

中央社会保険医療協議会 総会（第 465 回）（持ち回り開催）  
議事次第

議 題

○新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について

# 新型コロナウイルス感染症患者の 受入りに係る診療報酬上の 特例的な対応について

これまでの新型コロナウイルス感染症に  
対するこれまでの診療報酬上の対応

## 【対応における考え方】

新型コロナウイルス感染症に対しては、

- ✓ 患者の急激な増加とそれに伴う必要な感染予防対策
- ✓ 重症・中等症の患者の増加

等を鑑み、累次の診療報酬上の対応を行ってきたところ。

## 【これまでの主な対応】

これまでの対応については、以下のとおり。

- 新型コロナウイルス感染症の受入りに係る特例的な診療報酬上の手当て
- 新型コロナウイルス感染症に対する検査の保険適用

# 新型コロナウイルス感染症への さらなる対応について

# 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引きの重症度分類等について

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き（研究代表者：加藤康幸国際医療福祉大学教授）の第3版が9月4日に発行された。
- 「診療の手引き（第3版）」において、重症度分類は4類型に分類されており、診療のポイントとして、管理方法等について以下のとおり記載されている（診療の手引き第3版（9月4日発行）より改変抜粋）。
- そのうち中等症はⅠとⅡに細分されており、呼吸不全等の症候を示す患者については中等症Ⅱとして区分されている。

重症度分類	臨床症候	診療のポイント
軽症	<ul style="list-style-type: none"> <li>SpO<sub>2</sub> ≥ 96%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽症患者のうち、リスク因子※<sup>1</sup>のある患者は入院が必要                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <u>急速な病状進行に備えた診療・巡回が必要</u></li> </ul> </li> </ul>
中等症Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> <li>93% &lt; SpO<sub>2</sub> &lt; 96%</li> <li>息切れ、肺炎所見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院の上で慎重な観察が必要                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 1日3回のバイタルチェック（呼吸数、脈拍数、酸素飽和度）、症状を訴えない低酸素血症を見逃さない</li> <li>➢ 重症化早期発見のための<u>一般血液、生化学、尿検査等の実施</u></li> </ul> </li> <li>抗ウイルス薬の投与を考慮</li> </ul>
中等症Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> <li>SpO<sub>2</sub> ≤ 93%</li> <li>呼吸不全あり</li> </ul>	<p><b>【中等症Ⅰの患者への対応に加えて】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>酸素投与が必要、<u>動脈血液ガス分析検査で呼吸不全の病態を評価</u></li> <li>ステロイドや適応外薬のトシリズマブ投与も検討</li> <li>敗血症や多臓器不全の併発※<sup>2</sup>に留意が必要                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 肺炎の進行状況を確認のため、<u>血液ガス検査や画像検査の必要性を判断し、実施する必要</u></li> <li>➢ SpO<sub>2</sub>が保てなくなった場合は人工呼吸への移行を考慮し、実施</li> </ul> </li> </ul>
重症	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症肺炎</li> </ul>	<p><b>【さらに】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ICUにおいて、人工呼吸器管理が必要</li> <li>ECMOや血液浄化療法、血栓症対策を実施</li> </ul>

※1 高齢者（≥65歳）、基礎疾患を有する者（慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満（BMI ≥ 30））、免疫抑制状態、妊婦

