

3 保健・医療分野における新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題、感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的に検討すべき事項

- 第一波から第七波までの、府の保健・医療分野における新型コロナウイルス感染症の対応等から、感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的に検討すべき事項を以下のとおり整理した。

なお、課題の整理にあたっては、ワーキングを開催し、「大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議」構成員、「大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会」委員のほか、患者の治療等に携わられた医療従事者や医療関係団体等からの意見聴取も踏まえて整理を行っている。

新型コロナウイルス感染症によるパンデミックを経験し、行政や医療機関、高齢者施設、事業者、府民等それぞれにおいて、感染症の知識や対応力が向上した。今後の感染症によるパンデミックの発生にあたっては、ゼロからの保健・医療療養体制の構築ではなく、新型コロナウイルス感染症への対応で蓄積されたノウハウや対応力等を十分に活かしながら、本課題整理や今後の方向性と重点的に検討すべき事項に基づき、各自が備えていくことが求められる。

(1) 感染症によるパンデミックに備えた基盤整備

- ①保健・医療分野における感染症法・特措法等根拠法令の整備
- ②新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく対応
- ③保健所との役割分担や連携
- ④患者情報の一元化や情報システムの整備
- ⑤専門家や専門機関との連携

(2) 感染症に強い保健・医療療養体制の構築

- ①検査体制の確保
- ②保健所の業務体制の確保
- ③医療・療養体制の確保
- ④感染症に関する医療人材の確保・育成

(3) 社会全体の感染症への対応力の向上

- ①情報発信の強化
- ②クラスター対応
- ③医療物資の備蓄と流通確保

(1) 感染症によるパンデミックに備えた基盤整備

① 保健・医療分野における感染症法・特措法等根拠法令の整備

- 新型コロナウイルス感染症対応において、保健・医療分野における感染症法や特措法上の整備が十分ではなかった。

【特措法・感染症法に基づく医療提供体制整備（病床確保等）における課題】

- 特措法第 24 条第 9 項に基づく「協力要請」では、病床をどの程度確保するかは各医療機関管理者の判断であり、第 24 条第 1 項の「総合調整」や第 33 条第 2 項による「指示」は指定地方公共機関等を除き、医療機関に対して直接行えなかった。
- 特措法第 31 条の規定に基づく医療従事者等への執務要請は、国の「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（平成 25 年 6 月 26 日、平成 30 年 6 月 21 日一部改定）において、法の適用が限定されていた。
- 感染症法に基づく、医療機関に対する協力要請に応じない場合の勧告や公表は、正当な理由がない場合に限定されていた（正当な理由の例：医師・看護師や必要な設備・物資の不足、一般医療への影響等）。

⇒法の適用が限定され柔軟な対応が困難、実質的に知事権限は任意の要請に留まる等、今後起こりうる感染症によるパンデミックに対し、迅速かつ十分な対応が困難であった。

- 感染症法については、令和 4 年 12 月に改正感染症法が成立（以下「改正感染症法」という。）し、医療機関等との協定締結制度や感染症予防計画の改定等により、保健・医療療養体制整備に向けて対応を強化することとされている。

府においても、改正感染症法に基づき、次の感染症によるパンデミックに備えた準備を着実に進めていく。

《参考：改正感染症法（令和 6 年 4 月 1 日施行 一部先行して施行）》

- 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床や外来医療の確保等に関する協定を締結。公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付け。保険医療機関等は感染症医療の実施に協力。都道府県等は医療関係団体に協力要請が可能。
- 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行初期医療確保措置を導入。
- 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化。宿泊施設確保のための協定を締結。外来・在宅医療について公費負担医療制度を創設。
- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設。 等

② 新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく対応

- 感染症によるパンデミックに備えて策定された「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」（以下「政府行動計画」という。）¹は、主に新型インフルエンザを想定して策定されており、様々な病原性と感染性を想定したものはなかった。そのため、政府行動計画に基づき策定した「大阪府新型インフルエンザ等対策行動計画」（以下「府行動計画」という。）は、新型コロナウイルス感染症対応における保健・医療療養体制整備にあたり、一部、適用が困難な点が見られた²。

この点については、以下、各項目で整理している。

「大阪府新型インフルエンザ等対策行動計画」（平成 25 年 9 月策定）

- 計画が想定している感染規模
 - ・府人口 886 万人（平成 22 年時点）のうち約 220 万人が罹患
- 医療体制の基本的考え方
 - ・保健所圏域等の圏域を単位として医療提供体制の整備を推進
 - ・発生早期には感染症法に基づき、感染症指定医療機関もしくは協力医療機関等に患者を入院
帰国者・接触者外来を設置し診療を行うこと
 - ・感染期に移行したときは、一般の医療機関での診療体制に切り替え
患者数が大幅に増加した場合、感染症指定医療機関等以外の医療機関や臨時の医療施設等に患者を入院
 - ・緊急事態宣言区域指定時は、原則として一般の医療機関において診療を行うよう要請
入院治療は重症患者を対象とし、それ以外の患者は在宅療養を要請

¹ 新型インフルエンザ等感染症によるパンデミックに備え、国が、平成 25 年 6 月に政府行動計画を策定（平成 29 年 9 月変更）し、これを踏まえ、府においては、平成 25 年 9 月、府行動計画を策定した。

² 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」において、

・政府行動計画については、「新型インフルエンザ等対策有識者会議（第 17 回）において、「今後必要となる医療器資材や病床数の把握については改善が求められていた」こと

