

## 草場構成員意見書目次

- ① プライマリ・ケア、つまりかかりつけ医など地域医療について  
p. 2～9
- ② 急性期医療及び医療機関の連携体制について p.10～12
- ③ 感染症対応における国、都道府県、市町村、保健所のあり方について p.13～15

## 新型コロナウイルス感染症への日本の対応の検証

### ① プライマリ・ケア、つまりかかりつけ医など地域医療について

日本プライマリ・ケア連合学会 草場鉄周

コロナ禍に対峙してきた日本の様々な社会システムを振り返る際に、緊急時対応の法制度のあり方、新興感染症に対する防疫のあり方など、分野は多岐にわたるが、その一つに医療提供体制の問題がある。その中でも、私が専門とするプライマリ・ケア、総合診療に関して包括的な意見を表明する。

#### 1. コロナ禍に対峙した日本のプライマリ・ケア

コロナ感染患者の中で中等症から重症の患者については急性期病院での ICU 管理も含む集約的治療が不可欠である。ここには呼吸器科専門医、感染症専門医、救急専門医はもちろん、病院で活躍する総合診療医も入院医療に大きな役割を果たした。広義のプライマリ・ケアとしてはそこについても論じるべきだが、ここでは論旨を明確にするためにあえて無症状、軽症、中等症の一部の患者へ対応した医療のあり方に限定する。

20 年春の感染第 1 波ではウイルスに対する情報も少なく、感染疑いの者は全て感染症対応病院を受診し、PCR 検査にて診断を行い、陽性者は症状の有無にかかわらず全て入院対応となった。しかし、第 2 波により感染者数が拡大する中で、地域の拠点病院は主に救急対応と入院診療にその資源の多くを投入せざるを得ない状況となり、咳や咽頭痛、発熱などの症状を訴える患者の診療をプライマリ・ケアが担う必要が出てきた。しかし、この時、そうした症状を訴える患者の診療を断る医療機関も少なくなかった。

また、持病で定期受診が必要な患者が医療機関訪問による感染の危険に不安を感じ受診控えするケースも増えてきた。その際に、オンライン診療を行う医療機関は非常に少なく、ほとんどが何とか電話での簡易的な診療対応を行うのが精一杯であった。

そして、20 年末の第 3 波から 21 年の春そして夏から秋にかけての第 4 波、第 5 波においては、感染が確定したが軽症・無症状の患者はホテルなどの療養施設に収容されるだけでなく、自宅で待機するケースも徐々に増えていった。療養施設には看護師の配置があるが、自宅では保健所からの電話での安否確認のみ行われる。症状が悪化しないか注意深くモニタリングし、必要であれば入院要請を速やかに行うわけだが、保健所の逼迫もあり自宅で死亡するケースが相次いだ。当初は、こうした患者のケアに対してプライマリ・ケアが役割を果たすことはほとんどなかったが、第 5 波では地域で在宅医療に従事する一部の献身的な医療者がリスクを冒して往診や電話診療に取り組んだことは記憶に新しい。

更に、第 1～3 波では多くの地域で医療機関や介護施設でのクラスター感染が発生したが、多くの小規模の介護施設や高齢者住宅には配置医師はいない。そのため、感染者が発生

すると施設は途方に暮れ行政に助けを求める。施設入居者の健康状態を把握し、入院も含めた判断を行うためには医師の診療が必要だが、そこにプライマリ・ケアが関わることも非常に少なかった。

このように、重症・中等症患者の入院診療という専門的な医療が必要なフェーズの前後の患者ケアでプライマリ・ケアが貢献できるチャンスはあったが、そのほとんどで日本のプライマリ・ケアは十分に機能を発揮したとは言えなかった。

