中央社会保険医療協議会 総会（第 487 回）（持ち回り開催）
議事次第

議　題

〇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への対応と
その影響等を踏まえた
診療報酬上の取扱いについて

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況について
2. 今般の対応について

新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和3年8月21日24時時点

	PCR検査実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除となった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5)(チャーター便帰国者を除く)	19,651,418 (+113,293)	1,273,652 (+25,461)※2	203,540 (+10,185)	1,891 (+3) ※6	1,048,617 (+14,703)	15,589 (+33)	6,418 (+306)
空港・海港検疫	958,709 (+3,658)※7	3,784 (+12)	171 (-5)	0	3,606 (+17)	7	0
チャーター便帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	20,607,298 (+117,786)	1,277,439 (+25,492)※2	203,716 (+10,203)	1,891 (+3) ※6	1,052,221 (+14,716)	15,596 (+33)	6,418 (+306)

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

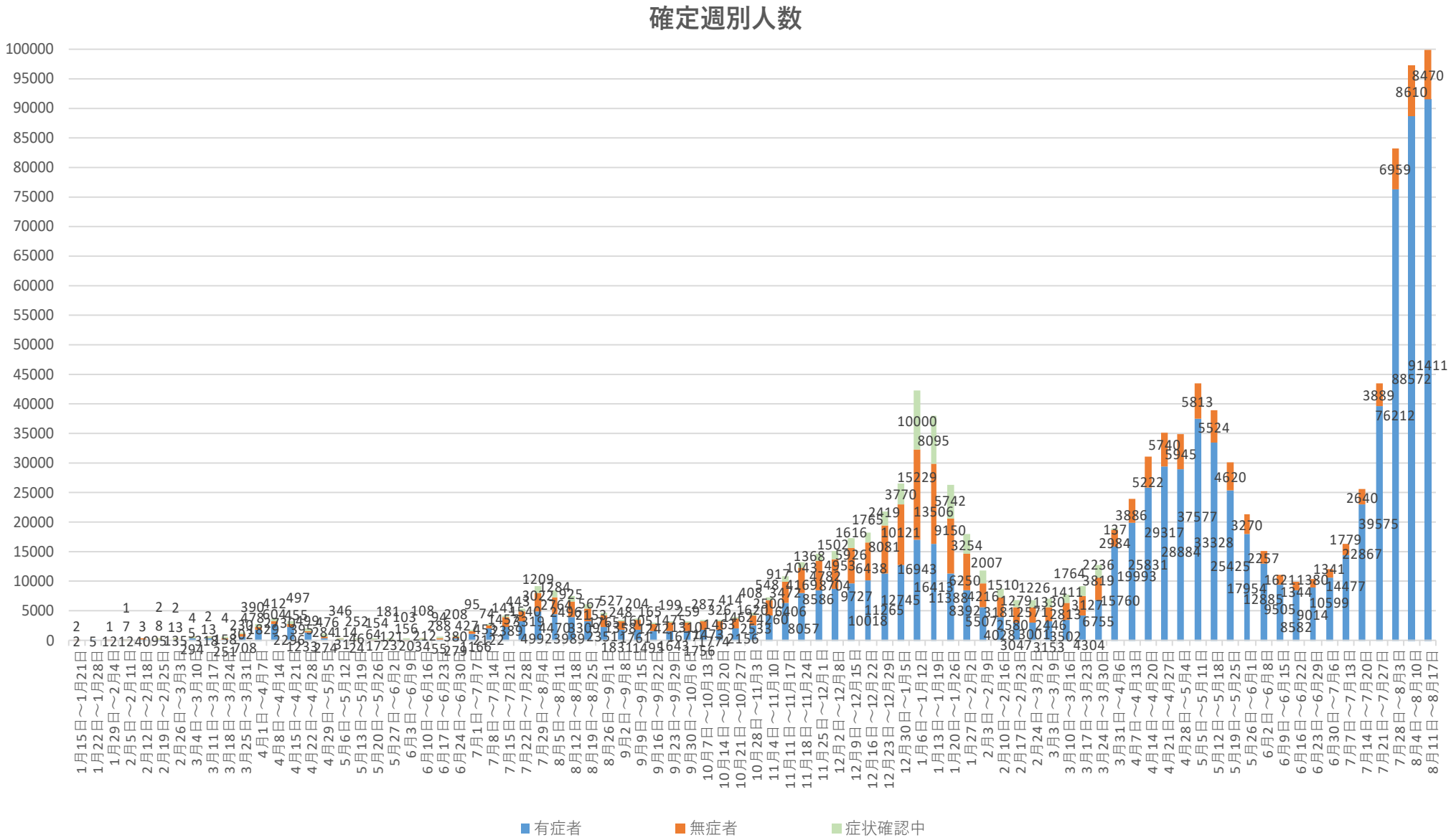
【上陸前事例】括弧内は前日比

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

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

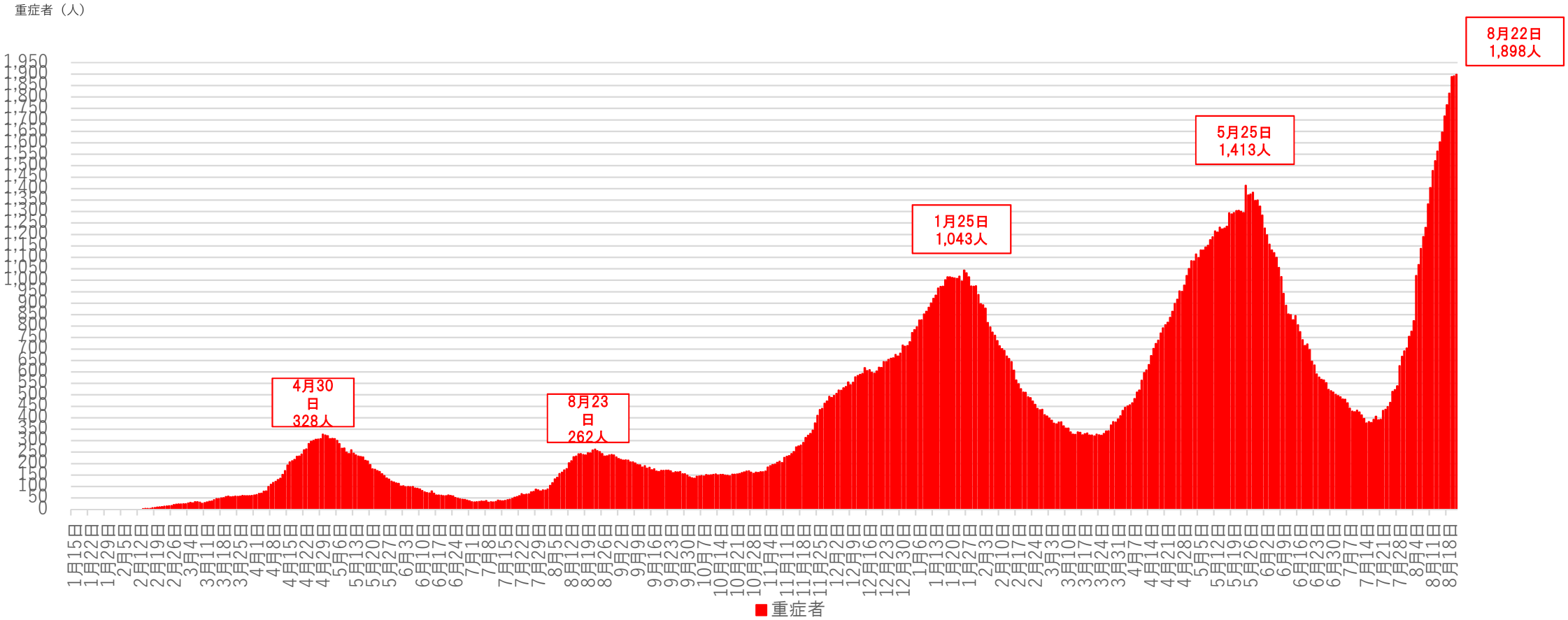
新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値）

（令和３年８月18日18時時点）
【註1】チャーター機、クルーズ船案件は除く
【註2】医療機関からの届出情報との突合前



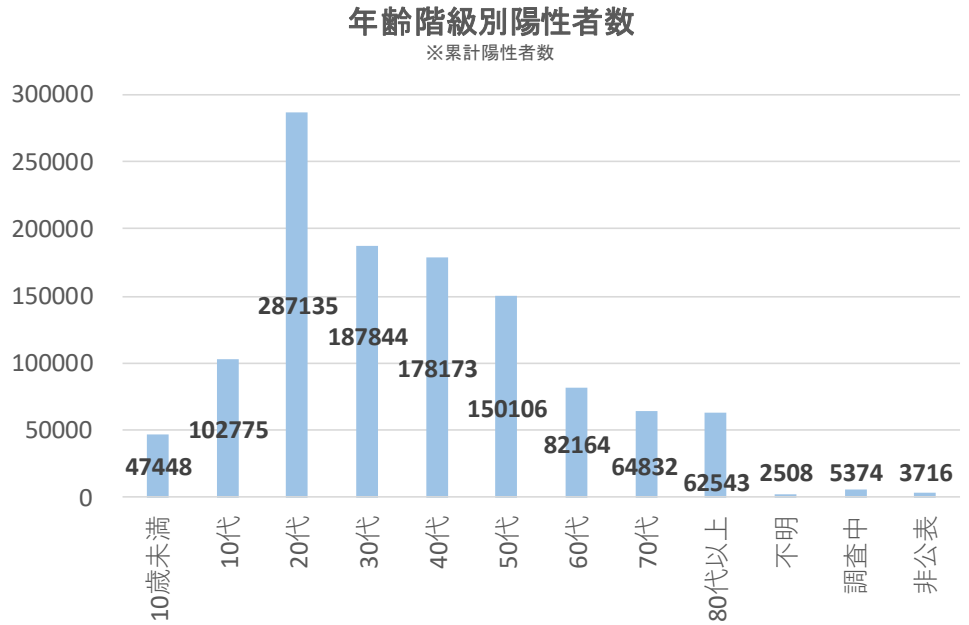
注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成しており、再陽性者については、新たな発症として集計しているため、
総数は現在当省HPで公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数とは一致しない。

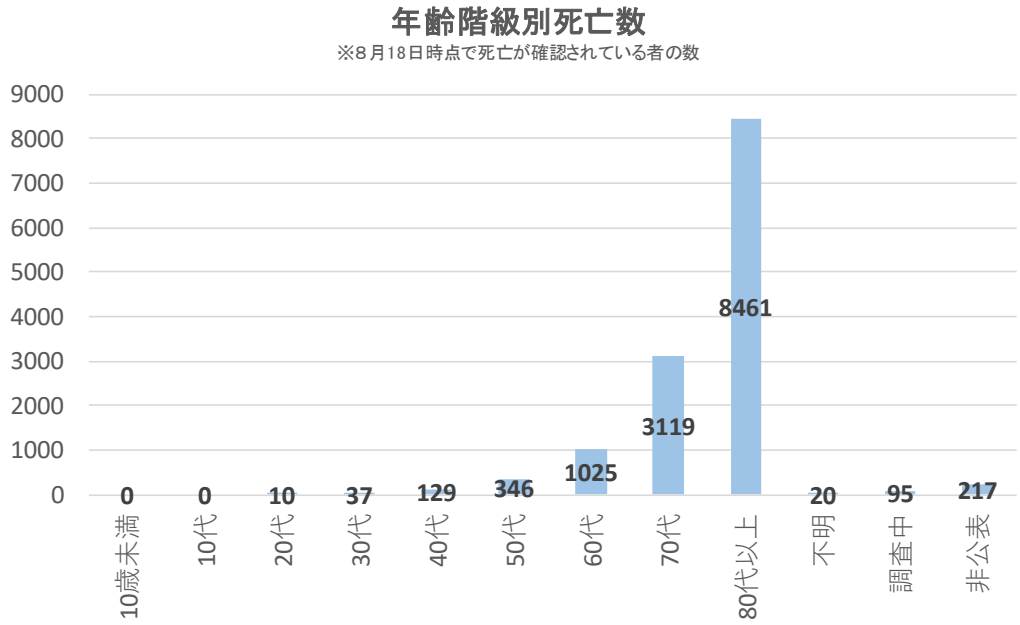
重症者の推移



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

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値）
（陽性者数・死亡者数）　令和３年８月18日18時時点





