

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに関してアドバイザリーボードにおいて出された意見

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの見直しに関して、令和4年11月30日、12月7日、12月14日、12月21日のアドバイザリーボードにおいて参加者から出された意見は以下のとおり。

(1) 考慮要素全般について

- ・感染症法で今縛っている内容と、執行目的に着目すべき。もとはまん延対策、押さえ込みのために入院勧告や行動制限を行っていた。リスクを押さえ込む目的で作られているため、今、行政権の執行の正当性にギャップが生じている。抑えこみがされていない今、行政に権限の主体を持たせるのではなく、医療に主体性を持たせて受け皿を拡げるのもひとつの考えだと思う。
- ・医療費負担の問題や院内感染対策に加え、コロナの特殊性や将来の不確実性を鑑み、今後どうやってモニタリングしていくのかがクリアになれば、今の感染症法の位置づけに縛られなくても対応可能な部分があるのではないか。
- ・感染拡大の抑制と医療提供体制の確保との2本柱でこの3年間向き合ってきたが、社会経済活動の維持という観点からオミクロン株以降は医療提供体制の確保がメインとなっている。この医療の確保が重症度、疾病としての対応状況という意味では、非常に矛盾した状況。裾野を広げないとオミクロン株以降の感染規模に対応できないという状況でありながら、これ以上の医療機関のキャパシティを広げるということについて大変な壁に当たっているという状況が続いている。
- ・2類相当の感染対策を求めるということがオール医療体制あるいは医療アクセス確保の障壁になっている可能性があるのではないか。その一方で、どの医療機関でも対応を行うという医療キャパシティの広がりを目指さなければ現在の特定の医療機関への負荷が生じ続けるおそれがある。
- ・医療のキャパシティを最大限に確保するという観点から、感染管理や治療について、今の新型コロナ対応から少しレベルを下げた対応にできるということのエビデンスと方針を明確化していき、見直しに当たっては丁寧に周知徹底を行

うことが必要。

- ・パンデミックのトンネルを抜ける過程で、これまでの施策は一部残しつつ、経過を見ながら段階的に落としていくべき。類型について考えるときには、2パターンある。5類になることを明確にして、段階的に落としていくとともに、残す・なくす施策を明らかにしていく方法と、感染症法上5類にしたうえで、マイナス面が起きないように資金や運用面のサポートをしていく方法。2番目で行くと、本来の5類運用に施策を追加することになるため、新たな法整備が必要ではないか。
- ・感染症法上の位置づけについて、致死率など様々な問題があるにもかかわらず、感染症の疫学を十分整理しないまま、様々な議論がされている。
- ・国内では新型コロナと季節性インフルの評価を致死率・重症化率など、疾患の重症度だけを見て議論されているが、WHOはリスク評価にあたっては、伝播性や感染性、医療や社会への影響など、さまざまなインパクトと呼ばれるものを総合して判断すべきであり、疾患の重症度だけでは不十分であるとしている。
- ・季節性インフルと新型コロナでは、データの取り方が違うため、直接比較することは困難。
- ・コロナとインフルは比較対象にはならない。社会への影響を評価する意味では比較もやむを得ない面があるが、インフルと同じような経過を必ずしもたどるわけではないことを国民にしっかり伝える必要がある。インフルエンザと同等というような捉え方は誤解を招くため、注意して発言すべき。
- ・類型見直しについては、出来るだけ慎重に検討してから判断すべき。現在の運用で不都合が生じているのはどこかを洗い出し、そこを改善するために何をやるのか考えるべき。
- ・世の中の論調が類型見直しになっているが、今一度、コロナの特性を踏まえた対策に関する議論を行い、それに即して類型を見直すべき。5類にしたから解決するわけではない。
- ・現状認識として、重症度や入院・致死率等も下がってきており、季節性インフルと同程度の脅威と考える。既に県民の約6人に1人が感染しており、誰もが感染する状況であり、マインドも平時に近づいてきていることから、新型コロナの法律上の位置付けを「2類相当」から「5類相当」に早急に見直すことを強く要望する。
- ・感染症法は、感染者と濃厚接触者に行動制限をかける法律。特措法は、それ以外の方も対象となる法律。こういった制限

をかけること、行政が権限を持つことが必要な措置なのかを議論するという視点を持つべき。法に基づき行動制限措置をかけることが正当化される状況にあるのか、実態に即して議論すべき。

