

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. 3月1日の中医協総会における意見
2. 診療報酬上の主な特例の算定状況等
3. 診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）
4. 参考資料

3月1日の中医協総会における主な意見

- 業務や人員体制が一定程度効率化した現状を踏まえれば、外来や入院の特例措置の縮小は可能ではないか。
- 外来や入院、訪問看護における感染対策は引き続き必要であり、PPE着脱の手間や業務効率の低下が生じているため、評価を維持すべきではないか。
- 類型変更に伴い外出制限がなくなることにより、これまで以上の患者を外来で対応する必要が生じると考えられるため、現在コロナ疑い患者の診療を行っているところが継続できるような評価が必要ではないか。
- 患者への療養指導、入院調整等は医療機関が担うことになり、これら新たな業務については評価が必要ではないか。
- 回復患者については、既に感染力を失っているため、受入に対する評価は見直すべきではないか。
- 介護施設の入所者に対する医療提供は重要であり、実施について評価をすべきではないか。
- 高齢患者を急性期病院以外の医療機関が受け入れるための対策が必要ではないか。
- 類型変更に伴い、コロナ患者が薬局を訪れる機会が増加し、さらにコロナ治療薬が一般流通のみになることから、薬局の負担も増加するのではないか。
- ウイルスの性質や感染状況についてこれまで想定していない状況となった場合は、診療報酬も柔軟に対応すべきではないか。

1. 3月1日の中医協総会における意見
2. 診療報酬上の主な特例の算定状況等
3. 診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）
4. 参考資料

【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～)

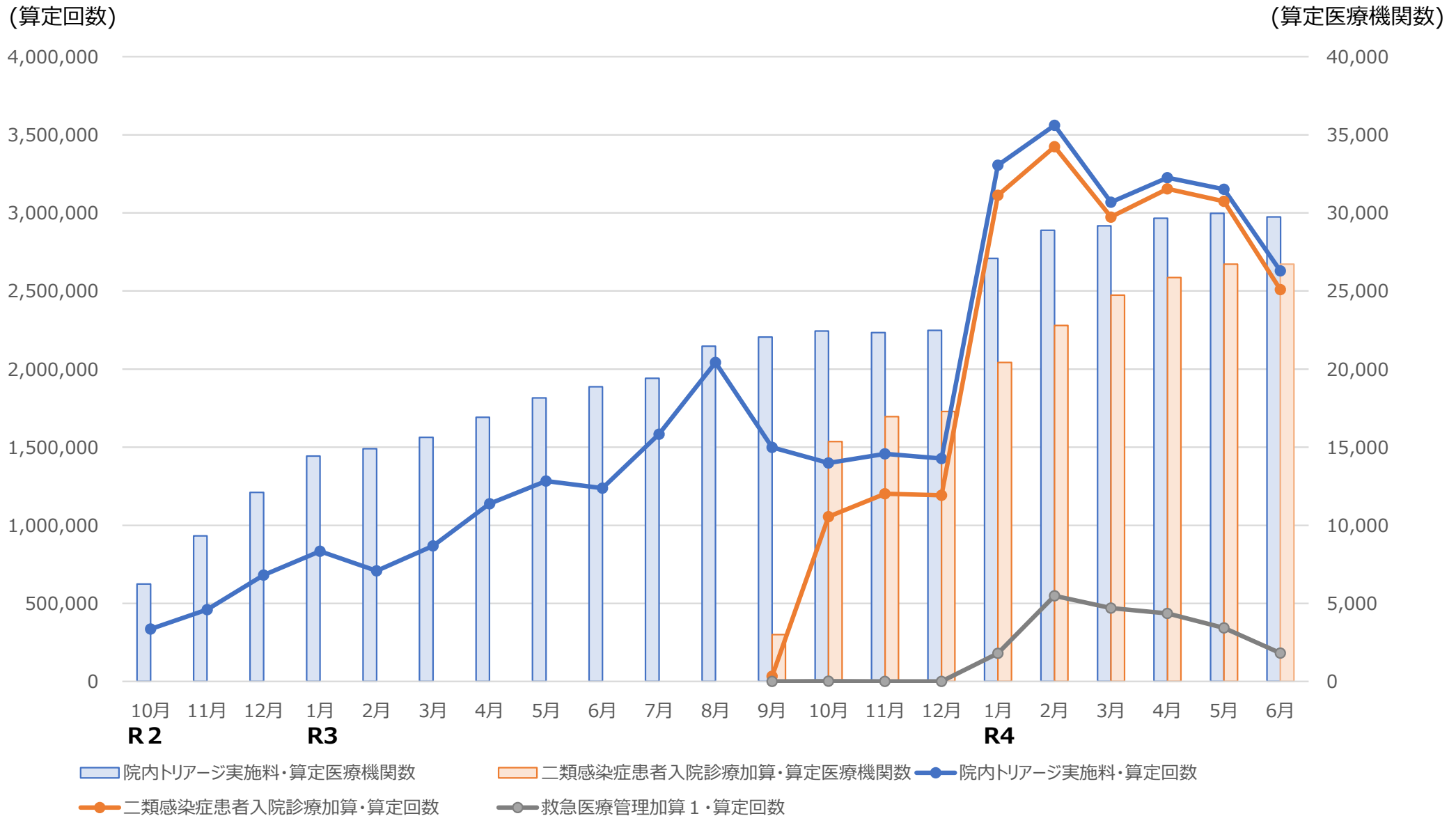
- 重症化リスクの高い自宅・宿泊療養患者のうち、①保健所等から健康観察に係る委託を受けている医療機関、②公表している診療・検査医療機関が、電話等を用いた初再診を行った場合、二類感染症患者入院診療加算（250点）及び慢性疾患患者への臨時的な医学管理料（147点）を算定できることを明確化。

