

# 感染症について(その1)

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

## 医療計画

- 疾病・事業ごとの医療体制
  - ・ がん
  - ・ 脳卒中
  - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
  - ・ 糖尿病
  - ・ 精神疾患
  - ・ 救急医療
  - ・ 災害時における医療
  - ・ 新興感染症発生・まん延時における医療
  - ・ へき地の医療
  - ・ 周産期医療
  - ・ 小児医療(小児救急含む)
  - ・ 在宅医療
  - ・ その他特に必要と認める医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)
- 医師の確保(医師確保計画)
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

## ○医療計画の項目のうち、

- 入院医療、外来医療、在宅医療については、それぞれのテーマごとに中医協において医療計画との関係性も踏まえつつ議論することとする。  
その際、地域医療構想については、第8次医療計画においても毎年度対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて推進することとされていることから、その状況も踏まえることとする。
- 6事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療及び周産期医療、小児医療)のうち新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症への対応を含めた感染症に対する医療に関する議論の中で別途取り扱うこととし、今回は残りの5事業について議論することとする。
- また、上記6事業を含め、5疾病及び医療の安全の確保等については、今後必要に応じて、個別項目等の議論の中でも取り扱うこととする。

## 1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 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・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

### 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**
- 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 等

#### 【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
- 医療機関間での連携・役割分担  
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 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。

### ◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
  - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
  - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
  - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
  - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
  - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 改正の趣旨

(令和3年2月2日 法案閣議決定、令和3年5月28日 公布)

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### <Ⅰ. 医師の働き方改革>

#### 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・ 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・ 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・ 当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

### <Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

#### 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

#### 2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

### <Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

#### 1. 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 (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

#### 2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

#### 3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

### <Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

## 改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

#### (1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

#### (2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

#### (3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

#### (4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

#### (5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

#### (6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

#### (7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

### 2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

### 3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等  
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

## 施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

# 新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

## 概要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定<sup>(\*)</sup>を締結する仕組み等が法定化された。（令和6年4月施行）  
 (\*）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
  - 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。
- ※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

## 新興感染症発生からの一連の対応

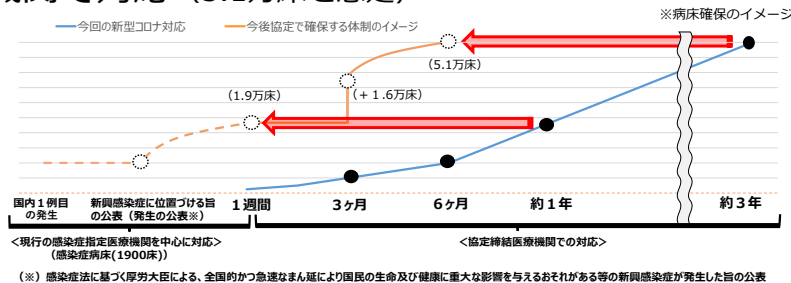
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

### 新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

### 発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



## 国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

## 想定する新興感染症

- 対応する新興感染症(注)は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症(※)、指定感染症及び新感染症を基本とする。医療計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。

(注) 下記の定義を踏まえると、通称で「新興・再興感染症」とする場合もあるが、本資料ではそれと同義のものとして単に「新興感染症」としている。

(※) 感染症法上、新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症が定義されている。

- 実際に発生・まん延した感染症が、「事前の想定とは大きく異なる事態」となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、新型コロナへの対応(株の変異等の都度、政府方針を提示)を参考に、国が国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知する。

## 新興感染症発生からの一連の対応

- 国内での感染発生早期(新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表(※1)(以下単に「発生の公表」という。)前まで)の段階は、現行の感染症指定医療機関(※2)の感染症病床を中心に対応する。その際、当該感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行う。

(※1) 全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある等の新興感染症が発生した旨の公表(新興感染症に位置付ける旨の公表)

(※2) 現行の感染症指定医療機関373病院のうち、新型コロナ対応における重点医療機関に指定されている医療機関は345病院(うち総病床数400床以上の病院は178病院)(令和4年12月時点)。このほか、エボラ出血熱等の一類感染症について、特定又は第一種感染症指定医療機関が対応し、SARS等の二類感染症については、特定、第一種又は第二種感染症指定医療機関が対応

- 発生の公表後の流行初期の一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定※3)には、まずは発生の公表前から対応実績のある当該感染症指定医療機関が、流行初期医療確保措置(※4)の対象となる協定に基づく対応も含め、引き続き対応する。また、国が、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見について、都道府県及びその他医療機関に情報提供した上で、同協定を締結するその他医療機関も、各都道府県の判断を契機として、対応していく。なお、国は、随時、当該知見について更新の上情報提供するとともに、医療機関が対応するための感染症対策物資等の確保に努める。

(※3) 令和4年11月24日参議院厚生労働委員会附帯決議

五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3箇月を基本として必要最小限の期間とすること。

(※4) 協定に基づく対応により経営の自律性を制限して、流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月のそれを下回った場合に、その差額を支払う措置



- 一定期間経過後は、これらに加え、その他の協定締結医療機関のうち、公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も中心となった対応とし、その後3箇月程度（発生の公表後6箇月程度）を目途に、順次速やかに全ての協定締結医療機関での対応を目指す。
- なお、新興感染症の性状のほか、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況や、感染症対策物資等の確保の状況などが事前の想定とは大きく異なる事態の場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。

### 流行状況（フェーズ）に応じた対応

- 新型コロナ対応では、国から各都道府県に対し、一般フェーズと緊急フェーズ（通常診療の相当程度の制限あり）のフェーズ設定の考え方を事務連絡でお示しし、各都道府県で、感染状況に応じたフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床数等を確保する計画を立てていたことを踏まえ、国は、新興感染症対応においても、同様の考え方を示し、都道府県は、基本的に、流行初期の一定期間（3箇月程度）経過後から、新型コロナ対応と同様のフェーズの考え方に沿って対応する。

### 感染症法の予防計画や新型インフル特措法の行動計画との整合性

- 新興感染症対応の基盤となる考え方等については、感染症法に基づく予防計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画と共通となるべきものであり、医療計画の指針等の作成に当たっては、これらの指針等との関係・整合性に留意する。

### 国が果たすべき役割

- 令和4年の感染症法の改正（以下「改正感染症法」という。）により、感染症発生・まん延時における、国の広域的な人材の派遣や移送等に係る総合調整権限が盛り込まれたことや、感染症等に関する新たな専門家組織の機能強化の議論・検討も踏まえて、国は感染症対策における司令塔機能を果たす。

# 基本指針の改正について

新	旧
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	一 感染症の予防の推進の基本的な方向
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項	二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項	五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項	七 感染症の病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項	四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項	(新設)
八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項	六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
九 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項	(新設)
十 宿泊施設の確保に関する事項	(新設)
十一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項	(新設)
十二 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針に関する事項	(新設)
十三 法第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項	(新設)
十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項	九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項	八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
十六 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項	(新設)
十七 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項	十 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
十八 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項	十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項
十九 その他感染症の予防の推進に関する重要事項	十二 その他感染症の予防の推進に関する重要事項

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

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

(注1) 予防計画の記載事項として、体制整備のための目標を追加。上記は、想定している数値目標の例。具体的には、国の基本指針等に基づき、各都道府県において設定。対象となる感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症。計画期間は6年。

(注2) 都道府県等は、予防計画の策定にあたって、医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画との整合性を確保。

# 医療措置協定の内容

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		<p>病床を確保し(※1)、入院医療を実施</p> <p>※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る</p>	<p>発熱症状のある者の外来を実施</p>	<p>自宅療養者等(※2)に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施</p> <p>※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む</p>	<p>(左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施</p>	<p>(感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣</p>
	実施主体と指定要件	<p>第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備</p>		
新型コロナウイルス対応で確保した最大規模の体制を目指す						
<p>数値目標 (全国での数値目標) &lt;予防計画&gt;</p>	①流行初期(3か月を基本)	約1.9万床	約1500機関	<p>・病院・診療所(約2.7万機関) ・薬局(約2.7万機関) ・訪問看護事業所(約2800機関)</p>	約3700機関	<p>・医師(約2100人) ・看護師(約4000人)</p>
	②流行初期以降(6ヶ月以内)	<p>約5.1万床</p> <p>流行初期以降開始時点: ①+約1.6万床(公的医療機関等)</p>	<p>約4.2万機関</p> <p>流行初期以降開始時点: ①+約3800機関(公的医療機関等)</p>			
<p>流行初期医療確保措置の要件 (参酌して都道府県知事が定める基準)</p>		<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認</p>	<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察</p>	-	-	-

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

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

## 平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

- 協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。
- 協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。
- さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

## 感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

## 感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて  
協定変更

必要に応じて  
対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

支援

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

# 協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

- 平時において、都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、**医療機関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築することとした。**
- **感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保。**

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

- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化した**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得ることとした。

感染症発生・ まん延時	協定（医療提供義務を含む）に 則った対応を行うよう、 指示⇒公表（指示違反） * NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要 な措置を行うことを求めることができ、こ れに応じなければならないこととした。	協定（医療提供義務を含む）に 則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反※） ※指示に従わない場合、承認を取り消す ことがあり得ることとした。	協定に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反）
協定の履行 確保措置等	<b>保険医療機関の責務</b> として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。		

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

- ✓ 医療機関等に対する財政支援に係る費用負担については、現行、補助・負担割合を規定しているものについては、それを前提とした上で、
- ① 設備整備については、**対象施設に協定締結医療機関等を追加、**
  - ② **宿泊・自宅療養者の公費負担医療及び流行初期医療確保措置（費用は公費1/2、保険者拠出金1/2という負担割合とする。）**に関する負担規定を新設、
  - ③ **協定締結医療機関等が実施する措置に関する補助規定を新設する。**

★印は負担規定

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

※ 地方公共団体が感染拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例規定の創設を含め必要な措置を検討。

（「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（令和4年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施）

## 1. 措置の目的・内容

- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性(一般医療の提供)を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療(感染患者への医療)の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行うこととした。
- 支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う(※)。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施(支援額の範囲内で補助金の額を返還)。

※ 病床確保(入院医療)を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案することとした。

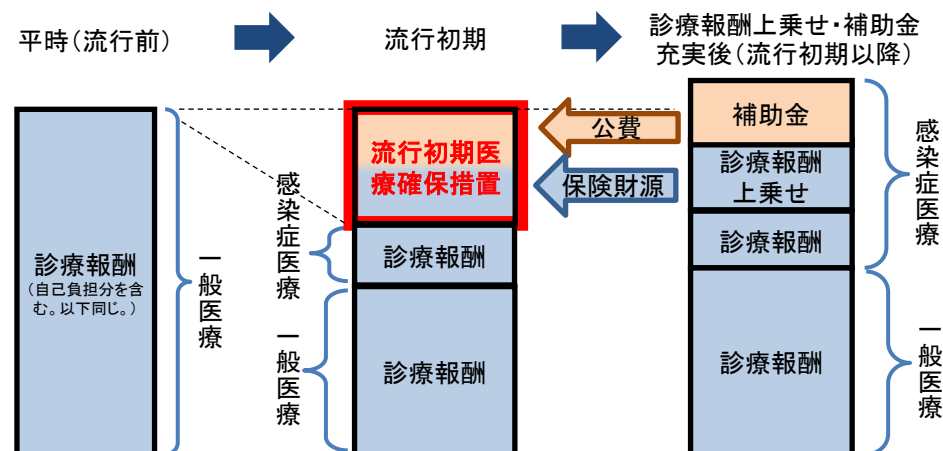
※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。(国民医療費:医療保険・後期高齢者給付分80.5%、自己負担分12.3%、公費負担医療給付分7.3%)

## 2. 事業実施主体 都道府県

## 3. 費用負担

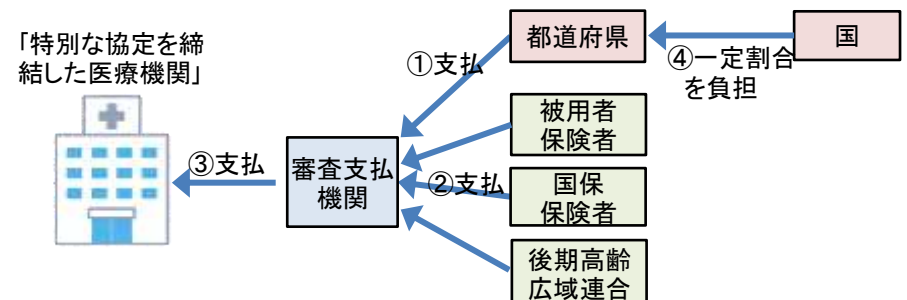
- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費(国、都道府県)と保険者(被用者保険、国保、後期高齢者広域連合)の負担割合は1:1とした。
- 支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとした。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整(前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金)を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢者広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行うこととした。

平時(流行前)、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後(流行初期以降)  
における「特別な協定を締結した医療機関」の収入(イメージ)



流行初期医療確保措置の支払いスキーム(イメージ)

- ① 都道府県から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ② 各保険者から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ③ 審査支払機関から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
- ④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担





- 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供について、**現行の感染症法**では**入院医療のみ**規定。
- 今般のコロナ対応においては、入院させるべき感染者が空き病床がないために入院できずにいたケースや、病床逼迫の折、優先順位の観点から自宅や宿泊施設での療養をお願いすべきと判断されるケースが生じたが、**自宅・宿泊・高齢者施設等療養における医療提供**について、法律上の規定がないことから、医療提供に係る**責任の所在や費用負担の枠組みが不明確**であった。
- 病床のひっ迫を回避するためには、早期受診と重症化防止が重要であり、今後の感染症発生・まん延時に備える観点から、入院医療と同様、**外来医療・自宅療養者等への医療**提供のための**新たな公費負担医療を創設**。自宅療養者等への診療体制を確保する。  
(注) 新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を対象。

感染症類型	医療体制	医療費
一類感染症	特定感染症指定医療機関 (入院医療機関として国が指定、全国に数か所)	医療保険を適用 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
	第一種感染症指定医療機関 (入院医療機関として都道府県が指定、各都道府県に1か所)	
二類感染症※1	第二種感染症指定医療機関 (入院医療機関として都道府県が指定、二次医療圏に1か所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症 ※ <b>新型コロナウイルス感染症</b> を含む。	特定感染症指定医療機関 第一種感染症指定医療機関 第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症 又は 新型インフルエンザ等感染症に準じた措置	同上 又は 三類感染症相当の場合は、 公費負担なし (医療保険を適用)
新感染症	特定感染症指定医療機関	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合：国3/4 県1/4

新たに創設  
+  
第一種協定指定医療機関 (入院)  
第二種協定指定医療機関 (外来・自宅療養者等への医療)  
※3 (都道府県が指定)

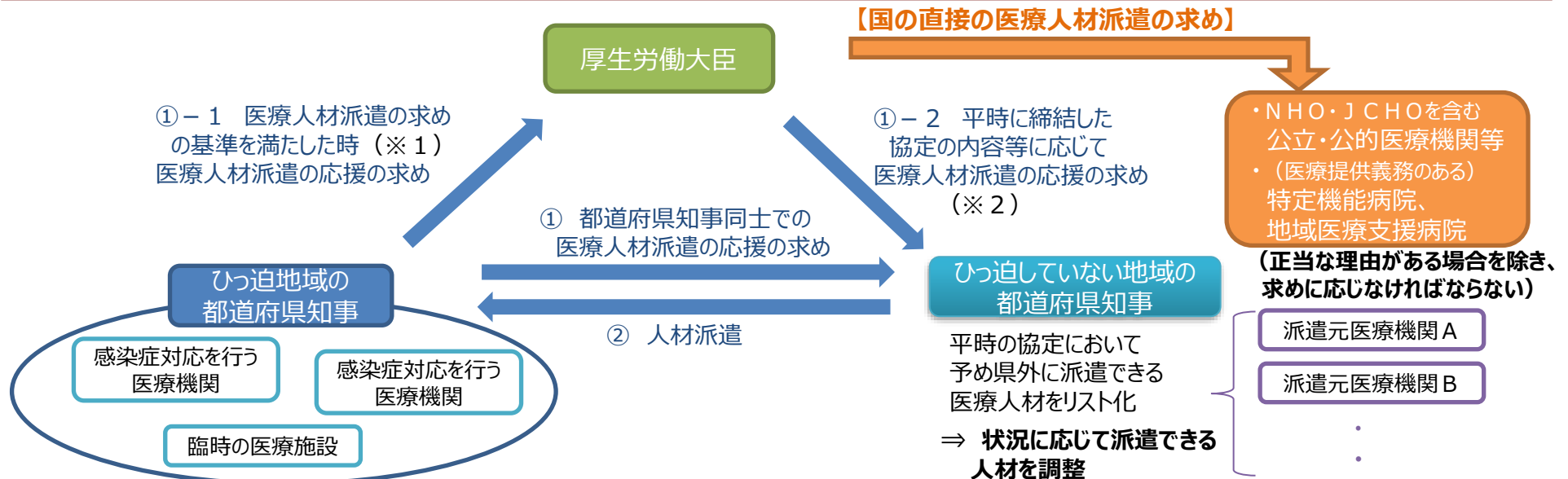
※1 結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2 患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担  
※3 指定感染症については、新型インフルエンザ等感染症に準じた措置が必要と認められる場合に限る

## 【新型コロナ対応時の課題】

当初は、各都道府県がDMATや全国知事会に応援を求める形で県境を越える医療人材広域派遣（広域派遣）を実施。令和3年4月からは、省庁関係の公的病院からの派遣を厚生労働省が中心となって随時調整。広域派遣を含む人材確保の仕組み・ルールがなく、厚生労働省関係病院（NHO・JCHOなど）からの広域派遣に偏った。また、感染が全国的に拡大した場合にはこうした病院からの広域派遣にも限界が生じた。

## 【感染症対応において重要な要素の一つである医療人材の確保に係る上記課題を踏まえた対応】

- ① 都道府県と医療機関で**協定を締結**する等、**あらかじめの準備**をし、**迅速かつ一定規模以上の人材派遣を実施**
  - 協定のメニューの1つに「人材確保」を位置付け、平時から大まかな派遣可能人数を把握。県内での派遣を実施。
- ② 広域派遣について**国と都道府県の役割分担や発動要件を明確化**
  - 各県内で医療人材確保の取組等を行った上でもなお医療がひっ迫し、広域派遣を必要とする場合は下記のイメージ図に基づき、まずは都道府県知事間での調整を行いつつ、厚生労働大臣を介した広域派遣を実施。
  - 特に緊急がある場合は、厚生労働大臣は、直接、公立・公的医療機関等に広域派遣の求めを行うことを可能とした。



### ※1 国に対する医療人材派遣の求めの基準

- ・他の都道府県に比して、感染が拡大し、医療のひっ迫が認められる。
- ・既に都道府県内で必要な医療人材の確保・調整を行った。
- ・他の都道府県からの医療人材受入体制が整っている。 等

### ※2 国が非ひっ迫都道府県知事に応援を求めることについて

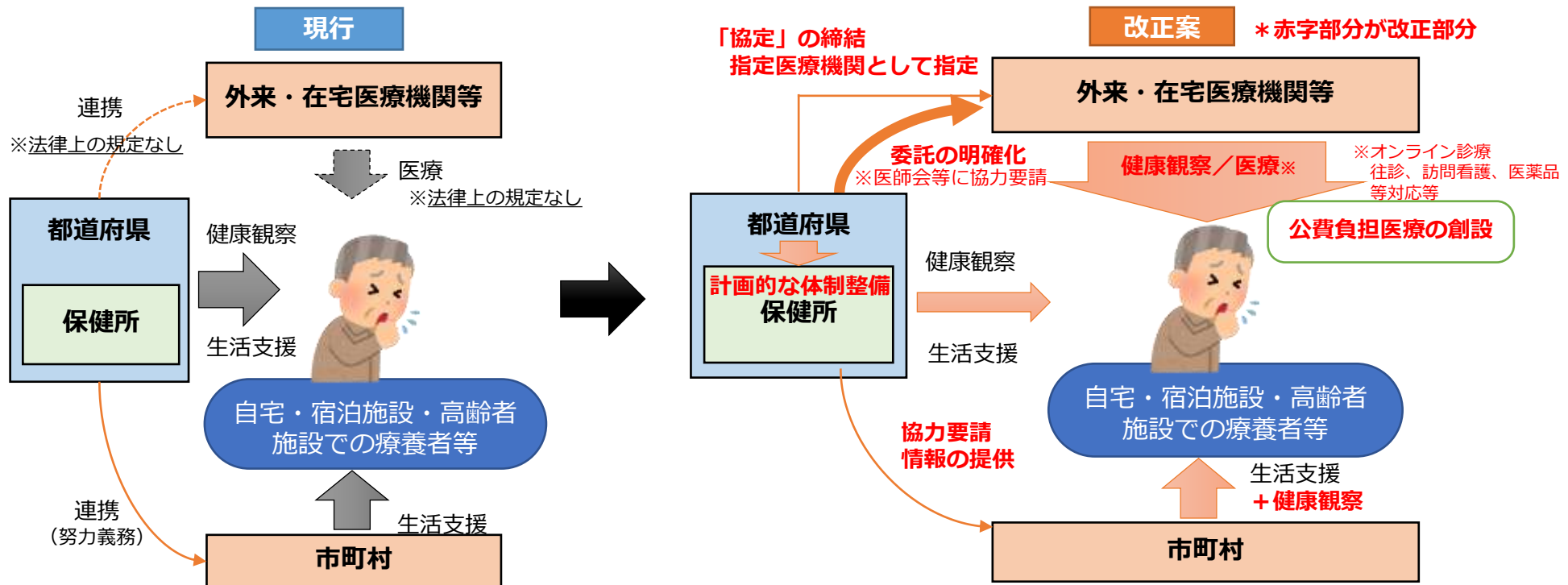
都道府県からの求めがあることが原則だが、国が必要と判断した場合は、ひっ迫地域の県知事からの求めがなくとも、非ひっ迫地域の県知事に応援の求めを行うことができることとした。

## 現行

- 都道府県は、自宅・宿泊療養者等に対して、健康状態の報告（健康観察）及び自宅・宿泊施設等からの外出しないことについての協力を求めることができる（感染症法第44条の3）。これに当たって、都道府県は、自宅・宿泊療養者等への生活支援（食事の提供、日用品の支給等）を実施、必要に応じて市町村と連携するよう努めなければならない。 ※医療提供に関する規定はない。

## 改正案

- 「予防計画」に基づき**保健所の体制整備**を推進しつつ、都道府県による**健康観察**の実施に当たって、**協定を締結した医療機関等に委託して行うことができることを明確化**。保険医療機関等の責務として、**国・地方が講ずる必要な措置に協力しなければならない**ことを明記。都道府県は、医療関係団体に対し協力要請できることとした。
- また、**外来医療や在宅医療**の提供について、**都道府県と医療機関等**との間で「**協定**」を締結する仕組みを導入。自宅・宿泊療養者や高齢者施設での療養者等への医療について、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（**公費負担医療**）を創設し、**指定医療機関**から提供。
- この他、生活支援及び健康観察について、都道府県が**市町村に協力を求める**こととし、両者間の**情報共有**の規定を整備。



(注) 都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

## 〈設定する数値目標〉

### 1 流行初期（3ヶ月まで）

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

病床 : **約1.9万床** (約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関(約500機関)で当該規模の対応能力があったこと(R4.12)を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。)

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

### 2 流行初期以降（①3ヶ月後、②その後3ヶ月（6ヶ月）まで）

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

病床 : **約3.5万床** (+約1.6万床:加わる公的医療機関等)

発熱外来 : **約5300機関** (+約3800機関:同上)

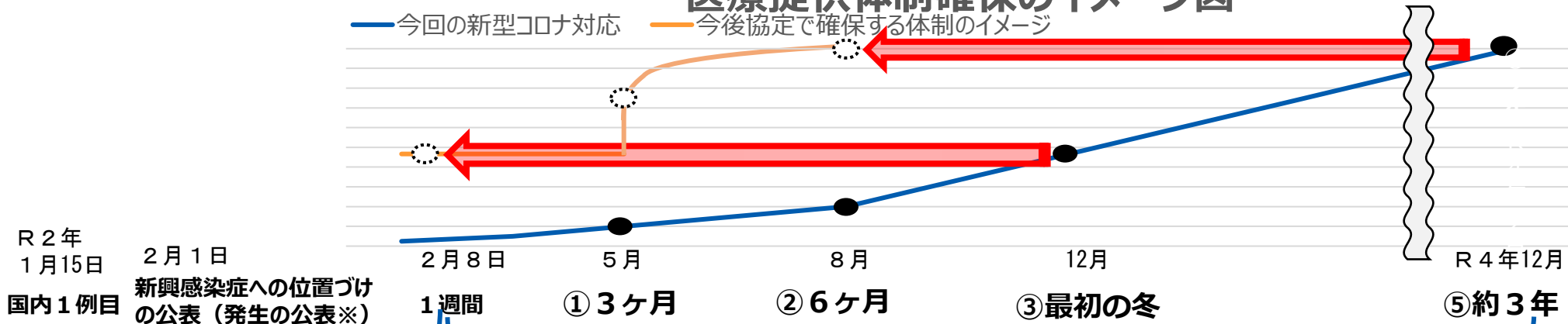
- ② その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値(R4.12)の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速やかに(その後3ヶ月程度かけて)確保することを目指す。

