別添１

厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における

医療提供体制の強化のための研究

令和２年度

総括・分担研究報告書

研究代表者　　吉村健佑

令和 4(2022)年 3 月

別添 2

目　次

I. 総括研究報告

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究…… 1

吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院）、佐藤 大介（千葉大学医学部附属病院）、竹内 一郎（横浜市立大学大学院）、藤見 聡（大阪急性期・総合医療センター）、阿南 英明（藤沢市民病院・ 神奈川県医療危機対策統括官）、小谷 和彦（自治医科大学）、海野 信也、（北里大学医学部）平山 雅浩（三重大学大学院医学系研究科）、村松 圭司（産業医科大学）

資　　料 …… 14

II. 分担研究報告

1. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（救急医療）…… 170
   竹内 一郎（横浜市立大学大学院）藤見 聡（大阪急性期・総合医療センター）

2. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（災害医療）…… 179
   阿南 英明（藤沢市民病院・ 神奈川県医療危機対策統括官）

3. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（へき地医療）…… 207
   小谷 和彦（自治医科大学）

4. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（周産期医療）…… 224
   海野 信也（北里大学医学部）

5. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（小児医療）…… 250
   平山 雅浩（三重大学大学院医学系研究科）

6. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、在宅医療・介護提供体制の強化のための研究 …… 259
   村松 圭司（産業医科大学）

7. 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（施設共通基本票）…… 371
   吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院）、佐藤 大介（千葉大学医学部附属病院）

8. 医療現場からの第3波以降のインタビュー調査結果および「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー調査結果 …… 379
吉村　健佑（国立大学法人千葉大学医学部附属病院）、佐藤 大介（国立大学法人千葉大学医学部附属病院）、竹内 一郎（横浜市立大学大学院医学研究科）、藤見 聡（大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター）、阿南 英明（藤沢市民病院／神奈川県医療危機対策統括官）、小谷 和彦（自治医科大学　地域医療学センター）、海野 信也、（北里大学医学部産婦人科学）平山 雅浩（三重大学 大学院医学系研究科小児科学）、村松 圭司（産業医科大学 医学部）

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …… 387

Ⅰ．　総括研究報告

別添3

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

研究代表者　国立大学法人千葉大学　医学部附属病院　吉村　健佑
研究分担者　国立大学法人千葉大学　医学部附属病院　佐藤　大介
研究分担者　横浜市立大学　医学研究科　竹内　一郎
研究分担者　大阪府立病院機構 大阪急性期総合医療センター　藤見　聡
研究分担者　藤沢市民病院/神奈川県医療危機対策統括官　阿南　英明
研究分担者　自治医科大学　地域医療学センター　小谷　和彦
研究分担者　北里大学医学部産婦人科学　海野　信也
研究分担者　三重大学 大学院医学系研究科小児科学　平山　雅浩
研究分担者　産業医科大学 医学部　村松　圭司

研究要旨

本研究は、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）による医療計画5事業等への影響を明らかにし、感染症にも対応可能な医療提供体制向けた医療計画の見直しの検討における基礎資料とすることを目的として、医療計画5事業と在宅医療についてCOVID-19の流行前後での医療機関の施設状況、患者受入状況、サービス提供状況等の変化を調査した。①全国8,427の医療機関を対象にアンケート調査を行い、各分野の分析結果を基にCOVID-19による医療計画への影響に関する以下の研究成果を得た。

（救急医療）

7月以降は役割分担や検査体制が構築された。今後、後方支援病院への転院を整備し、救急医療機関におけるCOVID-19陽性患者用病床の確保を促すことは、COVID-19における救急医療体制の改善に寄与する可能性があるものと考えられた。

（災害医療）

全国の災害拠点病院，災害派遣医療チームが対応したことが明らかとなった。今後、情報共有基盤を含め自然災害対応で蓄積してきた知見と感染症特有の知見とを有機的に統合した体制整備や設備機材拡充に関する検討が必要と考えられた。

（へき地医療）

へき地医療計画の指標に極端な変化は見られなかった。オンライン診療の新規導入は少数に認められた。感染症に対応するBCPやPPE管理については検証すべきであった。機構、拠点病院、診療所の一体的な活動には、情報通信技術活用の推進、拠点病院、診療所と近隣諸機関との提携に関する事前協議が重要と考えられた。

（周産期医療）

妊産婦、新生児とも地域の受入体制は概ね整備されていたが、受入能力の不足やCOVID-19感染妊婦の分娩方法が懸念されていた。今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期センターで感染症に適切に対応できる施設を計画的に確保し、教育訓練を通じて、分娩方法の適正化が確保されていくことが期待される。

医療計画に①「新型インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等の新興感染症対策の検討」、②「新興感染症対策の立案とその際の感染症の専門家との連携」の追加が必要である。専門学会は厚生労働省と連携しCOVID-19陽性妊婦の経腟分娩に関する指針を作成する必要がある。

（小児医療）

小児患者数は流行後で減少したが小児医療提供体制では役割分担がなされていた。今後、小児に影響するパンデミックに対応するため、平時から行政との連携が必要であると考えられた。

（在宅医療）

在宅医療の需要が増加した可能性が示唆され、オンライン診療や電話等による診療等のニーズが高いことが示唆された。医療・介護レセプトデータ連結分析を通じて、障害者施設、介護施設における感染対策が重要であると考えられた。ヒアリング調査を通じて、医療機関・介護事業所内の感染防止策等、流行下においても実施可能な内容についての事前提示が有効と考えた。入院医療機関との連携では、ICTの活用も含めた、機能間連携の推進や診療報酬上の評価に向け、後

続の研究が必要であると考えられた。
②上記調査の結果、特に救急医療・周産期医療・小児医療に与えた影響が大きかった。本研究で明らかになったことを踏まえ、設置主体や病床規模に合わせた役割の明確化含め、感染症流行時も耐えうる医療提供体制構築に向けた検討が必要であることが分かった。よって、上記調査を補完する目的で追加調査を計画し2点実施した。1点目は、救急医療・周産期医療・小児医療について、第3波から第5波の影響について、複数の医療機関よりインタビュー調査を行い、具体的な影響の内容を明らかにした。2点目は、厚労省の「第8次医療計画等に関する検討会」で行われた医療現場・自治体等へのヒアリングを包括的にレビューし、いくつかの関連する事項を取り上げ、整理した。
以上①②の研究結果を総括し、本研究の成果とした。

【研究協力者】
岡田玲緒奈　千葉大学医学部附属病院特任助教
櫻庭 唱子　千葉大学医学部附属病院特任研究員
鈴鹿竜司　千葉大学医学部附属病院　医師
大井 康史　横浜市立大学附属病院救急科
安部 猛　横浜市立大学附属市民総合医療センター
石井美恵子　国際医療福祉大学大学院教授
内海 清乃　国際医療福祉大学大学院助教
村田 沢人　国際医療福祉大学大学院 大学院生
鈴木 孝明　三重県医療保健部 三重県地域医療研修センターセンター長
松本 正俊　広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座教授
小池 創一　自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門教授
吉田 好雄　福井大学産婦人科学教授
田中 守　慶應義塾大学医学部産婦人科教授
森岡 一朗　日本大学医学部小児科学分野教授
戸石 悟司　成田赤十字病院新生児科部長
堤誠 司　山形大学医学部産科婦人科准教授
大木 茂　聖隷浜松病院新生児科部長
大山 昇一　済生会川口総合病院主任部長
和田 和子　大阪母子医療センター新生児科 主任部長
種市 尋宙　富山大学医学部小児科講師
豊田 秀実　三重大学大学院医学系研究科小児科 准教授
松田 晋哉　産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松垣竜太郎　産業医科大学医学部公衆衛生学助教
劉　寧　産業医科大学医学部公衆衛生学助教
得津 慶　産業医科大学大学院医学研究科 医学専攻
今村 英香　産業医科大学医学部公衆衛生学 研究員
今村 知明　奈良県立医科大学公衆衛生学教授
野田 龍也　奈良県立医科大学公衆衛生学准教授

A．研究目的

各都道府県において、医療提供体制の確保を図るため、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて医療計画を策定し、地域医療体制の構築を進めている。現在、医療計画では5事業・5疾病、在宅医療等、地域の医療提供体制の確保に必要な事項が盛り込んでいるが、感染症対策については、感染症法に基づく計画で位置づけられており、国の定める現行の医療計画の基本方針には含まれていない。

一方、今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、感染症指定医療機関だけでは対応が困難であり、救急、小児、周産期医療をはじめとした一般医療でも対応することとなる等、医療計画に含まれる事業等も含め、地域の医療提供体制に大きい影響があった。

今後感染症の流行等に対し地域で適切に対応するため、今般のCOVID-19による医療計画5事業等への影響を明らかにし、感染症にも対応可能な医療提供体制を構築すること、必要に応じて感染症にも対応可能な医療計画に見直すことも求められる。

本研究は、COVID-19対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築および医療計画の見直しの検討における基礎資料とすることを目的として、本研究は医療計画5事業と在宅医療について、具体には各事業等の役割を担っている基幹医療機関等（救急医療事業では救急医療機関（救命救急センターを含む。）、災害医療事業では災害拠点病院をはじめ災害時に継続して機能する必要のある医療機関（感染症指定医療機関を含む。）、へき地医療事業ではへき地に所在する医療機関及びへき地を支援するへき地医療拠点病院、周産期医療では総合周産期母子医療センター等、小児医療では小児中核病院、小児地域医療センター、小児地域支援病院等を対象に、COVID-19の流行前後での医療機関の施設状況、患者受入状況、サービス提供状況等の変化を調査し、感染症にも柔軟に対応できる効果的な事業体制を検討する。

また各事業等の体制をより深化させるため、各事業等の特徴を踏まえたより詳細な聞き取り調査など、追加情報を得て、多角的な検討を実施する。

B．研究方法

本研究では、研究代表者を中心に、それぞれの担当分野に関して研究分担者が検討を行い、医療計画における各事業等の特徴を踏まえ、各分野の研究内容を共有しながら進める。

① ―1. アンケート調査

本研究では、全国8,427医療機関を対象に、5事業および在宅医療分野に関するアンケート調査を実施する。調査方式はWeb回答方式と紙媒体の調査票を用いた郵送方式で行い、調査結果に基づき各分野の分析結果を基に新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に関する議論を行う。

調査にあたっては倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い、調査票の返送をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て実施する。調査概要は次の通り。

（調査概要）

調査期間：令和2年12月11日～令和3年1月28日

調査対象：5事業、在宅医療に関する医療機関
・介護施設等　8,427施設（下表参照）

調査方法：WEB調査、郵送調査

分野名称	方式	対象医療機関等
救急医療	Web	救急告示病院
災害医療	Web	災害拠点病院、 感染症指定医療機関
へき地医療	Web 郵送	へき地医療拠点病院、 へき地診療所 へき地医療支援機構
周産期医療	Web	地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療センター
小児医療	Web	小児中核病院、小児地域医療センター、小児地域支援病院
在宅医療	Web	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所
急性期病院	Web	いずれにも該当しない病院

依頼状・調査票・回答マニュアル・Q&A等を対象医療機関の長宛へ郵送した。救急、災害、へき地（診療所以外）、小児、在宅の対象医療機関へはWeb調査の案内を送付し、へき地診療所へは紙媒体での調査票を送付する。

① ―2 アンケートの分析方法

各分野における調査方法は以下の通りである。

（共通分野）

本研究は5事業および在宅医療分野に共通する事項に関する調査票を作成し、以下の方法によりアンケート調査を実施する。

調査方法：Web調査、郵送調査
調査期間：令和2年12月11日～令和3年1月28日
調査対象：5事業および在宅医療分野に関する病床を有する6,324施設
集計方法：設置主体、医療機関の指定等、病床規模分類をもとにしたクロス集計（患者数・手術数が全て0（未回答）の医療機関は除外）

本研究では、設置主体は地域医療構想に関するWGにおける個別施設の2025年に向けた具体的対応方針策定時の定義などを参考に、公立・公的・民間に区分した。施設共通基本票は、6分野共通項目で構成し、各施設における開設主体、医療機関の指定、標榜診療科、病床規模等の基本情報およびCOVID-19患者（疑い含む）の受け入れ状況など、主に事務部門で回答可能な項目とする。

（救急医療）

COVID-19患者等の救急搬送困難事例が発生したことも踏まえ、COVID-19患者等を受け入れることとしている救急医療機関の救急外来での対応について調査を行い、地域での効率的な受入体制等について検討する。三次救急医療機関、二次救急医療機関（合計4,000施設）に対して、COVID-19流行前後における変化を把握するため、COVID-19流行前の施設状況等の把握とともに、COVID-19患者等及びその他の救急患者の受け入れ、救急外来の体制について、搬送方法（救急車等及びいわゆるwalk-in）により大きく分けた上で、受入人数に関する現状把握と、救急外来受診者数および救急搬送数への影響等のアンケート調査を実施し内容分析を行う。

（災害分野）

COVID-19の大規模流行下の災害医療提供体制について、災害拠点病院とその他の役割に関する課題の抽出と分析、好事例の収集と分析を行い、感染症流行時の災害医療体制を検討する。

COVID-19 による影響を明らかにするため、DMAT 活動状況、病院内の対策本部（以下、「院内対策本部」）設置状況、広域災害救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：以下 EMIS）・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（Gathering Medical Information System on COVID-19 : G-MIS）活用状況、災害拠点病院における感染症対応を主項目とした Web 調査を実施する。

（へき地医療）

へき地医療の体制や実地を専門とする研究者や行政担当者が合議してアンケート調査票を作成する。調査票は、診療やへき地医療計画の指標（代診医派遣、医師派遣、巡回診療等）の実施に関する項目を

定め、全国のへき地医療支援機構（都道府県、42機構）、へき地医療拠点病院（322施設）、へき地診療所（1031施設）のそれぞれに悉皆的に行う。また、回答をもとに各組織に電話によるヒアリング調査を適宜に追加して、実情や意見を整理する。

（周産期医療）

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターに対し、COVID-19感染妊婦、感染疑い妊婦、濃厚接触者妊婦の受け入れ体制等について以下の方法で調査、分析を行う。

1. 周産期医療分野の関係学会・団体（日本産科婦人科学会、日本周産期新生児医学会、日本新生児成育医学会、新生児医療連絡会、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会）に対して、本研究への協力と、調査内容と評価分析を担当する研究協力者の推薦を依頼。
2. 学会等から研究協力者の推薦を受け、分担研究グループを組織。
3. 周産期母子医療センターを中心とする地域の周産期医療体制の COVID-19 への対応状況が浮き彫りになる調査項目を合意の上設定する。調査への回答が医療現場の過度の負担とならないよう配慮し、周産期医療分野基本票及び周産期医療分野別調査票を作成する。
4. 調査票は、総合周産期母子医療センター10 施設、地域周産期母子医療センター298 施設に配布する。調査結果の集計は、研究分担者が担当し、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターそれぞれについて実施する。分析及び評価を研究分担者及び研究協力者が行う。分析にあたっては、調査対象の全施設に回答を求めた施設共通基本票とあわせて評価を行う。
5. 都道府県担当者より紹介頂いた医療機関にCOVID-19流行前後での分娩取り扱い施設での感染対策のヒアリングを行う。

（小児医療）

小児（15歳未満）診療病院のCOVID-19への対応状況を把握し、適切な受入体制等のあり方について検討することを目的に、小児中核病院206施設、小児地域医療センター634施設、小児地域支援病院69施設の合計909施設を調査対象施設としたアンケート調査を行う。調査内容は、新型コロナウイルス感染の有無にかかわらず、小児患者の受入の実態とそれに伴って生じた課題を、小児医療分野基本票と分野別調査票に分けて調査する。

（在宅医療）

在宅医療に関する調査を次の3つの方法で行う。

1．アンケート調査

在宅療養支援病院：1,518件、在宅療養支援診療所：982件、訪問看護ステーション：494件、居宅介護支援事業所：496件を対象にWeb回答方式と紙媒体の調査票を用いた郵送方式で行い、調査結果に基づき各分野の分析結果を基にCOVID-19による医療計画への影響に関する議論を行う。

2．医療・介護レセプトデータ連結分析

首都圏の1自治体から匿名化した医療・介護レセプトデータの提供を受け実施する。匿名化にあたっては同一人物のレセプトには同じ匿名化後の識別子が付与されるように加工し、医療・介護レセプトを連結して分析可能とした。セキュリティを確保するため、専用のサーバに格納し管理を行う。

3．在宅医療ヒアリング調査

東京都、神奈川県、愛媛県、福岡県に所在する在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションにオンラインで半構造化インタビューを行う。また、特定警戒都道府県以外の状況も把握するため、愛媛県に所在する訪問看護ステーションにも同様の半構造化インタビューを実施する。

これらの分析方法を通じて分野について得られた知見を集約し、COVID-19が地域医療に与えた影響や医療機関の対応を踏まえた医療提供体制に関する検討を行う。これらの検証結果を総合して従前の医療提供体制についての課題を明らかにした上で、感染症にも対応した医療提供体制に必要な事項を政策提言としてとりまとめる。

②　（１）医療現場からの第 3 波以降のインタビュー調査方法

協力の得られた医療機関を対象に、以下の方法により聞き取り調査を実施する。

調査方法：インタビュー調査（対面もしくはオンライン）

調査期間：

2021（令和3）年4月～2021（令和3）年12月

調査対象：研究に賛同して頂いた救急医療・周産期医療・小児医療に関する病床を有する施設31施設。

集計方法：

質問項目：第3波以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の受入れ状況や、COVID-19に関連する影響や課題点と今後必要となる取組み等。

なお、調査にあたっては倫理的配慮のため、研究の目的について口頭および文書にて説明を行い、調査協力への同意確認を行った。なお、本調査は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：2020（令和 2）年 11 月 19 日、承認番号：3926）を得て行った。

②　（２）「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー調査方法

厚生労働省「第８次医療計画等に関する検討会」では 2021 年 10 月から 11 月にかけて、新型コロナウイルス感染症対応における取組状況や今後の新興

感染症等対応に向けた課題について医療現場・自治体等の関係者へのヒアリングが実施された。
当研究班の各研究分担者は各自の専門領域（5 事業と在宅医療）について、「第８次医療計画等に関する検討会」で触れられた事柄について検討し、「2020 年度 5 事業＋在宅調査」の調査結果を踏まえ、引き続き実施したインタビュー調査などの結果につき、関連する事項について考察を実施する。

Ｃ．研究結果

① アンケート調査の結果

5事業および在宅医療分野に関する8,427医療機関への調査の結果、「施設共通基本票」については、病床を有する6,324施設へ発送し、2,276施設から回答があった（回収率36.0%）。その他、詳細な回収結果を以下の表に記す（表2）。

表2　本調査の回収結果

調査票種別	回答数/送付数
基本票_施設共通	2,276/6,324（**36.0**%）
基本票_救急	1,320/3,766（**35.1**%）
基本票_周産期	165/410（**40.2**%）
基本票_小児	335/899（**37.3**%）
基本票_在宅	887/2,497（**35.5**%）
基本票_へき地医療拠点病院	120/321（**37.4**%）
分野別調査票_救急医療	868/3,766（**23.0**%）
分野別調査票_災害医療	350/919（**38.1**%）
分野別調査票_へき地医療支援機構	37/45（**82.2**%）
分野別調査票_へき地診療所（郵送）	607/1,031（**58.9**%）
分野別調査票_周産期医療	149/410（**36.3**%）
分野別調査票_小児医療	275/899（**30.6**%）
分野別調査票_在宅療養支援病院･診療所	554/2,497（**22.2**%）
分野別調査票_訪問看護ステーション	222/493（**45.0**%）
分野別調査票_居宅介護支援事業所	175/493（**35.5**%）

これらの回収結果を踏まえ、各分野における結果の概要は次の通りであった。

（共通分野）

公的公立施設や大規模医療機関は、調査期間通じてCOVID-19（疑いを含む）患者の受け入れ数が多い傾向が見られた。設置主体別のCOVID-19（疑いを含む）患者の受け入れ状況の内訳としては、調査期間を通じて公立大学法人、国立大学法人、日赤が多く受け入れていた。設置主体･病床規模別COVID-19（疑い含む）入院患者延べ数は、400床以上の大規模医療機関において入院患者延べ数が多く、特に400床以上の施設においては、公的施設に次いで民間施設、公立施設の順にCOVID-19（疑い含む）入院患者延べ数が多い傾向が見られた。また、PPE備蓄と受入れ体制の間に関連は見られなかったが、自施設に感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師がいる医療機関はより多くのCOVID-19患者を受け入れている傾向があった。8月から10月における患者受け入れ数の増加は、公立大学法人、国立大学法人、日赤および感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師が在職するような施設は、平時より職員研修、感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師育成などに力を入れることができる人材・財源投資が可能な施設である可能性が示唆された。

感染対策本部の設置状況は全国平均43%であり、感染拡大地域の有無にかかわらず対策本部を設置した病院は半数以下であった。また、各施設で設置された対策本部の人員構成は、病床規模が100床以下の施設では、病院長等の幹部職員や事務職員が半数以上を占めていた。さらに、COVID-19患者を受け入れられなかった理由として、医師の不足や感染対策の不備、他の医療機能を担っていたなどが上げられ、特に民間施設において受け入れられなかった状況が明らかになった。本調査に回答した施設の病床規模は、約50%が100床未満、約23%が100床以上～200床未満であり人材･物資などCOVID-19患者受入れのために投資できる資源に限界があった可能性があると考えることができる。またCOVID-19患者受け入れのために稼働させた休床病床については、公立施設が最も多く、回答施設のうち休床病床稼働の割合はどの設置主体も10%前後であった。休床病床の稼働においては、施設内の資源の効率的な有効活用が必要となり平時からの準備が必要となる。

公立公的施設は、民間施設に比べBCP策定割合が高く、病床規模が大きいほどBCPの策定割合は高い傾向が見られた。いっぽうで、自然災害BCPおよび災害BCPともに策定していない医療機関も多かった。新型インフルエンザ等対策特別措置法にて、指定公共機関と登録事業者にBCP策定が義務づけられてい

るが、その存在を知らないもしくは確認できていない可能性が考えられる。さらに、BCPの今般のCOVID-19における有効性については、「有効でなかった」と回答した施設が70-80%前後あった。施設内BCPの存在とともに、有事の際の有効的な使い方についても今後検討していく必要があると考える。

現在、医療計画の見直し等に関する検討会において、「新興感染症等の感染拡大時における医療」について、医療計画の記載事項に位置づけることが取りまとめられた。今後、記載項目の具体化に向けた検討が進められることとされている。

（救急医療）

今回のアンケート調査への有効回答数は1113施設（27.8%）であった。うち救命救急センターは95施設、救命救急センター以外の救急医療機関は1018施設であった。また、詳細な回答が得られた696施設において、COVID-19患者を受け入れた医療機関は583施設、COVID-19患者を受け入れなかった医療機関は113施設であった。

その結果、救急外来受診者数、救急搬送患者数ともに減少したことがわかった。特に、4月から6月に大幅に対前年度比の減少を認めた。第1回目の緊急事態宣言が救急外来受診者数の減少につながったことが示唆された。

医療機関における環境変化については、回答が得られた医療機関（n=868）のうち99%の医療機関でなにかしらの感染対策を行ったことが示されたことから、有事に対応する体制も整備されたことが期待される。また、個人防護具やガウンの装備は7月以降供給が整ってきたことが推測された。

救急医療機関が救急対応を遂行しながら、COVID-19の感染対策や検査体制を整えることで、COVID-19患者が増加したときに対応することができていた。しかし救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していることから患者自身による受診控えも懸念される。今後のさらなる患者の増加に対しては後方支援病院への転院などの整備の検討が必要であることが示唆された。

（災害分野）

919病院を対象として調査票の回答依頼を実施し、350病院から回答が得られ回収率は38.1%、有効回答数は349病院で有効回答率は37.9%であった。うち、災害拠点病院の指定のみを受けていた病院が158病院、災害拠点病院と感染症指定医療機関の両方の指定を受けている病院が135病院、特定・1種または2種感染症指定医療機関のみ指定を受けていた病院が56病院であった。

調査の結果を踏まえ、COVID-19の拡大など新興再興感染症の拡大による多数の患者発生に、行政機関の調整，患者の搬送調整，物資調達及び分配、院内本部運営など災害時医療対応と同様にロジスティクス業務は欠かせない。今後も災害拠点病院・DMATが大きな役割を果たすことが求められる。自然災害対応で蓄積してきた知見と感染症特有の知見との有機的統合の必要性は高く、EMISやG-MISなどの情報共有基盤を含め、施設・機材の拡充や体制整備の在り方に関する検討が必要であることが明らかとなった。

（へき地医療）

COVID-19の発生下では、へき地医療計画の指標の実施には総じて顕著な変化は見られていなかった。へき地医療現場での流行自体が（一部の地域を除いて）限定的であった。ただし、サブ解析で、同感染症（疑いを含む）の外来患者を実際に診療した診療所群においては、非常勤応援医師の地域研修の減少を伴う施設の割合が高かった。今回の調査では診療への影響のあった期間や人数等を定量的には把握していないものの、感染症が一定の流行を来した際に代診医派遣や巡回診療のような指標への影響が生じ得ることが想定される。

オンライン診療が新たに導入される傾向があった。同診療においては電話再診での方式が多く、感染対策や受診中断対策の配慮からの導入が主と思われた。また、拠点病院や診療所は周辺の学校、介護施設、職域等からの感染症に係る相談を受ける機会があることも判明した。

BCPの策定やPPEの備蓄は、その割合からみると必ずしも広く浸透しているとは言えない様子であった。また、病院においては、COVID-19患者の受け入れとBCPの策定が正の関連を示した。この関連性が感染症に対するBCPの有効性を直ちに意味するとは言えないとしても、病院のみならず診療所においても、効果的な策定となるように、内容を含めてさらに検証する必要がある。

機構、拠点病院、診療所の三者間での支援要請は、実際の感染症流行が限定的なこともあってか、それほど多くなかった。

（周産期医療）

今回の調査によって、次の結論が得られた。

1. 今回の調査の時点では、周産期母子医療センターにおける受入体制に重大な問題は生じていないが、現場からは感染者が増加したときの受入能力の不足を懸念する声が見られた。
2. COVID-19感染妊婦の分娩方法は、院内感染への懸念と緊急帝王切開への対応の難しさから、安全性確保の観点から、帝王切開が多く選択されていた。
3. 面会、立会分娩の制限、中止等、新型コロナウイルス感染症関連以外の一般の妊産婦にも影響が出ていることが示された。
4. 感染が拡大した令和2年11月以降の状況について追加調査を行うことができれば、より詳細な情報が得られる可能性がある。
5. 感染リスクのある妊産婦・新生児及び感染が確

認されている妊産婦・新生児は、ハイリスク妊産婦・新生児として周産期母子医療センターでの管理が望ましいと考えられるが、周産期母子医療センターでは、非感染のハイリスク妊産婦・新生児への対応を同時に行う必要がある。このため、今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期母子医療センターの中で、感染症に適切に対応できる体制を確保する必要がある。

6. そのような施設で知見を集積し、医療スタッフの教育訓練を推進することを通じて、分娩方法の選択肢が広がることが求められる。

（小児医療）

小児医療分野基本票には335施設（36.9%）、小児医療分野別調査票には275施設（30.3%）から回答が得られた。小児入院病床数の平均は25.4床（中央値17床；0 - 300床）で、335施設中126施設は小児病床を持たなかった。また、小児入院管理料別の回答状況を整理した。

小児のCOVID-19患者の診療を行うと回答した185施設のうち、半数以上の施設で、疑い患者を含めて小児の新型コロナウイルス感染患者を診療した実績は無く、重症例を診療した実績はほとんど認められなかった。また、新型コロナウイルス流行前は、発熱や呼吸症状のある小児患者を大部屋で受け入れていたが、流行後は個室で受け入れる傾向がみられた。

COVID-19流行前後における診療実績の変化について、小児内科入院患者数は5月に前年比30%以上減少したが、小児内科以外（耳鼻科・眼科・小児外科等）の小児入院患者数の減少は20%程度であった。小児内科急性・慢性外来患者数はともに減少したが、減少率は急性患者において顕著であり、診療時間外の外来患者数は最大65%減少した。

小児内科入院患者数、小児科急性外来患者数、それに診療時間外の小児科患者数の変化を小児入院医療管理料別でみると、比較的規模の小さい施設で顕著であった。診療時間外の小児科患者数は、規模の大きな病院でも60%以上減少していた。

急性外来および時間外の小児内科患者と、小児内科の入院患者が減少した理由は、新型コロナウイルス感染予防策により、新型コロナウイルス以外の感染症の流行を防ぐことができたことが挙げられる。また、慢性外来受診者の減少は、電話再診や長期処方の普及によると考えられる。診療時間外の患者数の減少が顕著であった理由は、感染対策が奏功したことに伴う二次的な併発症の減少、COVID-19を危惧しての受診控えが影響したものと考えられる。

小児入院医療管理料3・4・5を算定する施設の85%で、COVID-19小児患者の受け入れを可能としており、急性疾患を診療する施設としての機能を果たそうと努力していたと考えられる一方、実際の小児患者の入院受け入れは、小児入院医療管理料1・2を算定する施設に集中している。小児でCOVID-19のパンデミックが発生、あるいは小児が流行の中心となり重症化するようなパンデミックが発生した場合、いまの小児医療提供体制が機能するか否かは不明であり検討が必要である。感染予防策により小児の感染性疾患が減少したことは喜ばしいことである。一方、感染予防策により、健全な小児の発育・発達に欠かすことのできない、教育、遊び、家族以外の人々や子どもどうしの触れ合いが犠牲になったことも事実である。COVID-19が収束し、今までの生活が再開された後に、再度、例年並みに小児の感染性疾患が増加することは否定できないため、小児医療提供体制の現状維持は必要である。

（在宅医療）

1. アンケート調査

在宅療養支援病院 400 施設、在宅療養支援診療所 302 施設、訪問看護ステーション 222 施設、居宅介護支援事業所 175 施設から回答を得た。

全体として、在宅医療の需要が COVID-19 の流行によって増加した可能性が示唆された。訪問看護ステーションについては、訪問看護に従事する職員を多く抱える大規模な事業所であることが、COVID-19 拡大下においても利用者のニーズに応えることができる柔軟性と対応力を有すること示唆された。オンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は少ない（1.6%）一方、COVID-19 拡大下におけるオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は COVID-19 拡大以前と比較して増加していることから、遠隔での診療のニーズが増加していること、遠隔での診療に対応できる患者が多く存在することが示唆された。

2. 医療・介護レセプトデータ連結分析

入院患者の主な傷病の有病率及び介護保険の利用状況、年齢をみると、高齢者、要介護度の高い者、障害者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがあきらかとなった。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測された。

3. 在宅医療ヒアリング調査

医療機関・事業所内連携の観点では、十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。同種サービス間連携の観点では、地域全体で COVID-19 流行下において、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応や他の在宅医療・介護サービス提供者との連携、入院医療機関との連携に関する後続の研究が必要であると考えた。

② （1）**医療現場からの第 3 波以降のインタビュー調査**

協力医療機関数：31施設
内訳（重複あり）
救急医療に関する医療機関数：10施設
周産期医療に関する医療機関数：14施設
小児医療に関する医療機関数：11施設

【救急医療に関する意見】
＜インタビュー調査の結果＞

- 図1の状況に対して、以下の2点が指摘された。①2020年3月、4月から救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していることから患者自身による受診控えも懸念される状態との意見があった。②一方で以前は明らかに軽症にも関わらず時間外受診をする患者も多く、現状のように患者数が減った状態について、緊急性の高くない患者の受診が適切化されたのではないかという意見もあった。
- 軽症や疑い症例が適切にトリアージされ、必要な医療資源を分配出来ればCOVID-19対応は十分可能であったと考える。しかし現状は軽症や疑い症例で病床が埋まり、重症患者を素早く収容することが困難な事例もあった。今後も同様な感染症等が発生した際の感染症対策（医療機関の機能分化など）を立て直す必要があるのではないかと考える。
- COVID-19 「疑い患者」に関して、現場では「陽性患者」同様の対応が必要かつ時間もコストが掛かるため、COVID-19対応事例を集計する際に「疑い患者」の数も含めると、より現場の状況を反映することが出来るとの意見もあった。
- 2020年度は手探りの中での新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応であり困難を極めたが患者数が少なかったため、なんとか対応出来ていた。しかし患者数が大幅に増加した2021年度の夏（第5波）は患者受け入れが最も切迫しており、体感的に感染初期の2020年度より2021年度の方が身に堪えたという意見があった。
- 小児、妊婦、精神疾患などの患者の受け入れが出来る施設はかなり限られているため、搬送困難症例が多数あり歯がゆい思いをしたとの意見があった。
- コロナ療養中に糖尿病の悪化や狭心症など発症し治療が必要な患者が増加し、対応に困難を極めたとの意見があった。
- 発熱があるだけで救急患者の受け入れを行わない病院が2021年の終わりの段階でも存在していた。多くの病院がCOVID-19の診療に携わる必要があるにもかかわらず、特定の3次救急病院に負担が偏っていたとの意見があった。
- 都道府県が設置した臨時の医療機関が思うような機能がせず、既存の病院の負担が軽減することがなかったとの意見があった。

【周産期医療に関する意見】
＜インタビュー調査の結果＞

- 現場でも出生数が減少したことは、体感としても感じた。しかし、重症度の高い在胎週数30週未満の新生児は減っていないように感じたとの意見があった。
- 当院は通常から在胎30週以降の妊婦を受け入れており、COVID-19の妊婦の受け入れも在胎30週以降で行った。受け入れにあたり、産科と呼吸器科の連携をしっかり行ったとの意見があった。
- 2020年4月当初ではワクチン接種に慎重な妊婦の意見が多かったが、その後正しい情報を手に入れて、ワクチン接種が進んだ。結果としてCOVID-19が重症化する妊婦はあまり見られなかった。この点は安心できたと考えられる、との意見があった。
- 2021年8月に千葉県で自宅療養していた妊婦が自宅で出産し、新生児が死亡した事例が発生した。その後千葉県内の産科施設が密な連携をとり再発予防を実施し、地域の一体的な連携体制が強化されたと思う、との意見があった。

【小児医療に関する意見】
＜インタビュー調査の結果＞

- 都道府県に小児病院を中心にCOVID-19受け入れ体制を整えたが、重症化するケースは少なく、切迫した状態にはならなかった、との意見があった。
- 一般小児外来はもともと発熱する患者が多い中、発熱者への対応に手間がかかり負荷となった。COVID-19でなかったとしても結果が出るまではCOVID-19陽性患者として感染対策をしっかり行わないといけないため、平時より多くの医療資源が必要となった、との意見があった。
- 自宅療養中の小児から同居家族への感染や濃厚接触が続発し、一家で社会生活が送れなくなる

など課題が生じ、医療スタッフも出勤できず、医療提供体制にも大きく影響した、との意見があった。

- 保育園や幼稚園などでのクラスターが生じた際に、閉園となるケースが多々あり、やや過剰すぎる対応かと思えた。科学的根拠を持った運営や行政指導が出来ていたか検討を行っていく必要がある、との意見があった。
- COVID-19対応のために県の医療調整本部がWebで週1回、重点医療機関会議を開催するようになり、以前より緊密な連携が取れるようになった、との意見があった。
- 都道府県との会議の情報が、自院でのCOVID-19対応に大変役に立つ情報であった。そのため感染が終息しても、このような県全体で情報交換が行われることが県の小児医療を効率的に継続していくことに必要でと考える、との意見があった。
- COVID-19 の影響により病院見学を中止する病院が多く、学生・研修医が自由に見学を行えていないため今後の人材採用に影響が出る可能性がある、との意見があった。

②（2）**「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー**

第８次医療計画等に関する検討会では都道府県、設置団体、医師会、病院に対してCOVID-19についてヒアリングを実施している。その中で様々な事が現場から指摘されているため一部抜粋し紹介する。

- 役割分担の推進、医療資源の集約化

特定機能病院・大学病院が重症患者、公立・公的病院や専門病院等の地域の中核病院が中等症患者、その他の医療機関が軽症患者を引き受けるという機能分化を行うことが重要である。また各病院が安心して患者を受け入れるために容態が悪化した場合は速やかに高次機能病院に転院出来る手筈を整える必要がある。また容態が回復した場合は重症病床を空けるためにも中等症・軽症病床を持つ病院に転院出来る仕組みを構築しなければいけない。実際には多くの患者が自院入院後自宅退院まで転院することなく入院している。

- 有事における病床、専門病院・検査センターの設置検討、人員体制（応援体制）の設定

一般病床を削減し院内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床を増床すべきなのか、臨時医療施設を設置しそこに医師や看護師等の人材チームを派遣する方が良いのか等を含めて計画を立てる必要がある。

- 感染症対策、専門人材への報酬評価
- 感染症、公衆衛生、疫学専門人材の育成
- 看護系大学を中心とした保健師養成の強化

今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）では感染症専門医や感染管理認定看護師などの感染症の専門家がCOVID-19感染対策で重要な役割を担った。しかしこれらの認定を持っている医療者は少なく、今後の感染症対策を設定していく上で欠かせない人材である。そのため人材育成を積極的に行って行く必要がある。

- 実効性のある司令塔機能
- 同一基準・ルールに基づく状況把握と分析
- 保健所の機能強化

今までの感染症に対する対策は感染症法や新型インフルエンザ等対策特別措置法で規定されていたが、今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の様な大規模感染症には対応不足であったため、今後はしっかりとした対策を検討する必要がある。

- 大学・研究機関等との研究ネットワーク構築
- デジタル化の強化 自治体-保健所-医療機関
- システムの一元化（GMIS、HER-SYS）
- 情報公開（情報のフィードバック）

今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）では運用システムがアナログだったため、関係する職員の多忙の一因となった。今後はデジタル化を進めて行かなければならない。

D．考察

①アンケート調査

（救急医療）

令和 2 年 7 月以降は、救命救急センター以外の医療機関と COVID-19 患者非受入れ医療機関、救命救急センターと COVID-19 患者受入医療医機関それぞれの役割分担ができていたことが推測された。

救急患者の減少とともに、患者自身による受診控えも懸念される。仮に受診控えがあったと仮定した場合、受診控えを行っていた患者群が軽症であるのか、それとも重症患者が含まれているかを知る必要がある。

感染を疑う患者の対応については、全国の新規陽性患者数と同じ推移であった。7 月以降は検査体制全国の各医療機関の検査体制が構築されたことが示唆された。

COVID-19 陽性患者が増加した月は自宅療養及び宿泊療養の割合が増加しており、医療機関の負担を軽減させる取組が行われていたことがわかる。一方、転院の割合は一貫して 10-20%程度であり、COVID-

19 陽性患者の後方支援病院への転院を増やすことができれば、救急医療機関における COVID-19 陽性患者用病床の確保を促すことが可能になり、COVID-19 における救急医療体制の改善に寄与する可能性があるものと考えられる。平時においても医療機関間の役割分担を促し、救急医療機関から他の医療機関等への転院を支援することが、いわゆる「出口問題」の解消に繋がる可能性があるものと考える。

また、回答が得られた医療機関（n=868）の 99%の医療機関でなにかしらの感染対策を行ったことが示された。今回の感染症により、各医療機関の有事に対応する体制も整備されたことが期待される。救急外来体制における看護師の配置換え等、フレキシブルな対応が有事の体制整備にも繋がると期待される。

個人防護具に関しては N95 マスク以外の装備はコロナ受入れ病院でも非受入れ病院でもほとんどが装備していたことが分かった。

（災害医療）

COVID-19 の感染拡大に対して災害医療として全国の災害拠点病院，災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）が対応したことが明らかとなった。有効回答数 349 病院のうち、253 病院で院内対策本部を設置し、そのうち 153 病院で DMAT 隊員が人員として含まれていた。特に診療体制の変更、院内の感染対策実施・管理、入院調整、医療物資の管理や調達、院外の搬送調整などロジスティクス内容を中心に DMAT 隊員が役割を果たした。多くの医療機関で従来からの災害対策本部とコロナ対応本部の構成員や業務の共通性を指摘する一方で感染症特異性の内容に関する差異の指摘も高率であった。情報共有基盤である EMIS と G-MIS の用途の整理に関する要望があった。今後の新興感染症による公衆衛生上の緊急事態における災害拠点病院の強化の必要性を多くの病院が指摘した。新興再興感染症の拡大による多数の患者発生に、災害時医療対応と同様にロジスティクス業務は欠かせず災害拠点病院･DMAT が大きな役割を果たすことが求められる。情報共有基盤を含め自然災害対応で蓄積してきた知見と感染症特有の知見とを有機的に統合した体制整備や設備機材拡充に関する検討が必要である。

（へき地医療）

今般の COVID-19 の発生下では、へき地医療計画の指標の実施には極端な変化は見られなかった。へき地医療現場での流行自体がやや限定的であり、感染対策をもって慎重に実施されたと思われる。オンライン診療の新規導入は少数に認められたが、これは感染対策や受診中断対策を考慮してのことと思われた。BCP の策定と PPE の備蓄の割合は拠点病院で多く、診療所では少なかったが、感染症診療の実施と、BCP の策定（病院）や PPE の備蓄（診療所）とは正の関連性が見られ、感染症に対応する BCP の有効性や PPE の管理についてはさらに検証すべきと思われた。現場の実情や意見を踏まえると、機構、拠点病院、診療所の一体的な活動には、情報通信技術の活用の推進、そして拠点病院、診療所と近隣の諸機関との提携に関する予めの協議が方策になり得る。

（周産期医療）

妊産婦、新生児とも周産期母子医療センターでの受入体制は回答の範囲では概ね整備されており、令和 2 年 10 月までの時点では、受け入れに重大な問題は生じていなかったが、現場からは感染者が増加したときの受入能力の不足を懸念する声が見られた。COVID-19 感染妊婦の分娩方法は、院内感染の懸念と緊急手術対応が難しいことから、安全性確保の観点から、帝王切開が多く選択されていた。

また、面会、立会分娩の制限、中止等、新型コロナウイルス感染症関連妊産婦以外の一般の妊産婦のケアにも影響が出ていることが示された。

感染リスクのある妊産婦・新生児及び感染が確認されている妊産婦・新生児は、ハイリスク妊産婦・新生児として周産期センターでの管理が望ましいと考えられるが、周産期センターでは、非感染のハイリスク妊産婦・新生児への対応を同時に行う必要がある。このため、今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期母子医療センターの中で、感染症に適切に対応できる体制を確保する必要がある。そのような施設で知見を集積し、医療スタッフの教育訓練を推進することを通じて、分娩方法の選択肢が広がることが求められる。

医療計画に関しては、

- 厚生労働省の医療計画の整備指針「周産期医療」の記載に、①都道府県の周産期医療体制整備計画における「新興感染症対策の検討」、②周産期母子医療センターにおける「新興感染症対策の立案とその際の感染症の専門家との連携」を追加する必要があると考えられた。
- 都道府県は自然災害の BCP に加え、感染症の流行拡大時の地域周産期医療の BCP を策定し、その計画においては、地域ごとの感染妊産婦が十分に受入可能な体制の構築の工程表が示されること（流行の初期に即時対応可能な施設の整備、流行拡大期に感染妊産婦・新生児を受け入れる施設を整備する具体的な計画、感染蔓延期に周産期医療機関が感染妊産婦・新生児に対応可能な体制に移行するための計画を含む）が必要と考えられる。地域内における施設間連携、地域間連携についても検討することが必要である。
- 周産期母子医療センターは自然災害及び感染症の流行を想定した BCP を策定し、新興感染症の流行拡大時にも通常の診療を継続するために必要な設備、機器、人員等について検討することが求められる。また、職員に対し、感染症対応のための研修、訓練を実施することが必要である。
- 周産期領域の専門学会は、最新の研究成果に基づいた COVID-19 陽性妊婦の分娩を安全に実施する

ための指針を作成し、診療現場に提供する必要がある。

（小児医療）

小児内科入院患者数、小児科急性外来患者数、診療時間外の小児科患者数は、COVID-19 流行前に比較し流行後で減少しており、減少率は小規模な病院において顕著であった。新型コロナウイルス感染予防策は、新型コロナウイルス以外の感染症予防にも有効であったと考えられる。また、新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れに関し、地域において小児医療提供体制全般で役割分担がなされていることが明らかになった。

今後、新型コロナウイルス以外の新興・再興感染症対策として、大部屋ではなく個室運用ができる病室の整備が望まれる。なお、今後も発生すると予想されるパンデミックに備えるとの観点から、全国の小児が入院できる医療施設にその規模に合わせて多目的に利用可能な個室を整備していくことが必要と考えられる。

COVID-19 小児患者を受け入れていない施設は、「感染症以外の疾患を受け入れる役割の病院」であると考えられ、地域において小児医療提供体制全般で役割分担がなされていると考えられた。

行政により COVID-19 患者の受け入れの調整がされた一方、施設独自で受け入れ可否を決定した施設も多く、行政との会議により小児医療提供体制への変化は無かったと回答する施設が多かった。COVID-19 小児重症患者の受け入れ施設の調整は、行政の調整を待たずに都道府県を越えて、小児科医間で実施した可能性がある。また、今回の COVID-19 は、小児での重症はまれであり、会議に招集されなかった可能性もある。今後、小児に影響の大きなパンデミックや災害等の非常事態に対応するためには、平時から行政との連携（地域における病床の運用、人的配置）強化が必要である。

（在宅医療）

1. アンケート調査

在宅医療の需要が COVID-19 の流行によって増加した可能性が示唆された。訪問看護ステーションについては、訪問看護に従事する職員を多く抱える大規模な事業所であることが、COVID-19 拡大下においても利用者のニーズに応えることができる柔軟性と対応力を有すること示唆された。オンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は少なかったが、COVID-19 拡大下におけるオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は COVID-19 拡大以前と比較して増加していることから、遠隔での診療のニーズが増加していること、遠隔での診療に対応できる患者が多く存在することが示唆された。今後の在宅医療分野における遠隔での診療の普及にむけて更なる課題の整理が必要と考えた。

医療・介護レセプトデータ連結分析を通じて、障害者施設、介護施設での感染対策が重要であると考えられた。また、60 歳未満の世代については、精神障害、糖尿病、腎不全、虚血性心疾患、悪性腫瘍など、これまでの臨床研究において明らかになっているハイリスク者が入院に至っていることを考えれば、こうした患者についても積極的な予防対策が取られる必要があると考えられた。COVID-19 流行時の医療機関の状況の評価にレセプト分析が有用な可能性がある。

2. ヒアリング調査

医療機関・事業所内連携の観点から十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。BCP の策定等、地域全体で COVID-19 流行下においても、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応について、協議が始まったケースも複数あったが、本来であれば地域全体で事前に考えておくことが望ましい。入院医療機関との連携では、ICT を用いた機能間連携を推進する施策や診療報酬上の評価や、サービス担当者会議同様、退院時カンファレンスの実施が入院医療機関側へ与える良い影響に関する後続の研究が必要と考えた。

②インタビュー調査および「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー調査

本研究ではCOVID-19 の第3波、第4波、第5波の救急医療・周産期医療・小児医療の3事業に与えた影響についてインタビュー調査および厚労省の検討会で行われた医療現場のヒアリングから課題を抽出、整理した。

【救急医療の課題整理】

①トリアージが適切にされずに、軽症や疑い症例で病床が埋まり、重症患者を適切に収容出来ない事例があった。

②発熱患者の受け入れをしない病院があるのは地域の医療体制に大きく影響を与える事例があった。

③都道府県が設置した臨時の医療施設が十分には役立たなかった事例があった。

④上記につき、対応が適切であったかも含め、今後に向けて引き続き検討の場が必要である。

【周産期医療の課題整理】

①COVID-19の妊婦は感染対策を行いながらの出産になるため、産科医や新生児科医、麻酔科医、助産師、看護師など多職種の連携が必要との意見が複数あった。

②千葉県では自宅療養中の妊婦が自宅出産を行い、新生児が死亡する事例があり、その後の関係機関のより密な連携につながった側面もあった。

【小児医療の課題整理】
①第5波までは小児のCOVID-19の患者は多くはなく、適切に対応出来ていた。しかし小児の患者が増えた場合どこまで対応できるか不透明との意見があった。
②家庭内感染が増加し、一家で社会生活が送れなくなるなど生じた事例もあった。
③保育園や幼稚園などでのクラスターが生じた際に、閉園となるケースが多々あった。
④上記につき、対応が適切であったかも含め、今後に向けて引き続き検討の場が必要である。

COVID-19患者に対応するためには多くの医療資源を必要とする。患者が増加した際にも、適切な患者に適切な医療資源を投入出来る様な診療やトリアージを行う体制作りが必要である。上記について、第8次医療計画から新たに盛り込まれる新興感染症等への対応を含めて、救急・周産期・小児領域について引き続き検討が必要である。

各医療機関は第1波や第2波で培った経験を活かしトリアージ等を行いCOVID-19に対応していたことが分かった。

第5波は患者数が増加し、どの医療機関も対応に苦慮していたことが改めて認識された。今後のさらなる感染拡大や新たな感染症に対する課題も現場から多くの指摘があった。現場の声を取り入れて感染症対策の医療体制の構築を行政は進めていかなければならない。

上記のように、研究計画の見直しと実施項目の追加していたところ、本研究期間である2020年12月15日の厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」等で新興感染症の拡大時の医療を医療計画の事業として明確に位置づけることが定められた。これにより新興感染症等を医療計画の事業に位置づけるに当たっては医療法の改正が必要となり、そのことからその議論のためのデータ整備が早急に必要となった。当研究班の担当した、5事業と在宅医療に関する枠組みではなく、新興感染症等の枠組みで政策が検討されることとなった。そのため、1）感染症流行時に病床以外のスペースを活用して感染症患者を受け入れるために必要な体制整備等の具体的な課題、2）新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症等に関する評価指標の作成、3）都道府県が感染症法に基づき感染症の予防の総合的な推進を図るための基本指針および予防計画の分析について追加的な検討が生じた。上記の経緯を踏まえ、以後は医療計画にかかる新興感染症等に関する学術的な研究は、厚生労働科学研究費補助金「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究（研究代表者：今村知明）」で実施している「新興感染症等の感染拡大時における医療のあり方検討（感染症企画班：研究分担者　吉村健佑）」へ承継することとした。

インタビュー調査および「第８次医療計画等に関する検討会」のレビューに関する各研究者の役割として、吉村は研究全体の統括、およびインタビュー調査、「第８次医療計画等に関する検討会」のレビューを実施した。佐藤は研究全体の連絡調整、および「第８次医療計画等に関する検討会」のレビューを実施した。竹内、藤見、阿南は主に救急医療の影響につき、インタビュー調査とレビューに基づいて考察した。海野は主に周産期医療の影響につき、インタビュー調査とレビューに基づいて考察した。平山は主に小児医療の影響につき、インタビュー調査とレビューに基づいて考察した。小谷、村松は各分野のインタビュー調査とレビュー全体に対し、2020年度に実施した調査の結果を踏まえて考察した。

Ｅ．結論

本研究では、①全国 8,427 の医療機関を対象にアンケート調査を行い、各分野の分析結果を基に COVID-19 による医療計画への影響を調査した。医療計画 5 事業と在宅医療について COVID-19 の流行前後での医療機関の施設状況、患者受入状況、サービス提供状況等の変化を可視化し、背景を分析した。

さらに②救急医療・周産期医療・小児医療で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応に携わる医師や病院にインタビュー調査を行い医療現場・自治体等の関係者が指摘する問題点について、厚生労働省の検討会の内容を踏まえて分析を行った。

本研究により、COVID-19 による医療計画 5 事業等への影響を明らかにし、新興感染症等の感染拡大時にも対応可能な医療提供体制に向けた医療計画の見直しの検討における基礎資料とすることができたと考える。本研究で明らかになったことを踏まえ、第 8 次医療計画において「新興感染症対応」の医療計画に向けた更なる議論が求められる。

Ｆ．健康危険情報

特になし。

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

○ Hideaki Anan, Hisayoshi Kondo, Ichiro Takeuchi, Tomoki Nakamori, Yu Ikeda, Osamu Akasaka, Yuichi Koido. Medical Transport for 769 COVID-19 Patients on a Cruise Ship by Japan Disaster Medical Assistance Team. Disaster *Medicine and Public Health Preparedness*. press: 05 June 2020. pp1-4.

○＊阿南英明．災害医療と法律　―医療法（医療計画），災害対策基本法,災害救助法，規則，各種防災

関連計画等について．日本医師会雑誌 特別号（1）災害医療 2020. 2020.6;149(Suppl.1):46-51.
○改訂第 2 版 MCLS-CBRNE テキスト―CBRNE 現場初期対応の考え方―，大友康裕編，阿南英明編集幹事・著，ぱーそん書房， 2020，東京.
○阿南英明. 8 災害に関連した特殊な医療・看護実践 II CBRNE への対応第 3 版, 新体系看護学全集 看護の統合と実践② 災害看護学 メディカルフレンド社：202-205，2020.
○リアルで多様な症例で診断・治療・ケアを制覇！疾患イメージをつかむ救急ケース 68．阿南英明 編集 Emer Log 2020.5.22.（夏季増刊）大坂 メディカ出版 2020, 328p.
○阿南英明． 特集トリアージ その 1 横浜港にやってきた大型クルーズ船と新型コロナウイルスーそれは「災害」対応だった.子どもと健康 No.111 , 2020.7.28:6-15. 東京 ㈱労働教育センター.
○阿南英明． 特集トリアージ その 2 災害時、養護教諭にしてほしい「トリアージ」多くの児童・生徒を救うために求められる技能です. 子どもと健康 No.111, 労働教育センター， 2020.7.28:17-66. 東京.
○新・化学テロ現場 病院前活動の考え方と実際. 阿南英明編著, ぱーそん書房, 2020.8.1, 東京.
○阿南英明． 事例 1 神奈川モデル 医療崩壊を回避する県レベルの医療提供体制の構築 患者の流れを停滞させない医療提供体制を構築 クラスター対応では中長期的な支援活動を展開.れんけい最前線.2020. 11;（2020 秋）:4-7.
○阿南英明. ウィズコロナ・ポストコロナの災害医療・マスギャザリング医療. 2021.2; 45 (2):197-201.
○阿南英明． 話題 大型クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の教訓を活かした COVID-19 戦略「神奈川モデル」の構築. 循環器内科.2021.2;89（2）:178-183.
○海野信也 COVID-19 と妊産婦管理 特集 : 新興・再興感染症， 輸入感染症と周産期医学［各論］新型コロナウイルス 周産期医学 51（3）:330－338, 2021.

2. 学会発表
○阿南英明 他. クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号における DMAT 活動～COVID-19 の蔓延を防ぐために如何に戦ったか～【シンポジウム】第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会 2020.8.27-28.（Web 開催）
○阿南英明 他． 新型コロナウイルス感染第一波に対する医療対応と今後の展開～国・都県における対応～【シンポジウム】.第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会 2020.8.27-28.（Web 開催）
○阿南英明 他. ダイヤモンド・プリンセス号における COVID-19 への対応 DMAT による 769 人の搬送調整の経験と教訓【シンポジウム】第 79 回日本公衆衛生学会総会 2020.10.20.（Web 開催）
○Anan Hideaki. Lessons from outbreak of COV-SARS-2 in cruise ship and medical system "Model Kanagawa". 6th Annual SLDDDRS Symposium with Asia. 2020.11.6;10:00～12:20.（Web 開催）
○阿南英明． 新たな化学災害・化学テロに対する救急医療【救急科領域講習】第 48 回日本救急医学会総会・学術集会 2020.11.19. （岐阜）
○阿南英明 他. クルーズ船災害医療対応の教訓から構築した SARS-CoV-2 アウトブレイク対応システム【口演】第 48 回日本救急医学会総会・学術集会 2020.11.20. （岐阜）
○阿南英明 他. 東京オリンピック・パラリンピックに向けた化学テロ対応指針の改変と解毒剤自動注射器使用体制の構築.【パネルディスカッション】第 26 回日本災害医学会総会・学術集会 2021.3.17（東京）.

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
特になし。
2. 実用新案登録
特になし。
3.その他
特になし。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

施設共通基本票

最大質問数は２８問になります

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

（特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。）

◎貴施設の概況についてお伺いします。貴施設の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

◎貴施設についてお伺いします。

問１－１　貴施設の開設主体に、最もあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

国

1. 国立大学法人
2. 国立大学法人以外の国立法人

公的医療機関

3. 都道府県
4. 市町村
5. 公立大学法人
6. 日赤
7. 済生会
8. 厚生連
9. 上記以外の公的医療機関

その他

10. 社会保険関係団体
11. 公益法人
12. 医療法人
13. 学校法人
14. 社会福祉法人
15. 医療生協
16. 株式会社
17. その他の法人
18. 個人

問１－２　貴施設の指定等として、あてはまるものすべてをお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 特定感染症指定医療機関
2. 第1種感染症指定医療機関
3. 第2種感染症指定医療機関
4. 高度救命救急センター
5. 三次救急指定医療機関
6. 二次救急医療施設
7. 救急告示医療機関
8. 災害拠点病院
9. 原子力災害拠点病院
10. へき地拠点病院
11. 総合周産期母子医療センター
12. 地域周産期母子医療センター
13. 小児中核病院
14. 小児地域医療センター
15. 小児地域支援病院
16. 在宅療養支援病院
17. 在宅療養支援診療所
18. 新型コロナウイルス感染症重点医療機関
19. 新型コロナウイルス感染症協力医療機関(疑い患者を受け入れる病院)
20. その他新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れる医療機関
21. 帰国者接触者外来の設置
22. 新型インフルエンザ患者入院医療機関
23. あてはまるものはない

問１－３　貴施設の標榜診療科に、あてはまるものすべてをお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 一般内科
2. 消化器内科
3. 循環器内科
4. 呼吸器科内科
5. 血液内科
6. 内分泌代謝・糖尿病内科
7. 脳神経内科
8. 腎臓内科
9. 膠原病・リウマチ内科
10. その他内科（具体的に:　　）
11. 一般外科
12. 消化器外科
13. 呼吸器外科
14. 心臓血管外科
15. 小児外科
16. 乳腺外科
17. その他外科（具体的に:　　）
18. 皮膚科
19. 精神科
20. 整形外科
21. 産婦人科
22. 小児科
23. 新生児科
24. 眼科
25. 耳鼻咽喉科
26. 泌尿器科
27. 脳神経外科
28. 放射線科
29. 麻酔科
30. 病理
31. 臨床検査
32. 救急科
33. 形成外科
34. リハビリテーション科
35. 総合診療科
36. 歯科口腔外科
37. その他（具体的に:　　）

問２　貴施設の許可病床数をご記入ください。なお、一般病床については、そのうちの非稼働病床、並びに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）についてもご記入ください。

（回答は数字）

① 一般病床	①のうち非稼働病床	① のうち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）	①のうちICU	②療養病床	③精神科病床	④感染症病床	⑤結核病床
床	床	床	床	床	床	床	床

※非稼働病床とは、１年間に１度も患者を入院させなかった病床を指します。

※ICU は特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料１、ハイケアユニット入院医療管理料２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定する病床。

問３　貴施設の職員数（常勤換算※1）をご記入ください。

（回答は数字）

医師	看護職員※2	臨床工学技士	左記以外の医療職※3	その他の職員
人	人	人	人	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。

■ １週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）

■ １カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

※2. 看護職とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

※3. 歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療系資格を有する者。

問４－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制について、貴施設内で PCR 検査の実施は可能ですか。あてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 可能 ⇒ 問４－２と問４－３を回答してください

2. 不可能 ⇒ 問５－１に進んでください

（可能と回答した施設に伺います）

問４－２　貴施設内における PCR 検査の検体の受付についてあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 24時間対応・休日対応可

2. 対応可能の時間・曜日等制限あり

（可能と回答した施設に伺います）

問４－３　貴施設内における PCR 検査の結果が出るまでの時間についてあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 1時間以内

2. 1時間超～2時間以内

3. 2時間超～4時間以内

4. 4時間超～6時間以内

5. 6時間超

（全員回答してください）

問５－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制について、他施設に PCR 検査を依頼していますか。あてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 依頼している ⇒ 問５－２と問５－３を回答してください

2. 依頼していない ⇒ 問６－１に進んでください

（他施設に依頼していると回答した施設に伺います）

問５－２　PCR 検査を依頼している他施設の検体の受付について、あてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 24時間対応・休日対応可

2. 対応可能の時間・曜日等制限あり

（他施設に依頼していると回答した施設に伺います）

問５－３　PCR 検査を依頼している他施設の結果が出るまでの時間について、あてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 1時間以内	2. 1時間超～2時間以内
3. 2時間超～4時間以内	4. 4時間超～6時間以内
5. 6時間超～12時間以内	6. 12時間超～24時間以内
7. 24時間超	

（全員回答してください）

問６－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育を実施しましたか。実施した場合はその時の教育者について、あてはまるものすべて、○をつけてください。

（回答はいくつでも）

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策の教育を実施している

1. 自施設の感染症専門医
2. 自施設のその他の医師(診療科:　　)
3. 自施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
4. 自施設のその他の看護師
5. 他施設の感染症専門医
6. 他施設のその他の医師(診療科:　　)
7. 他施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
8. 他施設のその他の看護師
9. その他(具体的に:　　)

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策の教育を実施していない

10. 実施していない　⇒　問７に進んでください

（対策の教育を実施していると回答した施設に伺います）

問６－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の受講者について、あてはまるものすべてをお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 医療従事者
2. 患者対応を行う非医療従事者
3. 患者対応を行わない非医療従事者
4. その他(具体的に:　　)

（全員回答してください）

問７　個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。あてはまるものをお答えください。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。

（回答はひとつ）

1. していた　（約　　日分）
2. していなかった

問８－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するために、院内に本部を設置しましたか。あてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. はい　⇒　問８－２を回答してください
2. いいえ　⇒　問９－１に進んでください

（設置したと回答した施設に伺います）

問８－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するための本部は、どのようなメンバーで構成されましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 病院長等の幹部職員
2. 感染症を専門とする医師
3. 感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
4. 事務職員
5. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください）

問９－１　令和２年１月以前に事業継続計画（BCP）を策定していましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 自然災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた　⇒　問９－２と問９－３を回答してください
2. 感染症（新型インフルエンザ等）のパンデミックを想定した事業継続計画（BCP）を策定していた

   ⇒　問９－２と問９－３を回答してください
3. 上記の両方を策定していた　⇒　問９－２と問９－３を回答してください
4. どちらも策定していなかった　⇒　問１０－１に進んでください

（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います）

問９－２　令和２年１月以前に策定した事業継続計画（BCP）は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に有効でしたか。

（回答はひとつ）

1. 有効であった
2. 有効でなかった

（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います）

問９－３　貴施設で策定した事業継続計画（BCP）の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応の有効性評価の理由をお答えください。

問１０－１　外来で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１０－２　入院で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。

（回答はひとつ）

1. はい　⇒　問１１と問１２と問１３をお答えください
2. いいえ　⇒　問１０－１でも「いいえ」を回答した施設は問１０－３を回答してください

その他は問１４に進んでください

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の外来・入院とも受け入れていないと回答した施設に伺います）

問１０－３新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れなかった理由は何ですか。あてはまるものすべてをお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 地域に患者がいなかった	2. 他の医療機能を担っていた
3. 病床に空きがなかった	4. 十分な感染対策が講じられなかった
5. 感染症診療に当たる医師の不足	6. 看護職員の不足
7. その他医療スタッフの不足	
8. その他（具体的に: ）	

問１４に進んでください

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います）

問１１　休床中であった（職員を配置していなかった）病床を、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い含む）受け入れのために稼働させましたか。あてはまるものをお答えください。また、稼働させた場合は最大稼働病床数についてもお答えください。

（回答はひとつ）

1. はい ⇒ 最大（ ）床
2. 稼働させていない

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います）

問１２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）を入院させるための病床を確保しましたか。あてはまるものをお答えください。また、確保した場合は確保した最大病床数についてもお答えください。

（回答はひとつ）

1. はい ⇒ 最大（ ）床
2. 確保していない

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います）

問１３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）を受け入れるために、患者の受入を停止した病床はありましたか。あてはまるものをお答えください。また、受け入れを停止した場合は停止した最大病床数についてもお答えください。

（回答はひとつ）

1. はい ⇒ 最大（ ）床
2. 患者の受け入れを停止した病床はない

◎次の質問項目では、月別の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者受入数や患者延数等を入力いただきます。あらかじめお手元に資料をご用意ください。

（病床数＞0 の施設に回答をお願いします）

問１４　令和２年 3～10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）、手術実施数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

令和２年	3 月	4 月	5 月	6 月
入院患者延べ数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人
手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(診断確定のみ)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人

令和２年	7 月	8 月	9 月	10 月
入院患者延べ数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人
手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(診断確定のみ)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人

（病床数＞0 の施設に回答をお願いします）

問１５　平成 31 年３月～令和元年 10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）、手術実施数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

平成 31 年・令和元年	3 月	4 月	5 月	6 月
入院患者延べ数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人
手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(診断確定のみ)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人

平成 31 年・令和元年	7 月	8 月	9 月	10 月
入院患者延べ数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人
手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(診断確定のみ)に対して行われたすべての手術実施数	人	人	人	人

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

救急医療分野基本票

最大質問数は 11 問になります。

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年 11 月 19 日：承認番号 3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12 月 28 日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

（特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。）

◎貴施設の救急医療の概況についてお伺いします。貴施設の救急医療の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

◎貴施設における今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への受け入れ体制についてお伺いします。

問１６　貴施設において、院外での職員の生活について、病院としてのルールを作成しましたか。
（例：〇名以上での会食を禁止、等）

（回答はひとつ）

1. 作成した
2. 作成しなかった

問１７　令和２年１月１日～10 月末の期間において、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応のために他院から医療従事者等の応援をうけましたか。応援を受けた場合は、医師・看護職・その他職員別に延べ人数をお答えください。

（回答はひとつ）

1. 応援をうけた　⇒応援延べ人数(医師数　　人　看護職員数　　人　その他職員　　人)
2. 申請はしたが、応援をうけられなかった
3. 他院からの応援を申請しなかった

（他院から医療従事者等の応援をうけたと回答した方に伺います）

問１８　貴施設における他院から応援受けた医療従事者等の人数は申請通りでしたか。

（回答はひとつ）

1. 申請数通りの応援をうけることができた
2. 申請数を下回る応援者数だった

問１９－１　令和２年１月１日～10 月末の期間において、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応のために救急外来の看護職員を平時と比べて増やしましたか。

（回答はひとつ）

1. 増やした　⇒　問19－2と問19－3を回答してください
2. 変わらない　⇒　問20－1に進んでください
3. 減らした　⇒　問20－1に進んでください

（看護職員数を増やしたと回答した方に伺います）

問１９－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応のために救急外来の看護職員を、どのように増やしましたか。

（回答はいくつでも）

1. 院内の看護職員の配置転換
2. 院外の看護職員の応援
3. その他（具体的に:　　）

（看護職員数を増やしたと回答した方に伺います）

問１９－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応のために救急外来の看護職員配置について、平時の看護職員数と最大時に何名まで増やしたかをお答えください。

（回答は半角数字）

平時（　　）名　　名最大時（　　）名

（全員回答してください）

問２０－１　令和２年１～10月における貴施設の救急外来受診患者延べ数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

令和２年	１月	２月	３月	４月	５月
救急外来受診者延べ数	人	人	人	人	人
うち救急搬送患者延べ数（ドクターヘリ・ドクターカーなどを含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

令和２年	６月	７月	８月	９月	10月
救急外来受診者延べ数	人	人	人	人	人
うち救急搬送患者延べ数（ドクターヘリ・ドクターカーなどを含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

問２０－２　平成 31 年１月～令和元年 10 月における貴施設の救急外来受診患者延べ数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

平成 31 年・令和元年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
救急外来受診者延べ数	人	人	人	人	人
うち救急搬送患者延べ数（ドクターヘリ・ドクターカーなどを含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

平成 31 年・令和元年	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
救急外来受診者延べ数	人	人	人	人	人
うち救急搬送患者延べ数（ドクターヘリ・ドクターカーなどを含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

問２０－３　貴施設の救急外来の場において、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査を実施した患者数について、御記入ください。

（回答は数字）

※帰国者接触者外来の患者を除きます。

※来院前に、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査が実施され、陽性、陰性が判断されている者は除きます。

（ただし、来院前に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査が実施された場合にも、貴施設の救急外来にて再度検査を実施した場合には、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査を実施した患者」として計上してください。）

※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査とは、診断のための抗原検査、PCR 検査を指します。

※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査は、外注での検査も含みます。

令和2年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
【A+B】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査実施患者数	人	人	人	人	人
【A】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陽性患者数	人	人	人	人	人
【A-1】うち、自施設に入院	人	人	人	人	人
【A-2】うち、転院	人	人	人	人	人
【A-3】うち、外来	人	人	人	人	人
【B】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陰性患者数	人	人	人	人	人
【B-1】うち、自施設に入院	人	人	人	人	人
【B-2】うち、転院	人	人	人	人	人
【B-3】うち、外来	人	人	人	人	人

※「外来」は、医療機関への入院を必要としなかった者の事を指し、自宅療養者及び宿泊療養者を含みます。

令和2年	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
【A+B】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査実施患者数	人	人	人	人	人
【A】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陽性患者数	人	人	人	人	人
【A-1】うち、自施設に入院	人	人	人	人	人
【A-2】うち、転院	人	人	人	人	人
【A-3】うち、外来	人	人	人	人	人
【B】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陰性患者数	人	人	人	人	人
【B-1】うち、自施設に入院	人	人	人	人	人
【B-2】うち、転院	人	人	人	人	人
【B-3】うち、外来	人	人	人	人	人

※「外来」は、医療機関への入院を必要としなかった者の事を指し、自宅療養者及び宿泊療養者を含みます。

問２０－４　貴施設の救急外来の場で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査を実施した患者のうち、検査結果が陽性であり、かつ、貴施設へ入院した患者数について、その退院先の内訳について御記入ください。

※先ほど問２０－３でご回答いただいた令和 ２ 年の各月の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陽性患者のうち自施設に入院した患者数を各月の下に青字で表示しています。

※各月の【A-1】～【A-6】の合計が、青字の検査陽性患者数のうち自施設に入院した患者数になるように回答してください。

（回答は数字）

令和2年	1 月 問20－3【A-1】 引用	2 月 問20－3【A-1】 引用	3 月 問20－3【A-1】 引用	4 月 問20－3【A-1】 引用	5 月 問20－3【A-1】 引用
【A-1】他の医療機関へ転院	人	人	人	人	人
【A-2】退院し、宿泊療養へ移行	人	人	人	人	人
【A-3】退院し、自宅療養へ移行	人	人	人	人	人
【A-4】自宅退院	人	人	人	人	人
【A-5】死亡退院	人	人	人	人	人
【A-6】その他施設等へ入所	人	人	人	人	人

令和2年	6 月 問20－3【A-1】 引用	7月 問20－3【A-1】 引用	8 月 問20－3【A-1】 引用	9 月 問20－3【A-1】 引用	10 月 問20－3【A-1】 引用
【A-1】他の医療機関へ転院	人	人	人	人	人
【A-2】退院し、宿泊療養へ移行	人	人	人	人	人
【A-3】退院し、自宅療養へ移行	人	人	人	人	人
【A-4】自宅退院	人	人	人	人	人
【A-5】死亡退院	人	人	人	人	人
【A-6】その他施設等へ入所	人	人	人	人	人

問２０－５　貴施設の救急外来の場で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査を実施した患者のうち、検査結果が陰性であり、かつ、貴施設へ入院した患者数について、その退院先の内訳について御記入ください。

※先ほど問２０－３でご回答いただいた令和 ２ 年の各月の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）検査陰性患者のうち自施設に入院した患者数を各月の下に青字で表示しています。

※各月の【B-1】～【B-6】の合計が、青字の検査陰性患者数のうち自施設に入院した患者数になるように回答してください。

（回答は数字）

令和2年	1 月 問20－3【B-1】 引用	2 月 問20－3【B-1】 引用	3 月 問20－3【B-1】 引用	4 月 問20－3【B-1】 引用	5 月 問20－3【B-1】 引用
【B-1】他の医療機関へ転院	人	人	人	人	人
【B-2】退院し、宿泊療養へ移行	人	人	人	人	人
【B-3】退院し、自宅療養へ移行	人	人	人	人	人
【B-4】自宅退院	人	人	人	人	人
【B-5】死亡退院	人	人	人	人	人
【B-6】その他施設等へ入所	人	人	人	人	人

令和2年	6 月 問20－3【B-1】 引用	7月 問20－3【B-1】 引用	8 月 問20－3【B-1】 引用	9 月 問20－3【B-1】 引用	10 月 問20－3【B-1】 引用
【B-1】他の医療機関へ転院	人	人	人	人	人
【B-2】退院し、宿泊療養へ移行	人	人	人	人	人
【B-3】退院し、自宅療養へ移行	人	人	人	人	人
【B-4】自宅退院	人	人	人	人	人
【B-5】死亡退院	人	人	人	人	人
【B-6】その他施設等へ入所	人	人	人	人	人

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

救急医療分野別調査票

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合、令和２年 11 月１日現在の情報についてご回答ください。

◎地域連携（※）についてお伺いします。

※地域連携とは、患者の受入れ、転院搬送等を円滑に実施するために、救急医療機関と他の医療機関、かかりつけ医、介護施設等の関係機関との連携体制のことを指す。

問１　平時と比べて、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が流行している時期は地域連携に変化がありましたか。

（回答はひとつ）

1. 支障をきたした
2. より連携が深まった
3. 通常時とかわりなかった

問２　貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大前の平時において、メディカルコントロール協議会に参加していましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（メディカルコントロール協議会に参加していたと回答した先生に伺います）

問３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大に際して、メディカルコントロール協議会の回数は変化しましたか。

（回答はひとつ）

1. 平時に比べて回数が増加した
2. 平時に比べて回数が減少した
3. 平時に比べて変化はなかった

問４　貴施設が所属する地域のメディカルコントロール協議会は、主体的に地域連携に関与しましたか。（例：地域のメディカルコントロール協議会で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者が発生した際に積極的に受け入れる医療機関を設定した、退院基準を満たしているが自宅退院出来ない新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受入れについて協議した、等。）

（回答はひとつ）

1. 関与した
2. 関与しなかった

問５　二次救急医療機関のうち、輪番制病院群である施設にお聞きします。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大時においては、感染症拡大前の平時に比べて、輪番制の当番の回数は増えましたか。

（回答はひとつ）

1. 増えた
2. 変わらない
3. 減った
4. 輪番制病院群ではない

問６　平時においてドクターカーを運用している施設にお聞きします。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大を受けて、ドクターカーの出動回数はどのように変化しましたか。

（回答はひとつ）

1. 出動回数が増えた
2. 体制を縮小したので減った
3. 体制に変化はなかったが、要請数が減った
4. 平時と比べて特段の変化はなかった
5. ドクターカーを運用していない

問７　病院救急車を保有している施設にお聞きします。貴施設の病院救急車を以下のようなケースで新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い患者を含む）の搬送もしくは移送に使用していますか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はひとつ）

1. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(疑いを含む)の傷病者の発生現場に出動している
2. 自施設の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(疑いを含む)の患者を他施設に転院させる際に使用している
3. 他施設の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(疑いを含む)の患者を自施設に転院させる際に使用している
4. 都道府県(保健所)と提携し、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(疑いを含む)の患者の移送に使用している(必ずしも自施設での診療が発生しなくてもよい)
5. その他(具体的に:　　)
6. 病院救急車を保有していない

問８　貴施設における、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い患者を含む）の搬送もしくは移送における患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）との連携について、あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）が搬送もしくは移送する新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑いを含む）の救急患者を受け入れている
2. 患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）を利用して新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い患者を含む）の転院搬送を行っている
3. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い患者を含む）の搬送もしくは移送を行っている患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）と連携したことはない（受け入れていない・使っていない）
4. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い患者を含む）の搬送もしくは移送を行っている患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）がない・知らない、または自地域には患者等搬送事業者（いわゆる民間救急車）が存在しない・存在を知らない

◎貴施設における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）における感染管理状況についてお伺いします。

問９　救急外来での患者受入れにあたって、感染管理の観点で実施できた項目をお聞かせください。

（回答はいくつでも）

1. カーテンやパーティション等を用いてのゾーニング
2. テントやプレハブを用いた専用診療スペースの確保
3. 陰圧管理
4. 動線の分離
5. 使用物品の分離
6. 備蓄医療資機材の保有量の管理
7. その他（具体的に:　　）
8. ひとつもない・なにもできなかった

問１０　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するにあたり、新たに必要となって購入した物品等のうち、感染対策に有用であった物品等についてお聞かせください。

（回答はいくつでも）

1. 簡易陰圧装置
2. 簡易ベッド
3. 簡易診察室
4. HEPA フィルター付き空気清浄機
5. HEPA フィルター付きパーティション
6. その他（具体的に:　　）
7. ひとつもない

問 11　貴施設における、救急外来で患者を対応する際の個人防護具(PPE)装着に関してお聞きします。

（1）　救急外来で患者を診療する際に、以下の個人防護具（PPE）の装着に関してどのように対応されていましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

＜令和２年４月頃の感染拡大時＞

	装着していなかった	1つのものを何回も使い回した	代用品を用いた	毎回新しいものを装着していた
N95 マスク	1	2	3	4
サージカルマスク	1	2	3	4
フェイスシールド(アイガード)	1	2	3	4
ガウン	1	2	3	4
手袋	1	2	3	4

＜令和２年７月頃の感染拡大時＞

	装着していなかった	1つのものを何回も使い回した	代用品を用いた	毎回新しいものを装着していた
N95 マスク	1	2	3	4
サージカルマスク	1	2	3	4
フェイスシールド(アイガード)	1	2	3	4
ガウン	1	2	3	4
手袋	1	2	3	4

（2） 救急外来で患者を診療する際に、以下の個人防護具（PPE）関して、毎回新しいものを装着しなかった理由にあてはまるものをすべてお答えください。

（回答はひとつ）

＜令和２年４月頃の感染拡大時＞

	手間がかかるため	個人防護具（PPE）の供給が不足していたため	個人防護具（PPE）の供給が安定しておらず、節約のため	感染対策として不要と判断していたため	その他
N95	1	2	3	4	5 （　　）
サージカルマスク	1	2	3	4	5 （　　）
フェイスシールド（アイガード）	1	2	3	4	5 （　　）
ガウン	1	2	3	4	5 （　　）
手袋	1	2	3	4	5 （　　）

＜令和２年７月頃の感染拡大時＞

	手間がかかるため	個人防護具（PPE）の供給が不足していたため	個人防護具（PPE）の供給が安定しておらず、節約のため	感染対策として不要と判断していたため	その他
N95	1	2	3	4	5 （　　）
サージカルマスク	1	2	3	4	5 （　　）
フェイスシールド（アイガード）	1	2	3	4	5 （　　）
ガウン	1	2	3	4	5 （　　）
手袋	1	2	3	4	5 （　　）

問１２ 今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大による救急医療提供体制の状況を踏まえ、今後の救急医療提供体制のあり方としてお考えになられることをご自由にご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

災害医療分野別調査票

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合、令和２年 11 月１日現在の情報についてご回答ください。

◎DMAT（災害派遣医療チーム）についてお聞きします。

問１　貴院内に DMAT 隊員（都道府県主催の DMAT 養成研修修了者も含むが、有資格者のうち、現在、隊員登録されていない者は除く）はいらっしゃいますか。

（回答はひとつ）

1. いる
2. いない

（DMAT 隊員がいると回答した医療機関に伺います。）

問２　貴院内の DMAT 隊員について、医師、看護師及び業務調整員の人数（統括 DMAT（医師のみ）、インストラクター、タスク登録者に該当する者がいる場合、その内訳）をお答えください。

（回答は半角数字）

※該当する DMAT 隊員がいない場合は０を入力してください。

	統括DMAT	インストラクター	タスク登録者	その他のDMAT隊員
医師	人	人	人	人
看護師		人	人	人
業務調整員		人	人	人

問３－１　貴院内で新型コロナ対策本部（以下、院内コロナ対策本部という。）を設置しましたか。

（回答はひとつ）

1. 院内コロナ対策本部を設置した
2. 院内コロナ対策本部は設置しなかった

（貴院内で院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います）

問３－２　院内コロナ対策本部のメンバーに、DMAT 隊員は含まれていましたか。

（回答はひとつ）

1. 含まれていた　⇒　問４と問５－１と問５－２を回答してください
2. 含まれていなかった

（院内コロナ対策本部のメンバーに DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問４　院内コロナ対策本部に含まれていたすべての DMAT 隊員について、医師、看護師及び業務調整員の人数（統括 DMAT（医師のみ）、インストラクター、タスク登録者に該当する者がいる場合、その内訳）をお答えください。

（回答は半角数字）

※該当する DMAT 隊員がいない場合は０を入力してください。

	統括DMAT	インストラクター	タスク登録者	その他のDMAT隊員
医師	人	人	人	人
看護師		人	人	人
業務調整員		人	人	人

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問５－１　院内コロナ対策本部の役割と活動内容にあてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 診療の体制の変更（例：外来を別に設ける、診療科の制限を行う等）
2. 院内の感染対策実施・管理について
3. 院外の搬送調整
4. 入院調整
5. 医療物資の管理や調達
6. その他（具体的に：　　）

（院内コロナ対策本部に DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問５－２　院内コロナ対策本部に含まれていた DMAT 隊員の役割と活動内容をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 診療の体制の変更（例：外来を別に設ける、診療科の制限を行う等）
2. 院内の感染対策実施・管理について
3. 院外の搬送調整
4. 入院調整
5. 医療物資の管理や調達
6. その他（具体的に：　　）

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問６　院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる本部（以下、院内災害対策本部という。）の人員構成には共通点はありましたか。共通点がある場合には、具体的に教えてください。

（回答はひとつ）

1. 共通点があった（具体的に：　　）
2. 共通点はなかった

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問７　院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる院内災害対策本部の人員構成には異なる点はありましたか。異なる点がある場合には、具体的に教えてください。

（回答はひとつ）

1. 異なる点があった（具体的に：　　）
2. 異なる点はなかった

（院内コロナ対策本部に DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問８－１　院内コロナ対策本部において、DMAT 隊員の参画は有用でしたか。

（回答はひとつ）

1. 有用だった
2. 有用ではなかった
3. わからない

問 8-2　院内コロナ対策本部において、DMAT 隊員の参画について、そのようにお答えになった理由をお答えください。

（貴院内に DMAT 隊員がいると回答した医療機関に伺います。）

DMAT 隊の派遣状況について、お聞きします。

問９　貴院は、令和２年３月 19 日以降に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応で DMAT 隊員を派遣しましたか。

（回答はひとつ）

1. 派遣した
2. 派遣しなかった

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応で DMAT 隊員を派遣したと回答した医療機関に伺います。）

問１０　派遣した DMAT 隊員は、どのような活動を行いましたか。活動内容にあてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 都道府県調整本部での調整活動
2. 都道府県調整本部以外（保健所等）での本部や指揮所での調整活動
3. 他病院の診療支援
4. 他病院の搬送支援
5. 介護福祉施設等の診療支援
6. 介護福祉施設等の搬送支援
7. その他（具体的に：　　）

（貴院内に DMAT 隊員がいると回答した医療機関に伺います。）
個人用防護具（PPE）の入手や管理における、DMAT 隊員の支援状況についてお聞きします。
問１１　個人用防護具（PPE）の入手や管理について、DMAT 隊員の助言やサポートはありましたか。
（回答はひとつ）

1. 助言やサポートがあった
2. 助言やサポートがなかった
3. DMAT隊員に助言やサポートを求めなかった

（DMAT 隊員の助言やサポートがあったと回答した医療機関に伺います。）
問１２　助言やサポートがあった場合、その内容について具体的に教えてください。

◎EMIS（広域災害救急医療情報システム）についてお聞きします。

問１３　貴院では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するため、EMIS を使用しましたか。
（回答はひとつ）

1. 使用した
2. 使用しなかった

（EMIS を使用しなかったと回答した医療機関に伺います。）
問１４　EMIS を使用しなかった理由として、あてはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. G-MIS（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）を活用したから
2. EMISの使用方法がわからなかったから
3. EMISを使用する必要がなかったから（例：患者がいなかった等）
4. EMISは感染症対応に有効でなかったから
5. EMISを使用しようとした時、都道府県が通常モードで運用していたから
6. その他（具体的に：　　）

（EMIS を使用したと回答した医療機関に伺います。）
問１５　EMIS が有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください。
※災害時の EMIS 活用については、記載しないでください。

◎G-MIS についてお聞きします。

問１６　貴院では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するため、G-MIS を使用しましたか。

（回答はひとつ）

1. 使用した
2. 使用しなかった

（G-MIS を使用しなかったと回答した医療機関に伺います。）

問１７　G-MIS を使用しなかった理由として、あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. EMISを活用したから
2. G-MISの使用方法がわからなかったから
3. G-MISを使用する必要がなかったから(例:患者がいなかった等)
4. G-MISは感染症対応に有効でなかったから
5. その他(具体的に:　　)

（問１６で G-MIS を使用したと回答した、あるいは問１４で EMIS を使用しなかった理由で G-MIS を活用したからと回答した医療機関に伺います。）

問１８　G-MIS が有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください。

◎ 災害拠点病院における感染症対応についてお聞きします。

問１９　今後、災害拠点病院で大規模な感染症対応を行う場合、災害拠点病院という観点から強化が必要と考えられる事項はありますか。

※本質問は、災害拠点病院の指定要件に関する質問ですので、その観点からお答えください。

（回答はひとつ）

1. ある
2. ない

（強化が必要と回答した医療機関に伺います。）

問２０　災害拠点病院という観点から、強化が必要と考えられる事項として、あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 災害拠点病院が感染症対応を行うための物品等の体制整備の強化
2. 感染症対応を行う人材の保有・増員
3. 感染症対応を行うことができるDMAT隊員の養成・増員
4. 感染症対応に限らずDMAT隊員の養成・増員
5. 感染症専門家の派遣及び受入体制の整備
6. 地域の救急医療体制の強化
7. その他（具体的に:　　）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が蔓延する以前（令和２年１月以前）から災害拠点病院の整備やDMAT隊員の養成、（災害時における）都道府県保健医療調整本部との連携、小児周産期の連携する仕組み等の災害医療体制が整備されてきました。

また、感染症法に基づいて感染症指定医療機関が指定・整備されています。

医療機関によっては、災害拠点病院及び感染症指定医療機関の両方の指定を受けている施設がある一方で、いずれかの指定だけの場合もあります。

問２１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、既存の災害医療体制が整備されていたことによって貴施設での好事例や問題点がありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

小児医療分野基本票

最大質問数は２８問です。

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

（特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。）

◎貴施設の小児医療の概況についてお伺いします。貴施設の小児医療の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

◎小児医療分野基本票と周産期医療分野基本票の問５４～問５５－５は、同じ質問です。Web 調査画面では重複はありません。

◎貴施設の概況についてお伺いします。

問５４　貴施設は小児または妊産婦を専門に診療する医療機関（いわゆる、こども病院）ですか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問５５－１－１　小児科病床数（単独計上）（※NICU・GCU・PICU は含まない）をお答えください。
※小児科の患者が病棟の入院患者の半数以上を占める病棟の病床数の和。
（回答は数字）

	床

⇒　「0 床」の場合は問５５－１－４に進んでください。

（小児科病床数＞0 の施設に伺います）
問５５－１－２　貴施設の小児入院医療管理料の届出としてあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1. 小児入院医療管理料1	2. 小児入院医療管理料2
3. 小児入院医療管理料3	4. 小児入院医療管理料4
5. 小児入院医療管理料5	6. なし

