

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（第4回） 議事概要

1 日時

令和4年6月3日（金）10時59分～13時05分

2 場所

合同庁舎8号館1階講堂

3 出席者

座長	永井 良三	自治医科大学学長
委員	秋池 玲子	ボストン・コンサルティング・グループ マネージング・ディレクター&シニア・パートナー
	草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
	穴戸 常寿	東京大学教授
	菅原 晶子	公益社団法人経済同友会常務理事
	田中 雄二郎	東京医科歯科大学学長
	古市 憲寿	社会学者
	若林 辰雄	三菱UFJ信託銀行株式会社特別顧問

4 議事概要

1 開会

<山際大臣挨拶>

改めまして、皆さまおはようございます。

それぞれにお忙しい中、精力的にこれまでも御議論いただきました。心から感謝を申し上げます。

様々なヒアリングをやってまいりましたが、いよいよこれからまとめの議論をしっかりとやっていかなくてはいけないタイミングに入ってきていると思っております。我々といたしましても、この2年半の間、様々な経験と、そして知見を積み重ねて今日があると思っております。本日は政府側でも用意をさせていただきますそれらを整理した資料も出させていただきます。また、これまでヒアリング等々で皆様方から御指摘いただいたことを踏まえながら、皆様方にまとめに向けて積極的に議論していただければと思っております。

中長期的に何が必要かということ、これが明確になっていくように努力をしてまいりたいと思っておりますので、今日も活発な御議論をよろしく願いいたします。

(報道関係者退室)

2 議事（これまでの議論を踏まえた検討課題の整理）

資料1、資料2に沿って事務局から説明。これに対して、意見交換。

- 最初に、意見書の中の私自身の専門分野のプライマリ・ケアに関する部分を説明する。1番は、症状のある患者の診療、つまり外来診療や往診対応といったものに関して十分な対応ができていなかった点である。結果として、療養中に十分な治療を受けられず自宅で亡くなるケースが出てきた。

2番は従来から抱えているプライマリ・ケアの脆弱性ということで、これは今回のコロナ禍だけではなく、以前から抱えていた問題である。一番伝えたいのは、日本のプライマリ・ケア、つまり地域医療の体制は、平日の日中で状態が安定した患者に対してはフリーアクセスで効率よく医療提供できるが、その条件から外れた患者については、患者の自己責任と急性期の医療機関や救急外来等の献身的な貢献に非常に大きく依存していることである。加えて、平時よりオンライン診療、在宅医療の機能が十分整備されていなかったという点を特に強調したいと思う。

3番はかかりつけ医の構造的な問題である。かかりつけ医の在り方そのものが、比較的緩やかな枠組みで日本は運営しているが、制度化をある程度進めて、きちんとした枠組みをつくらないと、今後また幾度パンデミックが到来しても、対応する医療機関と、対応しない、あるいはできない医療機関が混在して、組織化された迅速な行動を展開することは非常に難しいと考えている。結果的に、そのリスクを背負うのはいつも国民ということになると感じている。

4番は、これを踏まえたプライマリ・ケアの在り方の大きな枠組みについて論じた。

5番以降は、具体的にかかりつけ医をシステムの中に組み込むための制度として、かかりつけ総合医制度を説明した。かかりつけ医をきちんと患者が把握をして登録をし、かかりつけ医側も登録している住民をきちんと認識している、そういった仕組みをつくっていくべきではないか。特に、登録住民に対して医療機関の果たす役割というところに、今回のパンデミックの中でもこういった登録かかりつけ医がいれば様々な感染症に対するサポート、アドバイス、診療、PCR検査、往診対応などを、責任を持って国民に対して提供できたのではないかと、また、保健所と連携しながら必要な医療を提供できたのではないかと説明している。

以上が最初のポイントである。

続いて、どちらかというとプライマリ・ケア以外の急性期医療に関しての意見だが、まず重症者に対応する高度医療のひっ迫が顕著であった。ただ、

これはICU等のハード面以外に専門的医師、看護師の不足が大きかったのではないか。

また、救急医療の制約も出て、病院によって救急患者を受け入れない病院があり、二分化してしまった。そういった意味では、十分な救急医療体制を構築できなかったという点もある。

そして、解決の方向性ということで、救急医療・高度医療を強靱化するという方向性が必要であり、適切な役割・機能分化を平時から各地域において、二次医療圏などできちんと事前にしておくということが今回できていなかった点が大きく、改善が必要と思っている。

感染拡大に即応できるような柔軟性・機動性の強化という点に関しては、病床の転用ができるような物理的な環境の整備、あとは行政の権限、医療資源のIT化等といったところを改めて確認したい。

以上が2番目のポイントである。

最後に、感染症対応における行政機関、そして保健所等の在り方について。明らかになった課題として、司令塔機能が分かりづらかった。また、国と地方自治体の関係性の柔軟性がやや欠けていた。そして、両者の情報格差が多かった。

特に現場で感じたのは、地方自治体レベルで政府からの様々な通知、事務連絡の把握と実行が大変難しいということをたくさん聞き、そしてそれが着実に実行に移されているかのモニタリングができていなかったために、どうしても一方通行の情報発信になってしまったという点、保健所の過剰な業務負荷という点、健康情報や感染情報に関してゼロからデータベースのシステムを構築した、つまり事前のデータベースが全くなかったという点を確認した。解決する方向性として、改めてパンデミックに対応できる省庁横断、産官学を挙げた対応が可能な司令塔組織の創設は必須だと考えている。

自治体のリーダーシップは感染拡大のフェーズによって変わってくると思う。ただ、初期はなかなか難しいと思うが、ある程度感染の性質が見えてきたときには、自治体のリーダーシップをどんどん取り入れていただきたい。それによって1番と2番が矛盾なく、司令塔はしっかりありながらも自治体の力も発揮できる体制になり、これが非常に大事なポイントかなと感じている。

3番は先ほどのモニタリングがなかったということに対して、政策実行に関するPDCAサイクルをきちんと回していくような仕組みが当初からきちんと政策の中に組み込まれていくことがパンデミックでも大事だと感じる。

また、4番として、地域の医療機関、かかりつけ医などが公衆衛生の一部を担うべき点を示した。診療所も決して医療だけではなくて、公衆衛生機能を一部担って、保健所と連携していく体制をきちんと平時からつくっておくことが非常に重要である。そうなれば、今回のような保健所が過剰な業務負