(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等に関する状況①

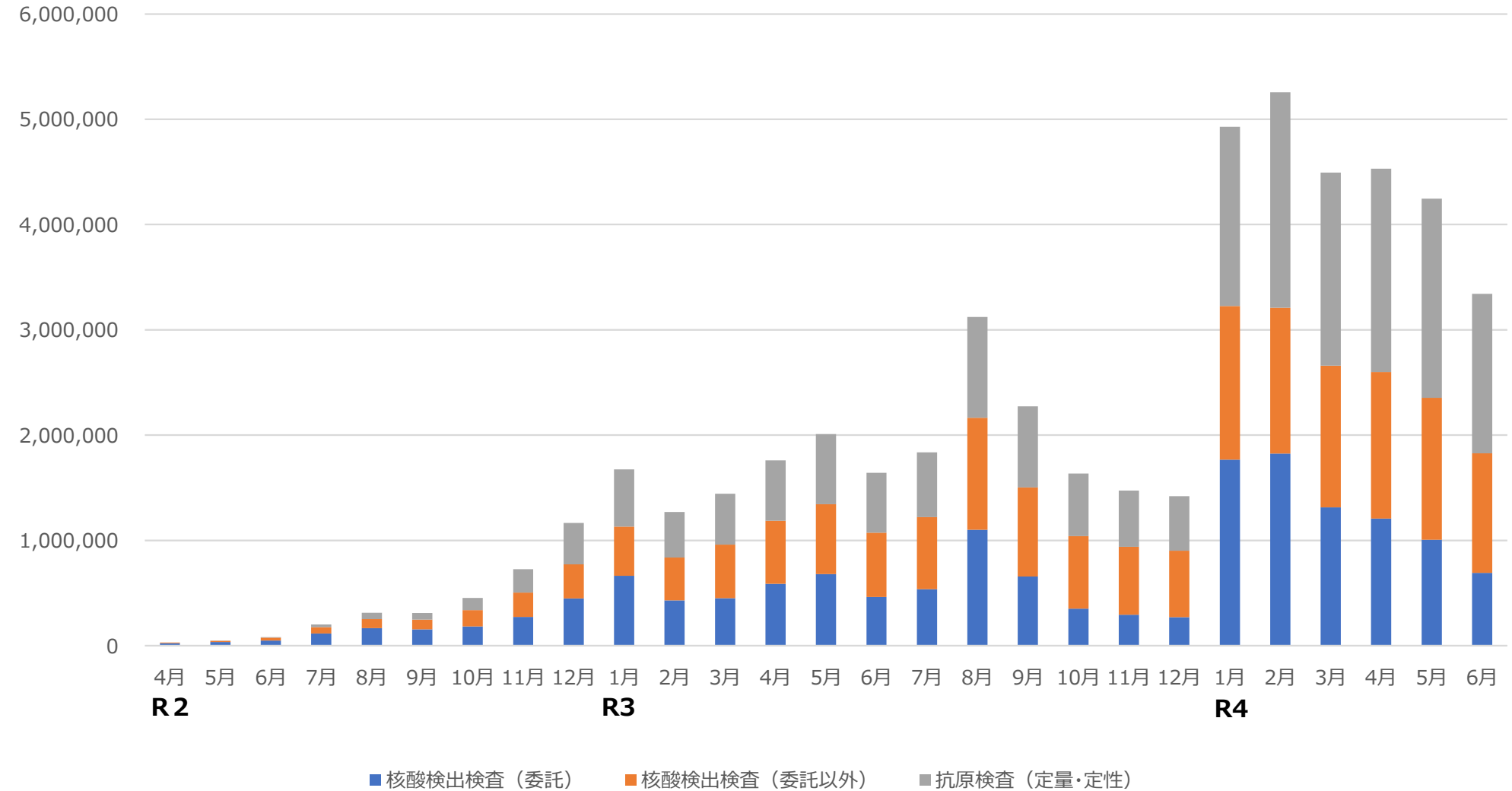
＜外来におけるコロナ疑い患者の診療に関する特例の算定回数＞



診療報酬上の特例の算定等に関する状況②

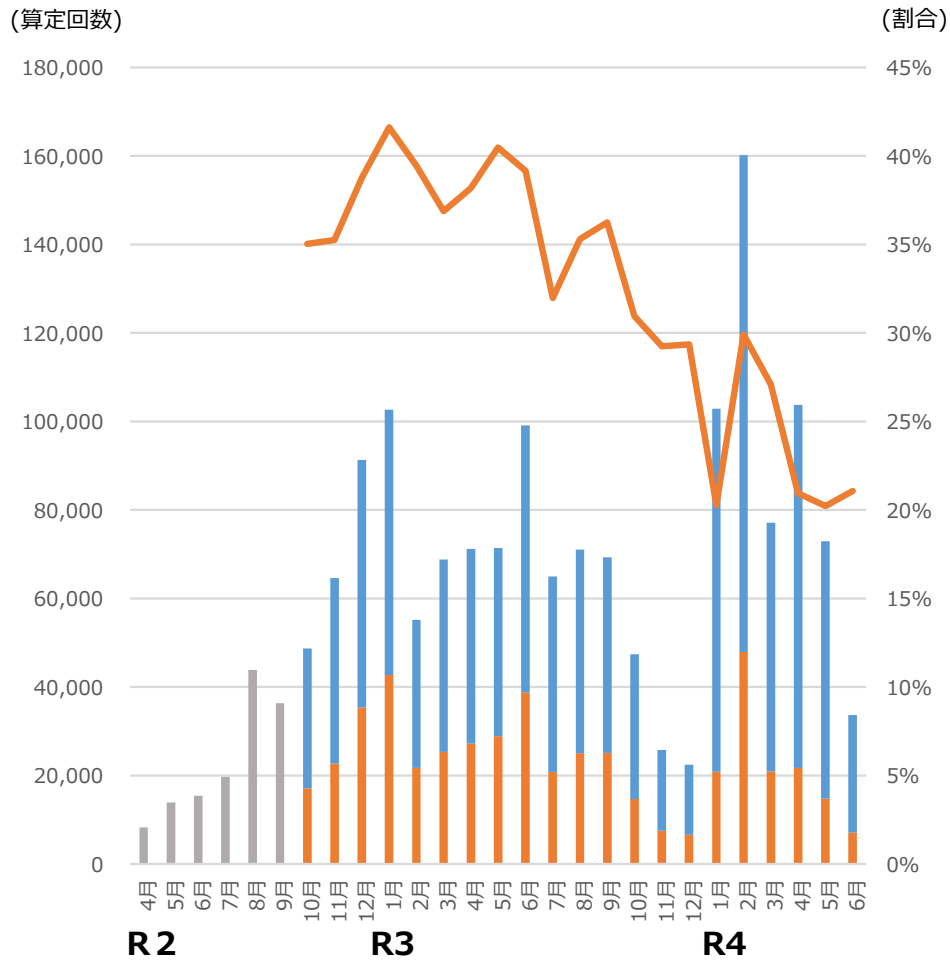
＜新型コロナウイルス検査の算定回数＞

(算定回数)



診療報酬上の特例の算定等に関する状況③

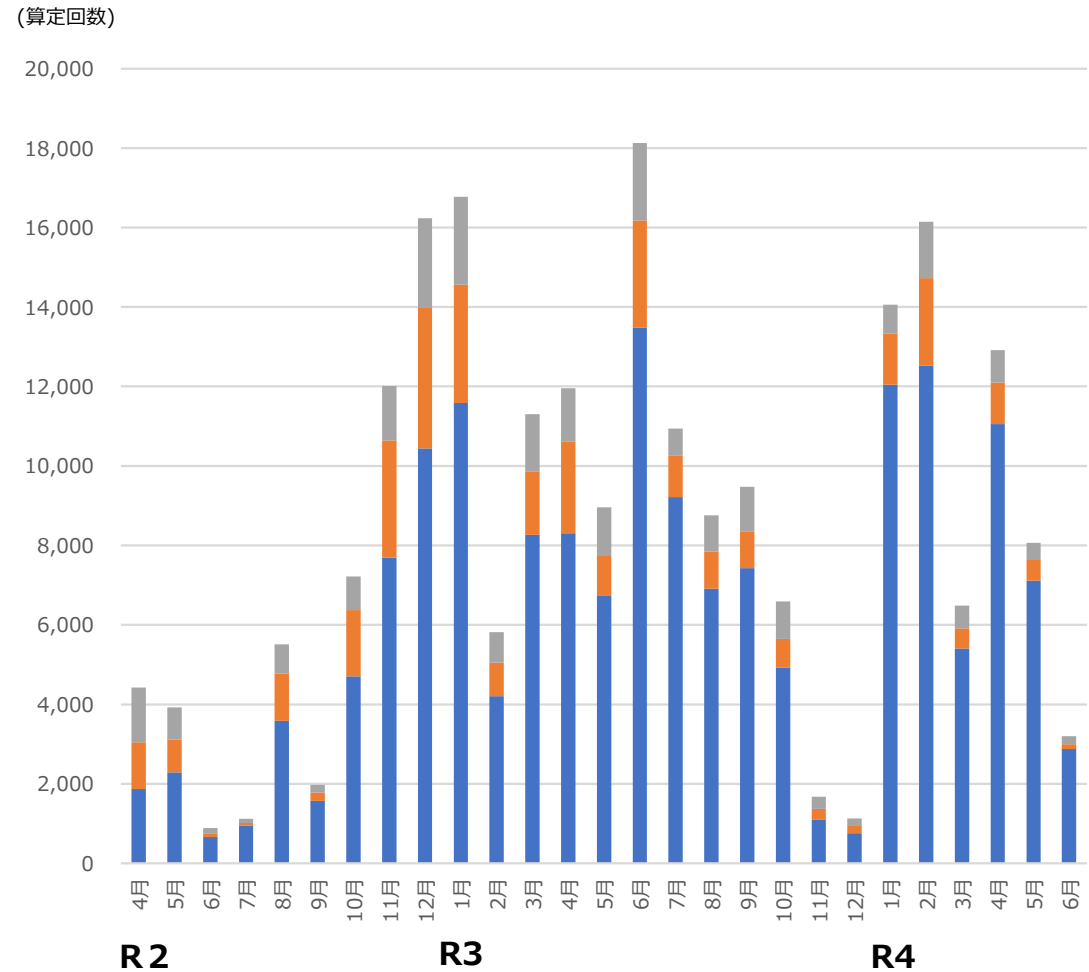
＜入院医療における救急医療管理加算の特例の算定回数＞



- 算定回数のうち中等症Ⅱ以上の患者以外の患者
- 算定回数のうち中等症Ⅱ以上の患者
- 算定回数 (中等症Ⅱ以上及びそれ以外)
- 算定回数のうち中等症Ⅱ以上の患者に対するものの割合

＜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



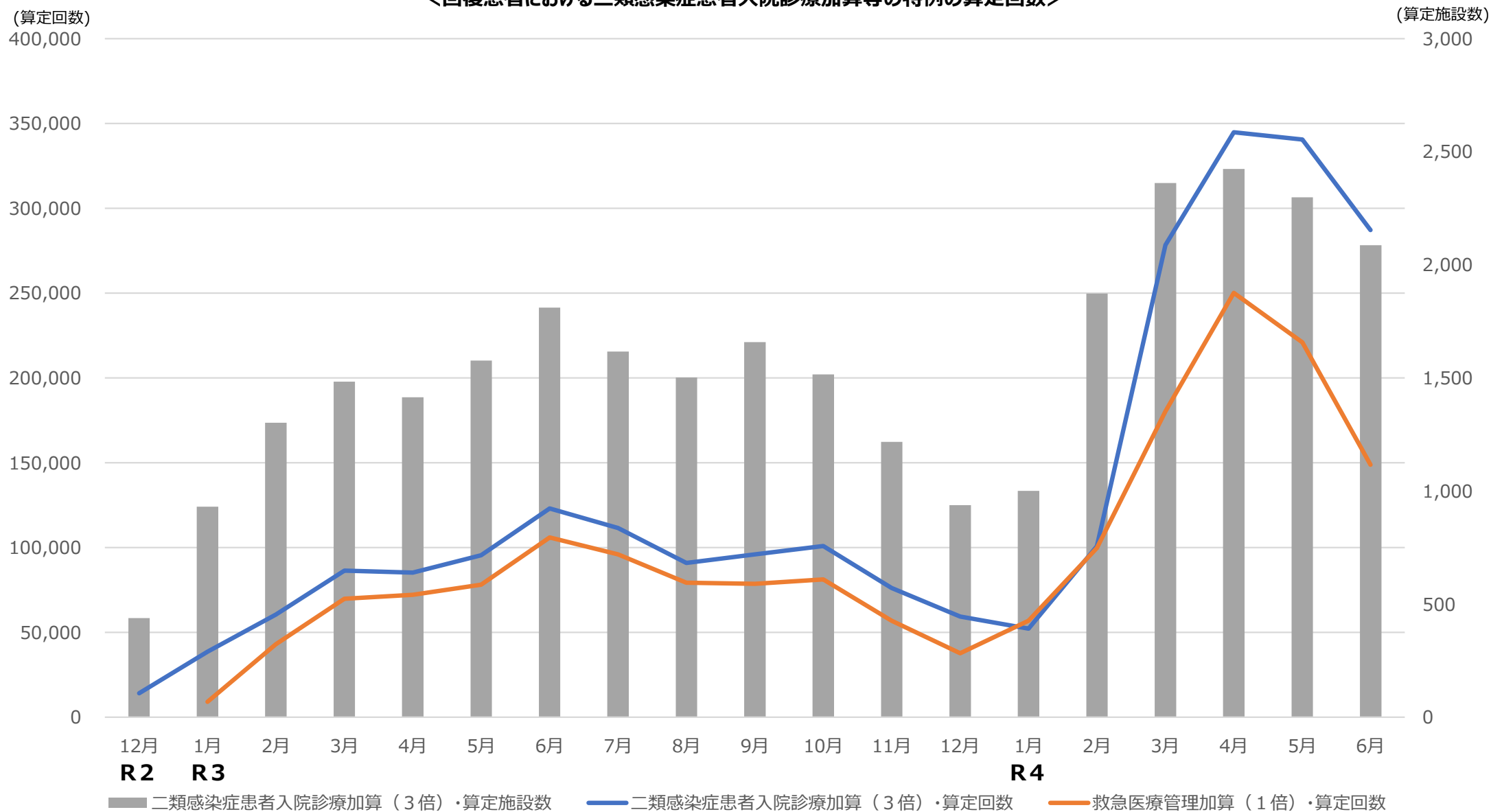
- ハイケアユニット入院医療管理料^{※1}
- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料^{※2}

