

**新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（第3回）
議事概要**

1 日時

令和4年5月20日（金）9時57分～12時20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
	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

日本医師会

中川 俊男 会長

日本歯科医師会

堀 憲郎 会長

日本薬剤師会

山本 信夫 会長

日本看護協会

福井 トシ子 会長

日本病院会

相澤 孝夫 会長

結核予防会

尾身 茂 代表理事

国立感染症研究所

脇田 隆字 所長

大阪大学感染症総合教育研究拠点

松浦 善治 拠点長

4 議事概要

1 開会

<山際大臣挨拶>

構成員の皆様方におかれましては、毎週、本当に根を詰めて御議論いただいております。誠にありがとうございます。

今日は意見交換の2回目でございます。医療関係の皆様におかれては、御出席いただきありがとうございます。また、感染症の専門家の皆様方からもヒアリングをさせていただく運びになっております。

6月に向けて精力的に議論を重ねなくてはならないので、今日も活発な御議論をお願いいたします。

2 議事

<議事(1) 医療関係団体との意見交換>

○ 当団体では新型コロナウイルス感染症対策の取組の中間報告を4月に取りまとめているので、細部は時間のあるときに御覧いただきたい。

当団体では、新型コロナウイルス感染症への対応を最優先課題として取り組み、医療資源を可能な限り新型コロナ対策へ振り分けるよう、全国の医師会や医療機関に要請してきた。資料の35、36ページにあるように、引き続きさらなる患者の受入れや、これまで受け入れてこなかった医療機関への改めでの協力要請も行っている。

一方で、新型コロナの医療資源の確保の議論では、コロナ医療の充実のみの単眼的な論調になりがちになっている。命の重さは通常医療、コロナ医療のどちらの医療も同じであり、当団体はコロナ医療とコロナ以外の通常医療の両立を守りながら、政府の方針に全面的に協力してきた。

直接コロナを診ることが難しい医療機関では、往診や健康観察、コロナを診ている医療機関の通常医療の患者や急患の受入れなど、地域の医療を面として支えてきた。15ページにあるように、2021年1月には新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議を、病院団体、医政局と共に設置している。

PCR等検査は、検体採取時の感染リスクの問題から、適切な感染予防策を講じることのできる医療機関で実施される必要があり、行政検査の委託契約を締結した医療機関において実施することを前提として、全国で検査体制の整備が図られた。委託契約には事前の煩雑な事務作業が必要だったが、2ページにあるように、当団体からのお願いによって契約の簡素化がなされた。

また、ワクチン接種については、29ページにあるように、当時の菅首相は1日100万回接種を目標として掲げていたが、1・2回の初回接種においては

各医師会が底力を発揮して、1日約170万回接種を達成している。

刻々と変わる状況、限られた情報の中で、これまで政府は未知のウイルスの感染対策と社会経済活動の両立に迅速な対応を迫られてきた。政府はその時点での考えられる最良の対策を取ってきたと私は考えている。

また、17ページにあるが、欧米では既に2020年の第1波の時点で医療崩壊と言うべき状況に至り、医療のトリアージが行われていた。現時点における日本の新型コロナウイルス感染症に関連した人口当たりの死亡者数は、G7諸国の中でも1桁少ない水準で抑えられている。これは我が国の医療提供体制が決して脆弱ではなく、それを維持するための医療従事者の献身的な努力と、日本国民の日頃からの公衆衛生意識の高さによるものと考えている。

今回の新型コロナウイルス感染症対策においては、国や地方の機関を束ね情報を一元化し、迅速、的確に対処方針を示す権限を有する司令塔の必要性を再認識した。その機能を担うためのいわゆる日本版CDCについては、当団体ではこれまでも創設を国に対し強く要請してきた。法的権限の下にそれらを統括する司令塔組織の創設について、当団体から引き続き国に対して強く求めていきたいと考えている。

22ページについて。2021年に成立した改正医療法では、当団体が主張していた都道府県医療計画の5疾病5事業の6番目の事業として新興感染症対策事業が加えられることになった。この枠組みの中で新たな医療計画の記載事項として、病床や専門人材等の確保、感染防護具等の備蓄が挙げられている。感染症対策を国の危機管理として捉え、今後も起こり得る感染症の拡大に平時から備え、絶えず必要な準備をしなければならない。そのためにも、有事にも対応できる余力のある医療提供体制の構築が不可欠である。

まとめると、これまでの政府の新型コロナの対応を今から振り返れば、必ずしもベストではなかったこともあるだろう。あのときこうしておけばよりよかったということもあるかもしれないが、現時点での知見を基準に批判的な評価をするのではなく、今後の対策に生かしていくことが大事であると思う。当団体としては、全国の医師会、医療機関、医療関係団体と共に、これからは新型コロナとコロナ以外の通常医療の確保に最大限尽力していく。

- 1ページについて。これまでの対応については次の世代が必ず検証すると考えているので、報告書を整備している。感染症対応の全体像は、この資料の9ページから第4次報告抜粋版としているので、必要に応じて御覧いただきたいと思う。

今日はその第4次報告の中から、国民向けの発信、会員向けの発信、内部調査結果のごく一部の例を説明申し上げる。

まず、3ページについて。国民向けの発信の中から、「みんなで安心マー

ク」の作成といったことを対応している。これは国民の皆様がコロナ禍で安心して歯科医療を受けられるように、三師会合意の下で対応したものである。

また、4ページには、国の要請を受けて、3回目のワクチン接種推進に向けての国民への広報活動を示している。

それから、会員向けの発信の例として、5ページにあるようなコロナ禍における歯科治療の指針あるいはガイドラインの策定、改訂等を繰り返し行ってきた。特に歯科医療現場は、歯科医師やスタッフへの感染リスクが高いとされており、感染防止対策の徹底を行ってきたところである。

6ページについて。内部調査結果であるが、令和2年5月以来行ってきた6回の内部調査において、歯科治療を通じての感染拡大が明らかに疑われる事例報告が一件もないという結果をお示ししている。

7ページからはワクチン接種への協力を示している。当団体として国に全面的に協力する方針の下で、PCR検査の検体採取に続き、ワクチン接種にも全力で協力をしている。全国の団体から決意を持って協力をするという意思表示の下で、8ページのとおり、今年3月末までに延べ3万1000人を超える歯科医師が対応している。

以上で、ごく一部だが対応例を御説明した。

それを踏まえての中長期的課題について、また2ページにお戻りいただきたい。その下段に4点課題をお示ししている。

当初から基本的な感染防止のための衛生用品が不足し、極端な価格の高騰などが起き、歯科医療現場は大変混乱した。歯科臨床現場では、御承知のとおりマスク、手袋、ゴーグルといったものの装用と交換は標準感染防止対策の基本となるところであり、それらの衛生用品や消毒用エタノールなどについては、改めて有事に備えて生産、流通、備蓄の強力な確保体制構築と、有事における医療機関への優先供給の仕組みが必要と考えている。

2つ目について。本感染症の拡大当初から懸念をしているが、通院困難者への歯科健康管理の停滞による全身への影響があると思っている。歯科医師による寝たきり者、あるいは介護施設への訪問ができなくなった。このことで誤嚥性肺炎等が生じていることを強く懸念している。早期の実態把握と、それを踏まえた対応が重要と考えている。かかりつけ歯科医による情報通信機器等を活用して、症状の把握や医学管理、助言等が円滑に行われるような議論が必要と思っている。

3番目、感染症対策の実務面においては自治体の判断に委ねるということで、地域の実情を反映する対応ができた。その一方で、そのことによる地域格差問題も顕在化していると思っている。具体的には、抗原検査キットの医療機関への優先供給であるとか、医療従事者へのワクチンの優先接種等で、歯科医療機関、歯科医師、歯科医療従事者等への扱いの違いが生じ、混乱し

た。全国一律とするべき基本的部分については、国のさらなる司令塔的な機能の下で対応されることも重要と考えている。

最後に、今後の新興感染症での感染者に対する歯科治療について、感染症指定病院等での歯科医療提供体制の整備、あるいは歯科診療所と行政、病院歯科の連携についての整理が必要と考えている。

- 新型コロナウイルスに関して、関わりを持ったのは、2020年2月に横浜港に着岸したダイヤモンド・プリンセス号の状況に対する医薬品の供給がスタートだと認識している。当時まだ十分に実態の分からない中での対応であったが、医薬品の提供という基本的な役割については一定程度の効果があったものと考えている。

その後の動きについて、2ページ目。これまで2020年以降、今日まで、国あるいは地方行政等の要請、あるいはそうしたものを受けて、地域の三師会、四師会との連携の下で、ワクチン接種への協力、ワクチン接種の接種会場において、ワクチンの希釈、充てん、予診のサポート、接種後の経過観察、自宅・宿泊療養患者に対しては、動きが取れないので、経口治療薬を含めて様々な医薬品を迅速に届けることを進めてきた。

一方で、なるべくたくさんの方々には抗原検査の機会を与えるということで、抗原検査キットの販売あるいは無料検査の実施ということで、そうした検査を安心して受けられる体制の整備を進めてきた。

全体的な話であるが、感染症対策・公衆衛生活動については、地域住民への科学に基づくリスクコミュニケーションに関する情報提供や、手指消毒、薬局において高濃度エタノール等の希釈・分注を行って、地域の診療所あるいは高齢者施設等に対して配布を行っている。

一方、子供たちのことに関しては、学校薬剤師活動を通じてしっかりと感染対策あるいは衛生管理などについての説明をしてきた。

こうした活動を通じて、今後新たな感染症がまた発生するといった事態に対して、一体何かやるべきことがあるだろうかという間について、3ページ。次の感染症危機に備えた中長期的な対策という意味で、薬剤師の視点から、医療提供体制、医薬品供給体制という観点からは、感染症発生時に在宅で利用されている患者に対しては、地域医療提供体制の初動時から、自治体あるいは都道府県、地域の薬剤師会、医薬品卸の連携を進めていかないと、的確に薬剤師あるいは薬局から地域の方々にお薬が届けられないという状況があるので、その整備をお願いしたい。

