

これまでの合同会議でいただいた
主な御意見

令和5年9月26日
秋田県健康福祉部

新型コロナウイルス感染症対応における 課題に関するご意見

1 医療提供体制（1/5）

＜感染症医療と通常医療の両立＞

- ✓ 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たが、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った。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なかった。
- ✓ 大学病院は特定機能病院としての機能をもっている。コロナまん延時は、特定機能病院としての機能が制限された。
- ✓ 新型コロナではウイルスの特性が大きく変化した。診療所や中小の病院では診療体制が変わらず、軽症者の入院を紹介され、そのため通常医療で重症な方が後回しになったりと、医療体制のバランスが非常に崩れてしまった印象があった。

＜感染症専門家の効果的活用＞

- ✓ 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、自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いがたい。加えて、感染症専門医療者が存在することの認知度が、まだ十分ではない。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るが、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類感染症移行後であった。
- ✓ 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った。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なかった。

＜想定する感染症＞

- ✓ 大学病院は第一種感染症指定医療機関であり、少数の一類感染症患者を収容する訓練を積んできたが、コロナ対応では非常に多くの患者に対応しなければならず、わずかな患者を嚴重に見るという体制では到底対応ができないようなものであった。また、コロナについても、流行初期と後半とではウイルスの性状が全く異なっていた。

1 医療提供体制（2/5）

<負担の分散と役割分担>

- ✓ 全体を通じ、一部の医療機関に負担が集中したということが非常に大きな問題。
- ✓ 診療所の医師について、コロナ対応において協力の度合いに濃淡があり、そこをまとめていくのは非常に難しい課題。
- ✓ 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なかった。大学病院では入院診療、外来診療、在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・運用を行ったが、これら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思えない。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った。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がなかった。
- ✓ 医師会として、どれぐらいの力を発揮して、全体の病院の意見をまとめる、あるいは、やるべきことを指導出来るかというのは、今後の大きな課題。
- ✓ 普段、高齢者を診ている病院でも、ひとたび感染症に被ったというだけで、診たくないというところがあったように感じている。

<入院調整>

- ✓ まん延期においては、入院調整が混乱し、地域のバランスを考えたスムーズな調整が機能していなかった印象がある。
- ✓ 入院調整について、保健所を含めた行政が実施した時期もあったが、そもそも保健所が入院調整を出来るはずがない。
- ✓ 感染症発症初期の、患者数が少ない時期は、中央の事務局による入院調整で対応できたが、患者数が増加すると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。
- ✓ 夜間帯の入院依頼は、相手先との連絡調整（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。医療機関を受診しておらず、施設や救急車内で待機となっていたケースもあった。
- ✓ 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。また、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状況があった。さらに、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。
- ✓ 軽症にもかかわらず、圏域を超えて搬送され、帰るに帰れないという事例があった。

1 医療提供体制（3/5）

＜発熱外来（仮設診療所等）＞

- ✓ 仮設診療所については、場所探しと医師確保が大変だった。今後も仮設診療所を設置することは可能。検査だけなら問題ないが、薬を処方する場合には、厚生局への申請が必要となり、診療所として開設するには時間がかかる。薬が出せず、診察だけして陽性が分かったら、後は病院で薬もらってくださいという二度手間のような対応になった。
- ✓ 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。

＜発熱外来（県民理解）＞

- ✓ 外来の確保について、無症状もしくは軽い症状で病院を受診する人が多かった。

＜発熱外来（職員の不足）＞

- ✓ 職員が感染した場合、自宅療養期間のため職員が数名欠勤すると診療所は回らなくなってしまふ。診療所がなかなか協力できなかったことについては、自宅療養期間の影響もあった。

＜発熱外来（幅広い医療機関での対応）＞

- ✓ 検査体制に関しては、休日夜間になると一部病院に集中してしまうところがあった。
- ✓ 発熱外来も、最初に感染症指定医療機関や公立病院に、診断も治療も全部集中し、大変だった。
- ✓ 開業医でもコロナを診た医師と全く診ない医師では明らかに差がでてくるし、その対処も違ってくる。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低下していたため、より幅広い医療機関で診察が可能だったのではないかと。
- ✓ 診療所側の意見としては、新型コロナの対応を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かったようである。
- ✓ 本県には、感染症専門医や呼吸器科医が少ないため、専門外の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う。