その結果、何が起きたかを考えてみたい。発熱、咳、咽頭痛などの症状をかかえた患者が普段からかかっている医療機関の診療に応じてもらえず困惑し不安を感じ、直接地域の総合病院を受診、あるいは保健所・自治体に相談するケースが相次いだ。感染者が急増する中、総合病院や保健所はこうした患者の対応に追われ、本来取り組むべき重症患者の診療や感染経路の追跡などに力を避けず、機能不全に陥ることにつながった。すでにふれたが、コロナ陽性だが自宅待機する患者のフォローアップも脆弱となり、自宅で死亡するケースも相次いだ。また、クラスターが発生した施設での診療に医師・看護師の確保が困難な状況で、施設で高齢者が孤独に亡くなるケースも続発した。最後に、急性期の治療を終えた患者を訪問診療などで受け入れる体制が不十分だったことも、結果的に患者の入院を長引かせることにつながり、必要なベッドが空かず、医療に逼迫を加速化させることになった。

## 2. コロナ禍で露呈した日本のプライマリ・ケアの脆弱性

では、こうしたプライマリ・ケアの限界は、個々の医療者や医療機関のエゴや不作為だったのか？ 私はそうではなく構造的な問題であったと考える。直接知る医療従事者の働きぶり、あるいは様々な関係者の情報からも、多くの医療従事者や医療機関は不安の中で可能な範囲で懸命に努力してきた。それぞれの倫理観も高く、生真面目さもあった。

しかし、日本が戦後75年間構築してきた医療システムの範疇ではこれが限界だったのである。日本の一般的な診療所は施設が小規模で感染防御のためのゆとりのあるスペースを確保できず、院内で患者同士あるいは患者から医師・看護師へと感染する危険が高かった。また、開業医の多くは一人診療体制で、かつ一般医師に比べ年齢層が高く、重症化のリスクをより切実に感じた。また、オンライン診療の普及はほとんど無く、政府が推進する在宅医療の普及もまだ限定的であった。

そして、SARS、MERSなどの新興感染症がかつて流行したにも関わらず、日本に危険なウイルスが持ち込まれた際の備えは不十分であった。実際、感染症は公衆衛生の立場から保健所が管理するという、戦後の伝染病対策のスタイルが70年を経て変わることもなく、プライマリ・ケアが行政や保健所と連携しながら感染予防や感染者の診療に取り組むという枠組みも未整備であった。つまり、医療と公衆衛生の間のギャップの大きさが明らかになった。

最後に決定的だったのは、国民にはフリーアクセスで医療機関を受診する自由がある一方で、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがな

く、コロナ禍など有事の際には住民が健康リスクを自分で取らざるを得ない事実であった。症状があっても外来受診を拒否され、自宅で感染して療養していても往診してもらえない現実は残酷なまでに<フリーアクセス>の裏に隠れたリスクを国民に感じさせた。これは、ワクチン接種の際に「かかりつけ医での個別接種」が推奨されたが、住民の考える「かかりつけ医」と医療者の想定する「かかりつけ医」のずれがあって、接種ができず途方に暮れる市民が存在した問題とも通じる。また、平時で考えると、かかりつけ医といっても夜間や休日に状態が悪化すると多くの場合は連絡が取れず、直接救急医療を利用せざるを得ない現実もここにつながる。

以上まとめると、日本のプライマリ・ケアは平日の日中で状態の比較的安定した患者に対して効率良く医療を提供するシステムとしては十分機能しているが、そこから外れた患者については患者の自己責任と急性期医療機関の献身的な貢献に大きく依存しており、パンデミックで求められたオンライン診療や在宅医療の機能も十分に整備されていなかった。また、法定感染症患者の診療にプライマリ・ケア医療機関が組織的に関わる仕組みもなく、平時の備えがない中で感染症患者の検査や訪問診療を依頼されても対応は難しかった。日本医師会長からの会員への依頼、また政府や自治体からの医療機関への要請を繰り返しても遅遅として体制が整備されなかったのはこうした根本的な理由があったのである。

