

# 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（第1回） 議事概要

## 1 日時

令和4年5月11日（水） 7時58分～9時29分

## 2 場所

合同庁舎8号館8階特別大会議室

## 3 出席者

座長	永井 良三	自治医科大学学長
委員	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>

早朝から御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

また、皆様方それぞれ御自身のお仕事がある中で、このような形で委員をお引き受けいただきましたことに感謝申し上げます。

また、永井先生、まとめるのは非常に大変だと思うのですが、よろしく願いいたします。

私が説明するまでもないのですが、この2年数か月にわたって、我々国民全体と世界も含めて、人類はコロナと闘ってまいりました。

ここで、いよいよこれまでどういう闘いをしてきたかということをしかりと検証した上で、これからさらに感染症との闘いは続きますので、次に備えていく必要があります。

この観点から、6月を目途に、今までやってきたことの検証と、司令塔機能をどう強化していくか、あるいは様々な法制度をどのように変えていく必要があるか、あるいは変える必要がないかなど、中長期的に何をすべきかという備えをしなくてははいけません。

あるいは、法だけではなく、運用の面でもこれまで様々なことが工夫されてきましたが、足らざる部分も当然あると思います。

そういうことを一つ一つ事務局で整理して、皆様方に御提示させていただき  
ます。6月目途と期限が区切られているものですから、皆様方には非常にお忙  
しい中ですが、精力的に集まっていただいて議論していただくことが必要にな  
ると思います。ぜひとも、密度の濃い御議論をいただいて、これから先の社会に  
対してきちんと貢献できるようなものをまとめたいと思いますので、よろしく  
お願いいたします。

(報道関係者退室)

## 2 議事

### <議事(1) 会議運営に関する決定>

- 議事1の会議運営について、構成員の皆様にお諮りする。

本会議が取り扱う内容は、世の中の関心が高いと想定されることから、運  
営においては、客観性と透明性の確保に努めたい。

他方で、構成員の皆様が自由かつ率直な意見交換をできるような環境整備  
にも十分に留意したいと考えている。

そのため、本会議は、非公開とすることを原則としつつも、資料は公表する  
とともに、各回終了後、発言者名を付さない議事概要を作成して、それを速や  
かに公表することにより、議論の状況を世の中に適切に伝えていきたいと考  
えている。

なお、政府の会議であることから、発表者名を付した議事録についても公  
表が求められるものと理解しており、本会議の議論が終了した後、公表した  
いと考えている。

細かい会議運営の要領については、事務局より説明をお願いする。

(事務局から案について説明の後、案のとおり承認)

### <議事(2) 事務局説明>

資料3、資料4-2に沿って事務局から説明

### <議事(3) 意見交換>

- 御説明を伺って気になった点、あるいは今後、検証すべき点について、考え  
たところを発言し、口火を切りたい。

資料3は、非常によくできた資料である。時系列、個別の政策分野、法律の  
問題、医療提供体制の問題、地域保健体制、ワクチン、物資、水際と、時間と  
政策領域をクロスさせて、非常に分かりやすく問題状況を整理していただい  
ている。

その上で、この表を踏まえて、議論する上で注意すべき点が大きく2つあ

ると考えている。

一つは、複数の政策ないし実施と、タイミングの問題が、今、現実起きた時点でバンドルされているが、バンドルを解かして考えてみる必要がある場面はないのかということである。

例えば、まん防を実施する、そして、それでうまくいかなかった、あるいは感染者数が増えたということで、緊急事態宣言になったということであるが、恐らく世間では、例えばワクチン接種がもっと早く進んでいれば、まん防で抑えられたのではないかといった議論があり得るのではないか。

もちろん、それに対しては、そんなに簡単に準備できるものではないといったお話もあると思うが、今、現実、このような時間軸で起きたということがあるが、本当にここは前に倒せなかったのかなど、これだけ頑張ったから、ここで間に合ったからこれで抑えられたといったことを検証する必要があるのではないかというのが一点である。

あわせて、タイミングの問題で、2点目に申し上げることとも関わるが、例えば政府において政策を決定すること、あるいはその前段階として、有識者、専門家の方が、こういう方法がいいのではないかと提言されることと、それが現場、例えば地方公共団体とか保健所、医療機関において、現実の成果として反映されるまでは、どうしてもおのずとずれが出てくる。

そこには、法的な整備が必要であることもあれば、行政において具体化を行って、現場に伝える時間もあれば、現場においてそれをそしゃくされて、業務を切り換えられるといったところなど、いろいろとあると思う。