・「个人防护具（PPE）については、特措法に基づく政府行動計画においては具体的な品目や備蓄量は定められていなかった」こと

・「病床については、政府行動計画や都道府県行動計画が、感染症法上の予防計画等、保健医療計画との連携が十分でなかったこと等から、病床の確保等に関する現場レベルの具体的なオペレーションに関する備えが十分に行えていなかったこと」等が指摘されている。

新型インフルエンザ等対策政府行動計画

新型インフルエンザ等対策政府行動計画	
罹患患者数	全人口の25%が罹患と想定 (府人口886万人(平成22年時点のうち約220万人が罹患))
致死率 死亡者数	【中等度想定】0.53% (アジアインフルエンザ等) / 死亡者数 約17万人 【重度想定】2.0% (スペインインフルエンザ) / 死亡者数 約64万人
最大入院患者数 (1日)	流行が約8週間続くと仮定 【中等度想定】10万1千人(流行5週目)、【重度想定】39万9千人(流行5週目)

府内新型コロナウイルス感染症発生状況(令和4年10月30日時点)

・第七波までの新規陽性者数累計 2,083,424人

		第一波 (R2.1.29~R2.6.13)	第二波 (R2.6.14~R2.10.9)	第三波 (R2.10.10~R3.2.28)
(波の期間内) 新規陽性者数累計		1,786人	9,271人	36,064人
新規陽性者数(最大)		92名	255名	654名
最大療養者数		1,071人	1,751人	6,521人
入院患者数(最大)		597人(※1)	574人	1,270人
重症患者数(最大)		65人	72人	187人
軽症中等症入院患者数(最大)		539人(※1)	512人	1,091人
宿泊療養者数(最大)		208人	362人	1,225人
自宅待機者数(自宅療養者含む)(最大)		353人(※1)	1,014人	4,325人
重症患者数(重症化率)		147人(8.2%)	232人(2.5%)	1,148人(3.2%)
死亡者数(死亡率)		87人(4.9%)	142人(1.5%)	938人(2.6%)
参考	治療薬	抗ウイルス薬による特異的な治療法なし (日本国内で入手できる適応薬: レムデシビル(RNA合成酵素阻害薬))	・抗ウイルス薬(レムデシビル) ・ステロイド薬(デキサメタゾン)	・抗ウイルス薬(レムデシビル) ・ステロイド薬(デキサメタゾン)
	ワクチン	-	-	なし/R3.2.17~1回目接種開始
	流行株	従来株(※4)	従来株(※4)	従来株(※4)
	感染性	基本再生産数(R ₀)は2.5程度(季節性インフルエンザは1.2~1.6程度)	-	-

		第四波 (R3.3.1~R3.6.20)	第五波 (R3.6.21~R3.12.16)	第六波 (R3.12.17~R4.6.24)	第七波 (R4.6.25~R4.9.26)
(波の期間内) 新規陽性者数累計		55,318人	100,891人	800,932人	1,079,161人
新規陽性者数(最大)		1,260名	3,004名	15,291名	25,741名
最大療養者数		21,900人	27,587人	144,639人	247,068人
入院患者数(最大)		2,145人	2,628人	3,988人	3,372人
重症患者数(最大)		449人(※2)	286人	285人(※3)	93人(※3)
軽症中等症入院患者数(最大)		1,743人(※2)	2,368人	3,785人(※3)	3,292人(※3)
宿泊療養者数(最大)		1,829人	3,553人	3,205人	6,414人
自宅待機者数(自宅療養者含む)(最大)		18,265人	21,949人	138,269人	239,262人
重症患者数(重症化率)		1,757人(3.2%)	1,024人(1.0%)	898人(0.11%)	377人(0.03%)
死亡者数(死亡率)		1,541人(2.8%)	358人(0.4%)	2,159人(0.27%)	1,290人(0.12%)
参考	治療薬	・抗ウイルス薬(レムデシビル) ・ステロイド薬(デキサメタゾン) ・ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害薬(ロシチニブ)	・抗ウイルス薬(レムデシビル) ・ステロイド薬(デキサメタゾン) ・ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害薬(ロシチニブ) ・中和抗体薬(ソトロビマブ、カシリマブ/イムデビマブ)	・抗ウイルス薬(レムデシビル、モルヌピラビル、ニルマトレルビル/リナピビル) ・免疫抑制・調節薬(デキサメタゾン、ロシチニブ、トシリズマブ) ・中和抗体薬(ソトロビマブ、カシリマブ/イムデビマブ)	・抗ウイルス薬(レムデシビル、モルヌピラビル、ニルマトレルビル/リナピビル) ・免疫抑制・調節薬(デキサメタゾン、ロシチニブ、トシリズマブ) ・中和抗体薬(ソトロビマブ、カシリマブ/イムデビマブ、チキサゲマブ/シルガビマブ)
	ワクチン	あり	あり/R3.12.1~3回目接種開始	あり/R4.5.25~4回目接種開始	あり
	流行株	アルファ株	デルタ株	オミクロン株(BA.1、BA.2)	オミクロン株(BA.5)
	感染性	・1.32倍と推定(従来株比)	・感染・伝播性の増加(アルファ株の1.5倍高い可能性) ・二次感染率の上昇	・感染性・伝播性の増加(BA.2系統ではより上昇) (再感染: BA.1系統はワクチン接種や自然感染による免疫を逃避する性質がある)	・感染性・伝播性の増加 ・BA.1系統やBA.2系統に比して既存免疫を逃避する傾向が示されている

