

新型コロナウイルス感染症対策に係る宿泊療養施設に関する調査
—第 5 波における宿泊療養施設の実態—

日本医師会総合政策研究機構 清水麻生

ポイント

- ◆ 宿泊療養施設の運営に関しては、地域の実情に合わせて運営されているため、全国的に宿泊療養施設で実施されていたことや施設に従事していた看護職の雇用人数や賃金等に関する定量的なデータが明らかにされていない。
- ◆ そこで、本稿では、47 都道府県医師会を対象に、新型コロナウイルス感染症第 5 波（2021 年 6 月～9 月）における宿泊療養施設の実態および施設に勤務していた看護職の雇用に関するアンケート調査の結果をまとめ、考察を行った。
- ◆ 第 5 波では、宿泊療養施設の需要と供給のピークの時期がマッチしていない都道府県があり、宿泊療養が必要な陽性者が自宅療養せざるを得ない状況にあった可能性がある。さらに、各都道府県で宿泊療養施設が増設されたが、稼働率はそこまで高くなかった。
- ◆ 宿泊療養施設における医療体制として、医師は往診やオンライン診療の他に、オンコールや電話診療等を活用して 24 時間体制で対応していた都道府県が散見された。また、宿泊療養施設で陽性者が重症化した場合の対応に関しては、8 割以上の都道府県が肯定的に評価していた。
- ◆ 宿泊療養施設で従事していた看護職の雇用に関して、78.7%の都道府県では都道府県庁の担当部署が雇用の管理を行い、7 割以上の都道府県が都道府県看護協会（ナースセンターを含む）と民間職業紹介事業所を介して募集していた。
- ◆ 看護職の給与に関して、半数以上の都道府県では、看護職の日勤帯の 1 時間あたりの給与額が 2,501 円以上であった。
- ◆ 第 5 波では、急速に拡大する感染に合わせていかに早く多くの宿泊療養施設を開設できるか、という点で様々な課題が発生していた。
- ◆ 看護職の雇用の課題としては、①看護職を効率的に確保すること、②一定水準のスキルをもった看護職を確保すること、③看護職の雇用管理を効率よく実施できる体制を構築すること、が挙げられる。
- ◆ 療養者を支援する医療従事者や医療資源に限りがある中、「宿泊療養」を今後の感染症対策においてどのように活用していくのか、再度検討する必要がある。

目次

1	はじめに	1
2	第5波における宿泊療養施設の概要	2
2.1	宿泊療養施設とは何か（法的位置づけ）	2
2.2	宿泊療養施設における医療従事者の役割と確保	4
2.3	宿泊療養の対象者	5
2.4	第5波の概要と宿泊療養施設	6
3	アンケートの概要	8
3.1	調査の背景（問題意識）	8
3.2	調査の目的と方法	9
3.3	質問項目	10
4	調査結果と分析	11
4.1	都道府県内の宿泊療養施設に関して	11
4.1.1	宿泊療養施設の総数が最も多かった時期	12
4.1.2	宿泊療養施設の入所者数が最も多かった時期	13
4.1.3	宿泊療養施設総数と利用可能な総確保室数	14
4.1.4	宿泊療養施設における医師の配置	18
4.1.5	宿泊療養施設で実施していたこと	20
4.1.6	入所者（陽性者）の症状が悪化した場合の医療機関への搬送	22
4.1.7	宿泊療養施設の開設にあたり苦労したこと	24
4.2	宿泊療養施設に従事していた看護職の雇用に関して	26
4.2.1	看護職の雇用の管理を行っていた組織	27
4.2.2	宿泊療養施設に従事していた看護職の人数	28
4.2.3	看護職の確保方法	30
4.2.4	最も利用した看護職の確保方法	31
4.2.5	看護職の給与	32
4.2.6	看護職の欠員の有無とその対応	33
4.2.7	宿泊療養施設における看護職の雇用に関する意見	35
5	まとめと考察	36
5.1	宿泊療養施設の実態に関して	36
5.1.1	宿泊療養施設の需要と供給	36
5.1.2	宿泊療養施設のキャパシティと稼働率	36
5.1.3	宿泊療養施設における医療体制	37
5.1.4	重症化した患者の搬送	37
5.1.5	第5波における宿泊療養施設開設の課題	38
5.2	看護職の雇用	38
5.2.1	看護職の雇用の実態	38
5.2.2	看護職の雇用の課題	39

5.3	今後の宿泊療養施設の役割.....	40
6	謝辞	42
7	参考文献	43

1 はじめに

本稿は、新型コロナウイルス感染症第 5 波（2021 年 6 月～9 月）時点における、各都道府県の宿泊療養施設の実態に関して、事後的に調査し、今後の感染拡大防止に向けた取り組みに資することを目的としている。

2022 年 1 月において、日本では新型コロナウイルス感染症第 6 波が確認されており、同年 2 月には国内の 1 日当たり新規陽性者数が過去最多となる 10 万人以上を記録した。第 6 波では第 5 波以上に感染が急拡大しているが、各都道府県では、これまでの流行波からの知見を基に、地域の実情に合わせて様々な対策を講じている。各流行波において講じるべき対策は、その流行波を引き起こしているウイルスの種類や地域の医療体制の実情によって異なる。しかし、これまでの対策を振り返ることは、今後起こり得る流行波や新たな感染症への対策を講じるうえで、必要不可欠であると考ええる。

そこで本稿では、第 6 波以前で最も感染が急拡大した第 5 波における宿泊療養施設の実態（医師の配置や施設内で実施していたこと等）と、宿泊療養施設に勤務する看護職員に焦点を当て、各都道府県の宿泊療養施設での取り組みを定量的または定性的に明らかにし、今後の流行波に向けて、知見を得ようというものである。

2 第5波における宿泊療養施設の概要

2.1 宿泊療養施設とは何か（法的位置づけ）

宿泊療養施設とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」）第44条の3第2項¹及び第50条の2²に基づき、新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するために都道府県知事によって設置される施設である。2021年2月3日に新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律が公布されたことに伴い、感染症法の一部が改正され、自宅療養とともに宿泊療養は法的に位置付けられた³。

宿泊療養施設の基準に関しては、感染症法施行規則第23条の7において表2.1.1のとおり規定されている。

¹ 「都道府県知事は、新型インフルエンザ等感染症（病状の程度を勘案して厚生労働省令で定めるものに限る。第七項において同じ。）のまん延を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該感染症の患者に対し、当該感染症の病原体を保有していないことが確認されるまでの間、当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、又は宿泊施設（当該感染症のまん延を防止するため適当なものとして厚生労働省令で定める基準を満たすものに限る。同項において同じ。）若しくは当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことその他の当該感染症の感染の防止に必要な協力を求めることができる。」

² 「都道府県知事は、新感染症（病状の程度を勘案して厚生労働省令で定めるものに限る。）のまん延を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該新感染症の所見のある者に対し、当該新感染症を公衆にまん延させるおそれがないことが確認されるまでの間、当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、又は宿泊施設（当該新感染症のまん延を防止するため適当なものとして厚生労働省令で定める基準を満たすものに限る。）若しくは当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことその他の当該新感染症の感染の防止に必要な協力を求めることができる。」

³ 2021年2月3日 厚生労働省健発0203第2号「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等の改正について（新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律関係）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000733827.pdf>

表 2.1.1 新型インフルエンザ等感染症の患者が療養を行う宿泊療養施設の基準

新型インフルエンザ等感染症の患者が療養を行う 宿泊療養施設の基準	
1	法第四十四条の三第二項の規定により都道府県知事が宿泊施設から外出しないことを求めた者（以下この条において「宿泊療養者」という。）が療養を行う居室について、一の居室の定員は、原則として一人とすること。
2	宿泊療養者の滞在する区域を職員その他の者が作業を行う区域から明確に区別することその他の感染症のまん延を防止するために必要な措置が講じられていること。
3	宿泊療養者が療養を行うために必要な設備及び備品を備えていること。
4	宿泊療養者の療養に関する業務を統括する者、宿泊療養者に対して適切な健康管理及び療養に関する指導を行うために必要な医師、保健師又は看護師その他の医療関係者並びに宿泊療養者の療養を支援するために必要な人員が確保されていること。
5	前号に掲げるもののほか、宿泊療養者の健康状態を定期的に把握し、適切な健康管理及び療養に関する指導を行うことが可能な体制が確保されていること。
6	宿泊療養者の病状が急変した場合その他の必要な場合（以下この号において「急変時等の場合」という。）に適切な措置を講じることができるよう、あらかじめ、医療機関との連携方法その他の急変時等の場合における必要な措置を定めていること。

出典：感染症法施行規則第23条の7

各都道府県では、厚生労働省が作成した「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設の確保・運営マニュアル⁴（以下「マニュアル」）を参考に、地域の実情に合わせて、宿泊療養施設の運営を行っている。このマニュアルは、感染症法を踏まえ、各都道府県及び保健所を設置する市又は特別区担当部署向けに、宿泊療養施設の開設や運営に関して具体的な参考資料を提供している。開設主体は都道府県庁や市区町村などの自治体が行っているが、個々の施設の運営は、自治体と都道府県・郡市区医師会が連携して運営しているケースや、医療法人が運営しているケースなど、地域によって様々である。

⁴ 2022年4月現在、2021年2月12日改定の第5版が最新版である。厚生労働省（2021）「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設の確保・運営マニュアル」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000740154.pdf>

2.2 宿泊療養施設における医療従事者の役割と確保

宿泊療養施設における医療従事者の主な業務は、健康観察や健康相談、必要時の診察である。医師はオンコール体制で入所者の診療や処方、体調変化時の対応を実施すること、看護師は入所者の毎日の健康観察や検温の確認等に当たることが求められている。宿泊療養施設は、感染症法でも規定されている通り感染症のまん延防止を目的としているため、施設では、感染の疑いのある者、あるいは軽症者の療養のための健康管理が主な措置として実施される。よって、宿泊療養施設では、医師による医療行為を前提としていない。マニュアルに例示されている医療従事者の配置人数は、約 100 名の収容人数に対し医師が 1 名、看護師・保健師が 2～4 名となっている（表 2.2.1）。