そのずれが、最初は大きかったけれども、だんだん早くなってきたということなのか、そうではなくて、そのずれがずれのまま来ているのか、仮にそのようなずれがあるのだとすれば、そこに迅速に対応するために、どういった点の目詰まりを解消していけばいいのか、冒頭に大臣が運用の課題とおっしゃったことの一つの論点だと思うが、そういった点を検証していくことが今後、必要なのではないかと考えている。

もう一つの問題は、これも大臣からお話があった司令塔機能の強化に関わっている。

司令塔機能については、この間、かなりの議論が様々な場でなされてきたところで、問題になっている論点が、法学の目からは二つある。

第一は、専門知と政治・行政の関係である。

専門知は、現在では分科会が中心になるかと思うが、専門家の方々が、どこまで専門家としての知見を発揮したのか、そのこと自体、科学的な検証に委ねられると思うが、それをここでやるのかどうか一点である。

2点目は、その科学的な判断、専門的な知見に対して、政治・行政の側でそれを科学的なアドバイスとして受け止めて、かつ、その上で総合的な政治・行政としての判断を行ったというプロセスになっているのか、そうではなくて、

本来、政治・行政の側で行うべき判断を科学の専門家の方に、言わばお任せするようなところがなかったかどうかといった問題である。

これは結果的にリスクコミュニケーションの問題にも関わるので、その点については、御関係の方々にもよく御意見あるいは御経験を伺って、だからあのとき誰が悪かったということではなくて、次の司令塔機能の強化に知見として生かす観点からの調査・検証が必要ではないかと思っている。

この話の2点目は、今のような専門家と政治の間を取り持つ行政の体制の問題である。

具体的には、初期において、専門家の方々の検討の組織があり、それを最初の頃は厚労省に置いて、支えていたと思う。

その後、内閣官房にコロナ室の体制が整備されて、検討の組織が移行する。ただ、その検討の組織は複数存在するといったそれぞれの行政の体制の状況があった。

例えば、厚労省で誰がどの部門を担当し、そこにどれだけの人が張りついていたのか、あるいはコロナ室にも、最初、どれだけの人が張りついていて、どれくらいの勤務量をしていたのか、これだけの大きな事柄に対応するために、どれくらいのマンパワーが司令塔機能として必要になり、いざというときに、それを霞が関なり、日本国全体から調達してくるのか、あるいは平時において、どれだけの人を張りつけておかなければならないのかといったことを検討する上で、その行政体制、具体的に言うと、今のような公務員の組織であったり、数であったり、働き方について、できれば事務局において、数字を用意いただいたほうが、司令塔機能の議論をする上で適切なのではないかと思っている。

- 何を対象にして行政的対応を行ってきたか。まずは有症状の感染者、特に重症であればあるほど急いで対応しないとイケない。

しかし、コロナ感染症は、重症から軽症まで幅広く、有症状の感染者もいれば、無症状の感染者もいる。

有症状、無症状、軽症、非感染の区分はダイナミックに動く。無症状の人が有症状になり、あるいは非感染者が感染者になるなど、病状は変わることを理解して対応しないと、流行は収まらない。

行政としては、まず情報を集めないといけない。しかし、予算化された行政対応については情報を集めるが、予算化されていない部分については情報が集まらない。例えば無症状の感染者も把握して判断しないと、リスクコミュニケーションができない。このことを含めて、行政権を行使した部分だけでなく、行使していない部分についても、情報収集、活用、公表、リスクコミュニケーションというダイナミックな流れができていたかどうか。

私の印象では、有症状感染者への対応は一生懸命やっていたし、有症状者

に関する情報は集まっていたけれども、無症状感染者、あるいは国全体の感染状況の情報収集については不十分で、周知もされていない。

内閣官房の無症状者に対するモニタリング検査では、100万人程度に検査して、興味深いデータが公表されていた。現在、無症状PCR検査は、各自治体の事業となったが、今度は情報が出なくなってしまった。

そういう意味では、情報の集め方、活用の仕方、情報収集の権限は非常にポイントではないか。無論、個人情報には気をつけないといけないが、国と県、市町村の情報を集める、あるいはサンプルの流れをスムーズにするためのいろいろな方策、さらに言えば、感染症法を柔軟に運用するための方策について、検証が必要である。今後、感染症法や特措法を強化するのも一つの方策だが、反対意見もあるだろう。むしろ政令や通知を臨機応変に出すことはできるので、この点から検証することも重要である。

