

新型コロナウイルス感染症対策検証調査の中間報告

2026 年 7 月

新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会

新型コロナウイルス感染症対策検証調査の中間報告

新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会

1. 調査に至る経過

「新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会」（以下、研究会）は、2024 年 7 月 6 日に発足した。

研究会発足前の新型コロナウイルス感染症パンデミックの渦中より、京都府や石川県では医療・福祉分野の実践家や運動家、研究者の協働により「コロナ留め置き死」問題への運動、調査が取り組まれていた。

「コロナ留め置き死」は COVID-19 に罹患した社会福祉施設等の入所者が、都道府県の入院調整機関によるトリアージで入院させてもらえず亡くなった事例を指す。

調査や自治体・議会への要請行動、関係者とのウェブミーティング、シンポジウム開催等を重ね、その成果物として 2024 年には『コロナ「留め置き死」』（横山壽一・井上ひろみ・中村暁・松本隆浩編、旬報社刊）が刊行された。

本研究会の立ち上げはそうした取り組みがベースとなっている。

具体的な設立経緯は、伊藤周平氏（鹿児島大学）が日本弁護士連合会の「第 65 回人権擁護大会シンポジウム第 1 分科会」「人権としての医療アクセスの保障」（2023 年 10 月 5 日）において、コロナ禍に医療にかかれなまま家族を亡くした当時者の訴えを聞き、それを契機にコロナ政策検証のための研究会の設立を広く呼びかけていたことに始まる。

これを受け止め、立ち上げ準備を開始。半年後に研究会は伊藤氏と岡崎祐司氏（佛教大学）、長友薫輝氏（同）、横山壽一氏（金沢大学名誉教授）を共同代表に発足した。

研究会には当事者やジャーナリストも参加する「全体会」、「全国調査」を担当する調査チーム、提言の起案を担当する研究チームを設置した。事務局は公益財団法人日本医療総合研究所・福祉国家構想研究会・京都社会保障推進協議会が担うこととした。

発足を確認した第 1 回全体会において横山壽一氏（金沢大学名誉教授）は、国がコロナ禍のとりわけ医療問題についてまともに総括していないことを批判。その上で、都道府県のコロナ検証作業の概要・特徴について報告した。ほぼ全ての都道府県がコロナ対応の経緯を報告書にまとめて公表しているものの、数ページのための簡易なものから 800 ページに及ぶものまで形式からして差異がある。一方で内容は対策と課題の整理に留まっており、分析はほとんどなされていないと指摘した。

参加者からは「（コロナ禍には）看取り、骨上げ、葬儀もできなかった。遺族は亡くなり方に納得がいかないままであり、最期の尊厳さえ奪われたと感じている」（当事者家族）、「感染症では一番弱い人の命が犠牲になる」（施設）、「そもそも障害者やその家族は日頃から医療を受けることを最初から諦めているのが現実だ」（障害関連団体）といった意見が交わされた。

以上の議論を踏まえ、早速調査票の作成にとりかかり、2025 年 9 月に調査票を対象施設に発送。調査期間を 9 月 8 日～10 月 31 日と設定し、集約・集計し、この度の中間報告に至ったものである。

2. 調査の概要

- ・本調査は「人を対象とする研究倫理審査（佛教大学 2024-46-B）」を受け、承認を得て実施した。
- ・調査方法は調査票（紙媒体または Google フォーム）への記入である。
- ・調査票は 2025 年 9 月 3 日（水）に郵送にて一斉発送した。
- ・調査対象は以下のとおりである。

保健所	570 カ所
コロナ受入病院	242 カ所
精神科病院	48 カ所
老人保健施設	47 カ所
高齢者福祉施設	300 カ所
障害者福祉施設	1,788 カ所 ※web のみ きょうされん事業所
合 計	2,995 カ所

3. 調査結果概要（単純集計）

（1）回収状況

総数 Google フォーム、fax、返信用封筒による回収 152 カ所（回答率：5.1％）

内訳

保健所	19 カ所（3.3％）
コロナ受入病院	13 カ所（5.3％）
精神科病院	3 カ所（6.2％）
老人保健施設	6 カ所（12.7％）
高齢者福祉施設	85 カ所（28.3％）
障害者福祉施設	26 カ所（1.4％）

（2）集計の概要

※次ページより記載。

1)保健所

設問 1、「都道府県・政令市・中核市の設置する保健所 570 カ所中、15 自治体・19 件の保健所から回答があった。

設問 2、「陽性者数」について「各都道府県で設定された第 1 波～第 8 波の期間ごとの数と総数」を尋ねた。第 1～7 波については 19 件中、16 件が数値を記載、3 件が「不明」とした。第 8 波では 19 件中、14 件が数値を記載、5 件が「不明」とした。第 1～8 波までの陽性者総数は計 1,792,266 人、1 日当たり最大値 4,456 人(2022 年 11 月)となった。未記入の理由(複数回答)について「各波ごとの数は計算していない」ためが 3 件、不明が 16 件であった。

設問 2 (2)～(9)、コロナ患者が入院治療・療養した「場所」を尋ねた。(2)「コロナ病床で入院治療した患者数」の回答を記載したのは 2 件、(3)「コロナ病床以外で入院治療した患者数」、(4)「精神科病床で入院治療した患者数」の回答を記載した保健所は 0 件、(5)「自宅で療養した患者数」を回答したのは 2 件、(6)老人保健施設、(7)老人福祉施設、(8)障害者福祉施設での療養者数に記載した保健所は 0 件であった。(9)宿泊療養施設で療養した患者数については 3 件の回答への記載があった。このため十分に考察できる有効な集計結果は得られなかった。

未記入の理由(複数回答)について「各波ごとの数は計算していない」ためが 9 件、「各波の数を公表していない」ためが 4 件、「把握できている施設とできていない施設がある」が 6 件、「その他」が 5 件、不明が 2 件であった。「その他」では「入院数はコロナ病床、それ以外で区別していない。施設ごとの集計はしていない」とのコメントがあった。

設問 3 (1)、「新型コロナウイルス感染症による死亡者数」は 10 件が回答を記入したが、9 件は「不明」として記入がなかった。10 件の死亡者総数は 4,150 人。第 1 波 91 人、第 2 波 31 人、第 3 波 486 人、第 4 波 639 人、第 5 波 107 人、第 6 波 634 人、第 7 波 667 人、第 8 波 1,507 人であった。

設問 3 (2)、死亡場所について「コロナ病床での死亡」、(3)「コロナ病床以外での死亡」、(4)精神科病床での死亡、(5)自宅療養での死亡、(6)老人保健施設での死亡、(7)老人福祉施設での死亡、(8)障害者福祉施設での死亡、(9)宿泊療養施設での死亡をそれぞれ尋ねたが、回答の記入は(2) 0 件、(3) 0 件、(4) 1 件、(5) 0 件、(6) 1 件、(7) 1 件、(8) 1 件、(9) 1 件にとどまった。回答があった「各死亡場所の死亡者数」は、(4)10 人、(6) 2 人、(7)13 人、(8) 1 人であった。

未記入の理由について「各波の数は計算していない」が 9 件、「各波の数を公表していない」3 件、「把握できている施設とできていない施設があった」が 3 件、「情報公開請求があれば公表する」が 1 件、その他は 7 件(詳細記載なし)、不明が 2 件だった。

設問 4、「健康観察の対象について」は、16 件が回答。「ハイリスク者のみ」対象という回答が第 1 波では 1 件、第 8 波では 8 件に増えた。逆に「陽性者全員」は第 1 波では 14 件だったものが第 8 波では 6 件に減少している。第 8 波では「わからない」も 1 件あった。

設問 5、「健康観察で対象となる陽性者の容態の把握について」は、18 件の回答。

第 1～2 波は共通して「把握できていた」14 件(73.7%)、「ほぼ把握できていた」3 件(15.8%)、「把握できていない」0 件、「わからない」1 件(5.3%)、「未回答」1 件という結果であった。

これが第3波では、「把握できていた」13件(68.%)、「ほぼ把握できていた」3件(15.8%)、「把握できていない」0件、「わからない」1件(5.3%)、「未回答」2件に変わり、最終的に第8波では「把握できていた」7件(36.8%)、「ほぼ把握できていた」7件(36.8%)、「把握できていない」1件(5.3%)、「わからない」2件、「未回答」2件との回答となった。

設問6、「保健所のコロナに対する業務の外部委託について」、「相談窓口」の委託は、第1波段階で「一部委託」7件、「全部委託」1件、「委託なし」が6件であったものが、第8波段階になると「一部委託」が10件に増加、「全部委託」も6件に増加、「委託なし」は3件に減少した。

「健康観察」の委託は、第1波段階で「一部委託」「全部委託」とともに0件だったが、第8波段階では「一部委託」9件、「全部委託」2件、「委託なし」は4件にまで減少した。

「PCR検査」の委託は、第1波段階で「一部委託」4件、「全部を委託」3件、「委託なし」9件だったが、第8波になると「一部委託」9件、「全部を委託」2件、「委託なし」4件へと変化した。

設問7、「新型コロナウイルス感染症の陽性者が死亡に至った経緯の把握について」は、第1波段階では「把握できていた」11件、「ほぼ把握できていた」3件、「把握できていない」1件、「わからない」1件、「未回答」3件であった。

これが第8波になると「把握できていた」6件まで減少、「ほぼ把握できていた」4件と1件増、「把握できていない」3件、「わからない」4件、「未回答」2件となった。

設問8、「当事者・家族からの要望」については、「(1)障害児や医療的ケア児家族の要望把握」について、「把握に努めていた」4件、「要望があれば聞いていた」14件、あまり把握できていなかった0、「不明」1件であった。「(2)障害者家族の要望把握」については、「把握に努めていた」4件、「要望があれば聞いていた」14件、あまり把握できていなかった0件、「不明」1件であった。(3)要支援や要介護・一人暮らし高齢者の要望把握」について、「把握に努めていた」4件、「要望があれば聞いていた」14件、あまり把握できていなかった0、「不明」1件であった。「(4)難病患者と家族の要望把握」について、「把握に努めていた」4件、「要望があれば聞いていた」14件、あまり把握できていなかった0件、「不明」1件であった。

設問9、「患者の医療機関への受入について(コロナ患者・コロナ患者以外問わず)」は、第1波時点では「受入はできていた」12件、「困難な時期はあった」が5件、不明が2件であったが、第8波になると「受入れはできていた」が5件と半数以下になり、「困難な時期はあった」が11件、「困難だった」が1件、「不明」2件となった。

設問10、「本人・家族が入院を希望し、施設医や主治医の指示があったが、入院できなかったケースの数を教えてください」に対する回答は0件であった。

設問 11、「貴保健所の所在する都道府県における『入院調整』について、「(1)都道府県には入院調整を一元的に担う組織が設置されてい了吗か」については「設置されていた」10件、「設置されていなかった」4件、「その他」4件、「不明」1件であった。

その他には「近隣地区の受入調整を大学病院の協力を得ながら県と市で実施した」「昼間は各保健所で対応し、夜間は本庁で入院調整を一元的に管理していた」等の記載があった。(2)の1「病床逼迫の入院調整にあたり、入院の優先を判断する基準がありましたか」については、「あった」6件、「なかった」2件、「その他」3件、「不明」8件であった。

不明については、「県が作成。非公表のため回答なし」、「人工透析の有無、重症化リスク因子の有無、ワクチン接種の有無、免疫の状態」等の記載があった。(2)の2「基準の内容」については、「DNARの有無」が4件あった。

設問 12、13の自由記入欄(要望や課題)には、以下のような意見が寄せられた。

- ・感染拡大の時期は、重症化リスクの高い患者の場合、入院を希望しても、入院できず、苦情となった。宿泊療養施設等の早期確保が必要。
- ・接触者に対する検査について、感染拡大の時期において調整が翌日以降となり、早く検査を受けたいけど、問合せが増加し、対応に追われた。検査対象者の選定及び検査実施方法を感染状況に合わせて考える必要がある。
- ・新型コロナウイルスは、未知のウイルスとして、住民の不安恐れが高かった。その時の不安等が現在の生活に影響している人もいるかと思う。新たな感染症が発生した時の説明や住民の不安への向き合い方を考える。
- ・本人・家族、住民からの要望に対して、すべて対応できない為、優先順位を決断し、それを組織で素早く共有するという組織運営体制が困難と感じた。