表 2.2.1 施設における医療従事者の担当と配置の例

収容人数100名程度の宿泊施設における主な担当の常時配置人数例（一部抜粋）			
主な担当		人数	作業概要
健康管理担当	医師	1	必要時の診療・健康相談 ※オンコール体制で可
	看護師	2～4	検温・健康確認
	保健師		※日中は、常駐、夜間はオンコールでも可

出典：新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設の確保・運営マニュアル（第5版）

宿泊療養施設の医療従事者の確保に関してマニュアルでは、都道府県庁が「医師会、看護協会・ナースセンター等の医療関係団体、医療機関等に、宿泊療養を実施する趣旨、実施体制等を十分に理解いただき、医師及び保健師・助産師・看護師及び准看護師（以下「看護師等」という。）の派遣等についても協力を要請する必要がある。」と示されている。

2.3 宿泊療養の対象者

宿泊療養施設で療養を実施できる対象者は、表 2.3.1 の 1～8 のいずれにも該当せず、かつ、感染防止に係る留意点が遵守できる者であって、診療・検査医療機関又は現在入院中の医療機関の医師が、症状や病床の状況等から必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した患者である。

さらに、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関・協力医療機関（以下「受け入れ医療機関」）等の病床がひっ迫した際には、1～8 に該当する場合であっても、医師の判断により入院の必要がないと認められ、かつ、丁寧な健康観察が行える陽性者は、宿泊療養または自宅療養の対象となっている。

表 2.3.1 宿泊療養の対象者

原則1から8までのいずれにも該当せず、かつ、感染防止に係る留意点が遵守できる者であって、診療・検査医療機関（仮称）又は現在入院中の医療機関の医師が、症状や病床の状況等から必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した患者	
1	65歳以上のもの
2	呼吸器疾患を有するもの
3	2の者のほか、腎臓疾患、心臓疾患、血管疾患、糖尿病、高血圧症、肥満その他の事由により臓器等の機能が低下しているおそれがあると認められる者
4	臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由により免疫の機能が低下しているおそれがあると認められる者
5	妊婦
6	現に当該感染症の症状を呈する者であって、当該症状が重度又は中等度であるもの
7	6の者のほか、新型コロナウイルス感染症の症状等を総合的に勘案して、医師が入院させる必要があると認める者 ※発熱、呼吸器症状、呼吸数、胸部レントゲン、酸素飽和度SpO ₂ 等の症状や診察、検査所見等を踏まえ、医師が総合的に判断する。
8	1から7の者のほか、都道府県知事又は保健所設置市等の長が新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため入院させる必要があると認める者 ※当該患者と同居している者の中に高齢者等がいることが確認された場合等

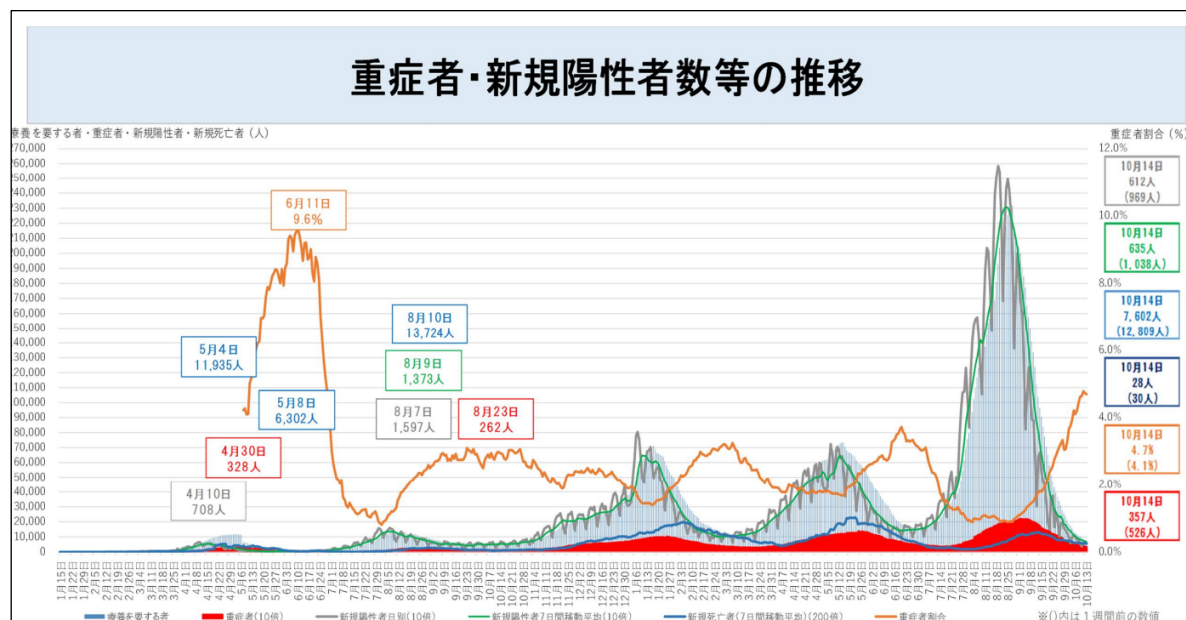
出典：新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設の確保・運営マニュアル（第5版）

2.4 第5波の概要と宿泊療養施設

第5波は、インドで発見された新型コロナウイルス変異株の「デルタ株（L452R 変異株）」が主体となって引き起こされた流行波であった。デルタ株の特徴は、(1) 感染性が高いこと、(2) 入院リスクが高い可能性があること、(3) ワクチンと抗体医薬の効果を弱める可能性があることである⁵。

日本国内では、2021年6月下旬から日本全体の新規陽性者数が増加しはじめ、7月以降急激に新規陽性者数が増加した。8月20日には国内の新規陽性者数が2021年内で過去最多の25,975人となり、さらに9月3日には、重症者数も過去最多の2,223人となった⁶。しかし、9月以降、新規陽性者数が急激に減少し、9月末に第5波は収束を迎えた。

図 2.4.1 新型コロナウイルス感染症流行波の概要



出典：厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対策本部第79回(2021年10月15日開催)資料」より

⁵ 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症（変異株）への対応」

⁶ 厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」 <https://covid19.mhlw.go.jp/>

第 5 波における新たな対策としては、(1) ワクチン接種の加速、(2) PCR 検査の拡大、(3) 中和抗体薬による治療、(4) 酸素ステーション・抗体カクテルセンター等の臨時の医療施設の開設が挙げられる。

このように 1 日あたり新規陽性者数が急増し、感染が急拡大した第 5 波では、病床ひっ迫を回避するための対策として、政府は健康管理体制を強化した宿泊療養施設の増強を自治体に要請し⁷、各都道府県では、宿泊療養施設の増設が行われた。さらに第 5 波では、新たに登場した治療法である抗体カクテル療法や酸素投与が実施できる、医療機能を強化した宿泊療養施設が登場した⁸。

⁷ 2021 年 8 月 3 日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）」

⁸ 全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略ワーキングチーム（2021）「新型コロナウイルス感染症『第 5 波』検証等結果報告書」

3 アンケートの概要

3.1 調査の背景（問題意識）

宿泊療養施設に関して整理したうえで、次のような問題意識が生まれる。

1 つ目は、宿泊療養施設の運営に関しては、地域の実情に合わせて運営されているため、全国的に宿泊療養施設でどのようなことが実施されていたのか、全体像が把握できる資料が公表されていないことである。2 つ目は、宿泊療養施設では、看護職が主体となって入所者の健康観察を実施しているわけだが、都道府県ごとの雇用人数や賃金等の看護職の処遇に関する定量的なデータが明らかにされていないことである。

今後新たな流行波が発生した場合に、スムーズに宿泊療養施設の開設を行う上で、全国の宿泊療養施設の実態を把握しておくことは重要であると考え

る。

そこで本稿では、2021 年時点で最も感染が急拡大した第 5 波（2021 年 6 月～9 月）を対象として調査を実施し、新型コロナウイルス感染症対策に係る宿泊療養施設の運営と施設に従事していた看護職の雇用に関して、定量的・定性的なデータを集め、その実態を明らかにする。

3.2 調査の目的と方法

目的

本稿で取り上げる「新型コロナウイルス感染症対策に係る宿泊療養施設に関する調査」は、新型コロナウイルス感染症第5波（2021年6月～9月）時点における、各都道府県の宿泊療養施設の実態に関して事後的に明らかにし、今後の政策提言（国、地方自治体、医師会の実施する対策）に資することを目的として実施した。

方法

47都道府県医師会に、日本医師会文書管理システムを通して、感染症担当常任理事名による調査協力の依頼文書と調査画面へのアクセス方法を記載した案内状を公開し、Google フォームを用いてウェブ上で回答してもらった。実施期間は、2021年12月23日から2022年1月14日の期間とした。一部の都道府県医師会に対しては、期間を延長しており、最終的に2月2日時点で47都道府県医師会から回答を得た（表 3.2.1）。

なお、アンケートで使用した調査票は別添資料としている。

表 3.2.1 アンケートの概要

アンケート	「新型コロナウイルス感染症対策に係る宿泊療養施設に関する調査」
調査目的	新型コロナウイルス感染症第5波（2021年6月～9月）時点における、各都道府県の宿泊療養施設の実態及び宿泊療養施設に勤務していた看護職の雇用（募集方法、雇用形態等）に関して実態を明らかにし、今後の政策提言に資すること。
調査主体	日本医師会
調査手法	Googleフォームを使用したウェブ調査
実施時期	2021年12月23日～2022年1月14日 （期間延長あり）
調査対象	47都道府県医師会
回答件数	47件（2022年2月2日時点）

3.3 質問項目

質問は全部で 21 問あり、そのうち属性以外の質問は設問 2～18 である。主に「設問 2. 都道府県内の宿泊療養施設に関して」と、「設問 3. 都道府県内の宿泊療養施設に従事していた看護職の雇用に関して」の 2 つの事柄に焦点を当て、設問を作成した（表 3.3.1）。

