

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） 議事録

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
	宍戸 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 議事録

○事務局 それでは、ただいまから会議を始めさせていただきます。

ただいまから第1回「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」を開催いたします。

本日は、政府側より山際大臣、黄川田副大臣が出席しております。

また、宗清政務官はウェブにて出席しております。

開催に当たりまして、山際大臣から御挨拶をさせていただきます。

○山際大臣 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なりません。

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。

○事務局 ここで、報道の皆様には御退室をよろしくお願いいたします。

(報道関係者退室)

○事務局 本日は、秋池構成員が御欠席でございます。

構成員の皆様のお手元のタブレットには、今回、紙にてお配りしております資料に加えまして、公表資料を取りまとめた参考資料集を保存してございます。こちらは非常に大部でございますので、こちらのみに保存させていただいておりますので、併せて御覧ください。

資料の目次は、資料4-1として配付してございます。

それでは、議事に移らせていただきます。

本有識者会議の座長は、永井先生にお願いしておりますので、ここからは永井座長に進行していただきますので、よろしくお願いいたします。

○永井座長 永井でございます。

それでは、よろしくお願いいたします。

早速、議事1の会議運営について、構成員の皆様にお諮りいたします。

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と思います。

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おります。

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おります。

なお、政府の会議でありますことから、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ますので、これについては、本会議の議論が終了した後、すなわち本会議の役割が終了した後に公表したいと考えております。

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いたします。

○事務局 ただいまの永井座長からの御発言に関しまして、資料2をおめくりください。
会議運営要領案を作成してございますので、読み上げさせていただきます。

1、会議は、非公開とする。

2、会議で配布された資料は、原則として、各回の会議終了後、速やかに公表する。

3、会議の内容については、各回の会議終了後、事務局がブリーフィングを実施する。

4、議事録は、本会議の議論の終了後、公表する。それまでの間、各回の会議終了後、発言者名を付さない形で速やかに議事概要を公表する。

なお、運営要領には明記してございませんが、構成員の皆様に対して取材があった場合の対応でございますが、自由で率直な意見交換をしていただくために、本会議を非公開とするという趣旨を踏まえて御対応いただければと考えてございます。

なお、御自身の発言の内容を説明される場合に関しましては、それぞれ適切に御判断をお願いいたします。

以上でございます。

○永井座長 こちらのとおりとさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。
(構成員首肯)

ありがとうございます。

では、議事2に移ります。

間内閣審議官より説明をお願いいたします。

○間審議官 内閣審議官の間でございます。

私から新型コロナウイルス感染症に対する政府の対応につきまして、そのあらましを主に資料3、資料4-2に基づいて御説明申し上げたいと思います。

御説明の都合上、タブレットも用意してございますが、紙のほうを使わせていただきたいと思います。

まず、資料3の関係でございますが、新型コロナの対応につきましては、2019年12月末に中国武漢市で、当時は原因不明の肺炎と言われておりましたが、その集団感染が発生して以降、今日に至るまで、我が国におきましても、コミュニケーションを通じて国民各層の御理解と御協力をいただきながら、対策に取り組んでまいりました。

この対応について振り返りますと、新型コロナウイルスの毒性が明らかであったか否か、あるいはウイルスが変異し、その変化する毒性に応じて機動的に対応しているという観点から、大きく4つの時期に区分できると考えてございます。

資料3の絵を見ていただきますと、上のほうに縦に4つ区分がございます。このような区分で考えてはどうかと思っております。

1番目は、新型コロナウイルスの毒性や感染力等の特性が明らかでなかった時期でありまして、時期的に申し上げますと、2019年12月末から2020年5月末ぐらいの時期。

2つ目の時期は、新型コロナウイルスの特性や感染が起きやすい状況について知見が

深まって、地域や業種を絞った対策を講じた時期でございます。時期的には2020年6月頃から2021年2月頃と区切ることができるだろうと思います。

3番目は、アルファ株あるいはデルタ株といった変異株に対応した時期ということで、2021年3月頃から2021年10月頃まで。

そして、第4期と言えそうですが、オミクロン株に対応した時期。2021年11月頃から現在に至るまでと区分することができると思っています。

それぞれの時期について、あらましを御説明いたしますが、今見ていただいたA3の資料の上の真ん中辺にグラフがございます。これを御覧いただきたいと思っています。

これのうち、グレーの折れ線といたしまししょうか、線になっている部分が、その時々の新規感染者数の実数のグラフでございます。目盛りは左側でございます。こうやっていただきますと、オミクロン株のところ非常に多くなっているのはよく御覧いただけると思います。

ただ、これですと、最初のほうの緊急事態宣言の意味合いが分からなくなってしまいますので、赤みがかったオレンジの線を記載してございます。これは右目盛りでございまして、ちょっと変わった表示になっておりまして、目盛りの間隔が等間隔ではなくて、1、10、100、1,000、1万といった対数表示になってございます。これですと、例えば2020年春のように、実質は昨今の新規感染者数からすれば、最大でも1日1,000人に満たない感染者数でありましたが、当時としては、ウイルス毒性が分からない中、オレンジのように新規感染者が増える状況にあつて、危機感があつたということがお分かりいただけるかと思えます。

なお、グラフ上に赤くなっている、網かけになっている時期がございまして。これが緊急事態宣言期間でございまして。黄色になっているところが、まん延防止等重点措置のみが発令されていた期間でございまして。地域によって、緊急事態宣言とまん延防止等重点措置の期間が重なっている部分がございますが、そのときに赤のほうに入れさせていただいております。

