

○医療体制については5月8日に名実ともに5類にすることを原則とすべきです。

理由としては、科学的根拠に基づいた感染対策方法に則り、特殊な構造を有しない一般医療機関での診療や、行政を介さない医療連携がすでに全国各地で行われているためです。

外来診療については、構造上、空間分離できなくとも時間分離により診療可能であり、一般流通している抗原検査キットでの診断が可能です。

入院調整については、臨床上的医療の必要性、重症度、緊急度により判断されているのが実態であり、一般的な病病連携・病診連携を仲介しているに過ぎません。患者を直接診療しない行政（保健所）が、入院調整をするのは患者の利益にならず、5類移行後は行政が介入する根拠がないだけでなく、時間もかかり医療機関との連絡も煩雑になります。

今後3か月で準備ができない医療機関があることを前提とするのではなく、既に1次、2次、3次医療においてコロナを含む医療機関の連携ができている地域の取り組みを積極的に情報提供し、全医療圏域で5月8日までに体制を整えることを求めるべきと考えます。

そのため、体制ができていない地域においては、早期に地域の医療機関（特に配慮が必要な医療を行う透析、精神、産科、小児、救急）、医師会、行政による体制変更に関する協議を行うことが求められます。

また、医療連携体制整備に向けて、「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」（令和2年3月11日付 都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部宛て 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部通知）は5月8日をもって廃止し、感染対策は環境感染学会のガイドラインを参考にするよう事務連絡の発出をお願いします。

国においては、医療機関でも感染リスクをゼロにはできないことを広く普及啓発するなど、現実的な感染対策とそれに合わせたリスクコミュニケーションの強化、国立感染症研究所や日本環境感染学会等の協力のもと通常医療が維持できる感染対策の考え方の提示をお願いします。

○高齢者施設では、コロナ感染だけを理由に入院を求めることのないよう、嘱託医やかかりつけ医が関与し必要な介護・療養体制を提供することが重要と考えます。

保健所は今後も、嘔吐下痢症の集団感染や集団かぜの場合と同様に、感染症拡大防止や予防のための指導・助言を行っていきます。

○最後に、医療費負担軽減は、他の感染症や疾患との整合性の観点から、感染症法に基づく公費負担ではなく、高額な薬剤費等のみ負担する医療費助成制度等に対応すべきと考えます。