海外の事例として、イギリスとドイツを調べたが、相当頻繁に指令があって、中には矛盾することも起こるといふ。日本の状況について、調べていただきたい。

- “Panic and Neglect”という言葉があるように、感染症危機が発生した当初は資源投入するが、事態が収束すると投資を怠り、すぐに忘れてしまうところがある。今回の教訓を速やかに次に生かす方策を、全て一気にはできないと思うが、工程表を作り確実に進めていくことが重要だと思っている。

国民の命と健康を守ることは政府の最重要課題であることは言うまでもないが、コロナ禍では感染のみならず経済的問題で命や健康を損なうケース、孤独による精神疾患や自殺などもあり、経済活動の問題も重要である。コロナ禍での政府の対応は、「感染抑制と経済活動の両立」を重視した政策が行われてきていたこと、また、国民の関心事でもあった。今回の検討は1か月程度なので何を重点的に取り組むかを絞り込まないといけないものの、現在提示されている検討範囲については、経済的・財政的側面からの検証項目が脆弱であることが気になる。

今回、新型コロナウイルス感染症により医療提供体制の脆弱性を明らかにしたが、医療における資源配分と司令塔機能の在り方に関しては、特に国民の関心や危機感も高まっているので、少なくとも司令塔機能は取り上げるべきである。

今回の検討に当たって、2010年4月の新型インフルエンザ対策総括会議の報告書を改めて読んだが、報告書の多くの教訓は、コロナ対策でも当てはまるもの。むしろ、10年経過しても、体制を十分に整備しなかった、出来なかった理由も検証し、今回改めて次なる感染症への対応をしたほうがいいのではないか。

コロナ対策を振り返ると、法的権限と私権制限の在り方が一つのポイントだった。これは司令塔機能とも関連するが、感染症法と特措法は所管大臣が

異なり、指揮命令系統も異なる等課題があるので、両方の法律を整理して、両法律に基づく国による司令塔機能が有機的、一体的、統一的に進められる法整備がまずは必要、最優先課題ではないかと思っている。加えて、国と地方の関係、情報共有や役割分担をどう考えるかというのも一つポイントだと思う。

今回の検討にあたり、幾つかの自治体から話を聞いてきた。その一つが国から自治体への通知の問題。厚労省から様々な通知が連日送られてくる、1日に何通もの通知が来る日もあったという。厚労省の出す通知は、安全性への配慮等からやむを得ないところはあるものの、自治体の職員でも読み解くのが非常に難しく、文章が分かり難いため、結局、厚労省に問合せをして確認し時間がかかり業務が煩雑になる。午前と午後で刻々と状況が変わり、そのたびに通知が来ると、最新の通知がどれか、最新の情報は何なのかという情報ギャップが起きてしまうという混乱もあったそうである。

国もそうだが、自治体も十分な人材が確保されているわけではない中で、速やかに正確に対応できる仕組みや運用の構築は大きなテーマです。ある首長さんからは、ワクチン接種の際に詳細な通知は、それはそれで参考になるのでありがたいが、例えば温度管理、ロット番号、接種履歴さえ守れば、あとは自治体の自由裁量でやり方を判断すればいいのではないかと。例えば3万人規模以下の自治体で、予約しなくても、順次、接種できるといった例も踏まえると、危機時における国と地方の役割分担と同時に、地方の裁量をどう考えるかも重要だと思う。

今回、医療提供体制は多々問題が指摘されているが、患者目線、国民目線から考えるべきである。先般、総理がかかりつけ医機能が発揮できる制度整備を表明したが、医療制度の成り立ちが異なるため、例えば英国のような、かかりつけ医制度をそのまま直ぐに導入は難しいと思うものの、本格的検討することは国民の安心のためにも必要と考える。

コロナ禍では、様々な分野のデジタル化の遅れが指摘されたが、特に医療に関してはデジタル化を今回こそ進めるべく、計画をもう一度見直すことが必要である。

最後に、次なる危機への措置を取る際には、その前にまず財政的検証をすべきである。コロナ対応におけるこれまでの歳出歳入の検証を会計検査院がしているが、効果検証という意味では踏み込み不足のところもある。何が実効性のある政策だったかをもう見極める必要がある。また、東日本大震災の時は2011年の国会で復興財源確保法が成立し速やかに財源措置が決定するというスピード感のある対応だった。今回のコロナ対策に関しても、特別会計設置の検討など財源措置も併せて考えていくことが重要である。

