

2023年1月10日

## 京都府感染症予防計画(中間案)への意見

京都府保険医協会  
理事長 鈴木 卓

京都府感染症予防計画(中間案)につき、以下のとおり当会の意見を述べる。

**前提として** 一他府県のような「予防計画」が策定されていなかったことの評価  
この度策定される「感染症の予防のための施策の実施に関する計画」は、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第十条に基づく法定計画である。

(中間案)は、京都府では同計画についてこれまで「保健医療計画」に位置付けてきたと記述している。これは京都府保健医療計画の「第3章 健康づくりから医療、介護まで切れ目のない保健医療サービスの提供」「3 様々な疾病や障害に係る対策の推進」「(4) 感染症対策」を指すものと考えられる。同項はコロナ禍の令和3年3月改正で加筆があったとはいえ他府県の策定する予防計画と比較してあまりに貧弱である。例えば隣県の滋賀県の「滋賀県感染症予防計画」は14ページに及ぶ文書であり、京都府保健医療計画に記載のない「感染症発生動向調査」「感染症の予防のための対策と食品衛生対策および環境衛生対策の連携」「感染症のまん延の防止のための施策に関する事項」等、コロナ禍を潜った今日においては一層重要とみられる内容が記載されている。

計画を立てれば感染症対策が適切に行えるわけでもない。しかし計画策定を通じ、専門家の意見を聞き、地域の医療・福祉関係者との連携関係をあらかじめ構築することは自治体の基本的な責務である。京都府が他府県のような予防計画を策定しなかったことは府のコロナ対策に負の影響を及ぼさなかったのか。

以上の点につき、京都府は計画策定の前提として検証・総括すべきである。

### 〈数値目標〉府のコロナ医療対策の総括の必要性

改正感染症法を受け、本計画には新たに第1種・2種協定締結医療機関に関する数値目標が盛り込まれている。COVID-19は京都府に38床しかない「第2種感染症指定医療機関」では受け入れられない膨大な人数の患者を発生させた。それを踏まえれば、自治体の公衆衛生政策に診療所も含め地域の医療機関が参画する仕組みが作られたのは当然のことであろう。(中間案)の数値目標(「数値目標一覧」)には病床、発熱外来のみならず自宅療養者への医療の提供や後方支援等についての目標も設定された。これは前進と評価したい。

一方、コロナ時の実績をベースに設定された目標値は十分でない。「新型コロナ

ウイルス感染症への対応を念頭に取り組む」ならばコロナ禍に確保出来た病床数の実績でなく、本当はどれだけの病床が必要であったかを踏まえた目標値とすべきである。

京都府における第6波～第7波のコロナ死亡者数は1340人。うち自宅療養者は57人、施設死亡者は221人にのぼる。この数字はコロナ受入病院以外での死亡者が多数存在することを示しており、そもそも病床数が不足していた可能性をも示唆している。

京都府は2020年3月に「新型コロナウイルス感染症入院医療コントロールセンター」を設置し、一元的に入院調整（入院または療養の選定）を行っていた。地域において臨床にある医師が入院の適応を診断し、保健所等を通じてセンターに入院要請した総数と実際に入院調整した総数の「差」こそ、本来必要であった病床数を割り出す基礎となるはずである（これは「自宅療養者への医療の提供」数を見込むにも必要な数字である）。

発熱外来についても診療・検査医療機関のひっ迫状況をつぶさに把握することなしに本来の必要数を割り出すことは出来ないはずである。

以上のように、今後襲来し得る、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症に必要十分に対応するには、府におけるCOVID-19への対応の総括が必要である。府担当部局ならびに府の設置した京都府新型コロナウイルス感染症対策専門家会議での速やかな総括を求めたい。

#### 〈感染症指定医療機関の指定〉に関わって

（中間案）の「第5 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項」「3 京都府における感染症に係る医療を提供する体制」「(1) 感染症指定医療機関の指定」の項では第一種ならびに第二種感染症指定医療機関の指定について従前どおりの方針を示している。

これはコロナ禍を経てもなお国が感染症指定医療機関の配置基準を見直そうとしないためであろう。

国にとって従来の感染症指定医療機関と新たな協定指定医療機関の違いは「運営費」である。前者は「感染症指定医療機関運営費補助金」が国庫補助として交付され、後者の多くは診療報酬での対応が基本である。

仮に国が国費投入に消極的であることの結果として、国が感染症指定医療機関の配置基準を見直さず、体制強化を医療機関に押し付けるのであれば、府として国の姿勢を批判し、感染症指定医療機関配置基準の見直しを求める意見を表明していただきたい。