担でひっ迫することは、今後は避けられると思うので、体制構築をぜひお願いしたい。

最後は、やはりデジタル化である。デジタル化することによって情報を速やかに収集し、そしてそれに基づいて速やかに政策を変えることができる。

- 今回のこのコロナ禍は、結局国の司令塔は幾つかあったのかということ。保健所が頼りということだが、保健所をコントロールするのは都道府県、政令指定都市、特別区といろいろあって、どこが国との間の窓口になるか分からなかったこと。また、医療団体が団体の構成員を完全にコントロールできるわけではないということも明らかになり、これらの問題があったことで、いろいろ混乱を来したのだろうと思う。

これからはバイオテロのことも考えなければいけない時代になっており、震災も来ないに越したことはないが、かなりの確率で予想されているので、非常時の体制を事前に整理しておく必要があると思うが、中間的な組織を整理するのは大変なことなので、まず、国とフロントラインを直結させる方法を考えたほうがいいのではないかなと思う。

まず、国民は、マイナンバーで保健所やワクチン接種記録、それからいろいろな一時金とか補助金なども直接振り込めるように銀行口座と紐づけられるように、それを徹底させることが必要だと思う。

かかりつけ医とか、保険医登録や保険医療機関登録の中に有事対応の条項を入れ、実際にどのレベルで対応できるかも明らかにし、それに反した場合はどうするかということも決めておいたほうがいいのではないかなと思う。

それから、国について言えば、政治決断と科学的判断は明確に分離したほうがいいだろうと思う。

新型インフルエンザ対策関連計画という非常に詳細なものがつくられていて、そういったものをベースにして改定していったほうが、一からいろいろなものをつくり直す膨大な作業を考えた場合は、こちらのほうがいいのではないかなと思う。

それから、健康危機の司令塔ということについて、健康危機管理庁という名前も出ているが、ここが決断と指令を担当する組織で、英国の緊急時科学助言グループのことをSAGEと言うが、日本版SAGEをつくって、そこで科学的判断を担当するとしたほうがいいのではないかなと思う。

日本版SAGEは、公衆衛生部会とか医療部会、社会経済部会、事務局といったように分けて議論したほうが、かみ合わない議論が延々と続くことを避けられるのではないかなと思うのと、ここから上がってきた科学的判断を健康危機管理庁が決断するわけであるが、例えば複数案が上がってきたときにどれがいいかというのはなかなか判断しかねるところもあるので、医療の分野のセカンドオピニオンのように、別のグループをつくっておいて、そこで議論

させるというやり方もあるのではないかと思う。

司令塔には絶対に手足が必要で、普段からネットワークをつくっていくことが重要であり、拠点病院としては救命救急センターを中心に、重症－重度中等症を診る病院、国立、自治体を中心に公的病院あるいは国立大学とかが中心になるのがいいのではないかと思う。連携病院は中等症のネットワーク、軽症は連携診療所というネットワークを保健医療計画の中に入れておくことが大事だと思う。

非常時にも耐え得る医療体制を平時からつくるのは当然だが、ややもすると非常時に耐え得るということで過剰スペックになってしまって、結局非常な費用と現場の負担がかかるということになるので、まずはビッグデータによる量的な解析と定点観測による質的な解析の両方を踏まえて医療計画を策定する。そして、医療計画に合わせた人材育成もしていくことが重要だと思う。

それから、先ほどの説明にも出てきたが、非常時のタスクシフトは違法性の阻却等の問題があるので、あらかじめ明確に決めておく必要があると思う。看護師は、大体半分の人が実際に看護業務に就いていないわけであるから、そういった人たちがいきなり感染症とか災害医療を担当するというのは無理なので、その人たちがバックアップする。感染症や災害のときに出て行くのは病院にいる看護師であるが、今度は病院に看護師が足りなくなるから、そういうところをバックアップする存在として、登録制で、ウェブ等で研修して、登録も更新して行って、役に立つものにする。

あと、Ceiling of Careというのは、治療の限界、適用範囲を決めることであるが、今回もECMOとかが非常に足りなくなった。デルタ株のときがそうであるが、そのときにどこまでどの程度やるかということを経験のうちに議論しておくことが必要だろうと思う。

最後は、司令塔の情報整理・共有を対象ごとにやるべきだと思っている。国民は、特に第1波のときはほとんどパニック状態だったので、普段から医療には限界がある、不確実なものがどうしてもあることや、公益に対する意識というものを理解していただくようにいろいろなコミュニケーションをしていく必要があるだろう。どうしてもデジタル格差は消えないので、今、デジタルの活用が一番デジタルの苦手な人に合わせて設計されているような感じがするが、例えばマイナンバーカードに対応できない人には、そのような人に対する対策を別途講ずるという形で、どんどんデジタル化を進めたほうがいいと思う。

自治体は、いろいろ議論があったが、明らかに役割分担が不明確なので、これを明確にすることと、情報の共有をどういう方法でやるかということも検討したほうがいいだろうと思う。

それから、医療者も実は情報が整理されていないし共有されていないので、

これもどうやってするかということは国から直接発信するのが一番いいと思うし、必要である。医療関係者は、製薬企業、大学、研究機関、医療関係団体等の整理や共有もしていく必要がある。いろいろな団体がいろいろなことを言ってかえって混乱したところもあるので、情報整理は必要だろうと思っている。

それから、メディアは非常に有力な情報のツールであるが、平時から意見交換を行って、有事のガイドライン、例えばこういうコアな情報は必ずどのメディアも流す、それに対してどういう批判をするかというのは言論の自由であるが、どこまでがコアな情報で、どこまでがメディアの私見なのかが分からないようなやり方はやめたほうがいいと思う。

- この会議は検証と提案の両方の機能を兼ね備えていると思うので、検証のほうという意味で、新型コロナウイルス流行前にこの国でどのような対応が行われていたかということをもとめた。

まず、この10年間くらい、この国の感染症対策、新型インフルエンザであるとか様々な会議や行動計画において大体冒頭に記載されていた図があり、この図がコロナ流行前にこの国が何を目指している、コロナ流行後に何が実現できなかったかということをも端的に表しているなどと思う。つまり、外出自粛要請ということはあくまでも感染症のピークを遅らせるためであって、その間に医療体制を強化して、国民生活、経済に及ぼす影響が最小となることを目指してきたわけであるが、結果的にこのコロナにおいてこれが実現できなかったということが大きな問題だと思っている。

いわゆるコロナ前の新型インフルエンザ対策行動計画であるとか、2005年以降、この国では新型インフルエンザ対策統括会議とか、来る感染症に関してどう向き合おうかということが繰り返し議論されてきた。

