

第5回岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会の結果 について

新型コロナウイルス感染症患者の大幅な増加に対応できる本県の医療体制を構築するため、「岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会」（以下、「検討委員会」という。）を開催しましたのでお知らせします。

（1）開催日程等

日 時 令和2年9月11日（金）18時～
場 所 岩手県民会館 4階 第2会議室

（2）委員会の内容

本県における患者の状況等について報告し、委員と情報を共有しました。

また、新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組として、軽症者・無症状者の対応や、季節性インフルエンザに備えた対応について、関係機関と連携しながら検討を進めることとされました。

さらに、重点医療機関及び協力医療機関の指定状況の共有、医療提供体制の分野ごと検討状況や妊産婦へのPCR検査体制の検討状況について報告を行いました。

○ これまでの検討委員会での意見を踏まえ整理した内容は次のとおりです

① 福祉施設等における感染対策の状況について

国及び県の調査結果を踏まえ、対応が必要な項目について保健所等と連携し、対応を進める。

② 医療及び福祉施設においてクラスターが発生した場合の医療支援チームの派遣

感染制御の専門家であるいわて「いわて感染制御支援チーム（ICAT）」のみならず、施設と行政、医療機関等との関係機関の調整を行う「（仮称）いわて医療福祉施設等医療支援チーム」を入院等搬送調整班の下に設置し、派遣することにより、医療を必要とする者のスムーズな搬送等に繋げる体制の構築を進める。

（3）委員から出された主な意見等

- ・ 軽症者や無症状者における宿泊施設の活用方法については、これまでの本県での考え方をベースに、患者数が拡大してくるフェーズ2段階から活用すべき。
- ・ これまでの帰国者接触者外来や地域外来・検査センターに追加する形で季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の対応ができるような方向での検討が必要

などの意見が出されました。

今後、これらの意見を踏まえ、関係機関と調整を進めながら、新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制の充実を図っていきます。

第5回岩手県新型コロナウイルス感染症 医療体制検討委員会

日 時：令和2年9月11日（金）18：00～19：30

場 所：岩手県民会館 4階 第2会議室

次 第

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 新型コロナウイルス感染症の患者数等について 【資料1】

4. 議 題

(1) 議事

新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組について 【資料2】

(2) 報告

ア. 岩手県における新型コロナウイルス感染症に係る医療体制について 【資料3】

イ. 軽症者等宿泊療養施設の設置状況について 【資料4】

(3) その他

不安を抱える妊婦に対するPCR検査体制について 【資料5】

5. 閉 会

岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会名簿

令和2年9月11日

No.	所属機関名等	職名等	氏名	備考
1	(一社)岩手県医師会	常任理事	吉田 耕太郎	
2		理事 岩手県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部 特任部会部会長	下 沖 収	
3	岩手医科大学附属病院	小児科学講座 教授	小山 耕太郎	Web 会議参加
4		産婦人科学講座 教授	馬 場 長	総合周産期母子医療センター
5		泌尿器科学講座 腎・血液浄化療法学分野教授	阿 部 貴 弥	代理：三愛病院泌尿器科 部長 大森 聡
6		救急・災害・総合医学講座 災害医療分野教授	眞 瀬 智 彦	岩手 DMAT
7		神経精神科学講座 教授	大塚 耕太郎	岩手 DPAT
8		感染制御部長	櫻 井 滋	県新型コロナウイルス感染症対策専門委員会委員長
9	盛岡赤十字病院	院長	久 保 直 彦	
10	独立行政法人国立病院機構 盛岡医療センター	院長	木 村 啓 二	
11	盛岡つなぎ温泉病院	理事長	小 西 一 樹	
12	盛岡市立病院	院長	加 藤 章 信	委員長 感染症指定医療機関
13	岩手県医療局	県立中央病院 院長	宮 田 剛	副委員長
14		県立胆沢病院 特任看護師	福 田 祐 子	いわて感染制御支援チーム(ICAT)副統括
15	盛岡市保健所	所長	矢 野 亮 佑	中核市
16	岩手県保健所長会	岩手県二戸保健所 所長	杉 江 琢 美	
17	(一社)岩手県歯科医師会	専務理事	大 黒 英 貴	
18	(一社)岩手県薬剤師会	専務理事	熊 谷 明 知	
19	(公社)岩手県看護協会	会長	及 川 吏 智 子	
20	岩手県消防長会	盛岡地区広域消防組合消防長	石 井 健 治	代理：盛岡地区広域消防組合消防本部警防課長 中村 義昭

【入院等搬送調整班】

No.	所属	職名等	氏名	備考
1	副班長	岩手医科大学附属病院 救急・災害・総合医学講座災害医療分野助教	中島 成隆	
2	副班長	県立中央病院 救急医療部長	須原 誠	
3	副班長	県立胆沢病院 人工透析科長兼災害医療科長兼泌尿器科医長	忠地 一輝	Web 会議参加
4	業務調整員	岩手医科大学附属病院 救急・災害・総合医学講座災害医療分野助教	藤原 弘之	
5	業務調整員	岩手医科大学附属病院 救急・災害・総合医学講座災害医療分野助教	富永 綾	

【県側出席者】

No.	所属	職名等	氏名	備考
1	保健福祉部	部長	野原 勝	
2		総括新型コロナウイルス感染症対策監	工藤 啓一郎	医療政策室長
3		新型コロナウイルス感染症対策監	吉田 陽悦	
4		新型コロナウイルス感染症対策担当課長	三浦 節夫	医療政策室技術主幹兼感染症担当課長
5		主任主査	菊池 智	医療政策室地域医療推進担当
6		主査	坂下 修	
7		主任	小野寺 志保	
8		主事	久保 拓也	
9		主事	神馬 良典	

新型コロナウイルス感染症の患者数等について

(令和2年9月11日0時現在)

1 本県における新型コロナウイルス感染症の患者数

総数	＜内 訳＞	
	入院中	退院
23人	4人	19人

※ 死亡退院なし。

2 医療圏別患者数

医療圏名	人 数
盛 岡	7人
中 部	6人
胆 江	4人
両 磐	—
気 仙	—
釜 石	—
宮 古	1人
久 慈	5人
二 戸	—
合 計	23人

3 年代別患者数

年 代	人 数
10歳未満	2人
20代	6人
30代	2人
40代	8人
50代	2人
60代	3人
70代	—
80代	—
90歳以上	—
合計	23人

4 重症度別患者数

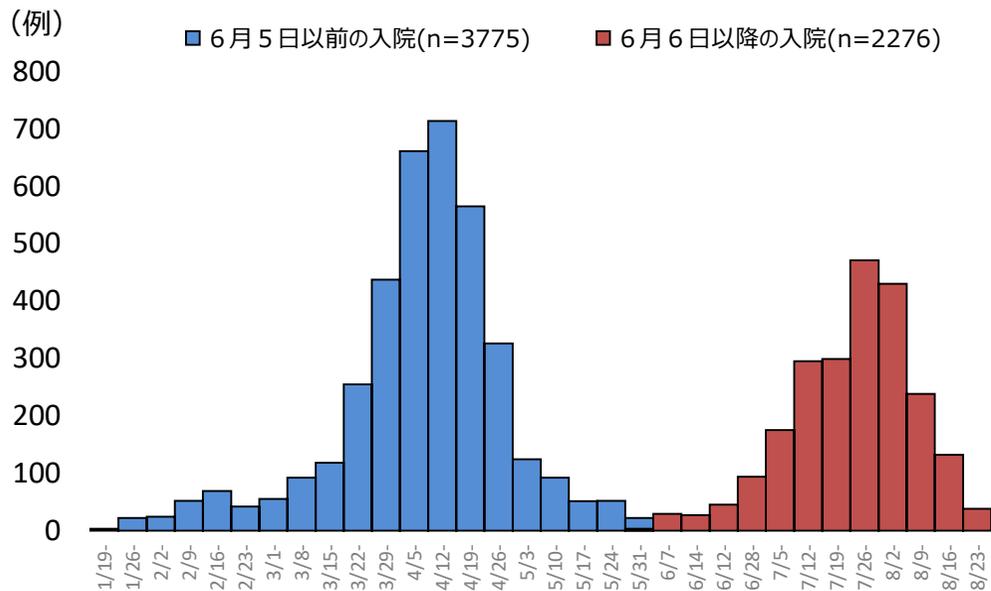
入院経過中の状態で最も悪かった時点の重症度により患者数を計上したもの。

重症度*	酸素飽和度	臨床状態	患者数	＜参考＞ 本県の重症度別 患者数
軽症	$SpO_2 \geq 96\%$	呼吸器症状なし 咳のみ息切れなし	20人	20人 (無症状4名含む)
中等症Ⅰ 呼吸不全なし	$93\% < SpO_2 < 96\%$	息切れ、肺炎所見あり	0人	
中等症Ⅱ 呼吸不全あり	$SpO_2 \leq 93\%$	酸素投与が必要	3人	3人
重症		ICU入室 又は 人工呼吸器が必要	0人	重症：人工呼吸器 0人
				最重症：ECMO 0人

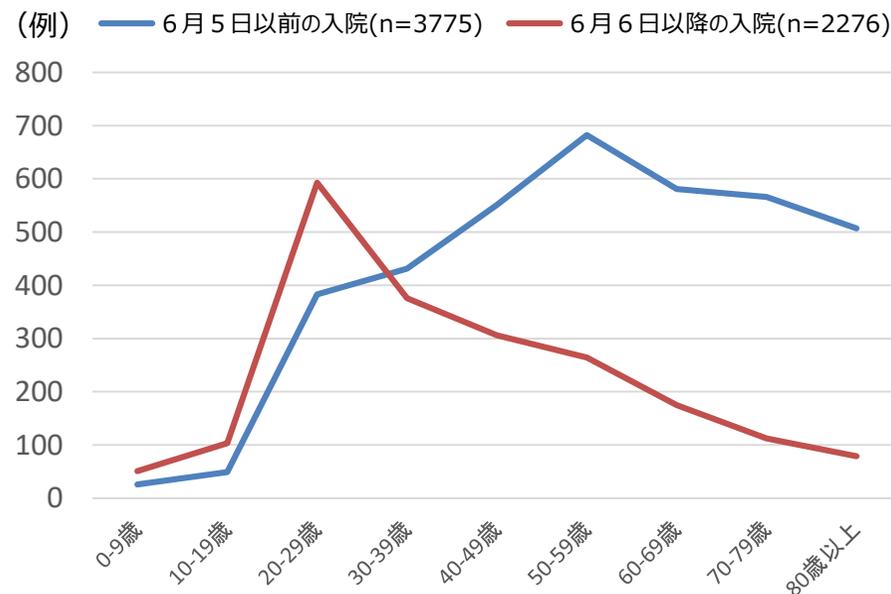
※ 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部発出 令和2年9月4日事務連絡の“新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き第3版”の分類に基づき整理したもの。

- 国立国際医療研究センターにおいて、協力医療機関から3月～9月4日の期間にデータが登録された、入院後に退院（死亡退院・転院等を含む）した約6100例（6月5日までに入院した約3800例及び6月6日以降に入院した約2300例）について解析。
- 6月6日以降に入院した症例は、6月5日までに入院した症例よりも高齢者の割合が低く、発症から入院までの日数が短い。

