

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会

かかりつけ医の感染対策

沖縄県立中部病院
感染症内科・地域ケア科 副部長

高山 義 浩

公益社団法人
日本医師会 常任理事

釜 范 敏

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会 COI開示

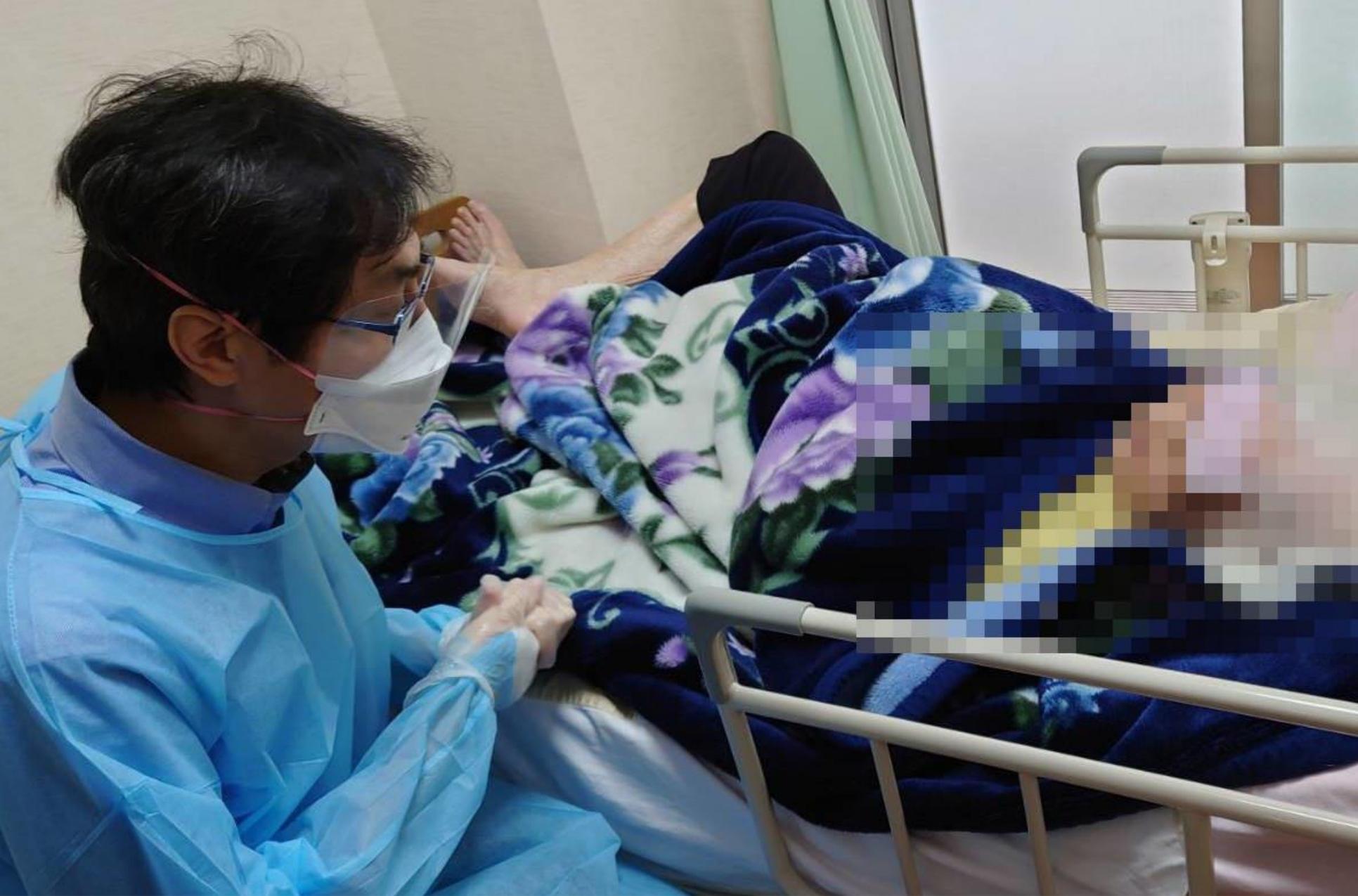
演題名： かかりつけ医の感染対策

演者名： 高山義浩、釜范敏

私たちが発表する今回の演題について、開示すべき
COIはありません。

新型コロナウイルス感染症の感染対策と診療

高山義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長
沖縄県 政策参与
厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 参与
日本医師会総合政策研究機構 客員研究員





高齢者施設における指導



高齢者施設における集中的検査



高齢者施設のレッドゾーン



感染者への訪問診療

本日の内容

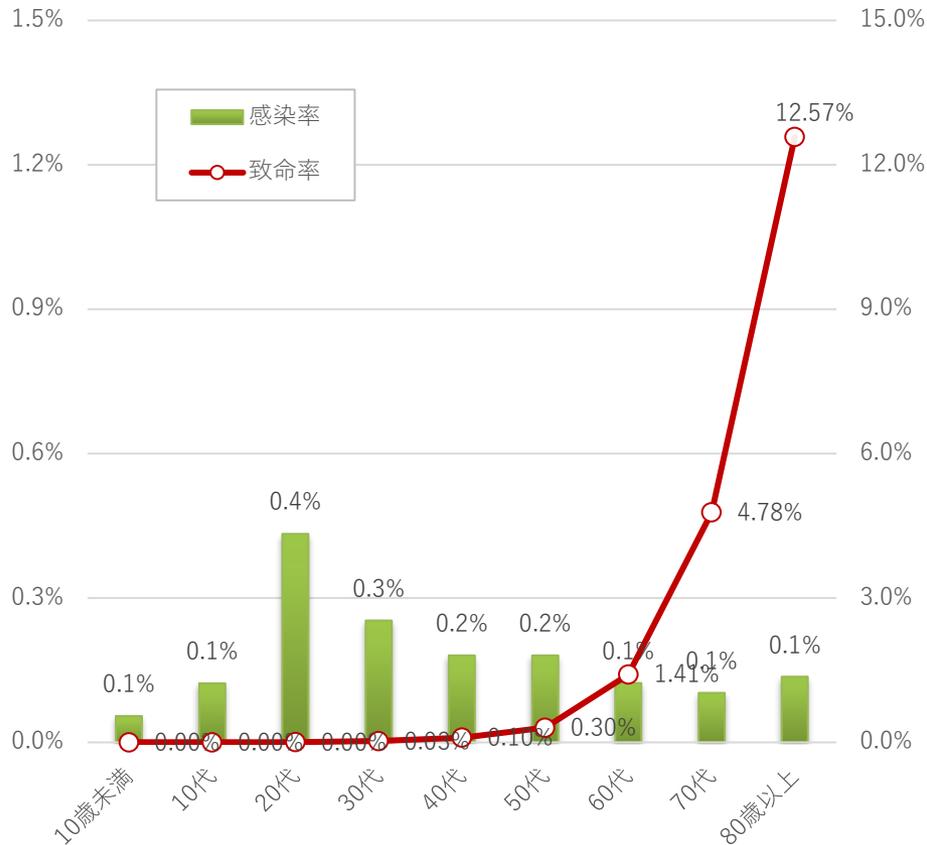
1. **新型コロナウイルスの病原性(オミクロン株以降について)**
2. **新型コロナウイルスの感染対策**
3. **新型コロナウイルス感染症の診断**
4. **新型コロナウイルス感染症の治療(初診の軽症患者を中心に)**