その上で、順次、第1番目の時期から順に御説明申し上げます。

資料自体を縦に見ていただくような形でお願いできればと思っております。

まず、新型コロナウイルスの毒性、感染力等の特性が明らかでなかった時期であります。先ほど申し上げましたように、2019年12月末に武漢市で原因不明の肺炎の集団感染が発生して以降、各国とも対応に追われたわけでございます。

我が国も、ウイルスの毒性や感染力といった特性が明らかになっていないことから、WHOとか諸外国からも情報収集するなど、国内外を問わず知見を集めながら、関係各省の緊密な連携の下で、例えば特定地域からの入国拒否などの水際対策。これはA3の資料でいくと、一番下の「水際」にそういったものが書かれてございます。

あるいはロックダウンされた武漢におられる邦人あるいはその家族を保護するというものも、下の段でいきますと「初動・特措法運用」という欄に書かれてございますが、そういったものに取り組みました。

また、下船した乗客の感染が確認されたことに端を発します、ダイヤモンド・プリン

セス号事案への対応なども行ってございます。

これは言わば国外といいましょうか、日本国内での話ではないわけですが、その後、国内で感染が判明した後は、感染者や濃厚接触者を特定し、隔離するという感染症対策の基本にのっとった対応を行っております。

その中でも、特に小規模な患者の集団はクラスターと呼ばれますが、クラスターが次の集団を生み出すことを防止する対策に注力した時期と申し上げることができます。

若干個別の話もさせていただきますと、医療面の話を申し上げますと、ウイルス毒性が判明していない段階では、医療従事者などには、特に精神的、肉体的な負担が大きく、その献身的な御努力により、治療等の対応がなされています。

同時に、医療従事者は、PPEと申しますが、マスク、ガウン、グローブなどの个人防护具で嚴重にウイルスから防御する必要がありましたが、个人防护具の主要生産国である中国からの輸入減、あるいは各機関での備蓄が十分でなく、不足を生じたことが、検査や入院外来を通じた医療提供体制の構築に影響を与えた面がございます。それが1点。

2点目ですが、下の欄でいくと「初動・特措法運用」にもなっておりますが、感染が拡大する中で、新型インフルエンザを対象としております特措法を改正いたしまして、政府は新型コロナウイルス感染症を適用対象とした上で、4月7日に初めての緊急事態宣言を行いました。最初は7都府県が対象でしたが、4月16日には全国を対象にしております。

国民や事業者に対して、基本的な感染対策の徹底に加えて、外出自粛等を要請し、働き方言えばテレワークを推奨するなどを行っております。国民各層の御協力をいただけたことから、感染状況はその後落ち着き、5月25日には緊急事態宣言の解除を行っております。この点に関連しまして、資料4-2のグラフの2ページを御覧いただけますでしょうか。緑色が東京の21時の人出、オレンジが大阪の人出を示すものですが、色が薄いかもかもしれませんが、左側の緊急事態宣言期間におきましては、いわゆる人流が非常に下がっているというふうに、皆さんが外出を自粛されたことがよく分かるところでございます。

こういった効果もあって、緊急事態は感染が収まっていったわけですが、同時に、社会経済活動への影響は大きかったと考えております。この間、第1の時期につきまして、政府は、累次の補正予算や予備費など、速やかに対応を行いまして、国民生活、雇用や事業者を守るとともに、感染症対策の強化やマスク等の物資確保に取り組んでおります。その後も、今日に至るまで必要な予算を確保しながら取組を進めてございます。これが第1の時期でございます。

続きまして、第2の時期、新型コロナウイルスの特性や感染が起きやすい状況についての知見が深まり、地域・業種を絞った対策を講じた時期。

概括的に申し上げますと、この時期になりますと、新型コロナウイルスの特性が徐々に明らかになってまいりました。

治療の対処方針なども大体確立してくるようになるわけですが、最初は封じ込めをできないかということでやっておったわけですが、諸外国の状況などから、ウイルスとの

共存の長期化が見込まれる中で、むしろハイリスクの場とかりスクの対応に応じたメリ張りの効いた対策を適切に講じることによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することを目指す必要が生じた時期と申し上げることができるかと思えます。

それを支える医療提供体制の関係で申し上げますと、これは下のほうの「医療提供体制」も御覧いただければと思えますが、医療提携体制につきましては、感染が再び大きく拡大する局面を見据えまして、都道府県が中長期的な目線で病床・宿泊療養施設確保計画を7月に策定し、備えをいたしました。

他方で、2020年の夏場にかけて、大都市の歓楽街を中心に感染者数が増加し、全国的に拡大したことによりまして、一部地域では、計画的に確保した病床が不足する事態が生じております。

2020年夏の感染拡大は、比較的重症化リスクの低い若年層を中心とした感染拡大が起きるなど、春先の高齢者を中心とした感染拡大とは異なっておりまして、感染者数だけではなくて、医療機関や保健所の負荷も考慮した感染状況の評価が必要となってまいりました。

この点に関連しまして、グラフの11ページを御覧いただければと思えます。これは、2020年の初夏から夏場にかけての療養先調整中、つまり、陽性だと分かったのだけれども、その後入院するのか、自宅で療養されるのか、宿泊先で療養されるのかについて、保健所が医師等と相談して決めていくわけですが、その辺りがすぐに決まらない人が、オレンジの折れ線でございますが、増えていったという形で、保健所業務の逼迫がこういう形で明らかになっています。これに対しての事務的な支援、あるいは全庁体制、あるいは事務委託なども進めていったということになりますが、これが一つ大きな課題となっております。

