

令和2・3年度

医政研究委員会答申

新型コロナ禍における
新たな生活様式と社会保障

令和4年3月

福岡県医師会医政研究委員会

令和4年3月17日

福岡県医師会
会長 蓮澤浩明 殿

医政研究委員会
委員長 平田泰彦

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「新型コロナ禍における新たな生活様式と社会保障」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長 平田 泰彦
副委員長 穴井 堅能
島田昇二郎
委員 原田 嘉和
古賀 崇正
山近 仁
内山 伸二
松田 晋哉
佐野 正
西見 幸英
原賀 憲亮
植山 奈実
佐藤 彰記
寺澤 正壽
辻 裕二
戸次 鎮史
原 祐一
一宮 仁
稲光 毅

目 次

はじめに	1
I 新型コロナ禍における新たな生活様式	3
II 新型コロナ禍に見えた日本の医療・介護の問題点とコロナ禍後に向けた展望	
(1) 新型コロナ禍後の地域医療構想と地域の医療提供体制	5
(2) 新型コロナ禍後の病院経営の問題点	9
(3) 新型コロナ禍後の外来医療機能分化	11
(4) 新型コロナ禍後の地域包括ケアシステム	12
III 新型コロナ禍後の医療・介護の再構築	
(1) 新型コロナウイルス感染症収束に向けた保健所機能・ ワクチン接種体制の課題	14
(2) 新たな診療スタイルとしてのオンライン診療の可能性とデジタルヘルス	17
(3) 新型コロナ禍後の少子高齢化と人材不足における働き方改革	20
(4) 新型コロナ禍後の新たなかかりつけ医の役割	
1) 新型コロナ禍後の外来診療の課題と対策	21
2) 新型コロナ禍後の認知症診療	22
3) 新型コロナ禍後の在宅医療と介護施設	23
4) 新型コロナ禍後の小児医療と今後の展望	25
5) 新型コロナ禍後の整形外科診療とロコモ対策	26
IV 新型コロナ禍後の社会保障制度と医療政策	
(1) 新型コロナ禍後の危機管理・感染症や自然災害への備え	27
おわりに	29

はじめに

令和3年、4年度の福岡県医師会医政研究委員会に与えられた会長諮問は「新型コロナ禍における新たな生活様式と社会保障」である。新型コロナウイルス感染症が現在でも未だ収束を見ず、更にこの2年間に医療界は勿論あらゆる分野で紆余曲折が多くあり、且つ現在も日々変化しつつある状況で答申をまとめることは困難なことと感じた。従って、今まで起こった問題点をもとに、新型コロナ禍後にどのような未来を展望するかを委員には書いていただいた。

新型コロナウイルス感染症が拡大するにつれて、従来の生活様式や価値観は大幅な変更を余儀なくされてきた。その過程で、多くの問題が顕在化し、課題も見えてきた。また反面、今後多くの分野で技術革新や社会の変革が起こることも期待される。中でも、この新型コロナ禍で日本の社会保障制度や医療制度は多くの脆弱性を露呈した。効率性のみを追求してきた平時の医療提供体制から、準備のないまま、突然有事の体制に突入したようなものであった。一時は崩壊するかに見えた医療体制だが、感染状況が落ち着いてきた現在では何とか持ちこたえている。しかし感染収束が見えぬ中、第6波ともなれば、危機の再現の可能性もある。私達現場の医療者にとって唯一好事なことは、この答申を準備することによって、新型コロナ禍後の時代を見据えた、再構築すべき医療提供体制を考える絶好の機会になったことだと思う。今後は国主導のトップダウンではなく、ボトムアップの医療政策が実現できればいいとも感じる。

世界での新型コロナウイルス感染症の状況は現在はどうなっているであろうか。令和4年（2022年）1月24日の時点で、新型コロナウイルス感染症による累計感染者数（累計死亡者数）は米国7,070万人（86.6万人）、インド3,954万人（48.9万人）、ブラジル2,405万人（62.3万人）、フランス1,680万人（12.9万人）、スペイン897万人（9.1万人）、ドイツ877万人（11.6万人）、日本217万人（1.8万人）、中国10万人（0.4万人）と、信頼性に問題在りの中国の統計を除くと、日本の累計感染者数や累計死亡者数は極端に少ない。

新型コロナウイルス感染症の感染が国内に広がった令和2年（2020年）春以降、政府は対応に追われ続けた。ロックダウンをはじめとした強制力のある措置がとれない法体系、貧弱なデジタル基盤や技術の基で、現実的に可能な対応策を打ち出し、感染者数の増加を抑制してきた。4度にわたり緊急事態宣言を発出し、医療崩壊を防いだことや、感染者数を欧米諸国より抑えられたことを評価する肯定的な見方もある。反面、緊急事態宣言による自粛期間の長期化により、規制の効果が弱くなったり、個人の感染予防意識が低下してきたこと等、あまりにも個人の自粛や行動制限に頼りすぎた施策を評価しない意見もある。このように国の施策には様々な評価があり、今後、正しい検証が必要になってくるであろうし、将来はPDCAサイクルをうまく回しながら、成果を生み出すことが必要であると考える。

本答申では郡市区医師会の委員が、各地域の医療現場で経験したり感じた事や、講演者が挙げる問題点を論考することによって、夫々のテーマで新型コロナ禍後の医療提供体制の未来を描いていただいた。各執筆者の新型コロナ禍後のあるべき生活様式や社会保障制度への提言を読むと夫々に納得するものであった。また各委員が発熱患者の診察、治療、ワクチン接種にと多忙を極める中で、執筆の労を執っていただいたことに、この場で感謝の言葉を添えたいと思う。

本答申は4部の構成からなり、第1部では新型コロナ禍での経験とその後に残るもの、第2部では新型コロナ禍で見た医療・介護の脆弱性を地域医療構想や外来医療機能分化、地域包括ケアシステムの視点から論じ、第3部では新型コロナ禍後の医療や介護の再構築の問題を保健所機能、オンライン診療、働き方改革の点から論じ、更に診療科別の「かかりつけ医」の立場から論じた。第4部では新型コロナ禍から見た危機管理の不備の問題点を論じた。

I 新型コロナ禍における新たな生活様式

令和2年(2020年)4月1日昼過ぎに県庁から設置が決まったばかりの調整本部で入院調整業務を開始したとの連絡があり、その日から3週間と少しの間、土日もない県庁通いが始まった。振り返ってみると令和2年(2020年)3月下旬に始まった福岡県の第1波は、6月末までの累計感染者数が850名で、第5波の1日の最大感染者数1,253人(令和3年(2021年)8月18日)にも満たない。それでも入院の受け入れ先決定は困難を極め福岡地区から筑後地区や北九州地区へなど、遠距離の搬送でようやくしのいでいた。

それから1年半しか経っていないが、ECMOセンターをはじめとした重症者対応を含む入院医療・重症化リスクのある軽症者を受け入れるホテル療養・在宅患者支援の充実など新型コロナウイルス感染症への医療の対応能力の強化、極めて効果の高いワクチンの高い接種率の達成、抗体カクテル療法に代表される予防を含めた治療選択肢の増加、そして一般の人たちがそれぞれの理解で新型コロナウイルス感染症との共存を受け入れるようになったことにより、ようやく社会が落ち着きを取り戻そうとしているように思われる。

しかし、感染が広がり始めた初期には、医療従事者の子どもが保育園や幼稚園から登園を断られるなどの偏見、休校中の子どもたちが外で遊んでいると学校や教育委員会に苦情の電話をかける、感染が広がっている県から来た県外ナンバーの車に張り紙をする・ネットに晒す、マスクをしていない人を公衆の面前でなじるなどの自粛警察等、感染への恐れ、正確な情報がないことから社会全体が不安に陥った状況があった。また、感染への不安に加え、大学では1年以上にわたって対面授業が行われなかったり、リモートワークでコミュニケーションが減る、新型コロナウイルス感染症の影響で職を失い引きこもりがちになるなどから心身の不調の訴えが増加している。令和2年(2020年)は10代・20代、女性の自殺者数の増加がこれまでと違った傾向として現れている。

国が定める「新しい生活様式」は第1波がピークを超えた令和2年(2020年)5月はじめに専門家会議の提言を受け厚労省が示した行動指針であり、一人ひとりの基本的感染対策、移動、買い物、食事、働き方などについて様々な実践例が示されている。感染拡大の程度に応じて行政からの要請として、会社の取り組みとして、あるいは個人的意思として新しい生活様式が実践されてきた。振り返ってみると、ワクチンもなく、治療薬もない中で感染拡大を防ぐ唯一の方策が「新しい生活様式」だったのではないかと。

繰り返しになるが、昨年夏には想像もできなかった、極めて有効性の高いワクチンが令和2年(2020年)冬には実用化され、国内でもすでに高い接種率に達している。重症化を防ぐ抗体カクテル療法の適応が広がりつつあり、経口抗ウイルス薬の開発が進められている。新型コロナウイルス感染症に対抗する手段が増えてきた今、「新しい生活様式」の基準は緩和されつつあり、その多くは必要のないものになると考えている。

新型コロナウイルス感染症は当初からその感染拡大の要因として三密(密集、密閉、密接)が指摘されていた。感染拡大の大きな要素は人の密集であり、密集する機会の多い東京、大阪、名古屋、札幌、福岡など大都市を起点として近隣地域へ感染が拡大した。これ

は、大都市への人口集中への警鐘とも捉えることができる。新型コロナ禍の新たな生活様式として、普及したさまざまなオンラインサービス、Web 会議やオンラインの講演会などが活用され、生活スタイルや働き方の選択肢が増えることで居住地の選択の幅が広がることが期待される。また、様々な理由から会場へ足を運ぶことができない状況でも会議や講演会に参加できる仕組みは今後もうまく活用されることが望まれる。定番の感染対策として、これまでもインフルエンザシーズンには手洗い、咳エチケットが推奨されてきた。マスクの着用は咳エチケットの延長として感染症の流行期において残るかもしれない。

