日医発第 599 号（地域）
令和 4 年 6 月 23 日

都道府県医師会長　殿

公益社団法人日本医師会長
中　川　俊　男
（公印省略）

地域医療対策委員会報告書の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の地域医療対策委員会では、「新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について」の諮問に関して、2 年間にわたり検討を行ってまいりました。

今期は本冊の他、別冊を取りまとめております。今般、本職宛に提出されましたので、参考までに各 2 部お送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

地 域 医 療 対 策 委 員 会

報告書

「新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について」

2022 年 4 月

日　本　医　師　会

地域医療対策委員会

令和４年４月１日

公益社団法人日本医師会

会長　中　川　俊　男　殿

地域医療対策委員会

委員長　中　目　千　之

地域医療対策委員会報告書

本委員会は、2020年（令和２年）12月18日に開催された第１回委員会において、貴職より「新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について」について検討するよう諮問を受け、これまで７回の委員会を開催し、検討を重ねてまいりました。

ここに本委員会での検討を踏まえ、報告書を取りまとめましたので、答申致します。

地域医療対策委員会委員

委　　員　　長	中目　千之	（山形県医師会会長）
副　委　員　長	松井　道宣	（京都府医師会会長）
委　　員	石塚　尋朗	（福島県医師会常任理事）
〃	吉川　正哉	（広島県医師会副会長）
〃	小林　利彦	（静岡県医師会副会長）
〃	小松　幹一郎	（神奈川県医師会理事）
〃	坂本　不出夫	（熊本県医師会副会長）
〃	佐々木　聡	（東京都医師会理事）
〃	笹本　洋一	（北海道医師会常任理事）
〃	鈴木　邦彦	（茨城県医師会会長）
〃	塚田　芳久	（新潟県医師会副会長）
〃	中澤　宏之	（高知県医師会副会長）
〃	中村　康一	（三重県医師会副会長）
〃	廣澤　信作	（埼玉県医師会副会長）
〃	戸次　鎮史	（福岡県医師会常任理事）
〃	美原　盤	（全日本病院協会副会長）
〃	金澤　右	(岡山大学病院病院長) （令和３年３月まで）
〃	大屋　祐輔	（琉球大学病院病院長） （令和３年４月より）

目次

はじめに.....1
1.　新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について.....2
1.1 感染症対策の柱と地域医療提供体制.....2
1.1.1「感染者の早期発見」.....3
1.1.2「感染者の隔離」.....4
1.1.3「積極的疫学調査」.....5
1.1.4「重症患者の入院治療の確保」.....7
1.1.5「医療機関で感染症を診療するために必要なこと」.....8
1.1.6「平時、有事の体制のあり方。行政と連携できたこと／できなかったこと」.....11
1.2 地域医療構想の進め方について.....13
1.2.1 背景.....13
1.2.2 調整会議で検討すること.....14
1.3 外来機能の明確化・連携について.....18
1.3.1 経緯.....18
1.3.2 外来医療計画.....22
1.3.3 外来機能報告（報告項目、報告スケジュール等）.....23
1.3.4 紹介率、逆紹介率について.....26
1.3.5「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(「紹介受診重点医療機関)）の指定について.....27
1.3.6「地域における協議の場」について.....30
1.3.7「外来機能報告」制度、「基幹的に担う医療機関」について.....31
2.　大型連休（年末年始）の地域の医療提供体制について.....32
2.1 第１グループ(北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、京都府).....32
2.1.1 状況.....32
2.1.2 PCR 検査体制.....34
2.1.3 年末・年始に対応する医療機関の公表.....34
2.1.4 入院コントロール.....34
2.1.5 病床ひっ迫.....35
2.1.6 軽症化患者の受入れ.....35
2.1.7 ワクチン接種.....36
2.1.8 その他.....36
2.2 第２グループ（茨城県、群馬県、静岡県、熊本県、広島県）.....37
2.2.1 状況.....37
2.2.2 PCR 検査体制.....38
2.2.3 年末・年始に対応する医療機関の公表.....38

2.2.4 入院コントロール.....38
2.2.5 病床ひっ迫.....39
2.2.6 軽症化患者の受入れ.....39
2.2.7 ワクチン接種.....40
2.2.8 その他.....40
2.3 第３グループ（福島県、新潟県、三重県、高知県、山形県）.....42
2.3.1 状況.....42
2.3.2 PCR 検査体制.....43
2.3.3 年末・年始に対応する医療機関の公表.....43
2.3.4 入院コントロール.....43
2.3.5 病床ひっ迫.....44
2.3.6 軽症化患者の受入れ.....45
2.3.7 ワクチン接種.....45
2.3.8 その他.....46
2.4 その他.....47
2.4.1 大学病院からの提言.....47
2.4.2 抗原検査と PCR 検査の使い分けについて.....47
3.　新型コロナウイルス感染症における自宅療養に対する支援のあり方について.....48
3.1 第１グループ（北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、京都府）.....48
3.1.1 状況.....48
3.1.2 体制.....49
3.1.3 課題.....50
3.2 第２グループ（茨城県、群馬県、静岡県、熊本県、広島県）.....52
3.2.1 状況.....52
3.2.2 対応.....53
3.2.3 課題.....53
3.3 第３グループ（福島県、新潟県、三重県、高知県、山形県）.....53
3.3.1 状況.....53
3.3.2 対応.....54
3.3.3 課題.....55
3.4 その他.....55

＜会長諮問＞

新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について

はじめに

２０２０年、２０２１年の本委員会への諮問は「新型コロナウイルス感染症における地域医療構想について」である。本委員会では、この諮問を踏まえ、まず、地域医療提供体制を守るために必要とされる感染症対策について検討した。その上で、地域医療構想にあり方について検討を行った。

２０２０年、２０２１年はまさに新型コロナウイルス感染症対策に振りまわされた２年間であり、特に、第５波では医療提供体制に多くの課題が噴出した。そこで、各地区における第５波での対応や課題を、後世の役に立つべく別冊にしてまとめた。さらに、オミクロン株による現在の感染状況はあまりの感染拡大に医療提供体制や行政の対応が追い付かない惨状となっている。

本委員会の後半では、突如降ってわいた感のある外来機能報告(制度)についても情報収集と課題の検討を行った。「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」、すなわち、「紹介受診重点医療機関」を各地域で設定するという発想は、２００床以上の病院は原則紹介患者のみを診療する形態にするという国の方針から発しており、決して個々の地域の医療体制の将来像を優先したものとはなっていないことを認識しておかなければならない。体制加算という診療報酬上の上乗せから病院が紹介受診重点医療機関への意向を示した場合、そのことが地域住民にとってより良い医療体制となるのか、慎重に検討する調整会議の運営が今後重要となってくる。

国が一律的に求めてくる制度設計に関しては、その背景にある意図を見抜き、声を上げざるをえない時は正々堂々と声を発し是正したうえで、それぞれの地域に則した独自の地域医療体制を構築することが我々に課された責務である。

1. 新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について

本委員会では、今期の諮問を踏まえ、まず、地域医療提供体制を守るために必要とされる感染症対策について検討を行った。また、医療提供体制への影響という点において、第6波も含め過去最大の影響を与えた第5波については、別冊に取りまとめた。

そして、上記を踏まえた上で、地域医療構想のあり方について検討を行った。

次に、2023 年(令和 5 年)度より各都道府県において、医療計画が策定される。これに向けて、2022 年（令和 4 年）度中に国の検討会の審議を経て、医療計画の作成指針が改定される。次期（第 8 次）計画より、6 事業目に新興感染症対策が新たに追加される。また、外来医療計画等についても大きな改定がある。

本委員会では地域医療提供体制に大きな影響を与えるこれらの事項についても、検討を行った。

そして、令和 3 年 11 月時点で過去最大の流行となった、令和 3 年 7 月から 9 月半ばにかけての第 5 波に関する各地の状況と対策を取りまとめることとした。

1.1 感染症対策の柱と地域医療提供体制

地域医療提供体制を守るための感染症対策については、以下の項目に分類した。

①「感染者の早期発見」
②「感染者の早期隔離（感染不拡大)」
③「積極的疫学調査」
④「重症患者の入院治療の確保」を達成するための役割分担と連携
⑤「医療機関で感染症を診療するために必要なこと」

1.1.1「感染者の早期発見」

感染者の早期発見には、検査体制が重要である。他方、検査は感染のリスクがある。できるだけ感染リスクを抑え感染者を発見する仕組みの構築が重要である。

わが国においては、令和２年１月より新型コロナウイルス感染症の流行が始まったが、当初、国は、新型コロナウイルスへの感染を疑う者は、帰国者・接触者相談センターへ電話をして、同センターの判断により帰国者・接触者外来へ誘導し、そこで PCR 検査等をうける体制とした。

しかしこの制度は、センターへの電話が集中し、効率的に検査へ繋げられないという結果になった。

医療機関は、目の前の患者が新型コロナウイルス感染症の感染者か否かを判断できないまま、診療を行うことを余儀なくされた。また診療の際、PPE やマスク等の感染防護に必要な資材が、地域の医療機関に十分に供給されなかったため、結果的に、新型コロナウイルス感染症の感染者であった場合、医療従事者が濃厚接触者となり、一時的に医療機関を閉じる等の不利益を被った。

その後、地域の医療機関が診療・検査医療機関として、発熱患者に対して、必要に応じて PCR 検査等を行うという体制へと移行していった。これにより、通常医療の両立に向けた、感染者の早期発見体制が軌道に乗ってきた。さらに PPE 等も、G-MIS 等のシステムによる緊急送付体制が整備・改善されていき、十分に供給されるようになった。

さらに、令和３年４月より医療従事者へのワクチン接種が進展していった。

このように、医療機関の感染防御対策が進んだ結果、検査を契機とした感染のリスクを大きく軽減できるようになった。

早期発見の見地からは、窓口はある程度確保して、リスク軽減策を普及した上で、検査する体制の方が有効であったことを示している。リスク軽減策の普及は、通常医療と新型コロナウイルス感染症に対する医療（以下「コロナ医療」）の両立にも資する。

1.1.2「感染者の隔離」

感染者の隔離については、特定の場所に集中させる方向から、感染リスクを抑えた上で、多くの機関で対応する方向への移行がみられた。

従来、症状の軽重に関わらず陽性患者は全て入院させる体制を整備した。この体制で対応できる感染者数である限り、リスクを抑え、患者の健康状態を守ることもできる。しかし、元々それほど多くない感染症指定医療機関の感染症病床はすぐに満床となった。そこで、一般病床から新型コロナウイルス感染症の入院を受け入れる医療機関を指定し、受入可能病床を整備することとした。

ただ、感染症対応医療機関や新型コロナウイルス感染症受入医療機関の多くは、入院だけでなく、検査も担っていたため、当該医療機関に所属する医療従事者の負担が大きくなった。

第3波、第4波のころ、これらの病床も不足してきたため、入院治療が必要な感染者だけ入院させて、軽症者・無症状者は宿泊療養で対応するという、トリアージ基準を設ける体制を整備する地域が現れた。

例えば京都府では、65 歳以上、または、基礎疾患を有する患者をハイリスク感染者として、入院させ、その他の患者については、宿泊療養施設や、自宅待機することとした。

また、病床の確保に向け、東京都では、地域医療支援病院の要件を知事が独自に追加できることを踏まえ、感染症医療の提供と災害医療の提供を、地域医療支援病院の承認要件として加える案が提示された。

宿泊療養施設では、医療従事者による健康観察や医師による電話またはオンラインによる診療、サチュレーションのモニタリング、酸素療法、あるいは薬物療法などが取り入れられた。

さらに、自宅療養者数のピークは、感染者数と入院患者数のピークの中間に来るとのデータに基づき、宿泊療養施設が使用できない間の入所待機者を守るため、北海道では、入院までの短期間の宿泊施設として札幌に入院待機ステーションを2施設設置した。入院待機ステーションは、東京都、神奈川県、福岡県でも設置された。

そして、各都道府県独自の仕組みや、G-MIS を活用することにより、どの医療機関が新型コロナウイルス感染症患者を受入可能であるかを把握し、また、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を退院させ、他の医療機関へ搬送させる体制が整備されてきた。

その結果、重症患者を受け入れる病床が確保可能となり、重症者患者の上り搬送・下り搬送が行われるようになった。

1.1.3「積極的疫学調査」

積極的疫学調査は、感染者の早期発見と隔離のために必須の機能である。この機能が不十分では発見と隔離が行えず、感染拡大を防止できない。

第 3 波から第 5 波にかけて、各地で積極的疫学調査が追いつかないほどの感染が拡大した。これらの地域では、まもなく医療崩壊を招くような危機的状況だと判断され、緊急事態宣言が発令された。

通常医療とコロナ医療の両立のためにも、まもなく医療崩壊を招くような危機的状況と判断されるような場合は、速やかな緊急事態宣言等の発令が必要である。

日本医師会には、引き続き全国の感染状況を踏まえた、緊急事態宣言等の発令など、地域の医療提供体制を守るために必要な対応を採るべきことを国に要請することが求められる。

疫学調査と感染拡大防止については、神奈川県では、希望する県民に抗原検査キットを送って、有症状の際にセルフチェックをしてもらう事業を始めている。

背景や狙いとして、施設や病院で無症状の職員へ大規模スクリーニング（PCR 検査）を行った結果、陽性率は 0.001%程度（10 件/120,493 人）であり無症状者へのスクリーニングは非効率であったこと。

また、神奈川県が整備した LINE による、新型コロナ対策パーソナルサポートアンケート（県内 130 万人（1,378,620 人）登録／13 万 7 千件（137,865 件）アンケート回答）の結果、40 代以下では、熱や軽い風邪の症状があっても約 4 割が受診しないこと、かつ、受診しない人の約 4 割

がそのまま通勤や通学を続けること、一方で、もし、自宅に検査キットがあり、陽性結果が出た場合は、殆どの人が出勤しないとの回答があったこと。

これを踏まえ、県内クラスターは学校や会社で発生し、家庭がハブになって拡大している可能性があると予想し、余剰がある抗原検査キットを家庭に配布し自身で検査してもらうこととした。

この仕組みで一番大切な点は、有症状者が検査実施により医療機関への早期受診が促されることと、有症状者が通勤や通学を控えることである。

県民への配布は、転売等の懸念のほか偽陽性・偽陰性の問題がある。そのために、使い方のリーフレットや動画を県民に示し適正使用を促している。将来的には、安価なキットが市販され、学校や家庭でセルフチェックを行い、医療機関を受診する流れ等が整備されていくことが期待される。

また、一般市民による検査は、判断に困難を伴う場面がある。この場合は、医療機関を受診しそこで再検査をして、確定させるようにするべきである。

なにより、この仕組みは、有症状者の医療機関受診を後押しする仕組みであり、思いとどまらせる仕組みでないことを周知する必要がある。陰性との結果が出ても症状があるならば、医療機関での検査を受けることを積極的に勧めていく必要がある。

積極的疫学調査は、患者の捕捉や感染拡大防止に重要な手段である。本来は保健所の業務であるが、今回のようなパンデミックに際しては、医療界も含め協力する余地（医療機関には病歴聴取に際して疫学調査情報があるが、個人情報保護の壁によって利用制限される等の課題がある）があると考える。

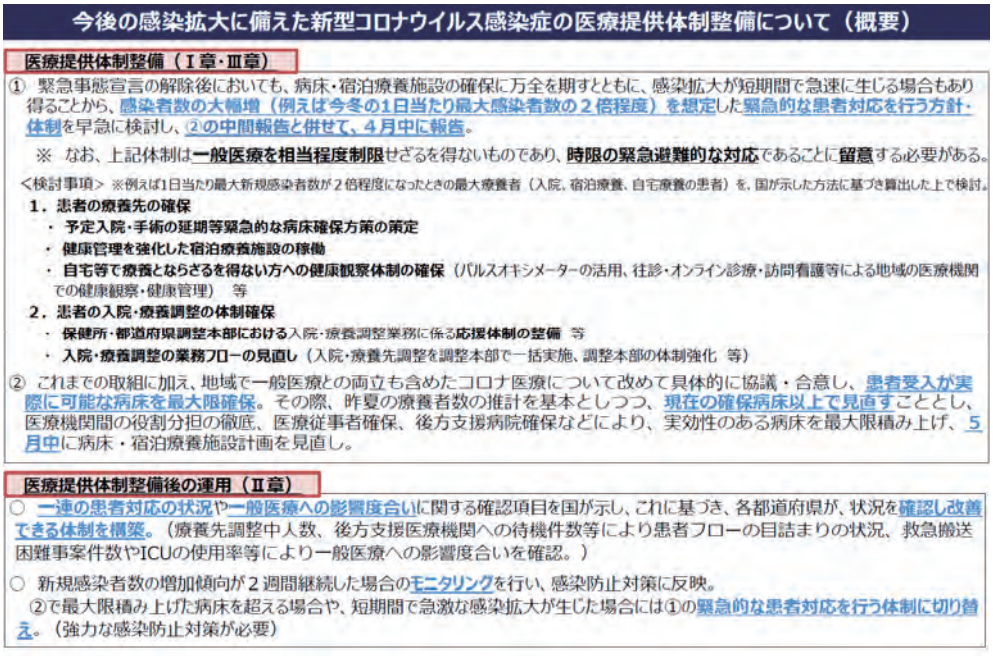
1.1.4「重症患者の入院治療の確保」

重症患者の入院治療の確保は、この問題の最重要課題だといえる。

感染者数が増えるに従い重症化する患者も増える。重症者が増えることによって、通常医療に使われるべき医療資源が圧迫される。

このように、通常医療の提供ができなくなる状況が「医療崩壊」であるといえる。感染症治療と通常医療の折り合いをどのようにつけるかを決めて、それに従って感染者数をどこまで許容するかを判断する必要がある。

国は、第 3 波・第 4 波を踏まえ、令和 3 年 3 月 24 日付に事務連絡「今後の感染拡大に備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」を発出し、「コロナ医療」と「コロナ以外の医療」を両立させる医療提供体制を整備すること、そして、地域でこの両立について改めて具体的に協議し、患者受入が実際に可能な「最大」の新型コロナウイルス感染症患者を入院させる病床（以下「コロナ病床」）を確保することとした。



今後の感染拡大に備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（概要）

医療提供体制整備（Ⅰ章・Ⅲ章）

① 緊急事態宣言の解除後においても、病床・宿泊療養施設の確保に万全を期すとともに、感染拡大が短期間で急速に生じる場合もあり得ることから、感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の２倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針・体制を早急に検討し、②の中間報告と併せて、４月中に報告。

※ なお、上記体制は一般医療を相当程度制限せざるを得ないものであり、時限の緊急避難的な対応であることに留意する必要がある。

<検討事項> ※例えば1日当たり最大新規感染者数が２倍程度になったときの最大療養者（入院、宿泊療養、自宅療養の患者）を、国が示した方法に基づき算出した上で検討。

1．患者の療養先の確保
- 予定入院・手術の延期等緊急的な病床確保方策の策定
- 健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働
- 自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保（パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療・訪問看護等による地域の医療機関での健康観察・健康管理） 等

2．患者の入院・療養調整の体制確保
- 保健所・都道府県調整本部における入院・療養調整業務に係る応援体制の整備 等
- 入院・療養調整の業務フローの見直し（入院・療養先調整を調整本部で一括実施、調整本部の体制強化 等）

② これまでの取組に加え、地域で一般医療との両立も含めたコロナ医療について改めて具体的に協議・合意し、患者受入が実際に可能な病床を最大限確保。その際、昨夏の療養者数の推計を基本としつつ、現在の確保病床以上で見直すこととし、医療機関間の役割分担の徹底、医療従事者確保、後方支援病院確保などにより、実効性のある病床を最大限積み上げ、５月中に病床・宿泊療養施設計画を見直し。

医療提供体制整備後の運用（Ⅱ章）

○ 一連の患者対応の状況や一般医療への影響度合いに関する確認項目を国が示し、これに基づき、各都道府県が、状況を確認し改善できる体制を構築。（療養先調整中人数、後方支援医療機関への待機件数等により患者フローの目詰まりの状況、救急搬送困難事案件数やICUの使用率等により一般医療への影響度合いを確認。）

○ 新規感染者数の増加傾向が２週間継続した場合のモニタリングを行い、感染防止対策に反映。
②で最大限積み上げた病床を超える場合や、短期間で急激な感染拡大が生じた場合には①の緊急的な患者対応を行う体制に切り替え。（強力な感染防止対策が必要）

これに基づき、各都道府県において、コロナ病床の確保を含む病床・宿泊療養確保計画が改定された。その結果は、令和 3 年 6 月 17 日に公表された。さらに 8 月、12 月にも改めて要請がなされ、確保病床は増加した。

しかしここで確保された病床は、これまでも通常医療との両立を維持しながら、一般病床からさらに切り出して確保してきたものである。この数値を機械的に適用すると、コロナ医療以外の医療が完全にひっ迫してしまう。実際には、ここに示された病床数すべてに振り分けることにはならない。

国、都道府県は、通常医療をどの程度まで守らないといけないのか。その上で、感染症にどれだけ病床を割けるのかを、医療側とよく相談して決めておかなければいけない。それに従って、医療側も感染拡大をどこまで許容するかを判断し、提言していく必要がある。

次に、施設等に入居する軽症・無症状の患者に対しては、施設内のクラスターを防ぐために（隔離）入院させることが考えられる。この場合の入院先は、急性期の医療機関よりも回復期や慢性期の医療機関の方が、ADL を落とさず経過観察させていくことができる点、積極的に活用するべきである。

神奈川県では臨時医療施設を作る際にそのうちの一病棟を、介護施設のような病棟を作ることを提案している。

また、新潟県では回復期・慢性期の中小病院に感染対策を指導して、専門施設に指定している。

次に来る感染症は、感染力、病原性、致死率、症状、潜伏期間など、COVID-19 新型コロナウイルス感染症とは異なる。感染症の特徴が不明な段階では、感染者と非感染者の接触防止が絶対条件である。そして、専門外来を設置し診断・検査にあたっていくことが必要である。このような体制は平時より構築していかなければならない。

1.1.5「医療機関で感染症を診療するために必要なこと」

1.1.4 に記載したコロナ病床の確保や増床だけでなく、感染症を診療するために医療機関でとるべき体制がある。

具体的には、以下の①～⑧の観点から、自院の機能を把握し、地域医療における役割をしっかり果たしていくことが必要である。

【感染症治療に対して各医療機関で検討すること】

① 感染症対策の周知徹底（インフェクション・コントロール・チーム(ICT)の設置）
② 感染防御装備の備蓄
③ 感染症患者受け入れのためのゾーニングの検討
④ 感染症患者対応病床を何床確保できるか。
⑤ 自院の機能の分析（人工呼吸、酸素療法、薬物療法など（ECMO を含むか））
⑥ 高度医療機関との連携（上り搬送）
⑦ 高度医療機関からの受け入れ（下り搬送）、後方医療機関
⑧ 回復後のリハビリテーション機能

病床の確保、そして通常医療との両立のためには、ゾーニングが不可欠である。しかし、多くの医療機関（病院・診療所）でゾーニングに苦慮していた。医療機関の建築やリニューアル時に、感染症に強い建物構造の医療機関を作る研究が必要である。

次に、地域単位での検討として、重症・中等症患者と軽症・無症状の患者を振り分けるための各医療機関の役割分担が挙げられる。軽症、中等症と重症の患者に対して、それぞれ適切に治療が行うことができる病床の把握と体制を構築し、上り搬送、下り搬送以外にも、病状に応じた適切な患者の移動を可能とさせる連携体制が必要である。

この点、現在、高度急性期機能を担う病院は、初診外来を受け入れる、かかりつけ医的な機能を果たしているところがあるが、高度急性期・重症急性期の入院医療に特化する機能に特化する、ある程度まとめて重症患者を診るような医療機関が必要との意見がある。

そして、重症患者の治療とともに重症化を防ぐ取り組みが必要である。迅速なワクチン接種、医療への早期のアクセス、早期の治療体制の確保が挙げられる。

また、感染防護のために病床、病室を増やす際には、同時に医療従事者を確保する必要があることを行政に伝えていく必要がある。病床は確保できても医療従事者がいなければ、地域における病院の機能分化と連携は図れない。

静岡県では、第 3 波当時、病床の占有率は 50%程度であった。コロナ患者の入院、診療では、再検証対象医療機関も相当積極的に対応していた。そして、大学病院などでは1病棟の半分がコロナ患者で占められ、それ以外の一般の患者を受け入れる病床は満床であった。その一方で、一部の医療機関では、軽症急性期・回復期・慢性期の病床が空いているケースがみられた。県行政は、速やかに協力を要請し、コロナ患者又は一般の患者を受け入れられるようにする必要がある。

他方で、コロナ患者の受入れが可能かどうかを調査した処、施設の構造や、設備の問題だけでなく、人（医師・看護師）がいないから診られないという状況がみられた。

医師のマッチングについては、日本医師会に、女性医師バンクがある。これからは、女性医師に加え、リタイヤ後の男性医師など、男女を問わず医師の方のマッチングを円滑に行えるよう、厚生労働省と交渉し、医師バンクのネットワークを構築するようにして、地域の医師確保に努めることを要請することが求められる。また、国は、感染予防策を速やかに整理・公表し、かつ、感染防御具を確保し医療機関へ配布する仕組みを整備する必要がある。さらに、効果的な治療法の確立とその共有をはかり、どの医療機関でも１つのプロトコールを共有することが必要である。

診察、治療に当たっての感染予防策は、感染症の流行状況、防護策の確立、ワクチンの接種状況、治療薬の状況などを考慮し、適宜見直しをする必要がある。

なお、コロナ患者を診察するときの感染予防策は、令和２年６月２日付の「新型コロナウイルス感染症が疑われる者等の診療に関する留意点について（その２）」が発出されている。

ただ、令和 3 年 12 月時点では、ワクチン接種により獲得した免疫の程度が十分に把握されていない。他方、日本は、諸外国と比較して早期に多くの方に接種が進んでいる。ワクチン接種や免疫の獲得の度合いを考慮しつつ、エビデンス確認しながら検証する必要がある。医療従事者の負荷軽減のためにも緩和できるところは、緩和することが望まれる。

その際、諸外国の例も参考にしながら検討を行うべきである。

1.1.6「平時、有事の体制のあり方。行政と連携できたこと／できなかったこと」

新興感染症を地域医療構想調整会議の中でどう扱うか。

神奈川県は、神奈川モデルとして全県で１つの仕組みを作り、地域ごとにローカライズして対応してきている。県の対策・方針を地域で共有するためにコロナに特化した地域医療構想調整会議を県医師会が主体で開催している。（2020 年 7 月、2021 年 2 月の計 2 回、県内 8 か所）

コロナに特化した地域医療構想調整会議を開催して良かった点は、地域の最前線の苦労や現場の声をボトムアップし、医療関係者（医師会、病院協会）と行政（県全体はもちろん市単位でも）が危機感と課題を共有し、円滑に協議することができたことが挙げられる。

熊本県の水俣地域では、医療機能の分化・連携の対策として、総合医療センターの地域医療支援部門と在宅医療の部門、そして訪問看護診療所が、医師会と共同で支援センターを設立した。くまもとメディカルネットワークとして、患者の約半数を把握している。

沖縄県では、県医師会が、県下各地域の病院・クリニック、慢性期病院協会等々の意見を集約する場として機能している。個々の団体ごとに意見は異なるが、取りまとめ段階で、全員一致としているため、県行政の信頼を得ている。医師会が音頭を取ることが医療機関の協力を得られている要因の１つにある。

また、7 月下旬の連休中における患者数の爆発的増加を予測して、病床の確保に努めている。この予測は厚生労働省の班会議の先生方と連携をして実施している。

なお、本県の特徴にコロナウイルス感染症に転換可能な病床も、常に50～60%は使用されていることが挙げられる。そのため、コロナ患者の受け入れにより、重症病床や急性期病床が常時満床（90%超）になる。

医師会の方針としては、コロナ患者が増えてきた際には、病院間で一時搬送するという機能分化を行う。さらに、入院病床がひっ迫してきた場合は、宿泊療養施設に入ってもらう等の措置を行うことにしている。

埼玉県では、県医師会からの要請で、自宅療養者や一部の宿泊療養者を診る体制を構築した。参加医療機関は、手挙げ方式で約 387 の医療機関（令和 3 年 6 月時点）が、午前と午後の 1 回ずつ診る体制としている。休日夜間等で診られないところは他に頼む。その間の補助と、毎日診ることに対する補助を得られることになっている。患者の依頼に応じて必要がある場合は処方を行う。

新潟県では、医療機関・医療従事者ともに限定的であり、感染拡大当初から危機感を共有できていた。また、当県における感染拡大に先立ち、感染が広がった地域の事例を参考にしてきた。感染症患者の入院先の確保、振分等は、災害対応に類似するものと考え、本部を県庁に設置し、医師会、市町村の病院団体とともに対応していった。

医療機関間の連携については、重症患者受入れ病院の Web 会議を毎週開催している。そして、中等症までの患者を受け入れる病院を対象とした Web 会議も実施をしている。保健所や医師会の担当者が参加しているため、情報共有は円滑に進んだ。ワクチンの備蓄場所と供給量をすべて県が把握するようにした。ワクチン接種体制が十分でない場所には、大規模接種センターを設置して支援することとした。

三重県は、構想区域ごとに基幹病院がありコロナの治療においても連携が円滑にできている。軽症・無症状の患者が増えるに従い病院で対応することができなくなり、宿泊療養や自宅療養で対応することになった。

下り搬送も老健施設などに受け入れることとなった。総じて情報共有は円滑で、連携は高まっている。

高知県は、5 月下旬までは高知医療センターを中心とする入院医療でカバーできていたが、その後の急増で、6/2 時点で 66 名の自宅待機が生じた。自宅待機者への医療提供体制としては、検査協力医療機関へ依頼して解熱剤等の処方、オンライン診療が可能な医療機関を圏域ごとに指定し、救急医療体制の協力のもと容体急変時の入院医療の確保を行っている。課題はコーディネートを行う担当者を誰にするかが挙げられる。現在は県庁の事務方が実施しているが、DMAT のような機能を備えて入院調整、上り下り搬送の調整を担うべきだという意見があった。

他にも、医療提供体制の堅持のため、各地の医師会は、積極的に活動している。

1.2 地域医療構想の進め方について

1.2.1 背景

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想については、令和 2 年 12 月に、厚生労働省より「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」が取りまとめられている。

その中では、「感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、引き続き、着実に取組を進めていく」と記載されている。

確かに、今回の新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、地域医療構想においても、病床の必要量を再検討するか、あるいは、一旦白紙に戻すという考えがある。

他方で、高齢化が進展や著しい人口減少する地域の基本的構造は変わっていない。地域医療構想は、平時における地域の病床機能の分化・連携を最適化することを協議することを主としているという考えもある。

厚生労働省の報告書は、新型コロナウイルス感染症は、第８次医療計画の6 番目の事業である「新興感染症等の対策」で対応することとして、地域医療構想は、平時の医療提供体制を構築する枠組みとして、これまでと変わらずに検討を進めていくこととしている。

これを踏まえ、「第８次医療計画等に関する検討会」の下に「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」（以下本節において「本 WG」と呼ぶ）が設置された。

本 WG は、これまでの地域医療構想に関する WG に医師確保計画が加わったものであるが、病床機能報告についての改善や、再検証対象医療機関の具体的対応方針の再検証、そして民間医療機関等への対応方針のあり方が検討される。

1.2.2 調整会議で検討すること

病床機能報告の改訂

本 WG では、病床機能報告について再検討がなされている。

国からは、レセプトデータにこれまで含まれてこなかった公費レセプトを含めること、レセプトデータの取得期間を従来の１ヵ月（6 月度）から通年にすることと、従来の稼働病床数の報告から病床利用率に変更し、報告ではなく計算により算出すること、過去１年間で最も多くまた少なく入院患者が収容した時点の数「最大使用病床数」、「最小使用病床数」を報告するようにすること、最後にコロナ受入病棟そして病床の報告を行うことについて提案がなされ、WG において了承されている。

全国的に、病床不足の地域は非常に少ない。国は、今後コロナ患者の増減に応じて対応するのは、一般病床をもって充てるという考えであるが、地域によっては、感染症病床を増やしてキープするということもあると考える。

他方、感染症病床については、健康局で基本的な考え方を整理する。ただ、今回のような事態に備えて感染症病床を増やすのではなく、一般病床の中で対応することになると予想される。

新型コロナウイルス感染症との関係

地域医療構想は2025年が1つのポイントであるが、公立公的病院の統合・再編は、地域によっては再検証を進めているところと、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、一旦停止しているところがある。

日本医師会は、一貫して、地域医療構想は不足する病床機能を整備するためのものであり、「各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議」により実現されるものであることを主張している。

病床機能ごとの推計値を踏まえ、多くの地域では、高度急性期機能の病床や、急性期機能の病床から、回復期機能の病床への転換は認められてきたが、回復期機能の病床や療養病床から急性期病床への転換や、高度急性期への転換は認められてこなかった。今回のコロナ患者の受入れで、高度急性期・急性期病床の不足という現実を迎えている以上、このような事情を含めてもっと柔軟に扱えるようにするべきとの意見がある。

他方、感染症の患者数は地域ごとに差があり、確かに東京などの地域によっては、第5波のピーク時に、大学病院の本院等の高度急性期機能の病床が満床になり、重症の心臓の手術、一部のがんの手術が先延ばしになった。そして、救急搬送の受入れ先が見つからない事態も一時的に発生したが、おおむね2〜3週間でこのような状況は収まっている。

実際にどれぐらい日常の医療を圧迫したかというデータは、今後、国の方から出てくることが予想される。

日本医師会は、厚生労働省と十分に協議をして、現実的で地域に過度の負担がかからない方法を選択していくべきである。

なお、地域医療構想において、神奈川県などの病床が不足する地域においては、新たな病床の整備において、今回コロナの受入病院を確保するため、受入実績がある医療機関に限り手挙げできるという募集にした。

デルタ株は、若年層の重症、中等症患者数が多く、かつ、入院期間が長い。その為にICU、ECMOを整備する必要があるが、これらの機器や体制は平時おいては、逆に足かせになる。感染者数の波の中で、ある程度病床の運用を考えなければならない。宿泊療養施設・自宅待機の患者

が多かった。この患者に対応する保健所と地域の医師会の役割分担も考えていく必要がある。

今後、地域医療構想調整会議において、改めて、再検証対象医療機関の具体的対応方針について検討されることになる。これらの病院の中には、新型コロナウイルス感染症への対応において地域で重要な役割を果たしてきた病院もある。調整会議においては、これらのことを十分に斟酌して、各医療機関の具体的対応方針について判断されていくことが、重要である。

この点、北海道においては、令和3年2月に全道規模の北海道総合保健医療協議会を開催し、新型コロナへの対応を最優先として、地域の状況に十分配慮しつつ、引き続き地域が置かれている状況について、地域医療構想調整会議等において議論を進めることとした。また、北海道大学内に医療データ分析センターを設置し、社会医療情報学研究室で、NDB、病床機能報告、DPC等のデータを収集・分析することとしている。

また、新潟県は、県全体の将来的な医療提供体制を大枠で示すグランドデザインを令和3年4月に公表した。県民の理解を得る目的である。他方で、政治的な圧力（首長、議員の行動）により元々の姿が変わっていくことを考慮して、医療側からも啓発的情報発信が必要ではないかと考えている。

医師確保計画について

医師確保計画については、現在まで各地で検討が行われている。

医師確保対策に関する取組は、医師育成課程（研修医～専門研修のことまで）や医師確保計画に関する各都道府県の取組などがある。これらは、2024年を1区切りとしている。

地域の各医療機関に対する具体的な支援は、地域医療支援センターを中心に実施していくことになるが、センターが、実効的に稼働しているのか疑問である。

医師派遣については、都道府県によっては、地域医療対策協議会に参加することが困難である地域や、参加しても大病院側の意向が優先され派遣が決められてきた地域がある。

医師の確保は地域医療提供体制に直結する問題であるので、地域医療対策協議会で調整会議の合意を得るべきことを提言し、日本医師会は、医師確保についても調整会議の合意を踏まえて行うべきであることを主張していくべきであるとの意見があった。この問題は、各地域で適切に医師確保が進むようにすると同時に、仕組みの構築に当たっては、全国における全体像を見ながら設計する必要がある。

また、医師確保計画は、地域医療構想や医師の働き方改革と密接に関連するが、病床機能の分化・連携や医師の働き方改革について大きな進展がない中で、医師確保の不足について先行して議論をすることは、整合性を取りにくいとの意見があった。

確かに、医師の働き方改革の話は、簡単に決まる問題ではない。ただ、全く動かないということもできないので、各病院、各地域で派遣する大学病院等がどのように考えてどのように動くかを皆で考え合わせる必要はある。

これらの事項に加えて、地域医療構想や医師の働き方改革に関する各医療機関の対応等を考慮にいれつつ多面的に見ていく必要がある。

地域の医師会と医師確保計画における、大学の地域枠、臨床研修病院の枠、専門医のシーリングの問題とのかかわり方については、都道府県の地域医療対策協議会が、医師の派遣等を決める中心的機能を担う点に鑑み、地域医療対策協議会の重要なメンバーとして医師会が入り、地域医療を守るために医師の派遣について意見を述べていくべきである。

そして、協議会での決定を基に、地域医療支援センターが具体的に動くことになる。

これまで、国は全体としてマクロの需給推計を元に医師確保を考えてきた。令和 3 年 12 月時点では、医師多数区域・少数区域の話を仕切りなおすという議論にはなっていない。これまでの議論の積み重ねを活かし

ながら、各地域で考えていくことになる。今回のコロナの問題等を踏まえると、これだけでは都道府県の裁量範囲が狭いと考える。これをどう修正するかという議論が始まることが予想される。

医師確保の問題に医師会が何等かの良い活動ができれば、勤務医が医師会の方に向くことが期待される。

また、地域枠で入学した医学生が、実際に働き始めるまでにタイムラグがあるので、直近の医師不足にどのように対応するかは、将来を見越して考えていく必要がある。

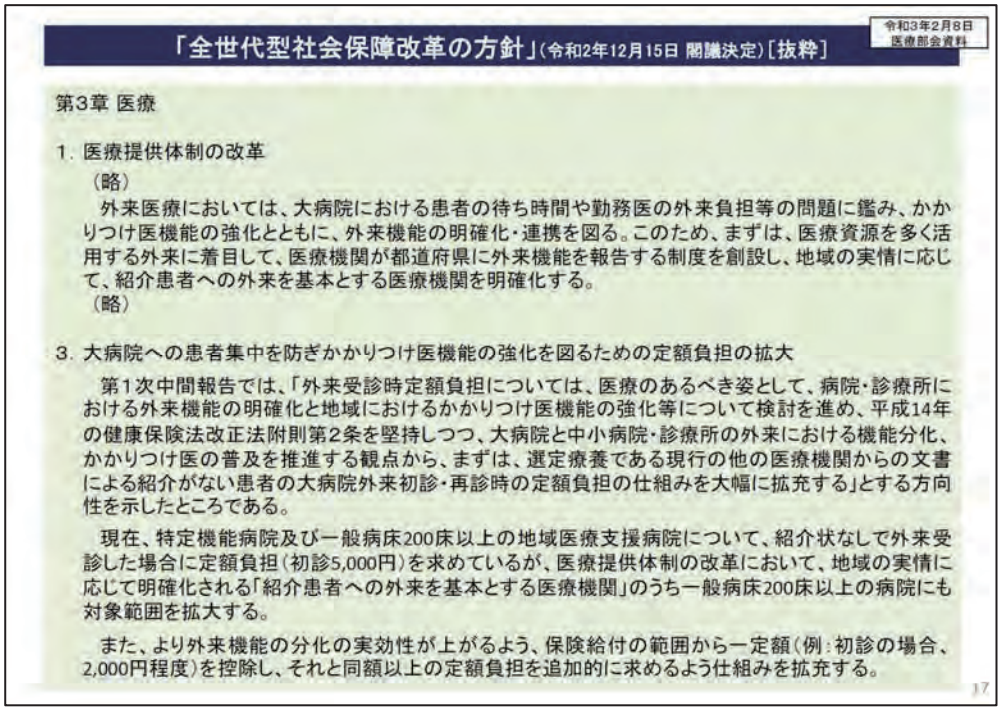
国は、地域医療支援センターや地域医療対策協議会の議論について、改正する予定はない模様である。地域ごとの特性に合わせてステークホルダーが集まって議論をする形では知事の意向が大きく関わってくる。医師会にとって都合のよくない要望、要求が出てくる可能性もある。

全国医学部長病院長会議は、地域枠の学生について、医師不足地域への貢献に関する調査を取りまとめた。この数年で卒業生がある程度出て地域の医師不足に非常に大きく貢献している。また、地域枠の学生達が脱落しない又は地域で働きつつ目指す医師になれるようなキャリア形成プログラムを作ること国に要請していくべきである。

1.3 外来機能の明確化・連携について

1.3.1 経緯

令和 2 年 12 月 15 日に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」では、医療提供体制の改革及び大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について記載がなされた。



令和3年2月8日
医療部会資料

「全世代型社会保障改革の方針」(令和2年12月15日 閣議決定)[抜粋]

第3章 医療

1. 医療提供体制の改革

(略)

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

(略)

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

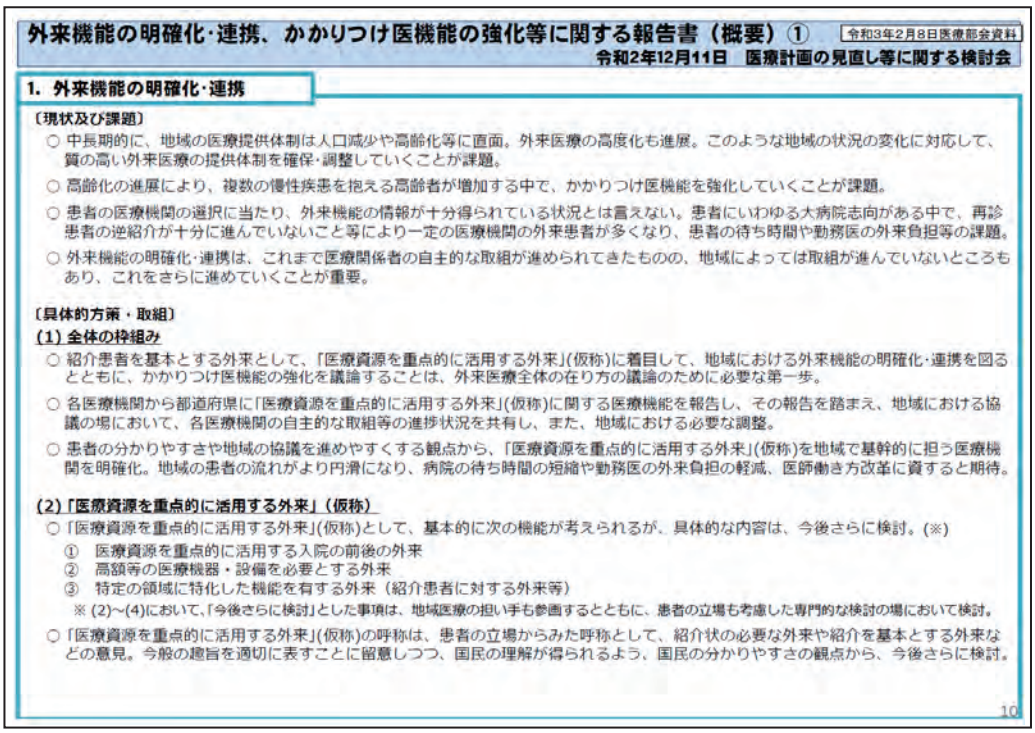
第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担(初診5,000円)を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

17

また、令和 2 年 12 月に厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会において「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」が取りまとめられ、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)、外来機能報告(仮称)、地域における協議の仕組みについて提言された。



外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書(概要)①

令和3年2月8日医療部会資料

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

1. 外来機能の明確化・連携

〔現状及び課題〕

○ 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。

○ 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。

○ 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。

○ 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

○ 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。

○ 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。

○ 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2)「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)

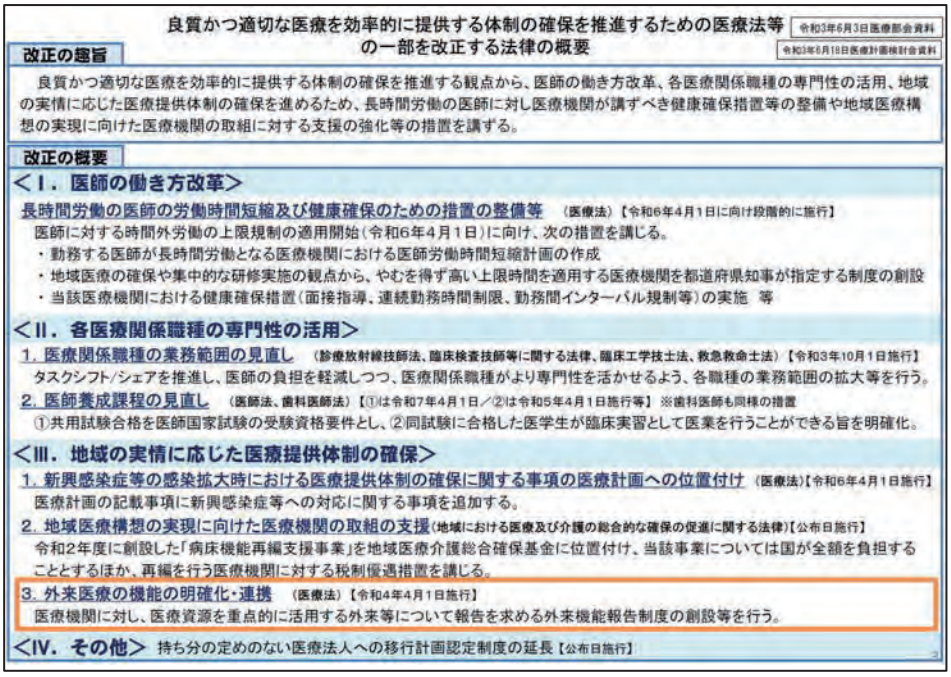
① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

※ (2)~(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

10

そして、令和３年５月 21 日、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（以下、改正医療法）が成立した。



良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

令和3年6月3日医療部会資料
令和3年6月18日医療計画検討会資料

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

＜Ⅰ．医師の働き方改革＞

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 （医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

＜Ⅱ．各医療関係職種の専門性の活用＞

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し （診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し （医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】 ※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

＜Ⅲ．地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け （医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

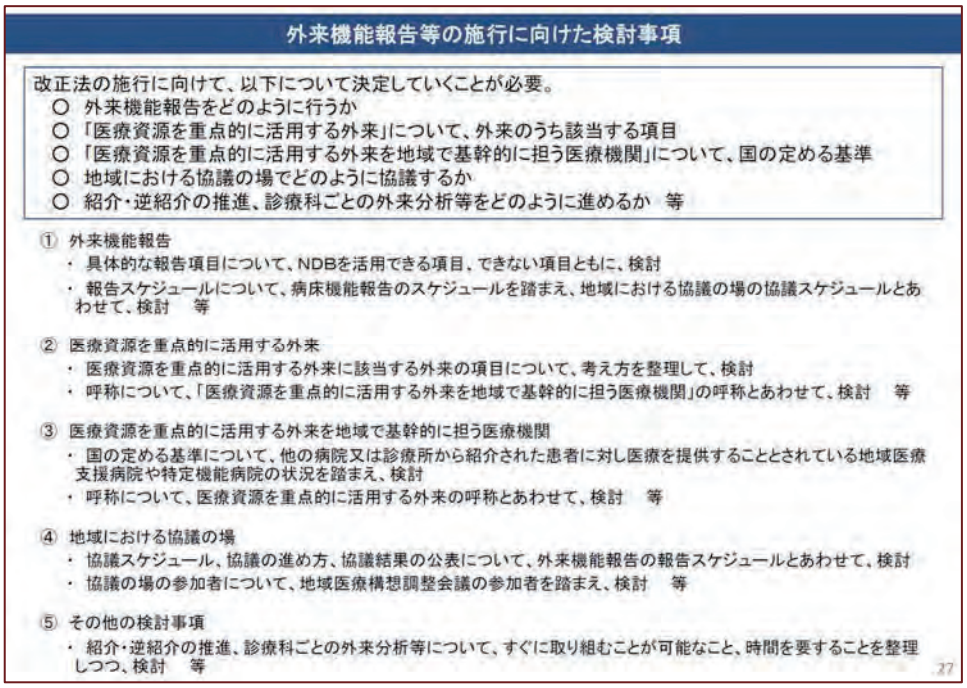
3. 外来医療の機能の明確化・連携 （医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

＜Ⅳ．その他＞ 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度を創設する等の外来機能の明確化・連携は、令和４年４月１日から施行される。

そのため、外来機能報告等についての取りまとめを、今年の 12 月まで実施することとなった。この検討事項は以下のとおりである。



①外来機能報告（報告項目、報告スケジュール等）

②医療資源を重点的に活用する外来（具体的な項目、呼称等）

③医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（国の定める基準、呼称等）

④地域における協議の場（参加者、協議スケジュール等）

⑤紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析その他の外来機能報告等の施行に必要な事項

国は、外来医療の課題として、「患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分に得られず、また、患者に大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていること」、「外来機能の高度化が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る必要があること」を挙げ、外来機能の明確化・連携が進むことにより、患者の待ち時間の短縮、勤務医の負担軽減、医師の働き方改革に寄与するとしている。

しかし、これらの施策による国の目的が、医療費の削減にあるならば、その政策は批判的に見ていかなければならない。決して課題や効果に示された、美しい項目のみを見るべきではない。

また、外来の類型化は、別に診療報酬を分けていくことにつながる。

他方、報告により自院の能力を評価して、地域における自院の外来機能を適切に果たす機能はあるといえる。また、患者の大病院志向を変更する効果があれば、患者の動きも変わり、かかりつけ医の方の対応も大きく変わる。

これらを見極めていく必要がある。

全世代型社会保障検討会議の最終の報告書に記載された「一般病床 200 床以上の病院全てを選定療養の対象にする」が発端である。

報告書に乗った政策がそのまま進む可能性が高かった。そのため、一般病床用 200 床以上の医療機関がすべて選定療養にあたることを避けるために、外来機能報告と、手上げを基本とした協議の場による協議による指定を通して、対象となる範囲を決めていくことが今回の仕組みである。

1.3.2 外来医療計画

外来医療計画は、昨期各都道府県において策定された外来医療計画に、新たに「外来機能報告」と「医療資源を重点的に活用する外来を基幹的に担う医療機関」が追加される。

外来医療計画は、地域ごとの外来医療機能の偏在等の客観的な情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断に当たって有益な情報として参照できるよう、可視化して提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方としている。このことについて、外来多数区域で医療機関を新規開設する方々に対して、一定の書類提出を求めている地域がある。また、注意書として「地域医療の充実に向けて、可能な範囲で協力・貢献すること」を求めるとともに、協力いただけない方に対して、地域医療構想調整会議へ出席し意見を述べていただくことがあることを連絡している。

1.3.3 外来機能報告（報告項目、報告スケジュール等）

外来機能報告は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療法に位置づけられ、令和４年４月に施行することとされている。

「外来機能報告等に関するワーキンググループ」の報告書は、2021 年 12 月 21 日に取りまとめられた。

その報告は、病床機能報告と一体的に報告を行うこととされた。また。基本的には、ＮＤＢや病床機能報告から取得され、できるだけ医療機関の負担がかからないようにしている。

その他具体的な報告項目は、下記の通りである。

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 〔NDBで把握できる項目〕

・ 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

＜報告イメージ＞

		日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数		日	―
	医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
	医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	―
	高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	―
	特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	―
再診の外来の患者延べ数		日	―
	医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
	医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	―
	高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	―
	特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	―

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとする。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 〔NDBで把握できる項目〕

・ 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

＜報告イメージ＞

初診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 〔NDBで把握できない項目〕

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 〔NDBで把握できる項目〕

・ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

＜報告イメージ＞

生活習慣病管理料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件

往診料を算定した件数	件
訪問診療料を算定した件数	件
在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
診療情報提供料(Ⅰ)を算定した件数	件
診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
地域連携診療計画加算を算定した件数	件
がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
がん治療連携指導料を算定した件数	件
がん患者指導管理料を算定した件数	件
外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況 〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

・ 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

＜報告イメージ＞(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) 〔NDBで把握できない項目〕

・ 紹介率・逆紹介率を報告 (初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

④ 外来における人材の配置状況 〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

・ 医師について、施設全体の職員数を報告

・ 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

＜報告イメージ＞(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
＜施設全体＞	―	―
医師	人	人
＜外来部門＞	―	―
看護師	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人
准看護師	人	人
看護補助者	人	人