- ・法の位置づけに伴うやり方が、今の状況に合っているとは限らない。リスクを最大限削減するためにやるべきことは何か、本当に今やるべきことを精査した上で、法律上の位置づけと運用を議論すべき。

- ・我が国の自然感染による抗体保有率は低く、今後も流行を繰り返す。性急な措置の縮小は医療現場の混乱、負荷増大を招く。命と健康、医療を守るため、必要なサービスと公費負担は当面継続し、段階的に縮小すべき。

- ・感染拡大時でも必要不可欠な保健医療サービスを継続するため、特定財源による、確実かつ十分な国の財政措置が必要。

- ・小児・周産期医療、休日夜間救急、高齢者施設・障害者施設等におけるコロナ対策の知見を、医療政策や地域包括ケアシステム推進に落とし込み、診療報酬での評価や補助事業として残す必要がある。

- ・純粹に感染症法や医学・医療の話ではなく、コロナは社会経済活動に制限をかける疾病であるため、行動を活性化させ、特措法による措置をなくしたいがために、5類にすべき等という意見があるように感じる。見直しについては、医学・医療の問題と捉えて議論すべき。社会経済活動など含めた、特措法適用の問題については、コロナ分科会など別の場で議論すればよい。

- ・もし5類となると、今現在ある病床確保支援や診療検査機関への診療報酬加算、ワクチン負担など、全ての制度が外れてしまうのか。5類になってもこうしたものは別途可能だと思いつつ議論をしたらよいのか、5類になった場合、法令どおりに各措置がなくなる、医療機関に対する様々な補助、診療報酬の増額等もなくなる前提で議論するかで、議論の方向性が大きく変わってくる。

- ・類型見直しの議論については、大臣のご発言などから国として慎重に対応する方針が感じられ安心したが、早く見直して社会経済を回していこうという意見や、取り扱いが楽にならないと医療を提供できないという医療現場からの意見もある。それらの問題を俎上に載せて合意形成をしていく必要がある。

- ・2類・5類の二者択一ではなく、コロナに合った類型でないと将来的に齟齬を来すだろうし、単純に5類にすればいいわけではない。

- ・類型の議論については、病原性・感染力などを専門家の立場から ADB で議論することが求められていると理解してい

る。どこまで ADB で議論されるのか。政治の判断もあるかもしれないが、ほかの場でも議論されるのか。議論の場の道筋を示していただきたい。

・類型見直しは本来審議会マターではないか。その前に ADB からの評価をとということであれば取り組むことも必要だと理解している。

・ADB として意見は言うべきと思うが、本来は感染症部会での議論ではないか。ここで話すべき内容かどうかは、今のうちに明確にしておいた方が良いのではないか。

(2) 病原性 (重篤性) について

・重症度に関して、心血管系の問題を考える必要がある。ICU に入りレスピレーターや ECMO を使うなどといった、従来の重症度では測れなくなっている。

・多くの超過死亡が日本でも生じており、その原因も少しずつ分かってきている。搬送困難事例も世界各国で起きているが、コロナに病床を割いていることのみならず、コロナの病態や、心血管系の影響もある。

・医療負荷は、コロナ感染による呼吸器系の重症化のみならず、様々な要因で起きていることが、国際的に議論されている。この問題をどう考えるか、根本的な議論が必要。

・特措法の要件がコロナに合わなくなっている。特措法には「急速にまん延して国民の生活に重大な影響を及ぼす」とあり、感染した場合に季節性インフルと比べてどれだけ重症度が高いかなどが書いてある。季節性インフルと新型インフルとを比較する基準として、また、いずれ季節性への移行を前提に作られたものであるが、コロナはまだそのようには移行していない。

・ウイルスの病態は変化している。コロナは今年だけで 3 回流行しており、季節性の感染症ではない。コロナはこれまで想定されていた感染症とは大きく異なり、今の特措法の要件の中では読み取れない。

・病原性と感染力が分かると、リスクアセスメント上では、人口的なインパクトが分かる。現状のような、流行対策を伴わない一方、個別に治療・予防が行われている状況下での被害想定は計算できる。