※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。

診療報酬上の特例の算定等に関する状況④

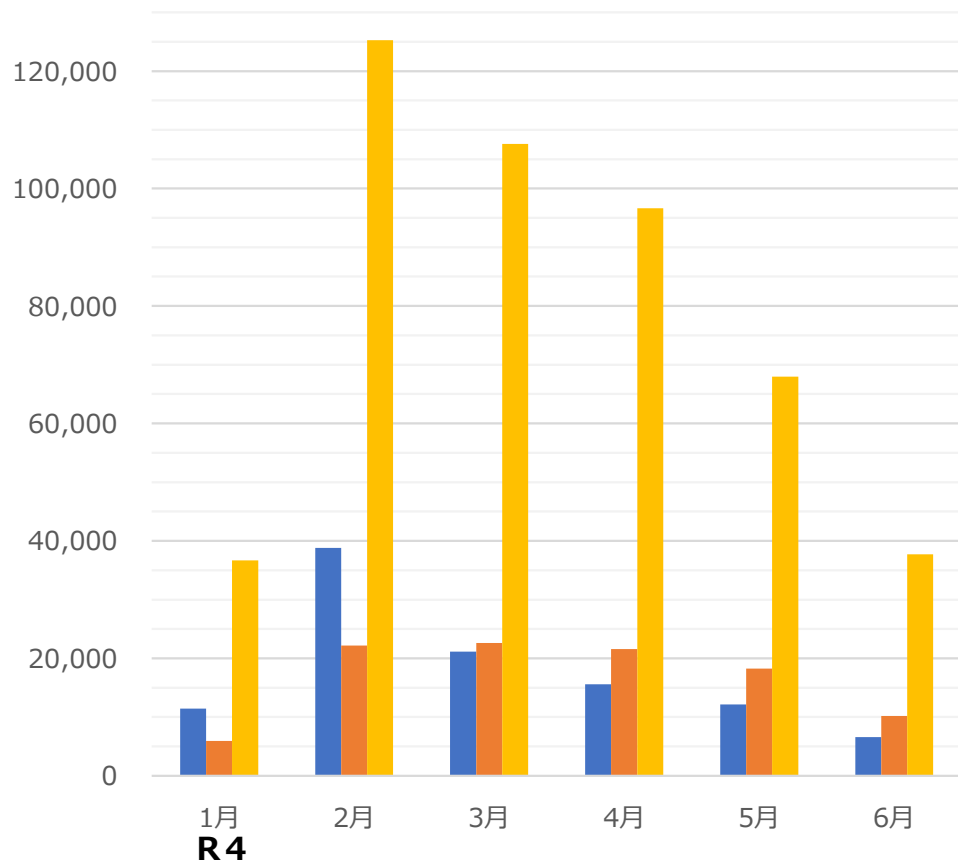
＜回復患者における二類感染症患者入院診療加算等の特例の算定回数＞



診療報酬上の特例の算定等に関する状況⑤

＜自宅・宿泊療養者への緊急往診・緊急服薬指導の特例の算定回数＞

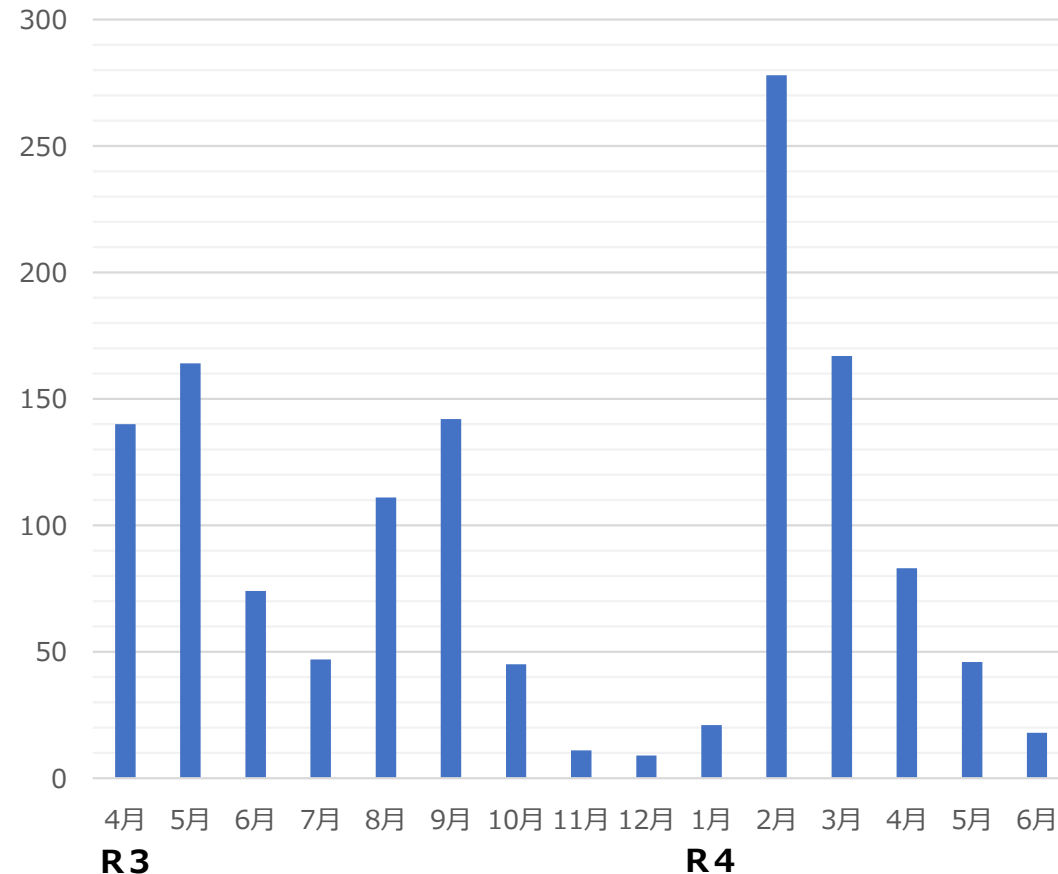
(算定回数)



- 救急医療管理加算1 (緊急の往診又は訪問診療等による場合)
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (対面による場合)
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (電話等又は家族等)

＜コロナ患者へ歯科治療を行う場合の特例の算定回数＞

(算定回数)



- 新型コロナ歯科治療加算

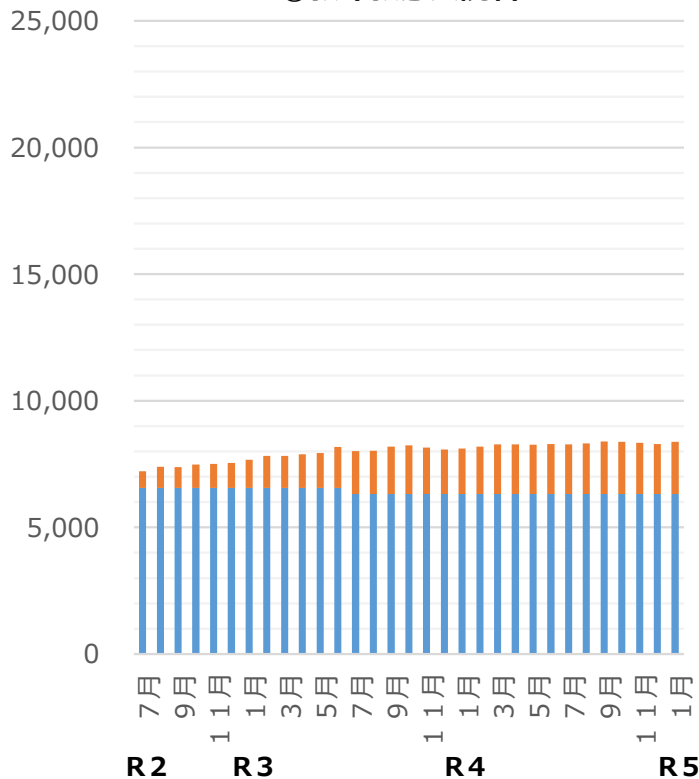
診療報酬上の特例の算定等に関する状況⑥

重症の新型コロナウイルス感染症患者が主に入院する①救命救急入院料、②特定集中治療室管理料、③ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、本来であれば、定められた様式に従って、治療室に関する詳細な状況を含め届出を行うべきところだが、今回の臨時的な取扱いでは、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料に係る運用開始の日付及び人員配置等に関する「簡易な報告」を行うことにより、該当する入院料を算定できることとしている。（令和2年4月18日～）