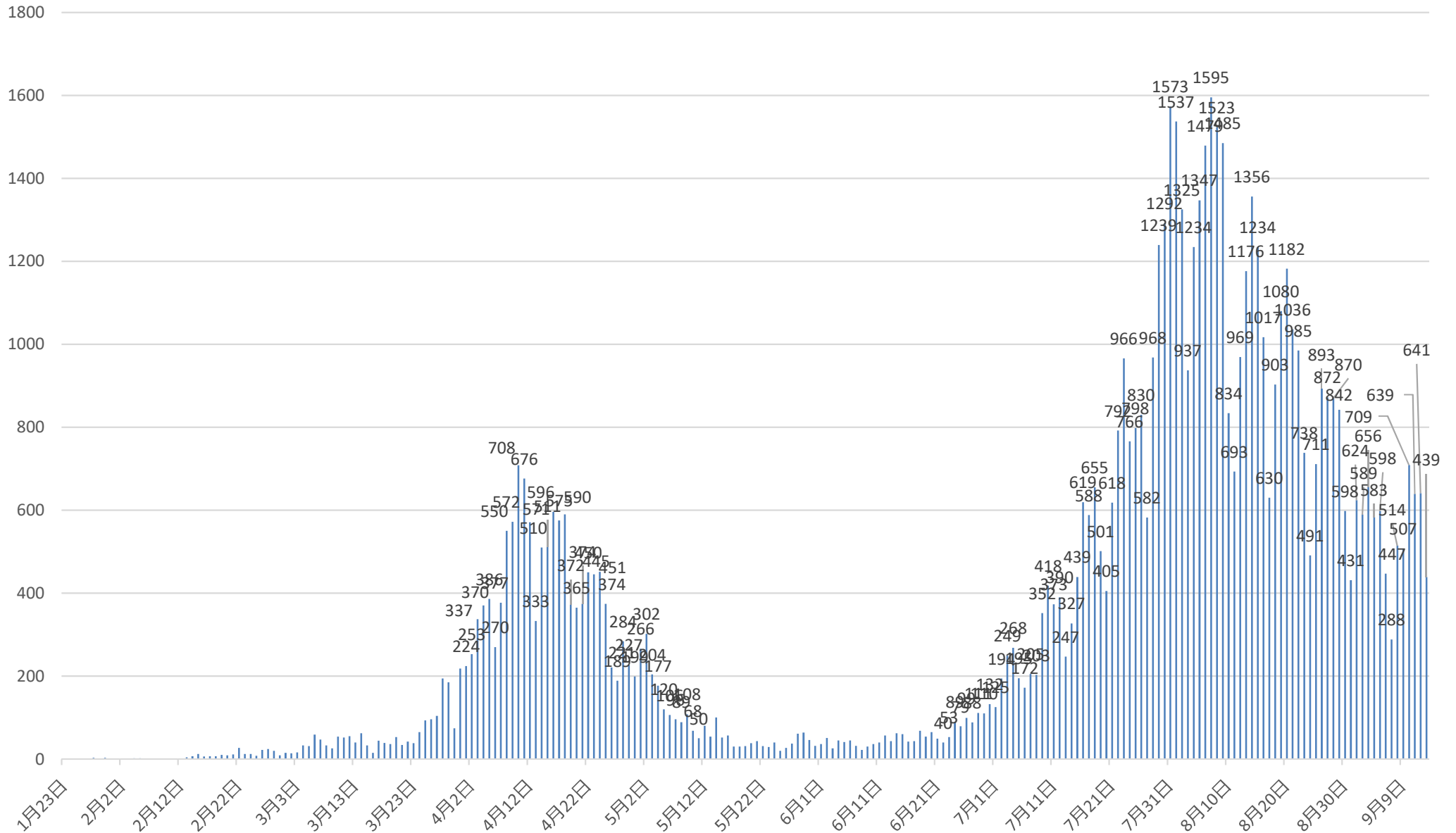
※2 急性呼吸窮迫症候群、心筋障害、急性腎障害、血栓塞栓症、胃炎・胃十二指腸潰瘍、虚血性腸炎

- ✓ 本邦における入院を要したCOVID-19症例のレジストリ(2600例)によれば、酸素投与を要しない軽症例は62%、酸素投与を要した中等症は30%、人工呼吸管理やECMOによる集中治療を要した重症例は9%であった。

# 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

報告日別新規陽性者数

令和2年9月13日24時時点



※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。

※2 5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

【入院中の患者のイメージ】

- 一般病棟に入院している患者については、**発症から2週目までが急速に病状が進行しやすい**ため、診療や巡回の頻度を増やして対応している。その分、個人防護具の脱着などの感染対策の対応が必要。