2012年からは新型インフルエンザ等対策有識者会議が開催され、ここでは新型インフルエンザだけではなくて、いまだ誰も知らない重篤な未知の感染症であるとか、そういうまさにコロナを見越したような議論がされるはずの会議であったと思う。実際、結構突っ込んだ議論もされており、緊急事態宣言をどうするであるとか、そういうことにいろいろな想定をしていて、その会議の議事録を読み返してみると、外出自粛等の要請に関しては1～2週間くらいではないかとか、特措法第45条の運用は慎重であるべきではないかとかという議論がされていたが、ただ、こういう会議はどんどん回を重ねていくと、重要度というか真剣度が薄れていくなどと思う。実際、開催頻度も中間取りまとめが出た2013年以降はすごく減っていき、議事録をいろいろ読んでいて、中には議事録の日付が間違っているものがあるなど、どんどん重要度が減っていくなどと思った。

要は何が言いたいかというと、こういう立派な行動計画とかガイドライン

がありながら、かつ、何が問題かということが共有されながら、医療体制の充実が重要であるとか、政府側のスポークスマンが大事であるとか、この会議の論点は様々網羅されたような議論は出尽くしているにもかかわらず、なぜ新型コロナウイルスの流行ではそれが実現されなかったのかということが一番大きな問題だと思っており、この会議の取りまとめにおいても、計画にどう実効性を持たせるかということを書きちゃんと書かないといけないなと思っている。そうしないとまた同じことが繰り返されると思う。

結局何が起こったかということ、医療体制の整備が重要であるということは、この10年間繰り返し議論されてきたが、それが実現できないまま、この2年間のコロナ対策というのは、外出自粛要請であるとか、緊急事態宣言を何度も出すとか、国民の社会経済活動に影響を及ぼすようなものばかりが繰り返されてしまったと。

具体的にどうするかということは、今日の議論はまさにそのとおりだと思うし、いかに医療体制の拡充計画に実効性を持たせるかということが一番だと思う。これも昔の報告書にあったものと重複している部分がすごく多いが、例えば陰圧病床とか、本当に感染症対策をしようと思ったら、病院の施設整備等にもお金がかかるので、そこに財政支援をする代わりに、パンデミック発生時に医療資源を優先的に提供してもらう約束をするなど、とにかく実効性を持たせるような計画をいかにつくっていくかが大事だと思う。

また、この会議は、感染症そのものの検証という部分がどうしても弱くなってしまおうと思うので、今後も例えば緊急事態宣言の発出が適当であったのか、人流抑制効果はどれくらいあったのか、一方で、これから自殺の増加とか、子供の発達に及ぼす影響はどうかということを書きちゃんと議論できるような環境を整える、データ共有に努めるということも大事だと思っている。

次の論点は、専門家の前のめりがあったのではないかと、つまり、今後大事だと思うのは、例えばこの会議が開かれたとき、自分自身の選定理由について問われたが、同じような目線を本来はこの2年間の会議にも向けられるべきであったと私自身反省している。感染症対策の会議であれば感染症の専門家が入っていればいいと思っていたが、そうではなくて、そこで社会経済活動の専門家であるとか、もしくは当事者の意見はすごく大事であると思った。

例えば、この2年間のコロナ対策では、飲食店や若者が重要なターゲット、キーワードになったが、その当事者の声は十分ヒアリングできたのであろうかとか、繰り返し若者や飲食店ということを行うのであれば、その当事者性もこういう会議においては重要だったのではないかと。

また、地方自治体について、一例として、人流抑制という名の下に、様々な私権制限が恣意的に行われなかったか。まさにグローバルダイニングの問題は裁判にまで発展したが、各首長が恣意的に人々の権利を制限してしまう可能性について、そこは明確に首長の権限を整理しておくことが大事ではな

いか。

4つ目の論点は、ワクチン接種に至るプロセスが適切であったか。これも2019年の段階で、有識者会議において、住民接種に関しては地方に丸投げになっているのではないかという懸念を示されている構成員の方がおり、結局こういう会議での懸念をいかに実効性のあるプランとして落とし込むかということがなかなかできてこなかったのが、今度こそは何とかしてほしいと思っている。

最後に、5つ目の論点で、若者ということについて、この2年間、「若者の皆さんへ」であるとか、若者に対して外出自粛要請を繰り返し求めるような各知事とかいろいろな専門家の皆さんのメッセージがあったが、果たしてそれはどれくらい適切であったのか。つまり、若者といっても、例えば20代という年齢集団を考えてみても1,000万人いるわけで、果たして若者というセグメンテーションで呼びかけることは適切であったのかという点があると思う。

これはやはり大事だと思っていて、つまり、例えば今の日本では人種差別や性別差別は通常許されないわけであり、それは個人が容易に変更できない属性に対しての差別は許されないと言えると思うが、若者という変えられない年齢というものに対して、一律で呼びかけをしたことは、どれくらい適当であったのかという懸念がある。

そういう意味でも、もしもう一回大きなパンデミックが起こるときには、専門性や業種だけではなくて、年齢層という意味でも多様な当事者の声を聴くことが大事なのではないか。

- 感染者数、死亡者数は欧米よりもはるかに少ないということであるが、何が問題であったかを洗い出すことが重要。ピークを抑えるところかピークが増幅して、どんどん多くの感染が拡大している。指示命令系統が交錯し、意思決定プロセスが明確でない。その結果、弱者と感染予防・医療の現場に大きな負荷が加わった。国民の納得感も高くない。

海外でも英国の議会が主導した検証報告書が昨年11月に出ているので、参考にさせていただきたい。

感染症法に基づく対策、とくに二類か五類かという議論が行われているが、これはもっと柔軟に考えるべきだと思う。その代表が検査のところで、患者情報等の定点把握はしないが、積極的疫学調査の実施はするという。これが硬直的な対応だと思う。感染の初期、市中感染期あるいは感染爆発期に応じて、検査を上手に使い分けないといけない。あえてこの枠組みで考える必要はない。

法的にもいろいろな問題があるが、きめ細かい対応が必要である。法律も要請ベースであり、これで危機対応をしている。これは今後改善しないとい

けない。入院調整にしても、権限が明確になっていればすぐ対応できるわけではない。医師、看護師の再配置、入院患者の転院、病棟閉鎖など、いろいろ対応しなければならない。そのための仕組みと制度を平時から決めておかないといけない。また、地域によっても状況は異なる。

