

令和5年度第1回神奈川県感染症対策協議会 次第

日時 令和5年4月18日（火）
19時30分～21時30分
会場 県庁西庁舎6階 災害対策本部室
（原則ZOOM出席とする）

1 議題

今後の COVID-19 の考え方と適正な医療提供体制について

2 その他

<資料>

資料 今後の COVID-19 の考え方と適正な医療提供体制

神奈川県感染症対策協議会 委員等名簿

NO	区分	氏名	所属団体・機関及び職名	出欠
1	学識経験者	森 雅亮	東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 生涯免疫難病学講座/聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科 教授	
2		小倉 高志	神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長	
3		笹生 正人	公益社団法人神奈川県医師会 理事	
4		小松 幹一郎	公益社団法人神奈川県病院協会 副会長	
5		吉村 幸浩	横浜市立市民病院感染症内科長	
6		新堀 史明	神奈川県議会厚生常任委員会 委員長	
7		山岸 拓也	国立感染症研究所薬剤耐性研究センター第四室室長/実地疫学研究センター	
8		岩澤 聡子	防衛医科大学校医学教育部衛生学公衆衛生学講座 講師	
9	関係行政機関	富澤 一郎	横浜検疫所長	代理出席 検疫衛生課長 梅田 恭子
10		赤松 智子	横浜市医療局健康安全部健康危機管理担当部長	
11		川島 伸一	川崎市健康福祉局保健医療政策部長	
12		三森 倫	相模原市保健所長	
13		土田 賢一	横須賀市保健所長	
14		阿南 弥生子	藤沢市保健所長	
15		濱 卓至	茅ヶ崎市保健所長	
16		廣末 治	神奈川県都市衛生行政協議会代表 逗子市福祉部次長兼国保健康課長	
17	小宮 好徳	神奈川県町村保健衛生連絡協議会代表 開成町子育て健康課参事兼課長	代理出席 主幹 露木 和子	
18	会長招集者 (オブザーバー)	小笠原 美由紀	公益社団法人神奈川県歯科医師会 副会長	
19		長場 直子	公益社団法人神奈川県看護協会 専務理事	
20		橋本 真也	公益社団法人神奈川県薬剤師会 副会長	
21		加藤 馨	一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会 会長	
22		古屋 明弘	横浜市消防局救急部長	
23		吉川 伸治	地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長	
24		多屋 馨子	県衛生研究所 所長	
25		長谷川 嘉春	県福祉保健福祉事務所長会代表 小田原保健福祉事務所長	欠席
26	吉田 慎	厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部医療班 企画官		

○神奈川県

NO	氏名	職名
1	黒岩 祐治	知事
2	武井 政二	副知事
3	小板橋 聡士	副知事
4	首藤 健治	副知事
5	山田 健司	健康医療局長兼未病担当局長
6	阿南 英明	医療危機対策統括官兼理事
7	畑中 洋亮	医療危機対策統括官兼政策局顧問
8	足立原 崇	医療危機対策本部室長



今後のCOVID-19の考え方と 適正な医療提供体制

健康医療局医療危機対策本部室

2023年4月18日Ver.1.1

人類にとってCOVID-19の存在

- ① COVID-19は消えない、**半永続的に人類と共存**する
- ② 季節性インフルエンザのように、**流行時期の固定化、感染・死亡予測が可能になる**までには数年かかる予想

ポピュラーな疾患

今まで

COVID-19と非COVID-19の峻別
COVID-19感染者を発見して侵入を防ぐ
COVID-19の重症度分類に基づく診療体制

これから

COVID-19を通常医療への一つに位置付け
新型コロナウイルスを排除することは不可能
高齢者にはCOVID-19診療よりも主病や衰弱対応を重視

反復する社会流行

感染者は**常時発生・大きな流行期が不規則に到来**



救急医療・外来診療は慢性的ひっ迫

医療機関内、高齢福祉施設内での感染は**常時発生**

罹患後症状のケア

①

5類移行は最大かつ最終の機会

安易な妥協策はエンドレスになる

②

民（患者）と民（医療機関）活用を前提にした支援

受診に関する国民と医療機関の概念・構造転換を支援する内容

③

コロナ施策で導入したツールの通常利用

情報共有基盤・行政による広域調整の通常化

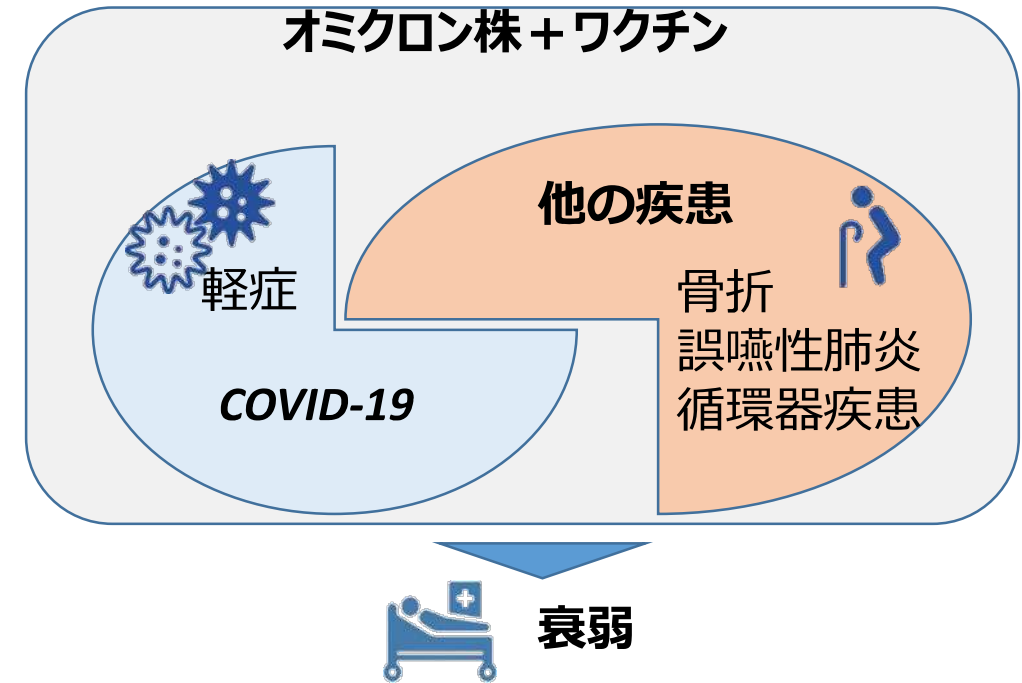
医療ニーズの変化

COVID-19患者がいない医療機関は想定されない

「COVID-19か否か」に基づく分離した対応



種々の患者に必要な医療の提供
(COVID-19は多種ある疾患の一つ)



合併症としてのCOVID-19も多いことを踏まえて、

Common Diseaseとして幅広い医療機関での対応が前提になる

* 「新型コロナウイルス」に感染していることを理由に、特定の外来医療機関、入院医療機関による対応ではない

入院

1-1 厚生労働省の入院医療体制の方針

厚労省の方針

- 幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していくことになることから、確保病床数は現行水準を継続するのではなく、**第8波の実績ベースで精査**するとともに、確保病床によらず、幅広い医療機関で受け入れを進める。
- 確保病床を有していた医療機関は、**重症・中等症Ⅱ（酸素投与）患者の受け入れへと重点化**を目指す。
- 確保病床を有しない医療機関に対しては、**軽症・中等症Ⅰ患者の受け入れを促す**。
特に、**高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」や「地域一般病棟」等の受け入れを積極的に推進する**。

元々廃止を前提にしていたが、短期間延長

病床確保料

OCOVID-19として中等症Ⅱ以上の患者を対象とした病床

- 単価は半減
- 休止病床の補助上限数の見直し

診療報酬

- 重症・中等症患者等に対する特例措置は見直しにより、減額
- 地域包括ケア病棟等への受け入れ時の**加算項目の新設**

1-2 さらに半年後には・・・

5 月 8 日 ～	病床確保料	OCOVID-19として中等症Ⅱ以上の患者を対象とした病床 ○単価は半減 ○休止病床の補助上限数の見直し
	診療報酬	○重症・中等症患者等に対する特例措置は見直しにより、減額 ○地域包括ケア病棟等への受け入れ時の 加算項目の新設



病床確保料	○9月末までを目途とした措置。 その後必要な見直しを行う。
診療報酬	○冬の感染拡大に先立ち、必要な見直しを行う。その上で、令和6年4月の診療報酬の改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

⇒病床確保料は将来的な廃止の前段階にある。

診療報酬で手当てする傾向強まる。

2-1 病床確保料対象の病床数の根拠

【第8波の実績】

入院者数ピーク日：12月27日

- ・入院者数：1,873人
 - うち、重症（COVID-19として重症）：22人
 - うち、重症（併存疾患が重症）：25人
 - うち、中等症（酸素投与有）：259人
 - うち、軽症：1,567人

