

新型コロナウイルス感染症の 診療報酬上の取扱いについて (参考資料)

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント）

※ 本資料は、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

○ 新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に

新型インフルエンザ等感染症

入院措置などの行政の強い関与
限られた医療機関による特別な対応

5類感染症

幅広い医療機関による自律的な通常の対応
行政は医療機関支援などの役割に

医療提供体制

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に移行

特別対応から通常対応への考え方の転換

5/8

感染拡大？

夏

検証

感染拡大？

冬

検証

R6.4/1

R5.3月
上旬

位置づけ変更

新たな体系に向けた取組

冬の感染拡大に先立って
重点的な取り組みを行う

暫定的な診療報酬措置

診療報酬
介護報酬
同時改定

新たな診療報酬体系

対応する医療機関の維持・拡大を促す。

⇒

外来：4.2万 → 最大6.4万
入院：約3千 → 全病院約8千

入院・外来の医療費

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

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～）

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

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

インフル・コロナ患者の感染管理に関する記載（一部抜粋・要約）

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

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

※2：国公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)

① 外来

(令和2年4月8日～)

- **新型コロナウイルスへの感染を疑う患者**に、必要な感染予防策を講じた上で実施される**外来診療**を評価し、院内トリアージ実施料(300点/回)を算定できることとした。

(令和2年12月15日～)

- **6歳未満の乳幼児**に対し、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、歯科においては、55点、調剤についても、12点に相当する点数を、特例的に算定**できることとした。(その後令和3年10月1日からは医科50点、歯科28点、調剤6点に変更し、令和4年3月末で終了。)

(令和3年4月1日～)

- 「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」等を参考に感染予防策を講じることについて、**初診・再診(医科・歯科)等1回当たり5点、入院1日当たり10点、調剤1回当たり4点、訪問看護1回当たり50円に相当する点数を算定**できることとした。(同年9月末まで)
- **新型コロナ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した。

(令和3年9月7日～)

- 外来で中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」を投与した場合に救急医療管理加算(950点)を算定できることを明確化。

(令和3年9月28日～)

- 疑い患者に対する外来診療において、**院内トリアージ実施料に加えて二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定**できることを明確化。
※令和4年8月からは初診時のみ。同年10月26日からは、新たに発熱外来を開始した場合、既存の発熱外来を拡充した場合等に限定。同年3月以降は、二類感染症入院加算ではなく147点を算定。
- **コロナ確定患者への外来診療時に、救急医療加算(950点)を算定**できること及び中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与時は同加算の3倍相当を算定できることを明確化。

※初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について(令和2年4月10日～)

- 時限的・特例的な対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、**初診料214点(歯科については185点)を算定**できることとした。また、その際、医薬品の処方を行い、又は、ファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、**調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定**できることとした。
- 保険薬局において、保険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、電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合について、調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料を、(その他の要件を満たした場合)薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとした。
- **慢性疾患を有する定期受診患者**に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、**対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、管理料等を算定していた患者**に対して、電話や情報通信機器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、**月1回に限り147点(歯科については55点)を算定**できることとした。

②入院（③に記載のものを除く。）

（令和2年4月8日～）

- **入院を要する新型コロナウイルス感染症患者**に、必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価し、**救急医療管理加算（950点/日、特例的に、14日間まで算定可能）**、及び**二類感染症入院診療加算（250点/日）**を算定できることとした。

（令和2年4月18日～）

- **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倍に引き上げた。**
- **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2倍相当（1,900点）**の加算を算定できることとした。
- 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、**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した。**

（令和2年5月26日～）

- 重症及び中等症の患者について、専用病床の確保などを行った上で受け入れた場合、2倍に引き上げた評価をさらに**3倍に引き上げた。**また、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した。**
- 診療報酬上の重症・中等症の新型コロナ患者の**対象範囲**について、**医学的な見地から引き続きICU等における管理が必要な者、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者***をそれぞれ追加。
※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。
- 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は、今般の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。

（令和2年9月15日～）

- **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**の診療について、3倍相当の救急医療管理加算をさらに5倍に引き上げた。

（令和3年4月1日～）

- 「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」等を参考に感染予防策を講じることについて、初診・再診（医科・歯科）等1回当たり5点、入院1日当たり10点、調剤1回当たり4点、訪問看護1回当たり50円に相当する点数を算定できることとした。（同年9月末まで）※再掲

（令和3年8月27日～）

- **中等症Ⅱ以上の中等症患者**について、救急医療管理加算を**6倍**に引き上げ、**それ以外の中等症患者**について、同加算を**4倍**に引き上げ。

③回復患者への対応

（令和2年5月26日～）

- 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に**二類感染症患者入院診療加算（250点）**を算定できることを明確化。

（令和2年12月15日～）

- **回復後患者に対して**必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合に算定する**二類感染症患者入院診療加算(250点)**を**3倍**に引き上げた。

（令和3年1月22日～）

- 回復後、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**ことを明確化。
※その後、令和4年10月1日以降に**転院後30日間に限り同加算の2倍**を算定できることを明確化。

④その他

(令和2年4月8日～)

- 一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院しているコロナ患者に対して個室又は陰圧室で管理を行った場合に、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できることを明確化。

(令和3年2月26日～)

- 自宅・宿泊療養患者への緊急の往診時に緊急往診加算（325～850点）を算定できるとともに、自宅・宿泊療養患者への緊急の訪問看護時に緊急訪問看護加算（2,650円）等を算定できることを明確化。

(令和3年7月30日～)

- 自宅・宿泊療養患者への緊急の往診時に救急医療管理加算（950点）を算定できることを明確化。

(令和3年8月4日～)

- 自宅・宿泊療養患者への訪問看護時に長時間訪問看護加算（5,200円）等を算定できることを明確化。

(令和3年8月16日～)

- 自宅・宿泊療養患者への電話等を用いた初再診時に二類感染症患者入院診療加算（250点）を算定できることを明確化。

(令和3年8月27日～)

- コロナ感染妊産婦について、ハイリスク妊娠管理加算（1,200点）及びハイリスク分娩管理加算（3,200点）を算定できることを明確化。

(令和3年9月28日～)

- 自宅・宿泊療養者への緊急の往診時に救急医療管理加算（950点）の3倍相当を、中和抗体薬「カシビマブ及びイムデビマブ」投与時は同加算の5倍相当を算定できることを明確化（引き上げ）。
- 自宅・宿泊療養患者への緊急の訪問看護時に長時間訪問看護加算（5,200円）等の3倍相当を算定できることを明確化。
- 呼吸管理を行うコロナ患者の口腔粘膜処置について100点を算定できることを明確化。
- 自宅・宿泊療養患者に緊急に薬剤を配送した上で対面／電話等による服薬指導した場合に対面500点、電話等200点を算定できることを明確化。

(令和4年4月28日～)

- 重症化リスクの高い自宅・宿泊療養患者のうち、①保健所等から健康観察に係る委託を受けている医療機関、②公表している診療・検査医療機関が、電話等を用いた初再診を行った場合、二類感染症患者入院診療加算（250点）及び慢性疾患患者への臨時的な医学管理料（147点）を算定できることを明確化。

(令和4年10月1日～)

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で疾患別リハビリテーションを実施する場合に、二類感染症患者入院診療加算（250点/日）をさらに算定できることを明確化。

