

# コロナ・感染症対応(その2)

## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

# コロナ・感染症対応に係る主な指摘事項

(7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方】

- 医療機関や薬局における初・再診料や入院への加算については、今後、新型コロナウイルス感染症が収束した場合であっても、医療機関では今後も感染症対策を万全にしていくことを考慮すれば、基本診療料に包括することも含めて継続すべき。
- 新型コロナウイルス感染症患者等の診療に係る診療報酬上の特例的な評価が行われているが、コロナ終息後も感染症対策が必要であることを考慮した評価を検討すべき。
- 感染症対策が実施可能な医療機関をさらに増やすため、感染防止対策加算の要件の在り方について検討が必要。
- 診療報酬における特例的な対応は、現場での負担に鑑みれば必要であるが、実際にかかっている費用も含め、その評価は定量的な根拠に乏しいため、効果の検証が必要。
- 診療報酬における特例的な対応として減収補填的な評価を行うことには反対。診療報酬は、診療への対価ということが大原則であり、補助金や交付金と診療報酬との役割分担を明確にする必要がある。

# コロナ・感染症対応に係る主な指摘事項

(7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【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】

- 第8次医療計画の具体的な検討状況も踏まえながら検討していく必要がある。
- 2024年から始まる第8次医療計画について、2022年度の診療報酬改定で対応していくことは時期尚早ではないか。
- 診療報酬における対応を検討するに当たっては、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方についての大枠の議論も必要。
- 専門性の高い看護師を複数名配置している医療機関は、クラスターが発生した他の医療機関や施設等に対し、当該職員を派遣し感染症対策に係る支援を実施していたことも踏まえ、専門性の高い看護師を複数名配置していることの重要性を念頭に置く必要がある。
- クラスターが発生した介護施設等における支援が必要であったことから、地域における感染症対策に係る医療と介護の連携について検討してはどうか。

## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

# 新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和3年11月25日24時時点

	PCR検査 実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除と なった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5) (チャーター便帰国 者を除く)	26,469,082 (+46,526)	1,722,222 (+112) ※2	1,211 (-24)	51 (-7) ※6	1,702,879 (+123)	18,345 (+1)	675 (+11)
空港・海港検疫	1,217,221 (+3,528) ※7	4,586 (+7)	53 (+2)	0	4,525 (+5)	8 (±0)	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	27,687,132 (+50,054)	1,726,823 (+119) ※2	1,264 (-22)	51 (-7) ※6	1,707,419 (+128)	18,353 (+1)	675 (+11)

- ※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から(退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から)、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数(再陽性例を含む)を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
- ※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
- ※4 PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
- ※5 国内事例には、空港・海港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
- ※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室(ICU)等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※7 令和2年7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。なお、空港・海港検疫の検査実施人数等については、公表日の前日の0時時点で計上している。

【上陸前事例】括弧内は前日比

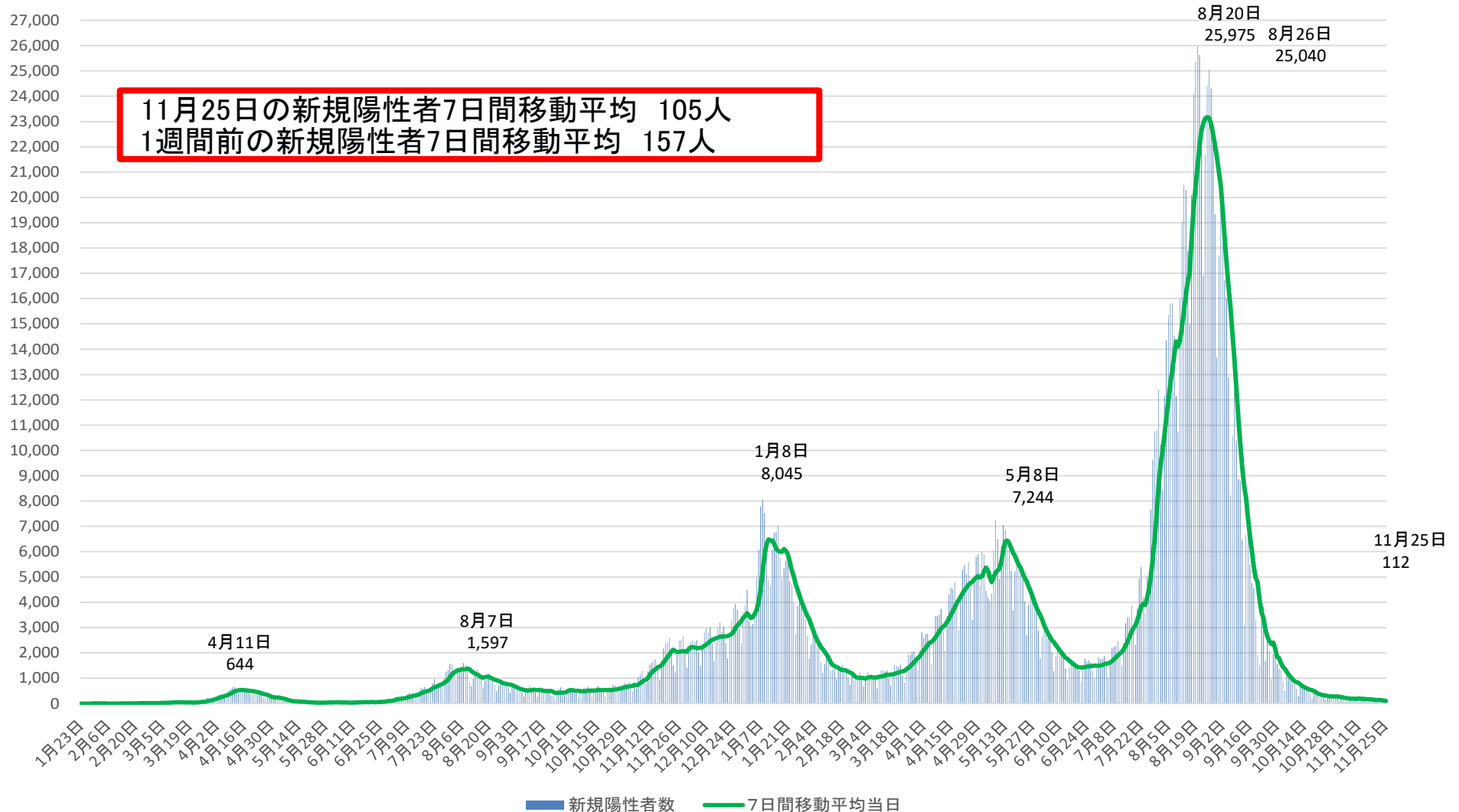
	PCR検査陽性者 ※【 】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室 に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例 (水際対策で確認) (3,711人) ※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

- ※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
- ※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
- ※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
- ※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
- ※5 この他にチャーター便で帰国後、令和2年3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。
- ※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が1名いる。

# 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

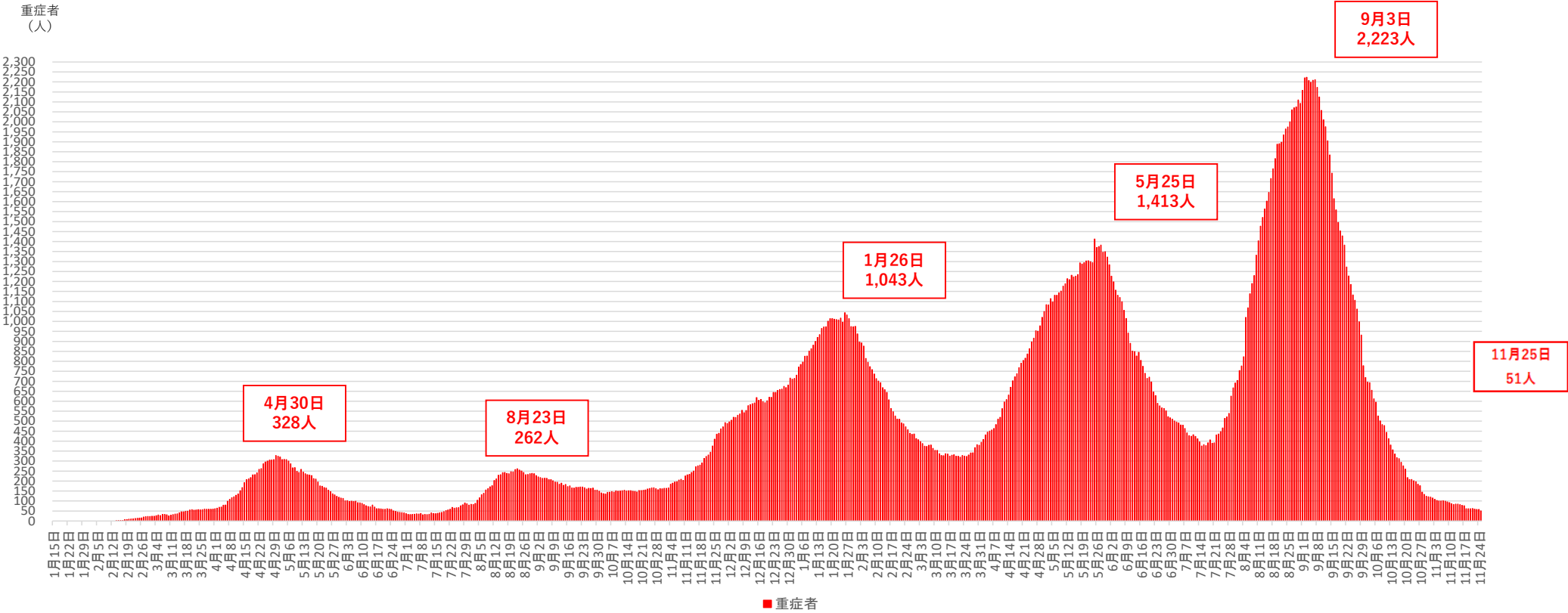
報告日別新規陽性者数

令和3年11月25日24時時点



※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。  
※2 令和2年5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

# 重症者の推移



- ※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※3 集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った。

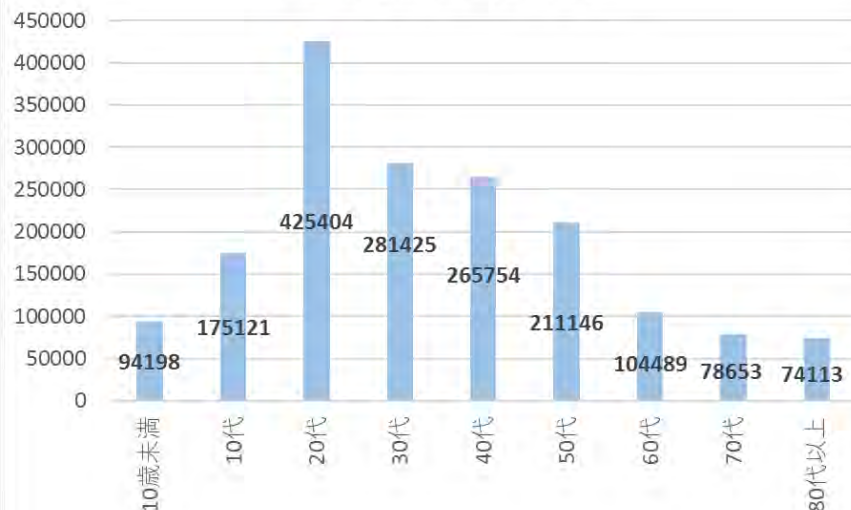


# 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値）

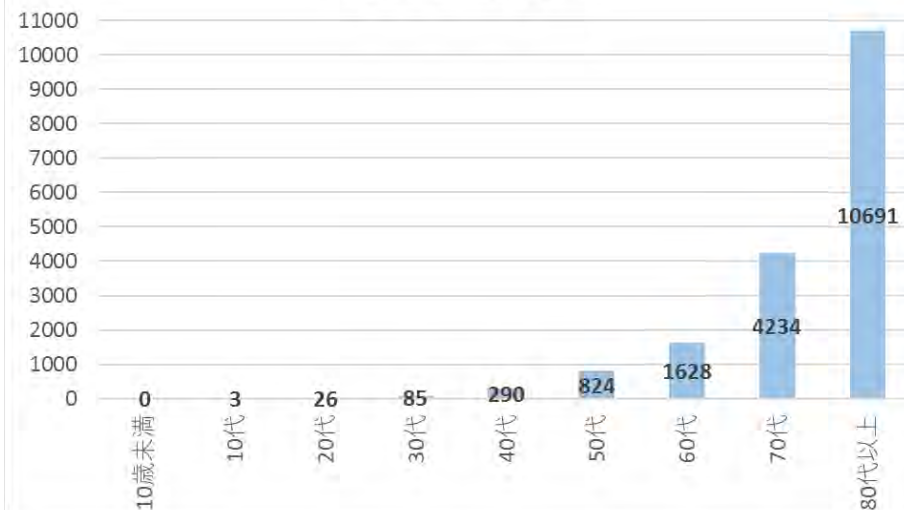
## （陽性者数・死亡者数）

令和3年11月23日24時時点

年齢階級別累計陽性者数



年齢階級別累計死亡数



陽性者数(人)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	94198	175121	425404	281425	265754	211146	104489	78653	74113	1723706
男	48397	94858	231045	162650	152789	116552	57642	39505	26936	932429
女	45141	79314	192598	117533	111835	93554	46214	38662	46743	773622

致死率(%)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	1.6	5.4	14.4	1.1
男	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	2.1	7.3	19.3	1.1
女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	3.3	11.5	0.9

死亡者数(人)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0	3	26	85	290	824	1628	4234	10691	18345
男	0	2	18	61	230	663	1226	2897	5204	10367
女	0	1	7	21	58	150	377	1286	5362	7295

【致死率】

年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

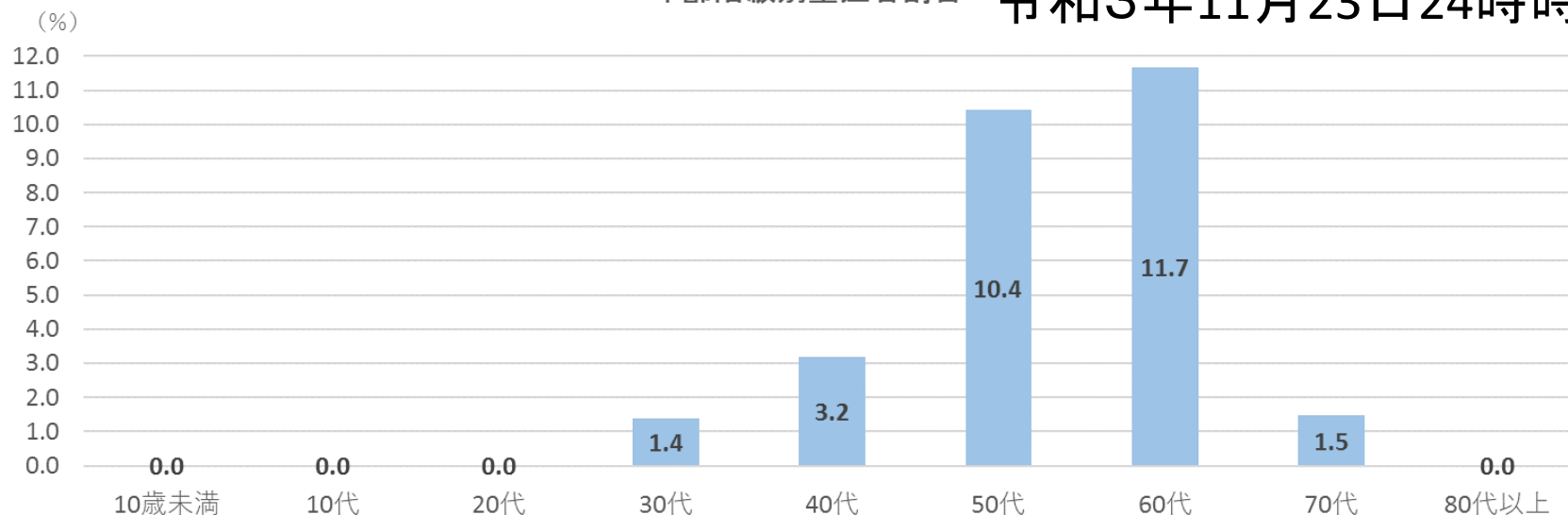
注1: 現在厚生労働省HPで毎日更新している陽性者数・死亡者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における陽性者数・死亡者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

注2: 本「発生動向」における死亡者数・陽性者数の各年代の「計」には、年齢階級が明らかであるものの都道府県に確認してもなお性別が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、男女のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

注3: 本「発生動向」における死亡者数・陽性者数の「年齢階級計」には、性別が明らかであるものの都道府県に確認してもなお年齢階級が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、各年齢階級のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

# 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値） （重症者割合）

年齢階級別重症者割合 令和3年11月23日24時時点



重症者割合(%)、重症者数(人)、入院治療等を要する者(人)

	全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
重症者割合 (%)	2.7	0.0	0.0	0.0	1.4	3.2	10.4	11.7	1.5	0.0
重症者数 (人)	48	0	0	0	1	4	12	11	8	2
入院治療等を要する者の年齢構成が把握出来ている都道府県における「重症者数」及び「入院治療等を要する者」は以下の通り										
重症者数 (人)	21	0	0	0	1	2	5	7	1	0
入院治療等を要する者 (人)	766	35	35	81	72	63	48	60	68	130

## 【重症者割合】

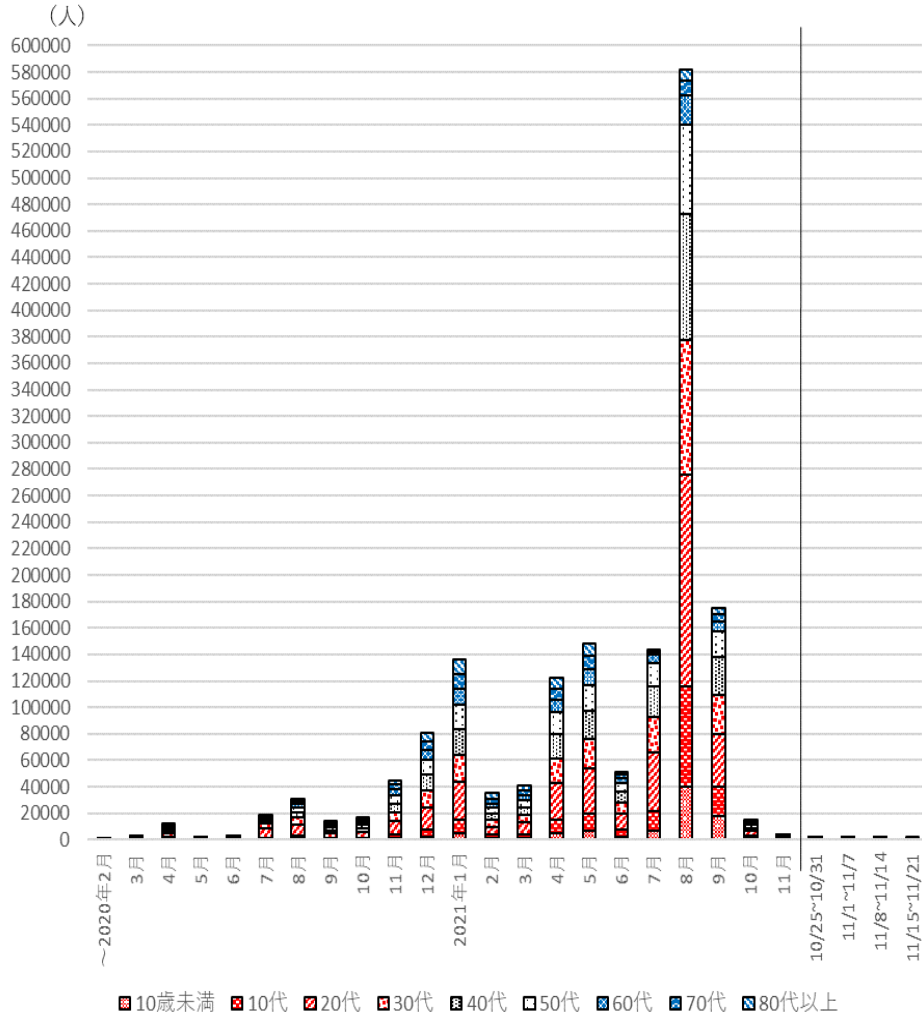
年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合(ただし、重症者割合については、入院治療等を要する者の年齢構成が把握出来ている都道府県のみについて計算したもの)

注1: 現在厚生労働省HPで毎日更新している重症者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における重症者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

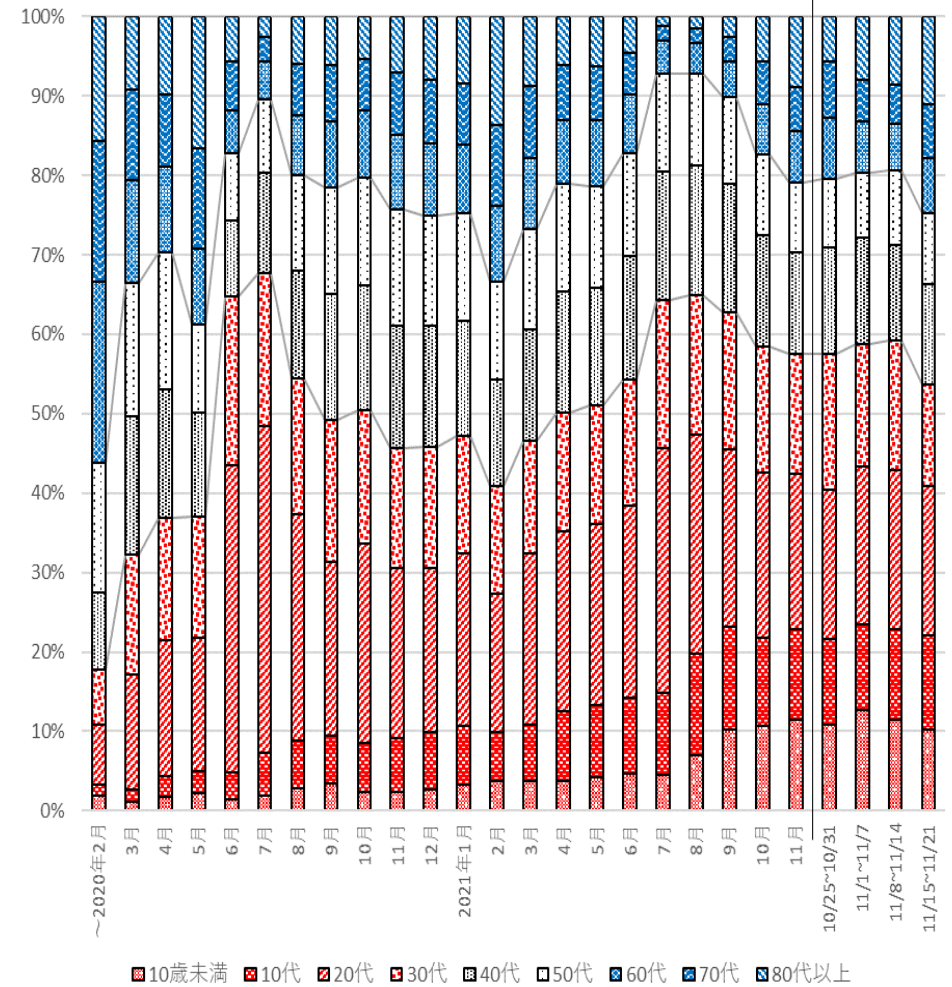
注2: 本「発生動向」における重症者数等の「全体」には、都道府県に確認してもなお年齢階級が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、各年齢階級のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

# 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

## 年齢階級別新規陽性者数の推移



## 年齢階級別新規陽性者数の構成割合の推移



注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成したもの（令和3年11月23日24時時点）。  
確定日、年齢階級が把握できていないデータ（調査中、非公表、不明）は含まれていない。

## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における感染症の対応について
5. 感染防止対策加算について

# ①入院関係の算定状況について

# 救命救急入院料の算定状況

○ 救命救急入院料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 救命救急入院料

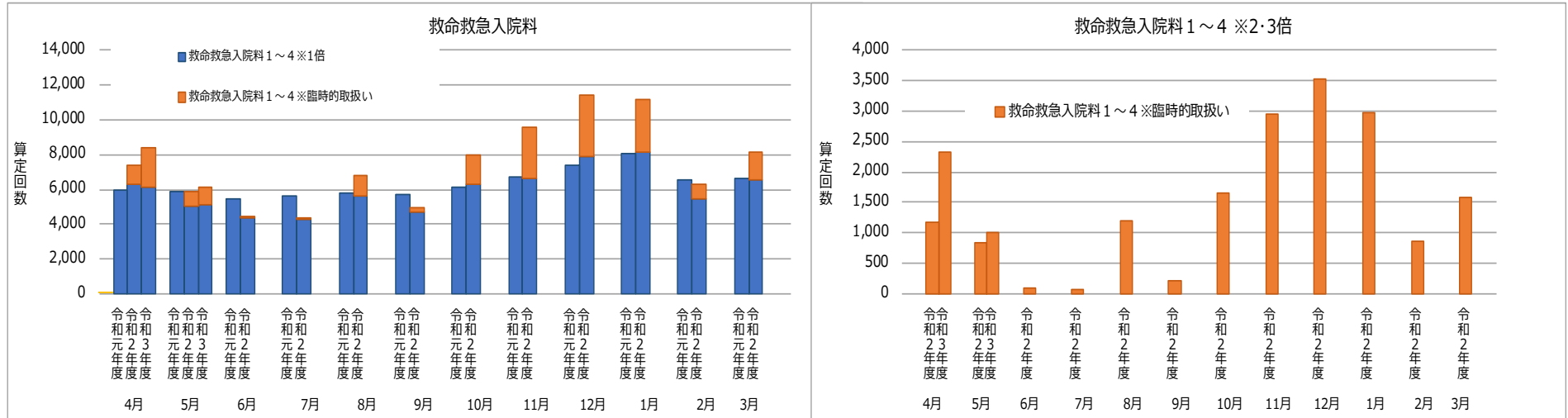
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
救命救急入院料 1～4 ※1倍	5,956	5,892	5,477	5,605	5,770	5,698	6,100	6,754	7,354	8,049	6,558	6,641	6,255	5,032	4,342	4,283	5,606	4,731	6,324	6,594	7,867	8,166	5,484	6,537	6,119	5,153
救命救急入院料 1～4 ※臨時的取扱い													1,171	825	84	61	1,187	211	1,663	2,943	3,530	2,969	848	1,581	2,317	994
救命救急入院料 1～4 (計)	5,956	5,892	5,477	5,605	5,770	5,698	6,100	6,754	7,354	8,049	6,558	6,641	7,426	5,857	4,426	4,344	6,793	4,942	7,987	9,537	11,397	11,135	6,332	8,118	8,436	6,147

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合は10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(救命救急入院料 1～4 ※1倍)	105%	85%	79%	76%	97%	83%	104%	98%	107%	101%	84%	98%	103%	87%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

## ■ (参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度	令和3年度							累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日			
救命救急入院料	1,324	59	231	81	10	160	46	1,911	6,292	
救命救急入院料 1	654	26	147	47	6	109	24	1,013	3,528	
救命救急入院料 2	197	5	31	-9	0	20	2	246	196	
救命救急入院料 3	178	3	-14	92	4	37	-2	298	1,666	
救命救急入院料 4	295	25	67	-49	0	-6	22	354	902	

# 特定集中治療室管理料の算定状況

○ 特定集中治療室管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 特定集中治療室管理料

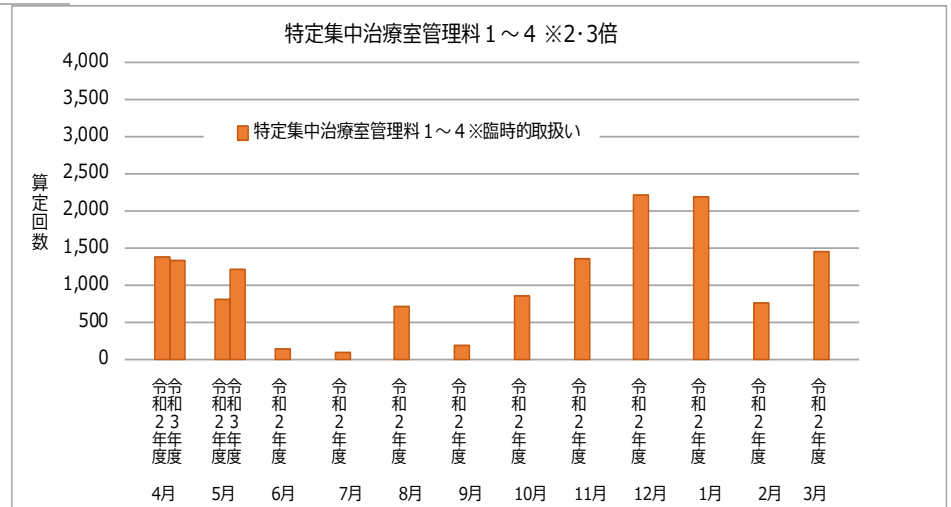
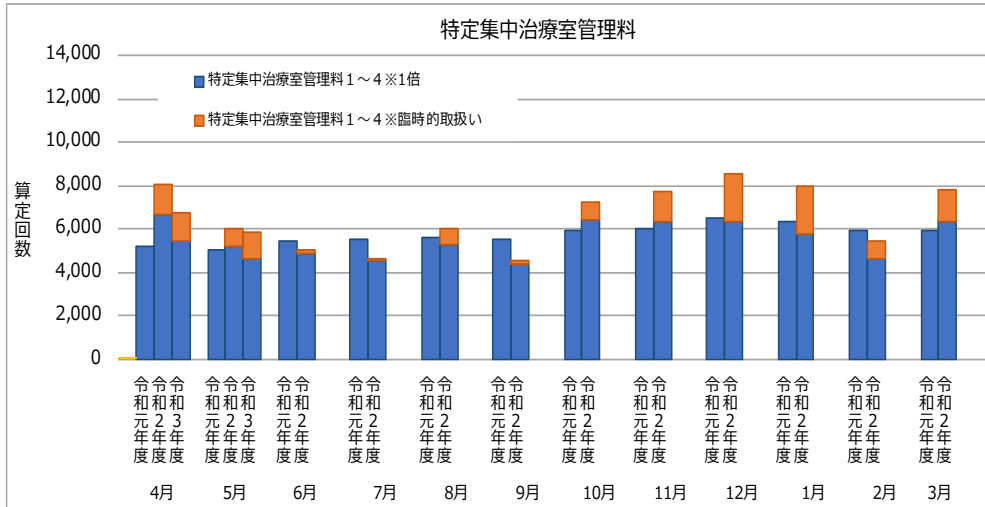
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度										令和3年度			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
特定集中治療室管理料1～4※1倍	5,211	5,022	5,479	5,541	5,625	5,512	5,937	6,054	6,471	6,372	5,976	5,911	6,670	5,217	4,911	4,536	5,262	4,398	6,429	6,370	6,316	5,773	4,671	6,364	5,445	4,671
特定集中治療室管理料1～4※臨時的取扱い													1,378	811	141	104	728	188	848	1,371	2,225	2,196	764	1,453	1,333	1,209
特定集中治療室管理料(計)	5,211	5,022	5,479	5,541	5,625	5,512	5,937	6,054	6,471	6,372	5,976	5,911	8,048	6,028	5,052	4,640	5,990	4,586	7,277	7,741	8,541	7,969	5,435	7,817	6,778	5,880

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合は10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(特定集中治療室管理料1～4※1倍)	128%	104%	90%	82%	94%	80%	108%	105%	98%	91%	78%	108%	104%	93%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

## ■(参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度		令和3年度					累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日		
特定集中治療室管理料	1,016	48	107	56	-6	56	112	1,389	5,202
特定集中治療室管理料1	244	24	68	-22	-5	65	30	404	1,397
特定集中治療室管理料2	95	22	20	30	-8	23	2	184	797
特定集中治療室管理料3	628	2	19	44	1	-26	80	748	2,390
特定集中治療室管理料4	49	0	0	4	6	-6	0	53	618

# ハイケアユニット入院医療管理料の算定状況

○ ハイケアユニット入院医療管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ ハイケアユニット入院医療管理料

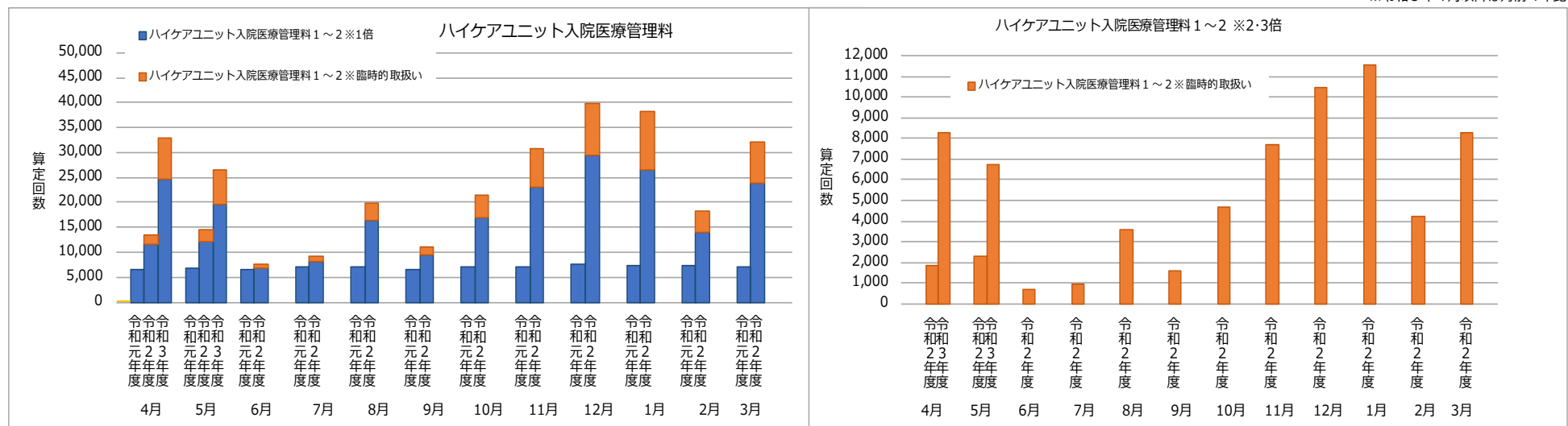
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※1倍	6,483	6,838	6,463	7,158	7,073	6,634	7,138	7,063	7,498	7,415	7,343	7,205	11,665	12,226	6,850	8,199	16,313	9,545	16,822	22,966	29,319	26,558	13,962	23,873	24,699	19,651
ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※臨時的取扱い													1,871	2,288	660	955	3,587	1,573	4,706	7,696	10,441	11,587	4,200	8,267	8,305	6,739
ハイケアユニット入院医療管理料 (計)	6,483	6,838	6,463	7,158	7,073	6,634	7,138	7,063	7,498	7,415	7,343	7,205	13,536	14,514	7,510	9,154	19,900	11,118	21,528	30,662	39,760	38,145	18,162	32,140	33,004	26,390

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比 (ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※1倍)	180%	179%	106%	115%	231%	144%	236%	325%	391%	358%	190%	331%	381%	287%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

## ■ (参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度		令和3年度					累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日		
ハイケアユニット入院医療管理料	8,819	657	1,268	471	284	803	1,226	13,528	6,084
ハイケアユニット入院医療管理料 1	7,318	512	930	490	-8	555	938	10,735	5,779
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1,501	145	338	-19	292	248	288	2,793	305



# 二類感染症患者入院診療加算の算定状況

○ 二類感染症患者入院診療加算の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 二類感染症患者入院診療加算

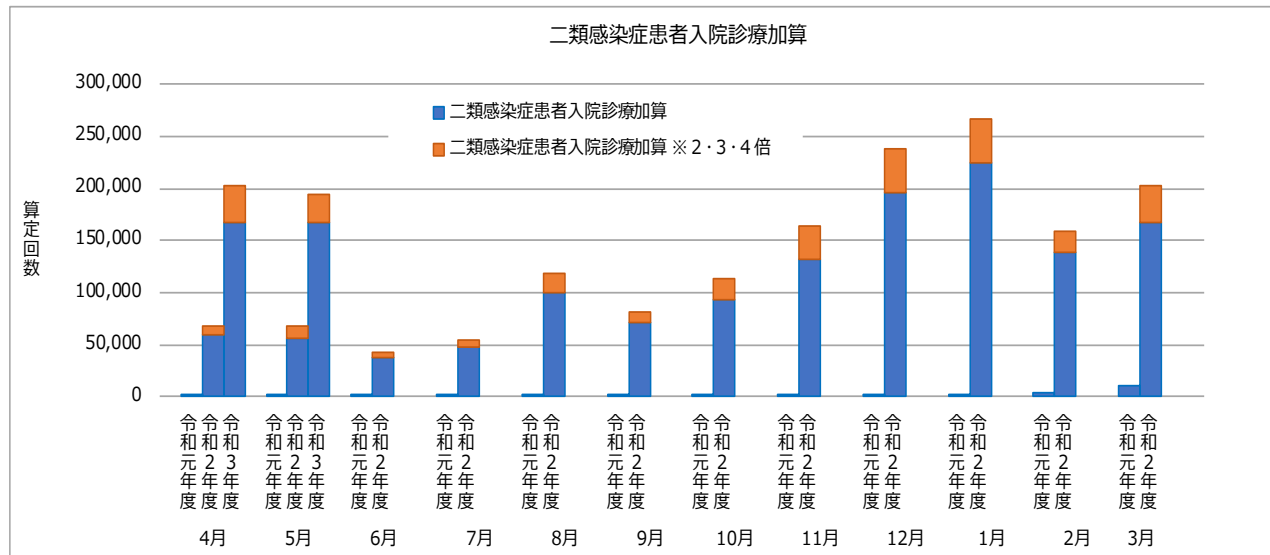
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
二類感染症患者入院診療加算	1,409	1,422	1,387	1,741	1,520	1,195	1,295	1,419	1,379	1,669	3,068	10,784	59,160	55,574	38,145	46,788	99,758	70,653	93,008	131,489	195,974	224,376	139,153	167,691	167,874	166,801
二類感染症患者入院診療加算 ※ 2・3・4倍													9,109	11,863	4,902	6,839	18,310	9,844	21,033	31,880	42,443	41,437	19,619	35,553	35,376	27,761

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（二類感染症患者入院診療加算）	4199%	3908%	2750%	2687%	6563%	5912%	7182%	9266%	14211%	13444%	4536%	1555%	11914%	11730%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算の算定回数の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 救急医療管理加算