【第7波の実績】

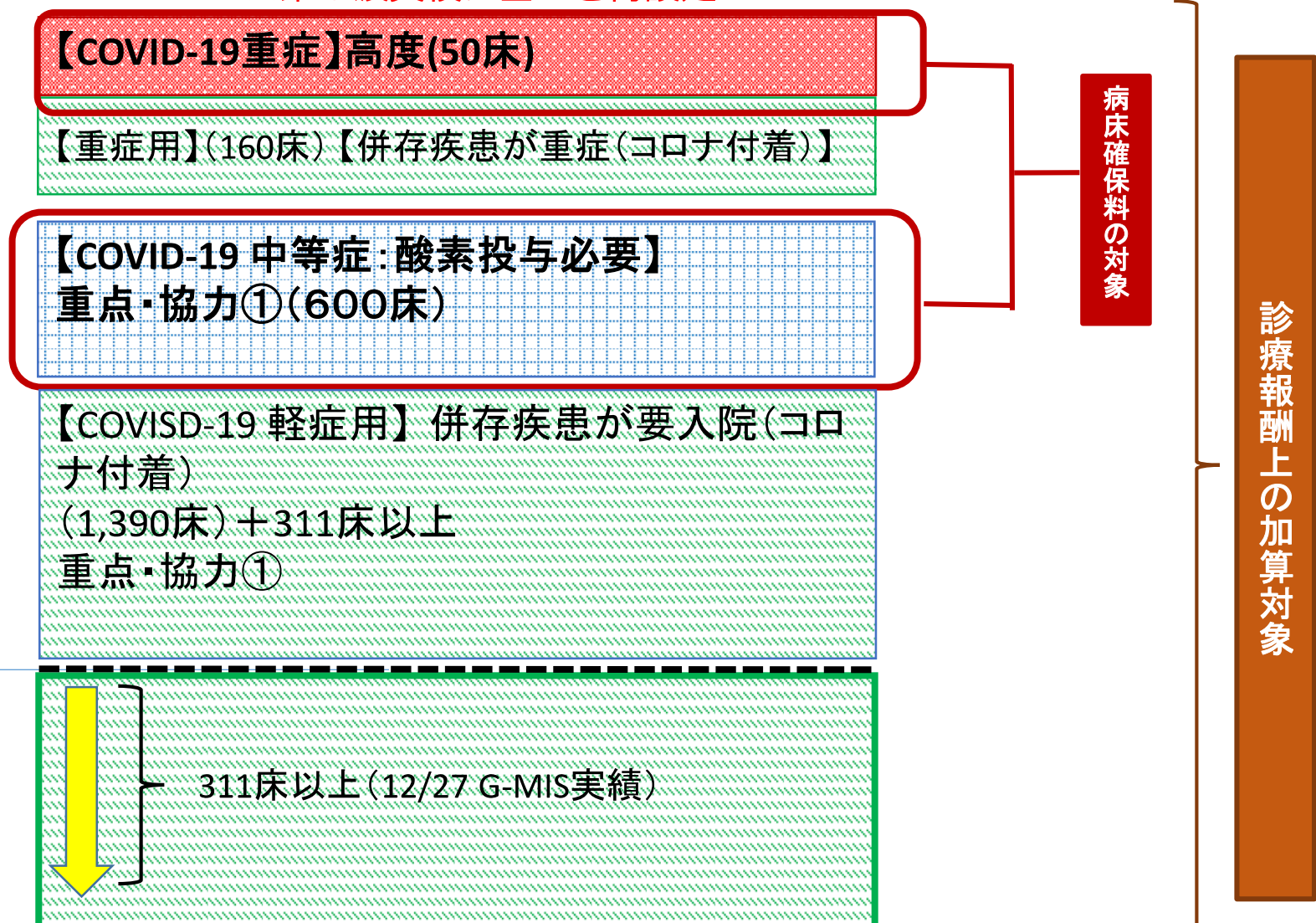
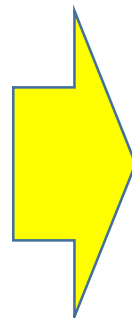
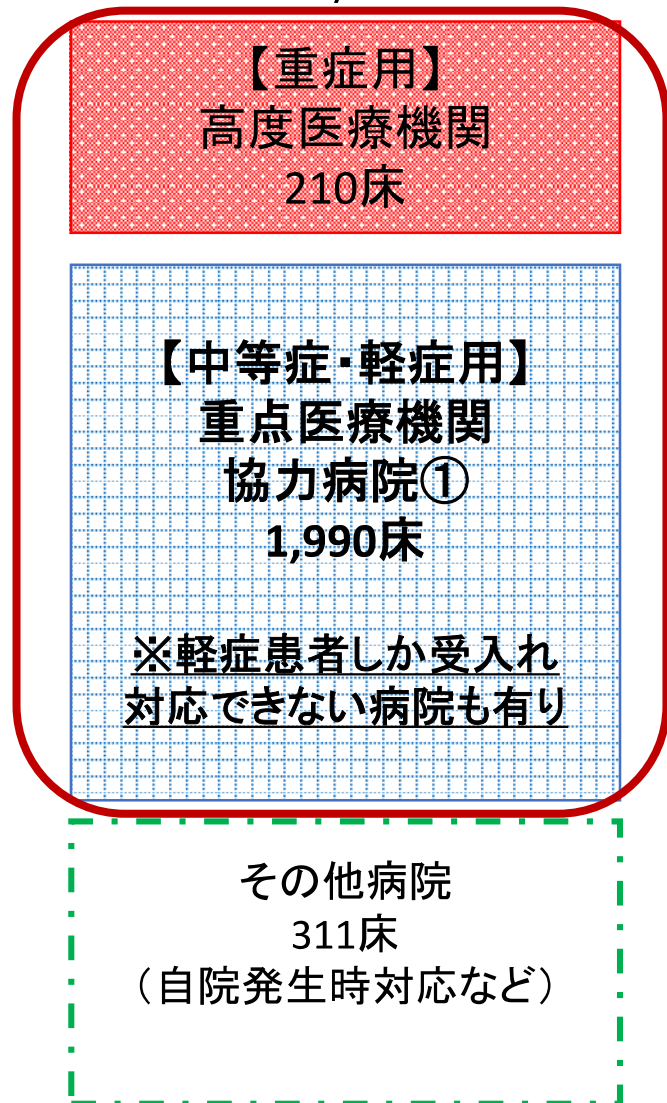
入院者数ピーク日：8月9日

- ・入院者数：2,064人
 - うち、重症（COVID-19として重症）：38人
 - うち、重症（併存疾患が重症）：37人
 - うち、中等症（酸素投与有）：314人
 - うち、軽症：1,675人

2-2 5/8以降の県のコロナ病床案

第8波時点
(12/27)

5/8~9/30までの県の対応 (案)
※第8波実績に基づき再設定



3-1 5/8以降の病床確保料と診療報酬の加算算定の抜粋（重症・中等症）

5月8日以前

【重症】

○診療報酬上の加算

- ・感染対策向上加算Ⅰ：710点
- ・特定集中治療室管理料1の加算等：29,422点/日

⇒710点 + 「29,422点/日」

○病床確保料（特定機能病院等の場合）

⇒補助上限額：436,000円/日

【中等症】（酸素投与有）

○診療報酬上の加算

- ・感染対策向上加算Ⅰ：710点
- ・二類感染症患者入院診療加算：250点/日
- ・二類感染症患者療養環境特別加算：300点/日
- ・救急医療管理加算：5,700点/日

⇒710点 + 「6,250点/日」

○病床確保料（特定機能病院等の場合）

⇒補助上限額：74,000円/日

5月8日以降

【重症】

○診療報酬上の加算

- ・感染対策向上加算Ⅰ：710点
- ・特定集中治療室管理料1の加算等：8,105点/日

⇒710点 + 「8,105点/日」

○病床確保料（特定機能病院等の場合）

⇒補助上限額：218,000円/日

【中等症】（酸素投与有）

○診療報酬上の加算

- ・感染対策向上加算Ⅰ：710点
- ・二類感染症患者入院診療加算：250点/日
- ・二類感染症患者療養環境特別加算：300点/日
- ・救急医療管理加算：2,850点/日

⇒710点 + 「3,400点/日」

○病床確保料（特定機能病院等の場合）

⇒補助上限額：37,000円/日

※4月5日時点で国が発表している資料を元に県が作成したものです。

※診療報酬については5月8日以降について不確定

⇒**病床確保料と診療報酬のコロナ加算はいずれも減額**

⇒**空床にしておくのではなく、COVID-19の併存有無に関わらず、患者の発生状況に応じて病床を運用して収益性を確保していく**

【例】感染拡大時は「コロナ患者受入拡大」、小康期は「即応病床の縮小」 + 「一般患者受入拡大」

3-2 5/8以降の県のコロナ病床案

第8波時点
(12/27)

5/8~9/30までの県の対応 (案)
※第8波実績に基づき再設定

【重症用】
高度医療機関
210床

【COVID-19重症】高度(50床)

【重症用】(160床)【併存疾患が重症(コロナ付着)】

【中等症・軽症用】
重点医療機関
協力病院①
1,990床

【COVID-19 中等症:酸素投与必要】
重点・協力①(600床)

【COVID-19 軽症用】併存疾患が要入院(コロナ付着)
(1,390床)+311床以上
重点・協力①

※軽症患者しか受入れ
対応できない病院も有り

その他病院
311床
(自院発生時対応など)

311床以上(12/27 G-MIS実績)

3-3 5/8以降の病床確保料と診療報酬の加算イメージ（重症）

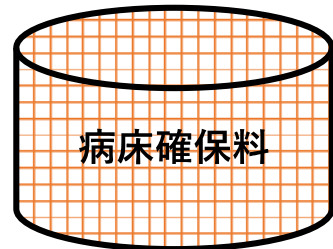
【例】確保病床（重症）に入院していた患者

※特定集中治療室管理料1対象

5月8日以前

空床時 ←→ 入院時

436,000円/日



OR



710点 + 「29,422点/日」

5月8日以降

空床時は積極的にコロナ以外の患者受入を

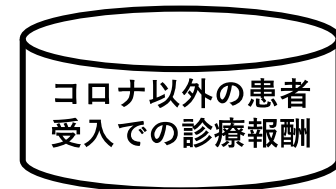
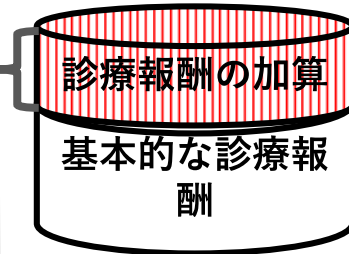
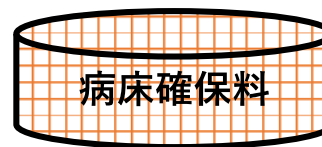
空床時 ←→ コロナ患者入院時 ←→ 一般患者入院時

OR

OR

コロナ重症

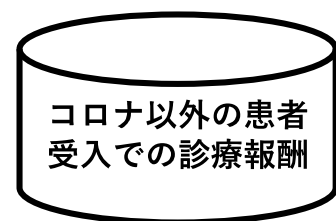
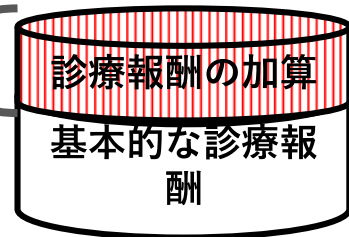
218,000円/日



