

日医総研 ワーキングペーパー

コロナ自宅療養者に対する
健康観察及び医療提供体制に関する調査

令和4年改正感染症法を踏まえた
法制度的観点からの考察

No.468

令和5年 1月 18日

日本医師会総合政策研究機構
王子野麻代・清水麻生

コロナ自宅療養者に対する健康観察及び医療体制に関する調査

—令和 4 年改正感染症法を踏まえた法制度的観点からの考察—

日本医師会総合政策研究機構

主任研究員 王子野麻代

研究員 清水 麻生

ポイント

- ◆ 新型コロナウイルス感染症流行から 3 年が経ち、将来の感染症パンデミック対策に向けた議論が活発になってきている。例えば、感染症法改正法案は令和 4 年 12 月 2 日に可決成立し、令和 5 年には内閣感染症危機管理統括庁や日本版 CDC といった司令塔の創設に向けた関係法案が国会に提出される予定である。本調査研究は、そのような将来の感染症パンデミック対策の議論に、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を活かすことを目的とするものである。
- ◆ 新型コロナウイルス感染症の医療提供体制は、「入院」と「療養」の大きく2つの柱で成り立っているところ、本稿では、自宅「療養」に焦点をあて、健康観察及び医療提供体制に関する取組みについて調査を行った。その背景には2つの理由がある。第1に、もともと「療養」に係る法制度が事前に準備されていなかったこと、第2に感染拡大期における自宅療養者数は入院をはるかに超える規模で存在し、その支援体制は必要であり、限られた医療資源の下に実効的な体制づくりが求められることにある。
- ◆ 国は、「療養」体制の整備にあたって、地域の实情に応じた地域の判断にゆだねてきたことから、地域がどのような体制を構築し、対応にあたってどのような課題を抱えていたのかといった地域の実践的教訓を把握する必要があった。
- ◆ そこで今回、東京都医師会及び5つの都市区医師会(3区2市)の協力を得て、自宅療養者に対する健康観察及び医療提供体制に関する取組みや課題・教訓についてヒアリング調査を行った。そして、今般成立した改正感染症法(以下、「R4 改正法」という。)が、本調査結果により得られた地域の実践的教訓を踏まえたものになっているかという観点から検討を行った。
- ◆ その結果、自宅療養も含めた体制整備や、平時の医療提供体制・地域包括ケアシステムとの整合を図るという「法制度全体の枠組み」については R4 改正法にて教訓を踏まえた一定の改善が図られたといえるものの、健康観察と医療の連続性、平時の仕組みを考慮した都道府県と市区町村との役割分担、現場レベルでの情報連携、通常医療とコロナ医療の両立の観点から個別の課題は残る。今後、都道府県における各種計画策定過程の議論のなかで運用による解決が図られるかが注目される。
- ◆ なお、今回の調査を通じて、東京都という1つの自治体内でさえ、地区ごとに取組みや課題は様々であったことを踏まえると、都内の他の地域はもとより、全国的な取組みの多様性とそれにより抱えている課題の相違が窺える。そのため、本稿の分析がすべての地域に適合するものとはただちにはいえない研究の限界がある。今後、各地域において、これまでのコロナ対応の振り返り検証が行われることを期待する。

目次

第1 はじめに.....	4
1. 調査の背景－将来の感染症パンデミック対策に向けた法改正等の動き	4
2. 自宅療養に焦点をあてる理由.....	4
3. 地域の取組みに着目する理由.....	5
第2 療養支援の実施主体	7
第3 調査概要.....	9
第4 調査結果.....	10
1. 東京都医師会	11
2. 新宿区医師会.....	14
3. 大森医師会(大田区).....	17
4. 板橋区医師会.....	19
5. 調布市医師会.....	22
6. 立川市医師会.....	24
第5 考察とまとめ.....	27
1. 感染症パンデミック時の医療提供体制の問題の所在 —自宅療養の観点から—	27
2. 自宅療養者の健康観察及び医療提供体制に関する課題	30
2.1 保健所の有無問わず地域共通の課題.....	30
2.2 保健所を有しない地域が抱える課題	40
3. 通常医療とコロナ医療の両立	43
3.1 アフターコロナ患者対応からみた入院判断の問題意識	43
3.2 かかりつけ医機能の深化・拡充.....	49
参考資料1 全国の保健所設置主体一覧.....	52
参考資料2 保健所の設置に係る法令等.....	53

第1 はじめに

1. 調査の背景－将来の感染症パンデミック対策に向けた法改正等の動き

新型コロナウイルス感染症流行から 3 年が経ち、将来の感染症パンデミック対策に向けた議論が活発になってきている。例えば、感染症法改正法案は、令和 4 年 10 月 7 日の閣議決定を経て、同年 12 月 2 日に可決成立した。令和 5 年には内閣感染症危機管理統括庁／日本版 CDC の創設に向けた関係法案が提出される予定である（なお、日本版 CDC の設置は令和 7 年の予定）。また、令和 3 年 5 月に可決成立した医療法改正にて、従来の 5 疾病 5 事業¹に、「新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制」が新たに追加されたことから、5 疾病 6 事業となり、令和 5 年 4 月から各都道府県において第 8 次医療計画の検討が始まり、令和 6 年 4 月から実施される。

このような将来の感染症パンデミック対策の議論に、今回のコロナ対応の教訓を活かす必要があると考え、自宅療養者の健康観察及び医療提供体制については地域によって取組みが様々であることから、東京都医師会および郡市区医師会の協力を得て、地域に密着したヒアリング調査を実施した。

2. 自宅療養に焦点をあてる理由

自宅療養に焦点をあてる理由は、次のとおりである。

第 1 に、もともと自宅療養に係る法制度が事前に準備されていなかったことにある。新型コロナウイルス感染症患者の医療提供体制は、「入院」と「療養」の 2 つの柱で成り立っているが、振り返ると、コロナ流行当初²には、「療養」に関する法的根拠はなかった。すなわち、新型コロナウイルス感染症患者（指定感染症又は新型インフルエンザ等感染症患者³）が自宅等で「療養」することを想定した医療提供体制は事前に準備されていなかった。しかし、実際の対応のなかで、「入院」のみならず、「療養」を含めた体制が必要となり、通知による運用を経て、令和 3 年 2 月の感染症法改正⁴によりその根拠規定が創設されるに至った（感染症法 44 条の 3）。

第 2 の理由は、感染拡大期における自宅療養の対象者数の多さにある⁵。例えば、第 7 波のおよそピーク時の療養者数は、全国 160 万 9,807 人である（令和 4 年 8 月 24 日時点）。

¹ 「5 疾病」は、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患をいい、「5 事業」は救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療をいう。

² 日本において最初に新型コロナウイルス感染症患者が確認されたのは、令和 2 年 1 月 15 日である。（厚生労働省（令和 2 年 1 月 16 日報道発表資料）「新型コロナウイルスに関連した肺炎の患者の発生について（1 例目）」）。

³ 新型コロナウイルス感染症は、令和 2 年 2 月 1 日から令和 3 年 2 月 12 日までは「指定感染症」（感染症法 6 条 8 項）、同年 2 月 13 日以降は「新型インフルエンザ等感染症」（同法 6 条 7 項 3 号）に位置付けられている。感染症法上の類型や位置づけ見直しの経緯等については、日医総研リサーチエッセイ No.105 参照（王子野麻代「新型コロナウイルス感染症流行下における医療と公衆衛生を取り巻く法政策の動向」、令和 3 年 4 月 28 日。）
<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/10/RE105.pdf>

⁴ 令和 3 年 2 月 3 日公布、同月 13 日施行。

⁵ 厚労省新型コロナウイルス感染症アドバイザリーボード「（令和 4 年 9 月 7 日開催）」第 98 回会議「資料 2-1 感染状況等に関するデータ」、「資料 2-2 最近の感染状況等について」。

療養先としては、宿泊施設や社会福祉施設等もあるものの、自宅療養は療養者数全体の約9割を占め、施設療養を大幅に超える規模で存在する。東京都における状況についても全国の状況と同様の傾向である（図1・図2）。

自宅療養は、軽症者や無症状者を対象とするものであるが、感染拡大期における自宅療養者数は入院をはるかに超える規模で存在し、療養期間中の健康観察とともに、急変に備えた医療等の支援体制は必要であり、限られた医療資源の下に実効的な体制づくりが求められる。

3. 地域の実情に着目する理由

国は、「療養」体制の整備にあたっては、地域の実情に応じた地域の判断にゆだねてきたことから、将来の感染症パンデミック対策を考える前提となるコロナ対応の教訓を見出すにあたっては、地域がどのような体制を構築し、対応にあたってどのような課題を抱えていたのかといった地域の実践的教訓を把握する必要がある。

そこで、東京都医師会及び5つの郡市区医師会（3区2市）の協力を得て、自宅療養者に対する健康観察及び医療提供体制に関する取組みや課題・教訓についてヒアリング調査を行った。

今般、令和4年12月2日に改正感染症法（以下、「R4改正法」という。）が可決成立したことを受け、その内容が本調査結果から得られた地域の実践的教訓を踏まえたものになっているかという観点から検討を行った。

図1 東京都における新型コロナウイルス感染者の入院・宿泊施設・自宅療養の状況

(出典:東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議(第102回令和4年9月22日開催)資料に筆者加筆)

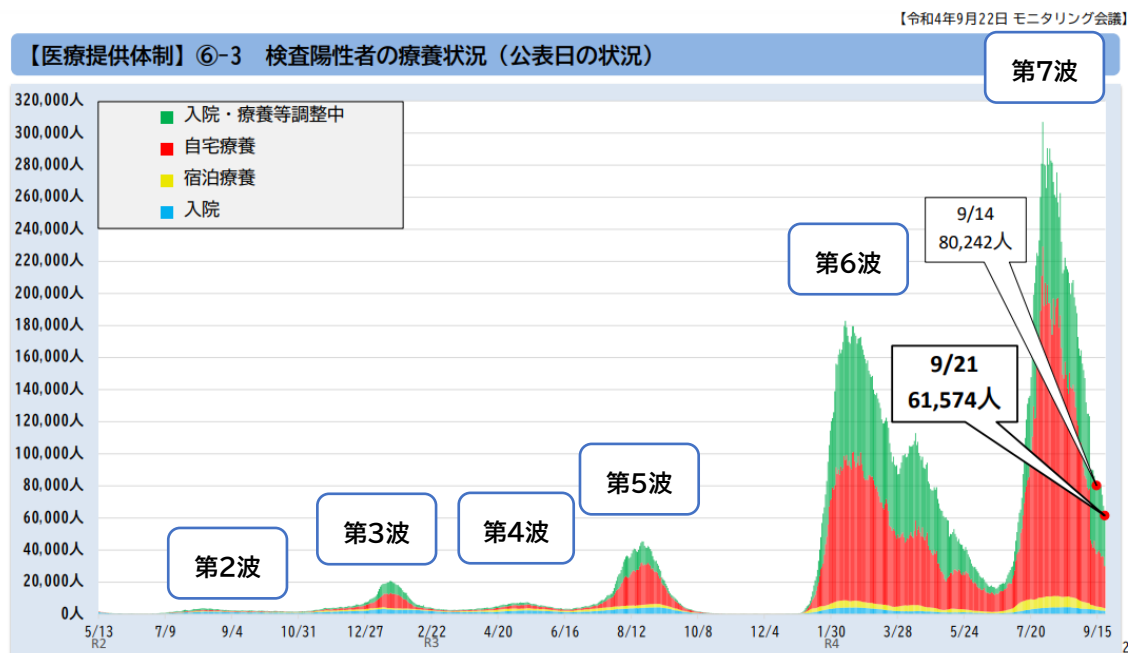
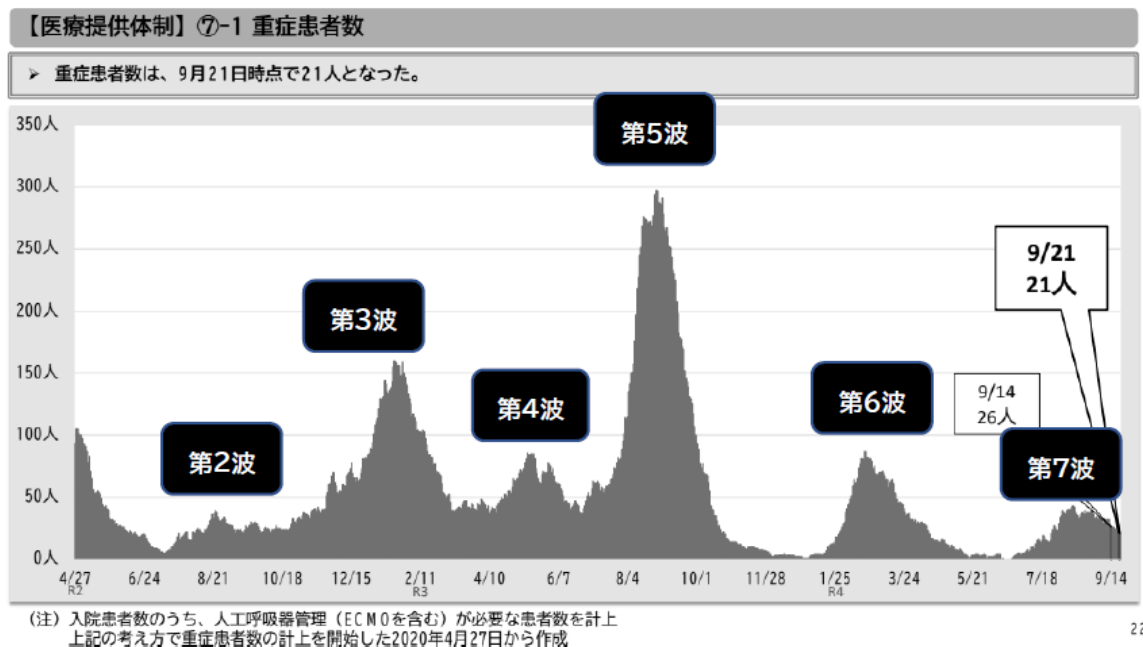


図2 東京都における新型コロナウイルス感染症の重症患者数

(出典:東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議(第102回令和4年9月22日開催)資料に筆者加筆)



第2 療養支援の実施主体

療養支援の実施主体は、都道府県（保健所設置市・特別区）⁶であり、現場の最前線に対応にあっているのが各々の「保健所」という構図である⁷。保健所設置市と特別区は、自らの保健所を有しているのに対し、それ以外の市町村は、保健所を有しておらず、都道府県の保健所の管轄下となる。図3は、全国の保健所数を設置主体別に示したものであるが、全体の約7割は、都道府県の保健所である。

図3 設置主体別にみた保健所の設置数(令和4年度)^{8,9}

設置主体	自治体の数	保健所の数
①都道府県	47都道府県	352か所(75.2%)
②保健所設置市	87市	93か所(19.8%)
③特別区	23区	23か所
合計	—	468か所

図4は、東京都における保健所設置状況を示したものである。

東京都では、「特別区」である23区と「保健所設置市」にあたる八王子市と町田市は、自らの保健所を有しており、都道府県とほぼ同等の権限を有するため、療養支援にあたって独自に判断し対応することができる。

一方、それ以外の37市町村については、「都道府県」の保健所の管轄となるため、療養支援に係る権限や情報は、都道府県が有している。そのため、管内の市町村は、都道府県から患者情報を得られず活動に支障が生じるなど、行政間の連携をめぐる問題がある。

また、保健所設置市区の場合、市区と保健所と医師会がおよそ1:1:1の関係¹⁰であるのに対し、それ以外の市町村においては、1つの保健所が複数の市町村を管轄するため、管内の市町村の足並みを揃えた運用を重視する傾向にあり、管内の一部の市町村が先行的な取組みを行おうとすることを保健所が認め難いという“広域”特有の問題があることが、本調査結果から明らかとなった。詳細は後述する。

⁶ 感染症法44条の3、64条1項。

⁷ 新型インフル等感染症患者に対する療養支援の主体は、保健所設置主体（地域保健法5条1項）と同一である。地域保健法5条1項は、保健所の設置主体は、「都道府県、…指定都市、…中核市その他の政令で定める市又は特別区」であることを定めている。