11(2)-1 入院の優先順位有無			(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
あった	6	31.6	54.5
なかった	2	10.5	18.2
その他	3	15.8	27.3
不明	8	42.1	
N (% ^不 -入)	19	100.0	11

11(1) 入院調整を担う組織の設置			(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
設置されていた	10	52.6	55.6
設置されていなかった	4	21.1	25.0
その他	4	21.1	25.0
不明	1	5.3	
N (% ^不 -入)	19	100.0	18

11(2)-2 基準内容			(MA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
基礎疾患の有無	8	42.1	88.9
SpO2 の値	8	42.1	88.9
年齢	7	36.8	77.8
同居家族の有無	4	21.1	44.4
障害の有無	6	31.6	66.7
認知症の有無	5	26.3	55.6
DNAR の有無	4	21.1	44.4
身寄りの有無	1	5.3	11.1
施設入所の有無	1	5.3	11.1
ACP の内容	0	0.0	0.0
その他	4	21.1	44.4
不明	10	52.6	
N (% ^不 -入)	19	100.0	9

2)高齢者施設

設問1、「施設種別・所在地・利用定員数」について、

- 1 介護老人福祉施設 85 件、介護老人保健施設 6 件、計 91 件からの回答があった。
- 2 回答のあった施設の所在地は、北海道 4 件、青森県 1 件、秋田県 1 件、岩手県 2 件、山形県 4 件、宮城県 2 件、福島県 1 件、千葉県 4 件、埼玉県 6 件、群馬県 4 件、栃木県 4 件、茨城県 3 件、長野県 3 件、新潟県 6 件、東京都 6 件、神奈川県 2 件、愛知県 2 件、静岡県 3 件、三重県 1 件、富山県 1 件、石川県 2 件、京都府 2 件、兵庫県 4 件、和歌山県 2 件、滋賀県 2 件、岡山県 3 件、山口県 1 件、島根県 1 件、香川県 1 件、福岡県 4 件、佐賀県 1 件、長崎県 2 件、熊本県 1 件、大分県 1 件、宮崎県 1 件、鹿児島県 3 件だった。
- 3 定員数は、11～20 人が 1 件、21～30 人が 25 件、31～30 人が 2 件、41～50 人が 9 件、51～60 人が 11 件、61～70 人が 8 件、71～80 人が 8 件、81～90 人が 5 件、91～100 人が 13 件、101 件以上が 9 件であった。

設問2、「陽性者数」は累計 3027 人、1 日あたり最大値は 100 人であった。

設問3、「施設で亡くなられた人の数」(死亡者数)は累計 89 人、1 施設あたり最大値は 36 人であった。

設問4、「コロナ陽性者対応において課題になったこと」(複数回答)では、「職員体制の対応困難」が 84.6%と最も高く、続いて「コロナ対策経費の増加」72.5%、「感染者の隔離が困難」67.0%と続いた。「入院できなかった」46.2%、「施設での医療提供困難」45.1%とあり、「保健所との連携がとれなかった」18.7%、「救急搬送されなかった」も 17.6%あった。

設問5、「施設から入院受入要請を保健所や県に行った際の状況をお書きください」では「受入はできていた」は第4波の 34.1%を除き、第1～8波はいずれも 30%前

4 コロナ陽性者対応の課題			(MA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
職員体制の確保困難	77	84.6	85.6
コロナ対策経費の増加	66	72.5	73.3
感染者の隔離が困難	61	67.0	67.8
クラスター対策	59	64.8	65.6
残業代など人件費増	54	59.3	60.0
検査体制・検査キットの不足	46	50.5	51.1
衛生材料の不足	45	49.5	50.0
経営の悪化	43	47.3	47.8
入院できなかった	42	46.2	46.7
施設での医療提供が困難	41	45.1	45.6
コロナ補助金手続きが煩雑	25	27.5	27.8
本人や家族への病状や療養の説明	22	24.2	24.4
保健所との連携がとれなかった	17	18.7	18.9
救急搬送されなかった	16	17.6	17.8
情報の不足	15	16.5	16.7
職員に対する誹謗中傷	9	9.9	10.0
職員の退職	7	7.7	7.8
その他	7	7.7	7.8
コロナ対策の施設改修	2	2.2	2.2
不明	1	1.1	
N (% [※] -)	91	100.0	90

後であった。「期間中のほとんどが困難だった」と「困難な時があった」は、第1波ではいずれも17.6%で計35.2%であるが、第6波は計42.9%、第7波、第8波は48.4%へと増加した。

設問6、「本人・家族が入院を希望し、施設医や主治医の指示があったにもかかわらず、入院できなかった」人数は総計350人であった。

設問7、「医療機関に入院できず施設で亡くなった方の人数」は総計68人であった。

設問8、「国や自治体に求めたいこと」では、「検査や治療薬への公的支援」が73.6%と最も高く、「施設で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)」と「感染拡大時の衛生物資の安定供給」がそれぞれ71.4%と続いた。また62.6%の施設が「重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保」を求めた。

設問9、「要望や課題」(自由記入)については以下の意見が寄せられた。

- ・速やかに入院等すぐ出来る体制を構築してほしい。施設の医師が大変苦勞しています。
- ・マスクの入荷困難となり、苦勞した施設が多くあった。
- ・5類となり、当施設では、2024年9月に初めてクラスターを発生させてしまった。

8 国や自治体に求めたいこと		
カテゴリ	件数	(全体)%
施設の減収補填	69	75.8
検査や治療薬への公的支援	67	73.6
施設で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)	65	71.4
感染拡大時の衛生物資の安定供給	65	71.4
PCR検査など陽性・陰性がわかる定期検査の公費の実施(職員、利用者)	62	68.1
介護報酬・障害報酬の引き上げ	62	68.1
重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保	57	62.6
看護師・介護職員など職員の確保策の支援	55	60.4
ワクチンに関する情報と接種の体制整備	31	34.1
これまでのコロナ感染症対策の検証	26	28.6
軽症者を隔離する医療体制のある施設の設置	25	27.5
施設への医療提供・感染対策チームの派遣	20	22.0
誹謗中傷の規制	11	12.1
地域の保健所数を増やす、保健師の確保	6	6.6
その他	1	1.1
不明	0	0.0
N (%ベース)	91	100.0

- ・5類となるまでは平均年齢90歳以上の高齢者が生活する老人ホームにコロナが入ってしまうと命の危険となる。感染源も職員の持ち込み以外にないということで、検査キット(医療用)を数千本単位で購入し、職員とその同居する家族を対象に検査しながら運営してきた。国からの検査キットは、ほんの一部ですぐになくなった。県内の施設でクラスターをくり返すところも多々あった。それでお亡くなりになる方も多く、ご遺体は納体袋を2重にして火葬も一番最後にと。5類になるまでは身につまされる体験を他施設より伺った。少しでも長生きしてほしいと願い、介護してきたのに最期に本人や遺族にこんな思いをさせたくない。検査キット購入は財政的にも厳しかったが、続けてきた。(現在も)現在は、風邪症状などがある時に職員は、出勤前に検査を自宅で(一)確認後に出社するという事は続けている。日頃から行政や医療機関とも連携がとれている。ご家族にも早め、の対応。(手紙など)をしているのでトラブルはありません。むしろ

ろ協力的関係と言えます。小さくても頑張っているホームがあることを知り、補助なりがあると助かります。

- ・保健所、行政と連絡をとっている時間がとれなかった。現場の指揮をする項目は多くあるが、保健所に「入居者リストを提出」「施設の見取り図を提出」などの時間がムダだった。結局保健所や行政が何をしてくれたわけではない。現場には、感染時に使用する衛生物品を支援して頂きたい。コロナ発生は終わったわけではなく、今現在も続いている。感染対策への補助はなくなっているが、介護医療への支援は忘れてしまっているのかと残念な思いである。インバウンドで、収入を取り戻した観光、飲食とは大きく違うことを知って欲しい。唯一の判断材料の抗原キットを無料配布して欲しい。
- ・入居者がコロナに感染してしまったことをご家族から追求され、責任を求められた。
- ・面会制限を理解していただけないご家族もいる。
- ・幸いな事に重症者は出ていない。他の病気と併発された方はすぐに入院する事が出来た。認知症で指示が入らない歩行する方の対応は苦慮するものがありました。（ゾーニングの難しさ）慣れない初期の頃は、職員の動線が決まっておらず、隔離された場所での着替え、休憩など、孤独を抱えてしまい職員が退職を考える心に寄り添う事が出来なかった事が悔やまれます。
- ・職員へも感染が拡がり、特に夜勤を中心に職員体制の確保が厳しいことがあった。又、業務を進める上での感染拡大防止に関わる対応（防護服の着脱、ゾーニング等々）は、職員体制の確保が困難な中では更に職員を疲弊させた。その他項目4で回答した様々な事に対して課題があり、それらに対する手厚い支援を要望したい。
- ・多床室の施設での感染予防が困難。
- ・検査キットの無料配布があるとよい。
- ・感染時の衛生物資の配給があるとよい。
- ・やはり、コロナに対する額面が大きいという点。検査、内服、ワクチンどれをとっても高額となり、インフル並に安価で対応を望みたい。県内で同じ保健所でも管轄が違うだけで情報を一から聞くといっためんどろな対応が多かった。所内であれば情報を共有をして欲しかった。人がいない時、人員不足にTEL対応で30分～1hは時間のムダと考える。
- ・感染拡大を防止する為、面会制限等実施したが、職員が持ち込む事で家族の不満があった。居室内の隔離により、入居者のADL低下、認知症の進行が増えた。抗原検査キットや衛生材料が手にはいらなかった事とクラスター発生時には衛生材料の購入費用がかさみ運営に支障をきたす。緊急時には政府、行政が必要としている支援を的確に判断し、援助して欲しい。施設、事業所単体で、まかせきりにしないでほしい。
- ・介護職員の半分以上が陽性となり、シフトがまわらなかったが、離島ということで他施設から職員の派遣もなく大変な事態となったが、看護職員を夜勤にしてもらったりして何とかのりこえた。感染対策チームの派遣もなかった。
- ・当苑ではスタッフの感染はあったものの、入居者様の感染はなくクラスターとなる事はなかったため、感染対策を十分気を付ける対応のみでしたので他施設の様な大変さはなかったと思います。面会は制限させていただいておりましたが、面会人数を守ってもら

えなかったり、長時間となってしまうたり、マスクを面会中にはずしていたり、注意事項は知っていても実際なかなか守ってもらえない事も多く困りました。

- ・「コロナ感染」に対するイメージがいまなお悪い事が起こった様に受けとられる事に施設運営の難しさを感じます。感染対策をしても十分に理解出来ない利用者も多く、一度流行すると止められない状況が出来ます。職員の身体的、精神的ストレスは今も変わりません。一度クラスターとなると現在でも定期的に保健所へ提出、終息したら最終報告書の提出など、現場の業務報告をもう少し考え対応してもらいたいと思えます。
- ・施設はボランティアの協力が重要。一度消滅した関係性の構築には時間を要する。ワクチンの副作用反応を機に体調が悪くなった利用者がいた。未知のウイルス本当にものものしく、介護、看護を仕事としているがためにより日常生活に気を配った。当時保健所の方と連絡がつきづらく、助言あるも「最終的には施設判断で」と言われ迷ったり、D-MATと保健所の意見が違い戸惑った。
- ・コロナ対応は職員も常に気をつかい、疲弊していきます。離職を選ぶ者も多く、施設では夏場の風呂介助でもマスクを行っています。医療機関や施設だけが感染症対応を今も行っていますが、家族は十分理解してくださる方ばかりではないので、面会等に制限があると苦情につながってしまいます。必要物品も県国より届きますが、N95マスクはしめつけが強く鼻頭に皮がむけてしまう粗悪品もあり、物品よりも金額補助をお願いしたいです。
- ・同一法人内であっても看護師・介護職員不足を補う職員の協力は難しかった。どの施設も余裕があるわけではないので、コロナ感染ピーク時は厳しい状況でした。地域の医療機関は協力的だったと思います。感染した時の職員補充をどうしたらいいのか、現状も厳しいです。
- ・新型コロナウイルス感染症は5類感染症に位置付けられたが高齢者施設では以下の点によりふつうのカゼとは同じ対応ができないでいる。
- ・高齢者罹患後の重症化
- ・治療薬が高価である（施設もちとなる場合の経営負担）
- ・治療がまだ一般的となっていない（インフルエンザのようにスタンダードなものがない）外部からの感染もちこみがないよう職員は人一倍気をつけているが100%防ぐことはできない。また一般の皆さんのコロナに対する認識が私達とちがうことから面会制限などに対して理解が得られない時もあり心苦しい。また感染拡大防止の為の検査キットに対する公的支援がなく全て施設の持ち出し。かといって感染したらすべて医療機関ですぐに対応してくださるという体制は確立されていない。BCP訓練をくりかえし自分達で解決するよう国は言ってくるがもう少し支援してくれなければ苦しさからは解放されない。職員は疲弊しています。
- ・次々と職員が感染し、人手不足に陥り、他のユニットから応援に行った職員も感染し、施設全体が機能不全のような状況となった。一方感染した職員は2～3日で症状も落ちつき長期の自宅待機となるが、感染していない職員は、昼夜の勤務となり、感染した方が仕事を休めるという不公平感が生じた。
- ・クラスターとなっても行政からの支援はないに等しく、一方通行で感染者数を報告するだけの状況であった。行政は超勤した費用の金額を今からでも支援すべきである。