710点 + 「8,105点/日」

コロナ以外重症

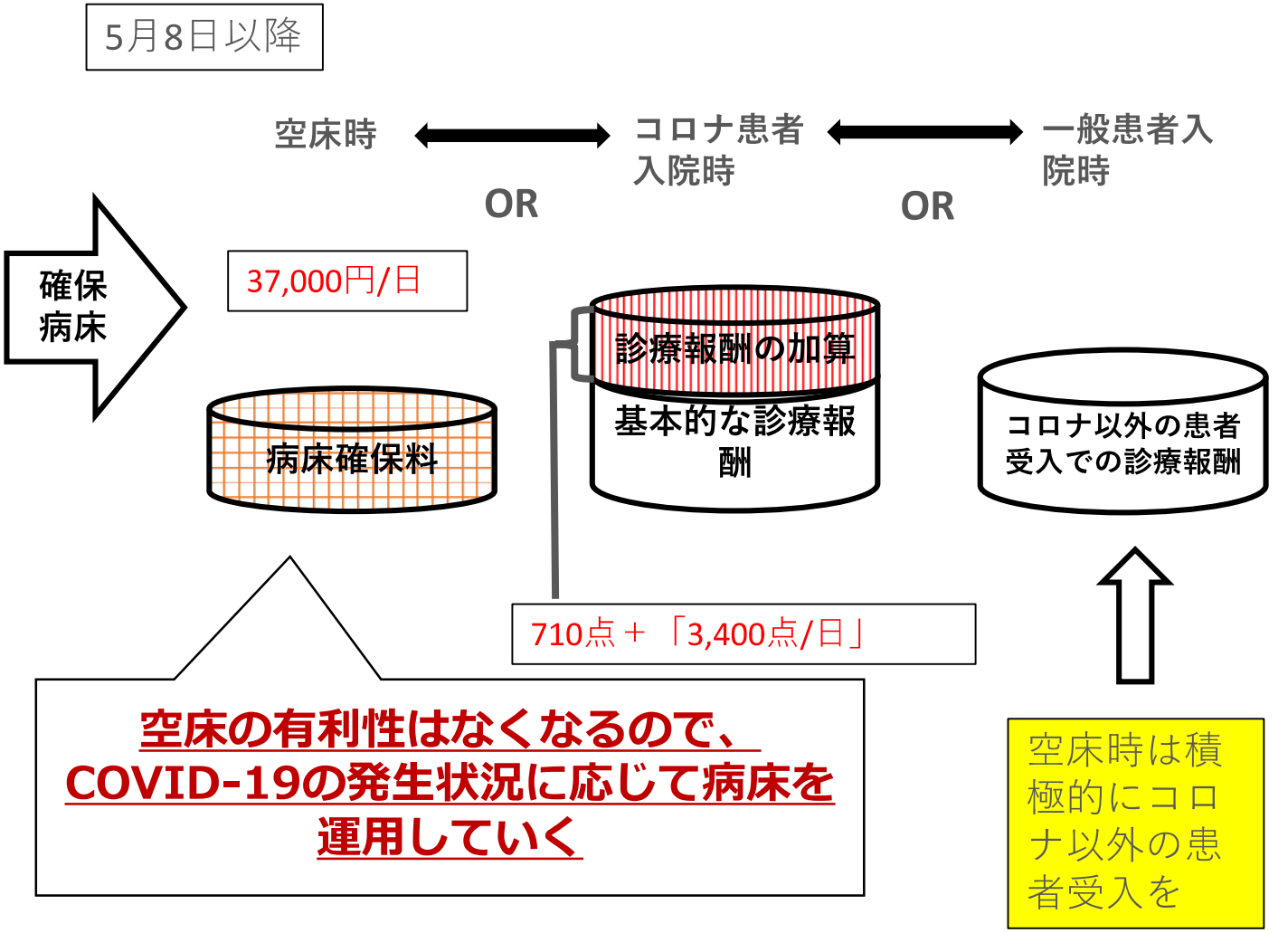
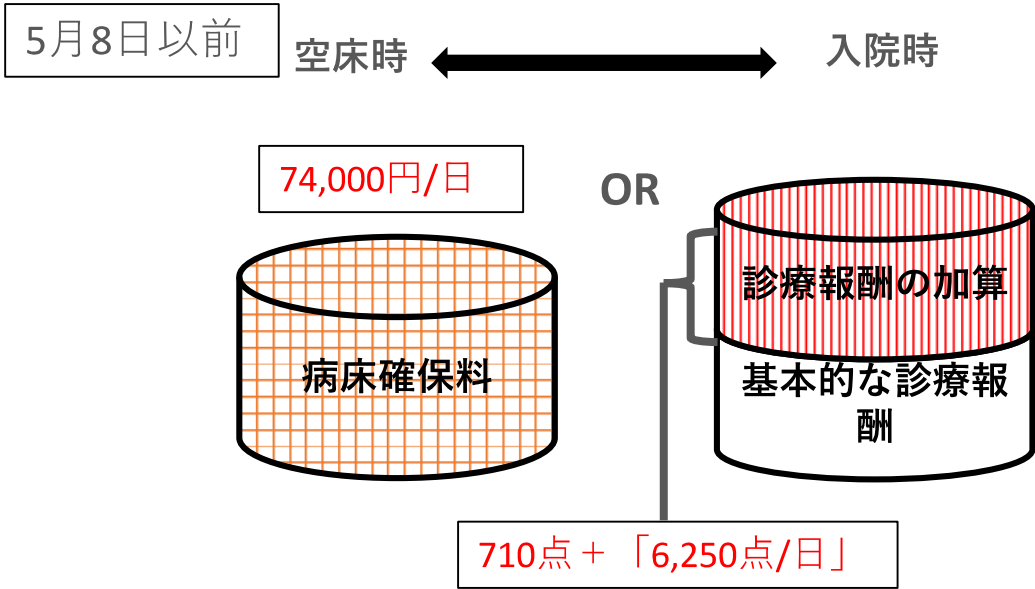
確保病床以外



※4月5日時点で国が発表している資料を元に県が作成したものです。

3-4 5/8以降の病床確保料と診療報酬の加算イメージ (酸素投与が必要な中等症)

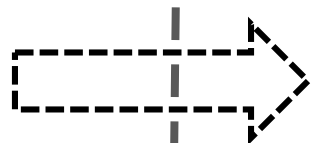
【例】確保病床（中等症）に入院



※ 4月5日時点で国が発表している資料を元に県が作成したものです。

3-5 5/8以降の診療報酬の加算イメージ・算定例 (コロナ自体は酸素投与不要な中等症・軽症)

【例】 尿路感染症患者
確保病床以外に入院
※過去の実例に基づきます。



が、実は
コロナを付
着していた

【例】 尿路感染症患者 + コロナ付着
確保病床以外に入院



診療報酬の加算内容例

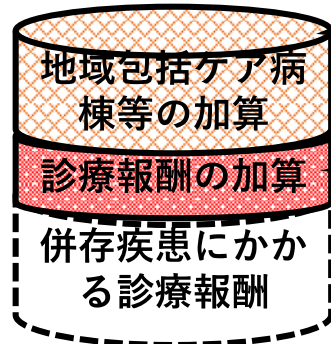
- ・院内トリアージ実施料：300点
- ・二類感染症患者入院診療加算：250点/日
- ・二類感染症患者療養環境特別加算：300点/日
(個室管理した場合)
- ・救急医療管理加算：1,900点/日
(COVID-19中等症Iの場合 軽症は950点)

合計：300点 + 「1200~2,450点/日」

空床の有利性はない
⇒COVID-19患者に対応した運
用に取り組む必要がある

地域包括ケア病棟受け入れ時新設の加算
※施設等からの患者受入の場合
(新設) 地域包括ケア病棟等受け入れ時の加算：950点/日

地域包括ケア病棟
で受け入れ



診療報酬の加算内容例

- ・院内トリアージ実施料：300点
- ・二類感染症患者入院診療加算：250点/日
- ・二類感染症患者療養環境特別加算：300点/日
- ・在宅患者支援病床初期加算：300点/日

合計：300点 + 「850点/日」

※4月5日時点で国が発表している資料を元に
県が作成したものです。

多くのコロナ患者を受け入れた方が、1人あたりのコスト
が低減され、加算の効果が大きくなる。

4-1 準備病床（仮称）確保病床に関する協定見直しと協力病床

県の方針

○現在の協定に基づいた病床のうち、一部（概ね重症用は1/4、中等症・軽症用1/3）を「県の確保要請に基づく病床【病床確保料有】」（以下、**確保病床**）とする。他の病床は県の要請により「コロナ患者を受け入れることに協力する病床【病床確保料無】」（以下、**協力病床**）として改めて協定を変更をする

	認定医療機関		認定医療機関以外
	高度・重点・協力 ①	協力③・④	
確保病床	現協定の 重症用1/4 中等症・軽症用 1/3 ⇒650床		
協力病床	現協定の 重症用3/4 中等症・軽症用 2/3 ⇒1,550床	第8波に確保病床以外で受け入れた 病床数以上を基本に今後の受入見込 数を県との間で合意し、協力病床と する。 ⇒311床以上	<div data-bbox="1948 1104 2634 1242" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 第8波の実績と今後の受入見込 込数等を確認する調査を実施 </div> <div data-bbox="2016 1315 2459 1404" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f4a460; text-align: center;"> 調査実施4/11～ </div>

4-2 5/8以降の県の準備病床数（イメージ）

各病院において、5段階フェーズの準備病床の計画を策定

* 新型インフルエンザ等特措法に基づくフェーズはなくなるが、運用上5段階の病床数をおく

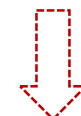
現在の確保病床数（病床確保計画）

区分	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	災害特別フェーズ
重症用病床	100	130	160	210	210+60
中等症・軽症用病床	900	1,170	1,540	1,990	1,990+340
計	1,000	1,300	1,700	2,200	2,200+400