⁸ 厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ（令和4年4月1日現在）

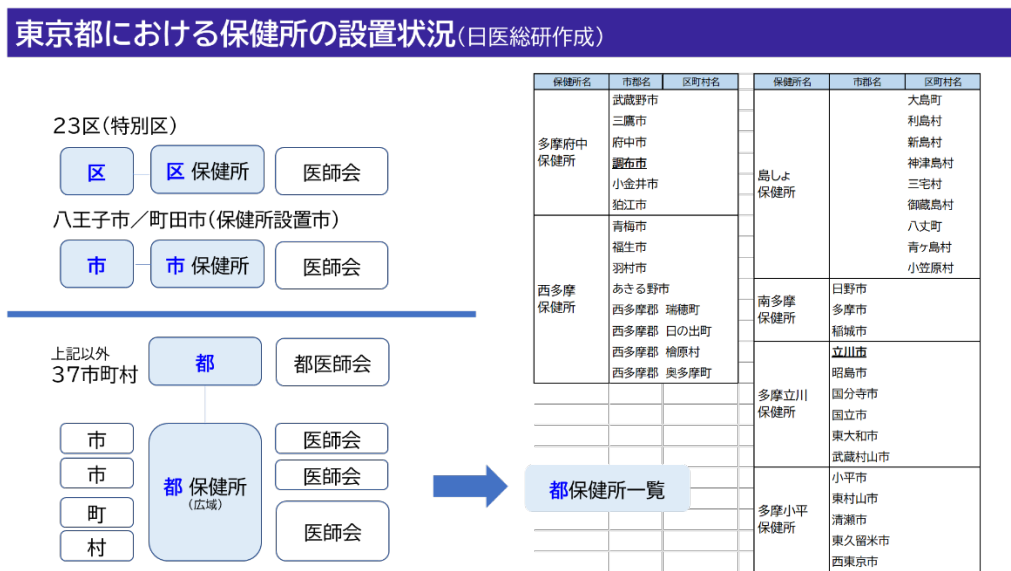
⁹ 図3は本所の数である。図3の中「②保健所設置市」87市のうち、86市は1市1保健所であるが、福岡市は7つの保健所を有するため、自治体数と保健所数は一致しない。

¹⁰ 大森医師会のように、1つの区内に複数の医師会がある場合もある。

すなわち、保健所を有しない市町村では、療養支援に係る権限と情報を都道府県が有しているという「都道府県優位の構造」ゆえに、市町村活動に支障が生じやすいという課題を抱えている。

なお、参考資料1に「全国の保健所設置主体一覧」を示す。

図4 保健所の設置状況－東京都の例(日医総研作成)



第3 調査概要

1. 調査目的

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する健康観察及び医療提供体制について、第1波から第7波までの取組みと課題・教訓を把握すること。

2. 調査対象

東京都医師会及び5つの郡市区医師会（図5）

図5 ヒアリング対象一覧(敬称略)

東京都医師会		西田伸一（理事）
区部	新宿区医師会	迫村泰成（元理事／在宅ケア・介護保険委員会委員長） 英 裕雄（在宅ケア・介護保険委員会委員／新宿ヒロクリニック院長）
	大森医師会（大田区）	鈴木 央（理事）
	板橋区医師会	鈴木陽一（副会長） 塩原未知代（在宅医療センター療養相談室長）
市部	調布市医師会	西田伸一（会長）
	立川市医師会	荘司輝昭（理事）

3. 主な調査項目

- ①自宅療養者の健康観察や往診等の医療提供体制に関する取組み（第1波から第7波）
- ②上記取組みの実績
- ③これまでの取組みを振り返って（課題や教訓とすべきこと等）

4. 調査方法

ヒアリング調査

第4 調査結果

東京都医師会および郡市区医師会（3区2市）における第1波から第7波までの主な取り組みと課題・教訓について、ヒアリング結果を示す。

1. 東京都医師会
2. 新宿区医師会
3. 大森医師会：大田区
4. 板橋区医師会
5. 調布市医師会
6. 立川市医師会

1. 東京都医師会

東京都では、新型コロナウイルス感染症流行を受け、まずは市区町村単位で医師会と行政との協働による取組みが先行的に始まった。東京都医師会は、郡市区医師会の取組みをバックアップしつつ、都全体としての課題解決と体制強化を図るべく、東京都とともに様々な取組みを行ってきた。

以下、主な取組みの概要や経緯等について、ヒアリング結果¹¹を示す。

- ①東京都「在宅療養者等に対する医療支援強化事業」（R3.4 開始）
- ②東京都「バーチャル待合室」（R3.9 開始）
- ③東京都「診療検査医療機関による健康観察事業」（R3.12 開始）
- ④東京都「在宅療養者の往診体制の強化事業」（R4.1 開始）
- ⑤東京都「高齢者施設への医療支援強化事業」（R4.1 開始）

1.1 第1波から第7波までの主な取組み

①東京都「在宅療養者等に対する医療支援強化事業」は、令和3年4月に開始した取組みである。入院施設や宿泊療養施設には限りがあるため、感染者数が急増すると施設のみの対応体制にはおのずと限界がくる。そこで、地区単位での取組みが先行するなか、都全体としても在宅療養者をどう支えていくか検討を始め、第3波に在宅療養者と自宅待機者が多数を占めるようになったことを受け、第4波から本事業の開始に至った。東京都医師会は、各地区では平時から地域包括ケアシステムを構築していることから、在宅療養についても郡市区医師会に委ねる体制を基本とした。ただ、地区によって在宅医療資源や考え方に地域差があることから、東京都として1つの統一的なスキームをつくることは困難と考え、東京都医師会が予算を確保するなど体制の大枠をつくり、実際の運用は郡市区医師会に委ねる仕組みとした。なお、夜間休日対応についてはファストドクター社と連携した。

②東京都「バーチャル待合室」は、令和3年9月に開始した取組みである。東京都は、区部（23区）と市部（市町村）では医療資源が異なり、両者の間で不均衡が生じてしまっていた。そこで、往診の必要はないものの医師の診療を要する在宅療養者を、オンライン診療で支えるべく始まったのがこの取組みである。保健所等が医師の診療を要する在宅療養者にオンライン診療を促し、対応可能な医師がバーチャル待合室で待機する患者のオンライン診療にあたる体制である。全都的な取組みであるため、過疎の患者を都市部の医師が対応することができる利点があり、区部と市部の医療資源の不均衡問題の解消を図った。

③東京都「診療検査医療機関による健康観察事業」は、令和3年12月に開始した取組みである。東京都医師会は、医療とは本来、“医師”が診断してその後完治するまで継続的に見守るものであるという考えであり、“医師”が診断し、“保健所”が診断後の見守りをする「医

¹¹ 西田伸一東京都医師会理事ヒアリング（令和4年3月31日）

療の非連続性」をもたらすコロナの医療提供体制を問題に感じていた。そこで、第2波の頃（令和2年7月頃）から、本来の医療と同様に、診断後の健康観察は医療機関が担うこと、医師会がそれに協力することを提案していたが、保健所の理解を得るまでに時間を要した。地区単位でみると、第3波の保健所の逼迫を受けて保健所から地区医師会に対して、自宅療養者の健康観察と医療について協力依頼があった地域もあるが、都全体として診断医療機関も含めて健康観察を行う体制¹²となったのは本事業が開始した第6波になってからである。診断医は患者情報をHER-SYSに入力し、保健所はHER-SYSを通じて患者情報を把握する。医療機関と保健所が伴奏する仕組みであり、保健所の業務負担軽減の貢献にもなった。

④東京都「自宅療養者の往診体制の強化事業」は、令和4年1月に始まった取組みである。これまで夜間休日対応を担ってきたファストドクター社や在宅専門の医療法人社団悠翔会が逼迫したことを受け、都全域で往診医療機関のさらなる確保が急務となった。そこで、広域的な往診協力を呼びかけたところ約60医療機関から手上げがあり、そのうち本事業参加条件を満たした36医療機関を選定して、往診体制の強化を図った。また、第6波では小児感染者が増加したことを受けて小児往診体制の必要性も高まったことから、往診医療機関36施設の中から小児の往診対応も兼ねる医療機関を20施設確保し、小児から高齢者まで対応する往診体制の整備を図った。

同時期の令和4年1月には、⑤東京都「高齢者施設への医療支援強化事業」も始まった。第6波では入院を必要とする人は少なく、圧倒的に療養の需要が多かった。特に高齢者施設のクラスターが問題となった。クラスターが発生した際は、配置医師等が対応する体制であったが、施設内で100人規模の感染者が発生すると、配置医師等のみでは対応困難である。そこで、郡市区医師会ごとに応援チームをつくり、配置医師等をバックアップする体制をつくったのが本事業である。

なお、①②④⑤は都と都医師会との契約であり、③は都と医療機関との契約である。

1.2 これまでの対応を振り返って

■自宅療養体制の特徴 ―地域ごとの多様性―

自宅療養者の医療提供体制の構築は、地区の取組みが先行するなか、都の事業の具体的な運用体制についても、地区における平時の地域包括ケアシステムの活用が効果的と考え、その主体である郡市区医師会に委ねた経緯がある。そのため、地区ごとに取組みは異なり、それぞれに特徴がある。都内一律の対応は困難であることから、東京都医師会は、郡市区医師会の取組みを人的物的財政的にバックアップする関係性にある。

■第1波から第7波までの課題解消に向けた取組み

東京都医師会では、第1波から第7波までの過程で様々な課題に直面し、その都度打開策を講じ、体制の充実化を図ってきた。自宅療養に関する最初の障壁は、第2波の頃の保健所

¹² そのほか、東京都「自宅療養者フォローアップセンター」等も健康観察を実施している。

との連携である。自宅療養者の健康観察と医療の連続性を考えて保健所との連携を図ろうとしたが、なかなか理解が得られなかった（前節 1.1③参照）。

第4波以降、東京都として様々な事業を展開するなか、第5波には、平日日中の対応力不足の問題が生じた。そこで、在宅専門の医療法人社団悠翔会、東京都訪問看護ステーション協会、東京都薬剤師会、東京都の協力を得て、往診医の確保とともに、看護師による継続的な健康観察や薬剤師による調剤・薬剤配送等の体制充実化も図った。さらに酸素濃縮器無償貸与事業も追加的に開始した。第6波になると、当初からの問題意識であった診断から療養支援まで一連の「医療の連続性」を確保した医療提供体制が③を契機に実現したものの、小児感染者の増加に伴う小児往診体制の整備（小児の往診対応施設の確保、小児用パルスオキシメータは行政から配布されてなかった）や高齢者施設のクラスター対応といった新たな局面の問題が生じた。それが④⑤の事業開始に繋がっている。第7波では、第6波以上の感染者数が見込まれ、これまでの東京都の事業のみでは十分ではない可能性が考えられたことから、第7波の流行前に、郡市区医師会に対してそれぞれの地区の体制強化とともに、第6波から開始していた高齢者施設の応援チーム（⑤）が確実に機能するよう準備を促す働きかけを行った。

■保健所との連携をめぐる課題

東京都医師会において自宅療養に関する最初の障壁は、保健所との連携であったが、郡市区医師会もまた保健所との連携をめぐる様々な課題を抱えていた。東京都医師会が令和3年10月13日に都内54医師会に対して実施した「自宅療養者・待機者に対する医療支援体制の検証に関する調査」¹³によると、保健所との連携にあたって、「患者情報の共有」、「連携体制の不備」、「HER-SYSの活用が不十分」、「医療圏内の他市と足並みが揃わない」、市部における「保健所の増設」などの課題が挙げられた。

■変異株による需要の変化と対応体制の変容

診断医療機関が保健所業務である健康観察を担う体制は、診断医が患者をフォローするという本来の医療の形を基礎としたものであり実効的な体制であった。ただ、これは、重症化することが少ないというオミクロン株の特性から、ほとんど電話による健康観察で十分であったことが実効性を維持できた背景にある。第5波のデルタ株のように、療養中に重症化する性質の変異株の場合、往診の需要が増えることから、この体制には限界がある。そのことも踏まえ、東京都では、③事業開始とともに、④往診医療機関のさらなる確保も図った。将来の感染症パンデミック対策としては、今回実践してきたように、性質の異なるいずれの変異株（例：オミクロン株とデルタ株）にも対応しうるよう、医療と健康観察の連続性を確保した体制を事前に準備しておく必要がある。

¹³ 西田伸一東京都医師会理事「新型コロナウイルス感染症自宅療養者への医療支援から考える2050年に向けた医療提供体制」（令和4年11月9日）

2. 新宿区医師会

新宿区は、令和2年3月の歌舞伎町におけるクラスター発生を受け、都内で最初に感染者対応が迫られた地域である。新宿区医師会では、隣県の神奈川県で発生したダイヤモンドプリンセス号船内の感染流行（令和2年2月）を受け、区内で感染者が発生する前から、感染者が発生した場合の対応について、新宿区保健所、国立国際医療研究センターや基幹病院等と共に検討を始めていた。そして、第1波の頃から“入院”のみならず“療養”をも含めた医療提供体制を立ち上げるとともに、第2波になると医療介護行政関係者の多職種連携ネットワーク会議を開始し、自宅療養者を地域包括ケアで支える体制へと裾野の拡大を果たしたことは、特徴的である。

以下、主な取組みの概要や経緯等についてヒアリング結果^{14,15}を示す。

- ①検査・医療提供体制「新宿モデル」（R2.4 開始）
- ②新宿区「新型コロナ対策医療介護福祉ネットワーク会議」（R2.9 開始）

2.1 第1波から第7波までの主な取組み

①検査・医療提供体制「新宿モデル」は、令和2年4月に構築した体制である。きっかけはPCR検査できない問題であった。当時、医師が患者の診療のなかでコロナの感染を疑い保健所に連絡しても、渡航歴などの国の厳しい基準を満たさないと検査できなかった。そこで、新宿区・国立国際医療研究センター（NCGM）・医師会等の話し合いにより、「新宿モデル」の立ち上げに至った。NCGMに「新宿区PCR検査スポット」を設置し、重症度に応じて、それぞれの医療機関のもつ機能や専門性を踏まえた役割分担と連携体制を構築した。具体的には、「重症」はNCGM・女子医大・東京医大・慶應義塾大学、「中等症」はJCHO山手・JCHO新宿・大久保病院・聖母病院（産科）、「軽症」の場合は宿泊施設や自宅で療養する仕組みとし、軽症者のケアは区医師会・区薬剤師会・新宿区が担った。

②新宿区「新型コロナ対策医療介護福祉ネットワーク会議」は、令和2年9月に始めた取組みであり、きっかけは新宿区医師会の在宅ケア・介護保険委員会における議論であった。ネットワーク会議¹⁶は、月1回の頻度で開催し、各参加施設からの現状報告や課題の共有、その時々状況を踏まえたテーマを設定して検討と問題解決をはかってきた。例えば、ガン末期入院中にコロナ感染して最期を自宅で看取った症例報告、肺炎高齢者の退院後の対応や入院を希望しない高齢者を地域でどう支えるかといった事例にもとづくグループワーク、陽性となった認知症高齢者の支援などの個別の事例検討はもとより、サステイナブルな医療介護連携、地域包括ケアシステムのバージョンアップ、withコロナ時代への対応、医療・介護・行政が響きあう地域など、地域全体としての議論も重ねた。そして各流行期のあとに

¹⁴ 迫村泰成新宿区医師会元理事ヒアリング（令和4年9月16日）

¹⁵ 英裕雄新宿ヒロクリニック院長ヒアリング（令和4年9月20日）

¹⁶ 英裕雄新宿ヒロクリニック院長「新宿区新型コロナウイルス対策医療介護福祉ネットワーク活動報告」（令和2年9月から令和4年8月）資料参照。

はその都度、対応の振り返りを行い、次なる波に備えた。地域における対応の重要性が高まった第5波以降、区長の参加を受けて、「オール新宿」の機運が高まり、地域の医療介護のみならず行政も含めた多職種連携の基盤がより一層強固なものとなった。令和4年8月時点の参加者数は、420人であり、内訳は医療機関（病院・診療所）107人、薬局78人、訪問看護ステーション81人、居宅介護支援専門員91人、通所系サービス22人、訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリ11人、施設6人、福祉用貸与5人、行政19人である。

2.2 これまでの対応を振り返って

■変異株による需要の変化と対応体制の変容¹⁷

アルファ株・デルタ株・オミクロン株は、それぞれに大きく性質が異なる上、その時々のワクチンの普及状況や治療薬の状況などの社会的環境、感染状況等の相違もある。そのため、それぞれの波は別物であり、前回の波の経験を踏まえて対策を準備しても、そのことが次の波の対策として生きるかという点、そうではなく、一律の対応ではなかった。新宿区では、そのような第7波までの変化と対応を通じて、感染患者についても平時と同じように、医療介護行政関係者の連携により、地域全体が関わる対応体制の基盤をつくり乗り越えてきた。

振り返ると、第4波の頃は病院逼迫の問題がなかったため、地域医療の力が必要とされるケースはそれほど多くなかった。入院調整に時間を要している方の往診依頼は時々あった。第5波のときは、自宅療養期間中に増悪して、本来なら入院対象になる中等症の方の対応が求められた。往診医療機関が参入して支えた時期である。第6波のときは、全体の感染者数そのものが増え、発熱外来対応が大変であった。地域の医療機関はすべからず対応を迫られた時期である。第7波は、小児から高齢者まで全世代に感染したため、医療は診療科を問わず、介護についても介護施設・ケアマネージャー・訪問介護などのあらゆるサービス事業者も対応を迫られ、地域全体が関与した。医療現場からみると、新型コロナウイルス感染患者の自宅療養体制は、このような段階を経て地域全体に裾野が拡大していった。その過程において、地域の団結力を一層高めることができたのは、区長の力が大きかったと実感する。