### 3. 日本のかかりつけ医の構造的な問題

ここで、コロナ禍以前から政府や日本医師会が普及を図ってきた「かかりつけ医」がいたにも関わらず、なぜこのような事態に至ったのかを考える。日本医師会によるかかりつけ医の定義は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。これを読む限り、「何でも相談できる」にもかかわらず、今回のような不十分な対応になった理由は分かりにくい。この定義で欠けているのは「何でも相談できる」という表現の中に具体的にどのような症状や疾患、更には健康課題に対応できるかが明示されていないことである。

その背景として、日本のかかりつけ医の大半を占める開業医の一般的なキャリアが、ある臓器の専門医として大学や市中病院で研鑽を積んだ後に、研修や認証制度を経ずに自己判断での【開業】という形でプライマリ・ケア診療に取り組む流れにある事実が重要である。開業後に日本医師会の生涯教育制度などで学ぶべき領域の提示はされているが、そこには強制力は無く、個々の医師の意欲と努力によって研鑽を積む方向には多様性が生まれ、結果として診療内容を標準化することができていない。それゆえ、かかりつけ医の【かかりつけ機能】を具体的な症状や疾患に対応する能力で定義することはできない。それゆえ、コロナ禍において、かかりつけ医による対応の違いが全国で見られ、国民やメディアは強い違和感を覚えることとなった。繰り返すが、これは個々の開業医の不作為や無

責任といった問題では決して無く、そうした標準化を行わないことを前提とした医療提供体制を許容してきた【医療制度】の問題である。

現在のかかりつけ医のあり方を許容しプライマリ・ケアをあえて制度化しない現状を維持する限り、今後、幾度パンデミックが到来しても、日本のプライマリ・ケアはそのたびに対応する医療機関、対応しない（できない）医療機関が混在し、組織化された迅速な行動を展開することはできないだろう。そのつけを払い、健康リスクを背負うのはいつも国民である。

#### 4. コロナ禍を経て目指すべき日本のプライマリ・ケアのあり方

ここからは上記の論考を踏まえて、目指すべき日本のプライマリ・ケアのあり方を考えたい。

最も重要なのは、プライマリ・ケアで提供できる健康問題を明確に定義して診療の質を公的に保証することである。そこには、平時から健康増進や予防医療を提供すること、訪問診療や往診を提供すること、オンライン診療を提供すること、地域の病院、診療所、介護施設、介護サービス、訪問看護、薬局などと連携して地域包括ケアを提供することも含まれる。もちろん有事の際には、保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、全ての国民に対して臨機応変に必要な診療を提供する。更に、これを、志の高い一部の医療者の献身的な貢献で達成するのではなく、日本全国あらゆる地域で標準的に提供できることが重要である。

そして、それを前提として国民は日常的に良くある健康問題をプライマリ・ケアで解決することにして、そこで対応が難しい場合に適切な専門医療をスムーズに受けることができることとする。つまり、患者の幅広い健康問題に対応する責任を医療機関に持たせると同時に、国民も医療機関を適切に利用する義務を持つという双務的な関係性を構築する。フリーアクセスの仕組みが一見失われるように見えるが、プライマリ・ケアを制度化することにより、全ての国民は平時でも有事でも必要な医療を確実に受けることができるという意味では、医療の質・量は共に一層高まるだろう。都市部や郡部などの医療資源の偏在の問題に資することも言うまでもない

#### 5. かかりつけ総合医制度

ここからプライマリ・ケアの制度化の具体的な仕組みを「かかりつけ総合医制度」として概説していく。

##### ① かかりつけ総合医の選択と登録

かかりつけ総合医制度では、国民は平時より自分自身の健康管理に対応する〈かかりつけ総合医〉を自由に選択し登録する。そして、かかりつけ総合医を受診することで、風邪や頭痛、高血圧、糖尿病などよくあるほとんどの健康問題についての診療を受けると共に、健康診断や予防接種などの予防医療、更には改善すべき生活習慣に関