それから、8月末になりますと、政府は重症化するリスクが高い高齢者、基礎疾患がある者は、感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化すること、また、毎年秋から冬にかけてはやるわけですが、季節性インフルエンザの流行期に備えまして、検査体制、医療提供体制を確保・充実することなどを内容とする「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」を決定しております。その文書は、参考資料4-1にとじてございます。

その後であります、感染リスクを高めやすい場面に関する知見、感染リスクが高まる「5つの場面」は、専門家の方からも御提言いただきまして、そういう知見が深まる中、年末にかけて、飲食をする場面が主な感染拡大の要因となりまして、感染が拡大したと考えられたため、2021年1月、政府は2回目の緊急事態宣言を行ってございます。

それと同時に、都道府県、全国知事会からの御提言も踏まえまして、緊急事態宣言を発出するような事態とならないようにするために、その前段階で感染拡大を抑える対策の在り方などについて検討を行いました。

これを踏まえて、政府は、まん延防止等重点措置の創設などを内容とする特措法の改正案を国会に提出し、2021年2月に可決・成立しております。これが第2期の、重症者、

死亡者をできる限り抑制しながら、社会経済活動を継続するといった取組に向けた大きな動きでございました。

次に、第3番目の時期、アルファ株からデルタ株の変異株に対応した時期でございます。

この時期は、新型コロナウイルスは、定期的に一定の変異を繰り返しておりましたが、WHOが「懸念される変異株」とした、従来株よりも感染しやすいアルファ株、そしてデルタ株へと置き換わることで、急速に感染者が増加いたしました。特にデルタ株は、御記憶かと思いますが、それまでの株と比較して重症化しやすいことが指摘されておりました。

こうしたウイルス特性に変化がある一方で、新型コロナウイルス感染症への対応が1年を超えてまいっております。

これは昨年春ぐらいの時期の話でございますが、経済的なダメージを受ける業種等で厳しい状況が続いておりました。ワクチン、治療薬という新しい武器が出てきておりましたので、ワクチンや治療薬を活用して、重症者、死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を進め、感染拡大防止と社会経済活動を両立させることが課題となった時期と考えています。

個別のことを申し上げますと、この表でいくと、下段の下から三つに「ワクチン」のことが書いてございますが、この時期にワクチン接種を一気に進めていったわけであり、ワクチン接種を推進するために、ワクチンの確保、地域の実情に応じたワクチン接種体制の構築を進めておりました。

2021年2月に開始された医療従事者等を対象とした先行優先接種に続いて、4月からは高齢者の優先接種が開始され、7月末までにワクチン接種を希望する高齢者への2回目接種という目標をおおむね達成してございます。

さらに夏以降、職域接種の実施などによりまして、青壮年層への接種も進んだ時期でございます。

また、特措法の関係で申し上げますと、時期が遡りますが、昨年4月、大都市を中心に新規陽性者数、重症者数ともに増加したために、政府は、特措法改正によって創設したまん延防止等重点措置を、宮城、京都、大阪に対して最初に発出したところでございます。

しかしながら、さらなる感染拡大で医療提供体制の逼迫も見られたことから、4月25日から3回目の緊急事態宣言を、東京、京都、大阪、兵庫などに行っております。ワクチン接種は4月12日に高齢者への優先接種を開始したばかりで、まだ普及していなかったこともありまして、昨年のゴールデンウィーク・大型連休という、多くの人々が休みに入り人流の増加が感染の急激な拡大を招く懸念があったことから、飲食店や大規模施設への休業要請、イベントの原則無観客開催要請等が行われたということでございます。

医療提供体制につきましては、先ほど御説明しました、都道府県が策定した病床・宿泊療養施設確保計画を5月に見直しをいたしました。デルタ株の感染が拡大し、夏場に重症者が増加しました。

この時期は暑うございまして、熱中症患者の方が増加いたしました。それと相まって、地域によっては救急搬送の受入先が見つからない事例とか、宿泊・自宅療養中に酸素投与が必要となり、十分な医療サービスが受けられないまま亡くなる事例が発生し、コロナ医療以外の一般医療も含めて、医療提供体制の逼迫が生じたところでございます。

それと同時に、自宅や宿泊療養施設で療養する患者に対する訪問診療なども含めて、中和抗体薬を活用した治療が行われたということでございます。

また、別の話になりますが、昨年8月は、開催が延期されておりました「東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会」が、原則無観客として開催されております。

その後、9月末、政府は、夏の感染拡大の経験等を踏まえまして、「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」という方針を決定しまして、ワクチン接種の一層の進捗、医療供給体制のもう一段の整備等に取り組む考えを示すとともに、感染状況が急速に改善したことから、緊急事態措置を終了いたしております。

そして、第4期といましようか4番目が、オミクロン株に対応した時期、現在につながる時期でございます。

この時期は、2021年秋に海外でオミクロン株が確認され、急速に感染拡大し、その感染力が強いことが指摘されておりました。12月には、国内でもオミクロン株の感染者が確認され、国内に急速に感染が拡大してございます。

その後、オミクロン株の特性は、感染力が強いものの、デルタ株と比べ重症化リスクが低いことが示唆されたことから、オミクロン株の特性を踏まえた対策が求められるようになった時期と考えております。