- ・仕方のないことですが、感染症への対応が色々と変わり、施設内での統一が難しかった。
例）消毒方法や感染ゴミの取り扱いなど。保健所と医療機関の認識違い。
- ・以前に比べ症状が軽く、終息が早い。職員確保が困難な為、予防接種の公費負担を継続してほしい。
- ・大規模クラスターが発生した時は、職員も多くが感染し職員体制が困難をきわめた。そのため、風呂は清掃に切り替え回数減、パッドは全て夜間用、毎日勤務変更（とにかく夜勤者の確保）、業者をフロアに上がらせられないので食材の上げ下げもすべて自分たちでやるなど対応してきた。現在も面会・外出・外泊には時間など制限をつけざるをえない。現場の入居者への対応以外に、家族・職員・医療機関とのやり取り連絡もあるため、せめて、都・区や保健所への報告は一元化・簡略化してほしい。
PCR検査キットを配布してほしい。クラスター時の職員体制で、物品等経費、時間外等手当が必要になるのに、人員が不足し、加算がとれなくなってしまう事により経営難。
5類になってから、入院させてもらえず、施設内療養になった。
- ・病院対応において感染者が多く、2～3時間待ちが当り前のため高齢者には負担であった。また、コロナ補助金はあったが、他の点については助かる面もある。
- ・コロナ感染症に対する知識が深まり不安感は減少してきているようですが家族は高齢者に対する体調管理に不安はあると思われる。職員の感染症ケアの知識は不足している感染対策がスムーズにできなかった。クラスター発生した事による利用者の受け入れが困難であり併設のショートステイの利用が減少、また衛生材料費の増加により経営負担が増大した。
- ・特にありません
- ・現在もコロナに感染する入居者は数が少ないながらも発生する時があります。軽症であれば施設内での療養を行っていますが、他入居者への感染が拡大しないよう、感染者の個室隔離の他、他入居者も数日間個室隔離して拡大を防止しています。食事介助を必要とする入居者も多いため、その介助にかかる時間が大きな負担となっています。（食堂で集まり食事をしてもらうのが通常ですが）その間、入居者の行動も制限されるためADLの低下も心配事です。感染者発生時の職員の精神的・肉体的負担は今なお変わりありません。職員の人員数は常にギリギリなので、職員の感染時も含めて、感染時対応の期間は入浴を中止するなど、入居者に不便をかけてしまいます。
- ・コロナに罹患した職員が休んだことで、残った職員は休みがとれず、職員不足となり入浴といった通常のケアも提供できないことがあった。
- ・感染流行時期より備品等の値上がり、利用者の利用控え等もあり施設運営の経営には負担が大きすぎた。また、家族や利用者からは面会や外出など自由にしたいと声が多いが、いざ感染すると施設の管理責任を問うことがあって、今でもなかなか平常な生活を提供できない。
- ・一度感染が始まると面会を制限せざるを得ず、面会制限への家族の理解が得られない場合がある。
- ・新型コロナにかかる感染性廃棄物の廃棄委託料が数百万円規模となり、経営をひっ迫しました。その他感染対策にかかる経費も大きく増えました。今後においては感染対応に

- かかる費用は補助を受けられたら助かります。地域の社会資源である施設の現場は一生懸命対応しています。スタッフが前向きに仕事を続けられるように処遇してあげたい。
- ・面会を一部制限中、介護報酬の改定、補助金や助成金の拡充
 - ・5類になっているが、高齢者施設の対応は一般とは違う。クラスターにもなる。
 - ・職員対応で感染した職員は有給。補助もない。
 - ・抗原検査も施設負担。考えて欲しい。
 - ・①地域の医療機関では、施設での感染者は入院を拒まれました。施設内で息を引き取り、死亡診断のため、病院へ施設職員が搬送し、納袋に入れられたご利用者様を夜な夜な施設へ戻り安置しました。このような経験は二度とない事を願います。②認知症の方が感染すると、隔離が困難なため感染者が増えます。職員は感染覚悟で隣に寄り添っております。
 - ・介護施設は、ほとんど介護士なので感染に対する知識も薄い、または、過剰すぎるため、看護師の負担が大きかったようだ。利用者は隔離による認知症も悪化し身体機能も落ち解除になった後大変だった。入院施設は指示が通らない認知症の方は対応も難しいので施設で見ざるを得なかった。
 - ・入所者をはじめ、職員が感染していく中で感染者の健康状態管理、食材・備蓄品の在庫管理に不安を持ちながら業務にあたった。施設内でゾーニングを行う中、農業で使用するビニールにて作成し各部屋へ対応を行った。(部屋数：大部屋 16 個室 6)
 - ・当施設においては、食事提供も使い捨て食器にて提供が行え、何とか職員確保にて業務を行うことができたが、感染症拡大においては、早急な対応が必要であり隔離を行う際のシート類の作成に時間を要したりと課題はあった。
 - ・法人のワクチン接種方針と自己選択の課題
 - ・検査キットの不足
 - ・職員への感染が拡大した際の職員確保
 - ・保健所と行政の報告内容に重複していることが多く報告の手間が多いと感じた。
 - ・医療支援型施設が受入れを行ってくれ助かった。
 - ・たとえ入所しても家族と介護を共有することを大切に実践してきた。緊急事態宣言中は面会を中止せざるを得なかった。その後、地域交流室で時間予約制の面会とした。お年寄りの様子を伝える機会、ともに介護をする時間が減った。コロナが感染症5類になりコロナ禍以前の面会に戻してはいるが、これまで積み上げてきたものがゼロになり、一から積み上げなおしている。
 - ・医療の提供を拡充出来るように国として対策を含めた人材の確保を行なってほしい
 - ・衛生材料費用、抗原キット費用、入院により入所在院数が減り収支に影響がでるため補助をお願いしたい
 - ・①行政指導、斡旋による抗原検査キット、衛生材料の供給、②病病連携による重症感染者の入院確保、③施設内療養の場合に対する、介護報酬でなく、公的補助の充実、④小中学校の休校する場合の熟慮、特にエッセンシャルワーカーに就業する保護者への配慮
 - ・一人でも出ると在宅サービスの利用者がうつりたくなくて休むことによって収入が大幅に減少する点で経営が不安定になるため支援が必要

- ・クラスターによるかかり増し費用が尋常ではなかった。そのため経営は赤字。「これだけ頑張ってケアしたのに何も満足感に残らない」と職員は疲弊。様々な形で公的支援がもっとあっても良いのではないかと。エッセンシャルワーカーとしての評価が低すぎます。
- ・施設内コロナ発症により、どうしても他ユニット職員の応援が必要となる。そのため、併設短期入所の介護職員が必然と応援に入らなければ業務が回らない。応援に入ると短期入所も営業できず、減収となる。ただでさえ、経営が厳しい中でコロナ発症となると事業継続がますます厳しい状況になる。介護報酬増額の検討をお願いする。
- ・当施設で最初（令和5年1月）に陽性となった入居者がフロアを徘徊するような重度認知症の方で、隔離がとても難しくゾーニングを効果的に実施することができなかった。結果的に数日（4～5日）の間に対象者の居るユニットと隣接するユニットのほぼ全員の入居者に感染が広がる事態となった。また、そのユニットで業務にあたる職員も次々と感染した為、通常業務をユニット職員のみでまわすことが困難となった。陽性となった職員でも症状の軽い職員は業務に残り、他部署の主任クラスの職員が業務フォローに入った。この時期に、ご家族からの苦情等は特になく、施設での対応にご理解をいただいていたのは有難かった。また、令和4年度にクラスター発生した場合の机上訓練を実施していた為、予測を上回る感染ではあったが落ち着いて対応することができた。ただ、感染者がいるユニットは多忙であり、そうでないユニットや他事業所は通常通りの業務で、職員間に温度差があり、施設内の情報共有に課題が残った。
- ・体調不良者の救急搬送受け入れは、提携している協力医療機関がスムーズに対応してくれた。
- ・現在も施設内では感染対策として通年でのマスク着用を義務付けており、一部の面会制限を実施している。それが功を奏した場面もあるが、理解がうすいご家族もおり対応に苦慮することもある。施設ごとに基準を決め対応しているがそういった面での苦労が続いている。また、やめ時を決めるのも難しい。
- ・まず、入居者や家族の要望として、新興感染等に関する認識の違いがあり、面会制限に関する不満。隔離に対する不満が多く寄せられました。その中で、感染対策に関し、ご理解いただく事に苦労しました。また、面会方法についてもWEB面会やLINE面会、窓越し面会など様々な方法で取り組み不満の解消に努めました。職員においては、この期間の数年間、外食や飲み会への参加を禁止したり、マスク着用など感染対策の徹底を周知し、第1波～第3波の時には県外者との接触・県外に行く際の報告・集団場所に行く際の報告など徹底して取り組んで参りましたが、職員がコロナになったら不満や苦情が少なからず寄せられ大変苦慮したことを覚えております。その中でケア体制についてもガウンやフェイスシールド、プラ手袋、マスクなど備品を大量に使用しました。補填があったので経営面には大きな影響はなく、ものすごく助かりました。当施設においては、クラスター感染を起こすことはありませんでしたが、陽性者が出た際には保健所や医療機関との連携はスムーズに図れたと記憶しております。5類になってからは、施設としての体制や考え方は変わらないが、家族の意識は変わり、一部の家族からは面会制限の解除要請やマスクの不着用など受け、ご理解いただくのにエネルギーを使いました。
- ・看護師全員が一度にコロナ感染した事で、経管栄養や服薬、医療的処置ができる人がいなく、協力病院や応援看護師を要請したがすぐ対応できず、2日間薬や栄養剤を入れる

