

中央社会保険医療協議会 総会（第 539 回） 議事次第

令和 5 年 3 月 1 日（水） 10 時～
於 オンライン開催

議 題

- 部会・小委員会に属する委員の指名等について
- 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

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 佐保昌一 間宮清 眞田享 鈴木順三 末松則子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 江澤和彦 池端幸彦 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	秋山美紀 飯塚敏晃 ◎ 小塩隆士 笠木映里 永瀬伸子 中村洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	羽田健一郎 吉川久美子 中村春基 田村文誉 赤名正臣 石牟禮武志 村井泰介 堀之内晴美 林利史 青木幸生	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 株式会社ビタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 丸木医科器機株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 佐保昌一 間宮清 眞田享 鈴木順三 末松則子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 江澤和彦 池端幸彦 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	秋山美紀 飯塚敏晃 ◎小塩隆士 笠木映里 永瀬伸子 中村洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	羽田健一郎 吉川久美子 中村春基 田村文誉	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿

令和5年1月18日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 佐保昌一 眞田享 鈴木順三	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 江澤和彦 池端幸彦 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 秋山美紀 飯塚敏晃 小塩隆士 永瀬伸子	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 佐保昌一 眞田享子 末松則子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	秋山美紀 飯塚敏晃 ◎小塩隆士 <u>笠木映里</u> 永瀬伸子 中村洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 <u>東京大学大学院法学政治学研究科教授</u> お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	吉川久美子	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿（案）

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 公益を代表する委員	秋山美紀	慶應義塾大学環境情報学部教授
	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	<u>笠木映里</u>	<u>東京大学大学院法学政治学研究科教授</u>
	◎ 永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	中村洋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 佐保昌一 眞田享	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 江澤和彦 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	○ 秋山美紀 小塩隆士 笠木映里 ◎ 中村洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	赤名正臣 石牟禮武志 村井泰介	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿（案）

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松本真人 佐保昌一 眞田享 末松則子	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂松茂人 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯塚敏晃 笠木映里 ○ 永瀬伸子 中村洋	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	堀之内晴美 林利史 青木幸生	東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 丸木医科器機株式会社参与

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿（案）

令和5年3月1日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹 松本真人 間宮清享 眞田享三子 鈴木順三子 末松則子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 江澤和彦 池端幸彦 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯塚敏晃 小塩隆士 笠木映里 ○ 中村洋	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	赤名正臣 石牟禮武志 堀之内晴美 林利史	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

- ・福田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・池田 俊也（国際医療福祉大学教授）

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

1. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
3. 感染対策に関する推奨事項
4. 診療報酬上の主な特例
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. 論点

新型コロナウイルス感染症の発生状況

※令和5年2月21日公表

【国内事例】 括弧内は前日比

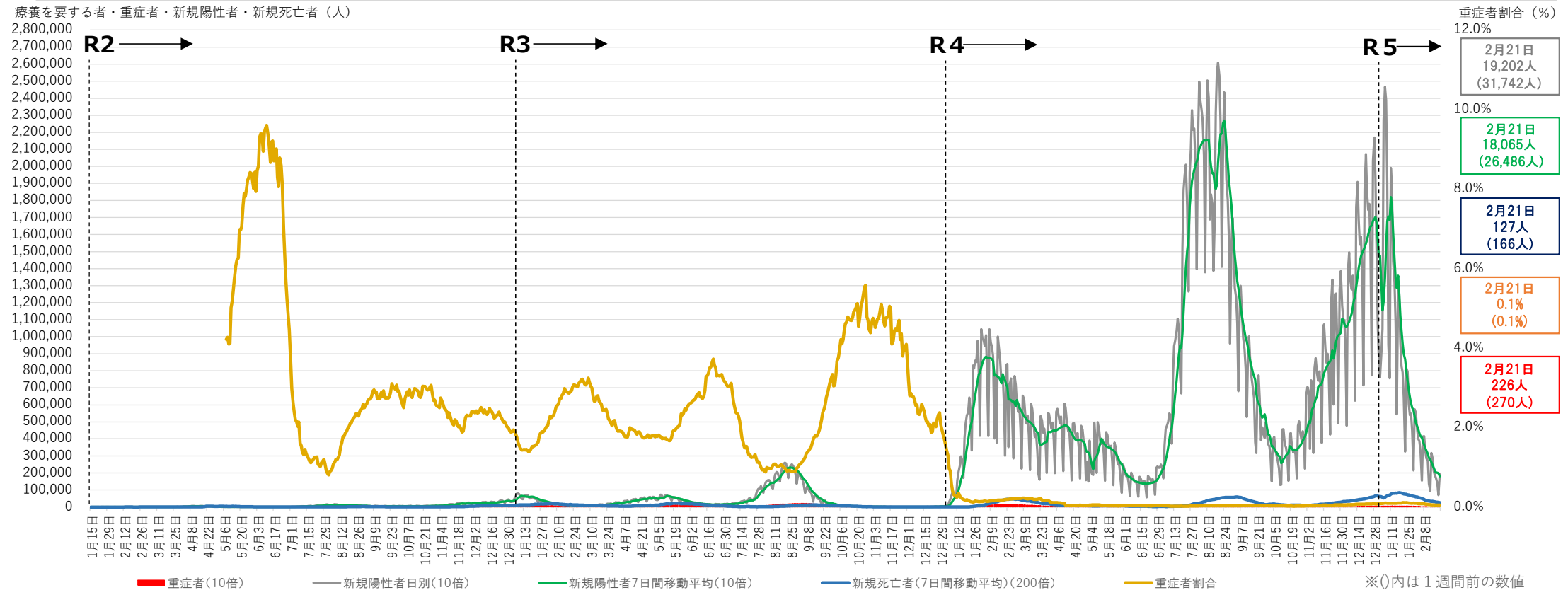
	陽性者数	新規陽性者数 7日間移動平均	今週先週比	重症者数 ※3	死亡者数
国内事例(※1)	33,117,362 (+19,202)	18,065	0.68	226 (+3)	71,809 (+72)
空港・海港検疫(※2)	23,708 (+8)	—	—	0	8 (±0)

