

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（第2回） 議事概要

1 日時

令和4年5月17日（火）8時58分～11時26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	草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
	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

意見交換出席者

日本経済団体連合会

長谷川 知子 常務理事

正木 義久 ソーシャル・コミュニケーション本部長

日本商工会議所

久貝 卓 常務理事

山内 清行 産業政策第一部長

全国知事会

平井 伸治 会長

全国市長会

立谷 秀清 会長

全国町村会

荒木 泰臣 会長

全国保健所長会

内田 勝彦 会長

4 議事概要

1 開会

<山際大臣挨拶>

皆様、おはようございます。

永井先生をはじめ、構成員の皆様方におかれましても、大変御多忙のところ、しかも先週開いたばかりの会議を今週も引き続きという形で御参加いただきまして、心から感謝申し上げます。

今日は、経済団体の皆様方と地方団体の皆様方からヒアリングを行うという形になっております。両団体の皆様方にも、これまでの2年数か月という長きにわたりまして様々な形で対応してきてくださいましたことに、心から感謝を申し上げます。

また、その中で様々見えてきた課題等々があると思います。その忌憚のない御意見を今日はお寄せいただき、議論を深みのあるものに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お願いいたします。

ありがとうございます。

(報道関係者退室)

2 議事

<議事(1) 経済団体との意見交換>

○ 資料に基づき、ヒアリング事項に沿って、まず新型コロナウイルス感染症発生以降、これまで新型インフルエンザ等対策特別措置法、いわゆる特措法に基づく対応や、保健医療の提供への協力に関する取組について説明する。

まず、資料の2ページについて。特措法では、第4条で、事業者と国民に対して、予防及び感染の拡大の防止に努めることと対策に協力するよう努めることを定めている。当団体は、政府からの要請に最大限協力してきた。

3ページについて。2020年春の感染拡大初期においては、医療機関で物資が足りなくなり、当団体では経産省、厚労省の要請を受けて、マスク約128万枚、製造や研究開発の現場等で使用している防護服等約9万点を医療現場に寄贈したほか、人工呼吸器が足りないといった事態にあった現場を助けるべく、80万件を超える特許を無償で開放し、メーカーにクリーンルームの提供を呼びかけた。

4ページについて。いわゆる第1波が収まって、専門家会議の提案を受けて、政府から事業者団体に対して、新しい生活様式にふさわしい職場における感染症予防対策ガイドラインをつくることを求められると、当団体ではオフィス用と製造事業場用のガイドラインを策定して、加盟企業に遵守を呼びかけた。

5ページについて。感染が厳しい状況になるたびに政府からは要請が出され、大規模な出勤抑制、テレワークの実施を呼びかけた。企業が要請に実際に対応しているかを確認するために、アンケート調査や状況確認も度々行った。

6ページについて。昨年春から夏にかけてワクチンの供給が始まると、大規模接種会場等への産業医の派遣や接種会場の提供、さらには職域接種の

推進など、ワクチン接種を積極的に推進した。

7ページについて。これら政府の経済団体、業界団体を通じた企業への要請は、大きくは特措法に基づく基本的対処方針によるものだが、明確な法的根拠に基づくものではない。もちろん、飲食店等には営業自粛に伴う助成金が支給され、職域接種をした事業者にはワクチンの接種費用などが支給された。しかし、多くの事業者は営業できないことへの補償を得られたわけではない。また、テレワークへの移行についても、一部の企業以外は特段の補助もなく対応している。職域接種についても、接種体制の構築、場所の確保、運用費用等は企業が負担した。

法律上の根拠は十分でない、すなわち守らなくても罰則等が十分でない状態であったとしても、我が国企業の多くは、顧客や地域社会、社員を守るとは社会的な使命であり、責務であると認識して、政府の要請を重く受け止めて行動してきた。

しかし、コロナは発生から2年以上が経過している。8ページにあるとおり、既に正体不明のウイルスのときと同じ対策を取る必要はなく、ウイルスの特性に応じた科学的・合理的な対策に絞り込むことができるはずである。憲法で保障された移動や営業の自由を制限するからには、制限を受ける国民・事業者にとっても納得感のある、必要で合理的な範囲に対策を絞っていただきたいと思う。

9ページについて。既に用意されている措置を講じるかどうかの判断をする会議体は、特措法によって設置された新型インフルエンザ等対策推進会議の下の基本的対処方針分科会だと認識している。しかし、適用の是非ではなく、必要で合理的な範囲に対策を絞り込むといった議論をする場としてはふさわしいか。感染症法や検疫法を所掌するのは厚生科学審議会だが、そうした議論は基本的対処方針分科会や新型コロナウイルス感染症対策分科会の対象ではないのか。

10ページ、11ページにまとめたとおり、経済界の関心の一つである新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて、無症状病原体保有者への適用や、積極的疫学調査の実施、汚染された場所の消毒、物件の廃棄等は、私ども感染症の専門家でない者の目から見ても不要に思われる。明らかになったコロナの性質に応じて、合理的ではない措置をやめるということについて、誰が問題提起をして、どこが議論するのかということを示していただきたいと思う。

12ページについて。特措法上、まん延防止等重点措置を講じる要件となっている、インフルエンザにかかった場合と比べて肺炎等の発生頻度が相当程度高いのかどうかについては、専門的見地から検証する能力のある方々が議論をし、データとともにきちんと説明をしていただきたいと感じている。

13ページ、14ページにまとめたが、感染症対策のガイドラインについても

どこが責任主体なのかがはっきりしない。当団体は、トイレのハンドドライヤーがウイルスをまき散らすものではないことを実験やシミュレーションで証明し、1年がかりで専門家に説明をして、オフィスや製造事業場のガイドラインの修正を行った。しかし、ガイドラインを設けている各業界団体がわざわざ修正をしたい旨を所管官庁に願い出て、調整しない限りガイドラインはそのままである。

今後、各業界のガイドラインで、職場等で着用するよう示しているマスクを外してよいかどうかとも問題となるが、政府が何を守るべきかをはっきりとさせて、それを踏まえて、業界団体のガイドラインは業界団体の判断で変更できるようにすべきと考える。

15ページについて。現在、経済界の最大の関心事は水際規制の緩和である。当団体では一刻も早い国際的な往来の本格的な再開を求めているが、日本では出入国の保健衛生、検疫体制を一元的に管理する省庁が存在せず、外務省、法務省、厚労省、内閣官房、デジタル庁、経産省、国交省、観光庁に所掌がまたがっている。

総理は5月5日に、日本は今後も世界にオープンであり、ぜひ日本にお越しくくださいと演説され、6月にはほかのG7諸国並みに円滑な入国が可能となるよう、水際対策をさらに緩和すると表明された。現在のG7諸国の水際対策は、16ページにまとめたとおりで、コロナの闘いは世界共通の闘いであり、対策についても各国が足並みをそろえていくことが合理的である。各省庁で連携して、ぜひほかのG7諸国並みに、空港での検査体制を撤廃し、1日当たりの入国者数の上限を廃止するようお願いする。

17ページから、ヒアリング項目の2つ目、私どもから見た中長期的観点からの課題について説明する。

18ページについて。組織横断での調整、情報収集や連携、必要物資の供給の観点から、非常事態に備えた体制づくりが必要だと考えている。コロナ禍の医療提供体制について、経済界にとってフラストレーションが強かったのは、感染が拡大するとすぐに病床がひっ迫してしまうことだった。日本は人口当たり世界一の病床数を誇るということだが、必要な人のところに必要な病床が行かないという状況になってしまっていた。

19ページについて。非常事態においては、産官学問わず、必要な人材・権限などを政府の一組織に集中させ、省庁横断的な意思決定・指揮命令が可能となるよう、非常事態における専門的・司令塔的な役割を担う体制の整備が必要である。病床についても、都道府県の枠を超えて調整を可能とする仕組みが必要であったと考える。

そうした調整を行う前提として、20ページにまとめたとおり、感染症対策や医療資源の迅速・適切な分配のためのデジタル化による情報集約、あるいはポータブルに分散した個人の健康情報の連携体制、データヘルスの推進が

必要である。

21ページのように、HER-SYS、いわゆる新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システムに入力すべき発生届や健康観察記録が、ファクシミリで保健所の現場に積まれてしまうという状況や、空き病床等の医療リソースがデジタルで把握できないという状況からは脱却すべきである。

加えて、マスクや人工呼吸器まで様々な物資が困窮した経験に鑑みれば、22ページに記載した米国の国防生産法やパンデミック準備計画に倣い、我が国でも予防、検査、治療の各段階で必要となる機器、部材、試薬等について、緊急時にも迅速かつ安定的な供給が可能となる備蓄や生産の体制を整備することが重要である。

人工呼吸器等の製造については、企業が自ら許認可を得なければならない、コロナ禍では既に製造許可を持っているメーカーの増産等を側面支援するにとどまった。日本でも、非常時に医療機器等の生産が可能となる体制を構築することが重要である。

また、23ページにまとめたとおり、抗原定性キットのOTC化を進め、普段から感染症のセルフチェックを可能とし、検査製品の市場を確保していくことも重要である。

- 1 ページ目について、1つ目は、政府からの要請があったテレワークの関係である。全国で515の商工会議所、会員123万事業所に対してテレワーク導入の呼びかけをしてきた。

右側は、東京商工会議所が定期的に調査したテレワーク実施率の推移を紹介している。2020年の緊急事態宣言の後、直後には東京管内では約7割の中小企業がテレワークを実施したが、現在は約4割である。小規模な企業ほど実施率は低い。

全国の商工会議所に、グーグルのサービス等を使ったオンラインの経営相談等で企業の業務のIT化を支援してきたが、まだ現時点では4割程度という状況である。

これについてはいろいろな課題がある。オンラインの会議はリアルよりも円滑なコミュニケーションが取れず、なかなか使いにくいということ、あるいは、業種業態によっても違いがあるということが挙げられる。オンライン機器やソフトの技術の改善も必要だと思う。

