

## 協議事項1「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた課題について」 意見まとめ

### <池島委員>

感染症発症初期の、患者数が少ない場合は、中央の事務局による入院調整で対応できたと思いますが、患者数が増えてきた際、調整に時間も要するようになり、現場とのスピード感のズレが大きくなってしまったと思います。（早目の入院が必要な症例で、中央に連絡して入院決定になるまで翌日以降まで返事なく、入院などの対応が後手に回るケースがあった。現場の判断で入院させたら、なぜ勝手に入院させたのかのような意見も頂いた事があった）。途中から現場判断に任せるとなりましたが。なので、どの時点で、各医療圏に入院などの指示系統を移行させるかなども、プログラムに盛り込んだ方よいかと思います。

後方支援病院には、退院先調整も含め、後方支援をして頂きたい（退院先が未定でも転院を受け入れてほしい）。

夜間帯の入院依頼は、相手先とのやりとり（患者状態確認や搬送手段など）や院内での受け入れ体制など、人員が不足しており対応に苦慮した。特に医療機関を受診しておらず、施設や救急車で待機していた場合、まずは近くの医療機関の受診、そして入院が必要となった際は（調整）をして頂きたい。

### <黒木委員>

開業医でもコロナを診たドクターと全く診ないドクターでは明らかに差がでてきますし、その対処も違ってきます。少なくともオミクロン株以降は感染のしやすさはあっても重症化率が明らかに減っていたわけですから、この程度の疾患を診ない医師というのはどういうことか？というのが最大の疑問でした。

### <伊藤委員>

・保健所の業務を2類感染症である結核の対応で見ると、感染状況の調査、接触状況調査、接触者の特定、検査などとなる。集団発生となれば、施設調査も必要になる。

しかるに、今回の新型コロナウイルス感染症対応は、2類感染症の対応に加え、発熱外来の開設、入院調整、自宅療養支援（配食サービスや支援物質含む）までやらなければならなかった。本来、保健所が担うべき積極的疫学調査（クラスター対応含む）があまりできなく、感染拡大を防ぐことが難しかった。

・これは国の法律の話となるが、感染症法が成立してから、2類感染症の感染者がこれ

ほど多くなるとは想定していなかったのではないかと。2類感染者数の適正な規模についても議論する必要がある。

・後半になればなるほど、症状のない無症状感染者が増える印象があった。無料検査や自宅療養費の支援についても検証が必要と思う。

### <石川委員>

秋田市医師会の中で診療所側の意見を聞くことがあるのですが、対応したくても感染対応に割けるだけのリソースがなく、また感染対応に必要な適切な情報や適切な示唆が得られないようです。一方で診療報酬における外来感染対策向上加算の評価は地域での感染対応のネットワークを構築するための契機となりうると思われました。秋田市医師会では研修会や訓練などを行っていますが、現状では感染症発生時に有効な活動ができるような組織作りとして機能しているとはいえない現状です。組織的に医師会だけで主導するには無理があると思われませんが、感染対策向上加算取得病院と各診療所の直接的なネットワークを構築できれば、より効果的に感染対策や入院先の相談、リソースの共有、などができるのではないかと考えます。

もう一点の退院基準の緩和ですが、介護施設では小規模であるほどリソースに余裕が無いことは、日々の脳卒中診療の中で転所先を選定する時に感じることで、末端での努力には限界があるだろうという意見です。やはり県が対応を進めているように中間のバッファとなる病床(後方支援病院)などを大きくして融通していくしかないと思われまます。

### <和泉委員>

秋田県は感染症専門医が少なく、また呼吸器科医も少ないため、専門でない医師が診療を行うことには非常にストレスが大きかったと思います。今後の感染症対策を考えると、各病院の感染対策室、ICT、ICNの役割が非常に大きいと思います。当院では、ICNの力が非常に大きかったですし、感染管理加算の相互評価を秋田大学と行っており、交流があったことで相談することが可能だったため、治療の相談をすることができました。専門医、ICNの育成も急務ですが、日頃の感染対策の底上げができるようなことを考えていくべきと思います。加算をとる上での条件にある程度の講習の義務を加えるとか。加算をとっていない病院・施設に対しても感染対策をある程度、義務化していくべきではないかと思ひます。