また、現場への情報あるいは指示であるが、国、都道府県、市町村という形で役割分担が分かれているものの、その指揮命令系統が時として混乱をする場合があるので、正確な指揮命令系統の構築をお願いしたいと思う。

先ほどの話にもあったとおり、通常の医療提供体制を維持することも一方でありながら、感染症に対してどのような対応をするかということを見ると、平時からの取組を進めて、地域連携体制における連携といったもの、さらにはオンラインを活用した服薬指導といったようなものを念頭に置きながら、平時から有事に容易に切り替えられる仕組みが必要ではないかと考えている。

検査体制の確保と医療提供については、国民が適切に検査を受けられる環境ということ、なるべくたくさん機会を設けることが大事であり、そういった意味では今回進められた無料検査のようなものを増やすとともに、ただ検査をするのではなしに、検査の結果に応じてしっかりと診療に結びつけられる、薬局の活用となるが、そうした体制の構築が必要ではないかと考えている。

4 ページ目について。3 番目はワクチン接種体制であるが、今回は各集団接種の会場で、地域の中での連携を通じて役割分担ができたと考えているが、その中での手順の明確化をしておかないと、地域によって混乱が生じるので、人員の確保などは定期的に訓練をするような体制も必要かと思う。

一方で、時として人が足りないのではないかというような声があったけれども、私どもとしては、まずは薬屋としてやるべきことをやりながら、いつでも体制ができるように、都道府県薬剤師会では準備のための研修を実施している。

正確な情報の提供については、正しい情報がどれほどマスコミを通じて、あるいは薬剤師会等を通じて国民に伝えられるか、あるいは今はやりであるフェイクにならないような情報提供、地域の専門職、医師、歯科医師、薬剤師、看護師といったものについても、ぜひ御活用願いたい。

一方で、医薬品については、今般、なかなか必要なワクチンあるいは経口剤の開発が進まないといったことがあった。国内の医薬品メーカーがこうしたときに迅速に治療薬あるいはワクチン等の開発が行えるよう、医療関連産業に必要な投資や開発をぜひ平時から進めていただきたいと考えている。

今般、諸外国の例と比べても、我が国では非常に感染者が少なかったということについては、政府の対策が適切であった結果と考えているが、今後こうしたことが起きたときのことにに関して、現状と課題についてただいま申し上げた次第である。

今後、有事においても、医薬品に関しては薬剤師、薬局を活用するような体制の構築をぜひお願いしたいと思う。

- 1 点目、特措法に基づく対応について、大きくは 4 点ある。
1 点目が看護職の確保について、都道府県ナースセンターによる潜在看護

師の復職・就業支援を実施した。また、日本看護協会と都道府県看護協会による看護師の広域派遣体制を構築している。

2点目は、地域において専門性の高い看護師の活動の実施を行っている。病院と介護施設等へ感染管理体制をつくるための支援を行っている。また、所属施設以外からの相談対応を行った。

3点目、専門性の高い看護師の育成強化について、感染管理や人工呼吸器・ECMOなどを装着した重症患者のケアと管理ができる看護師を増やすために、補助事業を行っているところである。

4点目は、COVID-19に関する相談窓口・看護職のためのメンタルヘルス相談窓口を設置した。現在も月に電話やメール等で100件近くの相談がある。長期化するコロナ対応によってスタッフが疲弊し混乱を極めており、看護職不足の中、十分な休暇が取れない状況で、なかには受診勧奨につながっている事例も少なくない状況である。

次に、2点目について。中長期的観点からの課題であるが、これも4点ほどあって、まず1点目、平時からの手厚い看護職員の配置を実現することが必要だと考えている。その理由は、日本は諸外国に比べて病床当たりの看護職員配置数が少ない状況である。ICUの病床数と集中治療を担う医師・看護職員の配置数も少ない状況にある。したがって、有事の際の看護職員を再配置することや調整することに限界がある。

介護施設の看護職員配置が少なく、24時間常駐の配置基準もない。そのため、感染管理体制が脆弱であるということと言わざるを得ず、介護施設での感染が拡大してきた状況もある。

そして、看護職員の給与は、現在、厳しい職務内容に見合っていないという状況である。最も就業者数が多い40歳代前半で賃金が産業計よりも7万円以上低い状況にある。このことから、手厚い配置を可能とする看護職員の確保には処遇改善が必須であると考えている。

これらの課題の解決には、平時からの手厚い看護職員配置を実現していただくことが必要だと思っている。

次に、2点目について。地域の看護提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みをつくっていただくことが必要と考える。

その理由は、医療機関所属の専門性の高い看護師が、地域の介護施設等を支援する際に、保険制度上の対応がない。診療報酬と介護報酬の制度のはざまの問題を解消し、医療機関による介護施設等の支援体制の構築が必要であると考えている。

また、自宅療養者を支える訪問看護事業所への報酬や支援体制の在り方が明確でない。訪問看護事業所と行政、医療機関、他の訪問看護事業所等との連携構築や報酬の拡充、人材確保・ICT活用等の支援が必要であると考えてい

る。

入院体制が取れなくなり、在宅での健康観察を余儀なくされたときに、訪問看護事業所に勤務する看護師たちが様々な形で対応したが、ボランティアベースであった。この形ではなく、有事の際、ぜひ地域の看護提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築をお願いしたいと思う。

3点目について。看護職員の人材確保・調整に関する国や自治体の司令塔機能の強化とナースセンターへの支援拡充である。

このたびのコロナ対応で、看護職員確保には、国や地方自治体、看護協会・ナースセンター、各医療機関等の関係者がそれぞれ独自に対応せざるを得ない状況があった。

当初は、ナースセンターが潜在看護職員の確保、復職を促すメールの約5万人への一斉送信や研修実施等に努めても、医療機関や地方自治体のワクチン接種からの求人が出ないというような事態も発生していた。他方で、国は民間職業紹介事業者を活用したKey-Netを創設した。

応援派遣調整についても、厚生労働省・看護協会の仕組み、例えば広域人材調整事業ということも行われ、また、知事会を通じた応援体制もつくられた。そして自衛隊派遣等も併存しており、幾つもの看護職員確保のルートがあり混乱していた。

これらのことから、看護職員確保のための、国・地方自治体の司令塔機能確立し、看護協会・ナースセンターとの協働を主とする体制の確立が必要と考えている。

また、看護職員確保に必要な役割を果たすべき都道府県ナースセンターの体制は、都道府県によって大きな差がある。人員・予算とも弱小なところが多数あるので、ナースセンター支援のための財政措置の拡充や、地域医療介護総合確保基金の活用、また国による新たな支援策の創設が必要と考えている。

これらの課題を解決し、国や自治体の司令塔機能の強化と、ナースセンターへの支援拡充をぜひ行っていただきたいと思う。

最後に4点目であるが、有事に活用できるシステムの開発と有効に運用する体制の整備である。

Key-Net、HER-SYS、IHEATがこの有事の中で構築されたが、現場が大変な状況にあって、なかなか必要なデータが入力できなかったということがあり、必ずしも十分な活用がされていない状況にある。

有事の際に、各医療機関や施設等の状況、また健康観察の現状、必要な人材確保の状況等の情報が迅速に関係機関間で共有されていないという残念な状況にある。平時から状況把握のためのシステムを稼働させ、併せて有事を想定した訓練等の実施が必要と考えている。

- 資料の2ページから4ページに申し述べたいことをまとめて書いてあるので、それを御覧いただければと思う。

新型コロナウイルス感染症の拡大における医療の混乱は、拡大を予想した事前の準備が十分でなかったため、感染症拡大のスピードに医療整備のスピードが追いついていなかったことに起因すると考える。医療提供体制を急遽整えることは困難であり、平時からの周到な準備が重要であると考えます。

コロナ禍の経験を経て、平時から感染症対応のために常態として確保する感染症病床数を増やすべきだという意見があるが、これは合理的な考えとは言えないと思う。常態として確保する感染症指定医療機関の感染症病床は、感染症発生の初期にきちんと機能を果たすように常時確保・整備しておき、すぐに使用できるということが重要である。常態として確保している感染症病床数では対応が不能な場合、一般病床を感染症病床に転換して感染症病床を確保することが現実的な対応である。一般病床の転換には3週間程度の期間が必要との声が多いことから、時間的猶予を考慮した病床変換指示を発出する司令塔が必要と考える。

病床の変換は、感染症指定医療機関が率先して行うこととし、この確保病床数では対応不能な場合は、感染症指定医療機関以外の医療機関において一般病床を感染症病床に変換して対応することが重要である。感染拡大に応じて、病床の変換を実施する病院を緊急時感染症指定医療機関（仮称）として平時から指定しておき、指示により感染症病床を円滑に確保することを制度化することが重要である。

感染症病床は、感染拡大に応じた重症度別必要病床数を算出して準備すべきであるが、現実的対応としては、今回のコロナ感染症への対応と各病院の平時の機能と役割を基に、感染拡大のフェーズごとに重症度別変換必要病床数を緊急時感染症指定医療機関に割り当て、病院名と変換病床数、その病床の機能を医療計画に記載すべきである。

感染症指定医療機関と緊急時感染症指定医療機関においては、感染症対応BCPの策定を病院の義務とする。

感染拡大時においても、緊急医療等の通常医療をできる限り確保することが重要である。平時の医療は、二次医療圏ごとに提供体制が構築されており、感染拡大時も、二次医療圏ごとに通常医療と感染症医療の両立を図るべきである。感染症も、二次医療圏を基本的圏域とした対策を構築するべきであったが、都道府県と市町村行政区域と保健所区域と二次医療圏区域の地域範囲のずれにより、社会的な混乱を招いたと考えている。