2つ目の取組は、ワクチンの職域接種の実施である。2021年の当時、秋の11月頃には希望者は全員接種が完了するという政府の目標で、自治体を中心に接種の準備が進められていた。また、大企業の職域接種の話もあったが、それだけでは地方で十分な対応ができないという話が出てきた。政府からの要請で、特に従業員が1,000人未満では単独で職域接種ができないので、そういった会社を集めたワクチン接種に協力してほしいという話があった。

1回目、2回目については90の商工会議所で43万人、3回目については39商工会議所で18万人の接種を実施している。このような接種をするのは、やはりワクチンの接種が経済活動の再開に大きなプラスになるという判断であるし、また、中小企業の側からも、商工会議所の職域接種への協力を大変歓迎するという声が出ていたところである。

ただ、課題は、やるという話になった後に、実はワクチンを供給できないという話が昨年の夏に出てきて、実施が1か月遅れた。それで、むしろ自治体の接種が進み、今度は商工会議所のほうで当初の予定よりもかなり接種者が減り、多くの商工会議所が赤字になってしまった。できるだけ政府においてワクチンを確保するための交渉をよろしくお願いしたい。それから、何と云っても、タイムリーな情報提供をお願いしたい。

3つ目の取組は、コロナによって大きな打撃を受けた中小企業に対する支援である。各地の商工会議所で、現時点で841の取組を私どものサイトで公開している。

その内容は、大きく分けると6つほどある。何と云っても売上が大幅に減っているのので、その売上の維持をするための支援。それから、リアルの展示・商談会ができないので、オンラインに切り替えたイベントの実施。それから、消費喚起ということで商品券等の発給がある。また、飲食・宿泊は非常に人員過多になったので、それを農業のほうに移すということも地方での取組の一つであった。あるいは、地元の技術を使って、コロナの感染症対策に対する製品等を供給するという取組もあった。そういうものが800ほどある。

3ページにおいて、具体的な取組を書いている。例えば、高級な海産物が大量に余ってしまったということで、これをネット通販で売りさばいたのが札幌の在庫処分支援の事例である。その下には、オンラインによるイベントの継続ということで、有田の陶器市は例年5月、人口5万人のところに100万人の参加者が来ている。これが止まるということになると非常に大きな打撃を受けるので、急遽オンラインに切り替えて開催した。同じような取組で、名古屋の製造業のメッセや福岡の食品関係のメッセもオンラインに切り替えた。

4ページについて、商品券による飲食・小売の支援を各地で相当行った。特に、3の③は宮崎の日向の取組であるが、普通は1万円で1万2000円の商品券を買えるようにするが、ここでは1万円の商品券を1万2000円でもらうということで、まさに地元の商店を助けるという取組がなされた。これは完売したという事例である。4番目は、先ほど申し上げた人材のマッチングということで、このような取組もやってきた。

また、政府が事業者支援金のような補助金を非常に急いで出したので、これについて申請支援をしていた。

今後の課題ということで、6ページ以降に資料を整理した。課題は、コロナに加え、現在の資源・原料高、あるいは円安ということで、中小企業の環境は

かなり悪化しているということである。6ページのグラフにあるように、6割超の中小企業経営でコロナ禍の影響が継続している。特に中小都市で回復が鈍いというのが2番目のグラフである。3番目では、先ほど申し上げたように、価格の高騰、円安進行ということで、これが中小企業の経営を直撃している。4番目は、需要不足ということもあり、8割の中小企業がコスト高の分を販売価格に転嫁できていないという声が出ている。

ワクチンの接種が進み、治療薬の供給も進む中で、各国は規制緩和が進んでいる。こういうものを参考にした対策を再検討していただきたい。

特に申し上げたいのは、7ページの「宿泊、飲食サービスに関する規制の在り方」についてである。特にこれらの業種については景況が厳しい状況が続いていた。これまで断続的に発令された緊急事態宣言が3回、まん延防止が2回ということで、こういった業種に属する中小の事業者は全国的に疲弊している。また、直近、今年の4月の景気調査においても、コロナの影響を受けている飲食・宿泊事業者は95%超であった。地域を支える老舗の飲食店等も廃業が増加しているという状況である。記載している事例は、大変有名な地方の名店であるが、これが倒れており、直近では横浜の中華街でも人材が流出している。

こういった中、政府から時短に対する協力金を提供してもらったが、小さなところはいいものの、中堅の飲食店になると、1店舗当たり6万円ではとても赤字を回復することなどはできず、大変困ったということを上申したい。

この関係で、昨日、グローバルダイニングに対する東京地裁の判決が出ており、時短要請そのものが違法だ、正当な理由がないということだった。地裁の判決だが、こういった規模別の、特に中堅のようなところが十分なサポートも得られない、さらに営業規制を受けることになると非常に困るということで、今後参考にしていきたい。

もう一つ、飲食店対策としては、第三者認証制度がある。これは相当普及が進んだと思うが、自治体で認定基準に差があったため、十分な感染対策とならなかったのは少し残念なことだと思う。これについても、今後の課題ではないかと思う。

それから、(3)にあるように、現在はこういった規制も緩和されているが、国民の中に、コロナ禍の間は外食、旅行は控えたほうが良いという、コロナマインドのような心理が非常に強く残っていると思う。企業においては、感染拡大によってもし会社の中でクラスターが起きれば、企業イメージが悪くなる、あるいは従業員、社員の方はもしコロナに感染したら、処遇がどうなるのだろうかといった影響を恐れ自粛が継続しているのだと思う。

そういった意味で、ぜひともコロナを正しく恐れて行動できるよう、適切な情報発信をお願いしたい。特に、企業、個人に定着したコロナマインドを払

拭するための取組をぜひともお願いしたい。可能な限りGoToトラベルなどは再開していただきたいし、政府の高官による第三者認証店への訪問等もぜひともやっていただきたい。これは地方自治体の首長の皆様にもぜひともお願いしたい。

また、第三者認証制度については、ある自治体は厳しく、ある自治体は緩くなっているので、どうしても客観性がない。国が基準づくりなどを指導すれば、その効果も大きくなっていくのではないかと。

8ページは水際対策ということであるが、ここにあるように、優秀な外国人人材、技能実習生、あるいはインバウンド観光客を含め、中小企業のニーズは大変高い。

9ページは「コロナ克服に向けた事業者支援」ということで、今後の支援の在り方だが、■の2つ目にあるように、厳しい状況が続いているので、困窮者支援は重要であるが、加えて、ポストコロナに向けた生産性向上、あるいは付加価値創出など、ビジネス変革に挑戦する中小企業へのサポートをぜひともお願いしたい。

困窮者支援については、①にあるように、マイナンバー等を活用して困窮する人をピンポイントで助ける。今の制度はそうでない人まで対象になっており、非常に無駄が発生していると思うので、ぜひともこのような環境整備をしていただきたい。

②、③については、挑戦する中小企業へのサポート。テレワークやECの実施、あるいは新業態への転換、事業承継、海外展開などについてサポートをお願いしたい。もう一つは、下請取引について、先ほど申したように、コストアップをなかなか価格転嫁できないというのが現状なので、取引価格の引上げ、あるいは取引条件の適正化について、ぜひともお願いしたい。

最後に、10ページ目は医療関係のことについての私どものお願いである。先ほども話があったが、世界最大級の病床を持つと言われた日本でも、感染拡大のたびに病床が不足し、医療がひっ迫したために緊急事態宣言を出すという繰り返しになったというのはどういうことだろうか。やはり非常時における広域の地域医療や、診療提供体制の仕組みづくりなどを真剣に検討いただきたい。

そういった意味で、地域における松本モデル、あるいは墨田モデル、これは次の11ページに資料を添付しているが、こういった事例を検証していただくというのがまず第一歩ではないかと思う。

- 業種別ガイドラインを作成する際に、非常に細かな、例えばトイレのハンドドライヤーの問題などについて改訂が独自にできなかったこと。そして、改訂のために、自ら検証して、なおかつ相当な期間を経てようやく認められたというお話を聞いて非常に驚いた。私もずっと日常的にも非常に違和感が

あって、なぜこれが解決されないのかなど。今でも使えない場所があるが、これについてはどういう議論のプロセスだったのか。ガイドラインというものはどういう法的な位置づけがあるのか。また、そこに対してアドバイスを提供する、それは感染症の専門家などの役割もあったと思うが、その発言はどのようなものだったのか。その辺りを少し教えていただきたい。

- ガイドラインについては、基本的対処方針の中にも位置づけられているということで、ある意味、公的な位置づけがある。ガイドラインを発行している主体は、オフィスと製造事業場については日本経済団体連合会ということになっているが、専門家の監修を経てつくるものだという位置づけになっていることから、これを改訂するにも専門家の監修が要る。

最終的には、いろいろな実験結果などを示して、ハンドドライヤーでエアロゾルが顔にいっぱいかかってウイルスをまき散らすということはないということを確認して、オフィスと製造事業場のガイドラインだけ改訂できた。

そうすると、ほかの、例えばホテルや小売店はそれぞれガイドラインを持っているので、日本ホテル協会などいろいろなところをお願いして、一つ一つ所管省庁、ホテルの場合であれば国交省からコロナ室に行って改訂をしてもらうというのをお願いしたりして、少しずつガイドラインが変わっているというところである。

- 今の説明のとおり、そういうプロセスを経ているので、最近でも、いろいろな施設に行ってもまだハンドドライヤーが使えないところが多くて、それについて会員企業から当団体のほうでそういうことをやったのにまだ使えないという報告をよくいただく。

最近になって、やっとそれぞれの業界のガイドラインが改訂され始め、ハンドドライヤーが使えるようになってきた。施設によっては、ハンドドライヤーの脇に当団体がガイドラインを改訂したので、ハンドドライヤーをできるようにした旨の解説を書かれて、一般の国民の方からは、何で公衆衛生の専門家でもない当団体がそんなことを認可しているのかといったお問合せも逆に受けたりしている。

- よく分かった。その辺りの共通の見解みたいなものをある程度中央で出しながら、それを適用するというプロセスが合理的だなと思ったので、非常に同感した。

- 今回のコロナ禍では、指摘もあったが、IT面での脆弱性は非常に大きな問題だったと思う。例えば、補助金も、本当はマイナンバーカードは銀行口座に直結できるようになっているので、そういうものが普及していれば、ピンポイ