するアドバイスなどの健康増進の支援も受けられる。また、年単位の医師・患者関係を通じて、自ずと信頼関係も深まり、生活や仕事、家族状況、健康観を踏まえた安心と納得の医療も受けやすくなる。もちろん、問題を感じた際にかかりつけ総合医を変更することはいつでも可能である。更に、選択に資するような情報を第三者となる公的な機関が提供することも欠かせないだろう。

本来、かかりつけ総合医は循環器や脳神経外科などと同様に一定のトレーニングと認証試験で能力を認められた専門医が担う必要があり、欧米では当然のこととなっている。しかし、日本では総合診療を担う専門医の養成が非常に遅れており、日本専門医機構では2018年に養成を開始し2021年によく200名弱の総合診療専門医が世に送り出される。私が代表を務める日本プライマリ・ケア連合学会は20年以上前からプライマリ・ケアの専門医である家庭医療専門医の養成を手がけてきたが、その数も通算で1100名程度である。これらの専門医ももちろんかかりつけ総合医を担うが、まずは現在診療所や病院で活躍する開業医や勤務医を公的な研修と認証制度を通じて「かかりつけ医総合医」として位置付けることが現実的であろう。各地に少なからず存在する総合診療領域の専門医は、このかかりつけ医総合医と連携しながら面でプライマリ・ケア機能を強化することが期待される。10年、あるいは20年後には諸外国と同様に日本でも総合診療領域の専門医がプライマリ・ケアの中核を担っていることを期待したい。

## ② 登録住民に対する医療機関の果たす役割

この制度により、医療機関は自施設に登録した住民をリストで把握することができる。登録住民に対しては健康に役立つ情報を定期的に送付したり、健康診断の受診を呼びかけたり、放置している健康問題があればアラートを鳴らすことも可能となる。更に、コロナ禍のようなパンデミック、あるいは地震・洪水などの自然災害といった有事の際には、このリストを踏まえて医療機関側から健康状態を確認し支援することも可能となる。ここで、パンデミックを念頭に具体的な活動を例示する。

パンデミックの中、かかりつけ総合医はマスク使用、3密抑制などウイルスの蔓延を抑制するための行動変容を登録患者にしっかり周知する。それでも感染は避けられず、咳、咽頭痛、発熱などを発症した市民は、かかりつけ総合医によって例外なく外来あるいはオンライン診療の提供を受け、必要ならばそこでPCR検査などを実施される。もし患者が感染して自宅療養や宿泊施設での療養になった場合は、引き続きかかりつけ総合医によるオンライン診療や訪問診療を受けられる。保健所はかかりつけ総合医との連携を密にして、感染の拡大傾向を面で把握し、必要な医療資源をかかりつけ総合医に分配する司令塔の役割を果たす。もちろん、患者の症状が悪化すればかかりつけ医総合医から急性期病院に速やかに紹介される。これによって、全ての感染者を直接管理することで忙殺された保健所の過剰な負担は軽減され、急性期病院に直接殺到

する患者の流れを抑制することで病院も中等症から重症患者の入院診療に専念することが可能となる。今までのようにリスクを背負った住民自身が、行政と医療機関の狭間で必死に生きのびようともがく苛酷な状況は過去のものとなる。

### ③ かかりつけ総合医から専門医療への橋渡し

かかりつけ総合医が診断・治療を一貫して提供できるのは健康問題のおよそ 90% である。残りの 10% の健康問題は循環器内科、脳神経外科などの専門医療が必要となる。その見極めをかかりつけ総合医が適切に行った後、適切な医療機関の診療科に速やかに紹介される。そこで必要な基本的な患者情報は事前にかかりつけ総合医からインターネットなどでスムーズに提供され、最小限の検査で素早く診断・治療を受けられる。同じ診察や検査を何度も受ける必要なく、患者の負担も最小限で済む。