表 3.3.1 質問項目

設問2.(第5波時点における)都道府県内の宿泊療養施設に関して (※4以降、都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月の状況を質問している)	
2	都道府県内の宿泊療養施設が最も多かった月
3	都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月
4	都道府県内の宿泊療養施設の総施設数
5	都道府県内の宿泊療養施設の総確保室数
6	宿泊療養施設における医師の配置
7	宿泊療養施設で実施していたこと
8	療養している陽性者の症状が重症化した場合の搬送に関する評価
9	療養している陽性者の症状が重症化した場合の搬送に関する課題
10	宿泊療養施設開設にあたり苦労したこと
設問3.(第5波時点における)宿泊療養施設に従事していた看護職の雇用に関して	
11	看護職員の雇用を管理していた主体
12	宿泊療養施設の看護職として一度でも勤務していた看護職の人数
13	看護職の確保方法(複数選択可)
14	13のうち、最も利用した確保方法(1つ選択)
15	14で選択した確保方法における看護職員の日勤帯の1時間あたりの給与
16	宿泊療養施設で勤務する看護職員に欠員がでたかどうか
17	16で欠員が出た際の対応
18	宿泊療養施設における看護職の雇用に関する意見

4 調査結果と分析

(2) ～ (18) までの質問項目ごとに、回答結果をグラフと表で提示する。記述回答は、基本原文を掲載しているが、読みやすくするため、一部原文の表現を変えている部分がある。都道府県名は、一部匿名としている。

4.1 都道府県内の宿泊療養施設に関して

新型コロナウイルス感染症第5波（2021年6月～9月）における、都道府県内の宿泊療養施設の実態に関する質問に関して、質問ごとの回答の集計結果をグラフと表で示している。

4.1.1 宿泊療養施設の総数が最も多かった時期

第5波において、各都道府県内の宿泊療養施設の総数が最も多かった時期を尋ねたところ、約5割の都道府県が、「9月」と回答し、約2割が「8月」と回答した（図4.1.1）。「その他」を選択した約3割の都道府県では、期間をまたいで同じ施設数であるという回答が多かった（表4.1.1）。

図 4.1.1 新型コロナウイルス感染症第5波（2021年6月～9月）において、都道府県内の宿泊療養施設数が最も多かった月

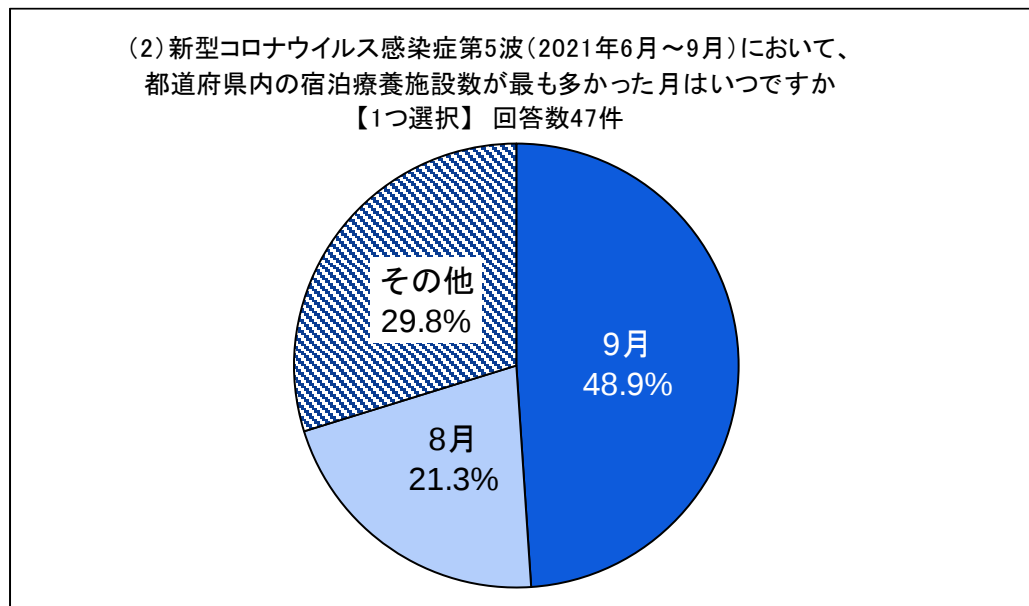


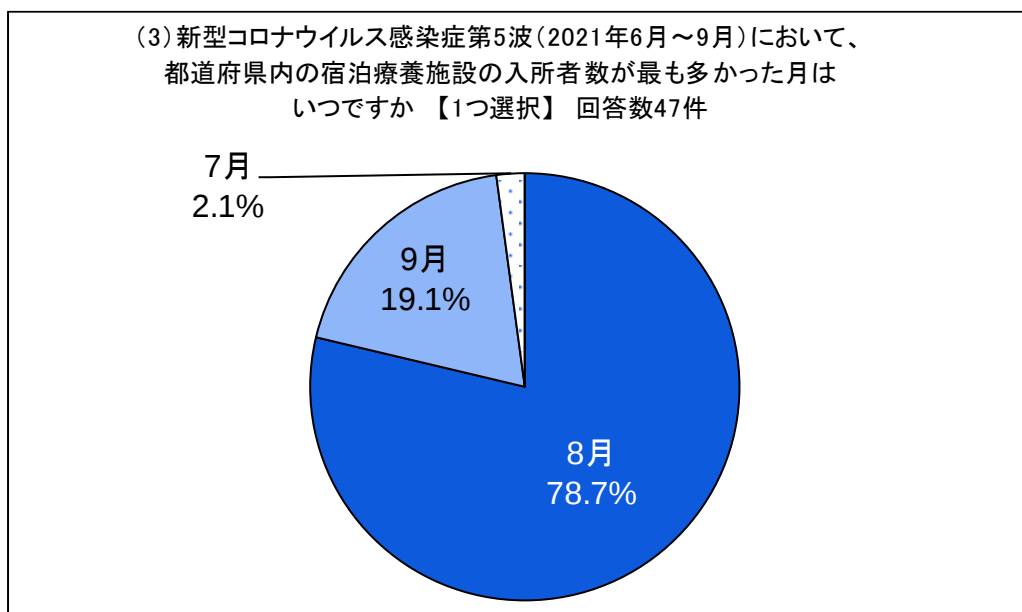
表 4.1.1 その他（記述）の一部抜粋

その他（記述）	
全ての 期間同じ 施設数	6月～9月の4か月間は、同11施設である。ただし、宿泊施設の契約期間終了に伴い、入れ替えて別施設と契約されており、部屋数の増減がある。
	全ての期間2施設
	施設数はR2.12月以降から4施設が確保されており変動していないが、R3.6月に1施設を移転し、300室確保している。
	R3.6.2以降、2棟体制で運用している
	各月とも施設数は同じである
一定期間 同じ 施設数	6月以降、最大数を確保
	8月と9月
	7月～9月
	8月と9月同数

4.1.2 宿泊療養施設の入所者数が最も多かった時期

第5波において、各都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が多かった時期を尋ねたところ、約8割の都道府県が「8月」と回答していた（図4.1.2）。

図4.1.2 新型コロナウイルス感染症第5波（2021年6月～9月）において、
都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月



4.1.3 宿泊療養施設総数と利用可能な総確保室数

各都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月における、宿泊療養施設の総数と利用可能な総確保室数を尋ねたところ、表 4.1.2、表 4.1.3 のとおりであった。

厚生労働省が公表している月ごとの宿泊療養者数（各月毎週水曜日の療養者数が公表されており、その平均値）から総確保室数の使用率を算出すると、全国平均値は、41.4%であり、最大値は福岡県の 66.0%であった。

表 4.1.2 都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月の
宿泊療養施設の総施設数と利用可能な総確保室数の最大値

都道府県	入所者数が 最も多かった月	宿泊療養 総施設数	利用可能な 総確保室数	宿泊療養者数 (注1)	総確保室の 利用率(%) (注2)
北海道	8月	11	2,385	612	25.7
青森県	8月	5	320	107	33.4
岩手県	8月	3	377	86	22.9
宮城県	8月	7	1,250	477	38.2
秋田県	8月	3	305	58	18.9
山形県	8月	2	134	48	35.4
福島県	8月	6	403	128	31.6
茨城県	8月	6	830	204	24.5
栃木県	8月	4	470	164	34.8
群馬県	8月	6	700	354	50.6
埼玉県	8月	13	1,843	604	32.7
千葉県	8月	7	1,012	420	41.5
東京都	9月	17	3,310	1,335	40.3
神奈川県	8月	11	2,428	674	27.7
新潟県	8月	4	300	54	17.8
富山県	8月	1	250	95	38.0
石川県	7月	2	560	86	15.3
福井県	8月	5	316	66	20.8
山梨県	8月	4	673	312	46.3
長野県	8月	5	523	209	40.0
岐阜県	9月	11	1,480	478	32.3
静岡県	8月	6	735	305	41.5
愛知県	9月	6	1,628	519	31.9
三重県	8月	2	259	76	29.4

注1: 宿泊療養者数は、厚生労働省が実施している「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果調査結果」より、各都道府県の入所者が最も多かった月の、毎週水曜日の宿泊療養者数から算出した平均人数。

注2: 利用率＝宿泊療養者数/利用可能な総確保室数

表 4.1.3 都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月の
宿泊療養施設の総施設数と利用可能な総確保室数の最大値