入院日別の登録症例数（週毎）



年代別の登録症例数



発症から入院までの日数

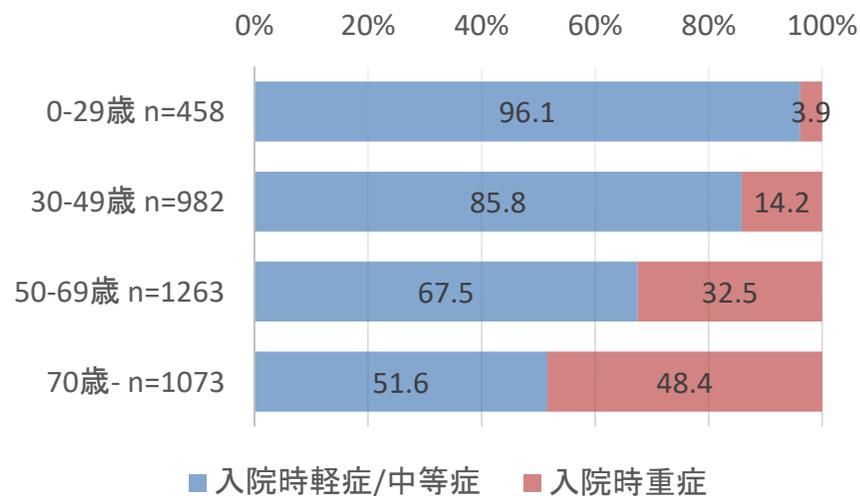
	6月5日以前の入院 (n=3336)	6月6日以降の入院 (n=2011)
平均値	7.7日	5.1日
中央値(四分位数範囲)	7日 (4, 10)	5日 (3, 7)

※ 発症から入院までの日数は、レジストリに登録された症例のうち発症日が記録されており、入院日が発症日より遅い症例について解析。

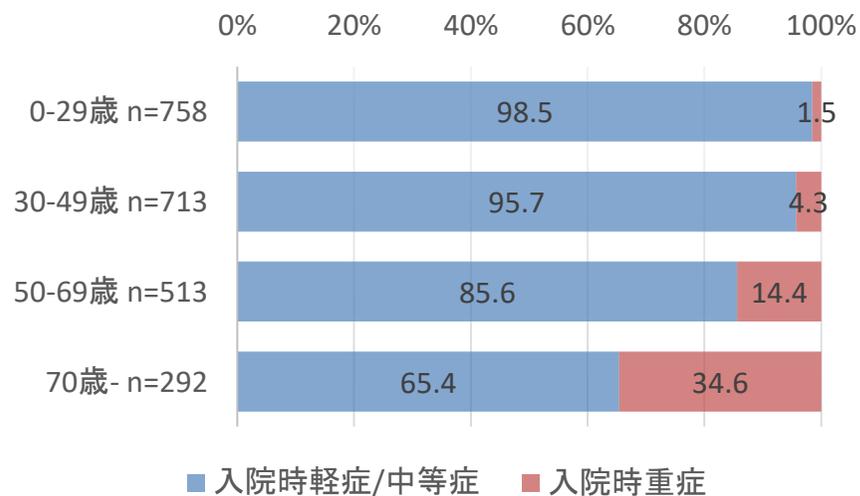
新型コロナウイルス感染症の入院症例における入院時重症度

- 入院時の重症度は、高齢者において重症※¹である割合が高い。
- 6月以降に入院した症例は、6月以前に入院した症例に比べ、いずれの年代においても、入院時に重症である割合が低い。

6月5日以前に入院した症例の入院時の重症度の割合（%）



6月6日以降に入院した症例の入院時の重症度の割合（%）



- ※ 1 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類
- ※ 2 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていないことに注意が必要。

新型コロナウイルス感染症の入院症例における入院後に挿管等に至る割合

- 入院後に挿管等※¹に至る割合は、高齢者や入院時に重症※²だった症例において高い。
- 6月以降に入院した症例は、6月以前に入院した症例と比べ、いずれの年代においても入院後に挿管等に至る割合が低い。

入院後に挿管等に至る割合※¹ (世代・入院時重症度別)

入院時軽症/中等症例

	6月5日以前の 入院例	6月6日以降の 入院例	累計
0-29歳	0.2% (1/440)	0.0% (0/747)	0.1% (1/1187)
30-49歳	1.4% (12/843)	0.3% (2/682)	0.9% (14/1525)
50-69歳	3.2% (27/852)	0.9% (4/439)	2.4% (31/1291)
70歳-	3.1% (17/554)	2.1% (4/191)	2.8% (21/745)
計	2.1% (57/2689)	0.5% (10/2059)	1.4% (67/4748)

入院時重症例※²

	6月5日以前の 入院例	6月6日以降の 入院例	累計
0-29歳	38.9% (7/18)	0.0% (0/11)	24.1% (7/29)
30-49歳	22.3% (31/139)	12.9% (4/31)	20.6% (35/170)
50-69歳	36.5% (150/411)	16.2% (12/74)	33.4% (162/485)
70歳-	23.5% (122/519)	10.9% (11/101)	21.5% (133/620)
計	28.5% (310/1087)	12.4% (27/217)	25.8% (337/1304)

※¹ 挿管等：挿管またはECMO（体外式膜型人工肺）を行った場合

※² 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類

※³ 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、**直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていない**ことに注意が必要。

※⁴ 高齢を理由に挿管等の積極的な治療を行わない場合もあるため、高齢者においては必ずしも臨床的な重症度と一致しない。

新型コロナウイルス感染症の入院症例における入院後に死亡する割合

- 入院後に死亡する割合は、高齢者や入院時に重症※¹だった症例において高い。
- 6月以降に入院した症例は、6月以前に入院した症例と比べて、いずれの年代においても入院後に死亡する割合が低い。

入院後に死亡する割合 (世代・入院時重症度別)

入院時軽症/中等症例

	6月5日以前の 入院例	6月6日以降の 入院例	累計
0-29歳	0.0% (0/440)	0.0% (0/747)	0.0% (0/1187)
30-49歳	0.2% (2/842)	0.0% (0/682)	0.1% (2/1525)
50-69歳	1.1% (9/852)	0.0% (0/439)	0.7% (31/1291)
70歳-	10.6% (59/554)	5.8% (11/191)	9.4% (21/745)
計	2.6% (70/2688)	0.5% (11/2059)	1.7% (67/4748)

入院時重症例※¹

	6月5日以前の 入院例	6月6日以降の 入院例	累計
0-29歳	5.6% (1/18)	0.0% (0/11)	3.4% (1/29)
30-49歳	2.2% (3/139)	0.0% (0/31)	1.8% (3/170)
50-69歳	10.9% (45/411)	1.4% (1/74)	9.5% (46/485)
70歳-	31.2% (162/519)	20.8% (21/101)	29.5% (183/620)
計	19.4% (211/1087)	10.1% (22/217)	17.9% (233/1304)

※¹ 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類

※² 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていないことに注意が必要。

新型コロナウイルス感染症の入院患者の主な併存疾患

併存疾患	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等症			重症		
	～2020/6/5 (N=2696)	2020/6/6～ (N=2069)	Total (N=4765)	～2020/6/5 (N=1087)	2020/6/6～ (N=218)	Total (N=1305)
うっ血性心不全	57 (2.1%)	13 (0.6%)	70 (1.5%)	77 (7.1%)	6 (2.8%)	83 (6.4%)
COPD	23 (0.9%)	14 (0.7%)	37 (0.8%)	48 (4.4%)	18 (8.3%)	66 (5.1%)
COPD以外の慢性肺疾患	24 (0.9%)	8 (0.4%)	32 (0.7%)	66 (6.1%)	6 (2.8%)	72 (5.5%)
軽度糖尿病 (三大合併症なし、食事療法のみは除く)	274 (10.2%)	127 (6.1%)	401 (8.4%)	255 (23.5%)	54 (24.8%)	309 (23.7%)
重症糖尿病 (三大合併症のいずれかあり)	51 (1.9%)	13 (0.6%)	64 (1.3%)	44 (4.0%)	10 (4.6%)	54 (4.1%)
肥満 (医師の診断に基づく)	113 (4.2%)	85 (4.1%)	198 (4.2%)	77 (7.1%)	23 (10.6%)	100 (7.7%)
固形癌 (転移なし。診断より5年経過した者は除く。)	68 (2.5%)	28 (1.4%)	96 (2.0%)	62 (5.7%)	6 (2.8%)	68 (5.2%)
高血圧	366 (13.6%)	252 (12.2%)	618 (13.0%)	332 (30.5%)	91 (41.7%)	423 (32.4%)
高脂血症	212 (7.9%)	159 (7.7%)	371 (7.8%)	161 (14.8%)	49 (22.5%)	210 (16.1%)
中等度～高度腎機能障害 (Cre \geq 3mg/dL、透析中、腎移植後、尿管症)	28 (1.0%)	8 (0.4%)	36 (0.8%)	24 (2.2%)	2 (0.9%)	26 (2.0%)

※ 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類。

※ 割合 (%) の算出の際は欠損値を除外。

新型コロナウイルス感染症の入院患者における投薬の状況

- 6月以降に入院した症例においては、6月以前に入院した症例と比べて、ステロイド薬（シクレソニドを除く）及びレムデシビルを使用する割合が高い。

全症例	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等症			重症		
	～2020/6/5 (N=2777)	2020/6/6～ (N=2119)	Total (N=4896)	～2020/6/5 (N=1134)	2020/6/6～ (N=237)	Total (N=1371)
ステロイド薬(シクレソニドを除く) ※入院以前からCOVID-19以外の目的で使用していた場合は除く。	116 (4.3%)	132 (6.2%)	248 (5.1%)	257 (23.1%)	94 (39.7%)	351 (26.0%)
抗凝固薬	110 (4.0%)	58 (2.7%)	168 (3.4%)	257 (22.7%)	45 (19.0%)	302 (22.0%)

COVID-19治療目的で 薬物投与を行った症例	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等症			重症		
	～2020/6/5 (N=1409)	2020/6/6～ (N=646)	Total (N=2055)	～2020/6/5 (N=914)	2020/6/6～ (N=177)	Total (N=1091)
レムデシビル	3 (0.2%)	45 (7.0%)	48 (2.4%)	8 (0.9%)	37 (21.0%)	45 (4.2%)
シクレソニド	723 (52.9%)	336 (52.0%)	1059 (52.6%)	403 (44.9%)	45 (25.4%)	448 (41.7%)
ナファモスタット	87 (7.8%)	52 (8.1%)	139 (7.9%)	104 (13.2%)	24 (13.6%)	128 (13.3%)

※ 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類。

※ 割合（%）の算出の際は欠損値を除外。

○新規感染者数の動向

- ✓ 全国の発症時点で見えた感染状況は、7月末がピークになっているように見え、東京、大阪、愛知、福岡、沖縄などの実効再生産数は、足下（8月22日時点）で1を下回っている。
- ✓ 接待を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力、市民の行動変容の影響などもあってか、新規感染者数は全国的に減少しているが、感染者数の動向は地域差がある。
 - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数（9/1～9/7）
全国 3.00人（3,785人↓）、東京都 7.41人（1,032人↓）、愛知県 2.45人（185人↓）、大阪府 6.24人（550人↓）、福岡県 4.29人（219人↓）、沖縄県 6.95人（101人↓）
 - ・感染経路が特定できない症例の割合（8/22～8/28） 全国 50.8%（前週差0.1%↓）、東京都 59.5%（2.4%↓）

○入院患者数の動向^(※)

- ✓ 入院者数は減少傾向となっている。受入確保病床に対する割合（括弧内）も同様であるが、一部地域ではやや高水準となっている。
 - ・入院者数（9/2）：全国 4,993人↓（18.9%）、東京都 1,418人↓（35.5%）、愛知県 289人↓（36.5%）、大阪府 488人↑（38.1%）、福岡県 260人↓（53.1%）、沖縄県 256人↓（55.5%）
- ✓ 重症者数は7月上旬以降増加傾向が続いていたが、8月下旬以降減少傾向となっている。
 - ・重症者数（9/2）：全国 324人↓（10.0%）、東京都 101人↑（20.2%）、愛知県 16人↓（22.9%）、大阪府 61人↓（32.4%）、福岡県 14人↓（23.3%）、沖縄県 20人↓（40.8%）