事ができなかった。介護職でも 50 時間医療的研修を終えていれば、経験者であれば経管栄養剤を入れられるようにしてほしい。薬管理もどうにかならないだろうか。

- ・忙しい時に行政から人数や状況を FAX で求められることが負担だった
- ・感染した方、同室者が、居室での隔離をしなくてはならない場合の対応の職員の確保が難しかった。食事が終わらず、三時間ほどかかってしまっていた。それがしばらく続き職員が疲弊した。
- ・職員の感染者が数名出た場合の職員の確保
- ・感染ごみの出し方で混乱した。保健所の指導を受け改善。
- ・感染者が出るとショートステイの方の受け入れが出来なくなり、仕方がないのですがしばらく出来ず稼働率に大きく関わり収益に関わっていく。これに関して行政からの補助金等が検討できないか、強く思います。
- ・第 7 波のクラスターでは、職員も次々感染し夜勤者が確保できず、2 日続けて夜勤をする職員もあった。そもそも入院治療が本来だが、入院できるとは誰も思っていなかった。どうしても命に関わりそうな時はなんとか保健所を通じて入院できた。しかし、遠方の病院を指定されることもあった。施設の職員は勿論大変であったが、対応してもらった保健所の職員もかなりオーバーワークだと感じた。保健所の職員を増員することで、施設も安心できる。検査キットは国が責任を持って配布すべきである。また、5 類後も 2024 年 2 月にクラスターとなり 15 人が感染した。近隣施設ではこの夏もクラスターになったとのこと。まだまだ続いている。
- ・特別な対応(別室面会、マスク等の必要物品の購入)等に関するサポートをしてほしい。クラスターが発生すると、入居者の入院により数百万円の減収の上、廃棄物の処理や感染対策の備品の費用、職員の超過勤務手当等の人件費が発生するため、おそらく 600～700 万円ほどのマイナスになりました。クラスターが 3 回起きたら、施設は経営的に破綻すると思われます。
- ・1 波～7 波までは、入居者の感染発生は特養内ではなかった。8 波のみ発生した。そのため、中等症患者の入院受け入れについての相談は、8 波時に 1 回、県と行ったが、入院受け入れ先の確保はなく、協力医療機関から酸素を確保することと施設内療養の継続を指示された。酸素は確保し、深夜の酸素ポンベの切り替えなど看護師に負荷がかかった。最終的には協力医療機関のベッド状況から入院が可能となり当施設での死亡者はなかった。
- ・今も進んでいる病院のベッド減の中で、必要な入院治療が今後確保できるだろうか。
- ・2024 年度介護報酬改定では、協力医療機関との連携が叫ばれ、必要な入院治療は自己完結型、5 類以降は県等はもはや調整機能は持たないとなった。新型感染症発症時は今後どうなるのだろう。
- ・6 波から職員感染と家族内感染による濃厚接触者としての休業が発生し、職員勤務体制の調整が大変だった。また発症職員と濃厚接触のある入居者の隔離が 7 日～10 日間発生し、居室対応となるため、入居者の ADL の低下傾向がみられた。この期間は入居者は入浴中止、居室での孤食などの生活となった。そのような施設内の対応について相談員からの電話等での説明に、ご家族からバッシングを受けるようなことはなかった。ありがたかった。

- ・ 初期、感染予防のための衛生材料が手に入らない（世界規模だったためとおもうが）状況（マスクがない、アルコール、石鹸が不足する）は信じられない事態だった。その後、県等よりの支給は助かった。しかし衛生材料の高騰もあり、感染拡大防止対策での費用はかさんだ。国には、今後の感染症パンデミックの時の対応の教訓にしていきたい。
- ・ 5類以降も、職員、入居者のコロナ感染症は発生している。コロナだけでなく、インフルエンザの集団発生も2023年12月に当施設で起こった。発症ユニット内の入居者へのインフルエンザ発症予防薬はご家族・本人同意も得て施設負担としている。5類以降の高額なコロナ予防接種費用や治療薬はもう少し低価格にならないだろうかと思う。
- ・ 感染後、重症化した場合の受け入れ先の確保が困難
- ・ 感染者が多くなることで、酸素・点滴管理等看護職員の負担が多くなる
- ・ 職員が罹患することで、職員離脱によるマンパワー不足で業務がひっ迫してしまう。
- ・ 物価高騰により備品・賃金等の支出が増え、介護業界の経営はとても苦しくなっていると考えられる。
- ・ 面会制限についても国の方針が曖昧のように感じ、家族（他県在住者）への説明を行うも苦情が出てきたりと苦慮している。（編集可能な面会案内等のフォームやリーフレットがあると、案内の仕方の統一ができてよい。）
- ・ 感染状況や医療体制等の現状を踏まえれば、今後も施設療養（適切な医療提供含む）が求められると思う。当施設は小規模であり、職員に感染拡大した場合、職員体制の確保も課題となってくる。感染対策だけに留まらず、根本的に介護報酬の引き上げが求められる。
- ・ クラスターへの対応、入院の対応は継続して行なってほしい。
- ・ 感染症以前から人員不足が問題となっていて、職員が感染することでの人員不足は死活問題である。光熱費や物価上昇、人件費の上昇と多くの問題がある。各市町村に一つ以上ある、措置制度から社福に移行した社会福祉法人と、それ以外の介護事業体では、運営資源における恩恵の差があまりにも大きく、国や県はその実態をもっと把握してほしい。総理が賃上げを謳うたびに、公務員給与は自動的に補填上昇するが、介護・保育等の公定価格は見向きもされていない。場当たりの補助金や処遇改善補助金ではなく、根本的に介護報酬を上げてほしい。
- ・ コロナ前と比較し、感染症全般への意識が高まり、インフルエンザ対策も強化するようになった反面、コロナワクチン接種を希望する職員が減少している。
- ・ コロナ禍、入院ベッド不足で国民の命が救えなかった教訓を全く生かさず、入院ベッドの削減・医療従事者削減の政策を推し進めようとしているのは全く理解できない。4の設問で職員体制の確保困難に○印はしていないが、職員の罹患で勤務体制の変更を何度もせねばならず、職員採用の機会があれば経営や職員定数を考えていられず対応する状況があり、人件費・諸物価高騰の一方で、コロナ禍、併設の居宅サービスの利用が減少し、5類移行後もコロナ前の利用水準の確保ができず、ここ3年連続赤字経営となり、現在も赤字から脱却できるメドが立っていない。面会は午後2時～4時、15分以内めど、3人まで等の制限、外出希望は要相談との対応をさせてもらっているが、夕方の時間の面会や外出についての要望があるのと、そもそも制限の撤廃はどうすればできるのか、人権尊重の立場上悩ましい。和歌山は、歴史的に保健所が重視されていたので、今回の

コロナ対応では適切な指導・連携をしてもらえた(その和歌山でも入院できるベッドがなくなった)。

- ・保健所に密に連絡を入れなければいけないことにかなり手間を取られるがそれでも入院ができない状況。入院できず、また入院先で亡くなられた方がたくさんおられた。コロナの影響により現在も稼働率はコロナ前に戻すことができていない。

3)コロナ受入病院

設問 1、コロナ受入病院からは 9 府県の 13 病院より回答があった。

設問 1-2、8 割以上が総病床数 101 床以上の病院であった。

設問 1-3、各病院の最も多い時期のコロナ専用病床数については、最多時に 11 床～20 床をコロナ病床にあてた病院が多い一方、91～100 床という病院も 1 件あった。

設問 1-4、施設種別については、民間・公立がそれぞれ 5 件、公的病院が 1 件、その他は独立行政法人と J O H A S (労働者健康安全機構)からの回答だった。

設問 1-5、コロナ受入病床の人員基準については、7:1 入院基本料が計 2,914 床で最多。続いて 10:1 が 274 床、13:17 が 42 床、特別入院基本料が 29 床、それ以外が 68 床だった。

設問 1-6、コロナ受入病床の入院料・特定入院料については、療養病棟入院基本料 118 床、救命救急入院料 103 床、特定集中治療室管理料 76 床、ハイケアユニット入院管理料 36 床、回復期リハビリテーション病棟入院料 272 床、地域包括ケア病棟入院料・管理料 211 床であった。

設問 1-7、呼吸器専門医数は 5 病院で計 20 人、感染症専門医数は 3 病院で 10 人、感染管理認定看護師数は 7 病院で 17 人だった。

設問 1-8、各病院の「指定感染症病床数」は、13 病院が記入。不明 2 件を除く総計は 87 床であった。

設問 1-9、「入院対象患者」は、軽症が 9 件、中等症Ⅰ(呼吸不全なし)11 件、中等症Ⅱ(呼吸不全あり)12 件、重症 4 件であった。

設問 2、「コロナ陽性者対応の課題」では、「人手不足」が 13 件ともっとも多く、次いでクラスター対策 11 件、病床の不足、専門医の不足、コロナ患者以外の入院患者の受け入れ困難がいずれも 10 件等であった。

設問 3、外来での陽性患者数は回答した病院の総計が累計で 34,472 人、1 日最大値は 2022 年 8 月 14 日の 126 人であった。

設問 4 (1)、「コロナ病床において入院治療したコロナ陽性患者数」は、回答した 13 病院の総計が累計で

2 コロナ陽性者対応の課題		
カテゴリ	件数	(全体)%
コロナ業務対応への人手不足 (医師・看護師・リハ職・検査職・事務職など)	13	100.0
クラスター対策	11	84.6
病床の不足	10	76.9
専門医の不足	10	76.9
コロナ患者以外の入院患者の受入困難	10	76.9
通常業務への影響 (手術や検査の延期など)	8	61.5
外来の制限	7	53.8
衛生材料の不足	7	53.8
残業代など人件費増	7	53.8
医療・介護労働者への誹謗中傷	7	53.8
職員の退職	6	46.2
コロナ対策の施設改修	6	46.2
経営悪化	5	38.5
専門看護師の不足	4	30.8
情報の不足	4	30.8
治療薬の不足	2	15.4
保健所との連携がとれなかったこと	2	15.4
新規採用の困難	1	7.7
その他	1	7.7
不明	0	0.0
N (% $\rightarrow$)	13	100.0

9,099人、最大値が2021年8月30日の57人であった。

設問4(2)「コロナ病床以外において入院治療したコロナ陽性患者数」は、回答した13病院(不明2病院含)の総計が累計で676人、最大値は2023年3月2日の21人であった。

設問5、「新型コロナウイルス感染症による死亡者数・総数」は、回答した13病院(不明1件含)の総計が累計で456人、最大値は2021年8月の5人であった。

設問5(1)、内コロナ病床での死亡者は356人、最大値は2021年8月の5人であった

問5(2)、一方コロナ病床以外での死亡者は104人、最大値は2021年8月の5人であった。

設問6(1)、こども(15歳以下)のコロナ陽性者(外来患者数)は回答した13病院の総計が累計で9,992人、最大値が2021年8月16日の109人であった。

設問6(2)、こどものコロナ陽性者数(入院患者数)は回答した13病院の総計が累計で783人、最大値が2022年7月31日の10人であった。

設問6(3)、こどもの死亡者数は2022年9月24日の1人であった。

設問7(1)、外来における精神障害のあるコロナ陽性者数について記入したのは1病院のみであった。同病院の累計は6人であった。

設問7(2)、精神障害のあるコロナ入院患者数について記入したのは2病院のみであった。総計は累計1,646人、最大値は2021年1月25日の50人であった。

設問7(3)、精神障害のある方の死亡者数については記入したのは2病院のみであった。総計は累計69人、最大値は2020年11月25日の2人であった。

設問8、各波の入院受入の状況については、第1波で「受入れはできていた」が6件であったものが、第2波では4件、第3波では3件、第4波では3件、第5波では4件、第6波では5件、第7波で6件、第8波で7件という経過をたどった。一方で「困難だった」は第1波～4波まで4件と変わらなかったが、第5波では1件となり、第6波以降は0件となった。

設問9、自由記入欄である〈要望や課題〉には以下のとおりの回答があった。

- ・当院は院内でのPCR検査が4件分しか一度に実施できないため、院内入院等早急な検査が必要な状況にかぎって院内対応とし、外来受診者等は外注対応していた。検査結果の遅延が多く、患者さんへ検査の結果の連絡が滞り、待機している患者さんからクレームの連絡がくることもしばしばあった。検査体制がとても問題となっていた。
- ・行政からの情報が変わる度に運用を変更することになり、院内全体に周知していく事が大変でした。処方せんを郵送する、しないにしても対応終了後にも患者様から「どうしてやってくれないのか？」とクレームを受けることが多く対応に苦労しました。
- ・感染者の急増によって病床や医療資源がひっ迫。様々な問題が次々と起こって対応におわれた事を今も思い出されます。私達、医療従事者も自らが感染する恐怖と常に隣りあわせで働くこととなり、心身の疲弊も深刻なものでした。また、国や自治体からの方針が頻繁に変わることで、都度対応していくのも大変だった。コロナ感染者の対策で、今後、社会全体で医療をどう支えていくかという課題ができたことは間ちがいなく感染症の再拡大に備えた柔軟な医療体制づくりや労働環境の改善が求められると思います。
- ・それぞれの最大値は、月単位でしか集計しておりませんので、データの入力はありません。兵庫県立病院は、県庁主催で新型コロナ対策会議を毎月1回開催し、感染各病院の感染対策担当医師、看護師を中心に感染対策の相談、検討をしたり、情報共有してい

