

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

【病院】2023年7月26日 中医協総会（感染症1） 「感染症対応、薬剤耐性（AMR）対策」

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料：2023年7月26日 中医協総会資料「感染症について（その1）」

資料No.20231003-2065-1

（10月3日更新）

・P8_AWaRe分類についてWHOから発行された情報を追記しました。

本資料は、2023年7月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです
が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接
または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 2024年度診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、中医協総会においてテーマごとの議論が始まっています
- 9月までに課題と論点の整理（第1ラウンド）が行われ、10月より個別・具体的な検討・議論（第2ラウンド）が実施され、例年、年明け1月に諮問、2月に答申、3月初旬に告示が行われます
- 7月26日の中医協総会では「感染症について（その1）」の中で診療報酬の評価について課題などが示されました
- 本資料では、病院における感染症対策について今後の議論のポイントとなりそうな課題を抜粋し、総会での

支払側（1号）

診療側（2号）

公益側（3号）

専門委員

の各委員から述べられた意見を要約しています

○新型コロナウイルス感染症第2波の最中に開催された医療部会などで、新興感染症対策を医療計画に盛り込むべきとの意見が出され、2024年4月から始まる第8次医療計画の6事業目に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されました。

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

医療計画の見直し等に関する検討会
2. 1 2. 1 5

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

MPSコメント

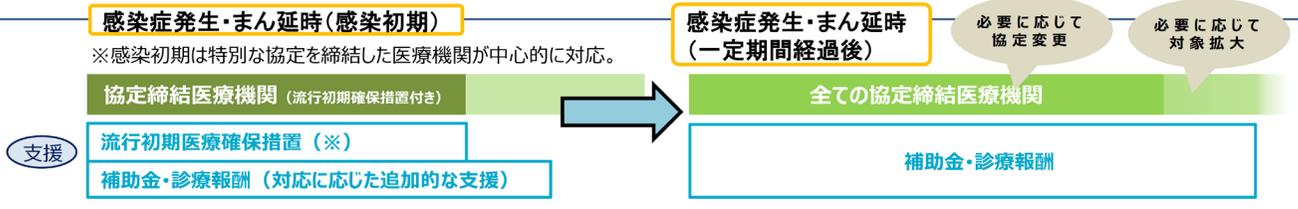
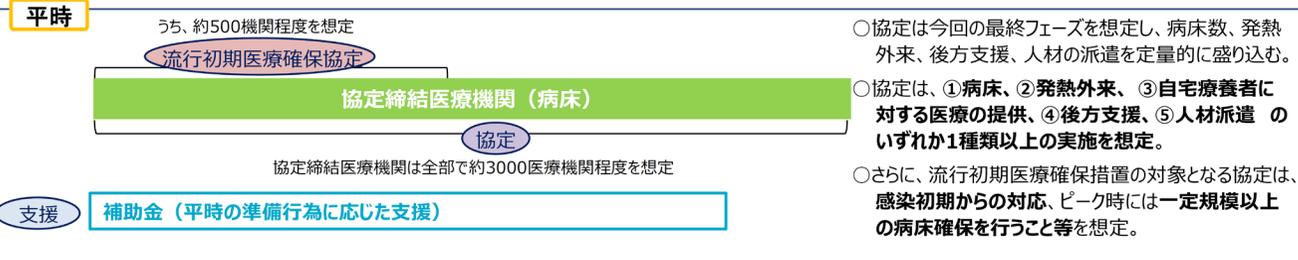
・医療計画の事業として追加されたことにより各都道府県は平時から新興感染症等の感染拡大時に対応可能な医療機関や人材の確保などの取組を行います

○感染症法等の改正により、平時にあらかじめ都道府県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時には協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化され、第8次医療計画では、協定締結を進めるとともに、感染症対応を行う人材の育成等を行い、対応力を強化することとされています。

都道府県と医療機関の協定の仕組み

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日 参考資料1(一部改変)

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけ。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



(※) 初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

13

診療側意見（医師）

- ・より多くの医療機関が適切な感染対策を講じて参画できるように、診療報酬上の措置を行い活動の下支えが必要
- ・出現した感染症の状況によって更なる緊急的な措置を求めたい
- ・継続的な新興感染症を含む感染症対策にはコストがかかる
これまでは補助金や特例で対応してきたが、2024年度以降は通常の診療報酬で評価されるようにすべき

