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

新型コロナウイルス感染症への対応と
その影響等について

新型コロナウイルス感染症対策の経緯について

○　これまで、新型コロナウイルス感染症への対策として、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を踏まえ、様々な取組を行ってきたところ。

【新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（抜粋）】（令和２年３月28日（令和２年５月25日変更））

三　新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項

（１）情報提供・共有

（２）サーベイランス・情報収集

（３）まん延防止

１）外出の自粛（後述する職場への出勤を除く）
２）催物（イベント等）の開催制限
３）施設の使用制限等（前述した催物（イベント等）の開催制限、後述する学校等を除く）
４）職場への出勤等
５）学校等の取扱い
６）緊急事態宣言解除後の都道府県における取組等
７）水際対策
８）クラスター対策の強化
９）その他共通的事項等

（４）医療等

①　重症者等に対する医療提供に重点を置いた入院医療の提供体制の確保
②　新型コロナウイルス感染症が疑われる患者への外来診療・検査体制の確保
③　新型コロナウイルス感染症患者のみならず、他の疾患等の患者への対応も踏まえて地域全体の医療提供体制を整備
④　医療従事者の確保
⑤　医療物資の確保
⑥　医療機関及び高齢者施設等における施設内感染を徹底的に防止

（５）経済・雇用対策

（６）その他重要な留意事項

１）人権への配慮、社会課題への対応等
２）物資・資材等の供給
３）関係機関との連携の推進
４）社会機能の維持
５）緊急事態宣言解除後の取組
６）その他

これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の経緯　①

○　これまでの医療提供体制に影響を及ぼす新型コロナウイルス感染症への主な対策の経緯は、以下のとおり。

時点	概要（政府全体の対応等）	厚生労働省における対応
2019年 12月30日	・　（中国湖北省武漢市における原因不明のウイルス性肺炎の発生に関して、武漢市当局が発表。）	
2020年 １月16日	・　国内初の感染者を発表	
１月28日		・　第１回新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部会議を開催 ・　新型コロナウイルス感染症を感染症法上の指定感染症、検疫法上の検疫感染症に指定する政令を公布（２月１日施行）
１月30日	・　政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の設置を閣議決定 ・　第１回新型コロナウイルス感染症対策本部を開催	・　第２回新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部会議を開催
１月31日	・　WHOより、武漢市における新型コロナウイルス関連肺炎の発生状況が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」に該当すると発表	
２月１日		・　「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」を発出し、帰国者・接触者外来の設置等について都道府県に依頼
２月７日	・　感染症等に関する専門家によるアドバイザリー・ボードを設置し、第１回目の会合を開催	
２月10日	・　第２回目のアドバイザリー・ボードを開催	・　国立感染症研究所、国立国際医療研究センターの「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」を周知
２月13日	・　新型コロナウイルス感染症について、検疫法上の隔離・停留を可能とする措置を講ずるほか、無症状病原体保有者を入院措置・公費負担等の対象とする政令を閣議決定（２月14日施行）。 ・　「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策（令和２年２月13日新型コロナウイルス感染症対策本部）」を決定	
２月17日		・　新型コロナウイルス感染症専門家会議の議論を踏まえ、一般向けに「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を発出
2020年 ２月25日	・　新型コロナウイルス感染症対策本部において、現在講じている対策と、今後の状況の進展を見据えて講じていくべき対策を整理した「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針（令和２年２月25日新型コロナウイルス感染症対策本部）」を決定	

これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の経緯　②

○　これまでの医療提供体制に影響を及ぼす新型コロナウイルス感染症への主な対策の経緯は、以下のとおり。

時点	概要（政府全体の対応等）	厚生労働省における対応
2020年 ２月27日	・　政府から小中学校、高等学校等に対し３月２日からの臨時休業を要請	
３月１日		・　２月25日に決定された「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」を踏まえ、地域の新型コロナウイルス感染症の患者の発生状況に応じた各対策の概要や、その対策の移行に当たっての考え方について、「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」を発出し、都道府県に周知 ※　外来診療における「時間的・空間的な感染予防策」や、入院医療における「延期が可能と考えられる予定手術及び予定入院の延期も検討」といった内容が盛り込まれたもの。
３月４日		・　院内感染防止及び検査の精度管理の観点から帰国者・接触者外来及び帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関においてPCR検査を実施するよう要請 ・　一般の医療機関を新型コロナウイルス感染症が疑われる方が受診した場合に、直接、帰国者・接触者外来を紹介しても差し支えない旨を周知 ・　PCR検査について、３月６日から保険適用することを周知。
３月６日		・　先行して感染が拡大していた中国（武漢を含む）におけるデータを基に推計を行ったAMEDの報告書による、外来・入院・重症患者数の推計式を各都道府県等にお示しし、医療需要の目安として活用の上、病床や感染防御に必要な資材、人工呼吸器等の医療機器等の確保を進めていただくよう依頼
３月10日	・　新型コロナウイルス感染症対策本部において「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策－第２弾－」をとりまとめた	
３月11日		・　「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」を発出 ・　「帰国者・接触者相談センターの運営について」を発出し、地域の医師会や医療機関などにも帰国者・接触者相談センター業務の全部又は一部を外部委託することも可能である旨を周知
３月13日	・　新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザ等特別措置法の適用対象とする、改正新型インフルエンザ等対策特別措置法が成立	・　「「帰国者・接触者相談センター」における「帰国者・接触者外来」への受診調整に係る留意事項について」を発出し、一律に相談の目安を適用するのではなく、相談の目安に該当しない方であっても、柔軟に判断していただくよう周知。
３月17日		・　「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第１版」を策定し、医療従事者や行政関係者向けに症例定義や院内感染対策等を示す

これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の経緯　③

○　これまでの医療提供体制に影響を及ぼす新型コロナウイルス感染症への主な対策の経緯は、以下のとおり。

時点	概要（政府全体の対応等）	厚生労働省における対応
2020年 ３月18日	・　「生活不安に対応するための緊急措置（令和２年３月18日新型コロナウイルス感染症対策本部）」を決定	
３月19日		・　「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について」を発出し、主として以下を各都道府県等宛に周知 ①　重点的に患者を受け入れる医療機関（重点医療機関）を設定すること ②　患者の受入れ調整等を行うための都道府県調整本部を設置すること ③　ピーク時の患者受入体制の確保のため、医療機関の手挙げ又は割当て方式により病床を確保すること　等
３月24日	・　東京2020組織員会と国際オリンピック委員会（IOC）が共同声明で東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会の2021年への延期を発表。	
３月26日	・　国内外における新型コロナウイルス感染症の新型インフルエンザ等特別措置法第14条の規定に基づき、厚生労働大臣から総理大臣へのまん延のおそれが高い旨の報告を実施。これを踏まえ、新型インフルエンザ等対策特別措置法第15条第１項の規定に基づく新型コロナウイルス感染症対策本部を設置。	・　新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令等の一部改正。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備えて対策を一層万全にしておく観点から、感染症法における新型インフルエンザ等に対する措置を新型コロナウイルス感染症にも適用するとともに、病原体管理の分類を４種病原体に定める。
３月28日	・　新型インフルエンザ等特別措置法に基づく政府対策本部の設置等を踏まえ、同法第18条に基づく基本的対処方針として、新型コロナウイルス感染症対策をさらに進めていくために今後講じるべき対策をとりまとめ、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（令和２年３月28日新型コロナウイルス感染症対策本部）」を決定 ※　４月７日、４月11日、４月17日、５月４日、５月14日、５月21日、５月25日変更。	
４月２日		・　「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」を発出し、宿泊療養・自宅療養の対象等について周知。
４月７日	・　特措法第32条第１項に基づく緊急事態宣言を発令。 ・　「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策～国民の命と生活を守り抜き、経済再生へ～（令和２年４月７日閣議決定）」をとりまとめた	
４月８日		・　診療報酬特例①
４月15日		・　「帰国者・接触者外来の増加策及び対応能力向上策について」を発出し、地域外来・検査センターの設置、ドライブスルー方式での外来診療等について周知。

これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の経緯　④

○　これまでの医療提供体制に影響を及ぼす新型コロナウイルス感染症への主な対策の経緯は、以下のとおり。

時点	概要（政府全体の対応等）	厚生労働省における対応
2020年 ４月16日	・　全都道府県を緊急事態措置の対象とした	
４月18日		・　診療報酬特例②
４月23日		・　「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について」を発出し、症状急変時の適切な対応が必要であること等から宿泊療養を基本とする旨を周知。
４月28日		・　「地域外来・検査センター運営マニュアル（第１版）」を発出
５月１日		・　「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第18条に規定する就業制限の解除に関する取扱いについて」を発出し、宿泊療養又は自宅療養の解除に当たっての取扱い、就業制限解除基準を満たした場合の取扱い等を周知
５月７日		・　新型コロナウイルス感染症の治療薬としてレムデシビルが国内で初めて薬事承認（特例承認）された
５月８日		・　「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について」を発出し、基本的な考え方を大きく変更するものではないものの、目安に該当しない場合についても相談が可能であること等をより明確化
５月13日		・　抗原検査キットが国内で初めて承認され、保険適用された。 ・　抗原検査を「新型コロナウイルス抗原検出用キットの活用に関するガイドラインについて（周知）」を発出するとともに、「感染症法上の届出基準、退院・就業制限の取扱いについて」を一部改正し、臨床的特徴等の新たな知見や迅速診断キットによる病原体の抗原の検出等について周知 ※　従前のPCRに加えて、行政検査において新たに抗原検査の実施が可能となる ・　「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施について」を発出し、救急患者の受入体制の検討、受入れ先の調整方法等について周知 ・　地域外来・検査センター運営マニュアル第２版を発出し、地域外来・検査センターの運営に係る医療法上の臨時的な取扱いについて整理
５月18日		・　「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き（第２版）」により、診断基準に抗原検査キットの追加やレムデジビルの使用上の注意について周知
５月25日	・　緊急事態宣言を全面解除	
５月26日		・　診療報酬特例③

これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の経緯　⑤

○　これまでの医療提供体制に影響を及ぼす新型コロナウイルス感染症への主な対策の経緯は、以下のとおり。

時点	概要 （政府全体の対応等）	厚生労働省における対応
2020年 ５月27日	・　第２次補正予算案を閣議決定	・　「新型コロナウイルス感染症患者等の移送及び搬送について」を発出し、患者等の移送を円滑に進めるため、消防機関に移送協力を求める場合の協議事項等について周知
５月29日		・　「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」を発出し、退院基準を改正し、PCR検査確認が原則不要である旨を周知 ・　へき地における医療提供体制について各都道府県等宛に事務連絡を発出し、検査体制、患者の受入れ体制、搬送体制等について改めて検討を依頼
2020年 ５月30日		・　事務連絡を発出し、今後の医療提供体制整備に関する当面の対応について、主として以下を各都道府県等宛に周知 ①　ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床については、今後、再び感染が大きく拡大する局面も見据えて、その維持及び確保の取組（医療機関や関係者との調整等）を引き続き進めること ②　上記の一部の病床については、クラスターの発生等の突発的な患者の増加が起こりうることを踏まえて常に空床としておくなど、「いつでも即時受入れ可能な病床」として医療機関と調整を行い、確保しておくこと ③　それ以外の病床については、「都道府県の要請があった際には、一定の準備期間の後に患者の受入れが可能な病床」とし、この病床については、都道府県の要請に応じて患者の受入れを行うまでは、一般診療に用いることができるものであること ④　宿泊療養施設について、施設の確保や施設運営に必要な医療従事者・職員の確保等、立ち上げには一定の時間を要すること等を勘案し、当分の間、各都道府県で一定数を維持・確保すること　等 ・「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第18条に規定する就業制限の解除に関する取扱いについて」を発出し、宿泊療養又は自宅療養の解除に当たっての取扱い、就業制限解除基準を満たした場合の取扱い等を周知
６月２日		・　「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて（一部改正）」を発出し、PCR検査の検体として唾液が追加されたことに伴う取扱いを周知
６月19日		・　今後を見据えた医療提供体制の整備について各都道府県等宛に事務連絡を発出し、主として以下について対応するよう依頼 ①　国内実績を踏まえた新たな患者推計をもとに、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も見据え、時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保・宿泊施設確保等を実施すること ②　重点医療機関の設定等による新型コロナウイルス感染症患者の受入れ病床の確保や、「疑い患者受入協力医療機関」の設定等を進め、医療機関間における役割分担を加速させるとともに、適切な搬送手段等も整備すること ③　時間軸を踏まえた病床確保を行うことや、医療機関間の役割分担を進めることをもって、新型コロナウイルス感染症以外の疾患等の患者への医療も確保すること ④　その他外来診療体制や院内感染対策、物資、医療従事者の要請、周産期小児医療等について、対策を進めること　等 ・　国内発の抗原定量検査が薬事承認（６月25日から保険適用）

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２年８月17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）	1,067,156 (+25,835)	55,958 (+630) ※2	12,767 (-241)	243	41,853 (+1,059)	1,114 (+16)	240 (-238)
空港検疫	146,160 (+1,842)	712 (+12)	295 (-17)	0	416 (+29)	1	0
チャーター便帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	1,214,145 (+27,677)	56,685 (+642) ※2	13,062 (-258)	243	42,284 (+1,088)	1,115 (+16)	240 (-238)

※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、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。

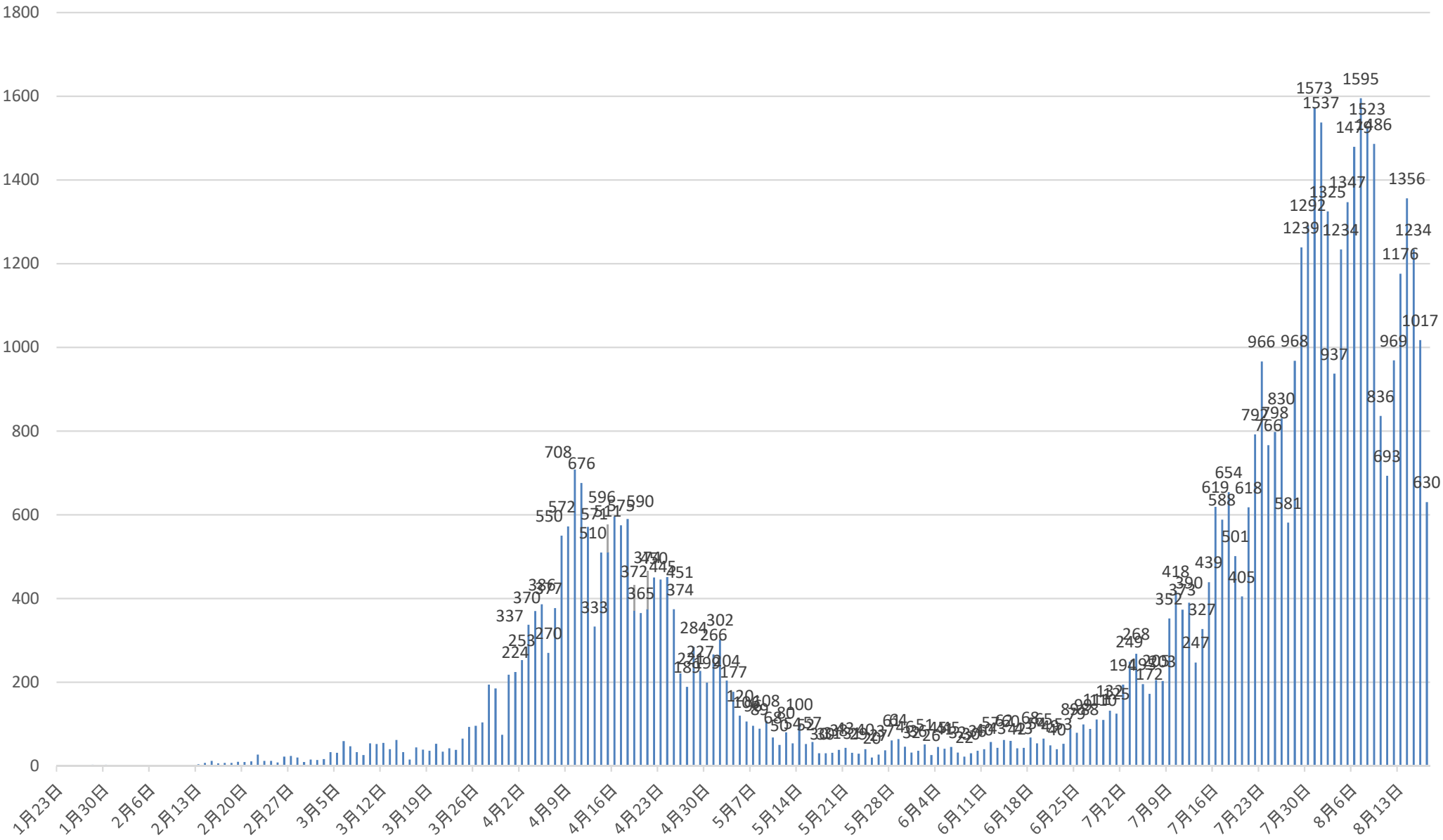
【上陸前事例】括弧内は前日比

	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、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