1 医療提供体制（4/5）

＜高齢者施設等への医療的支援＞

- ✓ 早い段階で嘱託医、かかりつけ医が介入し、リモートで経口薬の処方や酸素吸入・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る。
- ✓ クラスタが発生した高齢者施設や精神病院では抗ウイルス薬が投与されていないケースも多かった。
- ✓ 高齢者施設等で調剤の工夫が行われないと服用ができなかったという事例があったようだ。
- ✓ 患者が発生したら、ラゲブリオを処方せず、すぐに救急車で搬送させるような嘱託医が多かったので、そこが大きな課題。
- ✓ 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。
- ✓ 施設内療養において、酸素ボンベの交換は労多い様子であった。
- ✓ オミクロン株になってから、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、入院調整は困窮し、救急搬送困難事例もあった。
- ✓ 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た。

＜後方支援＞

- ✓ 施設入所の高齢者は、感染症が治癒しても退院できない方が多い。
- ✓ 後方支援に関しては、コロナ対応においては、退院調整が困難な人は受け入れないということがあり、ほとんど受け入れてもらえなかった。
- ✓ 後方支援については、引き受ける際に、陰性が確認されていないと引き受けられないなど、現実にそぐわないような条件を提示される場合があったと聞いている。
- ✓ 後方支援病院として急性期対応終了後に受け入れる事は問題ないが、入院前と同じ状態になるまで預かって欲しいとして、施設で受け入れを拒まれるという現実がある。完全に、以前のような状態に回復するまでには数か月の入院が必要となる。
- ✓ 退院基準については、介護施設では小規模であるほどリソースに余裕がなく、末端での努力には限界があると思われる。

1 医療提供体制（5/5）

＜感染制御支援チーム（指導の統一化）＞

- ✓ ACOMATのメンバーが多くなると、どのようにして指導を統一できるかというところが大きな問題であると感じている。これまでは、少数であったが故に統一出来たところがある。
- ✓ クラスタ発生時に介入した場合、3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、次次善の策にならざるを得ないことが多かった。

＜感染制御支援チーム（人員の確保・総合的な派遣調整）＞

- ✓ ACOMATは、災害医療のスタッフと感染症のスタッフの混成チームでスタートしたが、クラスタの時期になると、各病院の医師、感染認定看護師は自院の対応で大変忙しくなり、参加が得られにくくなった
- ✓ 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る。本県でも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るが、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必要がある。

＜感染制御支援チーム（迅速な介入）＞

- ✓ ACOMATの派遣は、保健所が対応困難になった際に県に要請し、そこから出動要請が来るが、その際には感染がかなり拡大している状況であり、現場で出来ることは限られていた。
- ✓ クラスタ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。

＜感染拡大時における業務継続＞

- ✓ 特に看護師が不足しており、感染病床に人を回せないという事態にもなっている。

2 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上

- ✓ 高齢者施設で過剰に検査をして、無症状者について入院の依頼があった。
- ✓ 新型コロナ対応では、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。

3 移送体制

- ✓ 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った。

4 宿泊療養体制

- ✓ 宿泊療養施設について、位置づけが不明確であった（隔離目的なのか、トリアージセンターなのか、入院するまでの仮の施設なのか、など）。
- ✓ 宿泊療養施設では、酸素投与ができるよう準備していたが、どこまでやるかの判断が難しかった。

5 外出自粛対象者等（社会福祉施設を含む）の療養生活等の環境整備

- ✓ 自宅療養者の外出制限がある中で、女性の生理用品の配布が全くないなどの意見があった。
- ✓ 高齢者施設では感染対策に関しては、知識がないことが多く、看護師がいても感染対策が不十分なところが多い。
- ✓ 高齢者施設は、県医師会でも研修会等やっていたが、意識の高いところと、そうでないところとの差が大きい。
- ✓ 高齢者施設や社会福祉施設では毎年定期的に何らかの研修を行っているものの、感染対応力が低い。つまり、実動に合わないような研修を行っている。
- ✓ 介護・福祉施設では、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。