概括的に申し上げますと、以上のとおりなのですが、もう少し細かく申し上げますと、2021年秋頃の感染状況は、御案内のとおり、沈静化しておりました。

このような中で、昨年11月、政府は、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」を取りまとめました。全体像では、夏のピーク時のデルタ株への置き換えなどによる急速な感染拡大に学びまして、今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保に努めることといたしました。また、水際においては、ワクチン接種に対する入国後の行動制限及び停止していた外国人の新規入国に係る制限について見直し、新しい入国管理制度を開始した時期でございます。厚生労働省におきましては、全体像に基づき、今度は各都道府県の保健・医療提供体制確保計画を取りまとめまして、病床について、夏のピーク時の3割増しに当たる約3.7万人分を確保したところでございます。

この点につきましては、再び恐縮でございますが、グラフの6ページを御覧いただければと思います。各都道府県の新型コロナ対応の通期の資料でございますが、確保した病床数の推移。実線が確保病床、点線が重症者病床でございます。灰色の線は、この間、一連の時期の中で、病床は確保したのだけれども、実際には今、別の患者さんが入院されていて、すぐにはコロナの患者さんに入院していただけないということがあったわけございまして、即応病床という概念を入れて、すぐに対応できる病床がまた大事だということで、グレーの線で示されるような概念を入れて調査しております。

感染の収まっている時期は、これが下がってもいいわけですが、感染が上がってくると、感染が拡大している地域では、即応病床を増やしていただくことに取り組んできておりまして、この間の即応病床の実効性を重視した対応を、バージョンアップを重ねながら進めてきたということでございます。

11月に「ワクチン・検査パッケージ制度」の適用による行動制限の緩和を行いまして、12月には感染に不安を有する者が検査を受けられる環境を整備すること等を目的に、無料検査事業に取り組んでおります。

また、11月からオミクロン株の実態等が判明するまでの間、水際における状況把握及び対応を行うために、内閣官房長官の下にオミクロン株への対応に関するタスクフォースを開催いたしました。11月末には、外国人の新規入国を停止しました。オミクロン株への警戒をしたということでもあります。

さらに、感染状況を踏まえ、ワクチンの追加接種、3回目の接種について、政府は対応を加速化しました。その一方で、翌年1月つまり今年1月であります、「ワクチン・検査パッケージ制度」については、原則として、当面適用しないことといたしました。

2022年初めから、国内での感染が急速に進みまして、連日過去最多の新規陽性者数を記録する中で、医療の逼迫度合いなども総合的に考慮しまして、1月9日から、政府はまん延防止等重点措置を広島、山口、沖縄にいたしました。その後、対象地域を拡大してございます。

オミクロン株の特性を踏まえて、その後ですが、濃厚接触者の待機期間の短縮等、あるいは高齢者施設の感染防止策、検査の徹底などを行い、全国新規陽性者数減少の動きに伴い、療養者数、重症者数及び死亡者数の減少が継続したことから、3月21日をもってまん延防止等重点措置を終了してございます。引き続き経済を回しつつ、コロナ対策を機能させる取組を進めております。

最後に、資料の下部に、今、若干言及いたしましたが、特措法あるいは医療提供体制、地域保健体制、ワクチン、物資、水際対策などの個別分野ごとに具体的な取組の抜粋を記載しております。

ただいま御説明した4つの時期及び区分よりもさらに詳細な、資料の真ん中辺に書いてある9つの区分ごとに、政府の取組を詳細に整理した資料を作成中でございまして、今後、この会議に提出できるように精査を進めてまいりたいと思います。

長くなりましたが、説明は以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、議事3の「意見交換」に移ります。

本日は初回でもあり、これまでの説明を踏まえまして、御自由に御発言いただければと思います。約1時間を予定しております。

どんな点でも結構ですので、御発言のある方はお願いいたします。

宍戸構成員、どうぞ。

○宍戸構成員 東京大学の宍戸でございます。

事務局、御説明をありがとうございました。

私は、専門が法律でございますが、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、少し考えたところを発言させていただきたい、口火を切らせていただきたいと思います。

ただいま御説明いただきました資料3は、非常によくできた資料だと思っております。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、水際というふうに、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かと思えます。

その上で、この表を踏まえてなのですが、議論する上で注意すべき点が大きく二つあると思っております。

一つは、複数の政策ないし実施と、タイミングの問題が、現実起きたということでもバンドルされているわけですが、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す。

例えばですが、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はありますが、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と思います。

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かと思えます。今、現実には、このような時間軸で起きたということがあるわけですが、本当にここは前に倒せなかったのかとか、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のかというのが一点でございます。

あわせて、タイミングの問題でいいますと、二点目に申し上げることとも関わりますが、例えば政府において政策を決定されること、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まいります。

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、現場にお伝えする時間もあれば、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ことは、いろいろとあると思えます。

そのずれが、最初は大きかったけれども、だんだん早く埋まってきたのか、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、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ろうと思えますが、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思います。

長くなっていますが、もう一点申し上げてもよろしいでしょうか。

○永井座長 はい。

○宍戸構成員 ありがとうございます。

もう一つの問題は、これも大臣からお話がありました司令塔機能の強化に関わっております。

司令塔機能については、私が研究している法学の分野におきましても、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ございます。その際、恐らく問題になっている論点が、法学の目からは二つございます。

第一は、専門知と政治・行政の関係でございます。

専門知は、現在では分科会が中心になるかと思えますが、尾身先生をはじめとして、これらの専門家の方々が、どこまで専門家としての知見を発揮していただいたのか、そのこと自体、恐らく科学的な検証に委ねられると思えますが、それをここでやるのかどうか一点でございます。

