

## 特集

## special 1 feature

## 「コロナ禍」でのインフルエンザ流行に備えた医療体制整備

# 「まず、かかりつけ医等に電話で相談」 「多くの医療機関で診療・検査を担う」 ～改めて発熱患者等への対応の仕組みを見る～

## Point 1

新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの鑑別は困難であることから、発熱等の患者は、かかりつけ医等を通じて迅速に診療、検査が受けられる仕組みが構築された。

## Point 2

発熱患者等の診療または検査を行う「診療・検査医療機関」を都道府県ごとに指定。かかりつけ医等には、相談機能だけでなく、同指定を受けている施設もある。

## Point 3

診療・検査医療機関に対しては、一定の体制確保に係る補助が行われる。

## 想定される多数の発熱患者等に対し、地域で相談・診療・検査が実施できる体制を構築

昨秋以降、全国で、収束には至らない新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に季節性インフルエンザの流行が加わることを想定した体制整備が行われてきました。

発熱患者等は「まず、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話等で相談する」とし、それを住民に周知するとともに、多くの医療機関で必要な検査や診療が行える体制を構築する取り組みです。体制整備は都道府県ごとに進められましたが、現在も体制の拡充などが行われているとみられます。

### 【季節性インフルエンザ】

例年、11月下旬ごろから12月にかけて流行が始まり、翌年3月ごろまで続くとされ、流行のピークは1月下旬から2月にかけての時期が多いとされる。厚生労働省は、都道府県が選定した全国約5,000カ所のインフルエンザ定点医療機関から報告されるインフルエンザの発生状況について情報収集・分析を行い、9月から翌年4月までの間、週ごとに結果を報道発表している(6ページ下に関連データ掲載)。

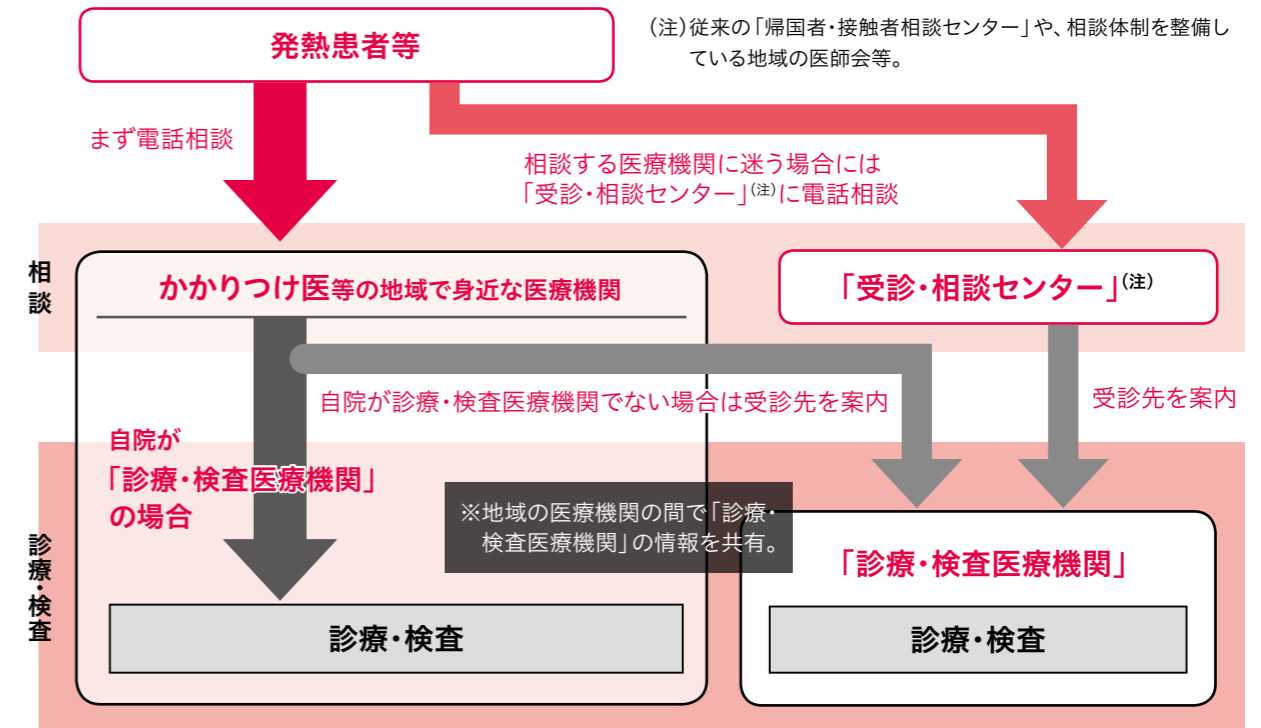
こうした「コロナ禍」での体制整備は、「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」とした厚生労働省の事務連絡(2020年9月4日付)に基づいています。同事務連絡では、翌10月中をめどに体制整備を完了するよう求めています。