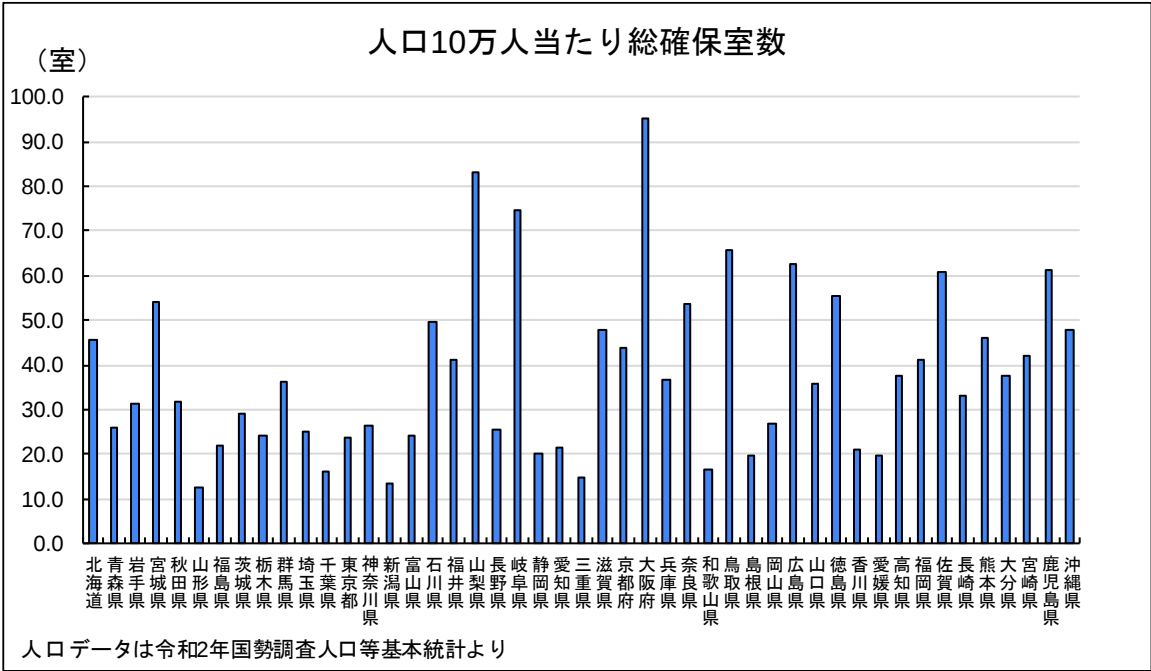
都道府県	入所者数が 最も多かった月	宿泊療養 総施設数	利用可能な 総確保室数	宿泊療養者数 (注1)	確保室数の 使用率(%) (注2)
滋賀県	8月	4	677	290	42.8
京都府	9月	3	1,126	297	26.3
大阪府	9月	31	8,408	2,389	28.4
兵庫県	9月	14	2,011	628	31.2
奈良県	8月	6	711	407	57.2
和歌山県	9月	1	151	0	0.0
鳥取県	9月	5	364	29	8.1
島根県	8月	2	133	7	5.1
岡山県	8月	3	507	255	50.3
広島県	8月	12	1,748	654	37.4
山口県	8月	4	480	93	19.4
徳島県	8月	5	400	80	20.1
香川県	8月	2	201	96	47.6
愛媛県	8月	4	263	91	34.5
高知県	8月	3	261	95	36.3
福岡県	8月	10	2,106	1,390	66.0
佐賀県	8月	4	495	217	43.7
長崎県	8月	12	433	133	30.8
熊本県	8月	5	800	287	35.9
大分県	8月	7	420	264	62.8
宮崎県	8月	5	450	129	28.6
鹿児島県	8月	8	970	246	25.3
沖縄県	9月	7	702	291	41.4

注1：宿泊療養者数は、厚生労働省が実施している「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果調査結果」より、各都道府県の入所者が最も多かった月の、毎週水曜日の宿泊療養者数から算出した平均人数。

注2：利用率＝宿泊療養者数/利用可能な総確保室数

さらに、前述のデータから人口 10 万人当たり総確保室数を算出すると、大阪府が最も多く、90 室以上であった。次いで、山梨県、岐阜県、鳥取県、広島県、佐賀県、鹿児島県の人口当たり総確保室数が多く、60 室以上となっていた。一方、東京都、神奈川県、千葉県などの感染が急拡大した地域では、人口当たり総確保室数が 30 室以下であった（図 4.1.3）。

図 4.1.3 人口 10 万人当たり総確保室数



4.1.4 宿泊療養施設における医師の配置

宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月における、各都道府県の宿泊療養施設の医師の配置について尋ねたところ、9割以上の都道府県では、医師が配置されていた。そのうち、「往診やオンライン診療」で対応したという回答が25.5%と最も多かった(図4.1.4)。さらに、回答の半数以上を占める「その他」の記述回答では、オンコールや電話診療等を組み合わせて24時間体制で対応したり、施設の役割ごとに医師の配置を変えたりしている都道府県が散見された(表4.1.4)。

図 4.1.4 宿泊療養施設における医師の配置

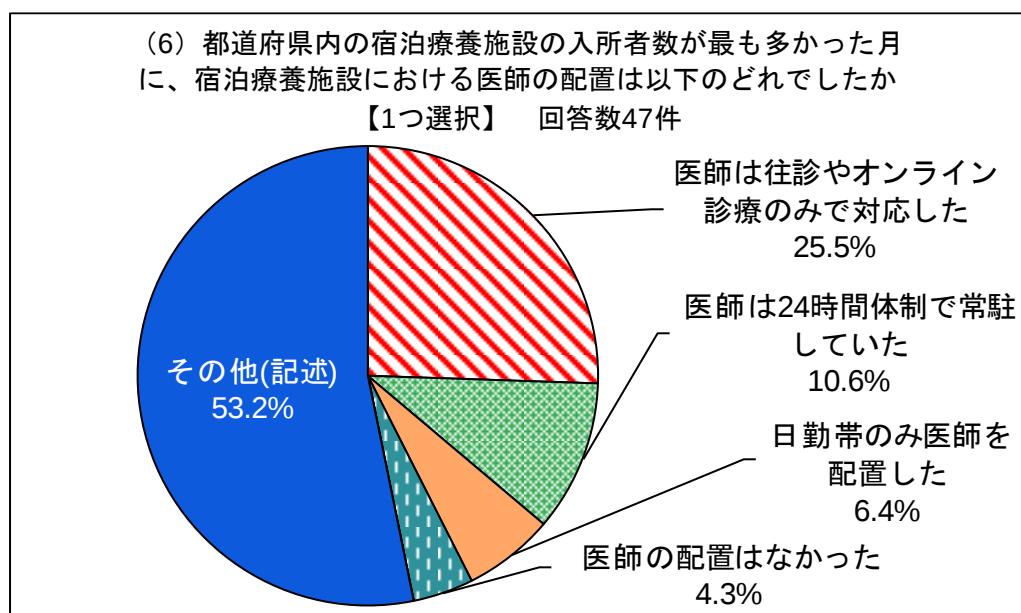


表 4.1.4 「その他（記述）」の一部抜粋

その他（記述）	
オンコールや 電話診療等で 24時間体制で 対応	日勤帯＋オンラインで24時間対応
	一日一回ホテルで状況確認、その後 24時間体制で電話対応
	オンコール(24時間)
	オンコール(24H体制)及びオンライン診療(原則午前中)
	24時間オンコール対応、緊急時の往診
	24時間オンコール体制、8:30、16:30に引き継ぎ業務
	医師は24時間体制で常駐していた(自治体の診療所からの往診という整理。昼のみ施設に、あとは電話対応)
	24時間電話でのオンコール体制や電話診療、一時期はロナプリーブ 投与の為に、3交代制で24時間常駐していた。
	オンコール体制で24時間対応
施設によって 対応を変えていた	臨時医療施設を併設していた1施設について、日勤帯のみ医師を配置 した。
	臨時の医療施設のみ日勤帯に医師を配置した。
	4施設中3施設は日勤帯に医師を常駐で配置併せて、いずれの施設も オンコールによる医師の相談体制
	保健所管内において配置・対応が異なる ①地区の重点医療機関が必要に応じて介入 ②地区の近隣の病院が常時対応 ③地区医師会が輪番でオンライン診療で対応
	宿泊療養施設を4ラインでの管理に分けた。うち2ラインの日勤帯の医 師について、地区医師会、救急委員会等の医師を配置した(夜間は看 護師のみ滞在)。 2ホテルに本部が設けられ、出務医師はそこで勤務した。施設内療養 者の健康管理を行うとともに、それ以外のホテル療養者についてリ モートによる健康管理を行った。
	医師が常駐する医療強化型と、日中の健康観察、夜間オンコール体 制をとる、2種類の宿泊療養施設があった。
	原則、午後2時～4時まで施設ごとに医師(1～3名)を配置した。また、 比較的症状が重い患者が入所する施設には、夜間(午後9時～午前7 時)に医師1名が当直した。
	施設によって運用が異なる

4.1.5 宿泊療養施設で実施していたこと

都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月に、宿泊療養施設で実施していたことについて複数回答で尋ねたところ、「看護職による健康観察」が45件と最も多かった（図 4.1.5）。「施設内での酸素投与や薬剤投与などの治療」を実施していた都道府県は、「その他」の記述回答を含めると、回答数の約半数を占めていた。少数であるが、「薬剤処方」を行っていた都道府県もあった（表 4.1.5）。

図 4.1.5 宿泊療養施設で実施していたこと

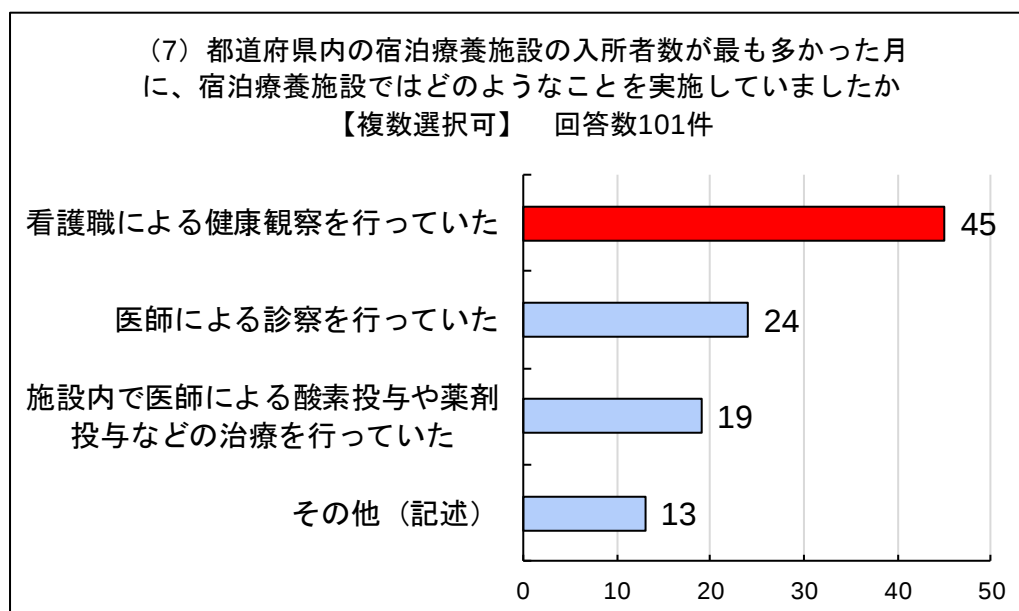


表 4.1.5 「その他（記述）」の一部抜粋

その他（記述）	
酸素投与や薬剤投与	医師：状態が変化した患者の入院の必要性、緊急性判断。酸素投与及び常備薬使用の指示。 看護師：必要時、医師の診察依頼。医療機関への搬送。酸素投与。
	オンコール及びオンライン診療により、必要な入院指示と薬剤投与を実施。
薬剤の処方	電話診療による薬剤処方
	発熱等に対しての薬剤処方を行われていた。
オンライン診療	医師による健康観察、症状に応じた処方とは直接対面ではなく、タブレット端末を用いて行っている。
	診察はオンライン対応
上記以外の回答	胸部レントゲン、血液検査
	保健所や自治体調整本部を介した外来（検査・点滴）受け入れ医療機関との調整

