

第4章

医療提供体制

未知の感染症を前に「県民の生命と健康を守り抜く」という命題の下、医療崩壊を起こすことなく救える命を確実に救っていく——。そのために本県では、関係機関の連携・協力により、当初から24時間対応の相談体制を整備し、検査体制を拡充しながら、患者の早期発見・早期対応に努めるとともに、受入体制を強化。特に、必要と判断した限りは国の方針にとられることなく、よりきめ細かく手厚い取組を本県独自に展開してきた。当初からのパルスオキシメーター（動脈血酸素飽和度を測定する機器）無償貸与、保健所による退院後の丁寧な健康観察。あるいは医療従事者や医療機関への助成、協力金などは、その一例である。

また新型コロナウイルスが変異を繰り返し、その特徴や取るべき対応が変わっていく中、「医療アラート」〈第3章48P〉により医療のひっ迫状況等を県民と共有しながら、県として必要な要請を通して医療提供体制の維持に努めた。その結果、医療・介護関係者の方々のご尽力もあり、とりわけオミクロン株以降の感染爆発も、懸念された医療崩壊を招くことなく乗り切ることができた。

今回の対応を踏まえ、次なる新興感染症への備えを視野に入れた体制づくりが進められるとともに、感染症対応の専門的知識・技術を持つ人材の養成といった取組も始まっている。

第1節 受入体制の整備

医療圏と連携体制

限られた医療資源を最大限活用し県民に必要な医療を届けるため、本県では保健医療計画に基づいて、医療機能を地域単位で分類する「医療圏」を設定しており、医療圏ごと保健所や医師会、病院等による協議の枠組みの中で連携体制構築に取り組んできた。

新型コロナウイルス感染症においても、これら医療圏の体制確保とそれぞれの役割分担を明確化した上で、二次医療圏（県内10圏域）を基本単位として、保健所を中心に関係機関の連携の下で対応を進めてきた。特に、県土が広く市町村数も多い本県は、医療資源等の実情も地域によって異なることから地域ごとの調整が重要であり、患者を受け入れる医療機関や病床の確保、入院調整をはじめ、外来・検査センターや宿泊療養施設の開設など、様々な取組を医療圏ごとに実施した。

また、医療機関も重症患者（大学病院、地域の基幹病院等）、中等症・軽症患者（地域の中核となる医療機関）、急性期を脱した患者（後方支援医療機関）、自宅療養者等の支援（かかりつけ医等）と役割分担を構築し、連携が強化されていった。

●本県における医療圏の設定（保健医療計画より）

一次医療圏	市町村	かかりつけ医等の外来を中心とした、住民の日常生活に密着した医療が行われる区域
二次医療圏	広域行政圏 (佐久・上小・諏訪・上伊那・飯伊・木曾・松本・大北・長野・北信)	広域的な日常社会生活圏で、高度・特殊な医療を除いた入院医療や包括的な医療が行われる区域 ※圏域ごとに保健所設置（中核市である長野市、松本市[令和3年4月1日から]は独立した保健所が所在）
三次医療圏	県全域 (あるいは東信・南信・中信・北信の4圏域)	専門性の高い、高度・特殊な医療が行われる区域

患者の受入調整と移送体制

新型コロナの疑いがある方や患者について、当初は保健所（有症状者相談窓口、のち受診・相談センター）が窓口となり、診療や検査を行う圏域内医療機関の「帰国者・接触者外来」への案内を行った。また患者の受入医療機関への入院調整は、5類感染症移行までは保健所が行った。なお、圏域内では受入れが難しい場合や、小児や妊婦など特別な配慮を必要とする患者、より専門的な医療を必要とする重症患者を受け入れる場合には、患者受入調整本部（感染症対策課内）が医療圏を越えた広域調整を行い、円滑な患者受入体制を整えた。

患者の移送は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法）の規定に基づいて保健所が実施した。また、自宅療養が可能となった令和2年4月以降、入院を要しない患者等についても、入院扱い（みなし入院）として、必要に応じて受診時等の移送を実施した。そのため全保健所に患者移送用車両を配備するとともに、民間事業者への委託を拡充して移送体制を強化した。保健所で対応困難な事例等については、協定に基づき消防機関に対応を依頼し、感染対策等に係る経費を県において負担した。

Column

市町村独自の観光客向け搬送サービス

旅行者の安心のため、また交通事業者の安全確保のため、保健所や交通事業者と連携して独自の搬送サービスに取り組んだ市町村もあった。令和2年9月には、白馬・小谷新型コロナ受診支援対策協議会（事務局：白馬村観光局）が、村内に滞在する観光客で感染が疑われる方を対象に搬送サービスを運用開始。利用者が感染防護負担金として費用を払い、感染防止対策を施した車両によって、研修を受けた運転手が搬送に対応した。このほか野沢温泉村、山ノ内町、安曇野市でも、独自の搬送サービスが導入された。

医療関係団体との連携

新型コロナに関する本県の医療関連施策を進めるにあたっては、専門家懇談会における検討を行い、また医療関係者らとの意見交換のほか、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会や、県看護協会といった医療関係団体との連携も不可欠であった。

具体的には、県医師会は外来・検査センターの出務、宿泊療養施設のオンコール（電話相談）対応、5類感染症移行に向けた医療機関での受診体制拡充など。県薬剤師会は、新型コロナ治療薬の確保・流通に向けた体制整備や、宿泊・自宅療養者等への薬剤の配送、薬局における無料検査体制の整備など。県歯科医師会は、新型コロナ患者に対する本県独自の歯科治療体制構築など。県看護協会は、県庁や保健所内の相談窓口業務や、宿泊療養施設における患者の健康管理（常駐）、高齢者施設等への感染管理認定看護師派遣、県ナースセンターを通じた人材確保などであった。

第2節 相談・検査体制

相談窓口

相談窓口の開設は、新型コロナ対応において本県が真っ先に取り組んだことの一つである。発生当初で受診先が限られる中、感染に不安がある方からの相談を受け付けるため、令和2年1月に県庁及び保健所に電話相談窓口を設置し、24時間対応を実施した。

同2月には、政府の「帰国者・接触者相談センター」設置方針を受け、その役割を兼ねる有症状者相談窓口と、一般（健康）相談窓口とで入り口を振り分けつつ幅広く対応を行うとともに、必要な方を確実に検査や受診等につなげるため、順次相談体制を拡充した。また、有症状者向けに「相談・受診の目安」を設け、医療機関を受診する前に県の窓口へ相談するよう周知し、必要に応じて「帰国者・接触者外来」等の受診を案内するなど適切に医療を受けられるよう努めた。

2年11月17日以降は、季節性インフルエンザとの同時流行に備えて、保健所を中心とした相談体制から、まずはかかりつけ医等身近な医療機関に相談する体制へと移行し、かかりつけ医を持たない場合や相談先に迷う場合、夜間・休日等には、新たに設置する「受診・相談センター」が対応した。

5類感染症移行後は、外来や救急への影響緩和のため引き続き受診相談を行うとともに、感染判明後自宅等で療養している方に対する健康相談を6年3月末まで実施した（以降は保健所の健康相談として対応）。

●受診相談・健康相談に関する各種窓口の設置経過

年	月日	できごと
令和2年	1月29日	新型コロナウイルス感染症に関する専用電話相談窓口を設置
	2月6日	「新型コロナウイルス感染症有症状者相談窓口」及び「新型コロナウイルス感染症一般相談窓口」へ名称変更
	5月5日	「一般相談窓口」を「一般健康相談窓口」へ名称変更
	7月1日	相談業務の一部を民間事業者へ業務委託 (保健所は日中の有症状相談対応等を引き続き実施)
	11月17日	「有症状者相談窓口」及び「一般健康相談窓口」を終了し、新たに「受診・相談センター」を設置
5年	5月8日	5類感染症移行に伴い、自宅療養者の健康観察業務を終了し、陽性者の相談窓口として「長野県新型コロナ健康相談センター」（民間事業者に業務委託）を設置
	8月1日	「受診・相談センター」と「長野県新型コロナ健康相談センター」を統合し、「長野県新型コロナ受診・健康相談センター」を設置（令和6年3月末まで）

発熱時 ずかかりつけ医に電話を

新型コロナウイルス感染症と発熱などの症状が似ている季節性インフルエンザの流行期を迎え、県は月中旬、発熱患者はまずかかりつけ医に電話して、指示を仰いでもらう仕組みを始め、かかりつけ医で患者の診断や検査に当たれない場合は、保健所を紹介し、対応でき491の「診療・検査医療機関」につないでもらう。

新たな仕組み 今月中旬から

診療・検査医療機関は、どちの感染症か見分けにくい発熱患者の診察を受け入れる意思を示した内科や小児科、呼吸器内科など。県内全体の約4割を指定。うち約300機関は検体採取もできる。これまでも多くの医療機関が感染予防策を講じた上で発熱患者に対応しており、県感染症対策課の担当者は「あえと改称して対応を続ける。医療従事者や介護従事者で感染を疑う症状がある場合は、積極的に検査を受けるよう勧め

新しい検査・受診の流れ
(長野県は11月中旬以降の予定)

```

graph TD
    A[発熱患者] -- 電話 --> B[かかりつけ医・身近な医療機関]
    A -- 電話 --> C[受診・相談センター  
有症状者相談窓口が衣替え]
    B -- 対応できない場合 --> C
    C -- 紹介 --> D[対応できる491の診療・検査医療機関]
    D -- 紹介 --> E[PCR検査や抗原検査、インフルエンザの検査]
    E --> F[新型コロナウイルス陽性]
    F -- 重症者や65歳以上、持病がある人 --> G[入院]
    F -- 該当せず --> H[自宅やホテル療養]
    
```

※自治体によって対応が異なる場合がある

令和2年11月、保健所による対応から、かかりつけ医に相談する体制に
(2年11月7日信濃毎日新聞朝刊)

検査体制の整備

新型コロナの検査は、保健所や医療機関等が感染症法に基づき感染が疑われる方に対して実施し、その費用は公費負担とされた（5類感染症移行まで）。

発生した当初、新型コロナウイルスの唯一の検査法であったのが「PCR検査」をはじめとする遺伝子検査である。しかし当時のPCR検査能力は、県内はもとより国内でも限られており、県としては長野県環境保全研究所（以下、環保研）における16検体及び長野市保健所環境衛生試験所における12検体の、計28検体から検査対応が始まっている。環保研における検査機器購入、職員の増員に加え、令和2年3月からは信州大学医学部附属病院にも検査を委託。以降、民間検査機関への委託も進めつつ、検査機器整備の補助や抗原検査の導入・普及等を通じて検査能力を拡充していった。さらに、松本・長野保健所において遺伝子検査室を整備し、県機関における検査体制も拡充した。

外来・検査センター

本県では当初、感染が疑われる方の診察や検体採取は、感染症指定医療機関を中心とした「帰国者・接触者外来」（当初11か所から令和2年5月には29か所に拡大）で実施していたが、その負担軽減と医師が必要と認める検査の円滑な実施に向けて、2年4月28日以降、県内の医療圏ごとに1～3か所「外来・検査センター」を順次開設した（10圏域最大14か所）。簡易診察から検体採取まで一か所で実施でき、一般患者とも接触しないため、医師が必要とする検査を集中的かつ円滑に実施できる仕組み。

同センターは、いずれも県の開設要請（委託）により地域によって様々な形態で運営され、県は開設費用や人件費等を負担するとともに、継続的に医療資材を提供するなど運営を支援した。軽症者を中心に、保健所やかかりつけ医において、診療・検査が必要とされた方に対して同センターの受診を紹介し、検査につないだ。

● 外来・検査センター開設状況

保健所	開設日※	開設主体	検体採取方式
佐久①	令和2年5月25日	佐久市	ドライブスルー
佐久②	2年10月15日	小諸市	ドライブスルー
上田	2年5月26日	上田市	ドライブスルー
諏訪	2年6月29日	諏訪圏域6市町村共同	ドライブスルー
伊那	2年4月28日	伊那中央行政組合	プレハブ
飯田	2年5月25日	飯田市	ドライブスルー
木曾	2年6月8日	県立木曾病院	病院内施設利用
松本①	2年5月7日	松本市	簡易テント
松本②	2年9月14日	松本市	ドライブスルー
松本③	2年11月25日	安曇野市	プレハブ
大町	2年6月8日	大町市	ドライブスルー
長野①	2年5月11日	長野市・長野県（長野市医師会）	ドライブスルー
長野②	2年5月27日	長野市・長野県（更級医師会）	ドライブスルー
北信	2年6月1日	中高医師会	プレハブ

※令和5年3月31日をもってすべてのセンターが終了

診療・検査医療機関（外来対応医療機関）

季節性インフルエンザとの同時流行に備え、令和2年11月17日（第3波）からは、発熱時などの受診・相談を、保健所での対応から身近なかかりつけ医が担う体制に切り替わった。それに先立つ10月には、検査体制の強化と円滑な受診に向けて、感染が疑われる方の受診を受け付ける医療機関を「診療・検査医療機関」（当初491か所）として県が指定し、さらに、3年10月29日（第5波）にはホームページで医療機関名を公開。設備整備への支援等を通じて指定医療機関を順次拡充するとともに、个人防护具を配布するなどにより診療を支援した。

5類感染症移行後は、行政が関与する限られた医療機関による特別な対応から、通常の体制への移行を目指し、設備整備の支援等を通じてより幅広い医療機関（診療・検査医療機関から外来対応医療機関へ改称）で診療を行う体制に移行するとともに、未対応の医療機関には応招義務（医師法に基づき正当な理由がない限り診療を拒んではならない）の周知等により対応を依頼し、引き続き診療・検査体制の拡充に取り組んだ。当該医療機関の指定・公表は6年3月末をもって終了し、通常の医療提供体制に完全移行した。

● 診療・検査医療機関及び検査可能数の推移

区分	令和2年4月	7月	10月	3年5月	4年6月	11月	5年1月	6年2月
診療・検査医療機関 （外来対応医療機関）数(箇所)	—	—	491	580	669	711	721	825
検査可能数(件)	88	1,040	4,122	9,522	18,330	30,157	同左	—

変異株の監視体制

新型コロナウイルスはアルファ株、デルタ株、オミクロン株等と変異を繰り返しながら、感染力を強める一方、病原性が低下する傾向が見られた。そうした変異株の動向を監視するために実施していたのが、変異株スクリーニング検査及びゲノム解析である。感染症法（第15条）の積極的疫学調査

の一環として、環保研等において行った。

スクリーニング検査は、新型コロナウイルスの検査で陽性となった方の検体から一部を抽出して変異株の疑いがあるかPCR検査を行うもので、本県では、抽出率を全陽性者数の約40%とした国の方針にとらわれず、変異株感染の可能性が高い方はもちろん、感染源が特定されていない方などを対象にできるだけ幅広く実施した。

変異株の疑いが確認された場合、ゲノム解析（DNAの塩基配列を解読する検査）により変異株の種類を特定した。当初は国立感染症研究所に検体を送付して実施していたが、専用装置の導入支援により令和3年10月から信州大学医学部附属病院において、また4年3月から環保研においてもゲノム解析が開始され、自治体主体で監視できる体制を構築するとともに変異株感染者の早期検知に努めた。

なお、環保研等におけるゲノム解析は5類感染症移行後も引き続き実施されている。

●変異株検出結果

(単位：件)

年 月	解析 件数	アル ファ 株	デル タ 株	オミクロン株								
				BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	組換え体				
								XBB	XBB以外			
令和3年	2月	3	1									
	3月	73	2									
	4月	277	91									
	5月	241	200	1								
	6月	54	53									
	7月	125	37	88								
	8月	350	60	290								
	9月	90	1	89								
	10月	27		27								
	11月	2		2								
	12月	34		34								
	4年	1月	250		37	213	212	1				
2月		147		1	146	142	4					
3月		269			269	157	112					
4月		319			319	38	281					
5月		314			314	4	310					
6月		230			230	1	222	1	6			
7月		311			311		89	11	211			
8月		305			305		10	1	294			
9月		280			280		1		279			
10月		264			264		7	3	251	3	3	
11月		353			353		19		332	2	2	
12月		301			301		33		266	2	2	
5年	1月	283			283		51		231	1		1
	2月	154			154		32		120	2	1	1
	3月	74			74		16		42	16	14	2
	4月	56			56		7		15	34	34	
	5月	86			86		7		16	63	62	1
	6月	82			82		6		6	70	66	4
	7月	122			122		11		10	101	97	4
	8月	145			145		12		4	129	127	2
	9月	116			116		6		1	109	105	4
	10月	71			71		11			60	56	4
	11月	54			54		5			49	48	1
	12月	60			60		19			41	40	1
6年	1月	103			103		56			47	45	2
	2月	93			93		60			33	28	5
	3月	60			60		46			14	6	8
	合計	6,178	445	569	4,864	554	1,434	16	2,084	776	736	40

※アルファ株を初検出した解析結果から掲載。集計は検体採取月（4年9月25日以前の判明分は届出月）ベース

検査能力拡充に向けた支援

本県では、感染者の早期発見による感染拡大防止、あるいは社会生活維持のため、そして症状がある方を適切に診断し必要な医療へとつなげるために、民間検査機関との検査委託契約の締結、診療・検査医療機関の指定、外来・検査センターの設置等の様々な取組を通じて検査能力の拡充に努めてきた。

そのために必要となる体制構築に向けて、県として必要な支援も行ってきた。医療機関や民間検査機関、環保研などの検査機器等購入費用の補助（令和2～3年度）、自院での検査を実施いただく診療・検査医療機関や、地域の診療・検査体制整備等に協力する郡市医師会への協力金の支給（2年度、診療・検査体制整備協力促進事業）等がその一例である。

加えて、感染拡大の状況等を踏まえ、高齢者施設等で実施する自主検査への助成や、抗原定性検査キットを市町村や高齢者施設、医療機関等に配布して活用していただく取組を実施した。

第3節 療養体制の確保

医療機関における病床確保と入院措置

必要とする人が、必要とする医療を受けられる体制の整備・維持に向けて、本県は感染拡大状況を常に注視しながら病床確保数を順次拡大し、入退院の調整に努めてきた。病床運用は、通常医療との両立を図るため3段階のフェーズを設定し、感染状況に応じて受入可能な病床を運用することとし、確保した病床の利用状況は「病床ひっ迫度」として県民に向けて公表。本県独自の指標として「全県」と「4ブロック（東・南・中・北信）ごと」に、「中等症・軽症者用」と「重症者用」、また「専門病床」（小児、精神、透析患者等用）と「一般病床」とで分類してモニタリングした。

発生当初は、症状の軽重を問わず陽性となった方全員が入院する方針であり、感染症指定医療機関において受入れを開始した。次に公立・公的医療機関を中心に、さらには入院患者の増加に対応するため民間医療機関での受入体制も拡充し、最終的に確保病床数は557床まで拡充した。

入院調整については、保健所を中心に各圏域で行う体制とした。感染状況によっては病床使用率等の医療ひっ迫度に地域差が生まれることから、圏域内では対応が難しい場合には、県の患者受入調整本部が中心となって圏域を越えて入院させる体制を整えた。宿泊療養・自宅療養が可能になって以降は「振り分け診察」により、入院の要否や療養先を適宜判断するなど、感染者が急増した場合でも医療崩壊を起こさないよう仕組みをつくり、対応した。