【中等症Ⅱの患者のイメージ】

- 呼吸不全徴候がみられる患者については、薬物治療（抗ウイルス薬、ステロイド投与等）が必要となり、診療や巡回の頻度増に加えて、重症化の早期発見のために頻回の検査が必要となる。看護必要度の高い高齢者の入院が増加している。
- いったん、人工呼吸器を離脱できたとしても、**急速に再度病状が悪化し、緊急的に再挿管になる方もいる**。臨床経過中のいずれの時点においても病状が急速に悪化するため、継続的なモニタリングと急変時の対応の準備が求められることが大変なところ。
- 呼吸不全状態の患者に対しては、病態に合わせた迅速な治療方針の決定のために、複数医師による相談や多職種連携が必要。



## これまでの診療報酬上の対応

- 特定集中治療室管理料等が算定できない一般病棟における、中等症以上※<sup>1</sup>の新型コロナウイルス感染症患者については、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算を算定できるようにしてきたところ。
  - 新型コロナウイルスに対応した院内感染対策が必要
  - 急速な病状進行に備えた診療・巡回体制が必要

※1 中等症の患者とは、酸素療法が必要な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない患者を想定

## さらなる診療報酬上の対応（案）

- 「診療の手引き」において「中等症Ⅱ」※<sup>2</sup>として位置づけられている、呼吸不全状態の患者に対しては、診療濃度及び管理の実態を踏まえ、評価を見直すこととする
  - 呼吸不全状態である中等症Ⅱの患者については、一般病棟であっても多臓器不全の併発等の重症化を見越して複数の診療領域の医師が協働して様々なリスクに対応できるように診療を行うことが必要
  - 病態を踏まえた迅速な治療方針の決定のために、複数医師による相談や多職種連携が必要
  - 治療の進歩に伴い、重篤度を見極めてそれに応じた治療方針を随時に決定・実施したり、継続的にモニタリング等を行うことが必要



特定集中治療室管理料等が算定できない一般病棟における、呼吸不全状態となる中等症Ⅱ以上の臨床像の患者について、救急医療管理加算の**5倍相当（4,750点）の加算**を算定できることとしてはどうか。

※2 中等症Ⅱの状態とは、診療の手引きに記載されている中等症Ⅱと同等の状態の患者を想定

(参考資料)

## 【診療報酬の算定について】

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

### (1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

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

### (2) 施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

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

### (3) 看護配置の変動に関する取扱い

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

### (4) DPC対象病院の要件等の取扱い

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

### (5) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

### (6) 研修等の取扱いについて

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

## (7) 電話や情報通信機器を用いた診療等の取扱いについて

慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、電話等再診料等を算定できることとした。(外来診療料も同様の取扱い。)

また、上記の場合であって、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料等を支給した場合に、在宅療養指導管理料等を算定できることとした。

さらに、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、管理料等を算定していた患者に対しては、「情報通信機器を用いた場合」の管理料を算定できることとした。

調剤報酬においては、上記の場合であって、当該処方箋情報を受け付けた保険薬局において、当該処方箋情報に基づく調剤を行った場合、調剤技術料等を算定できることとした。

## (8) 緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

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

## (9) D P C / P D P S における取扱い

令和2年3月31日までの期間において、医療資源を最も投入した病名が新型コロナウイルス感染症であった症例については、包括評価の対象外とした。

## (10) 外来における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する外来診療について、受診の時間帯によらず、院内トリアージ実施料を算定できることとした。

## (11) 入院における対応について

新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた患者(入院基本料又は特定入院基本料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定しているものに限る。)について、救急医療管理加算1を算定できることとした。また、その際、最長14日算定できることとした。

さらに、必要な感染予防策を講じた上で実施する新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、第二種感染症指定医療機関の指定の有無に関わらず、二類感染症患者入院診療加算を算定できることとした。

## (12) 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

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。

また、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。

さらに、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。

## (13) 重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療について

救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟において、ICU等における管理が必要な重症の新型コロナウイルス感染症患者については、2倍の点数を算定できることとした。

また、新型コロナウイルス感染症患者のうち、次の状態の患者については、それぞれ次の日数を上限として、特定集中治療室管理料等を算定できることとした。

- (1) 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者 21 日
- (2) 体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者 35 日