- ・ 病床 : **約5.1万床**
- ・ 発熱外来 : **約4.2万機関**

病床 : まずは**約5.1万床**を確保している約3000機関(うち重点医療機関約2000)との協定の締結を促す。

発熱外来 : まずは**約4.2万**医療機関との協定の締結を促す。

## 医療提供体制確保のイメージ図



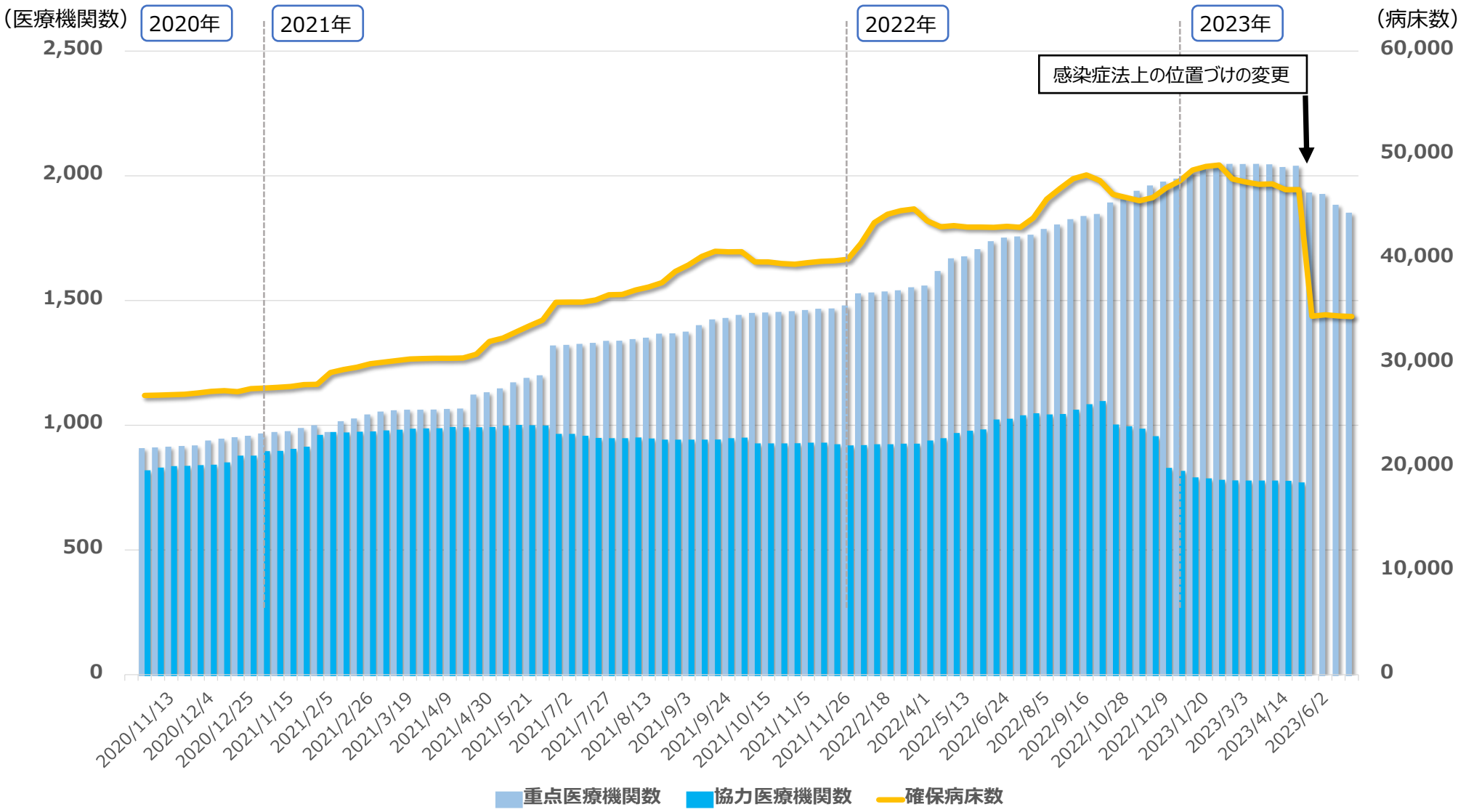
〈感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応〉

(373病院1900病床)

(※) 感染症法に基づく厚労大臣の発生の公表

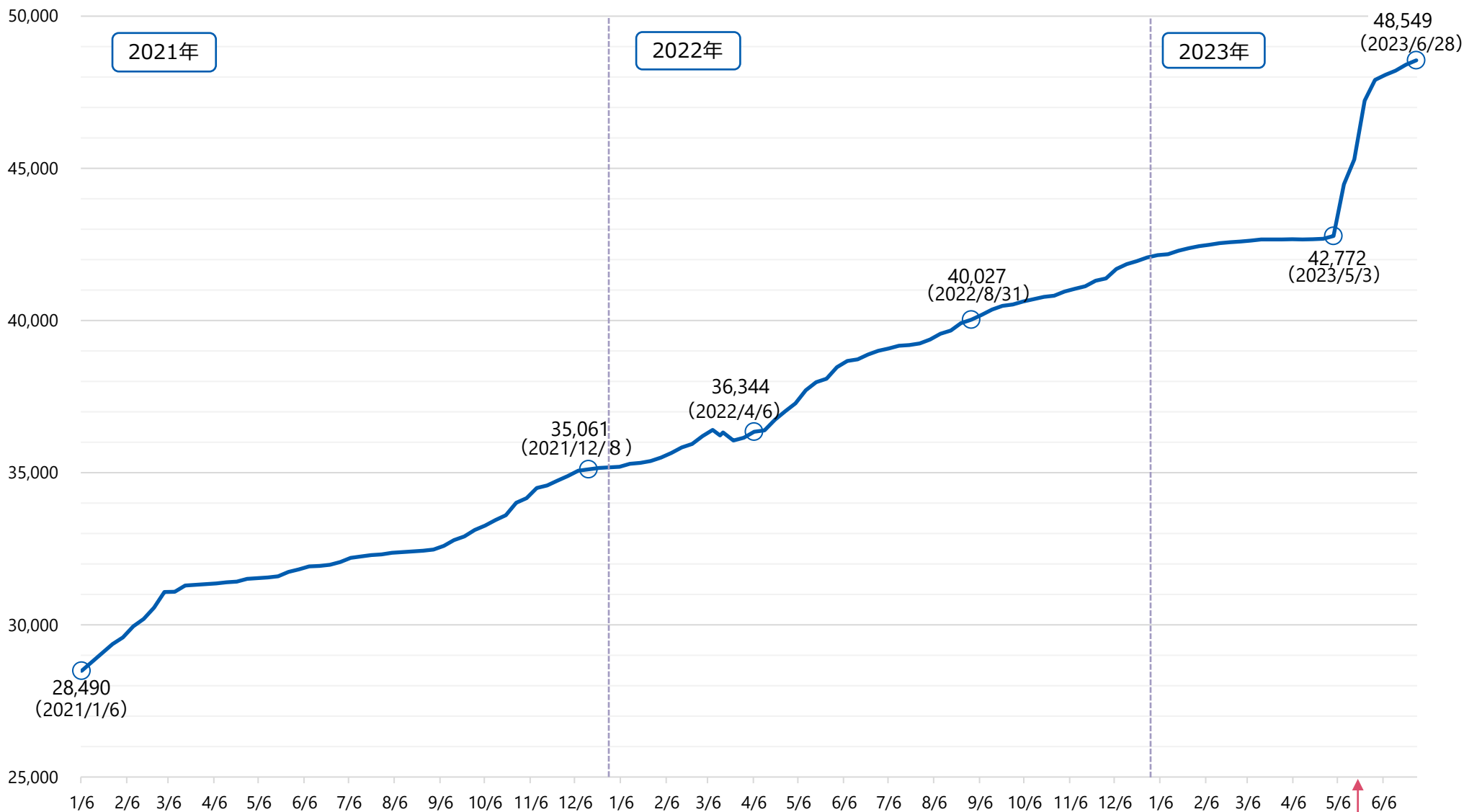
〈協定指定医療機関も対応〉

# 参考：新型コロナウイルス感染症対応における重点医療機関数、協力医療機関数等の推移



※ 重点医療機関数、協力医療機関数は「重点医療機関・協力医療機関の指定状況」より  
 ※ 確保病床数は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」より

# 参考：新型コロナウイルス感染症対応における外来対応医療機関数（診療・検査医療機関数）の推移



※ 都道府県別 外来対応医療機関の指定状況 より

位置づけ変更

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
  - (1) 感染症法上の類型及び措置
  - (2) 新型コロナウイルス感染症
  - (3) その他の感染症
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

# 感染症法の対象となる感染症の概観とその措置

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



# 感染症法の対象となる感染症

2023年5月8日現在

健康局結核感染症課  
提出資料

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

# 感染症の医療提供(良質かつ適切な医療の提供を確保)

健康局結核感染症課  
提出資料

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合:国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
二類感染症※1	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

※1結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
  - (1) 感染症法上の類型及び措置
  - (2) 新型コロナウイルス感染症等
  - (3) その他の感染症
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

## 1. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ

- 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（令和5年1月27日厚生科学審議会感染症部会）を踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、5月8日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、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（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づける。

## 2. 感染症法上の位置づけの変更に伴う政策・措置の見直し

- 新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとされたことに伴い、これまで講じてきた**各種の政策・措置について、見直しを行う**。このうち、①患者等への対応と②医療提供体制については3月上旬を目途に具体的な方針を示す。
  - ①患者等への対応
    - 急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続することとし、具体的な内容を検討する。
  - ②医療提供体制
    - **入院や外来の取扱いについては**、原則として、インフルエンザなど他の疾病と同様となることから、幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、**必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的な移行を目指す**。
    - 外来については、位置づけの変更により、幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の患者の診療に対応する体制へと段階的に移行していく。
    - 入院については、位置づけの変更により、現在感染症法の規定を根拠に講じられている入院措置・勧告が適用されないこととなる。幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入れ、入院調整も行政が関与するものから個々の医療機関の間で調整する体制へと段階的に移行していく。
    - 今後、診療・検査医療機関から広く一般的な医療機関による対応への移行、**外来や入院に関する診療報酬上の特例措置**や病床確保料の取扱い、重症者等に対する入院調整のあり方、高齢者施設等への検査・医療支援など**各種対策・措置の段階的な見直しについて、ウィズコロナの取組を更に進め、平時の日本を取り戻していく道筋について具体的な内容の検討・調整を進める**。
  - ③サーベイランス
    - **感染症法に基づく発生届は終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行する**。 ➢ゲノムサーベイランスを継続する。
  - ④基本的な感染対策
    - マスクについては、屋内では基本的にマスクの着用を推奨するとしている現在の取扱いを改め、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本として検討する。あわせて各個人の判断に資するよう、政府はマスクの着用が効果的な場面の周知を行う。マスクの取扱いの検討に関しては感染状況等も踏まえて行い、今後早期に見直し時期も含めその結果を示す。その際、子どもに関して発育・発達の妨げにならないよう配慮が必要であるとの指摘があることに留意する。
    - 引き続き、効果的な換気や手洗いなどの手指衛生の励行をお願いする。感染が大きく拡大している場合には、一時的に場面に応じた適切なマスクの着用を広く呼びかけるなど、より強い感染対策を求めることがあり得る。
    - **医療機関や高齢者施設でのクラスター防止対策は継続**しつつ、できる限り面会の希望が実現できるよう取組をお願いしていく。

# 日米のインフルエンザとコロナにおける院内感染対策ガイドラインの記載とガイドライン改定を踏まえたコロナ5類移行後の院内感染対策の周知事項について

- ・日米の院内感染対策のガイドライン等における季節性インフルエンザ（インフル）と新型コロナウイルス感染症（コロナ）患者の感染管理に関する記載内容を参照した。
- ・インフルと比較した、コロナにおける記載の概要は以下のとおり（下表の下線部が相違点）  
 ※相違点：個人防護具（N95マスクが推奨される場面が多い）、換気対策（より十分な対応が推奨）
- ・5類移行後も必要な感染対策は講じていくべきであり、ガイドラインに沿いつつ効率性と安全性を両立した対応を周知し対応医療機関の裾野を広げる。

## インフル・コロナ患者の感染管理に関する記載（一部抜粋・要約）

	個人防護具		病室・ゾーニング	換気対策	
	マスク	マスク以外の個人防護具			
インフル	米国※1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サージカルマスク（必ず）</li> <li>・N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手袋・ガウン（分泌物等に触れる可能性があるとき）</li> <li>・アイプロテクション（エアロゾルが発生する可能性のある手技時）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個室</li> <li>・コホーティング※6可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エアロゾル産生手技は陰圧室で実施</li> </ul>
	日本※2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サージカルマスク（必ず）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手袋・ガウン・アイプロテクション（適宜着用）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個室</li> <li>・コホーティング※6可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記載なし</li> </ul>
コロナ	米国※3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>N95マスクや同等の性能のマスク（状況を問わず）</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手袋・ガウン・アイプロテクション（状況による選択の記載なし）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個室（トイレ付き）</li> <li>・コホーティング※6可</li> <li>・担当する医療従事者をシフト中は固定することを検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病室とすべての共有空間の換気改善</li> <li>・エアロゾル産生手技は陰圧室で実施</li> </ul>
	日本（従来）※4※5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サージカルマスク（必ず）</li> <li>・<u>N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により※5）</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手袋・ガウン・アイプロテクション（検体採取や手技などに応じて使用）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個室</li> <li>・コホーティング※6や専用病室、専用病棟など状況や設備に応じて判断※5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>十分換気する※4</u></li> <li>・<u>エアロゾル産生手技が高頻度</u>に実施される患者を優先的に陰圧室に収容※5</li> </ul>
	日本※7 (2023年1月の学会ガイドライン改定) 主な変更赤字	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サージカルマスク（必ず）</li> <li>・N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により）</li> </ul> <p><b>*N95を推奨する状況の記載を充実</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アイプロテクションは継続</li> <li>・<b>手袋・ガウンは、患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する場合に装着（直接接触しない場合は不要）</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個室・コホーティング※6可</li> <li>・<b>専用病棟化は基本的に不要</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・換気・クリーンパーティションの利用等により空気の流れを工夫</li> <li>・陰圧室に関して同様</li> </ul>

※1：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Guidelines for Healthcare Settings (Influenza)」 (2021年5月13日)

※2：国立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン」 (2020年3月増補)

※3：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Infection Control Guidance (COVID-19)」 (2022年9月23日)

※4：国立感染症研究所・国立国際医療研究センター「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」 (2021年8月6日)

※5：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第4版」 (2021年11月22日)

※6：同じ感染症患者同士を同室に集めること

※7：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版」 (2023年1月17日)

# 感染症法上の位置づけ変更に向けた対策の全体像

出典：令和5年4月27日  
第75回厚生科学審議会感染症部会  
資料1-1

新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」から「5類感染症」に変更されること等に伴い、「法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み」から、「個人の選択を尊重し、国民の皆さまの自主的な取組をベースとしたもの」に転換。

## 新型インフルエンザ等感染症

### 発生動向

- ・法律に基づく届出等から、患者数や死亡者数の総数を毎日把握・公表
- ・医療提供の状況は自治体報告で把握

### 医療体制

- ・入院措置等、行政の強い関与
- ・限られた医療機関による特別な対応

### 患者対応

- ・法律に基づく行政による患者の入院措置・勧告や外出自粛（自宅待機）要請
- ・入院・外来医療費の自己負担分を公費支援

### 感染対策

- ・法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み
- ・基本的対処方針や業種別ガイドラインによる感染対策

### ワクチン

- ・予防接種法に基づき、特例臨時接種として自己負担なく接種

## 5類感染症

- ・定点医療機関からの報告に基づき、毎週月曜日から日曜日までの患者数を公表
- ・様々な手法を組み合わせた重層的なサーベイランス（抗体保有率調査、下水サーベイランス研究等）

- ・幅広い医療機関による自律的な通常への対応
- ・新たな医療機関に参画を促す

- ・政府として一律に外出自粛要請はせず
- ・医療費の1割～3割を自己負担  
入院医療費や治療薬の費用を期限を区切り軽減

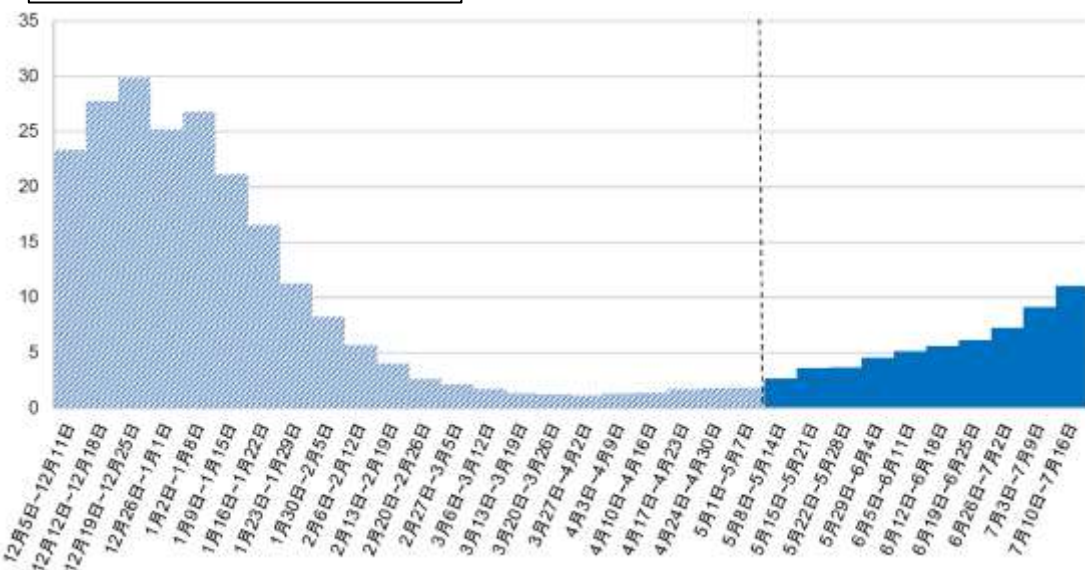
- ・国民の皆様の主体的な選択を尊重し、個人や事業者の判断に委ねる
- ・基本的対処方針等は廃止。行政は個人や事業者の判断に資する情報提供を実施

- ・令和5年度においても、引き続き、自己負担なく接種
  - 高齢者など重症化リスクが高い方等：年2回（5月～、9月～）
  - 5歳以上のすべての方：年1回（9月～）

# 新型コロナ新規患者報告数（定点）

※7/10-7/16データを7/21（金）に公表（厚労省HP）

## 定点当たり報告数推移



※週（疫学週）ごとの全国データの推移

※令和5年5月7日以前は、HER-SYSデータに基づく定点医療機関からの患者数

## 年代別定点当たり報告数推移

区分	第24週	第25週	第26週	第27週	第28週
	6/12-6/18	6/19-6/25	6/26-7/2	7/3-7/9	7/10-7/16
10歳未満	0.79	0.86	1.08	1.54	1.93
10～14歳	0.68	0.69	0.81	1.18	1.53
15～19歳	0.52	0.56	0.60	0.72	0.99
20～29歳	0.60	0.71	0.83	0.98	1.05
30～39歳	0.55	0.65	0.76	0.92	1.08
40～49歳	0.66	0.74	0.85	1.07	1.27
50～59歳	0.68	0.72	0.87	1.03	1.19
60～69歳	0.43	0.47	0.56	0.68	0.78
70～79歳	0.37	0.39	0.47	0.56	0.66
80歳以上	0.33	0.34	0.41	0.45	0.56
総数	5.60	6.13	7.24	9.14	11.04

※年代別の定点当たり報告数は小数点以下第3位を四捨五入しているため、合計しても、必ずしも総数とは一致しない。

# 都道府県別定点当たり報告数推移

健康局結核感染症課  
提出資料

区分	第24週	第25週	第26週	第27週	第28週
	6/12-6/18	6/19-6/25	6/26-7/2	7/3-7/9	7/10-7/16
北海道	5.71	5.23	6.03	6.73	8.45
青森県	3.18	4.22	4.48	4.35	4.05
岩手県	4.75	5.59	6.27	6.73	6.98
宮城県	4.89	4.67	6.05	7.87	10.12
秋田県	2.81	3.10	3.35	4.87	4.35
山形県	4.14	3.72	3.98	5.53	5.37
福島県	3.76	5.10	6.21	6.62	8.37
茨城県	5.89	6.48	7.52	7.90	10.33
栃木県	3.42	3.96	5.43	6.03	6.68
群馬県	3.77	3.85	4.45	5.23	7.18
埼玉県	7.02	7.18	7.25	8.87	9.54
千葉県	7.57	7.77	9.89	11.00	13.18
東京都	5.85	6.22	6.85	7.58	8.25
神奈川県	5.91	6.07	6.30	7.38	8.14
新潟県	4.82	4.14	4.98	6.88	7.88
富山県	4.90	4.02	3.71	4.58	6.04
石川県	6.29	5.85	6.94	9.23	13.08
福井県	3.85	3.72	4.23	5.15	6.90
山梨県	6.44	6.61	8.05	8.71	10.54
長野県	4.13	4.75	5.91	7.57	8.19
岐阜県	5.84	7.45	8.46	10.95	13.87
静岡県	5.56	5.81	6.58	8.12	10.77
愛知県	7.22	8.03	9.16	11.46	14.73
三重県	6.24	6.32	7.25	11.81	15.53
滋賀県	3.78	4.30	5.49	9.05	11.83
京都府	4.67	4.92	6.02	8.32	10.69
大阪府	4.55	5.16	5.93	7.87	10.22
兵庫県	3.76	4.82	5.78	8.36	10.74
奈良県	5.40	5.58	7.89	10.53	10.89
和歌山県	4.45	5.18	7.33	10.20	14.43
鳥取県	4.62	4.76	6.38	11.97	12.69
島根県	2.95	3.42	4.08	6.79	8.74
岡山県	3.45	3.68	5.12	7.36	9.29
広島県	4.36	4.71	6.88	9.46	11.12
山口県	3.93	4.55	5.88	8.75	11.12
徳島県	3.76	4.57	5.46	7.92	10.89
香川県	3.47	4.47	6.81	9.87	14.66
愛媛県	3.89	4.13	6.11	11.00	15.70
高知県	3.73	5.09	5.43	9.20	13.73
福岡県	5.92	5.76	7.21	10.85	12.93
佐賀県	6.28	7.00	9.44	15.33	23.05
長崎県	5.14	5.29	6.93	11.50	16.66
熊本県	6.38	8.75	9.58	11.99	15.93
大分県	4.00	4.14	6.28	11.76	16.47
宮崎県	5.88	7.22	9.66	16.00	20.79
鹿児島県	9.60	11.71	13.48	17.18	19.08
沖縄県	28.74	39.48	48.39	41.67	31.83
総数	5.60	6.13	7.24	9.14	11.04

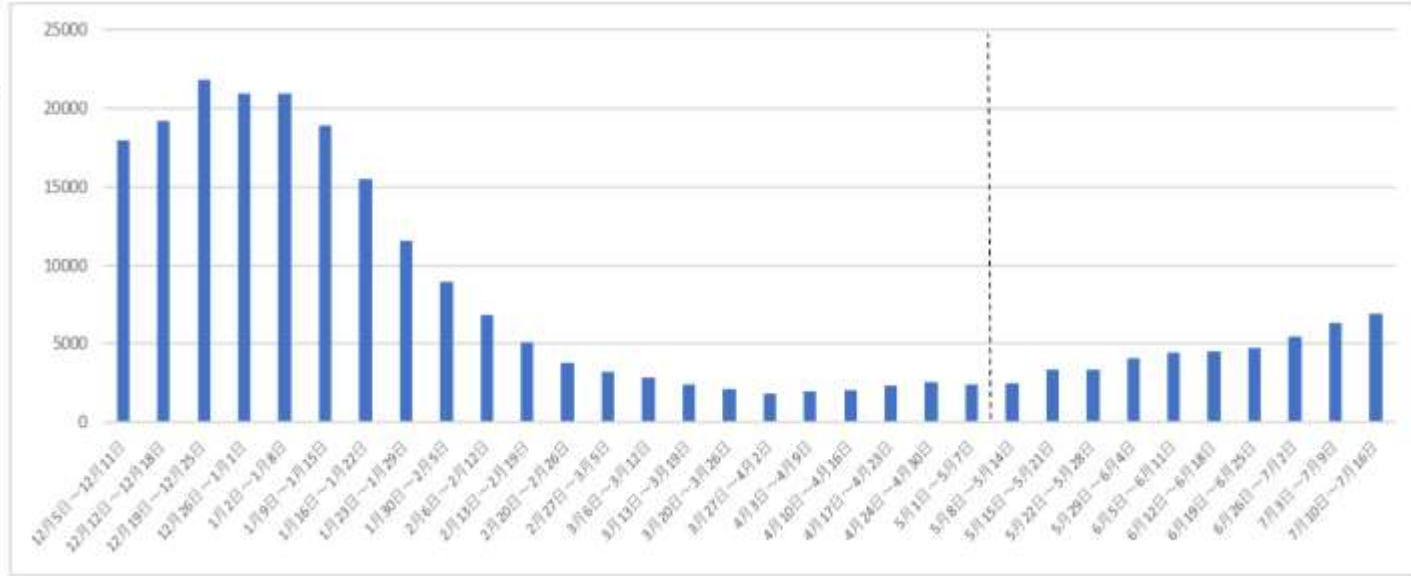
※直近5週分のデータ

# 新規入院者数等 (G-MIS)

※7/10-7/16データを7/21(金)に公表 (厚労省HP)