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

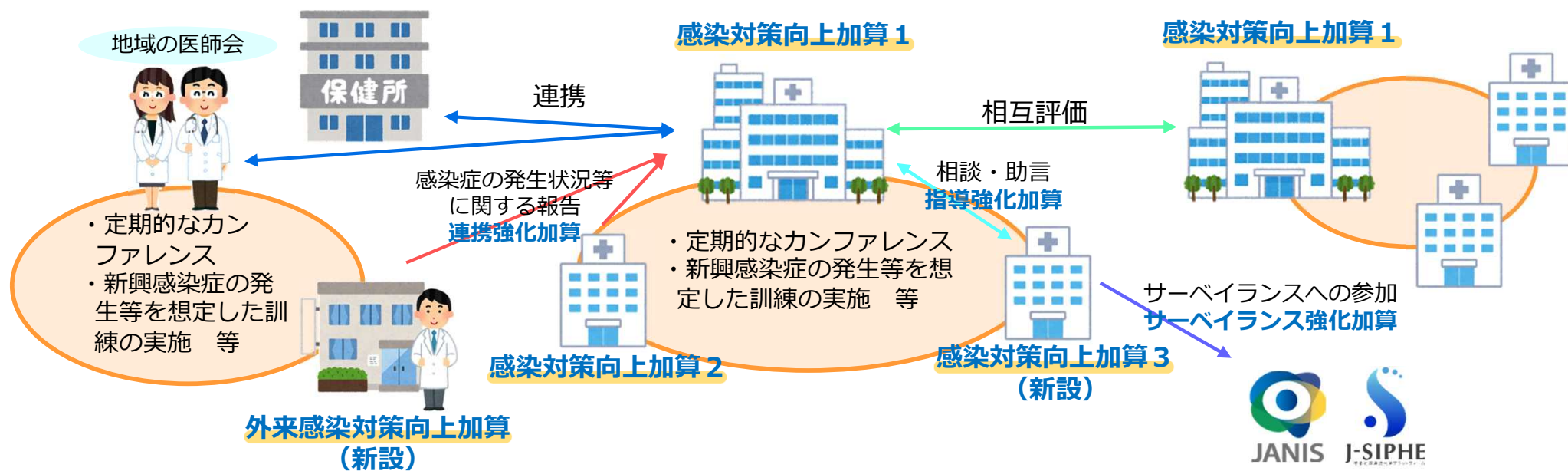
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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
感染防止対策加算 2	90点	感染対策向上加算 2
(新設)		感染対策向上加算 3
	→	710点 (入院初日)
		175点 (入院初日)
		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	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
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。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上 又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上 又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ 専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・ 専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新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	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新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
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、サーベイランス強化加算として5点を算定する。		サーベイランス強化加算として1点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・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」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・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」に沿った対応を行う
	・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、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 ・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	・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を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、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を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
	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、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として3点を算定する。

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

※保険局医療課調べ (令和4年7月1日時点)

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】

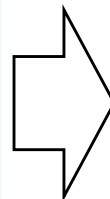
1 歯科初診料 261点

【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

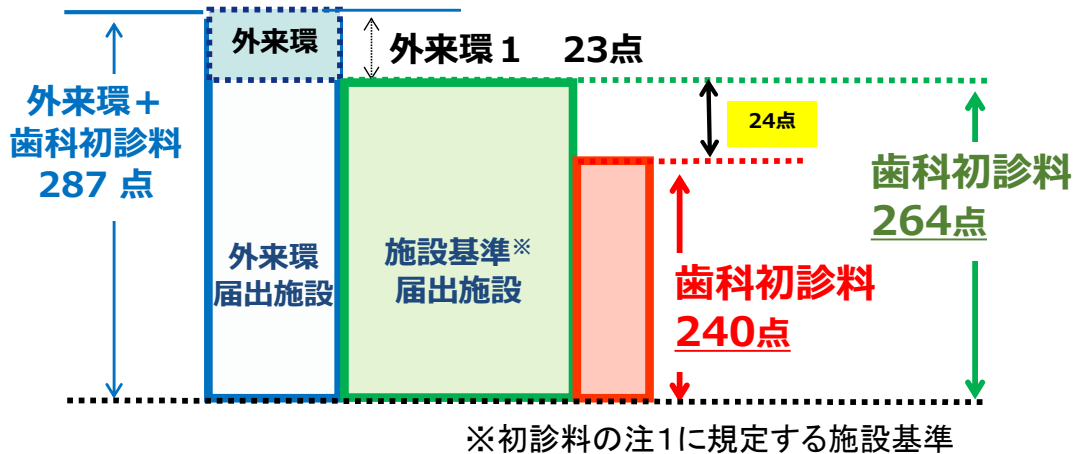
- 令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。
- 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

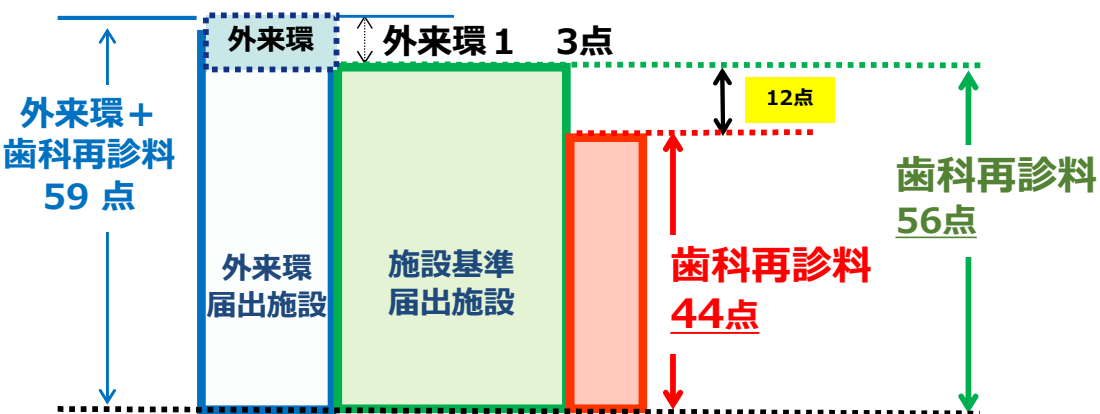
- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施し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



(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

- 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

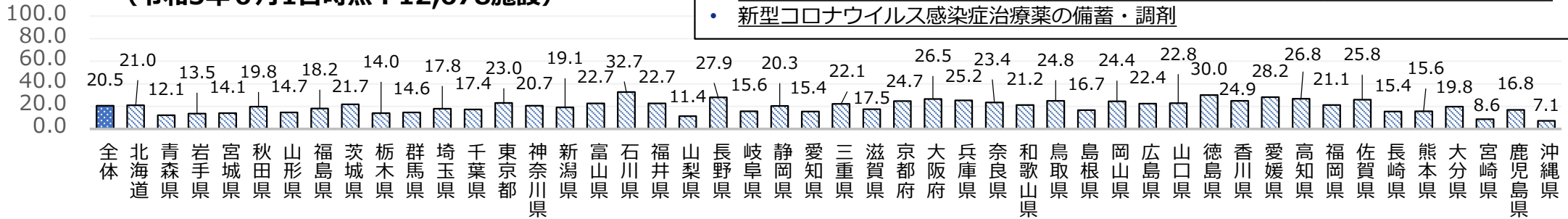
薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