0～9歳とか10歳代とか年代別の感染者数を人口で割った感染率をみると、流行がダイナミックに変化することがわかる。当初、小児は非常に感染が少なかったが、今は爆発的に増えている。20歳代は第5波で大体1.8%感染した。10歳未満は合わせても1%未満だった。ところが、今年の1月～5月までの5か月間に、10歳未満は10.4%も感染してしまった。まさにピークを抑えるどころか、感染が大きく変化する。こういう流行をどのように抑えるか、もっと対策を考えるべきである。そういう意味で、サーベイランスが重要だ。

どのような対応を取っても情報収集と説明、リスクコミュニケーションが課題である。専門家からも、情報が十分でなかったと聞く。新聞報道で分析しないといけなかった状況もあったという。個人情報保護条例を過度に恐れることなく、自治体が情報を提供できるような仕組みも、今後検討が必要である。既に災害対策基本法の検討ではそういう議論がされており、体制ができてきているという。

一番弱いところ、現場で大変な対応が迫られたのは保健所である。数が減っていたし、指揮命令系統が極めて複雑なわけである。区立の保健所と区の対応はよいと思うが、県が設置した保健所と市町村の関係が非常にぎくしゃくしていて、保健所が本来業務ではない自宅待機の患者の食料の用意までしないといけなかった。そうすると、市町村長の責務を感染症法の中できちんと位置づけられないといけない。

PCR検査は論点が多い。サーベイランスを実施しておらず、行政検査だけではかなりの隙間がある。無症状者のPCR検査を、昨年2月から10月頃まで内閣官房のコロナ対策室が主導して実施していた。無症状者のPCR陽性率は市中感染のよいマーカーになる。また偽陽性率は高くない。東京の第5波のピーク時でも約0.3%の陽性率であった。

ところが、都道府県に事業が移管されたあと、無料PCR検査のデータが出てこない。私が調べた限りでは、東京都と静岡県だけが出している。驚いたことに、第6波のピーク時の無症状者PCR陽性率は、東京が9%、静岡が8%と、約30倍に上昇している。感染者が増えたこともあるが、可能性として検査対象が第5波と異なり、有症状の方や感染リスクを持っている方が無症状者PCR検査を受けていることも否定できない。そうすると、その後のフォローアップが心配になるし、感染者数の把握にも問題があることになる。検査のあり方を再考する必要がある。

重大健康危機のための法整備については、確かに感染症法や特措法の見直しが求められていることは間違いない。災害医療のDMAT、DPAT、いわゆる

広域応援の検討が既にされているので、これらを参考にしたらよいのではないか。

PCR検査や積極的疫学調査は、地域や流行ステージによって方針が異なる。このため柔軟な対応が必要である。専門家といえども情報が無いのであれば、社会に情報の問題を提起してほしい。中央のデータセンターは重要であり、これも今回、検討すべきである。

研究について、日本から論文が出なかった。日本人が研究をして論文を書けないと、専門家の助言体制が弱くなる。基盤となる研究体制を普段から整備しておく。とくにパンデミック時には疫学研究や臨床研究が重要。しかし基盤となる基礎研究を重視しないといけない。海外でワクチンや治療薬が迅速に開発されたのは、基礎研究の厚い基盤があったためである。

感染症研究の研究費は、米国とは比べるべくもないが、日本の他領域と比較しても極端に少ない。

どのような対策を行っても、問題になるのは情報基盤、情報の開示、提示方法、リスクコミュニケーションである。中央のデータセンターあるいはデータベースを作る必要がある。より基本的なことであるが、政府のデータ公開の方法、データの示し方は改善しなければならない。例えば1週間単位でしかデータが出なくて、スクリーンショットを取っておかないと時系列分析ができないことがよくある。最近は改善されてきたが、感染症対策の基本である。

専門家助言の司令塔の在り方について、一つ参考になるのは、日本医学会連合が「Japan CDC（仮称）創設に関する報告書」を出しているので、参考になる。

コロナウイルスは歴史的に何度も流行を繰り返してきたといわれる。最近ではSARS、MERSで警戒心も高まったが、今後も起こるといわれている。そのためにも司令塔機能を、法的なことも含めて整備する必要がある。

ただ、感染症法には負の歴史もあるので、よく議論して国民的合意を得る必要がある。議論のためにも情報収集、分析、データ利活用、さらにデータセンターなどについて、しっかり方向性を示すことが重要である。

- 最初に基本的スタンスについて発言する。有識者会議の趣旨は第一回会合で確認したが、短期間の検討で拙速ではないかという一部メディアの報道もあるが、“Panic and Neglect”、喉元過ぎれば熱さを忘れてしまいがちなものであり、まず第1弾としてここで整理しておくことは重要かつ意義があるものと考えている。平時には危機管理への理解や資源獲得が大変困難になるので、この時期に整理して、これを継続的に続けることが重要だと思う。また、政府内のみならず、民間、国会など、より第三者的な検証も必要である。

今回の論点については、まず、政府が強調していた感染抑制と経済の両立

の観点から講じた措置の検証、つまり国民の命、健康を保護して、国民生活や経済活動への影響を最小化できたのか、についての検討が弱い。実態として未だコロナ禍であり、各対策の結果が出るところまで至っていないこともあるが、検証はきちんとしておくべきだと思う。

また、財政的措置についての検証が欠落している。2020年10月に公表された民間臨調の報告書では、経済対策と予算の関係等々も併せて検証している。このレポートでは今後の方針等までは必ずしも至っていないため、政府で進めていただきたい。特に経済対策としては、給付金の在り方、水際対策の実効性や経済への影響、現在行われつつある外国人の戦略的受入れなどの検証は必要である。

危機管理では事態準備行動（プリペアドネス）と、事態対処行動（レスポンス）が重要だが、プリペアドネスは、法律、人、物資だけではなく、財源も含めてセットで考えていくことが基本であることを強調させていただきたい。

なお、限られた時間の中での検証は限界があるので、メリハリをつけた課題の整理をし、すぐにでも取り組まなければならないことからきちんと対応することが大切であり、論点のうち、検討がし尽くされないものに関しては、速やかに、別途組織をつくって、検討を継続していただきたい。

医療提供体制については、今回、フリーアクセスの限界を実感したので、かかりつけ医の制度化を本格的に考えるべきであり、地域の公衆衛生機能の一つとして捉え、また、有事対応の機能の一つとして位置づけて制度化をしていただきたい。また、医療DXの整備はエビデンスに基づく判断として重要であり、従来から議論されてきているが、今度こそ本格的にスケジュール感を持って進めていただきたい。