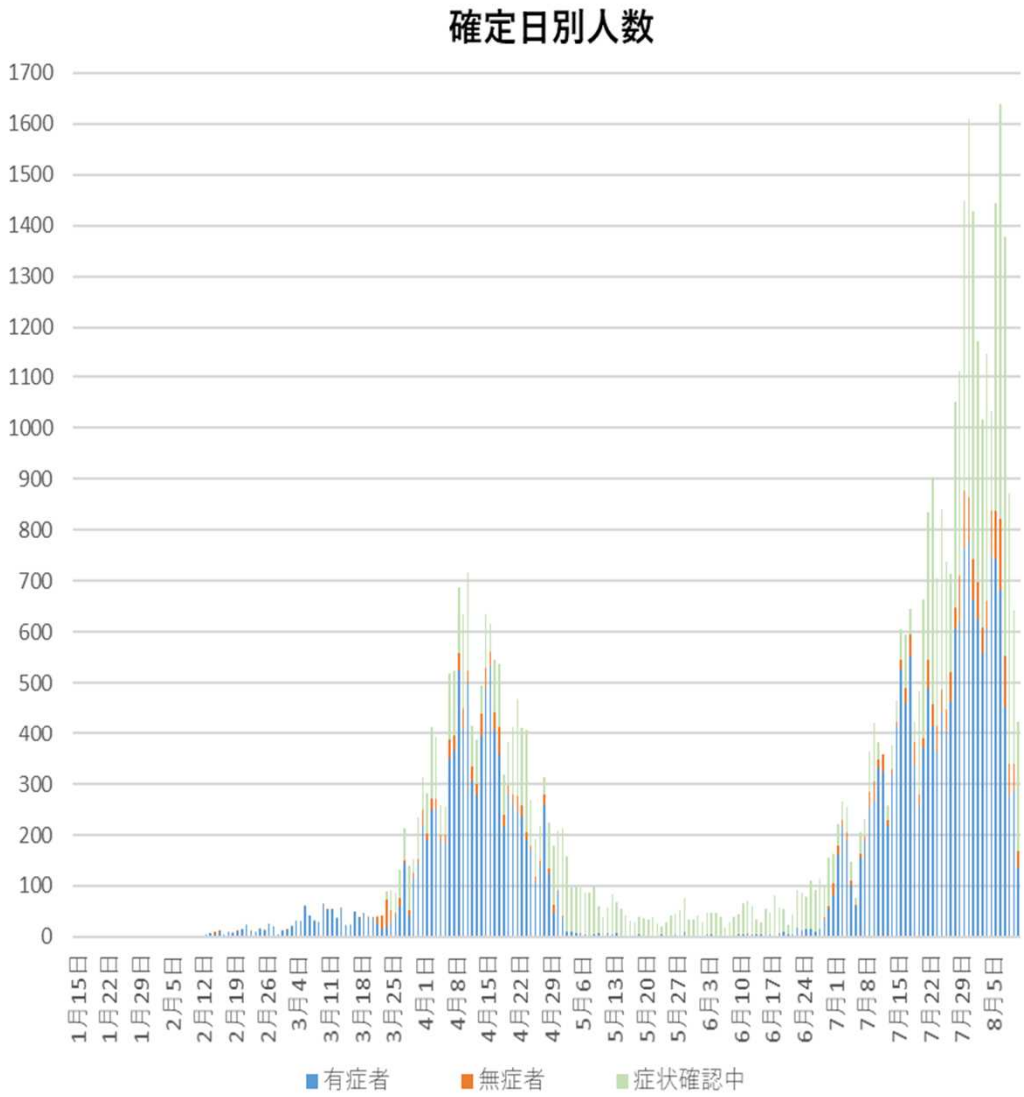
報告日別新規陽性者数　　令和2年8月17日24時時点

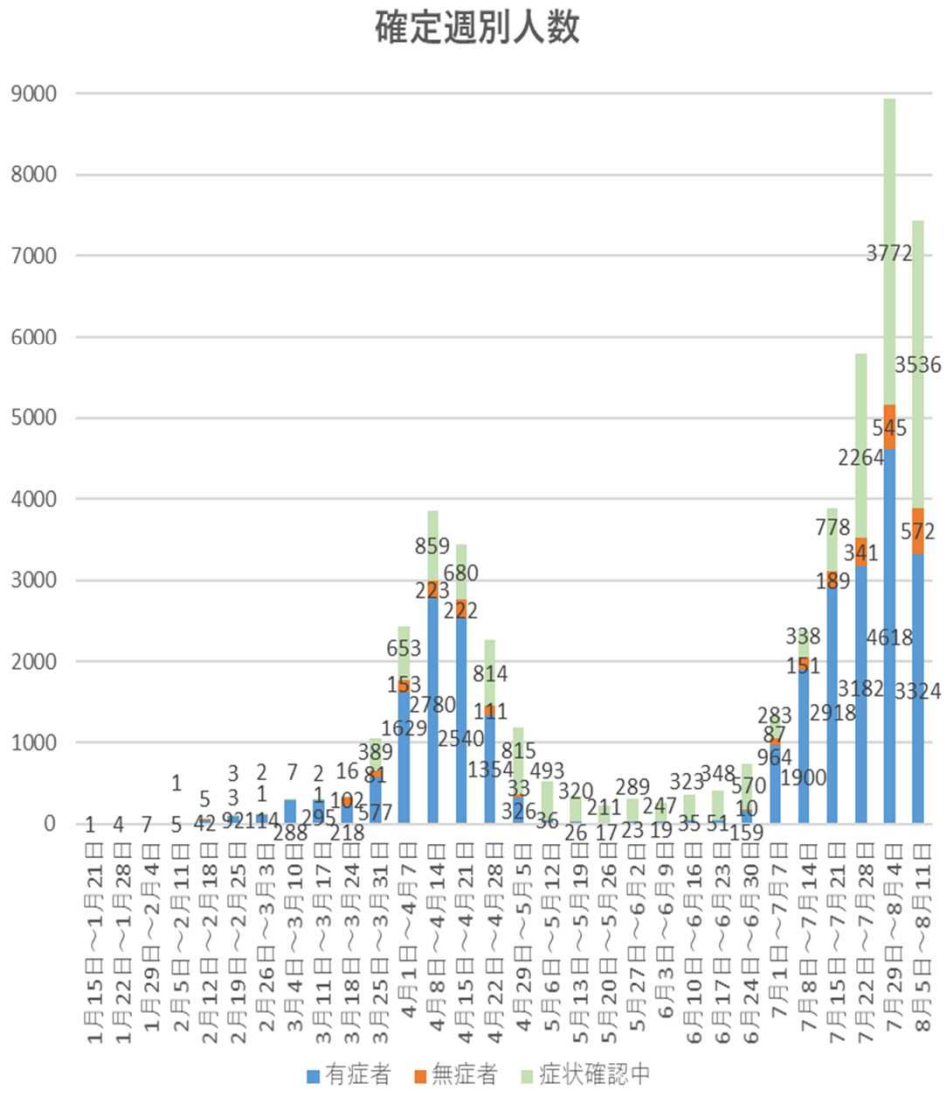


※１　都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。
※２　5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

（令和２年８月12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

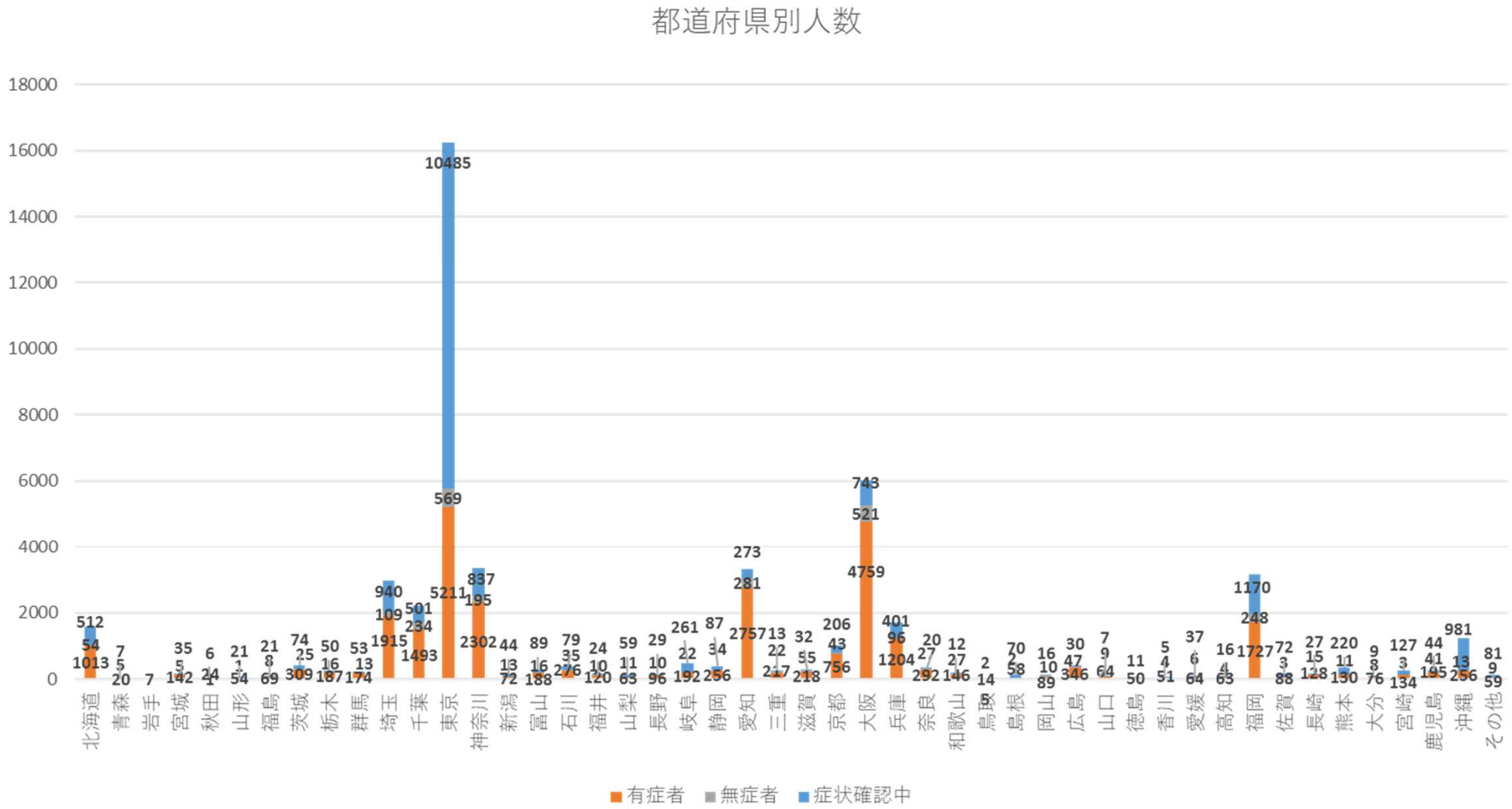




注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成しており、再陽性者については、新たな発症として集計しているため、総数は現在当省HPで公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数とは一致しない。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

令和2年8月12日18時時点

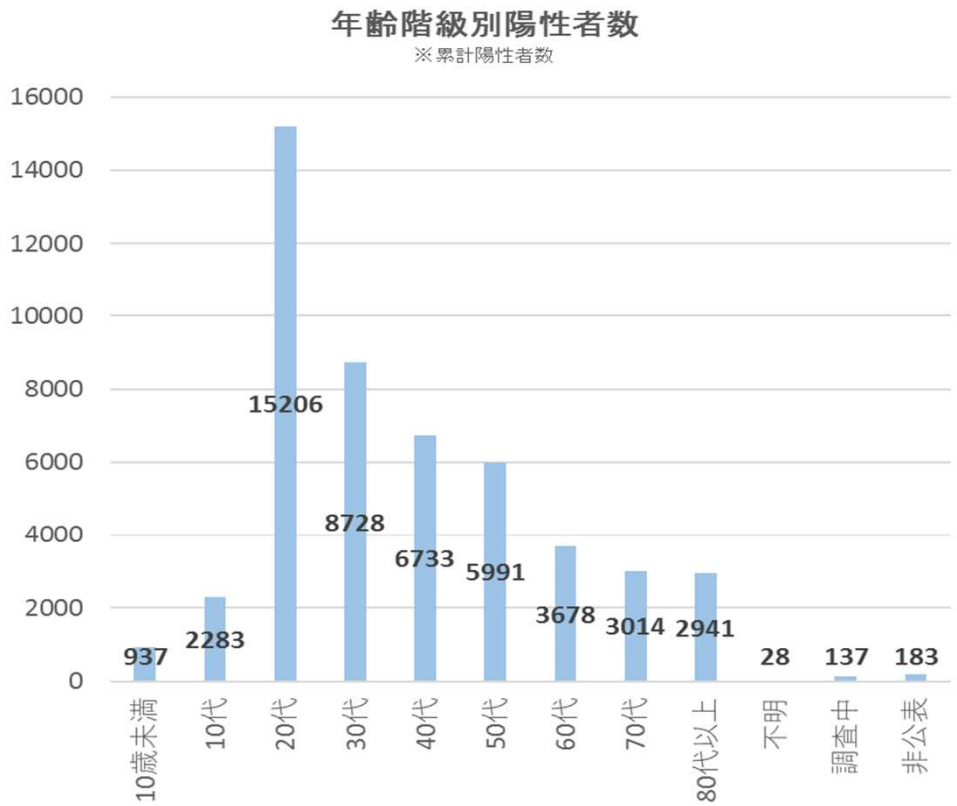


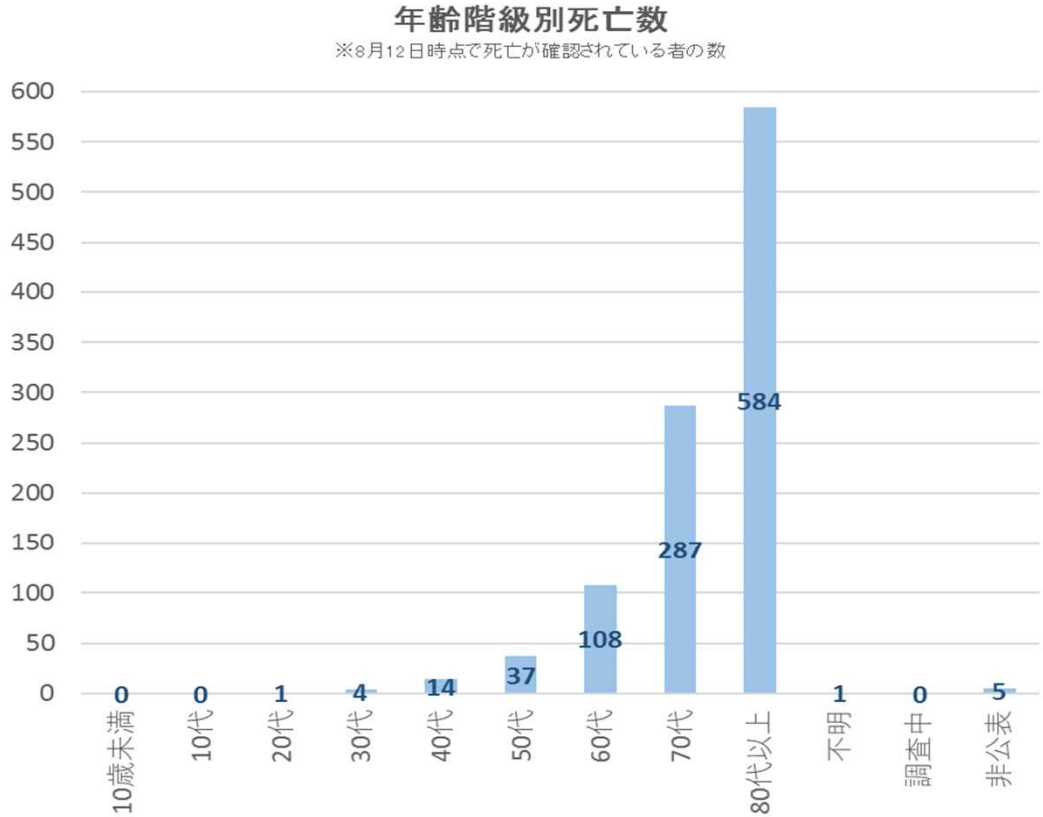
※重症から軽～中等症になった者　249名（＋8名）　（8月5日との比較）
※日本国籍が確認されている者　10,285名（＋353名）、
　外国籍が確認されている者　404名（＋34名）　（8月5日との比較）
※その他は、長崎県のクルーズ船における陽性者数