ントで、特定の人に迅速にお金を振り込むことができるはずであるが、企業で社員証などにどの程度利用されているのか。

- 現実にはあまり使用されていない。当団体でも、例えばゲートを通るときとか、もうちょっと使えるようにということと呼びかけたことはあるが、あまり利用が進んでいないということだと思う。
- 各地においても、やはり中小企業ではマイナンバーは進んでいないところかと思う。
- やはり産業界も含め社会全体で一つ一つ取り組んでいかないと、こういうことは進まないのではないかなと思ったので発言した。
- 感染症法の見直しや、諸外国と同様に検査なしで出入国ができるとか、水際対策の緩和とか、共感しながら話を聞いた。
大事なところだと思うのが、業界ガイドラインに関して、仕事中にマスクをしなければいけないというのは、業界のガイドラインで決められたことなのか。
そして、これはあくまでも自主的だということだが、企業側の受け止めとしては、自主的と言いながら実質強制である、半ば強制であるという認識と考えていいのか。その辺りのニュアンスというか、空気感を教えていただきたい。
- 政府の推奨が、2メートル以上の間隔がない場合には基本的にはマスクの着用を推奨するとなっているので、各業界がそれに沿って、職場においてもマスク着用、会議においても間隔が取れない場合は必ずアクリル板を設置するなど、政府の推奨に従って各業界団体がガイドラインを定めているところである。
- マスクに関しては世間的な関心も高いのでお聞きするが、例えば企業側としては、政府側からマスクに関しては緩和してもいいよというふうになら言ってもらったほうが企業として動きやすいのか。もしくは、各企業、各業界で自由にやってくれと、政府としては勧告はしないというほうがいいのか、何が出口戦略として理想的だと思うか。
- 最終的な判断は各業界、または各企業がすれば良いと思うが、プレゼンテーションで申し上げたとおり、マスク着用に関する指針については、厚労省等を含めて専門家の御意見も踏まえて政府から示していただきたいというの

が私どもの考えある。

そうでないと、マスクは本当に必要ないのかとか、逆に言えば、これから夏に向けて熱中症の危険もあるので、ずっとしているのが良いのかどうかなど、なかなか判断が難しいところだと思う。

- 参考までに申し上げますと、先ほどコロナマインドを払拭してほしいということ述べたが、自所内でもコロナ感染症対応ガイドラインというのをつくっている。そこでは現時点でも、職場内や日常生活での感染防止対策ということで、会話はなるべく控え、マスク会食、マスク着用、手指消毒を引き続き徹底してください、特に職場内におけるマスクの着用を徹底してくださいと言っている。

仮に職場で感染者が出て、1人、2人ならまだいいが、クラスターになってきたら、当然いろいろな形でメディアに出るし、企業の方もそこはすごく神経質になっている。これをやめるということは、規制が緩和されたところではあるが、今の時点ではとてもできないのが現状ではないかと思う。

- 有識者会議では、次なる感染症の危機への備えが論点。危機時における国と民間の役割分担とともに、官民の連携の在り方なども考える必要がある。感染抑止と経済活動の両立を図る中では、特に現場を持つ企業の情報が非常に重要になってくると思う。日々刻々と変わる感染数と同様に経済活動の状況も変化する中で、現場の情報をいかに政策に反映させていくべきかのスキームや体制の在り方についてコメントいただきたい。

また、自治体と地域の経済界の関係は日頃から密接なため、よい連携事例があったのではないかと思う。そうしたことを踏まえた上で、危機時に向けた平時の備えについてもコメントをいただきたい。

- それについては、非常事態におけるバーチャルな対応組織の創設ということを経団連が去年出した提言で述べている。政府、地方自治体、省庁などを超えた連携ができるような非常事態対応組織、これは具体的には平時にはない、緊急対策本部のようなものかもしれないが、そういったものをつくるべきだと記載した。そこが指揮命令系統を一本化して司令塔的な役割を担うということと、情報も政府、自治体を超えて連携する、情報収集と分析を連携して行うことで、例えばデジタル庁の役割だと思うが、オープンクラウドのような形で自治体におけるいろいろな情報を政府に一元的に管理できるようにするなど、きめ細かな情報収集と分析、リスクコミュニケーションが条件だと考えている。

医療提供体制についても、特にデルタ株の頃が一番ひどかったと思うが、都道府県を超えた病床の調整がなかなかできずに、この地域では足りないけ

れども、こちらの地域では余っているというような状況があったので、そうした事態に至る前に都道府県や市町村、もしくは公立、私立病院の枠を超えて病床調整ができるようにすべきであるということを提言している。

- 危機時における国との連携ということであるが、まさにテレワークの導入の働きかけやワクチンの接種といった国からの要請を伝達する際、私どもの全国の組織で動ける。現在、情報伝達は全てオンラインでしており、その情報は123万の中小企業まで伝わる。アドレスを持っているところはメールで出すが、そうでなければ会議所のホームページを見てもらうということをやっている。

もう一つ、政府との関係ということでは、コロナの発生以来、総理あるいは大臣と、非常に緊密な情報共有、情報連携をさせていただいており、政府の要請を私どもは全て地方に伝えることをしている。逆に、地方の困っている話は、私どもから政策提言ということで、これまで2年間で12本出している。

自治体との関係では、先ほどいろいろな事例を紹介したが、これは自治体の補助金をもらって、何とか今へこんでいる飲食、あるいは宿泊・サービスをサポートするよう様々な取組をやってくれということで、800ぐらいのプロジェクトをこれまでに実施した。特にワクチンの関係については、人手という面からも助けが欲しいという自治体がかなりの数あった。こうしたことに対する協力は惜しまない、これがまずは経済活動につながるということで、私どもは全面的に協力していった。

ただ、危機時の対応をどうするかということについては、我々事業者としては、やはりそれは国あるいは自治体の指示が基本だと考えている。

- イメージは分かったので、それを仕組みとしてどう落とし込んでいくかが今後の課題。現場の声をいかにスピーディーに受け止めて政策に落とし込むか。現在、デジタル庁では7日間で新しい行政サービスを立ち上げる仕組みの構築にも取り組んでおり、タイムリーなコミュニケーションを図り、常にプッシュ型で情報、サービスを出し、連携することが重要だと思う。

- これはこの会議の核心的な部分である。今までもそういう仕組みはあると思う。例えば、特措法にしても、感染症法にしても、その法律が十分でないのか。強制ではなく依頼なので、うまく情報が集まらなかったり、指示が伝わらないのか。そうであれば、もっと明確に法律を書いてほしいというのか。あるいは、既存の法体系の中でもっと政令や通知を出して、法律を上手に使う仕組みをつくっていくのか。今までのところをどう評価されているのか、お聞きしたい。もっと強制力を持ってほしいのか、もっと協議をしてお互いが助け合って進めていくべきなのか。それがまさに仕組みの問題であるが、い

かがか。

- 仕組みの問題で、プレゼンテーションで申し上げたのは、特措法に基づいたとしても、いつ誰が何を決定するのか、そこがはっきりしないというところがあった。

スライドにもまとめたが、政府の会議体もたくさんある。基本的には基本的対処方針分科会で、特措法の中で使える緊急事態宣言とかまん延防止等重点措置を発動するかどうかといったことは決めるということであるが、実際にそれを、例えばオミクロン株になってから、本当にまん延防止等重点措置が必要なかどうかということ判断する際に、特措法上、示されている発動の要件は、インフルエンザよりも肺炎等の発症頻度が相当程度高いかどうかであるが、それを本当に科学的・合理的に判断できる会議体であるのかどうか、よく分からない部分があった。

そのほかについても、オミクロン株なのか、デルタ株なのか、種類が違うということ踏まえた上で、本当に必要な対策・措置が何なのかということどこが決めるのか、それはコロナ分科会なのか、基本的対処方針分科会なのか、もしくは厚生科学審議会なのかといったところが分からなかった。

- それは、専門家の会議がきちんと判断できているかどうか、情報が集まっているかという問題でもあると思う。しかし、情報を集めるためには権限が明確でないと集まらない。そうすると、自治体、省庁、国を超えて一括して司令塔として機能するためには、もっと権限を明確化してほしいということか。

- 情報収集と連携についての権限は明確化していただきたいと思っている。その権限を持ったところが、都道府県や省庁の枠を超えて、情報をきちんと収集して、それに基づいて、今度は感染症の観点から判断する専門家と、経済社会活動の維持の観点から判断する専門家の両方の意見をきちんと踏まえて、最終的には政府が判断し、決定するという仕組みが必要ではないかと思う。それが、司令塔的な機能を持った組織が危機対応としては必要であると言っているところである。

- 確かに会議体は、感染症対策本部が上にあり、医療・公衆衛生分科会と社会経済活動分科会はたしか開催されていなかったように記憶する。たくさんの提言を政府に出されたこともあると思うが、その提言がきちんと政府に伝わっていたという実感はあったか。

例えば、ワクチン・検査パッケージは、早めの段階で提案されていたと思うが、実際に十分な運用をされなかったとか、提言は受け入れられたと思っているのか。もしくは受け入れられないと思っているのであれば、例えばどの

ような意思疎通の仕組みとか、こういう会議体であるのか、もしくは提言という形なのか、それとも違う形なのか、そういう意思疎通の必要性みたいな、政府との風通しのよさみたいなものについて、もっとこういう仕組みがあればいいなというものがあれば、それぞれ聞かせていただきたい。

- 政府との意思疎通については、内閣府や厚労省とはかなり行っている。例えば、水際措置の緩和などについては、こちらの要望に対して、もう少し早めてほしいという気持ちはあるが、相当なスピードで受け入れ、改正していただいていると思う。

ワクチン・検査パッケージの件については、指摘のとおり、経団連は非常に早くから求めていたが、コロナ分科会等で議論をして、それを活用しようという段階になったときにオミクロン株がまん延する状況になり、結局、ワクチンを2回打っていたとしても発症予防効果があまり高くないという議論になって、その検討がそこでストップしてしまったと理解している。