5類感染症移行後、入院調整は、保健所が関与する体制から原則医療機関間により行われる体制に移行するとともに、病床確保については令和5年10月以降、感染が落ち着いている間には行わず、感染拡大時における重症者等の入院患者に重点化し、6年3月末まで運用した。

●確保病床数の推移

令和2年				3年				4年		
3/18以前	3/19～	4/24～	7/27～	2/3～	5/31～	9/9～	12/1～	5/27～	8/31～	12/19～ 5年5/7
46	227	300	350	434	490	529	513	520	531	557

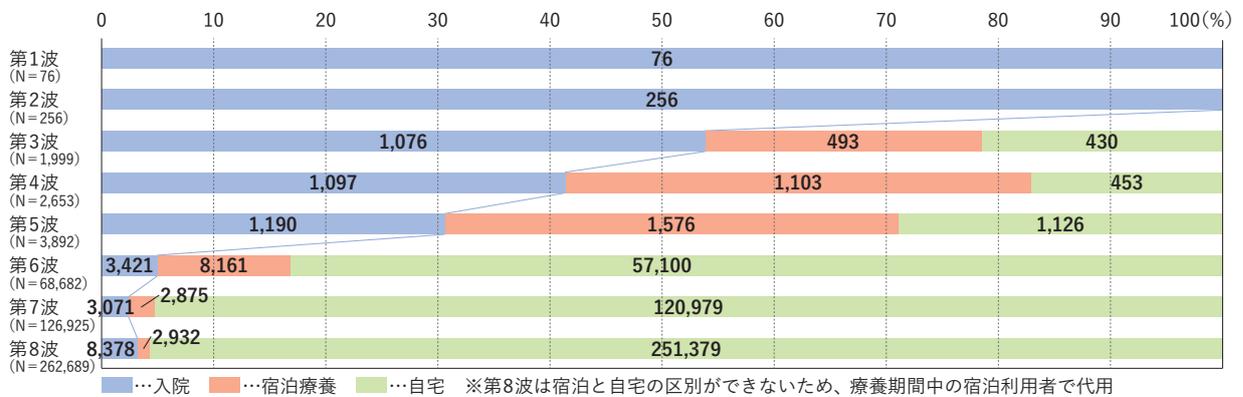
●5類感染症移行前の病床確保数（最終実績）

東信	南信	中信	北信	全県（重症、精神）	合計
89（重症4、 中軽症85）	151（重症8、 中軽症143）	112（重症6、 中軽症106）	174（重症9、 中軽症165）	31（重症16、 中軽症15）	557（重症43、 中軽症514）

●入院の状況（ピーク値）

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
確保病床 使用率	22.5% 51/227床	26.0% 91/350床	62.3% 218/350床	48.2% 209/434床	55.7% 273/490床	44.4% 228/513床	68.1% 354/520床	70.8% 376/531床

●感染者の当初の療養場所



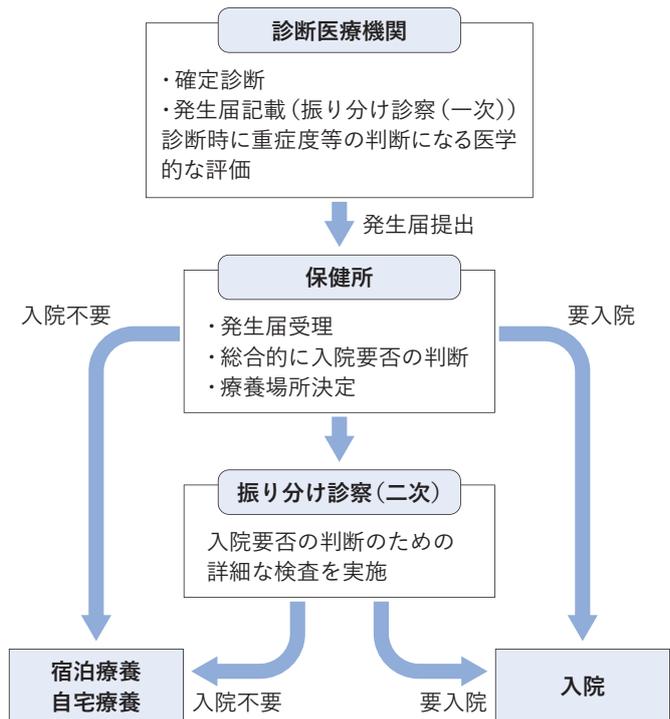
「入院要否の医学的判断目安」と「振り分け診察」

本県で注力した取組の一つが、迅速かつ適切に療養先を決定するための「振り分け診察」である。第3波の令和2年11月、国の法令、通知を基に専門家懇談会で「入院要否の医学的判断目安」を策定し、患者の療養先を「入院」「宿泊療養」「自宅療養」と振り分けた。その判断基準やフローは感染拡大状況に応じて順次見直され、患者受入医療機関で外来受診の上で入院要否を判断、オミクロン株以降の対応としては届出医療機関で一次振り分け後、必要に応じ医療機関での詳細な検査による二次振り分けを行う仕組みとなった。

その間、3年9月（第5波）では、振り分け診察の段階で必要な方に対して抗体カクテル療法を短期入院により実施し、症状が

●振り分け診察例

オミクロン株への対応に伴う振り分け診察（4年1月18日時点）



軽快した方を宿泊療養等に移行する手順が導入されている。

効率的な病床運用

感染拡大が進むにつれて病床確保の課題となったのが、高齢患者の身体機能低下などの事例による平均在院日数の長期化である。限りある医療資源を有効に活用するため、回復後はリハビリや基礎疾患の療養などを行う一般病棟や他施設への転出、転院を円滑に進めていく必要があった。令和3年2月上旬（第3波）には専門家懇談会において感染症病床からの転出・転院の目安を作成し、関係者向けに周知。第4波には回復後の患者の受け皿となる「後方支援医療機関」を23か所指定して、その後段階的に拡大しながら（最大33か所）、速やかに転棟・転院できる体制を整備した。

[後方支援医療機関の受入実績] (件)

第4波：7 第5波：7 第6波：82 第7波：102 第8波：332

療養解除（退院）基準の変遷

新型コロナの患者に対しては感染症法に基づく一定期間の療養（外出自粛）期間が定められたが、社会機能維持や変異株の特徴を踏まえて政府は順次基準を変更し、併せて濃厚接触者の待機期間も段階的に短縮されてきた。

また、患者の療養解除（退院）基準にあたっては、当初症状軽快後2回の検査陰性が必要であったため入院期間が長期になる方もいたが、療養解除（退院）にあたり検査が必須でなくなって以降は、医師等による症状の確認を経た上で解除とした。

5類感染症移行後は、感染症法に基づく外出自粛は求められず、療養は個人での判断となり、保健所による濃厚接触者の特定はされなくなった。

●主な療養解除基準の変遷

経過	療養基準（外出自粛が求められる期間）
令和2年 2月3日～	有症状者：症状軽快後48時間後に、12時間の間隔をあげ2回のPCR検査陰性確認 無症状者：10日間の入院後に、12時間の間隔をあげ2回のPCR検査陰性確認
2年 5月29日～	有症状者：①発症日から14日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過 ②発症日から10日間経過する前に症状軽快した場合、症状軽快後24時間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認 無症状者：発症日から14日間経過
2年 6月12日～	有症状者：発症日から10日間経過し、かつ症状軽快後72時間経過（11日目解除） 無症状者：検体採取日から10日間経過（11日目解除） ※6日間経過後に24時間以上の間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認した場合は解除可
4年 9月7日～	有症状者：発症日から7日間経過し、かつ症状軽快後24時間経過（8日目解除） 無症状者：検体採取日から7日間経過（8日目解除） ※5日目に抗原定性検査キットによる検査で陰性を確認した場合は6日目に解除可
5類感染症 移行後	※外出自粛が推奨される期間 有症状者：発症後5日間経過し、かつ症状軽快から24時間経過するまで 無症状者：検体採取日を発症日（0日）として、5日間経過するまで

●主な濃厚接触者の待機期間の変遷

経過	待機期間
当初	最終曝露日から14日間 ※短縮なし
令和4年1月18日～	最終曝露日から10日間 ※社会機能維持者に限り、検査陰性で最短6日目
4年1月31日～	最終曝露日から7日間(8日目解除) ※社会機能維持者に限り、2回検査陰性で最短5日目
4年3月19日～	最終曝露日から7日間(8日目解除) ※すべての濃厚接触者において、2回検査陰性で最短5日目
4年7月22日～	最終曝露日から5日間(6日目解除) ※すべての濃厚接触者において、2回検査陰性で最短3日目
5類感染症移行後	濃厚接触者の特定なし（法に基づく外出自粛は求められない）

患者等の全数届出見直しに伴う体制整備

令和4年9月26日には患者の全数届出が見直され、医療機関からの届出は65歳以上の高齢者等に対象が限定された。本県を含め全国一律の対応である。これにより重症化リスクの高い方など優先的な対応が必要な方を迅速に把握して適切な療養につなげ、対応を集中させることができるようになった。発生届対象外となった患者については、自宅療養時の留意事項等を記載したチラシを配布し、必要に応じて引き続き健康観察センターにおいて自宅療養を支援するとともに、患者自身が直接かかりつけ医を受診できる体制に移行した。

5類感染症移行後は、感染症法に基づく届出が指定届出機関からの1週間ごとの年代別・性別患者数のみとなり、入院の可否や療養場所については医師の判断、外出自粛や感染対策等については個人の判断で実施することになった。

●発生届を必要とする患者

令和4年9月25日まで	全数届出見直し後
すべての患者等 ※保健所はすべての患者の情報を把握 (氏名・性別・年齢・住所・症状・診断方法等)	下記の方に限定 ①65歳以上の方 ②入院が必要な方 ③重症化リスクがあり、かつ新型コロナ治療薬や酸素投与を必要と医師が判断する方 ④妊婦 ※ただし、医療機関等からの報告により、保健所は患者の総数と年代は引き続き把握

[変更された主な対応]

- ・発生届対象外の方への保健所等からの連絡の廃止（チラシで療養の注意事項等お知らせ）
- ・療養証明書発行の終了（発生届対象外の方）
- ・軽症者登録センターの登録対象年齢の拡大（「20～49歳」から「中学生～65歳未満」に）

[継続した主な対応]

- ・発生届対象の方への対応（保健所等からの連絡、入院調整、健康観察等）
- ・発生届対象外の方への健康観察センターによる相談対応
- ・診断後の医療費公費負担、宿泊療養施設への入所、生活支援物資等の配布

新型コロナ全数把握簡略化1ヵ月

全数把握簡略化後の感染者数と届け出の割合

※9月27日～10月25日発表分



新型コロナ感染者の全数把握が自26日全国一律で簡略化された際、県内は発生届の提出数がこれまでよりも割合で減少した。県内は県民への取次で分った。医療機関も保健所の負担軽減を図るため、対象重症化リスクの高い人に限定し、簡略化の趣意を伝えている。

県内発生届 8割減

医療現場負担減「助かる」 「第8波」懸念人材の活用、課題

新型コロナの全数把握が簡略化されたことにより、医療現場の負担が軽減された。県内では医療機関が感染者の氏名や住所、重症度を把握し、診断した医療機関が記した発生届をマスクで保護し、保健所に送付する。保健所に送付する発生届は、発生届の数が約8割減となった。発生届の数が約8割減となったことにより、医療現場の負担が軽減された。県内では医療機関が感染者の氏名や住所、重症度を把握し、診断した医療機関が記した発生届をマスクで保護し、保健所に送付する。保健所に送付する発生届は、発生届の数が約8割減となったことにより、医療現場の負担が軽減された。

簡略化に伴い、発生届は全体の17.1%で届け出が減少した。発生届が減少したことで、保健所の負担が軽減された。発生届が減少したことで、保健所の負担が軽減された。発生届が減少したことで、保健所の負担が軽減された。発生届が減少したことで、保健所の負担が軽減された。

全数届出見直しから1ヵ月後の状況を報じた記事(4年10月26日信濃毎日新聞朝刊)

宿泊療養

政府は令和2年4月2日、軽症者等について宿泊施設等での宿泊療養を実施する旨の方針を提示した。感染拡大によって入院患者が増加した場合、重症者に対する医療資源を確保することがより重要になるためである。3年2月には感染症法が改正され、軽症者に対する宿泊療養等が法定化した(自宅療養も同様)。

本県ではそれに基づき、入院が必要な患者を迅速かつ確実に医療につなげられるよう、軽症者や無症状者で重症化リスクの少ない方に対し、医療機関以外の宿泊施設で療養できる体制を整備した。

本県での運用は2年9月11日を最初として、東信・南信・中信・北信の地域ごと、感染拡大状況に合わせて順次開始・終了したが、5類感染症移行に伴い患者の外出自粛は求められなくなったことから、すべての宿泊療養施設は5年5月7日をもって運用が終了した。

なお、オミクロン株への置き換わりが進んだ第6波では、4年4月16日以降自宅療養を原則化する方針に変更し、宿泊療養の対象者は自宅療養が困難な患者とする見直しを行った。さらに第7波では病床がひっ迫したことから、4年8月8日以降、対象者の優先順位を「医学的管理を必要とする方のうち医師あるいは保健所長が入所を必要と判断した方」へと変更し、以降の対応方針とした。

● 全県における宿泊療養施設の運用実績（施設名称、所在地域は非公表）

番号 (開設順)	地域	最大受入 可能人数(人)	延べ受入 人数(人)	運用開始日	運用終了日
①	東信第1	75	2,730	R2.9.11	R5.5.7
②	中信第1	100	2,678	R2.12.12	R5.5.7
③	北信第1	100	3,659	R2.12.26	R5.5.7
④	南信	100	2,591	R3.2.15	R5.5.7
⑤	旧北信第2	148	1,992	R3.6.15	R4.6.30
⑥	中信第2	283	4,039	R3.9.8	R5.3.17
⑦	東信第2	126	367	R4.1.29	R4.3.31
⑧	新北信第2	77	582	R4.8.26	R5.3.31
合計		1,009	18,638		

● 宿泊療養施設入所基準の推移

期間	できごと	運用の変更
第2波 (R2.6.18～10.31)	・ R2.9.11 宿泊療養施設運用開始	(入院不要の場合) 原則：宿泊療養、例外：自宅療養
第5波 (R3.7.1～12.31)	・ R3.7.30 外国人受入開始(8か国語対応)	・ デルタ株により宿泊療養施設ひっ迫、健康観察の必要度で優先順位づけ ・ R3.12.7～R4.1.8、オミクロン株の水際対策のため濃厚接触者受入れ
第6波 (R4.1.1～6.30)		・ R4.4.16～ 原則：自宅療養 例外(自宅療養困難)：宿泊療養
第7波 (R4.7.1～9.25)	・ R4.8.8 医療非常事態宣言	・ R4.8.8～ 重症化リスクの高い方を優先 (医学的に経過観察が必要で、医師か保健所長が必要と判断した方)

療養者のサポート体制

宿泊療養施設においては、厚生労働省の通知に基づいて看護師が24時間体制で常駐し、療養者の健康観察を1日複数回行った。他県に先駆け、パルスオキシメーターを全室に配備し、またIoTを活用した遠隔健康管理システムを導入するなど、安心して療養生活を送れるようきめ細かな対応に努めた。また、地域の医師会等に協力いただき医師によるオンコール体制を整え、療養者の症状が増悪した際には速やかに医療機関の受診・入院につなげることができた。

遠隔健康管理システム

本県が全国に先駆けて導入したシステムで、政府の支援を受けた民間企業が開発した健康観察アプリケーションと、インターネットサーバーを活用し、宿泊施設療養者の健康管理を行う。ブルートゥース機能を搭載した体温計、パルスオキシメーター、血圧計を用いて計測したデータがスマートフォンのアプリを通じて自動的にサーバーに転送され、施設に常駐する看護師やオンコール担当医師がタブレットを介して確認・共有できる仕組み。



宿泊療養施設に用意した健康観察セット

療養者との対話も可能なビデオ通話機能もあり、安心かつ機能的な健康管理の一助となった。

このシステムはその後、自宅療養においても活用された。

自宅療養

自宅療養は令和2年4月に宿泊療養と併せて可能となった。当初、自宅療養者については、保健所が電話での聞き取りによる健康観察や療養期間終了後の健康フォローアップを行い、症状悪化の連絡を受けて必要となった場合には医療機関につないで直接診療を行う体制を構築した。また2年12月下旬からは、自宅療養者の健康観察や生活支援のため、パルスオキシメーターなどの健康観察機器の貸与と独居者など自身での確保が困難な方に対して1週間程度の食品や生活必需品等を提供する取組を開始した。

第5波の感染が拡大していた3年8月には、地域での感染拡大の状況によっては、高齢者など重症化リスクが高い方以外で無症状又は医学的に症状が軽い方に対して、自宅での安静・療養を原則とする旨の方針が国から示された（本県は4年4月16日以降、原則化）。なお、並行して政府は3年7月から、自宅・宿泊療養者への往診や訪問診療等に関する診療報酬の引き上げも行っている。

その後、第5波の感染拡大により保健所の業務がひっ迫したことから、新設した「長野県健康観察センター」が保健所の依頼に基づき健康観察等を実施する形になった。

「長野県健康観察センター」の運用

令和3年7月29日、民間事業者への委託により開設したのが「長野県健康観察センター」である。専任の看護師が遠隔健康管理システムや電話を通じて健康観察を実施し、同システムに記録されたデータは保健所に共有され、必要な場合には受入医療機関に提供するとともに、保健所が受診や入院の調整を行った。またオミクロン株の流行による自宅療養者の急増を受け、症状悪化の兆候が見られる患者や薬の処方が必要な患者等については、保健所から電話診療等の対応が可能な登録医療機関に依頼し、オンライン診療を利用できる体制を確保（第6波）。こうした取組により、自宅療養の質の向上と必要な医療の提供に努めた。

なお、オミクロン株の特徴も踏まえ、4年1月からは対応マニュアルが見直され、重症化リスクが低い場合は療養者自身が健康観察を行うこととし、健康観察を重症化リスクのある有症状者に重点化した。

健康観察センターは、5類感染症移行を機に「長野県新型コロナ健康相談センター」と改称し、県民からの健康相談に対応。5年8月1日からは受診相談業務と統合し「長野県新型コロナ受診・健康相談センター」として6年3月末まで対応を続けた。

●自宅療養者の健康観察人数及び健康相談件数（保健所実施分を除く）

名 称	延べ受入数	運用開始日	運用終了日
長野県健康観察センター	132,050人	R3.7.29	R5.5.7
長野県新型コロナ健康相談センター	895件	R5.5.8	R5.7.31
長野県新型コロナ受診・健康相談センター (うち健康相談件数)	1,328件	R5.8.1	R6.3.31

●健康観察センター（5類移行後は健康相談センター）対応実績

流行期別	健康観察／健康相談	パルスオキシメーター貸出	生活支援物資支給
第5波	731人	321個	194セット
第6波	33,641人	4,619個	5,977セット
第7波	74,413人	4,691個	5,591セット
第8波	21,487人	18,612個	5,581セット
5類移行まで	1,778人	1,524個	257セット
計	132,050人	29,767個	17,600セット
5類移行後	895件	(健康相談センター：R5.5.8～7.31)	

※健康フォローアップ：延べ1,872人（第5波）

登録医療機関における電話診療

自宅療養を支える取組の一つとして、第6波以降、療養者の症状が増悪した場合に保健所が登録医療機関に電話診療等の依頼を行うことができる体制を整備した。

加えて令和4年1月26日の知事会見では、本県において「まん延防止等重点措置」を適用開始するにあたり、電話診療等を実施する医療機関に対して協力金（10万円）を支給することを発表した（自宅療養者電話診療等体制確保事業）。