(※1) 統計がある令和2年4月23日以降で整理

(※2) 重症患者数には、軽症中等症病床等で治療継続している数を含む。軽症中等症入院患者数には、左記数を含まない。

(※3) 軽症中等症入院患者数には、新型コロナウイルス感染症の症状としては軽症中等症だが、その他疾病で重症病床における入院加療が必要な患者数を含む。重症患者数には、左記を含まない。

(※4) 第三波以前の流行株を従来株とする。

注 死亡率は、陽性者数に占める死亡者数の割合。令和4年10月30日判明時点

出典: 第55回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(令和3年10月13日)、厚生労働省「新型コロナワクチンについて」

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き 第2版,第3版,第4.2版,第5版,第6.0版,第7.2版,第8.0版,第8.1版

③保健所との役割分担や連携

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○感染症法及び特措法・府行動計画に基づく保健所等との役割分担

- ・第一波当初、感染症法や府行動計画に基づき、各保健所単位で入院調整を実施したが³、保健所管内の病床と患者数のミスマッチが生じたため、府が医療体制を整備することとなったことから、感染症によるパンデミック発生時における都道府県と保健所との役割の整理が求められる。

(なお、府が広域的に医療療養体制整備を開始した後、国から、医療提供体制は都道府県での対応を基本とする方針が示された⁴。)

- ・患者対応や検査体制、保健所の業務体制整備、入院調整等医療提供体制の整備において、府が広域的統一的な対応を行うための保健所設置市との調整に時間を要した⁵。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○保健所との役割分担の整理・連携の推進

- ・病原性や感染性に応じた都道府県と保健所の役割分担の整理
- ・都道府県が広域的な保健・医療療養体制整備を行う場合の条件整理
(陽性者数が大規模であること、保健所圏域ごとの患者数と医療資源がアンバランスとなること等)
- ・改正感染症法に基づき、都道府県と保健所設置市その他関係者で構成する連携協議会を設置し、感染症の発生予防やまん延防止のために必要な対策について協議

³ 感染症法上、地域の感染症医療体制の整備は保健所が行い、都道府県は保健所を通じて使用可能な病床の把握や臨時の医療施設等での医療提供を行うこととされている。

⁴ 国は、令和2年3月19日付厚生労働省対策推進本部事務連絡で、「医療提供体制については病床の確保や患者の受入調整等、都道府県での対応を基本とする」と示した。

⁵ 特措法に基づく感染制御は都道府県が、感染症法に基づく検査の実施や自宅療養等は保健所設置市に権限がある。

④患者情報の一元化や情報システムの整備

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○患者情報の一元化の必要性

- ・感染制御や保健・医療療養体制について広域的対応が必要となる場合、府による感染・療養状況の把握が不可欠であり、患者情報の一元化の手法（患者情報システムの構築等）や個人情報等の取扱いの整理が必要となった。

○保健医療分野のシステム化の遅れ

- ・保健所業務では、紙ベースでの対応等、デジタル化されていない業務が多くあり、効率的な事務執行の点で課題が生じた。

また、国において、病床や患者の状況等、医療機関・行政が迅速に情報の受発信や分析ができる情報基盤が不存在または構築後も活用しづらかったことから、府独自に患者情報システムや大阪府療養者情報システム（O-CIS）の開発、転退院システムの導入が必要であった。

- ・その他、発生届を FAX で保健所に提出する医療機関が存在し、また、HER-SYS 導入後も、医療機関は電子カルテと HER-SYS の双方に関連する情報を入力する負担があり、感染拡大期にデータ入力が遅延する等、国や医療機関におけるシステム化にも課題が見られた。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○病原性や感染性に応じた、都道府県と保健所の役割分担の整理に伴う、患者情報の一元化

- ・病原性や感染性に応じた、都道府県と保健所の役割分担の整理に伴う、患者情報の一元化（保健所設置市が有する情報の取扱いルール含む）

○保健医療分野でのシステム化の推進

- ・新型コロナウイルス感染症への対応において構築した各システムの継承
- ・保健所における業務のフローの点検・見直し
- ・医療機関の負担を踏まえた業務のシステム化

⑤ 専門家や専門機関との連携

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○ 専門家や専門機関との連携体制づくり

- ・大学等の専門機関・専門家からの多様な専門性に基づく情報共有、分析・提案等は、府専門家会議等を通じた活用が中心であり、感染・療養状況の分析は主に府において行った。
- ・専門機関・専門家が、府が保有する情報を迅速に二次利用し、分析できる体制（個人情報保護条例との整理等）になかった。
- ・行政が患者情報や受入医療機関等の状況等を把握しており、治験の実施や受入にあたり、行政による事業者や医療機関との調整や実施体制整備等の支援が必要であった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○ 専門機関・専門家による科学的助言システムの構築

- ・平時からの、大安研を核とした、大阪国際感染症研究センターや CiDER（大阪大学感染症総合教育研究拠点）等の研究機関、感染症を含む各分野の専門家等との連携体制（ネットワーク）の構築
- ・府が保有するデータを専門家等と迅速に共有できる仕組みの検討と、専門家等からの迅速なリスク評価や科学的助言を集約できる仕組みづくり
- ・必要な治験が適切に実施できる体制支援（医療機関や関係団体等との連携等）

(2) 感染症に強い保健・医療療養体制の構築

① 検査体制の確保

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○ 感染症発生初期の診療・検査のプロセスの「目詰まり」

・第一波当初、国の方針に基づく診療・検査のプロセスで「目詰まり」が発生し、検査需要への即時の対応が困難であった。

① 保健所体制

・保健所において、国が示した「相談・受診の目安」を踏まえての相談対応や受診調整が必要となる一方、保健所は、府民の相談、検体採取、検体輸送、報告等の役割のほか、積極的疫学調査及び医療提供体制に関連する業務等を担っており、感染拡大に伴って、業務量が増加し、オーバーフロー状態となった。