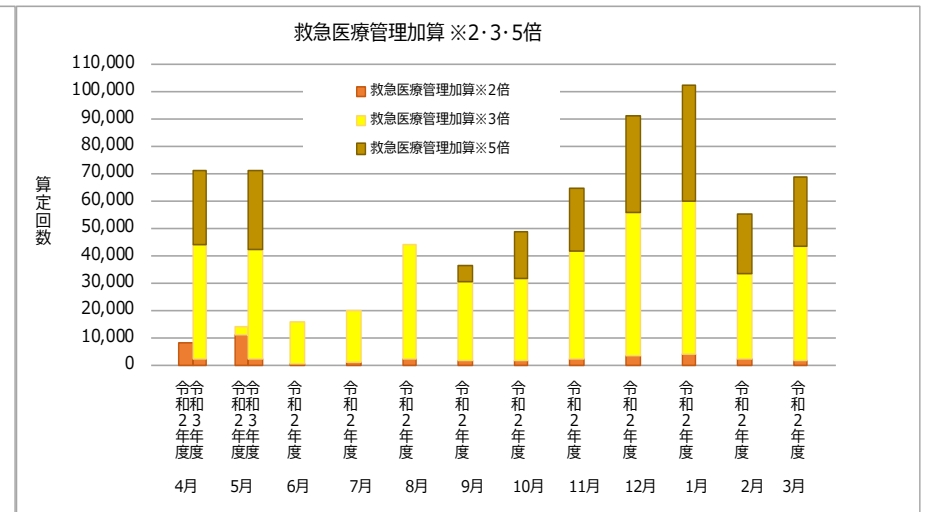
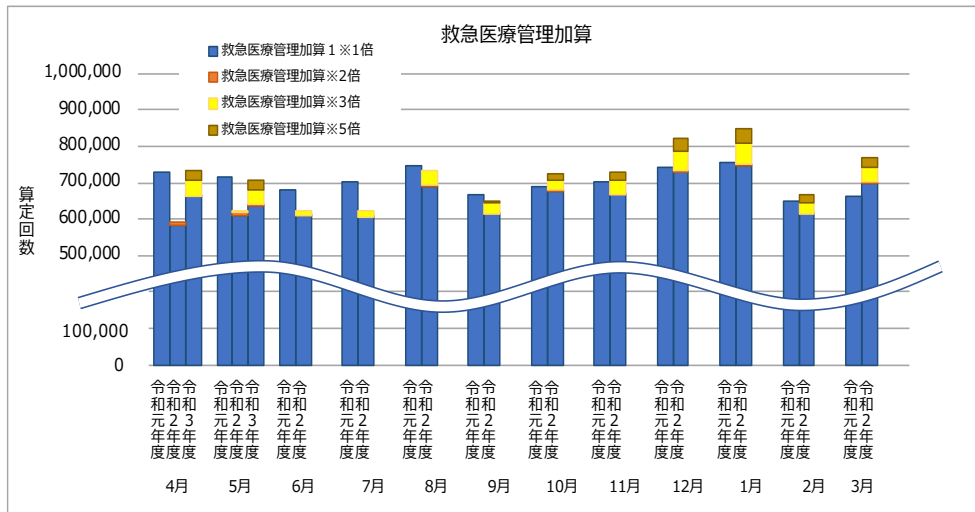
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
救急医療管理加算 1 ※1倍	730,450	715,371	679,212	703,123	746,780	666,566	689,012	704,826	743,612	755,663	651,348	663,104	582,209	607,989	609,564	604,853	691,222	613,064	677,437	666,663	728,849	748,137	613,075	699,168	662,082	636,388
救急医療管理加算 ※2倍													8,260	10,850	472	960	2,055	1,431	1,793	2,210	3,538	3,817	1,960	1,820	1,926	2,315
救急医療管理加算 ※3倍													-	3,038	14,987	18,729	41,789	28,941	29,841	39,615	52,358	56,105	31,413	41,595	42,108	40,212
救急医療管理加算 ※5倍													-	-	-	-	-	5,956	17,064	22,763	35,404	42,727	21,737	25,368	27,202	28,921
救急医療管理加算 (計)	730,450	715,371	679,212	703,123	746,780	666,566	689,012	704,826	743,612	755,663	651,348	663,104	590,469	621,877	625,023	624,542	735,066	649,392	726,135	731,251	820,149	850,786	668,185	767,951	733,318	707,836

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(救急医療管理加算 1 ※1倍)	80%	85%	90%	86%	93%	92%	98%	95%	98%	99%	94%	105%	91%	89%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 「新型コロナの回復患者の受入に係る評価」の算定状況

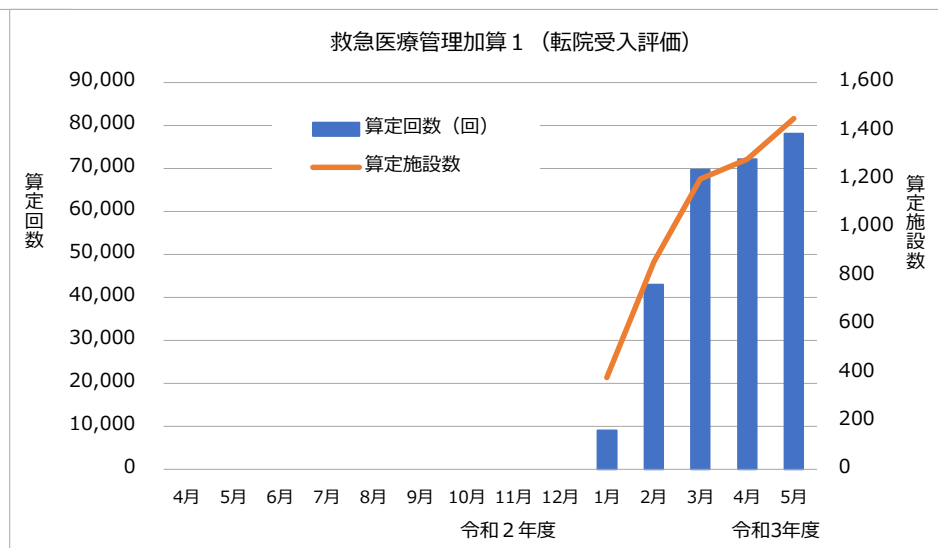
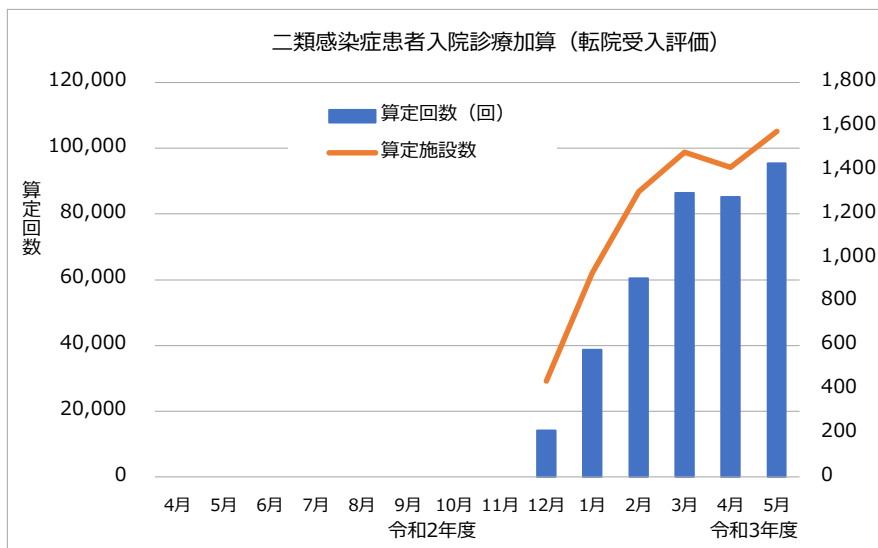
○ 新型コロナの回復患者の受入に係る評価の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 二類感染症患者入院診療加算（転院受入評価）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
二類感染症患者入院診療加算（転院受入評価）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,085	38,671	60,445	86,449	85,232	95,503
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	438	931	1,302	1,483	1,414	1,577

## ■ 救急医療管理加算1（転院受入評価）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
救急医療管理加算1（転院受入評価）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,080	42,987	69,807	72,153	78,120
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	381	859	1,201	1,284	1,451



※ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）を算定可能としている。（令和2年12月15日付事務連絡）

※ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算（950点/日）を最大90日間算定可能としている。（令和3年1月22日付事務連絡）

# 「各医療機関等における感染症対策に係る評価（入院）」の算定状況

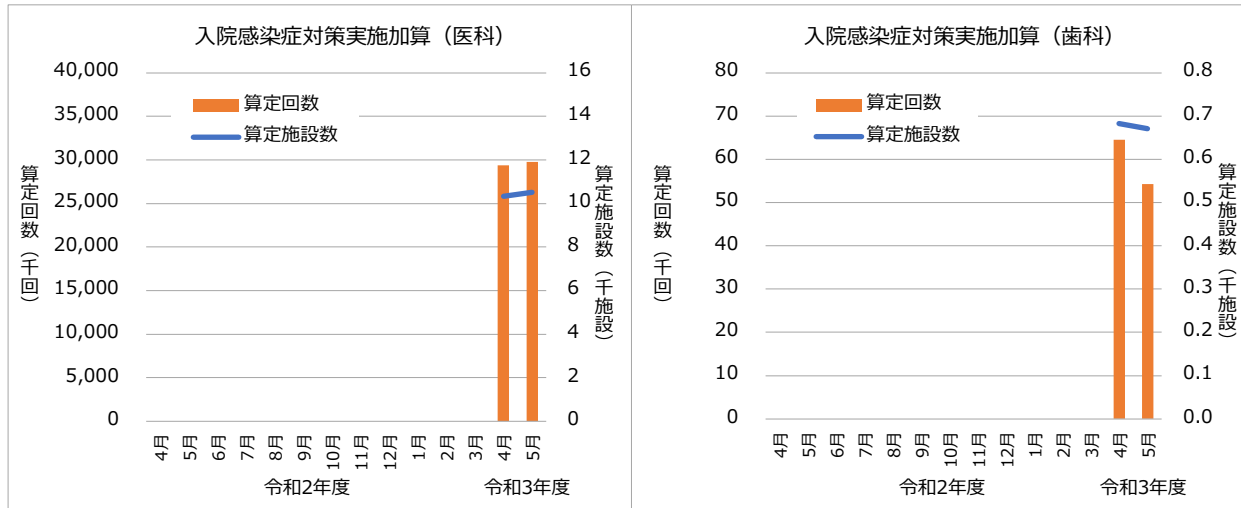
○ 各医療機関等における感染症対策に係る評価（入院）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 入院感染症対策実施加算（医科）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
入院感染症対策実施加算（医科）	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29,382,256	29,752,161
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,326	10,519

## ■ 入院感染症対策実施加算（歯科）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
入院感染症対策実施加算（歯科）	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64,451	54,289
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	682	671



## ②外来関係の算定状況について

# 院内トリアージ実施料の算定状況

○ 院内トリアージ実施料の算定回数の推移は、以下のとおり。

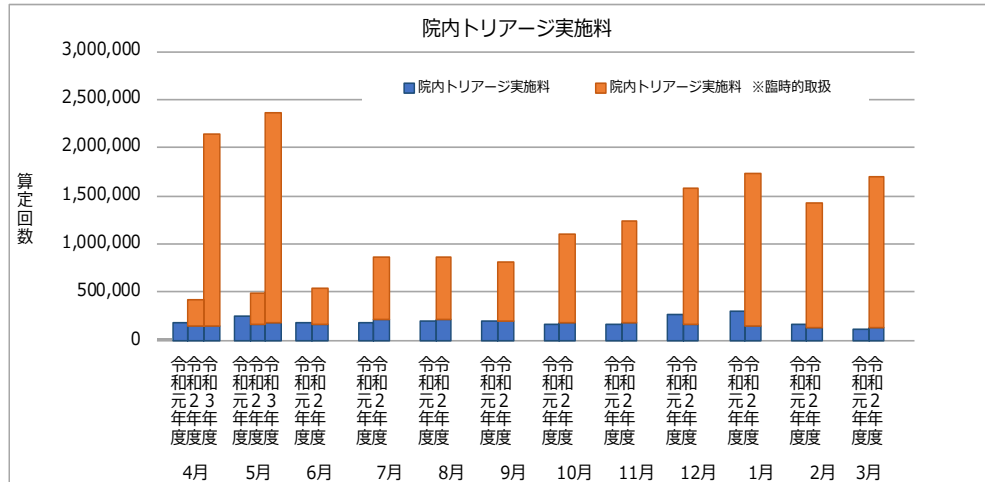
## ■ 院内トリアージ実施料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
院内トリアージ実施料	193,761	251,079	178,714	192,417	207,479	205,253	172,124	173,573	263,311	300,312	176,500	114,656	145,920	167,205	163,114	221,291	215,251	201,413	185,717	180,291	171,768	150,640	131,697	134,661	151,748	182,474
院内トリアージ実施料 ※臨時的取扱													269,959	318,762	372,974	651,300	645,362	611,710	912,713	1,054,444	1,409,873	1,583,987	1,292,157	1,570,507	1,985,358	2,173,870
院内トリアージ実施料 (計)	193,761	251,079	178,714	192,417	207,479	205,253	172,124	173,573	263,311	300,312	176,500	114,656	415,879	485,967	536,088	872,591	860,613	813,123	1,098,430	1,234,735	1,581,641	1,734,627	1,423,854	1,705,168	2,137,106	2,356,344

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比 (院内トリアージ実施料)	215%	194%	300%	453%	415%	396%	638%	711%	601%	578%	807%	1487%	1103%	938%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 初診料の算定状況

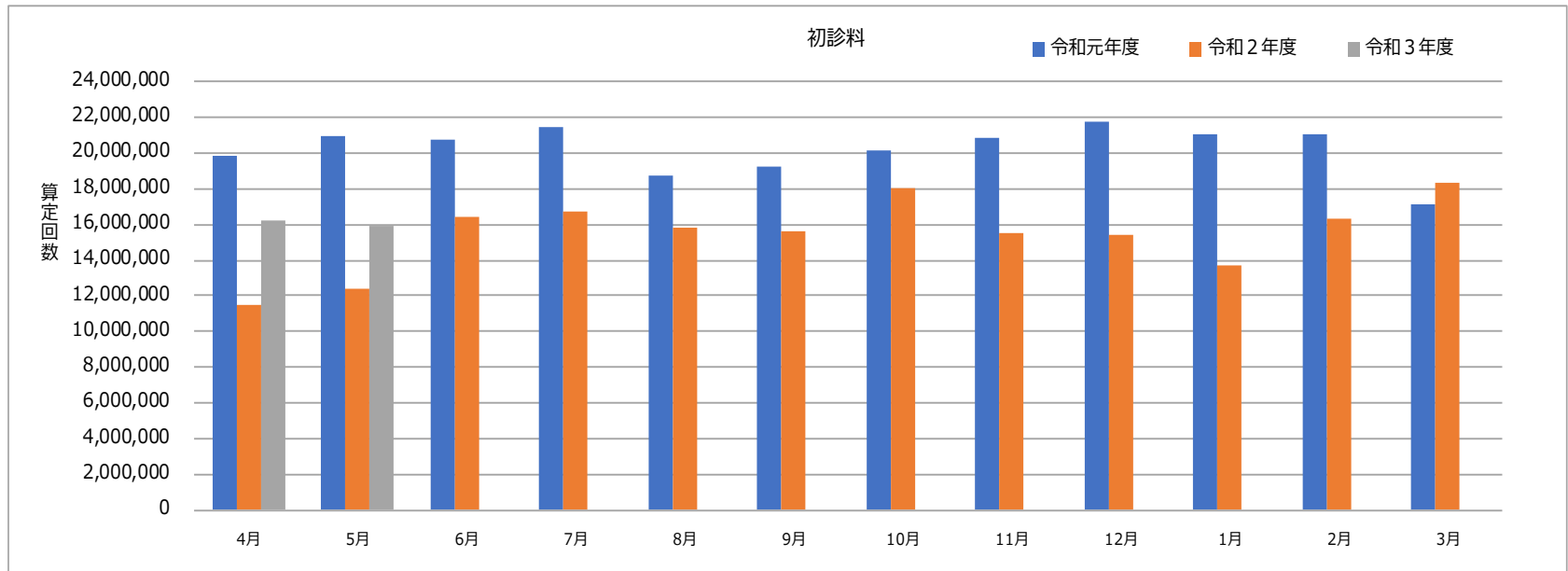
○ 初診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 初診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
初診料	19,900,194	20,968,223	20,778,241	21,462,080	18,705,580	19,214,971	20,162,993	20,819,284	21,775,324	21,082,634	21,045,565	17,176,079	11,491,721	12,426,372	16,427,359	16,776,360	15,779,751	15,618,344	18,082,609	15,519,420	15,369,054	13,747,158	16,293,804	18,345,942	16,206,681	15,922,679
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（初診料）												58%	59%	79%	78%	84%	81%	90%	75%	71%	65%	77%	107%	81%	76%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 再診料の算定状況

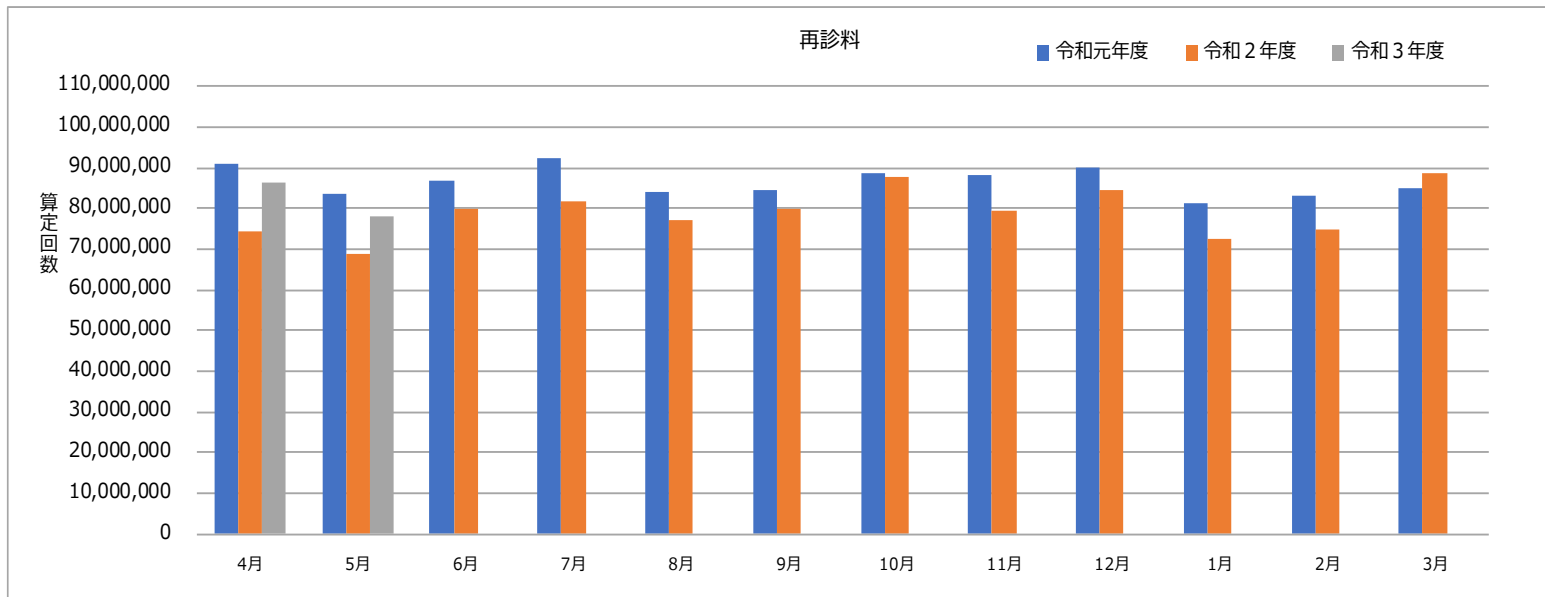
○ 再診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 再診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
再診料	91,013,437	83,492,921	86,884,348	92,349,211	83,849,495	84,720,308	88,866,969	88,275,593	90,093,030	81,178,194	83,040,142	84,996,824	74,544,002	68,865,777	79,874,102	81,958,089	77,165,170	79,691,101	87,665,935	79,214,247	84,519,001	72,711,943	74,806,289	88,847,020	86,202,176	77,858,177
算定月				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月									
対前年比(再診料)				82%	82%	92%	89%	92%	94%	99%	90%	94%	90%	90%	105%	95%	93%									

※令和3年4月以降は対前々年比





# 外来診療料の算定状況

○ 外来診療料の算定回数の推移は、以下のとおり。

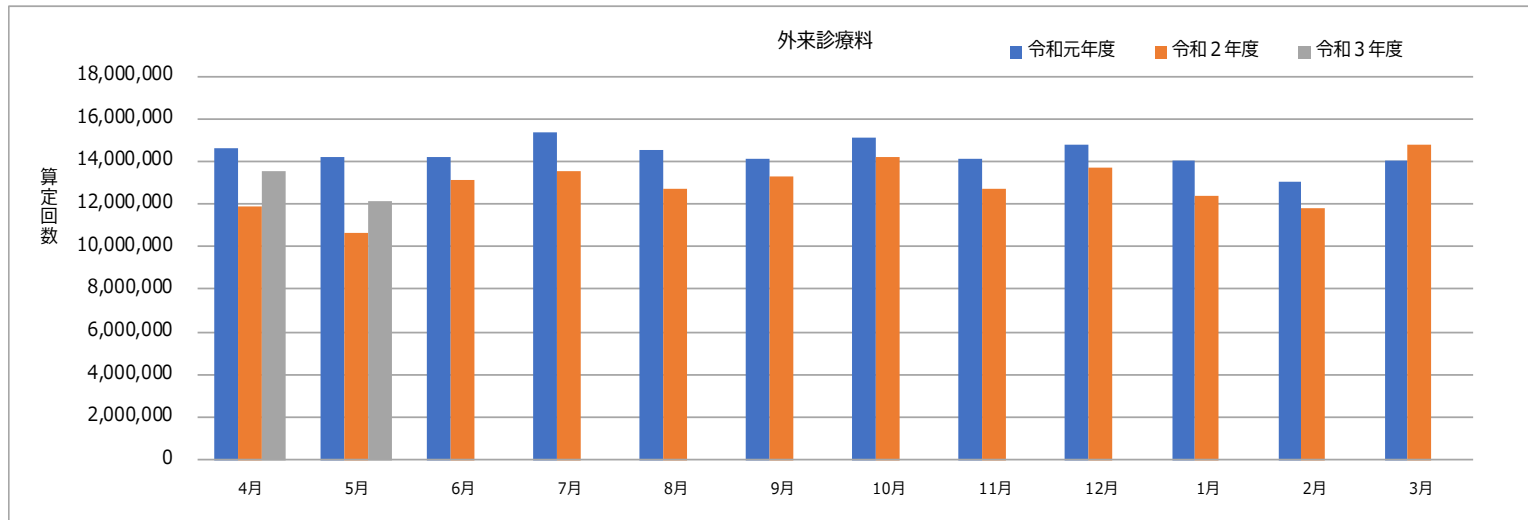
## ■ 外来診療料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
外来診療料	14,592,594	14,167,696	14,162,837	15,355,004	14,567,583	14,099,588	15,136,004	14,148,554	14,772,166	13,997,545	13,009,845	14,057,111	11,924,117	10,671,395	13,088,653	13,552,734	12,726,398	13,280,061	14,163,788	12,731,399	13,740,602	12,356,307	11,808,197	14,806,164	13,538,406	12,094,413

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(外来診療料)	82%	75%	92%	88%	87%	94%	94%	90%	93%	88%	91%	105%	93%	85%

※令和3年4月以降は対前々年比



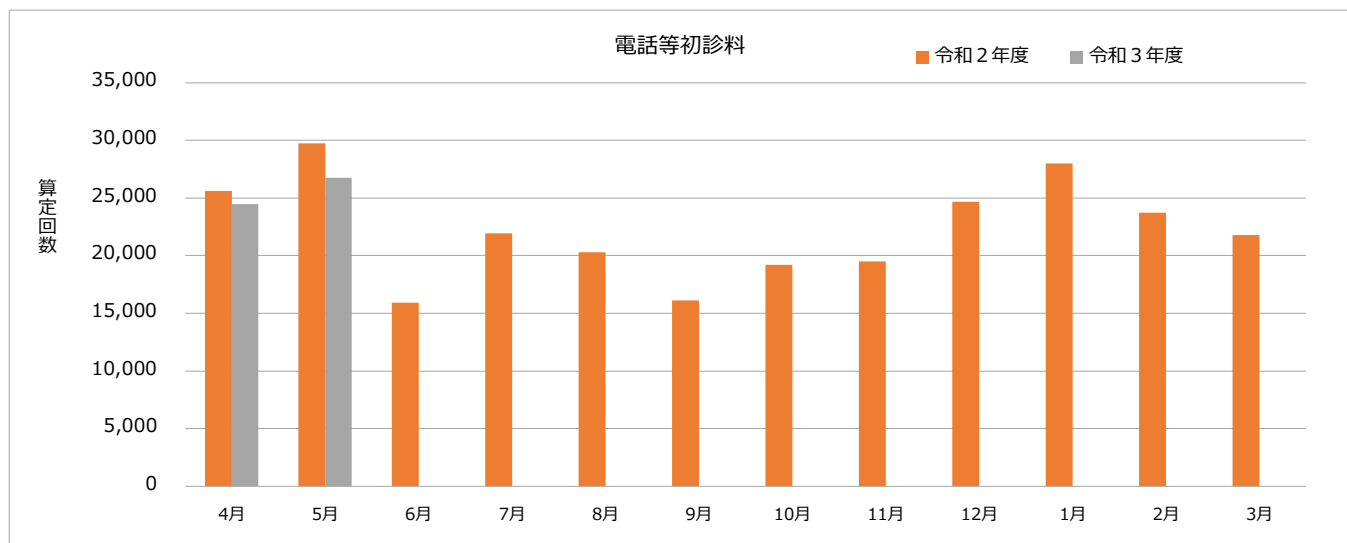
# 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合の初診料(電話等初診料)の算定状況

○ 電話等初診料（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 電話等初診料

(単位：回数)

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
電話等初診料	25,636	29,761	15,939	21,932	20,275	16,100	19,205	19,522	24,646	28,023	23,701	21,767	24,487	26,769



※ 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた診療報酬上の時限的・特例的取扱いとして、令和2年4月10日以降、電話や情報通信機器を用いた初診を実施した場合、初診料として214点を算定可能としている。(令和2年4月10日付事務連絡)

# 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合の再診料(電話等再診料)の算定状況

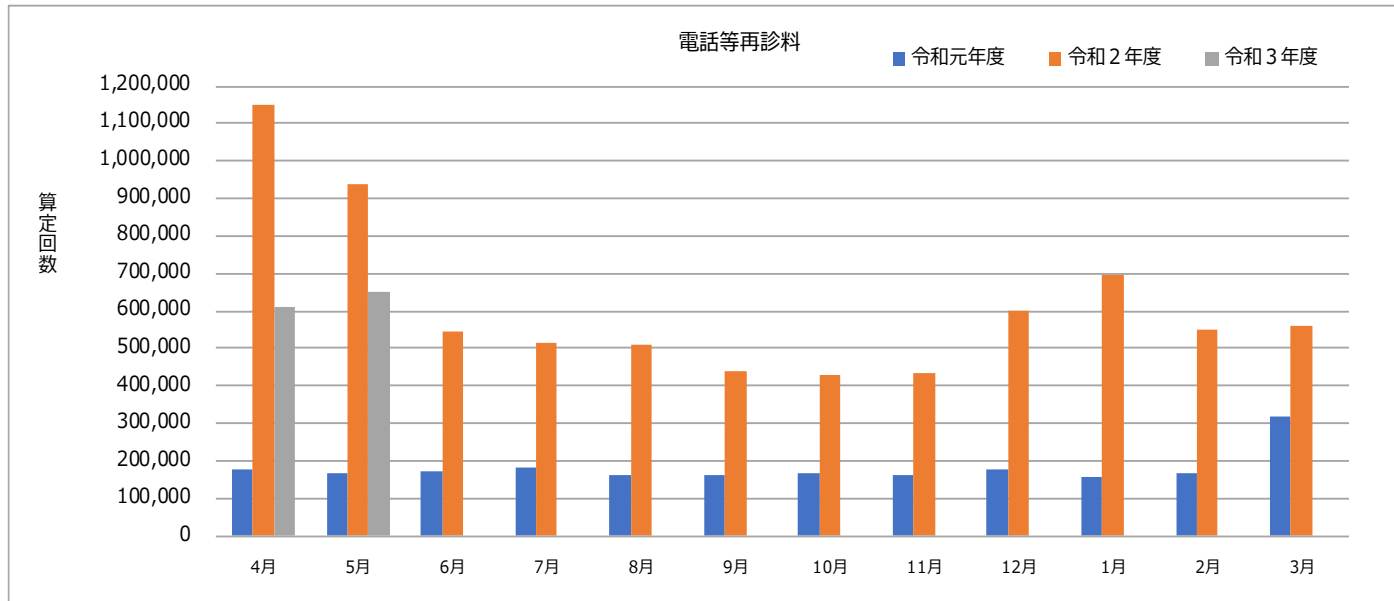
○ 電話等再診料（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 電話等再診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
電話等再診料	175,687	165,170	173,008	184,138	161,096	162,763	168,882	163,438	176,153	159,363	165,546	320,829	1,149,882	939,328	547,260	514,102	509,313	439,091	429,519	435,474	600,748	697,087	550,308	558,011	608,289	650,494
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（電話等再診料）												655%	569%	316%	279%	316%	270%	254%	266%	341%	437%	332%	174%	346%	394%

※令和3年4月以降は対前々年比



※ 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた診療報酬上の臨時的取扱いとして、令和2年2月28日以降、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、電話等再診料（73点）を算定可能としている。（令和2年2月28日付事務連絡）

# オンライン診療料の算定状況

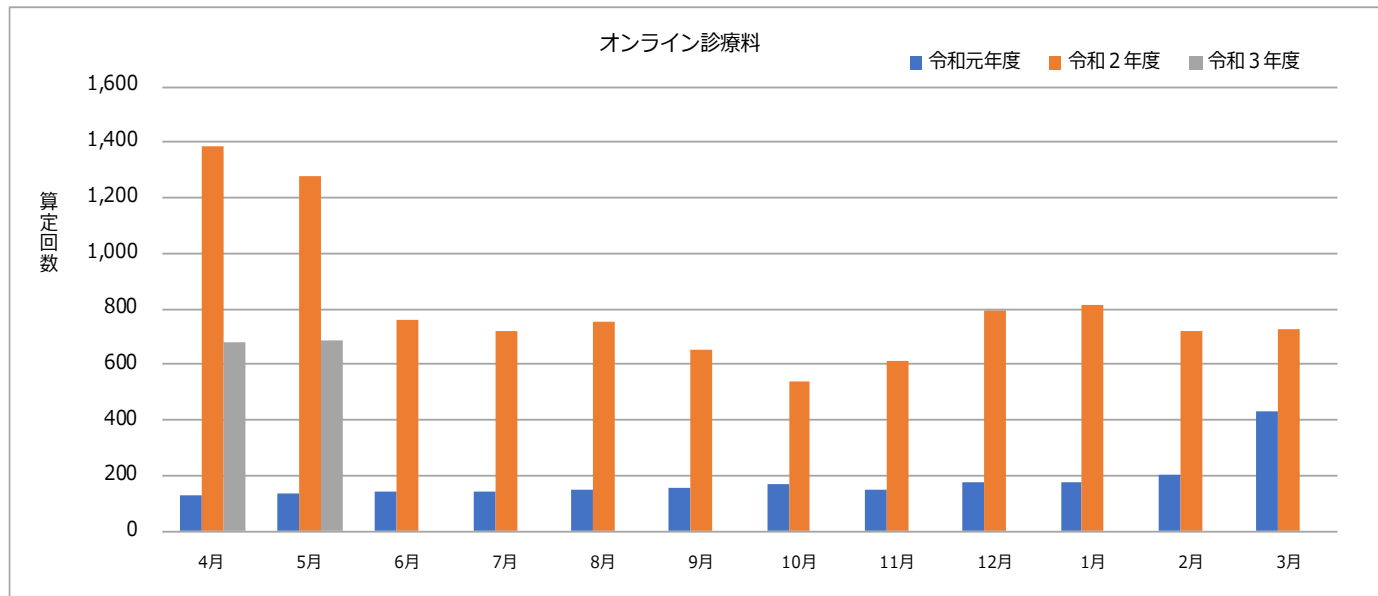
○ オンライン診療科（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ オンライン診療料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
オンライン診療料（月1回）	131	137	144	141	151	154	167	152	178	178	206	430	1,385	1,281	760	721	756	656	537	612	795	813	717	724	680	688
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（オンライン診療料（月1回））												1057%	935%	528%	511%	501%	426%	322%	403%	447%	457%	348%	168%	519%	502%

※令和3年4月以降は対前々年比



※ 新型コロナウイルスの感染が拡大している間、診療報酬上の臨時的取扱いとして、オンライン診療料の施設基準における「1月当たりの再診料等の算定回数の合計に占めるオンライン診療料の算定回数の割合が1割以下であること」とする要件については適用しないこととしている。（令和2年4月14日付事務連絡）

# 「小児の外来診療に係る評価」の算定状況

○ 小児の外来診療等について（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 乳幼児感染予防策加算（医科）

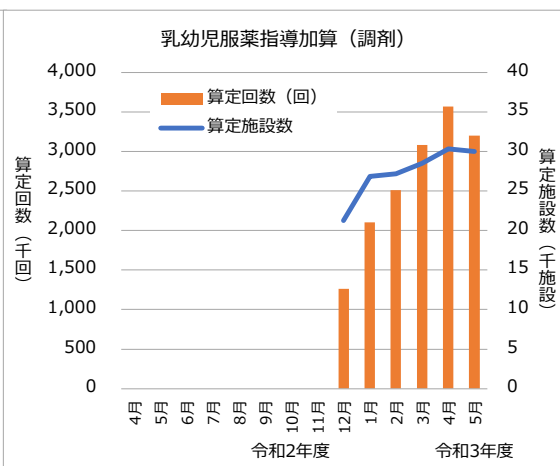
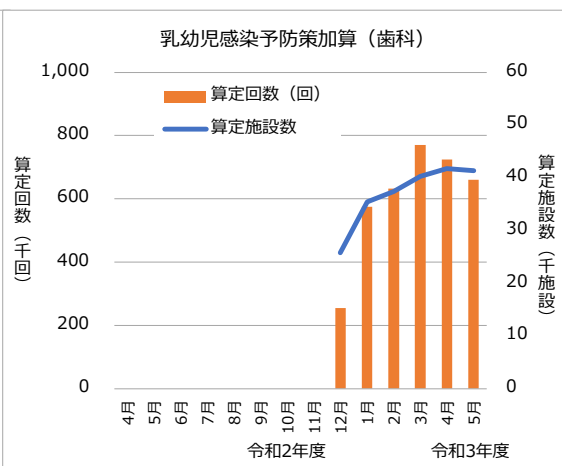
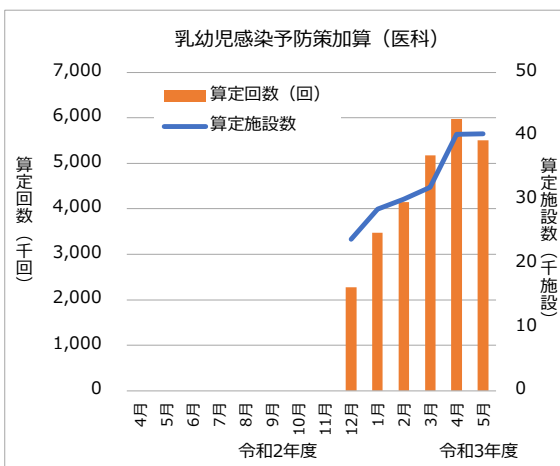
		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児感染予防策加算（医科）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,279,408	3,477,207	4,146,187	5,174,303	5,979,643	5,510,202
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23,821	28,528	30,108	31,972	40,255	40,332

## ■ 乳幼児感染予防策加算（歯科）

		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児感染予防策加算（歯科）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	255,509	574,574	632,358	770,035	724,166	659,745
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,777	35,414	37,440	40,242	41,754	41,346

## ■ 乳幼児服薬指導加算（調剤）

		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児服薬指導加算（調剤）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,264,111	2,104,262	2,509,271	3,081,231	3,566,447	3,198,185
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,245	26,871	27,162	28,492	30,294	29,961



※ 新型コロナウイルスの感染が拡大している間、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、小児の外来診療等において特に必要な感染予防策を講じた上で診療等を実施した場合、乳幼児感染予防策加算等を算定できることとしている。（令和2年12月15日付事務連絡）

# 「各医療機関等における感染症対策に係る評価（外来診療等）」の算定状況

○ 各医療機関等における感染症対策に係る評価（外来診療等）の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 医科外来等感染症対策実施加算

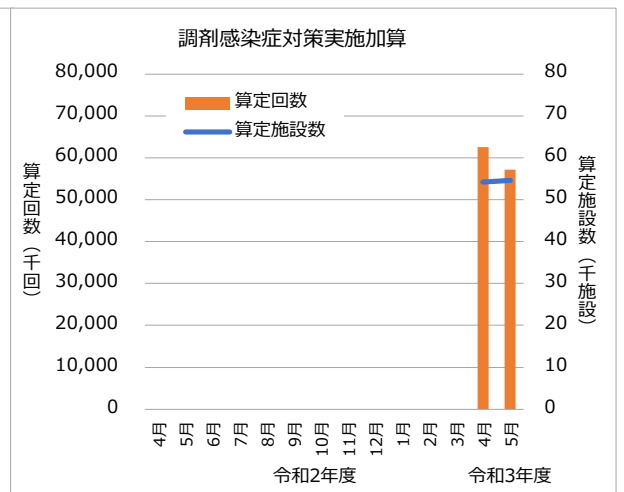
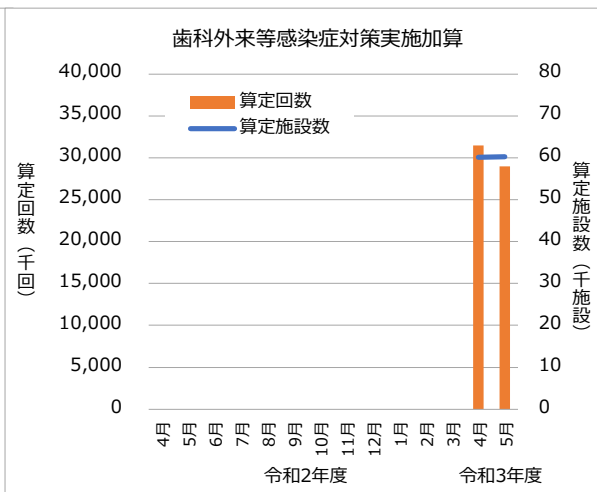
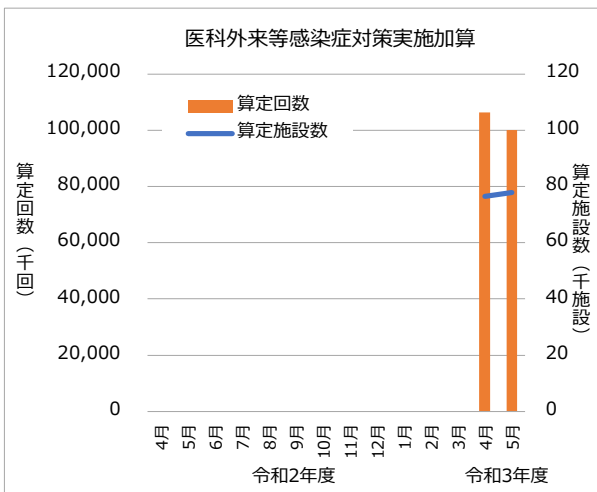
算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
医科外来等感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106,276,271	100,124,201
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,407	77,858