ましたので、当院での対応に大きく困ることはありませんでした。

- ・ 第一波のときにC O V I D - 1 9の診療、入院を受け入れる病院が保健所管内で当院だけであり、とても大変だった。東京都診療協力医療機関は受け入れる義務があると思い、最初から体制を整えながら対応した。しかし、他の医療機関は体制が整うまで受け入れていないことがわかり不公平だと思った。
- ・ コロナ病棟担当を希望する看護師が少なかった。コロナ病棟を稼働する際、院内のコンセンサスを得るまでに時間がかかった。クラスターが起きると病床稼働率が下がり、収入面に影響が出た。面会制限をいつまで続けるべきか、決められない。新興感染症の対応をどこまで準備すべきかわからない。確保病床は陰圧にできるように準備すべきか、P P Eの備蓄数が多いままでいいのかわからない。
- ・ 未知なるものに対する不安や恐怖は医療従事者でも一般の人と同じである。それに立ち向かうためには先ずは従事者の安全を担保しなければ、前へ進めないことを感じた。国・行政が施設整備の補助金やマンパワーなど支援してくれたので、受け入れのための改修ができ、職員の不安を取り除くことで(全てではないが)コロナ患者さんを受け入れる体制やワクチン接種の体制ができた。
- ・ 重症病棟における職員の不足、病棟内におけるクラスター発生、職員の就業制限が発生する中、他科、他病棟から職員を派遣して勤務体制を確保した。
- ・ P P E、アルコール消毒剤を中心に、物品の調達が困難な状況が続いた。
- ・ 面会制限の中、電話による家族説明は困難を極め、立会い分娩を希望された声から、オンライン面会を整備した。看取りも制限される中で、今できる最善のケアを行った。
- ・ 新興感染症の流行初期には、感染症指定医療機関の負担が大きくなります。P P Eなどの備品の優先的な供給、臨床研究参加への負担軽減などを検討していただきたく思います。
- ・ 初めての症例では治療、看護体制ともに手探りであった事に加え、患者が外国人であった為、言語や生活習慣の違いによる負担も大きかった。感染症病棟では早期に受け入れマニュアルを作成したが、実践しながら何度も変更を重ねた。隔離による患者のストレス軽減とスタッフ自身のストレス軽減への対応にも直面した。逝去時、ご遺体を納体袋に納めることは非日常でありつらい経験であった。
- ・ 対外的には県と当院で協働し、医療提供体制の整備、病院間調整センターの運営、ワクチン接種への協力、クラスター対策などにもあたった。
- ・ 当院では最大 60 床用意し、全診療科で COVID-19 の対応にあたったが、院内の勤務可能者や個人防護具の不足があり、手術・処置の一時的な制限を要した時期もあった。5 類に移行にあたり国の示した急な方針変更に対応するために、感染管理の緩和をどこまで行うかなどが手探り状態であり混乱をきたしたこともあった。
- ・ 院内感染を起こさないことを最優先として体系的にマネジメントおよびサポートの原則（いわゆる「C S C A T T T」）を遵守した。この経験は、新たな感染症への備えや医療提供体制の改善に役立つと考えている。
- ・ また新たな感染症発生に備え、県と感染症法に基づく医療措置協定を結び、病床確保や医療提供体制について連携を取っている。

4)精神科

設問 11、精神科病院からの回答は3自治体、3病院に止まった。

設問 1-2、人員基準別病床数はいずれも15対1入院基本料で、総計263床であった。

設問 1-3、算定入院料別病床数は3病院計で「精神科急性期治療病棟入院料」が111床、「精神科療養病棟入院料」が171床、認知症治療病棟入院料が76床であった。

設問 2、入院患者のコロナ陽性者数は3病院の総累計が699人、1日あたりの最大値は28人であった。

設問 3、コロナ死亡者数は3病院の累計が9人であった。

設問 4、コロナ陽性者対応の課題について、3病院が選択したのは「感染者の隔離が困難」「クラスター対策」であった。

設問 5、「入院受入要請の状況」については、回答したのが1件のみであり、有効なデータは得られなかった。

設問 6、「入院できなかった人数」は3人であった。

設問 7、「入院できず死亡した人数」は2人であった。

設問 8、「国や自治体に求めたいこと」では、「精神科病院で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)」を3病院すべてが選択した。

設問 9、自由記入欄である〈要望や課題〉には、以下の記述があった。

- ・引き続き、今後クラスターが発生した場合も、市内の保健所といつでも連絡、協力体制が取れるように。
- ・精神科病棟入院中の患者さんの多くは、感染対策の指示を聞き入れてもらえない方が多く対応に苦慮していることが多い。

4 コロナ陽性者対応の課題		
カテゴリ	件数	(全体)%
感染者の隔離が困難	3	100.0
クラスター対策	3	100.0
職員体制の確保困難	2	66.7
残業代など人件費増	2	66.7
コロナ対策経費の増加	2	66.7
経営の悪化	2	66.7
自院での医療提供が困難	1	33.3
本人や家族への病状や療養の説明	1	33.3
コロナ補助金手続きが煩雑	1	33.3
検査体制・検査キットの不足	1	33.3
衛生材料の不足	1	33.3
入院できなかった	0	0.0
救急搬送されなかった	0	0.0
職員の退職	0	0.0
コロナ対策の施設改修	0	0.0
情報の不足	0	0.0
保健所との連携がとれなかった	0	0.0
職員に対する誹謗中傷	0	0.0
その他	0	0.0
不明	0	0.0
N (% [※] -入)	3	100.0

8 国や自治体に求めたいこと		
カテゴリ	件数	(全体)%
精神科病院で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)	3	100.0
PCR検査など陽性・陰性がわかる定期検査の公費の実施(職員、利用者)	2	66.7
重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保	2	66.7
精神科病院への医療提供・感染対策チームの派遣	2	66.7
感染拡大時の衛生物資の安定供給	2	66.7
検査や治療薬への公的支援	2	66.7
軽症者を隔離する医療体制のある施設の設置	1	33.3
看護師・介護職員など職員の確保策の支援	1	33.3
地域の保健所の数を増やす、保健師の確保	1	33.3
その他	1	33.3
これまでのコロナ感染症対策の検証	0	0.0
ワクチンに関する情報と接種の体制整備	0	0.0
誹謗中傷の規制	0	0.0
不明	0	0.0
N (% [※] -入)	3	100.0

5) 障害者福祉施設

設問 1、障害者福祉施設からは 13 自治体、26 件からの回答があった。

設問 1-2、施設種別は「通所施設」19 件、グループホーム 5 件、入所施設・その他が 1 件ずつであった。

設問 1-3、定員数は 1～10 人が 2 件、11～20 人が 13 件で最多、21～30 人が 2 件、31～40 人が 5 件、51～60 人が 1 件、101 人以上が 3 件であった。

設問 2、陽性者数は「不明」と回答した 2 件を除く 24 件で累計 2,604 人、1 施設あたりの最大値は 33 人であった。

設問 3、死亡者数は累計で 14 人。1 施設あたりの最大値は 11 人であった。

設問 4、「コロナ陽性者対応の課題」

では、「職員体制の確保困難」「コロナ対策経費の増加」を選択した施設がいずれも 19 件と最多、次いで「感染者の隔離が困難」が 18 件、「クラスター対策」が 17 件、「経営の悪化」が 16 件、「検査体制・検査キットの不足」と「衛生材料の不足」がいずれも 14 件、「施設での医療提供が困難」12 件と続いた。

設問 5、「利用者の容態が急変した際に困ったことは何でしたか」に対しては、「その他」が 6 件で最多、「入院を要請したが受け入れてもらえなかった」が 5 件、「本人の容態から救急要請すべきかの判断が難しかった」と「利用者の容態が急変した際にすぐに相談できる医療機関がなかった」がいずれも 4 件、「利用者の容態が急変した際に保健所との連携がとれていなかった」も 1 件あった。「その他」はいずれも「急変したような方はしなかった」との趣旨の記述があった。

4 コロナ陽性者対応の課題		
カテゴリ	件数	(全体)%
職員体制の確保困難	19	73.1
コロナ対策経費の増加	19	73.1
感染者の隔離が困難	18	69.2
クラスター対策	17	65.4
経営の悪化	16	61.5
検査体制・検査キットの不足	14	53.8
衛生材料の不足	14	53.8
施設での医療提供が困難	12	46.2
本人や家族への病状や療養の説明	11	42.3
残業代など人件費増	8	30.8
コロナ補助金手続きが煩雑	8	30.8
入院できなかった	7	26.9
情報の不足	6	23.1
保健所との連携がとれなかった	6	23.1
職員の退職	3	11.5
その他	3	11.5
救急搬送されなかった	2	7.7
職員に対する誹謗中傷	1	3.8
コロナ対策の施設改修	0	0.0
不明	0	0.0
N (%^ -)	26	100.0

設問 6、「利用者の容体が 急変した際に、救急の受入要請をした際に受入はできていまし

6 入院受入要請の状況 (第1波2020.1～2020.6)			(SAI)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
受入はできていた	2	7.7	18.2
困難な時があった	4	15.4	36.4
期間中のほとんどが困難だった	5	19.2	45.5
不明	15	57.7	
N (%^ -)	26	100.0	11

6 入院受入要請の状況 (第2波2020.7～2020.10)			(SAI)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
受入はできていた	2	7.7	18.2
困難な時があった	4	15.4	36.4
期間中のほとんどが困難だった	5	19.2	45.5
不明	15	57.7	
N (%^ -)	26	100.0	11

6 入院受入要請の状況（第3波2020.11～2021.2）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	2	7.7	18.2	
困難な時があった	4	15.4	36.4	
期間中のほとんどが困難だった	5	19.2	45.5	
不明	15	57.7		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	11	

6 入院受入要請の状況（第4波2021.3～2021.6）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	2	7.7	18.2	
困難な時があった	4	15.4	36.4	
期間中のほとんどが困難だった	5	19.2	45.5	
不明	15	57.7		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	11	

6 入院受入要請の状況（第5波2021.7～2021.12）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	2	7.7	18.2	
困難な時があった	6	23.1	54.5	
期間中のほとんどが困難だった	3	11.5	27.3	
不明	15	57.7		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	11	

6 入院受入要請の状況（第6波2022.1～2022.6）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	3	11.5	27.3	
困難な時があった	4	15.4	36.4	
期間中のほとんどが困難だった	4	15.4	36.4	
不明	15	57.7		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	11	

6 入院受入要請の状況（第7波2022.7～2022.9）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	3	11.5	25.0	
困難な時があった	5	19.2	41.7	
期間中のほとんどが困難だった	4	15.4	33.3	
不明	14	53.8		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	12	

6 入院受入要請の状況（第8波2022.10～2023.5）				(SA)
カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%	
受入はできていた	4	15.4	36.4	
困難な時があった	6	23.1	54.5	
期間中のほとんどが困難だった	1	3.8	9.1	
不明	15	57.7		
N（% [△] - [△] ）	26	100.0	11	

たか」に対しては、「第1波」では「期間中のほとんどが困難だった」が5件、「困難な時があった」が4件、受け入れはできていた」2件、「不明」15件であった。この数字は「第4波」まで変化がなく、「第5波」以降も数字は増減するも「困難」な状況は継続している。

設問7、「本人・家族が入院を希望し、施設医や主治医の指示があったにもかかわらず、入院できなかった人数」は数値を記入した6施設計で74人であった。

設問8、「医療機関に入院できずに施設や自宅で亡くなった方の人数」は0人であった。

設問9、「次の感染症の発生時への対応として国や自治体に求めたいことは何ですか」に対しては、「施設の減収補填」が最多の21件、「PCR検査など陽性・陰性がわかる定期検査の公費の実施(職員、利用者)」が20件、「施設で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)」が18件、「感染拡大時の衛生物資の安定供給」が17件、「検査や治療薬への公的支援」16件、「重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保」が15件と続いた。