（小児科病床数＞0 の施設に伺います）
問５５－１－３　小児科医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第 1 位（小数点第 2 位を四捨五入）までご記入ください。
- 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
- 1 カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

問５５－１―４小児科に関連する当直の有無を以下の中から、最もあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1. 小児科のみ　2. 小児科とNICU　3. NICUのみ　4.なし

問５５－２－１　ICU 病床数（PICU 及び ICU のうち主に小児用として用いる病床数）をお答えください。
※PICU：小児集中治療室は診療報酬上の要件を満たす満たさないにかかわらず記入。
（回答は数字）

床

⇒　「0 床」の場合は問５５－３－１に進んでください。

（小児用として運用している ICU（PICU）＞0 の施設に伺います）
問５５－２－２　小児特定集中治療管理料の届出の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　2. なし

（小児用として運用している ICU（PICU）＞0 の施設に伺います）
問５５－２－３　PICU 専属医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第 1 位（小数点第 2 位を四捨五入）までご記入ください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

問５５－３－１　NICU 病床数をお答えください。
※NICU は新生児特定集中治療室管理料の施設基準を満たしているものをいう。（「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。）
（回答は数字）

床

⇒　「0 床」の場合は問５５－４－１に進んでください。

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－３－２　貴施設にあてはまる区分をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）
2. 新生児特定集中治療室管理料1
3. 新生児特定集中治療室管理料2

問５５－４－１　GCU 病床数をお答えください。
※GCU：新生児治療回復室は診療報酬上の要件を満たす満たさないにかかわらず記入。
（回答は数字）

	床

（GCU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－２　新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料 1～5 のいずれを算定していますか。あてはまる区分をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料1
2. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料2
3. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料3
4. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料4
5. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料5
6. なし

（GCU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－３　新生児治療回復室入院医療管理料の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　　2. なし

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－４　NICU 専属（新生児科）医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第 1 位（小数点第 2 位を四捨五入）までご記入ください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－５　NICU 当直の体制についてあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1. 小児科当直とは別　　2. 小児科当直が兼務　　3. なし

問５５－４－６　オンコール体制の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　　2. なし

（小児科に関連する当直で小児科または NICU の当直があると回答した方に伺います）

問５５－５　１日の当直人数について、以下をお答えください。

※該当なしは０と回答してください。

※PICU や NICU が 0 床の場合、下記の「PICU 当直（兼務含む）」や「NICU 当直（兼務含む）」の入力項目は回答画面では表示されません。

（回答は数字）

小児科当直（兼務含む）	人
PICU 当直（兼務含む）	人
NICU 当直（兼務含む）	人
小児科と NICU 全体の当直（兼務を含まない）	人

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者診療の可否（15 歳未満）

問５６－１　貴施設の 15 歳未満の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者または疑い患者を受け入れ可否をお答えください

（回答はひとつ）

1. 可 ⇒ 問５６－２を回答してください　　2. 否 ⇒ 問５６－３を回答してください

（受け入れ可と回答した施設に伺います）

問５６－２　貴施設で受け入れ可とした 15 歳未満の患者をお答えください。

（回答はひとつ）

1. 陽性患者のみ　　2. 疑い患者のみ　　3.両方

問５６－４に進んでください

（受け入れ否と回答した施設に伺います）

問５６－３　貴施設では 15 歳未満の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者または疑い患者以外の患者を受け入れる役割を担っていましたか。

（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問５６－４　貴施設で 15 歳未満の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者または疑い患者を受け入れ可否を決めた経緯について、もっともあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 貴施設の独自の判断
2. 近隣の医療機関と調整を経て判断
3. 小児医療圏(2次医療圏)内の調整
4. 都道府県による調整(都道府県からの直接の依頼、都道府県における関係機関との協議を経て決定等を含む)
5. その他(具体的に:　　)

問５７　貴施設における平成 31 年１月～令和元年 10 月と令和２年１月～10 月の 15 歳未満の小児の診療状況についてお答えください。（15 歳未満の小児）

（回答は数字）

※入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）

小児内科入院延べ患者数（15 歳未満の小児）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

※入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）

小児内科以外（小児外科・眼科・耳鼻科など）の入院延べ患者数（15 歳未満の小児）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

※外来患者延べ数（当日の初診患者数＋再診患者数の１カ月合計）

一般小児科急性外来延べ患者数（15 歳未満の小児）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

※外来患者延べ数（当日の初診患者数＋再診患者数の１カ月合計）
一般小児科慢性外来延べ患者数（15 歳未満の小児）
※ここでの一般小児科慢性外来とは、小児慢性外来の内、予防接種と乳児健診を除く外来とします。

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

※外来患者延べ数（当日の初診患者数＋再診患者数の１カ月合計）
診療時間外の 15 歳未満の延べ患者数（往診は含まない）
※土曜日午前に診療を行っている場合は、土曜午後以降が時間外となります。

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

15 歳未満の紹介患者数（実数）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

15 歳未満の逆紹介患者数（実数）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年･令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年･令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

小児医療分野別調査票

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。

◎貴施設についてお伺いします。

重症度の定義(参考)新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の診療の手引き 第 3 版

無症状病原体保有者:症状を認めないが、SARS-CoV-2 が検出された
軽症:SpO_2≧96%
中等症Ⅰ　呼吸不全なし　93%<SpO_2<96%
中等症Ⅱ　呼吸不全あり　SpO_2≦93%
重症　ICU に入室　or　人工呼吸器が必要

問１　貴施設の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）15 歳未満の小児患者の重症度ごとの受け入れ可能病床数をお答えください。
（回答は半角数字）

	小児病棟	成人病棟	ICU	PICU
重症	床	床	床	床
中等症	床	床	床	床
軽症・無症状	床	床	床	床

問２　貴施設では小児の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を診療していますか。
（回答はひとつ）

1. している
2. していない

（診療していると回答した方に伺います。）

問３　令和２年 1～１０月に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の小児患者の状況について、以下の質問をお答えください。

（回答は半角数字）

①小児の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）入院患者数（疑い患者を含む）（実数）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く

令和 2 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
入院患者数(疑い患者を含む)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

②小児の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）重症患者数（実数）

令和 2 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
重症患者数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

重症:ICU に入室 or 人工呼吸器が必要(参考)新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の診療の手引き第 3 版

③小児の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）外来患者数（疑い患者を含む）（実数）うち確定患者数（実数）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く

令和 2 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
外来患者数(疑い患者を含む)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
うち確定患者数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問 ４　発熱や呼吸症状のある小児患者を入院させる場合、病院の原則として、どのように対応することになっていましたか。平成 31 年・令和元年と令和 2 年のそれぞれについて、あてはまるものをお答えください。

（回答はそれぞれひとつ）

平成 31 年･令和元年	1. 大部屋に入院	2. 個室に入院
	3. 感染症病棟に入院	4. 受け入れていない
令和 2 年	1. 大部屋に入院	2. 個室に入院
	3. 感染症病棟に入院	4. 受け入れていない

問５　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染ピーク時に、小児患者の入院体制に変更がありましたか。

（回答はそれぞれひとつ）

入院患者の受け入れ制限	1．あった	2．なかった
早期退院の促進	1．あった	2．なかった
一部病室を閉鎖し、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病室に配置した	1．あった	2．なかった

問６　令和２年のコロナ禍の影響で、医師１人当たりの一般小児科急性外来で１時間当たりに診療可能な人数は、平成 31 年・令和元年と比べて、どの程度影響がありましたか。（診療のための準備の時間も含めて）最も当てはまるものを、お答えください。

（回答はひとつ）

医師 1 人の 1 時間当たりに診療可能な人数の平成 31 年・令和元年を 100%とした場合の令和 2 年の影響度	1．全く影響はなかった	2．10%未満減少
	3．10%～20%未満減少	4．20%～30%未満減少
	5．30%～40%未満減少	6．40%～50%未満減少
	7．50%～60%未満減少	8．60%～70%未満減少
	9．70%～80%未満減少	10．80%～90%未満減少
	11．90%以上減少	

小児の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）をはじめとする新興感染症への対応

問７　行政が主催する新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策に関する会議に、病院小児科として参加したことがありましたか。

（回答はひとつ）

1．参加したことがある

2．参加したことがない

（参加したことがあると回答した先生に伺います。）

問８　会議の主催者に該当するものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1．市区町村

2．都道府県

3．その他（具体的に:　　）

（参加したことがあると回答した先生に伺います。）

問９　行政が主催する新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策に関する会議の対象範囲として、該当するものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 小児医療協議会として開催
2. 周産期に限定
3. 救急に限定
4. その他（具体的に:　　）

（参加したことがあると回答した先生に伺います。）

問 10　会議を開催した結果、地域の小児医療提供体制に、変化はありましたか。

（回答はひとつ）

1. 変化はあった
2. 変化はなかった

（変化があったと回答した先生に伺います。）

問 11　会議の開催後に小児医療提供体制の変化について、具体的に教えてください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

周産期医療分野基本票

最大質問数は２４問です。

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

小児医療分野と周産期医療分野の問５４～問５５－５は同じ質問になります。調査画面上では重複はありません。小児医療分野に該当しない施設で、周産期医療分野に該当している施設担当者様は、問５４～問５５－５を回答いただいら後に、問５８－１以降の周産期医療分野の質問のご回答をお願いします。小児医療分野と周産期医療分野の両方に該当している施設担当者様は、問５８－１に進んで、周産期医療分野の質問のご回答をお願いします。

（特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日時点の状況をお答えください。）

◎貴施設の周産期医療等の概況についてお伺いします。貴施設の周産期医療等の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

◎貴施設の概況についてお伺いします。

問５４　貴施設は小児または妊産婦を専門に診療する医療機関（いわゆる、こども病院）ですか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問５５－１－１　小児科病床数（単独計上）（※NICU・GCU・PICU は含まない）をお答えください。
※小児科の患者が病棟の入院患者の半数以上を占める病棟の病床数の和。
（回答は数字）

	床

⇒　「０床」の場合は問５５－１－４に進んでください。

（小児科病床数＞０の施設に伺います）
問５５－１－２　貴施設の小児入院医療管理料の届出としてあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1. 小児入院医療管理料1	2. 小児入院医療管理料2
3. 小児入院医療管理料3	4. 小児入院医療管理料4
5. 小児入院医療管理料5	6. なし

（小児科病床数＞０の施設に伺います）
問５５－１－３　小児科医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。
- ■ １週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）
- ■ １カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

問５５－１―４小児科に関連する当直の有無を以下の中から、最もあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1. 小児科のみ　2. 小児科とNICU　3. NICUのみ　4.なし

問５５－２－１　ICU 病床数（PICU 及び ICU のうち主に小児用として用いる病床数）をお答えください。
※PICU：小児集中治療室は診療報酬上の要件を満たす満たさないにかかわらず記入。
（回答は数字）

床

⇒　「0 床」の場合は問５５－３－１に進んでください。

（小児用として運用している ICU（PICU）＞0 の施設に伺います）
問５５－２－２　小児特定集中治療管理料の届出の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　2. なし

（小児用として運用している ICU（PICU）＞0 の施設に伺います）
問５５－２－３　PICU 専属医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第 1 位（小数点第 2 位を四捨五入）までご記入ください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

問５５－３－１　NICU 病床数をお答えください。
※NICU は新生児特定集中治療室管理料の施設基準を満たしているものをいう。（「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。）
（回答は数字）

床

⇒　「0 床」の場合は問５５－４－１に進んでください。

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－３－２　貴施設にあてはまる区分をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）
2. 新生児特定集中治療室管理料1
3. 新生児特定集中治療室管理料2

問５５－４－１　GCU 病床数をお答えください。
※GCU：新生児治療回復室は診療報酬上の要件を満たす満たさないにかかわらず記入。
（回答は数字）

	床

（GCU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－２　新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料 1～5 のいずれを算定していますか。あてはまる区分をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料1
2. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料2
3. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料3
4. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料4
5. 新生児治療回復室入院医療管理料・小児入院医療管理料5
6. なし

（GCU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－３　新生児治療回復室入院医療管理料の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　　2. なし

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－４　NICU 専属（新生児科）医師数（常勤換算）をお答えください。
（回答は数字）

	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第 1 位（小数点第 2 位を四捨五入）までご記入ください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

（NICU＞0 の施設に伺います）
問５５－４－５　NICU 当直の体制についてあてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1.小児科当直とは別　　2.小児科当直が兼務　　3.なし

問５５－４－６　オンコール体制の有無をお答えください。
（回答はひとつ）

1. あり　　2. なし

（小児科に関連する当直で小児科または NICU の当直があると回答した方に伺います。）

問５５－５　１日の当直人数について、以下をお答えください。

※該当なしは０と回答してください。

※PICU や NICU が 0 床の場合、下記の「PICU 当直（兼務含む）」や「NICU 当直（兼務含む）」の入力項目は回答画面では表示されません。

（回答は数字）

小児科当直（兼務含む）	人
PICU 当直（兼務含む）	人
NICU 当直（兼務含む）	人
小児科と NICU 全体の当直（兼務を含まない）	人

問 58　以下の病床数をお答えください。

（回答は半角数字）

産科の病床数	MFICU
床	床

※産科の病床数は、それぞれ当該診療科の患者が病棟の入院患者の半数以上を占める病棟の病床数の和。

※MFICU は、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、の施設基準または要件を満たすものをいう。

※産科の病床数に MFICU の病床数は含まないでください。

◎貴院の実績等

問５９　平成 31 年１月～令和元年 10 月までと令和２年１月～10 月の分娩などの実績件数をお答えください。

※各月の③うち 37 週以降の早産以外件数（死産含）と④うち妊娠 28 週以降 37 週未満の早産件数（死産含）⑤うち妊娠 28 週未満の早産件数（死産含）の合計が、①分娩件数（死産含、妊娠２２週以降）になるように回答してください。

（回答は数字）

分娩件数		1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
①分娩件数（死産含、妊娠22週以降）	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件
① うち帝王切開数（死産含）	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件
③うち 37 週以降の早産以外件数（死産含）	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件
④うち妊娠 28 週以降 37 週未満の早産件数（死産含）	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件
⑤うち妊娠 28 週未満の早産件数（死産含）	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件
母体搬送受け入れ実績	平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和 2 年	件	件	件	件	件

分娩件数		6月	7月	8月	9月	10月
①分娩件数（死産含、妊娠22週以降）	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件
②うち帝王切開数（死産含）	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件
③うち 37 週以降の早産以外件数（死産含）	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件
④うち妊娠 28 週以降 37 週未満の早産件数（死産含）	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件
⑤うち妊娠 28 週未満の早産件数（死産含）	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件
母体搬送受け入れ実績	平成31年・令和元年	件	件	件	件	件
	令和2年	件	件	件	件	件

◎貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等の妊産婦・新生児の受け入れ実績等

問６０　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連妊産婦・新生児受入実績（症例数）を記入してください。

（回答は数字）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除いた患者をいいます。

実績(症例数)			妊産婦		
			検査陽性	疑い	感染者の濃厚接触者
妊娠中(分娩なし)	令和 2 年1月～5月		人	人	人
	令和2年6月～10月		人	人	人
分娩対応した妊婦	令和 2 年1月～5月	37週以降	人	人	人
	令和 2 年 6 月～10月	37週未満	人	人	人
産婦(産褥婦)	令和 2 年1月～5月		人	人	人
	令和2年6月～10月		人	人	人

実績(症例数)		新生児		
		検査結果未着	検査結果陰性	検査結果陽性
陽性または疑い・濃厚接触者母体から出生した新生児	令和 2 年1月～5月	人	人	人
	令和2年6月～10月	人	人	人

問６１　他院からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連妊産婦・新生児の受入お断りした症例数を記入してください。

（回答は数字）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除いた患者をいいます。

お断りした症例数		妊産婦		
		検査陽性	疑い	感染者の濃厚接触者
妊娠中	令和２年 1月～5 月	人	人	人
	令和２年 6 月～10 月	人	人	人
分娩中	令和２年 1月～5 月	人	人	人
	令和２年 6 月～10 月	人	人	人
産婦（産褥婦）	令和２年 1月～5 月	人	人	人
	令和２年 6 月～10 月	人	人	人

お断りした症例数		新生児		
		検査結果未着	検査結果陰性	検査結果陽性
新生児	令和２年 1月～5 月	人	人	人
	令和２年 6 月～10 月	人	人	人

（問６１他院からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入お断りの実績数が１人以上の施設に伺います）

問６２－１　他院からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連妊産婦・新生児の受入お断りした理由にあてはまるものをすべてお答えください。また、その中で最も大きい理由を１つだけお答えください。

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

（お断りした理由：回答はいくつでも）

（最も大きな理由：回答はひとつ）

	お断りした理由	最も大きな理由
1. 対応できる医師・スタッフがいなかった ⇒ 問６２－２を回答してください	1	1
2. 通常診療のため、受け入れる人的な余裕がなかった	2	2
3. 院内に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	3	3
4. 産科病棟内に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	4	4
5. 新生児用の病床で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	5	5
6. 分娩室の構造上対応できなかった	6	6
7. 緊急手術対応等の手術室の体制が取れなかった	7	7
8. 検査体制上対応できなかった	8	8
9. 病院としての方針	9	9
10. 十分な個人防護具（PPE）が無かった	10	10
11. 感染対策が十分になされていなかった	11	11
12. その他（具体的に:　　）	12	12

（他院からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入をお断りした理由で「対応できる医師・スタッフがいなかった」と回答した施設に伺います）

問６２－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連妊産婦・新生児に対応できる医師・スタッフにあてはまるものをすべてお答えください。

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます

（回答はいくつでも）

1. 感染症の専門家
2. 産婦人科医
3. 新生児科医
4. 助産師
5. 看護師
6. その他（具体的に:　　）

問６３　貴院の所在する地域の他施設が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者発生等（院内感染やクラスター含）の影響で妊産婦・新生児の受け入れが困難になった場合に、他施設かかりつけの非感染妊産婦・新生児の受入について貴院の対応としてあてはまるものを選択してください。

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

（回答は２つまで）

1.他院からの非感染妊産婦・新生児受け入れ実績あり

2. 他院からの非感染妊産婦・新生児受け入れお断りあり

（お断りの理由：　　）

3. 他院からの非感染妊産婦・新生児受け入れ実績なし

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

周産期医療分野別調査票

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日時点の状況をお答えください。

問 1―1　貴院で対応している診療科についてお答えください。
（回答はひとつ）

1. 産科と新生児科の両方
2. 産科のみ
3. 新生児科のみ

（産科と新生児科の両方と回答した施設に伺います。）
問 1―2　産科と新生児科の質問で、回答者は分かれますか。
（回答はひとつ）

1. 産科と新生児科で回答者は同じ
2. 産科と新生児科で回答者は分かれる

※記載の上での注意事項：
２医療機関が連携して周産期母子医療センターの指定を受けている場合には、主に妊産婦等の対応を行う医療機関が産科対象質問（問 2～問 10―3）をお答え頂き、病的新生児等の対応を行う医療機関が新生児科対象質問（問 11～問 16―5）をお答えください。

（問 1―1 で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）
（産科対象質問）

◎貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等の妊産婦への対応

問２　貴院で以下のケースごとに受け入れの可否をお答えください。受け入れない場合は理由もお答えください。
（回答はひとつ）
※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。
※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)妊産婦	1.受け入れる	2.受け入れない （理由：　　）
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)疑い妊産婦	1.受け入れる	2.受け入れない （理由：　　）
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の濃厚接触者である妊産婦	1.受け入れる	2.受け入れない （理由：　　）

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問 2−1　貴院で以下のケースごとに受け入れ可能な新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦をお答えください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※ハイリスク・ローリスク：一次施設で対応可能な妊娠分娩はローリスク、それ以外はハイリスク。

産科合併症の有無別	1. ハイリスク妊産婦を受け入れる 2. ローリスク妊産婦を受け入れる
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の重症度別	1. 無症状妊産婦を受け入れる 2. 軽症妊産婦を受け入れる 3. 中等症妊産婦を受け入れる 4. 重症妊産婦を受け入れる
受け入れが可能な妊娠週数	1. 妊娠37週以降の妊婦を受け入れる 2. 妊娠32週以降、妊娠37週未満の妊婦を受け入れる 3. 妊娠28週以降、妊娠32週未満の妊婦を受け入れる 4. 妊娠24週以降、妊娠28週未満の妊婦を受け入れる 5. 妊娠22週以降、妊娠24週未満の妊婦を受け入れる 6. 妊娠22週未満の妊婦を受け入れる 7. 産婦(産褥婦)を受け入れる 8. 特に週数は決めていない

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問 2−2　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の分娩への対応について、あてはまるものをお答えください。※分娩には経腟分娩及び帝王切開術を含む。

（回答はひとつ）

1. 分娩に対応する 2. 分娩に対応しない

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問 2−3　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦の受け入れ病棟について以下から選択をしてください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

分娩開始前	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）
経腟分娩進行中の妊婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　） 4. 分娩（帝王切開を含）には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない（帝王切開のみ対応する）
産婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問３－１　貴院で以下のケースごとに受け入れ可能な新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦をお答えください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

産科合併症の有無別	1. ハイリスク妊産婦を受け入れる 2. ローリスク妊産婦を受け入れる
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)疑いの重症度別	1. 無症状妊産婦を受け入れる 2. 軽症妊妊産婦を受け入れる 3. 中等症妊産婦を受け入れる 4. 重症妊産婦を受け入れる
受け入れが可能な妊娠週数	1. 妊娠37週以降の妊婦を受け入れる 2. 妊娠32週以降、妊娠37週未満の妊婦を受け入れる 3. 妊娠28週以降、妊娠32週未満の妊婦を受け入れる 4. 妊娠24週以降、妊娠28週未満の妊婦を受け入れる 5. 妊娠22週以降、妊娠24週未満の妊婦を受け入れる 6. 妊娠22週未満の妊婦を受け入れる 7. 産婦を受け入れる 8. 特に週数は決めていない

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問３―2　貴院の新型コロナウイルス感染症疑い妊婦の分娩への対応について、あてはまるものをお答えください。

※分娩には経腟分娩及び帝王切開術を含む

（回答はひとつ）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 分娩に対応する 2. 分娩に対応しない

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問３－３　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦の受け入れ病棟について以下から選択をしてください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

分娩開始前	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）
経腟分娩進行中の妊婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　） 4. 分娩（帝王切開を含）には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない（帝王切開のみ対応する）
産婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の濃厚接触者である妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。と回答した施設に伺います。）

問４－１　貴院で以下のケースごとに受け入れ可能な新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊産婦をお答えください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

※ハイリスク・ローリスク：一次施設で対応可能な妊娠分娩はローリスク、それ以外はハイリスク。

産科合併症の有無別	1. ハイリスク妊産婦を受け入れる 2. ローリスク妊産婦を受け入れる
受け入れが可能な妊娠週数	1. 妊娠37週以降の妊婦を受け入れる 2. 妊娠32週以降、妊娠37週未満の妊婦を受け入れる 3. 妊娠28週以降、妊娠32週未満の妊婦を受け入れる 4. 妊娠24週以降、妊娠28週未満の妊婦を受け入れる 5. 妊娠22週以降、妊娠24週未満の妊婦を受け入れる 6. 妊娠22週未満の妊婦を受け入れる 7. 産婦を受け入れる 8. 特に週数は決めていない

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の濃厚接触者である妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問４―２　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊婦の分娩への対応について、あてはまるものをお答えください。

※分娩には経腟分娩及び帝王切開術を含む

（回答はひとつ）

1. 分娩に対応する
2. 分娩に対応しない

（問４―２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊婦の分娩に対応すると」回答した施設に伺います。）

問４－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊婦の分娩を取り扱う際に困ったことはありましたか。

※回答がない場合には「なし」と記載してください。

※自由回答欄には 1,000 文字まで入力できます。

（問２で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の濃厚接触者である妊産婦を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問４－４　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊産婦の受け入れ病棟について以下から選択をしてください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

分娩開始前	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）
経腟分娩進行中の妊婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　） 4. 分娩（帝王切開を含）には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない（帝王切開のみ対応する）
産婦	1. 産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟 2. 産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床 3. その他の病床（具体的に　　）

◎貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の分娩に対応する場合の方針

（問２－２「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦の分娩に対応する」と回答した施設に伺います。）

問５－１　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の分娩方針について以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます

1. 帝王切開術を行う
2. 状況により分娩方法を判断する

（問５－１「帝王切開術を行う」と回答した施設に伺います。）

問５－２　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の分娩方針で帝王切開術を選択する理由をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。また産婦は産褥婦をいいます。

1. 院内感染防止目的
2. 分娩室が感染症に対応していないため(陰圧室がない等)
3. 個人防護具(PPE)が足りていないため
4. 人手がたりないため
5. その他(具体的に:　　)

（問５－１「状況により分娩方法を判断する」と回答した施設に伺います。）

問５－３　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦が経腟分娩を行う際に、どのような対応をしていますか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 既存の陰圧対応の分娩室で対応する
2. 臨時的に陰圧対応とした分娩室で対応する
3. 既存の貴院内の陰圧室を臨時的に分娩室として対応する
4. 陰圧対応ではない分娩室で対応する
5. その他(具体的に:　　)

（問５－１「状況により分娩方法を判断する」と回答した施設に伺います。）

問５－４　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の分娩は状況により方法を判断する基準をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の重症度で判断を行う
2. 産科的適応で判断する
3. その他(具体的に:　　)

（問５－４「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の重症度で判断を行う」と回答した施設に伺います。）

問５－５　貴院で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の分娩が帝王切開術となる重症度（妊娠についての重症度ではなく、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の重症度）をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 重症
2. 中等症
3. 軽症
4. 無症状

問５－６　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦に対して帝王切開術を行う際に、どのような対応をしていますか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 既存の陰圧対応の手術室で対応する
2. 臨時的に陰圧対応とした手術室で対応する
3. 陰圧対応ではない手術室で対応する
4. その他（具体的に:　　）

（問５－１「分娩は帝王切開術を行う」と回答した施設に伺います。）

問５－７　十分なインフォームドコンセントの末、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の妊婦が経腟分娩を希望した場合に貴院ではどのような対応をしますか。

（回答はひとつ）

1. 貴院で経腟分娩を行う
2. 他院を紹介する
3. その他（具体的に:　　）

◎貴院における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い患者、未検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩に対応する場合の方針

（問３－２「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊産婦の分娩に対応する」または問４－２「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の者の濃厚接触者である妊婦の分娩に対応する」と回答した施設に伺います。）

問６－１　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊婦または検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩方針について以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 帝王切開術を行う
2. 状況により分娩方法を判断する

（問６－１「帝王切開術を行う」と回答した施設に伺います。）

問６－２　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊婦または検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩方針で帝王切開術を選択する理由をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 院内感染防止目的
2. 分娩室が感染症に対応していないため(陰圧室がない等)
3. 個人防護具(PPE)が足りていないため
4. 人手がたりないため
5. その他(具体的に:　　)

（問６－１「状況により方法を判断する」と回答した施設に伺います。）

問６－３　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊婦または検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩は状況により方法を判断する基準をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)を疑う理由になった症状の重症度で判断を行う
2. 産科的適応で判断する
3. その他(具体的に:　　)

（問６－３「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)を疑う理由になった症状の重症度で判断を行う」と回答した施設に伺います。）

問６－４　貴院で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い妊婦または検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩が帝王切開術となる重症度（妊娠についての重症度ではなく、疑う理由になった症状の重症度）をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 重症
2. 中等症
3. 軽症
4. 無症状

◎新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦・新生児受け入れ体制を整備した際の課題と実際の対応

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

施設の構造に関する課題（動線）

問７－１　貴院の緊急入院時の動線について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

1. 動線を分けられる 2. 動線を分けられない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

施設の構造に関する課題（ゾーニング）

問７－２　貴院のゾーニングについて、以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

産科病棟	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない
分娩室	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない
手術室	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問７－３　貴院の陰圧設備の整備状況について、以下からあてはまるものをお選びください。
また、整備済み、整備予定は病床・室数もお答えください。

（回答は２つまで）

※整備済みでさらに増設予定がある場合は「整備済み」と「整備予定」の両方をお答え下さい。

MFICU	1. 整備済み　病床数(　　) 2. 整備予定　病床数(　　) 3. 整備予定なし
分娩室	1. 整備済み　室数(　　) 2. 整備予定　室数(　　) 3. 整備予定なし
手術室	1. 整備済み　室数(　　) 2. 整備予定　室数(　　) 3. 整備予定なし
産科病棟	1. 整備済み　室数(　　) 2. 整備予定　室数(　　) 3. 整備予定なし

◎通常診療体制との関係

（問２でいずれか「受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問８－１　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受け入れに当たって貴院での取り組みについてあてはまるものをすべて選択してください。

（回答はいくつでも）

1. MFICUの入院制限を行う
2. 母体搬送の受け入れ制限を行う
3. 分娩予約数を制限する
4. 里帰り分娩の受け入れを中止する
5. 里帰り分娩受け入れの制限を行う
6. 立会分娩を中止する
7. 立会分娩を制限する
8. 面会を禁止する
9. 面会を制限する
10. 妊婦健診の通院間隔を延す
11. 妊婦健診にオンライン診療を導入する
12. その他 （対応の内容 ）
13. 特に何も変更はない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問８－２　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等妊産婦・新生児の受け入れ如何にかかわらず貴院での取り組みについてあてはまるものをすべて選択してください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。

1. 里帰り分娩の受け入れを中止した
2. 里帰り分娩受け入れの制限を行った
3. 立会分娩を中止した
4. 立会分娩を制限した
5. 妊婦健診の通院間隔を延ばした
6. 妊婦健診にオンライン診療を導入した
7. その他 （対応の内容　その理由と概要 ）
8. 特に何も変更はなかった

問８－３　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策についてその他なにか取り組みがありましたらお書きください。

※何もない場合は「なし」と入力してください。

※自由回答欄には 1,000 文字まで入力できます。

◎都道府県における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る産科医療提供体制の整備状況について

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問９－１　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の産科医療提供体制について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

※産科症例の受け入れ体制とは、新型コロナウイルス感染症等の妊産婦の受け入れ体制をさします。

（回答はひとつ）

1. 産科症例の受け入れ体制は整備されていると考えている
2. 産科症例の受け入れ体制が整備されていないと考えている

（問９－１「産科症例の受け入れ体制が整備されていないと考えている」と回答した施設に伺います。）

問９－２　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の産科症例の受け入れ体制が整備されていないと考える理由について、あてはまるものをすべてお選びください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 陽性妊産婦受け入れ施設を知らない
2. 陽性妊産婦の受け入れ施設は決まっているが足りないと感じている
3. 疑い妊産婦の定義等地域としての対応方針が決まっていない、もしくは知らない
4. 疑い妊産婦の受け入れ施設が決まっていないもしくは知らない
5. 疑い妊産婦の受け入れ施設は決まっているが足りないと考えている
6. 濃厚接触者である妊産婦の受け入れ施設が決まっていないもしくは知らない
7. 濃厚接触者である妊産婦の受け入れ施設が決まっているが足りないと考えている
8. 陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が決まっていない、もしくは知らない
9. 陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が足りないと考えている
10. その他（具体的に:　　）

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問９－３　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等産科症例の受け入れ先調整体制整備について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

※受け入れ先調整体制とは、新型コロナウイルス感染症等の妊産婦の入院先の調整を行う体制をさします。

（回答はひとつ）

1. 産科症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている
2. 産科症例の受け入れ先調整体制が整備されていないと考えている

（問９－３で「産科症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている」と回答した施設に伺います。）

問９－４　貴院が所在する都道府県における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等産科症例の入院調整を行う機関は以下のどこになりますか。あてはまるものをすべてお選びください。

（回答はいくつでも）

1. 保健所
2. 都道府県庁新型コロナ対策本部など
3. 災害時小児周産期リエゾン
4. 総合周産期母子医療センター
5. その他（具体的に:　　）

（問９－３で「産科症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている」と回答した施設に伺います。）

問９－５　産科症例の受け入れ先調整体制の概要を教えてください。

※自由回答欄には 1,000 文字まで入力できます。

◎感染症対策の取り組みについて

（問 1-1 で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１０－１　平時より新興感染症・再興感染症の流行が起こった時のための対応訓練を行っていましたか。以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

1. 対応訓練をしていた
2. 対応訓練をしていなかった

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１０－２　感染症対応の事業継続計画（BCP）を策定していましたか。以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

1. 策定している
2. 策定していない

（問 1-1 で「産科と新生児科の両方」「産科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１０－３　平時より貴院が所在する都道府県の感染症予防計画について内容を把握していましたか。以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

1. 把握している
2. 把握していない

（新生児科の先生に伺います）

◎貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等の対応

（問 1-1 で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

問 11　貴院で以下のケースごとに受け入れの可否をお答えください。受け入れない場合は理由もお答えください。

（回答はひとつ）

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の母体から生まれた新生児 児の未検もしくは結果未着	1. 受け入れる　2. 受け入れない （理由：　　）
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の母体から生まれた新生児 児の検査結果陰性	1. 受け入れる　2.受け入れない （理由：　　）
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の母体から生まれた新生児 児の検査結果陽性	1. 受け入れる　2.受け入れない （理由：　　）

（問１１で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児を受け入れると回答した施設に伺います）

問１２　貴院で以下のケースごとに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児への対応方針にあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

		新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の母体から生まれた新生児への対応方針		
		Q12_1 未検もしくは結果未着	Q12_2 結果陰性	Q12_3 結果陽性
合併症の有無	①呼吸障害等の合併症を有する病的新生児の受け入れ	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
	②特に合併症を有さない新生児の受け入れ	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
在胎週数別	③妊娠 37 週以降	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
	④妊娠 32 週以降妊娠 37 週未満	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
	⑤妊娠 28 週以降妊娠 32 週未満	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
	⑥妊娠 24 週以降妊娠 28 週未満	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない
	⑦妊娠 22 週以降妊娠 24 週未満	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない	1. 受け入れる 2. 受け入れない

（問１１で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児を受け入れると回答した施設に伺います）

問１３　以下のケースについて、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児の貴院の受け入れ方針について、あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

		新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児		
		未検もしくは結果未着	結果陰性	結果陽性
合併症のない新生児の受け入れ病棟	産科病棟の新型コロナウイルス感染症対応新生児病床	1	1	1
	産科病棟の一般新生児室（隔離あり）	2	2	2
	産科病棟の一般新生児室（隔離なし）	3	3	3
	母児同室（隔離あり）	4	4	4
	NICU の新型コロナウイルス感染症対応病床	5	5	5
	その他の病床（通常 NICU 病床含む）	6	6	6

		新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児		
		未検もしくは結果未着	結果陰性	結果陽性
呼吸障害等の合併症を有する病的新生児の受け入れ病棟	産科病棟の新型コロナウイルス感染症対応新生児病床	1	1	1
	産科病棟の一般新生児室（隔離あり）	2	2	2
	産科病棟の一般新生児室（隔離なし）	3	3	3
	母児同室（隔離あり）	4	4	4
	NICU の新型コロナウイルス感染症対応病床	5	5	5
	その他の病床（通常 NICU 病床含む）	6	6	6

◎新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊産婦・新生児受け入れ体制を整備した際の課題と実際の対応

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

施設の構造に関する課題（動線）

問１４－１　貴院の緊急入院時の動線について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

1. 動線を分けられる 2. 動線を分けられない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

施設の構造に関する課題（ゾーニング）

問１４－２　貴院のゾーニングについて、以下から最もあてはまるものをお選びください。

（回答はひとつ）

NICU	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない
GCU	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない
新生児室	1. ゾーニングできる 2. ゾーニングできない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１４－３　貴院の陰圧設備の整備状況について、以下からあてはまるものをお選びください。

また、整備済み、整備予定は病床・室数もお答えください

（回答は２つまで）

※整備済みでさらに増設予定がある場合は「整備済み」と「整備予定」の両方をお答え下さい。

※陰圧室は前室の有無を問いません。

NICU	1. 整備済み　病床数(　　) 2. 整備予定　病床数(　　) 3. 整備予定なし
新生児室	1. 整備済み　病床数(　　) 2. 整備予定　病床数(　　) 3. 整備予定なし

◎通常診療体制との関係

（問１１で「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の母体から生まれた新生児を受け入れる」と回答した施設に伺います。）

問１５－１　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受け入れに当たって貴院での取り組みについてあてはまるものをすべて選択してください。

（回答はいくつでも）

1. NICU の入院制限を行う
2. 新生児搬送の受け入れ制限を行う
3. 面会を禁止
4. 面会を制限
5. その他 （対応の内容 ）
6. 特に何も変更はない

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１５－２　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等妊産婦・新生児の受け入れ如何にかかわらず貴院での取り組みについてあてはまるものをすべて選択してください。

（回答はいくつでも）

※ここでの妊産婦は妊婦と産褥婦をいいます

1. 面会を禁止
2. 面会を制限
3. その他 （対応の内容　その理由と概要 ）
4. 特に何も変更はない

（問 1-1 で「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１５－３　貴院の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策について、その他なにか取り組みがありましたらお書きください。

※自由回答欄には 1,000 文字まで入力できます。

◎都道府県における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る周産期医療提供体制の整備状況について

（問１－１で「産科と新生児科の両方」「新生児科のみ」と回答した施設に伺います。）

問１６－１　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の新生児医療提供体制について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

※新生児症例の受け入れ体制とは、新型コロナウイルス感染症等の新生児の受入体制をさします。

（回答はひとつ）

1. 新生児症例の受け入れ体制は整備されていると考えている
2. 新生児症例の受け入れ体制が整備されていないと考えている

（「新生児症例の受け入れ体制が整備されていないと考えている」と回答した施設に伺います。）

問１６－２　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の周産期医療提供体制が整備されていないと考える理由について、あてはまるものをすべてお選びください。

（回答はいくつでも）

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」は、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者を除いた患者をいいます。

1. 陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が決まっていない、もしくは知らない
2. 陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が足りないと考えている
3. その他（具体的に:　　）

問１６－３　貴院が所在する都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等新生児症例の受け入れ先調整体制整備について、以下から最もあてはまるものをお選びください。

※受け入れ先調整体制とは、新型コロナウイルス感染症等の新生児の入院先の調整を行う体制をさします。

（回答はひとつ）

1. 新生児症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている
2. 新生児症例の受け入れ先調整体制が整備されていないと考えている

（問１６－３で「新生児症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている」と回答した施設に伺います。）

問１６－４　貴院が所在する都道府県における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等新生児症例の入院調整を行う機関は以下のどこになりますか。あてはまるものをすべてお選びください。

（回答はいくつでも）

1. 保健所
2. 都道府県庁コロナ対策本部など
3. 災害時小児周産期リエゾン
4. 総合周産期母子医療センター
5. その他（具体的に:　　）

（問１６－３で「新生児症例の受け入れ先調整体制が整備されていると考えている」と回答した施設に伺います。）

問１６－５　新生児症例の受け入れ先調整体制の概要を教えてください。

※自由回答欄には 1,000 文字まで入力できます。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

へき地医療支援機構分野別調査票

＜ご回答される支援機構のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年１１月１日現在の状況をお答えください。

◎貴機構の状況についてお聞かせください。

問１　都道府県をお答えください。

（回答はひとつ）

1. 北海道	2. 青 森	3. 岩 手	4. 宮 城	5. 秋 田
6. 山 形	7. 福 島	8. 茨 城	9. 栃 木	10. 群 馬
11. 埼 玉	12. 千 葉	13. 東 京	14. 神奈川	15. 新 潟
16. 富 山	17. 石 川	18. 福 井	19. 山 梨	20. 長 野
21. 岐 阜	22. 静 岡	23. 愛 知	24. 三 重	25. 滋 賀
26. 京 都	27. 大 阪	28. 兵 庫	29. 奈 良	30. 和歌山
31. 鳥 取	32. 島 根	33. 岡 山	34. 広 島	35. 山 口
36. 徳 島	37. 香 川	38. 愛 媛	39. 高 知	40. 福 岡
41. 佐 賀	42. 長 崎	43. 熊 本	44. 大 分	45. 宮 崎
46. 鹿児島	47. 沖 縄			

問２　へき地医療支援機構を構成する人数を教えてください。

（回答は半角数字）

※該当する職員がいない場合は０とお答えください。

職種	常勤	非常勤
都道府県職員	人	人
医師	人	人
看護師	人	人
医師・看護師以外の医療従事者	人	人
その他（具体的に　　）	人	人

問３　貴都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の陽性患者数 (※) を教えてください。
（回答は半角数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
令和 2 年	人	人	人	人	人

（※）報告日ベース

◎以下の質問には、委託先の状況も含めてお答えください。

問４－１　へき地医療拠点病院から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関連したへき地医療拠点病院の機能や体制についての相談はありましたか。（例：患者の受け入れ、へき地で予定していた研修会の中止等）
（回答はひとつ）

1. あった　⇒　問４－２を回答してください
2. なかった　⇒　問５－１に進んでください

（相談があったと回答した機構に伺います。）
問４－２　相談はどのような内容でしたか。

問５－１　へき地診療所から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関連したへき地診療所の機能や体制について相談はありましたか。（例：検査の実施、患者発生時の対応、在宅医療の方法等）
（回答はひとつ）

1. あった　⇒　問５－２を回答してください
2. なかった　⇒　問６－１に進んでください

（相談があったと回答した機構に伺います。）
問５－２　相談はどのような内容でしたか。

問６－１　それ以外の施設（へき地医療拠点病院でない一般の医療機関や保健所、役所など）からへき地に係る新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する相談はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった ⇒ 問６－２と問６－３を回答してください
2. なかった ⇒ 問７－１に進んでください

（相談があったと回答した機構に伺います。）

問６－２　どのような施設からの相談でしたか。

（相談があったと回答した機構に伺います。）

問６－３　相談はどのような内容でしたか。

問７－１　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月における貴機構への代診医派遣（臨時で短期の医師の派遣）の依頼件数と実施件数を教えてください。

（回答は半角数字）

依頼件数	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

依頼件数	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

実施件数	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

実施件数	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

問７－２　先にお答えいただいた、代診医派遣（臨時で短期の医師の派遣）の依頼件数、実施件数の変化は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していますか。

（回答はひとつ）

1. あった ⇒ 問７－３を回答してください
2. なかった ⇒ 問８－１に進んでください
3. 変化なし ⇒ 問８－１に進んでください

（代診医派遣（臨時で短期の医師の派遣）の依頼件数、実施件数の変化は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していると回答された機構に伺います。）

問７－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響して、代診医派遣の依頼件数、実施件数に変化が生じた理由をご記入ください。

問８－１　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月における貴機構への医師派遣（中長期的に行う定期的な医師の派遣）の依頼件数と実施件数を教えてください。

（回答は半角数字）

依頼件数	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

依頼件数	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

実施件数	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

実施件数	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

問８－２　先にお答えいただいた、医師派遣（中長期的に行う定期的な医師の派遣）の依頼件数、実施件数の変化は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していますか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒　問８－３を回答してください
2. なかった　⇒　問９－１に進んでください
3. 変化なし　⇒　問９－１に進んでください

（医師派遣（中長期的に行う定期的な医師の派遣）の依頼件数、実施件数の変化は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していると回答された機構に伺います。）

問８－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響して、医師派遣（中長期的に行う定期的な医師の派遣）の依頼件数、実施件数に変化が生じた理由をご記入ください。

問９－１　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月における貴機構のへき地への巡回診療の件数をご記入ください。

（回答は半角数字）

巡回診療	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・ 令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

巡回診療	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・ 令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

問９－２　先にお答えいただいた、巡回診療の件数の変化は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していますか。

（回答はひとつ）

1. あった ⇒ 問９－３を回答してください
2. なかった ⇒ 問１０－１に進んでください
3. 変化なし ⇒ 問１０－１に進んでください

（巡回診療件数の変化は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響していると回答された機構に伺います。）

問９－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が影響して、巡回診療の件数に変化が生じた理由をご記入ください。

問１０－１　貴機構が主催する各種のへき地医療関連研修会の実施回数に変化はありましたか。
（回答はひとつ）

1. あった ⇒ 問１０－２と問１０－３を回答してください
2. なかった ⇒ 問１１－１に進んでください

問１０－２　貴機構が主催する各種のへき地医療関連研修会の開催方法について変化はありましたか。
（回答はいくつでも）

1. 時間を短縮した
2. オンライン化した
3. その他（具体的に:　　）

問１０－３　研修の内容について変化があれば教えてください（例：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関しての研修会の要望が増えた等）。

問１１－１　貴機構は保健医療担当者等、都道府県の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の担当者とへき地医療の体制維持等についての打ち合わせを実施しましたか。

（回答はひとつ）

1. 実施した ⇒ 問１１－２を回答してください
2. 実施しなかった ⇒ 問１２－１に進んでください

（打ち合わせを実施しなかったと回答された機構に伺います。）

問１１-２　実施しなかった理由に当てはまるものをすべて教えてください。

（回答はいくつでも）

1. 都道府県等からの要請がなかった
2. 感染者が周辺地域にいなかった（少なかった）
3. その他（具体的に:　　）

問１２－１　貴機構は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑いを含む）患者の受け入れ体制（搬送を含む）づくりについて指導や助言を実施しましたか。

（回答はひとつ）

1. 実施した ⇒ 問１２－２を回答してください
2. 実施しなかった ⇒ 問１３－１に進んでください

（「実施した」と回答された機構に伺います。）

問１２－２　どの施設に対して行いましたか。該当するものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. へき地医療拠点病院
2. へき地診療所
3. 上記以外の医療機関
4. 保健所
5. その他（具体的に:　　）

問１３－１　貴機構は院内感染対策の指導をしましたか。

（回答はひとつ）

1. した ⇒ 問１３－２を回答してください
2. しなかった ⇒ 問１４－１に進んでください

（「指導した」と回答された機構に伺います。）

問１３－２　どの施設に対して指導しましたか。該当するものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. へき地医療拠点病院
2. へき地診療所
3. 上記以外の医療機関
4. 保健所
5. その他（具体的に:　　）

問１４－１　へき地でのクラスター発生を想定したシミュレーションをしましたか。

（回答はひとつ）

1. した ⇒ 問１４－２を回答してください
2. しなかった ⇒ 問１５－１に進んでください

（「シミュレーションをした」と回答された機構に伺います。）

問１４－２　どの施設と行ないましたか。該当するものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. へき地医療拠点病院
2. へき地診療所
3. 上記以外の医療機関
4. 保健所
5. その他（具体的に:　　）

問１５－１　へき地の医師が感染した場合についての対応策を協議しましたか。
（回答はひとつ）

1. した ⇒ 問１５－２を回答してください
2. しなかった ⇒ 問１６－１に進んでください

（「協議した」と回答された機構に伺います。）
問１５－２　どの施設と行ないましたか。該当するものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. へき地医療拠点病院
2. へき地診療所
3. 上記以外の医療機関
4. 保健所
5. その他（具体的に: ）

◎都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前と、確認された後での変化について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前】
問１６－１　貴機構とへき地医療拠点病院との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。
（回答はひとつ）

1. はい	2. いいえ

問１６－２　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認された後】

問１６－３　貴機構とへき地医療拠点病院との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。
（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問１６－４　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

◎都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前と、確認された後での変化について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前】

問１７－１　貴機構とへき地診療所との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。
（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問１７－２　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認された後】

問１７－３　貴機構とへき地診療所との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。
（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問１７－４　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

◎都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前と、確認された後での変化について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前】

問１８－１　貴機構とその他の施設や機関（へき地医療拠点病院でない一般の医療機関や保健所、役所など）との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。

（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問１８－２　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

【都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認された後】

問１８－３　貴機構とその他の施設や機関（へき地医療拠点病院でない一般の医療機関や保健所、役所など）との連絡・調整は円滑に行われていると思いますか。

（回答はひとつ）

1. はい　　2. いいえ

問１８－４　連絡・調整が機能している要因や阻害している要因、改善すべき点について教えてください。

問１９　へき地医療支援機構が関係して行った事案のうち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応における好事例を具体的に教えてください（例：へき地に派遣される医師に対して新型コロナウイルス感染症（COVID-19）についての講習を実施した等）。

問２０　これまでにご回答いただいた事項以外で、貴へき地医療支援機構の活動を行うに当たって、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応の中で新たに生じた課題、問題点がありましたらご記入ください。

※今後の参考になるような事例等については具体的に聞き取りをさせていただく場合がございますので、差し障りのない範囲で、ご担当部署と連絡先をご記入ください。

○　ご担当部署	
○　連絡先（TEL もしくは E-mail アドレス）	

※へき地医療支援機構の業務を委託されている場合は、委託先のご連絡先を教えてください。

○　委託先名称	
○　委託内容	
○　連絡先（TEL もしくは E-mail アドレス）	

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

へき地医療拠点病院基本票

最大質問数は 34 問になります。

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年 11 月 19 日：承認番号 3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12 月 28 日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

（特に断りのない場合は、令和２年１１月１日現在の状況をお答えください。）

◎貴施設のへき地医療の概況についてお伺いします。貴施設のへき地医療の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

◎へき地の診療体制の変化についてお伺いします。

問２１－１　へき地からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）以外の救急診療に関する対応に変化（例えば縮小や中止）はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった ⇒ 問２１－２を回答してください
2. なかった ⇒ 問２２に進んでください

（対応に変化があったと回答した施設に伺います）

問２１－２　対応の変化について具体的に教えてください。

問２２　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月におけるへき地への代診医派遣の件数をご記入ください。

（回答は半角数字）

代診医派遣	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

代診医派遣	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

問２３　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月におけるへき地への巡回診療の実施件数をご記入ください。

（回答は半角数字）

巡回診療	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

巡回診療	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	件	件	件	件	件
令和 2 年	件	件	件	件	件

問２４－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を契機に、オンライン診療を新しく導入しましたか。

（回答はひとつ）

1. 流行を契機に新たに導入した ⇒ 問２４－２を回答してください
2. 流行前から導入していた ⇒ 問２４－２を回答してください
3. 未導入 ⇒ 問２５－１に進んでください

（オンライン診療を新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の「流行を契機に新たに導入した」、もしくは「流行前から導入していた」と回答された施設に伺います）

問２４－２　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月におけるオンライン診療を行った患者数についてご記入ください。

（回答は半角数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

問２５－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を契機に、オンライン受診勧奨（情報通信機器を通して患者の診察を行い、医療機関への受診勧奨をリアルタイムにより行う行為）を新しく導入しましたか。

（回答はひとつ）

1. 流行を契機に新たに導入した　⇒ 問２５－２を回答してください
2. 流行前から導入していた　⇒ 問２５－２を回答してください
3. 未導入　⇒ 問２６に進んでください

（オンライン受診勧奨を新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の「流行を契機に新たに導入した」、もしくは「流行前から導入していた」と回答された施設に伺います）

問２５－２　平成３１年１月～令和元年１０月と令和２年１月～１０月におけるオンライン受診勧奨を行った患者数についてご記入ください。

（回答は半角数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

問２６　遠隔画像診断（テレラジオロジー）等の実施に変化はありましたか。

（回答はひとつ）

1. 増えた　2. 減った　3. 変わらない　4. 未導入

問２７－１　へき地診療所、またはへき地の医療機関から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療を実施する際の支援要請がありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問２７－２をお答えください
2. なかった　⇒ 問２８－１に進んでください

（「支援要請があった」と回答された施設に伺います）

問２７－２　どのような支援要請がありましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 検査をする際の人員の派遣
2. 診療をする際の医師や看護師の派遣
3. 検査をする際の試薬や機器の提供
4. 診察や検査をする際の個人防護具(PPE)の提供
5. その他(具体的に:　　)

問２８－１　へき地診療所に提供するための個人防護具（PPE）を備蓄していますか。

（回答はひとつ）

1. はい　⇒ 問２８－２をお答えください
2. いいえ　⇒ 問２９－１に進んでください

（へき地診療所に提供するための個人防護具（PPE）を備蓄していると回答した施設に伺います）

問２８－２　どのような個人防護具（PPE）をへき地診療所に提供するために備蓄していますか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. サージカルマスク
2. N95マスク
3. フェイスシールド
4. ゴーグル
5. ガウン
6. ビニールエプロン
7. 防護服(カバーオール)
8. 手袋
9. その他(具体的に:　　)

問２９－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応はへき地医療拠点病院としての平時の業務に影響しましたか。

（回答はひとつ）

1. 大いにあった　⇒ 問２９－２をお答えください
2. 少しあった　⇒ 問２９－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問３０－１に進んでください

（「大いにあった」または「少しあった」と回答した施設に伺います）

問２９－２　どのような面で影響がありましたか。できるだけ具体的に教えてください。

◎周辺地域との関わりについてお伺いします。

問３０－１　医療機関以外からへき地医療拠点病院として新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に関連した依頼や相談を受けたことはありましたか（例：へき地の学校から感染対策の講義を依頼された）。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問３０－２と問３０－３をお答えください
2. なかった　⇒ 問３１－１に進んでください

（あったと回答した施設に伺います）

問３０－２　依頼元にあてはまるものをすべて教えてください。

（回答はいくつでも）

1. 学校
2. 企業
3. 行政機関
4. その他（具体的に:　　）

（あったと回答した施設に伺います。）

問３０－３　依頼内容にあてはまるものをすべて教えてください。

（回答はいくつでも）

1. 感染対策
2. 健康相談
3. 啓発活動
4. 外国人対応
5. その他（具体的に:　　）

◎その他の変化についてお伺いします。

問３１－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行の前と後で、病院全体の医師の人数に変化はありましたか。

（回答はひとつ）

1. 増えた　⇒ 問３１－２をお答えください
2. 減った　⇒ 問３１－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問３２－１に進んでください

（「増えた」・「減った」と回答した施設に伺います）

問３１－２　病院全体の医師の人数が変化した理由を具体的に教えてください。

問３２－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行の前と後で、病院全体の看護師の人数に変化はありましたか。

（回答はひとつ）

1. 増えた　⇒ 問３２－２をお答えください
2. 減った　⇒ 問３２－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問３３－１に進んでください

（「増えた」・「減った」と回答した施設に伺います）

問３２－２　病院全体の看護師の人数が変化した理由を具体的に教えてください。

問３３－１　県内からの非常勤の応援医師の地域研修の受け入れに影響はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問33－２をお答えください
2. なかった　⇒ 問３４－１に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問３４－１に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います）

問３３－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 一時的に非常勤の応援医師の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も非常勤の応援医師の受け入れを断っている
3. 非常勤の応援医師の受け入れを断らず継続しているが、研修の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

問３４－１　県外からの非常勤の応援医師の地域研修の受け入れに影響はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問３４－２をお答えください
2. なかった　⇒ 問３５－１に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問３５－１に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います）

問３４－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 一時的に非常勤の応援医師の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も非常勤の応援医師の受け入れを断っている
3. 非常勤の応援医師の受け入れを断らず継続しているが、研修の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

問３５－１　臨床研修医の受け入れ（へき地医療拠点病院としての研修の受け入れ）に影響はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問３５－２をお答えください
2. なかった　⇒ 問３６－１に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問３６－１に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います）

問３５－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 一時的に臨床研修医の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も臨床研修医の受け入れを断っている
3. 臨床研修医の受け入れを断らず継続しているが、研修の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

問３６－１　医学生の地域実習の受け入れ（へき地医療拠点病院としての実習の受け入れ）に影響はありましたか。

（回答はひとつ）

1. あった　⇒ 問３６－２をお答えください
2. なかった　⇒ 問３７に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問３７に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います）

問３６－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまるものをお答えください。

（回答はひとつ）

1. 一時的に医学生の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も医学生の受け入れを断っている
3. 医学生の受け入れを断らず継続しているが、実習の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

問３７　へき地診療所の医師が、へき地医療拠点病院で定期的（例えば週１回）に研修を受けることがあります。この研修の受け入れに影響はありましたか。

（回答はひとつ）

1. 大いにあった　2. 少しあった　3. 変わらない　4. もともと研修を受け入れていない

問３８　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する貴施設の対応で、好事例を具体的にご記入ください（例：開業診療所の医師に検体採取の講習会をした、対策本部への派遣要請などに応じた）。

問３９　これまでにご回答いただいた事項以外で、貴施設新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関して新たに発生した課題や問題点がありましたらご記入ください。

病院名をご記入ください

病院名	

※今後の参考になるような事例等については具体的に聞き取り等をさせていただく場合がございますので、差し障りのない範囲で、ご担当部署と連絡先をご記入ください。

○ ご担当者様部署	
○ ご担当者様氏名	
○ 連絡先（TEL もしくは E-mail アドレス）	
電話番号	
E-mail アドレス	

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

へき地診療所調査票

貴診療所名	

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、5 疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・5 事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、5 事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12 月 28 日（月）までにご回答の上、同封の返送用封筒でご返送ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合、令和２年 11 月１日現在の情報についてご回答ください。

◎ 貴施設についてお伺いします。

問１－１　貴施設の開設主体に、最もあてはまる番号に○をつけてください。
（○はひとつ）

国

1. 国立大学法人
2. 国立大学法人以外の国立法人

公的医療機関

3. 都道府県
4. 市町村
5. 公立大学法人
6. 日赤
7. 済生会
8. 厚生連
9. 上記以外の公的医療機関

その他

10. 社会保険関係団体
11. 公益法人
12. 医療法人
13. 学校法人
14. 社会福祉法人
15. 医療生協
16. 株式会社
17. その他の法人
18. 個人

問１－２　貴施設の指定等として、あてはまる番号すべてに○をつけてください。
（○はいくつでも）

1. 特定感染症指定医療機関
2. 第1種感染症指定医療機関
3. 第2種感染症指定医療機関
4. 高度救命救急センター
5. 三次救急指定医療機関
6. 二次救急医療施設
7. 救急告示医療機関
8. 災害拠点病院
9. 原子力災害拠点病院
10. へき地拠点病院
11. 総合周産期母子医療センター
12. 地域周産期母子医療センター
13. 小児中核病院
14. 小児地域医療センター
15. 小児地域支援病院
16. 在宅療養支援病院
17. 在宅療養支援診療所
18. 新型コロナウイルス感染症重点医療機関
19. 新型コロナウイルス感染症協力医療機関(疑い患者を受け入れる病院)
20. その他新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れる医療機関
21. 帰国者接触者外来の設置
22. 新型インフルエンザ患者入院医療機関
23. あてはまるものはない

問１－３　貴施設の標榜診療科に、あてはまる番号すべてに○をつけてください。
（○はいくつでも）

1. 内科※1	2. 外科※2
3. 整形外科	4. 脳神経外科
5. 小児科(新生児科含む)	6. 精神科
7. 眼科	8. 皮膚科
9. 耳鼻咽喉科	10. 泌尿器科
11. 産婦人科・産科・婦人科	12. リハビリテーション科
13. 救急科	14. 総合診療科
15. 歯科・歯科口腔外科	
16. その他(具体的に:	)

※1. 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「内科」としてご回答ください。

※2. 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「外科」としてご回答ください。

問２　貴施設の許可病床数をご記入ください。なお、一般病床については、そのうちの非稼働病床、並びに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）についてもご記入ください。
（回答は数字）

①一般病床				②療養病床	③精神科病床	④感染症病床	⑤結核病床
	①のうち非稼働病床	①のうち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者受入のため整備した病床(医療法上の特例病床等)	①のうちICU				
床	床	床	床	床	床	床	床

※非稼働病床とは、１年間に１度も患者を入院させなかった病床を指します。

※ICU は特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児)、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児)、新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料１、ハイケアユニット入院医療管理料２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定する病床。

問３　貴施設の職員数（常勤換算※1）をご記入ください。

（回答は数字）

医師	看護職員※2	臨床工学技士	左記以外の医療職※3	その他の職員
人	人	人	人	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。

■ １週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）

■ １カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

※2. 看護職とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

※3. 歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療系資格を有する者。

問４－１　外来で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問４－２　入院で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の外来・入院とも受け入れていないと回答した施設に伺います。）

問４－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れなかった理由は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 地域に患者がいなかった
2. 他の医療機能を担っていた
3. 病床に空きがなかった
4. 十分な感染対策が講じられなかった
5. 感染症診療に当たる医師の不足
6. 看護職員の不足
7. その他医療スタッフの不足
8. その他（具体的に：　　）

問５　令和２年１～10 月における貴施設の外来患者延べ数（当日の初診患者数＋再診患者数の１カ月合計）、救急搬送延べ数、救急外来（walk in）延べ数、入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）、手術延べ数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

令和２年	１月	２月	３月	４月	５月
外来患者(時間内)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
外来患者(時間外)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
救急搬送患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

令和２年	６月	７月	８月	９月	10 月
外来患者(時間内)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
外来患者(時間外)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
救急搬送患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

令和２年	１月	２月	３月	４月	５月
入院患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
手術実施延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む） ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ） ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人

令和２年	６月	７月	８月	９月	10月
入院患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
手術実施延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む） ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ） ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人

問６　平成 31 年１月～令和元年 10 月における貴施設の外来患者延べ数（当日の初診患者数＋再診患者数の１カ月合計）、救急搬送延べ数、救急外来（walk in）延べ数、入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の１カ月合計）、手術延べ数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。

（回答は数字）

平成 31 年・令和元年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
外来患者(時間内)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
外来患者(時間外)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
救急搬送患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

平成 31 年・令和元年	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
外来患者(時間内)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
外来患者(時間外)延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人
救急搬送患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む）	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ）	人	人	人	人	人

平成 31 年・令和元年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
入院患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人	人
手術実施延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む) ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ) ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人

平成 31 年・令和元年	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
入院患者延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む)	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ)	人	人	人	人	人
手術実施延べ数	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(疑い含む) ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人
うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者延べ数(診断確定のみ) ※上記の患者に対して行われたすべての手術	人	人	人	人	人

問７－１　休床中であった（職員を配置していなかった）病床を、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い含む）受け入れのために稼働させましたか。あてはまる番号に○をつけてください。また、稼働させた場合は最大稼働病床数についてもお答えください。

（○はひとつ）

1. はい⇒最大(　　)床
2. 稼働させていない

問７－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）を入院させるための病床を確保しましたか。あてはまる番号に○をつけてください。また、確保した場合は確保した最大病床数についてもお答えください。

（○はひとつ）

1. はい⇒最大(　　)床
2. 確保していない

問７－３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）を受け入れるために、患者の受入を停止した病床はありましたか。あてはまる番号に○をつけてください。また、受け入れを停止した場合は停止した最大病床数についてもお答えください。

（○はひとつ）

1. はい⇒最大(　　)床
2. 患者の受け入れを停止した病床はない

問８－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制について、貴施設内で PCR 検査の実施は可能ですか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 可能　⇒ 問8－2と問８－３を回答してください
2. 不可能 ⇒ 問9－１に進んでください

（可能と回答した施設に伺います。）

問８－２　貴施設内における PCR 検査の検体の受付についてあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 24時間対応・休日対応可
2. 対応可能の時間・曜日等制限あり

（可能と回答した施設に伺います。）

問８－３　貴施設内における PCR 検査の結果が出るまでの時間についてあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 1時間以内
2. 1時間超～2時間以内
3. 2時間超～4時間以内
4. 4時間超～6時間以内
5. 6時間超

（全員回答してください。）

問９－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制について、他施設に PCR 検査を依頼していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 依頼している ⇒ 問９－２と問９－３を回答してください
2. 依頼していない ⇒ 問１０－１に進んでください

（他施設に依頼していると回答した施設に伺います。）

問９－２　PCR 検査を依頼している他施設の検体の受付について、あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 24時間対応・休日対応可
2. 対応可能の時間・曜日等制限あり

（他施設に依頼していると回答した施設に伺います。）

問９－３　PCR 検査を依頼している他施設の結果が出るまでの時間について、あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 1時間以内
2. 1時間超～2時間以内
3. 2時間超～4時間以内
4. 4時間超～6時間以内
5. 6時間超～12時間以内
6. 12時間超～24時間以内
7. 24時間超

（全員回答してください。）

問１０－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育を実施しましたか。実施した場合はその時の教育者について、あてはまる番号すべて、○をつけてください。

（○はいくつでも）

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策の教育を実施している

1. 自施設の感染症専門医
2. 自施設のその他の医師(診療科:　　)
3. 自施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
4. 自施設のその他の看護師
5. 他施設の感染症専門医
6. 他施設のその他の医師(診療科:　　)
7. 他施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
8. 他施設のその他の看護師
9. その他(具体的に:　　)

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策の教育を実施していない

10. 実施していない ⇒ 問１１に進んでください

（対策の教育を実施していると回答した施設に伺います。）

問１０－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の受講者について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 医療従事者
2. 患者対応を行う非医療従事者
3. 患者対応を行わない非医療従事者
4. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください。）

問１１　個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。あてはまる番号に○をつけてください。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。

（○はひとつ）

1. していた　（約　　日分）
2. していなかった

問１２－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するために、院内に本部を設置しましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. はい　⇒ 問１２－２を回答してください
2. いいえ　⇒ 問１３－１に進んでください

（設置したと回答した施設に伺います。）

問１２－２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するための本部は、どのようなメンバーで構成されましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 病院長等の幹部職員
2. 感染症を専門とする医師
3. 感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
4. 事務職員
5. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください。）

問１３－１　令和２年１月以前に事業継続計画（BCP）を策定していましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 自然災害を想定した事業継続計画(BCP)を策定していた ⇒ 問１３－２と問１３－３を回答してください
2. 感染症(新型インフルエンザ等)のパンデミックを想定した事業継続計画(BCP)を策定していた ⇒ 問１３－２と問１３－３を回答してください
3. 上記の両方を策定していた ⇒ 問１３－２と問１３－３を回答してください
4. どちらも策定していなかった ⇒ 問１４に進んでください

（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います。）

問１３－２　令和２年１月以前に策定した事業継続計画（BCP）は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に有効でしたか。あてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 有効であった
2. 有効でなかった

（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います。）

問１３－３　貴施設で策定した事業継続計画（BCP）の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応の有効性評価の理由をお答えください。

◎診療体制の変化についてお伺いします。

問１４　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査ができるかどうかの問い合わせが、患者からありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. あった
2. なかった
3. 患者以外からあった（具体的に：　　）

問１５　発熱や呼吸器症状のある患者から受診相談があった際にどのような対応をしましたか。令和２年１月～10 月について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 他の医療機関に受診を勧めた
2. 自院に受診を勧めた
3. 受診自体を勧めなかった
4. その他（具体的に：　　）

問１６　平成３１年１月～令和元年 10 月と令和２年１月～10 月におけるへき地への巡回診療の実施回数をご記入ください。

（回答は数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	回	回	回	回	回
令和 2 年	回	回	回	回	回

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	回	回	回	回	回
令和 2 年	回	回	回	回	回

問１７－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を契機に、オンライン診療を新しく導入しましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 流行を契機に新たに導入した　⇒ 問１７－２を回答してください
2. 流行前から導入していた　⇒ 問１７－２を回答してください
3. 未導入　⇒ 問１８－１に進んでください

（オンライン診療を新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の「流行を契機に新たに導入した」、もしくは「流行前から導入していた」と回答した施設に伺います。）

問１７－２　平成３１年１月～令和元年 10 月と令和２年１月～10 月におけるオンライン診療を行った患者数についてご記入ください。

（回答は数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

（全員回答してください。）

問１８－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を契機に、オンライン受診勧奨（情報通信機器を通して患者の診察を行い、医療機関への受診勧奨をリアルタイムにより行う行為）を新しく導入しましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 流行を契機に新たに導入した　⇒ 問１８－２を回答してください
2. 流行前から導入していた　⇒ 問１８－２を回答してください
3. 未導入　⇒ 問１９に進んでください

（オンライン受診勧奨を新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の「流行を契機に新たに導入した」、もしくは「流行前から導入していた」と回答した施設に伺います。）

問１８－２　平成３１年１月～令和元年 10 月と令和２年１月～10 月におけるオンライン受診勧奨を行った患者数についてご記入ください。

（回答は数字）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
平成 31 年・令和元年	人	人	人	人	人
令和 2 年	人	人	人	人	人

（全員回答してください。）

問１９　遠隔画像診断（テレラジオロジー）等の実施に変化はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 増えた　2. 減った　3. 変わらない　4. もともと実施していない

問２０－１　貴施設は離島にある施設ですか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 離島にある　⇒ 問２０－２と問２０－３をお答えください

2. 離島ではない　⇒ 問２１－１に進んでください

（離島にある施設と回答した施設に伺います。）

問２０－２　都道府県内で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の発生が初めて確認される前の、離島から本土への救急患者搬送手段を教えてください。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. ヘリコプター　2. フェリー

3. その他（具体的に:　）

（離島にある施設と回答した施設に伺います。）

問２０－３　新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者、または新型コロナウイルス感染症(COVID-19）疑い患者を離島から搬送する場合、平時の搬送方法に変更はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。変更があった場合は、その手段も合わせてご記入ください（例：平時はヘリコプターだが新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者、または新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い患者にはフェリーを利用する方針とした)。

（○はひとつ）

1. 変更があった(具体的な手段:　)

2. 変更なし

（全員回答してください。）

問２１－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の診察の際に、へき地医療拠点病院やへき地医療支援機構に支援要請をしましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. はい　⇒ 問２１－２をお答えください

2. いいえ　⇒ 問２２－１に進んでください

3. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者は診察していない　⇒ 問２２－１に進んでください

（「支援要請をした」と回答した施設に伺います。）

問２１－２　どのような支援要請をしましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 検査をする際の人員の派遣　2. 診療をする際の医師や看護師の派遣

3. 検査をする際の試薬や機器の提供　4. 診察や検査をする際の個人防護具(PPE)の提供

5. その他(具体的に:　)

（全員回答してください。）

問２２－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応はへき地診療所としての平時の業務に影響しましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 大いにあった　⇒ 問２２－２をお答えください
2. 少しあった　⇒ 問２２－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問２３－１に進んでください

（「大いにあった」または「少しあった」と回答した施設に伺います。）

問２２－２　どのような面で影響がありましたか。できるだけ具体的に教えてください。

◎周辺地域との関わりについてお伺いします。

（全員回答してください。）

問２３－１　医療機関以外から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に関連した依頼や相談はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。（例：へき地の学校から感染対策の講義を依頼された。）

（○はひとつ）

1. あった　⇒ 問２３－２と問２３－３をお答えください
2. なかった　⇒ 問２４－１に進んでください

（医療機関以外から依頼や相談が「あった」と回答した施設に伺います。）

問２３－２　依頼元に、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 学校　2. 企業　3. 行政機関
4. その他（具体的に:　）

（医療機関以外から依頼や相談が「あった」と回答した施設に伺います。）

問２３－３　依頼内容に、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

（○はいくつでも）

1. 感染対策
2. 健康相談
3. 啓発活動
4. 外国人対応
5. その他（具体的に:　）

◎その他の変化についてお伺いします。

（全員回答してください。）

問２４－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行の前と後で、診療所全体の医師の人数に変化はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 増えた　⇒ 問２４－２をお答えください
2. 減った　⇒ 問２４－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問２５－１に進んでください

（診療所全体の医師の人数が「増えた」あるいは「減った」と回答した施設に伺います。）

問２４－２　診療所全体の医師の人数が変化した理由を具体的に教えてください。

（全員回答してください。）

問２５－１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行の前と後で、診療所全体の看護師の人数に変化はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 増えた　⇒ 問２５－２をお答えください
2. 減った　⇒ 問２５－２をお答えください
3. 変わらない　⇒ 問２６－１に進んでください

（診療所全体の看護師の人数が「増えた」あるいは「減った」と回答した施設に伺います。）

問２５－２　診療所全体の看護師の人数が変化した理由を具体的に教えてください。

（全員回答してください。）

問２６－１　県内からの非常勤の応援医師の地域研修の受け入れに影響はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. あった　⇒ 問２６－２を回答してください
2. なかった　⇒ 問２７－１に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問２７－１に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います。）

問２６－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 一時的に非常勤の応援医師の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も非常勤の応援医師の受け入れを断っている
3. 非常勤の応援医師の受け入れを断らず継続しているが、研修の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください。）

問２７－１　県外からの非常勤の応援医師の地域研修の受け入れに影響はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. あった　⇒ 問２７－２を回答してください
2. なかった　⇒ 問２８－１に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問２８－１に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います。）

問２７－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. 一時的に非常勤の応援医師の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も非常勤の応援医師の受け入れを断っている
3. 非常勤の応援医師の受け入れを断らず継続しているが、研修の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください。）

問２８－１　医学生の地域実習の受け入れに影響はありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。

（○はひとつ）

1. あった　⇒ 問２８－２を回答してください
2. なかった　⇒ 問２９に進んでください
3. もともと受け入れていない　⇒ 問２９に進んでください

（影響があったと回答した施設に伺います。）

問２８－２　どのような影響がありましたか。最もあてはまる番号に○をつけてください。
（○はひとつ）

1. 一時的に医学生の受け入れを断ったが、現在は再開している
2. 現在も医学生の受け入れを断っている
3. 医学生の受け入れを断らず継続しているが、実習の方法や内容を見直した
4. その他（具体的に:　　）

（全員回答してください。）

問２９　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する貴施設の対応で、好事例を具体的にご記入ください（例：診療所内の職員に感染対策の講習をした、対策本部への派遣要請に応じた）。

（全員回答してください。）

問３０　これまでにご回答いただいた事項以外で、貴施設で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関して新たに発生した課題や問題点がありましたらご記入ください。

設問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

※今後の参考になるような事例等については、具体的に聞き取り等をさせていただく場合がございますので、差し障りのない範囲で、ご担当部署と連絡先をご記入ください。

○　ご担当部署	
○　連絡先（TEL もしくは E-mail アドレス）	

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所基本票

最大質問数は１５問になります。

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

（特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。）

◎貴施設の在宅医療の概況についてお伺いします。貴施設の在宅医療の概況等についてご回答可能な事務部門の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

問４０　貴施設の在宅医療を担当する職員数（実人数／常勤換算数※1）についてお答えください。
（回答は数字）

	医師	看護職員※2	薬剤師	理学療法士 作業療法士 言語療法士	管理栄養士	左記以外の医療職※3	その他の職員
実人数	人	人	人	人	人	人	人
常勤換算数	人	人	人	人	人	人	人

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。

■ １週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）

■ １カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

※2. 看護職とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

※3. 歯科医師、臨床工学技士、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療系資格を有する者。

問４１　在宅医療を担当する職員数で令和２年１月～10月に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行による離職者数（実人数）をお答えください。

※定年退職や出産・育児による離職といった、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が流行しなくてもありうるもの以外について報告ください。例えば、以下のような場合が含まれます。

- 職員本人が感染し、それを契機に離職した
- 家族等、周囲の方が感染し、それを契機に離職した
- 感染拡大に伴い、家族等が利用していた保育や介護等のサービスが休止し、離職した
- 感染拡大に伴い、医療機関の仕事の質が変化し、離職した
- 感染拡大に伴い、医療機関の仕事の量が変化し、離職した
- 感染拡大に伴い、医療機関の職場の人間関係が変化し、離職した
- 感染拡大に伴い、医局人事等の判断が変化し、離職した

（回答は数字）

	医師	看護職員※2	薬剤師	理学療法士 作業療法士 言語療法士	管理栄養士	左記以外の医療職※3	その他の職員
離職者数（実人数）	人	人	人	人	人	人	人

問４２　貴施設の届出区分をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）
2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所
4. 在宅療養支援病院・診療所ではない（現在は届出を撤回）

問４３　貴施設の患者に対する 24 時間訪問看護の提供体制についてお答えください。
（回答はひとつ）

1. 貴施設のみで 24 時間訪問看護の提供が可能
2. 他の保険医療機関との連携により 24 時間訪問看護の提供が可能
3. 他の訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能
4. 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない

問４４　貴施設は 24 時間対応の薬局と連携していますか。
（回答はひとつ）

1. 連携している
2. 連携していない

問４５　令和２年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。
患者数は延べ人数と（　　人）には実患者数をお答えください。

（回答は数字）

	令和２年２月	令和２年５月	令和２年８月
訪問診療を行った延べ患者数（実患者数）	人（　　人）	人（　　人）	人（　　人）
うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）	人（　　人）	人（　　人）	人（　　人）
うち、新規の実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
うち、オンライン在宅管理料の算定件数	件	件	件
うち、看取り加算の算定件数	件	件	件
うち、在宅ターミナルケア加算件数	件	件	件
うち、死亡診断加算の算定件数	件	件	件
うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に感染した実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
往診を行った延べ患者数（実患者数）	人（　　人）	人（　　人）	人（　　人）
訪問看護※を行った延べ患者数（実患者数）	人（　　人）	人（　　人）	人（　　人）

※訪問看護については自施設で直接実施したものに限る（訪問看護ステーションとして、別途、設置している場合は除く。）。

問４６　平成 31 年２月・令和元年５月・８月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。

患者数は延べ人数と（　　人）には実患者数をお答えください。

（回答は数字）

	平成 31 年 2 月	令和元年 5 月	令和元年 8 月
訪問診療を行った延べ患者数（実患者数）	人 （　　人）	人 （　　人）	人 （　　人）
うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）	人 （　　人）	人 （　　人）	人 （　　人）
うち、新規の実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
うち、オンライン在宅管理料の算定件数	件	件	件
うち、看取り加算の算定件数	件	件	件
うち、在宅ターミナルケア加算件数	件	件	件
うち、死亡診断加算の算定件数	件	件	件
うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に感染した実患者数	（　　人）	（　　人）	（　　人）
往診を行った延べ患者数（実患者数）	人 （　　人）	人 （　　人）	人 （　　人）
訪問看護※を行った延べ患者数（実患者数）	人 （　　人）	人 （　　人）	人 （　　人）

※訪問看護については自施設で直接実施したものに限る（訪問看護ステーションとして、別途、設置している場合は除く。）。

問４７　個人防護具（PPE）をどのように入手しましたか。
（回答はいくつでも）

1. 国や都道府県からの配布
2. 寄付
3. 通常と同じ業者からの購入
4. 通常とは異なる業者からの購入
5. G-MIS における SOS 機能の活用
6. 同一法人内で在庫の融通
7. 地域の他の医療機関からの支援
8. その他（具体的に:　　）

問４８　令和２年１月以前より災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していましたか。
（回答はひとつ）

1. はい　　⇒ 問４９を回答してください
2. いいえ　⇒ 問５０に進んでください

（問４８「はい」と回答した施設に伺います）
問４９　災害時等の非常時に備えて令和２年１月以前に策定した事業継続計画（BCP）について、以下の質問にお答えください。
（回答はそれぞれひとつ）

事業継続計画（BCP）に地域の関係医療機関等との連携を踏まえた内容が含まれていますか	1.はい　2.いいえ
事業継続計画（BCP）に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか	1.はい　2.いいえ
事業継続計画（BCP）にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか	1.はい　2.いいえ

問５０　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定しましたか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問５１　都道府県等と契約等を行い、検査に協力する医療機関となっていますか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ
3. 現在、都道府県等と調整中

問５２　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。

※在宅ターミナルケア加算や看取り加算等を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが実際は算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。

（回答はひとつ）

1. 増加した　⇒　問５３を回答してください
2. 変わらない　⇒　在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所基本票は終了です
3. 減少した　⇒　問５３を回答してください

（「増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います）

問５３　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。

（回答はひとつ）

1. 現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼
2. 患者本人からの希望
3. 患者家族等からの希望
4. その他（具体的に:　　）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所分野別調査票

＜ご回答される医療施設のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。

問１　令和 2 年 1～10 月に、在宅医療を担当している先生方は、オンライン在宅管理料を算定しましたか。

（回答はひとつ）

1. 算定した
2. 算定していない

（「オンライン在宅管理料を算定していない」と回答した施設に伺います。）

問２　令和 2 年 1～10 月に、在宅医療を担当している先生方が、オンライン在宅管理料を算定しなかった理由をお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 適応可能な患者がいないから
2. 適切な対応方法がわからないから
3. ICT機器などの数が十分にないから
4. 患者側の同意が得られないから
5. 診療報酬が少ないから
6. その他（具体的に:　　）

問３　令和２年 1～10 月に、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療を希望したため
2. 通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため
3. 通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため
4. 入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため
5. 入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため
6. 入院していたが、医療機関に退院を促されたため
7. 入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため
8. その他（具体的に:　　）
9. 増えている理由は特にない

問４　貴施設の感染症を専門とした職員をすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 感染症専門医
2. 感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
3. その他（具体的に:　　）
4. 感染症専門はいない

問５　先生は貴施設の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。
（回答はひとつ）

1. 受けた
2. 受けていない

（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

問６　先生が受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。該当するものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

貴施設内の職員

1. 感染症専門医
2. その他の医師
3. 感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
4. その他（具体的に:　　）

貴施設外

5. 感染症専門医
6. その他の医師
7. 感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師
8. その他（具体的に:　　）

問７　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報
2. 行政からの事務連絡
3. 学会や職能団体等のガイドライン
4. 国立感染症研究所の指針
5. その他（具体的に:　　）
6. 情報収集はしていない

問 8　貴施設の感染症対策について、貴施設外で相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師
2. 保健所
3. 地区医師会
4. 在宅医療関連団体
5. 他の医療機関の専門家
6. その他（具体的に:　　）
7. 貴施設内で解決できた（貴施設外に相談したことはなかった）

問9　地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアルを整備・運用しましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「マニュアルを整備・運用した」と回答した施設に伺います。）

問１０　マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。

（回答はひとつ）

1. 貴施設職員が主体的に作成した
2. 地域の関係者で共同作成した
3. 学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した
4. その他（具体的に:　　）

問１１　令和２年１月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１２　貴施設は他の在宅医療・介護関係機関に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１３　令和２年１～10 月の間で在宅医療を担当する職員で、予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

問１４　予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染者・濃厚接触者が発生したため
2. 職員で急な退職者が発生したため
3. 患者数が急に増加したため
4. 1人当たりの訪問診療にかかる時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため
5. 保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため
6. 事務作業が増加したため
7. その他（具体的に:　　）

（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

問１５　予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 医師
2. 看護職員
3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
4. 事務職員
5. その他（具体的に:　　）

問１６　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 感染防護対策
2. 患者・家族等とのコミュニケーション
3. 職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更
4. 保育所等の休園に伴う職員の出勤困難
5. 事務作業の増加
6. 訪問前の電話等による患者の状態確認及び訪問順の調整
7. 離職を希望する職員の増加

（該当する職種:　　）

8. その他（具体的に:　　）
9. 特に負担になることはなかった

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

訪問看護ステーション分野別調査票

＜ご回答される訪問看護ステーションのご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。

◎貴施設についてお伺いします。貴施設について回答できる管理者の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

問１　貴訪問看護ステーションの開設主体をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合
2. 日本赤十字社・社会保険関係団体
3. 医療法人
4. 医師会
5. 看護協会
6. 社団・財団法人（医師会・看護協会は含まない）
7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）
8. 農業協同組合及び連合会
9. 消費生活協同組合及び連合会
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）
11. 特定非営利活動法人（NPO）
12. その他（具体的に:　　）

問２　貴訪問看護ステーションの（実人数／常勤換算）について以下の質問にお答えください。

	職員数	
	実人数	常勤換算
看護師・保健師・助産師	人	
准看護師	人	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	人	
その他の職員	人	

※1. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。
■ １週間に数回勤務の場合:（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）
■ １カ月に数回勤務の場合:（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

問３　貴訪問看護ステーションの以下の届出区分について、あてはまるものをお答えください。

問3_1 看護体制強化加算の届出状況 【介護保険】 回答はいくつでも	1.（訪問看護事業所） 看護体制強化加算(Ⅰ) 2.（訪問看護事業所） 看護体制強化加算(Ⅱ) 3.（介護予防訪問看護事業所） 看護体制強化加算 4. 届出なし
問3_2 機能強化型訪問看護療養費にかかる届出状況 【医療保険】 回答は1つ	1. 機能強化型訪問看護管理療養費1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費2 3. 機能強化型訪問看護管理療養費3 4. 届出なし
問3_3 ターミナルケア加算の届出状況 【介護保険】 回答は1つ	1. 届出なし 2. 届出あり
問3_4 訪問看護ターミナルケア療養費の届出状況 【医療保険】 回答は1つ	1. 訪問看護ターミナルケア療養費1 2. 訪問看護ターミナルケア療養費2 3. なし
問3_5 緊急時訪問看護加算の届出状況 【介護保険】 回答は1つ	1. 届出なし 2. 届出あり
問3_6 24時間対応体制加算の届出状況 【医療保険】 回答は1つ	1. 届出なし 2. 届出あり
問3_7 特別管理加算の届出状況 【医療保険】 回答は1つ	1. 届出なし 2. 届出あり
問3_8 特別管理加算の届出状況 【介護保険】 回答は1つ	1. 届出なし 2. 届出あり

（「緊急時訪問看護加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

問４　令和２年及び平成 31 年～令和元年の２月・５月・８月における緊急時訪問看護加算の算定件数をお答えください。

緊急時訪問看護加算の算定件数	2 月	5 月	8 月
令和2年	件	件	件
平成 31 年･令和元年	件	件	件

（「24 時間対応体制加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

問５　令和２年及び平成 31 年～令和元年の２月・５月・８月における 24 時間対応体制加算の算定件数をお答えください。

24 時間対応体制加算の算定件数	2 月	5 月	8 月
令和 2 年	件	件	件
平成 31 年･令和元年	件	件	件

問６　令和２年の２月・５月・８月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。

令和 2 年		2 月	5 月	8 月
訪問看護を行った利用者実数（医療保険と介護保険の合計）		人	人	人
	うち訪問看護を行った新規利用者実数	人	人	人
	うち電話等による訪問看護を行った※利用者実数		人	人
	うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者であった利用者実数	人	人	人

※ 算定の有無は問わず、電話等による訪問看護について訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）の算定要件に合致する状態の利用者について、ご回答ください。

問７　平成 31 年２月・令和元年の５月・８月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。

平成 31 年･令和元年		2 月	5 月	8 月
訪問看護を行った利用者実数（医療保険と介護保険の合計）		人	人	人
	うち訪問看護を行った新規利用者実数	人	人	人

問８　令和２年４～10 月に、電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定しましたか。

（回答はひとつ）

1. 算定した
2. 算定していない

（「訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定していない」と回答した施設に伺います。）

問 9　電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定しなかった理由をお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 適応可能な利用者がいないから
2. 適切な対応方法がわからないから
3. ICT機器や電話などの数が十分にないから
4. 利用者側の同意が得られないから
5. その他（具体的に:　　）

問１０　令和２年 1～10 月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問看護を希望したため
2. 通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため
3. 通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため
4. 入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため
5. 入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため
6. 入院していたが、医療機関に退院を促されたため
7. 入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため
8. その他（具体的に:　　）
9. 増えている理由は特にない

問１１　貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。

（回答はひとつ）

1. 受けた
2. 受けていない

（「新型コロナウイルス感染症（COVID‐19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

問１２　あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

貴施設の職員

1. 感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師
2. その他（具体的に:　　）

施設外の職員

4. 感染症専門医
5. その他の医師
6. 感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師
7. その他（具体的に:　　）

問１３　貴施設の職員で感染症を専門とする研修等を受講された職員をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 感染症看護専門看護師
2. 感染管理認定看護師
3. その他（具体的に:　　）
4. 研修を受けた職員はいない

問１４　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報
2. 行政からの事務連絡
3. 学会や職能団体等のガイドライン
4. 国立感染症研究所の指針
5. その他（具体的に:　　）
6. 情報収集はしていない

問１５　貴施設の感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師
2. 保健所
3. 地区医師会
4. 地区の訪問看護連絡協議会など訪問看護団体
5. 在宅医療関連団体
6. 他の医療機関の専門家
7. その他（具体的に:　　）
8. 貴施設内で解決できた（相談したことはなかった）