療養者の心のケア

療養中に目が届きにくい宿泊療養者や自宅療養者に対し、自身の健康面や誹謗中傷に対する不安など、様々な精神的負担を抱えることを懸念して、県として心のケアに取り組んだ。宿泊療養者へは施設の開設当初から、自宅療養者へは第3波への対応として令和3年2月1日から実施。精神保健福祉センターに専用ダイヤルを設置して保健師、精神保健福祉士等が相談を行うとともに、必要に応じて専門医療につなげた。

Column

投票所の感染症対策と療養者の郵便投票

新型コロナ流行期中も選挙は行われ、特に令和3年は、参議院長野県選出議員補欠選挙や衆議院議員総選挙のほか、21市町村で市町村長選挙、26市町村で市町村議会議員選挙があった。

投票所における感染症対策は、総務省からの指導や、すでに新型コロナ流行期で選挙を執行した他県の事例を参考に、「選挙の執行における新型コロナウイルス感染症対策指針」を県選挙管理委員会で作成。これに基づき、投票記載台や筆記用具の消毒などを行うとともに、当日の投票所への人流の集中を避けるため、期日前投票の積極的な利用やホームページ等により投票所の混雑情報を提供し、有権者が安心して投票できる環境づくりに努めた。また、当県では療養者等の投票機会確保のため、3年4月の参議院長野県選出議員補欠選挙では、宿泊療養施設近隣の公共駐車場にテント設営等により、期日前投票所及び不在者投票記載場所を設置した。

同6月には、特定患者等の郵便等を用いて行う投票方法の特例に関する法律の施行により、重度の身体障がい者等に限定されていた郵便等投票の対象が、新型コロナに感染し外出自粛要請を受けた有権者等に広がった。なおこの対応は、5類感染症移行を機に対象者はいなくなった。

院内感染予防と高齢者施設内療養支援

医療機関にとって、感染症対応における非常に重要な対策の一つが院内感染予防である。ハイリスクの患者だけでなく、必要な医療を提供する上で不可欠な従事者を守る必要があり、県としてもいち早く取組を始めた。令和2年2月19日には県内医療機関を対象として、信州大学医学部附属病院内に院内感染防止に関する相談窓口を設置。専門的な知見を有する医師等を配置して相談に応じるとともに、必要な情報提供を行った。

特に感染力の高いオミクロン株の影響により、第6波以降は集団感染の発生が増加。自身の感染や患者との濃厚接触による医療従事者の欠勤や高齢者の入院増加が影響し、病床がひっ迫した状況となったが、症状の悪化が見られない場合は、早期退院又は療養場所の変更等の効率的な病床運用を検討いただくよう医療機関に依頼する等の対応を行った。

施設内療養の要請と体制整備

高齢者が感染した場合については、高齢者施設等に入所している方も含めて原則入院としていたが、厚生労働省は、感染拡大により医療の負荷が高まった際の対応として、医師が入院の必要がないと判断した場合には、適切な感染対策を行った上で、施設内療養を行う方針を示した（令和3年10月25日付通知）。

第6波以降は施設内療養の事例が増加したが、高齢者施設も経口抗ウイルス薬の配分対象として追加されたことを受け、県として医療機関や薬局と連携して体制を整えた。また医療機関から退院する患者について、受け入れる介護老人保健施設の情報を関係者間で共有したほか、高齢者施設に対して適切な受入れの協力を依頼するとともに、施設内療養体制の確立のため以下の取組を実施した。

- ・高齢者施設等における感染発生時の初動対応等に関する研修会を開催したほか、施設内の感染対策の徹底及び施設内療養体制の確立を施設に依頼
- ・第7波以降は施設内療養が大幅に増加したため、感染発生時の施設内療養について改めて要請を行うとともに、高齢者施設医療関係者に対して、初期対応や経口抗ウイルス薬の早期投与等、感染対策に関する総合研修会を開催（4年11月28日、12月9日）
- ・4年12月、専門家懇談会にて施設内療養のポイントなどをまとめ、全高齢者施設に周知
- ・第8波では、季節性インフルエンザとの同時流行に備え、令和2年度から実施している高齢者施設等における感染対策に要する経費に対する助成を拡充（4年11月から5年1月まで補助上限額を2倍に）

[施設内療養事例]（施設数） 第6波：77 第7波：171 第8波：594

治療法の確立に向けた支援

治療薬と調達体制

新型コロナは治療法が確立されていない未知の感染症だけに、治療も当初は手探りであった。解熱鎮痛薬や鎮咳薬などの対症療法を中心としつつ、他の疾患のために既に使用されている承認薬等で有効なものはないか、様々な薬が候補に挙がっては試された。そうしてまずは既存薬から、次にはこの感染症のための新たな治療薬を、厚生労働省が順次承認。抗炎症薬3種、抗ウイルス薬4種、中和抗体薬3種の計10種が承認済みとなり（令和5年4月1日時点）、治療の武器は増えていった。

抗ウイルス薬、中和抗体薬については、安定的な供給のために一般流通するまでの間、いずれも政

府が買い上げ、対象となる患者等が発生した医療機関及び薬局等からの依頼に基づき無償譲渡する形となった。配分を希望する対象医療機関や薬局等は、あらかじめ各薬剤の「登録センター」に登録する必要があるため、県がとりまとめ等を行った。県薬剤師会や県医師会等との連携の下、安定供給と速やかに治療を行うための体制強化に努めた。

なお、抗ウイルス薬については5年3月末までにすべて一般流通が開始され、医師の処方箋により調剤が可能になった。その薬剤費も全額公費負担の運用が終了、5年10月から医療費の自己負担割合に応じて3,000～9,000円（上限を超える部分は公費負担）となり、6年3月末をもって通常の窓口負担に移行した。中和抗体薬3種については一般流通しておらず、無償譲渡による政府からの配分は続くことになった（6年5月末まで）。

[県内登録施設数]（5年2月28日時点）

カシリビマブ／イムデビマブ（ロナプリーブ）：90医療機関・高齢者施設

ソトロビマブ（ゼビュディ）：72医療機関

ニルマトレルビル／リトナビル（パキロビッドバック）：202医療機関、98薬局

エンシトレルビル フマル酸（ゾコーバ）：282医療機関、219薬局

チキサゲビマブ／シルガビマブ（エバシールド）：25医療機関

●承認済みの新型コロナ治療薬（令和5年4月1日時点、厚生労働省資料抜粋）

	成分名	承認日	備考
抗炎症薬	デキサメタゾン（デカドロン錠等）	令和2年7月17日 （診療の手引き掲載）	重症感染症の治療薬として承認されていたステロイド薬
	バリシチニブ（オルミエント錠）	3年4月23日 通常承認	関節リウマチ等の薬として承認されていた
	トシリズマブ（アクテムラ点滴静注）	4年1月21日 通常承認	関節リウマチ等の治療薬として使用されている
抗ウイルス薬	レムデシビル （ベクルリー点滴静注用）	2年5月7日 特例承認 3年8月12日 保険適用 3年10月18日 一般流通開始	エボラ出血熱の治療薬として開発されていた。一般流通するまでの間、政府が買い上げ無償譲渡
	モルヌピラビル （ラゲブリオカプセル）	3年12月24日 特例承認 4年8月18日 保険適用 4年9月16日 一般流通開始	一般流通するまでの間、政府が買い上げ無償譲渡
	ニルマトレルビル／リトナビル （パキロビッドバック）	4年2月10日 特例承認 5年3月22日 一般流通開始	一般流通するまでの間、政府が買い上げ無償譲渡
	エンシトレルビル フマル酸 （ゾコーバ錠）	4年11月22日 緊急承認 5年3月31日 一般流通開始	緊急承認が適用された初の医薬品。一般流通するまでの間、政府が買い上げ無償譲渡
中和抗体薬	カシリビマブ／イムデビマブ （ロナプリーブ注射液セット）	3年7月19日 特例承認 3年11月5日 特例承認（発症抑制）	濃厚接触者の発症抑制にも使用可能。政府が買い上げ無償譲渡
	ソトロビマブ（ゼビュディ点滴静注液）	3年9月27日 特例承認	政府が買い上げ無償譲渡
	チキサゲビマブ／シルガビマブ （エバシールド筋注セット）	4年8月30日 特例承認	暴露前の発症抑制に使用可能。政府が買い上げ無償譲渡

治療法の検討

新型コロナの治療法に関しては当初から、受入医療機関などの対応から得られた知見が専門家懇談会において共有・検討され、必要に応じて県内医療機関へと周知された。

また、そうした治療の知見について情報共有・意見交換等を行い、重症化予防策の普及促進を目的として開催されたのが、「長野県 COVID-19 検討会」である。主催は信州大学医学部附属病院と県健康福祉部を中心に、開催回のテーマによって県小児科医会、信州産婦人科連合会、県医療教育研修センター等で、令和2年2月23日（初回）から第8波入り口の4年10月19日（最終回）までに計9回開催。受入医療機関や保健所、医療関係者等、各回平均で100人を超える参加があった。

重症化予防のための体制整備

新型コロナは当初、重度の肺炎を引き起こすリスクが高く、いかに重症化を防ぐか、また重症化した際に十分な対応ができるよう、県として医療機関の体制整備を支援した。令和2年4月には、最も重症度の高いECMO（体外式膜型人工肺）を用いた治療に対応できる医療機関を最大限確保すべく、医療機関の整備に対して補助を行い、既存も含め、県内15医療機関で計34台のECMOを使用可能な環境を整備した。

3年度にはワクチン接種が進み始めるのと並行し、「新規陽性者が一定程度増えても重症化させない、あるいは亡くなる方を出さないことを念頭において体制を構築」（3年9月9日知事会見）するとして、次のような療養体制の強化を進めた。

一つは、抗体カクテル療法の促進である。振り分け診察等により適応者を選別した上で早期に実施できるように、中和抗体薬の備蓄医療機関として10圏域30病院、県が登録指定をした。もう一つは、酸素投与が必要な中等症の患者に対して活用するネーザルハイフロー（高流量鼻カニューラ酸素療法）の配置で、34か所の医療機関に140台（既存42台を含む）整備の補助を行った。

罹患後症状（いわゆる後遺症）への対応

新型コロナの感染拡大が進むにつれ、罹患後症状——いわゆる後遺症が問題になり始めた。WHOは、「新型コロナウイルス感染症に罹患した人に見られ、少なくとも2か月以上持続し、他の疾患による症状として説明がつかないもの。通常はCOVID-19の発症から3か月たった時点にも見られる」と定義している。

本県においては、当初より医療機関を退院又は宿泊施設の退所後一定期間、保健所等が電話等による健康フォローアップを実施し、体調不良を訴える方に対して症状によって適切な医療機関につなげる取組をしてきた。その中で、療養解除後約4週目の時点で約2割の方に倦怠感や嗅覚障害といった何らかの症状があるというデータがまとまるなど（令和3年8月4日～11月24日の対象者）、対策の強化と医療機関との連携による診療体制の構築が急がれた。

3年12月、罹患後症状に悩む方からの相談が増加傾向にあったことから「受診・相談センター」において24時間体制の相談対応を開始。受診については、厚生労働省が作成した後遺症に係る診療の手引きを県医師会と連携して医療機関に周知し、まずは身近な地域のかかりつけ医で診療いただき、そこで治療が困難な事例については、二次医療圏の中核的な医療機関へ、さらには広域的な専門医療機関に紹介するといった医療機関の機能に応じた段階的な診療体制を構築した。

5年4月には、スムーズな受診につながるよう、罹患後症状の診療を行っている県内医療機関の一

覧を県ホームページで公表（6年5月末時点182か所、公表申請があった医療機関）。併せて相談件数も公表した（6年3月末で公表終了、3年12月～6年3月累計相談件数794件）。

今後の新興感染症の発生時においては、罹患後症状の出現状況等に応じて、より早期に相談窓口を設け、診療医療機関の公表など必要な医療にアクセスできる環境を整えていく必要がある。

第4節 外来・一般診療への影響

流行下における外来診療体制

外来診療については、各医療機関では院内感染対策として、受付時の体温計測など健康チェックを導入したり、一般患者と風邪症状のある方の動線を分けたりしながら、診療体制維持に努めていただいた。

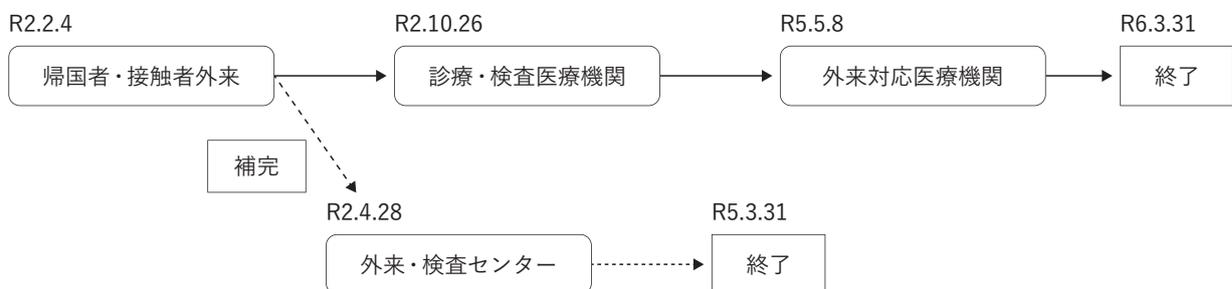
感染が疑われる方については必要な医療へとつなぐため、当初の診療窓口となったのが令和2年2月、圏域ごとに設置された「帰国者・接触者外来」である（当初11か所）。保健所がその受診調整を行った。併せて、一般患者と接することなく行政検査を受けられる「外来・検査センター」を設置して外来診療を補完しつつ、2年10月からは、インフルエンザとの同時流行に備えて幅広い医療機関を「診療・検査医療機関」として県が指定するとともに、順次拡充していった。



発熱外来テント内（松本市民病院提供）

5類感染症となった後は、行政が関与する限られた医療機関による特別な対応から、診療・検査医療機関を含む幅広い医療機関（診療・検査医療機関から外来対応医療機関へ改称し、6年3月まで指定・公表を継続）で診療を行う通常の体制への移行を進めた。

●外来診療体制の変遷



オンライン診療の導入

新型コロナの流行を受け、医療機関の診療環境も大きく変化してきた。令和2年4月10日、厚生労働省は、時限的・特例的な取扱いとして対面診療の原則を緩和し、初診から電話や情報通信機器を用いた診断や処方を行っても差し支えないとした。それを踏まえて本県では同月、全国に先駆けて医療機関

におけるオンライン診療導入経費の支援に着手（オンライン診療導入支援、補助率10分の10以内・上限200,000円）。初年度だけで県内約60の医療機関に導入経費を支援し、500を超える医療機関で電話や情報通信機器を用いた診療が可能になった。

オンライン診療は、感染拡大の環境的な影響のみならず利便性からもニーズが拡大し、その後も県内対応医療機関は増加した。地域によっては、医療機関同士を結ぶオンライン診療の取組も始まった。

なお、新型コロナの時限的・特例的な取扱いに伴う電話や情報通信機器を用いた診療等において、診療報酬上の特例は5年7月31日（新型コロナに係る時限的・特例的取扱いは6年3月末）をもって終了した。

年末年始の対応拡充

県として、ゴールデンウィークや年末年始の連休においても、受診・相談センターの24時間体制の維持や、地域ごとに医療機関が当番体制を組んで対応するなど、確実に診療・検査できる体制を当初から整えてきた。特に、県の医療非常事態宣言（令和4年11月14日～5年1月31日）発出中に迎えた令和4年から5年にかけての年末年始（第8波）では、外来診察体制の拡充に取り組んだ。対象期間（12月30日～1月3日、1月8～9日）に、発熱患者等に対応していただく医療機関を募集し、受診の参考になるよう県ホームページに協力医療機関一覧を掲載した。本取組では、外来診察を実施した医療機関に対して、1日あたり75,000円（最大7日間525,000円）の協力金を支給した（年末年始外来診察体制確保事業）。協力医療機関数は、計260（7日間延べ444）。

医療ひっ迫への対処

オミクロン株（BA.5系統）への置き換わりにより、感染者数が爆発的に増加した第7波以降、とりわけ外来診療のひっ迫が課題となった。診療・検査医療機関において、当日の来院を断らざるを得ない、電話がつながりにくい、患者が殺到するなどの事例が増加し、受診までに時間を要する状況が続いた。こうした事態に対し本県では、感染力は高いが重症化しにくいというオミクロン株の特徴を踏まえ、重症化リスクが低く症状も軽い方には、医療機関や救急外来の受診を控え自宅での健康観察の検討や自己検査の実施を呼びかけ、軽症者登録センターの対象拡充や、身近な診療・検査医療機関を増やす取組などによって外来診療の負担軽減に努めた。

●外来診療のひっ迫状況（最もひっ迫した第8波）

（単位：％）

週	R4.9/26～	10/3～	10/10～	10/17～	10/24～	10/31～	11/7～	11/14～
ひっ迫割合	9.7	8.2	8.8	13.1	19.4	26.8	38.5	45.3
11/21～	11/28～	12/5～	12/12～	12/19～	12/26～	R5.1/2～	1/9～	1/16～
43.2	28.9	31.7	28.4	27.7	35.4	28.7	25.7	11.6
1/23～	1/30～	2/6～	2/13～	2/20～	2/27～			
10.6	5.3	4.3	2.1	1.1	1.1			

※当日中の来院を断っているかどうかを目安に「外来がひっ迫している」と回答した医療機関の割合（G-MISによる調査）

診療・検査医療機関への抗原定性検査キット配布

診療・検査医療機関を受診する際、重症化リスクが低い方については、薬事承認された抗原定性検査キットによる自己検査をしてもらうよう協力を依頼し、診療・検査医療機関等に対し、抗原定性検査キットを配付した。配布実績は、513医療機関に約25万個（令和4年8月～5年1月）。

「みなし陽性」（臨床診断）の運用開始

患者の急増により診療・検査医療機関の受診に時間を要していた状況を鑑み、本県は県医師会等と検討を重ねた上で、令和4年8月に県、中核市ごと「みなし陽性」を導入した。感染者と同居等の濃厚接触者が有症状となった場合に、医師の判断により検査を行わず臨床症状から診断し陽性とみなすというもの（4年9月26日公表分まで、7,771例）。なお、みなし陽性は政府から同年1月24日付けで医療ひっ迫時の一手法として可とする旨が通知されている。

(4年7月23日信濃毎日新聞朝刊)