4.1.6 入所者（陽性者）の症状が悪化した場合の医療機関への搬送

都道府県内の宿泊療養施設に滞在している陽性者の症状が悪化した場合の医療機関への搬送に関して適切に対応できたかどうか尋ねたところ、「適切」、「ほぼ適切」と回答した都道府県が8割以上であった。一方で、8.5%の都道府県は、「あまり適切に搬送できなかった」と回答している（図 4.1.6）。

図 4.1.6 宿泊療養施設に滞在している陽性者の症状が重症化した際の医療機関への搬送

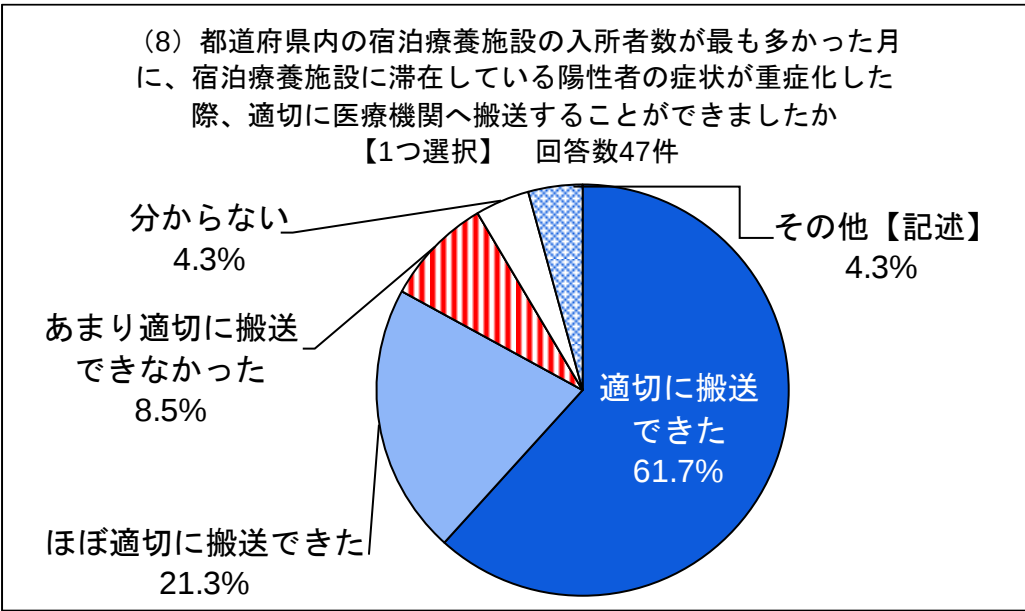


表 4.1.6 その他（記述）の一部抜粋

その他（記述）	
搬送の詳細	搬送のしくみがあっても受入れ病床がすぐには用意できない
	重症化事例なし
	（「ほぼ適切に搬送できた」を選択したうえで、）酸素が必要となった時点で、翌日までには医療機関へ搬送

さらに、宿泊療養施設で陽性者が重症化した際の搬送に関する課題を自由回答で尋ねたところ、「医療従事者不足により搬送が滞ったこと」や、「受け入れ病床の不足で搬送に時間を要した」という意見が挙げられた（表 4.1.7）。

表 4.1.7 重症化した患者の搬送に関する課題（一部抜粋）

重症化した陽性者の搬送に関する課題（自由回答）	
医療従事者不足による、搬送の滞り	重症対応医療機関のマンパワー不足で受入れが不能
	搬送患者に対し、看護師が付く関係上、入所に対する対応が手薄になった。
	移送車両と同乗する看護師、保健師の確保
	深夜帯の搬送時、受け入れしていただく医療機関の人数が少ない時間帯のため、調整が困難であった
受け入れ病床の不足による入院待機	明らかに入院が必要な際にも受け入れベッドがないため患者さんに無理な説明をしてホテルに留まってもらっていた。具体的には高熱が続いていたりかなりひどい咳が続いていたりして入院が望ましい場合でも、ベッドがなくて搬送できず、酸素飽和度の低下がなければ入院できなかった。
	宿泊療養施設入所患者で受け入れ病院への受療を求めた際に病床が逼迫している理由で受け入れ医療機関の調整が不調となるケースが散見された。保健所のトリアージに差があるため、病床逼迫時に入所が適当と思われない患者も散見し、宿泊療養施設での混乱があった。
	病床逼迫時は入院まで時間を要するケースが相次いだ。必要と判断した入所者には陽性者外来を受診し画像や血液検査によるトリアージを行ない、重症者はその場で入院となることもあったが、中等症者については宿泊療養施設で酸素投与を行い入院まで待機することとなった。
上記以外の回答	搬送が立て続けにあり、医療機関への情報提供が伝わらない場面があった。
	搬送患者に対し、看護師が付く関係上、入所に対する対応が手薄になった。

4.1.7 宿泊療養施設の開設にあたり苦勞したこと

都道府県内の宿泊療養施設の開設にあたり苦勞したことを自由回答で尋ねたところ、最も多い回答は、「医療従事者の確保」であった。その他には、「施設の開設のための関係者への説明」、「急速な感染拡大に合わせた施設開設の準備」、「宿泊療養施設での業務遂行」等が挙げられた（表 4.1.8、表 4.1.9）。

表 4.1.8 宿泊療養施設の開設にあたり苦勞したこと（一部抜粋）

宿泊療養施設の開設にあたり苦勞したこと（自由回答）	
医療従事者の確保	利用開始当初は自治体が必要とする人員の看護師が集まらず、夜勤1名で対応する日も生じたため、受入人数を抑制せざる得なくなった。なお、複数の派遣事業者に打診したが、ワクチン業務等で看護師の需要が高まっており、自治体が必要とする人員を集められる事業者はなかった。
	看護師の確保（ワクチン、オリパラ大会との時期重複）
	出務医師の確保：開業医の会員を中心に出務を依頼していたが、通常診療に加えて発熱外来やワクチン接種などもあり、出務医の確保に苦勞した。特に入所者が多い時期は出務時間が長時間となり出務医の負担が大きくなった。
施設の開設のための関係者への説明	宿泊施設の確保が困難 ①企業誘致に伴い、宿泊施設の利用者が多いこと ②近隣住民から反対があること
	自治体職員が直接開設事務に携わっており、ホテル事業者との交渉や周辺関係者への説明などに労力がかかる

表 4.1.9 宿泊療養施設の開設にあたり苦労したこと（一部抜粋）

宿泊療養施設の開設にあたり苦労したこと(自由回答)	
急速な感染拡大に合わせた施設開設の準備	開設が間に合わないほどの早さで感染が急拡大したこと
	患者の急増に合わせて開設すること
	宿泊療養施設を至急確保する必要があり、ホテルとの交渉から契約までの期間や、実際の運用開始までの期間が非常に短かったこと
	これまで以上に迅速な開設を行う必要があったこと。
	短期間での派遣医師の確保と、頻繁にある基準改定等に関する迅速な周知対応に苦労した。
	感染者急増時のスタッフの動員調整
宿泊療養施設での業務に関して	開設直後のスタッフの仕事に対してのマニュアルがあってもスムーズに進まない
	タブレットでの診療の限界：健康観察はタブレット端末を用いて行うことから、対面診療に比べて得られる情報が少なく、症状の増悪を見逃さないことに万全の注意を払う必要があった。そのために陽性者外来を行う病院に血液検査や画像検査を依頼し、入院か宿泊療養の継続を判断した。
	看護師のスキル：民間の職業紹介事業者から派遣された看護師は、年齢や経験が様々で入所者からの聞き取りや対応のスキル、出務医とのコミュニケーション力に差があった。
	看護師業務の平準化、関係機関との連携(情報共有)

4.2 宿泊療養施設に従事していた看護職の雇用に関して

宿泊療養施設の入所者数が多かった月に、都道府県内で従事していた看護職の雇用に関する質問に関して、質問ごとの回答の集計結果をグラフと表で示している。

4.2.1 看護職の雇用の管理を行っていた組織

宿泊療養施設に従事する看護職の雇用の管理を行っていた主な組織を尋ねたところ、都道府県の担当部署が約 8 割と最も多かった。次いで、都道府県看護協会、都道府県医師会という回答であった（図 4.2.1）。その他として、「看護師の派遣を委託した業者」という回答が挙げられた（表 4.2.1）。

