

令和3年度 地域保健総合推進事業

「自治体における新型コロナウイルス 感染症対策に関する調査研究」

報告書

令和4年3月

日本公衆衛生協会
分担事業者 角野 文彦

(滋賀県健康医療福祉部 理事)

目 次

I	目的	1
II	研究方法	
II-1	研究組織	2
II-2	事業実施内容	2
III	調査事業 I	
III-1	自治体調査	4
III-2	都道府県ヒヤリング	4 7
IV	調査事業 2	6 8
V	提言	8 3
VI	資料編	8 7

I 目的

2019年末に中国で発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は2020年に入って全世界に広がり、同年3月には世界的規模の流行となったが、いまだに終息することなく、わが国では感染拡大が第6波にまで及んでいる。各波によってウイルスの感染力、病原性が異なり、臨床疫学像も変化することから、対応方針が定まらない一方で増加する感染者への対応に自治体職員は心身ともに疲弊している。

各自治体ではこの間に組織体制の強化や機能強化を図っているが、それらには地域間格差が見られ、結果的には地域間における健康危機管理対応能力の相違となることが考えられる。本研究では、各自治体の組織体制やCOVID-19対策に係る各種機能等について情報収集し、都道府県、政令指定都市および中核市別に集計および評価した。また、本調査は、今後の体制および機能強化を各自治体が検討するための参考情報の収集を目的として実施した。

2年に及ぶコロナ禍で各種保健事業や介護予防事業等が中止、変更となり新たな健康障害が生じていることが想像される。本年度は今後の健康づくり事業を考えるために、COVID-19発生前後の乳幼児健診、がん検診、介護予防事業の実施状況を調査した。

II 研究方法

II-1 研究組織

分担事業者	角野文彦（滋賀県健康医療福祉部 理事）
協力事業者	片岡 穰（さいたま市保健所疾病予防対策課長） 高山 啓（神奈川県健康医療局保健医療部長） 前田光哉（国立病院機構医務担当理事） 越田理恵（金沢市保健局担当局長、金沢市保健所長） 村井千賀（石川県立高松病院作業療法科長） 切手俊弘（滋賀県健康医療福祉部医療政策長） 鈴木智之（滋賀県衛生科学センター健康科学情報係 主任主査） 小林亮太（滋賀県衛生科学センター健康科学情報係主任保健師） 宮本昌寛（滋賀県リハビリテーションセンター事業推進係主査） 西本美和（大津市健康保険部長寿政策課長） 畑山英明（大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課課長補佐） 系数 公（沖縄県保健医療部 保健衛生統括監） 国吉秀樹（沖縄県衛生環境研究所長、沖縄県中部保健所長）
アドバイザー	岡部信彦（川崎市衛生研究所長） 砂川富正（国立感染症研究所実地感染症疫学センター長） 神谷 元（国立感染症研究所実地感染症疫学センター主任研究官） 白井千香（枚方市保健所 所長） 高山義浩（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科）

II-2 事業実施内容

1) 研究班会議の開催

第1回研究班会議 令和3年5月29日（土）於：東京都内、Web

- ① 令和2年度事業評価について
- ② 今年度事業ヒヤリングについて
- ③ 事業計画について
- ④ 都道府県等対象調査について
- ⑤ タイムスケジュールについて
- ⑥ 役割分担について

第2回研究班会議 令和3年9月25日（土）於：滋賀県庁、Web

- ① 都道府県調査の結果について

② 視察事業について

③ 今後の取組について

第3回研究班会議 令和3年10月27日(土) 於：滋賀県庁、Web

① 調査事業1について

② 視察先について

第4回研究班会議 令和3年11月13日(土) 於：滋賀県庁、Web

① 都道府県・政令市・中核市調査の結果について

② 視察事業について

③ 健康影響にかかる調査について

④ 今後の取組について

第5回研究班会議 令和4年1月29日(土) 於：滋賀県庁、Web

① 都道府県・政令市・中核市調査の結果及び考察について

② 視察事業報告書について

③ コロナ禍における健康影響調査結果について

④ 今年度の提言について

⑤ 各自治体の COVID-19 第6波対応状況について

第6回研究班会議 令和4年3月12日(土) 於：那覇市内、Web

① 今年度事業の報告書について

② 提言について

③ 令和4年度事業の研究テーマについて

2) 調査事業1

2-1) 都道府県、保健所設置市区に対する調査

全国都道府県、政令指定都市、特別区、保健所設置中核市を対象に、対策本部、保健衛生部門の COVID-19 関連業務を行う組織、集団発生対応、医療機能、疫学的評価、研修・人材育成、検討事項、課題解決方法等について調査した。

2-2) 自治体へのヒヤリング

大規模感染拡大が生じた東京都、大阪府、埼玉県や県と中核市との関係性が良い石川県、高齢者施設での対応に工夫が見られた沖縄県に対して COVID-19 対応状況についてヒヤリングを行った。

3) 調査事業2

神奈川県、石川県、滋賀県の市町村に対して、COVID-19 発生以前と以後の乳幼児健診、がん検診、介護予防事業について調査した。

Ⅲ 調査事業 I

Ⅲ-1 都道府県、保健所設置市対象調査

【目的】

2020年1月の国内第1例目の報告依頼、国内におけるCOVID-19対応を行ってきた経験から令和3年（2021年）度に体制強化や機能強化を図っている自治体が多いと考えられる。一方で、その強化の程度や内容は各自治体間で異なる可能性があり、結果的に地域の危機管理対応能力の相違となる可能性がある。

本研究では、各自治体の組織体制やCOVID-19対策に係る各種機能等について質問票によって情報収集し、都道府県、政令指定都市および中核市別に集計および評価した。また、本調査は、今後の体制および機能強化を各自治体が検討するための参考情報の収集を目的として実施した。

【方法】

各都道府県、保健所設置市および特別区を対象として、7月13日に質問票をメールにより送付し、27日を期限として回答を依頼した。一部の自治体により回答期限の延長要望があったため、8月6日まで回答期限を延長し回答を収集した。また、中核市および特別区を対象として、9月21日に質問票をメールにより送付し、10月8日を期限として回答を依頼した。得られた回答は、集計せずにリスト化した結果および単純集計結果として、全都道府県、政令指定都市、中核市および特別区を対象として、10月20日に情報還元した。

本報告書では、結果を全都道府県、政令指定都市、中核市・特別区別もしくは緊急事態宣言対象地域か否かで単純集計した。

【アンケート結果】

1. 回答者情報

- (1) 自治体名および連絡先（所属、電話番号、担当者氏名）を記載ください。
- (2) 2021年4月以降に緊急事態宣言の対象地域となりましたか。
- (3) 2021年4月以降にまん延防止措置の対象地域がありましたか

は危機管理部門ないしは総合政策部門が担っている一方、都道府県では庁内で保健衛生部門に事務局が設置されている場合が多かった。

政策決定の過程において、保健衛生部門が収集し解析して提示するデータは、すべての自治体で利用されていた。

また、政策決定の過程において、ほとんどの自治体では、保健衛生部門からの具体的な提言が受け入れられていた。

表. COVID-19 対策本部の設置場所および保健衛生部門の役割

	都道府県	政令指定都市	中核市	特別区
回答/対象	42/47	16/20	53/62	5/23
(1) 対策本部の事務局設置部門				
危機管理部門	18 (42.9%)	10 (62.5%)	27 (50.9%)	5 (100%)
保健衛生部門	24 (57.1%)	2 (12.5%)	19 (35.8%)	0
保健衛生+危機管理	5 (11.9%)	2 (12.5%)	4 (7.5%)	0
総合政策部門、他	3 (7.1%)	2 (12.5%)	3 (5.7%)	0
(2) 政策決定の過程で、保健衛生部門の提示データが根拠として利用されたか？				
利用された	42 (100%)	16 (100%)	100 (100%)	5 (100%)
利用されなかった	0	0	0	0
(3) 政策決定の過程で、保健衛生部門は具体的な対策を提言できる立場であったか？				
提案する立場であ	40 (95.2%)	15 (93.8%)	50 (94.3%)	4 (80%)
提案する立場でな	2 (4.8%)	1 (6.3%)	3 (5.7%)	1 (20%)

3. 保健衛生部門の COVID-19 関連業務を行う組織

(1) 保健衛生部門内で COVID-19 対策を行う組織の単位を伺います。該当するものを選択してください。

- ア. 新型コロナウイルス感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;新型コロナウイルス感染症対策課)。
- イ. 感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;感染症対策課)。
- ウ. 感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室において新型コロナウイルス感染症対策を担当(例;保健予防課、疾病対策課)。

- エ. 保健衛生部門で COVID-19 関連業務は行っていない。
- オ. その他

【結果】

都道府県の結果は、以下に示す通り、「感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室で担当」が過半数を占めた。

- 【1位】感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室で担当 57%
- 【2位】感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当 26%
- 【3位】新型コロナウイルス感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当 10%
- 【4位】その他 7%

表. COVID-19 対策を行う組織

回答	都道府県	政令指定都	中核市	特別区	合計
ア	4	4	8	0	16
イ	11	1	3	1	16
ウ	24	11	39	4	78
エ	0	0	1	0	1
オ	3	0	1	0	4

- (2) 上記(1)の組織名を記載してください。

【結果】

考察等に影響しないため、結果の記載を控えます。

- (3) 上記(1)の組織の設置時期を選択ください。
 - ア. 令和元年度(2019年度)内に新たに設置された。
 - イ. 令和2年度(2020年度)に新たに設置された。
 - ウ. 令和3年度(2021年度)に新たに設置された。
 - エ. 令和元年(2019年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している。

【結果】

回答のあった全自治体の結果は、以下の通り、「令和元年度(2019年度)以前からある組織

で COVID-19 関連業務を実施している」がほぼ 3/4 を占めた。

【1 位】 令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している
74%

【2 位】 令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された 30%

【3 位】 令和 3 年度(2021 年度)に新たに設置された 14%

【4 位】 令和元年度(2019 年度)内に新たに設置された 7%

都道府県の結果は、以下の通り、「令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された」と「令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している」がそれぞれ 1/3 程度を占めた。

【1 位】 令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された 32%

【1 位】 令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している
32%

【3 位】 令和 3 年度(2021 年度)に新たに設置された 24%

【4 位】 令和元年度(2019 年度)内に新たに設置された 12%

政令指定都市の結果は、以下の通り、「令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している」がほぼ 2/3 を占めた。

【1 位】 令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している
63%

【2 位】 令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された 31%

【3 位】 令和 3 年度(2021 年度)に新たに設置された 6%

中核市の結果は、以下の通り、「令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している」が過半数を占めた。

【1 位】 令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している
56%

【2 位】 令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された 29%

【3 位】 令和 3 年度(2021 年度)に新たに設置された 10%

【4 位】 令和元年度(2019 年度)内に新たに設置された 6%

特別区の結果は、以下の通り、「令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している」が 4/5 を占めた。

【1 位】 令和元年度(2019 年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している
80%

【2 位】 令和 2 年度(2020 年度)に新たに設置された 20%

表. COVID-19 対策を行う組織の設置時期

回答	都道府県	政令指定都	中核市	特別区	合計
ア	5	0	3	0	8
イ	13	5	15	1	34
ウ	10	1	5	0	16
エ	13	10	29	4	56

(4) 令和3年6月1日において、3(2)で回答した組織でCOVID-19関連業務(患者情報、ワクチン、物資、病床管理、入院・治療の公費負担および関連予算などCOVID-19に関連する業務)に従事する職員および感染症関連業務に従事する職員数(兼務職員含む)を記載ください。

- ア. 事務系職員(兼務含む)、技術系職員(兼務含む)
- イ. 技術系職員の中の医師数(兼務含む)
- ウ. 技術系職員のうち保健師等看護職員(兼務含む)

(5) 2019年4月(COVID-19関連業務の発生以前)の感染症関連業務(患者情報、ワクチン、入院・治療の公費負担および予算など感染症に関連する業務)の職員数を上の(4)と同様に記載してください。

【結果】

(1) 感染症関連業務の職員数(職種不問)

COVID-19関連業務の発生の前後(2019年4月⇒2021年6月)で、各職種別の中央値の合計で比較すると、都道府県で10人⇒75人(7.5倍)、政令指定都市で23人⇒92人(4倍)、中核市で17人⇒76人(4.5倍)、特別区で32人⇒73人(2.2倍)と増加していた。緊急事態宣言地域では、都道府県で8人⇒71人(8.9倍)、政令指定都市で26人⇒110人(4.2倍)、中核市で19人⇒80人(4.2倍)、特別区で32人⇒73人(2.3倍)と増加していたのに対し、その他の地域では、都道府県で12人⇒77人(6.4倍)、政令指定都市で25人⇒81人(3.2倍)、中核市で17人⇒63人(3.7倍)と増加していた。増加の度合いを比較すると、都道府県、政令指定都市、中核市のいずれにおいても、緊急事態宣言地域の方がその他の地域よりも高かった。

(2) 事務系職員(兼務含む)

COVID-19関連業務の発生の前後(2019年4月⇒2021年6月)で比較すると、事務系職員数

の中央値は、都道府県で3人⇒54人(18倍)、政令指定都市で5人⇒48人(9.6倍)、中核市で3人⇒27人(9倍)、特別区で14人⇒22人(1.6倍)と増加していた。また、緊急事態宣言地域では、都道府県で3人⇒54人(18倍)、政令指定都市で4人⇒65人(16.3倍)、中核市で5人⇒27人(5.4倍)、特別区で14人⇒22人(1.6倍)と増加していたのに対し、その他の地域では、都道府県で3人⇒51人(17倍)、政令指定都市で6人⇒43人(7.2倍)、中核市で3人⇒29人(9.7倍)と増加していた。

増加の割合を比較すると、都道府県、政令指定都市では緊急事態宣言地域の方が増加の割合が高かったが、中核市ではその他の地域の方が高かった。

(3) 技術系職員(兼務含む)

COVID-19 関連業務の発生の前後(2019年4月⇒2021年6月)で比較すると、技術系職員数の中央値は、都道府県で5人⇒14人(2.8倍)、政令指定都市で11人⇒30人(2.7倍)、中核市で7人⇒29人(4.1倍)、特別区で9人⇒21人(2.3倍)と増加変化していた。緊急事態宣言地域では、都道府県で4人⇒12人(3倍)、政令指定都市で14人⇒31人(2.2倍)、中核市で7人⇒31人(4.4倍)、特別区で9人⇒21人(2.3倍)と増加していたのに対し、その他の地域では、都道府県で6人⇒19人(3.2倍)、政令指定都市で11人⇒23人(2.1倍)、中核市で8人⇒18人(2.3倍)と増加していた。

増加の割合を比較すると、政令指定都市、中核市では緊急事態宣言地域の方が増加の割合が高かったが、都道府県ではその他の地域の方が高かった。

(4) 技術系職員のうちの医師数(兼務含む)

COVID-19 関連業務の発生の前後(2019年4月⇒2021年6月)で比較すると、医師数の中央値は、都道府県で1人⇒2人(2倍)、政令指定都市で1人⇒2人(2倍)、中核市で1人⇒1人(1倍)、特別区で2人⇒3人(1.5倍)と増加していた。緊急事態宣言地域では、都道府県で0人⇒1人(皆増)、政令指定都市で2人⇒2人(1倍)、中核市で1人⇒1人(1倍)、特別区で2人⇒3人(1.5倍)と横ばい~増加していたのに対し、その他の地域では、都道府県で1人⇒2人(2倍)、政令指定都市で1人⇒2人(2倍)、中核市で0人⇒1人(皆増)と増加していた。

増加の割合については、都道府県、政令指定都市、中核市、特別区のいずれにおいても、目立った増加は見られなかった。また、緊急事態宣言地域、その他の地域のいずれにおいても、目立った増加は見られなかった。

(5) 技術系職員のうち保健師等看護職員(兼務含む)

COVID-19 関連業務の発生の前後(2019年4月⇒2021年6月)で比較すると、保健師等看護職員数の中央値は、都道府県で1人⇒5人(5倍)、政令指定都市で6人⇒12人(2倍)、中核市で6人⇒19人(3.2倍)、特別区で7人⇒27人(3.9倍)と増加していた。緊急事態宣言地域で

は、都道府県で 1 人⇒4 人(4 倍)、政令指定都市で 6 人⇒12 人(2 倍)、中核市で 6 人⇒21 人(3.5 倍)、特別区で 7 人⇒27 人(3.9 倍)と増加していたのに対し、その他の地域では、都道府県で 2 人⇒5 人(2.5 倍)、政令指定都市で 7 人⇒13 人(1.9 倍)、中核市で 6 人⇒15 人(2.5 倍)と増加していた。

増加の度合いを比較すると、都道府県、政令指定都市、中核市のいずれにおいても、緊急事態宣言地域の方がその他の地域よりも高かった。

表. 都道府県の職員数(2021 年 6 月 1 日)

緊急事態宣言地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	54	12	1	4
最大値	156	71	6	65
最小値	12	2	0	0
平均値	63	20	2	7
標準偏差	45	18	2	14
その他の地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	51	19	2	5
最大値	281	80	6	45
最小値	2	1	0	0
平均値	69	22	2	8
標準偏差	60	18	2	10
全体	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	54	14	2	5
最大値	281	80	6	65
最小値	2	1	0	0
平均値	66	21	2	8
標準偏差	53	18	2	12

表. 政令指定都市の職員数(2021 年 6 月 1 日)

緊急事態宣言地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	65	31	2	12
最大値	363	169	13	29
最小値	48	14	2	3
平均値	159	71	6	15

標準偏差	145	69	5	11
その他の地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	43	23	2	13
最大値	155	305	9	232
最小値	20	3	1	1
平均値	66	58	3	39
標準偏差	47	81	2	64
全体	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	48	30	2	12
最大値	363	305	13	232
最小値	20	3	1	1
平均値	85	61	4	34
標準偏差	85	79	3	58

表. 中核市の職員数(2021年6月1日)

緊急事態宣言地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	27	31	1	21
最大値	331	91	4	89
最小値	0	0	0	5
平均値	40	36	1	25
標準偏差	58	26	1	18
その他の地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	29	18	1	15
最大値	153	112	3	79
最小値	3	3	0	1
平均値	35	36	1	24
標準偏差	33	32	1	22
全体	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員
中央値	27	29	1	19
最大値	331	112	4	89
最小値	0	0	0	1
平均値	38	36	1	25
標準偏差	49	29	1	20

表. 特別区の職員数(2021年6月1日)

全体 (5区)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	22	21	3	27
最大値	89	121	4	56
最小値	2	6	1	6
平均値	35	42	3	25
標準偏差	30	47	1	18

(※)5区全てが緊急事態宣言地域

表. 都道府県の職員数(2019年4月)

緊急事態宣言地域 (20都道府県)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員(兼 務含む)
中央値	3	4	0	1
最大値	20	31	6	25
最小値	0	1	0	0
平均値	6	7	1	3
標準偏差	6	7	1	6
その他の地域 (22都道府県)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	3	6	1	2
最大値	46	16	5	8
最小値	0	2	0	0
平均値	7	6	1	2
標準偏差	10	3	1	2
全体 (42都道府県)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	3	5	1	1
最大値	46	31	6	25
最小値	0	1	0	0
平均値	6	6	1	3
標準偏差	9	5	1	4

表. 政令指定都市の職員数(2019年4月)

緊急事態宣言地域 (3市)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	4	14	2	6
最大値	5	14	3	12
最小値	3	8	2	2
平均値	4	12	2	7
標準偏差	1	3	0	4
その他の地域 (13市)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	6	11	1	7
最大値	49	127	6	83
最小値	1	2	0	0
平均値	10	20	2	11
標準偏差	13	32	2	22
全体 (16市)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	5	11	1	6
最大値	49	127	6	83
最小値	1	2	0	0
平均値	9	19	2	10
標準偏差	12	29	1	20

表. 中核市の職員数(2019年4月)

緊急事態宣言地域 (29市)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	5	7	1	6
最大値	27	80	3	25
最小値	0	0	0	2
平均値	6	11	1	8
標準偏差	7	15	1	5
その他の地域	事務系職員	技術系職員	医師	保健師等看護職員

(24市)	(兼務含む)	(兼務含む)	(兼務含む)	(兼務含む)
中央値	3	8	0	6
最大値	35	91	2	75
最小値	0	0	0	0
平均値	5	11	0	9
標準偏差	8	19	1	15
全体 (53市)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	3	7	1	6
最大値	35	91	3	75
最小値	0	0	0	0
平均値	6	11	1	8
標準偏差	7	16	1	11

表. 特別区の職員数(2019年4月)

全体 (5区)	事務系職員 (兼務含む)	技術系職員 (兼務含む)	医師 (兼務含む)	保健師等看護職員 (兼務含む)
中央値	14	9	2	7
最大値	20	12	4	10
最小値	2	3	1	3
平均値	12	8	2	7
標準偏差	6	4	1	2

(※)5区全てが緊急事態宣言地域

(6) FETP(国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース)修了生の都道府県市レベルでの役割について伺います。(ウ. 以下は複数回答可)

- ア. 職員にFETP修了生がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。
- イ. 職員にFETP修了生がいない。
- ウ. 感染症流行状況評価
- エ. 対策立案
- オ. クラスタに対応の技術的支援

- カ. ベッドコントロール等病床運用
- キ. その他(主な役割を記載ください)

【結果】

「職員にFETP修了生がいない。」と回答した自治体が、都道府県で69%、政令指定都市で81%、中核市で91%、特別区で80%、回答のあった全自治体で81%であった。また、「職員にFETP修了生がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。」と回答した自治体が、都道府県で2%、政令指定都市で0%、中核市で4%、特別区で20%、回答のあった全自治体で3%であった。この両者を合算すると、都道府県で71%、政令指定都市で81%、中核市で94%、特別区で100%、回答のあった全自治体で84%と、全体の4/5程度を占めていた。

そのような状況下ではあるが、FETP修了生の役割として複数回答可で挙げられた結果は、クラスター対応の技術的支援(8%)、感染症流行状況評価(6%)、対策立案(4%)、その他(3%)、ベッドコントロール等病床運用(1%)の順に多かった。「その他」での自由記載事項としては、「感染症対策全般の中心的な役割」および「複数の陽性者が発生した場合の事業所調査」などが挙げられた。

表. COVID-19 対策における FETP 修了生の役割

結果	都道府県	政令指定都	中核市	特別区	合計
ア	1	0	2	1	4
イ	29	13	48	4	94
ウ	4	1	2	0	7
エ	4	1	0	0	5
オ	5	2	2	0	9
カ	0	1	0	0	1
キ	3	0	1	0	4

(7) 感染管理認定看護師(日本看護協会認定)の都道府県市レベルでの役割について伺います。(ウ. 以下は複数回答可)

- ア. 職員に感染管理認定看護師がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。
- イ. 職員に感染管理認定看護師がいない。

- ウ. 感染症流行状況評価
- エ. 対策立案
- オ. クラスタ対応の技術的支援
- カ. ベッドコントロール等病床運用
- キ. その他(主な役割を記載ください)

【結果】

「職員に感染管理認定看護師がいない。」と回答した自治体が、都道府県で 83%、政令指定都市で 56%、中核市で 89%、特別区で 100%、回答のあった全自治体で 83%であった。「職員に感染管理認定看護師がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。」と回答した自治体が、都道府県で 5%、政令指定都市で 19%、中核市で 2%、特別区で 0%、回答のあった全自治体で 5%であった。この両者を合算すると、都道府県で 88%、政令指定都市で 75%、中核市で 91%、特別区で 100%、回答のあった全自治体で 88%と、全体のほぼ9割を占めており、感染管理認定看護師の養成がされていないか、養成されていても自所属管内の業務しか行っていないことが判明した。

そのような状況下ではあるが、感染管理認定看護師を有する職員の役割として複数回答可で挙げられた結果は、①クラスタ対応の技術的支援(7%)、②その他(5%)、③対策立案(2%)、③ベッドコントロール等病床運用(2%)、⑤感染症流行状況評価(1%)の順に多かった。「その他」での自由記載事項としては、「病院感染の調査、感染予防に関する情報提供、職員研修」、「感染対策の指導」が挙げられた。

表. COVID-19 対策における ICN の役割

回答	都道府県	政令指定都	中核市	特別区	合計
ア	2	3	1	0	6
イ	35	9	47	5	96
ウ	0	1	0	0	1
エ	2	0	0	0	2
オ	4	1	3	0	8
カ	1	0	1	0	2
キ	3	2	1	0	6

4. 集団発生(クラスター)対応

- (1) 2020年4月～2021年6月末に認めた5人以上のクラスター事例数(家庭内クラスター除外)を記載してください。
- (2) 一事例あたりの最大感染者数(学校、医療機関など特定場所におけるクラスター関連感染者数を対象として集計ください)

【結果】

クラスター認定の状況を緊急事態宣言の有無で比較すると、「宣言あり」都道府県で28件～630件(平均220件、中央値189件)、「宣言なし」都道府県で12件～315件(平均63件、中央値49.5件)と、平均値、中央値とも「宣言あり」都道府県でクラスター認定件数が大きく異なっていた。一方で、クラスター1件当たりの感染規模については、「宣言あり」都道府県で39人～144人(平均90人、中央値76人)、「宣言なし」都道府県で23人～324人(平均102人、中央値91人)と、大きな違いは確認できなかった。

表. クラスター事例数 (2020年4月～2021年6月)

	都道府県	政令市	中核市	特別区	合計
最小	12	23	4	2	2
最大	630	406	77	54	630
平均	108.2	105.8	23.6	27.8	65.3
中央値	67	64	22	24	34

表. クラスター事例の最大感染者数

	都道府県	政令市	中核市	特別区	合計
最小	23	17	12	12	12
最大	324	282	311	152	324
平均	99.1	98.1	63.7	83.8	82.2
中央値	91	87.5	57	105	72

(3) 技術的支援

7. クラスター事例に対する専門家等派遣による技術的支援機能を有しますか?派遣実績のある機能全てを選択ください(不足職員の補充は本質問の対象外としてください)。

- (7) クラスタを認めた施設の対策本部機能(本部がない場合は管理部門)の支援機能
 - (イ) データ分析など疫学的評価の支援機能
 - (ウ) 感染管理の具体的な支援機能
4. COVID-19 のクラスター対応に際して、外部の技術的支援を受けたことがありますか?
- (7) 医療機関(大学医学部附属病院含む)職員による支援を受けたことがある。
 - (イ) 大学(大学医学部附属病院含まない)職員による支援を受けたことがある。
 - (ウ) 国のクラスター対策班(FETP を含む)を利用したことがある。
 - (エ) 国の DMAT を利用したことがある。
 - (オ) IHEAT(Infectious disease Health Emergency Assistance Team)を利用したことがある。
 - (カ) 他都道府県市の技術的支援を利用したことがある。

【結果】

専門家等派遣による技術的支援能力について、都道府県では回答のあった 36 自治体のうち、1 自治体を除き「対策本部機能の支援機能」、「疫学的評価の支援機能」、「感染管理の支援機能」いずれかの支援機能を有していた。15 自治体がすべての支援機能を有していた。保健所設置市区では、回答のあった 67 自治体のうち、49 自治体でいずれかの支援機能を有しており、15 自治体ですべての支援機能を有していた。

都道府県、保健所設置市区をあわせて、いずれの支援機能も保有していない自治体は、都道府県・保健所設置市区あわせて 19 自治体であった。

外部の技術的支援を受けた経験について、都道府県では回答のあった 41 自治体すべてでなんらかの外部からの技術的支援を受けた経験があった。提供元別にみると、36 自治体が地域の医療機関(大学病院を含む)からの支援を、34 自治体が国(クラスター対策班、国 DMAT、IHEAT)からの支援を、3 自治体が他自治体からの支援を受けていた。保健所設置市区では回答のあった 73 自治体中 64 自治体でなんらかの外部からの技術的支援を受けた経験があった。提供元別にみると、45 自治体が地域の医療機関(大学病院を含む)からの支援を、35 自治体が国(クラスター対策班、国 DMAT、IHEAT)からの支援を、29 自治体が他自治体からの支援を受けていた。

都道府県、保健所設置市区をあわせて、いずれの外部の技術的支援も受けたことがない自治体は 9 自治体であったが、クラスターの発生状況(発生数、発生規模)を含め、特筆すべき傾向

はみられなかった。

表. クラスタ事例に対する専門家等派遣による技術的支援機能

		都道府県	政令市	中核市	特別区	合計
ア	(ア)	24	8	15	3	50
	(イ)	20	7	11	2	40
	(ウ)	40	12	32	3	87

表. COVID-19 のクラスター対応に係る受援

		都道府県	政令市	中核市	特別区	合計
イ	(ア)	35	8	34	2	79
	(イ)	13	2	8	0	23
	(ウ)	33	9	18	0	60
	(エ)	12	8	5	0	25
	(オ)	5	2	2	2	11
	(カ)	3	5	21	3	32

5. 医療機能

(1) (都道府県のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか?