この状況を解消するためには、二次医療圏内で感染症対応の仕組みを構築し、二次医療圏内で対応できない場合には、二次医療圏間で連携する仕組み

を構築することで、地域範囲のずれを調整することが重要と考える。

また、感染症対応により通常医療は何らかの制限を受けるが、二次医療圏内でこの制限を最小化する仕組みを二次医療圏で構築することが重要である。

コロナウイルス感染拡大においては、保健所の仕事量が急激かつ莫大に増加し、保健所の疲弊が目立った。感染症拡大時は、医療機関で行える仕事は医療機関に任せて、保健所の仕事負荷を軽減する仕組みを構築すべきである。

入院適用とならないコロナ陽性者の急激な増加は、陽性者の在宅療養や宿泊療養における健康観察や必要な医療提供が不備であることを明白にした。平時から感染拡大に対応できる在宅療養の仕組みや体制を整えておく必要がある。

コロナ陽性者に対する感染症振り分け医療機関外来の設置は、その後のコロナ陽性者の流れを円滑にしたので、ぜひ設置の検討をお願いしたいと思う。

そこで、スライドの5ページにおいて、コロナ陽性の方の移動を青い矢印で示している。そして、保健所の仕事が紫色の矢印で示されている。御覧いただくと、この患者の移動が起これば起こるほど保健所の仕事は急速に増加するということがお分かりになると思う。一方、入院の適用に関しては、一括して感染症病床ということではなくて、その患者の重症度に応じた病床の配置をしっかりと考えていくことが重要ではないかと思う。

このことを考えると、国が示している6ページにある患者のフローというのは、こう単純ではないと思う。

7ページの松本市保健所のコロナ対応の図について、コロナ感染症の拡大に応じて、各病院がどのように病床を確保するかが計画されており、それでも対応できなかったとき、さらに緊急時に対応するベッドを用意している。下には第5波における医療提供をこうしたということが書かれている。松本医療圏では、確保ベッドの90%以上の稼働となったが、このような仕組みにより安定して医療を提供することができた。

8ページの松本医療圏における診療のイメージについて、下にあるように、松本医療圏は3市5村であるが、松本市には松本市保健所があり、それ以外の2市5村を統括する松本保健所がある。たまたま同じ場所に両保健所があったために、合同の対策の本部がつくられて機能したが、これが離れていたらどうなったかということを考えると、どういう仕組みをつくっていくかが極めて大事ではないかと思っている。

- 医療資源を可能な限り、特に第5波において確保しようと呼びかけてきたということだが、開業医が多くて、いわゆる呼びかけに限界があると思う。もしそうであるならば、例えば医師法第19条の応召義務、もしくは第24条2の厚生労働大臣による指示、もしくは特措法第31条の知事による指示など、

いわゆる形骸化しているような条項に対して実効性を持たせる、罰則を持たせることも議論されているが、これに関してはどう思うか。

- まず、開業医と勤務医とが半々である。それはまず申し上げておきたい。
全国の先生方は、例えばいろいろな診療科目があり、診療所の場合は非常に狭くていわゆるゾーニングができない。コロナ発熱患者の動線と通常医療の患者の動線を分けることができないという最大の問題がある。それと同時に、病院も含めて当団体のスタンスは、コロナ医療とコロナ以外の通常医療は絶対に両立しなければならないという考えなのである。コロナが急速に広がっているから通常医療はちょっと我慢しなさいということではないのだろうと。例えばコロナで死ぬのは絶対に駄目だけれども、通常の病気であればしょうがないねという極論もあったが、そうではない。どちらの医療でも命の重さは同じだというスタンスで頑張ってきた。
ただ、例えば入院率を見てみると、G7の中では最も入院率が高いという現実もあり、そういうことも含めて、決して法的に強制的にやるということは現実的には無理というか、するべきではないと考えている。
- 法的に無理ということの根拠が分からなかった。前半のコロナ医療も通常医療も大切という話は共感する。例えば戦時下の国民医療法とか、もしくは現在も災害救助法に関しては実効性を伴った形で医療関係者の動員が規定されていると思うが、罰則が無理という理由を教えてください。
- 罰則があるからやる、やらない、罰則がないからという、そういうことではなくて、全国の医療機関はその医療機関の機能に応じてできるところは本当にやっていた、コロナ対応していたと思っている。できるのにやらなかったということではないということをお願いしたい。
- いろいろな事情があって、できる医療機関とできない医療機関があるという事情は分からないでもないが、診療報酬上の解析では10%ぐらいしかコロナに対応していない。いろいろな事情があるのだと思うが、デルタのときの第5波で結構自宅療養者が厳しい状況になったときに、電話診療に応じる開業医もやはり10%ぐらいというのは、どういうふうに考えたらいいか。
- まず、診療科の問題が1つある。10%という数字を正確につかんでいないが、宿泊療養・自宅療養のコロナ患者、陽性になった方の健康観察をすることに関しては、できる限りの機能でやってくれたと思っている。結果としてはそんなに高い割合ではなかったかもしれないが、しっかりやってい

たと思っている。

- 増やす方法はあまりないということか。
- 例えば病床確保会議など、病院団体と当団体と厚労省の医政局と一緒に定期的に会議をして、各地域でどのくらい病床が確保できるのか、さらに増やせるのかということを頻繁に議論して、適宜記者会見等で公表してきたという努力はしたつもりであるが、まだあまり浸透していなかったのかなと思っている。
- 地域医療の診療所・クリニックなどかかりつけ医機能は、国民にとっては一番身近な医療へのアクセスとして重要だが、コロナ禍では電話診療の数値の話のように、必ずしも患者がアクセスできなかったという事実もある。医師会が強力なメッセージを発していたにもかかわらず、なかなか機能しなかったのだと思うが、開業医間のネットワーク機能、それぞれの都道府県の団体も含め、この間の情報共有や連携はどのように行われていたのか。
ある北陸の県の状況を伺ったところ、地域において医療チームを危機時に速やかに組成するのは難しいという悩みを抱えていた。危機時にいかに開業医が機能し、その役割を果たすか、また医療チームを組成し動けるようにするための課題があれば教えていただきたい。
もう一つ、潜在看護師の話があった。潜在看護師のネットワークを平時から作るなど、危機時に対応できるよう備えるという提案だったと思うが、コロナ禍で潜在看護師を活用した例を教えていただきたい。潜在看護師が、現役の看護師と同じ役割を担えるのか、あるいは現役看護師との役割分担をどうしていたのかを教えていただきたい。
- これは各都道府県の団体が、そこにある郡市区の団体と連携して頻繁に情報共有している。これはネットワークをどのようにつくるのか、どのように陽性者に対応するのか、検査もどうするのか、ワクチンをどうするのか、頻繁に緊密に連携しながら対応していたと思う。
ただし、47都道府県あれば、ネットワークのつくり方というのは47通りある。一言で言うと、いわゆる地域の実情に応じて頑張ってきたのだと思う。決してばらばらに対応して、結果として不十分だったということではないと。もう本当に頻繁にネットワークの改善の努力をしてきたと私は思っている。
- 後日、よい連携事例があれば教えていただければと思う。

- 潜在看護師が役割をすぐに担えるかという点については御指摘のとおりで、潜在して間もない、退職して1年も経過していないという方から、30年経過しているという方まで、様々である。1年も経過していないという方で若い方は、重症者施設に自分の持っている実践力を活用したいと手をあげた方もいる。30年ぐらい経過している方でも、県協会のワクチン接種の研修を受けて、ワクチン接種会場で大変活躍してくれたという事例もある。

役割分担としては、どのような実践力が今すぐ発揮できるかどうかということを確認した上で、健康観察、軽症者宿泊施設にするのか、あるいは新たに建てられた重症者センター、入院待機センターでの健康観察を行う。そして潜在してから大変経過が長いという方たちは周囲の支援に回る、そういう役割分担を行ってきた。

潜在看護師の活用の在り方については、現在、ナースセンターでもう少し見直しをする必要があると考えており、今般、看護職の免許番号とマイナンバーを突合させて管理することが可能になっているので、それらのことを活かしながら、今後、体制を新たにつくっていきたいと考えている。

- 看護師の処遇改善が必要だというのは賛成だが、今働いている看護師の間で施設の奪い合いになってしまうと、例えば高齢者施設の処遇を改善したら病院から人が流れて行って、病院の処遇を改善したら高齢者施設から人が流れていくというのでは、いつまでたっても看護師の不足は解消しないので、やはり潜在看護師を活性化するというか、現場に戻ってきてもらうしかないのだろうと思う。

そのために、いろいろな方策は考えていると思うが、予備役と言うと言葉が悪いかもしれないが、ある程度パンデミックや大災害が起こったときに、登録しておいて、定期的に研修も受けていただいて、そういうネットワークをつくっておくということが現実的ではないか。

- 御提案のとおりだと思う。例えばDMATは、この医療機関のこの看護師には平時より研修をし、それらに対し国から予算措置も行われ、災害が発生したときにDMATがすぐにその現地に行くことができる体制ができている。この医療機関の看護師何人は、有事の際に対応するための看護師であるということをおらかじめ決めておいて、平時から訓練をし、パンデミックのときには地域でも活用できるような体制を構築することが、今日申し上げた以外にぜひ必要な体制だと思っている。

- それは、潜在看護師になっている方たちの中に広げることは現実的ではないのか。

- 先ほど申し上げたように、潜在看護師にどれぐらいの実践力があるのかということ細かく確認できるデータベースになっていない。現在、国においてマイナンバーと免許書を連動させた人材確保の仕組みに活かすことが進められている。潜在看護師の活躍のための支援が必要だ。潜在看護師が常に実践力の向上ができるような仕組みが必要である。しかしながら、看護師たちの安全、リスクマネジメントの業務、身分保障のことを考えると、医療機関に所属しているということが確実だと考える。そして、看護職一人一人が医療提供を行うのではなくて、チームで行っていかなければならない。そこには医師も薬剤師も関わってくることであるので、有事への対応準備を平時から行っていくということは、医療機関に所属していることが優位にならざるを得ないと思っている。