#### (14) 患者の重症化等を防ぐための管理及び医療従事者の感染リスクを伴う診療について

中等症（酸素吸入が必要な状態や急変に係るリスク管理が必要な患者）の新型コロナウイルス感染症患者については、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の200に相当する点数（1,900点）を算定できることとした。

また、新型コロナウイルス感染症患者に対する、医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価として、看護配置に応じて、

1日につき別に示す二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定できることとした。

さらに、新型コロナウイルス感染症から回復した後の転院先においても算定できることとした。

#### (15) 在宅医療における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する往診等について、院内トリアージ実施料を算定できることとした（訪問看護については、特別管理加算を算定できることとした。）。

また、定期的な訪問を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、訪問できず、代わりに電話等を用いて診療等を実施した場合には、患者等に十分に説明し同意を得た上で、在宅時医学総合管理料等（※）を算定できることとした（訪問看護については、訪問看護管理療養費、訪問薬剤管理指導については、薬剤服用歴管理指導料の「1」の点数を算定できることとした。）。

※ なお、令和2年4月については、緊急事態宣言が発令された等の状況に鑑み、患者等に十分に説明し同意を得た上で、訪問診療を行えず、電話等による診療のみの場合であっても、在宅時医学総合管理料等を算定できることとした。

#### (16) 専用病床の確保などを行った上で患者の受入れを行う医療機関における診療について

重症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、2倍に引き上げた点数をさらに3倍に引き上げた。

また、中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、救急医療管理加算1の100分の200に相当する点数（1,900点）に引き上げた点数をさらに100分の300（2,850点）に引き上げるとともに、15日目以降も算定できることとした。

#### (17) 疑似症患者の取扱いの明確化について

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

## 【SARS-COV-2（新型コロナウイルス）核酸検出等について】

### ○ PCR検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として行った場合又は新型コロナウイルス感染症の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的としたPCR検査を実施した場合に、医療保険を適用できることとした（あわせて、DPC病院や特定機能病院においてPCR検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。また、①療養病棟入院基本料等を算定する場合②介護老人保健施設等に入所等している場合③入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合に、DPC病院等における取扱いと同様、出来高で算定できることとした。）。

### ○ 抗原検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として抗原検査を実施した場合に、医療保険を適用できることとした。（あわせて、DPC病院や特定機能病院において抗原検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。また、①療養病棟入院基本料等を算定する場合②介護老人保健施設等に入所等している場合③入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合に、DPC病院等における取扱いと同様、出来高で算定できることとした。）。

### ○ 無症状の患者に対する核酸検出について

SARS-COV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を、無症状の患者に対して、医師が必要と判断し、実施した場合は算定できることを明確化した。

## 【その他】

### ○ 医療機関の開設に伴う保険医療機関の指定について

保険医療機関の指定について迅速かつ柔軟に対応することとし、指定期日について、当該医療機関の開設日に遡って指定を認めることとした。

### ○ 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設について

保険医療機関の指定を受けた臨時の医療施設についても、診療報酬の算定方法に基づき算定することとした。

# (参考) 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について (まとめ①)

## 【検査】

従前	3/6	5/13
—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 核酸検出を保険適用 (1,800点 (検体搬送がない場合 1,350点))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 抗原検出を保険適用 (600点)</li> </ul>

## 【外来】

従前	4/8	5/13
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内トリージ実施料 (300点/回)</li> <li>✓ 院内トリージを行う十分な体制が整備されていること</li> <li>✓ 院内トリージの実施基準を定めていること</li> <li>✓ 医療機関が診療応需の態勢を解除し、翌日に態勢を再開するまでの時間に算定可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内トリージ実施料 (300点/回)</li> <li>✓ 受診の時間帯によらない</li> <li>✓ 施設基準を満たしたものとみなす</li> </ul>	同左
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診料 (対面のみ) (288点)</li> <li>・ 電話等再診時の医学管理料の算定は不可</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電話等を用いた初診料 (214点)</li> <li>・ 電話等再診時の医学管理料 (147点)</li> </ul>