- ア. 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する
- イ. 保健所設置市区を除く圏域を都道府県が一括して調整する。
- ウ. 保健所設置市区を除く圏域をさらに分割して調整(保健所単位等)する

(2) (政令市・中核市のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか?

- ア. 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する。
- イ. 保健所設置市区域を市区の全域を一括して調整する。
- ウ. 保健所設置市区域をさらに分割して調整(保健センター単位等)する。

【結果】

新型コロナウイルス感染症患者の入院調整について、都道府県では回答のあった 41 自治体中、保健所設置市区を含めて入院調整している自治体は 28 と約 7 割を占めていた。

表. COVID-19 患者等の入院調整方法

	(1)				計
	都道府県	政令市	中核市	特別区	
ア	28	5	27	2	34
イ	1	11	20	1	32
ウ	12	0	0	0	0

(3) 上の入院調整には外部職員が支援していますか？

- ア. DMAT の支援を受けている。
- イ. DMAT 以外の支援を受けている。
- ウ. 外部職員の支援は受けていない。

【結果】

新型コロナウイルス感染症患者の入院調整への外部人材の関与について、都道府県では回答のあった 42 自治体中、外部職員による支援を受けている自治体は 34 と約 8 割を占めており、その外部人材の 3 分の 2 は都道府県 DMAT 隊員であった。支援を受けている 34 自治体について、緊急事態宣言の有無で比較すると、「宣言あり」自治体では 12 自治体中の 11、「宣言なし」自治体では 30 自治体中の 23 であり、緊急事態宣言が発令された自治体で受援率がやや高い傾向にあった。

設置市区では回答のあった 53 自治体中、外部職員による支援を受けていない自治体が 37 と約 7 割であった。支援を受けている 16 自治体の、入院調整の実施主体の内訳は、都道府県が一括して実施する自治体が 6、設置市区が独自に実施する自治体が 10 であり、独自の入院調整を実施する自治体で受援率が高い傾向にあった。

表. 入院調整に対する DMAT による支援

	都道府県	政令市	中核市	特別区	計
ア	22	4	6	0	32
イ	12	3	3	0	18
ウ	8	8	27	2	45

(4) 上の入院調整は特化した部門を設置して実施していますか？

- ア. 入院調整に特化した部門を設置している。
- イ. 設置していない。

【結果】

新型コロナウイルス感染症患者の入院調整の部門について、都道府県では回答のあった 42 自治体中、入院調整に特化した部門を設置している自治体が 35 と約 8 割を占めた。35 自治体について、緊急事態宣言の有無で比較すると、「宣言あり」自治体では 12 自治体中の 11、「宣言なし」自治体では 30 自治体中の 24 であり、緊急事態宣言が発令された自治体で特化した部署の設置率が高い傾向にあった。なお、(3)の外部人材の関与の率と、特化した部門の設置率との間には相関はなかった。

保健所設置市区では回答のあった 54 自治体中、入院調整に特化した部門を設置していない自治体は 32 と約 6 割であり、都道府県での設置率より低かった。本問に回答のあった自治体のうち、入院調整を設置市区独自で実施すると回答のあった 22 自治体では、特化部門の設置は 8 (32%)、都道府県が一括して実施すると回答があった 32 自治体では、特化部門の設置は 14 (44%) であり、両問への回答の相関は見られなかった。

表. 入院調整に係る部門設置

	都道府県	政令市	中核市	特別区	計
ア	35	8	13	1	57
イ	7	7	24	1	39

(5) 回答日時点での受け入れ医療機関数を記載してください。

- ア. 重症者の受け入れ医療機関数
- イ. 軽症者および無症状者病原体保有者の受け入れ医療機関数
- ウ. 宿泊療養施設数

【結果】

重症者受入医療機関数について、都道府県では回答のあった 39 自治体で 1~171 (合計 720、平均 18.5、中央値 11) であった。なお、合計 720 施設のうち上位 2 都道府県で 247 施設と 3 分の 1、上位 5 都道府県で 374 施設と過半数であり、また一方で、およそ半分の 17 都道府県では 10 施設未満であることに注意が必要である。

重症者受入医療機関数について、都道府県では回答のあった 39 自治体で 6~171 (合計

1,398、平均 35.9、中央値 24)であった。なお、合計 1,398 施設のうち上位 4 都道府県で 440 施設と 3 分の 2、上位 9 都道府県で 724 施設と過半数であり、また、10 施設に満たない都道府県は 3 であった。重症者受入医療機関と比べて都道府県によるばらつきは少ないものの、今回は、都道府県面積、平均移動距離、人口による比較分析は今後の検討課題である。

宿泊療養施設数について、都道府県では回答のあった 40 自治体で 1~14 (合計 196、平均 4.9、中央値 4)であった。都道府県ごとの人口差に比べ、都道府県ごとの施設数にばらつきが少なかったが、1 施設当たりの室数規模については加味していないため、人口に大規模な宿泊施設を有している可能性があることを念頭に置く必要がある。

表. 重症者の受け入れ医療機関数

	都道府県	政令市	中核市	特別区
最小	1	0	1	3
最大	171	13	7	3
平均	18.5	6.1	2.7	3
中央値	11	6	2	3

表. 軽症者および無症状者病原体保有者の受け入れ医療機関数

	都道府県	政令市	中核市	特別区
最小	6	0	2	9
最大	171	41	21	9
平均	35.9	15.1	6.4	9
中央値	24	9	5	9

表. 宿泊療養施設数

	都道府県	政令市	中核市	特別区
最小	1	1	0	17
最大	14	15	31	17
平均	4.9	3.8	3.1	17
中央値	4	2	2	17

(6) 最大自宅療養者数/日(実績)

【結果】

最大自宅療養者数について、都道府県では回答のあった 38 自治体で 0～15,031(平均 1,414.5、中央値 193)であった。自宅療養者数が 100 人未満の自治体が 14、そのうち自宅療養者数が 0 人の自治体が 6 であり、都道府県内すべての陽性患者を原則として入院療養又は宿泊療養とすることが可能であった自治体であると思われる。

	都道府県	政令市	中核市	特別区
最小	0	131	0	300
最大	15,031	2,505	1,700	2,400
平均	1,414.5	826.4	481	1,160.3
中央値	193	691	363	781

表. 最大自宅療養者数/日(実績)

(7) 救急搬送体制

7. COVID-19 患者の救急搬送を実施していますか？
1. COVID-19 疑い患者の救急搬送を実施していますか？

【結果】

救急搬送について、確定患者を救急搬送する 100 自治体のうち、疑い患者を救急搬送しないと回答のあった自治体は 16 あった。なお、逆に確定患者は救急搬送しないが疑い患者は救急搬送すると回答のあった自治体が 1 あった。

確定患者を救急搬送しないと回答のあった自治体の搬送体制(使用車両、台数、運用時間等)の状況については、今回の調査においては聞き取りを行っていないことから、今後の研究課題である。

表. COVID-19 の患者および疑い患者の救急搬送

		都道府県	政令市	中核市	特別区	合計
ア	している	40	16	42	2	100
	していない	2	0	5	1	8
イ	している	35	13	36	1	85
	していない	7	3	11	2	23

(8) 入院もしくは宿泊療養施設入所から退院までの臨床情報を、本庁で把握していますか？

【結果】

臨床情報の把握について、特に中核市において把握をしていない率が高かった。中核市・特別区の保健所において、市の保健部門が保健所組織と一体であることが多いことから、保健所(保健部門)のみで臨床情報を把握しているという回答となったものと思われる。

表. 本庁における臨床情報の把握

	都道府県	政令市	中核市	特別区	計
している	32	12	19	1	54
していない	10	4	23	2	39

6. 疫学的評価

(1) COVID-19 の発生動向等の解析および評価について伺います。

ア. 自治体内全体の COVID-19 の発生動向等の解析および評価はどこで実施していますか？

(ア) 質問 3(2) で回答した組織

(イ) 地方衛生研究所

(ウ) その他

【結果】

いずれの自治体区分においても、自治体内の COVID-19 対策部局において、発生動向等の解析及び評価が一番多く行われていた（特別区がその実施割合が最も高く 100%）。

都道府県において、緊急事態宣言の発令の有無別に、解析・評価の実施場所を見ると、宣言が発令された都道府県では「COVI-19 対策部局と地方衛生研究所の合同で実施」の割合が 28%と、宣言が発令されなかった都道府県の同割合 4%より、高い割合を示していた。宣言

が発令された都道府県においては、地方衛生研究所と合同で評価分析を行っている傾向が高いことが推察される。政令指定都市において、緊急事態宣言の発令の有無別に、解析・評価の実施場所を見ると、宣言が発令された政令指定都市では「地方衛生研究所単独で実施」が13%であったが、宣言が発令されなかった政令指定都市の同割合は0%と差がみられた。中核市においては、緊急事態宣言の有無に関わらず、解析・評価の実施場所が、自治体のCOVID-19対策部局でない自治体他部局である割合が、16%と他の区分より高い傾向であった。

表. COVID-19 の発生動向等の解析および評価を実施する部局等

		政令指定都市			
		都道府県	市	中核市	特別区
ア	回答数	31	13	41	5
	割合	74%	81%	77%	100%
イ	回答数	3	2	1	0
	割合	7%	13%	2%	0%
アとイ	回答数	6	0	1	0
	割合	14%	0%	2%	0%
ウ	回答数	2	1	8	0
	割合	5%	6%	15%	0%
未実施・未回答	回答数	0	0	2	0
	割合	0%	0%	4%	0%
合計	回答数	42	16	53	5
	割合	100%	100%	100%	100%

表. 緊急事態宣言発令別の COVID-19 の発生動向等の解析および評価を実施する部局等

		都道府県	都道府県	政令指定都市	政令指定都市	中核市	中核市	特別区
		A	B	A	B	市 A	市 B	
ア	回答数	12	19	12	1	24	17	5
	割合	67%	79%	80%	100%	77%	77%	100%
イ	回答数	1	2	2	0	0	1	0

	割合	6%	8%	13%	0%	0%	5%	0%
アとイ	回答数	5	1	0	0	1	0	0
	割合	28%	4%	0%	0%	3%	0%	0%
ウ	回答数	0	2	1	0	5	3	0
	割合	0%	8%	7%	0%	16%	14%	0%
未実施・未回答	回答数	0	0	0	0	1	1	0
	割合	0%	0%	0%	0%	3%	5%	0%
合計	回答数	18	24	15	1	31	22	5
	割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※ 緊急事態宣言発令あり（都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区）、緊急事態宣言発令なし（都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B）

1. 発生動向等の解析および評価の結果は、公開資料として HP 掲載や報道提供されていますか？
- (ア) 週 1 回以上の頻度で情報提供している。
(イ) 月 1 回以上の頻度で情報提供している。
(ウ) 不定期に情報提供している。
(エ) 情報提供していない。

【結果】

いずれの自治体区分においても、週 1 回以上の頻度で情報公開をしている自治体の割合が最も高かった。（政令指定都市の割合が最も高く 81%）。政令指定都市は、回答したすべての自治体において、発生動向等の解析および評価の結果を公表していたが、都道府県、中核市、特別区においては、一部の自治体が公表していないと回答した。特に、その割合は、中核市において、最も高かった（約 21%）。

緊急事態宣言の発令の有無別にみると、都道府県では、宣言が発令された自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、週 1 回以上の頻度で情報提供している割合が高かった（宣言発令自治体 72%、宣言未発令自治体 33%）。一方、政令指定都市では、逆に、宣言が発令されなかった自治体の方が発令された自治体よりも、週 1 回以上の頻度で情報提供している割合が高かった（宣言発令自治体 80%、宣言未発令自治体 100%）。

表. 発生動向等の解析および評価結果の情報提供の実施

		都道府県	政令指定都 市	中核市	特別区
ア	回答数	21	13	26	4
	割合	50%	81%	49%	80%
イ	回答数	2	1	4	0
	割合	5%	6%	8%	0%
ウ	回答数	17	2	11	0
	割合	40%	13%	21%	0%
エ	回答数	1	0	11	1
	割合	2%	0%	21%	20%
未実施・未回 答	回答数	1	0	1	0
	割合	2%	0%	2%	0%
合計	回答数	42	16	53	5
	割合	100%	100%	100%	100%

表. 緊急事態宣言発令別の発生動向等の解析および評価結果の情報提供の実施

		都道 府県 A	都道 府県 B	政令 指定 都市 A	政令 指定 都市 B	中核 市 A	中核 市 B	特別区
ア	回答数	13	8	12	1	14	12	4
	割合	72%	33%	80%	100%	45%	55%	80%
イ	回答数	1	1	1	0	3	1	0
	割合	6%	4%	7%	0%	10%	5%	0%
ウ	回答数	4	13	2	0	7	4	0
	割合	22%	54%	13%	0%	23%	18%	0%
エ	回答数	0	1	0	0	6	5	1
	割合	0%	4%	0%	0%	19%	23%	20%
未実施・未 回答	回答数	0	1	0	0	1	0	0
	割合	0%	4%	0%	0%	3%	0%	0%
合計	回答数	18	24	15	1	31	22	5
	割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※ 緊急事態宣言発令あり（都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区）、緊急事態宣言発令なし（都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B）

(2) 学校等欠席者・感染症情報システムなど感染症園や学校における有症者に関する情報を、質問 3(2) で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

- ア. 学校等欠席者・感染症情報システムによって把握できる。
- イ. 学校等欠席者・感染症情報システム以外のシステム・仕組みによってリアルタイムに把握できる。
- ウ. 把握できない。

【結果】

学校の感染状況を何らかのシステムによりリアルタイムに把握できる自治体の割合を、自治体区分別に見ると、高い順に、特別区（60%）、都道府県（59%）、中核市（55%）、政令指定都市（44%）であった。

緊急事態宣言の発令の有無別にみると、都道府県では、宣言が発令された自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、学校における感染状況を把握するシステムを有する割合が高かった（宣言発令自治体 67%、宣言未発令自治体 55%）。一方、政令指定都市・中核市では、逆に、宣言が発令された自治体は、発令されなかった自治体よりも、学校における感染状況を把握するシステムを有する割合が低かった（政令指定都市：宣言発令自治体 40%、宣言未発令自治体 100%、中核市：宣言発令自治体 42%、宣言未発令自治体 73%）。

表. 学校における有症者に関する情報収集

		都道府県	政令指定都市	中核市	特別区
ア	回答数	19	0	20	2
	割合	45%	0%	38%	40%
イ	回答数	6	7	9	1
	割合	14%	44%	17%	20%
ウ	回答数	16	9	23	2
	割合	38%	56%	43%	40%
未回答	回答数	1	0	1	0

	割合	2%	0%	2%	0%
合計	回答数	42	16	53	5
	割合	100%	100%	100%	100%

表. 緊急事態宣言発令別の学校における有症者に関する情報収集

		都道	都道	政令	政令	中核	中核	特別区
		府県	府県	指定	指定			
		A	B	都市	都市	市 A	市 B	
		A	B	A	B			
ア	回答数	9	10	0	0	6	14	2
	割合	50%	42%	0%	0%	19%	64%	40%
イ	回答数	3	3	6	1	7	2	1
	割合	17%	13%	40%	100%	23%	9%	20%
ウ	回答数	6	10	9	0	17	6	2
	割合	33%	42%	60%	0%	55%	27%	40%
未回答	回答数	0	1	0	0	1	0	0
	割合	0%	4%	0%	0%	3%	0%	0%
合計	回答数	18	24	15	1	31	22	5
	割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※ 緊急事態宣言発令あり（都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区）、緊急事態宣言発令なし（都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B）

(3) 高齢者施設における有症者に関する情報を、質問 3(2) で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

- ア. 把握できる。
- イ. 把握できない。

【結果】

高齢者施設における有症状者に関する情報をリアルタイムに把握できる自治体の割合を、自治体区分別に見ると、高い順に、政令指定都市（50%）、特別区（40%）、都道府県（21%）、中核市（19%）であった。

緊急事態宣言の発令の有無別にみると、都道府県では、緊急事態宣言発令の有無による違

いはほとんどなく、政令指定都市では、宣言が発令された自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、高齢者施設における感染状況を把握できる自治体割合が低かった（宣言発令自治体 47%、宣言未発令自治体 100%）。一方、中核市では、逆に、宣言が発令されていた自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、高齢者施設における感染状況を把握できる割合が高かった（中核市：宣言発令自治体 29%、宣言未発令自治体 5%）。

表. 高齢者施設における有症者情報の把握

		都道府県	政令指定都市	中核市	特別区
			市		
ア	回答数	9	8	10	2
	割合	21%	50%	19%	40%
イ	回答数	32	8	42	3
	割合	76%	50%	79%	60%
未実施・未回答	回答数	1	0	1	0
	割合	2%	0%	2%	0%
合計	回答数	42	16	53	5
	割合	100%	100%	100%	100%

表. 緊急事態宣言発令別の高齢者施設における有症者情報の把握

		都道府県	都道府県	政令指定都市	政令指定都市	中核市	中核市	特別区
		A	B	A	B	市 A	市 B	
ア	回答数	4	5	7	1	9	1	2
	割合	22%	21%	47%	100%	29%	5%	40%
イ	回答数	14	18	8	0	21	21	3
	割合	78%	75%	53%	0%	68%	95%	60%
未実施・未回答	回答数	0	1	0	0	1	0	0
	割合	0%	4%	0%	0%	3%	0%	0%
合計	回答数	18	24	15	1	31	22	5
	割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※ 緊急事態宣言発令あり（都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区）、緊急事態宣言発

令なし(都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B)

7. 研修・人材育成 本庁および保健所の担当者等

(1) 2020 年以降に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？

- ア. 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項
 - イ. COVID-19 の対策方法
 - ウ. 積極的疫学調査
 - エ. クラスタ対応方法
 - オ. それぞれの必要性に応じて OJT で対応

【結果】

いずれの自治体区分においても、OJT での対応の実施が最も多く、次に COVID-19 の基本的事項に関する研修・教育が行われていた。

クラスタ対応については、政令指定都市・特別区では、全体の約 5 割の自治体でそれぞれ実施されていたが、都道府県・中核市では、その実施割合が約 20%と他の研修項目よりも概して低くなっていた。

緊急事態宣言の発令の有無別にみると、都道府県・政令指定都市では、宣言が発令された自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、いずれの研修項目においても、その実施割合が概して高くなっていた。

表. 2020 年の本庁および保健所職員に対する研修・教育の実施

		都道府県	政令指定都市	中核市	特別区
ア	回答数	16	11	23	4
	割合	38%	69%	43%	80%
イ	回答数	15	9	18	4
	割合	36%	56%	34%	80%
ウ	回答数	14	9	23	3
	割合	33%	56%	43%	60%
エ	回答数	11	8	15	3
	割合	26%	50%	28%	60%

オ	回答数	36	16	50	5
	割合	86%	100%	94%	100%
未回答	回答数	2	0	1	0
	割合	5%	0%	2%	0%

表. 2020年の緊急事態宣言発令別の本庁および保健所職員に対する研修・教育の実施

		都道	都道	政令	政令	中核	中核	特別区
		府県	府県	指定	指定	市 A	市 B	
		A	B	A	B			
ア	回答数	8	8	11	0	11	12	4
	割合	44%	33%	73%	0%	35%	55%	80%
イ	回答数	8	7	9	0	9	9	4
	割合	44%	29%	60%	0%	29%	41%	80%
ウ	回答数	8	6	9	0	13	10	3
	割合	44%	25%	60%	0%	42%	45%	60%
エ	回答数	6	5	8	0	7	8	3
	割合	33%	21%	53%	0%	23%	36%	60%
オ	回答数	16	20	15	1	29	21	5
	割合	89%	83%	100%	100%	94%	95%	100%
未回答	回答数	0	2	0	0	1	0	0
	割合	0%	8%	0%	0%	3%	0%	0%

※ 緊急事態宣言発令あり(都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区)、緊急事態宣言発令なし(都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B)

(2) 2021年に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか?

- ア. 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項
- イ. COVID-19 対策方法
- ウ. 積極的疫学調査
- エ. クラスター対応方法
- オ. それぞれの必要性に応じて OJT で対応

【結果】

いずれの自治体区分においても、OJT での対応の実施が最も多く、次に COVI-19 の基本的事項に関する研修・教育が行われていた。

クラスター対応については、特別区では、全体の約 6 割の自治体で実施されていたが、政令指定都市で約 4 割、都道府県・中核市では、その実施割合が約 20%と他の研修項目よりも概して低くなっていた。

緊急事態宣言の発令の有無別にみると、都道府県・政令指定都市では、宣言が発令された自治体の方が、発令されなかった自治体よりも、いずれの研修項目においても、その実施割合が概して高くなっていた

表. 2021 年の本庁および保健所職員に対する研修・教育の実施

		都道府県	政令指定都市	中核市	特別区
ア	回答数	17	9	23	3
	割合	40%	56%	43%	60%
イ	回答数	15	8	19	2
	割合	36%	50%	36%	40%
ウ	回答数	12	8	23	3
	割合	29%	50%	43%	60%
エ	回答数	11	6	12	3
	割合	26%	38%	23%	60%
オ	回答数	35	16	51	5
	割合	83%	100%	96%	100%
未回答	回答数	2	0	1	0
	割合	5%	0%	2%	0%

表. 2021 年の緊急事態宣言発令別の本庁および保健所職員に対する研修・教育の実施

		都道府県 A	都道府県 B	政令指定都市 A	政令指定都市 B	中核市 A	中核市 B	特別区
ア	回答数	9	8	9	0	10	13	3

	割合	50%	33%	60%	0%	32%	59%	60%
イ	回答数	9	6	8	0	9	10	2
	割合	50%	25%	53%	0%	29%	45%	40%
ウ	回答数	8	4	8	0	12	11	3
	割合	44%	17%	53%	0%	39%	50%	60%
エ	回答数	8	3	6	0	6	6	3
	割合	44%	13%	40%	0%	19%	27%	60%
オ	回答数	17	18	15	1	29	22	5
	割合	94%	75%	100%	100%	94%	100%	100%
未回答	回答数	0	2	0	0	1	0	0
	割合	0%	8%	0%	0%	3%	0%	0%

※ 緊急事態宣言発令あり(都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区)、緊急事態宣言発令なし(都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B)

8. 検討事項

(1) 2020 年および 2021 年の COVID-19 対策で得た課題に基づいて、質問 3(2) で回答した組織について、組織、職員定数、業務内容および人材育成等について強化や再編等を検討していますか？

- ア. 組織について検討している。
- イ. 職員定数について検討している。
- ウ. 業務内容について検討している。
- エ. 人材育成について検討している。
- オ. 未定

【結果】

表. 強化および再編等を検討している事柄

		都道府県	政令指定都 市	中核市	特別区
ア	回答数	31	13	41	5

	割合	74%	81%	77%	100%
イ	回答数	3	2	1	0
	割合	7%	13%	2%	0%
ウ	回答数	6	0	1	0
	割合	14%	0%	2%	0%
エ	回答数	2	1	8	0
	割合	5%	6%	15%	0%

表. 緊急事態宣言発令別の強化および再編等を検討している事柄

		都道府県	都道府県	政令指定都市	政令指定都市	中核市 A	中核市 B	特別区
		A	B	A	B			
ア	回答数	6	4	5	0	13	9	5
	割合	33%	17%	33%	0%	42%	41%	100%
イ	回答数	6	4	7	1	21	12	4
	割合	33%	17%	47%	100%	68%	55%	80%
ウ	回答数	6	4	8	0	16	16	3
	割合	33%	17%	53%	0%	52%	73%	60%
エ	回答数	5	1	4	0	9	8	4
	割合	28%	4%	27%	0%	29%	36%	80%

※ 緊急事態宣言発令あり（都道府県 A、政令指定都市 A、中核市 A、特別区）、緊急事態宣言発令なし（都道府県 B、政令指定都市 B、中核市 B）

(2) 上の検討事項について、簡単に記載ください。

【結果】

<都道府県（緊急事態宣言発令あり）>

（栃木県）これまでその時々の政策課題に応じて組織、人員等の見直しを行ってきたところであり、今後も状況に応じて組織の強化再編を行っていく。

（群馬県）保健師を増員、2023 年から FETP 修了生の役割等。

- (岐阜県)例えばワクチン対応における職員の増員など、必要に応じ柔軟な対応をしている。
- (愛知県)感染状況に応じた業務改善を行うため、適宜組織再編等を行っている。
- (三重県)組織強化、定数増について検討しているが、今後の感染動向等を踏まえ議論を具体化していく予定。
- (沖縄県)県の対策本部を担う組織の検討が必要との認識があるところ。

<都道府県(緊急事態宣言発令なし)>

- (青森県)国の通知等を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る業務量増等に応じて、組織や人員の改編を継続的に行っている。
- (新潟県)患者数の増加、自宅宿泊療養者数の増加、ワクチン接種体制の強化等情勢に応じ柔軟に強化再編を実施。
- (島根県)年度途中でも随時、増員を図るなどの対応をしている。
- (岡山県)自宅療養者の健康観察業務の外部委託。
- (香川県)本部組織の見直しについて検討中。
- (宮崎県)その時々での新型コロナ対応に応じて、随時、人員増等の組織体制の強化を実施している。今後についても、想定される新型コロナ対応に応じて、必要な対応を行う予定。

<政令指定都市(緊急事態宣言発令あり)>

- (札幌市)新たな対応策を講じる際に発生する業務に応じた組織体制について、随時検討を行っている。
- (さいたま市)職員の増員、役割分担、業務効率化、OJT体制の見直し等。
- (名古屋市)感染状況やワクチン接種の動向等に応じて、必要な組織定員等の検討を行っている。
- (神戸市)保健師の増員。
- (広島市)感染拡大時期の応援体制について検討している。
- (福岡市)今後の新型コロナウイルス感染拡大状況を踏まえ検討する。
- (北九州市)当面は、現行体制を基本とするが、今後の感染状況に合わせて臨機応変に組織体制の強化を図り、新型コロナウイルス感染拡大に対応していく。

<政令指定都市(緊急事態宣言発令なし)>

- (熊本市)これまで積極的疫学調査、入院調整、ワクチン接種等を効果的かつ円滑に行うため、兼務局内(外)応援会計年度任用職員の活用など、状況に応じ、柔軟に体制強化を図ってきた。

(仙台市)業務量に応じて、日々の職員数や業務内容などを保健所職員等に聞き取りを通じて調整検討している。

<中核市(緊急事態宣言発令あり)>

(前橋市)正規専任職員の増員、会年度職員の雇用。

(高崎市)増員の検討。

(川口市)先の見通しが見つからない中だが、委託や派遣等の利用を積極的に進め対応している。

(高崎市)増員の検討。

(船橋市)業務委託、派遣の検討。

(藤沢市)保健予防課に位置づけられる一部の業務について、地域保健課で担っていたが、再分担を図った。

(横須賀市)保健所を含めた健康部全体での再編を検討している。

(一宮市)人員の増加。

(岡崎市)県が策定する保健医療提供体制確保計画に検討にあわせて、全ての面において検討を行うことを考えている。

(豊橋市)マンパワー不足のため、人員増と業務削減を検討している。

(豊中市)陽性者数により従事人数を変動すること、疫学調査などシステム化を検討している。

(吹田市)職員増、業務の簡素化、マニュアルの刷新など。

(枚方市)

○現在、保健センターは保健所組織外であるが、中核市移管当時は保健所組織であったことから、今後の地域保健行政組織のあり方について関係部署で検討予定。

○医師、保健師等の増員について人事部局に要望している。

○外部委託や ICT の活用について保健所及び関係部署で検討中。

○現在は OJT が主であるが、平時からの研修内容について検討が必要と考えている。

○現在、コロナワクチンは臨時接種として R4. 2. 28 までが期限となっており、3 月および R4 年度以降がこのまま臨時接種となるのか、定期接種となるか、また対象がどうなるか等不明であり、今後の方針が国より示された時点で体制、職員、業務等を検討する予定。

(八尾市)行革部局にて全庁組織にわたり検討している。。

(西宮市)今後の組織の在り方(存続、業務内容、人材の確保と育成等)について検討。

<中核市(緊急事態宣言発令なし)>

(秋田市) 対応人員の増。

(福島市) 発生段階ごとの組織体制及び人員配置。外部委託できる業務。

(郡山市) R3. 10. 1 付け厚生労働省通知「今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」に基づき検討する予定。

(いわき市) 保健福祉部門と衛生部門の分離と衛生部門の強化を検討。

(富山市) 現在、保健所全体で業務にあたっているが、業務過多が偏在限局している。業務内容の再評価、および所内での業務分担、他部署からの応援体制等、更に検討が必要と考える。