最も大きな課題は、今回の経験から次にくるパンデミックに何を残すことができるかではないかと考える。国のレベルで言えば、令和2年（2020年）3月からの全国一斉休校は必要だったのだろうか。あのタイミングで子どもたちの日常を奪う必要があったのか。また、東京都では、オリンピックの開会日の7月23日から新型コロナウイルス感染症感染による日毎の死亡者が増加し8月23日の31人を最多とし8月15日から9月3日の間がピークであった。パラリンピックの閉会式が9月5日であったことを考えると、新型コロナウイルス感染症患者へ医療提供が最も逼迫した状況にあった、また都内・首都圏には必要な医療を受けることができずに苦しんで亡くなる感染者がいた、まさにそのピークの期間にオリンピックは開催されていたことになる。オリンピックが感染拡大の要因でなかったとしても、このタイミングでオリンピックが開催されたことが新型コロナウイルス感染症への対応に影響がなかったのか、医療の立場から政治とは違った見解があっても良いのではないかと考える。なぜそのような判断に至ったのか検証しておくことが次につながると思われる。福岡県における施策・判断についても同様で、今回行ってきたことを結果的にすべて良かったとするのではなく、今振り返ってどうすればさらに良い結果が得られたかを検討しておくことこそが次のパンデミックへの備えになると考える。

福岡県においては、7月に始まった第5波の感染者数は第4波までの感染者数の累計を超えたが、重症者数のピークは第4波の半数を超えることはなく、また先行してワクチンを受けた65歳以上の感染者が激減するなど、明るい兆しが見えている。数年後、何もなかったかの様に新型コロナ禍前の生活に戻っているならそれが一番いいのかもしれない。

II 新型コロナ禍に見えた日本の医療・介護の問題点と コロナ禍後に向けた展望

(1) 新型コロナ禍後の地域医療構想と地域の医療提供体制－1

地域医療構想とはその地域における、あるべき医療提供体制、必要な医療提供体制を構築するというものである。今までの地域医療構想は、平時を基本に人口動態や年齢構造、年齢別疾病分析、地域における疾病別医療提供体制の充実度などを分析し必要な需要数を想定し、供給する急性期や回復期の医療提供体制などが論じられてきた。そこに新興感染症の大流行・パンデミックという要素は皆無であった。今回のパンデミックを経験し、これまでの地域医療構想の考えだけでは有事には役に立たないと多くの会員は感じたと思う。サージキャパシティの不足は誰しも感じたことだろう。新型コロナ禍後にパンデミックへの対応や災害時の対応も含めた地域医療構想を再構築することは、危機管理の考えからも大きな意味があると考えられる。

地域医療構想は役割分担と地域連携が重要である。

公立・公的医療機関と民間医療機関での役割分担、病院間での役割分担、病院と診療所での役割分担、診療所間での役割分担などを整理して議論されるべきである。

まず公立・公的病院の役割は民間病院にできないことを担うことである。有事の際、まず起動すべきは公立・公的医療機関であり、急性期の治療を担っていただき、その後一般民間病院に軽症化した患者の治療や回復期のリハビリなどの後方支援（下り搬送）をお願いするという役割分担を明確にした、医療機能の分化体制を作っておかなければならない。福岡県では各病院間の役割分担・連携協力はどうかであったか。今回のパンデミックの経験では、フェーズ1の病床数から最終的には4倍以上の即応病床の確保できたということを見ると、公立・公的病院と民間病院の役割分担、連携が上手くできていたのではないだろうか。必要な病床を各病院が協力して必要に応じて増やしていく、この考えを基本に有事の医療提供体制を整えていけば、大きな混乱は生じないと考えられる。各病院とも負担は大きかったと思うが、県医師会や県行政の指導の下、一致協力して困難を乗り越えられる体制ができると考える。

また開業医にできることも多くある。今回のパンデミックでは、早期発見・早期隔離の原則の下、多くの開業医が診療・検査医療機関に手を挙げ、PCR検査を積極的に行い、無症状や軽症患者を隔離療養できた。またワクチン接種も県下で多くの開業医が参加し、比較的早期に接種希望者の殆どに接種できている。感染予防と早期発見を開業医が行い、入院治療を病院で行うという役割分担ができているとも言える。

感染症指定医療機関の数は福岡県で12病院と少なく、今回のようなパンデミックの状態では担いきれない。特に北九州ブロックでは北九州医療センター1病院のみで、ここに16病床があるだけである。パンデミック時に1病院だけで対応できるとは考えられない。新型コロナ禍後に感染症指定医療機関の数や指定要件を見直していくべきではないだろうか。

新型コロナウイルス感染症が収束しても新たな新興感染症の流行の危険性は常にある。平時においてもパンデミック発生時の受け入れ病床を確保維持しておくことも重要で、地域医療構想でもそれらの病床（平時での確保病床）の重要性・必要性は検討されるべきで、重点病院以外の病床確保料などの経済支援も考えておくべきである。

今回、新型コロナウイルス感染症患者の入院が増加し、一般救急の受け入れができなくなったケースが多く見られている。平時こそ急患受け入れ体制を各病院間で連携し作っておくべきである。平時と有事で医療機能別、専門分野別に急患受け入れ体制の再構築ができないものだろうか。誰が考えても、同じ医療圏内に同じような医療機能の重複は必要とは思わない。今まで地域医療構想で話し合われてきたが、全く前に進んでいない。今回のような経験をした今の時期にこそ、重複する医療機能は削減し、足りない医療機能を補っていくという、本来の地域医療構想の議論を前に進めていくべきではないだろうか。

さらにパンデミック時の臨時的医療提供体制の整備も考えておくべきである。今回のような酸素ステーションや抗体カクテル投与場所の確保を、状況が安定している今のうちに整備しておかなければならない。宿泊療養と入院治療の間に位置づけられる医療提供体制を整備し、重症化の予防をして病院病床の負担を軽減できる体制を作る必要がある。スペースの問題、配電、配水、酸素のためのパイピング、動線の確保などなど、今のうちに計画を立てて県下に数カ所の実働できる候補場所を決めておくべきである。協力医療機関との連携も整備しておかねばならない。

有事での高齢者施設、障害者施設、介護施設などクラスターを発生しやすい施設の医療提供体制も平時のうちに構築しておかなければならない。医療機関が関与していない施設も多くあり、責任ある医療提供体制がとれない施設に関して、あらかじめサポート体制を作っておく必要がある。

開業医の有事の際の医療提供体制への関わりも重要で、宿泊療養の管理や自宅待機患者の相談、診察、往診など、開業医にできることをやっていくという積極的参加を医師会員に求めていくべきである。自宅待機中のかかりつけ患者の電話相談などは殆どの医師が可能ではないだろうか。対応が難しければ保健所を通じて、対応できる医療機関を探してもらえばいい。オンライン診療も一つの選択肢である。かかりつけ患者のサポートは医師の最低限の責務であると考えます。すべての医療従事者は災害やパンデミックなどの有事の際にはオールフクオカの精神で医療活動に参加していただく必要がある。

保健所との連携は非常に重要である。現在、保健所は従来の医務薬務・保健予防・生活衛生の業務に加えて、陽性者のデータ集積から入院先の手配や行政検査の判断、追跡調査サーベイランスなどなど業務過多が続いている。国の方針で保健所の削減が平成9年

(1997年)より行われ、半減されているが、これも再検討すべき項目ではないだろうか。有事の対応を考えて、医師会や基幹病院との定期的な医療提供体制の連絡協議会なども検討すべきである。

最後に、この度の対応を検証し、今後の新たな新興感染症のパンデミックに対応できるように、医療提供体制や発熱外来体制、検査体制、宿泊療養の管理体制、自宅待機患者のサポート体制などを仮想シミュレーションし、保健所を含めた行政、医師会、基幹病院、民間病院、医師会員、医療従事者などで、災害訓練と同じように繰り返し（パンデミック）訓練をしておく必要があると考える。県行政や県医師会で主導し、各地域でパンデミック研修を行って頂きたいと願っている。

(1) 新型コロナ禍後の地域医療構想と地域の医療提供体制－2

地域医療構想は、いわゆる5疾病・5事業および在宅医療ごとに令和7年（2025年）の医療需要と病床の必要量を推計し、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の転換を求める形で進められた。限られた医療資源を有効に活用し、医療体制を確保するという考え方に基づいて議論・検討が行われてきた。その中で、急性期病床の削減が行われてきたのも事実である。しかし、昨年からの新型コロナ禍において、感染患者の受け入れ体制が十分に整っていなかったためかなりの混乱をきたした。これは、新型コロナウイルス感染症のような新興感染症の発生を全く想定していなかったためである。最近になって、医療計画の見直しが行われ、いわゆる「5事業」が「6事業」に変更され、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加された。各医療圏における地域医療構想調整会議では、すでに公立・公的病院の2025プランの検討が進められており、今後は民間病院の2025プランも検証対象とされていくことになるが、このことを踏まえて今後の新興感染症の発生・拡大に対応できるように、プランの再検証を行って地域医療構想を構築する必要があると考える。地域により病院の数などの格差があり、それぞれの地域における医療提供体制は様々であるが、まずは公的民間を問わずそれぞれの枠を超えた連携体制を構築するために、個々の病院のデータを基にした医療機能や病床機能の評価と医療機関の役割分担を検討する必要があると考える。