## 新規入院者数

報告週	新規入院患者数 (合計値)
第 24 週 (6/12 - 6/18)	4,538
第 25 週 (6/19 - 6/25)	4,751
第 26 週 (6/26 - 7/2)	5,494
第 27 週 (7/3 - 7/9)	6,320
第 28 週 (7/10 - 7/16)	6,952



※G-MIS (医療機関等情報支援システム) で報告のあった医療機関からの報告数  
 ※令和5年5月8日以降のデータに加え、5月7日以前のデータも遡って公表  
 ※集計にはG-MISに入力されているデータをそのまま用いていること、また、遅れて報告されたり修正されたりする場合がありますため集計値は暫定値であることに注意が必要。

## 重症者数

報告週	ICU 入院中の患者数 (7日間平均) (注)	ECMO または人工呼吸器管理中の患者数 (7日間平均)
第 24 週 (6/12 - 6/18)	81	40
第 25 週 (6/19 - 6/25)	88	52
第 26 週 (6/26 - 7/2)	93	53
第 27 週 (7/3 - 7/9)	91	51
第 28 週 (7/10 - 7/16)	86	48

※G-MIS (医療機関等情報支援システム) で報告のあった医療機関からの報告数  
 ※集計にはG-MISに入力されているデータをそのまま用いていること、また、遅れて報告されたり修正されたりする場合がありますため集計値は暫定値であることに注意が必要。  
 注) ICUとは、特定集中治療室管理料、救命救急入院料を算定している病床を指す。



# 外来対応医療機関数

※7/19（水）17時時点の都道府県からの報告数を7/21（金）に公表（厚労省HP）

## 都道府県別 外来対応医療機関の指定状況

R05.07.19 17:00 時点

通番	都道府県名	医療機関数	
		※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
1	北海道	1,402	1,179
2	青森県	353	279
3	岩手県	475	325
4	宮城県	743	427
5	秋田県	399	266
6	山形県	479	250
7	福島県	833	609
8	茨城県	948	733
9	栃木県	769	523
10	群馬県	842	569
11	埼玉県	1,804	1,247
12	千葉県	2,077	1,985
13	東京都	5,414	3,366
14	神奈川県	2,436	2,265
15	新潟県	825	547
16	富山県	361	269

通番	都道府県名	医療機関数	
		※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
17	石川県	463	213
18	福井県	356	288
19	山梨県	374	263
20	長野県	816	790
21	岐阜県	872	666
22	静岡県	1,252	1,012
23	愛知県	2,440	1,977
24	三重県	793	672
25	滋賀県	641	559
26	京都府	1,206	832
27	大阪府	3,925	2,780
28	兵庫県	2,068	1,260
29	奈良県	481	330
30	和歌山県	511	359
31	鳥取県	317	134
32	島根県	393	339

通番	都道府県名	医療機関数	
		※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
33	岡山県	1,028	744
34	広島県	1,534	740
35	山口県	655	393
36	徳島県	423	169
37	香川県	465	387
38	愛媛県	720	553
39	高知県	330	270
40	福岡県	2,296	1,694
41	佐賀県	456	332
42	長崎県	682	532
43	熊本県	812	544
44	大分県	578	496
45	宮崎県	499	431
46	鹿児島県	903	362
47	沖縄県	317	263
合計		48,766	35,223

※ 7/19までに都道府県から「外来対応医療機関」として指定したと報告があった医療機関数であり、今後の報告により数値が変動する場合がある。

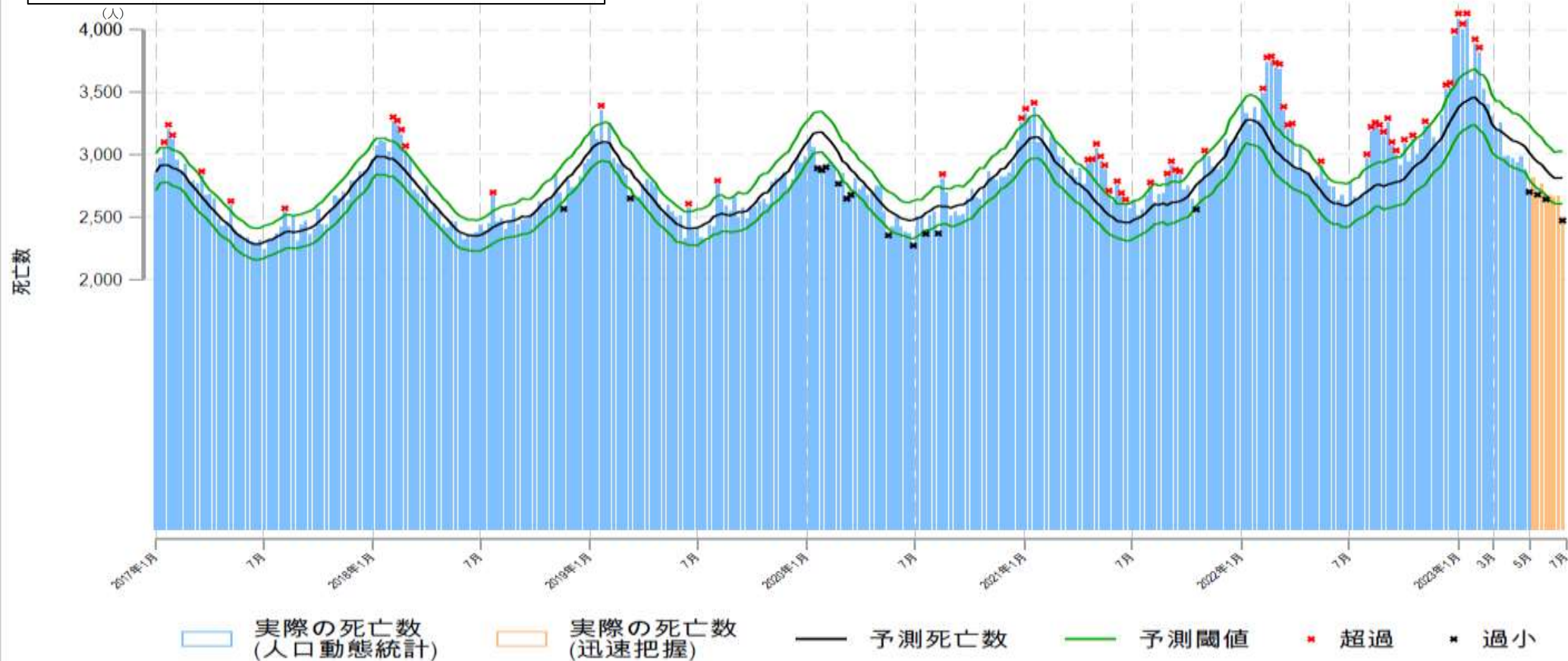
# コロナを含む全ての死因での超過死亡（実際の死亡数と予測死亡数の差）の迅速把握

※7/21（金） 感染研HPに公表

現在観測されている範囲内で、直近の週で特筆すべき超過死亡は認められていない。

※死亡届の提出の遅れ等に伴う報告の遅延があるため、直近ほど過小評価になる可能性があることに留意が必要。

超過死亡の発生状況（協力23自治体合計）



- ※ 迅速把握の取組に協力いただいた自治体のデータを統合し、週ごとに算出。
- ※ 2023年4月1日以降が、本迅速把握で自治体から提供いただいたデータを使用。それ以前は人口動態調査死亡票を利用。
- ※ 全国の全ての自治体における超過死亡ではないため、本迅速把握はあくまで超過死亡の発生状況（時期と推移）を把握する目的に留まることに留意が必要。
- 超過死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度増加したかを示す指標  
（算出方法） 超過死亡数 = 実際の死亡数 - 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の上限値
- 過少死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度減少したかを示す指標  
（算出方法） 過少死亡数 = 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の下限値 - 実際の死亡数

感染拡大の要因	感染規模	具体的な状況等
ゾーニングが不十分	有料老人ホーム (入所者及び職員) 37名 等	・ゾーニングを行っていたが、職員がレッドゾーンで使用した防護具を着用したままグリーンゾーンに入る等、 <u>ゾーニングの意義の共有、区分の明確化が不十分だった。</u>
換気が不十分	介護老人保健施設 30名 等	・ <u>換気がしにくい施設の構造</u> となっていた。
陽性者対応時の感染防護策が不十分	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 36名 等	・手袋の交換を頻回に行っていなかった。 ・ <u>同じPPEを着用したまま、陽性者・濃厚接触者のケア</u> を行っていた。 ・ <u>N95マスクの着用方法が不適切だった。</u>
入所者のマスク着用困難	介護老人保健施設 77名 等	・ <u>認知症のある入所者は、マスクの着用が難しい</u> ため、食堂での食事の際に入所者間でマスクなしの会話が発生していた。
密な接触	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 32名 等	・ <u>食事介助等のケアの提供時の会話</u> を通じて感染が広がった可能性がある。
職員による感染持込み	グループホーム (入所者及び職員) 9名 等	・ <u>感染が疑われる症状がありながら勤務した職員の担当ユニットに感染が拡大した。</u> ・同日勤務の職員3名が発症し陽性判明。他の職員や入所者も次々と陽性判明。

## 実際に講じた対策例

- ・視覚的にわかりやすいゾーニング(床のテーピング、立ち入り禁止の張り紙等)の実施。
- ・サーキュレーター等を用いた換気の徹底。
- ・保健所による、N95マスクの着用方法をはじめとしたPPEの着用等に関する指導を実施。
- ・手指衛生を徹底するためのポスターの掲示や指導・教育の実施。
- ・職員に対する定期的な検査・出勤前検査を実施。
- ・職員が陽性になった場合に備えたマンパワーの確保(の準備)。

等

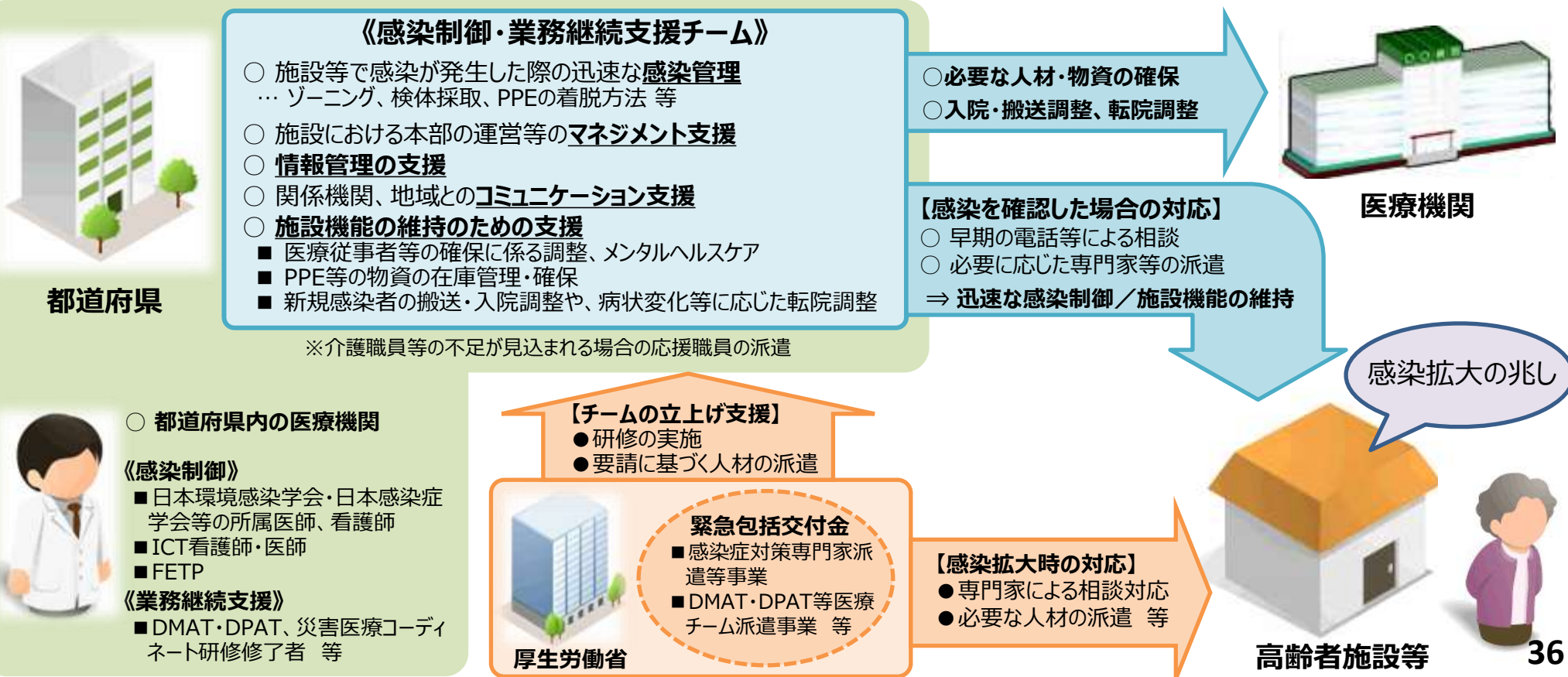
- 感染拡大により、高齢者施設等において、感染者やクラスターが発生する事例も生じている。  
こうした状況を踏まえ、**高齢者施設等における感染抑止や、感染発生時の早期収束のために、以下の取組を進めていくことが重要。**

## 1. 高齢者施設等における感染状況の調査・感染制御・業務継続に係る体制の整備（支援チームの編成等）

- … 各都道府県において、感染が一例でも確認された場合に、以下の人材で構成された支援チームによる相談や応援派遣を早期に行える体制を確保する。
  - ゾーニング等の感染管理を行う“ICTの技能を保有した看護師・医師”等や、調査・対策の支援を行う“FETP”
  - 調整本部のマネジメントや、施設機能の維持に係る支援を行う“DMAT・DPAT”、災害医療コーディネート研修修了者 等

## 2. チームの編成・レベルアップに必要な研修の実施、各種支援策の活用による人材の確保

- … 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部 地域支援班・クラスター対策班等と連携し、上記のようなチームの編成・レベルアップ等に向けて、必要な**研修の実施**や、緊急包括支援交付金の活用による**人材の確保**に向けた準備を行う。



# 施設内療養を行う介護施設等への支援について

<p>補助概要</p>	<p>○ 病床ひっ迫等により、施設内療養を行う介護施設等に対して、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を行うことを支援する観点から、施設において必要となる追加的な手間<sup>(※1)</sup>について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、従来の経費支援に加え、新たに補助を行う。</p> <p>(※1) 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供、ゾーニング(区域をわける)の実施、コホーティング(隔離)の実施、担当職員を分ける等の勤務調整、状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察、症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認</p>									
<p>助成の要件</p>	<p>○ 令和5年5月8日の新型コロナの類型見直し以降は、新たに以下の要件全てに該当する場合とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>新型コロナ患者に係る往診や電話等による相談、入院の要否の判断や入院調整に対応できる医療機関の確保</u></li> <li>✓ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施</li> <li>✓ オミクロン株ワクチンの接種の実施</li> </ul>									
<p>補助額</p>	<p>○ 施設内療養者1名につき、1万円/日を補助(発症日から10日間を原則とし、最大15日間<sup>(※2)</sup>)</p> <p>○ 施設内療養者数が一定数<sup>(※3)</sup>を超える場合は、<u>施設内療養者1名につき1万円/日を追加補助(上記とあわせて最大30万円)</u><sup>(※4)</sup></p> <p>(※2) 補助期間の取扱いについては以下の通り。</p> <table border="1" data-bbox="306 739 2016 1172"> <thead> <tr> <th></th> <th>令和4年10月1日～令和5年5月7日(コロナ類型見直し前)</th> <th>令和5年5月8日以降(コロナ類型見直し後)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有症状者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準(発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過)を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする(最大15日間)。</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> <li>✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする(最大15日間)。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>無症状者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検体採取日から7日間。</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、検体採取日から7日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>(※3) 小規模施設等(定員29人以下)にあつては施設内療養者が2名以上、大規模施設等(定員30人以上)にあつては施設内療養者が5名以上いること。</p> <p>(※4) 追加補助の限度額は、小規模施設等(定員29人以下)は200万円/施設、大規模施設等(定員30人以上)は500万円/施設</p>		令和4年10月1日～令和5年5月7日(コロナ類型見直し前)	令和5年5月8日以降(コロナ類型見直し後)	有症状者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準(発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過)を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする(最大15日間)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> <li>✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする(最大15日間)。</li> </ul>	無症状者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検体採取日から7日間。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、検体採取日から7日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> </ul>
	令和4年10月1日～令和5年5月7日(コロナ類型見直し前)	令和5年5月8日以降(コロナ類型見直し後)								
有症状者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準(発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過)を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする(最大15日間)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、発症日から10日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> <li>✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする(最大15日間)。</li> </ul>								
無症状者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検体採取日から7日間。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則、検体採取日から7日間。</li> <li>✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置<sup>(※1)</sup>を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。</li> </ul>								
<p>対象サービス</p>	<p>○ 介護施設等 ( 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護 )</p>									

(注) 地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分)のかかり増し費用を助成する介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の中で実施。

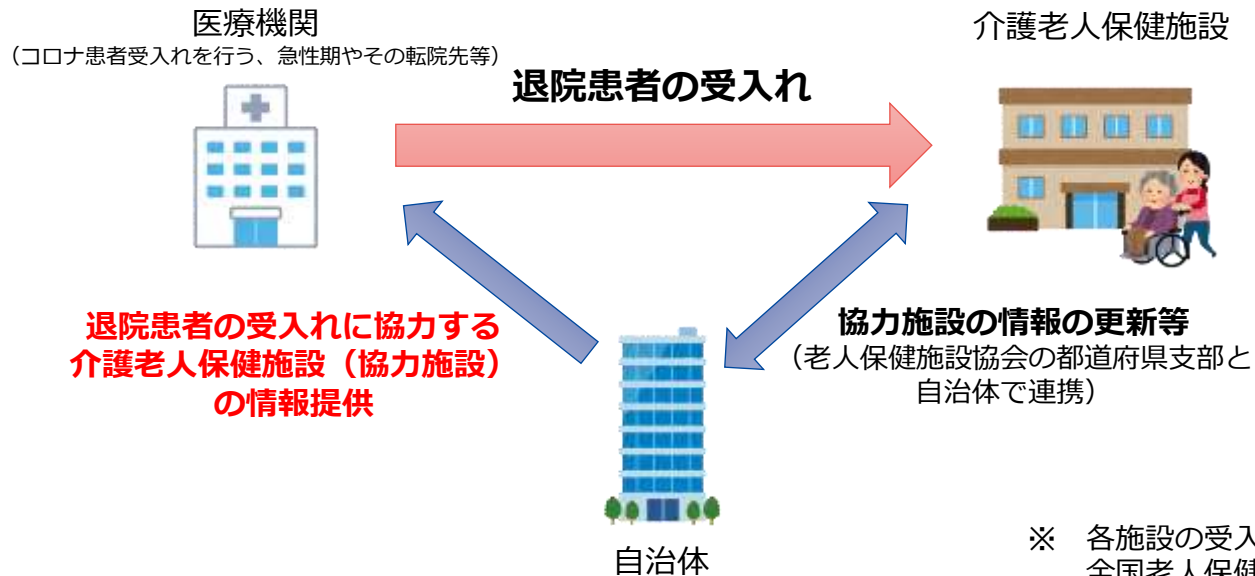
# 退院患者の介護施設における適切な受入れに関する更なる取組について

## 背景・これまでの取組

- 新型コロナウイルス感染症の退院患者について、**介護施設での受入促進を図ることは、退院した高齢者の適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保の観点で重要**である。
- そのため、これまでも、受け入れた施設への介護報酬上の特例的な評価<sup>(※)</sup>等の取組を実施してきた。  
※ 介護保険施設において、退院患者（自施設から入院した者を除く）を受け入れた場合、退所前連携加算（500単位）を最大30日間算定できる。

## 更なる取組

- 今般、受入れの更なる促進を図るため、**退院基準を満たした患者の受入れに協力する介護老人保健施設に関する情報<sup>(※)</sup>を、自治体を通じて医療機関に提供する**取組を実施する。これにより、医療機関による退院先調整の円滑化につながると考えられる。
- なお、都道府県に対して、本取組の実施状況の報告とともに、今後も情報の更新等の継続的な取組を依頼する。



※ 各施設の受入れ協力の可否に関する調査は、全国老人保健施設協会が実施

## 4. 高齢者施設・障害者施設等における医療

### (4) 感染症対策について

- ・ 令和4年診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算と同様の仕組みを高齢者施設にも設けるべき。
- ・ 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。
- ・ 感染症対策の時限的な取り組みについて、恒常的な感染症対応力強化につながるよう検討すべき。
- ・ 感染対策は重要であるが、費用対効果や負担の在り方については検討が必要ではないか。
- ・ 高齢者施設でのクラスター発生に備えた治療薬の備蓄のみでなく、抗原検査キットの提供といった役割を果たすことが薬局にとっては重要である。

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
- 2. 新興感染症感以外の感染症への対策**
  - (1) 感染症法上の類型及び措置
  - (2) 新型コロナウイルス感染症
  - (3) その他の感染症**
  - (4) 薬剤耐性 (AMR) 対策
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点



# 結核について

## 結核の概要

- 結核菌による感染症。8割は肺結核。 ○肺結核の症状： 長引く咳、痰、発熱。
- 感染経路： 空気感染(患者の咳に含まれる菌を吸引することで感染)
- 潜伏期間： 数ヶ月～数十年(潜伏期間は感染性が無い)
- 感染症法上の位置付け： 二類感染症(入院措置が可能)

## 予防・治療

- 予防： BCG定期接種(1歳まで(標準的には生後5～8か月))に接種し、小児の重篤な髄膜炎等を予防)、定期健診の徹底、マスク着用。
- 診断： 胸部エックス線検査(定期健診等)、喀痰検査。
  - 65歳以上の者等に対する定期健診(市町村が実施)
  - 地方公共団体の取組を支援：住所不定者等の結核が多い住民層に対する健診事業への補助(国10/10)
- 治療： 複数の抗結核薬を併用する。
  - ※ 医療費の公費負担：入院医療費(国3/4, 都道府県等1/4)、通院医療費の一部(95%)。
  - ※ 地方公共団体の取組を支援：
    - 住所不定者等の結核が多い住民層に対する健診事業への補助(国10/10)

## 発生状況

- 年間新規患者数： 11,519人(令和3年)。減少傾向。
- 罹患(りかん)率： 9.2(人口10万人当たりの患者数)
- 特徴： 都市部に多い。高齢者や外国出生者の罹患率が高い。

## 普及・啓発

- 結核予防技術者地区別講習会：医療従事者等へ知識を普及。全国7か所で開催
- 結核予防週間(9月24日～30日)：啓発ポスターを配布(右は令和4年度のもの)



# 肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）

## 目的（第1条）

- ・ 肝炎対策に関する基本理念を定める（第2条）
- ・ 国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにする（第3条～第7条）
- ・ 肝炎対策の推進に関する指針の策定を定める（第9条～第10条）
- ・ 肝炎対策の基本となる事項を定める（第11条～第18条）

## 基本的施策（第11条～第18条）

### 予防・早期発見の推進

（第11条～第12条）

- ・ 肝炎の予防の推進
- ・ 肝炎検査の質の向上 等

### 研究の推進（第18条）

### 肝炎医療の均てん化の促進（第13条～第17条）

- ・ 医師その他の医療従事者の育成
- ・ 医療機関の整備
- ・ 肝炎患者の療養に係る経済的支援
- ・ 肝炎医療を受ける機会の確保
- ・ 肝炎医療に関する情報の収集提供体制の整備 等

実施に当たり  
肝炎患者の  
人権尊重・  
差別解消  
に配慮  
（第2条第4号）

## 肝炎対策基本指針策定（第9条～第10条）

### 肝炎対策推進協議会

- ・ 肝炎患者等を代表する者
- ・ 肝炎医療に従事する者
- ・ 学識経験のある者

### 関係行政機関

設置  
⇔  
意見  
  
資料提出等、  
要請  
⇔  
協議

厚生労働大臣

策定

### 肝炎対策基本指針

平成23年5月16日策定  
平成28年6月30日改正  
令和4年3月7日改正

#### ●公表

#### ●少なくとも5年ごとに検討、必要に応じ変更

9つの項目に関して取り組む内容を規定

- ・ 基本的な方向
- ・ 肝炎予防
- ・ 肝炎検査
- ・ 肝炎医療体制
- ・ 人材育成
- ・ 調査研究
- ・ 医薬品研究
- ・ 啓発人権
- ・ その他重要事項