新型コロナウイルスの病原性

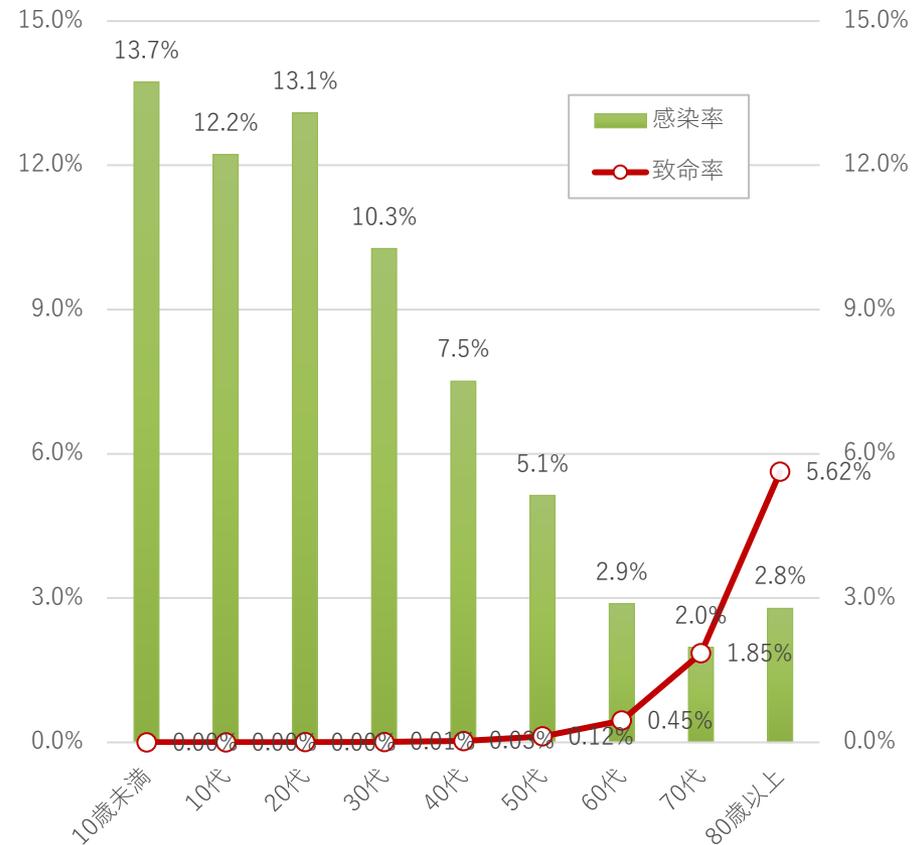
(オミクロン株以降について)

日本国内における年齢階級別感染率と致死率

2021年12月以前



2022年1月以降 (7月5日まで)



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の国内発生動向(速報値)」を基に筆者が作成

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000951849.pdf>

コロナと診断された人は、どれくらい重症化しますか？

沖縄県内において、2022年4月1日から5月31日までに診断確定した感染者 93,375人について集計・分析した

診断



入院



重症化



死亡



20歳未満	320人に1人	3万5千人に1人	なし
20～49歳	90人に1人	5千人に1人	4万5千人に1人
50～69歳	30人に1人	1,600人に1人	3,800人に1人
70歳以上	4人に1人	120人に1人	150人に1人

ワクチン未接種 38.5%
2回目接種完了 26.9%
3回目追加接種 16.0%

24.0%

ワクチン未接種 1.73%
2回目接種完了 1.15%
3回目追加接種 0.29%

0.68%

出典：厚生労働省 第91回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード。

「資料3-7 高山先生提出資料」p11, 2022年7月21日

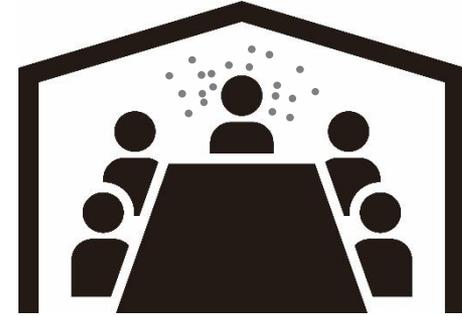
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000967352.pdf>

新型コロナウイルスの感染対策

新型コロナウイルスの感染経路



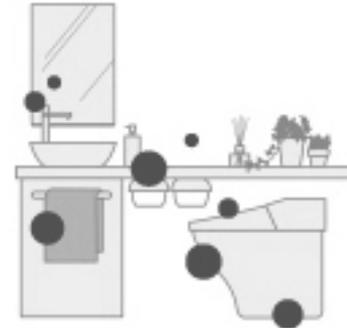
飛沫



エアロゾル



直接接触



環境接触

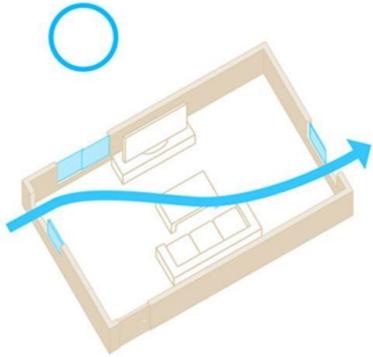
医療機関および社会福祉施設における感染対策の考え方

	無症状者（感染者を除く）への対策	有症状者（感染者を含む）への対策
標準予防策	<ul style="list-style-type: none"> 患者に触れる前後の手指衛生の徹底。 患者や利用者の体液や排泄物に触れたときは、直後に手指衛生を行う。 予測される汚染度に応じて、適切な防護具をあらかじめ着用する。 	
接触感染対策	<ul style="list-style-type: none"> 液や排泄物への汚染が想定されない限り、エプロンやガウンを着用する必要はない。 環境表面を定期的に消毒する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体密着が想定される場合には、接触度に応じてエプロンやガウンを着用する。 有症状者が触れた環境で、他の人が触れる可能性があるときは速やかに消毒する
飛沫感染対策	<ul style="list-style-type: none"> 患者や利用者、医療者、介護者の双方が、屋内で対面するときはサージカルマスクを着用する。 フェイスシールド等で眼を保護する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 有症状者がマスクを着用していない場合¹⁾には、フェイスシールド等で眼を保護する。
エアロゾル対策	<ul style="list-style-type: none"> 室内換気を徹底する（十分な機械換気。または、窓やドアから風を入れる） 日常的にN95マスクを着用する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> エアロゾル排出リスクが高い場合²⁾には、医療者や介護者はN95マスクを着用する。
空間の分離（ゾーニング）	<ul style="list-style-type: none"> 無症状者同士の接触を制限する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 有症状者と他の患者や利用者が空間を共用することのないよう、個室での療養を原則とする。トイレも専用とすることが望ましい³⁾。 専用病棟（病棟全体のゾーニング）は基本的には不要。