軽症者登録センターとその拡充

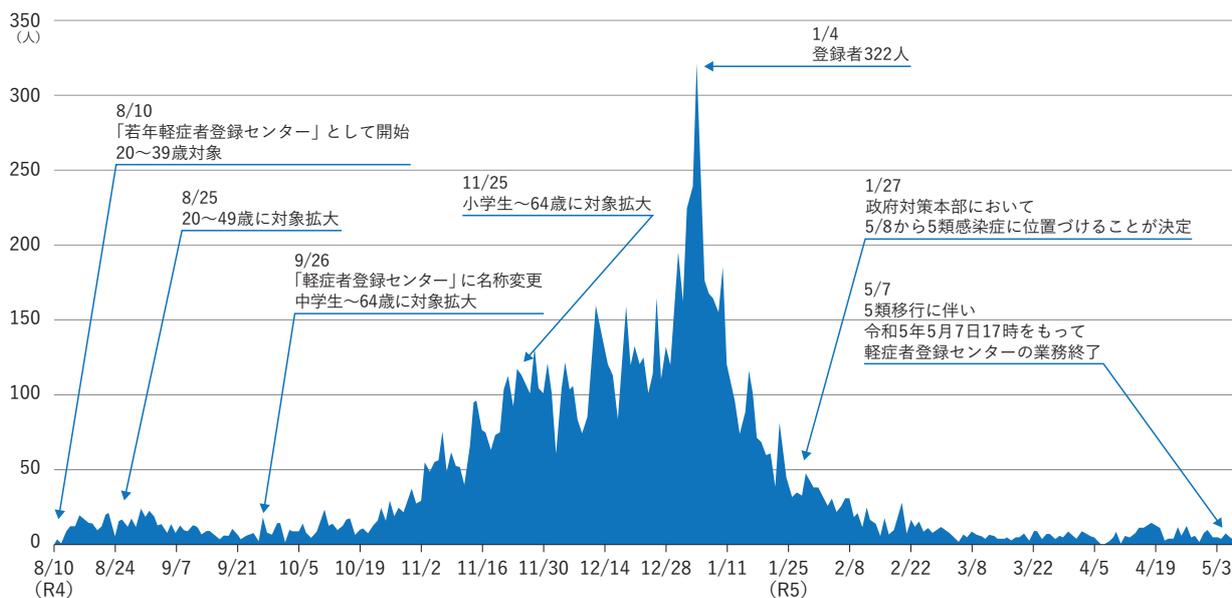
第7波の患者急増を受け、本県では令和4年8月10日に「若年輕症者登録センター」を開設した。重症化リスクが低い有症状の方に政府が承認する抗原定性検査キット等で自己検査を実施してもらい、陽性になった方はオンラインで症状とともに登録し、症状が重い方には保健師が連絡した。この手順により、医療機関を受診せずとも安心して療養が行えるようにした。

当初20～39歳を利用対象として始め、その対象を20～49歳（4年8月25日）、中学生～64歳（同9月26日、併せて「軽症者登録センター」に改称）、小学生～64歳（同11月25日）へと、順次拡充した。

[実績] 第7波 配布した抗原定性検査キット数6,006個、登録人数683人

第8波 配布した抗原定性検査キット数6,023個、登録人数18,863人

●登録者数の推移とセンターの変遷



配慮が必要な方への対応

患者の受入調整において特に配慮が必要とされる周産期、小児、透析患者や、精神保健福祉法に基づく患者に対しては、常に必要とされる医療の継続の観点から分野別に医療体制方針をとりまとめ、受入体制を確保した。そうした配慮が必要な患者が発生した際には、保健所が中心となり、県の患者受入調整本部等と連携して適切な医療が受けられるよう、各分野別の医療体制方針に沿って入院調整を行った。

小児については、日本小児科学会の見解に基づき、医師の判断により入院又は自宅療養とされたが、本県においては家庭事情も配慮した上で必要な方が宿泊療養できる体制を整備するなど、よりきめ細かく対応した。第6波以降は、オミクロン株の影響により増加した透析患者や妊婦の感染者について、受入医療機関の拡充や医療提供体制方針の改定を行った。加えて、透析については長野県透析医会の協力により、軽症者等について時間的・空間的隔離を行った上で外来透析を継続していただくよう県内の透析施設に協力を依頼し（第7波、令和4年8月8日）、以降も対応を継続。周産期については病床ひっ迫時、36週未満（従来は28週未満）の軽症等の妊婦は宿泊療養又は自宅療養を検討することとした（同7月28日）。なお、妊婦の宿泊療養、自宅療養者が発生した場合は、丁寧な経過観察と緊急時の受入医療機関確保等の対応を行った。

[入院件数] 第7波 周産期47件（自宅療養515件） 小児（15歳未満）123件

透析29件（外来透析60件） 精神20件（院内感染を除く）

第8波 周産期88件（自宅療養1,452件） 小児（15歳未満）178件

透析86件（外来透析250件） 精神9件（院内感染を除く）

また、当初の受入体制整備にあたり、周産期、小児については受け入れる医療機関に対し、必要となる設備の整備費、備品購入費などを補助し支援している（救急・周産期・小児医療機関設備整備等支援事業）。

妊産婦支援

流行下においても妊産婦が安心して妊娠・出産し、産後を過ごせるよう、市町村と信州母子保健推進センター等との協働により以下の取組を実施した（妊産婦総合対策事業）。

- ・妊娠届、出生届出時の市町村窓口でのリーフレット配布による啓発（令和2、3年度）
新型コロナウイルスが妊娠に与える影響や予防策、相談窓口などについて分かりやすく記載したリーフレットを作成し、配布。
- ・分娩前の無料ウイルス検査 845件（2年8月～5年5月末）
感染不安から検査を希望する妊婦に対し、公費負担によるPCR検査を実施。
- ・妊産婦への寄り添い型支援 5件（2年8月～4年度末）
感染した妊産婦に対し、助産師が訪問や電話等により不安の解消や育児技術の提供等。

第5節 医療機関への支援

医療資材の確保

感染症流行時に医療提供体制を維持する上では、マスクをはじめアイソレーションガウン、フェイスシールドなどの个人防护具や消毒薬等の医療資材が不可欠である。新型コロナウイルスは国内外でほぼ時期を同一に流行するパンデミックとなったこともあり、生産・流通が滞る一方で需要が急激に高まり、特に初期においては供給不足が顕著となった。県では関係機関と協力し、医療提供体制を支える医療資材について、G-MIS（医療機関等情報支援システム）〈第2章37P〉も活用しながら、政府への供給要請、県内製造企業への支援、県備蓄品等の配布によって確保に努め、必要な医療機関に迅速かつ円滑に提供できるよう尽力した。

中でもマスクに関しては一般用、医療用（サージカルマスク）ともに海外、主には中国で生産されていたため、早期から市場流通が滞る事態となった。

県では、発生初期から各医療機関における備蓄状況や供給状況等について調査を進めるとともに、令和2年2月14日、県のホームページ上で「マスクについてのお願い」を掲載し、必要とする方が確保できるよう県民に対して必要最小限の購入にとどめるなど冷静な対応を呼びかけた。

さらに3月以降、医療機関等における个人防护具の使用量増加に対応するため、政府が調達する物資を県を通じて医療機関（病院や有床診療所）に無償配布したほか、独自に調達したマスク、ガウン等の医療資材の供給も実施。また、無床診療所や高齢者施設等についても、市町村の協力を得て配布を行った（各市町村での過不足については地域振興局や保健所で調整を実施）。

4月以降は、G-MISを通じて把握した医療機関の在庫状況等も考慮し、枯渇が見込まれる医療機関へ緊急配布するなど医療提供体制の維持に努めた。

医療資材調達・供給チームとその取組

こうした医療資材について、個々の施設に代わり県が一括調達・供給を行う専門チームとして発足したのが、医療資材調達・供給チームである。長野県新型インフルエンザ等対策本部規程第2条第4項に基づき、令和2年4月、部局を横断する構成で設置された。

第1波終息後からは、供給と並行して計画的に備蓄も進めていった。備蓄は、次なる感染の波に備え、

病床を確保している医療機関から聞き取った想定使用量の2週間分について行い、県内3か所の備蓄施設に配置した。さらに、県は防護服を新たに購入し、医療機関や外来・検査センター、開設予定の軽症者受入施設（宿泊療養施設）へ配布した。

これ以降も本県では引き続き、感染拡大時における医療機関での必要量を想定した上で、医療資材の買い上げ、また国からの配布等により備蓄を進めていったが、G-MISの情報では各医療機関の充足情報は把握できても、それぞれの使用環境や確保に関する取組までは明らかにならないため、数度にわたる電話による聞き取り調査やメールによるアンケートを実施するとともに、時には直接訪問して使用状況や調達状況について調査するなど、丁寧な実態把握に基づいて取組を進めた。

また、医療資材等の備蓄が少ない社会福祉施設等に対しては、国からの支援を活用して配布した。特に、爆発的に感染者が増えた第7波以降、施設内で患者が発生した場合には当該施設での療養を要請していたこともあり、資材供給に対する需要は高まった。

第8波以降、県で備蓄してきた医療資材のうち使用期限が迫ったものについて、希望する医療機関に無償配布等を実施した。5年3月、備蓄体制の縮小を図り、備蓄場所を1か所に集約した。

[県における最大備蓄数量]

サージカルマスク：250万枚　N95マスク：6.4万枚　フェイスシールド：18.8万枚

アイソレーションガウン：39.2万着　非滅菌手袋：280万枚　キャップ：23万枚

医療資材確保に向けた生産支援

医療資材不足の解消と県内における身近な供給体制を構築すべく、サージカルマスクや医療従事者向けの防護服など、感染症拡大抑制に資する製品を生産する県内企業に対し、設備導入費等を補助する取組を行った（新型コロナウイルス感染症対策関連製品供給体制構築事業）。

[補助実績] 県内13事業者へ計1億1,256万3,000円（令和2年12月～4年3月）

医療従事者の確保

本県では関係機関と協力し、医療従事者の休職・離職防止策や潜在有資格者の現場復帰、医療現場の人材配置の転換等を推進することで、医療従事者の確保に取り組んできた。

特に新型コロナ対応では、医療機関等における現場対応だけでなく、本県が進める様々な施策において医療従事者の協力が欠かせず、県医師会や県看護協会など関係団体と連携の下、県として人材確保や処遇改善に努めた。中でも看護職は、宿泊療養施設、外来・検査センター、ワクチン接種、有症状者相談対応など新たな求人ニーズが幅広い分野に及び、円滑な事業実施に向けた人材確保が重要課題となった。そこで長野県ナースセンター（県看護協会に運営委託）を通じて復職支援に取り組み、潜在看護師の掘り起こしやマッチング支援を行った。

[紹介実績] 延べ3,702人（令和3年4月～5年3月）

また、受入医療機関が現場で対応する職員に支給する特殊勤務手当（いわゆる危険手当）の経費に対する助成（特殊勤務手当支援事業）や、帰宅困難となって職員への宿泊費等の支援（医療従事者宿泊施設確保事業）も実施した。

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金支給事業

新型コロナの拡大防止、収束に向け、自らの感染不安と向き合いながら業務に従事される医療従事

者等に対し、政府から慰労金を給付した。令和2年7月から申請受付が開始され、支給内容は対象期間における勤務日数や業務形態に基づき20万円、10万円、5万円のいずれか。全国一律の制度として政府が要綱に支給内容を明確に定めた上で、財源も全額政府が負担した。

本県では2年9月15日から、運営委託した「慰労金・支援金運営センター」が受付窓口となって申請を受け付け、同29日から申請者に対する支払いを開始した。

[支給実績（県内）] 令和2年度 医療分 約63,600人 84億8,200万円余
福祉分 約68,900人 34億8,800万円余

医療従事者等応援金支給事業

上記の慰労金とは異なり、県単独事業として実施。第3波の感染拡大による県の医療非常事態宣言発出を受け、入院患者受入医療機関で対応にあたる医療従事者等の方々に慰労と感謝の意を表し、応援金を支給した。

対象期間：令和2年11月1日～3年3月3日※

※医療非常事態宣言発出期間（1月14日～2月3日）の終了1か月後まで

対象者：入院患者受入実績のある医療機関において、1回以上入院患者に対応した職員

支給額：一人あたり一律50,000円 支給実績：約2,300人 1億1,670万円

医療従事者の派遣による応援体制

県として、医療機関等に人的支援を行う取組も実施した。その一つが、新型コロナの集団感染が発生した医療機関や福祉施設に対する看護師の派遣事業である。令和2年12月の事業開始以降、延べ193施設（6年3月31日時点）への派遣を実施した。3年度からは人員の応援体制構築に係る補助金を創設し、医師を含む医療従事者を、不足する医療機関へ派遣した場合の旅費や宿泊費等についても支援を行った（医療人材確保・派遣等支援事業）。

人材育成

今後を見据え、感染症対応を専門とする人材を育成する取組も新たに始まった。一つは、令和4年度からの長野県看護大学「感染管理認定看護師養成課程」の開設である。同大学で過去に設けられていた課程を再び開講した形で、感染管理分野における高度な専門知識と技術を持った看護師の養成を目的とし、通算5年以上（うち3年以上は感染管理分野）の実務研修経験者等が受講対象（4年度修了者23人、5年度修了者21人）。

併せて、同課程に職員を派遣する県内の医療機関、訪問看護ステーション、介護老人保健施設に対し、経費（入学料、受講料・授業料、旅費）の一部を支援した（感染管理認定看護師養成支援事業）。

[実績] 4年度 補助事業者5者 補助額245万円

5年度 補助事業者8者 補助額330万9,000円

もう一つ、3年8月30日には、主に感染症に対応する医療人材を育てていくことを目的として信州大学医学部附属病院に「長野県医療教育研修センター」が開設された。4年10月からは、同センターと信州大学医学部附属病院、県、県医師会並びに県看護協会が中心となって「新型コロナウイルス感染症対応に資する人材養成研修会」も開催された。新型コロナの感染状況に応じた医療活動を展開できる医療人の養成を目的とし、4年10月23日の初回から6年6月30日まで計10回開催され、医師・看護師ら計200人余りが参加した。

医療従事者等の心のケア

DPATの派遣

DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team=災害派遣精神医療チーム）とは、「自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの集団災害の後、被災地域に入り、精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門的なチーム」で、都道府県ごとに組織される。被災者のPTSD（心的外傷後ストレス障害）等の発症予防をはじめ、心のケアを専門とする。

新型コロナの対応においては、院内集団感染が発生した患者受入医療機関からの要請を受けて派遣をし、医療従事者への専門的支援を行った。

[派遣実績] 2医療機関から派遣（第3波）、1医療機関から派遣（第4波）

相談事業

長期的な対応となっている患者受入医療機関の医療従事者への支援として、従事者の心のケアのための専用電話相談を案内し対応した。

令和5年7月24日からは、「信州医療・福祉従事者メンタルサポート窓口」も開設。新型コロナ対応で心理的負担を抱える県内の医療・福祉従事者に向けたサービスで、体調に関する不安や職場・仕事・家庭などについての相談など、様々な心の悩みに心理カウンセラーが対応し、対面や電話、オンライン面談で無料カウンセリングを実施した。この相談事業は、5年2月1日から募集を開始したクラウドファンディング型のふるさと信州寄付金「ながのけん医療・介護従事者応援プロジェクト」に寄せられた寄付金を活用して実施され、6年3月末まで継続した。

Column

長野県ふるさと納税「ふるさと信州寄付金」

平成19年に開設した制度で、長野県のような事業に支援をいただくふるさと納税。令和2年度から、新型コロナに関する支援の募集も開始した。同年度は、4月24日から「新型コロナウイルス感染症対策『助け合いふるさと寄付金』」として、最前線に対応にあたる「医療従事者」と、厳しい経済状況の中で頑張る飲食・宿泊業等の「事業者」を応援する寄付金を募り、7,000万円余の寄付をいただいた。2年6月15日の知事会見で知事は、この寄付金の活用事業として、職員に対する特殊勤務手当を充実する医療機関等への助成を報告した。

補助・協力金等

新型コロナの診療等にあたっていただく医療機関では、人員、物資、設備など必要な体制整備のためのコストがかかるだけでなく、入院受入れを行うための病床（空床）確保による一般医療の制限や、感染不安等による一般患者の受診控えなどで減収となるなど経営に影響が及んだ。

医療提供体制の確保・維持のため、政府は診療報酬に係る臨時的な取扱いとして重症・中等症患者の診療報酬引上げや、福祉医療機構による無利子・無担保での融資枠の拡大、貸付限度額引上げといった支援を実施。本県としても新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等、政府からの交付金を最大限活用しながら、病床確保料や設備整備に関する費用等の補助、さらに県独自の措置として患者受入数に応じた協力金を支給するなど、様々な財政支援を行った。

病床確保料の補助

中でも補助額が大きかったものが、新型コロナ対応のため新たに設けられた補助制度の一つ、患者受入医療機関の病床確保のため、空床となる病床に関する補助金である。各年度、実績に基づいて支給した。

[関連事業]

- ・新型コロナウイルス感染症対応医療機器等整備事業（病床確保事業）（令和2年度）
- ・新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関病床確保事業（3～5年度）
- ・新型コロナウイルス感染症重症患者等入院医療機関病床確保事業（5年度）
- ・新型コロナウイルス感染症専用病棟等受入体制整備支援事業（2～5年度）
- ・新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業（2～5年度）

●新型コロナ対応における医療機関等への主な支援

	補助内容	事業名	事業目的・補助対象経費
施設・設備整備事業 ※年度ごと対象経費が異なる	PCR検査機器等の購入費を補助	【R2～3】 PCR等検査体制強化事業	医療機関及び民間検査機関の検査体制強化を図るため、以下の設備整備費用を補助 ・次世代シーケンサー ・リアルタイムPCR 等
	発熱外来等に必要施設・設備の整備費を補助	【R2～5】 帰国者・接触者外来等設備整備事業	帰国者・接触者外来の体制整備のため、以下の施設・設備整備費用を補助 ・医療用シェルター（簡易診察室） ・簡易ベッド ・個人防護具 ・HEPAフィルター付き空気清浄機 等
		【R5】 外来対応医療機関確保事業 外来対応医療機関設備整備等事業	新型コロナの5類移行に伴い、幅広い医療機関による受入体制の構築を図るため、施設の新設に伴い必要となる初度設備や以下の経費を補助 ・初度設備等 ・簡易ベッド ・HEPAフィルター付き空気清浄機 等
	新型コロナ患者等を受け入れるために必要な施設・設備整備費を補助	【R2～5】 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備等整備事業 等	新型コロナ患者を受け入れるために必要な以下の設備整備費用を補助 ・初度設備費 ・人工呼吸器等 ・個人防護具 ・簡易陰圧装置 ・簡易ベッド ・体外式膜型人工肺等 ・医療用シェルター等（簡易病室） 等
	周産期医療機関の診療体制確保等に必要費用を補助	【R2～3】 救急・周産期・小児医療機関設備整備等支援事業	周産期診療体制整備のために必要な診療体制維持費や以下の設備整備費を補助 ・個人防護具の購入 ・簡易陰圧装置 ・簡易ベッド ・簡易診療室等 ・HEPAフィルター付き空気清浄機 等
各種整備事業	外来診療・検査体制の確保を支援	【R2】 診療・検査体制整備協力促進事業（診療・検査体制整備協力金）	発熱患者等の外来診療・検査体制の確保を行う医療機関及び郡市医師会に対して協力金を支給

	補助内容	事業名	事業目的・補助対象経費
各種体制整備事業	オンライン診療の導入経費等を補助	【R2】 オンライン診療導入支援事業 等	オンライン診療に係る導入経費及び運営経費を補助
	医療従事者の宿泊に係る費用を補助	【R2～5】 医療従事者宿泊施設確保事業	医療従事者が患者対応のため業務が深夜に及んだ場合や、基礎疾患を有する家族等と同居しており帰宅することが困難である場合等のための宿泊施設確保に要する費用を補助
派遣等支援事業・医療人材確保	医師及び医療従事者等を派遣する費用を補助	【R2～5】 新型コロナウイルス感染症患者を診療する医療従事者派遣体制の確保事業 等	新型コロナ患者の診療等を行う医師及び医療従事者等の派遣費用等を補助