○検査体制

- ✓ 検査件数に変動はあるが、直近の検査件数に対する陽性者の割合は2.9%であり、前週差1.1%ポイント減少し、緊急事態宣言時（4/6～4/12の8.8%）と比較すると引き続き低位である。
 - ・検査数（8/31～9/6）：全国 136,868 件↑、東京都 37,362 件↑、愛知県 4,110件↓、大阪府12,294件↑、福岡県 8,702件↓、沖縄県 3,513件↑
 - ・陽性者の割合（8/31～9/6）：全国 2.9%（前週差1.1%ポイント↓）、東京都 2.8%（1.0%ポイント↓）、愛知県 5.0%（1.5%ポイント↓）、大阪府4.5%（1.7%ポイント↓）、福岡県 2.9%（2.2%ポイント↓）、沖縄県3.0%（5.8%ポイント↓）

※「入院患者数の動向」は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」による。この調査では、記載日の0時時点で調査・公表している。重症者数については、8月14日公表分以前とは対象者の基準が異なる。↑は前週と比べ増加、↓は減少を意味する。

<感染状況について>

- 6月下旬以降の全国的な感染拡大については、新規感染者数は、8月第1週をピークとして減少が続いており、お盆を挟んでもその傾向は維持されている。全国の発症日ベースの流行曲線で見ても、7月27～29日以降、下降が続いている。一方で、三重県や宮城県などで感染拡大が見られるなど、感染者数の動向は地域により異なる。
※ 1週間ごとの新規感染者数: 7月11日～17日 2,983人、18日～24日 4,703人、25日～31日 7,282人、8月1～7日 9,454人、8月8～14日 8,036人、15～21日 7,082人、22日～28日 5,560人、8月29～9月4日 4,323人
- また、東京、大阪、愛知、福岡、沖縄の実効再生産数は、最直近の8月22日時点で、1を下回っていることが確認されているが、東京、大阪では1に近い数値となっており、引き続き、継続的な患者発生や再拡大に向けた警戒を続けていく必要がある。また、検査件数に対する陽性者割合についても、前週差で1.1%ポイント減少して2.9%となった。
- こうした要因としては、接待を伴う飲食店など感染拡大の端緒となりうるハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力が功を奏しはじめたことや、感染拡大の報道等に伴う市民の行動変容の影響などが考えられる。
※ 東京都: 5/29、6/27 夜の繁華街への外出について注意喚起、7/10 国、都、新宿区、豊島区、専門家による意見交換を踏まえた総合的な対策発表、7/22など 外出控えるよう呼びかけ
大阪府: 7/28 5人以上の宴会や飲み会の自粛を要請(8/1～8/31)
飲食店の休業や営業短縮の要請(沖縄県8/1～8/15、東京都8/3～8/31(23区は～9/15)、愛知県8/5～8/24、大阪府8/6～8/21) 8/1以降も大規模イベントの人数制限等を当面、維持(7/22)
- 一方、8月に入り、感染者数に占める中高年層の割合は上昇傾向となり、3～5月と比べれば低いものの6月～7月と比較すると高い水準で推移している。また、重症者の状況については、7月上旬以降増加傾向が続いていたが、8月下旬以降減少傾向となっている。
※ 新規感染者数に占める60歳以上割合 7月1～7日 10%、8～14日 9%、15～21日 11%、22～28日 11%、7月29日～8月4日 12%、8月5～11日 18%、12～18日 22%、19～25日 22%、8月26日～9月1日 25%
- また、3～5月の流行では、感染拡大のピークを過ぎてから病院や高齢者施設での感染が多発した。6月下旬以降の流行では、感染予防や感染拡大防止に向けた早期検知、早期対応が進んだこともあり、首都圏などでは「大規模な」院内・施設内感染の発生は減少している。引き続き、早期検知・早期対応をはじめ院内・施設内感染を防止する取組により重症者・死亡者数を抑えていくことが重要である。

＜致命率等の低下について＞(P4参照)

- 6月以降の感染拡大においては、3、4月と比べ、感染者数の増加に対して重症者数の増加が緩やかとなっているが、5月と8月の直近1か月間の調整致命率(※)を比較すると、全年齢、年齢群別とも低下傾向がみられる。
※ 調整致命率とは一定の定義に基づいて診断された症例群から追跡期間中に発生する死亡リスクを表す。届出から死亡までの日数の累積分布を調整した推定値である。データの更新により、今後推定値が変わる可能性がある。
- また、国立国際医療研究センターのレジストリに登録された約6100例の入院患者のデータ(9月4日までに登録された症例)によれば、入院症例に占める入院後に死亡する割合(世代・入院時重症度別)は、併存疾患などの患者の背景事情の実態が異なる可能性があるものの、6月5日以前の入院症例と比較して、6月6日以降の入院症例の方が、いずれの年代においても死亡する割合が低くなっている。
- こうした要因としては、
 - サーベイランス感度が高まり、より多くの感染者が確認できるようになったこと(検査体制の拡充、感染リスクの高い場所での積極的な検査の実施、診断までの日数の短縮等)
 - 若い世代が占める割合が高くなっていること
 - 高齢者であっても比較的健康な高齢者が含まれると考えられること(3～5月の感染拡大と比べて院内、施設内感染事例が占める割合が低い)
 - 標準的な治療法に基づく対応が進んでいると考えられることなどが考えられるが、感染状況の動向も踏まえつつ、引き続き解析を行っていくことが必要である。

＜今後の対応について＞

- 新規感染者数の減少が続いているが、今後再拡大の可能性もあり、引き続き、「3密」や大声を上げる環境の回避、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など、基本的な感染予防対策の実施や、院内・高齢者施設における施設内感染対策、クラスターが起きた場合の早期対応など、これからも必要な対策を継続すべきである。
- 特に、これまで国内で感染拡大のきっかけとなってきた接待を伴う飲食店などのリスクの高い場における積極的な対応を強化していくことは重要である。
- 一方で、今後は異なる場が感染拡大のきっかけになる可能性もあり、諸外国での知見なども参考にしながら、感染拡大の端緒となり得る大規模クラスターやクラスター連鎖への早期かつ適切な対応ができる体制を整備していくことが求められる。また、地域によっては予想できない再拡大が生じる可能性があることにも留意が必要である。
- 今後とも、感染状況の監視・評価を継続し、「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」(令和2年8月28日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)に基づき、検査体制の抜本的な拡充、医療提供体制の確保、保健所体制の整備などに早急に取り組むべきである。併せて、感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直しについても、本アドバイザリーボードに設置したWGでの議論も踏まえて、早急に検討を進めていくべきである。

調整致命率の比較：8月30日時点推定値

鈴木基 国立感染研感染症疫学センター長 提出資料(9月2日)より

※ 調整致命率とは一定の定義に基づいて診断された症例群から追跡期間中に発生する死亡リスクを表す。届出から死亡までの日数の累積分布を調整した推定値である。データの更新により、今後推定値が変わる可能性がある。

	全期間累積			直近1か月間累積		
	全年齢	0-69歳	70歳以上	全年齢	0-69歳	70歳以上
5月31日時点	5.8% (5.5-6.2)	1.1% (0.9-1.3)	24.5% (23-26)	7.2% (6.5-7.9)	1.3% (1.0-1.7)	25.5% (23.3-27.8)
8月30日時点	2.4% (2.2-2.5)	0.4% (0.4-0.5)	16% (15.1-16.9)	0.9% (0.8-1.1)	0.2% (0.1-0.2)	8.1% (7.1-9.2)

新型コロナウイルス感染症の入院症例に占める入院後に死亡する割合（世代・入院時重症度別）

大曲貴夫 国立国際医療研究センター病院・国際感染症センター長 提出資料(9月10日)より

※ 6月5日以前と、6月6日以降の入院例を比較する場合、入院時軽症/中等症例、重症例ともに、併存疾患などの患者の背景事情の実態が異なる可能性があることに留意が必要である。

入院時軽症/中等症例

	6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計
0-29歳	0.0% (0/440)	0.0% (0/747)	0.0% (0/1187)
30-49歳	0.2% (2/842)	0.0% (0/682)	0.1% (2/1525)
50-69歳	1.1% (9/852)	0.0% (0/439)	0.7% (31/1291)
70歳-	10.6% (59/554)	5.8% (11/191)	9.4% (21/745)
計	2.6% (70/2688)	0.5% (11/2059)	1.7% (67/4748)

入院時重症例※1

	6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計
0-29歳	5.6% (1/18)	0.0% (0/11)	3.4% (1/29)
30-49歳	2.2% (3/139)	0.0% (0/31)	1.8% (3/170)
50-69歳	10.9% (45/411)	1.4% (1/74)	9.5% (46/485)
70歳-	31.2% (162/519)	20.8% (21/101)	29.5% (183/620)
計	19.4% (211/1087)	10.1% (22/217)	17.9% (233/1304)

※1 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類

※2 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、**直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていない**ことに注意が必要。 4

新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組等について

1 国からの通知

(1) 新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組について

(令和2年8月28日付内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室事務連絡)

<主な内容>

- ・感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し
- ・検査体制の抜本的な拡充
- ・医療提供体制の確保 など

(2) 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について

(令和2年9月4日付厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)

<主な内容>

- ・地域の実情に応じて、多くの医療機関で発熱患者等を相談・診療・検査できる体制を整備
- ・インフルエンザワクチンの供給量を確保しつつ、効率的なワクチン接種を推進
- ・「新しい生活様式」をはじめとする感染症対策を推進

2 本日の委員会における論点

1. 軽症者・無症状者の対応
2. 季節性インフルエンザに備えた対応

資料2【参考】

事務連絡
令和2年8月28日

各都道府県

新型コロナウイルス感染症対策担当部局 御中

内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室

「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」について

本日開催されました、新型コロナウイルス感染症対策本部（第42回）において、「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」が、別添のとおり決定されましたのでお知らせします。

各都道府県におかれては、管内市区町村への周知を図る等の対応をお願いします。

(照会先)

内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室
企画第2担当 松浦・多田・廣瀬・尾花・渡邊
直通 03(6257)3086

新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組

令和2年8月28日
新型コロナウイルス感染症対策本部

- 4月に緊急事態宣言を発し、感染状況は改善したが、社会経済活動全般に大きな影響
- 感染者のうち、8割の者は他の人に感染させていない。また、8割は軽症又は無症状のまま治癒するが、2割で肺炎症状が増悪。一方、若年層では重症化割合が低く、65歳以上の高齢者や基礎疾患を有する者で重症化リスクが高いことが判明
- これまで得られた新たな知見等を踏まえれば、ハイリスクの「場」やリスクの態様に応じたメリハリの効いた対策を講じることによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することが可能
- こうした考え方の下、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患がある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化。また、季節性インフルエンザの流行期に備え、検査体制、医療提供体制を確保・拡充
⇒ 感染防止と社会経済活動との両立にしっかりと道筋をつける

1. 感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し

- ・ 軽症者や無症状者について宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を徹底し、医療資源を重症者に重点化。感染症法における権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直し

2. 検査体制の抜本的な拡充

- ・ 季節性インフルエンザ流行期に対応した地域の医療機関での簡易・迅速な検査体制構築。抗原簡易キットを大幅拡充（20万件／日程度）
- ・ 感染拡大地域等において、その期間、医療機関や高齢者施設等に勤務する者全員を対象とする一斉・定期的な検査の実施
- ・ 市区町村で一定の高齢者等の希望により検査を行う場合の国の支援
- ・ 本人等の希望による検査ニーズに対応できる環境整備