注：陽性者数はHER-SYS報告値、重症者数と死亡者数は自治体公表値（令和5年2月20日24時時点）

広島県においては、HER-SYS入力時間が他の都道府県と異なることから、陽性者数について厚生労働省の集計値と広島県の発表値とで1日ずれが生じていることに留意

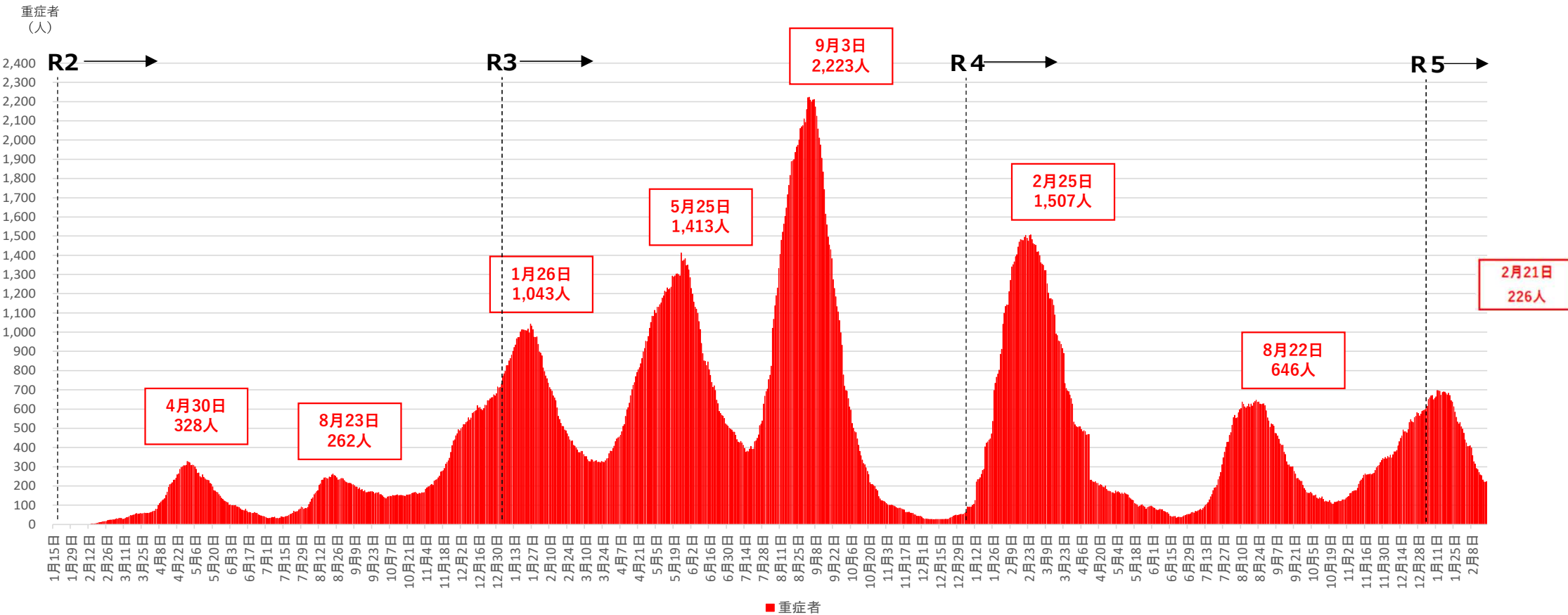
- ※1 国内事例については、令和2年5月8日公表分から（退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から）、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。また、全数届出見直しを受け、令和4年9月27日公表分から、HER-SYSにおいて報告された総数を積み上げたものに変更した。
- ※2 国内事例には、空港・海港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていなかったが、令和4年9月27日公表分からは、空港・海港検疫にて陽性が確認された事例は国内事例の内数となる。
- ※3 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集計

重症者・新規陽性者数等の推移



- ※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。また、全数届出見直しを受け、令和4年9月27日公表分から、HER-SYSにおいて報告された総数を積み上げたものに変更した。なお、広島県においては、HER-SYS入力時間が他の都道府県と異なることから、厚生労働省の集計値と広島県の発表値とで1日ずれが生じていることに留意。
- ※2 重症者割合は、集計方法を変更した令和2年5月8日から算出している。重症者割合は「療養を要する者」に占める重症者の割合。
- ※3 重症者と新規陽性者及び新規死亡者は表示上のスケールが異なるので（新規陽性者及び重症者数は10倍、新規死亡者は200倍に拡大して表示）、比較の場合には留意が必要。
- ※4 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集計。
- ※5 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（大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更）。

重症者の推移



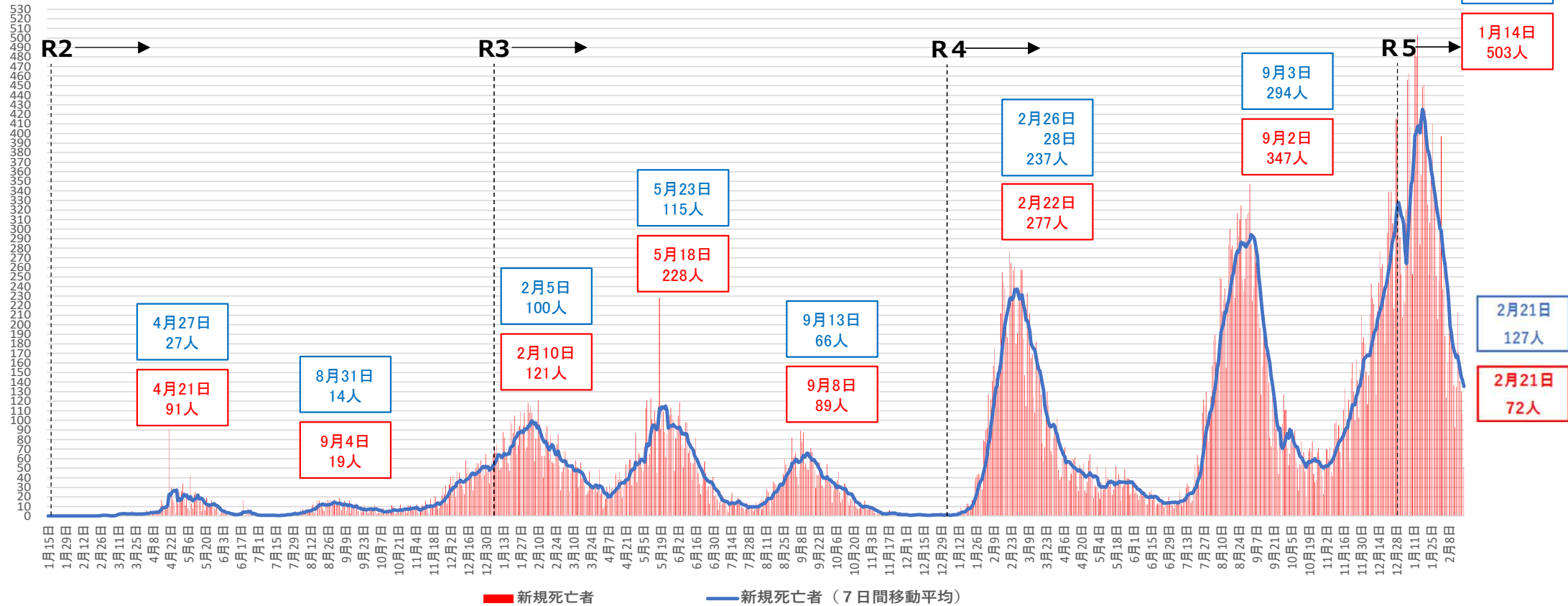
※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※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集計。

※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（大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更）。

新規死亡者の推移

新規死亡者(人)



※1 チャーター便を除く国内事例。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上で公表している数等を積み上げたものに変更した。

※2 一部自治体において死亡者数の遡及改定があった場合は死亡日ベースで計上している。

※3 令和4年9月26日以前は、情報更新日の前日に自治体が公表等した情報を元に更新していた。令和4年9月28日以降は、システムの関係上、情報更新日が厚生労働省が公表した日付となっている。

1. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
3. 感染対策に関する推奨事項
4. 診療報酬上の主な特例
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. 論点

「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」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

1. 新型コロナの感染症法上の位置づけの変更

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、**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べき。**

2. 変更にあたっての留意点

- 位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、**今後3カ月程度の準備期間を置いた上で行うべき。**
今後は、季節性インフルエンザにおける診療体制を念頭に、医療体制等を構築していくことを目指すが、**位置づけの変更後も、影響を緩和するための期間を設け、必要な準備を進めながら段階的な移行を行うべき。**
- 今後も感染拡大が生じうることを想定して、高齢者など重症化リスクの高い者を守ることにも念頭に、必要な感染対策は講じていくべき。丁寧なリスクコミュニケーションを行いつつ、ご理解を得ながら**国民、企業等での自主的な判断や取組にご協力いただくことが重要。**
- 影響を緩和するための段階的な移行については、今後政府による検討が必要であり、具体案をできるだけ早期に示していくことが必要。
- 今後、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、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに対応を見直すべき。

「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」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

2. 変更にあたっての留意点 (続き)

(1) 患者等への対応

- ・ 位置づけの変更後は感染症法に基づく入院等の措置は終了することになるとともに、こうした一定の行動制限に伴い行ってきた外来・入院の自己負担分の公費支援については、影響を緩和するための措置により、段階的に移行していくべき。