潜在看護師の方たちがどういう理由で潜在し、あるいはなぜ医療機関に勤務していないのかについては、多様な理由があるので、それを1つにまとめて、有事のときにあなたたちやっってくださいねと言うには、今の法制度のままではあまりにも脆弱過ぎて、推奨できる状態ではないと思う。

法律ができればそれができるかということ、何か徴兵制度のようにも聞こえなくはないので、そういう誤解があってはいけないため、どういう体制にすると確実なのかということがまず重要だと思っている。

- 地域のドクターが一生懸命努力されてきたということは十分理解しているつもりだが、やはり全国で見ると、昨年11月時点で、内科系の診療所のうちの38%ぐらいだけが診療・検査医療機関という形で登録されていた。逆に言うと、内科系の診療所でも6割ぐらいがなかなかコロナ疑いの患者を診ることができなかった。

また、往診の対応に関しては、全国のデータを持っていないが、札幌の例を挙げると、内科系の標榜の診療所の中では8%ぐらいしか往診の対応ができなかった。

実際に往診対応しているところはかなり負担が重くて、通常医療とコロナの患者の自宅療養の往診を両立するのはかなり大変だった。実はそういう有志の方が一生懸命努力して何とか対応してきたという事実があるかと思っている。恐らく全国でも似たような状況だと思っている。

先ほどからもずっと議論があるように、もともとパンデミックにおける感染症に対応できるような構造が医療施設にない、あるいは従来から訪問診療の対応をしていないということになると、パンデミックで迅速に対応することはなかなか難しい。そのため、今回のパンデミックでどれぐらい対応できたかという評価は非常に難しいところがあると思うが、平時からかかりつけ

医の担うべき能力や役割を明確にして、感染症に関してきちんと動線を分けたゾーニングをする体制を用意するとか、あるいは訪問診療も特定の医療機関だけがやるということではなくて、多くの医療機関が訪問診療を普通にできる体制をつくっていくとか、そういった形で中期的な体制構築を考えなければいけない時期に来ているのではないかと考えている。

かかりつけ医の在り方に関して日本医師会から新たな提言が出されているのは十分理解はしているが、提言だけではなくて、そこに一定の機能を担保するシステム・制度などの枠組みも考えるべき時期に来ているのではないかと考えている。これについて、お考えをお聞きしたい。

- 全くおっしゃるとおりだと思う。有事の実力は平時の余力だと私は申し上げてきたが、都道府県の医療計画の5疾病5事業にぜひ新興感染症対策事業を加えるべきだとお願いして、医療法を改正していただいた。平時のときに、新興感染症が入ってきたときにばたばたするのではなくて、病院だけではなくて診療所も含めて、パンデミックが起こりそうなとき、新興感染症が入ってきたときどうするかは、あらかじめ計画を決めておく。病床はどこの病院が何床かとか、人材はここから派遣するとか、防護具、人工呼吸器も含めて、どこにどのぐらい備蓄するのか、診療所の先生方はいかにかかりつけ医としてどういう役割を果たすのかということと全部決めておいて、毎年更新するというふうをお願いして医療法を改正していただいたので、その点は前倒しで6事業目の計画を都道府県では進めていると思う。
- そのための仕組みに関しては、医療計画だけで大丈夫なのか。もう少しかかりつけ医の役割を明確化した上で、計画だけではなくて、日常の診療からきちんとそういった役割を果たすべきだ。例えば、患者は自分のかかりつけ医は誰か把握しており、そのかかりつけ医も自分自身のかかりつけ患者をきちんと把握するような仕組みを考えてもいいのではないかと考えているが、どうか。
- かかりつけ医については先日まとめて、「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」というタイトルで、かかりつけ医というのは患者側が医師を呼ぶ呼称である。あなたのかかりつけ医はこの先生だよということではなくて、患者がこの先生に診てもらいたい、あの先生を信頼しているから、ぜひ私のかかりつけ医になってほしいというように、患者自身が選べる、それが日本の医療制度のかかりつけ医のすばらしいところだと思う。これをどのようときでも守っていかなければならないと考えている。

- この2年間、医療従事者が大変な努力を重ねてコロナウイルスと対峙してきたという状況がよく分かった。その上で、この2年間で振り返って、批判的評価をするのではなく、ああすればよかった、こうすればよかったということを今後に生かすような議論をしていくべきだという点は、全くそのとおりだと思っており、本会議の趣旨もそうであると思っている。

ECMOを取り扱うなど専門性の高い看護師の不足が大変であったということで、今後の課題として専門性の高い看護師を養成することが必要であると説明いただいたが、専門性と言ってもいろいろな段階があると思うところ、養成にどのくらいの期間が必要なものなのか。また、専門性の高いと思われる看護師は、看護師全体にどのくらいの割合でいるのか。この2つをお伺いして、その上で、今後を見据えて、看護師の習熟度に応じてなすべき仕事を分類して、例えば介護の業界などでは一部トライされているところもあると思うが、外国人の看護師を増やしていくといった考えはあるのか。

- 専門性の高い看護師の養成には認定看護師制度というものがあり、認定看護師の養成は6か月間必要になる。また、専門看護師の育成については大学院での教育で、2年間必要となる。そして感染管理を専門とした認定看護師は、少しデータは古いが2020年12月現在で全国に2,977名がおり、大規模病院に偏っているため、200床未満の医療機関や介護施設等でも感染管理の認定看護師を配置できるようにするために、当団体では新たな取組として医療機関等に助成事業を行っているところである。

外国人の看護師の活用については、このコロナ対応、パンデミックのときへの対応として、まだそこまで行ける段階ではないのかなと思うが、介護施設等では外国人の看護師の活用も今まきに行われているところである。どのような形で有事に看護職員を確保していくのかということは別に検討していく必要があると思う。

- 病院の中で普段からネットワークをつくっておくべきだというのは全くそのとおりだと思うが、例えば重症を担う病院が地域によって十分あるかどうかというと、なかなかそうとも言えないのではないかと思うので、二次医療圏ごとにまとめるというのは合理的ではあるものの、現実には難しいところもあると思う。そのときに調整を誰がするかということについて、どう考えるか。

- まず、集中治療を行うことのできるベッド数は、人口当たりで見ると都道府県によってかなりの差がある。これもいわゆるICUとHCUと集中治療病床を合わせた数を計上してそのようになっているので、ICUだけをカウントすると

もっと差が起こるといのが現実である。

そこでこの間も集中治療学会の理事長に人口当たりどれくらい必要なのかという数値を出してくれないかと話をしたが、それによって整備をしていくことが大事ではないかと思う。

そして、二次医療圏ごとに医療提供体制を整備しているわけであるが、二次医療圏というのは人口が2万程度しかない医療圏から、200万という人口を抱える医療圏まで非常に大小様々である。そのため、医療圏ごとによって、集中治療ができる医療圏とできない医療圏がある。二次医療圏を変えるというのは非常に大変な作業であるので、むしろ二次医療圏でどのような医療ができるのか、できなければ医療圏同士でどう連携していくかということが重要だと思う。

では、それを調整していくのはどこかということ、今は都道府県の医療審議会であるかと思うが、そこが十分機能している県とあまり機能していない県があるのは事実である。そのため、これは厚生労働省のほうでそこが機能するような仕組みをつくっていただいて、ぜひそこが機能するようにしていただきたいということと、厚生労働省のほうで、その機能がうまく発揮できているかどうかを見て、うまくいってないところはちゃんとやるようにという指導をしていただくというようなことでまとめていくことができるのではないかと考えている。

- 有事はタスクシフトが重要だと思うが、例えば歯科医によるPCRの検体採取は地区医師会の検査センターのみに限定されるとか、いろいろな条件がついているのはどうしてなのか。
- 基本的にPCR検査の検体採取は、今回のワクチン接種も含め、医師法の上では医師の行為であって歯科医師が行うことができない扱いになっているということで、これを時限的、特例的に対応したものであり、いろいろなところの規制があったのは承知をしている。これはあくまでも医師会あるいは地域の自治体の要請によって、その仕組みの中で対応したということであるので、我々からここを拡充するとか、そういったことを求める話ではないと理解をしている。
- 感染症有事におけるかかりつけ医機能は重要だったのではないかと。今後、発熱外来への迅速なアクセスや、自宅・宿泊療養の場合にはオンライン診療や往診など医師のアクセスが十分だったかを検証しながら、かかりつけ医を定着させる、あるいは制度化も考えていくべきではないか。

患者が医師を選ぶことが出来るフリーアクセスのメリットもあるが、様々

な情報提供をしても、患者側と医師側の情報の非対称性は簡単には解消できるものではない。何らかの要件をつけながら、かかりつけ医の制度化、枠組みをつくる必要性をコロナ禍において国民目線で感じたが、いかがか。

- 今回のコロナ禍で、かかりつけ医の必要性、重要性は飛躍的に増したと思う。その上で、一般の方にはかかりつけ医を持つということを積極的に申し上げて、これからも申し上げていきたいと思っている。

ただし、何度も申し上げるが、例えば登録制、認定制といった制度化、あなたのかかりつけ医はこの人で、感染症にかかったときに、まずその先生に行かなければならないというのは趣旨が違っていると一貫して思っており、信頼できるこの先生に診てもらいたいという信頼感で結びついた医師と患者の関係を構築する意味でも、かかりつけ医を持つことを推進していきたいと思う。

- 医療用材料、ロジスティクスがかなり問題だったというお話を伺ったが、何か提案はあるか。

- 既に出来上がったもののロジスティクスという意味では、マスクの買い占めが起きてしまったということは聞いている。

一方で、新しい薬がなかなかできないというこの国の環境もあるので、二面あるとすれば、ワクチンも含めた新しい医薬品の開発には国の積極的なサポートが必要である。

また、一方で、既存の医薬品を平時から有事にシフトしたときにどのように供給していくかという意味では、司令塔といったようなものがある、十分な体制を組みながら、供給についてもコントロールする必要があるのではないかと考えている。