支払側意見

- ・恒常的な感染症対応への見直しを進める必要があり、流行初期の医療確保措置について緊急時における機動的な対応も想定した報酬体系とする必要がある

支払側意見

- ・平時の評価は現行の加算で十分対応している

○協定の内容は「①病床確保」「②発熱外来」「③自宅療養者等に対する医療の提供」「④後方支援」「⑤人材派遣」に分けて設定され、協定を結ぶ医療機関や病床数の数値目標も設定されています。

医療措置協定の内容					医政局地域医療計画課 提出資料
	①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容	病床を確保し（※1）、入院医療を実施 ※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等（※2）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備	
新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す					
数値目標 （全国での数値目標） ＜予防計画＞	①流行初期（3か月を基本）	約1.9万床	約1500機関		
	②流行初期以降（6ヶ月以内）	約5.1万床 <small>流行初期以降開始時点： ①+約1.6万床（公的医療機関等）</small>	約4.2万機関 <small>流行初期以降開始時点： ①+約3800機関（公的医療機関等）</small>	・病院・診療所（約2.7万機関） ・薬局（約2.7万機関） ・訪問看護事業所（約2800機関）	約3700機関 ・医師（約2100人） ・看護師（約4000人）
流行初期医療確保措置の要件 （参酌して都道府県知事が定める基準）	①発生の公表後（※4）、都道府県知事の要請後1週間以内を目的に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後（※4）、都道府県知事の要請後1週間以内を目的に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-
※4 感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表（新興感染症に位置づける旨の公表）					

（参考）2023年7月26日中医協総会資料より日医工（株）が加工

本資料は、2023年7月26日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

感染対策向上加算が協定締結医療機関の要件に合わせて見直されるか？

○感染対策向上加算の施設基準には新興感染症発生時の対応が含まれていますが、医療計画における協定の枠組みと現行の施設基準は一致していません。

新興感染症への対応に係る感染対策向上加算の規定

○ 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算における新興感染症への対応に係る規定は、令和4年度から現在までは、新型コロナウイルス感染症への対応において必要な措置として定められている。

	感染対策向上加算			外来感染対策向上加算
	加算1	加算2	加算3	
届出施設数*	1,248	1,029	2,042	16,224
施設基準のうち新興感染症への対応に係る規定	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	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	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	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
令和4年4月～令和5年5月7日の取扱	新型コロナに係る重点医療機関	新型コロナに係る重点医療機関又は協力医療機関	新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関又は診療・検査医療機関	新型コロナに係る診療・検査医療機関
令和5年5月8日～現在の取扱	令和5年1月1日以降に重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関(①)	①又は新型コロナ疑い患者を救急患者として診療する体制等及び過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関(②)	①、②又は外来対応医療機関等であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関	外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関

支払側意見

- ・医療計画の協定の枠組みと施設基準が一致していないため整合性を図るべき
- ・協定締結医療機関数と加算届出数はどのように考えればよいか

厚労省事務局

- ・流行初期医療確保協定を締結する医療機関数は500程度を見込んでおり、加算1を算定する医療機関の一部が流行初期の協定を締結すると想定している
- ・協定と加算の基準が一致していないという指摘も踏まえて具体的に提案したい

MPSコメント

- ・協定の基準と加算の基準を完全に一致させることは考えにくいですが、締結が推進されるような見直しの可能性が考えられます
- 【今からできる準備】
- ・協定締結医療機関に求められる基準を確認し、現状での対応状況を確認

※保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

(参考) 2023年7月26日中医協総会資料より日医工(株)が加工

- 抗菌薬の不適切な使用を背景として、薬剤耐性菌が世界的に増加する一方、新たな抗菌薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな課題とされています。
- 国内では薬剤耐性対策アクションプランとして、耐性菌の割合や抗菌薬の使用量の削減についての目標値が設定されており、今年（2023年）の4月には新たなアクションプランが策定されたところです。

参考 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン 新旧成果指標

ヒトに関するアクションプラン成果指標							
耐性菌の割合（耐性率）（%）							
2016年～2020年				2020年～2027年			
		2014年	2020年	2020年 （目標値）		2020年	2027年 （目標値）
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47	33.3	15%以下	腸球菌のバンコマイシン耐性感染症の罹患数	135人以下	80人以下 （2019年時点に維持）
	髄液検体以外	2.5	3.5				
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率※1	32	30%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率※1	50	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下	緑膿菌のカルバペネム耐性率※1	7.1	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5				
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下 （同水準）	大腸菌のカルバペネム耐性率	0.1	0.2%以下 （同水準）
	メロペネム	0.2	0.1				
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下 （同水準）	肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.2	0.2%以下 （同水準）
	メロペネム	0.6	0.4				