# 肝炎総合対策



ステップⅡ  
「受診」

肝炎対策の推進



ステップⅠ  
「受検」

ステップⅢ  
「受療」



流れ

政策対応

事業内容

肝炎ウイルス検査未受診者

肝炎ウイルス検査の受検 **受検**

肝炎ウイルス陽性者

医療機関において  
初回精密検査の受診 **受診**

経過観察者  
抗ウイルス療法非適応者

抗ウイルス療法  
適応者

医療機関において  
定期検査の受診

- 治療適応の早期判断
- 肝がんの早期発見
- 生活指導による病態改善

**受療**

抗ウイルス  
療法  
による治療

検査による早期発見

- 検査体制の整備
- 検査の実施,費用助成
- 個別勧奨の実施

陽性者の受診促進

- 受診勧奨
- 費用助成  
(初回精密  
・定期検査)

早期の治療介入

- 肝炎医療費助成

住民税課税年額 235,000円以上  
2万円/月  
住民税課税年額 235,000円未満  
1万円/月

肝炎ウイルス検査の実施

- 都道府県による肝炎ウイルス検査
- 市町村による健康増進事業(肝炎ウイルス検診)

国民に対する正しい知識普及

- 知って肝炎プロジェクトの推進
- 市民公開講座や肝臓病教室の開催

重症化予防の推進

- 初回精密検査費用、定期検査費用の助成
- 陽性者のフォローアップの実施

肝炎医療費助成

- B型・C型肝炎の抗ウイルス療法に対する助成

研究の推進

- 肝炎に関する基礎・臨床・疫学研究の推進

肝炎の重症化予防(肝がんリスク低減)

## HIV・エイズの概要

1. 症状： HIVに感染した後は、感染初期(発熱等)、無症候期、エイズ発症期(※)の経過をたどる。  
(※)エイズとは、HIV感染により免疫力が低下し、通常は発症しないような、病原性の低い病原体による感染症や悪性腫瘍等の一定の病気が発症した状態のこと。
2. 潜伏期間： 無症候期は、数年～10年。まれに短期間でエイズを発症する人もいる。
3. 感染経路： 性的接触、血液感染、母子感染。大半が男性同性間の性的接触による感染。
4. 治療・予防： 抗ウイルス薬による治療。コンドームの着用。抗ウイルス薬治療によりHIVの増殖を抑え、エイズ発症を防ぐことは可能であるが、完治させることは出来ないため、生涯に渡る服薬が必要。
5. 発生動向： 新規HIV感染者・エイズ患者のうち、男性が9割を占める。

## HIV・エイズ対策について

感染症法に基づき策定された「エイズ予防指針」に沿って実施。

### 検査・相談体制の充実

- 保健所等において無料・匿名のHIV検査を実施。夜間・休日のHIV検査・相談体制の充実を進めている。

### 医療の提供

- 拠点病院の整備
- 医療機関相互の連携支援

### 普及啓発及び教育

- HIV検査普及週間（6月1～7日）
- 世界エイズデー（12月1日）に関するイベント等の実施

## HIV・エイズの発生報告数の年次推移

年	H24年	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
HIV	1,002	1,106	1,091	1,006	1,011	976	940	903	750	742
エイズ	445	484	455	428	437	413	377	333	345	315
計	1,447	1,590	1,546	1,434	1,448	1,389	1,317	1,236	1,095	1,057

# 麻疹について

## 麻疹の概要

- ①症状：感染後約12日程度の潜伏期間を経て発症し、発熱、上気道炎症状・結膜炎症状などが現れる。発症の2～4日後発疹が生じ、再度発熱し、3～4日後解熱する。  
※ 発症前日から解熱後3日間程度感染力がある。
- ②合併症：肺炎、中耳炎、脳炎。  
※ 稀に亜急性硬化性全脳炎(SSPE)が発生する。
- ③感染経路：空気感染。感染力が非常に強い。
- ④届出：医師は臨床診断後、直ちに保健所等に届出をしなければならない。
- ⑤治療・予防：対症療法のみ。予防としては、ワクチンが有効。  
※ 届出を受け、保健所等が患者本人に聞き取りを行い、患者本人と接種した者に対して健康観察等を実施している。

## 国内の麻疹対策等の現状

### <国内の麻疹の発生状況>

- 近年、麻疹の報告数は、2020年10件、2021年6件、2022年6件、2023年(6月4日時点)は14件となっている。
- 2021年度感染症流行予測調査より、麻疹PA抗体価が16以上の割合は、2歳以上のほぼ全年齢で95%以上となっている。
- 定期接種等の対策により、2010年5月を最後に土着株(過去1年間国内で発生したウイルス株)による麻疹の発生は確認されておらず、近年の麻疹の発生は海外から持ち込まれたものと考えられている。なお、ほぼ全年齢で95%以上の者が免疫を保有していることから、海外から麻疹が持ち込まれても、大きな感染拡大につながるおそれは低い。

### <麻疹対策の状況>

- 現在、1歳児と小学校入学前1年間の間にある幼児に定期接種(麻疹風しん混合ワクチン)を実施(2回接種)。  
※ 2008年度から2012年度に、抗体保有率の低かった当時中学1年生と高校3年生相当の者に対して、追加の定期接種を実施し、全世代において高い抗体保有率を実現した。
- 海外から麻疹が持ち込まれた場合など、一時的に報告数が増加した際には、速やかに関係各所に注意喚起等を行っている。
- 2015年3月27日、WHOにより、日本は麻疹の排除を達成したとの認定(※)を受け、現在まで排除認定を維持。  
※ 適切なサーベイランス制度の下、土着株による麻疹の感染が3年間確認されないこと、又は遺伝子型の解析によりそのことが示唆されること。

### 【麻疹の発生報告数の年次推移】

年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
報告数	11,013	732	447	439	283	229	462	35	165	186	279	744	10	6	6	14

※ 「感染症発生動向調査」による2023年6月4日までの累積数(6月16日公表値)

## 梅毒について

## 梅毒の概要

1. 症状：一般に、1期梅毒(無痛性潰瘍等、細菌が侵入した局所の病変)から2期梅毒(バラ疹、早期神経梅毒等、血行性に散布された病変)、潜伏梅毒(無症状)へと進行し、2期梅毒の症状を繰り返しながら晩期梅毒(心血管梅毒、後期神経梅毒等)に移行する。  
また、梅毒に感染している妊婦から、妊娠中または出生時に感染したものを先天梅毒という。
2. 潜伏期間：感染から約3週間で1期梅毒を発症、約3か月で2期梅毒を発症。症状は無治療でも消失する。
3. 感染経路：粘膜の接触を伴う性的接触または母子感染が主体。近年、異性間性交渉による感染が増加傾向。
4. 治療・予防：抗菌薬(ペニシリン等)による治療。コンドームの着用による予防。
5. 発生動向：梅毒の発生報告数は、2000年は約760件だったところ、近年は、2014年の約1,700件から2018年に約7,000件となるまで年々増加し、2022年の報告者数は13,000件を超えた。2023年は第1四半期までに、3,493件報告されている。女性は20代に多く報告されているが、男性は20代から50代までの幅広い層を中心に報告されている。

## 梅毒対策について

感染症法に基づき策定された「性感染症に関する特定感染症予防指針」に沿って実施してきた。

## 発生動向の把握

- 発生動向の多面的な把握のための疫学研究の推進

## 普及啓発及び教育

- 性感染症に関する正しい知識の情報提供を目的とした普及啓発資材の作成

## 検査機会の提供

- 保健所等における検査体制の整備

## 医療の質の向上

- 医療従事者に向けた標準的な診断や治療の指針に関する情報提供

## 梅毒の発生報告数の年次推移

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
計	621	827	875	1,228	1,661	2,690	4,575	5,820	7,007	6,639	5,867	7,978	13,228

※感染症発生動向調査事業(2022年は速報値)

# エムポックスに対する具体的な対策

## 国内対応

### ● 国内対策：

- 疑い例の症例定義を改正し、渡航歴がなくても症状から医師が疑う場合は、疑い例として保健所に相談するよう依頼（7/6）
- 国立国際医療研究センター（NCGM）において臨床対応の指針を作成し公開・更新。
- 国立感染症研究所においてリスク評価「複数国で報告されているエムポックスについて（第5報）」を実施（2023/5/10）
  - 第1報は5/26、第2報は7/12、第3報は9/13、第4報は11/9にリスク評価を実施。
- 諸外国から報告されているエムポックスにかかる臨床像を踏まえ、エムポックスの届出基準及び届出様式を改正（8/10, 19）

### ● 水際対策：検疫所で出入国者に対して、海外のエムポックスの発生状況に関する情報提供及び注意喚起を実施（最新7/13）

### ● 検査：地方衛生研究所での検査を可能とするため、病原体検査マニュアルを作成。現在、各都道府県の少なくとも1カ所の地方衛生研究所で検査が可能。

### ● ワクチン：

- 薬事承認：我が国で製造されているKMバイオロジクス社のLC16ワクチンについて、エムポックス予防の適応追加承認（8/2）

### ● 臨床研究：

- ✓ 国立国際医療研究センター（NCGM）において、患者の接触者に対し、LC16ワクチンを投与する臨床研究体制を構築（NCGM以外は巡回健診で対応）（6/15）。人口の多い大都市圏でNCGMや自治体との連携が円滑に行える医療機関として、大阪府、愛知県、沖縄県、北海道、福岡県における医療機関での臨床研究体制を拡大を検討中。
- ✓ LC16ワクチンについて、エムポックスの予防に対する臨床的有効性を評価するための臨床研究を実施中。

### ● 治療薬：

- 臨床研究：NCGMにおいて、患者に対して、治療薬を投与する臨床研究体制を構築（2022/6/28）。人口の多い大都市圏でNCGMや自治体との連携が円滑に行える医療機関として、大阪府、愛知県、沖縄県、北海道、福岡県、宮城県における医療機関での臨床研究体制を確立。

### ● 情報提供：リーフレットや、厚生労働省、国立感染症研究所等のホームページを通じて、海外の発生状況、ウイルスの感染力や病原性、感染予防策等に関して、MSMコミュニティも含めて、情報発信。記者向けの勉強会の実施。

※令和5年5月26日に、「サル痘」から「エムボックス」へ感染症法上の名称が変更

### 基本情報

#### 病原体

- ポックスウイルス科オルソポックスウイルス属エムボックスウイルス
- コンゴ盆地型（クレード1）と西アフリカ型（クレード2及び3）に分類される。
- 2022年5月以降、国際的に拡大しているウイルスはクレード3に属する。

#### 疫学

- 1958年にポリオワクチン製造のために世界各国から霊長類が集められた施設においてカニクイザルの天然痘様疾患として初めて報告。1970年にヒト感染事例が現在のコンゴ民主共和国で初めて報告。
- 平時より西アフリカにおいて地域的な流行が見られる。
- アフリカ大陸以外ではヒトのエムボックスは確認されていなかったが、2003年に米国で愛玩用に輸入された齧歯類を介して、合計71名の患者が発生。死者なし。
- その後、米国等計15カ国で患者が確認されていたが、先進国での発生は輸入事例のみで、アフリカ大陸以外でヒトの間での大規模な感染事例は確認されていなかった。
- 2022年5月以降、欧米を中心に国際的に市中感染が拡大しており、8万7千人以上の症例が報告。国内でも、2023年6月9日時点で175例の症例が確認されている。

#### 感染経路

- リスなどの齧歯類が自然宿主として考えられている。
- 感染した人や動物の皮膚の病変・体液・血液との接触（性的接触を含む。）、患者との接近した対面での飛沫への長時間の曝露(prolonged face-to-face contact)、患者が使用した寝具等との接触等により感染。

#### 臨床経過

- 潜伏期間は通常6-13日（5-21日）。症状の出現から、発疹が無くなるまでは感染させる可能性。
- 発疹、発熱、発汗、頭痛、悪寒、咽頭痛、肛門直腸痛、リンパ節腫脹
- 従来サル痘流行国であるアフリカでの致命率は数~10%と報告されており、また2022年5月以降の流行においては、致命率は0.17%と報告。

### 予防・診断・治療

#### 予防

- 天然痘ワクチンが、曝露後の発症予防及び重症化予防に有効とされる。（日本国内でも生産、備蓄あり。）

#### 診断

- 病変部位等からのPCR法による病原体の遺伝子の検出、ウイルス分離。

#### 治療

- 対症療法が基本。国内において承認されている特異的な治療薬はないが、欧州においてTecovirimatが承認されており、国内で臨床試験が実施されている。



1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
  - (1) 感染症法上の類型及び措置
  - (2) 新型コロナウイルス感染症
  - (3) その他の感染症
  - (4) 薬剤耐性 (AMR) 対策
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

## アクションプランの概要

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

## 主な新規・強化取組事項

### <目標1 普及啓発・教育>

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

### <目標2 動向調査・監視>

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

### <目標3 感染予防・管理>

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

### <目標4 抗微生物剤の適正使用>

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

### <目標5 研究開発・創薬>

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

### <目標6 国際協力>

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

# 参考 薬剤耐性(A M R)対策アクションプラン 新旧成果指標

## ヒトに関するアクションプラン成果指標

### 耐性菌の割合（耐性率）（%）

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

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

### 抗菌薬使用量（人口1,000人あたりの1日使用量）(DID)

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

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

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

## ヒトに関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合（耐性率）（%）

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

## ヒトに関するアクションプランの成果指標：抗菌薬使用量（人口1,000人あたりの1日使用量）（DID）

	2013年	2020年	2013年との比較	2020年（目標値）
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89% 減	33% 減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7% 減	50% 減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3% 減	50% 減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3% 減	50% 減
静注抗菌薬	0.90	0.87	1.1% 減	20% 減

## 動物に関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合（耐性率）（%）

	2014年※	2020年	2020年（目標値）
大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45.2	45.0	33%以下
大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	1.5	1.4	G7各国の数値（※1）と同水準
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	4.7	5.2	G7各国の数値（※2）と同水準

※農場における調査 ※1：0.4～3.8% ※2：1.0～12.8%

○ 「AWaRe分類」は、WHOが2017年に必須医薬品リスト(EML第20版)を基に抗菌薬をAccess、Watch、Reserveの3グループに分けたものであり、WHOは抗菌薬使用全体のうちAccessの割合を60%以上にするを目標として掲げている。

- ・ Access：第一選択及び第二選択薬の抗菌薬
- ・ Watch：医療において重要であり、かつその私用により耐性菌が選択されるリスクが比較的高いため、第一選択及び第二選択薬としての使用が制限すべき抗菌薬
- ・ Reserve：最後の手段として使用する抗菌薬

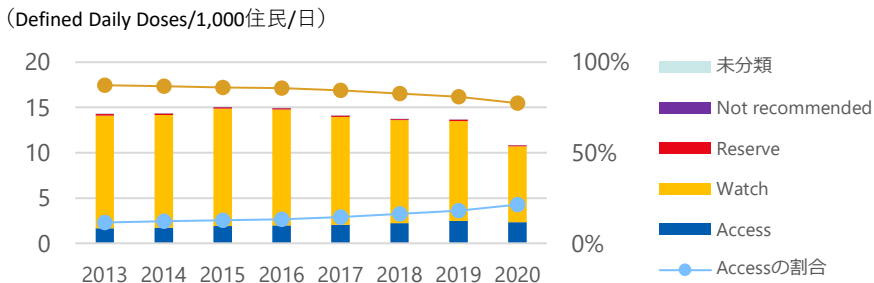
○ WHOは、抗菌薬の適正使用の考え方に基づき、①患者の命を救うこと、②薬剤耐性の出現・拡大を遅らせること のバランスをとる観点から、実用的な指標として、AWaRe分類の使用を推奨している。

○ 薬剤耐性 (AMR) アクションプラン (2023-2027) (令和5年4月) においても、抗菌薬全体の使用量及びAWaRe分類における「Watch」のうち大部分を占めるマクロライド、フルオロキノロン、第3世代セファロスポリンの使用量の減少を目標としている。

Access	内服/注射	クロラムフェニコール	Watch	内服/注射	アジスロマイシン	Watch	内服	ブルリフロキサシン	Watch	注射	ピアベネム
Access	内服/注射	アンピシリン	Watch	内服/注射	リンコマイシン	Watch	内服	ガレノキサシン	Watch	注射	イミベネム/シラスタチン
Access	内服/注射	スルファジメトキシム	Watch	内服/注射	シプロフロキサシン	Watch	内服	シタフロキサシン	Watch	注射	パニベネム/ベタミプロン
Access	内服/注射	スルファメトキサゾール/トリメトプリム	Watch	内服/注射	レボフロキサシン	Watch	内服	トスフロキサシン	Watch	注射	ストレプトマイシン
Access	内服/注射	クリンダマイシン	Watch	内服/注射	ラスクフロキサシン	Watch	内服	ピロミド酸	Watch	注射	トブラマイシン
Access	内服/注射	メトニダゾール	Watch	内服/注射	カナマイシン	Watch	内服	ビベミド酸	Watch	注射	ジベカシン
Access	内服	ドキシサイクリン	Watch	内服/注射	バンコマイシン	Watch	内服	シノキサシン	Watch	注射	リボスタマイシン
Access	内服	テトラサイクリン	Watch	内服	デメクロサイクリン	Watch	内服	ホスホマイシン	Watch	注射	イセパマイシン
Access	内服	アモキシシリン	Watch	内服	セフロキシム	Watch	内服	リファキシミン	Watch	注射	アルベカシン
Access	内服	バカンピシリン	Watch	内服	セファクロル	Watch	内服	フィダクソマイシン	Watch	注射	ベカナマイシン
Access	内服	ピブメシリナム	Watch	内服	セフィキシム	Watch	内服	リファンピシン	Watch	注射	バズフロキサシンメシル
Access	内服	ベンザチンベンジルペニシリン	Watch	内服	セフボドキシム	Watch	内服	リファブチン	Watch	注射	テイコブラニン
Access	内服	アモキシシリン/クラバン酸	Watch	内服	セフチピネル	Watch	注射	ピベラシリン	Reserve	内服/注射	リネゾリド
Access	内服	スルタミシリン	Watch	内服	セフジニル	Watch	注射	アスポキシシリン	Reserve	内服	ファロベネム
Access	内服	セファレキシム	Watch	内服	セフジトレン	Watch	注射	タソバクタム/ピベラシリン	Reserve	内服	テジゾリド
Access	内服	セファドロキシル	Watch	内服	セフカベン	Watch	注射	セフメタゾール	Reserve	内服	コリスチン
Access	内服	セファトリジン	Watch	内服	セフテラム	Watch	注射	セフミノクス	Reserve	内服	ポリミキシムB
Access	内服	セフロキサシン	Watch	内服	テビベネム	Watch	注射	セフペラゾン	Reserve	注射	チゲサイクリン
Access	内服	スルファメチゾール	Watch	内服	スピラマイシン	Watch	注射	フロモキセフ	Reserve	注射	アストレオナム
Access	内服	スルファメトキサゾール	Watch	内服	ミデカマイシン	Watch	注射	セフォタキシム	Reserve	注射	カルモナム
Access	内服	チニダゾール	Watch	内服	ロキシスロマイシン	Watch	注射	セフタジジム	Reserve	注射	レレバクタム/イミベネム/シラスタチン
Access	注射	ベンジルペニシリン	Watch	内服	ジョサマイシン	Watch	注射	セフトリアキソン	Reserve	注射	セフトロザン/タソバクタム
Access	注射	アンピシリン/スルバクタム	Watch	内服	クラリスロマイシン	Watch	注射	セフメノキシム	Reserve	注射	キヌプリスチン/ダルホプリスチン
Access	注射	セファロチン	Watch	内服	ロキタマイシン	Watch	注射	ラタモキセフ	Reserve	注射	コリスチンメタンズルホン酸
Access	注射	セファゾリン	Watch	内服	テリスロマイシン	Watch	注射	セフォジジム	Reserve	注射	ホスホマイシンナ
Access	注射	ゲンタマイシン	Watch	内服	オフロキサシン	Watch	注射	セフォベラゾン	Reserve	注射	ダブトマイシン
Access	注射	アミカシン	Watch	内服	エノキサシン	Watch	注射	セフェピム	Reserve	注射	テジゾリドリン酸
Access	注射	スペクチノマイシン	Watch	内服	ノルフロキサシン	Watch	注射	セフピロム	Not recommended	内服/注射	アンピシリン/クロキサシリン
Watch	内服/注射	ミノサイクリン	Watch	内服	ロメフロキサシン	Watch	注射	セフォゾラン	Not recommended	注射	セフォベラゾン/スルバクタム
Watch	内服/注射	セフォチアム	Watch	内服	スバルフロキサシン	Watch	注射	メロベネム	未分類	内服	シクラシリン
Watch	内服/注射	エリスロマイシン	Watch	内服	モキシフロキサシン	Watch	注射	ドリベネム	未分類	内服	ナリジクス酸

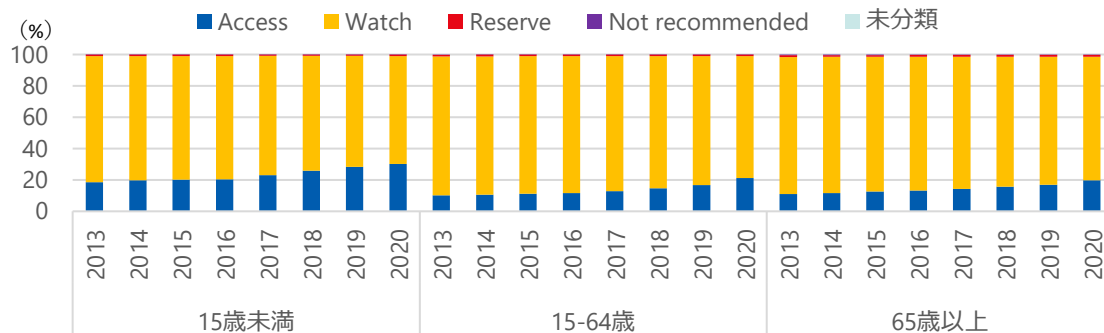
○日本においては、全抗菌薬使用量に占める「Access」に分類される抗菌薬の割合は増加傾向にあるが、他国と比較すると依然として低い。

日本における抗菌薬使用量の推移



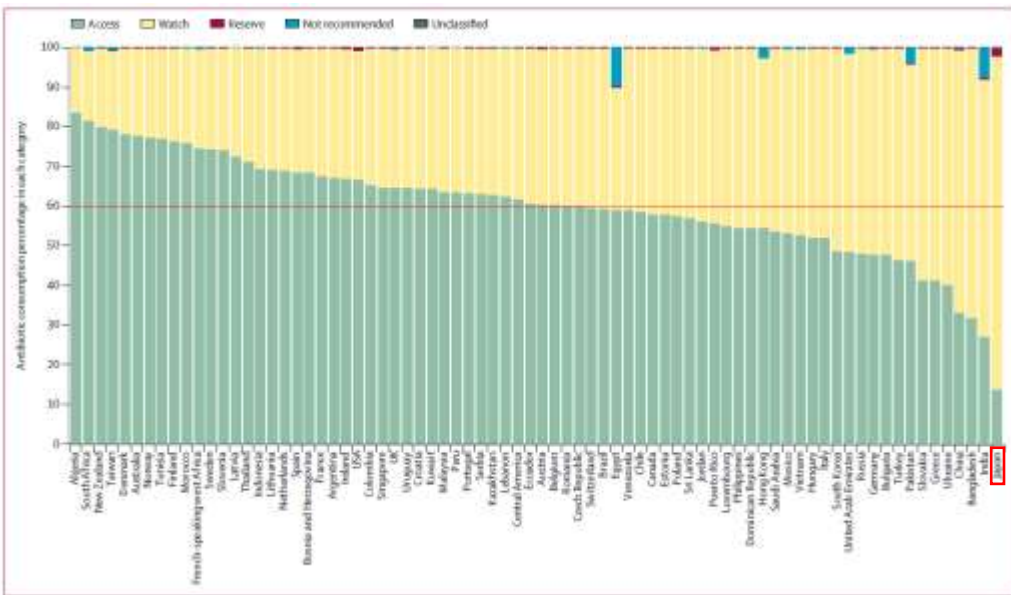
出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター  
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいたサーベイランス 資料より作成

日本におけるAWaRe分類に基づく抗菌薬使用量の割合 (年齢階級別)