問１６　貴施設は他の訪問看護ステーションや訪問介護事業所等に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１７　地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を策定・運用しましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「マニュアル等を策定・運用した」 と回答した施設に伺います）

問１８　マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。

（回答はひとつ）

1. 貴施設職員が主体的に作成
2. 地域の関係者で共同作成した
3. 学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した
4. その他（具体的に:　　）

問１９　令和２年１月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問２０　令和２年１～10 月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）
問２１　予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 職員に新型コロナウイルスの感染者・濃厚接触者が発生したため
2. 職員で急な退職者が発生したため
3. 利用者数が急に増加したため
4. 1人当たりの訪問時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため
5. 保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため
6. 事務作業が増加したため
7. その他（具体的に:　　）

（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）
問２２　予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 看護職員
2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
3. 事務職員
4. その他（具体的に:　　）

問２３　個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。
（回答はひとつ）

1. していた　（約　　日分）
2. していなかった

問２４　個人防護具（PPE）をどのように入手しましたか。
（回答はいくつでも）

1. 国や都道府県からの配布
2. 寄付
3. 通常と同じ業者からの購入
4. 通常とは異なる業者からの購入
5. 同一法人内で在庫の融通をした
6. 地域の他の医療機関等からの支援
7. その他（具体的に:　　）

問２５　令和２年１月以前から、災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していましたか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「令和２年１月以前から、事業継続計画（BCP）を策定していた」と回答した施設に伺います。）
問２６　災害時等の非常時に備えて策定した事業継続計画（BCP）について、以下の質問にお答えください。
（回答はひとつ）

事業継続計画（BCP）に地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか	1.はい　2.いいえ
事業継続計画（BCP）に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか	1.はい　2.いいえ
事業継続計画（BCP）にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか	1.はい　2.いいえ

問２７　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定しましたか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問２８　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 感染防護対策
2. 利用者・家族等とのコミュニケーション
3. 職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更
4. 保育所等の休園に伴う職員の出勤困難
5. 事務作業の増加
6. 訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整
7. 離職を希望する職員の増加

（該当する職種:　　）

8. その他（具体的に:　　）
9. 特に負担になることはなかった

問２９　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアの件数はどのように変化しましたか。

※ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような利用者も含めご回答ください。

（回答はひとつ）

1. 増加した
2. 変わらない
3. 減少した

（「ターミナルケアの件数が増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。）

問３０　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアの件数が変化した理由として最もあてはまるものをひとつお答えください。

（回答はひとつ）

1. 現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼
2. 利用者本人からの希望
3. 利用者家族からの希望
4. その他（具体的に:　　）

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

居宅介護支援事業所分野別調査票

＜ご回答される居宅介護支援事業所のご担当者さま＞

○　各都道府県における医療提供体制の確保を図るため、５疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療に係る指標の見直し、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等が盛り込まれた各都道府県の二次医療圏単位の医療計画が策定されています。医療計画については、平時、および今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症の流行下においても対応できる計画であることが期待されています。

○　一方で、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響がありました。今後も同様の状況が起こりうることが予想され、感染症の流行に地域で適切に対応することが必要です。

○　そこで本厚生労働科学研究班は、５事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）＋在宅医療における今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響を明らかにし、感染症の流行等における効率的な医療提供体制の方法を検討することを目的としています。

○　本調査のデータは、医療施設が識別される形で集計を行うことはありません。調査結果は、施設・個人が識別されない形にした上で、関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、千葉大学の倫理委員会の審査・承認を得て実施しています（承認日令和２年11月19日：承認番号3926）。

○　本調査結果は、国の検討会にも報告することを予定しており、今後の医療計画や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、回答者様におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○　本調査は、12月28日（月）までにご回答ください。

お問い合わせ先（「新型コロナウイルス感染症による医療計画への影響に係る調査」事務局）
メールアドレス：toiawase-kaken2020@intage.com
フリーダイヤル：0120-856-780
（受付時間：祝日を除く月～金曜 10:00～12:00、13:00～17:00）

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

特に断りのない場合は、令和２年 11 月１日現在の状況をお答えください。

◎貴事業所についてお伺いします。貴事業所について、回答可能な管理者等がご回答くださいますようお願いいたします。

問１　貴施設の開設主体をお答えください。
（回答はひとつ）

1. 都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合
2. 社会福祉協議会
3. 社会福祉法人（社協以外）
4. 医療法人
5. 社団・財団法人
6. 協同組合及び連合会
7. 営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）
8. 特定非営利活動法人（NPO）
9. その他の法人
10. その他（　　）

問２　貴施設の職員数（実人数／常勤換算※）について以下の質問にお答えください。

	職員数	
	実人数	常勤換算数
介護支援専門員	人	人
うち、主任介護支援専門員	人	人
うち、その他の職員（管理者含む）	人	人

※．非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算し、小数点第１位（小数点第２位を四捨五入）までご記入ください。
■ １週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）
■ １カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×4）

問３　貴施設の特定事業所加算の届出状況について、あてはまるものをお答えください。
（回答はひとつ）

1.特定事業所加算（Ⅰ）

2.特定事業所加算（Ⅱ）

3.特定事業所加算（Ⅲ）

4.特定事業所加算（Ⅳ）

5.届出なし

問４　令和２年２月・５月・８月の利用者についてお答えください（実数）。

	令和２年２月	令和２年５月	令和２年８月
要支援1・2（全利用者数）	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
要介護1・2（全利用者数）	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
要介護 3～5（全利用者数）	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人

	令和２年２月	令和２年５月	令和２年８月
要支援1・2要介護 1～5（全利用者数）	自動計算	自動計算	自動計算
訪問診療を行っている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
訪問看護を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人

問５　平成 31 年２月・令和元年５月・８月の利用者についてお答えください（実数）。

	平成 31 年 2 月	令和元年 5 月	令和元年 8 月
要支援1・2（全利用者）	人	人	人
うち、新規利用者	人	人	人
要介護1・2（全利用者数）	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
要介護 3～5（全利用者数）	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人

	平成 31 年 2 月	令和元年 5 月	令和元年 8 月
要支援1・2要介護 1～5（全利用者数）	自動計算	自動計算	自動計算
訪問診療を行っている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
訪問看護を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人
管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	人	人	人
うち、新規利用者数	人	人	人

問６　令和２年 1～10 月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療・訪問看護を希望したため
2. 通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため
3. 通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため
4. 入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため
5. 入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため
6. 入院していたが、医療機関に退院を促されたため
7. 入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため
8. その他（具体的に:　　）
9. 増えている理由は特にない

問７　貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。

（回答はひとつ）

1. 受けた
2. 受けていない

（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

問８　あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 感染症専門医
2. その他の医師
3. 感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師
4. その他（具体的に:　　）

問９　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報
2. 行政からの事務連絡
3. 学会や職能団体等のガイドライン
4. 国立感染症研究所の指針
5. その他（具体的に:　　）
6. 情報収集はしていない

問１０　貴施設は感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師
2. 保健所
3. 地区医師会
4. 在宅医療関連団体
5. 他の医療機関の専門家
6. その他（具体的に:　　）
7. 貴施設内で解決できた（相談したことはなかった）

問１１　地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を整備・運用しましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「マニュアル等を整備・運用した」と回答した施設に伺います）

問１２　マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。

（回答はひとつ）

1. 地域の関係者で共同作成した
2. 学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した
3. その他（具体的に:　　）

問１３　令和２年１月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１４　令和２年１～10 月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。

（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「予定外の人材確保が必要となった」と回答した施設に伺います）

問１５　予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染者・濃厚接触者が発生したため
2. 職員で急な退職者が発生したため
3. 利用者数が急に増加したため
4. 1人当たりの対応時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため
5. 保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため
6. 事務作業が増加したため
7. その他（具体的に:　　）

問１６　個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。
（回答はひとつ）

1. していた　（約　　日分）
2. していなかった

問１７　令和２年１月以前より、災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していましたか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

（「事業継続計画（BCP）を策定した」と回答した施設に伺います）

問１８　災害時等の非常時に備えて作成した事業継続計画（BCP）に、地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか。
（回答はひとつ）

1. はい
2. いいえ

問１９　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを３つまでお答えください。

（回答は３つまで）

1. 感染防護対策
2. 利用者・家族等とのコミュニケーション
3. 職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更
4. 保育所等の休園に伴う職員の出勤困難
5. 事務作業の増加
6. 訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整
7. 離職を希望する職員の増加

（具体的な職種:　　）

8. その他（具体的に:　　）
9. 特に負担になることはなかった

問２０　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。

※ターミナルケアマネジメント加算を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。

（回答はひとつ）

1. 増加した
2. 変わらない
3. 減少した

（「ターミナルケアを行った件数が増加した」または「減少した」 と回答した施設に伺います。）

問２１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。

（回答はひとつ）

1. 現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼
2. 利用者本人からの希望
3. 利用者家族等からの希望
4. その他（具体的に:　　）

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

Ⅱ．　分担研究報告

厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（救急医療）

研究分担者　氏名　竹内 一郎、藤見 聡
所属　横浜市立大学大学院　医学研究科　救急医学教室　主任教授
大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　主任部長

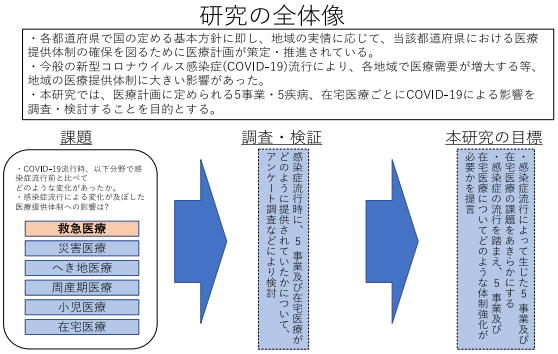
研究要旨
各都道府県において、医療提供体制の確保を図るため、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて医療計画を策定し、地域医療体制の構築を進めている。そのため今後、感染症の流行等に対し地域で適切に対応するため、今般のCOVID-19による医療計画への影響を明らかにし、感染症にも対応可能な医療提供体制を構築すること、必要に応じて感染症にも対応可能な医療計画に見直すことが求められる。
今回われわれは救急医療機関に対して、COVID-19流行前後における変化を把握するため、COVID-19流行前の施設状況等の把握とともに、救急外来受診数および救急搬送数への影響等のアンケート調査を実施し内容分析を行った。
救急医療機関が、それぞれに課された COVID-19 ならびに非 COVID-19 の救急対応を遂行しながら、COVID-19 の流行状況に応じた感染対策や検査体制を整えることで、COVID-19 患者が増加したときに対応することができた。しかし救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していたことから患者の受診控えも懸念される。さらなる患者の増加にたいして後方支援病院への転院などの整備も検討が必要である。

【研究協力者】
大井 康史（横浜市立大学附属病院　救急科）
安部 猛（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

A．研究目的

各都道府県において、医療提供体制の確保を図るため、地域の実情に応じて医療計画を策定し、地域医療体制の構築を進めている。
一方、今般の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行により、感染症指定医療機関だけでは対応が困難であり、救急をはじめとした一般医療でも対応するなど、地域の医療提供体制に大きい影響があった。
今後、感染症の流行等に対し地域で適切に対応するため、今般の COVID-19 による医療計画への影響を明らかにし、感染症にも対応可能な医療提供体制を構築することや、必要に応じて感染症にも対応可能な医療計画に見直すことも求められる。
今後の医療計画の見直しの検討における基礎資料とすることを目的として、本研究は各事業等の役割を担っている基幹医療機関等（救急医療では救命救急センターを含む救急医療機関）を対象に、COVID-19 の流行前後での医療機関の施設状況、患者受入状況、サービス提供状況等の変化を調査し、感染症にも柔軟に対応できる効果的な事業体制を検討する。
本研究では、今後更なる感染症の流行がありうることから、以上の論点を踏まえ、救急医療において体制の強化が必要な内容について、国民の健康を守るため速やかに政策提言を行う。
救急医療では感染症流行時の救急患者への対応も考慮した救急医療体制（救急外来の運用等を含む）を示し、今後の救急医療体制の構築の検討等における基礎資料として活用されることを提案する。

研究の全体像



Ｂ．研究方法

救急搬送困難事例が発生したことも踏まえ、COVID-19患者等を受け入れることとしている救急医療機関等の救急外来での対応について調査を行い、地域での効率的な受入体制等について検討する。

三次救急医療機関、二次救急医療機関（合計4000施設）に対して、COVID-19流行前後における変化を把握するため、COVID-19流行前の施設状況等の把握とともに、COVID-19患者等及びその他の救急患者の受入、救急外来の体制について、搬送方法（救急車等及びいわゆるwalk-in）により大きく分けた上で、受入人数に関する現状把握と、救急外来受診者数および救急搬送数への影響等のアンケート調査を実施し内容分析を行った。

アンケート調査はWeb回答方式と紙媒体の調査票を用いた郵送方式で行い、調査期間は令和2年12月11日から令和3年1月28日とした。

（倫理面への配慮）

倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い、調査票の返送をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。

Ｃ．研究結果

1．救急外来受診者数における変化について

今回のアンケート調査への有効回答数は 1113 施設(27.8%)であった。うち救命救急センターは 95 施設、救命救急センター以外の救急医療機関は 1018 施設であった。また、詳細な回答が得られた 696 施設において、COVID-19 患者を受け入れた医療機関は 583 施設、COVID-19 患者を受け入れなかった医療機関は 113 施設であった。

なお、調査中の調査期間は流行中期間を令和 2 年 1 月から 10 月、流行前期間を平成 31 年/令和元年 1 月から 10 月とした。調査項目は下記に示す。

① 救急外来受診者数（救急車等＋Walk in）
　1-1 救命救急センターと救命救急センター以外の救急医療機関について
　1-2 COVID-19 患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関について
② 救急搬送患者数
　2-1 救命救急センターと救命救急センター以外の救急医療機関について
　2-2 COVID-19患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関について
③ 感染症を疑う（PCR検査もしくは抗原検査を行った）患者数とCOVID-19確定数
　3-1 救命救急センターについて
　3-2 救命救急センター以外の救急医療機関について
④ COVID-19検査数と救急外来における患者転帰
　4-1 COVID-19検査数
　4-2 COVID-19陽性患者の救急外来における転帰
　4-3 COVID-19陰性患者の救急外来における転帰
⑤ 自施設入院後の患者転帰詳細
　5-1 COVID-19 陽性患者入院後転帰詳細
　5-2 COVID-19 陰性患者入院後転帰詳細

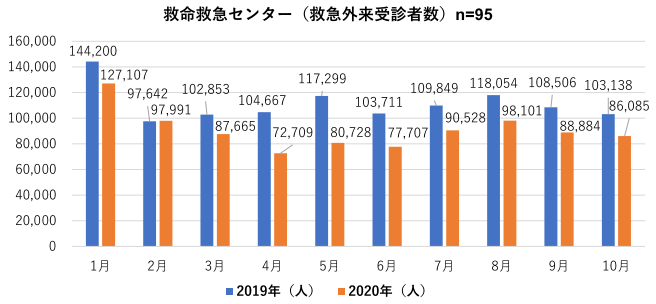
① 救急外来受診者数（救急車等＋Walk in）

1-1 救命救急センターと救命救急センター以外の救急医療機関について

＜救命救急センター＞

令和 2 年 1 月から 10 月の総受診者数は前年と比較して 18%減少して 82%になった。月別にみると 82%より減少していた月は 4 月(69%)、5 月(69%)、6 月（75%）であった。

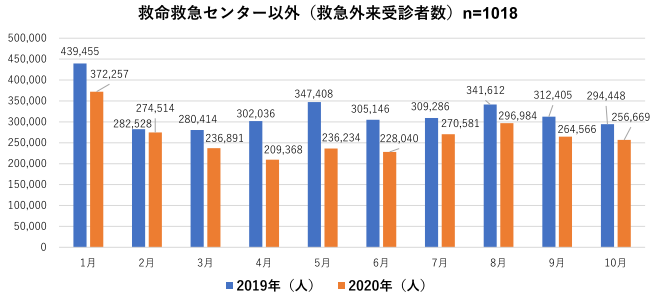
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.88	1.00	0.85	0.69	0.69	0.75	0.82	0.83	0.82	0.83	0.82



＜救命救急センター以外の救急医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の総受診者数は前年と比較して 18%減少して 82%になった。月別にみると 82%より減少していた月は 4 月（69%）、5 月（68%）、6 月(75%)であった。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.85	0.97	0.84	0.69	0.68	0.75	0.87	0.87	0.85	0.87	0.82

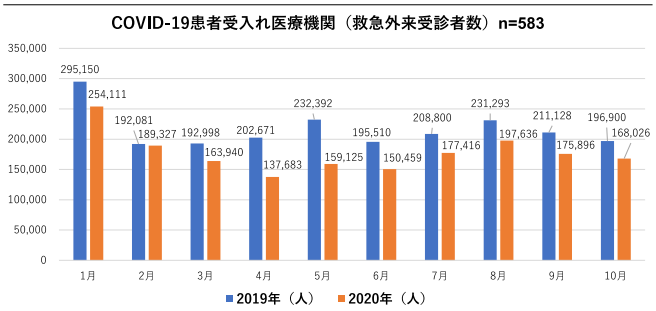


1-2 COVID-19 患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関について

＜COVID-19 患者受入れ医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の総受診者数は前年と比較して 18%減少して 82%になった。月別にみると 82%より減少していた月は 4 月(68%)、5 月(68%)、6 月（77%）であった。

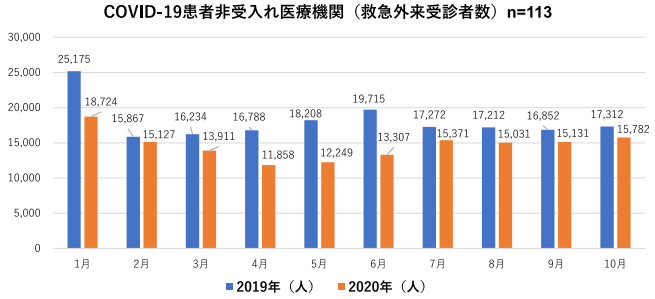
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.86	0.99	0.85	0.68	0.68	0.77	0.85	0.85	0.83	0.85	0.82



＜COVID-19 患者非受入れ医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の総受診者数は前年と比較して 19%減少して 81%になった。月別にみると 81%より減少していた月は 4 月(71%)、5 月(67%)、6 月（67%）であった。7 月以降は 90%付近の受診者数であった。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.74	0.95	0.86	0.71	0.67	0.67	0.89	0.87	0.90	0.91	0.81



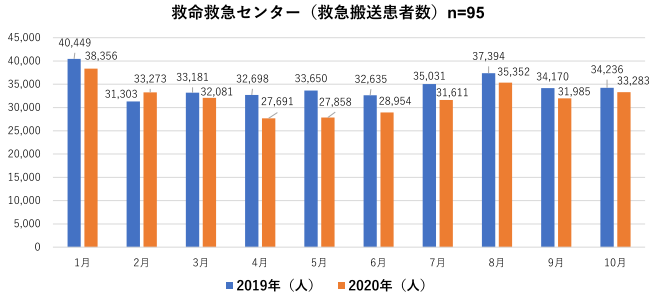
② 救急搬送患者数

2-1 救命救急センターと救命救急センター以外の救急医療機関について

＜救命救急センター＞

令和 2 年 1 月から 10 月の救急搬送患者数は前年と比較して 7%減少して 93%になった。月別にみると 93%より減少していた月は 4 月(85%)、5 月(83%)、6 月（89%）、7 月（90%）であった。

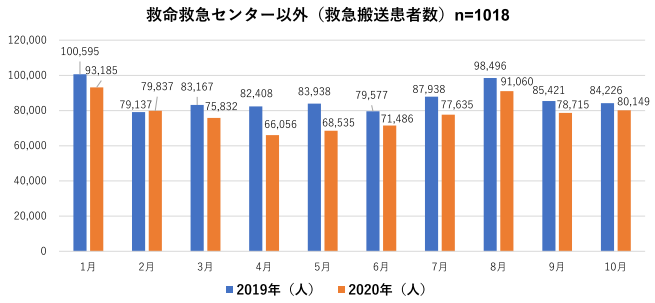
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.95	1.06	0.97	0.85	0.83	0.89	0.90	0.95	0.94	0.97	0.93



＜救命救急センター以外の救急医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の救急搬送患者数は前年と比較して 10%減少して 90%になった。月別にみると 90%より減少していた月は 4 月（80%）、5 月（82%）、6 月(90%)、7 月(88%)であった。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.93	1.01	0.91	0.80	0.82	0.90	0.88	0.92	0.92	0.95	0.90

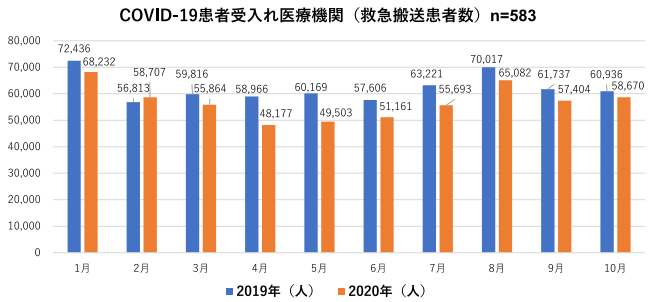


2-2 COVID-19 患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関について

＜COVID-19 患者受入れ医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の救急搬送患者数は前年と比較して 9%減少して 91%になった。月別にみると 91%より減少していた月は 4 月(82%)、5 月(82%)、6 月（89%）、7 月（88%）であった。

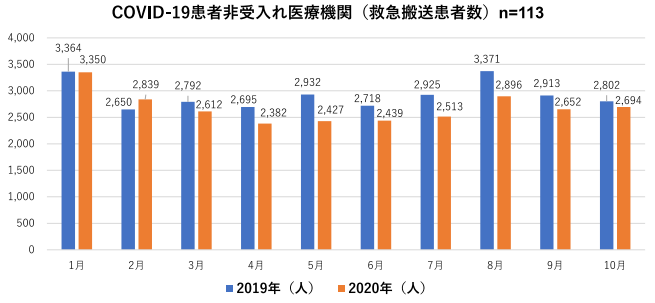
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.94	1.03	0.93	0.82	0.82	0.89	0.88	0.93	0.93	0.96	0.91



＜COVID-19 患者非受入れ医療機関＞

令和 2 年 1 月から 10 月の救急搬送患者数は前年と比較して 8%減少して 92%になった。月別にみると 92%より減少していた月は 4 月(88%)、5 月(83%)、6 月（90%）、7 月（86%）、8 月（86%）、9 月（91%）であった。

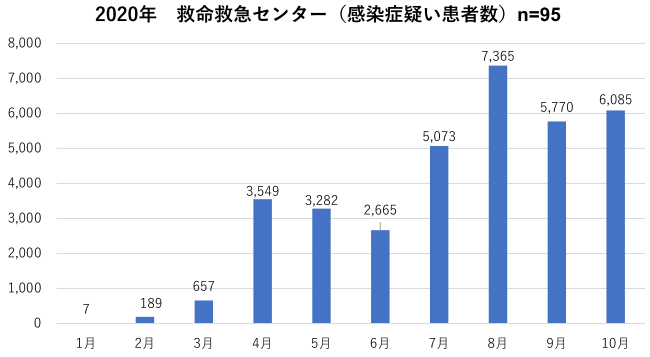
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	1.00	1.07	0.94	0.88	0.83	0.90	0.86	0.86	0.91	0.96	0.92



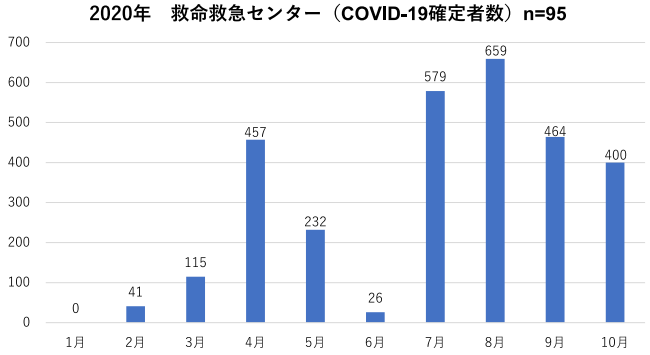
③ 感染症を疑う（PCR 検査もしくは抗原検査を行った）患者数と COVID-19 確定数

＜3-1 救命救急センター＞

令和２年１月から 10 月の感染症を疑う（PCR 検査もしくは抗原検査を行った）患者数は４月に一度ピークを迎え５月、６月は４月にくらべて減少した。次に７月から増加し、８月にピークを迎えた。８月は４月に比べて大きく件数が増加した。

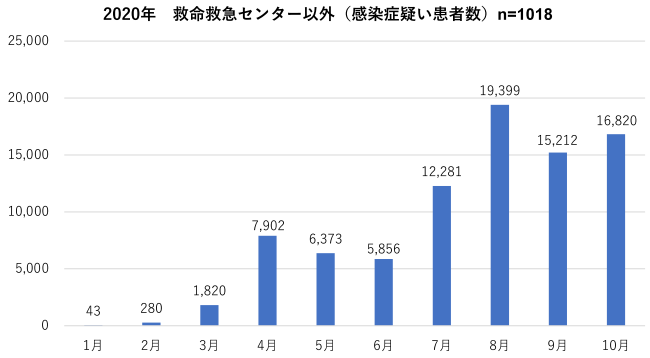


COVID-19 確定例に関しても感染症を疑う患者数と同様で４月に一度ピークを迎え、次に８月にピークを迎えている。

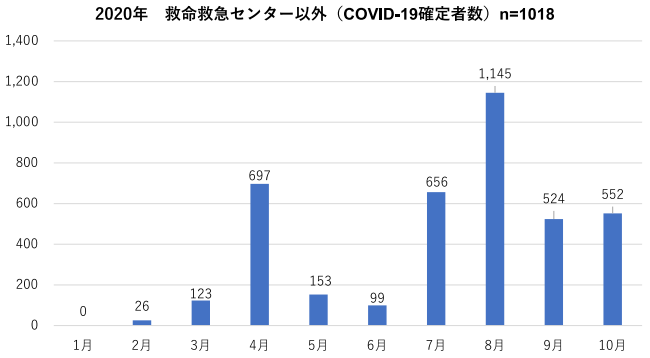


＜3-2 救命救急センター以外の救急医療機関＞

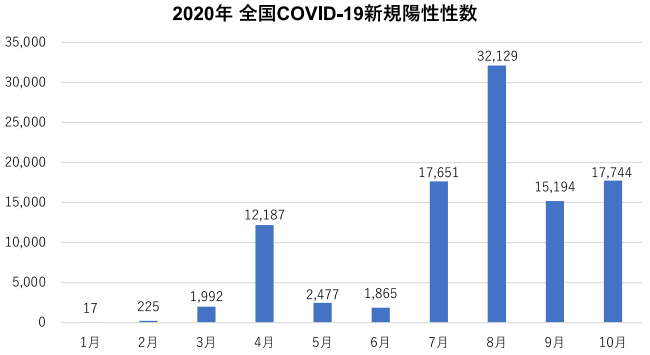
令和２年１月から 10 月の感染症を疑う（PCR 検査もしくは抗原検査を行った）患者数は４月に一度ピークを迎え５月、６月は４月にくらべて減少した。次に７月から増加し、８月にピークを迎えた。８月は４月に比べて大きく件数が増加した。



COVID-19 確定例に関しても感染症を疑う患者数と同様で４月に一度ピークを迎え、次に８月にピークを迎えている。



参考）全国の COVID-19 新規陽性者数を示す。本調査で得られた、救命救急センター及び救命救急センター以外の救急医療機関における、感染症を疑う患者数、COVID-19 確定患者数は、全国の COVID-19 新規陽性者数の推移と同様に、４月に一度ピークを迎え、次に８月にピークを迎えている。

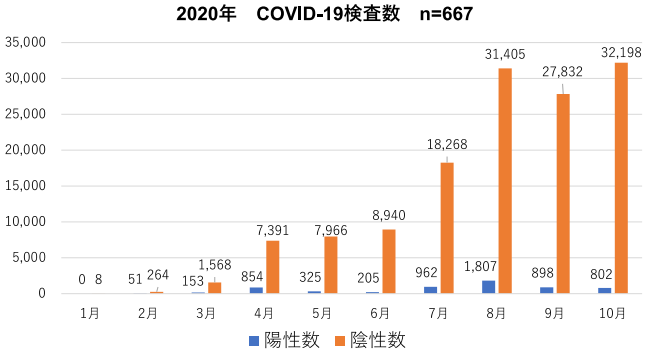


④ COVID-19 検査数と救急外来における患者転帰

＜4-1 COVID-19 検査数＞

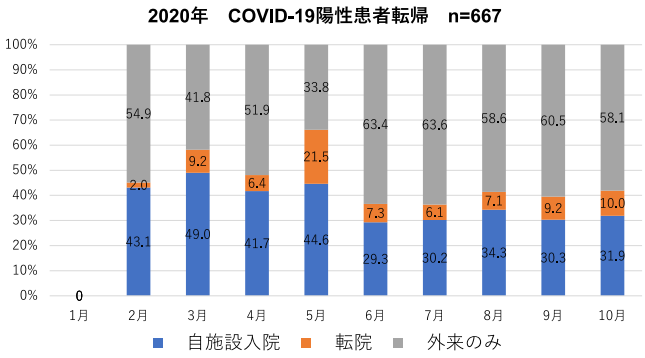
回答が得られた全国の救急医療機関（n=667）のデータからは COVID-19 の検査数は７月から増加傾向に転じた。８月に検査数のピークを迎えた。９月に一度検査数は減少し、10 月に再度増加した。

COVID-19 陽性確定数に関しては４月に一度ピークを迎え、次に７月から増加し８月にピークを迎えた。



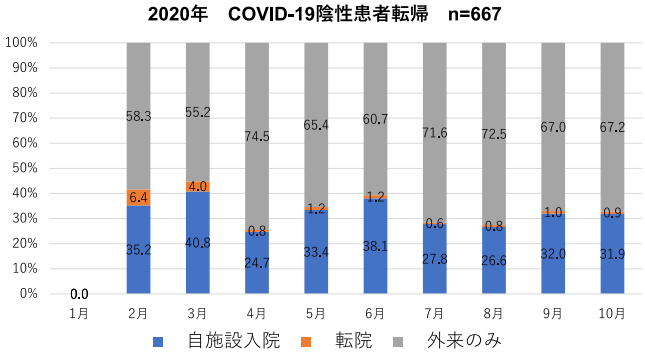
＜4-2 COVID-19 陽性患者の救急外来における転帰＞

回答が得られた全国の救急医療機関(n=667)のデータからは 1 月は陽性患者はいなかった。その他の月では自施設入院が 30%から 40%後半で推移しており、転院となったのは 10%前後で 50%から 60%が外来診察のみであった。



＜4-3 COIVD-19 陰性患者の救急外来における転帰＞

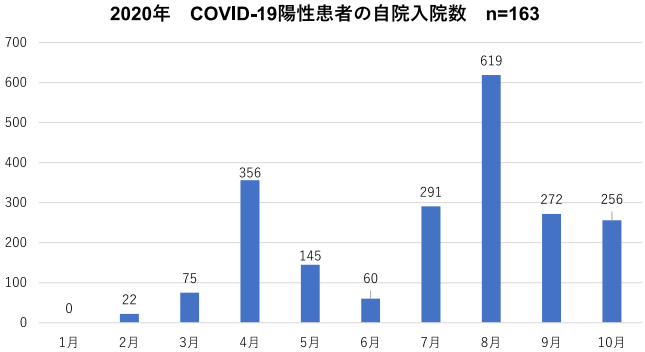
回答が得られた全国の救急医療機関(n=667)のデータからは外来のみが 55%から 75%であり、自施設入院が 20%から 30%で推移していた。特に 4 月以降、転院は 1%とほぼ認めなかった。



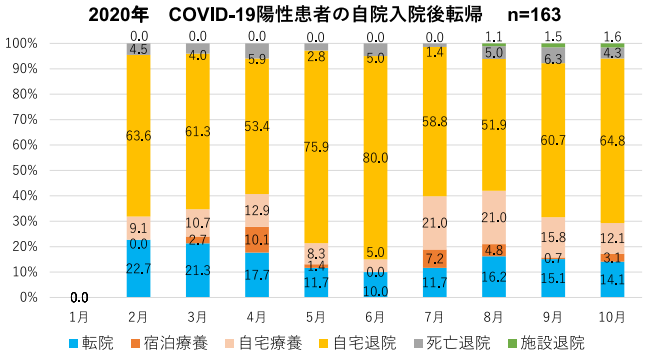
⑤ 患者入院後転帰詳細

5-1 COVID-19 陽性患者入院後転帰詳細

自院に入院した COVID-19 陽性患者数は、回答が得られた全国の救急医療機関(n=163)のデータからは、4 月に増加し 8 月がピークであることがわかる。

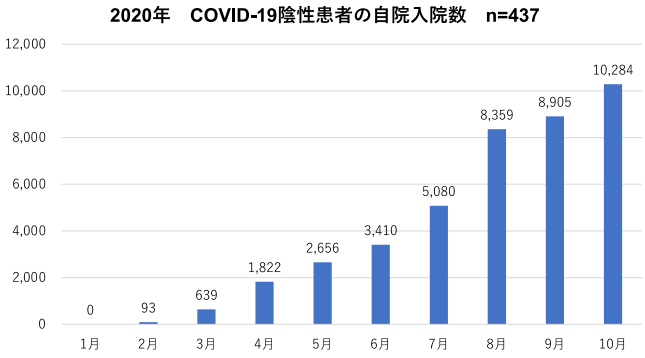


入院後転帰に関しては 7 月、8 月と陽性患者が増加したときは自宅療養及び宿泊療養が計 20%台後半で推移した。入院して自宅に退院となった患者の割合が 50%から 80%と一番多かった。転院に関しては 4 月からは 10%台半ばで推移していることがわかった。

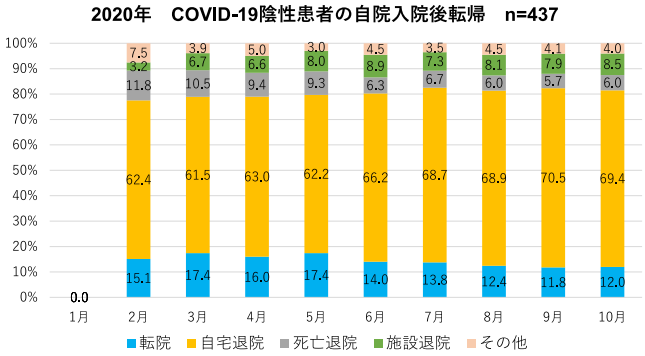


＜5-2 COVID-19 陰性患者入院後転帰詳細＞

自院に入院した COVID-19 陰性患者数は、回答が得られた全国の救急医療機関(n=437)のデータからは COVID-19 陰性入院患者が月を追うごとに増えていることがわかった。



転帰に関しては入院してからの自宅退院が一番多く 60%から 70%を占めている。転院については 10%から 18%であった。



2. 医療機関における環境変化について

① 地域連携について

平時と比べて、COVID-19 が流行している時期の地域連携について 12.4%が「より連携が深まった」と回答し、53%が「支障をきたした」と回答した。

	TOTAL	支障をきたした	より連携が深まった	通常時とかわりなかった
施設数	868	462	108	298
(%)	100.0	53.2	12.4	34.3

② メディカルコントロールについて

アンケート調査に回答した救急医療機関のうちメディカルコントロール協議会に参加している機関は全体の 44%であった。そのうち回数に関しては「増加した」が 8.4%、「減少した」が 39.7%、「変化がなかった」が 51.9%であった。

	TOTAL	平時に比べて回数が増加した	平時に比べて回数が減少した	平時に比べて変化はなかった
施設数	385	32	153	200
(%)	100.0	8.3	39.7	51.9

地域のメディカルコントロール協議会が主体的に地域連携に積極的に関与したかについては「関与した」が 22%、「関与しなかった」が 77%であった。

	TOTAL	関与した	関与しなかった
施設数	868	197	671
(%)	100.0	22.7	77.3

③ ドクターカーの運用について

ドクターカーの運用についてドクターカーを運用していない施設が 89%と大多数であった。運用している施設では平時と比べて「回数に変化がなかった」が 6%と一番多かった。

	TOTAL	出動回数が増えた	体制を縮小したので減った	体制に変化はなかったが、要請数が減った	平時と比べて特段の変化はなかった	ドクターカーを運用していない
施設数	868	5	12	19	53	779
(%)	100.0	0.6	1.4	2.2	6.1	89.7

④ 感染管理状況について

回答が得られた救急医療機関(n=868)で感染管理の観点から実施できた工夫として、「カーテンやパーティション等を用いてのゾーニング」が 78.3%、「テントやプレハブを用いた専用診療スペースの確保」が 51.8%、「陰圧管理」が 35.1%、「動線の分離」が 80%、「使用物品の分離」が 70.3%、「備蓄医療資機材の保有量の管理」が 75.8%、「その他」が 6.6%、「ひとつもない・なにもできなかった」が 1%であった。

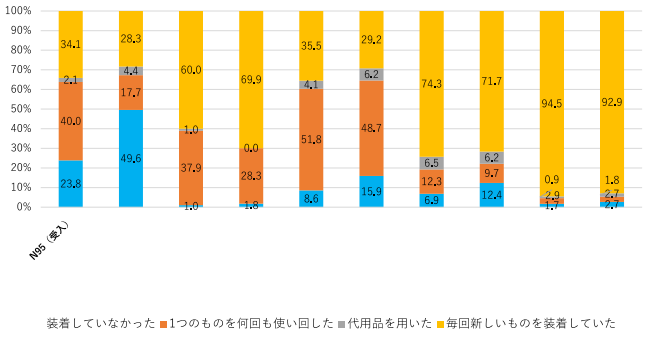
	TOTAL	カーテンやパーティション等を用いてのゾーニング	テントやプレハブを用いた専用診療スペースの確保	陰圧管理	動線の分離	使用物品の分離	備蓄医療資機材の保有量の管理	その他	ひとつもない・なにもできなかった
施設数	868	680	450	305	694	610	658	57	9
(%)	100.0	78.3	51.8	35.1	80.0	70.3	75.8	6.6	1.0

感染症対策の対応として、新たに必要として購入した物品のうち有用であった物品等は、「簡易陰圧装置」が 30.9%、「簡易ベッド」が 9.6%、「簡易診察室」が 30.4%、「HEPA フィルター付き空気清浄機」が 39.9%、「HEPA フィルター付きパーティション」が 36.1%、「その他」が 24.7%、「ひとつもない」が 17.5%であった。

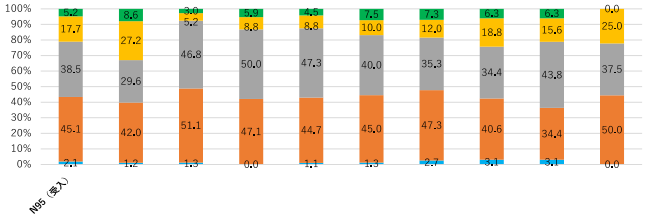
	TOTAL	簡易陰圧装置	簡易ベッド	簡易診察室	HEPAフィルター付き空気清浄機	HEPAフィルター付きパーティション	その他	ひとつもない
施設数	868	268	83	264	346	313	214	152
(%)	100.0	30.9	9.6	30.4	39.9	36.1	24.7	17.5

個人防護具（N95 マスク、サージカルマスク、フェイスシールド、ガウン、手袋）の令和 2 年 4 月と 7 月の時点での状況について COVID-19 患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関について検討した。

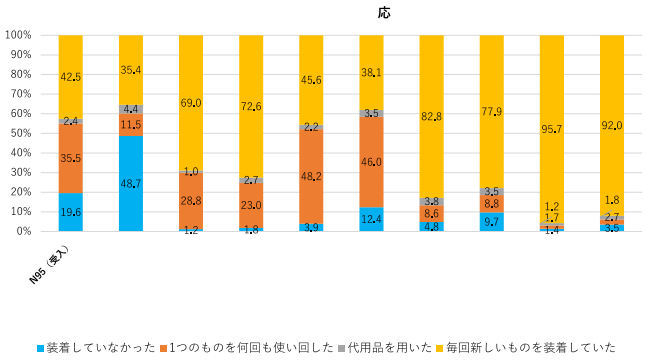
令和 2 年 4 月の段階ではどちらの医療機関でも N95 マスクを装着していなかった割合が他の装備にくらべて高かった。非受入れ医療機関では 49.6%で装備していなかった。N95、サージカルマスク、フェイスシールドの使い回しが多くみられた。



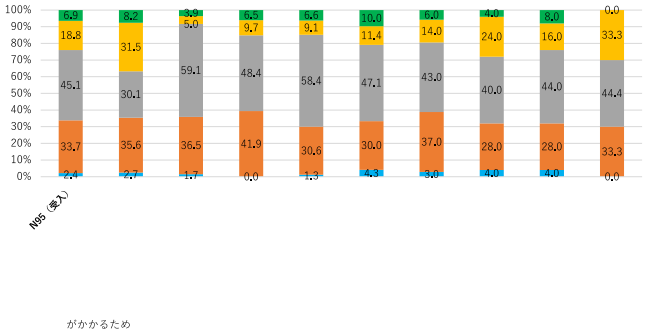
4 月の N95 マスクを装備しなかった理由としては「PPE の供給が不足している」、または「供給が安定しておらず節約のため」が COVID-19 患者受入れ医療機関では 83.6%であり非受入れ医療機関では 71.6%であった。



令和２年７月の段階ではコロナ受入れ医療機関でのN95マスクの装着率はあがったが、非受入れ病院では装着していなかった割合は48.7%とほぼかわらなかった。ガウンにおいては４月にくらべて毎回新しいものを装着した割合が高くなっていた。



７月のN95マスクを装備しなかった理由としては「PPEの供給が不足している」、または「供給が安定しておらず節約のため」がコロナ受入れ病院では78.8%でありコロナ非受入れ病院では65.7%であった。



がかかるため

⑤　救急外来の体制整備について

回答が得られた救急医療機関（n=696）の97%は医師や看護職、その他職員の応援要請は行わなかった。

	TOTAL	応援をうけた	申請はしたが、応援をうけられなかった	他院からの応援を申請しなかった
施設数	696	17	1	678
(%)	100.0	2.4	0.1	97.4

院外での職員の生活に、各病院としてのルールを作成したと回答した施設は82.0%であった。

	TOTAL	作成した	作成しなかった
施設数	696	571	125
(%)	100.0	82.0	18.0

COVID-19の対応のために救急外来の看護職員を「増やした」と回答した施設は10.5%、「変わらない」と回答した施設は89.1%、「減らした」と回答した施設は0.4%であった。

	TOTAL	増やした	変わらない	減らした
施設数	696	73	620	3
(%)	100.0	10.5	89.1	0.4

救急外来の看護職員を増やすための方法としては「院内の看護職員の配置転換」と回答した施設が82.2%であった。「院外の看護職員の応援」と回答した施設は4.1%であった。

	TOTAL	院内の看護職員の配置転換	院外の看護職員の応援	その他
施設数	73	60	3	14
(%)	100.0	82.2	4.1	19.2

D．考察

1．救急外来受診者数における変化について

今回の調査の結果から救急外来受診者数、救急搬送患者数ともに減少したことがわかった。特に、４月から６月に大幅に対前年度比の減少を認めている。第１回目の緊急事態宣言は令和２年４月７日から５月25日に行われたことから、それに伴う救急外来受診者数の減少につながったことが示唆される。

コロナ禍において、救急患者受入れに影響があったのはどのような病院群か、ならびにどのような病院群がCOVID-19患者（疑い含む。）以外の救急患者に対応したのかを見るために、救命救急センターと救命救急センター以外の救急医療機関、ならびにCOVID-19患者受入れ医療機関と非受入れ医療機関の施設分類別検討を前年データと比較して行った。

Walk-inを含む救急外来受診数に関して、救命救急センターは3/4/5/6月では救命救急センター以外の救急医療機関と違いはなかったが、7/8/9/10月においては救命救急センターの受入れ患者数が救命救急センター以外の救急医療機関に比して減少していた。

救急外来受診者数（前年度比）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
救命救急センター	0.88	1.00	0.85	0.69	0.69	0.75	0.82	0.83	0.82	0.83	0.82
救命救急センター以外	0.85	0.97	0.84	0.69	0.68	0.75	0.87	0.87	0.85	0.87	0.82
p value	<0.0001	<0.0001	0.646	1.000	0.208	1.000	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.001

(Fisherの正確検定，多重比較補正済)

同様にWalk-inを含む救急外来受診者数に関して、COVID-19患者受入れ医療機関は、4月では前年度比0.68、非受入れ医療機関は前年度比0.71(P=0.018)であり、このことから非受入れ医療機関が、COVID-19患者受入れ医療機関に代わってCOVID-19患者

および疑い患者以外の救急医療をカバーしたと思われた。7/9/10月においてはCOVID-19受入れ医療機関は非受入れ医療機関と比べて、救急外来受診者数が減少した。非受入れ医療機関のCOVID-19患者（疑いを含む。）以外の救急患者の受入れ態勢が強化されたことが推測された。

救急外来受診者数（前年度比）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
COVID-19患者受入医療機関	0.86	0.99	0.85	0.68	0.68	0.77	0.85	0.85	0.83	0.85	0.82
COVID-19患者非受入医療機関	0.74	0.95	0.86	0.71	0.67	0.67	0.89	0.87	0.90	0.91	0.81
p value	<0.0001	0.047	0.998	0.018	0.794	<0.0001	<0.0001	0.465	<0.0001	<0.0001	0.004

(Fisherの正確検定，多重比較補正済)

次に救急搬送患者数に関して、救命救急センターは3/4月の期間では、救命救急センター以外の救急医療機関に比べて前年度比が減っておらず、この時期は救命救急センター以外の医療機関に比べて、救命救急センターに相対的に負荷がかかっていた可能性があると思われた。5月以降では、救命救急センター以外の救急医療機関でも救急搬送患者を応需していることがわかり、どちらの施設も救急搬送患者の受入れ態勢が強化されつつあったことが推測された。

救急搬送患者数（前年度比）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
救命救急センター	0.95	1.06	0.97	0.85	0.83	0.89	0.90	0.95	0.94	0.97	0.93
救命救急センター以外	0.93	1.01	0.91	0.80	0.82	0.90	0.88	0.92	0.92	0.95	0.90
p value	0.056	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.803	0.885	0.160	0.101	0.606	0.178	0.253

(Fisherの正確検定，多重比較補正済)

同様に救急搬送患者数に関して、COVID-19患者受入れ医療機関は、8月は前年度比が増加した。8月は発熱を含む救急患者が増えたことによりCOVID-19患者受入医療機関に負担がかかっていた可能性があると思われた。

救急搬送患者数（前年度比）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
COVID-19患者受入医療機関	0.94	1.03	0.93	0.82	0.82	0.89	0.88	0.93	0.93	0.96	0.91
COVID-19患者非受入医療機関	1.00	1.07	0.94	0.88	0.83	0.90	0.86	0.86	0.91	0.96	0.92
p value	0.232	0.884	1.000	0.062	1.000	1.000	0.991	0.023	0.997	1.000	1.000

(Fisherの正確検定，多重比較補正済)

以上より、7/8/9/10月の救急外来受診者数は救命救急センター以外の医療機関とCOVID-19患者非受入れ医療機関で多く、救急搬送の場合は救命救急センターとCOVID-19患者受入医療医機関で多いことが示されたことから、7月以降は徐々に役割分担ができていたことが推測された。

しかしながら、救急外来受診者数、救急搬送患者数ともに前年度から比べると減少しており、救急患者の減少とともに、患者自身による受診控えも懸念される。仮に受診控えがあったと仮定した場合、受診控えを行っていた患者群が軽症であるのか、それとも重症患者が含まれているかを知る必要がある。

感染を疑う患者の対応については7月から患者数が増加し8月にピークを認めた。COVID-19陽性患者も7月から増加して8月にピークとなっている。これは、全国の新規陽性患者数と同じ推移であることが分かる。その後9月、10月と陽性患者数は減少傾向となっているが検査数は9月に一旦減少したが10月は増加している。7月から検査数が増加したのは検査体制が整い始めたことが考えられ、7月と8月の時期は熱中症患者も発熱患者に含まれるため検査数が増加したと考えられる。10月の検査数増加に関しては、COVID-19陽性患者が8月をピークに減少している時期であり、検査数の増加は全国の各医療機関の検査体制が構築されたことが示唆される。

陽性患者の入院後転帰、陰性患者の入院後転帰からはどちらとも自院に入院した後の自宅退院が多く、転院については10-20%で推移していた。COVID-19陽性患者が増加した7月、8月をみれば自宅療養及び宿泊療養の割合が他の月にくらべて増加しており、医療機関に入院した後に、可能な患者については自宅療養又は宿泊療養に移行することで、医療機関の負担を軽減させる取組が行われていたことがわかる。一方、転院の割合は一貫して10-20%程度であり、COVID-19陽性患者の後方支援病院への転院を増やすことができれば、救急医療機関におけるCOVID-19陽性患者用病床の確保を促すことが可能になり、COVID-19における救急医療体制の改善に寄与する可能性があるものと考えられる。また、本調査においては平時（平成31年/令和元年1月から10月）における入院後転帰を調査していないため、対前年比の分析を行う事はできないが、COVID-19陰性患者の入院後転帰においても、自宅退院が多くの割合を占めていることから、平時においても医療機関間の役割分担を促し、救急医療機関から他の医療機関等への転院を支援することが、いわゆる「出口問題」の解消に繋がる可能性があるものと考える。

2. 医療機関における環境変化について

回答が得られた医療機関（n=868）のうち99%の医療機関でなにかしらの感染対策を行ったことが示された。カーテンやパーティションなどを用いてのゾーニングが78%と高い頻度で行われていた。動線の分離、使用物品の分離、備蓄医療資機材の保有量の管理も70%を越える病院で実施されていた。今回の感染症により、各医療機関の有事に対応する体制も整備されたことが期待される。

医療機関の救急外来などの体制については、看護師の配置換えなどで対策を行っている医療機関が多かった。今回のようにフレキシブルに配置を変え対応することが有事における体制の整備にもつながりうると期待される。

個人防護具に関してはN95マスク以外の装備はコロナ受入れ病院でも非受入れ病院でもほとんどが装備していたことが分かった。ガウンに関しては4月

と７月で比べると毎回新しいものを装着した割合が増えており、供給が整ってきたことが推測される。

Ｅ．結論

救急医療機関に対して、COVID-19流行前後における変化を把握するため、COVID-19流行前の施設状況等の把握とともに、救急外来受診者数および救急搬送患者数への影響等のアンケート調査を実施し内容分析を行った。

救急医療機関が、それぞれに課されたCOVID-19ならびに非COVID-19の救急対応を遂行しながら、COVID-19の流行状況に応じた感染対策や検査体制を整えることで、COVID-19患者が増加したときに対応することができた。しかし救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していたことから患者の受診控えも懸念される。COVID-19患者のさらなる増加にたいしては後方支援病院への転院などの整備も検討が必要である。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（災害分野）

研究分担者　氏名　阿南英明
所属　藤沢市民病院副院長／神奈川県医療危機対策統括官

研究要旨

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対して災害医療として全国の災害拠点病院，災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team : DMAT）が対応した。全国の災害拠点病院と感染症指定医療機関919病院を対象としてDMAT活動状況、病院内の対策本部設置状況、広域災害救急医療情報システム（EMIS）・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（G-MIS）活用状況、災害拠点病院における感染症対応の有無などに関して質問紙調査票を用いた横断研究を実施した。有効回答数は349病院（37.9%）だった。253病院（72%）で院内対策本部を設置し、そのうち153病院（67%）で DMAT隊員が人員として含まれていた。特に診療体制の変更、院内の感染対策実施・管理、入院調整、医療物資の管理や調達、院外の搬送調整などロジスティクス内容を中心にDMAT隊員が役割を果たした。多くの医療機関で従来からの災害対策本部とコロナ対応本部の構成員や業務の共通性を指摘する一方で感染症特異性の内容に関する差異の指摘も高率であった。情報共有基盤であるEMISとG-MISの用途の整理に関する要望があった。今後の新興感染症による公衆衛生上の緊急事態における災害拠点病院の強化の必要性を多くの病院が指摘した。新興再興感染症の拡大による多数の患者発生に、災害時医療対応と同様にロジスティクス業務は欠かせず災害拠点病院・DMATが大きな役割を果たすことが求められる。情報共有基盤を含め自然災害対応で蓄積してきた知見と感染症特有の知見とを有機的に統合した体制整備や設備機材拡充に関する検討が必要である。

研究協力者
石井美恵子　国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻災害医療分野　教授
内海 清乃　国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻災害医療分野　助教
村田沢人　国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻災害医療分野　大学院生

A．研究目的

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対して災害医療として全国の災害拠点病院，災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：以下 DMAT とする）が対応した。災害拠点病院，感染症指定医療機関や DMAT がどのような役割を果たしたのかを調査し、今後の新興感染症による公衆衛生上の緊急事態における対応として災害拠点病院・DMAT のあり方を検討する。

B．研究方法

1. 研究デザイン

質問紙調査票を用いた横断研究

2．調査対象

全国の災害拠点病院と感染症指定医療機関 919 病院

3．研究方法

新型コロナウイルス感染症による影響を明らかにするため、DMAT 活動状況、病院内の対策本部（以下、院内対策本部とする）設置状況、広域災害救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：以下 EMIS）・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（Gathering Medical Information System on COVID-19 : G-MIS）活用状況、災害拠点病院における感染症対応を主項目とした質問紙調査票（参考資料 1.）を用いて Web 調査を実施した。

4. 分析方法

記述統計、クロス集計、自由記述については内容分析を行いカテゴリー化した。

5．倫理面への配慮

倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和 2 年 11 月 19 日、承認番号：3926）を得て行った。

C．研究結果

1．DMAT、院内対策本部について

919 病院を対象として調査票の回答依頼を実施し、350 病院から回答が得られ回収率は 38.1%、有効回答数は 349 病院で有効回答率は 37.9%だった。（参考資料２．回収率）回答が得られた病院の内訳は災害拠点病院の指定のみを受けていた病院が 158 病院 45%、災害拠点病院と感染症指定医療機関の両方の指定を受けている病院が 135 病院 39%、特定・1 種または 2 種感染症指定医療機関のみ指定を受けていた病院が 56 病院 16%であった。（参考資料 2．回答が得られた医療機関の指定内訳）

新型コロナウイルス感染症対応として、院内対策本部を設置したと回答した病院は 253 病院 72%、設置しなかったと回答した病院は 96 病院 28%だった。（参考資料 2．Q3-1）院内対策本部を設置したと回答した病院は、災害拠点病院のみの指定病院が 118 病院、災害拠点病院と感染症指定の両方の指定が 105 病院、感染症指定のみの病院が 30 病院であった。院内対策本部を設置しなかったと回答した病院は、災害拠点病院のみの指定病院が 40 病院、両方の指定病院が 30 病院、感染症指定のみの病院が 26 病院だった。（参考資料 2．災害拠点病院指定・感染症指定と対策本部設置の有無）院内対策本部を設置したと回答した病院のうち、DMAT 隊員が人員として含まれていたと回答した病院は 153 病院 67%あり感染症指定のみの病院も 3 病院あった。（参考資料 2．Q3-2）院内対策本部の役割は、院内の感染対策実施・管理について 95.7%、診療の体制の変更 87.7%、医療物資の管理や調達 74.7%、入院調整 67.2%、院外の搬送調整 43.1%、その他 19.4%だった。（参考資料 2．Q5-1）院内対策本部に含まれていた DMAT 隊員の役割と活動内容は、診療体制の変更 64.1%、院内の感染対策実施・管理について 61.4%、入院調整 41.2%、医療物資の管理や調達 41.2%、院外の搬送調整 30.1%、その他 22.2%だった。（参考資料 2．Q5-2）

院内対策本部の人員構成と災害対策本部の人員構成には共通点があったかの質問には177病院70%が、共通点があったと回答した。共通点があったと回答した病院の自由記述には、いずれも本部長が院長であった、指揮命令系統、意思決定機関である、構成人員、業務継続計画（Business Continuity Plan：以下BCPとする）通りに本部を設置、業務調整・資材調達、臨機応変の対応等の記述があった。（参考資料2．Q6）院内対策本部の人員構成と災害対策本部の人員構成に異なる点があるかの質問に対しては、191病院75%が異なる点があったと回答した。異なる点があったと回答した病院の自由記述には、災害対策本部の構成人員に感染症等の専門家や多職種が携わっている、構成人員が完全に異なる、本部長や中心となる職種、長期対応・交代要員の確保、指揮系統が確立されなかった等の記述があった。（参考資料2．Q7）

院内対策本部においてDMAT隊員が有用であったかとの質問では、84病院55%が有用だった、7病院5%が有用ではなかった、62病院40%がわからないとの回答だった。（参考資料2．Q8-1）有用であったと回答した病院の自由記述は【災害対応と共通の知識・技術】【危機管理としてのマネジメント】【教育・訓練・活動経験】【その他】のカテゴリーに分類された。有用でなかったと回答した病院の自由記述は【知識不足】【特別な有用性がない】【調整不足】【その他】のカテゴリーに分類された。有用だったかわからないと回答した病院の自由記述は【DMATとして参画していない】【知識・対策の不足】【評価できない】【その他】のカテゴリーに分類された。（参考資料2．Q8-2）

個人用防護具の入手や管理についてDMAT隊員から助言等があったかの質問については、助言等があったと回答した病院は54病院18%、助言等がなかったと回答した病院は27病院9%、助言等を求めなかったと回答した病院は218病院73%だった。（参考資料2．Q11）助言等があったと回答した病院の自由記述は、【資機材調達・管理】【教育・訓練】【動線管理・ゾーニング】【感染対策の実際】【対策本部運営業務】【自治体等との連携】【感染管理担当者との連携】【その他】に分類された。（参考資料2．Q12）

2．EMIS の使用について

新型コロナウイルス感染症対応に EMIS を使用したかという質問に対しては、使用したと回答した病院は 30 病院 9%、使用しなかったとの回答は 319 病院 91%だった。（参考資料 2．Q13）使用しなかったと回答した理由は、G-MIS を活用した 57.4%、使用する必要がなかった 32.0%、感染症対応に有効でなかった 16.9%、都道府県が通常モード運営だった 6.0%、使用方法がわからなかった 2.5%、その他 14.4%だった。（参考資料 2．Q14）EMIS が有用だった事例について質問した自由記述には、都道府県調整本部・保健所との情報共有ツールとして利用、搬送先・搬送手段のマッチング、病院支援、リアルタイムの情報収集、24 時間の稼働等があった。EMIS の課題となる点の自由記述では、感染症対応と自然災害が同時に発生した場合に災害時の情報と混同する可能性があること、備考欄等に情報入力すると『要救助』（要手配）となるため判別が困難であること、施設によって入力状況が異なっていた、掲示板の活用がされていなかった、他のシステムとの重複や入力にかかる時間について記述されていた。（参考資料 2．Q15）

3．G-MIS の使用について

新型コロナウイルス感染症対応に G-MIS を使用したかという質問に対しては、使用したと回答した病

院は 281 病院 81%、使用しなかったとの回答は 68 病院 19%だった。（参考資料 2．Q16）使用しなかったと回答した理由は、使用する必要がなかった 50.0%、使用方法がわからなかった 22.1%、感染症対応に有効でなかった 8.8%、EMIS を活用した 7.4%、その他 17.6%だった。（参考資料 2．Q17）G-MIS が有用だった事例について質問した自由記述には、紙媒体での管理が不要となったことによる利便性・簡便性、情報共有ツールとして有用等の記述があった。G-MIS の使用に課題となる点があるかとの質問に対しての自由記述は、項目の精査、報告時間や入力の煩雑さといった入力の負担、入力・報告の制限、どのように情報が活用されたのか不明といった情報の活用等が記述されていた。（参考資料 2．Q18）

4．今後の新興感染症による公衆衛生上の緊急事態における対応として災害拠点病院で強化が必要と考えらえる事項について

強化が必要と考えらえる事項があると回答した病院は 292 病院 84%、ないと回答した病院が 57 病院 16%だった。（参考資料 2．Q19）強化が必要と考えらえる事項についての質問では、感染症対応のための物品等の整備強化 87.3%、感染症対応の人員保有・増員 82.5%、地域の救急医療体制強化 53.1%、感染症対応可能な DMAT 隊員の養成・増員 49.7%、感染症専門家の派遣及び受入体制整備 42.5%、感染症対応に限らず DMAT 隊員の養成・増員 42.1%、その他 11.3%だった。（参考資料 2．Q20）その他と回答した病院の自由記述は、地域連携、感染症および災害対応の BCP 標準化、専任者（ロジスティクス担当者等）の必要性、人材育成・教育、専門チームの育成・派遣等だった。（参考資料 2．Q20　その他：自由記述・具体例まとめ）

5．既存の災害医療体制による対応での好事例や問題点について

好事例や問題点があると回答した施設は 343 病院であった。記述をカテゴリー化したところ【組織体制の確立】【連携体制】【人的資源】【物的資源】【診療体制】【好事例なし】の 6 つに分類された。（参考資料 2．Q21）回答が得られた 343 病院のうち 172 病院 50.1%の病院が既存の災害医療体制による対応で問題なしと回答していた。また、患者の受け入れがなかった病院、受け入れがあった病院それぞれが好事例や問題点を挙げており、好事例・問題点と患者受け入れ人数には関連がなかった。患者の受入れがなく既存の災害医療体制での対応では問題点があると回答した 6 病院では、もともと医師不足があり応援を受けて診療をしていること、受け入れ準備として新型コロナウイルス感染症対応病床確保をしたことで診療の制限ができてしまった等と回答していた。（参考資料 2．好事例・問題点と受け入れ人数）

以上の調査結果から総じて下記の事項が抽出できた。

① 災害拠点病院・DMAT が新型コロナウイルス感染症の拡大による多数の患者発生に対して大きな役割を果たした。特に，行政機関の調整，患者の搬送調整，物資調達及び分配、院内本部運営など従来からの様々なロジスティクス業務が求められた。
② 大規模感染症対応は自然災害における医療対応との共通性があった一方で、感染症特有の知見に対する要望も大きかった。
③ 情報共有基盤の活用に関しては普遍的な需要があるが、感染症特有の課題から従来の EMIS が使われず，G-MIS により物資需要情報や病床利用情報を共有された。
④ 今後の新興感染症による公衆衛生上の緊急事態に対して災害拠点病院の強化が必要と考えらえた。

D．考察

令和2年1月に政府による武漢からのチャーター便による邦人帰国に際して、政府からDMATに対して帰国者の14日間の健康観察と管理について要請があった。さらに2月横浜港に接舷した大型客船ダイヤモンド・プリンセス号内で多数のCOVID-19患者が発生した事態に対して船内の対応や搬送調整にもDMATが参画した。感染症に対応する側面があるものの、生じている事象は急激に医療需要が膨らみ、平時とは異なる対応を求められる緊急事態としての対処が求められた。自ずとわが国で醸成されてきた自然災害時の医療対応の仕組みが転用されることが最も妥当な選択肢とされたのであった。特にDMATの機動力、過去の経験、教育・訓練内容は、局地的に短時間に多数の患者が発生する事象への対応に活かされたといえる。具体的には組織体制を構築し関係機関と連携すること（C；Command and Control）、感染対策などその場、救助者、患者の安全を確認確保すること（S；Safety）、情報を収集し関係者がそれを共有すること（C；Communication）、得られた情報から事象の評価と対応計画を示すこと（A；Assessment）など多数傷病者事案や各種災害において対応する際の基本的行動理念はCOVID-19 の感染拡大においても普遍的な有用性があった。特に平時の医療では意識されることが少ない自治体との密な連携に関しては、災害時対応に関して非常に強調されてきた行動であった。（参考資料2　Q8-2, Q12,Q21）多数の患者搬送調整や不足する物資の調達と分配、配送は自治体との連携は不可避であるとともに、従前から実施してきた災害時対応スキルと非常に酷似していた。こうした背景から患者の受け入れに関してもDMATが所属している災害拠点病院が大きな役割を果たした要因の一つとなったと考えられる。災害拠点病院ではこのように急な医療需要の増大に対して本部組織体制を構築すること、院内及び院外の関係機関と情報共有して事態に対処することなどが浸透していることから、高い率で本部体制を構築していた結果につながったと推察できる。（参考資料2．災害拠点病院・感染症指定医療機関と対策本部設置の有

無）本部構成員に関して、隊員の技能を有効活用するために各医療機関の事前に防災計画やマニュアルに記載することが各種DMAT研修教育において推奨されてきた。70%の病院で院内対策本部の人員構成と災害対策本部の人員構成には共通点があったと回答した一方で75%が人員構成に異なる点があったと回答しているが、COVID-19の対応において災害対策本部と異なる人選や計画を急遽行うことは負担が大きいことは容易に想像できる。よって、災害時用に策定されたマニュアルやBCPに基づいて立ち上げた院内災害対策本部の構成員としてDMAT隊員が当初から関わった医療機関が一定数あったと考えられる（参考資料2. Q6）。一方で、感染症特有のゾーニング、感染対策指導、資機材調達などの需要があったことも事実であり、そうした点でDMAT隊員活用の有用性に関して判断が困難であることから、40%の医療機関がDMATの参画の有用性に関して「不明」と回答したと思われる。（参考資料2. Q8-1、Q8-2 ）この点に関してはDMAT隊員にすべてを依存することなく感染症の専門知識を有する職員との共同体制が構築されればその有用性は十分に高められるともいえる。一部の災害拠点病院では厚労省委託事業として毎年行われるNBC災害・テロ対策研修（日本中毒センター主催）を受講し、生物災害・テロに対する知見を有する人材も育成されている。本調査においてDMAT隊員が災害対策本へ参画することの有用性に関して【災害対応と共通】【CBRNEと共通】との回答からも、今回のCOVID-19対応に際してNBC（CBRNE）災害対応の知識と技能が重要な役割を果たした可能性が高い。（参考資料2. Q8-2）このようなDMAT人材の活用は災害拠点病院の大きな利点であり、大規模感染症対応に災害拠点病院が果たす役割が大きいことは間違えないと考える。一方、従前から災害拠点病院の指定にあたり、求める機能の目安として「入院患者を平時の2倍、外来受け入れ患者数を5倍にする」など短時間に多数の患者を狭い空間に収容する概念で検討されてきた。しかし感染症患者への対応機能を充実させるためには、個室の拡充や入院エリアのゾーニングが可能な設計、室内陰圧環境が可能な設備整備、感染対応の個人防護具備蓄など自然災害対応とは異なる機能を災害拠点病院に対して付加することが求める必要性が生じることの是非を検討しなくてはならない。人的リソースの不足がCOVID-19 患者受け入れの可否に影響し、さらに感染症対応の専門性を有する人材を求める意見が多かった。（参考資料2. Q20 ）本部運営や資機材供給スキルの点で有用性が認められたDMATなど災害対応人員に対して、今後感染症対策に関する専門的知見を付加していくのか、感染症の専門家との協同的活動の在り方を体系化する方向性を探るべきかについてはさらなる検討が必要である。

今回の新型コロナウイルス感染症における情報共有ツールとしての種々の実災害や訓練において使用されてきたEMISでなくG-MISが主たる役割を果たした。その原因としては、初期に特に問題になった個人感染防具PPEの需要把握と適正な供給情報に関する機能がEMISには備わっていなかったことがある。さらにEMISは災害時に関係する幅広い関係者の情報共有プラットフォームとして構築されていたために、感染症という差別偏見に係る機微な情報を取り扱う情報基盤としての妥当性について懸念された可能性がある。両システムを併存させ用途の差別化を図るか統合化を図るか、情報共有基盤の整備は不可欠であることから大きな課題となる。（参考資料2. Q13～18）

Ｅ．結論

新型コロナウイルス感染症の拡大など新興再興感染症の拡大による多数の患者発生に、行政機関の調整，患者の搬送調整，物資調達及び分配、院内本部運営など災害時医療対応と同様にロジスティクス業務は欠かせない。今後も災害拠点病院・DMAT が大きな役割を果たすことが求められる。自然災害対応で蓄積してきた知見と感染症特有の知見との有機的統合の必要性は高く、EMIS や G-MIS などの情報共有基盤を含め、施設・機材の拡充や体制整備の在り方に関する検討が必要である。

Ｆ．健康危険情報

該当なし

Ｇ．研究発表

1. 論文発表

○ Hideaki Anan, Hisayoshi Kondo, Ichiro Takeuchi, Tomoki Nakamori, Yu Ikeda, Osamu Akasaka, Yuichi Koido. Medical Transport for 769 COVID-19 Patients on a Cruise Ship by Japan Disaster Medical Assistance Team. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. press: 05 June 2020. pp1-4.

○＊阿南英明． 災害医療と法律 ―医療法（医療計画），災害対策基本法，災害救助法，規則，各種防災関連計画等について.日本医師会雑誌 特別号（1）災害医療 2020. 2020.6; 149(Suppl.1):46-51.

○改訂第 2 版 MCLS-CBRNE テキスト―CBRNE 現場初期対応の考え方―大友康裕編 阿南英明編集幹事・著 ぱーそん書房，2020，東京.

○阿南英明． 8 災害に関連した特殊な医療・看護実践II CBRNE への対応第 3 版 新体系看護学全集 看護の統合と実践② 災害看護学 メディカルフレンド社： 202-205，2020.

○リアルで多様な症例で診断・治療・ケアを制覇！疾患イメージをつかむ救急ケース 68．阿南英明 編集 Emer Log 2020.5.22.（夏季増刊） メディカ出版 2020 328p 大阪.

○阿南英明． 特集トリアージ その 1 横浜港にやってきた大型クルーズ船と新型コロナウイルスーそれは「災害」対応だった． 子どもと健康 No.111 2020.7.28:6-15. 労働教育センター，東京.

○阿南英明. 特集トリアージ　その２災害時、養護教諭にしてほしい「トリアージ」多くの児童・生徒を救うために求められる技能です. 子どもと健康 No.111 2020.7.28:17-66. 東京 ㈱労働教育センター
○新・化学テロ現場　病院前活動の考え方と実際. 阿南英明編著, 2020.8.1. 東京 ㈱ぱーそん書房.
○阿南英明. 事例 1 神奈川モデル　医療崩壊を回避する県レベルの医療提供体制の構築　患者の流れを停滞させない医療提供体制を構築　クラスター対応では中長期的な支援活動を展開. れんけい最前線. 2020. 11 ; (2020 秋) : 4-7.
○阿南英明.ウィズコロナ・ポストコロナの災害医療･マスギャザリング医療. 2021.2; 45(2) : 197-201.
○阿南英明. 話題　大型クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の教訓を活かした COVID-19 戦略「神奈川モデル」の構築. 循環器内科. 2021.2 ; 89 (2) :178-183.

2. 学会発表
○阿南英明 他. クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号における DMAT 活動～COVID-19 の蔓延を防ぐために如何に戦ったか～【シンポジウム】第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会　2020.8.27-28. (Web 開催)
○阿南英明 他. 新型コロナウイルス感染第一波に対する医療対応と今後の展開～国・都県における対応～【シンポジウム】.第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会　2020.8.27-28. (Web 開催)
○阿南英明 他.ダイヤモンド・プリンセス号における COVID-19 への対応　DMAT による 769 人の搬送調整の経験と教訓【シンポジウム】第 79 回日本公衆衛生学会総会　2020.10.20.（Web 開催）
○Anan Hideaki. Lessons from outbreak of COV-SARS-2 in cruise ship and medical system "Model Kanagawa". 6th Annual SLDDDRS Symposium with Asia 2020.11.6;10:00～12:20. (Web 開催)
○阿南英明. 新たな化学災害・化学テロに対する救急医療【救急科領域講習】第 48 回日本救急医学会総会・学術集会　2020.11.19. (岐阜)
○阿南英明 他. クルーズ船災害医療対応の教訓から構築した SARS-CoV-2 アウトブレイク対応システム【口演】第 48 回日本救急医学会総会・学術集会 2020.11.20.（岐阜）
○阿南英明 他. 東京オリンピック・パラリンピックに向けた化学テロ対応指針の改変と解毒剤自動注射器使用体制の構築. 【パネルディスカッション】第 26 回日本災害医学会総会･学術集会 2021.3.17 (東京)

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3.その他
なし

参考資料1.

災害医療分野別調査票

特に断りのない場合、令和２年11月１日現在の情報についてご回答ください。

◎DMAT（災害派遣医療チーム）についてお聞きします。

問１　貴院内にDMAT隊員（都道府県主催のDMAT養成研修修了者も含むが、有資格者のうち、現在、隊員登録されていない者は除く）はいらっしゃいますか。

（回答はひとつ）

1. いる
2. いない

（DMAT隊員がいると回答した医療機関に伺います。）

問２　貴院内のDMAT隊員について、医師、看護師及び業務調整員の人数（統括DMAT（医師のみ）、インストラクター、タスク登録者に該当する者がいる場合、その内訳）をお答えください。

（回答は半角数字）

※該当するDMAT隊員がいない場合は０を入力してください。

	統括DMAT	インストラクター	タスク登録者	その他のDMAT隊員
医師	人	人	人	人
看護師		人	人	人
業務調整員		人	人	人

問３－１　貴院内で新型コロナ対策本部（以下、院内コロナ対策本部という。）を設置しましたか。

（回答はひとつ）

1. 院内コロナ対策本部を設置した
2. 院内コロナ対策本部は設置しなかった

（貴院内で院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います）

問３－２　院内コロナ対策本部のメンバーに、DMAT隊員は含まれていましたか。

（回答はひとつ）

1. 含まれていた　⇒　問４と問５－１と問５－２を回答してください
2. 含まれていなかった

（院内コロナ対策本部のメンバーに DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問４　院内コロナ対策本部に含まれていたすべての DMAT 隊員について、医師、看護師及び業務調整員の人数（統括 DMAT（医師のみ）、インストラクター、タスク登録者に該当する者がいる場合、その内訳）をお答えください。

（回答は半角数字）

※該当する DMAT 隊員がいない場合は 0 を入力してください。

	統括DMAT	インストラクター	タスク登録者	その他のDMAT隊員
医師	人	人	人	人
看護師		人	人	人
業務調整員		人	人	人

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問５－１　院内コロナ対策本部の役割と活動内容にあてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 診療の体制の変更（例：外来を別に設ける、診療科の制限を行う等）
2. 院内の感染対策実施・管理について
3. 院外の搬送調整
4. 入院調整
5. 医療物資の管理や調達
6. その他（具体的に：　　）

（院内コロナ対策本部に DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問５－２　院内コロナ対策本部に含まれていた DMAT 隊員の役割と活動内容をすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 診療の体制の変更（例：外来を別に設ける、診療科の制限を行う等）
2. 院内の感染対策実施・管理について
3. 院外の搬送調整
4. 入院調整
5. 医療物資の管理や調達
6. その他（具体的に：　　）

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問６　院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる本部（以下、院内災害対策本部という。）の人員構成には共通点はありましたか。共通点がある場合には、具体的に教えてください。

（回答はひとつ）

1. 共通点があった（具体的に：　　）
2. 共通点はなかった

（院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関に伺います。）

問７　院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる院内災害対策本部の人員構成には異なる点はありましたか。異なる点がある場合には、具体的に教えてください。

（回答はひとつ）

1. 異なる点があった（具体的に:　　）
2. 異なる点はなかった

（院内コロナ対策本部に DMAT 隊員が含まれていたと回答した医療機関に伺います。）

問８－１　院内コロナ対策本部において、DMAT 隊員の参画は有用でしたか。

（回答はひとつ）

1. 有用だった
2. 有用ではなかった
3. わからない

問 8-2　院内コロナ対策本部において、DMAT 隊員の参画について、そのようにお答えになった理由をお答えください。

（貴院内に DMAT 隊員がいると回答した医療機関に伺います。）

DMAT 隊の派遣状況について、お聞きします。

問９　貴院は、令和２年３月 19 日以降に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応で DMAT 隊員を派遣しましたか。

（回答はひとつ）

1. 派遣した
2. 派遣しなかった

（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応で DMAT 隊員を派遣したと回答した医療機関に伺います。）

問１０　派遣した DMAT 隊員は、どのような活動を行いましたか。活動内容にあてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. 都道府県調整本部での調整活動
2. 都道府県調整本部以外（保健所等）での本部や指揮所での調整活動
3. 他病院の診療支援
4. 他病院の搬送支援
5. 介護福祉施設等の診療支援
6. 介護福祉施設等の搬送支援
7. その他（具体的に:　　）

（貴院内に DMAT 隊員がいると回答した医療機関に伺います。）
個人用防護具（PPE）の入手や管理における、DMAT 隊員の支援状況についてお聞きします。
問１１　個人用防護具（PPE）の入手や管理について、DMAT 隊員の助言やサポートはありましたか。
（回答はひとつ）

1. 助言やサポートがあった
2. 助言やサポートがなかった
3. DMAT隊員に助言やサポートを求めなかった

（DMAT 隊員の助言やサポートがあったと回答した医療機関に伺います。）
問１２　助言やサポートがあった場合、その内容について具体的に教えてください。

◎EMIS（広域災害救急医療情報システム）についてお聞きします。

問１３　貴院では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するため、EMIS を使用しましたか。
（回答はひとつ）

1. 使用した
2. 使用しなかった

（EMIS を使用しなかったと回答した医療機関に伺います。）
問１４　EMIS を使用しなかった理由として、あてはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. G-MIS（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）を活用したから
2. EMISの使用方法がわからなかったから
3. EMISを使用する必要がなかったから（例：患者がいなかった等）
4. EMISは感染症対応に有効でなかったから
5. EMISを使用しようとした時、都道府県が通常モードで運用していたから
6. その他（具体的に：　　）

（EMIS を使用したと回答した医療機関に伺います。）
問１５　EMIS が有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください。
※災害時の EMIS 活用については、記載しないでください。

◎G-MIS についてお聞きします。

問１６　貴院では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応するため、G-MIS を使用しましたか。

（回答はひとつ）

1. 使用した
2. 使用しなかった

（G-MIS を使用しなかったと回答した医療機関に伺います。）

問１７　G-MIS を使用しなかった理由として、あてはまるものをすべてお答えください。

（回答はいくつでも）

1. EMISを活用したから
2. G-MISの使用方法がわからなかったから
3. G-MISを使用する必要がなかったから（例：患者がいなかった等）
4. G-MISは感染症対応に有効でなかったから
5. その他（具体的に：　　）

（問１６で G-MIS を使用したと回答した、あるいは問１４で EMIS を使用しなかった理由で G-MIS を活用したからと回答した医療機関に伺います。）

問１８　G-MIS が有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください。

◎ 災害拠点病院における感染症対応についてお聞きします。

問１９　今後、災害拠点病院で大規模な感染症対応を行う場合、災害拠点病院という観点から強化が必要と考えられる事項はありますか。

※本質問は、災害拠点病院の指定要件に関する質問ですので、その観点からお答えください。

（回答はひとつ）

1. ある
2. ない

（強化が必要と回答した医療機関に伺います。）

問２０　災害拠点病院という観点から、強化が必要と考えられる事項として、あてはまるものをすべてお答えください。
（回答はいくつでも）

1. 災害拠点病院が感染症対応を行うための物品等の体制整備の強化
2. 感染症対応を行う人材の保有・増員
3. 感染症対応を行うことができるDMAT隊員の養成・増員
4. 感染症対応に限らずDMAT隊員の養成・増員
5. 感染症専門家の派遣及び受入体制の整備
6. 地域の救急医療体制の強化
7. その他（具体的に:　　）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が蔓延する以前（令和２年１月以前）から災害拠点病院の整備やDMAT隊員の養成、（災害時における）都道府県保健医療調整本部との連携、小児周産期の連携する仕組み等の災害医療体制が整備されてきました。
また、感染症法に基づいて感染症指定医療機関が指定・整備されています。
医療機関によっては、災害拠点病院及び感染症指定医療機関の両方の指定を受けている施設がある一方で、いずれかの指定だけの場合もあります。

問２１　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、既存の災害医療体制が整備されていたことによって貴施設での好事例や問題点がありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

参考資料2.

