助言を行っているとあります。

このように多くの医療機関では既に助言を行っているということですが、逆に言えば、助言を行っていない医療機関もあるということになります。

一方、介護の方面では感染対策について外部からの支援を受けていない施設のうちの7割が今後、受ける予定あるいは受けたいという希望を持っているとあります。

こうした施設に助言が行き届くように、高齢者施設の求めに医療機関がきちんと応じられるように、要件の適切な見直しなどを通じて、一層の、このような取組を促す必要があると思います。以上です。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

高町委員、どうもありがとうございました。それでは、先ほど、あ、失礼しました。江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。ただいまのご意見ですけれども、今、介護給付費分科会のほうでも、しっかりと連携して高齢者施設を支えるというほうに議論が進んでいますので、そこには期待をしております。

それから、もう1点だけ。コロナ禍で、やっぱり我が国の感染症に対する脆弱性の部分の課題もあったかと思います。

ですから、やっぱり、その脆弱な部分については、しっかり基盤強化は報酬で評価して、いざ、こういうコロナとか特別な新興感染症が流行したときには補助金になじむのかもしれませんが、やはり、その組み合わせも必要かというふうには考えているところでございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。先ほど、長島委員から木澤専門委員のご意見も、というご要望がございましたので、木澤専門委員、お願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい。ありがとうございます。「新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について」です。

（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。

地域において平時からの感染対応力強化の観点から、入院・外来・在宅と、どのような場においても感染対応力を強化し、地域全体の感染対応力を向上させていく必要があります。

とはいえ、医療資源に限られる中、組織を超えて地域で柔軟に専門性の高い人材等を活用していく視点が非常に重要です。

論点の4つ目にあります、医療機関から高齢者施設への支援については、第550回の中医協でも発言させていただきましたが、日頃からの感染防止対策および感染症発生時の対応の点で非常に有効ですので、ぜひ感染対策に関する専門性の高い人材が施設に赴きやすくなるよう推進すべきと考えております。

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 療育・在宅医療・訪問看護の確保-全頁

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

① 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を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】
 第三十一条の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び災害発生時の発生に際して、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を確保するための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業所内に備える必要の物資を確保しなければならない。

② 指定訪問看護事業者は、看護所に対して、業務継続計画について説明するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

③ 指定訪問看護事業者は、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運営者に対して、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 業務継続計画とは、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と認めるものではない。

イ 平時からの備え(施設設備・整備、感染症防止に向けた取組、備蓄品の確保等)

ロ 初動対応

ハ 感染拡大防止体制の確立(看護所との連携、要援護者への対応、関係者との情報共有等)

ロ 災害に係る業務継続計画

(イ) 平常時の対応(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) 地域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、平常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。職員教育を体系的に浸透させていくため、定期的に(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時(初任)に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に、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に(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。

また、43 ページにもありますように、訪問看護において策定が義務づけられた業務継続計画の中には感染症対応も含まれており、平時からの備え、初動対応などに関して定めた上で研修や訓練の実施に取り組んでおります。

加えて、感染拡大時の業務継続のためには、事業所内のBCPだけではなく、訪問看護事業所同士が助け合うことができるための地域ネットワークの仕組みを広げていくことが重要になってまいりますし、

居宅介護事業所をはじめとして、医療・介護のさまざまな事業所と連携の機会が多い訪問看護としては、他の介護サービス事業所の職員との情報共有、連携の場面も多くあります。

このような地域全体を守る感染対策が広がっていくことが必要だと考えております。私からは以上となります。

○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。ほかは、よろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかにご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

本日の議題は以上です。次回の日程につきましては、追って事務局よりご連絡いたします。

それでは、本日の総会はこれにて閉会といたします。長時間、どうもありがとうございました。

（散会）