### <武田委員>

検査需要が高まった際には、休日特にゴールデンウィーク、お盆、年末年始には検査を大規模にできる公的検査場を直ちに設置して欲しい。(病院救急の逼迫回避のため)

次におこるパンデミックは、流行の主体が小児になる可能性があり、重症度によっては、あっという間に小児医療が崩壊する可能性がある。(少子化の影響で各病院の小児用ベッドが減らされ、小児の入院を行っていない病院も増え、現在でもRS等の流行規模が大きくなるとあっという間に受け入れ困難になっている。) コロナは高齢者主体だったので全体としての議論でよかったが、小児において大規模流行が起こった際のシミュレーションもしておいた方が良いと思う。

今回の協議事項ではないが、現在もコロナの検査は行っても診察せず、本来はその医療機関の外来のみで完結できる患者さんが病院に押し付けられている。(コロナとわかったとたんに診察拒否されている例はまだまだ少なくない)

### <平山委員>

秋田県、秋田市ではコロナ禍において適切な情報共有がなされているとは言えなかった。各医療機関はあまり情報を出したがらず、行政主導で適切な情報共有を行っていかなければ次なる脅威に対応できない。ぜひ秋田の行政の力を発揮していただきたい。

### <千葉委員>

入院患者受入医療機関の病床ひっ迫により、本来受診を要する傷病者の搬送困難事例が発生した時期がありました。今後、新興感染症が発生した場合の患者移送は本来消防の業務ではないことから、新型コロナウイルス感染症発生初期と同様に厚生労働省、総務省消防庁からの通知により保健所等からの協力要請に基づき行うことになるものと考えます。

### <長瀬委員>

未知の感染症に対する不安、過剰反応を和らげるため、また予防や罹患した時の対応方法を相談するための窓口(電話相談など)は、流行状況に応じて増やすのではなく、発生初期段階から一定程度は手厚く確保し、状況が落ち着いてきたら減らして行く対応が望ましいと思います。また、市町村窓口にも多くの問い合わせがあったことから、県、保健所、市町村の情報共有をしっかりと行う体制を整えておく必要があると思います。

自治体における帰国者接触者外来(仮設診療所)の設置において、場所の選定、施設管理者の確保、必要な設備の確認などに時間を要したことから、手順書や設置要領など

を事前に整備しておく必要があると思います。

災害時における自宅療養者の避難先について保健所に相談した際、宿泊療養施設で受け入れてくれることになったが、夜間の受け入れは困難ということで時間に制約があったため、災害時の対応を検討しておく必要があると思います。

### <小栢委員>

(課題) コロナ禍で感染の波ごとに感染者数が激増し、それに伴い保健所の業務量は膨大となり逼迫するという状態を何度となく繰り返した。その度ごとに、組織内の戦力不足は否めず、現場の工夫だけで乗り越えるには限界を感じてきた。途中、人員増などで体制強化を図ってきたが、感染のピークの度ごとに手一杯の状態であった。入院調整の際に、円滑に調整できない場面が多々あった。

(改善の方策) 短期間に多くの保健所から IHEAT 派遣・外部委託の依頼があった際に、円滑かつ機動的に支援できる体制整備構築の強化が必要である。現在の IHEAT 登録者に加え、新たな人材確保に向けた関係機関への働きかけ・周知を行っておくべきである。外部委託を進める中においても、委託業者に依頼時のルールが徹底されるよう取り決めをしておくべきである。

入院調整の際に、上手に円滑に調整できる仕組みを整えておく必要がある。関係者が一枚岩となって体制構築に向けて取り組んでいくことが重要である。外来医療体制に関しても幅広い医療機関において対応することが重要である。

### <齋藤委員>

1. 発生初期でまだ検査術式模索の段階では、地方衛生研究所が国立感染症研究所と連携して対応することになるが、民間機関でも検査可能になった段階では検体の振り分け(個別の臨床検査とクラスター対応など)を県からの指示という形で明確化しておく必要がある。

2. 年度末近くに流行が発生した場合(有事対応とした場合)、会計年度の問題で必要な物資の調達が困難になることが想定される。例えば3月下旬に発注して4月上旬に納品されるような案件は通常は不可となるが、感染症事案は時期とは関係ないため、有事の場合の制度上の特例措置があってもよいのではないか。平時からの備蓄は当然考慮されるが、試薬によっては有効期限が設定されているものもあるため限界がある。