また、日本ではかかりつけ医機能よりも臓器別の専門医療を提供する診療所が多く存在するのも周知の事実である。眼科、耳鼻科、皮膚科はもちろん、整形外科、脳神経外科、循環器内科など標榜も実に多様である。こうした診療所はかかりつけ総合医制度においては、専門医療機関の位置づけで総合病院の専門診療科と同様の役割を担うこととなる。これにより、「診療所＝かかりつけ医機能の担い手」というあいまいな構図を払拭して、プライマリ・ケアと専門医療の役割分担を明確に果たすことができる。

もちろん、必要な専門医療を提供され状態が安定すれば、専門医からかかりつけ総合医へと逆紹介が行われる。専門診療の情報も提供され、他の健康問題とあわせてかかりつけ総合医が安定期のフォローを行う。多くの健康問題を抱える高齢者が複数の診療科や医療機関を頻回に受診することも減り、肉体的・経済的負担も少なくなる。

### ④ 多様な診療スタイルでのケア提供

大病を患い障害を背負った場合、癌などで終末期の医療を受ける必要がある場合など、通院そのものが大きな負担になることがある。その場合、かかりつけ総合医は訪問診療を行い、患者の自宅や入居する施設に出向く。訪問診療では、手術や大きな設備を要する検査を除き、採血、レントゲン、エコー、点滴、胃瘻栄養などほとんどの医療行為を行うことができる。また、訪問看護師と連携しながら、24 時間 365 日対応できる体制を整え、夜間休日に往診することも可能である。

また、働き盛りの世代で糖尿病や高血圧症を抱える患者にとっては、仕事の多忙さなどで通院時間を確保することが難しいこともあるだろう。そうした時に、対面での診療とオンライン診療を組み合わせることは効果的である。かかりつけ総合医はオンライン診療を提供できる体制を整備しており、生活を変えようとする様々な取り組みをタイムリーなアドバイスで力強く支援する。

外来診療、訪問診療、オンライン診療は今後の標準的な診療スタイルとなる。

## ⑤ 多職種との連携

ここまで説明してきた様々な医療の全てにおいて、医師と多職種との連携は欠かせない。外来診療ではプライマリ・ケア看護師が問診・採血といった基本行為のみならず、生活習慣への相談、簡単なリハビリ、予防接種や健診などの予防医療に力を発揮する。かかりつけ総合医の強力なパートナーである。

また、身体能力や認知能力の低下があり生活支援や本格的なリハビリが必要な場合には、ケアマネジャーや訪問リハビリなどのサービスへとスムーズにつなぐこととなる。他にも、服薬指導についての薬剤師との連携、口腔衛生全般についての歯科医師との連携、医療福祉制度の活用についてのソーシャルワーカーとの連携など、かかりつけ総合医の多職種との連携の幅は広く深い。

## ⑥ 診療報酬の新たな仕組み

日本の医療の診療報酬の仕組みは複雑である。ただ、プライマリ・ケアについては比較的シンプルで、一つ一つの診療行為について細かな報酬が都度支払われる「出来高払い」制度である。たくさんの患者を診察して検査を行い、薬を処方すればするほど、診療報酬は増える。しかし、本制度のように健康相談や予防医療を通じた病気の発症や悪化の抑制を推進すると、その成果として患者の受診は減少し、診療報酬も減少する。つまり、現在の報酬制度は本来のプライマリ・ケアとは矛盾している。

そこで、かかりつけ総合医による総合的な健康管理に対しては出来高払いではなく、定額の包括払いの仕組みを組み込む。登録した住民の数に応じた報酬が支払われるのである。この定額包括払いと従来の出来高払いをハイブリッドで運用することで、報酬面でも本制度は安定した基盤を持つことができる。包括払いの仕組みについては、入院医療での DPC 制度のように、管理する健康問題の数と種類に応じた報酬を設定するなど様々な工夫と検討が必要であるが、いずれにせよ単なる患者数だけでなくその診療の幅広さと手間に対して適切な対価が支払われる仕組みが不可欠である。

## 6. 最後に

以上、コロナ禍で露呈した日本のプライマリ・ケアの脆弱性が平時から存在する日本の医療の構造的な問題であることを確認した後、これからあるべきプライマリ・ケアの姿、そしてその具体的な形として〈かかりつけ総合医制度〉を説明してきた。