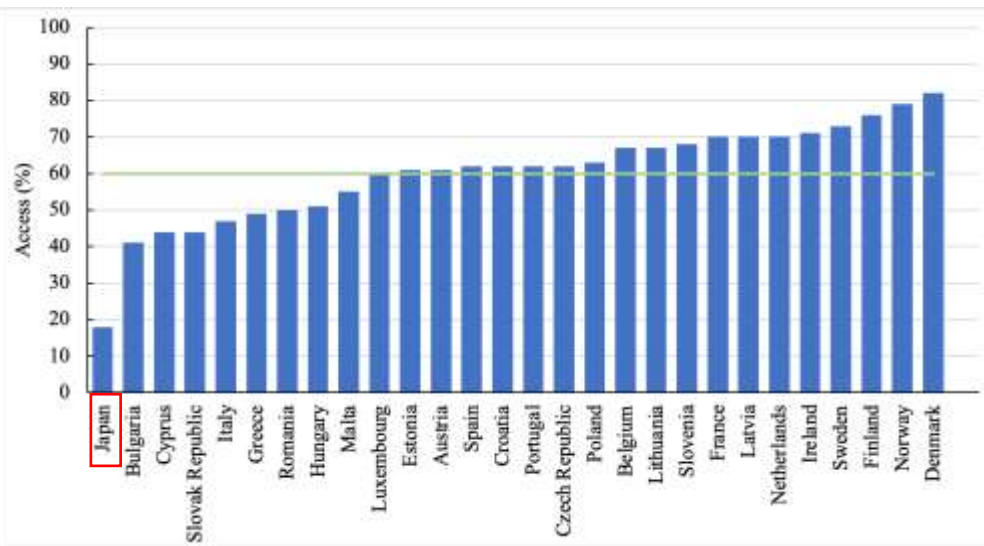
出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター  
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいたサーベイランス 資料より作成

2015年の抗菌薬使用量におけるAccess抗菌薬の割合



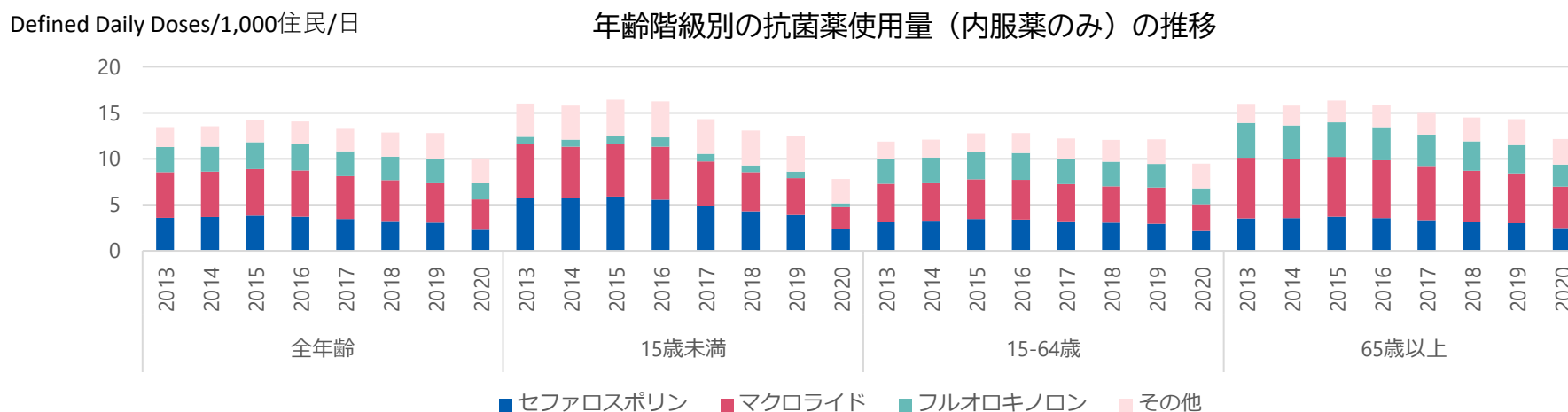
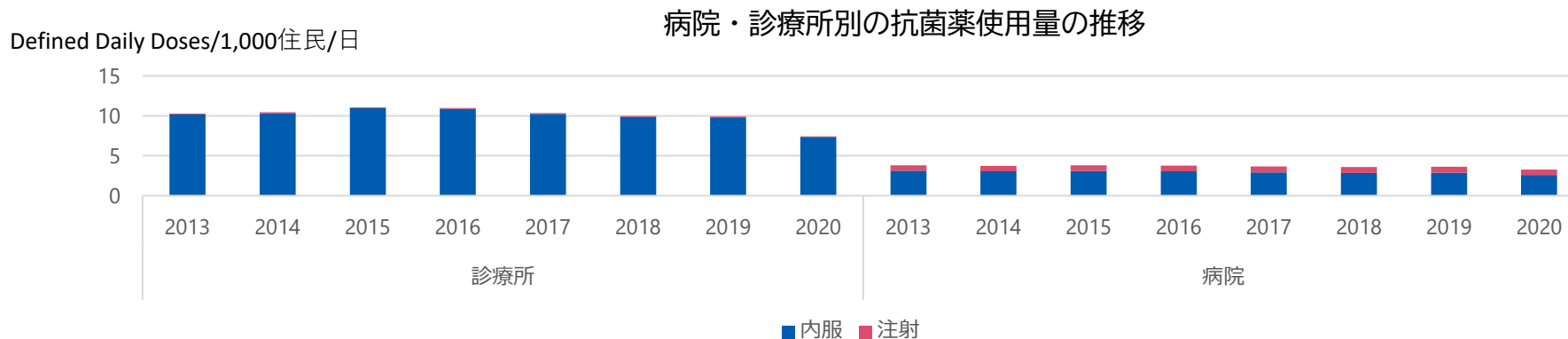
Klein, E. Y., Milkowska-Shibata, M., Tseng, K. K., Sharland, M., Gandra, S., Pulcini, C., & Laxminarayan, R. (2021). Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(1), 107–115.

2020年における日本及びEU/EUA国におけるAccess抗菌薬の割合



出典：Antimicrobial Resistance in the EU/EEA A One Health Response  
※日本のデータについてはNDBより抽出

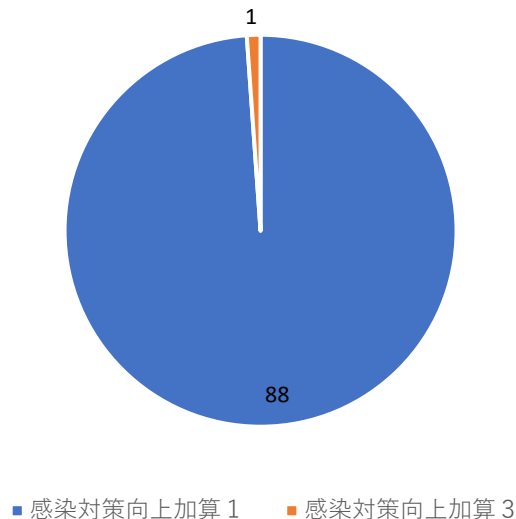
- 抗菌薬の使用量（人口当たり・1日当たり）は、病院よりも診療所で多い。
- 年齢別の使用量（人口当たり・1日当たり）は、特に15歳未満で減少傾向となっているが、15歳-64歳では減少傾向となっていない。



# 特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用状況

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

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

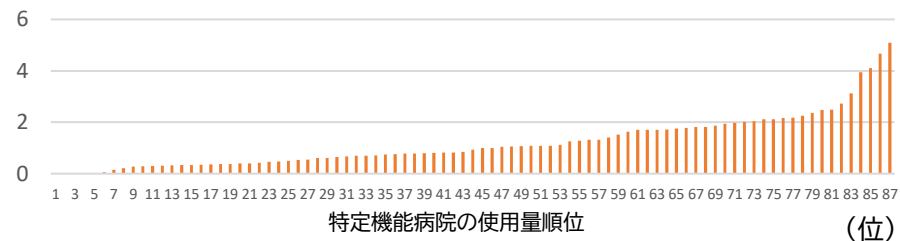


特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用量  
(令和3年度、n=87)

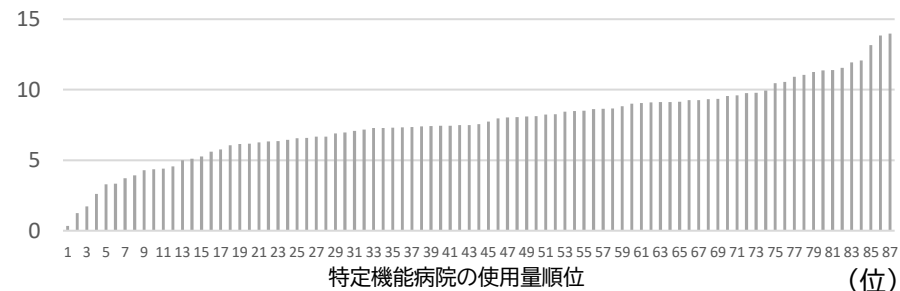
DOT(Days of therapy)

※カルバペネム系抗菌薬使用延数(日) ÷ 入院患者延べ日数 × 1,000

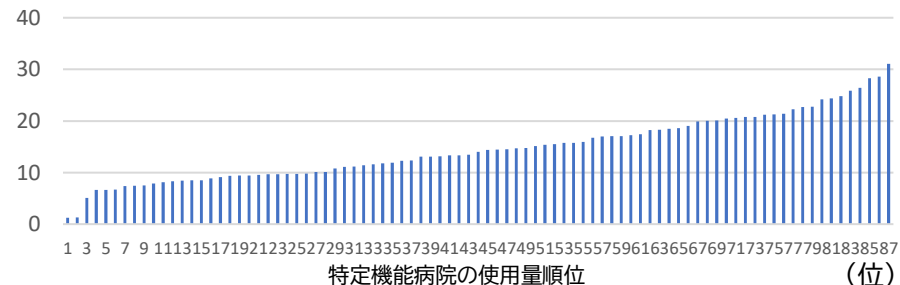
(15歳未満)



(15歳以上65歳未満)



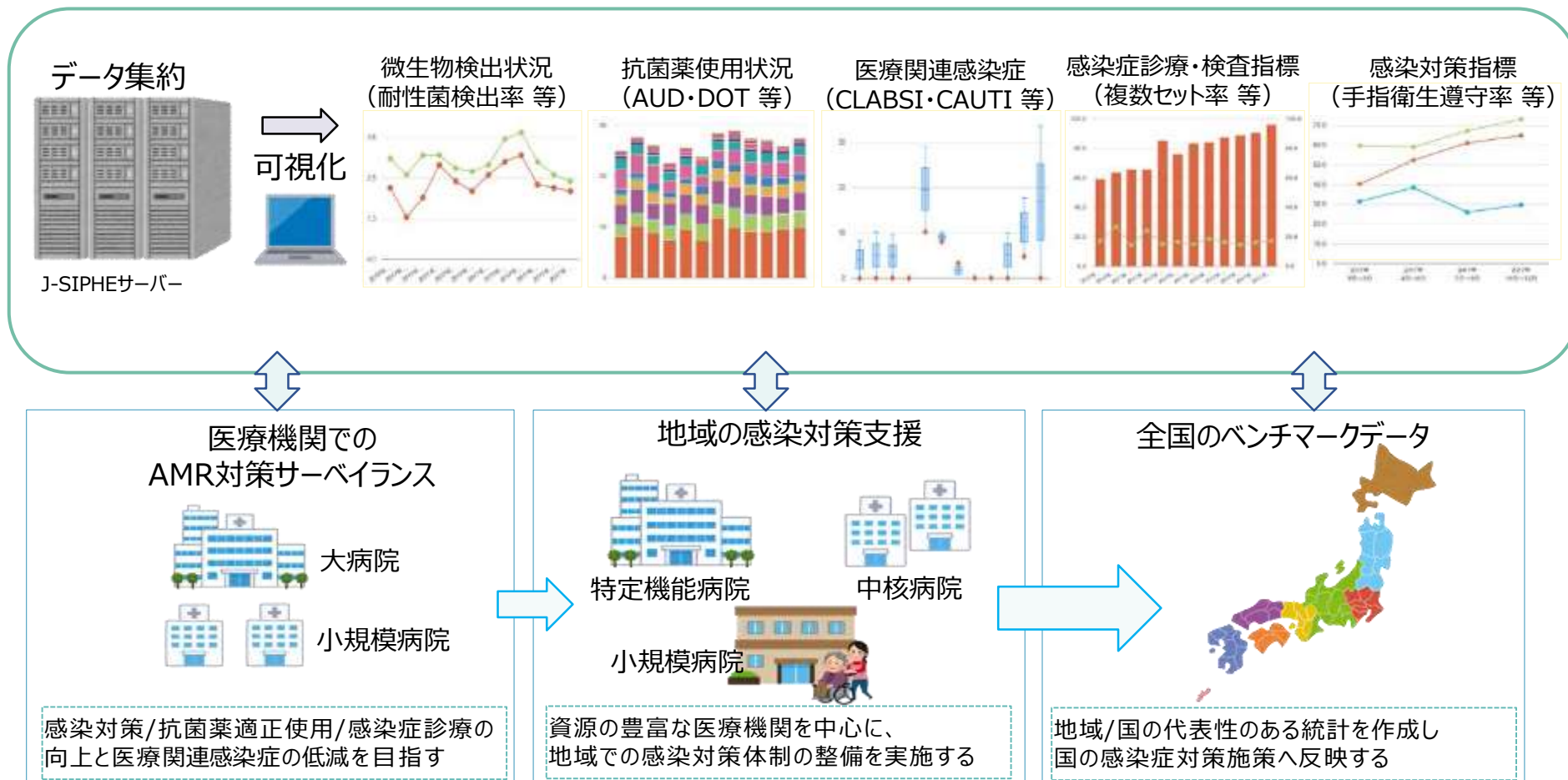
(65歳以上)



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

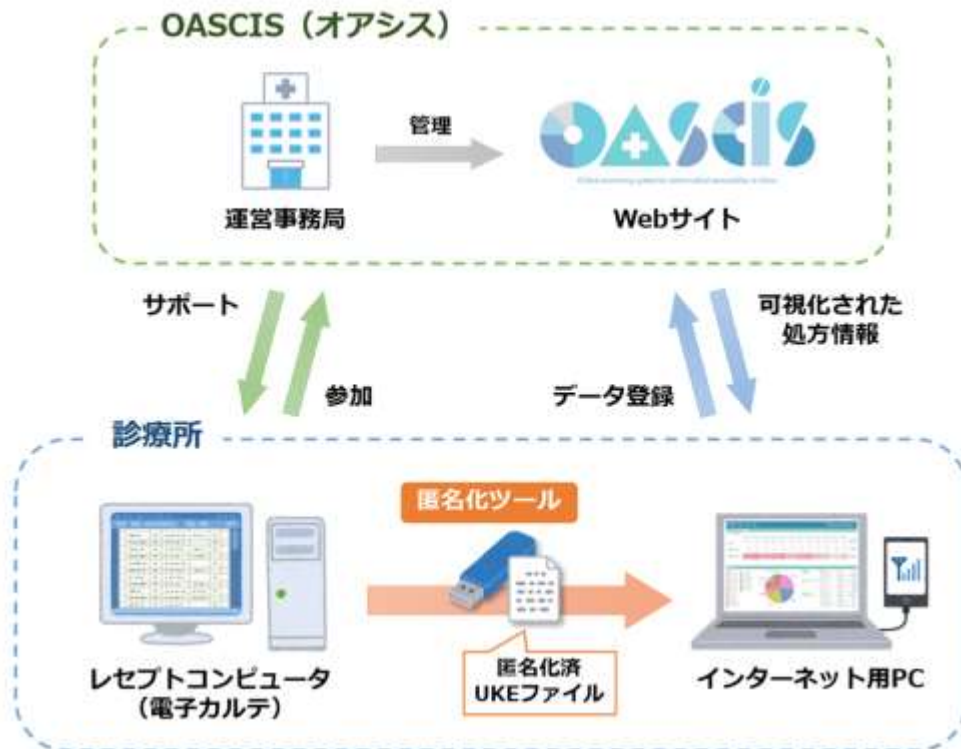


○厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMR臨床リファレンスセンターにおいて実施している「感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE; Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology）」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系統間の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加している。



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

## 診療所版J-SIPHE概要



## 処方件数に対する抗菌薬の処方割合



1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新型コロナウイルス感染症等新興感染症感以外の感染症への医療
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

# 診療報酬上の感染対策及び感染症患者に対する医療に対する評価の概要

## ○感染症患者又は疑い患者に対する個別の医療について評価する項目

診療報酬項目	算定要件等の概要
○A210 難病等特別入院診療加算 1 難病患者等入院診療加算 250点 2 二類感染症患者入院診療加算 250点	<ul style="list-style-type: none"> <li>メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を来している状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を実施している状態の患者が入院した場合（1 難病患者等入院診療加算）</li> <li>二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者が第二種感染症指定医療機関に入院した場合（2 二類感染症患者入院診療加算）</li> </ul>
○A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点	<ul style="list-style-type: none"> <li>二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合</li> </ul>
○A305 一類感染症患者入院医療管理料 1 14日以内の期間 9,371点 2 15日以上期間 8,108点	<ul style="list-style-type: none"> <li>一類感染症の患者若しくは一類感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者が特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等に入院した場合</li> </ul>
○特定疾患療養管理料 1 診療所 225点 2 許可病床数100床未満の病院 147点 3 許可病床数100床以上200床未満の病院 87点	<ul style="list-style-type: none"> <li>結核、慢性ウイルス肝炎等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合</li> </ul>
○B001・1 ウイルス疾患指導料 イ 指導料1 240点 □ 指導料2 330点	<ul style="list-style-type: none"> <li>肝炎ウイルス、成人T細胞白血病又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合</li> </ul>
○B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合</li> </ul>
○B001-2 小児外来診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料 注4 小児抗菌薬適正使用加算 80点	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性気道感染症又は急性下痢症により受診した初診患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）であって、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導等を行った場合</li> </ul>
○処置 注8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用加算 80点	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない6歳未満の患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）に対して一定の処置を行い、抗菌薬を使用しないものに対して療養上必要な指導等を行った場合</li> </ul>

## ○院内感染等感染対策の体制について評価する項目

診療報酬項目	算定要件等の概要
○A234-2 感染対策向上加算（入院初日） 加算1 710点 加算2 175点 加算3 75点	<ul style="list-style-type: none"> <li>（後述）</li> </ul>
○ 外来感染対策向上加算 6点（患者1人につき月1回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>（後述）</li> </ul>

## 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

### **(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)**

[算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
  - (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
  - (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

### **(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)**

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

### **(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)**

[施設基準]

- (1) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、**地域や全国のサーベイランスに参加していること**。

# 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

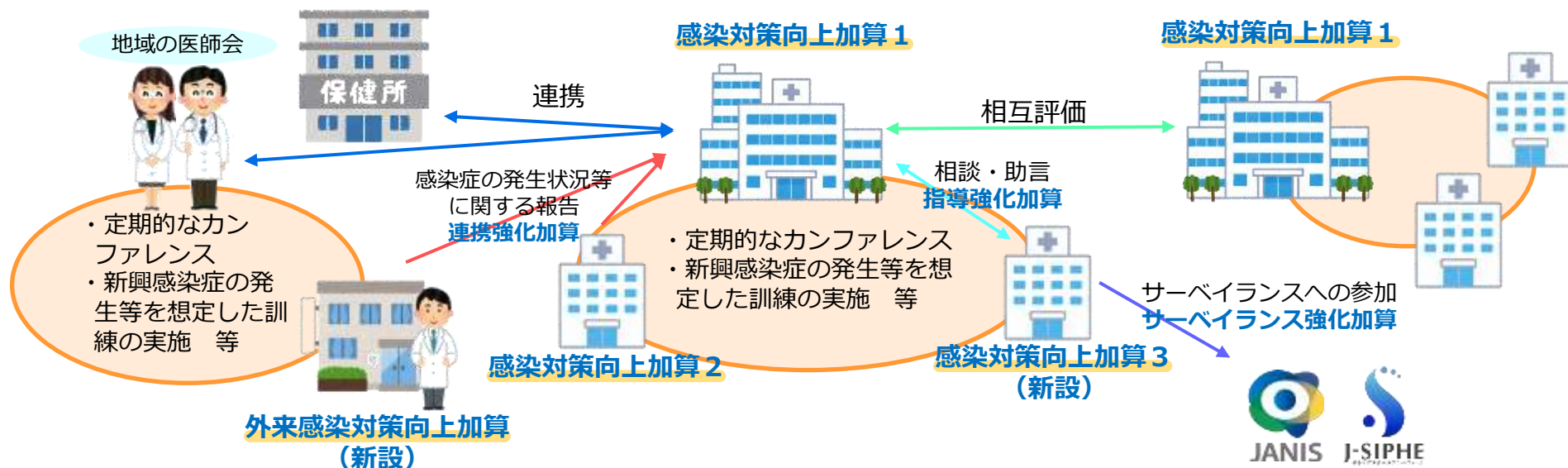
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行		改定後	
【感染防止対策加算】		(新) 【感染対策向上加算】	
感染防止対策加算 1	390点	感染対策向上加算 1	710点 (入院初日)
感染防止対策加算 2 (新設)	90点	感染対策向上加算 2	175点 (入院初日)
		感染対策向上加算 3	75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

**(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)**

**(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)**



# 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算
点数	<b>710点</b>	<b>175点</b>	<b>75点</b>	<b>6点</b>
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ <b>必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。</b>	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> ) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> )	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ <b>専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい)</b> ・ <b>専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)</b>	<b>院内感染管理者(※)を配置していること。</b> ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・ <b>保健所、地域の医師会と連携し、</b> 加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、 <b>新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。</b> ) ・ <b>加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年2回以上、加算1の医療機関 <b>又は地域の医師会</b> が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>
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)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)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場合、 <b>サーベイランス強化加算</b> として <b>5点</b> を算定する。	
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・ <b>抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること</b> ・ <b>細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う</b>	
	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</b> ・令和4年度診療報酬改定前の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要件を要件とする		・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</b>	
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 <b>指導強化加算</b> として、 <b>30点</b> を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 <b>連携強化加算</b> として <b>30点</b> を算定する。		<b>連携強化加算</b> として <b>3点</b> を算定する。

# 新興感染症への対応に係る感染対策向上加算の規定

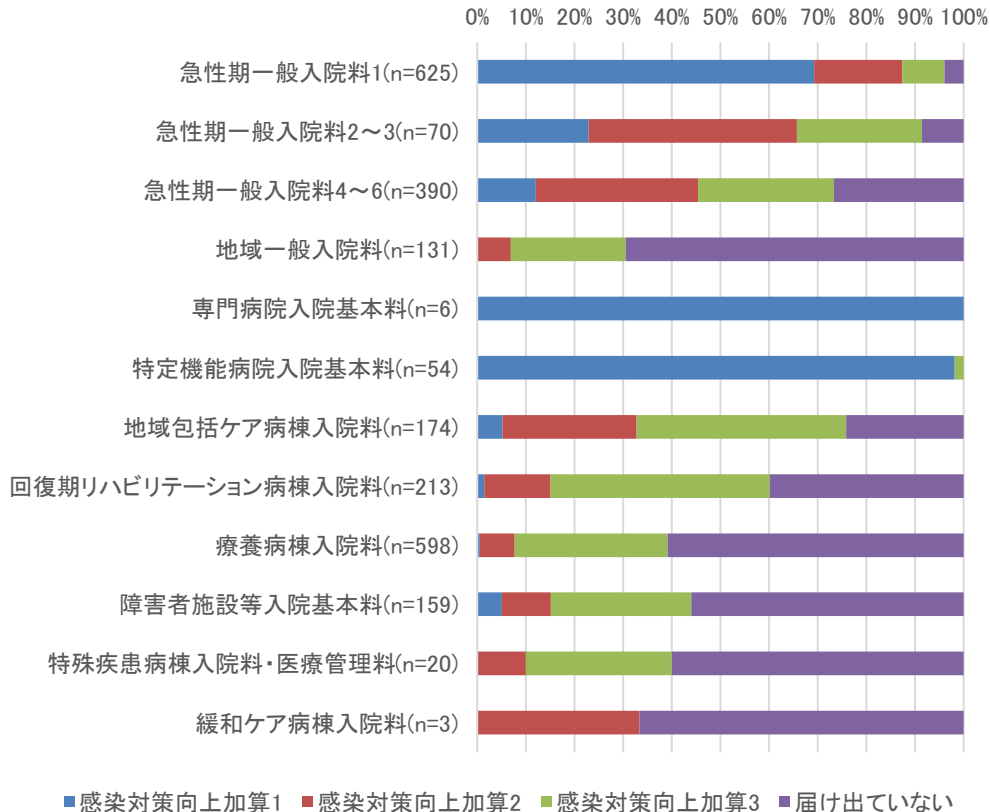
○ 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算における新興感染症への対応に係る規定は、令和4年度から現在までは、新型コロナウイルス感染症への対応において必要な措置として定められている。