陽性者数

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	47448	102775	287135	187844	178173	150106	82164	64832	62543	1174618
男	24327	55624	153659	109306	103818	83141	45522	32745	22709	632748
女	22680	46467	132171	77586	73469	66086	36072	31642	39436	527585

死亡者数

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0	0	10	37	129	346	1025	3119	8461	13459
男	0	0	8	26	104	274	792	2183	4184	7606
女	0	0	2	10	25	68	223	907	4185	5459

死亡率（%）

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	1.2	4.8	13.5	1.1
男	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	1.7	6.7	18.4	1.2
女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	2.9	10.6	1.0

【死亡率】
年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

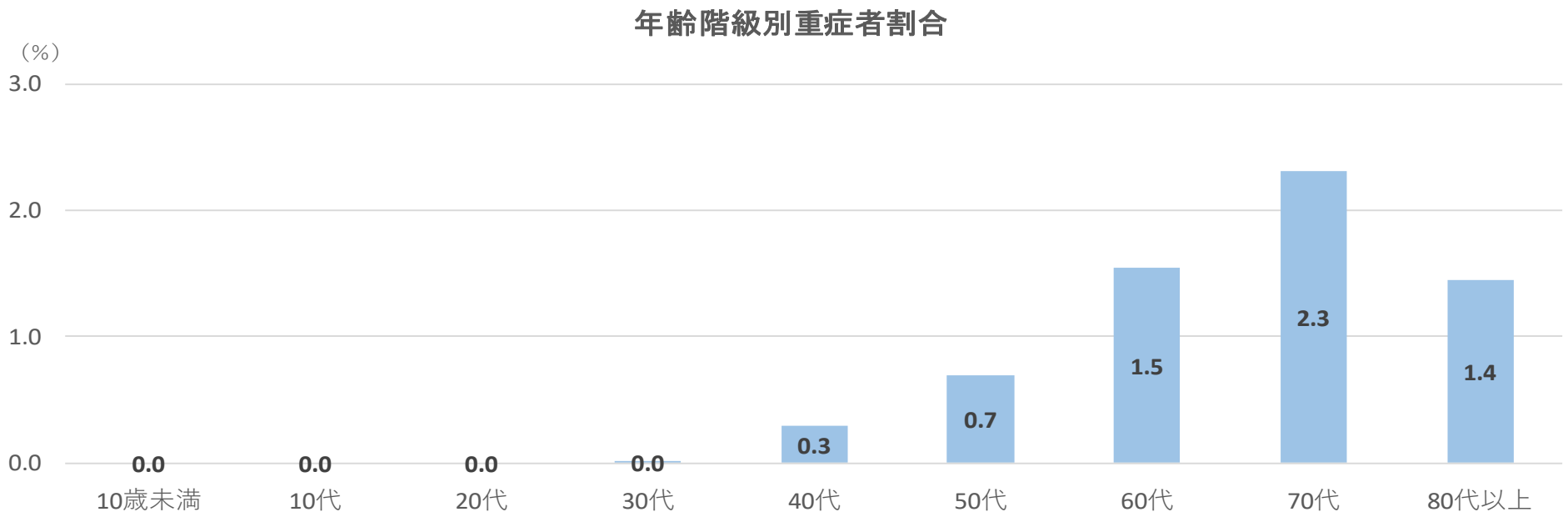
注１：現在厚労省HPで毎日更新している陽性者数・死亡者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における陽性者数・死亡者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

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

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

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値）（重症者割合）

令和３年８月18日18時時点



重症者割合（%）、重症者数（人）、入院治療等を要する

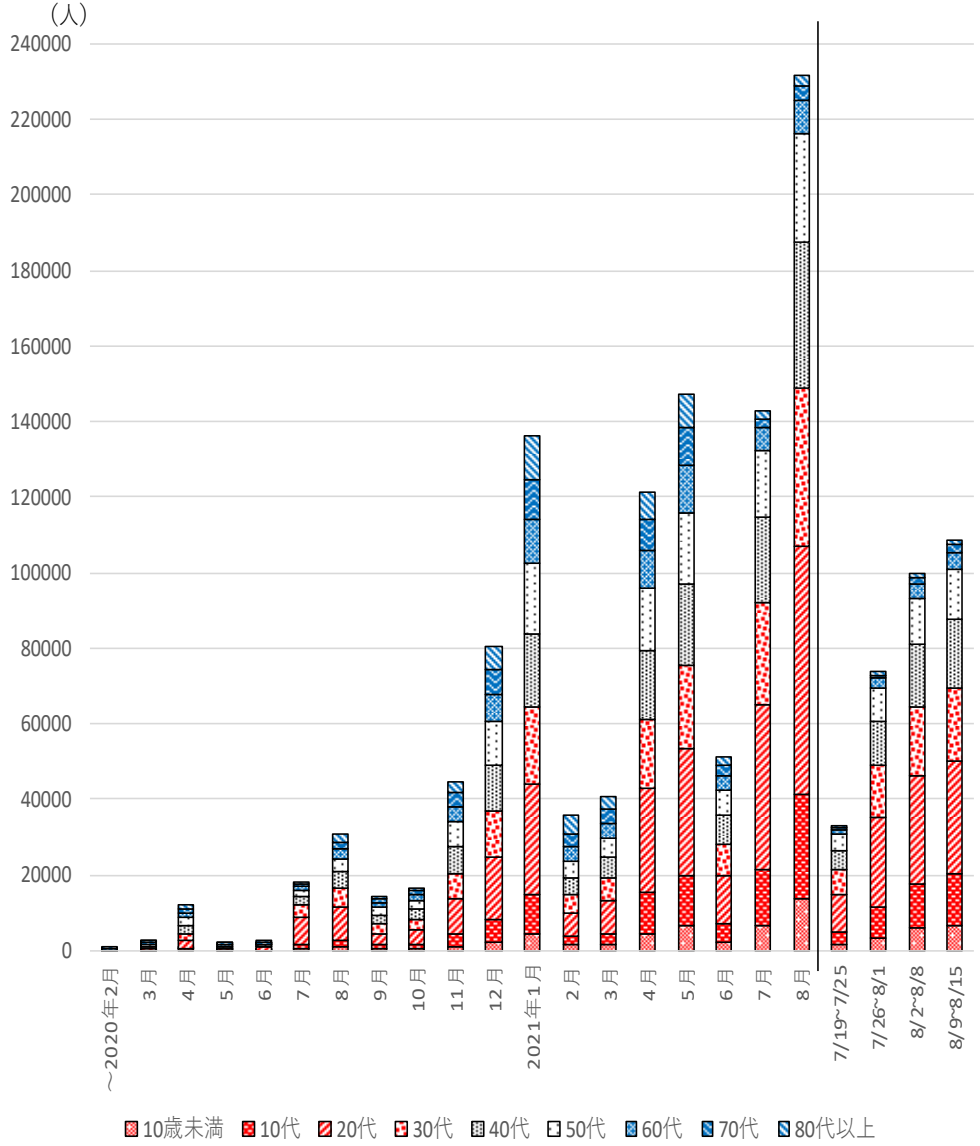
	全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	不明	調査中	非公表
重症者割合（%）	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.7	1.5	2.3	1.4	0.0	0.8	0.2
重症者数（人）	482	0	0	0	1	43	88	111	146	85	0	7	1
入院治療等を要する者（人）	96127	3721	7393	22020	14907	14692	12780	7192	6313	5866	13	826	404