② 検体採取能力

・検体採取は、国の方針に基づき帰国者・接触者外来に限定されており、また、個人防護具の不足により、検体採取能力の強化に課題があった。

③ 検査分析能力

・検査手法は PCR 検査しかなく、結果判明まで時間を要する上、検査主体は国立感染症研究所及び地方衛生研究所（大安研）しかできなかった。

・検体の分析には、対応する専門職（検査技師）が少なく、検査試薬の不足や、大学病院や研究所等の高次医療機関を除いて院内に PCR 検査を行う機材がなかった。

○ 診療・検査医療機関の確保

・診療・検査医療機関は、構造や人員体制、経営への影響等により、感染対策が困難であること等を理由に、拡充が進まず、また、かかりつけ患者のみに対応する医療機関が多数を占めた。第七波では、発熱外来（小児含む）が極めてひっ迫した。

○ 検査試薬の不足

・第一波初期や第六波以降、大規模感染継続に伴い、検査試薬が不足した。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○ 改正感染症法に基づき、医療機関と診療・検査に係る協定を締結

・感染症指定医療機関、疑似症定点医療機関、新型コロナウイルス感染症診療・検査医療機関等に対し、感染対策のレベルや医療機関の規模、保有する検査機器等を踏まえた上で、病原性や感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理し、協定を締結（協定の実効性の担保も併せて検討）

・院内感染対策や有事の際の検体採取資材、個人防護具等の物資提供等、診療・検査に係る支援体制について、併せて検討

○ 公立・公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対する医療提供（入院医療の提供、患者・疑似症患者等への診療、健康観察、人材の派遣）の義務付け

○ 感染症発生初期の初動体制の整備

・民間検査機関参入までの間における、大安研での検査体制の整備（人材育成、検査機器整備等）

・保健所の検査・検体搬入体制の検討と、民間検査機関参入への速やかな移行

○ 検査需要の急増を想定した検査試薬等の十分な確保と備蓄

②保健所の業務体制の確保

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○保健所業務のひっ迫

- ・クラスター対策や積極的疫学調査、接触者・陽性者への健康観察等が必要となるなか、感染の長期化・大規模化に伴い、保健所業務がひっ迫した。
- ・保健所業務ひっ迫に伴い、外部人材等、応援・派遣体制の整備が必要となった。

≪保健所業務の課題≫

①業務・役割分担が不明確

- ・保健所の感染症担当職員が自ら行うべき業務かの「業務トリアージ」（全所体制や外部委託・集約化等）がなされていなかった。
- ・第一波当初、検疫における入院先の医療機関の調整について、検疫所（厚生労働省）との連携が十分ではなかった。また、感染症法第15条の2及び3に基づく健康観察について、検疫所（厚生労働省）と業務量を考慮した役割分担の整理が十分ではなかった（R3年3月26日に厚生労働省が入国者健康確認センターを設置し一括して実施）。

②システム化の遅れ

- ・患者情報管理や病床管理において、システム化による業務効率化が不十分であった。（患者情報システム（第一波）や療養者情報システム（第五波）を開発）
- また、第三波まで、患者情報や病床管理にあたり、府や国において複数のシステムが併存し、業務に負担が生じた。

③陽性者対応の遅れ

- ・第六波まで、業務ひっ迫により、HER-SYS 入力が遅れ、正確な患者情報の把握ができず、ファーストタッチ及び療養決定が遅れた。

④関係機関との連携が不十分

- ・第六波半ばまでは、地域の特性や医療機関の状況により、保健所を中心とする地域での感染症ネットワークの整備に地域差が見られた。

≪保健所体制の課題≫

①人員体制の不足

- ・全所体制の構築や応援・外部人材の確保、配置に時間を要した。

②執務室、器材の不足

- ・部内外、外部派遣等の人材確保にあたり、一部保健所においては、執務室が狭隘であり、また、事務に必要な器材（パソコン、プリンター等）の準備が遅れが見られる等、ハード面での課題があった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

≪保健所業務≫

○平時から、保健所業務の「トリアージ」の検討や、業務のシステム化、関係機関との連携を推進

- ・感染規模に応じ、業務の重点化・集約化の方針づくりや保健所業務のフローの点検・見直しを踏まえた業務のシステム化導入を検討
- ・連携協議会等を通じ、府と政令・中核市保健所の感染対応業務の標準化や、保健所を中心とした医療機関等とのネットワークの充実

«保健所体制»

○**平時から、全所体制の検討や応援職員、外部人材受入の事前準備、執務室確保や設備を整理**

- ・専門職以外の職員への研修等による業務体制の強化
- ・有事の際の速やかな全所体制構築や応援・外部人材確保の仕組み（応援調整、人材派遣会社や IHEAT への要請等）づくりの検討
- ・執務室確保や器材等の整理

③医療・療養体制の確保—病床確保—

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○病床確保が難航（一部の医療機関へ負担が発生・継続）

①感染症指定医療機関・協力医療機関（府行動計画上、第一義的に病床確保を要請する対象）

- ・感染症指定医療機関 6 医療機関 78 床：一部において、想定外の感染症に即座に対応できる十分な人材と設備等を備えておらず、数・機能面で十分役割を果たせなかった。
- ・新型インフルエンザ等協力医療機関：上記理由から、同様に役割を果たせなかった。