## ■ 歯科外来等感染症対策実施加算

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
歯科外来等感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,496,169	28,976,835
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60,054	60,228

## ■ 調剤感染症対策実施加算

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
調剤感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62,485,458	57,099,648
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54,215	54,662



### ③検査等の算定状況について

# SARS-CoV-2核酸検出等の算定状況

○ SARS-CoV-2核酸検出等の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ SARS-CoV-2核酸検出等（入院）

（単位：回数）

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
SARS-CoV-2抗原検出	-	88	923	2,892	8,281	14,350	43,103	68,260	104,097	131,671	117,896	135,459	133,046	141,201
SARS-CoV-2抗原検出（定量）	-	-	-	28	726	1,762	7,296	14,166	27,427	40,119	40,349	52,285	55,003	59,694
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託）	3,280	3,618	3,020	4,297	7,630	8,310	19,851	30,704	49,971	69,699	58,870	60,669	59,055	60,324
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託以外）	1,203	1,699	1,321	1,988	4,250	9,471	54,177	92,536	131,127	180,975	180,687	234,439	244,702	253,024
計	4,483	5,405	5,264	9,205	20,887	33,893	124,427	205,666	312,622	422,464	397,802	482,852	491,806	514,243

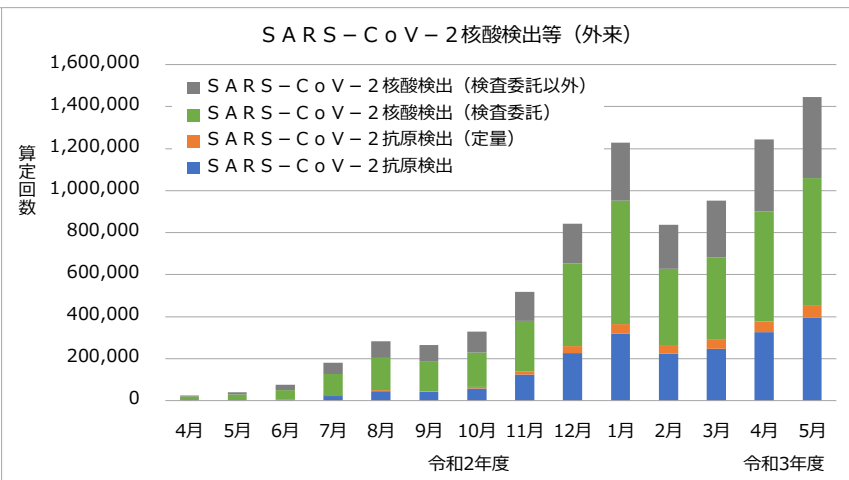
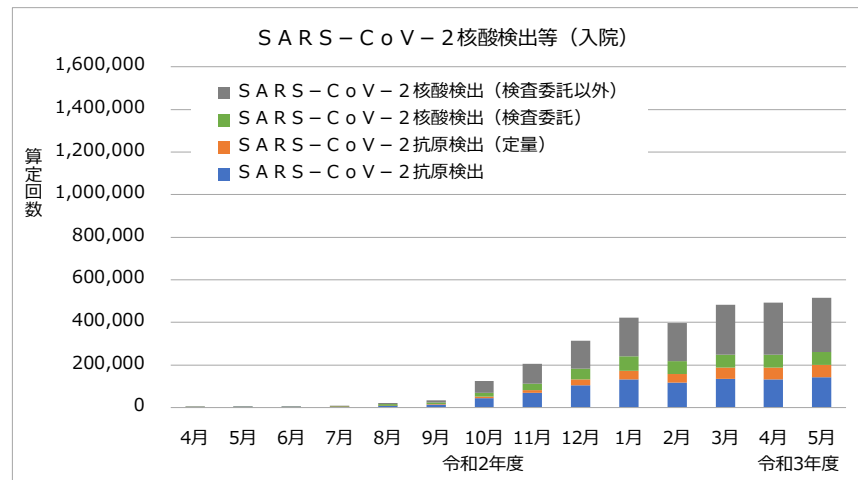
「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

## ■ SARS-CoV-2核酸検出等（外来）

（単位：回数）

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
SARS-CoV-2抗原検出	-	375	4,606	21,850	46,074	41,354	58,875	123,850	226,132	317,072	223,682	245,502	324,752	393,774
SARS-CoV-2抗原検出（定量）	-	-	-	269	2,829	4,128	6,923	15,834	33,088	47,437	41,532	47,788	52,693	56,946
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託）	19,394	29,588	44,800	104,790	154,629	141,488	162,400	241,208	395,008	588,116	361,440	387,652	523,663	608,477
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託以外）	3,970	10,811	25,192	53,904	80,197	77,628	100,470	137,515	189,120	275,060	210,957	270,412	342,481	387,534
計	23,364	40,774	74,598	180,813	283,729	264,598	328,668	518,407	843,348	1,227,685	837,611	951,354	1,243,589	1,446,731

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。





# 「手術」の算定状況

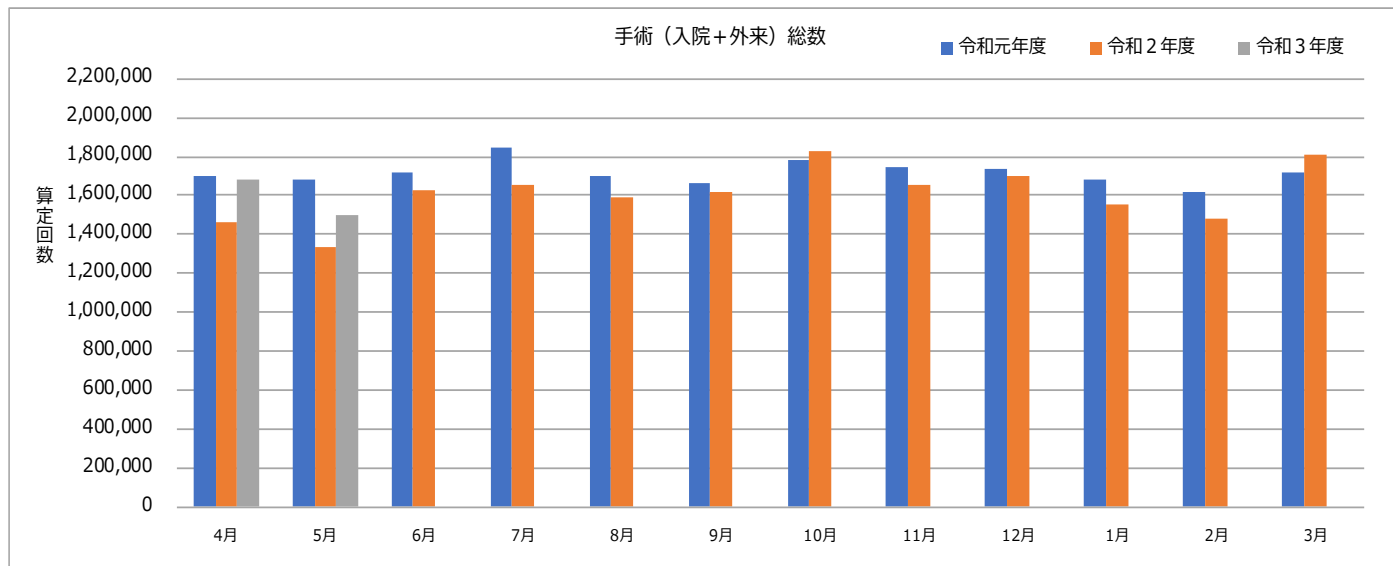
○ 手術（入院+外来）の総算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 手術（入院+外来）総数

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
手術（入院+外来）総数	1,697,152	1,677,959	1,718,321	1,846,239	1,696,069	1,663,393	1,777,521	1,744,047	1,731,746	1,684,096	1,619,487	1,719,879	1,462,754	1,330,537	1,629,798	1,653,860	1,586,827	1,616,676	1,826,741	1,658,111	1,696,404	1,550,156	1,476,759	1,809,392	1,677,961	1,501,447
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（手術（入院+外来）総数）												86%	79%	95%	90%	94%	97%	103%	95%	98%	92%	91%	105%	99%	89%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 「カテーテル」及び「内視鏡」の状況

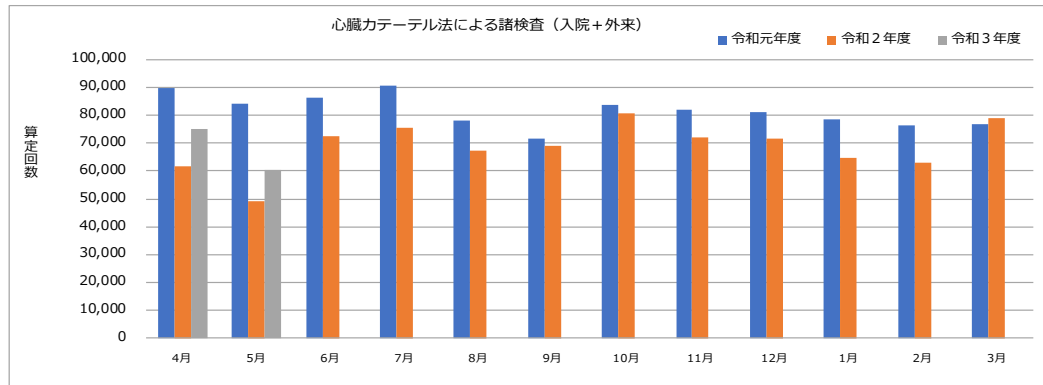
○ 心臓カテーテル法による諸検査の算定回数及び内視鏡検査の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来）

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来）	89,989	84,305	86,243	90,453	78,144	71,847	83,850	82,069	81,368	78,357	76,479	76,955	61,496	49,308	72,667	75,382	67,191	69,245	80,773	72,062	71,586	64,888	63,027	79,087	75,236	60,531
算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来））	68%	58%	84%	83%	86%	96%	96%	88%	88%	83%	82%	103%	84%	72%												

※令和3年4月以降は対前々年比

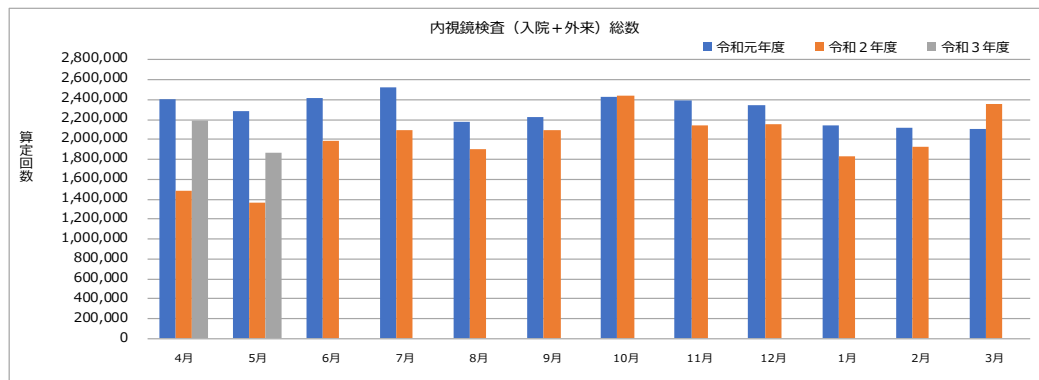


## ■ 内視鏡検査（入院＋外来）総数

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
内視鏡検査（入院＋外来）総数	2,401,529	2,286,408	2,411,739	2,522,584	2,182,752	2,229,672	2,426,126	2,394,162	2,340,119	2,144,784	2,122,194	2,102,942	1,481,114	1,367,159	1,991,389	2,095,800	1,907,422	2,095,668	2,442,870	2,137,372	2,151,817	1,831,377	1,922,639	2,359,633	2,187,408	1,872,116
算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（内視鏡検査（入院＋外来）総数）	62%	60%	83%	83%	87%	94%	101%	89%	92%	85%	91%	112%	91%	82%												

※令和3年4月以降は対前々年比



## ④在宅関係の算定状況について

# 往診料の状況

○ 往診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

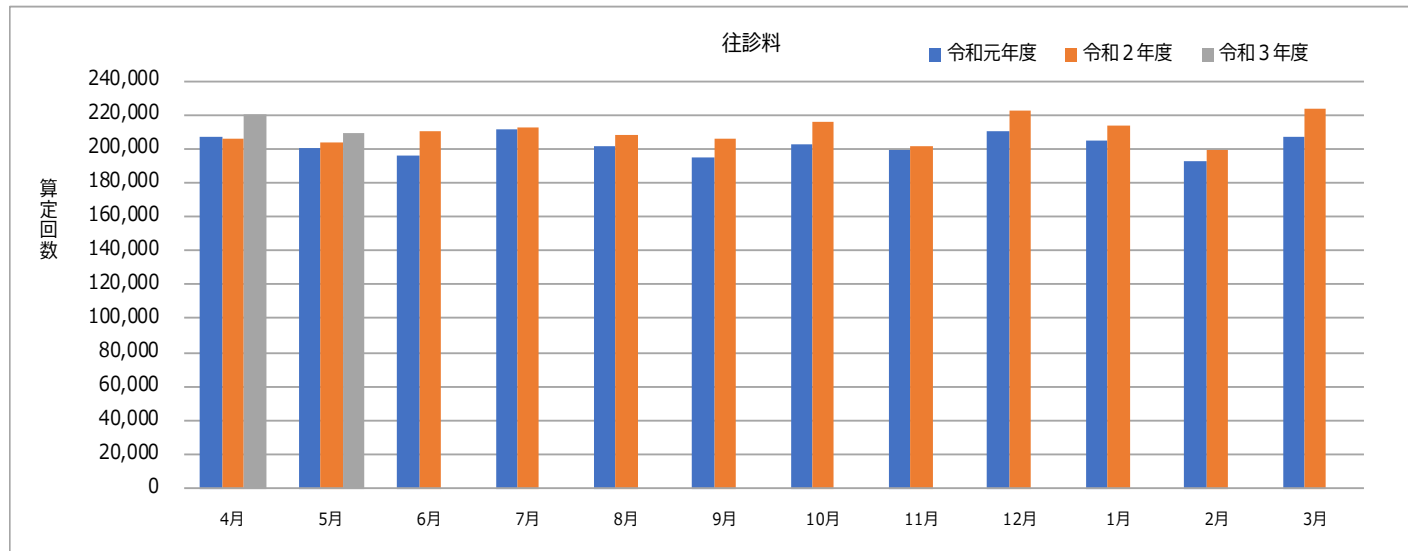
## ■ 往診料

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
往診料	206,530	200,534	196,128	211,834	201,463	195,267	202,470	199,089	210,071	205,210	192,929	206,881	205,863	203,383	210,528	212,120	207,951	206,023	216,113	201,058	222,575	214,179	199,326	223,949	220,782	209,055

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(往診料)	100%	101%	107%	100%	103%	106%	107%	101%	106%	104%	103%	108%	107%	104%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 緊急往診加算の状況

○ 緊急往診加算の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 緊急往診加算

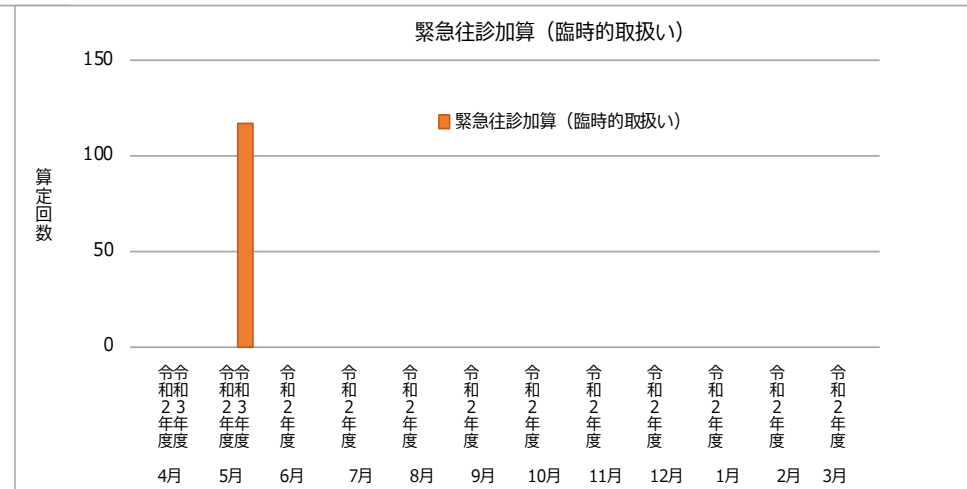
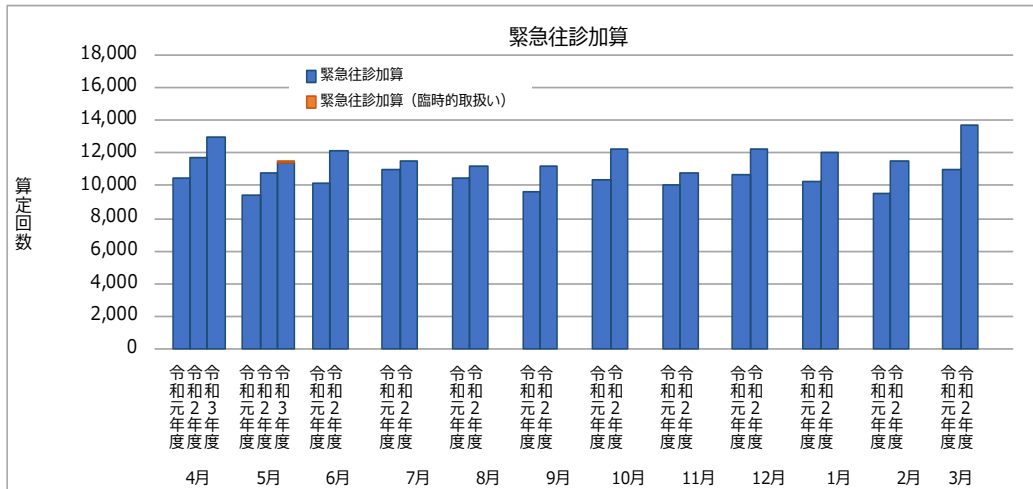
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
緊急往診加算	10,502	9,429	10,197	10,980	10,460	9,675	10,336	10,056	10,658	10,265	9,546	11,023	11,722	10,792	12,129	11,544	11,195	11,186	12,196	10,786	12,223	12,055	11,501	13,722	13,019	11,386
緊急往診加算（臨時的取扱い）													-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
緊急往診加算（計）	10,502	9,429	10,197	10,980	10,460	9,675	10,336	10,056	10,658	10,265	9,546	11,023	11,722	10,792	12,129	11,544	11,195	11,186	12,196	10,786	12,223	12,055	11,501	13,722	13,019	11,503

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（緊急往診加算）	112%	114%	119%	105%	107%	116%	118%	107%	115%	117%	120%	124%	124%	121%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 在宅酸素療法指導管理料の状況

○ 在宅酸素療法指導管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 在宅酸素療法指導管理料

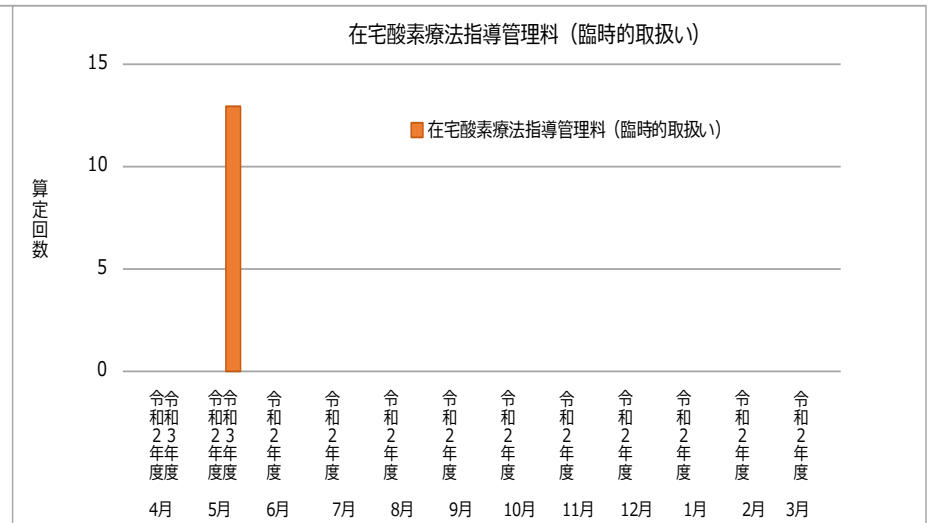
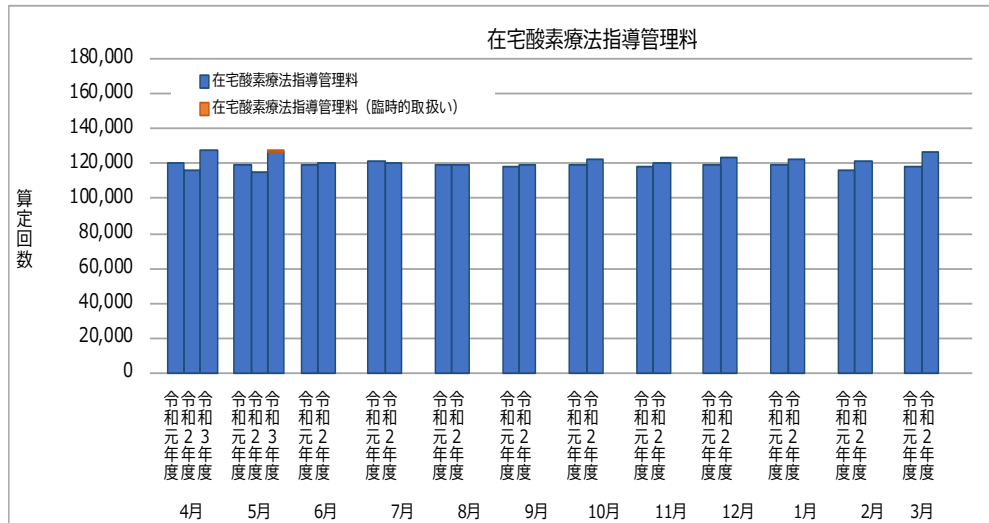
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度										令和3年度			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
在宅酸素療法指導管理料	119,922	119,636	118,795	121,372	119,430	118,748	119,473	117,959	119,008	119,200	116,153	117,734	116,660	114,995	120,524	120,834	119,537	119,340	122,296	120,114	123,223	122,663	120,897	126,945	127,202	127,124
在宅酸素療法指導管理料（臨時的取扱い）													-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
在宅酸素療法指導管理料（計）	119,922	119,636	118,795	121,372	119,430	118,748	119,473	117,959	119,008	119,200	116,153	117,734	116,660	114,995	120,524	120,834	119,537	119,340	122,296	120,114	123,223	122,663	120,897	126,945	127,202	127,137

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（在宅酸素療法指導管理料）	97%	96%	101%	100%	100%	100%	102%	102%	104%	103%	104%	108%	106%	106%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 在宅患者訪問診療料の状況

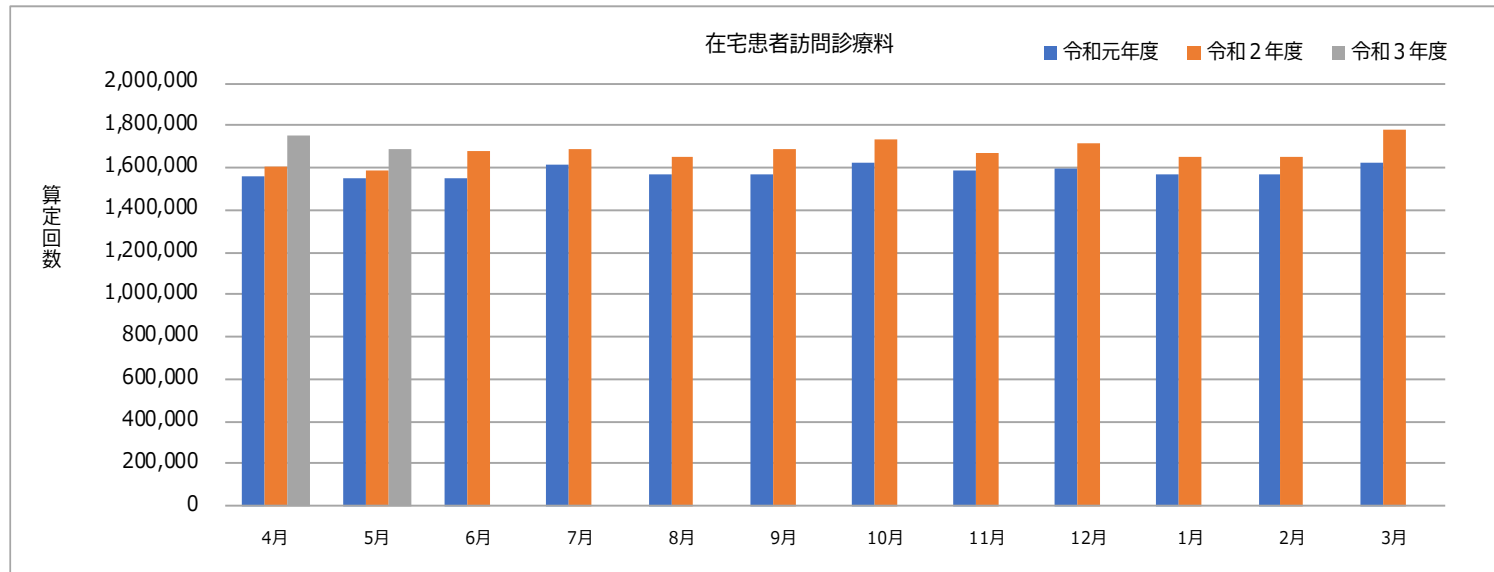
○ 在宅患者訪問診療料の算定回数の推移は、以下のとおり。

## ■ 在宅患者訪問診療料

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
在宅患者訪問診療料	1,560,017	1,551,027	1,547,489	1,619,390	1,571,631	1,569,583	1,626,434	1,587,230	1,598,445	1,572,904	1,566,381	1,626,339	1,604,156	1,585,259	1,675,172	1,686,114	1,647,778	1,691,070	1,731,802	1,674,809	1,718,117	1,655,918	1,655,724	1,784,399	1,752,798	1,691,847
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（在宅患者訪問診療料）												103%	102%	108%	104%	105%	108%	106%	106%	107%	105%	106%	110%	112%	109%

※令和3年4月以降は対前々年比



# 在医総管・施設総管の状況

○ 在医総管・施設総管の算定回数の推移は、以下のとおり。

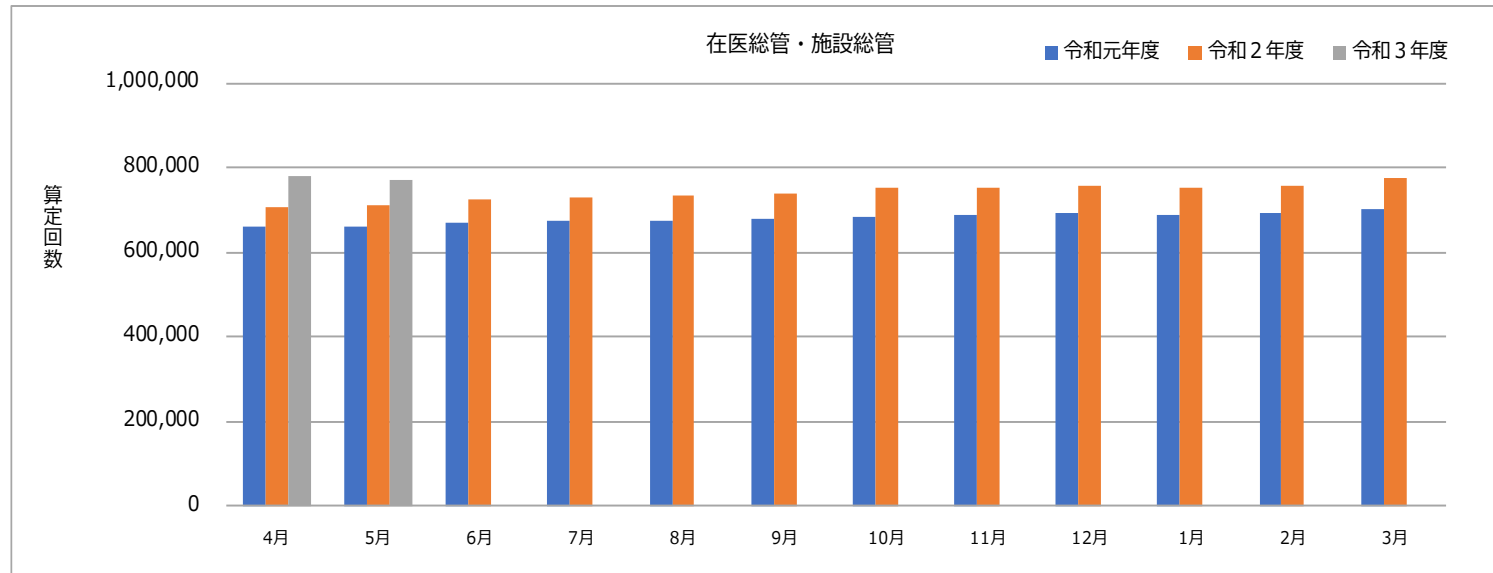
## ■ 在医総管・施設総管

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12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	1月	2月	3月	4月	5月
在医総管・施設総管	661,404	662,446	668,273	675,278	675,683	680,224	685,338	687,573	693,096	689,475	693,920	701,785	705,702	710,122	726,053	728,218	733,702	739,363	751,197	752,139	759,005	753,748	757,242	773,456	777,692	772,356

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(在医総管・施設総管)	107%	107%	109%	108%	109%	109%	110%	109%	110%	109%	109%	110%	118%	117%

※令和3年4月以降は対前々年比





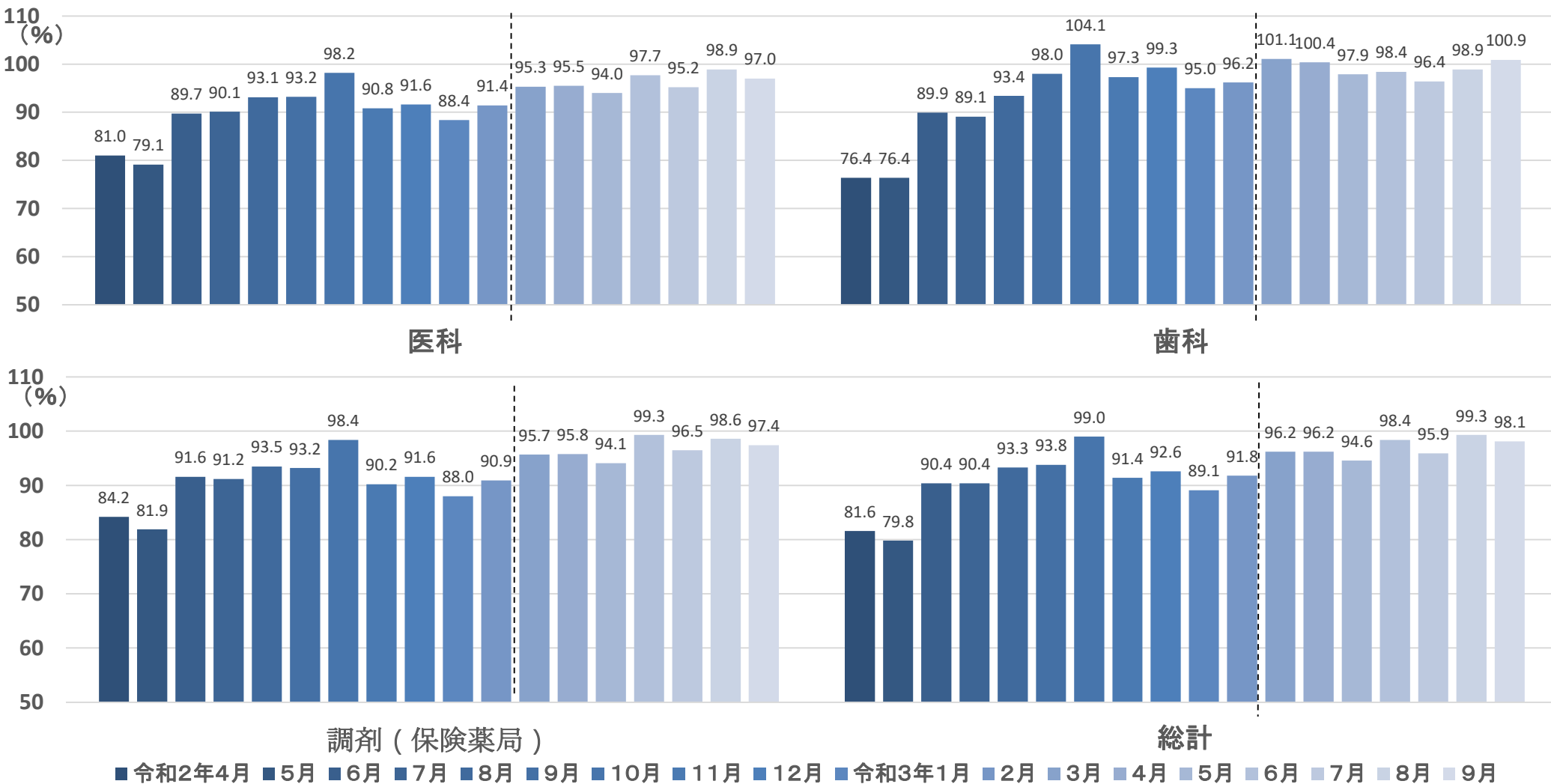
## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種別別）

## 診療種別別レセプト件数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



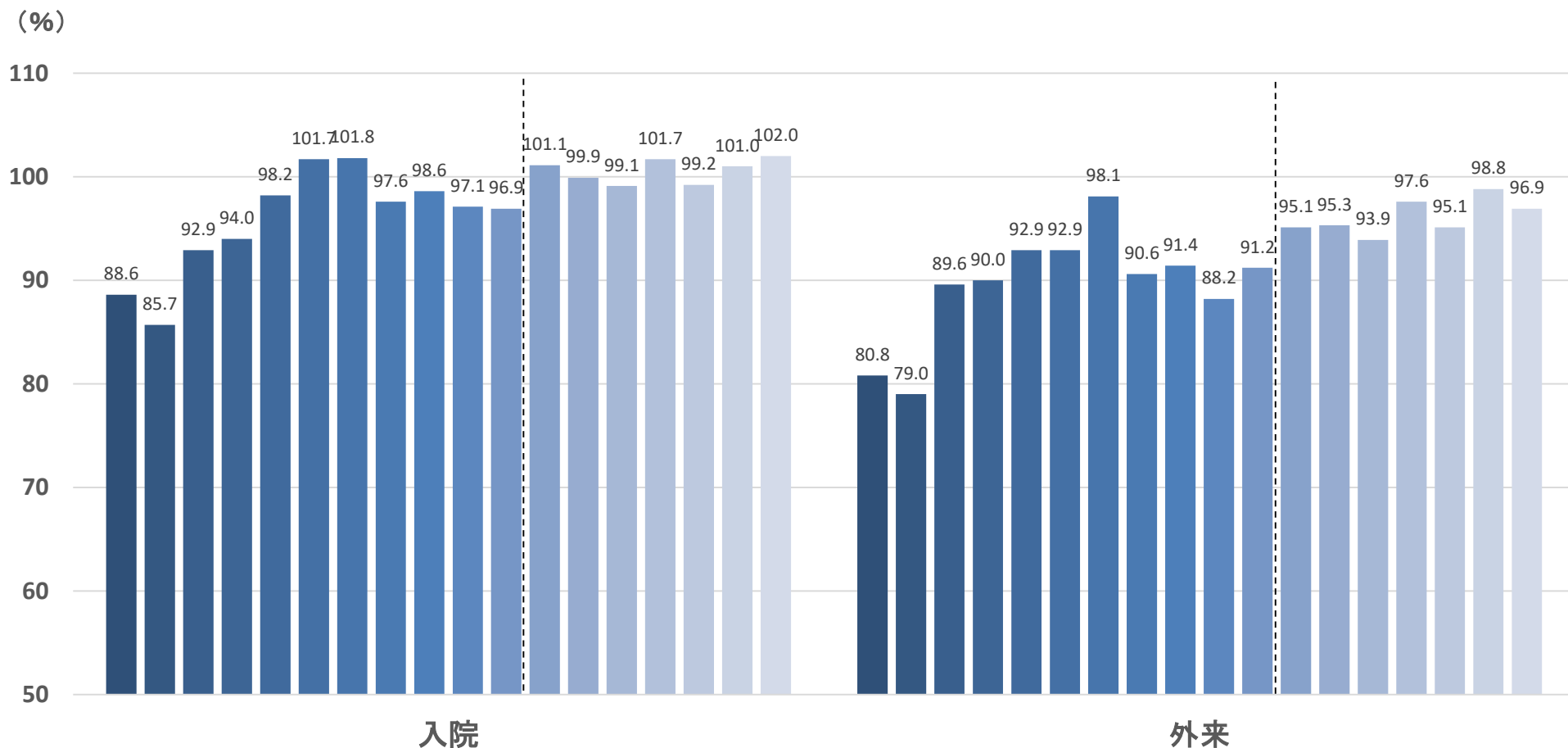
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