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

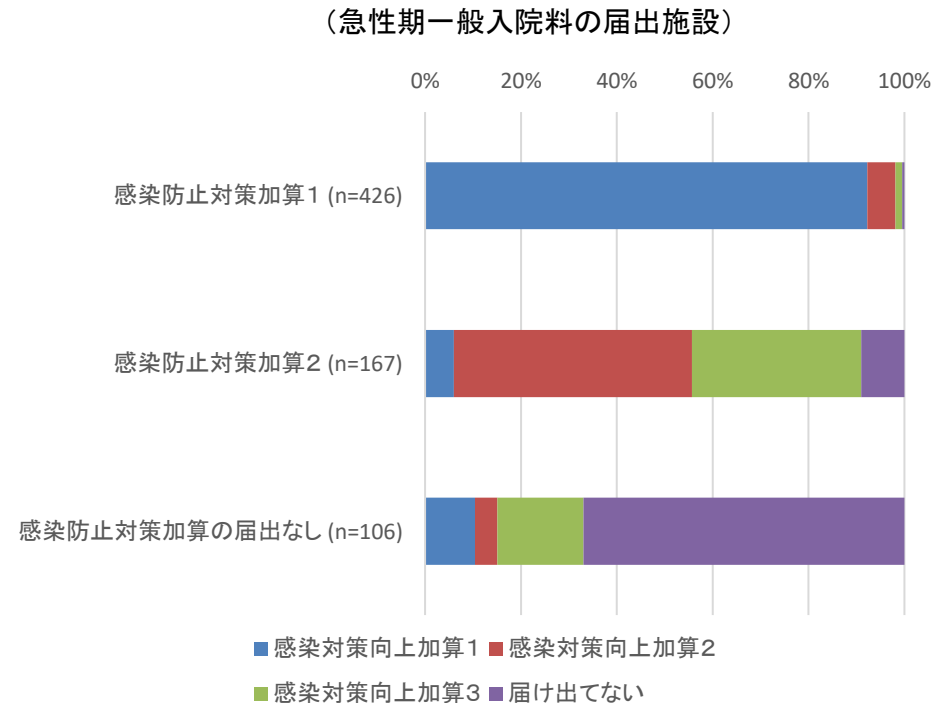


○ 感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無  
(令和4年11月1日時点)



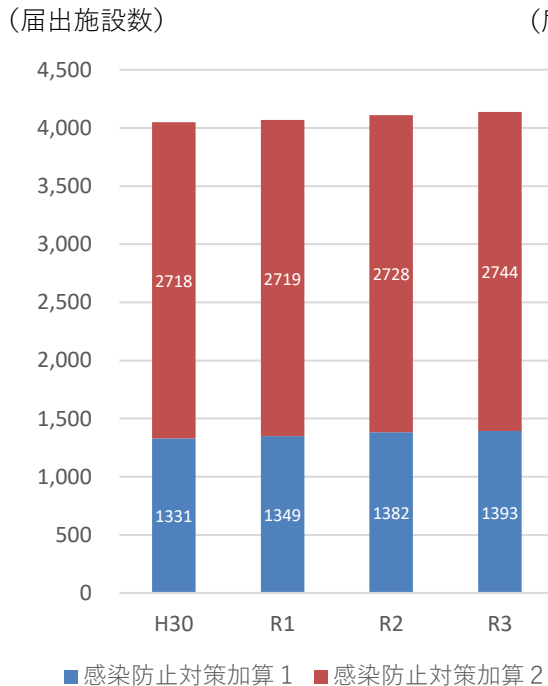
急性期病院における感染防止対策加算の届出状況(改定前※)ごとの感染対策向上加算の届出状況  
※令和4年3月31日時点



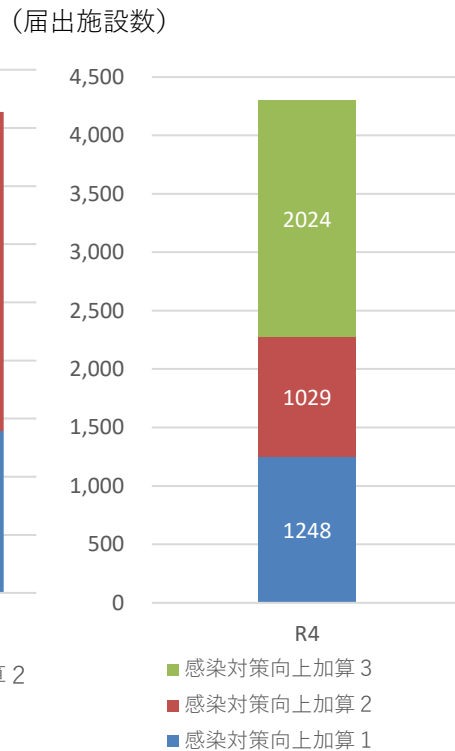
# 感染対策向上加算等の届出医療機関数

- 感染対策向上加算の届出医療機関数は、令和3年までにおける感染防止対策加算の届出医療機関と同程度だった。
- 外来感染対策向上加算の届出施設数は約1万6千施設であり、内科を標榜する診療所のうち一部にとどまっていた。

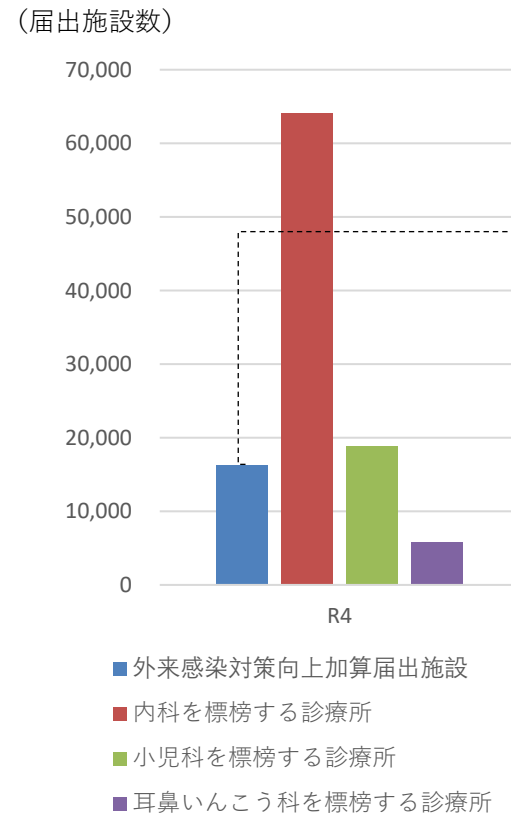
平成30年～令和3年における  
感染対策防止加算の届出施設数



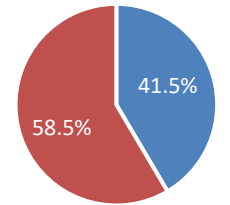
令和4年における  
感染対策向上加算の届出施設数



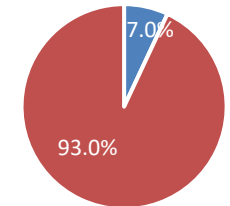
令和4年における  
外来感染対策向上加算の届出施設数等



外来感染対策向上加算の届出施設  
における連携強化加算の届出状況



外来感染対策向上加算の届出施設  
におけるサーベイランス強化加算の届出状況



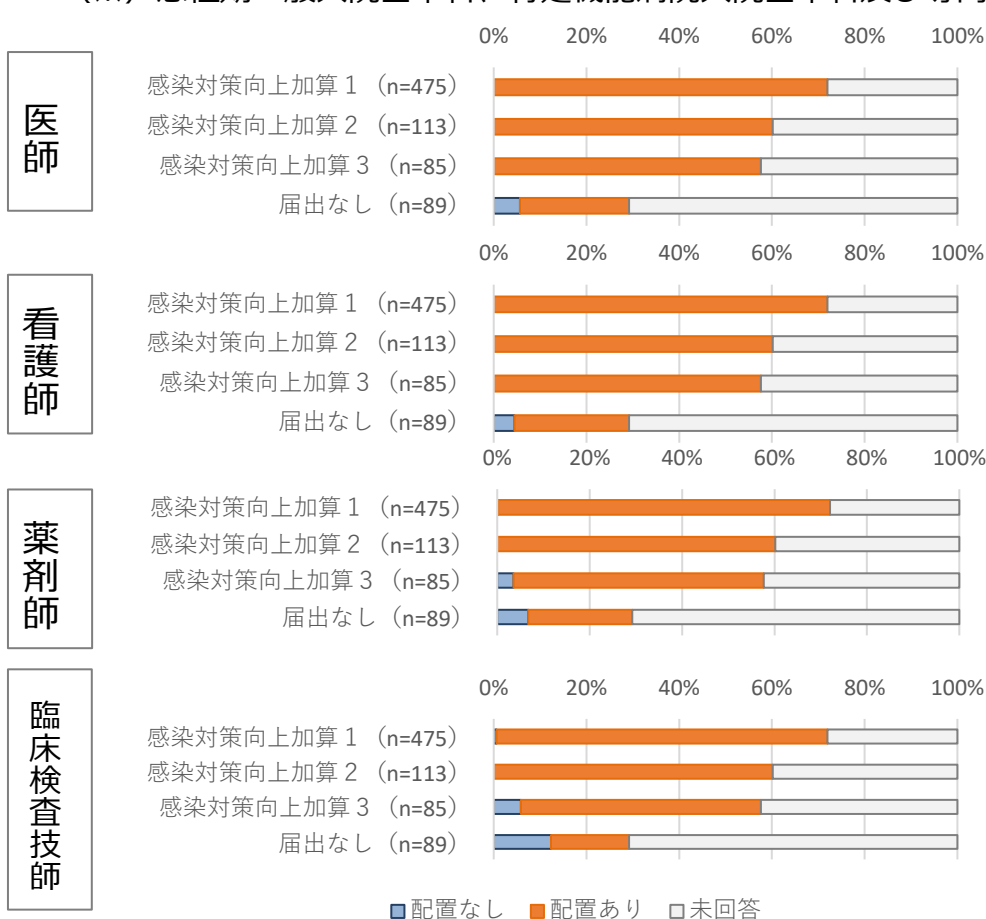
出典  
 ・保険局医療課調べ(加算の届出状況、各年7月1日時点)  
 ・医療施設調査(診療所数、令和2年10月1日時点)

# 感染対策向上加算の届出別の感染制御チームの配置状況

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料届出医療機関において、感染対策の経験を有する医師は、加算区分によらず9割程度配置されており、加算届出無しの医療機関でも7割弱配置されていた。
- 感染管理の経験を有し適切な研修を修了した看護師のうち専従者を配置している割合は加算1ほど高いが、加算届出無しの医療機関でも専任者は5割配置されていた。
- 病院勤務経験を持つ感染防止対策に関わる薬剤師、病院勤務経験を有する臨床検査技師は、加算届出無しの医療機関でも、それぞれ9割、8割配置されていた。

## ■急性期病院（※）における感染制御チームの構成職員の配置状況

（※）急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料届出医療機関

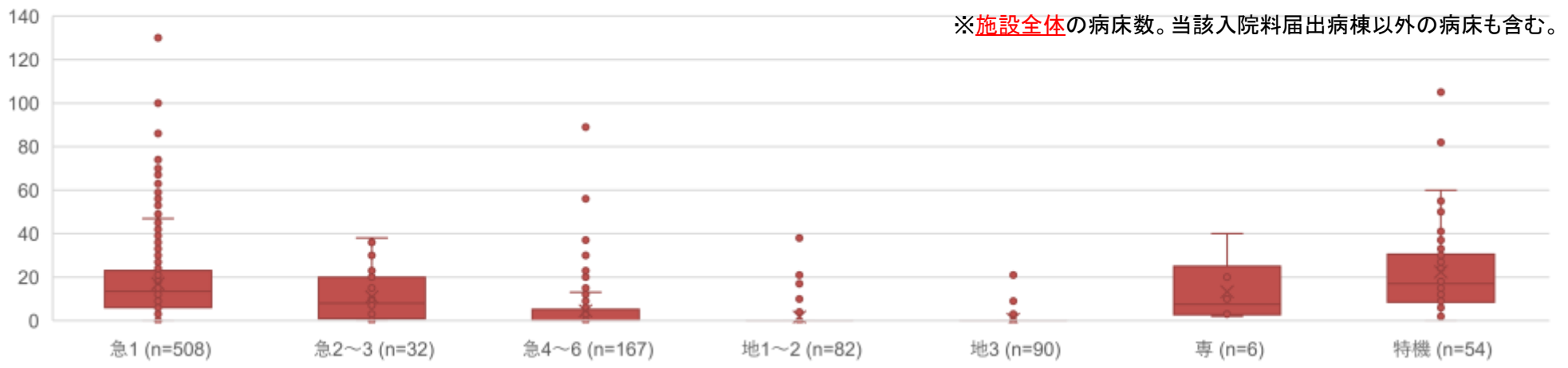


		感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	届出なし
医師	医師のうち、感染症対策に3年以上の経験を有する専従の常勤医師	12.3%	8.8%	12.2%	23.8%
	医師のうち、感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師	93.9%	86.8%	85.7%	66.7%
看護師	看護師のうち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	98.2%	36.8%	16.3%	22.7%
	看護師のうち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	29.8%	41.2%	49.0%	50.0%
	看護師のうち、感染管理の経験5年以上（感染管理に係る適切な研修未修了）の看護師	17.8%	51.5%	40.8%	68.2%
薬剤師	薬剤師のうち、3年未満の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師	95.9%	89.7%	80.4%	90.0%
	薬剤師のうち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師	9.1%	8.8%	8.7%	15.0%
臨床検査技師	臨床検査技師のうち、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師	97.6%	85.3%	93.2%	80.0%
	臨床検査技師のうち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した専任の臨床検査技師	5.9%	14.7%	4.5%	6.7%

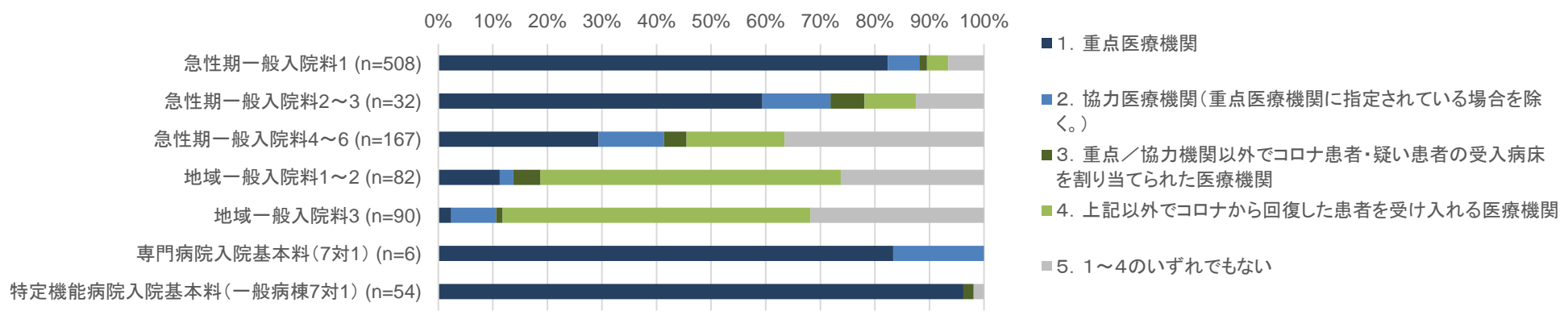
# 一般病棟入院基本料等の届出施設における新型コロナウイルス感染症対応状況

- 急性期一般入院料1の約90%、急性期一般入院料2～3の約70%が重点医療機関／協力医療機関のいずれかに指定されていた。
- 急性期一般入院料4～6においては、半数程度がコロナ患者の受入を行っており、地域一般入院料の多くは、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関となっていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※



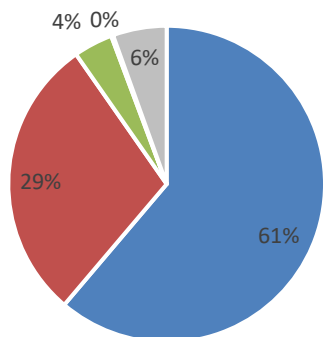
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）



# 重点医療機関、協力医療機関等における感染対策向上加算の届出状況

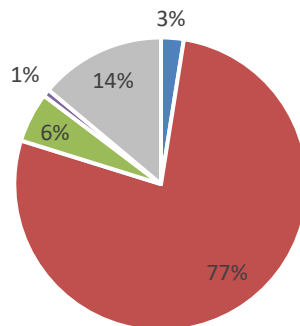
- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は届出を行っていなかった。

重点医療機関における  
感染対策向上加算の届出状況



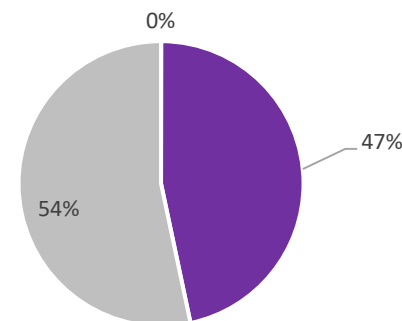
- 感染対策向上加算1
- 感染対策向上加算2
- 感染対策向上加算3
- 外来感染対策向上加算
- 届出なし

協力医療機関における  
感染対策向上加算の届出状況



- 感染対策向上加算1
- 感染対策向上加算2
- 感染対策向上加算3
- 外来感染対策向上加算
- 届出なし

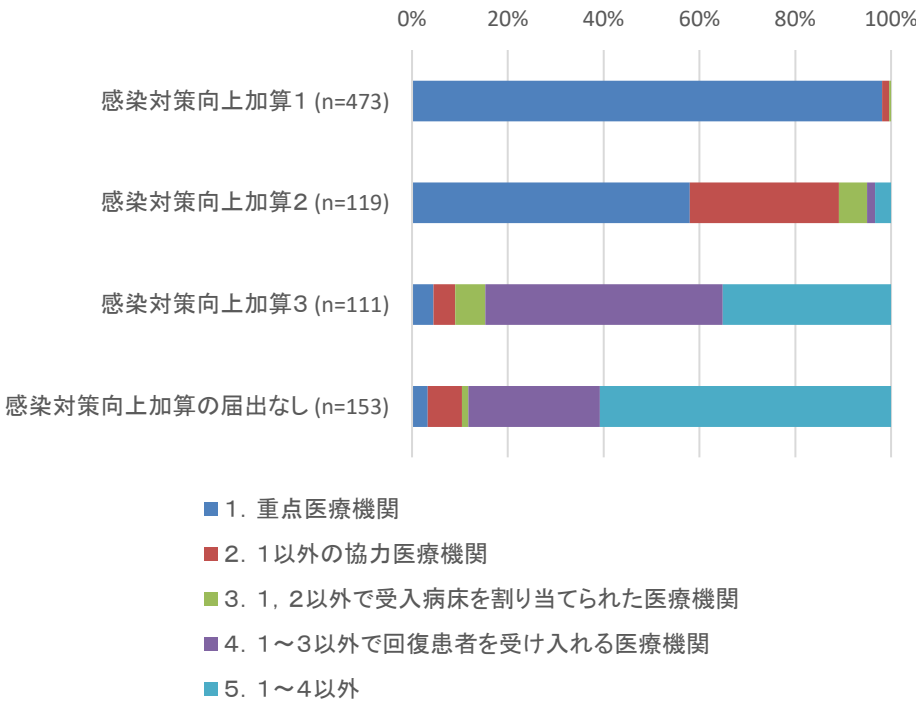
診療・検査医療機関のうち診療所  
における感染対策向上加算の届出状況



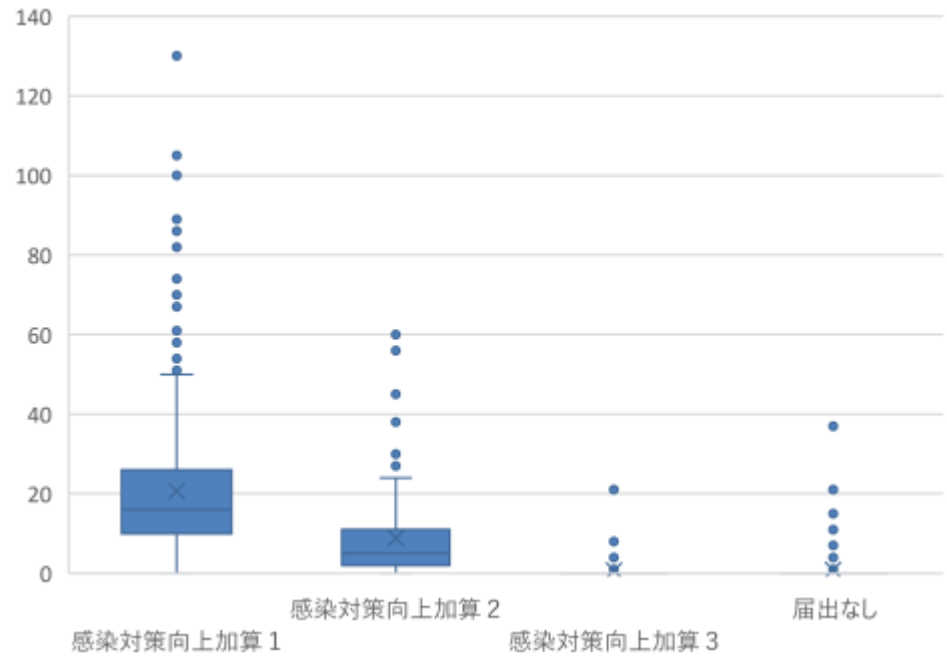
- 感染対策向上加算3
- 外来感染対策向上加算
- 届出なし

○ 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況  
(令和4年11月1日時点)



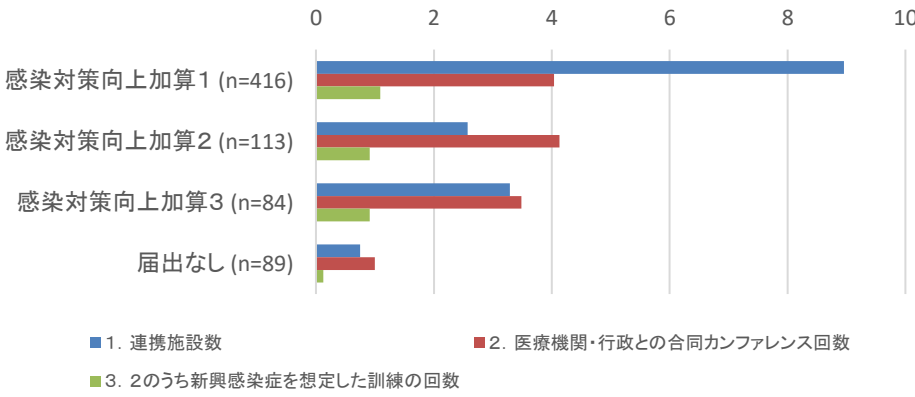
感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数  
(令和4年11月1日時点)



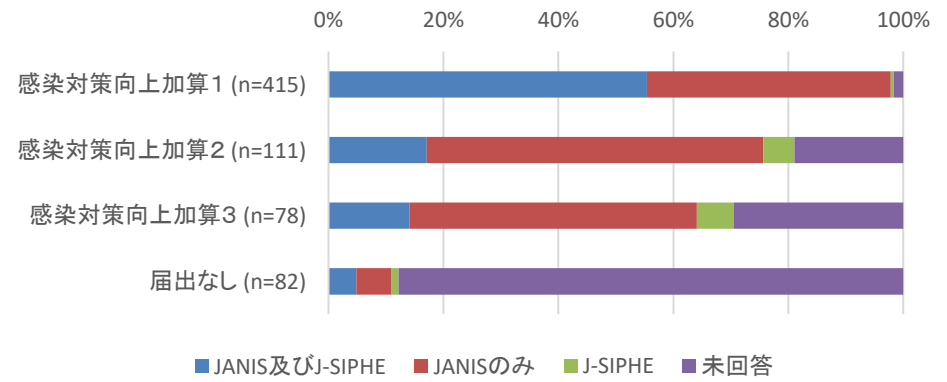
# 急性期病院における感染対策向上加算の届出及び連携等の状況

○ 急性期一般入院料及び感染対策向上加算を届け出ている施設においては、2～8程度の施設と連携を取っていた。また、これらの施設のうち多くが指導強化加算及び連携強化加算の届出を行っていた。

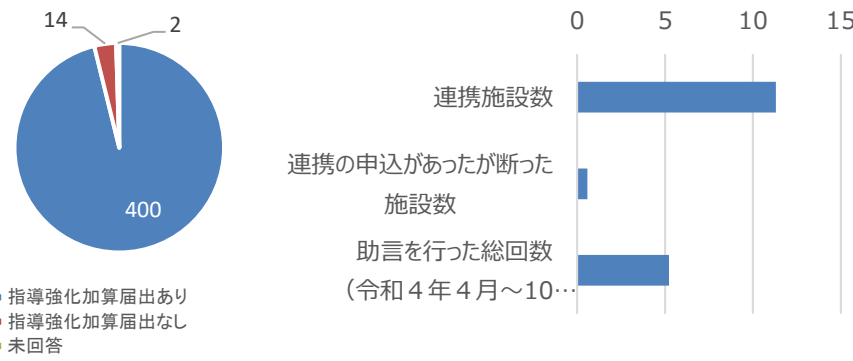
**感染対策について連携している医療機関等の数**  
※カンファレンス回数は、加算1の場合開催、それ以外の場合参加回数