現在の日本の医療のあり方が戦後 70 年以上、あるいは明治維新による西洋医学の導入以来 150 年以上の歴史を踏まえて成立してきたことは厳然たる事実であり、その歴史を否定する必要は無い。また、日本の医療が国民の健康増進に果たしてきた役割は大きく、先人達が積み重ねてきた功績には強い敬意の念を覚える。

ただ、どのような制度も社会情勢の変化、国民の意識の変化、科学の発展などを踏まえて

改良を重ねなければ、制度疲労を避けることはできない。今回のコロナ禍で露呈した様々な医療の課題は、それ以前から積み重なっていた医療制度の矛盾や限界が表面化したものと考えて良いだろう。プライマリ・ケアに関する様々な問題はその代表の一つである。コロナ禍は日本に大変な災厄をもたらしたが、解決すべき社会の問題を明確にしたという一点は暗闇の中で未来につながる光とって良い。

## 新型コロナウイルス感染症への日本の対応の検証

### ② 急性期医療及び医療機関の連携体制について

日本プライマリ・ケア連合学会 草場鉄周

本稿では医療提供体制の中でもコロナ患者への急性期医療及び病院間の連携体制について論じる。ただ、私自身は急性期医療及び病院連携については実務経験が乏しいため、関係者との意見交換を踏まえた内容を簡潔に記す。

#### I. コロナ禍において明らかになった課題

諸外国よりも一桁以上少ないコロナ感染で逼迫した日本の医療システムが抱える課題は以下の通り。

- (1) 重症者に対応する高度医療の逼迫が顕著。コロナ患者を受け入れる医療システムの最大のボトルネックとなってしまった。ICU 等のハード面での逼迫以上に専門的医師・看護師等の不足が顕在化した。
- (2) 救急医療の制約も顕著。救急患者の「たらい回し」が頻発。救急車の中で症状が悪化するケースも続出。
- (3) コロナ患者を多く受け入れる一部の病院に対し、コロナ患者を全く受け入れない、あるいはほとんど受け入れない多くの病院とに二分化。地域における医療機関の連携については一部の地域を除いて十分な体制を構築するのにかなりの時間を要した。

#### II. 課題を解決するための方向性

これを踏まえて、解決のための大きな方向性を以下に列挙する。

##### 1. 救急医療・高度医療の強靱化

- (1) 救急医療・高度医療の集約化・大規模化・高度化
- (2) 専門医、専門看護師等の計画的育成・政策的確保

##### 2. 医療機関間の適切な役割分担・機能分化の徹底

- (1) 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の担い手となる医療機関の役割分担・機能分化の徹底
- (2) 病床等の医療資源の急性期から回復期へのシフト
- (3) 入院から通院・在宅へのシフト、病院外来から診療所外来へのシフト

### 3. 感染拡大に即応できる柔軟性・機動性の強化

- (1) 病床転用の柔軟性強化（大部屋の見直し、ゾーニング等）
- (2) 行政の緊急対応権限の強化、国・県・基礎自治体間の緊急時権限の整理・一元化
- (3) 医療資源の最大限活用（IT 活用による利用病床のリアルタイム把握、看護師の登録制度等）

## III. 最初に取り組むべき改革の方策

ただ、II については非常に大きな改革の枠組みになるため、比較的早期に着手することが可能な方策を以下に列挙する

### 1. 感染に強い強靱な医療システム構築のための集中的・包括的取り組み

#### (1) 緊急時対応の強化

- ① 行政の緊急時権限の確立（法制整備）
- ② 緊急時に協力する医療機関の責務を公的保険対象の条件化（契約行為）
- ③ 保健所機能を診療所が緊急時に補完する体制構築（行政と医師会との協定）