- まず、確かにこの表はすごくよくできているが、始まりが2020年1月1日で、本来、これは先ほども言及された新型インフルエンザのときから遡って

振り返る必要があると思う。

2009年に新型インフルエンザが流行し、2013年に政府行動計画が策定されている。2017年に改定されているが、この政府行動計画は、本当によくできている。

本当にコロナウイルスの対応の後からつくったのかと思うくらい、各フェーズにおいてこういうことが起こる、こういう対応をすると述べられているが、政府行動計画において、不要不急の自粛要請など、国民に対する呼びかけが実際に現実になったが、この行動計画の中で示されている医療体制の強化に関してはなかなか実現しなかったところが、今回のコロナ対応においてすごく重要な問題だと思っている。

2013年の政府行動計画では、発生前における医療体制の整備、地域の医療関係者が集まって事前に協議する場をつくること、具体的な医療体制を確保するための活用計画が必要としている。

これを基に各都道府県も行動計画をつくっているが、例えば東京都の行動計画を見ると、想定の流れ規模や被害想定は、都民の30%が罹患するパンデミックを想定している。そこでは、1日の最大患者数が37万3,200人、新規入院患者が3,800人、最大必要病床が2万6,500床という想定をしていた。もしこの2013年の行動計画がちゃんと準備できていれば、今回の2020年から起こった新型コロナウイルスの流行で日本の社会の回し方、経済の回し方が大分違ったものになったのではないかと思う。

そのため、2013年時点で想定していた行動計画がなぜ実現されなかったのか、もしくは、初めの説明にもあったが、少なくともこの表でいう第2期以降は、重症者、死亡者を減らしつつ、社会経済活動を維持していくという基本的な方針が確立されていたにもかかわらず、その後も緊急事態宣言を何度も発出しながら、国民の私権制限という形で行動自粛を呼びかけざるを得なかったのかは大きな問題かと思っている。

そして、先ほども述べられていた専門知、専門家会議の在り方の問題、司令塔の問題については、この点に関しても、2020年6月24日に新型コロナウイルス感染症対策専門家会議のメンバーの方たちが「次なる波に備えた専門家助言組織のあり方について」というレポートを発表されている。ここでは、自分たちの情報発信の在り方が前のめりだったと分析され、リスクコミュニケーションに関しては政府が主導して行い、専門家助言組織もそれに協力する関係性であるべきという提言をされていた。

問題は、その後、この提言が守られたかどうかは大事であると思う。

実際、このレポートが出される前のいわゆる第1期というか、専門家会議時代に関しても、専門家会議のメンバーの方が厚生労働省の会見上で独自に記者発表を行ったり、42万人が死ぬ可能性という会見がスキャンダルとして報じられたり、それを前のめりという形で総括されていらっしゃると思うが、

では、このレポートが出された後はどうなったかということ、分科会に改組されたが、分科会のメンバーの方たちがより発言の影響力を持ったことはなかったのか、むしろ政治家のように振る舞うことはなかったのか。

例えば、2021年5月14日、これも報じられているとおり、基本的対処方針分科会で専門家たちが一致して政府方針に反対したり、もしくは6月3日に分科会メンバーの方が衆議院の厚生労働委員会で、普通、今の状況ではオリンピックを開催しないという旨の発言をしたり、その後も無観客での開催が望ましいと発言するとか、何らかの専門家の暴走がなかったのかという点も検証が必要ではないかと思う。

実際、オリンピックに関して、無観客での開催が望ましいと専門家の方が述べていたが、その後の雑誌インタビューでは、観客を入れても、会場内で感染爆発が起こると思っていませんでしたと後から述べている。ここで、明らかに専門家の役割と政治家の役割の混乱が起こっていると思っている。

ただ、ここで個人批判をしたいわけではなくて、法学や、もしくは科学技術社会論という分野でも、科学的助言に関しての議論は蓄積されてきたが、むしろ専門主義の限界として、これまで批判されてきたことが今回の件にも当てはまってしまっているのではないか。つまり、公衆衛生上のリスクを正確に同定することは非常に難しいと思うが、専門家が断定したメッセージを出し続けて、それに対してマスコミや社会が動揺し過ぎたのではないかということがあると思う。

これは専門家が悪いという話ではなくて、政治家との共犯関係もあったと思う。専門家の政治決定の関与は、この問題を非政治化というか、政治っぽくなく見せる効果があると思う。

ただ、民主的に選ばれた政治家と違って、専門家は選出プロセスが不透明であることも多いわけで、こういうパンデミックとか非常時が起こったときに対して、専門家会議の在り方を問い直すことも必要ではないかと思う。

最後に、ウエットな論点であるが、ここまで本当に社会を止める必要があったのかと個人的にすごく思っていることであって、ほかにコロナ対策のありようはなかったのかということは、この会でもいろいろと議論できればと思っている。