3. 症例番号について本庁・保健所と地方衛生研究所との間で共有しておく必要がある。ゲノム解析に回す検体を選別する際に必要となる他、県内の疫学情報を俯瞰するために重要である。

## <鈴木委員>

1) オミクロンになってから、高齢者施設、社会福祉施設の入所者が感染を契機に衰弱し、コロナ肺炎ではない嚥下性肺炎や脱水などで入院となる患者が増えました。6波で自宅療養が可能となったものの、当初は入所中の患者を高年齢、重症化リスク、症状悪化傾向などを理由に入院させる希望が多く、ACOMATの入院調整は困窮し、救急搬送困難事例もありました。一方、保健所の調整が有効であった地域もありました。

R4年3月まで入院調整を担当したのものとして強く感じたことは、

- ①感染者が多くなり入院要請が増えれば全県一区で調整しても限界があった。
- ②調整役は保健所、救急隊からの強い要請と受入困難となった病院群の間で解決策がないままどうしようもなく、メンタル面でも厳しかった。
- ③遠方の病院へ入院になると患者にとっても移送担当者にとっても大変であった。
- ④入院の適応について医療側と施設側のコンセンサスがなかった。

7波、8波では保健所が入院調整し、圏域を越える調整は県の本部が担いましたが、①②③については同様であったと思います。今後は3医療圏単位で医療機関同士の調整とのことですが、受入病院が入った協議体の中に困難事例の調整機能、後方病院への転院を容易にする機能など、普段からの協力関係にもとづいた課題解決機能をもつことが重要ではないかと思います。

④についてはACOMATで入った施設で説明したり、県からも通知などが出されて施設側の理解が進んできたように思います。酸素吸入、点滴を行い対応する施設も増えてきました。早い段階で嘱託医、かかりつけ医が介入し、看護師のいる施設ならばリモートで経口薬の処方、酸素吸入や点滴の指示を行えば入院を回避できる利用者が相当数います。8波のピーク時は1600名以上の感染者が施設で療養していました。それらは軽症ばかりではなく、中等症もありました。見取りについても、当初はコロナ感染であると家族が入院を強く要望する事例が結構あり施設側が困っていましたが、8波あたりでは家族も納得し施設での見取りも増えたように思います。ACOMATとしてレッドエリアでご家族も一緒に見取る方法や、ご遺体の搬出方法なども指導したことがありました。医療と介護・福祉の間にある壁について複数の施設長から話を聞く機会がありましたが、ここにも具体的な協議体が必要かもしれません。

2) ACOMATは6波では入院調整が主となり、施設対応は電話指導が多くなってしまいました。7波以降は、施設側から訪問不要とされた施設以外は全て入りました。そこで感じたことは、

- ⑤定期的な研修をしているとはいえ、感染対応力が低かった。
- ⑥3時間程度の現地の指導で対応がほぼ整ったが、知的障害者の施設では次善、次々善の策にならざるを得ないことが多かった。
- ⑦クラスターの初期対応が不十分なまま拡大してからの出動要請であった。

- ⑧嘱託医の関与が少ない、あるいは無かった施設が多かった。
- ⑨酸素ボンベの交換は労多い様子であった。
- ⑩職員の感染拡大で介護や支援が不足し、利用者の摂食不足から脱水になった事例があった。
- ⑪応援介護士はグリーンエリアと保証されたエリアでの応援なので、クラスターが拡がると要請が困難となった。同じ法人内からの応援にも限界があった。
- ⑫感染したら居室内で行動制限し、結果的に廃用症候群となった利用者がいた。

⑤については ACOMAT で講習会を行っていますが、各施設で行うことができる研修内容を開発中でもあり、自ら定期的に実効性のある研修を行うよう推奨しなければなりません。

⑥については知的障害者の施設については限界がありますが、クリアカットに指導をすれば有効であることがわかり、今後のためにそのノウハウを蓄積し共有することが必要です。

⑦については、今後は保健所が早い段階から指導に入ればいいのですが、そうでなければ早い段階で要請がくるような仕組みが必要です。もっとも、ACOMAT (のような) のマンパワーと統一した指導が前提になります。