○ 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。

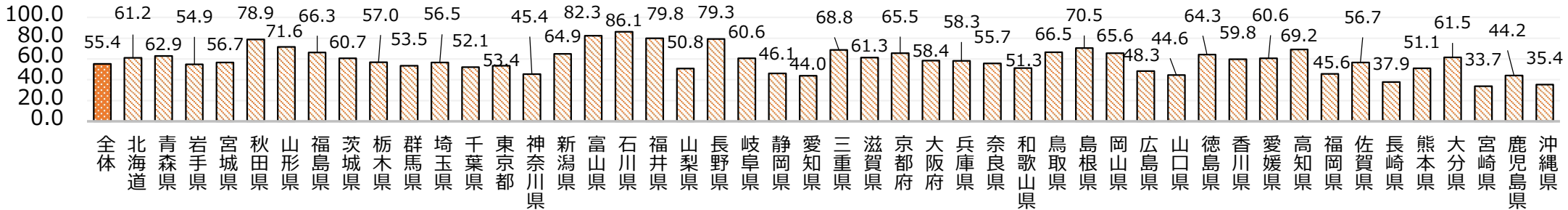
■ 全薬局あたりの都道府県別連携強化加算の届出割合※1 (令和5年6月1日時点: 12,678施設)

【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

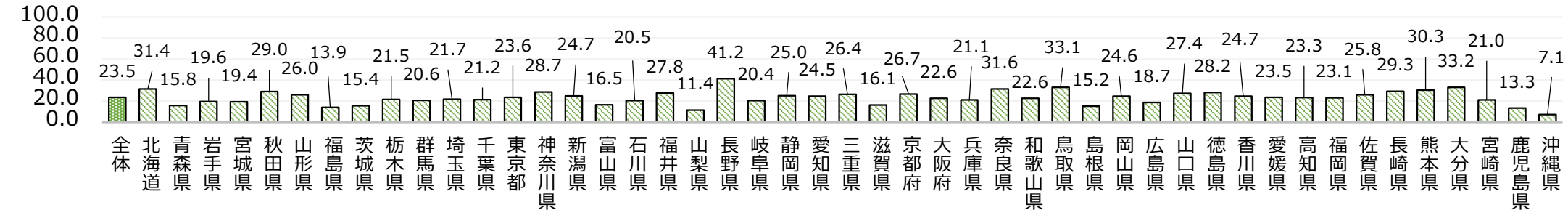
- ・ 新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売対応及びホームページ等での周知
- ・ 新型コロナウイルス感染症治療薬の備蓄・調剤



■ 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)

- 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ひっ迫が想定され、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、下記のとおりに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、連絡に際し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・店舗販売については、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いたします。

(注) 日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会の加盟社においては、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いたします。

- ▶ [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](#) ▶ [長野県](#)
- ▶ [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 \[3.6MB\]](#)

※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、必要な対応を行うこととされている。)

■ 概要

期間・対象：令和5年1月24日～2月3日にかけて、12病院及び8診療所に対して実施。

ヒアリング項目：入院・外来における人員体制、行っている感染対策等

■ 外来医療に関するヒアリング結果

<受入体制等>

- ✓ 病院及び敷地面積の大きい診療所においては、疑い患者と一般患者の空間分離のためプレハブや建物内別室を待合室や診察室として活用するケースが多い。
 - この場合、来院した患者のトリアージ及びプレハブと診察室間の誘導、プレハブ内の患者に対する検査実施・結果説明などで追加的に看護師が1～2名必要となることがある。
 - コロナ確定患者の再診については、疑い患者が少ない時間帯に来院させるか、待合室が広い場合には疑い患者との間に距離を置いて対応している。（追加的なコストは限定的。）
 - 時間当たりに診療可能な患者数は、インフルエンザとは同程度だが他の内科疾患よりは少ない。
- ✓ 敷地面積が小さい施設（ビル診療所等）においては、主に時間分離により対応。発熱外来の時間の中で、一人ひとり完全入替で行う場合もある。
 - 場所を拡充することがなければ、追加的に看護師が必要になるケースは少ない。
 - ただし、疑い患者と再診のコロナ確定患者を待合室で分離できないため、再診のコロナ患者は営業時間外に来院させているケースがある。（看護職員、事務員の時間外勤務が必要。）
 - 診療可能な患者数は、完全入替制の場合はインフルエンザよりも少ない人数となる。

<感染対策>

- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ PPEの省略化は一部行われているが、多くの施設でガイドラインによる推奨を超えた対策を継続している。

<在宅医療>

- ✓ 株の変化等により、在宅で重症化して緊急的な往診が必要となるケースは減っている。
- ✓ 通常の往診よりも感染対策を手厚く行っているが、疑い患者と確定患者での差はない。

■ 入院医療に関するヒアリング結果

<一般病棟における医療・体制>

- ✓ 入院患者が高齢化する一方で、入院後に中等症、重症になる患者の割合は低下。
- ✓ 病床が一定程度稼働している際の看護職員の配置としては、約半数の施設がコロナ以前の配置（7:1等）で対応し、約半数がコロナ以前よりも多い配置（4:1～5:1など）で対応。看護師が通常よりも多く必要となる主な理由は以下のとおり。
 - ① 患者の高齢化により、食事など日常の介助、徘徊の防止の業務が増大していること
 - ② 看護補助者や清掃業者が病棟に入れないことにより、消毒や清掃、下膳などの業務を看護師が代替していること
 - ※ 看護配置が通常程度の施設においても、①のため、介護福祉士、理学療法士、MSW等をコロナ病棟の業務に専従化させているケースがある。
 - ※ かつて②に該当した施設で、研修実施により看護補助者をコロナ病棟で勤務可とした結果、看護師の負担が軽減されたケースがあった。
 - ※ このほか、院内の動線分離のためコロナ患者に対する画像検査等を夜間に実施することにより夜間帯の看護職員が多く必要となった結果、手厚い配置（4:1）を行っているケースがあった。
- ✓ 多くの施設では専用病棟を設けている。また、コロナ患者を担当する看護師は、当該勤務帯においてはコロナ患者以外は担当しないこととしている場合がある。勤務間インターバルは、コロナ患者以外を担当する場合と同等程度。
- ✓ 陽性者の転院調整について、自治体の調整が入らなければ、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある。

<ICU等における医療・体制>

- ✓ 重症患者のうちECMOを使用する患者や腹臥位療法を行う患者の割合は低下。
- ✓ ECMOを用いない患者においては、通常のICUの人員配置と変わらないか、外回り要員として全体で1人増加する程度。
- ✓ ECMOを使用する患者においては、通常の倍程度の人員で対応している場合がある。