## 医科のうち入院・外来別レセプト件数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



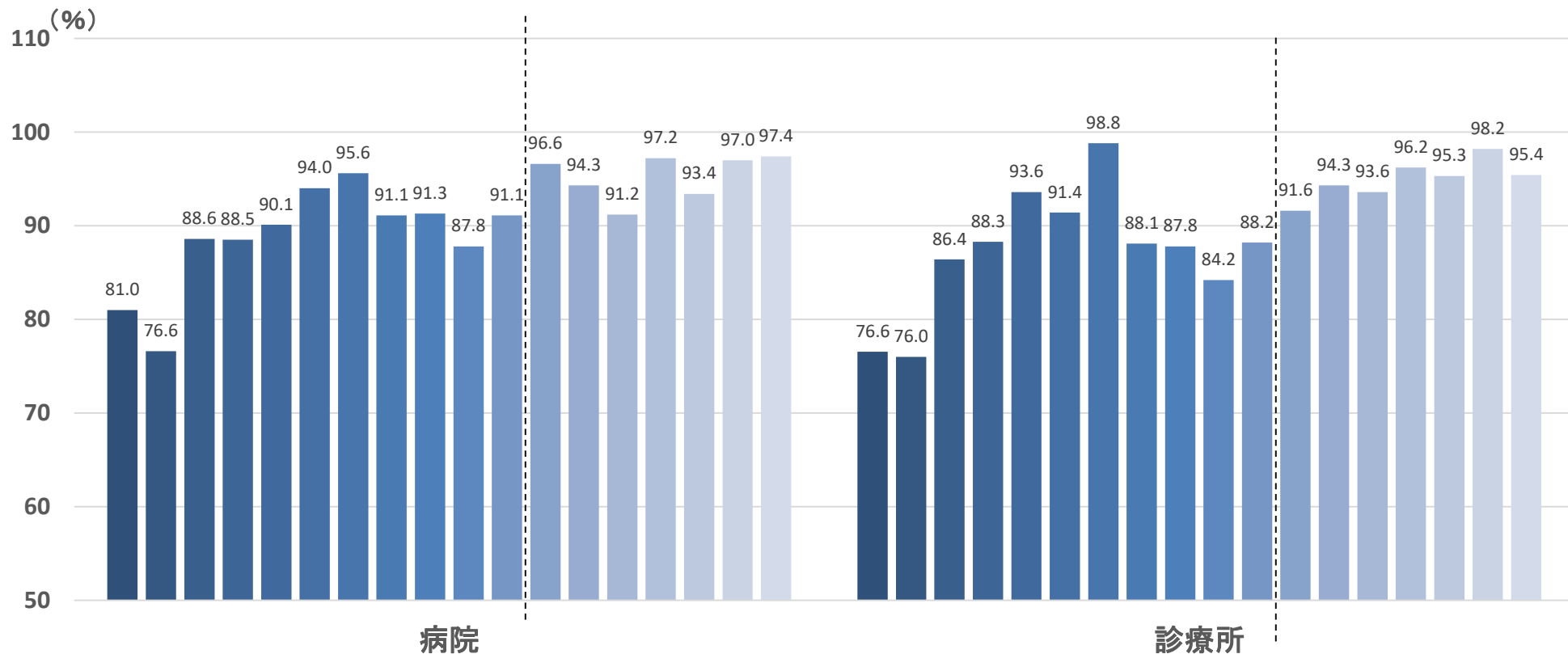
■ 令和2年4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月 ■ 10月 ■ 11月 ■ 12月 ■ 令和3年1月 ■ 2月 ■ 3月 ■ 4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月

※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

## 医科のうち病院・診療所別レセプト件数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



■ 令和2年4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月 ■ 10月 ■ 11月 ■ 12月 ■ 令和3年1月 ■ 2月 ■ 3月 ■ 4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月

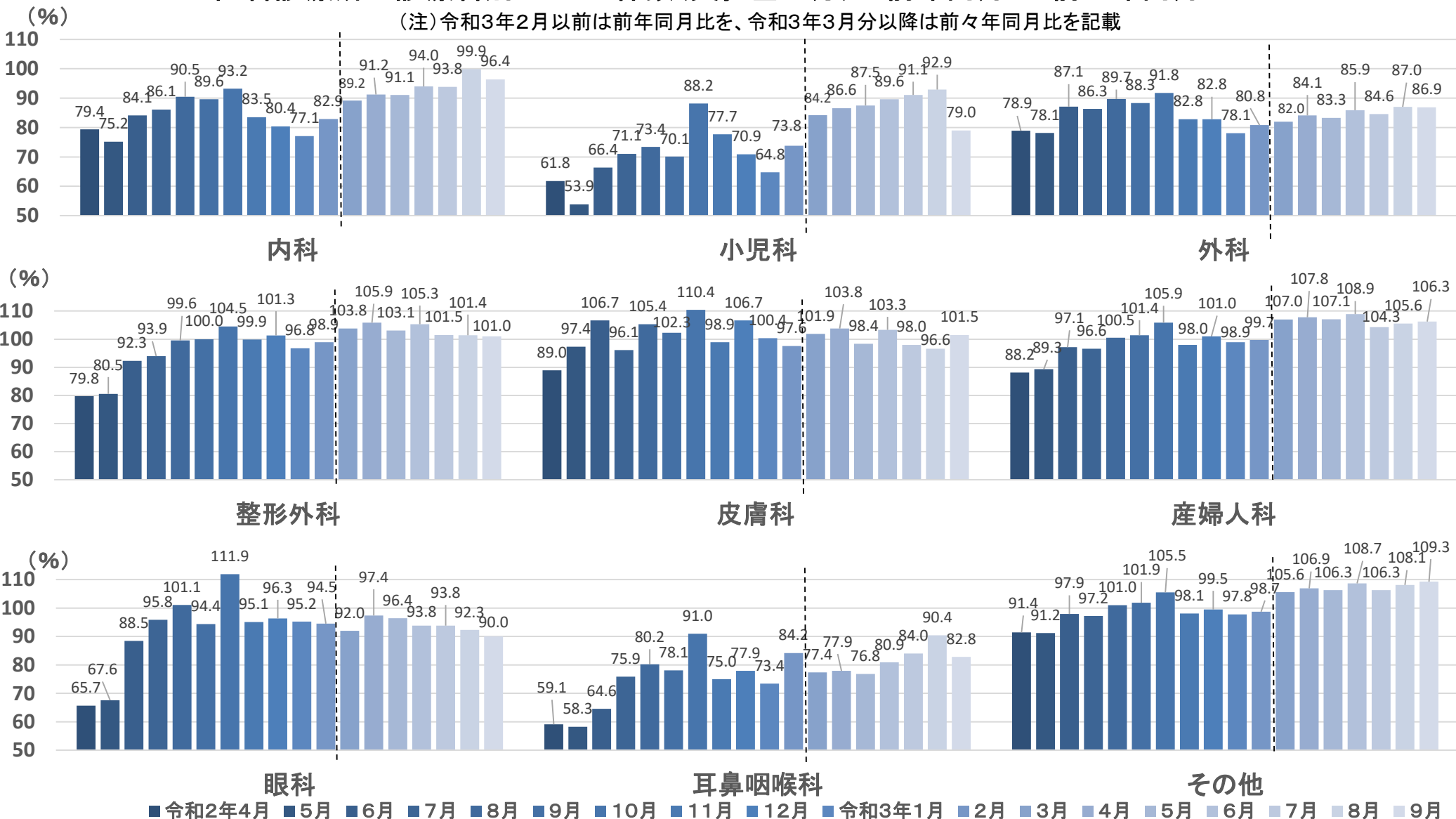
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

## 医科診療所の診療科別レセプト件数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



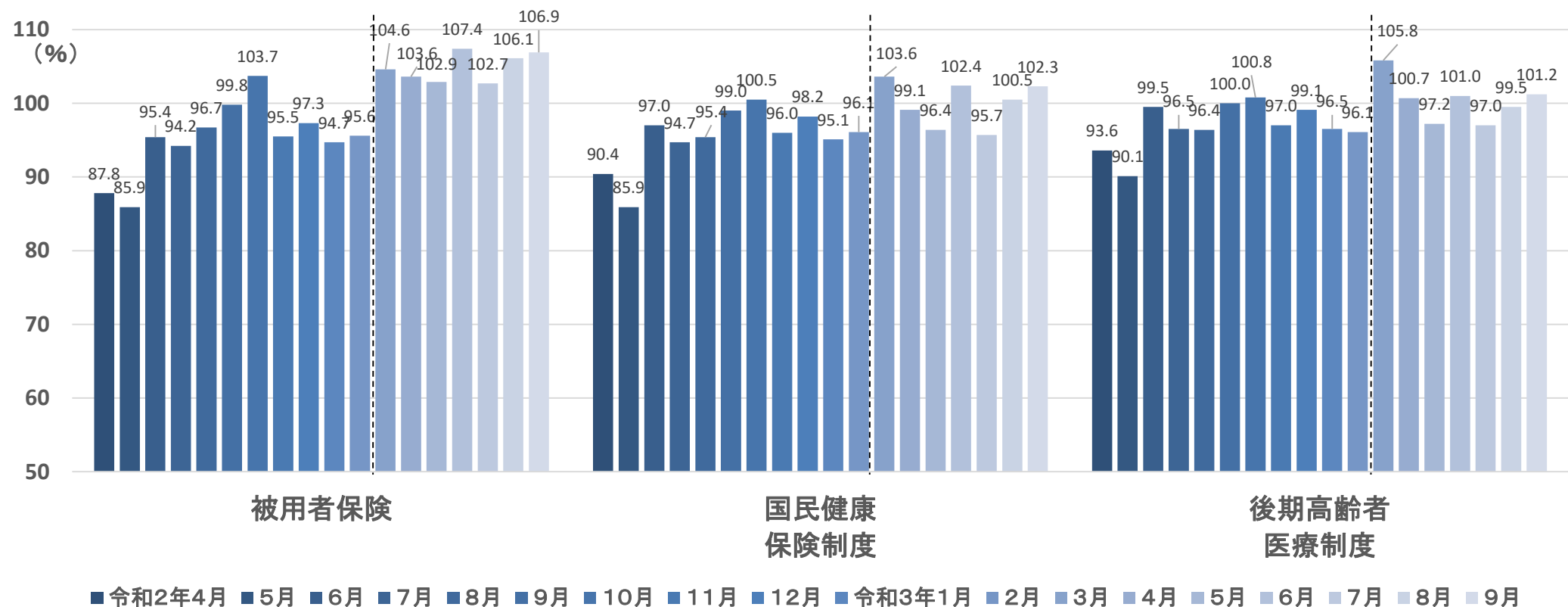
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化①（制度別）

## 制度別レセプト総点数の前年同月比・前々年同月比

（注）令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

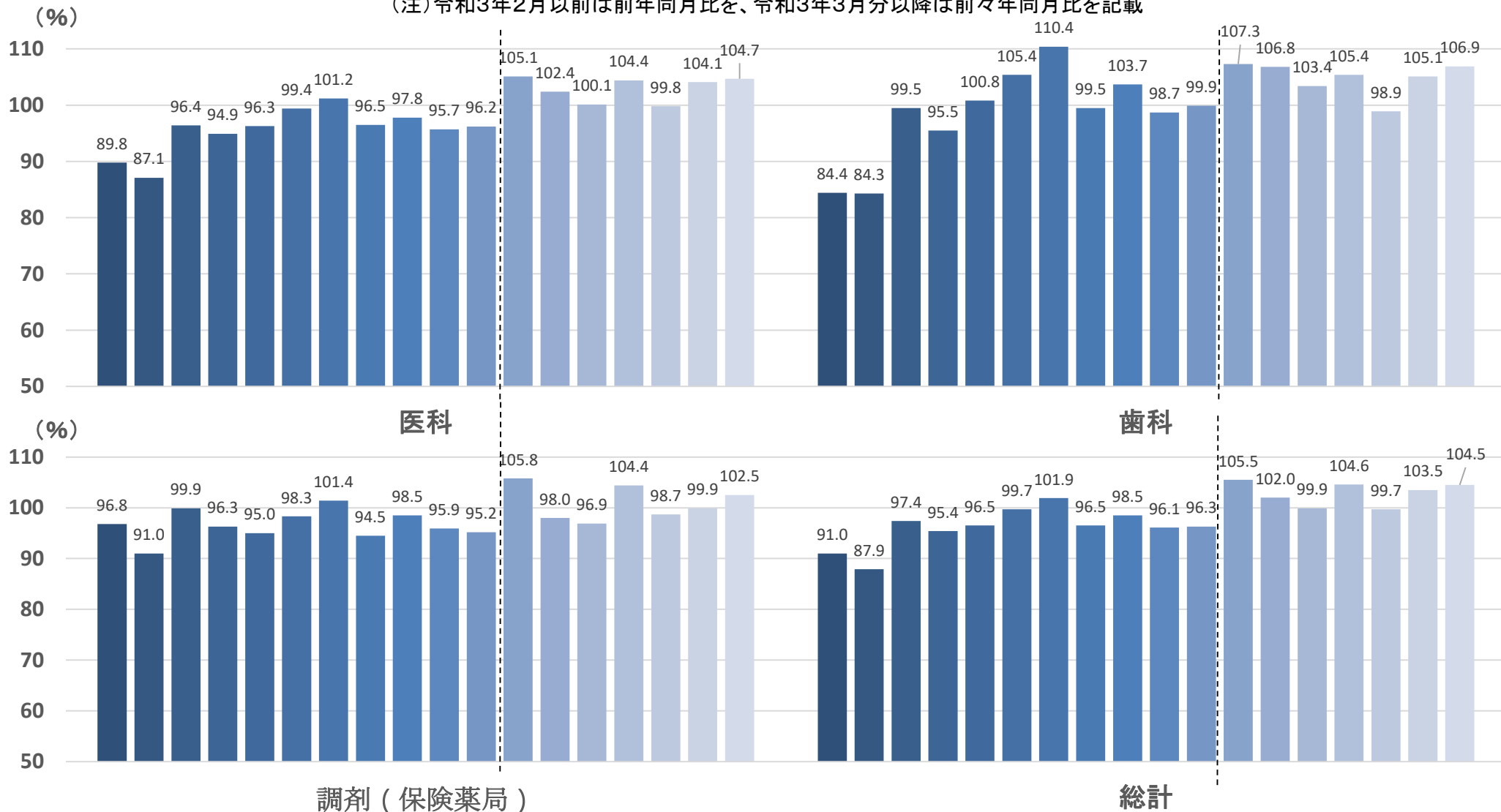


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化② (診療種別)

## 診療種別総点数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



■ 令和2年4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月 ■ 10月 ■ 11月 ■ 12月 ■ 令和3年1月 ■ 2月 ■ 3月 ■ 4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月

※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプト

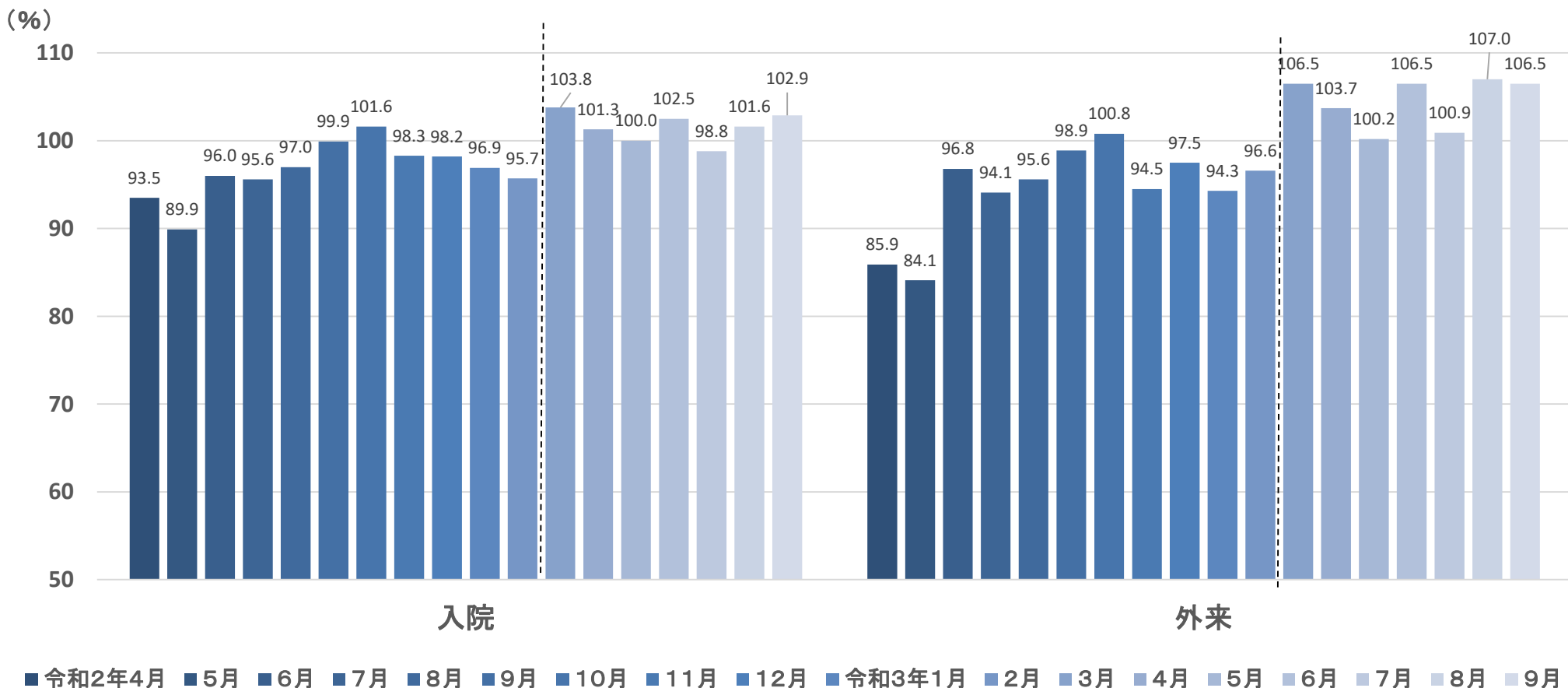
の確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、食事・生活療養費、訪問看護療養費が含まれる。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化③ (医科のうち入院・外来別)

## 医科のうち入院・外来別点数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



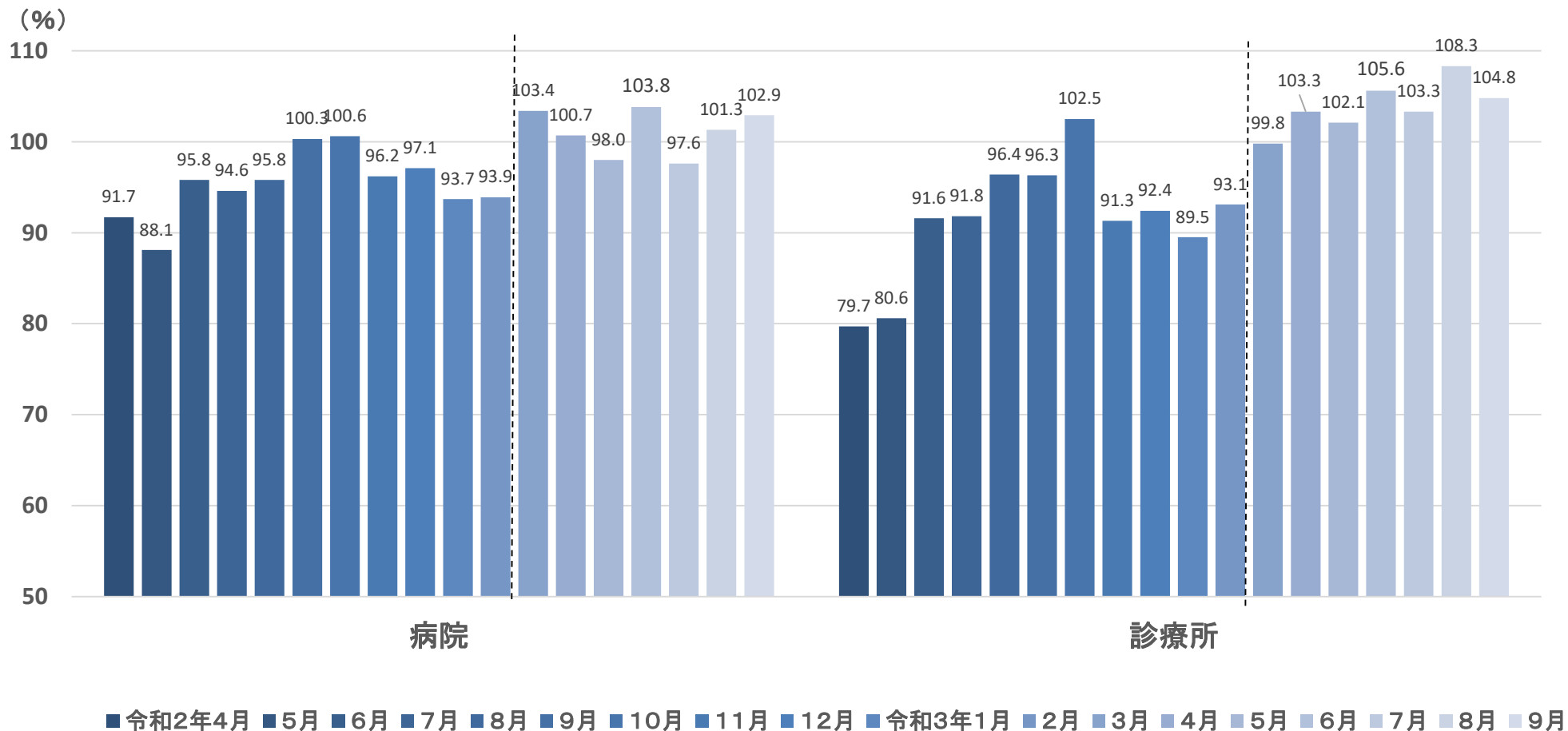
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。



# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化④（医科のうち病院・診療科別）

## 医科のうち病院・診療所別点数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注)令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

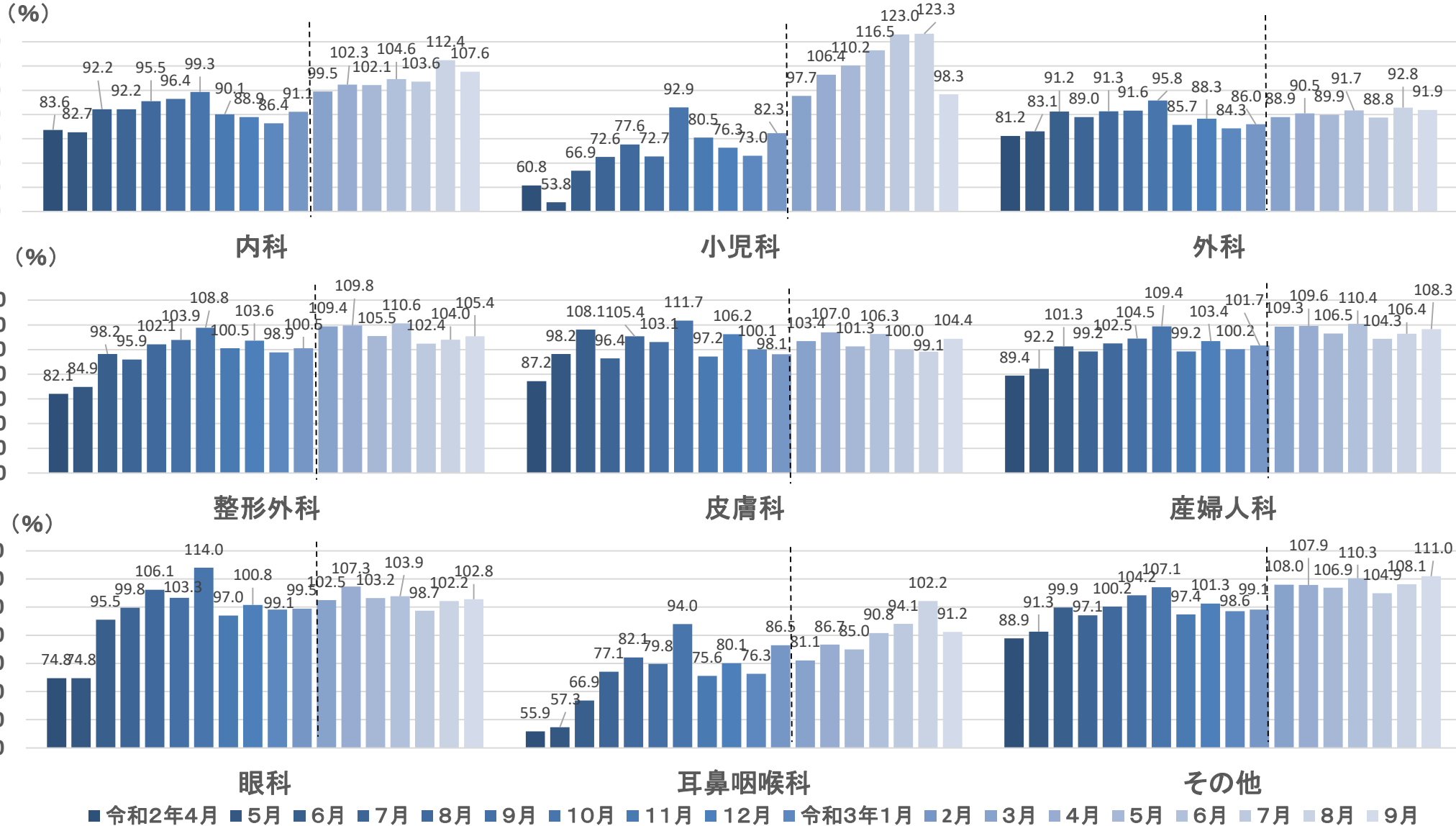


- ※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。
- ※2 再審査等の調整前の数値。

# 新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化⑤ (医科診療所の診療科別)

## 医科診療所の診療科別レセプト点数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。  
 ※2 再審査等の調整前の数値。

## 集中治療室における新型コロナウイルス感染症に係る診療について

- これまで、重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を2倍（令和2年4月18日～）、3倍（令和2年5月26日～）に引き上げる等の特例的な評価を行っている。
- （一社）日本集中治療医学会において、以下の内容に関するアンケート調査を実施予定とのことであり、当該結果も参考にしつつ、今後、特例的な評価の効果等を検証していくこととしたい。

### 【アンケート調査の概要】（集中治療医学会より聴取）

- 調査方法：アンケート調査票の送付・回収
- 調査対象施設：集中治療医学会の評議員の所属施設 約240医療機関
- 調査時期：令和3年7月
- 調査項目（例）：
  - ・新型コロナウイルス感染症の患者の治療に要する人員数（医師、看護師、臨床工学技士、その他の職種）
  - ・診療報酬上の措置を講じた令和2年4月、5月と現在とで、新型コロナウイルス感染症患者の治療に要する人員数に違いがあるか
  - ・一般病棟等から集中治療室へ看護師を移動し人員の増強を行ったか
  - ・通常、集中治療室で働く医師以外にも集中治療室での勤務を課したか

# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要①

## 【回答施設の概要】

- 2021年7月19日から8月1日の期間に225施設にアンケートを依頼し、113施設より回答を得た。
- 回答の多かった都道府県は、北海道（4）、埼玉（6）、千葉（7）、東京（14）、神奈川（9）、愛知（6）、京都（4）、大阪（11）、兵庫（6）、福岡（6）であった。この10都道府県で73施設（65%）であった。
- 開設者は、以下のとおりであった。

	回答数(割合)
国公立大学病院(本院)	38(33.63%)
国公立大学病院(分院)	2(1.77%)
私立大学病院(本院)	16(14.16%)
私立大学病院(分院)	7(6.19%)
国公立病院	12(10.62%)
公的病院	26(23.01%)
民間病院	10(8.85%)
その他	2(1.77%)

- 新型コロナ以前に届け出ていた重症系ユニットの状況は、以下のとおりであった（複数回答）。

	平均数	合計数	回答数
特定集中治療室管理料1又は2	12	1,066	92
特定集中治療室管理料3又は4	8	432	53
救命救急入院料1又は3	14	816	60
救命救急入院料2又は4	8	387	51
小児特定集中治療室管理料	3	125	38
ハイケアユニット入院医療管理料	10	645	63
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	3	139	44

# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要②

## 【新型コロナを踏まえた体制、受け入れ状況①】

- 2020年2月から2021年6月の間に、重症の新型コロナ患者（※）用に1床以上確保した重症系ユニットの状況は以下のとおりであった（複数回答）。 ※集中治療室等での管理、人工呼吸器管理又はEMCMOによる管理が必要な患者

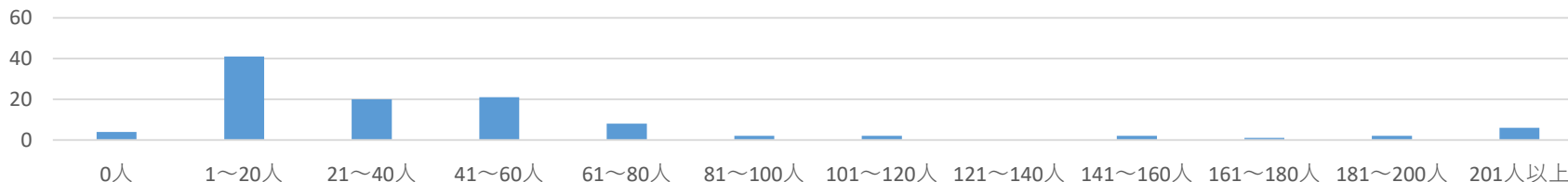
	回答数(割合)
特定集中治療室管理料1又は2	59(52.21%)
特定集中治療室管理料3又は4	26(23.01%)
救命救急入院料1又は3	30(26.55%)
救命救急入院料2又は4	25(22.12%)
小児特定集中治療室管理料	6(5.31%)
ハイケアユニット入院医療管理料	30(26.55%)
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0(0%)
その他	15(13.27%)

- 2020年2月から2021年6月の間に、重症の新型コロナ患者に対応する目的で行った重症系ユニットの再編の状況は以下のとおりであった（複数回答）。

	回答数(割合)
特定入院料の転換(HCU→ICUなど)	20(21.98%)
ユニット病床の増床	15(16.48%)
ユニット病床の減床	38(41.76%)
その他	35(38.46%)

- 重症の新型コロナ患者の受入れ患者数の分布は以下のとおりであった（n=109）。

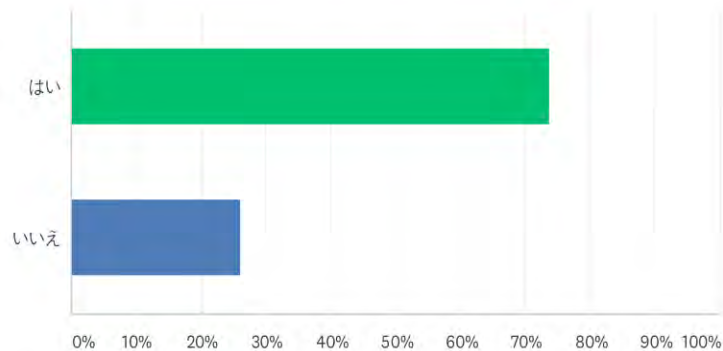
(施設数)



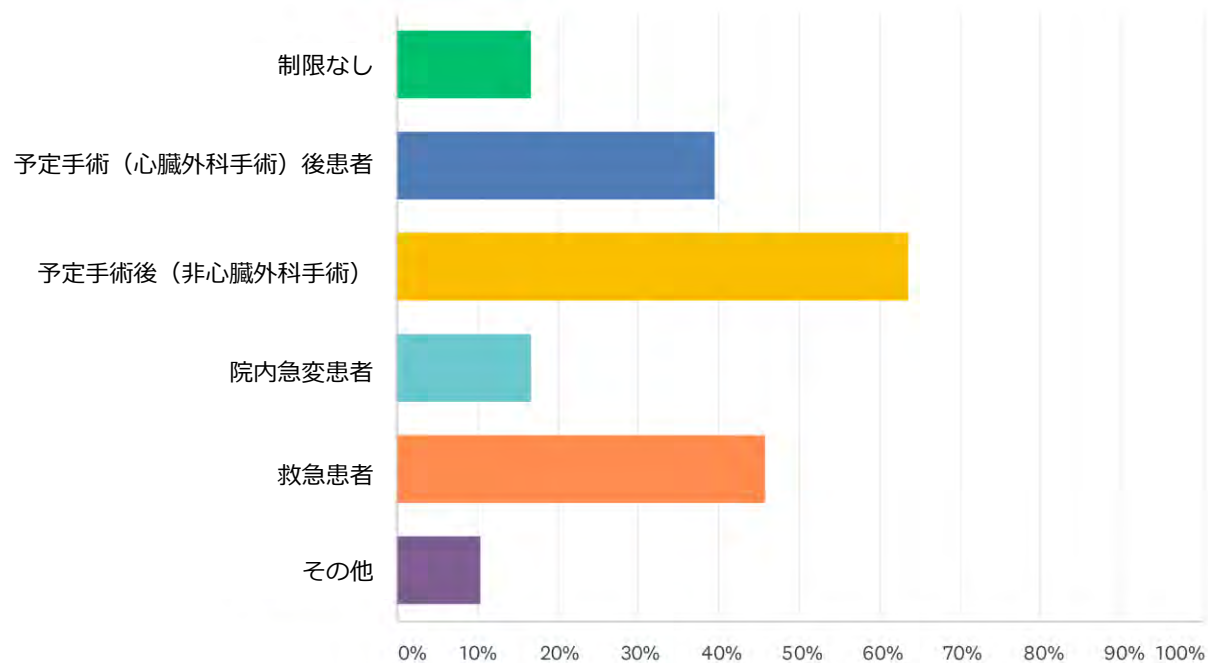
# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要③

## 【新型コロナを踏まえた体制、受け入れ状況②】

- 新型コロナ感染症患者ではない重症患者のICU等への入室を制限したか (n=107)。



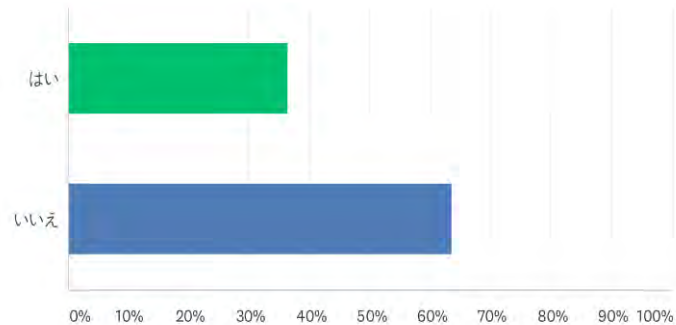
- どのような患者の入室を制限したか (複数回答) (n=96)。



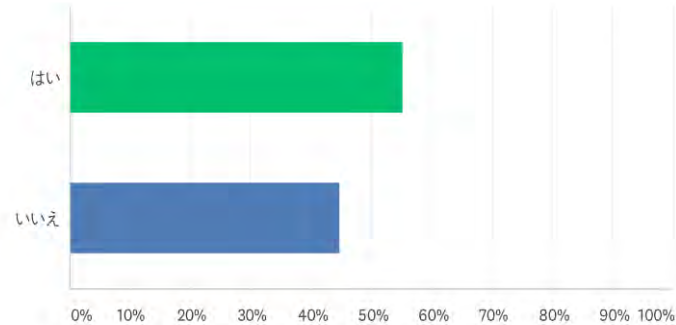
# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要④

【新型コロナ診療に係る人員体制（以降は、新型コロナ受け入れ病院のみ）】

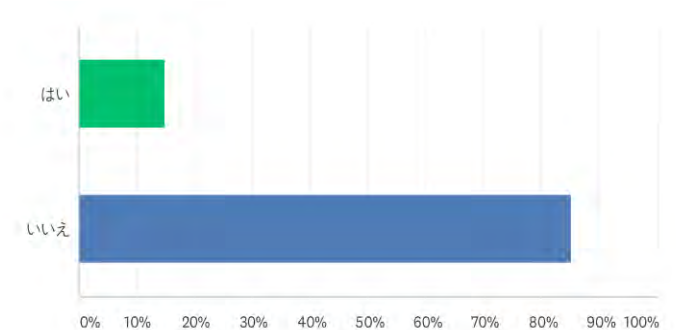
○ 平時にICU等に勤務していない医師にICU等での勤務を課したか (n=107)。



○ 平時にICU等に勤務していない看護師にICU等での勤務を課したか (n=107)。



○ 平時にICU等に勤務していない臨床工学技士にICU等での勤務を課したか (n=107)。

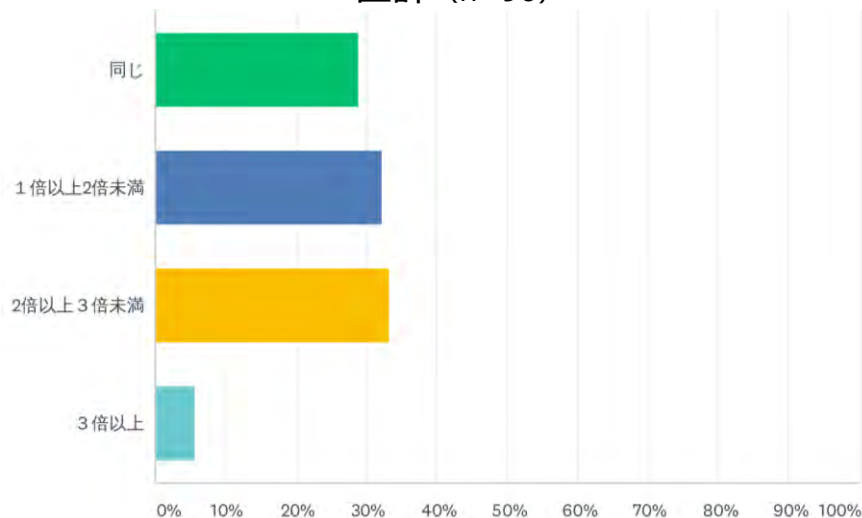


# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑤

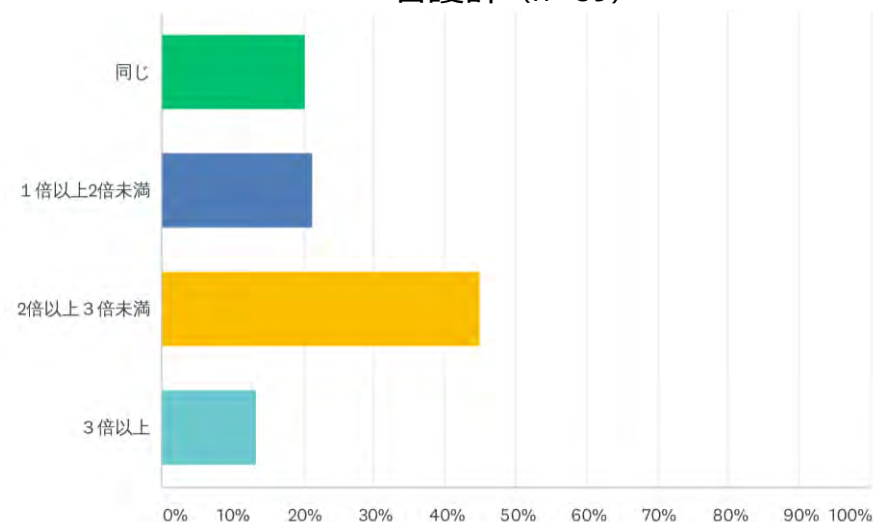
## 【重症の新型コロナ診療に必要であった人員①】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、ECMO管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