(金沢市) 検討中であり、現時点では明記できない。

(倉敷市) 一部業務の外部委託等。

(下関市) 発生動向に応じ職員数等を検討。

(長崎市) 研修会の実施、医療職と事務職の業務分担の見直しや業務委託等。

(佐世保市) 増加する感染者数に応じた体制(組織、人員)について、その都度人員の増(他部局応援等)や業務内容の縮減、整理等を行うとともに、特に疫学調査にかかる人材育成を順次行っている。

(大分市) ①(業務内容)については、業務のスリム化やデジタル化、外部委託、全庁的な応援体制の見直し。②(人材育成)については、応援職員に対し、資質向上のための研修を実施予定。

(宮崎市) 新型コロナウイルス感染症を取り巻くめまぐるしい状況の変化に対応するため検討中。

(鹿児島市) 発生者が急増した際の体制づくり、業務の見直し。

<特別区(緊急事態宣言発令あり)>

(板橋区) 予防対策課の事業を見直し、コロナ関連以外は、他の部署に担ってもらう変更を予定。

(葛飾区) 保健師職人数増、感染症対策担当係長を事務職とし、保健師職の係長を別に設置することなど。

(台東区) 衛生担当とワクチン担当の統廃合等。

(練馬区) 感染状況に伴う応援体制の構築、業務内容の変更について。

(港区) 第6波に向けて組織体制、業務内容等について ICT をより活用できるよう検討をしている。

9. 課題、解決方法

下のそれぞれの課題を記載してください。また、些細なことでかまいませんので、課題を

解決した方法があれば、記載をお願いします。

- | | |
|----------------------|----------------|
| (1) 都道府県中核市政令市との情報共有 | (2) クラスター対応 |
| (3) 入院調整 | (4) 疫学的評価とその活用 |
| (5) 人材育成 | (6) その他 |

【結果】

(1) 県と中核市の情報共有について

- ア. 挙げられた課題は、都道府県よりは政令指定都市等の市からの回答に多く見られた（都道府県 16 団体、市 31 団体）。
- イ. 都道府県側が課題と感じているのは、中核市の権限や責任が曖昧な点や市の感染者に関する情報収集の困難さなどを挙げている。
- ウ. 市側は、県との情報共有がタイムリーに行えていないこと（特に感染拡大期において）などを挙げている。
- エ. 解決方法としては、定期的な web ミーティングの開催、共通ツールを用いた情報共有、互いにリエゾンを派遣することなどが実施されている。

(2) クラスター対応について

- ア. クラスター対応についての課題としては主に高齢者福祉施設関連の記述が多く以下の項目が挙げられていた
- イ. 普段からの施設の感染対策が弱いこと
- ウ. 初動の遅れ（特に感染拡大期）
- エ. 対応するマンパワー不足
- オ. 施設に対する継続的支援を行うこと
- カ. 入所者が陽性となった場合の受け入れ先の確保
- キ. 施設名公表など
- ク. 特にマンパワー不足については保健所だけでは厳しいため、医療や感染制御の専門家とのチームを編成し取り組むところが多く見られた
- ケ. 活用する専門家としては、FETP、DMAT、JMAT、医療機関 ICT・ICN、厚労省クラスター支援班、IHEAT、看護協会、大学教員などの他、各地域で活動している感染症専門家ネットワークを活用している自治体も見られた。
- コ. 高齢者施設以外では、飲食店の店舗名公表に関する調整や学校や保育施設でのクラスター発生時に検査機関の確保や検体採取を課題と捉える自治体も見られた。

(3) 入院調整について

7. 入院調整については、調整を保健所単位で行うか、県で一括して行うかに関する記述が複数見られた。
- イ. 保健所で行う場合は、地域の流行が収まっている状況では保健所が入院が必要と考える方を短時間で入院させることもだが、流行が広がって入院患者が増加した場合は圏域内で空床が見つからず時間を要する。
- ウ. 県で一括して行う場合は時間が短縮でき、圏域を越えた広域的な調整が可能となるが必ずしも保健所が重視している項目が入院調整に反映されないことがあるとの意見もあり、入院基準を点数化するなど基準を明確化する必要性が指摘されていた。
- エ. また感染拡大時など入院調整のために空床情報をリアルタイムで把握することが課題となるが、回答の中ではE-MIS、メーリングリストによる毎日の情報交換などが挙げられていた。
- オ. 高齢者福祉施設などでのクラスター発生し、地域の病床が逼迫している際には施設内で療養せざるを得ない場合があることも指摘し、その際は在宅医療体制の整備、必要時に迅速に搬送する体制確保、中和抗体薬の投与等がなされていた。

(4) 疫学的評価

7. 疫学調査については、特に繁忙期には情報の入力が見つかないという回答が複数見られた。
- イ. またその分析については、自治体や保健所だけでは負担が大きいため専門家の指導助言を必要としていて、活用例として地方衛生研究所職員、地元大学専門家、厚労省クラスター班の専門家などが挙げられていた。また県として疫学統計チームを設置して解析を行い、政策の提案を行なっている自治体も見られた。

(5) 人材育成

7. 繁忙期には動員により応援職員が加わることになるが、繁忙期なので研修のためのまとまった時間が取れず、マニュアルの作成とOJTの活用などで対応している自治体が多く見られた。
- イ. 疫学調査のための動員など専門性を必要となる場合には、感染症アドバイザーに研修を依頼したり、感染症経験のあるOB職員の活用も行われていた。厚労省のホームページにはそのような人材を育成するためのe-Learningの教材も掲載されているが、それを活用しているとの回答はなかった。

10. 感染対策に関する自治体間相違

- (1) COVID-19 に関係する組織体制や対策内容などに関して是正すべき自治体間相違があれば記載してください。
- (2) 上の地域間相違を是正するために国に要望すること記載してください。

【結果】

- (1) 自治体間の相違で最も多く意見が出されていたのは積極的疫学調査に関することであった。
- (2) 感染が抑えられている場合においても、濃厚接触者や検査対象者の捉え方が地域によって異なることがあり、感染が拡大した場合の調査の重点化（縮小）についても自治体間で相違があるため、自治体をまたぐ発生があった際にトラブルになっている指摘されていた。
- (3) これを解決するためには、まず国が率先して調査の重点化等について説明を行い基準を示すべきとの意見があった。

【全体考察】

1. COVID-19 対応において迅速な組織改編と職員数増加が実施された。

今回の調査対象基礎自治体（政令指定都市、中核市（保健所中核市）、東京都特別区）の人口は、約 620 万人（2021 年 10 月）で、我が国の総人口の半分に及び、保健医療行政が基礎自治体の一つの部門として担われる傾向は今後も進んでいくと思われる。一方で、基礎自治体の保健所数は政令指定都市：26 か所（福岡市のみ 7 か所、その他は 1 か所ずつ設置）、中核市：62 か所、特別区：23 か所、保健所政令市：5 か所、計 116 か所となっている。都道府県型保健所数は計 354 か所である。単純に考えても、中核市型の 1 保健所が所管する人口は都道府県型保健所の 3 倍となる。

COVID-19 対策本部の事務局設置部門が保健衛生部門である割合は、都道府県 57.1%、政令指定都市 12.2%、中核市 35.8%とばらつきがみられた。都市の規模が大きい政令指定都市は危機管理部門ないしは総合政策部門が担っている一方、都道府県では庁内で保健衛生部門に事務局が設置されている場合が多かった。

対策本部の事務局の設置場所を危機管理部門か保健衛生部門とするかは、一長一短があると思われる。危機管理部門に設置した場合は、全庁的な対策実施という意識構築には有効である可能性がある。したがって、他部門からの協力が得られやすくなることを期待したい。保健衛生部門に設置する場合は、収集されたデータから評価・対策の決定までがより円滑になる可能性がある。

保健衛生部門内で COVID-19 対策を行う組織は、自治体種別に関わらず、「令和元年度(2019年度)以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している」が多く、COVID-19 対策が平時の体制をもとに実施されている自治体が多いことが示された。すなわち、平時の体制がパンデミックなどの有事においても対応できることおよび職員の平時からの経験が活用されている可能性があると考えられる。一方で、都道府県は、「令和2年度(2020年度)に新たに設置された」も多く、相対的に規模の大きい組織改編を迅速に実施している自治体を認める。したがって、平時の体制を拡大して有事体制とするもしくは有事には大規模な組織改編をするのいずれかとするを事前に想定しておくことで円滑に体制が構築できると考えられる。また、平時の経験および技術を有事に活用するための職員の配置および教育および庁内外のネットワークを構築していくことが必要である。特に、政令指定都市や中核市は、医療調整や報道対応、検査に関する都道府県庁との人的もしくは技術的な支援体制を構築するための関係が平時から必要であると考えられる。

2021年12月7日に厚生労働省が公表した、「各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定」によれば、「保健所体制の強化」として、保健所の人員体制を感染拡大状況に応じた段階的な強化(最大対応時は、平時の約3倍体制(平均:23.5人→73.3人)が挙げられている。この約3倍の体制強化については、あくまでも中央値での評価ではあるが、2021年6月時点においては、都道府県、政令指定都市、中核市では、緊急事態制限地域及びその他の地域では達成できていたが、特別区では達成できていなかったことが示された。2021年8月を中心とした全国的な流行により、職員数はさらに増加されている可能性が高いと推測する。

COVID-19 対応において増員された職員数は対応終了後には従来どおりに戻すことが適切であるかは慎重に検討する必要があるだろう。COVID-19 対応において、人材育成、関係団体との連携および専門家の活用などは平時から重要であることを後述する。すなわち、従来以上に関係団体や専門家の活用を行うことが必要であることを本書では論じており、平時における職員数を底上げする必要があると考えられる。

2. 情報提供体制の強化および有事における地方感染症情報センターの法的位置づけを検討するべきである。

政策決定の過程において、保健衛生部門が収集し解析して提示するデータは、すべての自治体で利用されており、保健衛生部門のデータは感染対応に大きく寄与している。また、同様に政策決定の過程において、ほとんどの自治体では、保健衛生部門からの具体的な提言が受け入れられていた。さらに、多くの自治体では、本症に関する発生動向等の解析および評価の結果を公開していることを確認した。これらの結果は、各自治体の COVID-19 対応が自

自治体毎に作成した根拠に基づいて実施されていることを示している。しかしながら、約半数の都道府県からは情報提供の頻度が週 1 回以下と回答されており、情報提供が可能な職員数の増加および平時の教育が必要である。

COVID-19 の発生動向等の解析および評価は、多くが本庁の COVID-19 対策を主管する部門で実施しており、地方感染症情報センターが実施している自治体は少ないことが示された。一部の自治体では、流行状況の評価を FETP 修了生の専門的な知識や経験を活用して実施されており、流行状況の評価は専門的な業務であることを支持している。施策決定までにタイムロスが生じる可能性があるが、解析・評価の専門性は本庁・担当部局より地方感染症情報センターで実施するほう高いと思われる。したがって、地方感染症情報センターの法的位置づけ、役割および本庁や保健所との円滑なコミュニケーション方法について改めて検討するべきである。

3. COVID-19 対応で構築された専門家を活用する仕組みの維持が必要である。

上述の組織改編、職員増員などは、各地域の流行状況および緊急事態宣言などの実施状況に応じた必要性に伴う検討の結果であったと考えられる。相応の感染対策が図られているという前提の下、地域における感染流行の状況とクラスターの発生率との相関が示唆される一方で、一旦、クラスターが発生した集団におけるクラスター内での感染拡大の程度は、集団の所在する地域の感染流行の状況に依存しない可能性が示唆された。したがって、地域の感染流行の状況に関わらず、入所施設、学校、事業所など施設類型に応じて有効な感染対策を日頃から講じることおよび専門家の活用が重要であると考えられる。

多くの地方自治体において、平時の 3 倍以上の人員体制で対応されたことが明らかとなったが、その多くが事務職員であった。また、FETP 修了生や感染管理認定看護師が所属する自治体は非常に少なく、各自治体は試行錯誤をしながら対応してきたと推測される。そのような状況で、医療機関職員と国のクラスター班による支援が多く利用されたことを確認した。また、多くの自治体では、独自にクラスター事例に対する支援機能を有しており、地域の専門家も有効に活用されていたことを確認した。さらには、クラスター事例の支援機能を有していない保健所設置市区対しては、所在する都道府県において支援機能を有しており、都道府県と保健所設置市区との役割分担がなされていると考えられる。

地方自治体に所属している FETP 修了生および感染管理認定看護師は、クラスター対応の技術的支援などにおいて知識および技術を十分に活用していると考えられた。また、本調査結果により、各自治体における技術的なキーパーソンとして機能している可能性が高いことが示された。また、感染管理に関する支援機能に対して、対策本部機能および疫学的評価機

能は、有している自治体が少なかったことは興味深い結果であり、今後の集団発生事例の支援機能を考えるための重要な課題として位置付けたい。

感染症のアウトブレイク時には、感染症に関する専門的な知識と技術が必要であるため、大学、医療機関、研究機関、検査機関等に勤務する FETP 修了生、感染管理認定看護師といった専門人材が指揮にあたることができるよう、柔軟な人事制度の設計が必要である。例えば、地方自治体が国立感染症研究所、日本看護協会の協力の下に、感染症にかかる専門人材の所在や専門性などを把握してリスト化および定期的更新する。または、本庁に非常勤職員として併任発令をしておくことなどが考えられる。特に、FETP 修了生もしくは感染管理認定看護師が所属しない自治体においては、COVID-19 のクラスター対応における外部専門家による技術的支援の仕組みを、平時の機能として維持継続するために努力するべきである。

また、FETP 修了生、感染管理認定看護師といった比較的新しい専門家が自治体職員としてより多く採用されていくことを期待する。また、両専門家が所有する能力が最大限に発揮できる環境が所属する自治体内もしくは国内で広く構築されていくことを期待する。

4. 地域に応じた医療機能を検討する。

新型コロナウイルス感染症患者の入院調整は、回答のあった都道府県のうち、保健所設置市区を含めて入院調整している自治体が多くを占めており、クラスター事例の支援と同様に、入院調整も都道府県による保健所設置市区への支援が全国的に実施されていると考えられる。

都道府県域の面積や距離などの地理的条件や、医療機関の配置、人口の偏在状況などが異なるため、適切な入院調整の方法は地域毎に異なると思われる。したがって、全ての都道府県で、都道府県による一括調整および保健所設置市区による独自調整の双方のメリットデメリットを理解しておくべきである。

入院調整においても外部専門家、特に DMAT 隊員が利用されていることが示された。限られた医療資源をより医療必要度の高い患者に配分するという趣旨で考えると、都道府県 DMAT をはじめとした災害医療に精通した人材の活用は必然的であると考えられる。

5. 迅速な自治体間の情報共有が組織構築や機能検討に必要である。

保健所が本庁に設置されている政令指定都市、中核市、特別区と都道府県の本庁では、体制や機能の比較は容易ではない。また、「近隣」自治体や類似する人口規模の自治体との比較は、必ずしも適切な結論を導くとは限らない。有事においては、全国の自治体情報を早期に情報共有し、組織構築や機能などについて自治体間の相違を解消できる仕組みが必要である。

本調査は第5波の流行の開始前から流行中に実施しているため、第6波流行中の令和4年（2022年）3月現在の状況を反映している結果ではない。また、都道府県、政令指定都市、中核市、特別区はそれぞれで組織構造が異なるため、一律に比較することは困難である。

Ⅲ—2 都道府県ヒヤリング

● 目的

質問票調査の結果、特に自由記載の内容等について背景や実際の状況等を情報収集する。

● 方法

1. 実施方法

緊急事態宣言の対象地域となるなど、感染者数の多かった自治体あるいは本研究班の研究者から推薦があった自治体のうち、調査協力に了解が得られた下を対象として直接訪問もしくは電話による聞き取り調査を行い、結果を記述した。

- (1) 大阪府
- (2) 東京都
- (3) 埼玉県
- (4) 石川県
- (5) 沖縄県

各自治体の視察結果および考察

1. 大阪府 11月5日

(1) 第4、第5波の振り返り、課題の整理等について

- ア. 第5波では想定を上回る患者が発生したため、保健所において業務ひっ迫が生じ、診断から療養先決定までに時間を要した。
 - (イ) 入院・宿泊調整業務を本庁へ集約
 - (ロ) 外部人材による応援
- イ. 訪問看護ステーションとの連携により、自宅療養者のオンライン診療、外来、往診対応体制を構築した。
- ウ. 宿泊療養施設の部屋数の拡大およびオンライン相談・診療体制を充実させた。
 - Ⅰ. 人材確保等
 - (イ) 治療サポートチームによる医師のスキルアップ支援
 - (ロ) 重症患者対応看護師の育成支援
 - (ハ) 人材バンクによる看護師の確保
- エ. 第4波に比べて病床のオーバーフローを防止、重症率、死亡率、入院日数が改善した。

- カ. 第4波の経験を踏まえ、自宅療養、宿泊療養および初期治療体制を強化した。
 - キ. 重症者と軽症・中等症ともに対応する医療機関を設置した。重症者および軽症・中等症患者用ベッドを増床した。また、軽症・中等症病院における休止病床の活用、周産期医療センターでの妊産婦の受け入れ、小児用病床の確保などを行った。
 - ク. 業務効率化による迅速な入院調整
 - ケ. 転退院サポートセンターの設置
- (2) 第6波に備えて、強化、留意すべき事項について
 - ア. 初期治療体制の強化
 - (ア) 自宅療養者の初期治療体制
 - (イ) 外来診療病院の整備
 - (ウ) 地域における往診体制の充実
 - イ. 圏域毎のネットワーク体制の構築
 - (ア) 圏域内での入院調整
 - (イ) 圏域毎にバランスよく宿泊療養施設の確保
 - ウ. 逼迫時に備えた保健所を介さない医療アクセスの確保
 - (ア) 診療・検査医療機関による濃厚接触者の検査
 - (イ) 24時間体制の自宅待機者対応（自宅待機者等24時間緊急サポートセンターの設置）によりオンライン診療、外来往診、抗体治療などの医療機関案内
- (3) （対策本部の体制として事務局が「危機管理部門」に設置されているという回答に関して）対策本部運営にかかる危機管理部門と保健衛生部門の役割分担について
 - ア. 対策本部会議は危機管理室が運用している。
 - イ. 発生動向、医療体制および大阪モデル（ステージ判断）などは衛生部門、時短要請、飲食店認証などは危機管理部門が担当している。
- (4) （感染のサージと医療の逼迫を経験なさっているため）入院調整におけるDMAT等外部支援の受け入れについて
 - ア. 入院調整にはDMATの医師の支援を得て対応している。
 - イ. 入院基準は府内で統一している。
- (5) 高齢者施設や精神病院等で集団感染が起こった場合の施設内療養体制について

- ア. 中和抗体による治療は、入院・外来での実施に併せて、往診により高齢者施設で実施する。
 - イ. 連携医療機関の抗体治療往診医療機関としての登録の有無を確認するように、各施設へ依頼している。
- (6) (保健所からの疫学情報の集約について) HERSYS 入力時のルールおよび本庁における情報収集・集約システムについて
- ア. HER-SYS 入力者に依存せずに必要な疫学情報を記録するためのマニュアルを作成した。また、クラスターの把握や対策に必要な情報をマニュアルで示し、統一的な方法により HERSYS に入力されている。
 - イ. クラスターの把握等につながる疫学情報は自治体のみで閲覧できる行動履歴タブにより共有した。
 - ウ. 本庁より、クラスター把握につながる情報を特定した場合は、保健所へ HERSYS への入力を依頼している。
- (7) COVID-19 に係るリスクコミュニケーションの方法について
- 週 1 回の定例会見を実施しているが、他は報道機関から直接知事へ要望があり対応している。
- (8) 考察
- ア. 第 4 波で医療逼迫について多く報道されていた大阪府であるが、非常に丁寧に振り返りを行い、関係団体を巻き込みながら医療体制および HER-SYS の入力などを含めて第 5 波に備えていた。
 - イ. 医療体制については、妊婦や小児専用の病床を確保していること、地域における往診体制を確立していること、訪問看護師の利用により自宅療養者の観察を行っていることおよび保健所を介さない医療アクセスの確保など、第 5 波の流行時には全国的にも先進的な取り組みであったと考えられる。また、HER-SYS の入力のためのマニュアルによる入力ルールの統一化およびクラスター事例の探知など細部にわたる振り返りと改善が実施されていたと推測する。

2. 東京都 実施日時：令和3年11月19日 訪問による聞き取り調査

(1) 第4, 第5波の振り返り、課題の整理等について

ア. 第5波での医療の逼迫に対して。

- (ア) 臨時の医療施設として、緊急対応を目的とした「入院待機ステーション」を都内の民間病院3カ所に併設して設置するとともに、軽症～中等症対応を目的とした「酸素・医療提供ステーション」を都府県施設を中心に整備した。同ステーションでは、自宅療養者を外来で診るなど機能強化した。病床数は足りたが、人員の確保に苦労した。
- (イ) 宿泊療養施設の受け入れ時間の拡大と弁当配布の改善、施設機能を医療・看護度が高い往診型とリモート診療対応型に機能分化した。
- (ウ) 都に入院調整本部に専任の転退院支援班を設けて、重症受入医療機関～中等症等受入医療機関～宿泊療養施設等の転退院を促進した。
- (エ) 転退院支援班には主にDMATの医師を配置し、認知症、人工透析患者、小児、妊婦等特殊な対応が求められる相談にもあたった。

イ. 保健所機能の逼迫に対して。

- (ア) 診療・検査医療機関の役割を強化し、無症状者や軽症、重症化リスクのない患者については、医療機関の医師自ら、宿泊療養施設への入所勧奨や自宅療養者の健康観察を実施する体制とした。医師の判断内容については、その情報を医療機関から保健所に連絡する仕組みとした。
- (イ) 診療・検査医療機関について、第4波までは医療機関名を非公表とし、個別に電話で案内する対応としていた。第5波における感染拡大に際し、保健所の業務負担を軽減させるため、都医師会との調整により、あらかじめ医療機関名を公表することとした。「診療・検査医療機関マップ」を作成しホームページで公表することで、患者が保健所や発熱相談センターを介さずに直接アプローチできるようにした。ホームページでは、開設時間・曜日、小児の受入れ、外国人の受入れ、濃厚接触者の検査の受入れの可否についての情報を掲載した。
- (ウ) 保健所が宿泊療養先を調整する仕組みを改め、宿泊療養施設に検査陽性者が自ら申し込めるような窓口を開設し、聞き取り調査の際に案内した。これにより、保健所の負担を軽減するだけでなく、陽性患者が早期に宿泊療養に移行できる体制となった。
- (エ) 施設（特養、老健、児童養護施設等）で発生したクラスターに対し、往診

対応や中和抗体薬投与等により、感染を抑制できた。これに対応するため、地域での往診拠点病院設置など、体制を整えた。

(オ) 保健所業務のデジタル化の推進を行った。①患者調査時の音声マイニング技術（電話やり取りのテキスト化、要約化）、②患者対応状況の進捗を IT 化し保健所内外の情報共有に供した。

ウ. 必要な医療人材の確保として。

(7) 都や区市町村における医療人材の確保のため、各自治体がそれぞれ、都内の医療機関や医師・看護師養成機関に対して医療人材の支援依頼をしていた。一方で医療機関や医師・看護師養成機関においては、複数の自治体から派遣要請が輻輳する状況であった。このため、都の主導により、協力要請に応じる医療機関等や医師・看護師が個人・養成校を通じて人材情報を登録する「東京都医療人材登録データベース」を作成、設置した。

(イ) 登録者の主な派遣先は【宿泊療養施設、酸素・医療提供ステーション、自宅療養者フォローアップセンター、発熱相談センターにおける相談業務】のほか、区市町村におけるワクチン接種等である。

(ウ) これにより医療人材の派遣が自動化し負担が軽減したほか、派遣元の医師会等団体や医療機関等の業務も縮減した。

(エ) 現在、医師・看護師 1,000 人の登録があるが、今後は 4,000 人程度までの登録者数増を目指している。

(2) 第 6 波に備えて、留意すべき事項について

7. 初期治療体制の強化

(7) 自宅療養者の初期治療体制

(イ) 外来診療病院の整備

(ウ) 地域における往診体制の充実

(エ) 酸素・医療提供ステーションにおいては、有症状の自宅療養患者に対する一時的な酸素投与や投薬・輸液を行うとともに、第 5 波からは新たに承認された中和抗体薬の投与も実施してきた。第 6 波に向け、酸素・医療提供ステーションの機能強化として、自宅療養者の外来診療や入院待機者の診療を行うことのできる体制とする。

4. 圏域毎のネットワーク体制の構築

(7) 圏域内での入院調整

(イ) 圏域毎にバランスよく宿泊療養施設の確保

- (ウ) 専用病床については、都立・公社病院を中心に 240 床の増床を図ることにより、第 5 波と比べておよそ 3 割増の患者受入が可能な体制とする。これに加えて、効率的な病床運用のため、都入院調整本部に「転退院支援班」を設置・増員を図ることで、症状が改善した患者の後方病床や宿泊療養施設への後送を促進させる体制とする。
 - ウ. 逼迫時に備えた保健所を介さない医療アクセスの確保
 - (7) 診療・検査医療機関による濃厚接触者の検査
 - (イ) 24 時間体制の自宅待機者対応（自宅待機者等 24 時間緊急サポートセンターの設置）によりオンライン診療、外来往診、抗体治療などの医療機関案内
 - (ウ) これまで以上の保健所との連携強化、保健所医師との意見交換
 - (エ) 島嶼地域での対応における課題整理
- (3) 対策本部運営に関わる危機管理部門と保健衛生部門の役割分担について
 - ア. 調査・分析、情報収集・発信など、効果的な感染症対策を一体的に担う常設の「司令塔機能」として令和 2 年 10 月から東京 iCDC を立ち上げた。健康危機管理対策本部（危機管理部門の事務が担当局長）と、これに専門的助言をする iCDC 専門家ボードを一体的に運営する。
 - イ. 平時（人材育成、他機関とのネットワーク構築）も有事（緊急時オペレーションを迅速に対応）にも機能できるように構成。
 - ウ. 感染症対策部、医療政策部、保健所、健康安全研究センター等は保健衛生部門。
- (4) 在宅療養、クラスター対策、病院のスタッフのトレーニング等に関する人材育成活用について
 - ア. コロナ以外にも、様々な感染症による危機管理に備えるため
 - イ. 都内大学からの提案で、「中小病院におけるポストコロナ時代への感染症健康危機への対応能力強化事業」を創設した。
 - ウ. 中小病院でのクラスター対応の経験を収集・分析し、地域の専門家を活用して中小病院・保健所を対象とした講習会、人材育成を行う。
 - エ. 同時に教育資材の開発、地域住民への情報提供も行う。
- (5) リスクコミュニケーションについて

第 2 波以降、東京 iCDC 専門家ボードに、福祉局部長他に外部専門家アドバイザーを加えた「リスクコミュニケーションチーム」を設け、都民にいかに正しい理解と行動を持っていただくかについてメッセージの出し方を分析・工夫した。事前に

1000 人規模のモニター調査等やメディアとの意見交換会も行い、共感を持ってメッセージを受け止めてもらえる方向を細かく議論した。これにより、第3波以降のその時々課題（若者の行動等）や、テーマごと（ワクチン等）を意識したメッセージの発信につなげている。モニタリング会議の代表や知事の発進力も相当にあったと思われる。東京オリンピック開催やワクチン大規模接種など、全国的に注目される政策を主導していくときにも欠かせない活動であったと思われる。

(6) 考察

7. 自治体のコロナ対策は感染者数が多いところ（＝緊急事態宣言が出たところ）、とか大都市とかやむを得ず生まれてきたものと考えられる。東京都が代表的で、外国からの玄関口でもある。きわめてプラクティカルな決断をすれば、保健所機能を本庁が集約して、災害対応のようにコマンド的（官房機能）に実行することもスピードを重視すれば納得できると思われる。例えば保健所機能が逼迫するスピードが速い中、特別区や国との連携に気を遣いながら、持てる資源を使って都に機能を集中させる決断は適切であったと言える。
1. 感染症法上2類とはいえ、都民個々の自助努力にお願いする対策が主となる現状において、望ましい行動を取ってもらうための情報発信の工夫は必須である。多くは自治体の長の発進力に依った感があるが、東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議のモニタリングシート、モニタリングコメントとして準備し根拠を明確にしたのは範となる。リスクコミュニケーションチームを設置して、これを重視した結果である。
- ウ. 新型インフルエンザ流行時にも言えたことだが、流行には地域差が存在し、全国波は等しくあっても感染者数が自治体により全く違う。よって、流行が早く発生数が多かった自治体の経験がすべての地域に当てはまるわけではない。しかし、そうで無い地域も流行が収まるまで対策は必要であるから、「あり得ること」として情報収集、シミュレーションすることも必要と思われる。