- 1) 口腔内の診察、口腔ケア、食事介助、入浴支援など。 2) 咳嗽がある。喀痰吸引や口腔ケアを実施するなど。
3) トイレが病室に無い場合は、病棟トイレの一部を患者用に使用することも可。

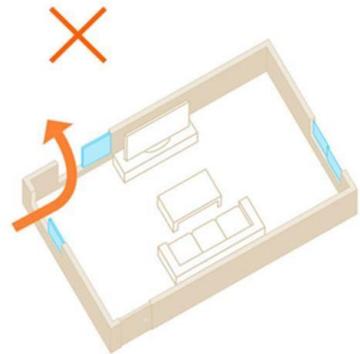
出典：厚生労働省 第87回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード，
「資料3-8 舘田先生提出資料 “効果的かつ負担の少ない”医療・介護場面における感染対策」p5, 2022年6月8日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000948595.pdf>

室内換気の基本的考え方



機械換気設備（換気扇など）を24時間稼働させる

- 換気設備の稼働状況（老朽化、メンテナンス不良など）を確認する
- 換気設備から離れた位置にある窓やドアから風を入れる
- 換気スイッチに常時稼働の注意喚起を促すシールを貼る



室内人数が増える場合には、窓開け換気の追加対策をとる

- 食堂、体育館などでマスクを外して人が集まる状況
- 機械換気設備の稼働力に限界がある場合
- 2方向の窓を開けて、室内全体に空気の流れを作る
- 高い位置の窓を開けて、天井から空気を排出する
- 扇風機やサーキュレーターにより、室内空気の流れを作る

これらの対応でも限界がある場合には、空気清浄機を利用する。

感染が疑われる在宅療養者 訪問時5つのポイント

- 1) 居宅であれば、玄関からすべてがレッドゾーン。接触感染リスク高い。
- 2) 同居する家族は濃厚接触者。すなわち、感染者と考えて接する。
- 3) 感染リスクのある期間は、できるだけ訪問しない。電話診療を優先。
- 4) 訪問前に換気をしていただく。訪問したらまず窓を開ける。
- 5) 屋内に物品を持ち込まない。持ち出さない（紙1枚、ペン1本でも！）

新型コロナウイルス感染症の診断

風邪症状の分類とCOVID-19 (オミクロン株系統)

分類		想起すべき疾患	オミクロン株
呼吸器症状が目立つもの	非特異的上気道炎型	普通感冒	◎
	鼻・副鼻腔炎型	細菌性副鼻腔炎	△～○
	咽頭・扁桃炎型	溶連菌、伝染性単核球症	◎
	気管支炎型	細菌性肺炎、肺結核	○
呼吸器症状が目立たないもの	高熱のみ型	インフルエンザ、感染性心内膜炎 etc	△
	微熱・倦怠感型	急性心筋炎、肝炎 etc	○
	頭痛型	細菌性髄膜炎、くも膜下出血	△
	下痢型	細菌性腸炎、敗血症	△
	関節痛型	インフルエンザ、化膿性関節炎	△
	皮疹型	リケッチア、TSS、麻疹、風疹	×～△

治療開始前 問診のポイント

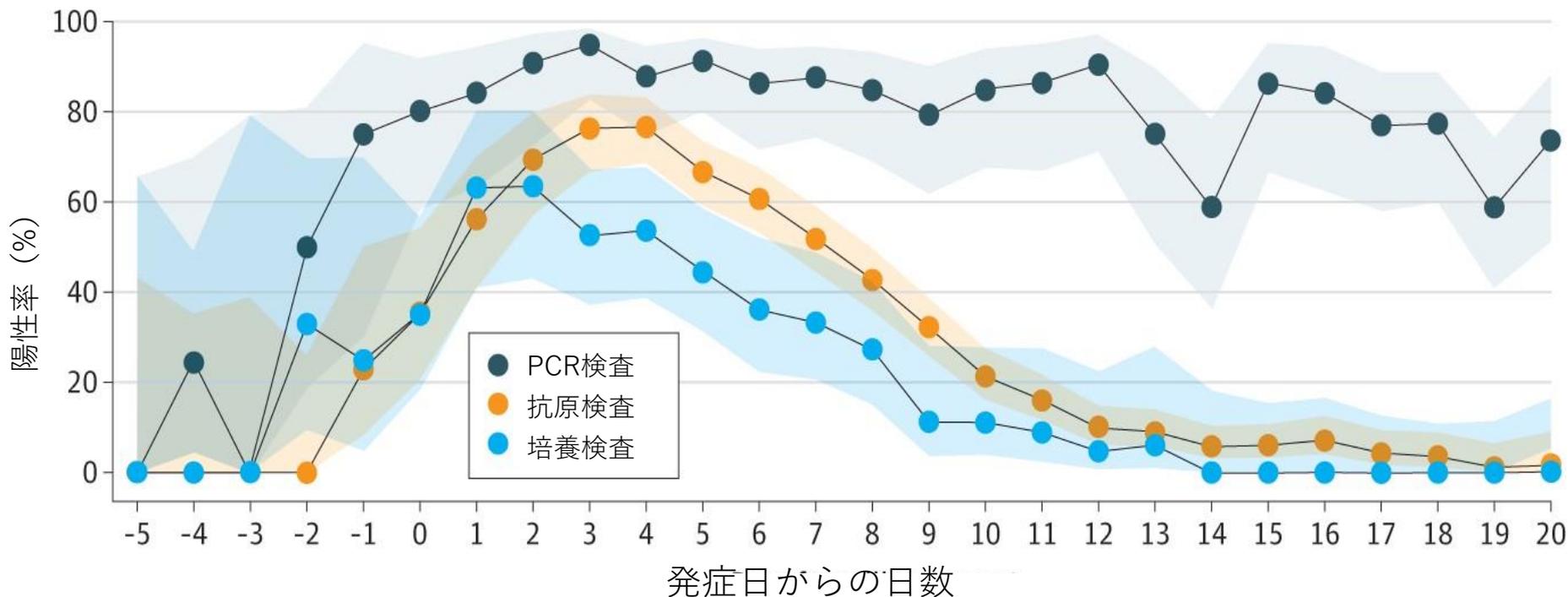
1. 周囲の流行状況、接触歴の有無（検査前確率の確認）
2. 過去の感染歴、ワクチン接種歴（免疫状態の確認）
3. 基礎疾患、喫煙歴、肥満、妊娠の有無（重症化リスクの確認）
4. 常用薬の確認、肝・腎機能障害の状態（治療薬選択の基礎情報）
5. 症状の経過、重症化の兆候（呼吸困難、歩行困難、食事困難など）
6. 療養環境（ハイリスク者の独居、同居家族の罹患状況など）