・今後一年間あたり、あるいはエンデミック化のプロセスの中で、どの程度死亡者が見込まれるかが一番の争点になる。現

時点の被害想定を計算できるチャンスではないだろうか。

- ・ コロナはやっかいな病気であるが、国民はそのように理解していないと思う。特に感染後に心血管系を含めて様々なことが身体に残る。罹患後症状をしっかりと把握できるような取組が厚労科研などで必要。医療機関は、罹患後の症状を経験しており、その知見を集められる仕組みがないだろうか。
- ・ 抗体価については、身近なところで、ワクチンを接種し、コロナに罹患し、症状も強かったため N 抗体が続くと思ったら、罹患後検出できなくなったケースもあり、よく見ていく必要がある。

- ・ 新型コロナの抗体保有率実態調査の結果、速報では、全体の 26.5%がN抗体陽性、つまり既感染者。都道府県別では大阪府が40%以上、沖縄県が50%近くと、非常に高い陽性率。一方、新潟県、長野県といった中部・北陸地方で相対的に低い傾向が見られる。年齢層の違いも影響している可能性があり、解釈には注意が必要。
- ・ 年代別では16～19歳では陽性率が4割近くに及び、年齢が上がるとともに右肩下がり。60歳以上では2割を切っている。ワクチンは接種しプロテクトはされているはずだが、既感染者の割合はほかの国々に比べれば非常に低いことから、高齢者については引き続き注意しておく必要がある。

- ・ 大阪府の状況としては、重症化率及び死亡率は6波以降低下している。第1波から7波までの年代別重症化率の推移では、特に6波以降、大きく重症化率が下がっている。また、死亡率は、第4波では非常にアルファ株で死亡率が厳しかったが、その後、6波、7波と死亡率が低下し、今、60歳以上の死亡率は、第7波では0.75となっている。インフルエンザの60歳以上の死亡率0.55にかなり近づいている状況。

- ・ 神奈川ではスローガンとして、「コロナ・非コロナのバランスをとる」ことを掲げ、第6波以降強い想いでやってきた。第6波以降、重症者が減ったのは事実。コロナ・非コロナを同じ土俵で考えていこう、コロナ診療を特別視しすぎず、一般診療も受けるべきものは受けようと言いつけている。

- ・ 世界中のトピックとして、呼吸器感染症ではなくなっているという議論がある。事実、心血管系・循環器系の合併症でかなりの超過死亡が出ている可能性があり、それらは呼吸器だけでは説明ができない。今まで「致死率」と呼んでいたものは正しくない可能性があり、インフルと比べてはいけない。

- ・ 特措法には季節性インフルとの比較という点が明確に述べられているが、感染症法においては「国民の生命・健康への影

響」という観点。インフルとの比較による相対的な議論ではなく、コロナの絶対的な病原性・感染性を基に議論すべき。

- ・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。
- ・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断すべき。
- ・オミクロンになってウイルス性肺炎を起こす人が減ったが、それは単にオミクロン株の病原性が下がったということではなく、感染により多くの人が免疫を獲得したことによるもの。見かけ上の重症度は下がっているが、香港では今年、相当の人がBA.2の流行で亡くなっており、オミクロン株固有の重症度は結構高いという議論がある。
- ・コロナによって、循環器系・心血管系の長期にわたる死亡インパクトが生じるとするデータが各国で得られてきている。国内でも2021年以降、特にオミクロン株以降超過死亡が増加している。
- ・罹患後症状の問題も社会的インパクトがあり、新型コロナウイルスのリスク評価の際には考慮すべき。
- ・感染者数は大幅に増えたが、CFRはどの年代でも大きく下がっている。これまでの対応の枠組みは、主に重症化リスクが高いときのリスク認識でつくられているため、今後現状が大きく変わらないのであれば、適宜見直していくべき。
- ・パンデミックを見る際、実数が問題になる。伝播性も考えなければならない。死亡率について、分子は見えている数より遙かに大きいかもしれない。また、今の検査体制では、コロナは軽症者や無症状者も検査に誘導しているため、分母にごく軽症者が乗っているという問題もある。インフルは発熱し、かつ医療機関にアクセスしてきた患者数が分母となるため、無症状や軽症の人は受診せず、本来はコロナの分母とは乖離するはず。今回数字が寄ったのは偶然だろう。この数字を前提として話すこと自体が問題になるのではないか。一般市民、医療機関の間でコミュニケーションをしっかりとることが、次のステップでは重要。
- ・一般の人は、感染した個人が重症化するかどうかに関心がある一方、医療は、公衆衛生全体、超過死亡を見ており、観点が違う。致死率の計算には課題がある。今後もブラッシュアップして頂きたいが、コロナで超過死亡が出ていることは間違いない。絶対数も、インフル流行時に比べてコロナの方が多いと理解している。