3. 医療提供体制の確保

- ・ 患者の病床・宿泊療養施設の確保のための10月以降の予算確保
- ・ 患者を受け入れる医療機関の安定経営を確保するための更なる支援
- ・ 地域の医療提供体制を維持・確保するための取組み・支援を進め、季節性インフルエンザ流行期に備え、かかりつけ医等に相談・受診できる体制の整備
- ・ 病床がひっ迫した都道府県に対する他都道府県や自衛隊の支援

4. 治療薬、ワクチン

- ・ 治療薬の供給を確保、治療薬の研究開発に対する支援
- ・ 全国民に提供できる数量のワクチンの確保（令和3年前半まで）
- ・ 身近な地域での接種体制や健康被害救済措置の確保等
- ・ 健康被害の賠償による製造販売業者等の損失を国が補償できる法的措置

5. 保健所体制の整備

- ・ 自治体間の保健師等の応援派遣スキームの構築
- ・ 都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクの創設
- ・ 保健所等の恒常的な人員体制強化に向けた財政措置

6. 感染症危機管理体制の整備

- ・ 国立感染症研究所及び国立国際医療研究センターの連携による、感染症の感染力・重篤性等を迅速に評価・情報発信できる仕組みの整備
- ・ 実地疫学専門家の育成・登録による感染症危機管理時に国の要請で迅速に派遣できる仕組みの構築

7. 国際的な人の往来に係る検査能力・体制の拡充

- ・ 入国時の検査について成田・羽田・関西空港における1万人超の検査能力を確保（9月）

新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組

令和2年8月28日

新型コロナウイルス感染症対策本部決定

3、4月の感染拡大期においては、新型コロナウイルス感染症に関する知見が現時点と比べて十分ではない中で、感染拡大防止と医療提供体制の崩壊を未然に防止するため、4月には、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言を発するとともに、国民に対し、「最低7割、極力8割程度の接触機会の低減」を呼び掛けた。これにより感染状況は改善したが、社会経済活動全般にわたり大きな影響が生じた。

一方で、現在に至るまでの感染事例を踏まえれば、いわゆる3密や大声を上げる環境で感染を生ずることが多いことが確認されている。また、感染者のうち、8割の者は他の人に感染させていないことから、クラスターを制御することが感染拡大を防ぐ上で重要と考えられる。

このため、これまでに、感染拡大防止と社会経済活動との両立を図るため、業種ごとの感染拡大予防ガイドラインを作成するとともに、各事業者にこれを遵守するよう呼びかけてきた。また、国民一人ひとりに対しても、3密や大声を上げる環境の回避、マスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、手指消毒や換気の徹底など基本的な感染対策を行い、さらには、接触確認アプリを活用するといった「新しい生活様式」の実践を呼びかけてきた。これらの取組が着実に実施されることによって、社会全体での感染リスクはかなり下がることが期待される。

また、感染者のうち、8割は軽症又は無症状のまま治癒するが、2割で肺炎症状が増悪し、人工呼吸器管理などが必要になるのは5%程度と言われている。一方、若年層では重症化割合が低く、65歳以上の高齢者や慢性呼吸器疾患、糖尿病、肥満などを有する者で重症化のリスクが高いことが判明している。

検査の面では、唾液を用いるなど新たな検査手法が確立され、検査能力が拡充されるようになったことから、発症から診断までの日数が大幅に短縮されるようになった。治療の面でも、レムデシビル、デキサメタゾンといった医薬品が現在は治療薬として標準的に活用されるようになった。これらのことは、詳

細な因果関係の分析が待たれるものの、感染者に占める重症化する頻度の低下にも寄与している可能性がある。

このように、これまでに得られた新たな知見等を踏まえれば、ハイリスクの「場」や、リスクの態様に応じたメリハリの効いた対策を適切に講じることによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することが可能になる。こうした考えの下、今後の季節性インフルエンザの流行期も見据え、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患のある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化していく。

さらに、季節性インフルエンザの流行期には、発熱等の症状を訴える者が大幅に増え、検査や医療の需要が急増することが見込まれることから、更なる検査体制、医療提供体制の確保・拡充に取り組んでいく。

上記に加え、実用段階にある新技術を活用し、個人が「新しい生活様式」を無理なく実践できるように支えるとともに、行政活動から社会経済活動にいたるまでデジタル化（デジタル・トランスフォーメーション：DX）を図るほか、新型コロナウイルス感染症対策、ポストコロナへの移行を突破口とし、新たな技術開発・イノベーションを強力に推進する。

これらの取組を実施することにより、感染拡大防止と社会経済活動との両立にしっかりと道筋をつける。

1. 感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し

- 新型コロナウイルス感染症については、指定感染症として行使できる権限の範囲が、当時の医学的知見を踏まえ、結核やSARS、MERSといった二類感染症以上となっている。今後、これまでに把握されている医学的知見や有識者の意見を踏まえ、まん延防止を図りつつ、保健所や医療機関の負担の軽減や病床の効率的な運用をさらに図るため、軽症者や無症状者について宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を徹底し、医療資源を重症者に重点化していくこととし、こうした方向性の下、季節性インフルエンザの流行期も見据え、感染症法に基づく権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直しを行っていく。

2. 検査体制の抜本的な拡充

- 季節性インフルエンザ流行期を踏まえた検査需要に対応できるよう、国が都道府県に対し指針を示し、地域における外来診療の医療提供体制と検体採取体制を踏まえて早期に新たな検査体制整備計画を策定するよう要請する。季節性インフルエンザの検査件数（1シーズン約2千万～3千万件（2013～2016年度））を踏まえ、季節性インフルエンザに加え、新型コロナウイルスの検査についても、地域の医療機関で簡易・迅速に行えるよう、抗原簡易キットによる検査を大幅に拡充（1日平均20万件程度）するとともに、PCR検査や抗原定量検査の機器の整備を促進し、必要な検査体制を確保する。その際、検査機器やキットの特性に違いがあることを踏まえ、それぞれ適切な活用方法を明確化する。

- 感染者が多数発生している地域やクラスターが発生している地域においては、その期間、医療機関、高齢者施設等に勤務する者、入院・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査の実施を都道府県等に対して要請する。
また、地域における感染状況を踏まえ、感染拡大を防止する必要がある場合には、現に感染が発生した店舗、施設等に限らず、地域の関係者を幅広く検査することが可能であることを明確化し、都道府県等に対して、積極的な検査の実施を要請する。

- 感染拡大や重症化を防止する観点から、一定の高齢者や基礎疾患を有する者について、市区町村において本人の希望により検査を行う場合に国が支援する仕組みを設ける。

- 社会経済活動の中で本人等の希望により全額自己負担で実施する検査二一ズに対応できる環境を整備する。仮に、行政検査がひっ迫する状況になれば、都道府県知事が検査機関に対し、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、行政検査に支障を生じさせないように要請する。

3. 医療提供体制の確保

- 病床・宿泊療養施設確保計画に基づき、各都道府県において病床・宿泊療養施設を計画的に確保し、医療提供体制の整備を着実に実施するとともに、現時点で把握されている医学的知見に基づき、リスクの低い軽症者や無症状者については宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を基本とし、医療資源を重症者に重点化していく。

- 緊急包括支援交付金による新型コロナウイルス感染症患者の病床・宿泊療養施設の確保について、9月分までを対象に各都道府県に交付決定を行っており、今後さらに、10月以降分の予算を確保し、各都道府県における入院・宿泊療養の体制整備を進める。

また、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を確保するため更なる支援を行うとともに、新型コロナウイルス感染症患者への医療を含め、感染防止の観点から、地域の医療提供体制を維持・確保するための取組み・支援を進めることとし、多数の発熱患者の発生が想定される季節性インフルエンザ流行期に備え、発熱患者が帰国者・接触者相談センターを介することなく、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診し、必要に応じて検査を受けられる体制を整備する。

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大が急激に進展し病床がひっ迫した都道府県に対して、他都道府県からの応援や都道府県知事からの要請による自衛隊の災害派遣等により、必要な支援を行う。また、ECMOが必要な重症患者に対して、全国の医療関係者のネットワーク（ECMOnet）の協力を得て、診療支援を行う。

- 今後の感染状況の変化に十分対応可能な量の医療物資を調達・備蓄するとともに、G-MIS※などにより医療機関における医療物資の充足状況を把握し、優先・緊急配布※※できる体制を構築する。

※新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム

※※現在までの配布実績（8月21日時点）：サージカルマスク約2億4,540万枚、N95等マスク約1,090万枚、アイソレーションガウン約6,740万枚、フェイスシールド約2,300万枚、非滅菌手袋約5,980万双

4. 治療薬、ワクチン

- 治療薬として活用されているレムデシビル、デキサメタゾンについて、必要な患者への供給の確保を図る。その他の治療薬の研究開発について、海外も含めた臨床研究等の推進や、新たな治療薬開発研究の加速のための継続的な支援等に取り組む。引き続き、現在開発中の薬剤について治験手続きを簡素化するとともに、今後、薬事申請がなされた場合は最優先で審査を行い、有効性等が確認されれば速やかに承認するなど、早期の実用化を図る。

- 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについては、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながる事が期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを目指す。

このため、現在開発が進められているワクチン候補のうち、臨床試験の進捗状況等を踏まえ、安全性や有効性、日本での供給可能性等が見込まれるものについては、国内産、国外産の別を問わず、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進めることとする。

また、国民への円滑な接種を実施するため、国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みや、健康被害が生じた場合の適切な救済措置も含め、必要な体制の確保を図る。併せて、ワクチンの使用による健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を国が補償することができるよう、接種の開始前までに法的措置を講ずることとする。

5. 保健所体制の整備

- 都道府県を越えた緊急時の対応を可能とするため、自治体間、関係学会・団体からの保健師等の専門職の応援派遣スキーム（厚生労働省が総務省、全国知事会、全国市長会、全国町村会、指定都市市長会の支援を得て調整）を構築する。特に緊急性が高い場合には、都道府県からの連絡を待たずに派遣を調整する。

また、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンク（リスト化、定期的な研修実施等）の創設、保健所等の恒常的な人員体制強化に向けた財政措置を検討する。

- HER-SYS※の運用改善（発生源入力の促進等）や、業務委託の一層の推進、一部業務の延期等による保健所業務の軽減により、専門職が専門性の高い業務に専念できる環境づくりを進める。

※新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム

6. 感染症危機管理体制の整備

- 感染症危機管理時において情報集約・対策実施を全国統一で迅速に行えるよう、国・都道府県・保健所設置市区の権限・役割の見直しや、感染症危機管理における司令塔機能の強化などについて検討する。

- 感染症の疫学情報、ウイルス情報、臨床情報等の国立感染症研究所への集約化を図ることとし、国立感染症研究所及び国立国際医療研究センターが連携して、感染症の感染力及び罹患した場合の重篤性等を迅速に評価し、情報発信できる仕組みを整備する。また、実地疫学専門家の育成・登録を行い、感染症危機管理時には国の要請で迅速に派遣できる仕組みを検討するとともに、そのために必要な国立感染症研究所の組織体制の増強についても検討する。

7. 国際的な人の往来に係る検査能力・体制の拡充

- 新型コロナウイルス感染症の再拡大の防止と両立する形で、国際的な人の往来を部分的・段階的に再開していくこととし、入国時の検査について成田・羽田・関西空港において9月には1万人超の検査能力を確保する。その後、人の往来に係る国際的な枠組みの在り方を検討するとともに、3空港及びその他の空港について体制整備を更に推進する。
- ビジネス目的の出国者が市中の医療機関において検査証明を迅速に取得することを支援するため、インターネットで予約・マッチングすることができる仕組みを、10月を目標に構築する。