ただ、現時点では、特にブースター接種を若い20代、30代の方々に推奨するためにも、ワクチン・検査パッケージのようなものを活用して若い世代の方にワクチンを打つインセンティブにしていきたい。また、水際をさらに緩和する要件としても、3回目のワクチン接種や出国時の陰性証明などを活用することなども有効だと思うので、ワクチン・検査パッケージの活用は今また進めていただきたいと考えている。

- 我々はどの省庁とも数多く連携を取っており、それぞれの省庁のご担当は本当に一生懸命取り組んでおられる。皆さん、いい方で、邪魔をしている方は一人もいないが、全部の権限を持っている方はおらず、結果として進まないというのが実感である。どの方も、私どもの主張に対して、これは重要だ、経済界の言うことはもっともだと、ぜひ変えましょうとおっしゃるが、一つ一つの省庁ではここまでしか行けないとか、ビジネス渡航だけなら経産省がちょっと頑張れるとか、観光の部分は国交省、観光庁でやらなければいけないとか、デジタルの証明書はデジタル庁だけれども、証明書の内容をつくっているのは厚労省だとか、それぞれの持ち場で一生懸命やっていただいている。皆さんには本当に感謝しているが、結果としては進まないということだと思う。

- 中小企業経営は地方も全国的にコロナで困ったわけだが、それに対する支援措置については、一部問題もあるが、全体としては非常に円滑かつ迅速に対応していただいた。私どもの要望が出れば、それに対する対応をしていたほか、要望を出す前から対応していただいたこともあり、非常に迅速だったと思う。

他方、私どものほうでは規制が一番大きな問題だが、これを柔軟に緩和してほしいと申し上げて、なかなか叶わない。当然、国民の命のほうが重要であり、それは分かった上で我々も要求したということ踏まえてである。

納得感がないと思うのは、今やインターネットもメディアもあるので海外の情報はどんどん入ってくるわけで、それと比べると、日本はやや慎重で、いつも少し遅れている感じがある。

やむを得ないことであるなら、それでよいと思うが、その辺りの情報の提供があると、もう少し国民あるいは企業に対する説得性が増すのではないか。国際情報の提供をお願いしたい。

- 常時50人以上の従業員が在籍する中小企業には産業医の選任義務があり、恐らく大企業は必ず産業医がおり、中小企業はケース・バイ・ケースなのかなと思う。

産業医の多くは地域の医療機関、特に診療所の医師、中小病院の医師、比較的地域密着型のドクターがされている。その産業医の方が、今回のコロナ禍の中で、例えばワクチン接種に関するサポートであるとか、飲食店の中でのクラスター対策に対するアドバイス、場合によっては企業の職場の中でのクラスター対策、先ほどあった2メートルの問題とかいろいろな問題があると思うが、こういった点に関して相談対応するケースはあったのか。現実的には保健所が動かされた部分が多かったと思っているが、本当は産業医をもうちょっと活用できれば、気軽に相談をして、問題があれば、またそこでディスカッションしてということが恐らく日常的にできたのではないかなという感じがしていた。

そういった活動が実際に各地域であったのか、あるいはなかったとしたら、産業医の役割というものを企業の皆さんはどのようなふうに捉えているのか。

- 地方においては、今回、いかに医療資源を地域で使うかということで、産業医についても着目をしていた。ただ、産業医の方も常駐しているわけではなく、複数の企業を担当している状況であり、そこに過度な要求が行ってしまうのは限界もある。うまくいっているところは産業医も含めた形で地域での医療連携や、医師会とも連携するという動きはあった。我々も産業医に頼りたいところはあったものの、過度にそこにしわ寄せが行ってしまうという問題も一部あるため、うまく全体の中で産業医の活用を検討していくと、スムーズにいくのではないかなと思う。
- 実際、産業医の方は大変活躍いただいている。大きい企業で、オンラインで、コロナの感染症についての正しい知識について、職員に向かって講演するといったことはやっていたいただいている。

コロナの発生間もない頃にPCR検査を行う場所を探しているときには、ぜひ産業医さんに検査をお願いしますという話をしていたが、最初の頃は、検査をするためには、とにかく防護服を来て、動線を分けてという話になっていたために、普通の企業の診療所ではとても無理だった。東京の大きい会社の、ほとんど病院のような立派な施設であれば、何とか動線を分けられるのではないかということで、そうした大きな施設のある会社の産業医の先生に相談に行くなどした。

そのほか、ワクチン接種に際して、大規模な接種会場に産業医の先生に交代で行っていただくといった協力をお願いし、お引き受けいただいていた。

- 活躍された事例があったということは非常によかったなと思って聞いていた。札幌でススキノの飲食店の従業員の方への集団ワクチン接種を私が運営する医療機関が行った。本当はそういう地域にある医療機関がやればいいのだが、離れたところから支援に行かざるを得なかった。なかなか相談できるところがなかったという話も聞いていた。

そのため、政府として、きちんと制度として法律上定義されている産業医の活用ということについて、今後のパンデミックの中では検討いただいたほうがいいのかと思っています。

- 以前出た質問にも重なるが、政府からの指示とそれぞれの自治体からの指示とか助言があると思うが、どちらにウエートがあるのか。

- 当団体のオフィスは東京都にあり、東京都と政府の方針と両方が伝達されるということはある。基本的対処方針分科会でもよくそういう議論がされている通り、基本的な方針は政府が示して、方針に基づいて、具体的に地域の状況や実際の感染の状況を踏まえた情報は自治体が持っているので、現場に即した一番合理的な対策を決めるのは自治体だと思う。全体の方針は政府が合理的・科学的な基準に基づいて対策を示すということではないかと考えている。

- 中央組織は当然政府とコミュニケーションを密にしているが、全国にある地方組織は全て市にあるので、市の首長、場合によっては県との連携が中心になり、その指示を受けてやっている。

ワクチンの接種ということでは、市が実施主体なので、市と組んでやっている。

ただ、場合によっては、むしろ自治体よりも医師会と連携を取るところもあった。東京都は特にそうだったかもしれない。ワクチン接種は都の医師会とタイアップして何万人にやっていたと思うが、基本的には自治体、

あるいはその関係の医療団体との連携を中心に考えていると思う。

< 議事（２）地方団体との意見交換 >

- ２ページについて。これは大臣とも度々意見交換をしている。このような形で、私どもも緊急本部をつくり、実に36回開催しており、47人知事がいるが、毎回40人以上出てくるといふ、普段では考えられないくらい出席率がよくなっている。それだけ皆危機感を持って、これに対処しているということである。

それから、独自に、例えば事例の分析や提言をまとめるという機能を果たしているということも知っていただきたいと思う。大臣とも100回近く意見交換会をしており、そういう意味で意思疎通は図られているが、我々としてはまだこれからお願いしたいこともあるということである。

３ページについて。そういう中でいろいろな提案をして、これに政府のほうでも一つ一つ答えているということを示し添えたいと思う。

４ページについて。今日の問題に関して背景を言うと、正直申し上げて、いろいろな議論をしているが、今の国全体の議論というのは足し算の議論で、マクロなのである。これは決定的に間違っていると私は思っている。多くの知事も疑問を持っている。

後で申し上げるが、例えば今の感染状況は、円グラフのとおり、第６波は学校・教育施設とか児童福祉施設、子供たちの感染が主流である。それに対して飲食店というのは、左上のほうに小さいものがあるが、これだけである。ところが、今の政府の対策全体が飲食店対策になっている。この背景はかつてうまくいったという成功体験だと思っている。しかし、ウイルスは２週間ごとに形を変えると言われており、変異を繰り返すものであるから、そのウイルスの姿形に合わせた対策をつくらなければいけない。当然ながら実行すべきものも違ってくる。

右のほうにあるとおり、今のキーワードは子供とかスポーツなのである。我々は専門家ではないので分からないが、本当のところを専門家に追求していただいて、こういうようなことを対策でやったらいいのではないかということを出していただきたい。

ところが、これが機動的に回らない。それは、専門家がそれぞれいろいろと議論をされて、積み上げた数字、今日は何万人だとか、あるいはここは減少傾向だ、上昇傾向だというところで、最終的には、まん延防止等重点措置をやるとなると、飲食店対策ということになるので、我々としては合理的な仕組みになっていないのではないかと思う。今の意思決定のメカニズムの中ではそこは回らないのではないかと、我々は非常に心配をしているところである。

ポイントが幾つかある。例えば、福祉施設が右下にある。皆さんが集団で暮らしているようなところで、例えば歯ブラシを束ねる。そうすると、ここで典

型的な飛沫感染というか、唾液を通した感染が起こるわけである。ポイントはそういうことで非常に分かりやすくなっており、幾つか感染の端緒がそのウイルスについてある、株についてあると思っている。それに応じた対策をやると、日本の感染症対策も合理的で、全ての社会経済活動を止めろということはしないでもいいのではないかとということである。

次の5ページについて。ここに今後の提案が書いてある。具体的に6ページ以降で説明したい。

まず、個々の実情に応じた柔軟な対策を講じることが可能な制度設計としていただきたいということである。それぞれ保健所があり、この現場が非常によく機能したから、日本の感染対策は抑えることに成功した国だったと思う。ところが、今のオミクロン株はちょっとタイプが違う、今までのデルタ株以前の武漢系と系列が違うものであることから、それと合った状況になっていないのかもしれない。

それで、基本的な対処方針で画一的な感染対策が定められているが、やはり早期にまずは検査をして見つける。これは今、政府が取っていることには大賛成である。それで、早期に治療をするという体制を組むことが重要であろうかと思う。これが遅れると命に関わったり、感染があつという間に広がる。今のオミクロン株は世代時間が2日間程度で、2日たったら次の子供になっていて、また2日たったら次の孫になるわけであることから、最初に上手に閉じないと、あつという間に広がるわけである。そのため、早期検査は非常に重要であり、それに伴う保健所機能が機能していることがポイントになるはずだが、ここが大都市と地方部とアプローチが変わってしまっている。大都市部は追いかけて切れなくなったということで、どこかでそこを放棄せざるを得ないのだと思う。そこではもう広がり始めてしまう。地方ではここは止められるので、保健所機能を生かして止めにいったほうがずっといい。その辺を全部画一的にやる必要があるのかどうかということだと思う。