5/8以降のコロナ病床数（目安）

区分	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
重症用病床	10	20	30	50	50+α
中等症Ⅱ用病床	150	300	450	600	600+α
中等症Ⅰ軽症用病床	840	980	1,220	1,550	1,550+α
計	1,000	1,300	1,700	2,200	2,200+α



5 (新設) 地域包括ケア病棟等受け入れ時の加算

「地域包括ケア病棟」や「地域一般病棟」等とは何か？

(2) 施設外への入院等に係る特例について

- 介護医療院等若しくは介護老人福祉施設等に入所している者、特定施設若しくは地域密着型特定施設に入居している者又は認知症対応型共同生活介護等を受けている者若しくは在宅医療を受けている者が新型コロナウイルス感染症に感染し、**医師の判断により入院が必要と判断された場合**であって、**「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟※」に入院した場合**、当該病棟を有する保険医療機関において、**14日を限度**として1日につき**救急医療管理加算1(950点)**を算定できる。なお、当該点数については3 (1) ②及び③に規定する救急医療管理加算1(1,900～2,850点)と併算定して差し支えない。

- ※ 「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」とは、以下のいずれにも該当する病棟をいう。
 - イ 当該病棟に専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士が配置されていること
 - ロ 入退院支援加算1又は2を届け出ていること
 - ハ 特定機能病院以外の医療機関であること
 - ニ 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が望ましいこと

なお、算定にあたっては、上記イの配置状況が確認できるよう、適切に記録をしておくこと。

地域包括ケア病棟は○ 地域一般病棟では？

6 マイルストーン

	4/10週	4/17週	4/24週	5/1週	5/8週
調査	意向調査・実態調査 4/11～4/21				5 類移行始動
協定			協定変更手続き 4/24～5/7		
会議	4/12 認定医療機関 会議		日にち未定 実務者向け説 明会		
Kintone		改修	改修内容公開・周知		

外 来



1 厚生労働省の外来医療体制の方針及び県の対応

厚労省の方針

- 幅広い医療機関が新型コロナの患者の診療に対応する体制へ移行
- 「診療・検査医療機関」から「外来対応医療機関」に名称は変更するが、指定・公表の仕組みについては、これまでの「診療・検査医療機関」と同様に行うこと（令和5年3月17日 厚労省事務連絡）
- 現行と同様に院内トリアージ実施料（300点）を算定するための要件は「外来対応医療機関の指定」＋「公表」＋「受入患者を限定しない形に8月末までに移行」（当該要件に該当せず、院内感染対策を実施した場合には147点を算定可）（令和5年3月31日 厚労省事務連絡）

対応（案）

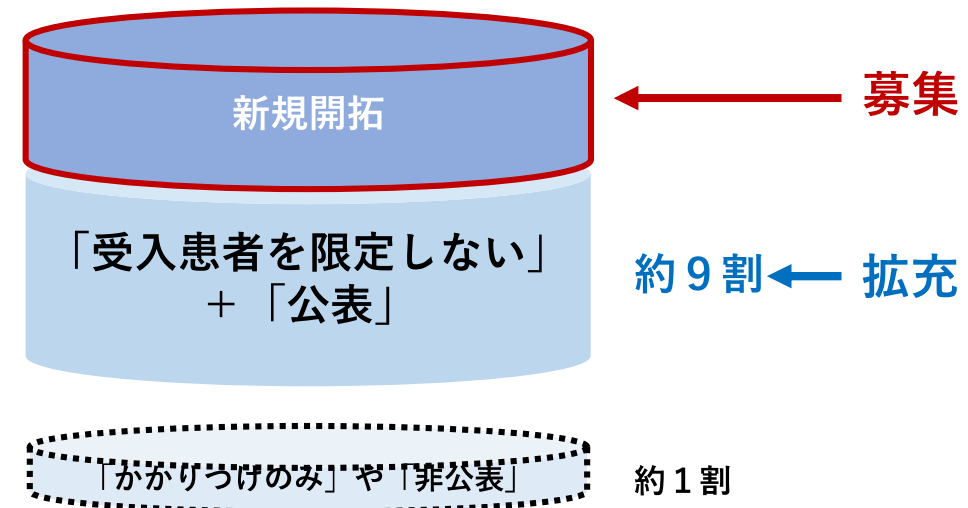
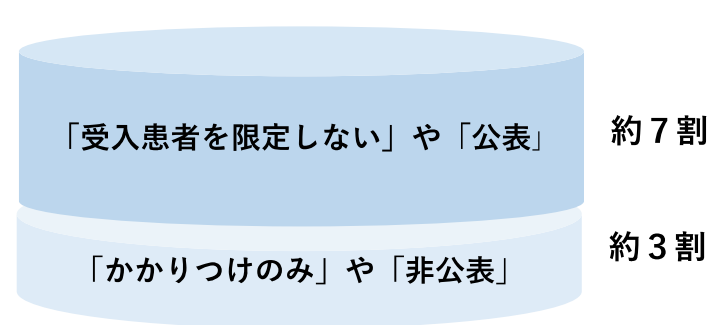
現在の「発熱診療等医療機関」の制度を拡充（診療報酬改正とリンクさせる）

- ①「受入患者を限定しない」医療機関及び②「受入患者を限定しない形に8月末までに移行」する医療機関を指定する

2 新たな体制に向けた進め方

- 現在の「発熱診療等医療機関」には、「受け入れ患者を限定しないこと」を前提に新体制へ移行
- 現行の「発熱診療等医療機関」の名称を「外来対応医療機関」変更
- 「全内科標榜医療機関」、「小児科単科標榜医療機関」及び「耳鼻科単科標榜医療機関」に対して案内を発送し、5/8以降の指定要件、診療報酬上のインセンティブを周知しつつ、拡大を図る
- 「受入患者を限定しない形に8月末までに移行」する医療機関については、
 - ① 移行時期の明示と、
 - ② 8月末まで移行が完了したことの確認調査を実施

現在の発熱診療等医療機関 約2,200



3 「外来対応医療機関」及び新たな指定要件

※ 厚生労働省事務連絡記載の「診療・検査医療機関」の名称変更後の名称と同一

現在の指定要件

- 対面診療を実施する場合の院内感染対策
- 医療従事者への感染対策
- 検査体制の確保
- コロナの検査を実施する場合、行政検査の契約
- **自院にかかりつけ患者等のみ**受け入れる場合は、院内掲示等による周知



新たな指定要件

- 対面診療を実施する場合の院内感染対策
- 医療従事者への感染対策
- 検査体制の確保（コロナ検査可能であることは前提）
- **受入患者を限定しない**
- **公表**

4 マイルストーン

	3月		4月				5月			6月～ 8月末
	20～	27～	3～	10～	17～	24～	1～	8	9～	
県	指定要綱改正等の手続 内科標榜・小児単科・耳鼻科単科の宛先作成 (郵送準備)			4/18 感染症 対策協 議会	4/19 継続意向調 査・新規登 録案内発出	集計	指定医療機 関のデータ ベース 作成	公表 (5/8初回公表は、 4/30までに意向確認分 以降は、日時更新)		「受入患者を限定 しない」形に移行 したか定期的に調 査
	発熱診療等医療機関 既存HP							～5/7		(参考) 旧発熱HPとして 5/31まで継続
								GW協力HP 4/25～5/7		
医療団体		3/28 医師会 打合せ	県医師会との打合せ				4/27 理事会 郡市医師会 会長会			
保健所 設置市等		3/30 設置市 会議		4/14 設置市 会議						
医療機関					4/19～30 継続意向調査回答 (発熱) 新規登録申請 (発熱以外)					「受入患者を限定し ない」形に移行した か定期的に調査 (回 答)

(参考) 外来対応医療機関の診療報酬

従来の発熱診療等医療機関

	医療機関の種別	算定可能な診療報酬の特例
公表医療機関	インフルエンザのみの診療・検査を実施 (コロナ不可)	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内トリージ実施料 (300点) ▶二類感染症患者入院診療加算 (250点。3月は147点で継続無し)
	インフルエンザ・RSウイルス等の診療・検査を実施 (コロナ不可)	
	コロナのみの診療・検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内トリージ実施料 (300点) ▶二類感染症患者入院診療加算 (250点。3月は147点で継続無し) ▶初診含めコロナ確定患者への診療 (950点)
	コロナ・インフルエンザのみの診療・検査を実施	
コロナ、インフルエンザ及びRSウイルス等の診療・検査を実施		
非公表医療機関	インフルエンザのみの検査を実施 (コロナ不可)	▶院内トリージ実施料 (300点)
	インフルエンザ・RSウイルス等の検査を実施 (コロナ不可)	
	コロナのみの検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内トリージ実施料 (300点) ▶初診含めコロナ確定患者への診療 (950点)
	コロナ・インフルエンザのみの検査を実施	
	コロナ、インフルエンザ及びRSウイルス等の検査を実施	

外来対応医療機関

	医療機関の種別	算定可能な診療報酬の特例	
受入患者を限定しない	インフルエンザ・コロナのみの診療・検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内の感染対策+受入患者を限定しない+公表(300点) ▶初診時含めコロナ患者への療養指導 (147点) ▶コロナ患者の入院調整を行った場合 (950点) 	指定対象
	インフルエンザ・コロナに加えてRSウイルス等の診療・検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内の感染対策+受入患者を限定しない+公表(300点) ▶初診時含めコロナ患者への療養指導 (147点) ▶コロナ患者の入院調整を行った場合 (950点) 	
受入患者を限定	インフルエンザ・コロナのみの診療・検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内の感染対策 (147点) ▶初診時含めコロナ患者への療養指導 (147点) ▶コロナ患者の入院調整を行った場合 (950点) 	
	インフルエンザ・コロナに加えてRSウイルス等の診療・検査を実施	<ul style="list-style-type: none"> ▶院内の感染対策 (147点) ▶初診時含めコロナ患者への療養指導 (147点) ▶コロナ患者の入院調整を行った場合 (950点) 	