第6節 5類感染症移行への対応

円滑な移行に向けて

新型コロナの感染症法上の位置づけが、令和5年5月8日に「新型インフルエンザ等感染症」から「5類感染症」に変更となったことに伴い、大きな変化が訪れた。医療提供体制も行政が関わる形から、幅広い医療機関による自律的な対応へと移行し、県民にとっては外出自粛や入院勧告がなくなり原則として個人の対応となる一方、治療費や薬剤費等は公費負担から保険診療へと切り替わることとなった。

ただし、急激な変化の緩和措置として、政府は6年3月末までを通常の保健・医療体制に完全に切り替わるまでの移行期間とし、医療費の公費負担も一部継続するなど、段階的に対応を変更していくこととした。様々な取組が終了もしくは縮小となる中、知事は「国民や医療現場が混乱しないようにしていくことが必要」であり、今後も一定程度の患者の発生が見込まれる中で医療機関等に対する支援の必要性に触れつつ、政府から今後示される方針を踏まえて「県として何を続け、何をやめるのか」を明確に示した上で、5類感染症への移行が円滑に行われるよう必要な対策を講じるとした（県議会5年2月定例会）。

本県の対応としては、5類感染症移行後も相談機能や高齢者施設等における行政検査や感染防止対策支援など必要な措置を当面継続しつつ、外来対応医療機関の拡充に努めるなど完全移行に向けた準備を進め、6年4月から通常の保健・医療体制へと完全に移行した。

[5類感染症移行後、終了したもの]（令和5年5月8日～）

- ・患者の入院調整
- ・患者の移送
- ・患者等への入院勧告や自宅待機要請、濃厚接触者の特定
- ・軽症者登録センター、宿泊療養施設の運用
- ・生活支援物資の配布、パルスオキシメーター貸与
- ・行政による健康観察
- ・治療費の公費負担（一部費用は公費負担継続、10月以降さらに縮小）

[令和6年3月末に終了したもの]

- ・受診・健康相談センター（受診・健康相談は通常の体制下でかかりつけ医、保健所等が対応）

- ・医療機関への設備整備補助
- ・感染状況に応じた病床確保
- ・医療費の公費支援
- ・高齢者施設等における集中的検査
- ・高齢者施設などへの感染管理認定看護師等派遣に対する公費支援
- ・感染対策に要する経費の公費支援

[継続しているもの]

- ・新型コロナウイルスの変異株発生動向の監視

医療費の公費負担

全額公費負担とされてきた検査費や治療に係る医療費は、5類感染症移行により保険診療（自己負担）となったが、その一部は公費負担が継続されつつ段階的に縮小。6年3月末をもって公費負担はすべて終了した。

[令和5年5月8日～9月30日の公費負担分]

- ・外来：新型コロナ治療薬の費用の全額
- ・入院：原則20,000円（自己負担限度額から原則20,000円を減額した額を自己負担）

[5年10月1日～6年3月末までの公費負担分]

- ・外来：新型コロナ治療薬の費用の一部（自己負担割合に応じて3,000円、6,000円、9,000円）
- ・入院：原則10,000円（自己負担限度額から原則10,000円を減額した額を自己負担）

第7節 取組の評価

相談・検査体制

相談対応

発生当初から、保健所では患者対応等により負担が増加したが、相談業務を民間コールセンターへ委託することで、職員の負担を軽減し持続可能な体制を構築した。

第4波において、外国人からの相談を受け付ける専用のコールセンター（20言語）を設置し、相談対応をするとともに、保健所において疫学調査や健康観察を行う際に活用することで、外国人の患者等に対し効果的な対応が図られた。

季節性インフルエンザの流行期や、かかりつけ医が休診となる年末年始には、必要に応じて相談体制を強化し県民からの相談に対応した。第7波以降は患者数の急増に伴い電話応答率が低下したが、県庁内での電話回線の増設や、受診可能な医療機関情報をショートメール（SMS）で送付するサービスを開始するなど、応答率の向上に努めた。

保健所の業務がひっ迫した経験を踏まえ、今後は、新興感染症発生を想定し、あらかじめ感染の拡大にあわせて民間事業者へ相談業務を委託することを想定しておくとともに、速やかに体制を構築できるよう24時間での対応や外国人の対応が可能な事業者と平時から協定を締結しておく等の対応が必要である。

検査体制

検査においては、発生初期において検査能力の拡充に時間を要したが、民間検査機関への委託や医

療機関への検査機器の導入支援を順次進め、検査能力の向上を図ったことで、検査需要に対応することができた。感染状況に応じて、濃厚接触者以外を含めた幅広い検査の実施や、高齢者施設等への抗原定性検査キットの配布などの取組を行うことで、患者を早期に発見し、感染拡大や重症化の防止に寄与できたと考えられる。また、診療・検査医療機関等への抗原定性検査キットの配布は、有症状者の自己検査を促進し、外来のひっ迫回避に一定の効果があったものと考えられる。

また、変異株スクリーニング検査及びゲノム解析によって変異株の発生動向を迅速に把握することで、その特性（感染性、病原性等）に応じ、変異株が検出された患者に対する入院措置・積極的疫学調査等の強化や、各種宣言の迅速な発出、無料検査の開始等の各施策を実施する上での判断に寄与することができたものと考えられる。

今後、新興感染症の発生時に迅速かつ確に体制を確保するため、環保研の機能強化や民間検査機関等との連携体制を構築しておく必要がある。加えて、ゲノム解析には高度な知識・技術が求められるため、環保研におけるゲノム解析技術の維持・向上が重要である。

患者受入・外来診療

患者の移送

保健所、宿泊療養施設への患者移送用車両の配備、民間委託の拡充、消防機関との連携強化など、随時必要な体制強化を実施したことにより、大きな問題が生じることなく移送が実施できたものと考えられる。なお、移送用車両については、県内企業から車両の無償貸与を受けて大きな支援となった。

今後は、保健所において患者移送用車両を維持するとともに、消防機関との協定内容の見直しや役割分担等の認識共有・訓練の実施、業務委託が可能な民間事業者との協定締結など平時から体制整備を進める必要がある。

入院対応

県独自の取組として、適切な場所で療養が行えるよう専門医による診断を行う振り分け診察や、保健所による入院中及び療養後のフォローアップ等、患者に対して丁寧な対応を実施した。

入院医療体制は、医療機関の協力の下、感染拡大の局面に応じて確保病床を拡充しつつ、効率的な病床運用を行ったことから、真に入院が必要な患者に対して適切な医療を提供できた。特に第6波以降はオミクロン株の影響により無症状・軽症患者が急増したが、入院要否の振り分けの迅速化や症状に応じた療養場所の変更などを行うことで、医療提供体制を維持することができた。

しかし、第8波では確保病床使用率や確保病床以外の入院患者数が過去最高となるなど非常にひっ迫した状況の中、受入医療機関への一時的な病床拡充依頼や院内・施設内感染患者の当該施設での療養の継続依頼などにより、新型コロナの医療体制を辛うじて維持した。一方で、医療従事者の感染等による欠勤などが相次ぎ、一般医療に多大な影響を及ぼした。

同じく第8波では、重症者用病床の使用率も過去最大となったが、各圏域の重症者受入医療機関等の尽力により、特段の問題なく重症者の受入れを行うことができた。また第8波は院内感染患者数も最多を記録したが、院内感染により患者が発生した医療機関には、それまで同様、症状が大きく悪化しない限り当該医療機関での入院を継続していただくよう改めて協力を依頼するとともに、患者受入医療機関での院内感染が発生した場合、確保病床への転床はせずに元々入院していた病棟で治療を続

けることについて協力を依頼し、確保病床数を大きく上回る入院に対応できた。

入院調整については、保健所が主体となり圏域ごとに行う形にしたことで迅速に療養先を決定できたが、全県的な感染拡大期になると、重症患者や要配慮者以外の広域調整が困難となった。

今後に向けて、一般医療と新型コロナのような感染症医療の両立を図るには、限られた医療資源や病床を効果的に活用するために、地域の医療機関間や高齢者施設等との一層の連携を図ることが課題である。さらに医療機関等との医療措置協定締結の推進、新興感染症を想定した訓練・研修の実施、感染症を専門とする医療従事者の養成・確保、個人防護具の備蓄等、有事の際に迅速かつ的確に対応できる仕組みを整備しておくことが必要である。

外来診療

有症状者の診療は、検体採取を含め感染リスクが懸念されたことから、診療・検査医療機関の確保には一定程度時間を要した。

今後は、新興感染症の発生に備え、速やかに幅広い医療機関で外来診療を行う体制を確保するため、平時から県と医療機関で医療措置協定を締結するとともに、医療機関の設備整備や人材育成等を進め、診療体制を整備することが重要であると考えられる。

みなし陽性については届出基準の変更ではなく、導入の可否は自治体に任せられたため、当県は令和4年8月に県、中核市ごとの実施（松本市、県、長野市）となった。導入時期のずれから混乱が生じる等、運用上の課題はあったものの、外来ひっ迫を防ぐための取組として一定の効果が見込まれたため、軽症の小児や若年者に対しては、早期に導入することも必要であったと考えられる。

療養体制

宿泊療養

宿泊施設を早期に確保したことで、第2波における感染拡大時に対応して、速やかな宿泊療養施設の運用開始につながった。また、第3波以降は、感染拡大時において必要な地域に施設を増設し、県内4地域すべてで計7施設を運用するなど軽症者等療養者の増加に対応することで、病床のひっ迫を防ぎ重症者等が入院できる体制の確保が図られた。第5波以降は、感染拡大に伴い入所対象者が急増したことから、健康観察や移送の体制を強化するとともに、第6波では対象者の基準の見直しを、第7波では病床のひっ迫状況等を踏まえ対象者の優先順位の見直しを行うことで、療養者の急増に対して効果的に対応することができたものと考えられる。

また、地域の医師会等にオンコール体制に協力いただいたことから、宿泊療養者の症状が増悪した際に速やかに対応することができた。

施設の運用については、当初、県職員が担ったことで負担が大きかったが、全国に先駆け順次民間事業者へ業務を委託し負担軽減を図った。また、業務を行う中でノウハウが蓄積され円滑な運用が図られた。



開設前の宿泊療養施設内で研修を受ける県職員
(2年9月11日信濃毎日新聞朝刊掲載)

今後は、民間宿泊事業者等と宿泊療養の実施に関する協定を締結すること等により、平時から宿泊療養施設の確保を行うとともに、速やかに開設できるよう管理運営を行う民間事業者との協定の締結やオンコール体制の整備に向けた検討等を行っていく必要がある。

自宅療養

長野県健康観察センターの設置により、健康観察業務を専任の看護師が担うなど健康観察体制を充実させて自宅療養者の急増に効果的に対応できたと考えられる。併せて、保健所の負担軽減も図られた。また、健康観察アプリ「安診ネット」を導入したことで、療養者の健康状況及び観察経過が明確に記録等でき、症状の増悪を早期に把握できた。

第7波以降、オミクロン株の影響で患者が急増したことや、令和4年4月16日から自宅療養を原則とする方針に変更したことで、健康観察センターの業務量が増加した。このため、対応するスタッフを増員するとともに、ピーク時には県職員が業務を応援し対応した。並行してコールセンター業務や物資の発送・回収業務を強化することで、急増期を乗り切ることができた。

今後は、感染拡大に合わせて民間事業者へ健康観察業務を委託することをあらかじめ想定しておくとともに、速やかに体制を構築できるよう対応可能な事業者との協定締結を行う必要がある。

生活支援では療養期間に合わせた量の物資を支給していたが、自宅療養者が増加したこと、支援品の確保に支障が生じたことから、支給する量を減少させる一方で、必要に応じて複数回支給する対応としたほか、物資の供給元を増やすなど支給が滞ることのないよう対応した。

医療機関への支援

医療資材の確保

個人防護具等の医療資材は、新興感染症の発生時には世界的な需要が高まるため、供給体制が拡充されるまでの間、確実に確保されるよう、医療機関や国・都道府県による計画的な備蓄を推進していくことが必要である。

また、個人防護具等には使用期限があることから、備蓄物資の使用期限が過ぎたら捨てるのではなく、使用期限が切れる前に有効に活用されるような備蓄方法を平時から検討する必要がある。

●医療提供体制に関する本県の主な対応 ※青字は国の動き

年	月	項目
令和2 (2020)	1	新型コロナウイルス感染症対策本部設置（要綱設置）／第1回対策本部会議（29日）
		新型コロナウイルス感染症に関する専用電話相談窓口を設置（29日）
	2	新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令施行（1日）
		乗客に感染が確認されたクルーズ客船「ダイヤモンド・プリンセス号」が横浜港に入港（3日）
		環境保全研究所での検査体制を整備（検査可能検体数16検体）（3日）
		帰国者・接触者外来を11か所設置（4日）
		新型コロナウイルス感染症有症状者相談窓口に変更（6日）
		クルーズ船で感染が確認された患者を県内感染症指定医療機関で受入開始（12日）
		県内感染者初確認（25日）
		新型コロナウイルス感染症対策の基本方針を決定（25日）
		新型コロナウイルス感染症対策専門家懇談会を初開催（26日）
		信州大学医学部附属病院への検査委託を開始（検査可能検体数20検体）（2日）
	3	改正新型インフルエンザ等対策特別措置法施行（新型コロナを対象）（14日）
		帰国者・接触者外来を11か所から計28か所に変更（19日）
		入院患者227床の受入体制を整備（19日）
		長野県医師会との懇談会を初開催（25日）
		特措法に基づき新型コロナウイルス感染症対策本部を設置（26日）
	4	第1回対策本部会議（法設置）開催（27日）
		長野県新型コロナウイルス感染症患者受入調整本部設置（1日）
		第1回患者受入調整本部会議開催（2日）
		感染対策強化期間に位置づけ（9～22日）
		長野県が緊急事態宣言の対象区域（特定都道府県）となる（16日～5月14日）
外来・検査センターを順次開設（28日～）		
5	県内民間検査機関に検査委託開始（検査可能検体数88検体）（30日）	
	新型コロナウイルスお困りごと相談センター設置（5日）	
	県外民間検査機関に検査委託を開始（11日）	
7	重症患者を受け入れる病床を拡充（15日）	
	電話相談の一部を民間事業者に委託開始（1日）	
	政府が新型インフルエンザ等対策有識者懇談会に新型コロナウイルス感染症対策分科会を設置（3日）	
9	入院患者の受入病床を350床に拡大（27日）	
	宿泊療養施設を順次開設（11日～）	
	発熱患者等の外来診療を行う「診療・検査医療機関」を491か所指定（26日）	
11	インフルエンザ流行期に備え、かかりつけ医に相談する体制に移行し、相談先に迷った場合の窓口として受診・相談センターを保健所に整備（17日）	
	患者受入医療機関向け知事メッセージ「さらなる病床確保のお願い」を发出（12日）	
令和3 (2021)	1	医療非常事態宣言を发出（14日～2月3日）
		入院患者の受入病床を434床に拡大（3日）
	2	新型コロナ入院患者の転出・転院の目安を作成（4日）
		変異株（アルファ株）の県内初発事例発生（9日）

年	月	項目
令和3 (2021)	2	新型インフルエンザ等対策特別措置法等の改正施行(13日)
		感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)の改正施行(13日)
		環境保全研究所においてアルファ株のスクリーニング検査(N501Y変異株PCR検査)開始(18日)
	3	医療従事者対象のワクチン優先接種開始(5日)
	4	医療警報を発生(8日~6月8日)
		ワクチンの高齢者向け接種開始(12日)
		医療機関に向けて知事からさらなる病床の確保と医療提供体制の整備を依頼(28日)
	5	変異株(デルタ株)の県内初発事例発生(28日)
		入院患者の受入病床を490床に拡大(31日)
	6	長野県新型コロナウイルス感染症PCR検査等実施方針を策定(8日)
		環境保全研究所等においてデルタ株のスクリーニング検査(L452R変異株PCR検査)開始(11日)
	7	中和抗体薬を厚生労働省が順次特例承認(19日~)
		長野県健康観察センターを開設(29日)
	8	医療警報を発生(6日)
		医療非常事態宣言を発生(20日)
	9	入院患者の受入病床を529床に拡大(9日)
		医療非常事態宣言を解除し、医療警報を発生(13日)
		医療警報を解除(14日)
		市町村と連携して抗原定性検査キットの配布を開始(15日)
		抗原定性検査キットの薬局販売開始(27日)
10	信州大学医学部附属病院で変異株のゲノム解析を開始(12日)	
	発熱患者等がより円滑に医療機関を受診できるようにするため、診療・検査医療機関の一覧を県ホームページに掲載(公表)開始(29日)	
12	年末年始の帰省予定者を対象に帰省前の無料検査実施(6~24日)	
	ワクチン・検査パッケージ利用に係る無料検査開始(22日~4年8月31日)	
	抗ウイルス経口薬を厚生労働省が順次特例承認(24日~)	
令和4 (2022)	1	変異株(オミクロン株)の県内初発事例発生(6日)
		感染拡大傾向時の一般検査事業開始(7日~6月30日)
		医療警報を発生(13日~3月29日)
		長野県におけるまん延防止等重点措置開始(27日~2月20日)
		高齢者施設等の従業員等を対象にPCR検査を定期的に実施(集中的検査)(27日~3月25日)
	2	本県におけるまん延防止等重点措置延長開始(21日~3月6日)
	3	環境保全研究所で変異株のゲノム解析を開始(7日)
		保健所における積極的疫学調査をハイリスク者・ハイリスク施設に重点化(29日)
	4	医療警報を発生(20日~5月23日)
		長野駅・松本駅前に帰省者等を対象に臨時検査拠点を設置(28日~5月8日)
	5	入院患者の受入病床を計520床確保(27日)
	7	医療警報を発生(20日)
感染拡大傾向時の一般検査事業再開(25日~5年2月28日)		
医療特別警報を発生(28日)		

年	月	項目		
令和4 (2022)	7	高齢者施設等への抗原定性検査キット配布の申込受付開始（集中的検査用）（29日）		
		政府対策本部会議（29日） ・病床、診療・検査医療機関のひっ迫回避に向けた対応		
	8	政府対策本部会議（4日） ・オミクロン株の特徴に合わせた医療機関や保健所のさらなる負担軽減への対応		
		「みなし陽性」の導入開始（4日）		
		医療非常事態宣言を発出（8日）		
		長野駅・松本駅前に帰省者等を対象に臨時検査拠点を設置（10～18日）		
		診療・検査医療機関へ抗原定性検査キット配布開始（受診前配布用）（10日）		
		「若年輕症者登録センター」開設（有症状者へのキット郵送、オンライン陽性登録）（10日）		
		BA.5 対策強化宣言を発出（24日～9月4日）		
		若年輕症者登録センターの対象年齢を20～49歳へ拡大（従前は20～39歳）（25日）		
		入院患者の受入病床を531床に拡大（31日）		
	9	医療非常事態宣言を解除し、医療特別警報を発出（13日）		
		若年輕症者登録センターでの抗原定性検査キットの配布対象変更（住民税非課税世帯に限定）（15日）		
		オミクロン株対応2価ワクチンによる追加接種「令和4年秋開始接種」開始（20日）		
		医療特別警報を解除し、医療警報を発出（22日）		
		全数届出を見直し（届出対象者を限定）（26日）		
	10	若年輕症者登録センターの対象年齢を中学生～64歳に拡大し「軽症者登録センター」に改称（26日）		
		医療警報を解除（4日） 医療警報を発出（20日）		
	11	医療特別警報を発出（4日） 医療非常事態宣言を発出（14日） 政府対策本部会議（18日） ・今秋以降の感染拡大で保健医療の負荷が高まった場合の対応について		
		軽症者登録センターの対象年齢を小学生～64歳に拡大（25日）		
		軽症者登録センターの抗原定性検査キット配布対象変更（就学援助認定を受けている家庭の小中学生追加）（26日）		
		抗ウイルス経口薬の投薬方法等について施設関係者等研修を実施（初回）（28日）		
		知事と医療関係者との共同会見（29日）		
	12	入院患者の受入病床を557床に拡大（19日） ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業再開（24日～5年1月12日） 長野駅・松本駅前に帰省者等を対象に臨時検査拠点を設置（28日～5年1月9日）		
		年末年始期間（12/30～1/9）限定で対応拡充（30日） ・軽症者登録センターからの抗原定性検査キットの配布対象拡大（小学生～64歳で重症化リスクのない有症状者） ・発熱患者等の外来診療に協力いただける医療機関を募集し、県ホームページに掲載		
		令和5 (2023)	1	政府対策本部会議（27日） ・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について
			医療非常事態宣言を解除し、医療特別警報を発出（31日）	