厚生労働科学特別研究事業

災害医療分野

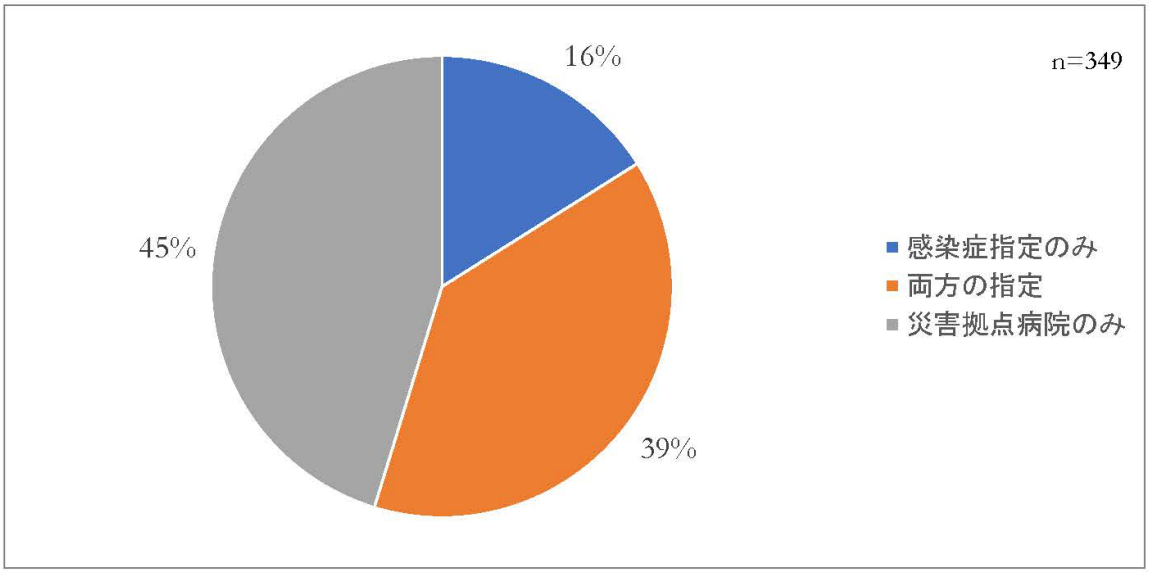
回収率

対象施設数	919病院
回答数／回収率	350病院／38.1%
有効回答数／有効回答率	349病院／37.9%

除外病院：100000455:当院は災害拠点病院および感染症指定医療機関のいずれにも該当しません

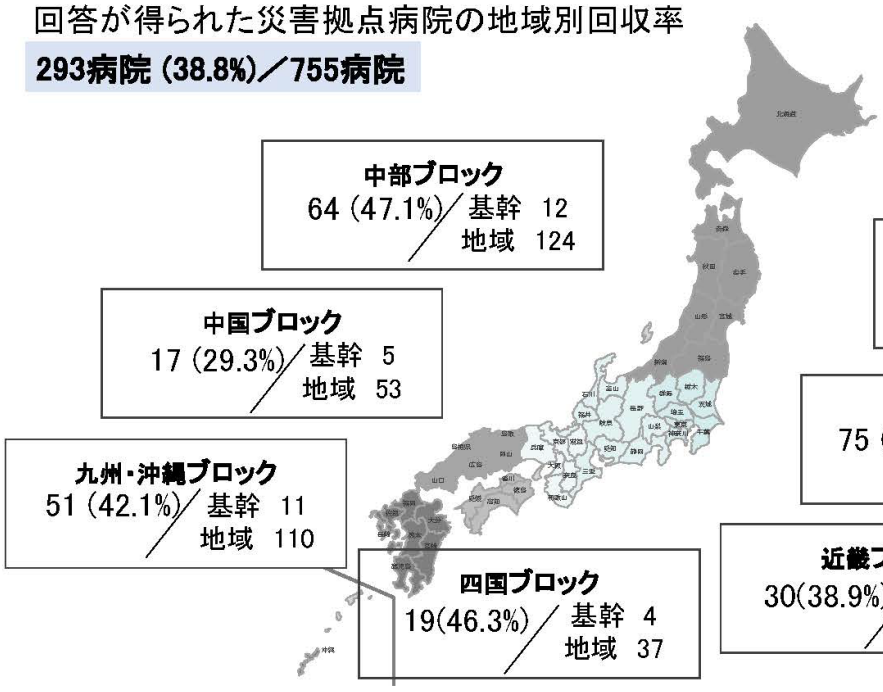
災害拠点病院：令和2年4月現在　755病院
感染症指定医療機関：平成31年4月現在　596病院（特定・一種・二種合計）
※ 回答医療機関のうち135病院が災害拠点病院と感染症指定医療機関の両方の指定を受けている

回答が得られた医療機関の指定内訳



回答が得られた災害拠点病院の地域別回収率

293病院（38.8%）／755病院



北海道ブロック
13（38.2%）／ 基幹 1
地域 33

東北ブロック
24（30.0%）／ 基幹 10
地域 70

関東ブロック
75（36.1%）／ 基幹 13
地域 195

近畿ブロック
30(38.9%) ／ 基幹 7
地域 70

中部ブロック
64（47.1%）／ 基幹 12
地域 124

中国ブロック
17（29.3%）／ 基幹 5
地域 53

四国ブロック
19(46.3%) ／ 基幹 4
地域 37

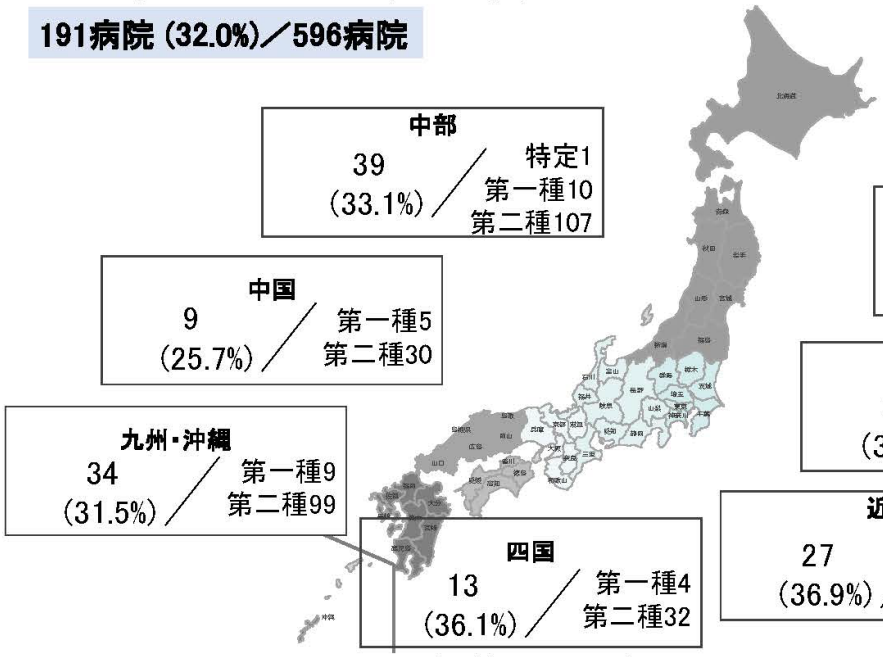
九州・沖縄ブロック
51（42.1%）／ 基幹 11
地域 110

回答数 ／ 病院合計

災害拠点病院一覧：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000635038.pdf

回答が得られた感染症指定医療機関の地域別回収率

191病院 (32.0%)／596病院



北海道
11 (35.5%) ／ 第一種1 第二種30

東北
20 (28.9%) ／ 第一種6 第二種63

関東
38 (30.2%) ／ 特定2 第一種11 第二種113

近畿
27 (36.9%) ／ 特定1 第一種9 第二種63

中部
39 (33.1%) ／ 特定1 第一種10 第二種107

中国
9 (25.7%) ／ 第一種5 第二種30

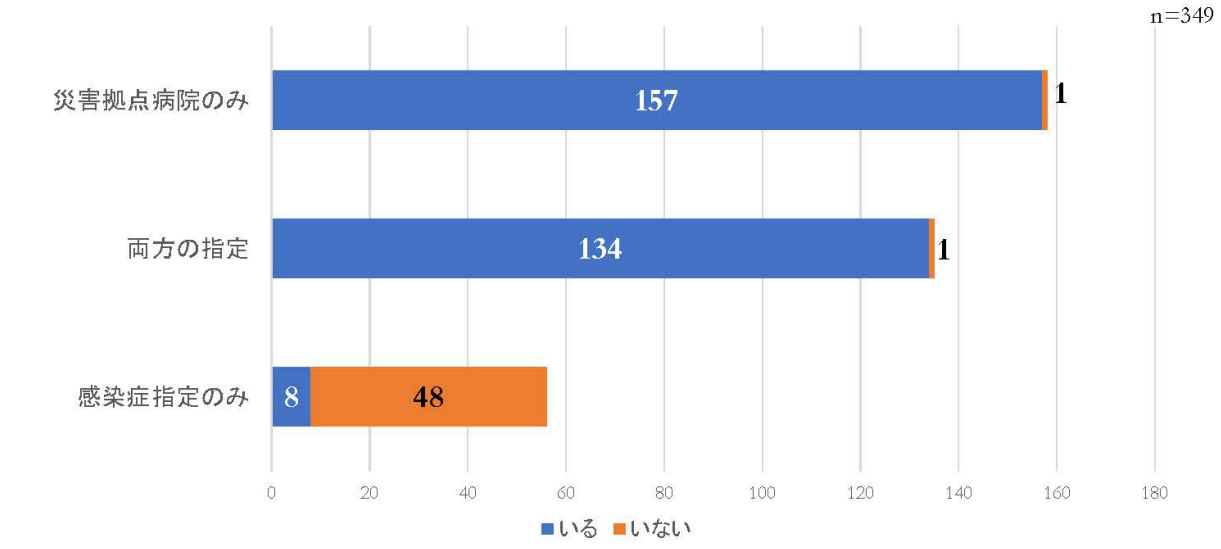
四国
13 (36.1%) ／ 第一種4 第二種32

九州・沖縄
34 (31.5%) ／ 第一種9 第二種99

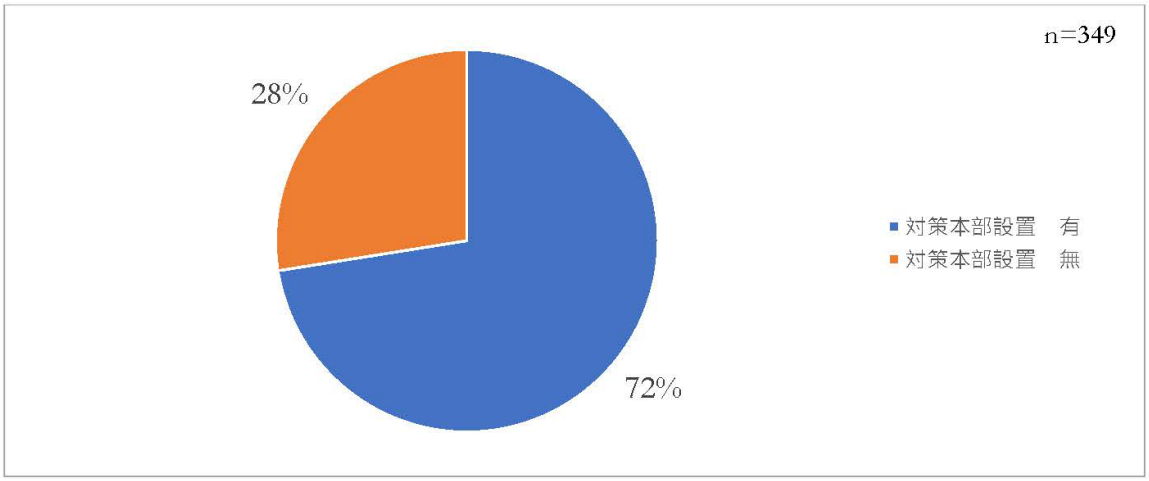
回答数 ／ 病院合計

感染症指定医療機関の指定状況：https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html

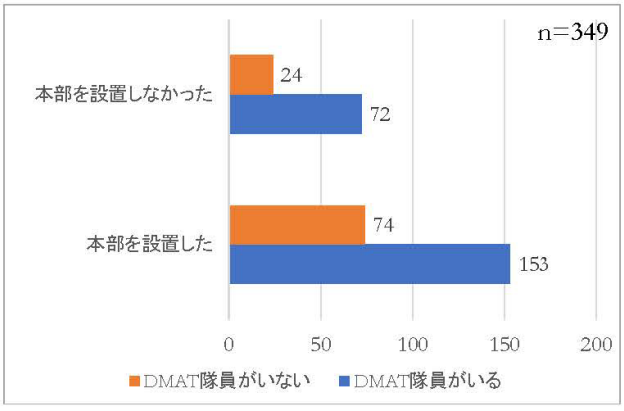
Q1. 貴院内にDMAT隊員はいらっしゃいますか



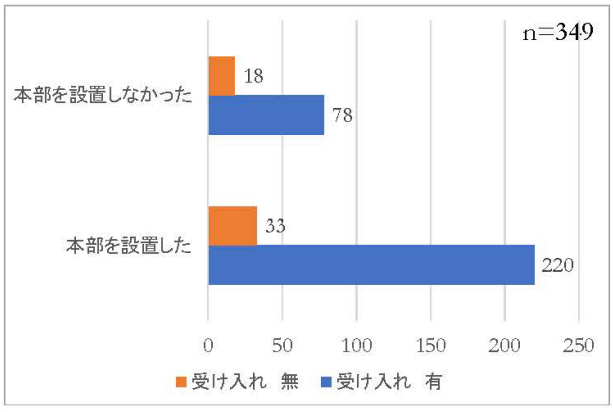
Q3.-1対策本部設置の有無



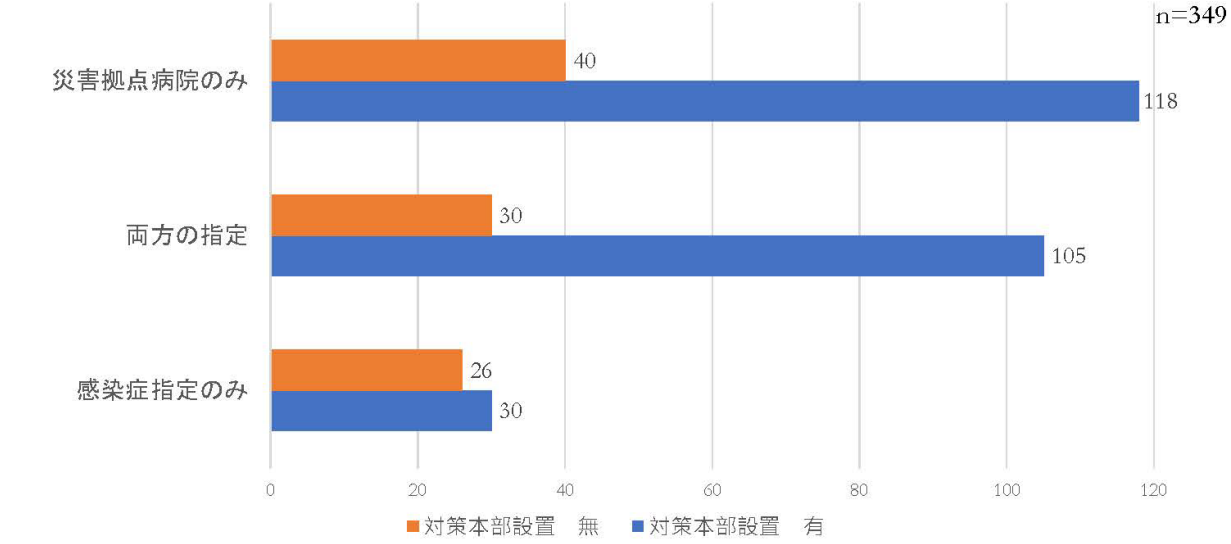
対策本部を設置したか／院内にDMAT隊員がいるか



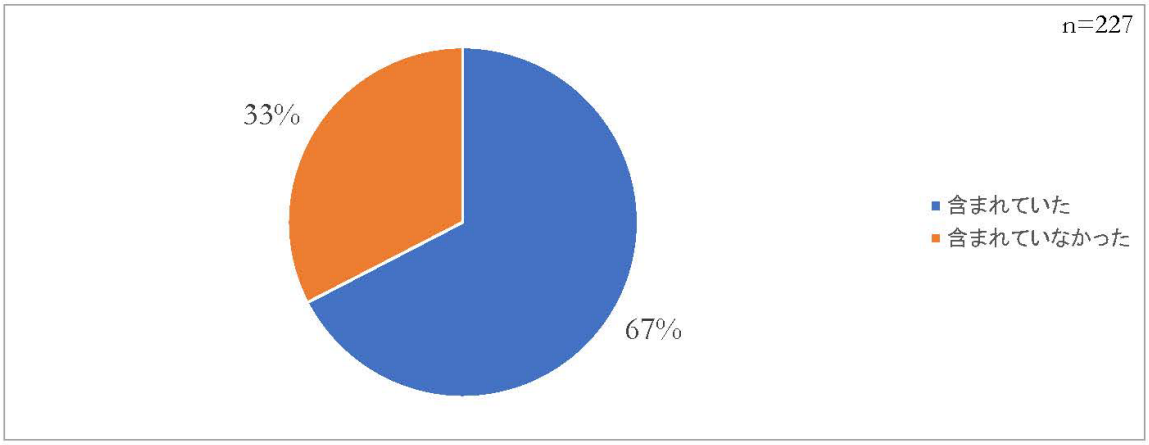
対策本部を設置したか／患者受け入れの有無



災害拠点病院指定・感染症指定と対策本部設置の有無



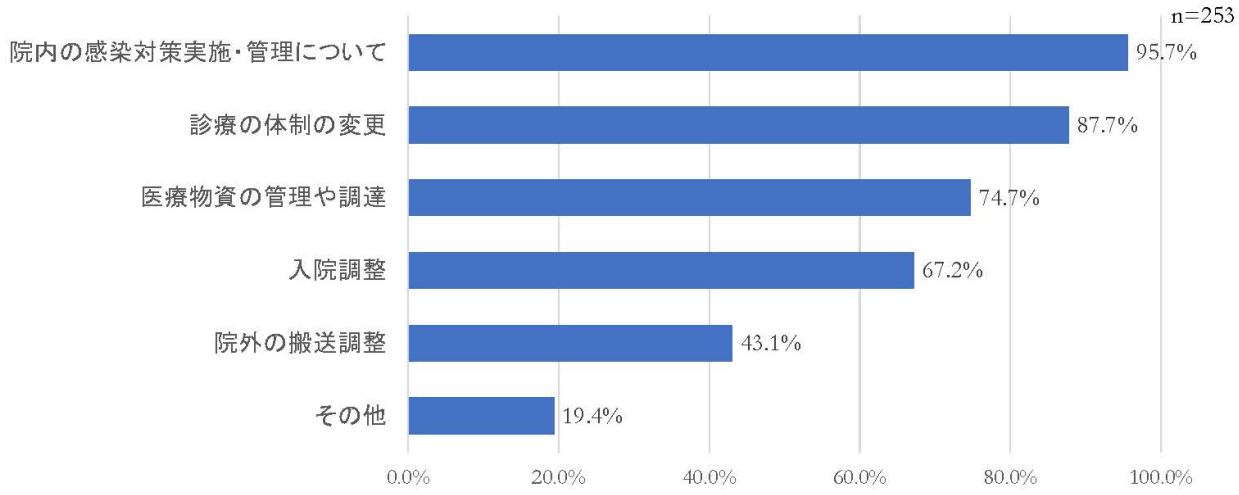
Q3_2. 対策本部にDMAT隊員は含まれていたか



※含まれていた153医療機関のうち3病院は感染症指定のみ
※対策本部設置有の253医療機関から、もともとDMAT隊員がいない感染症指定のみの26医療機関を除いた

Q5_1. 院内コロナ対策本部の役割と活動内容にあてはまるものをすべてお答えください（複数回答可）

※院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関

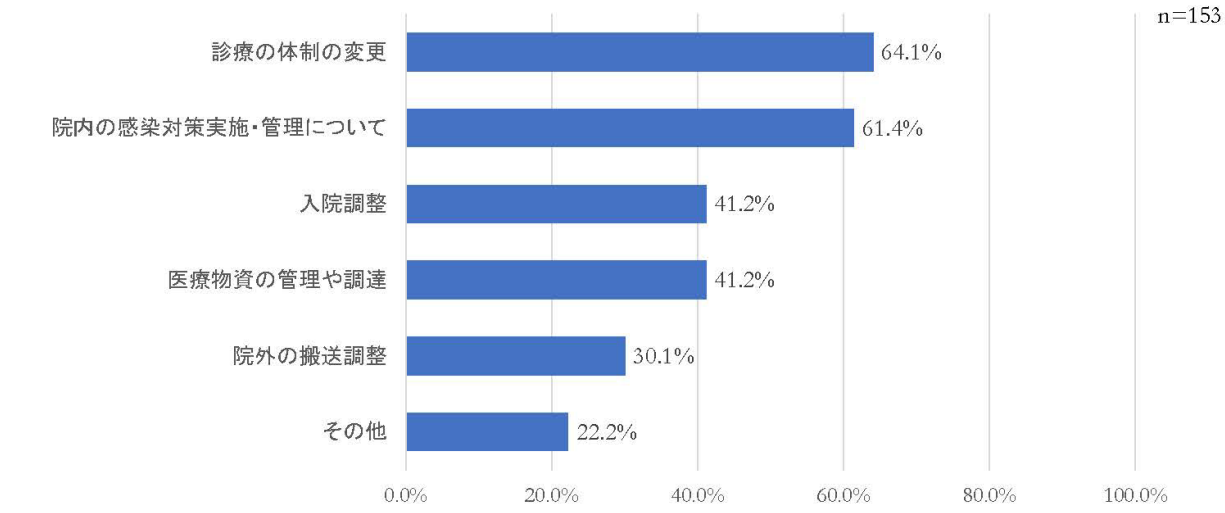


Q5_1. 院内コロナ対策本部の役割と活動内容（その他：自由記述・具体例まとめ） n=49

カテゴリー	項目数	自由記述
方針の決定	7	・基本的対応方針の決定（100000324） ・感染患者の受け入れ及び診療体制の確保に関すること（100000475）
院内体制の整備	5	・入院調整（100000381） ・院内各部署の調整（100000096）
感染症患者発生に関する対応	5	・COVID-19院内発生時の濃厚接触者サーベイ（クラスター調査）（100000176） ・職員の感染者発生時の対応の判断（100000179）
環境調整・施設整備	3	・設備工事（100000023） ・感染対策改修工事（100000496）
面会・来院者制限	4	・面会制限（100000501・100000409）
教育の実施	5	・職員に対する感染対策指導（100000090） ・感染予防、感染対策を含む、職員の健康保持に関すること（100000475）
情報収集・情報発信	25	・情報収集（100000415・100000475） ・情報共有（100000028・100000012） ・記録・クロノロジー（100000297・100000277） ・院外広報・マスコミ対応（100000206・100000405・100000277）
相談窓口の設置	5	・院内各部署の相談対応（100000096・100000153） ・心のケア設置（100000318）
行政機関等との調整・連携	9	・行政機関との連携（100000078） ・県・DMAT調整本部との情報共有（100000292）
外部支援	2	・クラスターが発生した病院への支援（100000323） ・外部講評（100000206）
実務	4	・死後処置（100000097） ・一部搬送（100000381）
職員の福利厚生	2	・臨時休校に伴う職員家族の預かり（100000453） ・宿舎確保（100000453）

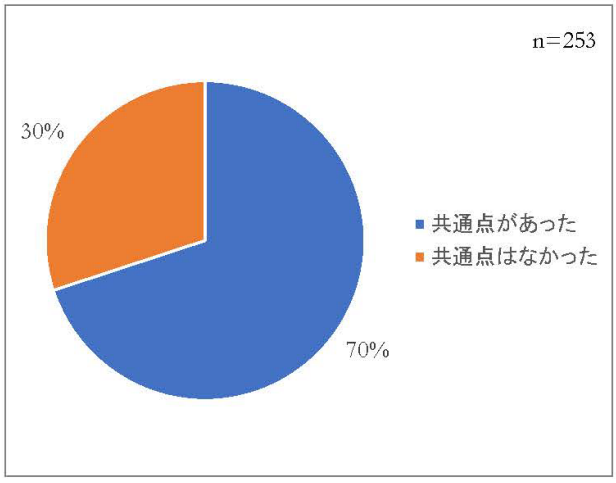
Q5_2. 院内コロナ対策本部に含まれていたDMAT隊員の役割と活動内容をすべてお答えください（複数回答可）

※院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関



Q6. 院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる本部の人員構成には共通点はありましたか

※院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関

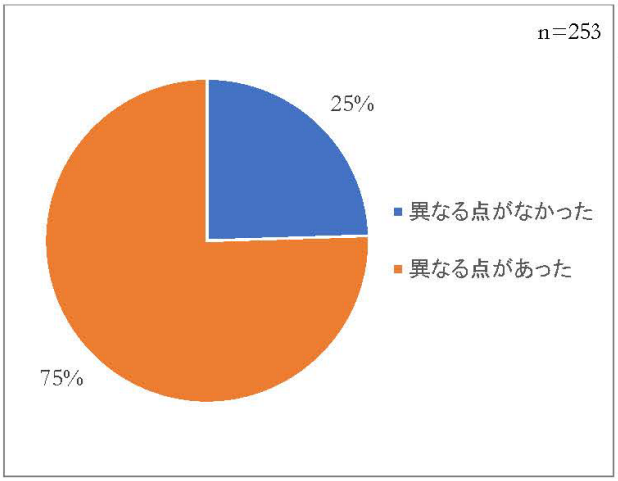


<u>共通点があった：自由記述まとめ</u> n=177

- いずれも本部長は院長
- 指揮命令系統
- 意思決定機関である
- 構成人員
  - 各部署長は共通で全部署参加
  - 災害対策本部にICTが追加
  - 幹部職員とDMAT隊員
  - 患者受け入れ部門（救急）
  - 災害医療コーディネーターの参加
- BCP通りに本部を設置
- 業務調整・資材調達
- 臨機応変の対応

Q7. 院内コロナ対策本部の人員構成と災害対応にかかる院内災害対策本部の人員構成には異なる点はありましたか

※院内コロナ対策本部を設置したと回答した医療機関



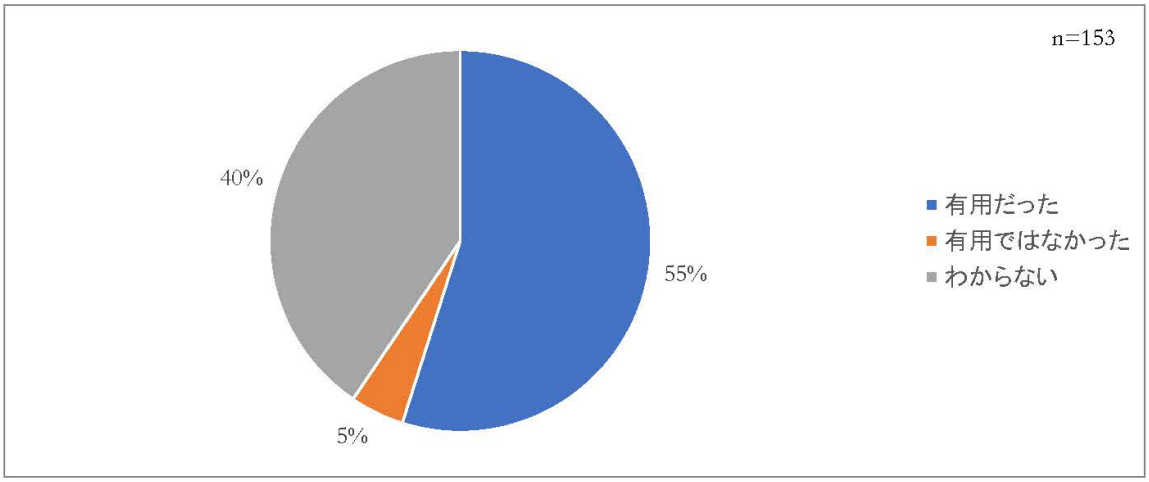
n=191

異なる点があった：自由記述まとめ

- 構成人員：災害対策本部にプラス
  - 感染症専門医
  - 感染管理認定看護師
  - 呼吸器内科・麻酔科・産婦人科
  - メンタルサポートチーム
  - 実習等受け入れ担当・地域連携部門
  - より多職種
- 構成人員：完全に異なる
- DMAT隊員の役割，割合
- 本部長や中心となる職種
- 長期対応・交代要員の確保
- 指揮系統が確立されなかった

Q8_1. 院内コロナ対策本部においてDMAT隊員の参画は有用でしたか

※院内コロナ対策本部にDMAT隊員が含まれていたと回答した医療機関



Q8_2. Q8_1.対策本部へのDMAT隊員の参画は有用であったか　回答理由（自由記述・具体例まとめ）　有用だったn=84

カテゴリー	サブカテゴリー	項目数	自由記述
災害対応と共通の知識・技術	CSCAの考え方	14	・CSCAを確立し院内の対策本部を支え病院を支える活動はまさにDMAT活動(100000405)
	災害対応と共通	10	・本部運営、クロノロを含めた患者一覧表の作成、各部門の体制と物資の把握など、DMATの活動に類似した部分が複数あった(100000383)
	CBRNEと共通	3	・NBC、CBRNEにおけるゾーニングの学習経験があった(100000303)
危機管理としてのマネジメント	リーダーシップの発揮	11	・リーダーシップを発揮しチームをけん引した(100000221)・体制構築で中心的な役割(100000012)
	臨機応変な対応	7	・非常時の対応に慣れているため、状況に応じた判断や行動が素早かった(100000304)
	迅速な対応	5	・情報収集のスピード感が圧倒的に早かった(100000230)・迅速な対応ができた(100000489)
教育・訓練・活動経験	自治体との連携	14	・都道府県入院調整班との連携がスムーズであった(100000103)
	情報管理・情報共有のスキル	10	・情報の整理に精通しているため、職員間の共有、及び業務効率を上げるための整理等のサポートが有用であった(100000123)
	過去の訓練・経験の活用	9	・対策本部立ち上げの際に、DMAT本部運営のスキルが役立った(100000189)
	他組織との連携	7	・近隣医療機関と連携が迅速に行える(100000074)・外部とのつながりがあったため(100000023)
	資機材の活用	3	・物資の調達や状況等に非常に役に立った(100000168)
	DP号の派遣経験	3	・DP号への派遣実績があり、現場の状況などをフィードバックできた(100000399)
その他		1	・院内感染クラスター発生時に感染チームと共同して鎮圧に向かった(100000165)

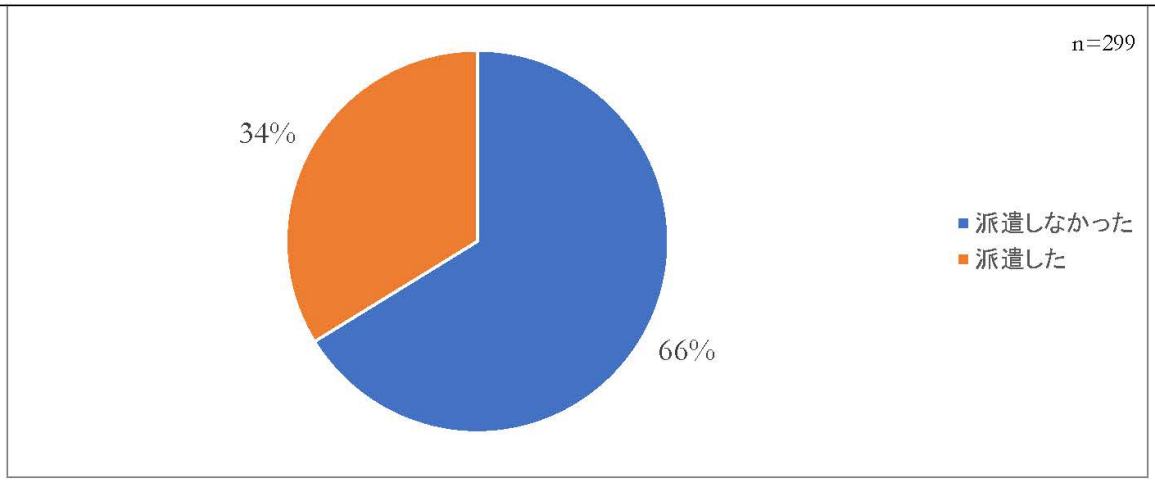
Q8_2. Q8_1.対策本部へのDMAT隊員の参画は有用であったか　回答理由（自由記述・具体例まとめ）　有用ではなかったn=7

カテゴリー	サブカテゴリー	項目数	自由記述
知識不足	感染症の知識不足	2	・DMAT隊員より感染に詳しい医師、看護師が有益(100000156)
特別な有用性がない	DMATでなくてもよい	3	・検討事項や対策について、DMAT隊員でなければならない点はなかった(100000072)
調整不足	周囲の理解を得るのが困難	1	・医師1名しかDMAT隊員が参加しておらず、対策本部内で災害対応について理解しているメンバーがおらず、理解が得られなかった(100000290)
その他		1	・院内においては有用でなかったがCOVID-19の対応で派遣した点は有用であった(100000400)

Q8_2. Q8_1.対策本部へのDMAT隊員の参画は有用であったか　回答理由（自由記述・具体例まとめ） わからないn＝62

カテゴリー	サブカテゴリー	項目数	自由記述
DMATとして参画していない	たまたまDMAT隊員であった	24	・役職者としての参加であり、DMATとしての役割で参画していないため(100000502)
	DMAT隊員としての活動ではない	7	・DMATとしての活動はしていないため(100000353)
	DMAT活動ではないが知識は役立った	2	・いちスタッフとして参加しており知識等フィードバックはなされていた。 フェーズがすすめば有用度が増すと考える(100000334)
知識・対策の不足	感染症の知識不足	3	・DMAT隊員が感染症に詳しくない(100000231)
	調整不足	3	・感染管理(ICT)と災害管理(DMAT)の間で、それぞれに情報の入り口があり、それぞれが発信してしまうことで、情報が錯綜してしまうことが数回あった(100000008)
評価できない	活動が限定的	6	・現在のところ患者搬送のみの活動なので、大きく有用であるとは言い難いため(100000080)
	対策が終わっていない	2	・まだ対策は終わってないので(100000258)
	わからない	11	・アンケート回答者が本部に入って観察していないため(100000410)・判断基準が不明(100000014)
その他		4	・特になし(100000404)・非常時における役割としてDMAT隊員が含まれるため(100000071)

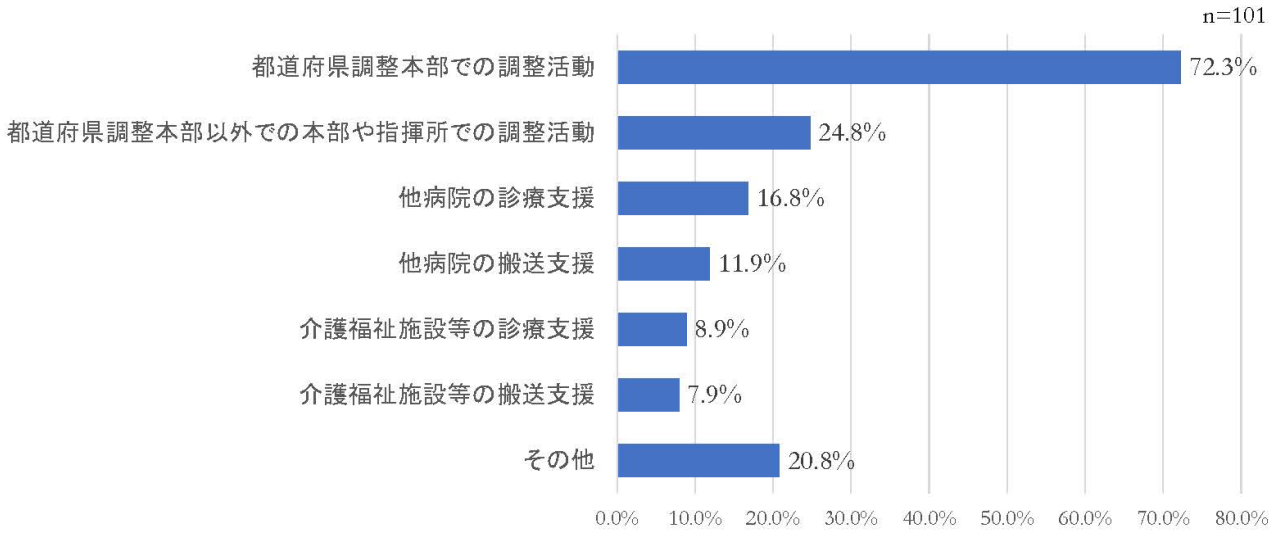
Q9.貴院は令和2年3月19日以降に新型コロナウイルス感染症の対応でDMAT隊員を派遣しましたか
※ DMAT隊員がいると回答した医療機関



※感染症指定のみの医療機関　派遣した1病院・派遣しなかった7病院含む

Q10. 派遣したDMAT隊員はどのような活動を行いましたか 活動内容にあてはまるものをすべてお答えください（複数回答可）

※新型コロナウイルス感染症の対応でDMAT隊員を派遣したと回答した医療機関

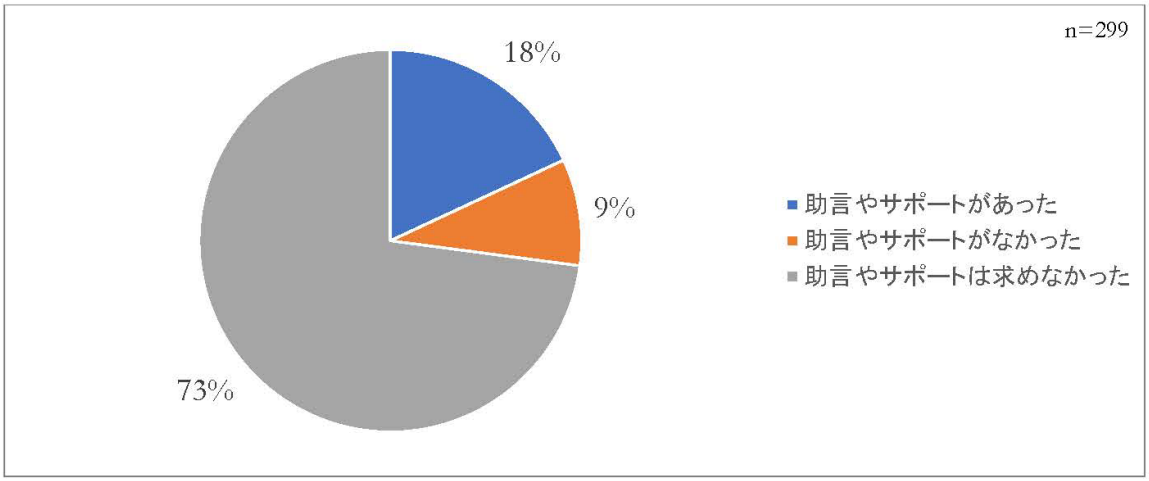


Q10. 派遣したDMAT隊員はどのような活動を行いましたか
（その他：自由記述・具体例まとめ）

n=21

- 帰国邦人対応：1病院
- クルーズ船対応：7病院
  - 神奈川県・長崎県　停泊中の船舶におけるクラスター対応，乗り組み調節，調剤
- 軽症者等　宿泊施設：7病院
  - 立ち上げ・ゾーニング・運営
- 保健所業務支援：2病院
  - 自宅待機陽性患者の訪問診療
  - 自宅からの搬送・入院調整
- 医療機関・社会福祉施設等　その他の対応：4病院
  - 本部機能，業務維持指導，調整業務
  - 患者搬送

Q11. 個人用防護具(PPE)の入手や管理についてDMAT隊員の助言やサポートはありましたか
※ DMAT隊員がいると回答した医療機関



Q12. 助言やサポートがあった場合、その内容について具体的に教えてくださいその①（自由記述まとめ）※DMAT隊員の助言やサポートがあったと回答した医療機関

n=54

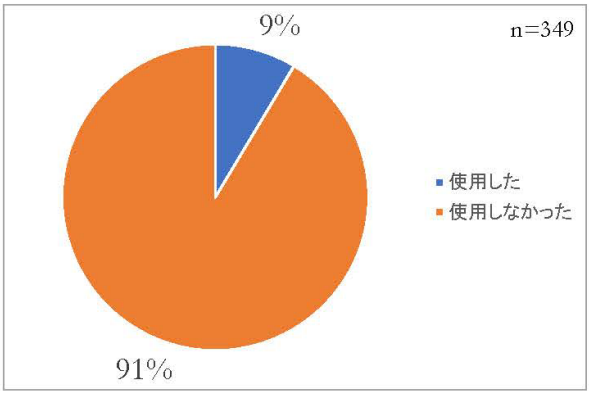
カテゴリー	サブカテゴリー	項目数	自由記述
資機材調達・管理	資機材の調達・交渉	10	・PPE等の防護具の入手(100000353・100000400他)・都道府県への必要物品の要請(100000375他)
	必要資機材の情報とアセスメント	9	・物品調達部署へ、防護具がどのようなもので、どの程度の量が必要かの助言(100000043) ・資源が少ない状況化での節約(100000416・100000176)
	資機材の選定	2	・PPEの具体的な選定(100000221)
	在庫・物品管理	6	・在庫物品のリスト化(100000383他) ・物品の管理方法(100000264・100000318)
	災害用資機材の提供	1	・災害用の感染対策用品の提供(100000428)
	ネットワークの活用	4	・学会経由でのPPEの優先配布(100000303) ・隊員の知人からの寄附(100000360)
	資機材の作成・購入	2	・挿管時の飛沫防止用BOXの購入(100000334) ・フェイスシールドの作成(100000152)
教育・訓練	マニュアル作成	1	・PPE着脱マニュアルの作成(100000152)
	個人防護具使用の教育訓練	9	・PPEの着脱方法のレクチャー(100000403・100000354) ・PPE着脱訓練(100000152)
	検体採取の指導	1	・院内のPCR検査における検体採取者への指導・助言(100000409)
動線管理・ゾーニング	陽性患者の動線管理	2	・陽性患者の受け入れ経路の提案(100000403) ・専用病室を準備する際の動線(100000453)
	ゾーニング	3	・ゾーニング(100000496) ・入院患者のゾーニングの管理(100000402)

Q12. 助言やサポートがあった場合、その内容について具体的に教えてくださいその②（自由記述まとめ）※DMAT隊員の助言やサポートがあったと回答した医療機関

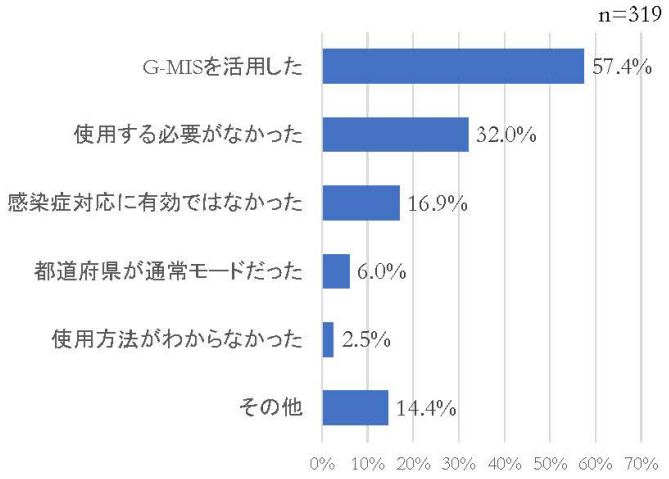
n=54

カテゴリー	サブカテゴリー	項目数	自由記述
感染対策の実際	感染防止策の実施	2	・搬送用車両（病院救急車）の養生（100000453） ・救急部門における感染対策（100000416）
	トリアージ	1	・入院時の患者トリアージ（100000402）
	多数症例対応	2	・院内クラスター対応の検討（100000469） ・患者が多数発生した際の院内対応について（100000495）
対策本部運営業務	本部運営のサポート	2	・今後の患者増加を踏まえた準備（100000143） ・対策本部の運営（100000444）
	記録	2	・クロノロ等の記録方法（100000442） ・記録（100000318）
	情報収集手段の調整と実施	3	・業務調整員による連絡機器のセッティング（100000165） ・情報収集（100000495）
	情報集約と可視化	2	・県からの情報を集約し各担当者に振り分けた（100000113） ・可視化（100000494）
自治体との連携	自治体対策本部との連携	4	・県庁との調整がスムーズ、顔が見える関係だった（100000130） ・本部に入っている隊員から県内の状況や見通しについて助言をもらった（100000007）
感染管理担当者との連携	ICTとの連携	2	・DMATと感染管理室が連携し業務を行っている（100000119）
	ICTとしての助言	2	・DMAT隊員の中に感染管理看護師がいたので、その立場から意見をもらった（100000023）
その他	その他	1	・わからない（100000464）

Q13. 貴院では新型コロナウイルス感染症に対応するためEMISを使用しましたか



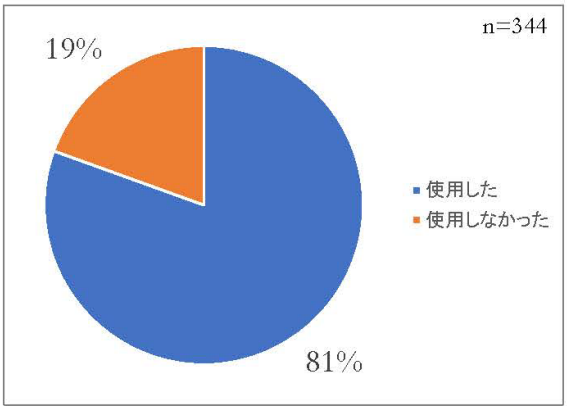
Q14.EMISを使用しなかった理由としてあてはまるものをすべてお答えください（複数回答可）



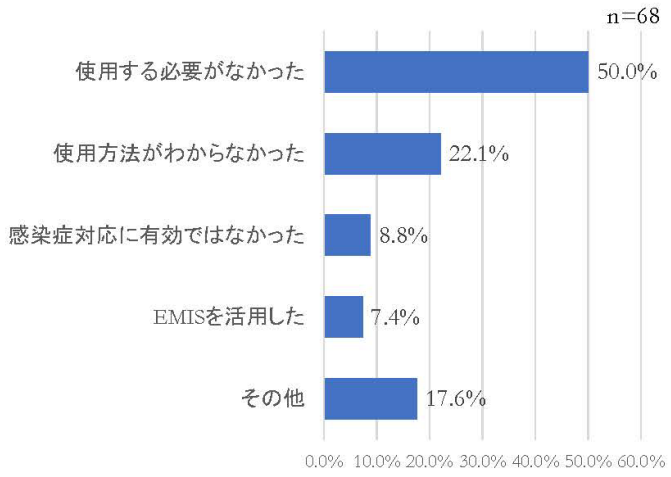
Q15. EMISが有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください（自由記述まとめ） ※EMISを使用したと回答した医療機関 n=28

有用だった事例 n=14	課題となる点 n=8
• 都道府県調整本部との情報共有ツールとして利用 　・組織体制，クロノロジーを情報共有ツールとして利用 • 搬送先・搬送手段のマッチング • 病院支援 • 保健所との情報共有 　・自宅待機陽性患者診療の活動内容記録としてクロノロジーを利用 • 全国・都道府県内の状況把握 • リアルタイムの情報収集，24時間稼働である • DMAT隊員派遣時の状況把握 • 活動評価，振り返り	• 感染症対応と自然災害が同時に発生した場合 　• 災害時の情報と混同する可能性 　• 備考欄等に入力すると『要救助』（要手配）となる • 施設によって入力状況が異なっていた • 掲示板の活用がされていなかった • 感染症対応に有用かどうかは不明 • EMIS・G-MIS入力等重複作業があった • 入力にかかる時間（朝9時までに入力） **その他 n=8** • 感染症に有用だったか不明 • 検討はこれからになる • 特になし

Q16. 貴院では新型コロナウイルス感染症に対応するためG-MISを使用しましたか



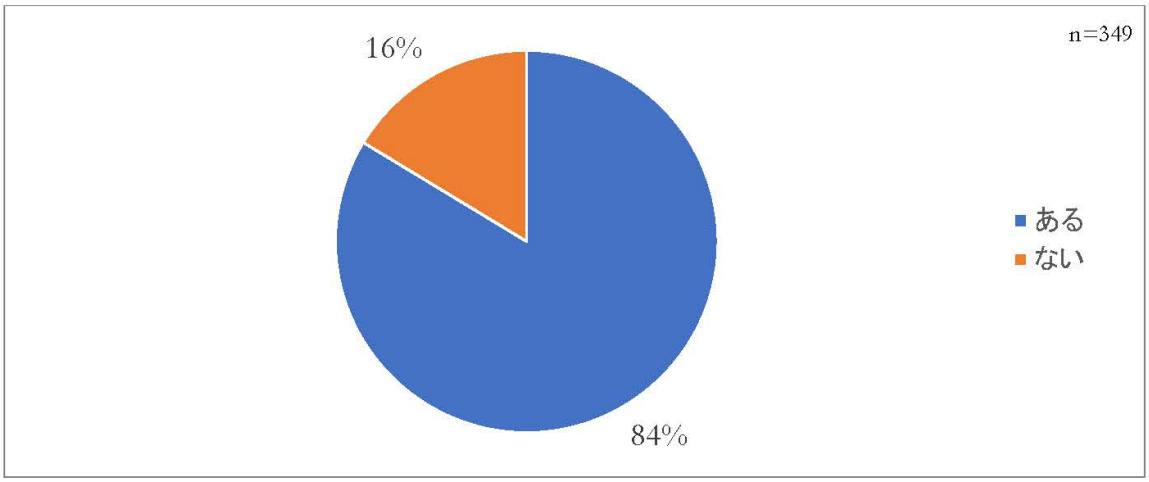
Q17.G-MISを使用しなかった理由としてあてはまるものをすべてお答えください（複数回答可）



Q18. G-MISが有用だった事例や課題となる点について具体的に教えてください（自由記述まとめ） ※G-MISを使用したと回答した医療機関 n=178

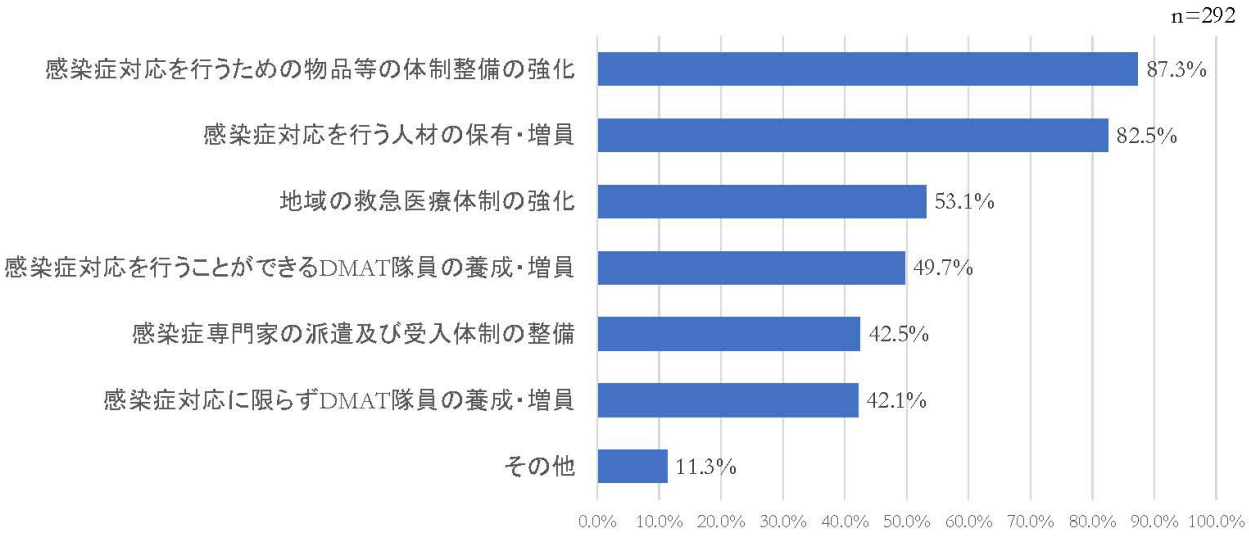
有用だった事例 n=79	課題となる点 n=99
• 利便性，簡便性 　• 紙媒体での管理が不要 　• FAX連絡が不要 　• 薬剤オーダー 　• 物資の請求・報告 • 情報共有ツール・情報の一元化 　• 報告を行うことで自施設の状況が再確認できた 　• 物資の使用状況がリアルタイムにわかった 　• 感染症対策に特化	• 項目の精査 　• Web回答に適しているものとそれ以外がある • 入力の負担 　• 煩雑で入力が負担であった 　• 入力方法がわかりにくい 　• 入力項目の確認に時間がかかる 　• 報告時間までに院内の情報をまとめる必要があった（毎日入力の必要があった） • 入力・報告の制限 　• 入力実施可能な端末が制限されていた 　• 土日の緊急対応ができない • 情報の活用 　• どのように情報が活用されているのかが不明

Q19. 今後災害拠点病院で大規模な感染症対応を行う場合、災害拠点病院という観点から強化が必要と考えられる事項はありますか
※ 災害拠点病院指定要件という観点から回答ください



Q20. 災害拠点病院という観点から、強化が必要と考えられる事項として、あてはまるものをすべてお答えください（複数回答可）

※強化が必要と回答した医療機関



Q20. 災害拠点病院という観点から、強化が必要と考えられる事項（その他：自由記述・具体例まとめ）

n=33

- 地域連携
  - 既に様々な役割を担っているため，地域内医療機関での役割分担や集約化が必要
  - 医療資機材の地域内での分配，調整
- BCP，業務継続
  - 感染症および災害対応のBCP標準化
  - 費用補助，医療資機材提供、ワクチン接種
  - 感染症対応が求められるのであれば義務化や資金・資機材が必要
- 人材育成・教育
  - 専任者（ロジスティックス担当者等）
  - 集中治療・感染症対応のeラーニング
- 専門チームの育成・派遣
  - 感染症専門チームの育成
  - 医師派遣
- 施設設備
  - 指定要件：ゾーニング可能か，診療に関する専門エリア，入院病床、スペースの拡張

Q21. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、既存の災害医療体制が整備されていたことによって貴施設での好事例や問題点がありましたらご記入ください。　n=343　無効回答=2

カテゴリー(6)	サブカテゴリー(14)	項目数	具体例
組織体制の確立	災害対策本部の活用	34	従来より災害に備えた体制作りができていたため、新型コロナウイルス感染症対策本部立ち上げ時にも災害対策本部の機能に感染部門の機能を加えることで本部立ち上げにスムーズに移行できた。(100000057)
	感染症対策本部	21	新型コロナ対策においては、感染制御室(ICD、ICN等)を中心に本部を設置して対応してきた。当院は、今回の新型コロナ対応と自然災害対応とは住み分けをして取り組んでいる。(100000081)
連携体制	連携の好事例	8	災害拠点病院の救急科部長orセンター長クラスの医師が毎週オンライン会議を持ち、重症患者の受け入れ態勢を協議して整備することができた。(100000290) 感染対策ネットワークの中心となって頂き、安心感が持ました。(100000336)
	連携の課題	6	"災害拠点病院"という役割から人員数の差を考慮されずに一律同じことを求められたこと。(100000230)
人的資源	人的資源の不足	7	医師、看護師、ロジスティクスすべて不足している。(100000338)
	DMATの有効活用事例	20	DMATロジが中心になって、感染症対応の組織図作りを行った。 災害時の対応をベースに情報のトリアージ、記録を行った。 災害対応用として整備していたノートパソコンを活用できた。 DMATは必ずしも感染症のスペシャリストではないので、DMATに感染症の教育を施すか、感染症の専門家にアウトブレイク時の組織運営を学んでもらう必要がある(100000109)
	DMAT活用への疑問	2	本県の現時点の流行状況を鑑みると、必ずしもDMAT隊員による搬送は必要ではなく、県や自治体による移送手段の確保について取り組んでいただきたい。(100000477)
物的資源	災害備蓄の活用	20	災害対応資機材が有効活用出来たこと(100000077)
	不足した災害用備蓄	8	災害用のサージカルマスクや個人防護具等の備蓄はあったが、足りなかった。(100000113)
	新型インフルエンザ対策での備蓄の活用	4	新型インフルエンザ対応時に入手していた、テント等の使用できる物品があることで助かった部分はあるが、災害医療体制の整備が好事例と直結した事例は特段なし。(100000490)
診療体制	災害医療体制の応用	23	発熱診療を院外テントエリアで行う際に、災害時の病院前救護所体制を応用することができた。
	施設・設備の課題	7	感染患者の病室確保やゾーニングなどに苦労した。(100000391)
好事例なし	特になし	186	特にありません(100000507)
	その他	5	アセスメントできていない。(100000269)

好事例・問題点と受け入れ人数

n=343　無効回答=2

受け入れ人数	受入なし	2～99	100～199	200～299	300～399	400～499	500～599	600～699	700～799
施設数	51施設	41施設	30施設	16施設	14施設	14施設	9施設	10施設	9施設
好事例	6	7	4	3	3	2	1	0	3
問題点	6	4	4	3	3	1	2	1	2
問題なし	30	18	19	10	7	10	4	8	3
未記載	2	0	1	0	0	0	0	0	0
その他	7	1	2	0	1	1	2	1	1
受け入れ人数	800～999	1000～1499	1500～1999	2000～2999	3000～3999	4000～5999	6000～9999	10000以上	詳細不明
施設数	9施設	15施設	12施設	8施設	3施設	6施設	3施設	5施設	83施設
好事例	0	4	6	2	2	2	1	1	25
問題点	0	1	2	0	0	1	0	0	8
問題なし	6	8	4	4	1	2	2	2	34
未記載	2	0	0	1	0	0	0	1	1
その他	1	2	0	1	0	1	0	1	14

※　好事例・問題点と受け入れ人数には関連はなかった
※　受け入れなし　51施設のうち問題点があると回答した6施設
・　元々医師不足の体制であり応援を受け診療している・コロナ病床確保により診療の制限ができてしまった

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（へき地医療分野）

研究分担者　小谷 和彦　自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門
研究協力者　鈴木 孝明　三重県医療保健部／三重県地域医療研修センター
松本 正俊　広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座
小池 創一　自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門

研究要旨

はじめに

各都道府県においては医療計画が策定され、医療体制の構築が進められている。今般の新型コロナウイルス感染症の流行では、地域の医療提供体制に様々な影響が出てきている。へき地の医療においては、へき地医療支援機構（都道府県）、へき地医療拠点病院、へき地診療所の三者が一体化し、へき地医療計画に基づく各種事業の円滑かつ効率的な実施が求められている。本研究は、感染症の流行に際して、へき地で医療を適切に提供するための、そして今後の医療計画の見直しのための基礎資料を得ることを目的に実施された。

方法

へき地医療を専門分野とする研究者や行政担当者が合議して調査票を作成した。全国のへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所のそれぞれに調査票を悉皆的に配布（2020年12月）して回答を求めた。調査票には、診療の実態やへき地医療計画の指標の実施（代診医派遣、巡回診療等）に関する項目を含めた。また、回答をもとにヒアリング調査を実施して各組織の実情や意見を収集した。

結果

へき地医療の現場での新型コロナウイルス感染症の流行自体は、調査時点では比較的限定的な様子であった。

１．へき地医療支援機構への調査（42機構中37からの回答［回答率88.1%］）

へき地医療拠点病院やへき地診療所と共に、患者の受け入れ体制、院内感染対策、医療従事者の感染時対応について話し合いを持った機構は2割程度に見られた。また、都道府県の感染流行の多寡で、機構間の回答の割合が大きく異なることはなかった。ただし、へき地医療拠点病院やへき地診療所からの機構への相談は、都道府県担当者等との調整、患者受け入れ体制づくりへの指導や助言、医師が感染した場合の対応策の協議と有意に正の関連を示した。

ヒアリング調査から、現状の問題点として以下の意見があった：少人数で運営されるへき地の医療現場で医療従事者が感染した時の対応についての考えが不足している。移動の制約によって現地での支援が困難になる。また、機構、拠点病院、診療所が一体的に活動するための要因として以下の意見があった：メーリングリストやリモートオンライン会議・研修のような情報通信技術を活用する。機構と拠点病院の人員を兼務にする。担当医師を専任にしたり、病院での連絡先となる窓口を固定化したりする。

２．へき地医療拠点病院への調査（322病院中120からの回答［回答率37.3%］）

新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）について、95.0%の病院が外来患者を受け入れ、80.8%の病院が入院患者を受け入れていた。23.4%の病院が、感染症対策に関連して平時の業務に影響があったと回答した。へき地への代診医派遣と巡回診療は一部減少～不変の様子であり、7.5%の病院がオンライン診療を新たに導入した。個人防護具（PPE）の備蓄は68.3%の病院で見られ、20.8%の病院ではへき地診療所に提供するための備蓄があると回答した。感染症に関する事業継続計画（BCP）の策定は15.8%の病院で見られた。へき地の診療所から感染症関連の支援要請を受けた拠点病院は2.5%

であった。新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の入院患者数を参考に、中央値（23人）超の入院を受け入れた病院群とそれ以下の病院群に分けて諸項目の回答を比較した。前者では、自らの病院でのPCR検査の実施、代診医の派遣の減少、事前のBCPの策定の割合が有意に高かった。

ヒアリング調査から、感染対応として以下が有用であったとの意見があった：近隣の医療機関と休日・夜間の役割を分担したり、オンライン情報交換会を開催したりする。

３．へき地診療所への調査（1031診療所中603からの回答［回答率58.5%］）

26.1%の診療所が外来で新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）を受け入れていた。50.7%の診療所が、感染症対策に関連して平時の業務に影響があったと回答した。へき地への巡回診療には大きな変化は見られなかったが、6.0%の診療所がオンライン診療を新たに導入した。PPEの備蓄は34.2%の診療所で見られた。感染症に関するBCPの策定は7.7%の診療所で見られた。拠点病院や機構に感染症関連の支援要請をした診療所は1.4%であった。新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）の外来患者数を参考に、1人以上の患者を診療した診療所群（N=109）と0人の診療所群に分けて諸項目の回答を比較した。前者では、後者に比べて以下の割合が有意に高かった：自診療所または他施設でのPCR検査の実施、PPEの備蓄、機構や拠点病院への支援要請、離島診療所における患者搬送手段の変更の経験、平時の業務への影響、医療機関外の近隣組織からの相談の経験、県内または県外の非常勤応援医師の地域研修への影響。

ヒアリング調査から、感染対応として以下が有用であったとの意見があった：近隣のへき地診療所と業務提携する、感染対策用品を他施設と共同で入手する、地域住民に感染症に係る啓発を行う。なお、離島診療所については、34.9%が救急搬送手段を変更し、海上保安庁等との調整を一部に要した。

結語

今般の新型コロナウイルス感染症の発生下では、へき地医療計画の指標の実施には極端な変化は見られなかった。へき地医療現場での流行自体がやや限定的であり、感染対策をもって慎重に実施されたと思われる。オンライン診療の新規導入は少数に認められたが、これは感染対策や受診中断対策を考慮してのことと思われた。BCPの策定とPPEの備蓄の割合は拠点病院で多く、診療所では少なかったが、感染症診療の実施と、BCPの策定（病院）やPPEの備蓄（診療所）とは正の関連性が見られ、感染症に対応するBCPの有効性やPPEの管理についてはさらに検証すべきと思われた。現場の実情や意見を踏まえると、機構、拠点病院、診療所の一体的な活動には、情報通信技術の活用の推進、そして拠点病院、診療所と近隣の諸機関との提携に関する予めの協議が方策になり得る。

A．研究目的

各都道府県において医療計画が策定され、医療体制の構築が進められている。今般の新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ感染症と略）の流行では、地域の医療提供体制に様々な影響が出てきている。へき地の医療については、へき地医療支援機構（都道府県）、へき地医療拠点病院、へき地診療所の 3 者が一体化して、へき地医療計画に基づく各種事業を円滑かつ効率的に実施することが求められている。

本研究では、コロナ感染症の流行前後において、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所における連携体制、へき地医療計画の指標の実施、診療への影響等を調査した。この調査を通じて、感染症の流行や対応に際して、へき地で医療を適切に提供するための、そして今後の医療計画の見直しのための基礎資料を得ることを目的とした。

B．研究方法

へき地医療の体制や実地を専門とする研究者や行政担当者が合議してアンケート調査票を作成した。調査票の中に、診療やへき地医療計画の指標（代診医派遣、医師派遣、巡回診療等）の実施に関する項目を含めた。

全国のへき地医療支援機構（都道府県、42 機構）、へき地医療拠点病院（322 施設）、へき地診療所（1031 施設）のそれぞれに悉皆的に調査票を配布（2020［令和 2］年 12 月）して回答を求めた。回答をもとに、各組織に電話によるヒアリング調査を適宜に追加して、実情や意見を整理した。

名義変数においては割合（%）で、連続変数においては平均値と標準偏差、あるいは中央値に四分位範囲または最小-最大値の範囲で示した。名義変数に対しては χ^2 検定またはフィッシャーの正確確率検定を、連続変数に対しては t 検定または Mann-Whitney の U 検定を用いて群間比較を行った。有意水準を 5%とした。

（倫理面への配慮）
倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い、調査票の返送をもって調査への同意確認を行った。本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：2020 年 11 月 19 日、承認番号：3926）ならびに自治医科大学医学系倫理審査委員会の承認（承認日：2020 年 11 月 9 日、承認番号：臨大 20-122）を得て行った。

C．研究結果

結果は、「へき地医療支援機構」、「へき地医療拠点病院」、「へき地診療所」の 3 部から成る。順に概要を示す。

1．へき地医療支援機構への調査

42 機構中 37 から回答を得た（回答率 88.1%）。各都道府県の機構における常勤の構成人員（調査票の問 2）について見る（中央値（最小値-最大値））と、都道府県職員が 1（0-10）人、医師が 1（0-3）人、看護師が 0（0-1）人という状況であった。

回答した機構の属する都道府県で合算したコロナ感染（PCR 検査陽性）者数（問 3）は、4 月、そして 7〜10 月に多く見られた。

問 3　コロナ感染者数（全都道府県合計）

2020 年	陽性者数	1 都道府県あたりの中央値（最小値-最大値）
1 月	6	0（0-3）
2 月	167	0（0-69）
3 月	1,282	7（0-489）
4 月	7,792	45（0-3,748）
5 月	1,652	1（0-957）
6 月	1,352	1（0-994）
7 月	11,917	53（2-6,464）
8 月	20,912	110（2-8,125）
9 月	9,250	52（0-4,918）
10 月	10,941	54（1-5,350）

へき地医療拠点病院からの相談を受けた機構の数（問 4）は 18.9%であった。総じて、感染症に係る診療体制に関する相談事項が多かった。

問 4　へき地医療拠点病院からの相談

あった	7（18.9%）
なかった	30（81.1%）

主たる相談内容；患者の搬送、患者の受け入れ、病床の確保、オンライン診療、代診医派遣、研修会の実施、学生実習の対応

へき地診療所からの相談を受けた機構の数(問 5)は 21.6%であった。総じて、感染症に係る診療体制に関する相談事項が多かった。

問 5　へき地診療所からの相談

あった	8（21.6%）
なかった	29（78.4%）

主たる相談内容；代診医派遣、患者発生時の受け入れ先や対応、患者の搬送、医療従事者の感染対策

へき地医療拠点病院とへき地診療所以外（保健所、役場、一般医療機関）からの相談を受けた機構の数（問 6）は 5.4%であった。総じて、感染症に係る対応に関する相談事項が多かった。

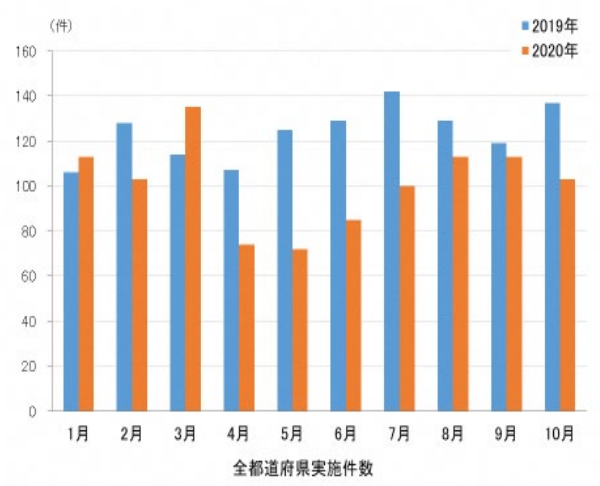
問 6　それ以外（保健所、役場、一般医療機関）からの相談

あった	2（5.4%）
なかった	35（94.6%）

主たる相談内容；PCR 検査の実施、濃厚接触者への対応、患者搬送の方法

機構が担当（依頼を受けて実施）する代診医派遣の数（問 7-1）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 7（0-413）件、2020 年には 3（0-342）件の状況であった。14 機構（37.8%）が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：2-217 件の減少）を示した。特に、2020 年 4 月〜7 月の派遣数は減少している様子であった。

問 7-1　代診医派遣数の推移



コロナ感染症によって代診医派遣に影響（問 7-2）があったとする機構は 29.7%であった。

問 7-2　コロナ感染症による代診医派遣への影響

あり	11（29.7%）
なし	26（70.3%）

影響した理由；学会や研修会の中止による代診医の必要減、移動制限による派遣自体の実施減

機構が担当（依頼を受けて実施）する医師派遣（中長期派遣）の数について（中央値（最小値-最大値））は、2019 年には 0（0-193）件、2020 年には 0（0-213）件の状況であった。4 機構（10.8%）が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：1-16 件の減少）を

示した。コロナ感染症によって医師派遣に影響（問 8-2）があったとする機構は 5.4%であった。

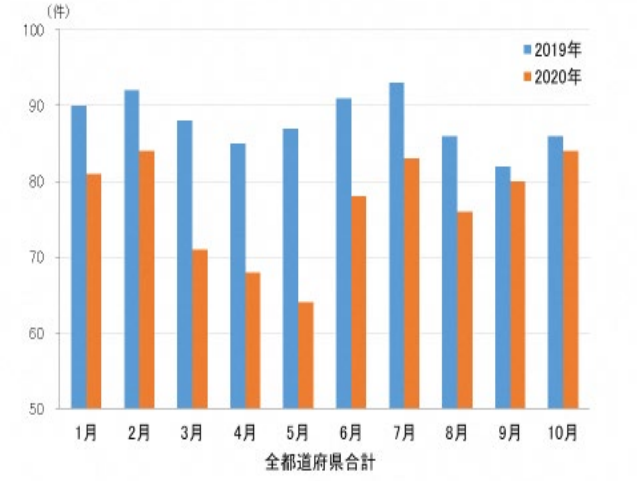
問 8-2　コロナ感染症による医師派遣への影響

あり	2（5.4%）
なし	35（94.6%）

影響した理由；派遣予定医師の業務量の増大に伴う派遣の中止

機構が担当（依頼を受けて実施）する巡回診療の数（問 9-1）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-315）件、2020 年には 3（0-296）件の状況であった。4 機構（10.8%）が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：2-54 件の減少）を示した。特に、2020 年 3 月～5 月の巡回診療数は減少している様子であった。

問 9-1　巡回診療数の推移



コロナ感染症によって巡回診療に影響（問 9-2）があったとする機構は 5.4%であった。

問 9-2　コロナ感染症による巡回診療への影響

あり	2（5.4%）
なし	35（94.6%）

影響した理由；巡回診療の場所の閉鎖

機構が担うへき地医療関連研修会の実施（問 10-1）は 24.3%の機構で影響を受けた（概して実施回数の減少や中止といった影響であった）。

問 10-1　へき地医療関連研修会の実施回数の変化

あり	9（24.3%）
なし	28（75.7%）

へき地医療関連研修会について影響があったとする機構における開催方法（問 10-2）では、33.3%がオンラインに変更して実施していた。

問 10-2　開催方法の変化（複数回答；N=9）

オンライン	3（33.3%）
その他	7（77.7%）

都道府県の担当者等との、感染に係る診療体制維持等に関する打ち合わせ機会（問 11-1）については、24.3%の機構が実施していた。

問 11-1　都道府県の担当者等との、感染に係る体制維持等に関する打ち合わせの有無

実施した	9（24.3%）
実施しなかった	28（75.7%）

都道府県の担当者等との診療体制維持等に関する打ち合わせを実施しなかった機構に対して、理由を問うたところ（問 11-2）、64.3%が打ち合わせの要請がなかったとした。

問 11-2　実施しなかった理由（複数回答；N=28）

打ち合わせの要請がなかった	18（64.3%）
感染者が少なく動機がなかった	5（17.9%）
その他	7（25.0%）

その他の理由；担当者間で打ち合わせるのではなく県全体の方針下で実施すべき事項との認識の存在

へき地医療機関等へのコロナ感染患者受け入れ体制づくりに関する指導や助言（問 12-1）については、21.6%の機構が実施した。

問 12-1　へき地医療機関等へのコロナ感染患者受け入れ体制づくりについての指導や助言

した	8（21.6%）
しなかった	29（78.4%）

その指導や助言の実施先（問 12-2）は、へき地診療所が 75.0%と最多であった。

問 12-2　実施先施設（複数回答；N=8）

へき地医療拠点病院	3（37.5%）
へき地診療所	6（75.0%）
一般の医療機関	1（12.5%）

へき地医療機関等への院内感染についての指導や助言（問 13-1）について、18.9%の機構が実施した。

問 13-1　へき地医療機関等への院内感染対策指導

した	7（18.9%）
しなかった	30（81.1%）

その指導の実施先（問 13-2）は、へき地診療所が 85.7%と最多であった。

問 13-2　指導先施設（複数回答；N=7）

へき地医療拠点病院	1（14.3%）
へき地診療所	6（85.7%）
一般の医療機関	1（14.3%）

へき地におけるクラスター発生時のシミュレーション（問 14-1）について、2.7%の機構が実施した。実施先（問 14-2）はへき地診療所と役場であった。

問 14-1　クラスター発生時のシミュレーション

した	1（2.7%）
しなかった	36（97.3%）

実施先（問 14-2）；へき地診療所と役場

へき地医療機関等の医師が感染した場合の対応策について、同機関と協議（問 15-1）した機構は 16.2%であった。

問 15-1　へき地医療機関等の医師が感染した場合の対応策の協議

した	6（16.2%）
しなかった	31（83.8%）

その協議の実施先（問 15-2）は、へき地診療所が 50.0%で、へき地医療拠点病院が 33.3%であった。同時に、医療機関と連携あるいは管轄する行政機関との協議も実施されていた。

問 15-2　協議先施設（複数回答；N=6）

へき地医療拠点病院	2（33.3%）
へき地診療所	3（50.0%）
一般の医療機関	1（16.7%）
保健所	1（16.7%）
その他（庁内関係部署、役場）	4（66.7%）

機構とへき地医療拠点病院との連絡・調整に関して見ると、円滑であると回答した機構は、コロナ感染症発生前には 94.6%（問 16-1）で、発生後には 91.9%（問 16-3）であった。

問 16-1　へき地医療拠点病院との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生前）

はい	35（94.6%）
いいえ	2（5.4%）

問 16-3　へき地医療拠点病院との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生後）

はい	34（91.9%）
いいえ	3（8.1%）

機構とへき地診療所との連絡・調整に関して見ると、円滑であると回答した機構は、コロナ感染症発生前には 94.6%（問 17-1）で、発生後には 91.9%（問 17-3）であった。

問 17-1　へき地診療所との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生前）

はい	35（94.6%）
いいえ	2（5.4%）

問 17-3　へき地診療所との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生後）

はい	34（91.9%）
いいえ	3（8.1%）

機構とへき地医療機関以外（一般医療機関、保健所、役所等）とのとの連絡・調整に関して見ると、円滑であると回答した機構は、コロナ感染症発生前には 81.1%（問 18-1）で、発生後には 81.1%（問 18-3）であった。

問 18-1　その他の施設との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生前）

はい	30（81.1%）
いいえ	7（18.9%）

問 18-3　その他の施設との連絡・調整の円滑さ（コロナ感染症発生後）

はい	30（81.1%）
いいえ	7（18.9%）

実情と意見のまとめ

自由記載をもとにヒアリング調査を行って、機構からみたへき地医療の好事例と問題点を以下に整理した。併せて、機構、拠点病院、診療所が一体化しやすい要件を整理した。

機構からみたへき地医療の好事例と問題点

好事例
- ・オンラインでの情報共有や講習会の開催
- ・検査キットや防護マスクの調達
- ・本土と島までの搬送要請経路の構築

問題点
- ・少人数で運営されているへき地医療従事医師や看護師の感染時対応の考えの不足
- ・現地訪問のための移動の制限
- ・へき地支援に対する人員確保の困難さ

機構、拠点病院、診療所が一体化しやすい要件

情報提供体制の構築と活性化
- ・メーリングリスト
- ・リモートオンライン会議（研修を含む）

連携体制
- ・機構と拠点病院との兼務（人員）
- ・担当医師の専任化
- ・病院の連絡窓口の固定化
- ・へき地に限定しない全県的対応

サブ解析の結果

コロナ感染症患者数（問 3）の多い（例；1000 人以上、3000 人以上）都道府県とそうでない都道府県とで、回答を比較したが、各種指標や指導の様子に有意な差は見られなかった。へき地医療拠点病院やへき地診療所からの相談のあった機構群（N＝13）となかった機構群との間で比較すると、前者では、都道府県担当者等との診療体制維持等に関する打ち合わせの実施（53.8%対 8.3%）、コロナ感染患者受け入れ体制づくりについての指導や助言（30.8%対

12.5%)、医師が感染した場合の対応策の協議(38.5%対 4.2%）の割合が有意に高かった。

２．へき地医療拠点病院への調査

322 病院中 120 から回答を得た（回答 37.3%）。開設主体（調査票の問 1-1）について見ると、市町村、都道府県といった公的機関が主体であった。

問 1-1　開設主体

市町村	58（48.3%）
都道府県	12（10.0%）
厚生連	12（10.0%）
日赤	8（6.7%）
医療法人	5（4.2%）
公益法人	4（3.3%）
国立法人または国立大学法人	3(2.5%)
その他の法人	12(10.0%)
その他の公的医療機関	6(5.0%)

許可病床数（問 2）については、1 病院あたり（中央値）で 197 床であった。

問 2　許可病床数（N=120）

許可病床数	施設数	病床数	1 施設あたり中央値（最小値-最大値）
一般病床	119	28,265	197（25-780）
非稼働病床	37	1,529	0（0-429）
コロナ患者の受入用	64	880	2（0-48）
ICU	33	542	0（0-82）
療養病床	37	2,191	0（0-260）
精神病床	23	1,507	0（0-198）
感染症病床	41	187	0（0-12）
結核病床	19	149	0（0-22）

各病院における常勤の職員数 (問 3) について見る（中央値（最小値-最大値））と、医師が 28（1-372）人、看護職員が 170 (1-866) 人という状況であった。

問 3　職員数（常勤；N=119）

職種	人員数	1 施設あたり中央値（最小値-最大値）
医師	6,095	28（1-372）
看護職員	27,846	170（1-866）
臨床工学技士	659	4（0-30）
その他の医療職	8,682	60（0-356）
その他の職員	11,234	78（3-443）

自らの病院で、コロナ感染症に対する PCR 検査を実施した（問 4-1）のは 61.7%であった。

問 4-1　自施設での PCR 検査の実施体制

あり	74（61.7%）
なし	46（38.3%）

PCR 検査を自ら実施している病院のうちで、24 時間・休日における受け付け体制（問 4-2）を有するのは 35.1%であった。

問 4-2　検査実施可能な施設での受付体制（N=74）

24 時間・休日対応	26（35.1%）
時間・曜日等の制限付対応	48（64.9%）

その PCR 検査の結果を得るまでの時間（問 4-3）では、1～2 時間が最多という回答結果であった。

問 4-3　検査結果を得るまでの時間（N＝74）

1 時間以内	14（18.9%）
1 時間超～2 時間以内	38（51.4%）
2 時間超～4 時間以内	12（16.2%）
4 時間超～6 時間以内	3（4.1%）
6 時間超	7（9.5%）

他の施設で、コロナ感染症に対する PCR 検査を実施している（問 5-1）のは 60.0%であった。

問 5-1　他施設に依頼しての PCR 検査の実施（N＝120）

依頼あり	72（60.0%）
依頼なし	48（40.0%）

他施設への依頼時に、24 時間・休日における受け付け体制（問 5-2）にあるのは 15.3%であった。

問 5-2　検査の依頼可能な施設での受付体制（N=72）

24 時間・休日対応	11（15.3%）
時間・曜日等の制限付対応	61（84.7%）

その PCR 検査の結果を得るまでの時間（問 5-3）では、24 時間超が最多（43.1%）で、12～24 時間（40.3%）が次いだ。

問 5-3　検査結果を得るまでの時間（N＝72）

1 時間以内	0
1 時間超～2 時間以内	1（1.4%）
2 時間超～4 時間以内	0
4 時間超～6 時間以内	3（4.2%）
6 時間超～12 時間以内	8（11.1%）
12 時間超～24 時間以内	29（40.3%）
24 時間超	31（43.1%）

院内でのコロナ感染症対策の教育(問 6)は、94.2%で実施されていた。

問 6　コロナ感染症対策の教育の実施

あり	11（94.2%）
なし	7（5.8%）

その教育担当者（問 6-1）については、自施設では感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師が最多（60.2%）であった。他施設から感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師を招く場合、またメディア教材を活用する場合が、それぞれ 11.5%に見られた。

問 6-1　教育担当者（複数回答；N＝113）

自施設の感染症専門医	29（25.7%）
自施設のその他の医師	41（36.3%）
自施設の感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師	68（60.2%）
自施設のその他の看護師	32（28.3%）
他施設の感染症専門医	13（11.5%）
他施設のその他の医師	5（4.4%）
他施設の感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師	13（11.5%）
他施設のその他の看護師	4（3.5%）
その他（メディア・Web 講習等）	13（11.5%）

その教育を受けた（問 6-2）のは、医療従事者が最多（99.1%）で、患者対応を行う非医療従事者（69.0%）が次いだ。

問 6-2　受講者（複数回答；N=113）

医療従事者	112（99.1%）
患者対応を行う非医療従事者	78（69.0%）
患者対応を行わない非医療従事者	67（59.3%）
その他（全職員、清掃員等）	8（7.1%）

コロナ感染症発生前からの PPE の備蓄（問 7）は 68.3%で見られた。

問 7　事前の PPE の備蓄

あり	82（68.3%）
なし	38（31.7%）

備蓄量の平均：32.1 日分

院内対策本部を新たに設置（問 8-1）したのは 63.3%であった。

問 8-1　院内対策本部の設置

あり	76（63.3%）
なし	44（36.7%）

その構成員（問 8-2）としては、病院長等の幹部職員（96.1%）、事務職員（85.5%）、感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師（71.1%）が上位であった。

問 8-2　対策本部の構成員（複数回答；N=76）

病院長等の幹部職員	73（96.1%）
感染症を専門とする医師	48（63.2%）
感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	54（71.1%）
事務職員	65（85.5%）
その他（DMAT、院内感染対策チーム等）	34（44.7%）

コロナ感染症発生前からの感染症に関する BCP の策定（問 9-1）は 15.8%の病院で見られた。

問 9-1　事前の BCP の策定

自然災害の計画	62（51.7%）
感染症の計画	3（2.5%）
自然災害+感染症の両者の計画	16（13.3%）
未策定	39（32.5%）

感染症に関する BCP を策定していた病院におけるその有効性（問 9-2）については、63.2%が BPC を有効と回答した。

問 9-2　コロナ感染症対応への有効性（N=19）

有効であった	12（63.2%）
有効でなかった	7（36.8%）

有効であった理由; 対策本部の設置を円滑にできた。役割分担を明確化できた。基本方針、情報整理、手順を確認できた。

外来でコロナ感染症患者（疑いを含む）を受け入れた病院（問 10）は 95.0%で、また入院で受け入れた病院は 73.3%であった。

問 10　コロナ感染症患者の受け入れ

	外来	入院
あり	114（95.0%）	88（73.3%）
なし	6（5.0%）	32（26.7%）

コロナ感染症患者を受け入れなかった理由（問 10-3）は以下のようであった。

問 10-3　受け入れなかった理由（複数回答；N＝3）

感染症以外の医療機能を優先させた	1
十分な感染対策が講じられなかった	1
感染症診療に当たる医師が不足していた	1
その他（陰圧室の設備がなかった）	2

休床中の病床を稼働（問 11）させた病院は 13.3%であった。

問 11　休床中の病床の稼働の有無（N=98）

あり	13（13.3%）
なし	85（86.7%）

最大稼働数の平均：12.8 床

コロナ感染症のための病床を特に確保（問 12）した病院は 98.0%であった。

問 12　コロナ感染症のための病床の確保（N=98）

あり	96（98.0%）
なし	2（2.0%）

最大確保数の平均：15.2 床

コロナ感染症対策として一般病床の受け入れを停止（問 13）した病院は 61.2%であった。

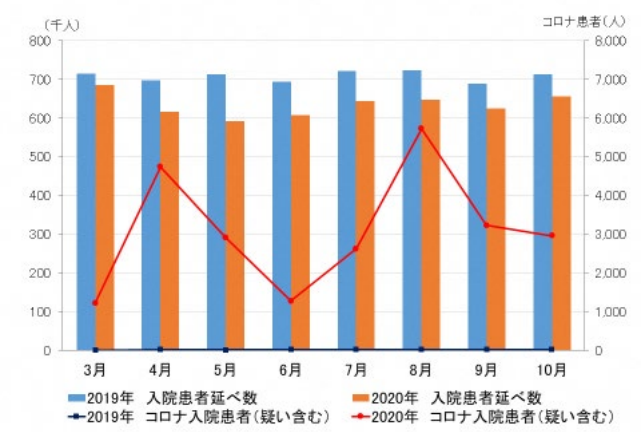
問 13　患者の病床受け入れの停止（N=98）

あり	60（61.2%）
なし	38（38.8%）

停止した最大数の平均：28.0 床

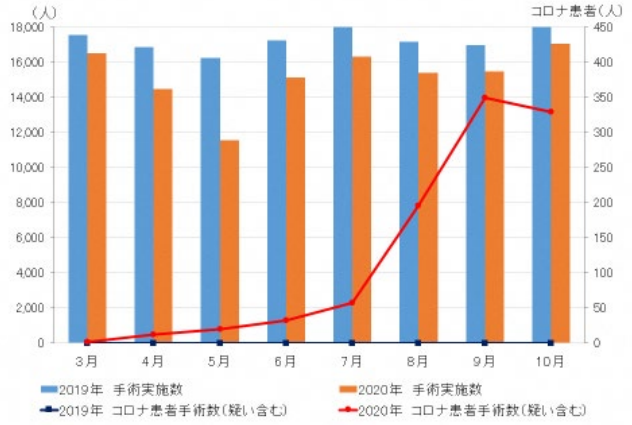
全入院患者数の推移（N＝114 の延べ数）（問 14 と 15）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 39,157（230-175,965）人、2020 年には 35,229（177-159,285）人の状況であった。コロナ感染症入院患者（疑いを含む：N=119 の延べ数）は 2020 年には 23（0-2,632）人であった。

問 14 と 15　入院患者数の推移（N＝114 の延べ数）；全入院患者とコロナ感染症入院患者（疑いを含む：N=119 の延べ数）



全手術実施数の推移（N＝119 の延べ数）（問 14 と 15）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 554（0-8,303）人、2020 年には 473（0-7,782）人の状況であった。コロナ感染症入院患者（疑いを含む）は 2020 年には 0（0-686）人であった。

問 14 と 15　手術実施数（全施設の延べ数）の推移；全手術数とコロナ感染症患者（疑いを含む）手術数



コロナ感染症患者以外の一般救急対応（問 21）について見ると、6.7%の病院に変化があった。

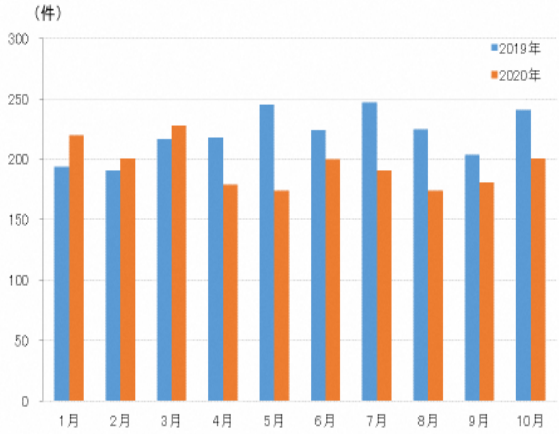
問 21　コロナ感染症患者以外の救急対応の変化

あり	8（6.7%）
なし	112（93.3%）

変化の内容；当番日以外の受け入れの中止、救急車搬送全般の受け入れの縮小、条件付きの受け入れ

代診医派遣の全数（問 22）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-394）件、2020 年には 0（0-218）件の状況であった。26.7%の病院が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：1-207 件の減少）を示した。特に、2020 年 4 月以降の派遣数は減少している様子であった。

問 22　代診医派遣数の推移

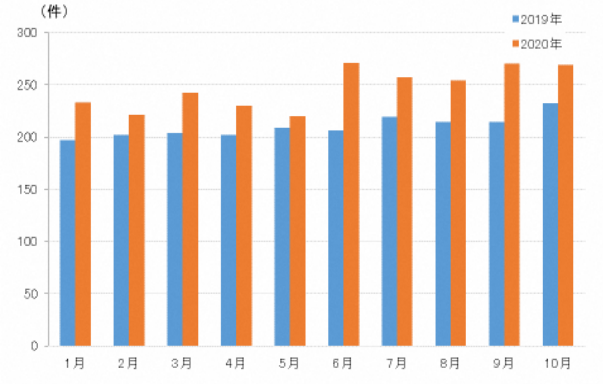


前年度との比較

増加（+1 以上）	17（14.2%）
減少（-1 以下）	32（26.7%）
不変	71（59.1%）

巡回診療の全数（問 23）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-307）件、2020 年には 0（0-461）件の状況であった。13.3%の病院が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：1-28 件の減少）を示した。

問 23　巡回診療の実施



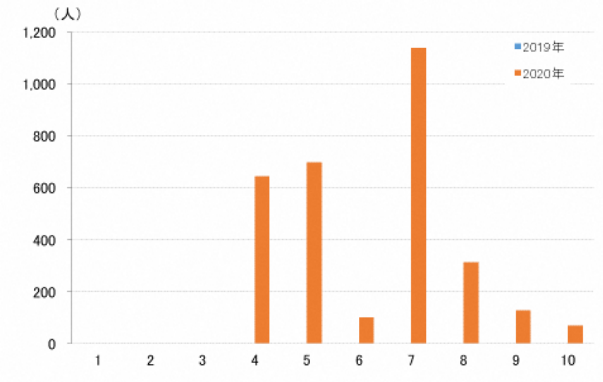
前年度との比較

増加（+1 以上）	6（5.0%）
減少（-1 以下）	16（13.3%）
不変	98（81.7%）

オンライン診療（問 24）は 7.5%の病院で新たに導入された。全実施人数について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-3）人、2020 年には 0（0-2,761）人の状況であった。特に、2020 年 4 月、5 月、7 月に多く実施される様子にあった。

問 24　オンライン診療の実施

新たな導入	9（7.5%）
流行前からの導入	2（1.7%）
未導入	109（90.8%）

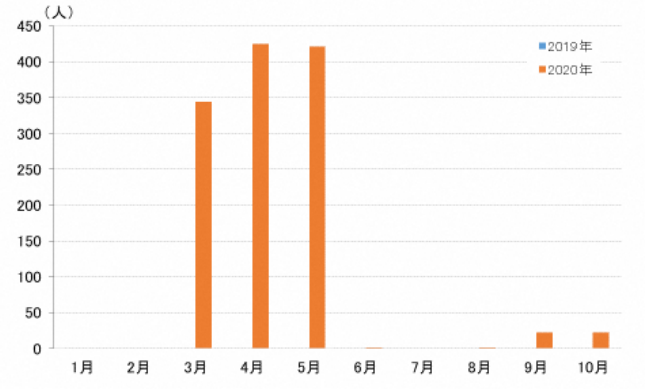


（導入施設；N＝11）

オンライン受診勧奨（問 25）は 4.2%の病院で新たに導入された。全実施人数について見る（中央値（最小値-最大値））と、2020 年に 0（0-1,192）人の状況であった。特に、2020 年 3 月～5 月に多く実施される様子にあった。

問 25　オンライン受診勧奨の実施

新たな導入	5（4.2%）
流行前からの導入	0
未導入	115（95.8%）



（導入施設；N＝5）

遠隔画像診断等の実施（問 26）には変化が見られなかった。

問 26　遠隔画像診断等の実施

増えた	0
減った	0
不変	62（51.7%）
未導入	58（48.3%）

病院へのへき地診療所等からの感染症に係る支援要請（問 27）は 2.5%にあった。

問 27　へき地診療所、へき地の一般医療機関からの支援要請

あり	3（2.5%）
なし	117（97.5%）

主たる要請の内容；医師や看護師の派遣、PPE の提供依頼、感染予防の指導

病院がへき地診療所に提供するための PPE を備蓄しているかどうか（問 28-1）を問うたところ、20.8%が備蓄していると回答した。

問 28-1　へき地診療所に提供するための PPE の備蓄

あり	25（20.8%）
なし	95（79.2%）

その PPE の内訳（問 28-2）としては、サージカルマスク、フェイスシールド、手袋が上位（80.0%以上）を占めた。

問 28-2　備蓄 PPE の内訳（複数回答）（N=25）

サージカルマスク	23（92.0%）
フェイスシールド	21（84.0%）
手袋	20（80.0%）
ガウン	18（72.0%）
ビニールエプロン	18（72.0%）
N95 マスク	17（68.0%）
ゴーグル	14（56.0%）
防護服（カバーオール）	12（48.0%）

その他（アルコール）	1（4.0%）

平時の業務への影響の有無（問 29）については、23.4%が多少なりともあると回答した。影響があった理由として、医師・看護師の院外派遣調整、感染対策のための検温、消毒、導線確保といった新たな業務の増加が挙げられた。この他に、診療の制限や経営に付随する事項等挙げられた。