- 既存の医薬品や医療材料が今どこにあるか、どこが足りていないか、どのように融通したらよいかというロジスティクスについてはいかがか。

- 当団体や、各医師会並びに都道府県が情報を提供する、あるいは共有する形になるのだろうと思うが、地域の中で十分な連携体制が取れていればその部分が分かるので、そうした仕組みをつくっていくことが重要なのではないか。

それに対して、どこから物が提供されるかということはある程度のルートを決めるということも、こうした有事にあっては必要だろうと考えている。

< 議事（２） 専門家との意見交換 >

- 我が国の対策は、感染者数をなるべく抑え、重症者、死亡者数を減らすことを目的としてきた。また、予測できない様々な状況に対し、保健・医療関係者、政府・自治体の努力、そして何よりも多くの人々の協力のおかげで、人口当たりの新規感染者数、死亡者数は、諸外国と比べて低く抑えられてきた。

しかし、同時に様々な課題も見えてきた。この2年以上、政府の対策に様々な提言をしてきた者の立場として考えた主な課題と今後の方向性について述べたい。

パンデミック戦略は、封じ込め（A）、感染抑制（B）、被害抑制（C）の3種類に大きく大別できる。どの戦略にも一長一短があるが、日本ではAとCの間で最適解を求める努力をしてきた。現在、多くの国では、少しずつCに近づいていると思う。

COVID-19は、当初、指定感染症、現在は新型インフルエンザ等感染症として位置づけられている。報告、検査、入院、費用負担などの措置については、徐々に実施内容の弾力化が進んできた。なお、現時点では、致死率などの点でインフルエンザウイルスとはまだ完全には同等でないと言える。

我が国の感染対策の特徴の1つがクラスター対策である。COVID-19の伝播の特徴は、多くの感染者は二次感染を起こさないが、一部の感染者が多くの二次感染を生じさせ、クラスターを形成する。クラスター分析により、我が国から「3密」の概念が提唱され、その後、世界的には「3Cs」として普及した。

我が国では、諸外国でも行われている前向きの接触者調査に加え、クラスター発生場所特定のために、これは日本の特徴であるが、いわゆる後ろ向き調査も行われてきた。

しかし、感染者数が急増すると、これだけでは感染抑制には不十分で、緊急事態宣言などを組み合わせる対策を取ってきた。

市民の協力もあって、重点措置などの効果は一定程度あったことが様々な調査によって明らかになっている。しかし、重点措置などが数度にわたって実施されたため、人々の生活や社会経済活動などにも大きな負担がかかった。

また、こうした厳しい措置によって経済的な影響を受ける事業者や人々への支援について、特措法であらかじめ十分に準備されていなかったことも課題だと思う。

ここで改めて、パンデミックにおける科学的助言の在り方に関する原則について述べる。パンデミックにおける専門家の役割は、リスク評価など科学的根拠の下に、対策につき政府に提案をすることである。しかし、感染症の場合は、そうした科学的根拠が常に存在するわけではなく、専門家はそうした場合でも、一定の見解を提示することが求められてきた。

一方、政府の役割は、専門家からの提案について、その採否を決定し、その理由について人々に説明し、実行することである。政府もまた様々な不確実性や多様な価値がある中で判断を迫られることになる。

そのため、透明性のある科学的助言システムを構築し、人々からの理解と信頼を得ることが極めて重要になる。

この図は、政府における主な専門家助言組織を示したものである。脇田先生が座長をしているアドバイザリーボードが、感染状況などのリスク評価を行う。一方、新型コロナウイルス感染症対策分科会は、アドバイザリーボードのリスク評価を基に、政府に対し、対策の方向性について提言を行う。ちなみに、真ん中にある基本的対処方針分科会は、政府からの諮問に対し専門家の意見を述べる会議体である。

専門家助言組織と政府の関係については、5つの問題があったと我々は考えている。

1つ目、これまで専門家は70本近くの提言をしてきたが、こうした提言に対し、政府からその採否、判断理由、実行状況などが必ずしも十分ではなかった。

2つ目、専門家がリスク評価を行う際に必要な調査研究課題の優先順位の決定、研究全体の調整・統括・支援する仕組みが脆弱であった。

3つ目、助言組織の設置要綱が極めて簡略で、諸外国では一般的である専門家の免責事項などは記載されていなかった。また、調査研究支援の仕組みも不十分であったことなどから、助言組織の構成員に過重な負担がかかったことは事実である。

その他、国と自治体との役割分担などの不明確さ、あるいは地域によって公衆衛生の専門家の不足なども課題であったと思う。

- 検査について。2009年の新型インフルエンザ流行後の総括会議報告書ではPCRを含めた検査体制の強化が提言されたが、実行されないままCOVID-19のパンデミックを迎えた。流行当初は、感染研、地方衛生研究所が中心となって検査を担当したが、流行が拡大し、検査の拡大が遅れた。それゆえ、今回の流行直後から、助言組織からは頻回に検査体制の強化の提案がなされた。

しかし、当初はキャパシティが限られている中で、いかに検査を効率的に行うかを考える必要が生じた。次第に検査への期待と検査体制への不安が高まる中、政府にも検査体制の強化の必要性は十分認識され、キャパシティも増えてきた。しかし、残念ながら検査体制を強化する責任体制が不明瞭であり、増強のスピードは遅かったと考えている。

流行が進み、全ての人を定期的に検査すべきとの考え方、あるいは感染リスクに応じた検査が必要との考え方など、様々な意見が出てきた。

しかし、検査の目的についての議論は十分に行われず、検査体制の大きな戦略がすぐには定まらなかった。

このため、2020年7月にコロナ分科会では、「検査体制の基本的な考え・戦略」を示した。しかし、こうした議論はもう少し早く行われるべきであったと考えている。また、残念ながら、この戦略はすぐには浸透しなかった。

次に、医療について。パンデミック以前から、我が国の医療は国際的に高い水準にある。このため、検査のキャパシティが極めて限られていた流行の当初でも、感染者の探知、診断、治療が可能だった。

しかし、COVID-19流行拡大に伴い、次のような特徴も浮き彫りになった。例えば、日本は超高齢社会に最適化するように、介護や生活支援に力点を置いた病院群を増やしてきた。また、病床数は多いものの、病床数当たりの医師や看護師は非常に少なく、急増する重症者に対応しづらいという特徴もある。さらに医療機関は様々な設立母体があり、国や都道府県による一律の調整が困難であった。

2009年の新型インフルエンザ流行後の総括会議報告書では、国が基本的な方針を示した上で、都道府県ごとに必要な医療提供体制を検討すべきと提言されていたが、必ずしも実行されてこなかった。このため、患者急増に対して十分に対応し切れない状況が発生した。

様々な困難があったが、関係者の努力により「診療の手引き」が迅速に作成され、早期の段階から治療方針が全国に浸透したことは評価されるべきだと考える。

一方、医療提供体制については大きく3つの課題がある。

まず、COVID-19診療と一般診療の関係について。流行当初は、COVID-19診療に参画する医療機関が限られていた。また、急速な感染拡大により一部の医療機関に過度な負担が生じ、救急においても一般診療が制限されたりした。しかし、どこまで一般診療をCOVID-19のために制限するのかの基準は、政府から示されなかった。

次に、高齢者施設については、流行が拡大し、当初想定されなかった高齢者施設内での療養も必要となり、感染予防、発生時のまん延防止、また療養支援のニーズが増大した。しかし、高齢者施設によっては医療従事者が十分におらず、行政による医療と福祉の連携も不足していた。

最後に、臨時の医療施設について、効率的な役割を果たした施設もあったが、人材確保と実際の医療提供に関する準備が全く不足していた。

- 今後求められる方向性について。まず、緊急時において、政府や自治体には迅速な意思決定が求められる。普段から情報収集、意思決定の仕組み、役割分担などを明確にしておく必要がある。

次に、緊急時に意思決定した政策内容やその理由について市民とコミュニケーションするのは政府の役割である。人々に納得して協力してもらうために、政府は専門家を活用してコミュニケーションの体制を強化する必要があると思う。

さらに、基本的対処方針など、政府の実行状況について、人々にとって分かりやすい形でモニタリングする仕組みも必要だと思う。

パンデミックに適した科学的助言システムについては、諸外国の例も参考にしながら構築すべきだと思う。

具体的には、まず政権交代があっても維持される必要がある。また、地域の感染症対策をつかさどる地方自治体にも同様の科学的助言システムが必要である。さらに、高度な調査研究の支援ができる事務局機能の強化や、外部の多様な学術団体や人材と連携できる仕組みづくりも求められていると思う。

- 最後に、パンデミックに強い検査・医療提供体制を整備するためには、以下の3つのフェーズでそれぞれに課題がある。

まず、パンデミックの準備においては、例えば検査体制の強化と維持、一般診療とのバランスに関わる政府方針の策定、健康危機管理と感染症医療に関する人材育成などが必要である。

次に、パンデミックの初期の対応では、検査の拡大に関する責任の明確化、対応する医療機関へのリソースの優先配分、臨床情報収集と検査実施体制構築の支援が不可欠である。

最後に、流行がまん延した状況においては、一定の医療機関が専用病院に転換できるシステムの稼働、広く一般医療機関が診療に参画する体制の強化、高齢者施設や在宅診療に対する自治体及び医療機関による支援の強化が必要と考えている。

- 我々人類がアフリカから移動して、動物の病気であった天然痘とか麻疹、こういったものが人に感染するようになった。そして、大航海時代に、これらのウイルス感染症が旧大陸へ、そして梅毒は旧大陸から新大陸へ持ち帰られた。その後、ジェンナー、コッホ、パストゥールなどの研究者によって研究が進み、ワクチン等ができた。そして、1980年にWHOは天然痘の撲滅宣言を出した。