- 一つは、国民のリアクションをよく見たほうがいいのではないか。

特に第1フェーズのときの国民の反応は、非常に不安感が強かったせいもあるのだろうと思うが、非常にバッシングが強くて、いろいろな政策に対して、こんなに過剰に反応する必要があるのだろうかというようなバッシングがあったと思う。それをリスクコミュニケーションという形でアプローチするのがいいのかどうか分からないが、国民の反応という項目をつくったほうがいいように思う。

例えば臨床試験なども、なかなか日本で進まないのは、対照薬剤が当たるのは絶対に嫌だとなるところがあると思う。そのため、そういう国民の公共への協力とか不確実性への理解が不足しているような気もするので、国民の反応、意識がどのように変わっていったかはフォローしたほうがいいのではないかと思う。

もう一つは、日本医師会の位置づけの問題についてである。

医師会は非常に大きな組織で、いろいろな分析もやっている立派な組織だとは思いますが、例えば今回、医療者がいろいろと不足したときに、医師から看護師、あるいはほかの職種にタスクシフトしてもよかったものが多数あるが、横で見ている限りは、結構抵抗感を示していたのではないかと思う。

他方、医師会が総理の協力依頼を受けて、会員をどれぐらい動かせたのかというと、オンライン診療もそんなに動かなかつたし、開業医レベルで自宅療養の人たちをどれぐらいフォローできたのかというと、10%ぐらいだった。

今後、そういった問題をどうやって超えていくか。要するに、医師会にもある程度協力してもらわないと、こういったことは進まないのだろうと思うが、どのような形だったら協力してもらえるのか、診療報酬で対応することには限界があるので、例えば契約概念みたいなものを導入するのか。そういうことをしないと、難しいのではないか。

- 今回一番感じたのは、プライマリ・ケア、地域医療がコロナ対応の点で十分に活躍できなかった点である。非常に残念に思っており、その結果が色々なところに影響を及ぼしたと感じている。

具体的に言うと、感染拡大当初の第1期は仕方がないと思うが、資料の中で示されている第2期以降、ウイルスの特徴が大体分かってきた頃であっても、発熱あるいは症状がある方の診療を断る診療所・病院はかなり多かった。そうした施設は徐々に減ってきてはいるが、いまだ診療に対して抵抗感は残っている。もちろん、いろいろな理由があつての対応ではあるが、こうした国民の健康が危険にさらされる状況で貢献できない医療とは何なのだろうとショックを受けた。私自身の診療所でも、ある診療所で診てもらえなかったから、あなたの診療所に来ましたと語る患者さんも結構多かった。

まずかかりつけ医に相談しましょうと、政府の方針も当初から変わった段階があつたと思うが、近くのかかりつけ医に相談したが、診てもらえず、結局、発熱相談センターに電話をし、かなり遠いところに行かないと検査してもらえなかったといった問題は、中期から今に至るまで程度の差はあれまだ続いている状態である。

外来の話に加えて、もう一つ大きな問題だったのは、施設療養におけるクラスター対応である。クラスターが発生したときに、診療のために医療者が入りづらかつたし、入るべき責任を持っている医療機関が明確ではなかつた。

結果的に自治体や保健所が一生懸命に工面して、医師を集めて行かせる形になったが、初動が非常に遅れるので、その間にクラスターがどんどん拡大して、施設でそのまま亡くなる高齢者もたくさん発生した。これは第2期も、第3期もそうで、現在もその問題は続いている。

もう一つは、世間で一番大きな問題になった、自宅療養中に医療を受けられずに亡くなったケースである。保健所がひっ迫し、医療機関にもなかなか連絡がつかない中で、孤独で非常につらかったらと思うが、苦しみながらそのまま亡くなった方が現に日本という医療先進国の中で起きたということである。

こういったことを考えると、もちろん各国と比べる中で相対的にどうだったかという議論はあるにしても、そもそも最初に患者が利用すべきプライマリ・ケア、初期医療が十分に機能しなかった部分があるのは間違いないかなと思っている。

その大きな原因の一つは、公衆衛生と急性期入院医療の間に位置するべきプライマリ・ケアが実は平時より確立していなかったことだと考える。

例えば、今回保健所が提供した業務の中には、本当は地域のプライマリ・ケア医療機関でできることが多い。きちんとかかりつけ医がいれば、全て保健所に連絡するというのではなくて、まずかかりつけ医に相談していただいて、それだったら様子を見てくださいとか、それは受診したほうがいいです、苦しそうであれば、入院も含めて検討ですねと適切な指示がなされたはずだが、それを保健所の方が必死に対応されていた。日本国民1億2,000万人に対して、保健所の人員は非常に限られているので、当然ひっ迫するわけである。