危機管理に関わる司令塔機能の体制強化については、新興・再興感染症は、国家の危機管理上の重要事項であるので、関連の法律において、その対応は国の責務であることをきちんと明記していくべきである。その上で、国の権限強化、明確なコマンドシステムをつくる必要がある。国の司令塔機能を十分に発揮できるようにし、その意思が全国の自治体、感染研、地衛研、保健所、検疫所、医療機関、介護施設等の関係組織に伝わって、一貫した措置を取ることができるような国の権限の強化が重要であることを強調したい。例えば、感染症法における厚生労働大臣の権限は、都道府県知事に対する技術的指導、助言にすぎないため、法的拘束力を持って指示ができるようにする。また、知事の裁量権は、地域の実情に応じて速やかに対応するというメリットもあるが、圏域対応の問題など簡単なものではないので、少なくとも緊急事態下では国の権限の強化が重要ではないか。よって、感染症法と特措法における国から都道府県知事における指示等の権限拡充や、国として各自治体が取るべき選択肢を具体的に決めるなどの法整備が必要と考える。私権制限、

入国制限などは、特措法の担当大臣が関係省庁と連携をして、明確な法的根拠・権限を持った形で指示し、知事が地域の実情に合わせて独自の出口戦略について責任を持って措置することが必要だと思う。

いずれにしても、特措法と感染症法上に基づく国の指揮命令が一体的に一貫性を持って行われるよう、両法律の改正を速やかに行うべきではないか。

また、国の機能強化といった場合には、組織面の強化と政策面の強化がある。感染症危機管理に関する新たな組織が必要とは考えるが、重要なのはむしろ機能である。どのような機能を強化するかを明確にしてから、あるべき組織、ポストを考えるべきである。現行制度においても、特措法に基づき、総理を本部長として全閣僚を本部員とする本部を設置し、国の機関に対する総合調整権限や緊急事態における指示権限、都道府県知事に対する総合調整機能、また緊急事態宣言、まん延防止等重点措置時の指示権限をもって感染対策を一体的にできる体制ができています。見直すとすれば、特措法の担当大臣と厚労大臣、ワクチン担当大臣などの役割分担を明確にし、総理をトップの体制とした見直しを再度図るのか、あるいは大臣に一元化を図るかなど、権限の明確化が重要になると思う。その上で、総理、司令塔を支える事務機能の強化をすべきだと思う。今般の内閣官房のコロナ室や厚労省のコロナ本部は、速やかに必要な対応を行ったと思うが、人員不足等は否めなかったと思う。新たに組織をつくる場合に、それらが平時にどのような機能を果たすのか。常時置かれる組織とするのか、危機時のみの臨時的組織であるべきなのかも考えるべきである。新しい組織をつくることによって焼け太りにならないように、既存の関連する組織・業務をスクラップアンドビルドするなど整理をし、今以上に対策の実効性が高まる機能と適正な規模にしていくことが重要である。組織、ポストをつくることを優先するのではなく、機能と実効性を優先いただきたい。

今回、データや科学的な根拠に基づく迅速で合理的な意思決定システムが重要だということを痛感した。また、特に初期の未知のウイルスとの闘いにおいては、一度決めたら変えないという硬直的なルールを排除していかなければならない。病原性に応じて、また感染段階に応じて、的確に段階的に判断できるような観点から、政府行動計画やガイドラインを見直していくことが重要だと思う。また、感染対応中であっても最新のデータを踏まえた判断ができるように、施策や資源配分のPDCAは対策を講じている間でも定期的に行えるように、そのためのデータ基盤整備をしておくこと。また、渦中においても検証・評価をしながら動かさなければならないが、その際にはアウトカム評価の導入も必要である。

最後に、危機時における国民とのコミュニケーションの問題、リスクコミュニケーションの在り方について強調するとすれば、初動の際に障害を持つ方や高齢者の方、国内に住む外国人の方々に配慮したものになっていたかど

うかが非常に重要。このような方々に対する配慮のある国民とのコミュニケーションを重視すべきである。

○ 資料2に即し、また、これまでの意見を踏まえながら申し上げたい。

まず、1番目の医療提供体制の強化に関する事項について、医療提供体制を強化すること自体は非常に大事であるが、いざパンデミックという事態が起きたときに、現にあるリソースは限られている。そして、そのリソースをいかにして増やしていくかということ自体はその中でも当然課題であるわけであるが、平時からある程度やっていかなければいけないことでもあったはずである。

いざ危機が起きたときには、最後は、希少なリソースを誰に、あるいはどこに優先的に配分するか、逆に言うと、ある一定の人には配分が劣後することにならざるを得ないが、そのことについて政治行政が決定をするのだという視点は正面から認めざるを得ないのではないか。そして、その決断を的確に行い、それを速やかに実施できる行政の体制、司令塔の体制を確立すべきでないかということが政府の体制に関する事項につながっている。

2点目は、例えば4ページにおいて、データ収集・デジタル化による業務、データ収集、サーベイランスの強化、6ページにおいて事務のデジタル化というように、データないしデジタル関係がそれぞれの場面で散らばっていて、そのこと自体は問題を拡散させない上で大切なことではあると同時に、情報あるいはデジタルについては、今回の検討あるいは提言の一つの柱として大きく明確にくくり出して提言すべきではないかと思う。

物事に対応する上では、人の問題、物の問題、それから金の問題、そして現在では情報の問題があるが、基本的には人と物に現在の整理が寄っていて、お金の回し方、使い方の問題、ワイズスペンディングの問題と、情報の問題は的確に整理をすべきだろうと思っている。

このうち情報について申し上げると、情報がなぜ集まらない、連携できないかということについては、1つは個人情報保護法の問題があったことは指摘されているとおりで、これについてはコロナの状況にも鑑みて、国と地方、あるいは公的部門と民間部門の一元化をして、個人情報保護委員会に、こういう場合であればこのように流通させていいよといった判断ができるようになった。これでかなり大きな進展があったと思うので、今後、このようなパンデミック対策などにおいても、個人情報保護委員会などを巻き込んだ整理が必要であるだろうと思う。

しかし、それ以上に、コロナ禍における民間企業からの厚労省へのデータ提供の問題、あるいはCOCOAの検証の問題で感じていたのは、そもそもデータを何のために使い、そして使うために必要である人にデータをしっかり見せて使ってもらう、しかし、それ以外のところにはデータが出て行かないと

いったことについての取決め、あるいは安全管理を含めた全体としてのデータガバナンスが、日本政府において、とりわけこういった有事において弱いことが危なくて、民間からデータを出せないことがあった。あるいは、COCOAの問題についていえば、ローンチの時点においてHER-SYSの状況がよく分からない。HER-SYSとCOCOAを深く連携させたときに、例えばHER-SYSの出口のほうで変な情報の流出などが起きかねないのではないかとリスク検証がきちんとできなかったということが、1つ非常に重大な問題であった。