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。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

令和2年8月12日18時時点





重症者割合（%）

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
1.3	0.0	0.0	0.1	0.1	1.0	1.8	4.9	3.9	5.8

【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

死亡率（%）

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	2.9	9.5	19.9

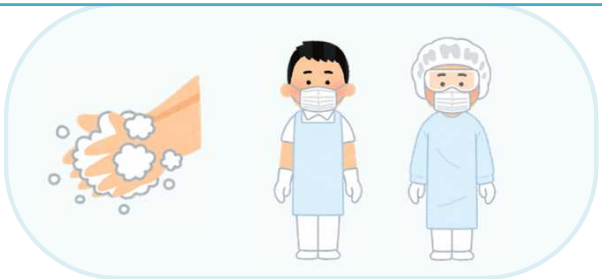
【死亡率】
年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

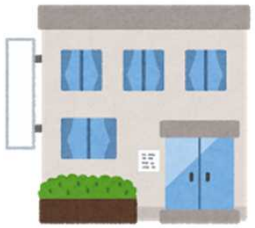
注：これらの分析は年齢階級や入退院の状況など陽性者の個別の状況について、都道府県等から当省が情報を得られたものを集計しており、総数は現在当省HPで公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数・死亡者数・重症者数とは一致しない。

新型コロナウイルス感染症への対応による現場への影響について

○　新型コロナウイルス感染症への対策の実施に伴い、医療の現場には様々な影響が生じている。

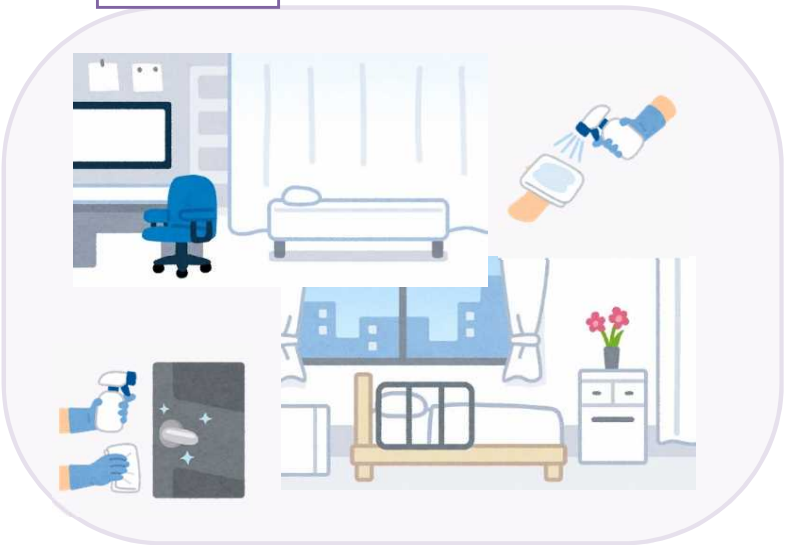
標準予防策の徹底、個人防護具の着用等



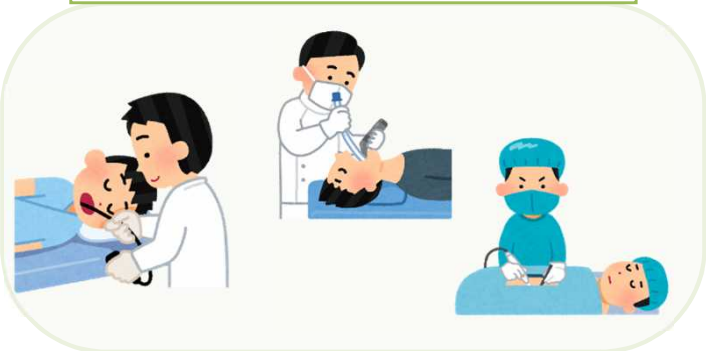


外出自粛等に伴う受診控え

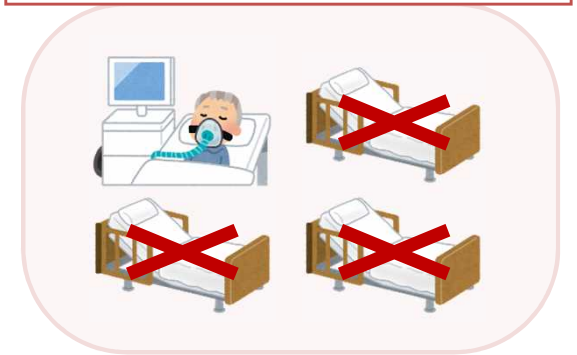
環境整備



内視鏡検査、手術等の延期・中止



新型コロナ受入体制確保のための
通常外来・入院体制の縮小



新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引きについて

○　「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第2.2版」において、COVID-19の患者に対する診療に当たり参考となる情報を整理している。

【記載事項（抜粋）】

1　個人防護具

COVID-19 の患者（疑い患者で検体採取などの手技を行う場合を含む）の診療ケアにあたる医療スタッフは、接触予防策および飛沫予防策として、ゴーグル（またはフェイスシールド）、マスク、手袋、長袖ガウン、帽子などを着用する。気道吸引や気管挿管などエアロゾルが発生しやすい場面においてはN95 マスクの着用が推奨される。

検査などのための患者移動は最小限とし、患者が病室外に出る場合はサージカルマスクを着けてもらう。

2　換気

患者（疑い例を含む）に用いる診察室および入院病床などは、陰圧室が望ましいが必須ではなく、十分な換気ができればよい。あらかじめ施設の換気条件（換気回数など）を確認しておくとよい。可能であれば、X 線やCT 室の使用はその日の最後にする。

患者にマスク着用を促し、検査後の環境消毒と30 分程度の換気により二次感染リスクは下がると考えられる。

3　環境整備

ナースコール、テーブル、ベッド柵、床頭台などの患者周囲環境は、アルコールや抗ウイルス作用のある消毒剤で清拭消毒を行う。聴診器や体温計、血圧計などの医療機器は個人専用とし、使用ごとに清拭消毒する。患者に使用した検査室（X 線やCT 撮影室など）の患者が触れた場所、あるいは患者検体を扱った後の検査機器やその周囲も清拭消毒を行う。消毒薬の空間噴霧による環境消毒で、COVID-19 に対する効果が証明されたものはなく、推奨されていない。

病室内清掃を行うスタッフは、手袋、マスク、ガウン、ゴーグル（またはフェイスシールド）を着用する。

8　職員の健康管理

患者の診療ケアにあたった医療従事者の健康管理は重要である。業務を終えた後は、14 日間の体調管理（1 日2 回の体温測定や咳・咽頭痛などの有無の確認）を行い、体調に変化があった場合は、すみやかに感染管理担当者に報告する体制を作っておく。

なお、適切に個人防護具を着用していた場合は、濃厚接触者に該当せず、就業を控える必要はない。

消化器内視鏡診療について

○　日本消化器内視鏡学会から、新型コロナウイルス感染症に関する以下の様な対応方針が示されている。

【一般社団法人日本消化器内視鏡学会】
「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への消化器内視鏡診療についての提言」（抜粋）

（３月25日時点）
１．消化器内視鏡診療の適応について
　国のCOVID-19対策本部より、対策の基本方針が発表され日々アップデートされています。この内容に鑑みて、以下の条件に該当する方に対する緊急性のない消化器内視鏡検査・治療に関しては延期を考慮するなど、各施設で適宜判断し対応してください。なお、新型コロナウイルス感染症が確定されている患者に対して緊急の消化器内視鏡診療が必要な場合においては、施設基準に則り施行してください。

１．風邪の症状や37.5℃以上の発熱がある方
２．２週間以内に新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との濃厚接触歴がある方
３．２週間以内に感染流行地域への渡航歴がある方
４．強い倦怠感や息苦しさを訴える方

（５月29日時点）
２．消化器内視鏡診療の施行について
　国のCOVID-19対策本部より、対策の基本方針が発表され日々アップデートされています。４月16日には緊急事態宣言の対象区域が全国に拡大されましたが、５月25日にはすべての都道府県で解除されました。しかしながら、COVID-19への感染リスクが高いとされる消化器内視鏡診療においては、引き続きこれまでと同様に、慎重な対応が求められます。
　SARS-CoV-2のPCR検査や抗原検査陽性の方・以下の条件のいずれかに該当する方（COVID-19が確定した症例・臨床的にCOVID-19を疑う症例：内視鏡診療におけるハイリスク患者）に対しては、緊急性のある場合においてのみ消化器内視鏡診療の施行を推奨します。
　なお、SARS-CoV-2感染が確認された有症状者でも、発症日から２週間経過し、かつ症状軽快後72時間経過した場合、あるいは10日以上経過しPCR検査２回にて陰性が確認されている場合は、治癒していると考えて通常内視鏡検査も施行可能です。無症候陽性者に対しても同様に対処してください。しかしながら、いずれの場合においても、治癒判断後から内視鏡施行までの健康チェックと当日の問診や体温測定は必須と考えます。また、30日を超える長期ウイルス排出者の報告もありますので、その点もご留意ください。
　条件に該当しない方（無症候等により臨床的にCOVID-19を疑わない症例：内視鏡診療におけるローリスク患者）への健診を含む通常内視鏡診療の再開においても、ローリスク患者であってもSARS-CoV-2陽性の可能性もあることをご理解頂いて、確実な感染防護策を取った上で施行してください。
　なお、ハイリスク患者に対して緊急の消化器内視鏡診療が必要な場合には、これまで通り各施設基準に則り施行してください。

臨床的にCOVID-19を疑う症例
１）持続する官房症状や発熱、息苦しさ（呼吸困難感）、強いだるさ（倦怠感）のいずれかがある場合。
２）２週間以内の新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との濃厚接触歴。
３）明らかな誘因のない味覚・嗅覚異常。
４）明らかな誘因なく４－５続く下痢等の消化器症状。

麻酔管理及び麻酔作業環境の標準的行為について

○　公益社団法人日本麻酔科学会から、新型コロナウイルス感染症に関する以下の様な対応方針が示されている。

【公益社団法人日本麻酔科学会】
「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する本学会の対応」より

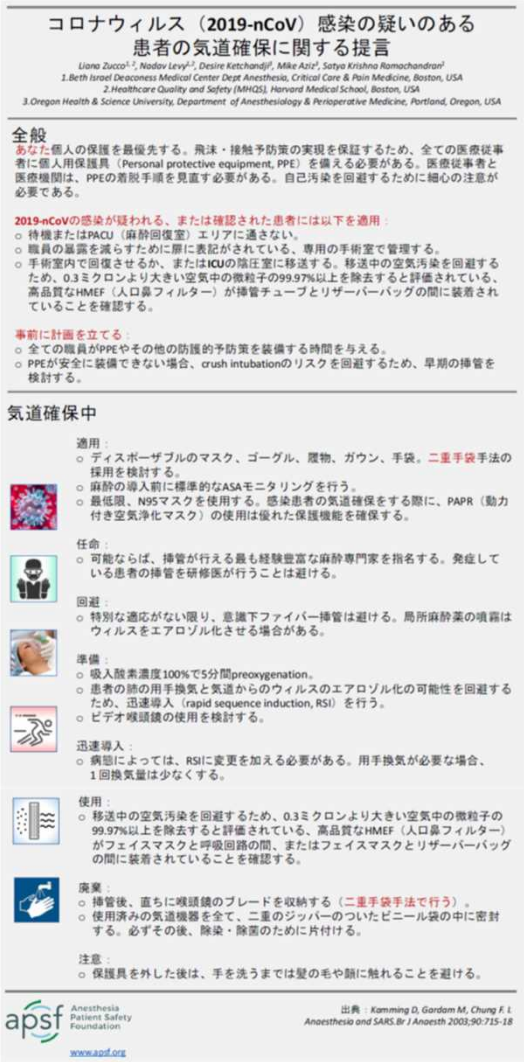
「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い、診断済み）患者の麻酔管理：第１波の経験を踏まえて」（７月22日）（抜粋）

1．自施設の地域及び近隣の感染状況などを総合的に考え、感染対策再強化のタイミングを想定しておく：感染のピークは、感染者数のピークよりも約10日早い可能性も考慮する。客観的な指標を用いることが望ましいが、状況を見て臨機応変により望ましい指標やタイミング設定に変更することも躊躇すべきではない。
2．院内感染対策部門と協議し、術前検査（ＰＣＲ、胸部ＣＴなど）体制や個人防護具の在庫状況を再検討する：第１波と同等の感染者数増加に対応するためのシミュレーションを行う。感染リスクを高めず消費量を減らす工夫も検討し、実施可能性も確認すべきである。
3．術前準備は、「COVID-19時代の術前準備」（APSF）を参考にする。
4．COVID-19診断または疑い患者の手術対応シミュレーションを実施する（中略）
5．非COVID患者に対しても必要な医療を継続して提供する体制に貢献する。非COVID重症患者とCOVID重症患者への院内重症患者対応リソースの配分を検討しておく。
6．新型コロナウイルス感染症の蔓延は災害である。各部署における業務継続計画（BCP:Business Continuity Plan）の策定を推奨する（中略）
7．感染者数ピークアウト後手術件数回復のタイミング、方法も検討しておく。

＜参考＞
「2019年新型コロナウイルス（COVID-19）周術期の勘案事項」（３月26日、Anesthesia Patient Safety Foundation）（抜粋）