3. 石川県 11月22日 オンラインによる聞き取り調査

石川県は、第3波までは「原則、入院」（軽快した患者は宿泊療養）という方針で入院調整を行っていたが、第4波以降、感染者の急増を受け、県独自に「メディカルチェックセンター」を開設し、療養先の振り分けを行うという特徴的な入院調整を行っていた。このため、研究班のヒアリングにおいては、医療調整本部における療養先の具体的な調整手順を中心にヒアリングを行った。

(1) 療養場所の調整方針

7. 原則、入院

感染者数は、第1波（R2年2月～6月）300人、第2波（R3年7月～11月）554人、第3波（R2年12月～R3年3月）1,057人と、波ごとに感染規模は拡大したものの、第3波までは「原則、入院」の方針を維持することができた。

石川県が「原則、入院」の方針を維持できた大きな理由としては、1）病院・保健所・医療調整本部で入院患者数などの情報を共有した上で、コロナ病床を有効に利用し、2）宿泊療養施設を積極的に活用するという運用体制が功を奏したと思われる。具体的には、第3波までは、患者は「原則、入院」した上で、軽快した場合、順次、宿泊療養施設に移送するという仕組みである。

- ・ 第1波：原則入院。発症後14日を経過し軽快した患者を宿泊療養の対象とした。
- ・ 第2波：原則入院の方針を維持。発症後の日数に関わらず、軽快した患者（主治医が宿泊療養可能と判断）を対象とした。宿泊療養施設の利用率は約2割。
- ・ 第3波：原則入院の方針を維持。宿泊療養の対象者は第2波と同様であるが、10代、20代の軽症患者は入院2～3日後に宿泊療養に移行する運用を積極的に進めた。宿泊療養施設の利用率は、陽性者全体で約4割、特に10～30代では過半数が利用。

4. 宿泊療養施設への直接入所とメディカルチェックによる振り分け

第3波の終息後、感染拡大に備え、コロナ病床の増床（令和2年8月：258床→令和3年4月：345床）を図るとともに、入院を経ずに、宿泊療養施設に直接入所する運用を準備した。直接入所の対象者は、重症化リスクが低いと考えられる「①40歳未満で基礎疾患のない軽症患者」に限定することとし、

宿泊療養施設の医療体制や病院への移送体制を強化した上で実施することとした。

第4波が始まり、4月から宿泊療養施設への直接入所を始めたが、第4波の感染者数は第3波の2倍規模であり、5月上旬には病床稼働率が約90%になった。病院関係者の協力のもとに、コロナ病床の更なる増床（令和3年5月:373床→6月:435床）を図ったが、宿泊療養施設の更なる活用も求められる状況であった。こうした中、県立中央病院に「メディカルチェックセンター」（後述）を開設し、「②40歳以上や基礎疾患のある軽症患者」等を対象にメディカルチェックを行い、入院療養と宿泊療養に振り分ける運用を開始した。また、中和抗体薬の承認後、メディカルチェックに抗体療法を組み込み、重症化リスクのある患者は、必要に応じて抗体療法を行ってから宿泊療養を行う流れも確保した。

ウ. 自宅療養者に対する電話診療・往診と薬の宅配、メディカルチェック

第4波では、病床稼働率が高まる中、基礎疾患がない軽症患者で、本人が希望した場合、自宅療養を行うことを認めることとした。自宅療養者に対しては、当初、保健所が健康観察を行い、体調が変化した時には入院に切り替える対応を行っていたが、一部の医療機関の協力のもとに電話診療が始め、その後、県医師会、県薬剤師会の協力のもとに電話診療や往診、薬の宅配を行う体制を確保した。また、県看護協会の協力のもとに健康観察の一部を委託することになり、中和抗体薬の承認後には、重症化リスクのある患者が自宅療養を希望する場合、メディカルチェックを受診調整し、必要に応じて抗体療法を行った上で自宅療法を行う体制も確保した。

こうした取組の結果、患者の重症度・重症化リスク（①40歳未満で基礎疾患のない軽症患者、②40歳以上や基礎疾患のある軽症患者、③中等症・重症などのため主治医が入院を要するとした患者）に応じて、療養場所（入院、宿泊療養、自宅療養）を選定する流れが構築された。

(2) メディカルチェックについて

ア. メディカルチェックセンター開設の契機

第4波では、「40歳未満で基礎疾患のない軽症患者」の宿泊療養施設への直接入所を積極的に進め、「中等症や重症など主治医が入院を要すると判断した患者」等の入院調整を進めた結果、R3年5月には病床稼働率が約90%に達し、療養先調整中の者が増加することになった。このため、県立中央病院に

「メディカルチェックセンター」を開設し、「40歳以上や基礎疾患がある軽症患者」等を対象に、血液検査やCT等によるメディカルチェックを行い、入院療養と宿泊療養に振り分ける運用を開始した。

イ. メディカルチェックセンターの具体的な運用

メディカルチェックの対象者は、主に40歳以上または重症化リスクとなる基礎疾患のある軽症患者である。40歳未満かつ基礎疾患のない軽症患者は、通常、メディカルチェックの対象にしていないが、発熱などの症状が持続する患者などは、メディカルチェックの対象としている。

メディカルチェックでは、問診、血液検査、CT検査を行い、入院適応（宿泊療養や自宅療養の可否）を判定している。また、中和抗体薬の承認後は、メディカルチェックに抗体療法を組み込んでおり、重症化リスクのある患者は、必要に応じて、抗体カクテル療法を行った上で（通常、1泊入院）、宿泊療養や自宅療養に移る運用を行っている。

メディカルチェックセンターでは、受診患者の半数以上を「宿泊療養可能」と判定している。こうした判定が可能なのは、県立中央病院（メディカルチェックセンター）と第2宿泊療養施設を一体的に運用する体制にしたことが挙げられる。①メディカルチェックセンターを受診し、宿泊療養可能とされた者は第2宿泊療養施設に入所し、②第2宿泊療養施設には県立中央病院等の医師が巡回して、入所後に体調の変化が確認された場合には、県立中央病院への入院療養に随時切り替えるという運用である。③メディカルチェックセンターの受診結果は、いしかわ診療情報共有ネットワークを活用し、宿泊療養施設で閲覧できる体制にもなっており、紹介状の代わりにICTを活用して診療情報を共有している。

ウ. メディカルチェック実施病院の拡充とその効果

メディカルチェックは、第4波の際、県立中央病院において始まり、当初は、主に宿泊療養希望者を対象にしていた。しかし、メディカルチェック実施病院は徐々に増加し、宿泊療養希望者だけでなく、重症化リスクのある自宅療養希望者も対象とした。こうした結果、宿泊療養施設への直接入所や、メディカルチェック後の宿泊療養などが増加し、入院率は、第3波（1/20）80.9%、第4波（5/12）52.5%、第5波（8/4）25.8%と減少した。病床稼働率は、第4波では約90%まで高まったが、第5波では最大でも約60%であった。第4波以降、宿泊療養者や自宅療養者が増加したが、宿泊療養や自宅療

養を開始後に、体調が変化し入院となった患者の割合はいずれも数%に留まっており、第5波では、入院が必要な場合に円滑に入院調整することも可能であった。また、自宅療養者の体調変化に伴う入院は、保健所への相談を契機としたものが多く、119番通報を契機にしたものは限られており、保健所による健康観察が十分に機能していたことも伺われる。第1～3波、第4波、第5波と流行時期とともに、重症化率や死亡率は減少しており、病院・保健所・医療調整本部等による協力体制が機能したことを示している。

(3) 第4波、第5波の振り返りと、第6波に向けた体制整備

石川県では、県内の2大学病院、県立中央病院ほか感染症指定医療機関、県医師会、県看護協会等及び学識経験者から構成される石川県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議において、第4波、第5波の振り返りと、振り返りを踏まえた第6波に向けた体制整備について議論が重ねられ、「戦略的な検査の実施」と「重症化の徹底的な抑制に向けた医療提供体制の強化」を2本の柱による提言が行われた。

県では、同提言を踏まえ、ピーク時の療養者数を第5波のおよそ1.5倍の1,221人と想定した上で、想定する療養者数に対応するため、最大475床のコロナ病床を確保し、入院が必要な患者の受入体制を強化した。また、ワクチン接種の進展により無症状・軽症者が多くを占める中、重症化リスクのある患者を早期に把握し、早期に中和抗体薬の投与等の必要な治療を行うことで、重症化を徹底的に抑制するため、メディカルチェック実施病院を25病院に拡充している。

石川県では、入院療養、宿泊療養、自宅療養の体制を順次整備し、療養の選択肢を広げており、病院・保健所・医療調整本部等で情報が共有されており、流行規模に応じて、関係機関が一丸となって臨機応変に対応できる体制になっていると考えられた。

(4) 中核市金沢市との良好な関係

石川県の県庁所在地金沢市は令和2年国勢調査で、463,583人（県の人口の40.9%）。

一方、令和3年12月19日現在の石川県の感染者7,971人のうち、金沢市の感染者は4,223人（53.0%）で、県外観光客が多く、様々な形態の飲食店が集まる繁華街を抱える金沢市の感染者の動向は石川県の感染状況を大きく左右している。また北陸新幹線により首都圏との人の往来が多く、いずれのフェーズでも感染の立ち上がりは金沢市から全县に波及していった状況であった。もとより感染

症に関しては、サーベイランスや感染症指定病院については、石川県の医療計画に基づき、石川県下統一のスキームで動いてきたこともあり、今般の新型コロナウイルスへの対応も、以下の点で、石川県と保健所設置市である金沢市の良好な関係が保たれている。加えて、金沢市保健所と石川県庁は車で10分以内の距離にあり、保健所から県庁に出向いて直接情報交換することも日常的で、相互の信頼関係の上に立った事業展開が可能である。

7. 入院調整の一元化

県型保健所（石川中央保健福祉センター）が所管する3市2町、及び中核市保健所（金沢市保健所）で構成される中央医療圏においては、医療資源が豊富で療養のための2か所のホテルも所在し、金沢市と周辺自治体の入院調整を県庁医療調整本部で一括して行ったことにより、感染者に対して迅速かつ的確な対応ができ、更に双方の保健所の負担は著しく軽減された。一方、県庁の医療調整本部では、医療圏全体の病床利用状況が把握され、県市一体的な調整が委ねられている。また、発熱・呼吸器症状を呈する患者の救急搬送に対しては、受け入れのための輪番体制を整え、コロナ対応病院間での相互協力体制が構築されている。

4. PCRセンターによる行政検査体制

石川県医師会の協力により石川県が金沢市内に設置したドライブスルー型のPCRセンターには、中央医療圏の2か所の保健所において行政検査の必要な住民が誘導されている。当初は採取した検体は全て、PCRセンターから遠い石川県保健環境センター（地方衛生検査所）に持ち込み検査されていた。しかし金沢市保健所試験検査課においても、感染研や地衛研の指導の下、PCR検査を行うようになったため、PCRセンターから比較的近い金沢市保健所に検体を搬入し、夕方から検査を開始することによって、速やかに検査結果が得られ、石川県の地衛研の負担の軽減が図られた。同じ医療圏の石川中央保健福祉センターの行政検査の分も含め、検体の搬送も金沢市保健所が担い、検査結果は速やかに2か所の保健所に報告されている。

ウ. 感染者に係る公表を県庁発に一本化

当初より、金沢市の感染状況は全て県庁に報告し、全県の感染者数やクラスター発生状況などは、毎日夕刻ごろに、県庁から記者会見ないしは記者提供資料によってリリースされている。その結果、情報のダブリやブレはなく、報道機関からの窓口も一本化され、正確な情報が速やかに発信されている。

る。

- I. 金沢市は疫学調査、事務処理、通知文書などは基本的には県庁の方針に追従
地方の実情に応じてある程度の裁量が認められる事務処理等に関しては、
金沢市はほぼ県庁の方針通りに追従している。とはいえ、事務効率などの現
場からの声や住民要望による改善事項は県と協議し、県も金沢市に耳を傾け
ている。些細なことでもフランクに情報交換を行うことで、信頼関係が構築
されている。

- II. クラスタ対策班による介入

石川県では、県内の医療機関に勤務する感染症専門医、ICN、DMAT、呼吸器
内科医（COVID-19 治療）等のスタッフにより構成されるクラスタ対策班
を、病院、高齢者や障害者等の社会福祉施設、学生寮等でクラスタが発生
した際には気を逸せず派遣している。金沢市保健所で発生したクラスタに
対しても速やかな派遣があり、保健所から同行する保健師共々、施設内の感
染状況等の情報を共有し、必要に応じてカンファレンスを行い、介入後も継
続的な支援を行っている。更にリモートによる支援も行われており、施設の
細部にわたるきめ細かい指導となっている。

介入先の現場では、ICNによるPPEの着脱手技や、施設内のゾーニング等
の感染症の基本的対処に加えて、高齢者施設等では、施設内で治療を行うこ
ともあり、その際には呼吸器内科等の専門医による指導を行っている。

- III. 施設従事者へのサポート

県では、クラスタ等で、医療や介護従事者自身の感染や濃厚接触者とな
ることによる就業制限のため、従事者が事業継続のための人数を満たさない
状況を見据えて、看護師、介護従事者、等の派遣の仕組みを作っており、金
沢市も必要に応じて利用することができる一方で、派遣を担う共助の体制で
ある。

石川県医療計画による「感染症指定病院」

	石川中央	南加賀	能登北部	能登中部
一類感染症	石川県立中央病院			
二類感染症	金沢市立病院	小松市立病院	(結核以外) 公立能登総合病院 (結核のみ) 七尾病院	(結核以外) 市立輪島病院 (結核のみ) 珠洲市立総合病院



新型コロナウイルス感染症患者受入病院数

	石川中央	南加賀	能登北部	能登中部
基幹病院	5 (金沢市4)	1	1	1
連携病院	9 (金沢市6)	4	4	3

(5) 考察

7. COVID-19 患者の健康観察においては、一般的に、保健所は患者を直接診察することが物理的に困難であるが、石川県の実施した「メディカルチェック体制」は、まずは全ての患者を医師の目で確認するという理想形であり、同県における安定的なコロナ診療体制に大きく貢献したと考えられる。
1. こうした体制は、県・市や保健所など行政の意思のみで実施できるものではなく、メディカルチェック機能を担うことのできる医療機関の数や地理的条件、病院や地域の医療関係者の協力、また地域の患者の発生動向（患者数）などの条件が一致することが必要であると思われる、特に、「病院や地域の医療関係者の協力」については、平素からの医師会、大学、病院、行政が良好であったからこそ実施しえたものである。
2. また、感染当初から第6波に至るまでの感染拡大により、当初の県立病院のみによる実施体制から、複数病院による実施、自宅療養者への対象拡大など体制は変化してきたが、当初の「すべての患者のメディカルチェック」という考え方が出発点にあったからこそ、それを基礎として応用することができたものと思われる。

4. 埼玉県 実施日時：令和3年11月26日 訪問による聞き取り調査

(1) 第4波における対応状況

- ア. 第4波においては、第3波ほど患者が発生せず対応にそれほど苦慮しなかった。
- イ. 第3波後に出された国の方針（第3波に確保した2倍の病床確保等）に基づく医療体制整備について、関西での患者発生状況や病床のひっ迫状況があったことから、医療機関の危機意識が高まり、協力を得やすかったように感じている。

(2) 第5波における対応状況

- ア. 第5波のピーク時には、保健所機能が十分に機能せず、一時期目詰まりを起こした。
- イ. 1日の最大入院調整件数は約200人となった。
- ウ. ひっ迫時は、入院基準を厳格にすることで対応した。
- エ. 民間病院からは、先に公立病院が自分たちより多く患者を受け入れてから（高い利用率まで受入れたうえで）、入院依頼をしてほしいとの声があった。

(3) 現在の状況

ア. 病床確保

- (ア) 病床確保計画は、各医療機関から提出された病床数の積み上げ数を基に設定。
- (イ) 現在の運用フェーズはフェーズ2。
- (ウ) フェーズ1へ下げると病床数が500床程度に下がるため、地域における患者受入れを鑑みて第6波の状況をよく確認しながら移行は慎重に検討している。
- (エ) コロナ患者がいない時は、国の通知に沿って、コロナ病床において一時的に一般患者を受け入れることを認めている。

イ. 入院調整

- (ア) G-MISとは別に独自のWEBでの病床の使用状況にかかる管理システムを構築。毎日16時までに各医療機関（約100医療機関）状況を入力してもらっている。

ウ. 自宅療養者等に対する支援

- (ア) 抗体治療を1泊2日で行う医療機関が80程度。受診手段は、患者自ら受診。

- (イ) ロナプリーブ用のホテルの整備を進めている。
- (ロ) 自宅療養者に対する支援として、無症状者を主に対象とした支援センター（旅行会社委託）と軽症者、基礎疾患を有する患者を対象にした協力医療機関がある。
- (ハ) 協力医療機関はオンラインや往診等で健康観察を担っている（約 500 医療機関）。
- (ニ) 協力医療機関としての医師会への協力依頼は、本庁の自宅療養担当部署が、県医師会を通じて、直接各郡市区医師会にお願いしている。郡市区医師会は、県の動きに比較的協力的。

イ. 政令・中核市との連携

- (ア) 入院調整については、令和 2 年 4 月に政令市・中核市保健所の機能も含めた全保健所の入院調整機能を本庁に一元化。
- (イ) 現時点では、本庁で一元化して行っている入院調整機能を保健所に戻す予定はない（保健所に追加で入院調整を行うほどの余力がないため）。

ロ. 医療機関に対する研修

- (ア) 患者受入医療機関向け研修を月 1 回県主導で実施（WEB 研修会）。
- (イ) 治療の均てん化を図っており、研修の効果は一定あるとのこと。

ハ. 市町村等に対する人材育成研修

市町村等に対する人材育成研修を 5 月に実施。研修は 1 日を使っておこなった。

ニ. その他

医師を含む技術職は、入院調整を中心とした業務に従事。

(4) 考察

- ア. 埼玉県は、東京都、神奈川県、千葉県等、首都圏における他の都市型都道府県と同じく、COVID-19 の大規模感染拡大が生じた都道府県である。
- イ. COVID-19 は、都道府県完結型の医療体制構築を求められているが、東京都に隣接し、平時は東京都に患者が流出する傾向にある埼玉県は、医療体制のひっ迫が生じやすいのではないかと推察された。しかしながら、埼玉県においては、第 4 波の経験を踏まえ、多くの対策が講じられ、第 5 波における医療体制のひっ迫に対応していた。入院医療体制においては、G-MIS とは別に、独自の WEB を使用した病床使用状況の管理システムを構築し、受入医療機関とリアルタイムの受入状況を共有し、効率的な入院調整が図られていた。ま

た、大規模感染拡大時に特に重要となる自宅療養支援については、オンラインや往診等で健康観察を担っている協力医療機関として約 500 医療機関（令和 3 年 11 月時点）が確保されていた。協力医療機関については、県庁の自宅療養担当部署が、県医師会を通じて、直接各郡市区医師会に依頼し確保していた。郡市区医師会は県の動きに比較的協力的であったとのことであり、平時から県庁と郡市区医師会との協力関係が築かれていたことが大きいと考えられる。

- ウ. 埼玉県の実践からわかるように、COVID-19 対策は、医療機関、医師会等医療関係団体の協力なしでは効果的効率的な対策を講じることは困難であり、平時から行政は、医療機関、医師会等医療関係団体と協力関係団体と協力関係を築いていくことが重要である。

5. 沖縄県 実施日時：令和4年1月11日

(1) 対策本部等の体制

7. 保健医療部長をトップとする総括情報部を設置。令和2年4月に兼務職員16名でスタートし、令和3年度からは感染症対策課、ワクチン接種等戦略課を置き体制を強化。同年9月時点で本務39名、兼務221名の体制で対応している。
1. 本部体制の拡充は、流行の波を重ねるごとに必要な機能の担当グループ（G）を設置することを繰り返し行っており、第2波以降、検査企画G、施設支援G、看護師確保G、自宅・宿泊療養G、保健所支援G、店舗巡回G、認証店G、入院待機ステーションG、学校保育PCRG等が設置され、直近では抗原定性検査陽性者登録センターG、福祉施設支援G等が設置された。

(2) 専門家会議と対策本部の関係および専門家会議からの提案や助言により実施された事柄

7. 感染症対策専門家会議は知事直轄の会議として運営され、感染拡大時の対応等について意見を聴取し、対策本部での政策決定の参考とする。
1. 具体的には国に対する緊急事態宣言対象地域への追加要請、在宅医療体制の整備、抗原簡易キットを使用した際のフローチャートの作成等が専門家会議の意見を踏まえて実施された。
7. また専門家会議とは別に、疫学・統計解析委員会を設置し毎週の県内の発生動向について分析や予測を行い、対策本部に毎週報告している。

(3) 保健所の技術的支援のしくみ

7. 疫学調査

(7) 感染拡大期にあっても保健所が積極的疫学調査に専念できるよう応援職員の派遣を行った。

(1) 保健所機能のうち入院調整、自宅療養者の健康観察及び搬送、接触者に対するPCR検査案内、学校等の発生があった場合の一斉検査の実施等については県コロナ本部に集約した。

1. クラスタ対応

(7) 福祉施設等で陽性者が確認された場合、当該施設から県コロナ本部の施設支援チームに一報が入り、感染症専門家の派遣や資材の配布、規模が大きい場合は現地対策本部の運営等の支援を行っている。

(1) 上記支援を行う際に、保健所と協議・連絡・調整を行っている。

ウ. IHEAT の活用の有無

(有)

(4) 衛生研究所、感染症情報センターの役割

ア. 検査については令和2年6月に1日1000件であった検査可能件数が令和3年8月には26000件に拡大したため、衛生環境研究所では変異株の解析等や各検査機関の精度管理に関する指導等にあたっている。

イ. 感染症情報センターでは、統計データについて関係機関向けに周知する沖縄 COVID-19 update を毎日発信しているほか、国立感染症研究所の支援を得て感染経路等に関する分析を行っている。

(5) 高齢者施設における有症者に関する情報の収集方法

ア. 施設の初発例については県コロナ本部に報告するように周知している

イ. その後はスクリーニング検査の結果を含めて随時情報交換を行い、全員が解除となるまでフォローする。

(6) 第4, 第5波の振り返り、課題の整理等はなさいましたか？(資料があれば共有させていただきます)

資料添付します

(7) 第6波に備えて、強化、留意すべき事項を自治体として検討なさいましたか？

(資料があれば共有させていただきます)

資料添付します

(8) 入院調整方法

ア. 令和2年4月より OCAS(Okinawa COVID-19 Assessment System) と呼ばれる独自の入院管理システムを導入し、各医療機関に重症度別の入院患者数、疑似症患者数、受入可能な病床数等の入力を依頼し、リアルタイムな情報に基づき医療コーディネータが入院調整を行っている。

イ. 同システムはグーグルドライブを用いて医療コーディネータが開発し、上記情報の以外にも転院可能な入院患者数、コロナ以外の病床使用率、休業している医療従事者数なども集計して分析している。

(9) 自宅療養者の決定方法および日々の健康観察、治療へのアクセスなど

ア. 自宅療養者も含めた入院調整は本部の医療コーディネータが行う

イ. 健康観察についてはハイリスク者に対しては県本部自宅療養健康観察センターの看護師が直接架電、それ以外の者へは電子申請システムから問診項目の入力を依頼し、HERSYS の自動架電やアプリを活用して健康観察を行い、就業

制限は保健所が行う。

ウ. 治療や受診が必要になった場合は県本部の搬送車等で搬送を行う。

(10) 沖縄県の対策の特徴や他自治体に参考になりそうな取り組み

ア. 高齢者施設等での陽性者が発生し入院調整が困難な場合は、施設内に留まり治療を行う必要がある。

イ. その際、発生届、オンライン診療を含む往診、薬剤の処方等について、地区医師会の協力を得てかかりつけ医等や地域の在宅診療医師、病院勤務医が参画するしくみを構築している。

(11) 考察

ア. 沖縄県ではコロナ対策のうち公衆衛生対応とともに災害医療的対応を重視し、県コロナ本部に災害医療コーディネータを常駐させ重症度に応じた病床確保とリアルタイム情報に基づく入院調整を一元的に行っている。

イ. 人口あたりの罹患者数が全国上位にあるため一昨年以来大きな流行を繰り返しているが、効率的な入院調整と、必要に応じて本部に担当チームを設置し迅速に対応する体制で医療ひっ迫の危機を逃れてきた。

ウ. また、離島県であるため人材確保については、全国知事会や自衛隊などから看護師等の支援を受けている。

【全体考察】

● **調整機能の集中化により限られた資源（病床）を有効活用する**

医師・看護師の設置および入院調整機能の集中化によって、迅速に入院調整を行ったことにより、医療提供の最適化が図られていた。

COVID-19 対応においては、医療逼迫や病床不足が課題となったため、通常医療と併せて円滑に運用していくための手段として各自治体で検討がなされてきた結果だと推測する。限られた医療資源を限られた地域で活用するためには、全体をリアルタイムに把握し、負荷を分散させることが必要となり、多くの自治体が採用している入院調整の集中化は極めて合理的である。

限られた資源の活用には機能の集中化が有効であることを認識した上で、本庁に設置される本部機能（官房機能）によって、集中化へ移行するタイミングを自治体毎に判断していくことが必要である。したがって、大阪府が利用している「WEBを使用した病床使用状況の管理システム」のような仕組みは、全国的に認識かつ応用の検討がなされるべきである。

- **平時の協力関係が有事に機能する**

埼玉県では、オンラインや往診等で健康観察を担っている協力医療機関として約 500 医療機関（令和 3 年 11 月時点）を確保し、自宅療養支援を行っており、本庁および保健所による努力と平時の医療機関との良好な関係が背景として重要であったと考えられる。また、県庁と郡市区医師会との協力関係が築かれていたことが大きいと考えられる。大阪府における訪問看護師の利用や保健所を介さない医療アクセスの確保なども、関係機関との平時の関係が背景にあることに相違ないと思われる。

また、石川県の実施した「メディカルチェック体制」は、当初の「すべての患者のメディカルチェック」という考え方を出発点として、行政が本考え方に拘った結果であると考えられる。行政が理想と仕組みを提示し、関係団体や医師会等が協力することによって、安定的な COVID-19 の診療体制に貢献していると思われる。

- **首長、行政とともに専門家が情報発信する機会を設ける**

COVID-19 対策は、原則として科学的根拠に基づいて実施されるべきである。また、個人の自助努力が重要であるため、行政による対策に関する情報発信は、全ての方が理解できるように伝えるための努力が求められる。したがって、各自治体の長による情報発信は、専門家からの科学的根拠に基づく助言を背景として、地域住民へ説明されなければならない。東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議のモニタリングシート、モニタリングコメントなどを背景とした東京都の情報発信は、専門家の意見を公開することによって根拠を明確にしており、理想的なリスクコミュニケーションであると言える。

謝辞

本研究班の視察調査に御協力いただいた埼玉県、東京都、石川県、大阪府および沖縄県の関係職員に深く深謝いたします。

IV 調査事業 2

各市町におけるコロナ禍の健康障害の現状

1. 目的

市町村が実施する保健事業等の実施状況におけるコロナ禍の影響を把握するとともに、今後の各自治体の健康づくりに寄与できるための課題を明らかにする。

2. 実施方法

研究班員が所属する3県（神奈川県、滋賀県、石川県）内の市町村に対し、郵送にて、令和3年12月1日～12月28日（石川県のみ、令和4年2月1日～2月15日）の期間、下記の調査項目を調査した。

【調査内容】

（1）乳幼児健診

乳幼児健診の影響について、コロナ禍前の平成30年度と令和2年度の受診率の比較を行う。また、コロナ下による生活の影響について意見を収集した。

（2）がん検診

がん検診の影響について、コロナ禍前の平成30年度と令和2年度の健診の実施状況について比較を行う。また、コロナ禍におけるがん健診の影響について意見を収集した。

（3）介護保険・予防について

介護保険の要介護認定における認定の影響について、コロナ禍前の平成30年～令和2年の3年間での変化を調査した。

また、介護予防事業の実施状況について、その影響を調査した。

3. 調査結果

(1) 乳幼児健診

①乳幼児健診の受診率の変化

神奈川県 33 市町の内 27 市町 (81.8%)、滋賀県 16 市町の内 15 市町 (93.8%)、石川県 19 市町の内 11 市町 (57.9%)、合計 53 市町より回答を得た。