■医療介護生活を支える多職種連携¹⁸

高齢患者の自宅に往診にいき、検査した結果陽性となると、介護事業者の方は明日から訪問にいけないという対応になりがちであるが、それでは患者の生活が困難になってしまう。また、家族が介護している場合もあるが、介護者が感染すると、要介護高齢者（陰性）は、一人取り残されてしまうということもある。第5波では、若年層も含めて重症化の肺炎が問題であったが、第6波・第7波では高齢者の生活支援の問題が大きかった。

感染患者のみならず、要介護家族の濃厚接触者も含めて支えるにあたり、訪問看護が医療面のみならず生活面まで支援するのは限界があるため、訪問看護師の協力を得た。そして、

¹⁷ 英裕雄新宿ヒロクリニック院長ヒアリング（令和4年9月20日）

¹⁸ 迫村泰成新宿区医師会元理事ヒアリング（令和4年9月16日）

ネットワーク会議（前節 2.1②）では、防護具の着脱ノウハウを共有するなどを通じて、感染高齢者の介護に不安をかかえる介護者の不安払しょくを図った。認知症高齢者の支援にあたっては、新宿区のコロナ対応の健康部のみならず、福祉部にもネットワーク会議（前節 2.1②）に加わってもらった。令和3年11月には、新宿区「緊急生活支援事業」が立ち上がり、訪問介護による生活支援体制の充実化が図られた。

平時から医療介護行政関係者が連携して現場の需要をくみ上げ、患者にとってより良い打開策を共に検討し、行政がそれを反映した政策につなげていく仕組みが重要であり、ネットワーク会議（前節 2.1②）がその役割と機能を果たしてきた。

■情報連携をめぐる課題¹⁹

自宅療養者支援にあたっては、医療介護行政関係者による多職種連携が重要になるため、感染患者情報を関係者間で共有する共通のプラットフォームが必要である。新型コロナウイルス感染症患者情報については、HER-SYSを通じて情報が一元的に集積されているため、それを地域における医療介護連携にも活用できると良かった。実際のところ、HER-SYSのIDは医療機関ごとに発行され、他の医療介護関係者はかかりつけ患者であっても閲覧できない仕組みである。患者にとって必要な検査や治療等を判断するにあたって、患者の良質な医療提供のために利益になると思うことであっても、行政は個人情報保護を理由に患者情報の共有には消極的である。感染予防、感染時の検査や治療ケア、感染後のフォローアップといった予防から治療ケアまでの経時的な方針のもと多職種連携が実践できるよう、HER-SYSの活用の幅を広げた現場レベルの情報連携を可能にする仕組みが必要である。

■自宅療養体制の基盤は「地域包括ケア」²⁰

地域包括ケアシステムは、医療・介護・福祉・生活を含めて住み慣れた街で支える概念である。新型コロナウイルス感染症の自宅療養者は外出できない環境におかれるため、医療のみならず介護や生活支援も必要となるが、これは高齢者に限ったことではなく、若い方であっても同様である。特に第5波の頃には、若い方も含めて自宅療養者の多くの方は動けないほどの重い症状を抱えていたので、医療、生活支援や介護支援も包括的に必要であった。また、認知症高齢者は特に、入院ではなく、自宅や高齢者施設で対応できるような体制が必要である。新宿区では、新型コロナウイルス感染症流行前から在宅医療と介護の連携体制がある。そのような平時の体制があったからこそ、感染流行下における自宅療養者対応も連携できた実感する。今回の教訓を踏まえて、平時の地域包括ケアシステムのさらなる強化を図っていく必要がある。

¹⁹ 迫村泰成新宿区医師会元理事ヒアリング（令和4年9月16日）

²⁰ 前掲脚注と同じ。

3. 大森医師会(大田区)

大田区には、平時から在宅医療・介護の多職種連携の拠点として、医師会が運営する「在宅医療相談窓口」がある。この窓口は、大田区の3つの医師会（大森・蒲田・田園調布）内にそれぞれ設置されており、新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者に対する健康観察と医療についても、このような平時の在宅医療提供体制と地域包括ケアを活用した体制が構築されていた。なかでも、流行当初から、かかりつけ医（診断医）を中心とする体制を基本とし、そのバックアップを在宅医が担う階層体制を維持し続けているのは、特徴的である。

以下、大森地区の主な取組みの経緯や実施体制等についてヒアリング結果²¹を示す。

3.1 第1波から第7波までの主な取組み

大森地区の自宅療養者の健康観察と医療提供体制は、かかりつけ医と在宅医の階層体制である。まず、かかりつけ医が診断した自宅療養者は、かかりつけ医自身が健康観察を行うことを基本とした。その後、患者の状態が悪化して往診が必要となるなど、かかりつけ医では対応困難な場合には、医師会「在宅医療相談窓口」に連絡し、在宅医療機関が対応する仕組みとした。在宅医療相談窓口とは、前述のとおり大田区内の3つの医師会それぞれに設置されており、平時から稼働しているものである。平時の場合には、病院からの相談を受けて在宅医療を調整する窓口であるが、新型コロナウイルス感染患者の場合、かかりつけ医からの依頼も受けつけるようになり、その後、保健所からも直接連絡が入るようになり、活用の幅が広がった。参加施設は、令和4年9月30日時点で、医療機関64施設（電話診療対応33施設、往診39施設）、薬局35施設、訪問看護ステーション13施設である。

この健康観察と医療の一体的な体制は、第3波の後（令和3年3月）に立ち上げたものであるが、そのきっかけは保健所からの協力依頼であった。令和3年2月、大田区保健所から大田区内の3つの医師会（大森・蒲田・田園調布）の各会長宛てに、自宅療養者に対する健康観察と医療についての協力依頼があった。自宅療養者に対する健康観察は保健所だけでは対応困難となり、医師会に協力してほしい、ついてはそのスキームをつくってほしいという依頼であった。その翌月である3月に、上記体制を構築し、その後大きな変更もなく、維持し続けている。

²¹ 鈴木央大森医師会理事ヒアリング（令和4年9月13日）

3.2 これまでの対応を振り返って

■健康観察と医療を支える実効的な体制—平時の在宅医療体制と地域包括ケアの活用

感染患者対応には、個人防護具を着て時間的場所的な配慮が必要となるなど、通常医療とは異なる特別な対応が必要となる。自宅療養者の健康観察と医療提供体制の構築にあたって、当初、医療現場は皆どのように対応したらよいか混乱していた。大森地区では、何か特別な仕組みをつくるのではなく、既存の平時の在宅医療体制を活用する仕組みとした。平時から在宅医療に携わっている関係者が、感染患者対応にも従事する仕組みであることから、平時の延長として円滑な連携ができた。

他の地域をみても、平時の地域包括ケアができていた地域ではなんとかコロナの自宅療養者対応もできていたような印象をもっている。平時からの行政と医師会の信頼関係が重要である。

■保健所との連携

自宅療養者の健康観察と医療体制そのものは、第3波の後（令和3年3月）に既に立ち上げていたが、この体制が本格的に必要とされたのは第5波のときであった。第5波を迎える前にすでに体制を構築していたことは、混乱なく円滑な対応に繋がった。今回の体制立上げの契機は、保健所からの協力依頼ではあったものの、大田区では、コロナ流行初期から、地域のすべての病院・医師会・行政が集う「新型コロナウイルス感染症対策会議」を設置し、月2回定期的に議論を行っていた。この会議を通じて、顔の見える関係があったことは、保健所にとって医師会に協力依頼をしやすい環境になるとともに、医師会にとっても関係者との円滑なスキームづくりのために効果的であった。

■退院後のアフターコロナ患者対応からみた入院に対する問題意識

入院の療養期間を終えて退院したアフターコロナの高齢患者の在宅医療にあたるなかで、行政の入院判断を疑問に思うことがある。高齢者にとって入院は、生活環境が変わることによる心身の影響が大きく、せん妄や誤嚥性肺炎といったいわゆる老人疾患を併発することが非常に多かった印象をもっている。第6波や第7波の弱毒化したコロナとなった環境下では、高齢者の入院は、必ずしも患者本人にとって良いとは限らず、なるべく環境を変えずに、自宅療養のほうがより良い場合もある。特に、介護ができる環境にある人であれば、あえて入院させないほうが予後的にもよいと思うところがある。

4. 板橋区医師会

板橋区には、平時から在宅医療・介護の多職種連携の拠点として、医師会が運営する「療養相談室」²²がある。新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者に対する健康観察と医療についても、このような平時の在宅医療提供体制と地域包括ケアを活用した体制が構築されていた。特に、およそ10日間に及ぶ療養期間中の区民の孤立や不安を慮り、健康観察と医療の連続性を確保するとともに、24時間体制で見守る包括的なケアの実践により、区民が安心できるようにと寄り添う取組みは、特徴的である。

以下、主な取組みの概要や経緯等についてヒアリング結果を示す。

- ①東京都「自宅療養者医療支援強化事業」(R3.4 開始：板橋区は当初から参加)
- ②板橋区「新型コロナ感染症自宅療養者医療サポート事業～24時間体制で自宅療養中でもまるっと安心～(通称「まるっと」事業)(R3.9.15 開始)

4.1 第1波から第7波までの主な取組み²³

①東京都「自宅療養者医療支援強化事業」は、令和3年4月に始まった東京都の事業である(前節1.東京都医師会の取組み参照)。板橋区は、開始当初から本事業に参加しており、医師会「療養相談室」を窓口とする運用体制を構築している。

②板橋区「新型コロナ感染症自宅療養者医療サポート事業(通称「まるっと」事業)」は、令和3年9月15日から始めた区独自の取組みである。高リスク者を対象に、自宅療養期間中の“健康観察”と重症化した場合の診療や往診といった“医療”、必要に応じて入院先の調整も含めて切れ目のない医療提供体制を構築し、療養中の不安を抱える区民の安心に応えるため24時間体制であたっている。参加医師は59人(非会員含む)、参加医療機関数は43施設である。これは、区医師会から提案して始まったものであるが、その背景には、次のような問題意識があった。

第1に、自宅療養者は、およそ10日間に及ぶ療養期間中、孤立し不安をかかえる傾向があったため、医療と繋がっていると安心できる仕組みが必要であると考えていた。東京都の事業(前述①)は、保健所が自宅療養者に医療が必要と判断したときに保健所から依頼を受けた医師が往診に行く1回単位の仕組みであり、同じ医師が継続的に見守る仕組みではなかった。そこで、区の事業では、患者ごとに担当医師を決め、療養期間中の継続的な見守り体制を基本とした。

第2に、“健康観察”は本来保健所が担うものであるが、保健所では患者の相談にのることはできても、検査や薬の処方などの医療には対応できない限界があった。そこで、医療機関

²² 板橋区医師会が運営する「療養相談室」は、板橋区医師会在宅医療センターのなかにある。訪問診療医・訪問看護ステーション・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所などと連携して、在宅医療が必要な方への支援、相談、助言を、平時から行っている。

²³ 鈴木陽一板橋区医師会副会長ヒアリング(令和4年3月23日・9月29日)

が“健康観察”をも担う体制、すなわち“健康観察”と急変時の“医療”が迅速かつ切れ目なく対応できる体制は、保健所にとっても心強いものであった。

第3に、療養期間中の“健康観察”と“医療”体制が強化されることで、高リスク者の入院を防ぐことができるのみならず、退院後のアフターコロナ患者を、地域の主治医（かかりつけ医）がみてくれるという、病院にとっての安心感にもなり、自宅療養に転換しやすくなるという効果もあった。なお、本事業は、区と区医師会との委託契約により実施している。

4.2 これまでの対応を振り返って

■変異株による需要の変化と対応体制の変容²⁴

第5波・第6波・第7波では、ウイルスの性質、ワクチンの接種状況、使用可能な治療薬などの相違があるため、患者層も異なり、それにより求められる体制や課題も変化した。

例えば、第5波では、年齢別にみると、高齢者や子どもよりも「中間層」の患者が多かった。板橋区では高齢者の約8割は第5波流行前に2回目接種を終えていたこともあって感染を防ぐことができたが、中間層の年代のワクチン接種はそこまで普及していなかった。症状別にみると、軽症もいれば中等症の方もいた。デルタ株の患者の特徴として、小康状態で一週間後くらいから急に症状が悪化する傾向にあり、増悪してから往診依頼があるケースが多かった。増悪してしまった後では往診で対応できることにも限界があるため、この頃は入院調整まで一時的な受け入れ先として酸素ステーションなどの中間施設の必要性を強く感じた。また、高リスク者は早い段階で医療介入できる体制が必要と考え、区の「まるっと」事業開始により健康観察と医療の連続的な体制の充実化を図った。さらに、地域の病院や保健所と連携して、令和3年8月下旬頃から抗体カクテル療法のための入院体制をつくり、発症から7日以内に投与が必要な抗体カクテル療養を、早くから高リスク者に利用して重症化を防ぐことができた。

第6波では、軽症者の増加、特に子どもの感染者数の増加が顕著であった。パルスオキシメータは成人用しか行政から配布されてなかったため、小児用を手配した。また、抗体価が下がった高齢者の感染もあった。感染が引き金となって具合が悪くなるケース、例えば、誤嚥性肺炎や心不全ならば脱水・衰弱が進行することもあった。オミクロン株は、デルタ株と異なり、最初のうちは症状が強くとも、軽快し始めると再度悪化することはほとんどなかったため、この頃の自宅療養者の医療は、ほとんど電話診療と処方対応が中心で、往診医の確保は問題にならなかった。一方で、陽性高齢者の受け入れ先の確保の課題があった。酸素ステーションでは、自分で食事や排せつ、歩行ができないと受け入れてもらえず、要介護高齢者は自宅や高齢者施設にとどまるしかなかった。

第7波では、第6波以上に感染者数が増えるなか、食事をとるのも飲むのも困難な状態の高齢者が多く、脱水対策が必要であった。療養期間を終えて感染リスクは低下したものの、

²⁴ 鈴木陽一板橋区医師会副会長ヒアリング（令和4年3月23日・9月29日）

その後も不調が続く方も少なくなかった。第7波のときに注意を要する自宅療養者は、これまでのように呼吸器としての重症者というよりは、全身状態としての重症者という見方に変わり、医療介入を要する患者層は変わっていった。

■健康観察と医療を支える実効的な体制—平時の在宅医療体制の活用²⁵

板橋区医師会には、平時から「副主治医制度」があり、新型コロナウイルス感染症の自宅療養対応についても参加医師ほぼ全員の協力を得ている。電話診療は対応可能であるが、往診は困難という医師の場合には、別の医師が往診対応する役割分担をする階層体制として協力医師を確保している。参加医師間の相互情報共有については、副主治医制度の情報共有システムを活用している。

■保健所との連携²⁶

保健所とは、2週間に1度定期的にミーティングを実施して情報共有している。流行初期にはこのような協議の場がなく、早くから立ち上げておけば良かった。それでも保健所との情報共有、特に患者情報の共有についてはかかりつけ医が必要としても個人情報保護の障壁があるなど今なお課題が残る。患者のなかには、複数のかかりつけ医をもつこともあり、診断医とは異なるかかりつけ医が患者情報を得られない状況にある。

■情報連携をめぐる課題²⁷

異なる制度間の他機関との情報連携についても課題が残る。例えば、区の「まるっと」事業は、療養期間中ずっと主治医が見守る体制のため、他の医師を受診しているケースはないが、第5波のときには患者の不安も強く、夜間にファストドクターを呼び往診依頼するケースもあった。ファストドクター社は夜間対応のため、その翌日、保健所から医師会に同じ方の往診依頼がくることもあり、ファストドクター社と医師会との情報連携が必要であった。両者は、それぞれに区と契約して異なる制度として動いていることが背景にある。HER-SYSの活用の幅を広げて関係者間の情報連携ができる仕組みが良い。

■通常医療対応からみた問題意識²⁸

通常医療との関係でみると、コロナ感染患者のために、一般疾病の患者が入院医療を制限される事例があった。例えば、緩和ケア医が、緩和ケアを要しない高齢者のコロナ対応をされていて、緩和ケアを必要とする一般患者が入院できない状況があった。感染患者のみならず、一般疾病の患者のためにも、変異株の特性によって患者層の変化等を踏まえて、それによる医療提供体制も状況に応じて柔軟に変化させることが必要である。