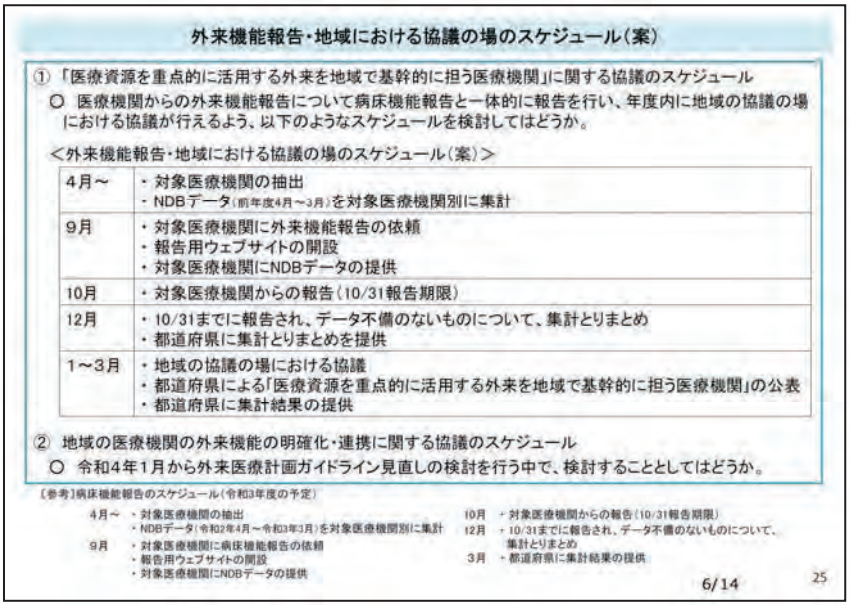
	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
助産師	人	人
理学療法士	人	人
作業療法士	人	人
言語聴覚士	人	人
薬剤師	人	人
臨床工学技士	人	人
管理栄養士	人	人

⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況 〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

・ マルチスライスCT(64列以上、16列～64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

また、報告は、日本医師会の「国の基準により一律に決まるのではなく、医療機関の意向があるかどうかにより決まるべき」との提言を受けて、医療機関の意向を基本とすることとされた。この意向は、外来機能報告で報告することになった。

報告対象となる医療機関は、病院と有床診療所とされた。また、無床診療所は、令和３年度中に、特定の無床診療所に報告を行うかどうかの意向確認をして、意向有りの診療所のみ対象とすることとされた。



外来機能報告・地域における協議の場のスケジュール（案）

① 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」に関する協議のスケジュール

○ 医療機関からの外来機能報告について病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内に地域の協議の場における協議が行えるよう、以下のようなスケジュールを検討してはどうか。

＜外来機能報告・地域における協議の場のスケジュール（案）＞

4月～	・対象医療機関の抽出 ・NDBデータ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計
9月	・対象医療機関に外来機能報告の依頼 ・報告用ウェブサイトの開設 ・対象医療機関にNDBデータの提供
10月	・対象医療機関からの報告（10/31報告期限）
12月	・10/31までに報告され、データ不備のないものについて、集計とりまとめ ・都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月	・地域の協議の場における協議 ・都道府県による「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の公表 ・都道府県に集計結果の提供

② 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に関する協議のスケジュール

○ 令和4年1月から外来医療計画ガイドライン見直しの検討を行う中で、検討することとしてはどうか。

〔参考〕病床機能報告のスケジュール（令和3年度の予定）

4月～ ・対象医療機関の抽出
・NDBデータ（令和2年4月～令和3年3月）を対象医療機関別に集計
9月 ・対象医療機関に病床機能報告の依頼
・報告用ウェブサイトの開設
・対象医療機関にNDBデータの提供
10月 ・対象医療機関からの報告（10/31報告期限）
12月 ・10/31までに報告され、データ不備のないものについて、集計とりまとめ
3月 ・都道府県に集計結果の提供

6/14 25

・ 該当する医療機関を抽出（国が実施。病院及び有床診療所）
・ ９月を目途に対象医療機関に提供
・ 対象医療機関が外来機能報告を行う義務
・ 翌年の １ 月～3 月に地域の協議の場で「重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」に手挙げをするか否かを協議

無床診療所は、報告の対象となっていないが手上げ方式で報告することは可能とされている。日本医師会からは、無床診療所が参加する場合のスケジュールについても示すように、国に要請した。

1.3.4 紹介率、逆紹介率について

「紹介率・逆紹介率」については、国の基準ではないが、地域の協議の場で参考として、紹介率 50%以上、逆紹介率 40%以上の医療機関が示されることになった。

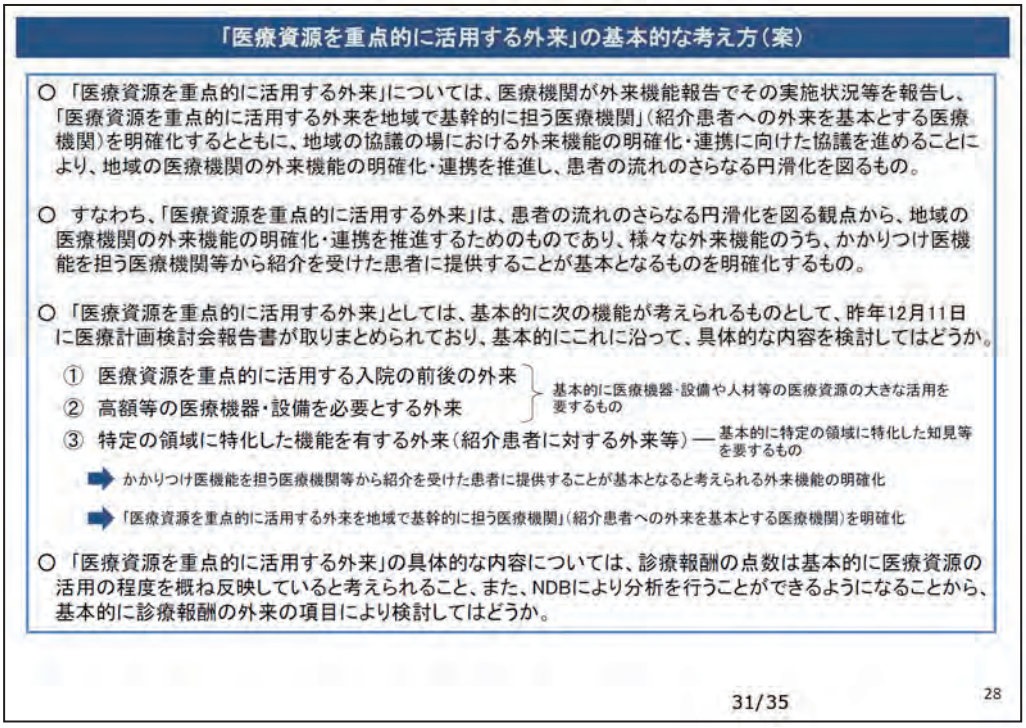
紹介率・逆紹介率も含め、現在のコロナ禍の中で、平時を反映した結果が出てくるのかが、データが偏るのではないか慎重に検討する必要がある。協議においては、コロナの影響を十分踏まえるようにする必要がある。

また、この結果をもとに、紹介率・逆紹介率を基準とした、「特定機能病院」「地域医療支援病院」に続く新たな類型を作ることにならないように要請した。

外来の類型化は、診療報酬での区別につながるからである。同時に、地域医療支援病院の要件は、変更しないとの方向であることを確認した。一方で、特定機能病院や大学の分院等において、逆紹介が進まないことは事実として、今後、逆紹介率に関する要件を再検討する可能性はある。

地域医療支援病院との違いは非常に大きな問題。棲み分けをしっかりしないと地域医療支援病院の肩書を持つ医療機関にも影響を及ぼすものである。

1.3.5「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（「紹介受診重点医療機関」）の指定について



医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関の呼称は、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）に決まった。

この、「紹介受診重点医療機関」を指定するには、最初に、医療資源を重点的に活用する外来とは何かを決める必要があった。

報告書では、医療資源を重点的に活用する外来とは、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、または、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、または、③特定の領域に特化した機能を有する外来の機能を有する外来、とされた。先の外来機能報告で報告した項目の中から、これらの項目を評価する。

評価項目については、まず（診療情報提供料Ⅰ）、（透析）は評価の対象となり、（救急医療）と（高額医薬品の処方）は「医療資源を重点的に活用する外来」を評価の対象ではなくなった。

紹介受診重点医療機関は、「医療機関の意向」、「医療資源を重点的に活用する外来に関する基準」、「地域の協議の場での確認」がそろった場合に指定されることとなった。

国の基準に合致しても医療機関が意向無しとして手上げしなかったが、協議の場において紹介受診重点医療機関であると判断した場合であっても、協議の場で紹介受診重点医療機関であるとの結果が整うことが必要であるので、重点医療機関にはならない。

反対に、国の基準に合致しない医療機関が、紹介受診重点医療機関に手上げをした場合であっても、協議の場において当該医療機関との調整が整えば、紹介受診重点医療機関に指定される。

さらに、医療機関の意向と協議の場での意見が相反した場合、つまり、ある医療機関が、紹介受診重点医療機関になりたいと手上げしたが、協議の場では否定的な結論が出た場合、協議が整わないため、当該医療機関は指定されない。

医療資源を重点的に活用する外来に関する基準については、当初、基準に基づき全国一律に、基幹的に担う医療機関が指定されるのではないかとの懸念があった。

しかし例えば北海道の二次医療圏においては、病院が唯一の診療科が21圏域のうち4圏域ある。また、眼科を標ぼうしている医療機関が2ヵ所以下となっている二次医療圏が複数あるため、病院がかかりつけ医の機能を果たしていると言える。

また、本制度を初診外来に初診時・再診時選定療養費相当の費用を患者に負担させることの伏線とみている。地元の医師会からは、基幹的医療機関にもかかりつけ医機能を果たしてほしいと言われている。機能分化・連携は、全国一律に進められるものではなく、このような地域があることも認識する必要がある。

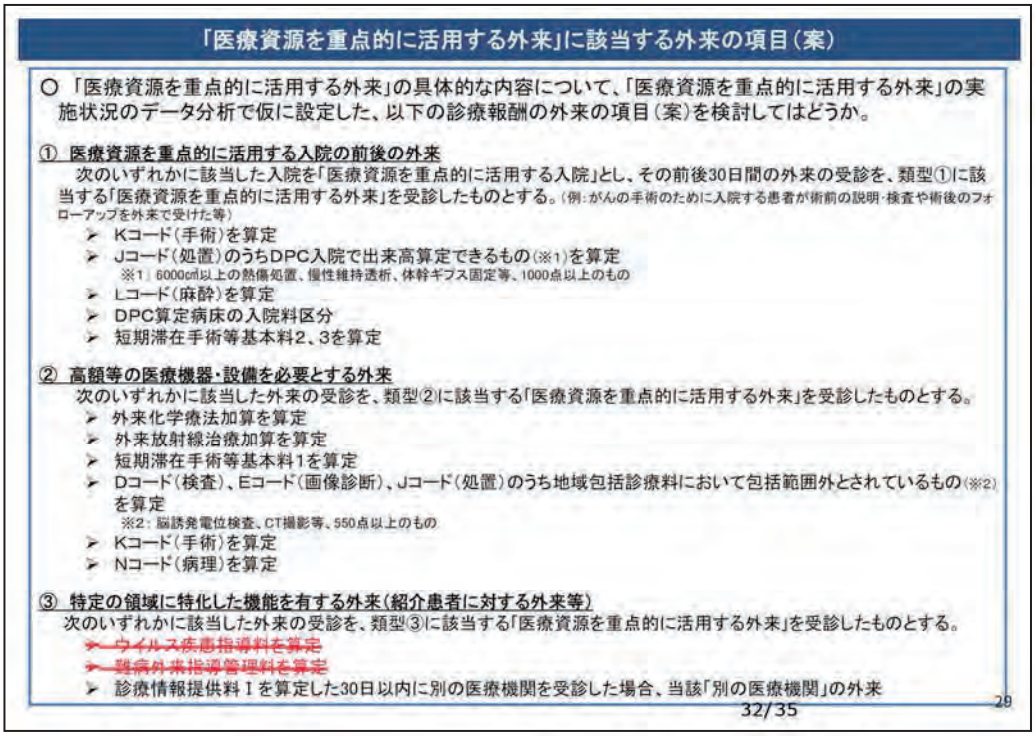
以上のように、このように全国一律の基準で基幹的医療機関を選定することは無理がある。

日本医師会は、このことを記者会見や国の検討会で強く主張し、その結果、全国一律の基準で基幹的医療機関を選定する制度ではなくなった。

報告書においては、「医療資源を重点的に活用する外来に関する基準」は、初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が、40%以上、かつ、再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が再診 25%以上、となった。

また、紹介受診重点医療機関の指定単位については、複数の診療科を持つ医療機関は、特に地方では、ある診療科で高度な医療を提供し、他の科ではかかりつけ医機能を果たしている医療機関が少なからずある。指定を病院単位にすると、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関が大きなダメージを受ける。医療過疎地域で大きな問題になると考えている。日本医師会も、このような医療機関に十分配慮するよう強く主張している。

このような外来機能は診療科ごとに判断するべきとの意見を踏まえ、診療科については「引き続き改善策を検討する」ことになった。



「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目（案）

○「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容について、「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況のデータ分析で仮に設定した、以下の診療報酬の外来の項目（案）を検討してはどうか。

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。（例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等）

- Kコード（手術）を算定
- Jコード（処置）のうちDPC入院で出来高算定できるもの（※1）を算定
  ※1：6000cm以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
- Lコード（麻酔）を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当した外来の受診を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード（検査）、Eコード（画像診断）、Jコード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの（※2）を算定
  ※2：脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード（手術）を算定
- Nコード（病理）を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

次のいずれかに該当した外来の受診を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- ~~ウイルス疾患指導料を算定~~
- ~~難病外来指導管理料を算定~~
- 診療情報提供料１を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

32/35

1.3.6「地域における協議の場」について

地域における協議の場は、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）の候補となる医療機関に対して、該当するかどうかを協議する場として機能する。

その会議体には、地域医療構想調整会議等の活用が考えられる。ただ、調整会議は、地域医療構想だけでなく、外来医療計画についても協議を行う場の候補に示されているため、各地域で調整会議がしっかり機能するよう地域でイニシアティブをとる必要がある。

協議の場の構成員については、地域医療構想における調整会議の役割は、病床機能の分化・連携であるので、病院長や病院関係者が中心となる。これに対し、地域における医療機能を重点的に使用する外来を考える際には、一般的な診療所等の開設者・管理者の方が、より適している。これらの構成員を工夫して調整会議に参加して、外来機能に関する意見を伝えていく必要がある。

また、調整会議で一方的にこの医療機関に該当するかどうかを「決定」することが懸念された。

日本医師会は、あくまで手挙げを基本とすることを改めて確認している。

最終的に、紹介受診重点医療機関に指定されるかどうかは、「医療機関の意向」、「医療資源を重点的に活用する外来に関する基準」、「地域の協議の場での確認」がそろった場合とされた。

また、地域における協議の場については、ある診療科を標榜する医療機関が１か所しかない地域で、その医療機関が指定されるで医療提供に支障をきたすような場合は、協議によって紹介受診重点医療機関から外せることとされた。

協議の結果は、「最終的に一致したものに限り、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表」される。

1.3.7「外来機能報告」制度、「基幹的に担う医療機関」について

外来機能報告について、その制度目的が全く見えないとの批判がある。

中小規模の病院がターゲットにされて、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）に指定されることに対して、インセンティブがないならば、手挙げする医療機関はないのではないか。ないのであれば何のためにこの制度を構築するのかという疑問がある。

また、該当する医療機関にとって、手挙げのメリット・デメリットが分からないのが問題であり、診療報酬による評価を各医療機関がどうとらえるかに左右される。

そして、協議の場でも合意形成できず、不調に終わることもあり得る。医師会としての進め方について検討していく必要がある。

基準のとらえ方によっては、整形外科が、主病を糖尿病とした患者に週2回のリハビリテーションを実施しても重点外来に該当するようになるのと指摘もあった。

さらに、病院の負担軽減が目的に挙げられているが、地方の小さな医療圏では、医師会の先生方より、病院にもかかりつけ医機能を持ってほしいと言われている。積極的に逆紹介をすることで、地域の医師会と良好な関係に立てている。選定療養で負担軽減を図るのではなく逆紹介を進めていけば問題ないという指摘があった。

紹介受診重点医療機関に指定されることに同意する・しないという選択は、最終的に各医療機関にあるので、無理に手挙げすることはないことを広く伝えていく。その結果、仕組みの前後で風景は変わらなかったというところに落ち着く可能性が十分にある。

2. 大型連休（年末年始）の地域の医療提供体制について

連休時は平日と較べて、医療機関やPCR検査機関の稼働が減る。

大型連休時においては、その影響がさらに大きくなる。このような場合でも、コロナ医療と通常医療を両立させるために、各地でどのような取組がなされているか。そして、取組の中で見えてきた課題は何か。これらを検討するため、令和2年の年末年始における各地の医療提供体制を提出し検討を行った。

検討に当たっては、地域を以下の3グループに分けた。

・「第1グループ（北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、京都府)」
・「第2グループ（茨城県、群馬県、静岡県、熊本県、広島県)」
・「第3グループ（福島県、新潟県、三重県、高知県、山形県)」

2.1 第1グループ(北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、京都府)

2.1.1 状況

・第1グループでは、多くの地域で病床のひっ迫が報告された。
・東京都：1月12日が入院患者のピークで3427人。準備病床4000床が満床になることを危惧。自宅療養者が9,442人、自宅待機が7,481人(1月18日)。
・北海道：感染者が16,329人。死亡者557人。道内179の市町村のうち69市町村で陽性者あり。
・埼玉県：1月26日、感染者4,611人、入院が860人強、宿泊療養が300室、自宅療養が3,100人、死亡が316人。確保病床の利用率は、東京都、神奈川県、千葉県とほぼ同様の60%。
・京都府：12月29日～1月3日の入院患者数は262人。重症患者14人～20人。新規陽性者は約100人／日。待機患者は12月29日380人から

546 人まで増加。病床の受入が十分でなかった。自宅待機中の 2 人が死亡。すぐに医療へアクセスさせることが課題。

・東京都：「コロナ・インフルエンザ Web」でリアルタイムに新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの状況をマップ状に表示。

→福島県では、同じような Map を作成しようとしたところ、保健所より個人情報の関係でストップがかかった。どのように克服されたか。

→本システムは、元々一部の地区医師会で始められていた「インフルエンザ情報ウェブ」に対して全都的に新型コロナウイルス感染症をマッピングできるように改修したものである。氏名などの個人情報は入力されておらず、個人情報保護の問題は生じない。一方、医療機関の所在地・患者の郵便番号などが入力されることから、患者住所地ベースのマップ、医療機関住所地ベースのマップが表示できる。

・東京都：在宅療養中の高齢者が感染した場合で入院できないときの対応を検討中。

・東京都：高齢者等の施設で感染者が出た際にいち早く支援するシステムについては、「高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生時の応援職員派遣事業」として、高齢者施設の職員が新型コロナウイルスの感染者または濃厚接触者となった場合、外部から応援職員を派遣する事業を行っている。

・北海道：年末年始そのものは自粛が効きやや減少傾向。夜間休日当番、年末年始の休日当番の患者さんの推移は、例年よりもやや減少。

・北海道：しかし年末年始の会合等を背景に 1 月 8 日から再び増加傾向。令和 3 年 1 月 5 日付け文書にて道内の医療機関に対し、「緊急事態対応における北海道医師会・病院団体等との連携協議会」名で新型コロナウイルス陽性患者や退院基準を満たした要介護者の入院受け入れ等について協力を要請。

・北海道：道が設置する各種会議には、北海道医師会から担当者を派遣。

・埼玉県：受入病床（1,278 床）、現在 867 人（67.8%）内、重症患者の受入病床（140）92 人（65.7%）。高齢者施設への感染防止の対策。従前はクラスター発生の際、コロナ対策チーム（COVMAT）で対応、現在は県職員が施設を巡回。

2.1.2 PCR 検査体制

・神奈川県：発熱診療予約センターでの電話予約成立率が 65%（予約成立 2,758／予約希望者 4,221）。
・神奈川県：年末年始 6 日間、茅ケ崎、相模原、横須賀での医師会立 PCR センターをフル稼働させた。
・福岡県：年末年始の PCR 検査について、民間検査会社が休業するとの話があったが、調整の結果稼働することになった。県内約 2,300 の PCR 検査センターすべてで特段問題なかった。
・埼玉県：PCR は 1 月 13 日前後が最高で 7,000 件/日（陽性率凡そ 6.1%）患者数 4,611 人（入院 860 人強、宿泊 300 人、自宅療養 3,100 人。(1 月 26 日)）。

2.1.3 年末・年始に対応する医療機関の公表

・埼玉県：診療・検査医療機関を公表。1,168。
・神奈川県：県内の発熱診療等医療機関（1,608（2020.12/9 11:00 時点））があり、年末年始は約 800 近い医療機関が協力の手挙げ。

2.1.4 入院コントロール

・神奈川県：入院判定スコアを導入。点数が低い方に関しては入院をさせなくても良いというもの、基準により機械的に判定するのではなく、目安の 1 つ。最終的には医師の判断による。導入前（入院率 20%）が導入後（10%）まで減少した。
新規発生患者のうち入院に至った人数は 11 月 25 日-12 月 1 日＝235 入院／1,234 発生＝19.1%　12 月 7 日-12 月 13 日＝134 入院／1,415 発生＝9.5%。
・京都府：「京都府医療コントロールチーム」が、病床のコントロールを実施。
・京都府：軽症だが悪化の可能性のある中等症・患者の健康観察を行ない、病床変化時の検査対応、例えば入院に限らず自宅療養中、あるいは宿泊

療養中の患者であっても外来で検査をして、その病状の評価ができる、そういう仕組みが必要ではないか。

2.1.5 病床ひっ迫

・神奈川県：自宅療養患者増加に伴いリスクが分散している状態。この問題を検討。重点医療機関にいる退院基準を満たした患者を、できるだけ速やかに下り搬送する。
・神奈川県：夜間や休日に新型コロナウイルス感染症重症患者を受け入れる入院医療機関がどうしても見つからないときに一時的（原則は一晩）に預かる「緊急酸素投与センター」を設立。
・京都府：今後、ハイリスク（高齢者、基礎疾患を持つ患者）の方は必ず指定医療機関で診察、現症とリスクの評価を実施することで医療への早期のアクセスを検討。
・京都府：病床ひっ迫を受け「患者の病状を評価するための外来」の設置を検討。
・京都府：宿泊療養中の患者は看護協会と医師会が経過観察を実施。「かかりつけ医」のいる患者は「かかりつけ医」が経過観察を実施。「かかりつけ医」がいない患者は、医師会と保健所で管理を実施。

2.1.6 軽症化患者の受入れ

・東京都：昨年 4 月時点で重症化受入医療機関のひっ迫と、軽症化した患者の受入先医療機関がないことが課題に挙がった。年末年始は、「意外とうまくいっている」という評価。転院支援システム（「帰りたい地域で、どこに引き受ける病院があるか」を見るためのシステム）を運用。
・神奈川県：新規患者増加に伴い 1 月 13 日に新型コロナウイルス感染症を診ている医療機関以外の非認定医療機関で『陽性』が出た場合でも、専門の医療機関では引き取れない。自院で療養継続してほしい趣旨の文書が県知事名で発出された。即応病床、実稼働の病床が 1,000 に満たない状況下の苦渋の決断。原因は、国の退院基準を満たした後も、戻る先がない「いわゆる下りコロナ」の問題。

・京都府：「下り搬送」をいかに行なうかが課題。

2.1.7 ワクチン接種

・神奈川県：県医師会で「第 2 回のコロナ調整会議」を開催する予定（2021 年 2～3 月 8 回開催、延出席者 335 人）。自宅療養者のモニタリング、高齢者施設への支援、ワクチン接種を医師会が中心になって実施していくことを協議する場。
・北海道：47 の郡市医師会長に説明。ワクチンの接種体制につき議論。
　1）近隣の開業医でそれぞれ週 1 回午後を休診にして対応。
　2）接種する医師を輪番制とすることや、医療従事者への接種を休日夜間急病センターで行なう。住民を 3 つのグループに分けて行う地域もある。
・北海道：国への要望。様々な地域事情を考慮の上、接種スケジュールを含めて地域に任せてもらいたい。また、ワクチン接種を行なうための休業補償があれば、全ての医療機関に協力をお願いしやすいのではないか。
・北海道：医療資源不足地域や感染症専門医がいない地域等でのワクチン副反応発生時の対応方法を事前に情報提供してほしい。

2.1.8 その他

・福岡県：軽症・無症状患者が療養する宿泊療養施設へ JMAT を派遣（延べ 600 名）
・福岡県：一般住民の方々に向けたチェック資料を作成。
　1）検査前の「緊急性の高い症状」「病歴・アレルギー等」のチェックリスト。
　2）どういう症状の方が入院する必要があるかを示すチェックシートを作成。
・福岡県：特に退院・退所基準。重症者は原則 10 日間経過観察、症状軽快 72 時間経過後に退所。無症状は基本的には 10 日間で退所ということを理解いただいている。

2.2 第２グループ（茨城県、群馬県、静岡県、熊本県、広島県）

2.2.1 状況

・茨城県：陽性者数は 4,600 人。（11/21～12/20 は 994。12/21～1/20 で 1,893 と倍増）入院者数 269 名。重症 17 名、中等症 125、軽症 127。
・静岡県：人口 370 万人。陽性患者数は大体毎日 50 人～80 人ぐらいで落ち着いていた。
・静岡県：当時、大体１週間の人口 10 万人当たりの感染者は数人～14・5 人ぐらい。病床の占拠率 30%～50%（県平均)。東部は医療提供体制が弱いため病床占有率が 60%をすぐ超える。そのため患者は中部、西部へ流れがちとなる。
・静岡県：開業医の先生方が発熱外来で対応していたが、実際は「１施設で数人診ているかどうか」のレベルであった。
・広島県：12 月中旬には１日に 100 人を超える状況。広島市は 12 月 31 日の入院患者が 1,471 名、病床占有率が７割、76.5%。１月７日まで約７割～8 割の病床占有率。
・群馬県：感染者数ではなく死亡者数が上がってきている。原因は、高齢者施設でのクラスター発生が多いため。
・熊本県：昨年７月下旬に２か所クラスターが発生。当時は発生源を追えたが、その後は追えない状況。
・茨城県：29 日～3 日で延べ 104 医療機関が対応。70.1%の受診者数。
・群馬県：県下の例として伊勢崎市を提示。日中は医師会病院と市民病院が対応。夜間は３つの病院が対応。
・静岡県：病床占有率は、東部で 65%超、西部、中部は 35%。宿泊療養者と自宅待機者は増えている。ただ現状として、大きな問題は起きていない。
・静岡県：変異株罹患者が１月に３名出た。しかしその後、地域レベルで当時広がってはいなかった。どこから入って来たのかは正確には不明。
・静岡県：保健所が年末年始に動いた方々のうち、濃厚接触者を見ていた。

・熊本県：10 万人当たりの感染者数は全国上位。年末年始は比較的感染者数が落ち着いていたが、1 月 7 日以降急激に増加したため、独自の緊急事態宣言を発令。
・広島県：広島県医師会は広島市医師会と共同記者会見を行ない、当県でも医療崩壊の危機が目前に迫っていることなどを説明。
・広島県：12 月 23 日に、県知事と県医師会長が共同で、「過度な診療控えが持病を悪化させること、適正な医療を受けることの必要性」と、発熱、または風邪の疑いを感じたら相談センターに相談を要請する緊急メッセージを発信。
・広島県：12 月 18 日、医療崩壊の懸念が現実味を帯びてきたため県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会と共同で、「広島県医療体制堅持宣言」を発表。
・広島県：自宅待機は 12 月 21 日が最多。現在では自宅待機がない状況。県の方針で、入院か宿泊療養施設で対応することとなった。

2.2.2 PCR 検査体制

・群馬県：県内に外国人が多いが、電話をしても「来ない」と言う。「もし『陽性』になったら会社に行けなくなるから」。「濃厚接触者当院検査の外国人割合」は、人口比率から見ると外国人は約 5 倍。
・広島県：1 月 10 日以後は県内で 5 カ所 PCR センターを設置して対応。12 月 11 日～12 月 17 日の 1 週間の人口 10 万人当たりの感染者数が 25 人。現在は診療・検査医療機関が県内で 719 医療機関。県下 5 か所の PCR センターとは別に PCR 検査を実施している医療機関が 1,063 ある。

2.2.3 年末・年始に対応する医療機関の公表

・特になし。

2.2.4 入院コントロール

・茨城県：県に入院調整本部を設置。自宅療養者に対して保健所がフォローしているが、マンパワー不足で作業がオーバーフローしている。

2.2.5 病床ひっ迫

・茨城県：重点協力医療機関が 410～、現在 558。病床は確保できている
・茨城県：「民間病院も新型コロナウイルス感染症に対応するように」という話が出ていた。200 床未満の中小病院は対応が困難。中小病院が無理に 1~2 人診ることは却ってリスクが高い。また、200 床以上または三次救急は相当診ている。400 床以上は、公立・公的とほぼ変わらない。
・群馬県：県行政から個別の病院に話が来る。1 月 27 日に新型コロナウイルス感染者の受入れ病床確保対策会議での提言「行政と対応するために協議会の設置を、都道府県・郡市区医師会や病院団体と協力して作るべき」が本県では機能していない。
・群馬県：病床確保の要請は当初何らの手当てもなかったが、その後支援を検討するとのこと。これを踏まえ病床確保に向けた再検討を依頼された。
・熊本県：地元「芦北」地域の状況。「クラスターが発生した高齢者施設への協力体制の構築」、「芦北」の感染受入病床は 20 床で委員の管理する医療機関。成育医療センターと精神疾患の療養施設でクラスターが発生。ほぼすべてを受け入れた結果、病床稼働率が 100%となった。
・熊本県：圏域別では県の中心地域で病床がひっ迫している。
・広島県：前掲の通り広島県が 1 月 7 日まで約 7 割～8 割（329 人）の病床占有率だった。確保病床数は増やしていったが 1 月 21 日現在で入院者数が 220 人、医療全体としてはかなり厳しい状態。そこで、100km 離れた福山市に医療搬送し病床確保に努めた。

2.2.6 軽症化患者の受入れ

・茨城県：新型コロナウイルス感染症の地域医療・介護連携推進会議において（急性期病院、回復期、慢性期、介護保険施設、老健・特養の団体まで含めてスタート）「下り搬送」対応を検討した。

・茨城県：急性期の病院は、新型コロナウイルス感染症の下り搬送ではなく、新型コロナウイルス感染症以外の患者の転院を至急お願いしたいとの要請が多い。医師会主導で実施中。
・静岡県：症状が治まって 2 週間近く経過しても、次の施設が患者を受け入れてくれない状況が多くあった。回復期の医療機関が患者の受け入れに消極的であったことから、公立・公的な中小規模のいわゆる自治体病院がその役割を少しずつ担っている。
・広島県：課題として、PCR 陰性化後の受け入れができるかどうかについてアンケートを実施。85/235 病院で新型コロナウイルス感染症患者を「受入れる」旨回答したが、やはり「中の体制がうまく取れない」等々、急性期の病院から後方病院への搬送が少し滞っている。
・広島県：もう一つの課題は、宿泊療養の場合の健康管理。地区医師会の先生方も実施。県が最初に簡単なトリアージを行うが、これが十分できていないまま宿泊療養に入れられるケースがあった。その点、地区医師会の先生から「不安を感じている」ことが挙げられた。

2.2.7 ワクチン接種

・茨城県：国立病院機構の病院が最優先。その後医療従事者向け約 9 万人、次いで高齢者が 84 万人の予定。84 万人の接種体制が目下の課題。県下の接種施設では足りないためサテライト施設や診療所へも依頼が必要だと思うが、ワクチンの性質上小分けできるのか懸念。

2.2.8 その他

・茨城県：宿泊療養は 2 カ所、水戸の赤十字病院と地元の医師会が対応。「医師会の先生がオンコール対応した上で、緊急時には自院で対応を、診療してくれないか」とのこと。委員のご意見を伺いたい。
・茨城県：要望。在宅や自院で新型コロナウイルス感染症の患者に対応した場合の報酬なり補助金がないか。
・群馬県：要望書 1 を全日病へ提出。自院のインフェクション・コントロール・ナースという非常に重要な人材を外に派遣した結果、自院が困ることになった。医療機関へ何らかの支援が必要。

・群馬県：要望書の 2 につき提出先は 1 と同様。外国人に対する医療。県下に「外国人の方が検査を受けずその結果蔓延している」ため対応が必要。
・群馬県：福祉施設へのクラスター対策のため県が「オンライン診療」を検討し始めた。
・静岡県：理事会や研修会などの開催について、県医師会として独自のマニュアルやチェック表を作成して感染症対策をしていた。
・静岡県：県は「病床を増やしてほしい」と要請してくるが、医療従事者がいなければ求められる機能は発揮できない。県医師会として、年明けに「静岡県医師バンク」を設立し、中高年の医師のみならず、若手の医師にも登録してもらい「必ず最後は静岡に戻って来いよ」というメッセージを送るような仕組みを作っている。
・熊本県：クラスター発生施設を調査したところ、移動自粛の要請にも拘わらず患者の家族が寝泊まりし発生した。県行政へしっかりとした指導を要請。
・熊本県：新型コロナウイルス感染症と透析。自院では、透析可能な新型コロナウイルス感染症対応病床を 2 床用意。1 人終了しても透析ネットワークでの調整、次の透析患者受入れを繰り返すため、透析を待つ患者の重症化率が高い。
・熊本県：「もはや救命できない」との判断があっても家族の希望で延命措置する事例が増えてきている。命の尊厳と他の助かる症例が後回しにされることのジレンマが大きい。
・熊本県：地域の基幹病院は、感染症の指定病院と災害医療の拠点病院が一緒になっている。救急搬送は断れずクラスター発生の危険と常に隣り合わせ。自己防衛のため PCR 検査を行おうとしたところ残 1 箱。基幹病院ならば、キットの手配等も考慮してほしい。

2.3 第３グループ（福島県、新潟県、三重県、高知県、山形県）

2.3.1 状況

・三重県：実際の郡市医師会の休日夜間応急診療所の患者数の比較（昨年比）をしたところ、12 月 29 日～1 月 3 日で 2.9%～18.7%と 2 割弱の受診者数。
・福島県：（東北 6 県の代表として各県に状況報告を依頼）各県とも、休日当番医の体制で患者数も少なかったせいか、概ね問題はなかった。
・三重県：1 月 25 日新規感染者数 24 人、その週の 10 万人当たりの感染者数が 12.7、感染不明率が約 20%。直近 1 週間の検査件数が 3,400、陽性率は約 6.8%。ただ、1 月から陽性者数は急増。トータル 2,024 人。陽性者数は 12.5 人／10 万人。（以上、新型コロナウイルス感染症対策協議会より）
・高知県：感染者及び患者の状況、12 月 29 日～1 月 3 日で、最少で 1 日 6 件、最多で 1 日 12 件。
・山形県：年末年始は、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症もなく穏やかだった。新潟。新潟県は比較的患者が少なく 1,000 名弱、死亡者 9 名。積極的疫学調査も実施できている。高齢者はすべて翌日入院ができている。
・福島県：年末に福島市でクラスター発生（病院）。市の先生方は苦労されたが、他は、通常の休日当番医体制で概ね対応できていた。
・三重県：年末の 12 月 28 日～1 月 3 日季節性インフルエンザの定点観察。上気道感染者が 390 人中、インフルエンザ疑い 9 人、検査後 0。同期間中新型コロナウイルス感染症陽性者 19 人。
・三重県：三重県下の医療情報センターの医療機関の案内件数は、昨年比 50%前後で推移。
・高知県：感染症指定医療機関、協力医療機関、宿泊療養施設を合わせて 297 床を確保。
・高知県：12 月に感染者が急増。精神科病院や介護施設でのクラスター発生が要因の一つ。

・高知県：県内の発生事例（590 名）の分析。感染経路不明が約 200 件。（特徴としては飲食、長時間の会話等が多い印象）
・高知県：第 1 波、第 2 波では感染者数は多くなかった。しかし第 3 波では急激に増加した。12 月 24 日に県の医師会長と感染症の担当理事が緊急記者発表を実施。その後発生者数は漸減した。
・高知県：県医師会は、県の健康対策課の課長と毎週協議、情報共有している。
・新潟県：2020 年 4 月から県医療調整本部に患者受け入れ調整センター（PCC：Patient Coordination Center）を置いて、県内発生状況を一元的に把握し 365 日入院調整対応をしている。2021 年 6 月から重症者受入病院、軽症・中等症受入病院、医師会、行政が重症部会、中等症部会ごとに毎週 Web 会議を開いて情報共有している。入院状況は HER-SYS よりもリアルタイムに把握できる、県独自の病床稼働モニタリングシステム（ReMON）を稼働して好評である。

2.3.2 PCR 検査体制

・高知県：かかりつけ医が PCR 検査をできる体制構築を採る。現在 6 二次医療圏、28 市町村、211 医療機関が対応。
・福島県：課題。抗原検査・PCR 検査どちらをファーストチョイスすればいいか。（医師の判断でいいのか）
→（後述「抗原検査と PCR 検査の使い分けについて」を参照）
・新潟県：県大規模検査センターが 3 か所（2021 年 10 月から 4 か所目）365 日体制で運営されている。

2.3.3 年末・年始に対応する医療機関の公表

・高知県：県の HP に公表する形で検査協力医療機関を県民に提示。

2.3.4 入院コントロール

・新潟県：介護施設でクラスターが発生。県に医療調整本部を立ち上げている。新潟 DMAT が中心となり 365 日体制で、一元的に全県下の入院調整（患者受け入れ調整センター：Patient Coordination Center）を実

施。また、医療調整本部へは、透析、産科、精神科、感染管理からリエゾンを派遣。相談できる状況・ネットワークがあるため、施設クラスターが発生しても、全県対応で協力が得られ、すぐに収められている。

・高知県：当初は「陽性が確認されたら感染症指定医療機関に入院」というシステムだった。しかし 12 月初旬に一時的に感染症指定病院の病床がひっ迫したため、医師会の提言により、直接「陽性」がわかった時点で宿泊療養施設に入居できる体制を構築した。これにより指定病院の負担が軽減。また自宅待機者もほぼいなくなった。

・山形県：現在グループホームのクラスターの発生等の課題について、県と情報交換しながら対応にあたっている。

2.3.5 病床ひっ迫

・福島県：地域医療構想における再検証対象医療機関（町立三春病院：病床 80 床、看護師 35～6 人程）による新型コロナウイルス感染症対応が目立った。これまで 10 例の新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている。また一般の患者も、PCR 検査で陰性確認後、入院を受け入れている。

・福島県：（岩手）地域によっては、体制を整備できず、県立の中核病院が対応する日もあった。

・新潟県：重点医療施設以外の受入れについて、各病院へ直に話をしながらご理解をいただいている。受入れの施設は増えており、スムーズに回っている

・新潟県：第 4 波までは多いときで登録病床の 30%程度だったが、第 5 波で 50%まで利用率が上昇した。他にも受入を許諾いただいている病床があるため、まだ余裕がある。当初自宅療養の患者は、小さいお子さんのご家族、障害者で施設では安定しない方等に限られていたが、第 5 波では軽症者や低リスク者は自宅療養となり、8 月下旬に 900 名まで急増した。

2.3.6 軽症化患者の受入れ

・福島県：課題。クラスター発生の際、中等症の患者をある病院が引受けた、10 日後「戻してほしい」との要請があった。しかし、検査は「陽性」。この場合の対応方針を明示してほしい。

→2020/8/7 発出の事務連絡「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」に関するＱ＆Ａについて（その８）」より。

【Ⅰ 主に一般の方等向け】のＱ１２において

症状のある方（有症状者）の場合は、①又は②のいずれかを満たす場合で、①発症日から 10 日間経過し、かつ、症状軽快後 72 時間経過した場合、②発症日から 10 日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後に２回連続で PCR 等の結果が陰性の場合、退院基準を満たす。10 日後の検査で再度陽性の場合、①、②に該当しないため、在宅療養の解除基準を満たしていない。

・山形県：いわゆる退院基準が 2 つあるが県下の新型コロナウイルス感染症に対応している医療機関はほぼ、①「臨床症状が 72 時間以上改善していれば、発症から 10 日で退院可能、その際 PCR 検査は不要」とのルール（10 days ルール）に従っている。しかし、「『PCR 陰性』を証明してくれないと受け入れない」という病院が非常に多い。

2.3.7 ワクチン接種

・福島県：ワクチン接種について、委員の参加する勉強会（医師のみ）では 12 名中 3 名が即接種する。他は接種状況を見ながら対応を決めたいとのこと。

・新潟県：県医療調整本部のワクチン班が市町村ごとの接種進捗状況を把握し、ワクチン配分を調整してくれた。遅れのある大都市部等には、県が大規模接種会場を設置し、遅れを調節したので、県内に不協和音は生じにくい状況である。

2.3.8 その他

・福島県（秋田県）：課題。今後も新型コロナウイルス感染症が収束しない場合は 4 月と 5 月のゴールデンウィークでも同じような問題が発生する可能性があり、それも念頭において早めに対応しておく必要がある。発熱外来ができる、できない病院・施設での役割の評価をしっかりして欲しい。
・福島県（秋田県）：要望。患者の重症度スコア化（神奈川）モデルは全国に広めて欲しい。退院規準を再検討して欲しい（安定している患者、重症患者を扱う病院から、それ以外の病院へ１０日で転院させる等）・アフターコロナの地域医療構想・パンデミックや災害時のオンライン診療や、新型コロナウイルス感染症の専門病院、ＰＣＲ検査センターの新設。
・福島県（山形県）：要望。新興感染症発生という有事を考慮した地域医療構想を検討・多くの診療科が当番医となる公的な休日夜間診療所の新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ同時流行期における検査、治療の在り方、発生届け出等の事務作業体制について。
・新型コロナウイルス感染症患者の入退院調整に関する地域医療連携推進法人の取り組みについて。
・福島県：課題。クラスターの発生があった地域で保健所が各診療所に報告をしなかったため、同地域の医師が当該患者を診察した。そのため医師は「濃厚接触者」に該当し、一時閉院せざるを得なくなった。
・福島県：課題。県外から移送がある病院で、地域の先生方は全く知らされていなかった。
・新潟県：特定非営利活動法人（在宅医療）全国連携実務者ネットワークとその活動の紹介。医師会でも支援願いたい旨報告。
・三重県：第 3 波発生時に施設でクラスターが発生。外国人コミュニティからの発生件数が少なくなかった。感染経路不明率は大体 20%。
・高知県：課題。年末年始は比較的手厚く検査協力医療機関が協力してくれたが、日曜祝日の一般的な休日在宅当番医において、「検査協力医療機関ではない当番医が当番の場合にどうするか」が課題。

2.4 その他

2.4.1 大学病院からの提言

・岡山県も年末年始から 1 月にかけて病床がひっ迫したが、現在は落ち着いてきている。
・コロナ禍における大学病院の役割は、１つは重症患者を受け入れること。
・しかし ECMO を 3 台体制にすると人員を多く割き、手術を減らさざるを得なくなる。外科系の診療科長より手術の待機患者が増えていくことへの疑問も呈された。
・大学病院もコロナのためだけにあるものではない。しかし、コロナの重症患者を前にすると ECMO を回さざるを得ない。どこかで「トリアージ」が必要。しかし「基準がない」ことが大きな課題。
・もう 1 つは「ネットワーク」の問題。大学病院も県内の急性期の 9 病院の Web の会議を毎週開催している。この効果は大きくコロナの診療に消極だった病院も次第に診てくれるようになった。
・大学病院も医師会の先生方と情報共有をしながらコロナ診療にあたりかつ通常診療も質を落とさないようにしたい。

2.4.2 抗原検査と PCR 検査の使い分けについて

・診療・検査医療機関は主に抗原検査を優先して実施した。インフルエンザの流行期に重なるこの時期、早く結果を得る必要があるため。
・抗原検査には「抗原定量検査」と「抗原定性検査」の二つがある。抗原定性検査がいわゆる迅速検査とされている。しかし「擬陽性も偽陰性も両方出る」ため無条件での使用は留意が必要。２、３日前「感染拡大地域により介護施設等で大量の人がいる場合は使ってもやむを得ない」となった。
・県医師会の指導として、抗原定性検査はあまり使わないでほしいとした。始めから PCR 検査から始めてほしいとしている。抗原定性で「陽性」であっても蛋白質の変性で「＋」に出ることもあれば、「－」にも出ることもある。PCR 検査で「－」だが、抗原定性で「陽性」になることも

あるため。同様に、抗原定性検査を実施して「陽性」が出ても、もう一回 PCR 検査を実施するよう指示が来ている。

・抗原定性検査を実施し「陽性」なら PCR 検査をやるほうがふさわしいケースが多いので、PCR を実施することとしている県もある。

・「抗原定量検査に関しては、PCR と臨床的意義は同じである」という論文がある。抗原定量検査の利点は、1 度に 10～20 人実施でき、約 40 分で結果が出る。ほぼ PCR と同じくらいの臨床的意義があるというので有用だと思っている。また LAMP 法は 15 分。救急医療においては LAMP 法が良いと思う。

3. 新型コロナウイルス感染症における自宅療養に対する支援のあり方について

3.1 第 1 グループ（北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、京都府）

3.1.1 状況

・神奈川県：陽性患者をスコアリングして、ある程度症状が重い方（点数が 5 点以上）のみ入院を絞るという方策を実施。第 3 波を何とか乗り切れた。

・埼玉県：患者数 1,586 名、入院患者は 461 名、重症者は 32 名で、病床のひっ迫率は、入院患者は 30%、重症者は 16%。自宅療養者は 457 名。

・北海道：昨年の 12 月 10 日に、自宅で 482 名。変異株の増加により自宅で経過観察してきた患者の容体急変事例が増加。特徴として、呼吸困難の愁訴少なく、全身倦怠感、あるいは筋肉痛、食欲不振で急速に症状が悪化。

・北海道：これを踏まえ、自宅療養は危険と考え、宿泊療養に切り替えるよう進めている。

・福岡県：医療機関または宿泊療養施設が空くまで自宅待機をしていただく。基本的には数時間から数日のうちに宿泊療養施設へ移動する。

・福岡県：病院は現在 770 床、今後もっと病床を増やすことなると予想される。中等症から軽症の方の受入れの病院として、地域医療支援病院へ要請する。
・福岡県：宿泊療養施設は現在、1,400 室の部屋を確保。ここを病床としてみなしてほしいという要請をしている。

3.1.2 体制

・神奈川県：「地域療養の神奈川モデル」として、神奈川県藤沢市、鎌倉市で実施。自宅療養者は 1,000 人単位のサポートをする体制。訪問看護ステーションが中心となり、自宅療養患者をフォローする。地元の医師会の先生方が助言し、必要に応じてオンライン診療や入院調整を行う。
・埼玉県：県医師会より、各郡市医師会長に、1 月 28 日付で協力要請文書を発出。自宅療養者または、陽性の濃厚接触者へのフォローアップを依頼した。（他に Her-sys 入力、診療・検査医療機関において、陽性者が出た場合には、家族も検査すること）
・埼玉県：ある医師会で 22 の医療機関が協力することを表明。退院後だけではなく、自宅療養中も診る。
・北海道：自宅療養の対象となる患者の基準につき、札幌市で独自に、1）50 歳以下の無症状者で単身の方、2）自炊や配食サービスが活用できる方とした。
・北海道：患者に対しスマホを使った観察ツール（ソフトウェア）を開発・頒布。管理者は保健所。全ての自宅療養患者と連絡できるようにした。
・京都府：年末年始に自宅療養患者が 2 名亡くなった反省を踏まえ、「陽性の判明から回復後の転院までを一貫して実施」「コロナ回復後、継続して加療等が必要な方のための療養支援を拡充」「自宅療養者に対する医療的介入の強化」を決めた。その背景には、できるだけ自宅療養とし、病床を空けることもある。
・京都府：病床の確保と管理を入院医療コントロールセンターで一元管理。陽性者は、コントロールセンターで入院、宿泊療養施設、自宅療養を振

り分け。宿泊療養は看護師による 24 時間健康観察と医師会の医師による毎日の施設巡回、健康状態確認。自宅療養は保健所による健康観察。

・京都府：特に重症化、症状の悪化が懸念される患者は、かかりつけ医が支援することを計画。府の医師会で、健康観察チームを募り実施。

・京都府：自宅療養患者は、10 日間何もしてもらえないことに不安を感じている。そのため、陽性者外来を設置。予め陽性者を受け入れる病院を指定し、医師が必要と感じたときに、すぐ医療にアクセスできるようにした。必要に応じて再度コントロールセンターに回すこともある。

・京都府：陽性者外来は、毎日パルスオキシメーター、体温計を通して、38 度以上の高熱、あるいは CO2 の低下が見られた場合、すみやかに陽性者外来に受診できるようにしている。

・京都府：在宅から動けない要介護度の高い高齢者については、訪問診療チームが居宅まで行って、診察、点滴、あるいは酸素療法等が行えるようなチームも立ち上げている。

・東京都：保健所の健康観察を補う役割として、フォローアップセンターを開設。健康観察アプリ（LINE を使ったチャットボット）、電話による 24 時間対応。また、食料品の配送を実施。

・福岡県：自宅療養は基本的には、ほとんどゼロにしたいと考えているが、100 人ぐらい自宅療養中。

・福岡県：北九州では 20 の診療所の先生が自宅療養患者を診ることに手上げ（訪問診療、オンライン診療、訪問看護師の派遣）で対応。結構スムーズに運営されていたので福岡市でも一部取り入れることを考えている。

3.1.3 課題

・神奈川県：「神奈川モデル」について、訪問看護ステーションをどのように説得されたか。

→神奈川県も同様に訪問看護ステーションから訪問看護は不要不急で制限できるものではないので、通常業務に追加しての協力は厳しいとの回答があった。地元とは関係がない広域事業者の訪問看護ステー

ションが中心となって実施している。藤沢等ではこの仕組みで開始したということ。

・神奈川県：事業に対する財政的支援、補助、支援はあるか。

→人件費、それから消耗品費や通信費が、かなりしっかりサポートされている。訪問看護ステーション、バックアップする医師会に入っている。

・埼玉県：PCR 検査を行った陽性患者が、入院なのか自宅療養なのかについて保健所と情報共有できていない、お互いの協力のため今後はその辺も共有することを話した。

・埼玉県：全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配布したのか。また、オンライン診療のためのタブレットについては配布しているか？

→パルスオキシメーターは配布しているが、タブレットは配布していない。患者のスマートフォンで連絡する。

・京都府：陽性者外来と訪問診療チームは、どういう医療機関が実施しているのか。

→手挙げいただいた 6 圏域 24 病院（民間病院）が担当。感染防護策を周知した上で実施。訪問診療チームは、在宅を専門としている診療所の先生方が実施。

・京都府：民間病院は、新型コロナの入院を受けていないような中小病院が中心か。

→陽性者外来については入院とは切り離して考えている。

・東京都：保健所の業務がひっ迫している。保健所とフォローアップセンターを支援するため、東京都と東京都医師会と地区医師会による支援体制の構築を検討。都から平日休日を含め 24 時間支援（電話、オンライン診療、特に往診）してほしいとの要請あり。

・東京都：各地区医師会への意向調査の結果、往診も含めて 24 時間、平日休日も対応するのは非常に厳しいという意見。条件付きで可能との回答は 62%。特に夜間の往診がやはり厳しいため別途検討。