COVID-19の検査法

	抗原定性検査	PCR検査（鼻咽頭）	PCR検査（唾液）
ターゲット	ウイルス蛋白	ウイルス遺伝子	ウイルス遺伝子
感度	やや低い	とても高い	高い
特異度	高い	とても高い	とても高い
特徴	その場で結果が判明する 自宅でも検査が可能 除外診断はできない 偽陽性もありうる	除外できないが最も信頼 検査者に曝露リスクあり 外注検査で結果に1～2日 罹患後数か月陽性もある	検査側に曝露リスクなし 唾液が出せることが条件 検査前30分は食事を控える 発症10日以上は感度低下
使いどころ	症状を有する受診者 その日の感染リスク確認	無症状または発症直後 (接触者の早期診断など)	スクリーニング検査 (施設入居者、医療介護従事者など)

PCR検査と抗原検査の陽性率

PCR検査で感染を確認した225名における、PCR検査と抗原検査（家庭内実施）、ウイルス培養の陽性率の日別推移



抗原検査の陽性率は、発症4日後にピークを迎え、有症状例で80%、無症状例で50%であった。多くが周囲への感染力を失うと考えられる11日後では、PCR検査の陽性率は86%と高かったが、抗原定性検査では16%へと低下していた。

JAMA Intern Med. Published online April 29, 2022. doi:10.1001

在宅医： 今日から発熱している高齢女性なのですが、訪問時に抗原検査やったところ、うっすら陽性になってます。これ、偽陽性でしょうか？明日、PCRで再検しようと考えています。

発症初日



感染症医： 発症日の抗原検査であれば、このような感じに出ることが多いです。明日は時間がかかるPCR検査ではなくて、現場で改めて抗原検査を実施してはいかがでしょうか？ ばっちりバンドが出ると思います。