しかし、現代においてエイズ、SARS、ジカ熱、MERS、そして新型コロナウイルスといった感染症の発生に直面している。これは人の移動、環境破壊、人口密集、生活習慣、医療行為などによって感染症が発生することを示しており、都市化とグローバル化によって感染症が急速にまん延するようになった。

人に感染する感染症の多く、60%~70%は人獣共通感染症である。もともとは動物の病気が、人に移るようになったということである。そして、我々は人の健康だけを見ればいいと考えがちであるが、野生動物を含めた家畜、動物の健康、そして環境が健全であるという、いわゆるワンヘルスが非常に重要になってくる。人的要因、気候変動、森林伐採、密猟、それから薬剤の対応によってワンヘルスが乱れた結果として、いわゆる人獣共通感染症が発症していると考えている。

これは厚労省が検討中の重点感染症の暫定リストである。Group A、Group B、ほとんどがRNAウイルスで、最近、サル痘あるいは天然痘というDNAウイルスも問題になりつつある。下のほうは米国NIHがリストアップしているパンデミックポテンシャルのウイルスで、全てRNAウイルスが挙がっているので、恐らく重点感染症のターゲットはRNAウイルスになるだろうと考えられる。

RNAウイルスというのは非常に変化、変異をする。そして均一なウイルスではなくて、非常に不均一な集団として動いている。これはなぜかという、DNAに比べてRNAの複製酵素は非常にエラーが入り、100倍~1万倍、複製するたびにRNAウイルスはDNAウイルスに比べて変異が入ってしまうということである。C型肝炎はRNAからできているが、10個のうち1個は変異を持っていることになる。

そして、変異が入って、本当はそれ一人では生きていけないウイルスは、ほかのウイルスがあるとそれによって助けられて、何とか命をつなげていけるということである。ウイルスはこういうふうにヘテロの集団で、それが複製するたびにどんどん変異が入っていく、こういうものである。

なぜこういう戦略をRNAウイルスは取るかという、変異が入り過ぎると重要な情報が失われてしまうので生存できないが、変異が入っている集団を持っていると、環境変化、例えば中和抗体とか薬剤に対してある一定の集団がやられても、ほかの集団が耐性を示して生き残れることになるわけである。そのため、RNAウイルスはできるだけぎりぎりのところまで変異を入れた集団として複製している。

これは小児麻痺のウイルスだが、1回の複製に大体1.8個の変異が入る。これがぎりぎり、薬で2個の変異が入るよう誘導するともう生きていけない、ぎりぎりの崖っぷちで彼らは生きている。

反対に、RNA複製の精度を上げてやる。これはポリオ、小児麻痺のウイルスを接種するとこういうふうにマウスが死ぬ系があるのだが、複製の酵素の1アミノ酸、64番目のグリシンをスレオニンに変えてやると、その精度が少し上がるのである。精度が上がるとヘテロの集団ができにくくなって、この小児麻痺のウイルスはマウスを殺せなくなる、いわゆる弱毒化することが分

かっている。

このようにRNAウイルスはどんどん変異する。インフルエンザウイルスは8本の遺伝子を持っていて、それが組換えを起こして組換えウイルスができるということが知られている。

今回のコロナウイルスは、武漢から出て、アルファ、ベータ、ガンマ、デルタ、そしてオミクロンという変異ウイルスが出てきているが、ウイルスに感染していない細胞が武漢型のウイルス、デルタウイルスに感染すると細胞はぼろぼろになるが、オミクロンは非常にマイルドな病状を示すということが分かっている。このように、RNAウイルスはどんどん変異を起こしていく。

一番問題なのは、これが変異をする予測は非常に困難である。感染症対策は国家安全保障、国家防衛の要である。感染症対策は、基礎研究の推進によるエビデンスの構築と正しい情報発信がキーとなるので、基礎研究の充実と人材育成が非常に重要であるというのが我々基礎研究者からの提言である。

最近、SCARDAができて、ワクチン拠点の公募が始まっているが、感染症研究を底上げするため平時から感染症研究体制を強化して、人材を育成して、感染症の長期的なモニタリングをやるということで、北大、東大、阪大、長崎は、感染症教育研究拠点連合をつくっており、長崎にはBSL-4、感染研にもBSL-4がある。さらに、北海道や関西にも、もう少しBSL-4施設が重要だと考えている。それから、この4つの大学は海外拠点、中国やベトナム、タイ、アフリカに拠点を持っていて、疫学調査をしており、さらに国外のBSL-4施設に研究者を送って共同研究をしている。このように平時から感染症研究を支援し、研究者や政策担当者を育成することが非常に重要である。

そして、一旦有事になると、司令塔の下に研究開発の支援、開発・生産体制の強化、医療従事者の確保といった、産学官の密な連携によるオールジャパンの取組が非常に重要であると思う。

我々基礎研究者からすると、今回のコロナのパンデミックで遺伝子の大臣確認申請に非常に時間がかかった。そこも改善してほしいと思うし、製薬企業からは、プル型のインセンティブを何とか強化してほしいということをよく聞いている。

日本では基礎研究が遅れているとよく言われるが、それなりに多くの研究者が頑張った。特に今回目立ったのは、非常に若手の研究者、30代~40代の研究者がコンソーシアムをつくって、東大の佐藤先生を中心にしてまとまって、一流誌にたくさんの論文を公表している。また、北大や塩野義のグループが下水調査の社会的実装をやっている。

ワクチンはいろいろ批判があるが、いろいろなところがいろいろなモダリティのワクチンを開発している。そして、治療薬もこういったものが作られている。

こういった取組をこれからも継続的に支援することが非常に重要だと考えている。

日本は研究費が圧倒的に少なく、特に感染症の研究費はアメリカの100分の1、中国の40分の1、そしてイギリスの数分の1であるということであり、今回SCARDAができて予算も潤沢になると聞いているので、サポートをよろしく願います。

まとめると、人の感染症の多くは人獣共通感染症であるということ。感染症の発生予防には、ワンヘルスという視点が重要であるということ。重点感染症の多くはRNAウイルスであり、RNAウイルスは変異をする。その発生予測は非常に困難であるということである。感染症対策には平時からの基礎研究の支援、これは感染症だけではなくて、多くの基礎研究の裾野の広いサポートが非常に重要であるということである。そして、有事のときには産学官の連携が必須であると考えている。

○ 1つ気になるのは、本当に情報が現場から集まってきたかどうか。私が聞くところでは、個人情報保護法の制約で自治体から情報が必ずしも提供されない。疫学情報だけでなく、ウイルスゲノム変異の情報もなかなか研究者に提供されない。感染研には情報が上がってくるけれども、第三者提供の制約があったと聞いている。今の情報収集のあり方について意見を伺いたい。

○ 2つの側面があると思う。現場の情報が上がっていなかったかということについては、1点目は、現場のいろいろな疫学者、現場で頑張っている保健所の人、行政の人、この人たちとは我々はしょっちゅう連携をしていた。毎日曜日に現場の人とも話しているし、保健所の人とも、そのようなところでは、非常にすばらしいコミュニケーションができていた。

しかし、我々専門家が非常に強いフラストレーションを感じたのは、いわゆる個人情報の扱いが地方自治体によって異なるために、専門家が必要とする情報がほとんどなくて、専門家はむしろマスコミに出た情報をまとめてグラフを作ることがあったぐらい、各自治体間、あるいは自治体と国とで必要な情報が迅速に集まらなかったというのは、今回最も課題の1つだったと思う。

○ ゲノムのほうだけではなくて、我々はデータの収集に非常に課題がいろいろあったと考えている。サーベイランスの体制というところにもつながるわけであるが、これまでHER-SYSによって全数把握ということで、臨床的な報告に基づく感染者のカウントをやってきたが、これだけではやはり十分ではなく、また、医療機関あるいは医師の方に届出で非常に負担がかかってきた。

保健所にも負担がかかってきたということで、重層的なサーベイランス体制の構築、これは定点観測や、先ほど下水のサーベイランスという話もあったが、そういったことも必要になってくる。それから、地域のサーベイランスの担当者を育成していくといった情報収集のシステム自体にも強化をするべきところがあると考えている。

ゲノム情報が感染研から出なかったのではないかという話があったが、データバンクの問題があり、本来であればウイルスの遺伝子情報というのはジーンバンクに登録して、それがパブリックに利用されるということなのであるが、コロナウイルスのゲノム情報をインフルエンザのデータバンクであるGISAIDに集約していこうということになり、ジーンバンクのほうには二重には登録をしないでくれというようなことがあり、GISAIDのほうにアクセスできないような方からは、なかなかアクセスができないというようなことを言われたということで、決して二次利用させなかったわけではなくて、テクニカルな問題があったのだろうと考えている。

- 政治的決断と科学的判断を分離すると考えたほうがいいと思うが、そのときの科学的判断というのは必ずしも一本化する必要はないと思う。例えばA案とかB案があるみたいな形で提案するというのはあまり現実的ではないのか。

それから、一本鎖RNAウイルスということは、コロナウイルス感染が広まった最初の段階から分かっていたことなので、変異が次々と起こって、いろいろな感染のウェーブが長期にわたって続くというのは、最初から予想できたのではないかと思う。それを社会にアナウンスするということは、社会不安をもたらすのでやめたのか。

- まず、共通理解が必要なのは、アドバイザリーボードと分科会は先ほど申し上げたように違う機能である。アドバイザリーボードはリスクを評価する。分科会はそれを基に政策の案を政府に提案する。そういう中で、政府に提案するものを1つに絞る必要はないのではないかということについて、今まで2年以上、いろいろなフェーズがあって、例えば分科会が5つの場面をある程度根拠を持って出した。分科会は社会経済の人も入っているから、このときは社会経済の人も入って、これがコンセンサスだったのである。コンセンサスであったものを、わざわざ選択肢を出す必要はほとんどない。みんながアドバイザリーボードでもむし、社会経済の人もこれでいいと、ステージの考え方とか、5つの場面だとか、今まで出してきたものは、ほとんどそういうプロセスを経てきた。