<感染対策>

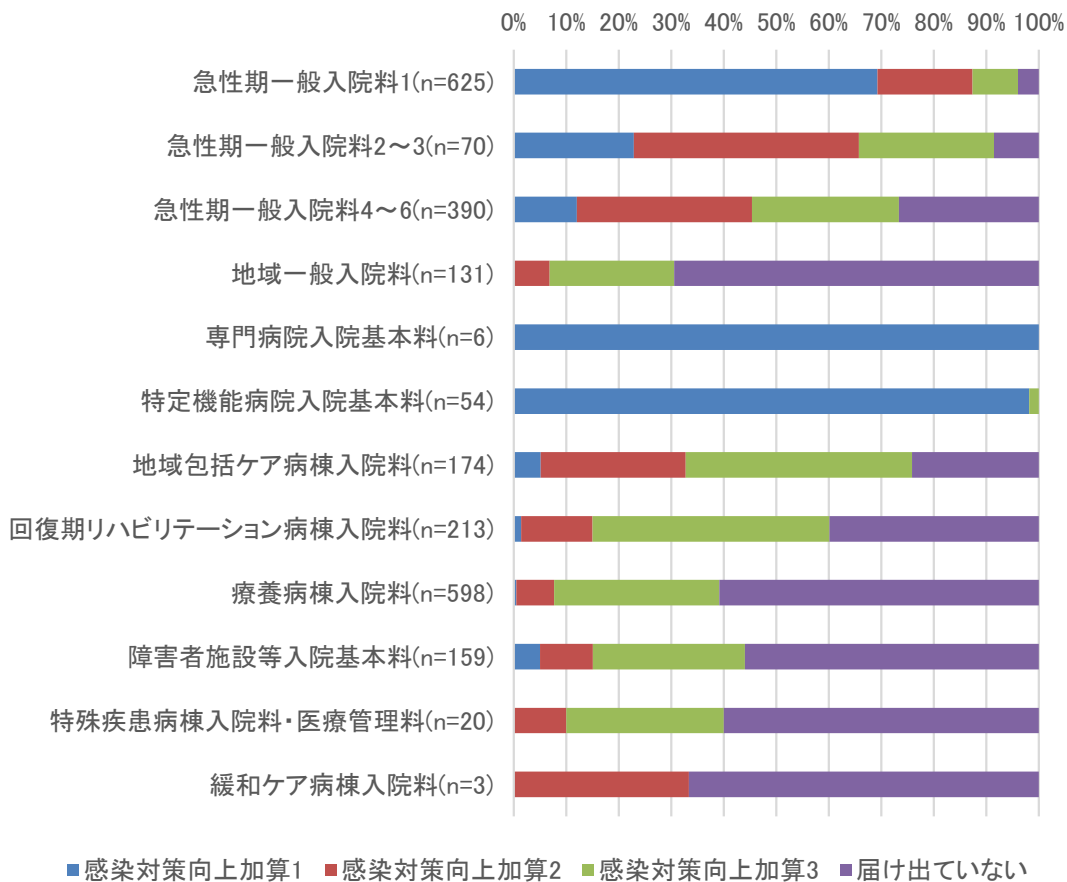
- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ ガウンの省略や病室単位でのゾーニングは、ほとんどの施設で行われていない。

■ まとめ

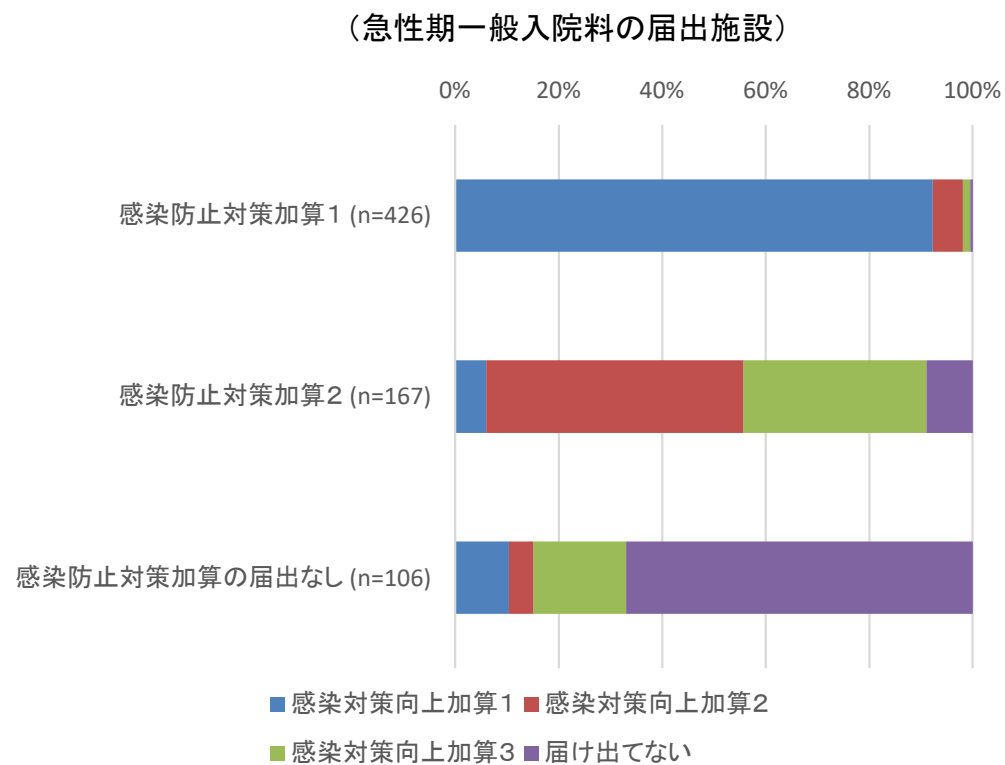
- 外来医療においては、発熱外来の設備整備や発生届の簡略化により、一部の業務が効率化している。一方で、空間分離又は時間分離など必要な感染対策は継続しており、そのための人員の確保やPPEの使用を行っている。
- 入院医療においても、重症化率低下や経験の蓄積、看護補助者による介入によりコロナ発生当初より業務・人員配置の効率化がされている。一方で、院内クラスターへの防止のため必要な感染対策は継続しており、また、入院患者の高齢化に伴い、介護・リハビリや退院支援に関する業務が増大している。

○ 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)



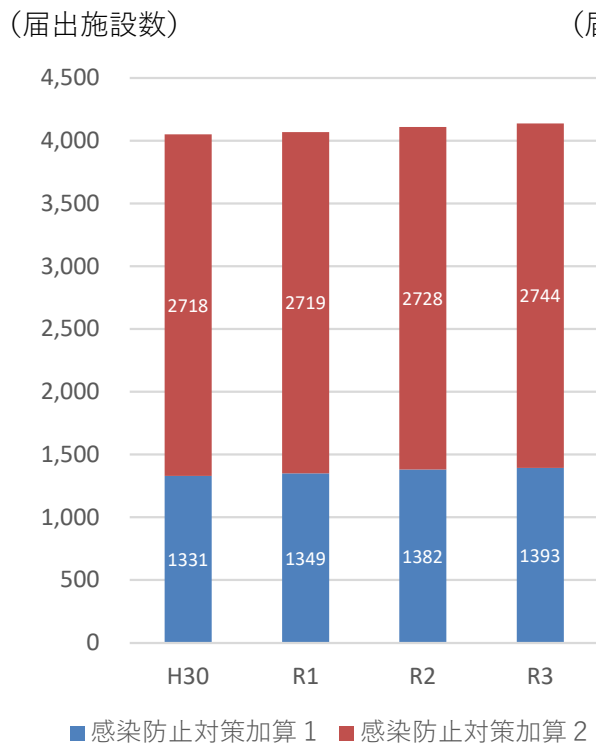
急性期病院における感染防止対策加算の届出状況(改定前*)ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点