資料2【参考】

事務連絡

令和2年9月4日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について

例年、季節性インフルエンザの流行期には多数の発熱患者が発生しており、今年度も同程度の発熱患者が発生することを想定して対策を講ずる必要があります。一方、専門家によると、これまでの医学的知見に基づけば、季節性インフルエンザと COVID-19 を臨床的に鑑別することは困難であることが指摘されています。また、今後は、インフルエンザワクチンの需要が高まる可能性があります。

このような状況を踏まえ、今般、関係者のご意見を伺い、次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について、以下のとおりとりまとめました。貴職におかれましては、今後を見据えた体制整備について本年10月中を目途に、取り組んでいただきますようお願いいたします。

なお、医療提供体制整備に関して、発熱患者等の相談又は診療・検査可能な医療機関として指定される医療機関については、都道府県から厚生労働省へ報告いただく予定です。また、検査体制の整備に関して、次のインフルエンザ流行を見据えた検査需要、検査体制、検査（分析）能力等を都道府県毎に計画していただく予定です。さらに、発熱患者等の診療又は検査可能な医療機関として指定される医療機関（以下「診療・検査医療機関（仮称）」という。）に対する個人防護具（PPE）の配布支援を実施することから、都道府県ごとの必要物資数等について、都道府県から厚生労働省へ報告いただく予定です。詳細については、追ってご連絡いたします。

1. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備における基本的な考え方について

- 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備については、これまでの医療提供体制整備と同様に、都道府県が主体となって推進し、達成することを基本とすること。都道府県は、保健所設置市及び特別区を含む基礎自治体と連携して体制整備を行うこと。
- 体制整備については、これまでの令和2年度第1次補正予算、第2次補正予算等とも連動したものとすること。これらの予算には、次のインフルエンザ流行に備えた体制整備を行うための事業が盛り込まれていることから、積極的に活用することにより、都道府県の体制整備を進めること。
- 都道府県は、「2. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備における基本的な方向性について」を踏まえ、次のインフルエンザ流行に備えた体制整備を進め、10月中を目処に体制整備を完了すること。体制整備を進めるに当たっては、新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会¹（以下「協議会」という。）等を定期的に行き開催し、関係者と協議すること。

2. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備における基本的な方向性について

（1）地域の実情に応じて、多くの医療機関で発熱患者等を相談・診療・検査できる体制を整備すること。

（今後の相談・外来診療・検査体制整備の基本的な考え方）

- これまでは、都道府県が中心となって、保健所等（一部は地域の医師会や民間機関等に委託）に帰国者・接触者相談センターを設置し、また疑い患者の診療・検査を行う帰国者・接触者外来等を設置し、症状等から感染が疑われる者は、まずは帰国者・接触者相談センターに電話で相談した上で、帰国者・接触者外来等を受診し、必要な場合には検査を受ける流れとしている。
- また、多くの地域で、「地域外来・検査センター」（以下「検査センター」と

¹ 「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療体制の移行について」（令和2年3月1日付け事務連絡）の「5.新型コロナウイルス感染症対策を協議する協議会の設置」において設置された協議会（<https://www.mhlw.go.jp/content/000601816.pdf>）

いう。)を設置しており、地域の診療所等に感染が疑われる患者の相談・受診があった場合には、検査センターに患者を案内・紹介し、そこで診察・検査を行う体制としている。

- しかしながら、例年、季節性インフルエンザの流行期には、多数の発熱患者が発生しており、今年度も同程度の発熱患者が発生することを想定されるが、発熱等の症状のある患者に対して、季節性インフルエンザと COVID-19 を臨床的に鑑別することは困難である。そのため、次のインフルエンザ流行に備えて、発熱等の症状のある多数の患者に対して、地域において適切に相談・診療・検査を提供する体制を整備する必要がある。
- そこで、都道府県は、発熱患者等が、帰国者・接触者相談センターを介することなく、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等を相談・受診し、必要に応じて検査を受けられる体制について、本年 10 月中を目途に整備すること。その際、地域でプライマリケアを担っている診療所等との調整を行い、多くの医療機関で相談・診療・検査を担う体制を構築していくことが重要となるため、必要に応じて、市区町村単位、二次医療圏単位での協議を行うこと。
- また、季節性インフルエンザのこれまでの検査件数（1シーズン約 2 千万～3 千万件（2013～2016 年度））を踏まえ、多数の発熱患者等の診療・検査に対応できるよう体制整備を行うこと。
- 管内の市区町村や地域の医師会等とも協議の上、発熱等の症状を生じた患者が、かかりつけ医等の地域の身近な医療機関にまずは電話等で相談を行い、当該医療機関も含め、診療可能な医療機関を案内してもらい、必要に応じて検査を受けることができる体制を、地域の実情に応じて多くの医療機関で整備すること。また、インフルエンザに加えて、その他の感染症²についても対応できるよう配慮すること。
- 具体的には、まずは、相談体制の整備として、患者が相談先・受診先に迷うことがなく、また、一つの医療機関や相談窓口に殺到することないように、発熱患者等が電話等で相談を行い、看護職員等が適切な医療機関を案内するとともに、家庭内での感染対策や受診にあたっての留意事項などの指導を行える相談体制を整備した医療機関を指定し、速やかに増やすこと。地域において、

² 配慮を要する感染症としては、マイコプラズマ、RS ウイルス、アデノウイルス、溶連菌等によるものが想定される。

かかりつけ医等の身近な多くの医療機関で発熱患者等の相談を受ける体制を整備すること。

- また、診療・検査体制の整備として、多数の発熱患者等が地域において適切に診療・検査を受けられるよう、既存の帰国者・接触者外来等も含め、発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関（仮称）」として指定し、速やかに増やすこと。地域において、かかりつけ医等の身近な多くの医療機関で発熱患者等の診療・検査を行う体制を整備すること。なお、「診療・検査医療機関（仮称）」は、検査（検体採取）を地域外来・検査センターに依頼することも可能である。また、「診療・検査医療機関（仮称）」の名称は都道府県で適切に設定すること。
- その際、相談から診療・検査までの一連の対応を一つの医療機関で実施可能な体制とすることが望ましいため、その方針で地域において関係者と協議を行うこと。
- 一方、構造的に動線確保が困難である等、感染管理の観点等から自院で発熱患者等の診療又は検査を実施することが困難な医療機関でも、発熱患者等から電話等で相談を受け、患者に「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターを案内することで、相談体制を整備することを検討し、地域において患者の最初の連絡先となる相談を適切かつ十分に対応できるように相談体制整備を行うこと。
- また、地域において診療所等が発熱患者等の相談・診察を行うものの、検査を実施する医療機関が少ない場合などでは、関係者と協議の上、検査センターの設置を更に促進するとともに、各センターで1日の診療対応能力の向上や検体採取可能数を増やすために人材の確保や体制の整備を行うこと。検査センターでその地域の主な検査体制を担う場合には、少なくとも二次医療圏に複数箇所を目安として、検査センターを設置すること。
- さらに、発熱患者等を診察できる体制を更に整備していくため、電話・オンライン診療によって発熱患者等を診療する体制も検討すること。
- なお、COVID-19の検査を行う医療機関は、都道府県・保健所設置市・特別区（以下「都道府県等」という。）と行政検査の委託契約を締結することとなるため、都道府県等は「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取り扱い

について（再周知）」（令和2年7月17日付け事務連絡）を踏まえて対応すること。その際、地域の医師会や病院団体等と連携して集合契約の手法を活用することが望ましい（行政検査の委託契約を締結した医療機関を「検査協力医療機関」という。）。また、「新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の実施について」（令和2年3月4日付け健感発0304第5号。以下「行政検査通知」という。）の別添2の事務契約書（案）を踏まえた集合契約を締結するに当たっては、検査の方法や検体の違いを問わず、チェック項目を満たしているのであれば幅広い医療機関で実施できるものであることに留意すること。

（受診・相談センター）

- 上記体制の整備により、発熱患者等は、事前に帰国者・接触者相談センターに相談することなく、かかりつけ医等の身近な医療機関に直接相談・受診することとなるため、帰国者・接触者相談センターは、症状のある患者の相談を受け、帰国者・接触者外来を案内するという従前の役割を解消することとなる。しかし、今後は、急に症状が悪化して夜間・休日に受診可能な医療機関を探す方のように、住民が相談する医療機関に迷った場合の相談先として、帰国者・接触者相談センターは「受診・相談センター（仮称）」として、体制を維持・確保すること。
- 「受診・相談センター（仮称）」は、その地域の「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターとその対応可能時間等を把握し、発熱等症状のある患者等から相談があった場合には、最寄りの適切な医療機関の案内や必要に応じて受診調整を行うこと。
- そのため、「帰国者・接触者相談センター」は「受診・相談センター」等、各都道府県で適切な名称に変更し、都道府県は「受診・相談センター（仮称）」としての体制を、本年10月中を目途に整備すること。

（地域における医療機関間の役割分担）

- 都道府県は、今まで疑い患者の診療・検査を担っていた帰国者・接触者外来や検査センターについて、地域の多くの診療所等で診療・検査を行う体制を整備し、発熱患者等の診察・検査可能な医療機関が増加することから、必要に応じて地域における医療機関間の役割分担を再度検討すること。
- 具体的には、帰国者・接触者外来を設置している感染症指定医療機関や地域の基幹病院等については、疑い患者の診察・検査を担う医療機関が十分に増加

した場合は、新型コロナウイルス感染症患者の入院治療等に専念するような役割分担を検討することが望ましい。

- また、検査センターについては、地域の診療所等の医療従事者の協力のもと、設置していることも多いため、その医療従事者の自院における相談・診療・検査体制確保とのバランスを勘案して、今後の体制を検討すること。
- なお、重症化しやすい基礎疾患を有する患者が来院するがんセンター、透析医療機関及び産科医療機関等、重症者を多数受け入れる見込みのある感染症指定医療機関等、地域の実情に鑑みて医療機能を維持する必要がある医療機関、構造的に動線を確保することが困難な医療機関等については、発熱患者等の診療・検査を積極的には行わない医療機関として、必要に応じてその旨を住民へ周知すること。ただし、感染が疑われる患者の相談・受診があった場合には、必要な感染管理対策を行った上で診療・検査を行うか、それが困難な場合は「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターを適切に案内すること。そのため、地域の医療機関間で、「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターとその対応時間等を随時共有しておくこと。検査センターを設置している地域では、検査センターの連携先登録医療機関として登録して、検査センターへ患者を案内する流れとしておくことも検討する。
- また、これまで帰国者・接触者外来や検査センターは、保健所等と協力の上、積極的疫学調査による濃厚接触者等に対する検査も担っていることも多いため、地域における外来診療の医療機関間の役割分担を見直すのであれば、濃厚接触者等に対する検査を担う医療機関の確保も同時に行うこと。

（地域における今冬の外来診療・検査体制の整備）

- 都道府県は、次のインフルエンザ流行に備えた相談・診療・検査体制を、協議会等において、保健所設置市及び特別区を含む基礎自治体、都道府県医師会、郡市区医師会を含めた関係者と、地域における整備方針や課題等の共有・十分な協議を行った上で整備すること。その際、必要に応じて、住民が外来診療を受ける圏域である市区町村単位、二次医療圏単位での協議を行うこと。
- その上で、都道府県は、発熱患者等の相談体制を整備している医療機関と「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を行うこと。地域における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況や季節性インフルエンザの流行状況等を踏まえて、柔軟かつ積極的な指定を行うこと。