○　APSFによる麻酔作業環境の標準的行為の推奨事項：

症状が出現し急速に拡大する前の伝染症例などの未確認情報があるため、ウィルスに感染している患者の識別と隔離が難しい場合がある。そのため、われわれは全患者の気道操作中、分泌物への曝露を軽減するため、医療義務基準を高めることを推奨している。


コロナウィルス（2019-nCoV）感染の疑いのある患者の気道確保に関する提言

Liana Zucco[1,2], Nadav Levy[1,2], Desire Ketchandji[2], Mike Azizi[2], Satya Krishna Ramachandran[2]
1.Beth Israel Deaconess Medical Center Dept Anesthesia, Critical Care & Pain Medicine, Boston, USA
2.Healthcare Quality and Safety (MHQS), Harvard Medical School, Boston, USA
3.Oregon Health & Science University, Department of Anesthesiology & Perioperative Medicine, Portland, Oregon, USA

全般
あなた個人の保護を最優先する。飛沫・接触予防策の実現を保証するため、全ての医療従事者に個人用保護具（Personal protective equipment, PPE）を備える必要がある。医療従事者と医療機関は、PPEの着脱手順を見直す必要がある。自己汚染を回避するために細心の注意が必要である。

2019-nCoVの感染が疑われる、または確認された患者には以下を適用：
- 待機またはPACU（麻酔回復室）エリアに通さない。
- 職員の暴露を減らすために扉に表記がされている、専用の手術室で管理する。
- 手術室内で回復させるか、またはICUの陰圧室に移送する。移送中の空気汚染を回避するため、0.3ミクロンより大きい空気中の微粒子の99.97%以上を除去すると評価されている、高品質なHMEF（人口鼻フィルター）が挿管チューブとリザーバーバッグの間に装着されていることを確認する。

事前に計画を立てる：
- 全ての職員がPPEやその他の防護的予防策を装備する時間を与える。
- PPEが安全に装備できない場合、crush intubationのリスクを回避するため、早期の挿管を検討する。

気道確保中

適用：
- ディスポーザブルのマスク、ゴーグル、履物、ガウン、手袋。二重手袋手法の採用を検討する。
- 麻酔の導入前に標準的なASAモニタリングを行う。
- 最低限、N95マスクを使用する。感染患者の気道確保をする際に、PAPR（動力付き空気浄化マスク）の使用は優れた保護機能を確保する。

任命：
- 可能ならば、挿管が行える最も経験豊富な麻酔専門家を指名する。発症している患者の挿管を研修医が行うことは避ける。

回避：
- 特別な適応がない限り、意識下ファイバー挿管は避ける。局所麻酔薬の噴霧はウィルスをエアロゾル化させる場合がある。

準備：
- 吸入酸素濃度100%で5分間preoxygenation。
- 患者の肺の用手換気と気道からのウィルスのエアロゾル化の可能性を回避するため、迅速導入（rapid sequence induction, RSI）を行う。
- ビデオ喉頭鏡の使用を検討する。

迅速導入：
- 病態によっては、RSIに変更を加える必要がある。用手換気が必要な場合、1回換気量は少なくする。

使用：
- 移送中の空気汚染を回避するため、0.3ミクロンより大きい空気中の微粒子の99.97%以上を除去すると評価されている、高品質なHMEF（人口鼻フィルター）がフェイスマスクと呼吸回路の間、またはフェイスマスクとリザーバーバッグの間に装着されていることを確認する。

廃棄：
- 挿管後、直ちに喉頭鏡のブレードを収納する（二重手袋手法で行う）。
- 使用済みの気道機器を全て、二重のジッパーのついたビニール袋の中に密封する。必ずその後、除染・除菌のために片付ける。

注意：
- 保護具を外した後は、手を洗うまでは髪の毛や顔に触れることを避ける。

apsf Anesthesia Patient Safety Foundation
www.apsf.org

出典：Kamming D, Gordon M, Chung F. I. Anaesthesia and SARS. Br J Anaesth 2003;90:715-18

新型コロナウイルス感染症対策推進本部から発出された医療提供体制に係る事務連絡について

○　新型コロナウイルス感染症対策推進本部から、以下の様な医療提供体制に係る事務連絡が発出されている。

「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」（令和２年３月１日付け事務連絡）（抜粋）

３．医療提供体制（外来診療体制）

（２）状況の進展に応じて講じていくべき施策

＜院内感染対策の徹底＞

○　医療従事者は標準予防策に加えて、飛沫・接触感染予防策を徹底し、また、全ての外来患者に対して受診前後の手指衛生を心がけ、咳などの症状のある患者はマスクを着用してから受診するよう案内し、医療機関においても患者への手指衛生の啓発・支援や患者・医療従事者の触れる箇所や物品の消毒等に努める。さらに、医療機関は、新型コロナウイルス感染症が疑われる方が受診する際には、あらかじめ受診時間を伝える等により他の患者との受診時間をずらす、又は待合室を別にするなど時間的・空間的に他の患者と分離するなどして十分な感染予防策を講ずる。

４．医療提供体制（入院医療提供体制）

（２）状況の進展に応じて講じていくべき施策

＜重症者のための病床の確保＞

○　重症者の受入体制を構築するにあたって、管下の医療機関における人工呼吸器等の保有・稼働状況や病床の稼働率等の情報の収集・把握を行っているため、その情報を踏まえて、集中治療を要する重症者を優先的に受け入れる医療機関を設定する。

○　そうした医療機関においては、感染が更に拡大した場合には、必要に応じて医師の判断により延期が可能と考えられる予定手術及び予定入院の延期も検討する。

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和２年６月19日付け事務連絡）（抜粋）

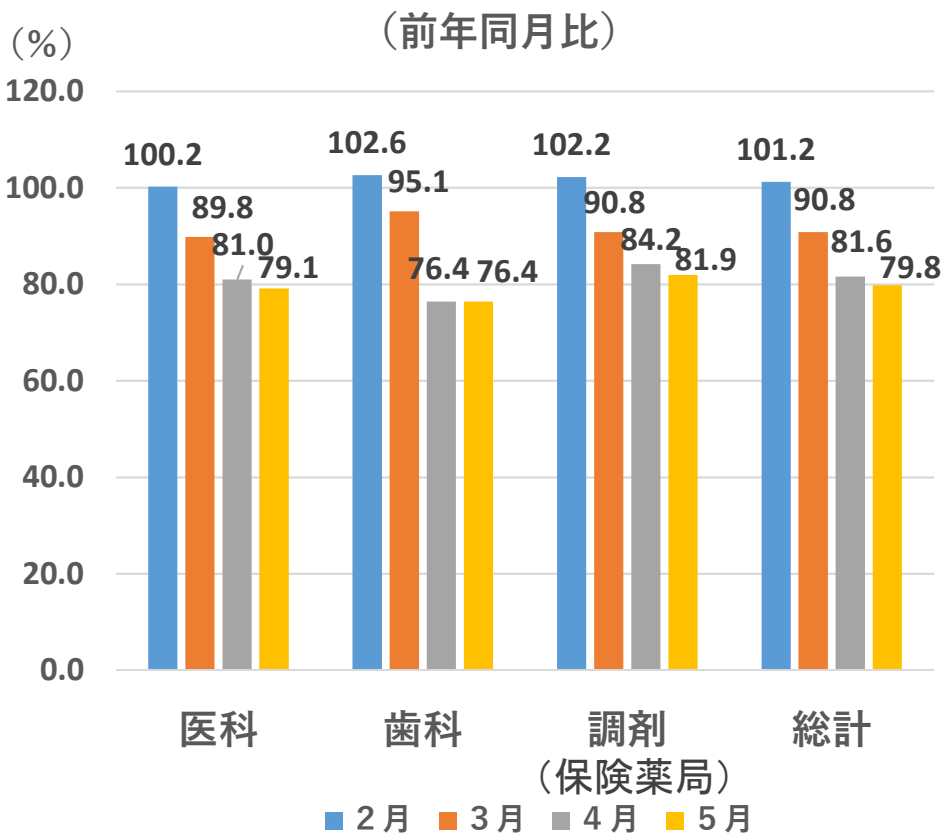
１．新たな医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

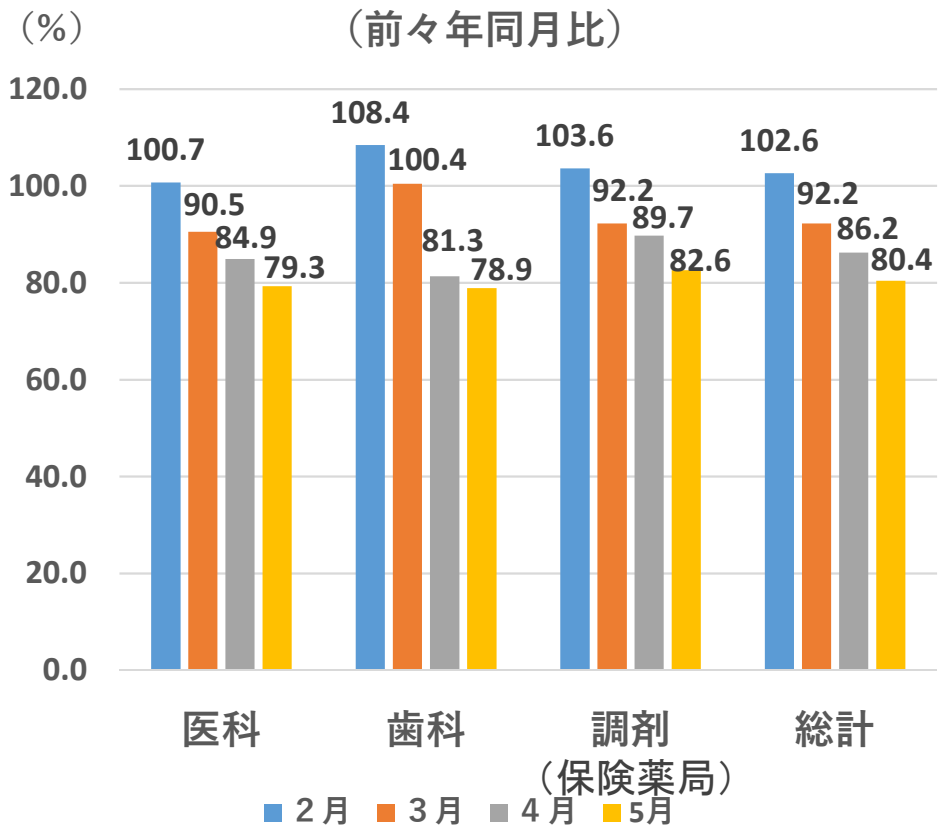
○　都道府県は、新型コロナウイルス感染症が早期には収束しない可能性も考慮しつつ、「新型コロナウイルス感染症との共存」も見据えた中長期的な目線で医療提供体制整備を行うこと。特に、次の感染拡大が生じるまでの間に、着実な整備を図ること。また、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療のみならず、他の疾患等の患者に対する必要な医療も両立して確保することを目指し、医療提供体制を整備すること。特に、感染状況が小康状態にある場合には、医療機関が、これまで延期等を行っていた予定入院・予定手術等について、予定を組み直して再開することなどができるよう、体制整備の取組を進めること。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種類別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、４月以降、医科、歯科、調剤いずれにおいても、減少が見られる。

診療種類別レセプト件数
（支払基金＋国保連データ）





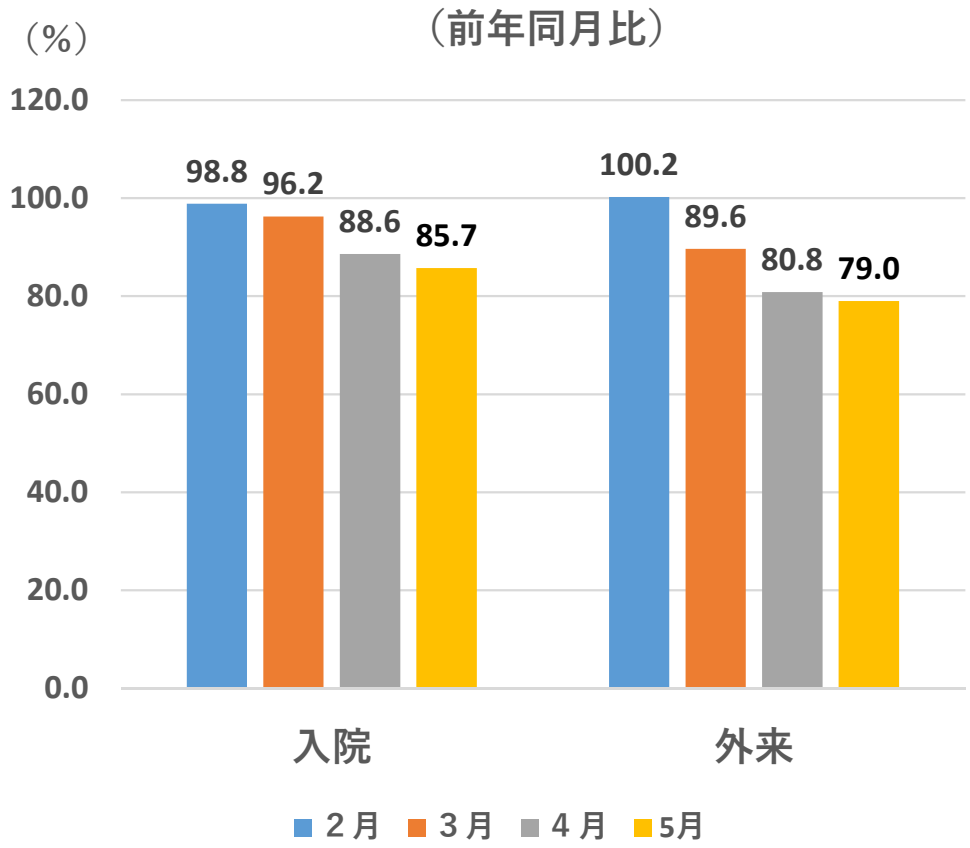
※１　社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。
※２　総計には、訪問看護療養費が含まれる。

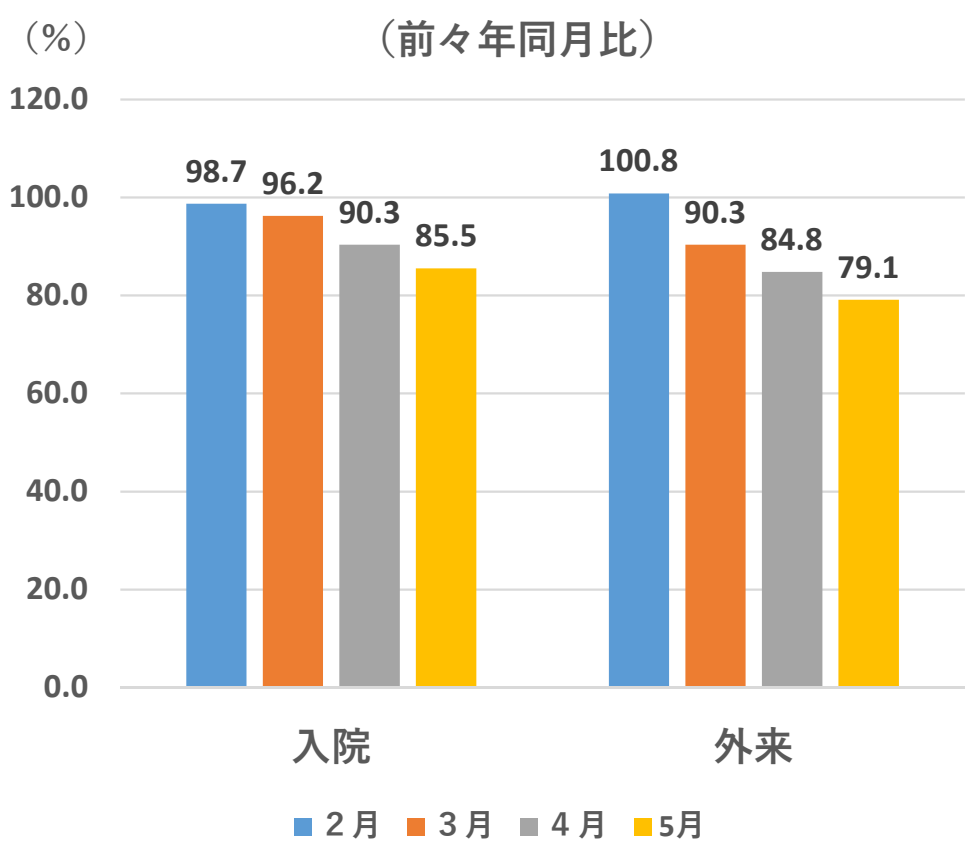
新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、入院、外来ともに減少しているが、外来の減少幅の方が大きい。