図 4.2.1 宿泊療養施設に従事する看護職の雇用の管理
（雇用人数や処遇を具体的に把握している）を行っていた主な組織

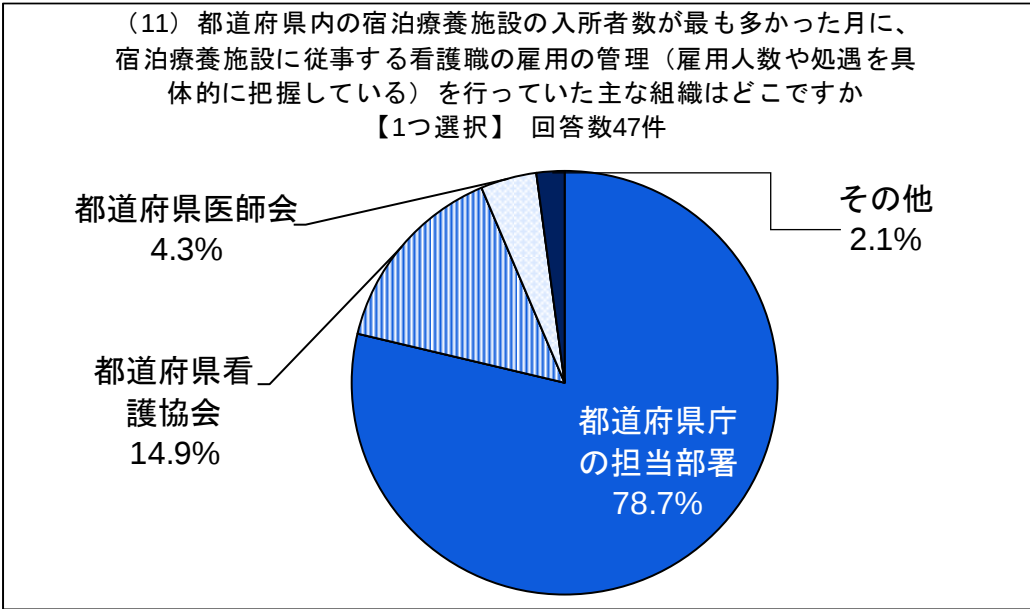


表 4.2.1 その他（記述）の一部抜粋

その他（記述）
自治体が一般競争入札を行った看護師派遣業務委託業者

4.2.2 宿泊療養施設に従事していた看護職の人数

都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月に、宿泊療養施設の看護職として一度でも勤務していた人数は、表 4.2.2、表 4.2.3 のとおりである。

表 4.2.2 都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月に、
宿泊療養施設の看護職として１度でも勤務していた人数

都道府県	入所者数が最も 多かった月	看護職員数(人)
北海道	8月	66
青森県	8月	30
岩手県	8月	24
宮城県	8月	200
秋田県	8月	9
山形県	8月	13
福島県	8月	81
茨城県	8月	120
栃木県	8月	65
群馬県	8月	100
埼玉県	8月	300
千葉県	8月	800
東京都	9月	200
神奈川県	8月	240
新潟県	8月	詳細不明
富山県	8月	5
石川県	7月	57
福井県	8月	20
山梨県	8月	164
長野県	8月	67
岐阜県	9月	1,706
静岡県	8月	90
愛知県	9月	189
三重県	8月	44

表 4.2.3 都道府県内の宿泊療養施設の入所者数が最も多かった月に、
宿泊療養施設の看護職として１度でも勤務していた人数

都道府県	入所者数が 最も多かった月	看護職員数(人)
滋賀県	8月	詳細不明
京都府	9月	250
大阪府	9月	月単位の出務者数まで情報が入手出来なかったが、 2022年1月時点で計470名 が出務している
兵庫県	9月	240
奈良県	8月	38
和歌山県	9月	15
鳥取県	9月	40
島根県	8月	40
岡山県	8月	35
広島県	8月	約300
山口県	8月	詳細不明
徳島県	8月	100
香川県	8月	77
愛媛県	8月	詳細不明
高知県	8月	詳細不明
福岡県	8月	130
佐賀県	8月	63
長崎県	8月	40
熊本県	8月	60
大分県	8月	220
宮崎県	8月	110
鹿児島県	8月	222
沖縄県	9月	84

4.2.3 看護職の確保方法

宿泊療養施設で従事していた看護職の確保方法について複数回答で尋ねたところ、最も多かった確保方法は、「都道府県看護協会（ナースセンターを含む）経由で看護職を募集した」である。次いで、「民間職業紹介事業者を利用して看護職を募集した」と「医療機関に看護職の派遣を依頼した」が、同数であった（図 4.2.2）。「その他」の回答では、すでに確保済みの看護職の勤務回数や勤務時間を調整するなどして対応した自治体もあった（表 4.2.4）。

図 4.2.2 宿泊療養施設の看護職の確保方法

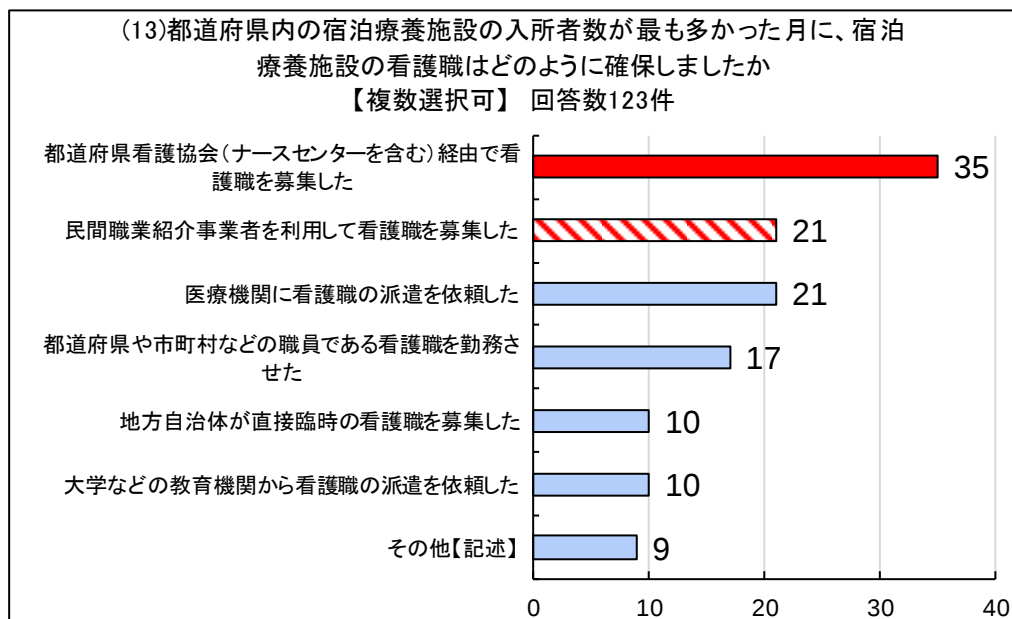


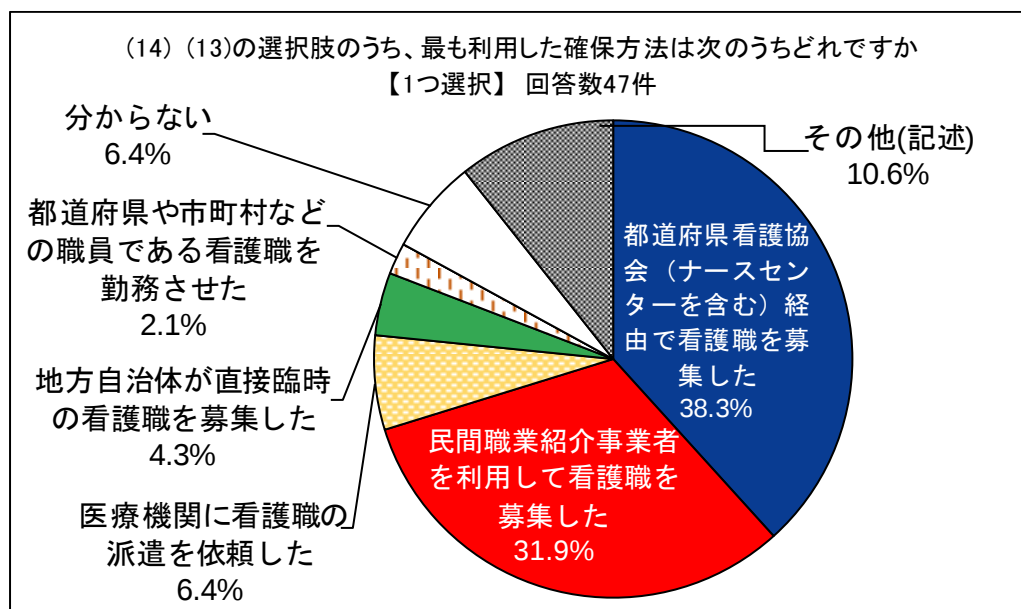
表 4.2.4 その他（記述）の一部抜粋

その他(記述)
既に確保済の看護師の勤務回数を増加及び勤務時間調整等で対応

4.2.4 最も利用した看護職の確保方法

(13) で選択した確保方法のうち、最も利用した確保方法を尋ねたところ、「都道府県看護協会（ナースセンターを含む）経由で看護職を募集した」が 38.3%と最も多く、次いで「民間職業紹介事業者を利用して看護職を募集した」が 31.9%と 2 番目に多かった（図 4.2.3）。

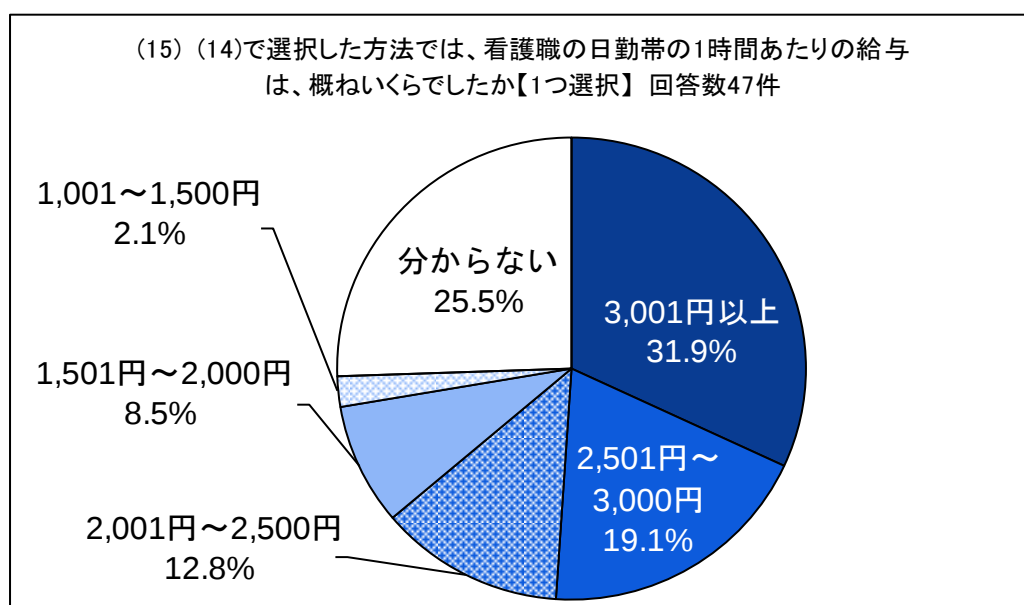
図 4.2.3 最も利用した看護職員の確保方法



4.2.5 看護職の給与

(14) で選択した確保方法の看護職の日勤帯の1時間あたりの給与を尋ねたところ、最も多かったのが「3,001 円以上」という回答で 31.9%であった(図 4.2.4)。