⑧は今後の改善を期待します。

⑨については、施設での酸素吸入レベルであれば空気濃縮器でよいと思います。入手(レンタル)の方法を周知でしょうか。

⑩⑪は悩ましいことですが、軽症の職員に業務をお願いしたこともありました。その場合の職員の業務方法へは指導が必要です。

⑫については、隔離方法を指導し、一定のエリア(ゾーニングすればそのエリア)で自由に動けるようにしましたが、今後も必要な対応と思います。

細かいことはともかく、施設職員の感染対応力向上の措置、ACOMAT のノウハウの共有、感染者発生時の嘱託医の初期対応、ACOMAT のようなクラスター対応チームがあれば早いタイミングでの出動、が望めればと思います。

### <嗟峨委員>

秋田大学では 2015 年から県からの要請を受けて図面を一から引いて高リスク新興感染症対応のための専用病棟である高度感染症ユニット棟を建設し、月 1 回のペースで訓練を積み重ねた上で 2 度の大規模合同訓練を実施し、県内の新興感染症発生に備えていました。しかし、当時想定されていた新興感染症対応は、エボラウイルス感染症疑いの患者 1 名の入院受入れを行うというシナリオで、現実世界に発生した新型コロナの世界的流行と大きくかけ離れたものでした。

従来から感染症・感染制御を専門として取り組んできた県内の他の感染症専門医療者と同様に、私自身も新型コロナ対応では幾多の危機的な困難に直面してきましたが、新型コロナへの対応経験を経て、理解できたこと、得られたものも非常に多くあります。内外の多くの方々のご理解やご支援をいただくことができるようになったことは大変ありがたいことでした。

秋田県の新型コロナ対策は、ワクチン接種率の高さ、一般の方々の感染対策の遵守をはじめ、良かった点も数多くあります。我々が非常に大きな困難を感じた状況についても、他地域ではより深刻で悲惨な状況だった場合もあるようです。リソースの少なさと照らし合わせると秋田県の新型コロナ対策はそれなりに善戦した可能性はあろうかと思えます。

次なる新興感染症への秋田の備えを講じるため、今回、秋田の新型コロナ対応の課題を、負担・役割分担、情報の取扱い、連携、脆弱部分の底上げの4つの観点で整理し、改善策の提案を記してみました。時期や地域によっては全く該当しない場合も多くあること、私の力不足のために正しくない認識に基づいた記載がありうることをご容赦ください。

秋田大学はこのたび感染統括制御・疫学・分子病態研究センターを設立しました。私たちは感染統括制御部門として秋田県の感染症への備えを一層充実させて県民の安全・安心を高める取組みを行っていきます。私自身の見聞の範囲は限られますが、多くの医療者、行政の方々、およびその他の県民の皆様は、それぞれのお立場で新型コロナへの対応に尽力されてきたことを存じ上げております。苦労を分かち合ってくださいました方々には心から感謝いたしています。

## [1] 負担・役割分担の適正化

### 《課題》

・特定の医療機関や個人の負荷が高い状況が続き、その負担は十分に分散されませんでした。一例として、大学病院では入院診療、外来診療、自宅療養者の体調悪化時の診療、宿泊療養者の健康観察、ワクチン接種、夜間休日電話相談、臨時発熱外来の設営・運用を行いました。これらの全てを地域唯一の特定機能病院である当院が行う必要があったとは認識しておりません。他で調整がつかずに差し迫った時期に急な要請があり、他を犠牲にしてやむなく引き受けた事例も複数ありました。負担の全体を俯瞰してその調整や軽減を行う仕組みや取組みは見当たりませんでした。

・感染症・感染制御に専門性を有する感染症専門医療者は一定数存在するものの、施設での業務にかかる負荷が大きく、県全体としてその専門性を十分に有効活用できたとは言えない状況でした。加えて、感染症専門医療者が存在することの認知度は以前よりは高まったものの、まだ十分ではありません。感染症専門医療者の中でも特に感染管理認定看護師は各医療機関および地域の感染制御の中核として非常に重要な役割を果た

していますが、感染管理認定看護師が県の会議に招聘されたのは新型コロナの5類感染症移行後でした。

・医療現場では新型コロナ流行中はその対応のために通常医療に支障が生じていました。しかし通常医療に大きな支障が生じて医療機関が対応に苦慮していた際の行政の対応は機を逃がさないものだったとは言えない場面がありました。加えて、県全体の新型コロナ以外の医療を維持するために、どの段階でどの医療機関がどの程度の診療制限を行うかを計画的・俯瞰的に調整する仕組みや取組みは医療現場からは見えませんでした。