背景には、「季節性インフルエンザとCOVID-19を臨床的に鑑別するのは困難である」との専門家による指摘などがあります。

そのため、インフルエンザの流行を踏まえた体制は、発熱患者等が従来の「帰国者・接触者相談センター」を介することなく、かかりつけ医等に相談・受診し、必要に応じて検査が受けられる仕組みです。

以前は、症状などから感染が疑われる者はまず、

## ■ インフルエンザ流行に備えた体制整備による相談・受診の流れのイメージ



※令和2年9月4日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000667888.pdf>)および同事務連絡の参考資料(<https://www.mhlw.go.jp/content/000667889.pdf>)に基づいて加工・作成。

保健所などに設置された帰国者・接触者相談センターに電話相談した上で、感染疑い患者の診療・検査を行う「帰国者・接触者外来等」を受診し、必要な場合には検査を受ける、といった流れでした。

しかし、季節性インフルエンザの流行期には例年、多数の発熱患者等が発生しているため、症状のある多数の患者に対し、地域で適切に相談・診療・検査を実施できる体制の整備が必要とされていました。

新たな体制では、都道府県が、一定の体制を確保して発熱患者等の診療または検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関(仮称=都道府県で独自の名称設定も可能)」として指定するなどし、できるだけ多くの身近な医療機関で対応できるようにしました。

発熱等の症状が生じた患者は、かかりつけ医等の地域の身近な医療機関に、まずは電話等で相談し、診療可能な医療機関を案内してもらい、必要に応じて検査を受けることができる体制です。相談した医療機関が診療・検査医療機関である場合は、そこで診療や検査を受けることができます。

構造的に動線確保が困難であるなど、感染管理の観点から自院で発熱患者等の診療または検査を行うことが困難な医療機関でも、発熱患者等から相談を受けると、患者に診療・検査医療機関や検査センターを案内するという相談体制が伴います。

また、身近な医療機関に直接相談し受診できるようにしたことで、従来の帰国者・接触者相談センターは、夜間・休日に受診可能な医療機関を探す場合などを含め、患者・住民が相談する医療機関に迷った場合の相談先となっています。「受診・相談センター(仮称=都道府県で独自の名称設定も可能)」として体制を確保しているもので、その地域の診療・検査医療機関や検査センターと、その対応可能時間などを把握し、相談者に対応します。

■ 発熱患者等の診療・検査を行う体制として例示された検討(対応)事項

■まずは、消毒や換気時間の短縮が可能で、患者の分泌物やエアロゾルへの曝露が限定的となる医療機関の診察室外での診療・検査を、以下の方法で行うことを検討する。

- 医療機関の駐車場において患者が自家用車等に乘った状態で診療・検査を行う。
- 診察室ではなく駐車場等の医療機関の敷地内で、必要に応じてプレハブや簡易テントを設置した上で、診療・検査を行う。

■建物外の診察・検査スペースを用意できず、診察室や待合室等を発熱患者等とそれ以外の患者で区別することができない場合などは、他の患者との時間的な分離が必要となるため、地域の実情に応じて以下の方法を検討する。