医科のうち入院・外来別レセプト件数

（支払基金＋国保連データ）





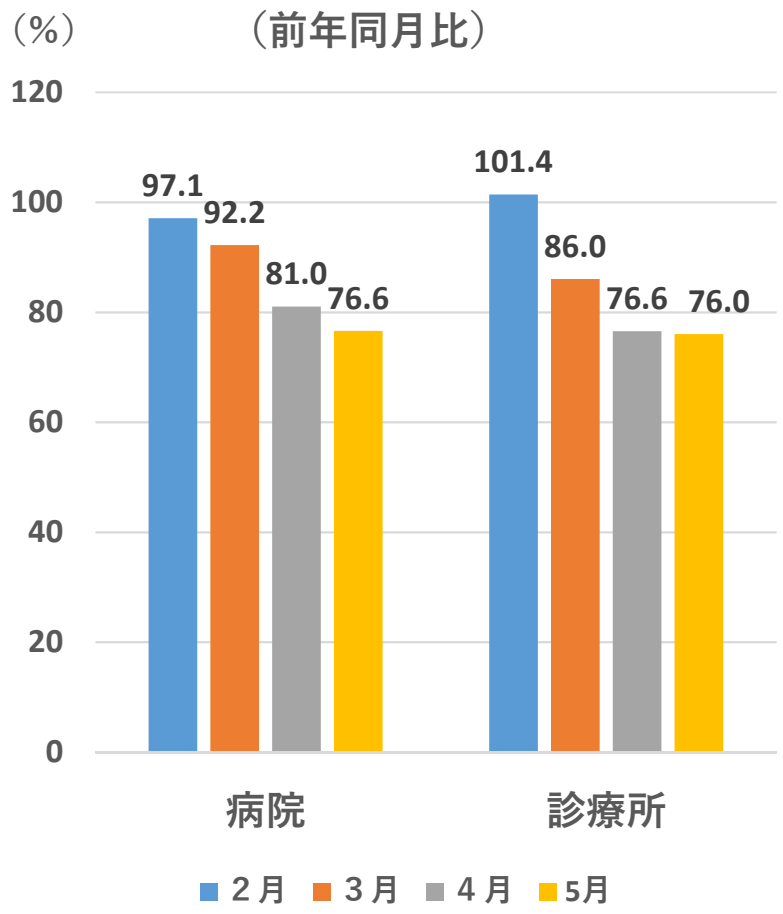
※１　社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。

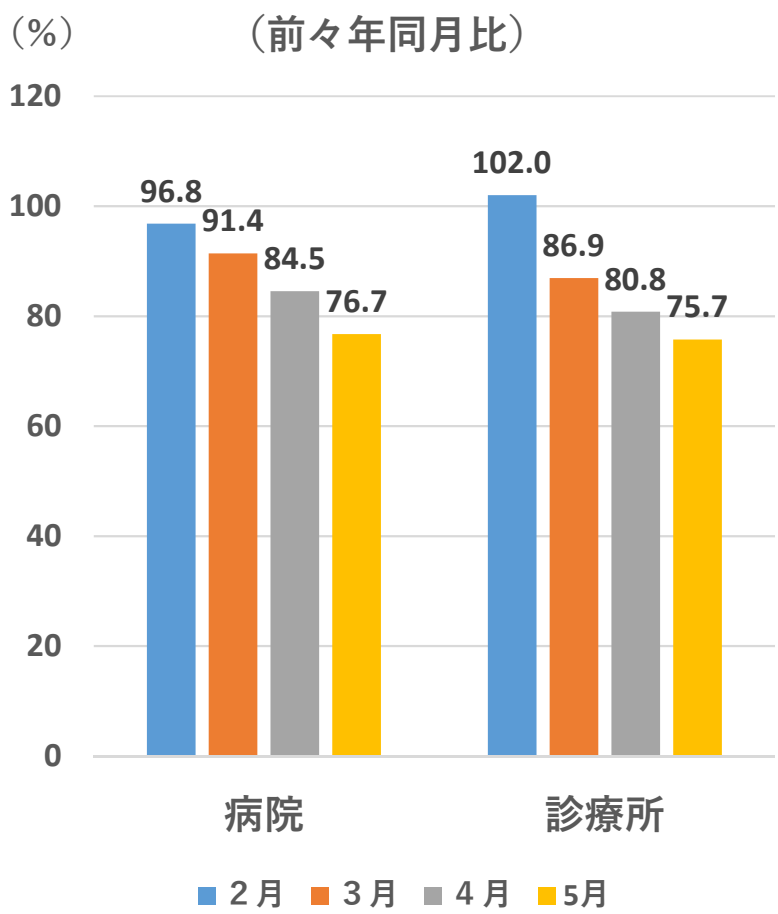
新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、３月以降、病院も診療所も減少している。

医科のうち病院・診療所別レセプト件数

（社会保険診療報酬支払基金データ）

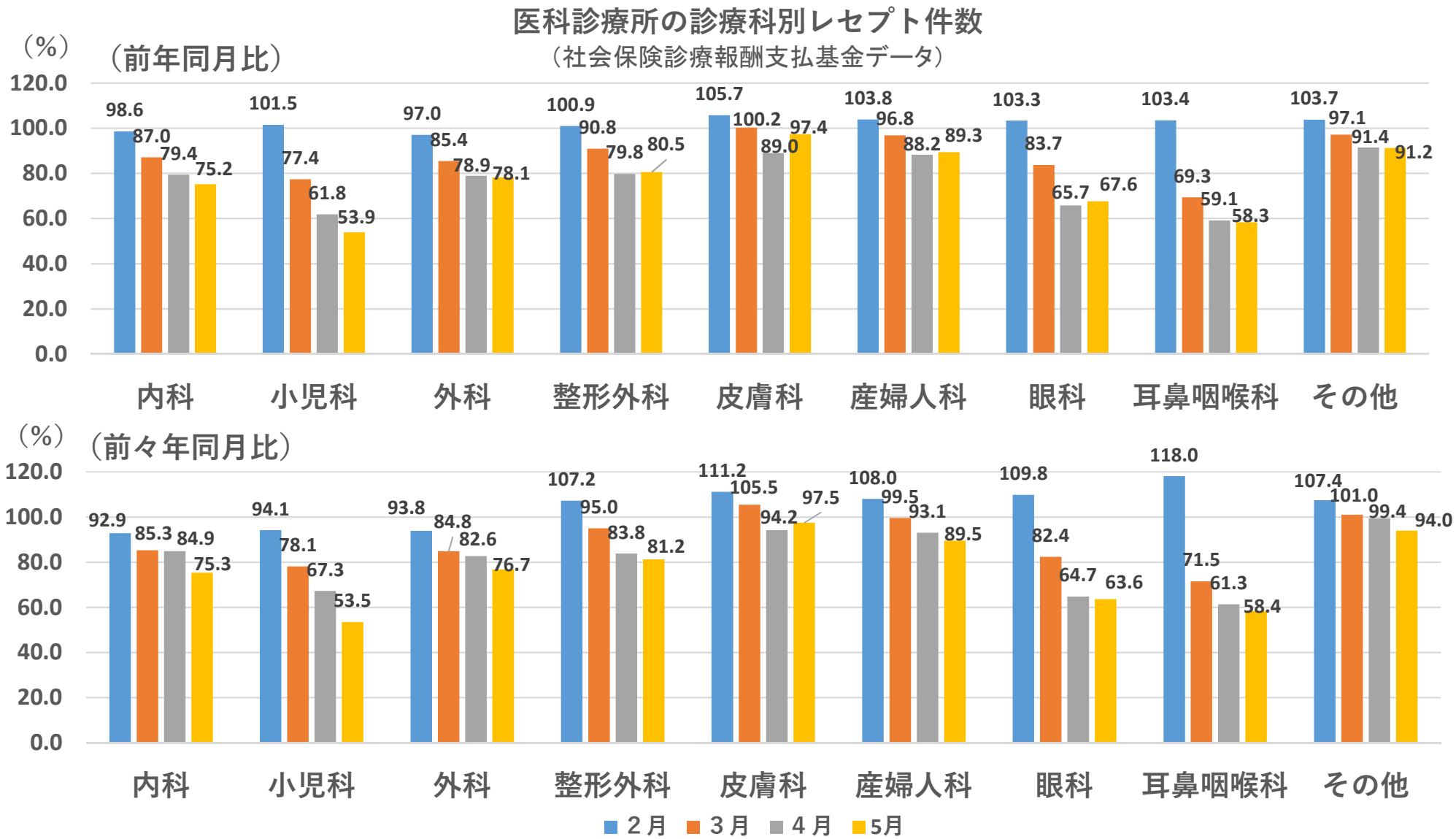




※１　社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。
※２　再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、４月、５月は、いずれの診療科も減少しているが、小児科、耳鼻咽喉科、眼科の減少が顕著。

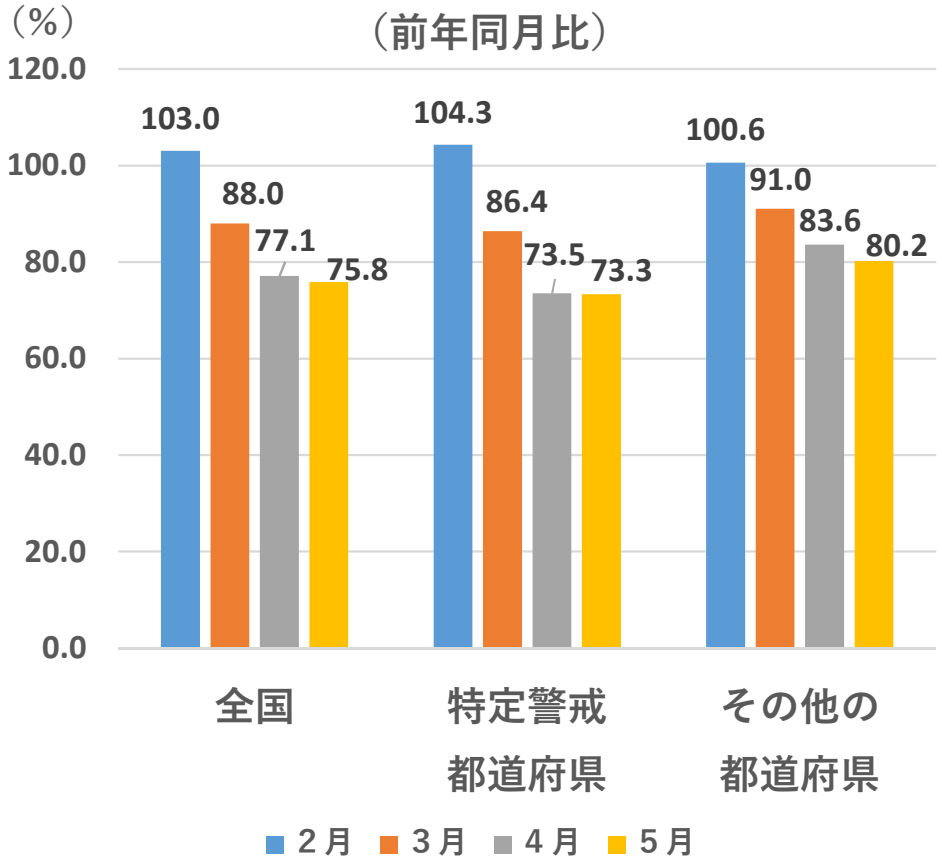


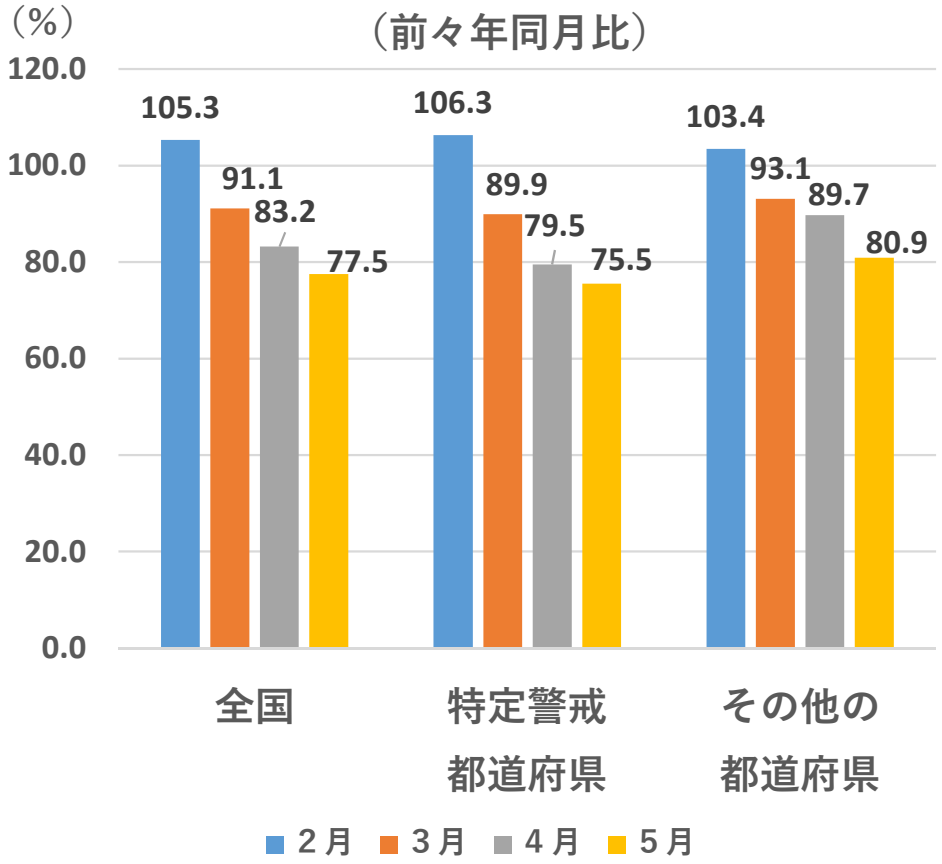
※１　社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比、前々年同月比を機械的に算出。
※２　再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化⑤（地域別）

○ 地域別のレセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、３月以降は、特定警戒都道府県の方が、減少幅が大きい。