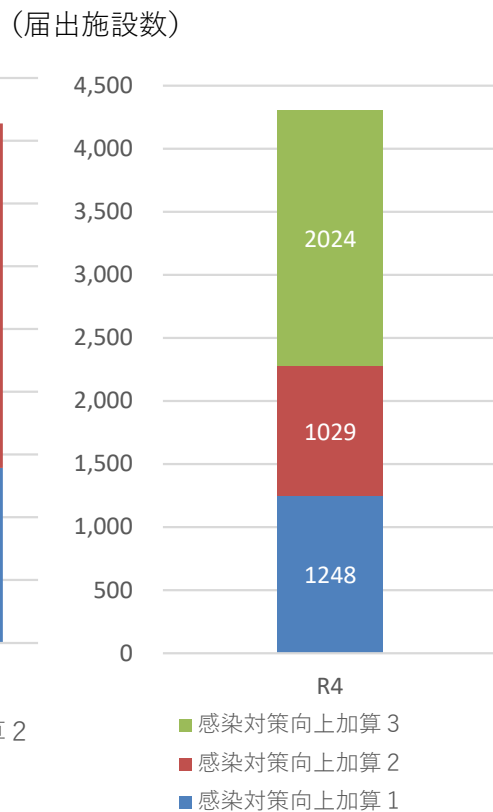
感染対策向上加算等の届出医療機関数

- 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。

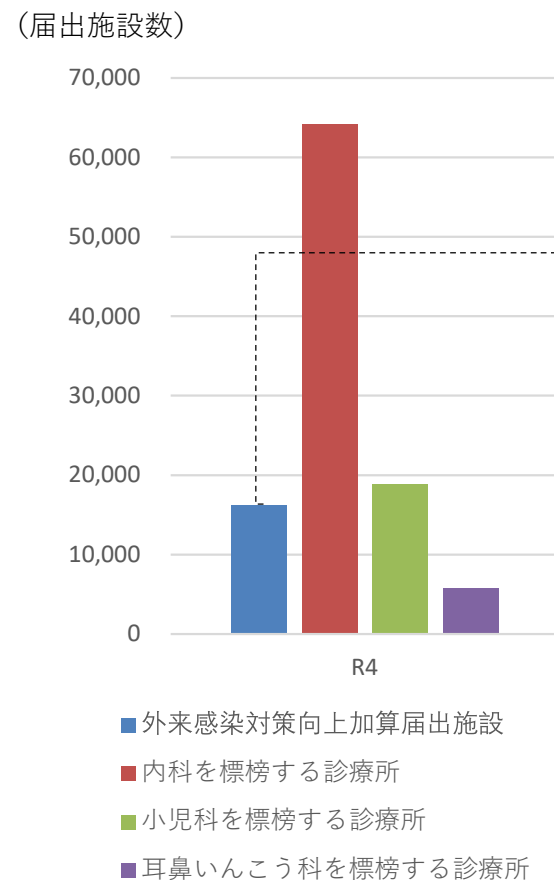
平成30年～令和3年における
感染対策防止加算の届出施設数



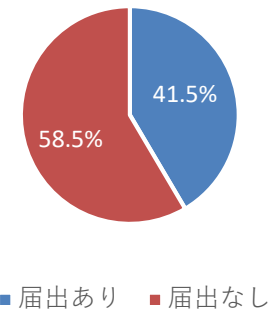
令和4年における
感染対策向上加算の届出施設数



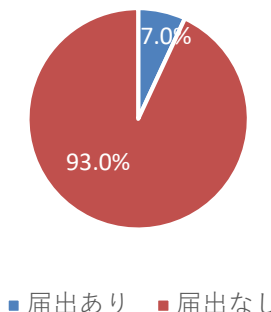
令和4年における
外来感染対策向上加算の届出施設数等



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

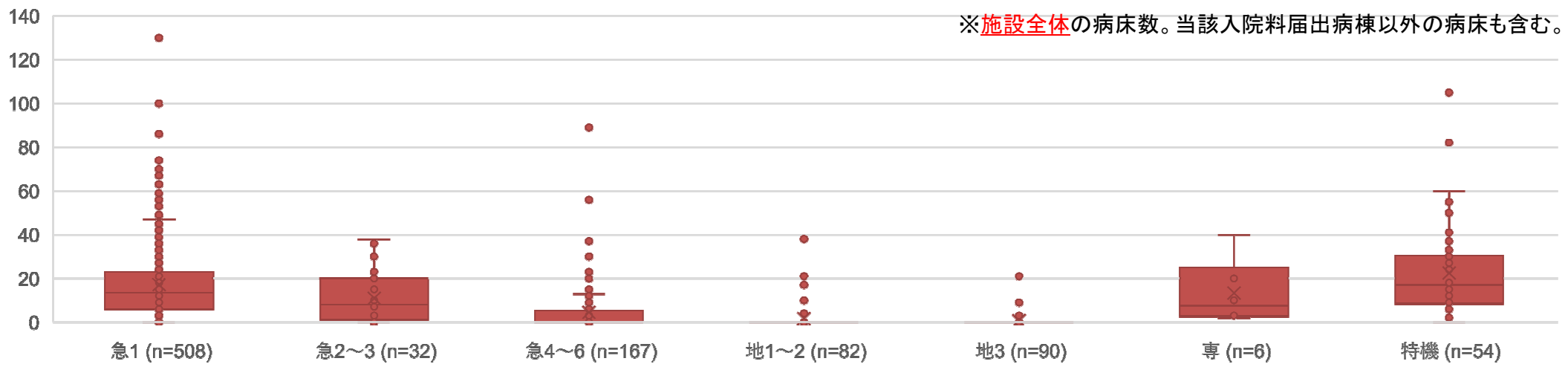


出典
 ・保険局医療課調べ(加算の届出状況、各年7月1日時点)
 ・医療施設調査(診療所数、令和2年10月1日時点)

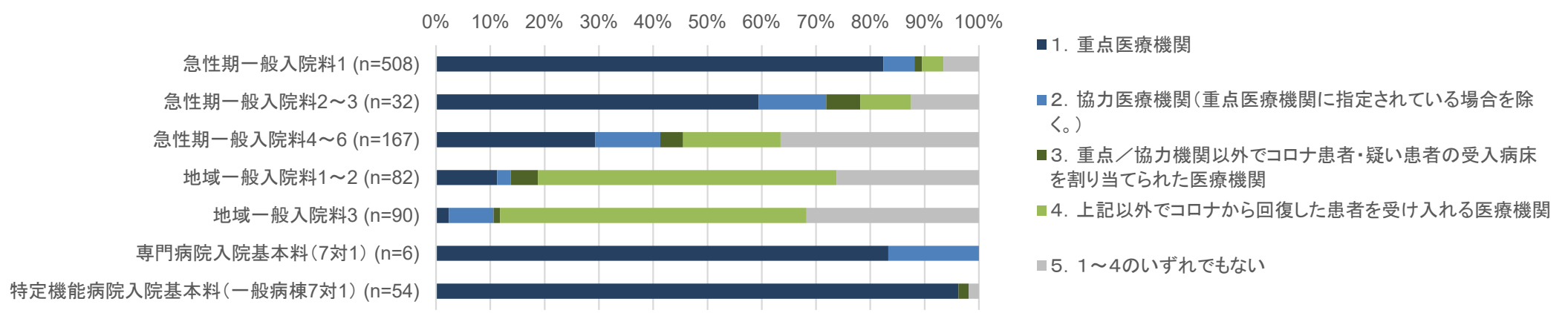
一般病棟入院基本料等の届出施設における新型コロナウイルス感染症対応状況

- 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）※



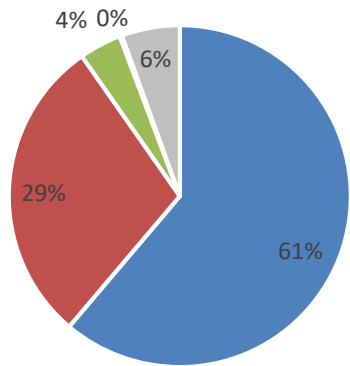
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）



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）

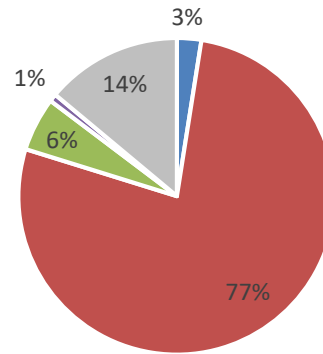
- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は届出を行っていなかった。