診療側意見（医師）

・AMR対策の重要性はかなり浸透はしているが、処方人材育成やサーベイランス参加への労力などが課題

※1：2027年の耐性菌の目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率としており、2020年の耐性率が異なる。

抗菌薬使用量（人口1,000人あたりの1日使用量）（DID）							
2016年～2020年				2020年～2027年			
	2013年	2020年	2013年との比較	2020年 （目標値）		2020年※2	2027年 （対2020年比）
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89%減	33%減	全抗菌薬	10.4	15%減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7%減	50%減	経口セファロスポリン系薬	1.93	40%減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3%減	50%減	経口フルオロキノロン系薬	1.76	30%減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3%減	50%減	経口マクロライド系薬	3.3	25%減
静注抗菌薬	0.9	0.87	1.1%減	20%減	カルバペネム系静注抗菌薬	0.058	20%減

※2：抗菌薬の2020年の使用量は旧アクションプランは販売量から算出、新アクションプランではNDBから算出しており、値が異なる。

AWaRe分類別の使用割合など数値基準が追加されるか？

○国内での抗菌薬の使用量は減っているものの、Access抗菌薬（AWaRe分類で第一選択及び第二選択の抗菌薬）の使用は諸外国と比較すると依然として低いとされています。

※AWaRe分類の詳細は、WHOサイト等でご確認ください。

2023年WHO発行「AWaRe抗生物質ブック」(<https://iris.who.int/handle/10665/366728>)

AWaRe（アウェア）分類について②

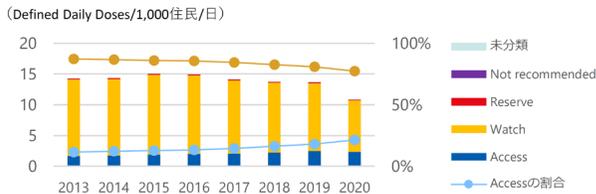
健康局結核感染症課
提出資料

○日本においては、全抗菌薬使用量に占める「Access」に分類される抗菌薬の割合は増加傾向にあるが、他国と比較すると依然として低い。

＜AWaRe分類＞

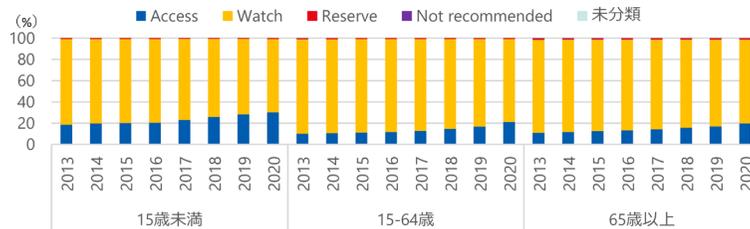
- WHOが2017年に必須医薬品リストを基に抗菌薬を3グループに分けたもの
- ・ Access：第一選択及び第二選択薬
- ・ Watch：医療において重要であり、かつその使用により耐性菌が選択されるリスクが比較的高いため第一選択及び第二選択薬としての使用が制限すべき抗菌薬
- ・ Reserve：最後の手段として使用する抗菌薬
- WHOでは抗菌薬使用全体のうち『**Access（第一選択及び第二選択薬の抗菌薬）**』の割合を60%以上にすることを目標としている

日本における抗菌薬使用量の推移



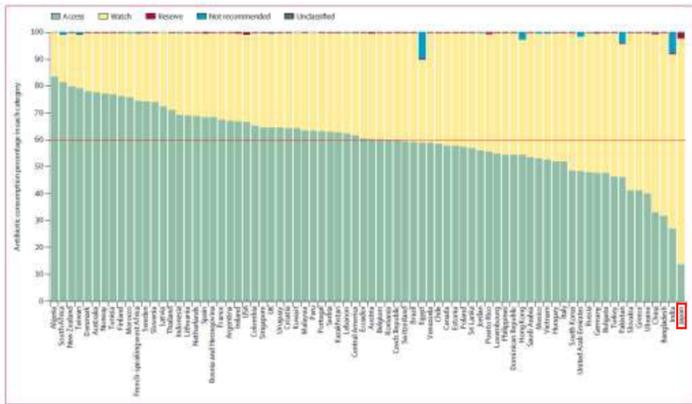
出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース（NDB）に基づいたサーベイランス 資料より作成