問 29　平時の業務への影響

大いにあり	8（6.7%）
少しあり	20（16.7%）
なし	92（76.6%）

影響の内容；医師・看護師の院外派遣調整、患者の検温、院内の消毒、診療の制限、受診患者数の減少、手術の中止、健診業務の中止

周辺の医療機関以外からの医療に関する相談の有無（問 30-1）については 24.2%が経験していた。

問 30-1　医療機関以外からの相談

あり	29（24.2%）
なし	91（75.8%）

その相談の依頼元（問 30-2）として、企業、介護施設、学校のような職域・保健・福祉・介護現場が見られた。

問 30-2　相談の依頼元（複数回答；N=29）

学校	10（34.5%）
行政機関	4（13.8%）
企業	17（58.6%）
その他（介護施設、社協等）	15（51.7%）

その相談の内容（問 30-3）として、感染対策が最多で、健康相談や啓発活動も見られた。

問 30-3　相談の内容（複数回答；N=29）

感染対策	28（96.6%）
健康相談	6（20.7%）
啓発活動	4（13.8%）
外国人対応	2（ 6.9%）
その他（在宅患者対応等）	3（10.3%）

病院全体の医師数（問 31）は大きくは変わらなかった（87.5%）。

問 31　病院全体の医師数の増減

増えた	5（4.2%）
減った	10（8.3%）
変わらなかった	105（87.5%）

増減の理由；大学医局の人事異動、予定退職

病院全体の看護師数（問 32）は大きくは変わらなかった（89.2%）。

問 32　病院全体の看護師数の変化

増えた	1（0.8%）
減った	12（12.0%）
変わらなかった	107（89.2%）

増減の理由；感染対応のための増員、自発的退職

病院の存立する都道府県内からの非常勤応援医師の地域研修（問 33-1）に対しては、7.5%に影響が見られた。

問 33-1　同一県内からの非常勤応援医師の地域研修への影響

あり	9（7.5%）
なし	66（55.0%）
もともと受け入れなし	45（37.5%）

その影響（問 33-2）を見ると、一時的な中断や対応の工夫による継続が主であった。

問 33-2　影響の内容（N=9）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	3（33.3%）
受け入れの中止	1（11.1%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	4（44.4%）
その他（相手側からの辞退）	1（11.1%）

病院の存立する都道府県外からの非常勤応援医師の地域研修（問 34-1）に対しては、11.7%に影響が見られた。

問 34-1　県外からの非常勤応援医師の地域研修への影響

あり	14（11.7%）
なし	30（25.0%）
もともと受け入れなし	76（63.3%）

その影響（問 34-2）を見ると、一時的な中断や対応の工夫による継続が主であった。

問 34-2　影響の内容（N=14）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	7（50.0%）
受け入れの中止	1（7.1%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	3（21.4%）
その他（相手側からの辞退）	3（21.4%）

臨床研修医の受け入れ（問 35-1）に対しては、15.8%に影響が見られた。

問 35-1　臨床研修医の受け入れの影響

あり	19（15.8%）

なし	73（60.8%）
もともと受け入れなし	28（23.3%）

その影響（問 35-2）を見ると、一時的な中断や対応の工夫による継続が主であった。

問 35-2　影響の内容（N=19）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	8（42.1%）
受け入れの中止	2（10.5%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	4（21.1%）
その他（県外の受け入れの中止、スケジュール変更等）	5（26.3%）

医学生の地域実習への影響（問 36-1）に対しては、38.3%に影響が見られた。

問 36-1　医学生の地域実習への影響

あり	46（38.3%）
なし	39（32.5%）
もともと受け入れなし	35（29.2%）

その影響（問 36-2）を見ると、一時的な中断や対応の工夫による継続が主であった。

問 36-2　影響の内容（N=46）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	15（32.6%）
受け入れの中止	9（19.6%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	8（17.4%）
その他（相手側からの中止等）	14（30.4%）

病院で受け入れるへき地診療所の医師の研修への影響（問 37）に対しては、2.5%に影響が見られた。

問 37　へき地診療所の医師の研修への影響

大いにあり	0
少しあり	3（2.5%）
変わらない	45（37.5%）
もともとの研修の実施歴なし	72（60.2%）

実情と意見のまとめ

自由記載にヒアリング調査を加えて、病院の実情と意見を集約した。病院での好事例あるいは有用な対応として、休日夜間診療所との役割分担、近隣の医療施設でできない検査の実施、周辺地域の医療関係者等とのオンライン情報交換会の開催が挙げられた。

サブ解析の結果

コロナ感染症（疑いを含む）の入院患者数（問 14；中央値=23 人）を参考に、中央値超の入院を受け入れた病院群（N=59）と中央値以下の病院群（N＝60）に分けて諸項目の回答を比較した。前者では、自らの病院での PCR 検査の実施（79.7%対 43.3%）、代診医派遣の減少（35.6%対 18.3%）、事前の BCP の策定（25.4%対 6.7%）の割合が有意に高かった。

３．へき地診療所への調査

1031 診療所のうちで 603 から回答を得た（回答率 58.5%）。開設主体（調査票の問 1）について見ると、市町村が最多であった。

問 1-1　開設主体

市町村	533（88.4%）
医療法人	23（3.8%）
都道府県	18（3.0%）
個人	8（1.3%）
公益法人	4（0.7%）
厚生連	2（0.3%）
社会福祉法人	2（0.3%）
その他の法人	7（1.2%）
その他の公的医療機関	6（1.0%）

各診療所における常勤の職員数（問 3）について見る（中央値（最小値-最大値））と、医師が 1（0-6）人、看護職員が 2（0-20）人という状況であった。

問 3　職員数（常勤）

職種	人員数	1 施設当たりの中央値（最小値-最大値）
医師	611	1（0-6）
看護職員	1,488	2（0-20）
臨床工学技士	8	0（0-2）
その他の医療職	232	0（0-6）
その他の職員	1,202	1（0-19）

外来でコロナ感染症患者（疑いを含む）を受け入れた経験（問 4-1）は 26.1%に見られた。

問 4-1　外来でのコロナ感染症患者の受け入れ（N＝602）

はい	157（26.1%）
いいえ	445（73.9%）

コロナ感染症患者を受け入れなかった理由（問 4-3）を問うと、感染対策が不十分であることが最多であった。

問 4-3　患者を受け入れなかった理由（複数回答; N＝157）

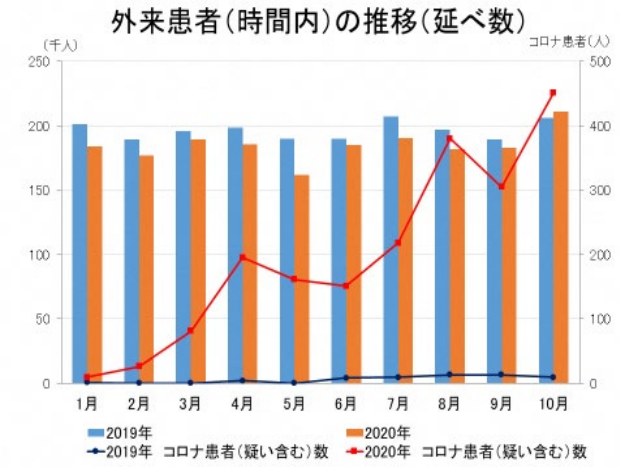
十分な感染対策が講じられなかった	82（52.2%）
看護職員が不足していた	37（23.6%）
感染症診療に当たる医師の不足	35（22.3%）
その他の医療スタッフの不足	33（21.0%）

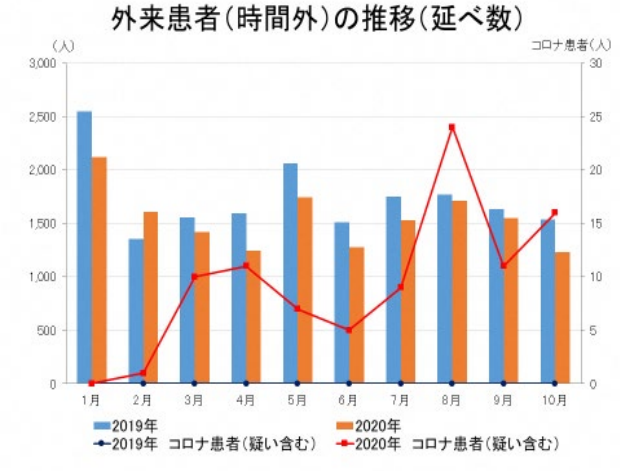
他の医療機能を優先させた	25（15.9%）
病床に空きがなかった	3（1.9%）
その他	71（45.2%）

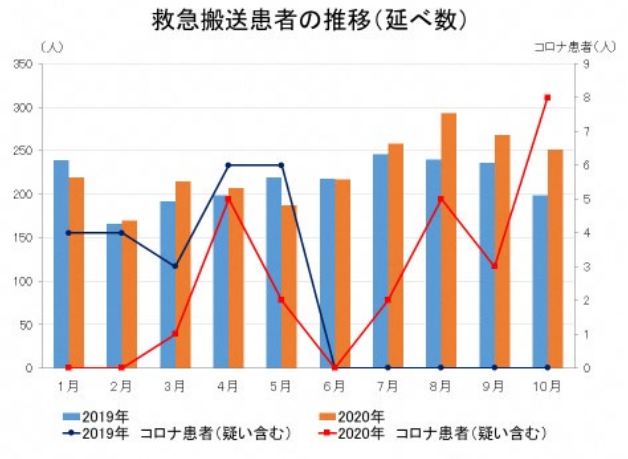
全外来患者数の推移（全施設の延べ数）（問 5 と 6）について見る（中央値（最小値-最大値）；時間内外の合計）と、2019 年には 2,054（0-21,169）人、2020 年には 1,934（0-45,179）人の状況であった。コロナ感染症外来患者（疑いを含む）は 2020 年に 0（0-593）人であった。

また、救急搬送した全患者数は、2019 年には 0（0-166）人、2020 年には 0（0-242）人で、このうちでコロナ感染症外来患者（疑いを含む）は 2020 年に 0（0-11）人であった。

問 5 と 6　外来患者数の推移（全施設の延べ数）；全外来患者とコロナ感染症患者（疑いを含む）







コロナ感染症のために病床を確保（問 7）した診療所があった。

問 7　病床の確保

	はい	いいえ
休床中の病床の稼働	0	328
コロナ感染症のための病床確保	1	435
コロナ感染症による一般病床の受け入れの停止	0	375

自らの診療所で、コロナ感染症に対する PCR 検査を実施した（問 8-1）のは 10.8%であった。

問 8-1　自施設での PCR 検査の実施（N＝576）

あり	62（10.8%）
なし	514（89.2%）

PCR 検査を自ら実施している診療所のうちで、24 時間・休日における受け付け体制（問 8-2）を有するのは 6.5%であった。

問 8-2　検査実施可能な施設での受付体制（N=62）

24 時間・休日対応	4（6.5%）
時間・曜日等の制限付対応	58（93.5%）

その PCR 検査の結果を得るまでの時間（問 8-3）では、6 時間超が最多であった。

問 8-3　検査結果を得るまでの時間（N＝60）

1 時間以内	5（8.3%）
1 時間超～2 時間以内	2（3.3%）
2 時間超～4 時間以内	1（1.7%）
4 時間超～6 時間以内	0
6 時間超	52（86.7%）

他の施設で、コロナ感染症に対する PCR 検査を実施している（問 9-1）のは 39.5%であった。

問 9-1　他施設に依頼しての PCR 検査の実施（N＝593）

あり	234（39.5%）
なし	359（60.3%）

他施設への依頼時に、24 時間・休日における受付体制（問 9-2）にあるのは 12.2%であった。

問 9-2　依頼可能な施設での検査の受付体制（N=230）

24 時間・休日対応	28（12.2%）
時間・曜日等の制限付対応	202（87.8%）

その PCR 検査の結果を得るまでの時間（問 9-3）では、24 時間超が最多（43.4%）で、12～24 時間（36.7%）が次いだ。

問 9-3　検査結果を得るまでの時間（N＝221）

1 時間以内	1（0.5%）
1 時間超～2 時間以内	4（1.8%）
2 時間超～4 時間以内	16（7.2%）
4 時間超～6 時間以内	3（1.4%）
6 時間超～12 時間以内	20（9.0%）
12 時間超～24 時間以内	81（36.7%）
24 時間超	96（43.4%）

診療所内でのコロナ感染症対策の教育（問 10）は 52.6%で実施されていた。

問 10　コロナ感染症対策の施設内教育の実施（N=593）

あり	312（52.6%）
なし	281（47.4%）

その教育担当者（問 10-1）については、自施設では感染症専門医ではない医師が最多（51.0%）であった。他施設から感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師を招く場合、またメディア教材等を活用する場合が見られた。

問 10-1　教育者（複数回答；N=312）

自施設の感染症専門医	5（1.6%）
自施設のその他の医師	159（51.0%）
自施設の感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師	49（15.7%）
自施設のその他の看護師	37（11.9%）
他施設の感染症専門医	57（18.3%）
他施設のその他の医師	29（9.3%）
他施設の感染症看護専門看護師・感染症管理認定看護師	55（17.6%）
他施設のその他の看護師	12（3.8%）
その他（メディア・Web 講習、医師会や保健所等の講習等）	46（14.7%）

その教育を受けた（問 10-2）のは、医療従事者が最多（96.5%）で、患者対応を行う非医療従事者（53.2%）が次いだ。

問 10-2　受講者（複数回答；N=312）

医療従事者	301（96.5%）
患者対応を行う非医療従事者	166（53.2%）
患者対応を行わない非医療従事者	61（19.6%）
その他（介護士、清掃員等）	10（3.2%）

コロナ感染症発生前からの PPE の備蓄（問 11）は 34.2%の診療所に見られた。

問 11　PPE の備蓄（N=596）

あり	204（34.2%）
なし	392（65.8%）

備蓄量の平均：22.7 日分

診療所内に対策本部を新たに設置（問 12-1）したのは 6.4%であった。

問 12-1　施設内対策本部の設置（N＝592）

あり	38（6.4%）
なし	554（93.6%）

その構成員（問 12-2）としては、院長等の幹部職員（84.2%）、事務職員（52.6%）が上位であった。

問 12-2　対策本部の構成員（複数回答；N＝38）

院長等の幹部職員	32 (84.2%)
感染症を専門とする医師	4 (10.5%)
感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	4 (10.5%)
事務職員	20 (52.6%)
感染症を専門とする以外の看護師	8 (21.1%)
臨床検査技師、介護職員、専門職、役場職員	9 (23.7%)

コロナ感染症発生前からの感染症に関する BCP の策定（問 13-1）は 7.7%に見られた。

問 13-1　事前の BCP の策定（N=583）

自然災害の計画	50 (8.6%)
感染症の計画	31 (5.3%)
自然災害+感染症の計画の両者	14 (2.4%)
未策定	488 (83.7%)

感染症に関する BCP を策定していた診療所におけるその有効性（問 13-2）について、73.3%が BCP を有効と回答した。

問 13-2　コロナ感染症対応への有効性（N=45）

あり	33（73.3%）
なし	12（26.7%）

有効であった理由；感染状況に応じた見通しを立てることができた。受け入れ体制を円滑に構築できた。役割分担等を明確にできた。

コロナ感染症に対する検査に関する患者からの問い合わせ（問 14）は、32.9%からあった。患者以外からも見られた（2.0%）。

問 14　検査に関する患者からの問い合わせ（N=598）

あり	197（32.9%）
なし	389（65.1%）
患者以外（自治体、企業、保健所等）からあり	12（2.0%）

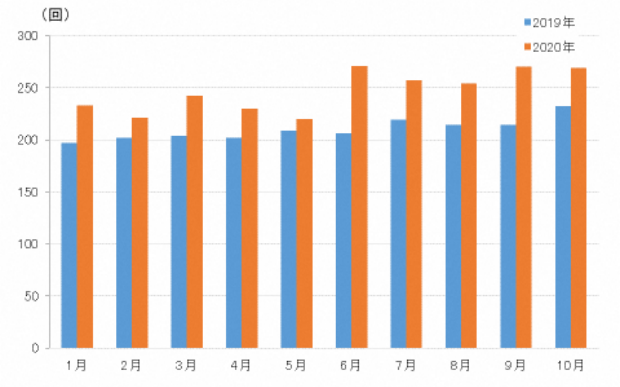
受診相談時の診療所の対応（問 15）において、自診療所への受診勧奨が最多（51.3%）で、他施設への受診勧奨（40.5%）が次いだ。

問 15　受診相談への対応（複数回答；N=561）

他の医療機関に受診を勧めた	227（40.5%）
自院に受診を勧めた	288（51.3%）
受診自体を勧めなかった	21（3.7%）
その他（オンライン診療・保健所への相談勧奨等）	175（31.2%）

巡回診療の全数（問 16）について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-1,119）件、2020 年には 0（0-1,804）件の状況であった。8.1%の診療所が 2020 年には 1 件以上の減少（最小値-最大値：1-79 件の減少）を示した。

問 16　巡回診療の実施



（導入施設；N＝21）

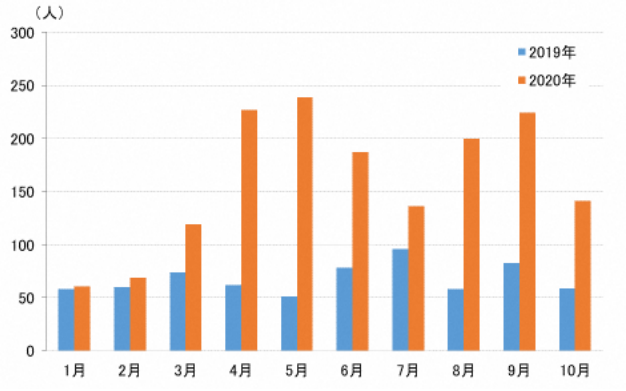
前年度との比較

増加（+1 以上）	36（6.0%）
減少（-1 以下）	49（8.1%）
不変	518（85.9%）

オンライン診療（問 17-1）は 2.7%の診療所で新たに導入された。全実施人数について見る（中央値（最小値-最大値））と、2019 年には 0（0-654）人、2020 年には 0（0-654）人の状況であった。特に、2020 年 4 月、5 月、9 月に多く実施された様子にあった。

問 17-1　オンライン診療の実施（N=588）

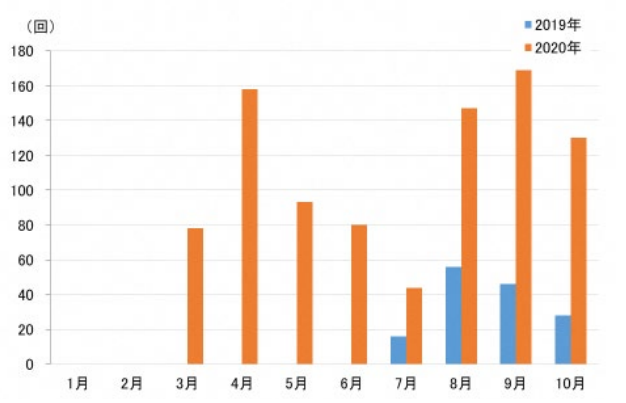
新たな導入	16（2.7%）
流行前からの導入	5（0.9%）
未導入	567（96.4%）



オンライン受診勧奨（問 18）は 2.7%の診療所で新たに導入された。全実施人数について見る（中央値（最小値-最大値））と、2020 年に 0（0-146）人、2020 年に 0（0-726）人の状況であった。特に、2020 年 4 月、9 月に多く実施される様子にあった。

問 18　オンライン受診勧奨の実施（N=588）

新たな導入	16（2.7%）
流行前からの導入	5（0.9%）
未導入	567（96.4%）



（導入施設；N＝21）

遠隔画像診断等の実施（問 19）には変化は殆ど見られなかった。

問 19　遠隔画像診断等の実施（N＝593）

増えた	2（0.3%）
減った	1（0.2%）
不変	48（8.1%）
未導入	542（91.4%）

へき地診療所のうちで、離島に存立（問 20-1）しているのは 22.2%であった。

問 20-1　離島診療所への該当

離島診療所	134（22.2%）
離島以外の診療所	469（77.8%）

平時の救急搬送手段（問 20-2）は、ヘリコプターが最多（45.0%）であった。

問 20-2　平時の救急患者の搬送手段（N=131）

ヘリコプター	59（45.0%）
フェリー	26（19.9%）
その他（チャーター船、海上タクシー等）	46（35.1%）

コロナ感染症患者の搬送手段の変更（問 20-3）は 34.9%で経験された。海上保安庁等の調整を図る対応が見られた。

問 20-3　コロナ感染症患者の搬送手段の変更（N=129）

あり	45（34.9%）
なし	84（65.1%）

変更した手段；海上保安庁による協力、自衛隊による協力、救急車や自家用車に乗ったままでのフェリー搬送、海上タクシーの利用

へき地医療拠点病院やへき地医療支援機構に感染症に係る支援要請（問 21）を行った診療所は 1.4%であった。

問 21　へき地医療拠点病院やへき地医療支援機構への支援要請（N=592）

あり	8（1.4%）
なし	584（96.6%）

要請の内容；検査試薬や機器の提供依頼、PPE の提供依頼、人員派遣による検査依頼

平時の業務への影響の有無（問 22）については、50.7%が多少なりともあるとした。影響のあった理由としては、感染対策に関する業務の増加が挙げられた。

問 22　平時の業務への影響（N=593）

大いにあり	101（17.0%）
少しあり	200（33.7%）
なし	292（49.3%）

影響の内容；感染防止対策の強化、患者の検温、院内の消毒、診療導線の変更、受診患者数の減少

周辺の医療機関以外からの医療に関する相談（問 23-1）は 24.2%で経験された。

問 23-1　医療機関以外からの相談（N＝598）

あり	145（24.2%）
なし	453（75.8%）

その相談の依頼元（問 23-2）として、学校、行政機関。介護施設、企業のような職域・保健・福祉・介護現場が見られた。

問 23-2　相談の依頼元（複数回答；N=141）

学校	90（63.8%）
行政機関	73（51.8%）
企業	23（16.3%）
その他（特養、介護施設、公民館等）	34（24.1%）

その相談の内容（問 23-3）として、感染対策が最多で、健康相談や啓発活動も見られた。

問 23-3　相談の内容（複数回答；N=143）

感染対策	128（89.5%）
健康相談	51（35.7%）
啓発活動	38（26.6%）
外国人対応	8（5.6%）
その他	22（15.4%）

診療所全体の医師数（問 24）は大きくは変わらなかった。

問 24　診療所全体の医師数の増減（N=601）

減った	8（1.3%）
変わらなかった	593（98.7%）

増減の理由；予定退職

診療所全体の看護師数（問 25）は大きくは変わらなかった。

問 25　診療所全体の看護師数の変化（N=601）

増えた	3（0.5%）
減った	7（1.2%）
変わらなかった	592（98.3%）

増減の理由；志願就職、自己退職

診療所の存立する都道府県内からの非常勤応援医師の地域研修（問 26-1）に対しては、4.8%に影響があった。

問 26-1　同一県内の非常勤応援医師の地域研修への影響（N=597）

あり	29（4.8%）
なし	11（18.6%）
もともと受け入れなし	458（76.6%）

その影響（問 26-2）としては、一時的な中断が最多で、中止が次いで見られた。

問 26-2　影響の内容（N=28）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	13（46.4%）
受け入れの中止	7（25.0%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	3（10.7%）
その他（相手側からの辞退等）	5（17.9%）

診療所の存立する都道府県外からの非常勤応援医師の地域研修（問 27-1）に対しては、3.7%に影響があった。

問 27-1　県外からの非常勤応援医師の地域研修への影響（N=597）

あり	22（3.7%）
なし	50（8.4%）
もともと受け入れなし	525（87.9%）

その影響（問 27-2）としては、中止が最多であった。

問 27-2　影響の内容（N=22）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	5（22.7%）
受け入れの中止	10（45.5%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	1（4.5%）
その他（相手側からの辞退等）	6（27.3%）

医学生の地域実習への影響（問 28-1）に対しては、20.1%に影響があった。

問 28-1　医学生の地域実習への影響（N＝597）

あり	120（20.1%）
なし	97（16.2%）
もともと受け入れなし	380（63.7%）

その影響（問 28-2）としては、中止が最多であった。

問 28-2　影響の内容（N=120）

一次的な受け入れの中断を経ての再開	19（15.8%）
受け入れの中止	46（38.3%）
方法や内容を見直しての受け入れの継続	24（20.0%）
その他（相手側からの辞退等）	31（25.8%）

実情と意見のまとめ

自由記載にヒアリング調査を加えて、診療所の実情と意見を集約した。診療所での好事例あるいは有用な対応として、近隣のへき地診療所との業務提携、感染対策用品の他施設との共同での入手、地域住民への感染対策啓発、また差別や偏見を含めた啓発等が挙げられた。

サブ解析の結果

コロナ感染症（疑いを含む）の外来患者数（問 5 と 6）を参考に、1 人以上の患者を診療した診療所群（N=109）と 0 人の診療所群に分けて諸項目の回答を比較した。前者では、後者に比べて以下の割合が有意に高かった：自らの診療所での PCR 検査の実施（19.0%対 8.9%）、他施設での PCR 検査の実施（71.3%対 32.4%）、PPE の備蓄（56.9%対 29.2%）、機構や拠点病院への支援要請（4.6%対 0.6%）、離島診療所における患者搬送手段の変更の経験（56.7%対 28.2%）、平時の業務への影響（88.7%対 42.6%）、医療機関外からの相談の経験（58.3%対 16.7%）、県内非常勤応援医師の地域研修への影響（19.4%対 1.6%）、県外非常勤応援医師の地域研修への影響（12.0%対 1.8%）。

D．考察

へき地の医療については、都道府県の策定する医療計画の中で指標を定めて進められてきている。今般のコロナ感染症の発生下では、へき地医療計画の指標の実施には総じて顕著な変化は見られていなかった。へき地医療現場での流行自体が（一部の地域を除いて）限定的であり、感染対策の下で慎重に実施されていることが一因と思われる。また、他への代替がなく、代診医派遣や巡回診療を中止できない事情があった可能性もある。ただし、サブ解析で、同感染症（疑いを含む）の入院患者を一定（中央値）超で受け入れた病院では代診医派遣の減少を伴う施設、また外来患者を実際に診療した診療所群では非常勤応援医師の地域研修の減少を伴う施設の割合が高かった。今回の調査では診療への影響のあった期間や人数等を定量的には把握していないものの、感染症が一定の流行を来した際に代診医派遣のような指標への影響が生じ得ることが想定される。

一部の医療機関ではオンライン診療を新たに導入していることが判明した。感染対策や受診中断対策の配慮からの導入が主と考えられた。また、拠点病院や診療所は周辺の医療機関以外（学校、介護施設、職域等）からの感染症に係る相談を受ける機会があることも判明した。資源の限られたへき地特性として特定の医療機関がこうした役割を担っていることは改めて特筆したい。これらの診療あるいは診療外で発来した動向については推移を追跡していきたいところである。

拠点病院や診療所において平時の診療に影響があったとする回答は少なくなかったが、これらは感染関連の対策を新たに採り入れたことに主として起因していた。BCP や PPE のあり方と連動する面でもある。BCP の策定や PPE の備蓄は、その割合からみると必ずしも広く浸透しているとは言えない様子であった。その策定や備蓄の割合は、診療所に比べると拠点病院で高かった。診療所においては、コロナ感染症患者の受け入れと PPE の備蓄が正の関連を示した。診療所単独での PPE の十分な備蓄は難しい可能性があり、拠点病院と共同して計画的に予め備蓄しておくのは感染症診療に向けての一案である。また、病院においては、コロナ感染症患者の受け入れと BCP の策定が正の関連を示した。この関連性が感染症に対する BCP の有効性を直ちに意味するとは言えないとしても、病院のみならず診療所においても、

効果的な策定となるように、内容を含めてさらに検証する必要がある。

機構が拠点病院や診療所と相談し合う機会は、その所属都道府県の発生患者数の多寡とは関係しなかった。機構の活動は感染症発生の事後対応のみならず、事前対策を含むために、感染の多寡に必ずしも依存するわけではないと思われる。むしろ、機構は、拠点病院や診療所からの相談に随時に応じて、関係方面と協議したり調整したりすることが多いと考えられる。

機構、拠点病院、診療所の連携は、へき地医療計画で重視されてきた。三者間での支援要請は、実際の感染症流行が限定的なこともあってか、それほど多くなかった。ヒアリング調査での実情や意見も加味すると、感染症流行下で、機構、拠点病院、診療所が一体的に活動するには情報通信技術の一層の活用の推進、そして、拠点病院、診療所と近隣の諸機関との提携に関する予めの協議が方策になり得る。

E．結論

へき地医療では、現時点の感染症発生の状況では、計画上の指針への影響は大きくは見られていなかった。オンライン診療の新規導入のような新たな動向は見られた。BCP の整備や PPE の備蓄については検証を含めて課題と思われる。現場の実情や意見を踏まえると、機構、拠点病院、診療所の一体的な活動には、情報通信技術の活用の推進、そして、拠点病院、診療所と近隣の諸機関との提携に関する予めの協議が方策になり得る。

F． 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（周産期医療）

分担研究課題
「地域におけるCOVID-19の対応を踏まえた周産期医療提供体制に関する検討」

研究分担者　氏名　海野信也
所属　北里大学医学部産科学・教授

研究要旨

- 妊産婦、新生児とも地域の受入体制は回答の範囲では概ね整備されており、調査を実施した 10 月までの時点では、受入に重大な問題は確認されなかった。しかし、現場からは感染者が増加したときの受入能力の不足を懸念する声が見られた。
- COVID-19 感染妊婦の分娩方法は、院内感染の懸念と緊急手術対応が難しいことから、安全確保の観点から帝王切開が多く選択されていた。
- 面会、立会分娩の制限、中止等、一般の妊産婦のケアにも影響が出ていることが示された。
- より感染が拡大した令和 2 年 11 月以降の状況について追加調査を行うことができれば、より詳細な情報が得られると考えられる。
- 感染リスクのある妊産婦・新生児及び感染が確認されている妊産婦・新生児は、ハイリスク妊産婦・新生児として周産期母子医療センターでの管理が望ましいと考えられるが、周産期母子医療センターでは、非感染のハイリスク妊産婦・新生児への対応を同時に行う必要がある。このため、今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期母子医療センターの中で感染管理を適切に実施できる必要がある。
- そのような施設での知見の集積や、医療スタッフの教育訓練の推進などを通じて、分娩方法の選択肢が広がることが期待される。
- 厚生労働省の医療計画の整備指針「周産期医療」の記載に、①都道府県の周産期医療体制整備計画における「新興感染症対策の検討」、②周産期母子医療センターにおける「新興感染症対策の立案とその際の感染症の専門家との連携」を追加する必要があると考えられた。
- 周産期領域の専門学会は、最新の研究成果に基づいた COVID-19 陽性妊婦の分娩を安全に実施するための指針を作成し、診療現場に提供する必要がある。

A．研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は、感染症指定医療機関だけでは対応が困難であり、救急、小児、周産期医療をはじめとした一般医療領域でも対応が必要になる等、医療計画に含まれる事業等も含めた地域の医療提供体制に大きい影響があった。

本研究は、今後の新興感染症の流行等に対して地域で適切に対応するため、COVID-19 による医療計画５事業等への影響を明らかにし、第 8 次医療計画の策定に向け、新興感染症にも対応可能な医療提供体制を構築することを目的としており、本分担研究では、特に周産期医療分野に関して、周産期母子医療センターに対する調査項目について検討し具体的な調査項目を決定するとともに、調査結果の分析を行った。

B．研究方法

１．　周産期医療分野の関係学会・団体（日本産科婦人科学会、日本周産期新生児医学会、日本新生

児成育医学会、新生児医療連絡会、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会）に対して、本研究への協力と、調査内容とその結果の評価分析を担当する研究協力者の推薦を依頼した。

２．　その結果、以下の研究協力者の推薦を受け、分担研究グループを組織した。

・日本産科婦人科学会推薦：吉田好雄　福井大学産婦人科学教授
・日本周産期・新生児医学会推薦：田中守　慶應義塾大学医学部　産婦人科教授・森岡一朗　日本大学医学部　小児科学系小児科学分野教授
・日本新生児成育医学会推薦　戸石悟司　成田赤十字病院新生児科部長
・全国周産期医療（MFICU）連絡協議会推薦　堤誠司　山形大学医学部産科婦人科准教授
・新生児医療連絡会推薦：大木茂　聖隷浜松病院新生児科部長

３．　調査対象を全国の総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センターの産婦人科及び新生児科と設定した。周産期母子医療センターを中心とする地域の周産期医療体制の COVID-19 への対応状況が浮き彫りになる調査項目を、研究分担者及び研究協力者が検討し、合意の上決定した。調査への回答が医療現場の過度の負担とならないよう配慮し、周産期医療分野基本票（別紙１）及び周産期医療分野別調査票（別紙２）を作成した。原則として、基本票は各病院の周産期部門の事務担当者が、分野別調査票は質問項目によって産科医師あるいは新生児科医師が回答することを想定して構成した。

４．　調査票は、総合周産期母子医療センター108 施設、地域周産期母子医療センター298 施設に配布し、それぞれ 50 施設（46%）、115 施設（39%）から回答を得た。調査結果の集計は、研究分担者が担当し、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターに分けて行った。その分析及び評価については、研究分担者及び研究協力者が行った。また、調査対象の全施設に回答を求めた施設共通基本票（別紙３）とあわせて集計分析、評価を行った。

（倫理面への配慮）

研究の目的については、各調査施設に対して書面で説明を行い、調査票の返送をもって調査協力への同意の確認とした。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。

５．　都道府県担当者より紹介頂いた医療機関に新型コロナウイルス流行前後での分娩取り扱い施設での感染対策のヒアリングを行った。

６．　感染妊産婦の発生数想定は、今後の医療計画等において周産期領域の感染症対策を検討する上で重要と考えられる。感染妊産婦の発生数の想定方法に関する検討を行った。

C．研究結果

１．施設共通基本票及び周産期医療分野基本票への回答状況と集計結果（別紙４）

別紙４に「施設共通基本票及び周産期医療分野基本票への回答状況と集計結果」をまとめて示した。施設共通基本票については、周産期医療分野と関係が深い項目を中心にまとめた。

２．周産期医療分野別調査票への回答状況と集計結果（別紙５、別紙５-１）

別紙５に「周産期医療分野別調査票への回答状況と集計結果」を、別紙５-１に周産期医療分野別調査票の設問の中で、各周産期母子医療センターによる COVID-19 感染拡大への対策としての取組に関する自由記載部分を示した。

３．４医療機関（分娩取り扱い施設）の感染対策

別紙６にヒアリングを行った４医療機関（分娩取り扱い施設）の感染対策をまとめた。

D．考察

１．施設共通基本票への回答結果から

１－１．令和 2 年 10 月時点で、総合及び地域周産期母子医療センターでは、COVID-19 陽性、疑い、濃厚接触者の妊産婦及び新生児の受け入れ体制が構築されていたことが示された。

１－２．総合及び地域周産期母子医療センターは、地域の基幹的病院または小児周産期医療に特化した病院のいずれかに設置されており、その 47%が感染症指定医療機関であった。また、回答施設のうち 77%が災害拠点病院であった。周産期母子医療センターが設置された病院は、今回の COVID-19 感染拡大に対する地域医療の中で、大きな役割を果たしていた可能性がある。

１－３．回答施設の 88%では、COVID-19 の診断は、院内の PCR 検査で行っていた。PPE の備蓄は、68％の施設が流行前から行っていた。今回の COVID-19 感染拡大に対応して、84%の施設が対策本部を設置し、組織的な危機管理対応を行っていた。

１－４．感染症を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた施設は 28%程度だった。自然災害を想定したものを含めれば 78%の施設で BCP が事前に策定されていた。調査結果からは、BCP の事前策定は、今回のような感染症の流行への対応において、特に初期対応には有効との意見があった。また、感染症に対応した BCP が策定されていた場合でも、実際に活用する際には、感染症の性質や流行拡大の程度等を考慮して、適切な修正を加える必要があるという意見もあった。

１－５．今後の新興感染症の流行等の危機対応のために、周産期母子医療センターでの BCP 策定にあたっては、対策本部の設置等の危機管理の方法が示されていることに加え、パンデミック発生時に

も地域の周産期医療提供体制を確保する必要があるという周産期医療の特性から、各施設の地域において果たす役割についても十分に検討し、地域内でのコンセンサスを形成しておく必要があると考えられた。

２．周産期医療分野基本票への回答結果から

２－１．平成 31 年 1 月から 10 月、令和 2 年 1 月から 10 月の診療実績を求め、令和 2 年の COVID-19 の流行拡大の影響を検討した。周産期母子医療センターにおける令和 2 年の全体としての分娩は、分娩数、帝王切開数、正規算数、早産数において前年と比較して大きな変化は認められなかった。

２－２．妊娠 28 週未満の早産については、令和 2 年は２月、３月、７月から 10 月で前年同月と比較して 10%以上の減少を認めた。母体搬送受入件数については、令和 2 年３月から５月において前年同月と比較して 10%以上減少していた。このような変化は、COVID-19 流行の拡大と直接結びつくとは限らないが、わが国において令和 2 年３月から５月に全体として社会活動の抑制が起こった結果、妊婦においても活動の自粛が行われ、切迫早産・早産の素因を有する妊婦の一部において軽症化が起きていた可能性も考えられる。今後、より詳細かつ広範な検討が必要と思われる。

２－３．周産期母子医療センターにおける COVID-19 陽性、疑い、濃厚接触者である妊産婦の受入実績からは、陽性妊婦の受入が 1-5 月期と比較して 6-10 月期では増加していること、分娩対応が必要となった例は多くはないものの増加傾向が認められていることが分かったこれは、全体としての感染者の増加を反映している可能性がある。

２－４．COVID-19PCR 検査等の結果が得られておらず感染「疑い」で受入が必要になった例は、確定例より多かった。発熱等の COVID-19 感染を疑う臨床症状を有する妊婦に対しては、PCR 検査等の結果が得られていない時点では、陽性を前提とした対応が必要とされる。分娩対応や緊急の産科的医療介入が必要な状態でなければ、検査結果を確認した上で対応することが可能だが、分娩など即時対応が必要な場合には、分娩対応が可能な施設に搬送せざるを得ない。

COVID-19 検査結果が迅速かつ適切にもたらされることにより、受入医療機関の選択肢を広げることができるようになると考えられる。今後、周産期医療分野の感染症対策の充実をはかるために、周産期母子医療センターを有する病院における検査体制の整備の必要性は非常に高いと考えられる。

２－５．今回の調査に対する回答内では、COVID-19 陽性または疑い・濃厚接触者母体から出生した 70 人のうち 45 例はで PCR 陰性であったが、2 例が陽性であった。３例は結果未着であった。

２－６．今回の調査では、COVID-19 関連の妊産婦及び新生児の受入を断らざるを得ない状況の発生は少なく、受入体制及び受入調整は機能していたものと考えられる。

３．周産期医療分野別調査票への回答結果から

３－１．今回の調査では、回答施設は対象施設の 39%程度ではあるものの、回答施設の大多数で COVID-19 陽性、疑い、濃厚接触者である妊婦の受入を行っており、本調査の結果は、周産期母子医療センターにおける COVID-19 対応の現状と課題に関する検討のための有用な資料になり得ると考えられた。

３－２．回答施設では、COVID-19 陽性、疑い、濃厚接触者等でかつ産科的ハイリスクの妊婦について、高率に受け入れる体制をとっていた。調査時点では、周産期母子医療センターでの COVID-19 関連妊婦の受入体制は整っていたと考えられる。受入体制の内容については、その施設全体としての COVID-19 陽性者の受入体制、感染症専用病棟の有無、産科病棟及び分娩室、手術室の構造や設備等によって多様なものとなっていた。

３－３．妊娠合併症への対応や分娩対応のため入院が必要な場合、それを延期することは事実上困難であり、即時対応が必要になる。それは COVID-19 の確定診断がなされていない「疑い」、「濃厚接触者」という妊婦の場合でも同様であり、周産期医療分野の特殊性、と表現されるべきかもしれない。

３－４．今回の調査では、COVID-19 陽性妊婦の分娩方法については、帝王切開術が高頻度で選択される状況となっていた。これは、新興感染症としての COVID-19 の流行が急速に拡大し、感染力やその病原性の強さについての情報が限られているなかで、迅速に安全な医療提供体制を整備する必要に迫られた状況下では、より安全性を重視した対応方針が選択されやすくなっていた可能性があり、COVID-19 の妊娠、分娩、新生児への影響に関する知見の集積より、分娩方法の選択肢を広げることが求められる。に

３－５．今回の調査で回答を得た周産期母子医療センターでは、COVID-19 の感染拡大に対応し、院内感染を防止し、感染者を含むすべての妊婦に安全な分娩環境を確保する目的で、「立会分娩」の中止、「面会制限ないし中止」をはじめとする非常に多様な対策を検討し、実行してきていることが明らかになった。このような取組を共有することは、今後の感染症対策において非常に重要と考えられた。

３－６．今回の調査内では、COVID-19 陽性、疑い、濃厚接触者の妊産婦及び新生児の受入体制及び受入先調整体制は、都道府県レベルで整備されており、調査時点までの各地域の感染拡大に対応して、概ね適切に機能し、対応が行われていたことが示された。ゾーニングを含めた課題については、さらに検討が必要である。

３－７．今後は、わが国の周産期医療提供体制が有する感染症対策上の課題を補強し、COVID-19 の感染拡大に対して適切に対応できる体制を構築するだけでなく、新たな感染症の発生、拡大に対しても柔軟かつ適切に対応できる体制に移行していく必要があると考えられる。

４．新型コロナウイルス流行拡大に対する分娩取扱施設での感染対策の取組に関するヒアリング結果から

４－１．総合周産期母子医療センター３施設及び産科有床診療所１施設からヒアリングを行った。

４－２．４施設とも感染予防対策を実施しており、立会分娩の制限ないし中止が行われていた。

４－３．総合周産期母子医療センター３施設では、里帰り分娩のための帰省時に、自院受診前に２週間程度の健康観察期間を設定していた。

４－４．COVID-19 への分娩施設の対応が一般の妊婦の管理に及ぼした影響の一端が明らかになった。

５．COVID-19 感染妊産婦の発生数の想定方法に関する検討

今後の新興感染症流行拡大に対応できる周産期医療体制を整備する目的で、感染妊婦の発生数を想定することが有用である可能性があるが、今後詳細な検討が必要である。

６．今後の周産期医療分野における感染症対策について

今回の調査によって明らかになった、わが国の周産期医療提供体制、特に周産期母子医療センターにおける COVID-19 対策の諸課題を改善していくためには、以下のような方策が必要と考えられた。

・厚生労働省の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」における「疾病・事業ごとの医療体制」の項の「周産期医療」の記載に、

① 都道府県の周産期医療体制整備計画における「新興感染症対策の検討」

② 周産期母子医療センターにおける「感染症対策の立案とその際の感染症の専門家との連携」

を追加すること。その際には、以下の事項に留意すること。

・都道府県は自然災害の BCP に加え、感染症の流行拡大時の地域周産期医療の BCP を策定すること。その計画においては、地域ごとの感染妊産婦が十分に受入可能な体制の構築の工程表が示されること（流行の初期に即時対応可能な施設の整備、流行拡大期に感染妊産婦・新生児を受け入れる施設を整備する具体的な計画、感染蔓延期に周産期医療機関が感染妊産婦・新生児に対応可能な体制に移行するための計画を含む）。また、地域内における施設間連携、地域間連携についても検討すること。

・すべての周産期母子医療センターは自然災害及び感染症の流行を想定した BCP を策定すること。

・すべての周産期母子医療センターは、新興感染症の流行拡大時にも通常の診療を継続するために必要な設備、機器、人員等について検討すること。また、職員に対し、感染症対応のための研修、訓練を実施すること。

・専門学会は、最新の研究成果に基づいた COVID-19 陽性妊婦の経腟分娩を安全に実施するための指針を作成し、診療現場に提供することが必要であると考える。その指針には、感染防止上必要な、設備、機器、備品の整備、医療従事者等に施すべき研修及び訓練の内容、診療体制等が含まれる必要がある。

Ｅ．結論

１．妊産婦、新生児とも地域の受入体制は回答の範囲では概ね整備されており、10 月までの時点では、受入に重大な問題は生じていない。しかし、現場からは感染者が増加したときの受入能力の不足が懸念されていた。

今後の新興感染症に対応するためには、

・都道府県は、感染の状況によらず適切な周産期医療体制が維持されるよう医療計画を策定する。

・周産期母子医療センターは、新興感染症の流行拡大時にも通常の診療を継続するために必要な体制を確保するとともに、職員に対し、感染症対応のための研修、訓練を実施する。

ことが求められる。

２．感染が拡大した令和 2 年 11 月以降の状況について追加調査を行うことができれば、より詳細な情報が得られると考えられる。

３．感染リスクのある妊産婦・新生児及び感染が確認されている妊産婦・新生児は、ハイリスク妊産婦・新生児として周産期母子医療センターでの管理が望ましいと考えられるが、周産期母子医療センターでは、非感染のハイリスク妊産婦・新生児への対応を同時に行う必要がある。このため、今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期母子医療センターの中で、感染症に適切に対応できる体制を確保する必要がある。

４．そのような施設で知見を集積し、医療スタッフの教育訓練を推進することを通じて、分娩方法の選択肢が広がることが求められる。

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

Ｇ．研究発表

１． 論文発表

・海野信也　COVID-19 と妊産婦管理　特集 : 新興・再興感染症, 輸入感染症と周産期医学　［各論］新型コロナウイルス　周産期医学 51(3):330－338, 2021

２． 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
１．特許取得
なし
２．実用新案登録
なし
３.その他
なし

施設共通基本票及び周産期医療分野基本票への回答状況と集計結果

A:　施設共通基本票に対する周産期母子医療センターの回答状況と集計結果

1.　対象施設数及び回答数・回答施設の特性について（表1）

表1　施設共通基本票　施設の指定等

問1－1　1－2	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
回答数	50	115		
特定感染症指定医療機関	1	1	2%	1%
第1種感染症指定医療機関	6	8	12%	7%
第2種感染症指定医療機関	9	56	18%	49%
災害拠点病院	40	87	80%	76%
小児地域医療センター	3	10	6%	9%
小児地域支援病院	0	2	0%	2%
新型コロナウイルス感染症重点医療機関	38	82	76%	71%
新型コロナウイルス感染症協力医療機関（疑い患者を受け入れる病院）	15	46	30%	40%
その他新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れる医療機関	6	15	12%	13%
帰国者接触者外来の設置	19	74	38%	64%
新型インフルエンザ患者入院医療機関	15	53	30%	46%

○総合周産期母子医療センター（以下、「総合」）108施設中50施設（46%）、地域周産期母子医療センター（以下、「地域」）298施設中115施設（39%）から回答を得た。

○回答施設の中で感染症指定医療機関は「総合」で16施設（32%）、「地域」で65施設（57%）、全体で41%であった。回答施設以外を含めた「総合」108施設、「地域」298施設中の感染症指定医療機関はそれぞれ43施設（40%）、147施設（49%）、周産期母子医療センター全体では47%であるため、回答施設の偏りは限定的と考えられた。

○回答施設のうち「総合」の80%、「地域」の76%、全体で77%は災害拠点病院の指定を受けていた。

また、「総合」の76%、「地域」の71%が新型コロナウイルス感染症重点医療機関に指定されていた。感染症指定医療機関でない周産期母子医療センターも重点医療機関として新型コロナウイルス感染症患者の受入を行っていることが分かった。

○回答施設の職員数（平均±標準偏差）について、医師は「総合」で371±283名、「地域」で170±163名、看護職員は「総合」で811±327名、「地域」で516±230名であった。

２．病院としての感染症対応体制について

○検査体制について

・回答施設では「総　合」で92%、「地域」で86%、全体で88%の施設で院内PCR検査が可能であった。24時間対応可能な施設は40%程度であったが、院内検査が可能な施設の80%以上では、4時間以内に結果が得られる体制となっていた（表2）。

表2　施設共通基本票
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制（1）

問4－1　4－2　4－3		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
	回答数	50	115		
施設内でPCR検査の実施は可能ですか。	1 可能	46	99	92%	86%
	2 不可能	4	16	8%	14%
施設内実施可能な場合	1　24時間対応・休日対応可	20	38	43%	38%
	2　対応可能の時間・曜日等制限有り	26	61	57%	62%
施設内実施施設における結果が出るまでの時間	1 1時間以内	3	13	7%	13%
	2 1時間超～2時間以内	14	50	30%	51%
	3 2時間超～4時間以内	22	23	48%	23%
	4 4時間超～6時間以内	3	7	7%	7%
	5 6時間超	4	6	9%	6%

表3 施設共通基本票
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の検査体制(2)

問5－1 5－2 5－3		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
他施設にPCR検査を依頼	1依頼している	16	51	32%	44%
	2依頼していない	34	64	68%	56%
依頼している場合:検体の受付	1 24時間対応・休日対応可	0	6	0%	12%
	2 対応可能の時間・曜日等制限有り	16	45	100%	88%
依頼している場合:結果が出るまでの時間	1 1時間以内	0	0	0%	0%
	2 1時間超～2時間以内	0	1	0%	2%
	3 2時間超～4時間以内	1	1	6%	2%
	4 4時間超～6時間以内	0	0	0%	0%
	5 6時間超～12時間以内	1	4	6%	8%
	6 12時間超～24時間以内	3	14	19%	27%
	7 24時間超	11	31	69%	61%

表4 施設共通基本票 PPEの備蓄

問7		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
PPEの流行前からの備蓄	1していた	29	83	58%	72%
	2していなかった	21	32	42%	28%
備蓄していた場合の量(日数分)	平均	19.7	33.3		
	標準偏差	21.6	54.6		

・PCR検査を他施設に依頼している施設では、88%の施設において、結果が得られるまで12時間以上を要していた（表3）。

○PPEの備蓄について：新型コロナウイルス感染症の流行拡大前からPPEの備蓄をしていなかった施設は、「総合」で42%、「地域」で28%、全体で32%となっていた（表４）。感染症指定病院の指定とPPE備蓄状況に関連があるかどうかについて、回答施設全体を対象として検討したところ、感染症指定病院で27%、感染症指定病院以外では34%という結果となり、感染症指定の有無との明らかな相関は認められなかった。

○対策本部の設置について：今回のCOVID-19感染拡大への対応として院内対策本部を設置したと回答した施設は、「総合」で43施設(86%)、「地域」で96施設（83%）、全体で84%であった。周産期母子医療センターでは、組織的な危機管理対応が高率に行われたと考えられた。

○業務継続計画（BCP）の策定状況とその評価について(表5)：自然災害を想定したBCPは、（感染症想定と両方策定していた施設を含め）「総合」で78%、「地域」で78%、全体で78%策定されていたが、感染症を想定したBCPを作成していた施設は（両方策定していた施設を含め）「総合」で34%、「地域」で25%、全体で28%であった。どちらも策定していなかった施設は「総合」で8%、「地域」で17%、全体で15%であり、周産期母子医療センターについては、危機対応への一定の体制整備はなされていたと考えられた。事前に作成されたBCPは、一定の有効性は　認められたものの、新型コロナウイルス感染に特化したものではなかったため、修正の必要性も指摘されていた。

しかし、災害対応のBCPも含め、緊急時の本部立ち上げの手順等、現場で活用できたという回答も多かった。

BCPが対策に有効であったと回答した施設からは以下のような意見があった。

・新型インフルエンザのためのBCPをひな型に、COVID-19のBCPを早期に作成することが

表5 施設共通基本票 BCPの策定

問9－1 9－2		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
流行前のBCPの策定	1自然災害を想定した事業継続計画(BCP)を策定していた	29	66	58%	57%
	2感染症(新型インフルエンザ等)のパンデミックを想定した事業継続計画(BCP)を策定していた	7	5	14%	4%
	3上記の両方を策定していた	10	24	20%	21%
	4どちらも策定していなかった	4	20	8%	17%
策定していたBCPのCOVID-19対策上の有効性	1有効であった	17	24	37%	25%
	2有効でなかった	29	71	63%	75%

できた。 BCPの考え方や、管理者が協議し構築すべき対策について、基本的な知識を有していたことから、流行の初期に取り組むことができた。

・新興感染症対応を想定しておらず、既存BCPの改訂を行った。　ただし、想定外事案への対応スキームは有効であったため、短期間で各種マニュアルの改訂を行うことが可能であった。

・速やかに対策本部を立ち上げ、各業務に影響が出ないよう対策を行った

・災害対応のBCPであったため、直接的に当てはめることはできなかったが、人員不足の場合の判断方法等については、有効だった。

・指揮系統が統一されることにより、部門ごとの役割が明確化されスムーズに対応することができた。

・BCPが対策に必ずしも有効ではなかったと回答した施設からは以下のような意見があった。

・自然災害を想定したものであり、備蓄物等にも違いがあるため、効果的ではなかった。（多くの施設からほぼ同趣旨の意見が寄せられた。）

・インフルエンザと臨床的特徴が大きく異なったため。

・対応すべき指揮命令系統は存在したが、感染体制の作成には、感染管理室が重要であり、本部内での位置付けが当初うまくできなかった。

・新たな感染症であり、対応方法が定まっていなかった。個人防護具を備蓄していたが、想定より使用量が多く、調達が困難だった。災害とは別に感染症対策に特化したBCPの策定が必要だった。

・周産期母子医療センターの回答から、危機対応において、BCPの事前策定は有効と思われる。しかし、策定されていたBCPは多くの施設で地震等の自然災害を想定したものであり、感染症を想定したBCPを有している施設は限定されていた。感染症対応のものでも新型インフルエンザを想定したものが大多数と考えられ、新型コロナウイルス感染症への対応の際には、相当な修正が必要となった。

○今回の調査結果より、今後、大規模な災害及び感染症の流行等の危機対応のために、周産期母子医療センターにおいては、より汎用性の高いBCPに改良していくことが必要になる。今後の新興感染症の流行等の危機対応のために、周産期母子医療センターでのBCP策定にあたっては、対策本部の設置等の危機管理の方法が示されていることに加え、パンデミック発生時にも地域の周産期医療提供体制を確保する必要があるという周産期医療の特性から、各施設の地域において果たす役割についても十分に検討し、地域内でのコンセンサスを形成しておく必要があると考えられた。

2. 周産期母子医療センターにおけるCOVID-19患者（疑い含む）の受入状況について(表6)

○回答施設の90%以上で、疑いを含むCOVID-19患　者を外来患者あるいは入院患者として

受け入れ　ていた。受け入れなかった施設では、その理由　として、
・地域で対象患者が発生していなかった、
・他の受け入れ施設が決まっており、そこが対応したため
と回答していた。

表6　施設共通基本票
COVID-19患者（疑い含む）の受入状況

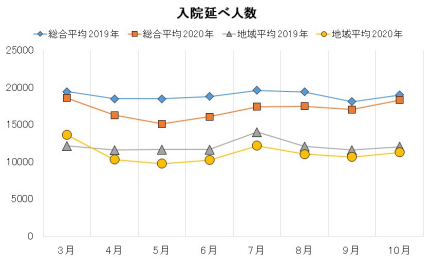
問 Q=1 10-2 10-3		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域
【再】Q10_1 外来における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）の受け入れ	はい	45	103	90%	90%
	いいえ	5	12	10%	10%
【再】Q10_2 入院における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む）の受け入れ	はい	47	107	94%	93%
	いいえ	3	8	6%	7%
受け入れなかった場合 その理由	地域に患者がいなかった	1	1		
	他の医療機関を担っていた	0	1		
	病床に空きがなかった	0	0		
	十分な感染対策が講じられなかった	0	0		
	感染症診療に当たる医師の不足	0	0		
	看護職員の不足	0	0		
	その他医療スタッフの不足	0	0		
	その他	0	2		

・受け入れなかった理由 その他
地域：救急受入れを担当すると近隣病院、保健所と調整
地域：地域で受入医療機関が決まっているため。

3.　2020年３月から10月の病院としての診療実績

○2020年５月の入院患者数は前年同月比で、「総合」で18%、「地域」で16%減少した（図１）。
○COVID-19関連では疑いを含む患者数は次第に増加した（図２）が、確定患者数の増加は４-５月及び７-９月に限定していた（図３）。
○平均手術件数は、2020年５月に前年同月と比較し、総合で31%、地域で25%減少していた。

図1　入院患者数推移　延べ入院患者総数



2020年5月、総合は18%，地域は16%、入院患者数が前年に比べて減少した。

図2　入院患者数推移　疑いを含む延べCOVID-19患者数

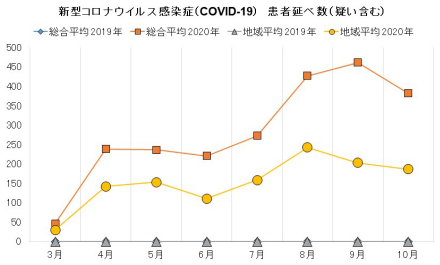
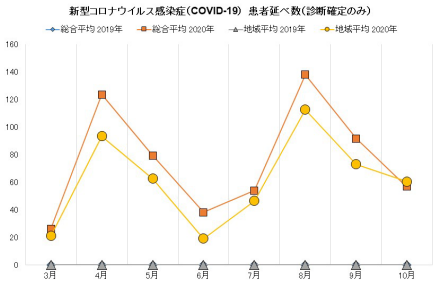
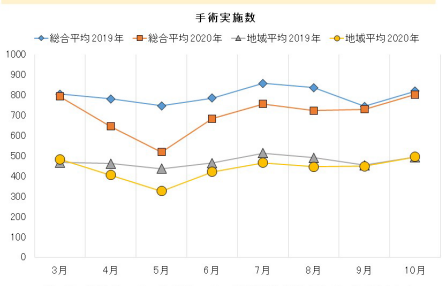


図3　入院患者数推移　延べCOVID-19確定患者数



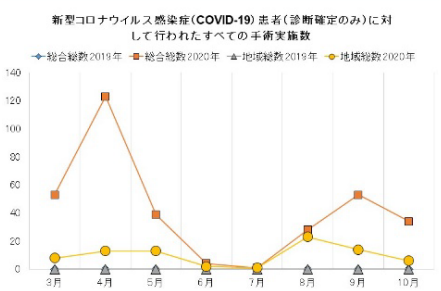
たが、9月までには回復していた（図4）。COVID-19確定患者に対する手術は、陽性確定患者が増加した時期に行われ、「総合」でより多く行われていた（図5）。

図4　手術件数推移　総数



2020年5月、総合は31%，地域は25%、手術件数が前年に比べて減少した。

図5　手術件数推移



B.　周産期医療分野別調査票に対する周産期母子医療センターの回答状況と集計結果

1.　対象施設数及び回答数、回答施設の特性について

○「総合」108施設中47施設（44%）、「地域」298施設中102施設（34%）から回答を得た。COVID-19関連の分娩取扱件数については「総合」40施設（37%）、地域96施設（32%）から回答を得た。

○回答施設の平均NICU病床数は「総合」で14.2±7.8床（平均±標準偏差、以下同様）、「地域」で5.5±4.7床であった。小児科医師数は「総合」で26.9±29.4人、「地域」で11.8±11.5人であった。

○産科病床数は「総合」で33.3±17.1床、「地域」で32.1±14.0床、MFICU病床数は「総合」で6.2±2.6床、「地域」で0.6±1.9床であった。

2.　2020年１月から10月の周産期領域の診療実績

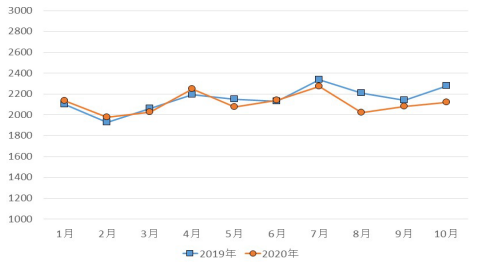
○COVID-19の感染拡大が、周産期医療現場に及ぼした影響を知るため、「総合」と「地域」の診療実績を前年同月と比較した。全分娩数、帝王切開件数、正期産件数、全早産件数、妊娠28週から36週の早産件数では、明らかな差を認めなかった（図６、７、８、９、10）。

図6　分娩数推移　全分娩数



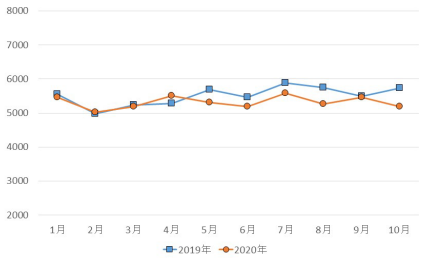
・　総合41施設、地域93施設の合計

図7　帝王切開術　件数推移



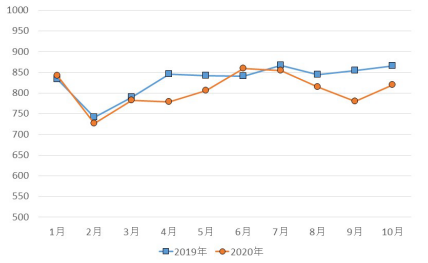
・　総合41施設、地域93施設の合計

図8　分娩数推移　37週以降の正期産



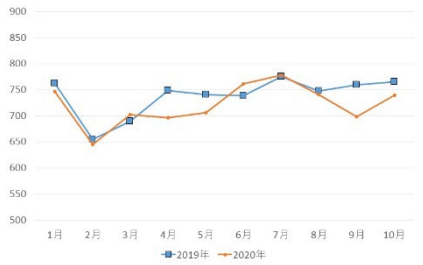
・　総合41施設、地域93施設の合計

図9　分娩数推移　全早産



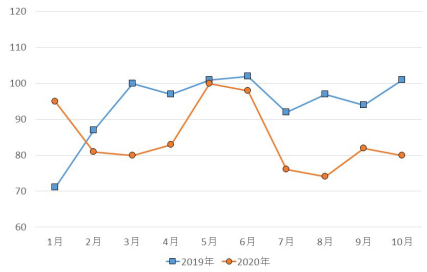
・　総合41施設、地域93施設の合計

図10　分娩数推移　28週から36週の早産



・総合41施設、地域93施設の合計

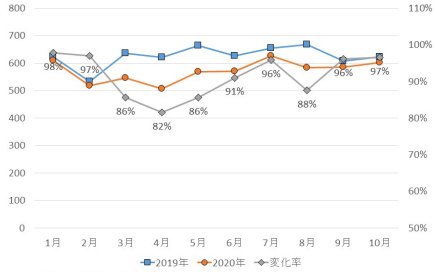
図11　分娩数推移　28週未満の早産



・総合41施設、地域93施設の合計

○妊娠28週未満の早産については、2020年は２月、３月、７月から10月で前年同月と比較して10%以上の減少を認めた（図11）。母体搬送の受入件数は、2020年３月から５月において前年同月と比較して10%以上減少していた（図12）。

図12　母体搬送受入実績



・総合39施設、地域85施設の合計
・母体搬送件数は2020年3月から5月にかけて減少した可能性がある。

3．COVID-19陽性、疑い、濃厚接触者である妊産婦の受入実績について（表７、図13）

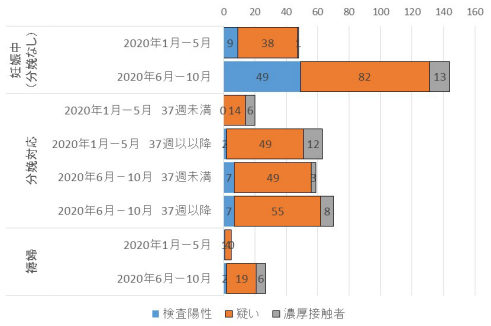
○2020年４月から５月にかけての緊急事態宣言の時期とそれ以降の時期に分けて、１-５月と６-10月についてCOVID-19関連の妊産婦の受入実績の調査を行った。わが国の感染拡大は３月以降と考えられるので、１-５月期は実質的には３ヶ月間、６-10月期は５ヶ月間の実績となる。分娩対応の必要がなかった妊婦では、PCR検査陽性例は１-５月期で９例、６-10月期49例であり、６-10月期に増加していた。分娩対応が必要だったのは１-５月期で２例（いずれも正期産例）、６-10月期で14例（早産７例、正期産７例）となっており、やはり増加傾向が認められた。褥婦の受入は、６-10月期にのみ２例認められた。

○PCR検査陽性症例の数倍の疑い症例の受入が報告された。それは特に分娩対応が必要な症例で著明だった。

表7　COVID-19等の妊産婦の受入実績

			総合周産期母子医療センター　50（分娩対応は44）			地域周産期母子医療センター　101（分娩対応は98）			合計		
			検査陽性	疑い	濃厚接触者	検査陽性	疑い	濃厚接触者	検査陽性	疑い	濃厚接触者
妊娠中（分娩なし）	2020年1月－5月		2	18	0	7	20	1	9	38	1
	2020年6月－10月		14	50	5	35	32	8	49	82	13
分娩対応	2020年1月－5月	37週未満	0	10	0	0	4	6	0	14	6
		37週以降	2	19	1	0	30	11	2	49	12
	2020年6月－10月	37週未満	3	30	2	4	19	1	7	49	3
		37週以降	3	19	3	4	36	5	7	55	8
褥婦	2020年1月－5月		0	1	0	1	3	0	1	4	0
	2020年6月－10月		2	18	0	7	20	1	9	38	1

図13　COVID-19等の妊産婦の受入実績

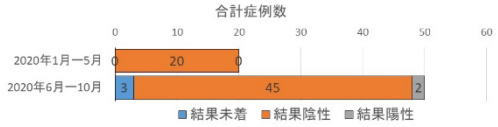


4. COVID-19陽性または疑い・濃厚接触者母体から出生した児の受入実績について（図14）

○１－５月期で20例、６-10月期で50例のCOVID-19陽性または疑い・濃厚接触者母体からの出生児が報告された。PCR陽性であった新生児は２例のみであったが、感染の可能性のある児としての対応が必要となっていた。

図14　COVID-19陽性または疑い・濃厚接触者母体から出生した児の受入実績

COVID-19陽性または疑い・濃厚接触者母体から出生した児	総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター		
	結果未着	結果陰性	結果陽性	結果未着	結果陰性	結果陽性
2020年1月ー5月	0	14	0	0	6	0
2020年6月ー10月	2	20	0	1	25	2



5. COVID-19関連妊産婦・新生児受入を断らざるをえなかった症例について

○COVID-19関連の妊産婦及び新生児症例の受入を断らざるを得ない状況の発生について、妊産婦の受入を断った症例数は限定的であり、新生児症例はゼロであった。（表８）

○受入を断った理由として、「緊急手術対応等の手術室の体制がとれなかった」「COVID-19に対応可能な病床の空きがなかった」という回答が主であった。（表９）

表8　COVID-19関連妊産婦･新生児受入お断り症例数

		総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター		
		検査陽性	疑い	濃厚接触者	検査陽性	疑い	濃厚接触者
妊娠中	2020年1月ー5月	0	1	0	0	0	0
	2020年6月ー10月	3	2	0	3	1	0
分娩中	2020年1月ー5月	0	1	0	0	0	0
	2020年6月ー10月	0	1	0	0	1	0
産褥	2020年1月ー5月	0	0	0	0	0	0
	2020年6月ー10月	0	0	0	1	0	2
		総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター		
		結果未着	結果陰性	結果陽性	結果未着	結果陰性	結果陽性
新生児	2020年1月ー5月	0	0	0	0	0	0
	2020年6月ー10月	0	0	0	0	0	0

表9　COVID-19関連妊産婦･新生児受入お断りの理由

	総合周産期母子医療センター		地域周産期母子医療センター	
	複数回答	もっとも大きな理由	複数回答	もっとも大きな理由
対応できる医師・スタッフがいなかった	0		1	
通常診療のため、受け入れる人的な余裕がなかった	0		0	
院内に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	1		2	2
産科病棟内に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	1		1	
新生児用の病床で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応可能な病床の空きがなかった	0		0	
分娩室の構造上対応できなかった	0		1	
緊急手術対応等の手術室の体制が取れなかった	3	3	0	
検査体制上対応できなかった	0		0	
病院としての方針	1		2	2
十分なPPEが無かった	0		0	
感染対策が十分になされていなかった	0		0	
その他	3	1	2	2

その他
- 当院は重症例及び胎児先天疾患など当院でしか救命できない症例の受入れ方針であり、県内でそのような運営で調整していた。受入先が決定しない場合は連絡をと伝えていたが、その施設で分娩し他院での受入れが決まった。
- 他地域の患者について遠方である当院まで搬送依頼があったが、当該地域で受け入れるべき。
- 妊娠32wで切迫早産管理も必要であり、当院の周産期対応は34w～のため、対応が難しいと考えられた。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究

分担研究課題「地域におけるCOVID-19の対応を踏まえた周産期医療提供体制に関する検討」

周産期医療分野別調査票への回答状況と集計結果

1. 対象施設数及び回答施設数について

総合周産期母子医療センター（以下、「総合」）108施設中47施設（44%）、地域周産期母子医療センター（以下、「地域」）298施設中102施設（34%）から回答を得た。

2. 産科領域

① 回答施設の妊産婦の新型コロナウイルス感染（COVID-19）への対応方針

○回答施設中、妊産婦の新型コロナウイルス感染（COVID-19）への対応として、PCR検査陽性妊婦（陽性妊婦）を受け入れると回答したのは、「総合」で37施設（79%）、「地域」で77施設（75%）であった。COVID-19を疑う臨床症状を示しているが検査では感染の有無が確定していない妊婦（疑い妊婦）を受け入れると回答したのは、「総合」で39施設（83%）、地域で86施設（84%）であった。COVID-19の濃厚接触者認定を受けている妊婦（濃厚接触者妊婦）を受け入れると回答したのは、「総合」で39施設（83%）、「地域」で85施設（83%）であった。

② COVID-19陽性妊婦受入施設の受入体制（表１、表２）

○陽性妊婦受入施設では、「総合」で100%、「地域」で84%の施設で産科的ハイリスク妊産婦の受入が可能であり、COVID-19が重症であった場合でも「総合」で92%、「地域」で51%の施設が受入可能と回答していた。

○受入可能な在胎期間を決めていない、全て受入可能と回答した施設が「総合」で57%、「地域」で35%であり、これに妊娠22週以降可能とした施設が「総合」38%、「地域」で17%あったことを考慮すると、超早産期の妊婦でも、「総合」で92%、「地域」で52%の施設では受入可能となっていた。

表1 陽性妊婦受入施設

問2－1	受入の範囲	総合周産期母子医療センター 37	地域周産期母子医療センター 77	総合	地域	全体
産科的リスク	ハイリスク妊産婦	37	65	100%	84%	89%
	ローリスク妊産婦	27	58	73%	75%	75%
COVID-19の重症度	無症状妊産婦	33	66	89%	86%	87%
	軽症妊産婦	35	65	95%	84%	88%
	中等症妊産婦	34	55	92%	71%	78%
	重症妊産婦	34	39	92%	51%	64%
受入可能な在胎期間	妊娠37週以降	15	36	41%	47%	45%
	妊娠32週以降、妊娠37週未満	15	40	41%	52%	48%
	妊娠28週以降、妊娠32週未満	15	25	41%	32%	35%
	妊娠24週以降、妊娠28週未満	14	18	38%	23%	28%
	妊娠22週以降、妊娠24週未満	14	13	38%	17%	24%
	妊娠22週未満の妊婦を受け入れる	13	16	35%	21%	25%
	産婦（産褥婦）を受け入れる	13	27	35%	35%	35%
	特に週数は決めていない	21	27	57%	35%	42%
問2－2	分娩対応する	37	73	100%	95%	96%

表2 陽性妊婦受入施設

問2－3	受入病棟	総合周産期母子医療センター 37	地域周産期母子医療センター 77	総合	地域	全体
受け入れ病棟：分娩開始前	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	30	63	81%	82%	82%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	9	20	24%	26%	25%
	その他の病床	2	1	5%	1%	3%
受入病棟：経腟分娩中	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	9	20	24%	26%	25%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	19	38	51%	49%	50%
	その他の病床	3	3	8%	4%	5%
	分娩（帝王切開を含）には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない（帝王切開のみ対応する）	7	17	19%	22%	21%
産褥受入病棟	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	31	62	84%	81%	82%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	7	18	19%	23%	22%
	その他の病床	2	2	5%	3%	4%

○分娩対応については「総合」は100%、「地域」は95%施設で対応可能と回答しており、今回の調査で回答を得た周産期母子医療センターでは、調査時点でCOVID-19陽性妊婦の受入体制の整備が進められていたと考えられる。
○陽性妊婦の受入病棟としては、分娩開始前は産科病棟以外とする施設が80%程度であった。経腟分娩に対応する可能性があると回答した施設（合計92施設）では産科病棟の対応が59施設（64%）となっていた。産褥期には80%以上で産科病棟以外の病棟での対応となっていた。
○個々の施設の整備状況は多様と考えられるが、経腟分娩は産科病棟の分娩室で対応せざるを得ない。今回の調査からは、このため一般の妊産婦と完全に分離した対応が可能な施設は限定的であり、分娩が始まるまではコロナ対応の専門病棟等、経腟分娩時には産科病棟の分娩室等、分娩後はもとの病棟、という流れでの対応となっていると考えられる。

③　COVID-19疑い妊婦受入施設の受入体制（表3、表4）

○疑い妊婦の受入可否について、多くは、陽性が確定している妊婦と同様の結果であったが、産科的リスクの低い妊産婦については「総合」で受入率が低く、そのような患者に対しては地域の他施設での受入が想定されているものと考えられる。
○疑い妊婦の受入に関して、在胎期間及び分娩対応については、陽性確定妊婦と大きな違いは認められなかった。
○疑い妊婦の場合、入院病棟として産科病棟を想定する率が確定妊婦よりも高い傾向が認められた。

表3　疑い妊婦受入施設

問3－1	受入の範囲	総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 86	総合	地域	全体
産科的リスク	ハイリスク妊産婦	39	69	100%	80%	86%
	ローリスク妊産婦	27	67	69%	78%	75%
COVID-19の重症度	無症状妊産婦	33	72	85%	84%	84%
	軽症妊産婦	36	72	92%	84%	86%
	中等症妊産婦	34	58	87%	67%	74%
	重症妊産婦	34	40	87%	47%	59%
受入可能な在胎期間	妊娠37週以降	15	40	38%	47%	44%
	妊娠32週以降、妊娠37週未満	16	45	41%	52%	49%
	妊娠28週以降、妊娠32週未満	17	27	44%	31%	35%
	妊娠24週以降、妊娠28週未満	15	18	38%	21%	26%
	妊娠22週以降、妊娠24週未満	15	14	38%	16%	23%
	妊娠22週未満の妊婦	15	16	38%	19%	25%
	産婦（産褥婦）	14	26	36%	30%	32%
	特に週数は決めていない	20	28	51%	33%	38%
問3－2	疑い妊婦の分娩に対応	39	82	100%	95%	97%

表4　疑い妊婦受入施設

問3－3	受入病棟	総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 86	総合	地域	全体
分娩開始前	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	19	58	49%	67%	62%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	18	34	46%	40%	42%
	その他の病床	5	3	13%	3%	6%
経腟分娩中	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	7	16	18%	19%	18%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	26	53	67%	62%	63%
	その他の病床	4	4	10%	5%	6%
	分娩（帝王切開を含）には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない（帝王切開のみ対応する）	4	14	10%	16%	14%
産褥	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病棟	21	56	54%	65%	62%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床	16	31	41%	36%	38%
	その他の病床	5	4	13%	5%	7%

④　COVID-19濃厚接触者妊婦受入施設の受入体制（表5、表6）

○濃厚接触者妊婦の対応については、基本的に無症状であることから重症度による対応の違いはないと考えられる以外には、疑い妊婦と大きな違い波認められなかった。

○絶対数は多くないが、疑い妊婦及び濃厚接触者妊婦の分娩対応においても、「分娩に対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない」とする施設が存在していることに留意する必要がある。

○濃厚接触者妊婦には、疑い妊婦とは異なる対応上の課題がある。有症状で検査結果が出ていない疑い妊婦においては、検査結果が出れば、陽性ないし陰性であったものとして、ある程度確定的にその施設の方針にしたがって対応ができるが、濃厚接触者の場合、検査で陰性であることがわかっても、その後陽性になる可能性があり、隔離を解除できない等の課題が生じることになる。典型的な自由回答例を以下に示す。

表5　濃厚接触者妊婦受入施設

問4－1	受入の範囲	総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 85	総合	地域	全体
産科的リスク	ハイリスク妊産婦	39	67	100%	79%	85%
	ローリスク妊産婦	28	66	72%	78%	76%
受入可能な在胎期間	妊娠37週以降の妊婦	16	43	41%	51%	48%
	妊娠32週以降、妊娠37週未満	15	46	38%	54%	49%
	妊娠28週以降、妊娠32週未満	16	27	41%	32%	35%
	妊娠24週以降、妊娠28週未満	14	19	36%	22%	27%
	妊娠22週以降、妊娠24週未満	14	16	36%	19%	24%
	妊娠22週未満	14	17	36%	20%	25%
	産婦	14	28	36%	33%	34%
	特に週数は決めていない	21	27	54%	32%	39%
問4－2	濃厚接触者の分娩に対応	39	81	100%	95%	97%

表6　濃厚接触者妊婦受入施設

問4－4	受入病棟	総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 85	総合	地域	全体
分娩開始前	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病棟	17	51	44%	60%	55%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病床	22	38	56%	45%	48%
	その他の病床	5	4	13%	5%	7%
経腟分娩中	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病棟	5	16	13%	19%	17%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病床	28	53	72%	62%	65%
	その他の病床	4	5	10%	6%	7%
	分娩(帝王切開を含)には対応しない、もしくは経腟分娩には対応しない(帝王切開のみ対応する)	3	12	8%	14%	12%
産褥	産科病棟以外の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病棟	19	46	49%	54%	52%
	産科病棟内の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応病床	19	37	49%	44%	45%
	その他の病床	4	5	10%	6%	7%

・「PCRは陰性なのに濃厚接触者ということで、病院としてはコロナとして扱いましょう、ということになり、感染対策上やむなく帝王切開した。それでほんとにいいのか、どこまで用心したらいいのか、わからないので困った。」
・「濃厚接触者はコロナ陽性、陰性、どちらの可能性もあるため、コロナの患者さんとも一緒の部屋にできないし、かといって一般の部屋に入れることもできないし、管理する場所をさらに別に用意しないといけないのが負担である。」
・「濃厚接触者妊婦も、病棟管理以外は陽性妊婦と同様の感染対策をしている。産科病棟では、健康な妊婦や褥婦が多い中、医療者が個人防護具を廊下で着用しており、余計な不安を与えてしまった。産科病棟でのゾーニングの難しさを感じた。」
・「当院ではコロナ陽性妊婦の分娩には対応していないので、濃厚接触者が陽性と判明した場合にはどう対処するかの対応に苦慮した。結果的には陰性であったので、当院で分娩したが。」
・「感染流行初期に満期の濃厚接触者の対応をしました（夫が発症の濃厚接触者）。健康観察期間内に陣痛が始まる可能性が高く、関係部門と協議の上で予定帝王切開としましたが、本当に帝王切開すべきか悩みました。」

⑤　COVID-19陽性妊婦受入施設における分娩対応体制（表7、表8）

○分娩方針について、「総合」で65%、「地域」で59%、全体で61%の周産期母子医療セ

表7 陽性妊婦受入施設 分娩方針(1)

		総合周産期母子医療センター 37	地域周産期母子医療センター 73	総合	地域	全体
問5－1 分娩に対応する場合の方針	帝王切開	24	43	65%	59%	61%
	状況によって判断する	13	30	35%	41%	39%
問5－2 帝王切開とする理由	院内感染防止目的	23	42	96%	98%	97%
	分娩室が感染症に対応していないため（陰圧室がない等）	14	20	58%	47%	51%
	個人防護具(PPE)が足りていないため	1	3	4%	7%	6%
	人手がたりないため	7	9	29%	21%	24%
	その他	4	5	17%	12%	13%

表8 陽性妊婦受入施設 分娩方針(2)

問5－4 状況により分娩方法を判断する場合の基準		総合周産期母子医療センター 13	地域周産期母子医療センター 30	総合	地域	全体
	新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の重症度で判断を行う	8	18	62%	60%	60%
	産科的適応で判断する	8	24	62%	80%	74%
	その他	11	10	85%	33%	49%
分娩方法をCOVID-19の重症度で判断する場合	重症	7	14	88%	78%	81%
	中等症	5	13	63%	72%	69%
	軽症	4	8	50%	44%	46%
	無症状	2	7	25%	39%	35%

表9 陽性妊婦受入施設 帝王切開を実施する手術室

問5－6		総合周産期母子医療センター 37	地域周産期母子医療センター 73	総合	地域	全体
	既存の陰圧対応の手術室で対応する	28	44	76%	60%	65%
	臨時的に陰圧対応とした手術室で対応する	1	11	3%	15%	11%
	陰圧対応ではない手術室で対応する	8	19	22%	26%	25%
	その他	1	1	3%	1%	2%

ンターで、帝王切開を選択するとの回答であった。

○　分娩方法として帝王切開を選択すると回答した67施設に対して複数回答で帝王切開を選択する理由をたずねたところ、「総合」で96%、「地域」で98%、全体で97%が「院内感染防止の目的」をあげ、「総合」で58%、「地域」で47%、全体で51%が「（陰圧室がない等）分娩室が感染症に対応していない」ことをあげ、「総合」で29%、「地域」で21%が、全体で24% が「人手が足りない」ことをあげた。その他として「経腟分娩中に必要になる可能性がある緊急帝切に対応できない」「児への産道感染への懸念」が挙げられていた。この結果は、これらの施設では、施設の設備、人員等の課題のため、経腟分娩を選択した場合、感染リスクのコントロールが難しいと判断していること、また、周産期母子医療センターとして産科管理上一定の率で発生する緊急帝王切開への移行ができない条件下での経腟分娩試行は許容されないと判断している施設が存在することを反映していると考えられる。

○状況によって判断し経腟分娩を選択する可能性があると回答した43施設（「総合」35%、「地域」41%、全体39%）に対して、分娩方法を判断する場合の基準を複数回答でたずねたところ、産科的適応で判断する施設が32施設（74%）COVID-19の重症度で判断する施設が26施設（60%）だった。COVID-19の重症度で判断する26施設が、どのレベルで経腟分娩を断念して帝王切開とするかということについては、症状の有無に関わらず帝王切開とする施設が35%、有症状の場合軽症で帝王切開とする施設が46%、中等症なら帝王切開とする施設が69%、重症なら帝王切開とする施設が81%であり、重症度とともに帝王切開を選択する率が高まる傾向にあった。

○それ以外の分娩方法の判断に影響を与える因子としては、18施設から「経腟分娩を行った場合の予想される分娩時間」が挙げられていた。経腟分娩の継続を許容できる時間としては「短時間」「1-2時間」という施

設から24時間というものまで幅があった。

○陽性妊婦を受け入れて帝王切開を行う場合、実際に使用する手術室について複数回答で聞いたところ（表9）、陰圧対応の手術室を使用すると回答したのは、「総合」で79%、「地域」で75%、全体で76%であり、陰圧対応でない手術室を使用すると回答したのは、「総合」で22%、「地域」で26%、全体で25%だった。周産期母子医療センターは比較的規模の大きい病院に設置されることが多いが、25%は陰圧設備のない手術室を使用せざるを得ない状況にあると考えられた。

○COVID-19陽性妊婦の分娩方法について：COVID-19陽性妊婦の分娩方法について、帝王切開を選択する施設が60%程度と多数を占めていた。状況によると回答した40%程度の施設では、産科的適応及びCOVID-19の重症度という一般的な判断基準に加えて、経腟分娩を行った場合の使用時間の見通しを挙げ、その施設の判断で長時間に及ぶと想定される場合は帝王切開を選択するという施設が相当数存在していた。その理由としては院内感染防止を挙げる施設が大多数だった。過半数の周産期母子医療センターが自施設の設備、機器、人員の現状では、COVID-19陽性妊婦の分娩に際して自施設で長時間に及ぶ経腟分娩を安全に管理することはできない、という判断を行ったことになる。

○このような判断は、後述する周産期母子医療センターの構造や設備上の課題に加えて、以下に示す複数の要因に基づいて行われたと考えられる。

・母児への未知の影響への懸念：COVID-19の世界的流行の当初、2020年４月ころまで、母児への影響が明らかになっておらず、中国、欧米において大多数の例で帝王切開が選択されていた。経腟分娩による母子感染が強く懸念されていた。

・院内感染への懸念：わが国の周産期母子医療センターでは、分娩室・手術室の感染症対応に特化した設備が整備されている施設は少ない。分娩対応に際しては通常診療とCOVID-19感染妊婦の診療を同時に並行して進める必要があるが、整備が不十分な施設では、分娩室のゾーニング、職員及び患者・妊産婦動線の分離が難しく、院内感染防止という観点からは万全の体制とは言えない。日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本産婦人科感染症学会の「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応」では、安全性を考慮して医療資源上の課題を分娩様式の決定の要因とすることについて以下のように言及し、「現時点でCOVID-19 感染のみで帝王切開の適応にすべきとする根拠はありません。しかし、施設の感染対策に割くことができる医療資源、肺炎など妊婦さんの全身状態に鑑みて、分娩管理時間の短縮を目的とした帝王切開を考慮してください。もちろん経腟分娩の方が早い場合もありますので、妊婦さんと医療スタッフの安心安全を第一にご判断ください。」（調査実施時点の最新版（2020年9

月））と述べていた。

・周産期医療における高水準の安全性確保のための緊急帝王切開術実施の必要性：通常の分娩においても一定の頻度で緊急帝王切開術の必要性が生じるのが現代の産科医療の現実である。周産期母子医療センターでは、ハイリスク妊娠、分娩を担当しているため、緊急帝王切開に関してはその施設要件上、24時間体制で30分以内に開始できる体制が求められている。（帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員を配置）また、産科医療では、骨盤位や帝王切開術既往症例等において、頻度は低くても超緊急帝切が必要となる可能性のある分娩において、緊急時に適切に対応できないことが想定される場合は、（30分以内の体制が整備されている病院でも）選択的帝王切開術を行うのが標準的な医療になっている。COVID-19陽性患者の手術に対しては、感染対策を重視する観点から緊急手術を避け、できる限り予定手術で対応するのが通常の対応となっており、周産期母子医療センターで行われているような超緊急帝王切開には対応できる病院は非常に限定されている。手術室が緊急帝王切開術に対応できない場合のであれば、COVID-19陽性妊婦の分娩に際しては、児にとっての安全性を最大限確保するという観点から選択的帝王切開術を選択せざるを得ない。

○COVID-19陽性妊婦の分娩に際して、分娩方法として帝王切開を選択すると回答した「総合」24施設、「地域」43施設に、「妊婦が経腟分娩を希望した場合の対応」について聞いたところ、自施設で経腟分娩を試行するとの回答は「総合」で17%、「地域」で16%、全体で16%と比較的少数であり、他院を紹介するとの回答が「総合」で33%、「地域」で49%、全体で43%となっていた。その他と回答した「総合」50%、「地域」35%、全体40%の27施設に自由記載で具体的な説明を求めたところ、地域に経腟分娩を実施する施設はないので帝王切開の方針を受け入れるように説得するという回答が最も多く、他には、帝王切開の方針については妊娠中から同意を得ている、方針を拒否されるという経験はない、想定していない、等の回答があった。希望を考慮して柔軟に対応する趣旨の回答は3施設のみだった。

○調査結果から、COVID-19陽性妊婦の分娩対応においては、周産期母子医療センター側の対応能力が非常に限定されていること、そのためその施設の設備や人員等通常業務に付加的に加わっている感染症対応のためのリソースの内容と量によって対応方針が決まっていることがうかがえる。その方針は現場の裁量では調整がむずかしいため、COVID-19対応においては、通常の診療では可能な妊婦の希望や要望に対応して柔軟に対応することが難しい現状が示されているものと考えられる。