6 関係機関との連携・情報共有体制及び知事による総合調整（1/2）

<情報共有>

- ✓ 新興感染症対策については、医療機関以外からも意見を拾い上げる必要がある。
- ✓ 現場の状況把握が不十分だった印象がある。
- ✓ 県や秋田市では、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ねば次なる脅威に対応できない。
- ✓ 県内でさまざまな組織や個人がそれぞれの取組を行ってきたが、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る状況があった。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みられた。
- ✓ 相談は行政に寄せられる場合が多いものと推察されるが、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。
- ✓ 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た。
- ✓ 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だったが、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った。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った。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
に長い月日を要した。これに加え、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った。
- ✓ 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って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が大いに疲弊する一因となった。
- ✓ 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。

6 関係機関との連携・情報共有体制及び知事による総合調整（2/2）

＜連携のあり方＞

- ✓ 新型コロナ対応で生じた様々な困難の中でも病床確保は現在に至っても十分に解決できていない部分があり、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。
- ✓ 様々な問題を議論・検討・決定する必要があるが、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った。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って、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った。また、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があった。

＜県民への情報提供＞

- ✓ 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た。しかし、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と推測する。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った。
- ✓ 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った。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。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。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たが、県民全体への浸透には課題があった。

7 保健所体制の強化

- ✓ 保健所の業務を結核（2類感染症）の場合で考えると、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。さらに、集団発生であれば、施設調査も必要になる。今回の新型コロナウイルス感染症対応においては、これらの対応に加え、発熱外来の開設、入院調整、自宅療養者支援（配食サービスや支援物資含む）までやらなければならない、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）の対応が十分にできず、感染拡大を防ぐことが難しかった。
- ✓ 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。

今後の取組の方向性に関するご意見

1 医療提供体制（1/5）

＜感染症医療と通常医療の両立＞

- ✓ 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る。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ある。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ある。
- ✓ 流行初期は小規模な体制で対応し、本当に必要な状況になったら、例えば大学病院でも、特定機能病院の機能のある程度制限しながら体制を拡大するという対応が現実的ではないか。

＜感染症専門家の効果的活用＞

- ✓ 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ある。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ある。

＜想定する感染症＞

- ✓ 今後の対策を進める中で、致死率が高いデルタ株と、感染力が非常に強いオミクロン株のような感染症が同時に起こりうることも視野に入れた方がいい。
- ✓ 第一種感染症病床は2床しかないので、2床で済むのであればいいが、そうでない枠組みを大学病院だけで対応するとなると、特定機能病院の機能を制限しなければ、成り立たない。県全体の医療提供体制を俯瞰し、適切な医療提供体制を検討すべき。
- ✓ コロナは流行の主体が高齢者だったが、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いい。
- ✓ 現場の医療者や経営者だけでなく、行政とも情報共有しながら、臨機応変に対応をファインチューニングしていくことも重要。

1 医療提供体制（2/5）

<負担の分散と役割分担>

- ✓ 感染制御について、情報発信とか出向いての指導ができるような施設がもう一つぐらいあった方がいい。大学病院がメインになるのは仕方がないが、もう少し全県で対応できる体制が必要。
- ✓ なるべく多くの医療機関が分担をすること、また、負担をある程度、実行させられることが担保された形にすべき。全体としていかに多くの方々に巻き込んでやっていくかというところが大事。
- ✓ コロナ対応において、特別な手技は必要なく、感染防護をしっかりとすれば対応可能である。
- ✓ 平等に負担を分かち合う体制となるよう、スクラムを組んでいただくというところを、少なくとも理念としては共有する必要がある。
- ✓ 全ての医療機関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ある。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、様々な貢献が可能である。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ある。