#### 〈入院調整の一元化等〉に関わって

（中間案）は「第5 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項」「3 京都府における感染症に係る医療を提供する体制」「(2) 新興感染症の発生及びま

ん延期に備えた医療提供体制の整備」「ア病床」「(イ)新興感染症の発生公表期間における体制」「b 流行初期以降における体制」「(A)入院調整の一元化等」において、「新型コロナ対応での京都府入院医療コントロールセンターの実績を参考に」「国が示す、入院対象者の基本的な考え方」に基づき、「入院対象者等の範囲を明確にしながら」「京都府内の患者の療養先の振り分けや入院調整の一元化を行う」としている。

行政による入院調整の一元化にあたっては医学的に入院が必要な患者を確実に入院につなぐことが求められる。

具体的方策としては「(B)入院待機ステーションの整備」に関わって、例えば地域や社会福祉施設において臨床にある医師が入院の適応を判断した患者について、救急患者を除き一旦「待機ステーション」的な施設で京都府の医師が適否を速やかに判断するような仕組みを構築することが考えられる。

### 〈施設内感染の防止〉〈自宅療養者等への医療の提供等〉に関わって

続く「(C)施設内感染の防止」について、各施設において施設内感染を防止する対策を医師会等の協力により推進することは大切なことと考える。しかし社会福祉施設は医療施設と違い生活施設である。施設構造上、接触を遮断することに限界があり、病院のような医療設備があるわけでもない、それだけでなく社会福祉の実践は入所者同士あるいは地域の人たちとの交流と専門職の適切な介入があって貫徹される。コロナ禍において社会福祉施設は福祉実践と感染拡大防止の両立という未曾有の課題に立ち向かうことを求められたのである。まずは行政サイドがこの点を十分に理解すること、その上で医療現場と福祉現場が相互に尊重し理解を深めること、いわば自治体・医療・福祉の関係性の再構築を一からやり直すことなしに施設内感染の防止は不可能である。

コロナ禍では多数の人たちが社会福祉施設において感染し、重篤化して入院が必要となっても入院できずに生命を落とす事態が多数発生した。「ウ 自宅療養者への医療の提供等」にある「新型コロナの際には、高齢者施設や障害者施設等において、十分な医療が提供できなかった」との記述はそれらの事態を踏まえたものとみられる。コロナ禍にあつて京都府知事は府議会で繰り返し「入院が必要な人には入院いただいている」と答弁してきた。今回の記述は事実上それを否定したものである。その上で記載にある「医療的ケアを行う看護師の派遣など」施設内療養であっても生命を守れる医療体制の充実はもちろんのこと、入院が必要な人が確実に入院出来るよう、高齢・障害のハイリスクな方々が生活する施設における感染症発生に対してとりわけ重点をおいた確保病床の拡大も必要と考える。

### 〈保健所の体制の確保〉に関わって

「第 11 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項」には「保健

所は地域の感染症対策の中核機関」とある。コロナ禍にはその中核機能が崩壊寸前に追い込まれた。異常な長時間労働が蔓延し、心身の不調を来した職員や退職した方もあったと聞く。京都府としてコロナ禍で保健師はじめ保健所スタッフが直面した事態をつぶさに把握・検証し、今後の対策強化に活かすよう求めたい。

「第1章 総論（感染症の予防の推進の基本的な方向）」の「5 各主体の果たすべき役割」「(1)京都府等の果たすべき役割」は「京都府等は、施策の実施に当たり、地域の特性に配慮しつつ…」と記述している。感染症対策にとって「地域の特性」を踏まえることは極めて重要である。罹患した患者がどのような地域に暮らしているか、家族関係はどうか、近隣の医療・福祉資源の状況はどうか、一人一人の府市民の置かれた環境に応じた支援が必要である。1994年の保健所法から地域保健法への転換以降、京都府市においても保健所数が大きく削減され、同時に保健師の業務も「地域担当」から「業務担当」に切り替えられた。身近な場所に保健所があったならば、地域を担当する保健師がコロナ対応に地域特性に応じたコロナ対応に従事出来たならば防ぎ得た死もあったかもしれない。厚生労働省も地域の人々の生命・健康を守るには地区担当制の方が良いと自治体に「通知」している（地域における保健師の保健活動について 平成25年4月19日）（健発0419第1号）。新たな予防計画の策定にあたり、京都府・市がこれまでの保健所政策を見直し、改善・強化することが求められる。

以 上