さて、新興感染症の発生・拡大時においては、公立・公的病院が真っ先に稼働しなければならないと思われる。しかし、感染症指定病院や感染症治療に対応可能な医療機関の数は少なく病床数も十分ではなく、今回のパンデミックにおいても民間の協力病院も含めて、各医療機関が即応病床を確保するなどの協力体制の下でなんとか持ちこたえたのが実情であった。しかし、フェーズが下がったことにより経済的支援がなくなり、即応病床を一般病床に戻さざるを得なくなっている医療機関も多くみられる。これでは、今後再度急なパンデミックが起こった場合に速やかに対応することは厳しいのではないだろうか。平時においても有事になったらいつでも対応できる能力を常備しておかねばならないと考える。すなわち、平時においても感染拡大時に対応できるような即応病床を確保できるような経済的支援がなされることが不可欠であると思われる。さらに必要なのは、急性期に対応する医療機関と急性期を過ぎ回復期に至った患者を受け入れる医療機関の連携であると考え。この連携がないと急性期に対応する医療機関の負担が増加し破綻をきたすことが必至である。今後は、指定病院の増加も含めて感染症発生時に稼働できる病床をどのように確保することができるかが検討されなければならない。病床の確保と同時に必要となるのは人材の確保である。病床が確保されれば、それを稼働させるための医師や看護師が必要となってくるが、感染症の治療に対応可能な感染症科や呼吸器科を専門とする医師や熟練した看護師・技師は決して多くない。また、感染症病床の稼働に多くの人員が配置されると、一般の救急医療や急性期医療が制限されることとなりかねない。実際に救急医療の受け入れ制限や待機的手術の延期をせざるを得ない医療機関も数多くみられたのも事実である。福岡県は医師の数は十分足りていると評価されているが、都市部と地方での格差があり医師の偏在があり、地方では都市部からの非常勤医師の派遣・協力で地域医療が支えられているという現実がある。働き方改革の影響もあり地方での医師不足は深刻な問題であり、地域の医療提供体制を論ずる際には、是非とも人材の育成・確保・偏在の是正に関する検討をお願いしたい。感染症発生時において開業医も、発熱外来・PCR検査等での診断・自宅待機患者の管理・往診など重要な役割があると考え。感染者の早期診断・隔

離・治療という流れをスムーズに行うためには、診療所・病院との一貫した協力関係がなければならない。そこには、行政（地方自治体や保健所）との緊密な関係も不可欠である。感染症対策には住民への啓発活動、高齢者介護施設や障害者施設へのサポート体制の構築等を平時から考えておかねばならない。今回の新型コロナ禍においては、医療機関と保健所間での情報共有が決して十分であったとは思えない。感染拡大時には保健所の業務が逼迫し、医療機関への正しい情報の伝達が速やかに行われず、また誤った情報が錯綜したのも事実である。これは保健所の統廃合により各保健所の管轄範囲が広域となりかつ人員不足により生じたものと考えられる。今後は限られた状況の中でどのようにすれば保健所と医療機関の間で確かな情報を素早くかつ確実に共有することができるか一考をお願いしたい。最後に、今後の新たな新興感染症拡大に対応できるように、医師会・県行政・地方自治体の緊密な協力関係の下でフレキシブルな医療提供体制が構築されることを願っている。

(2) 新型コロナ禍後の病院経営の問題点

我が国においては今後、少子高齢化・人口減少をきたすことが確実であるため、新型コロナ禍以前よりそれぞれの地域において効率的な医療提供体制を実現するための協議（地域医療構想調整会議）がなされていた。しかし、人口減少と人口構造の変化には地域差が認められ全国一律に論ぜられるものではない。福岡県においては令和2年（2020年）の県民人口は約500万人に対し、65歳以上人口は145万人（29.1%）、75歳以上人口は73.5万人（14.5%）であるのに対し、令和7年（2025年）には県民人口は485万人と約15万人減少するものの、65歳以上人口は148万人（30.5%）と約3万人増加、75歳以上人口は87万人（17.9%）と約13.5万人の増加が予想される。さらに令和22年（2040年）の県民人口は440万人と約60万人減少するものの、65歳以上人口は155万人（35.3%）と10万人増加し、75歳以上人口は154万人（20.9%）と80万人増加すると予想されている。75歳以上においては、がんや脳卒中、心不全などの循環器疾患によって入院する確率が高くなることが証明されており、今後、福岡県においては入院患者の需要は少なくとも令和22年（2040年）までは増加するものと考えられる。さらに、85歳以上の人口は全国において令和17年（2035年）頃に1,000万人を超えと言われ、その後も増加が続くと予想されている。特に福岡県においては全国の中でも85歳以上の高齢者の増加が特に多い県になると予想されている。85歳以上の高齢者の要介護・要支援率は60%以上と極めて高いとされ、福岡県においては今後、それに見合った医療提供体制をさらに整えることが求められてくる。すなわち、今後しばらくは医療需要は減少せず、医療の内容は「治す医療」から増加していく高齢者に対しては「治し支える医療」に変わっていくことが求められる。

一方、今後の人口減少、少子高齢化の社会においては労働力人口が減少するにもかかわらず、高齢者人口増加による社会負担が増加するため経済成長は阻害され、さらに今回の新型コロナ禍における財政負担の増加により、今後、社会保障費抑制の圧力が高まっていくことが懸念され、我が国の財政面からの医療改革への圧力は新型コロナ禍の後、さらに加速することが予測される。

今後、病院の入院医療において福岡県においては、今後もしばらく1日入院患者数は増加していくと予想される。求められることは、より多くの高齢患者に対して効率的な医療を提供することであり、それはすなわち、病院の機能分担をさらに明確にすることである。詳しく言うなら、地域の中で自病院が現に果たしている役割をもとに果たすべき病院機能を明確にして、病病の役割分担・連携による医療提供体制を構築することである。そして急性期、回復期、慢性期のいずれを担うにしても、退院患者に対する退院支援機能を強化することが求められ、より短期間の在院日数で運営できることが強みとなると考えられる。さらに働き手不足の中、医療界では過重労働が問題となっており、働き方改革も整備されようとしているが、それと同時に医療界においても外国人労働者の導入や、タスクシフト、デジタルトランスフォーメーションの活用を積極的に行うことが必要である。

国は高齢者に対する医療提供体制として地域包括ケアシステムを構築し、住み慣れた地域でより長く生活できることを目標に掲げている。地域包括ケアシステムは単位を中学校区程度と仮定している。今後の高齢社会においては高齢者の誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折などの比較的軽度の緊急入院が増加することが予想される。今後は昭和60年（1985年）に定められた二次医療圏での医療提供体制を考えるよりもさらに小さな単位、例えば人口3～5万人程度の地域をあらたな医療圏と考え、その中に基幹病院となる病院を置き、その周辺の診療所やクリニックがかかりつけ医機能を持ち、在宅医療も行い、地域の基幹病院

が高齢者の救急患者を受け入れ、あるいは在宅医療において急変時などの受け皿となり治療を行い、急性期を脱すると速やかに同医療圏内の回復期の病院へ転院し、さらには在宅へ戻っていくというシステムを確立することが大切である。

地域の基幹病院では対応困難な症例に関しては、現在の二次医療圏あるいはそれよりさらに大きな地域において中核病院となる病院を定め、そこで集約して治療を行うことが医療の効率化にもつながるものとする。今回の新型コロナ禍の医療提供体制においては、福岡県においては一時、病床数が逼迫する事態も起こったが、新型コロナウイルス感染症患者の入院医療を行う上で福岡県南地域においては従来の医療圏（二次医療圏）よりさらに小さな人口3～5万人程度の日常医療圏に一つの割合で中等症の患者を受け入れる病院が整備され、県南全域において大学病院を中心として重症の患者を受け入れる体制を構築できたことは非常に今後の参考になったと思われる。今後また新たに同様の新興感染症などが起こった際には、あらかじめ平常時よりそのためのベッドを確保しておくことは財政的にも困難と思われる。あらかじめ各事態において必要とされる病床数を各自治体が把握し、医師会と連携し準備病床として準備し、有事の際には1週間から2週間の間に専用病床を確保できるような体制をとることが望ましいと考える。

(3) 新型コロナ禍後の外来機能分化

新型コロナウイルス感染症の流行により、医療機関は外来・入院ともに大きな影響を受けた。新型コロナ禍においての外来診療では、動線を引いての発熱外来の実施、PPEの用意と備蓄など医療機関においてはかなりの負担と労力を背負わざるを得なかった。その中で、発熱外来などの新型コロナウイルス感染症感染が疑われる患者の診療への比重が多くなり、一般診療が縮小された医療機関も存在した。また、外来診療においては発熱患者の診療を行わない医療機関や検査ができない医療機関もあり、発熱患者が円滑に診療を受けられない状況も散見された。また、新型コロナ禍のため患者の受診控えが生じ、病気の発見の遅れなどの健康への影響も生じてきた。さらに受診控えは医療機関の経営難という深刻な状況も生み出し、従業員の削減や解雇せざるを得ない診療所が出現したのも事実である。外来診療の多くは診療所が担っている比率が高く、また、医師の専門性は各医師によって多様性があり、様々な症状を持つ患者の状況に合わせて対応するには診療所間および診療所と病院間の緊密な役割分担と連携が不可欠である。今回の新型コロナウイルス感染症に対応する中で、地域の医療機関が公民を問わず、役割分担・連携して必要な医療を提供することの必要性が明らかになったのではないだろうか。そして、各医療機関の外来機能を把握するためには、医療機関ごとにその機能を明確にして、多様な外来機能のデータを集めての検討がなされなければ、限られた医療資源を有効に活用できるような地域の実情に合った外来機能の分化・連携は進まない。膨大になると思われるデータ集積の手段や医師の専門性をどのように評価すればいいかといった背景があり、決して容易ではないが今後地域としてこれらの検討を行い議論することは必須と考える。