【重症者割合】
年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

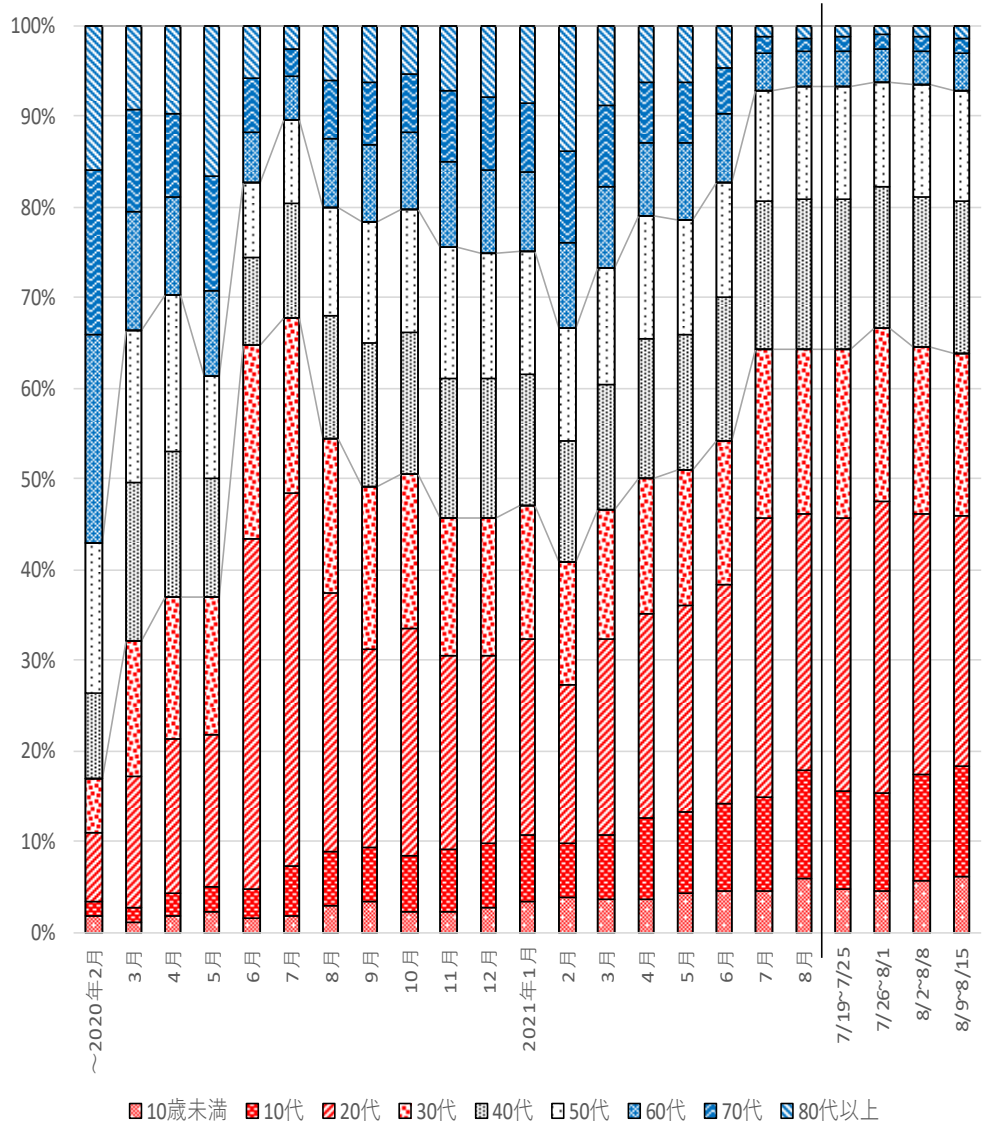
注１：現在厚労省HPで毎日更新している重症者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における重症者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

年齢階級別新規陽性者数の推移



年齢階級別新規陽性者数の構成割合の推移



注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成したもの（令和３年８月18日18時時点）。
確定日、年齢階級が把握できていないデータ（調査中、非公表、不明）は含まれていない。

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況について
2. 今般の対応について

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」について①

○　令和２年９月以降も、新たな知見をもとに、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」がアップデートされている。

【診療の手引き検討委員会】
「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」
第３版（令和２年９月４日発行）（抜粋）

1　病原体・疫学
1．病原体
（略）
SARS-CoV-2 は，SARS やMERS の病原体と同じβコロナウイルスに分類される動物由来コロナウイルスと判明したが，宿主動物はまだ分かっていない．現在はヒト- ヒト感染によって流行が世界的に広がっている状況である．SARS-CoV-2 による感染症をCOVID-19（感染症法では新型コロナウイルス感染症）と呼ぶ.