(参考) 外来対応医療機関の公表項目

現在の発熱診療等医療機関（かかりつけ以外は相談センターに連絡）

	公表項目	詳細
必須	医療機関名	
	所在地	
	最寄駅	
	対象患者	・成人or小児or成人小児 ・コロナ相談cからの紹介患者、抗原検査kitを使用し陽性だった者、かかりつけ患者、濃厚接触者、小児、妊婦、外国語によるコミュニケーションが必要な者（複数選択可）
	実施内容	診療or診療・検査 (検査を実施する場合) PCR等検査、抗原定量検査、抗原定性検査(COVID-19)、抗原定性検査(インフル)、マイコプラズマ、RSウイルス、アデノウイルス、溶連菌（複数選択可）
任意（医療機関の意向を尊重）	診療窓口電話番号	
	発熱患者等に対する診療・検査対応時間	月～日及び祝日の対応時間（午前・午後別）
	対応可能な言語	
	オンライン診療実施有無	電話、ビデオ通話、CLINICS、CURON、ポケットドクター、LINEドクター、その他及び予約URL
	在宅診療対応可否	月～日及び祝日の対応時間（午前・午後別）
	医療機関HP	公表するHPアドレス

外来対応医療機関（公表情報を元に県民が医療機関に直接電話）

	公表項目	詳細
必須	医療機関名	
	受入患者の限定	受入患者の限定の有無、限定しない形への移行時期
	所在地	
	最寄駅	
	対象患者	・成人or小児or成人小児 小児、妊婦、外国語によるコミュニケーションが必要な者（複数選択可）
	実施内容	診療or診療・検査 (検査を実施する場合) PCR等検査、抗原定量検査、抗原定性検査(COVID-19)、抗原定性検査(インフル)、マイコプラズマ、RSウイルス、アデノウイルス、溶連菌（複数選択可）
	診療窓口電話番号	
	発熱患者等に対する診療・検査対応時間	月～日及び祝日の対応時間（午前・午後別）
	対応可能な言語	
	オンライン診療実施有無	電話、ビデオ通話、CLINICS、CURON、ポケットドクター、LINEドクター、その他及び予約URL
在宅診療対応可否	月～日及び祝日の対応時間（午前・午後別）	
医療機関HP（ある場合は）	公表するHPアドレス	

経口抗ウイルス薬の投与の可否

「任意」を「必須」に変更することで、国事務連絡の公表項目を網羅

入院調整

1 厚生労働省の入院調整の方針及び県の対応

厚労省の方針

- 外来で陽性が確定した患者の入院先の調整について、冬の感染拡大に先立って、原則、医療機関間による調整への移行を促すため、**G-MISなどITの活用を推進、地域の医師会等と連携した取組を推進**
- 円滑な移行のため、都道府県の取組の実情に応じて、**当面、「入院調整本部」等の枠組みを残すことが可能（病床ひっ迫時等に支援）**
- 「移行計画」等に基づき、**まずは軽症・中等症Ⅰの患者から医療機関間による調整の取組を推進**
- **秋以降は、その進捗を踏まえ、重症者等の患者について医療機関間による調整の取組を推進**
- 妊産婦、小児、透析患者については、都道府県による既存の調整の枠組みへの移行を推進

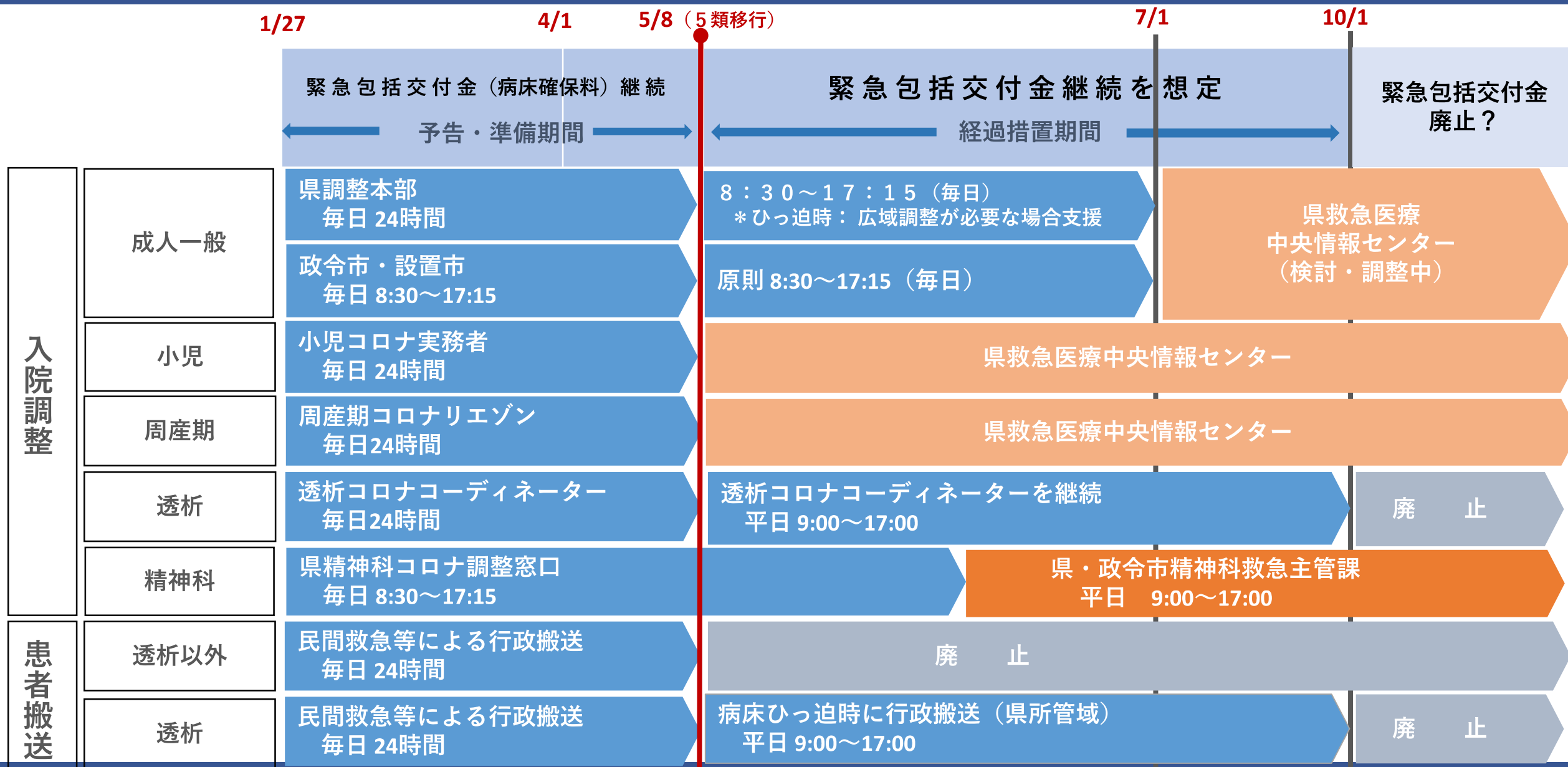
対応（案）

県はR4年秋より先行して導入済

医療機関間の調整を推進し、通常地域医療における入院調整支援体制に移行

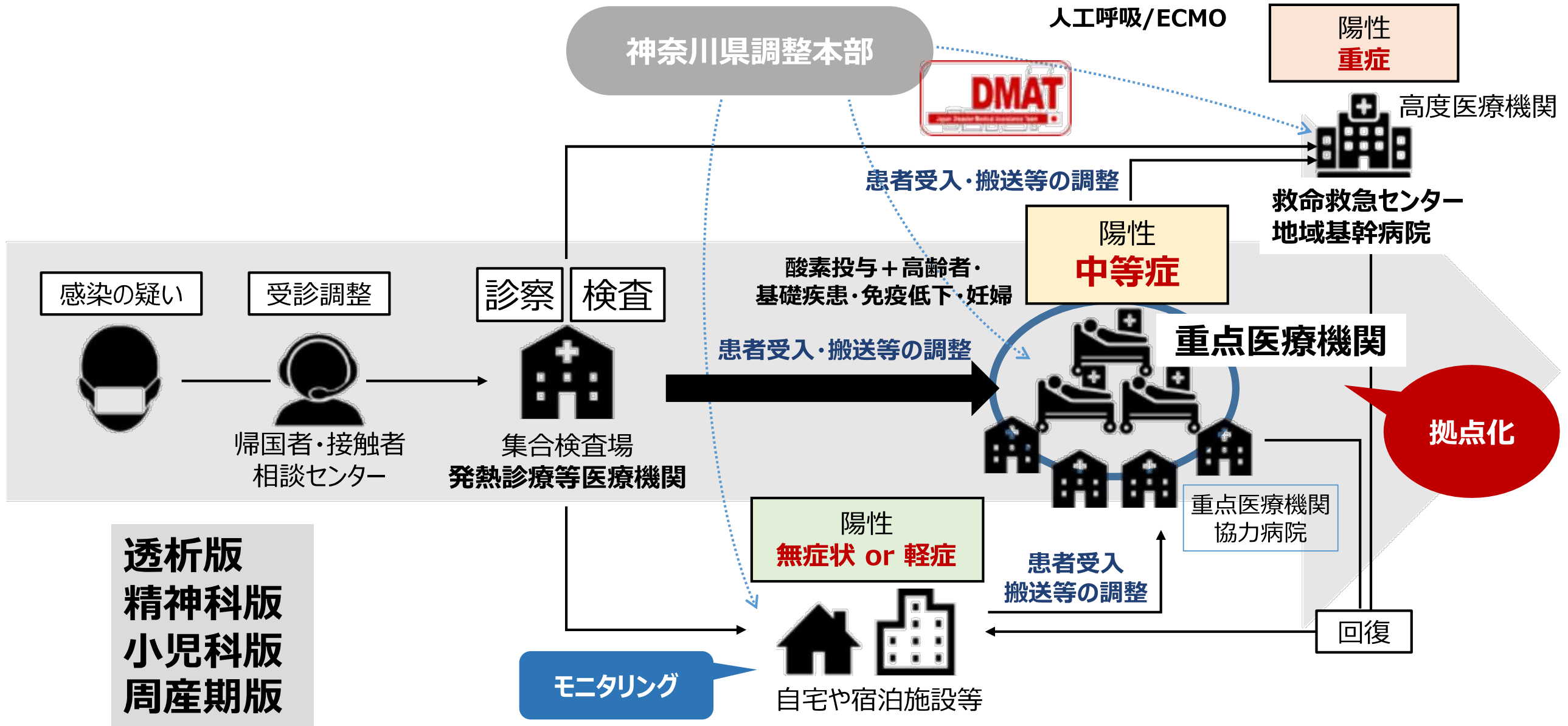
- 入院調整サポートシステムの利用拡大
- 医療ひっ迫時（病床利用率等による判断）は、
 - 【一般成人】 **広域入院調整が必要な場合は県が支援**
 - 【小児・周産期】 **通常救急医療体制へ移行**
 - 【精神科】 **他の身体合併症と同様の対応に段階的に移行**
 - 【透析】 **透析コロナの仕組を一定期間継続**