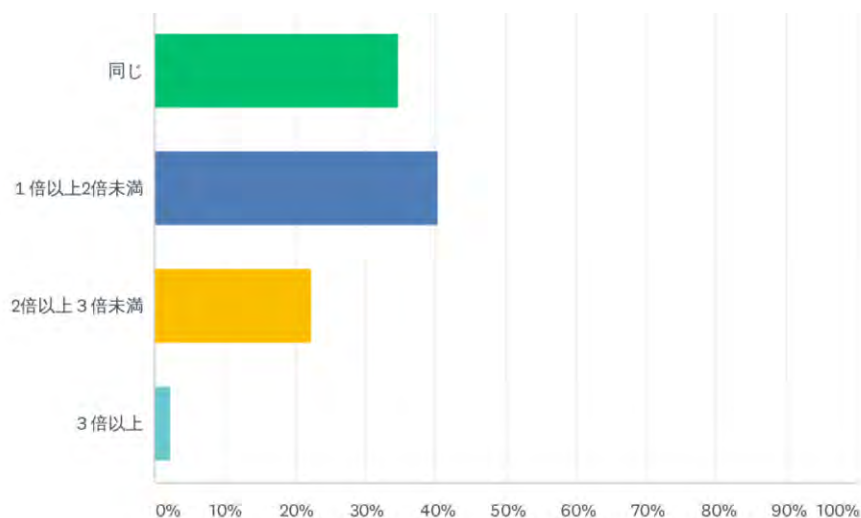
医師 (n=90)



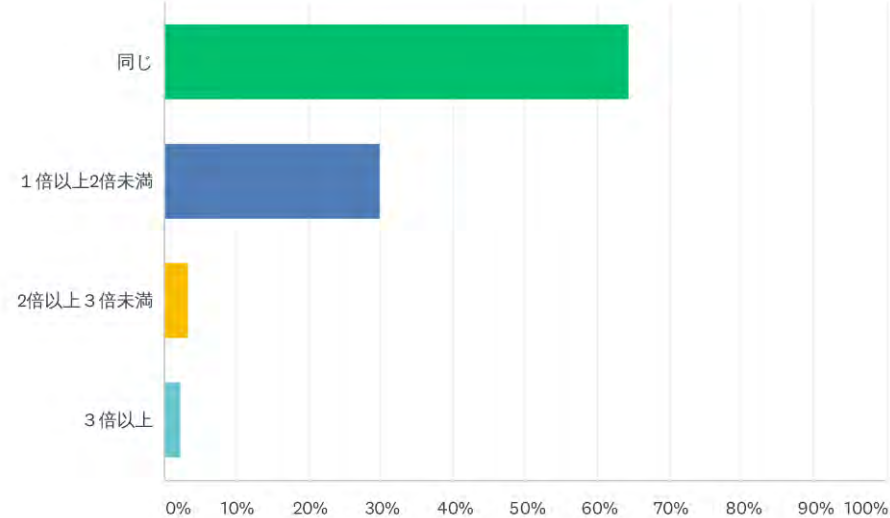
看護師 (n=89)



臨床工学技士 (n=89)



その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=90)



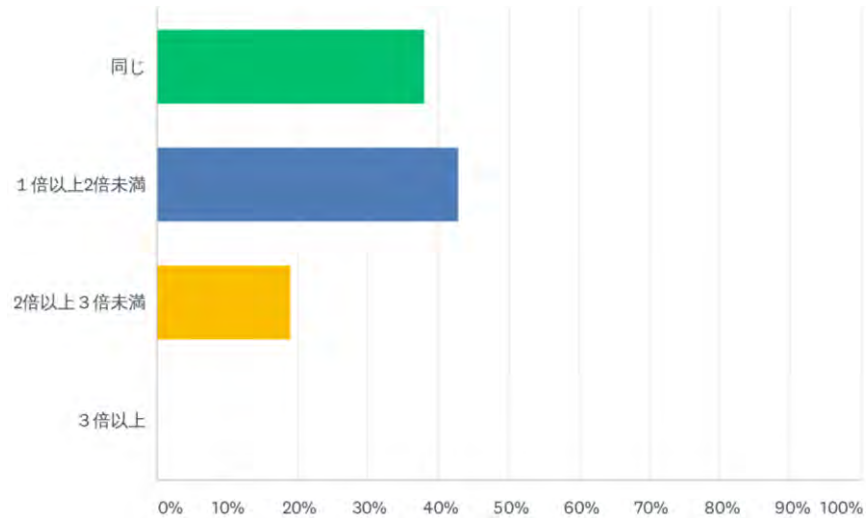


# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑥

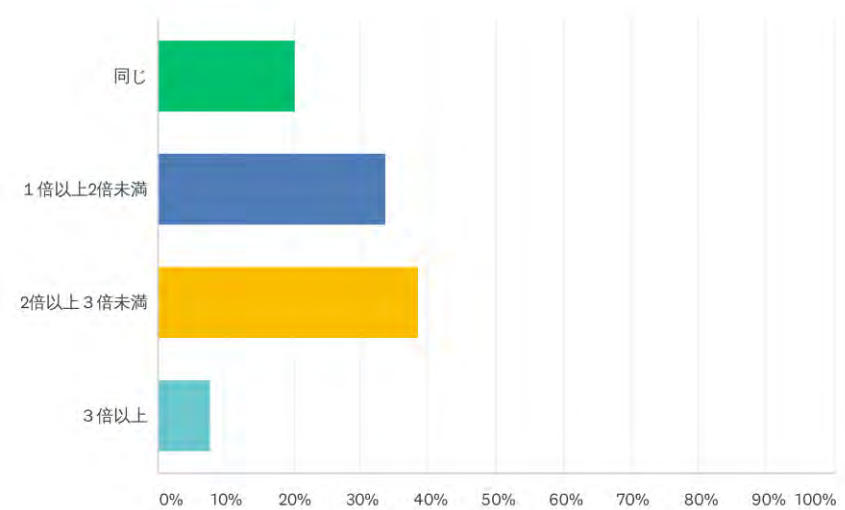
## 【重症の新型コロナ診療に必要であった人員②】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、人工呼吸器管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

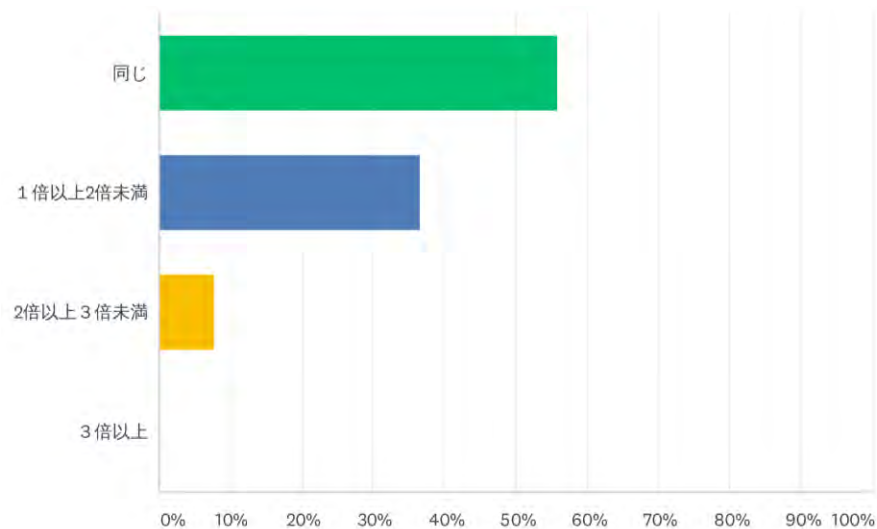
医師 (n=105)



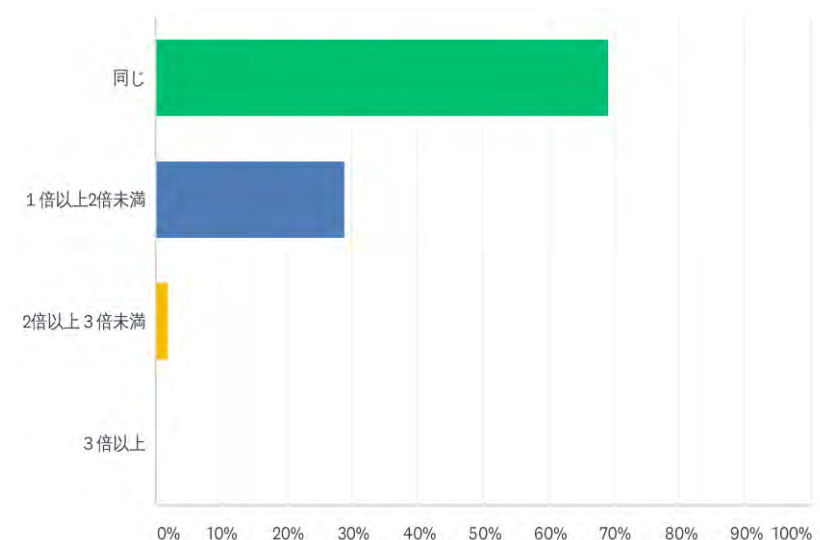
看護師 (n=104)



臨床工学技士 (n=104)



その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=104)

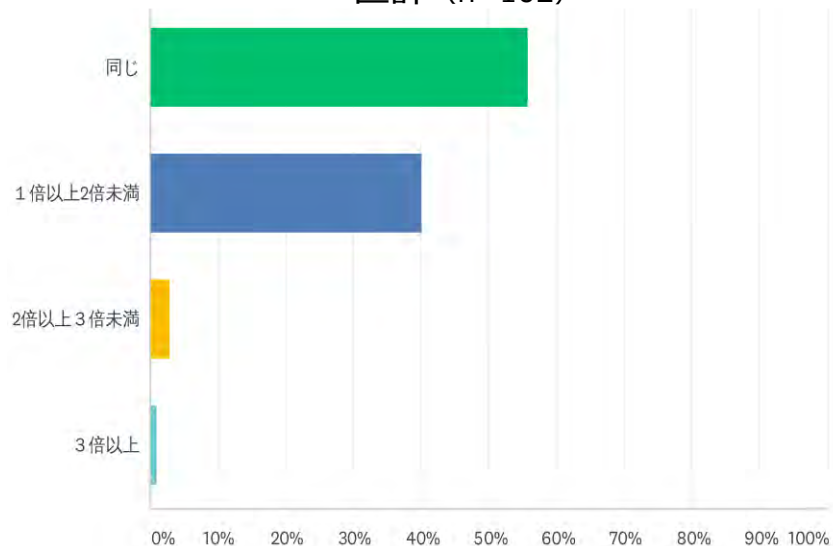


# 日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑦

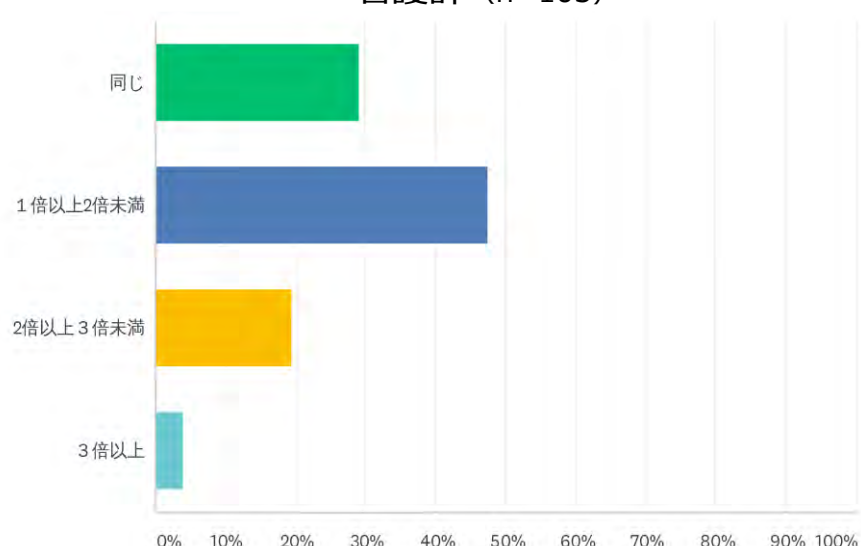
## 【重症の新型コロナ診療に必要であった人員③】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、ICU等での管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

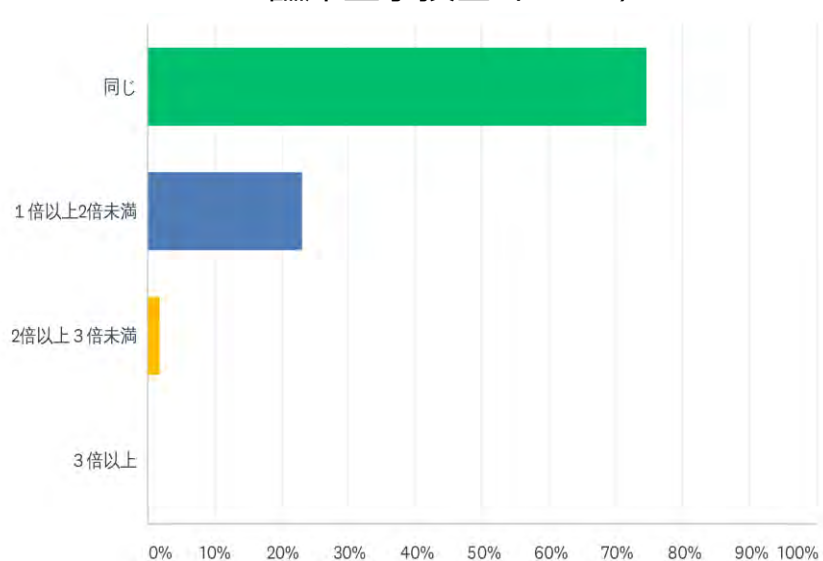
医師 (n=102)



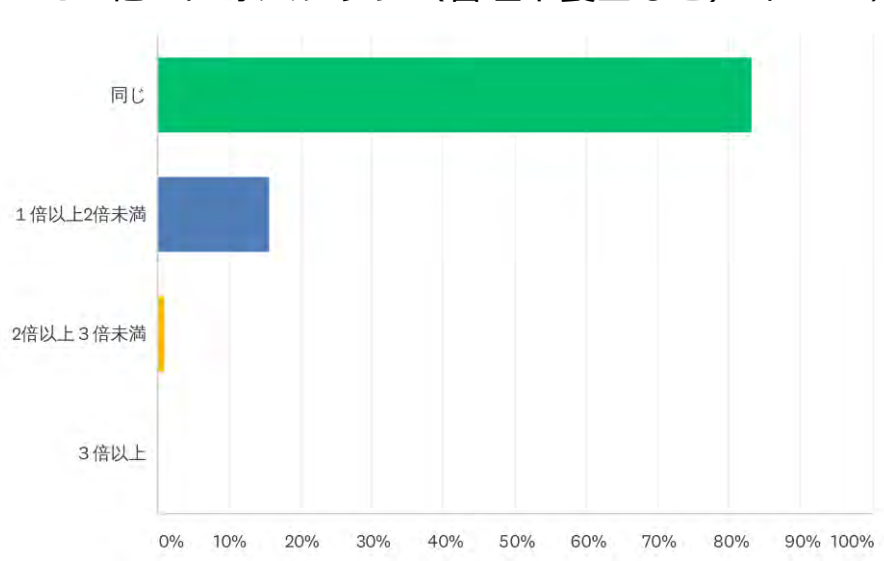
看護師 (n=103)



臨床工学技士 (n=103)



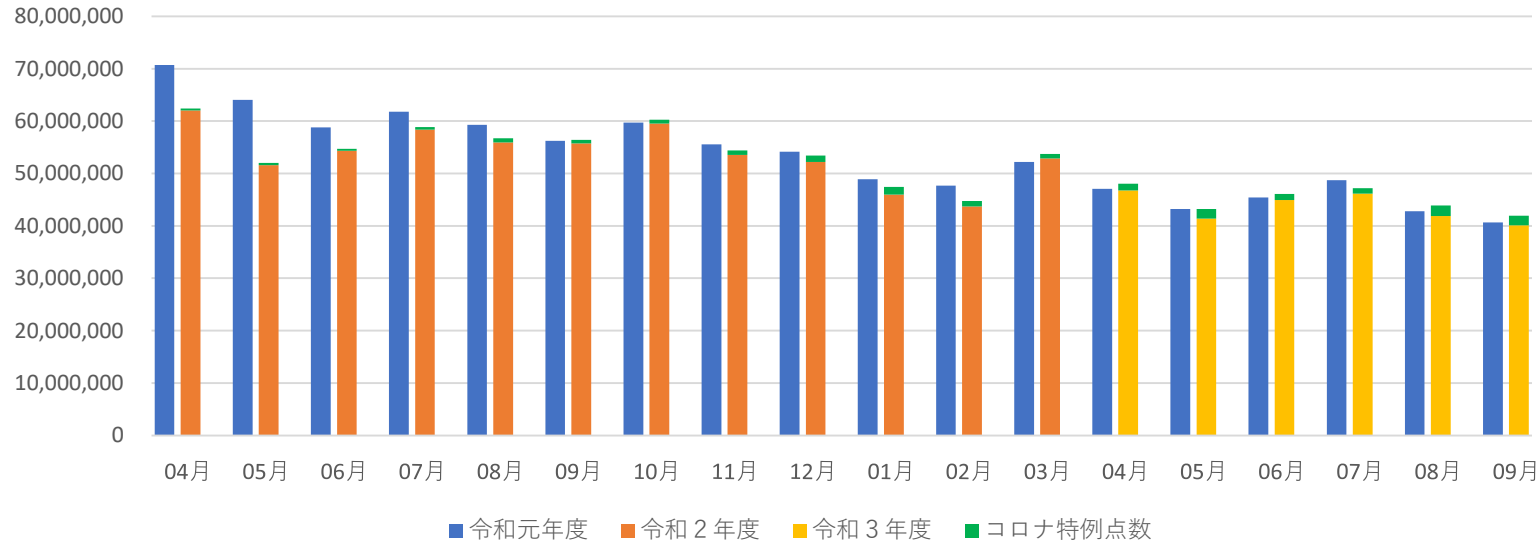
その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=102)



# 新型コロナウイルス感染症受入医療機関における入院の実績点数

○ データ提出加算を届出ている医療機関のうち、新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関（※1）における、令和元年度、令和2年度及び令和3年度の入院の平均の実績点数及び新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価に関する点数（※2）は、以下のとおりであった。

新型コロナウイルス感染症受け入れ医療機関における各月の入院の実績点数平均(点)



【新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関における、入院の実績点数の対前年度比の平均値】

	令和2年度												令和3年度					
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月※	5月※	6月※	7月※	8月※	9月※
対前年度比 (特例以外の点数)	89.97%	83.81%	96.76%	97.31%	96.51%	100.74%	99.76%	96.35%	96.42%	94.20%	90.81%	100.01%	99.34%	96.18%	98.36%	95.66%	98.76%	98.53%
対前年度比 (特例含む点数)	90.59%	84.46%	97.47%	98.31%	98.41%	102.53%	101.54%	98.49%	99.19%	97.69%	93.57%	102.57%	102.97%	101.26%	101.61%	98.57%	104.24%	103.66%
N	556	571	475	681	869	808	788	1,034	1,239	1,498	1,375	1,213	1,505	1,739	1,616	1,495	1,919	1,880

※令和3年度は対前々年度比

※1 各月において、新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る特例評価（ICU等、救急医療管理加算）が1回以上算定されており、令和元年度以降継続してデータを提出している医療機関を集計の対象とした。

※2 「コロナ特例点数」には、新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る特例評価以外も含めて集計している。

## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

# 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症患者の外来診療及び入院管理について、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」を踏まえた診療報酬上の特例的な対応は、以下のとおり（令和2年4月8日付け事務連絡発出）。

## 外来における対応

新型コロナウイルスへの感染を疑う患者

- 必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価

B001-2-5  
院内トリアージ実施料  
(300点/回)

## 入院における対応 ※

入院を必要とする  
新型コロナウイルス  
感染症患者

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対する診療を評価
- 必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価

感染症病棟、一般病棟

A205  
救急医療管理加算  
(950点/日)

- 特例的に、14日間まで算定できることとする

A210の2  
二類感染症患者入院診療  
加算  
(250点/日)

※ 個室又は陰圧室において受け入れた場合については、二類感染症患者療養環境特別加算（200～500点/日）を算定できることを明確化。

※ 感染症病棟及び一般病棟のみで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れることが困難な場合が想定されることを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は療養病棟入院基本料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合については、それぞれ、在宅患者支援病床初期加算（300点/日）又は在宅患者支援療養病床初期加算（350点/日）を算定できることを明確化。

# 新型コロナウイルス感染症患者（中等症・重症）の受入れに係る特例的な対応

（令和2年4月18日付け事務連絡発出）

## 1. 「重症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- ECMO（体外式心肺補助）や人工呼吸器（持続陽圧呼吸法（CPAP）等を含む。）による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者への診療の評価が必要  
 → 特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する治療への**評価を2倍に引き上げる**こととする。※特定の患者についてはより長期間高い評価とする。

## 2. 「中等症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- 中等症以上の患者（※酸素療法が必要な患者を想定）の重症化や、他の患者及び医療従事者への感染を防ぐことが必要  
 → 中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者については、**救急医療管理加算の2倍相当（約2万円弱）の加算**を算定できることとする。

## 3. 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価が必要  
 → 人員配置に応じて、追加的に**二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できる**こととする。（例：ICUの場合 患者一人当たり約1万円/日）

※1について、簡易な報告で柔軟に算定できるようにする（2及び3は届出不要）

		現在		見直し後	
重症者 (ECMO、人工呼吸器)	救命救急入院料 (救命救急センター)	102,230円(3日以内) ～78,970円(8日～14日以内)		<b>204,460円</b> <del>～157,940円</del> 2倍	+10,000円 4倍 (二類感染症患者 入院診療加算相当)
	特定集中治療室管理料 (ICU)	142,110円(3日以内) ～81,180円(8日～14日以内)		<b>284,220円</b> <del>～162,360円</del> 2倍	+10,000円 4倍 (同上)
	ハイケアユニット 入院医療管理料(HCU)	68,550円 ～42,240円		<b>137,100円</b> <del>～84,480円</del> 2倍	+5,000円 2倍 (同上)
中等症 (酸素療法)	急性期一般入院基本料	21,000円 ～18,320円	+9,500円 (救急医療管理加算) +2,500円 (二類感染症患者 入院診療加算) 4/8に措置済み	21,000円 ～18,320円	+19,000円 2倍 (救急医療管理加算) +2,500円 (同左)

# 新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

- 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対応可能な医療体制の構築に向けて、患者の診療に係る実態等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとする（令和2年5月26日付け事務連絡発出）。

## 1. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価の見直し（\*1）

- 重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を3倍に引き上げる。  
※ 例：特定集中治療室管理料3（平時）9,697点 → 臨時特例（2倍）19,394点 → 更なる見直し（3倍）29,091点
- 中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算を算定できることとする。  
\*1 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関であること。

## 2. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

- 重症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を追加する。
- 中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者（\*2）を追加する。  
\*2 免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクを鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない者を想定。

## 3. 長期・継続的な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価

- 中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとする。
- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者について、転院を受け入れた医療機関への評価を設ける。

## 4. 疑似症患者の取扱いの明確化

- 新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化する。

# 新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症入院患者の受入れについて、呼吸不全管理を要する中等症以上の患者に対する診療及び管理の実態等を踏まえ、特例的に以下の対応を行うこととする（令和2年9月15日付け事務連絡発出）。

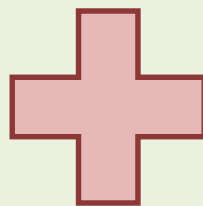
## さらなる診療報酬上の対応

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者に対する診療の評価の見直し

### 中等症の患者に対する診療・管理の実態

#### 【重症化早期発見のために】

- ✓ 1日3回のバイタルチェック
- ✓ 一般血液、生化学、尿検査の実施
- ✓ 抗ウイルス薬投与の検討



#### 「呼吸不全状態の中等症の患者」の場合

#### 【敗血症・多臓器不全の併発を念頭に】

- ✓ 酸素療法の開始
- ✓ 動脈血液ガス分析・画像検査等の実施
- ✓ ステロイド薬等の投与を検討
- ✓ 人工呼吸への移行を考慮



中等症患者のうち、呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者について、**救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)**を算定できることとする。

※ 呼吸不全管理を要しない中等症患者について、救急医療管理加算の3倍相当(2,850点)の算定が可能



# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症に関する新たな知見が明らかとなっていることや、新型コロナウイルス感染症の診療における感染患者の年齢構成の変化、診療に係る人材のさらなる確保の必要性も踏まえ、感染が急速に拡大している間、以下の対応をすることとする。（令和3年8月27日事務連絡発出）

## 1. 新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る評価

- 入院加療を実施している患者\*の診療に係る評価を、3倍から **4倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（3倍）2,850点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（4倍）**3,800点**

\* 酸素療法が必要な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない患者を含む。  
（中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与のため、入院管理を行う患者を含む。）

- 呼吸不全管理を要する患者（中等症Ⅱ）以上の診療に係る評価を、5倍から **6倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（5倍）4,750点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（6倍）**5,700点**

### （参考）

- 令和2年9月以降、新型コロナウイルス感染症の感染状況・診療には、以下のような変化が生じている。
  - 新型コロナウイルス感染症患者の年齢構成が、若年齢層にシフトしている。
  - より多くの重症化のリスク因子が明らかとなるなど、診療の際に注意を要する事項が増加している。
  - 新たな知見に基づく、医薬品の使用が進んでいる。
    - ▼ ~中等症Ⅰの患者に対する中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与が可能になった。
    - ▼ 中等症Ⅱ以上の患者に対するバリシチニブ（レムデシビルと併用）の投与が可能となった。
- これらの変化を踏まえ、以下のような診療の必要性が生じている。
  - ・ 患者像の変化に対応するため、多職種連携を含むより手厚い体制に係る医療従事者のさらなる確保が必要
  - ・ 病態を踏まえた迅速な治療方針の決定や重症化に備え、重点的な観察・頻回の検査等が必要
  - ・ 血液検査で重症化マーカーを検索・フォローし、より重篤な状況への移行を見極める必要

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、小児に対する診療の実態や、新型コロナウイルス感染症から回復した後の継続的な治療の必要性の観点から、感染が急速に拡大している間、期中における臨時異例の措置として、以下の対応を行うこととしている（令和2年12月15日付け事務連絡発出）。
- このうち、小児の外来診療に係る措置については、令和3年9月末まで行う。「同年10月以降については、～同年度末まで規模を縮小した措置を講じること～を基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

## 1. 外来における小児診療等に係る評価

- 感染予防策の実施について、成人等と比較して、
  - ・ 親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること
  - ・ 訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる6歳未満の乳幼児への外来診療等に対する評価が必要

→ 小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に

- 医科においては、**100点**（令和3年10月からは、50点）
- 歯科においては、**55点**（令和3年10月からは、28点）
- 調剤についても、**12点**（令和3年10月からは、6点）

に相当する点数を、特例的に算定できることとする。

※ 「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

## 2. 新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

- 新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要
- 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げる。

※ これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点 → 今回の見直し 二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

## 新型コロナウイルス感染症患者について

- ①療養病床(都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床)について、一般病床とみなして、**病床確保料の対象**とできることとした。(令和3年1月13日付事務連絡)【同日から適用】
  - ・ 重症者・中等症者病床 41,000円/日
  - ・ その他病床 16,000円/日
- ②療養病床(都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床)に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、一般病床とみなし、**一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料**を算定できる旨を明確化。(令和3年1月13日付事務連絡)【取扱いの明確化】
  - ・ 検査・治療に係る費用について、出来高で算定することが可能
  - ・ 中等症患者に係る救急医療管理加算の特例算定(3倍・2,850点)等が算定可能

## 回復患者について

- ①新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合は、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点/日)を算定できる。(令和2年12月15日付事務連絡)【同日から適用】
- ②新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算(950点/日)を最大90日間算定できる。(令和3年1月22日事務連絡)【同日から適用】
- ③新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、個室で、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合は、二類感染症患者療養環境特別加算の個室加算(300点/日)を最大90日間算定できる。(令和3年5月11日事務連絡)【同日から適用】

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応について

○ **新型コロナウイルスに感染した妊産婦について、診療上の対応に係る追加的な配慮や患者の受入に万全の体制整備を図る必要があるといった観点から、新型コロナウイルスに感染した妊産婦に対して診療を行った場合に以下が算定できることを明確化する。**

## ハイリスク妊娠管理加算

1,200点（1日当たり）

別に厚生労働大臣が定める患者について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として加算する

### 【主な施設基準】

- ・産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること
- ・当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること

## ハイリスク分娩管理加算

3,200点（1日当たり）

別に厚生労働大臣が定める患者について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する

### 【主な施設基準】

- ・当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること
- ・当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること

### 【主な対象患者】

- ・妊娠22週から32週未満の早産の患者（ハイリスク妊娠管理加算は、早産するまでの患者に限る。）
- ・多胎妊娠の患者
- ・妊娠高血圧症候群重症の患者
- ・心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ・前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
- ・（ハイリスク妊娠管理加算のみ）Rh不適合の患者

○ **新型コロナウイルスに感染した妊産婦**については、（診療の手引き ver.5.2より）  
・妊娠後期に感染した場合、早産率が高まり、患者本人も重症化のリスクがあること  
・妊婦にはデキサメタゾンが使用できないなど、通常の成人の診療より慎重な管理を要すること  
等を踏まえ、**上記加算の対象患者として含めることを明確化**する（※）。 （※）施設基準は変更無し

なお、

- ・ハイリスク妊娠管理加算については、**21日目以降**
- ・ハイリスク分娩管理加算については、**9日目以降 も算定可能とする。**（令和3年8月27日付事務連絡）

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、宿泊療養・自宅療養における診療の実態等を踏まえた上で、以下の対応とすることとする。

## 1. 往診・訪問診療に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症で自宅・宿泊療養を行っている者について、「通院困難なもの」に該当することを明確化する。（在宅医療の部における同様の要件の診療報酬点数についても同様）
- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診を行った場合、緊急往診加算（325点～850点）の「急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に該当することとする。

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリアージ実施料300点+緊急往診加算850点（※） = 1,008点 + 1,150点

（※）C000往診料注1イ（1）①緊急往診加算850点（機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって病床を有する場合の点数）

## 2. 訪問看護に係る評価

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症の利用者に対して、主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合、診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外の主治医からの指示であっても緊急訪問看護加算（2,650円）を算定できることとする。

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円（2日目以降3,000円）+特別管理加算2,500円（※）+緊急訪問看護加算2,650円  
= 12,990円 + 5,150円 ※月1回の算定

## 3. 酸素療法に係る評価

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対し在宅酸素療法を実施した場合、「在宅酸素療法指導管理料2その他の場合」の対象患者に該当することとし、在宅酸素療法指導管理料2,400点を算定できることとする。

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、自宅・宿泊療養の需要が増加していくことが見込まれる状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充。  
(往診・訪問診療：令和3年7月30日事務連絡、訪問看護：令和3年8月4日事務連絡)

## 「往診・訪問診療」の現状(令和3年2月26日事務連絡)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診を行った場合、**緊急往診加算(325点~850点)**の「急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に該当することとしている。

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリージ実施料300点  
+ **緊急往診加算850点(注)** = 1,008点 + **1,150点** (計2,158点)

(注) C000往診料注1イ(1)①緊急往診加算850点(機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって病床を有する場合の点数)

## 「訪問看護」の現状(令和3年2月26日事務連絡)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者の利用者に対して、主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合、診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外の主治医からの指示であっても**緊急訪問看護加算(2,650円)**を算定することとしている。

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円(2日目以降3,000円)+特別管理加算2,500円(注)+**緊急訪問看護加算2,650円**  
= 12,990円 + **5,150円** (計18,140円) (注)月1回の算定

自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充

## 「往診・訪問診療」の追加対応(令和3年7月30日~)

- **救急医療管理加算950点**を算定可とする。  
(1日当たり1回)

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリージ実施料300点  
+ 緊急往診加算850点 + **救急医療管理加算950点**  
= 1,008点 + 1,150点 + **950点** (計3,108点)

## 「訪問看護」の追加対応(令和3年8月4日~)

- **長時間訪問看護加算5,200円**を算定可とする  
(1日当たり1回)

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円(2日目以降3,000円)+特別管理加算2,500円(注)+緊急訪問看護加算2,650円  
+ **長時間訪問看護加算5,200円** (注)月1回の算定  
= 12,990円 + 5,150円 + **5,200円** (計23,340円)

## 各医療機関等における感染症対策に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要

○ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策(※)を講じることについて、以下の点数に相当する**加算等を算定できる**こととする。

- ◆ 初診・再診（医科・歯科）等については、**1回当たり5点**
- ◆ 入院については、入院料によらず、**1日当たり10点**
- ◆ 調剤については、**1回当たり4点**
- ◆ 訪問看護については、**1回当たり50円**

### ※ 感染予防策の例

- ・ 全ての患者の診療において、状況に応じて必要な个人防护具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施
- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
- ・ 病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う

なお、この特例的な対応については、令和3年9月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

○ 上記のほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、**298点**を算定できることとする。

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」（以下「本剤」という。）が外来でも使用できるようになったことを踏まえ、新型コロナウイルス感染症患者に対して外来で本剤を投与した場合の診療報酬上の評価を拡充する。（令和3年9月7日事務連絡）

## 外来における診療の現状

- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、外来における診療を行った場合の診療報酬は、初診288点又は再診73点をはじめとして、以下のとおりとなっている。

### 外来において診療を行った場合の算定イメージ

初診料（288点）又は再診料（73点）  
+  
院内トリアージ実施料（300点）【特例】  
+  
点滴注射（45点）  
ほか、処方料（42点）又は処方箋料（68点）、薬剤料 等

## 追加的対応（令和3年9月7日～）

- 新型コロナ患者に対して外来で中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」の投与を行った場合の診療報酬上の評価を拡充する。

- **救急医療管理加算  
950点（投与した日に1回）**

（参考）自宅・宿泊療養患者への診療に係る特例

- 自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診、訪問診療、訪問看護又は電話等による診療を実施した場合の評価を以下のとおり拡充。
  - ・ 往診・訪問診療：**救急医療管理加算950点（1日当たり1回）**（令和3年7月30日事務連絡）
  - ・ 訪問看護：**長時間訪問看護加算5,200円（1日当たり1回）**（令和3年8月4日事務連絡）
  - ・ 電話等による初診・再診：**二類感染症患者入院診療加算250点（1日当たり1回）**（令和3年8月16日事務連絡）



# 新型コロナウイルス感染症等に係る診療報酬上の特例的な評価の拡充について

- 医療機関等における新型コロナウイルス感染症患者への診療等に対する診療報酬上の特例的な対応を更に拡充した。

## 外来

- ✓ 疑い患者への外来診療の特例拡充 <令和4年3月末まで>  
院内トリージ実施料の特例300点→**550点**  
※ 診療・検査医療機関に限定、自治体HPでの公表が要件
- ✓ コロナ患者への外来の特例拡充  
コロナプリーブ投与の場合：950点→**2,850点(3倍)**  
その他の場合：**950点**

## 歯科

- ✓ 呼吸管理を行うコロナ患者の口腔粘膜処置に係る特例 (**100点**)
- ✓ 自宅・宿泊療養中のコロナ患者に対し、訪問診療を実施した場合に係る特例 (**330点(時間要件の緩和)**)

等

## 在宅

- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診の特例拡充  
コロナプリーブ投与の場合：950点→**4,750点(5倍)**  
その他の場合：950点→**2,850点(3倍)**
- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護の特例拡充  
(520点→**1,560点(3倍)**)

## 調剤

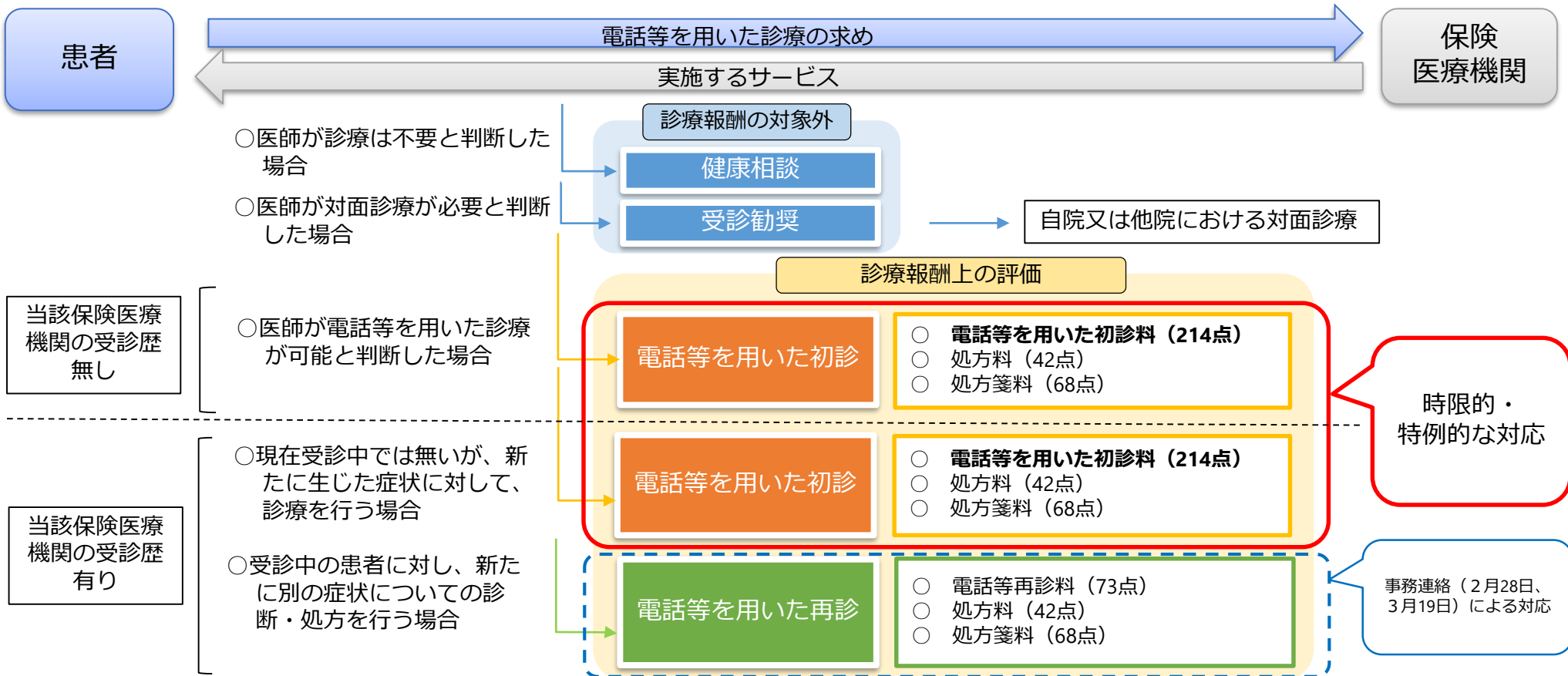
- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問/電話等による服薬指導への特例拡充  
(訪問：**500点**、電話等：**200点**)
- ✓ 自宅・宿泊療養者の服薬状況の医療機関への文書による情報提供の特例  
(30点(月1回まで)→**算定上限撤廃**)