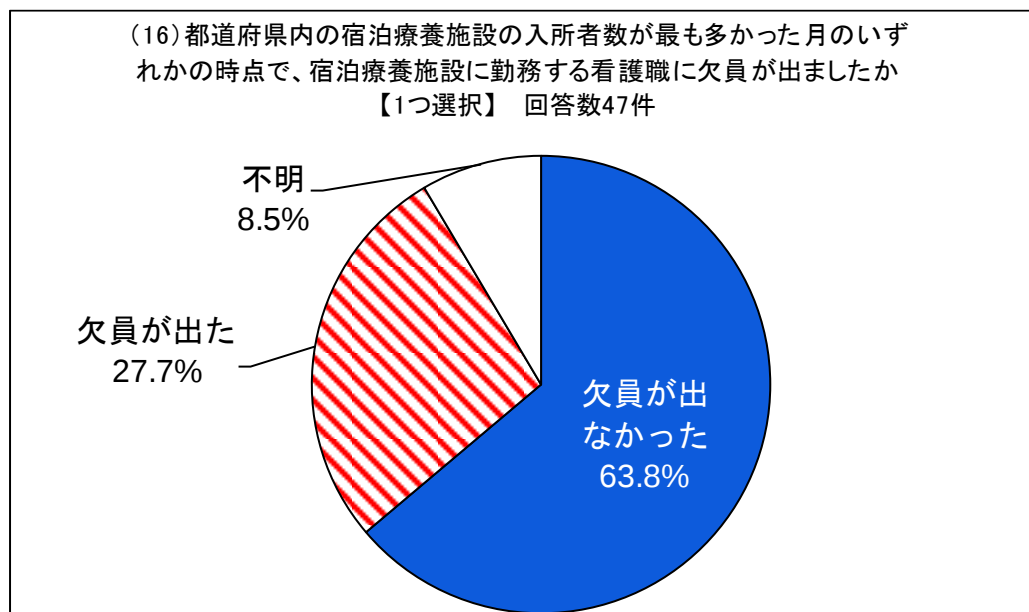
図 4.2.4 最も利用した看護職員の確保方法での看護職の日勤帯の1時間あたりの給与



4.2.6 看護職の欠員の有無とその対応

宿泊療養施設の入所者数が最も多かった時期に、施設に従事していた看護職に欠員が出たかどうか尋ねたところ、「出た」が27.7%、「出なかった」が63.8%であった（図 4.2.5）。

図 4.2.5 宿泊療養施設に勤務する看護職に欠員が出たかどうか



さらに、宿泊療養施設に従事する看護職に欠員が出た場合の対応を複数選択で尋ねたところ、「その他」を除く 4 つの選択肢が、同程度の回答数を得ていた（図 4.2.6）。「その他」では、看護系の大学へ看護職の派遣を依頼したという回答が挙げられた（表 4.2.5）。

図 4.2.6 看護職に欠員が出た場合の対応

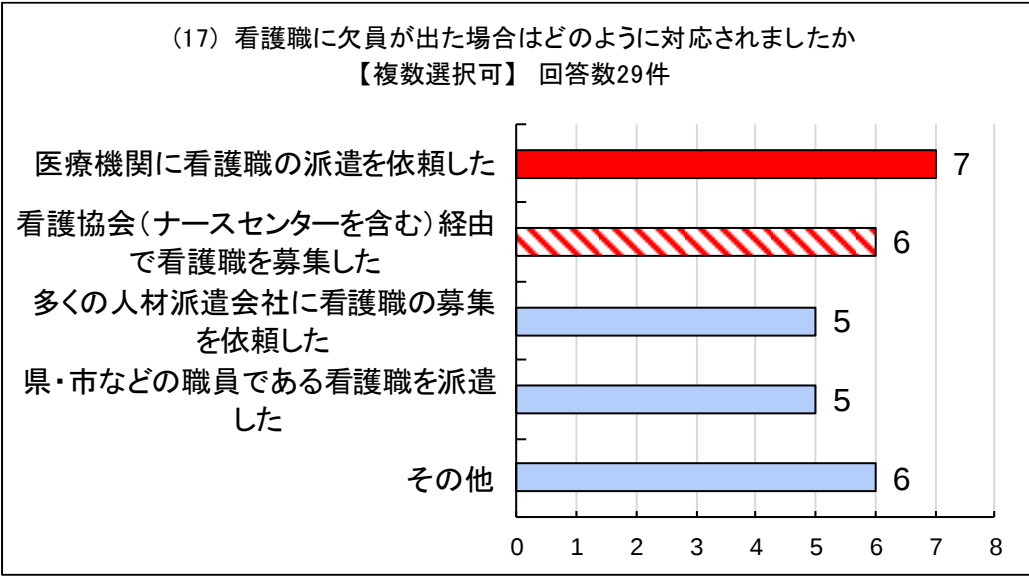


表 4.2.5 その他（記述）の一部抜粋

その他(記述)	
教育機関へ募集を依頼	看護大学の教員などに個別に依頼
	看護系大学への依頼
募集定員を増員	看護職の派遣を依頼している派遣事業者を増員を依頼した。
	自治体が一般競争入札を行った看護師派遣業務委託業者に補充を依頼した
上記以外	職業紹介事業者に直前まで探してもらった

4.2.7 宿泊療養施設における看護職の雇用に関する意見

宿泊療養施設における看護職員の雇用に関して自由回答で意見を募ったところ、表 4.2.6 のとおり、「看護職のスキル」、「看護職の雇用管理」、「看護職の確保」に関する様々な課題が寄せられた。

表 4.2.6 宿泊療養施設における看護職の雇用に関する意見（一部抜粋）

宿泊療養施設における看護職の雇用に関する意見（自由回答）	
看護職のスキル	宿泊担当の看護師については、自治体側あるいは看護協会からの直接派遣がままならず、派遣会社に委託する形となった。しかし、そのスキルや姿勢等に落差があり、また、指揮命令系統が違うため、医師との意思疎通においても均質で的確な対応とならず、また、看護師間の信頼関係も希薄で、様々な苦情や要望が医師・医師会側に寄せられる事態もあった。
	リモートでの健康観察や緊急時の対応スキルが必要である。看護職が協働して業務を推進できるチームを構成することが重要。
	ナースセンターや民間の紹介事業者からの人材確保に頼ることになるが、感染防止対策等の基本的トレーニングの確保が必要。
看護職の雇用管理	宿泊療養施設が開設された当初、看護師の確保と継続した支援が難しく、苦渋の決断として、本会雇用の選択を行った。感染拡大に伴い、支払や契約等の事務的負担が増大し、かなり苦しかった。行政との予算交渉についても、行政内部の混乱もあってか時間を要した。
	自治体は、JAMATスキームを用いて、医師・看護師を派遣している。災害対応と同様の扱いとなっており、長期的な派遣に伴い、雇用等の問題が生じている。
	感染者数に応じて宿泊療養施設の運用数、看護職員の必要人数が大きく増減するため、止むを得ないこととはいえ、雇用の管理が非常に困難である。
看護職の確保	ワクチン接種など、看護職の需要増により、人員確保が難しかった。
	これまで何度も看護総括の人材確保について、看護協会にて人選いただいたが、急拡大時には複数箇所開所のためほぼ同時期の確保が難航した。急遽、看護師スタッフから人選し対応した。

5 まとめと考察

5.1 宿泊療養施設の実態に関して

5.1.1 宿泊療養施設の需要と供給

第 5 波では、宿泊療養施設の需要と供給のピークの時期がマッチしていない都道府県があった。第 5 波において宿泊療養施設が最も多かった時期は、「8 月」であるという回答が約 2 割であり、「9 月」であるという回答が約 5 割であった。一方で、入所者数のピークは「8 月」であるという回答が約 8 割であった。施設数と入所者数の両者のピークの時期が異なっている都道府県では、宿泊療養施設の開設が感染拡大に間に合わなかったと推察される。第 5 波の 8 月には、受け入れ医療機関の病床がひっ迫し、政府が重症患者や重症化リスクの特に高い患者以外は自宅での療養を原則とする方針を発表⁹するほど感染が急拡大していた。よって、新規陽性者数のピーク時であり、宿泊療養施設の需要が高かったと考えられる 8 月には、宿泊療養が必要な陽性者が自宅療養せざるをえない状況にあった可能性がある。

5.1.2 宿泊療養施設のキャパシティと稼働率

第 5 波では、第 4 波以前の流行波よりも全都道府県が宿泊療養施設を増設したが、宿泊療養者数に対する受入可能室数の割合が全国平均で 50%を超えることはなく、施設の稼働率はそこまで高くなかった。これは、部屋の清掃に時間を要することや、宿泊療養施設への入所の手続きが滞ったこと、従事する看護職員不足などが要因としてあげられる。よって、本調査で回答していただいた確保室数のうち、実際利用できた確保室数はさらに少なかったと考えられる。実際に日本医師会が大都市圏の都道府県医師会に対して実施したヒアリング調査では、ある自治体の第 5 波での確保室数の稼働率は 60%程度であったと回答している。

⁹ 首相官邸 HP（令和 3 年 8 月 2 日）「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制に関する関係閣僚会議」