(2) 医療提供体制

- ・ 感染拡大時には、多くの患者が発生する中で、コロナ患者を受け入れる医療機関が限定されていることにより、そこに負荷がかかり逼迫することとなった。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、幅広い医療機関でコロナ患者が受診できるよう、必要となる感染対策や準備を講じつつ段階的に移行していくべき。

(3) サーベイランス

- ・ 位置づけの変更後も、流行を繰り返すことが想定されることから、発生動向の正確な把握は引き続き重要。

患者毎の届出（発生届）は終了し、患者の発生動向については定点サーベイランスに移行するとともに、変異株の発生動向についてはゲノムサーベイランスを継続するなど、重層的なサーベイランス体制を構築し、監視体制を維持する方向で検討すべき。

「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」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

2. 変更にあたっての留意点 (続き)

(4) 基本的な感染対策 (マスク、換気、手洗い等)

- 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べき。
- マスクや換気等の基本的な感染対策については、行政が一律に適用すべき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すべき。

個人の判断に委ねることを基本とし、今では過剰とも言える感染対策はできる限り早期に見直しを行いつつ、新型コロナの特性を踏まえ、有効な方法について、引き続き丁寧に情報発信し、国民の理解と協力を得られるようにすべき。

- 位置づけを変更したとしても、自主的な感染対策が不要となる訳ではない。
例えば、マスクについては、症状がある場合や家庭内に感染者がいる場合、高齢者など重症化リスクが高い者に感染を広げる可能性がある場合などには、有効であることを国民に向けて周知していくべき。

また、こうした者に該当しない場合でも、感染が大きく拡大している場合には適切なマスクの着用など、基本的な感染対策の徹底を呼びかけることを検討するべき。

- 感染対策を実施するにあたっては、子どものすこやかな発育・発達の妨げにならないよう配慮が必要。
- ハイリスク者を守るため、高齢者施設等における感染拡大を防ぐことができるよう、地域の支援も得つつ、感染対策に取り組むべき。

＜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等に関する対応方針について＞

(令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定、一部抜粋)

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。**

新型コロナウイルス感染症対策として現在実施する主な措置・支援・体制

行動制限等の措置

患者や医療体制への支援

有症状者・患者

濃厚接触者

国民全般

- 発熱時には、予約等を行い発熱外来へ
- 薬局でキットを購入し自己検査

協力

- 病態に応じて入院、自宅療養又は宿泊療養を行う

※診断した医師の届出により行政が把握
※療養中は外出制限、就業制限、行政からの健康観察を受ける
※公共交通機関の利用自粛を含む

法律
感染症法

- 濃厚接触者の外出制限

法律
感染症法

- マスク着脱、三密回避、換気など基本的感染対策の徹底

協力

- イベント開催時の感染防止安全計画の策定等の要請など感染防止策への必要な協力の要請(知事による協力要請)

法律
新型インフル特措法

- 飲食店への営業時間短縮等の要請(まん延防止等重点措置)

法律
新型インフル特措法

- 酒類を提供する飲食店等に対する休業要請
- イベント等の開催制限、施設の使用制限等の要請
- 不要不急の都道府県間の移動の自粛要請(緊急事態措置)

法律
新型インフル特措法

外来医療

患者 ● 検査費用の自己負担分を公費負担

体制 ● 受診相談窓口
● コロナ検査キットの確保
● 治療薬の確保・供給
● 発熱外来の指定・公表
● 院内感染対策

法律
感染症法

予算

入院医療

患者 ● 入院医療費の自己負担分を公費負担

体制 ● 入院調整(G-MIS等による情報共有含む)
● 病床確保等に要する費用の補助
● 院内感染対策

法律
感染症法

予算

自宅療養等

患者 ● 自宅療養中の健康管理や食事配送等に要する費用の補助
● 外来・在宅医療費の自己負担分を公費負担

体制 ● 健康フォローアップセンター等の整備に要する費用補助
● 往診・電話オンライン診療の特例
● 宿泊施設の確保費用の補助
● 高齢者施設等での療養支援

予算

※このほか、診療報酬において、外来医療、入院医療等に対する特例的な評価を実施
※このほか、新型インフル特措法に基づき、感染症対策物資の無償配布を実施

早期発見等

- ワーカー対策や高齢者施設の一斉検査
- コロナ検査キットのOTC化

行政機関の体制 (新型インフル特措法に基づく対応)

政府対策本部設置
都道府県対策本部設置

- 基本的対処方針を定める
- 政府対策本部長の総合調整権限
- 臨時の医療施設の設置
- 知事による協力要請(再掲)
- まん延防止等重点措置(再掲)
- 緊急事態措置(再掲)

法律
新型インフル特措法

※緑色は感染症法上の「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけられていることにより実施可能な法律上の措置(疑似症・無症状患者にも適用)

1. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
- 3. 感染対策に関する推奨事項**
4. 診療報酬上の主な特例
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. 論点

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. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
3. 感染対策に関する推奨事項
- 4. 診療報酬上の主な特例**
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. 論点

診療報酬上の主な特例

【外来など】

- ・感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療（院内トリアージ実施料(300点)）
- ・発熱外来における疑い患者への診療（初診時の上乗せ250点（R5.3まで。3月は147点））
- ・コロナ確定患者への対応（救急医療管理加算(950点)）
- ・中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与の場合の特例（救急管理加算の3倍(2850点)）
- ・重症化リスク高い患者への電話等初診料（147点）（R5.3まで）
- ・緊急往診の評価（中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与：救急医療管理加算の5倍(4750点)、その他：3倍(2850点)）
- ・治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施(298点)
- ・自宅・宿泊療養患者に緊急に薬剤を配送した上での対面/電話等による服薬指導(対面500点、電話等200点)など

【入院】

- ・重症患者への対応（特定集中治療室管理料等の3倍(+8,448～+32,634点)）
- ・中等症患者への対応（救急医療管理加算の4～6倍(3,800～5700点)）
- ・感染予防を講じた上での診療（二類感染症患者入院診療加算1～4倍（250点～1,000点）を算定）
- ・二類感染症患者療養環境特別加算（個室）の特例算定（300点）
- ・コロナ回復患者の転院受入の評価（二類感染症患者入院診療加算750点、30日目まではさらに+1,900点、その後90日目までは+950点）