→都にある往診専門医療機関、夜間の往診専門医療機関と提携して、昼間は地区医師会、夜間の往診が必要なときはそこに頼むことを想定。

3.2 第２グループ（茨城県、群馬県、静岡県、熊本県、広島県）

3.2.1 状況

・茨城県：自宅療養のピークは 1 月 17 日の 473 名（第 3 波時)。現在は、第 4 波に向けた準備。（約 120 名）
・茨城県：郡市区医師会へ協力等調査を実施（871／1,413：回答／対象医療機関)。 I 可能：341 医療機関。 II 対象可能患者（全患者：32、自院のかかりつけ患者のみ 257、自院＋他院 2、自院＋かかりつけ医を持っていない患者：50)、III確認方法（電話：337、FAX：115、メール：71、その他：24）
・茨城県：医師会は県から「地域ケア推進センター事業（在宅医療、地域リハビリ、自立支援介護予防を実施)」を受託している。新型コロナの自宅療養の在宅医療・介護・看護につき市町村ごとにどのぐらいチームを組めるか調査。40 在宅医療チームに対し対応が可能か追加調査予定。
・静岡県：毎日の新規感染が 3~40 人。入院が 50 人。病床可動・占有率は 20%台。宿泊療養施設 5~60 人、自宅療養 60~80 弱。ピークの 12 月､1 月は自宅療養が 500~600 人。
・熊本県：自宅療養の明確な基準というのは作っていなかった。
・熊本県：1 月に以降病床利用率が高くなってきたため、自宅療養の新たな基準をチャート化。（県の療養支援センターにて、看護師が常駐して電話対応する体制を整えたが、まだ利用はない）
・熊本県：自宅療養は、特殊な例との扱い。精神病棟などでクラスターが発生したときに自宅で隔離した程度。
・広島県：入院または宿泊療養が原則。現在の感染者数は、延べ約 5,200。自宅療養は（入院までの間、または入院余力がない場合）約 1,500 人。在宅療養者の殆どは、保健所の対応。毎日健康状態をチェックしている。
・広島県：自宅療養マニュアルを令和 2 年 6 月に初版を作成。マニュアルをベースに地域性を踏まえて一部修正。
・広島県：自宅療養感染者には、自宅療養のしおりを渡し、希望者には、10 日間の食料品や日用品の提供やパルスオキシメーターを渡している。

3.2.2 対応

・茨城県：地域ケア推進センター事業に基づくチームの実働はまだ。通常の自宅療養の健康フォローアップ事業は、看護師、事業者に委託。それ以上の対応が必要な場合、医師会へ依頼するとのこと。
・静岡県：県医師会としての自宅療養者対応のモデル化は現在のところない。
・静岡県：基本的には保健所が対応していた。必要に応じて、宿泊療養施設、自宅療養の患者が医療機関に搬送され入院している状況にある。
・静岡県：静岡市医師会が、保健所事業をサポートする形で静岡市医師会・清水医師会の医師が自宅療養者をフォローする仕組みを作った。但し、当初はほとんど動いていなかった。

3.2.3 課題

・広島県：かかりつけ医と保健所との間で十分な情報共有ができてない。県医師会は県内 22 の地区医師会にアンケート調査を実施したが、自宅療養者の健康管理を保健所と連携している報告がない。その対応を考えなければいけない。

3.3 第３グループ（福島県、新潟県、三重県、高知県、山形県）

3.3.1 状況

・新潟県：成人の自宅療養者は、全県下で今まで 20～30 人程度。
・山形県：3 月 23 日時点で自宅療養者数は、7 名。これが 1 週間で 152 名と激増した。
・山形県：（県からの要請１）県経由で各病院から、自宅療養の対応は、地区医師会で実施してほしいとの要請があった。
・山形県：（県からの要請２）陽性と判定されながら診察が受けられない患者の中で、無症状や軽症者を地区医師会で見てほしいとの要請があった。

・高知県：陽性患者全員を入院もしくは宿泊療養施設に入所させるとの方針だが、2021 年 4 月現在の処、自宅療養の実績がない。
・高知県：自宅療養のしおりを作成。
・高知県：自宅療養のためのシステム構築を作らねばいけないとの認識のもと、県と高知県医師会とで急ぎ、会議を開始しようとしている。
・三重県：第 3 波の三重県のピーク時、病棟利用率が 70%、入院調整を必要とする人が感染者全体の 40%。
・三重県：自宅療養とする患者はほぼいなかった。（親が陽性で子供の世話が必要なケースや外国籍の方、言葉や生活習慣等が異なるため、入院や宿泊療養が困難である患者が数例あった。）
・福島県：自宅療養あるいは在宅療養は勧めない。県医師会に、自宅療養者を見るような要請はまだ来ていない。

3.3.2 対応

・新潟県：政令市と県の 2 元管理は難しいので、県に一本化して、医療調整本部を設置。本部内の統括 DMAT とロジスティクスチームが振り分けることとした。
・新潟県：自宅療養は小児が対象。小児のリエゾンが入っている。成人は原則入院。対応は二次医療圏内の基幹病院で実施。
・新潟県：成人の場合、県医師会（担当理事の先生 1 人）が担当。パルスオキシメーターを持って、スマホで連絡をしながら、自宅で相談・診療をする。
・山形県：無症状や軽症者を地区医師会への経過観察、診療について、県医師会 51 の医療機関が手挙げした。
・山形県：診察方法は電話診察とした。電話診療の場合オンラインの診察の研修受講が不要。診察、相談、投薬を行う。投薬発生に伴い県の薬剤師会を通して薬局を確保している。
・三重県：入院先、宿泊療養施設、自宅療養等の振り分けは県の対策本部で実施。

3.3.3 課題

・まん延防止等重点措置の区域に含まれなかったことでデメリットはなかったか。
　→山形市と寒河江市に、県独自の緊急非常事態宣言を 2 週間前に出したところ、特に寒河江市は、地域性や風評被害を恐れたこともあったのか、時短営業ではなく、ほぼ臨時休業している。ここで、さらに「まん延防止等の特別重点措置を行う必要は、ないのではないか」という認識。なお、寒河江市は先週宣言解除、山形市は、あと 2 週間継続。
・福島県：県立医大の先生から在宅療養を是非行うべきという話があった。
　→今後県医師会として検討していく予定。
・福島県：入院や宿泊療養で対応できなくなった場合、あふれた患者を、自宅療養で見ざるを得なくなったときにどうするか。
　→電話診療・オンライン診療のような非接触型診療が 1 策、本当に病床ひっ迫した場合に、往診せざるを得ないような状況になったときの体制構築が必要。

3.4 その他

・変異株の割合が増加。現状約 6 割。重症化するスピードが速い印象。従来型が 7～10 日間だが、5 日目ほどから急に悪くなる。人工呼吸器につながる期間が長期化。
・変異型 N501Y が感染している地域で、症状がこれまでとは違うとか、重症化搬送のケースが増えた等の地域はほかにあるか？
　→東京都の変異株は、3 月 28 日までの 1 週間が 3%で、4 月 4 日までの 1 週間が 10%、今週が 28%と検査率が急増。
　→日本医師会：変異株患者が増えている。厚生労働省から原則入院対応との通知が来たが、退院基準は、従来株も変異株も同様。
・ゴールデンウィークのときの対応をどうするか（在宅療養、PCR 検査体制等）検討している地域はあるか？

→新潟県は、病院側に対し、自宅療養からの入院を受け入れるよう、各地域に指示が出ている。

→年末年始に準じて考える。診療・検査医療機関で対応できるところを調査中。

・自宅療養の支援に対して新型コロナウイルス感染症 JMAT は適用できるか？

→COVID-19 JMAT の枠組みは、医師がいるチームは適用可能。

・ワクチンが一番の「保険」だと思う。静岡では中小規模の病院の先生方、医療従事者、開業医はまだ打てていない。ワクチンの到着も延期になった。

→住民接種用のワクチンを医療従事者が先にワクチン接種することも認められている。

→各郡市医師会に連絡して、4 月の最終週に手挙げをしていただいた開業医の先生に対し全員ワクチンを打てるよう確保している。

・コロナ患者に対応していない大規模な病院にワクチン供給が優先されている。これはおかしいと思う。各県の状況はどのようなものか？

→埼玉県でも大病院から始まり、連携病院、基本型と連携病院があり、今大病院から連携病院まで回りだしたところ。診療・検査医療機関で PCR 検査等をしているところも、打ち始めている。来週（2021.4 下旬）には、医師会員にも回っていく予定。

→県の采配もあるが、医師会が声を届けていかないといけない。

地 域 医 療 対 策 委 員 会

報告書（別冊）

新型コロナウイルス感染症時代における地域医療構想について

～第５波を迎えて～

令和４年４月

日　本　医　師　会

地域医療対策委員会

目次

第 5 波を迎えて....1
1. 北海道....1
1.1 状況....1
1.1.1 第 1 波～4 波の状況を踏まえ第 5 波到来までに行った取り組み等....1
1.1.2 第 5 波の状況....3
1.2 対応....4
1.3 第 5 波による課題....6
2. 山形県....7
2.1 第 5 波中のクラスター総数とクラスター感染者総数....7
2.2 第 5 波中の小中高校大学の各クラスター数と感染者数及び推定原因....7
2.3 第 5 波中の宿泊療養者総数、1 日最大宿泊療養者数、宿泊療養中に入院となった感染者数....7
2.4 第 5 波中の自宅療養者総数。自宅療養中に入院となった感染者数....8
2.5 第 4 波に比較して第 5 波の特徴....8
2.6 第 5 波の主な変異株。第 5 波に見られた変異株の種類と占める割合....8
2.7 自宅療養者の対応....8
3. 福島県（東北ブロック）....10
3.1 医療体制の逼迫状況....10
3.2 宿泊療養、在宅療養の規模....13
3.3 県側と医師会側のそれぞれの対応等....13
3.4 第 6 波への対応....15
3.5 その他....20
4. 茨城県....22
4.1 茨城県の状況....22
4.2 県行政の対応....25
4.3 茨城県医師会の対応....27
4.3.1 概要....27
4.3.2 茨城県における新型コロナウイルス感染症の自宅療養者へのフォローアップに関する調査....28
4.4 陽性患者に対するメディカルチェック実施支援....33
5. 埼玉県....39

5.1 状況 39
5.2 対応 39
5.3 課題 40
6. 東京都 42
6.1 新型コロナウイルス感染症第 5 波の状況 42
6.2 新型コロナウイルス感染症第 5 波に向けた対策 47
6.2.1 47
6.2.2 宿泊療養 47
6.2.3 入院調整 47
6.2.4 転院支援 47
6.2.5 自宅療養フォローアップセンター 48
6.2.6 地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業 48
6.2.7 高齢者医療介護支援 49
6.2.9 東京都医師会「コロナ・インフルエンザＷｅｂ」 50
6.2.10 新型コロナワクチン職域接種の推進（東京ワクチンチーム TVT） 50
6.2.11 東京コロナパス 51
6.3 新型コロナウイルス感染症第 5 波、感染急拡大への対応 51
6.3.1 酸素・医療提供ステーションの設置 52
6.3.2 医療機能を強化した宿泊療養施設「TOKYO 入院待機ステーション」の開設 52
6.3.3 自宅療養者、入院待機者へのフォロー体制の強化 53
6.3.4 オンライン診療システムを活用した遠隔診療 53
6.3.5 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 16 条の 2 第 1 項に基づく協力要請 53
6.3.6 診療・検査医療機関の公表、 54
6.4 新型コロナウイルス感染症第 6 波に向けた課題 54
6.4.1 病床の確保、入院・転退院の促進 55
6.4.2 宿泊療養施設について 55
6.4.3 診療・検査医療機関による健康観察等支援事業 55
6.3.4 自宅療養者等に対する医療支援体制の強化・拡充 56
6.5 感染症医療と通常医療、地域での医療連携と役割分担について 56

7. 神奈川県 57
7.1 第 5 波以前 57
7.2 第 5 波直前（オリンピック対応） 57
7.3 第 5 波到来 57
7.4 神奈川県の体制 58
7.5 第 6 波に向けて 60
8. 新潟県 61
8.1 状況 61
8.2 対応 63
8.3 課題 67
9. 静岡県 69
9.1 第 5 波の状況 69
9.2 対応 69
9.3 課題 70
10. 三重県 71
10.1 感染者の発生状況 71
10.2 新規感染者数の推移 72
10.3 第 4 波との比較 74
10.4 県内におけるクラスター発生状況 76
10.5 ワクチン接種歴と重症化等の状況 77
10.6 外国人関係の感染者の割合 78
10.7 第 5 波における三重県・政府モニタリング指標 79
10.8 今後に向けた対策について 80
11. 京都府 84
11.1 医療体制の考え方 84
11.2 入院医療コントロールセンター 84
11.3 ワクチンの効果 86
11.4 医療水準の均てん化 86
11.5 中和抗体薬の登場 86
11.6 まとめ 87

12. 広島県 88
12.1 広島県における第 5 波の概要 88
12.2 第 5 波におけるでき事（時系列） 89
12.3 確保病床数について 90
12.4 宿泊療養施設について 90
12.5 臨時の医療施設（酸素センター）について 90
12.6 自宅療養患者に対する医療の提供 90
12.7 保健所業務の一部引き受け 92
13. 高知県 93
13.1 状況 93
13.2 対応 95
13.3 課題 101
14. 福岡県 103
14.1 状況 103
14.2 対応 103
15. 熊本県 105
15.1 第 5 波における状況 105
15.2 第 6 波への対応 105
15.3 ワクチン対策 105
15.4 後方支援病院等対策 106
15.5 宿泊療養等対策 106
15.6 医療体制等対策 106
15.7 政令市連携対策 106
15.8 課題 106

第 5 波を迎えて

2021 年 7 月から 10 月にかけて、新型コロナウイルス感染症の第 5 波が猛威を振るい、医療提供体制への影響という点で 2022 年 1 月時点で過去最大の流行となった。

この別冊は、第 5 波における地域医療提供体制の逼迫の状況、そして医療崩壊を防いだ様々な対応について記録に残すため、本委員会委員の所属する各地の状況と対応について取りまとめたものである。

1. 北海道
新型コロナウイルス感染症「第 5 波」を迎えて

【概要】

- 状況：1 日の(最大)新規陽性者数 595 人(8/18)。(最大)療養者数最大 5,144 人、(最大)入院者数 989 人、(最大)自宅療養者 4,145 人。60 代以上割合が低下、10～30 代の割合が増加。最大入院患者数は 989 人、病床使用率 49.6%。
- 対応：入院待機ステーション設置(2 か所)。自宅療養の体制構築(道庁)、パルスオキシメーターを貸与。発熱外来対応医療機関を拡充。宿泊療養施設を 9 施設設置。北海道大学病院妊婦専門の感染症病床を構築。
- 課題：入院待機者の急増と死亡者の発生。自宅療養者の健康観察のための保健所機能等の強化及び維持。自宅療養者への治療体制や入院調整の体制整備。転退院調整を効果的に実施するための情報共有体制。平時の医療提供体制との両立。

1.1 状況

1.1.1 第 1 波～4 波の状況を踏まえ第 5 波到来までに行った取り組み等

- 札幌医科大学が民間企業と開発した「COVID チェイサー（入院患者の受入状況をリアルタイムで情報共有するシステム)」を 2020 年 5 月から札幌市内で稼働。2020 年 12 月には道内全域で稼働。各地域において入院調整が効率化された。

- 健康状態管理アプリ「こびまる」（患者が入力した情報を健康状態別に色分けして地図上に表示するアプリ）を札幌市が 2020 年 5 月から運用開始。宿泊療養者および自宅療養者の健康状態を地図上で簡単に視認できるようになり、コロナ陽性者の状況確認が効率化された。

- 2020 年 11 月 12 日、北海道医師会と札幌市医師会が共同記者会見を開き、北海道民に対して医療崩壊の危機とともに感染対策の徹底を訴えた。

● 「緊急事態対応における北海道医師会・病院団体等との連携協議会（道内医療関係11団体で構成）」が北海道知事に対してGoToキャンペーンの見直しを求め、2020年11月30日に要望書を提出。

● 2021年1月5日、「緊急事態対応における北海道医師会・病院団体等との連携協議会」から道内各医療機関院長宛に新型コロナウイルス感染症に関する協力要請文（新型コロナウイルス感染症患者の受け入れや濃厚接触者への対応、人的応援など）を発出。

● 2021年5月5日、北海道・札幌市・北海道医師会を含む医療関係6団体が共同で「札幌市医療非常事態宣言」を発出。

● 2021年5月16日、札幌市が入院待機ステーションを1ヵ所設置（札幌医科大学の医師が対応）。

● 2021年5月24日、札幌市がワクチン集団接種会場2ヵ所（札幌エルプラザ内・札幌パークホテル内）を開設し、高齢者向け優先接種を開始。（6月21日に3ヵ所目（札幌市医師会館内）、同月22日には4ヵ所目（札幌コンベンションセンター）を開設し、集団接種を開始。）

● 主に在宅医療に取り組んでいる札幌市医師会員が自宅・宿泊療養者への対応として電話での安否確認や薬の処方、酸素投与、訪問看護ステーションへの引継ぎ等を実施。

● 発熱外来対応医療機関を814施設（うち札幌市は292施設）確保。

● 宿泊療養施設を9施設（うち札幌市は3施設）確保。また、三次医療圏毎に宿泊療養施設を1施設以上確保した。

● 必要に応じて自宅療養者にパルスオキシメーターを貸与（札幌市は40代以上限定）。

● 2021年6月19日、北海道庁が札幌市内に「北海道ワクチン接種センター」（ホテルエミシア札幌内）を開設。札幌市のほか近隣市町の高齢者を主な対象とし、ワクチン接種を開始。

1.1.2 第５波の状況

	第４波(最大値)	第５波(最大値)
新規陽性者数	727	595
療養者数	8，508	5，144
入院者数	1，113	989
宿泊療養者数	601	751
自宅療養者数	7，090	4，145
確保病床数	1，809	2，088
確保居室数	2，055	2，385

１日の最大新規感染者数は 595 名（2021 年 8 月 18 日）で第 4 波の 727 人より低い波で抑えることができた。ワクチン接種が進んだ 60 代以上の新規感染数が減少し、10 代及び 20～30 代の割合より低くなった（図 1～2）。

図１　北海道知事定例記者会見資料より（2021.9.29）

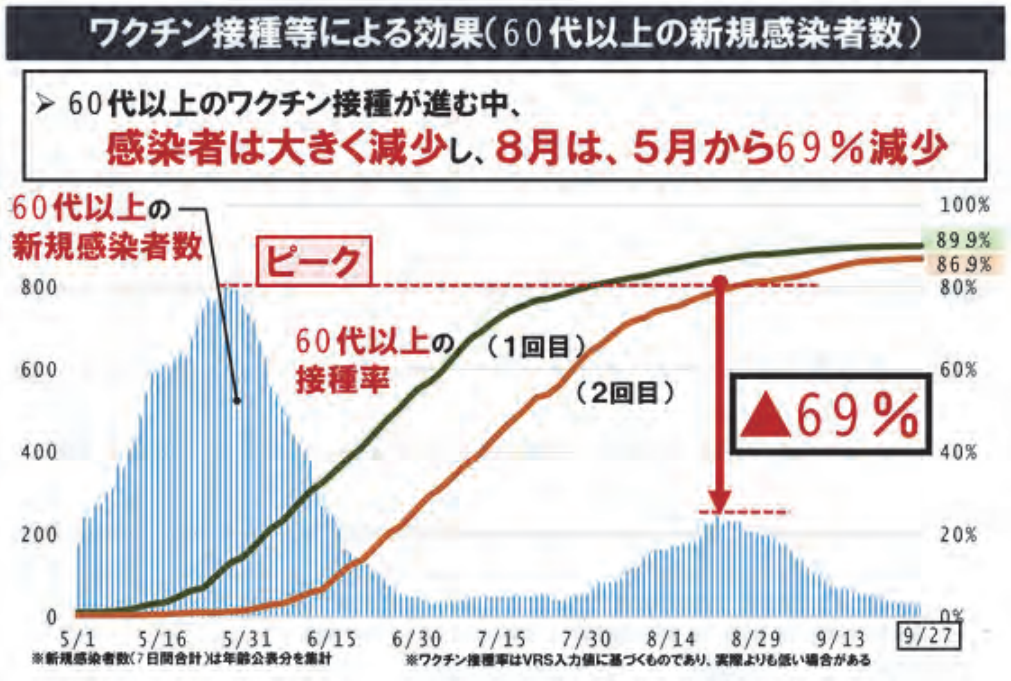
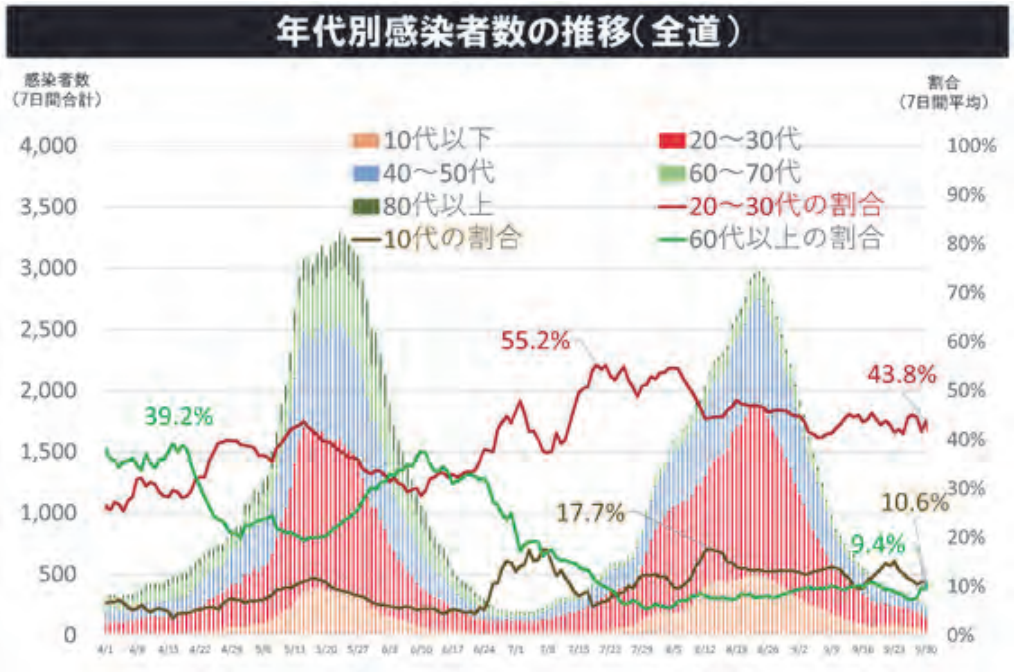


図 2　北海道新型コロナウイルス感染症対策有識者会議資料より（2021.11.24）

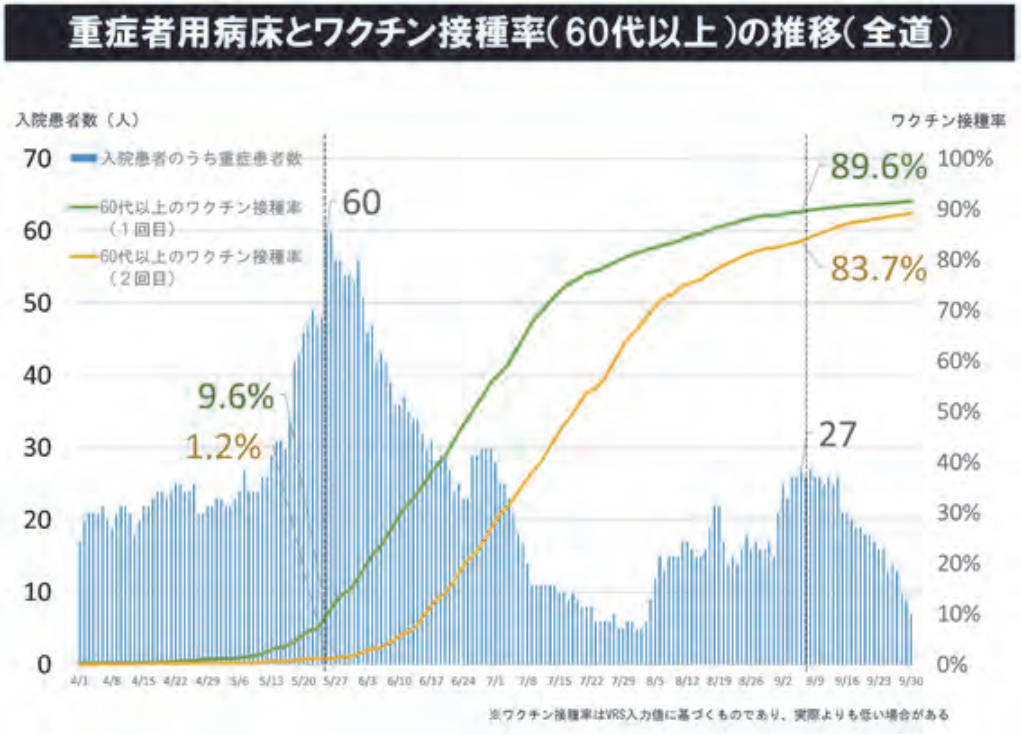


● 1 日の最大入院患者数は 989 名、病床使用率 49.6%（2021 年 8 月 30 日）で第 4 波の入院患者数 1,113 名、病床使用率 61.5%より低かったが、ワクチン接種が進んでいなかった若い世代の入院が増加した。

1.2 対応

● 2021 年 6 月 19 日に北海道庁が札幌市内に開設した「北海道ワクチン接種センター」において、8 月 13 日まで主に高齢者を対象にワクチン接種を実施し、8 月 23 日から 10 月 21 日まで札幌圏の 64 歳以下の一般市民を対象に接種を実施しており、北海道医師会は開設当初より役員延べ 97 人を派遣し、問診業務を行った。当該センターで接種した道民は約 4 万人（主にモデルナ製でアストラゼネカ製を接種したのは 182 人）。ワクチン接種が進んだことで、高齢者の新規感染者数や重症者数等が減少した（図 1～3）。

図 3　北海道新型コロナウイルス感染症対策有識者会議資料より（2021.11.24）



● 2021 年 7 月 19 日、札幌市が 2 ヵ所目となる入院待機ステーションを設置（札幌医科大学の医師が対応）。9 月 1 日には札幌市が 1 ヵ所目の入院待機ステーションで抗体カクテル療法を実施したことで、入院医療体制の負荷軽減に繋がった。

● 食料品・日用品の配布や健康観察の結果、症状悪化が疑われる場合は在宅医療を提供するなど自宅療養における体制を北海道庁が 2021 年 7 月に構築。自宅療養者に対して保健師や看護師が 1 日に複数回健康観察を実施し、早期に必要な医療に繋いだ。

● 会計年度任用職員を大幅増員し、保健所の体制強化及び役割分担を実施。すべての感染者に陽性判明当日またはその翌日に最初の連絡をすることができた。

● 自宅療養者全員にパルスオキシメーターを貸与。

● 発熱外来対応医療機関を 814 施設（うち札幌市は 292 施設）から 851 施設（うち札幌市は 318 施設）に拡充。

● 宿泊療養施設を 9 施設（うち札幌市は 3 施設）から 11 施設（うち札幌市は 4 施設）に拡充。また、三次医療圏毎に 1 施設以上確保した。札幌市内の 1 施設については、感染拡大時には臨時医療施設として転用（受入可能数 130 床）。

● クラスターが発生した医療機関がその対応の経験から、収束後は重点医療機関としての指定を受けるなどして、回復傾向にある患者の受け皿となった。

● 第 4 波においては札幌圏で妊婦も数多く感染したが、北海道大学病院が中心となって受入調整し、乗り切ることができた。第 5 波の際には、この経験を基に他の医療

機関の協力も得られ、感染した妊婦の対応をすることができた。

1.3 第 5 波による課題

● 新規感染者の急増により、入院待機者および自宅療養者が急増し、2021 年 5 月 17 日、自宅療養者で初の死亡者（札幌市・60 代男性）を確認した（軽症で自宅療養していたが、症状が改善しなかった。翌 16 日に宿泊療養に移る予定だったが急変し、同日、医療機関で死亡)。その後、同月 26 日までに、自宅療養中だった 4 名の死亡を確認した（40～70 代のいずれも男性で、このうち 2 名は医療機関への入院調整中、1 名は宿泊療養施設の空き待ち、1 名は自宅療養で急変)。自宅療養者の健康観察を引き続き、複数回実施するため、保健所機能等の強化及び維持が必要。

〔自宅療養者の死亡の要因〕

①α株（イギリス株）の感染拡大時期と一致？

②5 月 27 日時点では、コロナ即応可能な病床はほぼ満床状態（445 床/475 床を使用）で、札幌市内の宿泊療養施設 3 棟もフル稼働状態。さらに 2,896 人が入院や宿泊療養施設への入所を自宅で待機していた。

③1 ヵ所目の入院待機ステーションを 5 月 16 日に設置し、当初は 6 床で運用。その後、増床し、最大 22 名の受け入れが可能となっていたが、感染者の急増に対応しきれなかった。

● 感染拡大時、保健所等においてマンパワー不足が生じないよう応援体制や人材確保、役割分担の明確化が必要。

● 自宅療養者への治療体制や入院調整などそれぞれの地域の実情に即した医療提供体制の整備・促進が必要。

● 確保病床を最大限に活用するため、重点医療機関や後方支援病院といった役割分担を地域ごとに改めて行い、転退院調整を効果的に実施できるよう地域の情報共有を図ることが必要。

● 平時の医療提供体制とコロナ禍における有事の医療提供体制は車の両輪として何としても維持していくことが必要。

2. 山形県
山形県・山形県医師会　～自宅療養者への対応を中心に～

【概要】
- 状況：期間は、令和 3 年 7 月 27 日～10 月 9 日（県内警戒レベルが 3 になった日）。感染者数 1420 人。クラスター総数 25 件（302 人）。宿泊療養者総数 337 人。自宅療養者総数 765 人。流入経路は、県内外往来の増加→会食等→家族等。第 5 波は 50 代歳以下で拡大。
- 対応：自宅療養者は地区医師会員による電話・オンライン診療等。保健所機能のひっ迫に伴う電話健康管理の代行。
- 課題：地区医師会による業務代行につき、一部保健所が情報提供を躊躇・消極的。

・第 5 波の期間：7 月 27 日～10 月 9 日
・第 5 波の感染者数：1420 人
※　終期の規定がないため、県内警戒レベルが 4 から 3 になった 10 月 9 日とした。

2.1 第 5 波中のクラスター総数とクラスター感染者総数

・クラスター総数：25 件
・クラスター感染者総数：302 人

2.2 第 5 波中の小中高校大学の各クラスター数と感染者数及び推定原因

区分	クラスター数	感染者数	主な原因
こども園	3	19	家庭で感染した園児による園内感染
小学校	0	0	－
中学校	1	14	部活を中心とした校内感染
高等学校	4	48	部活や友人を中心とした校内感染
大学	1	11	部活や友人を中心とした会食

2.3 第 5 波中の宿泊療養者総数、1 日最大宿泊療養者数、宿泊療養中に入院となった感染者数

・宿泊療養者総数：337 人
・1 日最大宿泊療養者数：67 人
・宿泊療養中に入院となった感染者数：27 人

2.4 第 5 波中の自宅療養者総数。自宅療養中に入院となった感染者数

・自宅療養者総数：765 人（入院⇒自宅療養を含む）
・一日最大自宅療養者数：237 人
・自宅療養中に入院となった感染者数：103 人（入院⇒自宅療養は含まず）

2.5 第 4 波に比較して第 5 波の特徴

・ 第 5 波も含め、連休等による県外往来が増加した後、県内で感染が拡大する傾向が見られるが、第 5 波に関して明確な流入経路の違いは見当たらない。
・ 県内での感染拡大の状況を見ると、第 4 波以前では、①～⑤の図式が多かったが、第 5 波では④以降の感染が減少した。また、飲食店での感染例も減少した。
①県外往来⇒②会食やカラオケ店で感染拡大⇒③家庭で感染拡大⇒
④家族が勤務・利用する高齢者施設で拡大⇒⑤施設入所者の重症化・死亡
・ 重症者及び死亡者に関しては、第 4 波以前は、70 歳代以上が約 6 割を占めていたが、第 5 波では 70 歳代以上（ワクチン 2 回済）の重症化が明らかに減少した。
・ 相対的に、第 5 波の感染者の年代の割合は 50 歳以下で増加した。

2.6 第 5 波の主な変異株。第 5 波に見られた変異株の種類と占める割合

・ 第 30 週（7/26～8/1）と第 31 週（8/2～8/8）の間はアルファ型が約 3 割、デルタ型が約 7 割であったが、32 週（8/9～8/15）以降はデルタ株がほぼ 100%となった。

2.7 自宅療養者の対応

１． 当県における自宅療養者は 8 月 9 日までには 20～40 名前後で推移していたが、10 日から 100 名を越え、8 月 23 日には 237 名と一気に増加した。それに伴い保健所における業務のひっ迫状況が慢性的に続き、業務の維持が困難となってきた。

２． 自宅療養者に対しては、これまで緊急時対応として、地区医師会の会員の先生方に電話相談、投薬等の対応を依頼し実施してきたが、保健所のひっ迫状況を改善するために、保健所が行っている日々の電話による健康管理を地区医師会の医師が担当する案が浮上した。

３． そこで、県医師会は 8 月 23 日に県内の 5 つの保健所長と 11 地区の医師会長との合同の会議を主催（WEB 会議）。基本的に各地区医師会の医師（開業医の手上げ方式）が保健所に代わり毎日の朝夕の電話による健康管理を行うことになった。

４．　先行して行った地域では、自宅療養者の 8 割強にあたる 45 名の自宅療養者の健康管理をその地域の医師会の先生方が代わりに行った。

５．　一部の開業医では、タブレットで自宅療養者の顔をみながら、朝夕の健康管理を行い、オンライン診療の先駆けもいえる印象であった。医師会の先生方の負担感はなく、5，6 名までは担当できるとの回答であった。

６．　他の保健所では、体制を検討しているうちに次第に自宅療養者が減少したことから、移行しないでひっ迫状態を乗り越えた保健所もあった。

７．　課題も浮き彫りになった。ある一つの保健所では、保健所長は医師会による自宅療養者の健康管理に非常に前向きであったが、保健師をはじめとする職員が所有する情報を外部に出したくないとか、自分たちで最後まで健康管理を行うべきという意見等が多勢をしめ、結局、取りやめになったところがあった。歴史的に保健所は組織内完結型の解決を目指してきた組織で、これまで他の団体と連携したことがない。最近、赴任したばかりの保健所長からは、保健所自体が変わらない限り、他の団体との連携や協調はできないのではないか、という意見が出され、今後、閉鎖的体質の保健所とどう付き合っていくべきかという課題が抽出した結果となった。

3. 福島県（東北ブロック）
第 5 波における東北ブロック５県の状況と対応

【概要】

- 状況： 最大病床使用率は、青森(9/6 52.3％(但八戸最高 89.4％、西北五 111.8%))。岩手(8/20 76.6%)、福島(83.9%)また、12 週間連続 100 名超新規感染者。宮城 COVID-19 患者入院病床は満床。宿泊療養施設における入院待ち。秋田医療機関への入院分散により逼迫状況は未発生。
- 対応：青森：宿泊療養・自宅療養患者へ当番制でオンライン診療と電話対応を実施。自宅療養前に中和抗体薬を使用する体制整備。岩手：病院毎の病床数を医師会へ情報提供するように調整。宮城：宿泊療養施設への人材の確保宮城：自宅療養者へかかりつけ医が電話診察を行う体制は構築できた。かかりつけ医のいない患者への電話診察を行う体制はできた。これらの状況を地区医師会で情報共有。大学病院による宿泊療養の充実。医師会健康センターによる PCR 検査の充実。郡市医師会長会議を 2 回開催し状況把握、問題点を共有。秋田：県医師会による行政の会議への積極参加。保健所の電話健康管理を地区医師会が代行。福島：医師会と県間の情報共有。
- 課題：青森：行政が現場の限界を把握していない点。一般診療や検査の中、在宅療養まで行うことは限界がある。在宅療養は専門の医師に委ねるべき。岩手：課題把握の為診療・検査医療機関へのアンケート実施、検査体制の拡充を模索。保健所の体制、支援体制の強化。宮城：経口治療薬投与可能な医療機関が限られる可能性。情報の早期入手が必要。自宅療養者への医療支援の在り方。秋田：最大新規感染者数を見込み、健康観察・診療体制、入院内外の体制を整備し計画化すべき。福島：立上りの時点をとらえ、迅速な予防対策を構築する。初期におけるウイルス遺伝子の変異を調べ、その臨床的特徴を情報公開すべき。第 5 波での減少原因の解明。きめ細やかな高齢者や子供への対応。

3.1 医療体制の逼迫状況

青 森県	青森県の第 5 波は 8 月初旬から始まり、9 月下旬にかけての確保病床数は 337 床、宿泊療養施設は 470 室となった。 感染者の発生者数は 8 月下旬がピークだったが、対 10 万人から見た発生者では 8 月中旬から 9 月中旬までステージⅣの状態であった。 医療体制の逼迫状況は 9 月 5 日に病床使用率 52．3%となり、ステージⅣとなり、翌週の 9 月 12 日には、36．4%とステージⅢまで下がったが、各市町村で見ると逼迫状況にはかなり差があった。 青森市、津軽地区、下北地区では病床使用率がステージⅣになることはなかったが、八戸では最高 89.4%、西北五では 111.8%の病床使用率に達したため、近隣の市町村への救急搬送が頻回に行われた。

岩手県	全国的に新規感染者が増加する中、県内への人口流動により、感染力が強いデルタ株による感染が県内でも拡大し、これまでにない流行となったと考えられる。 8 月 12 日に県内直近 1 週間の新規感染者数（対人口 10 万人）が感染状況ステージⅢの目安指標 15 人を超え、16.5 人となったことから、県独自の「岩手緊急事態宣言」を発出し、不要不急の外出自粛等の要請や県施設の利用制限等を実施した。【期間：県の直近 1 週間の新規感染者数（対人口 10 万人）が 10 人未満となるまで（同宣言は 9 月 16 日解除)】 病床使用率は、8 月 13 日に 51.1%（179/350 床）とステージⅣの目安指標 50%を超え、8 月 20 日には 76.6%（268/350 床）を記録した。一部の医療機関では、外来診療の制限や不急の手術・検査の延期など、一般医療への影響が生じた。また、クラスターの発生により一時的に患者が急増した地域もあり、二次医療圏内で対応することが困難な時期もあったが、近隣医療圏に搬送し“オール岩手”で対応した。9 月 7 日以降は減少に転じ、10 月 17 日には入院患者 0 人となった。
宮城県	8/10 以降、宮城県新型コロナウイルス感染症医療調整本部（新規陽性者の入院/ホテル/自宅療養の具体的振り分けを担当）による 1 日あたりの調整件数は 200 件程度で推移し、1 日あたりの入院/ホテル/外来アセスメント受け入れについては、COVID-19 患者入院病床が毎日満床運用となり、またホテル入所待ち患者数が激増した。これに対してこれまで仙台市内で確保していたホテル 900 室にもう 1 棟（200 室）追加し、さらにうち 1 棟のホテルでは入院ベッドの負担軽減を図るため、東北大学病院往診の形で医療（x-p、採血、処方、酸素投与、ステロイド投与、補液）を提供する体制を整備し、なるべくホテルでコロナ陽性者をケアする体制を構築した。
秋田県	秋田県で第 5 波として 6 月後半と 8 月前半に新規感染者が増加したが、(1 週間の最大感染者数は 249 人 1 日の感染者としての最大が 50 人あり）他県と比べて感染者は少なかったため、各医療施設で患者を分散させて対応したことで医療体制のひっ迫は起きなかった。その理由として第 1 の理由は秋田県行政（健康福祉部、医務薬事課、疾病対策課）と秋田県医師会・郡市医師会と秋田大学をはじめとしたコロナ感染症患者の引き受け医療機関との連携が極めてうまくいっていたことが挙げられる。第 2 の理由としてコロナ感染の感染が広まる前から高齢者施設でのクラスター対策が極めて重要と考えて秋田県医師会が中心となって高齢者施設向け出前ワークショップ、高齢者施設での感染予防策の講義、感染者発生時対応訓練、施設内のゾーニング等を行ったことが挙げられる。

福島県	新型コロナ感染流行が始まったかどうかの基準として、陽性者が一週間に 100 名以上報告された時点を流行の始まりと考えた。 第 3 波、第 4 波を振り返ってみると、第 3 波（2020 年～2021 年年末年始）は 2020 年 12 月 14 日から始まり、2021 年 1 月 31 日まで 7 週間 100 名超えが続き、1 月 4 日からの一週間で最大報告者数（242 名）となり、結果として総数 1,116 名の陽性者を数えた。 第 4 波は 3 月 1 日から始まり、2021 年 5 月 30 日まで 13 週間 100 名超えが続き、5 月 3 日からの一週間で最大報告者数（396 名）となり、結果として総数 2,623 名の陽性者を数えた。 第 5 波はオリ・パラ開催時、盆休みに重なり、人流の流れの増加、究極的には気の緩みからか、さらに変異株デルタ株の流行が重なり、感染者は第 3、4 波に比べて倍増以上の結果となった。2021 年 6 月 28 日に始まった第 5 波は 2021 年 9 月 19 日まで、12 週間 100 名超えが続き、8 月 9 日からの一週間で最大報告者数（815 名）となり、結果として総数 4,521 名の陽性者を数えた。（下図参照） 第 5 波流行時、医療体制はひっ迫し、ひっ迫度に応じて必要病床の上積み増加がおこなわれ、最終的には福島県での確保病床数は 637 床（うち重症者用病床数 49 床）となった。ピーク時病床使用率は 83.9%であった。また、宿泊療養確保室数も最終的に 503 室確保されたが、宿泊療養者、在宅療養者数を合わせて、ピーク時には一日 1,055 名であった。 第 5 波は急速な感染者数の増加とその急速な減衰に特徴をみた。 その理由として考えたのは、 増加速度が急速だった理由： 1. オリ・パラ開催による人流の増大、さらには盆休みの際の都市部から地方への人流の増大 2. ワクチン未接種者、とくに若年者層での気の緩み 3. デルタ株の浸透による感染拡大 急速減衰の理由： 1. ワクチン被接種者数の増加、とくに働く世代のワクチン被接種者数の増加 2. 若年者でのコロナ感染に対する予防に対する気運が高まったこと 3. デルタ株そのものの感染力の減弱？ 4. 未知の要因

3.2 宿泊療養、在宅療養の規模

青森県	宿泊療養施設は今回 150 室増やして 470 室とした。
岩手県	宿泊療養者数は、8 月 22 日の 153 人を最高として、9 月 12 日以降は減少に転じ、10 月 19 日には療養患者 0 人となった。 なお、本県では新型コロナウイルス感染症患者は原則入院又は宿泊療養施設での療養とし、自宅療養を行うことはしない方針のため、ピーク時の病床使用率は高くなった。
宮城県	仙台市内 1050 室/5 棟、大崎市内 150 室/1 棟、石巻市内 50 室/1 棟を確保した。宿泊療養者は、最大で 1 日あたり 844 名（2021/8/30）が療養した。2021/9/30 まで累計 12705 名が宿泊療養した。在宅療養に関しては、最大で 686 名（2021/8/31）であった。
秋田県	秋田県では原則自宅療養患者をゼロとする方針であり、現在も変わっていない。もちろん宿泊療養施設の入所者が限界になった時や家族感染の拡大等を想定してしっかり対応フローを作成して準備をしている。 宿泊療養施設は現在 3 か所（県央 2 か所、県南 1 か所、県北は現在調整中）である。 また、最大のコロナ病床数―新規感染者数・療養者換算シート（国からの事務連絡）を基本に病床数だけでなく宿泊療養施設での入所に対応する準備も行い対応した。秋田県では新規の 1 宿泊施設の 1 日の対応は 25 名が限界値であったが、結果としてそれ以内で対応ができた。
福島県	宿泊療養確保室数は 503 室確保された。宿泊療養者、在宅療養者数を合わせて、ピーク時には 10 万人あたり 58.13 名（総人口でみると 1,055 名）（日別）となった。

3.3 県側と医師会側のそれぞれの対応等

青森県	基本的には各市町村と郡市医師会に任せているが、宿泊療養と自宅療養にはオンライン診療と電話対応を当番制で行っている。

岩手県	問題点 宿泊療養施設は、病床が少ない県北地域、沿岸地域等にも確保したが、従事する人材の確保が困難なことや医療資源の効率化を図るため、県央地域の 3 施設を運用することとした。 その結果、県央地域の医療従事者に負担がかかるという問題や病院を退院後、沿岸地域の中学生等が親元を離れて、宿泊療養施設に移動しなければいけないという事例が生じた。 県全体の確保病床数は把握していたが、病院毎の病床数及び、入院患者数は非公開であった。そのため、岩手県と協議を行い、医療圏毎の確保病床数については本会にも情報提供してもらうこととした。 保健所の体制として、全庁支援や民間を含む保健所組織外の活用による業務効率化や体制強化が必要である。
宮城県	県側は、主要病院長会議などを介して、主として東北大学と連携してホテル療養の充実を図った。医師会は、診療・検査医療機関で、唾液検体の採取、医師会健康センターでの PCR 検査を行った。医師会健康センターでの PCR 検査は、最大 1 日 500 件を超え、8 月の検査数は 6,853 件であった。ただし、県も医師会も超多忙であり、お互いに連携は上手く取れたとは言えない。少し落ち着いた段階で、担当者から療養者の全体像とホテル療養の実態や抗体カクテル療法の実際等について、ヒアリングを行った。 宮城県新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）対策本部会議に、3 回出務し、その後の共同記者会見も行った。また、コロナ対応病院長等会議に 3 回出席し（TV 会議）入院状況の把握などに努めた。郡市医師会長会議も 2 回開催し（TV 会議）各郡市の状況把握や問題点の共有などに努めた。この間、本格化したコロナワクチン接種に関して、個別、集団接種に全力で取り組んだ。宮城県医師会健康センターでは、PCR 検査に 24 時間体制で取り組み、診療・検査医療機関からの要請に応えた。宮城県医師会ホームページの会員限定ページに、コロナ関連ニュースを週 1 回の割合で流し続けた。なお、東北大学病院を中心としたコロナ対策は、当会常任理事でもある東北大学の石井正教授が以下記す。 第 5 波のピーク時（2021 年 8 月）（以下ピーク時）における新規陽性者の振り分け数は、ホテル療養振り分け 4,372 名、入院振り分けは 55 名に上った。対応：東北大学病院の地域におけるコロナ感染制御対応を以下に述べる。 1. ドライブスルー型 PCR 検査外来の実施 ピーク時の検査実績としては 21 回開催し、検体採取件数は 1,362 名であった。

	2. 軽症者等の宿泊療養施設（以下ホテル）への医療支援 宮城県が設置したホテル（最大 4 か所）における医療支援（オンコール（ピーク時には医師泊込み）、往診（採血、x-p、補液、ステロイド投与、酸素投与など）を実施：ピーク時にはのべ 466 名を往診）した。 3. 宮城県新型コロナウイルス感染症医療調整本部の主導 4. 仙台医療圏における新規陽性者の対応振り分けを実施した（上述参照）。 5. 宮城県内の関係施設から人材を募り、高齢者施設に対して感染制御／業務継続支援を実施した。 6. 抗体カクテル療法センター ホテル内に設置した。抗体カクテル投与実績は 82 名（2021/10 月まで）であった。
秋田県	秋田県では両者の連携がうまくいっていた。県医師会は秋田県新型コロナウイルス感染症協議会としての医療対策部会、検査体制部会、調整本部へ副会長が参加をしている。医療行政懇談会（この 2 年で 3 回）、随時健康福祉部との対談（2 年で 13 回）、県知事との面談（2 年で 4 回）、副知事との面談（2 年で 5 回）が行われた。また、感染拡大フェーズに関しても事前に県と話し合い迅速に対応できた。
福島県	県と医師会の間で情報共有はなされていたと考える。それゆえ、それぞれの側での対応に齟齬はみられなかった。

3.4 第 6 波への対応

青森県	自宅療養者への対応として自宅療養前に中和抗体薬を使用する体制整備も行った。行政と医療現場での大きな問題点（課題）としてあげられるのは、医療現場の限界を行政が把握していないことである。医療機関は、一般診療や検査などにも時間がとられ、在宅療養に対する電話診療、オンライン診療に時間を割くことは難しいと考えている。しかし、行政側は一般の医療機関に対し協力要請をしていきたい。 在宅療養の医師はできれば専任の方がいいと考えている。具体的には、重点医療機関の医師に診てもらえればと思っている。これらのことを踏まえて県側と体制づくりを行っている。

岩手県	夏の感染拡大を踏まえた今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療提供体制の整備についての文書を踏まえ、本会の役員が参画している「岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会」が開催される。 また、診療・検査医療機関にアンケート調査を実施して、検査体制の拡充を模索中である。
宮城県	第 5 波では、ホテル療養に至らない調整中、自宅療養者が、最大で 469 名に達した。そのため、感染爆発時は、宮城県でも自宅療養者にいかに対処するのかを問われていると感じ、この問題に関する郡市医師会長会議を 2 回行った（TV 会議）。結果だけ述べると、自宅療養者に対して、かかりつけ医が電話診察し、処方も行う体制は概ねできた。また、かかりつけ医のいない患者にも、対応する医療機関のリストもできている。地域によっては、継続しての健康観察、往診など踏み込んだ医療提供体制が可能な地域も一部で報告された。これらの状況は、TV 会議を介して共有した。
秋田県	基本的には第 6 波が来ることを想定して、今まで同様の感染対策を実行するとともに感染ピーク時における新規感染者数を見込み、健康観察・診療体制、入院外の治療体制、入院体制について検討し、具体的な整備計画を策定しておくべきであると思われる。 1） 秋田県では、できる限り現行の「自宅療養者ゼロ」を維持する方向である。もちろん宿泊療養施設の入所者が限界になった時や家族感染の拡大等を想定してしっかり対応フローを作成して準備をしている。 「自宅療養者ゼロ」を維持するために、まず、以下の 3 つを検討していく。 ① 入院病床の整備と拡大 ② 臨時の医療機関開設の可能性を検討 ③ 宿泊療養体制の拡大 ④ 重症化予防のための「抗体カクテル療法」から地域の他医療機関や宿泊療養施設への移動を整理する（現在までの状況を調査し、改善策を検討する）。 2） 自宅療養者が発生するような場合も予想して、在宅診療体制も整える。 ① 秋田県の「コロナ医療調整部会」から、自宅療養者の発生時に、地域の「コロナ在宅医療チーム」（仮称）への情報提供体制や陽性者の移動体制等を検討する。 ② 自宅療養者に対しての「抗体カクテル療法」の導入と健康管理体制を検討しておく。 ③ 地域で「コロナ在宅医療チーム」体制を検討する。

	④ オンライン診療などの診療体制を検討し、実地訓練をおこなう。 ⑤ 地域ごとに検討するが、先行している地域と連携して、体制を構築する。 3）子どもの感染が増加してきているので、子どもが集団でいる場所での感染対策を強化していく。抗原検査キットの使用について、その後も含めて体制を作る。 また、保健所・医療機関の協力で速やかなコロナ患者の健康観察と診療を行うことも重要であろう。予防としてワクチン接種率をさらに上げておくことも大切である。免疫不全などの重症者リスクの高い患者には 3 回目の接種も検討するべきである。治療においては、抗体カクテル療法や経口コロナ薬（近く認可されるであろう）治療を早期から開始して重症化を予防することになると考える。また、入院可能な医療機関の条件などを明確化した確実な入院につなげることや、最悪な状況を考えて臨時医療機関・入院待機施設の体制を整えておくなども重要であると考えられる。具体的な取り組みとしては国からも多くの対策案が述べられているが、医療機能強化型宿泊施設の準備、妊婦や子どもの確実な受け入れ体制の確保、健康デバイスや濃縮酸素器などの準備、オンラインや電話診療などの対応ができるようにしておくこと等、今まで課題とされてきたことにしっかり対応できる準備をしておくことが重要であると考える。
福島県	1. 立ち上がりの時点をとらえ、迅速な予防対策をとる。 人流を減少させることは重要だが、流行拡大初期における情報共有が大事と考える。それを基に、それぞれが自分の責任で行動することの大切さを自覚させること、またPCRや抗原検査を容易に受けることができるような体制を自治体ごとに拡充することが肝要と考える。薬局での抗原定性キットの販売は家庭内での自己検査が可能になるので、有用と考えるが、むやみに販売するのではなく、医療機関とタイアップできる調剤薬局での販売が重要であると考える。また、販売料金をできるだけ低くしていただくように行政の補助を、またキットの信頼性を確保できるようにしてほしい。 2. 立ち上がり初期におけるウイルス遺伝子の変異を調べ、その臨床的特徴を情報公開していただきたい。 3. クラスターに対しては、発生源の追求と周囲の人々に対する限局的なロックダウン的処置を速やかにとる必要がある。収容体制や検査体制もとくにクラスター時の体制ということで前もってスキームを考えておく必要がある。 4. 第5波での減少原因がいまひとつはっきりしない。要因を捉えることで、第 6 波を起こさないこと、あるいは感染拡大を最小限にすることも可能になるのでは。