②公立・公的病院

- ・陰圧病床や ICU 設備がなく、感染症専門医の不在等により、病床確保は迅速に進まなかった。

③民間医療機関

- ・多くの民間医療機関では、建物の構造上、ゾーニングができない、PPE の絶対的不足、専門医等、医療人材の不足、感染症に対する知識不足等や経営への影響等から、病床確保は当初極めて難航した。

○医療機関における課題

①各医療機関の医療人材の確保（「④感染症に関する医療人材の確保・育成」に記載）

②ゾーニング等、感染管理（「（3）②クラスター対策」に記載）

③医療資材・設備未整備、個人防護具不足（「（3）②クラスター対応」「③医療物資の備蓄と流通確保」に記載）

④経営面への影響（国による空床補償や診療報酬加算等支援制度構築までの間）

⑤医療機能・役割分担が未整理

- ・医療機能を分化した体制の構築に時間を要した。
- ・対応医療機関と対応しない医療機関が存在し、役割分担の整理が必要となった。
- ・透析・妊産婦・小児・精神疾患等の患者への外来・入院等の受入体制の確保が、感染状況等によって困難となる場合があった。

⑥臨時医療施設の開設・運営にあたり、機能・対象者の設定や場所の選定、運営手法の検討、医療人材確保が必要となった。

○病床の迅速な運用

- ・医療人材の確保や一日の受入可能人数、休日・夜間の時間帯の制限や要介護高齢者への対応等、確保どおりに運用が進まない場合や、新たな変異株で個室対応が求められるといった、状況の変化に応じた病床運用が必要となり、医療提供体制のひっ迫の一要因となった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○改正感染症法に基づき、医療機関と病床確保に係る協定を締結

- ・感染症指定医療機関や新型インフルエンザ等協力医療機関の再整理
- ・医療機関の機能分化、医療資材、医療人材等の状況整理や、病原性・感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理の上、協定を締結（疾病特性を踏まえた病床確保を含む・協定の実効性担保も併せて検討）
- ・病床確保を上回る患者発生時には、専門病院や専用病棟、臨時医療施設の設置の想定も考慮
※臨時医療施設は、新型コロナウイルス感染症対応における課題を踏まえたうえでの検討
- ・補助のあり方や院内感染対策等、病床確保に係る支援体制について併せて検討

○公立・公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対する医療提供（入院医療の提供、患者・疑似症患者等への診療、健康観察、人材の派遣）の義務付け

○感染拡大のフェーズに応じた病床運用が可能となる仕組みの構築

③医療・療養体制の確保—入院調整・転退院、救急搬送体制—

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○入院調整・転退院での「目詰まり」

(患者受入まで長時間を要した要因)

- ・保健所では、業務ひっ迫により疫学調査による入院療養方針の決定や、関係者間の連絡調整に時間を要した。
- ・患者搬送では、手段（タクシー・民間救急・消防救急）ごとに、病状や配車時間の制約、搬送車両不足があり、入院先決定後の速やかな搬送が困難な場合があった（特に夜間）。（消防による救急搬送は別掲）
- ・受入医療機関では、依頼してから受入に応じるまで院内検討に長時間を要する場合があった。夜間・休日は、人員体制を理由に受入を断られることが多く、受入先決定まで更に時間を要した。また、感染拡大した第六波以降、多数のスタッフの感染によるマンパワー不足のため受入困難となる機関が多くなり、入院先の調整に難渋した。

(その他の入院調整・転退院支援の課題)

- ・病病による入院調整の中には入院のルール（入院・療養の目安、自院患者等）に沿っているとは考えにくい患者が確認された。
- ・国が改定する通知や「診療の手引き」等には、新たな診断・治療法等が盛り込まれるが、一部の医療現場では、状況や診療技術の変化への対応が遅れ、受入先との診療方針の違いのため入院・転退院調整が難航する事例があった。
- ・第六波半ばまで、入院 FC の人員は、専従の府職員のほか市内医師の応援、自治医科大学出身者や府立病院機構等からの応援医師で 24 時間対応したが、感染ピーク時は専従職員への負担が過度となった。
- ・入院調整における保健所や受入医療機関との情報共有にあたり、効率的な手法（システム化等）の導入と定着には時間を要した。設備やマンパワー等の点で、一部医療機関において、大阪府療養者情報システム（O-CIS）の活用が進まず、医療機関への電話・メールによる聞き取りが一部、継続している。
- ・後方支援病床として登録のある病床には、一般の患者も入院するため、満床のケースも多く、特に人口に対して後方支援病院が少ない地域での転院調整が難しかった。
- ・後方支援病院の地域的アンバランスに加え、病床区分（一般、精神、療養、包括ケア、回復リハの 5 区分）ごとの確保数の違いにより、患者の自宅に比較的近く、かつ必要な治療が受けられる後方支援病院への転院は困難を極め、条件の合う病床が空くのを待つか、離れた場所への転院を受け入れるかの二択を提示するほかないケースが多々あった。
- ・患者にとって条件の合う後方支援病院であっても、透析患者、重度の認知症や精神疾患に係る治療を必要とする患者の場合は、受入れ困難として転院が円滑になされない事例が見られた。また、第六波までは、退院基準を満たしていても、人工呼吸器装着患者や症状が改善しない患者の受入れが困難とされた事例もあった。