それから、6ページの下の方のほうにあるが、保健所が疲弊をするわけである。いろいろな通知が厚労省などから出てくる。これを読み込むだけでも大変なのである。出てくる時間が夜中だということがざらにある。こういうのはもっとシンプルにして、現場が動きやすいようにしていただければ、仕事のやり方も変わってくるのではないかと思う。

次の7ページの(2)まん延防止等重点措置の見直し。先ほど申したように、左下のように感染状況は変わってきた。本来であれば、東京地裁の判決が出たが、飲食店の行動制限、こういうものに依拠するのではなくて、様々な幅広い対策が取れるようにやっていただいたらどうか。

実は、特別措置法にはいろいろな手段が取れるようになっている。学校やデパートなどに幅広い対策ができるようになっているが、実際にまん防で使っているのは飲食店対策のところであり、これで左下の輪っかの対策として

機能するかというと非常に難しいというのはお分かりいただけようかと思う。そのため、早急にもっと自由度の高い、メニュー的な選択ができるようにしていただけないかということである。

次の8ページについて。提案1の(3)であるが、都道府県間、あるいは保健所設置市と都道府県とのパートナーシップである。例えば関東地方ぐらいただと、通勤圏、通学圏があるので、これを各都道府県だけで完結するのはなかなか難しい。そこで、首都圏や近畿圏など、ブロックで呼びかけをしたり、対策を取ったりする。

それから、右にあるように、県と保健所設置市との間についても、情報の共有などは、別の自治体だということでも難しかったりするし、例えばこうすべきだというふうに保健所長が考えても、知事がそれはちょっとということになったり、知事がこうやるべきだと考えても、保健所長がこうだということになりがちである。決してどちらが悪いということではないのだが、恐らく指揮系統がしっかり取れるようにしたほうが機動的に動ける。スピード重視の対策が感染症対策であるので、問題意識を持っている。

次の9ページについて。先ほど申したように、いろいろな業務ひっ迫の要因として報告や入力がある。一つ現場で聞こえてくる典型的なお話を申し上げますと、コロナにり患した方がお医者さんにかかる、無料となり、所得を見ることとなる。その所得を調べろという通達が厚労省にある。例えば、日に1,000人、2,000人というふうに出てくるときに、その人たちの所得証明を取らなければいけない。しかも、通知には家族のものも全部調べろとなっている。御家族は皆さんもう感染したり、自分も濃厚接触者というときに、それを集めてこなければ無料にならないよということで、これに保健所の人員を割かなければいけないということである。いろいろとナンセンスなことが起きているのである。

そのため、仕事を簡略化するというのは、こういう危機管理のときには非常に重要だと思う。ポイントを絞って、この仕事に集中するという対策を取っていただいたらありがたいのではないかということである。

10ページ、「人的・物的緊急応援体制の構築」について。左下にあるように、大臣をはじめ国と協力をしながら、都道府県からも様々な人員派遣、看護師などの派遣などをこれまでもやってきている。こういうことが機動的にできなければいけない。

過去も、実は国と地方で協力してやりかけたことがある。あるエピセンター、感染の中心ができたとき、それさえ抑えれば、広がることを抑えられるかもしれない。保健所機能を強化するために、国と地方で協力をして人員を出し合っようとしたが、地元の事情でできなかったことがあった。こういうのは非常に残念なのである。

やはり、司令塔機能という趣旨がよく分かるのはそういうことであり、今

がポイントで急所だ、今がその分かれ道だというときに、政府がある程度の権限を持っていただいても結構だし、都道府県が持っても結構ではあるが、決定権を持って、やるべきときにはやるのだということが出来る根拠があったほうがいいのではないかということである。

また、空床補償をしながら病床を確保していくことも相変わらず重要であるので、そうしたことなども含めて保健医療提供体制の整備をお願い申し上げたいということである。

11ページ、提案3の即応して立案し実行するということについて。今、申し上げたことは大体御理解いただけたかと思うが、非常に切迫したタイムリミットというか、時間スケジュールの中で動く。感染症対策は、私たちの都合で動かず、ウイルスの都合で動く。ウイルスがどんどん増えていこうとするから、どんどん感染していくのであり、それにこっちも体を合わせていかなければいけないわけである。そのため、即応して、現場の状況をまず把握することである。

先ほど申したように、専門家も含めて、結局足し算したトータルの統計を見ているが、「あそこの学校で感染が起きている」とか、「この店で感染が起きている」、そして「その起こり方はこうだ」ということを我々は分かっている。

専門家の先生方はトータルのトレンドの話に終始される。エビデンスがどうだとおっしゃる。エビデンスをつくるのに1年、2年かけている間にもう感染が終わってしまうから、今必要な対策を考えることに集中して人的資源を使って、知恵を使ったほうがいいのではないかと思う。そういう意味で、即応した立案が必要ではないかということである。

それから、このようなことをやっていくと、皆さんが問題にされているような、経済社会を止めなくても感染症をある程度のレベルに抑制することができるわけである。科学的に、そして、現場も協力をしながら実行していくことによって一定程度感染レベルを抑えていくことはできる。そうすると、やたらお店を閉めるということをしなくても、お店で出たら、そのお店をすぐに止めればいわけであり、こういうことができるうちは、少なくともそういうことができる地方はやったほうがいい。

分科会も含めて、感染症を抑制する対策を打つことと経済社会を止めることは二律背反だと思い込んでいる。申し訳ないが、メディアもそういう報道をしている。しかし、本当に今、現代社会を生きるのであれば、感染を一定程度抑制させながら経済社会を回していくという第三の道を探るべきである。

もう一点だけ申し上げますと、今、マスクのことが問題になっているが、ぜひ大臣のほうも、ワンボイスで出せるように、科学的知見に基づいてやれるようなやり方を考えていただければと思う。

○ 実際、市区町村が今どういう形で関わって、どういう形で困っているか、何が問題あるかということについてお話ししたいと思う。

我々は各論の積み重ねであるということ考えた場合、最近、低年齢層の患者が極めて多い。これは大変困ったことであるが、子供の場合は自宅待機、自宅療養になりますから、そうすると家族全体にたちまち感染してしまう。その繰り返しに対して、非常に苦慮しながら闘っているような状況である。

そういう中で、学校・保育園の現場で非常に感染者が増えているという現実的な状況がある。全国的にもそういう状況のようで、そこで若干の問題点を提起して、皆さんと議論していただきたいと思う。

保育園であれ、小学校であれ、あるいは部活動の横の感染であれ、しっかりとゾーニングをやって、感染拡大を抑えていくのにPCR検査の必要性をずっと訴えてきた。それをしっかりやってきたが、解釈によっては、PCRについてある程度控えてもいいのではないかという傾向が出てきているような気がする。

例えば、学校では抗原検査キットがあるが、私の経験として、抗原が陽性であってもPCR検査は陰性、あるいは抗原が陰性であってもPCR検査は陽性ということが散見されるので、PCR検査をしっかりとやって、その上で罹患した方々に対しては感染が拡大しないようにしっかりと抑えていくことが大事ではないか。学校教育の現場でPCR検査の必要性について、もう一回しっかりと見直していかなくてはならないと考えている。

それから、都市自治体と保健所の間、あるいは県との間の情報の共有化という問題は、この問題が始まったときからずっと大きな問題であったが、地域としては疑心暗鬼になる。これはずっと前から言ってきたが、流言飛語が飛び交うわけである。

これは後の人材の問題にも関わってくるが、都道府県と市区町村の間でしっかりした情報の共有化を図っていかないといけない。特に、学校教育もそうだが、幼児教育。我々基礎自治体がアドバイスをさせていただくというか、このようにしたらどうかと提言する機会が非常に増えている。そういうこともあるので、情報の共有化ということについては、単に流言飛語を抑えるというだけではなくて、保健所未設置自治体にはなかなか情報が入ってこないという現実があるから、この点について、できたら感染症法等で明確にした上で、情報の共有化をさらに進めていただきたいということである。

それと、まん延防止措置等において、都道府県が行う休業要請について必ずしも指定都市と情報が共有化されていないことが指摘されている。よって、事業者支援等の対応に苦慮するということが出てきたので、先ほど、まん延防止措置等が飲食店主体だというような話だったが、これはあらゆる事業者に対して配慮しなければならないということだろうと思う。

独自の話になって恐縮だが、3月16日の福島県沖地震で大変な思いをしてい

る市内の住宅の3～4割が半壊以上の状態になっているわけで、例えば旅館が商売ができないぐらい壊滅的な打撃を受けているのだが、話を聞くと、それに対してグループ補助金で何とかしようという前に、この2年間の新型コロナウイルス感染症の感染拡大による営業低迷がそもそもベースにある。これは実際に現場に行って話を聞いて、非常に身につまされる話である。

したがって、行動制限は必要と言えれば必要なのだが、経済に対する打撃が相当強いのではないか。まん延防止措置等における支援の対象は飲食店だが、例えば観光旅館についてはそういう措置はない。しっかりと全体の産業界に対する目配りが必要であろうと考えている。

もう一つは、これは苦言になるようで恐縮だが、国の方針の決定というか通達が遅い。方針が二転三転したこともあった。3回目のワクチン接種がそうだった。当初のワクチン接種についても、準備しようと思ってからワクチンの供給計画がしっかり出るまで相当な時間がかかった。その間、どうしたら良いのかという待たされ感みたいなものがあった。国からすれば、できる限り早く方針決定などをなさっていると思うが、これはワクチン接種に関することだけではなくて、あらゆるところに言えるのではないかと思う。

それと、通知や通達などが五月雨式のようにたくさん発出される。市の職員が全部読むというのはなかなか困難である。読まなければいけないと思っているが、どうしてもすべてを読み切れないこともあり、後になってこんなことも書いてあったのかというようなことがあるので、その点について御配慮願いたい。