ところが、社会経済と感染対策をどう両立させるかということについて、

この1～2か月、専門家の間でも違う意見が出てきて、もちろん透明性があって活発に議論する会議であるので、それでコンセンスができればいい。しかし、できない場合は、こういう意見もあった、ああいう意見もあったという複数の選択肢を政府に出した。

今もいわゆる社会経済と感染対策をどう両立させるかというのはいろいろなオプションを考えて、これを1つにするのはなかなか困難で、そういう場合には、こういうオプションがある、ああいうオプションもある、こちらのほうがより意見が多かったということはあるかもしれない。あえて1つに決めるという必要はないし、するべきではなくて、そういう場合には、それを基に最終的な判断を政府がするべきだと思う。

- コロナのウイルスの変異を見ていた。先ほど話があったとおり、RNAウイルスは変異が次々に起こる。しかし、このコロナウイルスというのは、実はRNAウイルスの中ではそれほど変異が速いものではなくて、実際に計測していても、2週間に1回、1か所というペースで起こっていくということで、それほど速いペースではなかった。

コロナのパンデミックは今回初めてで、いろいろ予想がつかないことが起きたというのは事実であり、アルファ株、デルタ株というのはある意味予想の範囲内での抗体と抗原反応に基づく進化であったが、オミクロン株の出現はウイルス学的には非常に特徴的で、武漢のウイルスから突然分岐したものが、2週間に1回というペースをいきなり1年ぐらいジャンプするようなスピードで現れてきたというところで、ここはこれまで予想がつかなかったと申し上げざるを得ないと思っている。

- この波がずっと続くだろうという予想は、当初は持っていなかったのか。
- 波が繰り返されるかどうかということに関して、必ずしも申し上げてこなかったということは、そのとおりだと思う。
- これまでのコロナウイルス、例えばSARS、MERS、特にSARSはあっという間に消えて、恐らく最初ウイルス学者は、コロナウイルスが出たと言ったら、そんなに長く続かないだろうという考えを持っていた。先ほどの話のように、オミクロンみたいなものが出て、こんなに感染力が上がってというのは、想像もしていなかった。
- 専門家助言組織の在り方の議論があったが、2020年6月段階で、専門家会議の構成員一同が、レポートをまとめている。そこで、専門家が前のめりに

情報発信をしていたということ、反省と共に総括されていたと思うが、むしろ、それ以降のほうが、専門家が前のめりに情報発信をしていた場面があったのではないかという印象を持つ。

振り返ってみて、2020年6月以降も前のめりだったことはないか、もしそうであったならばその理由、もしくはどうであったか教えていただきたい。

2点目、我が国のCOVID-19対策が感染者数をなるべく抑えるということが書かれているが、新型インフルエンザ等有識者会議、もしくは2013年に発表された政府行動計画では、感染拡大の抑制は、流行のピークを遅らせ、医療体制の整備の時間を確保するためと議論されていた。しかし、2020年以降のCOVID-19対策では、あまり医療体制の整備というものがなかなか進まなかったような印象を受ける。

ここで、なぜこの10年間でパンデミック時の医療提供体制の整備が十分に進まなかったのか。これからどうすればいいか具体的な提案があれば、ぜひ教えていただきたい。

- 前のめりの件は、2020年1月、2月の頃、政府は、政治家も官僚もクルーズ船のことで手いっぱい、それは我々専門家の目にはっきりと見えて分かっていて。その頃、当然国としてもこのウイルスにどう対処したらいいのか、何が分かっているのかという情報発信をしたかったと思うし、すべきだったと思うけれども、政府にはなかなか時間的余裕がなかった。

その頃、我々はこの病気の深刻さを認識していたので、専門家の間では、厚労省から来た質問にただ答えるというだけでは、我々専門家の責任を果たせないのではないかという思いが極めて強くなった。このため、この病気はどのようなリスクがあるのか、何がわかって何がわからないのかなどの全体像を発信して、厚労省としっかりと連携してやるべきという意見が強くなった。

普通は専門家がテレビの前で記者会見をやるということはないが、そういう経緯で始まった。そうするとその後も何度も記者会見を要請され、普通はしないことをやったという意味での前のめりで、専門家は当時この感染症のリスクについて語っていたと思う。分科会になると社会経済の人が入る。専門家会議の一つの反省は、医療の人たちだけが言うから視点が限られているのではないかということで、社会経済の人を入れた。そういう中で5つの場面だとか、飲食がどうしてリスクが高いのか、重点措置などもやったほうがいいのではないのかという提案を分科会になっても頻繁に行った。提案することは我々の仕事である。したがって多く提案したことを前のめりとは思わない。

むしろ、1つの教訓として共通理解すべきことは、どうしても我々が提言をするという意味で前面に出ざるを得なかったが、政策の最終決定について

専門家が決めたということは今まで一度もない。ただ、冒頭に申し上げたように、国のほうは国のほうで、大臣、官僚群の忙しさ、本当に懸命になっているのを我々は知っている。それに敬意を表しているが、本来は専門家の意見に対して、これを採用するかどうか、あるいは採用しないのであれば、説明するということがあればよかったが、そのことが基本的になかったために、何となく専門家が決めているのではないかという印象があったのではないかと思う。我々がマスコミに出て話すことを前のめりだというご意見に対しては、提言の内容やそのもとになる考えについてなるべく丁寧に説明するのが我々の仕事、責任であるという思いでやった。ただ、一つ課題は、我々が提案するのは役目であるから、最終的には国が採用するならば採用するとはっきり言うという場面が必ずしもなかったということが課題だと思う。

それから、分科会も再三再四にわたって、医療の強化ということについては提案をしてきた。国のほうも、医療界のほうも、このことは認識していたと思うが、1つは2009年の新型インフルエンザのときに、2010年に金澤先生が座長になって、十分な統括会議をやった。この会議と一緒にことをやった。

その会議では、医療のことも、検査のことも、政府と専門家の役割分担、あるいはリスクコミュニケーションのこと、今課題になっていることがほとんどカバーされていた。その中で、残念ながらその提案が政府にとって実行されなかった、そこは幾つか客観的な理由があると思うが、1つは政権交代が頻繁にあったこと、それから災害があったこと、そういうことがあって、今回のコロナはハンディーキャップを背負って始まったと言ってよい。韓国とかほかの国は、SARSとかMERSの直接被害をかなり受けたが、日本の場合にはそれが幸いにもなかったため、2010年のすばらしい総括のレコメンデーションがほとんど実施されなかった。全体として見て、日本の医療はそもそも高齢者医療に寄っているのも、ここは人材の問題もあるし、細かいことは書いておいたが、かなり根本的な発想の転換をそろそろする時期に来ていると思う。

- 政府と専門家会議の役割分担が重要と認識している。今回国民から見て、専門家会議の役割の重要性を痛感したと思う。専門家会議の在り方は感染症のフェーズによっても異なってくると思うが、今回、途中で社会経済学者が加わるなどあったが、専門家会議のあるべき体制をどう考えるか。

コロナ禍で政府や専門家の方々からの国民への情報発信があった。政府の主要な意思決定については、混乱を招かないようにワンボイスであるべきだと思うが、今回、科学的根拠のあるデータをベースとした専門家の意見発信に助けられてきたところがある。一方、例えば各種メディアに様々な医療関係者が出て、様々な情報を出したということが、混乱につながった面もある

のではないかと思うが、危機時の国民とのコミュニケーションという点で、ご経験を踏まえた次なる備えとしての教訓を教えてください。

最後に、専門家会議とは別に米国のCMOのように、総理や担当大臣に直接アドバイザーとして科学的助言、医療的助言ができる制度、ポストが必要だと思われるか。医務技監など行政のライン上のポスト等は上司、部下の関係になってしまうので、ガバナンス上、機能しない面も出てきてしまうのではないか。こうした点についてもコメントいただきたい。

- まず、助言組織の在り方については、資料の8ページにかなり詳しく書かれている。

それから、ワンボイスについては、多くの方がいろいろなことを語るのももちろんいいことだと思うし、多様な意見をいろいろなところでやるのは民主主義の非常にいい点だと思う。それと同時に、先ほど申したように、専門家はリスク評価に基づいて分科会が提言するが、最終的にその提言を採用するかどうか、基本的なリスクの管理は政府の役割だと思う。いろいろな人の意見を聞いたけれども、政府は最終的にはこう判断するのだということがないと、専門家は別に選挙で選ばれているわけではないので、あの専門家、この専門家ということになったところがあると思う。政府はいろいろなことを聴くメカニズムを持っているので、最終的にはここは判断、決断、説明が求められると思う。

もう一つ、最後の質問は、直接総理とかにお話をする機会があればということだが、今回、専門家は3代の総理にお仕えし、総理にお話しする機会があった。総理はほとんどの場合、よく聞いてくれた。それは官僚群を通しての場合もあるし、直接のこともあった。

政府では司令塔という言葉が使われているが、司令塔で一番大事なディシジョンメイキングにおいて非常に重要なのは、しっかりした情報の分析と判断ができなければいけないことである。効率的で、しかもそれが透明でなければいけない。そういう意味では、政府のどこかに、もちろん政治家がトップになって、その下に官僚群がしっかりいて、専門家のコアの人がいて、ただ、そこだけでは、それこそ民間企業の人には外にも優秀な科学者がいるから、そのコアの人たちがリンクできるようなシステムをつくっていて、それで分析をする。それで決まったことを政府がしっかり説明する。それと同時に、実行したかどうかのフォローアップも大事である。どこまで実行したのかどうかというフィードバックをかけないといけないので、そういうことが司令塔の最低必要な条件だと思っている。