- 診察時間のうちの一部の時間帯を発熱等疑い患者の診察時間に設定する(その場合、地域の診療所等と時間帯を分担することが望ましい)。
- 地域の複数の診療所で輪番制を組み、曜日単位等で発熱患者等の診察をする医療機関を設定する。

■夜間・休日にも一定の相談・診療・検査体制が確保できるよう、地域において調整の上、体制整備を行う。

※2020年9月4日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000667888.pdf>)に基づいて加工・作成

都道府県のホームページなどを通じ適切な相談・受診方法を患者・住民に周知

発熱患者等の受診方法と診療体制については、周知・広報が行われています。都道府県等が、体制整備状況に応じ、発熱患者等の医療機関への相談と受診方法をホームページや機関紙等を用いて、広く住民に周知するものとされていました。

都道府県に限らず医療機関からの発信も含め、発熱等の症状が生じた場合には、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、受診すべき医療機関と受診するタイミングなどについて電話相談し、相談する医療機関に迷った場合には受診・相談センターに電話するよう周知が行われています。

診療・検査医療機関や検査センターと、その対応時間などは、地域の医療機関や受診・相談センターの間で随時、情報共有されます。

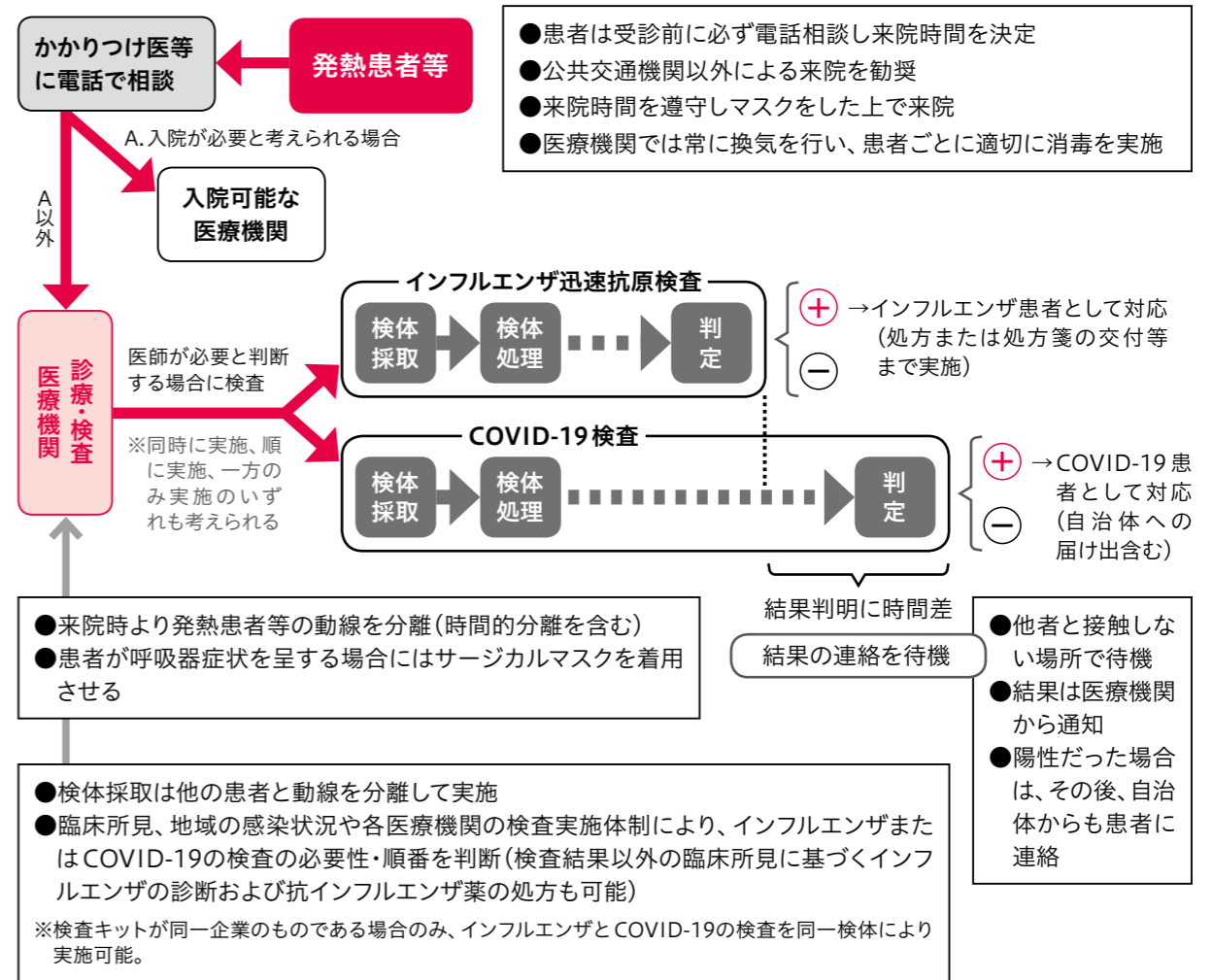
また、地域の医師会等とも協議・合意の上で診療・検査医療機関を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間などを周知するなど、患者が円滑に医療機関を受診できるような方策を講じることも求められていました。