2 医療機関間調整が困難な場合の、行政による入院調整業務の移行方針

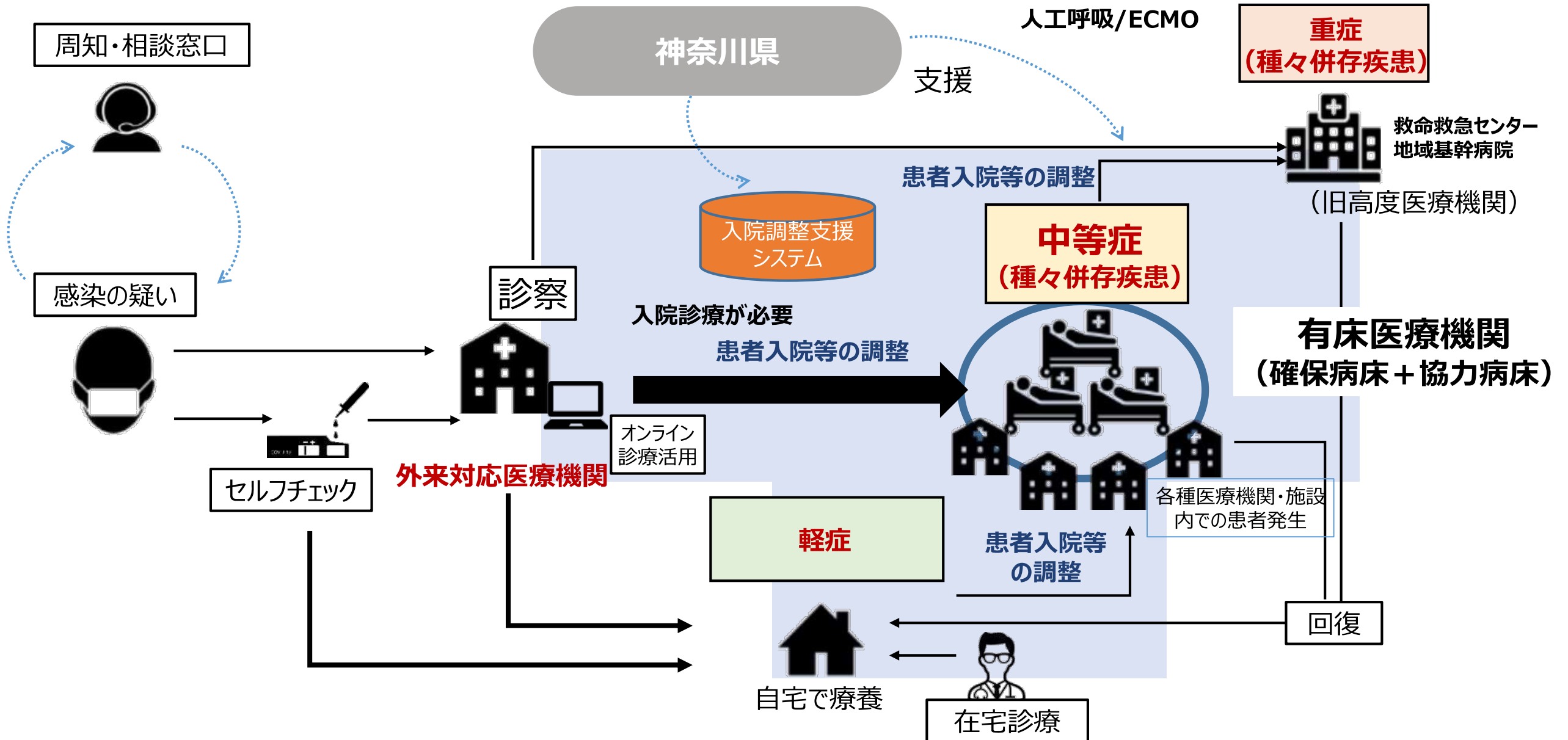


3-1 5月7日までの運用「神奈川モデル」

役割分担と機能集約

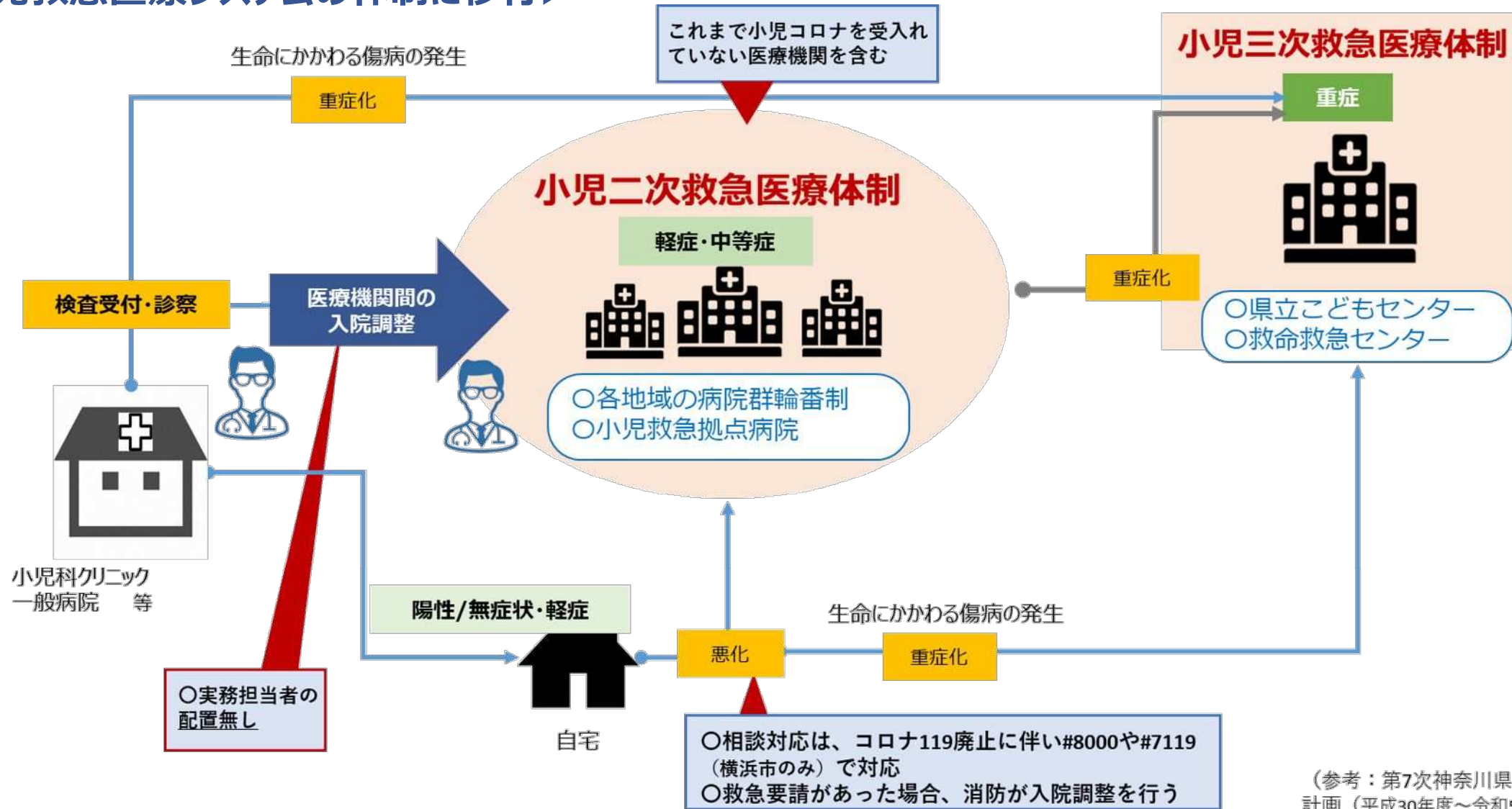


3-2 5類移行後の運用体制「日常医療」 治療が必要な基本病態に対する医療提供



3-3 5類移行後の小児コロナ対応

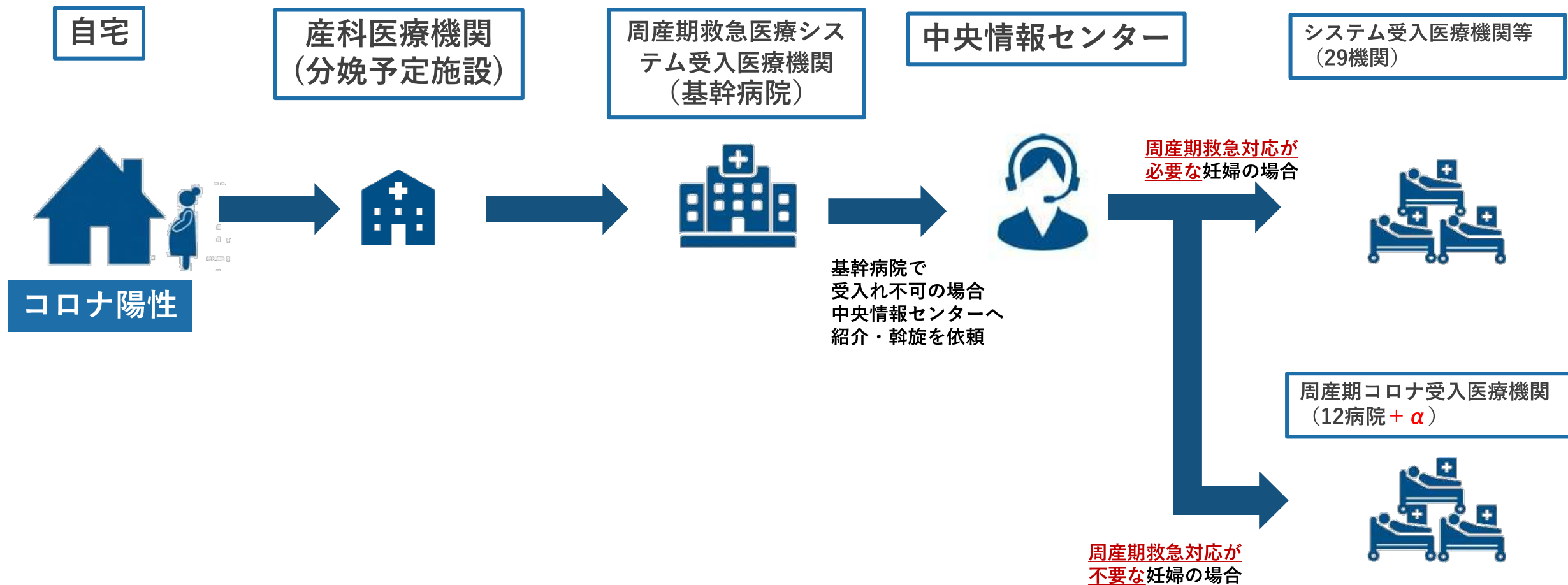
<小児救急医療システムの体制に移行>



(参考：第7次神奈川県保健医療計画（平成30年度～令和5年度）)

3-4 5 類移行後の周産期コロナ対応

<周産期救急医療システムを活用>



3-5 5 類移行後の透析コロナ対応

	暫定措置	類型変更準備期間	経過措置	平時の医療体制
時期	令和4年1月～	令和5年3月～	令和5年5月8日～	令和5年10月1日～
感染症法上の位置付け	新型インフルエンザ等感染症（2類相当）		5類感染症	
入院調整の方法	<ul style="list-style-type: none"> 透析コロナ受入医療機関体制調整機関コーディネーターが重症度に応じて行う 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ透析医療機関が入院調整を病院と直接行う 入院調整が困難な場合は、コーディネーターに相談 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ透析医療機関が入院調整を病院と直接行う 入院調整が困難な場合は、コーディネーターに相談 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ透析医療機関が入院調整を病院と直接行う
調整機関	<ul style="list-style-type: none"> 県内4ブロックにコーディネーターを設置 担当ブロック内の入院調整 入院適用の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 全県共通のコーディネーターを設置 入院調整の支援 入院適用の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 全県共通のコーディネーターを設置（受付時間は縮小） 入院調整の支援 入院適用の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 無し ※神奈川透析危機対策協議会を相談先とするかどうか検討
入院調整システム	<ul style="list-style-type: none"> 透析版キントーンは、コーディネーターが入院調整に活用 一般の透析医療機関は閲覧できない 	<ul style="list-style-type: none"> 透析版キントーンを一般の透析医療機関に開放 	<ul style="list-style-type: none"> 透析版キントーンを一般の透析医療機関に開放 	<ul style="list-style-type: none"> 一般コロナ患者の入院調整サポートシステムの活用を検討
搬送体制	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者は公費による搬送 通院透析に関しては患者家族・医療機関・保健所による搬送を検討のうえ、困難な場合は県で搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者は公費による搬送 通院透析に関しては患者家族・医療機関・保健所による搬送を検討のうえ、困難な場合は県で搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 病床逼迫時（病床利用率等による判断）には、公費による入院・通院の手段を用意 通常時は公費による入院・通院の搬送無し 	<ul style="list-style-type: none"> 公費による入院・通院の搬送無し

3-6 5 類移行後の精神科コロナ対応

5/8

9月末

	現行	移行期間	新たな体制