	5. 病床の確保は、正直その場しのぎで何とかやって、結果的にはうまくいったということになるのであろうが、新型コロナに限らず、今後新興感染症が出現したときへの対処方法を考えるべき。 ・機能分化を考えての病床体制の確立 新興感染症に特化した病院、一般外来に特化した病院：二次医療圏ごとに考えるべきでは？地域医療構想（調整会議）での検討課題？ ・宿泊・自宅療養者のケア オンライン診療がその中心となるであろうが、高齢者や子供さんへの対応をもっと細かく考えるべき 高齢者：オンライン診療というよりも、遠隔医療システムを考えるべきでは？ 子供さん：親と一緒にいられるシステム作りが必要。 食事に関しては栄養士さんの介入も考えるべきでは？ 食料の補助等は地元のスーパーとタイアップして考えていった方がいいのでは？（年齢に応じた配布食品メニューの作成等） 家庭内でのゾーニングも必要では？ 入院待機施設を自治体ごとに考えておくべきで、医師会の協力を仰ぐべき ・県、地方自治体、保健所、医師会間の密な情報共有が必要（オンライン会議の拡充を） 6. 住民への情報の公開 毎日の陽性者数の報告は、自治体ごと、年代ごとになっているが、その地域に住む住民にとって、感染防御のために何に注意するべきなのかの情報が伝わってこない。数が多い少ないで一喜一憂するよりも、地元で何が起き、職場で何が起きていて、それをどう防御していくのか、住民・職場の方々がそれぞれ責任をもって考えていくような情報公開、協議の場を持つことが大事ではないか。クラスターが発生した場合には何よりも大切なことと考える。 7. 最後に、今回の第5波を経験して、第6波が発生した場合に、医療従事者や介護現場でどのように初期対応をしていくべきなのか、再度教育、啓蒙が大事と考える。ビデオ配信をしてもらえれば、多くの人が情報共有でき、一般常識としての感染対応が可能になると考える。 併せて、第 5 波の経験を踏まえて、第 6 波流行に向けての福島県の対応としては； 1. 通常時最大室数を 709 床、緊急時最大時室数を 799 床確保。宿泊

	療養確保室数は 603 室とし、入院待機ステーションを 2 施設確保。 2. 医療提供体制の整備として A. 療養先決定までの対応 感染状況に応じた柔軟な療養先調整 病床使用状況の見える化による入院調整の迅速化 B. 入院療養体制 休日・夜間等の受け入れ体制の強化 後方支援病院への転院や中和抗体薬を活用した病床運用の効率化 C. 宿泊療養体制 医師・看護師等のスタッフ確保及び業務内容の見直し 入所受入数の拡大や清掃業務見直しによる施設運用の改善 D. 自宅療養体制 地域の医療機関等や薬局による自宅療養者の治療体制の構築 外来での中和抗体薬の投与体制構築による重症化予防 E. 移送体制 民間業者等を活用した移送体制の強化 自宅療養者の症状悪化時に対応できるよう消防機関との連携強化 F. 医療人材の派遣体制 医療機関と協定を締結し、医療機関等へ派遣するための医療人材を確保 県本部による一元的な医療人材の派遣体制の構築 G. 保健所の体制 感染状況に応じた保健所内外からの人員確保と業務フロー図の作成による可視化 医療機関・訪問看護ステーションによる健康観察業務等の協力体制を構築 システム（My HER−SYS）を活用した健康観察業務の効率化

	＜福島県新型コロナウイルス感染症対策本部員会議資料より抜粋＞ 以上、福島県の対応策を記載したが、第 6 波だけではなく、今後永続的に医療従事者や介護現場で、さらには住民が流行初期にどう対応していくべきなのか、教育、啓蒙が大事と考える。また、ワクチンの変異に応じてその検査体制の強化、中和抗体薬や経口薬の開発を期していかなければならないことは当然のことである。

3.5 その他

青森県	
岩手県	
宮城県	年内には、経口治療薬が承認される可能性がある。この薬の薬価は高いので、実施可能医療機関は限られると思われ、診療・検査医療機関では、県のホームページに掲載されているところなどが対象になるかもしれない。そうした場合、地域によっては極めて限られた医療機関のみが、経口治療薬投与可能となる場合も想定され、様々な問題が起きないか、今から心配ではある。情報を早く入手して、対処したい。 課題としては、自宅療養者への医療支援の在り方が今後の課題と思われる。
秋田県	今回、政府が示した初動チームを DMAT の指揮下に感染症に対応する部門を組み込む案が提案されたが、秋田県では DMAT そのものの一部が、ACOMAT という名称で、クラスター発生時などに施設や病院へ入るという活動をおこなってきた。クラスター拡大予防に効果があったと考える。また、国の方針と現行の体制を今後すりあわせていく必要がある。これまでの歴史からいうと、災害等に対応する DMAT はそのニーズから体制整備や訓練が定期的に行われてきたが、感染症拡

	大に対応するチームは平時と有事の差が大きく、これまで活動不要の期間も長かった。コロナ収束後にどのように組み入れるかも、検討課題となる。そして、人材育成は今後、急務になる。今から準備をおこなうことによって、今回の感染拡大の評価にも加わることが可能になるのではないかと考えている。
福島県	

4. 茨城県
茨城県医師会及び茨城県の新型コロナウイルス感染症第５波の状況と対応について

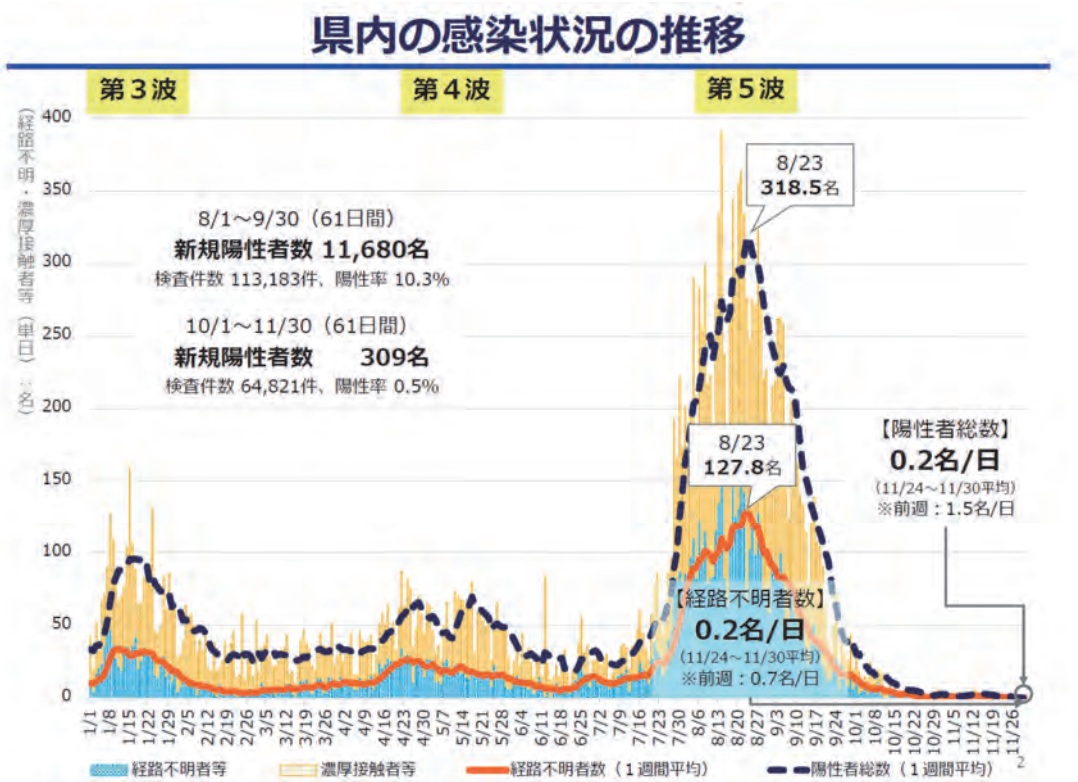
【概要】

○ 状況：8/1～9/30（61 日間）、新規陽性者数 11,680 名、検査件数 113,183 件、陽性率 10.3%。7～9 月は 60 歳以上の感染割合は低下、20 歳未満が増加。入院者は 8/27 499 名（中等症 327 名）。自宅療養 8/25 1801 名。

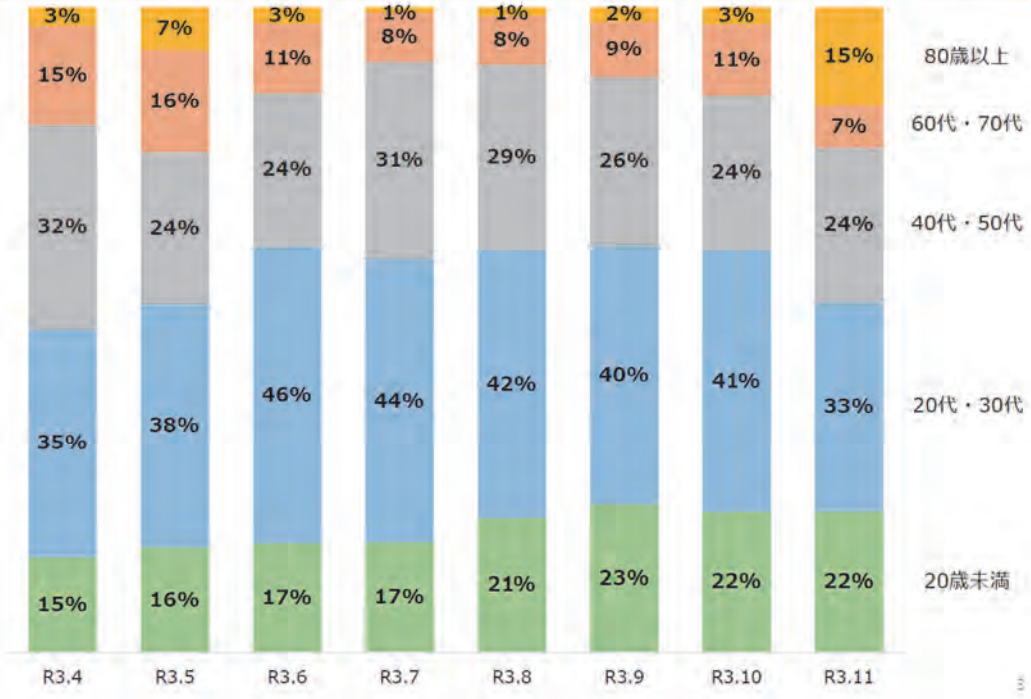
○ 対応：医師会と県の医療提供体制の協定締結。自宅療養者へのフォローアップ支援。陽性患者へのメディカルチェック実施支援。宿泊療養施設の運営支援。臨時の医療施設への医療従事者の派遣。感染患者以外の転院促進。集団接種会場への医療従事者の派遣。

○ 課題：①重症患者をまとまって診られる高機能な急性期大病院の計画的整備。
②できるだけ多くの医療機関が何らかの形で協力する体制づくり
③新型コロナ等にも対応できる地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築

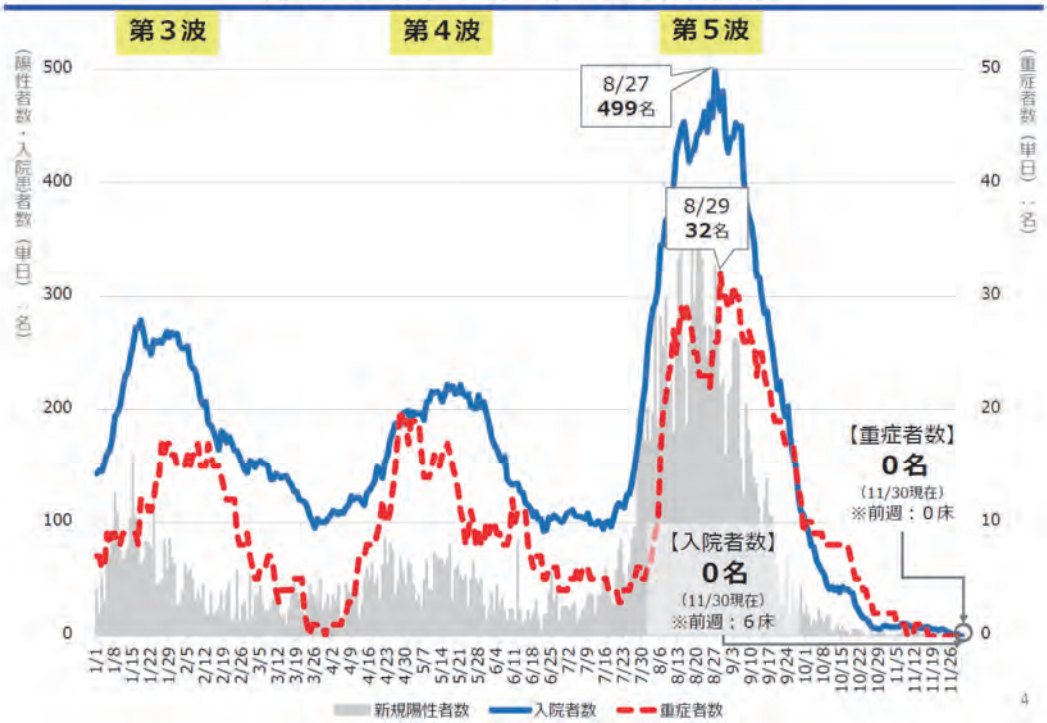
4.1 茨城県の状況

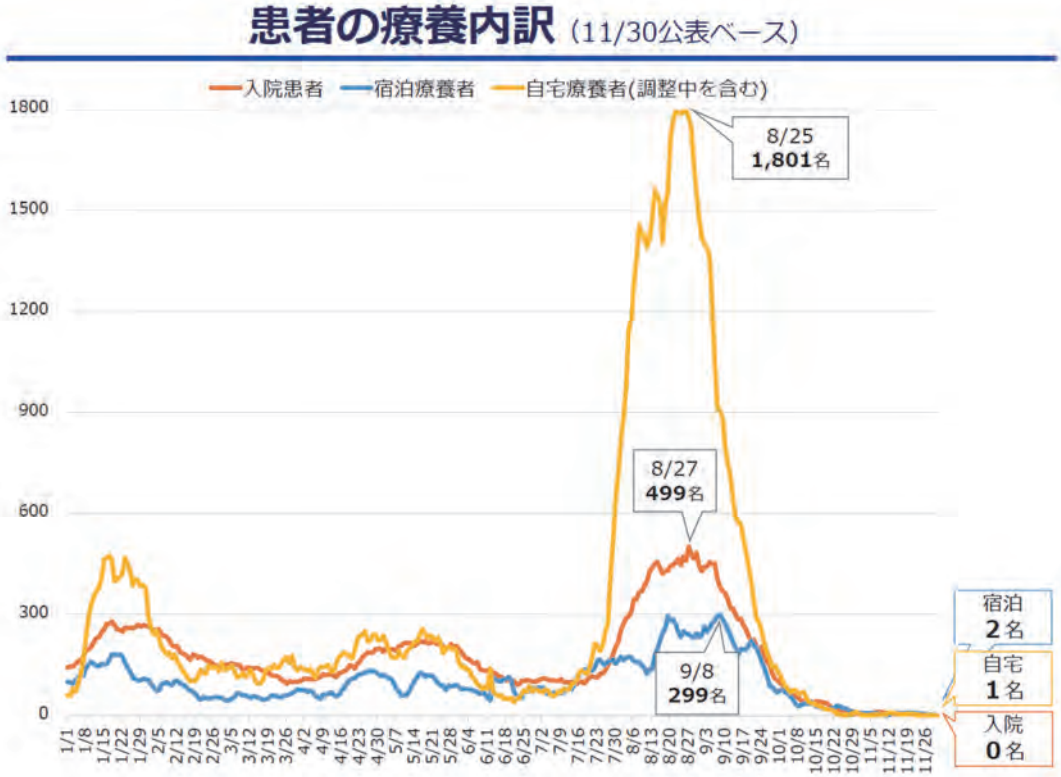


新規陽性者の年齢構成の推移



県内の病床稼働状況の推移




患者の療養内訳 (11/30公表ベース)
入院患者
宿泊療養者
自宅療養者(調整中を含む)
1800
1500
1200
900
600
300
0
8/25
1,801名
8/27
499名
9/8
299名
宿泊
2名
自宅
1名
入院
0名
1/1
1/8
1/15
1/22
1/29
2/5
2/12
2/19
2/26
3/5
3/12
3/19
3/26
4/2
4/9
4/16
4/23
4/30
5/7
5/14
5/21
5/28
6/4
6/11
6/18
6/25
7/2
7/9
7/16
7/23
7/30
8/6
8/13
8/20
8/27
9/3
9/10
9/17
9/24
10/1
10/8
10/15
10/22
10/29
11/5
11/12
11/19
11/26

4.2 県行政の対応

オミクロン株への対応

国内の状況

空港検疫において新型コロナの陽性が判明した入国者の検体について、国立感染症研究所によるゲノム解析の結果、オミクロン株を検出。**12/1時点で国内２例**。

本県の対応

➢ **航空機内での濃厚接触者への当面の対応**

・**宿泊療養施設での滞在**を調整。毎日の健康観察を実施。

・オミクロン株陽性を確認した場合、当該陽性者は入院措置とし、**個室隔離**。**陰圧管理**が可能な病床を調整。

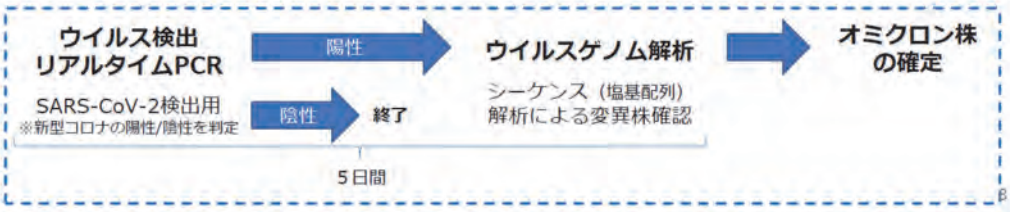
➢ **オミクロン株の検査体制**

11/30から、**県衛生研究所において新型コロナ陽性検体のゲノム解析**を行い、その解析結果から、**オミクロン株を確定**する体制を整備。

⇒ これまでの変異株検査のノウハウを活かし、新たな**陽性検体を可能な限り衛生研究所に集約**し、**当面はゲノム解析を実施**。

※県衛生研究所のゲノム解析は60件/週の検査能力であり、状況に応じて民間検査機関への外注を調整。

※現在、効率的にオミクロン株を検出するため、PCR検査手法を感染症研究所で準備中。

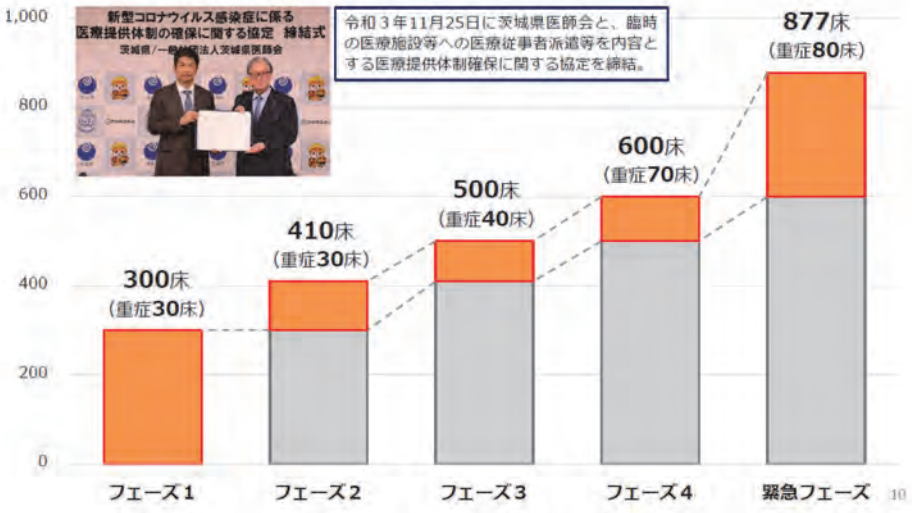


新たな病床確保計画

◆ **国が先月示した必要病床数**（今夏の最大入院患者数の３割増）**を上回る病床を確保**。

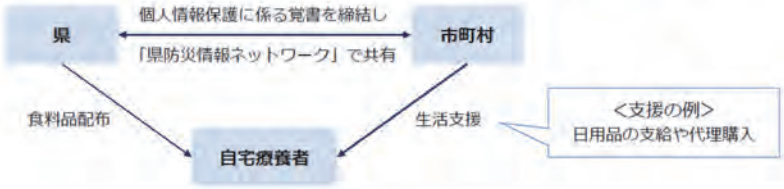
◆ ワクチン接種と中和抗体薬投与による重症化リスク軽減を考慮し、**フェーズ１から３における重症病床の確保数を縮小**。 ⇒ **３次救急等の負担を軽減**し、**一般医療への影響を低減**。

※第５波の最大入院患者数は499名。

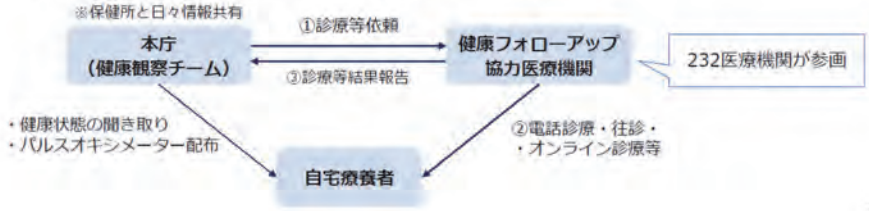


自宅療養者へのフォローアップ体制強化

◆ 今年９月から、台風等災害発生に備え、定期的に自宅療養者の情報を市町村と共有。
◆ 先月から、**生活支援を実施する市町村と患者情報の共有**を開始。　※現在23市町村。随時意向受付。



◆ 「健康観察チーム」で自宅療養者の健康観察（電話での症状聞き取り）を実施。
◆ 患者の症状に応じて、**協力医療機関に対して受診調整**を実施。



12

保健所の体制強化

課題

感染拡大に伴い対応してきたものの、第５波の急速な感染拡大の際、**感染症対策を担う保健指導課の職員（特に保健師）に大きな負担**

・**急速な感染拡大にも対応できる県職員の動員数確保**
・**保健師だけではなく**事務職や他の専門職も含め、**即戦力となるバックアップ体制**が必要

強化の内容

・保健所に派遣する**県職員の動員を拡充（名簿登載：５１名⇒９０名）**
・動員職員が**即戦力として対応**できるよう、**ＯＪＴ研修**を実施

第５波時点の体制強化		第６波に向けた体制強化
①県職員の動員名簿 ・名簿登載者：５１名		①県職員の動員名簿 **・名簿登載者：90名に増員** **・動員職員に対するＯＪＴ研修を実施**
②退職した保健師等の配置		②退職した保健師等の配置
③人材派遣会社を通した看護師派遣	⇒	③人材派遣会社を通した看護師派遣
④市町村への保健師の応援要請		④市町村への保健師の応援要請
⑤積極的疫学調査業務の一部本庁集約 ・経過観察の本庁集約 ・本庁での疫学調査チームの編成		⑤積極的疫学調査業務の一部本庁集約 ・経過観察の本庁集約 ・本庁での疫学調査チームの編成 **（職員の固定化・事前研修の徹底）**

14

4.3 茨城県医師会の対応

4.3.1 概要

新型コロナウイルス感染症（第５波）への対応について　（12月1日現在）

地域医師会及び茨城県と協議しつつ、以下の取組みを推進

１．自宅療養者に対する健康フォローアップ支援（拡充）
・８８医療機関→232医療機関
※詳細18ページ参照

２．陽性患者に対するメディカルチェック実施支援
・これまで対応してきたコロナ患者受入医療機関等（４２）の他、新たに５９医療機関が協力（計１０１医療機関）
※詳細34ページ参照

３．宿泊療養施設（県内７カ所）の運営支援
・地元医師会等による患者急変時のオンコール体制構築やカルテ回診実施

４．県が設置する臨時の医療施設への医療従事者の派遣
・８月２５日～９月３０日に延べ３４名を派遣予定
（医師２２名　看護師１２名）

５．新型コロナウイルス感染患者以外の転院促進
・１２重点医療機関から７５連携医療機関への転院促進
8月19日~9月29日　３０９名
※詳細38ページ参照

６．その他
・診療・検査医療機関の体制整備
新たに診療・検査医療機関を募集し、発熱患者の利便性確保の視点から医療機関名の公表を推進した　34医療機関増加　公表割合：82%　(621/753)
※詳細40ページ参照

・市町村が設置する集団接種会場への医療従事者の派遣
高齢者接種関係（７月１日～７月３１日）医師３６名　看護師６８名　計１０４名
上記以外（８月７日～１１月３０日）　医師１２９名
※詳細41ページ参照

17

自宅療養者に対する健康フォローアップ支援（拡充）

第５波での自宅療養者の急増に対応するため、第３波の際に構築した、自宅療養者に対する健康フォローアップ協力医療機関を拡充し支援を実施した。

都市医師会		フォローアップ協力医療								
							診療強化型			
		電話診療	オンライン診療	自院	往診		酸素	ステロイド	補液	DVT
水戸市	26	23	4	6	3	3	3	2	2	2
日立市	9	7	1	6	2	2	2	1	1	0
土浦市	18	16	1	7	3	1	1	1	1	0
古河市	6	6	0	0	2	2	2	1	1	0
石岡市	3	2	0	1	1	1	0	1	1	0
結城市	5	4	1	2	1	1	1	1	1	0
常陸太田市	8	7	0	5	4	4	4	3	4	0
取手市	10	8	1	4	2	2	2	2	2	0
ひたちなか市	6	6	0	3	0	0	0	0	0	0
つくば市	28	22	6	14	7	7	6	7	5	2
県央	8	8	2	2	1	1	1	1	1	0
笠間市	7	5	1	4	1	1	1	1	1	1
那珂	12	9	0	4	3	3	3	3	3	2
水郡	5	3	0	1	2	2	2	1	2	1
多賀	3	3	1	1	1	1	1	1	1	0
鹿島	18	12	5	10	5	5	5	3	4	3
水郷	3	3	2	1	2	2	2	1	0	0
稲敷	6	3	1	3	0	0	0	0	0	0
真壁	18	18	3	2	6	5	5	5	5	1
きぬ	8	8	1	0	0	0	0	0	0	0
猿島郡	7	6	1	0	0	0	0	0	0	0
龍ケ崎市	8	5	0	4	1	1	0	1	0	0
牛久市	10	9	1	2	3	1	1	0	1	0
合計	232	193	32	82	50	45	42	36	36	12

【フォローアップ支援実績】
8月20日(金)～10月15日(金)

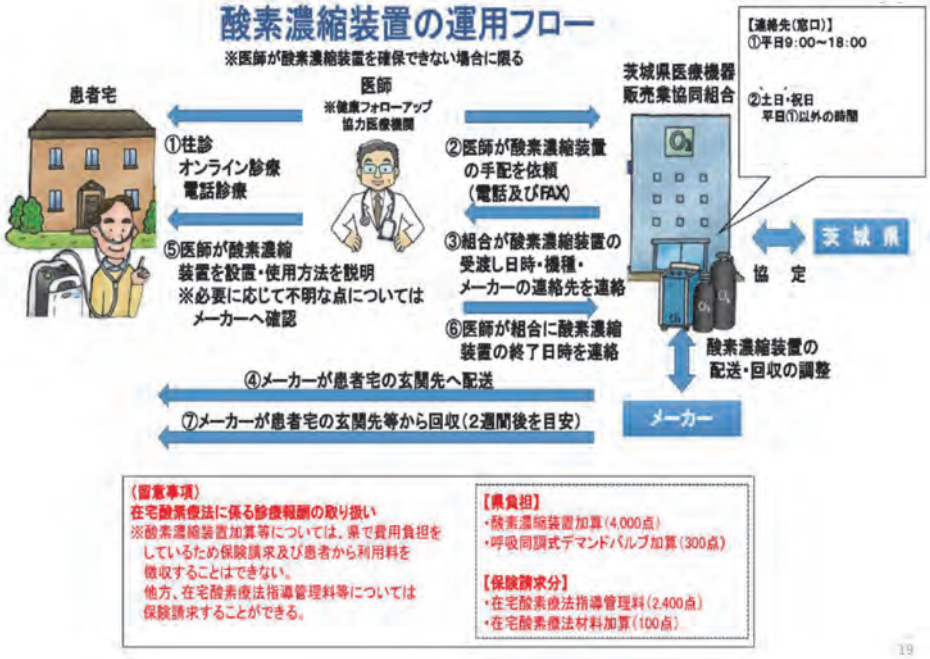
対応診療形態	件数
電話診療	44件
オンライン診療	2件
往診	4件

【主な症状】
発熱，咳嗽，酸素飽和度の低下，処方など

【診療強化型医療機関向け研修会の開催】
令和3年10月20日
自宅療養者に対する医療提供のプロトコール説明会
令和3年12月21日
新型コロナウイルスレッドゾーンでの感染防止研修会

令和3年　2月10日　初回調査　88医療機関の手挙げ
令和3年　8月18日　拡充調査　88医療機関→141医療機関
令和3年　9月　6日　体制強化に係る協力要請（酸素・ステロイド・補液・DVT対応可能な38医療機関を「診療強化型医療機関」として登録）
令和3年10月22日　診療強化型医療機関を拡充すべく協力要請　141医療機関→232医療機関

18



4.3.2 茨城県における新型コロナウイルス感染症の自宅療養者へのフォローアップに関する調査

【調査対象】

1. 医療機関
　令和３年2月10日に行った調査「自宅療養を行う患者へのフォローアップについて」において、「自院のかかりつけ患者のみならず、自院のかかりつけ患者ではない・かかりつけ医のいない患者における新型コロナウイルス感染症の自宅療養者へのフォローアップが可能」と回答した医療機関
８７か所
　回答数：68（回答率85%）

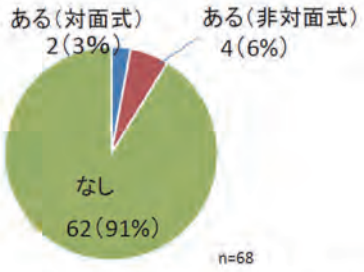
2. 訪問サービス
　①訪問看護事業所
　茨城県訪問看護ステーション協議会 会員事業所　154事業所
　回答数：78事業所（回答率51%）
　② 訪問介護事業所
　茨城県訪問介護協議会会員事業所　60事業所
　回答数：22事業所（回答率37%）

【調査期間】　2021年7月29日～8月15日

調査結果

1. 医療機関

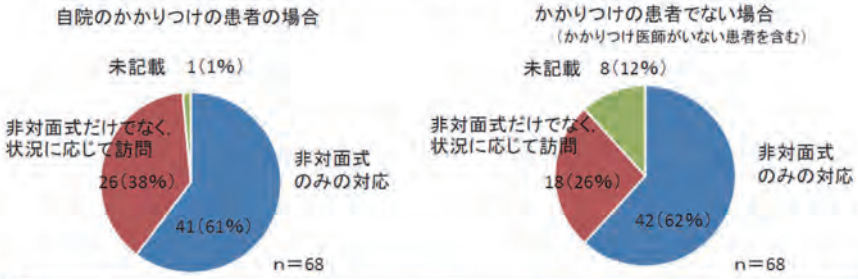
(1)新型コロナウイルス感染症自宅療養者の在宅診療(対面式、非対面式の診療含む)を行った経験の有無



※非対面式:電話、FAX,オンライン診療、健康観察、薬の処方など

(2)新型コロナウイルス感染症自宅療養者への診療等の依頼があったとしたら、どのような在宅診療を行うか

○かかりつけ患者とかかりつけ患者でない場合の比較



○かかりつけでない患者に対しては、実際の訪問など対面式による診療がためらわれる傾向にあることが推測される
○一方、非対面式の診療においては、かかりつけ患者の場合とそうでない場合において、差は1件であった。

訪問が難しいと考える理由 (複数回答)	非対面式の診療のみ可能な医療機関	
	自院のかかりつけ患者 (n=41)	かかりつけの患者でない(n=42)
	件数 (%)	件数 (%)
自身以外に自院で診療できる医師がいない	27(66%)	25(60%)
通常の訪問診療よりも手間と時間を要する	26(63%)	21(50%)
COVID19に対する訪問診療のノウハウや経験が少ない	24(59%)	15(36%)
自身の感染リスクが回避できない	13(32%)	13(31%)
連携して訪問可能な訪問看護事業所がない、又はあるかどうかわからない	12(29%)	12(29%)
どのような条件が揃ったとしても訪問は困難	11(27%)	10(24%)
診療報酬が見合っていない	10(24%)	10(24%)
どのような機関と連携するのかわからない	9(22%)	10(24%)
防護服等の物品が十分に確保できない	7(17%)	9(21%)
風評被害につながることで、通常診療への影響が心配	5(12%)	5(12%)

○訪問が難しいと考える理由は、かかりつけ患者の場合、そうでない場合も、「自身以外に自院で診療できる医師がいない」が最も多く、次いで「通常の訪問診療よりも手間と時間を要する」であった。
○訪問が難しい理由において、かかりつけ患者の場合とそうでない場合の差が最もあるものは、「新型コロナウイルス感染症に対する訪問診療のノウハウや経験が少ない」で、次に「通常の訪問診療よりも手間と時間を要するであった。

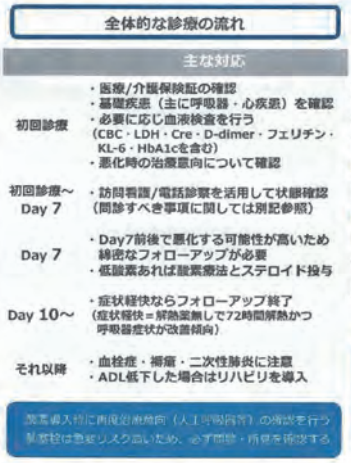
訪問による対面診療が可能となる条件（複数回答）	非対面式の診療のみ可能な医療機関 自院のかかりつけ患者（n=41）	かかりつけの患者でない(n=42)
	件数（%）	件数（%）
県や市町村、保健所のしっかりしたバックアップがあること	35(85%)	31(74%)
新型コロナウイルス感染症の在宅診療プロトコールがしっかり示されていること	34(83%)	32(76%)
他の医療機関と連携できること	30(73%)	23(55%)
感染予防のための備品や医療資材がスムーズに供給され、費用の補助もあること	26(63%)	23(55%)
訪問看護ステーションと連携して訪問できること	23(56%)	17(40%)
新型コロナウイルス感染症の診療に特別な加算や補助給付があること	21(51%)	20(48%)
新型コロナウイルス感染症の診療に対する研修があること	15(37%)	15(36%)

○かかりつけ患者でない場合，かかりつけ患者に比して、示した条件の数値が少ない。
○訪問が可能となる条件は，かかりつけ患者の場合，そうでない場合も，「県や市町村、保健所のしっかりしたバックアップがあること」「新型コロナウイルス感染症の在宅診療プロトコールがしっかり示されていること」が多い。
○「他の医療機関と連携できること」「訪問看護ステーションと連携して訪問できること」の理由では，両者に若干の差がみられた。

訪問による対面診療が可能であると考える理由（複数回答）	訪問による対面式の診療が可能な医療機関 自院のかかりつけ患者（n=26）	かかりつけの患者でない(n=18)
	件数（%）	件数（%）
使命と考えるから	21(81%)	15(83%)
防護服などの物品の確保が十分に可能	17(65%)	12(67%)
やむを得ない	15(58%)	10(56%)
訪問看護事業所と連携がとれている	10(38%)	6(33%)
連携を含め自身以外にも診療できる医師がいる	7(27%)	3(17%)
診療報酬につながっている	6(23%)	5(28%)
新型コロナウイルス感染症に対する訪問診療のノウハウや経験がある	6(23%)	4(22%)
風評被害の心配はない	5(19%)	4(22%)

○防護服などの物品、連携など環境的な理由よりも、「使命と考えるから」という心理的・内発的な回答が、かかりつけ患者の場合もそうでない場合も割合が高かった。
○かかりつけ患者の場合とそうでない場合の割合比較で、最も差が大きい項目は、「連携を含め自身以外にも診療できる医師がいる」であった。

「全体的な診療の流れ」の中で、どこまで対応が可能か



	自院のかかりつけ患者の場合	かかりつけの患者でない場合
	件数（%）	件数（%）
初回診療	1(3%)	3(10%)
初回診療~Day7（初回診療を経て、7日まで）	6(21%)	9(31%)
Day 7（初回診療+7日まで+7日目）	4(14%)	4(14%)
Day１０～（Day7までの過程+さらに10日以降）	3(10%)	3(10%)
それ以降（Day10までの過程+それ以降）	15(52%)	10(34%)

n=29

○自院のかかりつけ患者の場合は、かかりつけの患者でない場合に比べ、初回の診療からそれ以降まで診療する割合が高いことから、新型コロナ感染症者に対する一貫した診療につながっている傾向にあると推察される。

「実際の訪問の流れ」の中で、“どの項目の対応が可能か（複数回答可）

	自院のかかりつけ患者	かかりつけの患者でない
	件数（%）	件数（%）
全身状態の確認、バイタル測定	30(100%)	30(100%)
酸素療法	19(63%)	14(47%)
ステロイド投与	20(67%)	16(53%)
補液	18(60%)	15(50%)
DVTの精査・治療の検討	4(13%)	3(10%)

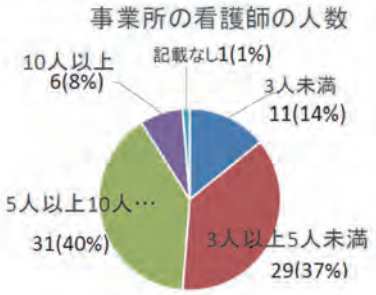
n=30

○自院のかかりつけ患者の場合は、かかりつけの患者でない場合に比べ、それぞれの項目の割合が高い。

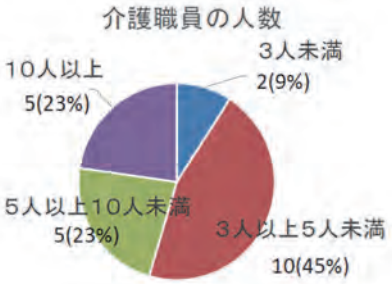
調査結果

2. ①訪問看護事業所ならびに②訪問介護事業所

(1)基本情報

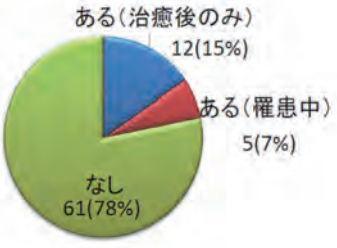


①訪問看護事業所（n=87）

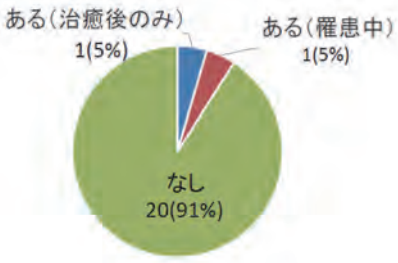


②訪問介護事業所（n=22）

(2)新型コロナウイルス感染症自宅療養者への訪問を行った経験の有無

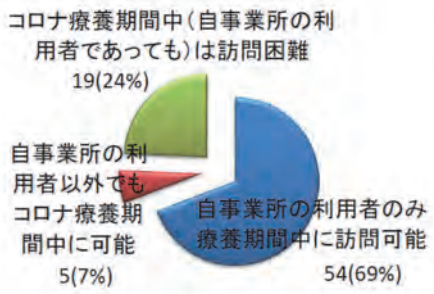


①訪問看護事業所(n=78)

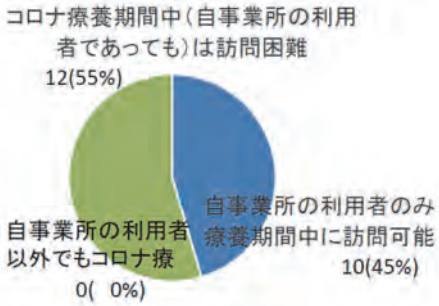


②訪問介護事業所(n=22)

新型コロナ陽性で自宅療養中に訪問介護の依頼があった場合、可能か



①訪問看護事業所(n=78)



②訪問介護事業所(n=22)

自事業所の利用者のみ,「訪問可能である」理由（複数回答）	訪問看護(n=54) 件数（%）	訪問介護(n=10) 件数（%）
利用者（患者）の情報が十分にある	40（74%）	5(50%)
サービスとして、新型コロナ感染が理由であっても当然であると考える	32（59%）	2(20%)
訪問時間の枠、スケジュールが組める	19（35%）	2(20%)
防護服などの物品が十分に供給できる	14（26%）	2(20%)
新型コロナ対策の知識、技術がある	9（17%）	5(50%)
実践対応できる人員がいるため	6（11%）	2(20%)
報酬につながっている	6（11%）	1(10%)
補償がある	3（6%）	0(0%)

自事業所の利用者であっても,「訪問が困難である」理由（複数回答）	訪問看護(n=19) 件数(%)	訪問介護(n=12) 件数(%)
感染リスクがあるため	12(63%)	7(32%)
対応できる人員がいない	12(63%)	9(41%)
補償がないため	11(58%)	6(27%)
風評被害につながる	10(53%)	4(18%)
報酬が見合っていない	10(53%)	6(27%)
防護服などの物品が十分に供給できないため	7(37%)	5(23%)
利用者でワクチンの未接種の人がいるため	4(21%)	4(18%)
職員がワクチン未接種のため	2(11%)	2(%)

自事業所の利用者以外の方の訪問が困難と考える理由（複数回答）	訪問看護(n=54) 件数（%）	訪問介護(n=10) 件数（%）
利用者（患者）情報が乏しい	41(76%)	6(60%)
訪問の枠として急な訪問スケジュールがたてられない	33(61%)	7(70%)
自事業所の利用者への感染リスクの増大化の懸念	27(50%)	5(50%)
他の事業所の利用者であることも考えられるから	13(24%)	0(0%)
普段異なる機関との連携や調整が必要なため	10(19%)	1(10%)
一時的な訪問は、そもそも考えていない	8(15%)	1(10%)
報酬にどのようにつながるかわからない	6(11%)	1(10%)
事業所の利用者への感染リスクの増大化の懸念	1(2%)	1(10%)

自事業所の利用者以外でもコロナ療養期間中に可能な理由(複数回答可)	訪問看護(n=5) 件数（%）	訪問介護(n=0) 件数（%）
訪問の枠、スケジュールが組める	4(80%)	
防護服などの物品が十分に確保できる	4(80%)	
サービスとして、新型コロナ感染が理由であっても当然であると考える	3(60%)	
実践対応できる人員がいるため	3(60%)	
知識、技術がある	3(60%)	
報酬等につながっている	2(40%)	
補償がある	1(20%)	

4.4 陽性患者に対するメディカルチェック実施支援

陽性患者に対するメディカルチェック実施支援

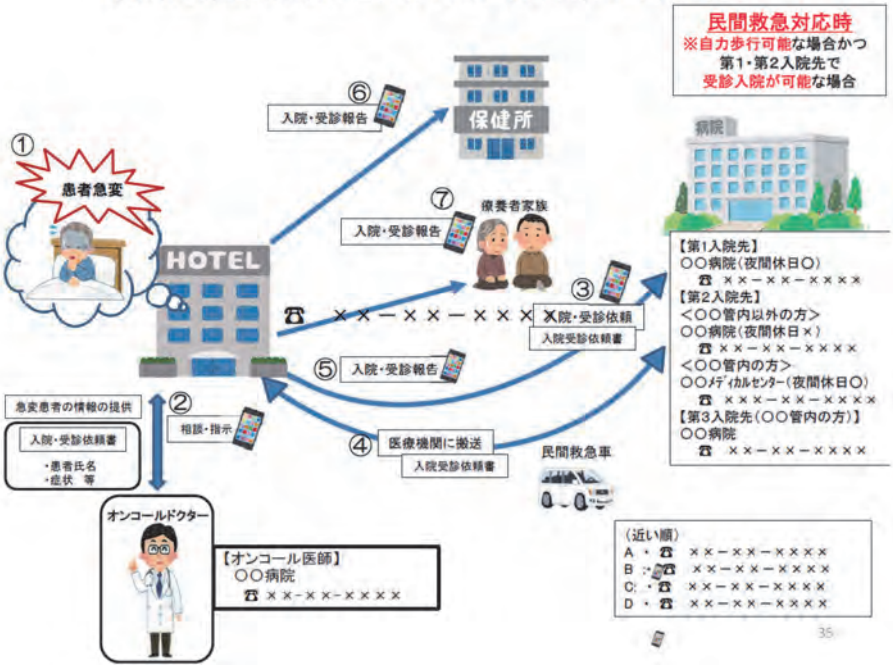
感染急拡大の状況に伴い、これまでメディカルチェックを実施してきた医療機関（42）の実施件数も急増したため、茨城県からの要請を受け、メディカルチェック協力医療機関を拡充し、メディカルチェックの実施を支援した。

医師会名	協力医療機関数	医師会名	協力医療機関数
水戸市医師会	4	那珂医師会	9
日立市医師会	6	水郡医師会	
土浦市医師会	12	多賀医師会	4
古河市医師会	3	鹿島医師会	10
石岡市医師会	1	水郷医師会	1
結城市医師会	2	稲敷医師会	3
常陸太田医師会	4	真壁医師会	5
取手市医師会	6	きぬ医師会	4
ひたちなか市医師会	4	猿島郡医師会	1
つくば市医師会	17	龍ケ崎市医師会	2
県央医師会		牛久市医師会	2
笠間市医師会	1	合 計	101

令和3年8月6日 実施協力依頼　　協力医療機関 42 → 86（9月13日時点） → 101（11月12日時点）

34

宿泊施設療養新型コロナ患者の入院搬送の概要



35

（参考）改正感染症法第16条の2による病床確保等の要請例

自治体及び要請日	要請の対象	要請の内容
大阪府 R3.4.19	1. 府内二次救急医療機関（200床未満の内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜）のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 2. 一般病床200床以上の病院のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 3. 軽中等症患者受入病院	1. 軽中等症病床5床の確保 2. 軽中等症病床10床の確保 3. 軽中等症病床の確保・運用（※）及び休日・夜間の確実な受入体制の確保 ※病院ごとに病床数を指定。
奈良県 R3.4.15 R3.5.28	1. 県内全ての病院 2. 重点医療機関	1. 病床の追加確保 2. 重症病床の確保 ※確保できない場合はその理由も回答。
札幌市 R3.5.13	札幌市内の全ての病院・診療所	通常医療の一部を制限してでも対応に協力いただかなければならない局面にあるとして、以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床確保（最低2床） ②受入医療機関への医療従事者等の派遣 ③自宅療養者の在宅診療の実施体制の確保 ④疑い患者の外来診療、検査等の実施体制の確保
静岡県 R3.8.10	全ての病院	以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床の確保（重症、中等症） ②症状が軽快したコロナ患者の受入（退院基準を満たす前の患者及び退院基準を満たし引き続き入院管理が必要な患者） ③確保病床における受入の徹底
大阪府 R3.8.13	府内二次救急医療機関（内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜）のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 及び 軽中等症患者等受入病院のうち右記要請内容に応じた病床を確保していない病院	災害級非常事態に応じた以下の受入病床（軽中等症病床）の確保 ①公立・国立：許可病床数（一般病床）の10%以上 ②民間等：許可病床数（一般病床）の5%以上
茨城県 R3.8.16	新型コロナ患者の受入病院となっていない二次救急医療機関、地域医療支援病院、社会医療法人等	不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた、①受入病床の確保、②受入病院等への医療従事者の派遣の可否。 ※確保できない場合はその理由も回答

36

茨城県の要請対象医療機関と受入状況

要請対象医療機関

○全１７４病院から、コロナ受入医療機関４３病院を除いた１３１病院のうち規模や能力を勘案し、４８病院を病床確保要請の対象とする

コロナ受入医療機関 ４３病院

下記のいずれかの条件に該当する医療機関
①二次救急医療機関（救急告示若しくは救急輪番）
②急性期一般入院料１を算定している医療機関
③感染防止対策加算１を算定している医療機関
④感染管理認定看護師のいる医療機関
⑤地域医療支援病院若しくは社会医療法人
⑥一般病床１００床以上の医療機関　４８病院

それ以外の医療機関
８３病院

要請内容受入	
自院での新型コロナウイルス病床確保	臨時医療施設への医療従事者派遣
4病院	13病院

37

新型コロナウイルス感染患者以外の転院促進

新型コロナ重点医療機関の負担軽減を目的に、新型コロナ感染患者以外の患者の転院を促進した。

新型コロナウイルス感染症患者以外の転院促進実績

第1次転院促進（1月27日～3月29日）
重点医療機関（12病院） → 連携医療機関（75病院中62病院） 509名転院

第2次転院促進（8月19日～9月29日）
重点医療機関（12病院） → 連携医療機関（75病院中56病院） 309名転院

週	期日	送出重点医療機関数
1	8/19～8/25	11
2	8/26～9/1	12
3	9/2～9/8	11
4	9/9～9/15	11
5	9/16～9/22	10
6	9/23～9/29	11

期日	転院受入医療機関数	転院人数
8/19～8/25	28	55
8/26～9/1	33	54
9/2～9/8	23	46
9/9～9/15	35	63
9/16～9/22	25	45
9/23～9/29	23	46

38

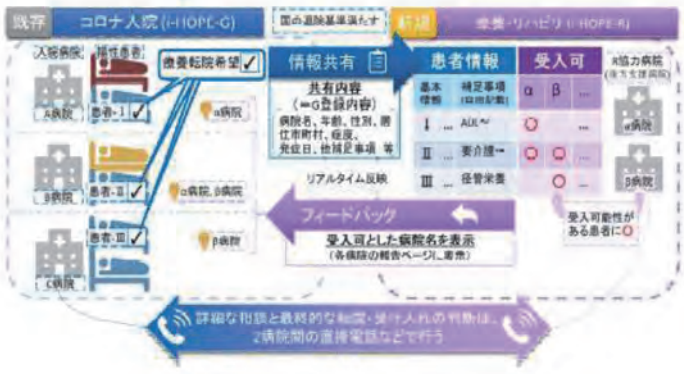
後方支援病院の確保について

▶ 「相談・外来受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除・後方支援病院や施設への転院」まで、一連の患者対応が目詰まりなく行われる体制を確保すべく、目下、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる後方支援病院の確保が急務

県内医療機関へ
後方支援病院への協力依頼

現在35病院が後方支援

・退院基準を満たした患者のリストを、「茨城県新型コロナウイルス感染症医療連携システム　リハビリテーション・療養ネットワーク（i-HOPE-R）」を介して、後方支援病院、協力医療機関、県で共有



39

診療・検査医療機関の体制整備

新たに診療・検査医療機関を募集し、発熱患者の利便性確保の視点から医療機関名の公表を推進した

34医療機関増加　　公表割合：82%（621/753）　　自費検査実施割合：36%（276/753）

（令和3年12月1日現在）

郡市医師会	指定施設数合計	うち、公表可能	公表不可	自費検査可能	うち、公表可能
水戸市	104	60	44	9	8
日立市	32	18	14	14	10
土浦市	48	40	8	18	16
古河市	32	29	3	16	14
石岡市	15	11	4	7	6
結城市	16	12	4	5	1
常陸太田市	18	18	0	11	10
取手市	39	34	5	16	6
ひたちなか市	32	25	7	16	12
つくば市	107	96	11	20	12
県央	26	23	3	5	3
笠間市	19	19	0	4	4
那珂	35	29	6	24	16
水郡	6	6	0	6	6
多賀	3	3	0	1	1
鹿島	44	42	2	26	25
水郷	11	10	1	4	4
稲敷	21	16	5	9	6
真壁	70	67	3	30	4
きぬ	16	16	0	5	3
猿島郡	8	8	0	2	2
龍ケ崎市	19	12	7	16	11
牛久市	32	27	5	12	10
	753	621	132	276	190

新型コロナウイルスワクチン接種体制に係る支援

市町村が設置する集団接種会場へ医療従事者を派遣する。市町村が地元郡市医師会と派遣調整を行い、地元の医師だけでは調整が付かない場合に県医師会が支援を実施する。65歳未満の接種以降は、歯科医師会・薬剤師会・看護協会を含めた四師会として支援を実施している。

【高齢者接種】 7月1日(木)～7月31日(土)

市町村名	派遣日数	協力施設	職種	延べ人数
城里町	4日	茨城県総合健診協会	看護師	16名
	7日	茨城県メディカルセンター	看護師	28名
桜川市	8日	茨城県総合健診協会	医師	1名
			看護師	13名
常陸太田市	2日	自宅会員	医師	2名
取手市	2日	取手医師会病院	医師	2名
			看護師	2名
	10日	筑波大学附属病院	医師	20名
	8日	龍ケ崎済生会病院	医師	1名
			看護師	9名
	6日	土浦協同病院	医師	10名