発症翌日



ばっちり陽性

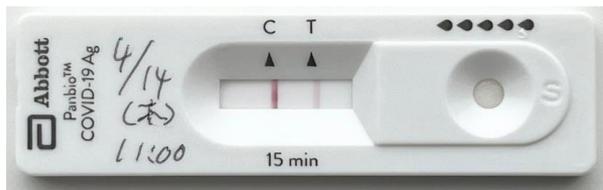
発症 6 日目



発症 7 日目



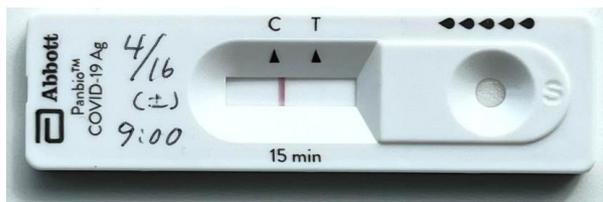
発症 8 日目



発症 9 日目



発症10日目



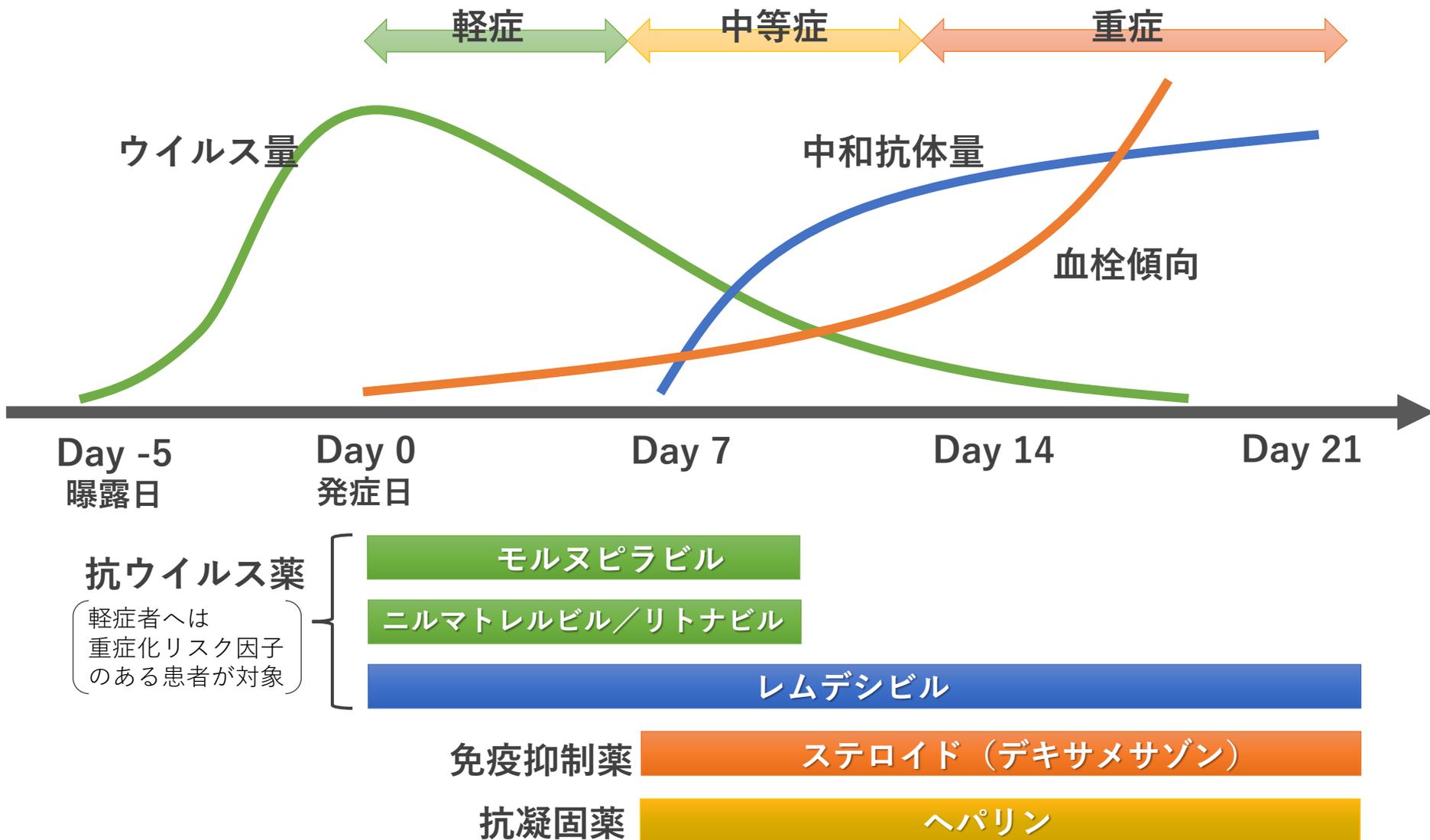
発症 7 日が経過した頃より、
抗原定性検査は陰性へと移行していく。

都竹淳也様 ご提供

新型コロナウイルス感染症の治療

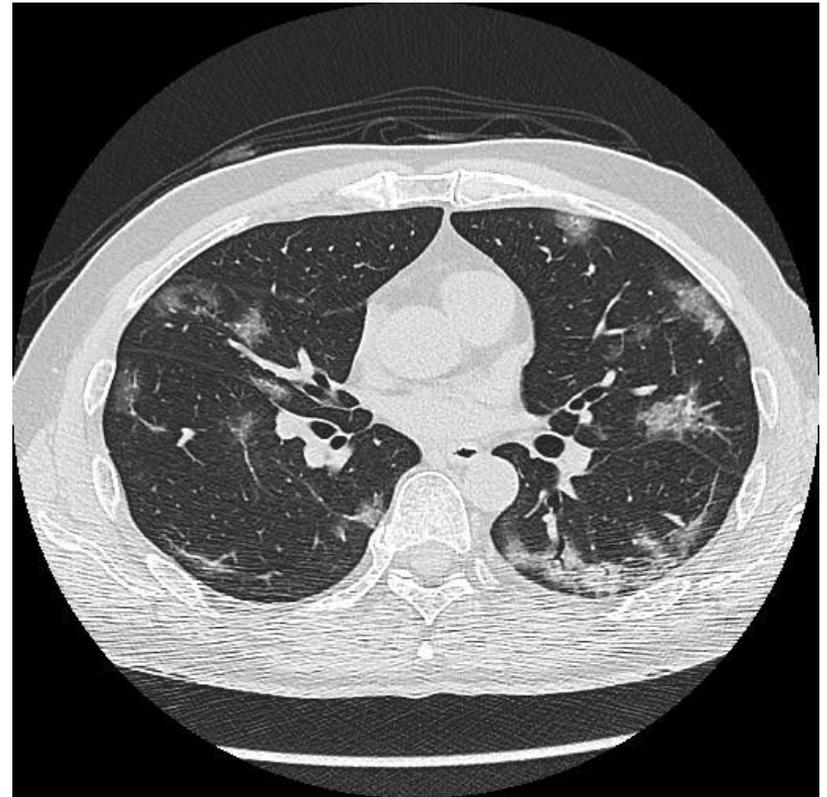
(初診の軽症患者を中心に)

重症度から考える治療薬の選択



胸部画像所見

50代男性 2021年8月入院 デルタ株推定 ワクチン未接種



胸部画像所見

80代女性 2022年5月入院 オミクロン株推定 ワクチン2回接種済



抗ウイルス薬を積極的に検討（オミクロン株以降）

1. 高齢者（とくに80歳以上）

心不全など基礎疾患の増悪や誤嚥性肺炎を合併している症例も多い

2. 65歳以上＋ワクチン未接種

3. 重症化リスクが極めて高い症例

透析、化学療法中

基礎疾患（糖尿病、COPD、心不全、肝硬変など）が不良

高度肥満＋ α

ワクチン未接種はとくに注意

4. COVID-19による肺炎を合併（ワクチン未接種者に多い）

5. COVID-19を契機に基礎疾患が増悪した症例

軽症例に選択できる抗ウイルス薬（オミクロン株以降）

	モルヌピラビル	ニルマトレルビル /リトナビル	レムデシビル
適応	COVID-19が確定 + 重症化リスク因子を1つ以上満たす		
	発症5日以内	発症5日以内	発症7日以内（軽症例）
作用機序	RNAポリメラーゼ阻害薬	プロテアーゼ阻害薬	RNAポリメラーゼ阻害薬
投与経路	経口 （錠剤大きい、脱カプセル不可）	経口	点滴静注
投与日数	5日間	5日間	3～5日間
使いどころ	重症化リスクやや低い （自宅療養）	常用薬と相互作用がない （自宅療養）	点滴治療が可能な環境 （入院、訪問看護、施設） 重症例にも使用可能
腎機能障害	調整不要	減量する	調整不要
有害事象	嘔気、下痢 めまい、頭痛など	薬疹、肝障害 嘔吐、下痢、味覚障害など	肝・腎障害、嘔気など
禁忌・注意点	妊婦、授乳婦には禁忌 一定期間避妊が必要	薬物相互作用が多いため確認する 重度の肝・腎障害には推奨しない	重度の肝・腎障害は有益性投与

ステロイド（デキサメタゾン）の有効性

有効性

コルチコステロイドの抗炎症作用によって、肺障害および多臓器不全をもたらす全身性炎症反応の抑制効果が期待できる。

海外での臨床報告

入院患者6,425人を対象とした大規模多施設無作為化オープンラベル試験

	デキサメタゾン群 N=2104	対照群 N=4321	RR (95%CI)
登録28日以内の死亡	482/2104 (22.9%)	1110/4321(25.7%)	0.83 (0.75–0.93)
登録28日以内の退院	1416/2104 (67.3%)	2748/4321 (63.6%)	1.10 (1.03–1.17)

登録時に酸素投与を要しなかった集団では予後改善効果はみられなかった。

The RECOVERY Collaborative Group:. N Engl J Med 2021; 384:693-704. doi: 10.1056/NEJMoa2021436.

ステロイド（デキサメタゾン）の投与

投与方法

- デキサメタゾンとして 6mg 1日 1回 10日間
 - ・デカドロン錠 4mg 1.5 錠（必要時粉砕）を経口または経管
 - ・デキサート注射液 6.6 mg/2mL 1 バイアル全量を静注

留意点

- 40kg 未満ではデキサメタゾン 0.15mg/kg/ 日への減量を考慮する。
- 妊婦・授乳婦には、プレドニゾン 40mg/ 日を選択する。
- 肥満・過体重では、個別に増量を検討する。
- 血糖値の測定やリスクに応じた消化性潰瘍の予防を検討する。
 - ※ 投与を延長するにしても、14日間を最大と考える。改善しない場合には、細菌性肺炎や器質化肺炎の合併を考慮して、喀痰性状、聴診所見、胸部CTによる精査を検討する。