- ・インフル流行時と比べているが、年間を通して考えるとインフル流行時を遙かに上回る超過死亡が出ているものの、世界的に見たとき、感染対策とワクチン接種が進んだため、日本は超過死亡が遙かに低い。それでもこれだけ出ていることを加味するべき。

(3) 感染力について

- ・新型コロナの抗体保有率実態調査の結果、速報では、全体の 26.5%がN抗体陽性、つまり既感染者。都道府県別では大阪府が40%以上、沖縄県が50%近くと、非常に高い陽性率。一方、新潟県、長野県といった中部・北陸地方で相対的に低い傾向が見られる。年齢層の違いも影響している可能性があり、解釈には注意が必要。【再掲】
- ・年代別では16～19歳では陽性率が4割近くに及び、年齢が上がるとともに右肩下がり。60歳以上では2割を切っている。ワクチンは接種しプロテクトはされているはずだが、既感染者の割合はほかの国々に比べれば非常に低いことから、高齢者については引き続き注意しておく必要がある。【再掲】
- ・オミクロンは感染力が尋常ではなく、クラスターとは言わないが、院内感染は当たり前の状況。頑張ってもある程度は仕方がないと感じる部分もある。国民が院内・施設内感染をどこまで許容・納得していただけるかによって、医療機関の対応は変わってくるだろう。ウイズコロナの時代だから院内感染はやむを得ないと言っていたら、状況はかなり変わるだろう。
- ・病原性と感染力が分かると、リスクアセスメント上では、人口的なインパクトが分かる。現状のような、流行対策を伴わない一方、個別に治療・予防が行われている状況下での被害想定は計算できる。【再掲】
- ・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。【再掲】
- ・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断するべき。【再掲】

・特措法には季節性インフルとの比較という点が明確に述べられているが、感染症法においては「国民の生命・健康への影響」という観点。インフルとの比較による相対的な議論ではなく、コロナの絶対的な病原性・感染性を基に議論すべき。

【再掲】

・新型コロナの伝播性は当初より、季節性インフルより高かったが、変異株の出現とともにさらに伝播性は増大してきており、伝播性の観点からはむしろ季節性インフルとは大きく異なる感染症に変化してきている。

・オミクロン株では、重症化率や死亡率の低下が示されているが、高い伝播性や免疫逃避性によって感染者数が増加すれば重症者や死亡者数の実数は増えるので、圧倒的な数の増加への対応は当面は重大な課題。

(4) (2) 及び (3) を踏まえた国民への影響について

・ウイルス固有の病原性や感染力などの性質だけではなく、いわゆるインパクト、文脈、ソーシャルコンテキストについて考慮することも重要。

・純粹に感染症法や医学・医療の話ではなく、コロナは社会経済活動に制限をかける疾病であるため、行動を活性化させ、特措法による措置をなくしたいがために、5類にすべき等という意見があるように感じる。見直しについては、医学・医療の問題と捉えて議論すべき。社会経済活動など含めた、特措法適用の問題については、コロナ分科会など別の場で議論すればよい。**【再掲】**

・高齢者はコロナ軽症でも重篤になり亡くなる方もいるが、多くは命を救われ退院する。ただ、退院時にADLが悪化する方が非常に多い。今まで医療介入の必要がなく施設で対応できていたのに、長期療養が必要になるなどもある。超高齢化社会において感染が繰り返される中で、今後の高齢者医療や高齢者の生活に中長期的にどのような影響を与えるかも考えていくべき。

・国内では新型コロナと季節性インフルの評価を致死率・重症化率など、疾患の重症度だけを見て議論されているが、WHOはリスク評価にあたっては、伝播性や感染性、医療や社会への影響など、さまざまなインパクトと呼ばれるものを総合して判断すべきであり、疾患の重症度だけでは不十分であるとしている。**【再掲】**