#### 《改善策》

・全ての医療機関（病床確保は役割分担の一端に過ぎず、敢えて「病院」に限定しないのが適切と考えます）および医療者が応分の役割を分担する体制を構築することが必要です。仮に自施設で診療を行うことができない場合であっても、地域内に発熱外来を設置して検査や診療の一翼を担う、療養者の健康観察や電話相談・処方に対応する、クラスター発生で対応に窮している施設等を支援する、など、様々な貢献がありました。役割分担を行政のみに任せるのではなく、影響力を有する団体も自覚をもって指導力を発揮して適切に導いていただくことが不可欠です。

・感染症専門医療者を養成することはもとより、ある程度の見識を備えた医療者を広く育成することも重要です。加えて、感染症専門医療者は地域の共有財産であり、地域の司令塔・相談役としての役割が期待されていることを各医療機関が理解し、それら医療者に負担がかかりすぎないように配慮し、存分に地域貢献できる環境を整備することも必要です。

・新興感染症対応は第8次医療計画の6事業目に追加された重要度の極めて高い事業ではあるものの、新興感染症対応は医療全体の一部であるということは常に意識しておく必要があります。県全体の医療のBCP（Business Continuity Plan、事業継続計画）を策定しておくことが理想的です。少なくとも、流行の各段階での新興感染症対応が県全体の感染症診療以外の医療に与える影響を念頭に置いて議論することが必要です。

## [2] 情報の取扱いの適正化：活用・共有・公開

### 《課題》

・行政の情報の活用・共有・公開には消極的に過ぎる場面があるように見受けられました。

・一例として、新型コロナウイルスの変異株の割合は行政しか持ちえない情報でしたが、デルタ株はそれまでの系統と比べて症状が重い傾向があることを念頭に置いて対応する必要がありました。また、地域におけるオミクロン株の亜系統の割合の変化は中和抗体薬の効果に影響を与えるため、同薬の使用は地域の疫学状況を踏まえて判断する必要がありました。このため県の会議の場で委員が毎回のように情報を求める発言をしても



提供される情報は限定的で、一般の医療者に情報が提供されるにはさらに長い月日を要しました。これに加えて、医師が担当患者から変異株が検出されたかどうかを行政に問い合わせるスムーズに情報が得られるようになるまでにも時間がかかりました。

・また別の例として、下水サーベイは今後の新興感染症対応において重要な役割を持つことが期待されますが、内閣官房が行った実証事業を秋田県でも実施したことは県会議の場で情報提供されたことはなく、国に提出され公開されている報告書以外に県が公表した情報は見当たらず、私自身も行政からお聞きしたことがありません。

・県民向けの情報発信については、新型コロナ患者が増加して新型コロナ診療医療の現場が逼迫しているにもかかわらず、世間にはそれが伝わっているようには感じられず、新型コロナ診療現場とそれ以外の危機感に大きな隔たりがあった時期がありました。さらにさかのぼると、流行初期に問題視された感染者への差別には、新型コロナへの誤解や理解不足が原因となっていた場合も多かったように感じます。県民は流行の現状および見通し、自分たちがどうするのがよいかについての情報を望んでいた可能性があるように推察します。

一方、新型コロナ流行時には医療も新型コロナ入院病床も逼迫し、感染者が入院加療を希望したとしても対応できる医療機関が見つからない状況が生じていました。しかし秋田の医療現場が危機的な状況に陥っていることを県民が認識する機会がないため、感染者が入院できずに施設等で経過観察することを受け容れがたいと感じる方が多くいたものと推測します。このため、施設、医療機関、入院調整のそれぞれの担当者に非常に大きな負担がかかりました。

これに加えて、医療機関の負担を低減するために、基礎疾患がない有症状者は受診せずに抗原定性キットでのセルフチェックが推奨されていましたが、県民全体への浸透には課題があったように推測します。

・医療機関・医療者向けについても、重症化リスクがある感染者への抗ウイルス薬投与による重症化予防の必要性を県の会議で委員が幾度となく訴えてもなかなか浸透せず、全身管理も行き届かなくなると入院要請される高齢者が多発して施設、医療機関、入院調整のそれぞれの担当者が大いに疲弊する一因となりました。