5.1.3 宿泊療養施設における医療体制

宿泊療養施設での医師の配置では、医師が 24 時間常駐している都道府県は 10.6%と比較的少なかったが、様々な工夫を凝らして医療体制を確保していた都道府県が散見された。「その他」と回答した約 5 割の都道府県は、オンライン診療等と電話・オンライン診療等を組み合わせて 24 時間体制で対応していたり、都道府県内の一部の宿泊療養施設の医療機能を強化させたりしていた。

さらに第 5 波では、宿泊療養施設で実施できた治療（医療行為）の内容は、第 4 波以前よりも充実していた。20 の都道府県では、施設内で薬剤投与や酸素投与等の治療を実施していたと回答した。第 5 波では、受け入れ医療機関の病床ひっ迫により、本来入院対象であった陽性者が宿泊療養施設で療養または待機する必要があったためである。

5.1.4 重症化した患者の搬送

宿泊療養中に症状が悪化した患者の搬送に関しては、8 割以上の都道府県が「適切に搬送できた」、「ほぼ適切に搬送できた」と回答しており、比較的多くの都道府県は、宿泊療養施設での重症化した陽性者の対応に関して、肯定的な評価を行っていた。一方で、受け入れ医療機関の病床のひっ迫によって搬送が困難であったとして、8.5%の都道府県は「あまり適切に搬送できなかった」と回答した。これらの都道府県は、「入院が必要な病態であるが、入院できる病床がなかった」、「重症者は比較的すぐに入院できたが、中等症者は待機する必要があった」、「保健所のトリアージに差があり、病床ひっ迫時に入院が適当でない患者が入院していた」などの課題を挙げており、宿泊療養施設の体制以外に、受け入れ医療機関の病床の確保がいかに重要であったかがうかがえる。

5.1.5 第5波における宿泊療養施設開設の課題

第5波における宿泊療養施設開設では、急速に拡大する感染に合わせていかに早く多くの宿泊療養施設を開設できるか、という点で様々な課題が発生していた。例えば、第5波では、ワクチン接種の推進、PCR検査体制の強化、自宅療養者への往診等で医療従事者が不足しているなかで、宿泊療養施設の医療従事者の確保に苦労したという意見が散見された。また、宿泊療養施設開設の際に、近隣住民やホテル事業者への説明に時間を要したという意見も挙げられた。

5.2 看護職の雇用

5.2.1 看護職の雇用の実態

宿泊療養施設で従事していた看護職の雇用に関しては、78.7%の都道府県では都道府県庁の担当部署が雇用の管理を行い、7割以上の都道府県が都道府県看護協会（ナースセンターを含む）と民間職業紹介事業所を介して看護職を募集していた。

看護職の給与に関して、半数以上の都道府県では看護職の日勤帯の1時間あたりの給与額が、2,501円以上であった。特に、緊急事態宣言の発出やまん延防止等重点措置の適用が実施されていた都道府県は、より高額な給与を選択しており、感染状況が給与額に影響を与えていた。さらに44.7%の都道府県では、宿泊療養施設の看護職の時給額が、各都道府県の看護師の平均時給額¹⁰を上回っていた。これらの都道府県では、受け入れ医療機関で従事する看護職よりも、宿泊療養施設で従事する看護職の方が、より高い給与を得ていた可能性がある。各都道府県では、政府から交付される「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）¹¹」により医療機関に従事する看護

¹⁰ 令和3年賃金構造基本統計調査の「都道府県、職種（特掲）、性別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額（産業計）」のデータを用いて、令和3年6月分（賞与、期末手当等特別給与額については令和2年1月から令和2年12月までの1年間）の各都道府県における看護師の月給から時給を算出している。算出した平均時給額は、年間賞与その他特別給与額や超過労働給与額（時間外勤務手当、深夜勤務手当等）を含む。

¹¹ 2021年4月1日 厚生労働省発医政0401第4号「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の交付について」<https://www.mhlw.go.jp/content/000764829.pdf>

職への追加的な金銭的支援を実施したり、都道府県や医療機関ごとに独自の特別手当を支給したりしていたケースがあるが、自治体や医療機関によって、給付回数や金額は様々である。よって、宿泊療養施設に勤務する看護職と医療機関に勤務する看護職の給与格差が生じていた可能性がある。

宿泊療養施設の入所者が最も多かった月に一度でも従事していた看護職の人数は、おおむね宿泊療養施設数に比例していた。ただ、看護職員の勤務形態（勤務時間、宿泊療養施設に配置される看護職の人数）は都道府県ごとに違いがあるため、必ずしも宿泊療養施設が多い都道府県で看護職員が多かったとは言い切れない。例えば、看護職に欠員が出た際に、新たに募集をかけた都道府県もあれば、一度確保していた看護職のシフトを調整していた場合もあった。加えて、本調査での看護職の雇用人数は、都道府県によってカウント方法に違いがあるため、厳密な従事者数ではない可能性がある。

5.2.2 看護職の雇用の課題

アンケート調査の結果から、看護職の雇用の課題として、次の3つが挙げられる。1つ目は、宿泊療養施設で従事可能な看護職を効率的に確保することである。第5波では様々な業務において看護職の需要が高かったため、確保自体が困難であった。さらに、応募者（看護職）の傾向として、宿泊療養施設での勤務は感染のリスクが高く、長時間労働のために応募が少なく、一方で比較的感染リスクが少なく、短時間勤務で、業務量が比較的少ないワクチン接種業務の方に応募が集中していた可能性も考えられる。よって、宿泊療養施設が必要となった際にすぐに看護職を派遣できるよう、あらかじめ派遣可能な看護職を確保しておくことや、宿泊療養施設に従事する看護職の手当を手厚くするなどして、確保しやすい体制を整えておくことが重要である。

2つ目は、一定水準のスキルをもった看護職を確保することである。施設に従事する看護職には、就労中の看護職と休職中の看護職がおり、民間職業紹介事業者や都道府県看護協会（ナースセンターを含む）を介して募集した場合には、休職中の看護職が多く含まれる。本調査の結果、約7割の都道府県は、主に上記2つの方法で看護職を募集していたが、特に民間職業紹介事

業者が募集した看護職は、選定方法や選定基準が募集を行う事業者によって異なり、職歴やスキルが様々であった。そのため、実務の際に看護職同士や看護職と医師との連携がうまくできないことや、入所者への対応が均質でないなど、看護職の資質の差によって業務に支障が生じていたことが課題として挙げられていた。さらに、厚生労働省が実施した、2020年に宿泊療養施設に従事していた看護職の雇用とマネジメントに関する調査においても、看護職のスキルに関して、「募集方法により集められる看護職の特性に違いがあり、民間の職業紹介事業者等を通じて集めた場合は若い看護職が中心であり、マネジメント能力を有する看護職の確保が難しい」という結果が報告されている¹²。民間職業紹介事業者から派遣された看護職に感染症への基本的な知識を身に着つける研修を実施する、募集要件を見直す、などして一定の質を担保する必要がある。

3 つ目は、看護職の雇用管理の効率よく実施できる体制を構築することである。1 つ目の課題である「看護職の確保」と関連する課題であり、他の流行波に関しても共通することであるが、施設で必要な看護職の人数は、感染者数に応じて増減するため、その都度柔軟に確保しなければならず、それに伴う事務的負担が発生する。さらに、看護職の雇用期間は基本的に短期であるため、期間を過ぎれば新たに看護職を確保するか再度雇用の手続きをする必要があり、管理の手間がかかる。

5.3 今後の宿泊療養施設の役割

今後の宿泊療養施設は、新型コロナウイルス感染症下での医療提供体制としてどのような機能を担うべきか改めて規定する必要がある。第5波以降、感染者数が急増した状況において、宿泊療養施設は、膨大な数の無症状者及び軽症者を受け入れることができなかった。2022年1月に発生した第6波では、自宅療養を希望する陽性者が増え、宿泊療養施設が活用されていないケースも散見された。療養者を支援する医療従事者や医療資源に限りがある中で、「自宅療養」と「宿泊療養」をどのようにすみわけするのか、それぞれのメリット、

¹² 武村雪絵（2020）「令和2年度厚生労働省行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）Ⅱ．分担研究報告書 Ⅱ-2. 宿泊療養施設調査」

デメリットを整理し、今後の感染症対策においてどのように活用していくのか、再度検討する必要があると考える。

6 謝辞

本調査の実施にあたり、47 都道府県医師会をはじめ、各都道府県庁の新型コロナウイルス感染症対策をご担当されている方々に、宿泊療養施設に関してご教示をいただきました。

本調査にご協力いただいたすべての皆様に、ここに深く感謝申し上げます。

7 参考文献

- 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（平成 10 年法律第 114 号）
- 厚生労働省（2021）「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設の確保・運営マニュアル」<https://www.mhlw.go.jp/content/000740154.pdf>
- 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症（変異株）への対応」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000864207.pdf>
- 厚生労働省（2021）「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等の改正について（新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律関係）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000733827.pdf>
- 厚生労働省（2021）「令和 3 年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の交付について」<https://www.mhlw.go.jp/content/000764829.pdf>
- 厚生労働省（2021）「令和 3 年賃金構造基本統計調査」
- 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部（2021）「現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000817011.pdf>
- 厚生労働省（2021）第 55 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード配布資料 2-1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000843169.pdf>
- 厚生労働省（2021）第 55 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード配布資料 2-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000843170.pdf>
- 厚生労働省（2021）新型コロナウイルス感染症対策本部第 79 回（2021 年 10 月 15 日開催）資料
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/sidai_r031015.pdf
- 厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」（2022 年 4 月 21 日閲覧）<https://covid19.mhlw.go.jp/>
- 首相官邸 HP（2021）「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制に関する関係閣僚会議」https://www.kantei.go.jp/jp/99_suga/actions/202108/02kaigi.html
- 全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略ワーキングチーム（2021）「新型コロナウイルス感染症『第 5 波』検証等結果報告書」
http://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/2/20211121_siryou1-2_houkoku.pdf
- 武村雪絵（2020）「令和 2 年度厚生労働省行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）Ⅱ．分担研究報告書 Ⅱ-2. 宿泊療養施設調査」https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202006027A-buntan2_1.pdf