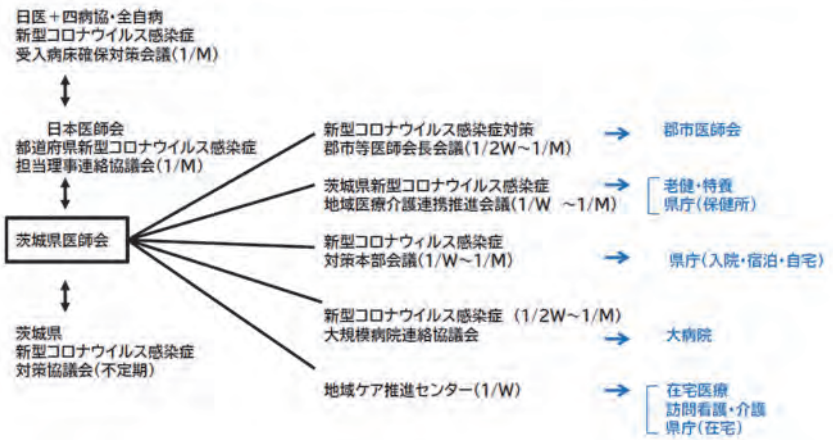
派遣市町村数　：4市町
派遣日数　：47日
協力医療機関等：6施設+1会員
職種人数　：医師　36名
　　：看護師 68名
　　合計104名

【高齢者接種以外】 8月7日(土)～11月30日(火))

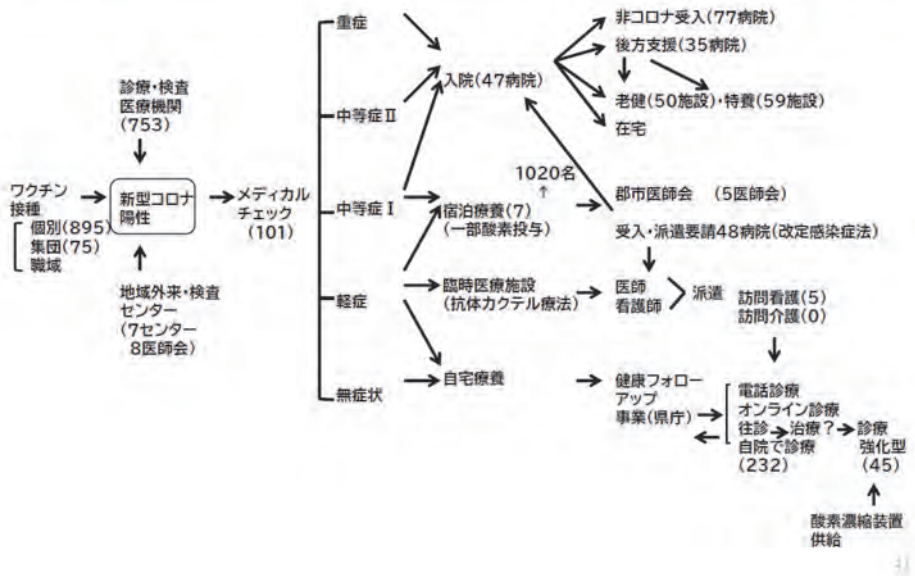
市町村名	派遣日数	協力施設	職種	延べ人数
常陸太田市	7日	筑波大学附属病院	医師	21名
	7日	茨城県立中央病院	医師	13名
	5日	自宅会員	医師	5名
稲敷市	7日	霞ケ浦医療センター	医師	19名
	3日	筑波大学附属病院	医師	3名
	1日	龍ケ崎済生会病院	医師	1名
那珂市	10日	茨城東病院	医師	10名
	4日	茨城県立中央病院	医師	8名
	4日	茨城県メディカルセンター	医師	5名
	2日	筑波大学附属病院	医師	4名
小美玉市	15日	筑波大学附属病院	医師	15名
	2日	自宅会員	医師	2名
取手市	2日	筑波大学附属病院	医師	2名
潮来市	9日	神栖済生会病院	医師	21名

派遣市町村数　：6市町
派遣日数　：78日
協力医療機関等：7施設+3会員
職種人数　：医師　129名

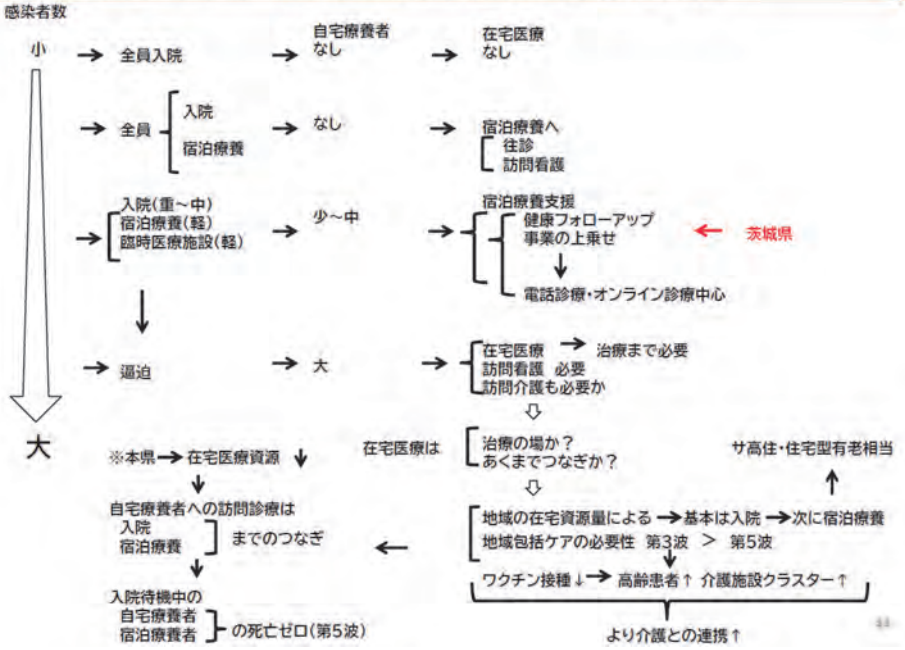
新型コロナウイルス感染症に対する茨城県医師会医療介護連携体制



新型コロナウイルス感染症に対する茨城県医師会医療介護支援体制



新型コロナウイルス感染症拡大と在宅医療の必要性



5. 埼玉県
埼玉県における新型コロナウイルス感染症　―第 5 波―

【概要】

○ 状況：1 日の(最大)新規陽性者数 2,169 名（8/19）。(最大)陽性率 24.9%（8/16）。病床利用率 70%以上（8/19）。(最大)宿泊療養者数 674 人。(最大)自宅療養者 18,617 人。

○ 対応：「診療・検査医療機関」約 1,200 をすべて公表。県下の検査体制を支え保健所の負担軽減に寄与。入院調整用に入院基準スコアを導入。受入可能病床 1,737 床（重症 203 床）を整備（8/19）。症状の安定した患者の後方病院を確保。宿泊療養施設(13 ヶ所／1,843 室)。医師 1 看護師 1 の健康観察体制を維持。自宅療養者は、パルスオキシメーターと配食、スマートフォンによる健康観察。応答がない場合や夜間は民間委託の宿泊・自宅療養支援センターが対応。

○ 課題：中等症Ⅱで酸素投与が必要となっても入院できない事態が発生。
酸素濃縮器は、自治体から郡市医師会に酸素 ST の設置を依頼。一部在宅で往診患者に同装置を使用。
中和抗体療法も 84 ヶ所でできる体制を構築。外来及び往診による投与が可能となり 11/8 時点で 70 の医療機関から意向有。
集団接種会場や各医療機関が協力し、新型コロナワクチン接種が進展。
第 5 波の 3 割増の入院患者を受け入れる病床の確保（約 2,200）等を実施。

5.1 状況

新型コロナウイルス感染症が感染爆発の状況であった第 5 波において、埼玉県では新規陽性者数が過去最高の 2,169 人（令和 3 年 8 月 19 日）、陽性率は 24.9%（8 月 16 日）を記録し、1 日の検査数が 10,000 件を超える日もありました。また、今回の経験から、新規陽性者数が 10 万人あたり 15 人を超えると一気に悪化することも分かりました。

5.2 対応

こうした中、発熱患者の診療と検査を行い、県のホームページで公表されている「診療・検査医療機関」約 1,200 機関が埼玉県の診療や検査の体制を力強く支え、8 月 23 日には県内で行われた検査 11,120 件のうち、約 8 割に当たる 9,226 件を「診療・検査医療機関」が対応しました。PCR 検査の結果が陽性の場合に、同居家族の検査も同日に行う医療機関もあり、保健所の負担軽減に寄与しました。

「診療・検査医療機関」が検索できる県のホームページには、令和 2 年 12 月 1 日のページ公開から令和 3 年 10 月末まで約 153 万件ものアクセスがありましたが、このうち 8 月の 1 か月間のアクセス数は約 32 万件にも上り、感染爆発時においても公

表の意義は大きいものがありました。「診療・検査医療機関」の数は、その後も伸びており、11 月 15 日は 1,329 機関となっています。今冬に向けては、季節性インフルエンザと新型コロナの同時流行に備えた診療・検査体制整備の確保が必要ですが、本県においては第 5 波に引き続き「診療・検査医療機関」がこれを支えていきたいと考えています。

8 月 19 日には、一般医療を相当程度制限して受入病床を確保する緊急的な体制に移行し、受入可能病床 1,737 床（重症 203 床）を用意しました（その後も確保を進め、最大で 1,904 床)。患者の急増で､国の定めるステージⅣの 50%を、共に超える 70%以上の病床利用率になりました。通常でも高度急性期病院で 75%、急性期病院で 78%が目安ですので､たとえ防護具を装備しても、感染の危険性があり、感染対策や、退院後の消毒などの対応を考えると負担は重く、医療の逼迫は明らかです。症状の安定した患者の後方病院の確保にも努めました。

また、入院調整用に入院基準スコアを定めており、それに基づいて運用されていました。病床使用率が 60%未満の時はスコア 1 点以上の有症状者を対象としていました。病床使用率 60%以上の感染爆発時には、病床機能がひっ迫し、スコア 6 点以上の患者を優先して入院調整を行っています。入院基準スコアは、SpO2 が 93%以下（6 点)、37.5℃以上発熱が 6 日以上継続（6 点)、肺炎増（X-P・CT）が広範囲（両肺かつ 2 分の 1 以上）（6 点)、強い倦怠感（2 点)、などとし、基礎疾患などの分類では、「37 週以上の妊婦」、「透析患者」、「悪性腫瘍に罹患し治療中」（7 点)、「65 歳以上」（2 点）などと定めていました。

宿泊療養施設は、13 ヶ所、1,843 室を用意し（その後も確保を進め、現在は 1,925 室)、医師や看護師がホテルで毎日 2 回の健康観察を行い、体調急変時には、防護服を着て患者の部屋での診察等で対応しました。宿泊療養者数は、最大で 674 人となりました。

自宅療養者には、パルスオキシメーターや食事の配食も行われ、スマホを使って毎日の健康観察も行われました。保健所で健康観察をしていましたが負担増で対応が難しくなり、自宅療養者のうち、軽症でも症状や重症化リスクのある方の健康観察を引き受ける医療機関が手上げ方式で 560 位ありました。1 日 2 回の電話での問い合わせと、応答がない場合や夜間は民間委託の宿泊・自宅療養支援センターが対応しました。自宅療養者数が最大 18,617 人と、あまりの急増ぶりで業務がひっ迫し、目埋まりを起こしました。現在は体制を見直し、2 つの支援センターと、医療機関に患者を振り分ける調整窓口を設けています。

5.3 課題

今回の第 5 波では、中等症Ⅱで酸素投与が必要となっても入院できないというのはかなりきついものでした。必要な医療を受けられない、放置されたような状態であり、

県内にも 4 ヶ所の酸素ステーションを設置予定でしたが、1 ヶ所（15 床）の設置で、現在は休止しております、自治体が酸素濃縮器を用意して地元の郡市医師会に酸素ステーションの設置を依頼してくる事態にもなりましたが、一部在宅で往診患者に装置を使いました。中和抗体療法も 84 ヶ所でできる体制にしました。先般、投与要件が緩和され、有床無床を問わず、外来及び往診による投与が可能となったことを受け、現在県内医療機関へ意向確認を実施しており、11 月 8 日時点で 70 の医療機関から意向が示されております。

集団接種会場や各医療機関が協力し、新型コロナワクチン接種が進み、その有効性から、患者数の激減が見られました。有効性の高いワクチン、中和抗体療法、経口治療薬などが出ておりますが、今回の第 5 波の後に、第 6 波が来ない理由はないと言われております。第 5 波の 3 割増の入院患者を受け入れる病床の確保（約 2,200）などを行い、気を緩めないで感染動向などを注視していく必要があります。

6. 東京都
東京都新型コロナウイルス感染症対応についての追加

【概要】

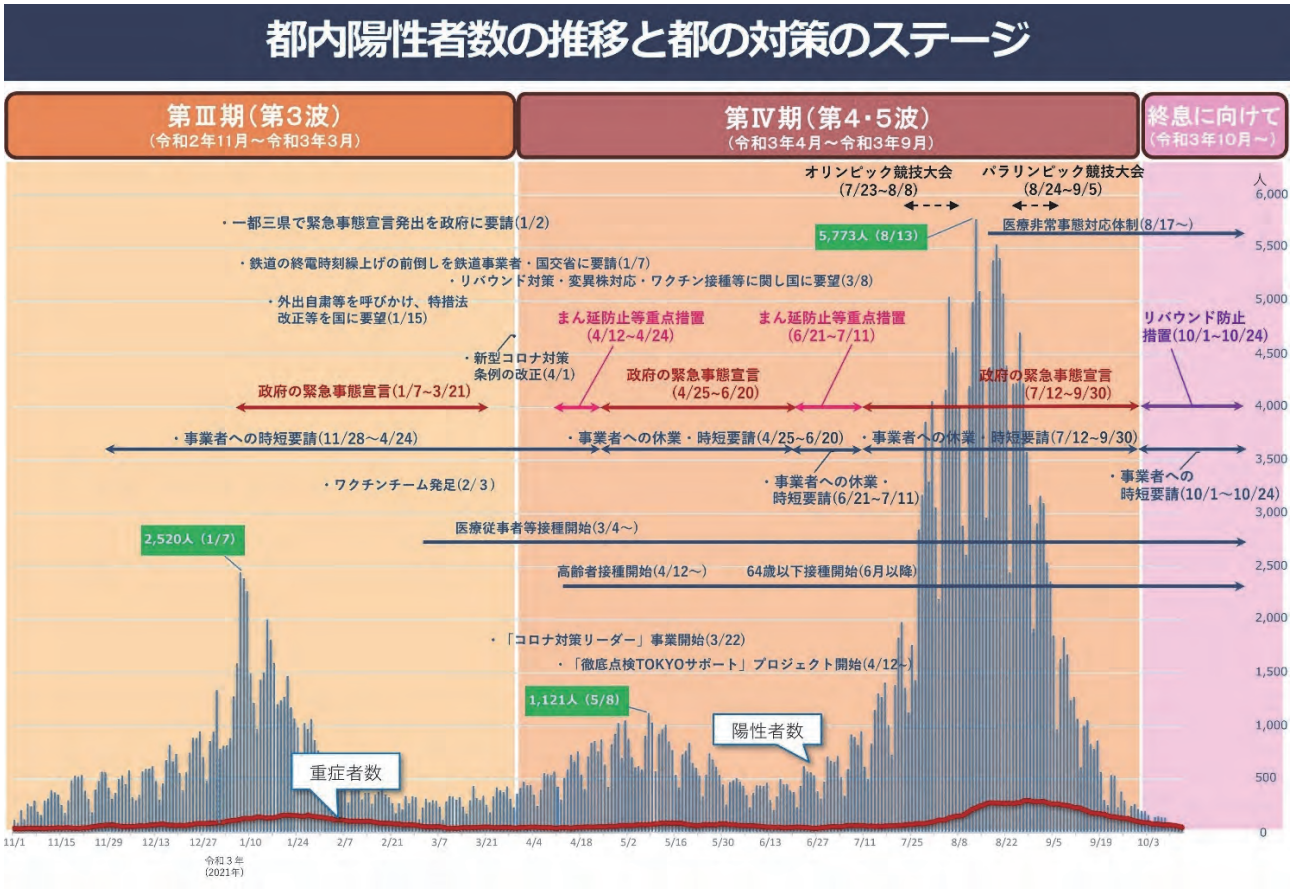
- 状況：最大陽性者 5,773 人/日(8/13)、最大入院患者 4,351 人/日(9/4)、最大重症者 297 人/日(8/28)、最大宿泊療養者 2,166 人/日(8/30)、最大自宅療養者 25,934 人/日(8/26)、入院・療養等調整中 14,726 人/日(8/22)。新規陽性者の発生と入院・療養の時期に 2～3 週間のずれがあったこと、入院患者・重症者ともに高齢者が少なく 20 代～50 代が多かったことが特徴であった。
- 対応：病床（最大約 6,650 床）・宿泊療養施設（17 施設、約 6,550 室）の確保、入院調整・転院支援体制の整備、自宅療養者・待機者へのフォロー体制の強化（地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業、自宅療養者フォローアップセンターの強化、酸素・医療提供ステーション・入院待機ステーションの設置、パルスオキシメーター・酸素濃縮装置の貸与)、高齢者医療介護支援体制の構築。
- 課題：感染者への対応の遅れ・不備 → 診療・検査医療機関による直接・継続的な健康観察の実施、地区医師会による自宅療養者等に対する医療支援体制の強化（オンライン診療システムを活用した遠隔診療等)、入院調整・転退院調整の機能不全 → 更なる病床および宿泊療養施設の確保・入院調整本部の強化・搬送体制の拡充、感染症拡大時の通常医療の確保 → 地域における医療機関の連携と機能分化。

6.1 新型コロナウイルス感染症第 5 波の状況

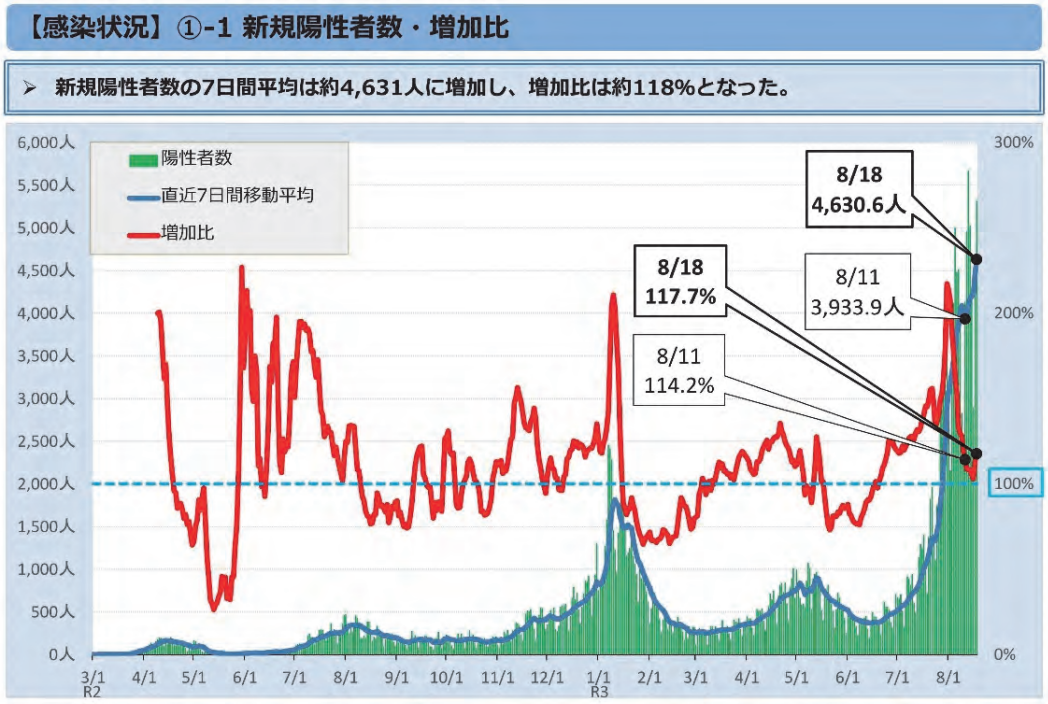
令和 3 年 1 月の第 3 波（ピークは 1 月 7 日の 2,520 人)、令和 3 年 5 月の第 4 波（ピークは 5 月 8 日の 1,121 人）を経て、6 月 20 日には東京都における緊急事態宣言が解除されまん延防止等重点措置へ移行したが、新規陽性者数は十分に下がりきらないまま高い値で推移していた。

この時期の東京都における最大の関心事は、7 月 23 日に開幕を控えた「東京 2020 オリンピック・パラリンピック大会」についてであった。東京オリンピック大会を開催するのかどうか、開催するとしたら観客を入れるのか無観客なのか。いずれにしろ大会を契機に新型コロナ感染が拡大しないこと、大会を開催することによって医療体制が圧迫されないことが条件と考えられた。

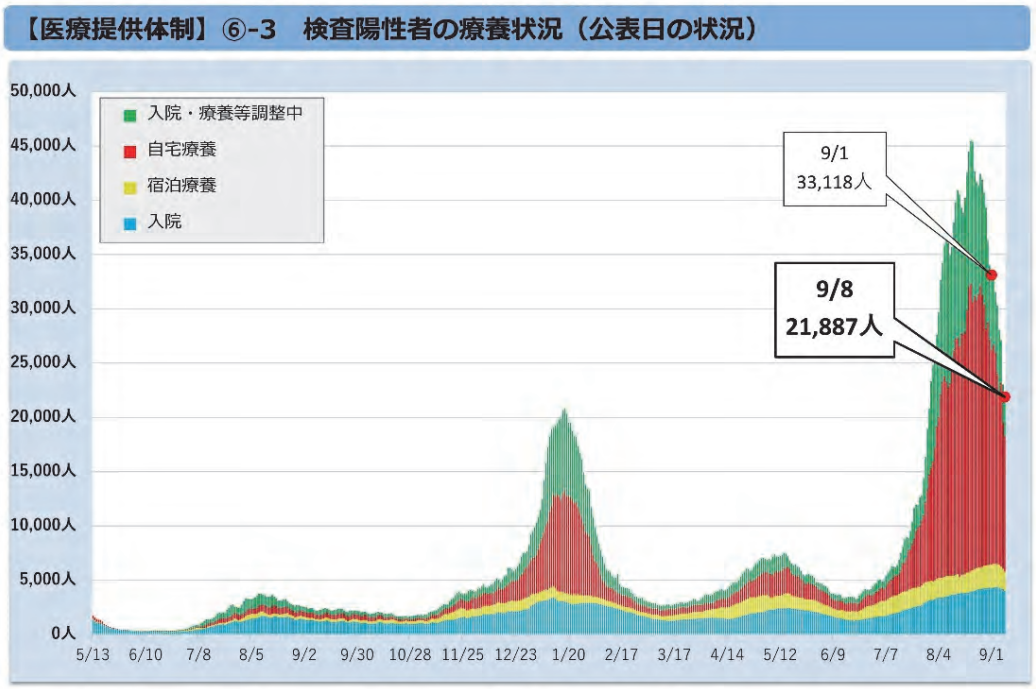
しかし、その後も新規陽性者数は増加を続け、東京都に 4 度目となる緊急事態宣言が出されることになったことから、7 月 8 日に東京・神奈川・埼玉・千葉の 1 都 3 県の会場はすべて観客を入れずに大会が開催されることが決まった。



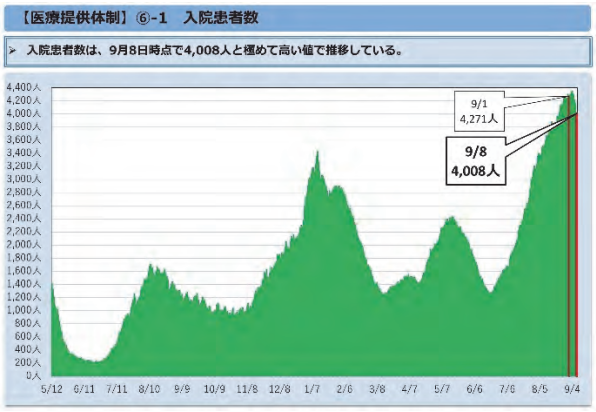
このように緊急事態宣言下での東京オリンピック大会と共に始まった新型コロナの第 5 波であったが、7 月下旬には新規陽性者の増加比が 150%、8 月第 1 週には増加比 180%となり、それまで経験したことのない爆発的な感染拡大となり、8 月 13 日には 1 日の陽性者数が 5,773 人とピークとなるなど、連日 4,000～5,000 人もの新規陽性者の発生となった。

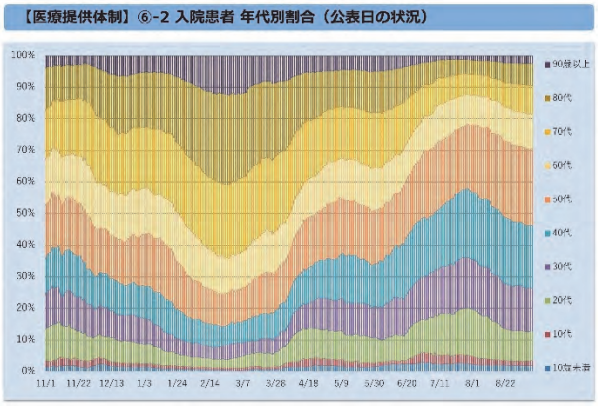


この急激な陽性者数の増加のため、自宅療養／自宅待機を余儀なくされる患者が急増し、ピーク時には自宅療養者 25,934 人（8/26）、調整中 14,726 人（8/22）にもなった。

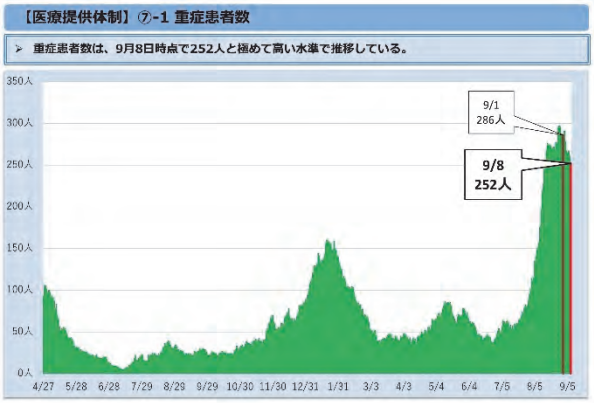


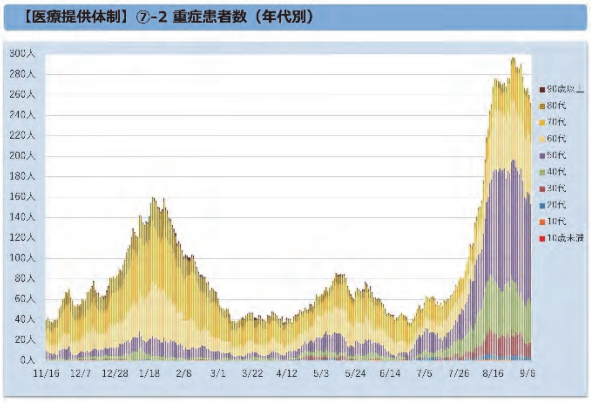
入院患者数のピークは 9 月 8 日の 4,351 人で、重症者は最大 297 人（8/28）、また宿泊療養は最大 2,166 人であった。



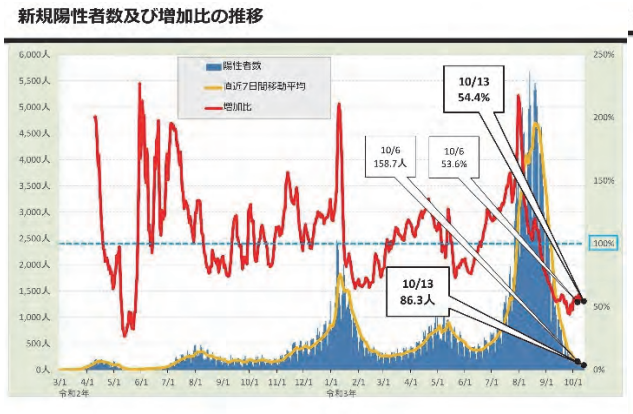


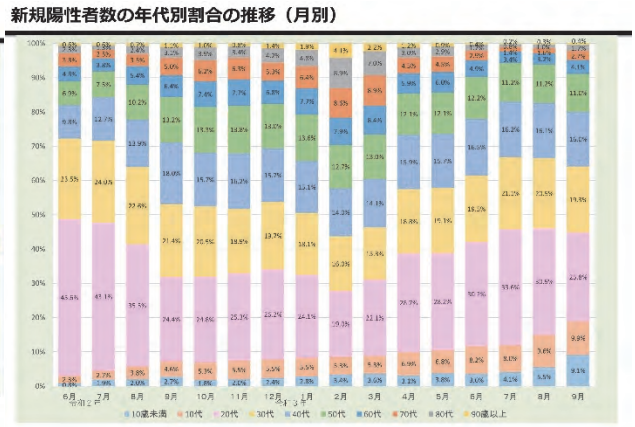
今回の第5波の場合、これまでと比べ入院患者・重症者とも高齢者が少なく、一方で20代～50代、特に50代次いで40代が多いことが特徴的であった。

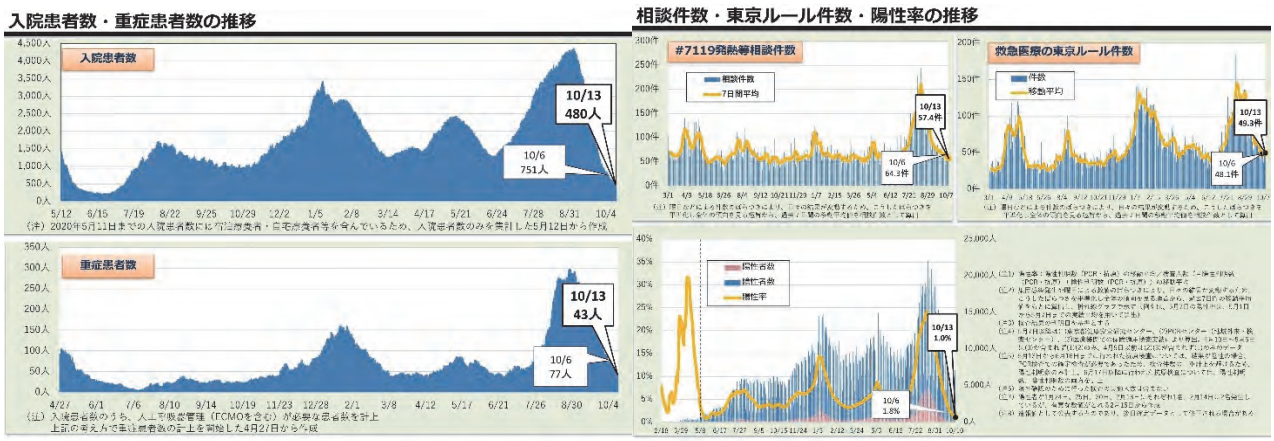




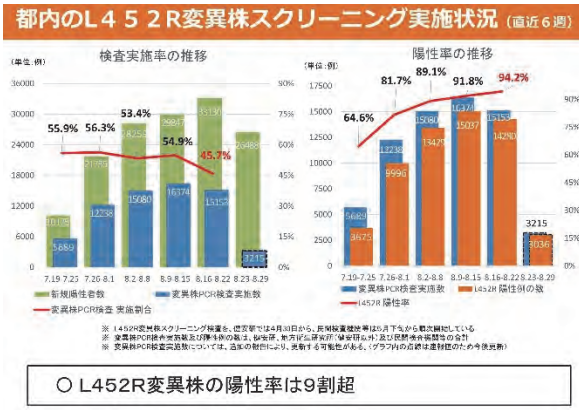
8月中旬に新規陽性者数のピークを迎えた第5波であったが、その後8月27日には増加比95%、9月2日に増加比75%、9月9日に増加比60%、9月24日に増加比50%と減少傾向となった。これと共に新規陽性者数の7日間平均も連続して減少し、9月29日には296人/日、10月6日には159人/日、10月20には46人/日まで減少した。

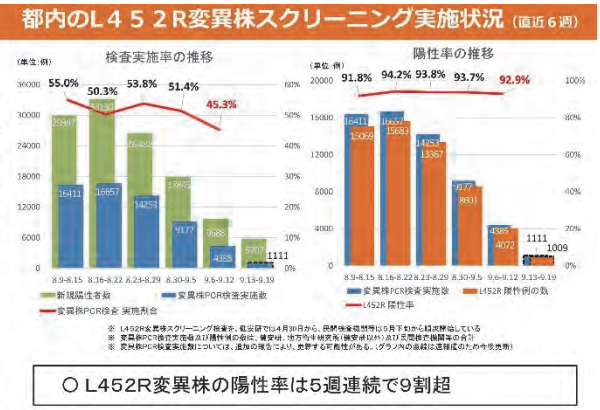






この間のL452R変異株のスクリーニング結果を見ると、7月から陽性率が上昇し、感染のピークを迎えた8月中旬以降は90%以上を占めるようになり、この第5波の流行の主体が感染力の強いL452R変異株（デルタ株）であることは明らかであった。





都内のL452R変異株スクリーニング実施状況一覧

（令和３年１０月１４日　１２時点）

	合計	1.29-2.7	4.30-5.2	5.3-5.9	5.10-5.16	5.17-5.23	5.24-5.30	5.31-6.6	6.7-6.13	6.14-6.20	6.21-6.27	6.28-7.4	7.5-7.11	7.12-7.18	7.19-7.25	7.26-8.1	8.2-8.8	8.9-8.15	8.16-8.22	8.23-8.29	8.30-9.5	9.6-9.12	9.13-9.19	9.20-9.26	9.27-10.3	10.4-10.10
新規陽性者数（報告日別）	−	−	2,627	5,589	5,645	4,546	3,910	2,985	2,689	2,716	3,342	4,074	5,137	7,478	10,175	21,735	28,259	29,847	33,130	26,488	17,845	9,688	5,707	2,539	1,444	803
変異株PCR検査実施数	112,667	−	76	121	103	139	372	309	1,002	1,516	1,770	2,336	3,050	4,220	5,689	12,249	15,096	16,411	16,657	14,253	9,276	4,415	2,279	736	478	114
健安研	1,914	−	76	121	103	89	65	38	37	63	86	69	81	86	96	141	127	174	123	116	87	89	24	9	1	13
北方衛生研究所（健安研以外）	240	−	−	−	−	−	−	−	−	15	1	7	7	23	9	16	29	36	55	19	18	0	0	0	5	0
民間検査機関等	110,513	−	−	−	−	50	307	271	965	1,438	1,683	2,260	2,962	4,111	5,584	12,092	14,940	16,201	16,479	14,118	9,171	4,326	2,255	727	472	101
変異株PCR検査 実施割合	−	−	2.9%	2.2%	1.8%	3.1%	9.5%	10.4%	37.3%	55.8%	53.0%	57.3%	59.4%	56.4%	55.9%	56.4%	53.4%	55.0%	50.3%	53.8%	52.0%	45.6%	39.9%	29.0%	33.1%	−
L452R変異株 陽性数	91,051	5	0	1	2	8	3	15	32	127	261	502	934	1,948	3,675	10,004	13,442	15,069	15,683	13,367	8,667	4,095	2,062	653	398	98
健安研	878	5	0	1	2	6	1	12	9	11	10	21	22	29	51	90	92	147	106	96	62	72	15	6	0	12
北方衛生研究所（健安研以外）	173	−	−	−	−	−	−	−	0	3	1	1	5	3	8	13	20	32	51	15	16	0	0	0	5	0
民間検査機関等	90,000	−	−	−	−	2	2	3	23	113	250	480	907	1,916	3,616	9,901	13,330	14,890	15,526	13,256	8,589	4,023	2,047	647	393	86
L４５２R変異株PCR検査 陽性率	−	−	0.0%	0.8%	1.9%	5.8%	0.8%	4.9%	3.2%	8.4%	14.7%	21.5%	30.6%	46.2%	64.6%	81.7%	89.0%	91.8%	94.2%	93.8%	93.4%	92.8%	90.5%	88.7%	83.3%	−

6.2 新型コロナウイルス感染症第 5 波に向けた対策

これまでの新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、医療提供体制をはじめとする様々な課題に対し対策がとられた。

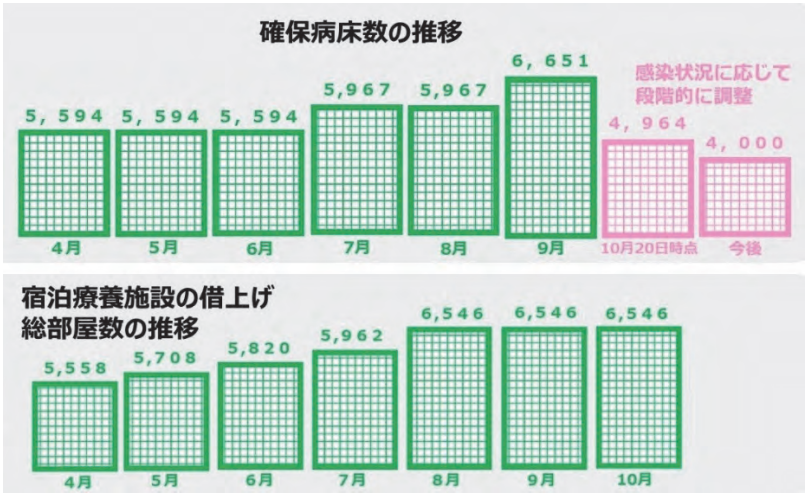
6.2.1 病床の確保

病床については、当初は都立・公社病院におけるコロナ病床 2,000 床を含め約 5,600 床を確保していたが、第 5 波の急激な感染拡大を受け、最大約 6,650 床を確保するに至った。

また、重症度や患者特性に応じて受け入れを行う入院重点医療機関として 128 か所が指定された。

6.2.2 宿泊療養

宿泊療養施設については、17 施設、約 6,550 室が確保され、また医師がオンラインで問診を行う体制のほか、往診等を行い、必要時に酸素投与や輸液、抗体療法を実施するなどの医療機能を強化した施設も設けられた。宿泊療養施設での医療体制については、都内の地区医師会および大学病院の医師が輪番で対応に当たった。



6.2.3 入院調整

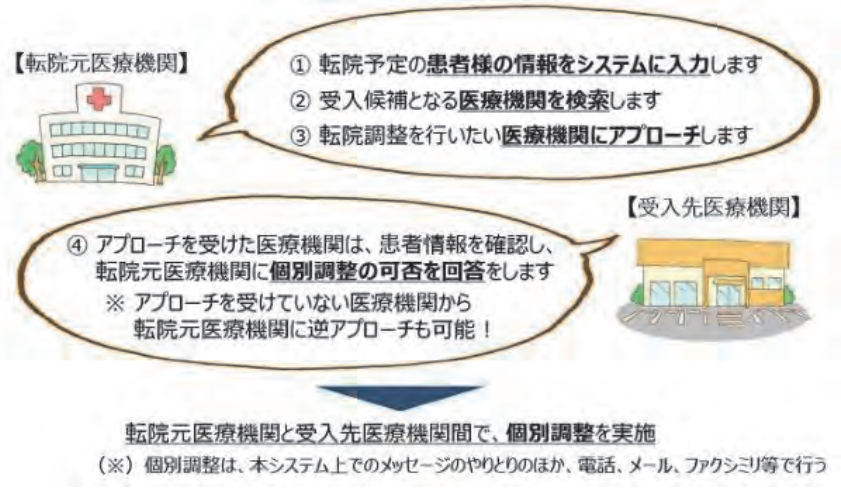
入院調整であるが、当初は各地区保健所がそれぞれに患者の状態に応じ入院先を探し搬送の手配を含め対応を行っていた。しかし地域によって医療資源に差があること、広域での入院調整が困難であることなどから、東京都に入院調整本部を設置し、各地区保健所からの依頼を受け入院先医療機関の調整を行うこととなった。

6.2.4 転院支援

第 3 波の際には軽快後にリハビリテーションが必要となる高齢患者が多くみられたが、回復期の受入病床の確保が困難であり、それが重症受入病床の逼迫の原因の一つとなった。

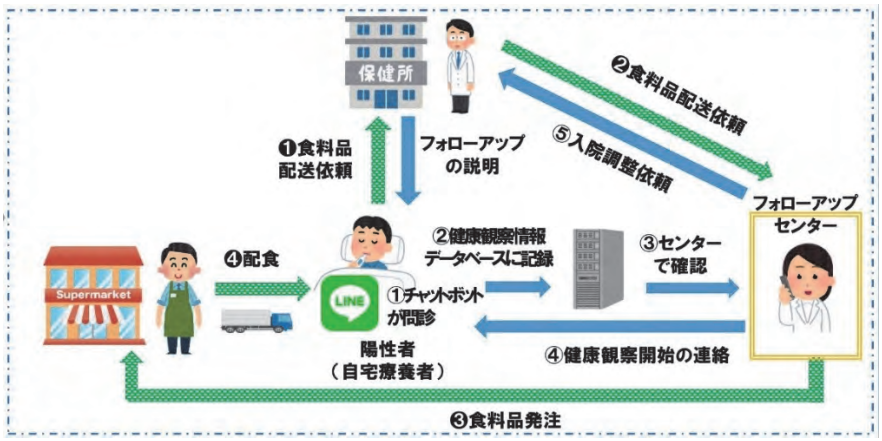
そこで東京都では転院等受入のための回復期支援病院を募り約 280 病院、1,800 床を確

保すると共に、東京都多職種連携ポータルサイトの転院支援システムを活用し、医療機関間の転院調整を支援することとした。



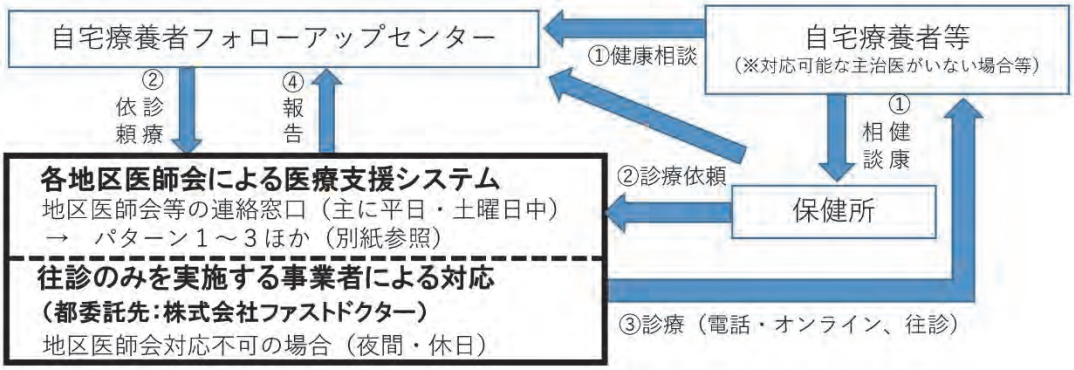
6.2.5 自宅療養フォローアップセンター

保健所による確認後、何らかの理由により止むを得ず自宅療養となった方に対し、東京都では自宅療養フォローアップセンターを設置し、保健所の依頼により、アプリ・電話による健康観察・医療相談、食料品の配送、パルスオキシメーターの貸与等を行った。



6.2.6 地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業

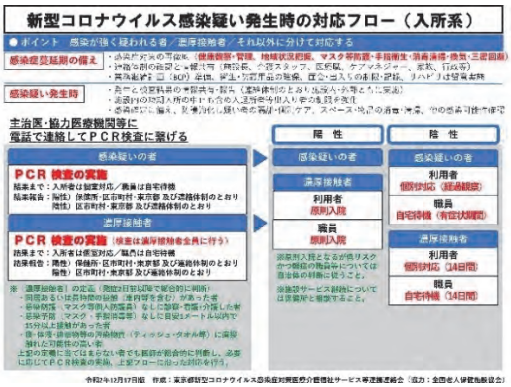
自宅療養者等の体調悪化や不安・相談に対し、地域において各地区医師会・行政・保健所が一体となって、自宅療養者等に対して電話・オンライン診療・往診などの医療支援が行える体制の構築を目的とした事業が行われることとなった。

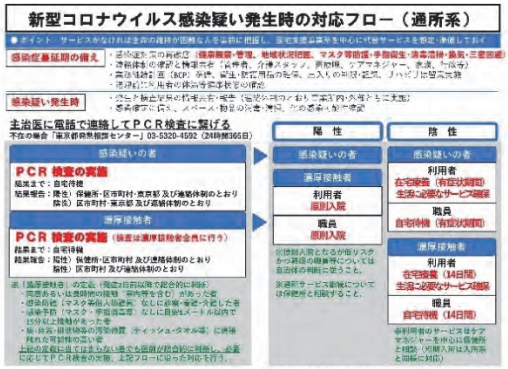


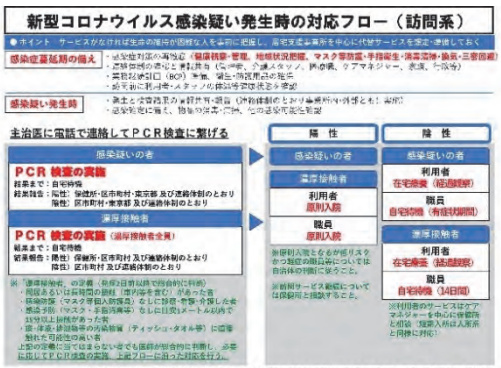
6.2.7 高齢者医療介護支援

・東京都新型コロナウイルス感染症対策医療介護福祉サービス等連携連絡会

東京都医師会では、高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症対策について協議するために「東京都新型コロナウイルス感染症対策医療介護福祉サービス等連携連絡会」を設置し、高齢者施設起源の介護崩壊を防ぐために、感染予防用具の供給、感染症対策フローチャートおよびチェックリストの作成、高齢者施設向けの感染症対策動画・教材の作成等の対応を行っている。







・　高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生時の応援職員派遣事業

新型コロナウイルス感染症の発生により人員が不足した高齢者施設に対し、応援職員派遣の調整を行う事業について協定が締結されている。

・　高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症対策強化事業

重症化リスクの高い高齢者・障害者が利用する施設や病院の職員等を対象として、集中的・定期的な検査を実施している。

・　老人保健施設を活用した新型コロナウイルス感染症回復後の要介護高齢者受け入れ事業

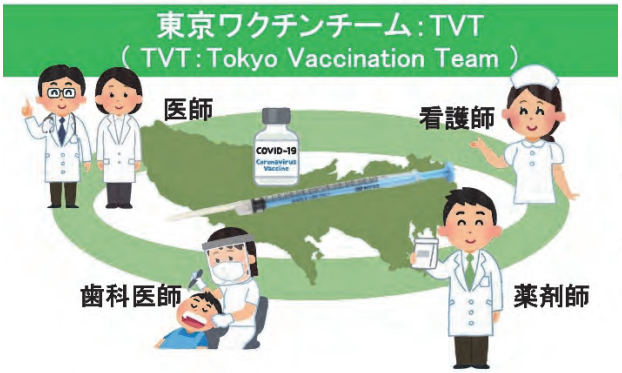
新型コロナウイルス感染症から回復した高齢者が転院できないことが問題となっていたことから、回復後の要介護高齢者を老健施設で受け入れリハビリテーションを行い自宅や高齢者施設に戻すために、東京都老人保健施設協会の協力により事業が開始された。

6.2.9 東京都医師会「コロナ・インフルエンザＷｅｂ」

東京都では平成 27 年より一部の地区医師会でインフルエンザの流行状況をリアルタイムで集計する「インフルエンザ情報ウェブ」が利用されていた。新型コロナウイルス感染症の蔓延に対し、このシステムを全都的に展開するために「コロナ・インフルエンザＷｅｂ」を開発し運用を開始している。このシステムは、コロナ・インフルエンザを診断した医療機関が情報を入力することにより、地域における感染者の分布傾向を明瞭に把握することが可能となるものである。

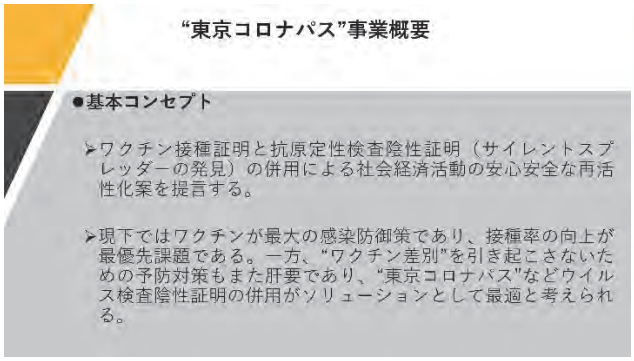
6.2.10 新型コロナワクチン職域接種の推進（東京ワクチンチーム TVT）

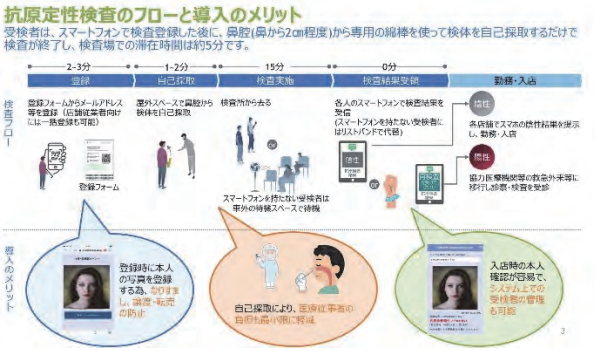
東京都医師会・東京都歯科医師会・東京都薬剤師会・東京都看護協会による東京ワクチンチーム（TVT）を創設し、東京商工会議所と連携し、ワクチン接種が困難な 50 人未満の中小企業、商店街、飲食店の従業員等を対象とした職域接種を推進した。



6.2.11 東京コロナパス

感染防御策として新型コロナワクチン接種は重要であるが、ワクチン接種を受けられない方に対するワクチン差別や、変異株によるブレークスルー感染などが懸念される。そこで、ワクチン接種証明と抗原定性検査陰性証明の併用による社会経済活動の再活性化がソリューションとして提案され、実証実験が行われている。





6.3 新型コロナウイルス感染症第 5 波、感染急拡大への対応

以上のように、これまでの経験を踏まえた様々な対策がとられてきたものの、第 5 波の急激な感染拡大は、医療提供体制に災害レベルとも言うべき深刻な事態をもたらした。

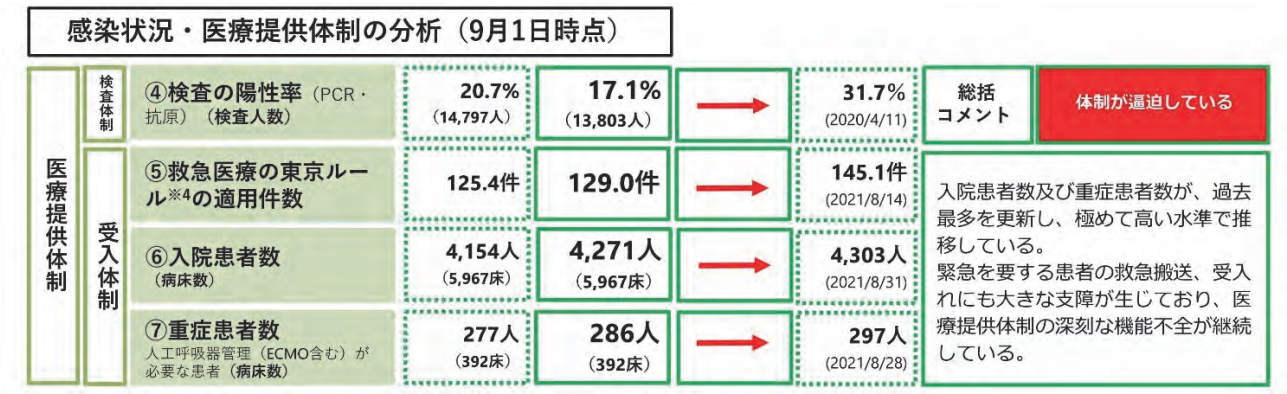
● 保健所業務の逼迫

急激な陽性患者数の増加による保健所業務の逼迫により、患者対応が滞ることとなった。一部の地域では、発生届を受けての患者への連絡（ファーストコンタクト）に最長で 1 週間近くかかるところも出ており、陽性患者は入院／宿泊療養／自宅療養の判断もされず、健康観察はおろかパルスオキシメーターの貸与や配食の手配もされずに自宅待機を余儀なくされることとなった。このため、自宅待機中に容体が悪化する患者が生じる事態となり、自宅療養者／待機者に対する地域での医療支援体制の構築が急務となった。