²⁵ 鈴木陽一板橋区医師会副会長ヒアリング（令和4年3月23日）

²⁶ 塩原未知代板橋区医師会在宅医療センター療養相談室長ヒアリング（令和4年3月23日）

²⁷ 鈴木陽一板橋区医師会副会長ヒアリング（令和4年3月23日）

²⁸ 鈴木陽一板橋区医師会副会長ヒアリング（令和4年3月23日・9月29日）

5. 調布市医師会

調布市では、まずは平時の在宅医療体制を活用した“在宅医”中心の体制に始まり、のちに診断医を含めた階層的な体制に転換して“市全体”で支える体制へと移行した。その時々ของผู้需要とそれに適応する実効的な対応体制へと変化を遂げたことは、特徴的である。また、調布市には、平時から在宅医療・介護の多職種連携の拠点として、市医師会が運営する「ちようふ在宅医療相談室」があり、コロナ感染患者の往診依頼があった場合にも対応している。すなわち、平時の一般患者のみならず、感染患者を含めて、多職種連携による地域包括ケアを活用して、自宅療養者の医療提供体制を構築していた。

以下、実施体制とその経緯等について、ヒアリング結果²⁹を示す。

5.1 第1波から第7波までの主な取組み

調布市では、まず平時の在宅医療体制を活用した体制を立ち上げた。調布市における平時の在宅医療チーム9人のうち7人を選抜し、曜日ごとに当番を決めた。保健所からの依頼を受けて対応するものであるが、対応方針（電話診療・オンライン診療・往診）は当番医が判断して決めることとした。当番医が対応困難な場合には、ファストドクター社の協力を得る連携体制をつくったが、実際のところファストドクター社に依頼したケースは1件もなかった。

第5波になると、療養中に急変するケースが相次ぎ、その往診需要に応えるべく、医療現場では過酷な対応が求められた。第6波に向けて弱毒化変異株（オミクロン株）による患者絶対数の増加が予想され、当初の体制から新たな体制へ切り替えた。具体的には、まず①診療検査医療機関が対応する（第1層）、②診療検査医療機関で対応が困難なときには、電話診療対応医療機関が対応する（第2層）、③そこでも対応困難なときは、往診対応医療機関が対応する（第3層）という階層的な体制である。第2層の電話診療対応医療機関は35施設であり、2ラインの月2回程度の当番制とした。往診は困難であるが、電話診療なら対応可能という医療機関がこれにあたる。第3層の往診医療機関は、立ち上げ当初の平時の在宅医療チームである。当初の体制のときは、電話診療から往診まですべて、在宅医療チームが対応していたが、新たな階層体制に見直したことにより、在宅医療チームは真に往診が必要な患者対応に集中できるようになるとともに、会員全員が面で支えるという気運が高まり意識改革にもつながった。第6波以降もこの体制を維持している。

なお、調布市と市医師会との間では、療養期間中の診療・往診・その後のフォローアップといった自宅療養の医療や健康観察に係る事項のみならず、訪問看護師の派遣やパルスオキシメータの配送などあらゆる支援を一つにまとめた包括的な協定を締結している³⁰。

²⁹ 西田伸一調布市医師会長ヒアリング（令和4年7月5日）

³⁰ 調布市医師会事務局確認

5.2 これまでの対応を振り返って

■保健所との連携をめぐる課題

市医師会と市行政は、平時から医療介護に関わる様々な取組みを協働しており、新型コロナウイルス感染症患者対応についても、自宅療養者の医療支援はもちろん、PCR 検査体制も早い段階から立ち上げ、ワクチン接種についても調布市独自の方式を確立するなど様々な取組みを行ってきた。このように、市行政との関係では、新型コロナウイルス感染症患者対応全般について円滑な連携ができたものの、保健所（都）との関係では連携困難な問題があり、最初の体制の立上げに時間を要した。令和2年7月頃、市医師会では、自宅療養者の健康観察と医療の連続的な体制構築の重要性について保健所に働きかけたものの、なかなか理解が得られなかった。第3波になって保健所から医師会に協力依頼がきた。市部は都直轄保健所であるなか、都と保健所長との連携にも課題があるように見受けられた。

本来、医療とは、医師が患者を診断し、その後も継続的にフォローするものである。しかしながら、新型コロナウイルス感染症の自宅療養体制は、“医師”の診断後、“保健所”が健康観察をして、病状が悪化したときに医療機関に協力依頼がくるという複雑な仕組みであった。そのため、医師は、診断後、患者を経時的に見守ることができず、保健所からの往診依頼は部分的な情報提供にとどまるため、治療ケア方針の判断に必要な患者情報が十分に得られず、初診で往診対応が求められる難しさを抱えていた。

■小児の往診体制

第6波では、小児の感染者が増えてきた。家庭内感染が圧倒的に多かった。例えば、親が感染し、その後子どもも感染したケースでは、親が子どもを病院に連れていけないため、往診依頼があった。子どもは軽症が多いものの、だからといって症状が悪化しないとは言いきれない。小児の往診体制の必要性が高まったことを受け、東京都医師会では小児も含めた往診体制の強化を図った。ただ、行政から配布されていたパルスオキシメータは成人用であり、小児は成人用では測定できないため、各医療機関で個別に手配しているような状況であった。小児も含めた往診体制とそのために必要な物資の準備は将来に向けた課題である。

■自宅療養体制の基盤は「平時の在宅医療体制」と「地域包括ケア」

調布市医師会では、新型コロナウイルス感染症流行前から地域の在宅医療体制を構築していた。今の在宅医療体制は、10年以上前から維持しているものである。感染患者についても、このような平時の在宅医療体制を活用して、感染患者の需要等に応じた対応体制を構築してきた。今回の教訓を踏まえ、平時の在宅医療体制や地域包括ケアにも継続して活かしていく。

6. 立川市医師会

立川市では、市医師会の担当理事が、医療介護行政関係者間の相互調整を担う「地域のコーディネータ」を担っていた。その活動は、自宅療養者の健康観察と医療対応のみならず、入院も含めて時々刻々と変化する地域の医療資源の状況に目を配り、“入院”と“療養”間の調整役にも及ぶ。また、地域における多様な需要を把握し、官民一体となって平時の地域包括ケアを活用した多職種連携の実践により、既定に捉われない柔軟な運用による解決策を講じたところは、特徴的である。

以下、主な取組みの概要や経緯等についてヒアリング結果³¹を示す。

- ①立川市「在宅要介護者の受入体制事業」(R2.4 開始)
- ②立川市「新型コロナウイルス感染症自宅療養者医療支援事業」(R4.1 開始)

6.1 第1波から第7波までの主な取組み

①立川市「在宅要介護者の受入体制事業」は、令和2年4月に始めた取組みである。高齢者を在宅介護している家族がコロナに感染した場合、残された要介護高齢者は、生活が困難になる。高齢者は、感染した場合の重症化リスクが高いことも踏まえ、その方を隔離できるような施設を確保するとともに、立川市医師会が医療のバックアップを担う体制をつくることにした。具体的には、高齢者の家族や関係者はまず、かかりつけ医に相談する。かかりつけ医が対応困難な場合には、かかりつけ医から保健所や立川市医師会に依頼する。訪問診療医が主治医となり、その後のフォローアップ、PCR検査、必要に応じて治療、高齢者施設(個室)へのショートステイの受入体制を整備する。各関係機関との調整については、立川市医師会担当理事と保健所の課長を窓口とした。これは、医療のみならず、地域包括支援センター、ケアマネージャー、訪問看護ステーションといった介護関係者も含めた多職種連携窓口である。自宅療養者への支援として、“感染患者(介護者)”に対して往診に行ってもそこで終わりとする、“感染していない”同居家族(要介護者)への支援が見過ごされてしまうが、本事業の開始により、“感染患者”の往診後、その家族も含めて継続的な対応が可能になった。医療介護関係者のみならず、東京都・保健所・立川市といった行政も含め、官民一体となって連携した取組みであるところが特徴的である。

②立川市「新型コロナウイルス感染症自宅療養者医療支援事業」は、令和4年1月に始まった取組みである。これは、保健所業務である健康観察も含めて医療機関が担う体制であり、医師会から提案したものである。この体制の導入にあたって、市は協力的であるのに対し、都の保健所は都(本庁)に伺いをたてたり、管内の市町村との足並みを揃えることを重視して、医師会に委託することを躊躇していた。市部は広域保健所のため、立川市含めて6市を1つの保健所が管轄している。保健所としては、管轄圏内の他市との調整もあり、立川

³¹ 荘司輝昭立川市医師会理事ヒアリング(令和4年9月21日)

市だけ先行的に始めることについてはすぐに判断できないという様子であった。しかしその後、第6波で感染者が急増し保健所が逼迫して対応困難になると、保健所もやむをえずという状況になり理解を得ることができた。これにより、診断医が健康観察をも担う体制となった。なお、本事業は、市と市医師会の補助金事業として実施しており、保健所もこれに参画している。

6.2 これまでの対応を振り返って

■保健所との連携をめぐる課題－医療現場における打開策

市医師会は、市行政との関係では、新型コロナウイルス感染症患者対応全般について円滑な連携ができたものの、保健所（都）との関係では健康観察の委託や情報共有の場面で連携困難な課題があった。健康観察については前述 6.1②参照。

感染患者の病歴や既往歴などの情報共有については、個人情報保護が障壁となった。通常、訪問診療を開始するとき、まず患者やその家族と面談などして医療情報を踏まえてから行くものであり、事前に何らの患者情報もなく出向くことはない。特に、感染患者対応にあたっては、事前情報のないまま出向き患家で聞き取るとなると、時間がかかり、その分滞在時間が長くなり、そのことは医療者にとっても濃厚接触者になったり、感染するリスクが高まるという特有の問題が生じる。そうすると、地域医療の担い手が減り、医療提供体制の脆弱化を招くおそれがある。感染患者の自宅療養支援には、そのような平時とは異なる特別な状況もあるなか、保健所は、往診医に患者情報を提供できないという姿勢であった。それでは往診は困難であるとして患者情報の提供について理解を求めた。一方、情報分野に詳しい専門家に相談したところ、本人の同意が得られれば問題ないという助言を得たことから、市医師会は、診断医療機関（会員医療機関）が患者の同意を得て、市医師会と市に患者情報を提供するという、現場レベルでの情報連携体制を構築し、診断、健康観察、その後の往診の連続的な連携体制を確保した。さらに、後述のとおり、都から市への情報伝達の遅れという行政間の連携不全の問題についても、この仕組みを活かした連携体制を構築した。

診断医療機関→保健所→都→市（患者情報の伝達体制）

診断医療機関＝市医師会→市（患者の同意を得た新たな情報連携体制の構築）

■行政間の情報連携をめぐる課題－医療現場における打開策

立川市では、都（保健所）→都（本庁）→市の流れで患者情報が伝達される仕組みであるが、都（本庁）で情報が止まってしまい、市に伝達されないことがしばしば起こり、療養支援が遅れる課題があった。食事などの生活支援は市が対応していたが、特に連休が入ると都から市への情報伝達は3～4日のタイムラグが生じることになり、その間、食事生活物質支援の遅れが問題になる。感染者数が増えてくると、都から市への情報伝達は一層遅れがちであった。

前述の患者の同意を得た情報連携体制は、そのような行政間の連携不全に対する打開策

にもなり、その日のうちに迅速な食事生活物質支援ができるようタイムラグの解消を図った。これにより、自宅療養期間中の健康観察や往診のみならず、生活支援も迅速に届くようになり、患者にとっても、より良い医療と生活支援が可能になった。

■多職種間の情報連携をめぐる課題－医療現場における打開策

多職種連携にあたっては、情報連携が不可欠である。HER-SYS の ID は 1 医療機関に 1 つ発行され、共通 ID がなく、多職種間での情報共有の課題があった。そこで、市の委託事業（市医師会休日急患診療所事業）の一環として市医師会用の ID をつくり、関係者間の情報連携の課題解決を図った。その記録は、発生届を出した医師や保健所はもちろん、健康観察を担う訪問看護師、往診医も閲覧することができる共通カルテである。

医療現場では、診療情報提供書と同程度の患者情報を関係者間で共有できることが必要となる。感染患者の健康観察は、感染による症状のみでは十分とはいえない。例えば、看護師も HER-SYS 閲覧が可能になると、その情報を通して糖尿病の罹患がわかると、感染による症状のみならず、糖尿病の症状の変化や薬の処方は足りているかといったこと健康観察も可能になる。HER-SYS データを臨床にも活用できるような制度設計になると良い。

■自宅療養体制の基盤は「地域包括ケア」

在宅医一人の対応力には限界がある。立川市では、医療者はもちろん、訪問看護・ケアマネージャー・介護士、行政などとの多職種連携により、地域全体で支え合いながら自宅療養者を見守ることができた。例えば、入院療養中の感染患者のなかには、症状はあるが自宅に帰りたいという方がいたが、国が感染者に公共交通機関の利用を控えるよう求めていたため、自宅に帰る手段がなかった。そこで、市が専用タクシーを手配する体制をつくるとともに、退院後のアフターコロナ患者対応は、医師会が担う仕組みとした。退院直後しばらくは、酸素が必要であったり、体力が低下しているケースがある。特に、高齢者の場合は、1 日入院すると回復するのに 3 日かかるといわれるほど、退院後のフォローは必要である。本来であれば、回復期病院に転院する流れであるが、受入可能な病院がなく、自宅療養するケースがあったため、第 2 波の頃から退院後のアフターコロナ患者の訪問診療を行っている。

平時から地域包括ケアが機能している地域は、新型コロナウイルス感染症患者についても、その仕組みを活かしながら対応することができた傾向があり、医療介護行政関係者の理解と協力を得て平時の地域包括ケアを活用しながら対応していくことが、今回のコロナ対応のポイントであったと実感する。

さらに、その実効性を高めるためには、地域の医療資源を把握し、状況に応じて量と質の双方の観点から医療提供体制を調整することが特に重要であり、地域医療の現場でその役割を担うコーディネータとなる医師が必要である。

第5 考察とまとめ

1. 感染症パンデミック時の医療提供体制の問題の所在 ―自宅療養の観点から―

新型コロナウイルス感染症流行以降の3年間、医療現場は、通常医療とコロナ医療の両立を守ってきたが、そこには様々な限界があった。今回の教訓を踏まえ、我が国の感染症パンデミック時の医療提供体制について見直し、実効性ある体制づくりを検討する必要があるが、そもそも事の発端となる問題はどこにあったのかということ、もともとの制度設計にあると考える。

第1に、我が国の感染症パンデミック時の医療は、“指定医療機関”という一部の専門医療機関が、しかも“入院”のみで対応しようとする制度設計となっており、あらゆる医療機関を巻き込み、“療養”をも含めた形の制度設計ではなかったことにある。感染症パンデミック時における医療は、個々の医療機関において完結しうる類のものではなく、それぞれに異なる専門性をもつ地域医療の機能を結集・連携して、地域における良質な医療提供の循環を生み出していくものである。今回の新型コロナウイルス感染症対応について本調査結果および他県の活動を概観したところ、自宅療養支援にあたっては、在宅医中心の体制から、診断医も含めたあらゆる医療関係者が関わる体制に再構築されるとともに、医療介護生活の包括支援が行われてきたことは、多くの地域が辿ったおよそ一般的な傾向であるように見受けられた。よって、R4改正法において、“入院”と“療養”双方の必要な医療について、地域におけるあらゆる医療機関が役割分担と連携をする体制に改められたことは、今回の教訓を踏まえたものといえる。

もっとも、感染症パンデミックには様々な局面がある。まず、発生した感染症の危険性等が未知³²の段階から始まる。これらは諸外国の情報も含めて徐々に明かにされていくものであるが、それらが明かになったとしても、ワクチン、治療薬、診断キットといった予防・診断・治療体制が確立するまでには時間を要する。その後、これらが確立されたとしても、必要な医療機器や医療資材等を入手でき、対応力をもつ人材がいて、感染者と非感染者を分けて対応しうる十分な場所を確保できるなどの条件を満たす一部の医療機関における部分的な運用とならざるを得ない。そのため、予防・診断・治療体制の未確立期(①)はもとより、確立期であっても検査や治療を提供できる医療機関は自ずと限られてくる(②)。地域全体が関わりうるのは、医療者が感染防護により安全を確保できる環境の下、どこの医療機関でも対応可能な診断や治療体制が確立された段階である(③)。

さらに、自宅療養についてみると、入院や宿泊施設のように集約化した医療提供形態とは異なり、散在する患家に赴く形態の医療提供である。例えば、デルタ株のように当初は軽症でも療養中に重症化するリスクが高い変異株の場合には、より注意深い健康観察と急変時の早期医療介入が必要になるが、このような急な重症化事例が地域内で頻発するような状

³² ここでいう「未知」とは、人類にとって未知の感染症ということではなく、既知の感染症であっても危険性等が十分に明らかではない状態という意味で用いている。

況に陥ると、自宅療養では対応困難という限界がある。このような特性をもつ変異株の流行期には、入院体制の充実化と酸素ステーションなどの“療養”と“入院”を繋ぐ中間施設の整備の課題として捉えた準備が必要である。自宅療養が効果を発揮するのに適した場面は、自宅内で感染者と非感染者を分けうる環境において、デルタ株のように急激な重症化が頻発することのない時期における無症状や軽症患者に対する医療と、退院後のアフターコロナ患者の医療であることが、本調査結果から窺えた。