第5.2版（令和３年７月30日発行）（抜粋）

1　病原体・疫学
1．病原体
（略）
SARS−CoV−2 は，SARS やMERS の病原体と同じβコロナウイルスに分類される動物由来コロナウイルスと判明したが，宿主動物はまだ分かっていない．現在はヒト−ヒト感染によって流行が世界的に広がっている状況である．SARS−CoV−2 による感染症をCOVID−19（感染症法では新型コロナウイルス感染症）と呼ぶ.
2020 年末頃より，感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS−CoV−2 の変異株Variants of Concern（VOC）として，B.1.1.7 系統の変異株 （アルファ株），B.1.351 系統の変異株（ベータ株），P.1 系統の変異株 （ガンマ株）等が世界各地で報告されている．加えて世界保健機関（WHO）は2021 年5 月，B.1.617 系統もVOC に分類した（のちにB.1.617 系統の3 亜系統のうちB.1.617.2 系統（デルタ株）だけをVOC とし，他の２系統を格下げ），日本国内においては，2021 年6 月現在，B.1.1.7, B.1.351, P.1, B.1.617.2 の４系統がVOC に分類されており，2021年５月初旬の時点で感染者から検出されるウイルスはほぼアルファ株に置き換わっている．さらに，6 月以降デルタ株の検出が増加しており，地域差が認められる．また，感染・伝播性に変化はないと考えられるが注目すべき変異株として，Variants of Interest（VOI）がある．日本国内ではB.1.617.1 系統の変異株（カッパ株）が知られる．なお，WHO は2021 年5 月31 日にそれぞれのVOCs, VOIs にギリシャ文字を用いた呼称を使用すると発表したことを受け，本稿も以降ギリシャ文字を用いた呼称を用いる.

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」について②

第３版（令和２年９月４日発行）（抜粋）

２　臨床像

２．重症化のリスク因子

表 2-1　重症化のリスク因子

重症化のリスク因子	重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患等
・65 歳以上の高齢者 ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・慢性腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・心血管疾患 ・肥満（BMI 30 以上）	・生物学的製剤の使用 ・臓器移植後やその他の免疫不全 ・HIV 感染症（特に CD4 <200 /L） ・喫煙歴 ・妊婦 ・悪性腫瘍

・以下が重症化マーカーとして有用な可能性がある．
① D ダイマーの上昇，② CRP の上昇，③ LDH の上昇，④フェリチンの上昇，⑤リンパ球の低下，⑥クレアチニンの上昇，⑦トロポニンの上昇，⑧ KL-6 の上昇

・全体的な臨床像を重視して，臨床判断の一部として活用する必要がある．

第5.2版（令和３年７月30日発行）（抜粋）

２　臨床像

２．重症化のリスク因子

表 2-1　重症化のリスク因子

重症化のリスク因子	評価中の要注意な基礎疾患など
・65 歳以上の高齢者[1)] ・悪性腫瘍[2)] ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）[3)] ・慢性腎臓病[4)] ・２型糖尿病[5)] ・高血圧[6)、7)] ・脂質異常症[1)] ・肥満（BMI 30 以上）[8)] ・喫煙[6)] ・固形臓器移植後の免疫不全[9)] ・妊娠後期[13,14)]	・ステロイド[10)]や生物学的製剤[11)]の使用 ・HIV 感染症（特に CD4 <200 /μL）[12)]

・以下の血液検査所見は重症化マーカーとして有用な可能性があるが，臨床判断の一部として活用する．
①白血球の上昇，② D ダイマーの上昇，③ CRP の上昇，④ LDH の上昇，⑤フェリチンの上昇，⑥リンパ球の低下，⑦クレアチニンの上昇，⑧トロポニンの上昇，⑨ KL-6 の上昇，⑩ IFN-λ3の上昇，⑪ IL-6 の上昇，⑫ IP-10 の上昇，⑬ CXCL9 の上昇，⑭ TARC（CCL17）の低値

・重症例ではインターフェロン産生の低下に関連する遺伝子変異の割合が高いとする報告がある．

・IFN-λ3（インターフェロンラムダ３）は，SARS-CoV-2 に感染した患者の血中で，酸素投与を要する中等症Ⅱ以上の症状を示す1 ～ 3 日前に上昇することが知られており，SARS-CoV- 2陽性の，基本的には入院患者を対象に，測定を実施することで重症化を予測できる可能性がある．ただし，IFN-λ3 陽性の場合は陰性の場合に比べて重症化のリスクが高いが，陰性であっても重症化の可能性を完全に除外することは困難であることに留意すること．

・TARC は，SARS-CoV-2 に感染した患者の血中で，酸素投与を要する中等症Ⅱ以上の重症化に至る患者では発症初期から重症化するまでの期間は低値を示すことが知られている．このため，SARS-CoV-2 陽性の患者を対象に1 回測定することで，重症化する患者を特定できる可能性がある．ただし，重症化するタイミングを予測することはできないことに留意すること．

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」について③

第３版（令和２年９月４日発行）（抜粋）

4　重症度分類とマネジメント

1．重症度分類（医療従事者が評価する基準）

重症度	飽和酸素度	臨床状態	診療のポイント
軽　症	$SpO_2 \geq 96\%$	呼吸器症状なし 咳のみ息切れなし	・多くが自然軽快するが，急速に病状が進行することもある ・リスク因子のある患者は入院とする
中等症 I 呼吸不全なし	$93\% < SpO_2 < 96\%$	息切れ，肺炎所見	・入院の上で慎重に観察 ・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある ・患者の不安に対処することも重要
中等症 II 呼吸不全あり	$SpO_2 \leq 93\%$	酸素投与が必要	・呼吸不全の原因を推定 ・高度な医療を行える施設へ転院を検討 ・ネーザルハイフロー，CPAP などの使用をできるだけ避け，エアロゾル発生を抑制
重　症		ICU に入室 or 人工呼吸器が必要	・人工呼吸器管理に基づく重症肺炎の２分類（L 型，H 型） ・L 型：肺はやわらかく，換気量が増加 ・H 型：肺水腫で，ECMO の導入を検討 ・L 型から H 型への移行は判定が困難