このように、データを集めて使い倒すためにも、まさに平時あるいは危機時におけるデータガバナンスをどのようにしていくかといったことが、最後の司令塔機能にも関わるが、重要な論点になるだろうと思っている。この点はぜひ入れていただきたい。

それから、8ページからの初動対応、あるいは特措法の効果的な実施等については法律屋として発言をさせていただきたい。

大きくは3点になるが、第1に、いわゆる私権制限、一般の国民の自由の制限は、原則として慎重になされるべきものである。他方で、それが真に必要な場合には、明確な法律の根拠に基づき、自由の制限についての法的な責任を引き受ける形で政府が行うということは公共の福祉という観点からあり得るべきものだろうと思う。

その際に特に重視すべきは、1つはもちろん国民の安全を守ることが大事であるわけであるが、同時に、そこでどのような自由が問題であり、どのような自由を実質的に守っていくために制限が必要になるのかということだろうと思う。

例えば8ページの最後の○について、主催者はコロナ禍でもしっかりとした安全対策を取った上で大規模な野外音楽イベントを実施するという形で、集会の自由を実現しようと思っていたわけであるが、問題のある人が出てくるかもしれないよって、集会が自主的にできなくなるといったようなことがあり得る。このような単に安全を守るというだけではなくて、そこでどのような自由を守ろうとしているのかということがある。

それから、下から2つ目のところ、いわゆる路上飲みの自粛要請については制限される国民の側に実効的な選択肢があるのか、ないのか。実効的な選択肢があるところで行為の場所を規制しているだけなのか、そうではなくて、その制限が出されると実効的にその自由が実施できない状況になるのかといったようなことについてもしっかりと検討した上で、こういった私権制限については適切に御判断をいただく必要があると思っている。

また、その際には、リアルタイムのデータに基づいて、できれば広く一般の国民の行動の自由を制限するというよりは、この人たちのこの行動、あるいはこのエリアのこの行動が感染を生んでいるという認識の下、できるだけ限定された私権制限を行うと同時に、リアルタイムデータで、その意義、あ

るいはそれが実際には効果があるのか、ないのかということを見直し、これは違うな、あるいはもう不必要だなと思ったときには、すぐに制限を解除するということによって制限が必要な限度に抑えられるといったようなことがある。したがって、これも先ほどのデジタルあるいはデータと密接に関連することだと思っている。

私権制限の第3点目は、グローバルダイニングと東京都の間の5月16日の東京地裁の判決については、この場において意識を合わせておく必要があると思う。これは国が相手方ではなく、また、係争中の訴訟でもあるということで、それについてどのように触れるかということはもちろん難しいところではあるが、第1に、どうしても日本の行政というのは裁判で争われること自体を恥と考えるような印象があるように思われるが、そうではなくて、もともと司法国家として法の支配が確立されている国で、行政の権力発動に対して裁判が起きるのは当然のことであり、諸外国ではもっとたくさんの裁判がコロナ禍で起きていて、その中でこれは適法であるとか、これは自由の制限としてやり過ぎだというような判断が多く出ている。これがむしろないというのが日本の非常に顕著な特徴である。

その問題は措くとして、さきの東京地裁の判決では、法律の枠組み、それからコロナ室の基本的な考え方については、その正当性を認めた上で、個別の事情を十分に考慮しないまま、本当に必要と言えないような処分を行ったということで、違法と判断しつつ、知事の職務上の義務違反はなかったということで、国家賠償請求を棄却したというものである。

1つには、コロナ室において、このような処分を行うにおいて公正性を非常に重視してやってほしい、また、個別の事情をしっかりと考慮してほしいとした国側の指針が適切であったことを示すものであり、今後のこの種の私権制限において非常に重要な判断が示されていると思う。

他方、実際に本当に処分が必要であるとした場合に、地方公共団体がどうやって処分権限を発動すればいいのか、いざとなると困る。一定の時間がかかる。処分を行うに当たって、個別の事情を調べて、処分を下すか下さないかを慎重に判断して、そしていざ下そうと思ったときには感染の状況が安定してきたりして、もう処分を出す意味がないということで必要がなかったと言われるとすると、本当に必要だと思っても権限が実際には手続上行使できないといった事態も起こり得るわけである。

こうした問題を考えると、判断が迅速に、しかも正確になされるように、本来であれば法律上処分の要件を類型化する。それが非常に難しいのであれば、政令等、あるいは政府の示す基準において類型を明確に立てて、その類型に当たるときには地方公共団体において処分が打てる、そうでない場合には打てないといった指針を明確に示す必要があるだろうと思っている。

最後、司令塔機能を含む政府の体制づくりについて、国民生活全体に及ぶ

以上、人々の多様性や、多様な人々の利益とか意識に配慮することができるような、決定を行う人以外に横で様々な助言を行ったり、インプットを行ったり、あるいは能動的に市民の声をすくい上げられるように政府の側がそもそも動くという対応が求められるだろうと思う。

よくダイバーシティとかインクルージョンと言われているが、まさにそういったことに配慮する、先ほどお話のあった外国籍の方、障害のある方に配慮するといったことが常にこの司令塔には求められているだろうと思う。

また、今回のいわゆる日本的なコロナ対応においては、強制的な政府の権限発動ではなくて、言わばお願いベースのことが多かったわけであるが、それは往々にして責任のある公権力の発動ではなくて、いわゆる公・共・私の共の領域に働きかけ、共の領域が発動して、特に感染者数が少なかった段階には、感染者を出したお店とかに対する差別、あるいは医療従事者の方に対する嫌がらせが起きたと思う。このような共の領域に対する働きかけ方については、社会的な差別等を起こさないようにする点も含めて先ほど申し上げた配慮するといった機能が政府に求められるのではないかと考えている。

○ まず、資料2に関してコメントをしていきたい。

まず、各項目の中で問題点のみを書いてある項目があれば、逆にこうすべきであるという具体的な解決の方向性を書いた項目もあって、フォーマットがばらばらになっている印象がある。最終的な取りまとめでは、問題点や課題と、それに対してどう取り組むべきかという意見の二本立てで整理して書いていただくようお願いしたい。