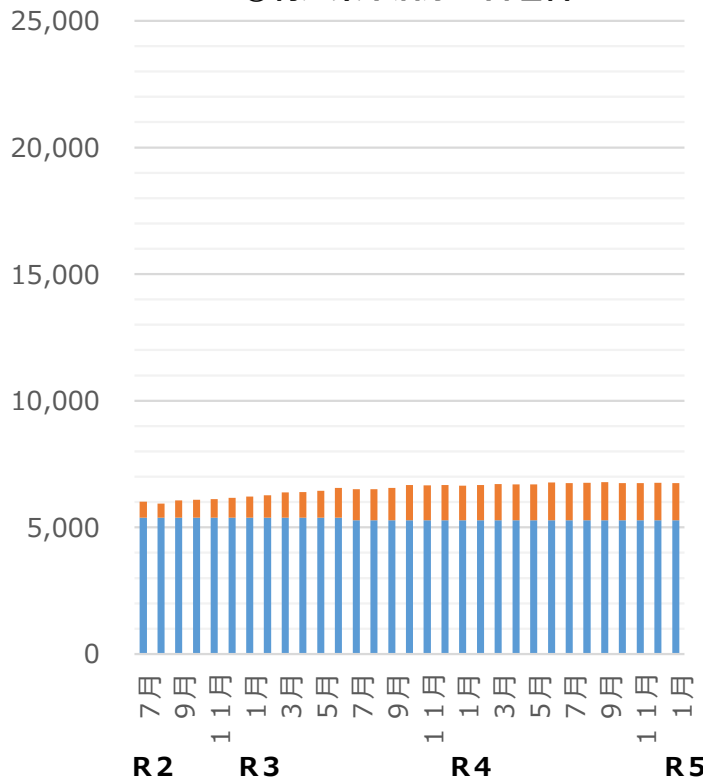
＜本来の届出に基づく病床数及び簡易な報告に基づく病床数（各月初）＞

※本来の届出に基づく病床数は、令和2年7月～令和3年6月は令和元年7月時点の病床数、令和3年7月～令和5年1月は令和3年7月時点の病床数と仮定。

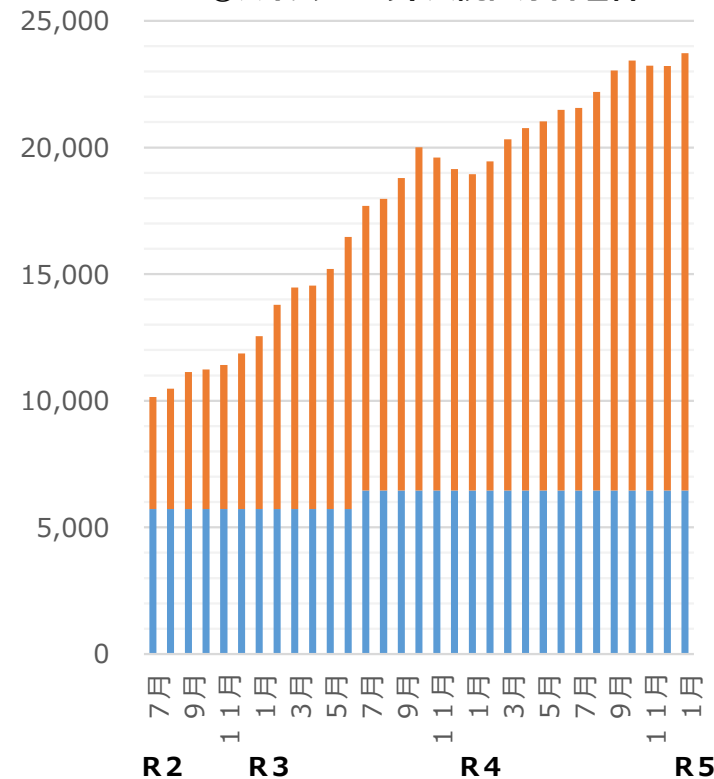
①救命救急入院料



②特定集中治療室管理料



③ハイケアユニット入院医療管理料



■ 本来の届出によるもの ■ 簡易な報告によるもの

■ 本来の届出によるもの ■ 簡易な報告によるもの

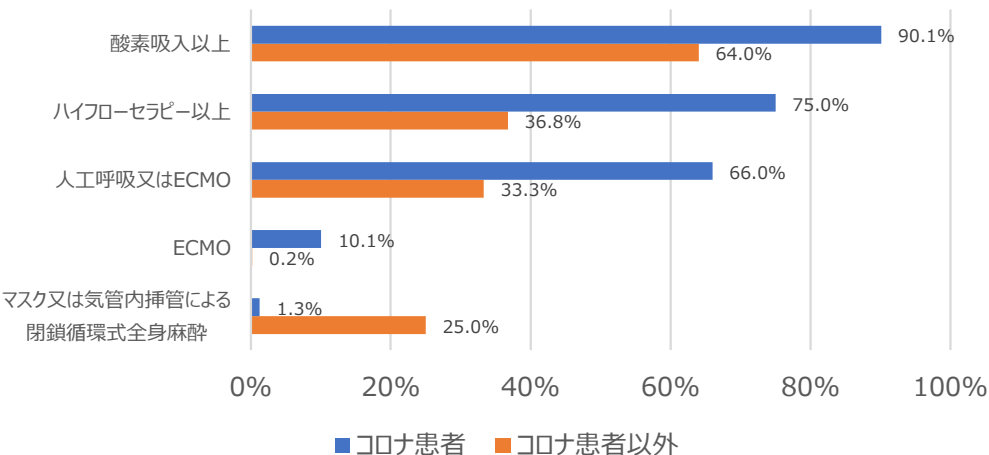
■ 本来の届出によるもの ■ 簡易な報告によるもの

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）

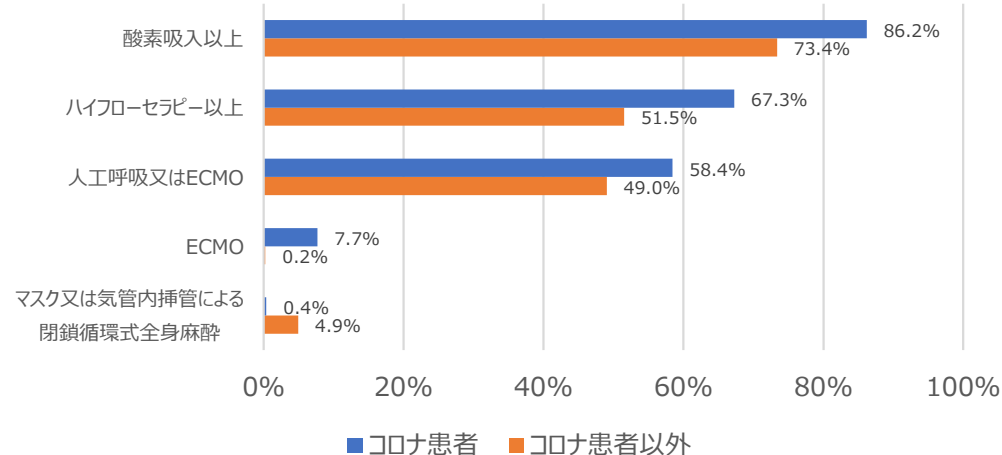
＜各特定入院料を算定する日における診療行為の実施状況＞

- ・ 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

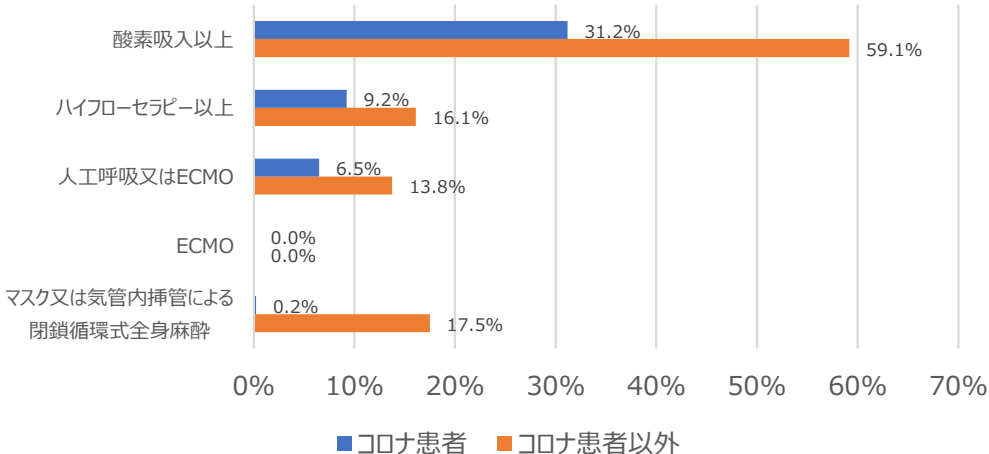
■ 特定集中治療室管理料



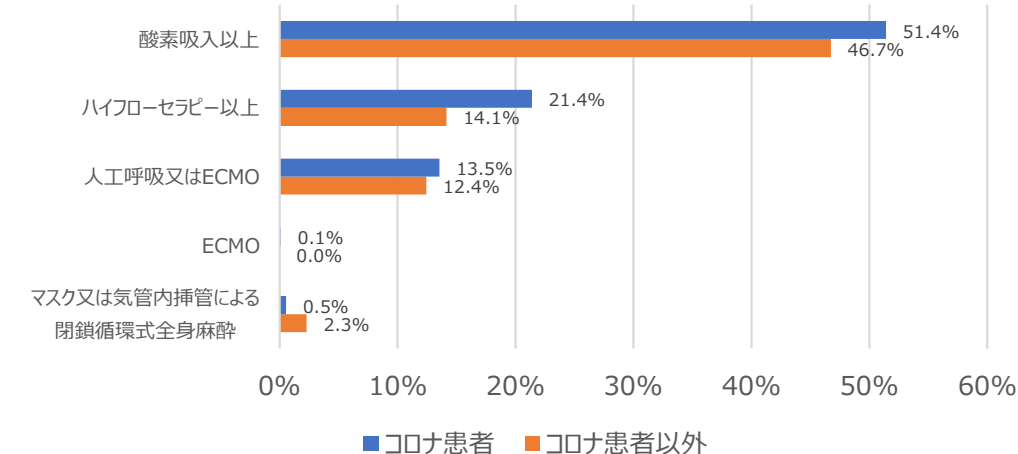
■ 救命救急入院料 2 又は 4



■ ハイケアユニット入院医療管理料

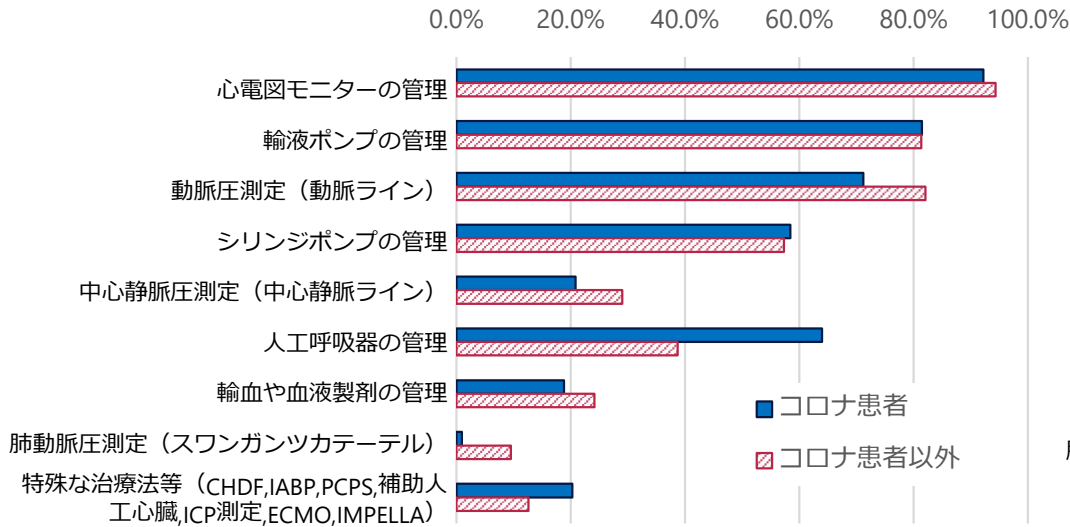


■ 救命救急入院料 1 又は 3

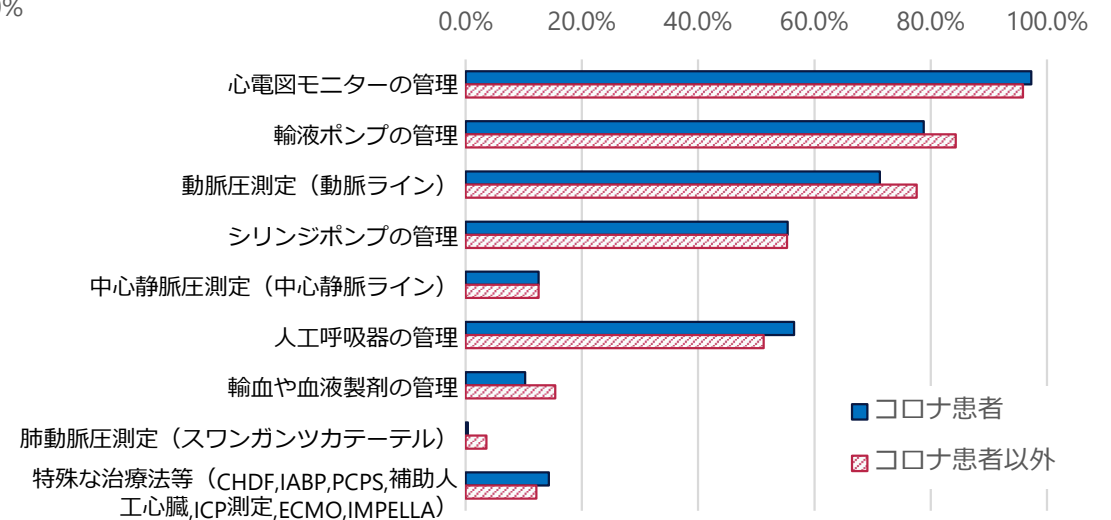


特定入院料を算定する病棟におけるコロナ診療の状況② (重症度、医療・看護必要度)