注

- COVID-19 で死亡する症例は，呼吸不全が多いために重症度は呼吸器症状（特に息切れ）と酸素化を中心に分類した．
- SpO2 を測定し酸素化の状態を客観的に判断することが望ましい．
- 呼吸不全の定義は PaO2 ≦ 60 mmHg であり SpO2 ≦ 90% に相当するが，SpO2 は 3% の誤差が予測されるので SpO2 ≦ 93% とした．
- 肺炎の有無を把握するために，院内感染対策を行い，可能な範囲で胸部 CT を撮影することが望ましい．
- 軽症であっても，症状の増悪，新たな症状の出現に注意が必要である．
- ここに示す重症度は中国や米国 NIH の重症度とは異なっていることに留意すること．

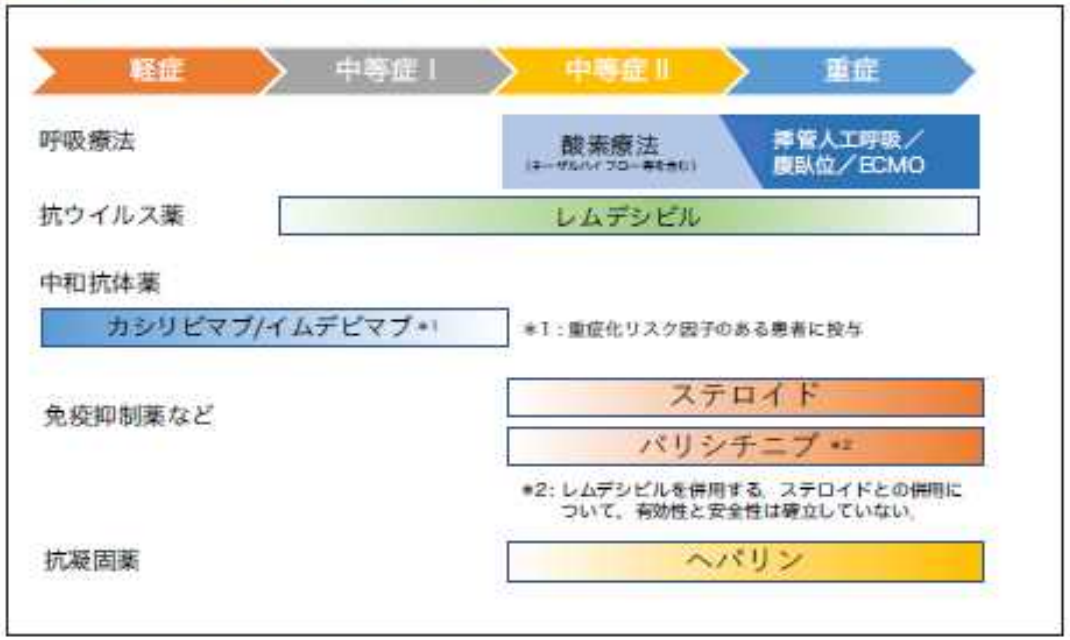
第5.2版（令和３年７月30日発行）（抜粋）

2　重症度分類とマネジメント

1．重症度分類（医療従事者が評価する基準）

（左記に加えて、以下の記載あり）

図 4-1　重症度別マネジメントのまとめ



- 重症度は発症からの日数，重症化リスク因子，合併症などを考慮して，繰り返し評価を行うことが重要である．
- 個々の患者の治療は，基礎疾患や患者の意思，地域の医療体制などを加味した上で個別に判断する．
- 薬物療法はCOVID-19 やその合併症を適応症として日本国内で承認されている薬剤のみを記載した．詳細な使用法は，添付文書などを参照する．
- 有効性と安全性が確立していないそのほかの薬剤は，治験や臨床研究として使用されることが望ましい．

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」について④

第３版（令和２年９月４日発行）（抜粋）

５　薬物療法
　現在も，COVID-19 に対する抗ウイルス薬や，その症状に応じたさまざまな治療薬の開発が進められているところであり，以下の薬剤は国内外で，治験や臨床研究などが実施されているものである．薬物療法を検討するに際しては，日本感染症学会が取りまとめる『COVID-19に対する薬物治療の考え方』等も参照することが望ましい．

　１．日本国内で承認されている医薬品
【レムデシビル】（RNA合成酵素阻害薬）：2020年５月７日に特例承認
（中略）
【デキサメタゾン】（ステロイド薬）
（中略）

第5.2版（令和３年７月30日発行）（抜粋）

５　薬物療法
　COVID-19 に対する治療薬は開発が進められているところである．薬物療法を検討するに際しては，日本感染症学会が取りまとめる『COVID-19 に対する薬物治療の考え方』等も参照することが望ましい．
　なお，国内外で使用されたヒドロキシクロロキンとロピナビル・リトナビル，およびカモスタットは，臨床試験によって有効性が認められず，投与すべきでない．また，特殊免疫（高度免疫）グロブリン製剤については，日本の医療機関も参加した国際多施設共同研究において，主要評価項目を達成せずと報告された．
　また，中和抗体薬のカシリビマブ/ イムデビマブが2021 年7 月19 日に特例承認された．医療現場では，重症患者の増加による負担が懸念されているところもあり，本剤を適切に使用することにより，軽症患者の重症化を防止することは，医療提供体制の確保の観点からも重要と考えられる．

　１．日本で承認されている医薬品
【レムデシビル】（RNA合成酵素阻害薬）：2020年５月７日に特例承認，2021年１月７日より適応拡大
（中略）
【デキサメタゾン】（ステロイド薬）
（中略）
【バリシチニブ】【ヤヌスキナーゼ（JAK）阻害剤】：2021年４月23日に追加承認
（中略）
【カシリビマブ／イムデビマブ】（中和抗体薬）
（中略）
〔投与時の注意点〕
1) 臨床試験における主な投与経験を踏まえ，SARS-CoV-2 による感染症の重症化リスク因子を有し，酸素投与を要しない患者（本手引きにおける軽症から中等症Ⅰ）を対象に投与を行うこと．
2) 高流量酸素または人工呼吸器管理を要する患者において症状が悪化したとの報告がある．
3) 本剤の中和活性が低いSARS-CoV-2 変異株に対しては本剤の有効性が期待できない可能性があるため，SARS-CoV-2 の最新の流行株の情報を踏まえ，本剤投与の適切性を検討すること．
4) SARS-CoV-2 による感染症の症状が発現してから速やかに投与すること．臨床試験において，症状発現から8 日目以降に投与を開始した患者における有効性を裏づけるデータは得られていない．
5) 重症化リスク因子については，次ページの表5-1 を参考にする．