また、感染症パンデミック時の医療を考えるにあたっては、一般患者の通常医療との両立も重要な視点である。今回、医療現場は、一般患者の通常医療を制限してコロナ医療を確保することを余儀なくされた。まん延防止という「公衆衛生」の観点から症状の有無や軽重を問わず感染患者に医療資源を分配する運用が行われてきたが、将来の感染症パンデミック時の医療提供体制整備にあたっては、「公衆衛生」の観点のみならず、一般患者も含めて個々の患者の生命健康を守るという「医療」の観点との調和を図る視点も重要である。

そこで、医療機関の役割分担にあたっては、R4改正法により導入された協定締結という形式的な方法論が先行することなく、コロナ医療と通常医療の両方の需要を考慮して地域全体を時間的空間的に捉えた実質的な議論がまずは必要である。すなわち、当該医療機関がもつ地域における役割や機能を踏まえることはもとより、前述のような感染症パンデミック固有の時間的変化も考慮して、いかなる時期にいかなる場面でどのような医療機関がどのくらいの規模で対応可能かといった、今回の対応実績と課題を踏まえた現実的な議論を行うことが、患者に対し良質かつ適切な医療提供体制を整備する国や自治体の責務（感染症法3条1項）を全うしうる実効性ある体制づくりに繋がると考える。

第2の問題は、感染症パンデミック時の医療提供体制が、平時の医療提供体制や地域包括ケアシステムと関連づけられていなかったことにある。感染症パンデミックは、地震や津波といった自然災害のように、最初に大きなインパクトが起き、その後は収束していくタイプの事態とは異なり、長期にわたって何度も感染者数の増減を繰り返す。このような平時と緊急時が交互にやってくるタイプの事態に対して、どのような医療提供体制が効果的かつ実効性があるか。今回の調査の結果、自宅療養者に対する医療提供体制については、平時の「在宅医療体制」や「地域包括ケア」を活用することが効果的かつ実効的であったという示唆を得たところである。平時の医療提供体制との関連づけについては、令和3年医療法改正において、従来の5疾病5事業³³に、新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制」が追加する見直しが図られた（令和6年4月1日施行）。さらに、今般のR4改正感染症法にて、“感染症法上の計画”は、平時の医療提供体制に係る“医療法上の計画”との整合性の確保を図らなければならない（R4改正感染症法10条8項）との規定が創設されるとともに、医療法の側からも、医療計画は、“感染症法上の計画”との整合性の確保を図る規定に見直さ

³³ 「5疾病」は、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患をいい、「5事業」は救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療をいう。

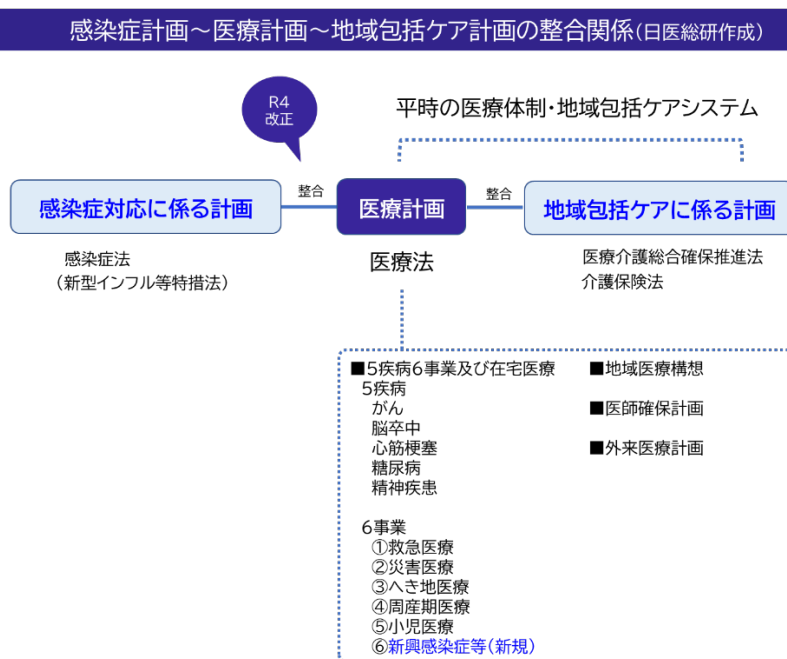
れた（R4 改正医療法 30 条の 4 第 13 項）。両計画の整合を図ることは今回の教訓を踏まえたものといえる。

さらに、自宅療養では、医療のみならず、介護や生活も含めた包括的な支援が必要となる
ところ、本調査対象地域では、平時の「地域包括ケア」を活用した医療・介護・行政関係者
の多職種連携が実践されており、そのような体制が効果的かつ実効的であったという示唆
を得た。そのことを踏まえると、“感染症法上の計画”と“地域包括ケアに係る計画”との関連
づけも必要と考えるが、前述に示した R4 改正感染症法 10 条 8 項には、かかる計画との関
連づけが見受けられない。もともと、医療法には、もともと“医療法上の計画”と“地域包括
ケアに係る計画”との整合性を図る規定があることを踏まえると、医療法上の計画が、平時
と緊急時の体制間の相互調整を図るクッションとして機能することが期待されると考える
（図6）。

令和 5 年 4 月から、各都道府県において“医療計画”と“地域包括ケアに係る計画”の見直
しに向けた議論が始まることになるが、今般の R4 改正感染症法にて「都道府県連携協議会」
という新たな会議体を創設することが規定されたことを受け、本協議会における“感染症法
上の計画”の見直しの議論も並行して行われることになる（R4 改正法 10 条の 2）。

そのような経緯を踏まえ、以下、個別の課題について検討する。

図6 感染症計画～医療計画～地域包括ケア計画の整合関係(日医総研作成)



2. 自宅療養者の健康観察及び医療提供体制に関する課題

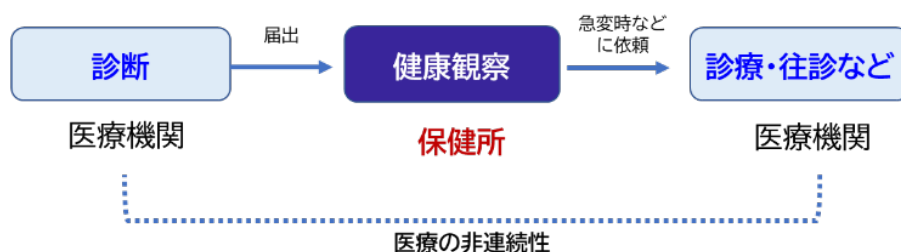
前章「第2」で述べたとおり、現場対応の最前線にたっているのは「保健所」であるところ、市区町村によって保健所を有している場合と有しない場合がある。そこで、保健所の有無を問わず地域共通の課題（2.1 節）と保健所を有しない地域が抱える課題（2.2 節）について述べる。

2.1 保健所の有無問わず地域共通の課題

(1)健康観察と医療の連続性

図7は、診断から療養支援まで流れを示したものである。通常医療であれば、診断から療養支援までの一連の患者対応は、医療機関が担う。しかし、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療は、医療機関による“診断”と“往診等”間の“健康観察”を、「保健所」が担う仕組みであった。すなわち、医療機関から届出を受けた保健所が、自宅療養中の健康観察を行い、その過程で急変するなど医療が必要と判断した場合に医療機関に依頼し、依頼を受けた医療機関が診療や往診などの医療対応を行う仕組みである。

図7 診断から療養支援までの一連の流れ(日医総研作成)



東京都医師会は、このような医療の非連続的な仕組みを問題に思い、本来の医療体制と同様に、健康観察は医療機関が担う体制とすること、医師会がそれに協力することを提案したが、保健所の理解を得るまでに時間を要した。

本調査対象地域をみると、地域によって差はあるものの、健康観察と急変時の医療も含めた対応について、保健所から医師会に対して協力依頼があり、その最初の契機となったのは、第3波の保健所の逼迫であった。感染者数が急増した第6波や第7波には特に、保健所逼迫の回避のために、保健所と医療機関との連携は不可欠であった。

さらにいえば、保健所による健康観察の場合、保健所が患者に赴き検査や処方等の医療が必要と判断しても対応できない限界があるが、医療機関が担うとなると、診断～健康観察～症状が急変した場合の往診など切れ目のない“医療”が可能となり、必要であれば医療から“介護”に繋げることもできることから、患者にとっての利益にもなると考える。

また、医師による高リスク者の健康観察は、患者のための切れ目のない医療提供体制を実現するのみならず、療養期間中の患者の孤立や不安に寄り添うとともに、入院から自宅療養への円滑な転換にも貢献するものであることが明らかとなった³⁴。

医療機関が健康観察を担う場合にはこのような利点がある一方、保健所が健康観察を担う場合、情報連携が難しくなるという課題があった。医師は、診断後、患者を経時的に見守ることができず、往診依頼があっても保健所からは部分的な情報提供しか得られないなかでの対応を余儀なくされる³⁵。また、往診先の患家で聞き取りをすると、滞在時間が長くなり、医療者が感染するリスク等が高まり、医療者の感染はその分地域医療の担い手の減少、ひいては医療提供体制の脆弱化に繋がらう³⁶。

このような教訓を踏まえると、感染症パンデミック下における自宅療養者に対する健康観察は、保健所と医師会が協働して「医療の連続性」を確保する体制を事前に準備することが必要であり、そのことは、保健所の逼迫を回避するとともに、患者のために良質な医療提供体制を確保する観点からも重要と考える。

その観点から R4 改正法をみると、「健康観察」は、改正前と変わらず、都道府県等（保健所）が担う位置づけになっている。ただ、委託規定が法定化されたことは、今回の教訓を踏まえたものといえる（R4 改正法 44 条の 3 第 5 項）。もっとも、いつ誰に対して委託するのは都道府県等の判断となることから、保健所と医師会との間で協議のうえ事前に取り決めをしておくことが必要となる。

■改正感染症法 44 条の 3 第 5 項（令和 6 年 4 月 1 日施行）

都道府県知事は、第二項の規定による報告の求めについて、第二種協定指定医療機関…その他当該都道府県知事が適当と認める者に対し、その実施を委託することができる。

※「第二項の規定による報告」とは、感染患者³⁷の健康観察である。

※「都道府県知事が適当と認める者」には、地域の医師会等が含まれる³⁸。

これに伴い、委託にあたって協力を求める対象に、診療に関する学識経験者の団体が明記された（改正感染症法 16 条の 2）。

³⁴ 板橋区医師会ヒアリング結果。

³⁵ 調布市医師会ヒアリング結果。

³⁶ 立川市医師会ヒアリング結果。

³⁷ 新型インフルエンザ等感染症の患者または新感染症の所見がある者。

³⁸ 厚生労働省医政局長ほか『「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一部を改正する法律」の公布及び一部施行について（通知）』令和 4 年 12 月 9 日。

(2)健康観察と医療・介護・生活の包括支援体制の必要性

ア 自宅療養支援は、全世代・全対象型「地域包括ケア」の実践

本調査は、自宅療養者の“健康観察”と“医療”体制を把握すべく始めたものであったが、“健康観察”と“医療”の連続性を確保するのみならず、医療介護生活の包括的な支援体制を構築する視点も重要であり、その運用にあたっては平時の「地域包括ケア」を活用することが効果的かつ実効的であるとの示唆を得た。

「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制である（医療介護総合確保推進法³⁹2条）。地域包括ケアは、高齢者施策として始まったものであるが、近年、そのコンセプトの適用を広げ、多様なニーズを汲む新たな地域包括ケアとして全世代・全対象型に拡大する流れにある。例えば、厚生労働省は、平成27年9月、地域包括ケアの支援の考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携した体制の確立を目指す考えを示している⁴⁰。これは、すべての人が、年齢や状況を問わず、その人のニーズに応じた適切な支援が受けられる地域づくりを目指すものである。

今回の調査対象地域における自宅療養支援に係る様々な取組みは、高齢者のみならず、小児や若年層、中高年層も含めてあらゆる年齢層の患者に対して、医療介護行政関係者の多職種連携により包括的な支援が行われていたことは、全世代・全対象型「地域包括ケアシステム」の実践といえる。

他県についてみても、兵庫県の尼崎市医師会⁴¹では、すべての患者を包摂する多職種連携体制が構築されていた。往診医のみならずすべての会員医療機関に協力を求めつつ、自宅療養者のなかには、小児や妊婦、精神疾患や知的障害、ひとり親世帯の親といった様々な背景のために入院困難な症例が多くみられたことから、小児科や産婦人科といった診療科も加わる往診体制を構築するとともに、市薬剤師会や市訪問看護ステーション、さらには介護関係者も含めた支援体制である。

さらに、保健所の立場からも地域包括ケアの視点を重視する見方があった。例えば、全国保健所長会は、新型コロナウイルス感染症流行前から厚労科学研究事業として検討を行っており、健康危機管理には「地域包括ケアなど地域の基盤づくり」が必要であると説いている⁴²。

³⁹ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律

⁴⁰ 厚生労働省「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」平成27年9月17日。

⁴¹ 原秀憲「尼崎市医師会」,兵庫県医師会「<報告書>新型コロナ対応兵庫県下医師会の取組より2020-2022」令和4年6月発行, pp.39-41.

⁴² 白井千香全国保健所長会副会長ほか鼎談「新型コロナウイルス感染症と公衆衛生の役割—保健所の体制強化に向けて—」社会保険旬報No.2826, pp.6-19,令和3年7月21日。

以上から、感染患者の自宅療養支援にあたり、平時の“地域包括ケア”を活用する必要性とその意義を窺い知ることができる。すなわち、自宅療養支援にはあらゆる年齢層の多様なニーズが存在し、それらに対応するには療養期間中の健康観察と急変時の医療の視点のみならず、医療介護生活の包括支援を可能にする多職種連携体制が必要となること、そのスキームとして平時から構築している地域包括ケアを活かすことが有用であるという教訓である。今後、その教訓を活かした自宅療養体制の整備が求められる。

イ 実施主体の異なる法制度間の整合をいかに図っていくか

もともと、法制度的観点からみると、地域包括ケアは、医療介護総合確保推進法や介護保険法に基づき構築されているものであり、感染症法とは異なる制度である。実施主体についても、「健康観察」は保健所を有する観点から都道府県（保健所設置市区）とされ、「医療」は都道府県が主体とされているのに対し、平時の「地域包括ケア」は市区町村⁴³という具合に、それぞれに実施主体が異なっている（図8）。

今般、R4 改正法により、平時の仕組みとの整合を図る規定が設けられた（第5「1」参照）ことを受け、どのように整合を図るかについては今後の議論となる。

そこで、①今回のコロナ感染患者に対する自宅療養支援の対応実績、②保健医療福祉施策の近年の傾向や、③整合対象となる平時の仕組みの現状といった多角的見地から、“感染患者の自宅療養体制”と“平時の仕組み”との整合のあり方について考えてみる。

図8 自宅療養者の健康観察と医療、平時の地域包括ケアの実施主体の相違(日医総研作成)

保健所設置主体	感染症法		平時の 地域包括ケアシステム (医療介護福祉生活の包括支援)
	健康観察	医療	
都道府県 (保健所設置市区以外の市町村)	都道府県	都道府県	市町村
保健所設置市／特別区 (指定都市・中核市・政令市)	市区	都道府県	市区

⁴³ 医療介護総合確保法3条1項にもとづく「総合確保方針」には、「市町村は、地域包括ケアシステムの実現のため、都道府県と連携しつつ、在宅医療・介護の提供や連携に資する体制の整備を図るとともに、高齢者の居住に係る施策との連携や地域支援事業…等の実施を通じて、介護予防及び自立した日常生活の支援を行うための体制整備を進めていく」とある。

①今回のコロナ感染患者の自宅療養支援の「対応実績」から考える

本調査の結果、感染患者の自宅療養支援にあたっては、保健所の有無を問わず、「市区町村」が主体となって、地区医師会とともに体制整備を行っていた。

例えば、板橋区では、平時の在宅医療介護の連携拠点である「療養相談室」を活用して、感染患者の自宅療養中の“健康観察”と重症化した場合の診療や往診、必要に応じて入院先の調整といった切れ目のない医療提供体制を構築し、療養中の不安を抱える区民の安心に伝えるため 24 時間体制であたっている。この取組みの契約当事者は、区と区医師会である。また、大森医師会においても、区からの協力依頼を受けて、平時の在宅医療介護の連携拠点である「在宅医療相談窓口」を活用して感染患者の自宅療養支援に取り組んでいる。新宿区においても、区と区医師会の連携により、平時の地域包括ケアを活用して、新型コロナ医療介護福祉ネットワーク会議を立ち上げ、400 人規模の医療介護行政関係者の多職種連携基盤を確立している。

保健所を有しない市においても、行政契約等の当事者は、市と市医師会であった。例えば、立川市における自宅療養者に対する“健康観察”と“医療”は、市と市医師会との補助金事業として実施している。調布市においては、療養期間中の診療・往診・その後のフォローアップといった自宅療養の医療や健康観察に係る事項のみならず、訪問看護師の派遣やパルスオキシメータの配送などあらゆる支援を一つにまとめた包括的な協定を、市と市医師会との間で締結している。