そういった課題の解決に向けての提言も第2期でなされたが、第3期、第4期に至っても、結局、プライマリ・ケアの役割はそういうところまで変化してこなかった。結局、保健所の業務はひっ迫し続けた。プライマリ・ケアの医療機関は、現在の日本ではほとんど民間医療機関である。

公的な診療所はかなり少なく、ほぼ郡部、僻地にしかない。そのため、診療所あるいは中小病院という小規模の医療機関がほとんど民間であり、公的な医療機関は少ないということになると、今回のようなパンデミックの際に、日本医師会や政府からの要請に対して、もちろん対応する方もいるが、民間で自由裁量があるのでリスクが高いから対応しませんということも選べるわけである。

そうすると、医療は公的なものなのか、私的なものなのか、公共性というものは一体どこにあるのか、医療の役割に関して、かなり真剣に考えていかなければいけない。それを法律的なものでやるかどうかということも考えなくてはいけないと思うが、医療の公共性のあり方に非常に大きい問題が突きつけられたなと思っている。

そして、そういった中で、プライマリ・ケアのある程度の制度化を考えてい

かなければいけない時期に来たと個人的には思っている。日本は、こうした大きな出来事がないと、大きな制度改革は起きない。私は平時からプライマリ・ケアの制度化は必要と考えていたが、今回のコロナ禍によりその必要性がより明確になった。

それをわかりやすく言うと、現在はプライマリ・ケアの医療機関は誰がかかりつけ患者かを正式には認識していない。来てくださったらかかりつけであるというだけの問題で制度ではない。制度化によって、国民の一人一人がかかりつけ医がだれかを明確に把握し、かかりつけ医もその方を自身のかかりつけの患者であると認識していることとなる。

この制度化に関して、どういう考え方をしていくかということも、ぜひこの検証の場で議論をしていただきたい。

○ イギリスのクリニックは遠隔医療とのことである。検査は近くの検査センターで受けられる。これは日本と違いが大きい。

○ 資料を見ると、大変よくまとまっていて、これまでどういうことをやったというのは要領よく書いてあるが、一国民として、今回、この表にまとめてあった2年間と少しの国民目線の感覚をベースに話したいと思う。

今回の未知のウイルスによるパンデミックの発生は、国にとっての一つの危機事態だったと思う。

今回、コロナウイルス対策を一旦総括し、次に向かってどうするべきかという最終レポートを出すに当たって、ウイルス対策という点だけではなくて、いろいろな危機事象が国を取り巻いている現状において、国の危機管理はどうあるべきかということと同列に議論したいと思う。

今、指摘のあった情報を共有する、司令塔機能をはっきりさせる、国民とのリスクコミュニケーションをきちんとやるという3点がまさに要諦だと思うが、国民目線でいうと、今回、2020年1月にコロナが上陸してきた時点から、不安ではしかなかった。

当初は、タクシーに乗るのも何となく嫌な感じで、ポケットには常に小さい消毒液を入れて、タクシーで乗り降りするたびに手指消毒をして、マスクもしていた。それはなぜかというところ、リスクコミュニケーション不足というところがあったのだと思う。

それから、若者は感染しても軽症で済むからということで、行動自粛が、高齢者に比べると、かなりたかをくくっているような行動で、コロナが蔓延しているにもかかわらず、繁華街で路上飲みをするということもあった。

これは何だろうと思うと、今回の資料のように、行政側としてはこういうことをやったと非常によくまとめているが、それが国民にちゃんと伝わったか、ここがなぜ伝わらなかったのかというところを十分に検証しなくてはいい

けないと思う。

コロナは2年続いており、いろいろな情報を目にし、耳にするが、感染症対策の基本は、検査と隔離であるということだと思うが、検査がいつときなかなか号令どおりに増えなかったのはなぜかというところも十分に検証していただきたいと思う。

それから、地方自治体との関係も、個人の例で話すと、ワクチンの接種券が昨年の連休明けに届いてすぐに申し込んだところ、接種日は7月半ばと言われた。

そうこうしている間に、大規模接種が始まり、念のためにそちらに電話し、ネットで申し込んだところ、すぐに6月1日に来いという案内が来た。国と地方がそれぞれに一生懸命に取り組んで、いいことをやっているが、これが一気に通貫でリンクしていない。これは司令塔の不在につながるのだろうと。

縦割りの中では、それぞれ非常に素晴らしいことに取り組んでいるが、それが横に有機的にリンクして、より効率的に国民にとっていい方法が取られることをぜひ目指して、今後の議論を進めていただければと思う。