診療所等の施設・構造上の問題を踏まえた発熱患者等の診療体制を例示

地域の診療所等で新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診療・検査する場合は、院内感染対策のため、患者の事前予約制の徹底と動線の確保を行う必要があるとされています。従来、帰国者・接触者外来を担っていた医療機関は、感染症指定医療機関や地域の基幹医療機関が多く、施設の入口や診察室が複数確保できるなど、医療機関内で動線の確保が比較的容易でした。しかし、地域の診療所等においては、必ずしも院内感染防止のための動線の確保などができるとは限りません。

そのため、各地域や医療機関において、その実情を踏まえ、院内感染を防止しながら、発熱患者等の診療・検査を行う体制を検討していく必要があるとされていました(上記囲み参照)。

■ 発熱患者等が相談・医療機関を受診した場合の流れの概要



※令和2年10月16日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた発熱患者等が医療機関を受診した場合の流れについて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000683916.pdf>)に基づいて加工・作成。

●厚生労働省は、事務連絡に際し、参考資料としてインフルエンザ罹患者の報告状況を示しています。11月から翌年4月に、各都道府県の定点観測地点から報告されたインフルエンザ患者総数を100%とした場合、各時期においてどのような割合で患者が増減するのかわかるので、次のような状況となっていました。

(全国平均)	11月~4月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
2017年度	100.00%	1.24%	10.06%	48.68%	29.34%	8.45%	2.23%
2016年度	100.00%	2.15%	8.02%	42.98%	28.71%	12.66%	5.49%
2015年度	100.00%	0.24%	0.77%	10.91%	56.04%	25.14%	6.91%
2014年度	100.00%	0.94%	15.36%	57.99%	16.62%	6.36%	2.73%

※国立感染症研究所「感染症発生動向調査事業年報・2014年～2018年」による

■ COVID-19(新型コロナウイルス感染症)に係る検査の取り扱いの概要

D023 微生物核酸同定・定量検査

「SARSコロナウイルス核酸検出」…………… 450点

● SARS-CoV-2(新型コロナウイルスをいう)核酸検出は、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭ぬぐい液、鼻腔吸引液または鼻腔ぬぐい液からの検体を用いて、COVID-19(新型コロナウイルス感染症をいう)の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合またはCOVID-19の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。

※国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル2019-nCoV」に記載されたものもしくはそれに準じたものまたは体外診断用医薬品のうち、使用目的または効果として、SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断または診断の補助)を目的として薬事承認または認証を得ているものにより実施する。

●採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、**SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。**検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