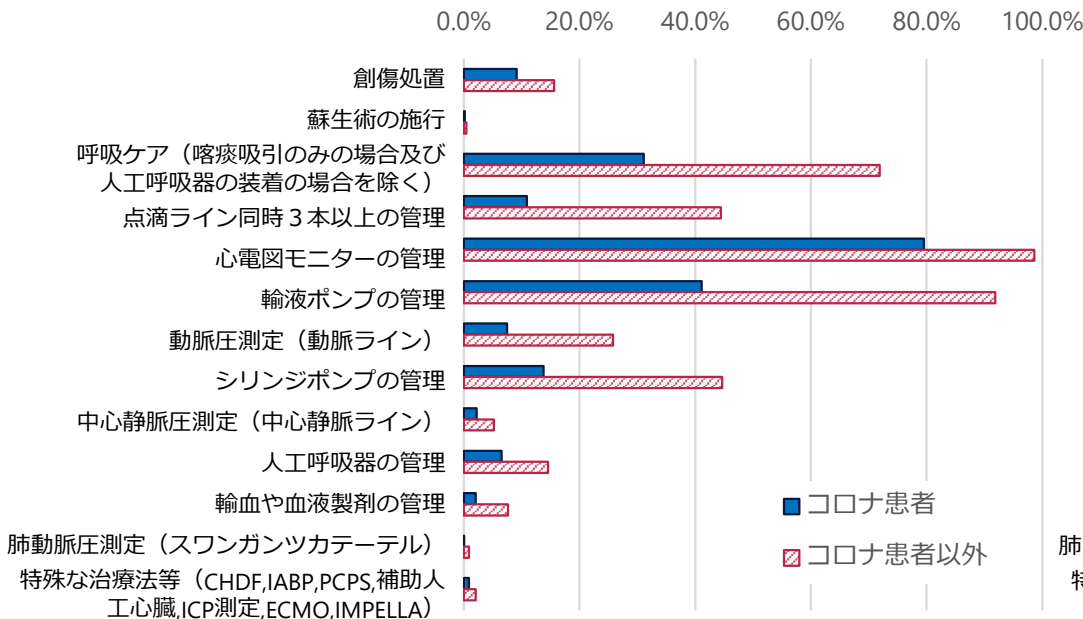
■ 特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



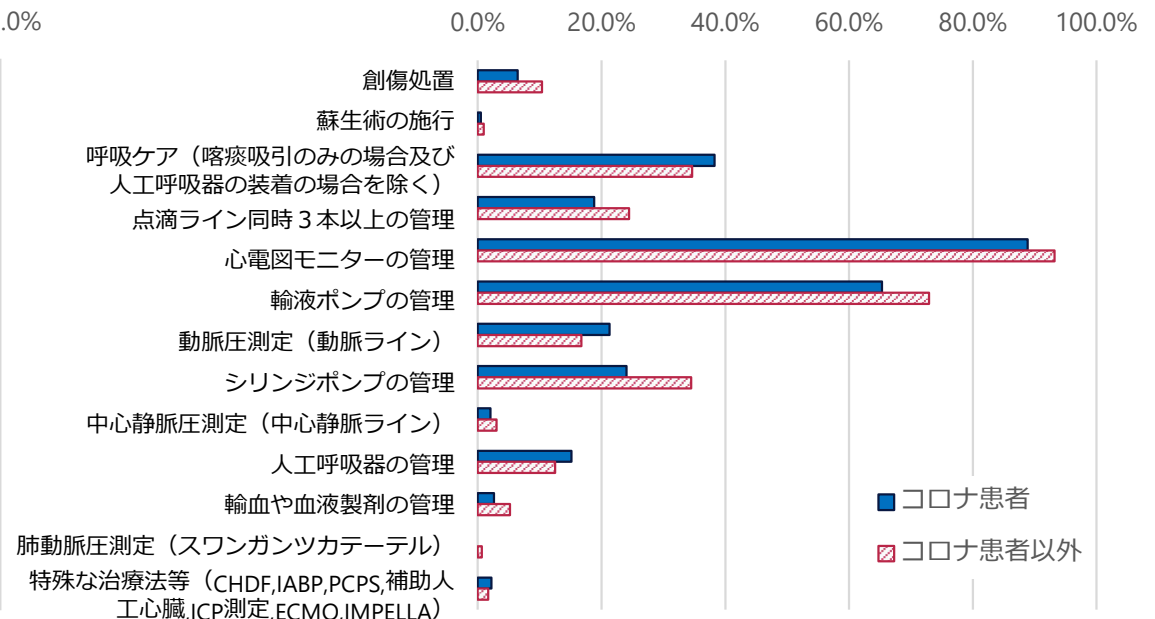
■ 救命救急入院料 2 又は 4 における重症度、医療・看護必要度 (A項目)



■ 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)



1. 3月1日の中医協総会における意見
2. 診療報酬上の主な特例の算定状況等
3. 診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）
4. 参考資料

診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）①

○ 診療報酬上の特例については、以下の考えの下、継続する又は見直しを行うこととしてはどうか。

<外来・在宅医療>

- 疑い患者への対応を公表し、空間的・時間的分離や適切なPPEの活用等、必要な感染対策を講じた上で行う疑い患者への診療については、引き続き評価する。
 - その際、かかりつけ患者等に限らず疑い患者を広く受け入れる医療機関においては、空間的・時間的分離の準備をより周到に行う必要があることを考慮する。
 - 対応) 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))⇒要件を設定の上で●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))⇒終了
- 確定患者に対する診療においては、届出の簡略化や重症化率の低下によって一定程度業務が効率化している。一方で、類型変更に伴い、療養指導やフォローアップ、入院調整において医療機関の果たす役割が大きくなることから、これらの業務の評価として見直しを行う。
 - 対応) 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(同加算の3倍(2,850点))⇒コロナ確定患者へ療養指導を行った場合●点、入院調整を行った場合●点
- 往診時に必要な感染対策についても、引き続き評価する。緊急の往診については、重症化率の低下や外出制限の緩和により必要性は低下しているため評価の見直しを行う。
 - 対応) 感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する往診等(院内トリアージ実施料(300点))⇒●点
 - 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))⇒●点

<入院>

- 入院医療においても、必要な感染対策(個室・陰圧室での管理を含む。)は引き続き評価する。
 - 対応) 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))⇒●倍(●~●点)
 - 二類感染症患者療養環境特別加算(個室)の特例算定(300点)⇒●点
 - 感染予防策を講じた上での疾患別リハビリテーション(二類感染症患者入院診療加算(250点))⇒●点
- 重症化率の低下等により業務内容・人員体制が一定程度効率化されており、重症・中等症患者等の特例は一定程度見直しを行う。
 - 対応) 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))⇒●倍(+●~+●点)
 - 中等症等患者への対応(救急医療管理加算の4~6倍(3,800~5700点))⇒●~●倍(●~●点)
- 回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、回復患者を受け入れた場合の特例については見直しを行う。
 - 対応) 回復患者の転院受入(二類感染症患者入院診療加算750点、30日目までは+1,900点、その後90日目までは+950点)(⇒●点、●日目までは+●点)

<歯科>

- コロナ確定患者に対して延期が困難な歯科治療を実施する場合の感染対策は今後も必要であり、引き続き評価する。
 - 対応) 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)⇒●点

<調剤>

- 薬剤師によるコロナ確定患者への緊急の医薬品の提供・服薬指導等については、来局患者への対応も考慮しつつ、引き続き評価する。
 - 対応) 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)⇒●点

診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）②

<介護施設入所者等の患者への対応>

- 適切な医療資源の活用のため入院の必要性が低い場合に施設内での療養を支援する観点から、**介護施設等に対する緊急往診は引き続き評価**する。（同様の観点から、介護施設等に看護職員がいる場合の当該施設入所者に対するオンライン診療についても評価する。）
対応) 緊急往診の評価（救急医療管理加算の3倍、2850点）⇒ 介護施設への緊急往診の評価（●点）
- 薬剤師による**緊急の医薬品の提供・服薬指導等について、介護施設入所者等の患者に実施した場合についても評価**する。
対応) 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) ⇒ 介護施設への緊急服薬指導等（●点）
- 入院患者の高齢化により要介護者等への治療・ケアの負担が増大しているため、医療資源の効率的な活用及びケアの質向上の観点から、**介護施設の入所者等の患者について、リハビリテーションや介護保険サービスとの連携が充実している医療機関における入院医療に対する評価**※を行う。
※ 介護保険施設等の入所者または訪問診療を受けている高齢者が、例えば以下のような病棟に入院した場合を想定。
 - 病棟でリハビリテーションを提供する体制が整っていること。
 - 入退院支援を行っていること。
 - 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していること。対応) リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した医療機関による介護施設入所者等高齢患者の受入⇒ +●点



診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）③

<その他施設基準等>

- 新型コロナはこれまで通年性の流行がみられており、流行ピーク時の感染者数・入院が必要な患者数の予測が困難であるため、急激な感染拡大時に入院患者の受入が可能な病棟を迅速に整備するために必要な特例については、当面の間継続する。
該当する特例の例)
 - 新型コロナ患者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、要件審査を終えた月の診療分についても基本診療料を算定できる。
- 今後より多くの医療機関がコロナ患者の受入を行うこととなることを踏まえ、医療機能分化の観点から、入院料の算定に係る患者要件を緩和する特例については、一定の経過措置を置いた後に見直しを行う。
該当する特例の例)
 - 特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院した場合に、同管理料等の算定要件に該当しない患者についても必要に応じて同管理料等を算定できる。
- また、コロナ以外の医療提供及び医療の質の確保の観点から、人員配置や診療実績の基準を緩和する特例についても見直しを行う。ただし、コロナ患者の受入により医療従事者を含めたクラスターが起こる場合があること、医療提供体制の移行期においては地域における対応状況の偏りによってはコロナ患者を受け入れる医療機関において手術等一般医療の機会を逸失する場合があることから、原則として一定の経過措置を設けるとともにコロナ患者の受入を考慮した措置を行う。
該当する特例の例)
 - 看護要員の数が施設基準を満たさなくなった場合にも直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい。
 - ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、人員配置等に関する簡易な報告を行うことにより該当する入院料を算定できる。
- 令和4年度診療報酬改定により必要な措置を行っているものや、感染症法に基づく自宅・宿泊療養の要請、外出制限等を踏まえた特例については見直しを行う。（医療提供体制の確保の観点から必要なものについては経過措置を設ける。）
該当する特例の例)
 - 新型コロナ患者に対する電話や情報通信機器を用いた診療に係る特例
 - 自宅・宿泊療養を行っている者に対する往診実施の調整に係る特例
- 薬剤など、新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえ出来高算定を可能にしているものについては、当面の間継続する。
該当する特例の例)
 - 新型コロナ患者を特定入院料・障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院させた場合、医療法上の病床種別と当該入院料が施設基準上求めている看護配置等に基づいた入院基本料の算定及び出来高算定が可能。
- なお、当面の間継続する又は経過措置の後に見直しを行うこととするものについては、類型見直し後のコロナ診療の実態等も踏まえ対応を行う。