・国内でも流行の度に救急搬送困難事案が増加しているが、同様のことは英国などでも報告されている。今後類型を変え

たとしても、救急搬送困難事例は起こり続けるだろう。医療ひっ迫・超過死亡が起こるメカニズムもきちんと考えていく必要がある。

- ・一方で、感染症法に基づく公衆衛生対応（行動制限）の継続による社会や経済に対するインパクトも発生している点には留意が必要。
- ・国民とのコミュニケーションの重要性については、限りある医療資源で適切な診療や治療を供給できるよう、引き続き国民の理解を得ることが必要。

(5) 今後の変異の可能性について

- ・ウイルスは病原性が減弱する方向に常に変異するという見解もあるが、必ずしもそうではない。病原性が変わらないものがほとんど。免疫獲得により、見た目の病原性は減弱していく。2000年前に出現したと考えられている麻疹の病原性も、その頃から変わっていないと考えられており、今も免疫を持たない子どもには病原性は非常に高い。新型コロナも、デルタから病原性が増大したことは明らか。今後の病原性がどうなるかは分からない。そもそもコロナウイルスの研究はこれまであまりされておらず、アミノ酸の持つ意味や、どうなれば病原性が低くなるかなどはまだ分からない。ゲノムの側面から、こうなれば落ち着くなどとは言えない状況。
- ・医療費負担の問題や院内感染対策に加え、コロナの特殊性や将来の不確実性を鑑み、今後どうやってモニタリングしていくのかがクリアになれば、今の感染症法の位置づけに縛られなくても対応可能な部分があるのではないか。【再掲】
- ・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。【再掲】
- ・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断するべき。【再掲】
- ・現時点では、オミクロンと総称される系統の中で、主に免疫逃避に寄与するがその他の形質は大きく変化していない変

異株が生じていると考えられる。世界の人口の免疫状態や、介入施策も多様になる中で、変異株の性質が流行の動態に直接的に寄与する割合は低下していると考えられる。変異株の発生動向や病原性・毒力(virulence)、感染・伝播性、ワクチン・医薬品への抵抗性、臨床像等の形質の変化を継続して監視し、迅速にリスクと性質を評価し、それらに応じた介入施策が検討される必要がある。

(6) その他、判断にあたって留意すべき事項（医療の受け止めなど）について

- ・ 今後コロナをどういう体制で対応していくのか。コロナだけを診ていると、一般医療やコロナ以外の救急への影響が大きい。医療全体の負荷にどう取り組むか、どういう法制度が必要なのか。ワクチンの活用含め、目指すゴールと必要な対策を議論すべき。
- ・ 大阪府の資料から、病病連携によって医療調整ができてきているのは、かなり出口に近づいており、望ましい姿。中等症の割合が、公的な入院調整の仕組みの中で行われているものと違うようだが、これを課題と捉えるべきか、望ましい方向に進んでいる傾向か。
- ・ 感染症法と特措法においては、「全国性的かつ急速なまん延により、国民の生命及び健康に重大な影響を及ぼす」ということであるが、病原性、感染性、変異、医療の受け止め方ということで、特に医療の受け止め方という点は深く議論すべき。
- ・ 医療機関からは感染管理や治療に当たっての特段の経費が必要という声はこの3年間、ずっと継続。一気に行政の関与を縮小することになるかどうかは議論があるが、医療機関への支援というのは暫定期間等、引き続き必要ではないか。また、基本的感染対策あるいは対応方法についての国民や事業者に対する周知徹底もセットで必要ではないか。
- ・ 病院内感染対策について。外で感染した医療従事者が院内に持ち込む、入院患者が入院後発症して広がるケースはあったが、コロナで入院した患者が他者にうつすというケースはほぼない。今の感染対策はしっかりコロナに対応できていて、5類になっても基本的な感染対策が変わるわけではない。しかし今後導線を分けるかどうかは難しい。院内感染の発生経緯が感染対策とどう関係していたかを聞く、研究用アンケートを準備している。結果が出てくれば、具体的な場面が明らかになり、導線を分けるべきか、換気やパーティション設置で対応可能かなど分かってくると思う。