1) 体温調節をサポートして安楽に

- 熱の出始めるときは悪寒を訴えるので、衣類や布団を重ねる。
- 熱が続くと体内に熱がこもるので、タオルで腋下や鼠経を冷やす。

2) 解熱剤や総合感冒薬を内服させる

- アセトアミノフェンの使用を躊躇しないよう指導する。
- 飲みなれた総合感冒薬でもよいが、尿閉には注意する。

3) 加温と加湿で上気道症状を緩和する

- 咽頭痛や鼻閉は加温と加湿で対応。冬季の換気はほどほどに。
- 咳止め薬を飲ませても良いが、ハチミツにも鎮咳効果がある。

ご清聴ありがとうございました

診療所における感染症対策

公益社団法人日本医師会
常任理事 釜范 敏

診療所における感染症対策

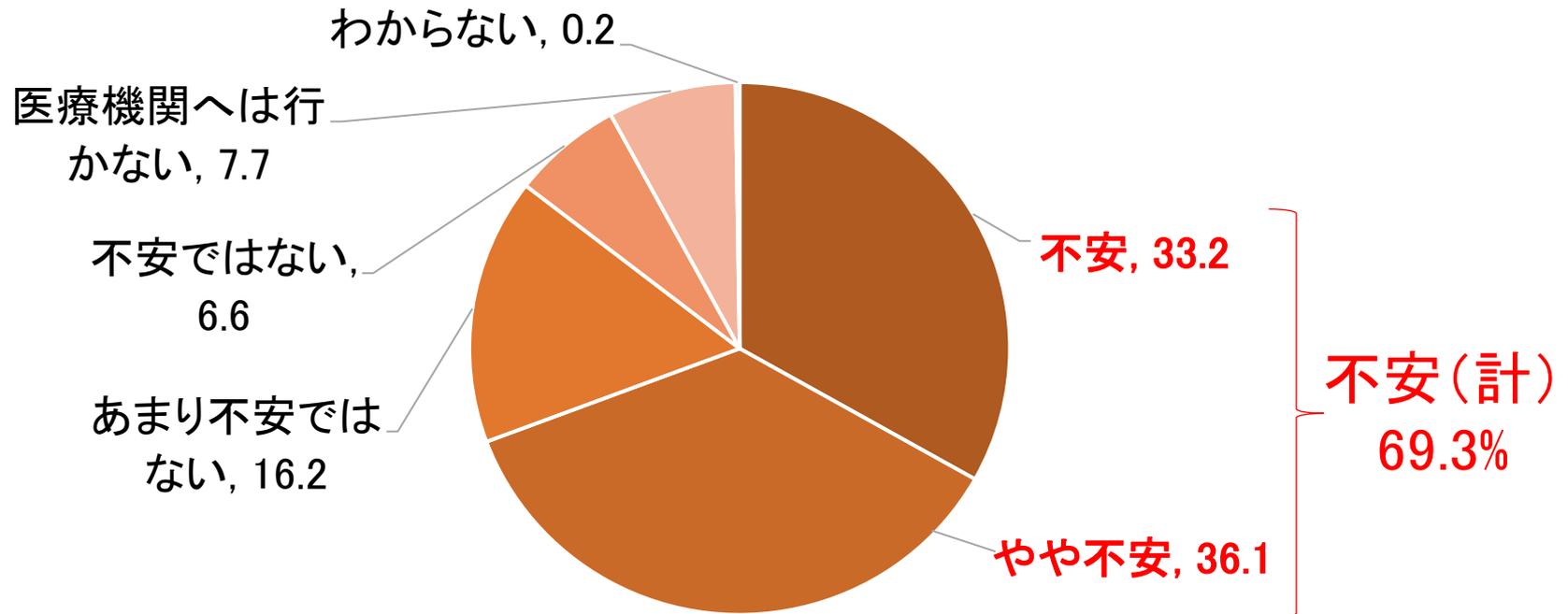
1. 医療機関全般の感染対策
2. 診療所の場合の特徴を再確認
3. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価について
4. 有事の際の対応、かかりつけ医として常日頃からの心構えとは

1. 医療機関全般の感染対策

医療機関での感染の不安

- 医療機関の待合室などで、自身が感染症に感染する不安を抱く国民は約7割

「医療機関の待合室などで、ご自身が感染症などに感染する危険について不安を感じますか」(n=1,212)



出典: 江口成美・出口真弓. 「第7回日本の医療に関する意識調査」.
『日医総研ワーキングペーパーNo.448』. 2020, 14P

医療機関全般の感染対策

- 新型コロナウイルス感染症の院内感染対策は、**基本的な感染対策を徹底することであり、新たな取組を求められている訳ではない**
- 本人が新型コロナウイルス感染症の患者であることに気付かず受診する可能性を常に念頭に、**院内感染対策の重要な点についてチェックすることが必要**
- 院内感染の恐れによる受診控えが生じないように、各医療機関の取組みをわかりやすく伝えることも重要

参照：公益社団法人日本医師会、「新型コロナウイルス感染症対策 医療機関向けガイドライン(令和3年12月改訂)」
https://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/a_guidelines.pdf, (2022-06-10)

2. 診療所の場合の特徴を再確認

2. 診療所の場合の特徴を再確認

- ✓ どのような感染症なのか情報収集
 - 感染しやすさ
 - 主な感染経路とそれに対応した準備
 - 症状、治療法やワクチンなど基本的事項確認
- ✓ 基本的な感染対策は変わらないこと
- ✓ 本人が感染に気付かず受診する可能性
- ✓ 自診療所で地域におけるどの役割を担うか
- ✓ 地域の他の診療所や病院との連携をどうするか
- ✓ 保健所との連携、感染症届けの提出方法

新型コロナウイルス感染症対策の基本的な考え

- 正しいマスク着用及び咳エチケットの徹底
- 大声を出さないことの徹底
- 手洗い・手指消毒の徹底
- 消毒の徹底
- 換気徹底による密閉回避・保湿
- 患者がいる場所における密集の回避・身体的距離確保における密接回避
- 飲食の制限
- 来院時の注意事項
- 来院者の把握
- 職員の行動管理
- 対面時の接触回避
- 遠隔での業務の推進
- 共用部での対策徹底

受診前の対応

- 新型コロナウイルス感染症を疑う症状がみられる患者への受診方法等を事前に周知する。発熱、咳等の症状がある患者については、事前に電話等で相談を受ける。状況によっては、適切な受診先等に確実に案内する※1
- 電話からの情報により、新型コロナウイルス感染症の可能性を疑うときは、オンラインでの診療が可能かどうかを判断する。自覚症状が軽く、本人の同意が得られた場合は、そのまま電話もしくは情報通信機器に切り替えてのオンライン診療を検討する※2
- なお、2022年4月から、**オンライン診療に係る初診および再診に係る評価が新設**され、初診からオンライン診療および電話診療が認められた。ただし、**初診からのオンライン診療は、原則かかりつけ患者に対してのみ**であり、オンライン診療を実施するには事前研修の受講が必須である※3
- 自院で診察・検査等が可能な場合は、事前予約の上で来院してもらい、他の患者と時間的・空間的に動線を分けるなどの対策を講じる※2

参照：※1～3は、いずれも日本医師会資料より

※1 「新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト(協力:厚生労働省)」

※2 「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド(第2版 2020年5月29日)」

https://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/009082.html, (2022-06-20)