1. 3月1日の中医協総会における意見
2. 診療報酬上の主な特例の算定状況等
3. 診療報酬上の特例の見直しの方向性（案）
4. **参考資料**

■ 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。

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

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 <small>※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</small>	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

患者や医療体制への支援

外来医療	患者	● 検査費用の自己負担分を公費負担	法律 感染症法
	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	予算
入院医療	患者	● 入院医療費の自己負担分を公費負担	法律 感染症法
	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	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	予算
	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	● 5/27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)

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"> ・N95マスクや同等の性能のマスク（状況を問わず） 	<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"> ・病室とすべての共有空間の換気改善 ・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） ・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） 	<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"> ・十分換気する※4 ・エアロゾル発生手技が高頻度^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)

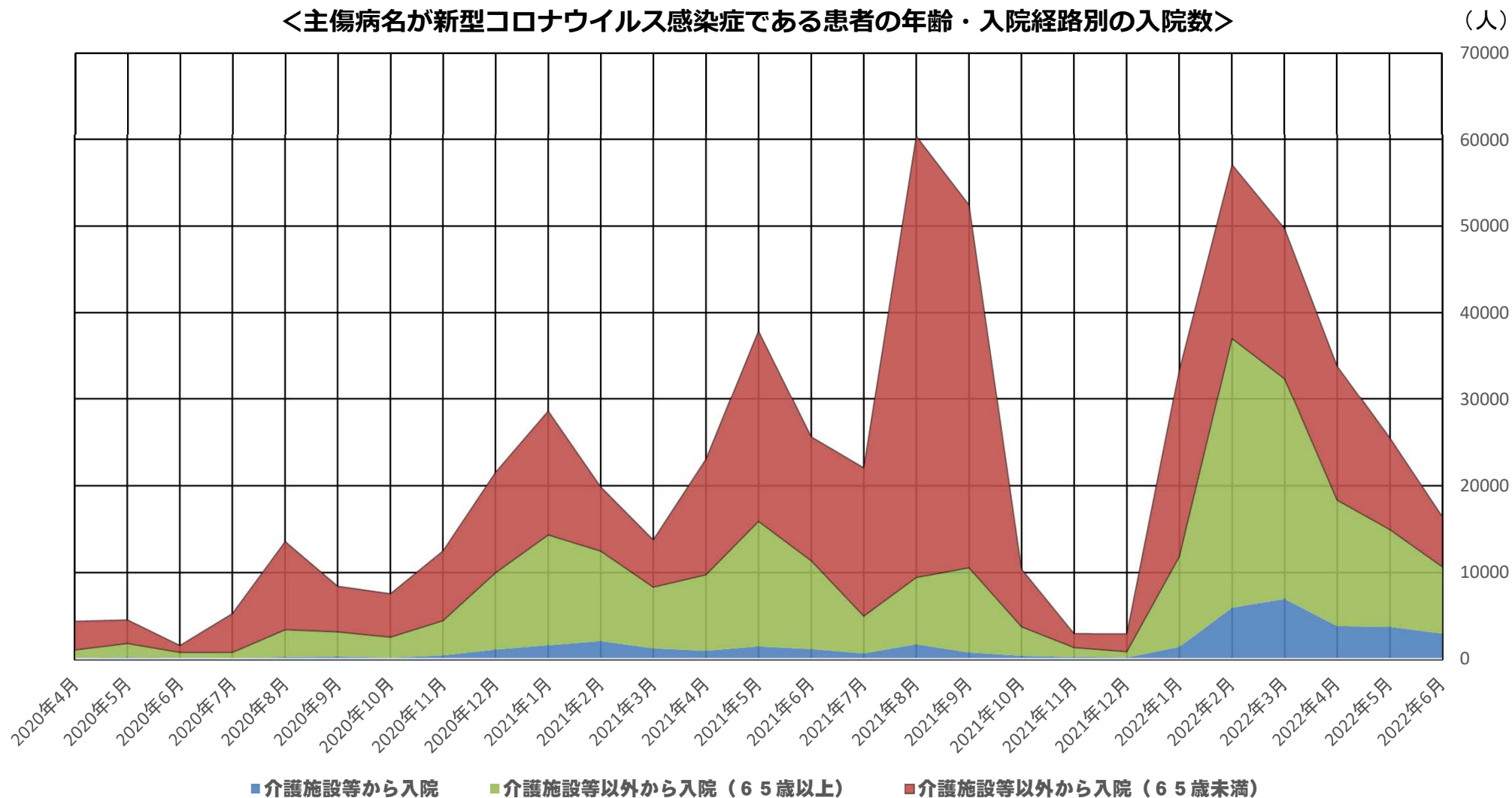
※6：同じ感染症患者同士を同室に集めること

※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)

年齢・入院経路別の入院者数の推移

○ 2022年1月以降、新型コロナウイルス感染症で入院する患者のうち、介護施設等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。