二点目は、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・行政としての御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ところがなかったかどうかといった問題です。

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りますので、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おります。

この話の二点目は、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ございます。具体的に申しますと、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おいて、お支えになっていたと思えます。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状況の中での、それぞれの行政の体制です。例えば厚労省での御関係の方々がある部門を担当し、そこにどれだけの人が張りついておられたのか、あるいはコロナ室にも、最初、どれだけの人が張りついておられて、どれぐらいの勤務量をされていたのか。これだけの大きな事柄に対応するために、どれぐ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方々のある組織であったり、数であったり、働き方について、できれば事務局において、少し数字を御用意いただいたほうが、繰り返しになりますが、司令塔機能の議論をする上で適切なのではないかと思つた次第です。

長くなりましたが、冒頭、私からは以上でございます。

○永井座長 まず、今の点について、いかがでしょうか。

○間審議官 よろしいでしょうか。

○永井座長 まず、回答を。私もその点は意見がありますので、追って次に質問させていただきます。

○間審議官 御指摘ありがとうございました。

いただいた御意見を踏まえて、資料等もできるものを用意させていただきたいと思えます。

最初に、タイミングについて、バンドルを解いて考える必要があるのではないかという点については、今後、そういった点も含めて御指摘をいただきたいと思っております。

例えば今、ワクチンの話もございましたが、我々は最大限努力したということであり、結果が全てでありますので、それを御判断いただいた上で、次はどうするか。

例えば、遅れたかどうかは別として、対応が必要になってしまったのは、海外の製薬企業と契約を結ぶ際に損失補償契約をやる必要があったのですが、新型インフル特措法のときにはそれがあったのですが、その規定が失効しておりまして、新たに法整備をしなくてはいけなかったみたいなことも、次への備えを考える大事な点かなということもありまして、そういった点も含めたこれまでの取組を御評価いただいて、我々の反省としたいと思っております。

それから、現場への対応の関係については、一般的に言えば、危機感が高まれば高まるほど、現場の反応は、各自治体もだんだんよくなっていったということだと思います。

ただ、例えば保健所業務が典型なのですが、現場に業務がものすごく多くなったとき、現場だけではこなしきれないといったときに、例えば、本庁から応援をしてくださったときに、それをすぐにおやりになった自治体もあればなかなかそうならなかった自治体もある。

あるいは、例えば、パルスオキシメーターを御自宅に持っていくことは、本当に職員がやらなくてはいけないのか、外部委託できなかったのか、それも委託したらどうですかという御提案も政府からいたしておりますが、それをおやりになった自治体もあれば、必ずしもそうではなかった自治体もある。

あるいは他の外部の専門家、保健の専門家の応援を受けるにも、受ける側の備えも必要になるのですが、そういうことに慣れていないところにおいては、そこがうまくいかなかったといったことも現実にはあったと思っておりますので、そこはかなり地域によってまちまちな状況がある。

ただ、そういうことも含めて、国民は等しく全国にいらっしゃるわけですから、そういう体制をどう考えるかというのも重要な御指摘だと思っております。

それから、司令塔の関係に関しましては、いろいろな議論があって、当初、専門家会議が立ち上がった。第1回の緊急事態宣言終了後に、今度は社会経済活動との関係がよ

り重要だろうということ、あるいはリスクコミュニケーションの観点も必要だということで、分科会という形に改組して、最終的には政府決定して体制を整えたということで、その辺りも、次を考えたときには重要な御指摘かなと思います。

最後に、政府の担当職員の数量がどうというのは、我々が日々直面しているものがありますが、どういった資料が用意できるのか、正確なものがどこまで出るかは分かりませんが、検討させていただきたいと思います。

以上でございます。

○永井座長 今の点に関して、私もかねがね問題を感じていたのですが、まず、何を対象にして行政的対応を取るかというときに、当面、急いでしないといけないのは有症状の感染者です。重症であればより急がないといけない。

しかし、我々が相手にしているのはコロナ感染症であって、重症から軽症の感染、有症状の感染者もいれば、無症状の感染者もいれば、非感染者もいます。

そこを全体としてどう取り組むかという設定が必要です。もちろん、行政としては、まずは有症状の感染者対応が求められると思うのですが、有症状、無症状、軽症、非感染の区分はダイナミックに動いているわけです。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というところをしっかりと見ていかないと、流行は収まらないはずです。

そのときに、なによりも情報を集めないといけない。ですから、行った対応の結果に関する情報も集める。そこまでは予算化されているのですが、予算化されていない部分も当然あります。例えば、無症状の感染者の辺りのダイナミックな動きは専門家の役割としてしっかりと判断していかないといけない。それが行政にも生かされるし、同時にリスクコミュニケーションとして、社会に説明しないといけないはずです。こうした対応と情報収集、データ活用、公表法、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。

確かに有症状感染者への対応は一生懸命行われ、この集団に関する情報も集まってきました。情報収集をして、国民に公表することが重要です。

昨年、コロナ対策室が無症状感染者のPCR検査事業を100万人に実施し、非常に興味深いデータが得られました。内閣官房からデータが公開されていましたが、今年から各自自治体の事業になった途端に、情報が出なくなっていました。

そういう意味では、情報の集め方、活用の仕方、公表など、しっかり方針を立てる必要があります。もちろん、個人情報には気をつけないといけません。パンデミック時に、自治体や保健所、医療機関から情報を集める、あるいは試料の流れをスムーズにするための方策が必要です。こうした問題を含めて、感染対策のために、法律、政令、通知を柔軟に活用してきたか、検証が必要です。司令塔の在り方に関係して、必要ならば法改正も考えなければならぬと思います。