それを踏まえて、医療提供体制に関して、2ページから3ページにわたって書かれている自宅・宿泊療養者への医療提供体制について、特措法第31条あるいは医師法第24条の2等で一定の協力要請、指示、命令等ができるという状況であったが、実際には発令がなかった一方で、一般の市民に対しては、自粛という点に関して厳しい要請があって、実際に罰された方もいたなど、医療者への要請と一般市民に対する要請のあり方に非対称性があるという点に関しては、医療者として反省しなければいけないということを改めて実感した。

また、医療機関に対する義務化とか契約、あるいは命令ということに関していろいろな意見が出ているところであるが、現場で非常に感じるのは、実際、命令が出ても対応する能力がない、つまり実際に診る力がない医療機関があるのも事実である。そこには臨床的な能力、人員体制、あるいは物理的なキャパシティーの問題があるかもしれない。そのため、非常に重要なのは、義務化、命令あるいは契約という方向はもちろん検討していいが、同時に、それを実現するための機能を担保するようなシステム整備といったところを一体となってやることである。それがなく、ただ義務化だけになると、恐ら

く医療機関はサボタージュというか、実際はできないということで、結局また今回と同じような対応になることが非常に強く予想される。今後の議論の中で解決策として本件が扱われる場合には、必ず機能担保というところと一体となって議論を進めていただくことが必要だと感じた。

もう一点は、6ページのワクチンの対象者の決定という部分や、7ページの医師、看護師等の確保の課題、ワクチン接種の担い手の課題という点に関して大きなテーマだと思っていた。今までまだ検証がされていないののではないかなと改めて資料を見て感じたのが、当初、政府のほうではワクチンは基本的にかかりつけ医に相談をして打ってほしいという方向性があったと思うが、同時に集団接種あるいは職域接種も並行して行われたという点である。一体かかりつけ医でどれぐらい接種がされたのか、あるいは集団接種でしか受けられなかった方がどれぐらいいるのか、この部分のデータが手元にあるのかどうかお聞きしたい。

というのも、ここで一つ問題になったのが、かかりつけ医ということでワクチン接種をお願いしたら、あなたはかかりつけ患者ではないという形で断られたというケースがあったということがあるので。

あとはタスクシフトについて、医師以外のワクチンの打ち手に関して、歯科医師の先生方が対応したケースは実際どれぐらいの件数があったのか。そしてそれが実際どれぐらいワクチン接種の推進に貢献したのか。もしデータがあれば教えていただきたい。

(事務局から、確認する旨を回答)

○ 資料2に関して、3点質問・コメントする。

まず、8ページの音楽フェスティバル、路上飲みに関して、ほかの論点に関しては基本的に政府、行政の制度改革について述べられていると思うが、この2点はどちらかといえば個人、国民が主語になっている。果たして路上飲みであるとかそういうことまでを今回の取りまとめで踏み込む必要があるのか。

特に路上飲みに関しては、自粛要請があった当時から本当に路上飲みが感染拡大にどれぐらい寄与しているかということには論争があったと思うので、路上飲みという言葉ピンポイントでここに入れるかどうかに関しては、少し疑問がある。

音楽フェスティバルも同様である。もっとリスクコミュニケーションという形で、適切に国民の納得感を得るという論点で、こういう議論を網羅したほうがいいのではないかな。

2点目、10ページ目の司令塔を含む政府の体制づくりについて、専門家組織の在り方についても書かれているが、広く国民からの意見を聴くという点

に関して、先ほどの議論で言えば、若者や飲食店業界の当事者性のために様々な意見を聴くことを、どこかに盛り込んでいただきたい。

3点目、この有識者会議がどこまで感染症学的な評価に踏み込むかという点についてお聞きしたい。例えば資料1の77ページの図が分かりやすいと思うが、ちょうど1年前、去年の夏の緊急事態宣言期間中の東京都の歓楽街の人出と陽性者数を表している。当時から結構メディアでも論争的であったと思うのが、人出が増えているにもかかわらず陽性者数が減っている。果たしてこれはどうしてなのだろう。つまり人流抑制と陽性者数にはどれぐらい関連があったのか。緊急事態宣言にどれぐらい効果があったのかということが当時から盛んに議論されていた記憶がある。そういった感染症学的なコロナ対策についての踏み込みに関して、この会議の立場をお聞きしたい。

(事務局から、課題を整理する旨などを回答)

○ 第6波も、5月の連休後に爆発的に増えると言っていたが、そうっていない。理由はよく分からないのだと思う。だから研究が必要。10ページにいろいろな情報を集めて、分析、共有、評価を行うと書いてあるが、同時に研究しないといけない。基礎研究、疫学研究、臨床研究をパンデミックの中でも行わないといけないということを、10ページに追加してほしい。

○ 資料2について、私からは実行について申し上げたい。

これらの制度がどんどんよくなっていったとしても、動かないと意味がないというところがあり、十分準備をしておくことが重要だ。

例えば、一般の企業、民間の組織などにおいては、急な対応を要するとき、組織の継ぎ目の部分で物事が滞ることが想定される場合がある。緊急を要するようなときに備えて、継ぎ目の部分をどう動かすかを、日頃から試行している。例えばこのような事態となったら、この職場ではこの人がこれをする、というようなことが決まっていたりする。

資料2に示してあることは、組織の継ぎ目の部分、一つの組織ではなく、様々な組織が関わっているということが非常に難しいところではあると思うが、動き方をあらかじめ決めて、練習をしてみる。そのときにどこで滞るのかということが分かったら、それをどうやって解くのかということも考えておくことは大事なのではないのかと思っている。

例えば学校などでも避難訓練をすると、この階段のところは人が滞留するというようなことをあらかじめ把握することによって対策できることがある。緊急時には誰がどのように指示をするのかということも練習したりしているという事例もある。そういった準備や練習は日頃からされているものなのか。

(事務局から、課題として受け止める旨を回答)

- まず、資料2の冒頭の部分、感染症危機の初期段階からと書いてあって、最後に括弧書きで、基本的な感染予防対策を各人が実施することや国民への情報提供は大前提と書いてある。この大前提の部分が非常に難しいというのが、この後に続く路上飲みの問題やコンサートの問題等につながっていくのだと思う。結局、どうすれば各人が基本的な感染予防対策を実施する、あるいは国民へのきちんとした情報提供がなされるかという点について、もう少し触れていただければと思う。

それから、いろいろな項目にわたって、データの収集、収集したデータの利用について触れているが、4ページの下欄の「感染症データ収集と情報基盤の整備によるサーベイランスの強化」の○の2つ目、電子カルテを導入する医療機関がまだ半数程度であるということで、2017年の厚労省の統計で、一般病院における電子カルテシステムの普及率が46.7%、200床未満の病院では37%というような結果が出ていると思う。したがって、今後かかりつけ医制度が一定の方向性で進められるとしたら、その受皿になる医院といったところはまだ電子カルテシステムが普及していないというのが現実だと思う。