○ 都道府県は、指定の際、各医療機関で相談、診療・検査それぞれについて対応可能な時間帯を把握しておくこと（例えば相談はいつでも受付可能であるが、診察・検査可能な時間帯は午前中のみである等）。地域の医師会や病院団体等と連携して、医療機関の一覧表を作成する等取りまとめた上で、効率的に指定する方法を検討すること。

○ また、都道府県は、地域の医療機関に対して、「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターの情報を共有しておくこと。

（発熱患者等に対する受診方法と診療体制の周知・広報）

○ 都道府県等は、体制整備状況に応じて、本年10月以降の発熱患者等の医療機関の相談及び受診方法を自治体のホームページや機関紙等を用いて広く住民に周知すること。地域の実情に応じて外国語での発信なども考慮すること。

○ また、都道府県等や医療機関は、発熱等の症状が生じた場合には、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、受診すべき医療機関及び受診するタイミング等について電話相談するよう周知すること。相談する医療機関に迷った場合には、「受診・相談センター（仮称）」に相談するよう周知すること。その際、適切な医療機関を速やかに案内できるよう、「診療・検査医療機関（仮称）」や検査センターとその対応時間等を、地域の医療機関や「受診・相談センター（仮称）」間で随時、情報共有しておくこと。その上で、地域の医師会等とも協議・合意の上、「診療・検査医療機関（仮称）」を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。

○ さらに、院内感染を防止するには、患者が医療機関と受診時間や受診方法等を事前に調整した上で、受診することが重要である。そのため、都道府県等や医療機関は、発熱等を伴う受診の際は事前に電話予約の上で受診することを徹底するよう、広く住民に周知すること。

○ なお、特定の医療機関に患者が医療機関に殺到することとなり、現場に混乱や不安を招いたり、重症化リスクの高い他の患者への感染リスクが生じたり、地域の医療提供体制に支障を生じたりしないように、周知の際には留意すること。

(医療機関における感染管理)

- 地域の診療所等で新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診療・検査する場合、院内感染対策のため、患者の事前予約制の徹底と動線の確保を行う必要がある。

- これまで帰国者・接触者外来を担っていた医療機関は感染症指定医療機関や地域の基幹医療機関が多く、入口や診察室が複数確保できる等、医療機関内で動線の確保が比較的容易であったが、地域の診療所等において、必ずしも同様に院内感染防止のための動線の確保等ができるとは限らない。そこで、各地域や医療機関において、その実情を踏まえて、院内感染を防止しつつ、発熱患者の診療・検査を行う体制を検討していく必要がある。

- まずは、消毒や換気時間の短縮が可能で、患者の分泌物やエアロゾルへの曝露が限定的となる医療機関の診察室外での診療・検査を以下の方法で行うことを検討すること。
 - ・ 医療機関の駐車場において患者が自家用車等に乗った状態で診療・検査を行う。
 - ・ 診察室ではなく駐車場等の医療機関の敷地内で、必要に応じてプレハブや簡易テントを設置した上で、診療・検査を行う。

- 一方、建物外の診察・検査スペースを用意できず、診察室や待合室等を発熱患者等とそれ以外の患者で区分けすることができない場合等は、他の患者との時間的な分離が必要となる。そのため、
 - ・ 診察時間のうちの一部の時間帯を発熱等疑い患者の診察時間に設定する（その場合、地域の診療所等と時間帯を分担することが望ましい。）。
 - ・ 地域の複数の診療所で輪番制を組んで、曜日単位等で発熱患者等の診察をする医療機関を設定する。等の対応を、地域の実情に応じて検討すること。

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

(適切な診療や検査等に当たっての留意点)

- 鼻咽頭拭い液や唾液等、採取する検体の種類によって必要な个人防护具の考え方が異なること等を踏まえ、一般社団法人日本感染症学会提言「今冬のイ

ンフルエンザと COVID-19 に備えて」³等を参考にしつつ、地域の流行状況に応じた季節性インフルエンザと COVID-19 の検査を進めていくこと。

- 発熱患者等の診療を行った医師は、COVID-19 の検査結果が陽性であった場合には、保健所等と連携し、患者の療養先の決定や移動、自宅療養・宿泊療養の場合の健康管理を支援すること。一方、患者の診断が確定しなかった場合においては、偽陰性などの各種検査の限界等を説明の上、症状が持続した場合の再診のタイミング・方法や家庭内の感染拡大防止策について指導を行うこと。

(発熱患者等に関する応招義務)

- 「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」(令和2年3月11日付け事務連絡)において、患者が発熱や上気道症状を有しているということのみを理由に、当該患者の診療を拒否することは、応招義務を定めた医師法(昭和23年法律第201号)第19条第1項及び歯科医師法(昭和23年法律第202号)第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないとした上で、感染防護具等が確保できない等の理由により診療が困難である場合には、少なくとも帰国者・接触者外来や新型コロナウイルス感染症患者を診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨することを求めてきたところである。今後も、診療可能な医療機関への受診勧奨もすることなく、単に「発熱者お断り」等と掲示し、発熱患者等の診療を拒否した場合には、診療を拒否する「正当な事由」があるとはいえないものと考えられる。

(検査体制の強化)

- 検査体制については、季節性インフルエンザと COVID-19 について臨床的に鑑別が困難であることから、多数の検査需要が生じることに留意し、検査協力医療機関の増加による検体採取の体制整備と併せ、検査分析の能力を向上させることが必要である。
- 「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」(令和2年8月28日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)の検査体制の抜本的な拡充において、「季節性インフルエンザの検査件数(1シーズン約2千万~3千万件(2013~2016年度))を踏まえ、季節性インフルエンザに加え、新型コロナウイルスの検査についても、地域の医療機関で簡易・迅速に行えるよう、抗原簡易キットによる検査を大幅に拡充(1日平均20万件程度)するとともに、PCR検査

³ http://www.kansensho.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=41

や抗原定量検査の機器の整備を促進し、必要な検査体制を確保する。」こととされており、新たな検査体制整備計画を策定いただくよう、具体的な検査体制の整備に係る指針について追って連絡する。

(診療・検査医療機関向けの個人防護具の配布)

- 日本環境感染学会⁴、国立感染症研究所⁵及び日本感染症学会⁶等のガイドラインなどに基づき、上気道の検体採取など検査手法や、検査体制に応じて、「診療・検査医療機関（仮称）」に必要な個人防護具（PPE）が行き渡るよう、国からの配布を行う予定である。詳細については、別途周知を行う予定である。

※ 上記ガイドラインでは、サージカルマスク、眼の防護具、長袖ガウン、手袋の装着が推奨されており、これに基づき、「診療・検査医療機関（仮称）」にサージカルマスク、フェイスシールド、長袖ガウン、手袋の配布を実施。

※ 上気道の検体採取等では一般的に大量のエアロゾルが生じないことから、上記ガイドラインでも N95 等マスクの使用は推奨されていない。また、N95 等マスクはフィットテスト等の実施が求められ、厳密に使用しないとその効果がないと専門家から指摘されている。

(2) インフルエンザワクチンの供給量を確保しつつ、効率的なワクチン接種を推進すること。

- ワクチンの製造業者に対して、できる限りの増産を依頼するとともに、製造されたワクチンの出荷までの時間を短縮できるよう、関連する省令改正を6月30日に実施したところである。
- インフルエンザの重症化のリスクの高い方など、できるだけ多くの方がワクチンを接種できるよう、効率的なワクチン接種を徹底して進める。具体的な内容については、供給量の見込みも含めて別途周知する予定である。

⁴ 一般社団法人 日本環境感染学会 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第3版 2020年5月7日 http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf

⁵ 国立感染症研究所 新型コロナウイルス感染症に対する感染管理 2020年6月2日
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200602.pdf>

⁶ 一般社団法人 日本感染症学会 今冬のインフルエンザと COVID-19 に備えて 2020年8月3日
http://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/2008_teigen_influenza_covid19.pdf

(3) 「新しい生活様式」をはじめとする感染症対策を推進すること。

- 厚生労働省では、感染拡大防止のため、これまでも、「新しい生活様式」をはじめとする①密閉、密集、密接の3つの「密」の回避、②手洗い、咳エチケット等の実施、③定期的な清掃、十分な換気の実施等の具体的な対策について、厚生労働省ホームページやリーフレット等を用いて周知している。
- これらの資材等を必要に応じて活用しつつ、新しい生活様式の定着に向けて広く周知を行うこと。

以上

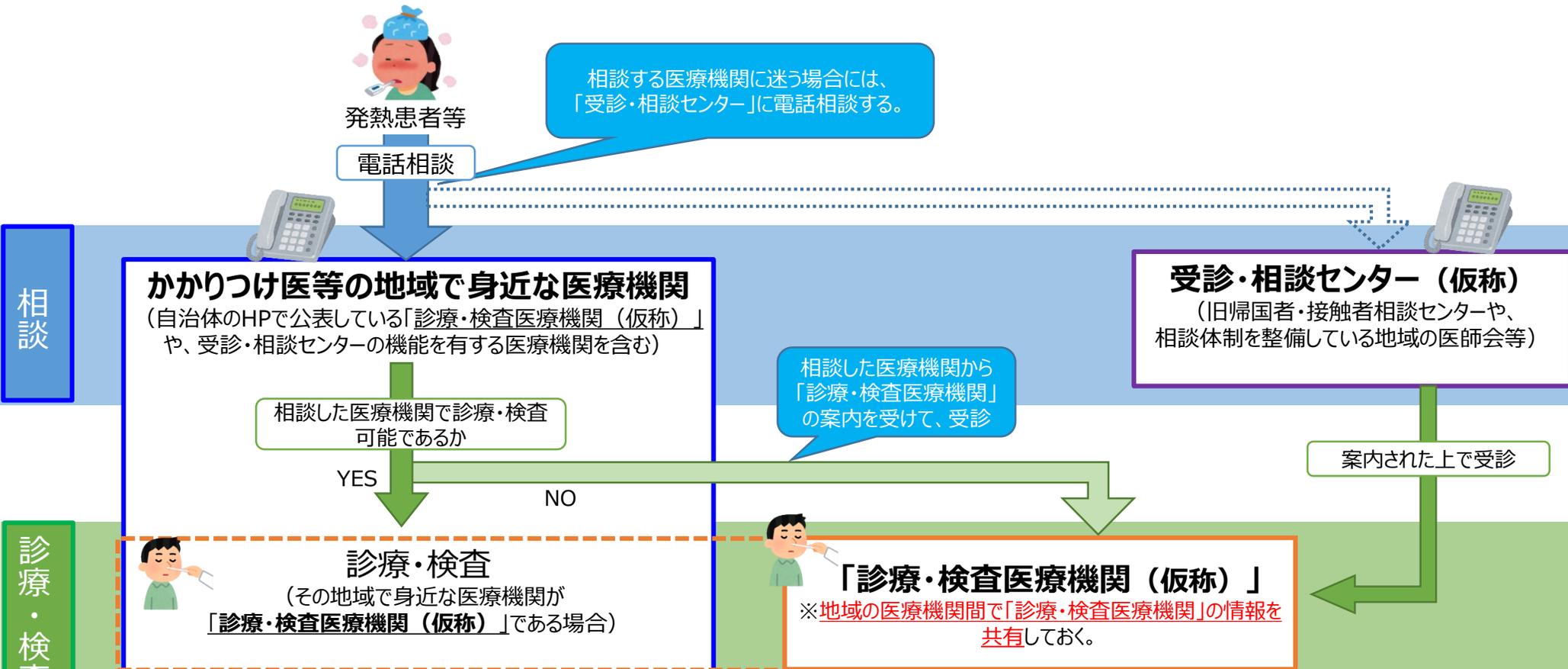
発熱等の症状のある方の相談・受診の流れ

<住民に対して周知すること>

- 発熱等の症状が生じた場合には、**まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、電話相談**すること。
- 相談する医療機関に迷う場合には、**「受診・相談センター」に相談**すること。