※ 診療報酬における小児外来に係る特例については、以下のとおり支援を継続する。 <令和4年3月末まで>

医科：**50点**、 歯科：**28点**、 調剤：**6点**

# 新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱い

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とする。（令和2年4月10日付事務連絡）



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点（※）を算定することとする。
- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとする。
- オンライン診療料の施設基準のうち、「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。」については、時限的・特例的な対応として、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、適用しないこととする。

# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、自宅・宿泊療養の需要が増加していくことが見込まれる状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し電話等による初診・再診を実施した場合の評価を拡充。  
(令和3年8月16日事務連絡)

## 電話等による初診・再診の現状

- 電話等を用いた初診・再診を行った場合は、下記図のとおり初診214点、再診73点となっている。

電話等を用いた  
初診

- 電話等を用いた初診料 (214点)  
※ 上記に加え、処方料(42点)or 処方箋料(68点)

電話等を用いた  
再診

- 電話等再診料 (73点)  
※ 上記に加え、処方料(42点)or 処方箋料(68点)

## 追加的対応(令和3年8月16日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた初診・再診を行った場合の診療報酬上の評価を拡充する。

- **二類感染症患者入院診療加算  
250点 (1日当たり1回)**

(参考1)二類感染症患者入院診療加算(250点)の特例

- ・ 令和2年4月8日付け事務連絡で、入院を必要とする新型コロナ患者への診療を特例的に評価。同年4月18日付け事務連絡では、人員配置に応じ追加的に2~4倍算定可能としている。

(参考2)回復患者への診療に係る特例

- ・ 後方支援病床の確保の観点から、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、**救急医療管理加算(950点)を最大90日間算定できる**こととしている(令和3年1月22日事務連絡)

(参考3)自宅・宿泊療養患者への診療に係る特例

- ・ 自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充(**往診・訪問診療:救急医療管理加算950点(1日当たり1回)**(令和3年7月30日事務連絡)、**訪問看護:長時間訪問看護加算5,200円(1日当たり1回)**(令和3年8月4日事務連絡))

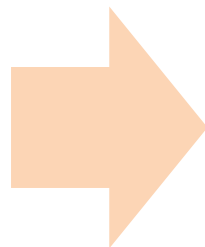
# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、医療体制の逼迫、自宅・宿泊療養の需要が増加している状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し、電話等による診療を実施する場合、場所の規定を緩和。

(令和3年9月24日事務連絡)

## 電話等による診療の現状

- 電話等を用いた診療を行う場合には、保険医療機関内で実施する必要がある。



## 追加的対応(令和3年9月24日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた診療を行う場合については、  
**オンライン診療の指針に定める「オンライン診療の提供体制に関する事項」における「最低限遵守する事項」(※)を満たすことを前提に、**  
**保険医療機関外に医師が所在する場合** (例えば、医師の自宅・移動中等) も、電話等を用いた診療に係る診療報酬を算定可とする。

(※)

- ・ 医師は医療機関に所属
- ・ 患者が速やかにアクセスできる医療機関において対面診療を行える体制
- ・ 騒音、ネットワークが不安定など、不適切な場所でオンライン診療不可
- ・ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の情報を得られる体制を整備
- ・ 物理的に外部から隔離される空間において実施

# 新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査の保険適用に伴う対応について

- COVID-19(新型コロナウイルス感染症)について、今後、患者数がさらに増加し、検査の主たる目的が各々の患者の診療に移っていく場合に備え、PCR検査「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出」を令和2年3月6日から保険適用。
- これにより、実施医療機関の医学的判断に基づき、保健所を経由することなく検査依頼を行うことができるようになるほか、民間検査機関の検査能力の増強につながるが見込まれる。

## 保険適用の概要

- ・ 検査価格の実態を踏まえ、「SARSコロナウイルス核酸検出 450点」の4回分 **1,800点**とする。  
(大学病院内で検査する場合など、カテゴリ-B感染物質輸送を行わない場合は3回分 **1,350点**)
- ・ 検査方法は以下とする。
  - (1) 国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」又はそれに準じた方法
  - (2) SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認又は認証を得ているもの

- なお、上記に伴い、以下の取組をあわせて実施。

## 患者負担相当額の補助

- ・ 感染症のまん延防止の目的も含むことから、検査費用(18,000円又は13,500円)及び判断料(1,500円)に係る **自己負担相当額を医療機関の窓口で免除(補助)する**。(これまでと同様、初・再診料などの費用の支払は生じる。)

## 実施体制の整備

- ・ 十分な感染予防策が取られており、診療体制の整った医療機関で実施する観点から、当面の間、**感染症指定医療機関、帰国者・接触者外来**又は**帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県が認めた医療機関**とする。
- ・ 当面、検査の需給が逼迫することを想定し、医療機関と検査機関の調整を都道府県で実施する。(広域調整は厚生労働省)

# 新型コロナウイルス感染症に係る抗原検査の保険適用に伴う対応について

- COVID-19(新型コロナウイルス感染症)について、COVID-19迅速診断検査薬(抗原検査キット)が令和2年5月13日に薬事承認されたことを踏まえ、同日から「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出」を保険適用。

## 保険適用の概要

- ・ 検査価格の実態を踏まえ、「マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)」の4回分 600点を準用する。
- ・ SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認若しくは認証を得ている方法で検査を実施する。
- ・ COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合に算定する。
- ・ 診断の確定までの間に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が付かない場合は、さらに1回に限り算定できる。

- なお、以下の取組をあわせて実施。

- ・ 「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12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」(平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知)別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の改正による、新型コロナウイルス感染症に係る届出基準の変更。
- ・ SARS-CoV-2抗原検出用キットの活用に関するガイドラインの発出。
- ・ 「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」(令和2年3月4日健感発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)の改正による、患者負担相当額の取扱いの周知。

等

○ 患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

## （１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

## （２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

## （３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

## （４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

## （５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

## （６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

### （７）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

### （８）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

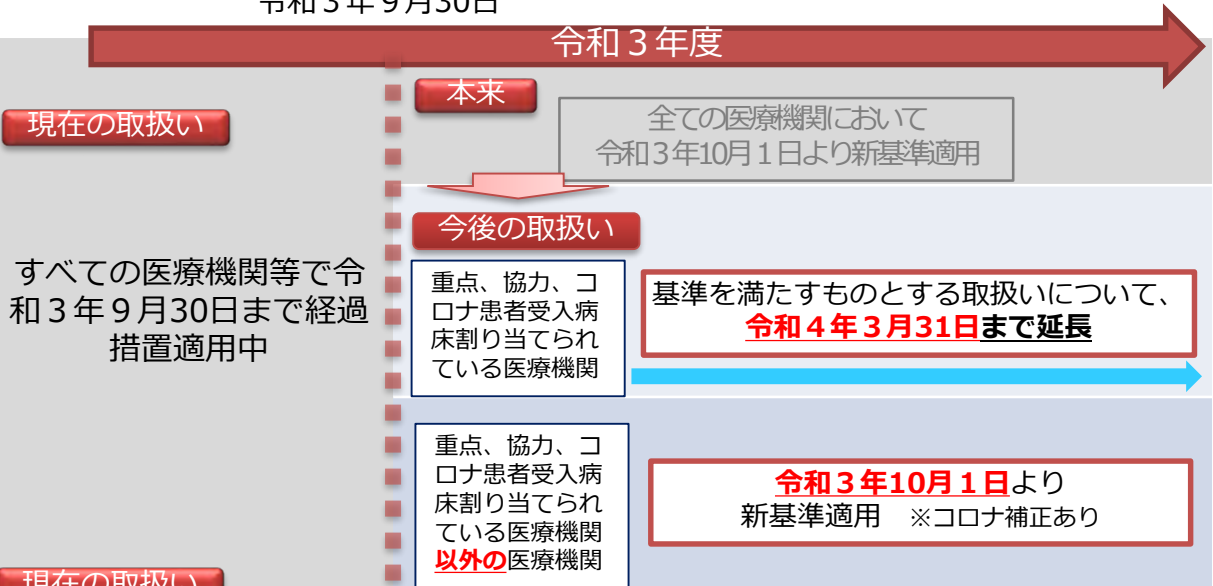


○ 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを以下のとおりとはどうか。

令和3年9月30日

## 1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

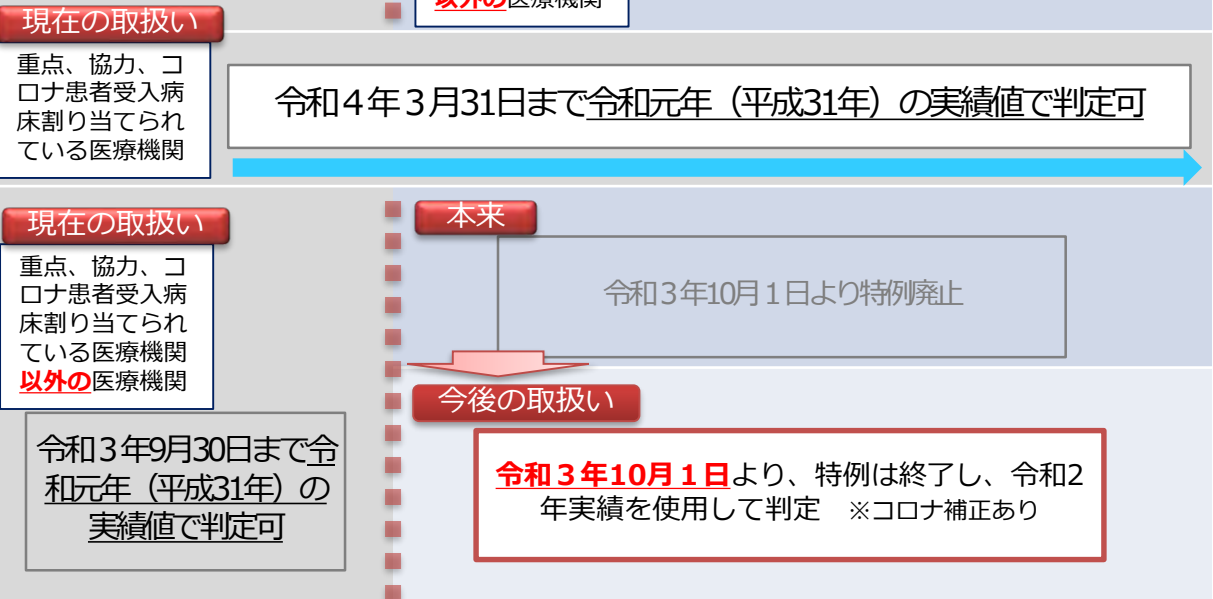
- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



## 2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）



## コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

# 感染症対策の推進③

## 院内における感染防止対策の評価

- 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

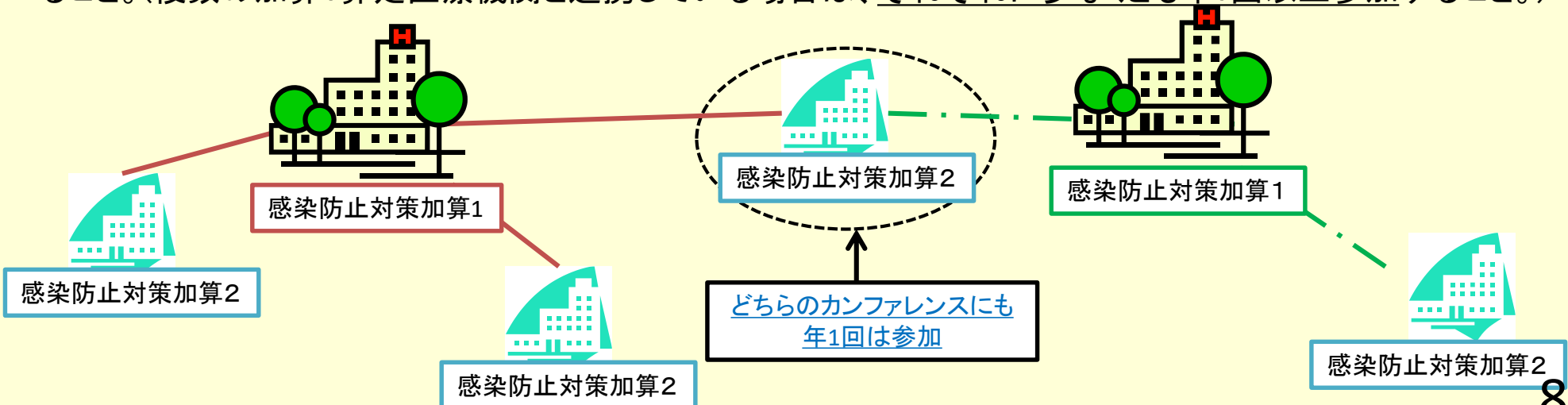
### [施設基準]

**感染防止対策加算1**(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

- 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と年4回以上合同カンファレンスを開催していること。

### 感染防止対策加算2

- ① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、研修要件及び専従要件を緩和したチームを作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。
- ② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催するカンファレンスに年4回以上参加すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)



# 感染症対策の推進④

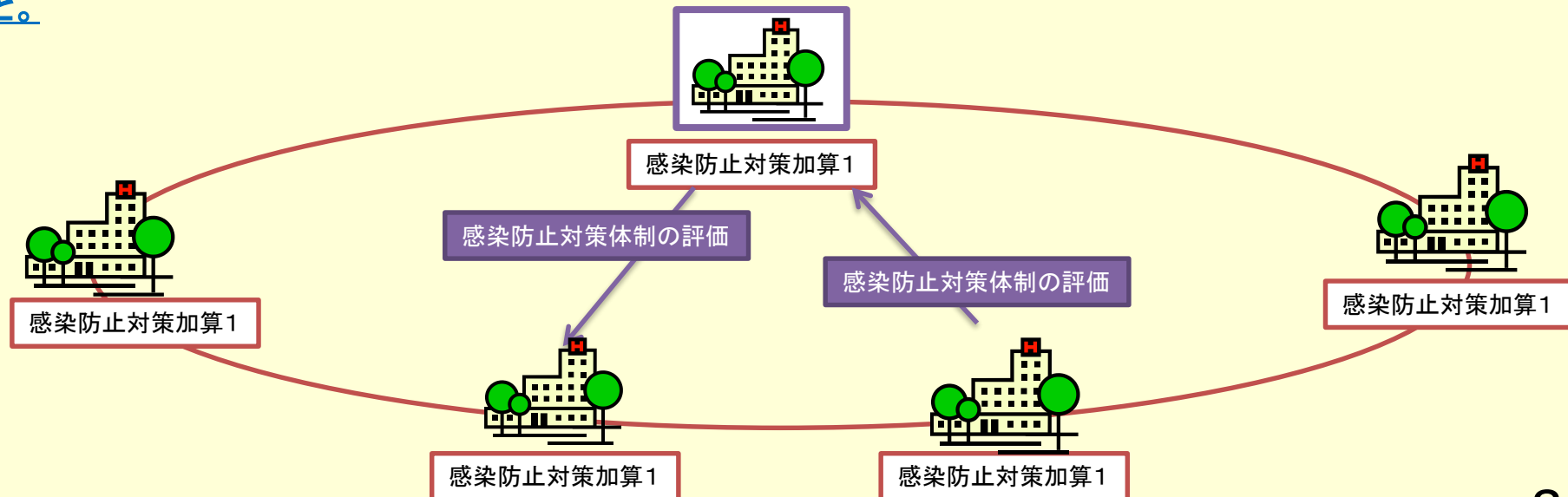
## 感染防止対策の相互評価について

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

### (新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

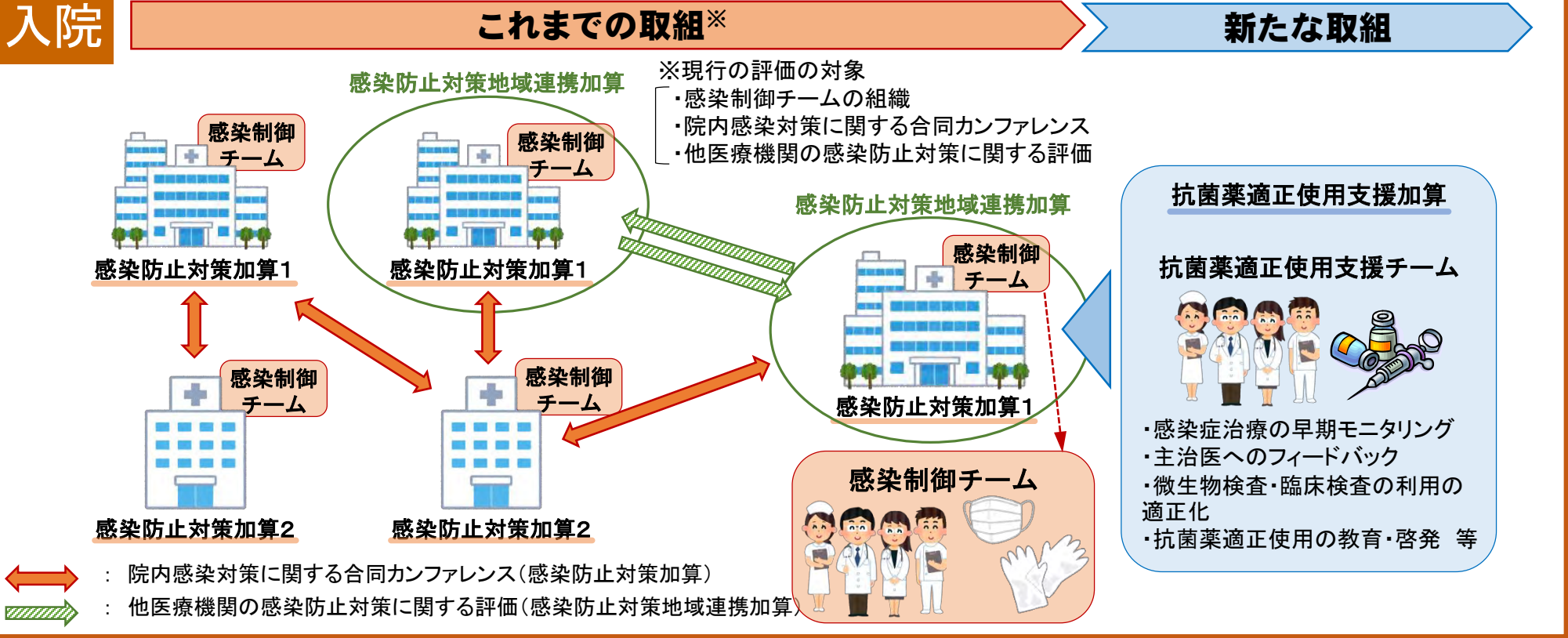
#### [算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。



# 感染症対策・薬剤耐性対策の推進

## 入院



## 外来



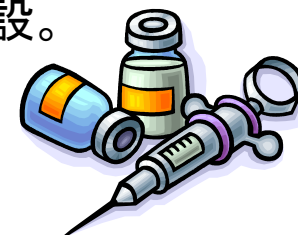
小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組**を行っていることを要件化



## 抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性 (AMR) 対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



### 感染防止対策加算

### (新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

#### [算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

#### [抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

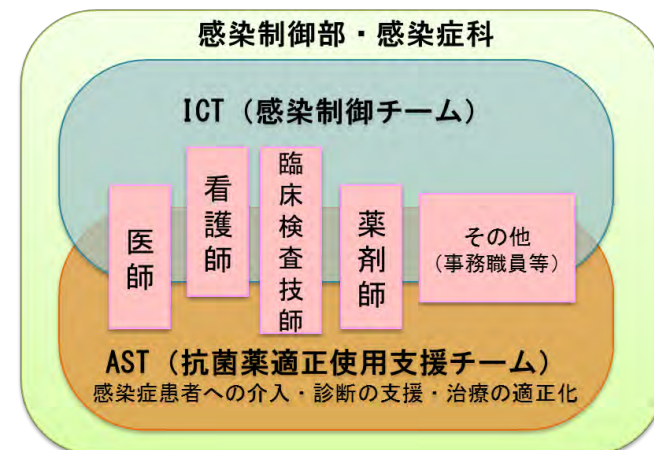
ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

#### [抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



# 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、病院の外來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。

抗菌薬適正使用  
支援チーム



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) 外來における対策

- ✓ 外來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、外來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**他の医療機関に周知**。

# 感染防止対策加算の概要

		感染防止対策加算 1	感染防止対策加算 2
点数		390点	90点
算定要件		院内に感染制御のチーム(*)を設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
主な施設基準	病床規模	-	保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする
	部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
	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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上）</li> <li>・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了）</li> <li>・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上）</li> <li>・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上）</li> </ul> ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上）</li> <li>・専任の看護師（感染管理の経験5年以上）</li> <li>・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上）</li> <li>・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上）</li> </ul>
	マニュアルの作成・活用	感染制御チームがマニュアルを作成	
	院内研修	感染制御チームが年2回以上研修を実施	
	医療機関間の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算2の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施</li> <li>・加算2の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている</li> </ul>	・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
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する</li> <li>・感染制御チームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う</li> <li>・院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する</li> <li>・第三者機関による評価を受けていることが望ましい</li> </ul>		

## \* 感染制御チームの業務

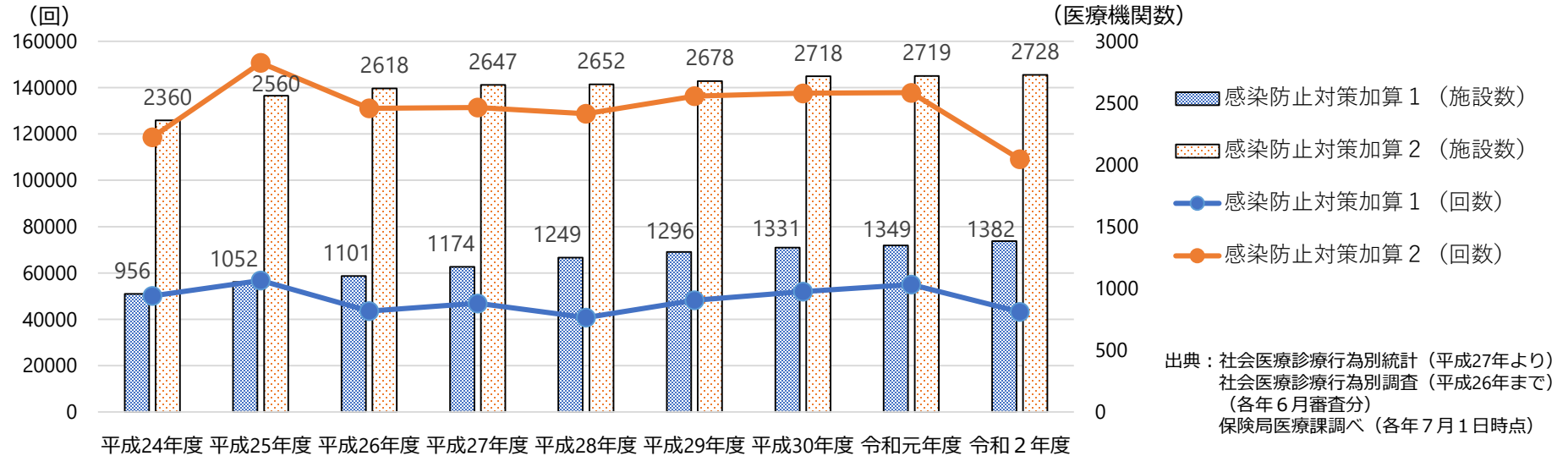
- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。



# 感染防止対策加算の届出状況等について

○ 感染防止対策加算の届出医療機関数等は以下のとおり。平成24年度に加算が新設されて以降、届出医療機関数は増加を続けている。

## ＜届出医療機関数・算定回数＞



### （参考）令和2年度の許可病床規模別の届出医療機関数

出典：DPCデータ（令和2年7月1日時点）

	感染防止対策加算1	感染防止対策加算2
～49床	0	124
50～99床	7	593
100～199床	184	1210
200～299床	240	268
300～399床	359	91
400床～	574	46

# 地域連携加算・抗菌薬適正使用加算の概要

感染防止対策加算 1

## 地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

## 抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

(抗菌薬適正使用支援チームの役割)

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。(ア～エのいずれか 1 人は専従)
  - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
  - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
  - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
  - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- 抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、相談等を受ける体制があることについて、定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。

<届出医療機関数・算定回数>

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,382	43,249
感染防止対策地域連携加算	1,372	42,959
抗菌薬適正使用支援加算	1,200	36,923

(出典)

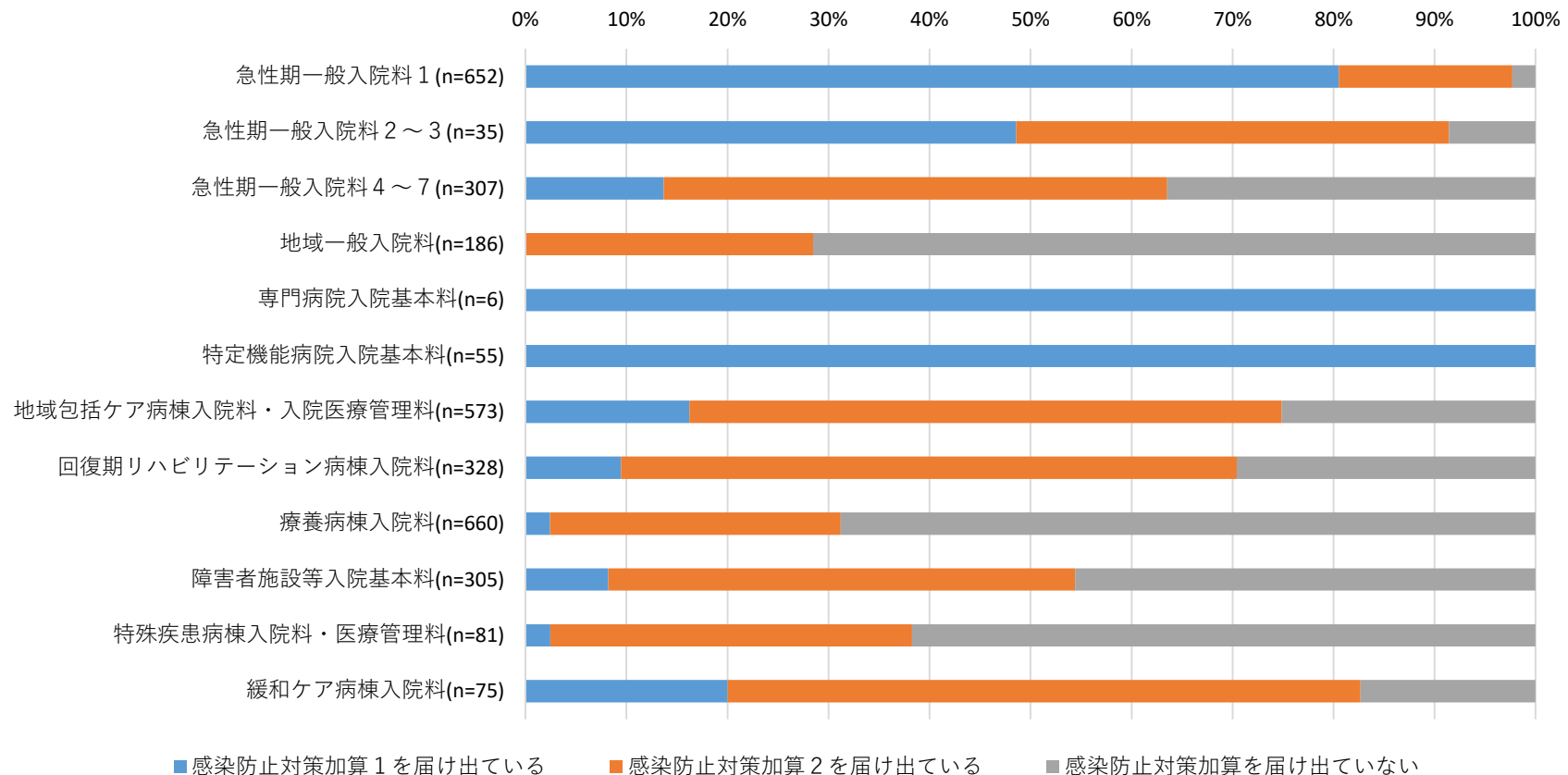
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(令和 2 年 7 月 1 日時点)

算定回数: 令和 2 年社会医療診療行為別統計(令和 2 年 6 月審査分)

# 感染防止対策加算の届出状況

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

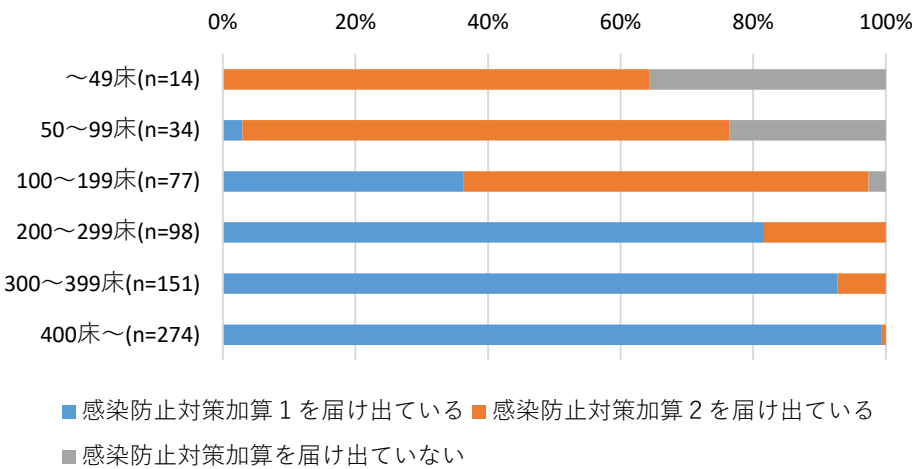
## 感染防止対策加算の届出有無



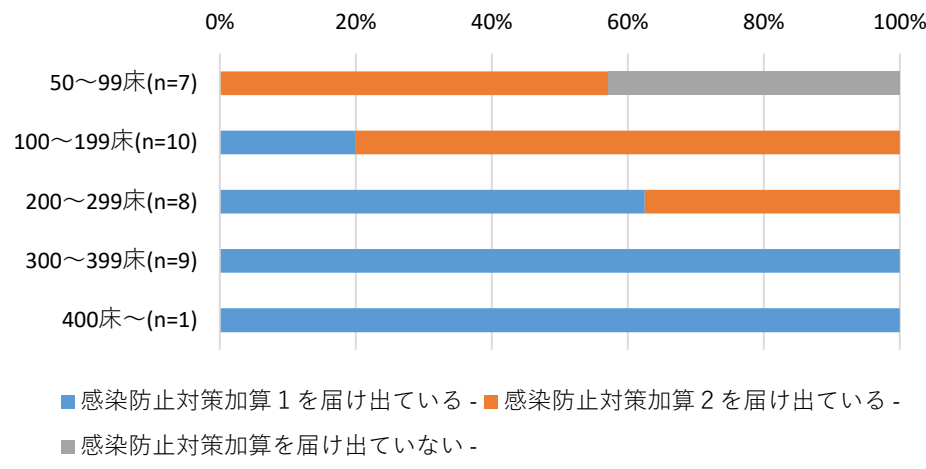
# 各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況①

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

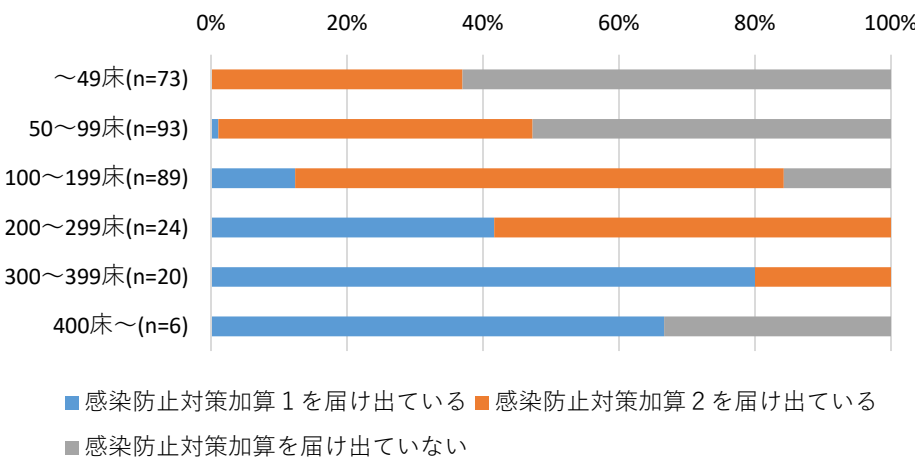
急性期一般入院料 1



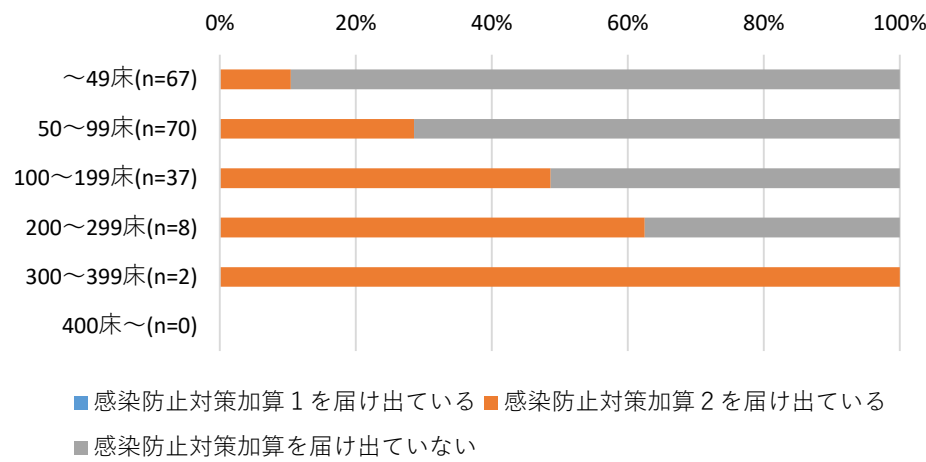
急性期一般入院料 2～3



急性期一般入院料 4～7



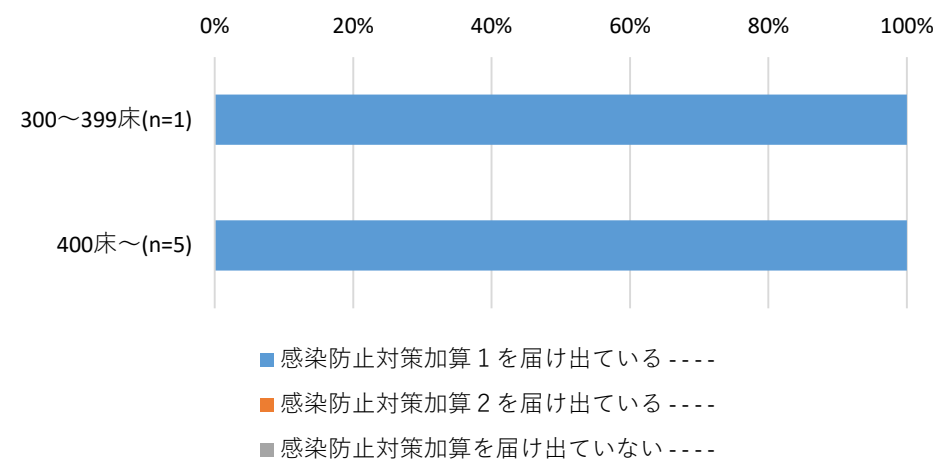
地域一般入院料



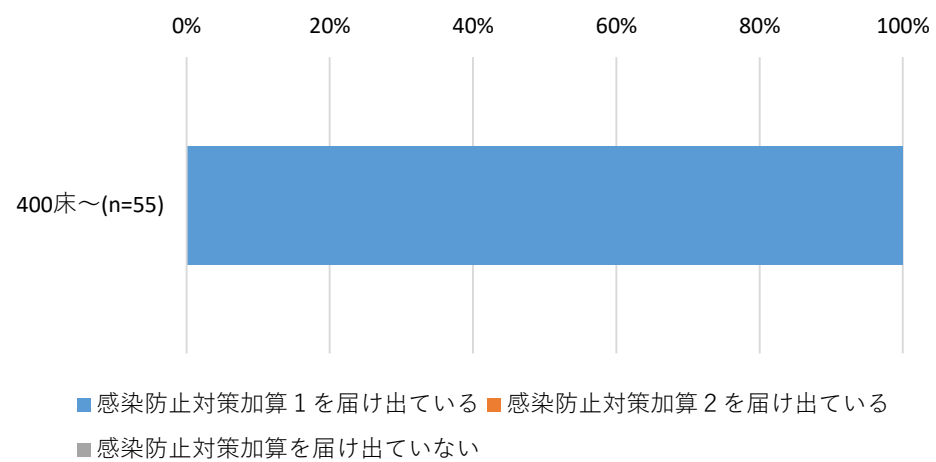
# 各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況②