○救急搬送での「目詰まり」

- ・短時間で重症患者が多数発生する場合、保健所・消防機関・民間救急・医療機関等の連携が不可欠であるが、患者の病態に応じた患者搬送の優先順位が当初は不明確であり、保健所・消防機関・医療機関等それぞれの連携に課題があった。

(波ごとの課題)

- ・感染症発生初期の初動体制においては、発熱患者の救急搬送拒否が続いた。
- ・患者受入救急医療機関と非受入救急医療機関の数のバランスや役割分担が整理されておらず、搬送受入困難事例があった。

- ・第四波において、患者の救急車内待機時間が大幅に増加し、一般病床のひっ迫に伴い救急医療体制にも影響が及んだ。
- ・第六波、第七波においては、消防機関等の関係機関との十分な情報共有ができず、円滑に救急搬送ができない事案が複数あり、二次救急医療機関の不応需の増加が見られた。

パンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○改正感染症法に基づき、医療機関と後方支援に係る協定を締結

- ・医療機関の機能分化や医療資材・医療人材等の状況整理、病原性・感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理の上、協定を締結（協定の実効性の担保も併せて検討）
- ・後方支援や搬送における感染対策等に係る支援体制について併せて検討
- ・患者を診察し、入院先を決定するトリアージ病院と、搬送部門の強化（救急車以外の搬送手法の検討等）による上り・下り搬送ができる仕組みの検討

○公立・公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対する医療提供（入院医療の提供、患者・疑似症患者等への診療、健康観察、人材の派遣）の義務付け

《入院調整・転退院促進》

○病原性や感染性に応じた都道府県と保健所の役割分担の整理

- ・病床や患者数に応じた入院ルール化の周知・共有（入院基準、圏域枠等）
- ・入院調整業務の府一元化の判断と業務内容に応じた職員、応援、派遣等人員体制の整備
- ・病原体の感染性と患者数に対応した搬送手段の確保（タクシー、民間救急等）
- ・重症患者や透析・妊産婦・小児・精神疾患等の患者については、関連団体に協力を依頼し、状況を共有して連携して患者に対応
- ・新興感染症の最新の診断や治療等に関して、受入医療機関の医師等を対象とする講習会を定期的開催
- ・後方支援病院の確保や、転退院調整支援システムを用いて退院基準を満たした患者の転院調整を継続実施

○病床稼働状況等の共有システムの整備・分析

- ・速やかに病床稼働状況や入院患者情報等を医療機関、保健所等とリアルタイムに共有できる入院調整等のシステムを早期に構築・整備。その際、設備やマンパワーの点からシステムへの参画が困難な医療機関に対するサポート体制も併せて検討
- ・入退院状況のモニタリングと分析を行い、病床確保や入院調整等に速やかに活用

《救急搬送》

○感染症発生当初において感染症の疑い患者をトリアージする仕組みの構築

- ・トリアージ病院の設定

○入院待機患者に早期治療を行う仕組みの構築

- ・入院患者待機ステーションの機能整理（治療にも対応）

○保健所や消防等関係機関との情報共有や役割分担の整理と、患者移送にあたっての連携体制の構築

- ・保健所、消防等関係機関との感染症患者の救急搬送に係る協定（申し合わせ）締結等、事前に対応を協議

・平時からの、救急搬送にあたっての民間救急の活用と拡充

○患者トリアージのあり方

・新型コロナウイルス感染症のように、重症化リスクを一定の目安（例 酸素飽和度、年齢、血圧等）で判断できる場合、保健所での一定の患者トリアージも可能であるが、そのような「目安」「基準」がない場合、行政によるトリアージには限界があることから、病原性や感染性を踏まえ、医療機関等と協議が必要。

また、患者の心身の状態に応じて、患者が望む医療やケアを踏まえた治療を、患者や家族等に情報提供・説明することが重要であるなか、治療選択場面での意思確認をどの主体がどのように行うべきか、予め共通認識を持つことが必要。

③医療・療養体制の確保—宿泊療養—

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○宿泊療養体制整備

- ・患者急増時、宿泊調整を行う自宅待機 SOS、府庁コールセンター、保健所の業務ひっ迫に伴う療養決定や入所調整のフローで、入所決定までに時間を要した。
- ・搬送体制や施設清掃業者確保等の体制確保において、ホテル稼働までの時間を要した。
- ・人材確保や入所調整等の観点から、一度施設を休止した場合は、感染拡大に応じた速やかな施設の再運用に時間を要した。
- ・診療型宿泊療養施設の拡大といった宿泊療養者に対する初期治療体制の整備や要介護高齢者の患者急増に伴う高齢者専用施設の整備等、宿泊療養施設に求められる機能が波を経るごとに変化し、その都度、生じる課題への対応が求められた。
- ・高齢者は、環境の変化により、せん妄や認知症症状が悪化しやすく、施設のバリアフリー化の状況等も含め、高齢者に適した宿泊療養の環境整備や人員確保が必要であった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○圏域バランスを踏まえた宿泊療養施設と医療人材、搬送手段の確保

- ・改正感染症法に基づき、病原性や感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理の上、圏域バランスも踏まえた協定締結を検討（協定の実効性の担保も併せて検討）
- ・医療機能を有する施設や要支援・要介護高齢者対応施設の整備（臨時医療施設含む）等、宿泊療養のあり方についての検討
- ・民間救急・タクシー等の搬送体制の確保や、健康観察・急変時の体制の整備
- ・上記に係る人材確保等の支援体制の検討