※3 「オンライン診療入門～導入の手引き～【第1版】(令和4年4月)」

https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/omc/guidance_intro.pdf (2022-06-20)

電話・情報通信機器を用いた相談の実際

新型コロナウイルス感染症の臨床症状を確認後、1～9までの手順で行う

1. 患者の基本情報、保険証番号、電話番号などを聞く
2. 電話の話し方で、重症肺炎かどうかの検討をつける
3. 接触者や家族で具合が悪い人がいるか、感染を受けやすい職種かどうかを確認する
4. 症状を確認する
5. 本人や家族の話、情報通信機器の動画等で、呼吸困難の有無、昨日と比べた状態(悪化or改善)を確認する
6. 患者の手持ちの機器を使って、出来るだけ状況(体温、酸素飽和度等)を把握する
7. 自宅待機か、来院か、救急車を呼ぶかなどをトリアージする
8. 重症の指標(中等症以上)に注意する
9. 緊急性が高い13の症状(顔色が明らかに悪い、急に息苦しくなった、反応が弱い、など)を見落とさない

参照:公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド(第2版 2020年5月29日)」
https://www.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/shinryoguide_ver2.pdf(2022-06-20)

空間的分離・時間的分離の実施

【空間的分離】

- 患者の対面診療を行う際は、他の患者との動線を完全に分離した場所に案内するか、あるいは駐車場に戻り、自分の車で待っていただく
- 車で来院していない患者のために、症状のある患者を診療するためのテントや車両を駐車場に配置することも考えられる。そのうえで、適切な感染防御をしたうえで診察を行なう

【時間的分離】

- 動線が分けられない場合は、症状のある患者を診療時間外に診るなど、症状のない患者と時間的に分離する

いずれも出来ない場合は、可能な医療機関を紹介する

参照:公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド(第2版 2020年5月29日)」
https://www.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/shinryoguide_ver2.pdf(2022-06-20)に基づき作成

効果的かつ負担の少ない医療現場における 感染対策について

<p>外来で新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する場合</p>	<p>インフルエンザ流行時に準じた対応(空間的/時間的隔離、換気、マスク、優先診察などによる対応)が可能</p>
<p>病棟で新型コロナウイルス感染症の入院患者を診療する場合</p>	<p>病棟全体のゾーニング(専用病棟)を行わなくてもコロナ患者を受け入れ可能</p> <ul style="list-style-type: none">・病室などの患者が滞在する区域をレッド、清潔区域をグリーンとして区分する・新型コロナウイルス感染症の入院患者を病棟の一部で病室毎のゾーニングを行うことにより管理する
<p>かかりつけ患者等がコロナに感染した場合</p>	<p>引き続きかかりつけの医療機関で受診できるよう、上記の感染対策例を参考に感染管理措置を講じ、積極的に体制構築を図る</p>

参照：厚生労働省事務連絡「効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策について」(令和4年6月20日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000953531.pdf> (2022-06-30)

個人防護具の直近の考え方

	手袋	サージカルマスク	N95マスク	ガウン	眼の防護
診察(飛沫曝露リスク大 ^{注1)})	△	○	△	△	○
診察(飛沫曝露リスク小 ^{注2)})	△	○	△	△	△
呼吸器検体採取	○	○	△	○	○
エアロゾル産生手技	○		○	○	○
環境整備	○	○	△	△	△
リネン交換	○	○	△	○	○
患者搬送 ^{注3)}	△	○	△	△	△

○:必ず使用する △:状況により使用する

注1) 飛沫リスク大: 患者がマスクの着用ができない、近い距離での処置が必要など、顔面への飛沫曝露のリスクが高い場合

注2) 飛沫リスク小: 患者はマスクを着用し、顔面への飛沫曝露のリスクが高くない場合

注3) 患者搬送: 直接患者に触れない業務(ドライバーなど)ではタイベック®を含むガウンは不要

参照: 一般社団法人日本環境感染学会「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日公開)」

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide4.pdf(2022-06-20)

3. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価について

外来感染対策向上加算の新設 および感染防止対策加算の見直し

令和4年度診療報酬改定では、感染防止対策の強化に向けて、加算の新設や要件の見直しが行われた

1. 診療所の外来における「**外来感染対策向上加算**」の新設
2. 「感染防止対策加算」を「**感染対策向上加算**」に改称および要件の見直し→保健所、地域医師会との連携や新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等
3. より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、「**感染対策向上加算3**」を新設
4. 「**指導強化加算**」、「**連携強化加算**」、「**サーベイランス強化加算**」の新設 等

参照：厚生労働省保険局医療課 「令和4年度 診療報酬改定の概要 個別改定事項 I（感染症対策）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf>（2022-06-10）

		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		<u>710点</u>	<u>175点</u>	<u>75点</u>	<u>6点</u>
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回限り算定
主な施設基準	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)		診療所(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			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
		<ul style="list-style-type: none"> ○専任の常勤医師 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策の経験が3年以上 ○専任の看護師 <ul style="list-style-type: none"> ・感染管理の経験5年以上かつ研修修了 ○専任の薬剤師 <ul style="list-style-type: none"> ・病院勤務経験3年以上 ○専任の臨床検査技師 <ul style="list-style-type: none"> ・病院勤務経験3年以上 <p>※医師又は看護師のうち1名は専従であること ※<u>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</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○専任の常勤医師 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策の経験が3年以上 ○専任の看護師 <ul style="list-style-type: none"> ・感染管理の経験5年以上 ○専任の薬剤師 <ul style="list-style-type: none"> ・病院勤務経験3年以上 <u>又は適切な研修を修了</u> ○専任の臨床検査技師 <ul style="list-style-type: none"> ・病院勤務経験3年以上 <u>又は適切な研修を修了</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○<u>専任の常勤医師</u> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>適切な研修の修了</u> <u>が望ましい</u> ○<u>専任の看護師</u> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>適切な研修の修了</u> <u>が望ましい</u> 	

参照:厚生労働省保険局医療課「令和4年度 診療報酬改定の概要 個別改定事項 I (感染症対策)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> (2022-06-10)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会「かかりつけ医の感染対策」高山義浩、釜菴敏

		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
主な施設基準	医療機関・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○<u>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、新興感染症等を想定した訓練を実施すること)</u> ○<u>加算2、3およ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</u> ○<u>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</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○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(<u>訓練への参加は必須とする</u>) ○<u>新興感染症の発生時等の有事を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関とあらかじめ協議されていること</u> ○<u>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上で公開している</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○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(<u>訓練への参加は必須とする</u>) ○<u>新興感染症の発生時等の有事を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関とあらかじめ協議されていること</u> ○<u>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上で公開している</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○<u>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)</u> ○<u>新興感染症の発生時等の有事を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関とあらかじめ協議されていること</u> ○<u>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上で公開している</u>
	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、 <u>サーベイランス強化加算</u> として、 <u>5点</u> を算定		<u>サーベイランス強化加算</u> として、 <u>1点</u> を算定