#### 《改善策》

・感染症対応では、初動が遅れることでその後の対応が著しく困難になってしまう場合があるため、無誤謬性よりもスピード感が優先されるべき場面があります。感染症診療や対応に必要な情報の中には行政しか知りえないものも多く存在し、それらを適切な形で機を逃がさず県民に還元することは行政の責務であることを認識いただく必要があります。

・他の自治体の情報公開はおおむね本県よりも積極的で工夫が施されたものが多かったようにみえます。本県では個人情報保護への配慮、県民の行動への制限・制約の可

否との兼ね合い、情報の解釈、および情報発信した結果生じる事態への対応等の懸念があつて慎重な対応に終始したものと推察しますが、他の自治体ではどのような情報公開が行われ、本県の行政の懸念をどのように解決したのかについて、情報共有・公開を見送ったことで生じた不利益とも照らし合わせて、ご検証いただく必要があります。

・一方、情報の発信や活用、および解析や解釈の全てを行政のみで完結させる必要はありません。【3】の連携の強化にも関連しますが、アカデミアや医療機関の専門家や有識者を活用して、行政と共同で県民や医療機関に向けて発信することも積極的に考慮してよいと考えます。情報の解析や解釈にもアカデミアや医療機関と共同研究等を行うことで情報の有効活用が期待できます。

・県民への情報提供・共有において、その効果をモニタリングして不十分と評価されるならば、従来からの方法に囚われず様々な方策を駆使して対応すべきと考えます。県民の行動への制限・制約の可否との兼ね合いに配慮するならば、例えば「感染リスクを下げたいと考えるのであれば●●が有益である」という言い回しであれば県民一人ひとりの自主性を尊重した形になる旨は、以前会議の場でも提案させていただいた通りです。現在の流行状況や見通しなど、県民が何を知りたいかを把握してそれに応えることも考慮されるべきと考えます。逆に、耳ざわりの良くない情報であっても、秋田の医療体制には限界があつて流行時に受診や入院ができない見込みがあることなどは、県民に理解してもらう必要性が高い情報であり、提供を考慮しなければならないように考えます。

・医療機関・医療者への情報共有は、単なる情報伝達の問題にとどまらず【3】の連携の強化にも深く関わりますが、効果をモニタリングし、不十分と評価された場合には強化を行う必要があるという点は県民への情報共有の場合と共通します。影響を及ぼす団体が自覚をもって指導力を確実に発揮していただくことも重要です。

### [3] 連携の強化

#### 《課題》

・新型コロナ対応では大小様々な困難が数多く発生しましたが、病床確保などは現在に至っても十分に解決できていない部分があります。その原因として、連携が十分でないことに起因する場合も多かったように感じます。

様々な問題を議論・検討・決定する必要があり、行政も医療機関も目的は同一であるはずのところ、多くの場合、行政から説明された案を各医療機関が了承するかどうか、という“行政対医療機関”の構図が支配的であつたように感じます。議論・検討の機会への参加者が所属施設に有する権限が限定的である場合が多いことも相俟つて、医療機関の間でも腹案や譲歩できる範囲を持ち寄った腹を割った議論や検討をする場はなかなか実現せず、結果的に会議を開催しても進展が得られないことも多くありました。あるいは本県に限った話ではありませんが、決定事項が実効性を伴わずに少なからぬ支障が生じることもありました。

- ・県内でさまざまな組織や個人がそれぞれの取組みを行ってきましたが、誰が何をしているかが共有される機会は少なく、整合性や効率に支障が生じうる状況がありました。同じ組織でも異なる部署間の連携がないと見受けられる場合もよくみられました。
- ・相談はひとまず行政に寄せられる場合が多いものと推察されますが、その相談がどのように共有・検討されているかは必ずしも明確ではなかったように感じます。