また、患者の背景を考えると、高齢者の増加により複数の疾患を有する患者や慢性の基礎疾患を有する人が多くなってきており、いわゆるかかりつけ医機能を有する医療機関においての指導・管理などの対応が重要となってきた。新型コロナウイルス感染症拡大の中で、高齢者や基礎疾患を有する人は重症化のリスクが高いとされており、生活習慣病の管理と合わせてかかりつけ医の必要性が高まっていると推測される。ここで、「かかりつけ医とは何か」という大きな命題が生じる。日本医師会が定義する「かかりつけ医」は、「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」となっている。これは理想ではあるが、地域医療をみた場合に医師の専門性が多種多様化しており、外来診療を行う全ての医師にこの定義を求めるのは厳しいのではないだろうか。それぞれの医師の専門性を生かした中で、地域における医師と医師との横の結びつきを強化し、不足する機能を補い合うことにより、手厚い日常診療・疾病の早期診断・専門医への紹介等をはじめ新型コロナウイルス感染症などへの早期対応が可能となってくると思われる。この点を踏まえて、外来機能の明確化・連携を進めていくことがかかりつけ医機能の強化に結びつくと考える。これを基にして、今後のかかりつけ医機能の質・量の向上を図るために、それぞれの地域において外来医療・在宅医療・介護の場などでどのような役割が求められているかが調査・検討されなければならない。しかし、患者・国民において「かかりつけ医」というものがどのようなものであるかという認識が定着していないのも事実である。かかりつけ医とは地域と患者に密着した幅広い機能を有したものであるという事を基本として、かかりつけ医機能を担う医療機関の周知に取り組む必要がある。今後、外来機能の明確化・連携が進み、かかりつけ医機能の強化や、国民へのかかりつけ医の重要性の周知などの取り組みが行われることにより地域完結型の医療が進むものと思われる。

(4) 新型コロナ禍後の地域包括ケアシステム

新型コロナ禍における地域包括ケアシステムには様々な課題が浮かんだ。平時には目に見えない地域住民の抱える脆弱性が露呈してきたと思われる。ケアシステムの構築は主に地域包括支援センターによる業務であり、新型コロナ禍以前にはなんら生活問題も抱えていないように見えた地域住民が社会的孤立状態へと余儀なく追い込まれ、その結果包括的支援事業の困難性が顕著に表れたように思われる。これらの経験を今後どのように新型コロナ禍後で対処すべきかを今までの問題点を提起して解決していくべきと思われる。

新型コロナ禍での地域包括ケアシステムの問題点と今後の解決として以下(1)～(7)の事業について意見を述べたいと思う。

1. 総合相談・支援事業について

被保険者の状況を把握し地域におけるサービスや機関の情報提供、連絡調整、介護家族の支援は問題が潜在化しやすく、複雑化した相談業務になった。新型コロナ禍では住民同士の交流が以前より減り課題解決のための糸口がつかめなかったため、マンションや地域公民館などの集会場を利用してサロンを開催したり、自宅で取り組めるストレッチの内容をまとめた機関誌を発行するなど、さらに通常行っているアセスメントに加えセンターがより一層一丸となって取り組むことが重要と思われる。市町村機関、医療機関、介護施設、介護支援専門員等の多職種連携、支援が密になるよう努力しなければならないと思う。

2. 権利擁護業務について

新型コロナ禍では地域での消費者被害の相談が増加したことに着目し、弁護士会、警察、学校機関との協議のもと住民の意識調査を行い実態把握を共に進めて対処することが課題解決の取り組みと思われる。また消費者の被害防止のための権利擁護講座等を開催してわかりやすく啓発するための工夫を行うことも重要と思われる。

3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援について

新型コロナ禍において各介護支援専門員がどのように判断して動いていたか、不安や改善点を医療機関等と意見交換することでケアプラン作成のプロセスや困難さを共有し今後の改善に導くことが重要と思われる。また民生委員や福祉委員との交流をネットワークを通じて行いリモート活用をさらに広げることも大事と思われる。

4. 認知症関連業務について

認知症カフェの開催が困難な中、計画通りにできなかった事例が多く認知症への理解や支援体制の推進が思うようにできなかった点を踏まえ今後は参加者へのメール、手紙、電話等による呼びかけ、さらにリモートによる参加形態の重要性が見直されたと思われる。

5. 介護予防関連業務について

新型コロナ禍で閉じこもりがちな高齢者が増加している現状をみると介護予防教室の閉鎖、体操教室の取りやめ、介護予防サポーターの活動休止等がより厳しい状況に拍車をかけているようである。サポーター同士の交流や地域団体との連携強化、医療機関と連携して咀嚼機能の評価のための豊齢力のチェック等数々の問題点をオンラインプロジェクトと

して取り組む必要があると思われる。

6. 地域・関係機関との連携・ネットワークづくりについて

介護予防教室、交流、認知症カフェ、イベント等は新型コロナ禍でも中止することなく多職種ネットワークの構築によりどのようにして継続できるか、開催する計画を新型コロナ禍以前よりも重要な課題となったと思われる。これらのネットワークによる情報共有は災害時にも応用され将来は地域住民への支援に導かれると思う。

7. 地域ケア会議について

住民が自ら地域課題に目を向け、解決に向けた取り組みを主体的に検討し実践できるようにセンターは他地域の事例を参考にして医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語療法士を抱えた個別会議の推進を積極的に行うよう進めるものと思われる。

いずれの取り組みにおいても、ニーズの変化に気づくスキルを日頃から身に付け、ネットワーク構築の重要性を認識し、社会を変革するソーシャルワーク専門職の育成を促進する必要があると思われる。第2、第3の感染症の流行、全国的な災害等を鑑み、人権、集団的責任、多様性尊重のソーシャルワークの原点はミクロレベルの地域包括ケアシステムの実践にとどまらず隣県を超えた広範囲にわたる連携協調が必要となってくるものと思われる。

Ⅲ 新型コロナ禍後の医療・介護の再構築

(1) 新型コロナウイルス感染症収束に向けた保健所機能・ワクチン接種体制の課題

今回の新興感染症に対して、保健所機能の許容不足を国民が経験した。

我が国の保健所数は、昭和40年（1965年）頃より800ヶ所以上維持されていたが、平成9年（1997年）より700ヶ所と低下、順次減少を認め令和3年（2021年）では500ヶ所を下回る状況だ。

原因は、平成6年（1994年）の保健所法の全面改定で始まったものだ。呼び名も「地域保健法」と変わった。具体的には、都道府県の保健所は医療法の「二次医療圏」などを参考に、所管区域を設定するとした。当時の保健所区域より広い「二次医療圏」などにあわせ、広域化して統廃合を進めさせるものだった。

政令指定都市・中核市などや特別区の保健所も、厚労省告示で「都道府県の設置する保健所との均衡」を「勘案」とされた。

保健所は、憲法二五条が国に義務づけた「公衆衛生の向上及び増進」を担う機関とされ、設置・運営費に国が補助している。これを削減するのが法改定の一つのねらいであり、自治体は財政的裏づけもなく保健所業務の一部を肩代わりさせられた。保健所は少ない人員で広い地域を担当し、住民密着の業務は困難になっていたと思われる。

今回の新興感染症を経験しての保健所機能

地域保健法の本格的な施行による保健所の再編、地方分権の進展に伴う中核市保健所の増加、保健と福祉の統合、地方振興局制、さらには市町村合併による新たな枠組みなど、保健所をめぐる環境は大きく変動し、今回の新興感染症の対応では崩壊した。

グローバル化などで今後も変異株の出現や新種病原体の対応を考えると、単的に保健所は増設・強化こそが必要で、地域保健法見直しを考慮しなければならない事態になっている。

もしくは、有事の際に臨時代行できる組織が必要ではないだろうか。

初期対応として、感染者の把握や管理において保健所の役割は絶対である。

ドライブスルーPCR検査や、クリニックにおける発熱外来など医師・看護師の負担は多大なものであった。現在ワクチンが普及し、感染者の管理・治療法が病期ごとに画一化してきた状況で、医師の判断による管理・治療に移行してきている。増加する在宅療養者の管理や状況把握は保健所単独では困難であり、在宅対応の医療機関の協力が不可欠な状況となっている。さらに負担は増すであろう。

各市町村により保健所能力や重症者受け入れ医療機関の規模、在宅対応医やその他医療従事者のマンパワーの違いにより、新興感染症に対するシステムをそれぞれの自治体で構築しなければならないと考える。

ワクチン接種体制の課題を列記する。

予約システム

- ・自治体によって方法が異なり、今後情報共有・検討会などが必要。
本来なら、システム構築の共有は昨年から準備できたはずである。
- ・接種予約での電話やネット回線の混雑は予想できたはずである。
また、初期の段階は委託コールセンターの受付案内者の質の違いから混乱を招いたこともあった。
- ・高齢者接種から若年者接種に移行する際にネット受付の強化が必要である。
- ・市町村が接種日時を決めた接種券を配布し、予定が合わない人・接種拒否の人のみ電話やネット予約を変更した方がスムーズに対応できたのではないかとの意見もある。

V-SYS・VRS・事務的手続き

- ・V-SYS ではワクチン配送状況が反映されない状況を招いた。
- ・デジタル報告や予約システムが煩雑。電子媒体にあまり馴染みのないクリニックでは難しく、事務的手続きの簡素化が必要。このシステムのために個別接種を諦めたクリニックも多いと聞く。
- ・様々な問題はあるが、海外の合理的接種方法から、日本でもマイナンバーでの一元化の必要性が合理的と考えられた。

同ワクチン接種の担保として、

- ・VRS はマイナンバーと連携しており、行政職員しかアクセスできないと考えられる。1回目接種のワクチンを確認するには、本人が持参する接種券しかなく、接種券を忘れた場合の確認方法の仕組みを今後検討する必要がある。