重点医療機関における
感染対策向上加算の届出状況



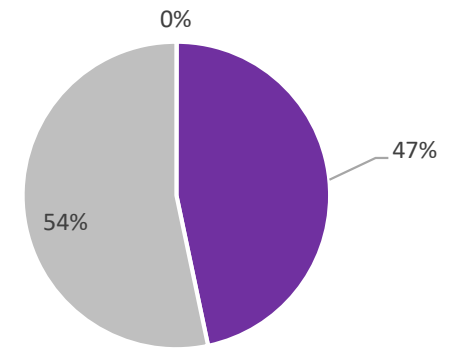
■ 感染対策向上加算 1
■ 感染対策向上加算 2
■ 感染対策向上加算 3
■ 外来感染対策向上加算
■ 届出なし

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

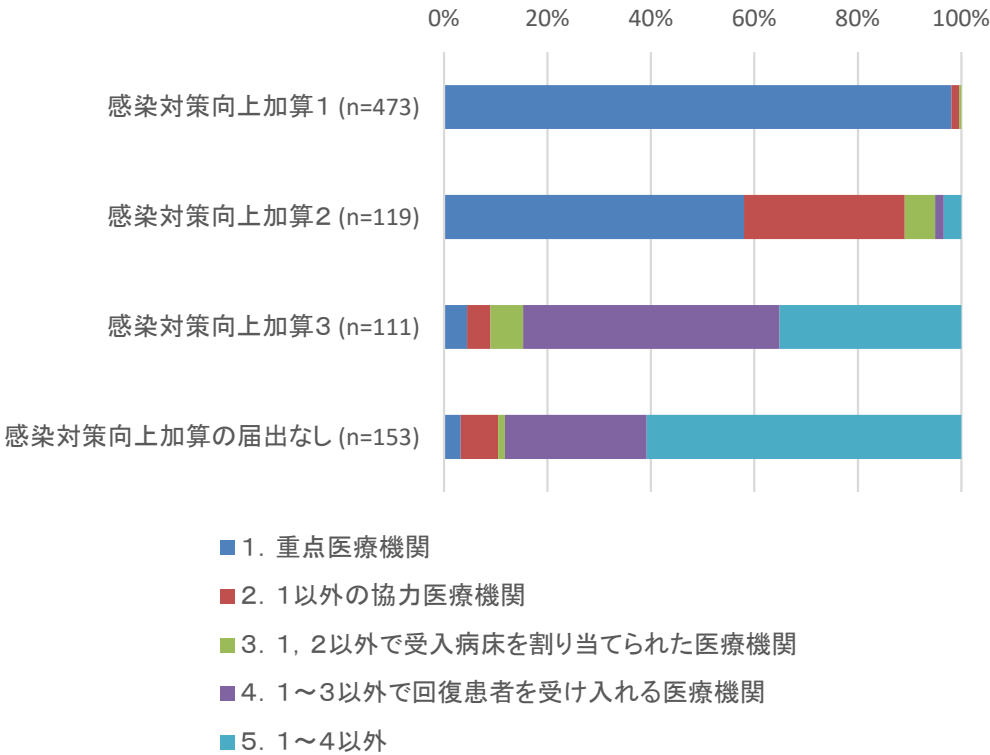


■ 感染対策向上加算 3
■ 外来感染対策向上加算
■ 届出なし

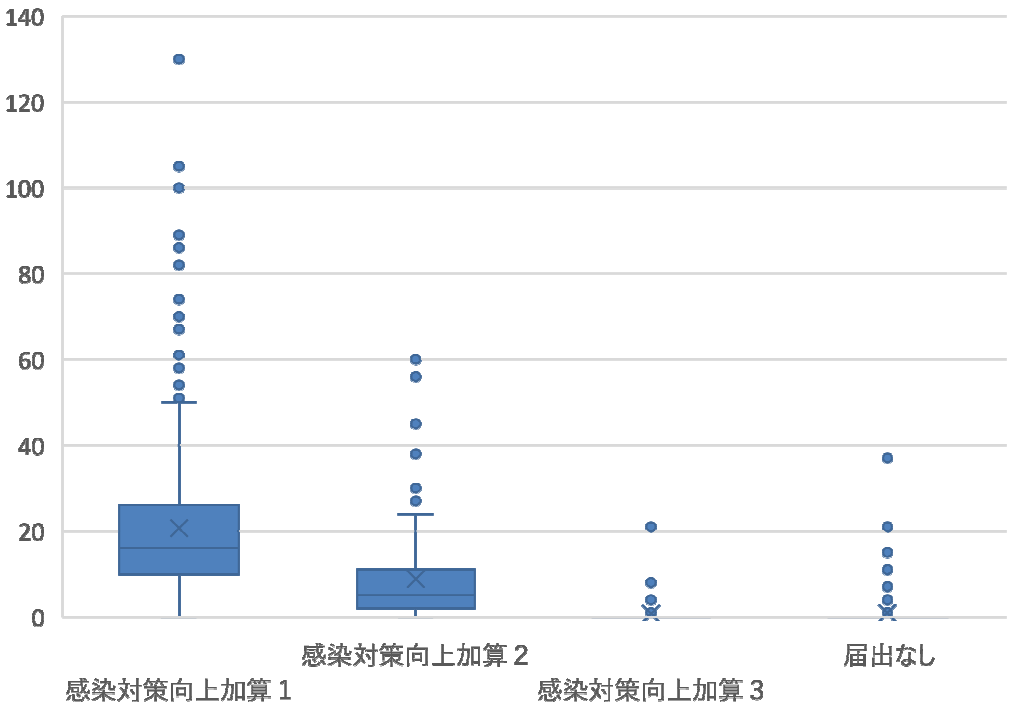
感染対策向上加算を届け出ている医療機関等における新型コロナ患者の受入状況

○ 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)