それから、人材リソースの問題である。保健所の方々だけではなかなか感染者の対応を追い切れない。したがって、保健所に協力する形で、PCR検査を行う病院がいろいろお手伝いして連絡を差し上げている。自宅療養の方については、地元の医師会が協力的にモニターをしてきているという状況である。

もう一つここで私が申し上げたいのは、感染が多発した場合、その基礎自治体に的確な情報をいただいて、基礎自治体がお手伝いをしていくという考え方に立たないと、いま市内で感染者が増えつつあることをどうやって抑えるか。県全体で保健師のバンクをつくって融通し合うということはもちろん大事で、これができれば大変いいことなのだが、やはり基礎自治体として見れば、我々の地元の問題であることから、特に学校とか保育園を休園させるという問題についてはどうしても市区町村長が判断していかないといけないのである。そういった意味で、我々と共同でやっていただくという姿勢が必要ではないかと思っている。

人材リソースの問題については、保健師だけで済む問題ではない。保健師が中心になってやる仕事もいっぱいあるが、事務処理とか連絡等については基礎自治体も協力できるのではないかと考える。そこまでひっ迫していなけ

ればいいが、感染が拡大し保健所の業務が逼迫した状況になった場合、極端な話、災害等の対応に忙殺されている中で感染者が出てくるわけである。そうすると、災害への対応をしながら、新型コロナウイルス感染症の感染状況への対応も一緒にやっていかなければいけない。避難所運営もそうである。我々と保健所が情報共有の上、共同作業として感染者の対応をやらなければいけない部分が相当出てくるのではないかということである。潜在保健師とか看護師もお手伝いができるといいと思う。非常に感染者が増えたことを考えた場合、必要になってくる。

最後に、4回目の接種について、60歳以上、あるいは基礎疾患を有する方を対象とするということで、全国市長会としてそのことについてどう考えるかというアンケートを取った。60、70%の回答率ではあるが、医療逼迫というリスクを考えた場合、医療従事者並びに高齢者施設の従事者にはワクチンを接種したほうがいいのではないかという意見が54%あった。接種は必要ないというのは9.7%であった。必要ないというのは、厚生労働省が接種対象とはしていないのだから、接種しなくてもいいのではないか。残りの36%は、4回目接種に対する情報がなくて、どうするかと言われても分かりませんという意見である。私はこれも大事な意見だと思っている。

というのは、なぜ高齢者は接種して医療従事者は接種しなくてもいいのか。その説明が厚生労働省からしっかりなされていないのである。ただ、常識的には新型コロナウイルス感染症の一番の恐怖は、感染拡大による医療ひっ迫で国民の医療を受ける権利、適切な医療が阻害されることだと思う。医療機関が急患を受け入れられなくなってしまうことがあったら大変なことである。救急車も来てくれないみたいなことが日本各地で起きた。

しかしながら、今は医療ひっ迫というのは特殊な事情を除いて全体的には大丈夫だと思う。看護師さんが皆さん罹患して、それで医療ひっ迫みたいなことが起きるといような状況は別として、病床使用率、重症化率等については今はそう悪い状況ではないと思っている。

しかし、各市区長にアンケートを取ったところ、54%が、何が怖いかわかったら医療ひっ迫であると。急患を診てもらえないような状況が怖いから、病院にはしっかりと体制を整えてもらいたい。高齢者施設についても、クラスターのことも考えたら、しっかりと対応してもらいたい。そのような意見が半数以上を占めたという現実がある。分からないといったところは、情報がないから分からないということであった。反対しているところは9.7%しかないので、このことを踏まえて考えていただきたいと申し上げておきたい。

- 新型コロナウイルス感染症が我が国の国民生活と経済に甚大な影響を及ぼし始めて約2年半がたつが、我々は、ワクチン接種をはじめとした各種対策に、国、都道府県、医療関係者等と連携し、全力で取り組んできた。

本日は、現場から見えてきた課題、問題点や必要と思われる対策等について、3つのテーマで述べさせていただきたいと思う。

1点目は、コロナ対応における人材の確保について。従来から離島、中山間地域などを抱える町村の多くが、医療従事者等の不足に悩んできたが、新型コロナウイルス対策とワクチン接種に際してこのことが改めて浮き彫りになった。

こうした状況を踏まえ、都道府県、周辺自治体と連携・協力した医療提供体制の構築とともに、特に保健師・看護師等については平時でも確保に苦慮しているため、潜在保健師・看護師の掘り起こしやOB等も活用した広域的な派遣体制の構築などを国として検討していただきたいと思う。

また、近年、地震・台風・大雨等の災害が各地で頻発しており、役場職員がこの対応に追われることも少なくない。これに感染症対策が加わったことで、特に人員が少ない町村役場には大きな負担が生じている。

今般、4回目のワクチン接種の方針も公表されているが、この先も続くと思われる各種感染症対策については、緊急時の対応としてではなく、通常業務の中で組み込んで、可能な限り住民対応に支障を来さないような形にしていくことが必要である。この点についても御検討をお願いしたい。

2点目に、国等からの情報提供の在り方について。これまで、国などから各種通知や事務連絡が大量かつ五月雨式に送られてきたことにより、現場ではその対応を含め一部混乱が生じた。特にワクチンの追加接種については、接種間隔の度重なる方針変更により、医療機関との調整など、接種体制の確保や住民への情報提供の場面等で苦慮した町村もあった。その後、国からの説明とワクチン供給などの情報提供等により接種体制を確保できたが、このような情報提供の在り方に関する課題は今後も続くものと思われる。

新型コロナウイルス対策は、日々状況が変わることは理解するが、制度や方針の変更を伴う通知等については住民生活に直接影響を及ぼすものも数多くあるので、情報の受け手側に立った内容を整理していただくことと、現場が余裕を持って準備を進めることができるよう、早め早めに情報提供をしていただくことが必要と思う。

また、ワクチン接種に関して特に顕著だったが、国からの通知が市町村に届く前にマスコミ報道が流れることで、住民が誤った先入観を持ち、役場窓口に質問や要望が殺到するなど、円滑な接種に支障が生じた例もある。住民に直接対応するのは自治体の現場なので、国からの広報等については正確性も含め、住民への影響に十分配慮していただくことや、マスコミ報道の在り方についても改善していただく点がないか、検討していただくことも必要と考える。

3点目は、デジタル活用について。先ほど申し上げたように、町村現場におけるコロナ対応は今後も続くものと思われるので、恒常的な人材不足の状況に鑑みれば、デジタル活用による効率的な業務運用や手法の提示等は、現場

の業務が円滑に進むための鍵を握るものである。

今後は、デジタル化を前提とした行政手法や住民サービスの在り方の確立がますます求められることから、「いつでも、どこでも、誰でも」デジタル活用が可能になるよう、私どもでは情報通信インフラの整備を含め、必要な支援を国に要請している。

現在進められているデジタル活用を早急に「新しい生活様式」に定着させていくことが、社会経済活動を維持していくためにも重要であると考えている。

コロナ禍で落ち込んだ社会のマイナスを回復させ、さらには人口減少、少子高齢化社会の進行、東京一極集中の是正や、地方分散型社会の実現といった重要課題の解決に、コロナ禍から学んだ経験と知恵を活かす方策を見いだすことがこの会議の大きなテーマであると承知している。

孤独・孤立の問題や格差の拡大が深刻化する中、人々の不安に寄り添い、切れ目のない支援がますます求められている。今後のコロナ対策にはこうした支援も含め、地域に暮らす人々にとって安全・安心な地域社会を再構築していくという視点が不可欠である。

それともう一点、先ほど話があったように、町村長の中から4回目の接種について、医療従事者は今回なぜ接種対象から外れているのかという問題提起もあったようであるので、その点についてもなぜなのかということ、そして、また医療従事者も接種が必要ではないかと思っている。

- 保健所行政の感染症対応の本旨は、感染拡大防止である。今回の新型コロナウイルス感染症対応においては、保健所は本来業務である感染拡大防止対策のほかに、有症状者の受診調整、診療方針の決定、療養者の管理なども担当している。これら患者の医療については、通常の流れに沿って医療機関が担当したほうが感染者にとって望ましい内容である。発生動向調査や疫学調査で把握した地域の感染状況に応じた保健医療の分担が必要であると考えている。

保健所は、感染症対応に当たった当初、患者数が少ない状況では感染拡大防止に集中できていたが、流行の拡大に伴い、有症状者の受診調整、診療方針の決定、療養者の管理などの業務負荷が過大となり、感染拡大防止対策に注力できない状況が生じている。

そこで、今後は、下記のような対応が必要ということで、困みの中にあるとおり、まず診断までの行政の関与は、有症状者の受診調整等であるが、これはなるべく短期間で終わらせたい。

最初はどうしてもPCR検査体制などが今回は不備であり、実際にどういう人に検査していいか、これは症状でというよりは、どちらかというとその方が例えば外国帰りであるとか、濃厚接触者であるとか、そういう疫学情報によって決定されるというのが初期の段階であった。そのため、この頃は行政

がこれを決定するというのはリーズナブルであったが、検査体制がある程度確立し、感染源不明というような陽性者が増えてきた場合には、診断までに行政が関与することはやめ、診断は医療機関にお任せすることが必要である。次に、入院の目的が感染拡大防止でなくなった時点では、診療方針決定は医療機関でということである。これは新型インフルエンザ等政府行動計画等にも書かれている内容であるが、国内感染早期など感染拡大防止での入院決定は行政で実施することが重要であり、そのために入院勧告制度がある。

しかし、国内感染期、つまり市中蔓延になった場合には入院治療は純粋に医学的な必要性によって判断すべきである。こうなるときには、行政が日々判断するのではなく、医療機関が判断するのがリーズナブルであるので、こういった市中蔓延期には通常の病診連携・病病連携で入院をしていただく。

現状はというと、今はまだ2類相当であるので、全て入院は入院勧告あるいは入院措置によって行われる。つまり、行政の判断によって入院も退院も制御されているという状況であるので、臨床医の先生方から、入院を受けていただいている先生方から、この人を入院させていいか、この人はもうよくなったので退院させていいかと日々聞いて、指示をしないとそれができないという状況である。これは非常に不具合がある。