- 今の点に関わるが、今回のコロナパンデミックは全く新しい経験で、教科書がない。その中でいろいろな対応をしないといけなかった。

専門家の意見は重要だが、専門家もそれほど知識と経験があるわけではない。こういう得体の知れない危機と闘うには、相当風通しをよくして、科学界、アカデミアを動員して情報と知恵を集めないといけない。それがないと、司令塔をつくっても機能しない。その辺りの風通しのよい横断的な組織、異なる立場の人たちの意見をいかに聞くかは、非常に重要な課題である。

日本から論文が出なかったのは、データが研究者に提供されなかったからではないか。専門家といえども書けなかった。

情報の共有、現場の情報を集めて、専門家会議だけではなくて、アカデミアにも、国民にも提供して、議論を起こすことが重要。これは司令塔をつくる上での要件だと思う。ぜひこの点も少し検証していただければと思う。

- この発言に非常に強く賛同する。情報の共有がかなり難しかった。

感染した方の情報をいちいちHER-SYSに入れなくてはいけないということを日々続けているが、本来であれば、もともと患者さんの基本的な健康状態がデータベース化されていれば、もっとシンプルな入力で済んだ。

前提として、医療機関は互いにフレームワークも全く違う電子カルテを使っており、ふだんから電子カルテ等が医療機関の間でも共有化されておらず、他の医療機関の電子カルテを見ることも非常に困難である状況が大きな問題であった。

健康データベースの医療機関間の共有化は普段からの課題だと思うが、こ

れを平時に進めておかないと、次のパンデミックのときにも有意義な情報共有、把握、そしてそれに対する対策は恐らく取れない。これは非常に重要な課題として取り組むべきだと思う。

○ デジタル化すればよいわけではないが、よく分かった人がプログラムをつくらないといけない。ばらばらに発注してもいけないし、よく分かった業者に発注していただきたい。そこは、かなりきめ細かい指導が必要だと思う。

○ 特に今、コロナもあって、いわゆるオープンサイエンスが非常に必要である。オープンデータを進めて、広いアカデミアがそれをいろいろと分析して、政府に近いところで御検討される専門家の方に対してさらに外から検証したり、助言したり、違う視点を提供したりするような全体としてのアカデミアの在り方について、今、学術会議でも議論している状況だろう。

これは一般的なもので、感染症だけではなく、さらに外側の、社会経済問題についても同じことだろうと思う。

それから、これも先ほどあったように、今回のコロナも受けて、個人情報保護法を改正したり、次世代医療基盤法の見直しも現在、健康・医療戦略室で検討している。

それから、国・地方関係については、地方制度調査会で議論を始めたところだが、そのように、政府各所で今回のコロナを受けて、どうしていこうという検討をしている。

ただ、往々にしてこの種の議論は、それぞれ縦割りで、それぞれのところで議論がなされる部分があると思うので、この場で感染症対策という観点から見たとき、広く国の危機管理全般についての司令塔がどうあって、そういった各所の検討、あるいは各所での対応ができる部分とどううまくくっつけられるのか、その基礎になるような検証をしていくことが重要でないかと思っている。

○ 政治決断と科学的な判断は違う。

科学的判断は、広く議論して、データに基づいたいろいろな議論がなされなければいけないけれども、それはなかなか一本には集約できないので、例えば経済的側面を考えたり、いろいろな国の安全保障の問題から何かいろいろと考えた上での決断は、政治決断という形になると思う。

そのため、危機管理のときは、最終的には国民の負託を得た政治家の方たちが政治決断をする。ただし、政治決断をするための判断材料を、科学者とか、いろいろな分野の専門家たちが出していくと形をすっきりさせたほうが、国民から見ても分かりやすいのではないかと思う。

- データ基盤整備は、デジタル時代の社会基盤として重要である。  
コロナ禍でも常に検証できるように、データ整備が必要であり、第一波の検証をしながら、第二波の政策を考えることが可能なデータ整備は至急やるべきではないかと思う。
  
- 病床の機能に関して、今回、全国の地域ごとで相当ばらつきがあった。非常に統制が取れた形で病院が役割分担をされた地域もあったと報道では聞いているが、その一方で、ある特定の病院に非常に負担が偏ってしまった地域が、特に第2期、第3期の頃は相当あったと思っている。  
これも結局は、公と民の役割分担のような問題もどうしても入ってくるが、感染症拡大の時の医療機関の役割分担、特に病院間での役割分担は、もう一回今回の流れを検証して、どのように変化していったのか、何が良かったのか、何が悪かったのかという点も検討いただきたいと思う。  
それに加えて、まだあまり見たことがないが、診療・検査医療機関の設置数がパンデミックの各時期でどのように変わっていったのかというデータ、つまり、プライマリ・ケアを担う医療機関の設置がどう進んできたのかという点のデータを提示してもらえるとまたいろいろと検証ができるかと思う。
  