● 病床、受入体制、入院調整の逼迫

東京都では最大確保病床を 6,406 床としていたが、入院患者数が連日 4,000 名を超える状態が続き、医療提供体制の深刻な機能不全が懸念された。保健所から入院調整本部への調整依頼も急増し、8 月 11 日には 608 件の要請に対し、570 人が翌日に繰り越しになり自宅待機を余儀なくされるなど、入院調整、中でも重症者に対する調整が難航する事例が多数生じた。

これに対し、病院経営本部が入院調整体制を強化し、都立・公社病院の入院調整を一括して、入院調整本部で行う体制とした。また医療機関に対しては、救急医療や一般診療機能の縮小、予定手術の延期等、通常医療の制限を視野に入れた体制の確保が要請された。



8 月 18 日には検査陽性者の全療養者数 40,197 人の内、入院患者 3,815 人（約 9%）、宿泊療養者 1,807 人（約 4%）と極めて低い一方で、自宅療養者 22,226 人、入院・療養等調整中 12,349 人となり、自宅療養中の方が亡くなるなど、深刻な状態となった。

このため、都は災害レベルの非常事態と判断し、緊急時の体制に移行し、以下のような対応を行った。

6.3.1 酸素・医療提供ステーションの設置

感染拡大時の病床機能の補完を目的として、軽症・中等症の患者を一時的に受け入れ酸素投与等を実施する臨時の医療施設として、病院型および施設型を最大 520 床確保した。

施設型には、地区医師会が輪番制で医師派遣の協力を行う。

6.3.2 医療機能を強化した宿泊療養施設「TOKYO 入院待機ステーション」の開設

病床逼迫時に入院先が見つからず入院待機となった患者を一時的に受入れるために、区部に 2 施設、多摩地域に 1 施設、最大 46 床を確保した。

6.3.3 自宅療養者、入院待機者へのフォロー体制の強化

・自宅療養者フォローアップセンターの増強

・My HER-SYS による健康観察

・パルスオキシメーターの貸与

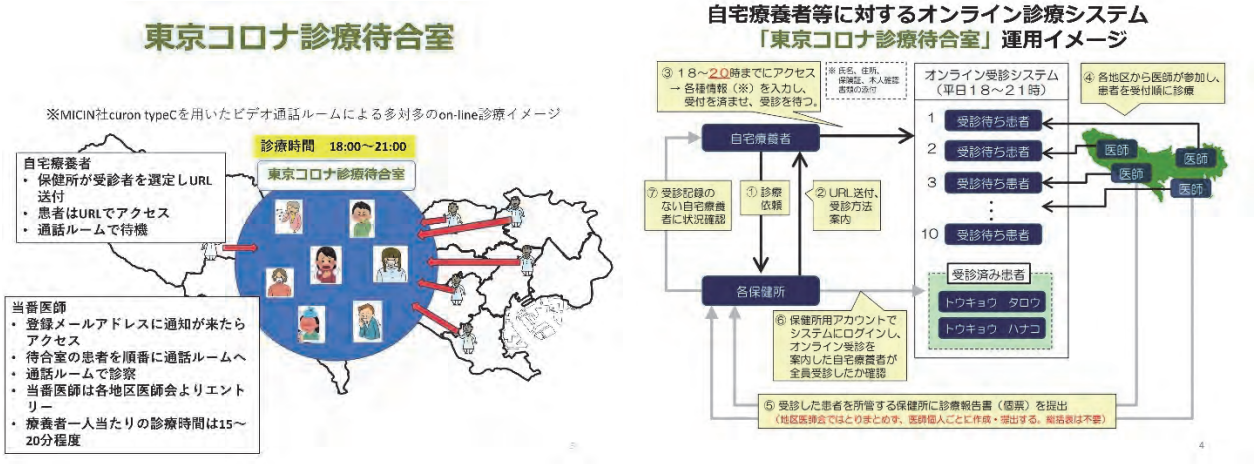
急増する自宅療養者への対応として、パルスオキシメーター20,000 個を地区医師会へ貸与し、患者への直接の配布を行う。

・自宅療養者等に対する酸素濃縮装置の活用

東京都が酸素濃縮装置を約 760 台確保し、保健所や医療機関を通して貸出を行う。

6.3.4 オンライン診療システムを活用した遠隔診療

既に行われている地区医師会による自宅療養者等に対する医療支援体制の強化として、「オンライン診療システムを活用した遠隔診療」（東京コロナ診療待合室）が行われることとなった。これは、自宅療養者等に対し、オンライン診療システムを活用した仮想待合室を設置し、診療可能な医師を確保し、遠隔診療を行うものである。



6.3.5 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 16 条の 2 第 1 項に基づく協力要請

令和 3 年 8 月 23 日、厚生労働大臣及び東京都知事によって、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（平成 10 年法律第 114 号）第 16 条の 2 第 1 項の規定に基づき、都内医療機関の長、医学部を置く各国公私立大学長及び看護師等学校養成所長に対し、以下の協力要請が発出された。

・入院重点医療機関等においては、最大限の入院患者の受入を行うこと。
・回復期支援病院は、最大限の入院患者を受け入れること。
・それ以外の病院は、都が要請した施設の運営、人材派遣に協力すること。
・全ての診療所は、新型コロナ感染症患者への在宅医療、都が要請した施設に対する人材派遣、区市町村のワクチン接種等に協力すること。

・医師、看護師等養成機関は、都が要請した施設に対する人材派遣、区市町村のワクチン接種等に協力すること。

更に、医療機関や医師・看護師等は、感染拡大時に都が要請する施設等で速やかに従事できるよう、東京都が設置する「東京都医療人材登録データベース」への登録が求められることとなった。

6.3.6 診療・検査医療機関の公表、

東京都では当初は診療・検査医療機関を公表しない方針であったが、第 5 波の感染者数の急増および上記の要請を受け、公表に同意した診療・検査医療機関を公表することとなった。これに伴い、東京都ホームページに診療・検査医療機関マップが公開され、発熱患者が速やかに診療・検査が受けられる体制が強化された。

現時点で、約 2,000 の医療機関のリストが公表されている。

6.4 新型コロナウイルス感染症第 6 波に向けた課題

爆発的感染拡大により災害レベルの非常事態となったデルタ株による新型コロナウイルス感染症の第 5 波であったが、8 月中旬のピークを境に急速に新規陽性者数が減少、次いで入院患者数も減少し、9 月末には政府の緊急事態宣言が全面解除されるに至った。

感染者数急減の要因としては、ワクチン接種が進展したことや、急激な感染拡大による医療体制の逼迫に対し都民や事業者が危機感を感じ、自ら感染防止対策に取り組んだことなどが指摘されている。

感染者数の急減により最悪の事態こそ免れはしたが、それまでの想定と対策を上回る事態となったことは、今後の感染症対策に様々な課題を残した。

年末・年始にかけて第 6 波の到来が予想され、その対応が進められていた。しかし、この原稿を書いている 2022 年 1 月現在、今まさにオミクロン株による第 6 波が始まっている。

オミクロン株の感染力はデルタ株より強く、感染者数の急増が心配されるものの、重症化率は低いとされている。そのため、これまで以上に自宅療養・宿泊療養が増えると予想されており、自宅療養者への対応が課題となる。

一方、重症化率は低くても、絶対数が増えれば重症化数は増え、結局は病床逼迫となる。特にオミクロン株はワクチン効果の減弱によりブレークスルー感染、特に高齢者の感染が懸念され、第 5 波よりも高齢者の重症者が増えることも考えられる。そのため新型コロナワクチンの 3 回目接種を迅速に進めることが急務である。

6.4.1 病床の確保、入院・転退院の促進

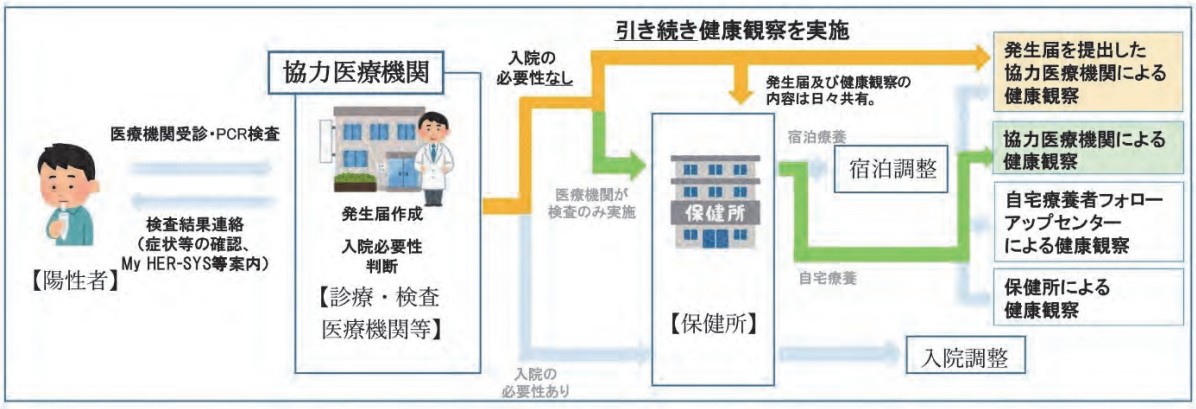
・病床については、約 6,900 床（+240）を確保。
・第5波では、保健所の業務逼迫と共に、入院調整本部も機能不全に陥ったことから、入院調整本部を増強し症状悪化時の受入態勢を強化すると共に、転退院についても支援班を設け、受入病床の確保を図る。
・患者搬送についても、搬送用陰圧車両の台数増、配車オペレーションの効率化により輸送人員の増加を図る。

6.4.2 宿泊療養施設について

・宿泊療養施設については 31 施設、7,900 室（+4,700）を用意。
・第 5 波では保健所による対応ができずに自宅待機を余儀なくされる事例が生じたことから、保健所を介さず患者が直接宿泊療養を申込できる窓口を設けた。
・宿泊療養施設での医療・看護体制の強化。

6.4.3 診療・検査医療機関による健康観察等支援事業

・発生届後、保健所の介入を待たずに診療・検査医療機関が直接、継続的に患者に対する健康観察を行い、必要に宿泊療養施設への入所勧奨等を行う。



6.3.4 自宅療養者等に対する医療支援体制の強化・拡充

・これまで行われていた地区医師会による自宅療養者等に対する支援事業を更に強化し、在宅医療・往診専門医療機関との連携を進める。
・これまで一部の地域で行われていた「オンライン診療システムを活用した遠隔診療」を拡充し、全都的に展開する。
・東京都自宅療養者フォローアップセンター、発熱相談センターの体制強化。
・訪問看護ステーションとの連携による、自宅療養者に対する支援。
・薬剤師会との連携による、自宅療養者に対する一般医薬品および新型コロナ経口治療薬の配薬の実施。

6.5 感染症医療と通常医療、地域での医療連携と役割分担について

新型コロナウイルス感染症における課題は様々あるが、上記のような感染症への対応だけでなく、感染症拡大時に通常医療をいかにして継続するかが大きな問題である。

令和 3 年 11 月から始められた令和 3 年度第 2 回東京都地域医療構想調整会議では、新型コロナ感染症患者のための医療と通常医療の提供とをどのように両立させられるか、「感染症医療の視点を踏まえた地域での医療連携と役割分担について」をテーマに各圏域において議論が進められてきた。

第 5 波においては、急性心筋梗塞や脳卒中などの救急医療については、ある程度通常医療を継続することができていたが、一方で待機的な手術治療やがん検診などにおいては通常医療が大きく制限されており、今後疾患の重症化などの影響が心配される。

また重症化した新型コロナウイルス患者による ICU の占拠が救急医療の逼迫につながることが明らかになったことから、今後はいかに重症化させないか、また軽快した患者をいかに速やかに急性期・回復期病床、あるいは地域へ戻せるかが課題である。

この新型コロナウイルス感染症によって、これまで想定していなかった医療提供体制の不備が明らかとなる一方で、医療機関・医師会・行政・保健所・多職種との連携、ICT の活用などが一気に進んだことも確かである。これを機に、医療連携と役割分担、そして地域包括ケアの構築が一層進むことを期待したい。

7. 神奈川県

【概要】
- 状況：7 月下旬から患者数が激増（最大 8/20、2878 人）。自宅療養宿泊療養者数（最大 8/26 約 17000 人）病床利用率（重症 250 人超、中等症＋軽症 1400 人超）20 代～30 代の割合が高い。
- 対応：緊急酸素投与センターへの役員出務。県・県医師会・県病院協会による、早期薬剤処方と陽性判明時に積極的予防的ステロイド等処方の指針発出。自宅放置者「ゼロ」プロジェクトの実施。抗原検査キット配布。中和抗体療法実施の体制構築。
- 課題：8/6 県から不急の入院・手術の一時延期通知。保健所機能の喪失（発生届の遅延）数日連絡ないまま過ごす自宅療養者の発生。(国への要望)適切な情報発信と水際対策。現場で直面する課題・疑問への全国一律対応。ただしトップダウンで型にはめず、ボトムアップでの対応を。

7.1 第 5 波以前

第 3 波で高齢者入院が急増し入院医療体制が逼迫したことを受けて、県と協議し第 2 回コロナ地域医療構想調整会議を開催（8 二次医療圏、延べ出席者 335 人）した。

・入院受け入れ医療機関と協定書を締結し、受入病床の実効性の担保
・下りコロナ受入協力医療機関の充実
・地域療養神奈川モデルの提案
・自宅療養者へのパルスオキシメーターの貸与
　緊急酸素投与センターの準備

7.2 第 5 波直前（オリンピック対応）

第 4 波は高齢者へのワクチン接種の影響もあり、入院病床の逼迫は無く、緊急酸素投与センターの稼働も無く対応できた。

一方で、直前まで具体的な計画が見えないオリンピックの準備に時間と労力を割かれた。

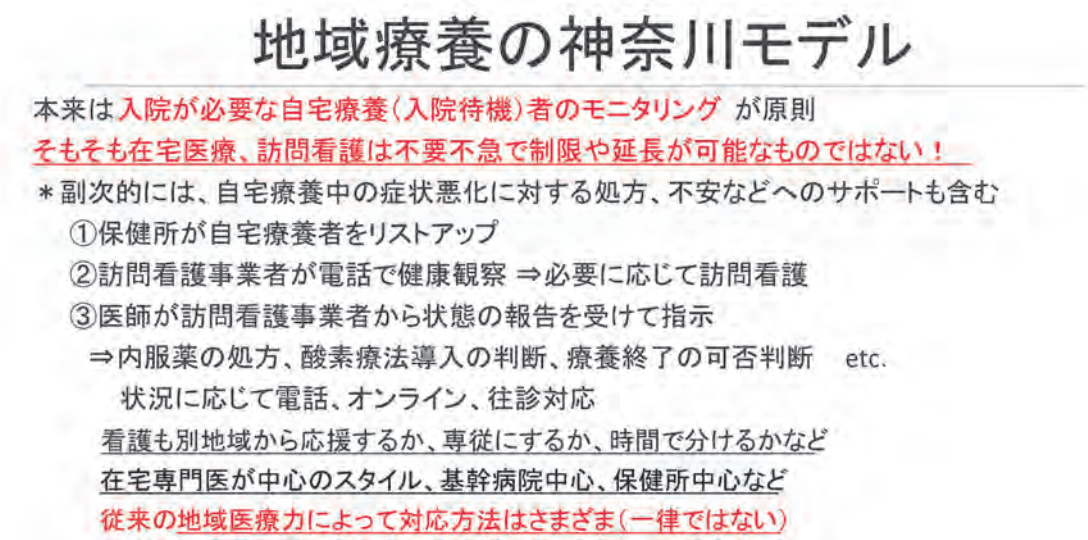
7.3 第 5 波到来

7 月下旬から新規発生患者数が激増し加速度的に増加したため、8 月になると入院調整が困難になり、同 6 日には県から不急の入院・手術の一時延期の通知が出された。同時に問題になったのが、保健所機能の喪失で発生届の処理が翌日以降に持ち越され、陽性判明後数日間、一切の連絡もないまま自宅で放置され療養する患者も多発した。

県医師会としては、主に以下の対応をした

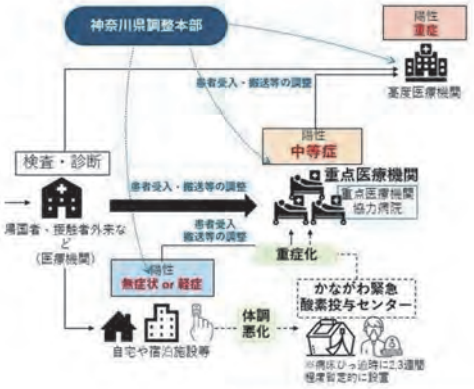
・　8/7～9/21 酸素投与センターの本格稼働に伴い役員が出務
・　8/20～9/16 早期薬剤処方の指針陽性判明時に積極的、予防的にステロイドを含めた処方を行う指針を県、県医師会、県病院協会の 3 者連名で発出
・　9/3 発熱診療医療機関から直接自宅療養者へパルスオキシメーターの貸与
・　自宅放置者「ゼロ」プロジェクトの実施陽性判明者への積極的医療介入を支援する内容を中心に県医師会ホームページに掲載

7.4 神奈川県の体制



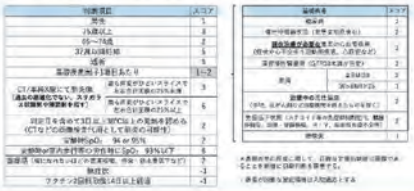
はじめは「医療体制（受け皿）」から

療養者・入院者の搬送調整



後方支援病院への転院調整

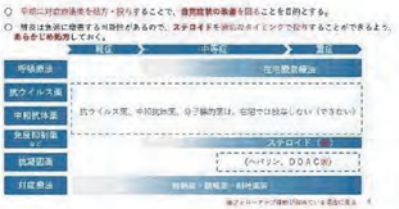
入院優先度判断スコア



徐々に「予防・悪化防止（原因対応）」へ

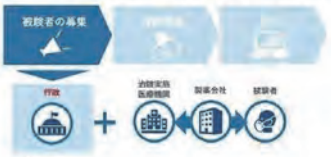
抗体カクテル療法 治療調整

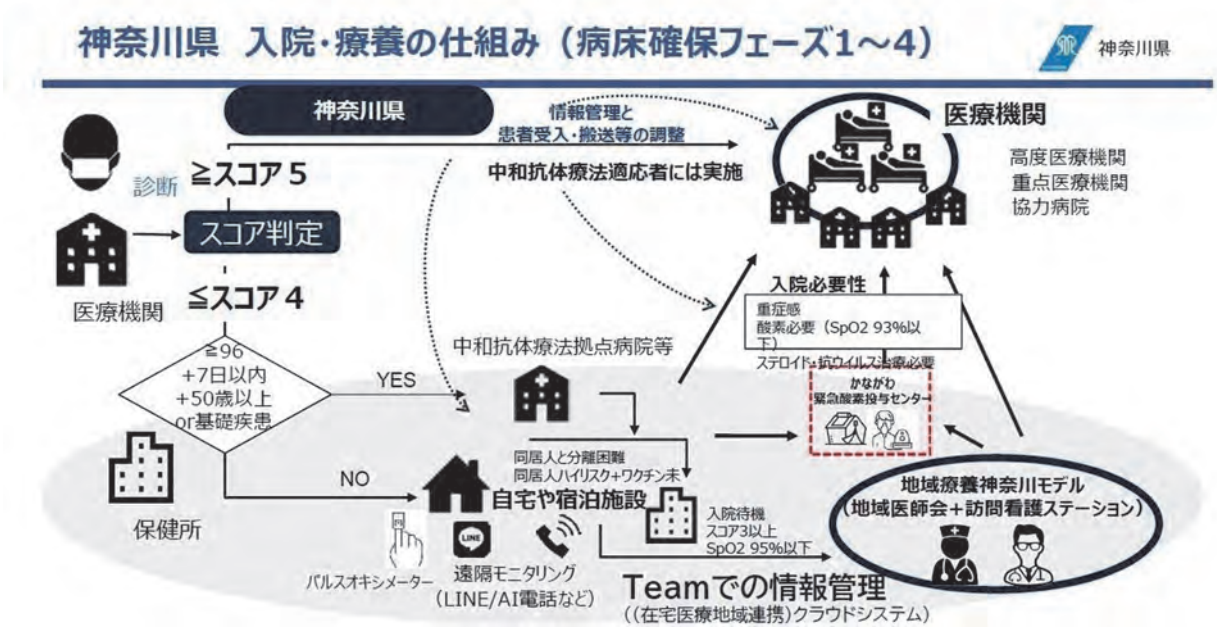
早期薬剤処方方針

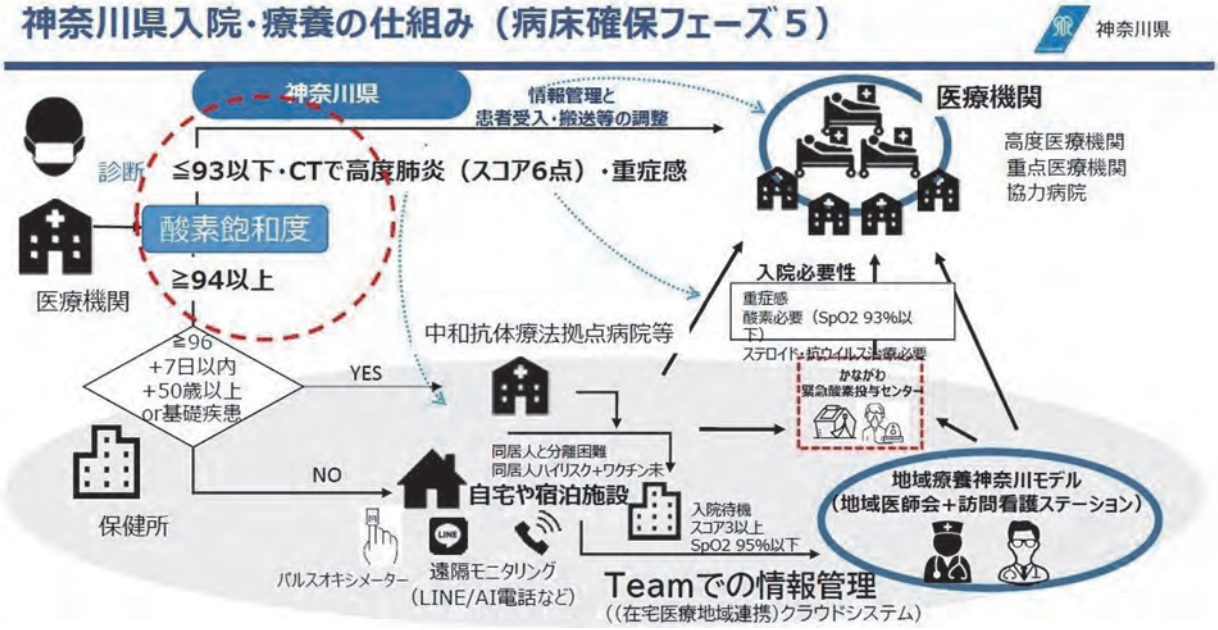


療養途中の病院への搬送サービス

経口治療薬の治験加速支援







7.5 第 6 波に向けて

・抗原検査キットの神奈川モデル

- 7/29　有症状の検査実施希望者に配布
- 9/9　　幼保・小中学校での実装的な配布
- 9/27　薬局での一般向け販売の開始

・　中和抗体療法の神奈川モデル

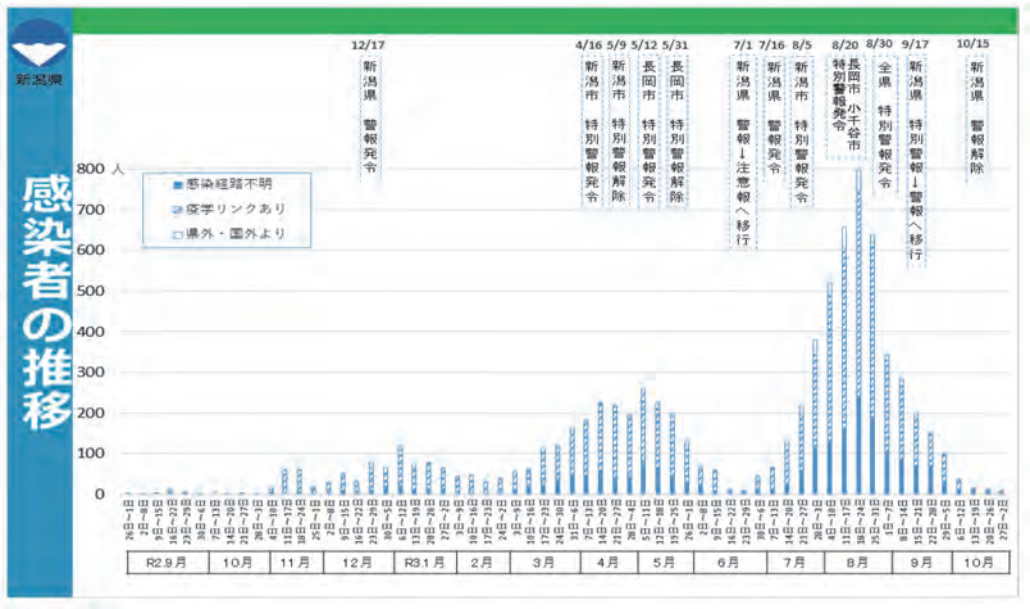
県が中心となって実施医療機関の選別や移動交通手段の確保を行う体制構築

8. 新潟県

【概要】

- 状況：感染者総数 7,963 人(10/14)。最大 1 日感染者数約 800 人(8/20) 。8 月宿泊療養者総数 177 人、同自宅療養者総数 1,574 人。1 日最大入院者数 277 人(26.6%)。
- 対応（第 5 波を踏まえた今後の対応）：中等症患者集中受入機関の設置、抗体カクテルセンターの設置、中等症 I まで対応できる確保病床数の増加、夜間・休日の中等症患者の受入体制、ICU 看護師の派遣体制の強化及び育成、オンライン診療担当医の増員、遠隔健康医療相談医の体制整備、宿泊療養施設の稼働率向上と新規開拓。
- 課題：休日・夜間の診療体制の強化。医療提供体制の強化(療養体制の拡充・機動化)。保健所体制の強化(人員不足・業務量・対応能力への対応)。検査体制の整備(検査能力(特に検体分析能力)の向上)。ワクチン接種への対応(安定供給と 3 回目接種体制。

8.1 状況



2（3）医療提供体制　①総括（第5波の振り返り）

✓ PCCの適切なトリアージ※1により、通常医療と両立しながら、入院が必要な患者は確実に入院できた
✓ 入院外療養の場合でも、重症化の兆候が見られた場合には速やかに入院療養を開始できた

PCCの適切なトリアージ

・災害医療の原則に則り、限られた医療資源（病床・医療者等）を真に入院が必要な方に提供する（＝致死率を下げる）ため、入院療養の必要性の判断基準を見直した ⟶ オーバートリアージ※2 ⇒ スタンダードトリアージ※3 へと方針転換
・スタンダードトリアージにすることで、通常医療とのバランスをとりながら、真に入院が必要な方が速やかに入院できる体制を維持
・一方で、基礎疾患があるなど、より重点的なモニタリングが必要な方は**宿泊療養**へ誘導

上記トリアージの結果

8月の宿泊・自宅療養者の状況

	療養者数	搬送件数	入院待機者数	死亡者数	搬送割合
宿泊	177人	47件	0件	0人	27%
自宅	1,574人	113件	0件	0人	7%

最大入院者数（月平均入院率）の推移
6~7月 206人(59.2%)
8月 277人(26.6%)

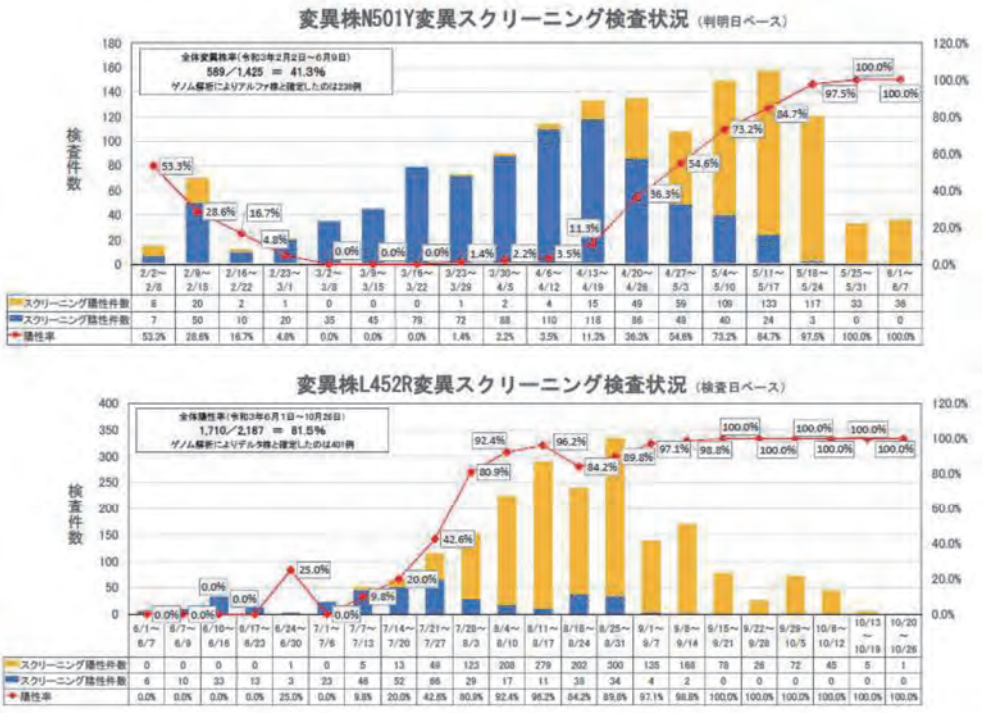
HOTEL
メリット
・パルスが即日入手可
・原則毎日看護師が架電

※1.トリアージ：治療や搬送等の優先順位を決めること（ハイリスクスコアの点数や症状などから総合的に判断）
※2.オーバートリアージ：実際の必要性よりもやや広めに基準を設定すること
※3.スタンダードトリアージ：真に必要な人に限定して基準を設定すること

○PCCの適切なトリアージにより、真に入院が必要な患者に病床を確保してあるため、上り搬送(入院）が必要な患者は速やかに入院でき、待機者(入院調整を翌日に持ち越した例）の発生は０であった。
○宿泊・自宅療養のいずれにおいても、入院外療養中の死亡者は０であった。

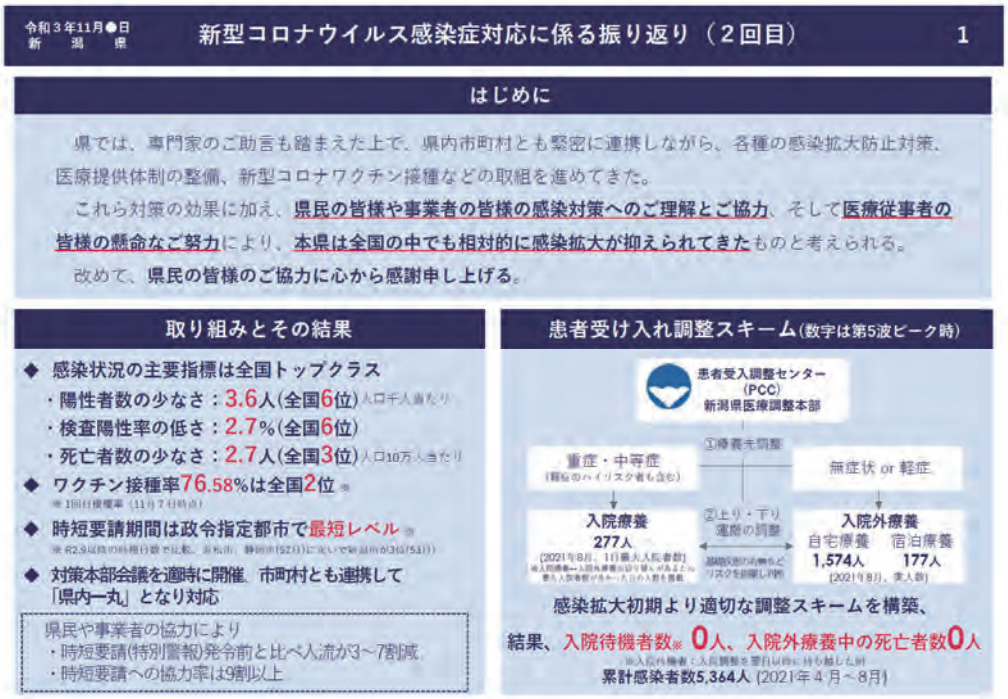
39

感染者数と相談件数



※検査件数は、スクリーニング陽性件数とスクリーニング陰性件数の合計とし、判定不能件数は除外した。
※陽性率は、スクリーニング陽性件数／検査件数で算出した。

8.2 対応



（2）感染拡大防止対策　⑤ 保健所の体制

【取組】

・　県内の12保健所では、体調不良者等からの電話相談対応や陽性患者が出た際の積極的疫学調査（感染経路の推定、濃厚接触者の割り出し、濃厚接触者の健康観察等）等を実施した。

・　感染が急拡大する中、以下の取組により、急増する業務に対応するとともに、さらなる感染拡大に備えて保健所の体制を強化した。

① 本庁及び他保健所からの保健師応援派遣	本庁・他保健所 → 延べ62名派遣 → 7保健所（村上,新発田,三条,長岡,南魚沼,十日町,柏崎）
② 保健師（正規職員）の増員	R３当初:２名増
③ 保健師の臨時採用（会計年度任用職員）	R２:８名、R３:10名採用・３名募集中（R3.11/1時点）
④ 市町村からの保健師応援派遣（協定締結）	7市村（村上,関川,阿賀,長岡,南魚沼,刈羽,柏崎） → 延べ128名派遣 → 4保健所（村上,長岡,南魚沼,柏崎）
⑤ 地域振興局内の応援体制の構築	局内他部職員による応援
⑥ 本庁からの支援チーム派遣体制の構築	感染者急増時に本庁職員による支援チームを派遣（R3.11/1時点、発動なし）

【課題】

・　県内の感染状況に応じた対応と、次なる感染急拡大時に備えた体制の強化が必要である。

【今後の対応】

・　引き続き各取組を強化し、感染状況に応じてそれらを組み合わせながら、機動的に対応していく。

2（2）感染拡大防止対策　⑥戦略的な検査体制

【取組】

○新潟市、県医師会・郡市医師会、医療機関等関係機関と協力しながら感染拡大防止に取り組み、感染が疑われる方に対して積極的にPCR検査を実施。

○県内全域で遅滞なく検査を実施できる体制を確立するため、検体採取等の検査体制を強化した。

・　診療・検査医療機関　　（R2.10.1時点500箇所→R3.11.1時点638箇所）

　発熱等の症状のある方が、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関で適切に診療・検査を受けられるよう県が指定。

・　地域外来・検査センター　（13箇所）

　新たに県内５箇所に地域・外来検査センター（広域型）を設置。軽い症状のある方や、陽性者と接触した可能性がある方等の検査を引き受け、院内感染防止及び医療機関の負担軽減を図る。

2（3）医療提供体制　①総括（今後の医療提供体制）

"オール新潟"でサポート

新型コロナウイルス感染症患者数が増加している場合においても、コロナ患者への医療と並行して、それ以外の疾患の患者についても適切な医療が提供されるよう、以下の取り組みを行い医療崩壊を防ぐ。

	取組事項	内容	現在の状況
1	中等症患者集中受入機関の設置	感染のピーク時に中等症患者の受入体制を強化するため、概ね１つの病棟で受け入れる医療機関を設置 ※設置にあたり設置月数×8,000千円上限に補助	・木戸病院、立川綜合病院に設置 厚生連新潟医療センターと合意済
2	抗体カクテルセンターの設置	新型コロナウイルス感染症患者の重症化を防ぐため、抗体カクテル療法について集中的に対象患者を受け入れる病院を各医療圏域で届出	・11病院を指定済 ・県内での抗体カクテルの使用実績は27病院337件（9/24現在）
3	中等症Ⅰまで対応できる確保病床数の増加	概ね病棟単位などでまとめて受け入れる等、中等症Ⅰまで対応できる病床を確保し、早期治療を行うことで、重症化等を減らし、医療負荷を軽減	・約100床追加確保で合意済。 →今後、県協議会及び厚労省との協議を進め、確保病床とするよう調整。
4	夜間・休日の中等症患者の受入体制（輪番制）の構築	夜間・休日であっても確実に中等症患者が入院できるよう、輪番を構築（夜間、受入体制を強化するため医療従事者増員を補助するもの）	・次の感染拡大期に向けて調整中
5	ICU看護師の派遣体制の強化及び育成	重症患者に円滑に対応できる医療提供体制を確保するため、包括支援交付金を活用した看護師派遣の強化や、各病院の連携によるICU看護師の育成を図る	・次の感染拡大期に向けて調整中
6	オンライン診療担当医の増員	感染のピーク時においても、症状変化時に速やかにオンライン診療が受けられるよう、オンライン診療担当医を増員	・全ての郡市医師会へ協力依頼 →多数の医師会から協力の申出あり
7	遠隔健康医療相談医の体制整備	患者からの電話相談を受け、より搬送の要否とオンライン診断の要否を決定する遠隔健康医療相談医を整備し、オンライン診療担当医の業務負担軽減を図る	・新潟大学医歯学総合病院、新潟県立がんセンター新潟病院が遠隔健康医療相談医を担当
8	宿泊療養施設の稼働率向上と新規開拓	感染のピーク時において、多数の療養者を宿泊療養施設にて受け入れるため、稼働率の向上と宿泊療養施設の新規開拓を行う	・次の感染拡大期に向けて調整中

※新型コロナウイルス感染症の重症、中等症患者受入体制の強化を図るために必要な経費も補助
（重症患者１人当たり4,000千円、中等症患者１人当たり500千円を上限）
※　次の感染拡大期に向けて入院待機ステーションの設置を検討中

40

2（3）医療提供体制　②患者の受入調整・搬送調整

【取組】

・　令和２年４月27日に統括DMAT有資格者※1及び各専門領域のリエゾン※2にご協力いただき、「患者受入調整センター（PCC）」を医療調整本部内に設置。通常医療との両立を図りつつ、全県の新型コロナ感染症患者の療養先を調整。

※1 DMAT･･･専門的な訓練を受けた医師・看護師などから構成された、災害発生直後から活動できる機動性を備えた医療チーム。統括DMAT有資格者とは災害時に各DMAT本部の責任者として活動する資格を有する者。
※2 リエゾン･･･災害対策の現地情報連絡員。ここでは小児・周産期など各専門領域の医師が担当している。

・　PCCによる適切なトリアージにより、令和３年８月の第５波ピーク時においても、入院待機者（翌日への持ち越し）が発生せず、入院外療養中の死亡者がゼロであった。

・　当初より県が所持していた患者搬送用車両２台に加え、民間及び新潟大学病院より車両3台の貸与を受け、合計5台での患者搬送体制を整備（他、新潟市が１台保有）。感染拡大時には民間サービスも活用して、搬送対応を行った。

2（3）医療提供体制　③入院医療体制

【取組】

・本県においては、入院加療が必要な新型コロナウイルス感染症患者が確実に入院して適切な診断と治療が受けられるよう、入院医療体制を整備してきた。
・令和２年４月には各分野の専門家からの助言や圏域毎での病院、医師会、保健所など関係者との協議により、役割別・重症度別に受入病院を選定し、通常医療と両立しながら特定の病院に患者が集中せず、必要な医療を患者が受けられる「オール新潟」での受入体制を整備した。
・病床・宿泊療養施設確保計画により、国推計による最大の入院患者数（３６１人）を上回る病床数（５５５床）を確保した。
・病院とは、リアルタイムで重症度別稼働数を共有し、重症化させないための治療方法等を毎週Web会議で共有する等、情報共有を密にしている。
・これまでに入院待機者は発生していない。

【課題】

第５波を超える感染者発生を想定し、さらなる入院病床の増強や入院待機ステーション整備が必要。

【今後の対応】

中等症Ⅰまで対応可能な病床を100床程度追加確保するとともに、入院待機ステーションを設置すること等により、早期治療を一層推進し、重症化を防ぐことで医療負荷を軽減する。

2（3）医療提供体制 ④自宅療養体制

【取組】

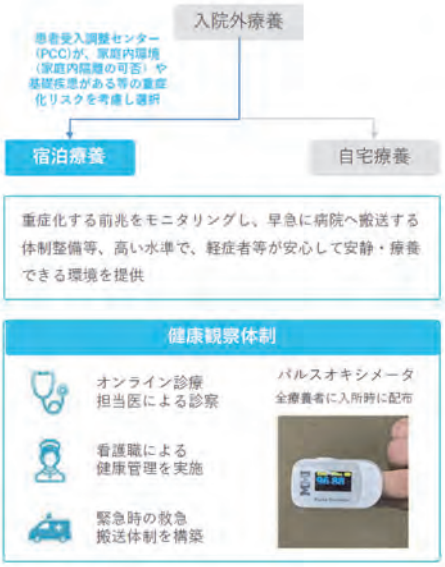
・　療養場所を自宅とすることについては、無症状または軽症患者であり、医師が症状等から入院不要と判断した上で決定している。
・　すべての自宅療養者へパルスオキシメーター及び自宅療養の注意点をまとめた「自宅療養のしおり」を配布、希望者に食料品等の支援を実施した。
・　自宅療養者に看護師が電話で健康観察を行い、必要に応じてオンライン診療医が診療・処方を実施した。また、オンライン診療医の判断により入院療養へ移行するようにしている。
・　夜間の健康観察については、訪問看護ステーションに委託し、自宅療養者がいつでも体調に関する相談ができる体制を構築した。
・　令和３年８月の第５波において、感染者が急増したことに伴い、委託により看護師、事務職員を増員するとともに業務見直しにより効率化を図った。
・　主な見直しとして、初回の架電による健康観察以降は、原則としてアプリ（自宅療養者が体温等をフォームに入力して送信）で健康観察を行うことにし、症状等から重点的な健康観察が必要な療養者に対しては、その都度架電して健康観察を行うこととした。

2（3）医療提供体制 ⑤宿泊療養体制

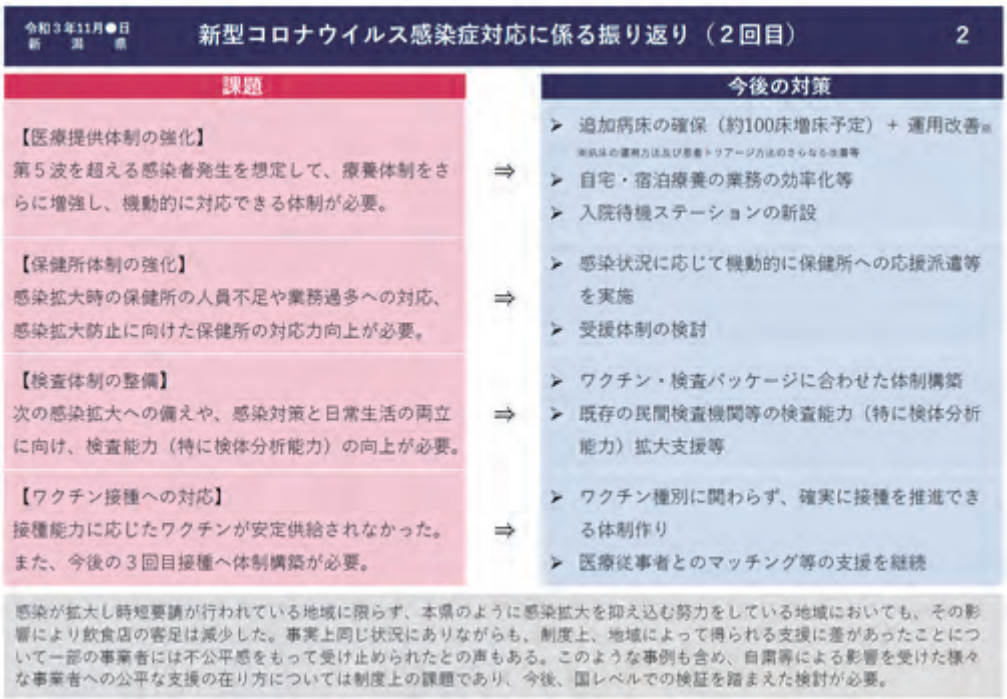
【取組】
- 軽症患者宿泊療養施設として、４施設・300室を確保している。
- 施設では、看護職による健康管理を毎日実施し、オンライン診療担当医による診察を入所時に加え、必要に応じて行っている。
- 緊急時の救急搬送体制も確立している。

【課題】
- 今後の感染拡大に備え、さらに多くの患者が利用できるよう、宿泊療養施設の体制強化と施設数の増加に取り組む必要がある。

【今後の対応】
- オンライン診療担当医や看護職の増員や、清掃・消毒業務の効率化を図る。
- 新規宿泊療養施設及び業務従事者を確保する。



8.3 課題



令和３年11月●日　新潟県

新型コロナウイルス感染症対応に係る振り返り（２回目）　2

課題		今後の対策
【医療提供体制の強化】 第５波を超える感染者発生を想定して、療養体制をさらに増強し、機動的に対応できる体制が必要。	⇒	➢ 追加病床の確保（約100床増床予定）＋運用改善※ ※病床の運用方法及び患者トリアージ方法のさらなる改善等 ➢ 自宅・宿泊療養の業務の効率化等 ➢ 入院待機ステーションの新設
【保健所体制の強化】 感染拡大時の保健所の人員不足や業務過多への対応、感染拡大防止に向けた保健所の対応力向上が必要。	⇒	➢ 感染状況に応じて機動的に保健所への応援派遣等を実施 ➢ 受援体制の検討
【検査体制の整備】 次の感染拡大への備えや、感染対策と日常生活の両立に向け、検査能力（特に検体分析能力）の向上が必要。	⇒	➢ ワクチン・検査パッケージに合わせた体制構築 ➢ 既存の民間検査機関等の検査能力（特に検体分析能力）拡大支援等
【ワクチン接種への対応】 接種能力に応じたワクチンが安定供給されなかった。また、今後の３回目接種へ体制構築が必要。	⇒	➢ ワクチン種別に関わらず、確実に接種を推進できる体制作り ➢ 医療従事者とのマッチング等の支援を継続

感染が拡大し時短要請が行われている地域に限らず、本県のように感染拡大を抑え込む努力をしている地域においても、その影響により飲食店の客足は減少した。事実上同じ状況にありながらも、制度上、地域によって得られる支援に差があったことについて一部の事業者には不公平感をもって受け止められたとの声もある。このような事例も含め、自粛等による影響を受けた様々な事業者への公平な支援の在り方については制度上の課題であり、今後、国レベルでの検証を踏まえた検討が必要。

3　専門家会議委員からのご意見・評価について

【感染状況について】
- 人口千人当たりの陽性者数は、政令指定都市を有する都道府県の中では全国で最も少なかったことは評価できる。
- ７～８月の第２波において、県内主要駅や繁華街への訪問者が大きく減少していたことが、県内で大規模な感染者の発生がなかった要因と考えられる。
- 新潟の周辺県では７月以降も感染者の増加が続いており、東京からの距離を考えると、新潟での感染者の少なさは県民の一致団結した協力の賜物であると考えられるが、その一方で感染者が少ないゆえに、感染者やその周辺の人への差別なども強いようである。

【検査体制について】
- 全国的に早いタイミングでPCR 検査センターを設置したのは大変良いことである。
- 新潟県は検査陽性率は低いが、本県よりも検査件数が多い県で同じように陽性率の低い県もあり、今後患者が秋冬に向けて増えることを考えると検査体制をさらに充実させてほしい。
- 簡易型ＰＣＲブースは検体採取時の感染を予防するために大変素晴らしい装置だと思う。
  一般開業医に普及させるために、県で補助などの支援を考えてはいかがか。１回購入すれば、耐久性も高く何年間も使えるため、十分コストパフォーマンスが良いはずだが、コロナによる患者減で減収している医療機関が多く、二の足を踏んでいるところも多いのではないか。

【入院体制について】
- 医療体制について、県内施設で連携を取り合ったことは評価できる。
- 小児の入院について、軽症者はホテル療養や自宅での管理を行っても良かったのではないか。

【小中学校の休業等について】
- 小中学校の学級閉鎖の日数について２週間という目安は定めたが、例えば感染者が全校で1名など少ない場合は１週間程度でも良いのではないか。

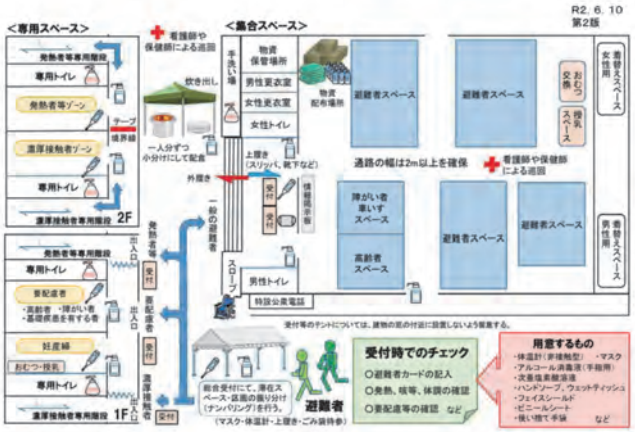
【今後の振り返りについて】
- 今後、感染拡大防止のために行った対策・施策が、実際に有効であったか否かを議論・整理していく必要があるのではないか。その上で有効な対応・施策は最大限活用・実施し、有効でなかった対応・施策は実施しないという振り分けが必要ではないか。
  こういった議論には、対策本部と専門家会議の合同会議も有効なのではないか。
- 新型コロナウイルス感染症対応にあたっている保健所や本庁の職員については、超勤時間が増加していることから、今後とも状況の把握に努めていただきたい。

【課題】

○　感染防止対策に配慮した避難所運営等について平時から、保健所と市町村が連携して対応することが重要である。

【今後の対応】

○　引き続き、保健所と市町村の連携強化を図っていく。



新型コロナウイルス感染症対応時の避難所レイアウト（例）※国ガイドライン

9. 静岡県
静岡県の新型コロナウイルス感染症（第 5 波）に関する報告

【概要】
- 状況：期間は 7 月初めから 10 月初め(約 3 か月間)。最大感染者数 675 人(8/19)。病床占有率のピークは 73.1%(全県 8/27) 、70.6%(東部 9/1)、80.8%(中部 8/29)、74.6%(西部 8/27) 。「重症」患者比率 6.7%、男女比 2.3:1、平均年齢 54.5 歳　平均入院日数 16.7 日。
- 対応：「静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」に県医師会理事が参画。県行政等との協議により、感染症対応病床の増加作業を実施、9/2 に 688 床を確保（4 月時点 582 床)。療養施設数は 3 施設から 7 施設へ増加。
- 課題：地域により抗体療法投与率に差があった。自宅療養協力医療機関の実施状況も大きな差があった。保健所のマンパワー不足。

9.1 第 5 波の状況

・静岡県では 7 月初めから 10 月初めまでの約 3 か月間が第 5 波と位置づけられる。
・感染者数のピークは 8/19 で 675 人、過去 7 日間の（人口 10 万人あたりの）感染者数のピークは 8/25 で 107.7 人であった。
・病床占有率は全県単位では 8/27 がピークで 73.1%（東部が 9 月 1 日で 70.6%、中部が 8/29 で 80.8%、西部が 8/27 で 74.6%）であった。
・入院患者の重症度比率と男女比、平均年齢、平均入院日数は以下のとおりである。（県病院協会調査）
・「重症」患者比率 6.7%　男女比 2.3:1　平均年齢 54.5 歳　平均入院日数 16.7 日。
・「中等症Ⅱ」患者比率 52.7%　男女比 1.7:1　平均年齢 54.0 歳　平均入院日数 11.4 日。
・「中等症Ⅰ」患者比率 40.6%　男女比 1.5:1　平均年齢 48.9 歳　平均入院日数 7.3 日。
・県内でのデルタ株の出現は 6 月前半であり、約 2 ヶ月でアルファ株と入れ替わり、第 5 波のピークへとつながった。
・ワクチン接種に関しては、当初全国平均に比べ実施率が低下していたが、9 月末には、65 歳以上の 1 回接種率が 91%、2 回接種率が 89%となり、全国平均（90%、89%）とほぼ同等の状況になった。