#### (2) 平時からの医療システムの強靱化

- ④ 地域の中核となる病院の救急医療・高度医療体制の強化（予算措置・診療報酬）
- ⑤ 柔軟な病床転用を可能とすべく大部屋の小部屋化（予算措置）
- ⑥ 病床の利用可能性をリアルタイムで把握できる IT システム構築（予算措置）
- ⑦ 救急車で可能な医療行為の拡大（規制緩和）
- ⑧ 必要性の高い専門医療従事者（感染症専門医、救急専門医、総合診療専門医等）の育成目標設定・政策的支援（学部定員・予算措置・診療報酬）
- ⑨ 看護師の登録制度導入・リアルタイム把握（法制整備・予算措置）
- ⑩ 診療所による地域住民の健康管理強化（「かかりつけ総合医」による保健所の予防活動・健康増進活動の補完、緊急時即応力の強化）←意見書 1 で既述

### 2. 医療システムの持続可能性確保に向けた適切な役割分担・機能分化の徹底

- ① 地域医療計画の中で、高度・救急医療、急性期、回復期、慢性期の担い手毎に役割分担・機能分化を徹底。「地域完結型システム」へ。地域医療介護総合確保基金の戦略的活用。（予算措置）
- ② 役割を担うための基準を厳格化。基準に到達しない医療機関については役割を見直し。（規制措置・診療報酬）
- ③ 中小病院は病床提供の担い手から、周辺の診療所と連携しつつ、地域在宅医療

の結節点としての役割にシフト。

- ④ 介護機能については、医療機関と連携しつつ、高齢者施設において担うことを徹底。
- ⑤ 電子カルテを含む患者情報の共有化促進。異なるベンダー間のデータ共有を可能とするシステム開発+情報共有化を患者紹介等に対する診療報酬の条件に。  
(予算措置・診療報酬)
- ⑥ 病院外来の絞り込み。最大限診療所に対応。病院外来は診療所からの紹介を原則化。(診療報酬・自己負担)

## 新型コロナウイルス感染症への日本の対応の検証

### ③ 感染症対応における国、都道府県、市町村、保健所のあり方について

日本プライマリ・ケア連合学会 草場鉄周

本稿では医療提供体制にも影響する行政組織の連携のあり方についての課題とその解決のための方向性についての意見を示す。

#### I. コロナ禍において明らかになった課題

- (1) 新型コロナウイルス感染症に関わる会議体が多数あり、その位置づけや指令の発出プロセスが分かりづらい。省庁横断的な対応、迅速かつ透明性のある意思決定が見えにくい。
- (2) 意思決定の際の国と地方自治体の関係性が不明確。特に感染拡大の急所となるシーンについても時期や地域によって変容があることから、全国一律の指針では地域の実情に合わず後手に回る場面が多くみられた。これは都道府県設置の保健所と市町村の間でも同様の情報格差が見られた。
- (3) 行政から発信される様々な通知や事務連絡が細かく膨大なため、地方自治体レベルでの正確な把握と実行が非常に難しい。また、その通知や連絡が実際に地域で実行に移されているかのモニタリングが不十分なため、一方通行の情報発信になっている。
- (4) 保健所は感染の拡大状況や感染経路の把握、そして拡大防止のための活動などに加えて、感染者の健康状態の把握や入院調整など、膨大な業務に忙殺されたため、感染拡大期には十分な機能を果たせなかった。
- (5) 今回のパンデミックでは国民の健康情報や HER-SYS などによる感染情報あるいはワクチン接種情報の把握のシステムを0から構築する必要があり、不慣れた現場では入力そのものに手間取り、結果的に迅速なデータの収集が遅れ、様々な作業に遅れが生じ、国民に不安を与えた。

#### II. 課題を解決するための方向性

上記の解決のための大きな方向性を以下に列挙する。

##### 1. パンデミックに対応できる省庁横断・産官学を挙げた対応が可能な司令塔組織の創設

パンデミックが日本社会に与える影響は国民の健康確保はもちろんだが経済活動や文化活動、人と人とのつながりなど全般にわたるものであることが今回明らかになった。それゆえ、厚労省のみで管轄できるものではなく、省庁横断の行政管理が必須である。また、産業