年	月	項目
令和5 (2023)	2	医療特別警報解除（医療警報へ切り替えず）（10日）
	3	政府対策本部会議（10日） ・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等
	4	知事会見（21日） ・新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴う対応の変更
		新型コロナが5月8日から5類感染症に位置づけられることに（厚労省）（27日） ・新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の廃止（5月8日）について（政府対策本部会議）
		罹患後症状（いわゆる後遺症）に悩む方の診療をしている医療機関の一覧を県ホームページに公表（28日）
		新型インフルエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律公布（28日）
	5	県内の宿泊療養施設の運用を終了（7日）
		新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が5類感染症へ移行（8日）
		政府対策本部、国基本的対処方針廃止（8日）
		新型コロナウイルス感染症長野県対策本部（法設置）を廃止し、長野県新型コロナウイルス感染症警戒・対策本部（要綱設置）設置／第1回県警戒・対策本部会議（8日）
		診療・検査医療機関から「外来対応医療機関」へ改称（8日）
		長野県健康観察センターが「長野県新型コロナ健康相談センター」に改称（8日）
		定点把握による県内患者数の公表（初回）（17日）
		定点把握による全国の患者数の公表（初回）（19日）
	8	受診・相談センターと新型コロナ健康相談センターを統合し、「長野県新型コロナ受診・健康相談センター」に（1日）
		医療警報を発出（29日）
	9	高齢者施設等へ抗原定性検査キットの配布受付再開（集中的検査用）（4日）
		医療警報を解除（20日）
	10	確保病床の対象を感染拡大時における重症・中等症Ⅱの入院患者に重点化（1日）
	令和6 (2024)	1
3		医療警報を解除（7日）
		移行期間終了（31日）、翌4/1から通常医療体制に ※終了：受診・健康相談センター、お困りごと相談センター、病床確保、医療費の公費支援、高齢者施設等における集中的検査 等

Interview

民間とも連携した 早期の検査体制拡充を評価

長野県新型コロナウイルス感染症対策
専門家懇談会 座長

久保 恵嗣（くぼ・けいし）氏

Profile 信州大学医学部長、同大副学長を経て、平成25年4月から長野県立病院機構理事長。令和4年3月に同機構を退職するまで約2年間、専門家懇談会の座長を務めた。



座長として病床確保に奔走

大変だったことのひとつが病床確保です。特に第3～5波では、感染者が増えて感染症指定医療機関だけでは対応が難しくなり、どうやって病床を増やすかが最もきつい時でした。私は専門家懇談会の座長として、時には県の担当者と一緒に医療機関に直接足を運び、増床のお願いに回りました。

新型コロナの患者を受け入れる病院は、ワンフロアすべてをコロナ対応にする必要があったり、病床数を通常の半分程度に減らさざるを得なかったりして、経営的にも大変になります。「受け入れてほしい」とお願いしても、最初はなかなか「うん」とは言ってもらえませんでした。

そこで、病院の機能を「酸素投与が不要な中等症Ⅰの患者の受入病院」「中等症Ⅱ～重症の患者の受入病院」「人工呼吸器やECMOを使う病院」の3段階に分けました。重症化して自分の病院では対応が難しくなった患者をどうするかが受け入れる上での気がかりだと考え、信大病院の了解も得た上で「困ったら最後は信大が引き受けるから」と説得しました。そのように病院の機能を分けた上で増床をお願いしたのは有効だったと思います。

コロナ対応の研修を実施

第6波以降は肺炎患者が激減した一方、基礎疾患の悪化や誤嚥性肺炎で亡くなる高齢者が増えました。患者が爆発的に増加し、コロナの受入病院以外の医療機関の医師や、高齢者施設の看

護師らもコロナに対応する必要が生まれました。

私は令和4年4月に県医療教育研修センター長になったので、センターと信大病院、県、県医師会・看護協会が連携し、同年10月から計10回、当初は医師を対象に、3回目からは主に高齢者施設で働く看護師らも加え、コロナに対応する講義や実習などの研修をしました。医師は45人、看護師は145人、計209人が参加しました。

何より重要なのは検査

今後も新たな感染症は発生しますが、どんな感染症でも「早期発見・早期隔離」が大原則です。そのためには、検査が何よりも重要になります。

専門家懇談会が発足した際、知事に「PCR検査をたくさんできるようにしてほしい」と訴えました。知事はすぐに動いてくれて、民間の検査会社への業務委託が実現しました。民間、大学、県が連携した検査体制を早期につくることが、今回の対応で最も良かったことだと思っています。

一方、繁華街など大規模な検査を実施した地域に対して、周囲の偏見を生んでしまうことがあったとも感じます。検査をしなければ診断がつかない以上、県には「結果的に陽性者が出なくても検査は必要なんだ」という強いメッセージをもっと打ち出してもらえたらよかったです。そうした強い姿勢で広く検査を進めていくことが、県民の安心感や偏見の解消につながるのではないのでしょうか。

上小医療圏、保健所の奮闘と オミクロン株への対応方針

上田保健福祉事務所 所長／長野県健康福祉部
感染症対策課 感染症医療対策監
須藤 恭弘（すどう・やすひろ）氏

Profile 令和2年4月から4年3月まで上田保健福祉事務所所長を務め、同年4月から感染症対策課感染症医療対策監、6年4月、伊那保健福祉事務所所長に就任。



上田地域の受入体制構築

新型コロナウイルス感染症は想定外のことが多く、誰もが不安になり、誹謗中傷もすごかった。特に初期の患者さん、医療関係者はつらい思いをされたと思います。

新型インフルエンザを想定した準備はある程度はあったものの、新型コロナへの応用ができず、改めて体制を構築する形になりました。今振り返ると、そこがいちばん大変でした。

上田地域はもともと医療サービスが充実しているわけではなく、限られた医療資源でどう対応するか、保健所と医師会、患者受入医療機関など、関係者で定期的に会議を開いて相談しました。そこで、信州上田医療センター（藤森実院長）からの提案で、地域で50人患者が発生したらどう対応するかというところから議論を始め、体制構築を進めました。

まず感染症指定医療機関である信州上田医療センターから受入れを始め、順次公立・公的病院に受入れを進めてもらいました。手探りで医療提供体制を拡大し、最終的には外来を含めると多くの民間医療機関にも参画していただきました。

第2波の危機的状況

第2波は上田地域で多くの感染者が確認されました。この頃は原則入院だったので、上田地域の受入病院はすぐに満杯になり、本庁の患者

受入調整本部に依頼し、全県の病院に患者を受け入れてもらいました。

この時は、関係している場所、人がとても多く、協力的ではない感染者もいたことから、積極的疫学調査は難航しました。クラスターが複数発生し、県のクラスター対策チームが支援に入り、後に国のクラスター対策班にも支援に入っただけではありません。中心市街地では県内初となる集中的検査も実施しました。

反省点としては、医療関係者にはもっといろいろな情報を早めに出し、地域の中でこういう状況なので、こうしてほしいということを含めて情報共有ができていれば、もう少しスムーズな対応ができたのではないかと思います。

分岐点となった第6波

その後は、ある程度の体制ができると、それを超える波がやってくる、さらに強化するとそれを超える波…とイタチごっこ。そんな状態が続き、出口が見えない。体制を強化して対応能力は上がっているのですが、いずれ保健所、感染者を中心的に対応している医療機関も限界に達する。その限界を見極めてさらに門戸を広げていく…その分岐点になったのが、上田地域では令和4年の第6波でした。

それまではクリニック等で陽性者が見つかる、発生届を保健所に出してもらい、病状の聞き取りをして、療養先の調整をしますが、数が

多すぎて保健所がボトルネックになって目詰まり状態に。そこで4年1月、上田市医師会と小県医師会、それぞれに説明会を開いて現状を伝え、これまで以上に積極的に治療等に関与してほしいと協力をお願いしました。具体的には、療養先を決めるための情報の発生届への記入、軽症者に対する治療、自宅待機者への対応などです。

保健所が限界で助けてくださいとお願いするわけですから、これは敗北宣言のようなものです。現場の先生に患者の初期評価をして必要な治療をしていただき、状態が悪い方は早めに保健所に連絡してほしいと伝え、保健所は然るべき医療機関で精密検査を受けてもらい、入院が必要かどうか判断する。

この頃、まだ保健所では積極的疫学調査を続けていましたが、二次感染を起こすまでの世代時間が短いオミクロン株では、効果はかなり限定的になっていました。無力感を感じる仕事で、スタッフは疲弊していました。これ以降は調査を重点化し、重症者を見逃さないことに力点を置いていきました。

地域全体で協力体制を

この間の対応で、地域の様々な資源をつないでいくという点については、保健所の役割を果たせたと思います。

反省点としては、もっと早い段階で民間医療機関を含めていろいろな人たちの協力を得て、患者の受入門戸を広げ、地域全体で協力体制を築けていれば良かった。今全国で進めている感染症法改正に伴う医療措置協定はその反省からの制度です。初動でしっかり立ち上げていくためには、普段から機動的に対応できるよう、事前に準備を進めていく必要があります。

感染症対策課での業務

感染症対策課では、オミクロン株のパンデミックから5類移行に伴う通常医療への移行を、国の方針を受けてどう対応していくか、県の方針の組立てに関わりました。専門家懇談会での議論、保健所や医療関係団体等との調整を踏まえて対策を進めていきます。関係部署との調整が大事な仕事で、関係者がある程度納得して進めていける方向性を打ち出せるように努めました。

私が感染症対策課に異動したのは4年4月からで、ちょうど第6波の後半、オミクロン株の影響で再び感染が拡大し始めた頃です。こうなると、すべての陽性者に積極的疫学調査など従来通りの対応はできないので、重点化という方針で進めていきました。

行政は重症度の高い方への対応にシフトし、軽症の方は身近な医療機関でフォローしていただくか、セルフコントロールしていただくという形です。県が設置した健康観察センターでも、該当者には看護師が経過観察、それ以外の方にも必要時は相談に応じていました。

5類移行に伴う通常医療への移行は、最後の生みの苦しみでした。医師会をはじめとする医療関係団体等と協議を重ね、地域の調整は保健所が中心となり、特別な対応を段階的に減らし、通常の医療体制にソフトランディングしました。

これは行政だけで進められるものではなく、発熱外来、入院受入れをしている医療機関をはじめ医師会など、多くの医療・介護関係者の方々の協力があって初めてできることです。関係者の皆様には感謝しかありません。長野県には決して潤沢な医療資源があるわけではありませんが、対応できてきたのは、いい意味で協力し合いながら進められた結果だったと思います。

節目節目で意見交換を重ね、 県と密接に連携

長野県新型コロナウイルス感染症対策
専門家懇談会 構成員／長野県医師会 副会長
飯塚 康彦（いづか・やすひこ）氏

Profile 飯塚医院（長野市）元院長（令和4年6月閉院）。長野県医師会常務理事を経て、令和3年6月から県医師会副会長を務める。



流行初期がいちばん大変だった

長野県医師会は県下に21郡市医師会があり、開業医と病院に勤務する医師を合わせて約2,800名の会員がいます。その会員医師たちの意見をとりまとめ、県行政や構成員の先生方に伝えるのが、医師会を代表して県の専門家懇談会に参加した私の役割でした。

私自身は感染症のプロではありませんが、専門家懇談会は感染症を専門とする先生方が中心におられ、それぞれの立場の多様な意見があった勉強になりました。また行政の方々は法令順守を大切に国からの通達などを非常に丁寧に見ており、そうした考え方が必要なのかと学んだ場でもありました。

いくつもの感染の波がありましたが、最初がいちばん大変だったように感じます。会員からはマスク、ガウン、フェイスシールドなどの感染防護具が圧倒的に足りないという声がありました。また、当初はPCR検査も1日数十件が限度、治療薬もワクチンもなく診療の武器がほとんどなかったわけです。ただ日本では、真っ先にダイヤモンド・プリンセス号の対応に尽力した方々がいたおかげで、感染経路、症状と経過、重症度の分類とトリアージなど、この疾患を知るための情報を獲得できました。

県と意見交換を繰り返し、深めた連携

新型コロナウイルス感染症への対応にあたっ

ては、外来・検査センターの当番医、宿泊療養施設のオンコール（電話）対応、コロナ回復期の患者さんの転院先となる後方支援医療機関の確保など、県医師会は県の施策に様々な形で協力しました。

そうした中で成果と感ずるのは、県行政と密に連携できたことです。もともと活発に意見交換できる関係ではありましたが、令和2年3月を初回に、知事や県の職員の方々には対話のために何度も県医師会に足を運んでいただいた。外来・検査センターの設置、診療・検査医療機関の拡充など、医療提供体制に関して事あるごとに話し合いを持ち、スムーズに協力し合えたと思っています。

公共施設に高性能換気装置を

今後、また同じような感染症が起きる可能性はいくらでもあります。今回のパンデミックを経て、県医師会として県にお願いしているのは、公共施設の換気装置をより良くしてほしいということです。これからはウイルスの空気感染を念頭に置いて、例えば学校が校舎改築のタイミングであれば、併せて性能の良い換気装置を設置することで、子どもたちが何回も窓を開けなくてもよくなる。今後を見据えて、そういう備えがあればと思います。

全県を対象に新型コロナの検討会開催 教育・啓発の先導役を担う

長野県新型コロナウイルス感染症対策
専門家懇談会 構成員

花岡 正幸（はなおか・まさゆき）氏

Profile 令和5年4月から信州大学副学長兼医学部附属病院長。副病院長時代に院内のコロナ対策本部長も務めた（2年3月～5年3月）。4年1月から県専門家懇談会構成員に加わる。



患者の治療と教育・啓発、その両輪で

新型コロナの対応における信州大学医学部附属病院の役割は多岐にわたりましたが、大きくは検査・治療と、教育です。治療に関しては、①ECMOを必要とする最重症患者②当院でしか行えない高度な治療が必要な合併症を有する患者③中信地区で分娩が必要な妊婦——いずれかに該当するコロナ患者さんを県の調整本部を通じて受け入れました。

感染症対応にはトレーニングが必要ですが、逆を言えば、しっかりトレーニングすれば十分に対処可能です。そんな思いもあって県などと「長野県COVID-19検討会」を主催し、感染予防を含めた治療法の教育・啓発にも努めました。第1回は令和2年2月23日。以降、4年10月まで、現場で対応する医師や県職員等の方々に講師に計9回開催し、医療従事者を中心に全県からご参加いただきました。こうした活動を通じて、県、医療機関、各関係機関が一体となってコロナに立ち向かう機運が醸成されたと思います。

「正しく恐れる」ために

専門家懇談会に言及すると、私自身は、臨床の第一線という立場を意識して発言したつもりです。実際の治療は知識だけでは対応できない部分がたくさんあるので、正直なところ会議では、少し現場との乖離も感じました。例えば感染対策にしても「現場感覚としては空気感染で

すから、大事なのは換気」と私は主張したのですが、そうした病原体の感染様式、発症様式、治療法などの検討も重ねてきました。

新興感染症では、医療機関や一般市民の方に正確な情報を提供することが非常に重要です。その上で必要な対策をとり、「正しく恐れる」。やはりそれが大事だと思います。

今後も行政の関与が必要と感じる

コロナ禍では国、県、市から計24種の補助金をいただいて大きな支援となりました。中でもネーザルハイフロー、ECMOといった機器が購入できたことは治療の強力な武器になりました。また、病床確保料も大きな後押しとなり、経営上とても助かりました。

電話1本で県幹部の方々と連絡がとれる体制であったことも、迅速な対応につながり良かったと思います。全体として当時の行政の対応を高く評価していますが、一方で6年4月以降、まったく補助がなくなりました。患者さんは自己負担になった薬剤費が高額で処方を受け入れられず、感染の再流行につながる可能性があります。今後も、感染拡大時には一部を補助するなど、適切な治療を届けられるよう対応していただきたいと感じています。

クルーズ船対応からずっと、診療の最前線に… 現場で得た治療の知見を提供

長野県新型コロナウイルス感染症対策
専門家懇談会 構成員

山崎 善隆（やまざき・よしたか）氏

Profile 県立須坂病院（現信州医療センター）
呼吸器・感染症内科部長を経て、令和
2年4月より県立信州医療センター副院
長、感染症センター長。



第一種感染症指定医療機関としての覚悟

当院は県内唯一の第一種感染症指定医療機関として、新型コロナパンデミックの初期にリーダー的な役割を果たさなければならないという使命感を持って取り組んできました。平時からエボラ出血熱など一類感染症発生を想定した収容訓練を定期的に行っていたため、スタッフの新興感染症に対する危機管理意識は高く、担当する医師や看護師はすぐに招集できました。

県内の医療体制は圏域ごとに様々で、感染症病床は数が限られます。当初は他圏域からも受け入れるなど、パンデミックにおいては、初期から一定数の患者を収容できる施設として当院の重要性を感じました。第8波では県内最大のコロナ病床（43床）を確保しました。

クルーズ船患者「全員救命」のインパクト

令和2年、ダイヤモンド・プリンセス号のアウトブレイクが起きて首都圏の感染症病床では患者さんを収容しきれなくなり、県の要請を受けて県内感染症指定医療機関で13人を収容しました。当院では2月12日から5人を収容し、治療をした経緯があります。

当時、感染症指定医療機関で対応した方々は、突然のことで相当ストレスがかかったと思いますし、誹謗中傷があったことも伺っています。でも、県内で受け入れたダイヤモンド・プリンセス号の患者さんは、信州大学病院の協力を得

て全員を救命することができました。その事実はインパクトがあり、県民の皆さんにも地域の病院で治療を受けられるのだと、安心につながったのではないかと考えています。

治療情報を共有し、県下に発信

長野県新型コロナウイルス感染症対策専門家懇談会は、県の新型コロナ対策に関する検討を行う中で、治療に関する情報を提供する役割も担っていました。そのために私は、実際に診療にあたっている立場から得られた知見を伝えるのが役目です。情報は保健所を通じて県下の新型コロナ診療医療機関に迅速に発信され、指針としてもらう。その体制を県がつくってくれました。