③医療・療養体制の確保—自宅療養—

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○自宅療養体制整備

- ・夜間休日対応が可能な外来診療医療機関やオンライン診療・往診可能な医療機関数が患者数に比して不足していた。
- ・公共交通機関の利用不可の中、外来診療にあたっての搬送体制の確保（透析患者含む）が必要であった。
- ・行政や医師会、保健所、病院、訪問看護 ST、介護福祉事業所等、多くの組織間での連携体制が十分ではなかった。
- ・陽性判明となったために、介護事業者がサービスを休止し、自宅療養者の生活の質の低下が懸念された。介護事業者に関しては、個人防護具に係る経費の圧迫や介護職の感染管理が徹底されておらず、介護職が感染し、サービス縮小・撤退につながる例があった。
- ・自宅療養者の増加による自宅待機 SOS への問い合わせ増加に、回線数が十分でない状態があった。
- ・経口抗ウイルス薬の院外処方に対応する薬局について、安定供給が難しく取り扱う薬局が制限されたうえ、薬局間での譲渡を認めない国の運用により、対応薬局の負担が大きかった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○改正感染症法に基づき、医療機関等と自宅療養者等への医療提供や健康観察、医療機関への搬送、外来、オンライン診療や訪問看護、往診体制の確保）に係る協定を締結

- ・病原性や感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理の上、医療機関と協定を締結（協定の実効性の担保も併せて検討）
- ・外来受診に係る搬送体制の確保や症状増悪時の対応、院内感染対策や有事の際の検体採取資材、個人防護具等の物資提供等の支援体制について、併せて検討

○公立・公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対する医療提供（入院医療の提供、患者・疑似症患者等への診療、健康観察、人材の派遣）の義務付け

○訪問看護師や介護職への感染管理対策への支援

- ・平時からの研修の実施や、自宅療養者への支援に取り組む介護事業者等への物資の支援の検討

○保健所や各医療関係団体、介護事業者、薬局、市町村等とのネットワークの構築（医療と看護、介護の連携）

- ・新型コロナウイルス感染症への対応で構築したネットワークを、保健所を中心に継続・発展

○自宅待機者向けの相談等の体制整備

- ・自宅待機者向け相談等の窓口について、感染療養状況を踏まえた体制拡充を検討

○必要な治療薬等を届ける薬局の整備

- ・地域支援加算を算定する薬局等の活用を検討

④感染症に関する医療人材の確保・育成

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○感染症に関する医療人材の不足

- ・感染症診療を実践できる医療人材（感染症専門医、呼吸器内科医、救急科専門医・集中治療専門医、感染管理看護師（ICN）等）が不足し、病床確保等、医療提供体制の整備に支障が生じた。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○改正感染症法に基づき、医療機関と医療人材派遣等に係る協定を締結

- ・医療機関の機能分化や医療機関における医療人材等の確保状況、病原性・感染性、発生段階に応じた協力要請の要件を整理の上、協定を締結（協定の実効性の担保も併せて検討）

○公立・公的医療機関等、地域医療支援病院、特定機能病院に対する医療提供（入院医療の提供、患者・疑似症患者等への診療、健康観察、人材の派遣）の義務付け

○感染症診療が可能な医療人材の育成（感染症専門医・救急科専門医や感染管理認定看護師含む）

- ・府看護協会等と連携した潜在看護師等の掘り起こしの促進や登録制度によるリスト化、感染管理認定看護師（ICN）資格取得等への支援、リンクナース（医療施設の中で感染制御チーム等と病棟看護師をつなぐ役割を持つ看護師）研修等の拡充
- ・大学等と連携した感染症に係る医療人材の育成
- ・感染症に関するノウハウのある中核的病院等からの医療人材育成に向けた技術的な支援

(3) 社会全体の感染症への対応力の向上

① 情報発信の強化

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○ 感染・療養状況等に係る情報発信・啓発のあり方

- ・感染の波が継続して発生するなか、各世代に対し、感染状況等の情報や感染予防対策の効果的な情報発信が必要であった。
- ・特に感染症発生初期、未知のウイルスであることへの不安等を背景に、感染者やその家族、医療・介護従事者等に対する誹謗中傷等が発生した。

パンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○ 科学的知見に基づく情報発信

- ・科学的知見を踏まえた最新かつ正しい情報について、専門家の知見等を活用した効果的でわかりやすい情報発信の手法等の検討
- ・平時から、府民に対する感染症や感染症予防対策に関する基礎知識の効果的な発信

②クラスター対応

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

《総論》

- ・クラスターの傾向把握（発生しやすい施設、施設内の主な感染経路等）と地域への感染拡大防止（封じ込め）のためのクラスター対策から、ハイリスク施設での感染拡大防止及び重症化予防に重点を置いたクラスター対策への移行にあたり、必要な支援体制の構築等に時間を要した。
- ・感染拡大期には一部の保健所からの情報収集が困難となり、クラスター発生状況等の分析や対応に影響を及ぼした。

《各論》

○医療機関関連

- ・第一波以降、院内感染が多数発生した。
- ・標準予防策の徹底ができていない医療機関が存在した。
- ・感染まん延期への移行に伴い、受入医療機関であるかにかかわらず、全ての医療機関において新型コロナウイルス感染症の初期治療等を行える体制整備が必要となった。
- ・保健所により、医療機関等とのネットワーク構築や情報共有等の取組みに差があった。