⑥　COVID-19疑い妊婦・濃厚接触者妊婦受入施設における分娩対応体制（表10, 表11）

○COVID-19感染の有無が確定していない疑い妊婦及び濃厚接触者妊婦の分娩方法については、帝王切開と決めている施設が「総合」で8%、「地域」で27%、全体で20%であり、状況によって判断するとしている施設が「総合」で92%、「地域」で73%、全体で80%となっていた。帝王切開と決めている施設が過半数であった感染確定例とは対応に違いが認められた。

○帝王切開を選択すると決めている施設のそのような方針決定の理由については、「院内感染防止」及び「分娩施設が感染症に対応していない」という回答が多数を占めた。

○状況によって分娩方法を判断するとしている施設が判断の根拠としてあげたのは、COVID-19を疑う理由になった症状の重症度が57%、産科的適応が71%、その他が28%だった（複数回答）。その他の回答の約6割は、経腟分娩の所要時間が数時間程度であれば経腟分娩、それ以上かかると判断した場合は帝王切開というものであり、残りの約4割は、院内検査の結果を待って陰性であれば経腟分娩、陽性なら帝王切開というものであった。

○COVID-19を疑う理由になった症状の重症度で判断する55施設が、どのレベルで経腟分娩を断念して帝王切開とするかということについては（表11）、症状の有無に関わらず帝王切開とする施設が25%、有症状の場合軽症で帝王切開とする施設が38%、中等症なら帝王切開とする施設が85%、重症なら帝王切開とする施設が84%であり、確定妊婦と同様に重症度とともに帝王切開を選択する率が高まる傾向にあった。

表10　疑い妊婦・濃厚接触者妊婦受入施設　分娩方針

問6－1		総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 83	総合	地域	全体
疑い妊婦または検査及び検査結果待ちの濃厚接触者である妊婦の分娩方針	帝王切開	3	22	8%	27%	20%
	状況によって判断する	36	61	92%	73%	78%
問6－2 帝王切開を選択する理由	院内感染防止目的	3	21	100%	95%	96%
	分娩室が感染症に対応していないため(陰圧室がない等)	2	13	67%	59%	60%
	個人防護具(PPE)が足りていないため	0	3	0%	14%	12%
	人手がたりないため	0	2	0%	9%	8%
	その他	0	3	0%	14%	12%
問6－3 状況により分娩方法を判断する場合のその基準	COVID-19疑い理由になった症状の重症度で判断を行う	21	34	58%	56%	57%
	産科的適応で判断する	23	46	64%	75%	71%
	その他	12	15	33%	25%	28%

表11　疑い妊婦・濃厚接触者妊婦受入施設　分娩方針

問6－4 帝王切開術となる重症度（妊娠についての重症度ではなく、疑う理由になった症状の重症度）		総合周産期母子医療センター21	地域周産期母子医療センター 34	総合	地域	全体
	重症	19	27	90%	79%	84%
	中等症	19	28	90%	82%	85%
	軽症	7	14	33%	41%	38%
	無症状	3	11	14%	32%	25%

⑦　COVID-19関連妊婦への対応における施設整備状況と課題（表12、表13、表14）

○COVID-19関連妊婦の緊急入院時に、一般の妊産婦や患者と動線を分けることができているかどうかを調査したところ、40%以上の施設で分けることができていないことが明らかになった。

○感染性を有する妊産婦と一般の妊産婦の間で、産科病棟、分娩室、手術室でゾー

ニングができているかどうかをたずねたところ、産科病棟については47%、分娩室では約50%でゾーニングができていないという回答を得た。これに対して手術室では70%でゾーニングができていた。

表12 施設の構造 動線・ゾーニング

問7−1 問7−2		総合周産期母子医療センター 47	地域周産期母子医療センター 102	総合	地域	全体
緊急入院時の動線	1:動線を分けられる	27	55	57%	54%	55%
	2:動線を分けられない	19	46	40%	45%	44%
ゾーニング:産科病棟	1:できる	24	53	51%	52%	52%
	2:できない	22	48	47%	47%	47%
ゾーニング:分娩室	1:できる	22	50	47%	49%	48%
	2:できない	24	51	51%	50%	50%
ゾーニング:手術室	1:できる	34	71	72%	70%	70%
	2:できない	12	30	26%	29%	28%

○感染症対応の設備の整備状況を把握する目的で、陰圧設備の整備状況を調査したところ、分娩室及び産科病棟に整備済み、もしくは整備予定の施設は30%未満であり、70%以上で整備の予定がないという結果だった。MFICUは、主として「総合」に設置されているが、「総合」においても整備済み、もしくは整備予定の施設は25%程度であり、70%以上に整備予定がないという結果であった。

表13 施設の構造 陰圧設備の整備状況

問7−3		総合周産期母子医療センター 47	地域周産期母子医療センター 102	総合	地域	全体
MFICU	整備済み	10	4	21%	4%	9%
	整備予定	2	3	4%	3%	3%
	整備予定なし	34	95	72%	93%	87%
分娩室	整備済	9	22	19%	22%	21%
	整備予定	3	7	6%	7%	7%
	整備予定なし	34	74	72%	73%	72%
手術室	整備済み	35	61	74%	60%	64%
	整備予定	1	4	2%	4%	3%
	整備予定なし	10	37	21%	36%	32%
産科病棟	整備済み	9	25	19%	25%	23%
	整備予定	2	1	4%	1%	2%
	整備予定なし	35	76	74%	75%	74%

○整備済みあるいは整備予定の病床数・室数を確認したところ、1ないし2という施設が多数であった。

○分娩には相当の時間がかかり、その間、助産師等の介助者の継続的な手厚いケアが必要になる。感染症専用の分娩ユニットを有する施設はきわめて限定されていると考えられ、COVID-19の感染拡大に際して、自施設の分娩ユニットや産科病棟内で感染妊婦と非感染の一般妊婦のゾーニングの検討の結果、約半数の施設ではゾーニングできないという結論となったと考えられる。

表14 施設の構造 陰圧設備の整備状況 病床数・室数

		総合周産期母子医療センター						地域周産期母子医療センター					
問7−3	病床数・室数	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6以上
MFICU	整備済み	9					1	2	1				
	整備予定	2								2			
分娩室	整備済み	6	2	1				16	3	1	2		
	整備予定	3						6					
手術室	整備済み	19	11	2				49	4	2	3		3
	整備予定	2	1					3					
産科病棟	整備済み	5	2	1	1			14	7		1		2
	整備予定	2											

（施設数）

○COVID-19妊婦への対応自体には陰圧設備は必須とは言えないが、その設備がある施設では、陰圧設備のある環境での対応が院内感染の抑制に有効と判断されているものと考えられる。

○周産期母子医療センターでは、多くの医療資源の投入が必要なハイリスク妊娠分娩の管理が行われている。分娩ユニットも含め感染症対応の設備が整備され、非感染のハイリスク妊娠分娩管理とは独立してCOVID-19感染妊婦への対応を行うことが可能な施設環境であれば、COVID-19感染妊婦の分娩管理を一般の妊婦に近い方法で管理することは可能と考えられるが、設備が不十分で、職員及び他の非感

染妊婦等への感染リスクを排除できない条件下では、通常診療と完全に並行してCOVID-19感染妊婦の分娩管理を行うのは難しく、通常診療の量的抑制あるいは分娩管理方法の調整が必要になると考えられる。

⑧ COVID-19関連妊婦への対応における各施設の取組（表15、表16）

○COVID-19陽性、疑い、濃厚接触者妊婦の受入にあたって、80%以上の施設で立会分娩を中止し、70%以上の施設で面会の禁止措置をとっていた。面会制限を含めれば、ほぼ100%となっていた。

○COVID-19関連妊婦に受入の如何に関わらず、COVID-19感染拡大に対する取組としては、立会分娩の中止を挙げた施設が75%以上となっていた。

○調査票に例示された選択肢以外の回答は非常に多岐にわたっており、また次の設問と回答内容の重複が認められたため、まとめて別紙５－１に整理して示した。各施設での取組の実情を示していると考えられる。

表15 患者の受け入れに当たっての取り組み

問8－1	総合周産期母子医療センター 39	地域周産期母子医療センター 86	総合	地域	全体
MFICUの入院制限を行う	8	3	21%	3%	9%
母体搬送の受け入れ制限を行う	6	15	15%	17%	17%
分娩予約数を制限する	0	5	0%	6%	4%
里帰り分娩の受け入れを中止する	1	1	3%	1%	2%
里帰り分娩受け入れの制限を行う	11	23	28%	27%	27%
立会分娩を中止する	33	71	85%	83%	83%
立会分娩を制限する	4	15	10%	17%	15%
面会を禁止する	29	61	74%	71%	72%
面会を制限する	10	27	26%	31%	30%
妊婦健診の通院間隔を延す	13	20	33%	23%	26%
妊婦健診にオンライン診療を導入する	3	3	8%	3%	5%
その他　対応の内容	4	6	10%	7%	8%
特に何も変更はない	1	3	3%	3%	3%

表16 自院での受入の如何に関わらず取り組んだこと

	総合周産期母子医療センター 47	地域周産期母子医療センター 102	総合	地域	全体
里帰り分娩の受け入れを中止した	1	0	2%	0%	1%
里帰り分娩受け入れの制限を行った	12	26	26%	25%	26%
立会分娩を中止した	37	77	79%	75%	77%
立会分娩を制限した	7	20	15%	20%	18%
妊婦健診の通院間隔を延ばした	14	16	30%	16%	20%
妊婦健診にオンライン診療を導入した	3	3	6%	3%	4%
その他	6	10	13%	10%	11%
特に何も変更はなかった	0	8	0%	8%	5%

⑨ 都道府県のCOVID-19に係る産科医療提供体制（表17、表18、表19）

○都道府県のCOVID-19にかかる産科医療提供体制の整備状況に関する意見を求めたところ、30%程度の施設から整備が不十分という意見が寄せられた。その理由としては、一応の体制はできているが受入能力に限界がある、という意見が多く、現場として対応しきれない状況への懸念が強いことが示された。

○都道府県のCOVID-19にかかる産科症例の受入先調整体制の整備状況に関して調査したところ、30%程度で整備されていないという意見が寄せられた。

○調整担当を担う部署としては、保健所及び都道府県庁の新型コロナ対策本部という回答が多かった。総合周産期母子医療センターが調整を担当するという回答は23%であった。その他としては、大学病院を含む地域の基幹施設が担当しているという回答が多かった。

表19 都道府県の産科症例の受け入れ先調整体制整備状況

問9－3		総合周産期母子医療センター47	地域周産期母子医療センター102	総合	地域	全体
1:整備されている		33	66	70%	65%	66%
2:整備されていない		13	35	28%	34%	32%
問9－4 産科入院調整を行う機関	保健所	20	40	43%	39%	40%
	都道府県庁新型コロナ対策本部など	19	29	40%	28%	32%
	災害時小児周産期リエゾン	10	8	21%	8%	12%
	総合周産期母子医療センター	13	21	28%	21%	23%
	その他	7	11	15%	11%	12%

○各都道府県の受入先調整システムの状況について調査したところ、41都道府県の施設から回答を得た。その結果、これらの41都道府県では受入先調整のシステムが整備されていることが確認された。

⑩ 感染症対策への取組状況（表20）

○平時からの感染症対策への取組状況を確認する目的で、感染症流行を想定した訓練を行っていたかどうか、感染症対応のBCPを策定していたかどうか、都道府県の感染症予防計画の内容を把握していたかどうかについて調査したところ、それぞれ28%、41%、29%という結果であった。COVID-19の感染拡大自体は予測できなかったとしても、新型インフルエンザ等の流行は想定されていたことを考慮すると、周産期母子医療センターにおける平時からの感染症対策への取組には改善すべき課題を示していると考えられる。

表20 感染症対策への取組状況

問10－1 問10－2 問10－3		総合周産期母子医療センター47	地域周産期母子医療センター102	総合	地域	全体
平時より新興感染症・再興感染症の流行が起こった時のための対応訓練を行っていましたか	1:対応訓練していた	12	30	26%	29%	28%
	2:していなかった	34	71	72%	70%	70%
感染症対応の事業継続計画(BCP)を策定	1:策定していた	19	42	40%	41%	41%
	2:策定していなかった	27	59	57%	58%	58%
都道府県の感染症予防計画について内容を把握	1:把握していた	9	34	19%	33%	29%
	2:把握していなかった	37	67	79%	66%	70%

表17 都道府県のCOVID-19に係る産科医療提供体制の整備状況

問9－1	総合周産期母子医療センター 47	地域周産期母子医療センター 102	総合	地域	全体
1:産科症例の受入体制が整備されている	35	64	74%	63%	66%
2:整備されていない	11	37	23%	36%	32%

表18 産科症例の受入体制が整備されていないと考える理由

問9－2	総合周産期母子医療センター47	地域周産期母子医療センター102	総合	地域	全体
陽性妊産婦受け入れ施設を知らない	0	5	0%	5%	3%
陽性妊産婦の受け入れ施設は決まっているが足りないと感じている	10	27	21%	26%	25%
疑い妊産婦の定義等地域としての対応方針が決まっていない、もしくは知らない	2	10	4%	10%	8%
疑い妊産婦の受け入れ施設が決まっていないもしくは知らない	2	3	4%	3%	3%
疑い妊産婦の受け入れ施設は決まっているが足りないと考えている	6	17	13%	17%	15%
濃厚接触者である妊産婦の受け入れ施設が決まっていないもしくは知らない	3	10	6%	10%	9%
濃厚接触者である妊産婦の受け入れ施設が決まっているが足りないと考えている	5	17	11%	17%	15%
陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が決まっていない、もしくは知らない	2	7	4%	7%	6%
陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が足りないと考えている	5	17	11%	17%	15%
その他	1	4	2%	4%	3%

３．新生児領域

〇COVID-19陽性母体から生まれた新生児の受入体制について、（表21、表22、表23）

新型コロナウイルス感染（COVID-19）への対応として、PCR検査陽性妊婦（陽性妊婦）から出生した新生児受け入れるかどうか回答を求めた。回答施設中、児の検査が行われていない、または結果未着の段階でも受け入れると回答したのは、「総合」で37施設（80%）、「地域」で68施設（78%）、全体で105施設（79%）であり、児の検査結果が陰性の場合受け入れると回答したのは「総合」で40施設（87%）、「地域」で70施設（80%）、全体で110施設（83%）だった。児の結果が陽性の場合、受け入れると回答したのは「総合で36施設（78%）、「地域」で67施設（77%）、全体で103施設（77%）だった。（表21）

表21 陽性母体から生まれた新生児 受入の可否

問11		総合周産期母子医療センター 46	地域周産期母子医療センター 87	総合	地域	全体
児の未検もしくは結果未着	1:受け入れる	37	68	80%	78%	79%
	2:受け入れない	9	19	20%	22%	21%
児の検査結果陰性	1:受け入れる	40	70	87%	80%	83%
	2:受け入れない	6	17	13%	20%	17%
児の検査結果陽性	1:受け入れる	36	67	78%	77%	77%
	2:受け入れない	10	20	22%	23%	23%

陽性母体から出生した児に対して、回答施設の概ね80%が、児の検査結果の有無に関わらず受け入れると回答しており、周産期母子医療センターによる、妊婦のCOVID-19感染に関連した新生児の受入体制の整備が進んでいることが示された。

受け入れないと回答した施設にその理由についてたずねたところ、最も多かったのは地域の調整で他施設が受け入れることが決まっているというものであり、その次が人的要因あるいは病床の状況から自施設受入の余裕がないというものであった。回答の傾向は児の検査結果を問わずほぼ同様であった。

表22 陽性母体から生まれた新生児受入の可否 対応方針

問12		総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター			総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター		
対応方針		結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性
呼吸障害等の合併症を有する病的新生児の受け入れ	1:受け入れる	36	39	36	54	59	48	97%	98%	100%	79%	84%	72%
	2:受け入れない	1	1	0	14	11	19	3%	3%	0%	21%	16%	28%
特に合併症を有さない新生児の受け入れ	1:受け入れる	35	37	33	68	70	67	95%	93%	92%	100%	100%	100%
	2:受け入れない	2	3	3	0	0	0	5%	8%	8%	0%	0%	0%
在胎週数別													
妊娠37週以降	1:受け入れる	35	37	33	68	69	67	95%	93%	92%	100%	99%	100%
	2:受け入れない	2	3	3	0	1	0	5%	8%	8%	0%	1%	0%
妊娠32週以降妊娠37週未満	1:受け入れる	36	38	34	60	65	58	97%	95%	94%	88%	93%	87%
	2:受け入れない	1	2	2	8	5	9	3%	5%	6%	12%	7%	13%
妊娠28週以降妊娠32週未満	1:受け入れる	35	37	34	35	40	33	95%	93%	94%	51%	57%	49%
	2:受け入れない	2	3	2	33	30	34	5%	8%	6%	49%	43%	51%
妊娠24週以降妊娠28週未満	1:受け入れる	34	36	34	23	26	22	92%	90%	94%	34%	37%	33%
	2:受け入れない	3	4	2	45	44	45	8%	10%	6%	66%	63%	67%
妊娠22週以降妊娠24週未満	1:受け入れる	31	33	32	18	19	17	84%	83%	89%	26%	27%	25%
	2:受け入れない	6	7	4	50	51	50	16%	18%	11%	74%	73%	75%

表23　陽性母体から生まれた新生児　受入方針

問13 受入方針		総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター			総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター		
		結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性	結果未検未着	結果陰性	結果陽性
特に合併症を有さない新生児の受け入れ病棟	産科病棟の新型コロナウイルス感染症対応新生児病床	6	7	6	9	5	6	17%	19%	18%	17%	8%	13%
	産科病棟の一般新生児室(隔離あり)	5	7	3	13	13	12	14%	19%	9%	24%	22%	25%
	産科病棟の一般新生児室(隔離なし)	0	6	0	1	6	1	0%	16%	0%	2%	10%	2%
	母児同室(隔離あり)	1	5	5	7	11	9	3%	14%	15%	13%	19%	19%
	NICUの新型コロナウイルス感染症対応病床	22	19	23	35	32	33	63%	51%	70%	65%	54%	69%
	その他の病床(通常NICU病床含む)	6	7	5	21	22	22	17%	19%	15%	39%	37%	46%
呼吸障害等の合併症を有する病的新生児の受け入れ病棟	産科病棟の新型コロナウイルス感染症対応新生児病床	0	0	0	6	2	5	0%	0%	0%	11%	3%	10%
	産科病棟の一般新生児室(隔離あり)	0	0	0	6	5	5	0%	0%	0%	11%	8%	10%
	産科病棟の一般新生児室(隔離なし)	0	0	0	1	1	0	0%	0%	0%	2%	2%	0%
	母児同室(隔離あり)	0	0	1	2	2	1	0%	0%	3%	4%	3%	2%
	NICUの新型コロナウイルス感染症対応病床	28	26	30	34	32	30	78%	67%	83%	63%	54%	63%
	その他の病床(通常NICU病床含む)	9	15	6	19	28	16	25%	38%	17%	35%	47%	33%

○受入可能な在胎期間については、「総合」では妊娠22週以降多くの施設が受け入れると回答し、「地域」では妊娠28週以降は受入可能とする施設が多かった。この違いはその施設本来の早産児への診療能力を反映しているもので、COVID-19が関係しているものではないと考えられた。（表22）

○特に合併症を有さない新生児の受け入れ病棟については、児の検査結果の有無に関わらずNICUの対応病床が多く、通常のNICU病床を含むその他の病床、産科病棟の新生児室で隔離するというものがそれに次いでいた。

○呼吸障害等の合併症を有する病的新生児の受け入れ病棟については、児の検査結果の有無に関わらずNICUの対応病床または通常のNICUを含むその他の病床での受入となっていた。（表23）

⑪　COVID-19関連新生児への対応における施設整備状況と課題（表24、表25、表26）

○COVID-19関連新生児の緊急入院時に、一般の患者と動線を分けることができているかどうかをたずねたところ、60%以上の施設で分けることができていないとの回答であった。

○感染性を有する可能性のある新生児と一般の新生児の間で、NICU、GCU、新生児室でゾーニングができているかどうかについて調査したところ、NICUでは36%、GCUでは

表24　新生児　施設の構造　動線･ゾーニング

問14－1　問14－2		総合周産期母子医療センター 46	地域周産期母子医療センター 87	総合	地域	全体
新生児　緊急入院時の動線	1:動線を分けられる	19	27	41%	31%	35%
	2:分けられない	27	60	59%	69%	65%
新生児ゾーニング　NICU	1:ゾーニングできる	34	51	74%	59%	64%
	2:できない	12	36	26%	41%	36%
新生児ゾーニング　GCU	1:ゾーニングできる	20	29	43%	33%	37%
	2:できない	26	58	57%	67%	63%
新生児ゾーニング　新生児室	1:ゾーニングできる	15	22	33%	25%	28%
	2:できない	31	65	67%	75%	72%

60%以上、新生児室では70%以上でゾーニングができていないという回答であった。

○感染症対応の設備の整備状況を把握する目的で、陰圧設備の整備状況を調査したところ、NICUについては、「総合」では57%で整備済みあるいは整備予定となっていたが、「地域」では33%であった。新生児室については、「総合」も「地域」も90%以上が整備予定はないと回答した。

○整備済みあるいは予定の病床数としては１床ないし２床という施設が大多数であった。

表25　新生児　施設の構造　陰圧設備の整備状況

問14－3		総合周産期母子医療センター 46	地域周産期母子医療センター 87	総合	地域	全体
NICU	整備済み	23	27	50%	31%	38%
	整備予定	3	2	7%	2%	4%
	整備予定なし	21	60	46%	69%	61%
新生児室	整備済み	2	8	4%	9%	8%
	整備予定	1	2	2%	2%	2%
	整備予定なし	44	78	96%	90%	92%

表26　陰圧施設の整備状況　病床数

		総合		地域								
病床数		1	2	1	2	3	4	6	9	10	15	18
NICU	整備済み	17	6	20	4		1	6	1			
	整備予定	1	2	1								
新生児室	整備済み	1	0	3			1	6		1	1	1
	整備予定	0	0			1						

（施設数）

⑫　COVID-19関連新生児への対応における各施設の取組（表27、表28）

○COVID-19関連新生児の受入施設における取組として最も多かったのは「面会制限」であり、これに「NICUの入院制限」「面会禁止」が続いていた。

○回答施設全体でも「面会制限」「面会禁止」が最も多い取組であった。

表27　患者の受け入れに当たっての取り組み

問15－1	総合周産期母子医療センター 40	地域周産期母子医療センター 70	総合	地域	全体
NICUの入院制限を行う	19	24	48%	34%	39%
新生児搬送の受け入れ制限を行う	15	17	38%	24%	29%
面会を禁止	8	26	20%	37%	31%
面会を制限	24	40	60%	57%	58%
その他	5	6	13%	9%	10%
特に何も変更はない	4	6	10%	9%	9%

受入にあたっての病院の取り組み　その他

- 総合　今後、NICU/GCU面会者のPCR検査を予定している
- 総合　専用病室を2床作成
- 総合　新規新型コロナウィルス感染症(COVID)患者(疑似症例も含む)を1人受け入れた場合と仮定してお答えしました。NICUの入院制限や新生児搬送の受け入れ制限は、COVID患者がいなければ致しておりませんが、現状ではCOVID患者が1人入院した場合は、2人目以降はCOVID患者受け入れはしておりません。また、COVID患者入院の場合は患者2人分とカウントすることで入院制限をしております。結果として、NICUの入院制限と新生児搬送の受け入れ制限が発生することになります。
- 総合　COVID-19母体の母乳は入院中は原則使用しない
- 総合　基本的には沖縄県周産期リエゾンにて当院は新型コロナ感染症例を受け入れない施設として対応しています
- 地域　一般新生児はコロナ病棟でクベース隔離をする 可能なら母とも別の個室にする
- 地域　県内の総合周産期センター2施設のうち1施設、地域周産期センター1施設をCOVID-19の原則非対応施設として温存しており、その他の施設でCOVID-19陽性周産期患者を診療する計画としており実行している。そのため、COVID-19陽性の場合はそれを念頭に搬送を振り分けることがありうる。（受け入れ制限）
- 地域　実際に受け入れた後での制限強化については、現時点では決定していない。
- 地域　小児科に対応を任せている。
- 地域　スタッフの増員
- 地域　他院出生の新生児搬送の受入時に数日間隔離している

表28　自院での受入の如何に関わらず取り組んだこと

問15－2	総合周産期母子医療センター 40	地域周産期母子医療センター 70	総合	地域	全体
面会を禁止	6	31	15%	44%	34%
面会を制限	39	57	98%	81%	87%
その他	1	2	3%	3%	3%
特に何も変更はない	2	4	5%	6%	5%

その他

- COVID-19母体の母乳は入院中は原則使用しない
- 小児科対応。
- 常に、入室前に状態、状況の確認をしている。入院時にも説明をしている。

⑬　都道府県のCOVID-19に係る新生児症例受入体制（表29、表30）

○都道府県のCOVID-19に係る新生児症例受入体制については、約40%の施設が「整備されていない」という懸念を表明した。その理由として、70%は受入施設が少ないことをあげた。対象新生児が増加した際の対策が十分でないと感じているためと思われた。「その他」としては、地域のNICUの絶対的不足、施設間連携、広

域連携体制の未整備などが指摘されていた。

○都道府県の新生児症例の受入先調整体制については、約30%の施設が「整備されていない」と回答した。受入先調整機関としては、妊婦の場合と比較して総合周産期母子医療センターやリエゾンが関与する割合が高くなっていた。新生児の受入先調整にはより専門的な検討が必要となることが関与している可能性が考えられた。

表29 都道府県の新生児症例受入体制整備状況

問16－1 問16－2		総合周産期母子医療センター46	地域周産期母子医療センター87	総合	地域	全体
都道府県の新生児症例受入体制整備状況	1:整備されている	27	52	59%	60%	59%
	2:整備されていない	19	35	41%	40%	41%
整備されていないと考える理由	陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が決まっていない、もしくは知らない	1	4	5%	11%	9%
	陽性・疑い・濃厚接触者の妊産婦から生まれた新生児の受け入れ施設が足りないと考えている	14	24	74%	69%	70%
	その他	4	10	21%	29%	26%

表30 新生児症例の受入先調整体制整備状況

問16－3 問16－4		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	総合	地域	全体
新生児症例の受入先調整体制	1:整備されている	33	57	72%	66%	68%
	2:整備されていない	13	30	28%	34%	32%
新生児症例の入院調整を行う機関	保健所	16	29	35%	33%	34%
	都道府県(コロナ対策本部など)	18	22	39%	25%	30%
	災害時小児周産期リエゾン	14	14	30%	16%	21%
	総合周産期母子医療センター	17	25	37%	29%	32%
	その他	2	9	4%	10%	8%

都道府県の新生児症例受入先調整体制 その他

- 総合　体制は整備されているが受け入れられるかどうか不安がある
- 総合　大学病院
- 総合　県内のブロックで、軽症例、中等症、重症の新生児の診療をする施設が決まっている。但し、症例数が予定病床を超えた場合の対応は困難になることが予想される。
- 総合　新生児症例が発生した際には地域の総合周産期センターに連絡があり、まず地域で調整を図り、空床がないときには災害時小児周産期リエゾングループ内で適時調整を図る
- 総合　新生児のみの症例は扱わない。母体COVID19陽性・疑いの場合、保健所が地域の施設で調整し、決まらない場合は小児周産期リエゾンに調整依頼し、母体とともに受け入れられる施設を探している。
- 地域　当院を含む地域周産期
- 地域　大学病院
- 地域　○○県周産期医療ネットワーク(○○県立こども病院)
- 地域　大学病院 NICU
- 地域　当院の産科で妊婦検診を行っている妊婦の発症例のみに対応
- 地域　当院
- 地域　母体搬送・新生児搬送コーディネーター
- 地域　NMCS(新生児診療相互援助システム)
- 地域　地域周産期母子医療センター

別添3

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究　小児医療分野

研究分担者　氏名　平山　雅浩
所属　三重大学大学院医学系研究科小児科学　教授

研究要旨：小児（15歳未満）診療病院の新型コロナウイルス感染症への対応状況を把握し、適切な受入体制等のあり方について検討することを目的に、アンケート調査を行った。小児内科入院患者数、小児科急性外来患者数、診療時間外の小児科患者数は、新型コロナウイルス感染流行前に比較し流行後で減少しており、減少率は小規模な病院において顕著であった。新型コロナウイルス感染予防策は、新型コロナウイルス以外の感染症予防にも有効であったと考えられる。また、新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れに関し、地域において小児医療提供体制全般で役割分担がなされていることが明らかになった。

研究協力者氏名
大山　昇一　済生会川口総合病院　主任部長
和田　和子　大阪母子医療センター新生児科　主任部長
種市　尋宙　富山大学医学部小児科　講師
豊田　秀実　三重大学大学院医学系研究科小児科　准教授

A．研究目的

今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、地域の医療提供体制に過大な影響があったこと等を踏まえ、地域の実情に応じた医療提供体制の確保に向けた国の検討資料として活用するため、小児医療における医療機関等への影響等を明らかにすることを目的とした。小児（15 歳未満）診療病院の新型コロナウイルス流行への対応状況を把握し、適切な受入体制等のあり方について検討するとともに、得られた知見を集約し、新型コロナウイルス感染症が地域医療に与えた影響について取りまとめた。

新型コロナウイルス感染症が小児医療に与える影響調査のコンセプト

1．新型コロナウイルス感染が認められなかった平成 31 年・令和元年の月別の診療実績情報と、感染拡大が認められた令和 2 年の月別の診療実績情報を集積することで、新型コロナウイルス感染拡大による各医療機関の診療体制・内容の変化を明らかにする。
2．新型コロナウイルス感染拡大による病院への受診控えが、医療にどのような影響を及ぼしているか、平成 31 年・令和元年と令和 2 年の実績を比較することで明らかにする。
3．新型コロナウイルス感染拡大による現場医師の負担の変化や、新規に取り組んだ対策（病院内の連携等）を調査する。
4．新型コロナウイルス感染患者受け入れ病院と、非受け入れ病院に分けて情報を解析することで、新型コロナウイルス感染患者受け入れによる課題・問題点を明らかにする。

B．研究方法

調査対象施設は、小児中核病院（※１）206 施設、小児地域医療センター（※２）634 施設、小児地域支援病院（※３）69 施設の合計 909 施設とした。調査回答入力時点において、新型コロナウイルス感染の有無にかかわらず、小児患者の受入の実態とそれに伴って生じた課題を、小児医療分野基本票と分野別調査票に分けてアンケート調査した。

（※１）三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能（高度小児専門医療、小児救命救急医療）を担う医療機関

（※２）小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能（小児専門医療、入院小児救急）を担う医療機関

（※３）小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科であり、

小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で１時間以上）であるもの
疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成 29 年３月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和２年４月１３日一部改正））

（倫理面への配慮）
倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い、調査票の返送をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。

C．研究結果
小児医療分野基本票には 335 施設（36.9%）、小児医療分野別調査票には 275 施設（30.3%）から回答が得られた。小児入院病床数の平均は 25.4 床（中央値 17 床；0 － 300 床）で、335 施設中 114 施設は小児病床を持たなかった。小児入院管理料別の回答状況は、管理料 1 を算定している総施設（76 施設）のうち 28 施設（回答率 36.8%）から回答が得られ、管理料 2 は 187 施設中 59 施設（回答率 31.5%）、管理料 3 は 97 施設中 35 施設（回答率 36.1%）、管理料 4 は 372 施設中 78 施設（回答率 21.0%）、管理料 5 は 151 施設中 9 施設（回答率 6.0%）であった（表 1）。
小児医療分野別調査票に回答が得られた 275 施設のうち、小児の新型コロナウイルス感染患者の診療を行うと回答した 185 施設（67.3%）のうち、半数以上の施設で、疑い患者を含めて小児の新型コロナウイルス感染患者を診療した実績は無く、重症例を診療した実績はほとんど認められなかった（表 2）。疑い例を含む新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れは、小児入院医療管理料 1・2 を算定する施設に集中していた（表 3）。このことから、新型コロナウイルス感染の小児患者はまれであり、重症化は極めてまれであることが推察される。
新型コロナウイルス流行前は、発熱や呼吸症状のある小児患者を大部屋で受け入れていたが、流行後は個室で受け入れる傾向がみられた（コロナ流行前：大部屋対応 26.9%、個室対応 57.5%　コロナ流行後：大部屋対応 10.9%、個室対応 71.3%）（表 4）。
新型コロナウイルス感染ピーク時において、20-30%の施設で、「入院患者の受け入れ制限」、「早期退院の促進」、「病室を閉鎖し、新型コロナ対応病室に配置」などの対策を行っていた（表 5）。
一般小児急性外来で、医師 1 人当たり 1 時間に診療可能な人数は、66%の施設で減少していた（表 6）。
新型コロナウイルス感染流行前後における診療実績の変化について、小児内科入院患者数は 5 月に前年比 30%以上減少したが、小児内科以外（耳鼻科・眼科・小児外科等）の小児入院患者数の減少は 20%程度であった（表 7）。小児内科急性・慢性外来患者数はともに減少したが、減少率は急性患者において顕著であり、診療時間外の外来患者数の減少は著しかった（最大 65%の減少）（表 7）。
小児内科入院患者数、小児科急性外来患者数、それに診療時間外の小児科患者数の変化を小児入院医療管理料別でみると、管理料 1 や 2 を算定する規模の大きな施設より、管理料 3、4、5 を算定する比較的規模の小さい施設で顕著であった（表 8-10）。診療時間外の小児科患者数は、規模の大きな病院でも著しく減少（60%以上）していた（表 10）。
新型コロナウイルス感染小児患者を受け入れ不可としていた施設は、コロナ患者の受け入れの役割のない施設であることが多かった（表 11）。
新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れの可否は、施設独自で判断した場合と、都道府県の調整による場合が、ともに 40%程度であった（表 12）。
新型コロナウイルス感染対策に関する行政との会議への参加は、30%の施設にとどまった。規模の大きな施設ほど、会議への参加率が高かった（表 12）。会議開催により地域の小児医療提供体制に変化はなかったと回答した施設は、会議に参加した施設の 60%に上った（表 13）。

D．考察
【コロナ流行前後における外来患者数の変化】
急性外来および時間外の小児内科患者と、小児内科の入院患者が減少した理由は、新型コロナウイルス感染予防策により、新型コロナウイルス以外の感染症の流行を防ぐことができたことが挙げられる。また、慢性外来受診者の減少は、電話再診や長期処方の普及によると考えられる。診療時間外の患者数の減少が顕著であった理由は、感染対策が奏功したことに伴う二次的な併発症の減少、新型コロナウイルス感染を危惧しての受診控えが影響したものと考えられる。
【小児コロナ患者の受け入れ】
重症者を大規模施設に集める集約化は、うまく機能し継続が望まれる。小児入院医療管理料 3・4・5 を算定する施設の 85%で、新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れを可能としており、急性疾患を診療する施設としての機能を果たそうと努力していたと考えられる一方、実際の小児患者の入院受け入れは、小児入院医療管理料 1・2 を算定する施設に集中している。小児で新型コロナウイルス感染のパンデミックが発生、あるいは小児が流行の中心となり重症化するような新興・再興感染症のパンデミックが発生した場合、いまの小児医療提供体制が機能するか否かは不明であり検討が必要である。
【感染予防策による影響】
感染予防策により小児の感染性疾患が減少したことは喜ばしいことである。一方、感染予防策により、健全な小児の発育・発達に欠かすことのできない、教育、遊び、家族以外の人々や子どもどうしの触れ合いが犠牲になったことも事実である。新型コロナウイルス感染が収束し、今までの生活が再開された

後に、再度、例年並みに小児の感染性疾患が増加することは否定できないため、小児医療提供体制の現状維持は必要である。

全体の約 60%の施設で、1 時間あたりに診療可能な患者数が減少している。理由としては、感染防御対策に時間を要していることや、外来患者が減少したことにより、ひとりあたりにかける時間が十分取れるようになったこと、軽症患者が減って中等～重症患者の割合が増えたため時間を要するようになったことが考えられる。

【これからの小児感染症対策】

今後新型コロナウイルス以外の新興・再興感染症対策として、大部屋ではなく個室運用ができる病室の整備が望まれる。なお、今後も発生すると予想されるパンデミックに備えるとの観点から、全国の小児が入院できる医療施設にその規模に合わせて多目的に利用可能な個室を整備していくことが必要と考えられる。

新型コロナウイルス感染小児患者を受け入れていない施設は、「感染症以外の疾患を受け入れる役割の病院」であると考えられ、地域において小児医療提供体制全般で役割分担がなされていると考えられた。

行政により新型コロナウイルス感染患者の受け入れの調整をされた一方、施設独自で受け入れ可否を決定した施設も多く、行政との会議により小児医療提供体制への変化は無かったと回答する施設が多かった。新型コロナウイルス感染の小児重症患者の受け入れ施設の調整は、行政の調整を待たずに都道府県を越えて、小児科医間で実施した可能性がある。また、今回の新型コロナウイルス感染症は、小児での重症はまれであり、会議に招集されなかった可能性もある。今後、小児に影響の大きなパンデミックや災害等の非常事態に対応するためには、平時から行政との連携（地域における病床の運用、人的配置）強化が必要である。

E．結論

新型コロナウイルス感染予防策により、新型コロナウイルス以外の感染症予防にも有効であった。新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れに関し、地域において小児医療提供体制全般で役割分担がなされていた。

F．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

G．研究発表

1.　論文発表

該当なし

2.　学会発表

該当なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

表 1：小児入院医療管理料別の施設数（回答：335 施設）

	小児入院医療管理料					
	1	2	3	4	5	算定無し
回答施設数	28	59	35	78	9	126
回答率	48.3%	32.6%	36.10%	23.30%	6.80%	

表 2：新型コロナウイルス感染（疑いも含む）小児患者数（回答：185 施設）

令和2年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
入院患者数（疑いも含む）	0	0.1	0.2	1.3	1.4	1.8	3	3.5	3.1	3.8
	0 － 0	0 － 3	0 － 6	0 － 46	0 － 47	0 － 65	0 － 110	0 － 101	0 － 100	0 － 151
重症例	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0 － 0	0 － 0	0 － 0	0 － 1	0 － 0	0 － 1	0 － 0	0 － 1	0 － 1	0 － 1
外来患者数（疑いも含む）	0.1	0.1	0.6	2.4	2.1	3.9	7.8	9.5	7.3	9.2
	0 － 7	0 － 6	0 － 44	0 － 43	0 － 95	0 － 125	0 － 143	0 － 169	0 － 144	0 － 159
確定診断例	0	0	0	0.1	0	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2
	0 － 0	0 － 1	0 － 4	0 － 4	0 － 1	0 － 3	0 － 6	0 － 6	0 － 3	0 － 5

表 3：小児入院医療管理料別で見た、新型コロナウイルス感染小児入院患者数（回答：124 施設）

小児入院医療管理料	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1 （14施設）	0	0.07	0.36	6.14	7.14	9.14	18	16	15.5	21.2
2 （23施設）	0	0.22	0.39	2.48	1.96	2.91	4.52	6.39	5.48	7.39
3 （21施設）	0	0.05	0.14	0.52	0.38	0.43	0.86	2.14	1.76	1.24
4 （36施設）	0	0.03	0.06	0.36	0.3	0.5	0.5	0.67	0.86	0.81
5 （2施設）	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
算定無し （28施設）	0	0	0	0.61	0.24	0.2	0.72	1.88	1.36	1

表 4：発熱や呼吸症状のある小児患者の入院時の対応（回答：275 施設）

	大部屋	個室	感染症病棟	受け入れ無し
平成31年・令和元年	74	158	13	30
	26.90%	57.50%	4.70%	10.90%
令和2年	30	196	18	31
	10.90%	71.30%	6.50%	11.30%

表 5:新型コロナウイルス感染ピーク時における小児患者入院体制の変更（回答:275 施設）

	合計	あった	なかった
入院患者の受け入れ制限	275	74	201
	100%	26.90%	73.10%
早期退院の促進	275	56	219
	100%	20.40%	79.60%
病室を閉鎖し、新型コロナ対応病室に配置	275	89	186
	100%	32.40%	67.60%

表 6：一般小児急性外来で、医師 1 人当たり 1 時間に診療可能な人数（コロナ流行後）

合計	全く影響なし	10%未満減少	10%～20%減少	20%～30%減少	30%～40%減少	40%～50%減少	50%～60%減少	60%～70%減少	70%～80%減少	80%～90%減少	90%以上減少
275	92	38	32	31	26	14	25	7	5	4	1
100%	33.50%	13.80%	11.60%	11.30%	9.50%	5.10%	9.10%	2.50%	2%	1.50%	0.40%

表 7：新型コロナウイルス感染流行前後における診療実績の変化（回答：355 施設）

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
小児内科入院患者数	平成31年・令和元年	461.4	421.8	482.1	473.5	508.9	489.2	511.2	512.3	500.8	501.4
	令和2年	460.8	436.1	426.4	359.5	351.6	367.9	398.6	396.6	379.4	406
	減少率	0%	-3%	12%	24%	31%	25%	22%	23%	24%	19%
小児科以外入院患者数	平成31年・令和元年	216.8	213.3	247.7	216.4	205.8	217.7	256.7	272.1	221.2	231.3
	令和2年	213.4	214.2	235.5	185.8	162.7	230.4	221.8	243.1	216	225.7
	減少率	2%	0%	5%	14%	21%	-6%	14%	11%	2%	2%
小児科急性外来患者数	平成31年・令和元年	566.7	482.5	545.7	509.7	507.4	503.9	574	574.1	502.3	516.5
	令和2年	502.2	439.4	434.4	296.4	259.4	349.6	389	416.6	377.1	421.5
	減少率	11%	9%	20%	42%	49%	31%	32%	27%	25%	18%
小児科慢性外患者数	平成31年・令和元年	408.9	379.8	452.7	415.5	391.8	403.8	464.2	481.3	406.1	425.7
	令和2年	400.1	363.1	400.7	279.9	251	334.6	370.7	396.7	359.8	386.1
	減少率	2%	4%	11%	33%	36%	17%	20%	18%	11%	9%
診療時間外患者数	平成31年・令和元年	195.4	127.3	127.3	143	169.7	137.7	147.2	148	142.8	127.3
	令和2年	156.2	116.7	84.1	56.5	59.7	65.2	80.2	82.8	78.2	80.3
	減少率	20%	8%	34%	60%	65%	53%	46%	44%	45%	37%
紹介患者数	平成31年・令和元年	67.5	64.3	76.4	76.1	75.5	80	88.7	86.1	75.1	74.9
	令和2年	68.7	63.4	61.3	41.9	36.5	53.6	60.1	64.4	60.9	65.5
	減少率	-2%	1%	20%	45%	52%	33%	32%	25%	19%	13%
逆紹介患者数	平成31年・令和元年	47.2	46.3	58.6	46	44.6	48.9	52.5	53.1	47.9	46.3
	令和2年	44.5	43.2	54.1	28.8	24.6	33.4	38.6	39.9	38.1	40.5
	減少率	6%	7%	8%	37%	45%	32%	26%	25%	20%	13%

表 8：小児入院医療管理料別で見た、小児内科入院患者数の変化（回答：186 施設）

小児入院医療管理料		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1（17施設）	平成31年・令和元年	2373.1176	2234.4118	2545.1765	2415	2510.0588	2622.6471	2806.3529	2753.5294	2614.2353	2689.0588
	令和2年	2525.0588	2431.0588	2416.8824	2126.2941	2046.9412	2104.3529	2228.8235	2279.4118	2172.1176	2368.2353
	減少率	-6%	-9%	5%	12%	18%	20%	21%	17%	17%	12%
2（32施設）	平成31年・令和元年	652.6875	605.125	689.34375	700.46875	713	716.875	729.375	744.0625	705.78125	737.28125
	令和2年	648.5	617.28125	613.53125	498.15625	483.0625	519.0625	577.5	547.125	544.5625	583.75
	減少率	1%	-2%	11%	29%	32%	28%	21%	26%	23%	21%
3（24施設）	平成31年・令和元年	396.70833	357.83333	396.45833	451.91667	459.66667	455.375	475.33333	460.33333	455.45833	407.75
	令和2年	371.08333	358.08333	327.79167	253.70833	238.875	249	287.58333	294.20833	270.04167	287.875
	減少率	6%	0%	17%	44%	48%	45%	39%	36%	41%	29%
4（46施設）	平成31年・令和元年	316.08696	289.58696	334.28261	320.78261	338.1087	340.56522	353.80435	354.56522	368.23913	332.17391
	令和2年	304.15217	292.73913	255.15217	206.84783	189.28261	205.17391	229.71739	231.34783	213.23913	238.41304
	減少率	4%	-1%	24%	36%	44%	40%	35%	35%	42%	28%
5（5施設）	平成31年・令和元年	43	50.4	52	67.8	68.2	77.4	77.2	103.8	109.8	106.4
	令和2年	105.6	77.2	90.4	70	78.2	85	77.8	79.6	72.6	70.4
	減少率	-146%	-53%	-74%	-3%	-15%	-10%	-1%	23%	34%	34%
算定無し（62施設）	平成31年・令和元年	132.60702	102.25263	113.93684	111.66667	111.94386	107.50877	116.93684	112.05965	118.7193	112.69474
	令和2年	85.045614	88.936842	76.835088	48.575439	57.2	57.649123	66	72.384912	52.877193	77.554386
	減少率	36%	13%	33%	56%	49%	46%	44%	35%	55%	31%

表 9：小児入院医療管理料別で見た、小児科急性外来患者数の変化（回答：186 施設）

小児入院医療管理料		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1（17施設）	平成31年・令和元年	1732.5294	1616.7647	1959.1176	1616.5294	1655.1176	1668.7059	1968.7059	2042.3529	1686.1176	1776.8235
	令和2年	1715.3529	1401.3529	1795.1176	1182.3529	1019.2941	1510.8824	1611.1176	1802.3529	1606.9412	1651.1176
	減少率	1%	13%	8%	27%	38%	9%	18%	12%	5%	7%
2（32施設）	平成31年・令和元年	718.25	627.65625	752.71875	687.4375	649.375	642.53125	815.6875	833.46875	639.28125	666.40625
	令和2年	661.3125	599	639.71875	439.65625	367.9375	481.375	563.46875	626.09375	524.0625	583.84375
	減少率	8%	5%	15%	36%	43%	25%	31%	25%	18%	12%
3（24施設）	平成31年・令和元年	616	537	610.625	558.29167	554	554.41667	617.75	623.16667	539.33333	556.54167
	令和2年	518.75	464.20833	447.25	312.41667	278.58333	367.83333	393.45833	428.5	397.625	445.04167
	減少率	16%	14%	27%	44%	50%	34%	36%	31%	26%	20%
4（46施設）	平成31年・令和元年	489.54348	411.3913	456.45652	457.41304	460.65217	449.17391	507.69565	515.69565	440.28261	451.47826
	令和2年	415.86957	356.30435	370.58696	257.91304	230.17391	302	332.3913	364.97826	317.82609	353.06522
	減少率	15%	13%	19%	44%	50%	33%	35%	29%	28%	22%
5（5施設）	平成31年・令和元年	702.2	575.2	647.4	634.4	602	613	728.6	659.8	692.2	750.2
	令和2年	723.8	626.6	533.6	442.6	423	511.6	512.8	518.2	487	611.6
	減少率	-3%	-9%	18%	30%	30%	17%	30%	21%	30%	18%
算定無し（62施設）	平成31年・令和元年	993.30175	830.70877	866.19298	836.51579	796.8386	850.36842	950.62456	826.12982	794.37544	790.84211
	令和2年	785.87368	730.63158	632.04912	304.70175	275.13333	382.37193	496.47368	433.86667	439.20702	586.18947
	減少率	21%	12%	27%	64%	65%	55%	48%	47%	45%	26%

表 10：小児入院医療管理料別で見た、診療時間外の小児科患者数の変化（回答：186 施設）

小児入院医療管理料		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1（17施設）	平成31年・令和元年	565.11765	379.70588	402.35294	438.35294	501	458.52941	472.23529	455.52941	469.17647	414.17647
	令和2年	480.88235	358.23529	271.58824	187.17647	202.58824	201.70588	269.23529	267.05882	268.11765	265.23529
	減少率	15%	6%	33%	57%	60%	56%	43%	41%	43%	36%
2（32施設）	平成31年・令和元年	181.84375	109.9375	118.84375	147.96875	169.5	139.59375	154.78125	147.34375	144.875	125.40625
	令和2年	145.75	105.8125	73.5	49.03125	52.09375	55.9375	68.9375	70.34375	69.78125	72.1875
	減少率	20%	4%	38%	67%	69%	60%	55%	52%	52%	42%
3（24施設）	平成31年・令和元年	282.25	164.625	162.5	178.875	223.08333	178.375	193.45833	190.04167	181	159.16667
	令和2年	218.70833	142.16667	92.666667	65.291667	64.666667	69.791667	87.75	94.833333	90.291667	91.375
	減少率	23%	14%	43%	63%	71%	61%	55%	50%	50%	43%
4（46施設）	平成31年・令和元年	224.52174	139.73913	134.36957	156.13043	178.63043	151.17391	165.56522	167.13043	152.86957	136.69565
	令和2年	170.1087	123.69565	84.73913	59.521739	66.217391	70.391304	85.195652	89.065217	80.5	85.5
	減少率	24%	11%	37%	62%	63%	53%	49%	47%	47%	37%
5（5施設）	平成31年・令和元年	61.6	40.8	32	39	49.2	35.8	39.8	56	45.8	45.6
	令和2年	73.2	57.2	27.4	25.2	39.8	36.8	48.4	51.2	35.2	29.6
	減少率	-19%	-40%	14%	35%	19%	-3%	-22%	9%	23%	35%
算定無し（62施設）	平成31年・令和元年	129.11579	82.764912	75.733333	87.280702	99.666667	76.329825	75.270175	81.073684	78.336842	68.677193
	令和2年	94.368421	66.424561	40.8	26.561404	29.305263	31.782456	36.687719	39.280702	37.635088	40.708772
	減少率	27%	20%	46%	70%	71%	58%	51%	52%	52%	41%

表 11：小児入院医療管理料別で見た、小児コロナ患者への対応（回答：186 施設）

		受け入れ		受け入れ役割		診療経験	
小児入院医療管理料		可	不可	有	無	有	無
合計	186	148	38	9	29	124	62
	100	79.6%	20.4%	23.7%	76.3%	66.7%	33.3%
1	17	17	0			14	3
	100	100.0%	0.0%			82.4%	17.6%
2	32	31	1	0	1	23	9
	100	96.9%	3.1%	0.0%	100.0%	71.9%	28.1%
3	24	23	1	1	0	21	3
	100	95.8%	4.2%	100.0%	0.0%	87.5%	12.5%
4	46	38	8	3	5	36	10
	100	82.6%	17.4%	37.5%	62.5%	78.3%	21.7%
5	5	3	2	1	1	2	3
	100	60.0%	40.0%	50.0%	50.0%	40.0%	60.0%
算定無し	62	36	26	4	22	28	34
	100	58.1%	41.9%	15.4%	84.6%	45.2%	54.8%

		受け入れ		受け入れ役割り		診療経験	
小児入院医療管理料		可	不可	有	無	有	無
合計	186	148	38	9	29	124	62
	100	79.6%	20.4%	23.7%	76.3%	66.7%	33.3%
1	17	17	0			14	3
	100	100.0%	0.0%			82.4%	17.6%
2	32	31	1	0	1	23	9
	100	96.9%	3.1%	0.0%	100.0%	71.9%	28.1%
3	24	23	1	1	0	21	3
	100	95.8%	4.2%	100.0%	0.0%	87.5%	12.5%
4	46	38	8	3	5	36	10
	100	82.6%	17.4%	37.5%	62.5%	78.3%	21.7%
5	5	3	2	1	1	2	3
	100	60.0%	40.0%	50.0%	50.0%	40.0%	60.0%
算定無し	62	36	26	4	22	28	34
	100	58.1%	41.9%	15.4%	84.6%	45.2%	54.8%

表 12：新型コロナウイルス感染小児患者の受け入れ可否を決めた経緯（回答：186 施設）

小児入院医療管理料		施設の独自判断	近隣医療機関と調整	小児医療圏内の調整	都道府県による調整	その他
合計	186	69	11	8	83	15
	100%	37.10%	5.90%	4.30%	44.60%	8.10%
1	17	6	0	0	11	0
	100%	35%	0%	0%	65%	0%
2	32	10	2	2	17	1
	100%	31.30%	6.30%	6.30%	53.10%	31.00%
3	24	5	0	0	17	2
	100%	21%	0%	0%	71%	8%
4	46	22	2	1	21	0
	100%	47.80%	4.30%	2.20%	45.70%	0%
5	5	1	2	0	1	1
	100%	20%	40%	0%	20%	20%
算定無し	62	25	5	5	16	11
	100%	40.3%	8.1%	8.1%	25.8%	17.7%

表 13：新型コロナウイルス感染に関する行政との会議（回答：186 施設）

		行政主催のコロナ対策会議への出席		会議の主催者			会議の対象範囲				小児医療提供体制への変化	
小児入院医療管理料		あり	なし	市区町村	都道府県	その他	小児医療協議会として	周産期に限定	救急に限定	その他	あり	なし
合計	186	62	124	20	49	12	41	15	15	20	25	37
	100	33.3%	66.7%	32.3%	79.0%	19.4%	66.1%	24.2%	24.2%	32.3%	40.3%	59.7%
1	17	12	5	4	12	1	7	3	3	5	6	6
	100	70.6%	29.4%	33.3%	100.0%	8.3%	58.3%	25.0%	25.0%	41.7%	50.0%	50.0%
2	32	16	16	5	12	4	10	6	4	8	8	8
	100	50.0%	50.0%	31.3%	75.0%	25.0%	62.5%	37.5%	25.0%	50.0%	50.0%	50.0%
3	24	10	14	2	9	2	8	5	2	0	4	6
	100	41.7%	58.3%	20.0%	90.0%	20.0%	80.0%	50.0%	20.0%	0.0%	40.0%	60.0%
4	46	15	31	4	11	3	11	1	3	3	5	10
	100	32.6%	67.4%	26.7%	73.3%	20.0%	73.3%	6.7%	20.0%	20.0%	33.3%	66.7%
5	5	1	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0
	100	20.0%	80.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
算定無し	62	8	54	5	4	2	4	0	3	4	1	7
	100	12.9%	87.1%	62.5%	50.0%	25.0%	50.0%	0.0%	37.5%	50.0%	12.5%	87.5%

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「新型コロナウイルス感染症の在宅医療・介護提供体制への影響に関するアンケート調査」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）
研究協力者　松垣竜太郎（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　助教）
研究協力者　劉寧（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　助教）
研究協力者　今村英香（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　研究員）

研究要旨
地域における新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の在宅医療・介護提供体制への影響を検討するため、医療機関及び介護保険事業所へのアンケート調査を実施した。在宅療養支援病院400施設、在宅療養支援診療所302施設、訪問看護ステーション222施設、居宅介護支援事業所175施設から回答を得た。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所では、令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った平均患者数の推移では、在宅医療関連の指標のほぼ全てで前年同月比が100%以上となっていた。特に「オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）」「看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数」「在宅ターミナルケア加算の算定件数」は前年同月比150%を超す月も認められた。訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所では、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものとして、「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最も多く、２番目は「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」であった。在宅医療・介護の需要はCOVID-19の流行によって増加したと考えられた。

A 研究目的

地域における新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の在宅医療・介護提供体制への影響を検討するため、医療機関及び介護保険事業所へのアンケート調査を実施した。

B 研究方法

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に対し、郵送にて調査用ウェブサイトへのログイン方法を送付し、インターネット上にて自記式調査票への入力を依頼した（調査期間：令和2年12月11日-令和3年2月28日）。倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。発出数はそれぞれ在宅療養支援病院：1,518件、在宅療養支援診療所：982件、訪問看護ステーション：494件、居宅介護支援事業所：496件であった。

C 研究成果

在宅療養支援病院400施設、在宅療養支援診療所302施設、訪問看護ステーション222施設、居宅介護支援事業所175施設から回答を得た。

【在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所】

・単純集計（施設共通基本票、n=702）

回答が得られた医療機関のうち73%は医療法人であった。（Q1）在宅療養支援病院の平均一般病床数（許可病床）は63床で、そのうち非稼働病床は平均1.1床、COVID-19患者受入のため整備した病床は0.5床、ICUは0.1床であった。在宅療養支援診療所の平均一般病床数（許可病床）は1.3床で、そのうち非稼働病床は0.3床であった。在宅療養支援病院の療養病床、精神科病床、結核病床の平均一般病床数（許可病床）は36床、0.5床、0.1床であった。（Q2）常勤換算平均職員数は、医師、看護職員、臨床工学技士、その他医療職、その他職員がそれぞれ在宅療養支援病院において11人、62人、1.7人、35人、44人で、在宅療養支援診療所においては1.6人、4.0人、0.1人、1.2人、4.5人であった。（Q3）

COVID-19のPCR検査が可能と回答した医療機関の割合は、在宅療養支援病院で29%、在宅療養支援診療所で15%であった。そのうち、24時間対応・休日対応可と回答した医療機関数は在宅療養支援病院で11%、在宅療養支援診療所で2%であった。（Q4）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育について、実施者で最も多かったのは、在宅療養支援病院では自施設の感染症専門医以外の医師及び自施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師以外の看護師でどちらも35%、在宅療養支援診療所では自施設の感染症専門医以外の医師で35%であった。研修を実施していないと回答した割合は、在宅療養支援病院で16%、在宅療養支援診療所で41%であった。（Q6）個人防護具（PPE）をCOVID-19の流行前から備蓄していた割合は在宅療養支援病院で52%、在宅療養支援診療所で30％であった。備蓄していた医療機関では、在宅療養支援病院で平均30日分、在宅療養支援診療所で平均24日分のPPEを備蓄していた。（Q7）

令和2年1月以前の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院では「自然災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた」「感染症（新型インフルエンザ等）のパンデミックを想定した事業継続計画（BCP）を策定していた」「上記の両方を策定していた」がそれぞれ28%、5%、5%であり、在宅療養支援診療所では、7%、5%、2%であった。いずれかのBCPを策定していたこれらの医療機関のうち、COVID-19対応に有効であったと回答した医療機関割合は、在宅療養支援病院で21%、在宅療養支援診療所で46%であった。（Q9）

COVID-19患者（疑い含む）を受け入れた医療機関は、在宅療養支援病院では外来75%、入院28%であり、在宅療養支援診療所では外来60%、入院1%であった。外来・入院とも受け入れなかった場合の理由として最も多かったのは、在宅療養支援病院では「十分な感染対策が講じられなかった」（46%）であり、在宅療養支援診療所では「地域に患者がいなかった」（41%）であった。（Q10）COVID-19患者（疑い含む）の入院を受け入れた在宅療養支援病院において10%が、休床中であった（職員を配置していなかった）病床を、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い含む）受け入れのために稼働させたと回答した。そのうち、稼働させた病床数が10未満の在宅療養支援病院は8施設、10以上の在宅療養支援病院は3施設であった。（Q11）

令和2年3～10月における入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の1カ月合計）平均値の前年同月比は、在宅療養支援病院において各月99%、96%、95%、

98%、97%、96%、98%、98%であり、在宅療養支援診療所においては93%、91%、94%、96%、93%、92%、91%、95%であった。（Q15）

・単純集計（在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所基本票、n=702）

在宅医療を担当する職員数（常勤換算）は、医師、看護職員、薬剤師、理学療法士・作業療法士・言語療法士、管理栄養士、上記以外の医療職、その他の医療職以外の職員がそれぞれ、在宅療養支援病院では2.5人、6.5人、0.3人、2.5人、0.3人、1.2人、4.6人、在宅療養支援診療所では1.4人、2.7人、0.1人、0.3人、0.1人、0.4人、2.6人であった。（Q40）機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出区分別では、単独型と回答した医療機関が在宅療養支援病院で17%、在宅療養支援診療所で5%であり、連携型と回答した医療機関が在宅療養支援病院で27%、在宅療養支援診療所で31%であった。（Q42）

24時間訪問看護の提供体制について、「自施設のみで24時間訪問看護の提供が可能」「他の保険医療機関との連携により24時間訪問看護の提供が可能」「他の訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能」「24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない」と回答した医療機関は、それぞれ在宅療養支援病院で29%、5%、52%、15%であり、在宅療養支援診療所で10%、10%、69%、12%であった。（Q43）24時間対応の薬局と連携していると回答した割合は、在宅療養支援病院で14%、在宅療養支援診療所で47%であった。（Q44）

令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った平均患者数の推移では、在宅医療関連の指標のほぼ全てで前年同月比が100%以上となっていた。特に在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の「オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）」「看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数」、在宅療養支援病院の「在宅ターミナルケア加算の算定件数」は前年同月比150%を超す月も認められた。在宅療養支援診療所において、訪問看護を行った平均実患者数は減少傾向をみとめたが、前年同月比は100％以上となっていた。（Q45,46）

個人防護具（PPE）の入手経路としては、在宅療養支援病院では「国や都道府県からの配布」「通常と同じ業者からの購入」が最も多く85%であり、在宅療養支援診療所では「国や都道府県からの配布」が最も多く79%であった。（Q47）

令和2年1月以前より災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していたと回答した医療機関割合は、在宅療養支援病院で32%、在宅療養支援診療所で11%であった。（Q48）そのうち、「地域の関係医療機関等との連携」「物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等」「パンデミックを踏まえた内容」が含まれているのはそれぞれ在宅療養支援病院で50%、37%、19%、在宅療養支援診療所で59%、28%、38%であった。（Q49）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定した割合は、在宅療養支援病院で8%、在宅療養支援診療所で11%（Q50）

都道府県等と契約等を行い、PCR検査に協力する医療機関となっている医療機関の割合は、在宅療養支援病院で76%、在宅療養支援診療所で57%であった。現在都道府県などと調整中の医療機関は在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ともに3%であった。（Q51）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを

行った件数について、在宅療養支援病院の95%、在宅療養支援診療所の90%は「変わらない」と回答した。（Q52）・単純集計（分野別調査票、n=554）

令和2年1～10月にオンライン在宅管理料を算定した割合は5%であった。（Q1）算定しなかった理由としては「適応可能な患者がいないから」が最も多く、63%であった。（Q2）

令和2年1～10月に、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものとしては「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多で35%で、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」「通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため」がそれぞれ16%、15%であった。また、「増えている理由は特にない」と回答した医療機関は43%であった。（Q3）

感染対策について、感染症を専門とした職員について、82%の医療機関は「感染症専門はいない」と回答した。（Q4）COVID-19に関わる感染症対策の教育・指導は約半数が受けたと回答した。（Q5）教育・指導の実施者は感染症専門医貴施設外が最多で44%であった。（Q6）令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した医療機関の割合は31%であった。（Q11）

人員確保について、令和2年1～10月の間で在宅医療を担当する職員で、予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した医療機関の割合は9%であった。（Q13）予定外の人材確保が必要となった理由としては「職員で急な退職者が発生したため」が最多で44%であり、次いで「事務作業が増加したため」「患者数が急に増加したため」「1人当たりの訪問診療にかかる時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため」がそれぞれ40%、28%、22%であった。（Q14）予定外の人材確保を必要とした職種では、「看護職員」が最多で74%であり、次いで「事務職員」「医師」がそれぞれ52%、38%であった。（Q15）

COVID-19の感染拡大によって負担になったことについて、「感染防護対策」が最多で91%であり、次いで「患者・家族等とのコミュニケーション」「事務作業の増加」がそれぞれ50%、46%であった。（Q16）

【訪問看護ステーション】

回答の得られた訪問看護ステーションの常勤換算職員数は、「看護師・保健師・助産師」「准看護師」「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」「その他の職員」の平均がそれぞれ5.2人、0.3人、2.0人、0.7人であった。（Q2）「看護体制強化加算」「機能強化型訪問看護管理療養費」「ターミナルケア加算（介護保険）」「訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）」「緊急時訪問看護加算（介護保険）」「24時間対応体制加算（医療保険）」「特別管理加算（医療保険）」「特別管理加算（介護保険）」を届け出ていない事業所割合はそれぞれ89%、91%、16%、25%、13%、14%、14%、11%であった。（Q3）

令和2年4～10月に、電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費（医療保険）や20分未満の訪問看護費（介護保険）を算定したと回答した事業所割合は10%であった。（Q8）算定していない理由としては「適応可能な利用者がいないから」が最も多く78%であった。（Q9）

令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものとして、「入院していたが、看取りに向けて在宅

での療養を希望したため」が最も多く58%であり、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」が37%であった。（Q10）

新型コロナウイルス感染症（COVID－19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けたと回答した事業所割合は58%であった。（Q11）教育・指導の実施者は「自施設の職員感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師以外の職員」が34%で最も多く、次いで「施設外の職員感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師」が29%であった。（Q12）令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した事業所割合は50%であった。（Q19）

人材確保について、令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した事業所割合は23%であった。（Q20）予定外の人材確保が必要となった理由としては「職員で急な退職者が発生したため」が最多で58%であり、次いで「利用者数が急に増加したため」「1人当たりの訪問時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため」「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」がそれぞれ34%、24%、22%であった。（Q21）

個人防護具（PPE）をCOVID－19の流行前から備蓄していたと回答した事業所割合は40%であった。備蓄していた事業所では、平均20日分を備蓄していた。（Q23）PPEの入手方法では、「国や都道府県からの配布」が最も多く64%であり、次いで「通常と同じ業者からの購入」「同一法人内で在庫の融通をした」がそれぞれ55%、43%であった。（Q24）

令和2年1月以前から、災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していたと回答した事業所割合は28%であった。（Q25）BCPを策定していた事業所において、「地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携」「物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等」「パンデミックを踏まえた内容」が含まれていると回答した事業所割合はそれぞれ51%、22%、24%であった。（Q26）

COVID－19の感染拡大によって負担になったことについて、「感染防護対策」が最多で91％であり、次いで「利用者・家族等とのコミュニケーション」「職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更」「事務作業の増加」がそれぞれ49％、32％、26％であった。（Q28）COVID－19の感染拡大によって、ターミナルケアの件数が増加したと回答した事業所割合は24％であった。（Q29）

【居宅介護支援事業所】

回答の得られた居宅介護支援事業所の常勤換算平均介護支援専門員数は2.8人で、うち、主任介護支援専門員は1.3人であった。（Q2）特定事業所加算の届出状況について、「特定事業所加算（I）」「特定事業所加算（II）」「特定事業所加算（III）」「届出なし」はそれぞれ2%、23%、14%、61%であった。（Q3）令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものでは、「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多で39％で、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」が26％であった。（Q6）

COVID-19に関わる感染症対策の教育・指導を受けたと回答した事業所割合は59％であった。（Q7）教育・指導の実施者は感染症専門医以外の医師が35％であった。（Q8）令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染

対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した事業所割合は53％であった。（Q13 ）

人材確保について、令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した事業所割合は7%であった。（Q14）予定外の人材確保が必要となった理由としては、「職員で急な退職者が発生したため」が最多で54％であり、次いで「事務作業が増加したため」が31％、「1人当たりの対応時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため」「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」がどちらとも23％であった。（Q15）

個人防護具（PPE）をCOVID-19の流行前から備蓄していた事業所割合は21％であった。備蓄していた事業所では平均24日分のPPEを備蓄していた。（Q16）令和2年1月以前より、災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していた事業所の割合は31％であった。（Q17）BCPに、地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていると回答したのは、BCPを策定している事業所のうち49％であった。（Q18）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって負担になったことについては、「利用者・家族等とのコミュニケーション」が最も多く88％で、次いで「感染防護対策」「訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整」「事務作業の増加」がそれぞれ69％、47％、35％であった。（Q19）COVID-19の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数について、「変わらない」と回答した事業所が最も多く、その割合は89％であった。（Q20）

D考察

在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の令和2年3月～10月の入院患者延べ数平均値は前年同月比で100%を下回った一方で、訪問診療や往診を行った平均延べ患者数は前年同月と比較し令和2年3月、5月、8月の各月で100%を上回っていた。また、在宅療養支援病院では、訪問看護を行った平均延べ患者数も前年同月と比較し令和2年2月、5月、8月の各月で100％を上回っていた。全体として、在宅医療の需要がCOVID-19の流行によって増加した可能性が示唆された。

オンライン診療や電話等による診療を行った平均延べ患者数は前年同月と比較し令和2年令和2年5月は在宅療養支援病院で406%、在宅療養支援診療所で227%と増加しているが、令和2年8月にはそれぞれ312％、156%と低下傾向を示しており、オンライン診療が定着しなかった可能性が示唆された。また、その原因としてオンライン診療等の適用可能範囲が影響している可能性が示唆された。今後、レセプトデータ等を活用しオンライン診療等の定着について評価するとともに、オンライン診療等の適用範囲や算定要件の合理化等について検討することが必要になると考えられた。

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションにおいて、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものとしては「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多であったことや、看取り加算や在宅ターミナルケア加算の平均算定件数も在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所共に前年同月比が令和2年5月、8月の各月で100%を上回っていることから、COVID-19の流行によって在宅での看取りが選択されるケースが増加した可能性が示唆された。

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所で行われた訪問看護については、在宅療養支援病院では平均延べ患者数と平均実患者数の前年同月比が同様の推移を示

した一方で、在宅療養支援診療所では平均延べ患者数、令和2年平均実患者数ともに減少傾向をみとめていた。

人員確保について、訪問看護ステーションの約1/4が予定外の人員確保が必要となったと回答したことや、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のうち、予定外の人員確保が必要となったと回答した医療機関の74%が看護師の確保が必要になったと回答したことから、特に看護職員確保施策の推進が重要である可能性が示唆された。

予定外の人員確保が必要となった理由のうち、需要側（患者数・利用者数の増加・１件あたり時間の増加、等）以外のものでは、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所で「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」が20%以上となっていた。子育て世代の就労支援施策が医療・介護関係者の確保にも重要であると考えられた。

BCPについては、COVID-19流行前に策定していた医療機関・介護事業所の方が少なく、また、策定していたBCPが有効であったと回答した割合も在宅療養支援病院で約２割であったことから、有効性のあるBCPの策定方法の共有が必要であると考えられた。地域包括ケアシステム実現のために、地域における役割の明確化が必要とされており、COVID-19流行下においてもその重要性は変わらないと考えられる。

E 結論

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等にアンケート調査を実施した。在宅医療・介護の需要はCOVID-19の流行によって増加したと考えられた。特に居宅におけるターミナルケアが増加し、在宅療養を選択する意識の変化に影響を与えたと考えられた。また、保育等の非医療施策の影響や地域全体で有効性のあるBCPを策定することが重要である可能性が示唆された。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

【共】Q1_1 貴施設の開設主体に、最もあてはまるものをお答えください。（回答はひとつ） 施設共通基本票質問は最大 28 問です。（特に断りのない場合は、令和 2 年 11 月 1 日現在の状況をお答えください。）◎ 貴施設についてお伺いします。貴施設について回答できる管理者の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 段目　度数 2 段目　横%		TOTAL	国立大学法人	国立大学法人以外の国立法人	都道府県	市町村	公立大学法人	日赤	済生会	厚生連	上記以外の公的医療機関	社会保険関係団体	公益法人	医療法人	学校法人	社会福祉法人	医療生協	株式会社	その他の法人	個人
0	在宅療養支援病院	400	0	0	3	30	0	3	3	4	1	0	9	307	0	5	15	1	16	3
		100.0	0.0	0.0	0.8	7.5	0.0	0.8	0.8	1.0	0.3	0.0	2.3	76.8	0.0	1.3	3.8	0.3	4.0	0.8
1	在宅療養支援診療所	302	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	205	0	3	8	0	3	78
		100.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	67.9	0.0	1.0	2.6	0.0	1.0	25.8
2	TOTAL	702	0	0	3	33	0	3	3	4	1	0	11	512	0	8	23	1	19	81
		100.0	0.0	0.0	0.4	4.7	0.0	0.4	0.4	0.6	0.1	0.0	1.6	72.9	0.0	1.1	3.3	0.1	2.7	11.5

【共】Q2 貴施設の許可病床数をご記入ください。なお、一般病床については、そのうちの非稼働病床、並びに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）についてもご記入ください。（回答は半角数字）

平均値		0 在宅療養支援病院	1 在宅療養支援診療所
1	【1】一般病床	62.6	1.3
1_1	【1】のうち非稼働病床	1.1	0.3
1_2	【1】のうち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）	0.5	0.0
1_3	【1】のうち ICU	0.1	0.0
2	【2】療養病床	35.8	0.0
3	【3】精神科病床	0.5	0.0
4	【4】感染症病床	0.0	0.0
5	【5】結核病床	0.1	0.0

【共】Q3 貴施設の職員数（常勤換算※1）をご記入ください。（回答は半角数字）

平均値		0 在宅療養支援病院	1 在宅療養支援診療所
1	医師	10.8	1.6
2	看護職員※2	61.7	4.0
3	臨床工学技士	1.7	0.1
4	上記以外の医療職※3	35.1	1.2
5	その他の職員	43.9	4.5

【共】Q4_1 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の検査体制について、貴施設内で PCR 検査の実施は可能ですか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 可能	2 不可能
0	在宅療養支援病院	400 100.0	115 28.8	285 71.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	44 14.6	258 85.4

【共】Q4_2 貴施設内における PCR 検査の検体の受付について、あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）（可能と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 24 時間対応・休日対応可	2 対応可能の時間・曜日等制限有り
0	在宅療養支援病院	115 100.0	13 11.3	102 88.7
1	在宅療養支援診療所	44 100.0	1 2.3	43 97.7

【共】Q4_3 貴施設内における PCR 検査の結果が出るまでの時間についてあてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）（可能と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 1 時間以内	2 1 時間超～2 時間以内	3 2 時間超～4 時間以内	4 4 時間超～6 時間以内	5 6 時間超
0	在宅療養支援病院	115 100.0	19 16.5	16 13.9	9 7.8	5 4.3	66 57.4
1	在宅療養支援診療所	44 100.0	1 2.3	1 2.3	2 4.5	2 4.5	38 86.4

【共】Q6_1 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育を実施しましたか。実施した場合はその時の教育者について、あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 自施設の感染症専門医	2 自施設のその他の医師診療科：	3 自施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	4 自施設のその他の看護師	5 他施設の感染症専門医	6 他施設のその他の医師診療科：	7 他施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	8 他施設のその他の看護師	9 その他	10 実施していない
0	在宅療養支援病院	400 100.0	39 9.8	141 35.3	56 14.0	141 35.3	45 11.3	10 2.5	53 13.3	6 1.5	46 11.5	62 15.5
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	2 0.7	105 34.8	0 0.0	38 12.6	21 7.0	5 1.7	14 4.6	6 2.0	24 7.9	125 41.4

【共】Q7 個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。あてはまるものをお答えください。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 していた（約	2 していなかった	3 ＜していた（約＞ 備蓄日数平均値
0	在宅療養支援病院	400 100.0	208 52.0	192 48.0	29.9
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	89 29.5	213 70.5	24.4

【共】Q9_1 令和 2 年 1 月以前に事業継続計画（BCP）を策定していましたか。最もあてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 自然災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた	2 感染症（新型インフルエンザ等）のパンデミックを想定した事業継続計画（BCP）を策定していた	3 上記の両方を策定していた	4 どちらも策定していなかった
0	在宅療養支援病院	400 100.0	112 28.0	20 5.0	18 4.5	250 62.5
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	20 6.6	14 4.6	7 2.3	261 86.4

【共】Q9_2 令和 2 年 1 月以前に策定した事業継続計画（BCP）は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に有効でしたか。（回答はひとつ）（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 有効であった	2 有効でなかった	3 不明
0	在宅療養支援病院	150 100.0	32 21.3	117 78.0	1 0.7
1	在宅療養支援診療所	41 100.0	19 46.3	22 53.7	0 0.0

【共】Q10_1 外来で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数		0	1	2
2段目　横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	400	300	100
		100.0	75.0	25.0
1	在宅療養支援診療所	302	181	121
		100.0	59.9	40.1

【共】Q10_2 入院で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者（疑い含む。）を受け入れましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数		0	1	2
2段目　横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	400	113	287
		100.0	28.3	71.8
1	在宅療養支援診療所	302	3	299
		100.0	1.0	99.0

【共】Q10_3 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れなかった場合、その理由は何ですか。（回答はいくつでも）（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の外来・入院とも受け入れていないと回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8
		TOTAL	地域に患者がいなかった	他の医療機能を担っていた	病床に空きがなかった	十分な感染対策が講じられなかった	感染症診療に当たる医師の不足	看護職員の不足	その他医療スタッフの不足	その他
0	在宅療養支援病院	95	29	41	9	44	32	21	6	21
		100.0	30.5	43.2	9.5	46.3	33.7	22.1	6.3	22.1
1	在宅療養支援診療所	121	50	28	3	42	26	18	15	23
		100.0	41.3	23.1	2.5	34.7	21.5	14.9	12.4	19.0

【共】Q11 休床中であった（職員を配置していなかった）病床を、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い含む）受け入れのために稼働させましたか。あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい　最大	稼働させていない
0	在宅療養支援病院	113 100.0	11 9.7	102 90.3
1	在宅療養支援診療所	3 100.0	0 0.0	3 100.0

【共】＜はい　最大＞ Q11 また、稼働させた場合は最大稼働病床数についてもお答えください。（回答はひとつ）（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います。）

		最大稼働病床数						
		2	4	6	7	10	20	27
0	度数	4	2	1	1	1	1	1

【共】<【A】入院患者延べ数> Q14_1 令和 2 年 3～10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の 1 カ月合計）についてご記入ください。
【共】<【A】入院患者延べ数> Q15_1 平成 31 年 3 月～令和元年 10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の 1 カ月合計）についてご記入ください。
※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。
（病床数＞0 の施設に回答をお願いします。）

在宅療養支援病院		Q14_1 令和 2 年入院患者延べ数 平均値	Q15_1 平成 31 年入院患者延べ数 平均値	Q14_1/Q15_1 前年同月比%
1	3 月	2284.8	2306.3	99.1
2	4 月	2130.7	2228.3	95.6
3	5 月	2157.0	2279.0	94.6
4	6 月	2181.0	2215.8	98.4
5	7 月	2219.3	2293.5	96.8
6	8 月	2234.8	2320.9	96.3
7	9 月	2172.5	2227.0	97.6
8	10 月	2236.9	2276.7	98.2

在宅療養支援診療所		Q14_1 令和 2 年入院患者延べ数 平均値	Q15_1 平成 31 年入院患者延べ数 平均値	Q14_1/Q15_1 前年同月比%
1	3 月	193.3	208.7	92.6
2	4 月	176.1	193.8	90.9
3	5 月	180.4	192.0	93.9
4	6 月	176.0	183.0	96.2
5	7 月	184.1	197.8	93.1
6	8 月	179.6	195.9	91.7
7	9 月	168.5	184.6	91.3
8	10 月	178.2	187.6	95.0

【共】＜ 【A-1】うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 患者延べ数（疑い含む）＞ Q14_2 令和 2 年 3～10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の 1 カ月合計）、手術実施数についてご記入ください。
【共】＜ 【A-1-1】うち新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 患者延べ数（診断確定のみ）＞ Q14_3 令和 2 年 3～10 月における貴施設の入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の 1 カ月合計）、手術実施数についてご記入ください。
※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者の疑い」には、PCR 検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。（回答は半角数字） ◎次の質問項目では、月別の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染患者受入数や患者延数等を入力いただきます。あらかじめお手元に資料をご用意ください。（病床数＞0 の施設に回答をお願いします。）

在宅療養支援病院		Q14_2 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（疑い含む） 平均値	Q14_3 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者延べ数（診断確定のみ） 平均値
1	3 月	0.6	0.3
2	4 月	2.2	0.9
3	5 月	1.9	0.7
4	6 月	1.7	0.4
5	7 月	2.5	0.6
6	8 月	4.4	1.1
7	9 月	4.3	1.0
8	10 月	5.0	0.8

【在】Q40_2 貴施設の在宅医療を担当する職員数（実人数／常勤換算数※1）についてお答えください。

平均値		0 在宅療養支援病院	1 在宅療養支援診療所
1	医師	2.5	1.4
2	看護職員※2	6.5	2.7
3	薬剤師	0.3	0.1
4	理学療法士作業療法士言語療法士	2.5	0.3
5	管理栄養士	0.3	0.1
6	上記以外の医療職※3	1.2	0.4
7	その他の医療職以外の職員	4.6	2.6

【在】Q42 貴施設の届出区分をお答えください。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）	2 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）	3 上記以外の在宅療養支援病院・診療所	4 在宅療養支援病院・診療所ではない（現在は届出を撤回）
0	在宅療養支援病院	400 100.0	67 16.8	106 26.5	226 56.5	1 0.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	14 4.6	94 31.1	193 63.9	1 0.3

【在】Q43 貴施設の患者に対する 24 時間訪問看護の提供体制についてお答えください。

（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 自施設のみで 24 時間訪問看護の提供が可能	2 他の保険医療機関との連携により 24 時間訪問看護の提供が可能	3 他の訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能	4 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない
0	在宅療養支援病院	400 100.0	115 28.8	18 4.5	206 51.5	61 15.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	29 9.6	30 9.9	207 68.5	36 11.9

【在】Q44 貴施設は 24 時間対応の薬局と連携していますか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 連携している	2 連携していない
0	在宅療養支援病院	400 100.0	55 13.8	345 86.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	142 47.0	160 53.0

【在】Q45 令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。患者数は延べ人数と(　人)には実患者数をお答えください。(回答は半角数字)

【在】Q46 平成31年2月・令和元年5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。患者数は延べ人数と(　人)には実患者数をお答えください。(回答は半角数字)

			平均患者数			前年同月比		
			2月	5月	8月	2月	5月	8月
在宅療養支援病院								
訪問診療を行った延べ患者数			97	97	105	110%	105%	112%
(実患者数)			54	54	57	111%	109%	113%
	うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数		0.7	4.2	2.9	78%	406%	312%
	(実患者数)		0.7	3.0	2.0	88%	362%	262%
	うち、新規の実患者数		1.5	1.7	1.8	115%	123%	132%
		うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数	0.4	0.5	0.5	146%	168%	154%
	うち、オンライン在宅管理料の算定件数		0.00	0.02	0.00			
	うち、看取り加算の算定件数		0.4	0.5	0.6	98%	141%	140%
	うち、在宅ターミナルケア加算の算定件数		0.4	0.5	0.5	108%	159%	129%
	うち、死亡診断加算の算定件数		0.3	0.3	0.2	96%	123%	92%
	うち、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に感染した実患者数		0.000	0.003	0.000			
往診を行った延べ患者数			7.5	8.4	8.1	108%	111%	117%
(実患者数)			5.3	5.6	5.7	113%	116%	121%
訪問看護を行った延べ患者数			14	16	16	105%	108%	110%
(実患者数)			3.3	3.6	3.8	104%	110%	110%
在宅療養支援診療所								
訪問診療を行った延べ患者数			116	120	125	112%	112%	114%
(実患者数)			58	60	61	120%	117%	117%
	うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数		3.8	6.8	4.4	166%	227%	156%
	(実患者数)		2.3	4.8	2.6	142%	225%	130%
	うち、新規の実患者数		2.6	2.1	2.5	120%	103%	123%
		うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数	0.9	0.9	1.0	121%	153%	159%
	うち、オンライン在宅管理料の算定件数		0.00	0.00	0.02			
	うち、看取り加算の算定件数		0.8	1.0	0.8	141%	145%	133%
	うち、在宅ターミナルケア加算の算定件数		0.7	0.9	0.8	139%	141%	129%
	うち、死亡診断加算の算定件数		0.2	0.3	0.2	123%	132%	87%
	うち、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に感染した実患者数		0	0	0			
往診を行った延べ患者数			17	18	17	126%	128%	120%
(実患者数)			9.3	9.9	9.6	110%	116%	110%
訪問看護を行った延べ患者数			9.7	8.4	8.8	132%	99%	94%
(実患者数)			3.2	2.9	2.8	143%	111%	107%

【在】Q47 個人防護具（PPE）をどのように入手しましたか。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8
		TOTAL	国や都道府県からの配布	寄付	通常と同じ業者からの購入	通常とは異なる業者からの購入	G-MIS における SOS 機能の活用	同一法人内で在庫の融通	地域の他の医療機関からの支援	その他
0	在宅療養支援病院	400	339	120	339	167	38	72	14	10
		100.0	84.8	30.0	84.8	41.8	9.5	18.0	3.5	2.5
1	在宅療養支援診療所	302	239	65	193	120	3	33	15	28
		100.0	79.1	21.5	63.9	39.7	1.0	10.9	5.0	9.3

【在】Q48 令和 2 年 1 月以前より災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	400	129	271
		100.0	32.3	67.8
1	在宅療養支援診療所	302	32	270
		100.0	10.6	89.4

【在】Q49 災害時等の非常時に備えて令和 2 年 1 月以前に策定した事業継続計画（BCP）について、以下の質問にお答えください。（回答は横の行ごとにひとつずつ）（Q48「はい」と回答した施設に伺います。）

事業継続計画（BCP）に地域の関係医療機関等との連携を踏まえた内容が含まれていますか

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0	在宅療養支援病院	129 100.0	65 50.4	64 49.6
1	在宅療養支援診療所	32 100.0	19 59.4	13 40.6

事業継続計画（BCP）に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0	在宅療養支援病院	129 100.0	48 37.2	81 62.8
1	在宅療養支援診療所	32 100.0	9 28.1	23 71.9

事業継続計画（BCP）にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0	在宅療養支援病院	129 100.0	25 19.4	104 80.6
1	在宅療養支援診療所	32 100.0	12 37.5	20 62.5

【在】Q50 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定しましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0	在宅療養支援病院	400 100.0	33 8.3	367 91.8
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	32 10.6	270 89.4

【在】Q51 都道府県等と契約等を行い、PCR 検査に協力する医療機関となっていますか。
（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ	3 現在、都道府県等と調整中
0	在宅療養支援病院	400 100.0	303 75.8	85 21.3	12 3.0
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	172 57.0	120 39.7	10 3.3

【在】Q52 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。 ※在宅ターミナルケア加算や看取り加算等を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 増加した	2 変わらない	3 減少した
0	在宅療養支援病院	400 100.0	15 3.8	381 95.3	4 1.0
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	23 7.6	273 90.4	6 2.0

【在】Q53 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。（回答はひとつ）
（「増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	2 患者本人からの希望	3 患者家族等からの希望	4 その他
0	在宅療養支援病院	19 100.0	4 21.1	2 10.5	10 52.6	3 15.8
1	在宅療養支援診療所	29 100.0	9 31.0	3 10.3	13 44.8	4 13.8

Q1 令和 2 年 1～10 月に、在宅医療を担当している先生方は、オンライン在宅管理料を算定しましたか。

（回答はひとつ）（特に断りのない場合は、令和 2 年 11 月 1 日現在の状況をお答えください。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	算定した	算定していない
0		554 100.0	29 5.2	525 94.8

Q2 令和 2 年 1～10 月に、在宅医療を担当している先生方が、オンライン在宅管理料を算定しなかった理由をお答えください。

（回答はいくつでも）（「オンライン在宅管理料を算定していない」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	適応可能な患者がいないから	適切な対応方法がわからないから	ICT 機器などの数が十分にないから	患者側の同意が得られないから	診療報酬が少ないから	その他
0		525 100.0	329 62.7	94 17.9	249 47.4	46 8.8	56 10.7	59 11.2