乳幼児健診については、平成 30 年と令和 2 年の受診率を調査した。受診率について、0.1%でも低下したものを減少、それ以外を維持・増加として、まとめた。

結果としては、全体的には受診率の減少がみられるものの、3~4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診の個別方式を実施している市町村では維持・増加がみられた。

表 1. 乳幼児健診における健診実施方法と受診率の変化

実施方法	3 ~ 4 か月児健診 (n=53)			1 歳 6 か月児健診 (n=53)			3 歳児健診 (n=49)		
	個別方式	集団方式	個別と集団併用	個別方式	集団方式	個別と集団併用	個別方式	集団方式	個別と集団併用
回答市町数	10	34	7	1	46	6	0	43	6
維持・増加	6 60.0%	13 38.2%	2 28.6%	1 100.0%	22 47.8%	4 66.7%	-	19 44.2%	2 33.3%
減少	4 40.0%	21 61.8%	5 71.4%	0 0.0%	24 52.2%	2 33.3%	-	24 55.8%	4 66.7%

②乳幼児健診から見た健康障害

3 ~ 4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診のそれぞれの担当者について、以下 8 項目の健康への影響を調査した。

【調査項目】

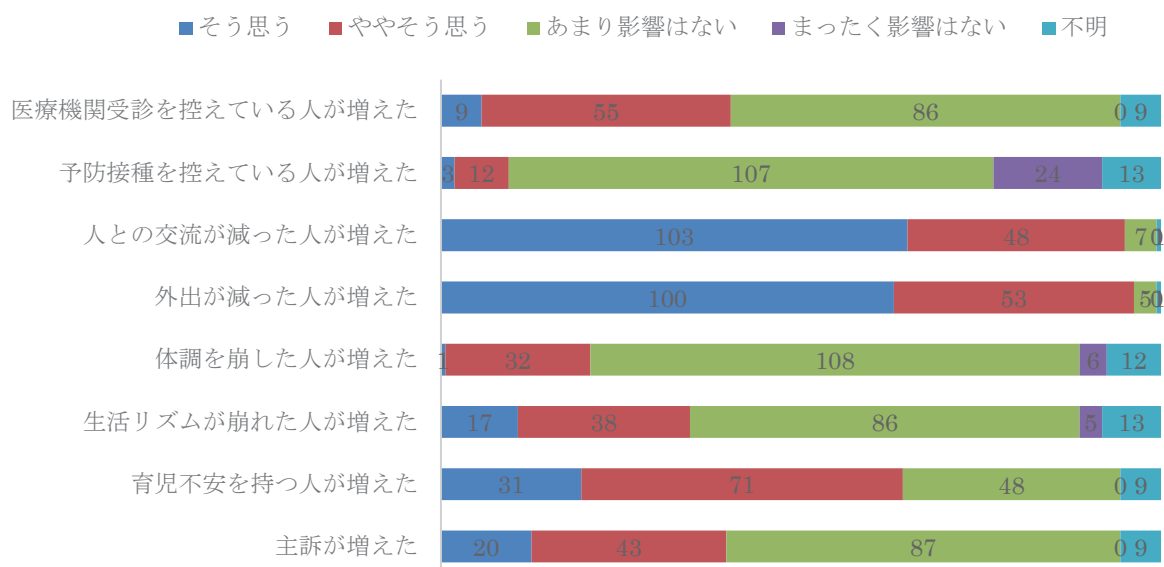
- ・ 主訴が増えた
- ・ 育児不安を持つ人が増えた
- ・ 生活リズムが崩れた人が増えた
- ・ 体調を崩した人が増えた
- ・ 外出が減った人が増えた
- ・ 人との交流が減った
- ・ 予防接種を控えている人が増えた
- ・ 医療機関受診を控えている人が増えた

乳幼児健診での意見では、「外出が減った人が増えた」「人との交流が減った」の項目について、ほとんどの市町担当者がそう思う・ややそう思うと答えていた。また、「育児不安を持つ人が増えた」の項目について、そう思う・ややそう思うと答えたものが半数を超えていた。「予防接種を控えている人が増えた」「体調をくずした人が増えた」については、ほとんど影響がないと答えていた。

いくつかの市町では、相談体制の強化（オンライン相談や電話相談等）するなど、健康障害に対する対応を行っていた。

一方、コロナによる生活の変化の中でプラスと感じる意見を自由記載で求めたところ、「夫の在宅勤務により、育児や家事（健診への協力を含む）などの協力が得られやすくなった」が多くみられた。

図1. 乳幼児健診における健康の影響



※数字は市町数。n=53 市町×3 健診=159 市町

(2) がん健診

がん健診については、52 市町から回答があり、ほとんどの市町村が個別健診と集団検診のいずれかを実施していた。

個別健診における影響については、平成 30 年度はすべての市町村が例年通りがん健診を実施していたが、令和 2 年度は、全面中止とした市町はなかったものの、子宮がん健診で 32.0%、乳がん健診で 32.0%、胃がんで 26.8%、大腸がん健診で 34.3%、肺がん健診で 42.4% の市町村が一部中止または中止をしていた。

個別健診のコロナ禍での取り組みの工夫として、「実施時期をずらした」「実施期間を延長した」などが挙げられていた。

図 2. がん健診の動向（個別健診）

■ 例年通り実施 ■ 全面的に中止・休止 ■ 一部中止・休止

n=52

子宮がん	R2個別健診	68.0	0	32.0
	H30個別健診	100		
乳がん	R2個別健診	68.0	0	32.0
	H30個別健診	100		
胃がん	R2個別健診	73.2	0	26.8
	H30個別健診	100		
大腸がん	R2個別健診	65.7	0	34.3
	H30個別健診	100		
肺がん	R2個別健診	57.6	0.0%	42.4
	H30個別健診	100		

集団健診の動向としては、個別健診同様、平成 30 年度はほとんどの市町で例年どおり実施されていたが、令和 2 年度は、子宮がん健診で 4.8%が全面的に中止、78.6%が一部中止または休止、乳がん健診で 6.8%が全面的に中止、77.3%が一部中止または休止、胃がん健診では 5.1%が全面的に中止、79.5%が一部中止または休止、大腸がん健診では 5.0%が全面的に中止、75.0%が一部中止または休止、肺がん健診では 5.6%が全面的に中止、80.6%が一部中止または休止とほとんどの市町村一部中止または全面的に中止をしていた。

個別健診より、令和 2 年度は集団健診の方が影響を受けていた。

集団健診では、密にならないよう、「人数制限を行った」「完全予約制とした」「健診時間を延長した」「広い部屋や待合室を別に設けた」などのコロナ禍でも安心して参加できる取り組みの工夫が行われていた。

また、各種健診におけるコロナ禍での影響では、個別・集団とも平成 30 年度は影響なしと答えていたが、令和 2 年度は、個別健診では「受診控えや受診率の低下」が、集団健診では「受診控えや受診率の低下」と「周知や調整に苦慮した」など影響が挙げられていた。

図3.がん健診の動向（集団健診）

■ 例年通り実施 ■ 全面的に中止・休止 ■ 一部中止・休止

n=52

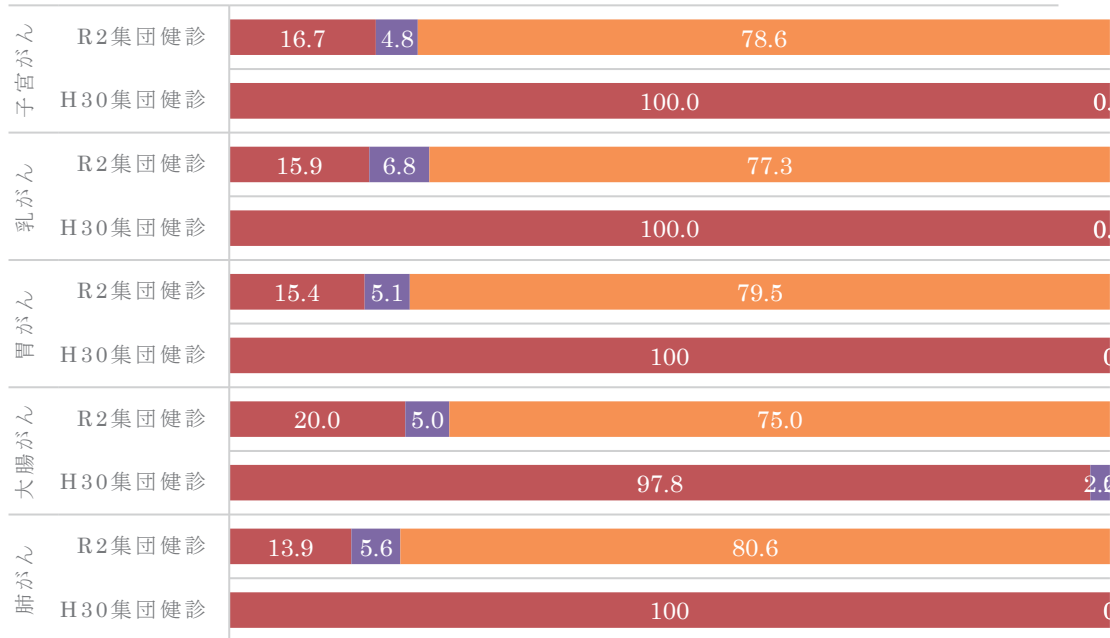


図4.個別健診での影響

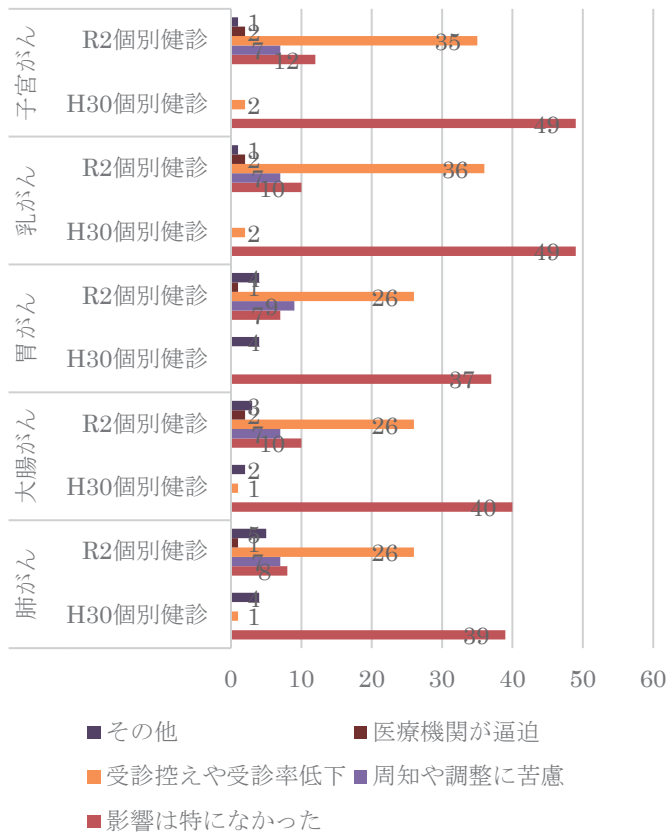
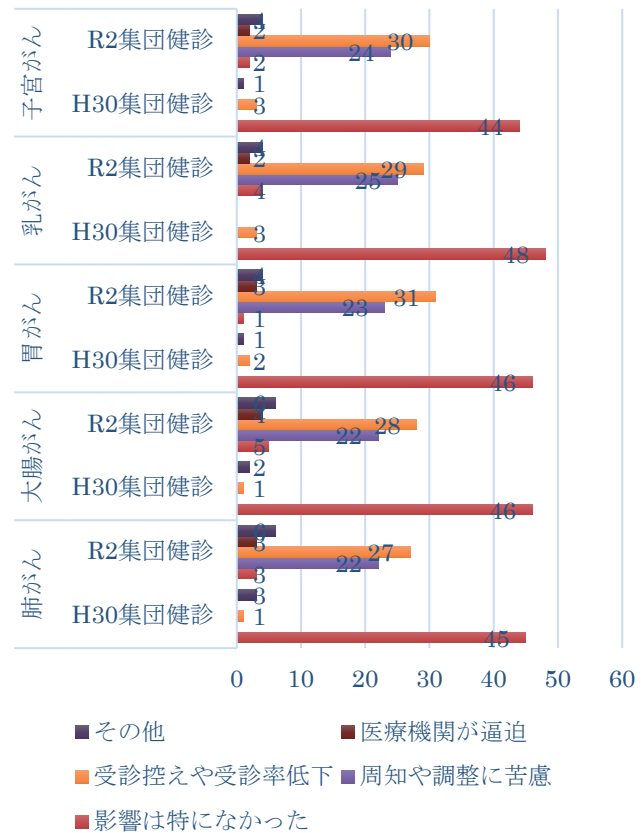


図5.集団健診での影響



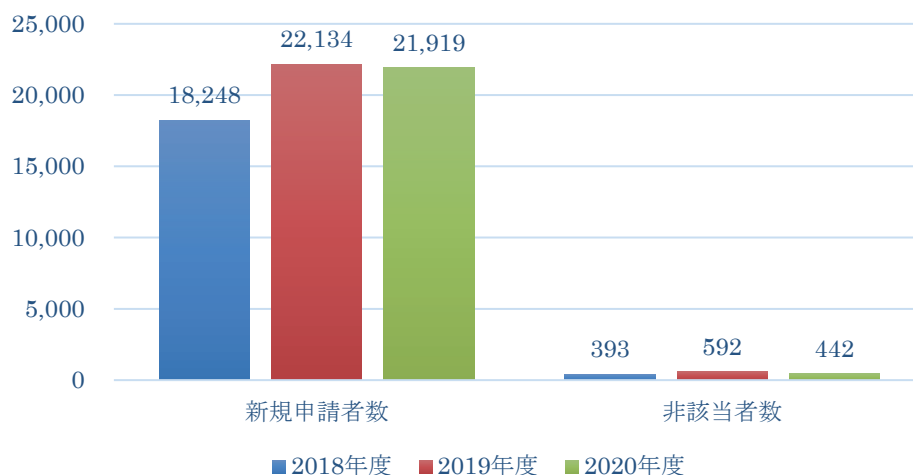
(3) 介護保険

介護保険調査では、神奈川県 5 市町 (15.2%)、滋賀県 12 市町 (75.0%)、石川県 8 市町 (42.1%) の合計 25 市町から回答があった。

介護支援専門員から、コロナ渦後、介護保険の利用申請が増えているのではないかと、また、予防サービスが中止になっていることも増え、介護の取り下げやサービス利用のための要介護申請や区分変更などが多かったのではないかと、という意見が聞かれたことにより、介護申請の状況、区分変更の状況を調査した。

結果として、介護認定については、新規申請者数及び非該当者数が 2020 年度はいずれも減少がみられた (図 6)。

図6. 要介護認定の動向



また、区分変更状況では、前回要支援1では要介護2～3への区分変更が増加していた。区分変更では、特徴的な傾向として、2018年度、2019年度ともいずれの要介護度も区分変更が増加していたが、2020年度は前回要支援2では要介護2以上、前回要介護1では要介護3以上、前回要介護2では要介護4以上、前回要介護3では要介護5以上と2段階上の介護度への区分変更が増加し、その他は減少している傾向を認めた（図7～13）。

図7. 前回要支援1者からの変更状況

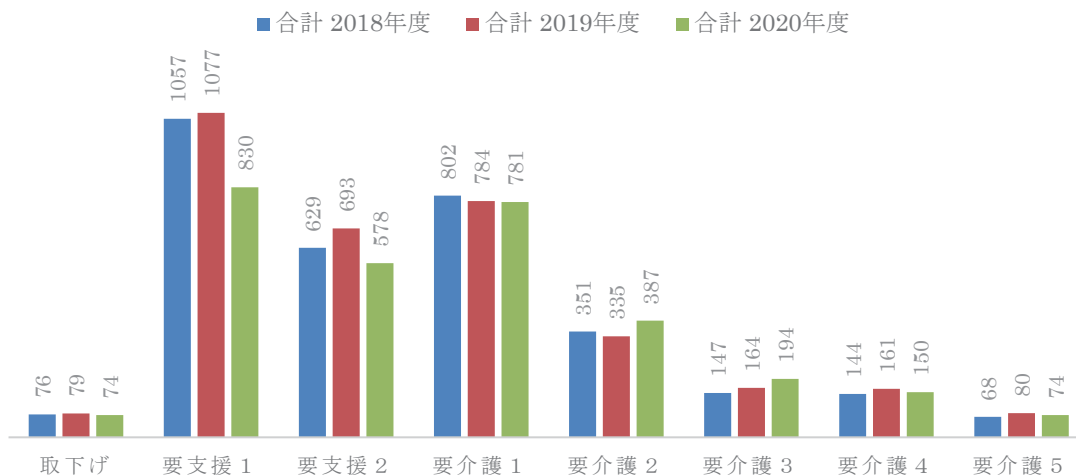


図8. 前回要支援2者からの変更状況

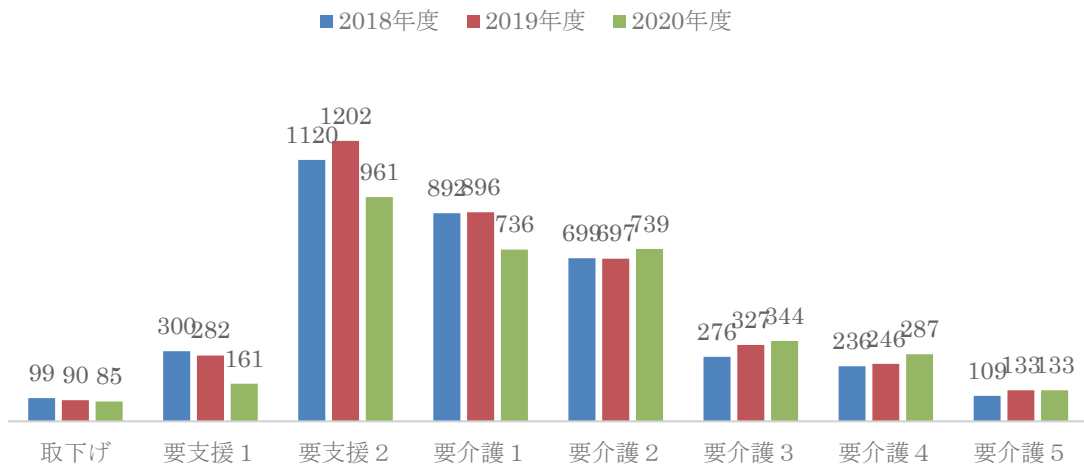


図9. 前回要介護1者からの変更状況

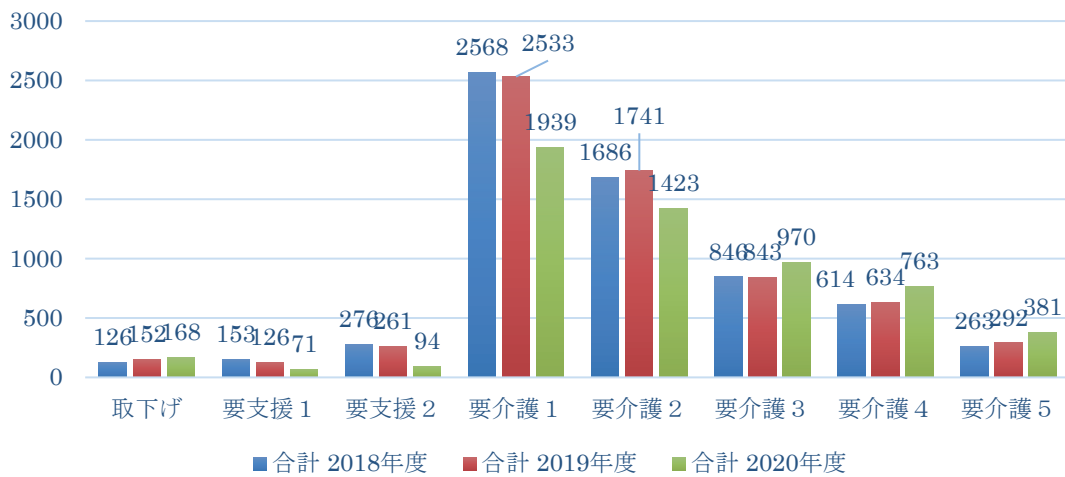


図10. 前回要介護2者の変更状況

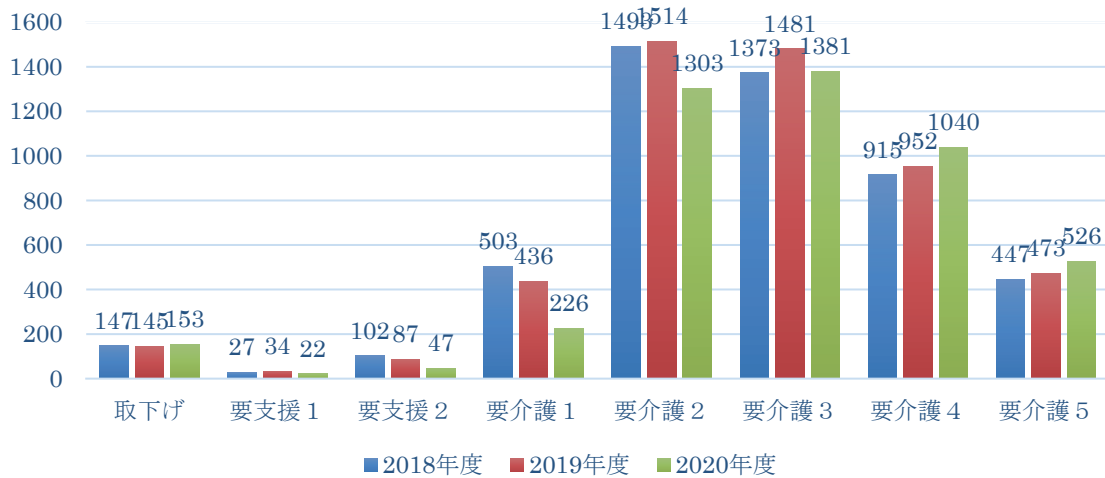


図11. 前回要介護3者からの変更状況

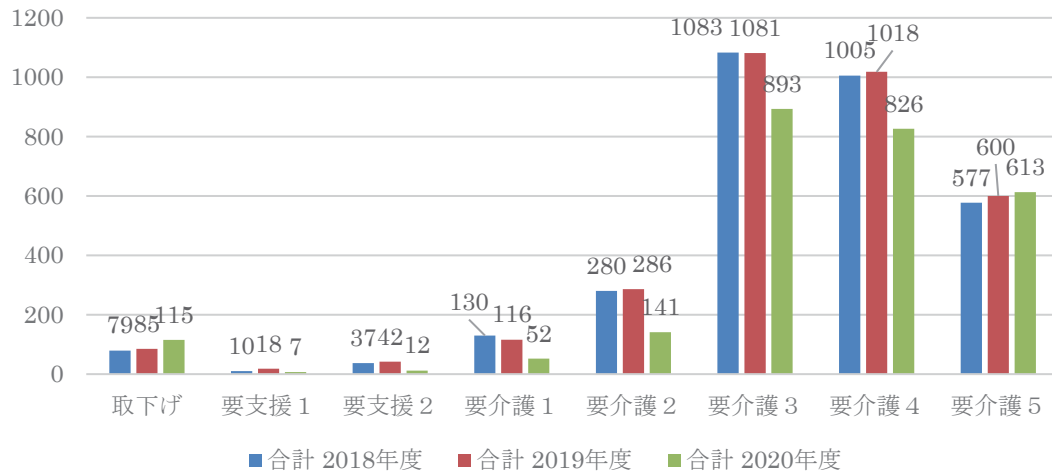


図12 前回要介護4者からの変更状況

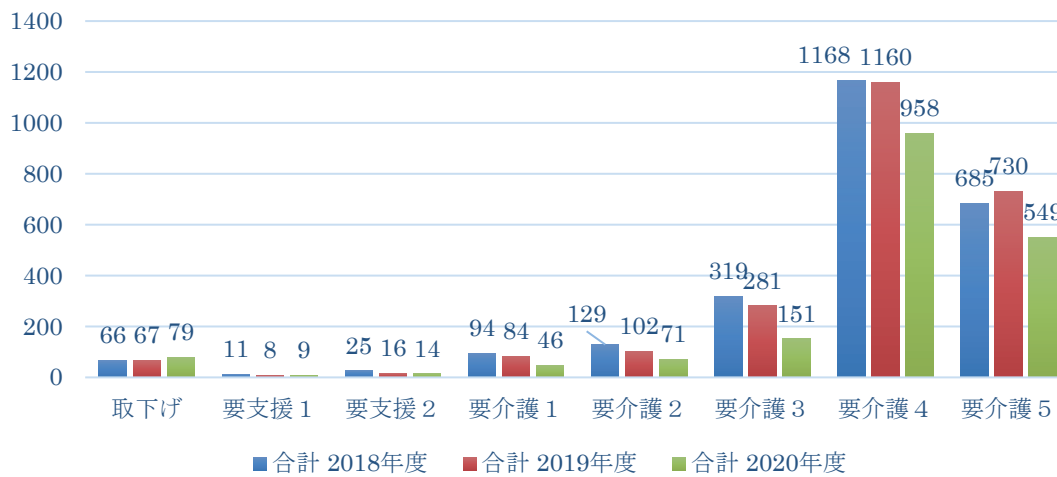
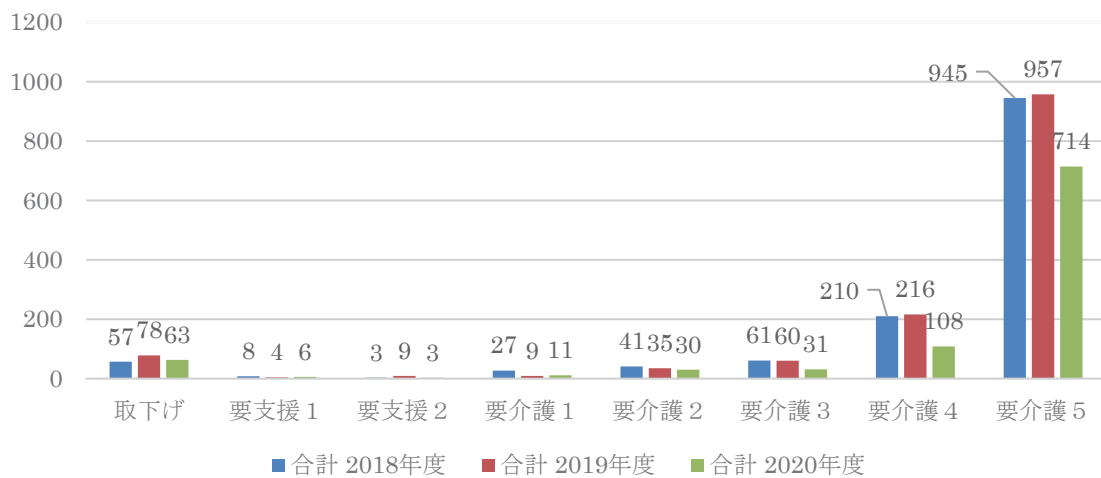


図13. 前回要介護5者の変更状況

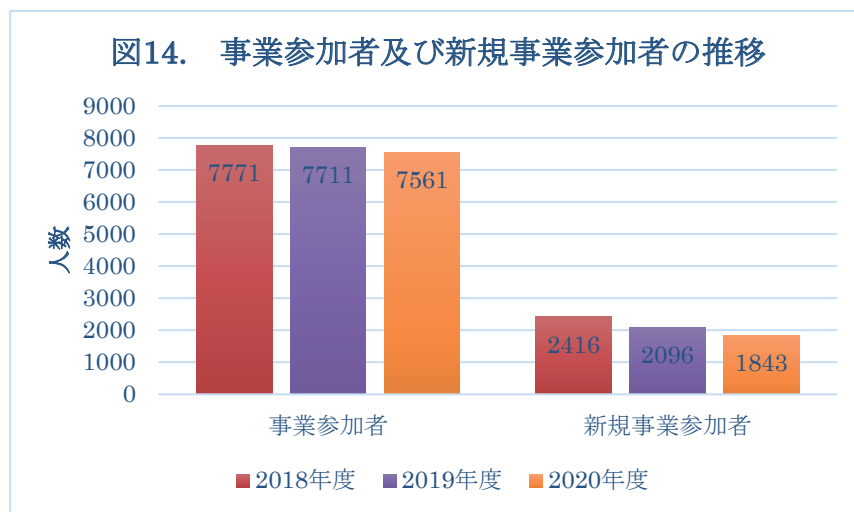


(4) 介護予防の影響

①介護予防の事業参加者の推移

介護予防の事業参加者については、神奈川県 18 市町（54.6%）、滋賀県 14 市町（87.5%）、石川県 8 市町（42.1%）の合計 50 市町から、回答があった。