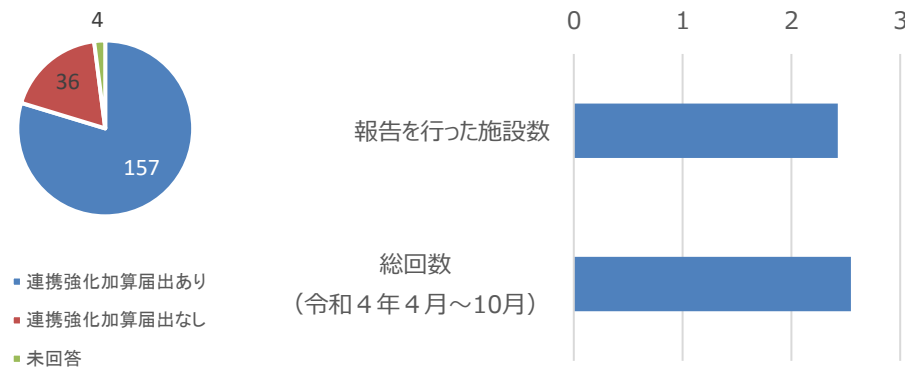
**院内感染対策サーベイランス (JANIS) 及び  
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) への参加状況**



**加算1の施設のうち指導強化加算の届出有無及び  
指導強化加算届出施設における連携施設数等**



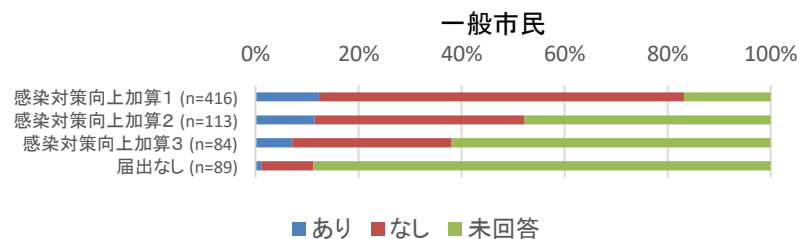
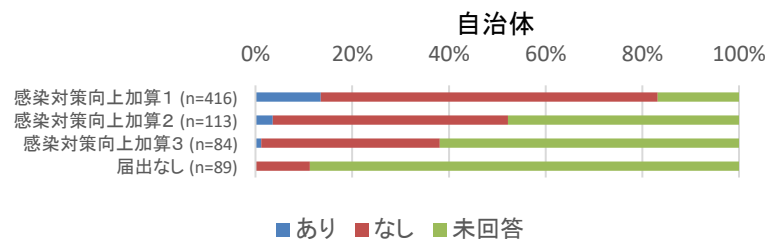
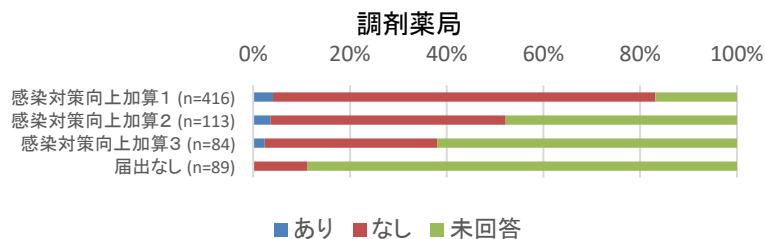
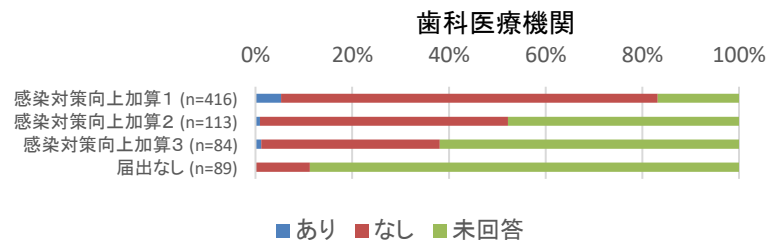
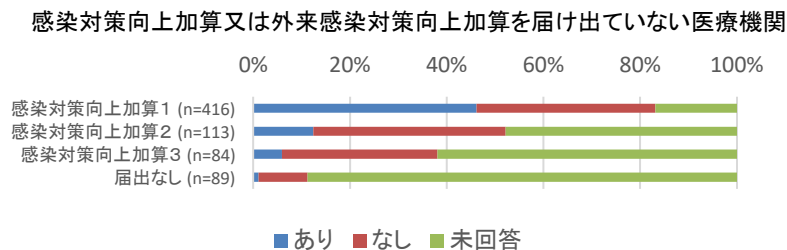
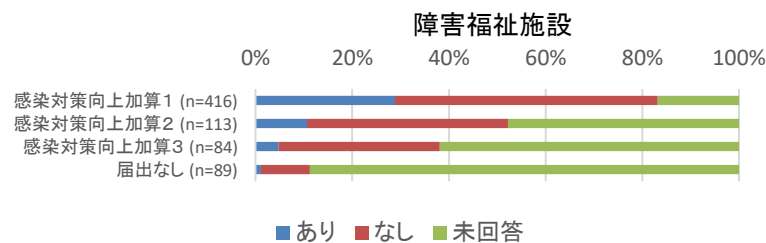
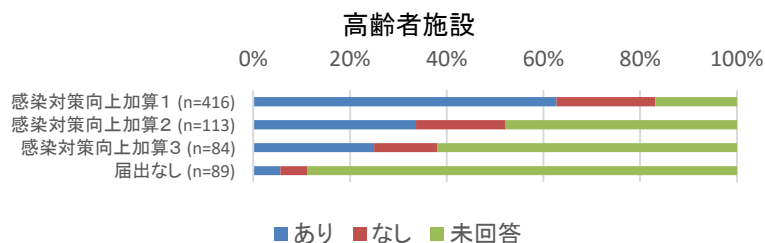
**加算2又は3の施設のうち連携強化加算の届出有無及び  
抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数等**



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

急性期一般入院料1-6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



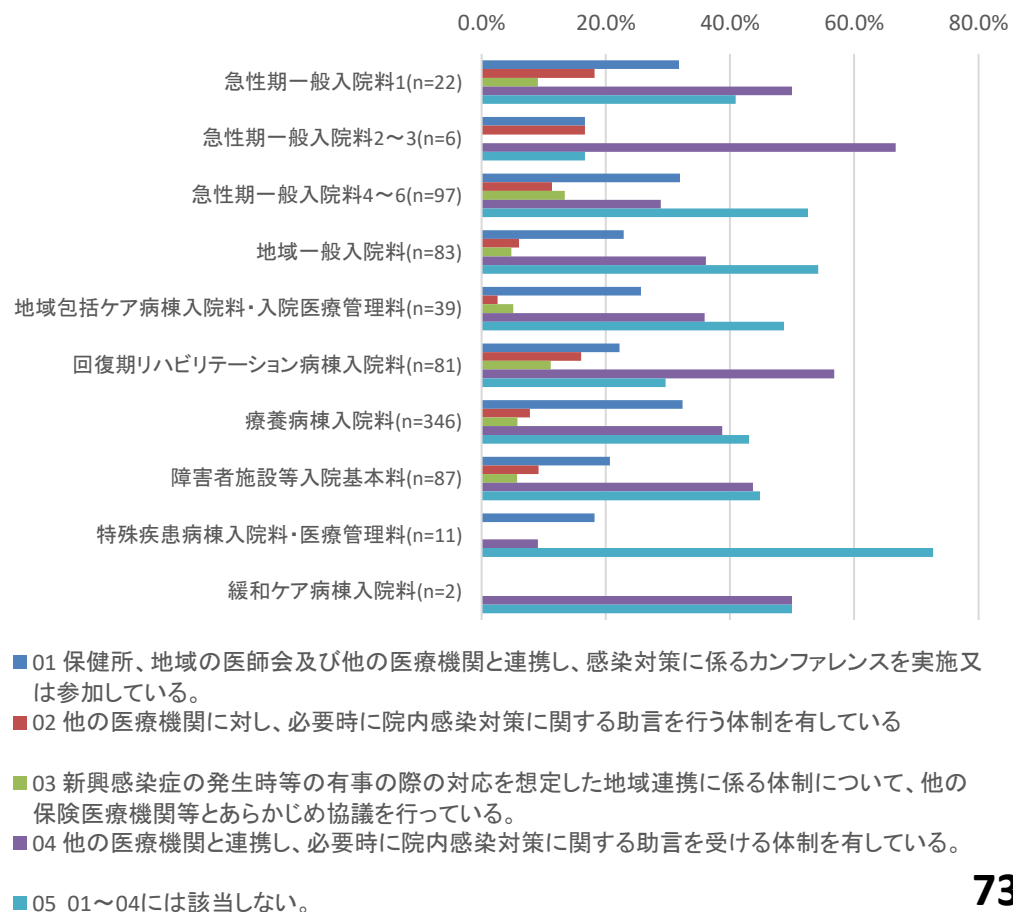
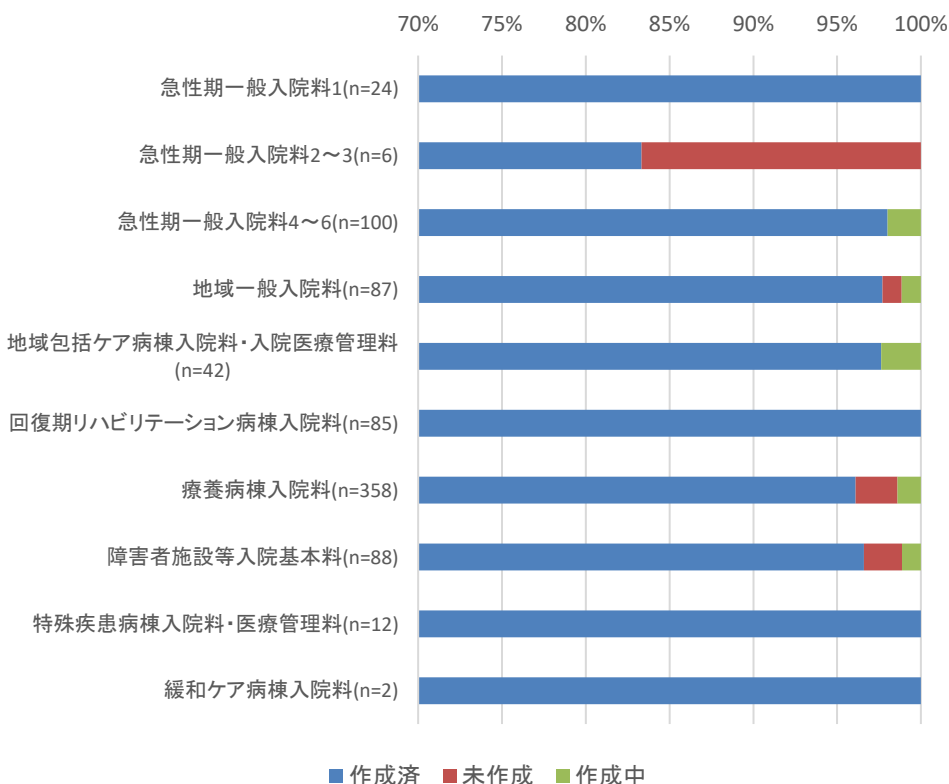


# 感染対策向上加算を届け出ていない病院における感染対策の状況①

- 感染対策向上加算を届け出ていない場合でも、多くの医療機関で院内感染マニュアルが作成されていたが、一部では未作成となっていた。
- 感染対策に係るカンファレンスや院内感染対策に関する助言等の連携体制については、医療機関によってばらつきがあった。

感染対策向上加算を届け出ていない病院における  
院内感染マニュアルの作成状況  
(令和4年11月1日時点)

感染対策向上加算を届け出ていない病院における  
他の医療機関・行政等との連携体制(複数選択)  
(令和4年11月1日時点)



# 感染対策向上加算を届け出ていない病院における感染対策の状況②

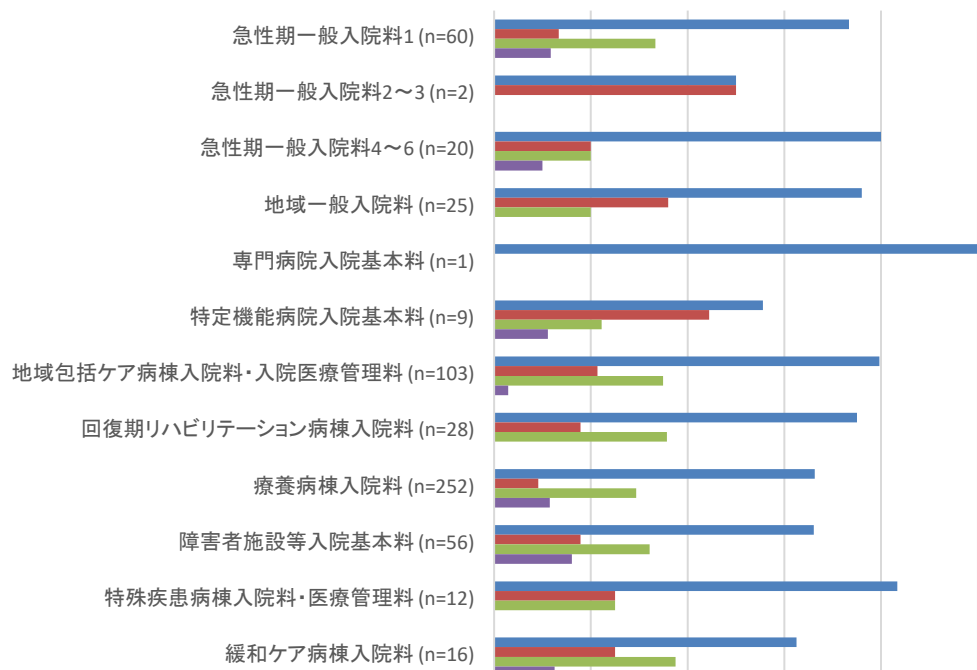
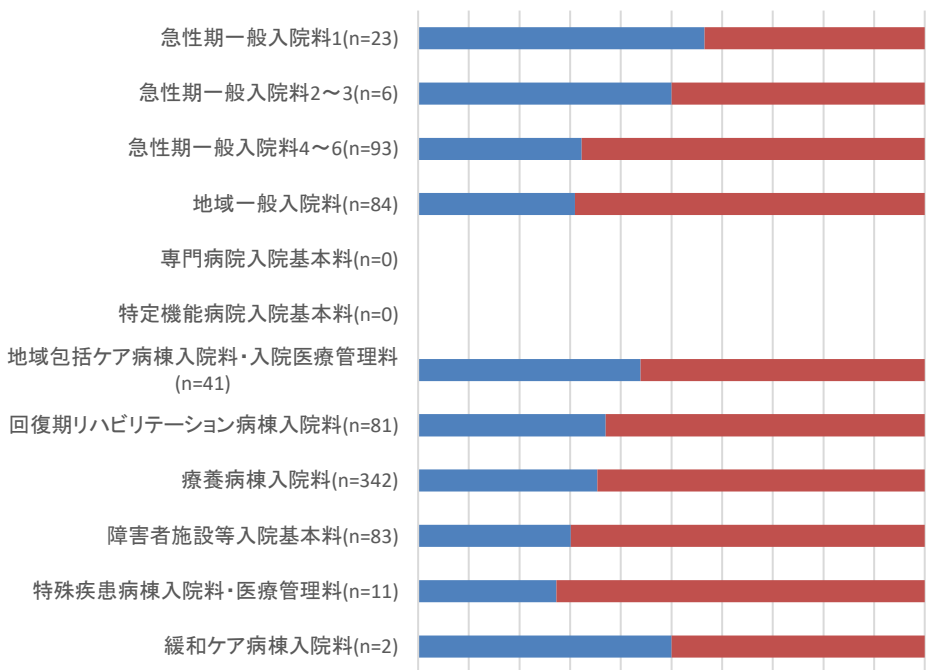
- 感染対策向上加算を届け出ていない病院のうち一定数が、新興感染症の発生時にゾーニングを行える体制を有していた。
- 抗菌薬の適正使用については、半数以上の施設で、適正使用を監視するための体制を確保していた。

新興感染症の発生時等の体制整備の状況  
(令和4年11月1日時点)

抗菌薬の適正使用の状況(複数選択)  
(令和4年11月1日時点)

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

0% 20% 40% 60% 80% 100%



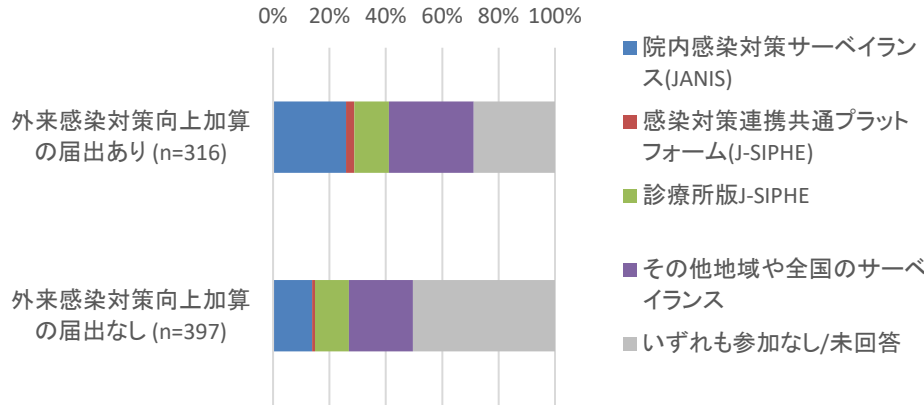
■ 新興感染症の発生時に、感染者患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する  
■ 体制は整備していない

■ 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している  
■ 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている  
■ 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院におけるアウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している  
■ その他

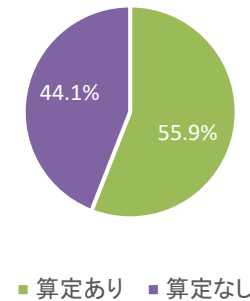
# 外来感染対策向上加算の届出状況等

- 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
- 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における令和4年度の平均カンファレンス参加回数(予定を含む。)

感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

外来感染対策向上加算を届け出していない診療所における届出が困難な理由

理由	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=218)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

# 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

## (新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

### [施設基準の概要]

専従の常勤看護師 <b>1名</b> 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 <b>1名</b> 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした <b>院内研修を、年1回以上実施。</b> 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること</li> <li>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護</li> <li>② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際</li> </ul>	
看護師 <b>2名</b> 以上  ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、<b>他の医療機関等の支援を行う。</b>（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）</li> <li><b>地域の医療機関等が主催する</b>集中治療を必要とする患者の看護に関する<b>研修に講師として参加する</b>など、地域における集中治療の質の向上を目的として、<b>地域の医療機関等と協働する</b>ことが望ましい。</li> </ul>

必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が <b>1割5分以上</b>

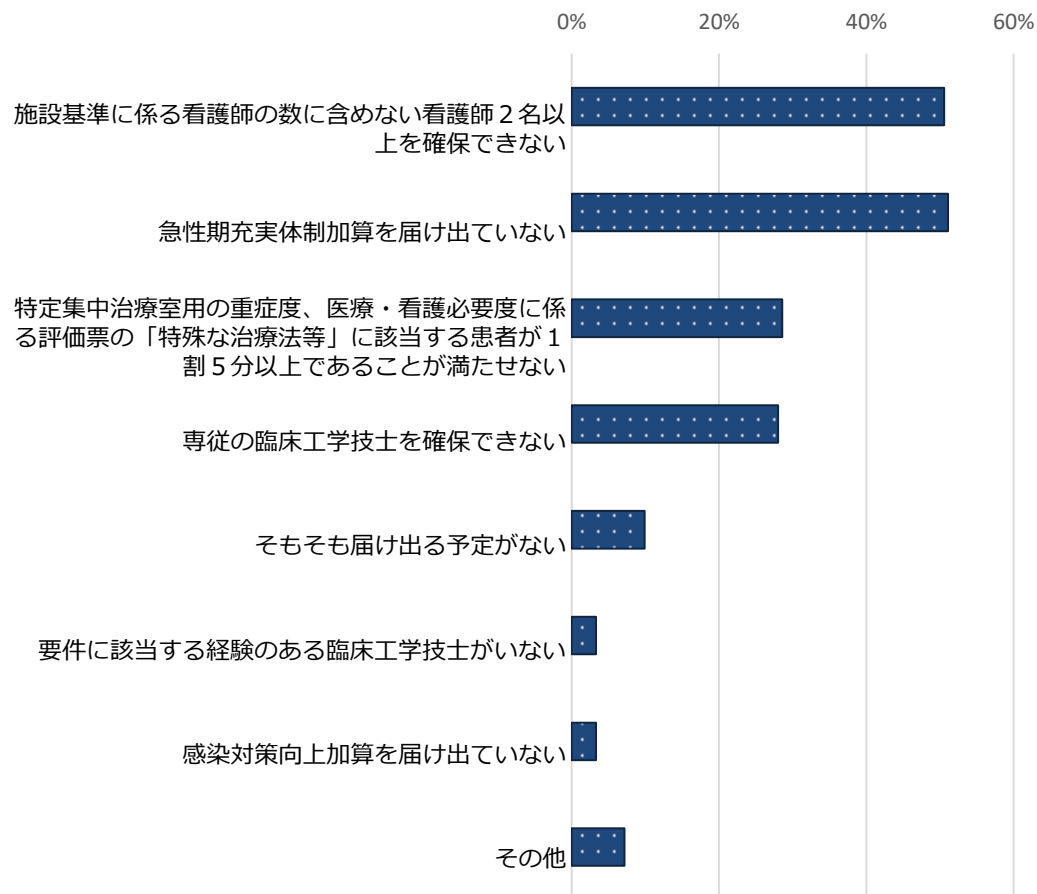
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ている治療室は4%であった。
- 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

## ■ 重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

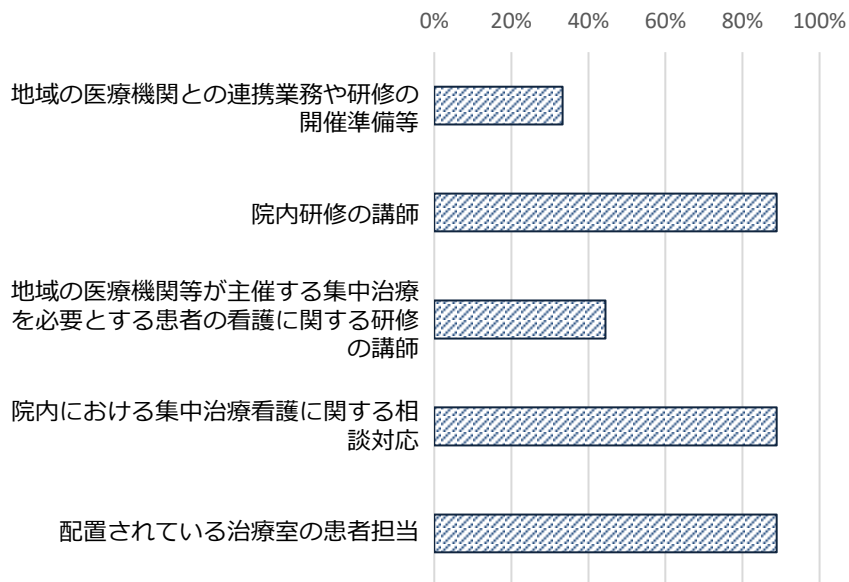
届出:無

## ■ 届出が困難な理由 (複数回答) (n=182)



届出:有

## ■ 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修 修了者の具体的な実施業務 (n=9)



# 歯科診療における院内感染防止対策の推進

## 基本診療料の施設基準及び評価の見直し

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

### 現行

#### 【初診料】

1 歯科初診料 261点

#### 【再診料】

1 歯科再診料 53点

#### 【施設基準】

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る研修**を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修**等を実施していること。



### 改定後

#### 【初診料】

1 歯科初診料 264点

#### 【再診料】

1 歯科再診料 56点

#### 【施設基準】

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

#### 【経過措置】

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

# 歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

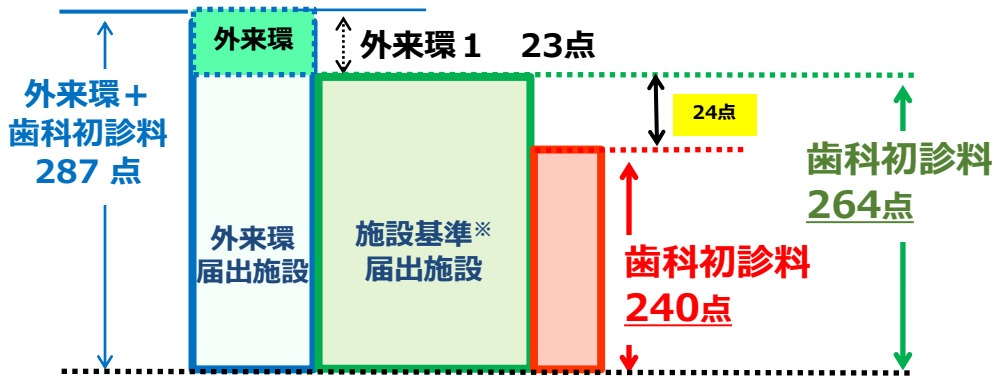
- 令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。
- 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