実際に、ダイヤモンド・プリンセス号の対応時から、この体制が生かされました。未知の感染症とあって治療法が確立されていない中、患者さんの各収容先で散発的に重症化例が発生。当院でも急速に呼吸状態が悪化した方がいました。当時、有効かもしれないといわれていたカレトラ（抗HIV薬）を使用したけれど、効果が見られない。そこで、臨床的な経験を元にステロイド剤を投与したところ、功を奏したのです。新型コロナに対する有用性はまだ議論の段階にありましたが、すぐに専門家懇談会で共有し、検証を経て、重症化時にステロイド薬使用を推奨する旨を県下の病院へ発信できました。日本

感染症学会へも報告し、また国内多施設共同研究に参加して、重症にステロイド剤が有効であるエビデンスを国際医学雑誌に公表しました。

同様に、ネーザルハイフローの効果も共有しました。機器を使って多量かつ高濃度の酸素を鼻腔から吹きつける治療法で、この導入により、管理が大変な人工呼吸器やECMOまで移行する重症化を抑制できると分かった。後に県は、この機器を約100台購入し、県内のコロナ指定病院へ配備してくださいました。

長野県独自の取組「振り分け診察」

県の対応を振り返って良かったことは、感染拡大するのに合わせて確保病床数を順次増やしたおかげで、治療を要する人を受け入れできないという事態が発生しなかったことです。また、人工呼吸器やCT装置の導入が補助されたことにより、円滑に診断・治療できました。

県独自の取組として効果的だったと思うのは、令和2年11月、第3波の頃に導入した「振り分け診察」です。新型コロナ陽性者の診療に対しては政府が手引を公表していましたが、専門家懇談会で長野県の実情に合わせた「入院要否の医学的な判断目安」を作成し、各医療機関に周知しました。振り分け診察はそれに基づいて、保健所が主体となって行ったものです。窓口として陽性者発生連絡を受ける保健所が、特に入院や受診の要否など対応を判断しかねる場合に、受入協力機関を紹介をして外来診察してもらうようにしました。このフローができたことで、自宅、宿泊療養施設、入院——それぞれの適切な療養先選定や早期の治療につなげることができました。

また、「健康観察センター」など、有症状者や自宅療養者の専用相談窓口を県に設けていた

だいたおかげで、医療機関が直接対応する負担が減ったことも助かりました。

繰り返す感染の波、そして潮目の変化

特に大変さを感じたのは、令和3年、アルファ株に置き換わった第4波の頃です。感染性が高まった一方で病原性は低くはならず、重症化を招いてしまう。酸素吸入が必要な中等症以上の患者さんが増えて入院が長期化し、病院や介護施設で起きたクラスターでさらに入院例が増える…。感染症病床のひっ迫が課題でした。

「流れが変わった」と肌で感じたのは、デルタ株が出現した第5波からです。東京など都会では入院病床が不足して、酸素吸入が行えないなどの問題が起きていた時期ですが、ワクチン接種の広がりや中和抗体薬の登場によって、重症化が抑制される効果を実感しました。オミクロン株が主流になった第6波以降は、私としては、この時点で5類感染症に移行しても良いと思うほど、明らかに弱毒化しました。重症化する症例は減りましたが、高齢者に併発した誤嚥性肺炎などの軽症入院が多くなり、再びコロナ病床がひっ迫しました。

診療情報の提供が今後の課題

オミクロン株に置き換わって以降、目まぐるしく変貌する病態に対応した抗ウイルス薬、抗菌薬の効果を評価して専門家懇談会から「入院要否の判断の目安」を発出しましたが、現場の医師まで届くには若干時間を要しました。製薬メーカーも含め民間の複数のチャンネルから医療機関に向けて情報が発信されました。次の新興感染症のパンデミックに向けて県が収集したデータからエビデンスをつくり、県内の医療機関に迅速に提供する体制構築が必要と考えます。

訪問診療に、高齢者施設クラスター 全力で現場対応

長野県医師会在宅医療推進委員会 委員長
杉山 敦（すぎやま・あつし）氏

Profile 医療法人杉山外科医院（松本市）理事長・院長。長野県医師会の在宅医療推進委員長を委員会立ち上げ時（平成25年6月）から務める。平成28年6月から令和3年6月まで松本市医師会会長。



現場の医師として、市の医師会長として

対応当時の私には、大きく二つの立場がありました。一つは現場で診療にあたる医師としての立場です。外科を基本に、発熱外来・検査を含めた消化器や整形外科系症状まで、かかりつけ医として幅広く診ていますが、その延長上で在宅医療——在宅療養支援診療所として、訪問診療や往診を行ってきました。

もう一つは、松本市医師会長という立場です。会長職は、圏域内における災害時や救急の医療提供体制整備に向けた話し合いの場である、松本広域圏救急・災害医療協議会の会長も兼務しますので、それらの任期中に新型コロナが直撃し、長く苦しい思いをしました。

当初は恐怖感を抱えながら

COVID-19と命名されたこの感染症の正体が分かってくるまで、最初は恐怖感がありました。まだ戦う武器がない中で、世界では患者さんが数多く亡くなっているという情報が入ってくるわけです。

在宅医療に関して言えば、訪問先は認知症の高齢者やがん患者さんなど、外来受診が難しいハイリスクの方ばかりですから、我々自身がウイルスを持ち込まない、感染源にならないというのが絶対条件。こちらの状況によっては、やむを得ず電話による連絡で対応させてもらうこともありました。また在宅医療の環境は、対象

の患者さんだけでなくそばにいるご家族も、高齢であったり持病があったり、様々な困難下にあるお宅が少なくありません。ある時は、高齢のご夫婦宅へ訪問診療日に伺うと、夫が高熱で意識もうろうとしながら倒れており、慌てたことがありました。日頃のご自身で連絡できる方なので、よほど急な体調悪化とみられ、妻も入院中で不在という不運が重なり誰も連絡ができなかった。新型コロナの検査で陽性が判明し、幸い入院療養につなげることができましたが、訪問日はずれていたら危険な状態になっていたかもしれません。

在宅医療も病院と同じように、患者さんの新型コロナ感染を疑う場合は、訪問診療する医師がフル装備で検査をしに行く必要がありました。医師として、時には看取りもしなければなりません。状況によっては、たとえ呼吸停止されていても、ご家族にお願いをして検査をさせてもらってから死亡診断をすることもありました。

一方で、ワクチンができてからは、集団接種会場に行かれない方の往診接種も担いました。しかし訪問診療では、薬剤を余らせないようプログラムするのがとても大変で…。当院のスタッフも必死でやってくれました。

高齢者施設のクラスター対応に追われ

当時を振り返り、「長く苦しい思いをした」と言う背景には、高齢者施設のクラスター対応

に追われたという理由もあります。オミクロン株に置き換わって以降のことで、感染力の高さを痛感する一方、入院対象も限られるため、施設内療養を余儀なくされました。

一つは特別養護老人ホーム（以下、特養）の例。特養は医療要求度の高い方も入所しますので、運営する福祉法人等が施設内に診療所を設けて「配置医」を雇用します。私も自分の医院とは別に、施設内診療所の医師として健康管理業務をしており、その施設でクラスターが発生しました。

検査やゾーニングなどは保健所がサポートしてくれましたが、特養の入所者は基本的に要介護度3以上。全介助の方もおり、感染防御をしながらの介護はスタッフの負担もかなりのものです。医療に関しても、制度上、特養には外部から往診や訪問看護が入れないため、配置医である私と施設内の看護師だけで責任を持って診なければならない。以前から感じていたことですが、いざという時に対応する医療従事者が限られることは大きな課題です。

情報共有の重要性を痛感

もう一つは介護付き老人ホームのクラスター例で、特養とはまた違う対応の困難さがありました。医療を必要とする入所者は通院、あるいは訪問診療を利用しており、それぞれに協力医療機関の主治医がいるからです。私もその一人でしたが、ここでの問題は、担当している患者さん以外の方の情報が入手しにくかったこと。私が代わりに診ようにも、カルテが各主治医の下にあり、共有どころか情報が出てこないのです。普段から主治医同士が連携し有事に備えておくこと、また電子カルテやマイナンバーカード、そうした情報管理システムを使って患者情

報を一元管理・共有できるようデジタル化を進める必要があることを、改めて感じました。

高齢者施設ではBCP（事業継続計画）作成の段階から、感染対策・災害対策などの危機管理を統括的に指導する医師・保健所の関与の在り方を十分検討しておく必要があります。

情報共有という点では、医師会や行政の公式なもの以外に圏域内の医療関係者有志によるメーリングリストに参加しており、そこで感染症の流行状況や現場対応に有効な情報をリアルタイムで共有し合えたのは、助けになりました。

日本の対策は間違っていないはず

全体を振り返ると、100年前のスペイン風邪流行時から、感染症対策の原則は変わらないと分かります。成功例として語り継がれるアメリカ・セントルイス市のように、まずは人流を抑制しピークの山を遅らせること。加えて今回は、マスク、検査、抗ウイルス薬、ワクチン、それら五つの対策が日本で多くの命を救った。医療者は科学的な裏付けを提示して実践し、行政がそれに基づき対策を決める。個々の検証は必要ですが、世界でも少ない死亡者数をみれば、日本の対策は間違っていなかったはずであり、世界に誇れると私は思います。

身の周りのことを言うと、当院では消化器の内視鏡検査も実施していますが、令和5年までは受診控えを肌で感じていました。内視鏡検査以前に、医療機関に怖くて行けない方もいたでしょうし、その気持ちも理解できる。そうした中、医療機関に対する国や県からの物質的・経済的援助は助かりました。医療関係者の行動の方向性が変わることはありませんが、支援がなければ闘いは制限されたと言ってもいい。非常にありがたかったです。

ここは最前線であるとともに最後の砦 地域住民を守るという強い使命感

JA長野厚生連北信総合病院 統括院長
荒井 裕国（あらい・ひろくに）氏

Profile 東京医科歯科大学病院副院長を経て、令和4年4月、JA長野厚生連北信総合病院の統括院長に就任。東京医科歯科大学名誉教授、金沢医科大学心臓血管外科客員教授も務める。



着任早々スタッフの対応力に驚き

当院に赴任する前、僕は東京のど真ん中で新型コロナウイルスに向き合い、ECMOを必要とするほどの最重症患者の治療にあたっていました。

その僕からしても、着任早々目にした病院スタッフたちの迅速かつ熱意あふれる対応は驚きでした。当時はオミクロン株による第6波の最中でしたが、例えば確保病床を増やしてほしいという保健所からの急な要請にも、翌日には一般病棟を感染症病棟に変更対応、なかなか難しいスタッフの配置転換もあつという間にしてしまう。実に機動的に対応している姿が強く印象に残りました。

それほど心強い当院のスタッフたちですが、いざ聞いてみると、未知の感染症を前にした当初の苦労は語り切れません。一からの体制づくり。深刻な感染防護具不足。感染症病棟の間仕切り壁設置のため、部材探しに飛び回った日々。看護スタッフは自らを奮い立たせつつも感染不安や疲労感に涙を流したといい、抱えていたものの重さを痛感します。

地域住民を守る「砦」として

二次医療圏としての北信地域は、コロナ患者の入院を受け入れられる病院が当院と飯山赤十字病院しかありません。主に急性期患者を扱う中核病院である当院が、中等症以上の患者だけでなく軽症患者の受入れも続けなければならず、

患者が集中してしまう。さらには高齢化が進む地域ながら、クリニックなどの医療資源が少ないために回復期患者の転院先がほとんどなく、施設や自宅に戻れるようになるまで、ここで診なければならぬ。慢性的な病床ひっ迫を招く、当地ならではの課題が背景にありました。そして、いまだにその問題は続いている。今後、行政主導で体制が整備されることを望みます。

その中で大きかったのは、当院が受入れを断れば患者さんはほかに行くところがない、自分たちがやらずして、いったい誰が地域住民を守るのか——という強い使命感が一同にあったこと。これはうれしかった。地域住民にとってこの病院は、最前線であるとともに最後の砦。自分たちだって地域住民の一人であるという意識も、スタッフの原動力になっていたと思います。

逆に、地域からの温かい支援もありました。大打撃を受けているはずの飲食店から差し入れをいただいたり、院内クラスターの発生で自宅に帰れないスタッフのために宿を提供していただいたり、応援メッセージも多く届いて力になったと聞いています。

正面から立ち向かい、強化された組織力

組織の大きさも患者層も異なる二つの施設で対応を経験し、僕が共通して感じたことは、新型コロナウイルスに正面から立ち向かった病院は組織力が強化されたということです。

北信総合病院では、発熱外来やコロナ診療でも、診療科を問わず医師やスタッフが幅広く関わり、病院を挙げた協力体制を築きました。院内からも「皆の団結力があったからこそ乗り越えられた」「これまで関わりが少なかったメディカルスタッフとの連携も多くなり、病院が一丸になれた気がした」という声が上がっています。

一例として、当院ではコロナ患者さんの入院適応を判断する振り分け診察を徹底していましたが、最初に振り分けを担当するのは内科医師全員です。ここで重症化リスクを評価して、中等症以上で要入院となれば呼吸器内科の医師が診る。そうした内科の動きはまさに総力戦でしたし、妊婦さんの対応や重症患者さんに対する挿管等は内科以外の診療科に協力いただく体制をとりました。診療にあたる医師の負担軽減にもつながったかと思います。

「開かれた病院」であるために

外に対して開かれた病院であることの重要性は、コロナ対応から学んだことです。僕自身は病院トップとして現状把握に努め、現場で生じている問題解決に向けて迅速に行動すること、全員と意識を共有すること、そしてメディアを介して病院の現状を県民に理解してもらい、スタッフの頑張る姿を広く世の中に伝えることを意識しました。根底にあったのは医科歯科大の標語と同じ、「力を合わせて、患者さんと仲間をコロナから守る」という思いです。

特に当院の実情を社会に知ってもらう努力はとても重要で、周囲の理解が生まれますし、スタッフもプライドを持って業務にあたることができます。ですから、着任後にいただいた取材の依頼は一切断りませんでした。

保健所との緊密な連携は心強く

当院の確保病床数は30床。一般患者も多いため、感染状況によって病床確保にとっても苦労した時期はありましたが、県内都市部の医療圏と比べても、また人口比で見ても十分に頑張っているはずです。受入病院は圏域に2か所しかありませんが、それが逆に保健所と病院間の緊密な連携につながり、担当する北信保健所は患者さんの入院調整等を一生懸命やってくれました。心強かったです。

ただ、県全体として見た時に、確保病床数が足りない医療圏には、行政のお願いベースからもう一步踏み込んだ調整があってもよかったのではないのでしょうか。当院も受け入れましたが、そのしわ寄せは他圏域に行くことになるし、非常事態だったのですから。

病院はいつまでも「ゼロコロナ」対応

コロナ禍を通じて感じたのは「世の中と病院の中では、感覚も見えている景色も違う」ということ。マスクの在り方一つでもそうで、「ウィズコロナ」「アフターコロナ」に向かう世間に対し、病院はいつまでも「ゼロコロナ」を維持しなければならない。コロナにかかる患者さんは今でもいるし、高齢者が多いために看護は負担が大きく、強い感染力によって病棟内でのクラスターも発生します。その一方で、行政からの補助金は途絶えました。地域住民のためにそれでもやり続けますが、正直言って何らかの支援があってほしい。

新興感染症への備えは、今後の地域医療構想を策定していく上でも重要な課題の一つです。感染予防対策を評価する加算・補助金があれば心強いし、診療報酬、施設基準の緩和等、必要な支援も検討をお願いします。

患者急増で三次救急対応に赤信号 圏域内病院の 協力関係が乗り切るカギに

JA長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター
院長 石毛 広雪氏 副院長 岡田 邦彦氏



手探りで始まった未知の感染症対応



Profile

石毛広雪
(いしげ・ひろゆき)
佐久医療センター乳腺
外科部長、副院長を経
て、令和2年4月から5
年3月まで院長を務め
る。現在は同センター
乳腺外科臨床顧問。

石毛 新型コロナ対応における当院の役割は、佐久医療圏の中等症以上の患者さんを受け入れることで、中でも重症対応は圏域内にここだけです。ECMOが必要なほど重症の患者さんも、信大病院と当院が受け持ちました。

振り返って、やはり最初が大変だったと感じます。未知

なるものを相手に、初めて直面することばかり。手探りの中、一つ一つ決断していかなくはなりませんでした。

岡田 受入体制を整えるために労力を費やしました。最初に県からの依頼で当院もダイヤモンド・プリンセス号の患者さんを2人受け入れましたが、一人は陽性だけれど無症状、もう一人は対照的に大変で、同じ病気で経過が大きく異なることも含め、この経験で対応の基本を学んだ気がします。

しかし病棟のスタッフは、日頃から結核などの感染症対応をしているとはいえ、未知の感染症に心穏やかではいられなかったと思います。石毛院長を中心とした病院全体のバックアップ体制が必要でした。

新型コロナ対策チームを立ち上げて

石毛 従来から院内には感染対策チームがありましたが、それとは別に新型コロナ対策チームを新たに設けました。本部長は私ですが、岡田副院長が実質的なリーダーとして引っ張ってくれた。コロナ病棟、救急、ICUだけに負担が偏らないよう院内で連絡を密にとり合い、私自身は対策チームの面々も頑張りすぎて疲弊しないようにと意識しました。

岡田 新型コロナは物品管理、スタッフの配置、患者さんの病棟間移動など病院内を大きく動かさなくては対応できない部分があって、従来のチームだけでは難しかったのです。石毛院長をはじめ診療を束ねる医師、事務系の職員など、より幅広い人たちが関わることも必要で、この対策チームが立ち上がりました。

保健所を核に助け合う理想の連携

岡田 感染の波が進むにつれて致死率は下がったものの、患者さんはどんどん増えていく。保健所からの要請を受けて病床数を増やし対応してきましたが、最大の第8波では救急病棟で受入制限のピンチが訪れました。当院はコロナだけでなく、脳卒中や心筋梗塞の疑いなどで搬送されてくる地域の三次救急患者にも対応する使命がありますから、そうした患者さんを受け入れられない事態は避けなくてはなりません。圏

域内の国保浅間総合病院、こもろ医療センターなどのほかの病院に、症状が落ち着いたコロナ患者さんを転院させてもらうこともありました。

佐久医療圏ではほかにも、軽井沢病院は最前線でたくさんの方のコロナ患者さんを受けてくれました。押しつけ合うことなく、互いに快く助け合っ、円滑に連携できたことが何より良かった。その連携の中心にいてくれたのが佐久保健所であり、逆に保健所でなければできなかったと感じます。

石毛 保健所と佐久医療圏の受入病院が集まって週1回、定例会議を開いていました。そこで各病院の内情を共有できていましたから、大変なところがあれば保健所が調整してくれて、とても良い協力体制が築けました。

気がつけばクラスターの渦中に

岡田 新型コロナがこれまでの感染症と違うのは、ウイルスが変異してどんどん感染力を増し、周囲の状況も必要な対応も様変わりすることです。最初のうちは患者さんをどう治療するかと「診る側」で一生懸命だったはずが、第6波のあたりでハッと気づくと院内クラスターが起きていて、我々自身も今度は「うつる側」「うつす側」になっている。勉強になりました。その脅威は今も続いています。手強いウイルスです。

クラスター対応では、拡大を食い止める努力はもちろんですが、今回のように感染者の療養期間が10日ないしは1週間、濃厚接触者にも待機期間…となると、スタッフがどんどん減っていく。それが非常に困りました。