新型コロナウイルス感染症に係る診療の変化について

○　新型コロナウイルス感染症患者の診療に携わる医療機関の医師にヒアリングを行った。昨年秋頃までと比較して、直近の新型コロナウイルス感染症の診療では、以下のような変化が生じているとのことだった。

【患者像】

- 患者がより若年となり、
  - 人工呼吸器やＥＣＭＯを使用するほどの重症患者よりも、相対的に高用量酸素や非侵襲性換気などを使用している患者が多くなっている。こういった患者のARDSの病態は、遷延する傾向がみられる。
  - 中等症でも酸素化が悪いような重篤な患者が多く、より医療的に酸素化の状況や身体所見などをよく観察する必要がある。
  - 若年であるために、高齢者と比較して早期に回復することも多く、入院が短期間で終了し、病床の回転率が上昇して、入院初期に要する手間が増加している。

【患者の受入れ】

- 中等症を受入れた後に、重症化しても、重症になった患者を引き続き診療する必要性がある。そのため、中等症を引き受ける際には、重症化を見越して管理を続ける必要がある。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応（案）

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

１．新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る評価

○　令和２年９月以降、新型コロナウイルス感染症の感染状況・診療には、以下のような変化が生じている。

- 新型コロナウイルス感染症患者の年齢構成が、若年齢層にシフトしている。
- より多くの重症化のリスク因子が明らかとなるなど、診療の際に注意を要する事項が増加している。
- 新たな知見に基づく、医薬品の使用が進んでいる。
  - ▼　～中等症Ⅰの患者に対する中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与が可能になった。
  - ▼　中等症Ⅱ以上の患者に対するバリシチニブ（レムデシビルと併用）の投与が可能となった。

○　これらの変化を踏まえ、以下のような診療の必要性が生じている。

- 患者像の変化に対応するため、多職種連携を含むより手厚い体制に係る医療従事者のさらなる確保が必要
- 病態を踏まえた迅速な治療方針の決定や重症化に備え、重点的な観察・頻回の検査等が必要
- 血液検査で重症化マーカーを検索・フォローし、より重篤な状況への移行を見極める必要

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

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

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

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

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

参考資料

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

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

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

- 重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を３倍に引き上げる。

  ※　例：特定集中治療室管理料３（平時）9,697点　→　臨時特例（２倍）19,394点　→　更なる見直し（３倍）29,091点

- 中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の３倍相当（2,850点）の加算を算定できることとする。

＊１　専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関であること。

２．重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

- 重症患者の対象範囲について、医学的な見地からＩＣＵ等における管理が必要な患者を追加する。
- 中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者（＊２）を追加する。

＊２　免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクを鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない者を想定。

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

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

４．疑似症患者の取扱いの明確化

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

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

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

さらなる診療報酬上の対応

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

中等症の患者に対する診療・管理の実態

【重症化早期発見のために】
- ✓　１日3回のバイタルチェック
- ✓　一般血液、生化学、尿検査の実施
- ✓　抗ウイルス薬投与の検討

＋

「呼吸不全状態の中等症の患者」の場合

【敗血症・多臓器不全の併発を念頭に】
- ✓　酸素療法の開始
- ✓　動脈血液ガス分析・画像検査等の実施
- ✓　ステロイド薬等の投与を検討
- ✓　人工呼吸への移行を考慮

↓

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

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

第 487 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３年８月 26 日
中央社会保険医療協議会総会会長
小塩　隆士

第 487 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
安藤　伸樹	４倍、６倍という水準について確たる根拠はなく、また、この特例的な対応は、新たな病床確保に資するというよりも、現に新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れている医療機関を支援することが主たる効果となるものと認識している。現に患者を受け入れている医療機関の状況を踏まえ、診療報酬を特例的に引き上げるという方向性については理解できるものの、具体的な水準については根拠がないことから検証もできず、意見を表明すること自体が困難である。また、現在の喫緊の課題である病床確保という点では、診療報酬引上げの効果は限定的であり、この診療報酬上の特例的な対応のみでは、課題は到底解決されるものではない。厚生労働省全体として病床確保という課題に対応する中で、保険局が使えるツールとしての診療報酬でも可能な対応を行う、という考え方に基づいたご提案と理解しているが、目的と効果のミスマッチを踏まえれば最善の策ではないことは明らかで、診療報酬というツールで対応すること自体にも疑問がある。医療現場の支援に当たっては、診療報酬上の対応と公的費用での対応とを明確に区別することが必要であると考える。厚生労働省全体として、病床確保という喫緊の課題に、あらゆるツールを検討・活用し、尽力していただきたい。
幸野　庄司	重症患者の増加により、受入れ病床と人材の確保が困難な医療機関が、病床や人材を確保するために必要な費用に対する特例的な対応と理解する。今回の対応のみならず、今までの対応や診療報酬以外の措置に各医療機関が呼応し、受入れ可能病床数が着実に増加しているかについては、しっかりと検証する必要がある。また、現行の救急医療管理加算３倍は「中等症の患者」が対象になっているが、資料では「入院加療を実施している患者」とされており、入院患者の全てが該当するとの誤解を与えるのではないか。救急医療管理加算４倍の対象が「呼吸不全管理を要しない中等症の患者」であることを、明確に通知に記載すべき。