(参考) 診療報酬上の特例の経緯

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。

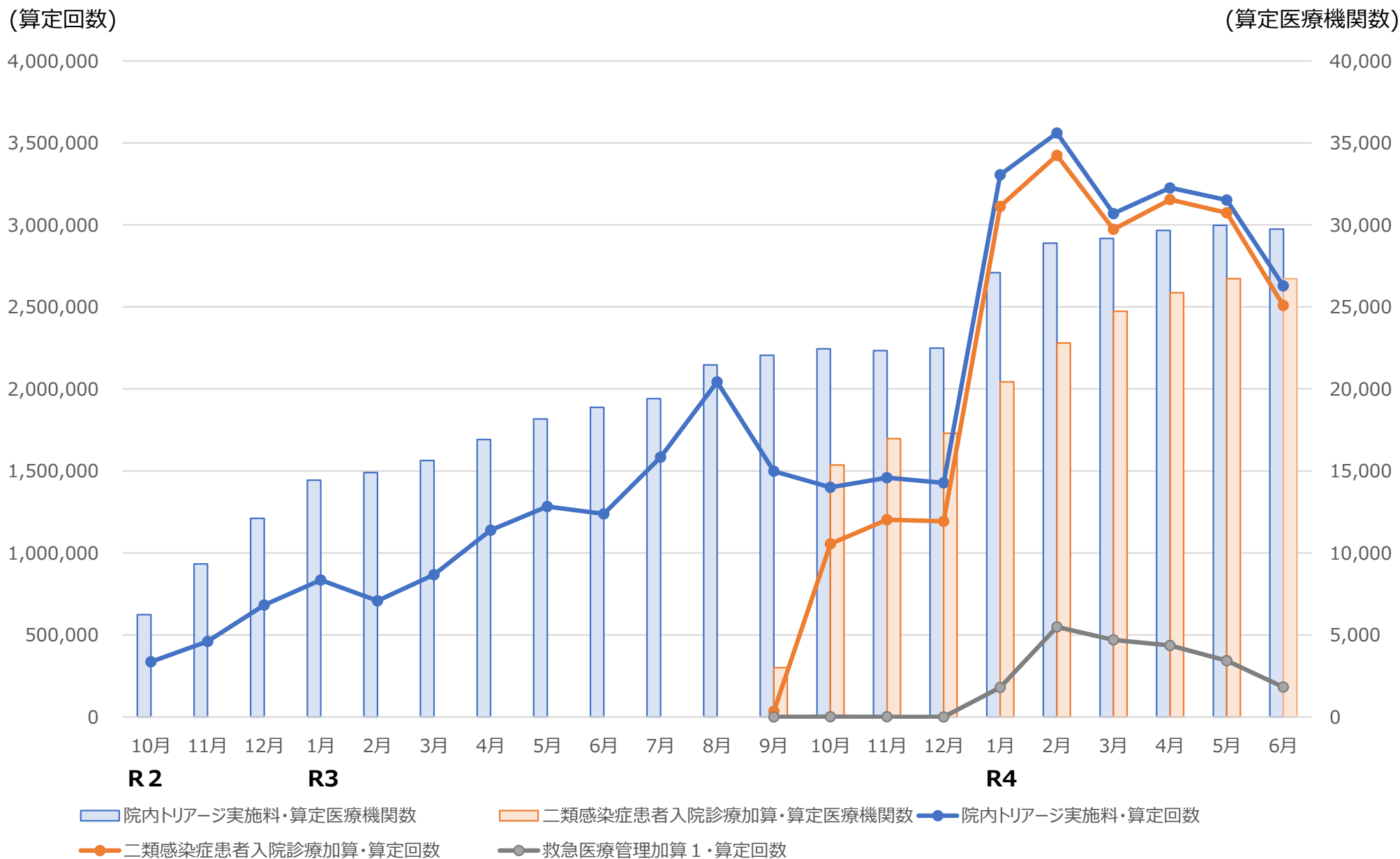
(令和4年4月28日～)

- 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～)

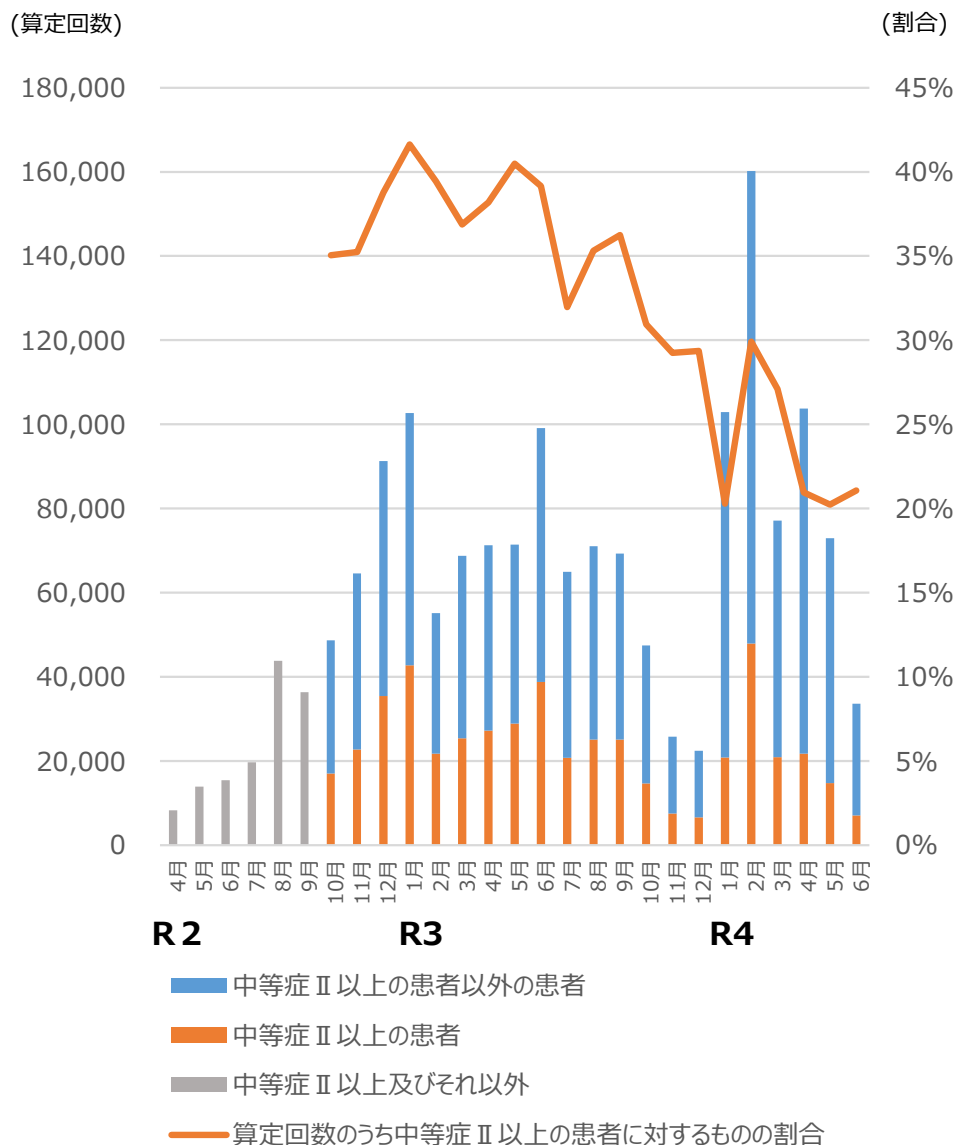
- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で疾患別リハビリテーションを実施する場合に、二類感染症患者入院診療加算（250点/日）をさらに算定できることを明確化。