<入院調整>

- ✓ 保健所管内で完結できるような入院システムを構築すべきではないか。
- ✓ 情報共有し、医療機関の受入状況などを十分把握した上での搬送体制などにつなげていくべき。
- ✓ まん延期においても、重症者が出た時の転院の調整については、地域での対応ではなく、中央で行った方がよい。
- ✓ 都道府県によっては、感染症指定医療機関が中心となり、病院間で入院調整しているところもあり、それが理想的。
- ✓ 途中から現場判断に任せる対応となったが、どの時点で、各医療圏に入院などの指示システムを移行させるかなども、あらかじめ決めておいた方がよい。
- ✓ 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。
- ✓ 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。
- ✓ 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ある。
- ✓ まずはその地域で診察をする体制、そして、救急車で搬送された場合の帰りの移送手段の確保が必要。

1 医療提供体制（3/5）

<発熱外来（仮設診療所等）>

- ✓ 仮設診療所において薬を処方する場合の厚生局への申請について、災害と同じような対応で早期に認可してもらえれば、今後も地域での仮設診療所の運営は可能である。
- ✓ 検査需要が高まる期間（ゴールデンウィーク、お盆、年末年始等）には、病院救急の逼迫回避のため、検査を大規模にできる公的検査場を直ちに設置すべき。
- ✓ 仮設診療所の設置にあたり、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。

<発熱外来（県民理解）>

- ✓ どのような症状なら病院に行く必要があるか、薬を飲むのが望ましいか、という点をしっかりとアナウンスすべき。

<発熱外来（幅広い医療機関での対応）>

- ✓ 県の方で、ゴールデンウィークや年末年始に診療体制をとってもらって助かったので、今後も、このような協力体制を構築する必要がある。
- ✓ 発熱外来の診断のところをもう少し積極的に診療所に担ってもらうべき。そのためのエリアや場所の設定を早めにしておくことよいのではないか。
- ✓ 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。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。
- ✓ 専門医やICN（感染管理認定看護師）の育成も急務だが、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など、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。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。
- ✓ 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。

1 医療提供体制（4/5）

＜高齢者施設等への医療的支援＞

- ✓ 感染者発生時の嘱託医の初期対応が適切に行われることや、治療薬を早めに使ってもらえるようなアナウンスが必要。
- ✓ 医薬品の服用の工夫等にかかる事例の共有等ができればよい。
- ✓ 施設での酸素吸入レベルであれば空気濃縮器でよい。入手（レンタル）の方法を周知すべき。
- ✓ 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ため、今後の改善が必要。
- ✓ 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ため、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たが、今後も対応が必要。
- ✓ 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あり、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理解してもらう必要がある。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ある。

＜後方支援＞

- ✓ リハビリを含め、後方支援をもう少し手厚くいただきたい。
- ✓ 後方支援については、退院調整を含めて担っていただきたい。
- ✓ 後方支援医療機関として受け入れるケースなどを県の方から具体的に示す必要がある。
- ✓ 後方支援については、今後は、老人福祉施設の施設長や嘱託医の協力をしっかりと要請することが必要。高齢者施設側の意識改革やそのための指導が必要。施設で普段は対応しないような状況でも感染症緊急時などは、医療機関への負担軽減を最優先に考えてもらい、引き受けてもらえるようなシステムが必要。
- ✓ 退院基準について標準的なものがあれば、有効で効果的な方策として機能すると思う。この退院基準を明らかにする、どういう状態だったら移行できるかどうか、まず基準を明らかに作り、それを高齢者施設に啓発普及すべき。
- ✓ 施設に入院前よりも重い状態で帰るとなると、それだけリソースが割かれ、負担が増すことになる。病気のコントロールだけで話が解決するという訳でもない点について、留意する必要がある。
- ✓ 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）。
- ✓ 介護施設では小規模であるほどリソースに余裕がなく、末端での努力には限界があると思われるため、中間のバッファーとなる病床（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る。

1 医療提供体制（5/5）

<感染制御支援チーム（指導の統一化）>

- ✓ ACOMATを継続していくとすれば、ACOMAT自体の研修制度やガイドラインなどの体制を整え、標準的対応を行っていくことが必要。
- ✓ ACOMAT（または類似のチーム）は今後も継続し、かつその質を高め、維持していかなければならない。
- ✓ 知的障害者の施設については限界があるが、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。

<感染制御支援チーム（人員の確保）>

- ✓ 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が高い。新型コロナでこの機能を担ったのはACOMAT（DMATとICTとの合同チーム）だったが、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る。