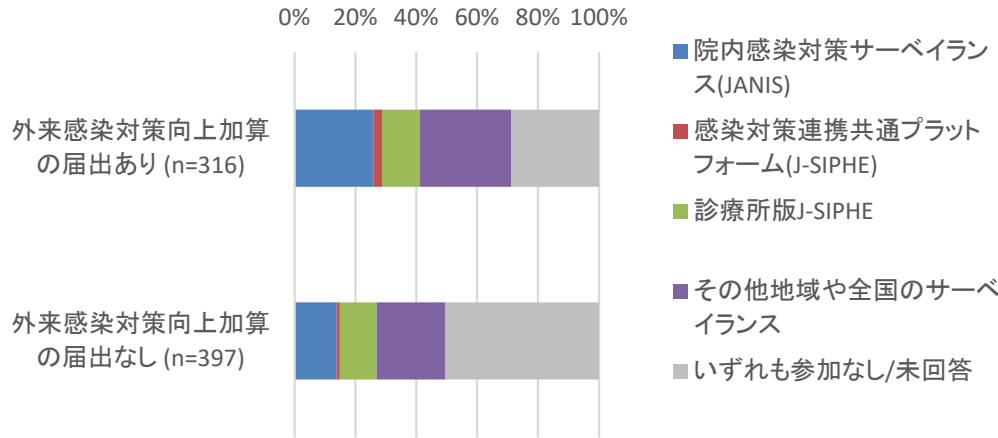


出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

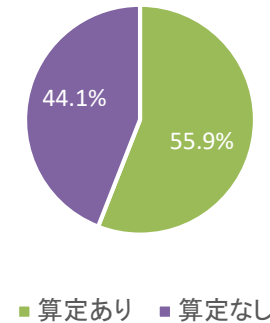
外来感染対策向上加算の届出状況等

- 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

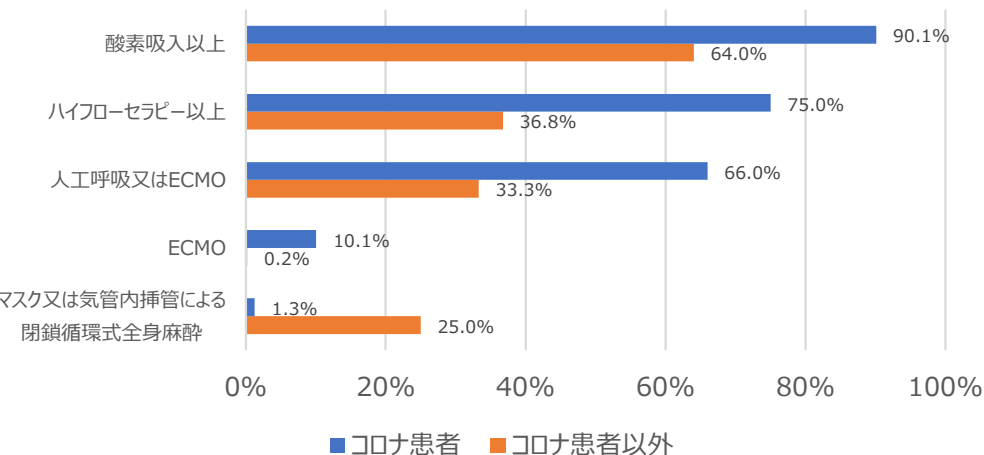
理由	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=218)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地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%
細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドランス」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%

特定入院料を算定する病棟におけるコロナ診療の状況①（診療行為）

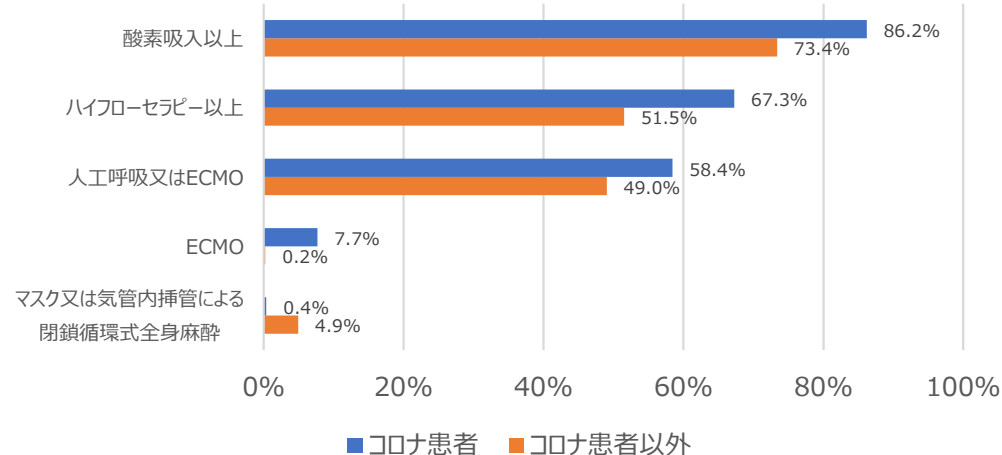
＜各特定入院料を算定する日における診療行為の実施状況＞

- ・ 酸素吸入以上…酸素吸入、ハイフローセラピー、人工呼吸又は体外式膜型人工肺
- ・ ハイフローセラピー以上…ハイフローセラピー、人工呼吸又は体外式膜型人工肺
- ・ 人工呼吸又はECMO…人工呼吸又は体外式膜型人工肺
- ・ ECMO…体外式膜型人工肺