介護予防については、事業参加者および新規事業参加者とも、経年ごと軽微に減少している。



②介護予防ケアマネジメントにおける影響

介護予防ケアマネジメントについては、神奈川県 18 市町、滋賀県 14 市町、石川県 8 市町の合計 40 市町から回答があった。

介護予防ケアマネジメントについては、増加した 27%とやや増加したが 12%と 39%が増加、減少したが 20%とやや減少したが 23%と 43%が減少したと答え、やや減少が多かった。

介護予防ケアマネジメントの対応は、コロナ渦で電話にて実施としたところが 31 市町 77.5%を占めた。

また、コロナ渦により介護予防ケアマネジメント計画策定上の影響では、その他が 26 市町 70.3%と最も多く、その内容としては、影響なかった、または利用者が感染を恐れて、利用を見合わせたなどの意見が挙げられていた。

図15. 介護予防ケアマネジメントの影響

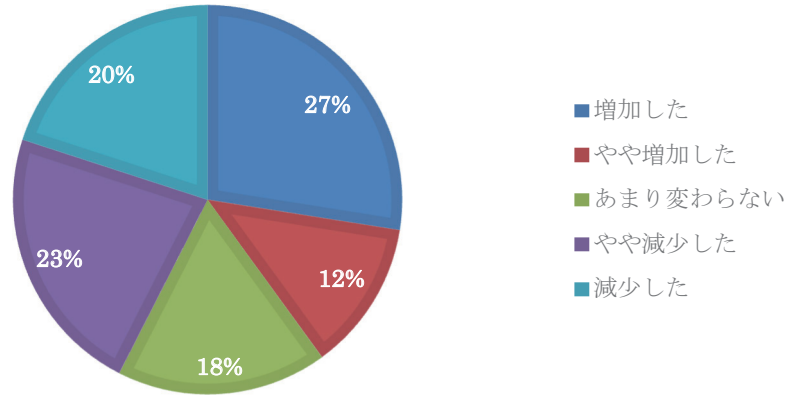


表2. 介護予防ケアマネジメントを実施する際の対応

項目	電話で対応	来所のみ対応	その他	回答なし
合計市町村数	31	0	8	1
%	77.5%	0	20.0%	4%

表3. コロナ渦での介護予防ケアマネジメント計画策定をする上での課題

	介護予防・生活支援サービス事業が中止	いずれも中止	従来から	その他
合計市町村数	6	1	4	26
%	16.2%	2.7%	10.8%	70.3%

③サービス事業における影響

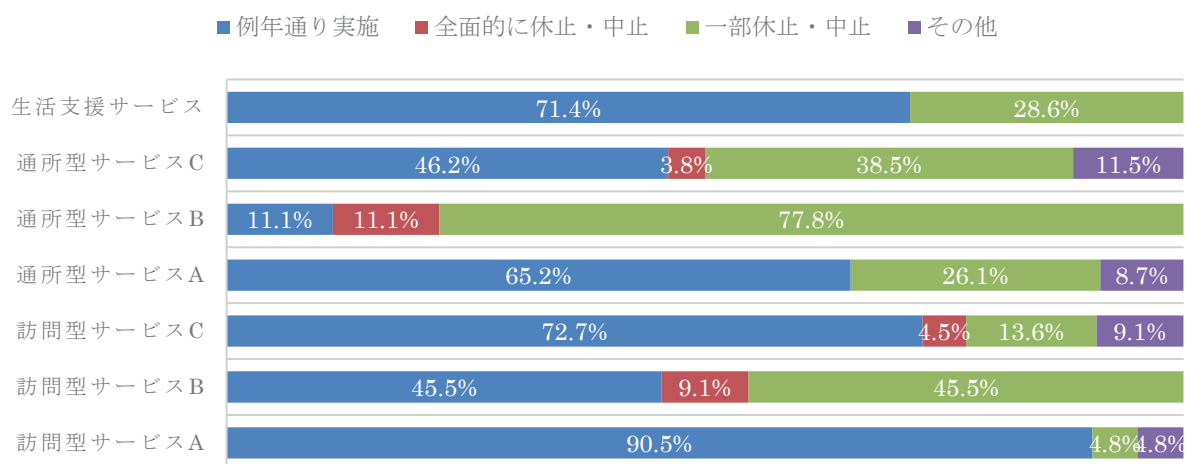
生活支援サービスは44市町の内21市町(47.7%)が実施し、71.4%が例年通り実施、28.6%が一部休止・中止と答えていた。全面的に中止しているところはなかった。

従来の基準である訪問サービスA型は44市町中21市町47.7%で実施、90.5%が例年通り実施していた。基準が緩和された訪問型サービスB型は40市町中11市町27.5%で実施、45.5%が例年どおり実施、45.5%が一部休止・中止をしていた。専門職による訪問型サービス

Cは40市町中22市町55.0%で実施、72.7%が例年通り実施、13.6%が一部休止・中止をしていた。

従来の基準である通所サービスA型は40市町中23市町57.5%で実施、65.2%が例年通り実施、26.1%が一部休止・中止していた。基準緩和型の通所サービスB型は40市町中9市町22.5%で実施、77.8%が一部休止・中止をしていた。専門職による短期集中サービスである通所型サービスC型は40市町中26市町65.0%で実施、46.2%が例年通り実施、38.5%が一部休止・中止をしていた。

図16. サービス事業における影響



④介護予防事業における影響

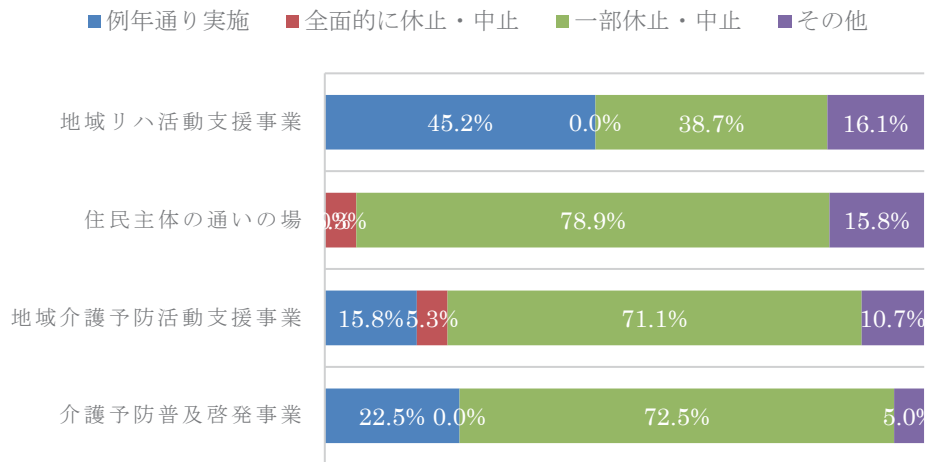
地域リハ活動支援事業は44市町の内32市町(80.0%)が実施しており、45.2%が例年通り実施、38.7%が一部休止・中止と全面的に中止しているところはない。

住民主体の通いの場は50市町中38市町で実施、5.3%が全面的に中止、78.9%が一部休止・中止、例年どおり実施したところはない。

地域介護予防活動支援事業は50市町中38市町の76.0%で実施、15.8%が例年どおり実施、71.1%が一部休止・中止をしていた。

介護予防普及啓発事業は50市町中26市町62.0%で実施、22.5%が例年通り実施、72.5%が一部休止・中止をしていた。

図17.介護予防事業の実施における影響



⑤地域支援事業の実施における影響

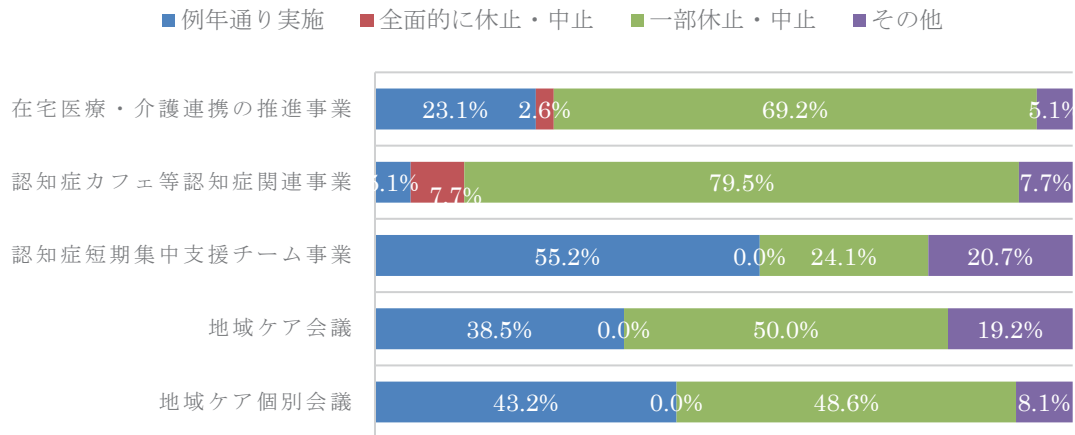
在宅医療・介護連携の推進事業は 50 市町中 37 市町 74.0%で実施、例年通り実施が 23.1%、一部休止・中止が 69.2%、全面的に休止・中止が 2.6%であった。

認知症カフェ等認知症関連事業は 50 市町中 26 市町 52.0%で実施、一部休止・中止が 79.5%、全面的に休止・中止が 7.7%、例年通り実施が 5.1%であった。

認知症短期集中支援チーム事業は 50 市町中 29 市町 58.0%で実施、例年通り実施が 58.6%、一部休止・中止が 20.7%であった。

地域ケア会議は 50 市町中 39 市町 78.0%で実施、一部休止・中止が 46.2%、例年通り実施が 34.6%であった。地域ケア個別会議は 50 市町中 39 市町 78.0%で実施、一部休止・中止が 48.6%、例年通り実施が 43.2%であった。

図18. 地域支援事業の実施における影響



4. 考察とまとめ

(1) 乳幼児健診からみた健康障害について

○健診率の維持に向け、市町ごとの工夫がみられ、比較的維持ができていた。

乳幼児健診については、3~4 か月児健診、1歳6か月児健診の個別方式を実施している市町村では維持・増加がみられていた。集団健診では、全体的には受診率の減少がみられるものの、「受付時間を指定する」「受付時間を分ける」などの工夫を行い、市町ごとに安心して受診できる環境に配慮していた。また、健康障害の調査についても、予防接種を控える人が増えたかという項目について、あまり影響がないと答えているものがほとんどであった。コロナ禍でプラスと思うことについて、「夫の在宅勤務から、育児（健診を含む）に協力が得られるようになった」との意見からも健診については、全体的減少は見られたものの、乳幼児の健診については、日ごろから様々な感染症に対する対策がとられてきた経緯から、大きな影響がなかったのではないかと考えられる。

○「外出が減った人が増えた」「人との交流が減った」ことによる健康障害について、さらなる詳細な調査が必要である。

「外出が減った人が増えた」「人との交流が減った」「育児不安を持つ人が増えた」の項目について、市町担当者がそう思う・ややそう思うと答えていた。育児不安については電話相談の対応を充実するなどの取り組みがみられたものの、外出や人との交流が減ったことによる影響について、今後詳細な調査が必要と考える。

(2) がん健診からみた健康障害について

○がん健診では、受診率が低下したことによる健康障害について、住民意識などの詳細な調

査が必要である。

がん検診については、実施の変更の有無及び影響について調査を行った。令和 2 年度では、個別方式については 30~40%、集団方式については、70~80%の市町が、一部休止・中止していた。また、各種健診におけるコロナ禍での影響では、令和 2 年度は、「受診控えや受診率の低下」を担当者が挙げていた。そのことによる住民の健康不安など具体的な健康障害の調査が必要と考えられる。

また、がん健診を実施する上で「周知や調整に苦慮した」など影響が挙げられていた。今回はコロナ感染症の 1 波から 5 波など収束が不透明なことから、特に集団検診の実施について、中止・休止するかの判断が求められた可能性がある。今回のこの経験を対応マニュアルなどとしてまとめ、今後に備えることも今後の市町支援として必要かもしれない。

(3) 介護保険の認定からみた健康障害について

○令和 2 年度要介護認定の新規申請者等の減少の要因について、分析をすることが必要である。

住民主体の通いの場が全面的休止・中止などから、閉じこもりなどによる高齢者の健康障害が推測されたが、令和 2 年度の要介護認定の新規申請者数や新規事業対象者の減少から、特に介護に影響する健康障害が明確ではなかった。しかし、高齢化が進む中、新規申請者数の減少の原因を把握する必要があると考える。

また、要介護区分の 2 段階の悪化については、急激な ADL の低下が推測されるが、その他の減少については不明である。これらの要因について、コロナ禍によるサービスの受け入れ中止またはクラスター等を含め、その要因を分析し、介護保険におけるコロナ禍でのサービス利用の課題や対策を検討することが必要である。

○住民主体の活動に対する新型コロナ対策に関する指針の作成とそれに基づく啓発活動が必要である。

介護予防では、住民が主な実施主体となる通いの場や認知症カフェなどの活動が全面的に休止・中止または一部休止・中止となっていた。これらの活動の停止による健康障害について、具体的な障害のより詳細な調査が必要と考えられる。また、サービス事業においても基準緩和型のサービスが影響を受けていた。新型コロナウイルス感染症について、「正しく恐れる」を含め、活動が維持できるためにコロナ禍でも継続的な活動が実施できるための住民向けの指針やその啓発活動が必要である。

V 提言

1. **感染症の専門人材が、感染症のアウトブレイク時に、地方自治体の本庁又は保健所という場で指揮にあたることができるよう、柔軟な人事制度の設計が必要である。**
 - (1) アンケート調査の結果、多くの地方自治体において、平時の3倍以上の人員体制で対応されたことが明らかとなったが、その多くが事務職員であり、感染症に対する知識やアウトブレイクに対する訓練が不足しており、試行錯誤をしながら対応したと推測される。
 - (2) 感染症のアウトブレイク時には、感染症に関する専門的な知識と技術を有する職員が、都道府県、政令指定都市、中核市、特別区の本庁又は保健所において、(1) 感染症流行状況評価、(2) 対策立案、(3) クラスタ対応の技術的支援、(4) ベッドコントロール等病床運用、といった対応にあたる必要がある。
 - (3) また、地方自治体においては、その職員をFETP研修や、感染管理認定看護師の習得のための研修に出向させるため、研修代替職員を確保し、定数管理上も研修枠を別枠として設定するなどの工夫が必要と考える。
2. **感染症のアウトブレイク（パンデミックのみならず）時には、保健所政令市の保健所は、司令塔となる都道府県庁との緊密かつリアルタイムな情報交換を行い、柔軟で速やかな連携をとる必要がある。**
 - (1) 基礎自治体が保健所を設置している保健所政令市は、一号市（政令指定都市：20市）、二号市（中核市：62市）、三号市（その他：5市）に分類されており、特別区（東京23区）共々、都道府県型保健所とは異なる組織機構を有している。
 - (2) 日本の全人口のうち、保健所政令市と特別区の人口を合わせると日本の全人口の約半数である。（日本国民の半分は、保健所政令市所管の自治体に居住している）
 - (3) 保健所政令市は県庁所在地であることが多く、医療資源が豊かだが、医療は必ずしも保健所政令市だけでは完結するわけではなく、都道府県単位の医療計画に基づいている。入院調整や救急搬送に関しては医療圏を超えた調整を都道府県主導で行うべきであり、保健所政令市は協力を惜しむことなく、体制の維持につとめるべきである。
 - (4) また、サーベイランス事業は都道府県の地方衛生研究所を拠点として行われており、都道府県を行政単位とした情報発信の一元化が求められる。
 - (5) 感染者数の報告は、保健所政令市独自ではなく、都道府県で取りまとめた数字を公表すべきである。
 - (6) 保健所政令市の保健所は、感染拡大期には、待ちの姿勢ではなく、都道府県庁にリ

エゾ的な人員配置を行うなどして、積極的な情報収集を行い、緊密な関係を構築すべき。

3. **新型コロナウイルス感染症の医療に関しては、当初はコロナ病棟を有する病院が中心であったが、医療資源の有効活用と地域医療が担う役割をきっちり果たすという観点から、病状に応じた在宅医療体制の構築が求められている。地域の医師会、看護協会、薬剤師会などを巻き込んで、行政主導による地域医療体制の構築に取り組むべきである。**

- (1) 新型コロナウイルスに係る診療科にはどうしても偏りがあるし、都道府県庁と都道府県医師会で共有されている新型コロナウイルスへの検査体制や医療供給体制の詳細が都市医師会にまで伝わりにくい。
- (2) 平時から地域医療との間で良好な関係性を保っている保健所が、都市医師会の会員への橋渡し役となって、新型コロナウイルス感染症の医療において、可能な領域で積極的に関わって貰うことができるよう働きかけることが必要である。
- (3) 保健所は、コロナ患者の入院医療を担っている病院だけでなく、在宅医療を支える地域のクリニックや訪問診療所等に、国や県の通知等をわかりやすくかつ実践的にまとめて、都市医師会を介して伝える必要がある。保健所が地域に目を向けた情報発信を行うことで、一枚岩の地域医療体制の構築につながる。

4. **都道府県は、クラスター事案の発生に際しては、所管の保健所の要請に応じて、専門家によって構成される対策班を施設（集団）に派遣、保健所職員も必ず同行し、終息に至るまでの継続的な支援を図るべきである。**

- (1) 都道府県庁では、病院のICD、ICN、感染症に関わる学識経験者、DMAT等の人材をクラスター対策班の構成員としてキープしておき、派遣先の状況によってチームを組んで派遣する。（保健所政令市が独自にチームを構成することは難しいし、限られた専門的人材を有効に活用するためにも都道府県単位での制度の構築が求められる。）
- (2) 単発の派遣で終わるのではなく、必ず所管する保健所の職員も同行し、必要に応じて複数回のクラスター対策班の派遣、或いは対策班のICN等による感染対策の実施指導の一環として、施設内のリモート指導も行うことができるよう働きかける。
- (3) 派遣終了後も、毎日、保健所職員が電話等で感染状況を把握し、PPEの補充や細かな感染管理についてのアドバイス、必要に応じてBCPの相談にも応じる。
- (4) これらの対策班は、感染管理、疫学および施設管理を担当する職員および専門家で

構成する。

5. 高齢者等入所施設に対しては平時の感染対策および有事の対策が必要である。

- (1) 施設の定期監査時に医療職による感染症対策の目線での指導を行うことや、職員に対しての感染症対応研修の企画などを行うことが必要である。できれば、昨今の高齢者入所施設等でのクラスター多発の状況を勘案して、国レベルで社会福祉施設に対する設置基準や運営基準に感染症対策を盛り込んで欲しい。
- (1) グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などは、入居者個人に関わる主治医はいる(基礎疾患がなければ決まった主治医がないこともある)が、施設自体の嘱託医や後方支援の医療機関は曖昧であるため、ひとたび感染者が出ると、職員の感染に対する知識不足も相まって初期対応が後手に回って感染が拡大する傾向があるため、福祉施設等では1例でも陽性者が確認された場合に、速やかに本庁対策本部等との情報共有を図り、必要に応じて感染症の専門家(医師、ICNなど)およびDMATを派遣する調整を行うことが望ましい。
- (2) 介護系の人材を確保する場合は同一法人からの応援、社会福祉協議会やDWAT等と連携する必要があることから、県対策本部に福祉部局の職員を配置することも必要である。
- (3) かかりつけ医や往診(オンライン診療を含む)が可能な医師、病院勤務医等によるサポート体制を構築する必要がある。

6. 情報提供体制の強化および有事における地方感染症情報センターの法的位置づけを検討するべきである。

(以下、考察より抜粋) 政策決定の過程において、保健衛生部門が収集し解析して提示するデータは、すべての自治体で利用されており、保健衛生部門のデータは感染対応に大きく寄与している。また、同様に政策決定の過程において、ほとんどの自治体では、保健衛生部門からの具体的な提言が受け入れられていた。さらに、多くの自治体では、本症に関する発生動向等の解析および評価の結果を公開していることを確認した。これらの結果は、各自治体のCOVID-19対応が自治体毎に作成した根拠に基づいて実施されていることを示している。しかしながら、約半数の都道府県からは情報提供の頻度が週1回以下と回答されており、情報提供が可能な職員数の増加および平時の教育が必要である。

COVID-19の発生動向等の解析および評価は、多くが本庁のCOVID-19対策を主管する部門で実施しており、地方感染症情報センターが実施している自治体は少ないことが示された。一部の自治体では、流行状況の評価をFETP修了生の専門的な知識や経験を

活用して実施されており、流行状況の評価は専門的な業務であることを支持している。施策決定までにタイムロスが生じる可能性があるが、解析・評価を日常的に実施している地方感染症情報センターで実施するほうが円滑である可能性が高い。したがって、地方感染症情報センターの法的位置づけ、役割および本庁や保健所との円滑なコミュニケーション方法について改めて検討するべきである。

7. 次期感染症サーベイランスシステムの開発・運用など、感染情報の管理をシステム化する必要がある。

- (1) 現在、国において次期感染症サーベイランスシステムの開発・運用に向けた取り組みを進めているが、感染症に対応する関係者間の連携体制の構築を主眼に置いて、使い勝手がよく、安定に運用できるシステムの構築を進めるべきである。
- (2) また、業務のシステム化という点に関しては、感染症のアウトブレイク時に各自治体が一丸となって対応する必要があるため、首長をトップとした対策本部の設置、本庁組織の機動的な再編、通常業務の停止など、迅速に対応する必要がある。
- (3) そのため、平時から業務のリスト化、感染症対応職員や応援職員のリスト化といった準備を進め、感染症のアウトブレイクを想定した具体的な訓練も定期的を実施することが必要である。

8. 自治体の特殊性に基づいた対応が必要である。

- (1) 例えば、沖縄に所在する米軍基地内の感染対策などは自治体によるコントロールが不可能であるため、防衛および外務の省庁の協力を得る必要がある。
- (2) 早くに流行した地域の発生動向や対策は他自治体の参考となる可能性がある。また、国の政策決定の基礎資料にもなる可能性があるため、国立感染症研究所などの専門機関との情報共有を並行して進めるべきである。

謝辞

本研究班の質問票調査および視察調査に御協力いただいた都道府県市の関係職員に深く深謝いたします。

VI 資料編

VI-1 調査事業Ⅰ調査票

VI-2 自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究」によるアンケート結果（速報）

VI-3 都道府県ヒヤリング報告書（埼玉県、東京都、石川県、大阪府）

VI-4 沖縄県「第4波・第5波での新型コロナウイルス感染症対策の振り返り」
「第6波に備えた対応について」目次

VI-5 調査事業Ⅱ調査票

1. 回答者情報

- (1) 自治体名および連絡先（所属、電話番号、担当者氏名）を記載ください。
- (2) 2021年4月以降に緊急事態宣言の対象地域となりましたか。
- (3) 2021年4月以降にまん延防止措置の対象地域がありましたか

2. 対策本部

- (1) 知事もしくは市長を対策本部長とする COVID-19 対策本部の事務局が設置されている部門を選択してください。
 - ア. 危機管理部門
 - イ. 保健衛生部門
 - ウ. その他（設置されている部門を記載ください）
- (2) 対策決定の過程において、保健衛生部門が提示するデータ等が根拠として利用されていますか。
 - ア. はい
 - イ. いいえ
- (3) 対策決定の過程において、保健衛生部門は具体的な対策を提案する立場にありますか。
 - イ. はい
 - イ. いいえ

3. 保健衛生部門の COVID-19 関連業務を行う組織

- (1) 保健衛生部門内で COVID-19 対策を行う組織の単位を伺います。該当するものを選択してください。
 - ウ. 新型コロナウイルス感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当（例；新型コロナウイルス感染症対策課）。
 - エ. 感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当（例；感染症対策課）。
 - オ. 感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室において新型コロナウイルス感染症対策を担当（例；保健予防課、疾病対策課）。
 - カ. 保健衛生部門で COVID-19 関連業務は行っていない。
 - キ. その他
- (2) 上記(1)の組織名を記載してください。
- (3) 上記(1)の組織の設置時期を選択ください。
 - ク. 令和元年度（2019年度）内に新たに設置された。
 - ケ. 令和2年度（2020年度）に新たに設置された。
 - コ. 令和3年度（2021年度）に新たに設置された。
 - サ. 令和元年（2019年度）以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している。
- (4) 令和3年6月1日において、3(2)で回答した組織で COVID-19 関連業務（患者情

報、ワクチン、物資、病床管理、入院・治療の公費負担および関連予算など COVID-19 に関連する業務) に従事する職員および感染症関連業務に従事する職員数 (兼務職員含む) を記載ください。

シ. 事務系職員 (兼務含む)、技術系職員 (兼務含む)

ス. 技術系職員の中の医師数 (兼務含む)

セ. 技術系職員のうち保健師等看護職員 (兼務含む)

(5) 2019 年 4 月 (COVID-19 関連業務の発生以前) の感染症関連業務 (患者情報、ワクチン、入院・治療の公費負担および予算など感染症に関連する業務) の職員数を上の (4) と同様に記載してください。

(6) FETP (国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース) 修了生の都道府県市レベルでの役割について伺います。(ウ.以下は複数回答可)

ソ. 職員に FETP 修了生がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。

タ. 職員に FETP 修了生がいない。

チ. 感染症流行状況評価

ツ. 対策立案

テ. クラスタ対応の技術的支援

ト. ベッドコントロール等病床運用

ナ. その他 (主な役割を記載ください)

(7) 感染管理認定看護師 (日本看護協会認定) の都道府県市レベルでの役割について伺います。(ウ.以下は複数回答可)

ニ. 職員に感染管理認定看護師がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。

ヌ. 職員に感染管理認定看護師がいない。

ネ. 感染症流行状況評価

ノ. 対策立案

ハ. クラスタ対応の技術的支援

ヒ. ベッドコントロール等病床運用

フ. その他 (主な役割を記載ください)

4. 集団発生 (クラスター) 対応

(1) 2020 年 4 月～2021 年 6 月末に認めた 5 人以上のクラスター事例数 (家庭内クラスター除外) を記載してください。

- (2) 一事例あたりの最大感染者数（学校、医療機関など特定場所におけるクラスター関連感染者数を対象として集計ください）
- (3) 技術的支援
- へ. クラスター事例に対する専門家等派遣による技術的支援機能を有しますか？派遣実績のある機能全てを選択ください（不足職員の補充は本質問の対象外としてください）。
- (ア) クラスターを認めた施設の対策本部機能（本部がない場合は管理部門）の支援機能
- (イ) データ分析など疫学的評価の支援機能
- (ウ) 感染管理の具体的な支援機能
- ほ. COVID-19 のクラスター対応に際して、外部の技術的支援を受けたことがありますか？
- (ア) 医療機関(大学医学部附属病院含む)職員による支援を受けたことがある。
- (イ) 大学(大学医学部附属病院含まない)職員による支援を受けたことがある。
- (ウ) 国のクラスター対策班（FETP を含む）を利用したことがある。
- (エ) 国の DMAT を利用したことがある。
- (オ) IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）を利用したことがある。
- (カ) 他都道府県市の技術的支援を利用したことがある。

5. 医療機能

- (1) （都道府県のみ回答ください）COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？
- マ. 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する
- ミ. 保健所設置市区を除く圏域を都道府県が一括して調整する。
- ム. 保健所設置市区を除く圏域をさらに分割して調整（保健所単位等）する
- (2) （政令市・中核市のみ回答ください）COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？
- メ. 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する。
- モ. 保健所設置市区域を市区の全域を一括して調整する。
- ヤ. 保健所設置市区域をさらに分割して調整（保健センター単位等）する。
- (3) 上の入院調整には外部職員が支援していますか？

- 1. DMAT の支援を受けている。
 - 2. DMAT 以外の支援を受けている。
 - 3. 外部職員の支援は受けていない。
- (4) 上の入院調整は特化した部門を設置して実施していますか？
- リ. 入院調整に特化した部門を設置している。
 - ル. 設置していない。
- (5) 回答日時点での受け入れ医療機関数を記載してください。
- レ. 重症者の受け入れ医療機関数
 - ロ. 軽症者および無症状者病原体保有者の受け入れ医療機関数
 - リ. 宿泊療養施設数
- (6) 最大自宅療養者数/日（実績）
- (7) 救急搬送体制
- 7. COVID-19 患者の救急搬送を実施していますか？
 - 7. COVID-19 疑い患者の救急搬送を実施していますか？
- (8) 入院もしくは宿泊療養施設入所から退院までの臨床情報を、本庁で把握していますか？