地域別レセプト総件数
（支払基金データ）





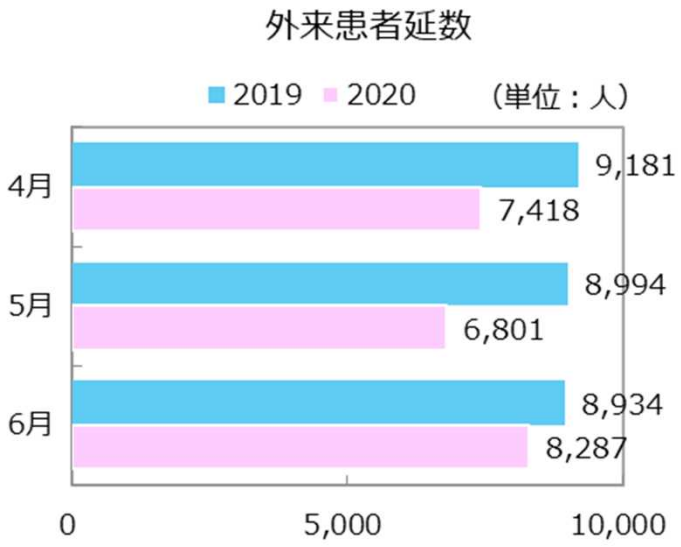
※１　社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。
※２　総計には、訪問看護療養費が含まれる。
※３　特定警戒都道府県とは、４月16日に対策本部が、特に重点的に感染拡大防止の取組を進めていく必要があると位置づけた13の都道府県。
（北海道・茨城・埼玉・千葉・東京・神奈川・岐阜・愛知・石川・京都・大阪・兵庫・福岡）

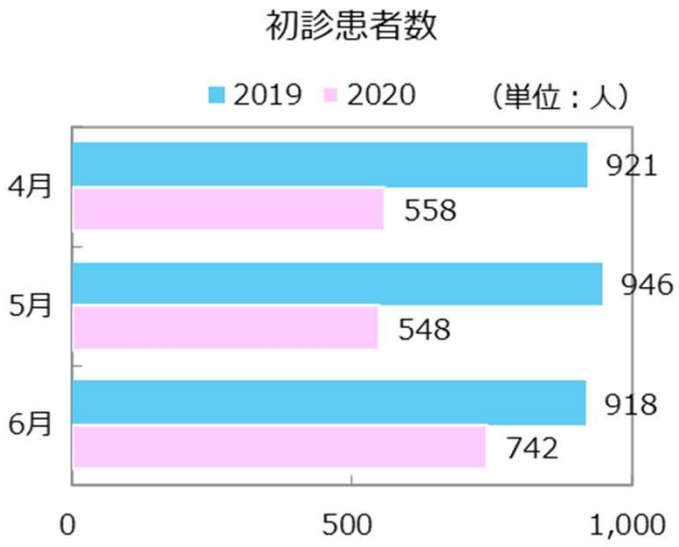
日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による調査（2020年度第１四半期）より引用

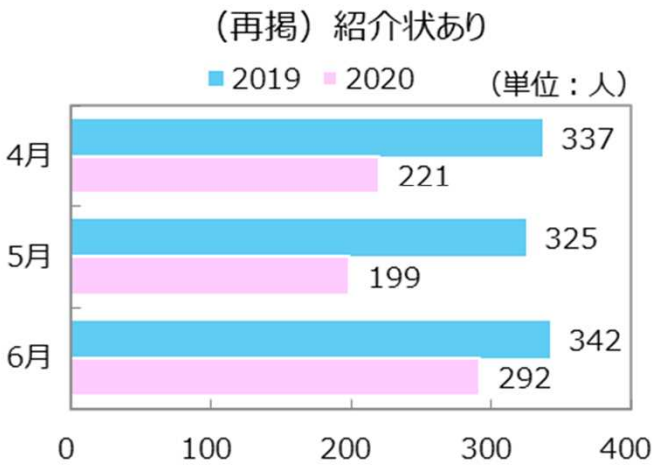
■外来患者統計

n=1,452

（単位：人）	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
外来患者延数	9,181	8,994	8,934	7,418	6,801	8,287
初診患者数	921	946	918	558	548	742
（再掲）紹介状あり	337	325	342	221	199	292







日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による調査（2020年度第１四半期）より引用

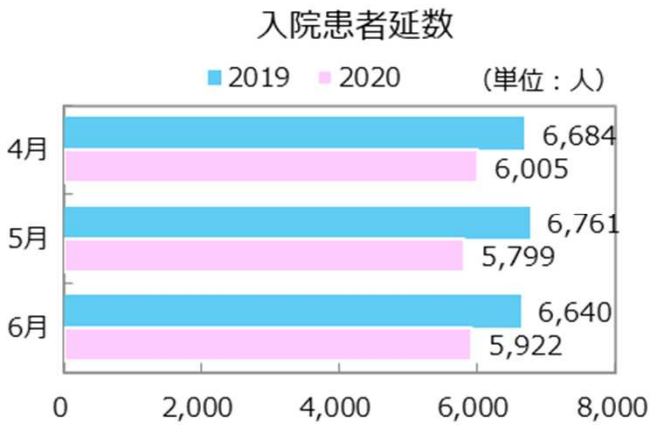
■入院患者統計

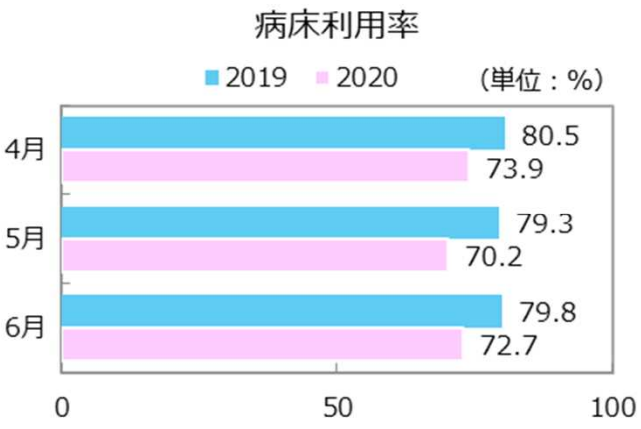
n=1,455

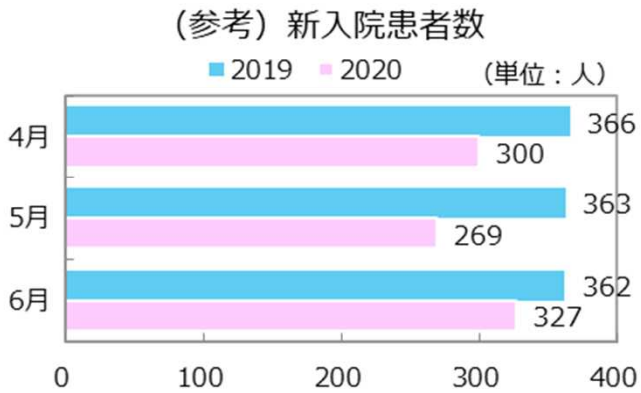
	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
月間日数（日）	30	31	30	30	31	30
在院患者延数（人）	6,312	6,407	6,272	5,689	5,524	5,607
新入院患者数（人）	366	363	362	300	269	327
退院患者数（人）	372	353	367	315	275	314
入院患者延数（人）※1	6,684	6,761	6,640	6,005	5,799	5,922
病床利用率（%）※2	80.5	79.3	79.8	73.9	70.2	72.7

※1：在院患者延数＋退院患者数

※2：在院患者延数÷（月間日数×許可病床数_合計）×100



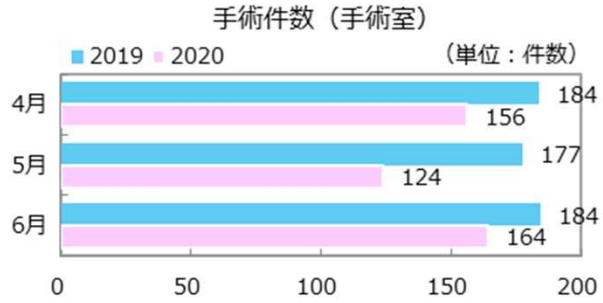


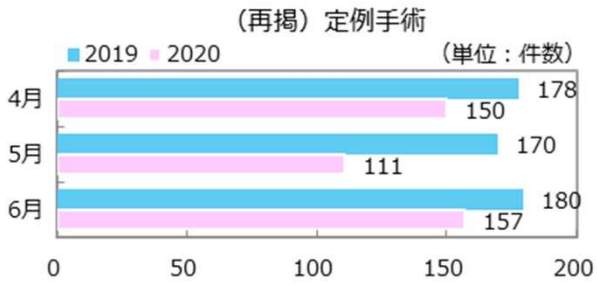


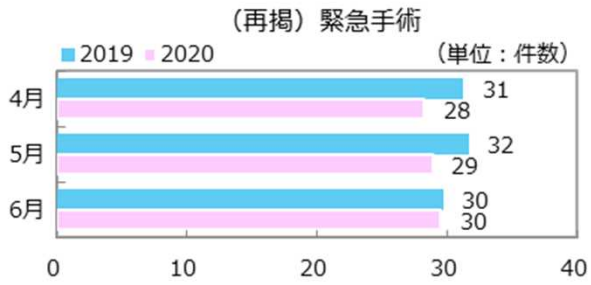
日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による調査（2020年度第１四半期）より引用

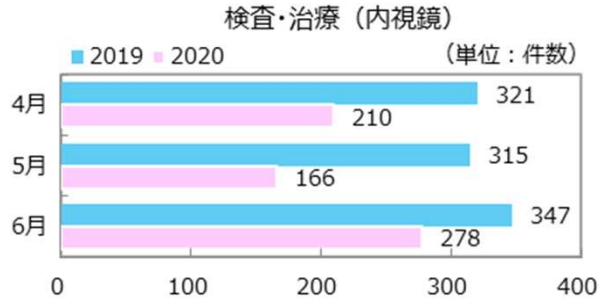
■手術・内視鏡等件数

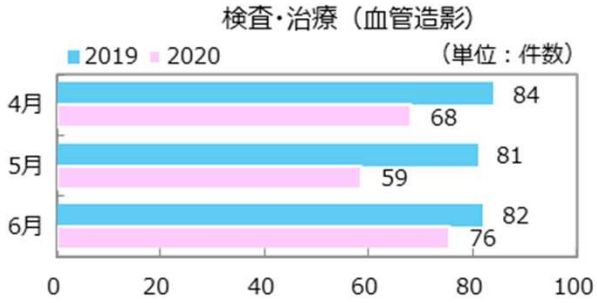
（単位：平均件数）	病院数	2019年			2020年		
		4月	5月	6月	4月	5月	6月
手術件数（手術室）	1,103	184	177	184	156	124	164
定例手術	710	178	170	180	150	111	157
緊急手術	710	31	32	30	28	29	30
検査･治療（内視鏡）	1,166	321	315	347	210	166	278
検査･治療（血管造影）	738	84	81	82	68	59	76









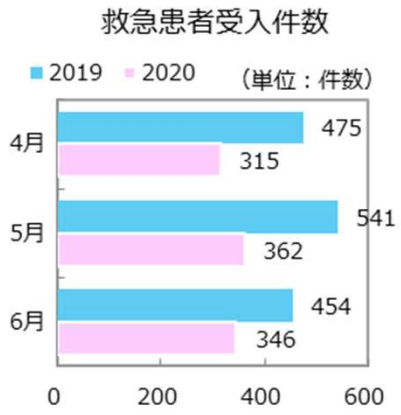


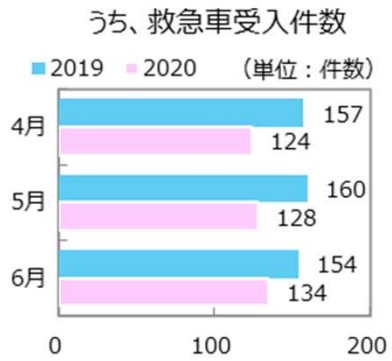
日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による調査（2020年度第１四半期）より引用

■救急受入件数

n=1,235（該当病院数）

	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値　救急患者受入件数	475	541	454	315	362	346
うち、救急車受入件数	157	160	154	124	128	134
総数　救急患者受入件数	586,827	667,711	561,177	389,037	446,812	427,629
うち、救急車受入件数	194,296	197,654	189,680	153,406	158,194	166,052

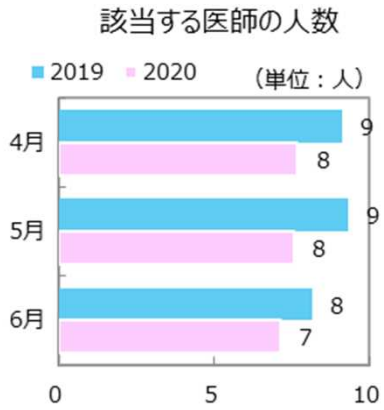




■時間外労働月80時間以上の医師の人数

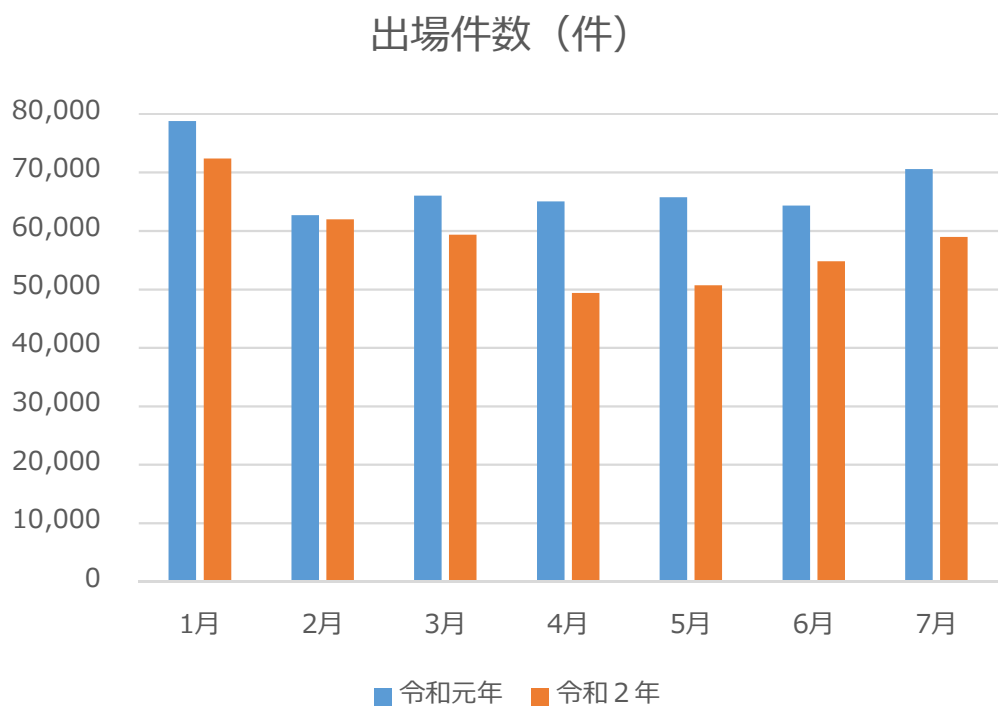
n=517（該当病院数）

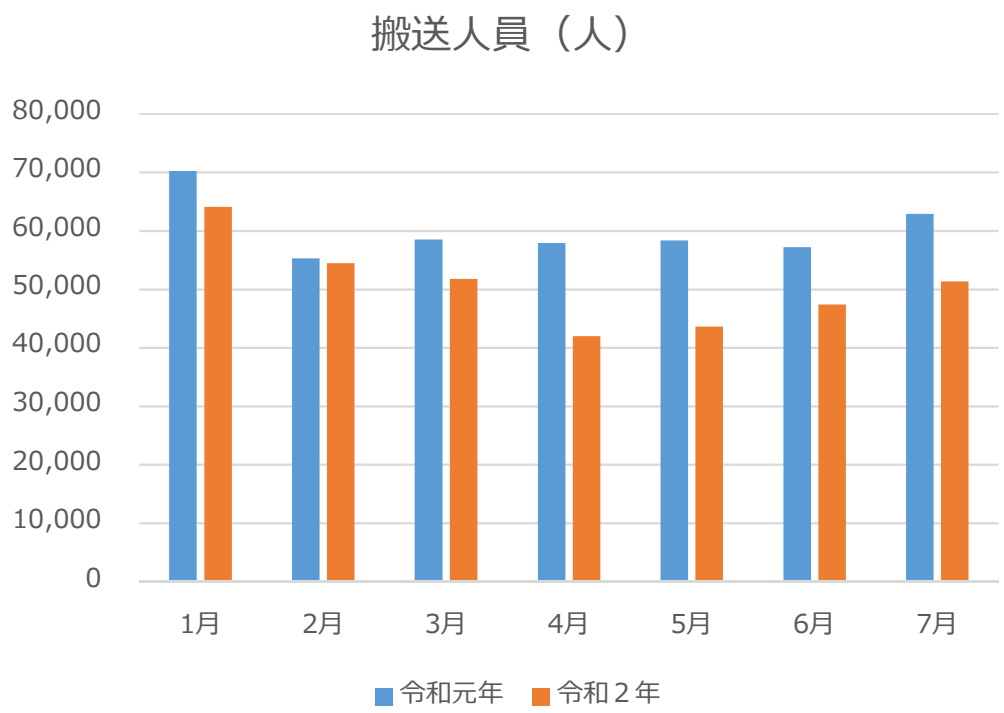
（単位：人）	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値　該当する医師の人数	9	9	8	8	8	7
（再掲）100時間以上	3	3	3	3	3	2
総数　該当する医師の人数	4,720	4,802	4,211	3,977	3,924	3,693
（再掲）100時間以上	1,770	1,745	1,495	1,423	1,423	1,243