受入医療機関	精神科コロナ重点 (+ 一部基幹病院)	地域連携による身体科病院 精神科救急基幹病院 身体合併症転院事業受入病院 現行の精神科コロナ重点 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">調整により 順次拡大</div>	地域連携による 身体科病院 精神科救急基幹病院 身体合併症転院事業 受入病院 現行の 精神科コロナ重点
患者搬送	行政 (公費)	各病院で調整 (公費なし) ただし精神科救急は行政	
調整窓口	保健所 → 県調整窓口 (精神保健C・がん疾)	4 県市精神科救急主管課	

療養期間の考え方

1 療養期間について

4月14日厚労省公表

感染症法上の位置づけ変更後の療養に関するQ&A②

5月8日以降の取扱

Q2：新型コロナウイルス感染症にかかったら、どのくらいの期間外出を控えればよいのでしょうか？

令和5年5月8日以降、新型コロナ患者は、法律に基づく外出自粛は求められません。外出を控えるかどうかは、個人の判断に委ねられます。その際、以下の情報を参考にしてください。
周囲の方や事業者におかれても、個人の主体的な判断が尊重されるよう、ご配慮をお願いします。
各医療機関や高齢者施設等においては、以下の情報を参考に、新型コロナウイルスに罹患した従事者の就業制限を考慮してください。なお、高齢者施設等については、重症化リスクを有する高齢者が多く生活することも考慮してください。
また、感染が大きく拡大している場合には、一時的により強いお願いを行うことがあります。

(1) 外出を控えることが推奨される期間

- ・特に発症後5日間は他人に感染させるリスクが高いことから、発症日を0日目（※1）として**5日間は外出を控えること**（※2）、かつ、
- ・5日目に症状が続いていた場合は、熱が下がり、痰や喉の痛みなどの**症状が軽快して24時間程度が経過するまでは、外出を控え様子を見ること**が推奨されます。症状が重い場合は、医師に相談してください。

（※1）無症状の場合は検体採取日を0日目とします。

（※2）こうした期間にやむを得ず外出する場合でも、症状がないことを確認し、マスク着用等を徹底してください。

(2) 周りの方への配慮

10日間が経過するまでは、ウイルス排出の可能性のあることから、不織布マスクを着用したり、高齢者等ハイリスク者と接触は控える等、周りの方へうつさないよう配慮しましょう。発症後10日を過ぎても咳やくしゃみ等の症状が続いている場合には、マスクの着用など咳エチケットを心がけましょう。

※ 学校における取扱いについては、文部科学省においてパブリックコメントを実施予定。

鼻やのどからのウイルスの排出期間の長さ（個人差ある）

・ **発症2日前から発症後7～10日間は感染性のウイルスを排出している**

1) 国立感染症研究所のデータ：感染力のあるウイルスを排出する患者の割合は、症状が続いている患者も含め、発症日を0日目として8日目（7日間経過後）で15%程度、11日目（10日間経過後）で4%程度

・ **発症後3日間は、感染性のウイルスの平均的な排出量が非常に多く、5日間経過後は大きく減少する**
（特に発症後5日間は他人に感染させるリスクが高い）

2) 国立感染症研究所のデータ：感染力のあるウイルスを排出する患者について、発症日を0日目として3日間程度は平均的に高いウイルス量となっているが、4日目（3日間経過後）から6日目（5日間経過後）にかけて大きく減少し、ウイルスの検出限界に近づく（6日目（5日間経過後）前後のウイルス排出量は発症日の20分の1～50分の1）。

10日間の配慮

医療機関や高齢福祉施設での運用、業務従事の際して目安

高齢者施設等への支援

1 厚生労働省の高齢者施設対応の方針及び県の対応(案)

厚労省の方針

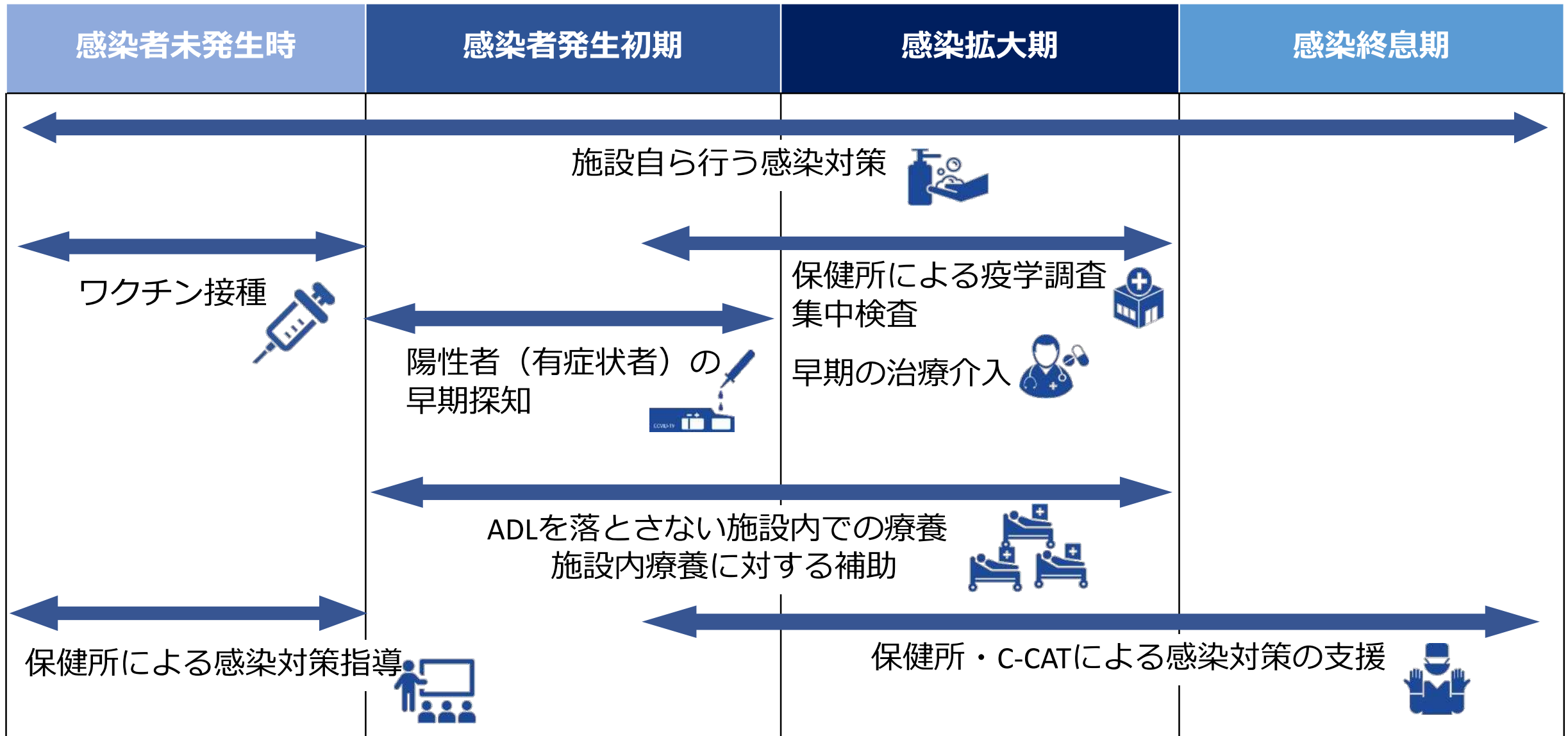
- 引き続き入院が必要な高齢者が適切に入院できる体制を確保しつつ、**施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進め、感染症対策に円滑につながるよう、平時からの取組を強化**
- 高齢者施設に対する各種の政策・措置は、当面継続
 - ・ 希望者に対するワクチン接種
 - ・ 集中的検査
 - ・ 往診等の協力医療機関の事前の確保
 - ・ 看護職員の派遣への補助
 - ・ 施設内療養を行う高齢者施設への補助
 - ・ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例
- 感染対策、介護従事者の訓練、医療機関との連携強化などの取組を推進するためのさらなる方策を検討