診療報酬上の特例の算定に関する状況①



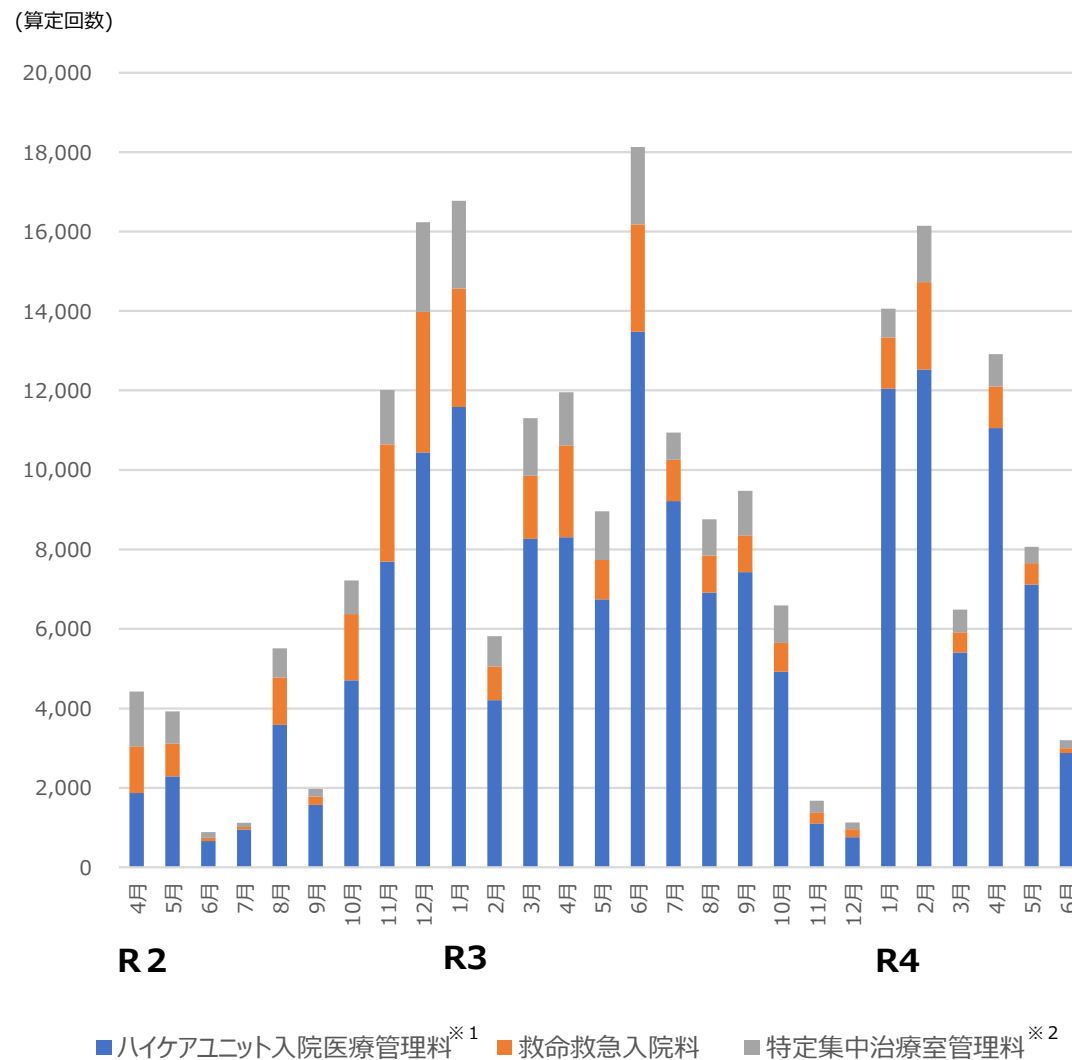
診療報酬上の特例の算定に関する状況②

＜入院医療における救急医療管理加算の特例の算定回数＞



＜特定集中治療室管理料等を算定する病棟における入院料の特例※の算定回数＞

※ 2倍又は3倍の点数を算定しているもの



※1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料の特例を含む。

※2 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の特例を含む。

1. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
3. 感染対策に関する推奨事項
4. 診療報酬上の主な特例
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. 論点

コロナ診療の実態に関するヒアリング①

■ 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。

コロナ診療の実態に関するヒアリング②

■ 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られないことにより、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。