そして、東京都医師会は、地域の取組みをバックアップするため、自宅療養者の診療や往診などの医療支援について、東京都と契約を締結している（第4「1. 東京都医師会」の取組み参照）。また、東京都行政としても、「自宅療養者フォローアップセンター」や「自宅療養サポートセンター（うちさぼ東京）」を設置し、自宅療養者をサポートする取組みを行っている⁴⁴。フォローアップセンターでは、LINE を活用した健康観察や相談、地域医療と連携した診療を行い、うちさぼ東京では、体調の相談や、食料品、パルスオキシメータの配送など療養中の困りごとに対応している⁴⁵。他県^{46,47}の自宅療養支援活動をもても、市町村ごとに体制を構築する同様の傾向であった。

これらを踏まえると、自宅療養者に対する健康観察と医療、医療介護生活の包括支援体制については、まずは市区町村単位で構築するものとし、そのバックアップを都道府県が担うという関係性がより実効的であるという教訓が窺える。

⁴⁴ 東京都福祉保健局ホームページ「療養者・濃厚接触者の方へ」

⁴⁵ 前掲脚注と同じ。

⁴⁶ 兵庫県医師会「＜報告書＞新型コロナ対応兵庫県下医師会の取組より 2020-2022」令和4年6月発行、

⁴⁷ 宮城県医師会「新型コロナウイルス感染症記録誌 宮城県医師会新型コロナウイルス感染症（COVID-19）との闘い—その序章—」令和4年3月25日。

②保健医療福祉施策の「近年の傾向」から考える

感染患者の自宅療養支援は、医療介護生活支援であり、それは保健医療福祉施策にあたる。そこで、近年の保健医療福祉施策の傾向から、都道府県と市区町村の役割分担をみると、住民に身近なサービスは、都道府県から市町村に権限を移譲する流れにあった。

保健所業務という観点からみると、平成6年、保健所法の廃止に伴う地域保健法^{48,49}の制定を契機に、乳幼児や3歳児健診、妊産婦健診や訪問指導などの都道府県（保健所）の事務権限が市町村に移譲され、出産から育児までの一貫したサービス提供が可能な仕組みとなった⁵⁰。このような市町村への実施主体の一元化の背景には、保健医療福祉の連携のさらなる強化を図るという目的がある。また、平成12年には介護保険制度導入を契機に、住民に最も身近な市町村が、在宅福祉と施設福祉を一元的かつ計画的に提供できるような体制に見直された⁵¹。さらに、高齢者施策以外の福祉施策についても、同様の趣旨で、都道府県から市町村に権限が一元化された⁵²。

すなわち、近年の保健医療福祉施策は、住民に身近なサービスについては、実施主体を「市区町村」に一元化し、切れ目のない総合的な包括支援体制の構築を目指す傾向にある。

これに照らすと、感染症法全体としてみれば、行政区を超える感染症流行の特性から、広域対応を担う「都道府県」を主体とする必要があるとしても、入院から療養までの幅広い事務のうち、住民に身近なサービスである自宅療養に係る包括支援体制整備の実施主体は、「市区町村」が望ましいといえる。

③平時の仕組みの「現状」から考える

整合対象である平時の仕組みに着目してみる。

図9の右枠内の計画を全体としてみれば、「医療」計画の主体は“都道府県”、「地域包括ケア」は“市区町村”という主体の相違があるが、平成26年医療介護総合確保推進法の制定に伴う介護保険法改正を契機に、「在宅医療」については、市区町村主体に一元化⁵³され、医療介護連携を図る「地域包括ケアシステム」を構築する仕組みに見直された。国の基本的方針⁵⁴には、在宅医療・介護連携を推進するにあたっては、「市町村が主体となって地域の医師会等と連携しつつ、在宅医療・介護連携のための体制を充実させていくことが重要である」こと、「都道府県は、広域的な立場から市町村が実施する在宅医療・介護連携の取組みを支

⁴⁸ 平成9年4月1日に全面施行。

⁴⁹ 厚生労働省「これまでの地域保健対策の経緯」

⁵⁰ 厚生省保健医療局地域保健健康増進栄養課「これからの地域保健：地域保健法逐条解説・平成9年4月施行関連法律の改正ポイント」中央法規出版、平成10年3月。

⁵¹ 厚生白書（平成12年版）。

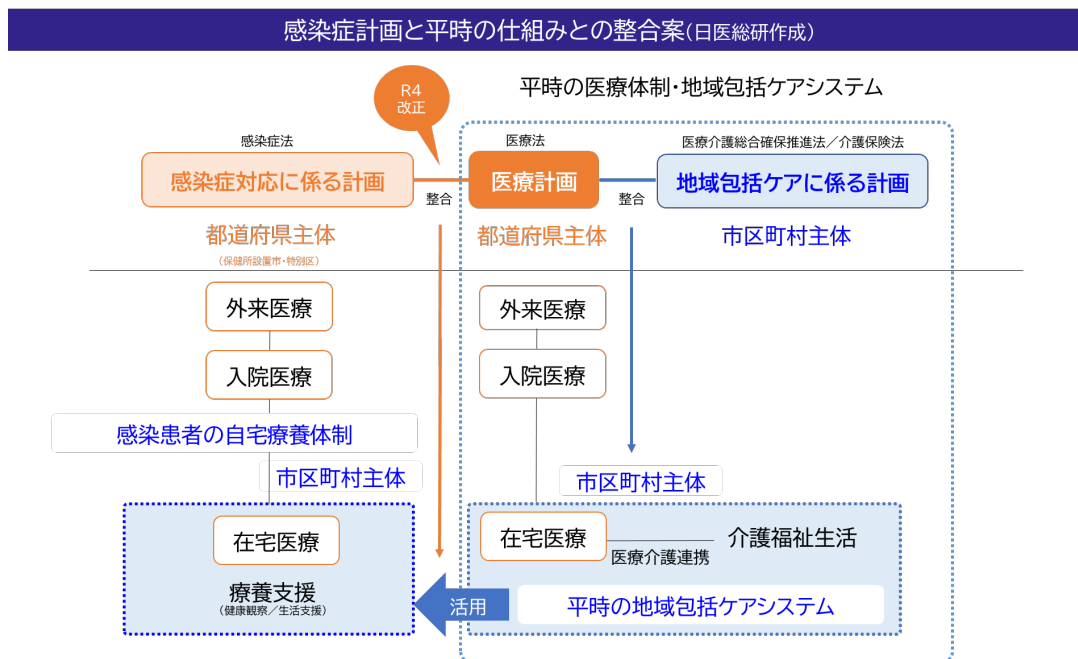
⁵² 例えば、かつて精神障害に係る一部のサービス等の実施主体は都道府県であったが、平成18年4月1日施行の「障害者自立支援法」を契機にこれらの事務が市町村に一元化され、都道府県はこれをバックアップする仕組みに改められた。のちに同法は、「障害者総合支援法」となった（平成25年4月1日施行）。

⁵³ 国は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護連携の推進に係る事業を介護保険法の地域支援事業に位置付け、平成27年度以降、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取り組むことを示している（平成27年度厚生労働白書）。

⁵⁴ 厚生労働省「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」。

援していく必要がある」として、都道府県（保健所）は市町村の後方支援等という関係性を示している。

図9 感染症計画と平時の仕組みとの整合案(日医総研作成)



R4 改正法の感染症に係る計画において平時の仕組みとの整合を図るにあたっては、平時の仕組みと同様に、感染患者の「在宅医療」は療養支援の一つとして位置付け、平時の地域包括ケアを活用した、医療介護生活の包括支援を可能にする体制づくりが求められると考える（図9）。

ウ 小括

■平時の仕組みとの整合のあり方

国や自治体は、社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、感染症の患者が「良質かつ適切な医療」を享受できるよう提供体制を構築する責務を負っている（感染症法3条1項）。本調査の結果、自宅療養者に対する「良質かつ適切な医療」は、健康観察と医療の連続性が確保され、医療介護生活の包括支援体制があつてこそ、成し得るものであることが窺えたことから、それを可能とする体制づくりが求められる。

しかしながら、このように自宅療養支援を一連一体的なものとして捉えようとする、場面ごとに、都道府県と市区町村のどちらが実施主体となるのか複雑な仕組みになっている。本節において、各法制度間の整合をいかに図るのかについて、様々な視点から多角的に考えてみたところ、市区町村が主体となる平時の「地域包括ケア」を基盤としたうえで、感染症パンデミックの特殊性を考慮した体制整備を行うことが望ましいと考えられた（前掲図9）。

■療養支援における市区町村の協力

感染症法は、保健所を有する都道府県等を基軸とする制度設計であるなか、療養支援については、R4法改正前から、国は、都道府県に対し、市町村との連携を促している⁵⁵。また、支援内容には、食事などの生活支援のほか、医療や福祉等も含む解釈⁵⁶がなされていたことから、地域においては、医療介護生活の包括支援が行われてきた。

R4改正法により、国は、療養支援にあたって、より積極的に市町村の協力を求める規定に見直すとともに、それに呼応する形で、市町村から都道府県に対する情報提供を求める規定を設けている（R4改正法44条の9項、10項）。このことは、前述した、今後求められる市町村主体の自宅療養体制の整備を可能ならしめるものといえる。

しかしながら、“医療”については、都道府県が担うこととされている。このことは、保健所設置市区であっても例外ではなく、保健所設置市区が作成する計画の記載事項に“医療”は含まれておらず、医療機関との協定締結主体も都道府県になっている。

自宅療養者に対する地域包括ケアの実現のために、市区町村における地域の実情に応じた円滑な体制整備が可能となるよう、感染患者の在宅医療は、療養支援（図10中⑧）の一つに位置付けた検討が望ましいと考える。

⁵⁵ 令和4改正前の感染症法44条の3第6項において、市町村との連携が努力義務として規定されていた。国は、地域保健や福祉サービスといった住民に身近なサービスについては、地域保健法や介護保険法等の関係法において、市町村がその役割を担っていること、コロナ療養者やその家族がそのサービスを必要とすることを想定し、その担い手である市町村との相互連携を促していた。（厚生労働省健康局結核感染症課『「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」…に関するQ&Aについて』令和3年2月10日）。

⁵⁶ 国は、療養者に対する医療や福祉支援等は、改正前の感染症法44条の3第4項「その他…必要なサービスの提供」に含む解釈を示していた（厚生労働省健康局結核感染症課『「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」…に関するQ&Aについて』令和3年2月10日）。

図 10 感染症法に基づく計画において定める事項(日医総研作成)

	都道府県の感染症計画	特別区・保健所設置市の感染症計画
	国の基本指針に即して作成	国の基本指針および都道府県の計画に即して作成
①発生予防とまん延防止施策に関する事項	●	●
②病原体等の調査研究等に関する事項	●	—
③病原体等の検査体制等に関する事項	●	●
④感染症の医療提供体制に関する事項	●	—
⑤感染症患者の移送体制に関する事項	●	●
⑥感染症の医療提供体制とその他予防措置に必要な事項として省令に定める体制確保に係る目標に関する事項	●	—
⑦宿泊施設の確保に関する事項	●	—
⑧療養生活の環境整備に関する事項	●	●
⑨都道府県の総合調整や指示に関する事項	●	—
⑩人材養成等に関する事項	●	●
⑪保健所体制に関する事項	●	●
⑫緊急時における発生予防とまん延防止、医療提供のための施策に関する事項	●	●

■地域包括ケアのさらなる深化・拡充

さらに、感染症パンデミックにおける平時の「地域包括ケア」の活用は、“感染者の支援”のみならず、“感染していない人の支援”のいずれにとっても、有効である。例えば、茨城県大宮市⁵⁷では、コロナの流行を受け、市外在住の親類が、市内の往来を減らすことによる地域住民の生活への支障、サロン等の集まる場がなくなってしまったことや感染に対する恐怖から、外出機会の減少によって運動機会が減少している地域住民のために、令和2年4月から緊急支援を要する地域住民のサポートを始めた。その仕組みは、平時の地域包括ケアの一環である「全世代型相談支援体制」が活用されていた。まずは市町村単位で、次に小・中学校区の第2層協議会にあげ、行政（地域包括ケアセンター）などの連携型相談窓口でつなぐ体制である。対応にあたった医師は、虚弱になってから介入するのではなく、元気なうちから健康情報を発信し、住民へのヘルスリテラシー向上を図るポピュレーションアプローチが、コロナ後の地域包括ケアに重要な視点であるとしている⁵⁸。

これまでの検討を総じてみるに、感染症パンデミック対策は、平時の地域包括ケアの強化を通じて持続可能な体制づくりを目指していくことが有意義と考える。このことを踏まえると、「地域包括ケア」は、高齢者から全世代への対象の拡大のみならず、平時から感染症パンデミック時へと適用場面を拡大させ、今後さらなる深化と拡充が期待されているといえる。

⁵⁷ 鈴木邦彦「With コロナ時代の地域包括ケアとは」病院 80 巻 3 号 pp.242-247,令和 3 年 2 月/左記文献に関連して令和 5 年 1 月 6 日に確認した事項を追記..

⁵⁸ 鈴木邦彦「With コロナ時代の地域包括ケアとは」病院 80 巻 3 号 pp.242-247,令和 3 年 2 月.

(3)現場レベルでの情報連携の課題

自宅療養支援にあたっては、多職種連携が必要不可欠である。本調査の結果、医療現場レベルでの患者情報の共有が必要であるが、保健所から医療関係者に提供される患者情報は、限定的である。経時的な包括ケアを実現するために、HER-SYS を活用して、現場レベルで多職種間の情報共有を可能とする仕組みが望まれていることがわかった。

HER-SYS（新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）とは、感染症の発生届の入力システムである。感染患者の情報は、診断医療機関からの発生届出を通じて保健所に集積される。HER-SYS の ID は、医療機関ごとに付与されているため、当該医療機関以外の感染患者情報は閲覧できない。

このような状況のなか、立川市医師会では、市の委託事業の一環として市医師会用の ID をつくり、多職種間の情報連携の課題解決を図っていた。その記録は、発生届を出した医師や保健所はもちろん、健康観察を担う訪問看護師、往診医も閲覧することができる共通カルテである。このような医療現場の創意工夫の好事例は、今後の参考になる。

翻って、HER-SYS の趣旨をみると、保健所・都道府県・医療機関等をはじめとした関係者間の情報共有・把握の迅速化を図ることにあるとされており、これを踏まえると、現場レベルでの情報共有を可能とする HER-SYS データの利活用はその趣旨に適うものであると思える。しかしながら、R4 改正法では、感染症対策の全国的な情報基盤の強化が論点の一つとなっているものの、現場レベルでの情報連携の視点にたった改正は見受けられない。

今後、感染予防、感染時の検査や治療ケア、感染後のフォローアップといった予防から治療ケアまでの経時的な方針のもと多職種連携が実践できるよう、現場レベルの情報連携を可能にする仕組みが必要である。また、例年のインフルエンザでも、どこの学校に学級閉鎖が出たというような情報がその後の拡大防止に役立つことから、新型コロナウイルス感染症についても、医療現場が感染者数と地理的分布をリアルタイムに知ることができるようなデータの利活用の視点も重要であることが示唆され⁵⁹、今後の課題である。

⁵⁹ 迫村泰成新宿区医師会元理事ヒアリング（令和4年9月16日）

2.2 保健所を有しない地域が抱える課題

前述「第2」で示したとおり、保健所を有する市区と有しない市町村がある。

ここでは、保健所を有しない市町村の抱える課題に着目する。

保健所を有しない市町村は、都道府県の保健所の管轄となり、その範囲は、市町村単位ではなく広域保健所である。

東京都内を対象とした本調査では、都の保健所は、都（本庁）に伺いをたてたり、管内の市町村の足並みを揃えること等を重視し、健康観察の委託等にあたり連携困難な場面があったことがわかった。元来により、行政と医師会の連携は、市町村単位（市町村－郡市区医師会）または都道府県単位（都道府県－都道府県医師会）というのが一般的である。そのこともあり、市区医師会にとって市行政との連携はうまくいくものの、保健所（都）との連携困難という課題を抱えていた。

全国の保健所数のうち約7割が都道府県の保健所であり、保健所を有しない市町村のほうが圧倒的多数を占めることを踏まえると、本調査結果から得られた保健所と医師会との連携困難事例は、全国各地でも同様のことが起きていたのではないかと思われる。この課題については、感染症法上の視点と、保健所の組織体制に係る地域保健法上の視点に関わり合う。