## 施設基準

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

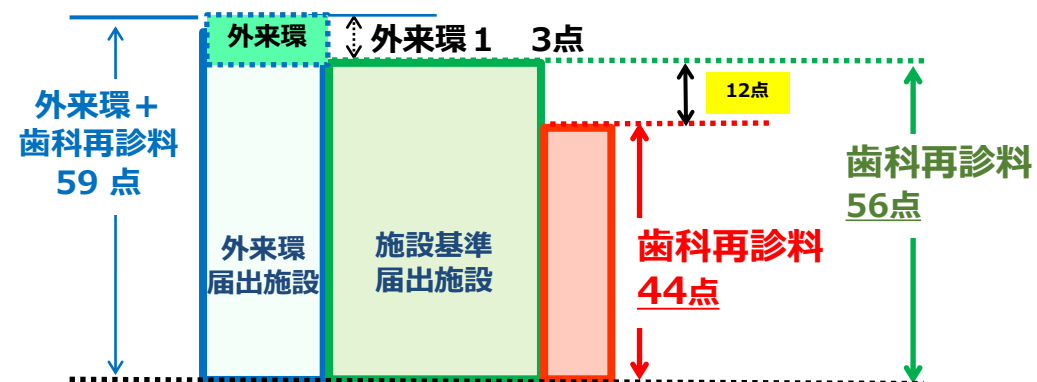
## 【R4年改定後 (R4.4.1～)】

### (歯科初診料)



※初診料の注1に規定する施設基準

### (歯科再診料)



## <届出医療機関数>

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

# 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

- 歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の整備を図る取組を評価するもの。
- 歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。

## 施設基準

### 【外来診療環境体制加算1】

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
  - (イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、(ニ) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(ヘ) 歯科用吸引装置
- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

### 【外来診療環境体制加算2】

- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
- イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。



# 新興感染症の発生時等における薬局の体制の評価

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

## 調剤基本料 連携強化加算：2点

### [算定要件の概要]

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

### [施設基準の概要]

#### ■医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

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

#### ■都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

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

#### ■体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

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

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

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

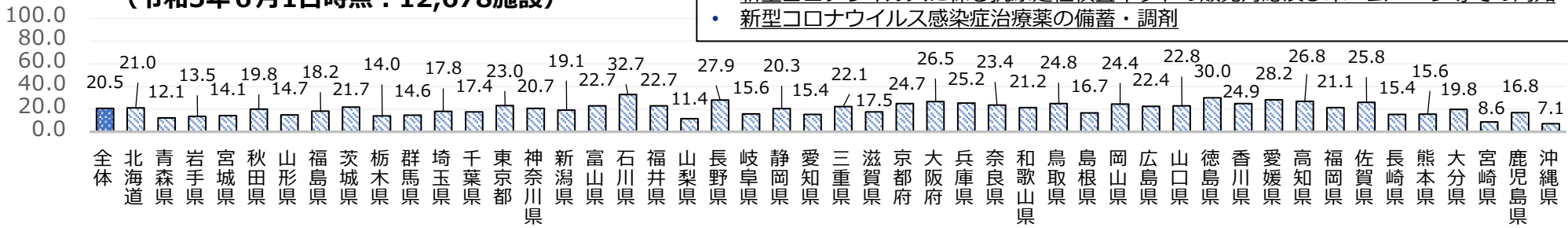
※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

# 薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

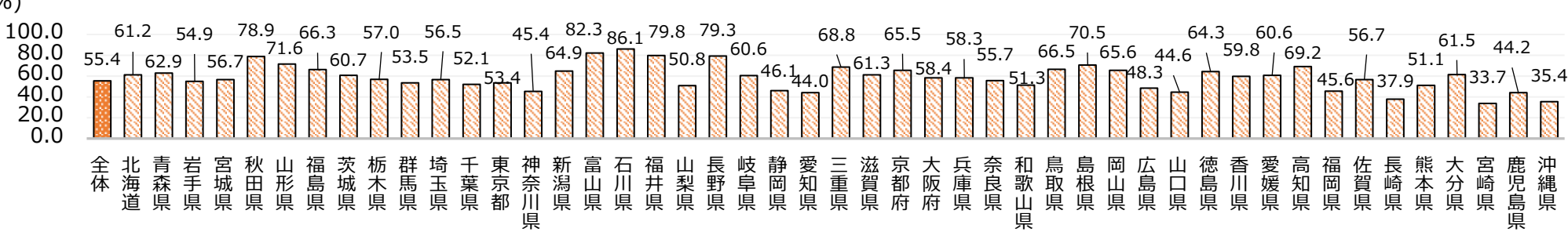
○ 薬局において約2割が連携強化加算の届出を行っており、検査キットや治療薬の対応も実際に行っていた。

■ 全薬局あたりの都道府県別連携強化加算の届出割合※1  
(令和5年6月1日時点:12,678施設)

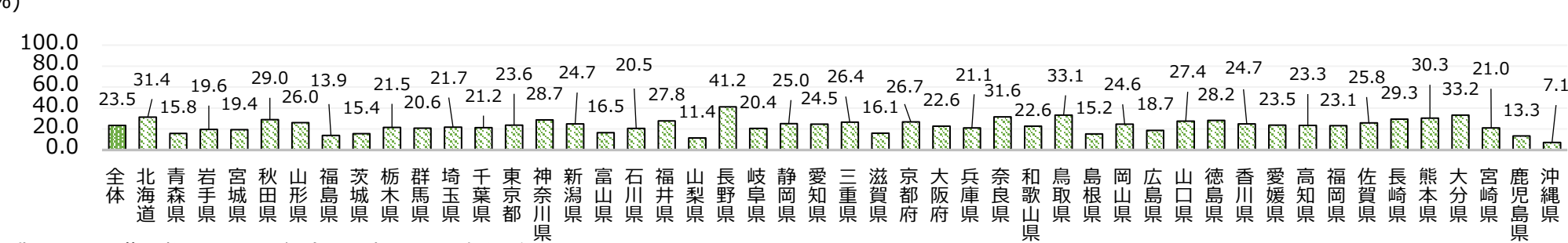
【連携強化加算の算定要件見直し】令和5年4月1日より下記要件へ変更  
 ・新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売対応及びホームページ等での周知  
 ・新型コロナウイルス感染症治療薬の備蓄・調剤



■ 全薬局あたりの新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局の割合※2 (令和5年6月20日時点:34,215施設)



■ 全薬局あたりの新型コロナ治療薬(ラゲブリオ:一般流通品)の調剤実績のある薬局の割合※3 (令和4年12月時点:14,511施設)



出典: ※1届出薬局数については保険局医療課調べ(令和5年5月1日)  
 ※2新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局は新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リストのホームページ参照(令和5年6月時点)  
 ※3新型コロナウイルス治療薬の調剤実績についてはNDBデータ(令和4年12月診療分)  
 ※4薬局数については令和4年度衛生行政報告参照(令和3年度61,791施設)

# 薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況②

- 当時の急速な感染拡大が進行している状況に鑑み、医療用抗原検査キットの需要の拡大を想定して、連携強化加算の算定薬局を含め、医療用抗原検査キットの取扱いの協力を促した。(令和4年7月)

事務連絡  
令和4年7月22日

(別記) 御中

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

## 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて

平素より、新型コロナウイルス感染症対策に御尽力、御協力を賜り、誠にありがとうございます。

現在、新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数はすべての都道府県で増加し、急速な感染拡大が進んでいる状況です。地域において外来医療の逼迫が想定され、薬局における医療用抗原検査キットの需要も拡大することが想定されます。

こうした状況を踏まえ、貴会並びに貴会会員に対し、下記のと通りの対応をお願いいたします。あわせて、貴会会員への周知をお願いいたします。

なお、本事務連絡の内容については、新型コロナウイルス感染症対策推進本部と協議済みであることを申し添えます。

記

### 第1 医療用抗原検査キットの販売の対応拡大について

- (1) 薬局においては、積極的に医療用抗原検査キットを取り扱っていただくとともに、「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いに関する留意事項について」(令和3年11月19日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、同省医薬・生活衛生局総務課及び同局監視指導・麻薬対策課連名事務連絡、以下「キット取扱い留意事項事務連絡」と言います。)においてお示ししたとおり、入手を希望する者が薬局で医療用抗原検査キットを取り扱っていることをより認識しやすくするような対応をお願いします。

- (2) 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第三調剤報酬点数表区分番号「00」調剤基本料の注6に規定する連携強化加算の届出を行っている薬局(以下「連携強化薬局」という。)においては、その施設基準として、「災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行う」とされていることを踏まえ、当面の間、休日、夜間も含めた医療用抗原検査キットの販売対応をお願いします。

- (3) 連携強化薬局以外の薬局においても、可能な限り、当面の間、休日、夜間も含めた医療用抗原検査キットの販売対応の協力をお願いします。

なお、休日、夜間の販売対応については、必ずしも24時間対応を求めるものではありません。たとえば、店舗や自社サイトに連絡先を掲載し、連絡に応じて速やかに店舗において医療用抗原検査キットを販売する等の対応も考えられます。

販売対応に当たっては、「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて」(令和3年9月27日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡(令和4年3月17日一部改正))及びキット取扱い留意事項事務連絡に示す取扱いの趣旨や医療用抗原検査キットの特性を理解の上、取扱いをお願いします。

- 現在、厚生労働省のホームページに掲載している抗原検査キット取扱い薬局等の一覧(定期的に更新)

## 新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リスト(令和5年6月23日12:00更新)

新型コロナ抗原検査キットの取扱薬局・店舗検索については、下記のGoogleマイマップのリンクから、地図上にお近くの店舗を表示することができます。

※当該リストは在庫があることを保証するものではなく、各薬局の在庫には変動があるため、事前に電話等で確認をしていただきますようお願いいたします。また、年末年始は営業時間が異なる場合があるため、電話等で確認していただくことをおすすめします。

### (1) 新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱店舗マップ

※更新については都道府県薬剤師会までご連絡をお願いします。

(注) 日本保険業協会、日本チェーン・ストア協会加盟の加盟店においては、企業単位で情報をとりまとめの上、加盟団体へご連絡をお願いします。

- 北海道
- 青森県
- 岩手県
- 宮城県
- 秋田県
- 山形県
- 福島県
- 茨城県
- 栃木県
- 群馬県
- 埼玉県
- 千葉県
- 東京都
- 神奈川県
- 山梨県
- 新潟県
- 富山県
- 石川県
- 福井県
- 岐阜県
- 静岡県
- 愛知県
- 三重県
- 滋賀県
- 京都府
- 大阪府
- 兵庫県
- 奈良県
- 和歌山県
- 鳥取県
- 島根県
- 岡山県
- 広島県
- 山口県
- 徳島県
- 香川県
- 愛媛県
- 高知県
- 福岡県
- 佐賀県
- 長崎県
- 熊本県
- 大分県
- 宮崎県
- 鹿児島県
- 沖縄県

### (2) 調剤報酬上の連携強化加算の届出を行っている薬局のうち医療用抗原検査キットを取り扱う薬局

- [Excel \[423KB\]](#)
- [PDF \[3.68KB\]](#)

※連携強化薬局：診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第三調剤報酬点数表区分番号「00」調剤基本料の注6に規定する連携強化加算の届出を行っている薬局。(施設基準として、「災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行う」とされている。)

# 外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

## 小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

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

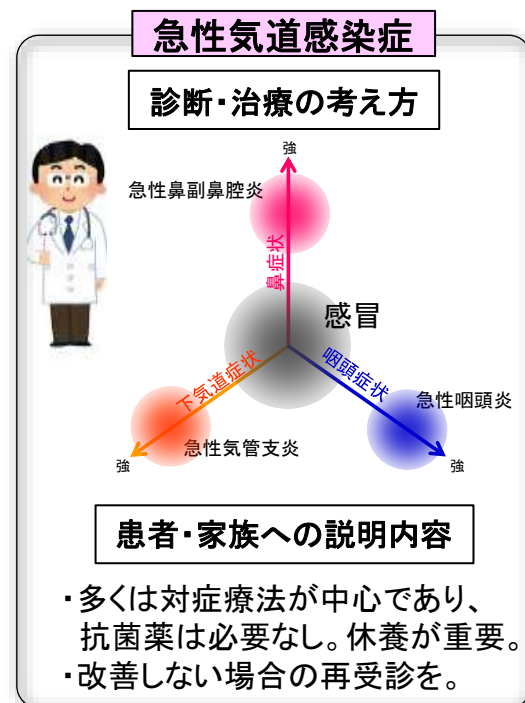
### (新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

## 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

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

## 感染症対策・薬剤耐性対策の推進

### 抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

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

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)外来における対策

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

#### (新)その他の要件

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

### 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



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

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

## 耳鼻咽喉科処置の見直し

### 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

#### (新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）

[算定要件]

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

#### (新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

### 耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

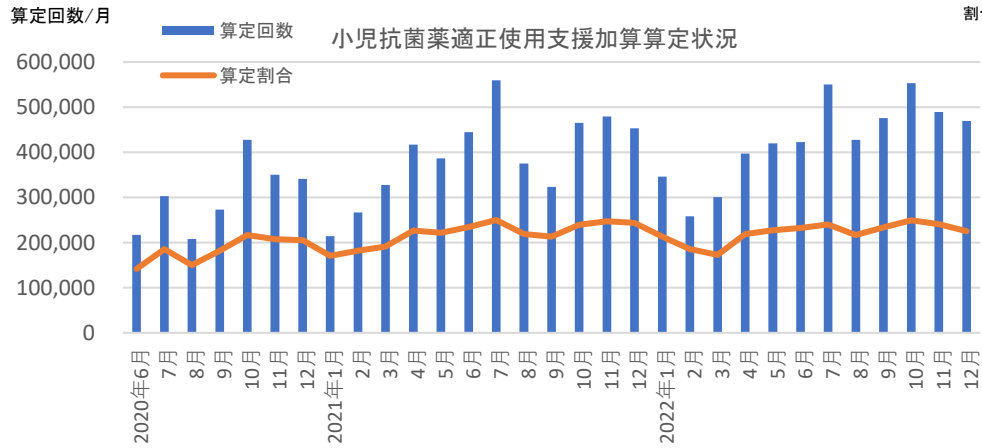
- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

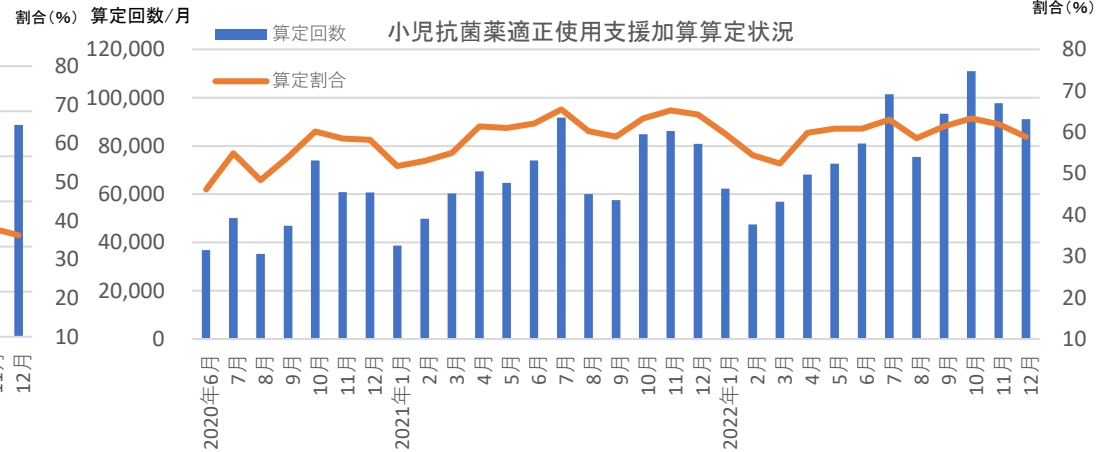
# 小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況等

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

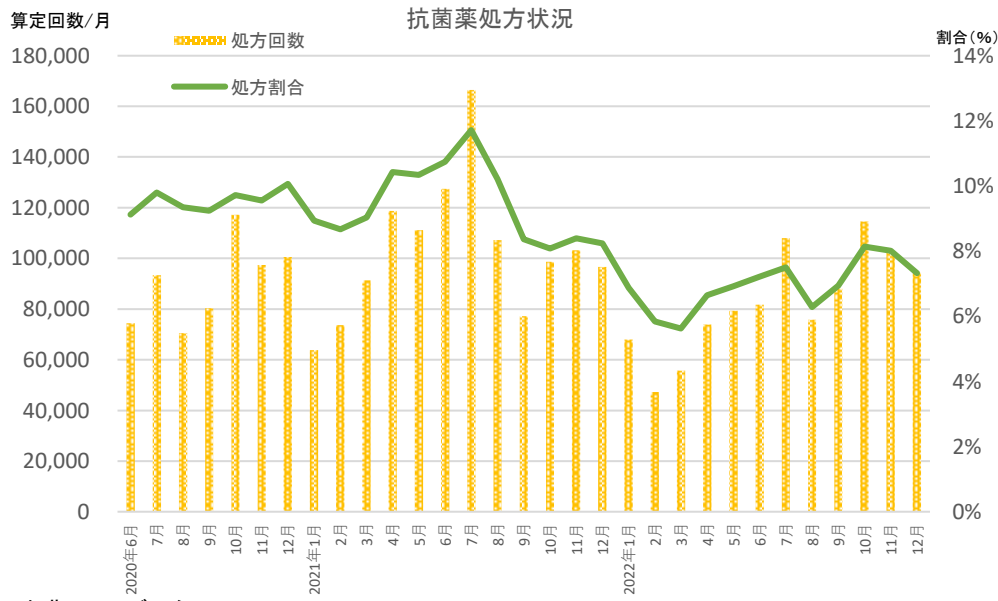
## 小児科外来診療料を算定する場合



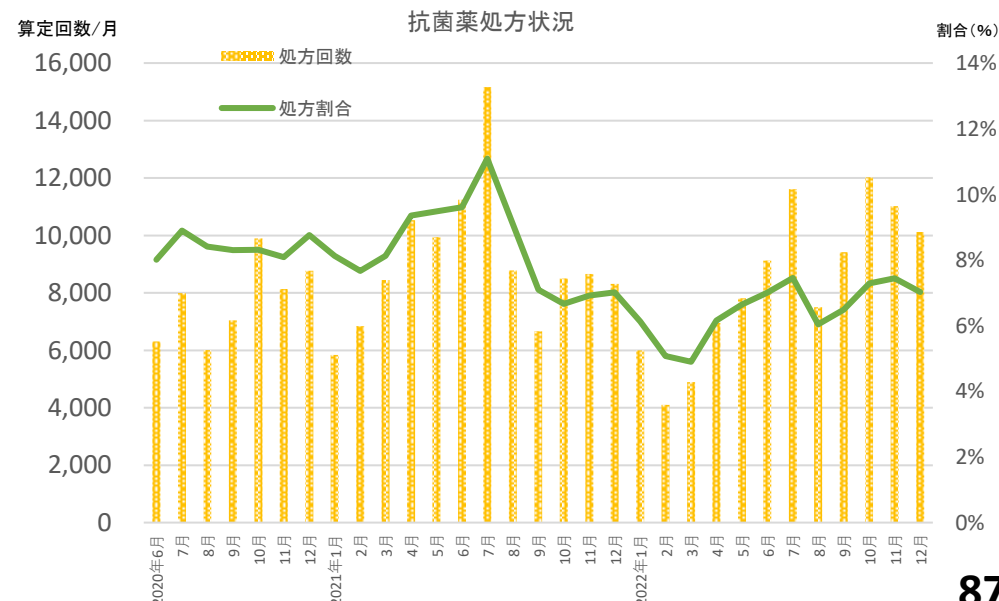
## 小児かかりつけ診療料を算定する場合



## 抗菌薬処方状況



## 抗菌薬処方状況



# 小児抗菌薬適正使用支援加算の導入による影響について

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

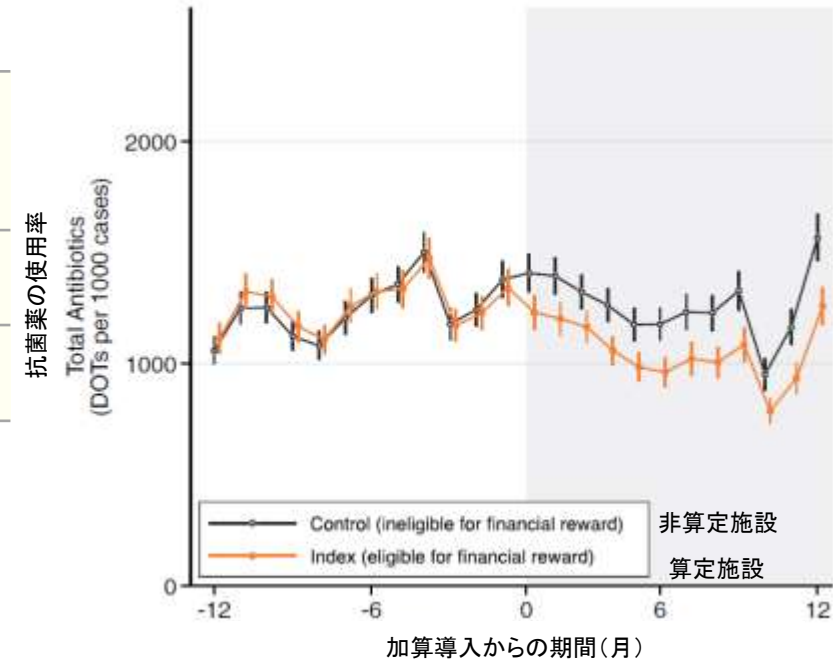
1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率等に関する  
抗菌薬小児抗菌薬適正使用支援加算の  
算定施設と非算定施設※<sup>1</sup>の比較

(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率に関する  
小児抗菌薬適正使用支援加算の  
算定施設と非算定施設※<sup>1</sup>の間の比較

(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

		非算定施設 (N=1740)			算定施設 (N=1740)			差分の差の推定値 (95%信頼区間)
		加算 導入前	加算 導入後	前後 差	導入前	導入後	前後 差	
抗菌薬の使用率 (1000件あたりのDOTs) <sup>※2</sup> (SE)	全抗菌薬	1240.5 (3.2)	1268.9 (4.0)	28.4	1261.5 (3.3)	1061.3 (3.6)	-200.2	-228.6 (-272.4,-184.9)
	広域抗菌薬 <sup>※3</sup>	623.3 (2.1)	627.2 (2.6)	3.9	649.3 (2.2)	528.5 (2.4)	-120.8	-124.7 (-156.3,-93.1)



※<sup>1</sup> 2018年4月から2019年3月までの間に小児抗菌薬適正使用支援加算を一件以上算定している施設及びそれ以外の施設

※<sup>2</sup> 感染症による受診1000件あたりの、抗菌薬の処方日数の合計

※<sup>3</sup> 第三世代セファロスポリン、経口ペネム系、ホスホマイシン系、テトラサイクリン系、キノロン系抗菌薬



# 課題と論点

## (新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応の中で生じた課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時には、一般病床の活用等の点で広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じること、また、機動的に対策を講じられるよう、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要があることから、医療計画の記載事項に「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加された。
- また、令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、平時にあらかじめ都道府県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化され、第8次医療計画においては、こうした協定締結を進めるとともに、感染症対応を行う人材の育成を行い、対応力を強化することとされている。
- 診療報酬においては、感染対策向上加算の施設基準に、新興感染症の発生時の対応が含まれており、新型コロナウイルス感染症の対応における重点医療機関・協力医療機関等の枠組みと連動していたが、次の新興感染症の発生に備えるための第8次医療計画における協定の枠組みと現行の施設基準とは一致していない。また、新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて他の医療機関等の支援を行うことを前提として、特定集中治療室における重症患者対応に係る体制を評価した加算を令和4年度改定で新設しているが、届出を行っている特定集中治療室の割合は限定的となっている。

## (新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、入院医療、外来医療、在宅医療等において、適切な感染予防等の観点から診療報酬上の特例として評価がなされている部分があり、こうした特例については、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行い、その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととされている。特に、高齢者施設における感染症対策の観点からも、医療機関に配置された感染症の専門人材が高齢者施設等に行う助言・支援の重要性が指摘されている。
- また、薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。

## 【論点】

- 新興感染症発生・まん延時における医療を行う体制を機動的に構築する観点から、第8次医療計画等に定められた協定の締結を行う医療機関・薬局・訪問看護事業所における感染対策について、どのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症を含めた、新興感染症以外の感染症に対する医療について、感染対策に必要な人員確保、個人防護、個室管理、他施設と連携等の観点から、恒常的な感染症対応としてどのように考えるか。
- 薬剤耐性対策について、我が国における現状等を踏まえ、適正な抗菌薬の使用を推進するための評価についてどのように考えるか。