- ・地域の先生と外来体制強化について話すと、特に小児科から、もはやかつてのような診療はできないと言われる。今後収束すれば一日に診る患者数は増やせるが、対応は改めねばならないとのこと。導線や待合での状況など院内感染対策に工夫が必要と言われている。コロナが終われば元通りではなく、外来診療における院内感染対策を見直す必要がある。
- ・5類になることで、医療体制への支援策が全く無くなるのか。支援策がすべて2類とリンクしているために根拠が失われるのか、5類でも維持できるのか。今行われている支援が皆無になるのは難しいと難色を示されている。
- ・これまで日本を含むアジアの医療は、入院は大部屋、外来も密というのが前提であったが、ここを変える必要がある。費用面や個人の意識も絡む問題ではあるが、今後医療をどのように提供するかに関しても、改革が必要。
- ・医療体制への影響だけでなく、保健所の体制や検疫法、学校保健安全法にどのような影響を与えるかについても議論が必要。
- ・メディアを見ていると、5類にすることで医療逼迫が回避できるという論調になっているが違うと思う。今はインフルで入院しても個室対応になっているし、大部屋でインフルの感染者が出たら、同室の患者に予防内服させるのが一般的。米国では、ワンフロア全員に予防内服させよという論調も一部ある。しかしコロナでは同じことができない。インフルと同じ扱いにしたからといって、必ずしもやりやすくなるわけではない。
- ・葛藤、戸惑い、停滞感があり、ワクチン疲れ、自粛疲れも見え始めている。法律上の位置づけの変更が、世の中の空気も変えるというところに期待したい。科学的な観点からリスクに見合う対応にするという「ワンメッセージ」が重要。「5類にすればすべての医療機関がコロナを診療するようになる」は希望的観測。
- ・今後、医療提供を担保すべく、医師、医療機関の診療に関する責務についても整理が必要。
- ・保険診療移行に伴い、高額な治療薬の処方に対して公費負担が必要。
- ・重症化リスクの高い高齢者向けの施策は一定程度継続する必要がある。
- ・介護度が高い高齢者の療養体制について、コロナの経験も踏まえ、地域の急性期病院で対応できるよう、体制構築に向けた支援が必要。
- ・高齢者施設の嘱託医に役割を果たしてもらうため、協力金や医療チーム・ワクチンバス派遣などの支援が必要。
- ・小児、妊婦、透析患者等受け入れについて、当面の間、地域の実情に応じて病床確保や入院調整などの調整機能が求めら

れる。

- ・重症化リスクや感染拡大リスクを引き下げるワクチン接種は、医療負担を最小化する。接種促進の施策が必要。
- ・接種体制について、区市町村や、地域の医療機関・高齢者施設の嘱託医等で完結できるようにする必要がある。
- ・定点での発生動向の把握に加え、変異株サーベイランスや入院・死亡の報告体制、iCDC 専門家ボードのような監視体制は今後も必要。

- ・現場において、感染対策を緩めるのは現状難しい。できる限りの対策を講じないと、予測できない事態になるのではないかと不安がある。外来診療、特に休日・夜間診療が極めて厳しくなっている。受療行動を変化させることも大事だが、日本の医療としては、診てほしい人を出来るだけ診るのがあるべき姿ではないか。医療逼迫の中、年末年始を迎える可能性があることを共有していきたい。

- ・類型を変えたからといって、今ある制度をすぐにやめたら医療が止まるため、どうやって落とし込むか考えながら対応すべき。通常医療に戻っていく中で、夏以降の議論も踏まえ、課題の洗い出しをしていくべき。
- ・コロナが社会に受け入れられていく過程で、疾病負担はより大きくなるだろう。今の医療体制では受け入れられず、診療に参加していない医者にも関わってもらうことが必要となる。

- ・オミクロン株となっても、重症化のハイリスク層が高齢者であることは変わらず、二次性の細菌性肺炎や誤嚥性肺炎に加えて、合併症の増悪、ADLの悪化など、ウイルス性肺炎の基準では軽症でも、看護度が高く治療継続が必要な高齢者の増加が入院医療への負担となっている。感染者数の増加に対応できる受入れ体制は必要であり、入院医療のみならず、外来診療、在宅医療、介護施設なども含めた総合的な対策が引き続き重要。
- ・これまで、医療負担を軽減し、多くの患者を診療するために、様々な施策が行われてきたが、どれを削り、どれを残すのか、移行のために必要な追加対応も検討すべき。自治体の運用で対応できること、国による法的なサポートが必要なこと、公的資金の支援が必要なことなども整理すべき。
- ・長期的には地域医療へ落とし込んでいくことが目標だが、移行期には地域を越えた連携や調整も必要となるため、自治体における全体像の把握と調整機能を当面は残しておくべき。さらに、医療DXやオンライン診療も、より現場が有効に活用できるように進めていくべき。