委員名（敬称略）	ご　　意　　見
佐保　昌一	新型コロナウイルス感染症の状況、診療状況を踏まえると、今回の特例的な対応について承認いたします。その上で、医療従事者の確保や、現に診療に携わっている医療従事者の処遇改善に診療報酬が活用されたのかどうか、また特例的な対応にかかるエビデンスについて、時期を見て調査・検証を行うようお願いいたします。自宅療養では、重症化や家族感染の拡大につながっていきますので、既存の医療機関での病床確保と合わせて、大規模施設等を活用して入院治療を行う取り組みなどを進める際は、病院に勤務する医療人材の負担増とならないよう、円滑な人材確保策を講ずるべきと考えます。さらに、医療従事者の心身の疲労が大きくなっていると思いますので、心身のケアへの支援や、悩み相談窓口などの整備をお願いいたします。
間宮　清	厚労大臣や都知事からの要請に対して、医療機関の迅速な対応により、これ以上医療を受けられずに亡くなる方が出ないことを期待します。
眞田　享	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ついて、人材確保の状況をはじめとする診療の実態や、保険財政に与える影響なども含めて中医協として十分な把握・検証をしていくべき。
松浦　満晴	現在の感染症急拡大状況を勘案するとやむを得ないと判断しますが、治療を必要とする全ての患者が確実に治療を受けられる事が、一番重要であり、この対応により意図した方向に確実に使用されているかの検証が必要であると考えます。
末松　則子	新型コロナウイルス感染症についての発生状況は、年齢の若年化や容態の急変によるリスク管理が必要としている患者が増えてきているので、今回の対応について、承認するが、あくまでも特例とした考え方にしてほしい。
城守　国斗 松本　吉郎 長島　公之	新型コロナウイルスの感染状況・診療の変化を踏まえ、生じた診療の必要性に基づき、今回提案された特例的評価の引き上げについては妥当と考える。 現在、まさに緊急事態の状況にある。中等症のみならず、重症入院患者のほか、自宅・宿泊療養中の患者への対応等も含め、医療全体での総力戦が求められている。 このような中、医療機関を運営するために、診療報酬上の特例に加え補助金を合わせてなんとか経営を維持している状況にあることから、今後も引き続き、入院のみならず、外来や在宅など、広くニーズをとらえて、現場のニーズに合致した、より実効性のある更なる診療報酬上の支援の拡充についても検討すべきと考える。 ９月末が期限となっている特例や経過措置、補助金の継続はもちろんのこと、すでに手当されているものが有効に機能しているかなどの確認・修正が必要である。

委員名（敬称略）	ご　　意　　見
池端　幸彦	全国的な感染拡大によって益々入院医療体制が逼迫してきている現状を鑑み、非常に適切な対応と考えます。限りある財源ではありますが、現状を「有事」と捉えて今後の状況を慎重に見定めながら、現場の情報を的確に収集し、必要に応じて中医協で可能な更なる診療報酬上の対策もご検討頂ければ幸いです。また現在、本年９月末で切れることになっている様々な経過措置や診療報酬上の新型コロナ感染症対応についても、併せて再延長の方向でご検討頂きたいと思います。
島　弘志	第５波の感染拡大に伴い、コロナ対応に日本中の医療機関は、必死に頑張っていますので、救急医療管理加算での評価引き上げに関しては、全く異論はございません。
林　正純	持ち回り議案に関しては賛同します。その上で、コロナ陽性患者の急増に伴い、宿泊施設や自宅療養者からの歯科治療の要請も増加し、電話等通信機器を用いた診療のみならず、訪問歯科診療も含めて対応せざるを得ないケースも出てきています。現場の歯科医療提供体制維持にもご配慮いただき、引き続きご検討よろしくお願いいたします。
秋山　美紀	コロナ患者を受け入れ治療に尽力している医療機関に対するインセンティブだと理解し，承認いたします。一方で、コロナで浮き彫りになった医療提供体制の課題の多くは，診療報酬のみでは解決するものではなく、総合的な視点で（部局を超えて）議論し、大きな方向性を見定めて解決に向けて取り組んでいただく必要があると感じています。
飯塚　敏晃	現在、コロナ病床の確保の難しさの理由の一つとして、医療従事者の確保の難しさが指摘されており、今回の診療報酬引き上げがその問題解決に寄与することを期待する。一方で、診療報酬の引き上げや各種補助金が、実際にコロナ病床や病院の医療従事者の増加につながったのかの検証が必要であろう。また、危機的状況下において、病院間や病院と診療所間で医療従事者の交流を柔軟に行う方策を、厚労省として別途検討していく必要があると考える。
関　ふ佐子	承認するが、こうした重要案件について中央社会保険医療協議会を持ち回りで開催する点などについて疑問が残る。閣議決定のタイミングなどから最終的には持ち回りで審議するとしても、今後は、予め協議できる内容について、非公開やオンラインという方法も含めて中医協で審議する形としてほしい。 また、医療保険制度の対応を検討するにあたっては、新型コロナウイルス感染症をめぐる様々な政策の全体像がみえないと議論が難しい。今後は、可能な範囲で、非公開も含めて対策の全体像も委員に情報共有したうえで、議論を進める形としてほしい。医療保険制度は保険者側、医療側、公益の３者が協議し合意形成した結果成り立つ制度である。医療が危機的な状況に直面している際も、さらにはそうした状況だからこそ、中医協の委員に可能な情報を共有し協議したうえで意思決定をしていくことが重要であると考える。

委員名（敬称略）	ご　　意　　見
永瀬　伸子	コロナウイルス感染症の急拡大の中で入院難が見られる。コロナ入院患者への特例的な対応としての診療報酬の評価の引き上げは、病床拡大のインセンティブとなる。しかし金銭的な誘導のみでは、変化は緩やかであろう。合わせて病床不足の解消を後押しする積極施策が政府全体としてとられることを期待している。
中村　洋	現状の最大の課題は、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床数が不足していることと感じています。 そこで、新型コロナウイルス感染症患者のために必要な病床数を確保するために、何がボトルネック（障害）になっているかを予め調査（ヒアリングなどで）をしたうえで、それらのボトルネックを解消するために最も効果的な施策について検討し、効果的と思われる施策に対して診療点数や要件の設定を行う必要があろうかと思います。 今回の提案は承認しますが、今後に向けて、上記のような調査ならびに効果的な施策について検討を、事前に進めていただくことを要望します。