石毛 くまなく濃厚接触者の特定や検査をしていた時期には、院内で1人感染者が出ると場合によっては100人単位でPCR検査が必要でした。スタッフの勤務シフトを組むために結果も急が

なければなりません。時には真夜中過ぎから検査を実施して、対応する院内の検査室は大変でした。

「サステナブルな感染対策」を

石毛 手探りの状態から「何とか乗り切る」という思いで対応してきましたが、院内がまとまってコロナに立ち向かう姿勢を維持できたことは一つの成果です。しかし私には、スタッフに対するメンタルサポートが手薄であったと反省が残りました。自分が感染してしまわないか、家族や周囲にうつしはしないかという不安。一方では病院に勤めているというだけで周囲から差別的な扱いを受けることもあり、スタッフの精神的な負担はあまりに大きいものでした。もっと早くにそれらを汲み取ってサポートできていればと、悔やまれます。

その点で一つ、誹謗中傷等の抑止はもっと県から強く県民に働きかけていただきたいかった。長く続いたコロナ禍、じっと我慢して頑張ってくれた病院の皆に感謝しています。

岡田 未知なる病——当初はそれが困ったことで、疑心暗鬼になりながらあらゆる対策をとりました。同じようなことがいつまた起きるかも分からない。でも、ウイルスは目に見えません。結局、我々ができる備えとしては、例えば体調不良の時は出勤を控える、病院が面会に一定の制限を設ける、そうした日頃の基本的な感染予防を続けていくしかないのだろうと今回身に染みました。「サステナブルな感染対策」が必要だと思っています。



Profile

岡田邦彦
(おかだ・くにひこ)
令和2年4月から佐久医療センター副院長兼救命救急センター長。同院の新型コロナウイルス対策チームを率いて対応した。

チームワークが要の消防も、密を避け環境一変 感染不安と使命感のはざままで

長野県消防長会 会長
佐伯 英則（さえき・ひでのり）氏

Profile 長野市消防局次長兼総務課長を経て、令和2年4月から長野市消防局長。同時に長野県消防長会会長に就任、5年3月末まで務める。現職は長野市西部保健センター所長（5年4月～）。



地域住民の生命、身体、財産を守るために

長野県下には13の消防局や消防本部に、約2,500人の消防職員がいます。火事や救急、各種災害に対応する機関ですから、地域住民の皆さんの「生命」、「身体」及び「財産」を守るといふ本来の業務に影響があってはいけないと、職員の感染防止には最大限の注意を払いました。

ですが、救急搬送という業務上も、また24時間365日の交代制勤務で寝食を共にするという職場環境にも、大きな感染リスクがありました。そのため、国から通知された救急隊員の感染防止策を踏まえて県内各地域ごとにマニュアルを整備し、隊員には実践訓練にも努めてもらうなど、県内の各消防本部と情報共有しながら感染防止を図りました。

保健所と連携し搬送業務を全う

感染症法にのっとり、新型コロナ患者さんの搬送は本来、保健所業務でした。裏を返せば、



防護服着装講習会（長野市消防局提供）

具合が悪くて119番通報があった場合に、症状や状況的に感染が疑わしくても陽性とまだ診断されていない方に関しては、保健所対応にはなりません。結果的に通報を受けた消防機関が搬送する事案も増え、さらには感染者自体が増加して保健所だけでは対応しきれなくなり、協定に基づいて県下消防本部でも対応するようになりました。

自宅療養者が増えた後半、特に令和4年以降は、疑いの方よりも、療養中の患者さんがご自宅から119番通報される事案が増えていました。その場合、まずは保健所に連絡をして対応してもらうのが原則だとは思いますが、新型コロナ陽性の方とはいえ別の疾患で急病という可能性もあり、消防とすれば受けた通報には対応せざるを得ません。状況に応じて危険性のランクを分け、防護服を適宜使いながら感染防止に努めました。

ただ、最初の頃などは特に、物々しい防護服を身に付けて搬送に出向いていると、その姿を目にした住民の方に不安を与え、あらぬ詮索や中傷につながりかねない懸念がありました。そこで、救急活動における基本的な感染予防対策を、報道各社を通じてPRしたこともありました。

職員の不安・ストレス対処に苦慮

搬送業務の上でいちばん大変に感じたのは、やはり感染の危険性と、その不安に対するケア

です。業務にはチームワークが欠かせませんが、距離を空けたり時間をずらしたり、互いに密を避けて行動しなくてはならなくなりました。そしていざ出勤すれば、感染リスクにさらされる。感染を疑う患者さんに接したとなれば、万が一を考えて、家族がいる自宅に帰らずにいた職員も少なくなく、管理する立場の私としては申し訳ない思いでした。消防職員は日頃から地域住民のために熱い思いを持って活動していますが、今回ばかりはストレスや不安が強かったと思います。本当に頑張ってもらいました。

そうした職員の頑張りに報いたいと、長野市消防局ではいち早く特殊勤務手当の支給に着手し、県下の各消防本部にもぜひ同様の対応をと伝えました。現場で対応する職員の心理的負担を少しでも和らげる方法はないか、あれこれ考慮したのですが、十分ではなかったろうと思います。どう解決すればよかったのか、今後の課題に感じます。

行政とのやりとりの中で

今回、行政の対応で助かったのは、妊婦さんなど一般の方とは異なる配慮が必要な感染者の搬送体制、あるいは圏域を越えた受入調整などがシステム化されたことです。そのシステムに基づいて、搬送がスムーズにできました。また、ワクチン接種において、消防職員を優先接種対象職種としていただいたことも、職員の安心感につながりました。

私が消防局長を務めていた長野市は、中核市として独自の保健所を持ち、消防も市の直轄ですから、お互い部局間のような関係にあります。今回、保健所はあらゆる対応に追われて大変だったと思いますが、密接に連携対応いただきました。また長野市では、医療機関の院長先生方と

当時の小林保健所長が定期的に会議を開催されていましたが、全国の搬送困難事例が話題に上がっていた頃、その会議で消防から実情を伝える機会を設けてくださいました。我々も搬送先があって初めて業務が完結するわけですから、受入体制拡充の一助になればと、非常にありがたい思いでした。

特殊な組織体制ならではの課題も

一方で、今後に向けた課題という点では、国の臨時交付金という形で感染防護用品や防護服等の購入費用を財政措置いただいたのはありがたかったのですが、その情報がスムーズに届かないという消防長の声がありました。単独の消防組織として活動する長野市と須崎市以外の11の消防本部は、特別地方公共団体として広域連合等で運営されているため、県から直接消防本部へ通知いただくようなルートがあれば効果的だったのではと思います。

もう一つは、消防職員に限らず業務上濃厚接触者になってしまったスタッフに対して、自宅での隔離待機とは別の方法、例えば宿泊療養施設に準じるような施設があったら良かったと思いました。出勤停止にすることで組織防衛はできても、本人やご家族に対するフォローがないのは心苦しく、安心して待機期間を過ごせる環境の整備を、今後はぜひお願いしたいと思います。

総じて今回の教訓としては、事が起きてからでは遅く、平時のうちにいかに備えておくかがやはり大事だと痛感します。例えば感染防護資器材等を、県のほうで各消防本部の保有状況を把握・情報共有し、安定して備蓄できるようにシステム化、並びに財政支援をしていただけたら、いつでも対応できて最前線で活動する消防職員の安心につながると考えます。

あらゆる場面で必要とされた看護師 人員確保と現場の支援に注力

長野県新型コロナウイルス感染症対策
専門家懇談会 構成員

松本 あつ子 (まつもと・あつこ) 氏

Profile 丸子中央病院副院長を退任後、平成29年6月から令和5年6月まで長野県看護協会会長を務める。県専門家懇談会構成員(～5年6月)。現職は長野保健医療大学看護学部長。



課題を感じた情報共有の仕組み

県看護協会長として真ただ中で対応させてもらったことは、貴重な経験でしたし、いろいろな知見も得られました。各方面との連携のおかげで乗り切れたと思っています。

専門家懇談会に看護協会を位置づけてもらったことも、ありがたいことでした。ただ、今思うと、介護福祉士など含まれなかった職種の声も私が拾うべきであったかもしれないと感じます。偏らずに情報が集まり、共有される仕組みがあれば、なお良かった。どの医療機関で患者さんを受け入れてどんな感染管理が行われているかという情報も、閉ざさずに最初から共有されていれば、後に受入れに応じる病院が体制構築の参考になり、それぞれ十分に訓練した上で安心して臨めたと思います。

いち早く、施設のクラスター予防に動く

新型コロナに係る県の施策には、看護師を必要とする業務が多くありました。保健所や県庁内に設けた相談窓口での対応、宿泊療養施設での健康観察、外来・検査センターでの検査補助、県・市町村のワクチン接種会場への派遣などです。潜在看護師に復職を呼びかけるなど、主には当協会が運営する「長野県ナースセンター」を通じて従事者を募り、安心して業務にあたるようオリエンテーションや研修を実施して人員を確保しました。

一方、県看護協会独自の取組としていち早く着手できて良かったと思うのは、施設のクラスター予防です。令和2年5月、県内の高齢者施設や障がい者施設等を対象に、感染予防対策の相談窓口を設けました。電話相談だけでなく、各病院にいる感染管理認定看護師の方々に依頼して、施設に赴き現場を見ながら直接指導していただいた。これはとても喜ばれ、後に県の委託事業となって続きました。

過酷な状況にも支援策を見出せず

心苦しかったのは、現場で対応する看護師の過酷さが分かりながら、十分に支援できなかったことです。感染症対応のため、病室の掃除やシーツ交換などの、常ならば他職種の方をお願いできることまで看護師が担い、あまりに大変でした。さらにデルタ株が出現した頃から、看護師自身の感染情報もどんどん入ってくるように。そんな状況下にも具体的な支援策がなく、できることといえば、寄付された物品を各病院に配布して労いの言葉をかけるくらいで…。やはり燃え尽きたかのように離職する看護師もいて、歯がゆい思いでした。

ただ、今回を機に県が主導して、クラスター発生施設に看護師を派遣する応援体制が整備されました。コロナ禍では全県的に人員の余裕がなく、わずかな活用例にとどまりましたが、これは今後には生きると思います。

“松本モデル”の中核病院として 松本医療圏を支える

松本市立病院 院長

中村 雅彦（なかむら・まさひこ）氏

Profile 平成3年から波田総合病院（現松本市立病院）に勤務し、8年に脳神経外科科長、令和2年3月、同院院長に就任した。6年3月定年退職。



医療連携体制構築に向けて

クルーズ船での感染拡大に加え、感染対策を講じた医療者や、直接診察に関わらなかった事務職員が感染する事例が次々と報告され、このウイルスに大きな脅威を感じました。特にイタリアでは最初の感染者が発見されてからわずか1か月半で1日の死者400人、累計3,400人という医療崩壊の様相を報道で知り、過去のSARS、新型インフルエンザ、MERSとは明らかに異なり、「市中に感染者があふれ、死者が続出する事態が起り得る」と危機感を抱きました。

20世紀初頭のスペイン風邪以来の未曾有の危機が迫っており、「圏域内で唯一の感染症指定医療機関である当院が、保健所とともにリーダーシップをとって、松本医療圏で早急に医療連携体制を構築する必要がある」と感じました。

松本市立病院の立ち位置

当院は、昭和23年に村立診療所として設立され、以来、規模を拡大し、旧波田町を中心に松本西部地域の医療を支える基幹病院として歩んできました。一方、松本医療圏には規模の大きな急性期病院が複数あり、医療資源に恵まれた地域とされています。平成22年に波田町が松本市に合併されると、市内にある病院群に埋没して入院患者が激減、26年から赤字が続く深刻な経営難に陥っていました。

新型コロナウイルス感染症の襲来は、経営改

善が軌道に乗り始めた矢先のこと。感染症診療に全力であたり、松本医療圏で唯一の公立病院として存在意義を知ってもらう機会にしたいと考えました。

県内最初の感染から2か月後に松本モデル

松本モデルとは、松本医療圏内の病院が規模、機能に応じて連携を図ることで、がん・救急医療とコロナ診療の両立を目指す病院間の機能連携モデルです。具体的には、圏内の五つの感染症定点病院と、三次救急対応の信州大学医学部附属病院、県立こども病院、この7病院が感染拡大状況に応じて、重症度別の入院受入患者数を事前に病院長間で協議する仕組みです。その中で当院は軽症及び中等症患者を受け入れ、散发期6床から、急増期37床まで受け入れることになりました。重症者はまつもと医療センターが受け入れ、爆発期に至った場合は、ほかの病院でも軽症者の受け入れを開始します。

松本モデルの最初の形が決まったのは令和2年4月25日の松本広域圏救急・災害医療協議会。県内で最初の感染者が発生してからわずか2か月です。コロナ診療に対する病床確保料などの補助が明らかになる前のことで、患者受入れによる経営不安は大きく、特に民間病院は慎重でした。当院は前年度に黒字化を達成していましたが、コロナ患者を受け入れることで、2年度は7億円の赤字を覚悟しました。

医療崩壊を食い止めた現場力

2年2月16日にクルーズ船の患者1人、続いて同月25日に県内初の感染者を受け入れたのが、当院のコロナ診療の始まりです。有効な治療法もなく、感染力、病原性（毒性）ともに過去に類を見ない強さの未知のウイルスとの闘い——いつ自身が感染するかも分からない危険と隣り合わせの中での診療が続きました。

2年から5年3月末までの3年間で、当院の発熱外来には約25,000人が受診しました。第7波最盛期の4年8月17日には107人の受診があり、駐車場は30台を超える車列で身動きがとれず、猛暑の中、防護服の下を汗だくにしてスタッフは対応に追われました。3年間の延べ入院患者数は16,000人を超えています。当院の最大受入病床数は37床ですが、一般病棟での受入れも余儀なくされました。この間、幾度となく医療崩壊の危機が訪れましたが、全職員が一致結束して臨機応変に対応することで乗り切ることができました。

設備面では、当初20㎡ほどの「帰国者・接触者外来」として始まった発熱外来を徐々に広げ、診察室二つと点滴処置室、専用のCT撮影室まで備えた400㎡（20倍）ほどまで拡張しました。災害時医療用テントでは、陽性疑い患者の内視鏡検査なども行いました。コロナ専用のX線透視装置や超音波検査装置など医療機器を整備し、2部屋しかなかった陰圧室を10部屋増やして12室としました。

感染症指定医療機関でありながら、実は当院には呼吸器内科や感染症の専門医はいません。診療を可能にしたのは、総合診療科も兼務する内科医、外科医、救急医の活躍が大きかったと思います。総合的診療能力の高さ、そして職員の意識の高さ、「現場力」に感謝しています。

第3波、高齢者中心に感染拡大

特に印象に残っている時期の一つが、複数の高齢者施設で集団感染が発生した第3波です。

2年12月28日に松本市内の高齢者施設に入居する男性の感染が発覚、直前まで市内病院に入院しており、院内感染が疑われました。その後も入所者や施設職員の発症が翌月まで続き、計26人の集団発生に。さらに年末年始以降、グループホームや一般病院、帰省した学生の会食等で集団感染があり、当院に患者が集中しました。受入病棟としていた3階の16床はすぐに満床となり、5階に準備していた9床の運用を始めましたが、10日足らずでそれも満床になりました。

第3波では入院患者の6割は高齢者で、特に80歳以上が目立ちました。歩行も困難で、ベッドから転落、徘徊、排泄場所を間違えるなど、24時間目が離せません。食事や排泄の介助、汚物の処理も看護師の業務で、酸素吸入や頻回の痰の吸引、体位交換が必要な患者が急増する中、看護師の負担は急増。一回防護服を着てレッドゾーンに入ると3～4時間出られない状態で、着替えの回数を少なくするため、水分摂取を控え、汗だくで脱水状態になる看護師もいました。

院内感染の衝撃

このような状態で、当院の受入病床を最終計画である急増期37床に移行することを決め、3年1月15日にはゾーニングを変更。その日は10人の新規患者が入院し、コロナ診療に専念するため、一般診療を縮小せざるを得ない状況になりました。そんな日が続いた1月26日、感染症病棟に勤務する看護師1人の感染が判明。その後も感染者が続き、計6人の病棟内感染となりました。幸い入院患者やほかの病棟への感染波

及はなく、職員は宿泊施設療養、入院加療により復帰することができました。

院内感染対策には細心の注意を払い、職員には厳しい行動制限を強いてきた中での発生に、無念の思いを感じるとともに課題も明らかになり、これまで以上に感染対策を徹底しました。

ゾーニング変更と10人の新規患者入院が重なり、動線に混乱が生じた1月15日に感染リスクが高まったと考えられ、この出来事を教訓にすべく、1月15日を職員全員が感染症対策について考える「感染症対策の日」と定め、毎年研修会等を行っています。

情報発信と意識共有

コロナ診療を担うにあたって、特に力を入れたのは情報を公開して透明性を図ることでした。当初、受入病院に対する偏見への懸念から、病院名は「医療機関A」などと報道されていましたが、当院では、仮に感染しても安心・安全な医療を受けられる体制があることを広く地域住民に知ってもらうことが不安の払拭につながると考えました。全国に緊急事態宣言が発令された翌日の2年4月17日に「当院の新型コロナ対策における診療体制強化について」と題して記者会見を開き、外来・入院診療の状況と今後の対応方針について説明しました。関心は非常に高く、NHKをはじめ報道機関11社に参加いただきました。県内では最初の試みでした。

病院内では、最初の患者を受け入れて以降、毎週、月曜日と木曜日の2回、昼休みの1時間を利用して新型コロナウイルス感染症対策本部会議を開いてきました。病院長を委員長に、各部の代表者20人程度が集まり、状況報告、各部署の課題を検討します。この会議は5類移行までの3年間休むことなく継続しました。

また、朝礼など全体集会が制限される中、職員には院内情報ネットワークを活用して、日々の状況や本部会議の決定事項を詳細に発信。波と波の間の収束期には厳しい行動制限の緩和を求める声もありましたが、「先駆けとしんがり」が当院の役目」と理解を求め、コロナ診療では当院が最後の砦になるという意識を全職員で共有するよう努めました。

次の感染症危機に備えて

ほぼ10年ごとに発生している再興、新興感染症対策を考える上で、多くの課題が見えてきました。特に感染症発生時に即応できる診療体制を平時から整えておくことが重要で、そのための提言を以下にまとめました。

- ① 高齢者施設での対策を強化する。
- ② 感染症指定医療機関を広域医療圏に二つ以上に増やす。
- ③ 個室の病室を確保する。
- ④ 感染症対策に関わる人材を育成する。
- ⑤ 圏域をまたいだ協力体制をつくる。
- ⑥ 宿泊療養施設でできる医療行為を増やす。
- ⑦ 自宅療養のマニュアルを整備する。
- ⑧ 後方支援体制を整備する。

このうち③個室について、新型コロナの感染発生当初、PCR検査体制が整わず、疑似症患者は検査結果が判明するまでに1週間近く個室で隔離入院していました。コロナ診療では、診断が確定している場合は多床室での集団隔離が可能とされましたが、頻回に変異を繰り返すウイルスでは、移行期には複数のウイルスが混在するため、個室での治療が必要でした。当院でも移転新築して9年度末開院予定の新病院では、全病室に占める個室の割合を50%にし、「感染症に強い病院」にしていきます。