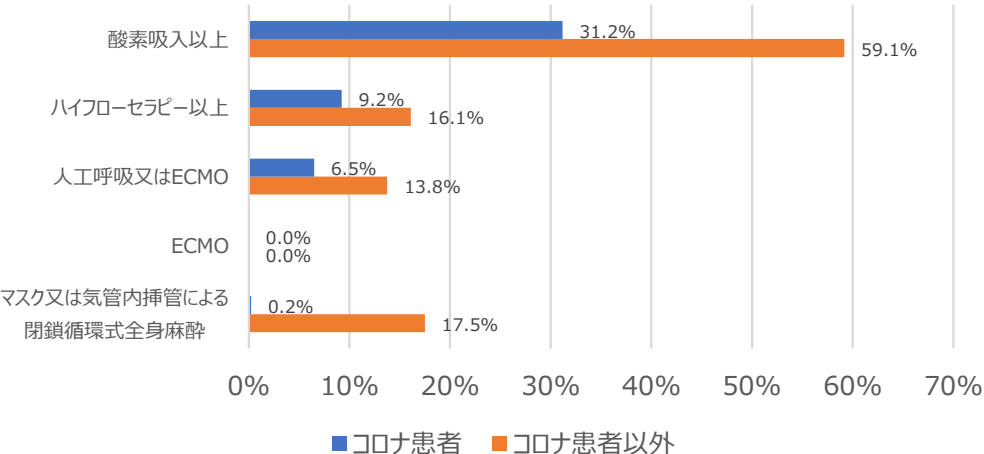
■ 特定集中治療室管理料



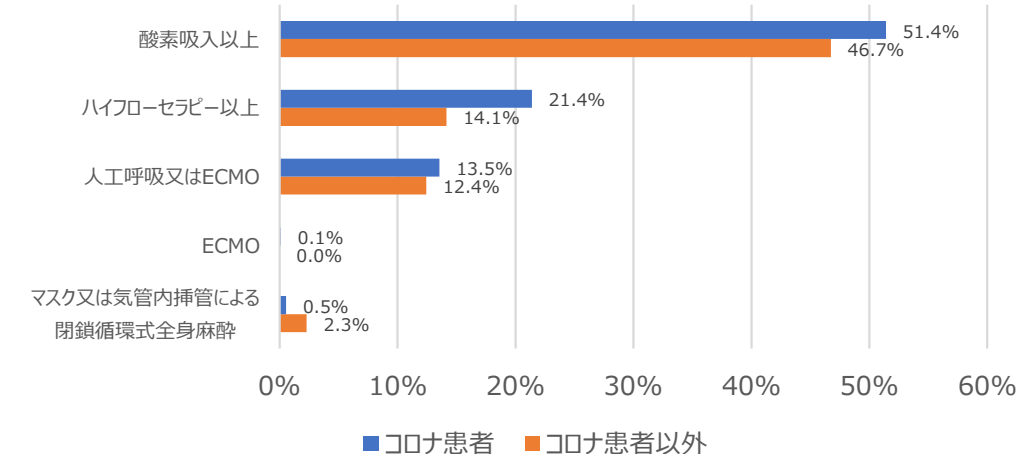
■ 救命救急入院料 2 又は 4



■ ハイケアユニット入院医療管理料

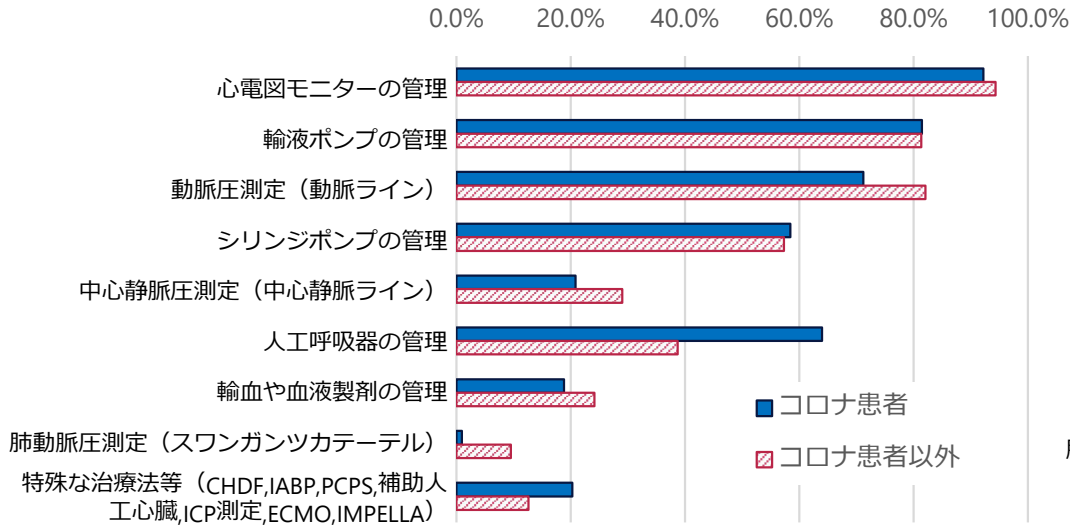


■ 救命救急入院料 1 又は 3

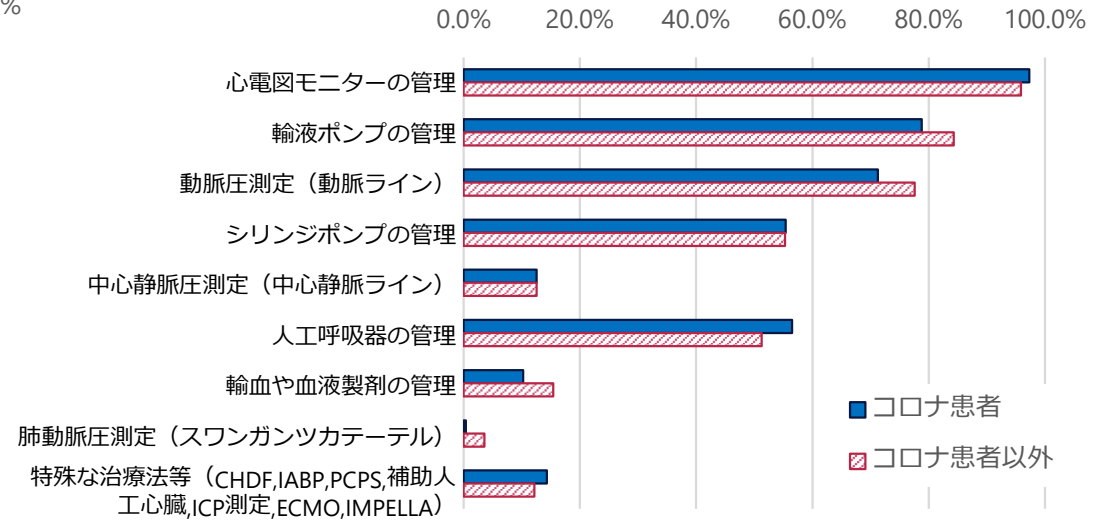


特定入院料を算定する病棟におけるコロナ診療の状況② (重症度、医療・看護必要度)

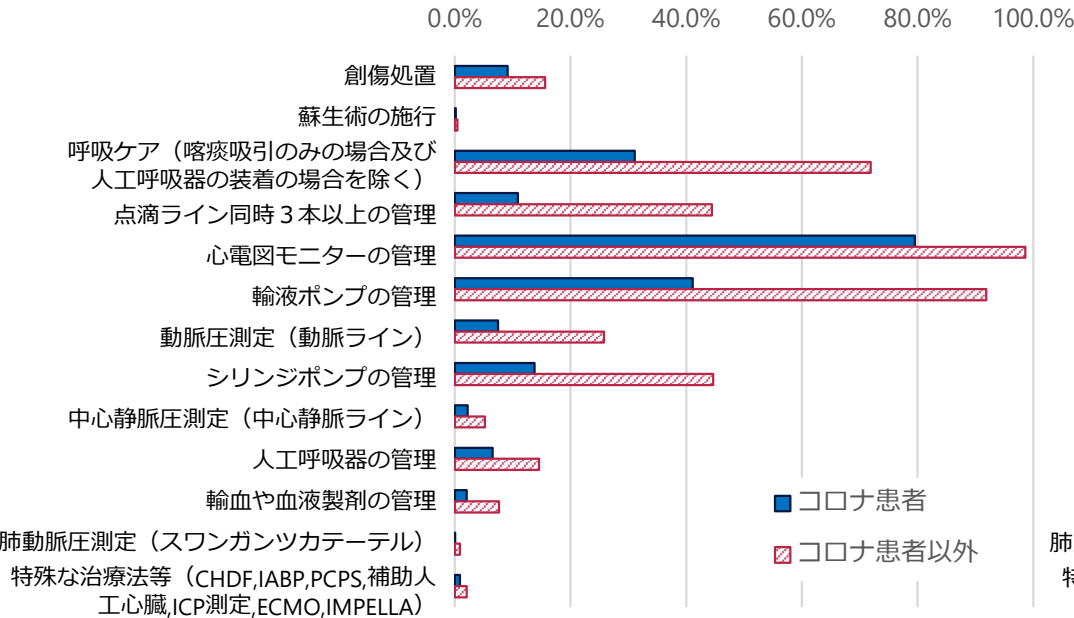
■ 特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



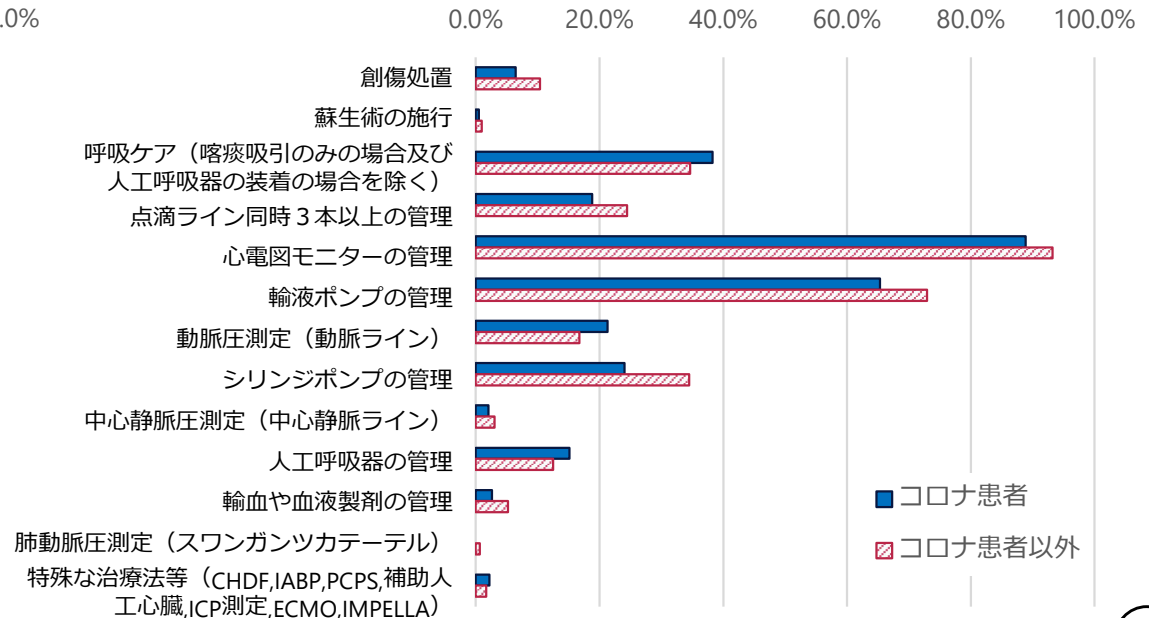
■ 救命救急入院料 2 又は 4 における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



■ ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



■ 救命救急入院料 1 又は 3 における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



出典: DPCデータ (令和4年4~6月)