救急搬送の現状（出場件数及び搬送人員）について

○　東京都における救急搬送について、令和２年の月ごとの出場件数及び搬送人員は、前年同月に比べて減少しており、特に、３月以降は、１割以上減少している。





	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.9%	98.9%	89.9%	75.9%	77.1%	85.2%	83.6%

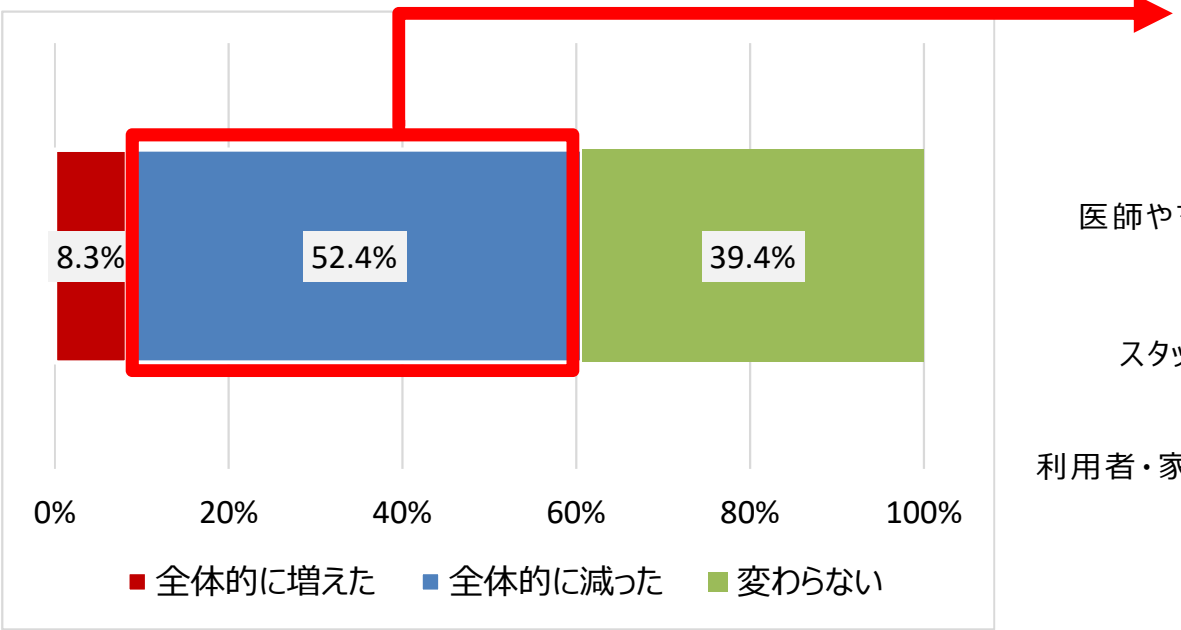
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.2%	98.5%	88.5%	72.5%	74.7%	82.9%	81.6%

※　東京消防庁調べ。令和２年データはすべて速報値、令和元年データは確定値。

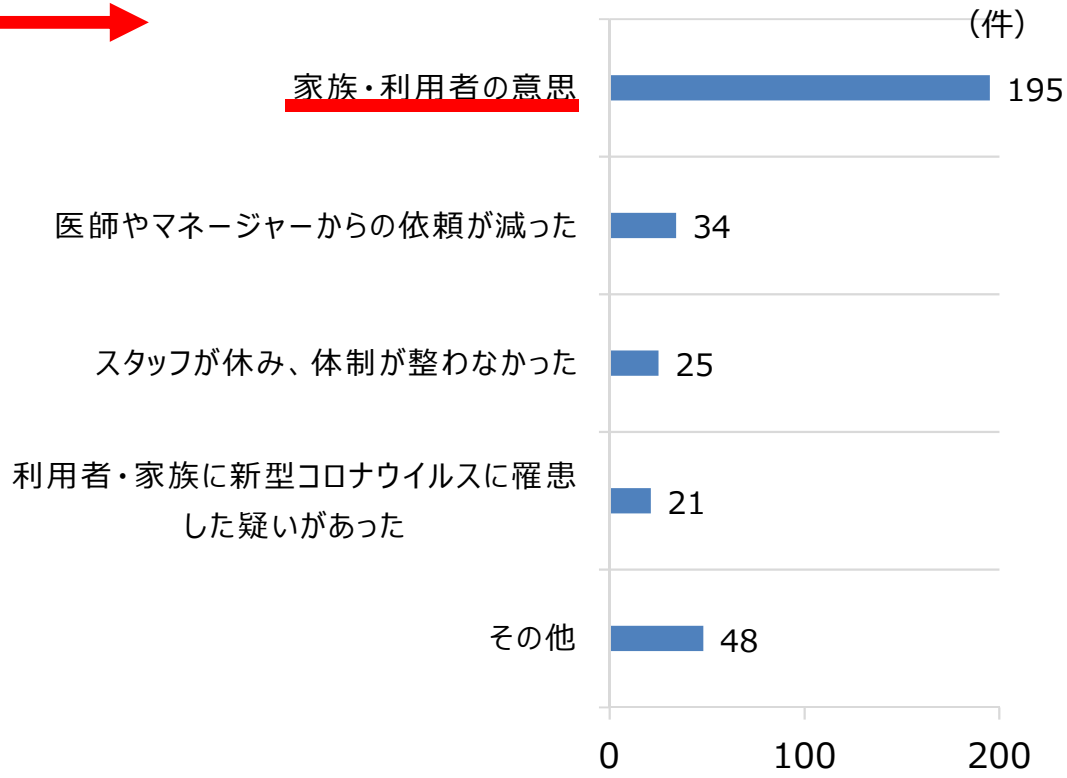
新型コロナウイルス感染症による訪問看護ステーションにおける変化①

○ 新型コロナウイルス感染症に関連して、訪問看護ステーションからの訪問回数が「全体的に減った」と回答した事業所が半数以上であった。
○ 訪問回数が減った理由としては、「家族・利用者の意思」との回答が最も多い。

■新型コロナウイルス感染症に関連した訪問回数の変化（2020年１月から３月の推移）（n=424）



■訪問回数が「全体的に減った」理由（複数回答）



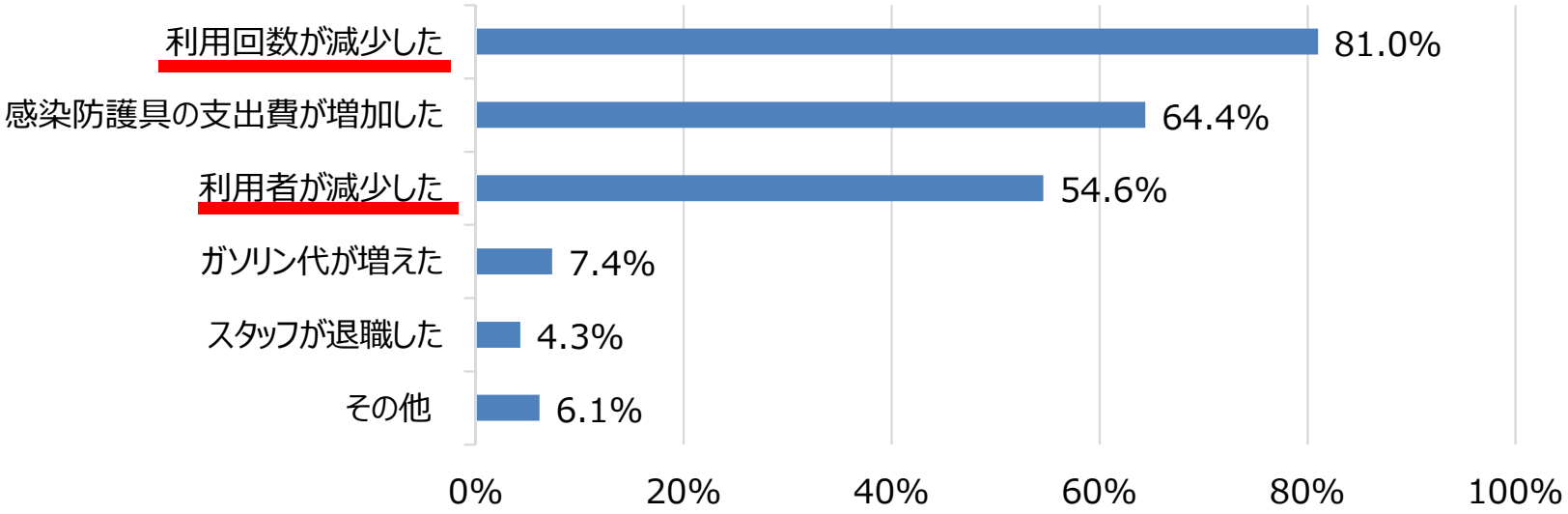
対象者）日本訪問看護財団会員（個人・団体）2,714件
方法）　Webアンケート調査
期間）　令和２年４月16日～24日
回収数）訪問看護ステーション 424件

【出典】公益財団法人日本訪問看護財団　令和２年「第１弾　新型コロナウイルス感染症に関する緊急アンケート調査」をもとに、厚生労働省において作成

新型コロナウイルス感染症による訪問看護ステーションにおける変化②

○ 訪問看護ステーションにおける利益減少の理由のうち、利用者由来の理由としては「利用回数が減少した」が81%と最も多く、「利用者が減少した」も55%であった。

■新型コロナウイルス感染症に関連して利益が減少した
訪問看護ステーションにおける利益減少の理由（n=163 複数回答）



対象者）日本訪問看護財団会員（個人・団体）3,113件
方法）　Webアンケート調査
期間）　令和２年６月15日～22日
回収数）訪問看護ステーション 372件

【出典】公益財団法人日本訪問看護財団　令和２年「第２弾　新型コロナウイルス感染症に関する緊急Webアンケート調査」をもとに、厚生労働省において作成

特定集中治療室管理料等に係る「簡易な報告」の現状について

○　４月18日付け事務連絡により、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かかる簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定することができることとしたところ。
○　当該取扱いによる、特定集中治療室管理料等に係る簡易な報告の現状は、以下のとおり。

	４月18日～５月13日	５月14日～25日	５月26日～６月８日	６月９日～６月22日	６月23日～７月１日	７月２日～８月１日	累積
ハイケアユニット入院医療管理料	**1,991**	**959**	**1,032**	**225**	**218**	**326**	**4,751**
ハイケアユニット入院医療管理料１	1,707	843	853	265	170	366	4,204
ハイケアユニット入院医療管理料２	284	116	179	-40	48	-40	547
救命救急入院料	**336**	**173**	**112**	**26**	**13**	**179**	**839**
救命救急入院料１	182	113	42	0	8	53	398
救命救急入院料２	29	8	20	0	5	91	153
救命救急入院料３	60	44	-2	6	0	-15	93
救命救急入院料４	65	8	52	20	0	50	195
特定集中治療室管理料	**349**	**178**	**83**	**13**	**12**	**-83**	**552**
特定集中治療室管理料１	26	106	88	-6	-14	-124	76
特定集中治療室管理料２	24	14	21	0	12	0	71
特定集中治療室管理料３	280	46	-14	19	14	47	392
特定集中治療室管理料４	19	12	-12	0	0	-6	13
総計	**2,676**	**1,310**	**1,227**	**264**	**243**	**422**	**6,142**

診療報酬における新型コロナウイルス感染症の拡大の影響について

○　これまでの新型コロナウイルス感染症への対策の結果として、医療機関において、診療報酬の観点からは
①　新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている医療機関においては、体制の変更等に伴い、看護師の配置等が変動する場合がある
②　新型コロナウイルス感染症患者の受入れの有無に関わらず、患者の受療行動の変化等に伴い、実績要件が満たせない場合がある
③　新型コロナウイルス感染症のまん延の防止の観点から、施設基準で求められる体制要件を満たせない場合がある
などといったことが生じる。

【①のイメージ】

新型コロナを疑う患者の外来診療

○　外来診療の体制を組むために、人員の確保等が必要。
↓
○　通常、外来業務以外に従事しているスタッフを再配置。

新型コロナ患者の入院診療

○　新型コロナ患者の対応のため、
・多床室の個室化
・動線の確保等を含む病棟の再編
・勤務態勢の再編
等が必要。
↓
○　通常、当該病棟の業務以外に従事しているスタッフを再配置。

【②のイメージ】

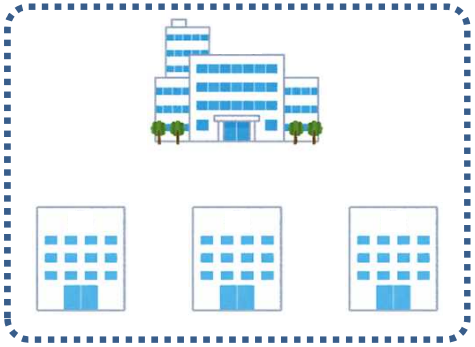
急性期病棟を有する医療機関

○　学会の声明や、厚労省からの事務連絡を踏まえて、手術や検査を延期。
○　移動制限等に伴い、患者の退院調整が難航。
↓
○　重症度、医療・看護必要度の該当患者数の減少や、平均在院日数の延長等の発生。

回復期病棟を有する医療機関

○　（手術の延期等に伴い）急性期病棟を有する医療機関からの患者が減少。
○　移動制限等に伴い、患者の退院調整が難航。
↓
○　回復期リハビリテーション病棟における実績指数の低下や、地域包括ケア病棟における実績件数の減少等が発生。

【③のイメージ】



○　連携する医療機関と合同の研修（会議）の開催を要件とする項目について、新型コロナのまん延の防止の観点から、
・参加人数の調整
・開催の延期
・web開催のための調整
等が必要。
↓
○　平時と同様の運用は困難。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いの整理について

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いについて

○　「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」等に対する現在届け出ている施設基準の臨時的な取扱いについては、以下のとおり。

※　年間の手術件数など、一定期間内の実績を求める施設基準について、臨時的な取扱いを示していない。

※　「職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関」について、定数超過入院の減額措置、月平均夜勤時間数、１日当たり勤務する看護要員の数等以外の要件については、臨時的な取扱いを示していない。

※　「新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第32条第１項の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症（同法附則第１条の２第１項に規定する新型コロナウイルス感染症をいう。）に関する緊急事態が発生した旨が宣言されている期間」（以下「緊急事態宣言の期間」という）については、臨時的な取扱いを示していない。