Q3 令和 2 年 1～10 月に、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを 3 つまでお答えください。（回答は 3 つまで）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		TOTAL	通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療を希望したため	通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため	入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	入院していたが、医療機関に退院を促されたため	入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	その他	増えている理由は特にない
0		554	48	21	81	19	196	91	18	62	238
		100.0	8.7	3.8	14.6	3.4	35.4	16.4	3.2	11.2	43.0

Q4 貴施設の感染症を専門とした職員をすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	感染症専門医	感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	その他	感染症専門はいない
0		554	38	53	27	452
		100.0	6.9	9.6	4.9	81.6

Q5 先生は貴施設の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。

（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目　度数 2 段目　横%		TOTAL	受けた	受けていない
0		554 100.0	275 49.6	279 50.4

Q6 先生が受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。該当するものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1 段目　度数 2 段目　横%		TOTAL	感染症専門医貴施設内の職員	その他の医師貴施設内の職員	感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師貴施設内の職員	貴施設内の職員その他	感染症専門医貴施設外	その他の医師貴施設外	感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師貴施設外	貴施設外その他
0		275 100.0	21 7.6	60 21.8	38 13.8	24 8.7	122 44.4	62 22.5	50 18.2	36 13.1

Q7 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1段目 度数 2段目 横%		0 TOTAL	1 感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	2 行政からの事務連絡	3 学会や職能団体等のガイドライン	4 国立感染症研究所の指針	5 その他	6 情報収集はしていない
0		554 100.0	242 43.7	509 91.9	410 74.0	242 43.7	68 12.3	3 0.5

Q8 貴施設の感染症対策について、貴施設外で相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1段目 度数 2段目 横%		0 TOTAL	1 外部の感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	2 保健所	3 地区医師会	4 在宅医療関連団体	5 他の医療機関の専門家	6 その他	7 貴施設内で解決できた（貴施設外に相談したことはなかった）
0		554 100.0	130 23.5	278 50.2	197 35.6	23 4.2	83 15.0	33 6.0	129 23.3

Q9 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアルを整備・運用しましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		554 100.0	133 24.0	421 76.0

Q10 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「マニュアルを整備・運用した」と回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 貴施設職員が主体的に作成した	2 地域の関係者で共同作成した	3 学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した	4 その他
0		133 100.0	61 45.9	11 8.3	54 40.6	7 5.3

Q11 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		554 100.0	174 31.4	380 68.6

Q12 貴施設は他の在宅医療・介護関係機関に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		554 100.0	232 41.9	322 58.1

Q13 令和2年1～10月の間で在宅医療を担当する職員で、予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		554 100.0	50 9.0	504 91.0

Q14 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7
		TOTAL	職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染者・濃厚接触者が発生したため	職員で急な退職者が発生したため	患者数が急に増加したため	1人当たりの訪問診療にかかる時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	事務作業が増加したため	その他
0		50	5	22	14	11	8	20	3
		100.0	10.0	44.0	28.0	22.0	16.0	40.0	6.0

Q15 予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3	4	5
		TOTAL	医師	看護職員	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	事務職員	その他
0		50	19	37	3	26	4
		100.0	38.0	74.0	6.0	52.0	8.0

Q16 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを 3 つまでお答えください。（回答は 3 つまで）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 感染防護対策	2 患者・家族等とのコミュニケーション	3 職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	4 保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	5 事務作業の増加	6 訪問前の電話等による患者の状態確認及び訪問順の調整	7 離職を希望する職員の増加該当する職種:	8 その他	9 特に負担になることはなかった
0		554 100.0	504 91.0	277 50.0	102 18.4	55 9.9	256 46.2	131 23.6	10 1.8	16 2.9	13 2.3

Q1 貴訪問看護ステーションの開設主体をお答えください。（回答はひとつ）◎ 貴施設についてお伺いします。貴施設について回答できる管理者の方等がご回答くださいますようお願いいたします。（特に断りのない場合は、令和 2 年 11 月 1 日現在の状況をお答えください。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合	2 日本赤十字社・社会保険関係団体	3 医療法人	4 医師会	5 看護協会	6 社団・財団法人（医師会・看護協会は含まない）	7 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）	8 農業協同組合及び連合会	9 消費生活協同組合及び連合会	10 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）	11 特定非営利活動法人（NPO）	12 その他
0		222 100.0	9 4.1	1 0.5	55 24.8	6 2.7	4 1.8	7 3.2	18 8.1	5 2.3	2 0.9	104 46.8	5 2.3	6 2.7

＜実人数＞ Q2_1 貴訪問看護ステーションの（実人数／常勤換算）について以下の質問にお答えください。（回答は半角数字） ※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	看護師・保健師・助産師	222 100.0	7.0
2	准看護師	222 100.0	0.5
3	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	222 100.0	3.0
4	その他の職員	222 100.0	1.0

＜常勤換算＞ Q2_2 貴訪問看護ステーションの（実人数／常勤換算）について以下の質問にお答えください。（回答は半角数字） ※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	看護師・保健師・助産師	222 100.0	5.2
2	准看護師	222 100.0	0.3
3	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	222 100.0	2.0
4	その他の職員	222 100.0	0.7

Q3_1 貴訪問看護ステーションの以下の届出区分について、あてはまるものをお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	（訪問看護事業所）看護体制強化加算（I）	（訪問看護事業所）看護体制強化加算（II）	（介護予防訪問看護事業所）看護体制強化加算	届出なし
0		222	11	11	5	198
		100.0	5.0	5.0	2.3	89.2

Q3_2 貴訪問看護ステーションの以下の届出区分について、あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	機能強化型訪問看護管理療養費 1	機能強化型訪問看護管理療養費 2	機能強化型訪問看護管理療養費 3	届出なし
0		222	7	9	3	203
		100.0	3.2	4.1	1.4	91.4

Q3_3 貴訪問看護ステーションのターミナルケア加算の届出状況【介護保険】（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	届出なし	届出あり
0		222	36	186
		100.0	16.2	83.8

Q3_4 貴訪問看護ステーションの訪問看護ターミナルケア療養費の届出状況【医療保険】(回答はひとつ)

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 訪問看護ターミナルケア療養費 1	2 訪問看護ターミナルケア療養費 2	3 なし
0		222 100.0	163 73.4	3 1.4	56 25.2

Q3_5 貴訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算の届出状況【介護保険】(回答はひとつ)

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 届出なし	2 届出あり
0		222 100.0	28 12.6	194 87.4

Q3_6 貴訪問看護ステーションの 24 時間対応体制加算の届出状況【医療保険】（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 届出なし	2 届出あり
0		222	32	190
		100.0	14.4	85.6

Q3_7 貴訪問看護ステーションの特別管理加算の届出状況【医療保険】（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 届出なし	2 届出あり
0		222	30	192
		100.0	13.5	86.5

Q3_8 貴訪問看護ステーションの特別管理加算の届出状況【介護保険】（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 届出なし	2 届出あり
0		222	24	198
		100.0	10.8	89.2

＜令和 2 年　＞ Q4_1 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における緊急時訪問看護加算の算定件数をお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。（「緊急時訪問看護加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	2 月	194 100.0	31.3
2	5 月	194 100.0	44.5
3	8 月	194 100.0	36.2

＜平成 31 年・令和元年　＞ Q4_2 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における緊急時訪問看護加算の算定件数をお答えください。
（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。（「緊急時訪問看護加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	2 月	194 100.0	29.2
2	5 月	194 100.0	29.8
3	8 月	194 100.0	31.0

＜令和 2 年　＞ Q5_1 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における 24 時間対応体制加算の算定件数をお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。（「24 時間対応体制加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	2 月	190 100.0	16.7
2	5 月	190 100.0	17.5
3	8 月	190 100.0	18.3

＜平成 31 年・令和元年　＞ Q5_2 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における 24 時間対応体制加算の算定件数をお答えください。
（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。（「24 時間対応体制加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	2 月	190 100.0	14.7
2	5 月	190 100.0	15.6
3	8 月	190 100.0	16.5

＜【1】訪問看護を行った利用者実数（医療保険と介護保険の合計）＞ Q6_1 令和 2 年の 2 月・5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	令和 2 年 2 月	222 100.0	96.9
2	令和 2 年 5 月	222 100.0	97.7
3	令和 2 年 8 月	222 100.0	102.4

＜【2】うち、訪問看護を行った新規利用者実数＞ Q6_2 令和 2 年の 2 月・5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	令和 2 年 2 月	222 100.0	3.8
2	令和 2 年 5 月	222 100.0	3.9
3	令和 2 年 8 月	222 100.0	4.0

＜【3】うち、電話等による訪問看護を行った※利用者実数＞ Q6_3 令和 2 年の 2 月・5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	令和 2 年 5 月	222 100.0	0.8
2	令和 2 年 8 月	222 100.0	0.6

＜【4】うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者であった利用者実数＞ Q6_4 令和 2 年の 2 月・5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	令和 2 年 2 月	222 100.0	0.0
2	令和 2 年 5 月	222 100.0	0.0
3	令和 2 年 8 月	222 100.0	0.0

＜【1】訪問看護を行った利用者実数（医療保険と介護保険の合計）＞ Q7_1 平成 31 年 2 月・令和元年の 5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	平成 31 年 2 月	222 100.0	87.8
2	令和元年 5 月	222 100.0	92.9
3	令和元年 8 月	222 100.0	95.1

＜【2】うち訪問看護を行った新規利用者実数＞ Q7_2 平成 31 年 2 月・令和元年の 5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	平成 31 年 2 月	222 100.0	4.2
2	令和元年 5 月	222 100.0	4.4
3	令和元年 8 月	222 100.0	4.5

Q8 令和 2 年 4～10 月に、電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定しましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 算定した	2 算定していない
0		222 100.0	23 10.4	199 89.6

Q9 電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定しなかった理由をお答えください。（回答はいくつでも）（「訪問看護管理療養費（医療保険）や 20 分未満の訪問看護費（介護保険）を算定していない」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 適応可能な利用者がいないから	2 適切な対応方法がわからないから	3 ICT 機器や電話などの数が十分にないから	4 利用者側の同意が得られないから	5 その他
0		199 100.0	156 78.4	34 17.1	6 3.0	25 12.6	20 10.1

Q10 令和 2 年 1～10 月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものを 3 つまでお答えください。
（回答は 3 つまで）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 段目　度数 2 段目　横%		TOTAL	通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問看護を希望したため	通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため	入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	入院していたが、医療機関に退院を促されたため	入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	その他	増えている理由は特にない
0		222 100.0	12 5.4	13 5.9	29 13.1	29 13.1	129 58.1	81 36.5	13 5.9	37 16.7	48 21.6

Q11 貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	受けた	受けていない
0		222	128	94
		100.0	57.7	42.3

Q12 あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	貴施設の職員 感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師	貴施設の職員 その他	感染症専門医	その他の医師	施設外の職員 感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師	施設外の職員 その他
0		128	22	43	15	26	37	28
		100.0	17.2	33.6	11.7	20.3	28.9	21.9

Q13 貴施設の職員で感染症を専門とする研修等を受講された職員をすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 感染症看護専門看護師	2 感染管理認定看護師	3 その他	4 研修を受けた職員はいない
0		222 100.0	4 1.8	17 7.7	37 16.7	166 74.8

Q14 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	2 行政からの事務連絡	3 学会や職能団体等のガイドライン	4 国立感染症研究所の指針	5 その他	6 情報収集はしていない
0		222 100.0	83 37.4	208 93.7	142 64.0	59 26.6	40 18.0	0 0.0

Q15 貴施設の感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8
		TOTAL	外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師	保健所	地区医師会	地区の訪問看護連絡協議会など訪問看護団体	在宅医療関連団体	他の医療機関の専門家	その他	貴施設内で解決できた（相談したことはなかった）
0		222	23	77	10	101	26	19	44	42
		100.0	10.4	34.7	4.5	45.5	11.7	8.6	19.8	18.9

Q16 貴施設は他の訪問看護ステーションや訪問介護事業所等に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		222	89	133
		100.0	40.1	59.9

Q17 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を策定・運用しましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		222	83	139
		100.0	37.4	62.6

Q18 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「マニュアル等を策定・運用した」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	貴施設職員が主体的に作成	地域の関係者で共同作成した	学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した	その他
0		83	28	9	37	9
		100.0	33.7	10.8	44.6	10.8

Q19 令和 2 年 1 月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		222	110	112
		100.0	49.5	50.5

Q20 令和 2 年 1～10 月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		222	50	172
		100.0	22.5	77.5

Q21 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6	7
		TOTAL	職員に新型コロナウイルスの感染者・濃厚接触者が発生したため	職員で急な退職者が発生したため	利用者数が急に増加したため	1 人当たりの訪問時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	事務作業が増加したため	その他
0		50 100.0	5 10.0	29 58.0	17 34.0	12 24.0	11 22.0	8 16.0	11 22.0

Q22 予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	看護職員	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	事務職員	その他
0		50 100.0	50 100.0	10 20.0	3 6.0	0 0.0

Q23 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	していた(約	していなかった
0		222 100.0	88 39.6	134 60.4

<していた(約> Q23 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
0		88 100.0	19.6

Q24 個人防護具(PPE)をどのように入手しましたか。(回答はいくつでも)

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 国や都道府県からの配布	2 寄付	3 通常と同じ業者からの購入	4 通常とは異なる業者からの購入	5 同一法人内で在庫の融通をした	6 地域の他の医療機関等からの支援	7 その他
0		222 100.0	143 64.4	49 22.1	122 55.0	87 39.2	95 42.8	10 4.5	24 10.8

Q25 令和 2 年 1 月以前から、災害時等の非常時に備えて事業継続計画(BCP)を策定していましたか。(回答はひとつ)

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		222 100.0	63 28.4	159 71.6

Q26 災害時等の非常時に備えて策定した事業継続計画（BCP）について、以下の質問にお答えください。（回答は横の行ごとにひとつずつ）（「令和 2 年 1 月以前から、事業継続計画（BCP）を策定していた」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
1	事業継続計画（BCP）に地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか	63 100.0	32 50.8	31 49.2
2	事業継続計画（BCP）に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか	63 100.0	14 22.2	49 77.8
3	事業継続計画（BCP）にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか	63 100.0	15 23.8	48 76.2

Q27 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定しましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		222 100.0	44 19.8	178 80.2

Q28 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを 3 つまでお答えください。（回答は 3 つまで）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 段目　度数 2 段目　横%		TOTAL	感染防護対策	利用者・家族等とのコミュニケーション	職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	事務作業の増加	訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整	離職を希望する職員の増加該当する職種：	その他	特に負担になることはなかった
0		222 100.0	203 91.4	108 48.6	70 31.5	44 19.8	58 26.1	46 20.7	2 0.9	19 8.6	0 0.0

Q29 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアの件数はどのように変化しましたか。 ※ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような利用者も含めご回答ください。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3
		TOTAL	増加した	変わらない	減少した
0		222 100.0	54 24.3	163 73.4	5 2.3

Q30 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアの件数が変化した理由として最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「ターミナルケアの件数が増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	利用者本人からの希望	利用者家族からの希望	その他
0		59 100.0	24 40.7	3 5.1	29 49.2	3 5.1

Q1 貴施設の開設主体をお答えください。（回答はひとつ）◎ 貴事業所についてお伺いします。貴事業所について、回答可能な管理者等がご回答くださいますようお願いいたします。（特に断りのない場合は、令和 2 年 11 月 1 日現在の状況をお答えください。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合	2 社会福祉協議会	3 社会福祉法人（社協以外）	4 医療法人	5 社団・財団法人	6 協同組合及び連合会	7 営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）	8 特定非営利活動法人（NPO）	9 その他の法人	10 その他
0		175	4	14	36	36	5	2	71	4	3	0
		100.0	2.3	8.0	20.6	20.6	2.9	1.1	40.6	2.3	1.7	0.0

＜実人数＞ Q2_1 貴施設の職員数（実人数／常勤換算※）について以下の質問にお答えください。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	介護支援専門員	175 100.0	3.2
2	うち、主任介護支援専門員	175 100.0	1.4
3	うち、その他の職員（管理者含む）	175 100.0	1.8

＜常勤換算数＞ Q2_2 貴施設の職員数（実人数／常勤換算※）について以下の質問にお答えください。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	介護支援専門員	175 100.0	2.8
2	うち、主任介護支援専門員	175 100.0	1.3
3	うち、その他の職員（管理者含む）	175 100.0	1.5

Q3 貴施設の特定事業所加算の届出状況について、あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3	4	5
		TOTAL	特定事業所加算（I）	特定事業所加算（II）	特定事業所加算（III）	特定事業所加算（IV）	届出なし
0		175 100.0	3 1.7	40 22.9	25 14.3	0 0.0	107 61.1

＜令和2年2月＞ Q4_1_1 令和2年2月・5月・8月の利用者についてお答えください（実数）。※該当がないものは0を入力してください。

1段目　度数 2段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	要支援1・2（全利用者数）	175 100.0	15.7
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5
3	要介護1・2（全利用者数）	175 100.0	48.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.2
5	要介護3～5（全利用者数）	175 100.0	25.1
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和 2 年 5 月＞ Q4_1_2 令和 2 年 2 月・5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	要支援 1・2（全利用者数）	175 100.0	15.7
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2（全利用者数）	175 100.0	49.0
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.2
5	要介護 3～5（全利用者数）	175 100.0	26.1
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和 2 年 8 月＞ Q4_1_3 令和 2 年 2 月・5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	要支援 1・2（全利用者数）	175 100.0	16.0
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2（全利用者数）	175 100.0	49.4
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.4
5	要介護 3～5（全利用者数）	175 100.0	26.9
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.7

＜令和 2 年 2 月＜＞人＞ Q4_2_1 令和 2 年 2 月・5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.5
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	11.5
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.0
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.8
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	5.6
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和 2 年 5 月＜＞人＞ Q4_2_2 令和 2 年 2 月･5 月･8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.6
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	11.6
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.2
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	7.0
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	5.8
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和 2 年 8 月＜＞人＞ Q4_2_3 令和 2 年 2 月･5 月･8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.9
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	12.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.4
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	7.2
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.0
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜平成 31 年 2 月＞ Q5_1_1 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	要支援 1・2（全利用者数）	175 100.0	14.8
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	要介護 1・2（全利用者数）	175 100.0	45.4
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.9
5	要介護 3～5（全利用者数）	175 100.0	23.2
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5

＜令和元年 5 月＞ Q5_1_2 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	要支援 1・2（全利用者数）	175 100.0	14.9
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	要介護 1・2（全利用者数）	175 100.0	46.6
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.1
5	要介護 3～5（全利用者数）	175 100.0	24.5
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和元年 8 月＞ Q5_1_3 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	要支援 1・2（全利用者数）	175 100.0	15.2
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2（全利用者数）	175 100.0	46.9
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.5
5	要介護 3～5（全利用者数）	175 100.0	24.7
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5

＜平成 31 年 2 月＜＞人＞ Q5_2_1 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1
		TOTAL	平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.0
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	9.9
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.5
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.0
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.9
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和元年 5 月＜＞人＞ Q5_2_2 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.5
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	10.0
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.6
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.4
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.3

10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和元年 8 月＜＞人＞ Q5_2_3 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください（実数）。 ※該当がないものは 0 を入力してください。（回答は半角数字）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.6
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	10.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.9
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.4
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.3
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

Q6 令和 2 年 1～10 月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを 3 つまでお答えください。（回答は 3 つまで）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療・訪問看護を希望したため	2 通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	3 通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため	4 入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	5 入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	6 入院していたが、医療機関に退院を促されたため	7 入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	8 その他	9 増えている理由は特にない
0		175 100.0	13 7.4	9 5.1	25 14.3	68 38.9	6 3.4	45 25.7	5 2.9	35 20.0	52 29.7

Q7 貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 受けた	2 受けていない
0		175 100.0	103 58.9	72 41.1

Q8 あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	感染症専門医	その他の医師	感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師	その他
0		103	14	36	23	50
		100.0	13.6	35.0	22.3	48.5

Q9 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	行政からの事務連絡	学会や職能団体等のガイドライン	国立感染症研究所の指針	その他	情報収集はしていない
0		175	55	167	62	28	44	1
		100.0	31.4	95.4	35.4	16.0	25.1	0.6

Q10 貴施設は感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師	2 保健所	3 地区医師会	4 在宅医療関連団体	5 他の医療機関の専門家	6 その他	7 貴施設内で解決できた（相談したことはなかった）
0		175 100.0	8 4.6	58 33.1	9 5.1	16 9.1	28 16.0	41 23.4	61 34.9

Q11 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を整備・運用しましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		175 100.0	58 33.1	117 66.9

Q12 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「マニュアル等を整備・運用した」と回答した施設に伺います。）

1段目 度数 2段目 横%		0 TOTAL	1 地域の関係者で共同作成した	2 学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した	3 その他
0		58 100.0	5 8.6	40 69.0	13 22.4

Q13 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会はありましたか。（回答はひとつ）

1段目 度数 2段目 横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		175 100.0	93 53.1	82 46.9

Q14 令和 2 年 1～10 月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		175 100.0	13 7.4	162 92.6

Q15 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となった」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染者・濃厚接触者が発生したため	2 職員で急な退職者が発生したため	3 利用者数が急に増加したため	4 1 人当たりの対応時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	5 保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	6 事務作業が増加したため	7 その他
0		13 100.0	1 7.7	7 53.8	1 7.7	3 23.1	3 23.1	4 30.8	0 0.0

Q16 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1段目 度数 2段目 横%		0	1	2
		TOTAL	していた(約	していなかった
0		175	37	138
		100.0	21.1	78.9

＜していた(約＞ Q16 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1段目 度数 2段目 横%		0	1
		TOTAL	平均値
0		37	23.6
		100.0	

Q17 令和2年1月以前より、災害時等の非常時に備えて事業継続計画(BCP)を策定していましたか。(回答はひとつ)

1段目 度数 2段目 横%		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
0		175	55	120
		100.0	31.4	68.6

Q18 災害時等の非常時に備えて作成した事業継続計画（BCP）に、地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか。（回答はひとつ）（「事業継続計画（BCP）を策定した」と回答した施設に伺います。）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 はい	2 いいえ
0		55 100.0	27 49.1	28 50.9

Q19 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを 3 つまでお答えください。（回答は 3 つまで）

1 段目　度数 2 段目　横%		0 TOTAL	1 感染防護対策	2 利用者・家族等とのコミュニケーション	3 職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	4 保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	5 事務作業の増加	6 訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整	7 離職を希望する職員の増加具体的な職種：	8 その他	9 特に負担になることはなかった
0		175 100.0	121 69.1	154 88.0	11 6.3	12 6.9	62 35.4	83 47.4	3 1.7	15 8.6	1 0.6

Q20 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。※ターミナルケアマネジメント加算を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。（回答はひとつ）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3
		TOTAL	増加した	変わらない	減少した
0		175	17	156	2
		100.0	9.7	89.1	1.1

Q21 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。（回答はひとつ）（「ターミナルケアを行った件数が増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。）

1段目　度数 2段目　横%		0	1	2	3	4
		TOTAL	現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	利用者本人からの希望	利用者家族等からの希望	その他
0		19	6	2	11	0
		100.0	31.6	10.5	57.9	0.0

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「新型コロナウイルス感染症拡大時における訪問看護新規利用者の受け入れに関連する因子の検討」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）
研究協力者　松垣竜太郎（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　助教）

研究要旨
COVID-19拡大期における訪問看護新規利用者数の維持・増加に寄与する因子を明らかにすることを目的に、訪問看護ステーションを対象にしたwebアンケート調査データを用いて、令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。アンケートの回収率は44.5%（222/499事業所）であった。うち、平成31年/令和元年、または令和2年の訪問看護の実施件数が0件であった23事業所を除く199事業所を解析対象とした。199事業所のうち114事業所が令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であった。マルチレベル　ロジスティック回帰分析の結果、令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であることと統計学的に有意に関連のある変数は、常勤換算看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数であった。

A 研究目的

COVID-19拡大防止の観点から不要不急の外出、密閉空間・密集場所・密接場面を避けることが喚起され、令和2年4月20日時点で全国の通所系・短期入所系施設のうち1.13%が感染防止のため休業していたことが報告されている[1)]。

感染症流行下においては訪問看護をはじめとする訪問系サービスの果たす役割は大きく、同サービスの需要増加も想定されるが、一部の訪問看護ステーションでは新規利用者数の減少を認める。

本分析の目的はCOVID-19拡大期における訪問看護新規利用者数の維持・増加に寄与する因子を検討することである。

B 研究方法

本研究は訪問看護ステーションを対象にしたwebアンケート調査である。倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。対象事業所499件に対して調査協力依頼を郵送し、回答者はweb上で回答を入力した。

まず、平成31年/令和元年と令和2年（いずれも2月、5月、8月の3点）の訪問看護新規利用者数を基に、令和2年の訪問看護新規利用者の前年比を求めた。

次に、令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数としたマルチレベルロジスティック回帰分析（各事業所を都道府県でネスト（入れ子）する）を用いて、新規利用者数の維持・増加と関連する因子を検討するとともにオッズ比（Odds ratio：OR）を算出した。

マルチレベル　ロジスティック回帰分析に投じる説明変数は、令和2年11月1日時点の常勤換算看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数、常勤換算その他の職員数、令和2年1月以前に感染症対策にかかる研修会など地域で統一した感染対策を行うための学習機会の有無、令和2年1月以前から非常時に備えた事業継続計画（BCP）を策定していたか否か、COVID-19の流行前からの個人防護具の備蓄の有無とし、平成31年/令和元年（2月、5月、8月の3点）の新規利用者数で調整した。

統計解析にはSTATA version 16(STATA Corp, College Station, TX)を使用し、統計学的有意水準は両側5%未満とした。

C 研究成果

アンケートの回収率は44.5%（222/499事業所）であった。うち、平成31年/令和元年、または令和2年の訪問看護の実施件数が0件であった23事業所を除く199事業所を解析対象とした。199事業所のうち114事業所（57.3%）が令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であった（表1）。

多変量ロジスティック回帰分析の結果、令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であることと統計学的に有意に関連のある変数は、看護職員数（OR ：1.22）、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数（OR：1.21）であった(いずれもp<0.05)（表2）。

表1.回答事業所の属性

	令和2年度訪問看護新規利用者数前年比	
	100%未満	100%以上
	n(%)	n(%)
	85 (42.7%)	114 (57.3%)
常勤換算職員数（人）,平均（標準偏差）		
看護職員	5.7 (3.4)	5.5 (3.2)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.2 (3.1)	2.0 (2.7)
その他の職員	0.8 (0.7)	0.7 (1.0)
令和2年1月以前からの、		
感染対策を行うための地域での学習・共有の機会（有り）	42 (49.4%)	55 (48.2%)
災害時等の非常時に備えた事業継続計画の策定（有り）	20 (23.5%)	38 (33.3%)
感染症流行以前からの個人防護具の備蓄（有り）	32 (37.6%)	50 (43.9%)
前年度新規利用者数*,平均(標準偏差)	20.8 (45.3)	9.2 (8.7)

*：平成31年/令和元年2月、5月、8月の新規訪問看護利用者数の和

表2.令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数としたマルチレベル ロジスティック回帰分析*の結果

	オッズ比	95%信頼区間		p値
常勤換算職員数（人）,平均（標準偏差）				
看護職員	1.22	1.06	1.41	0.006
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.21	1.04	1.41	0.014
その他の職員	1.15	0.76	1.75	0.513
令和2年1月以前からの、				
感染対策を行うための地域での学習・共有の機会（有り）	0.71	0.36	1.39	0.316
災害時等の非常時に備えた事業継続計画の策定（有り）	1.16	0.55	2.44	0.690
感染症流行以前からの個人防護具の備蓄（有り）	1.47	0.74	2.93	0.272
前年度新規利用者数*,平均(標準偏差)				

*平成31年/令和元年（2月、5月、8月の3点）の新規利用者数で調整

D 考察

常勤看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数が一定数以上であることがCOVID-19拡大下においても新規訪問看護利用者数の維持・増加と関連していた。

本分析結果は訪問看護に従事する職員を多く抱える大規模な事業所であることが、COVID-19拡大下においても利用者のニーズに応えることができる柔軟性と対応力を有すること示唆している。

また、本分析結果は常勤換算看護職員数のみならず、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数を一定以上有することがCOVID-19拡大下においても新規訪問看護利用者数の維持または増加に寄与することが示された。従来訪問看護ステーションの規模は常勤換算看護職員数で議論されることが多かったが、本分析結果は特定の職種に限らず、多様な職種を雇用し、多様なニーズに応えることが可能な事業所の有用性を示唆するものである。今後、薬剤師、管理栄養士など本web調査で確認できていない職種の配置状況と新規訪問看護利用者数との関係についても検証をする必要があるかもしれない。

一方、令和2年1月以前に感染症対策にかかる研修会など地域で統一した感染対策を行うための学習機会、令和2年1月以前からのBCPの策定はCOVID-19拡大下における新規訪問看護利用者数の維持・増加とは関連していなかった。今後、それらの内容を精査するとともに、訪問看護ステーションにおける有用な事前の対策について検証を進める必要がある。

E 結論

常勤換算看護職員、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が一定数以上であることがCOVID-19拡大下における新規訪問看護利用者数の維持・増加と関連していた。本分析は、訪問看護サービスを提供する常勤換算職員数の多い事業所、他職種によるサービス提供が可能な事業所の優位性を示唆している。

１）厚生労働省，休業状況調査結果，2020

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費自補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

「新型コロナウイルス感染症拡大時におけるオンライン在宅管理料の算定状況およびオンライン診察や電話等による診察の実施状況の分析」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）
研究協力者　松垣竜太郎（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　助教）

研究要旨
COVID-19拡大下における在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のオンライン在宅管理料の算定状況、及びオンライン診療や電話等による診療の実施状況を明かにすること目的に、在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所を対象にしたwebアンケート調査データの可視化を行った。アンケート（分野別調査票）の回収率は22.2%であった。オンライン在宅管理料を算定した医療機関は前年と比較して1.1ポイント増加した。オンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は前年と比較して6.0ポイント増加した。オンライン在宅管理料を算定しなかった理由は、「適応可能な患者がいないから」及び「ICT機器等の数が十分にないから」を選択した医療機関が50%以上であった。COVID-19拡大下において遠隔での診療のニーズが増加している一方で、その課題も示唆された。

A 研究目的

本研究の目的はCOVID-19拡大下における在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のオンライン在宅管理料の算定状況、及びオンライン診療や電話等による診療の実施状況を明らかにすることである。

B 研究方法

本研究は在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所を対象にしたwebアンケート調査である。対象医療機関2500件に対して調査協力依頼を郵送し、回答者はweb上で回答を入力した。

本研究では在宅医療分野別調査票に回答した医療機関を分析の対象とした。

C 研究成果

アンケート（分野別調査票）の回収率は22.2%（554/2500医療機関）であり、554医療機関を解析対象とした。

・オンライン在宅管理料の算定状況（図1）

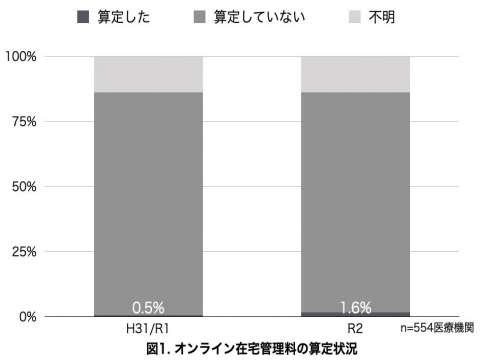


図1. オンライン在宅管理料の算定状況

平成31年/令和元年にオンライン在宅管理料を算定した医療機関は0.5 %（3/554医療機関）であった。令和2年にオンライン在宅管理料を算定した医療機関は1.6%（9/554医療機関）であり、前年と比較して1.1ポイント増加した。

・オンライン診療や電話等による診療の実施状況（図2）

平成31年/令和元年にオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は7.4%（41/554医療機関）であった。令和2年

にオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は13.4%（74/554医療機関）であり、前年と比較して6.0ポイント増加した。

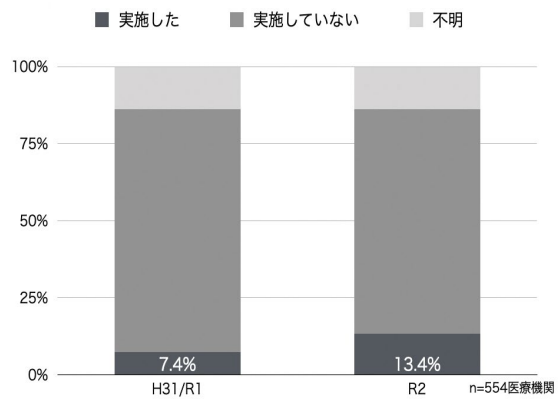


図2. オンライン診療や電話等による診療の実施状況

・オンライン在宅管理料の算定件数および、オンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数の推移（図3）

オンライン在宅管理料の算定件数は平成31年/令和元年2月、5月、8月、令和2年2月、5月、8月がそれぞれ、2件、3件、1件、1件、9件、8件であった。

オンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数は平成31年/令和元年2月、5月、8月、令和2年2月、5月、8月がそれぞれ、969件、1161件、1080件、1350件、2969件、2069件であった。

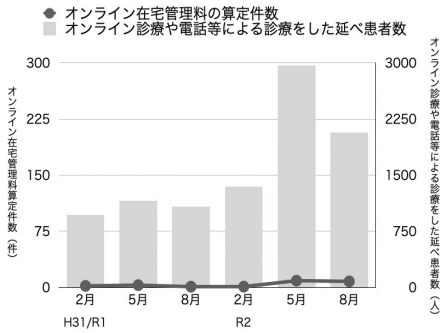


図3　オンライン在宅管理料の算定件数および
オンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数

・オンライン在宅管理料を算定しなかった理由（図4）

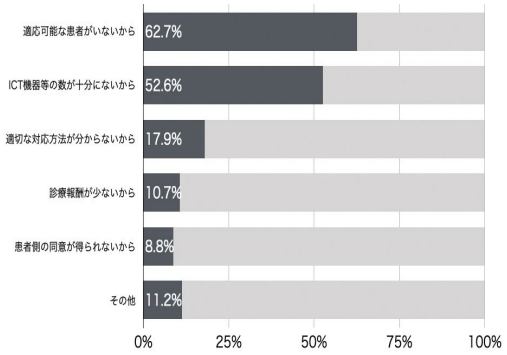


図4. オンライン在宅管理料を算定しなかった理由（回答は3つまで）

オンライン在宅管理料を算定しなかった理由は、「適応可能な患者がいないから」（62.7%：329/554医療機関）、「ICT機器等の数が十分にないから」（52.6%：276/554医療機関）、「適切な対応方法がわからないから」（17.9%：94/554医療機関）の順に多かった。

「その他」としては、「高齢者、独居の患者さんが多く、オンライン操作の説明が困難」、「対面診療でないと危険」「オンラインのみでは患者の状態を把握しきれないと考えたため」、「オンラインで安心できる医療ができるか自信がない。相手がオンラインに対応できそうにない」、「ほとんどが高齢者からなる在宅患者ではICTの機器を利用すること自体不可能」、「訪問診療で対応可能であったため」、「対面での診察こそが臨床医療の基本と考えるから」、「対面診療のみで忙しく、オンライン対応までしている余裕がない」などの理由が挙げられた。

D 考察

COVID-19拡大下においてオンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は少数（1.6%）であり、COVID-19拡大以前と比較してその実施率の変化も僅かであった（1.1%）。一方、COVID-19拡大下におけるオンライン診療や電話等による診療を実施した医療

機関は13.4％で、COVID-19拡大以前と比較して6.0ポイントの増加を認めた。

オンライン在宅管理料を算定しなかった理由の主たるものは「適応可能な患者がいないから」であった。現行のオンライン在宅管理料の算定には在宅時医学総合管理料が算定されていることが要件となっており、在宅時医学総合管理料が算定されている患者の多くは高齢者であることが予想される。年々高齢者のインターネット利用率は向上しており、2019年時点で60歳代が 90.5%、70歳代で74.2%、80歳以上で57.5%となっている[1)]。しかしながら、60歳以上の方がインターネットを使用する用途・目的の多くは電子メールの送受信と情報検索が占めており[1)]、現状ではオンラインでの診療に対応可能なITリテラシーを有する患者が少ない可能性がある。

一方、COVID-19拡大下において「オンライン診療や電話等による診療」を実施した医療機関は増加し、その算定件数も僅かながらも増加している。このことは、COVID-19拡大下において遠隔での診療のニーズが増加していることを示唆している。

遠隔での診療は在宅医療領域においても有用な医療提供の手段の一つであるとも考えられるが、算定要件の課題、実施方法に関する課題があるのかもしれない。今後の在宅医療分野における遠隔での診療における更なる課題の整理が必要である。

１）総務省,令和2年版情報通信白書, 2019

E 結論

令和2年にオンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は1.6%であった。在宅医療領域における遠隔での診療に関する課題の解決を目指す必要がある。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「医療介護レセプトを用いたCOVID-19による入院状況の分析」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）
研究協力者　松田晋哉（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　教授）
研究協力者　得津慶（産業医科大学大学院医学研究科医学専攻博士課程）

研究要旨
本研究では、医療・介護のレセプト情報からどのような知見が得られるのかをCOVID-19で入院した患者の分析事例から解説する。COVID-19陽性（疑いを含む）で60歳以上の患者4,968名（入院・外来合計）について、入院に関連する要因を検討するため、ロジスティック回帰分析を行った。腎不全、認知症、脳血管障害、貧血のある者、年齢では75歳～84歳、85歳以上、要支援１・要介護１を除く要支援又は要介護状態であることが有意に高いオッズ比を示していた。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっていた。COVID-19陽性（疑いを含む）で入院となった60歳未満の患者1,925名について、関連する要因をロジスティック回帰で分析した。精神疾患、腎不全、心不全、脳血管障害、貧血のある者であることが有意に高いオッズ比を示していた。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっていた。

A 研究目的

令和2年12月以降、COVID-19の急速な感染拡大が続いている。令和3年1月21日現在で日本における陽性者及び死亡者はそれぞれ342,984人と4,742人となっている[1)]。

感染者の把握及び入院調整は保健所の業務となっているが、感染者の増大により十分な対応は難しい状況になっている。各地域で現状に対応するための情報があることが必要である。対策の方向性を決め、その効果を検証するためには迅速な情報収集が必要と考えられる。DPCの様式1情報と医療・介護のレセプト情報を活用することで、1か月の遅れは発生するが、おおまかな情報は把握が可能である。そこで本報告では医療・介護のレセプト情報からどのような知見が得られるのかをCOVID-19で入院した患者の分析事例をもとに説明する。

B 研究方法

分析に用いたのはある自治体の国保及び後期高齢者医療制度、そして介護保険のレセプトである。今回の研究で用いたレセプトデータは保険者から受領する前の段階で匿名化されており、「特定の個人を識別することができないものであって、対応表が作成されていないもの」に該当する。分析に用いたのは、令和2年1月から令和2年5月診療及びサービス利用分のレセプトである。まず、令和2年2月から5月までの間にCOVID-19の診断名で医療機関を受診した患者を抽出した（疑い病名も含む）。これらの患者について令和2年1月から令和2年5月の間の主たる傷病の有病率を医科レセプトから、そして要介護度と介護サービスの利用状況を把握した。患者数は全体で6,893名、うち1,614名（32.5%）が入院していた。

C 研究成果

図表1は入院患者1,614名について要介護度別に性、年齢、主な傷病の有病率、介護施設入所の有無を見たものである。全体で見ると女性割合は44.6%、平均年齢は78.3歳（標準偏差14.1歳）、有病率は糖尿病62.7%、高血圧性疾患70.0%、脳血管障害43.5%、虚血性心疾患40.6%、心不全52.4%、悪性腫瘍46.8%、精神障害32.9%、認知症27.5%、腎不全25.6%、貧血42.9%、入院前に介護施設入所していた者14.3%、入院中に人工呼吸の対象となった者2.1%となっている。要介護度別にみると、要介護度が重くなるにつれて女性割合、平均年齢、入院前に介護施設に入所していた者の割合が高くなる。特に要介護4以上では約50%が施設入所していた者である。主な傷病では、要介護度が重くなるにつれて、脳血管障害、認知症の有病率が高くなり、糖尿病、虚血性心疾患、悪性腫瘍は低くなる傾向がある。貧血割合に一定の傾向はない。人工呼吸は認定無し及び要支援１の対象者で利用割合が高くなっている。
図表2は年齢階級別に性、年齢、主な傷病の有病率、介護施設入所の有無を見たものである。入所前に介護施設に入所していた者の割合は、年齢階級が上がるにつれて高くなる。特に85歳以上ではその割合が25%を超している。精神障害は60歳未満で高く、認知症の有病率は75歳以上で高く、85歳以上では約50%になっている。高血圧性疾患、脳血管障害、虚血性心疾患、心不全、腎不全は年齢階級とともに上昇している。糖尿病は40歳から84歳で60%台ともっとも高く、また悪性腫瘍も60～84歳で50%台となっている。また、人工呼吸は60歳未満で6%前後の高い値になっている。
図表3はCOVID-19陽性（疑いを含む）で60歳以上の患者4,968名（入院・外来合計）について、入院に関連する要因をロジスティック回帰で分析した結果を示したものである。腎不全(OR=1.32, p=0.001)、認知症(OR=1.41, p<0.001)、脳血管障害(OR=1.40, p<0.001)、貧血のある者(OR=1.64, p<0.001)、年齢では75歳～84歳 (OR=1.48, p<0.001; referenceは60-64歳)、85歳以上(OR=1.77, p<0.001 referenceは60-74歳)、要支援2 (OR=1.93, p<0.001 referenceは介護認定無)、要介護2 (OR=2.24, p<0.001; referenceは介護認定無)、要介護3 (OR=2.08, p<0.001; referenceは介護認定無)、要介護4 (OR=2.26, p<0.001; referenceは介護認定無)、要介護5 (OR=2.80, p<0.001; referenceは介護認定無)であることが有意に高いオッズ比を示している。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっている(OR=0.61, p=0.001)。
図表4はCOVID-19陽性（疑いを含む）で入院となった60歳未満の患者1,925名について、関連する要因をロジスティック回帰で分析した結果を示したものである。精神疾患(OR=1.51, p=0.037)、腎不全(OR=2.25, p=0.004)、心不全(OR=1.86, p=0.016)、脳血管障害(OR=1.78, p=0.028)、貧血のある者(OR=2.20, p<0.001)であることが有意に高いオッズ比を示している。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっている(OR=0.52, p=0.001)。

D 考察－分析結果から得られる公衆衛生施策への示唆 -
医科及び介護レセプトの情報を用いているため、臨床的にはその解釈に一定の制限がある。しかし、公衆衛生政策を行っていく上ではこのような分析から、いくつかの重要な知見が得られている。以下、それを列挙してみたい。
まず、年齢階級の高い者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがわかる。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測される。例えば0－39歳で見ると糖尿病が30.4%、虚血性心疾患が21.7%、悪性腫瘍が26.1%、貧血が26.1%と高い割合になっており、COVID-19にり患する以前に医学的管理が必要な者が多いことがわかる。また、精神障害（気分障害

と認知症を除く）の割合が41.3%と高くなっている。この中には神経症も含まれているため、COVID-19感染による副次的な反応も含まれている可能性がある。ただし、吉田がドイツの事例で報告しているように精神障害者、心身障害者はCOVID-19の感染弱者であり[2)]、したがってこうした集団への積極的な予防対策、健康管理が新興感染症の流行時には重要である可能性が示唆された。実際、有我は精神患者の感染率及び死亡率について、国内感染率の3.6倍、国内死亡率の4.6倍であることを報告している[3)]。次に要介護状態との関連で考えると、要介護3以上が入院患者の約25%、介護施設からの搬送が30%以上、85歳以上が35%以上となっていた。また、表には示していないが85歳以上では脳血管障害（陳旧性を含む）と認知症の有病率がともに約50%になっていることが注目される。こうした患者の典型的な状態像は、脳梗塞の後遺症で四肢の麻痺や嚥下障害があり、また認知症があり、日中離床していたとしても、そのほとんどの時間を車いすで過ごし、生活全般に介助が必要というものだろう。こうした患者が入院し、臥床期間が長くなれば、当然ADLは大幅に低下し、COVID-19の治療が終わったとしても、受け入れ先を見つけることは非常に困難となる。治療が終わった患者がコロナ病床にとどまり続ければ新しい患者を受け入れることが困難になる。この問題に対処するためには、治療後の、特に麻痺や認知症のある高齢患者を受け入れることが出来る中小民間病院等の施設の確保が重要と考える。

以上の分析結果から医療崩壊を防ぐための公衆衛生施策として何が考えられるだろうか。第一は感染の予防、特にハイリスク者における感染の予防である。具体的には障害者施設、介護施設での感染対策の充実が求められる。福岡県などいくつかの自治体では介護施設の勤務者に対する無料のPCR検査が始まっている。また、いくつかの地域では大学病院の感染対策専門職が介護施設や障害者施設の感染予防指導にあたるなどしているが、こうした仕組みの充実が有効な可能性がある。

60歳未満の世代については、精神障害、糖尿病、腎不全、虚血性心疾患、悪性腫瘍など、これまでの臨床研究において明らかになっているハイリスク者が入院に至っていることを考えれば、こうした患者についても積極的な予防対策が取られる必要がある。これらの患者については、ハイリスクとされる基礎疾患には慢性疾患が多く、ほとんどの場合で定期的な受診が求められることから、かかりつけ医がいると考えられる。したがって、かかりつけ医による健康管理の強化によって、積極的な予防対策を取ることが可能となると考えられる。加えて、保険者はデータヘルスの推進が求められていることからも、レセプトを分析することでこうしたハイリスク者を把握し、効果的な介入を行うことが可能と考える。

レセプト情報については、いわゆるレセプト病名の問題など、情報の信頼性に関して留保すべき事項があるのは確かである。しかしながら、COVID-19のような深刻な健康問題に関しては、HER-SYS等のレセプトデータ以外のデータとの整合性の観点等から、いわゆる「レセプト病名」として記録される可能性は一般の傷病に比較すれば少ないと考えられる。COVID-19のような感染力の強い新興感染症については、情報に基づく迅速な対応が必要である。我が国のレセプト情報はそのための重要な情報源に成り得ると考える。

また、今回の感染症拡大では医療崩壊の危機に関しても関心が高まっている。レセプト情報はそうした医療機関の状況を把握し、適切な支援を行う判断のための資料としても有用であると考える。

E 結論

COVID-19感染症による入院の状況について、東日本の1自治体の医療及び介護レセプトを用いて分析した。入院患者の主な傷病の有病率及び介護保険の利用状況、年齢をみると、高齢者、要介護度の高い者、障害

者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがあきらかとなった。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測された。

COVID-19のような感染力の強い新興感染症については、情報に基づく迅速な対応が必要であることから、我が国のレセプト情報はそのための重要な情報源であると考える。

引用文献

1)　厚生労働省：新型コロナウイルスについて、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html（令和3年1月21日閲覧）

4)　吉田恵子：ドイツの対応、第15回アジア太平洋ヘルスサポート学会・シンポジウム２「世界各国は新型コロナウイルス感染にどのように対応したか」：　https://www.jshss.org/ja/general-meeting/2422/

5)　有我譲慶：　http://www.yuki-enishi.com/psychiatry/psychiatry-72.pdf（令和3年1月25日閲覧）

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

図表1　要介護度別にみた性、年齢及び主な傷病の有病率、介護施設入所の有無（入院患者1,614名）

要介護度	人数		女性割合	年齢平均	年齢標準偏差	糖尿病	高血圧性疾患	脳血管障害	虚血性心疾患	心不全	悪性腫瘍	精神障害	認知症	腎不全	貧血	介護施設入所（入院前）	人工呼吸
全体	1,614	構成割合(%)	44.6	78.3	14.1	62.7	70.0	43.5	40.6	52.4	46.8	32.9	27.5	25.6	42.9	14.3	2.1
認定無	876	54.3	37.7	72.7	15.7	63.7	67.2	38.1	42.2	46.3	51.5	28.9	11.1	23.5	39.3	0.0	3.1
要支援1	29	1.8	34.5	82.1	7.3	72.4	82.8	48.3	55.2	82.8	58.6	27.6	17.2	24.1	55.2	0.0	3.4
要支援2	69	4.3	43.5	84.6	6.6	72.5	84.1	52.2	46.4	68.1	43.5	23.2	11.6	31.9	49.3	10.1	0.0
要介護1	64	4.0	40.6	83.4	7.6	65.6	65.6	37.5	45.3	60.9	56.3	48.4	43.8	25.0	51.6	9.4	1.6
要介護2	146	9.0	47.9	84.3	8.2	65.1	75.3	44.5	40.4	60.3	56.8	31.5	35.6	31.5	53.4	13.0	0.7
要介護3	131	8.1	58.0	86.1	6.7	61.1	71.8	52.7	36.6	56.5	35.1	40.5	57.3	27.5	47.3	32.8	0.0
要介護4	161	10.0	59.6	86.3	8.0	55.9	73.3	54.7	34.2	60.2	31.7	44.7	59.6	25.5	45.3	52.2	1.2
要介護5	138	8.6	59.4	84.8	8.7	55.1	68.1	52.2	33.3	51.4	30.4	37.7	60.1	28.3	37.7	52.2	1.4

*: 退院ベースの分析ではないため、死亡の解釈には注意が必要

図表2　年齢階級別にみた性、年齢及び主な傷病の有病率及び介護施設入所の有無（入院患者1,614名）

年齢階級	人数		女性割合	年齢平均	年齢標準偏差	糖尿病	高血圧性疾患	脳血管障害	虚血性心疾患	心不全	悪性腫瘍	精神障害	認知症	腎不全	貧血	介護施設入所（入院前）	人工呼吸
全体	1,614	構成割合	44.6	78.3	14.1	62.7	70.0	43.5	40.6	52.4	46.8	32.9	27.5	25.6	42.9	14.3	2.1
0-39歳	46	2.9	43.5	24.7	10.3	30.4	15.2	10.9	21.7	13.0	26.1	41.3	0.0	4.3	26.1	0.0	6.5
40-59歳	88	5.5	31.8	51.8	4.9	61.4	44.3	29.5	30.7	39.8	42.0	40.9	4.5	28.4	48.9	2.3	5.7
60-74歳	301	18.6	33.6	69.1	3.8	63.8	64.5	36.2	37.2	42.5	56.5	27.6	7.0	25.9	39.5	4.3	3.3
75-84歳	611	37.9	39.6	80.0	2.9	67.4	73.8	48.0	43.7	54.2	52.4	31.3	23.4	24.7	42.2	10.3	2.3
85歳以上	568	35.2	57.9	89.9	3.8	59.9	77.1	47.4	42.1	60.9	38.2	35.6	48.6	27.6	45.8	26.9	0.4

*: 退院ベースの分析ではないため、死亡の解釈には注意が必要

図表3　入院に関連する要因のロジスティック回帰分析（60歳以上　4,968名）

入院（目的変数）	オッズ比 (OR)	ORの 標準偏差	ORの95%信頼区間 下限	上限	P値
性（男＝0、女＝１）	0.61	0.04	0.53	0.70	<0.001
糖尿病（無=0、有=1）	0.96	0.07	0.84	1.11	0.626
精神疾患（無=0、有=1）	1.05	0.08	0.91	1.22	0.496
高血圧性疾患（無=0、有=1）	1.06	0.08	0.91	1.24	0.439
腎不全（無=0、有=1）	1.32	0.11	1.12	1.56	0.001
心不全（無=0、有=1）	1.14	0.08	0.99	1.31	0.069
認知症（無=0、有=1）	1.41	0.13	1.17	1.69	<0.001
悪性腫瘍（無=0、有=1）	0.94	0.07	0.82	1.07	0.345
脳血管障害（無=0、有=1）	1.40	0.10	1.22	1.61	<0.001
貧血（無=0、有=1）	1.64	0.12	1.42	1.90	<0.001
年齢75-84歳（参照は60－64歳）	1.48	0.13	1.25	1.75	<0.001
年齢85歳以上（参照は60－64歳）	1.77	0.18	1.45	2.16	<0.001
要支援1（参照は要介護認定無）	1.43	0.35	0.89	2.29	0.145
要支援2（参照は要介護認定無）	1.93	0.34	1.37	2.71	0.000
要介護1（参照は要介護認定無）	1.32	0.23	0.94	1.86	0.105
要介護2（参照は要介護認定無）	2.24	0.30	1.73	2.91	<0.001
要介護3（参照は要介護認定無）	2.08	0.30	1.56	2.77	<0.001
要介護4（参照は要介護認定無）	2.26	0.31	1.74	2.95	<0.001
要介護5（参照は要介護認定無）	2.80	0.42	2.09	3.74	<0.001
定数	0.30	0.04	0.23	0.40	<0.001

図表4　入院に関連する要因のロジスティック回帰分析（60歳未満　1,925名）

入院（目的変数）	オッズ比（OR）	ORの標準偏差	ORの95%信頼区間		P値
			下限	上限	
性（男＝0、女＝１）	0.52	0.11	0.35	0.77	0.001
糖尿病（無=0、有=1）	1.31	0.30	0.83	2.05	0.247
精神疾患（無=0、有=1）	1.51	0.30	1.02	2.24	0.037
高血圧性疾患（無=0、有=1）	1.20	0.30	0.73	1.98	0.462
腎不全（無=0、有=1）	2.25	0.63	1.30	3.91	0.004
心不全（無=0、有=1）	1.86	0.48	1.12	3.08	0.016
悪性腫瘍（無=0、有=1）	1.30	0.28	0.85	1.97	0.221
脳血管障害（無=0、有=1）	1.78	0.47	1.06	2.98	0.028
貧血（無=0、有=1）	2.20	0.49	1.42	3.40	<0.001
年齢40-59歳（参照は0－39歳）	1.23	0.27	0.81	1.88	0.327
定数	0.07	0.02	0.04	0.14	<0.001

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

「介護保険サービス利用状況別にみた遠隔診療等の利用状況に関する研究」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）
研究協力者　得津慶（産業医科大学大学院医学研究科医学専攻博士課程）
研究協力者　松田晋哉（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　教授）

研究要旨
介護利用の状況に応じた受診頻度の変化を調査することで、COVID-19感染拡大下の受診状況の変化を明らかにすることを目的とした。東日本の一自治体の国民健康保険と後期高齢者医療制度利用者のうち、令和元年12月から令和2年5月の医療と介護のいずれかを利用した者2,344,847人分のレセプトを集計の対象とした。対象期間に初診、再診、電話再診、オンライン診療、時間外受診、訪問診療の月ごとの利用回数を集計した。電話再診の回数は、施設サービス以外介護保険サービスの利用者は、介護サービスを利用していない者に比べて、伸びが小さいものの、おおむね同様の増加傾向をしていた。介護保険の施設サービス利用者は顕著な変化は認められなかった。オンライン診療は、介護サービスを利用していない者の増加が3月に大きく、ついで施設サービス以外介護保険サービスの利用者が増加した。いずれも5月には減少した。介護保険の施設サービス利用者は４月までは変化がなかった。

A 研究目的

COVID-19の感染者増加に応じその拡大防止のため、令和2年4月政府は緊急事態宣言を発令した。これにより不要不急の外出が抑制され、医療においても受診行動の抑制を引き起こした可能性がある。

本分析の目的は、介護利用の状況に応じた受診頻度の変化を調査することで、COVID-19感染拡大下の受診状況を明らかにすることである。

B 研究方法

東日本の一自治体の国民健康保険と後期高齢者医療制度利用者のうち、令和元年12月から令和2年5月の医療と介護のいずれかを利用した者2,344,847人分のレセプトを集計の対象とした。対象期間に初診、再診、電話再診、オンライン診療、時間外受診、訪問診療の月ごとの利用回数を集計した。なお、レセプトデータについては保険者から受領する前の段階で匿名化されており、「特定の個人を識別することができないものであって、対応表が作成されていないもの」に該当すると考えた。

C 研究成果

図1. 対象者の月ごとの医療、介護の利用状況

	医療のみ	介護(通所のみ)	介護(入所)	合計
令和元年12月	2,074,097	224,915	45,835	2,344,847
令和2年1月	2,072,474	226,119	46,254	2,344,847
令和2年2月	2,072,710	225,865	46,272	2,344,847

令和2年3月	2,075,798	222,640	46,409	2,344,847
令和2年4月	2,080,336	218,117	46,394	2,344,847
令和2年5月	2,084,421	214,844	45,582	2,344,847

初診の回数は、介護サービスを利用していない者(a)、通所サービス利用者(c)、は同様に緩やかに減ったあとに回復に向かっていると考えられる。入所サービス利用者(b)も緩やかな減少があったと考えられる。　（図２）

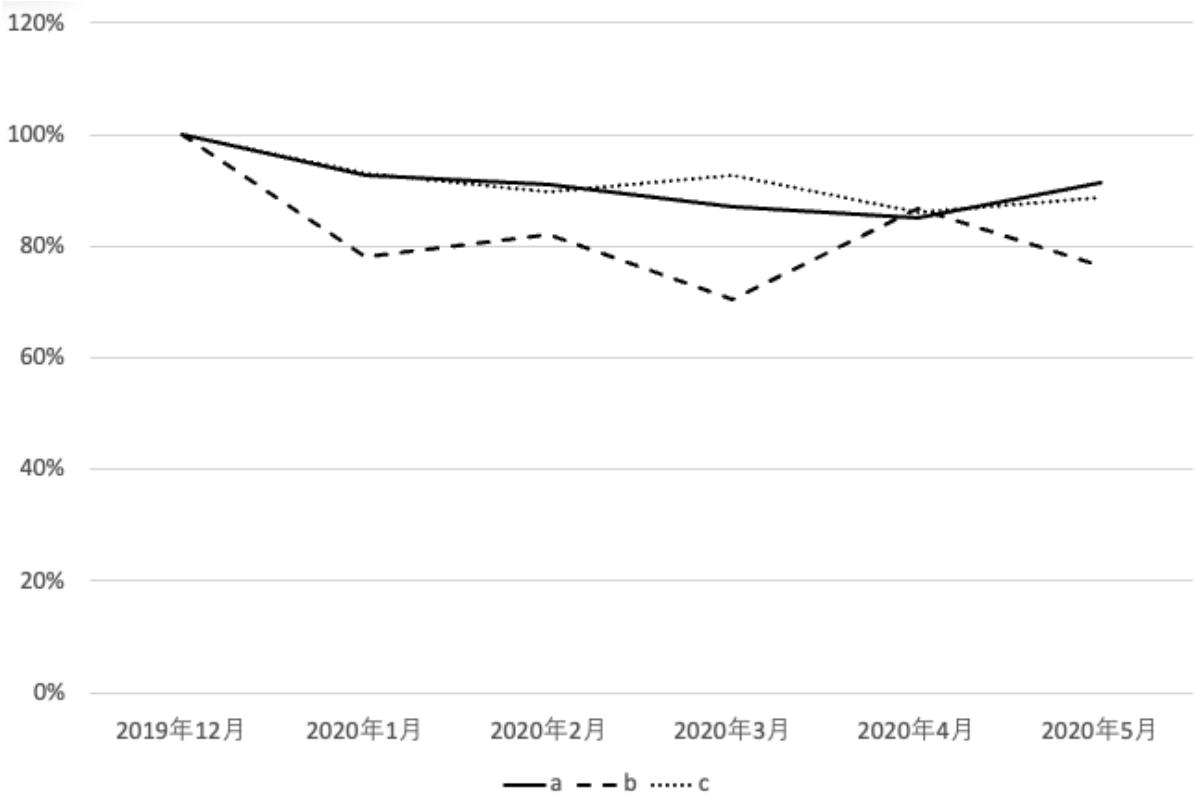


図2. 月ごとの初診の回数の合計の推移

再診の回数は、介護サービスを利用していない者(a)、通所サービス利用者(c)は同様に緩やかに減ったあとに回復していることがわかる。入所サービス利用者(b)も同様の減少傾向があった。（図３）
時間外診療の回数は、介護サービスを利用していない者(a)は、緩やかに減ったあとに回復していることがわかる。入所サービス利用者(b)、通所サービス利用者(c)も同様の減少傾向があった。（図４）電話再診の回数は、通所サービス利用者(c)は、介護サービスを利用していない者(a)に比べて、伸びが小さいものの、おおむね同様の変化をしている。入所サービス利用者(b)は比較的減少の度合いが大きかった。（図５）

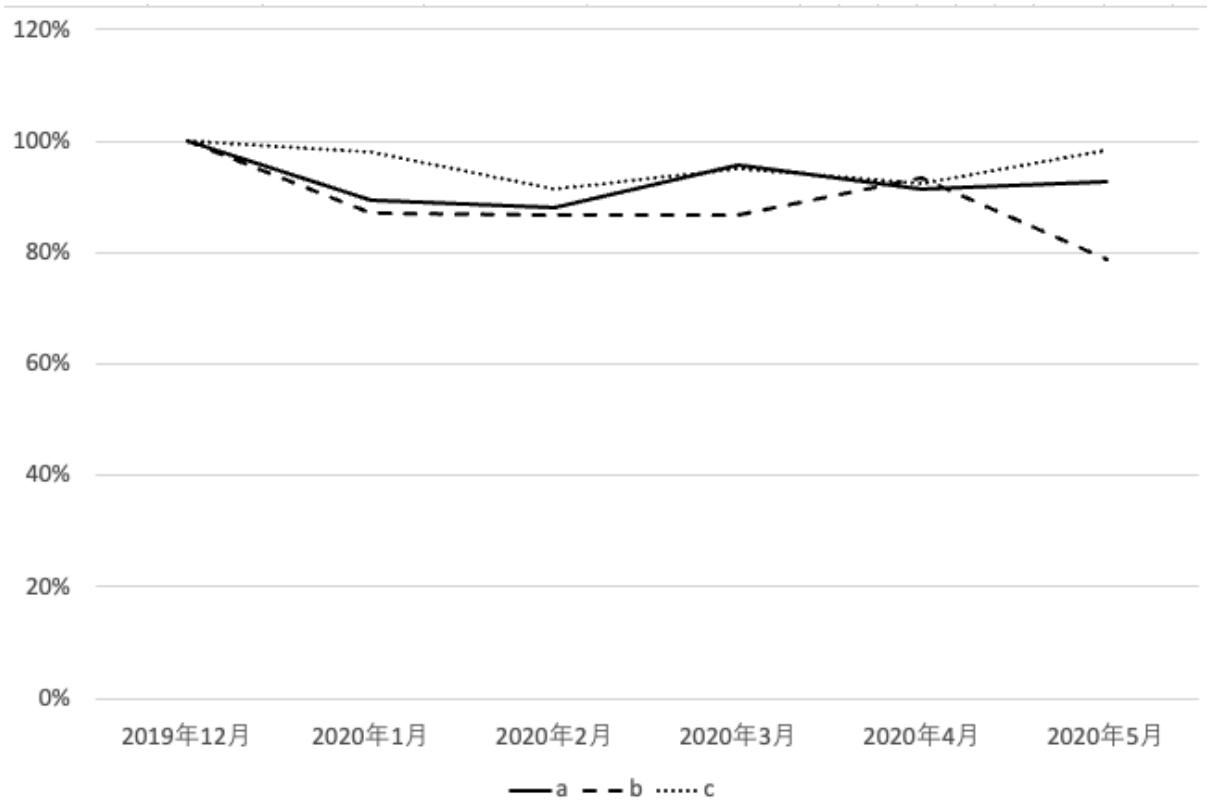


図3. 月ごとの再診の回数の合計の推移

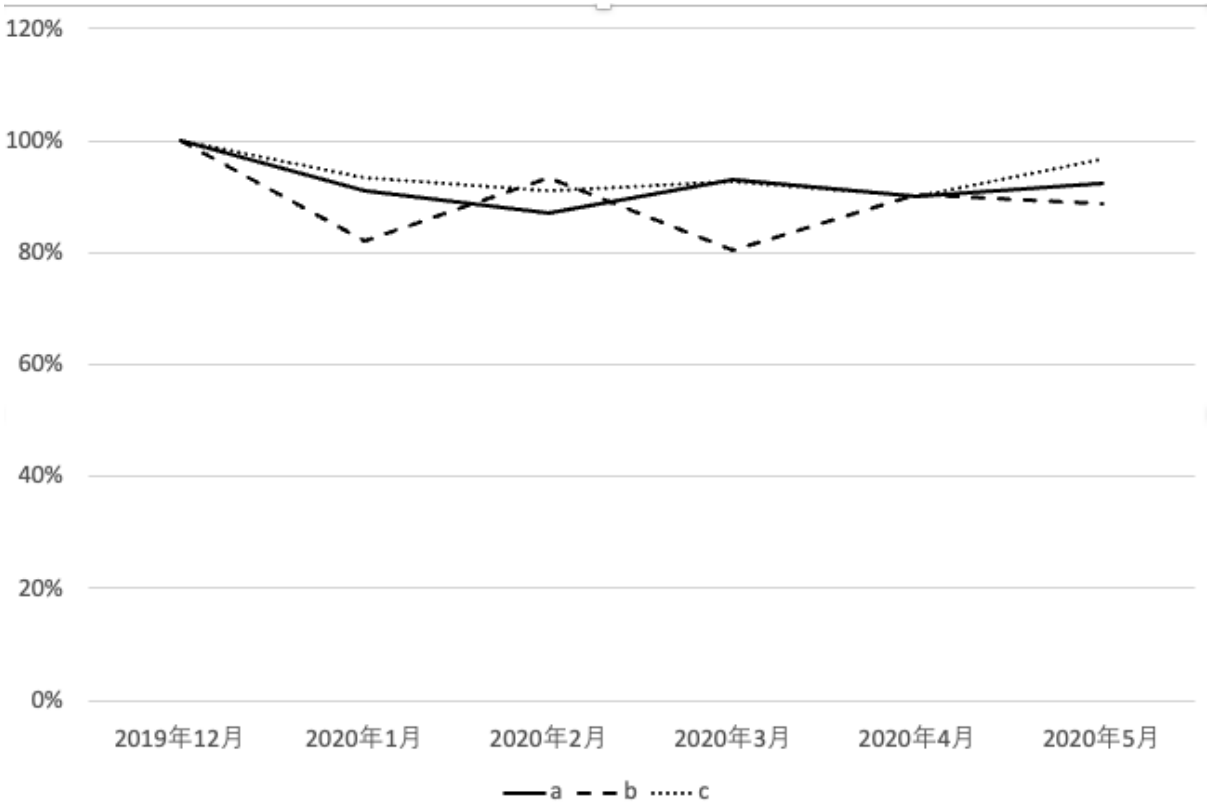


図4. 月ごとの時間外診療の回数の合計の推移

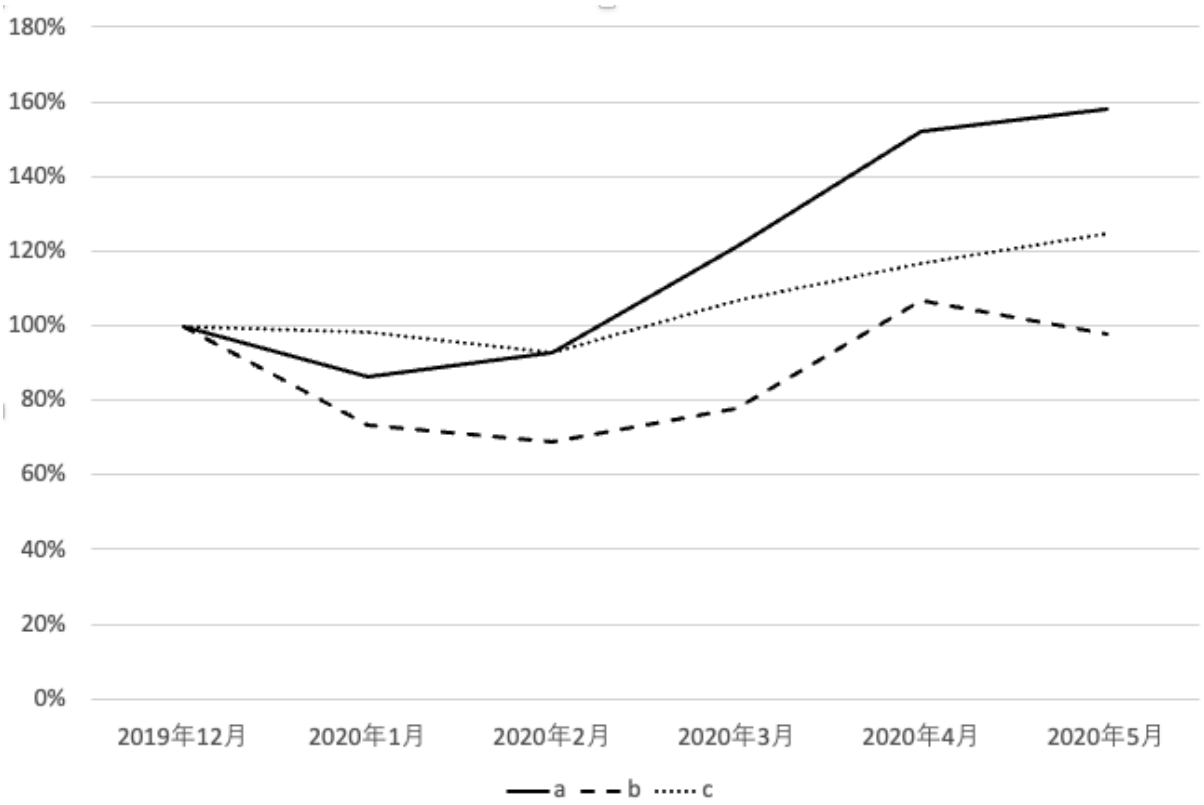


図5. 月ごとの電話再診の回数の合計の推移

オンライン診療は、介護サービスを利用していない者(a)の増加が3月に大きかった。ついで通所サービスを利用者(c)が増加したが、いずれも5月には減少した。入所サービス利用者(b)はあまり変化がなかった。（図６）訪問診療は、介護サービスを利用していない者(a)の利用が5月にみられた。（図７）

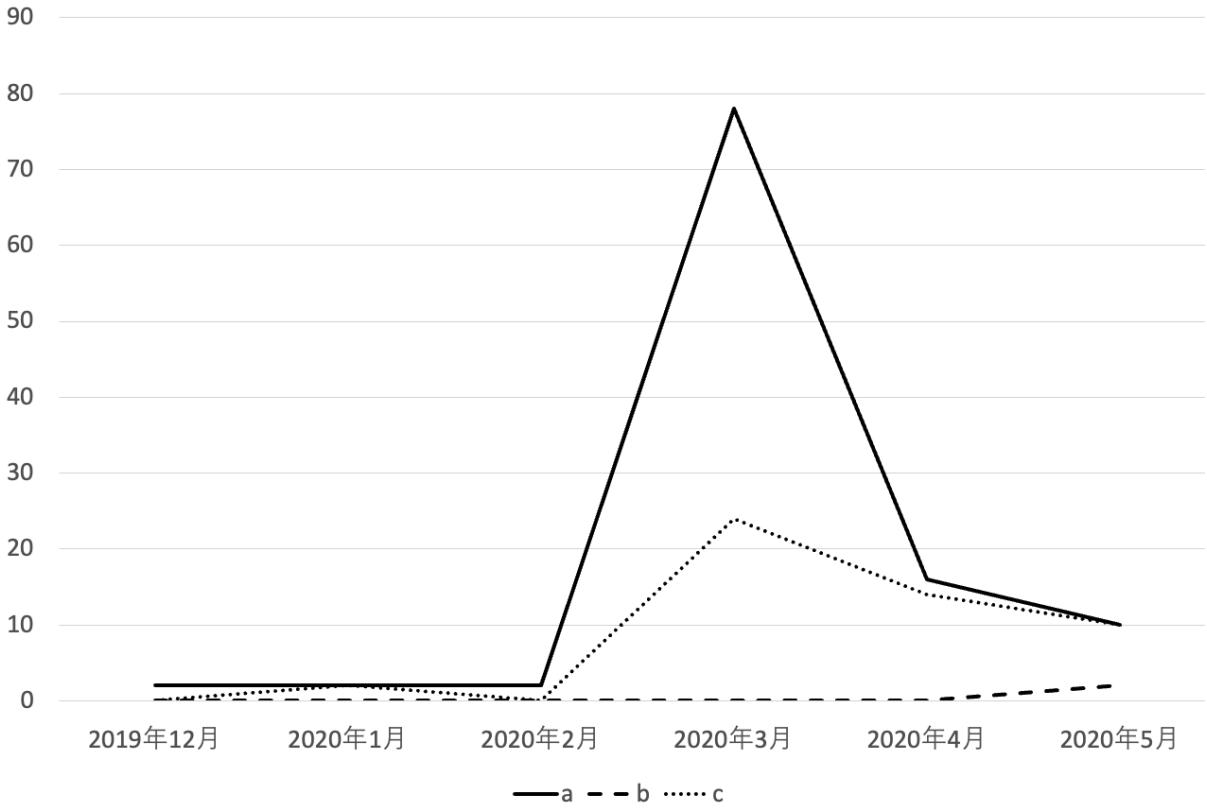


図6. 月ごとのオンライン診療の回数の合計の推移

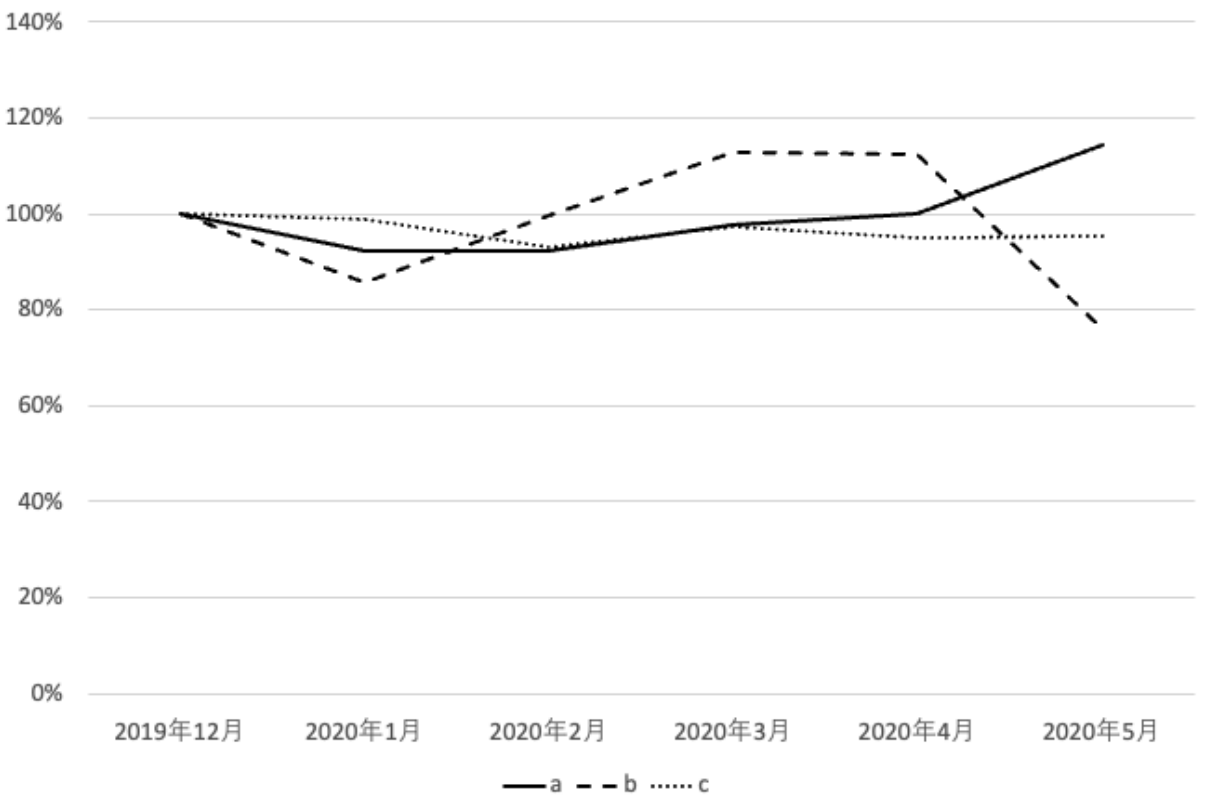


図7. 月ごとの訪問診療の回数の合計の推移

D 考察

介護サービスの利用状況別に受診頻度の変化を調査した。

入所サービス利用者はCOVID-19感染を懸念して医療機関を受診しにくい状況になっていたと考えられるが、介護サービスを利用していない者や通所サービス利用者に比較して、訪問診療やオンライン診療、電話再診などの利用が増加していない可能性が示唆された。その要因の１つとして、入所サービス利用者は要介護度が重度でありコミュニケーションに困難が伴うことや、認知症の合併などにより電話やオンライン診療の実施が困難であること等が考えられた。

なかでもオンライン診療には介護利用状況によって実施状況の変化に大きな違いがあった。オンライン診療は介護を利用していない者において特に増加した。通所介護を利用している者のその実施回数も増加したものの相対的に増加は小さかった。令和2年オンライン診療を実施するにあたってインターネット環境やデジタル端末の使用習熟度や利用可能状況が年齢によって異なることが影響している可能性が考えられた。

また、オンライン診療は令和2年3月に一時的に利用が増えたにも関わらずその後減少した。一方電話再診は一貫して増加傾向であった。このことは電話による診療に比べてオンライン診療のユーザビリティに課題があった可能性が示唆された。具体的には、まずオンライン診療を実施するためには医師が医療機関より実施しなければならないということが在宅医療を実施する医師の勤務体制に適合しにくかった可能性がある。次に、オンライン診療を実施するためには、在宅時医学総合管理料等を算定し一定期間（平成30年診療報酬改定では６月）が経過していなければならなかったことや、定期的な対面診療をしているといったことが要件となっていたため、受診アクセスの制限が長期化した場合にはオンライン診療の実施ができなかった可能性が考えられた。

なお、令和2令和2年「第10回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」では令和2年4月から5月にかけてオンライン診療の実施頻度が増加したという報告があるが、本研究の対象である国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度利用者のオンライン診療の実施は令和2年4月から5月にかけて増加はみられなかった。この差からも、オンライン診療を実施するにあたっての可用性が年齢によって異なることが影響した可能性があると考えられる。

年齢や環境等のオンライン診療の可用性に応じてその利用を支援できる体制が介護施設内や訪問サービスによって実現することが望まれる。患者が看護師等といる場合のオンライン診療である「D to P with N」と呼ばれる形式は、このようなオンライン診療利用の支援ができるほか診療の補助行為等が行える利点もあるため、パンデミック下での特に介護施設や自宅の在宅医療におけるオンライン診療の対象者の拡大による受診アクセスの維持に役立つと思われる。これらの潜在的なオンライン診療利用者の利用体験と、実施する医師の実施状況をふまえ現状課題を詳しく調査し解決策を検討する必要がある。オンライン診療は対面診療を完全に代替するものには成り得ないが、平時においても医療アクセスを改善することで、特に行動制限のある者に対する地域包括ケアにおける疾病管理に役立てることが期待できるだろう。

本研究ではレセプトデータを用いた。医科レセプトと介護レセプトを用いることによって、医療の観点から介護サービスの課題を調査することができる。またレセプトデータをパネルデータとして医療や介護サービスの提供体制をモニタリングし、需給について詳細な時系列分析をすることが可能である。このような悉皆性の高いデータに基づいて、わが国の医療提供のあり方について、医療を取り巻く環境の変化をふまえ迅速に検討できる可能性が示唆された。

最後に、本研究の制限として、まず、国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度利用者を対象としているため、かならずしも当該地域の全住人をカバーしていないという点がある。次に、対象期間が令和2年5月までであるため、令和2年6月以降の傾向がこの集計からはわからないという点がある。介護利用状況に応じて令和2年6月以降にどのような推移があったかを今後集計することが期待される。

E 結論

COVID-19の感染拡大下において介護サービス利用者は非利用者に比べてオンライン診療の実施数の増加が小さかった。医療アクセスの維持・向上による適切な疾病管理ため、介護サービス利用者のオンライン診療の利用を支援する体制の整備が有用である可能性が示唆された。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「地域における新型コロナウイルス感染症への具体的な対応事例収集のためのヒアリング調査」

研究分担者　村松圭司（産業医科大学　医学部　公衆衛生学　准教授）

研究要旨
COVID-19対応の具体的事例を収集するため、計11の在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションを対象にオンライン会議システムを使用しヒアリングを実施した。ヒアリングで得られた情報については、「連携」「オンライン診療等」「ACP」「疾患の経過への影響」「BCP」に分類した。「連携」については、「対応に苦慮した事例」「良好事例」「医療機関との連携」「訪問看護ステーションとの連携」「その他の施設等との連携」「診療所・事業所内連携」「行政との連携」に更に分類した。地域包括ケアシステムの中に、在宅医療・介護の連携に関わる主体を大きく３つに分けると、今回のヒアリング対象である在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが含まれる「在宅医療・介護サービス提供者」と、それらの利用者である「地域住民」、そして両者に影響を与える可能性がある全てのステークホルダーが含まれる「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」に分類されると考えた。医療機関・事業所内連携の観点では、十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。同種サービス間連携の観点では、BCPの策定を行っていなかった事業所が複数あったことも踏まえ、地域全体でCOVID-19流行下において、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応について、協議が始まったケースも複数あったが、本来であれば地域全体で事前に考えておくことが望ましいと考えた。他の在宅医療・介護サービス提供者との連携では、質的な研究となり評価が困難ではあるが、サービス担当者会議の効果を検証する後続の研究が必要であると考えた。入院医療機関との連携では、ICTの活用を含め、機能間連携を推進する施策や診療報酬上の評価や、サービス担当者会議同様、退院時カンファレンスの実施が入院医療機関側へ与える良い影響に関する後続の研究が必要であると考えた。

A 研究目的

COVID-19対応の具体的事例を収集するため、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションを対象にヒアリングを実施した。

B 研究方法

ヒアリング対象として、令和2年4月-5月に発出された「緊急事態宣言」において「特定警戒都道府県」として位置づけられた13都道府県に所在する10の在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション及びそれ以外の県の訪問看護ステーションからヒアリングを実施することとした。オンライン会議システムを使用し、表１の内容について30分～１時間程度、表２に掲載の対象者にヒアリングを行った。倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究

院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。

表1．ヒアリングの内容

施設種別	質問内容
在宅療養支援診療所	1.COVID-19流行下における病院や他の診療所との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 2.COVID-19流行下における訪問看護STや訪問看護を行っている医療機関との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 3.COVID-19流行下で在宅医療・介護を病院（有床診療所）のバックベッドとして活用した事例 4.行政（保健所設置市や都道府県等）との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 5.ＢＣＰの観点から、他の診療所や訪問看護ステーション等とのバックアップ体制の好事例
訪問看護ステーション	1.COVID-19流行下における他の訪問看護ステーション及び訪問看護を行っている医療機関との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 2.COVID-19流行下における医療機関在支診との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 3.COVID-19流行下における在宅医療・介護を病院（有床診療所）のバックベッドとして活用した事例 4.行政（保健所設置市や都道府県等）との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 5.ＢＣＰの観点から、他の訪問看護ステーションや診療所等とのバックアップ体制の好事例

ヒアリングで得られた情報については、「連携」「オンライン診療等」「ACP」「疾患の経過への影響」「BCP」に分類した。「連携」については、「対応に苦慮した事例」「良好事例」「医療機関との連携」「訪問看護ステーションとの連携」「その他の施設等との連携」「診療所・事業所内連携」「行政との連携」に更に分類した。

表2．対象者一覧

ケース番号	施設種別	都道府県	ヒアリング実施日
1	在宅療養支援診療所	東京都	2021/1/24
2	在宅療養支援診療所	福岡県	2021/2/9
3	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/15

4	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/19
5	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/19
6	訪問看護ステーション	愛媛県	2021/2/23
7	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/24
8	訪問看護ステーション	愛知県	2021/2/24
9	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/24
10	在宅療養支援診療所	福岡県	2021/2/25
11	在宅療養支援診療所	神奈川県	2021/2/26

C 研究成果

1.連携

a.対応に苦慮した事例

・発熱

在宅患者が肺炎等で発熱し入院加療が必要と在宅医療提供者側が判断した場合に、入院先を探すのに苦慮したケースや、平時より早期に退院するケースがあった。また、平時は他の医療機関から訪問診療を受けている患者が発熱した際に、その医療機関から診療を断られたため別の医療機関に訪問診療を依頼したケースや、介護施設入所中に発熱した利用者が複数の医療機関に受け入れを断られ、救急車を要請し最終的に当初受け入れを断られた医療機関に搬送したところ、介護施設の職員が医療機関の職員から厳しい発言をされたケースがあった。更に、地域の医療機関でCOVID-19のクラスターが発生し、発熱した介護施設入居者が入院できず、介護施設内で療養するケースがあった。

- こちらが予想してなかった出来事とかで、急きょ、送らなきゃいけなかったときに、どこも見つからないという感じであったりとか。特に人工呼吸器をつけている人が1人いて、人工呼吸器関連は今かなりシビアだと思うんだけれども、コロナもあって、多分今どこも使っていると、その辺のマンパワーとか、多分部屋がないんだと思うが、それが本当に大変でした。（ケース１）
- 人工呼吸器関連肺炎を疑い、家で訪問看護ステーションと協力すれば対応できるのではないかと考えたが、ご家族が「ぜひ入院させたい」とのことで入院先を探しました。地域の基幹病院が最後は受け入れてくれたんですが、途中判断が二転三転し、結局１日入院して、これは大丈夫ですとなって１日で退院となりました。平時とは異なる判断だと感じました。（ケース１）
- 訪問診療所から、発熱したんだったら診ないと言われたと、普段連携している訪問看護ステーションから相談があり、往診したことが２件ぐらいあった。（ケース１）
- コロナでみんな余裕がなくなってくると、たぶん胆のう炎だったと思うんですけれども、その患者さんをX病院のクロスピッチに掛けて。これも僕ではない先生や看護師が対応したんですけれども。そうしたら「今、無理です」と断った。断ったけれども状態が悪いので救急車を呼んで救急隊が探すかたちになったんですよね。救急隊のほうから、「でもX病院につれてきたい。ほかはどこも断るから」と

いうことで、X病院に行った。X病院に行ったら、医者が診察して「これは入院が必要だ」ということで入院した。でも、対応した看護師さんが、つれてきた施設のスタッフを罵倒した。つまり、「何でつれてくるんだ。断っているじゃないか」と。それだけ医療現場もかなり殺伐とした状況になっているのかなと思います。（ケース１１）

- クラスターで入院できませんとなった病院が、施設で発熱患者を見てくれというのが普通になっちゃって、発熱患者が施設にいたら当然COVID-19陽性者が発生すればクラスターになっちゃうわけです。どんどん広がっちゃってというのが地方だと課題だと思います。（ケース１）

・発熱以外の疾患や状態等

介護者がCOVID-19陽性や濃厚接触者となった場合に、普段介護されている高齢者・障害者の対応に苦慮したケースがあった。また、認知症を有する患者が施設にて受傷後に搬送された医療機関で、十分な対応を受けられなかったケースがあった。