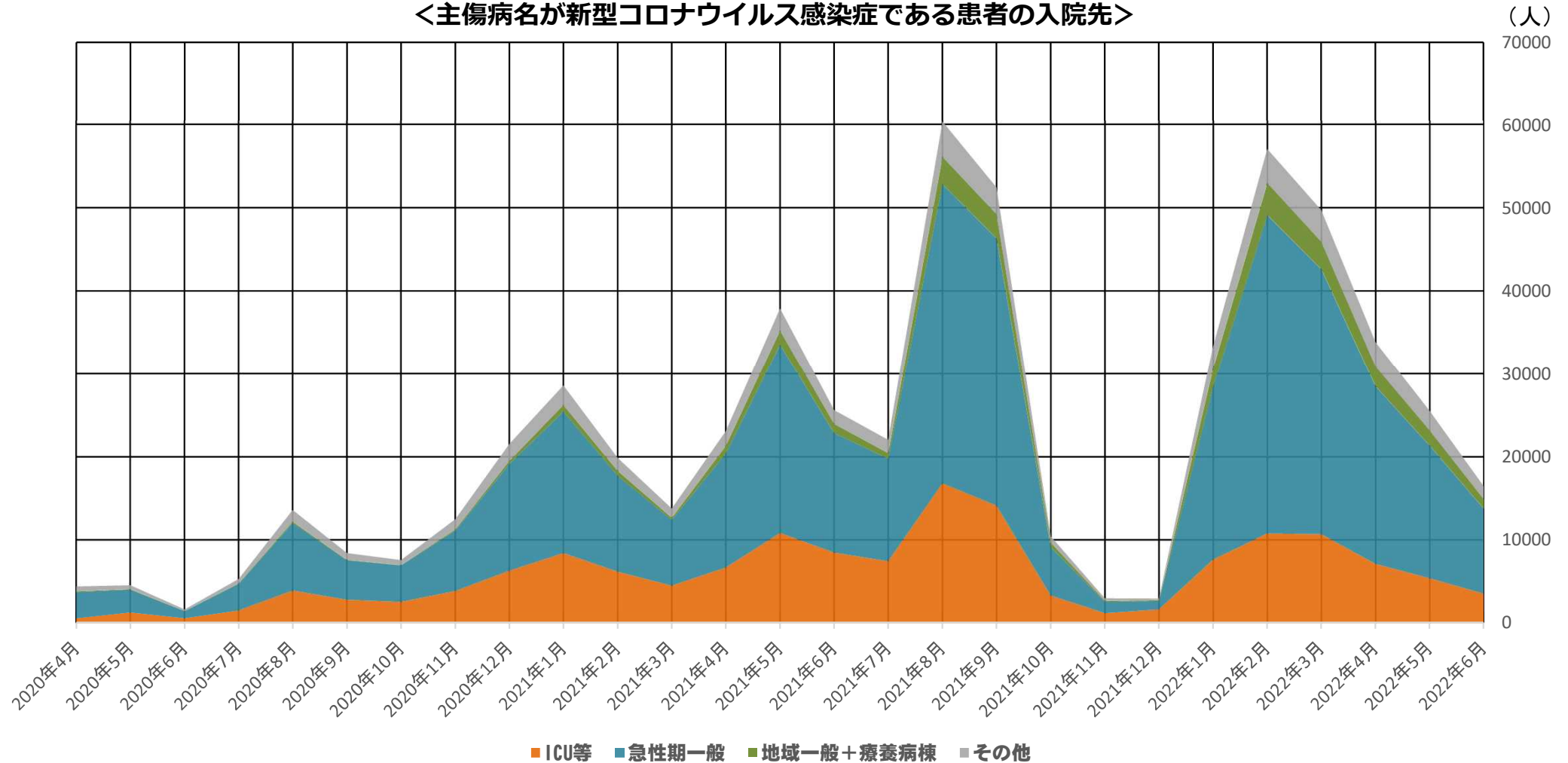
＜主傷病名が新型コロナウイルス感染症である患者の年齢・入院経路別の入院数＞



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＞

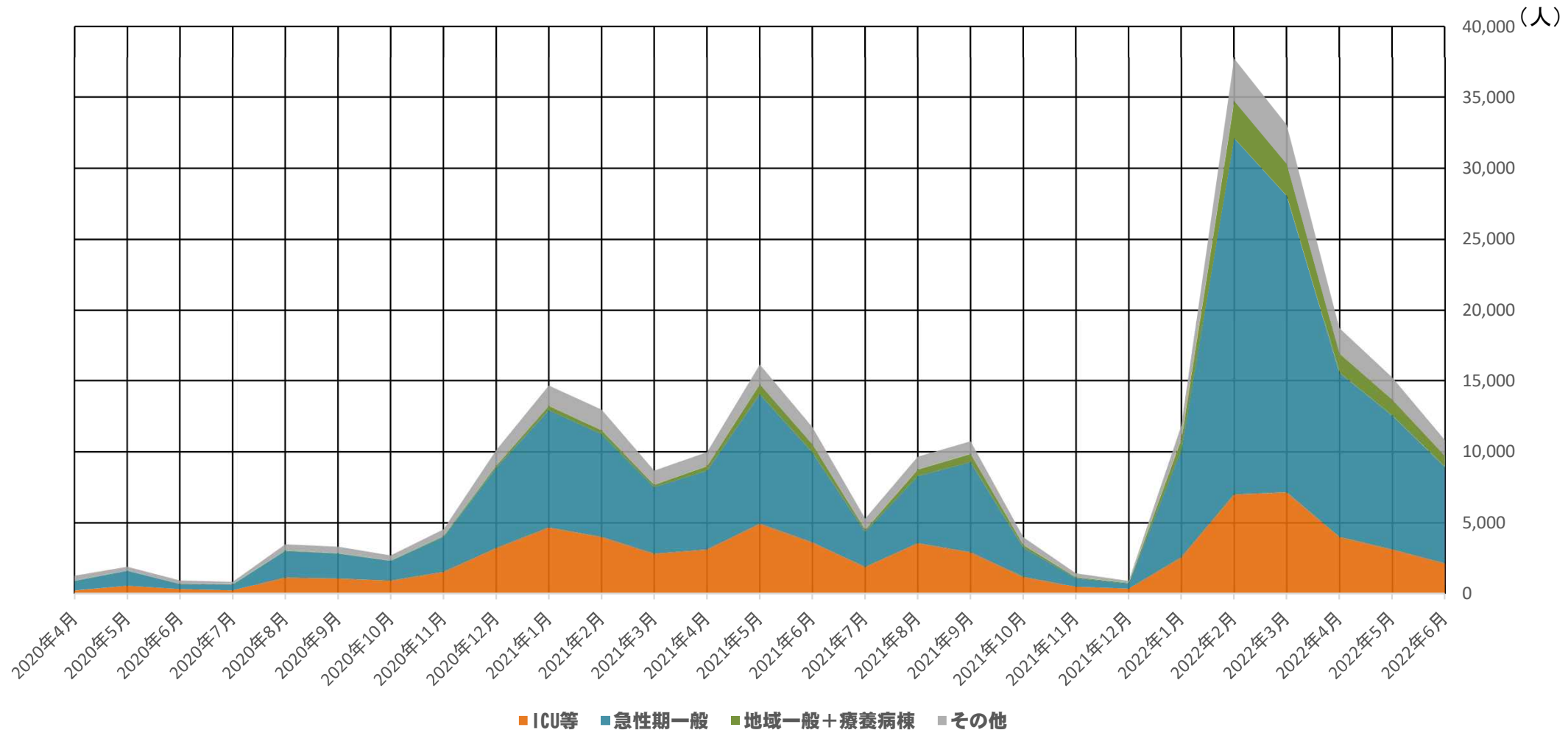


※ICU等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定した患者数 ※急性期一般：急性期一般病棟入院料1～6を算定した患者数
 ※地域一般+療養病棟：地域一般病棟入院料1～3、療養病棟入院基本料を算定した患者数（特例により入院基本料を算定する特定入院料（地域包括ケア病棟等）を含む。）
 ※その他：精神病棟入院基本料等を算定した患者数

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・福祉施設から入院した患者を含めた高齢者についても、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＞

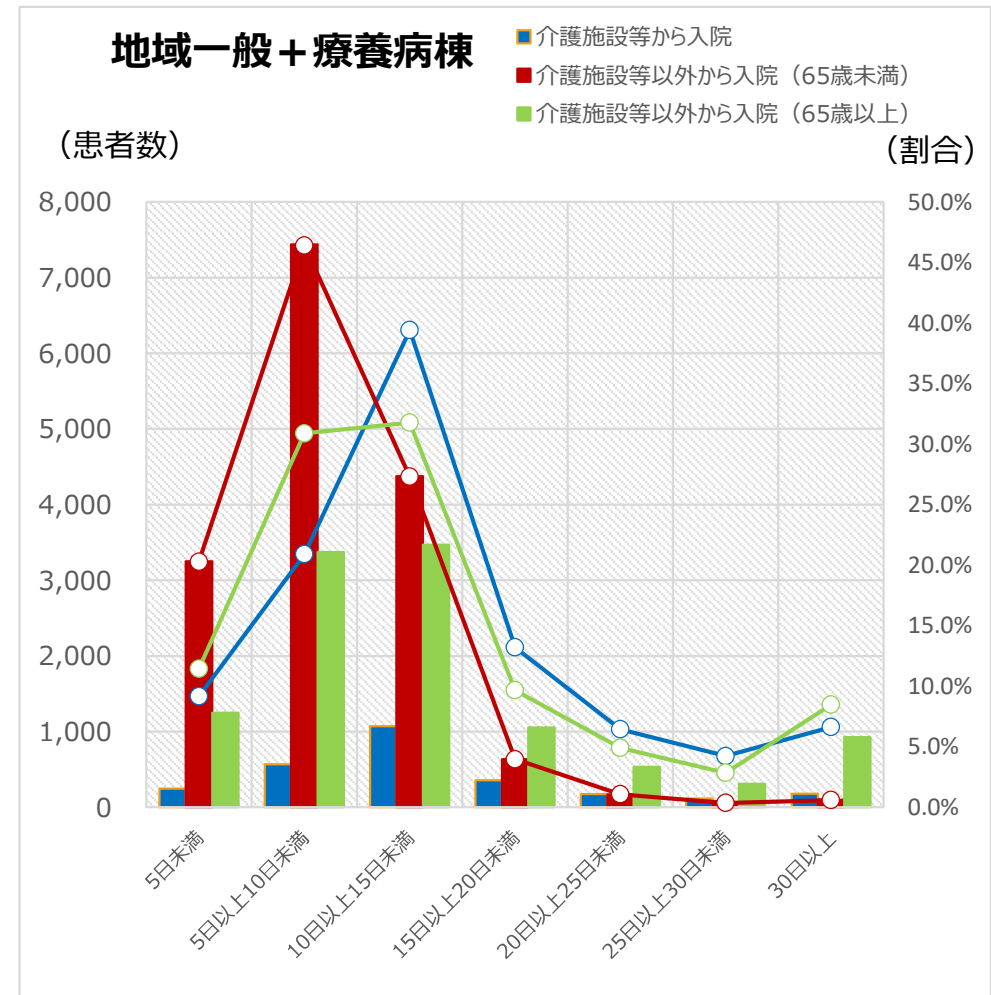
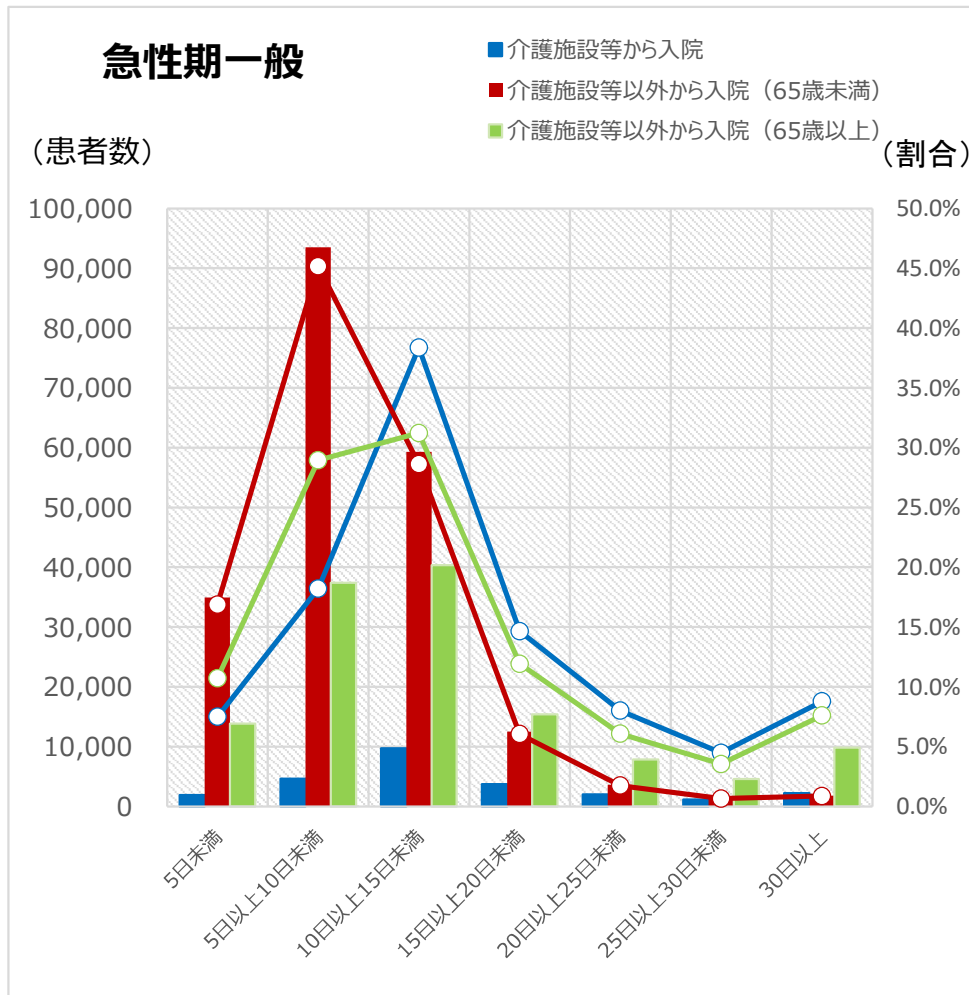


※ICU等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定した患者数 ※急性期一般：急性期一般病棟入院料1～6を算定した患者数
 ※地域一般+療養病棟：地域一般病棟入院料1～3、療養病棟入院基本料を算定した患者数（特例により入院基本料を算定する特定入院料（地域包括ケア病棟等）を含む。）
 ※その他：精神病棟入院基本料等を算定した患者数

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、介護施設等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＞