<感染制御支援チーム（迅速な介入）>

- ✓ クラスターの初期対応が不十分なまま、施設内で感染が拡大してからACOMATの派遣要請がくるが多かったため、今後は保健所が早い段階から指導に入るか、または、早い段階で要請がくるような仕組みが必要。

2 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上

- ✓ 年度末近くに流行が発生した場合など、会計年度の問題で調達が困難になることが想定される。備蓄するとしても、試薬には有効期限があるため、限界がある。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。
- ✓ 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。
- ✓ 症例番号については、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ため、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。

3 移送体制

- ✓ 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する。

4 宿泊療養体制

- ✓ 宿泊療養施設について、今後は位置づけを明確にする必要がある（隔離目的なのか、トリアージセンターなのか、入院するまでの仮の施設なのか、など）。
- ✓ 宿泊療養所は必要だったらすぐに立ち上げられるようにする必要がある。

5 外出自粛対象者等（社会福祉施設を含む）の療養生活等の環境整備

- ✓ 普段からの各施設の感染対応力のレベルアップを図らなければならない。
- ✓ 高齢者施設における感染については、増える前にいかに感染対策するかが重要。医療関係者ではなくて、県などがチームを作って、感染対策の指導をすることも必要ではないか。
- ✓ 医師会で、医療機関については、感染対策向上加算などにかかる研修を実施しているが、介護分野についても日本医師会を通じて、そのような研修をしていく必要があると思う。
- ✓ 最終的には各施設で自立して独自に研修会を開催し、対応力を向上させていかなければならないが、そのための標準的な研修コースが必要。

6 関係機関との連携・情報共有体制及び知事による総合調整（1/2）

＜情報共有＞

- ✓ 行政で高齢者対策を担当している部門と感染対策を担当している部門が縦割りで、高齢者施設の現場に情報が伝わっていないことがあったため、会議等に参加してもらい、行政内部で情報共有することが必要。
- ✓ 医療と介護・福祉の間にある壁について、複数の社会福祉施設から話を聞く機会があった。医療と介護・福祉の連携のため、具体的な協議体の設置を検討する必要がある。
- ✓ 普段から、医療機関だけではなくて行政や保健所も含め、常に情報共有し、困っていることを共有しながら、協議できる機会がより多くあるとよい。
- ✓ 感染症の種類によっては子どもに広がる場合もあり、その都度ターゲットとなる対象者やエリアにフォーカスして対策を講ずる必要がある。早めにフォーカスするところを決めて、その上で行政も医療機関も感染制御のもとに情報共有を行い、必要な取り組みを協議する必要がある。
- ✓ 感染状況などをリアルタイムに情報共有できる仕組みづくりなど、体制整備が必要だと思う。
- ✓ 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り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。
- ✓ 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。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行う体制を整えておく必要がある。
- ✓ 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る。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、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。
- ✓ 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。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って慎重な対応に終始したものと推察するが、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、検証する必要がある。
- ✓ 情報の発信や活用、解析や解釈の全てを行政のみで完結させる必要はない。大学や医療機関の専門家、有識者を活用し、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すべき。情報の解析や解釈を大学や医療機関と共同で行うことで情報の有効活用が期待できる。
- ✓ 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、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。

6 関係機関との連携・情報共有体制及び知事による総合調整（2/2）

<連携のあり方>

- ✓ 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る。連携を強化する段階の一つとして、まずは定期的に接点を持つこと自体に意義がある。そのためには可能ならば対面が望ましいが、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である。他県の事例では、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。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。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・不適切な場合には新たに創設することを考慮すべき。実効性の担保は非常に難しい要素を含むが、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、などを考慮するのが有益である。
- ✓ 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なく、行政と大学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。

<県民への情報提供>

- ✓ 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。耳ざわりの良くない情報であっても、医療提供体制には限界があり、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。
- ✓ 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である。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。

7 保健所体制の強化

- ✓ 感染症法において、2類感染症の感染者がこれほど多くなることは想定していなかったと思われるため、2類感染症の感染者数の適正な規模についても議論する必要がある。
- ✓ 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。