以下、本調査結果から得られた、保健所を有しない市町村における連携困難事例から教訓と打開策を考えてみる。

(1) 迅速な意思決定と対応に係る障壁

まず、市町村／都道府県／国というのが一般的な階層であるが、感染症対応については、「保健所」が現場対応の最前線にたつ制度設計になっているという前提がある。

管内の市町村すべての足並みが揃うことが求められるという「迅速な対応の障壁」については、“市町村”と“保健所”の区域の不一致に要因がある。なぜ広域保健所なのか歴史を辿ると、かつては人口10万人あたりに1か所保健所が設置されていたことがわかった。前節2.1(2)イ②で述べたとおり、平成6年、保健所法の廃止に伴う地域保健法^{60,61}の制定を契機に、保健所業務の縮小（母子保健などの業務が市町村に移譲された）、保健所機能の強化と保健医療福祉の連携を図るため、それまで人口10万人あたり1か所を目安に設置されていた保健所は、医療圏や福祉圏を参酌した広域保健所に見直された（地域保健法5条2項）。これに伴い、同法制定前（平成5年末）には全国848か所あった保健所は、現在468か所⁶²となり、大幅に減少したという経緯があった。すなわち、保健所の広域設定は保健所のあり方に関わる問題といえる。

⁶⁰ 平成9年4月1日に全面施行。

⁶¹ 厚生労働省「これまでの地域保健対策の経緯」

⁶² 厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ（令和4年4月1日現在）

また、保健所が判断にあたって本庁に伺いをたてることによる「迅速な意思決定の障壁」は、仮に市町村ごとに保健所を設置できたとしても、設置主体が都道府県である以上、同様のことが起きうる課題が残る。というのも、保健所長は、地域保健法9条により、都道府県から委任を受けている立場であるから、外部委託など委任の範囲を超えらると思われる場面では、都道府県（本庁）に照会して判断を仰ぐ。照会を受けた都道府県としては、都道府県直轄の他の保健所も含めてどう対応するのか全体をみた判断を要する。その判断が定まらないうちに、保健所の逼迫などやむを得ない状況になり踏み切るという現象ではないかと推測する。他にも要因はあると思うなか、制度的観点に着目すると、保健所が逼迫するほど大規模な感染症パンデミックを想定した制度ではなかったことが、事前準備不足による様々な弊害をもたらし、医療現場も行政もそれゆえの対応のしづらさを抱えていたように思われる。

つまるところ、都道府県（保健所）・市町村・医師会との間で、どのような運用体制が効果的かについて今回のコロナ対応を振り返り実効性ある体制を協議し、計画策定のうへ、将来の感染症パンデミック事態に備えることが大切になる。そこで、そのような協議の場があるかについてみると、R4改正法では、都道府県連携協議会を新たに創設する規定（R4改正法10条の2）があるが、その構成員のなかに、保健所を有する市区は入っているものの、保健所を有しない市町村は入っていない。それは感染症法が、保健所を有する自治体を基軸とした制度設計になっているゆえんと思われる。都道府県は、計画を定めるにあたって、あらかじめ市町村の意見を聴かなければならないという規定（R4改正法10条7項）があることから、保健所を有さない市町村はそこで意見を主張していくことが肝要になり、十分な協議を尽くすことが求められる。もっとも、自宅療養支援については、これまで市区町村単位で取組まれてきたことを踏まえると、都道府県連携協議会のほかに、現場レベルで、保健所を有しない市町村・保健所（都道府県）・医師会等といった地域の関係者が双方向に協議できる場を設けて、平時から連携する仕組みをつくっておくことが、緊急時における迅速な意思決定と対応という実効性を高めるために重要ではないかと考える。

なお、本調査対象地域において、“都道府県”の保健所を主体とする現行体制ではなく、平時の地域包括ケアの実施主体である“市”を主体とする仕組みが望まれていることが窺えたことを考えると、その抜本的な解決策としては、当該市が、保健所設置市（地域保健法5条1項・政令1条3号）となり、都道府県の管轄から独立するという方法がある（参考資料2参照）。その場合、都道府県が設置する保健所において従来から提供されている保健サービスの水準が引き続き確保されるよう組織体制・施設・設備等に配慮する必要があることから、それが可能な市であれば、市主体の運用ができるようになる。保健所の施設又は設備に要する費用は、予算の範囲内において、政令で定めるところにより、その費用の全部又は一部を補助することができる（地域保健法15条、政令9条）。

(2)情報連携に係る障壁 –行政間の連携不全を医療現場の工夫で解決

本調査の結果、保健所を有しない市では、都（保健所）→都（本庁）→市の流れで感染患者情報が伝達される仕組みであるところ、都（本庁）で情報が止まってしまい、市に伝達されないことがしばしば起こり、生活支援が遅れるなどの支障が生じた事例があった。

立川市医師会では、そのような行政間の連携不全に対する解決策として、患者の同意を得て、診断医療機関から市に患者情報を提供するという、現場レベルでの情報連携体制を構築し、療養支援のタイムラグの解消を図っていた。このように、行政間の連携不全の問題を、医療現場の工夫で解決した事例は、今後の参考になるとともに、自宅療養者に対する医療支援と生活支援を包括的に捉えることの重要性を教えてくれている。

なお、令和3年9月6日、厚労省と総務省は、都道府県に対し、感染症法に基づき自宅療養者等の生活支援を行うために必要な市町村への個人情報の提供は、一般的には、人の生命又は身体の保護のため、緊急の必要があるときの個人情報の提供と捉えられることから、それを踏まえて個人情報保護条例に定める個人情報の利用と提供制限の例外規定の適用を検討するよう促している。また、令和3年の個人情報保護法改正により、個人情報保護のルールが全国的な統一化・共通化が図られたという動きがある。個人情報保護条例の存在は、関係者間の情報連携の障壁となりがちであるなか、これらの動きによりその障壁が解消されることが期待される。

3. 通常医療とコロナ医療の両立

3.1 アフターコロナ患者対応からみた入院判断の問題意識

自宅療養者に対する医療体制は、退院後のアフターコロナ患者の受け皿としても機能していた。高齢者のアフターコロナ対応にあたる医師は、高齢者の入院勧告等の行政の判断に疑問を抱いていた⁶³。というのも、高齢者は感染した場合の重症化リスクが高い傾向にあるものの、入院は、住み慣れた地域で暮らす日常生活から離脱させられるという環境の変化があり、それによってせん妄や誤嚥性肺炎などいわゆる老人疾患を併発することが非常に多く、高齢者にとって心身への影響が大きい。第6波や第7波の弱毒化したコロナとなった環境下では、高齢者の入院は、必ずしも患者本人にとって良いとは限らず、自宅療養のほうがより良い場合もあるという話であった。特に認知症高齢者は、入院ではなく、自宅や高齢者施設で対応できるような体制が必要という意見もあった⁶⁴。

また、通常医療との関係でみると、コロナ感染患者のために、一般疾病の患者が入院医療を制限される事例があった。例えば、緩和ケア医が、緩和ケアを要しない高齢者のコロナ対応をしていて、緩和ケアを必要とする一般患者が入院できない状況があったという⁶⁵。変異株の特性によって患者層は変わり、それによる医療提供体制も状況に応じて柔軟に変化させることが求められていた⁶⁶。

たしかに、その道の専門医でなければ対応できない一般疾病の患者が、その道の専門医でなくてもできる感染患者対応のために、適切な医療にアクセスできない状況は疑問に思う。都道府県等による入院勧告等の判断にあたって、高齢者の予後はもちろん、通常医療とのバランスはどのくらい考慮されていたのだろうか。

以下、入院勧告等の判断基準について振り返る。

(1)入院勧告等の判断基準の変遷

入院の要否について、通常医療であれば医師が医学的見地から判断するが、新型コロナウイルス感染患者の場合、都道府県知事（保健所設置市長・特別区長）⁶⁷が法令等にもとづき判断する。すなわち、入院勧告等は、まん延防止のため必要があると認めるときに都道府県知事（保健所設置市長／特別区長）が行うことができるものであり、その対象となる「患者」の判断基準及び解釈については、国によって度々見直されてきた。

図11は、入院勧告等の対象基準の主な変遷を示したものである。流行当初、新型コロナウイルス感染症は、「指定感染症」（法6条8項）に位置付けられていた。当時、検査陽性者すべてを入院対象としていたところ、令和2年4月2日⁶⁸、入院対象は、①高齢者、②基

⁶³ 大森医師会ヒアリング結果。

⁶⁴ 新宿区医師会ヒアリング結果。

⁶⁵ 板橋区医師会ヒアリング結果。

⁶⁶ 前掲脚注と同じ。

⁶⁷ 法19条、64条1項

⁶⁸ 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の軽症者等に係る宿泊療養及び自

礎疾患を有する者（糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等）、③免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）、④妊娠している者、⑤上記①から④に該当者しない者については医師の総合的判断による旨が示された。なお、令和2年2月25日の政府対策本部決定の基本方針⁶⁹のなかで、国内で患者数が大幅に増えた場合は、重症者対策を中心とした医療提供体制等に対策を切り替えていく方針が示され、これを踏まえ令和2年3月1日通知⁷⁰にて具体的事項が示されていた。

令和2年10月14日⁷¹、政令改正により入院対象が見直された。入院対象は、(1)65歳以上の者、呼吸器疾患を有する者その他の厚生労働省令で定める者および(2)これら以外の者で外出自粛等の遵守に同意しない者とされた。(1)には次の8項目が該当する。①65歳以上の者、②呼吸器疾患を有する者、③上記②に掲げる者のほか、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、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上記①から⑥に掲げる者のほか、当該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、⑧上記①から⑦に掲げる者のほか、都道府県知事が当該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である。

令和2年11月22日⁷²、前述の政令該当者を入院対象としつつも、「病床逼迫の場合」には、①医師が入院の必要がないと判断したとき、かつ、②丁寧な健康観察を行うことができる場合、入院ではなく「療養」とすることも差し支えない旨、通知により示された。

令和3年2月の感染症法改正⁷³により、新型コロナウイルス感染症は、「新型インフルエンザ等感染症」（法6条7項3号）に位置づけが見直された。法26条2項に「患者」の定義が示されたが、その内容はこれまでの基準と同一である。

令和3年8月3日⁷⁴には、患者が「急増している地域において」は、入院治療は、重症患者や、中等症以下の患者で特に重症化リスクの高い者に重点化することも、省令解釈の範囲内である旨の通知が示された。

その後の国の方針においても、「感染急拡大が生じた場合」という留保がついている⁷⁵。

宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」事務連絡、令和2年4月2日。

⁶⁹ 新型コロナウイルス感染症対策本部決定「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」令和2年2月25日。

⁷⁰ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」令和2年3月1日。

⁷¹ 厚生労働省健康局長「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令の一部を改正する政令等について」健発1014第5号、令和2年10月14日。

⁷² 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「11月以降の感染状況を踏まえた病床・宿泊療養施設確保計画に基づく病床・宿泊療養施設の確保及び入院措置の対象について（要請）」事務連絡、令和2年11月22日。

⁷³ 令和3年2月3日公布、同月13日施行。

⁷⁴ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「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）」事務連絡、令和3年8月3日。

⁷⁵ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接触者並びに公表等の取扱いについて」令和3年11月30日、令和4年2月2日。

例えば、令和4年1月5日には⁷⁶、自宅療養や宿泊療養を行う体制が整った自治体について、「感染急拡大が生じた場合」には、自治体の「総合的な判断」の下、オミクロン株の患者等について、症状に応じて療養として差支えないとされた。自治体の「総合的な判断」の考慮要素は、次のとおりである。オミクロン株の患者について全員入院を続けた場合に、3週間後に必要とされる病床数に基づく病床使用率（確保病床数に占める使用者数の割合）が50%を超えることが想定されること、上記患者の濃厚接触者について全員宿泊施設待機とした場合に、3週間後に必要とされる宿泊療養施設の使用率（確保居室数に占める使用者数の割合）が50%を超えることが想定されること、その他医療現場や保健所業務のひっ迫状況等が想定されることである。

なお、「自宅療養や宿泊療養を行う体制が整った自治体」とは、経口薬について医療機関間の連携により診断の当日ないし翌日での投与可能な体制を確保していること、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察やオンライン診療・訪問診療等ができる体制（往診や電話診療を含む）を確立していること、パルスオキシメータを自宅療養開始当日ないし翌日に配布することなどとされた。

以上をみるに、入院勧告等の対象となる「患者」の定義は、令和2年10月14日（同月24日施行）以降、同一である。感染流行状況等を踏まえ、国の基本的対処方針はその都度見直されてきたものの、入院対象については、「患者」に該当する高齢者等を基本としつつ、感染拡大期における病床ひっ迫等の緊急時にはその判断基準を限定して、療養にシフトすることを許容する法令解釈をとっていることが窺える。

なお、それを受けて最終的に入院勧告等の判断をするのは、それぞれの都道府県（保健所設置市・特別区）であることから、実際の対応については一概にはいえず定かではない。

⁷⁶ 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の感染急拡大が確認された場合の対応について」事務連絡、令和4年1月5日、同月14日一部改正。

図 11 入院勧告等の対象基準の主な変遷(日医総研作成)

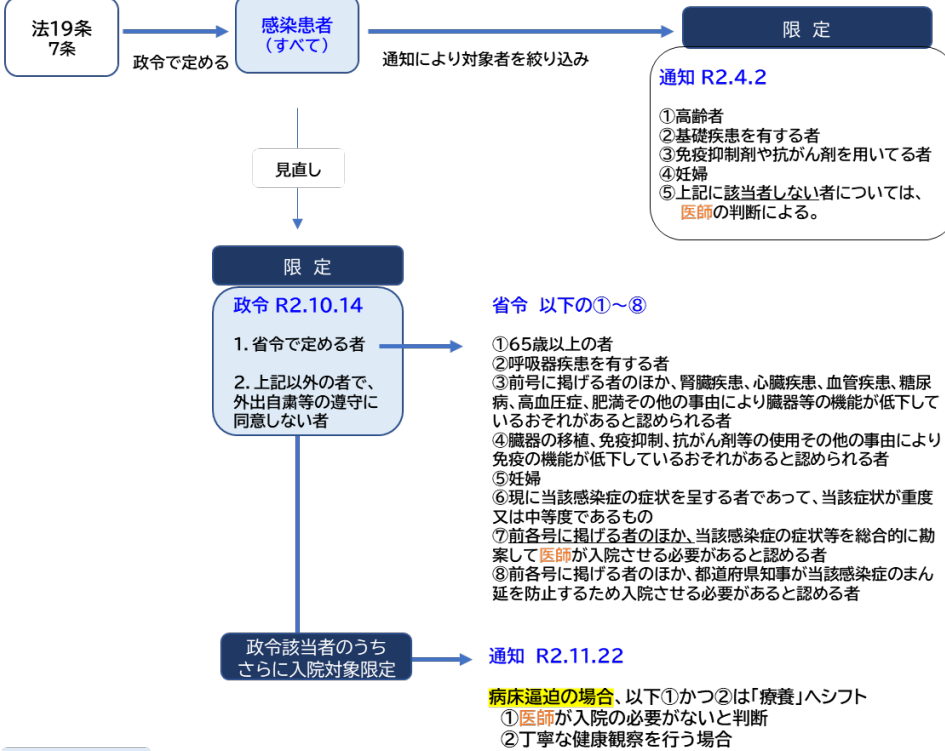
入院対象基準 – 感染症法令等の主な変遷 –

(日医総研作成)

■新型コロナウイルス感染症の感染症上の類型
 ・R2.2.1～R2.2.12 指定感染症(法6条8項)・R3.2.13から新型インフルエンザ等感染症(法6条7項3号)

