

2022年11月8日

内閣総理大臣

岸田 文雄様

厚生労働大臣

加藤 勝信様

京都府保険医協会
理事長 鈴木 卓

感染症法等の一部を改正する法律案の再検討を求める意見

平素より、医療・社会保障施策の推進にご尽力賜りますこと、心よりお礼申し上げます。さて、私ども京都府保険医協会は開会中の国会にて審議中の「感染症法等の一部を改正する法律案」について、以下の諸点につき再検討を求めます。

何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 法改正は新興感染症に罹患した患者に対し、「確実な医療の保障」を行い、いかに死亡者をゼロにするかを目的に行うこと

本法案の施行日は2024年4月とされ、法案の示す新たな感染症対応体制は新型コロナウイルス感染症に限定されたものではなく、今後襲来し得る新興感染症全般に対峙するためのものである。

しかし、本法案の基調には「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」による報告書である「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022年6月15日）や、新型コロナウイルス感染症対策本部による「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（2022年9月2日）が反映されている。私たちはそれらの政府文書について、コロナ禍における医療ひっ迫の根本原因である、長年に病床数・医療従事者数等をはじめとした医療・社会保障費抑制政策に対する歴史的な総括がなされておらず、不十分なものと考えている。

新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、これまでの感染症対応体制の抜本的な強化を目指すのであれば、その前提として、国は従来の医療・社会保障抑制政策の根本転換が必要と考える。

感染症法は患者への「良質かつ適切な医療の保障」を国の責務としている。コロナ禍では医療にかかることすら出来ずに多数の人が生命を落とした。その現実を踏まえ、感染症に罹患した患者へ確実な医療の保障を行い、いかに死亡者をゼロにするかを目的とした法改正を目指していただきたい。

2. 必要とするすべての人が医療につながることでできる目標設定とすること

都道府県の策定する「予防計画」への記載事項に入院や発熱外来等の「目標値」を掲げることは必要であり評価したい。

この数値目標について「感染症法等の一部を改正する法律案について（参考資料）」は、「体制整備の数値目標の例」に「協定締結医療機関」数をあげ、その「協定」は「今回の最終フェーズ」を想定し、「定量的に盛り込む」としている。しかし「協定締結医療機関」数については、「全部で1500医療機関程度を想定」（入院のみ）とされており、現時点の入院施設数である「2824件」（10月5日現在「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」）を下回っており、不十分なのではないかと考える。

掲げるべき数値目標は、「必要とするすべての人が入院可能な病床数」や、自宅療養の場合であれば「急変時に確実に医療が保障される往診体制」であるべきと考える。

3. 対応不能な体制を改善しないまま、医療機関に責任を押し付けてペナルティを科すような仕組みは導入しないこと

本法案は医療機関に対し、都道府県との間に新たな協定締結の仕組みを導入する。

協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定しており、締結した医療機関は各々、従来の「感染症指定医療機関」とともに、「第一種協定指定医療機関」、「第二種協定指定医療機関」として、法的に位置付けられる。

しかし今後どのような「新感染症」や「指定感染症」が襲来するかは予測不能である。協定締結医療機関に求められる専門性、人員体制・設備、それらを支える国・自治体の役割や具体的な財政支援等が不明瞭なまま、医療機関に新たな責任と役割を果たさせようとする法制化には危惧を覚えざるを得ない。

その上、（参考資料）の「協定締結のプロセス」や「担保措置/履行確保措置」によれば、「全ての医療機関に対して協定締結の協議に応じる義務」を課し、「協定に則った対応」を行わない医療機関に対しての「ペナルティ」が盛り込まれている。

私たちは病院や開業医が公衆衛生政策において役割を果たすことを法定化すること自体を否定するものではない。だが、感染症法等による新興感染症対策はあくまで公的な責任で行われるべきであり、医療機関にばかり義務を押し付ける制度設計は受け入れ難い。

医療機関に対する財政支援についても、法案の示す内容は極めて不透明である。私たちは現在の「緊急包括支援事業」に基づく交付金は、2022年度を以て終了する可能性が高いと考えている。その上で（参考資料）をみると、「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」に対しては「流行初期医療確保措置」として診療報酬と補助金を財源とした基本的な制度像が示されているものの、「一定期間経過後」（流行初期以降・まん延時）の補助金・診療報酬上乘せについては一般的な記載があるだけで、具体的内容は不明である。これでは「協定」に躊躇する医療機関が発生することは必至と考える。

4. 感染症法等見直しにあたり、医療確保・公衆衛生政策の再構築として次の点を実施すること

私たちは2021年1月、同年11月に「感染症体制の見直しと保健所再生を」求め、二次にわたる提言を公表した。提言全文は別添のとおりであり、あらためてその実現を求めたい。その上で、今次感染症法改正法案にあたっては、特に次の点を踏まえ、再検討していただきたい。

- (1) 地域医療構想を用いた病床数抑制策、医師確保計画・医師偏在指標を用いた医療従事者数抑制策を中止した上での法改正とすること
- (2) 地域における感染症医療体制の確保は罰則付きで役割を強要するのではなく、二次医療圏単位の「地域医療構想調整会議」の枠組みを活用し、都道府県を地域における感染症対策の責任主体とした上で、圏内の各医療機関の役割分担を医療機関間の協議・合意によって構築すること。
- (3) 病床ひっ迫時における自宅療養者(宿泊施設療養、社会福祉施設入所者を含む)の入院や投薬等、医療の実施にかかる判断は、臨床を預かる医師の判断によることを徹底すること。クラスター発生のリスクが高い社会福祉施設の入所者(うち特に高齢者やハイリスク者)については優先的に入院できるようにすること。
- (4) 診療所も含め、地域の全医療者が参加する感染症対策の体制を、行政区単位で構築するよう法定化すること。この際、中核機能は保健所等地方自治体が担い、介護・障害・児童等の福祉事業者も参加し、「地域包括ケア体制」で行うこと
- (5) 新たな治療薬やワクチンの開発・流通についての国の責任を明確化すること

以 上