※急性期一般：急性期一般病棟入院料1～6を算定した患者数

※地域一般+療養病棟：地域一般病棟入院料1～3、療養病棟入院基本料を算定した患者数（特例により入院基本料を算定する特定入院料（地域包括ケア病棟等）を含む。）

出典：DPCデータ（令和2年4月～令和4年6月診療分）

施設内療養を行う介護施設等への更なる支援について

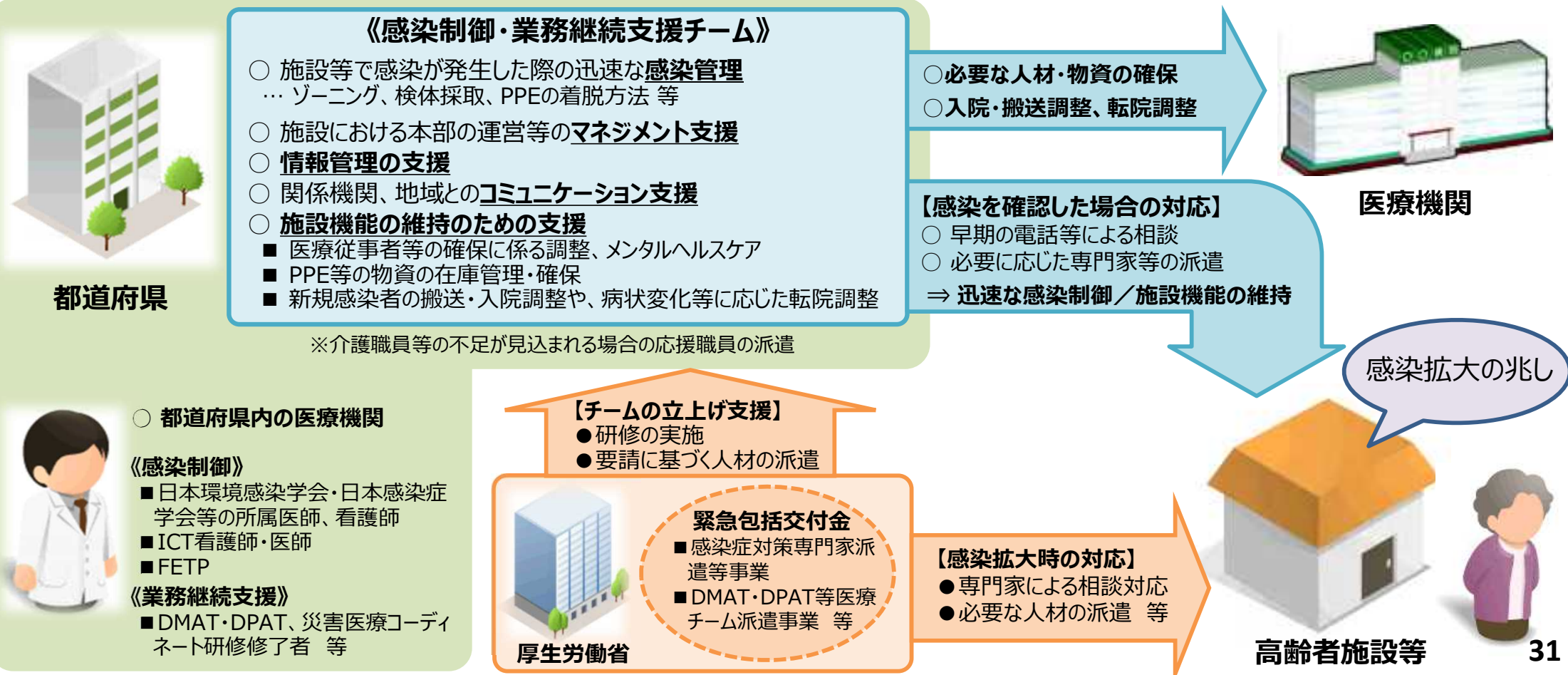
令和4年12月23日付け事務連絡 参考資料
 (老健局高齢者支援課、老健局認知症施策・地域介護推進課、老健局老人保健課)

- 施設内で療養を行う介護施設等に対し、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を行うことができるよう更なる支援を行う。
- また、施設内での療養者数が一定数を超える等の一定の要件を満たす場合には、追加の支援を行う。

補助概要	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、通常のサービス提供では想定されない感染対策の徹底等を行うとともに、療養の質及び体制の確保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^(※1)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>(※1) 以下、①～⑤等の実施をチェックリストで確認し、補助を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供 ② ゾーニング（区域をわける）の実施 ③ 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 ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察、 ⑤ 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
補助額	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内療養者^(※5) 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） ○ まん延防止等重点措置区域等^(※2)の施設等であって療養者数が一定数^(※3)を超える場合は、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）^(※4) <p>(※2) 令和4年3月21日時点でまん延防止等重点措置等を実施すべき区域とされている都道府県については、まん延防止等重点措置等を実施すべき区域から除外された場合であっても、令和4年4月7日までは追加補助の対象とする。</p> <p>また、令和4年4月8日から令和5年3月末日までは、まん延防止等重点措置等を実施すべき区域以外の区域においても、追加補助の対象とする。</p> <p>(※3) 以下の①②いずれも満たす日について、施設内療養者に追加補助を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 当該介護施設等が所在する区域において、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置が適用されている期間中である。 ② 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。 <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> <p>(※5) 「施設内療養者」は、令和4年9月30日までに発症した者については、発症後15日以内の者とする。</p> <p>令和4年10月1日以降に発症した者については、発症日から起算して10日以内の者（発症日を含めて10日間）とする。</p> <p>ただし、発症日から10日間経過しても、症状軽快*後72時間経過していないために、基本となる療養解除基準（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「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して15日目までを上限とする）。なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。</p> <p>* 無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る検体採取日が令和5年1月1日以降の場合は、当該検体採取日から起算して7日以内の者（当該検体採取日を含めて7日間）を「施設内療養者」とする。なお、陽性確定に係る検体採取日が令和4年12月末日までの場合は、当該検体採取日を発症日として取り扱って差し支えない。</p> <p>* 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。</p>
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護施設等 <ul style="list-style-type: none"> 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
適用時期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 令和3年4月1日～（追加補助分は令和4年1月9日～）

(注) 令和4年12月23日付改正後の内容を記載している（同日改正部分を下線で示している）。
 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。

- 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。



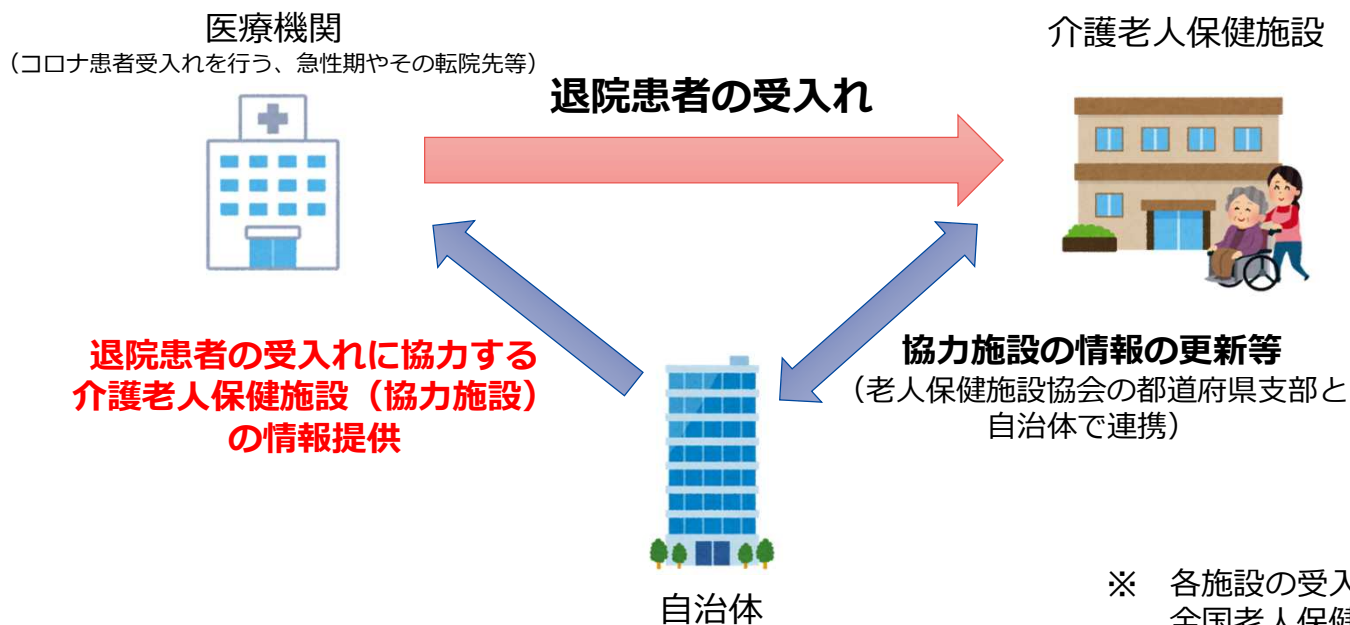
退院患者の介護施設における適切な受入れに関する更なる取組について

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^(※)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^(※)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

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

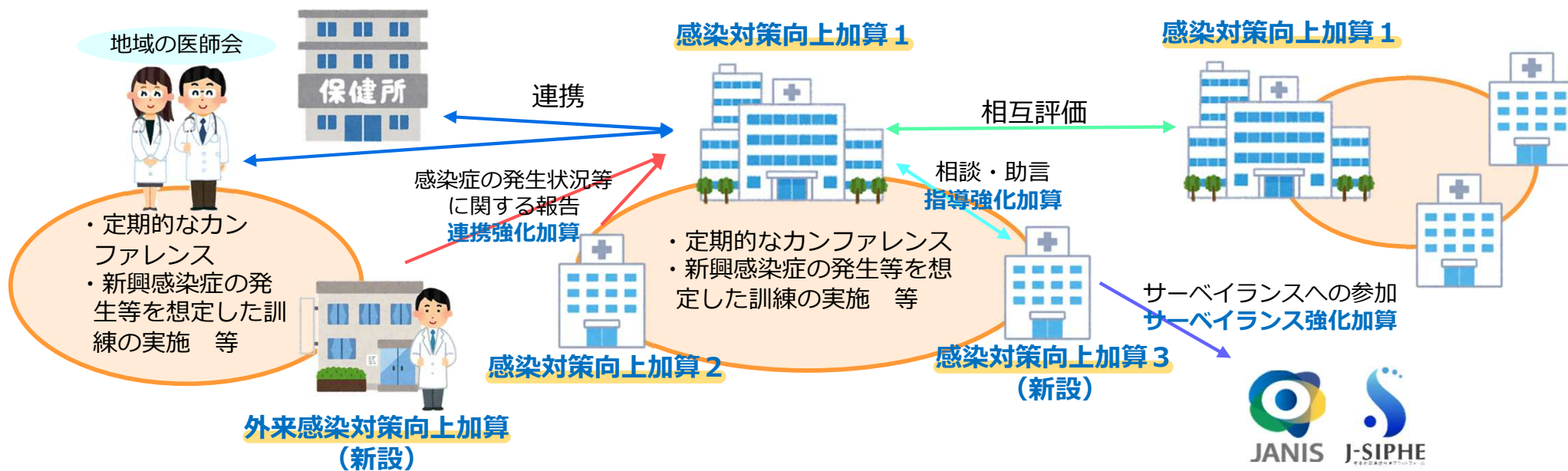
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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。