感染者の療養管理は医療機関でやっていただくのがやはりよいのではないか。宿泊療養者の療養管理は、宿泊療養を管理している嘱託医療機関等が実施し、自宅療養者の管理はかかりつけ医または初診医が実施するということが重要であろうと思う。

実を申し上げますと、第5波が終わった後に会員にアンケート調査を実施したが、その時点ではまだ2類相当でもよく、5類はなかなか難しいのではないかという意見もあったが、実はオミクロン株がはやっている4月下旬に実施したアンケート結果を見ると、ほぼ全てできるだけ早く5類相当にしたほうがいい、つまり、もう入院とか診療方針決定に行政が関与しないほうがいいということを行っている。

そのため、申し上げたいことは、今どこで感染が起こっていて、そこをどういうふうに制御したらいいのかということに、実を申すと手が回っていない。なぜかというと、そういった医療の部分を担当しているからである。そこが忙しくて、とても手が回らないので、そこを早急に改善したほうが良いと考えている。

- 沖縄は県庁に一本化されていて、非常にガバナンスが効いていて、限られた医療資源を有効に活用されているようなことを伺ったが、例えば東京都23区というのはそれぞれ別々に保健所があり、その関係が難しい。政令指定都市を抱えている県もあり、中核市がある県はもっと多いが、その中での連携というのは実際にはあまり問題にはならないのか。

- 東京都の場合、区境によって実は行政が変わってきている。では、感染症は果たしてその行政の区画どおりに動くかということ、そうではない。そのため、恐らく広域でやらなければいけない。

ところが、長年のいろいろな保健所行政の変遷、制度設計により、平時の保健所を念頭に置いた対策になってきている。身近な健康づくり、例えば健康診断とか母子の健康指導とか、あるいは日頃の啓発事業は、住民に身近な各市町村、それから東京23区がやったほうがいいたろうということで、だんだんそちらに分権化されていったが、今回起こった感染症というパンデミックの危機管理の状態になったときには、患者は動き、情報は共有されなければならない、正直、今のシステムはうまくいきにくいと思う。

地方部では、保健所設置市と分かれているところもあるが、最初は少しごたごたしたものの、今は協定も結んで完全に情報共有を図り、例えば患者の移送とか検査を保健所設置市の部分も県がやるとか、協力関係で乗り切ろうということでやってきている。残念ながら、特に東京のように多くの保健所が分立しているところはそのガバナンスが難しいのではないかと思う。

そういう意味で、今回、司令塔機能を国で議論されているのだと思うが、政令市とか中核市、保健所設置市、あるいは東京23区は、行政主体が違くと人員の融通も難しい。地方部では、例えば県の保健所に対して、農業を指導している職員も保健所に投入するわけである。そうやって、もう部局を超えて最大優先課題に投入する。

ところが、特に東京23区のような小さなところの場合、その中で職員の融通が果たしてどこまでできるか。特に専門性がある保健所職員、例えば保健師だとかいろいろなタイプの職員がいる。こういう職員の融通が小さな区画だと難しくなると思う。感染症のパンデミックを考えたときには、そのところはシステムを変えたほうがスムーズにいくのではないかと思う。

- 今の点は、法律も場合によってはもっと強化したほうがよいという意見か。
- 現在、特別措置法があって、国も対策本部を持ち、都道府県も市町村も対策本部を持つ。保健所設置市も含めて、都道府県の知事には総合調整権が与えられているが、国も都道府県と調整するのがなかなか難しいときもあるし、地方もそうである。そのため、そこは、例えば法的に特別措置法か何かで位置づけてしまうということはあるのではないかと思う。
- 一つは、国と都道府県あるいは市町村の役割分担というところが中核的な議論になっていると思うが、北海道はいち早く独自の緊急事態宣言を知事が出したりして、当初は都道府県もかなり積極的に動いた。

ただ、そのときに感じたのは、国にはコロナ対策の専門家の方が集結されている。一方、都道府県の場合には、医療者とか、感染症の専門家とか、地方自治体の政策に対してちゃんとカウンターパートとして提言できるようなブレインの場が47都道府県にしっかりあるのかどうか。その部分が十分機能しない場合は、どちらかという国に指針に従いたいという都道府県もあつたり、あるいはその機能が強くて、地方において中核的な役割を果たす方がどんどん政策を引っ張っていくという形もある。一律に都道府県にある程度権限を委ねていくということが可能なのか、そういう体力が地方にあるのか、人員体制はあるのか、その辺りの現状はどうか。

- 現在は、どこの都道府県もそうだと思うが、専門家がかなりコミットして、それぞれの地域で、例えばまん延防止等重点措置をお願いするときにどうしようとか、感染症対策としてどういう呼びかけをしようとか、いろいろな形で入ってきていただいて取り組んでいるのだと思う。

確かに、国にもそういう専門家がいる。そのリソースが分立しているわけであって、必ずしもたくさんの方がいるわけではないのが地域の実情である。

ただ、回らないかという、数えるほどしか感染症の専門家がいなくても、その人たちが束になって我々に協力しているので、ある意味レベルの高い感染症対策ができると思う。北海道もいろいろな先生方がいて、いろいろとできるだろうと思う。

それぞれの能力はあるだろうと思うが、現実にはパンデミックになるといろいろな仕事が出てくるので、それに医者も忙殺をされていくという中で、どこにどういう感染が起こっているか、地域ごとに特性のようなものがあるので、それに対して集中的に対策を取れるような体制を取ったほうが確かにいいのだろうと思う。

国にも専門家の先生方がいるのだが、必ずしも、例えば北海道旭川でかなり入院率の高い感染があつたが、その詳細を先生方が、こういう原因で病院の院内感染が多発したとか、そういうのを必ずしも把握できているわけではない。それで制度設計をする、あるいは対策を考えるというときに、その情報の共通化ができなければいけないのだと思う。

そのときは、単にHER-SYSで入力した数だけの問題ではなくて、特にこれは病気でそれぞれの症例が非常に重要であり、その感染症がどういう形でつながっているのかというのを見られる体制が必要なのだろうと思う。

そういう意味で、余計な仕事を減らしながら合理的に、本当に感染症を広めないために必要な仕事に投入できる、そこに専門家を張りつけられるようなことを国、都道府県、市町村が連携しながらやるべきだと思う。

マスクは国対自治体ということで報道したが、現場からすると、むしろ協調したほうがいいのだろうと思う。協力してそれぞれの人材、地元の

ことをよく分かっている先生と、それから国全体を見ている先生と一緒にやってやったほうがいいわけであって、そのこのところの意識改革が前提ではないかと考えている。

- 療養管理はドクターに任せるべきだという話があった。ドクターに任せるためには、2類、5類の話が基本になってくるかと思う。この件について今どうなっているのか。

8歳の子供と36歳の妊婦で妊娠7か月の母がともに感染して体調不良で嘔吐しており、家族でパニックになっており、さあどうするかという応用問題に直面したことがある。現状だと、保健所に相談して、保健所が県に相談して、その上で結論が出る。結論が出るまでに相当な時間を要してしまい、結局入院させることができなくなった。私は小児科の医者と産婦人科の医者もいる新型コロナウイルス感染症対応の病棟のある病院しかないと思ったが、結局、それができなかった。これは時間がかかる行政の壁みたいなものがあるって、ドクターの段階で判断できることであれば、もっと早く対応できたということが現実的にあった。

そのため、医療機関のところで判断するということになるとうと世界が変わってくるが、今のところ、保健所の判断、県の判断、そういうところで時間を要しているところがある。

また、これが全部医療機関の判断ということになった場合、がらっと考え方を変えていかないといけない。その場合、医療機関の負担は相当なものであり、基礎自治体である市区町村としてどこまでそれを支援しなければいけないか、保健所としてはどういう形のサポートをするのか、いろいろな問題があろうかと思う。

保健所は今、例えば忙しい保健所に人の派遣システムをつくらなければいけないという議論が出るくらい、感染多発の保健所の皆さんは大変だということは重々分かっている。そのため、我々はできるだけお手伝いしたいという考えでいるが、そこに情報伝達の壁、情報共有の壁がある。そういう問題を包括的に考えたときに、今の話は極めて画期的な話であり、半面、なかなか大変な話であるなと思ったが、その件について今どんな議論になっているのかを教えていただければありがたい。

- もともと2類ではなく、新型インフルエンザ等感染症という類型の中に新型コロナウイルスがあるが、現時点で全数の把握を前提とした仕組みをつくっている中で5類にするというのは、全数把握をやめるということであり、様々な対策ができなくなるということもある。特措法の対象にもならなくなるということでもあり、特に現在、オミクロンの状況があり、コロナがさらに別の変異をすることも想定され、その場合は感染性が強くなり、なおかつ病原性も強

くなるという状況であるので、現時点において5類にする状況ではないと考えている。

医療機関が判断できるようにするというのを考える上では、医療資源が十分ないとそういうことがなかなかできないという状況もあると考えている。

- 5類になるのは時期尚早ではないかという気がしていたが、医療機関の事情をできるだけ酌んで、保健所との連携は大事だと思うので、病院、クリニックそれぞれ事情を抱えていることから、その件については、市役所との連携、基礎自治体との連携も含めて、医療機関との連携も重々深めていきたいと思う。また医療機関のほうの支援も今後継続してしっかりとなさっていただきたい。そのようなことを要望させていただきたい。

- まず、コメントとして、危機時において現場がひっ迫している時に、通知とかHER-SYSの入力などの業務の簡素化は必須だと思った。

感染抑制と社会経済活動の両立を実現するには、リアルタイムデータを把握・分析し、専門家の意見を聞きながら、科学的根拠がある判断を速やかにできるかが重要。ハードのDX環境構築は早急に進めるべきところだが、一方、ソフト面で、国と地方自治体の権限、役割分担がポイントである。