6. 疫学的評価

- (1) COVID-19 の発生動向等の解析および評価について伺います。
- ア. 自治体内全体の COVID-19 の発生動向等の解析および評価はどこで実施していますか？
 - (ア) 質問 3(2)で回答した組織
 - (イ) 地方衛生研究所
 - (ウ) その他
 - イ. 発生動向等の解析および評価の結果は、公開資料として HP 掲載や報道提供されていますか？
 - (ア) 週 1 回以上の頻度で情報提供している。
 - (イ) 月 1 回以上の頻度で情報提供している。
 - (ウ) 不定期に情報提供している。
 - (エ) 情報提供していない。
- (2) 学校等欠席者・感染症情報システムなど感染症園や学校における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

- ウ. 学校等欠席者・感染症情報システムによって把握できる。
 - エ. 学校等欠席者・感染症情報システム以外のシステム・仕組みによってリアルタイムに把握できる。
 - オ. 把握できない。
- (3) 高齢者施設における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？
- カ. 把握できる。
 - キ. 把握できない。

11. 研修・人材育成 本庁および保健所の担当者等

- (1) 2020 年以降に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？
- ア. 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項
 - イ. COVID-19 の対策方法
 - ウ. 積極的疫学調査
 - エ. クラスタ対応方法
 - オ. それぞれの必要性に応じて OJT 対応
- (2) 2021 年に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？
- ア. 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項
 - イ. COVID-19 対策方法
 - ウ. 積極的疫学調査
 - エ. クラスタ対応方法
 - オ. それぞれの必要性に応じて OJT 対応

12. 検討事項

- (1) 2020 年および 2021 年の COVID-19 対策で得た課題に基づいて、質問 3(2)で回答した組織について、組織、職員定数、業務内容および人材育成等について強化や再編等を検討していますか？
- ア. 組織について検討している。
 - イ. 職員定数について検討している。
 - ウ. 業務内容について検討している。
 - エ. 人材育成について検討している。
 - オ. 未定
- (2) 上の検討事項について、簡単に記載ください。

13. 課題、解決方法

下のそれぞれの課題を記載してください。また、些細なことでもかまいませんので、課題を解決した方法があれば、記載をお願いします。

- | | |
|------------------------|----------------|
| (1) 都道府県・中核市・政令市との情報共有 | (2) クラスター対応 |
| (4) 入院調整 | (4) 疫学的評価とその活用 |
| (6) 人材育成 | (6) その他 |

14. 感染対策に関する自治体間相違

- (1) COVID-19 に関係する組織体制や対策内容などに関して是正すべき自治体間相違があれば記載してください。
- (2) 上の地域間相違を是正するために国に要望すること記載してください。

ご協力いただきありがとうございました。

自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究」によるアンケート結果
(速報)

調査時期: 2021年7月13日～8月6日
調査対象: 都道府県、政令指定都市
回答: 57(42県、15市)

1. 回答者情報

(ア)自治体名および連絡先(所属、電話番号、担当者氏名)を記載ください。

(イ)2021年4月以降に緊急事態宣言の対象地域となりましたか。 20

(ウ)2021年4月以降にまん延防止措置の対象地域がありましたか。 27

2. 対策本部

(ア)知事もしくは市長を対策本部長とする COVID-19 対策本部の事務局が設置されている部門を選択してください。

ア. 危機管理部門 25

イ. 保健衛生部門 20

ウ. その他(設置されている部門を記載ください) 12

(イ)対策決定の過程において、保健衛生部門が提示するデータ等が根拠として利用されていますか。

① はい 56

② いいえ 1

(ウ)対策決定の過程において、保健衛生部門は具体的な対策を提案する立場にありますか。

① はい 54

② いいえ 3

3. 保健衛生部門の COVID-19 関連業務を行う組織

(ア)保健衛生部門内で COVID-19 対策を行う組織の単位を伺います。該当するものを選択してください。

① 新型コロナウイルス感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;新型コロナウイルス感染症対策課)。

8

② 感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;感染症対策課)。

12

- ③ 感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室において新型コロナウイルス感染症対策を担当（例；保健予防課、疾病対策課）。

34

- ④ 保健衛生部門で COVID-19 関連業務は行っていない。

0

- ⑤ その他 **3**

(イ) 上記(1)の組織名を記載してください。

(ウ) 上記(1)の組織の設置時期を選択ください。

- ① 令和元年度（2019年度）内に新たに設置された。 **5**
- ② 令和2年度（2020年度）に新たに設置された。 **18**
- ③ 令和3年度（2021年度）に新たに設置された。 **11**
- ④ 令和元年（2019年度）以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している。 **22**

(エ) 令和3年6月1日において、3(2)で回答した組織で COVID-19 関連業務（患者情報、ワクチン、物資、病床管理、入院・治療の公費負担および関連予算など COVID-19 に関連する業務）に従事する職員および感染症関連業務に従事する職員数（兼務職員含む）を記載ください。

- ① 事務系職員（兼務含む）、技術系職員（兼務含む）
- ② 技術系職員の中の医師数（兼務含む）
- ③ 技術系職員のうち保健師等看護職員（兼務含む）

(オ) 2019年4月（COVID-19 関連業務の発生以前）の感染症関連業務（患者情報、ワクチン、入院・治療の公費負担および予算など感染症に関連する業務）の職員数を上の（4）と同様に記載してください。

- ① 事務系職員（兼務含む）、技術系職員（兼務含む）
- ② 技術系職員の中の医師数（兼務含む）
- ③ 技術系職員のうち保健師等看護職員（兼務含む）

質問1 (2) の回答		3-(4)ア	3-(4)ア	3-(4)イ	3-(4)ウ	3-(5)ア	3-(5)ア	3-(5)イ	3-(5)ウ
		事務系	技術系	医師数	保健師・看護師	事務系	技術系	医師数	保健師・看護師
緊急事態宣言地域	中央値	91.5	27.5	2.5	8	4	6.5	1	2
	最大値	363	305	13	232	49	127	6	83
	最小値	20	2	0	0	1	1	0	0
その他	中央値	43	15	1	5	4	5.5	1	2
	最大値	150	80	9	65	46	31	6	25
	最小値	2	1	0	0	0	2	0	0

(カ) FETP（国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース）修了生の都道府県市レベル

での役割について伺います。(ウ.以下は複数回答可)

- ① 職員に FETP 修了生がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府
県市レベルの業務を行っていない。 1
- ② 職員に FETP 修了生がない。 4 2
- ③ 感染症流行状況評価 5
- ④ 対策立案 5
- ⑤ クラスター対応の技術的支援 6
- ⑥ ベッドコントロール等病床運用 1
- ⑦ その他（主な役割を記載ください） 3

(キ) 感染管理認定看護師（日本看護協会認定）の都道府県市レベルでの役割について伺
います。(ウ.以下は複数回答可)

- ① 職員に感染管理認定看護師がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、
都道府県市レベルの業務を行っていない。 5
- ② 職員に感染管理認定看護師がない。 4 4
- ③ 感染症流行状況評価 1
- ④ 対策立案 2
- ⑤ クラスター対応の技術的支援 4
- ⑥ ベッドコントロール等病床運用 1
- ⑦ その他（主な役割を記載ください） 5

4. 集団発生（クラスター）対応

(ア) 2020 年 4 月～2021 年 6 月末に認めた 5 人以上のクラスター事例数（家庭内クラ
スター除外）を記載してください。

(イ) 一事例あたりの最大感染者数（学校、医療機関など特定場所におけるクラスター関
連感染者数を対象として集計ください）

質問1 (2) の回答		4- (1)	4- (2)
緊急事態宣言地域	中央値	149	81
	最大値	630	282
	最小値	23	17
その他	中央値	48.5	91
	最大値	315	324
	最小値	12	23

(ウ) 技術的支援

- ① クラスター事例に対する専門家等派遣による技術的支援機能を有しますか？
派遣実績のある機能全てを選択ください（不足職員の補充は本質問の対象外としてください）。
1. クラスターを認めた施設の対策本部機能（本部がない場合は管理部門）の支援機能 **3 1**
 2. データ分析など疫学的評価の支援機能 **2 6**
 3. 感染管理の具体的な支援機能 **5 1**
- ② COVID-19 のクラスター対応に際して、外部の技術的支援を受けたことがありますか？
1. 医療機関(大学医学部附属病院含む)職員による支援を受けたことがある。 **4 3**
 2. 大学(大学医学部附属病院含まない)職員による支援を受けたことがある。 **1 5**
 3. 国のクラスター対策班（FETP を含む）を利用したことがある。 **4 2**
 4. 国の DMAT を利用したことがある。 **2 0**
 5. IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）を利用したことがある。 **7**
 6. 他都道府県市の技術的支援を利用したことがある。 **8**

5. 医療機能

(ア) (都道府県のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？

- ① 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する **2 9**
- ② 保健所設置市区を除く圏域を都道府県が一括して調整する。 **1**
- ③ 保健所設置市区を除く圏域をさらに分割して調整（保健所単位等）する。 **1 2**

(イ) (政令市・中核市のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？

- ① 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する。 **6**
- ② 保健所設置市区域を市区の全域を一括して調整する。 **1 0**
- ③ 保健所設置市区域をさらに分割して調整（保健センター単位等）する。 **0**

(ウ) 上の入院調整には外部職員が支援していますか？

- ① DMAT の支援を受けている。 **2 5**
- ② DMAT 以外の支援を受けている。 **1 5**
- ③ 外部職員の支援は受けていない。 **1 6**

(エ) 上の入院調整は特化した部門を設置して実施していますか？

- ① 入院調整に特化した部門を設置している。 **4 2**
- ② 設置していない。 **1 4**

(オ) 回答日時点での受け入れ医療機関数を記載してください。

- ① 重症者の受け入れ医療機関数
- ② 軽症者および無症状者病原体保有者の受け入れ医療機関数
- ③ 宿泊療養施設数

(カ) 最大自宅療養者数/日 (実績)

質問1 (2) の回答		5-(5)ア	5-(5)イ	5-(5)ウ	5-(6)
緊急事態宣言地域	中央値	13	37	4	1320.5
	最大値	171	171	15	15031
	最小値	1	7	2	0
その他	中央値	8	21	3	136
	最大値	32	50	13	4116
	最小値	0	6	1	0

(キ) 救急搬送体制

- ① COVID-19 患者の救急搬送を実施していますか？ **5 5**
- ② COVID-19 疑い患者の救急搬送を実施していますか？ **4 7**

(ク) 入院もしくは宿泊療養施設入所から退院までの臨床情報を、本庁で把握していますか？ **4 4**

6. 疫学的評価

(ア) COVID-19 の発生動向等の解析および評価について伺います。

- ① 自治体内全体の COVID-19 の発生動向等の解析および評価はどこで実施していますか？
 - 1. 質問 3(2)で回答した組織 **4 4**
 - 2. 地方衛生研究所 **4**
 - 3. その他 **9**
- ② 発生動向等の解析および評価の結果は、公開資料として HP 掲載や報道提供されていますか？

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1. 週1回以上の頻度で情報提供している。 | 33 |
| 2. 月1回以上の頻度で情報提供している。 | 3 |
| 3. 不定期に情報提供している。 | 19 |
| 4. 情報提供していない。 | 1 |

(イ) 学校等欠席者・感染症情報システムなど感染症園や学校における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

- | | |
|--|-----------|
| ① 学校等欠席者・感染症情報システムによって把握できる。 | 19 |
| ② 学校等欠席者・感染症情報システム以外のシステム・仕組みによってリアルタイムに把握できる。 | 13 |
| ③ 把握できない。 | 24 |

(ウ) 高齢者施設における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

- | | |
|-----------|-----------|
| ① 把握できる。 | 17 |
| ② 把握できない。 | 39 |

7. 研修・人材育成 本庁および保健所の担当者等

(ア) 2020年以降に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| ① 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項 | 26 |
| ② COVID-19 の対策方法 | 23 |
| ③ 積極的疫学調査 | 23 |
| ④ クラスター対応方法 | 18 |
| ⑤ それぞれの必要性に応じて OJT で対応 | 51 |

(イ) 2021年に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| ① 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項 | 25 |
| ② COVID-19 対策方法 | 22 |
| ③ 積極的疫学調査 | 20 |
| ④ クラスター対応方法 | 16 |
| ⑤ それぞれの必要性に応じて OJT で対応 | 50 |

8. 検討事項

(ア) 2020年および2021年の COVID-19 対策で得た課題に基づいて、質問 3(2)で回答した組織について、組織、職員定数、業務内容および人材育成等について強化や再編等を検討していますか？

① 組織について検討している。	14
② 職員定数について検討している。	17
③ 業務内容について検討している。	17
④ 人材育成について検討している。	9
⑤ 未定	33

(イ) 上の検討事項について、簡単に記載ください。

- 業務量に応じて、日々の職員数や業務内容などを保健所職員等に聞き取りを通じて調整・検討している。
- 保健師を増員、2023年からFETP修了生の役割等
- 患者数の増加、自宅・宿泊療養者数の増加、ワクチン接種体制の強化等情勢に応じ柔軟に強化・再編を実施
- 感染症対策課の分割（2課制）、職員定数の増、業務内容の見直し（他課との業務分担の見直し）
- 現在、保健センターは保健所組織外であるが、中核市移管当時は保健所組織であったことから、今後の地域保健行政組織のあり方について関係部署で検討予定。
- 医師、保健師等の増員について人事部局に要望している。
- 外部委託やICTの活用について保健所及び関係部署で検討中。
- 現在はOJTが主であるが、平時からの研修内容について検討が必要と考えている。
- 現在、コロナワクチンは臨時接種としてR4.2.28までが期限となっており、3月およびR4年度以降がこのまま臨時接種となるのか、定期接種となるか、また対象がどうなるか等不明であり、今後の方針が国より示された時点で体制、職員、業務等を検討する予定。
- 自宅療養者の健康観察業務の外部委託
- これまで積極的疫学調査、入院調整、ワクチン接種等を効果的かつ円滑に行うため、兼務・局内（外）応援・会計年度任用職員の活用など、状況に応じ、柔軟に体制強化を図ってきた。今後も感染状況や第4波までに生じた課題を踏まえて、適切な体制強化に努める。
- 県の対策本部を担う組織の検討が必要との認識があるところ

9. 課題、解決方法

下のそれぞれの課題を記載してください。また、些細なことでかまいませんので、課題

を解決した方法があれば、記載をお願いします。

(ア) 都道府県・中核市・政令市との情報共有

- 県と保健所設置市で情報共有会議を実施している（月に1～2回）。
- クラスター時は所属の医師が施設に電話し感染対策について助言しているが、それにプラスして委託している訪問看護師を派遣し、施設職員への技術的支援を行おうとしたが施設側から断られたことがある。また、高齢者施設向けに感染対策の研修会を開催しても参加するのは少数であったことから、施設側の普段からの感染対策に対する意識に差がある。
- 県本部及び県保健所・中核市保健所等参加による Web 会議を平日開催し、日々の県の感染状況等について情報共有を図っている。
- 市と県と合同で医療調整本部を運営している。医療圏の患者の病状等を毎日医療調整本部の先生方へ報告し、入院・宿泊療養について調整を行っている。
- 本県では、令和 2 年 4 月から市との間に「クラスター対策合同本部」を設置し、患者情報の共有や積極的疫学調査の円滑な実施、PCR 検査の共同実施など、県市で一体となってクラスターの対処をしている。
- また、県の専門家会議に市長も常時参加し、専門的知見を全て共有し、対策を決定している。

(イ) クラスター対応

- 県内医療機関に勤務する感染管理認定看護師等に広く声掛けして派遣者の事前登録名簿を作成。
- 情報共有会議の開催、クラスター等対策班として県職員が政令中核市の事例に同行。
- 府で設置した新型コロナウイルス感染症施設内感染専門サポートチームを派遣し、現地調査や施設への指導を行っている。
- 社会福祉施設等における感染者発生時の感染管理認定看護師等の派遣支援事業の整備、厚生労働省クラスター対策班の活用。
- 直ちに専門家（医師、看護師、リエゾン）等人員を派遣する体制や施設等の特性・環境を踏まえた対応を速やかに検討・実施できる体制を構築している。
- 陽性者数が増加した際には、入院医療機関病床が不足した。クラスターが発生した高齢者施設の入所者で陽性が確認された方については、緊急入院が必要な方を除いて、国の DMA T の先生方の協力を得て施設内での療養対応をお願いすることができた。

- クラスタ発生の原因と対策について、県ホームページにおける個別事例ごとの公表をとりやめ、類型ごとにまとめた資料を作成・公表した。
- 市の公表に関わらず客の口こみ等から容易に店名が判明していること及び公表時に「市の協力要請に対して濃厚接触者特定に不備があってはならないという積極的な意思表示をされた」ことを明記することの両方を説明している。
- 施設等のクラスター対策のため、福祉施設、医療機関等の関係者（家族を含む）の早期接種完了及び接種希望の一般の方々の11月末までの接種完了を目指すため、広域ワクチン接種会場を県が設置し、8月中旬～接種開始予定。
- クラスタ発生に迅速に対応できるよう、県独自にクラスター対策条例を制定。クラスターが発生した施設が全ての従業者、利用者に直ちに個別に連絡をとれない場合は公表できることを規定した。
- 本庁で一括して全県体制で人員派遣調整を行った。（各保健所及び県庁から医療職等を調整）
- 国のクラスター対策班に支援を依頼した。
- 県内の感染症の専門家を中心に組織されている「感染防止対策地域連携協議会」から現地指導等の支援を受けた。
- 県調整本部と保健所と医療支援チーム、感染症専門家と施設参加でWEBによる調整会議を開催し、状況の共有と対応の支援調整行っている。方針決定までは毎日開催、その後随時開催し、速やかな収束(課題)を図っている。
- 施設での感染が発生した場合の初動を重視し、感染者を施設から迅速に医療機関等へ搬送することで、感染の拡大を抑える様に務めた。
- 施設でクラスターが発生した場合、県の「感染管理ネットワーク」から専門知識を有するスタッフを派遣して貰い、共に施設内を巡回することで、各種問題点を共有した。施設に対して指導を行う際には、スタッフのみならず、施設の管理者などを巻き込んで指導することにより、全体的な改善を図る様に意識した。
- これらの課題点や対応策については課内で適宜共有し、専門知識の向上に努めた。

(3) 入院調整

- 円滑な入院調整の参考とするため「入院優先度判断スコア」を作成し、患者のリスクを点数化した。
- 重症・中等症患者が回復・国の退院基準を満たしたら、自宅や宿泊療養施設、

後方支援医療機関へ退院させ、コロナ病床の回転を早め、効率的な病床の運用を図った。

- 入院が必要だが自宅、宿泊施設で療養せざるを得ない患者について、重点・協力以外の病院・診療所による在宅酸素やステロイド処方を含めた外来・往診・電話診療棟を推進した。
- コロナ患者を受け入れない医療機関も含め、回復後の患者を一定条件の下で受け入れる仕組みを構築し、患者の下り搬送を促進することで病床を確保。
- 入院が困難な患者については、往診対応を行うこととし、専門医療チームを設置
- 陽性患者の救急受入病院の確保
- 通常業務と並行してコロナ対応も行っているため数字をまとめるところまでが限界。課題を認識していても解決には至っていない。保健所のデータ分析を外部にサポートを求めているが、個人情報などがさらにネックとなっている
- 県に「新型コロナウイルス入院コーディネートセンター」を設置し、広域災害救急医療情報システム（EMIS）を活用した受入可能病床数の把握・共有や、患者の症状に応じた保健所管轄区域を越えた全県的な入院・転院調整業務を実施。
- 主な圏域（医療機関）に調整役を置き、感染拡大時においても円滑に入院調整ができる体制を構築している。
- 医療圏内については、県入院調整本部の判断で入院を調整している。医療圏内の病床が不足したことから、医療圏外の医療機関へ入院を依頼した事例があったが、入院協力を得ることが難しい医療機関もあった。県主催で県内の病院長会議を複数回開催し、入院協力を得た。
- 病床のひっ迫状況を確認しながら、社会福祉施設等については、状況によっては施設での滞在を依頼しながら、必要時は迅速に医療機関に繋げる等の対応。
- ごく初期からDMATを主体とした医療従事者による入院調整部門を県医療調整本部内に設置し、一括調整。
- 県立中央病院に「メディカルチェックセンター」を設置し、メディカルチェックのうえ、医師が重症化の可能性が低いと判断した場合に直接入所を行うこととした
- 後方支援医療機関を確保し、転院に活用している。
- 入院治療を原則とする方針から、宿泊療養施設への入所を可とする運用に変

更。

- 保健所間で調整し、対応方法についてある程度足並みを揃え、かつ随時情報交換することとなった。
- 休日の受入医療機関の輪番制を制度化。宿泊療養施設からの転院を原則日中とする。
- 受入医療機関の入院可能時間を明確化する。
- 精神疾患患者の受入先を対応可能な医療機関に限定する。
- 病床がひっ迫した圏域の増床を計画。
- 宿泊療養施設の責任体制を明確化する。入院前の健康観察表を受入医療機関に共有、宿泊療養施設と受入医療機関との看護師間の情報共有を行う。
- 病床稼働率の向上のため、回復した患者を受け入れる後方支援医療機関を確保した。
- 入院・宿泊療養・自宅療養の基準を見直すとともに、各保健所でトリアージを行う体制を整えたことで、入院優先度の高い患者について調整できるようになった。
- 県は広域での調整や合併症の患者などの対応を行うなど役割分断ができるとよい。

(4) 疫学的評価とその活用

- 府独自の情報共有システムを開発中。
- 疫学的にポイントとなるキーワード（夜街、クラスター発生施設名等）を保健所が HER-SYS へ入力することにより、本庁が HER-SYS から情報を収集し集約する手法を確立。HER-SYS への入力の徹底は引き続き課題。
- 集約した情報の評価・分析は、新型コロナウイルス対策本部会議において報告し、対策につなげている。
- 感染者の増大により、保健所職員だけでは対応（積極的疫学調査や療養支援）ができないため、庁内外から医療職の応援を受けている。庁内応援職員は日替わりであり、担ってもらいたい一部分について保健所職員が個別に説明しており、手を取られる。
- 感染拡大した原因と対策を評価、施設の予防ラウンドの際に共有している。
- 県が委嘱する専門家（感染症専門家等）から適時に助言を仰ぎ、対応・施策に生かす体制を構築している。
- 同一施設に滞在履歴のある複数の患者が発生した場合には、その旨を公表している。
- 施設の感染管理状況、また、複数の患者が発生した経緯等を推察し、併せて公

表している。

- 会食、会話時のマスク着用の状況进行评估し、「お話はマスク」の啓発を行うとともに、飲食時に汚れたマスクを取り換えることができるように飲食店にマスクを配布した。
- 国の症例定義にとらわれず、当初から、柔軟に検査を実施。例えば、医師が疑う者には全例検査を実施してきたほか、感染者が立ち寄った施設の従業員等で接触が不明な場合でも、幅広に検査を実施するなどしてきた。
- 大学の感染症の専門家の助言、指導を受けた。
- 事務職に統計分析、データ整理等の応援をいただき技術職と連携して疫学的評価を行った。
- コロナ受入入院医療機関等関係者に疫学情報を定期的にメールで提供し情報共有を図った。
- 対策本部会議や記者レク時を活用し疫学的評価に基づく留意点等について県民に呼びかけた。
- 「第3波」「第4波」の後には適宜振り返りを行い、課題や対策、今後の方策などを洗い出した。
- その内容については本庁内にも共有し、新型コロナウイルス感染症対策に関する知見を共有している。

(5) 人材育成

- 詳細なマニュアルを作成することで、業務内容を説明する時間の短縮化を図った。
- 外部の情報処理専門家との共同事業で、コロナ対策業務のデジタル化を進め、業務の効率化を図った。
- 新型コロナウイルス感染症対応のため、R2年度、R3年度の採用人数を大幅に増加した。業務がひっ迫する中で、新任期保健師に対する十分なフォロー体制が取りづらく、新任期保健師を指導する中堅期保健師への負担が増大した。
- 限られた体制の中で新任期保健師が活動経験を積み、個別支援や地域への関わりをもつ為に、地区担当グループ制を導入した。また、行政経験のある保健師のサポート事業を実施予定。
- 市役所内の様々な部署から多数職員の兼務、異動、応援勤務により応援があり、特に応援勤務職員については、応援職員同士でも引継ぎをして、業務説明等で正職員の負担が増えないように配慮している。
- 現時点では、クラスター等発生時、県内の保健所間で協力しあいながら対応しているが、今後に向けてはIHEATの活用等も検討。

- 業務内容を画一化したこと、応援職員から次の応援職員への引き継ぎの徹底、過去に応援経験がある職員へ再応援を依頼する等によって、組織的な対応能力を維持している。今後については、大規模な感染症対策への日ごろからの部局を超えた研修、外部への積極的な啓発や指導等を手厚く実施していくことで組織的能力を維持したいと考えている。
- OJT を活用して対応した。
- 感染症 OB（退職者含む）に応援をいただいた。
- 当面の1週間程度は全庁からの派遣職員で対応する仕組み（業務の定型化） * 今後運用予定。
- 中小規模医療機関や介護施設において感染対策を強化していくためには、感染管理に精通している看護師等の養成をしていく必要がある。

(6) その他

【積極的疫学調査関係】

- 陽性者に行動歴を詳細に聴取し、感染経路の類型を明確化し、明らかになった感染経路の分析を行うことにより、県民に注意喚起を行う。

【ワクチン接種業務人材】

- 救命救急士、臨床検査技師、歯科医師に対する筋肉内注射実技研修を実施し、ワクチン接種業務の人材を確保

【安全かつ効率的なワクチン接種の実施】

- 県内のワクチン接種会場において、安全かつ効率的にワクチン接種が実施できるよう、厚労省の指針を元に、奈良県における体制整備の状況を踏まえて、ワクチン接種における医療マニュアルを作成、併せて、研修会も実施。

【入院・入所待機者の増加】

- 陽性者の急増により、一部、入院入所待機者が発生する状況になったため、これら在宅療養者の健康管理体制、救急対応体制の整備を図っている。
- ア. パルスオキシメーターを貸し出し、在宅療養中での計測を実施。
- イ. 従来の保健所保健師による個別の電話相談対応に加え、My HER-SYS（マイハーシス）を活用した患者自身のスマホ入力による健康観察や自動音声電話対応を導入し、病状に合わせて確認方法を選択し、効率的な健康管理に努めている。
- ウ. 入院待機者の救急搬送の受け入れ先が見つからない状況が発生した場合に備えて、外来診療を提供するとともに、入院医療が必要な方には入院先を確保す

るまでの一時待機場所として、「臨時の応急医療施設(救急受入施設)」を準備。

【検査待機者】

- PCR 検査の結果が出るまでの間、検査を実施した者の家族等が離れて過ごすための宿泊施設の運用を開始。

【コロナ病床確保】

- コロナ病床確保について、感染症法第16条の2に基づく協力要請を実施。

【新型コロナワクチン副反応】

- 副反応に関する相談対応コールセンターの設置
- 副反応疑い患者を診察する医療体制を整備

【ワクチン接種稼働率】

- 研修医をワクチン接種会場に派遣し、稼働率向上を支援。

10. 感染対策に関する自治体間相違

(ア) COVID-19 に関係する組織体制や対策内容などに関して是正すべき自治体間相違があれば記載してください。

(イ) 上の地域間相違を是正するために国に要望すること記載してください。

- 一時受け入れ施設や自宅待機者への往診の仕組み等の先進的な取り組みについて、積極的に情報収集し全国の自治体へ情報共有を行うこと。
- 当該取り組みの実施について、医療従事者が協力しやすいような体制整備を行うこと。
- 事業実施にあたっては、集中的検査を実施することによるクラスター発生予防効果、感染拡大防止効果について、定量的な評価を含めた科学的なエビデンスを示していただきたい(示していただきたかった)
- 法に基づく調査依頼についても、HER-SYS の入力により行い、公文書による依頼を省くことができれば依頼内容の標準化や事務量の軽減を図ることができるとはならないかと考える。
- 宿泊療養施設の設置については、都道府県等(保健所設置市も含む)で設置・運用することを要望する。また、併せ新型コロナウイルス緊急包括支援事業の予算についても、保健所設置市に直接補助できるように併せ要望する。
- 他自治体への接触者調査依頼について、濃厚接触者に係る調査依頼しか受け入れない自治体の一部あること(≒健康観察を要しない接触者に係る検査のみの依頼を受け付けない等)。

自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究」によるアンケート結果
(速報)

調査時期: 2021年7月13日～8月6日
調査対象: 特別区、中核市
回答: 53(5区、48市)