ワクチンの配送・保管

- ・保存のミスや余剰ワクチンの対応に関して、マニュアル化して最小限におさえるプロトコールが必要である。(管理者教育の徹底)
- ・入荷する時期や量が不透明で、急な予約接種人数の変更や余剰ワクチンの対応を末端に押し付けられた状態だった。

ワクチンの情報提供

- ・副反応・アナフィラキシーの報道が過度にあり、接種拒否者の増加やクリニックの医師で接種に参加しない理由がこれだとしたら、報道被害でもある。
- ・現在は個別接種での予診によるリスク接種者の対応を、副反應對応医のいる集団接種に移行するなど対応されているが、初期の段階から十分安全な接種体制の構築を計り、多くの医師が安心して参加できるシステムが必要と思われる。

集団・個別接種のコントロール

- ・予約システムの効率化がワクチン接種のコントロールを的確化することへ繋がる。
さらに、今回の経験を元にワクチン供給量(件数/医療機関)をあらかじめ自治体が把握し、その医療機関の適切な接種者数の振り分けシステムを構築しておくことで、今後スムーズなワクチン提供が可能と考えられる。

外国人への接種

- ・日本社会に欠かせない存在となっている短期滞在などの外国人労働者（住民票なし）・帰国困難な外国人への接種に関する方針や方法が検討される。自治体単独での対応は難しく、現在は政府や大使館の連携もあり、接種可能な状況になってきている。

ワクチン開発の遅れ

- ・我が国の危機管理意識の低さを感じる。約 30 年前から研究されていた m-RNA ワクチンに関して、日本の研究者も力を注いでいたが、国は新型インフルエンザの治療薬（タミフル）の備蓄はしていたものの、ワクチン開発技術に積極的援助として取り組んでいなかったように思える。新興感染症の場合、ワクチン開発と治療薬開発が同時にはじまり、同等の比重で考えなければならないことは常識であり、危機管理意識の低さを感じる思いである。

予防接種証明書

- ・予防接種法に基づいて各市町村で実施されるワクチン接種の事実を証明するものとして、被接種者からの申請に基づき交付されるものであり、パスポート情報等を記載した海外用の接種証明書とパスポート情報のない国内用の接種証明書の 2 種類が、書面または電子版での交付で可能となった。令和 3 年（2021 年）7 月 26 日から各市町村での書面での発行が開始され、遅かりながら令和 3 年（2021 年）12 月 20 日より政府が立ち上げた接種証明アプリがマイナンバーカード保持者のみでの対応で始まった。
- ・国内用接種証明書の活用では、未接種者との区別的取り扱いにならないように、十分な注意が必要である。

(2) 新たな診療スタイルとしてのオンライン診療の可能性とデジタルヘルス

1. はじめに

令和3年(2021年)9月6日に開催された第1回デジタル社会推進会議で、医療分野について下記2点、オンライン診療の普及とデジタルヘルスを重点項目としている。

- (1) 新型コロナが拡大する中でも国民が医療機関を受診しやすい環境を整備するため、オンライン診療を強力に推進する。
- (2) 国民が生涯にわたって自らの健康情報を電子記録として正確に把握するための仕組み(PHR)の提供を推進する。

2. 新たな診療スタイルとしてのオンライン診療の可能性

オンライン診療とは、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為(遠隔診療)のうち医師—患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為と定義されているⁱ。

近年オンライン診療が普及しつつあるのは、通信回線(ネットワーク)が大容量通信可能となったことと携帯情報端末(スマートフォン)の普及が大きく寄与している。専用の端末等を必要とせずスマートフォンのアプリ(あるいはWeb接続)でやりとりができるようになったためである。またこのようなアプリを開発する民間事業者の参入である。

オンライン診療のメリットとしては(1)気軽に受診できる。(2)場所に制限がないため、医師も患者も移動することなく診察、受診ができる。(3)身体状況や移動距離に関係なく受診ができる、受診、処方の待ち時間等の省略により仕事等で忙しくてもドロップアウトの可能性が低い(4)医師不足の解消(5)働き方改革(6)不要な入院の抑制と在宅医療充実(7)感染防止。一方デメリットとしては(1)検査、処置が出来ないため正確な鑑別が困難(2)対面診療と比較してコミュニケーションが取りにくい(3)緊急性が高い場合の対応が困難(4)医師、患者ともITリテラシーが求められる。

これらの点を踏まえてオンライン診療の可能性を考えると、「医師—患者間の関係においては、医師が患者から必要な情報の提供を求めたり、患者が医師の治療方針へ合意したりする際には、相互の信頼関係が必要であり、日頃より直接の対面診療を重ねている等、オンライン診療は医師と患者に直接的な関係がすでに存在する場合に限って利用されることが基本であり、原則として初診は対面診療で行い、その後も同一の医師による対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められるとしている点である。」とした平成30年(2018年)3月厚生労働省オンライン診療の適切な実施に関する指針が現実的な診療方法であると考えられる。

したがって、定期処方のみ指示する場合にはオンライン診療を行い、年に数回生化学検査を行う場合には対面診療を行うケースが考えられる。

平成30年(2018年)の診療報酬改定において原則として再診のみ可能なオンライン診療料が新設された。令和2年(2020年)、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策として、初診でのオンライン診療が時限的、特例的に認められた(通称「0410対応」)が、あくまで特例対応であり、これを奇貨としてオンライン診療を闇雲に拡充すべきではないと考える。

3. デジタルヘルスとは

最新のデジタル技術を活用して、医療やヘルスケアの効果を向上させることであり、(1) 診療の補助となるシステム、人工知能 (AI)、チャットボット、IoT、ウェアラブルデバイス、ビッグデータ解析、仮想現実 (VR) と (2) 既存のデータ (レセプト、電子カルテ等) の情報共有を行うためのシステム、カルテ等を電子的に保存し医療情報連携基盤として活用する EHR (Electronic Health Record) とレセプト情報、健診情報等を個人の健康管理に役立てる PHR(Personal Health Record)がある。

人工知能等に関して、画像診断の分野においては既に AI を用いた診断はかなりのレベルで実用に近づいている。AI による疾病の鑑別については、将来的に膨大なデータ解析を行うことができれば診療補助に役立つと考えられるが、現段階では診断を行うレベルまで到達することはなく、あくまで診断の参考になるレベルと考えられる。

医療情報連携基盤としての EHR に関しては、電子カルテの普及が鍵となる。しかし電子カルテの普及率は平成 29 年度 (2017 年度) で病院が 46.7%、診療所が 41.6%に過ぎないⁱⁱ。厚生労働省では標準規格ⁱⁱⁱに準拠した電子カルテの整備の推進をしているが病院の電子カルテ (大手 5 社。富士通、NEC、ソフトウエアサービス、日立、IBM) においては SS - MIX2 (Standardized Structured Medical Information eXchange)、HL7FHIR (Health Level7 Fast Healthcare Interoperability Resource) も含めて標準化が進んでいるのに対し、診療所の電子カルテは、単科専門医院向けなども含めると大手以外の中小企業が数百家あり標準化も進んでいない。このような状況においてはここ数年で標準化された電子カルテを普及させることは困難であり、電子カルテとは別の医療情報連携基盤を検討すべきである。

また、政府が推進する健康情報の個人管理については、マイナンバーカードによる資格認証を前提としているがこちらも普及率は 28%程度となっている^{iv}。健康情報に基づき個人が、発病の可能性等を判断することは困難であり、かかりつけ医と情報共有することにより、精度の高い健康管理が可能となる。

したがって、電子カルテではなく医療情報連携基盤としてレセプト情報や検査結果等を EHR として整備し、これと特定健康診査等個人の健康情報である PHR を連携し、医療者が確実に情報を得るシステムを構築することが肝要である。

4. 新型コロナ禍後の未来に向けて

今回の新型コロナ禍において、医療情報が共有されていないことによる弊害が露呈した。福岡県医師会では、医療情報の共有手段として、福岡県医師会診療情報ネットワーク (とびうめネット) を運営しているが、今後、新興感染症等の情報を医療者間だけでなく、行政とも連携し、情報共有を行う取組が必要だと考える。

また、県民が医療・介護、災害発生時、新興感染症流行時においても安心して生活できるシステムのためにも、県民の健康情報 (血圧、血中酸素飽和度等) を医療者が閲覧する仕組み (PHR) を、民間事業者に頼ることなく、福岡県医師会、福岡県と共同で開発し運用することが必要である。

i 平成 30 年 3 月厚生労働省オンライン診療の適切な実施に関する指針

ii 厚生労働省医療施設調査

iii 厚生労働省医療分野の情報化の推進について

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/index.html)

iv 総務省 (HP : https://www.soumu.go.jp/kojinbango_card/01.html)

(3) 新型コロナ禍後の少子高齢化と人材不足における働き方改革

2025年問題といわれる少子高齢化社会が目の前まで近づいている。

2030年代では65歳以上人口が増加する一方、現役世代の減少幅が拡大、2040年代以降は65歳以上高齢者も、15～64歳までの現役世代も減少すると予測されている。

現状のままでいると、単純に一人の従業員が担う役割、作業量が増えることによる離職率の上昇を招き人材不足の悪循環を生むことになる。医療福祉分野においては、令和7年(2025年)における看護師と介護士の需給ギャップは、厚労省の推定でそれぞれ約27万人と約55万人といわれている。

ここ数年前より、医師会運営の看護・准看護師専門学校入学者数も低下傾向のままである。

今回の新興感染症の影響は医療介護福祉業界において、少ないものの新型コロナウイルス感染症感染者を受け入れる医療介護機関や医療介護従事者など、感染リスクにさらされながら働く者への誹謗中傷といった行為や多忙性を強調され、医療介護従事者を目指す若者の医療介護職離れをさらに生み出したことも否定できない。