- 施設で四肢麻痺に近い状態になった方がX病院に搬送されたが、認知症もあって治療もしないからとのことで、短期で退院した。でも体の具合がどんどん悪くなってしまって、X病院ではない医療機関の地域包括ケア病棟に入院したが、再び3～4日で退院させたいとの連絡があった。全体の感触として、特に病院なんかは余裕がない状況にあるのかなとは思います。（ケース１１）
- 小児のケースで、保護者がCOVID-19陽性になって、病院かホテルに行くから、介護者がいなくなるという話になり車で1時間か2時間の県境の、保護者の実家に一時的に2週間避難したわけです。生活が成り立たなくなるからといって。区内の訪問看護ステーションでは連携の協定を結んでいたのですが、区外のため、結局その時にどうしたかというと、2週間の間、1人半日かけて1件行って帰ってきて、をしました。（ケース３）

b. 良好事例

・ターミナルケア

ターミナルケアに関して良好事例が聴取された。（ターミナルケア・ACP に関連する内容については別項で記載）

・発熱患者の対応

先進的な取り組みとして、在宅患者に対しPPEを装着し在宅にて抗原検査やPCR検査の検体採取を実施したことで、地域で同様の取り組みを行う在宅療養支援診療所が増えたケースがあった。

- 在宅の発熱患者に対してフルPPEで抗原、PCRをやるという診療所は少なかったが、実際にやり始めるとそんなにハードルは高くないと感じた。実際、僕らはこれだけ陽性者があったけれども大丈夫だったということを示すと、やってくれる診療所がちらほらと、そうやって対応する診療所が出てきました。（ケース２）

・自己管理指導等

インスリン自己注射やストマ、難治性潰瘍の管理等について、平時であれば入院して実施する内容の一部を訪問看護ステーションと医療機関が連携し、在宅で実施したケースがあった。

- インスリンの自己注射導入はやったけれども、まだいまいち手順がはっきりしていない方について、病院側から「ここまでは病院で教えました。あとは、同じやり方でご家族さんへの指導とご本人の手技の獲得をお願いします」というようなかたちで依頼が来たこともあります。（ケース８）
- ストマの交換も、「まだまだ手技の獲得には不安が残るけれども、残りは訪看さんお願いします」「指導と経過のところをやってください」という依頼が病院からありました。逐一病院と連携用のICTツールを使って記録だったり写真だったりを送れるので、連携には困りませんでした。（ケース８）
- 難治性潰瘍が足にある方がコロナの影響で家に帰りたいという希望がありました。難治性だからなかなか治らないのですけれども、訪問看護ステーション側から「指示をもらえれば、やって、写真撮って、報告して、指示変更があれば連携用のICTツールで伝えてもらえればその日のうちに対応します」と伝え、特段トラブルなく対応できました。（ケース８）

c.医療機関との連携

退院時共同指導が開催されなくなったと回答したケースが複数あった。地域で在宅療養を支援する病院においてCOVID-19のクラスターが発生した場合に、在宅患者の入院先を確保することが困難であったケースが複数あった。 また、平時より入院期間が短縮され、これまでは在宅で行わなかった処置等を訪問看護で実施したケースもあった。 さらに、連携のための ICT 活用について医療機関によって対応が異なり苦慮したケースがあった。

- 退院時関連
    - 一方的に看護師1人とか、そういう感じで退院指導を代表が聞くみたいな感じになりました。途中から、10月ぐらいから、大きな病院でZoomを使ったりとか、いわゆるオンラインで退院時指導を患者さんや家族も一緒にということができるようになりました。意外とできていないのが、大学病院で、オンライン会議がなかなか、組織が大き過ぎてシステム化できていないような気がしました。（ケース１０）
    - 退院前カンファをほとんど今はやらないのが多いので、そうすると、やらないで帰ってくると、なかなか後からうまくいかないというか、お互いに苦労するというのは感じます。紙にかけないことが重要だったりするのですが、そうした周辺情報が欠落すると困ります。（ケース３）
    - 例えばドレーンがあって、「ドレーンの消毒をしています」といって、こうやってやりますよとか手順で書いてある。でもそれを実際にその現場に行って、こうやってやっていますよというのを見ると、本当に細かい、こちら側から拭くんだねとか、こちら側からやると痛くないんだよねとか、何かこちらからやるとちょっとヒリヒリするんだよねとか、この辺にテープが残っているのが割と多かったんだよねというのが、実際にやっていた人から聞けるのはすごく大きいです。褥瘡（じょくそう）の処置とかもそうです。（ケース３）
    - ケアマネジャーも情報を得られておらず、書類上は明らかに重度で、これは療法士が介入しても変わらなさそうだ、と思えたのですが、実際に行ってみて入ってみたら、かなりADLが上がって、最初は寝たきりだったのが、今は歩行してトイレに行けるぐらいまで回復できる人で、この方は書類だけで判断していたらもしかしたら断っていたかもしれないと思いました。（ケース４）

- 障害のグループホームにお住まいの方が誤嚥性肺炎で胃ろうを造設され、経管栄養と、必要時に痰（たん）の吸引の処置が必要となりました。そのグループホームでは以前同様の方がいて、みんな研修を受けて認定書をもらって登録しているとのことでそのままいけるかと思っていたのですが、最終的に条件が異なることがわかり今、まさに皆さんは研修を受けていただいているところです。現在は訪問看護が朝昼晩介入して、栄養と必要時に痰の吸引をしているといます。事前に話し合いが持てていれば、退院が分かった時点で研修を受け始めて、退院時には全員が経管栄養もできるという体制だったらよかったなとは思います。（ケース５）

- クラスター発生時について
  - X病院は、区の中では「最後のとりで」ではないですが、積極的に在宅患者を受け入れてくれる病院でしたが、クラスターが発生しました。その間は結果的に他区の車で20～30分かかる、遠いところに結局救急車で運ばれることが多く、退院時の連携も不十分でした。（ケース３）
  - 退院患者について大腿切断術後の方が、装具作成前に、抜糸したばかりのような状態で退院されてきたことがありました。（ケース７）
  - 人工肛門造設術後の方が、ほぼ寝たきりの状態で退院されてきたことがありました。ベッドサイドでのリハビリテーションでやるようなことから療法士が実施しました。これまでにそのようなことはありませんでした。（ケース９）
- ICTの活用について
  - 地域の訪問看護ステーションでは使用したいとの意見が多いが、病院が対応してくれないケースが多い。病院の連携室でもっと多いのはFAXなのですが、コンピュータで作成した書類を印刷してFAXすることの意味はないと思います。（ケース８）

d.訪問看護ステーションとの連携

在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの連携では、パンフレット作成やメーリングリスト、オンライン講座等どの情報共有を行ったケースがあった。

訪問看護ステーション間の連携では訪問看護ステーション内にCOVID-19の陽性者が出た場合、地域での業務代行の仕組みを構築しているケースが複数あった。

- 情報共有について
  - 事例ごとに、この事例に関してはコロナの可能性は少なく、厳密なPPEは必要ない等のアドバイスはしました。きちんとした教育というのは、何かしなきゃいけなかったなという気もしますし、今からでも必要だと思います。（ケース１０）
  - コロナに関する知識、対策を書いたパンフレットの作成をして、これを施設、家族への配布を行いました。また、コロナをテーマにしたオンラインの研修会を行いました。さらに、地域の在宅ケアネットワークではメーリングリストもあって、そこでも可能な限り、コロナに関する情報を流すようにしています。（ケース２）
- 業務代行について
  - 月に1回情報共有を行う訪問看護ステーションの管理者会みたいなものがあるんですけれども、そこに区内の2/3の事業所が所属をしているんです。そこで1回目の緊急事態の時に、小さいステーションが多いので、例えばそこ

で感染者がスタッフに出たときに回らなくなったら訪問が行けなくなると困るので、お互いに相互連携の取り決めを作ることになりました。（ケース３）

- 今契約されている訪問看護ステーションさんが休業せざるを得ない場合に、新たに契約を結ばずに他のステーションに依頼をして、他のステーションさんから利用者さんに訪問していただける仕組みがあります。区の補助もあるようです。（ケース５）

e. その他の事業所等との連携

退院時共同指導と同様に、サービス担当者会議について開催頻度が減少したと回答したケースが複数あった。 また、普段連携がない事業所との信頼関係構築が困難であったと回答したケースがあった。特に障害福祉サービス利用者について、連携が困難であったと回答したケースがあった。

- サービス担当者会議もほとんど開かなくて、文書で伝えてくださいというのが今は9割方ですね。文書でと言われても、そのとき皆さん集まって見えてくるものが結構あると思うので、そこが見えてこないというのは、一方的な文章ではなかなか代わりにはならないような気がします。（ケース１０）
- 親しい事業所さんであればいいんですけれども、特に障害の事業所さんとかは関わりが少ないものですから、感染対策のためにヘルパーさん限定してほしいとか、そういう要望はこちらからはできないんですね。ほかの障害の方以外にしてもそうなんでしょうけれども、今回感じたのは、いざというときになかなかコミュニケーションが取れない。親しいところ、よく知っているところは取れるんですけれども、あまり日ごろからコミュニケーションがないところはバタバタしてしまったりとか。急にキャンセルされたり。親しいところではそういうことはほとんどないんですけれども、結構コミュニケーションが取れていないと信頼感がないというか。信頼の問題というのは非常に大きいんだなというふうに、今回感じました。（ケース１０）
- 利用者さんのことでケアマネさんに用事があるときとか居宅に行けていたんですけれども、「必要な書類があれば郵送してください」と言われるようになりました。顔が見える関係は築きにくくなっているのかなとは思います。（ケース６）

f. 診療所・事業所内連携

感染拡大を防止するため直行直帰を取り入れたケースと、これまでどおり対面でカンファレンス等を行ったケースがあった。 直行直帰を採用したケースで、スタッフ間連携が不十分になり服薬管理に問題があったと回答したケースがあった。紙の記録を使用している事業所で、事業所に滞在する時間が制限されているため業務に支障をきたしていると回答したケースも存在した。

- 直行・直帰になりますと非常にコミュニケーションが取りづらいので、それは私どもの法人内ではないようにしています。これはコロナと関係なく、非常にコミュニケーションが取りにくいのと、何かリスクが生じたときに対応が遅れてしまう。そこが一番問題ですので、直行・直帰に関してはなしになっています。（ケース１０）

- あんまりカルテも見られないという状態です。パソコンはみんな配布されているんですけれども、紙ベースの基本情報とかそういうのが全部事務所にあるので。それを見るのに「10分以内」とか制約されているのもありますし。なかなか顔を合わせる機会がないので、スタッフの孤独感というのがすごくあります。（ケース６）
- 元々担当制ではなくて、チームで1人の利用者さんを見るというやり方にしていた。そうすると、1人の利用者さんに対して全員が同じ知識と情報を持っていないとケアがバラバラになってしまう。たぶん、そういったところのシステム的なところのエラーが、情報共有ができなかったところで服薬管理についてミスが起きてしまったかなというのは、実際あります。結局、トラブルが続いたので一回担当制に変更しました。コミュニケーションが取れなかったことで、役割とか責任感みたいなところが持てずに、仕事に対するモチベーションの低下にもつながってしまったと思います。（ケース７）
- 話したいときにタイムリーに話をしないと、どうしても後手後手に回ります。決められた時間でとなると「じゃあ、今はいいや」となってしまい、悩みだとか、抱えているモヤモヤだとかを話せないことがあります。その日起きたことだったりはその日のうちにタイムリーに「いや、今のは」とか、やっていったほうがいいなと思ったので直行直帰は採用していません。（ケース８）

g.行政との連携

保健所との連携については時期や場所によって判断が異なることに対して苦慮したケースがあった 。また医療保険と介護保険の制度の違いによる請求業務が複雑になっていると回答したケースや、報酬体系が複雑であり在宅医療・介護推進の阻害要因となっていると回答したケースがあった。

- COVID-19陰性が確認されていない発熱患者を病院が取らないよう行政からの指導されていた。必ず発熱があったら保健所を通してからではないと入院できないルールがあった。第一波の時は結構そういう無茶なパニックみたいな状況だった。（ケース１）
- 保健所設置市と県との対応が異なる。情報開示を求めても、片方では公開しているのにもう片方では公開できないと回答される。また、用語の定義も異なるので、統一が必要と感じた。（ケース２）
- 日曜日や祝日にPCR検査ができないことは問題でした。不安な日々を過ごす発熱患者さんや、その家族、介護者のことを考えると、1日でも早く陰性証明をしてあげたいものです。（ケース２）
- サービス提供エリアが3つの市にまたがっていて、それぞれ別の保健所が管轄なのですが、同じ状況でも保健所の判断は少し違っていて、対応に苦慮しました。（ケース７）
- 東北の震災のときにJMATで参加したことがあります。今回コロナでしたけれども、広域災害に近いかたちではなかったかと思うんですね。ああいう地震とかのときは災害対策本部というのが市町村にきちんとあって、そこがひとまとめとして動いていたんですよね。今回、もちろん保健所が中心になってやっていたとは思うんですが、保健所機能がこの十数年において縮小されてきて、結局追いつかなかったと思います。市町村も一応対策本部はつくったけれども中途半端で、結局「保健所に聞いてください」みたいな話に最終的になった。だから、市町村に対策本部をつくるんだったらつくっていただいて、そこに一本化するとか。それ

を核に医師会と介護包括とか保健所さんを集めて一体で動くというかたちのほうが現実的じゃないかなと思います。保健所さんが今回全部請け負って対策をしていましたけれども、あれは無理だなと思いました。（ケース１０）
- 市設置の保健所と県との連携が不十分だった。主治医がX市、搬送先がX市とは別の保健所設置市、地元は県の保健所で、２箇所の保健所の聞き取り調査に答えたが、地元の保健所には何の情報もなかった。（ケース１０）
- 災害対策本部をつくるんでしたら、それこそ郡市区医師会レベルが非常に動きやすいです。そういうふうに2次医療圏で動くというのは、非常に無理が来ているような気がします。逆に、地域包括ケアシステムの単位も、中学校区ではリソースに偏りがあるので、これも郡市区医師会レベルで考えると良いのかもしれません。（ケース１０）
- 訪問看護が医療保険と介護保険でいろんな制度があって、整合性が取れてなかったりとか、わかりづらい点について、そういうのをきれいにしてほしいと思う。これから訪問看護を広げなきゃいけないとか、在宅医療を推進していかなきゃいけないとか言われているが、改定のたびに、どんどん複雑になって、新しい人が入ってきづらい仕組みになっている。（ケース３）

2.オンライン診療等

オンライン診療より電話等再診を活用していたケースがあった。

- 電話ばかりでオンライン診療はやっていないです。やっていないというか、やれるようにはしていますけれども、電話再診が結局何でもありになってしまったので、電話のほうが早くて縛りもないということで、結局電話のほうに流れちゃっています。患者さんの姿が見えないことによる不便は、実は電話再診をかなり補助的に使っていますので、必要なときは僕らは必ず訪問診療・往診に行くので、実はそれによる不便さというのは実はあまり感じていなくて、発熱時も僕らは基本必ず行きます。例えば既存の薬がなくなったとか、こういうのも今まではできなかったんですよね、電話再診による処方が認められていませんでしたので。今はむしろそういうのができるようになって、そういう補助的な使い方をしています。実際に診る必要がある患者さんに関しては僕らは必ず行っていますので、そういう不便は今のところは感じていないかなと思います。（ケース２）

3.ACP

家族や本人が在宅看取りを選択したケースが複数あった。在宅看取りが増加したと回答したケースが複数あった。介護施設において訪問診療医がその場で死亡診断したケースがあった。有料老人ホーム等においても看取り期の面会制限を経験したケースがあった。

- 入院しないという意思決定につながったというケースはありました。最期はどうするか、もともと悩んでいたんだけれども、入院すると今だとやっぱり会えなくなっちゃうから、最期まで家族で家で見ますと腹をくくってくれた人とか、ACPの中で逆に在宅にシフトしたというケースは結構ありました。（ケース１）
- 朝方、調子が悪いといって、施設の人から電話があって、駆け付けて到着した頃にCPAになった方がいます。普段は元気だったから、あんまりちゃんとACPも考え

ていなくて、その場で介護職員の方がCPAをして、救急車を呼んで救急隊が来て、ドクターカーとかが東京のルールで来てくれました。病院に行こうかみたいな感じだったんだけれども、ちょうど家族が駆け付けて、来る前から電話とかをしていて、基本的には心臓マッサージをし続けてほしいと電話ではおっしゃっていました。ご家族が到着されて救急車に駆け付けてもらって見てもらうみたいな感じだけれども、その光景を見てもらって、コロナ禍だと会えなくなっちゃうかもしれないし、最期はこのまま施設でみとってやってくれませんか、ということで、その場でCPAを中止してお看取りをしたケースがありました。（ケース１）

- 在宅看取りが増えたということですね。年間だいたい1～2割増しで、結局病院に入院するとご家族が看取りの際に会えないということが一番の理由です。それによって、自宅看取りが増えました。（ケース１０）
- 看取り期の面会制限というのは非常に理不尽なところがありました。有料老人ホームとかは自宅としてカウントするようになってはいるんですけれども。結局家族と会えない高齢者、認知症の患者さんがどんどん認知が進んだりしている。そういうのは人権の問題にまで関わるような状態に、今なっているんじゃないかなと思っています。いずれにしても、完全に家族を締め出すようなやり方というのは、これは「自宅ではない」と思いました。（ケース１０）
- 第1波のときに、医療従事者の方から連絡が来て、その方のお母さんがすい臓がんの末期状態が急に見つかったとのことでした。「このまま病院にいると面会もできないから、自宅で看取りたい」という相談がありました。そういう施設や病院に入院した場合の、入院している患者さんと家族との断絶というんですかね。そういうのはコロナによって大きく変わったんじゃないかなという印象があります。（ケース１１）
- 明らかに在宅患者さんが増えています。特に終末期の患者さんの紹介が増えていると思います。というのは、一番はやっぱり家族と会えない、もしくは家族と会う時間が制限されるという理由で、恐らくこれまでであれば入院したであろうな、緩和病棟に入院していたんだろうなと思われるような患者さんであっても、在宅医療を受ける決断をされる方々が増えていると。（ケース２）
- まさにコロナだから病院ではなくて家で過ごすことをご家族が決意された事例がありました。がんの患者さんで、ずっと独居で、娘さんが会いに行っても家にいないぐらい活発な方が、最後は脳転移でなかなか動くこともできなくなり、入院になりました。病院に入院している間全然会えなくて、最初は電話とかができていたのが、それもできなくなって、病院に入れていることが心配になったというところがあって、本人も家に帰りたいとおっしゃって、在宅で看取りました。（ケース５）

4. 疾患の経過への影響

特に認知症を有する者の症状の進行について回答したケースがあった。また高齢者が孤立することにより外出の機会などが減少し、フレイルが進行したと回答したケースがあった。

- 比較的認知症が軽度で、まだ比較的若くて元気だった人が、しばらく外に出ていく機会がなかったりして、1～2カ月ぶりに合うと結構機能が落ちているというのは感じます。コロナは、実は認知症の患者さん、高齢の患者さんという、そういう人のところにかなり大きな影響を及ぼしている。それは身体的にもそうだし、さっき言った認知症の進行度というか精神的なところもおそらくそうなんじゃないかという気はしています。（ケース１１）

- 特に認知症の患者さんのフレイルがすごく進行してしまう、そういう声も聞かれました。次回の3月の勉強会のテーマは、コロナ感染対策とフレイル予防は両立し得るかというテーマで勉強会をやろうということにしています。（ケース２）
- 高齢者の孤立というところはすごく感じましたね。例えば体操教室に行っていた人とか、カラオケ教室に行っていた人が行けなかったという声はよく聞いて、そもそも行政がやっているものなので、全部閉まっちゃってやってないんですみたいなのはよく聞くので、それによって明らかに身体機能が落ちてしまいそうな人とか、完全に所感なんですが、メンタル的に元気がなくなっちゃっているような、人と会えなくてという人とかはたくさん見てきているので、その方々が最初に頭に浮かびました。（ケース４）
- 在宅にいる時間が長くなって足腰がちょっと弱くなって、訪問看護を利用するという方が増えたりとか。結構いらっしゃいました。（ケース６）

5.BCP

BCPを「策定している」と回答したケースは、ヒアリング対象にはなかった。回答の理由としては、策定可能なスタッフの不在やサービス提供や記録等の業務量が多いこと、周知不足が挙げられた。BCPは策定していないが事業全体の計画を定めているケースがあり、事業継続の計画立案への肯定的な意見があった。また、地域でBCPの策定を支援する動きがあると回答したケースが複数あった。

- BCPをやらなきゃいけないなと思いながらまだやっていません。介護保険報酬改定でも取り上げられていますが、その前から、作らなければ、というのはずっと思っていました。作れない理由は、単純に時間がないというか、優先順位が低いんだと思います。小規模な事業所なので、実際に訪問看護ステーションの管理者である自分に明日突然何かあったら、何一つ回らなくなるというのが事実なのでBCPの重要性は理解しているが、着手できない。（ケース３）
- 知らないだけかもしれないです。災害対策とかは積極的にやっているほうだと思うので、多分ありそうな気がするんですけれども、分からないです。（ケース４）
- BCPは考えているのかもしれないですけれども、現場の人間にはあまり伝わっていない。（ケース９）
- 当初感染拡大が危惧されたときに、どの事業とどの事業を、例えばデイサービスを1回閉めるとか。そういうシミュレーションはある程度しましたが、BCPとしてまとめてはいません。（ケース１０）
- 夏すぎぐらいにちょっとだけ計画と比較して患者さんの数が少なかったときがあって、そのときも意思決定として、連携医を雇うことにしました。計画に乗っていないCOVID-19のせいにしないで、計画を進めていく、人を増やして、もっと患者さんのサポートをできるような体制を構築しようと考えました。（ケース１）
- 訪問看護部会で、来年度ぐらいに1回BCPについて勉強会をしようという話は出ています。（ケース３）
- 地域の訪問看護ステーションで、地域全体での災害等への対策を強化する必要があると考え、やっと動き始めたところです。（ケース８）

D 考察

在宅医療・介護へのCOVID-19流行の影響についてヒアリングを実施した。ヒアリングでは、主に「連携」に焦点を当て、COVID-19流行下におけるターミナルケア等のあり方といった、具体的な場面がどのように変化したかを在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの従事者から聴取した。はじめに、図１に医療・介護における「連携」の全体像のイメージと今回考察する範囲について示す。

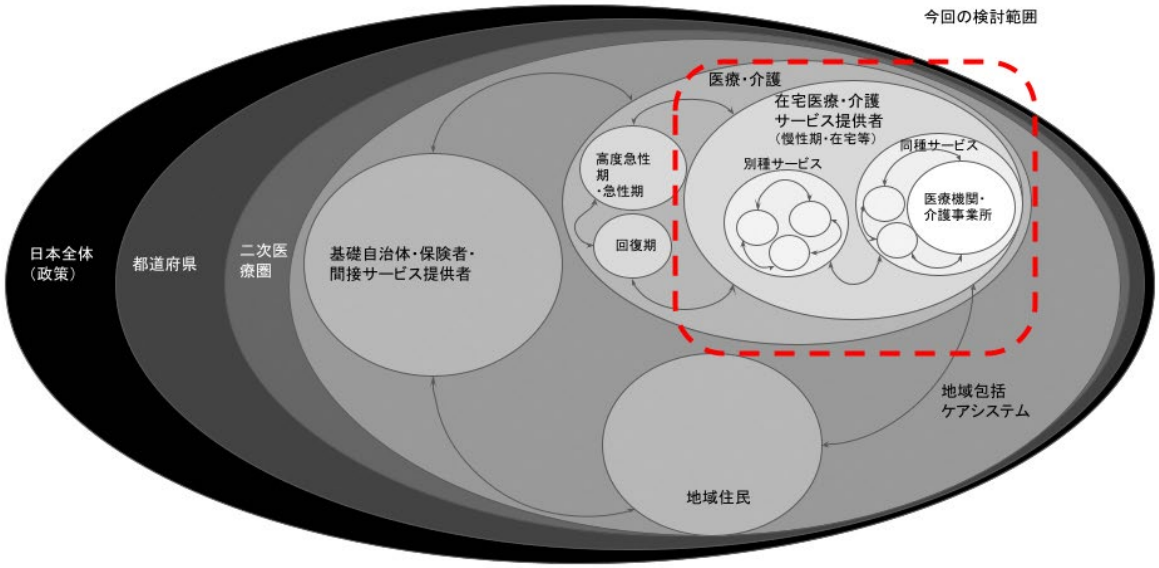


図１．医療・介護における「連携」の全体像のイメージと今回考察する範囲

医療・介護における「連携」の基本単位は地域包括ケアシステムの構築単位であると考える。医療の提供単位は二次医療圏で考えるが、これまで在宅医療・介護連携推進事業等の在宅医療・介護に関する取り組みは基本的に都道府県・保健所の支援を受け市町村が実施してきた。これは、患者・サービス利用者の視点から考えた場合にも「住み慣れた地域で」構築される地域包括ケアシステムの理念とも合致すると考える。

地域包括ケアシステムの中に、在宅医療・介護の連携に関わる主体を大きく３つに分けると、今回のヒアリング対象である在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが含まれる「在宅医療・介護サービス提供者」と、それらの利用者である「地域住民」、そして両者に影響を与える可能性がある全てのステークホルダーが含まれる「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」に分類されると考えた。なお、「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」には多様なステークホルダーが含まれると考えられ、かつ地域でその顔ぶれは異なってくると考えられるため、ここでは詳細を記載していない。

今回考察する範囲は、図１の点線で囲われている範囲である。「連携」の範囲が狭い順番に考察する。

- 医療機関・事業所内連携
  - 職員間のコミュニケーション
    - ヒアリングでは、感染対策とコミュニケーションとの両立やそのバランスについて言及したケースがあった。感染対策に重点を置き、直行直帰やICTを活用したケース

もあった。一方で、そうしたケースからはコミュニケーションが不十分となりインシデント発生に影響を与えた可能性があるとの意見もあった。

- 事業所内における職員間の連携が十分であることが、患者・利用者の安全確保に良い影響を与えている可能性が示唆された。

- 同種サービス間連携
  - アウトブレイク発生時の対応
    - 訪問看護ステーションでは、地域でアウトブレイク発生時の対応について協議されたケースが複数あった。一方で、在宅療養支援診療所ではそうした対応について地域でのルールを策定した等の意見は聴取されなかった。
      - 在宅医療・介護分野においては、COVID-19流行前に同種サービス間での連携の仕組みが構築されていなかった可能性が示唆された。
  - 発熱患者の対応
    - 在宅療養支援診療所では、他の在宅療養支援診療所が発熱した患者の訪問診療や往診等を断ったため、一時的に往診等を実施したケースがあった。
    - 訪問看護ステーションでは、一部の事業所で発熱していない利用者に対してもPPEを装着して訪問する等、感染対策のレベルに違いがあった。
    - 在宅療養支援診療所では、訪問看護ステーションによって発熱患者への訪問看護実施可否に違いがあったと回答したケースがあった。
      - 在宅医療・介護分野においては、同じ地域に同種医療機関・介護事業所が存在しても事業所によって対応が異なるため、患者・利用者が理解しにくい可能性が示唆された。

- 他の在宅医療・介護サービス間連携
  - サービス担当者会議の減少
    - 複数のケースでサービス担当者会議が減少したと回答した。また、対面でのコミュニケーションが減少し、過去にこれまで協業の少なかった連携先から急にサービス提供を断られたケースもあった。
      - サービス担当者会議の減少が、患者・利用者の観点から、サービスの質の低下に影響を与えている可能性が示唆された。

- 入院医療機関との連携
  - ICTの活用
    - 複数のケースでウェブ会議システムや医療・介護情報連携システムを活用した機能間連携が有用であったと回答した。一方で、入院医療機関等に依頼をしても対応してもらえなかったと回答したケースもあった。
      - 医療機関・介護事業所におけるICTの活用が十分に行われていない可能性が示唆された。
  - 退院時カンファレンスの減少
    - 複数のケースで退院時カンファレンスが減少したと回答した。また、退院時カンファレンスが実施されなかったことが利用者とトラブルに影響した可能性や、書面での情報と本人の状態とが大きく異なり、書面の情報だけで判断していたら別のサービスを提供していた可能性等が聴取された。

      退院時カンファレンスの減少が、患者・利用者の観点から、サービスの質の低下に影

響を与えている可能性が示唆された。

次に、本研究から考えられる施策等について考察する。医療機関・事業所内連携の観点では、十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。同種サービス間連携の観点では、BCPの策定を行っていなかった事業所が複数あったことも踏まえ、地域全体でCOVID-19流行下において、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応について、協議が始まったケースも複数あったが、本来であれば地域全体で事前に考えておくことが望ましいと考えた。他の在宅医療・介護サービス提供者との連携では、質的な研究となり評価が困難ではあるが、サービス担当者会議の効果を検証する後続の研究が必要であると考えた。入院医療機関との連携では、ICTを用いた機能間連携を推進する施策や診療報酬上の評価や、サービス担当者会議同様、退院時カンファレンスの実施が入院医療機関側へ与える良い影響に関する後続の研究が必要であると考えた。

最後に、在宅医療・介護の連携を行う地域的な単位について考察する。地域包括ケアシステムの構築単位は当初中学校区を想定されていたが、中学校区に実際のサービス提供主体が存在したとしても、連携のルール共有等が中学校区毎に異なってしまっては、その連携を支援する基礎自治体や保健所、都道府県等が支援しにくくなってしまう。また、入院医療機関は必ずしも中学校区毎に存在するとは限らないため、もう少し広い範囲で連携を捉える必要があると考える。具体的には、ヒアリングでも意見のあった郡市区医師会単位が有効である可能性がある。休日夜間急病診療所の運営等は多くの地域で郡市区医師会が関与していると考えられ、地域を面として捉えた時にどのようなサービスを提供するかマネジメントする単位として、郡市区医師会は合理的な単位である可能性がある。また、基礎自治体単位では人口規模が大きく異なるため、政令指定都市等の大規模な市では区単位の医師会が組織されていたり、小規模な市では隣接する別の基礎自治体を含むエリアで一つの医師会を構成する等、実際の在宅医療・介護提供体制にあった規模となっている。

こうした単位での連携を充実されていくに当たって、多くの地域では二次医療圏内に複数の連携単位が含まれることになると考えられる。地域医療構想等の医療施策に関しては保健所が広域的、専門的かつ技術的拠点として機能することが期待されているが、二次医療圏内に政令指定都市が含まれる場合は市設置の保健所との役割分担や連携を十分に行う必要がある。ヒアリングでは主体の異なる行政組織間での情報共有に問題があったと回答したケースが複数あった。こうした連携、情報交換は二次医療圏をまたいで発生するケースも多くある。二次医療圏をまたぐ場合には隣接する都道府県とのやり取りも発生するため、国レベルでの連携に関するミニマルなデータセット等の開発が有効と考える。

E 結論

在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに対してヒアリングを実施した。特に連携に関して、多様な意見が聴取され、今後検討が必要な事項も複数あった。後続の研究による検証が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G.研究発表
1.　論文発表
なし
2.　学会発表
なし

H.知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3.その他
なし

別添4

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（施設共通基本票）

研究代表者　氏名　吉村健佑
研究分担者　氏名　佐藤大介
所属　国立大学法人千葉大学医学部附属病院　特任教授
国立大学法人千葉大学医学部附属病院　特任准教授

研究要旨

今般の新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の流行により、各地域で医療需要が増大する等、地域の医療提供体制に様々な影響があった。本研究では5事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）（以下、5事業とする）および在宅医療（訪問看護事業所、ケアマネ事業所）（以下、在宅医療分野とする）におけるCOVID-19の影響を明らかにするため、5事業および在宅医療分野に関する8,427施設を対象にWEB調査と郵送調査を実施した。

調査の結果、5事業および在宅医療分野問わず調査対象施設が共通して回答する「施設共通基本票」については、病床を有する6,324施設へ発送し、2,276施設から回答が得られた（回収率36.0%）。回答施設の病床規模は、約50%が100床未満、約23%が100床以上～200床未満であった。COVID-19（疑い含む）患者外来の受入れについては、1,622施設（71.2%）が受入れ、654施設（28.7%）が受け入れなかった。設置主体別COVID-19（疑い含む）患者の受け入れは、公立大学法人に次いで国立大学法人、日本赤十字社（日赤）が多く受け入れていた。設置主体・病床規模別COVID-19（疑い含む）入院患者延べ数は、400床以上の大規模医療機関において入院患者延べ数が多く、特に400床以上の施設においては、公的施設に次いで民間施設、公立施設の順にCOVID-19（疑い含む）入院患者延べ数が多い傾向が見られた。

設置主体では公立公的施設および資源に余力がある病床規模の大きい施設のCOVID-19患者の受入れ状況が高かったことも明らかになった。本研究で明らかになったことを踏まえ、設置主体や病床規模に合わせた役割の明確化含め、感染症流行時も耐えうる医療提供体制構築に向けた検討が必要である。

【研究協力者】
岡田玲緒奈（千葉大学医学部附属病院 特任助教）
櫻庭　唱子（千葉大学医学部附属病院 特任研究員）

A．研究目的

各都道府県において、医療提供体制の確保を図るため、地域の実情に応じて医療計画を策定し、地域医療体制の構築を進めている。既存の医療計画では感染症流行時は想定されておらず、今後、感染症流行時も耐えうる医療提供体制構築に向けた検討が必要である。

本研究では、6,324施設を対象とする全国施設悉皆調査にて今般のCOVID-19による影響を明らかにし、COVID-19の流行前後における各施設の施設状況、患者受入状況、サービス提供状況等の変化を調査し、感染症にも柔軟に対応できる効果的な事業体制を検討する。

B．研究方法

本研究は 5 事業および在宅医療分野に共通する事項に関する調査票を作成し、以下の方法によりアンケート調査を実施する。

調査方法：WEB、郵送調査
調査期間：令和2年12月11日～令和3年1月28日
調査対象 : 5事業および在宅医療分野に関する病床を有する6,324施設（介護施設等は別調査とし、本分析に含んでいない）

集計方法：設置主体、医療機関の指定、病床規模分類をもとにしたクロス集計（患者数・手術数が全て0（未回答）の施設は除外）
本研究では､設置主体は地域医療構想に関するWGにおける個別施設の2025年に向けた具体的対応方針策定時の定義などを参考に、公立・公的・民間に区分した（表1）。

表1 設置主体別の定義・区分について

本研究で調査した設置主体名称	本研究での定義
都道府県	公立
市町村	公立
公立大学法人	公立
国立大学法人	公的
国立大学法人以外の国立法人	公的
日赤	公的
済生会	公的
厚生連	公的
上記以外の公的施設	公的
社会保険関係団体	公的
公益法人	民間
医療法人	民間
学校法人	民間
社会福祉法人	民間
医療生協	民間
株式会社	民間
その他の法人	民間
個人	民間

調査票設計：施設共通基本票は、6分野共通項目で構成し、各施設における開設主体、医療機関の指定、標榜診療科、病床規模等の基本情報およびCOVID-19患者（疑い含む）の受入れ状況など、主に事務部門で回答可能な項目とする。

調査にあたっては倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い、調査票の返送をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和 2 年 11 月 19 日、承認番号：3926）を得て行った。

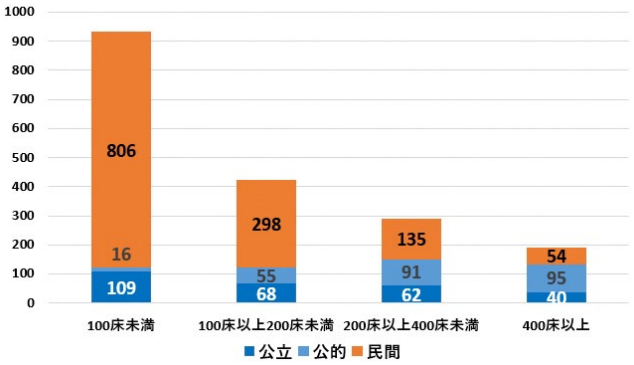
C．研究結果

5 事業および在宅医療分野に関する 8,427 施設への調査の結果、「施設共通基本票」については、病床を有する 6,324 施設へ発送し､2,276 施設から回答があった（回収率 36.0%）。回答施設の病床規模は、約 50%が 100 床未満、約 23%が 100 床以上～200 床未満（表 2、図 1）であった。

表 2 回答施設の種別と病床規模 （単位：数）

	100 床未満	100 床以上 200 床未満	200 床以上 400 床未満	400 床以上	除外	合計
公立	109	68	62	40	9	288
公的	16	55	91	95	1	258
民間	806	298	135	54	437	1730
合計	931	421	288	189	447	2276

図１ 回答施設の病床規模別施設数

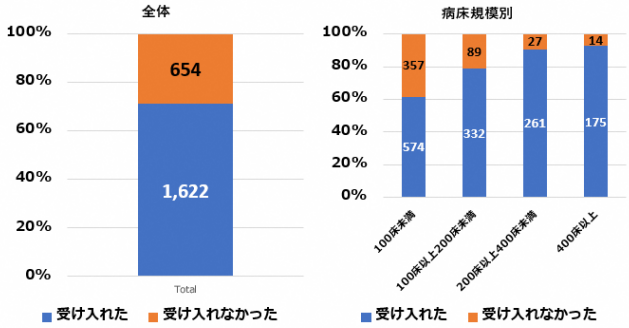


１．患者受け入れ実績について

（１）病床規模別COVID-19（疑い含む）患者外来受入れ割合について

COVID-19（疑い含む）患者外来の受け入れについて、1,622施設（71.2%）が受入れ、654施設（28.7%）が受け入れなかった。病床規模別では、病床規模が大きいほどCOVID-19患者（疑い含む）の受け入れ割合が高く、400床以上規模では175施設（92%）が受け入れていた（図2）。

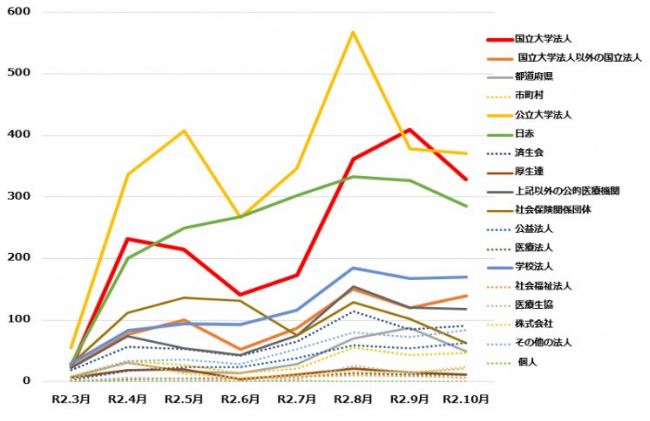
図２ 外来でCOVID-19患者（疑い含む）を受け入れたか



（２）設置主体別COVID-19（疑い含む）患者延べ数について

設置主体別のCOVID-19（疑い含む）患者の受け入れ状況の内訳は、調査期間を通じて公立大学法人、国立大学法人、日赤が多く受け入れていた（図3）。

図3　設置主体別COVID-19(疑い含む)患者延べ数 内訳



（３）設置主体・病床規模別COVID-19 （疑い含む） 入院患者延べ数について

設置主体・病床規模別COVID-19（疑い含む）入院患者延べ数は、調査期間通じて400床以上の大規模医療機関において入院患者延べ数が多い傾向が見られた。400床以上の施設においては、公的施設に次いで民間施設、公立施設の順にCOVID-19（疑い含む）入院患者延べ数が多い傾向が見られた（図4-1、図4-2）。

図4-1 病床規模別COVID-19（疑い含む）入院患者延べ数

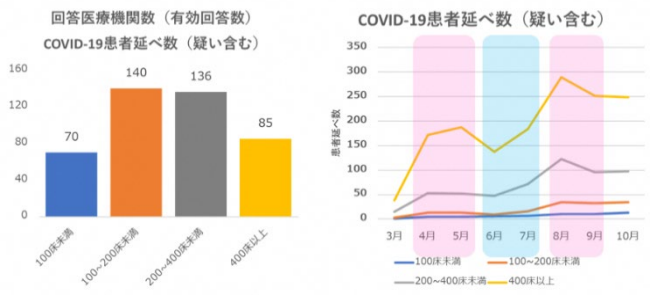
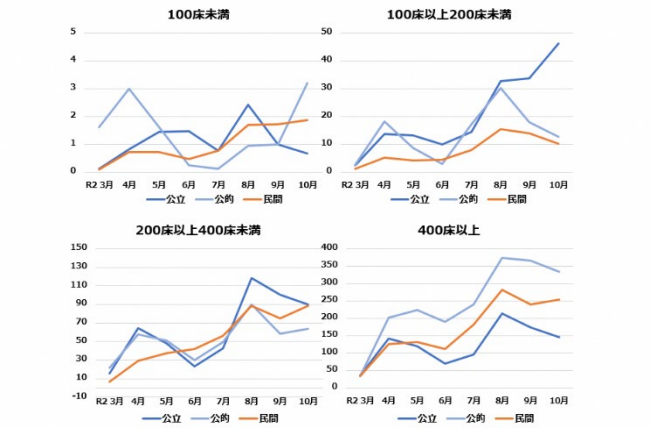


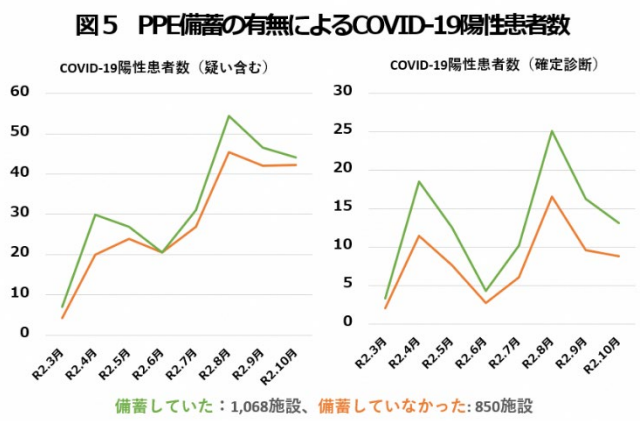
図4-2　設置主体別・病床規模別COVID-19(疑い含む)入院患者延べ数



（４）PPE備蓄の有無とCOVID-19陽性患者受入れ数について

PPEを備蓄していた施設は1,068施設（55.6%）、備蓄していなかった施設は850施設（44.3%）であった。しかしながらPPEの備蓄とCOVID-19陽性患者受入れ実績に関連は見られなかった（図5）。

図５　PPE備蓄の有無によるCOVID-19陽性患者数



（５）感染症専門医および感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師の在籍とCOVID-19患者の受け入れ傾向について

感染症専門医を配置している施設は338施設（17.6%）（図6）、感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師を自施設に配置している施設は653施設（34.0%）（図7）であった。

感染症専門医および感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師が確保されている施設は、確保していない施設と比べて調査期間を通じてCOVID-19患者を受け入れている傾向があった。感染症専門医および感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師を確保していない施設の受け入れは約20人前後にとどまった。

図６　自施設の感染症専門医の有無によるCOVID-19陽性患者数

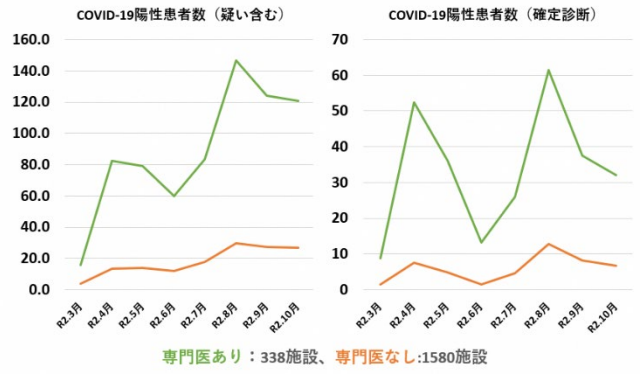
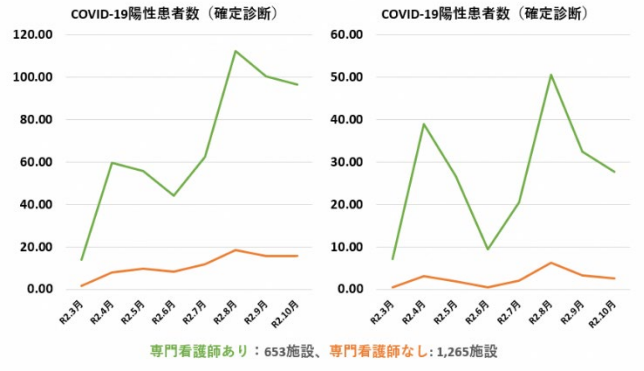


図７　自施設の感染症看護師の有無によるCOVID-19陽性患者数

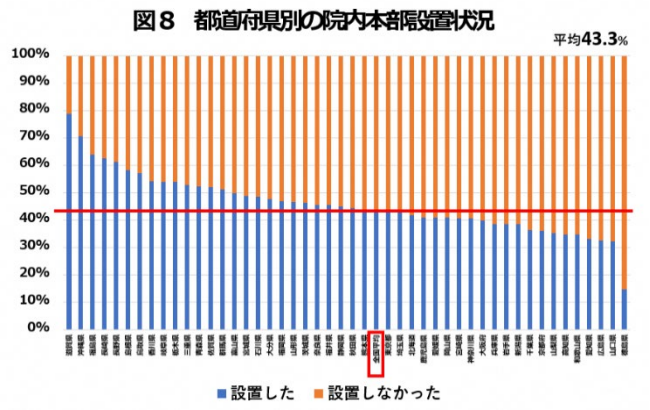


２．施設の体制について

（１）都道府県別対策本部設置状況について

回答が得られた施設（43.3%）が、新型コロナウイルス対策本部を設置していた。しかしながら設置施設数の割合は地域差が大きく最大78.9%（滋賀県）、最低14.8%（福島県）であった（図8）。

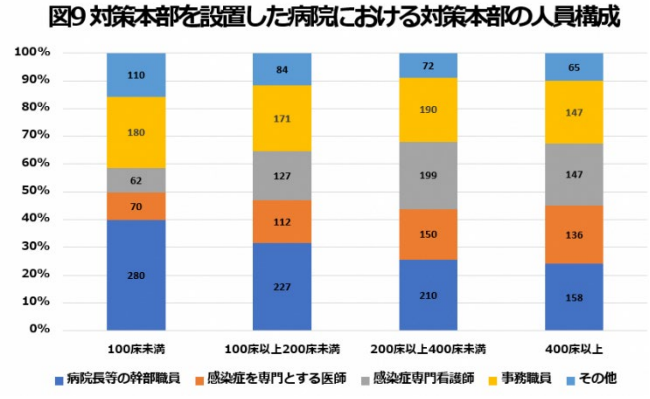
図８　都道府県別の院内本部設置状況



（２）対策本部の人員構成について

100床未満の施設では、対策本部の構成員の56%が病院長等の幹部職員および事務職員だったが、400床以上の施設では病院長等の幹部職員および事務職員の割合が46%であった。病床規模が大きいほど人員構成の分布が均質する傾向が見られた（図9）。

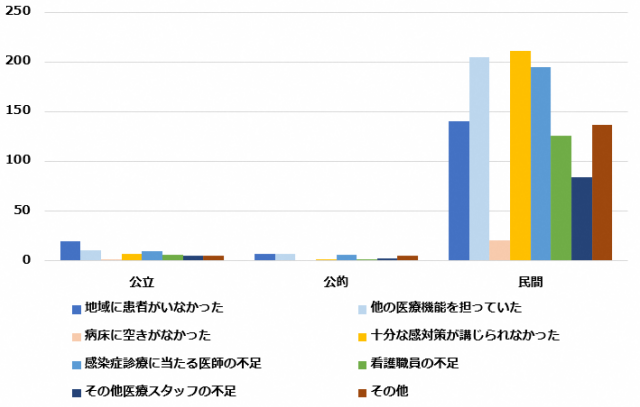
図9 対策本部を設置した病院における対策本部の人員構成



（３）COVID-19患者を受入れられなかった理由について

公立公的施設は、最大20施設の回答があった。民間施設は、「他の医療機能を担っていた」に265施設、「十分な感染対策が講じられなかった」に211施設、「感染症診療に当たる医師の不足」に195施設、COVID-19患者を受入れられなかった理由として「地域に患者がいなかった」に141施設、「看護職員の不足」に126施設、「その他医療スタッフの不足」に84施設、「病床に空きがなかった」に21施設、「その他」に137施設が回答した。民間施設では、特に医師不足、感染対策の不備および他の医療機能を担っていたという回答が多かった（図10）。

図10 COVID-19患者を受け入れられなかった理由(複数回答可)



（４）設置主体別の休床病床稼働状況について

COVID-19患者を受入れるために稼働させた施設の割合は、公立施設が約14.5%、公的施設が12.3%、民間施設が9.38%であった。平均休床病床数は、公立施設が9.6床、公的施設が14.9床、民間施設が9.6床だった。公的施設が公立・民間施設に比べ、稼働した平均休床病床数が多い傾向にあった（図11）。また、休床病床を稼働させた施設の割合は公的・公立・民間施設いずれも10%前後であった（図12）。

図11　設置主体別の稼働させた平均休床病床数

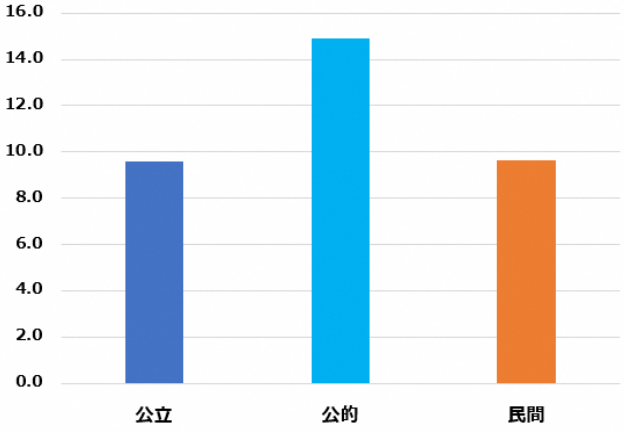
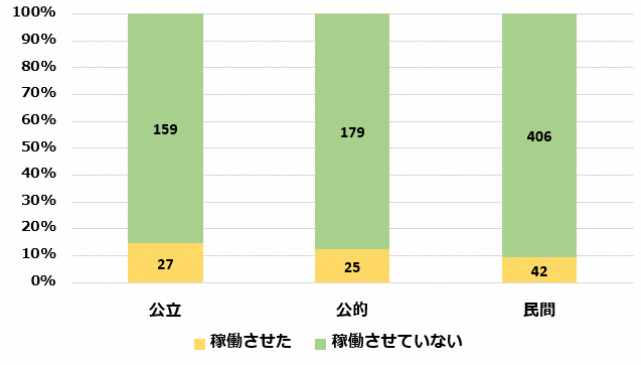


図12　設置主体別の休床病床を稼働させた医療機関数



（5）設置主体別のBCP策定状況について

公立公的施設は約50～70%が自然災害・感染症BCP策定していたと回答したが、民間施設は40%以下と策定状況割合が低く（図13）、病床規模が大きいほどBCP策定割合が高い傾向が見られた。また、BCPの有効性について、70-80%前後の施設が「有効でなかった」と回答した。一方で、病床規模が大きい施設程、「有効であった」と回答した施設が多かった（図14）。

図13　設置主体別のBCP策定状況

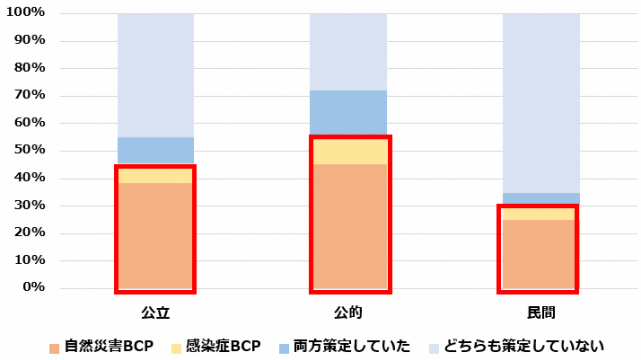
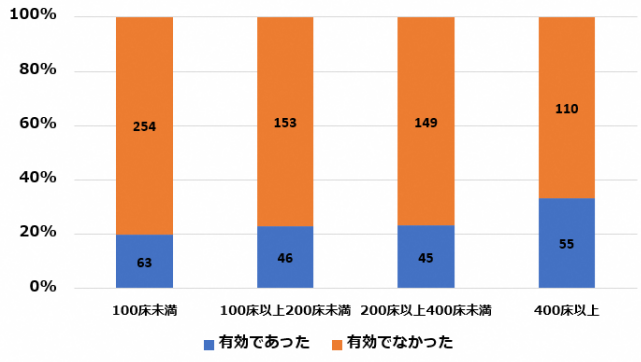


図14　令和2年1月以前に策定した事業継続計画(BCP)のCOVID-19対応における有効性



D．考察

本研究は、COVID-19 が5事業及び在宅医療に与えた影響について調査を実施した。

COVID-19（疑い含む）患者外来の受け入れについて、1,622施設（71.2%）が受入れ、654施設（28.7%）が受け入れなかった。病床規模別では、病床規模が大きいほどCOVID-19患者（疑い含む）の受け入れ割合が高く、400床以上規模では175施設（92%）が受け入れていた。設置主体別のCOVID-19（疑い含む）患者の受入れ状況の内訳としては、調査期間を通じて公立大学法人、国立大学法人、日赤が多く受け入れていた。設置主体・病床規模別COVID-19（疑い含む）入院患者延べ数は、調査期間通じて400床以上の大規模医療機関において入院患者延べ数が多い傾向が見られ、400床以上の施設においては、公的施設に次いで民間施設、公立施設の順にCOVID-19（疑い含む）入院患者延べ数が多い傾向が見られた（図4-1、図4-2）。

また、PPE備蓄と受入れ体制の間に関連は見られなかったが、自施設に感染症専門医や感染管理看護師がいる施設はより多くのCOVID-19患者を受入れている傾向があった。8月から10月における学校法人によるCOVID-19患者受入れ数の増加は、COVID-19緊急包括支援交付金の増額および対象拡大（二次補正）、COVID-19患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引き上げ（9月閣議決定）などによる一定の効果があった可能性がある。公立大学法人、国立大学法人、日赤および感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師が在職するような施設は、平時より職員研修、感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師育成などに力を入れることができる人材・財源投資が可能な施設である可能性がある。

一方、感染対策本部の設置状況は全国平均43%であり、感染拡大地域の有無にかかわらず対策本部を設置した病院は半数以下であった。また、各施設で設置された対策本部の人員構成について、病床規模が100床以下の施設では、病院長等の幹部職員や事務職員が半数以上を占めていた。さらに、COVID-19患者を受入れられなかった理由として、医師の不足や感染対策の不備、他の医療機能を担っていた等が上げられ、特に民間施設において受け入れられなかった状況が明らかになった。本調査に回答した施設の病床規模は、約50%が100床未満、約23%が100床以上～200床未満であり人材・物資などCOVID-19患者受入れのために投資できる資源に限界があった可能性があると考えることができる。またCOVID-19患者受け入れのために稼働させた休床病床については、公立施設が最も多く、回答施設のうち休床病床稼働の割合はどの設置主体も10%前後であった。休床病床の稼働は、施設内の資源の効率的な有効活用が必要となり平時からの準備が必要となる。

公立公的施設は、民間施設に比べBCP策定割合が高く、病床規模が大きいほどBCPの策定割合は高い傾向が見られた。いっぽうで、自然災害BCPおよび災害BCPともに策定していない施設も多かった。新型インフルエンザ等対策特別措置法にて、指定公共機関と登録事業者にBCP策定が義務づけられているが、その存在を知らないもしくは確認できていない可能性が考えられる。さらに、今般のCOVID-19におけるBCPの有効性については、「有効でなかった」と回答した施設が70-80%前後あった。施設内BCPの存在とともに、有事の際の有効的な使い方についても今後検討していく必要があると考える。

なお、医療計画の見直し等に関する検討会において、「新興感染症等の感染拡大時における医療」について、医療計画の記載事項に位置づけることが取りまとめられた。今後、記載項目の具体化に向けた検討が進められることとされている。

E．結論

本研究では、6,324施設を対象とする全国施設調査を実施し、設置主体、医療機関の指定、病床規模分類をもとに集計した。

設置主体では公立公的施設や資源に余力がある病床規模の大きい施設のCOVID-19患者の受入れ状況が高かったことも明らかになった。本研究で明らかになったことを踏まえ、設置主体や病床規模に合わせた役割の明確化含め、感染症流行時も耐えうる医療提供体制構築に向けた検討が必要である。

F．健康危険情報

該当なし

G．研究発表

1. 論文発表
   なし
2. 学会発表
   なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   なし

実態調査
管理職向け

添付資料１

下の署名欄に記名することにより、上記趣旨に同意したとみなされます。

１）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.
２）年齢　（　　）歳
３）性別　☐ 男性　☐ 女性　☐ 無回答
４）経験年数　（　　）年
（卒業年数：　　年、入職年数：　　年）
５）診療科　（診療科名：　　）
６）所属機関　☐ 勤務医（勤務病院名：　　）
☐ 開業医
７）医師会所属　☐ 所属
（☐ 郡市区医師会　☐ 都道府県医師会　☐ 全国医師会）
☐ 非所属

1. 新型コロナウイルス感染症に関連する業務を通して感じられた課題点や、今後必要となる取組みについてお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

添付資料２　インタビュー調査施設一覧

救急医療(10 施設)	**周産期医療（14 施設）**	**小児医療（11 施設）**
千葉大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院
日本医科大学千葉北総病院	順天堂大学医学部附属浦安病院	東京女子医科大学八千代医療センター
東京女子医科大学 八千代医療センター	東邦大学医療センター佐倉病院	帝京大学ちば医療センター
国際医療福祉大学成田病院	東京女子医科大学八千代医療センター	東京慈恵会医科大学附属 柏病院
東京ベイ・浦安市川医療センター	千葉県こども病院	千葉県こども病院
君津中央病院	君津中央病院	松戸市立総合医療センター
国保旭中央病院	国保旭中央病院	君津中央病院
成田赤十字病院	成田赤十字病院	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター
東千葉メディカルセンター	亀田総合病院	公立長生病院
塩田病院	松戸市立総合医療センター	外房こどもクリニック
	船橋中央病院	さとう小児科医院
	千葉市立海浜病院	
	有秋台医院	
	ファミール産院きみつ	

別添4

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

医療現場からの第3波以降のインタビュー調査結果 および「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー調査結果

研究代表者	国立大学法人千葉大学医学部附属病院	吉村　健佑
研究分担者	国立大学法人千葉大学医学部附属病院	佐藤　大介
研究分担者	横浜市立大学　医学研究科	竹内　一郎
研究分担者	大阪府立病院機構 大阪急性期総合医療センター	藤見　聡
研究分担者	藤沢市民病院／神奈川県医療危機対策統括官	阿南　英明
研究分担者	自治医科大学　地域医療学センター	小谷　和彦
研究分担者	北里大学医学部産婦人科学	海野　信也
研究分担者	三重大学 大学院医学系研究科小児科学	平山　雅浩
研究分担者	産業医科大学 医学部	村松　圭司

研究要旨

今般の新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の流行により、各地域で医療需要が増大・減少する等、地域の医療提供体制に様々な影響があった。

本研究では2020（令和2）年度に5事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）（以下、5事業とする）および在宅医療（訪問看護事業所、ケアマネ事業所）（以下、在宅医療分野とする）におけるCOVID-19の影響を明らかにするため、5事業および在宅医療分野に関する8,427施設を対象にWEB調査と郵送調査を実施した。調査の結果、特に救急医療・周産期医療・小児医療に与えた影響が大きかった。本研究で明らかになったことを踏まえ、設置主体や病床規模に合わせた役割の明確化含め、感染症流行時も耐えうる医療提供体制構築に向けた検討が必要であることが分かった。

続いて2021（令和3）年度には、2020年度の調査を補完する目的で追加調査を計画し2点実施した。1点目は2020年度調査で特に大きな影響がみられた、救急医療・周産期医療・小児医療について、第3波から第5波の影響について、複数の医療機関より聞き取り調査を行い、具体的な影響の内容を明らかにした。2点目は、厚労省の「第8次医療計画等に関する検討会」で行われた医療現場・自治体等へのヒアリングを包括的にレビューし、いくつかの関連する事項を取り上げ整理した。

【研究協力者】
岡田玲緒奈（千葉大学医学部附属病院 特任助教）
鈴鹿竜司（千葉大学医学部附属病院　医師）

A．研究目的

2020年12月15日の厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」等で新興感染症の拡大時の医療を医療計画の事業として明確に位置づけることが定められた。これにより新興感染症等を医療計画の事業に位置づけるに当たっては医療法の改正が必要となり、そのことからその議論のためのデータ整備が早急に必要となった。2021（令和3）年度に行う事として、本研究では2022年度以降に行われる医療計画への新興感染症等の追加に当たる基礎的な根拠となるデータを示し、議論の方向性を示す基礎的な論点を提供することを目標とした。

2020（令和2）年度の当研究班の各領域のアンケート調査によって得られた知見から、特にCOVID-19の影響を大きく受けた救急医療・周産期・小児医療事業については追加的に情報を収集し分析を進める

必要が生じた。2回目（2021年1月～3月）の緊急事態宣言が解除された以降に実施する個別のヒアリング調査および第3波・第4波・第5波の影響を含めた医療計画への影響に係る分析は必要不可欠と考え、2021年度も継続して研究を実施することとした。

特に当研究班の実施した「2020 年度 5 事業＋在宅調査」の報告で COVID-19 の影響を大きく受けた事業は救急医療・周産期医療・小児医療であった。救急医療では救急医療機関が救急対応を遂行しながら、COVID-19 の感染対策や検査体制を整えることで、COVID-19 患者が増加したときに対応することができていた。しかし救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していることから患者自身による受診控えも懸念される状態であった。周産期医療では以下の点が報告され COVID-19 の影響を多分に受けていた。１）2020 年度の調査の時点では、周産期母子医療センターにおける受入体制に重大な問題は生じていないが、現場からは感染者が増加したときの受入能力の不足を懸念する声が見られた。２）COVID-19 感染妊婦の分娩方法は、院内感染発生に伴う医療提供能力低下への懸念と緊急帝王切開への対応の難しさから、コロナ陽性妊婦以外も含めた全ての妊産婦の安全確保の観点から、帝王切開が多く選択されていた。３）面会や立会分娩の制限・中止等、新型コロナウイルス感染症関連以外の一般の妊産婦にも影響が出ていることが示された。４）感染リスクのある妊産婦・新生児及び感染が確認されている妊産婦・新生児は、重症度に応じてハイリスク妊産婦・新生児として周産期母子医療センターでの管理が望ましいと考えられるが、周産期母子医療センターでは、非感染のハイリスク妊産婦・新生児への対応を同時に行う必要がある。このため、今後の地域周産期医療体制の整備においては、地域の周産期母子医療センターを中心として、感染症に適切に対応できる体制を確保する必要がある。小児医療では COVID-19 流行前後における診療実績の変化について、小児科入院患者数は 5 月に前年比 30%以上減少した。小児科急性・慢性外来患者数はともに減少したが、減少率は急性患者において顕著であり、診療時間外の外来患者数は最大 65%減少した。小児科入院患者数、小児科急性外来患者数、それに診療時間外の小児科患者数の変化を小児入院医療管理料別でみると、比較的規模の小さい施設で顕著であった。診療時間外の小児科患者数は、規模の大きな病院でも 60%以上減少していた。

このような背景から、本研究では救急医療・周産期医療・小児医療に注目し、医療現場からの第 3 波以降の聞き取り調査と「第８次医療計画等に関する検討会」のヒアリング内容を総合し、追加的な調査研究を実施することとした。

Ｂ．研究方法

本研究は以下の 2 つの方法で調査・研究を実施した。

１.医療現場からの第 3 波以降のインタビュー調査

協力の得られた医療機関を対象に、以下の方法により聞き取り調査を実施する。

調査方法：インタビュー調査（対面もしくはオンライン）

調査期間：

2021（令和3）年4月～2021（令和3）年12月

調査対象：研究に賛同して頂いた救急医療・周産期医療・小児医療に関する病床を有する施設31施設。

集計方法：

質問項目：第3波以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の受入れ状況や、COVID-19に関連する影響や課題点と今後必要となる取組み等。

なお、調査にあたっては倫理的配慮のため、研究の目的について口頭および文書にて説明を行い、調査協力への同意確認を行った。なお、本調査は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：2020（令和 2）年 11 月 19 日、承認番号：3926）を得て行った。

２.「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー調査

厚生労働省「第８次医療計画等に関する検討会」では 2021 年 10 月から 11 月にかけて、新型コロナウイルス感染症対応における取組状況や今後の新興感染症等対応に向けた課題について医療現場・自治体等の関係者へのヒアリングが実施された。

当研究班の各研究分担者は各自の専門領域（5 事業と在宅医療）について、「第８次医療計画等に関する検討会」で触れられた事柄について検討し、「2020 年度 5 事業＋在宅調査」の調査結果を踏まえ、引き続き実施したインタビュー調査などの結果につき、関連する事項について考察を実施する。

Ｃ．研究結果

１．医療現場からの第3波以降のインタビュー調査

協力医療機関数：31施設

内訳（重複あり）

救急医療に関する医療機関数：10施設
周産期医療に関する医療機関数：14施設
小児医療に関する医療機関数：11施設

インタビューに用いた調査票は添付資料１を参照。またインタビューに応じた医療機関の一覧は添付資料2を参照。

【救急医療に関する意見】

＜現状の認識＞

・ 図１、図2はCOVID-19流行前後である2019年と2020年の救急外来受診者数を比較したものである（図１：救急救命センター95施設、図２：救急救命センター以外1018施設）。

＜インタビュー調査の結果＞

・ 図1の状況に対して、以下の2点が指摘された。①2020年3月、4月から救急外来受診者数や救急搬送患者数は減少していることから患者自身による受診控えも懸念される状態との意見があった。②一方で以前は明らかに軽症にも関わらず時間外受診をする患者も多く、現状のように患者数が減った状態について、緊急性の高くない患者の受診が適切化されたのではないかという意見もあった。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.88	1.00	0.85	0.69	0.69	0.75	0.82	0.83	0.82	0.83	0.82

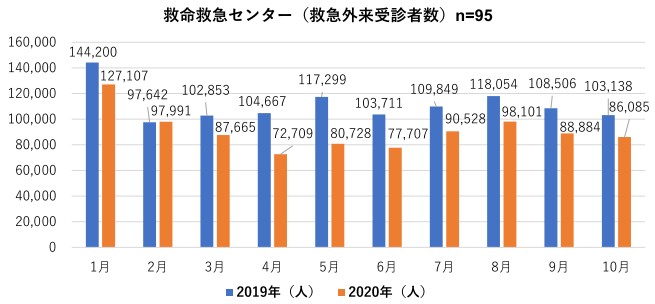


図1：当研究班報告資料　救急外来受診者数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	計
前年度比	0.85	0.97	0.84	0.69	0.68	0.75	0.87	0.87	0.85	0.87	0.82

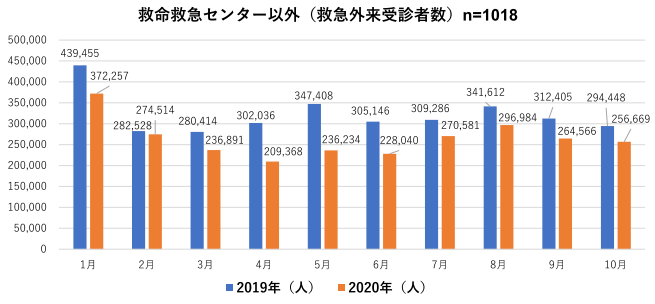


図２：当研究班報告資料　救急外来受診者数

・ 図３は2020年の救急救命センター（95施設）に搬送された感染症疑いの患者数であり、4月から急激に増加していることがわかる。図４は救急救命センターに搬送された感染症疑いの患者のうち、実際にCOVID-19と診断された患者数である。

＜インタビュー調査の結果＞

・ 軽症や疑い症例が適切にトリアージされ、必要な医療資源を分配出来ればCOVID-19対応は十分可能であったと考える。しかし現状は軽症や疑い症例で病床が埋まり、重症患者を素早く収容することが困難な事例もあった。今後も同様な感染症等が発生した際の感染症対策（医療機関の機能分化など）を立て直す必要があるのではないかと考える。

・ COVID-19 「疑い患者」に関して、現場では「陽性患者」同様の対応が必要かつ時間もコストが掛かるため、COVID-19対応事例を集計する際に「疑い患者」の数も含めると、より現場の状況を反映することが出来るとの意見もあった。

・ 2020年度は手探りの中での新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応であり困難を極めたが患者数が少なかったため、なんとか対応出来ていた。しかし患者数が大幅に増加した2021年度の夏（第5波）は患者受け入れが最も切迫しており、体感的に感染初期の2020年度より2021年度の方が身に堪えたという意見があった。

・ 小児、妊婦、精神疾患などの患者の受け入れが出来る施設はかなり限られているため、搬送困難症例が多数あり歯がゆい思いをしたとの意見があった。

・ コロナ療養中に糖尿病の悪化や狭心症など発症し治療が必要な患者が増加し、対応に困難を極めたとの意見があった。

・ 発熱があるだけで救急患者の受け入れを行わない病院が2021年の終わりの段階でも存在していた。多くの病院がCOVID-19の診療に携わる必要があるにもかかわらず、特定の3次救急病院に負担が偏っていたとの意見があった。

・ 都道府県が設置した臨時の医療機関が思うような機能がせず、既存の病院の負担が軽減することがなかったとの意見があった。

・

＜現状の認識＞

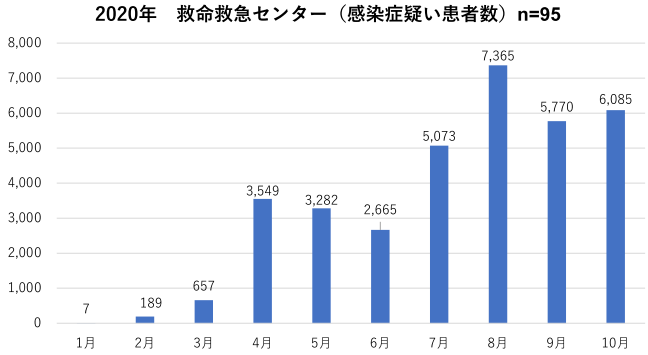


図３：当研究班報告資料　感染症疑い患者数

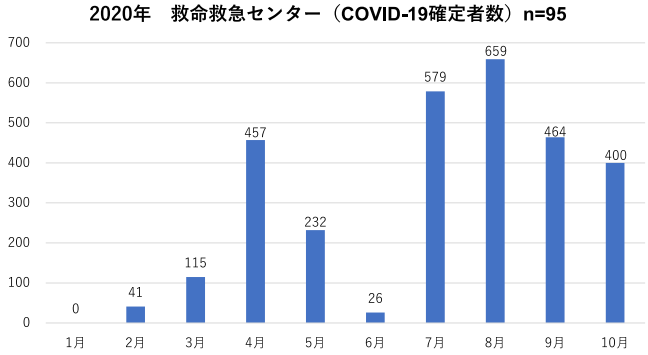


図４：当研究班報告資料　COVID-19確定患者数

【周産期医療に関する意見】

＜現状の認識＞

・　出生数は1970年代から減少を続け2019年には94万人まで減少していたが、COVID-19の出現により妊娠を控える動きや婚姻数も減少した。それも一因となり021年の出生数は84万人（速報値）まで減少した。

＜インタビュー調査の結果＞

・　現場でも出生数が減少したことは、体感としても感じた。しかし、重症度の高い在胎週数30週未満の新生児は減っていないように感じたとの意見があった。

・　当院は通常から在胎30週以降の妊婦を受け入れており、COVID-19の妊婦の受け入れも在胎30週以降で行った。受け入れにあたり、産科と呼吸器科の連携をしっかり行ったとの意見があった。

・　2020年4月当初ではワクチン接種に慎重な妊婦の意見が多かったが、その後正しい情報を手に入れて、ワクチン接種が進んだ。結果としてCOVID-19が重症化する妊婦はあまり見られなかった。この点は安心できたと考えられる、との意見があった。

・　2021年8月に千葉県で自宅療養していた妊婦が自宅で出産し、新生児が死亡した事例が発生した。その後千葉県内の産科施設が密な連携をとり再発予防を実施し、地域の一体的な連携体制が強化されたと思う、との意見があった。

【小児医療に関する意見】

＜インタビュー調査の結果＞

・　都道府県に小児病院を中心にCOVID-19受け入れ体制を整えたが、重症化するケースは少なく、切迫した状態にはならなかった、との意見があった。

・　一般小児外来はもともと発熱する患者が多い中、発熱者への対応に手間がかかり負荷となった。COVID-19でなかったとしても結果が出るまではCOVID-19陽性患者として感染対策をしっかり行わないといけないため、平時より多くの医療資源が必要となった、との意見があった。

・　自宅療養中の小児から同居家族への感染や濃厚接触が続発し、一家で社会生活が送れなくなるなど課題が生じ、医療スタッフも出勤できず、医療提供体制にも大きく影響した、との意見があった。

・　保育園や幼稚園などでのクラスターが生じた際に、閉園となるケースが多々あり、やや過剰すぎる対応かと思えた。科学的根拠を持った運営や行政指導が出来ていたか検討を行っていく必要がある、との意見があった。

・　COVID-19対応のために県の医療調整本部がWebで週1回、重点医療機関会議を開催するようになり、以前より緊密な連携が取れるようになった、との意見があった。

・　都道府県との会議の情報が、自院でのCOVID-19対応に大変役に立つ情報であった。そのため感染が終息しても、このような県全体で情報交換が行われることが県の小児医療を効率的に継続していくことに必要でと考える、との意見があった。

・　COVID-19の影響により病院見学を中止する病院が多く、学生・研修医が自由に見学を行えていないため今後の人材採用に影響が出る可能性がある、との意見があった。

２．「第８次医療計画等に関する検討会」のレビュー

第８次医療計画等に関する検討会では都道府県、設置団体、医師会、病院に対してCOVID-19についてヒアリングを実施している。その中で様々な事が現場から指摘されているため一部抜粋し紹介する。

・　役割分担の推進、医療資源の集約化

特定機能病院・大学病院が重症患者、公立・公的病院や専門病院等の地域の中核病院が中等症患者、その他の医療機関が軽症患者を引き受けるという機能分化を行うことが重要である。また各病院が安心して患者を受け入れるために容態が悪化した場合は速やかに高次機能病院に転院出来る手筈を整える必要がある。また容態が回復した場合は重症病床を空けるためにも中等症・軽症病床を持つ病院に転院出来る仕組みを構築しなければいけない。実際には多くの患者が自院入院後自宅退院まで転院することなく入院している。

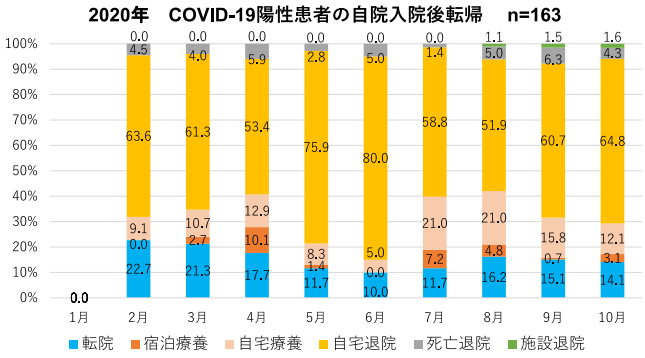


図5：当研究班報告資料　2020年COVID-19陽性患者の自院入院後転帰

・　有事における病床、専門病院・検査センターの設置検討、人員体制（応援体制）の設定

一般病床を削減し院内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応病床を増床すべきなのか、臨時医療施設を設置しそこに医師や看護師等の人材チームを派遣する方が良いのか等を含めて計画を立てる必要がある。

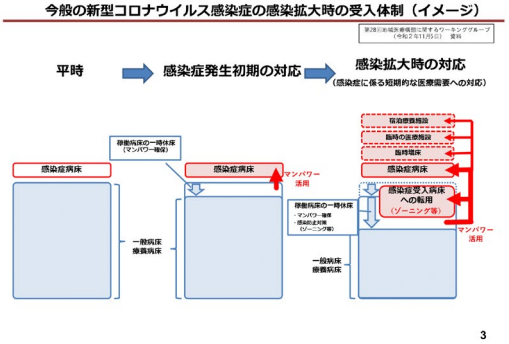


図6：厚労省資料　今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受け入れ体制（イメージ）

・　感染症対策、専門人材への報酬評価
・　感染症、公衆衛生、疫学専門人材の育成
・　看護系大学を中心とした保健師養成の強化

今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）では感染症専門医や感染管理認定看護師などの感染症の専門家がCOVID-19感染対策で重要な役割を担った。しかしこれらの認定を持っている医療者は少なく、今後の感染症対策を設定していく上で欠かせない人材である。そのため人材育成を積極的に行って行く必要がある。

・　実効性のある司令塔機能
・　同一基準・ルールに基づく状況把握と分析
・　保健所の機能強化

今までの感染症に対する対策は感染症法や新型インフルエンザ等対策特別措置法で規定されていたが、今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の様な大規模感染症には対応不足であったため、今後はしっかりとした対策を検討する必要がある。

・　大学・研究機関等との研究ネットワーク構築
・　デジタル化の強化　自治体-保健所-医療機関
・　システムの一元化（GMIS、HER-SYS）
・　情報公開（情報のフィードバック）

今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）では運用システムがアナログだったため、関係する職員の多忙の一因となった。今後はデジタル化を進めて行かなければならない。

D．考察

本研究ではCOVID-19 の第3波、第4波、第5波の救急医療・周産期医療・小児医療の3事業に与えた影響についてインタビュー調査および厚労省の検討会で行われた医療現場のヒアリングから課題を抽出、整理した。

【救急医療の課題整理】

①トリアージが適切にされずに、軽症や疑い症例で病床が埋まり、重症患者を適切に収容出来ない事例があった。

②発熱患者の受け入れをしない病院があるのは地域の医療体制に大きく影響を与える事例があった。

③都道府県が設置した臨時の医療施設が十分には役立たなかった事例があった。

④上記につき、対応が適切であったかも含め、今後に向けて引き続き検討の場が必要である。

【周産期医療の課題整理】

①COVID-19の妊婦は感染対策を行いながらの出産になるため、産科医や新生児科医、麻酔科医、助産師、看護師など多職種の連携が必要との意見が複数あった。

②千葉県では自宅療養中の妊婦が自宅出産を行い、新生児が死亡する事例があり、その後の関係機関のより密な連携につながった側面もあった。
【小児医療の課題整理】
①第5波までは小児のCOVID-19の患者は多くはなく、適切に対応出来ていた。しかし小児の患者が増えた場合どこまで対応できるか不透明との意見があった。
②家庭内感染が増加し、一家で社会生活が送れなくなるなど生じた事例もあった。
③保育園や幼稚園などでのクラスターが生じた際に、閉園となるケースが多々あった。
④上記につき、対応が適切であったかも含め、今後に向けて引き続き検討の場が必要である。

COVID-19患者に対応するためには多くの医療資源を必要とする。患者が増加した際にも、適切な患者に適切な医療資源を投入出来る様な診療やトリアージを行う体制作りが必要である。上記について、第8次医療計画から新たに盛り込まれる新興感染症等への対応を含めて、救急・周産期・小児領域について引き続き検討が必要である。

各医療機関は第1波や第2波で培った経験を活かしトリアージ等を行いCOVID-19に対応していたことが分かった。

第5波は患者数が増加し、どの医療機関も対応に苦慮していたことが改めて認識された。今後のさらなる感染拡大や新たな感染症に対する課題も現場から多くの指摘があった。現場の声を取り入れて感染症対策の医療体制の構築を行政は進めていかなければならない。

上記のように、研究計画の見直しと実施項目の追加していたところ、本研究期間である2020年12月15日の厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」等で新興感染症の拡大時の医療を医療計画の事業として明確に位置づけることが定められた。これにより新興感染症等を医療計画の事業に位置づけるに当たっては医療法の改正が必要となり、そのことからその議論のためのデータ整備が早急に必要となった。当研究班の担当した、5事業と在宅医療に関する枠組みではなく、新興感染症等の枠組みで政策が検討されることとなった。そのため、1）感染症流行時に病床以外のスペースを活用して感染症患者を受け入れるために必要な体制整備等の具体的な課題、2）新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症等に関する評価指標の作成、3）都道府県が感染症法に基づき感染症の予防の総合的な推進を図るための基本指針および予防計画の分析について追加的な検討が生じた。上記の経緯を踏まえ、以後は医療計画にかかる新興感染症等に関する学術的な研究は、厚生労働科学研究費補助金「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究（研究代表者：今村知明）」で実施している「新興感染症等の感染拡大時における医療のあり方検討（感染症企画班：研究分担者　吉村健佑）」へ承継することとした。

E．結論

本研究では、救急医療・周産期医療・小児医療で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応に携わる医師や病院にインタビュー調査を行い医療現場・自治体等の関係者が指摘する問題点について、厚生労働省の検討会の内容を踏まえて分析を行った。当研究班は医療計画の議論の場を整理するという一定の役割は果たした。本研究で明らかになったことを踏まえ、第8次医療計画において「新興感染症対応」の医療計画に向けた更なる議論が求められる。

F．健康危険情報

該当なし

G．研究発表

1. 論文発表
   なし
2. 学会発表
   なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   なし

実態調査
管理職向け

添付資料１

下の署名欄に記名することにより、上記趣旨に同意したとみなされます。

１）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.
２）年齢　（　　）歳
３）性別　☐ 男性　☐ 女性　☐ 無回答
４）経験年数　（　　）年
（卒業年数：　　年、入職年数：　　年）
５）診療科　（診療科名：　　）
６）所属機関　☐ 勤務医（勤務病院名：　　）
☐ 開業医
７）医師会所属　☐ 所属
（☐ 郡市区医師会　☐ 都道府県医師会　☐ 全国医師会）
☐ 非所属

1. 新型コロナウイルス感染症に関連する業務を通して感じられた課題点や、今後必要となる取組みについてお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

添付資料２　インタビュー調査施設一覧

救急医療(10 施設)	**周産期医療（14 施設）**	**小児医療（11 施設）**
千葉大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院
日本医科大学千葉北総病院	順天堂大学医学部附属浦安病院	東京女子医科大学八千代医療センター
東京女子医科大学 八千代医療センター	東邦大学医療センター佐倉病院	帝京大学ちば医療センター
国際医療福祉大学成田病院	東京女子医科大学八千代医療センター	東京慈恵会医科大学附属 柏病院
東京ベイ・浦安市川医療センター	千葉県こども病院	千葉県こども病院
君津中央病院	君津中央病院	松戸市立総合医療センター
国保旭中央病院	国保旭中央病院	君津中央病院
成田赤十字病院	成田赤十字病院	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター
東千葉メディカルセンター	亀田総合病院	公立長生病院
塩田病院	松戸市立総合医療センター	外房こどもクリニック
	船橋中央病院	さとう小児科医院
	千葉市立海浜病院	
	有秋台医院	
	ファミール産院きみつ	

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
阿南英明		大友康裕	改訂第 2 版 MCLS-CBRNE テキスト —CBRNE 現場初期対応の考え方—	ぱーそん書房	東京	2020	
阿南英明	看護の統合と実践② 災害看護学		災害に関連した特殊な医療・看護実践II CBRNE への対応第 3 版 新体系看護学全集	メディカルフレンド社		2020	202-205
阿南英明		Emer Log	リアルで多様な症例で診断・治療・ケアを制覇！疾患イメージをつかむ救急ケース	メディカ出版	大阪	2020	328
阿南英明	特集トリアージ その1 横浜港にやってきた大型クルーズ船と新型コロナウイルス—それは「災害」対応だった.		子どもと健康	労働教育センター	東京	2020	No.111 2020.7.28: 6-15
阿南英明	その2 災害時, 護教諭にしてほしい「トリアージ」多くの児童・生徒を救うために求められる技能です.		子どもと健康	労働教育センター	東京	2020	No.111 2020.7.28: 17-66
阿南英明		阿南英明	新・化学テロ現場病院前活動の考え方と実際	ぱーそん書房	東京	2020	
阿南英明	事例1 神奈川モデル 医療崩壊を回避する県レベルの医療提供体制の構築 患者の流れを停滞させない医療提供体制を構築 クラスター対応では中長期的な支援活動を展開		れんけい最前線			2020	4-7
阿南英明			ウィズコロナ・ポストコロナの災害医療・マスギャザリング医療			2021	45(2): 197-201.
阿南英明	話題 大型クルーズ船ダイヤモンドプリンセス号の教訓を活かした COVID-19 戦略「神奈川モデル」の構築.		循環器内科			2021	89(2): 178-183.

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
海野信也	COVID-19と妊産婦管理 特集:新興・再興感染症, 輸入感染症と周産期医学 [各論]新型コロナウイルス	周産期医学	51(3)	330-338	2021
Hideaki Anan, Hisayoshi Kondo, Ichiro Takeuchi, Tomoki Nakamori, Yu Ikeda, Osamu Akasaka, Yuichi Koido.	Medical Transport for 769 COVID-19 Patients on a Cruise Ship by Japan Disaster Medical Assistance Team. Disaster Medicine and Public Health Preparedness.	Disaster Medicine and Public Health Preparedness.	05 June 2020	1-4.	2020
阿南英明	災害医療と法律—医療法(医療計画), 災害対策基本法, 災害救助法, 規則, 各種防災関連計画等について.	日本医師会雑誌特別号(1)災害医療2020	2020.6	149 (Suppl.1) : 46-51	2020

令和３年 ２ 月２６ 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立大学法人千葉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　徳久　剛史　　印

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）医学部附属病院　・　特任教授

（氏名・フリガナ）　吉村　健佑　・　ヨシムラ　ケンスケ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	千葉大学	□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和３年 2 月 26 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立大学法人千葉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　徳久　剛史　　印

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）医学部附属病院　・　特任准教授

（氏名・フリガナ）　佐藤　大介　・　サトウ　ダイスケ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	千葉大学	□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年　4月　19日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　公立大学法人横浜市立大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　小山内　いづ美

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）大学院医学研究科・教授

（氏名・フリガナ）竹内　一郎・（タケウチ　イチロウ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 □　無 ■（無の場合はその理由：ＣＯＩ該当しないため　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年5月6日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

所属研究機関長　職　名　　総　長

氏　名　　嶋津　　岳士

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）大阪急性期・総合医療センター・高度救命救急センター・主任部長

（氏名・フリガナ）藤見　聡・（フジミ　サトシ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

２０２１年　5月７日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　藤沢市民病院

所属研究機関長　職　名　　院長

氏　名　常田　康夫

次の職員の令和２年度~~厚生労働科学研究費~~／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）藤沢市民病院　副院長

（氏名・フリガナ）阿南　英明・アナン　ヒデアキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 3 月 1 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　自治医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　永井　良三　印

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）　地域医療学センター・教授

（氏名・フリガナ）　小谷　和彦　・　コタニ　カズヒコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■　□	■	自治医科大学	□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和３年　1月　25日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長)　殿
(国立保健医療科学院長)

機関名　北里大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　島袋　香子　印

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　(所属部局・職名)　医学部・教授

(氏名・フリガナ)　海野信也・ウンノノブヤ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：　)	□　■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □(無の場合は委託先機関:　)
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■(有の場合はその内容：　)

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月16日

厚生労働大臣 殿

機関名　国立大学法人三重大学
所属研究機関長　職　名　学　長
氏　名　駒田　美弘　　印

次の職員の令和２年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）　大学院医学系研究科小児科学・教授

（氏名・フリガナ）　平山　雅浩（ヒラヤマ　マサヒロ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　必要なし　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　3　年　4　月　19　日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　産業医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　尾辻　豊

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究（２０ＣＡ２０４９）

３．研究者名　（所属部局・職名）医学部・准教授

（氏名・フリガナ）村松　圭司・（ムラマツ　ケイジ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	千葉大学	□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。