9.2 対応

・「静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」に県医師会理事が参画して情報収集、ならびに医師会としての対応について議論するとともに、「都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会」にも同じ担当理事が参加して、中央の動向も踏まえた現場対応に当たった。
・県行政ならびに県病院協会ほかと協議のうえ、8 月後半から感染症対応病床の増加作

業に当たり、9 月 2 日時点で確保病床数は 4 月時点の 582 床から 688 床に増えた。
・県医師会から郡市医師会への協力依頼もあり、自宅療養者の健康観察・体調悪化時の診察対応を行う協力医療機関は 324 か所、実際の依頼件数は 1205 件となった（9 月末時点）。
なお、県内の療養施設数は当初の 3 施設から 7 施設に増やされた。

9.3 課題

・重症化予防に向けた抗体療法の実施率（投与率）には地域差があった。
・自宅療養を行う協力医療機関の対応にも地域ごとの実施状況差が大きかった。
・宿泊療養施設の入院待機施設化（酸素ステーション活用など）は、医療人材の確保が困難なため実現しなかった。
・受診調整や疫学調査等の実施などにおいて、保健所のマンパワー不足が露呈した。

10. 三重県

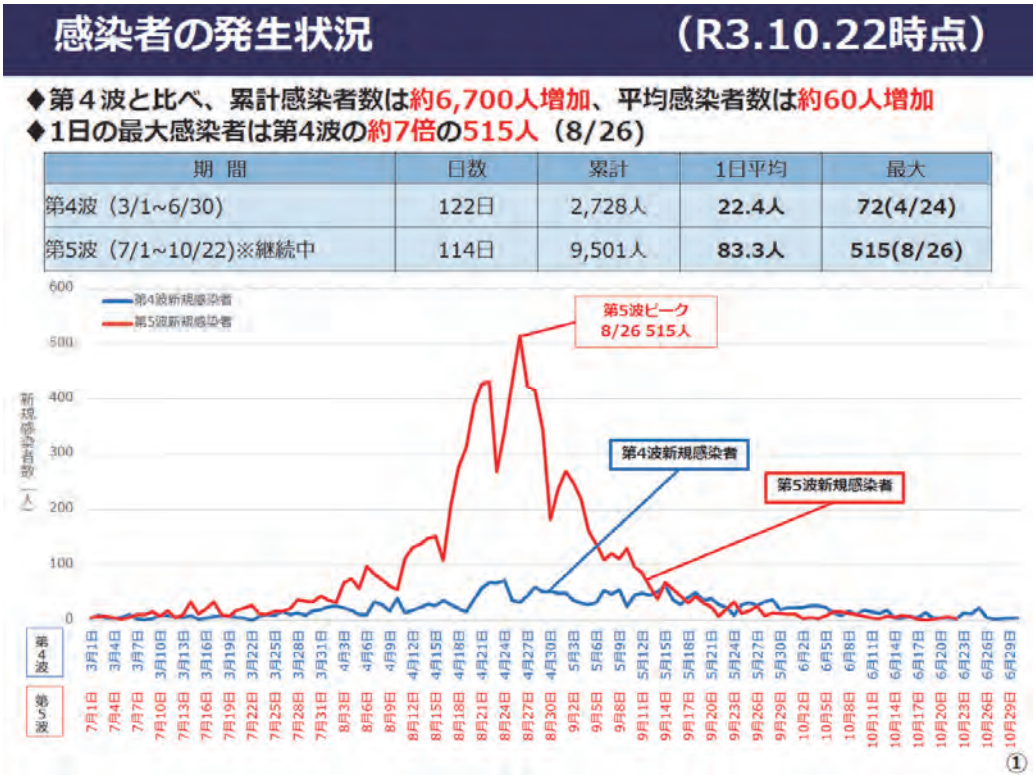
【概要】

- 状況：類型感染者 9501 人(7/1～10/22 時点)。1 日最大感染者 515 人(8/26 県全体)。60 代以上で減少 30 代以下は増加。クラスター70 件。外国人の感染割合は、日本人と比較し約 7 倍。最大病床占有率 69.2%(9/6)。重症者病床占有率 61.1%(9/3)。最大入院調整中・自宅療養者 2790 人(8/31)。搬送不搬送および搬送困難事例が増加。
- 対応：病床の増加等のハード面は有限であり、科学的根拠に基づいた明確な基準による入退院の調整、すなわち病床の回転率の向上が重要。また、地域医療構想の機能分化と連携による積極的な活用。
- 課題：基幹病院が新興感染症等を見据えて病床やスタッフに余裕をもって確保すること。ローテーションを組み、交代で勤務。ゾーニングや陰圧室等を考慮に入れた設計。

10.1 感染者の発生状況

第 4 波と比べ累計感染者数は約 6,700 人増加し、平均感染者数は約 60 人増加。1 日の最大感染者は第 4 波の約 7 倍となる 515 人【図①参照】。

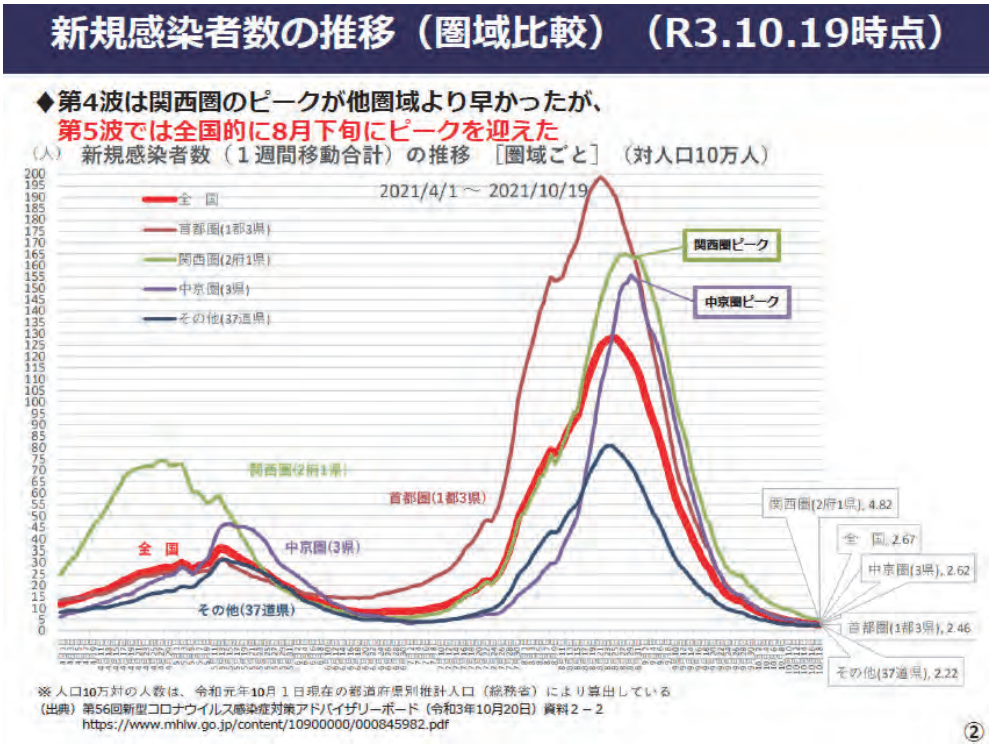
【図①】



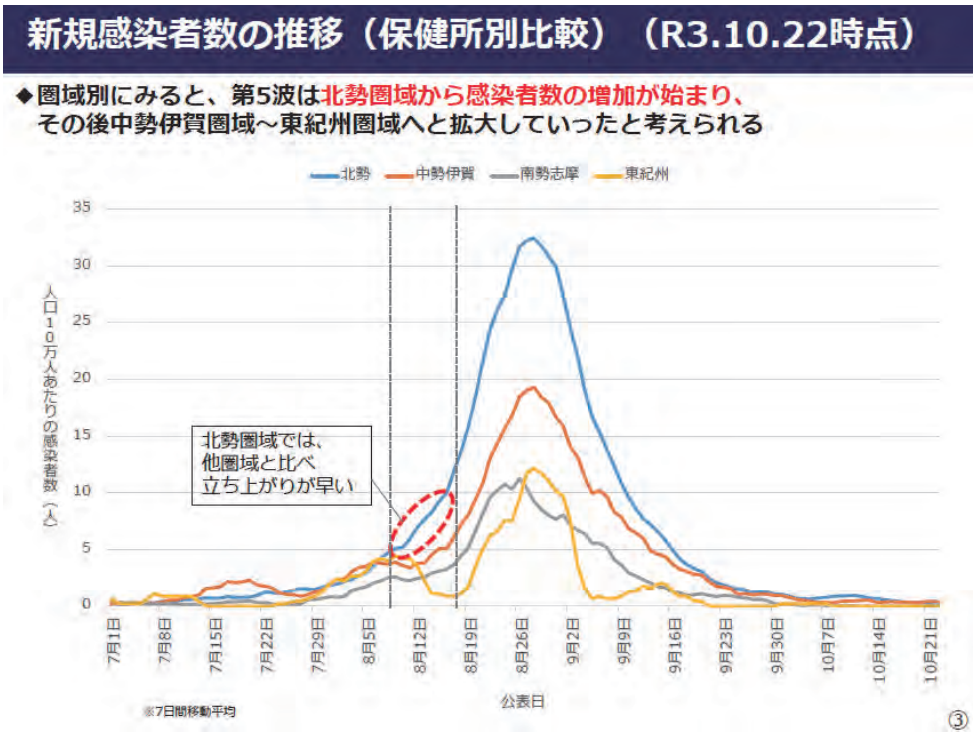
10.2 新規感染者数の推移

第 4 波は関西圏のピークが他圏域より早かったが、第 5 波では全国的に 8 月下旬にピークを迎えた。県内保健所別にみると、第 5 波は北勢圏域（桑名、四日市市、鈴鹿管内）の感染者が県全体よりも多かった。さらに、感染者の地域別割合は第 4 波とほぼ同じで北勢圏域が全体の約 65%を占め、県内 9 つの保健所のうち伊勢、熊野を除いた 7 つの保健所管内では第 4 波の 3 倍以上の感染増加がみられた**【図②, ③, ④下段参照】**。

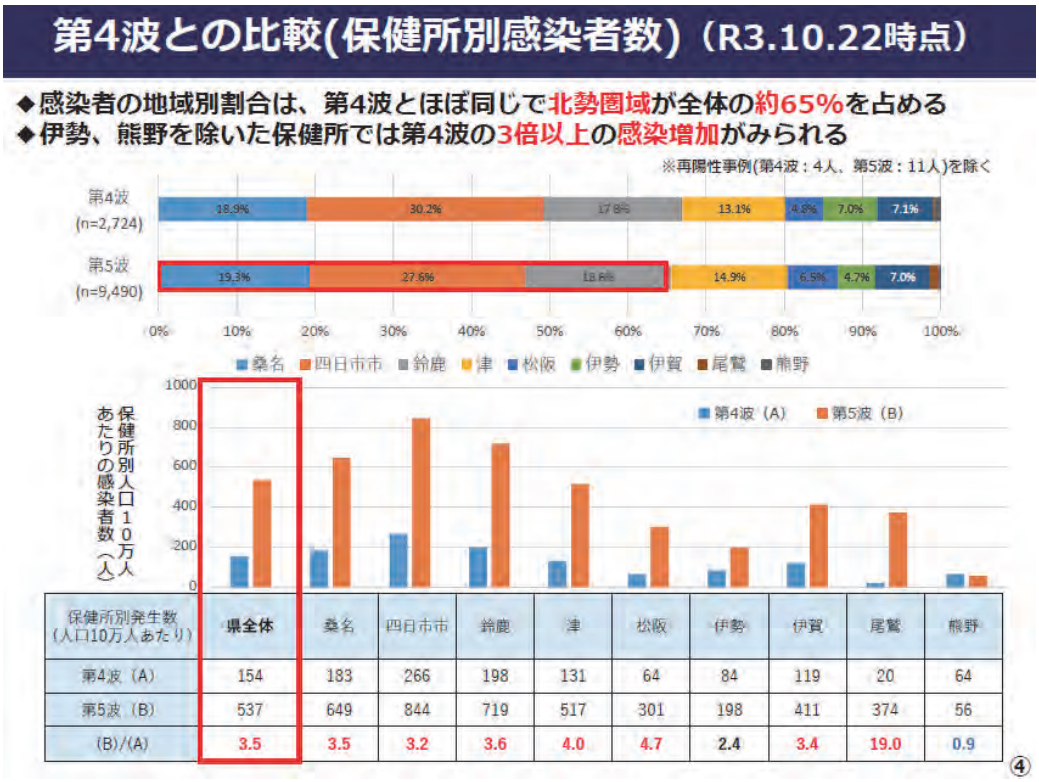
【図②】



【図③】



【図④】

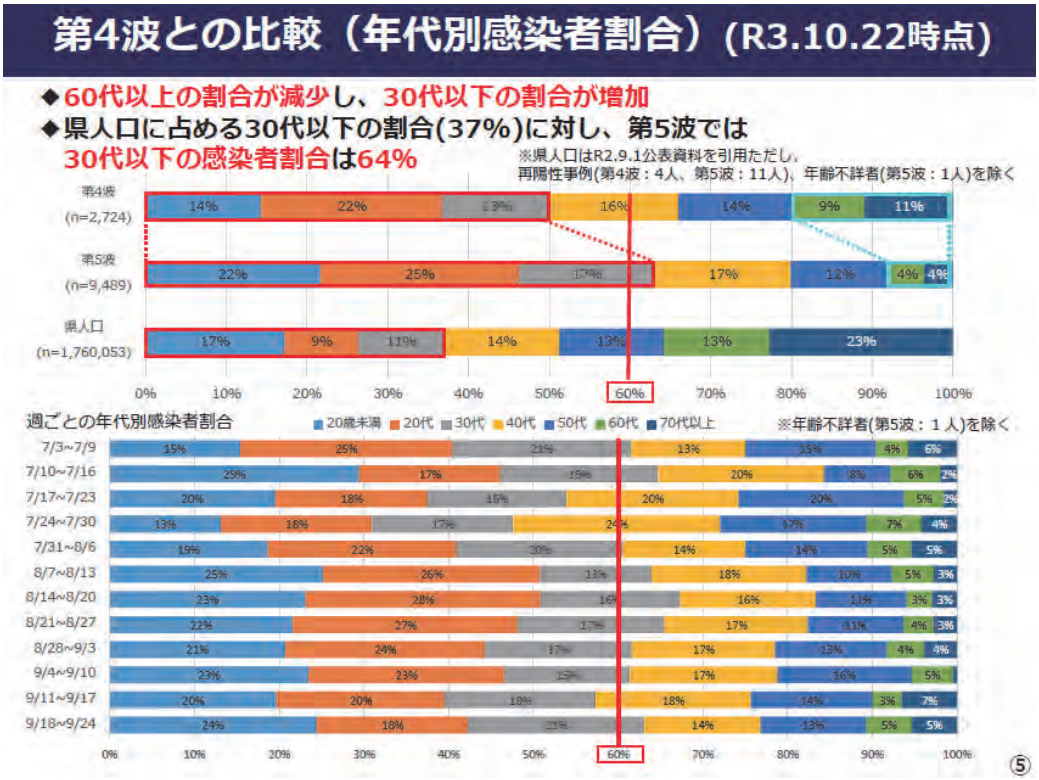


保健所別発生数（人口10万人あたり）	県全体	桑名	四日市市	鈴鹿	津	松阪	伊勢	伊賀	尾鷲	熊野
第4波（A）	154	183	266	198	131	64	84	119	20	64
第5波（B）	537	649	844	719	517	301	198	411	374	56
(B)/(A)	3.5	3.5	3.2	3.6	4.0	4.7	2.4	3.4	19.0	0.9

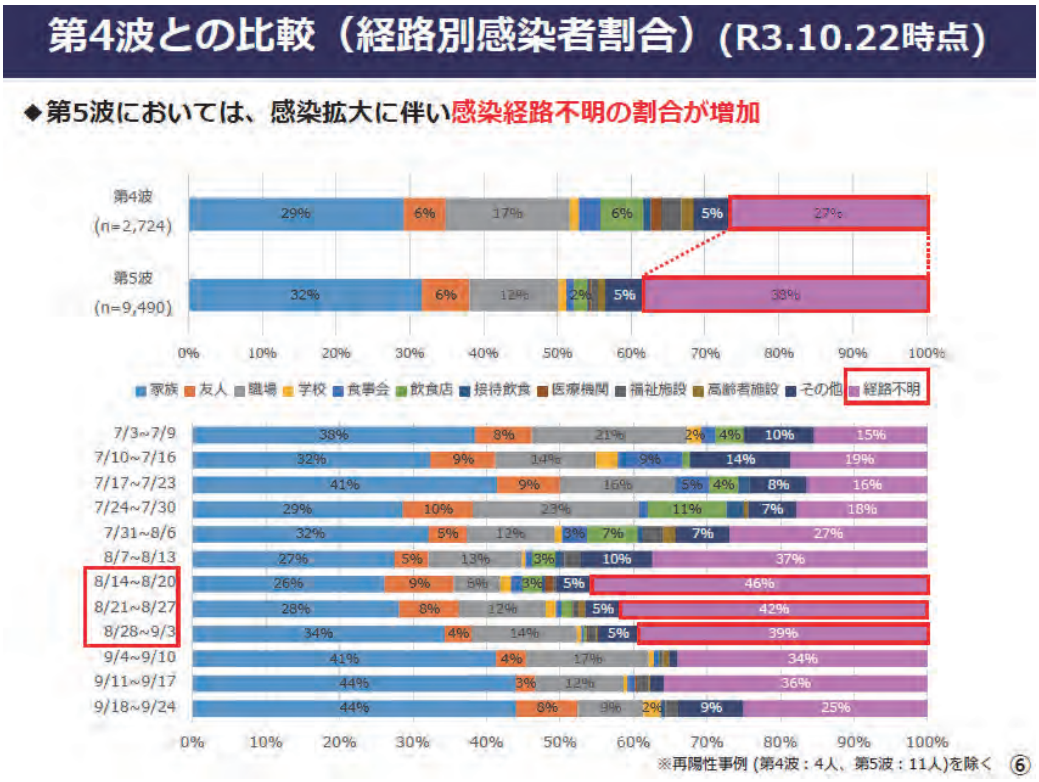
10.3 第 4 波との比較

年代別感染者割合では、60 代以上の割合が減少し、30 代以下の割合が増加した。県人口に占める 30 代以下の割合（37%）に対し、第 5 波では 64%と 1.7 倍に増加している。また、感染経路不明割合が患者急増時において増加しており、これは保健所における業務逼迫により十分な疫学調査がなされなかったことによるものと考えられる**【図⑤上段、図⑥下段参照】**。

【図⑤】



【図⑥】



さらに、重症者、死亡者での比較では、第 4 波に比べ累計感染者数は約 6,700 人増加し、感染者数は3.5倍に増加しているが、重症者、死亡者数の割合は減少している【図⑦参照】。

【図⑦】

第4波との比較（重症者・死亡者） (R3.10.22時点)

◆第4波と比べ、累計感染者数は約6,700人増加
◆第4波と比べ感染者数は3.5倍に増加しているが、重症者、死亡者数の割合は減少

第4波 (3/1~6/30)

年代	感染者数	重症者数		死亡者数	
20歳未満	391	0	0.0%	0	0.0%
20代	612	2	0.3%	0	0.0%
30代	367	3	0.8%	0	0.0%
40代	430	7	1.6%	1	0.2%
50代	391	7	1.8%	2	0.5%
60代	237	16	6.8%	1	0.4%
70代以上	300	25	8.3%	43	14.3%

感染者数	重症者数		死亡者数	
2,728	60	2.2%	47	1.7%

第5波 (7/1~10/22)

年代	感染者数	重症者数		死亡者数	
20歳未満	2,059	1	0.0%	0	0.0%
20代	2,324	3	0.1%	1	0.0%
30代	1,596	1	0.1%	1	0.1%
40代	1,590	24	1.5%	6	0.4%
50代	1,172	27	2.3%	8	0.7%
60代	393	18	4.6%	10	2.5%
70代以上	366	9	2.5%	23	6.3%

感染者数	重症者数		死亡者数	
9,500	83	0.9%	49	0.5%

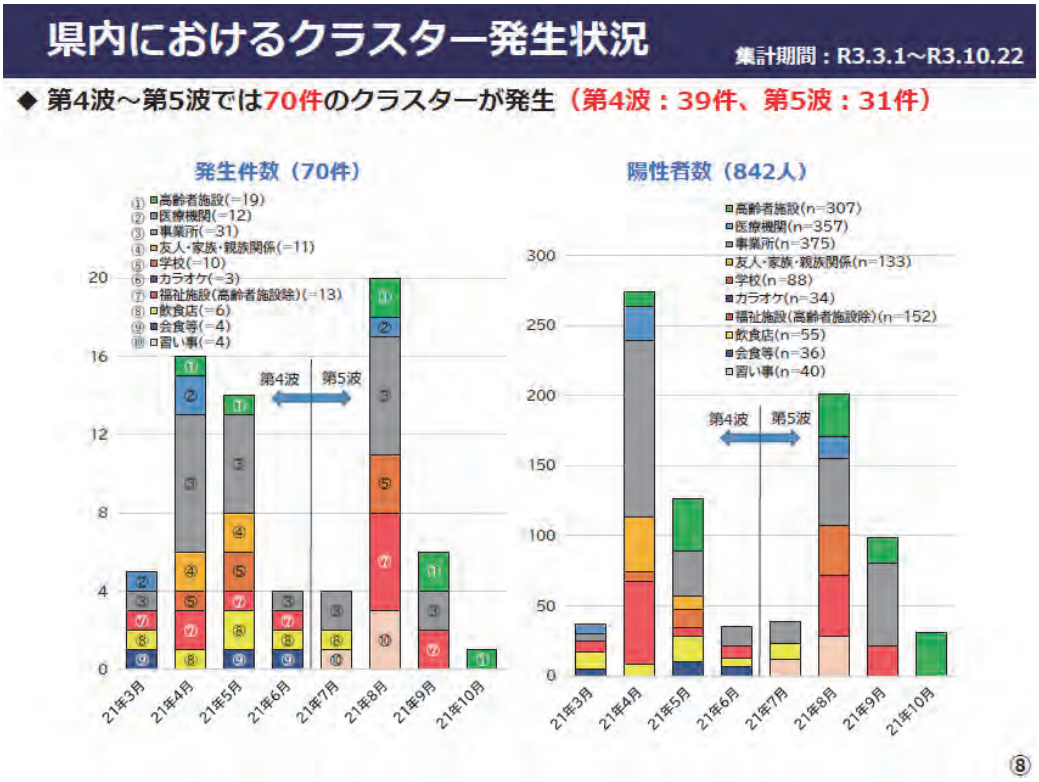
※年齢不明（第5波：1人）は除く

⑦

10.4 県内におけるクラスター発生状況

第４波から第５波では70件のクラスターが発生した（第４波：39件、第５波：31件）。これも感染経路不明割合と同じ要因により、クラスター調査が不十分であったと考えられる。

【図⑧参照】。



10.5 ワクチン接種歴と重症化等の状況

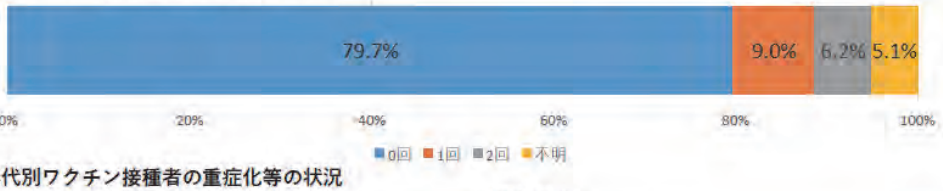
感染者全体（n=8,995、8/1～10/22）（接種歴不明を含む）の 79.7%はワクチン接種歴のない方で、2 回接種後の感染した事例は全体の 6.2%（559 名）。ワクチン 2 回接種者は未接種者に比べ、重症化率・死亡率ともに低い**【図⑨参照】。**

【図⑨】。

（参考）ワクチン接種歴と重症化等の状況 (n=8,995, 8/1~10/22)

◆ 感染者全体（接種歴不明含む）の79.7%はワクチン接種歴のない方
◆ ワクチン2回接種後に感染した事例は、全体の6.2%(559名)
◆ ワクチン2回接種者は未接種者に比べて、重症化率・死亡率ともに低い

感染者に占めるワクチン接種歴の状況



◇年代別ワクチン接種者の重症化等の状況

（65歳未満）

65歳未満	感染者数	重症者数		死亡者数	
0回	7,012	50	0.7%	15	0.2%
1回	785	8	1.0%	3	0.4%
2回	311	0	0%	0	0%
不明	416	5	1.2%	2	0.5%
合計	8,524	63	0.7%	20	0.2%

（65歳以上）

65歳以上	感染者数	重症者数		死亡者数	
0回	160	9	5.6%	17	10.6%
1回	24	1	4.2%	1	4.2%
2回	248	1	0.4%	4	1.6%
不明	39	1	2.6%	6	15.4%
合計	471	12	2.5%	28	5.9%

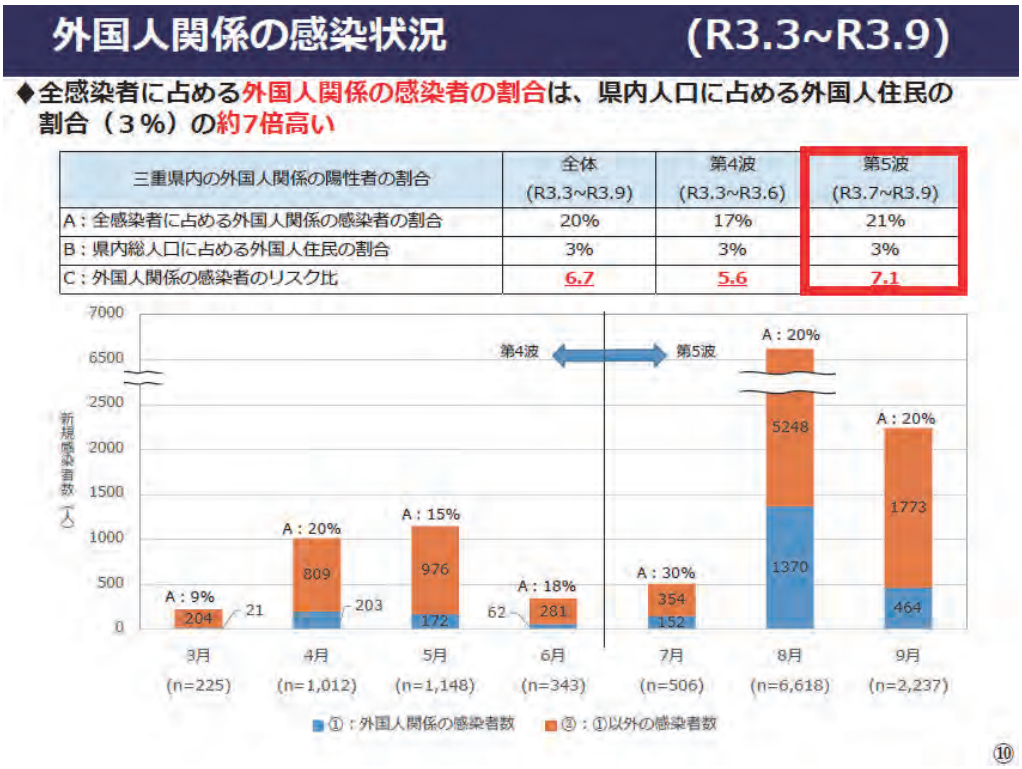
※ワクチン2回接種後の重症者（1名）・死亡者（4名）は基礎疾患あり

⑨

10.6 外国人関係の感染者の割合

県内人口に占める外国人住民の割合（3%）の約 7 倍高い。これは、外国人が共同生活する社員寮や職場との送迎バスの場面など構造的に感染がつながりやすい環境や、感染防止対策の情報提供が十分に進んでいないこともあり感染拡大したものと考えられる【図⑩参照】。

【図⑩】



10.7 第５波における三重県・政府モニタリング指標

【図⑪,⑫,⑬参照】

【図⑪】

第5波の感染状況（県・政府モニタリング指標）

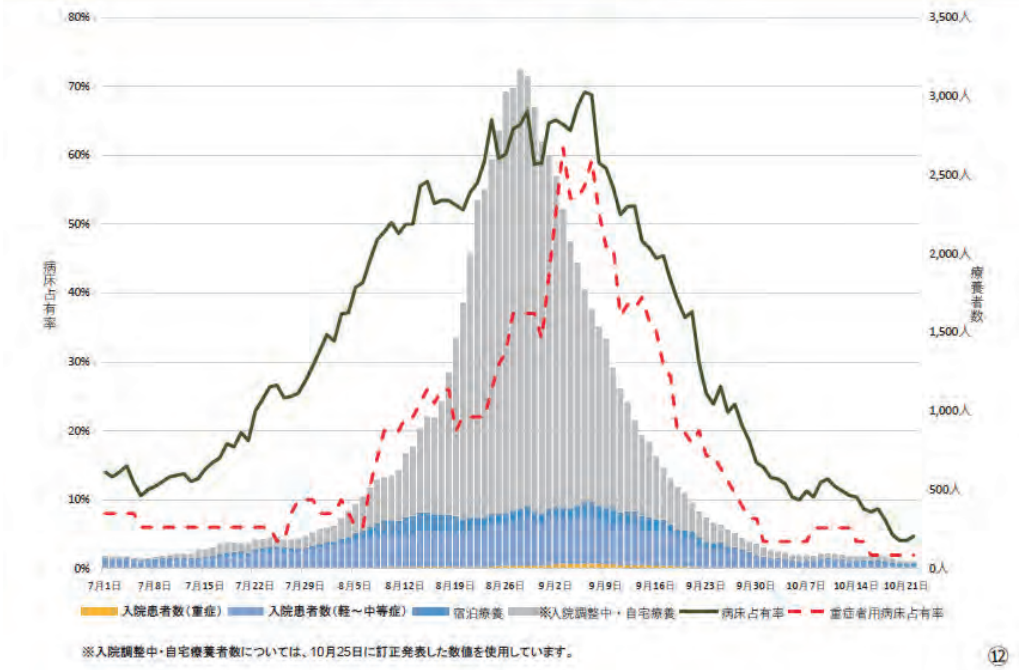
県指標：　ステージⅢ：　ステージⅣ：

判断日	適用内容	確保病床占有率	重症者病床使用率	PCR陽性率	新規報告数※直近一週間の人口10万人あたりの陽性者数	直近一週間と先週一週間の比較	感染経路不明割合
6/29	7/1 三重県指針Ver.12	15.2%	7.0%	1.1% (6/12~6/18)	3.39人	1.50倍	19.3% (6/22~6/28)
8/5	8/6 三重県緊急警戒宣言(~8/31)	40.8%	6.0%	3.5% (7/17~7/23)	19.41人	2.36倍	17.4% (7/29~8/4)
8/12	8/12 三重県緊急警戒宣言改定	50.0%	22.0%	8.6% (7/31~8/6)	34.54人	1.78倍	40.0% (8/5~8/11)
8/17	8/17 三重県まん延防止等重点措置(~9/12) <重点措置区域 17市町、酒類提供不可>	53.4%	26.0%	8.6% (7/31~8/6)	56.10人	1.98倍	36.1% (8/10~8/16)
8/25	8/27 三重県緊急事態措置(~9/12)	59.5%	29.6%	11.4% (8/7~8/13)	146.68人	2.24倍	49.5% (8/18~8/24)
9/9	三重県緊急事態措置延長(~9/30)	58.1%	46.7%	18.5% (8/21~8/27)	55.65人	0.47倍	38.5% (9/2~9/8)
9/28	10/1 三重県リバウンド阻止重点期間(~10/14) <対策強化地域4市、飲食店時短要請>	20.7%	9.1%	6.0% (9/11~9/17)	7.22人	0.54倍	24.6% (9/21~9/27)
10/14	10/14 三重県リバウンド阻止重点期間終了	10.4%	3.9%	1.4% (9/25~10/1)	2.71人	0.80倍	29.8% (10/7~10/13)

⑪

【図⑫】

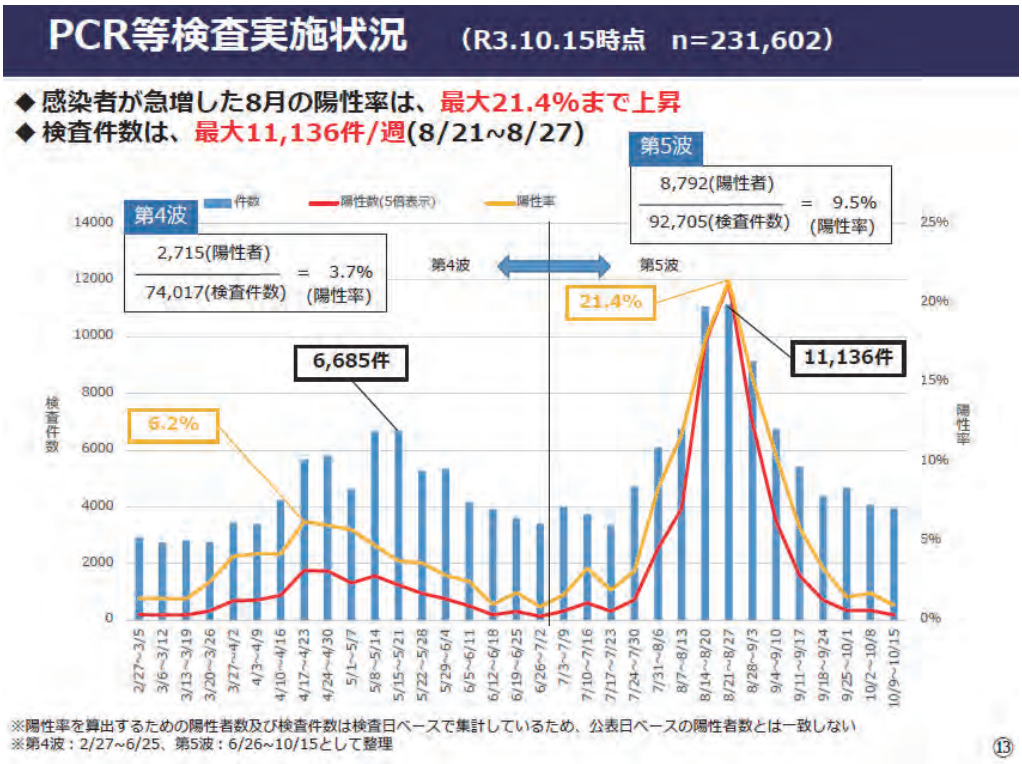
第５波における療養の状況



※入院調整中・自宅療養者数については、10月25日に訂正発表した数値を使用しています。

⑫

【図⑬】



10.8 今後に向けた対策について

【資料⑭,⑮,⑯,⑰,⑱参照】

三重県下においても新型コロナウイルス感染症第 5 波の流行拡大は急速・急激であり、これによって病床占有率のピーク（9/6：69.2%）、重症者病床占有率のピーク（9/3：61.1%）と医療の逼迫を招き、さらに入院調整中・自宅療養のピーク（8/31：2790 人）まで拡大し、救急要請時に搬送不搬送および搬送困難事例が増加し、救える患者に医療の手を差し伸べることができず、不幸な結果を招いたことは医療者にとっては痛恨の極みであった。

これらのことを考え第 6 波に向けて病床の増加等の対策が講じられているが、これらのハード面のことは有限であり、むしろ科学的根拠に基づいた入院・退院過程の明確な基準による調整、即ち医療構想そのものの機能分化と連携による積極的な活用により、病床の回転率の向上が重要ではないかと考えられる。

県下において、11 月～12 月にかけて地域医療構想調整会議や意見交換会を開催し、コロナ禍での状況を踏まえて今後の地域医療構想において何を重視してどのように進めていくべきかを協議した。

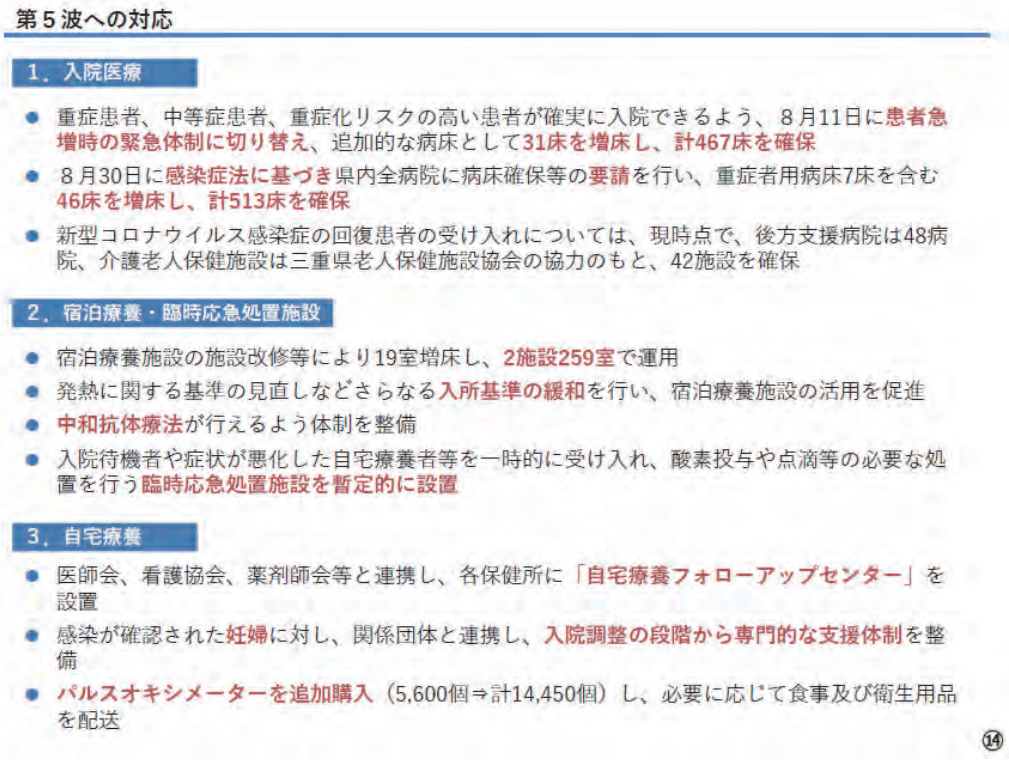
その中で、平時から新興感染症等を見据えて病床やスタッフを準備することは非効率で

あり、また都市部と違い三重県 8 構想区域内では 300 床以上の基幹病院は 1～3 か所であり、平時においてこれら基幹病院が病床およびスタッフをそれなりに余裕をもって確保し、有事に備える体制を構築する（中小の病院では有事において 1 フロアすべてを変更することはかなり困難であり、感染症等の専門医や認定看護師等も不足しており、十分な対応ができないのが現状である）。

さらに、長期戦に備えてそこに従事するスタッフもフロアごとでローテーションを組み、交代で勤務する。これらの病院の合併・統合等で新たな病院の建設時には今回の経験を活かし、ゾーニングや陰圧室等を考慮に入れた設計も重要であるとの指摘があった。

今まで経験してきたことを活用し、今後の第 6 波以後のコロナ感染症を県民が一丸となって乗り越えていきたいと考えている。

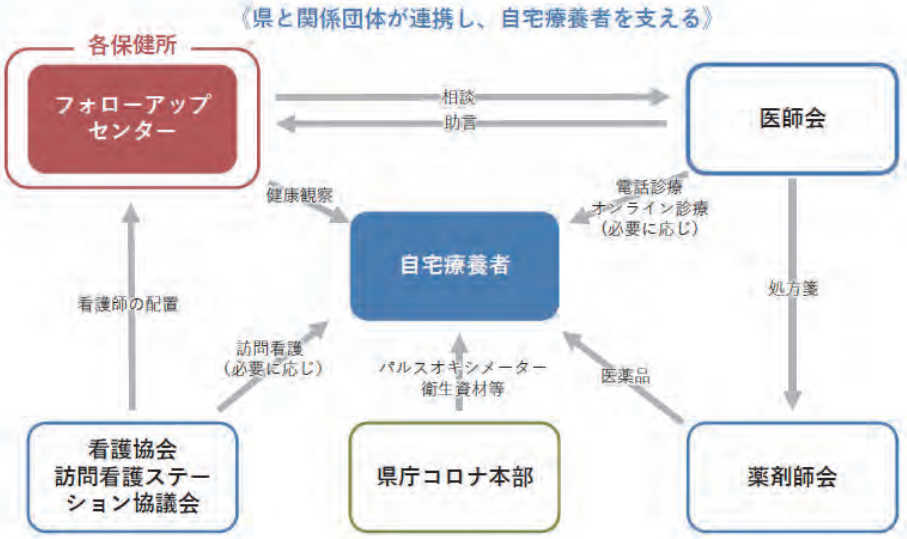
【資料⑭】



【資料⑮】

自宅療養フォローアップセンターのイメージ

- **保健所にフォローアップセンターを設置**し、急増する自宅療養者に対するフォローアップ体制を整備
- 関係団体とも連携することで保健所の負担軽減をはかりつつ、きめ細かな療養者に寄り添った**健康フォローアップ**を実施



⑮

【資料⑯】

第５波までの病床・宿泊療養施設の確保状況

- 第５波までの病床・宿泊療養施設として、**病床435床**（うち**重症者用57床**）、宿泊療養施設**240室**を最大で確保
- 患者急増時に備え、療養者数に応じてフェーズを３段階に切り替えて対応することとし、フェーズ切り替えのタイミングの考え方を整理

	フェーズ移行のタイミング	病床		宿泊療養施設居室数
		即応病床数	うち重症者用	
フェーズ１	－	208	45	0
フェーズ２	全療養者数166人	235	49	195
フェーズ３	全療養者数344人	435	57	240

【フェーズ移行タイミングの考え方】

・**フェーズ１⇒２ ： 全療養者数166人**

フェーズ１の病床の確保数208に稼働率８割を掛けた数を占める療養者が発生したタイミング。
各病院（施設）への準備依頼については、全療養者83人の時点で行う。

・**フェーズ２⇒３ ： 全療養者数344人**

フェーズ２の病床及び居室の確保数430に稼働率８割を掛けた数を占める療養者が発生したタイミング。
各病院（施設）への準備依頼については、全療養者172人の時点で行う。

⑯

【資料⑰】

今後の感染拡大時に向けた病床・宿泊療養施設の確保状況

- 第５波までと比較して、病床については＋141床（臨時応急処置 施設における確保病床を含む）、宿泊療養施設については＋135室以上を最大で確保

病床確保計画

	フェーズ移行のタイミング	即応病床数	内重症者用
フェーズ１	－	245	41
フェーズ２	フェーズ１の病床占有率が30%を超えた日から14日後	290	45
フェーズ３	フェーズ２の病床占有率が30%を超えた日から14日後	455	50
緊急 フェーズⅠ	フェーズ３の病床占有率が30%を超えた日から14日後	465	50
緊急 フェーズⅡ	次のうち2つ以上に該当した日から14日後 ・新規感染者数（直近１週）が15人/人口10万人以上 ・病床占有率30%以上 ・重症病床占有率20%以上	542	56
緊急 フェーズⅢ	次の２つに該当した日から14日後 ・病床占有率30%以上 ・重症病床占有率20%以上	576	56

宿泊療養施設確保計画

	フェーズ移行のタイミング	即応居室数
フェーズ１	－	230
フェーズ２	フェーズ１の居室使用率が30%を超えた日から14日後	375

12月中に600室以上を確保しフェーズ３を追加予定

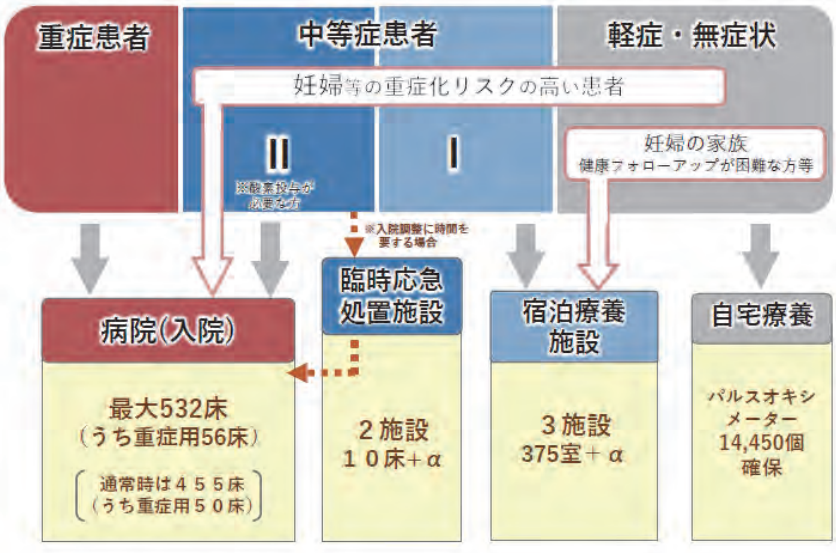
※病床・宿泊療養施設確保計画におけるフェーズ移行の考え方
基準に達した時点でフェーズの切り替えの準備を開始し、14日以内で切り替えを完了させる。

⑰

【資料⑱】

今後の感染拡大時における療養体制の方針について

- 受入病床の増床、臨時応急処置施設の設置、宿泊療養施設の増床、自宅療養のフォローアップ体制の強化等により、受入れ体制を強化
- 患者の症状や重症化リスクに応じた療養が可能となるよう、各施設等の役割を整理



⑱

11. 京都府
京都府における第 5 波の振り返り

【概要】
- 状況：新規感染者 18,963 人(第 4 波 7,440 人)。1 日あたり感染者数 601 人(第 4 波 174 人) 。多方ワクチン接種、中和抗体薬の投与により、重症化率の低下。
- 対応：入院を必要とする患者に対し必ず入院できる体制の確保。（軽症者・無症状者は原則宿泊療養、症状軽快者の下り搬送。軽症者宿泊療養者への医師会等による健康観察）そのための入院医療コントロールセンター、ワクチン接種の推進、医療水準の均てん化、中和抗体薬。
- 課題：ワクチンが効かない変異株が現れた場合、第 5 波のような感染拡大が起きる可能性がある。情報共有・有限である医療資源の効果的活用・感染症対策と平時の医療を両立に向けて、医師会と行政が一体となった一元的管理が重要。

11.1 医療体制の考え方

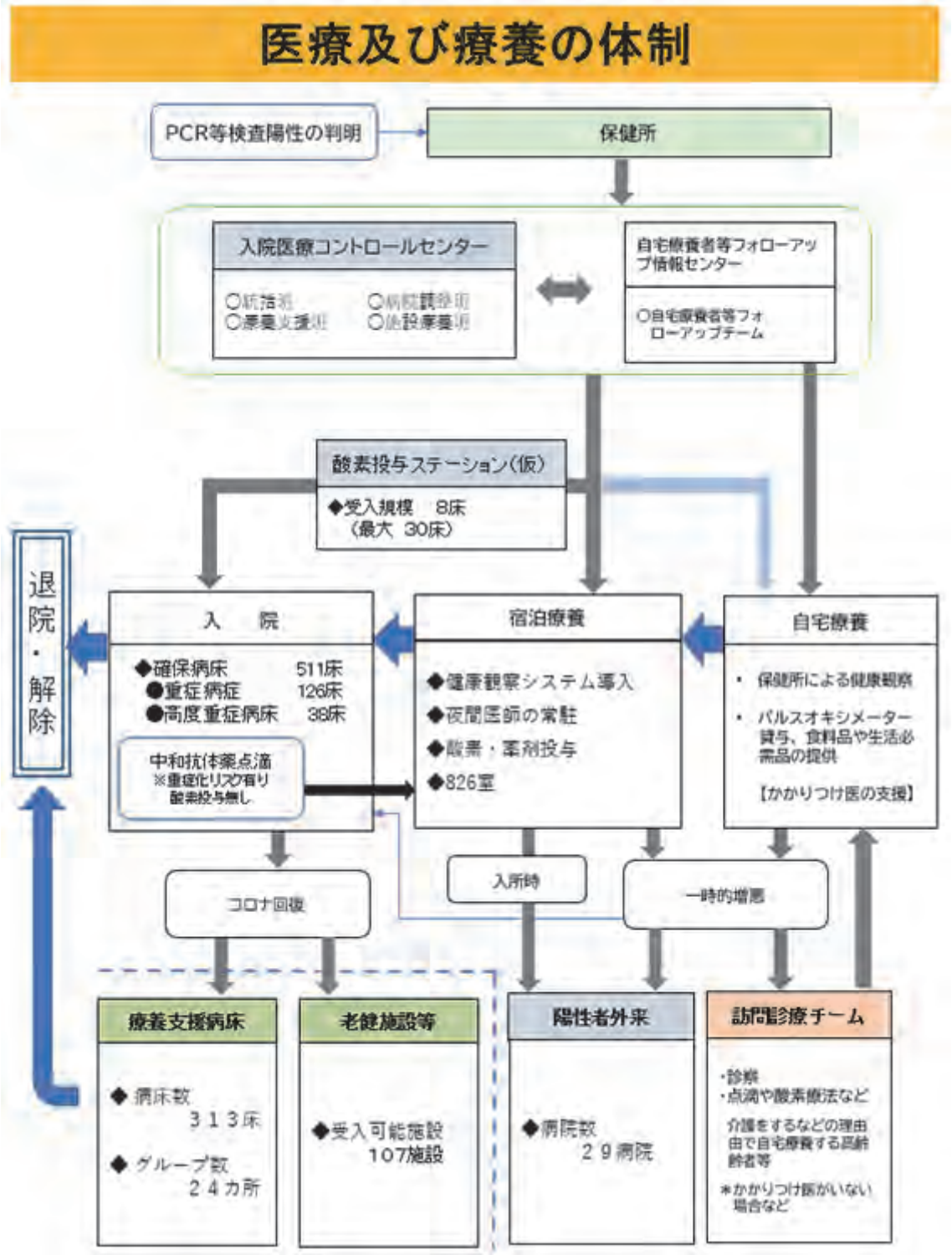
第 4 波までの経験から、限られた医療資源を最大限に活用すると同時に治療が必要な感染者に対して必ず入院治療が行えるように体制を整備することを目指した。そのためには①軽症者・無症状者は原則宿泊療養とする。②できるだけ病床を確保するために症状が軽快した患者は高度機能の病床から軽症者用病床また宿泊療養施設への下り搬送を積極的に行うこととした。③宿泊療養・自宅療養に関しては保健所、医師会、大学病院、薬剤師会等が協力し、健康観察を行い、病状の変化に即座に対応できる体制を作った。④健康観察中に病状の変化が認められた時には CT 検査等客観的な病状の評価ができるように「陽性者外来」を府内各医療圏に整備した。陽性者外来への患者搬送は行政が担当した。⑤健康観察中に入院が必要となった場合は、できるだけ早期に入院できるよう病床の確保を行った。⑥感染急拡大により、入院病床が不足する事態が生じることを想定し、病床が確保できるまでの対応として「入院待機ステーション」を設置し、酸素投与やステロイド投与など治療を行うことで医療への早期アクセスと治療の継続性を確保した。

11.2 入院医療コントロールセンター

これらの医療体制を円滑に進めるために令和 2 年 3 月全国に先駆けて京都府に設置した「入院医療コントロールセンター」が一元的に情報を管理し、指揮命令を統一して行った。京都市を含む府域全域の患者情報と病床情報を一元管理することで、患者の症状・重症化リスクや地域毎の病床の状況等を踏まえ、患者の利便性や病院の診療機能を考慮して府域全域での入院調整を行った。これにより、患者が迅速かつ適切な医療を受けられるとともに、効率的な病床運用を図ることができた。 夜間等に病状が急変した場合でも、医師が 24 時間 365 日対応で症状に応じた入院先の調整を行い、京都府内ではコロナ患者が救急搬送できなかった事案は第 5 波では生じなかった。