今後の医療介護業界の働き方改革の中で、ICTを利用した医療・介護・予防・生活支援といったサービスを一体的に提供できるような地域包括ケアシステムを構築することは重要な役割をはたすものと考えられる。職員数の多い大病院ほどICT化の恩恵は受けるであろう。しかし、情報ネットワークを作ることや、各施設においてICT環境構築による業務の効率化を図ることも重要であるが、特に医療介護においては、対面業務が主体であり、他の業種に比べその効率は低いものと考えられる。

さらに問題となるのは地域格差である。地方や僻地の医療介護施設では医師や看護師、介護士の減少と若い職員の定着はすでに難しくなっている。あくまでICT技術の導入は、対面が主体である医療業務の間を取り持つシステムであり、人材確保が必要であることは間違いない。地域医療構想においても更なる検討が必要と思われる。

現在、福岡県医師会が行っている外国人看護師支援事業も、今回の新型コロナ禍により大きな影響を受けることになった。新興感染症においてグローバルな人流が最大のリスクになるが、数年の単位で対応することができると思われる。しかし我が国の人材不足問題は数十年の長期の問題であり、少しずつでも継続する意義はあるものとする。

上記したようにICT技術は積極的に取り組む事業であるが、もう一つの主となる人材確保のためには、

- ・国内での人材育成をどのように発展させるか。(潜在看護師介護士の再職も含む)
 - ・地方・僻地手当等による賃金体制や、優遇措置の構築など。(地域医療構想等)
 - ・海外医療介護人材受け入れの安全で確かな構築。(福岡県医師会等)
- 等、新型コロナ禍後であっても上記の問題に取り組むことしかないものとする。

(4) 新型コロナ禍後の新たなかかりつけ医の役割

1) 新型コロナ禍後の外来診療の課題と対策

新型コロナ禍後の外来診療において大切なのは、患者が安心して受診できることとかかりつけ医が無理なく新型コロナウイルス感染症に対応できるようになることである。プライマリケアを担う「かかりつけ医」の役割を再確認し保健所などの行政・急性期病院との連携を見直して、効率よく医療を提供することが重要である。

外来診療において新型コロナウイルス感染症がもたらした最たるものは、患者側では受診方法であり、医療側では動線の分離などの感染対策である。患者は感冒様症状を呈した時には受診する前に病院に連絡し指示を仰ぐ必要がある。その理解を得るためには、医療側は発熱時の対処法、家庭内感染のリスク・予防、受診方法などをかかりつけ患者だけでなく地域住民に広く周知させることが大切である。院内ポスター掲示やリーフレットを作成し配布するなど積極的な周知・広報活動を行い、新型コロナウイルス感染症の正しい理解を促し、間違った SNS などの情報に惑わされないように啓発も必要である。

対して医療側は新型コロナウイルス感染症患者と他の患者が接しないように分離する必要がある。診療所にはビル診に代表されるように施設規模も小さく、入り口を別にするなどの空間的分離ができない施設が多く存在している。このことは感染拡大にも影響することが考えられ、今後の検討課題であるが、個々の診療所での対処には限りがあり難しい問題である。せめてもの対策として別室を診察室として設けることは必須である。加えて流行時には時間的分離が必要な場合もあり、患者の理解・協力を得るために前もっての周知が大切である。現在でも外来診療を車・テント等の屋外で検査・診察をするなど不自然な状況があり、それに加え発熱患者の診察を回避する医療機関が出たのも問題である。かかりつけ患者の受診控えも起こっており、これの対処法としては訪問診療や電話再診等のオンライン診療の活用も有効だろう。

次に大きく変わったこととして、徹底した院内感染対策がある。無症状、軽症患者もいることから、入り口で全員の体温測定が欠かせなくなり、疑いのある患者を診察する際には個人防護具(PPE)を必ず使用し、濃厚接触を避け感染を回避することが重要である。新型コロナウイルス感染症が濃厚な時にはレントゲン検査など院内移動を要する検査時には注意が必要である。場合によっては、感染を広げないために専門医療機関に依頼することの検討も大切である。そして診察後には換気・アルコール消毒を徹底する必要もある。当初は確定診断については保健所を通して専門機関に診断を依頼するしかなかったが、抗原検査・PCR 検査が一般に普及して「診療・検査医療機関」以外でも新型コロナウイルス感染症患者を診る機会が増えた。診断後大切になるのが、トリアージである。指定感染症であるため入院治療が原則であるが、軽症の場合は宿泊療養となる。軽症と中等症以上の区別を的確に行い新型コロナウイルス感染症入院対応病院の負担を減らす必要がある。地域によっては病床が逼迫し中等症でも自宅療養とならざるを得なかった。宿泊療養者の場合は医師が出務しており対応が可能であるが、自宅療養者は体温などの自覚症状に加えパルスオキシメーターによる SpO₂ 測定が求められる。前もって病状悪化時の対応や入院先の確認・確保も必要である。久留米市においても自宅療養者は一時 200 名を超えたが、病院に

よる外来受診対応(170 件)と訪問診療医による往診(28 件)などの早期介入が実施され、新型コロナウイルス感染症入院対応病院の負担軽減が出来た。私たちかかりつけ医は宿泊療養患者の通常疾患の投薬と対症療法(薬)の処方くらいであった。流行が落ち着いている今、第 6 波に向けて在宅往診医、薬を処方できる対応薬局、在宅治療のための訪問看護事業者の協力を得て体制整備が図られている。また抗体カクテル療法(ロナプリーブ投与)による治療に向けてシステム構築中である。

指定感染症のままでは原則かかりつけ医が新型コロナウイルス感染症患者を治療することはないはずだが、実際は本人の都合や精神疾患など基礎疾患によっては入院も宿泊もできない患者は存在する。どこまで対応できるかかかりつけ医も検討しておく必要がある。東京のように中等症までもが自宅療養することは異常であり、酸素ステーションを設置するような状況を作ってはならない。

将来的には軽症患者はかかりつけ医で治療することになると考えられる。現在新型コロナウイルス感染症に適応がある薬剤は、デキサメタゾン、レムデシビル、バリシチニブがあり、中等症以上の入院患者に使用されている。他に中和抗体薬のカシリビマブ/イムデビマブ、ソトロビマブが特例承認され、軽症患者に使用しウイルス量の減少や重症化抑制効果が期待されている。しかしながら現在は安定供給が難しく登録制であるため、気軽に使用できる状態にはない。経口治療薬の開発も進んでいる。米メルク社の新型コロナウイルス感染症経口治療薬モルヌピラビルが薬事承認され使用可能になった。米ファイザー社のパクスロビドは 2 月にも承認され使用可能になる予定である。塩野義 3CL プロテアーゼ阻害薬も開発中であり、早期の実用化を期待したい。これらの経口治療薬がかかりつけ医の外来で普通に処方できて効果的であれば自宅療養が中心となり、新型コロナウイルス感染症との戦いも次のステージに進むものと考えられる。

新型コロナウイルス感染症を経験し、今後はインフルエンザ流行も見据えて院内感染を防止しつつ発熱患者の診察・検査を行う体制を構築する必要性を再認識させられた。そのためには個々の努力も欠かせないが、地域の医療機関が役割分担・連携して必要な医療を面として提供することの重要性が改めて明らかになった。高齢者や基礎疾患を有する者は重症化するリスクが高いと報告されており、患者の受診控えを減らすとともに、生活習慣病等に継続的・総合的に対応できるかかりつけ医機能が重要となる。

2) 新型コロナ禍後の認知症治療

認知症治療には、基本的に薬物治療と非薬物治療との併用が有効である。

薬物治療は塩酸ドネペジルを中心とした、抗認知症薬である、塩酸ドネペジルは、発売されて 10 年近く経過し一般的な治療薬になっている。精神科のみならず物忘れ外来を標榜する内科等でも処方されることも多く認知症予防には一定の効果を出していると思われる。しかしあくまでも内服薬であり自ら内服するか、または同居家族が内服をサポートするかが必要となる。認知症患者は内服したことを忘れることもよくあり、周囲のサポートが重要になってくる。しかしこれまでの臨床経験から薬物治療を長期間継続しても、認知症の進行を十分に遅らせているとは考えにくい。真面目に内服していても思いのほか進行が早くみられる高齢者もいる。そのため、デイケアやデイサービス、ショートステイ等の

社会資源の活用の併用が大切になってくる。

認知症治療が一般的に知られるようになり、また行政等の地道な啓発活動により社会資源の利用は認知症患者だけではなく家族にもその必要性が知られるようになってきていると感じている。外来通院をしている認知症患者の多くが何らかの社会資源を利用しており、利用することで介護家族の時間ができ、身体面と精神面でのゆとりができてくることで、認知症患者へゆとりある対応ができることで、患者の精神症状も安定している症例を何度も経験した。

しかし、2年前の新型コロナウイルス感染症の流行により、その社会資源の活用が中止せざるを得なくなってきた症例もでてきた。比較的順調に利用され続けていた制度だけに、一旦ストップすると高齢者の中には、環境の変化に対応できず元の生活には戻れない者もいる。また、環境の変化への適応力の乏しい高齢者は新型コロナ禍でのソーシャルディスタンス、ステイホーム、また日課にしているカラオケの中止等の自粛により、外出の制限を余儀なくされた。また遠方からの子供家族や孫に会うという楽しみも失われ、訪問看護等も中止となり、ますます孤立していくこととなっている。またテレビでは新型コロナウイルス感染症についての報道が中心となることにより社会的な閉塞感と共に、抑うつ的な気分にならざるを得ない状況であったと思われる。