<都道府県等や地域の医療関係者で整備すること>

- 発熱患者等から相談を受けた際に、適切な医療機関を速やかに案内できるよう、**「診療・検査医療機関」とその対応時間等を、地域の医療機関や「受診・相談センター」間で随時、情報共有**しておくこと。
- その上で、地域の医師会等とも協議・合意の上、**「診療・検査医療機関」を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する**等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。



※「診療・検査医療機関」は、検査（検体採取）を地域外来・検査センターに依頼することも可能

岩手県における新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制について

1 前回の委員会開催結果（概要）

- ◆ 国から改めて、国内における感染状況に基づき感染者の推計方法が示されたことから、これまでに本委員会において医療体制の検討を進めてきた内容を踏まえ、国の推計等に併せた内容で以下の点を追加・整理した。
 - ① フェーズの切り替わるタイミング（患者数）
 - ② フェーズ毎の確保病床数（即応病床数・準備病床数）
 - ③ 病院名称等の用語整理
- ◆ 上記を踏まえ、本県における医療機関の病床確保にあたっては、一般医療との両立を図るためフェーズ0～3により段階的に確保することとした。
- ◆ 重点医療機関及び協力医療機関について以下のとおり定義・方針を定めた。
 - ・重点医療機関…専門の医療従事者を集中的に確保し院内感染対策等を行うことができ、中等症患者（酸素＋呼吸モニタリング）を収容する医療機関又は病棟（看護単位）を重点医療機関として国に協議し、県内に複数箇所指定する。
 - ・協力医療機関…救急患者の搬送困難事例等を回避するため、新型コロナウイルス感染症を疑う患者を受け入れることが可能で、トイレ・シャワー等がついた個室を有する医療機関を協力医療機関として国に協議し、概ね二次医療圏に一カ所程度指定する。

2 前回の結果を踏まえ整理した内容等

- ◆ 重点医療機関及び協力医療機関の設置について
フェーズの進展に併せて、病床を段階的に確保できるよう県内数カ所の重点医療機関を指定したところ。
- ◆ 段階的に病床を確保する対応について
確保することについて、フェーズにより段階的に確保することについて考え方を明示した。

岩手県における新型コロナウイルス感染症に係る医療体制について

令和2年5月18日

岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会

(令和2年6月9日改定)

(令和2年7月9日改定)

(令和2年9月 日改定)

1 趣旨

県内において新型コロナウイルス感染症の患者が大幅に増加した際、感染症指定医療機関だけでは対応が困難となることが予測されることから、混乱を回避するとともに、限られた医療資源を有効に活用し“オール岩手”で対応するため医療体制の基本的な考え方を示すもの。

2 岩手県におけるフェーズの考え方

感染症病床の利用状況を目安にフェーズに応じた医療体制を構築する。

	フェーズ0 【未発生期】	フェーズ1 【発生初期】	フェーズ2 【発生拡大期】	フェーズ3 【まん延期】
指標 (感染症指定医療機関等の利用状況)	すべての医療機関の感染症病床が利用できる	感染症病床に余裕がある	一部の医療機関の感染症病床が満床となった又は県内の半数の感染症病床に患者を収容している状況	・すべての医療機関の感染症病床が満床となった ・重点医療機関等の病床の利用が進んだ状況
医療体制	<ul style="list-style-type: none"> 協力医療機関^{※1}での疑い患者の受入れ開始 感染症指定医療機関での受入れの準備 重点医療機関等^{※2}での受入れの準備 最重症患者の高度医療機関^{※3}での受入れの準備 休止病床の再開に向けた検討 軽症者の宿泊施設等における療養の体制検討 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症指定医療機関での受入れを開始 重点医療機関等での受入れを開始 最重症患者の高度医療機関での受入れを開始 休止病床の再開に向けた運用準備 軽症者の宿泊施設等における療養の運用準備 	<ul style="list-style-type: none"> 一部の医療機関の感染症病床が満床となった又は県内の半数の感染症病床に患者を収容している状況 休止病床の準備及び再開 軽症者の宿泊施設等での療養を実施 	<ul style="list-style-type: none"> すべての医療機関の感染症病床が満床となった 重点医療機関等の病床の利用が進んだ状況

※1 協力医療機関とは、新型コロナウイルス感染症を疑う患者を受け入れる個室を有する医療機関であって、県が指定する医療機関をいう。

※2 重点医療機関等とは、県が指定する重点医療機関のほか、感染者の受入れが出来るとして県に申出があった医療機関をいう。

※3 高度医療機関とは、複数のECMOを運用しており、高度な医療を提供可能な医療機関を指すもの。

3 岩手県における医療機関ごとの役割分担の考え方（別表1）

患者の症状に併せ、医療機関又は宿泊療養施設等の搬送先と搬送手段を調整する。

フェーズ 仕分け基準	フェーズ0 【未発定期】	フェーズ1 【発生初期】	フェーズ2 【発生拡大期】	フェーズ3 【まん延期】
レベル1 患者の状態：無症状・軽症 必要な医療：健康観察	宿泊療養施設での療養を検討	原則、感染症病床へ措置入院	宿泊療養施設等での療養を実施	
レベル2 患者の状態：中等症 必要な医療：酸素投与	—	・感染症病床 (患者の状態等により重点医療機関等へ入院*)		
レベル3 患者の状態：重症 必要な医療：人工呼吸器	—	・感染症病床又は重点医療機関等へ入院**		
レベル4 患者の状態：最重症 必要な医療：ECMO	—	・高度医療機関へ入院		

※ 人工呼吸器、陰圧病床（簡易・結核）の有無、医療人材の状況により保健所又は入院等搬送調整班が入院調整を行う。

4 病床確保の考え方（別表2）

ア. 新しい患者推計に基づき、フェーズ毎に必要と考えられる病床確保計画数を示したうえで、患者発生状況を踏まえながら重点医療機関等の準備病床から即応病床に移行することで、段階的に病床を確保する。

イ. フェーズ0（未発定期）は、大規模クラスター発生（100～140人程度）も想定し、即時受入れ可能な病床として150病床程度確保する。

ウ. フェーズ1（発生初期）では、感染拡大を見据え、フェーズ2に移行するまでの間（2週間）で準備病床は即応病床への移行準備を進める。

なお、フェーズ2から3に移行する期間が短いことも踏まえ、病床を250床確保する。

エ. フェーズ2（感染拡大期）では、フェーズ3に移行することを想定し、準備病床は即応病床への移行準備を進める。

宿泊療養施設は、フェーズ3に備え、300室の稼働の準備を始める。

オ. フェーズ3（まん延期）には、県内全体で350床の病床、軽症者等宿泊療養施設を300床、あわせて650床を目標とする計画とする。

	フェーズ0 【未発生期】	フェーズ1 【発生初期】	フェーズ2 【発生拡大期】	フェーズ3 【まん延期】
指標 (感染症指定医療機関等の利用状況)	すべての医療機関の感染症病床が利用できる	感染症病床に余裕がある	一部の医療機関の感染症病床が満床となった又は県内の半数の感染症病床に患者を収容している状況	・すべての医療機関の感染症病床が満床となった ・重点医療機関等の病床の利用が進んだ状況
経過日数	—	1～16日目	～22日目	23日目以降 ※ピークは42日目
全療養者	0人	1～30人	～66人	～最大379人
軽症者	—	1～13人	～26人	～最大113人
入院患者	—	1～17人	～40人	～最大266人
(重症)	—	(1～3人)	(～6人)	(～最大39人)
確保病床	150床	150床	250床	350床
軽症～中等症	130床	130床	220床	305床
重症	20床	20床	30床	45床
宿泊療養 部屋数	85室	85室	85室	300室
病床等計	235床	235床	335床	650床

5 具体的な対応について

(1) 入院等搬送調整班の設置

ア. 構成等（別表3）

岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会の委員の中から県が指名する者を班長（入院搬送コーディネーター）とし、班長の下に数名の副班長を置く。

なお、長丁場を見据えた班体制を構築するため、班長は、副班長数名を指名する。

また、災害時の医療調整のスキームを活用し調整を行うため、岩手DMATロジスティックチームを班員に含むこととする。

イ. 業務内容

患者の重症度等に応じた一定程度の基準を設けることにより受入れ先の調整を行うこととする。

ア) 症状に応じた仕分け（トリアージ）

仕分け（トリアージ）基準は、軽症（医療不要）、中等症（酸素投与等）、重症（人工呼吸器）、最重症（ECMO対応者）とする。

イ) 受入れ先の調整業務

二次医療圏を超える搬送等が必要な場合には、入院等搬送調整班が調整する。

ウ) 透析、妊産婦、新生児等*及び精神疾患の個別の症状に応じた受入れ先の調整

それぞれ専門の医師の意見を聞きながら受入れ先を調整する。（別表4）

※ 新生児等には、新生児のほか通常の小児科、医療的ケア児等を含むもの。

ウ. 連絡方法等

新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）により情報を共有する。（令和2年7月6日付医政第458号により通知）

なお、医療機関別に重症別の患者数を把握したいことから、患者の状態が変わった場合、入院等搬送調整班に連絡する。

(2) 発熱外来（地域外来・検査センター）の設置

令和2年7月末時点において、全ての二次医療圏で合計10カ所の発熱外来（地域外来・検査センター）が設置され、PCR検査等が実施されている。

引き続き、県は、発熱外来（地域外来・検査センター）の設置にあたり必要な支援を行う。

(3) 軽症者受入れのための宿泊療養施設の確保

県は、事前に医療を要しない無症状・軽症者を収容する施設として感染対策を講じることができる宿泊施設を1施設（85室）確保したところであり、医師会及び看護協会等の医療関係団体と協力して適切な健康観察を行う。

今後、次なる波に備え、引き続き宿泊施設の確保に努める。

(4) 休床している病院等の活用

医療が必要な感染者の入院施設として、現在休床している病院や入院患者の少ない地域病院等の活用を検討する。

(5) 二次医療圏内での医療提供体制を確保するための体制

保健所は、感染者の受入れ体制について感染症指定医療機関、基幹病院、医療関係団体等と役割分担について見える化し、圏域内の関係者同士で情報共有する。

なお、役割分担について見直しを行う場合には、関係者との間で調整したうえで行うこととし、入院等搬送調整班にも変更後の情報を提供する。

(6) 結核病棟の活用について

県は、感染症病床だけでは対応が困難となる発生拡大期（フェーズ2）に移行すると考えられる場合には、結核病棟を有効に活用するため医療機関における役割分担や一時的な集約化について協力を依頼する。

(7) 医療従事者の宿泊施設の確保について

患者の診療にあたった医師・看護師等医療従事者が自宅に帰ることが難しい場合には、事前に医療機関等が確保した宿泊施設に宿泊した場合の費用を県が補助する。

(8) 病床確保について

ア. 重点医療機関の設置

専門性の高い医療従事者の集中的な確保と、院内感染防止策を効率的に実施するため医療機関又は病棟単位で中等症程度の新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる重点医療機関を設置する。