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

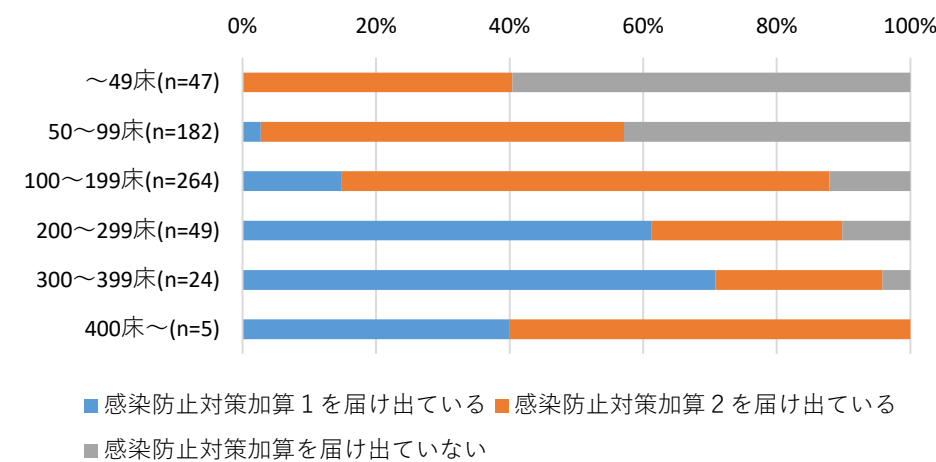
専門病院入院基本料



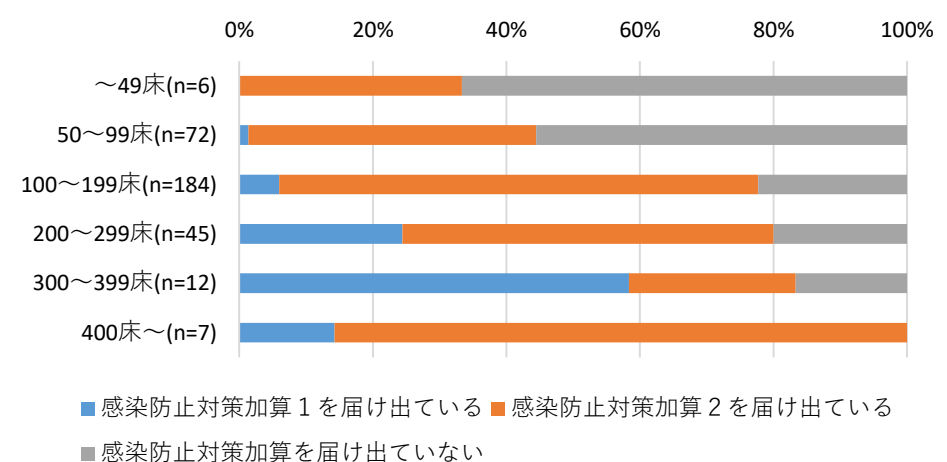
特定機能病院入院基本料



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



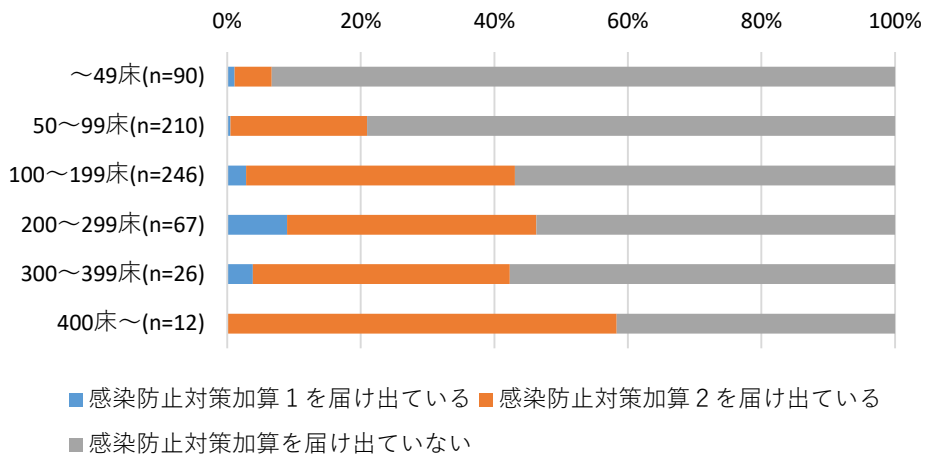
回復期リハビリテーション病棟入院料



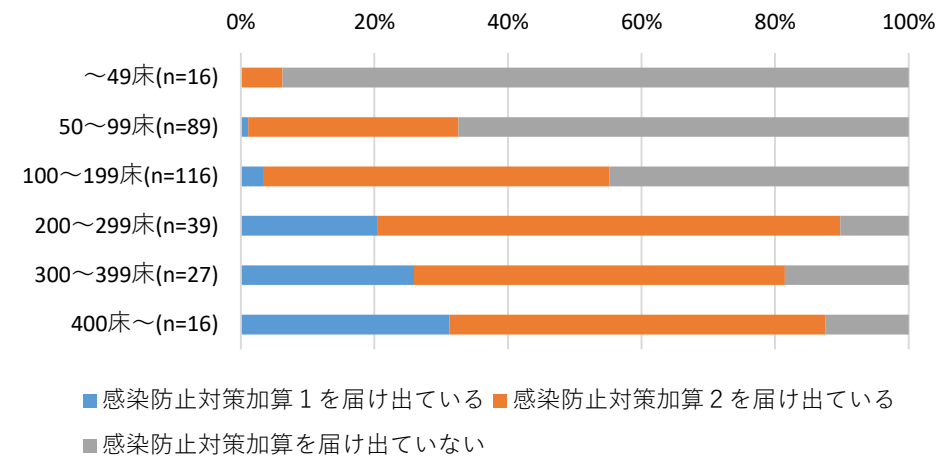
# 各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況③

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

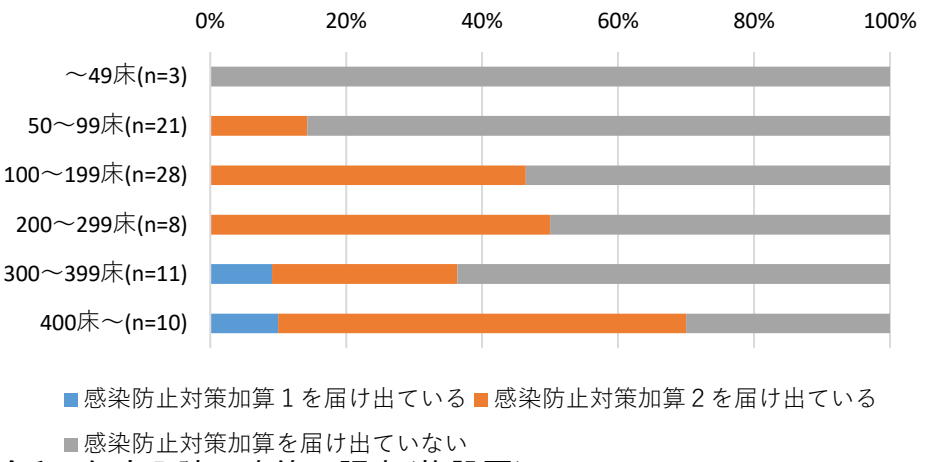
療養病棟入院料



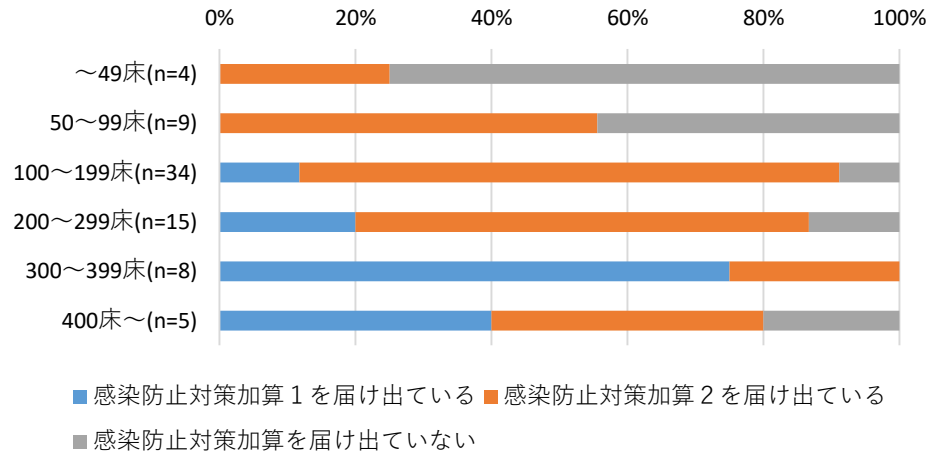
障害者施設等入院基本料



特殊疾患病棟入院料・医療管理料



緩和ケア病棟入院料



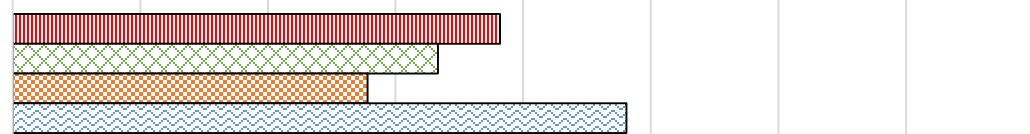
# 感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由①

○ 感染防止対策加算 2 を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

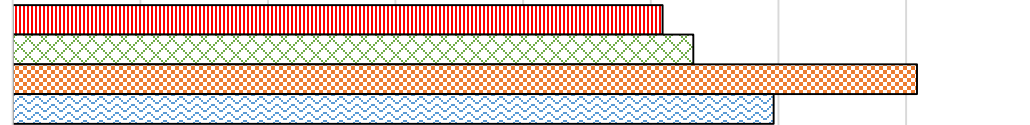
加算2を届け出ている医療機関で、加算1を届け出ることが困難な理由(複数回答)

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0%

5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師がいない



感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師又は5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師はいるが、専従として従事できるものがない



感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが困難



地域や全国のサーベイランスに参加することが困難



その他

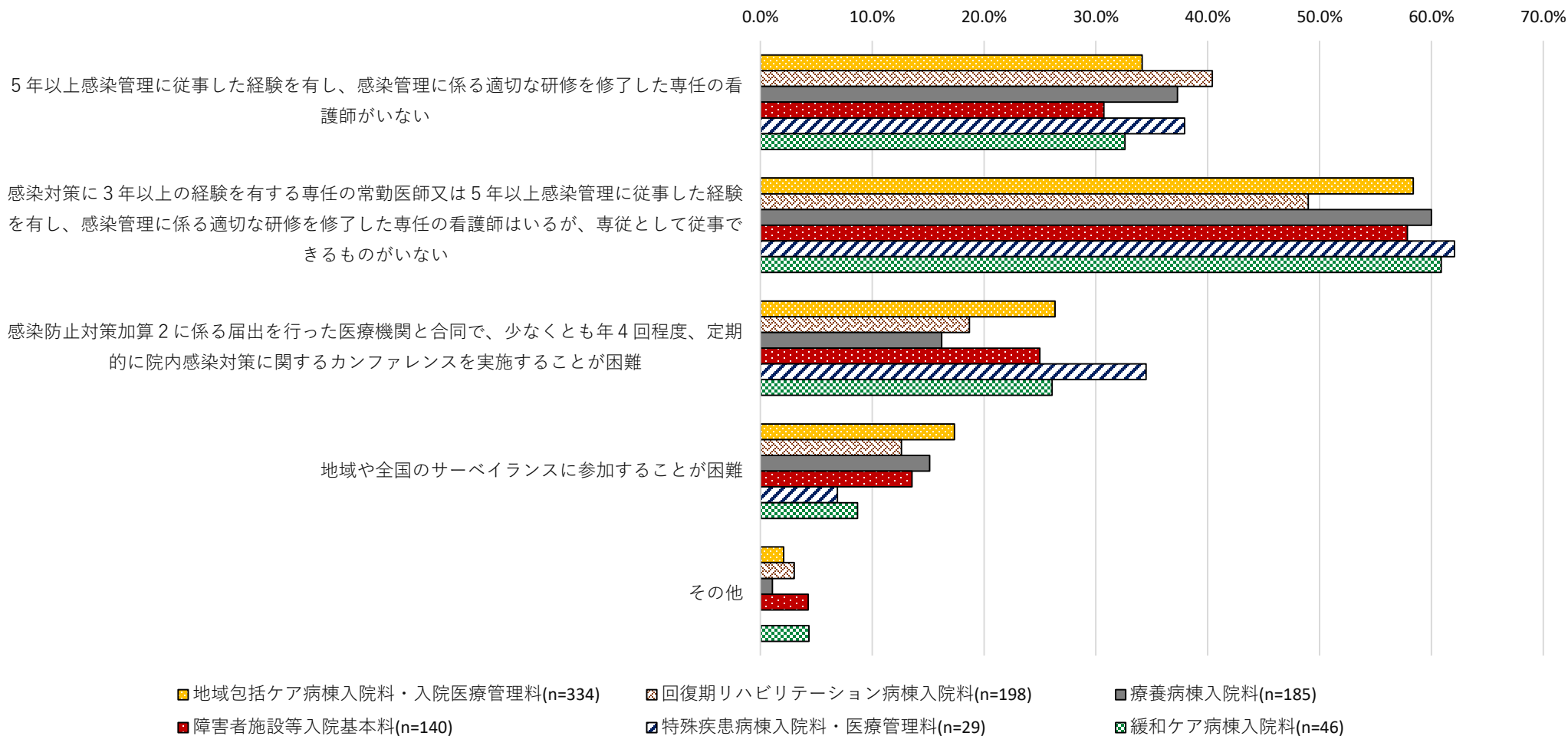


■ 急性期一般入院料 1 (n=110)   ■ 急性期一般入院料 2～3 (n=15)   ■ 急性期一般入院料 4～7 (n=151)   ■ 地域一般入院料(n=52)

# 感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由②

○ 感染防止対策加算 2 を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

加算2を届け出ている医療機関で、加算1を届け出ることが困難な理由(複数回答)

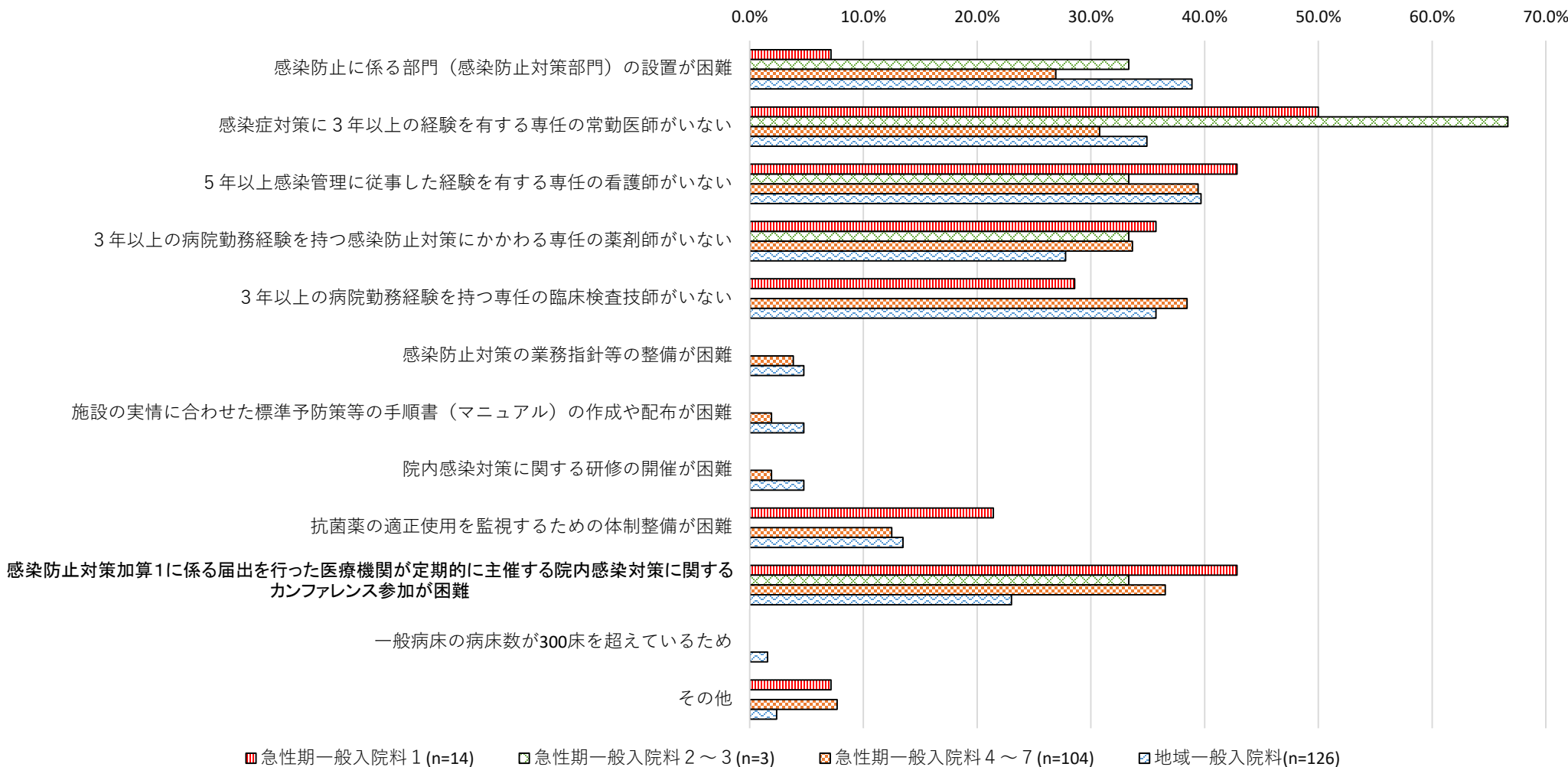




# 感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由①

○ 感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

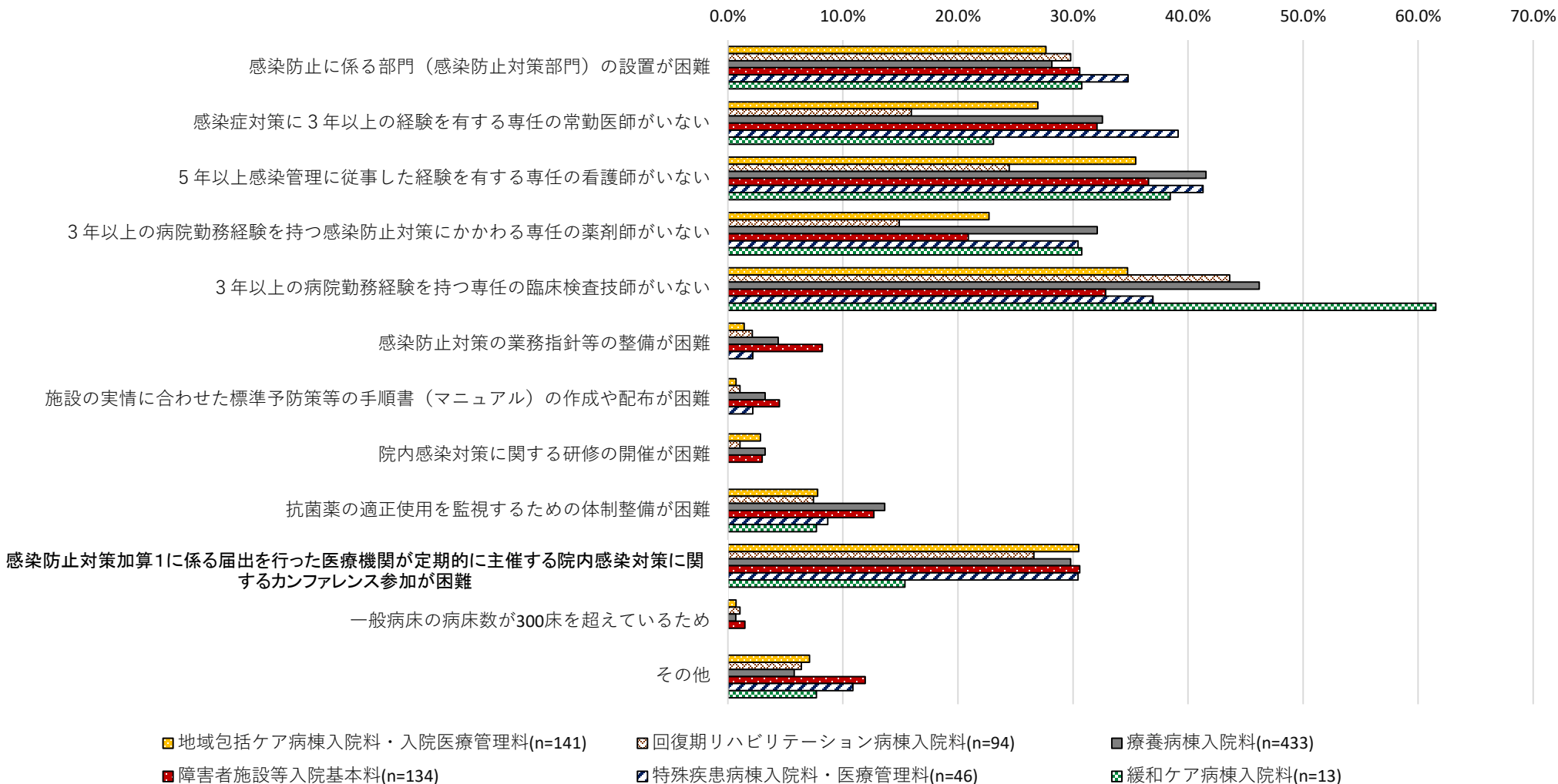
加算の届出がない医療機関で、加算2を届け出ることが困難な理由(複数回答)



# 感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由②

○ 感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

加算の届出がない医療機関で、加算2を届け出ることが困難な理由(複数回答)



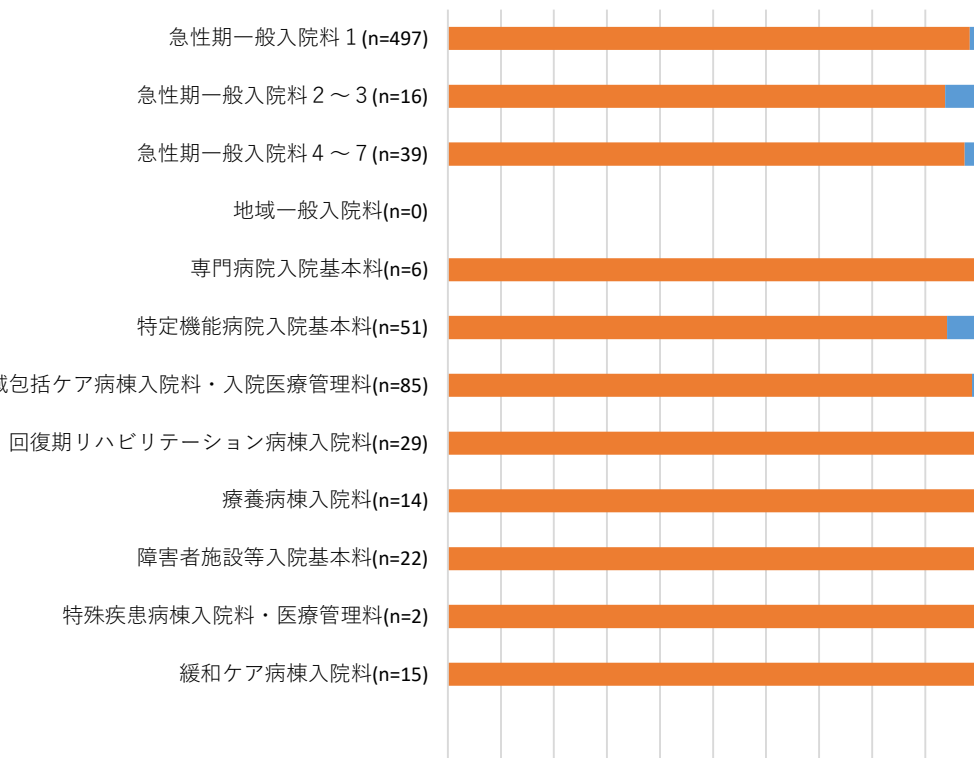
# 感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の届出状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 感染防止対策加算1を届け出ている医療機関のうち、感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている医療機関の割合は、以下のとおりであった。

## 感染防止対策地域連携加算の届出

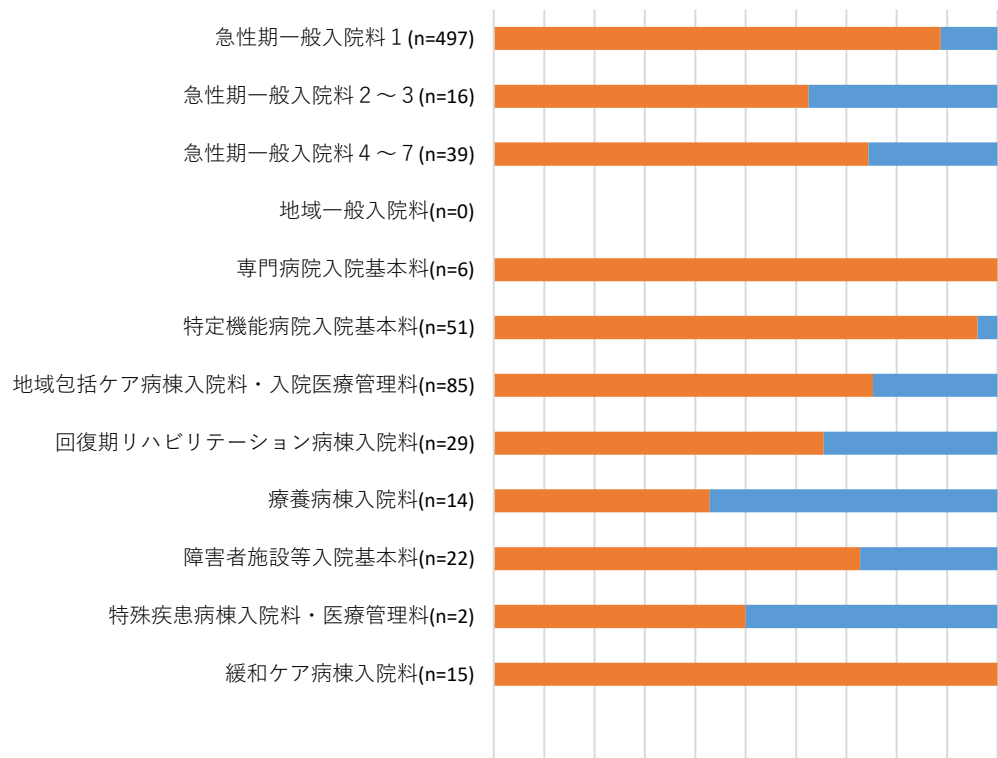
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 届出あり ■ 届出なし

## 抗菌薬適正使用支援加算の届出

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 届出あり ■ 届出なし

# 入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項

## 11-6. 感染防止対策加算について

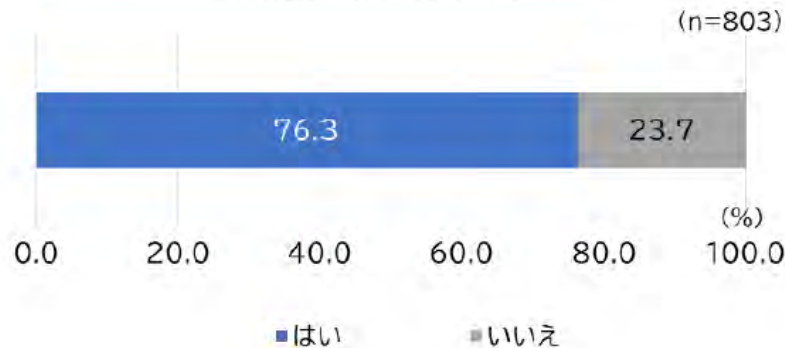
- 届け出ている入院料によって、感染防止対策加算を届け出ている医療機関の割合にはばらつきがあった。また、病床規模ごとでみると、病床規模が大きい方が感染防止対策加算の届出割合は高くなっていた。
- 新型コロナウイルス感染症への対応として、感染症看護専門看護師や感染管理認定看護師は、自院のみならず、他の医療機関等へ赴き、感染防止対策の支援を行ったが、こうした取組についても、感染防止対策の方法として評価の検討が必要ではないか、という指摘があった。

## 当面の看護人材の確保 ③専門性の高い看護師の活動状況：入院医療機関

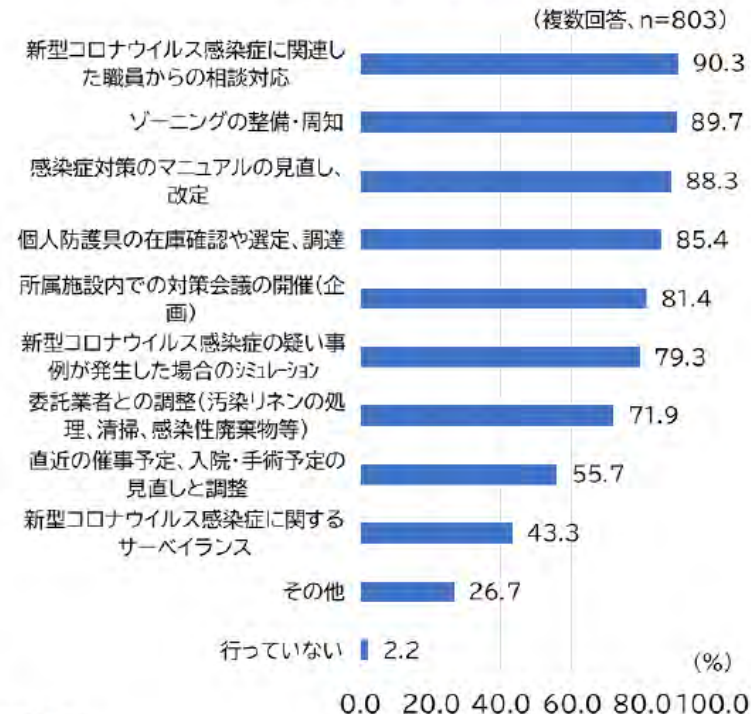
感染管理認定看護師(CN)・感染症看護専門看護師(CNS)が行った新型コロナウイルス感染症対応

- 「新型コロナウイルス感染症に関連した職員からの相談対応」は90.3%を占めた他、ゾーニングの整備・周知、感染症対策マニュアルの見直し・改定等、幅広く感染管理体制整備を行っている
- 感染管理CN・感染症看護CNSは、新型コロナウイルス感染症対応において、中心的な役割を果たしている

CN・CNSが中心となって新型コロナウイルス感染症対応にあたったか



新型コロナウイルス感染症対応として行ったこと  
～感染管理体制の整備～



【出典】日本看護協会「令和2年看護職員の新型コロナウイルス感染症に対応に関する実態調査」

### 当面の看護人材の確保 ③専門性の高い看護師の活動状況：介護福祉施設等での活動

- 看護職員が主体となって「感染対策マニュアルの作成や見直し」「標準予防策の実践」「感染対策に係る機材や備品の整備」等を行っている介護施設（特養・老健）が、それぞれ7割前後に上る。
- 2020年度内に看護職員向けの「感染管理」の研修を約9割の特養・老健で計画している他、看護職員自身が今後受講を希望する研修テーマも「感染管理」が7割前後で最も多く、看護職員を主軸にした感染管理体制の構築が急がれている。

#### 【感染管理認定看護師等による実地指導・研修】

2020年度の国の二次補正予算事業「介護施設及び介護事業所における感染症対策力向上支援事業」として、感染管理認定看護師等約130名が介護施設等延べ351か所に出向き、実地指導や研修を実施。介護施設からのニーズ・評価は高く、2021年度も事業実施。

#### 【出典】

- 日本看護協会 令和2年度老人保健健康増進等事業「介護施設における看護職員のあり方に関する調査研究事業」
- 日本看護協会 2020年度看護師職能委員会Ⅱ（介護・福祉施設・在宅等領域）における職能委員からの情報収集

## ■感染管理認定看護師の養成推進

- 2021年3月現在、感染管理認定看護師は**全国に3,006名**、感染症看護専門看護師は90名
- 地域偏在があり、かつ中小規模病院に所属する感染管理認定看護師は少ない  
※500床以上の病院では87%の施設に所属しているのに対し、200床未満の病院では8%に満たない

### 感染管理認定看護師の養成と活用の推進

- 1) 専門的な知識と高度な技術をもつ感染管理認定看護師の養成機会の拡充※
- 2) 専門性の高い看護職の活動範囲の拡充

※ 公益社団法人日本看護協会では、中小規模病院・介護施設では感染管理認定看護師が在籍していない施設も多いことなどから、「感染管理認定看護師養成推進事業」を立ち上げ、200床未満の医療機関や介護施設での感染管理認定看護師の配置を促進するため、認定看護師教育機関（感染管理分野）の受講費用を補助し、感染症に関する専門的な知識と技術を持つ認定看護師の養成を行う。**(2021年度実績 30都道府県 58医療機関 1介護施設)**

# 感染症対策の推進に係る感染管理認定看護師の取組について

- 所属施設内の感染予防対策に係る活動だけでなく、保健所と連携した地域に対する感染対策の普及活動等、専門性を生かした取組が実践されている。
- 保健所と感染管理認定看護師が継続した連携を進めることで、医療機関だけでなく、様々な分野への介入が可能となり、地域の感染対策の推進につながる事が期待できる。

## ■ 保健所と連携した地域に対する感染対策の取組例（埼玉県済生会栗橋病院） —埼玉県利根地区での取組—

- ▶ 地域における全ての施設が感染防止対策加算を算定しているわけではないため、地域全体での取り組みが不可欠。
- ▶ 地域での連携体制を構築するため、3つの活動を実施

目的

①管轄保健所管内で感染防止対策加算を取得している施設は23施設中10施設のみ。

**→加算の枠を超えた連携の推進**

②地域包括ケアシステムを構築するうえで介護・在宅領域等との連携も不可欠。

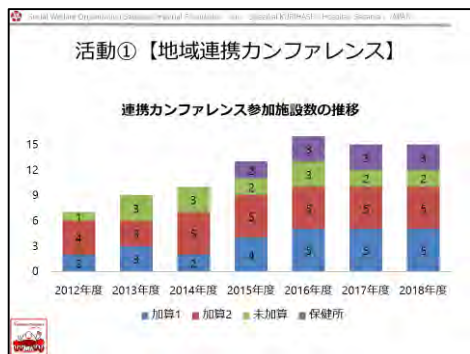
活動内容

①地域連携カンファレンスの開催（当院主催）

②感染症担当者連絡会議（保健所主催）

③利根感染管理カンファレンス（利根医療圏ICN主催）

- ▶ 直接の連携がない施設や、加算を算定していない施設、保健所も参加、参加施設：15施設、50～60名（発表当時）
- ▶ 地域サーベイランス、地位標準化ツール作成、事例シミュレーション等を実施



カンファレンスの協議内容

2012年度	・各施設の取り組みについて（情報共有）
2013年度	・職種別ディスカッション 「求めること・やるべきこと・できること」
2014年度	・症例検討カンファレンス （個室管理・アウトブレイク対応など）
2015年度	・各施設の取り組みについて （地域サーベイランスデータの活用）
2016年度	・地域標準化ツールの作成
2017年度	・多職種連携の推進（多職種ディスカッション）
2018年度	・事例シミュレーション（結核・新型インフルエンザ）

※平成2014年度から地域サーベイランス開始

- ▶ 保健所主催による感染症担当者連絡会議。保健所と管内のICN（感染管理認定看護師）が連携して連絡会議を開催。
- ▶ 感染症予防対策加算1の算定施設の院内ラウンドを見学し、院内ラウンドを開始した施設や方法を見直す施設も。
- ▶ 保健所管内の手指衛生サーベイランスを実施。管内メーリングリストの運用。

### 活動②【感染症担当者連絡会議】

開催日	テーマ	参加人数
2013年12月19日	院内感染防止対策及び地域連携について	29名
2014年7月31日	①アウトブレイク報告 ②結核の最新知見 ③チームにおける各職種の役割	41名
2014年12月11日	個人防護具着脱訓練	38名
2015年10月20日	院内ラウンドについて	41名
2016年 3月 3日	院内ラウンドについて（フォローアップ）	42名

#### ○成果

- ・加算1施設のラウンド見学：延べ13施設
- ・ラウンド開始：1施設
- ・ラウンド方法・チェックリスト見直し：9施設

### 活動②【感染症担当者連絡会議】

開催日	テーマ	参加人数
2016年 8月 1日	サーベイランスについて	32名
2017年 3月 3日	サーベイランスについて（フォローアップ）	27名
2017年12月 7日	手指衛生サーベイランス報告	37名

#### ○成果

- ・2016年7月～9月手指衛生サーベイランス（22施設）
- ・2017年4月～手指衛生サーベイランス開始
- ・院内感染対策チェックシートの運用開始
- ・メーリングリストの運用開始

### 活動③【利根感染管理カンファレンス】

<世話人>  
・利根医療圏内感染管理認定看護師

<協力>  
・幸手保健所・加須保健所

<開催>  
・年2回（6月・10月の予定）19:00～20:30

### 講習テーマ

	開催日	演題	参加人数
①	2014年10月17日	手指衛生	79名
②	2015年6月19日	個人防護具	91名
③	2015年11月6日	冬季の感染対策	95名
④	2016年6月24日	交差感染防止	107名
⑤	2016年10月21日	環境整備	95名
⑥	2017年6月15日	院内ラウンド	70名
⑦	2017年10月5日	経路別予防策	92名
⑧	2018年6月21日	洗浄・消毒・滅菌	89名
⑨	2018年11月15日	冬季の感染対策	70名



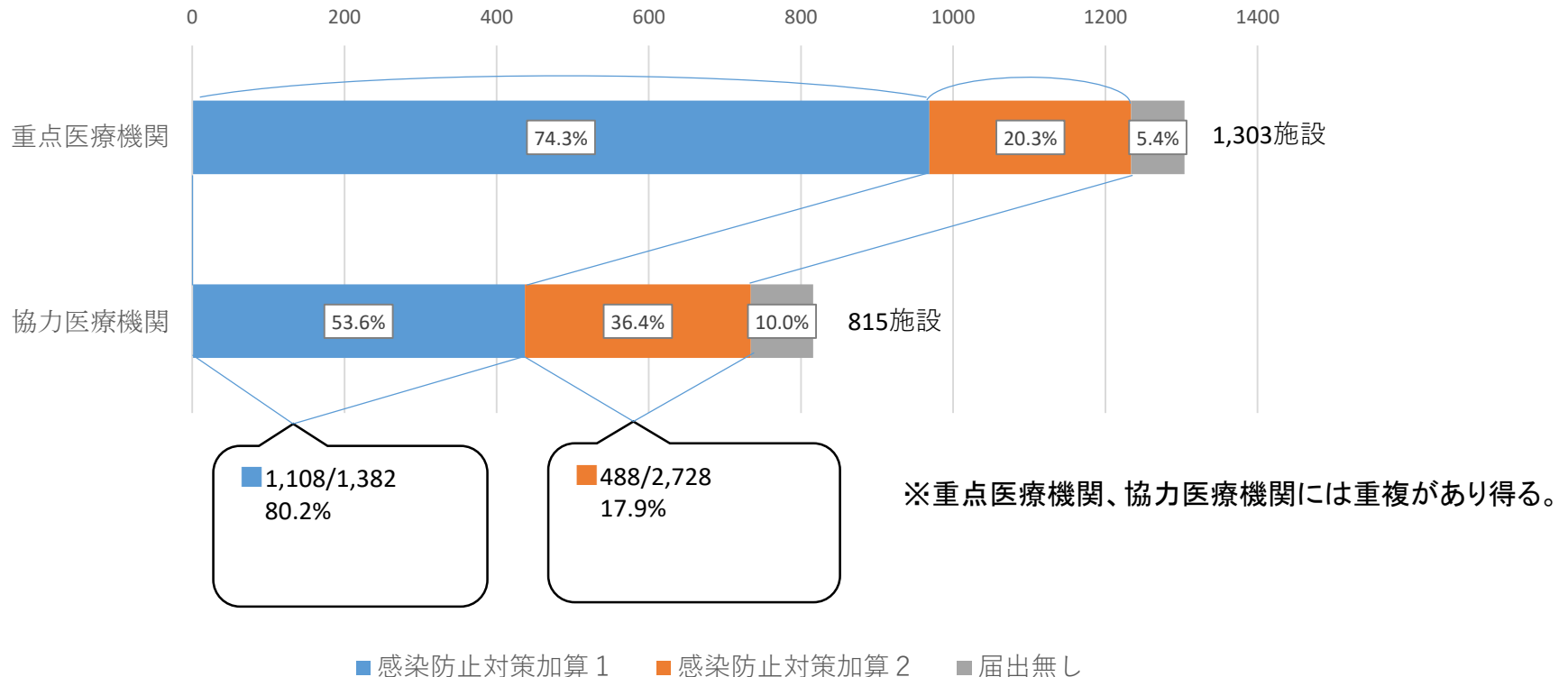
- ・ これらの活動を継続的に行うことで医療機関同士の顔の見える連携が推進
- ・ サーベイランスの実施やツール共有などの実践的な活動にもつながっている