設問10、自由記入欄である〈要望や

9 国や自治体に求めたいこと		
カテゴリ	件数	(全体)%
施設の減収補填	21	80.8
PCR検査など陽性・陰性がわかる定期検査の公費の実施(職員、利用者)	20	76.9
施設で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)	18	69.2
感染拡大時の衛生物資の安定供給	17	65.4
介護報酬・障害報酬の引き上げ	16	61.5
検査や治療薬への公的支援	16	61.5
重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保	15	57.7
看護師・介護職員などの確保支援	14	53.8
軽症者を隔離する医療体制のある施設の設置	12	46.2
これまでのコロナ感染症対策の検証	10	38.5
ワクチンに関する情報と接種の体制整備	10	38.5
施設への医療提供・感染対策チームの派遣	9	34.6
地域の保健所の数を増やす、保健師の確保	6	23.1
その他	3	11.5
誹謗中傷の規制	1	3.8
不明	0	0.0
N（% [△] - [△] ）	26	100.0

課題〉には以下の 記述があった。

- ・陽性者や濃厚接触者が出ると施設を閉所せざるえない時が多くあり、経営面で影響があった。地域との関わりが気薄となったまま。なかなかボランティアさんがもどらない。
- ・第一波のコロナ発生期、陽性者とともに、濃厚接触者を特定し自宅待機をお願いしたが、高齢の家族から障害により介護が困難と苦情が多く寄せられた。
- ・同居家族は高齢であったり、基礎疾患のある方がいて、感染してしまったり、「なんで帰らせるんや」と訴えがあったのはつらかった。
- ・一つのグループで感染が発生すると、グループは待機期間中、通所できず、その間の生活や運動などの低下面が心配された。
- ・自宅待機できない利用者は陽性、濃厚にかかわらず、法人のグループホームですごしてもらったが、排せつ、食事等、全介助の方も多くマスク、防護服をつけて介護する職員体制をつくるのが困難であった。・発生当初はPCR検査キットはなく、法人の実費で濃厚者の検査をしたが、その負担は大きかった。
- ・当初は自宅待機期間も事業所通所の算定になったが、現在はクラスターが発生しても算定されず、事業所運営の痛手になっている。(2025年夏にクラスター発生)
- ・報酬が日額払いのため、クラスター発生時には大幅な報酬減となる。
- ・日中事業所であり、一人暮らしの利用者が感染した時はそのままにしておけず、自主的に様子を見に行ったり、食事の確保を行っていた。障害のある人の生活を支える制度は本当に不足していると実感した。
- ・新型コロナの発生状況やワクチンの安全性など、基本的な情報もいまの体制では伝わってこない。命にかかわる問題なので、ふさわしい情報提供を行ってほしい。
- ・検査キットの配布がなくなり、高額でもあるので、備蓄や必要な検査ができにくい環境となっている。
- ・医療には応召義務があるにもかかわらず、普段から障害ゆえに受診拒否や支援者側のあきらめもあり、大きな問題であると感じている。
- ・職員の感染や濃厚接触により職員体制がきびしいことがあった。また利用者が通所できず減収となった。
- ・最近も感染が続いているため、抗原検査キットの無料配布などをお願いしたい。ワクチン接種が家族だけでは無理だったので、事業所でまとめて、理解ある医療機関をお願いして行った。
- ・職員数が不足し、仲間の支援が滞りそうになったことがあった。
- ・感染者が施設に出たことで本人は陰性確認がとれていても、精神科の定期診察を受けることができなかった。病院側のハードルが非常に高かったため、必要な治療が受けられなかった。今も状況は変わらず。
- ・マスク、手洗い、デスクシールド、外来者の協力など予防を徹底したことで、事業所内では発生を免れた。自宅で家族からの感染があった。職員が休んだ時の人員配置、利用者が休んだ時の給付の補填が欲しかった。今もマスクや手洗い消毒は続けているが、費用がかかり助成があれば助かる。感染症が広がり事業所閉鎖となった場合は、運営費の助成給付をお願いしたい。
- ・コロナの初期の様な誹謗、中傷はさすがになくなっている。症状が似ているので風邪と

コロナの違いがわからない。簡易でも良いので検査機器が欲しい。保健センターの指示があれば安心できる。休所を余儀なくされた場合の介護給付の補填が欲しい。

- ・ 利用者が感染されたとき、自宅での療養をお願いせざるを得ないのですが、家族中感染されるところがしばしばありました。感染されたときに入院出来なくても療養出来るところがあれば、家族に負担をかけることが減ると思います。
- ・ 事業所内でクラスター発生時もこれ以上の感染を防ごうと閉所にしましたが、収入減の問題の直面するためすぐに閉所出来ません。閉所になると家族にも負担がかかりなるべく閉所は避けたいのですが、難しいところです。
- ・ グループホーム内で感染者がおられても隔離出来ず、クラスターになってしまう、職員が感染し、職員がお休みされるとシフトがまわらなくなってしまう、濃厚接触者になって自宅待機の職員が複数人おられるとそれでもシフトが厳しくなっていました。ホームは開所しないと収入減となるため、なるべく開所できるように工夫しましたが、逆にクラスターが長引いてしまい、結果として閉所しないと感染は止められなかったです。そういったときに支援者や医療職の派遣をしていただけるような仕組みがあればずいぶん助かると思います。
- ・ 施設への情報提供 注意喚起の啓発
- ・ 職員の確保と収入の安定
- ・ グループホームでは、職員の人数が少数のため、感染者が出ると2人の職員で24時間勤務し夜勤交代の体制で続けるため、体力的、精神的にもとてもきつかった。そんな中、県、市へ両方へ報告書を上げ、各関連機関へも連絡し、感染予防で自宅への帰省者へも毎日電話確認と、事務業務も増え大変だった。
- ・ コロナ感染症が今でも発生し、施設経営を脅かしている。減収になったときは助成金が欲しい。
- ・ コロナ禍ではEBSを活用し、陽性者を把握したうえで感染拡大を防ぐことができたが、結局は法人・事業所で判断し、検査や休所などの対応をするしかなく、その間の報酬減による影響も大きかった。今後は、地域の医療機関・保健所や行政との連携・指導によって対応できれば安心であるし、何よりも減収補填については強く要望したい。
- ・ 医療的な面（検査・ワクチン・入院・治療）全般を受け付けてくれる機関が身近にあると良い。ネット予約などで利用者個人ではなく事業所PCアドレスを登録して複数人を受け付けてもらえるようにしてもらえると良い。

4. 考察

(1)保健所 一回答数の少なさ自体に保健所の抱える困難が見られる

保健所からの回答率は 3.3%に止まり、なおかつ調査票の問に対する回答を完全に記入したものはなかった。またいくつかの保健所からは回答書に代え、自治体作成の「まとめ」を送付したり、ホームページを「参照のこと」等と記載して返送したりしてくるケースもあった(これらは回答件数含まず)。

回答を読むと、例えば「設問 2」の「各波の陽性者数」といった基本的な事項さえ記入のない保健所があったことや、「設問 3 (1)」の「死亡場所」に至っては、回答を記入したのが 1 件のみであった。このように十分な回答数が得られなかった要因について、いくつか仮説を立てることが可能である。

仮説 1 として、質問項目が多すぎて対応が困難であった。

仮説 2 として、回答を記入するために、保持するデータをわざわざ新たに掘り起こしたり、再集計したりする必要があるため、手間がかかりすぎると判断され、回答しなかった。

仮説 3 として、保健所のデータ自体が未整理である。

仮説 4 として、コロナ禍における医療保障をめぐって起こった事態の検証という研究目的自体が理解されなかった。特に扱っているのが、社会福祉施設や自宅において医療が提供されなかったために生じた死亡事例であることから、行政側を「責める」ものと受け止められてしまい、回答を躊躇した。

集約された回答自体からは、回答率が低かったことの理由について、上記の仮説のうち何れかであるのか、複合的な事情なのか、あるいはまったく別の理由があるのかは判断できない。

但し、当研究会のメンバーが直接聞いた某保健所で勤務する保健師の証言によれば「データが未整理である」可能性や「人事異動によりコロナ禍のデータが引き継がれていない」可能性もあることがわかっている。

一方、回答数は極めて少ないとはいえ、いくつか重要な点が示唆される結果であるともいえる。次にその理由を述べる。

1 つは、回答内容の不十分さ自体に、当時の保健所の逼迫状況が表れているのではないかと、という点である。

たとえば「設問 3」の「死亡場所」について事実上回答がなかった(未記入)理由について、「各波の数は計算していない」が 9 件(47%)もあったことは重大である。新型コロナウイルスは「波」を重ねる度に変異を繰り返すという特性があった。それが感染者の致死率にも影響する可能性があったことから、本来その把握は必須であったはずである。恐らく、コロナ禍における保健所の厳しい状況からそれが十分に行えなかったのではないかと推察される。

同様のことは、「設問 7」の「新型コロナウイルス感染症の陽性者が死亡に至った経緯の把握」についても見受けられる。この設問では「把握できていない」という回答が、第 1 段階に比べ、第 8 波段階になると明らかに増加しており、結局、発生から「5 類移行」まで保健所の逼迫は継続し続けたことを意味している可能性もある。

2 つめは、「健康観察」という感染者を入院・外来の医療に適切につなぎ、医療を保障し、

生命を守る本来業務が十分に果たし得ていたのか、という点である。

各波における健康観察の対象の変遷を問うた「設問 4」の回答によれば、第 1 波段階で 1 件のみであった健康観察の「ハイリスク者」への重点化が、第 8 波では 8 件に増加している。感染爆発が全感染者に対する健康観察を不可能にしたのであろうが、「未知の感染症」に罹患した人々の生命を守る責務が公衆衛生行政拠点としての保健所に存在していることに変わりなく、健康観察の限定化が自宅や施設での「放置死」「留め置き死」の一因になっていなかったか、より深い検証が必要と考える。

関連して「設問 6」の保健所業務の外部委託について「健康観察」を委託した保健所は第 1 波では 0 件であったのに対し、第 8 波では「一部」「全部」を合わせれば 11 件(68%)にまで増加している。外部委託が感染者に対する医療的フォローに与えた影響についても、検証されるべきと考える。

3 つめは、都道府県の「入院調整」についてである。

「設問 11」の「貴保健所の所在する都道府県における入院調整について」の「(1)都道府県には入院調整を一元的に担う組織が設置されてい」たか、について「設置されていた」と回答したのが 10 件、「設置されていなかった」が 4 件、「その他」が 4 件であった。「その他」の具体的な調整方法としては「近隣地区の受入調整を大学病院の協力を得ながら県と市で実施した」との記述があった。

コロナ禍における都道府県が広域的に入院調整を行う機関の設置は京都府の入院医療コントロールセンターを先駆けに全国で進められたものと考えられていたが、必ずしも全都道府県に設置されたわけではなかったことが、この回答からは伺え、より詳細な把握が必要である。

また設問 11(2)-1「病床逼迫の入院調整にあたり、入院の優先を判断する基準」はあったかについては「あった」が 6 件、「なかった」が 2 件、あとは「その他」または「不明」であった。これらの結果からは、都道府県が入院調整のセンターを設置した場合としなかった場合、都道府県として統一的(かつ機械的)な入院の優先基準を設けていた場合と設けていなかった場合で「放置死」「留め置き死」の発生に大きな影響が生じていることが考えられる。

さらに驚くべきは、設問 11(2)-2「基準の内容」には「D N A Rの有無」が 4 件あったことである。これは、これまで「可能性」として扱ってきた「D N A R」を根拠にした生命の選別が事実であることを裏付けるに足る重要な回答である。

自由記入欄に「本人・家族、住民からの要望に対して、すべて対応できない為、優先順位を決断し、それを組織で素早く共有するという組織運営体制が困難と感じた」との意見があった。「すべてに対応できない」ことを前提に「優先順位」を「決断」せねばならないという認識自体に、保健所が置かれている厳しい実情が表れているものと考えられる。