#### 《改善策》

- ・様々な階層で連携強化・活発化を行う必要があることをまず共有する必要があります。
- ・連携を強化する段階の一つに、まずは定期的に接点を持つこと自体に意義があるという場面もあります。そのためには可能ならば対面が望ましいものの、それが困難でwebで行う場合、顔の見える形で連携することが重要と考えます。他県の事例ですが、入院調整が円滑であることの要因として病院代表者の定期的な対面機会を設けていることが挙げられていました。
- ・個別議論の場では、目的意識を共有し、その実現に向けて参加者が互いの役割・立場や専門性を尊重し合いながら立場を超えて協働することが重要になります。物事を決定する必要がある場では、議論の場に現場担当者のみならず決定権者が一同に会して膝を突き合わせた議論を行うことが不可欠です。既存の会議体や団体に活用可能なものがあればそれを活用し、それらでは不十分・不適格な場合には新たに創設することを考える必要があります。
- ・実効性の担保は非常に難しい要素を含みますが、権限および見識を有する方が議論の場に遺漏なく参加していること、必要があれば課題をいくつかの段階に切り分けること、シミュレーション実施等も含め丁寧な意見交換を行うこと、事後にフォローアップを行って決定事項と実態との乖離が生じないようにすること、などを考えるのが有益と考えます。
- ・他との共有に支障がない情報は広く共有することを原則とし、様々な場で行われている取組みやノウハウをなるべく広範囲で共有する場があることが望ましいと考えます。
- ・行政に寄せられる相談についても窓口を設けて明示し、共有して検討する場を設けて対応するのが効率的かつ有益である可能性があります。
- ・行政が主導する案件は多くあるものの、行政のみで完結させる必要はありません。行政とアカデミアや医療機関との連携を深めて協働して対応することが望ましいと考えます。

#### [4] 県内の感染症対応における脆弱部分の底上げ

##### 《課題》

- ・新型コロナは、平時から ICT（感染制御チーム）が活動している医療機関でも当初は戸惑いと試行錯誤の連続を経験し、ほとんどがクラスターを複数回経験しながら新型コ

ロナへの対応経験を積み、自施設の感染対策を構築し、県内への啓発活動に還元してきました。

ICTがない・またはその活動が十分尊重されていない病院・診療所や介護施設等においては全般的なマンパワーが少なく、感染症専門医療者もいないにもかかわらず、患者・入所者等の協力を得ることも難しい場合が多いため、感染リスクは非常に高く、実際に大規模なクラスターが多く発生していました。

しかし実際にクラスターが発生してから対策を行っても多くの職員が感染で離脱している中でクラスター対応にも追われることになり、十分な効果を出すことは困難な場合が多くありました。加えてクラスターが頻発する流行期には感染症専門医療者も一層多忙で余力がありませんでした。

- ・新型コロナが5類感染症に移行し、すべての医療機関が新型コロナを診療する体制にすでに移行しているものの、実際には新型コロナ対応には消極的な医療機関も少なからず存在すると聞くことがあります。

- ・感染症流行と自然災害が重なった場合、避難所における感染対策を講じる必要があります。秋田県でも DICT（災害時感染制御支援チーム）という枠組みを講じておく必要がありますが、感染症・感染制御の観点で平時から災害発生時に備えた体制を構築していくのはこれからの課題です。

#### 《改善策》

- ・5類感染症移行後は新型コロナが一層身近に存在する状況になったことを広く受け入れる必要があります。感染力のある新型コロナ患者を症状や検査で完全に見分けることはできないため、新型コロナ患者と接触する機会を避け切ることはできません。むしろ重要なのは、感染力のある新型コロナ感染者にどのような形で遭遇したとしても自身や周囲の患者に感染が広がらないよう、効果的な警戒を常に怠らないことです。標準予防策は新型コロナ以外の感染症に対しても不可欠である基本的で重要な概念です。新型コロナ患者への対応体制を構築することが自施設の感染リスクを下げ、安全をむしろ高めるということを広くご理解いただく必要があります。影響力を有する団体も自覚をもって指導力を発揮して適切に導いていただくことが不可欠です。

- ・医療機関・施設等は、平時から感染対策の重要性を認識して備えておくことが重要になります。

- ・医療機関・施設等の平時からの感染対策の向上を支援するための持続的な体制を整備しておく必要性は高いと考えます。新型コロナでこの機能を担ったのは ACOMAT で、DMAT と ICT との合同チームでしたが、新型コロナ流行中は ICT 側が自施設対応で十分な貢献が難しい状況が続いていました。今後は DICT 活動も視野に入れた連携活動を行う必要があります。