それでは、菅原構成員、その後古市構成員、お願いします。

○菅原構成員 ありがとうございます。

“Panic and Neglect”という言葉がありますが、国民は危機が起こってもすぐに忘れてしまう。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るので、今回の教訓を速やかに次に生かす方策は手順を踏んで、おそらく、全て一気ににはできないと思いますが、工程表をつくり、スケジュール感を持って進めていくことが重要だと思っています。

国民の命と健康を守るのは、政府の最重要課題ですが、今回の経済活動の問題においても同様であり、経済的問題で命や健康を損ねるケース、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す。コロナ禍での政府の対応、政策は、感染抑制と経済活動の両立が重視されてきていたこと、また、国民の関心事であった。

今回の検討は1か月ぐらい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アジェンダ、検討範囲は、経済的側面や財政的側面からの検証項目が少ない、脆弱である気がします。最終的には、その中でどこを重点的にやるのかという絞り込みはかけたほうが良いと思うのですが。

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が明らかになりましたが、医療における資源配分と、先ほどから出ている司令塔機能の在り方に関しては、国民の関心や危機感も高まっているところだと思いますので、少なくとも司令塔機能は重点的にやるべきではないかと思います。

既に様々なところで指摘されていますが、今回の検討に当たり、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読みましたが、報告書の多くの教訓は今回のコロナ対策にも当てはまるもの。2010年ですから、10年経過しても、対策や体制を十分に整備しなかったのは何故なのかという理由も検証し、今回改めて次なる感染症対応をしたほうが良いのではないかと思います。

司令塔機能のところは、今、永井先生からも宍戸先生からもかなりご意見が出たので、重複しないようにと思いますが、今回、法的権限とか私権制限の在り方が一つのポイントという気がいたします。これは司令塔機能とも関連しますが、感染症法と特措法、今回コロナ禍において特措法の一部改正もされましたが、両法律は所管大臣も異なりすし、指揮命令系統も若干違うところがあり、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ような法整備がまずは必要、最優先課題ではないかと思います。

これに加えて、国と地方の関係。先ほど来意見が出ている情報共有とか役割分担などもポイントだと思います。今回の検討にあたり、幾つかの自治体から話を聞いてきました。

長くなるので、詳細は割愛しますが、一つは厚労省から様々な通知が連日送られてくる、一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、安全性への配慮などもあり、やむを得ないところはあるのですが、自治体、行政の職員でも読み解くのが非常に難しく、分かりにくい文章であり、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。要するに、一回で理解できず生産性が低い。午前と午後で刻々と状況が変わってしまい、そのたびに通知が来る。そうすると、最新の通知が何な

のか、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。

国もそうですが、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、速やかに対応できる仕組みや運用の構築を考えるかは、大きなテーマです。ある首長さんは、例えば、ワクチン接種の際に細かい通知は、それはそれで参考になるのでありがたいが、温度管理とかロット番号、接種履歴、それだけを守れば、あとは地方自治体の自由な裁量で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だったならば、場合によっては、予約しなくても、順次、接種できた。そういう例も踏まえると、国と地方の役割分担と同時に、地方の規模などにより地方の裁量を危機時にどう考えるかは、重要だと思います。

簡単にあと二点。今回、医療提供体制の問題は、多々皆さん御指摘になっていますが、患者目線、国民目線から考えるべきです。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ましたが、例えば英国のような、かかりつけ医をそのまま導入するのは、社会背景や医療制度の成り立ちが違うので、なかなか難しいと思いますが、これを検討することは国民の安心のためにも必要だと思います。

それとデジタル化です。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ていましたが、特に医療分野に関してはデジタル化の遅れ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はないかと思います。

最後に、次なる危機への措置を取るとしても、財政、財源の問題があるので、優先順位をつける。それから、これまでのコロナの歳出歳入の検証を会計検査院がしておりますが、効果検証という意味では踏み込み不足のところもありますので、何が本当に実効性のある政策だったかをもう一度見極める必要があります。また、財源の在り方も考える必要があり、東日本大震災のときは、たしか2011年の国会で復興財源確保法が成立しスピード感のある財源措置の対応だったと思います。復興所得税とか復興法人税などの措置です。今回のコロナに関しても、特別会計の検討など、財源の措置も併せて考えていくことが重要だと思います。

○永井座長 古市構成員、どうぞ。

○古市構成員 宍戸さんと菅原さんと論点が重なるところもあると思うのですが、それに関してお話しさせていただくと、まず、宍戸さんが初めに触れたこの表がありますね。確かにこの表はすごくよくできていると思うのですが、始まりが2020年1月1日で、本来、これは菅原さん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のです。

2009年に新型インフルエンザが流行しまして、皆さん御存じのとおり、2013年に政府行動計画が策定されています。2017年に改定されていますが、この政府行動計画は、今見てもよくできていると思うのです。予言の書という呼び名もあるらしいのですが、僕もこれを基に小説でも書いておけばよかったと思うぐらい、本当にめちゃくちゃよ

くできているのです。

本当にコロナウイルスの対応の後から作ったのかなと思うぐらい、各フェーズにおいてこういうことが起こる、こういう対応をしましょうと述べられているのですが、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のですが、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かと思っています。

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とか、地域の医療関係者が集まって事前に協議する場をつくりましょうとか、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のです。