そのような高齢者の特性を考えると、新型コロナ禍によつての環境の変化に対応することは高齢者、特に認知症患者にとっては大きなストレスとなるのではないかと考えている。

新型コロナウイルス感染症が一定の落ち着きを取り戻した後でも、三密をさけ、集団での活動には制限がかかるであろう。新型コロナ禍後、診療においてICT化が積極的にすすめられ、オンライン診断の普及が推奨されると考える。しかしただでさえテクノロジーに適応困難な高齢者、増してや認知症患者が適応できるとは考えにくく、昨今の核家族化により子供家族と離れて生活していることが多い。また子供のない高齢夫婦のみであったりする家庭で果たしてオンライン診断が可能であるかと疑問が生じてくる。当然ヘルパーなどの助けを借りてと言う意見も出てくると思うが、ヘルパー自体の人数にも限りがあり、これからの高齢者の増加に対応していけるのであろうか。

また臨床の場でも高齢者の中には頑なに、外部の者の訪問を拒絶する性格の方もいる為、ヘルパーや看護師の訪問ができない患者もいる。

新型コロナ禍後において、ICTを医療に取り入れることによって、感染症対策としては有意義であると考えているが、それにより対応できずに、時代に取り残され、医療を十分に受けられない高齢者や認知症患者が増えないことが必要であると考えている。

3) 新型コロナ禍後の在宅医療と介護施設

新型コロナウイルス感染症が発生して以来、高齢者施設や障がい者施設（以下、施設）でのクラスターが多数起き、多くの入院者や重症者、死者を出してきた。施設での感染防止対策および感染者対応、クラスター発生時の対応は重要な問題である。

一方、施設の運営は株式会社や社会福祉法人が大半であり、医療について詳しい人が内部にはいないことが多い。医療法人などが母体の施設は医療機関からの支援が受けられるであろうが、そうでない場合には支援は外部の医療者や行政という事になる。そのため、① 初動対応が遅れる、② 指導された医療的対応を実施できる人材がない、③ PPEや消毒薬などの物品が十分に用意できないなどの事態が多発した。

また、要介護入所者ははじめに入所した施設に長期にわたって入所することが多いため、

設立して時間がたっている施設には重介護者が多数おり、その対応も困難を極めた。重介護者は病人であるため、医療施設や医療法人が運営する施設に入所したほうが適切な対応ができるが、入所者が介護度によって施設を移動するという視点はあまりなく、このような事態となっていた。

今回の新型コロナウイルス感染症において分かったことは、重介護者は医療系の施設に入所し、軽介護の高齢者は株式会社や社会福祉法人が運営する施設に入所したほうが、全体として合理的であるという事だ。また、医師や看護師の教育・研修が急性期に偏り、慢性期医療・介護の実態を知らないという事も問題である。

以下、介護系施設の問題点と今後のあるべき姿について列記する。

介護系施設の問題点

- ◇ 経営者に医療の知識がない
- ◇ 医療に関する必須の対応ができない
- ◇ 必要な医療的研修の判断がつかない
- ◇ 医療職種でない施設長は、臨床における優秀な看護師を選ぶことができにくい
- ◇ 医師の助言を理解できない
- ◇ 施設の設立理念に医療的な面が入っていないことが多い
- ◇ 病院との連携の方法が分からない
- ◇ 急変時に安易に救急車を呼び、2次3次医療を圧迫する

今後のあるべき姿

新興感染の流行や在宅医療の発展により、施設において医療は今以上に重要になっていくと思われる。今後の施設の医療への対応として、介護系施設においても医療の能力を高める必要がある。

- ◇ 介護系施設においては経営陣や役員などに医師・看護師等を入れる
- ◇ 十分な医療の研修を受けた人のみが施設長になる
- ◇ 複数の医師が出入りする施設では中心となる医師を決める
- ◇ 全ての施設に訪問診療、訪問看護を入れるようにする
- ◇ 重介護者の多い施設では、十分な医療の研修を必須化する
- ◇ 行政は施設の医療能力について、定期的に調査を実施する
- ◇ 医師・看護師等に慢性期医療の研修を義務付ける

今後、再び発生する新興感染症に対して、今回のような混乱を起こさないことが必要であり、そのための準備が急がれる。さらに、在宅医療・施設内医療の発展により、今までであれば病院に入院していた患者（要介護者）が在宅・施設にいることになる。このような患者（要介護者）の対応も準備しておく必要があるだろう。

4) 新型コロナ禍後の小児医療と今後の展望

令和2年(2020年)3月に緊急事態宣言が発令され、この日を境に人々の生活は一変してしまった。人と人の距離を保たねばならなくなり、会話はなく常時マスク着用の生活を余儀なくされ、感染への不安から乳幼児の小児科受診控えという状況へととなってしまった。さらに小児科の受診控えは診療のみならず、定期予防接種や乳幼児健診も同様となり、そのため専門医による乳幼児の発達や成長に関して健やかな生育のフォローが不十分になるという懸念が出てきた。

また常にマスク着用の生活を強いられることで、乳幼児の感情形成にも不安がある。豊かな感情を形成していく重要な乳幼児の時期に彼らが目にする周囲の大人の表情がそのマスクによって口元が覆われているため、感情の表現を十分に取り入れることが出来なくなってしまう。要するに眼の感情表現のみで、感情形成の発達をせざるを得ず、そのような状況下では今後子ども達の情緒の発達に影響が出てくる可能性がある。現代の保護者はスマホ世代であり、日本小児科学会が提唱している“スマホに子守をさせないで!”の通り親子の会話が少なく、かかわりが希薄とされてきた。それが新型コロナ禍でマスク着用や会話をしない、黙食などが推奨されることでこれまで以上に親子関係の希薄さに拍車をかけてしまうのではないかと危惧される。

繰り返す緊急事態発令下で様々なイベントは中止となり、大型の商業施設も入場制限や利用時間の短縮等で人流が激減したことで、感染症疾患が少なくなった。また保護者の在宅ワークが増えたため児の体調が悪い時にも家で看護が出来ることから無理な保育園の登園が少なくなり、感染症疾患が大半を占める小児の疾病自体が激減した。

感染症疾患の激減と保護者の不安による健診や予防接種の受診控えの理由で小児科診療は逼迫しさらに新型コロナ禍が長期化したことで、その存続は危ぶまれている。その救済措置として国の政策で期限付きではあるが6歳未満の診療報酬点数の引き上げが認められ、福岡市では集団健診であった4カ月と1歳6カ月の乳幼児健診が暫定的に個別化の対応がとられている。ただし、この救済措置は診療報酬点数に関しては期限付きであり、集団健診に関しては決定事項でないため、個別化に関して行政との協議しなければならない。

このような状況下で約一年半が経過し、現在はウィズコロナの意識変更からか、生活様式が少しずつ元に戻りつつあり、小児科の受診数も徐々に回復してきている。ただ、人流が増え元の生活様式に近づくにつれ、感染症疾患が流行のリスクも高まってくる。発熱症状が大半の小児科診療の在り方として今後、“発熱外来”をどのような形にしていくのか、ウィズコロナ時代の新たな課題ともいえよう。国内のワクチン接種事業もほぼ順調に進んでおり、その効果か、現時点での新型コロナウイルス感染症感染者数は激減してきている。小児科領域でも12歳以上はコロナワクチンの接種対象であり随時、接種券が配布されて施行されている。アメリカでは5歳以上12歳未満の小児に対してのコロナワクチンに治験が終了し今後接種が始まるのではないかと報道されているが、日本でのこの年齢での接種開始の見通しはまだ立っておらず、その展望は不透明で重要な課題の一つである。

さらに前述したように新型コロナ禍での生活様式による乳幼児の健やかな精神発達へ影響も懸念されるが、同様に学童期の健やかな心身の確保もウィズコロナ・ポストコロナ禍では重要な課題と考えられる。数回の緊急事態宣言の発令に伴い、出校と休校の繰り返いを余儀なくされ、環境の変化に適応できず身体の不調を訴え不登校に至る児童は少なくはないと聞いている。このようにあらゆる年齢層の小児に対しての心身共にサポートが必要

になってくると思われる。

最後にオンライン診療の導入が云われている中、私は小児科領域では難しいと思われる。小児科領域でのオンライン診療とは保護者とかかりつけ医との確固たる信頼関係の下でなければ、なかなか成立しづらいところである。しかし、将来的には何らかの形で取り入れていく方に向かわざるを得ないと考えられる。

5) 新型コロナ禍後の整形外科診療とロコモ対策

令和2年(2020年)4月に政府の緊急事態宣言が発令されて以降、私たちの生活は一変し、医療現場の逼迫した状況が連日報道された。新型コロナウイルス感染症の感染が拡大する中、外出を控えることによって運動機能が衰え、ロコモティブシンドローム、いわゆる「ロコモ」が悪化する事態となっている。これまで通院していた患者さんや、何らかの症状があつて病院に行こうと思っていた患者さんも、感染リスクをためらい、受診控えがみられた。整形外科を含め皮膚科・眼科等は「新型コロナウイルス感染症」を直接診療する科ではないが、整形外科診療に及ぼす新型コロナウイルス感染症の影響は決して小さいものではなかった。整形外科が扱う運動器(骨・関節・筋肉・神経・靭帯等)の疾患や外傷の治療、処置、リハビリテーションでは患者さんと密接な接触を伴う場合が多い。