# 新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関における 感染防止対策加算の届出状況

- 新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。多くの重点・協力医療機関において、加算が届け出られていた。
- 加算1を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は80.2%、加算2を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は17.9%であった。
- 全病院(8,300施設(令和元年医療施設調査))のうち、重点医療機関(1,303施設)である割合は、15.7%であった。

重点・協力医療機関における感染防止対策加算の届出状況



# 新型コロナの回復患者の受け入れ医療機関における感染防止対策加算の算定状況

- 新型コロナの回復患者の受け入れに係る評価（950点）を算定している医療機関において、感染防止対策加算1又は2を届け出ている割合は、約4割であった。

新型コロナの回復患者の受け入れに係る評価（950点）の算定医療機関と  
感染防止対策加算の算定医療機関の状況（令和3年2月診療月）

項目	医療機関数	割合
回復患者受け入れ（950点）算定医療機関数	859	100%
（うち）感染防止対策加算1算定医療機関数	66	8%
（うち）感染防止対策加算2算定医療機関数	294	34%
（うち）感染防止対策加算1・2算定なし医療機関数	499	58%

約4割

# 院内感染対策中央会議提言 -抄-

○ 平成23年に、院内感染防止対策の推進に当たっての参考として、院内感染対策中央会議による提言が取りまとめられた。

平成23年2月8日厚生労働省医政局指導課事務連絡

## 1 はじめに

・・・個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。

## 2 通常時の対応

### (1) 医療機関内における対応

#### 1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について

・・・医療機関内の院内感染対策は、・・・基本となる標準的予防策が確実に行われる必要がある。そのためには、医療機関内の各部署から院内感染に係る情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元されなければならない。

また、医療機関内の管理者は、実働部隊である感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での役割と位置づけを明確化し、医療機関内の業務従事者からの理解と協力が得られる環境を整える必要がある。

#### 2) 感染制御チームについて

病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）における感染制御チームによる定期的なラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御に携わる医師、看護師、検査技師、薬剤師のうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。

(略)

中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）におけるラウンドでは、マンパワーが少ない傾向がみられるため、看護師が1人でラウンドすることが多く、医師等に意見することに苦慮するケースも存在する。些細な問題についても管理者や地域のネットワークに参加する医療機関の専門家等に相談し、支援を受けることができる体制を確立することが必要である。

### (2) 医療機関間の連携について

・・・緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。その際、地域のネットワークの拠点の医療機関として、大学病院や国立病院機構傘下の医療機関、公立病院等地域における中核医療機関、あるいは学会指定医療機関等が中心的な役割を担う必要がある。

## 3 院内感染発生時の対応

### (1) 医療機関内での対応

・・・院内感染対策を実施した後、・・・速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼することが必要である。

### (2) 医療機関間の連携と支援

院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。

# 医療機関における院内感染対策に関する留意事項 -抄- ①

- その後の院内感染対策中央会議の議論を踏まえ、平成26年に、医療機関における院内感染対策の留意事項が取りまとめられた。

平成26年12月19日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

はじめに

・・・地域の医療機関でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築も求められる。

## 1. 院内感染対策の体制について

### 1-1. 感染制御の組織化

- (1) 病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御にかかわるとともに、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される「院内感染対策委員会」を設け、院内感染に関する技術的事項等を検討するとともに、雇用形態にかかわらず全ての職員に対する組織的な対応方針の指示、教育等を行うこと。
- (2) 医療機関内の各部署から院内感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備すること。
- (3) 院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルを整備し、また、必要に応じて部門ごとにそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備すること。これらのマニュアルについては、最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき、適時見直しを行うこと。
- (4) 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、院内感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立すること。
- (5) 1-2に定める感染制御チームを設置する場合には、医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、医療機関内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整えること。

### 1-2. 感染制御チーム Infection Control Team (ICT)

- (1) 病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）においては、医師、看護師、薬剤師及び検査技師からなる感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド（感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、又は必要な部署を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導・介入等を行うことをいう。）を行うこと。病棟ラウンドについては、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。

病棟ラウンドに当たっては、臨床検査室からの報告等を活用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。

複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備すること。

- (2) 感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導・介入を行うこと。

## 医療機関における院内感染対策に関する留意事項 -抄- ②

○ 平成26年に取りまとめられた、医療機関における院内感染対策の留意事項の内容は以下のとおり。

平成26年12月19日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

(続き)

2. 基本となる院内感染対策について

2-9. 医療機関間の連携について

- (1) 3-1に定めるアウトブレイク及び3-3に定める介入基準に該当する緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関に対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。
- (2) 地域のネットワークの拠点医療機関として、大学病院、国立病院機構傘下の医療機関、公立病院などの地域における中核医療機関、又は学会指定医療機関が中心的な役割を担うことが望ましいこと。

2-10. 地方自治体の役割

- (1) 地方自治体はそれぞれの地域の実状に合わせて、保健所及び地方衛生研究所を含めた地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること。
- (2) 地方衛生研究所等において適切に院内感染起因微生物を検査できるよう、体制を充実強化すること。

3. アウトブレイクの考え方と対応について

3-4. 報告を受けた保健所等の対応

- (1) 医療機関から院内感染事案に関する報告又は相談を受けた保健所は、当該医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施されて効果を上げているか、また、地域のネットワークに参加する医療機関の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。

# 中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）-抄- ①

○ 院内感染の取組に資するため、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による成果として、中小病院／診療所を対象とした医療関連感染制御策指針の改正が行われ、平成27年に周知が行われた。

平成27年1月5日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

## 1. はじめに

医療関連感染の防止に留意し、あるいは異常発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、300床未満の中小病院、ならびに、診療所においても、医療の安全対策上、および、患者サービスの質を保つ上に、重要なものと考えられる。そのため、各施設が、その規模、内容に応じて対応策を講ずることが肝要と考える。

ここではその基準となる指針を示し、各施設に適した形で応用し、活用されることを望むものである。

2009年の厚生労働科学研究においてすでに提示した“中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）2009”に関して、院内感染対策中央会議の提言（2011年2月8日付）および厚生労働省から発出された各種通知などに準拠できるように見直したものである。

## 2. 感染制御策のための指針

本指針（ガイドライン）は、対象とする全施設に共通する道標である。各施設が本指針等に則って当該施設およびその現場でののおのの状況に応じた日常の感染制御業務手順（その施設全体及び特定部局の手順）を簡明かつ具体的に施設内指針（手順書、マニュアル）として作成し、その遵守を全職員に周知徹底する。

### 奨励業務

1. 責任者、指揮系統が明記され、施設全体で活用できる総合的な感染制御手順書を作成し、必要に応じて部門ごとの特異的対策を盛り込んで整備する。少なくとも年に1回は定期的に見直しを行い、必要に応じて更新していく。
2. 効率よく患者や医療従事者への感染制御策を実施するためには、感染制御手順書を充実させ、可能な限り科学的根拠に基づいた世紀魚策を採用し、経済的にも有効な対策を実施できる手順書とする。・・・

## 3. 医療機関内における感染制御のための委員会等の設置と活動基準

医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることが大切である。そのためには病院長あるいは診療所の管理者（以下院長）が積極的に感染制御に関わり、感染制御委員会infection control committee（ICC）、感染制御チームinfection control team（ICT）などが中心となって、総ての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をしなければならない。

### 奨励業務

#### 3) ICT

- ① 専任の院内感染管理者として、認定インフェクションコントロールドクター（23学会によるICD制度協議会Infection Control Doctor（ICD）2000年～）、感染管理認定看護師（日本看護協会 Certified Nurse for Infection Control（CNIC）2001年～）、認定感染制御実践看護師（東京医療保健大学大学院 Certified Professional Nurse for Infection Prevention and Control（CPNIPC）2010年～）、感染制御関連大学院修了者、インフェクションコントロールスタッフ養成講習会修了者（日本病院会 Infection Control Staff（ICS）2002年～）、あるいは、感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会 Bard Certified Infection Control Pharmacy Specialis（t BCICPS）2006年～）、感染制御認定臨床微生物検査技師（日本臨床微生物学会 Infection Control Microbiological Technologist（ICMT）2006年～）、その他の適格者、のいずれかで、院長が適任と判断した者を中心に組織する。
- ④ 可能な限り週に1回程度の頻度で、ICTのうち少なくとも2名以上の参加の上で定期的全病棟ラウンド（小規模施設では定期的回診をこれに代え得る）をおこなって、現場の改善に関する介入、現場の教育/啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧、その他にあたる。

#### 4) その他

- ② 小規模病院・診療所においては、上記各項目をその施設にあった形で簡略化しておこなう（診療所では、医師一人が上記各業務を規模と対象に応じて簡略化しておこなう。）

○ 本指針においては、無床診療所施設内指針（マニュアル）の一例が添付されており、無床診療所においても、「所管の保健所や地域の中核医療施設に対して、日ごろからコンタクトをとり、相談ができる体制を整えておく必要がある」ことが記載されている。

平成27年1月5日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

（続き）

## 5. 感染症の発生状況の報告その他に基づいた改善方策等

### 5-2. アウトブレイクあるいは異常発生の監視・把握と対応

奨励業務

② アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病省令を認めた場合、・・・速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

### 5-1 1. 地域支援

専門家を擁しない中小病院/有床診療所においては、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

奨励業務

① 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。

② 病院内で対策をおこなっているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。

### 5-1 4. 第三者評価

医療関連感染制御策の各施設に於ける質は、第三者評価（外部評価）されることが望ましい。

（添付）無床診療所施設内指針（マニュアル）（2013年度案 2014年3月改訂）

—単純かつ効果的マニュアルの1例—

1. 手指衛生
2. 手袋
3. 个人防护具 personal protective equipment (PPE)
4. 医用器具・器材
5. リネン類
6. 消化管感染症対策
7. 患者の技術的隔離
8. 感染症発生時の対応
9. 抗菌薬投与時の注意
10. 予防接種
11. 医薬品の微生物汚染防止
12. 医療施設の環境整備
13. 特殊な感染症の相談体制の確立

感染症の専門家のいない無床診療所においては、所轄の保健所並びに地域の中核医療施設（一般社団法人日本環境感染学会認定教育施設など）に対して、日ごろからコンタクトをとって、気軽に専門家と相談ができる体制を整えておく必要がある。

診療報酬上の連携を超えた、ネットワークが構築されることが望ましい。

# 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ンス -抄- ①

- 令和元年に、感染症教育コンソーシアム（事務局：国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）において、中小病院の薬剤耐性菌アウトブレイクに関するガイドンスが作成され、同年に周知された。

令和元年7月25日厚生労働省健康局結核感染症課、医政局地域医療計画課事務連絡

## 背景

薬剤耐性菌アウトブレイクへの対応能力の強化は「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」の戦略の一つである。薬剤耐性菌による院内集団発生（アウトブレイク）を早期に探知し、適切な対応をすることにより、院内において感染者数を最小限にとどめることが期待されるとともに、アウトブレイク対応にかかる経費や追加的な労力、医療体制への影響を最小にしていける必要がある。・・・それぞれの医療機関が実施する自前の院内感染対策だけでなく、地域における薬剤耐性菌の広がりを把握し、必要に応じて拡大防止対策を講じるために、地域連携が重視されるようになってきた大きな流れを理解する必要がある。

中小病院（本ガイドンスでは概ね300床未満を想定）の中には、人的・経営的資源が限られている等の理由により・・・、感染管理において大規模病院と比較すると不利な条件を有している医療機関がある。このような医療機関の多くは、感染防止対策加算取得の要件を満たさず、現在構築が進んでいる感染防止対策加算のネットワークを通じた感染管理強化のための支援も受けにくいのが現実である。

このような現状に鑑み、中小病院が、施設管理者のリーダーシップのもとに薬剤耐性菌アウトブレイクに対し現実的な対応をとることができるよう、合わせて地域の医療機関、地域の感染管理専門家（或いは必要時に相談できる感染管理専門家）、保健所や地方衛生研究所などの行政機関との連携を更に推進するためのガイドンスを作成することとした。中小病院は、地域における役割や行っている医療やケアの内容に大きなバリエーションがあることから、これらの特性に配慮した支援が求められる。そこで、中小病院のみならず保健所も、中小病院を支援する際に本ガイドンスを参考にすることにより、整合性のとれた支援に資することが期待される。また、前述アクションプランで薬剤耐性の情報収集・提供機能の強化が唱えられている地方衛生研究所も、本ガイドンスを参考にすることにより具体的な中小病院の支援が可能になると考えられる。

## 1. 平時の備えからアウトブレイクの探知

### 1-1. 調整・リスク評価

#### 1-1-1. 調整・リスク評価（平時の備え）

##### 1) 院内の体制整備

###### <施設管理者が実施する項目>

・アウトブレイク時に相談できる感染管理専門家を平時から確保しておく。地域の感染管理専門家が見つからない場合は、必要に応じ保健所や地方衛生研究所の支援を得て探しておく。地域に見つからない場合、地域の枠に縛られず、必要時に相談できる感染管理専門家を確保しておく。

・以下に示す体制整備の具体的方法について、必要に応じ地域の感染管理専門家の助言を得ながら進める。

・感染管理組織図を作成し、平時とアウトブレイク時における各部署の役割の概要（例：調整・リスク評価、サーベイランス・検査、感染管理、院内の情報共有、患者への説明、メディア対応、問い合わせ窓口の設置、保健所等への連絡）とその担当者や責任者を定める。

・感染対策担当者を任命し、可能な範囲で感染管理に関する研修を受けさせる。

・感染対策担当者が、本ガイドンスに示されている必要な活動ができるよう、院内の主な関係部署（事務部門・医局・看護部・検査室・薬局等、院内の現状に合わせて）との間で必要な調整を行う。

・感染対策担当者と相談の上、非常勤職員を含む全職員に対して感染対策に関する研修会を定期的に開催する。

・受付業務、院内の清掃などを外部委託している場合も、担当者に必要な研修を行う。

・感染対策担当者を中心に医療行為についての手順書・マニュアルを作成しておくことが望ましい。

・全職員に対する情報共有の仕組み（例：電子カルテ経由、一斉メール）を整備する。

###### <感染対策担当者が実施する項目>

・平時から施設管理者と対象病原体の検出状況（や対策等の情報を月に1回程度共有し、感染管理組織図に従い、院内の関係者に対しても必要な情報共有を行う。



# 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ンス -抄- ②

○ 本ガイドンスにおいても、平時からの地域での関係構築を行うことなどについて言及されている。

令和元年7月25日厚生労働省健康局結核感染症課、医政局地域医療計画課事務連絡

## 2) 地域（保健所・地方衛生研究所・医療機関・感染管理専門家等）との関係構築

<施設管理者が実施する項目>

・施設管理者自身が、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、地域のネットワーク、看護協会・薬剤師会・臨床衛生検査技師会等の関係団体、保健所等の関係団体が企画する感染管理勉強会・講演会、施設毎のカンファレンス、感染対策関連の連絡会等への参加を通して、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの顔の見える関係を築いておく。

・地域において開催される感染管理の研修会に、感染対策担当者を積極的に参加させることにより研鑽の機会を与える。

・感染対策担当者が、地域の薬剤耐性菌検出状況の情報に触れることができるよう、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの関係づくりに積極的に取り組む。

<感染対策担当者が実施する項目>

・地域の医療機関、地域の感染管理専門家、地域のネットワーク、看護協会・薬剤師会・臨床衛生検査技師会等の関係団体、保健所、地方衛生研究所等の関係団体が企画する感染管理勉強会・講演会、施設毎のカンファレンス、感染対策関連の連絡会等で顔合わせした後も、関係者と連絡を取り合うようにする。

・感染症発生動向調査の届出等、機会がある毎に保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの顔の見える関係の構築に心がける。

## 1-1-2. 調整・リスク評価（アウトブレイク探知）

### 1) 院内における対応

<施設管理者が実施する項目>

・検出された対象病原体の原因が持ち込みか院内伝播かに関わらず、また保菌か感染症かに関わらず、院内で適切な拡大防止策をとる。

・可能な限り早い段階より地域の感染管理専門家や保健所・地方衛生研究所・地方感染症情報センターの支援を受け、感染対策担当者とともに、院内での感染拡大の可能性について、リスク評価を実施する。なお、リスク評価注は、状況の変化に合わせて繰り返すことが重要である。

### 2) 地域（保健所・地方衛生研究所・医療機関・感染管理専門家等）との連携

<施設管理者が実施する項目>

・地域の感染管理専門家や保健所・地方衛生研究所・地方感染症情報センターの支援のもと、院外への感染拡大の可能性について、感染対策担当者とともに、リスク評価を行い、その結果に基づき必要な対策をとる。

## 1-2. 検査・サーベイランス（平時の備えからアウトブレイクの探知まで）

<施設管理者が実施する項目>

・院内で発熱や下痢の患者が出た場合は、「抗菌薬適正使用」に記載されている検体検査を実施するよう、医師等への十分な周知とともに、資材（例：検体採取容器）の確保などの体制整備を行う。

・対象病原体が検出された場合は、感染対策担当者から適宜報告を受けながら、院内の関係部局へ連絡する。また、必要に応じ全職員への周知及び保健所や地域の感染管理専門家への相談等について、感染対策担当者の活動を支援する。病原体に関する事項は、保健所を介して地方衛生研究所に相談することも考慮する。

<感染対策担当者が実施する項目>

・細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容（薬剤感受性の実施、薬剤耐性の判定、薬剤耐性菌を検出するための追加試験の可否、など）を確認し、検査体制を整えておく。外部委託会社と相談し、これらの対象病原体検出時に感染対策担当者がアラートを受け取る仕組みを持つこと、及び定期的に集計結果を還元して貰う仕組みを持つことが望ましい。これらの整備は地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所と適宜意見交換しながら進めることが望ましい。

## 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

### <改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の中で議論・準備を行う必要

### <改正の概要>

#### 都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似  
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**  
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施  
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

### ◎具体的な記載項目（イメージ）

#### 【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保  
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等  
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底  
クラスター発生時の対応方針の共有 など

#### 【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など  
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

# 病院や診療所における感染症対策について

- 今般の新型コロナウイルス感染症の診療に携わる病院の医師や、診療所の医師に、各医療機関や地域での感染症対策の底上げについて、今後さらにどのようなことが考えられるか、ヒアリングを行った。ヒアリングの概要は、以下のとおり。

ヒアリング時期：2021年9月

ヒアリング対象：新型コロナウイルス感染症の診療に携わる病院の医師、診療所医師

参加：厚生労働省医政局地域医療計画課、保険局医療課

## 【医療機関間の連携について】

- 臨床検査技師や薬剤師がいないと、感染防止対策加算の届出ができないが、それらの職種がいなくても院内感染は起こる。日頃連携がとれていないと、仮にクラスターが発生したとしても、十分な連携ができないので、職種にこだわらず、情報共有をできる体制を整えることを主眼にしてもよいのではないか。
- 特にクラスターが発生していない場合でも、○月に1回など、感染症対応における基幹病院に、感染状況等の報告を行うような連携も考えられるのではないか。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大など、有事の際に実行力を伴うような、取組を進めることが重要ではないか。

## 【感染症対応における基幹的な役割を担う医療機関の役割について】

- 感染症対応における基幹病院と中小病院との連携においては、基幹病院の病院長や看護部長などの理解が重要。病院外の地域連携も、重要な役割の一つだと示すことができれば、さらに活躍できる基幹病院の専門家が増えるのではないか。
- 感染防止対策加算1を届け出ているような基幹的な病院が、感染防止対策加算2やその他の医療機関も含めて、助言を行えるような体制を構築することが望ましいのではないか（感染防止対策加算2を届け出ている医療機関は、中小規模のところが多く、他の医療機関への助言体制の構築は困難なのではないか。）。
- 基幹的な病院が、日頃から保健所（行政）との連携を密にしておくことが重要ではないか。

## 【診療所における感染症対策について】

- 現状、診療所から病院に対し、感染症対策について助言をもとめることはほとんどないのではないか。診療所における感染症対策の取組を促進するためには、医師会から開業医へ働きかけることが重要ではないか。
- 有事の際に連携をできるよう、日頃から連携先を特定し、連携体制を構築しておくことは重要。

# 感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例①）

- 神奈川県川崎市においては、「KAWASAKI地域感染制御協議会」を中心に、平時から、市内の病院・行政・医師会間の連携体制の構築を行ってきた。

## 平時に行っていないことは有事にできない



**受診時のお願い**  
For outpatient medical examinations:  
门诊就诊注意事项  
외래 진료시의 부탁 말씀

海外渡航歴・国内旅行歴(1ヶ月以内)のある方は  
診察時に医師へ必ずお伝え下さい。  
Whether you have gone abroad or traveled domestically  
(within the past month),  
please make sure that you tell your doctor  
at the time of your medical examination.  
过去一个月内有海外旅行，国内旅行经历的人，请在就诊时务必告知医生。  
해외 도항력·국내 여행력(1개월 이내)이 있는 분은 진료시 의사에게 반드시 말씀해 주십시오。

発熱・発疹・咳が出る場合はマスクの着用をお願いします。  
In the case of fever, rash, and/or cough, please wear a medical mask.  
有发热，红疹，咳嗽症状的患者，请佩戴医用口罩。  
발열·발진·기침이 나는 경우는 서지컬 마스크를 착용하여 주십시오。

感染対策にご理解・ご協力をお願いいたします。  
Thank you for your cooperation and understanding.  
感谢您对感染对策的理解及支持。  
감염 대책에 이해와 협력을 부탁드립니다。

川崎市医師会  
川崎市健康福祉局保健所  
KAWASAKI地域感染制御協議会

- 市内のほぼ全病院(29病院・1福祉施設)が参加し、平時からの連携：幹事会(隔月)、定例会開催(2回/年)、職種別部会を行っていた。
- 感染対策防止加算(1-2、1-1)に関わる活動を兼ねる。
- ICNを中心に社会福祉施設等へ衛生講習会やラウンドを実施していた
- 行政・医師会との緊密な連携：川崎市と協定締結、協議会定例会に保健所が参加、感染症危機管理ブラインド訓練、防災訓練に専門家を派遣、川崎市感染症対策協議会の委員を担当していた。
- 事務局（聖マリアンナ医科大学感染症学講座）



平時から顔の見える関係性ができていた！

# 感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例②）

- 新型コロナウイルスの発生時においても、協議会を中心に、新型コロナウイルス感染症の発生した病院等への指導等を実施した。

## 新型コロナウイルス感染症発生時には

### KAWASAKI地域感染制御協議会を中心に

- 新たに患者を受け入れる病院への患者の動線確保やゾーニングの指導
- 病院職員や入院患者でコロナ陽性患者が発生時における感染源調査及びまん延防止のための対策の助言、検査のタイミング及びゾーニングの助言や指導

### 事例

加算2の病院にて職員及び入院患者に陽性者が発生  
一報を受けた保健所及び行政医師と連携し  
KAWASAKI地域感染制御協議会のICN及びICDに協力依頼

KAWASAKI地域感染制御協議会の名簿をもとに、患者発生時にいきなり連絡するも、当日に対応



KAWASAKI地域感染制御協議会  
看護部会の会長

数回に渡るICNの指導及び  
加算1のICDにおける現場指導を行った



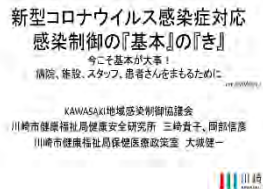
# 感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例③）

- その他、新型コロナウイルス感染症への対応マニュアル作成や、発熱外来への助言等をとおして、地域での感染対策の底上げに貢献している。

## すべての施設で感染対策の底上げが必要

### コロナ対応pptxの作成・配布

2020年2月から感染症対応pptx・マニュアルを作成。メールにて協議会施設へ周知



### コロナ意見交換会の開催(Web)

- ・ 2021年1月～5月にかけて7回の意見交換会  
下り搬送やクラスター対応について
- ・ 各施設の取り組みを20分程度紹介、川崎市からの情報提供・その後意見交換
- ・ 各施設からの意見聴取を主眼として運営



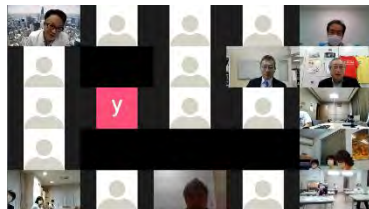
### コロナ対応病床の準備支援

- ・ 中小の医療機関ならではの疑問に答える
- ・ 施設に合わせた対策を一緒に考える



### 定例会の開催(Web)

- ・ 年2回対面の定例会を、コロナ禍によりWebにて開催(3月、9月)
- ・ 約30施設、150名が参加
- ・ 協議会内各部会(医師部会、他5部会)の活動  
当番施設主催の企画講演、意見交換



### 川崎市における流行状況の周知

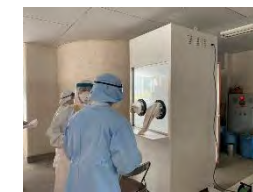
- ・ 川崎市HP上の流行状況について週に一度の更新に合わせ協議会参加施設へ周知

#### ■ 評価

川崎市内における新型コロナウイルス感染症のモニタリングでは、いわゆる第5波について、感染の状況は第33週(8月16日～22日)をピークとし、医療提供体制等の負荷については第34週(8月23日～29日)をピークとして減少に転じ、今週(第43週:10月25日～10月31日)もさらに減少が続いています。

### 発熱診療の支援

- ・ 医師会PCRセンターや診療所の発熱外来への助言



➡ 地域社会全体での感染症危機管理が不可欠

# 院内感染対策講習会について

○ 医政局事業において、各種の病院を対象にした院内感染対策に関する講習会が開催されている。講習会①～③はe-ラーニングシステムによって実施され、修了者に受講証書が発行される。

## 講習会①(特定機能病院向け)

目的: 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図る。

対象: 特定機能病院の院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師で、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) デバイス関連感染防止対策
- (2) 手術部位感染防止対策
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 院内感染関連微生物とその国内外の疫学
- (5) 微生物検査法とその活用
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク: 対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (8) 院内感染対策における特定機能病院の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR 対策アクションプラン

## 講習会②(地域において指導的立場を担うことが期待される病院向け)

目的: 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図る。

対象: 該当の病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師で、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) デバイス関連感染防止対策とサーベイランス
- (2) 手術部位感染防止対策とサーベイランス
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 洗浄・消毒・滅菌
- (5) 院内感染関連微生物とその検査法
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク: 対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (8) 院内感染対策における中核的医療機関の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR対策アクションプラン

## 講習会③(地域の医療連携体制が求められる病院、診療所、助産所等向け)

目的: 講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図る。

対象: 地域の医療連携体制が求められる病院、(有床、無床)診療所又は助産所に勤務する者であって、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) 標準予防策と経路別予防策
- (2) 院内感染サーベイランス(デバイス関連感染・症候群)
- (3) 洗浄・消毒・滅菌
- (4) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (5) 血液体液曝露対策とワクチンプログラム
- (6) 院内感染関連微生物とその検査法
- (7) インフルエンザやノロウイルス感染症などのアウトブレイク対策
- (8) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用

## 講習会④(新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会)

目的: 医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達。

対象: 医療機関等に勤務するすべての医療従事者。

内容:

- COVID-19: 臨床像、画像、経過
- 感染対策
  - ・COVID-19 の環境整備・个人防护具の適正使用
  - ・環境消毒
  - ・発熱外来、専用病床・疑似症病床における新型コロナウイルス感染症対策
  - ・非COVID 病床/病院における感染対策
  - ・院内感染発生時の初期対応

# 院内感染対策サーベイランス（JANIS）について

健康局結核感染症課提供資料

- 感染防止対策加算1は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。
- 院内感染対策サーベランス（Japan Nosocomial Infections Surveillance）は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的としている。

【検査部門参加施設数の推移】



【特定の耐性菌分離率の推移】



$$\text{分離率} = \text{特定の耐性菌分離患者数} \div \text{検体提出患者数} \times 100$$

出典：国立感染研究所より



# 感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）について

健康局結核感染症課提供資料

- 2019年1月に、医療機関でのAMR対策に活用できるシステムであるJ-SIPHE（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：感染対策連携共通プラットフォーム）が開始し、2021年10月時点で、790医療機関が参加している。
- J-SIPHEでは、全国の医療機関における感染症診療状況、感染対策への取り組みや構造、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及びそれらによる血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約している。

## J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム



### \*データの二次利用例

- 抗菌薬使用状況：医科レセプトファイル（入院EF統合ファイル）からアプリケーションを用いて自動集計
- 微生物・耐性菌検出状況：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）の検査部門還元ファイルと連携して自動集計
- その他：各種テンプレートファイルを用いた入力の補助

- 各医療機関がウェブブラウザ上で登録したデータを自動計算してグラフ化
- グループ機能により、自施設だけでなく地域連携の複数病院のデータを共有

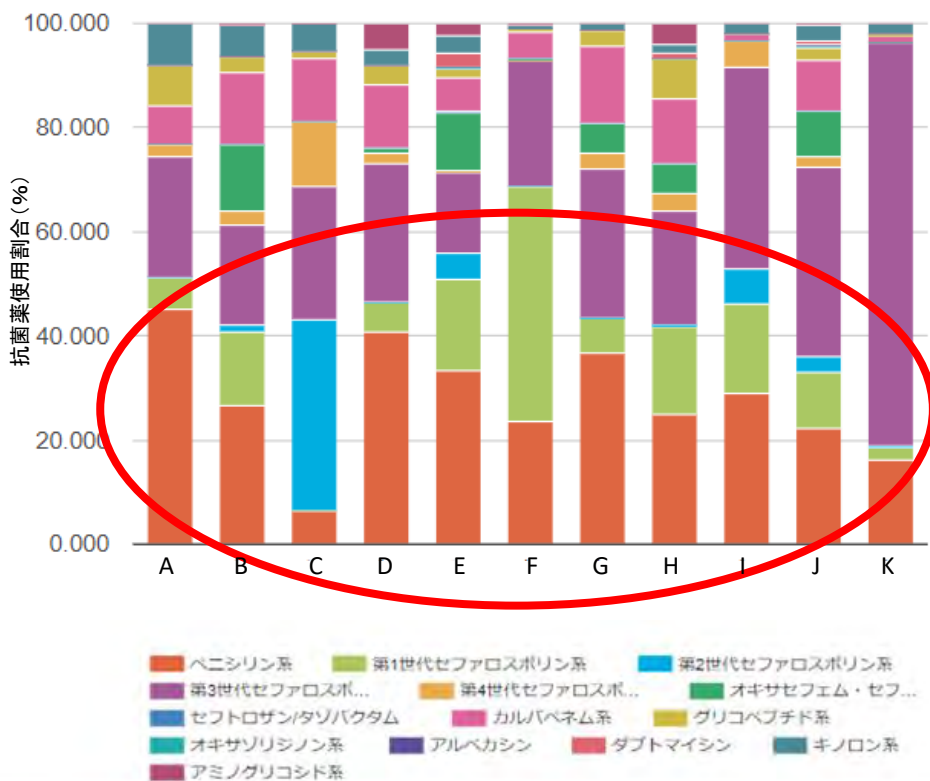
# 感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）の活用事例について①

健康局結核感染症課提供資料

○ 岐阜県では、すべての感染防止対策加算算定施設がJ-SIPHEに参加し、抗菌薬使用量や手指消毒薬使用量などを可視化し、地域のAMR対策に活用している。

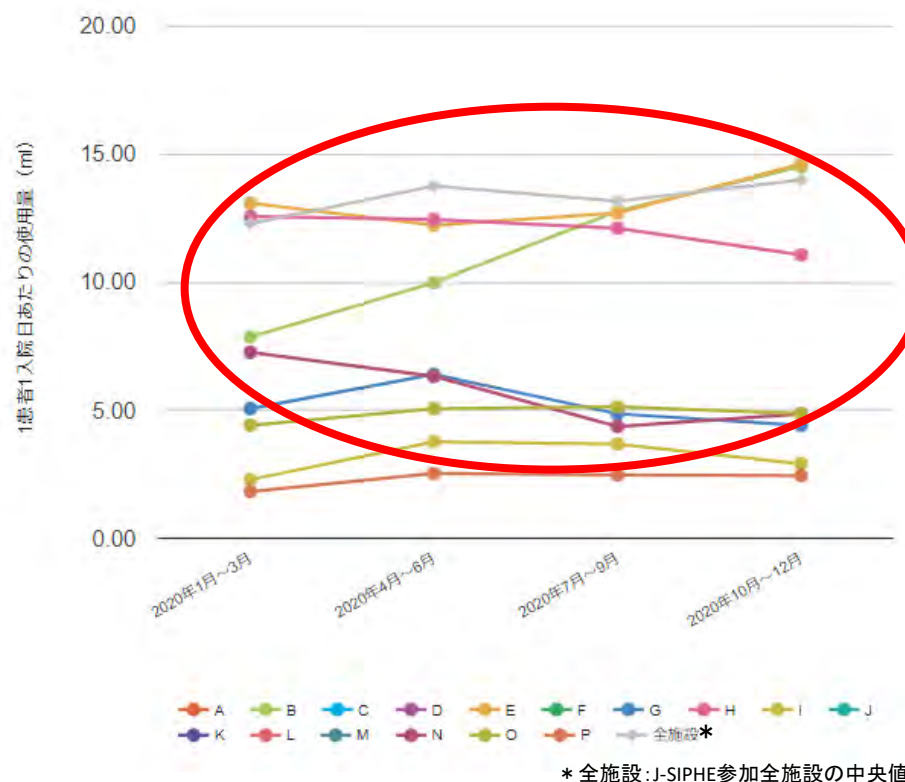
## 自施設と他施設の比較

抗菌薬使用割合



## 時系列で地域における新たな変化を確認

手指消毒薬使用量



## ○北海道道南地域の取組

- 技術的に作成が困難
- 検体数が少ない

地方の小規模医療機関では地域アンチバイオグラムの作成が困難

J-SIPHEの活用

- J-SIPHEのグループ機能を利用
- 専門知識、煩雑な集計作業なく、作成できた

- 感染防止対策加算を中心に、中小規模病院も共同で地域でのアンチバイオグラムを作成
- 中小規模施設でもアンチバイオグラムを抗菌薬適正使用に活用することができるようになった

○ 道南地域の医療機関グループで作成した地域アンチバイオグラムは市立函館病院ホームページ上に開設された専用ページにて公開されている（右図）。



病院について > 北海道 道南地域 アンチバイオグラム

## 北海道 道南地域 アンチバイオグラム (J-SIPHE北海道道南地域連携グループ HP)

### 【目的】

北海道道南地域の感染防止対策加算算定施設が中心となり、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)を利用して、地域アンチバイオグラム等を作成することで、JANIS検査部門に参加していない施設や、自施設にアンチバイオグラムを持っていない施設、クリニックなどで共有し、抗菌薬の適正使用に貢献することを目的とする。

### 【要綱】

J-SIPHE北海道道南地域連携グループ要綱【PDF 458KB】

### 【参加施設】(参加順)

市立函館病院、八雲総合病院、函館中央病院、函館新都市病院、函館五稜郭病院

### 【ダウンロード】

★2020年★

【検出区分】・院内【PDF 292KB】

・院外【PDF 294KB】

・すべて(院内院外区別なし)【PDF 308KB】

出典：北海道道南地域アンチバイオグラム（J-SIPHE北海道道南地域連携グループHP）  
道南地域における地域アンチバイオグラム作成の取り組み. 櫻田穰ら. 道南医学会ジャーナル. 3巻(2020)1号

- J-SIPHEでは、感染症診療情報や抗菌薬の使用状況のほか、JANISの情報も利用することで、幅広い情報を集約し、活用することができる。



**院内感染症の発生状況、薬剤耐性菌の分離状況及び薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、日本の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行う。**

JANIS	○	○	○	×	○	×	×
項目	院内感染症発生状況	薬剤耐性菌分離状況	薬剤耐性菌感染症発生状況	感染症診療情報	医療関連感染の発生状況	抗菌薬の使用状況	感染対策情報（手指衛生評価等）
J-SIPHE	JANIS 二次利用	JANIS 二次利用	JANIS 二次利用	○	JANIS 二次利用	○	○



**感染症診療状況、感染対策や抗菌薬適正使用への取り組み、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及び血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約し、自施設や地域ネットワーク等で活用する。**

## コロナ・感染症対策に係る課題と論点

- 感染防止対策加算を届け出ている医療機関の割合は、届け出ている入院料によって、ばらつきがあった。また、病床規模ごとでみると、病床規模が大きい方が感染防止対策加算の届出割合は高くなっていた。
- 感染防止対策加算2を届け出ているが、加算1を届け出ている医療機関について、加算1を届け出ることができない理由をみると、「専従として従事できる医師や看護師がいない」「感染管理の経験5年以上かつ研修を修了した看護師がいない」という理由が多かった。
- 感染防止対策加算を届け出ている医療機関について、加算2を届け出ることができない理由をみると、「専任の医師等がいない」「加算1の医療機関が主催するカンファレンスへの参加が困難」という理由が多かった。
- 感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師は、新型コロナウイルス感染症対策においても、中心的な役割を果たしており、他の医療機関に赴き、感染防止対策を支援した例がある、という指摘があった。
- 「院内感染対策中央会議提言」等において、「医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要」とされているほか、地方自治体においても、「保健所及び地方衛生研究所を含めた地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること」とされている。
- 医療機関医師のヒアリングにおいては、感染症対応における基幹病院が、その他の医療機関に対して助言を行う体制を構築すること、保健所との連携の強化、診療所における取組みの促進が重要、という指摘があった。
- 毎年度、各種の医療機関を対象とした、院内感染対策講習会が開催されている。
- 感染防止対策加算1において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。JANISのほか、2019年1月に開始した、J-SIPHEについても、各地域における活用が進んでいる。

### 【論点】

- 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な取扱いについて、算定件数等の検証を踏まえ、今後の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 感染防止対策加算について、新型コロナウイルス感染症の拡大下において果たした役割も踏まえつつ、新興感染症等に対する対策を強化するとともに、地域における医療機関間の連携の強化も含めた取組を進めていく観点から、評価の在り方について、どのように考えるか。