これを基に各都道府県も行動計画を作っているわけですが、例えば東京都の行動計画を見てみますと、想定の流れ規模とか被害想定は、都民の30%が罹患するパンデミックを想定しているわけです。そこでは、1日の最大患者数が37万3200人、新規入院患者が3,800人、最大必要病床が2万6500床という想定をしていたのです。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かなと思います。

ですから、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、初めの説明にもありましたが、少なくともこの表でいいます第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は大きな問題かなと思っています。

そして、宍戸さんも述べられていた専門知、専門家会議の在り方の問題、司令塔の問題なのですが、この点に関しても、2020年6月24日にいわゆる専門家会議、新型コロナウイルス感染症対策専門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ます。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まして、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ました。

問題は、その後、この提言が守られたかどうかは大事かなと思います。

実際、このレポートが出される前のいわゆる第1期といたしましうか、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、43万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、それを多分、前のめりという形で総括されていらっしゃると思うのですが、では、このレポートが出された後はどうなったかという、分科会に改組されましたが、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、むしろある種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でありますが、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、何らかのある種専門家の暴走がなかったのかという点も検証が必要かなと思うのです。

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のですが、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のです。ここで明らかに専門家の役割と政治家の役割のある種混乱が起こっているなと思っています。

ただ、別にここで個人批判をしたいわけではなくて、宍戸さんの御専門の法学とか、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ましたが、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のですが、専門家がある種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とか社会がそれに動揺し過ぎたのではないかということがあると思います。

これは別に専門家が悪いという話ではなくて、ある種政治家との共犯関係もあったと思うのです。専門家の政治決定の関与は、この問題がある種非政治家といいますか、政治っぽくなく見せる効果が多分あると思うのです。

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すから、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なのかなと思います。

あと、菅原さんも述べられている地方自治体の問題なのですが。

○永井座長 手短にお願いできますか。

○古市構成員 ごめんなさい。この二点で終わりにしたいと思うので、もう一点だけ。

最後に、ウエットな論点なのですが、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させていただければと思っています。

○永井座長 田中構成員。

○田中構成員 医科歯科大学の田中です。

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なと思うのです。

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のです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のです。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りませんが、国民の反応という項目をつくっていただいたほうがいいような気もするのです。

例えば臨床試験なども、なかなか日本で進まないのは、プラシーボが当たるのは絶対に嫌だとなるところがあると思うのです。ですから、そういう国民の公平性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のが一つあります。

もう一つは、日本医師会の問題はやはりあると思うのです。

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いっぱいあるのですが、私たち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のです。

他方、医師会が動員の話を受けて、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きませんでしたし、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%ぐらいだったのです。

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のですが、どのような形だったら協力してもらえるのか、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、多分、難しいのではないかと思います。

以上です。

○永井座長 草場構成員。

○草場構成員 プライマリ・ケア連合学会の草場でございます。

私はどちらかというと、地域医療とか在宅医療、外来診療を実際に現地でやっている医師の立場と、実際にコロナ感染症診療やワクチン接種等の活動もずっと続けてやっていますので、そういう観点から御意見させていただきたいと思います。

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す。正直、私自身が想定していた活動は全然できなかったと非常に残念に思っていますし、その結果が色々なところに影響を及ぼしたと感じています。

具体的に言いますと、感染拡大当初の第1期は仕方がないと思うのですが、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です。そうした施設は徐々に減ってきてはいますが、いまだ診療に対して抵抗感は残っています。もちろん、いろいろな理由があつての対応ではありますが、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、私は非常にショックを受けました。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です。

ですから、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のですが、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つ

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す。

そして、もう一つ大きな問題だったのは、外来の話に加えて、施設療養におけるクラスター対応です。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ったし、入るべき責任を持っている医療機関が明確ではなかった。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りましたが、初動が非常に遅れますので、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、現在もその問題が続いている。

もう一つは、世間で一番大きな問題になった、自宅で療養中に医療を受けられず亡くなってしまったケースです。保健所が逼迫し、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と思うのですが、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あつたということです。

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私は思っています。

その大きな原因は、一つは、公衆衛生といわゆる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からだと考えています。

例えば、今回保健所が提供した業務の中には、私から見ると、本当は地域のプライマリ・ケア医療機関で十分にできることが多いのです。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ですが、それを保健所の方が必死に対応されていた。日本国民1億2000万人に対して、保健所の人員は非常に限られていますので、当然逼迫するわけです。

そういった課題の解決に向けての提言も第2期でなされたのですが、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、保健所の業務が逼迫し続けた。

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す。公的な診療所はかなり少なく、ほぼ郡部、僻地にしかないわけです。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りますと、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ますが、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す。

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是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また考えなくてはいけないと思うのですが、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ど私自身は思っています。

そして、そういった中で、先ほど菅原構成員からお話があったのですが、私自身は今後の中でお話をしていきたいと思うのですが、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なと個人的には思っています。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だと思っていましたが、今回のコロナ禍によりその必要性がより明確になったと思います。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。

○永井座長 手短にお願いします。

○草場構成員 はい。ですから、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ということです。
以上でございます。

○永井座長 イギリスのクリニックは遠隔医療で対応したようです。
若林構成員。

○若林構成員 事務局、大変すばらしい資料をまとめていただいて、ありがとうございます。

資料を見ますと、大変よくまとまっていて、これまでどういうことをやりましたというのは要領よく書いてあるのですが、私は経済界からこの議論に参画をということで参っておるわけですが、経済界の人間である前に、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お話ししたいと思います。