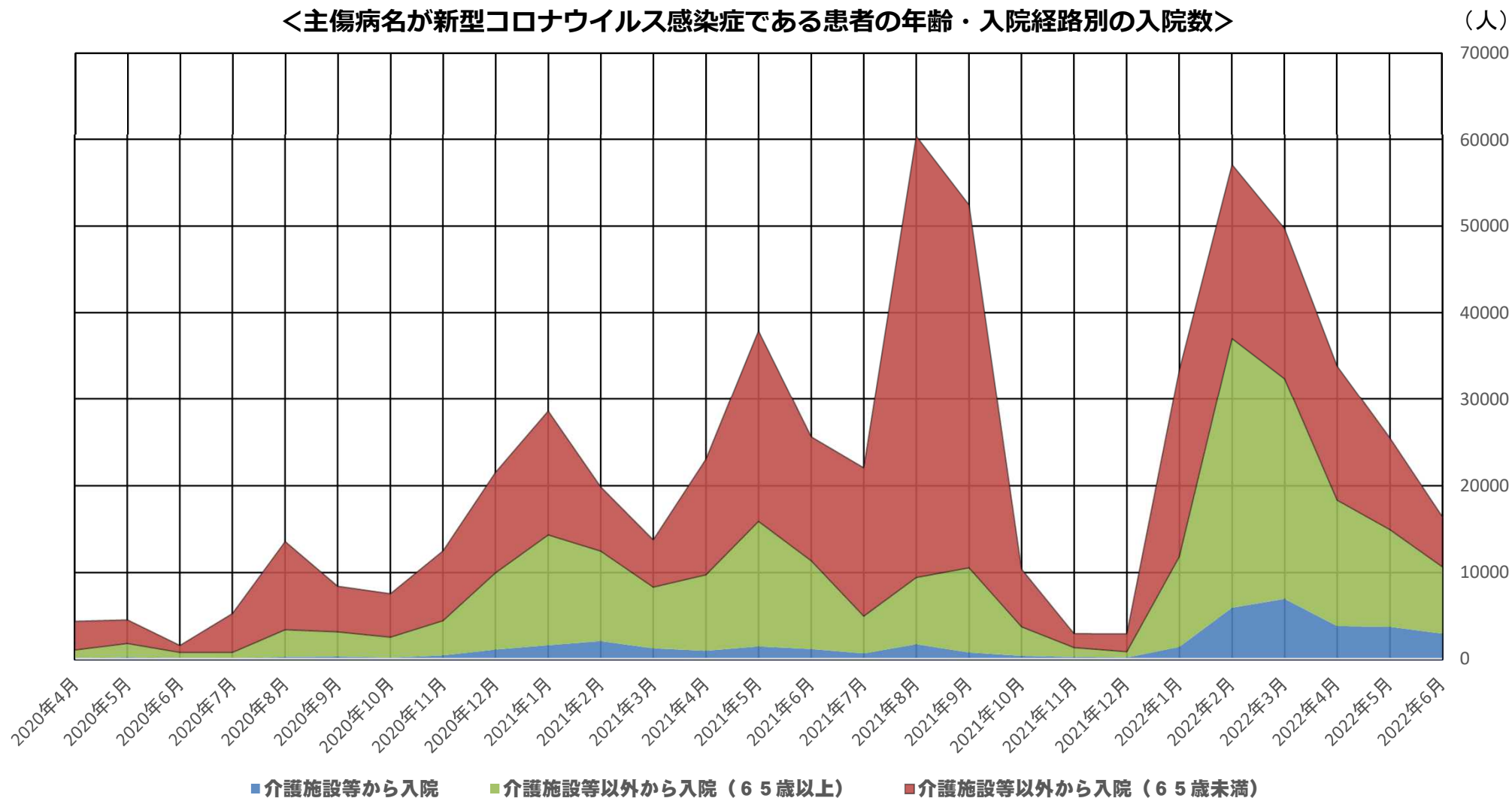
■ まとめ

- 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。

年齢・入院経路別の入院者数の推移

- 新型コロナウイルス感染症で入院する患者については、2022年1月以降、介護施設・福祉施設から入院する患者や65歳以上の患者が増加傾向となっている。

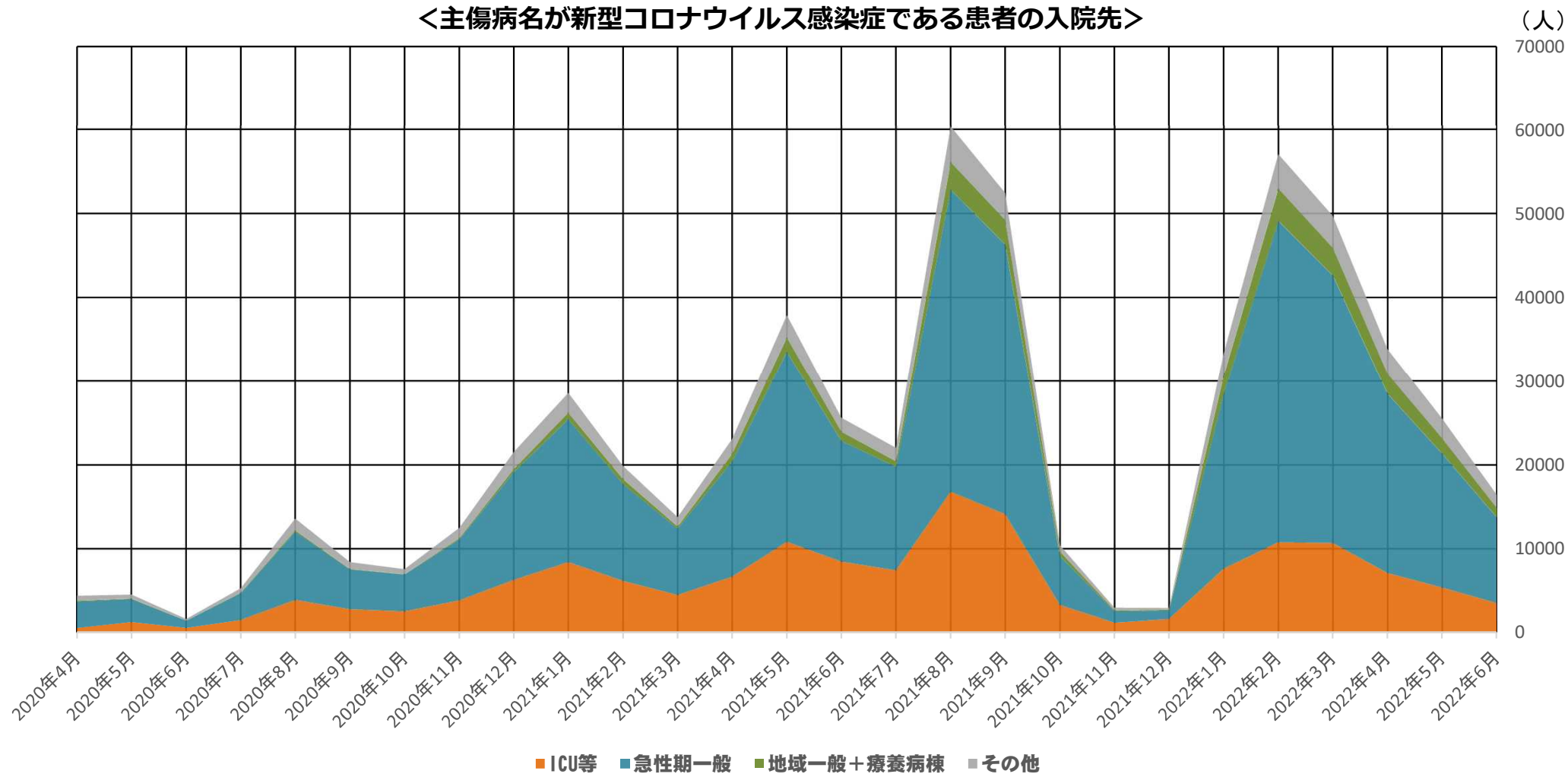
＜主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者の年齢・入院経路別の入院数＞



入院先の病棟毎の入院者数の推移（全体）

○ 新型コロナウイルス感染症の入院患者の多くが急性期一般病棟に入院している。

〈主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者の入院先〉



※ICU等：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した患者 ※急性期一般：急性期一般入院料1～6を算定した患者
 ※地域一般+療養病棟：地域一般入院料1～3又は療養病棟入院基本料を算定した患者（特定入院料の届出を行っている病棟（地域包括ケア病棟等）において特例によりこれらの入院基本料を算定した場合を含む。）

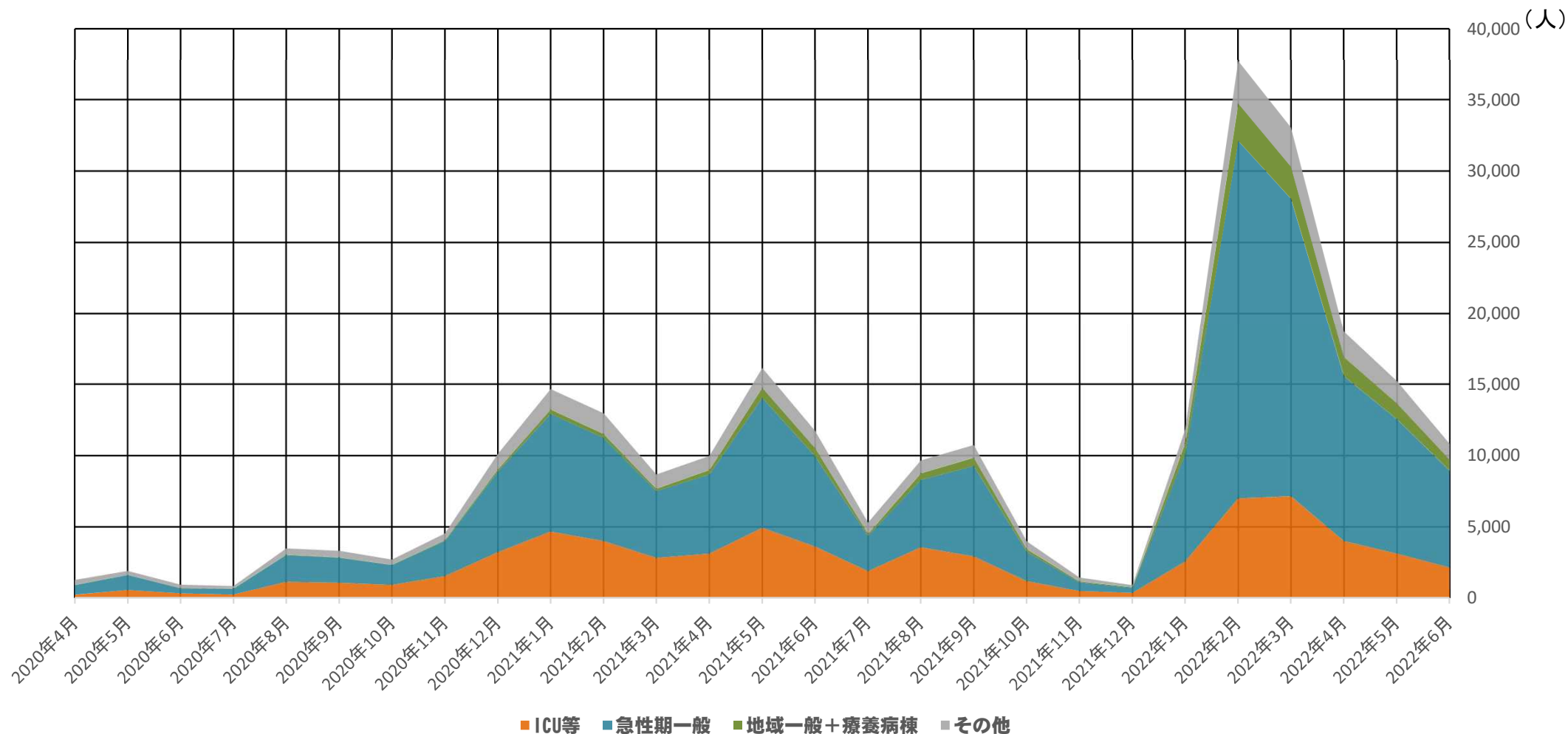
※その他：精神病棟入院基本料等を算定した患者

出典：DPCデータ（令和2年4月～令和4年6月診療分）

入院先の病棟毎の入院者数の推移（介護施設等からの入院患者及び高齢者）

○ 介護施設・福祉施設の入所者を含めた高齢者の患者についても、多くが急性期一般病棟に入院している。

＜主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者のうち、介護施設・福祉施設から入院した患者又は65歳以上の患者の入院先＞



※ICU等：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した患者 ※急性期一般：急性期一般入院料1～6を算定した患者
 ※地域一般+療養病棟：地域一般入院料1～3又は療養病棟入院基本料を算定した患者（特定入院料の届出を行っている病棟（地域包括ケア病棟等）において特例によりこれらの入院基本料を算定した場合を含む。）