対応(案)

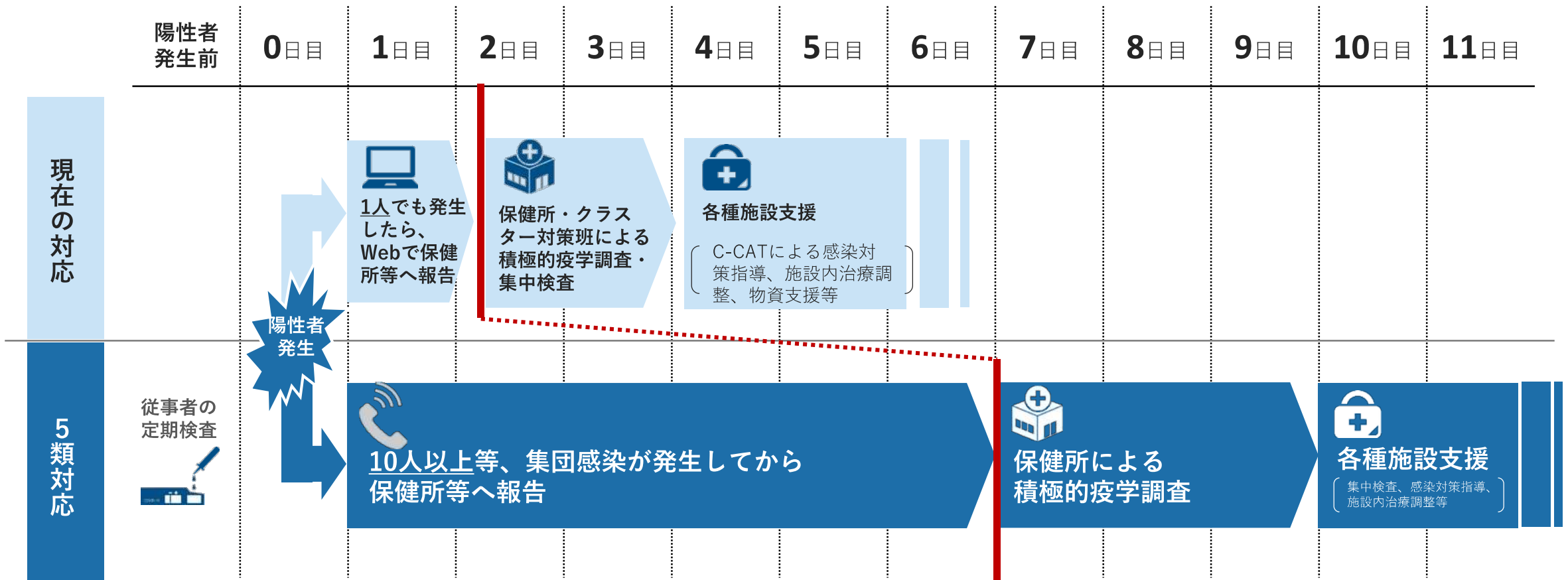
高齢者施設等への支援を継続

- 入所者に対し**ワクチン接種を促進**
- 保健所による感染対策指導は適宜行い、**C-CATによる感染対策の支援も継続**
- 高齢者施設等の**従事者に対する予防的スクリーニングは実施しない**
- 事前の備えとしての検査キットの備蓄を促し、**陽性者発生時に保健所の判断により必要に応じて引き続き集中検査を実施**
- **施設内療養に対する補助は、国要綱に基づき当面継続**

2 高齢者施設等のハイリスク施設において必要な対応



3 5類移行後の国の方針に基づく施設への介入



国が示す5類移行後の対応では、発生後の介入が遅くなり、**感染拡大防止が困難**
 仮に従事者スクリーニング検査で初発陽性患者を探知しても、**保健所への報告義務は無い**
 ため、介入はできない

4 初発患者（有症状）の探知をするために

1



原則、抗原検査キットの常備（備蓄）を行う

- ・ 体調不調者が発生した際に使用

2



補完的に、抗原検査キットを行政から提供

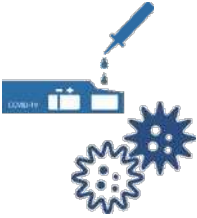

- ・ **体調不調時**に使用
- ・ 初発患者の探知、感染拡大時に活用

支給要件案
(例) 県の

- ・ 入所系高齢者施設であること
- ・ **入所者へのオミクロン株ワクチン接種を1回**行っていること
- ・ **R5年度の接種を予定していること**
- ・ 県主催の**類型変更後の説明会（感染対策、陽性者発生時の対応等）**に参加
- ・ 職員1人につき1個程度
- ・ 無症状時には使用しないこと

5 予防的スクリーニング検査の必要性

施設従事者に対する予防的スクリーニング検査

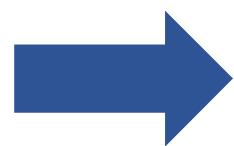
1	 <p>予防的スクリーニング検査の効果</p> <ul style="list-style-type: none">• 早期探知は可能だが、無症状での抗原検査キットの感度は4割弱であり、ウイルスの侵入を防ぐことはできない• オミクロン株は伝播性が高いため、クラスターを抑止する効果は低い
2	 <p>費用面について</p> <ul style="list-style-type: none">• 陽性者1名の探知に係る費用が高額• 抗原検査キットを用いた場合、核酸検出検査より費用は抑えられるが、それでもなお高額

ウイルスの侵入防止に注力するのではなく、発症者を早期に把握し、**感染拡大を防止し重症化への対応に注力する方が効果的**

(参考) 予防的スクリーニング検査は集団感染抑止の効果が低い

(スクリーニング実施期間：R4.12～R5.2 配布対象：県所管域高齢者入所施設)

	総施設数	スクリーニング検査 実施施設数	スクリーニング検査 未実施施設数	スクリーニング 検査実施有りの割合
合計施設数 (A)	779	441	338	56.6%
陽性者未発生施設 (B)	356	175	181	49.2%
クラスター(陽性者 5人以上の)発生施設 (D)	286	178	108	62.2%
クラスター発生率 (D) / (A)	-	40.4%	32%	-



スクリーニング検査実施施設の方がクラスター発生率が高い(解釈は要注意)

スクリーニング検査の実施の有無は、感染拡大防止には繋がっていない

(参考) 予防的スクリーニング検査実施・未実施施設の陽性者数、死亡及び入院の割合

(スクリーニング実施期間：R4.12～R5.2 配布対象：県所管域高齢者入所施設)

	総数	スクリーニング検査 実施施設 (5人以上発生施設)	スクリーニング検査 未実施施設数 (5人以上発生施設)	P値
入所者数計 (A)	10,661	7,078	3,583	
陽性者数計 (B)	3,347	2,156	1,191	
陽性率 (B) / (A)	31.39%	30.46%	33.24%	0.035
入院者数計 (C)	74	52	22	
入院の割合 (C) / (A)	0.69%	0.73%	0.61%	0.48
死亡者数計 (D)	77	51	26	
死亡の割合 (D) / (A)	0.72%	0.72%	0.73%	0.97

スクリーニング検査実施の有無に関わらず、
死亡、入院の割合に、有意な差はなし

※施設の状態に左右されるため解釈は
要注意

(参考) 費用対効果が小さい

R4実績 (スクリーニング実施期間：R4.12～R5.2)

配布対象：県所管域高齢者入所施設

	施設数 (実)	配布及び 報告数 (延)	陽性 報告数	費用 (円)
配布数	779	812,070 ※週3回分	—	配送費 : 6,183,621 キット購入費：国から配布のため無料
検査 実施施設数	441	294,787	1,710 (262施設) ※陽性率0.575%	陽性者1人あたり 3,616

試算 キット購入により実施した場合

	施設数 (実)	配布及び 報告数 (延)	陽性 報告数	金額 (円)
配布数	779	812,070 ※週3回分	—	配送費 : 6,183,621 キット購入費：812,070,000 (@1,000で購入想定) 総額：約820,000,000 (予防事業費：国1/2・県1/2)
検査 実施施設数	441	294,787	1,710 (262施設) ※陽性率0.575%	陽性者1人あたり 479,532