参照:厚生労働省保険局医療課「令和4年度 診療報酬改定の概要 個別改定事項 I (感染症対策)」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> (2022-06-10)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会「かかりつけ医の感染対策」高山義浩、釜范敏

		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
主な 施設 基準	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		<ul style="list-style-type: none"> ○抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は医師会から助言を受けること ○細菌学的検査を外部委託する場合は、「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 	<ul style="list-style-type: none"> ○抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は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 ○細菌学的検査を外部委託する場合は、「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
		<ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、<u>汚染区域や清掃区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</u> ○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とする 	<ul style="list-style-type: none"> ○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れることを念頭に、<u>汚染区域や清掃区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○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れることを念頭に、<u>汚染区域や清掃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</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○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、<u>発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</u>

参照:厚生労働省保険局医療課「令和4年度 診療報酬改定の概要 個別改定事項 I (感染症対策)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> (2022-06-10)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会「かかりつけ医の感染対策」高山義浩、釜菴敏

	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
指導強化 加算、 連携強化 加算	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

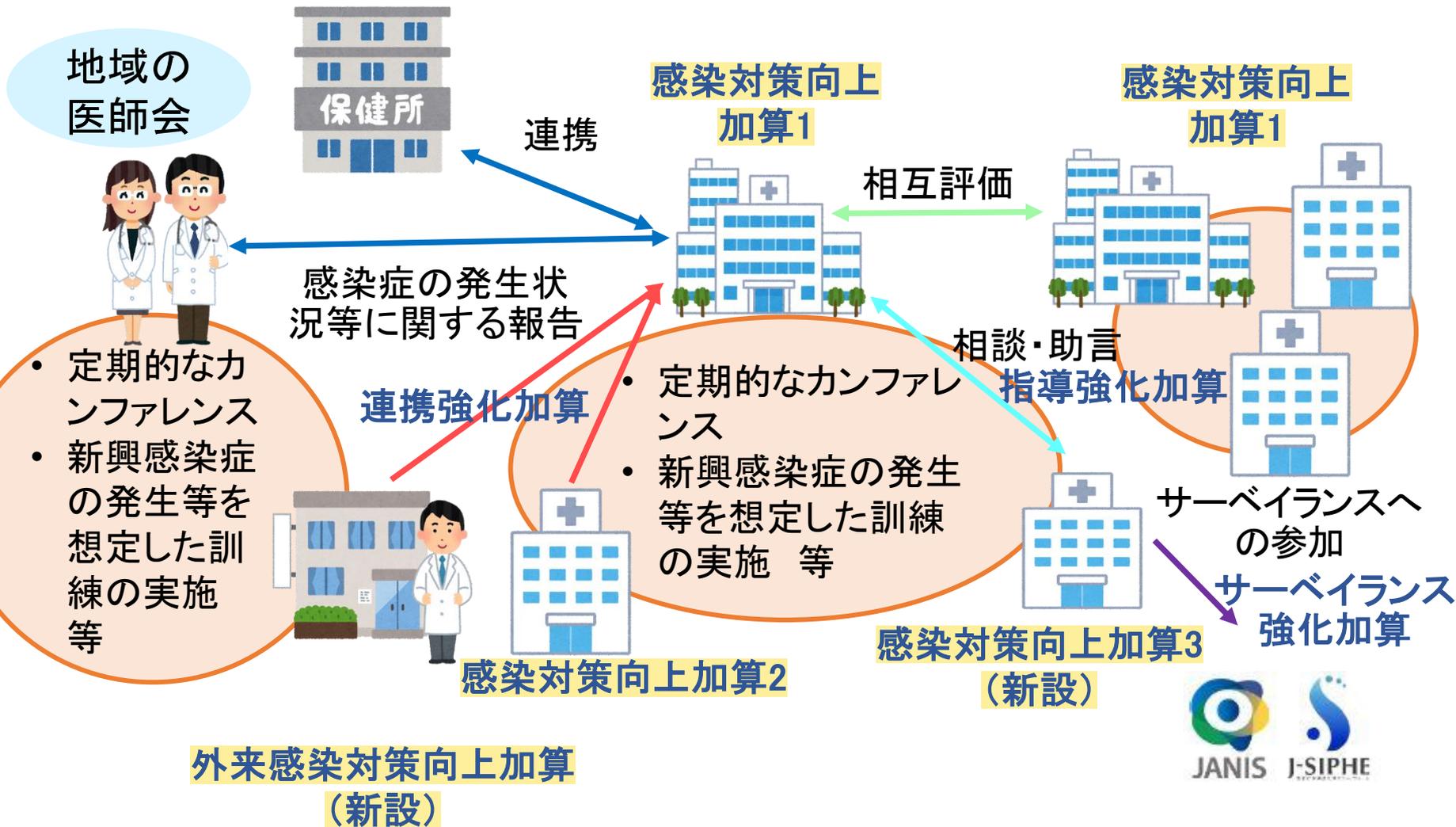
参照:厚生労働省保険局医療課「令和4年度診療報酬改定の概要 個別改定事項Ⅰ(感染症対策)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> (2022-06-10)

感染症対策としての連携の評価

- 令和4年度診療報酬改定で新設された「外来感染対策向上加算」は、**診療所**による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**についての評価である
- また、今回の診療報酬改定では、地域の医師会によるカンファレンスの実施や抗菌薬の適正使用への助言など、地域医師会が果たす役割も施設基準に含まれた。

大病院、中小病院、診療所、医師会、保健所とで連携し、地域での感染対策強化に取り組むことが望まれる

感染対策における保険医療機関の連携図



参照: 厚生労働省保険局医療課 「令和4年度 診療報酬改定の概要 個別改定事項 I (感染症対策)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> (2022-06-10)

4.有事の際の対応、かかりつけ医として常日頃からの心構えとは

かかりつけ医としての心構え

有事の際に限らず平時から、かかりつけ医として以下の心構えが求められる

- ◆ 患者さんはかかりつけ医を頼りに受診される。たとえ、自身の専門外の症状であっても、そのことを理由に断るのではなく、訴えを丁寧に伺い、常に患者さんに寄り添いながら、専門医を紹介するなど、最良の解決策を一緒に探ること
- ◆ 有事の際には、これまで診たことがない患者さんの受診が増える可能性がある。その際も、かかりつけの患者さんと同様に対応すべきこと

おわりに

1. 新興感染症であっても、基本的感染防止策はこれまでと変わるものではない。
それぞれの場所・場面に応じた感染防止策の実践が求められる
2. 病院、診療所、医師会、保健所などがしっかり連携し、地域で感染対策の強化に平時から取り組むことが、今後いっそう望まれる
3. 全ての有事を事前に想定することは難しい。速やかに対応できるよう、情報収集に努め、他の医療機関等との連携や情報共有について事前に協議し、経験を基に判断していくことが必要である