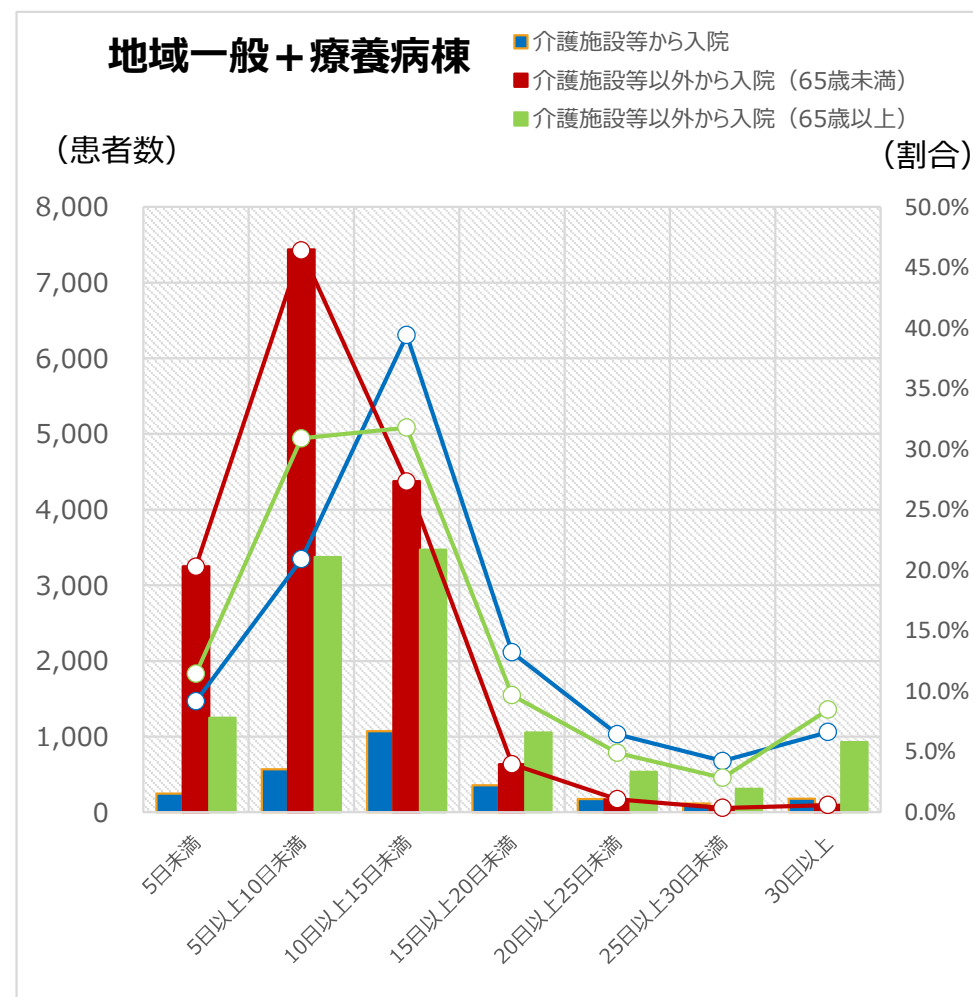
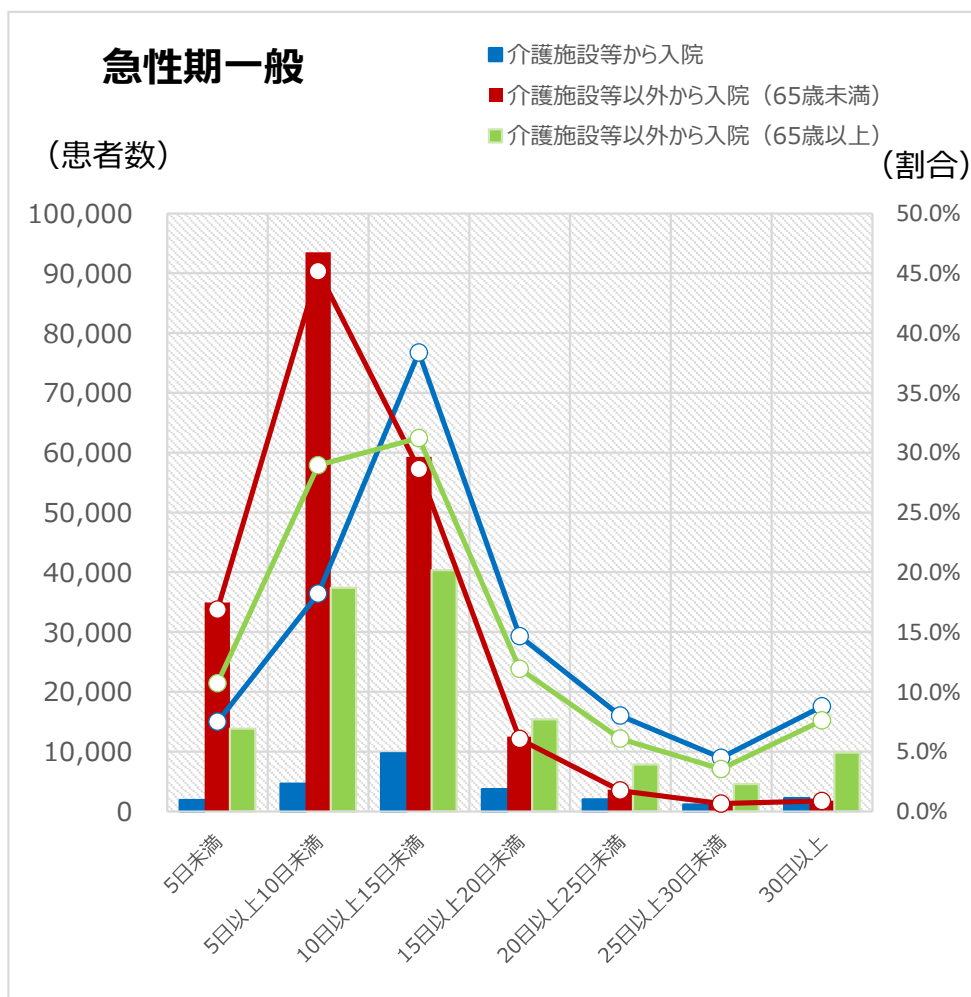
※その他：精神病棟入院基本料等を算定した患者

出典：DPCデータ（令和2年4月～令和4年6月診療分）

入院経路等毎の平均在院日数

○ 急性期一般病棟、地域一般病棟・療養病棟いずれにおいても、介護施設・福祉施設からの入院患者は在院日数が長い傾向にある。

＜主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者の平均在院日数＞ ※棒グラフが患者数、折れ線グラフが当該区分の割合。