# (参考) 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について (まとめ②)

## 【入院】

従前	4/8	4/18	5/26
<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算 (950点/日)</li> <li>✓ 7日を限度として算定可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算 (950点/日)</li> <li>✓ 最長14日間算定可</li> <li>✓ 施設基準を満たしたものとみなす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算×2 (1,900点/日)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算×3 (2,850点/日)</li> <li>✓ 中等症は14日を限度</li> <li>✓ 中等症以上の者で継続的な診療が必要な場合は15日目以降も算定可</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>二類感染症患者入院診療加算 (250点/日)</li> <li>✓ 第二種感染症指定医療機関に入院中の者について算定可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>二類感染症患者入院診療加算 (250点/日)</li> <li>✓ 第二種感染症指定医療機関の指定の有無関わらず算定可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人員配置に応じた二類感染症患者入院診療加算 (250点/日、500点/日又は1,000点/日)</li> <li>✓ 2対1看護配置の場合、1,000点/日を算定可</li> </ul>	同左
<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集中治療室管理料等※</li> </ul> <p>※ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料を指す。</p>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集中治療室管理料等×2</li> <li>✓ 急性血液浄化等の状態の者は21日まで算定可</li> <li>✓ ECMOを必要とする者は35日まで算定可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集中治療室管理料等×3</li> </ul>

## 【患者重症度の考え方】

重症度	4/8	4/18	5/26
<b>重症</b> (→特定集中治療室管理料等を算定できる者)	(定義なし)	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸管理等※を要する者</li> <li>※ ECMO、人工呼吸管理、多臓器不全に対する管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的見地からICU等における管理が必要な者</li> </ul>
<b>中等症</b> (→救急医療管理加算を算定できる者)	(定義なし)	<ul style="list-style-type: none"> <li>酸素吸入が必要な状態の者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的見地から、宿泊・自宅療養の対象とすべきでない者</li> </ul>
<b>軽症</b>	(定義なし)		

## 第 465 回中央社会保険医療協議会総会の採決の結果について

令和 2 年 9 月 14 日  
中央社会保険医療協議会総会会長  
小塩 隆士

第 465 回中央社会保険医療協議会総会における議題に関する採決の結果は、以下のとおりとなった。

### ○ 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について

中央社会保険医療協議会として承認する。

#### (委員からのご意見)

委員名 (敬称略)	ご 意 見
吉森 俊和	<p>中等症の患者のうち、重症者に近いレベルでの治療・看護を必要とする患者に限り、特例的に報酬を手厚くすることは理解する。</p> <p>しかしながら、これまでの対応と同様、5倍とする根拠が定性的な理由にとどまっており、定量的な根拠が示されていない。患者の自己負担はないものの、保険料という形でご負担いただいております。そうした患者や国民の理解を得る観点からも、真に適正な報酬のあり方やその基準を検討すべきタイミングに来ているのではないか。</p> <p>そのためには、国において正確な診療実態を把握することが不可欠であることから、重症度分類ごとの患者数や臨床症候、治療に要した費用等に関する報告制度を整備するなど、より精緻なデータベースの構築に取り組むべきと考える。</p>
幸野 庄司	<p>基準となる救急医療管理加算 1 (950 点) は様々な状態の緊急に入院が必要な重症患者を一律に対象としているなかで、新型コロナウイルス感染症患者のみ中等症を細分化し 3 倍、5 倍の点数を付ける必要があるのか疑問であるが、特例的な対応として捉える。特に中等症 I の患者は状態に幅があるのではないか。</p> <p>救急医療管理加算について令和 2 年度改定で対応したのと同様に、中等症の区分の判断に係る指標の測定結果について診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件化すべき。</p> <p>新型コロナウイルス感染症に対しこれまで行われてきた様々な特例的な対応については、どこかの時点で算定回数や医療費に与えた影響等の検証を行い、継続すべき事項、解除すべき事項、点数や要件等について見直しを行う事項を整理すべき。</p>