【新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い（現時点における整理）】

○：臨時的な取扱いを認めている（一時的な変動があった場合においても変更の届出を行わなくてもよい等の取扱いとしている）事項
－：取扱いを明示していない事項

		新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等	職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関
基本診療料	定数超過入院の減額措置免除	○	○
	月平均夜勤時間数	○	○
	看護配置（※１）	○	○
	平均在院日数	○	－
	重症度、医療・看護必要度	○	－
	在宅復帰率	○	－
	医療区分２・３の患者割合	○	－
	研修等（※２）	○	○
	その他の実績要件等	－	－
その他	実績要件等	－	－

※１：１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率、看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に限る。
※２：地域包括診療加算等の２年毎の届出が必要な研修、医療安全対策加算等の年１回程度の評価に限る。また、その他研修修了が要件の施設基準について、一部web開催を認めている。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いの整理（案）

○　「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」等に対する施設基準の臨時的な取扱いについて、以下のとおり整理することとしてはどうか。

- 一定期間の実績を求める要件（年間の手術件数等）について、「新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関」等に該当する場合は、施設基準に係る要件を満たさなくなった場合であっても、引き続き、当該施設基準を満たしているものとして取り扱うこととする。
- 「職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関」に該当する医療機関について、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」と同様の取扱いとする。
- 緊急事態宣言の期間については、外出自粛要請等による患者の受療行動の変化等の理由により、施設基準を満たすことができなくなる可能性を鑑み、全ての医療機関を「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」に該当するものとみなすこととする（なお、この場合、期間の取扱いについては、当該期間を含む月単位とする。）。

※　なお、その場合、緊急事態宣言の対象が一部の都道府県であっても、緊急事態宣言の対象都道府県の周辺に所在する都道府県についても影響があると考えられることから、対象は全ての都道府県とする。

【新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いの整理（案）】

		新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等	職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関
基本診療料	定数超過入院の減額措置免除	○	○
	月平均夜勤時間数	○	○
	看護配置（※１）	○	○
	平均在院日数	○	－ → ○
	重症度、医療・看護必要度	○	－ → ○
	在宅復帰率	○	－ → ○
	医療区分２・３の患者割合	○	－ → ○
	研修等（※２）	○	○
	その他の実績要件等	－ → ○	－ → ○
その他	実績要件等	－ → ○	－ → ○

※１：１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率、看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に限る。
※２：地域包括診療加算等の２年毎の届出が必要な研修、医療安全対策加算等の年１回程度の評価に限る。また、その他研修修了が要件の施設基準について、一部web開催を認めている。

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
令和２年度診療報酬改定における
経過措置の取扱いについて

令和２年度診療報酬改定における経過措置の取扱いについて

○　令和２年度診療報酬改定により要件が見直された一部の項目については、医療機関においてその対応に係る準備（指針の作成や、システム改修、病棟の運用の再検討、届出の変更等）が必要であること等を踏まえ、以下のような経過措置が設けられている。

【令和２年度診療報酬改定における経過措置（抜粋）】

項目	経過措置
初診料の注２及び外来診療料の注２に係る病床数要件	**令和２年９月30日まで**の間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院料７、地域一般入院料１、特定機能病院入院料（７対１結核病棟、10対１一般病棟）、専門病院（10対１）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料４を除く）、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院料４の届出を行っている病棟については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和２年３月31日時点で、急性期一般入院料１若しくは２、３又は４の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料２若しくは３、３又は４の基準を満たす患者の割合を、**令和４年３月31日まで**の間に限り、それぞれ2%緩和する。
特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
療養病棟入院基本料	令和２年３月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
抗菌薬適正使用支援加算	令和２年３月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、**令和２年９月30日まで**の間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。

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経過措置の取扱いの整理（案）

○　経過措置を設けた項目のうち、患者の診療実績に係る要件については、これまでの新型コロナウイルス感染症への対策による影響を受けていると想定されるが、現時点で、どの程度の影響を受けているかについて、把握することは困難である。

○　このような現状を踏まえ、経過措置のうち、令和２年９月30日を期限とするものであって、患者の診療実績に係る要件については、新型コロナウイルス感染症による各医療機関への影響等を考慮し、以下の取扱いとすることとしてはどうか。

①　令和３年３月31日までは、令和２年３月31日時点で届け出ていた区分を引き続き届け出てよいこととする。

※　患者の受入実績等と特段関係しない事項については、これまで示しているとおり、経過措置の期限を令和２年９月30日までとする。

②　①の対象となる要件について、当該実績等の評価方法（例：重症度、医療・看護必要度の評価方法）については、これまで示しているとおり、経過措置の期限を令和２年９月30日までとする。

【経過措置の取扱いの整理（案）（抜粋）】

項目	経過措置	対応（案）
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院料７、地域一般入院料１、特定機能病院入院料（７対１結核病棟、10対１一般病棟）、専門病院（10対１）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。	変更なし ※　評価方法等に係る規定のため
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料４を除く）、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。	経過措置の期限を**令和３年３月31日**まで延長。
療養病棟入院基本料	令和２年３月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	変更なし ※　患者の受入実績等と特段関係しない事項のため
抗菌薬適正使用支援加算	令和２年３月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、**令和２年９月30日まで**の間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。	変更なし ※　患者の受入実績等と特段関係しない事項のため

（補足）令和２年９月30日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧　①

○　令和２年度診療報酬改定において、令和２年９月30日を期限とする経過措置が設けられた項目は、以下のとおり。

※　赤字点線囲み内の項目：今回の整理（案）の対象

項目	経過措置
初診料の注２及び外来診療料の注２に係る病床数要件	**令和２年９月30日まで**の間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院料７、地域一般入院料１、特定機能病院入院料（７対１結核病棟、10対１一般病棟）、専門病院（10対１）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料４を除く）、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和２年３月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、令和２年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
療養病棟入院基本料	令和２年３月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
抗菌薬適正使用支援加算	令和２年３月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、**令和２年９月30日まで**の間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。

（補足）令和２年９月30日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧　②

○　令和２年度診療報酬改定において、令和２年９月30日を期限とする経過措置が設けられた項目は、以下のとおり。

※　赤字点線囲み内の項目：今回の整理（案）の対象

項目	経過措置
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、**令和２年９月30日まで**の間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
連携充実加算（外来化学療法加算）	令和２年３月31日時点で外来化学療法加算１の届出を行っている保険医療機関については、**令和２年９月30日まで**の間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年１回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
調剤基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、**令和２年９月30日まで**の間は現在の規定を適用する。
特定薬剤管理指導加算２	**令和２年９月30日まで**の間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

（参考資料）

（参考）新型インフルエンザ等対策特別措置法（抜粋）

【新型インフルエンザ等対策特別措置法】

（都道府県対策本部の組織）

第二十三条　都道府県対策本部の長は、**都道府県対策本部長**とし、都道府県知事をもって充てる。

（都道府県対策本部長の権限）

第二十四条　**都道府県対策本部長**は、当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するため必要があると認めるときは、当該都道府県及び関係市町村並びに関係指定公共機関及び指定地方公共機関が実施する当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策に関する総合調整を行うことができる。

9　都道府県対策本部長は、当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するため必要があると認めるときは、公私の団体又は個人に対し、その区域に係る新型インフルエンザ等対策の実施に関し必要な協力の要請をすることができる。

（新型インフルエンザ等緊急事態宣言等）

第三十二条　政府対策本部長は、新型インフルエンザ等（国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものとして政令で定める要件に該当するものに限る。以下この章において同じ。）が国内で発生し、その全国的かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼし、又はそのおそれがあるものとして政令で定める要件に該当する事態（以下「**新型インフルエンザ等緊急事態**」という。）が発生したと認めるときは、新型インフルエンザ等緊急事態が発生した旨及び次に掲げる事項の公示（第五項及び第三十四条第一項において「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」という。）をし、並びにその旨及び当該事項を国会に報告するものとする。

一　新型インフルエンザ等緊急事態措置を実施すべき期間

二　新型インフルエンザ等緊急事態措置（第四十六条の規定による措置を除く。）を実施すべき区域

三　新型インフルエンザ等緊急事態の概要

（特定都道府県知事による代行）

第三十八条　その区域の全部又は一部が第三十二条第一項第二号に掲げる区域内にある市町村（以下「特定市町村」という。）の長（以下「特定市町村長」という。）は、新型インフルエンザ等のまん延により特定市町村がその全部又は大部分の事務を行うことができなくなったと認めるときは、当該特定市町村の属する都道府県（以下「特定都道府県」という。）の知事（以下「**特定都道府県知事**」という。）に対し、当該特定市町村長が実施すべき当該特定市町村の区域に係る新型インフルエンザ等緊急事態措置の全部又は一部の実施を要請することができる。

（感染を防止するための協力要請等）

第四十五条　**特定都道府県知事**は、**新型インフルエンザ等緊急事態**において、新型インフルエンザ等のまん延を防止し、国民の生命及び健康を保護し、並びに国民生活及び国民経済の混乱を回避するため必要があると認めるときは、当該特定都道府県の住民に対し、新型インフルエンザ等の潜伏期間及び治癒までの期間並びに発生の状況を考慮して当該特定都道府県知事が定める期間及び区域において、生活の維持に必要な場合を除きみだりに当該者の居宅又はこれに相当する場所から外出しないことその他の新型インフルエンザ等の感染の防止に必要な協力を要請することができる。

（参考）新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（抜粋①）

【新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針】令和２年３月28日（令和２年５月25日変更）（新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

政府は、新型コロナウイルス感染症への対策は危機管理上重大な課題であるとの認識の下、国民の生命を守るため、これまで水際での対策、まん延防止、医療の提供等について総力を挙げて講じてきた。国内において、感染経路の不明な患者の増加している地域が散発的に発生し、一部の地域で感染拡大が見られてきたため、令和２年３月26日、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号。以下「法」という。）附則第１条の２第１項及び第２項の規定により読み替えて適用する法第14条に基づき、新型コロナウイルス感染症のまん延のおそれが高いことが、厚生労働大臣から内閣総理大臣に報告され、同日に、法第15条第１項に基づく政府対策本部が設置された。

国民の生命を守るためには、感染者数を抑えること及び医療提供体制や社会機能を維持することが重要である。

そのうえで、まずは、後述する**「三つの密」を徹底的に避ける**、「**人と人との距離の確保**」「**マスクの着用**」「**手洗いなどの手指衛生**」などの**基本的な感染対策を行うこと**をより一層推進し、さらに、**積極的疫学調査等**により**クラスター**（患者間の関連が認められた集団。以下「クラスター」という。）**の発生を抑えること**が、いわゆるオーバーシュートと呼ばれる爆発的な感染拡大（以下「オーバーシュート」という。）の発生を防止し、感染者、重症者及び死亡者の発生を最小限に食い止めるためには重要である。

また、必要に応じ、**外出自粛の要請等の接触機会の低減**を組み合わせて実施することにより、感染拡大の速度を可能な限り抑制することが、上記の封じ込めを図るためにも、また、医療提供体制を崩壊させないためにも、重要である。

あわせて、今後、国内で感染者数が急増した場合に備え、重症者等への対応を中心とした**医療提供体制等の必要な体制を整えるよう準備すること**も必要である。

（中略）

そのため、引き続き、政府及び都道府県は感染の状況等を継続的に監視するとともに、政府や地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む国民が相互に連携しながら、「三つの密」の回避や「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」をはじめとした基本的な感染対策の継続など、感染拡大を予防する「新しい生活様式」を社会経済全体に定着させていく必要がある。事業者において、業種ごとに策定される感染拡大予防ガイドライン等が実践されることも重要である。

また、再度、感染が拡大する場合に備える必要がある。新規感染者数の増大に十分対応することができるよう、医療提供体制の維持に向けて万全の準備を進めておく必要があるほか、**検査体制の強化**、**保健所の体制強化**及びクラスター対策の強化等に取り組むことが重要である。

こうした取組を実施することにより、感染拡大の防止と社会経済活動の維持の両立を持続的に可能としていく。

本指針は、国民の生命を守るため、新型コロナウイルス感染症をめぐる状況を的確に把握し、政府や地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む国民が一丸となって、新型コロナウイルス感染症対策をさらに進めていくため、今後講じるべき対策を現時点で整理し、対策を実施するにあたって準拠となるべき統一的指針を示すものである。

（参考）新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（抜粋②）

【新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針】令和２年３月28日（令和２年５月25日変更）（新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

（※　緊急事態宣言関連部分を抜粋）

既に国内で感染が見られる新型コロナウイルス感染症に関しては、

・　肺炎の発生頻度が、季節性インフルエンザにかかった場合に比して相当程度高く、国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあること

・　感染経路が特定できない症例が多数に上り、かつ、急速な増加が確認されており、医療提供体制もひっ迫してきていることから、全国的かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがある状況であること

が、総合的に判断されている。

このようなことを踏まえて、令和２年４月７日に、新型コロナウイルス感染症対策本部長（以下「政府対策本部長」という。）は法第32条第１項に基づき、緊急事態宣言を行った。緊急事態措置を実施すべき期間は令和２年４月７日から令和２年５月６日までの29日間であり、緊急事態措置を実施すべき区域は埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県とした。また、４月16日に、上記７都府県と同程度に感染拡大が進んでいる道府県として北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府について緊急事態措置を実施すべき区域に加えるとともに、それ以外の県においても都市部からの人の移動等によりクラスターが各地で発生し、感染が拡大傾向に見られることなどから、人の移動を最小化する観点等より、全都道府県について緊急事態措置を実施すべき区域とすることとした。これらの区域において緊急事態措置を実施すべき期間は、令和２年４月16日から令和２年５月６日までとした。

令和２年５月４日に、感染状況の変化等について分析・評価を行ったところ、政府や地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む国民の一丸となった取組により、全国の実効再生産数は１を下回っており、新規報告数は、オーバーシュートを免れ、減少傾向に転じるという一定の成果が現れはじめる一方、引き続き医療提供体制がひっ迫している地域も見られ、当面、新規感染者を減少させる取組を継続する必要があったことから、同日、法第32条第3項に基づき、引き続き全都道府県について緊急事態措置を実施すべき区域とし、これらの区域において緊急事態措置を実施すべき期間を令和２年５月31日まで延長することとした。

令和２年５月14日には、その時点での感染状況の変化等について分析・評価を行い、後述する緊急事態措置を実施すべき区域の判断にあたっての考え方（以下「区域判断にあたっての考え方」という。）を踏まえて総合的に判断し、同日、法第32条第3項に基づき、緊急事態措置を実施すべき区域を北海道、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、京都府、大阪府及び兵庫県とする変更を行った。

また、令和２年５月21日には、同様に、分析・評価を行い、総合的に判断し、法第32条第3項に基づき、緊急事態措置を実施すべき区域を北海道、埼玉県、千葉県、東京都及び神奈川県とする変更を行った。

その後、令和２年５月25日に改めて感染状況の変化等について分析・評価を行い、「区域判断にあたっての考え方」を踏まえて総合的に判断したところ、全ての都道府県が緊急事態措置を実施すべき区域に該当しないこととなった。そのため、同日、政府対策本部長は、緊急事態措置を実施する必要がなくなったと認められることから、法第32条第５項に基づき、緊急事態解除宣言を行うこととする。

緊急事態宣言が解除された後は、一定の移行期間を設け、外出の自粛や施設の使用制限の要請等を緩和しつつ、段階的に社会経済の活動レベルを引き上げていくこととなる。その場合において、後述する感染拡大を予防する「新しい生活様式」の定着や、業種ごとに策定される感染拡大予防ガイドライン等の実践が前提となる。また、再度、感染の拡大が認められた場合には、的確な経済・雇用対策を講じつつ、速やかに強い感染拡大防止対策等を講じる必要がある。