日本におけるAWaRe分類に基づく抗菌薬使用量の割合（年齢階級別）



出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース（NDB）に基づいたサーベイランス 資料より作成

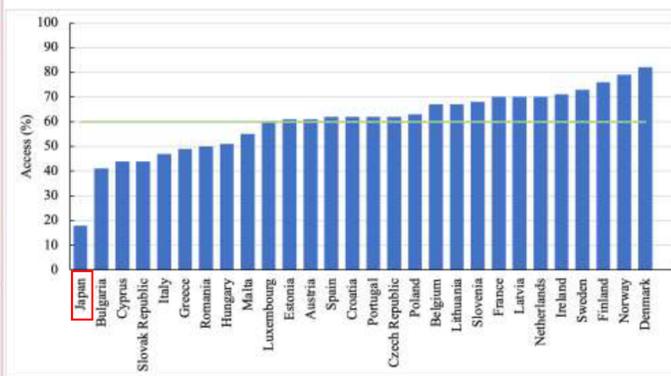
2015年の抗菌薬使用量におけるAccess抗菌薬の割合



出典：E. Y. Mikiwada Shibata, M. Tseng, K. K. Sharfani, M. Gandra, S. Pulcini, C. R. Laminarayan, R. (2021). Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. The Lancet Infectious Diseases, 21(1), 107–115.

作成：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター

2020年における日本及びEU/EUA国におけるAccess抗菌薬の割合



出典：Antimicrobial Resistance in the EU/EEA A One Health Response
※日本のデータについてはNDBより抽出

診療側意見（医師）

・抗菌薬適正使用の取組に対するより一層の評価が必要

支払側意見

・抗菌薬使用の実態を詳細に把握・分析をしたうえで保険診療上の厳しい対応も考える必要がある

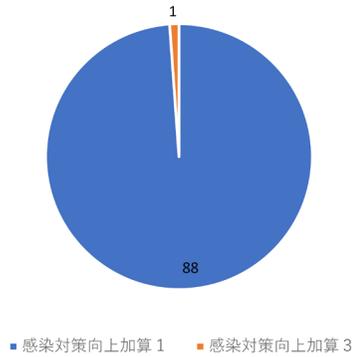
感染対策向上加算 1 にも数値基準が設けられるか？

○特定機能病院ではほぼ全ての病院が感染対策向上加算 1 を届け出ているが、カルバペネム系抗菌薬の使用状況はばらつきがみられる。

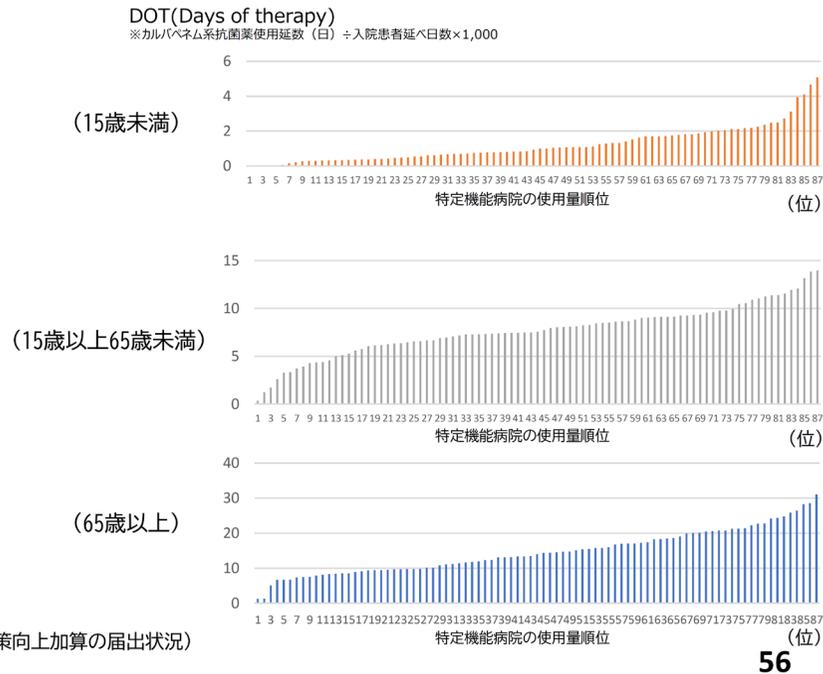
特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用状況

○ 特定機能病院においては、ほぼ全ての病院が感染対策向上加算 1 の届出を行っているが、カルバペネム系抗菌薬の使用状況については、特定機能病院の中においてもばらつきがみられる。

特定機能病院における感染対策向上加算の届出状況
(令和 4 年 7 月 1 日時点、n=89)



特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用量
(令和 3 年度、n=87)