- 1点追加させていただくと、例えば指摘のあったアドバイザー等の各国の

科学的助言組織の在り方は34ページの資料8にも書いてある。一長一短というところがあるので、その上で我が国にどういった形態が適しているかということになるかと思う。

その上で、我々が経験したところでの課題ということで、17ページには今後の方向性、つまり専門家が平時においてもリストアップされて、いざというときにはすぐに集まれるような体制をつくるということと、もう一つ大きな教訓は、国の専門家だけではなくて、こういった感染症では地域の感染状況は非常に違うので、きちんと助言をできる専門家の助言組織が各自治体、地域において機能するということが重要だと感じた。

- まず1つ、感染の当初は感染症の専門的な医療機関で診ていかざるを得なかった。ただ、徐々に感染が拡大する中で、特定の医療機関に非常に負担がかかった。そして、対応病院が過重労働の状況になって大変な状況になり、保健所も相当ひっ迫した。そんな中、ずっと問題意識を感じてきたのは、もう少しプライマリ・ケアの体制を整え、日本にある10万の診療所のうち内科系の診療所が6万あるのだが、そういったところが公衆衛生の役割、あるいは急性期医療の一部を担うようなことをもう少し進めるべきではなかったのかという感想を持っている。その点に関して、先生方が2年間対応してきた中で、こういったような感じで見えていたのか。そして、そこが一般医療の課題ということでプレゼンされた部分とも通じるものなのかという点を1つ教えていただきたい。

もう一つは、その中で自然と出てくると思うが、公的医療機関と民間医療機関の役割分担である。どうしても国からの命令、指示という形で動かせるのは公的医療機関であるが、民間医療機関はどうか。民間といっても国民皆保険の中で相当公的資金、いわゆる税金等が入る中で運営している。そのため、もう少しそこにある程度の義務とか役割をきちんと明記していくべきだったのではないかと感じている。

実際に政府や自治体からいろいろな要請がたくさん出ても、民間医療機関で動かないところに特にペナルティーはなかったので、対応した医療機関とそうでない医療機関に違いというか区別が相当あり、一部の医療機関にかなり過重な負担がかかったと考えている。そのため、公的な医療機関と民間の医療機関の役割に関して、今後の方向性をどう考えるか、以上2点を教えていただきたい。

- 資料18ページにも書いたが、特にオミクロン株になって、感染症指定医療機関だけでは患者の受入れは当然無理なわけで、徐々に一般医療機関にも広げていく。その中で、プライマリ・ケアという名前はともかく、感染症は総

合診療、全身疾患であるから、どうしても日本の場合には専門医機構というものがあつたりして、それはそれで非常に重要である。専門医に対する極めて高いニーズが縦軸だとすると、横軸は全身を診られる総合的な、総合医というのは実は感染症を結構得意にする。そういうことで、プライマリ・ケアの学会の先生たちを含めて、幅の広い総合診療能力を持っている人たちは、開業の先生でも随分参加していると、はっきりしたエビデンスはないが、そういう情報が私のところに入っている。

それと、公的医療機関と民間医療法人もともに、実際問題として現場の人たちは一般医療で精いっぱいになっていたわけである。これはもうかなり厳しかった。その上に、法律で運営について規定がある国立病院機構やJCHO等は国あるいは総理から何とかしてくれと言われれば、現場の人に我慢してくれということやれることはすべてやった。そういう法律もあり、今回、法律が活用された。

しかし、民間のほうはそういうことがなく、民間の特性がある。今までの日本の医療の成り立ちも踏まえて、公的とは違うが、何らかの形でいざとなったときには参加できるようなメカニズムを考えておくということは大事だと思う。

- 2010年に既に本会議のような新型インフルエンザ対策総括会議というものが開催され、報告が出されている。その中では、検査体制とか医療提供体制についての問題点も的確に指摘されて、改善すべきという報告がなされているということだが、結局10年たって改善されていないということで、提言されたものが着実に実行されたかどうかというモニタリング機能が決定的に欠如していたのではないかと感じた。

本会議もいずれ提案がまとまるということであるが、その際に、どういう立場の人がモニタリングを今後きちんとやっていくのかということを決めることが非常に重要だと思うが、そういった考え方でよいか。

- モニタリングは、政府の内部のPDCAサイクルで当然やるべきだと思う。今回も政府は感染対策に本当に頑張っていたで、自治体も頑張っていたと思う。基本的対処方針では政府が自分で約束、それと都道府県に要請したことのかなり精密なことが書かれていた。多くのことは実行されたと思うが、それをモニターするための定期的なメカニズムが存在しなかったので、約束したことが実行されたかどうか明確にされなかった。先ほど、サーベイランスの話なども出てきた。しかし、なかなか実行されないところもあるので、ここをモニターすれば、どこが進んでいないのか分かる。そうしたらそこにリソースを投入できる。こういうサイクルがシステムとしてだんだんと

できていけばいいのではないかと思う。

- 検査のことをお聞きしたい。流行が続いて、ウイルスも変異し、感染様式も病態も変わるということになれば、検査体制の強化が必要だと思う。最初は試薬が足りない、MERSの経験がなかったのでPCR検査体制を構築するのが難しかった。そこは分かるが、その後、検査のキャパシティが増えて民間検査が発達していった。民間検査は今も重要な役割を担っているが、対策の管轄外である。

正規の検査は医療機関と保健所による行政検査であって、民間検査あるいは今行われている無症状者のPCR検査は、対策の中に十分に組み込まれていないと感じている。データもほとんど公表されておらず、陽性者のフォローアップもされていない。

最近の無症状者のPCR検査件数と陽性数を、東京都と静岡県は公表しているが、東京の場合、第6波のピーク時は無症状PCR検査の9%が陽性だった。第5波では0.3%だったので、この数字は異常に高い。静岡県も8%である。ほかの自治体はデータが見えない。そういう状況から、民間検査や無料PCR検査の位置づけをどう考えるか。そもそも検査キットの品質は大丈夫なのかということまで含めて、検査戦略についてご意見をお聞きしたい。

- 検査の課題については、資料でも述べたとおりだが、御指摘の検査キャパシティの拡大がなかなかという話と、それから民間検査等の検査制度のことである。

当初から、検査制度の確立、確保というのは非常に問題であり、当然、当初は感染研で検査体制、検査方法を開発して、まずは地方衛生研究所や検疫所にそれを広げて、さらに民間検査の会社等にもその方法をお伝えする、あるいは民間検査会社が開発するための試薬等も我々から供給して、開発の補助、促進をするという形で徐々に広まってきたが、検査の拡大については様々なハードルがあったということも述べさせていただいた。

今回の無症状者のPCR検査については、本当に無症状の方だけが検査を受けていたかということに関して、我々は十分に分かっていないが、かなり陽性率が高い、それから通常の行政検査の陽性率もかなり高いということであるから、それはかなりのまん延状況にあるということとともに、かなり事前確率が高い人たちが受検をされていたということにも依存しているのではないかと思う。

検査の拡大については、当初はもちろん行政検査から始まるわけであるが、その後に民間検査を確立・拡大していくというメカニズムをしっかりと平時から準備していくことが必要であろうと思っている。そのため、まずは行政

検査のところで感染研と地方衛生研究所における検査体制の確立、強化、維持が必要だということは、新型インフルの総括会議報告書でも言われていたことから、まずはそこを維持するということ。それから、民間検査の精度管理もしっかりメカニズムを拡充していくこと。それは御指摘のとおりだと思っている。

- 感染対策全体における民間検査とか無料検査の位置づけはいかがか。これを対策の中に取り込んで、全体として見ていくべきではないかと思うが、そこが弱いように見える。

- まず、検査については厚労省も国も最初の頃から必要だということだったが、さっきハンディーキャップを背負ってコロナ対策は始まったという話を申し上げたが、最初の頃は、検査のキャパシティが弱かったので、重症化しやすい人を優先したということがあった。しかし、専門家は、本文の資料5を見ていただければと思うが、これは2020年の最初の頃だけではなく、この後も再三再四にわたって、こういう検査拡充の提言をしてきた。

今の質問は、民間の検査体制がどういう位置づけになったのかというのは、当初、一部の人は無症状者でも全員やったほうがいい、一部の人はもっと戦略的にやったほうがいいと、かなり世の中が混乱した。そういう中で武漢からの報告があった2月の5か月後の7月16日、厚労省や、経済や社会の人とも相談し、かなり知恵を絞って提案したのが、検査体制の基本的な考え・戦略であった。これは2020年であるから、まだワクチンが接種されていない。この提案につき、簡単に説明する。

有症状者について検査するのは、当然そう。無症状者を②a、②bの2つのカテゴリーに分けて、aというのは感染リスク及び事前確率の高い人、感染対策上非常に有効だということは論理的にも分かっていた。

- 検査をした結果をどう対策に取り込むかが重要ということである。
- 検査の結果をどう対策に取り込むかについては、②bについては検査が陰性であればビジネス旅行やイベントの開催に活用できる。ただし、その時点では検査のキャパシティが今に比べて限られていたので、②bについては民間のお金を使ってくださいというのが当時の我々の提言だった。そういうことを7月の時点で我々はお示ししたということである。

検査の感染対策上の意味については、②aのほうは直接、実行再生産数の減少に貢献する。②bのほうは、イベントだとか人々の行動、ビジネス、あるいは海外旅行に役立つので、当時は民間でやってくださいということを申

し上げた。

- 感染症法の措置の中に、積極的疫学調査は行うとされているが、定点観測のようなサーベイランスはしないという位置づけになっている。二者択一ではなくてうまく組み合わせたらよかったのではないかと思うが、いかがか。

- 定点観測のことは、専門家の間でも、厚労省とも、1年以上前から、感染症対策におけるサーベイランスは1つだけではできない。全例ではなくて重点的に定点サーベイランスをやる。定点サーベイランスの中でも症候群サーベイランスみたいなものもあるし、病院を決めてやる、あるいは先ほど話があった下水サーベイランスをする、このように複合的にやることが実は求められているが、なかなか動きが悪かったという事実はあると思う。