1. 回答者情報

(ア)自治体名および連絡先(所属、電話番号、担当者氏名)を記載ください。

(イ)2021年4月以降に緊急事態宣言の対象地域となりましたか。 33

(ウ)2021年4月以降にまん延防止措置の対象地域がありましたか。 39

2. 対策本部

(ア)知事もしくは市長を対策本部長とする COVID-19 対策本部の事務局が設置されている部門を選択してください。

ア. 危機管理部門 28

イ. 保健衛生部門 18

ウ. その他(設置されている部門を記載ください) 7

(イ)対策決定の過程において、保健衛生部門が提示するデータ等が根拠として利用されていますか。

① はい 53

② いいえ 0

(ウ)対策決定の過程において、保健衛生部門は具体的な対策を提案する立場にありますか。

① はい 49

② いいえ 4

3. 保健衛生部門の COVID-19 関連業務を行う組織

(ア)保健衛生部門内で COVID-19 対策を行う組織の単位を伺います。該当するものを選択してください。

① 新型コロナウイルス感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;新型コロナウイルス感染症対策課)。 7

② 感染症対策のみを所管する部・局・課・室で担当(例;感染症対策課)。 4

③ 感染症対策とその他保健衛生対策を併せて所管する部・局・課・室において新型コロナウイルス感染症対策を担当(例;保健予防課、疾病対策課)。 40

④ 保健衛生部門で COVID-19 関連業務は行っていない。 **1**

⑤ その他 **0**

(イ) 上記(1)の組織名を記載してください。

(ウ) 上記(1)の組織の設置時期を選択ください。

① 令和元年度（2019 年度）内に新たに設置された。 **2**

② 令和 2 年度（2020 年度）に新たに設置された。 **1 6**

③ 令和 3 年度（2021 年度）に新たに設置された。 **4**

④ 令和元年（2019 年度）以前からある組織で COVID-19 関連業務を実施している。 **3 0**

(エ) 令和 3 年 6 月 1 日において、3(2)で回答した組織で COVID-19 関連業務（患者情報、ワクチン、物資、病床管理、入院・治療の公費負担および関連予算など COVID-19 に関連する業務）に従事する職員および感染症関連業務に従事する職員数（兼務職員含む）を記載ください。

① 事務系職員（兼務含む）、技術系職員（兼務含む）

② 技術系職員の中の医師数（兼務含む）

③ 技術系職員のうち保健師等看護職員（兼務含む）

(オ) 2019 年 4 月（COVID-19 関連業務の発生以前）の感染症関連業務（患者情報、ワクチン、入院・治療の公費負担および予算など感染症に関連する業務）の職員数を上の（4）と同様に記載してください。

① 事務系職員（兼務含む）、技術系職員（兼務含む）

② 技術系職員の中の医師数（兼務含む）

③ 技術系職員のうち保健師等看護職員（兼務含む）

(カ) FETP（国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース）修了生の都道府県市レベルでの役割について伺います。（ウ.以下は複数回答可）

質問1 (2) の回答		3-(4)ア	3-(4)ア	3-(4)イ	3-(4)ウ	3-(5)ア	3-(5)ア	3-(5)イ	3-(5)ウ
		事務系	技術系	医師数	保健師・看護師	事務系	技術系	医師数	保健師・看護師
緊急事態宣言地域	中央値	31	18	1	16	3	7.5	1	6
	最大値	331	121	4	67	27	16	4	15
	最小値	0	0	0	1	0	0	0	1
その他	中央値	25	31	1	19	5	7	0.5	6
	最大値	86	96	4	89	35	91	2	75
	最小値	2	6	0	5	1	4	0	3

① 職員に FETP 修了生がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。 **3**

- ② 職員に FETP 修了生がない。 4 7
- ③ 感染症流行状況評価 2
- ④ 対策立案 0
- ⑤ クラスター対応の技術的支援 2
- ⑥ ベッドコントロール等病床運用 0
- ⑦ その他（主な役割を記載ください） 1

(キ) 感染管理認定看護師（日本看護協会認定）の都道府県市レベルでの役割について伺います。（ウ.以下は複数回答可）

- ① 職員に感染管理認定看護師がいるが、自所属管内のみを業務対象としており、都道府県市レベルの業務を行っていない。 1
- ② 職員に感染管理認定看護師がない。 4 7
- ③ 感染症流行状況評価 0
- ④ 対策立案 0
- ⑤ クラスター対応の技術的支援 3
- ⑥ ベッドコントロール等病床運用 1
- ⑦ その他（主な役割を記載ください） 1

4. 集団発生（クラスター）対応

(ア) 2020 年 4 月～2021 年 6 月末に認めた 5 人以上のクラスター事例数（家庭内クラスター除外）を記載してください。

(イ) 一事例あたりの最大感染者数（学校、医療機関など特定場所におけるクラスター関連感染者数を対象として集計ください）

質問1 (2) の回答		4- (1)	4- (2)
緊急事態宣言地域	中央値	24	58.5
	最大値	77	311
	最小値	2	12
その他	中央値	18	57
	最大値	41	173
	最小値	4	15

(ウ) 技術的支援

- ① クラスター事例に対する専門家等派遣による技術的支援機能を有しますか？
派遣実績のある機能全てを選択ください（不足職員の補充は本質問の対象外）

としてください。

1. クラスターを認めた施設の対策本部機能（本部がない場合は管理部門）の支援機能 **1 6**
 2. データ分析など疫学的評価の支援機能 **1 2**
 3. 感染管理の具体的な支援機能 **3 1**
- ② COVID-19 のクラスター対応に際して、外部の技術的支援を受けたことがありますか？
1. 医療機関(大学医学部附属病院含む)職員による支援を受けたことがある。
3 2
 2. 大学(大学医学部附属病院含まない)職員による支援を受けたことがある。
8
 3. 国のクラスター対策班（FETP を含む）を利用したことがある。
1 4
 4. 国の DMAT を利用したことがある。 **3 4**
 5. IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）を利用したことがある。 **2**
 6. 他都道府県市の技術的支援を利用したことがある。 **3**

5. 医療機能

(ア) (都道府県のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？

- ① 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する。 **1**
- ② 保健所設置市区を除く圏域を都道府県が一括して調整する。 **0**
- ③ 保健所設置市区を除く圏域をさらに分割して調整（保健所単位等）する。 **0**

(イ) (政令市・中核市のみ回答ください) COVID-19 患者等の入院調整はどのように行っていますか？

- ① 保健所設置市区を含む都道府県全域を都道府県が一括して調整する。 **2 7**
- ② 保健所設置市区域を市区の全域を一括して調整する。 **1 8**
- ③ 保健所設置市区域をさらに分割して調整（保健センター単位等）する。 **0**

(ウ) 上の入院調整には外部職員が支援していますか？

- ① DMAT の支援を受けている。 **6**
- ② DMAT 以外の支援を受けている。 **2**
- ③ 外部職員の支援は受けていない。 **2 6**

(エ) 上の入院調整は特化した部門を設置して実施していますか？

- ① 入院調整に特化した部門を設置している。 **11**
- ② 設置していない。 **24**

(オ) 回答日時点での受け入れ医療機関数を記載してください。

- ① 重症者の受け入れ医療機関数
- ② 軽症者および無症状者病原体保有者の受け入れ医療機関数
- ③ 宿泊療養施設数

(カ) 最大自宅療養者数/日 (実績)

質問1 (2) の回答		5-(5)ア	5-(5)イ	5-(5)ウ	5-(6)
緊急事態宣言地域	中央値	3	5	2	503
	最大値	6	12	17	2400
	最小値	1	2	0	7
その他	中央値	2	7.5	2	178
	最大値	7	21	9	990
	最小値	1	2	1	0

(キ) 救急搬送体制

- ① COVID-19 患者の救急搬送を実施していますか？ **39**
- ② COVID-19 疑い患者の救急搬送を実施していますか？

(ク) 入院もしくは宿泊療養施設入所から退院までの臨床情報を、本庁で把握していますか？ **33**

6. 疫学的評価

(ア) COVID-19 の発生動向等の解析および評価について伺います。

- ① 自治体内全体の COVID-19 の発生動向等の解析および評価はどこで実施していますか？
 - 1. 質問 3(2)で回答した組織 **42**
 - 2. 地方衛生研究所 **1**
 - 3. その他 **9**
- ② 発生動向等の解析および評価の結果は、公開資料として HP 掲載や報道提供されていますか？
 - 1. 週 1 回以上の頻度で情報提供している。 **26**
 - 2. 月 1 回以上の頻度で情報提供している。 **4**

3. 不定期に情報提供している。 11

4. 情報提供していない。 11

(イ) 学校等欠席者・感染症情報システムなど感染症園や学校における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

① 学校等欠席者・感染症情報システムによって把握できる。 20

② 学校等欠席者・感染症情報システム以外のシステム・仕組みによってリアルタイムに把握できる。 10

③ 把握できない。 22

(ウ) 高齢者施設における有症者に関する情報を、質問 3(2)で回答した組織または保健衛生部門がリアルタイムに把握することは可能ですか？

① 把握できる。 12

② 把握できない。 40

7. 研修・人材育成 本庁および保健所の担当者等

(ア) 2020 年以降に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？

① 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項 26

② COVID-19 の対策方法 21

③ 積極的疫学調査 25

④ クラスター対応方法 17

⑤ それぞれの必要性に応じて OJT で対応 50

(イ) 2021 年に本庁および保健所職員に対する研修・教育を実施していますか？

① 新型コロナウイルスおよび COVID-19 に関する基本事項 24

② COVID-19 対策方法 20

③ 積極的疫学調査 26

④ クラスター対応方法 15

⑤ それぞれの必要性に応じて OJT で対応 51

8. 検討事項

(ア) 2020 年および 2021 年の COVID-19 対策で得た課題に基づいて、質問 3(2)で回答した組織について、組織、職員定数、業務内容および人材育成等について強化や再編等を検討していますか？

① 組織について検討している。 25

② 職員定数について検討している。 33

- ③ 業務内容について検討している。 3 2
- ④ 人材育成について検討している。 2 1
- ⑤ 未定 1 8

(イ) 上の検討事項について、簡単に記載ください。

- 保健福祉部門と衛生部門の分離と衛生部門の強化を検討
- 第 6 波に向けて組織体制、業務内容等について ICT をより活用できるよう検討をしている。
- 保健師職人数増、感染症対策担当係長を事務職とし、保健師職の係長を別に設置することなど
- 県が策定する保健・医療提供体制確保計画に検討にあわせて、全ての面において検討を行うことを考えている。
- 行革部局にて全庁組織にわたり検討している。
- 研修会の実施、医療職と事務職の業務分担の見直しや業務委託等
- 増加する感染者数に応じた体制（組織、人員）について、その都度人員の増（他部局応援等）や業務内容の縮減、整理等を行うとともに、特に疫学調査にかかる人材育成を順次行っている。

9. 課題、解決方法

下のそれぞれの課題を記載してください。また、些細なことでもかまいませんので、課題を解決した方法があれば、記載をお願いします。

(ア) 都道府県・中核市・政令市との情報共有

- 県主導でラインリストを共有。
- 県内、他管内医療機関との定期的な情報共有の連絡会を持ち課題を解消した。
- 顔の見える関係の構築による情報共有 依頼文書の様式の見直し
- 合同調整本部を設置し両所が情報共有しながら対応している
- お互いにリエゾンを派遣し情報共有を図った。また、報道発表は共同で実施し、現在も継続している。

(イ) クラスター対応

- 市役所本庁からの行政職員や、DMAT、IHEAT、看護協会、医療大学の教員、県型保健所の保健師の活用を行った。また、保健師の OG などを会計年度任用職員として活用した。
- 本市のみで対応しきれない状況下では、県本部より WEB 会議等を通じ、随時アドバイスを得たり、クラスター発生現場にも派遣してもらった。"

- 察知したら迅速に、感染症アドバイザーと調査行い、必要時現場の調査も実施して、収束まで対応した。
- 所内にクラスター班を立ち上げ、クラスターが予想される段階で対応した。
- 実地支援及び研修会
- 集団発生事例の振り返り
- 県とクラスター対策合同本部を設置し、情報共有、連携を図った。
- DMAT、JMAT に派遣要請することで、ゾーニング、職員の確保等の問題は解決できた。
- 施設所管部署と役割分担を明確にすることにより、効率的な対応ができた。"
- 外部からの助言等も参考に、出てきた課題をその都度解決しながら、マニュアルを作成、担当職員も増やして体制を強化している。
- クラスター対応班の編成、抗原検査キットの活用等
- 出張型 PCR 検査体制を整備し解決した。

(3) 入院調整

- 令和 3 年 6 月 28 日から、県新型コロナウイルス対策調整本部において入院調整を行うこととなったため、情報が一元化され時間の短縮につながった。
- 委託による 24 時間対応
- 入院優先度判断スコアによる入院調整を依頼
- 区内病院での空床情報、保健所での入院希望者について毎日メーリングリストで情報共有した。
- 在宅酸素療法、エクモカーによる往診、訪問看護などで対応した。
- 入院基準の点数化など、客観的な基準を国として定めるべき。また、基準に該当する場合は必ず入院できるようにすべき。
- 自宅療養者や濃厚接触者の健康観察を、医師や看護師等の助言を得ながら行った。

(4) 疫学的評価とその活用

- 事務職にデータ入力をシフトしたことから、データ入力のタイムラグがなくなった。
- 評価指標の明確化
- 評価への活用について、感染症アドバイザーとして任命している感染症専門医に随時相談を実施。
- 現場での調査から得た知見をタイムリーにプレスリリースしてホームページ等で周知した。

- IHEAT の活用検討
- 地方衛生研究所から職員の派遣を受け、評価を依頼している。
- 学術的に分析や評価はできていないが、感染拡大が縮小した時期にその波で発生した問題点等を洗い出し、次の波に備えている。
- 疫学調査のマニュアルを整えた。また、疫学調査を監督する者を決め、統制を図った。

(5) 人材育成

- 疫学調査、陽性者の対応、検査の連絡調整等のマニュアルを作成し活用した。また、リーダーの人員を複数配置し、指導・指示できる体制を整えた。
- 業務マニュアル等の作成、OJT の充実、外部研修等への参加
- 派遣者元の職場内で経験者からレクチャーを受けてから応援に来てもらう。
- 感染症アドバイザーを中心にその都度研修を行った。
- 共通マニュアルを国が示すべき
- 早期のオリエンテーションの実施とタイムリーな資料提供
- 積極的疫学調査や接触者健診については、研修会の開催や OJT で対応した。

(6) その他

- 患者の救急搬送は、疾患によらず消防の仕事とすべき。(感染症法で患者搬送は保健所が行うとされていることの見直しを)

10. 感染対策に関する自治体間相違

(ア) COVID-19 に関係する組織体制や対策内容などに関して是正すべき自治体間相違があれば記載してください。

- ① 他の保健所への依頼の簡略化。通知文発送のため、起案、決裁等の一連の事務手続に時間的労力的負担が大きい
- ② 所在地主義のため、住所地と異なる自治体が入院勧告を行うことになる。入院勧告は医療費負担を伴うため、住民以外への医療費負担をどう考えるべきなのか整理が必要である。また、患者調査の結果、濃厚接触者の健康観察、検査を他自治体に依頼するために文書が必要となったりしている。その際、患者数が非常に多い自治体では文書依頼を省略するなどしているが、患者数が少ない自治体から文書を求められるなど、自治体の患者発生状況の差により仕事のやり方が違うためのやりにくさがある。
- ③ 積極的疫学調査（検査対象とする範囲等）に関する認識が異なることがあり、依頼を受けていただけないことが多々あった。また、管外で陽性が判明した患者で、担当者へ連絡がなく、対応が遅れることも散見された。

- ④ 管内に発熱外来や入院可能な医療機関が多いと、越境して検査を受けに来る他市民が多く、検査で陽性がわかるとその感染者の所在の管轄保健所が入院調整、患者の搬送等行わなければならない。業務逼迫の中、管内にある医療機関の数で保健所職員の負担が左右されるのは不公平である。
- ⑤ 非常時においては、個々の自治体ではなく国における中央集権的な組織が必要である。加えて、抜本的な法改正（法執行を担保するものとしての財政的裏付け並びに強制力を持たせるための行政罰、刑事罰の整備を含む）が求められる。
- ⑥ 本市では、保健所内の現状組織の中でそれぞれの事務室において対応している。他自治体の中には、陽性者に対する積極的疫学調査から、検査、移送等に至るまでの関係部署がワンフロアに集結し、新型コロナ対策本部として対応している。各担当部署の機能を効率的に活用するため、互いの動きが可視化できる環境で対応にあたることを望ましい。

(イ) 上の地域間相違を是正するために国に要望すること記載してください。

- 他の保健所でも活用できるようなハーススの開発や形式的な保健所間の通知文書の様式統一など
- 国で一律の基準・マニュアルを出してほしい
- 濃厚接触を判断するための統一した指標
- 疫学調査などに基づく最新の知見の早期の共有"
- 繁忙期における疫学調査の範囲（通勤・通学先の具体的な調査はどの程度まで他自治体に依頼すべきかどうか）や濃厚接触者の対応について国が標準化し明確にしてほしい。
- 管内に発熱外来や入院可能な医療機関が多い保健所が、コロナ対応のため一時的に雇用する医療職の人件費は、全額国の負担としてほしい。近い将来、一般医療として保険適用とし、特別に集中した管理でなく、すべての医療機関が症状に応じた治療を行える地域医療の再構築が必要である

第4波・5波での新型コロナウイルス感染症対策 の振り返り (令和3年3月1日～9月30日)

※ 第4波・5波の期間

第4波: 令和3年3月18日～7月11日

第5波: 令和3年7月12日～9月30日

令和3年12月16日 沖縄県

目次

<u>I はじめに</u>	・・・ P2
<u>II 感染症の発生状況</u>	・・・ P3
<u>III 沖縄県の対応状況</u>	・・・ P16
<u>IV 取組・課題・今後の対応</u>	・・・ P29
i 保健・医療提供体制等	
ii 経済対策等 (別刷)	
<u>V 今後の取組の方向性 (骨子)</u>	・・・ P92
<u>参考資料</u>	・・・ P94

新型コロナウイルス感染症

第6波に備えた対応について

令和3年12月16日
沖縄県新型コロナウイルス
感染症対策本部

目 次

I 医療提供体制の確保	1	IV クラスター対策の強化	11
1 病床確保計画		1 施設支援体制の拡充・強化	
2 宿泊療養施設		2 感染対策の推進	
3 自宅療養体制		3 早期発見のための検査等の推進	
4 患者搬送体制		4 ワクチン接種の推進	
5 県立病院の体制整備		5 人的支援の拡充	
6 県民からの相談体制			
II 検査体制の拡充	8	V ワクチン接種の推進	13
1 検査能力		1 ワクチン接種の考え方等	
2 行政検査・保険診療		2 初回接種継続への対応	
3 定期検査		3 追加接種への対応	
4 検査事業の推進・強化		4 接種課題への対応	
5 水際対策			
6 変異株			
III 保健所体制の強化	10		
1 患者急拡大に対応する人材の確保			
2 設備整備等			
3 保健所業務の見える化、効率化			
4 応援体制の構築			

乳幼児に関するCOVID-19の影響について

回答者の属性（必須）

市区町村	回答部署
職名	職名
回答者名	回答者名

①乳幼児健診事業 実施状況

「検診受診率」は具体的数字を、「実施方法」は具体的数字を、「実施方法」は具体的数字を、「実施方法」は具体的数字を記入してください。
 「実施方法」は「実施方法変更」で「4その他」を選択された場合は、具体的内容を記入してください。

回答方法	検診受診率（％）		実施方法	
	平成30年度	令和2年度	令和2年度	令和2年度
リストより1択			令和2年度	令和2年度
3～4か月児健診				
1歳6か月児健診				
3歳児健診				

実施方法でその他と回答の具体的内容（実施方法変更でその他と回答の具体的内容（

実施方法	実施方法変更の有無
1. 個別方式	1. あり
2. 集団方式	2. なし
3. 個別と集団併用	3. コロナに關係なく変更した
4. その他	4. その他

* 1実施方法の変更」とは集団を個別方式に変更した、これまで予約制を取っていなかったが、完全予約制に変更した、健診時間を短時間とするため健診内容を変更した場合など

①-1 乳幼児健診事業を通して把握した、コロナによる健康への影響

「その他」は具体的内容を、他の項目については当てはまる番号を記入してください。

回答方法	リストより1択	主訴が増えた	育児不安を持つ人が増えた	生活リズムが崩れた人が増えた	体調を崩した人が増えた	外出が減った人が増えた	人との交流が減った人が増えた	特別接種を受けている人が増えた	医師健診回診を受けている人が増えた	その他（具体的に）
リストより1択										
3～4か月児健診										
1歳6か月児健診										
3歳児健診										

1. そう思う
2. ややそう思う
3. あまり影響はない
4. まったく影響はない

*担当者皆さんで検討の上回答をお願いします

①-2 コロナによる健康への影響に対し、具体的に取組んだことがあれば教えてください。

「その他」は①-1の具体例に対する取組みを選択してください。

回答例	「1・2」	「3」	主訴が増えた	育児不安を持つ人が増えた	生活リズムが崩れた人が増えた	体調を崩した人が増えた	外出が減った人が増えた	人との交流が減った人が増えた	特別接種を受けている人が増えた	医師健診回診を受けている人が増えた	その他
「1・2」											
3～4か月児健診											
1歳6か月児健診											
3歳児健診											

1. ホームページで情報発信
2. メールやSNSを活用した情報発信
3. 相談体制の強化（オンライン相談や電話相談等）
4. その他

①-3 コロナによる生活の変化の中で、プラスと感じる意見を聞いておられたら教えてください。

例：夫が在宅勤務になり、家族の時間が増えた。料理をがんばるようになった。SNSを活用して新しい友人ができた等

がん検診に関するCOVID-19の影響

回答者の属性（必須）

市区町村		回答部署	
職名・回答者名	職名		
	回答者名		

②-1 各種がん検診の実施状況について

平成30年度	個別検診	集団検診	個別検診その他	集団検診その他
肺がん検診				
大腸がん検診				
胃がん検診				
乳がん検診				
子宮がん検診				

1. 例年通り実施
2. 全面的に中止・休止
3. 一部中止・休止
4. 従来から実施していない
5. その他

令和2年度	個別検診	集団検診	個別検診その他	集団検診その他
肺がん検診				
大腸がん検診				
胃がん検診				
乳がん検診				
子宮がん検診				

②-2 各種がん検診への新型コロナウイルス感染症の影響について

複数選択可 回答例： 2,3,4

平成30年度	個別検診	集団検診	個別検診その他	集団検診その他
肺がん検診				
大腸がん検診				
胃がん検診				
乳がん検診				
子宮がん検診				

1. 影響は特になかった
2. 中止や休止で周知や調整に苦慮した
3. 受診控えや受診率低下を感じている
4. 医療機関が逼迫しており精密検査が受けにくい状況であった
5. その他

令和2年度	個別検診	集団検診	個別検診その他	集団検診その他
肺がん検診				
大腸がん検診				
胃がん検診				
乳がん検診				
子宮がん検診				

②-3 各種がん検診実施において、新型コロナウイルス感染症に対応して工夫したことがあれば教えてください。

(例：受診率を下げないため、従来やっていたいなかった個別通知を行った。検診期間を延長した。)

	自由記載
肺がん検診	
大腸がん検診	
胃がん検診	
乳がん検診	
子宮がん検診	

介護予防に関するコロナ感染症の影響について

1. 回答者の属性（必須）

市区町村		回答部署	
職名・回答者名	職名	回答者名	

2. 基本情報

(1) 市町村情報

人口	
高齢者人口	
高齢化率	

(2) 介護予防事業対象者および要介護（要支援）度認定者の状況

①介護予防事業対象者

	2018年度		2019年度		2020年度	
	①事業 対象者数	②新規事業 対象者数	①事業 対象者数	②新規事業 対象者数	①事業 対象者数	②新規事業 対象者数
事業対象者数						

②要介護度認定者

	二次審査結果	2018年度	2019年度	2020年度	
	前回介護度 要支援 1	新規申請者数			
非該当数					
取下げ					
要支援 1 (却下)					
要支援 2					
要介護 1					
要介護 2					
要介護 3					
要介護 4					
要介護 5					
	合計				
前回介護度 要支援 2	取下げ				
	要支援 1				
	要支援 2 (却下)				
	要介護 1				
	要介護 2				
	要介護 3				
	要介護 4				
	要介護 5				
		合計			
	前回介護度 要介護 1	取下げ			
要支援 1					
要支援 2					
要介護 1 (却下)					
要介護 2					
要介護 3					
要介護 4					
要介護 5					
		合計			
前回介護度 要介護 2		取下げ			
	要支援 1				
	要支援 2				
	要介護 1				
	要介護 2 (却下)				
	要介護 3				
	要介護 4				
	要介護 5				
		合計			
	前回介護度 要介護 3	取下げ			
要支援 1					
要支援 2					
要介護 1					
要介護 2					
要介護 3 (却下)					
要介護 4					
要介護 5					
		合計			
前回介護度 要介護 4		取下げ			
	要支援 1				
	要支援 2				
	要介護 1				
	要介護 2				
	要介護 3				
	要介護 4 (却下)				
	要介護 5				
		合計			
	前回介護度 要介護 5	取下げ			
要支援 1					
要支援 2					
要介護 1					
要介護 2					
要介護 3					
要介護 4					
要介護 5 (却下)					
		合計			

3. 新型コロナウイルス感染症が及ぼした市区町村への影響（2018年度～2020年度間）について高齢者に対する健康増進と介護予防について以下について、2018年度（新型コロナウイルス感染症拡大前）と2020年度を比較して以下の項目にお答えください。

3-（1）介護予防ケアマネジメントについて

1) 介護予防ケアマネジメントの件数

<input type="checkbox"/>	①増加した
<input type="checkbox"/>	②やや増加した
<input type="checkbox"/>	③あまり変わらない
<input type="checkbox"/>	④やや減少した
<input type="checkbox"/>	⑤減少した

2) 介護予防ケアマネジメントの実施についての影響

<input type="checkbox"/>	①訪問できない期間があり、電話で対応した
<input type="checkbox"/>	②来所のみでの対応とした
<input type="checkbox"/>	③その他

3) 介護予防ケアマネジメントの計画策定の影響

<input type="checkbox"/>	①介護予防・生活支援サービス事業が中止となり、プランに位置付けることができなかった。
<input type="checkbox"/>	②いずれも中止となり、プランに位置付けることができなかった。
<input type="checkbox"/>	③従来からプランに位置付けることができていない。
<input type="checkbox"/>	④その他

3-（2）介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービス）について

1) 訪問型サービスAについて

<input type="checkbox"/>	①例年通り実施
<input type="checkbox"/>	②全面的に休止・中止
<input type="checkbox"/>	③一部休止・中止
<input type="checkbox"/>	④従来から実施していない
<input type="checkbox"/>	⑤その他

2) 訪問型サービスBについて

<input type="checkbox"/>

3) 訪問型サービスCについて

<input type="checkbox"/>

3-（3）介護予防・生活支援サービス事業（通所型サービス）について

1) 通所型サービスAについて

<input type="checkbox"/>

2) 通所型サービスBについて

<input type="checkbox"/>

3) 通所型サービスCについて

<input type="checkbox"/>

3-（4）生活支援サービスについて

<input type="checkbox"/>

3-（5）一般介護予防事業について

1) 介護予防普及啓発事業（パンフレット、講演会、相談会）について

<input type="checkbox"/>

2) 地域介護予防活動支援事業（住民主体活動支援）について

<input type="checkbox"/>

3) 住民主体の通いの場について

<input type="checkbox"/>

4) 地域リハビリテーション活動支援事業

<input type="checkbox"/>

3-（6）包括的支援事業について

1) 地域ケア個別会議について

<input type="checkbox"/>

2) 地域ケア会議について

<input type="checkbox"/>

3) 認知症短期集中支援チーム事業について

<input type="checkbox"/>

4) 認知症カフェ等認知症関連事業について

<input type="checkbox"/>

5) 在宅医療・介護連携の推進事業について

<input type="checkbox"/>

4. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

(1) 実施状況

<input type="checkbox"/>	①毎年実施している
<input type="checkbox"/>	②2年に一回実施している
<input type="checkbox"/>	③3年に一回実施している

ご協力ありがとうございました

令和3年度地域保健総合推進事業
「自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究」
報告書

発行日 令和4年3月
編集・発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会
分担事業者 角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部）
〒520-8577 滋賀県大津市京町四丁目1-1
TEL 077-528-3502
FAX 077-528-4850
E-mail kakuno-fumihiko@pref.shiga.lg.jp