指定感染症 R2.2.1～R3.2.12

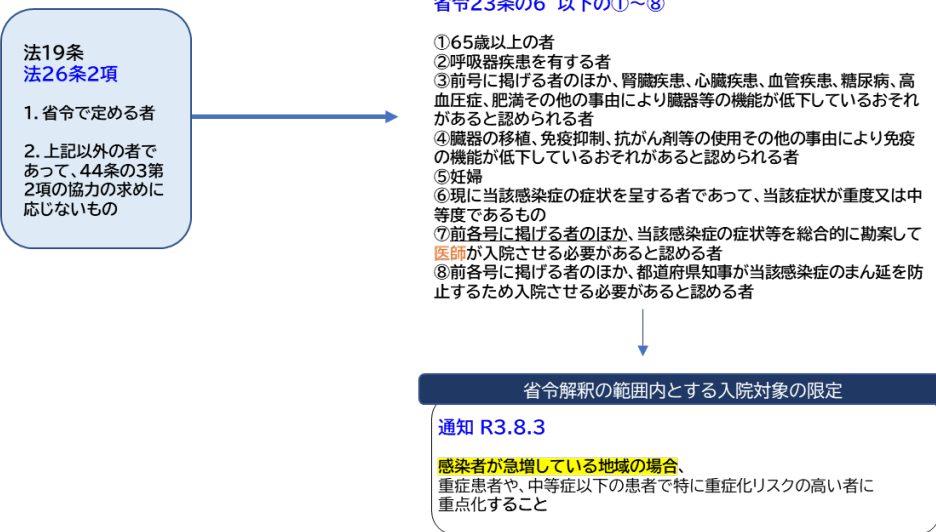
入院勧告等の根拠規定



R3.2.3 法改正

新型インフルエンザ等感染症 R3.2.13～現在

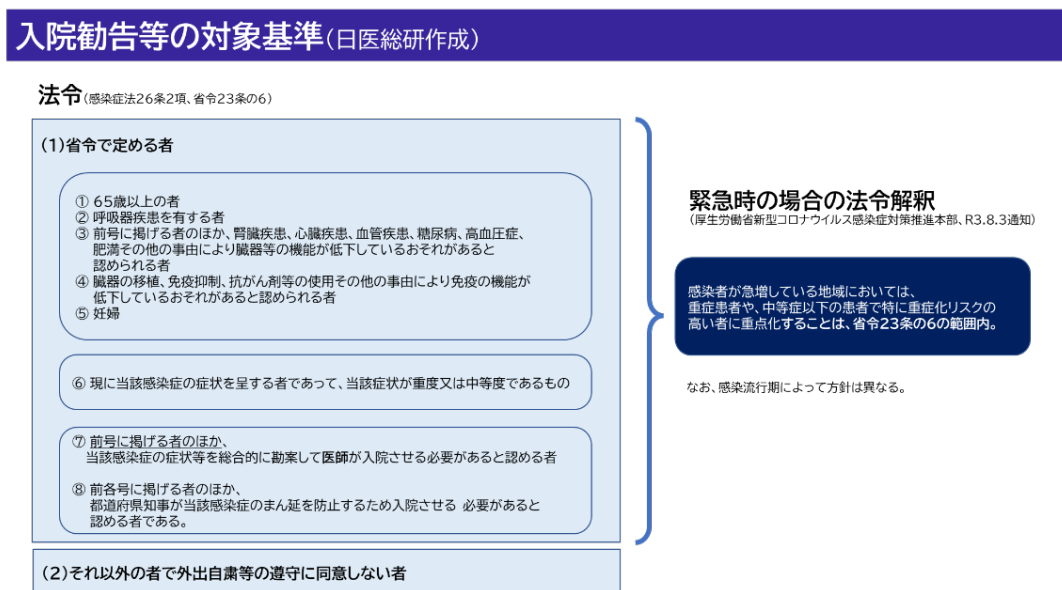
入院勧告等の根拠規定



(2)入院勧告等の対象

入院勧告等の対象について、省令上の対象に注目する(図12(1)の層)。省令上の対象は、「当該感染症の病状又は当該感染症にかかった場合の病状の程度が重篤化するおそれを勘案」して定められる(法26条2項)。

図12 入院勧告等の対象基準(日医総研作成)



省令上の対象(図12(1))を分析するに、およそ次の3つに分類できる。

図12(1)中の番号	分類	該当者
①~⑤	重症化リスクある方 (症状の有無や軽重は不問)	65歳以上と65歳未満の一部 :感染した場合の重篤化するおそれ(医学的な予防的見地)から、症状の有無や軽重は不問。
⑥	現に、重症化した患者 (重症・中等症)	65歳未満(②~⑤非該当者) :医学的な要入院医療の見地から重症度で判断。
⑦⑧	その他	

これに照らすと、高齢者(65歳以上)は、検査陽性の場合、症状の有無や軽重を問わず、すべての者があてはまることになる。該当者に対しては、まずは入院勧告、勧告に従わない場合には入院措置が行われる。入院措置は「できる」規定ではあるものの、新型インフルエンザ等感染症など一定の類型に位置付けられる感染症の場合、通院医療では対応できないことから「確実な入院」が必要であるとされ、そのことが都道府県知事に対して強制的に入院

させる権限を与えた趣旨とされている⁷⁷。そして、かかる趣旨を没却するような裁量権の不行使（裁量権を行使しないこと）は違法となり、状況によっては都道府県知事に入院勧告や措置をとる義務が生じると解釈されている⁷⁸。法令及び 3.1(1)にて前述した国の方針に従えば、感染拡大期における病床逼迫などの緊急時でない限り、入院対象の該当者は原則入院となる。そして、入院が困難な場合には宿泊施設療養、それも困難な場合には自宅療養という段階的な運用を基本とする地域は少なくない。そのことは、“法令遵守”の観点にたてばその理に適うものであろう。

しかしながら、“患者の生命と健康”の観点からみると、入院勧告等の判断基準如何で、退院後の患者の予後への影響や、一般疾病の患者が適切な医療の享受が制限されることを招来するおそれがある。前述に紹介した入院勧告等の判断に係る国の主な方針をみるかぎり、このような視点は要考慮事項に含まれていない。そのことは感染症法の直接的な目的が「まん延防止」という公衆衛生の観点にあるからと考えられる。

もっとも、入院勧告等の対象は、「当該感染症の病状又は当該感染症にかかった場合の病状の程度が重篤化するおそれを勘案」して省令に定められるところ、その内容は令和 2 年 10 月 14 日（同月 24 日施行）以降、同一である。高齢者が重症化しやすいといっても、その危険性の度合いは、デルタ株とオミクロン株では全く異なる。ひとえに高齢者（65 歳以上）といっても 60 代 70 代 80 代といった年齢層による相違や、基礎疾患の有無なども影響しうる。そのようなウイルスの性状等に応じた対応を考慮しなければならない。新型コロナウイルスは変異株によってその性質が異なるため、患者層もそれに応じて変化し、それに伴い求められる医療提供体制も変わってくる。さらに、医療現場で使いやすい治療薬の有無やワクチン接種の普及状況といった医療環境の変化も踏まえる必要がある。

そこで、将来に向けて、今回の実際の対応や知見を踏まえて、新型コロナウイルス感染患者に対する入院勧告等の対象について客観的根拠をもとに基準を絞りこみ、通常医療を必要とする一般患者も含めて適切な医療にアクセスできるよう、通常医療とコロナ医療の両立を考慮する必要があると考える。さらに、感染症パンデミック時の入院勧告等の判断にあたっては、感染拡大期における病床逼迫などの限定的な場面のみならず、それ以外の時期においても、前述のような要素を考慮した感染症の実態に即した省令改正や運用が求められると考える。

⁷⁷ 厚生労働省健康局結核感染症課監修「詳解 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 四訂版」平成 28 年 5 月，中央法規出版。

⁷⁸ 脚注 64 と同じ。

3.2 かかりつけ医機能の深化・拡充

新型コロナウイルス感染症の高リスク者は、高齢者や基礎疾患を有する者等であることから、日頃、定期的を受診している「かかりつけ医」の協力が重要となる。かかりつけ医は、患者の既往歴や、病状とこれまでの経緯等を把握し、それらを踏まえた治療方針について、医学的知見とともに、患者の意思を尊重しつつ適切な方針をたてて対応にあたっている。

しかしながら、感染後、いったん入院判断がなされると、その先の行方については個人情報保護を理由に、かかりつけ医であっても知ることができない。入院ではなく療養になったとしても、療養期間中の健康観察は保健所が担う仕組みであることから、医療を必要とする状態になったときにはじめて医療機関に連絡が入るものであり、その対応医療機関がかかりつけ医であるとは限らない。かかりつけ医が対応するにしても、療養期間中にどのような変化を経て現在に至っているのか、保健所から断片的な情報しか得られないまま、往診に行くことを余儀なくされることもあった。行政から伝達される情報が、必ずしも医療者が患者対応にあたって必要とする十分な情報とは限らない。また、感染患者情報は、HER-SYSを通じて保健所に集積されているが、その情報を閲覧できるのは、基本、届け出た診断のみである。かかりつけ医は、患者が選ぶ存在であることから、1人とは限らず、診療科ごとに複数存在する場合もあるが、患者情報を知りうるのは診断を行ったかかりつけ医のみであり、その他のかかりつけ医は閲覧できない。

このように、かかりつけ医がその役割を果たそうとしても、患者情報さえ十分に得られず、様々な要件を満たすことを求められるなど、関与し難い仕組みになっている。例えば、流行当初まで遡れば、検査体制が限定的であったため、医師が検査の必要ありと判断したとしても検査できない例があり、防護具も十分ではなかったことから各々創意工夫して代用品を用いて感染防護につとめながら、診療にあたったものである。

また、発熱外来一つとってみても、時間的場所的要件等を満たさなければならないハードルがある。院内の検査体制の整備や感染防護対策はもとより、感染者と非感染者と動線に分ける場所的要件等を満たす必要があるが、それが可能かどうかは医療機関の敷地・建物の構造や規模、立地等も影響する。そのため、そのような対応が難しい場合には、時間帯で分けて対応にあたることもある。さらに、自院以外の宿泊施設、高齢者施設、酸素ステーション等の支援の担い手として、コロナ医療に従事している場合もある。

本調査対象者のヒアリング過程のなかでも、医師らの活動が、多岐に及んでいることを窺い知ることができた。日常的に、感染患者の“コロナ医療”と一般患者の“通常医療”の両方の診療に従事している。通常医療は、診療のみならず、健診も含む。ワクチン接種は、コロナワクチンのみならず、インフルエンザなどの定期接種もある。午前中外来、昼休みに訪問診療、午後の外来、自宅療養の健康観察、急な往診や、クラスターが発生した高齢者施設の支援に行くこともある。診療が終わると HER-SYS の入力作業などの事務手続きもある。患者のための良質な医療に応えるため、日々刻々と変わる感染症情勢や専門分野の医学的知見等についての自己研鑽も続ける。定期的に、医療介護行政関係者との対策会議を行い、その

都度変異株に応じた医療提供体制を議論して、体制の見直しや強化を図る。日によっては、産業医の活動などの公益活動も入る。感染拡大期には、より一層激務となるが、使命感と責任感が医師らを支えているような印象を受けた。そして、そのことは医療介護関係者のみならず、行政も含めて現場の最前線にたつ関係者に共通するものであるように思われた。

このように、かかりつけ医が果たす機能は、“通常医療”と“コロナ医療”の多岐に及ぶものであり、これらすべてをかかりつけ医一人が担うのには限界がある。そこで、かかりつけ医が担う機能を地域全体で捉え、対応可能な医師が対応する体制へと再構築する必要がある。そして、患者にとって、かかりつけ医に診てもらったのと同等の良質な医療を受けることができるという安心に応えるためにも、感染患者の一連の対応にはかかりつけ医が協力し見守る連携体制をつくることが大切であり、そのことが国民の安心に応えていくことになるのではないかと考える。

そして、医師個人単位でみるのではなく、地域全体で「かかりつけ医機能」を捉える深化・拡充が、地域包括ケアと相まって、感染症パンデミックに対するレジリエンスの向上に貢献すると考える。

研究の限界

今回の調査を通じて、東京都という1つの自治体内でさえ、地区ごとに取組みや課題は様々であることを踏まえると、都内の他の地域はもとより、全国的な取組みの多様性とそれにより抱えている課題の相違が窺える。そのため、本稿の分析がすべての地域に適合するものとはただちにはいえない研究の限界がある。今後、各地域において、これまでのコロナ対応の振り返り検証が行われることを期待する。

参考資料1 全国の保健所設置主体一覧

全国の保健所設置主体一覧(日医総研作成)

	保健所設置市等				都道府県		保健所設置市等		都道府県
	指定都市	中核市	政令で定める市	特別区			指定都市	中核市	
北海道	札幌市	旭川市 函館市	小樽市		左記以外の市町村	岡山	岡山市	倉敷市	左記以外の市町村
青森		青森市 八戸市			左記以外の市町村	広島	広島市	呉市 福山市	左記以外の市町村
岩手		盛岡市			左記以外の市町村	山口		下関市	左記以外の市町村
宮城	仙台市				左記以外の市町村	徳島			左記以外の市町村
秋田		秋田市			左記以外の市町村	香川		高松市	左記以外の市町村
山形		山形市			左記以外の市町村	愛媛		松山市	左記以外の市町村
福島		福島市 郡山市 いわき市			左記以外の市町村	高知		高知市	左記以外の市町村
茨城		水戸市			左記以外の市町村	福岡	福岡市 北九州市	久留米市	左記以外の市町村
栃木		宇都宮市			左記以外の市町村	佐賀			左記以外の市町村
群馬		前橋市 高崎市			左記以外の市町村	長崎		長崎市 佐世保市	左記以外の市町村
埼玉	さいたま市	川越市 越谷市 川口市			左記以外の市町村	熊本	熊本市		左記以外の市町村
千葉	千葉市	船橋市 柏市			左記以外の市町村	大分		大分市	左記以外の市町村
東京		八王子市	町田市	23区	左記以外の市町村	宮崎		宮崎市	左記以外の市町村
神奈川	横浜市 川崎市 相模原市	横須賀市	藤沢市 茅ヶ崎市		左記以外の市町村	鹿児島		鹿児島市	左記以外の市町村
新潟	新潟市				左記以外の市町村	沖縄		那覇市	左記以外の市町村
富山		富山市			左記以外の市町村				
石川		金沢市			左記以外の市町村				
福井		福井市			左記以外の市町村				
山梨		甲府市			左記以外の市町村				
長野		長野市 松本市			左記以外の市町村				
岐阜		岐阜市			左記以外の市町村				
静岡	静岡市 浜松市				左記以外の市町村				
愛知	名古屋市	豊田市 豊橋市 岡崎市 一宮市			左記以外の市町村				
三重			四日市市		左記以外の市町村				
滋賀		大津市			左記以外の市町村				
京都	京都市				左記以外の市町村				
大阪	大阪市 堺市	豊中市 吹田市 高槻市 東大阪市 枚方市 八尾市 寝屋川市			左記以外の市町村				
兵庫	神戸市	姫路市 西宮市 尼崎市 明石市			左記以外の市町村				
奈良		奈良市			左記以外の市町村				
和歌山		和歌山市			左記以外の市町村				
鳥取		鳥取市			左記以外の市町村				
島根		松江市			左記以外の市町村				

参考資料2 保健所の設置に係る法令等

■地域保健法5条

- 1 保健所は、都道府県、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市、同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市その他の政令で定める市又は特別区が、これを設置する。
- 2 都道府県は、前項の規定により保健所を設置する場合においては、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第二項第十四号に規定する区域及び介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第一百八条第二項第一号に規定する区域を参酌して、保健所の所管区域を設定しなければならない。

■地域保健法施行令1条

- 1 地域保健法(以下「法」という。)第五条第一項の政令で定める市は、次のとおりとする。
 - 一 地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市
 - 二 地方自治法第二百五十二条の二十二第一項の中核市
 - 三 小樽市、町田市、藤沢市、茅ヶ崎市及び四日市市

■厚生労働省健康局総務課長通知

地域保健法第5条第1項に規定する「その他の政令で定める市」への移行手続について
(平成20年8月29日)
(健総発第0829001号)
(各都道府県衛生主管部(局)長あて厚生労働省健康局総務課長通知)

近年、地方分権の推進やこれに伴う地域の特性、実情に応じた市町村合併が行われており、中には、地域保健対策の推進の観点から、将来的に、地域保健法第5条第1項に規定する「その他の政令で定める市」へ移行し、保健所の設置を検討する市も予想されています。

このような状況に鑑み、今般、保健所政令市への移行に係る指定事務手続を円滑かつ迅速に行うため、当該手続に当たって必要となる関係資料を別添のとおり示すこととしたので、下記事項にご留意の上、よろしくお取り計らい願います。併せて管下市町村への周知方を願います。

記

1. 保健所を設置する市について

保健所においては、感染症や食品衛生を始めとする様々な公衆衛生に関する業務を行っており、当該所管地域の特性や実情に適切に対処できる体制の確保が求められていることから、新たに保健所を設置する市(以下「政令市移行市」という。)においては、都道府県が設置する保健所において従来から提供されている保健サービスの水準が引き続き確保されるよう組織体制、施設、設備等に配慮する必要があること。

なお、地域保健法第4条第1項の規定に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」においては、「人口30万人以上の市は、保健所政令市への移行を検討すること。」とされているが、人口が30万人未満の市であっても、保健所政令市となっている場合があることを申し添える。

2. 保健所政令市への移行に係る協議等について

(1) 都道府県と政令市移行市の協議について

都道府県と政令市移行市は、保健所政令市への移行に向けた関係資料を作成し、十分な協議を行うこと。

都道府県は、組織体制、施設・設備等について、保健所政令市への移行後の事務執行体制が確保されていることを確認するとともに、政令市移行市に対する人材支援等、適切な連携・協力関係を確保すること。

(2) 国への政令指定手続について

都道府県及び政令市移行市は、都道府県と政令市移行市の協議結果及び関係書類(別添)を添えて、政令指定希望日の概ね10ヶ月前までには国への政令指定手続を行うこと(政令指定事務には概ね3~4ヶ月を要するため、官報公布後の周知期間を6ヶ月とする場合には、概ね10ヶ月となる)。

3. その他

都道府県及び政令市移行市は、条例等の制定、改正及び地域住民への周知等に必要な期間を考慮した上で、移行に向けた準備、検討及び協議を行うこと。