(2)高齢者福祉施設—コロナ禍の苦難は今も生々しく、かつ、何も解決せず

保健所の回答が低調であったのに対し、最も回答率が高かったのが高齢者福祉施設・老人保健施設である。

高齢者福祉施設は「留め置き死」の現場であり、5 類移行から一定期間を経た今日であっても、当時の困難が生々しく共有されていることを強く感じさせる結果である。

「設問4」の「コロナ陽性者対応において課題になったこと」（複数回答）では、「職員体制の対応困難」を選択した施設が77件(84.6%)と最も高く、「コロナ対策経費の増加」72.5%、「感染者の隔離が困難」67.0%が続く。福祉労働は徹頭徹尾、人の手による労働であり、職員自らも感染してしまう現実の中では、十分なケアが行えない実態が生まれていたものと考えられる。そのことこそが根本的な困難の要因であったとも考えられるだろう。

「留め置き死」との直接の関係でいえば「入院できなかった」42件(46.2%)、「施設での医療提供困難」41件(45.1%)、「保健所との連携がとれなかった」17件(18.7%)、「救急搬送されなかった」16件(17.6%)といった選択となった。関連して、設問5の「入院受入要請の状況」では、受入はできていた」は第4波の34.1%を除き、第1～8波はいずれも30%前後であった。一方で「期間中のほとんどが困難だった」と「困難な時があった」は、第1波ではいずれも17.6%で計35.2%であるが、第6波は計42.9%、第7波、第8波は48.4%であり、施設からの入院が第6波以降に更に困難となったことが明らかとなった。

設問6「本人・家族が入院を希望し、施設医や主治医の指示があったにもかかわらず、入院できなかった」人数は総合計350人であった。設問7「入院できず死亡した」人が68人いた。あらためて、「施設医や主治医の指示があったにもかかわらず」入院できず、死亡した施設入所者一人一人の死に至る経緯をすべて洗い出すことは必須であることを示す結果といえる。

設問8「国や自治体に求めたいこと」では、「検査や治療薬への公的支援」が73.6%と最も高く、「施設で行う新興感染症対策への公的支援(公費負担や補助金など)」と「感染拡大時の衛生物資の安定供給」がそれぞれ71.4%が続いた。また62.6%の施設が「重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保」を求めている点も重要である。

(3) 回答数が極めて少なかったコロナ受入病院、精神科病院、障害者施設

コロナ受入病院、精神科病院、障害者施設の回答率は低位に止まった。

病院からの回答は13病院であり、回答率5.3%である。

回答した病院の8割以上が101床以上の規模の病院であった。

対象とする患者は中等症ⅠないしⅡを選択した病院が多く、施設同様、コロナ陽性者対応の課題については「人手不足」が多数を占めていた。

13病院の総計で「コロナ病床」で9,099人、コロナ病床以外の病床で676人のコロナ陽性患者を受け入れ、合計460人の患者死亡を経験した。子どもの死亡例も1例、明らかになっている。

一方でコロナ病床への受入は特に第6波以降、困難になっていたことが伺える内容にもなっている。

自由記入欄にある「医療従事者も自らが感染する恐怖と常に隣りあわせで働くこととなり、心身の疲弊も深刻なものでした。また、国や自治体からの方針が頻繁に変わることで、都度対応していくのも大変だった。コロナ感染者の対策で、今後、社会全体で医療をどう支えていくかという課題ができたことは間ちがいなく感染症の再拡大に備えた柔軟な医療体制づくりや労働環境の改善が求められる」との意見のように、明らかになった課題を実際の医療提供体制政策に活かしていく必要がある。

精神科病院からの回答は3病院に止まった。しかし3病院だけで全期間のコロナ陽性者数は699人、死亡者は9人であり、全国的に精神科病院は壮絶な状況にあったのではないかと予想させる内容である。

障害領域はきょうされんの加盟事業所を対象に調査した。13自治体・26件の回答に止まった。陽性者数は24事業所・2,604人に及び、14人の方が死亡した。利用者の容態が急変しても「入院を要請したが受け入れてもらえなかった」「本人の容態が急変したときにすぐに相談できる医療機関がなかった」との回答が複数あり、救急要請しても期間を通して、受け入れが困難な状況にあったことが伺える。

自由記入欄には「医療には応召義務があるにもかかわらず、普段から障害ゆえに受診拒否や支援者側のあきらめもあり、大きな問題であると感じている」との意見も書かれており、コロナ以前からある大きな問題が、コロナ禍になってあらためて明確化したものと考えられる。

5. 中間総括とこれからの研究について

「地域の医療機関では、施設での感染者は入院を拒まれました。施設内で息を引き取り、死亡診断のため、病院へ施設職員が搬送し、納袋に入れられたご利用者様を夜な夜な施設へ戻り安置しました。このような経験は二度とない事を願います」—高齢者施設からの回答における自由記述のこの言葉から、コロナ禍において「入院を拒まれ」、「息を引き取り」、死亡診断のためにだけ病院へ搬送し、無言の帰宅のために入所者を施設へ連れ帰らねばならなかった事実は確かにあったことがわかる。

同じような事態は、入所施設だけでなく、在宅療養を余儀なくされた人々についても起こっていた可能性は高い。いつでも・どこでも・誰でもが保険証一枚で必要な医療を必要とだけ受けられる国民皆保険制度が不全状態にあったことに疑いはない。

今回の調査の回答率が低かったことは残念ではあるが、それでもコロナ禍において、医療を必要とする人たちが医療にかかれず生命を奪われた実態の把握に向けた重要な端緒を、私たちはつかむことができた。

その上で、今後の研究についての方針を述べて中間総括の結びとしたい。

第一に、私たちは特に保健所からの回答率が低かったことを重く見ている。

政令市・中核市型保健所は一旦、さて置いたとして、都道府県型保健所については、都道府県の指示系統の中で活動していたものと考えられるため、都道府県に対する追加調査を実施する。これは都道府県に対する予告であるが、具体的手法は情報公開請求としたい。

情報公開請求項目の案は次のようなものである。

- ・新型コロナウイルス感染症(COVID-19)感染者が、日本国内で初めて確認された2020年1月16日から2023年5月8日に至る期間における、貴自治体における第1波～第8波の各波の新型コロナウイルス感染症による死亡者数、ならびに上記各死亡者の死亡場所の内訳
- ・〇〇県における新型コロナウイルス感染症に関する「入院調整」センター設置の有無

- ・〇〇県における新型コロナウイルス感染症に関する「入院」の「優先度合」に関する基準の有無と基準が存在する場合、その内容

第二に、当初より予定していたインタビュー調査を具体化し、実施に移す。

コロナ禍における医療アクセス阻害の実態は、数量的にはもちろんだが「現場では何が起こっていたのか」を体験者のリアルな言葉を記録してこそ、そこから将来に向けた総括に活かすことができると思う。

第三に、今回の調査・研究にご協力いただいている団体の構成員対象のアンケートを追加で実施する。

以 上

新型コロナウイルス感染症対策検証・調査の中間報告

中村 暁

(新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会、京都府保険医協会事務局次長)

はじめに

COVID-19 が感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）上の 2 類相当から 5 類に移行してから 3 年以上が経過した。

私たちの生活のあらゆる部面に影響をもたらしたコロナ禍であったが、もはや社会的、あるいは個人的なレベルでもほとんど顧みられないことがないように思える。

しかし思い返せば「PCR 検査」「ソーシャルディスタンス」「濃厚接触」「擬陽性・擬陰性」等といった、それまで多くの人が知りもしなかった言葉が日常に浸透し、「マスク不足」「病床ひっ迫」「発熱外来」「緊急事態宣言」「自粛要請」「全国一斉休校」「自警団」「差別」「コロナ倒産」「コロナ失業」「コロナ離婚」「コロナ殺人・自殺」「不要不急の外出」「ステイホーム」という信じ難い現実がそこかしこに溢れかえっていた。それがコロナ禍である。

コロナ禍とは何であったか。本来なら振り返り、事実を記録し、語り合い、総括せねばならない論点は無数にあるはずである。立法、司

法、行政、全ての業種、あらゆる分野、あらゆる階層で、「コロナ禍とは何であった」を総括することは、むしろ自然なことだと考える。だがそのような試みはほとんど見受けられない¹⁾。むしろ国も人々も敢えてコロナ禍を遠い過去のある時期に起きた「有事」に過ぎないと割り切り、忘れようとし、終わったことにされようとしているのではないかとさえ思える。

しかし、コロナ禍に家族や大切な人を失った人たちにとって、コロナ禍は終わっていない。まして国民皆保険体制を採るこの国で医療サービスへのアクセスを絶たれ、死に追いやられた人たちにとって、それは決して終わらないのである。なぜこの国でコロナに罹患した患者が医療サービスにたどり着けず、生命を落とさねばならなかったのか。生き延びた私たちは、その原因を底の底まで突き詰め、明らかにせねばならない。

無論それは本来、生存権保障の政策主体である国家の責務である。だが国がコロナ禍の総括から目を反らし続けている現実にあつて、その誤った姿勢を質し、彼らに総括をさせるためにも、どうしても実態の把握・解明の作業を誰かがやらねばならなかったのである²⁾。

本稿は新型コロナウイルス感染症対策検

証・研究会の実施する全国調査の中間報告である。残念なことに以下「3」に記したとおりの状況から、現時点で直ちに実態を総括し、めざす「提言」作成へ一気に歩を進めることが出来る内容ではなく、今後の追加調査・聞き取りが必要であるため、あくまで中間的なものとして、一旦、世に投げかけるものである。

1. 研究会の発足と調査開始

「新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会」（以下、研究会）は 2024 年 7 月 6 日、伊藤周平氏（鹿児島大学）、岡崎祐司氏（佛教大学）、長友薫輝氏（同）、横山壽一氏（金沢大学名誉教授）を共同代表に、医療・福祉の実践家と運動家、ジャーナリスト、そして COVID-19 に罹患し、必要な医療を受けることができないままに生命を落とした方々のご遺族をメンバーとして発足した。

第 1 回の研究会（全体会）での参加者による「コロナ禍に家族は、看取り、骨上げ、葬儀もできなかった。遺族は亡くなり方に納得がいかないままであり、最期の尊厳さえ奪われたと感じている」（当事者家族）、「感染症では一番弱い人の命が犠牲になる」（施設）、「そもそも障害者やその家族は日頃から医療を受けることを最初から諦めているのが現実だ」（障害関連団体）といった言葉が、まさに研究会の原点である。

感染症法はその第三条（国及び地方公共団体の責務）において、「国及び地方公共団体」に対し「感染症の患者が良質かつ適切な医療を受けられるように必要な措置を講ずるよう努めなければならない」としている。しかしコロナ禍には、社会福祉施設に入所する人たちが入院をさせてもらえず生命を落とし、自宅

療養中に医療へアクセス出来ずに亡くなった。こうした事態を「有事だから仕方がなかった」とすることは許されない。これが研究会メンバーの一致した思いである。

研究会はコロナ禍における医療保障の実態を把握・検証し、その総括として将来に向けた提言を取りまとめるべく、全国調査に取り組むことを決め、2025 年 9 月に調査票を対象施設に発送した³。

2. 調査手法の概要

調査方法は、調査票（紙媒体または Google フォーム）への記入とした。

調査票は下記調査対象施設に 2025 年 9 月 3 日（水）に郵送にて一斉発送した。

調査期間は 2025 年 9 月 8 日～10 月 31 日とした。

調査対象は、保健所 570 カ所、高齢者施設 300 カ所、老人保健施設 47 カ所、コロナ受入病院 242 カ所、精神科病院 48 カ所、障害者福祉施設 1,788 カ所の 2,995 カ所である。なお保健所は全数（当時）、それ以外は都道府県の偏りがないように調整しながらの無作為抽出を基本とした。但し、障害福祉施設については研究会に組織として参加するきょうされん加盟事業所を対象とし、回答方法も Google フォームのみとした。

調査票には 4 人の共同代表名によるお願い文並びに「本調査は国のレベルで十分な検証が行われたとは言えない『新型コロナウイルス感染症パンデミック』での医療問題について、私ども新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会として独自に実施するもの」であることを記した「新型コロナウイルス感染症対策検証調査票の送付にあたって」を同封した。