○高齢者施設・障がい者施設関連

- ・第二波以降、クラスターが多発し、特に、ハイリスク者が入所等する高齢者施設におけるクラスターの多発は、死亡者数の増加の一因となった。
- ・施設側において感染症発生時の対応についての適切な事前の備え等が困難であり、施設での混乱や初期対応の遅れが生じた。
- ・高齢者施設においては、第六波において、協力医療機関との連携が十分でない例や、協力医療機関が治療に対応できない等、施設内での感染制御や早期治療について十分な支援が得られない例があった。

○児童施設・学校・大学関連

- ・児童施設はマスク着用が推奨されない年齢の児童を含む集団であり、児童と職員、または児童同士の密な接触が不可避であることから、調査・対応に工夫が必要であった。
- ・学校・大学関連では、重症患者が出る確率は低いが、学校の部活動、サークルにより学級あるいは地域を越えて感染が拡大する傾向があり、クラスターが起こりやすい集団として対応が必要であった。
- ・第六波まで、国の方針に基づき、保健所による疫学調査を必須としていたことから、保健所業務のひっ迫に伴い濃厚接触者の特定が遅れる等、施設側の初期対応が遅れる事例があった。

パンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

《行政側の課題の対応》

○対象感染症発生早期から保健所設置市や関係部局と連携し、情報収集、調査、啓発、支援（人材、物資、医療提供体制等）等の検討を段階的に行う体制を整備

【発生早期】クラスターの傾向把握（発生しやすい施設、施設内の主な感染経路等）と地域への感染拡大防止のため、大安研疫学調査チーム（O-FEIT）や感染管理看護師（ICN）等との調査、支援等

【拡大期】情報収集、調査対象、支援等重点化の検討

【まん延期】情報収集、調査対象、支援等重点化

【回復期】地域対応へ移行

○**保健所及び感染症の中核的医療機関を中心とした地域のネットワークの構築・発展**

(特に医療機関関連、高齢者施設・障がい者施設関連への対応)

(民間団体や感染対策を指導する大学・専門学校等の研究・教育機関の参画も想定)

≪**施設側の対応**≫

○**平時からの施設等における感染症に関する「備え」「対策」の実施**

(医療機関関連)

- ・感染症専門医や救急科専門医、集中治療専門医等がない医療機関も含め、各医療機関における感染対策の徹底、感染症診療を可能とする体制の整備
- ・平時から、全医療機関の医療従事者への感染管理の教育やクラスター発生時の対応、訓練、マニュアル作成、治療法の共有
- ・施設・設備の整備等の備え

(その他施設関連 (特に高齢者施設・障がい者施設関連))

- ・各施設が、地域の感染症の中核的医療機関と連携し、平時より、施設従事者等に対する感染管理の教育やクラスター発生時の対応、訓練、マニュアル作成、治療法の共有等

③医療物資の備蓄と流通確保

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○医療物資の備蓄や流通の停滞

- ・第一波当初、診療・検査に用いる医療用マスク等の个人防护具（PPE）やエタノール等の医療物資が、中国等からの輸入の停滞により国内で不足するとともに、価格が高騰した。
- ・新型インフルエンザ等対策用に備蓄していた个人防护具（PPE）を備蓄量や品質保証の観点から十分に供給できなかった。
- ・府行動計画に医療用マスクを含む PPE 等の具体的品目や数量について明記していなかった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○医療物資の確保・供給・備蓄体制の整備

- ・拡大期に必要な備蓄量の把握、備蓄物資の品質保証・管理
- ・確実で安定した物資調達先の確保（関係団体との協定）
- ・医療機関等への供給時の搬送も考慮した保管場所の確保

新型コロナウイルス感染症対応で生じた課題

○**ワクチン接種の推進にあたっての課題**

- ・ワクチン供給量や中長期的な供給スケジュールをはじめ、接種順位や接種間隔等、国における接種の実施方針が、都道府県及び市町村に適時適切に共有されず、接種体制の確保等にあたり、自治体で混乱が生じた。
- ・予防接種法上、都道府県は接種の実施主体に該当せず、接種勧奨の義務も課されていないなか、「国手引き」で都道府県の役割が示されてはいるものの、法が求める市町村に対する「必要な協力」の範囲が不明確であった。
- ・初回接種において、自治体設置会場での接種業務を担う人材の確保が課題となった。
- ・優先接種対象者（医療従事者）の迅速な把握に膨大な作業が発生した。また、機能が異なる2つの情報システム（V-SYS 及び VRS）が併用され、ワンストップで業務を処理できず、さらに医療従事者等の接種実績について重複して入力求められる等、自治体、医療機関に混乱が生じた。
- ・高齢者施設の入所者等や小児の接種促進にあたっては、府、市町村ともワクチン担当部署だけでは完結せず、関係部署と連携・調整しつつ取組みを進める必要があった。
- ・科学的知見に基づくワクチンの効果や安全性に関する国の情報が限られており、副反応等に関する不正確な情報が流布する等、接種の判断に資する正確でわかりやすい情報発信が課題となった。

感染症によるパンデミックに備えた今後の方向性と重点的検討事項

○**ワクチン接種の推進**

- ・国によるワクチン接種に係る実施方針の適時適切な提示、都道府県及び市町村への早期の共有（ワクチンの安定供給及び長期的な供給スケジュールの早期提示を含む）
- ・都道府県による広域的支援のあり方の明確化（市町村連携含む）
- ・ワクチン接種業務を担う人材の確保（歯科医師等への協力要請含む）
- ・接種者情報の効率的な集約等を可能とする情報基盤の構築
- ・接種促進に係る関係部局との緊密な連携（市町村における連携を含む）
- ・接種の判断材料となる正しい情報の発信（ワクチン接種の意義や効果・副反応等の情報）