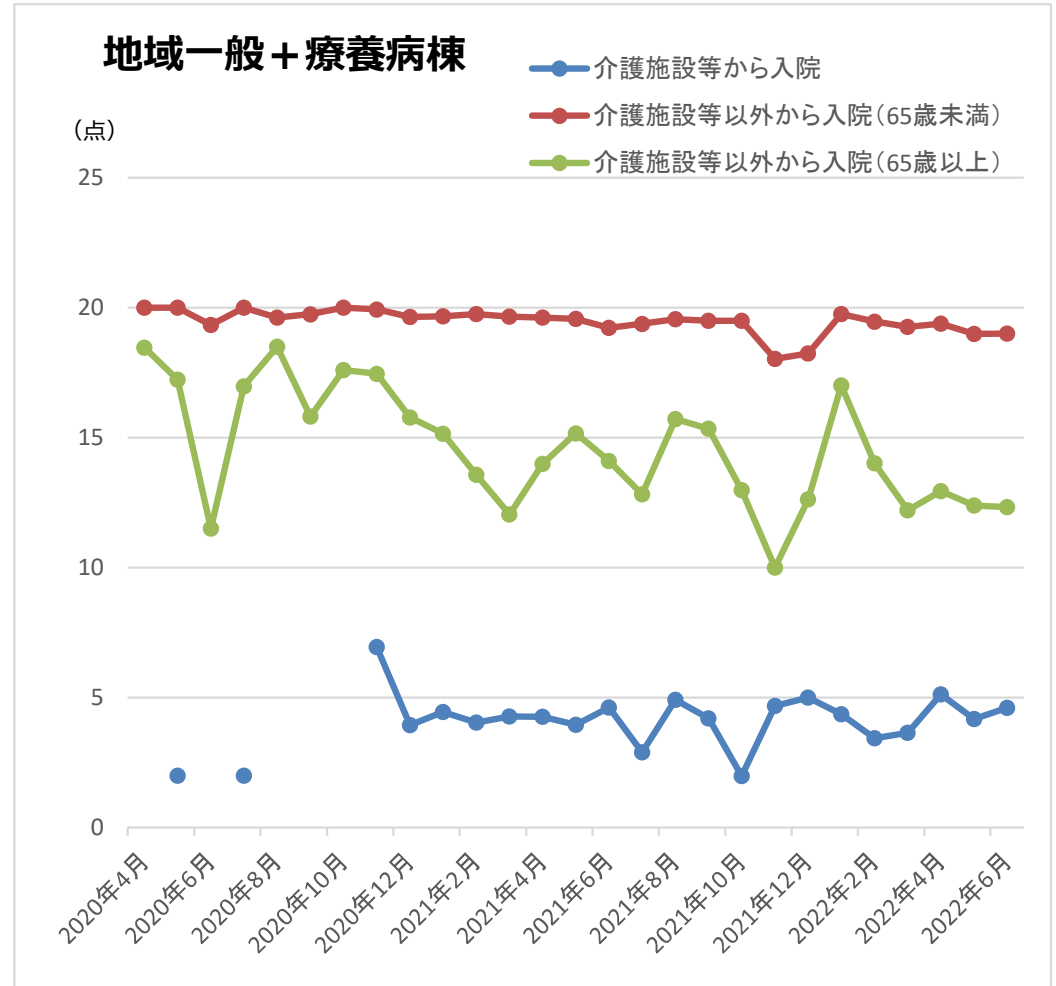
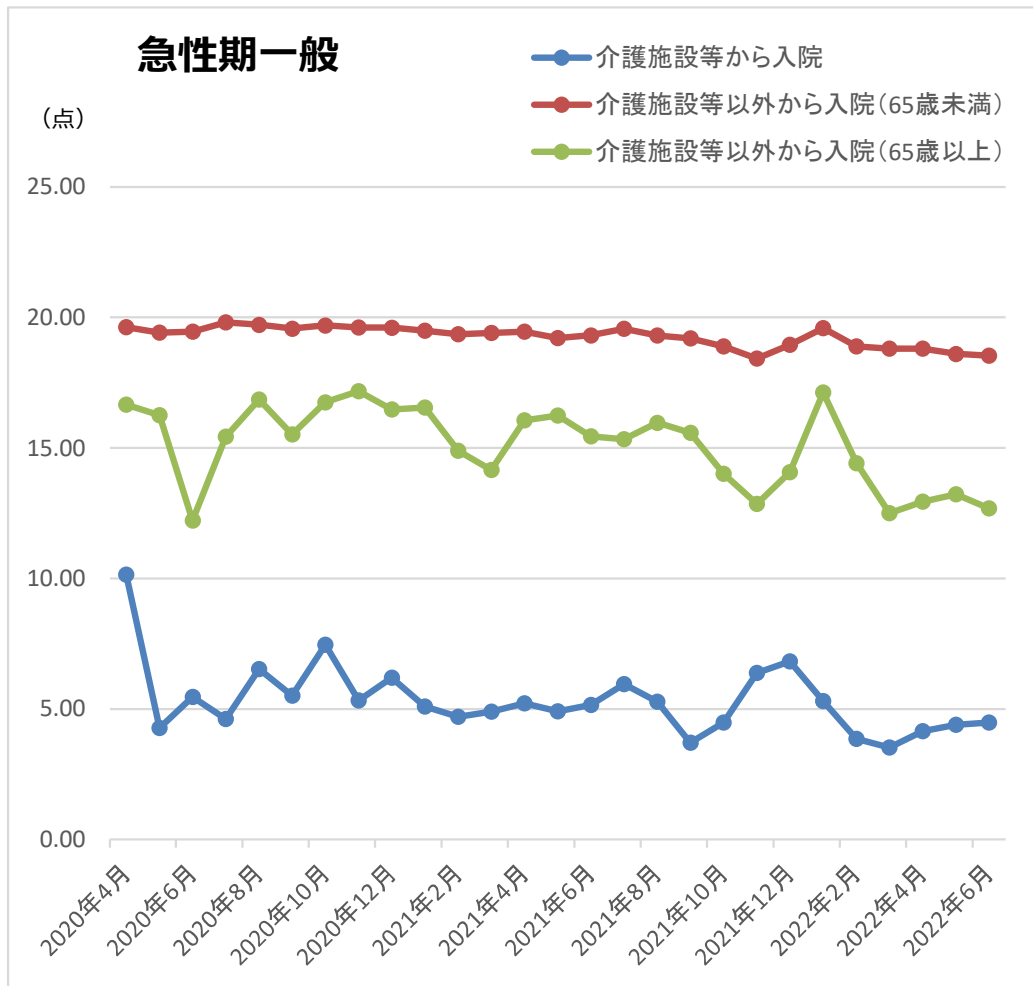
※急性期一般：急性期一般入院料1～6を算定した患者

※地域一般+療養病棟：地域一般入院料1～3又は療養病棟入院基本料を算定した患者（特定入院料の届出を行っている病棟（地域包括ケア病棟等）において特例によりこれらの入院基本料を算定した場合を含む。）

入院経路等毎の入棟時ADLスコア

○ 急性期一般病棟、地域一般病棟・療養病棟いずれにおいても、介護施設・福祉施設の入所者や高齢者においては入棟時ADLスコアが低い傾向にある。

<主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者のADLスコア>



※急性期一般：急性期一般入院料1～6を算定した患者

※地域一般+療養病棟：地域一般入院料1～3又は療養病棟入院基本料を算定した患者（特定入院料の届出を行っている病棟（地域包括ケア病棟等）において特例によりこれらの入院基本料を算定した場合を含む。）

1. 新型コロナウイルス感染症の状況
2. 類型見直しに関する議論及び方針
3. 感染対策に関する推奨事項
4. 診療報酬上の主な特例
5. 昨今のコロナ診療に関する実態
6. **論点**

新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の特例の課題・論点

【課題】

- これまで、コロナ診療における感染対策や中等症、重症患者への対応等を評価する観点から累次の特例的な対応を実施してきた。
- 外来医療においては、発生届の簡略化や発熱外来における経験の蓄積等により効率化している業務がある。ただし、類型見直しに伴い、療養指導やフォローアップ、入院調整における自治体の役割が縮小し、医療機関がこうした業務を担う必要性が高まると考えられる。
- 入院医療においては、重症化率の低下に伴い診療内容・人員体制がコロナ発生当初よりも効率化されている。また、入院患者が高齢化するとともに介護施設等からの入院が増加しているものの、介護施設等入所者を含めた高齢者の多くが急性期病棟に入院をしている。
- 感染対策については、ガイドラインの改定によりPPEの活用や入院患者のゾーニングについて一定程度効率化した対応が示されているものの、今後も必要な対策を継続する必要性があり、医療機関、薬局等における医療従事者の負担は一定程度継続すると考えられる。

【論点】

- こうした現状を踏まえ、今後の診療報酬上の特例についてどのように考えるか。