ア) 選定基準

中等症程度（酸素吸入及び呼吸モニタリングが可能）の患者を受入れることができる医療機関とする。

また、患者の診療にあたる医療従事者を同一法人や協定等により確保できることを条件とする。

イ) 指定の方法

県は、医療機関への調査の結果及び直接の聞き取り内容を踏まえ、国に報告し了承された医療機関を指定する。

ウ) その他

G-MIS等により病床の運用状況を適時・適切に報告することを条件とする。

イ. 協力医療機関の設置

救急搬送困難事例を発生させないため、新型コロナウイルス感染症を疑う患者を受け入れる医療機関として協力医療機関を設置する。

ア) 選定基準

救急告示病院あるいは病院群輪番制参加病院であって、新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者を個室において受け入れることができる協力医療機関を設定する。

イ) 指定の方法

県は、医療機関への調査の結果及び直接の聞き取り内容を踏まえ、国に報告し了承された医療機関を指定する。

ウ) その他

G-MIS等により病床の運用状況を適時・適切に報告することを条件とする。

ウ. その他

今後、新型コロナウイルス感染症が再び拡大するような場合、県は、入院等搬送調整班等と協議・調整を行い、病床確保を依頼する医療機関等に対し感染者の受入れについて協力依頼する。

そのほか、感染者の受入れを行わない医療機関等に対し、感染症対策のフェーズに入ったことや役割分担を行いながら必要な医療提供が継続されるよう協力依頼する。

(9) 施設内感染防止対策等について

県は、社会福祉施設等における感染防止に向けた取組みを推進するためチェックリストを作成し特別養護老人ホーム、障害者支援施設等において自己点検を行い、点検結果を確認のうえ、不足の点については保健所への相談により改善に努める。

また、平常時から、いわて感染制御支援チーム（ICAT）は保健所及び広域振興局等と連携し、県内の医療機関、福祉施設等における感染防止対策を支援する。

県内でも感染が拡大した場合における、病床を効率的に消毒し、運用する方法や医療機関で患者の受入れが終了した際の消毒等の対応や体制整備について継続検討を行う。

(10) 搬送体制について

陽性者等の搬送については、基本的には管轄保健所が行うが、患者の容態や患者数により、消防機関、民間救急、自衛隊等の協力の下、搬送（移送）を行えるよう調整を進めていく。

(11) 医療福祉施設においてクラスターが発生した場合の入院搬送調整について

保健所は、医療機関又は社会福祉施設等においてクラスターを確認した場合は、医療政策室感染症担当及び入院等搬送調整班にその情報を共有する。

保健所は、二次医療圏における役割分担の下、受入れ先の調整を行うが、二次医療圏内の医療機関だけでは受入れが難しい場合には、入院等搬送調整班に連絡する。

入院等搬送調整班は、県内の医療機関の受入れ体制を確認したうえで、感染者に必要な医療が提供できる施設を選定し、適切に搬送（移送）が行われるよう消防等の関係団体と調整のうえ搬送手段を決定するなど、保健所等の支援を行うため（仮称）いわて医療福祉施設医療支援チームを派遣する。

(12) （仮称）いわて医療福祉施設等医療支援チームの設置（案）

医療福祉施設等でクラスターが発生した場合において、施設、保健所、県及び市町村と連携しスムーズな情報共有と検査体制、医療体制を構築するため、（仮称）いわて医療福祉施設等医療支援チームを入院等搬送調整班の直下に設置する。

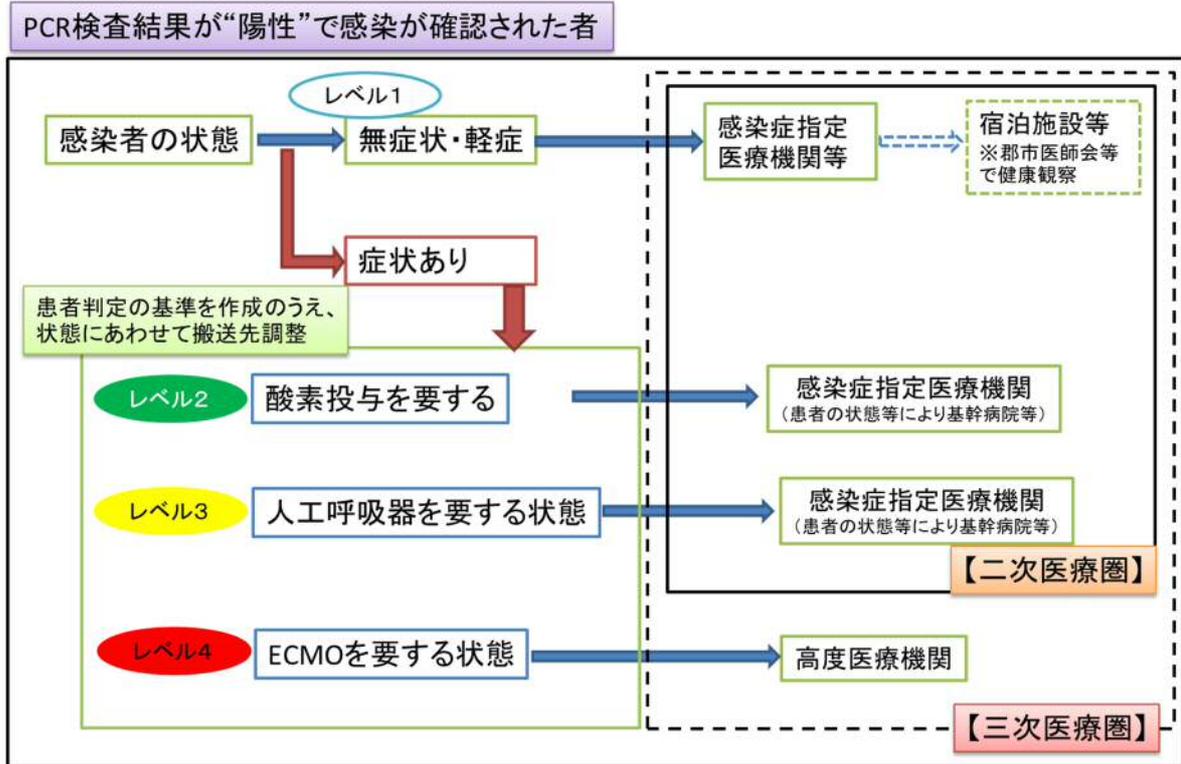
具体的な業務内容は、関係機関や保健所との業務調整、施設現場で感染が疑われる者等のトリアージのほか、必要な医療を提供する。

災害時のスキームを活用するため、構成員には日本DMAT又は岩手DMAT等の災害遺医療の研修を受けた者を構成員に含むこととする。

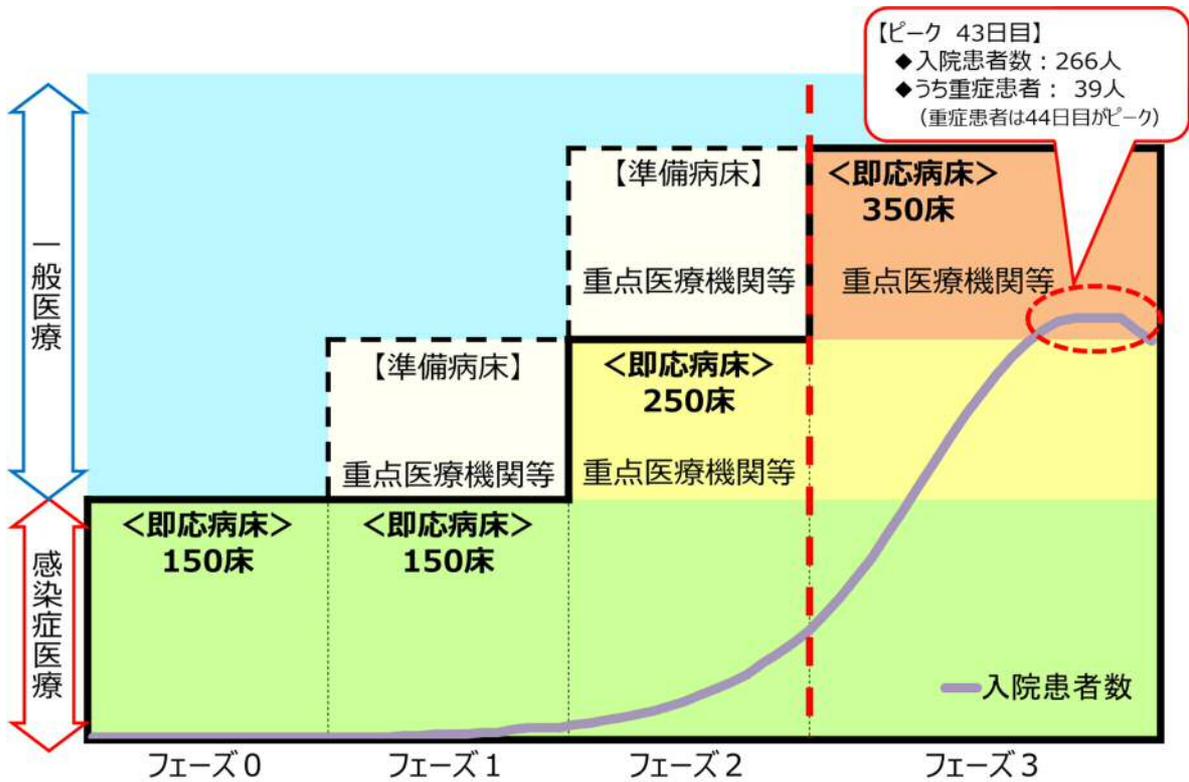
(13) PCR等検査のための検体の採取について

保健所は、クラスターの発生が疑われる場合において、検査の実施のために短時間で多くの検体を採取する必要があると認める場合等は、医療政策室に連絡の上、検体を採取する医療機関と調整する等、適切な方法（①検体採取を委託する医療機関での採材、②保健所による医師等の派遣、③検体としての唾液の採用等）により検体を採取する。

【別表 1：症状等に応じた搬送調整のイメージ】



【別表 2：フェーズに応じて病床を段階的に確保するイメージ】



【別表3：入院等搬送調整班】

◆ 班長

岩手医科大学救急・災害・総合医学講座 災害医学分野教授 眞瀬委員

◆ 副班長（3名）

岩手医科大学救急・災害・総合医学講座 災害医学分野助教 中島 成隆氏

岩手県立中央病院 救急医療部長 須原 誠氏

岩手県立胆沢病院 人工透析科長兼災害医療科長兼泌尿器科医長 忠地 一輝氏

【別表4：分野別調整担当者】

1. 透析調整担当：阿部委員（岩手医大）※岩手県腎不全研究会、岩手県臨床工学技士会より選定
三愛病院泌尿器科 部長 大森 聡 氏
県立胆沢病院臨床工学技術科 主査 菊池 雄一 氏
2. 妊産婦調整担当：馬場委員（岩手医大）※岩手県災害時小児周産期リエゾンより選定
岩手医科大学産婦人科学講座 助教 岩動 ちず子 氏
岩手医科大学産婦人科学講座 助教 羽場 巖 氏
3. 小児調整担当：小山委員（岩手医大）※岩手県災害時小児周産期リエゾン等より選定
岩手医科大学小児科学講座 准教授 石川 健 氏
岩手医科大学小児科学講座 助教 松本 敦 氏
4. 精神科調整担当：大塚委員（岩手医大）

新型コロナウイルス感染症に係る軽症者等の宿泊療養施設の確保について

県内に概ね 300 室分を確保できるよう調整を進めてきたところですが、患者が発生し宿泊療養施設が必要となった時点で契約ができるよう協定の締結等により、300 室を超える部屋を確保しました。

○ 施設概要

部屋数 381室（スタッフルームとして使用する部屋を除く）

※ 地域及び施設名は非公表