3. 調査結果概要（単純集計）

（1）回収状況

回収状況は以下のとおりであった。

総数 Google フォーム、fax、返信用封筒による回収 152 カ所（回収率:5.1%）

内訳 保健所 19 カ所（3.3%）、高齢者施設 85 カ所（28.3%）、老人保健施設 6 カ所（12.7%）、医療機関 13 カ所（5.3%）、精神科 3 カ所（6.2%）、障害者施設 26 カ所（1.4%）

（2）各調査対象施設からの回答結果の概要

1) 保健所

①低い回収率と不十分な回答内容

保健所の回答率は 3.3%に止まった。またいくつかの保健所から回答書に代えて自治体作成の「まとめ」文書が送付されてきたり、ホームページを「参照のこと」と記載して返送してきたりというケースもあった（それらは回答件数には含んでいない）。

回答のあった保健所についてもすべての「問」に回答を記入した保健所はなかった。また回答が書かれていても、たとえば「設問 2」の「各波の陽性者数」という基本的な事項についての記入がなく、さらに「設問 3（1）」の「死亡場所」に至っては、回答した保健所自体が 1 件に止まった。

なぜ回答数、回答内容ともに十分とは言えない結果になったのか。その要因についての仮説はいくつか立てられる。

1 つには、調査票の問題である。質問項目が多すぎたことによる手間の問題である。保健所用の調査票は全 11 ページ、質問項目は 13 問だが、各々、細やかに記述を求める内容となっていた。加えて回答には保健所の保持す

るデータの掘り起こしや再集計の必要が生じる可能性もあるため、「手間」の問題から回答に至らなかったのではないかと考えられる。

2 つめとして、保健所側の問題も考えられる。たとえば保健所においてデータ自体が未整理である可能性もあるのではないかと。実際、筆者がある保健所職員の主催した会合において本調査について講演した際、コロナ禍に感染症担当を担っていた現場の保健師より、既にコロナの頃から人が入れ替わっており（異動）、データが整理された状態で引き継がれていないため回答が少なかったのではないかと指摘を受けたことがある。感染症制御のため精緻にデータを管理するはずの保健所においてそのような事態が生じているとは俄かには信じ難いが、その可能性はゼロではないようである。

3 つめに、コロナ禍の医療保障についての検証という研究目的自体が理解されなかった可能性がある。特に、扱っているのが施設や自宅において医療が提供されなかった死亡事例であることから、行政側が「責められる」と受け止めてしまい、協力する理由がないと判断された可能性も考えられる。

②示唆された重要な点

集計された回答は極めて少ないとはいえ、いくつか重要な点を示唆する内容もある。

1 つめは、回答内容の不十分さ自体に、保健所のひっ迫状況が表れているのではないかと、という点である。

たとえば「設問 3」の新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡した人の「死亡場所」について回答のない（未記入である）理由について、「各波の数は計算していない」が 9 件（47%）あったことは、新型コロナウイルスが「波」を重ねる度に変異を繰り返すという特

性があり、そのことが感染者の致死率に影響する可能性があったために必須の統計作業であったと考えられるにもかかわらず、恐らくはコロナ禍における保健所の厳しい状況からそれが十分に行えなかったことを伺わせる。

同様のことは、「設問 7」の「新型コロナウイルス感染症の陽性者が死亡に至った経緯の把握」についても見受けられる。この設問では「把握できていない」という回答が、第 1 段階に比べ、第 8 波段階になると明らかに増加しており、結局、発生から「5 類移行」まで保健所のひっ迫は継続し続けたことを意味している可能性がある。

2 つめは、「健康観察」という感染者を入院・外来の医療に適切につなぎ、医療を保障し、生命を守る本来業務が十分に果たし得ていたのか、という点である。

「設問 4」の回答では、第 1 波段階で 1 件のみであった「健康観察」の「ハイリスク者」への「重点化」が第 8 波では 8 件に増加している。爆発的感染拡大が全感染者に対する健康観察を不可能にしたのであろうが、「未知の感染症」に罹患した人々の生命を守る責務が公衆衛生行政拠点としての保健所に存在していることに関わりなく、健康観察の限定化が自宅や施設での「放置死」「留め置き死」の一因になっていなかったか、より深い検証が必要であると考ええる。

関連して「設問 6」の「保健所業務の外部委託」について「健康観察」を委託した保健所が第 1 波では 0 だったのに対し、第 8 波では「一部」「全部」を合わせれば 11 件（68%）にまで増加している。外部委託が感染者に対する医療的フォローに与えた影響についても、検証されるべきと考える。

3 つめは、都道府県の「入院調整」について

である。

「設問 11」の「貴保健所の所在する都道府県における入院調整について」の「(1) 都道府県には入院調整を一元的に担う組織が設置」されていたのかとの問いに対しては「設置されていた」と回答したのが 10 件、「設置されていなかった」が 4 件、「その他」が 4 件ありであった。「その他」の具体的な調整方法としては「近隣地区の受入調整を大学病院の協力を得ながら県と市で実施した」との記述があった。

コロナ禍において、都道府県が広域的に入院調整を行う仕組みは、京都府の入院医療コントロールセンターを先駆けに全国でつくられたものと考えられていたが、必ずしも全都道府県に設置されたわけではなかったことが、この回答からは伺える。

また、設問 11 (2) -1「病床ひっ迫の入院調整にあたり、入院の優先を判断する基準」の有無については「あった」が 6 件、「なかった」が 2 件、あとは「その他」または「不明」であった。

以上の結果からは、都道府県が入院調整のセンターを設置した場合としなかった場合、都道府県として統一的（かつ機械的）な入院の優先基準を設けていた場合と設けていなかった場合で「放置死」「留め置き死」の発生に大きな影響が生じていることが考えられるため、さらなる調査が必要である。

また、設問 11 (2) -2「基準の内容」には「DNAR の有無」が 4 件あった。

このことは、これまで「疑惑」「可能性」として扱ってきた「DNAR」を根拠にした生命の選別が事実であることを裏付けるに足る重要な回答である。

自由記入欄に「本人・家族、住民からの要望

に対して、すべて対応できない為、優先順位を決断し、それを組織で素早く共有するという組織運営体制が困難と感じた」との意見があった。「すべてに対応できない」ことを前提に「優先順位」を「決断」せねばならないという認識自体に、保健所が置かれている厳しい実情が表れているのではないかと考える。

2) 高齢者福祉施設

保健所の回答が低調であったのに対し、最も回収率が高かったのが高齢者福祉施設・老人保健施設である。

高齢者福祉施設は「留め置き死」の現場であり、5 類移行から一定期間を経た今日であっても、当時の困難が生々しく共有されていることを強く感じさせる結果である。

「設問 4」の「コロナ陽性者対応において課題になったこと」（複数回答）では、「職員体制の対応困難」を選択した施設が 77 件（84.6%）ともっとも高く、「コロナ対策経費の増加」72.5%、「感染者の隔離が困難」67.0%が続く。福祉労働は徹頭徹尾、人の手による労働であり、職員自らも感染してしまう現実の中では、十分なケアが行えない実態が生まれていたものと考えられる。そのことこそが根本的な困難の要因であったとも考えられるだろう。

「留め置き死」との直接の関係でいえば「入院できなかった」42 件（46.2%）、「施設での医療提供困難」41 件（45.1%）、「保健所との連携がとれなかった」17 件（18.7%）、「救急搬送されなかった」16 件（17.6%）といった選択となった。関連して、設問 5 の「入院受入要請の状況」では受入はできていた」は第 4 波の 34.1%を除き、第 1～8 波はいずれも 30%前後であった。一方で「期間中のほと

んどが困難だった」と「困難な時があった」は、第 1 波ではいずれも 17.6%で計 35.2%であるが、第 6 波は計 42.9%、第 7 波、第 8 波は 48.4%であり、施設からの入院が第 6 波以降に更に困難となったことが明らかとなった。

設問 6「本人・家族が入院を希望し、施設医や主治医の指示があったにもかかわらず、入院できなかった」人数は総合計 350 人であった。設問 7「入院できず死亡した」人が 68 人いた。あらためて、「施設医や主治医の指示があったにもかかわらず」入院できず、死亡した施設入所者一人一人の死に至る経緯をすべて洗い出すことは必須であることを示す結果といえる。

設問 8「国や自治体に求めたいこと」では、「検査や治療薬への公的支援」が 73.6%ともっとも高く、「施設で行う新興感染症対策への公的支援（公費負担や補助金など）」と「感染拡大時の衛生物資の安定供給」がそれぞれ 71.4%と続いた。また 62.6%の施設が「重症者・高リスク者が入院・治療できる病床確保」を求めている点も重要である。

3) コロナ受入病院

病院からの回答は 13 病院であり、回収率 5.3%の低さである。

回答した病院の 8 割以上が 101 床以上の規模の病院であった。

対象とする患者は中等症ⅠないしⅡを選択した病院が多く、施設同様、コロナ陽性者対応の課題については「人手不足」が多数を占めていた。

13 病院の総計では、「コロナ病床」で 9,099 人、コロナ病床以外の病床で 676 人のコロナ陽性患者を受け入れ、合計 460 人の患者死亡

を経験した。子どもの死亡例も 1 例、回答されている。

一方でコロナ病床への受入れは特に第 6 波以降、困難になっていたことが伺える内容にもなっている。

自由記入欄にある「医療従事者も自らが感染する恐怖と常に隣りあわせで働くこととなり、心身の疲弊も深刻なものでした。また、国や自治体からの方針が頻繁に変わることで、都度対応していくのも大変だった。コロナ感染者の対策で、今後、社会全体で医療をどう支えていくかという課題ができたことは間違いなく感染症の再拡大に備えた柔軟な医療体制づくりや労働協環境の改善が求められる」との意見のように、明らかになった課題を実際の医療提供体制政策に活かしていく必要がある。

4) 精神科病院

精神科病院からの回答は 3 病院に止まった。

しかし 3 病院だけで全期間のコロナ陽性者数は 699 人、死亡者は 9 人であり、全国的に精神科病院は壮絶な状況にあったのではないかと予想させる内容である。

5) 障害者福祉施設

障害領域はきょうされんの加盟事業所を対象に調査した。13 自治体・26 件の回答に止まった。陽性者数は 24 事業所・2,604 人に及び、14 人の方が死亡した。利用者の容態が急変しても「入院を要請したが受け入れてもらえなかった」「本人の容態が急変したときにすぐに相談できる医療機関がなかった」との回答が複数あり、救急要請しても期間を通して、受け入れが困難な状況にあったことが伺え

る。

自由記入欄には「医療には応召義務があるにもかかわらず、普段から障害ゆえに受診拒否や支援者側のあきらめもあり、大きな問題であると感じている」との意見も書かれており、コロナ以前からある大きな問題があらためて顕在化したと考えられる。

4. 研究会の今後の活動について

保健所からの低い回答状況も含め、回答結果の分析を深め、提言作成に挑んでいく予定である。そのため、当事者や行政機関へのインタビュー調査も追求し、コロナ禍における医療アクセス阻害の問題を数量的にはもちろん「現場では何が起こっていたのか」を鮮明化し、今後の医療・公衆衛生政策の改善に活かせるよう努める。

また保健所調査の回収率が低かったこともあり、あらためて全都道府県に対して情報公開請求を行うことにしている。

全都道府県に求めたい情報は次のようなものである。

第一に、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 感染者が、日本国内で初めて確認された 2020 年 1 月 16 日から 2023 年 5 月 8 日に至る期間における、自治体での第 1 波～第 8 波の各波の新型コロナウイルス感染症による死亡者数、ならびに上記各死亡者の死亡場所の内訳である。

第二に、各都道府県における新型コロナウイルス感染症に関する「入院調整」センター設置の有無である。

第三に、各都道府県における新型コロナウイルス感染症に関する「入院」の「優先度合」に関する基準の有無と基準が存在する場合、

新型コロナウイルス感染症対策検証・研究会
共同代表 伊藤周平、岡崎祐司、長友薫輝、横山壽一

事務局 公益財団法人日本医療総合研究所
福祉国家構想研究会
京都社会保障推進協議会

住所 110-0013 東京都台東区入谷 1-9-5 医療労働会館
電話・03-3876-6101、fax・03-3876-6103