米国においては、経済的及び臨床的健全性のための医療情報技術に関する法律、HITECH法と略されているが、電子カルテの導入に対して補助金を出すというプログラムで、総額約250億ドルの予算をつけて電子カルテ導入に対する金銭的インセンティブと併せて、導入しないことに対するディスインセンティブを設定し、現在の米国における電子カルテの普及率は9割を超えているということである。

これに対して、我が国では300億円くらいの予算で電子カルテの普及を進めるということになっていたと思う。ビッグデータを集めて、それをいろいろ分析して効率化を図る、あるいはより高度な医療方法を見つけるということは概念的には非常に分かるが、実際にこういう足元の現状を踏まえて、なおかつ一経済団体においても10年以上議論して1ミリも物事が前に進んでいないということ踏まえた上で、データの利用については、病床の確保の状況やG-MISなど客観情報についてはどんどん進めていけばいいと思うものの、これが個人の医療情報になった途端に、議論を重ねていくとデータオーナーシップの問題に必ず行き着き、個人の健康診断の情報や病気になって診断を受けたときの情報を個人としてデータ提供するのか、しないのかという問題に行き着くということである。

例えばフィンランドでは、非常に個々のデータ化が進んでいる。なぜかという、公的セクターに国民からデータを提供してもそれが悪用されないという信頼があるということと、データを提供することによって自分たちにメ

リットがあると国民に十分理解されているからそうなっているということである。

この2点を我が国においても改善していかなければいけないということとともに、データを提供すれば、提供者にとって何らかのインセンティブがあるという設計をしていく、あとは構築されたデータネットワークのセキュリティが十分確保されている、こういった2点を短期的には対応しつつ、長期的には社会保障とかデータ利活用に関する事項が教育課程から生まれて、こういうことをやると君たちにとっていいことがあるのだよということの子供の頃から教育していく。あとは、最終的に国が国民から信頼されるようになる。こういうことを教育的に目指しつつやっていかなければいけないということである。

データの利活用というのは、言葉ではさらっと言えるが、本当に息の長い作業であるということ踏まえた上で、今までファクスで送っていたようなものが1つのシステムを通じて労力をかけずにできるというような、そういう部分についてはどんどん進めていかなければならないが、個人のコロナに感染された方のデータについて、個人情報保護法の関連も含め、データオーナーシップの観点から、取扱いを十分考えていかなければいけないと感じた。

今後の課題として、7ページの「医療物資等の安定供給」について、今回の国際情勢、ウクライナの情勢を考えると、食料等についても将来必ずしも万全ではない。それから、医療用マスクなどについては中国から輸入することに大きく依存していたのが、中国が突然輸出を絞った途端に足りなくなった。これは供給先をある程度分散し、なおかつ理想的には自国でそういうものを生産できる体制を整えなければいけない。

これは今回のコロナの問題にかかわらず、国防に関する問題にもつながるということで、ぜひ、含みをもって御提言いただきたいのが刑務作業である。今、刑務所に入っておられる方がいろいろな作業に従事しておられると思うが、そのうちの一部を、将来に備えて備蓄しておかなければならないものの生産に充てられないのかということぜひ御検討いただければと思う。

私が調べた限りでは、4万数千人の方が刑務作業に従事されていると思うので、ぜひそういったところを検討できるような書きぶりにしていただければと思う。

最後に、8ページのより実効的な水際対策の確保ということで、諸外国の対応を踏まえる視点が欠けているのではないかと事務局の説明にあったが、この水際対策にかかわらず、今回の未知のウイルスに関する国際的な知見が諸外国にあったと思うが、今後こういった形でそういう情報の収集・分析をするかというところに書いてあるものの、我々国民が評価すると、国際的な知見は今回の初動対応から少し欠けていたのではないか。日本だけが独特な動きをしているような印象を一国民としては受けたが、全体を通じて、先ほど

の感染者がゴールデンウィークでも減っているというのも、国際的には、コロナウイルスというのは季節性要因もあるという知見もあるかと何かで読んだことがある。そういった国際的な視点をこの水際対策に限らず、ぜひ織り込んでいただければと思う。

- 資料2の10ページ目の司令塔機能のところ、政府における専門家組織の強化というところに関して、先ほどの日本版SAGEの話に非常に賛同するところであるが、この部分でいわゆる専門家をどのような形で選ぶのかという点についてである。特に医療の中でも、感染症の専門家はもちろん、救急、集中治療、あるいは総合診療、プライマリ・ケアも含まれているところがポイントと思うが、今回のいわゆるアドバイザリーボード等の専門家の選定は、こういった根拠である領域の専門家が選ばれたのかという点を確認したい。

確かにプライマリ・ケア、地域医療、総合診療の専門家は今回のアドバイザリーボードに入っていないと思うが、次の体制の中ではきちんとプライマリ・ケアの専門家を入れていただきたい。いわゆるかかりつけ医の問題をずっと指摘してきたが、実はコロナ対策の協議の中にかかりつけ医に関する専門家がない点がある。そのため、プライマリ・ケアの視点が欠けていたのもやむを得ないと感じる。ただ、これは繰り返してはいけないということで、専門家グループの選定という部分に関してのこれまでの経緯と今後の方向性を伺いたい。

- 実際に初めての経験なので、多彩な人材をそろえて対応しないといけない。

(事務局から、様々な分野の専門家から選定するという考え方について回答)

- そういう方向性で正しいと思っている。しかし、恐らく日本医師会は決してかかりつけ医だけではなくて、病院のドクターも含めて日本の医師全体を代表する団体だと理解しているので、ある程度プライマリ・ケアの専門家という視点は、また別途加えた方がいいのではないかと考えたので、今後、参考にさせていただければと思う。

- 行動計画の実効性を担保する、あるいは検証するということについて、ここでの検証の結果を将来生かしていくという観点から、行動計画については、改正があったときに法律の第6条第6項で国会に報告することになっているが、必ず定期的にこの行動計画を検証し、そのときには必ず外部の研究者に見ていただいて、見直しの必要性を検証する。それから、地方、民間を含めて、行動計画の実施状況を把握した上で、それがうまくいっているかどうかを評価する。それを評価した上で、改正する、改正しないということをして国会

に報告するくらいのことをしないと、うまく回らないのではないか。法制的にもいろいろ難しいところもあるのかもしれないが、御検討いただくといいかと思う。

3 閉会