特措法では、20条の政府の総合調整機能、33条の知事への指示権限があるものの、今回の場合、知事の権限の範囲は広範なもので、地域の実情に応じた判断が法律上はできていたとは思う。今後の検討として、特措法上の自治体の権限等について、特措法改正が必要な部分があるのかのお考えを伺いたい。というのも、全国一律の危機管理対応と地方の実情に合わせた危機管理対応を考えた場合に、できるだけ地方の実情に応じた判断ができるようにという話があった一方、地域の特性を考慮する必要はあるが、やはり自治体任せにならぬよう全国一律での危機管理のレベルの話もあったので、もう一度どういう役割分担と権限の範囲を考えているのか、特措法を改正する必要があるのか、運用なのかについて再度ご意見をいただきたい。

- それぞれの地域によって保健所の設置の在り方が大分違う。それぞれの権限関係も違う。大事なのは実情が違うということである。保健所をしっかりと温存しているところもあれば、割と一般行政と境目をなくしているようなところもある。専門性だとか、実際の運用、やっている仕事の内容、進め方も大分違ったりする。

平時はそれでいいと思う。問題は、今皆さんが議論されている緊急時、危機管理時の司令塔機能なり、そういう対応だと思う。そのときは別の法理論というのがあり得ると思う。

特別措置法の中にも、確かに都道府県知事や、内閣総理大臣の総合調整権があるが、どうしても間接的なものになり、実効性があるわけではなく、普段から情報共有がしっかり図られるかというのはまた別である。

今までの運用の実情からすると、なぜ大都市部でこういうふうに関係が起りやすいかという背景には、いろいろなことがあると思うが、もともとの制度設計上の齟齬があるように思う。それで、国の役所も苦労しているし、当該都道府県や市町村も苦労しているということであるので、少しやり方を変えたほうがいいのではないかと思う。

大切なのは、感染の実情はそれぞれの地域ごとに起こっているのだから、それをまず国全体でも共有してもらった方がいいと思う。専門家も、いろいろな事例を基に機能的に考えてもらった方がいい。なぜ、今、こういう感染が起りやすいのか、じゃあこれに対する対策を考えましょうと。これを、週替わりくらいでやっていかなければ間に合わないと思う。敵はどんどん姿を変え、感染地域は変わり、この間までエピセンターだったところはもうなくなっているということはざらにある。

そういうことを考えると、そこのスピード感をどう国、都道府県、市町村の連携の中で出していくのかということに重点を置いたほうがいい政策になるのではないかなというのが先ほど私が申し上げたことで、指定都市がやっていることとあまり違いはない。

ベストプラクティスを横展開していくことを思うと、当然、現場と制度設計とは食い違ってくるが、そこはやらしてもらわなければいけない。そういう意味では、ある程度権限関係というものは変えていくことは合理的ではないかと思う。

○ 市中感染期においてはもはや行政の判断は必要ないのではないかという議論は、とても合理的だと思った。一方で、現在は5類に見直すわけではないという意見があったが、それを受けて、意見をもう一回聞かせていただきたい。

○ やはり早めに5類相当にすべきだと考えている。全数把握は5類相当でも可能である。

一番困っているのが、今は入院が必要な人が管内でも5%未満である。そういう方々を何で判断するかというと臨床症状、基礎疾患で、これは臨床医が一番よく分かっている内容であって、我々が判断すべき内容ではない。そのため、どこがコロナ受入れ病院というのは分かっているから、通常の病診連携でやるのが一番早く、患者のためにもなるので、何とかそれを早く実現していただきたいなと切に願う。

○ 誤解されてもいけないので、補足する。

今の話と、多くの方々がいろいろ考えていることは、出発点が異なる。5類、2類の分類の中にみなリンクして入っている。例えば医療費が無料になるかどうか、あるいは、いざこの人は入院先がないというときに保健所が関与して入院させることができるかどうか。特に、難しい感染症の場合は病院も引き受けたくない。そこをやってもらうためには、病院同士で話をしても、勘弁してくださいということになってしまって、結局たらい回しになる人が出てきてしまう。何が言いたいかというと、5類、2類というものを一律に考えるべきではないというのが本来の現場感覚で、先ほど話があったことはそのことを話していたと思う。

例えば、医療の負担のことや、保健所の仕事のやり方、全数把握か定点観測かということ、これは切り離して考えてもいいのではないかと思う。それぞれの感染症によってタイプが違うわけであり、その重要度は違うので、さらには地域によって感染の移り方の濃度が変わっていたりする。濃度の濃いところと濃度の薄いところを必ずしも一律に扱わなくても、2類相当でも十分回る。そういうことで、もっと自由度が高い制度設計にしたほうが多分回るのではないかという感じがする。

よくテレビで、2類か5類かで分けて、5類だという話だけで単純化するのは議論としては正確性を欠くのではないかというのが現場感覚である。

- 私もそう思っていた。
- アプローチの手法がマクロの議論でずっと来ている。そうでなくて、刻々と変化する相手に対しては、足元で起きている現象、すなわちファクトをスピーディーかつ正確に把握して、それに対して情報を共有し、科学的評価を加えて、なおかつスピード感を持って、臨機応変に対応していくことが大切だという話だった。一貫してこのような考えでこの2年間対応されてきたのだらうと思うが、なぜ、マクロの議論から主張されているような議論に傾いていかなかったのか、その原因のようなものは何かあるのか。
- そこは専門家の話なので申し上げづらいが、結局、学会だとエビデンスが固まらないと物が言えない。これは学者の先生方の良心だと思うし、科学というのはそういうものだと思う。しかし、我々実務は目の前で実際に病気が起こっている、この病気を何とか収めなければいけない。そうなったら、理論とかはもう関係なしに、隔離であったり、この薬を投与しようとか、ワクチンをやろうとか、そういうことをみんなで一斉に始める。これが実務だと思う。そこに齟齬があるのだが、そういう意味で、マクロの議論、しっかりとしたエビデンスを前提にして議論しなければいけない方々がいるというのは理解しなければいけないところだと思う。

そのため、私どもの感染症対策はそれとは別の次元に立った制度設計を本来求められているのではないかと考えている。

- また2類、5類の話になって恐縮だが、将来5類に向かっていく可能性は十分あると思う。今のところは時期尚早だというのは、確かにそうだと思うが、5類になる、あるいは感染者の処置、処遇について、全部医師の判断ということになってくると極めて医療現場は混乱するということをもまず申し上げておかないといけない。市区町村の現場も多分混乱すると思う。

先ほど、新型コロナ感染症に関して敵だという話があったが、私はコロナ軍と思っている。コロナ軍がどうやって作戦を変更してくるか分からないところで、相当な警戒態勢のシステムが必要だろうと思っている。そのため、これがどういう形で進んでいくか分からないが、医療界、医療従事者というか、医療機関に全部お任せというのは、私は極めて危険なことになるのではないかとこのことを申し上げておきたい。

もう一つ、地方として、市区町村としての枠組みの中でどういう形で対応するかという中で、先ほどから申し上げているように、情報格差の問題がある。保健所設置市とそうでないところと、明確な情報格差がある。市立病院を持っているところと持っていないところも情報格差がある。そういう情報格差の中で、首長としては小学校を休校にしなければいけないなどの判断を迫られる。さらには、ワクチンの接種についても、基礎疾患をどこまで定義するかということがよく言われているが、仮に国から詳細な情報として2,000枚も3,000枚も通達文書を出されても、市区町村としては目を通すだけでも大変であり、見落としということ想定されることから、分かりやすく明確な形で、基礎自治体に対する情報発信をお願いしたい。これも要望になるが、お願い申し上げておきたい。

- 保健所関連で質問と意見を出したいと思う。

今回、提言いただいた内容に関しては、私は非常に賛同する。現場でやっている者から見ると、本当に一々全て確認を取らなければいけない。その都度、むしろ患者からも戸惑いもあるし、一手一手全部遅れていくということで本当に業務がうまくいかない。

一方、今の話のように、全部を丸投げというのはもちろん大変であるということで、プライマリ・ケアの医療体制の整備と同時並行に権限の委譲をやっていかないといけないと思っている。

そこで、質問だが、厚生労働省のほうから、途中で、自宅療養の方については、医療機関の積極的な役割と活用に対する依頼の通知などが結構早い段階で出ていたと思う。私自身もそういったことが必要だと思って、保健所のほうに直接連絡をして、必要であれば往診に行くということをも提案したが、そ

の保健所だけのことかもしれないが、逆に断られて、どこかの段階でまたお願いするかもしれませんみたいなことを言われて、肩すかしを食らったケースもあった。

保健所の方も、通知などが出ても、本来業務としてこれはやるべきだという義務感が強いところもあったりするのかなと思ったが、その辺りは法律を変えていかないと駄目なものなのか、運用の段階である程度柔軟にやるという形でいけないのか。

- 今回の指摘については運用でできるのではないかと考えている。

どうしても、これは全て委託事業という形で行政としては扱うので、そうすると、これを設置自治体とか保健所単位で、この事業に取り組むか、取り組まないか、まずその判断があって、本来だと全ての保健所が取り組んだらいいとは思いますが、なかなかそうならないのが現状だろうと思う。

私の県内では、全ての保健所でこの事業に取り組んでいるが、各自治体によって事情が異なる可能性がある。最初の頃は、臨床の先生方も、24時間体制で診ないといけないといったことで、えっという感じもあったが、経験する臨床医が1人、2人とだんだん増えてくると、あれはなかなかいい事業かどうか、結局、かかりつけ医さんが自分で管理するのが一番いいということがだんだん広まって行って、積極的に、今度うちのかかりつけ患者がコロナになったのだけれども、この事業に参加してもいいかと聞いてくれるようになってきたので、そういった形で運用上できるのではないかと考えている。

- 今話を聞いて安心した。行政も、医療従事者に対して、あるいは医師会に対しても、もっと要望を出したほうがいいのではないかな。なるべくドクターに負担をかけないという形で遠慮されているような感じがする。それはありがたいが、せっかく貢献したいけれども、貢献することができないという現状も地域によってはある感じがする。今後、法律を改正しても同じような構図ができる危険性もあることから、積極的に地域のかかりつけ医、医療機関とコミュニケーションを取っていくようなことも非常に重要ではないかと考えている。

3 閉会