界やアカデミアとも平時から連携をとることによって、次の予兆がある場合にはいち早く戦略を立案し実行できる体制が不可欠だろう。例えば、「危機管理庁」「危機管理局」などを常設することによって、平時から緊張感のある対策を継続することを可能にするべきである。新型インフルエンザ後に対策が取られず、新型コロナウイルス感染を迎えた過ちを二度と繰り返してはいけない。

## 2. 自治体によるリーダーシップと創意工夫

新型コロナの感染拡大状況も医療体制の実情も地域によって大きく異なる。また地域医療の具体的な設計は一義的には各都道府県の責務とされている。

一方では、通達行政によって各都道府県による柔軟かつ多様な対応を広範に制約。国による政策は全国展開が前提となるため、柔軟性、即時性に欠ける面が少なくない。

このため、国による政策を待つのではなく、各都道府県、特に知事、また基礎自治体の首長による、地域事情に精通する専門家との連携を通じた主導的な取り組みが必要不可欠。地域での優れた取り組みが国の政策につながっていくことも期待される。

同時にこうした自治体による創意工夫が発揮できるよう、国は戦略の策定や必要な財政支援や医療資源の確保に重心を置きながら、具体的な対応については自治体の自由度を大幅に拡大すべき。画一的な通達行政を極力抑制し、地域の実情に応じた柔軟かつ多様な対応を幅広く自治体に任せるべき。

## 3. 政策実行に関する PDCA サイクルの実施

行政からの通知や事務連絡については1に示した司令塔機能の強化により発信の一本化は可能になると期待される。ただ、その通知や事務連絡が「指示」なのか、「情報提供」なのか、「技術的助言」なのか、その性質を明確にすることが重要。また、「指示」であればその指示が実際に自治体や医療機関で実行に移されたかのモニタリングを合わせて実施することが不可欠である。

いわゆる行政活動のPDCAサイクルを平時より展開することにより、緊急時にも同様のサイクルを迅速に展開することが可能となる。これには5に示すデジタル化による省力化と自動化をセットで展開することは不可欠である。

## 4. 保健所とプライマリ・ケアの密接な連携

保健所は、パンデミックの状況だからこそ、本来業務である感染の拡大状況や感染経路の把握、そして拡大防止のための活動に専念することが重要。未知の感染症に対応する初期の段階は別として、感染症の性質やリスクが把握された段階では感染者の健康状態の把握や入院調整は平時より感染症患者の診療にあたり、重症度の判断と入院調整を展開している医療機関が担うのが自然であり妥当である。

そのためにも、プライマリ・ケアに関する項で表明したように、特にかかりつけ医の

役割は重要であり、平時より保健所との感染症に関する情報共有を展開し、危機時にはすぐに連携ができる連携体制を構築することが重要である。つまり、地域の公衆衛生は保健所が司令塔となり、地域の医療機関がその指揮の下でネットワークを構築して対応する体制が重要である。

## 5. デジタル化の加速

感染症関連管理（感染症記録管理、ワクチン在庫管理、ワクチン接種管理、病床状況把握・管理等）システムについては、マイナンバーを主軸に、バラバラではなく、各種システムがつながる一気通貫したシステム設計を実施して行くべき。

その際、厚生労働省（V-SYS：ワクチン接種円滑化システム）、内閣官房（VSR:ワクチン接種記録システム）などによる連携の無い分別管理ではなく、デジタル庁による一元的体制整備を図るとともに、各自治体を越えた一体的システム設計・運用を確保することが肝要である。

また、医療機関側の感染症対応体制関連情報（診療・検査医療機関、感染者への往診対応医療機関、コロナ受け入れ態勢整備、コロナ患者の受け入れ実績、コロナ関連補助金の受給実績など）をデジタル化して「見える化」を推進することが重要である。