(出典) ・保険局医療課調べ(令和 4 年 7 月時点における感染対策向上加算の届出状況)
・令和 3 年度DPC導入の影響評価に係る調査

MPSコメント

- ・新たなアクションプランでは、カルバペネム系静注抗菌薬の人口1000人当たり1日使用量(DID)を2027年には2020年と比較して20%削減することを目標としています
- ・特定機能病院に限らず、加算 1 算定病院においてもカルバペネム系抗菌薬の使用状況を注視する必要があると考えられます

【今からできる準備】

- ・自院の使用量確認及びDPCデータなどから他院の状況を確認
- ・使用量を減らすための取組を検討

＜特定抗菌薬の病院別使用状況＞
「令和 3 年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」
・参考資料 3
(4) 特定抗菌薬の使用状況
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001076237.xlsx>

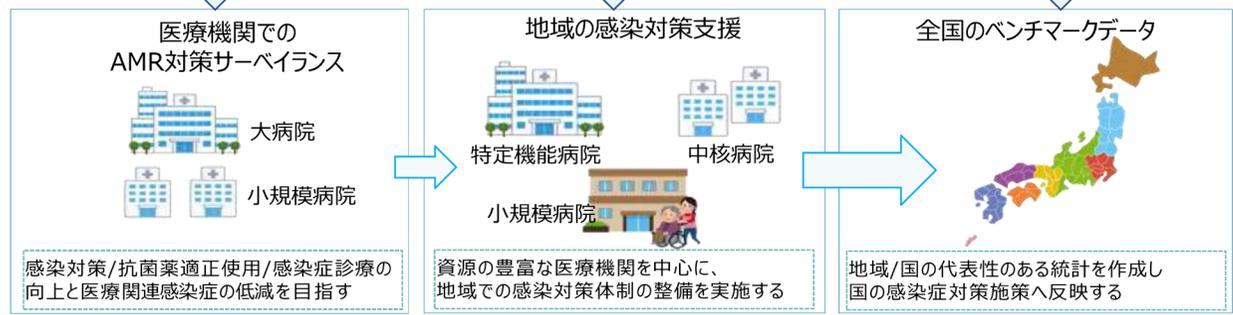
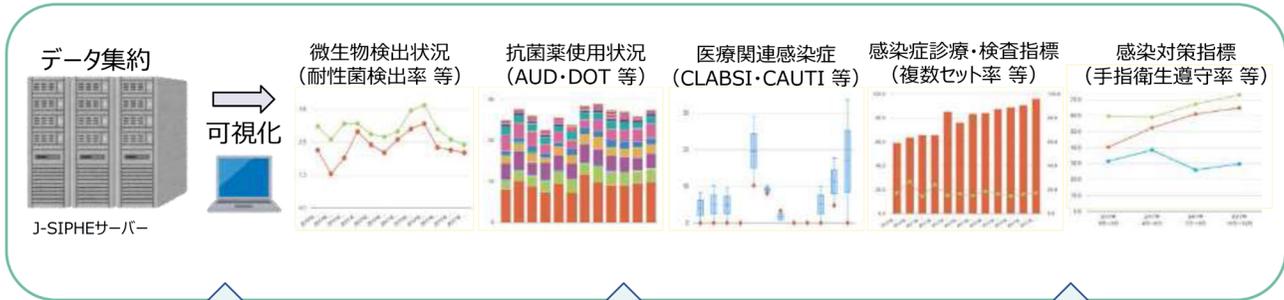
抗菌薬使用量を可視化できるシステムへの参加をより促す見直しとなるか？

○「感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系統の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加しています。

感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）について

健康局結核感染症課
提出資料

○厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMR臨床リファレンスセンターにおいて実施している「感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE; Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology）」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系統間の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加している。



＜現行の施設基準＞

- 感染対策向上加算 1、サーベイランス強化加算
- ・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。

診療側意見（医師）

- ・抗菌薬使用状況の可視化により適正使用に繋がるため、取組に対するより一層の評価が必要

支払側意見

- ・抗菌薬については医療費適正化計画でも示されており、データに基づいた更なる適正使用の推進を図るべき
- ・サーベイランス強化加算も参加を評価するのではなく耐性菌がどれだけ減ったのかという実績を評価し、その状況を医療機関が確認できるようにすべき

MPSコメント

- ・現行ではJ-SIPHEへの参加は必須ではありませんが、より参加を促すような基準の見直し可能性も考えられます

作成：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター



薬剤師の皆様に見て頂きたい

Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録
不要

「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」
2つのコンテンツをセットで閲覧することで
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



202300001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 → メールマガジンの受信

会員特典2 → 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>