- 民間検査の位置づけに関心がある。  
一体、陽性率はどのぐらいなのか、どういう基準で検査しているのか、そもそも品質は大丈夫なのかなど、検証すべきところは満載だ。行政は民の活動には関与しないのが原則だが、感染症対策は、民間で検査している人たちも含まれるはずである。この点もぜひ議論していただきたい。
  
- 役割分担に関して、新しい論点だと思うが、地方自治体、首長の権限の明確化、国と地方自治体の関係性は、今のまとめではあまり重視されていないポイントで、この会議で扱うかどうかは分からないが、例えばこの2年間、特措法と無関係に各都道府県知事が法的権限に基づかない、事実上の緊急事態宣言みたいなものを出したことが何回かあると思うが、法律上の宣言ではなくて、事実上の宣言であっても、実質、人々の行動変容を呼びかけるわけであり、ある種の権力行使と解釈できるという説もあり得ると思う。  
これを考えたときに、市長、首長の権限の明確化は、感染症対策において必要ないか、必要あるのかみたいなことも議論できればと思う。
  
- 危機事態においては、見たくない事実を何が起こっているのかきちんと正確に把握するところから物事はスタートすると思うので、データ整備が大変重要だということを前提に、いろいろな提言をフェーズフェーズにおいて行っている中で、行った提言が提言どおり実施されているかということモニ

ターする機能が不可欠ではないか。

一私企業においても、計画は出してくるが、絵に描いた餅になっていて、結果は全然計画どおりにいかない。それは、なぜ途中で計画から乖離してきているのかをきちんとモニターできていないところに原因があるので、ぜひそういった点も踏まえて、今後、議論していただければと思う。

- まさにこれは、行政がどこまでの範囲の情報を把握して集めるかという問題だ。

予算化された事業に対応しているところは情報を集めると思うが、予算化されていない部分も含めて、市中の状況を集める仕組みを考えないといけない。

特に感染症は、ダイナミックに無症状、無感染者が感染者になっていく。そのダイナミズムを捉えるにはどうしたらよいか。全数調査はとてもできないので、定点観測によるサンプリングなど、いろいろあると思う。

- 今の点は、全く同じだと思う。まず、どうやって情報を広く集めてくるかという収集と、分析して、具体的にこの数字が大事だと重みづけをして評価をする。それから、それを踏まえて行政あるいは専門家から案が上がって、政治において決定する。そして、その決定がどう実施されているのか、その実施の結果を確認する。実施された結果の効果が上がっているのかをモニタリングする。その一連のプロセスをきっちりつくる。

あるいは今回、それぞれいろいろなところでやっていたのかもしれないが、どこかで目詰まりがなかったのかということのも、今申し上げた収集、分析、評価、決定、実施、実施の確認、その効果を把握するといったプロセスがうまく回っているかをチェックしていただくといいと思う。さらに、それぞれ誰が担うべきかという論点も出てくると思う。

- 職場のPDCAサイクルと感染症対策は、基本的には同じである。そこをどこまで範囲を広げるか、誰がするかである。

### 3 閉会

#### <黄川田副大臣挨拶>

どうもありがとうございました。

社会的な反応がどうだったかというところが非常に重要だと思っており、政府もいろいろと反省しながら、レビューしながら、いろいろな基準も変えていった。先ほどデータの重みづけとありましたが、最初は新規感染者数をよく見ていたのですが、その後、病床数や重症者収容の病床数が鍵だということで、オミクロン株のときは感染者数が大きくなりましたが、政府としては比較的冷静

に対応することができたのだと思います。それでも、マスコミを始め社会は新規感染者数を見ますし、いまだに医療は新規感染者を出したくないという気持ちが強い。

そのバランスをどうするかは、専門家や政治家と社会が別の方向を向いてしまうところをどう埋めていくかというところもまた重要だと思います。それについても、また議論していただければと思います。

#### <山際大臣挨拶>

ありがとうございました。

今の副大臣の話は、リスクコミュニケーションの中の1項目として含まれているものと認識しています。

今日皆さんに議論していただいたことをベースに、事務局で整理しまして、さらに議論を深めさせていただきたいと思います。

また、今日に限らず、これは忘れたということがあれば、事務局に投げ込んでいただいて、網羅的にきちんと議論が進むようにしてまいりたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。