委員名（敬称略）	ご 意 見
佐保 昌一	<p>新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る診療報酬上の評価の見直しについては、診療の状況に合わせた対応と理解し、やむを得ないものと考えます。</p> <p>なお、新型コロナウイルス感染症の状況下における臨時・特例的な取扱いであることに鑑み、今後については見直し後の状況を把握・検証し、対応をあらためて整理する必要があると考えます。</p>
眞田 享	<p>今回の対応も含め、これまでの診療報酬上の特例的な対応における診療の実態や保険財政に与える影響などについて中医協として十分な把握・検証をしていくべき。</p>
松本 吉郎	<p>中等症以上の患者さんに対する今回の提案は、現場の負担及び最新の知見を適切に評価したものと評価できるので、賛同する。</p> <p>さらに、今、最も重要なのは、秋冬のインフルエンザ流行期に備えた地域の医療提供体制を整備することである。</p> <p>9月4日に厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策本部から示された事務連絡では、インフルエンザの流行期には多数の発熱患者が発生するものの、インフルエンザと COVID-19 を臨床的に鑑別することは困難であることなどを踏まえ、これまでのように帰国者・接触者相談センターを介するのではなく、かかりつけ医を中心に、地域の身近な医療機関で発熱患者に対応する体制を構築することが示された。</p> <p>多数の発熱患者が発生した際に、地域のかかりつけ医がしっかりと診療できる体制が構築されなければ、国民生活に混乱が生じることも予想される。</p> <p>医療機関としては、発熱している患者さんがインフルエンザなのか COVID-19 なのか分からない状況においては、感染防止に必要な物理的、空間的な対策を講じた上で、診療時間や人手を割いて対応せざるを得ない。</p> <p>これら、地域のかかりつけ医が診療を進められるよう、診療報酬上の対応も含めた検討を行うべきである。</p>
池端 幸彦	<p>全面的に、賛同します。</p>
島 弘志	<p>今回改定されたガイドブックの中等症Ⅱに関しては複数科の医師や多職種の間与が必要な為、救急医療管理加算を5倍に引き上げる事は妥当と考えます。</p>
林 正純	<p>事務局案に賛同します。</p> <p>その上で、医科歯科併設病院における歯科病棟に入院中の患者で、新型コロナ感染症を発症・重症化した場合、医科との連携のもと歯科病棟で対応した場合も同様の対応をお願い頂きたく要望します。</p> <p>また、軽症や無症状の新型コロナ感染患者における歯科治療に関しても、引き続き診療報酬上の特例を検討頂きたく要望します。</p>

委員名（敬称略）	ご 意 見
有澤 賢二	<p>一般病棟において呼吸不全となる中等症患者の対応に関しては、医師をはじめとする院内多職種連携が重要、東京や都市圏に於ける新規感染者数は全体として減少傾向にあるもののまだ予断できるものではないことから体制強化を進める意義からも救急医療管理加算の5倍相当の加算については妥当と考える。</p> <p>ただし、今後これらについての検証を十分に行うことも必要と考える。</p>
秋山 美紀	<p>中等症にも段階があり、実態の即した変更は必要だろうと思います。ただ、引き上げ幅が妥当なのかという検証は必要ではないかと思えます。</p>
荒井 耕	<p>緊急を要する中での加算点数の修正であり、その点数水準の財務的な観点からの妥当性を現時点で厳密に評価することは困難であるため、今回の改定を承認する。</p> <p>ただし、本加算については、その重要性を考慮すると、事後的にはその財務的根拠（収入・費用の両面における）について検証がなされるべきではないかと考える。</p>
関 ふ佐子	<p>中央社会保険医療協議会は、三者がその場で意見交換し協議をして結論を導いていく体制そのものに一つの意義がある会議体である。こうした会議の体制、審議にあたっての手続きは最大限に担保されるべきであり、持ち回り審議は、やむを得ない緊急時などに限定されるべきである。</p> <p>持ち回り審議となるか否かは、政府全体の新型コロナウイルス対策の審議過程にも左右されよう。今後は、政府全体において、緊急時ではない今回の場合などは、手続保障を重視し、審議日程を計画することを要望する。</p>
永瀬 伸子	<p>新型コロナウイルス感染症下の医療の状況について、統計の再集計や統計調査を通じ、さらなる現状把握と対応の検証が望まれる。</p>
中村 洋	<p>現場が混乱しない、わかりやすい書きぶりをお願いしたい。</p>