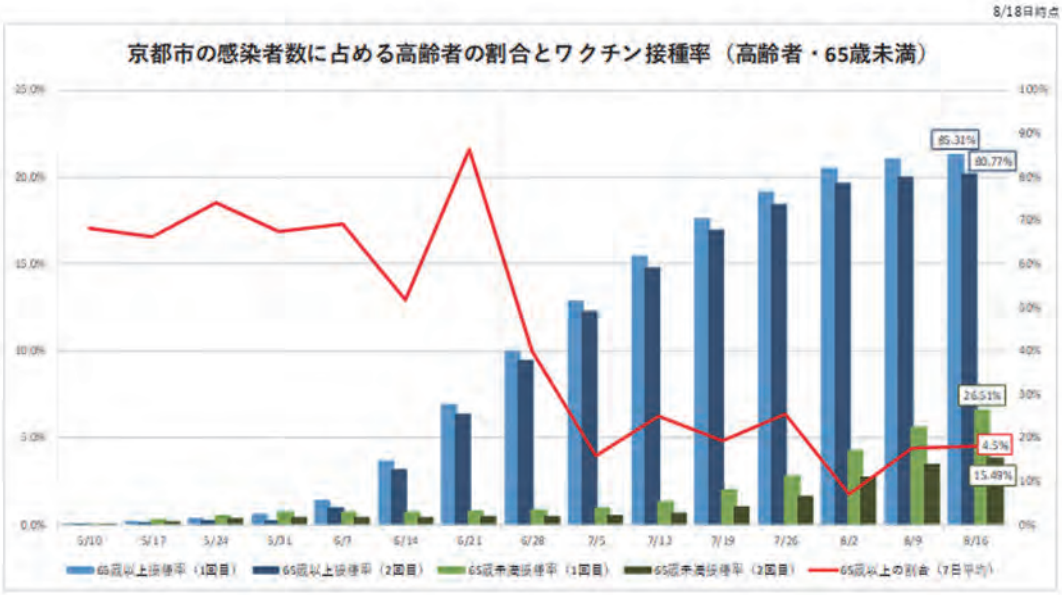
入院医療コントロールセンターが一元管理することによって、重症から軽快した患者（中等症・軽症患者）を受け入れる病院又は宿泊療養施 設に機動的に搬送する「下り搬

送」、逆に症状が悪化した患者を重症患者受入 病院等に搬送する「上り搬送」を実施し、病床運用の効率化が図られた。さらに引き続き他の疾患で入院が必要な隔離解除後の患者を受け入れる療養支援病床等を確保し、コロナ回復後の療養あるいはリハビリテーションに繋げた。入院医療コントロールセンターによる入院調整の一元化により、保健所業務が軽減でき、濃厚接触者を特定する積極的疫学調査や自宅療養者のケアなどに集中することができた。



11.3 ワクチンの効果

第 5 波では感染者数が第 4 波の 4 倍となったが、7 月始め頃からワクチン接種の効果が発現し 65 歳以上の高齢者のワクチン接種率が 40%を超えたあたりから感染者のうち 65 歳以上の感染者の占める割合が激減した。



一方で感染拡大は 20 歳代を中心とする若い世代に移り、これまで重症化する割合が比較的少ないと考えられていた 40 代、50 代の重症化が顕著になった。幸いなことに比較的若年であることから回復率が高く、死亡率は第 4 波の 1.3%に対し、第 5 波は 0.2%にとどまった。

11.4 医療水準の均てん化

死亡率の低下には京都府全体の医療の質の均てん化が図られたことも大きく寄与している。重症や中等症・軽症等のそれぞれ機能別の病院間で定期的に意見交換を行うことで、治療を始めとする様々な情報の共有がなされた。意見交換は感染症発生の当初からこれまでに重症患者受入医療機関会議は 13 病院で構成され 43 回の開催、中等症医療機関会議は 25 病院で 30 回開催された。ECMO の装着率は 0.14%（全国 0.07%）、離脱率は 87.76%（全国 67.43%）、 人工呼吸器の装着率は 0.78%（全国 0.43%）、離脱率は 87.96%（全国 79.12%）といずれも全国平均より高い水準になっている。入院医療コントロールセンターのもと、コロナ受入病院が、各々機能別に役割分担を行うとともに前述の意見交換による情報共有が行われ、京都府全体の治療レベルの均てん化が行われた。

11.5 中和抗体薬の登場

7 月 17 日に中和抗体薬が緊急承認され、重症化リスクを有する感染者への投与が可能になった。ワクチン接種が進んだことと中和抗体薬が登場したことで新型コロナウイルス

感染症対策は感染者の隔離・治療から重症化予防と重症患者を見逃さないことに目標が変わった。中和抗体薬は発症から 7 日以内の投与が必要とされるため、感染者の早期発見と早期にリスクチェックを行い投与の適否を判断する必要がある。そのために診療・検査医療機関で検査を実施すると同時にリスクチェックを行う体制を構築することとした。感染を疑われる患者はかかりつけ医がいる場合はかかりつけ医に、かかりつけ医がいない場合は行政の電話相談センターから医療機関を紹介し、診療・検査医療機関で検査とリスクチェックを受ける体制を考えた。陽性が確認された場合は、京都府医師会内に設置された保健所と医師会の合議体に報告され、保健所を通じて入院医療コントロールセンターへ依頼、コントロールセンターで投与する医療機関を決定し、遅滞なく中和抗体薬治療に結びつける体制とした。

11.6 まとめ

これまで 5 回の波を経験したが、第 5 波は感染力の強いデルタ株が中心でとなり、急速な感染拡大となり、新規陽性者総数は第 4 波の 7,440 人に対し、第 5 波では 18,963 人と約 2.5 倍、 第 1 波から第 4 波の累計 16,503 人をも上回る大規模な感染爆発となった。新規陽性者数の 1 日あたり最大は第 4 波の 174 人に対し、第 5 波では約 3.5 倍の 601 人となった。また、第 4 波でピークの新規陽性者数に達するまでの期間が 55 日間であったのに対し、第 5 波で同じ人数に達したのは 34 日と、2 倍近くのスピードで感染が拡大した。一方でワクチン接種が進み、結果として重症化率が低下し、加えて中和抗体薬という重症化予防の手段が登場した。明らかに新型コロナウイルス感染症への対応が違うステージに移行した。この状態を維持できれば感染の再拡大は防げるか、生じてもこれまでよりは低い波で終わらせることができるはずであるが、ワクチンが効かない変異株が現れたときには、これまでのような感染拡大が再び起こる可能性がある。本稿執筆中の現在、新たな変異株であるオミクロン株が報告され、国内でも感染の拡大の可能性が高い。ウイルスの変異は必ず起こるものであり、ウイルス感染症対策も臨機応変な対応が求められる。京都府においては情報の共有と限られた医療資源を効果的に活用し、感染症対策と平時の医療を両立させるために医師会と行政が一体となった一元的管理が重要であると考えている。

12. 広島県
広島県における第 5 波のまとめ

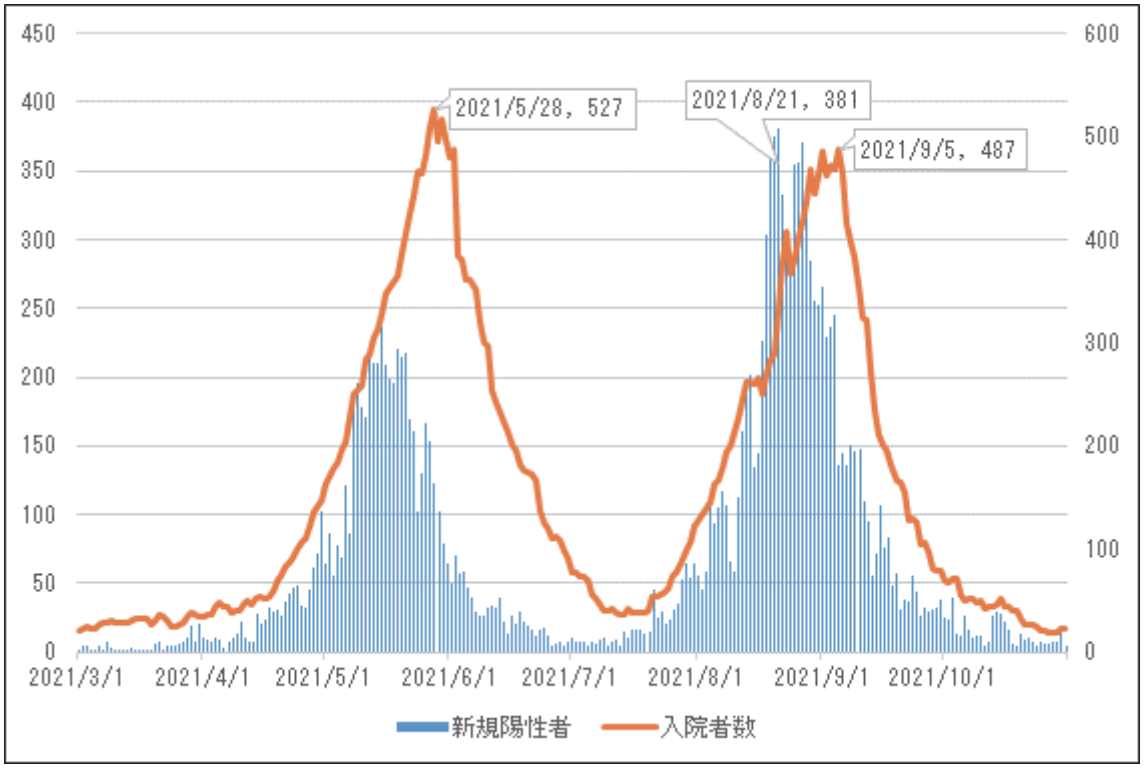
【概要】
- 状況：7 月から 9 月末新規感染者数 1 万人超。1 日最大感染者数 381 人(8/21)。最大入院者数 487 人(9/5)。最大療養者数 3,070 名(8/30)。宿泊療養施設 16 施設 2,397 室重症者数 23 名(重症化率 0.7%)。最大病床利用率約 65%。重症者用確保病床利用率 35%台。自宅療養者数 1600 人強。
- 対応：知事から県医師会長・地区医師会長へ直接協力要請。基幹病院・郡市地区医師会の協力で療養者を健康観察。臨時医療施設(酸素センター：39 床)。健康観察対象患者へ協力医療機関がオンライン診療を実施(マニュアル,説明会)。地区医師会が保健所ひっ迫より在宅療養者への健康観察を受託。

12.1 広島県における第 5 波の概要

第 5 波とされる 7 月から 9 月末までの陽性者数は、1 万人を超えており、第 4 波（4 月～6 月）の 1.6 倍となった。第 4 波から第 5 波の間に高齢者のワクチン接種が進んだこともあり、陽性者の年代は 50 代以下が中心となった。高齢の陽性者が少なかったことから、新規陽性者数が、第 4 波の 1.6 倍という状況にもかかわらず、入院者数は一定程度に収まった。また、第 5 波における重症者数は第 4 波の 30 名よりも少ない 23 名にとどまり、重症化率についても、第 4 波では 1.6%であったが、第 5 波では 0.7%であった。

病床確保については、第 4 波終了後速やかに第 5 波に向けて準備をしていたが、病床使用率は最大で約 65%となった。また、県は臨時の医療施設として、宿泊療養施設の一つに、酸素センター（39 床）を整備した。重症者用確保病床の使用率は重症者自体が減ったこともあり 35%以下で推移した。入院以外の療養者は、基本的には宿泊療養としたが、自宅での療養者は、一時 1,600 人超となった。背景には、若い世代に感染が拡大したことにより、入院治療を要さない患者の一定数が子育て・介護などの問題から自宅療養を選択したことがあったと考える。

グラフ 1　新規陽性者数と入院者数の推移（第 4 波との比較）



グラフ 2　重症者数の推移（第 4 波との比較）

12.2 第 5 波におけるでき事（時系列）

・7/20　緊急市区郡地区医師会長 web 会議
　湯﨑広島県知事から、広島県医師会長及び市区郡地区医師会長に対して、直接検査の実施等についての協力依頼がなされた。
・8/04　新規陽性者数 100 名超
・8/18　新規陽性者数過去最高更新（303 名）

・8/19　新規陽性者数過去最高更新（362 名）
・8/20　新規陽性者数過去最高更新（375 名）
・8/21　新規陽性者数過去最高更新（381 名）※4 日連続
・8/24　緊急市区郡地区医師会長 web 会議
　　緊急メッセージ（会員、県民、行政宛て）の発出を決議し、翌日には記者発表を行った。
・8/27　緊急事態宣言（8/27～9/12　9/30 まで延長）
・8/30　療養者数の最高値（3,070 名）
・9/05　入院者数の最高値（487 名）

12.3 確保病床数について

入院については、ピーク時には、感染症指定医療機関・協力医療機関を中心に 41 の公立・公的病院、民間病院が患者を受け入れた。なお、確保病床数の推移は以下の通りである。

・7/12～7/31　フェーズ 2　491 床（うち重症病床　29 床）
・8/01～8/09　フェーズ 3　562 床（うち重症病床　33 床）
・8/10～8/31　フェーズ 4　757 床（うち重症病床　44 床）
・9/01～9/30　フェーズ 5　869 床（うち重症病床　46 床）
・10/1～　　フェーズ 3　562 床（うち重症病床　33 床）
※病床数は R3.10 月のもの

12.4 宿泊療養施設について

地域の基幹病院や市郡地区医師会が協力して、療養者の健康観察を実施した。確保室数は、最大で 2,397 室（県内 16 ヵ所）であり、人口あたりの確保室数は全国 3 位と充実した体制が整備されている。

12.5 臨時の医療施設（酸素センター）について

宿泊療養施設の一つに 39 床設置した。実施する医療行為は、酸素投与と補液（薬剤はなし）のみである。入院受け入れ医療機関の負担を減らすことを目的に、夜間の緊急入院を行わず、酸素センターで一時的に治療し、朝を待ってから入院調整するという用途で使用した。

12.6 自宅療養患者に対する医療の提供

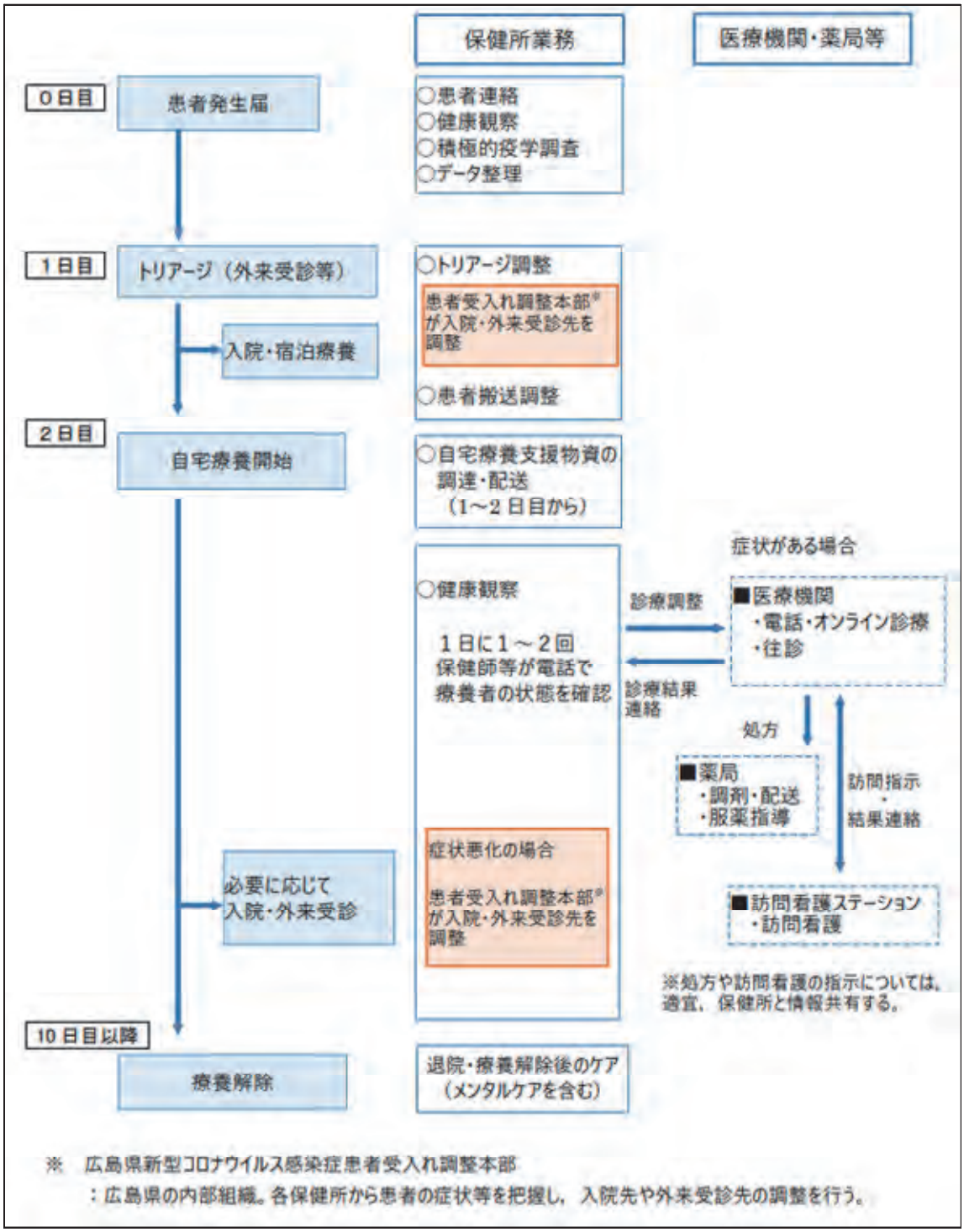
オンライン診療の実施を県に届け出ている医療機関に対して協力を募り、保健所が健康観察を担当している患者からの医療ニーズに対して、協力医療機関がオンライン診療を行う体制を確保した。また、オンライン診療から少し遅れる形ではあったものの、往診およ

び訪問看護についても協力施設を募り、オンライン診療と同様の実施体制を確保した。

実施にあたっては、県により新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供マニュアルが作成され、web による説明会も開催された。

広島県におけるオンライン診療・往診・訪問看護フロー図

（新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供マニュアル【第２版：オンライン診療，往診，訪問看護】令和 3（2021）年 8 月より抜粋）



12.7 保健所業務の一部引き受け

県内の保健所設置市の一つでは、保健所業務のひっ迫を受けて、保健所が行う在宅療養者に対する健康観察を、市郡地区医師会が受託した。

13. 高知県

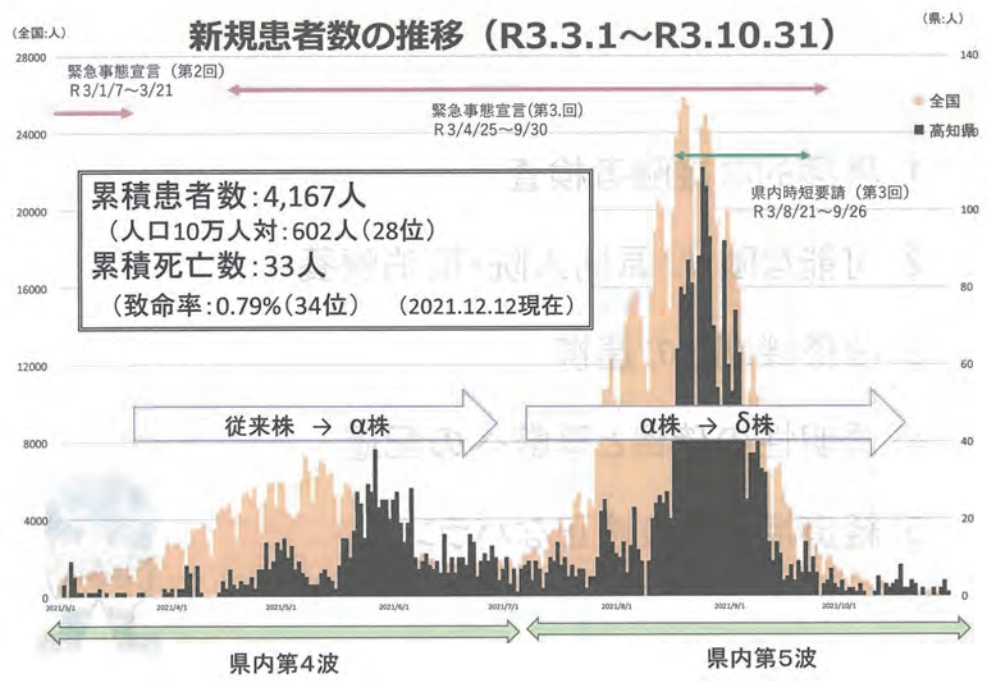
高知県新型コロナウイルス感染症第 5 波以降の状況と今後の対応方針

【概要】

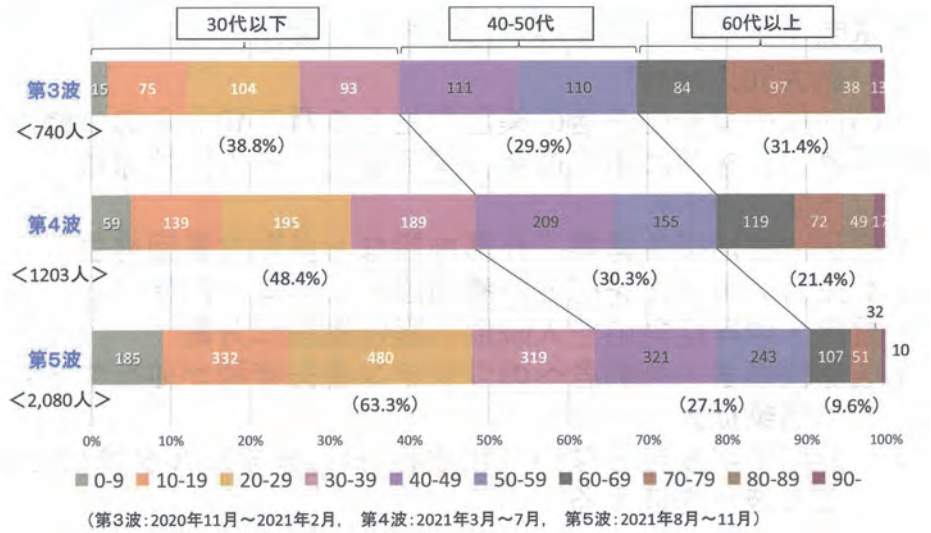
- 状況：累積患者数 4167 人。一日最大感染者 110 人強。最大自宅療養・待機者 542 人。60 歳以上の割合低下(9.6%)、30 歳以下の割合増加(63.3%)。
- 対応：入院医療機関はすべて公表。重症・中等症は重症者対応医療機関等が担当。軽症・無症状は入院協力医療機関等で対応。入院協力医療機関→感染症指定医療機関の搬送基準を明確化。宿泊療養施設の逼迫により一部自宅療養を要請。**パルスオキシメーター、生活支援物資、電話診療の体制構築**
- 課題：急激な医療サージに対する入院・宿泊療養施設のストック。医療調整本部と各入院医療機関間の情報共有。自宅医療用支援体制の急設。保健所業務の逼迫。夜間の救急対応、妊婦患者の対応。オミクロン株への備え、インフルエンザへの対応等。

13.1 状況

8 月上旬までは即応病床+宿泊居室にて 447 床を確保していたが第 5 波ではそれを大幅に上回る感染者が発生。ピーク時には最大 542 人の自宅療養又は待機者が生じ、その内 1 日 1 人は症状悪化を認めていた。また、自宅療養者の病状悪化時は協力医療機関での外来診療を実施する体制とした。8/20 より自宅療養を開始した（それまでは自宅療養を認めず自宅待機の扱い）が、更に抗体カクテル療法実施者の早期退院先として宿泊施設への転所を開始、9/1 より確保病床を 8 床追加、9/8 より 4 ヶ所目の宿泊療養施設の運用を開始した。第 5 波の特徴として 40 歳代までが感染者の 8 割を占め、中等床以上の患者数は第 4 波と変わらず、中・高年の重症化率が低下し、病床にはある程度余裕があった。



年齢構成の比較（第3～5波）

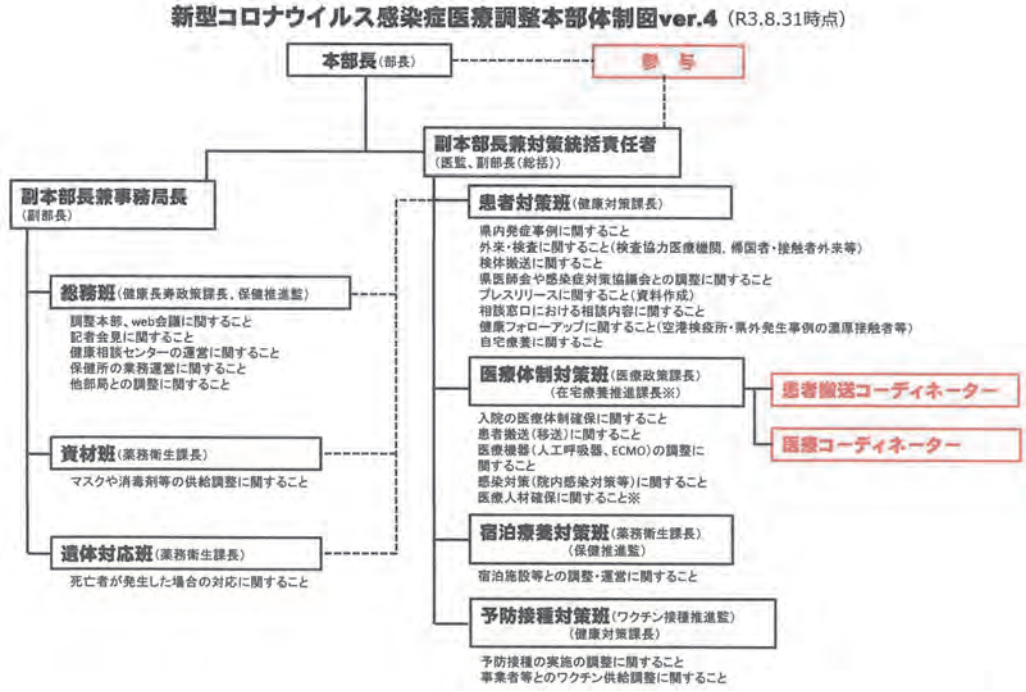


（第3波：2020年11月～2021年2月，　第4波：2021年3月～7月，　第5波：2021年8月～11月）

重症度の比較（第3～5波）

（第3波：2020年11月～2021年2月，　第4波：2021年3月～7月，　第5波：2021年8月～11月）

13.2 対応



① 陽性判明から療養先決定までの対応

◇今夏の感染拡大時における対応についての分析・課題

〇相談・検査体制

・新型コロナウイルス健康相談センターを設置し発熱相談等に対応。

・発熱等のある患者の外来受診体制として、協力が得られた県内 232 か所の医療機関を検査協力医療機関としてＨＰで公表し、利用を促した。

〇療養先の調整

・第 4 波までは、原則として自宅療養を行わない方針で、病床確保フェーズ 1 では各保健所が管内医療機関と調整を実施、病床確保フェーズが 2 以上になった場合や管外等への広域調整を要する場合の入院調整及び宿泊療養施設への入所調整は、保健所からの要請により、県新型コロナウイルス感染症医療調整本部（以下「県調整本部」という。）が行った。

・第 5 波においては、病床確保計画の想定を上回る新規患者が発生したことを受けて、8/21 から 9/16 までの間、軽症者の一部及び無症状者に対し自宅療養の協力を依頼。これにより、入院・入所が必要な方に確実に対応できる体制が確保できた。

・感染拡大を受け、県調整本部の機能強化として、それまで別々に対応していた県調整本部の 3 つの担当（保健所からの新規陽性患者報告や行政検査の調整をする担当、宿泊療養所への入所調整を行う担当、入院調整を行う担当）を 8/23 より同一のフロアに集

約するとともに、庁内の他部局から保健師の応援を受けるなどして人員配置を増やした。結果、病床やホテルの空き状況が共有できるようになるとともに、保健所からの調整依頼の連絡が来る前から入院入所調整の準備を行うことが可能となった。

〇患者移送

・医療機関又は宿泊療養施設への移動は、患者自身の自家用車又は家族の送迎により行うことを基本とし、それができない場合に対応するため、保健所に感染対策を施した車両を整備し、保健所職員が対応した。

・また、患者の病状軽快時の転院や転所にかかる搬送（民間救急）、臨時駐車場から宿泊療養施設または宿泊療養施設から医療機関（タクシー業者）においては、委託により行った。

〇情報共有

・入院協力医療機関に対しては、医療機関ごとの病床の利用状況を毎日 1 回メール送信し情報共有を図った。また、自宅療養開始時においては消防機関との情報共有を行った。

・**医療機関からの発生届に基礎疾患やリスク要因等、トリアージのための情報が不足**している事例があり、療養先の決定までに時間を要する一因となった。

・中和抗体薬の投与開始にあたり、治療対象者の基準に関する保健所や医療機関への周知や、治療実施後の新たな対応（宿泊療養施設への転所）方針等の協議がタイムリーに行えないなど、関係者間の速やかな情報共有・周知が課題となった。このため、医療機関あての情報共有メールの配信など、関係者間の情報共有ツールの充実を図った。

◇今後の方針のポイント

（患者の療養先の振り分け方針、入院・入所調整の連携・効率化等）

・引き続き、新型コロナウイルス健康相談センターを設置し、県民の不安解消に努めるとともに、検査協力医療機関の増加による外来受診体制の強化を図る。

・療養先をスムーズに決定できるよう、病床確保フェーズに応じた県調整本部の機能強化に努める。また、**検査協力医療機関に対し、HER-SYS への必要最小限の患者情報入力について協力を依頼**する。

・関係機関との情報連携については、平時から情報共有ツールを複数用意し、体制強化に努める。

②健康観察・診療等の体制

◇今夏の感染拡大時における対応についての分析・課題

〇軽症者の一部及び無症状者の自宅療養を開始したことに伴い、疫学調査、入院調整、

濃厚接触者の把握と PCR 検査の調整等と同時並行的に、健康観察業務等の人的体制の確保、パルスオキシメータの追加購入、生活支援物資の調達、電話診療による薬の処方および配送等の仕組みづくり等、自宅療養者への支援体制の整備に着手することになり、自宅療養者数がピークを迎えた頃、ようやく一連の体制が整った。

〇健康観察

・各保健所において、感染症担当に所内の他業務担当の保健師を加えた体制で対応したが、新規陽性者が集中して発生した保健所においては、**保健師のマンパワー不足**で、全ての自宅療養者にすぐに連絡できない状況が一時的にみられた。

・このため、保健所設置市には、県からリエゾン保健師を派遣した他、外部人材を活用するための調整業務を支援。また、県保健所には、他部局からも含め庁内の保健師を派遣したほか、管内市町村との協定に基づく市町村保健師の応援派遣を受けて対応した。

・**パルスオキシメータの在庫不足等**により、訪問等による器材貸与が間に合わない状態もあったが、追加購入するまでの間、県内の各保健所の在庫を調整して対応した。

・一部の保健所において、入院優先度判断スコアを作成してトリアージを行い、入院、入所、外来受診等の調整や生活支援等の必要な対応につないだ。また、My HER-SYS を活用しながら健康観察を実施した。

〇相談体制

・自宅療養を開始するまでは、各保健所において日中に相談対応を行ったが、自宅療養開始後は患者専用の 24 時間の相談体制を構築。保健所設置市と合同で設置した夜間休日の緊急相談窓口には 8/24 から 9/12（13 日朝）まで延 60 件の相談があり、そのうち医療機関受診につないだ者は 7 名、入院対応となった者は 4 名であった。

・夜間休日の緊急相談窓口に従事する保健師・看護師については、県及び保健所設置市の保健師のほか、看護系大学教員などの外部人材を最大限活用した。

〇自宅療養者等の急変時対策

・宿泊療養施設入所者や自宅療養者の夜間の急な病状悪化や緊急受診、救急搬送を未然に防ぐため、検査協力医療機関での陽性判明時や自宅療養開始時に、解熱剤等の処方を受けるための電話診療及び服薬指導体制を、県・郡市医師会、県薬剤師会の協力のもとで構築した。

・他方で、電話診療等に関して、実際患者が利用する医療機関や薬局等からの実務的な問い合わせが多く寄せられた。このため、関係機関に診療に関する文書を発出して対応した。

〇受診調整

・自宅療養者等の病状の悪化を早期に把握し、入院・入所が必要と判断した者については、日中に対応し、夜間休日対応とならないよう努めた。

・急変時の受診調整は保健所が行うこととして各消防署や消防署を所管する関係部署とも事前に確認し、患者にも周知した。しかし、**患者自身や家族が不安等から直接救急**

要請する事例が複数発生し、結果として救急受入機関に負担がかかる状況が生じた。

・宿泊療養施設に家庭用酸素濃縮器を配置し、夜間の救急搬送等による医療機関への負担を軽減した。

〇生活支援物資の支給

・自宅療養の開始に伴い新たに仕組みを構築したため、委託業者との調整に時間を要した。その間、一部の保健所において、緊急的支援として職員が食料品を個別に配送。アレルギー対応食や離乳食、粉ミルク、生理用品等個別のニーズにも対応した。

◇今後の方針のポイント

（健康観察・診療業務における保健所・医療機関等の役割分担・連携等）

〇自宅療養の事前準備

・自宅療養への移行時点から支援体制をスムーズに展開できるよう、**人員体制の拡充や支援業務の着手に至る道筋をあらかじめシミュレーション**しておく。

・**保健師等による健康観察の実施体制を強化する**。

保健所全体での役割分担、市町村との協力体制の構築（県と市町村の保健師派遣協定の活用、協定先市町村の追加)、IHEAT や外部人材の活用等

・**My HER-SYS のさらなる活用を促進する**。

検査協力医療機関等に対し、陽性判明時に My HER-SYS の活用に関するチラシを陽性者に配布してもらう等の協力を依頼。

③自宅療養者等の治療体制

◇今夏の感染拡大時における対応についての分析・課題

〇医療体制

・原則入院入所として対応してきたなかで 8/21 から自宅療養を開始したが、事前に解熱剤等を処方するための電話診療の体制構築や患者専用の相談窓口設置、夜間救急対応の構築などを行った。

・患者専用の相談窓口設置にあたっては、症状悪化時等の救急診療体制（確定患者の外来診療を行う医療機関）を構築し、消防署や消防署を所管する関係部署と共有した。

・第 5 波では、自宅療養を行った 920 人のうち、168 人の外来受診調整を行い、うち 26 人が入院対応となった。医療が逼迫する前の早い段階で自宅療養を開始したことにより、中等症であるのに入院できない事例や自宅療養者の死亡事例は発生していない。

・しかしながら、**夜間の救急対応について、高知市内の数か所及び郡部の 1 か所の医療機関しか協力を得られず、体制が十分に取れなかった**ことから、解熱剤等の事前投薬

や、日中の診療を徹底した。幸いにも夜間に症状が悪化する患者が少なかったため乗り切れた面があるが、今後の課題となった。また、訪問診療や訪問看護の確保が進まず、自宅療養者への往診による治療や酸素投与などは実施できなかった。

◇今後の方針のポイント

（往診、オンライン診療、電話診療等の体制や、地域の医療関係者の連携体制、

中和抗体薬の投与体制等）

・**各保健所管内ごとに電話診療等の体制や救急医療体制を整備する**。

・患者に対する救急医療後の後方支援機能など、臨時の医療施設の役割も踏まえて整備を検討する。

・**中和抗体薬の投与については、**投与後の副反応等の様子を見ることが必要なため、原則、自宅での実施体制の構築は行わず、**臨時の医療施設や専門入院協力医療機関の確保などで対応**する。

④入院等の体制

◇今夏の感染拡大時における対応についての分析・課題

・確保している病床数及び対応時期については、各医療機関と書面で確認を行うとともに、確保場所・感染管理方法の図面による確認についても徹底した。

・入院・入所を原則として対応してきたが、宿泊療養施設での対応が困難になるなど、想定を超える感染拡大となったため、自宅療養を開始するとともに、確保病床を226床から234床に増床、さらに次の流行に備えて296床まで確保した。

・8月中旬以降は、中和抗体薬を投与した患者で状態が安定している場合は、入院期間を短縮して宿泊療養施設への転所するなどの対応を開始し、中和抗体薬治療の対象者をできるだけ多く対応できるよう調整した。

・**妊婦のコロナ陽性者の受入について**は、周産期医療協議会において、入院を原則として体制を一定整備していたが、県内での妊婦の感染者の増加やコロナ療養中の出産事例の発生を受けて、周産期の受入体制の拡充について周産期医療協議会等で改めて協議を実施。その結果、療養先の選定は県調整本部で行うこととし、**関係機関間の情報共有の仕組みや連携のあり方について引き続き協議を継続**することとなっている。

・**自宅療養を減らすためには更なる増床等が必要**であるため、医師会と連携して臨時の医療施設設置に向けた協議を開始した。

・入院勧告解除者で引き続き入院治療が必要な患者については、各医療機関が入院調整を実施。92 か所の医療機関から後方支援病院としての協力を得て、20 数名の患者の転院が行われた。

・入院対応を行う医療機関より、医療の質の均てん化のために、治療に当たっている医

師の情報交換ができる体制の構築を求める意見があったことから、SNS を用いた医師間の情報交換を開始した。

◇今後の方針のポイント

（臨時の医療施設・入院待機施設の位置付け・活用の考え方、転退院調整の方法、確保病床に関する医療機関との書面の締結内容等）

・**今後さらに病床や宿泊療養施設を確保する予定**であり、新たに確保する病床についても引き続き、病床数・対応時期の書面確認や確保場所・感染管理方法の図面での確認を実施する。

・現在協議している**臨時の医療施設については、入院病床と宿泊療養の中間的な対応を想定して検討**する。

・入院患者の重症化による転院調整については、現在の県調整本部による調整を引き続き実施する。

・入院勧告解除予定者の後方支援病院への転院調整については、引き続き各医療機関において実施する。

・**妊婦の受入については、保健所と県調整本部、各産科医療機関間の情報共有の仕組みを確立し、産科医療機関における受入体制を強化する**。

⑤医療人材の確保・配置転換を行う仕組み

◇今夏の感染拡大時における対応についての分析・課題

・4 か所目の宿泊療養施設を確保したものの、**看護師の確保に時間を要した**ため、同時に 3 か所しか宿泊療養施設が立ち上げられなかった。

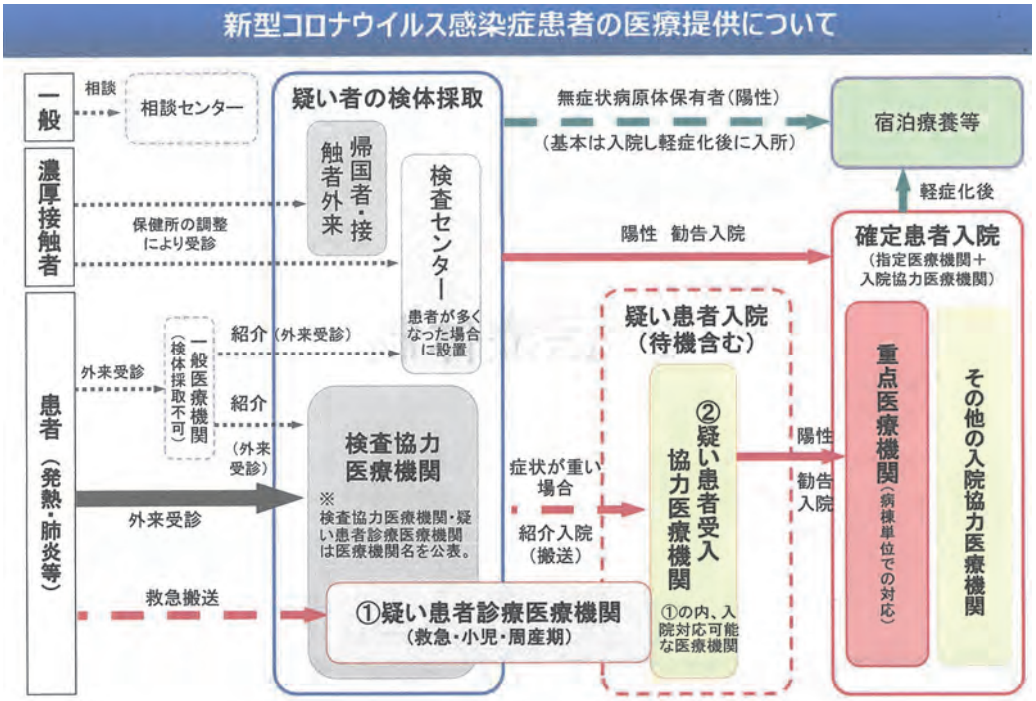
・立ち上げた宿泊療養施設では、2 か所を県外の看護師派遣会社からの派遣人材で対応し、残りの 1 か所を高知県立大学看護学部の教員・大学院生、潜在看護師、県立病院の看護師、訪問看護ステーションの看護師で対応した。

・**臨時の医療施設の協議においても、運営主体と医療人材の確保が課題**となっている。

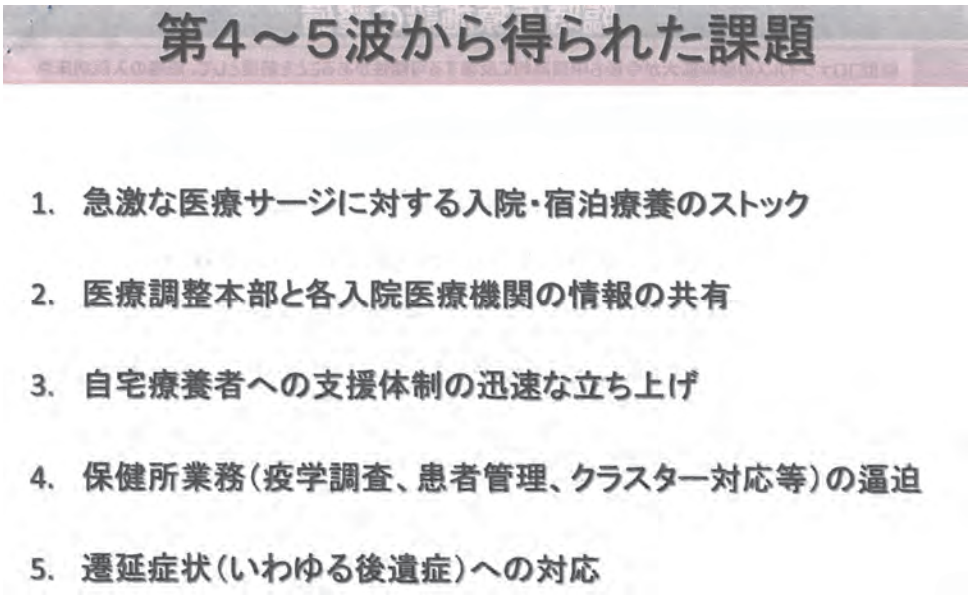
・入院協力医療機関への他医療機関からの応援については、ECMO の使用にかかる応援態勢を構築しようとしたが、受入側及び派遣側双方の医療機関の条件（職種、勤務態勢など）が折り合わなかったことから実施していない。

◇今後の方針のポイント

・**宿泊療養施設及び臨時の医療施設の運営のあり方や人材確保について、医師会や看護協会等と協議し、その具体策を検討**する。


新型コロナウイルス感染症患者の医療提供について
一般
相談
相談センター
濃厚接触者
保健所の調整により受診
患者（発熱・肺炎等）
外来受診
一般医療機関（検体採取不可）
紹介（外来受診）
紹介（外来受診）
外来受診
救急搬送
疑い者の検体採取
帰国者・接触者外来
検査センター
患者が多くなった場合に設置
検査協力医療機関
※検査協力医療機関・疑い患者診療医療機関は医療機関名を公表。
①疑い患者診療医療機関（救急・小児・周産期）
無症状病原体保有者（陽性）
（基本は入院し軽症化後に入所）
宿泊療養等
軽症化後
陽性 勧告入院
確定患者入院
（指定医療機関＋入院協力医療機関）
疑い患者入院（待機含む）
症状が重い場合
紹介入院（搬送）
②疑い患者受入協力医療機関
①の内、入院対応可能な医療機関
陽性
勧告入院
重点医療機関（病棟単位での対応）
その他の入院協力医療機関

13.3 課題


第4～5波から得られた課題
1. 急激な医療サージに対する入院・宿泊療養のストック
2. 医療調整本部と各入院医療機関の情報の共有
3. 自宅療養者への支援体制の迅速な立ち上げ
4. 保健所業務（疫学調査、患者管理、クラスター対応等）の逼迫
5. 遷延症状（いわゆる後遺症）への対応

さらなる課題

1. オミクロン株への備え
2. インフルエンザの同時流行？
3. COVID-19ワクチンの追加接種
4. 「ワクチン・検査パッケージ」（無料検査体制など）
5. 「出口」を見据えた、医療と行政の役割分担

第６波に向けては、変異株が出現する中で患者数等の予想は困難であり、医療体制、宿泊療養施設、臨時医療施設、自宅療養など、各医療体制それぞれの強化が望まれる。

短い準備期間での設置とフェーズ５終了時の撤収が必要となるため、現状では宿泊療養施設でのハイブリッド対応を考えている。課題としては、医療従事者の人材確保、運営管理者の選定、各施設の病床調整機能の強化が挙げられる。

14. 福岡県

【概要】
- 状況：1 日最大新規感染者 1,253 人(8/18)。但し病床使用率 7 割以下。重症病床使用率は常時 2 割未満。宿泊療養施設 10 施設、ピーク時 7 割稼働。
- 対応：COVID-19 JMAT 医師・看護師の派遣 24h 常駐。宿泊療養施設での中和抗体薬投与(8/16))、酸素投与ステーション開設(8/30)。受診・相談センターの 24h 稼働。保健所、県対策本部、県保健環境研究所等で患者情報を共有。各保健所に散在していた「患者情報」一元化のシステムを開発(県医師会、メディカルセンター) している。
- 課題：一部保健所で業務逼迫。

14.1 状況

令和 3 年 7 月下旬以降、急速に感染が拡大。令和 3 年 8 月 18 日には新規陽性者数が過去最多の 1,253 人（第 4 波のピークの約 2 倍）となり、その後も 1,000 人前後の日が続いたが、病床使用率は 7 割を超えることなく、特に重症病床使用率は常に 2 割を下回る状況で推移した。

14.2 対応

第 5 波に備え、医療提供体制の強化に努め、令和 3 年 4 月以降、コロナ病床を 770 床から 1,482 床に増床、うち重症病床を 111 床から 203 床に増床した。

宿泊療養施設は 6 施設から 10 施設に増設し、すべての宿泊療養施設に COVID-19 JMAT 医師や看護師が 24 時間体制で常駐し、医療的ケアが実施可能な環境を整備した。また、退所後の消毒方法の改善など効率的な運用に努めた結果、ピーク時には総室数の 7 割を稼働することができ、入院者の約 1.5 倍の患者が入所。病床への負担を軽減させた。

令和 3 年 8 月 16 日には宿泊療養施設において中和抗体薬の投与を開始。計 62 人に投与し、いずれも重症化せず快復した。8 月 30 日には酸素投与ステーションを開設（1 か所/34 床・最大 50 床)。また、自宅療養者の症状悪化時の診療体制を整備した。

第 5 波においては、新規感染者の急増により、一部の保健所において業務が逼迫し、対応に遅れが生じるケースがあった。特に、トリアージが十分に機能していなかったことから、酸素飽和度や病態に応じたトリアージ基準を整理した上で、発生届《別紙》を作成し、入院判断に必要不可欠な酸素飽和度の報告を徹底した。

発熱患者等からの相談に対応する受診・相談センターについては、24 時間体制を維持し、平日の日中は各保健所で、休日・夜間は福岡県メディカルセンター内に専用ダイヤルを設置し、受診先の紹介等を実施した。

このような取組の結果、病床使用率や重症者数は第 4 波と比較して低水準で推移し、医療提供体制のひっ迫を回避した。

さらに、今後の感染拡大に備えて、患者情報を取り扱う保健所、県新型コロナウイルス感染症対策本部、県保健環境研究所等において患者情報の共有化を図るとともに、重複作業の削減による業務改善を目的に、これまで各保健所においてそれぞれの方法で管理されていた患者情報を一元管理する「患者情報共有システム」を本会と福岡県メディカルセンターにおいて開発している。

15. 熊本県

【概要】
- 状況：最大病床利用率(県全体 61.3%)，90.4%(政令市:熊本市)。同市の入院患者の多さから広域搬送が多発し現場の混乱を招いた。最大宿泊療養施設利用者 685 人(宿泊療養施設＋調整中の患者数)で宿泊療養施設のキャパシティー不足。
- 対応（第 6 波に向けて）：円滑な入院患者受入のため、確保病床をフェーズ毎（平時、緊急時、超緊急時）に拡大。平時 669 床。超緊急時最大 806 床。宿泊療養施設は、県北、天草地域に設置し 1000 室確保。情報通信ツールによる、看護師、オンコール医師、訪問医師等との情報共有、保健所、県調整本部等の情報共有可能な体制構築。
- 課題（対応を踏まえ）：自宅療養患者への健康観察、訪問診療等の診療体制。診療体制が二次医療圏ごとに異なる。（医療資源の違いや通常の医療体制の問題の協議に向け）今後、医療体制構築に向けた関係者への参加が必要。

熊本県では、新型コロナウイルス感染症については、過去の医療体制の反省を踏まえ第5波に備え、本会の対策本部組織を抜本的に見直した。

対策本部機能は必要な医療機能を具体的に組織化し、セクション毎に 5 名の副本部長を配置した。具体的には①ワクチン対策、②後方支援病院等対策、③宿泊療養等対策を本会の 3 名の副会長が担い、④医療体制等対策を本会の理事である大学病院長、⑤政令市連携対策を政令市医師会長に担って頂き、各々に 3 名ずつの理事を本部員として配置した。

15.1 第 5 波における状況

病床においては、入院ピーク率は県全体で 61.3%であったが、政令市（熊本市）においては 90.4%でかなりひっ迫した。また、熊本市の入院患者の多さから広域搬送が多くなり、現場の混乱を招いた。宿泊療養施設においては最大 685 人（宿泊療養施設＋調整中の患者数）で宿泊療養施設のキャパが不足気味になった。

15.2 第 6 波への対応

入院患者がスムーズに受け入れられるように病床をフェーズ毎（平時、緊急時、超緊急時）に拡大することとし、平時は 669 床を確保。超緊急時は最大 806 床まで拡大する仕組みとした（計算上の第 6 波の想定は、544 床)。宿泊療養施設については県北、天草にも設置し 1000 室を確保し、情報通信ツール（くまもとメディカルネットワーク）を活用し、看護師、オンコール医師、訪問医師等の関係者との情報共有や保健所、県調整本部等の情報共有が行える体制を構築した。

15.3 ワクチン対策

市町村へ配布するワクチンの接種については郡市医師会にお願いし、それとは別に県と

共同し、大規模接種センターを立ち上げ、問診医の派遣を行った。

大規模接種センターはモデルナ製のワクチンを使用、8月から11月までの間、午後6時～9時を接種時間とし、多い日で1日12名の医師を派遣し、延べ10万人程度の接種を行うこととなった。

15.4 後方支援病院等対策

まず、熊本県後方支援病院等連絡協議会の立ち上げを行うとともに、病院等に対しアンケート調査と研修会を行った。退院後の受入れについては、当初から懸念事項であったが60件超の医療機関の協力を頂けることとなった。

15.5 宿泊療養等対策

県内で運営する宿泊療養施設はその多くが政令市に集中し、設立当初からオンコール医師と常駐する看護師の派遣を本会で行っている。複数設置された施設における患者記録やその保存方法、患者情報の活用を見直し、県調整本部、宿泊療養施設、保健所、オンコール医師が情報共有できるシステムを構築し療養の体制強化を図り、患者急変時の対応等に資する体制づくりを行った。

15.6 医療体制等対策

県内唯一の医系大学病院である熊本大学病院が率先して、受入れ病床数を拡充頂くと共に、その大号令の中、病床の拡充が行われ、緊急時病床を含めると1.5倍にあたる758床の病床を確保することができた。

15.7 政令市連携対策

本県の新型コロナウイルス感染症の医療体制については二次医療圏毎に対応することとなっているが災害医療と同様に県と政令市の2重行政となる。前述の宿泊療養施設についても県が運営する施設が政令市内に設置されることや、市内と市外の患者調整、県と政令市の業務内容の不透明さから市内の医療連携体制と地元医師会との連携のし辛さが感じられ、県医師会と政令市医師会との連携と情報を共有することにより、今後、宿泊療養施設と地元の外来医療機能との連携強化を図った。

第6波に向けては　本県では現時点で酸素ステーションや野戦病院などの設置の話はなく、今後は今までの経験を生かし、宿泊療養施設、自宅療養、外来医療や訪問診療など地域医療体制の見える化と感染症法上の建付けと健康保険法上の建付けを連動させた二次医療圏毎の医療体制の構築を図っていくこととしている。

15.8 課題

軽症・無症状者の自宅療養患者への健康観察や訪問診療などの診療体制について、保健

所や地域医師会との協議が行われているが、医療資源の違いや通常の医療体制の問題等もあり、その診療体制が二次医療圏で異なり、今後、医療体制構築に向けた関係者への参加が必要となる。