→検体採取は医療機関で行い、検査を外部委託した場合は450×4=1,800点、それ以外の場合は450×3=1,350点

●COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

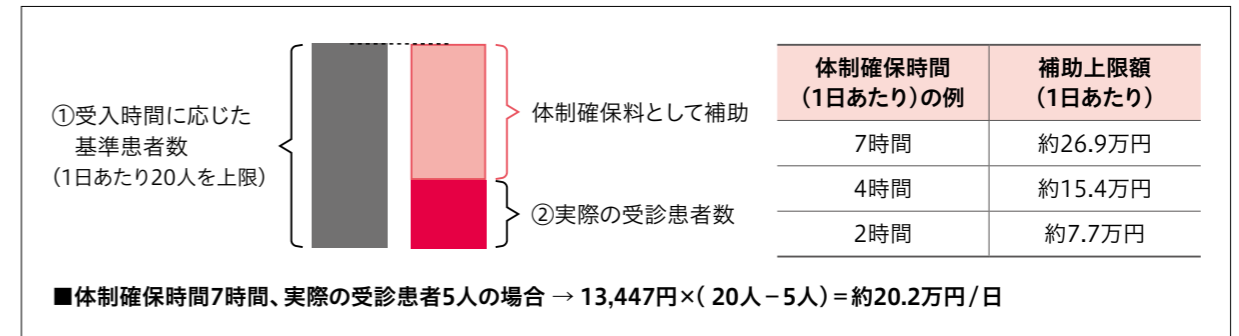
(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出の場合)

●COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2およびインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として、薬事承認または認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、PCR法(定性)により、唾液、鼻咽頭ぬぐい液または鼻腔ぬぐい液中のSARS-CoV-2およびインフルエンザウイルスの核酸検出を同時に行った場合(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出)、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、**SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。**採取した検体を、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

●SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出を実施した場合、インフルエンザ核酸検出、SARS-CoV-2核酸検出およびウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む)については、別に算定できない。

■PCR検査の検体検査判断料 → 微生物学的検査判断料(150点)

※厚生労働省通知の令和2年3月4日保医発0304第5号「検査料の点数の取扱いについて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000604548.pdf>)および令和2年11月11日保医発1111第1号「検査料の点数の取扱いについて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000693799.pdf>)に基づいて加工・作成。



※厚生労働省の「令和2年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業のご案内(2020年10月9日公表)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000681415.pdf>)に基づいて加工・作成。

指定を受けた「診療・検査医療機関」には  
外来診療・検査体制確保に対する補助も

都道府県から指定を受けた診療・検査医療機関に対しては、発熱患者の外来診療・検査体制確保事業として、補助が行われます(以下、2020年10月時点の補助規定に基づく内容)。

発熱患者等専用の診察室(時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント、駐車場などで診療する場合を含む)を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、その体制確保に要する経費について助成されるものです。専用の診察室を設けたにもかかわらず実際の受診患者数が少なかった場合に、所定のルールで補助金が交付されます。

補助金は、発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間に応じ、専用の診察室で受け入れることが想定される発熱等の患者数(基準患者数)から、実際に受診した発熱患者等の数を差し引いた人数に、1人あたり13,447円を乗じた額とされています。

基準患者数は、各医療機関で専用の診察室を確保した時間に応じて算定され、その人数の上限は、「1日7時間あたり20人」とされています。例えば、専用の診察室の確保が1日4時間の場合は、「4時間×20人/7=11.428…人」が上限となります。

診療・検査医療機関が、自院のかかりつけ患者お

よび自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、基準患者数は「1日2時間5人」が上限とされます。

発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間が7時間で、実際の受診患者が5人の場合だと、「20人-5人=15人」に、13,447円を乗じた額の201,705円が、その日の外来診療・体制確保料(補助額)となります。

なお、補助金の交付申請については、2021年3月末までの各稼働日における受診患者数の見込みに基づいて金額を計算し、申請するという方法がとられています。最終的に、3月までの受診患者数等の実績を報告し、精算するものとされています。



診療・検査医療機関が、発熱患者等の診療・検査に対応する時間(体制を確保する時間帯)については、次のような設定例が示されています。

●例えば、一般の診療時間を2時間短縮し、一般の外来患者に短縮した時間帯に来院してもらうよう依頼した上で、その短縮した分の時間(2時間)を発熱患者等の診療・検査への対応時間とする。

●あるいは、現在の一般の診療時間とは別枠で、2時間を発熱患者等の診療・検査への対応時間として設定する。