当院では、新型コロナ禍になってからは、全ての外来受診患者に対して検温を行い、待合室は密にならないようにし、紫外線換気装置の導入も行った。また、診療・リハビリテーションの人数制限を行うなどし、待合室や診察室などのアルコール消毒を徹底した。その他にも、患者さんの通院回数を減らすために、薬剤の長期処方や自宅で行えるリハビリ指導を行った。また、問診票においては、全ての受診患者さんに対して、新型コロナウイルス感染症関係の問診(2週間以内に:風邪症状や37度以上の発熱があつたか・同居中の家族に風邪症状や発熱があつたか味やにおいがわからなくなったことがあつたか・複数人で集まる屋内のイベントに参加したか等)を追加した。手術は、新型コロナウイルス感染症の感染対策をできるだけ万全にした上で、非常に慎重な判断の下で行っている。

新型コロナウイルス感染症が早く収まり、感染症の治療薬ができ、安心して暮らせる状況となっても、新型コロナ禍後の整形外科診療は、変わらないものとする。ロコモ対策としては、リハビリでの自宅での運動指導が大切である。新型コロナ禍後、整形外科を受診される患者さんが、安心して受診をしていただける状況になる事を、強く願う。

IV 新型コロナ禍後の社会保障制度と医療政策

(1) 新型コロナ禍後の危機管理・感染症や自然災害への備え

平成9年(2009年)春に発生した新型インフルエンザ、および平成23年(2011年)3月の東日本大震災と引き続き起こった福島第一原発事故によって我々は世界規模の感染症や大規模災害の教訓を得たはずだった。しかしその後も、国は医療費抑制政策と病床削減を行い、医療現場ではグローバルズムから来る医療の効率化のみが求められてきた。有事と平時では平時のみの対応しか想定せず、危機管理や「最悪の事態・想定外」のことは省みない遂行機能障害の状態であった。

新型コロナウイルス感染症に限っても、令和2年(2020年)3月迄中国・欧州からの渡航制限はされず、水際作戦は失敗した。令和2年(2020年)7月ではPCR検査数も極端に制限され、100万人当たりの検査数は世界各国中で150位以下であり、正確な感染者数を反映するとは言えなかった。その検査を支える、保健所もこの30年間で数も半減し、人員も削減されている。同様に感染症指定医療機関の感染症病床も8分の1程度に削減され、人口10万人当たりのICU等病床数は米国の8分の1程度である。政府の行った全国民へのアベノマスク配布とGo To トラベルキャンペーン等の的外れな利権的とも言える事業や、ワクチン獲得・導入の遅れが、感染対策が遅れた一因だと想像される。

新型コロナ禍後には、パンデミックで見えた社会と医療の脆弱性を一刻も早く補完する必要があると思う。今後は以下のような観点から感染症や自然災害への施策の実現が必要と考える。

1) パンデミック、自然災害、戦時に対応する法的整備

日本は憲法で個人の権利が守られているために、パンデミックのような非常時でも、ロックダウンなどはできない。新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正にも時間がかかり緊急事態宣言の発令も遅れた。入国管理においては迅速な渡航制限もできなかった。今後は強権的な施策を嫌う国民やマスコミに十分な説明をしながら、憲法改正も視野に入れた法整備を進めていく必要が国にはあると思う。

2) 有事には感染症病床に転用可能な機動的な病床やスタッフの確保・

感染症専門医の養成

削減されてきた感染症病床とそれに伴う常勤感染症専門医の減少、諸外国に比して少ないICU病床数とそのスタッフ不足の現況が新型コロナ禍で明確になった。今後、これらの拡充を図ることができなければ、この分野にこそオンライン診療や遠隔ICU導入の検討が必要ではなかろうか。

3) 医療物資・検査機器・薬剤・備品等の備蓄

今回、マスク等の医療資源の供給を、特定の国からの輸入に依存していることがわかった。その輸出が制限されると、即座に日本国内の日常生活や医療提供体制は崩壊する。ジェネリック医薬品でもしかりである。本来、医療費削減の目的であったはずだが、本末転倒になっている。今後は必要不可欠な医療資源は最低限は国内生産を残すと同時に、国の支援のもとに自治体での備蓄システムを構築することが必要であると考えられる。

4) 国産ワクチンや治療薬の開発等のための産業の育成

日本でワクチンや治療薬の開発が遅れた理由を検証し、有事には迅速に承認が可能になるような治験システム、製薬メーカーが投資を回収し創薬意欲を保てるようなシステムを作る必要がある。

5) 行政システムの IT 化の促進と情報の管理の一元化

マイナンバーカードと銀行口座の紐付けが無いために給付金の支給が遅れたこと、COCOA の不具合、ドタバタで作られた患者発生届 HER - SYS やワクチン接種システム V - SYS、ワクチンパスポートの電子化の遅れ等枚挙にいとまが無い。今後はこの分野の IT 化を加速することにより業務の効率等を図ると同時に、その先の DX 等による改革の断行による質的变化が起こってくればいいと考える。政府の健康危機管理庁構想もその一つであり、縦割り行政の打破も必要となるであろう。

6) 都道府県や市の行政、消防、地域の新型コロナ治療を担う病院との連携

PCR 検査体制やワクチン接種事業、自宅待機者の健康観察等では県や市、保健所との連携、患者の入退院後の経過では病院との双方向性の連携は決して十分ではなかったと思う。改善した例では救急搬送困難事例への病院間の夜間輪番制での対応や軽症患者の急患センター・自宅間の搬送システム構築等は、各々病院や行政の努力で成果をみた課題である。所管や法律の問題もあるが、平時から、連携を深めて一歩ずつ前に進まなければならない問題である。

7) 社会的共通資本たる医療機関へは医療安全保障の視点として経営悪化に対する公的支援を行う

感染拡大に伴い診療所・病院とも医業利益の悪化をみたが、多くの医療機関は新型コロナ禍であっても地域医療を守るために奮闘してきた。今後も民間病院や診療所が新型コロナウイルス感染症に対応しつつ、地域の医療提供体制を維持していくには、継続的な支援金の給付や即効性のある診療報酬の引き上げ等の支援が必要である。

おわりに

約2年にわたる世界中を巻き込んだ新型コロナ禍は、まだ完全な収束は認められないものの、ワクチン開発によるワクチン接種の浸透、重症化予防の注射薬の出現、さらには経口の治療薬が治験段階まできており、日本では1日に2万人を超す感染者を出した第5波も収束傾向を認め、緊急事態宣言も全国的に解除された。今後も第6波に対する警戒を怠ってはいけませんが、新型コロナウイルス感染症対策は防戦一方であったものが、積極的な治療戦略が可能となり、経済活動の再開をはじめ様々な社会実験がすすめられ、第6波の警戒をしつつ、通常的生活を取り戻す方向に急速に進んでいる。(令和3年(2021年)10月現在)

日本では、新型コロナ禍以前より我が国の少子高齢化、超高齢社会の到来に備え今後の地域医療提供体制を検討すべく全国各地域において地域医療構想調整会議なるものがつくられ議論されてきた。その趣旨は、高齢社会の到来とともに医療費をはじめ社会保障費が増大し国の財政を圧迫することは確実であり、急性期病床、回復期病床、慢性期病床数をそれぞれ各地域に見合った数に編成しなおし、医療費の増大を食い止めるという財政面からの問題が大きかったと考えられる。

図らずも今回の新型コロナ禍は日本の医療の脆弱性を浮き彫りにしたと言える。欧米に比べ感染者数は少なかったにもかかわらず、医療体制は逼迫した状態となった。欧米に比べ人口当たりの病床数は2～3倍多いにもかかわらず、人口当たりの医師数は欧米とほぼ同じであるため1床当たりの医師数は手薄となりコロナ病床に対して柔軟に対応できなかったこと、また医師の育成において専門医育成に力を入れ総合診療医を十分に育ててこなかったことなども病床や医師の有効活用につながらず医療逼迫を招いた要因であると考えられる。

令和3年(2021年)秋の衆議院選挙において各党は新型コロナウイルス感染症対策として、病床拡大・検査拡充など国民に心地よい政策しか打ち出さず、前記した新型コロナ禍の中で浮き彫りになった日本の医療の問題点についての改革案は何も示されていない。

医療費の問題についても、国民は医療費が高いと感じているようであるが、世界の先進国と比べても日本の医療費のGDPに占める割合は決して高いほうではない。医療費に対する国の社会保障費の支出高が多く、社会保障費の支出の割に国民負担は少ない「中福祉・低負担」国家となっている。これからの日本はしっかりと今後の医療・社会福祉の在り方、すなわち「低福祉・低負担」国家を目指すのか「中福祉・中負担」国家を目指すのか、日本医師会は現実に沿った医療政策提言を国に対してしなければならない。今回の新型コロナ禍では政府の新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療対策についての発表の中において我々の代表たるべき日本医師会の存在感が感じられなかったことは誠に残念なことであった。今後、社会保障費抑制の圧力が高まってくることが懸念され、我が国の財政面からの医療改革への圧力は新型コロナ禍の後、さらに加速することが予測される。医師会としても現状を把握し、大胆なる医療改革案を示し、国民の安心できる医療提供体制を日本医師会が率先して医療政策提言として発信していく必要を強く感じている。

追伸；私たち医政研究委員会は、今回の「新型コロナ禍における新たな生活様式と社会保障」につき諮問していただいた前福岡県医師会会長、故松田峻一良先生のご霊前にこの答申を謹んで捧げさせていただきます。

委員会講師一覧

○第3回（令和3年3月10日）

ポストコロナ時代の地域医療構想 / 委員・産業医科大学公衆衛生学教室教授 松田晋哉

○第4回（令和3年5月26日）

新型コロナ下における社会保障政策～人口減少の局面におけるこども庁の役割について～
/ 参議院議員 自見英子

○第5回（令和3年7月28日）

新型コロナ禍における新たな生活様式と社会保障——日本医師会の考え方
/ 日本医師会常任理事 釜范敏

○第8回（令和4年1月26日）

新型コロナ禍における社会保障 / 厚生労働副大臣 衆議院議員 古賀篤