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の事態だったと思うのです。今回、コロナウイルス対策を一旦総括するに当たって、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、ぜひ意識して議論させていただきたいのは、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を同列に議論させていただければなと思います。

今、皆様が御指摘になった、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、という三点がまさに要点だと思うのですが、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、不安でしようがないと。

当初の頃は、私も記憶にありますが、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、マスクももちろんしました。それはなぜかということ、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のです。それから、若者は感染しても軽症で済むからと

ということで、行動自粛が、我々高齢者に比べると、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したりということがある。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のですと非常によくまとめていただいているのですが、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ならないと思うのです。

コロナは2年続いていますから、私のような医療素人でもいろいろな情報を目にしたがり、耳にしたりしますが、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っておりますが、検査がいつときなかなか号令どおりに増えなかった、ここはなぜなのだというところも十分に検証していただきたいなと思います。

それから、地方自治体との関係も、私の個人の例で話しますと、ワクチンの接種券が去年の連休明けに区から届きまして、すぐに申込みをしたら、接種日は7月半ばですと言われたのです。そうこうしている間に、大規模接種を始めますよということで、念のためにそっちに電話してみたら、ネットで申し込んだのですが、すぐに6月1日に来いという案内が来た。だから、国と地方がそれぞれに一生懸命に取り組んで、いいことをやられているのですが、これが一気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。

この辺は、縦割りの中では、それぞれ非常に素晴らしいことに皆さん取り組んでおられるのですが、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いただいて、今後の議論を進めていただければと思います。以上でございます。

○永井座長 追加で御発言の方はいらっしゃいませんか。

今の点に関わるのですが、今回のコロナパンデミックは全く新しい経験で、教科書がありません。その中でいろいろな対応をしないといけない。専門家に意見を求めても、専門家も情報がないと判断できない。こういう得体の知れない感染症危機と闘うには、風通しをよくして、アカデミアを動員して知恵を集めないといけないと思います。それがないと、司令塔を作っても、多分機能しない。横断的な組織、ヘテロな立場の人たちの意見をいかに聞くかは、非常に重要な問題ではないかと思えます。

日本から論文が出なかったのは、多分、データがないのです。だから、専門家といえども書けないわけです。現場の情報を集めて共有する、専門家会議だけではなくて、研究者、国民にも提供して、議論を起こすことは、司令塔をつくる上での条件だと思います。ぜひその点も検証していただければと思います。

いかがでしょうか。

○草場構成員 今、永井先生がおっしゃった点に非常に強く賛同します。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入れなくてはならないということを日々続けて

いるのですが、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した。

ですから、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のですが、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います。

○永井座長 デジタル化すればよいわけではなく、よく分かった人がプログラムをつくらないといけないですね。かなりきめ細かい打ち合わせと指導が必要だと思います。

宍戸構成員。

○宍戸構成員 座長がおっしゃったとおりだろうと思います。

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となっている。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、そして、それ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、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と思います。

私も特任連携会員で関わっておりますが、まず、それが一般にございまして、それは感染症だけではなくて、特にさらに外側で難しい、社会経済問題についても同じことだろうと思います。

それから、これも先ほどおっしゃいましたように、今回のコロナも受けて、個人情報保護法を改正したり、私はメンバーですが、次世代医療基盤法の見直しも現在、健康・医療戦略室でやっております。

それから、国・地方関係については、地方制度調査会でまた議論を始めたところがございますが、そういった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、それぞれまた縦割りで、それぞれのところで議論がなされる部分があると思いますので、この場で感染症対策という観点から見たとき、あるいは若林委員がおっしゃったように、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、そういうこと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おります。

以上でございます。

○永井座長 田中構成員。

○田中構成員 政治決断と科学的な判断は違うと思うのです。

科学的判断は、永井先生がおっしゃったように、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、多分、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、多分、政治決断という形になると思うのです。

ですから、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していただく。ただし、政治決断をするための判断材料を我々科学者とか、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なと思います。

以上です。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

菅原構成員。

○菅原構成員 一言だけ。今、お話がありましたように、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す。コロナ禍でも常に検証できるよう、データをきちんと整備しておくことが必要であり、第一波の検証をしながら、第二波の政策を考えられることが可能な、そういう整備は至急やるべきではないかと思います。

○永井座長 はい。

○草場構成員 まだ出ていない論点ということで一つ提示します。

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ますが、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ます。

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と思うのですが、感染症拡大のとき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、何がよかったのか、何が悪かったのかという点も検討いただきたいなと思っています。

それに加えて、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も、私はまだあまり見たことがないのですが、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なと思います。

よろしく願いいたします。

○永井座長 民間検査の位置づけは、私も関心があります。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か、などの課題があります。行政は民間の話と整理してしまうのですが、最初にお話ししたように、感染症対策の対象に、民間で検査を受けた人たちも含まれるはずで、公と民の関係という意味でも、議論をしていただきたいと思えます。

古市構成員、どうぞ。

○古市構成員 役割分担に関して、新しい論点だと思うのですが、地方自治体、首長の権限の明確化とか、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のですが、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のですが、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すから、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のです。

ということ考えたときに、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えます。

○永井座長 若林構成員。

○若林構成員 データ整備は大変重要だと思うのですが、危機事態において、見たくない事実を何が起き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えますので、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なされているわけですが、行った提言が提言どおり実施されているかというのをモニターする機能が不可欠ではないかなと。

一私企業においても、皆計画は出してくるのですが、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りますので、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えます。

○永井座長 まさにこれは、行政がどこまでの範囲の情報を把握して収集するかという問題と思えます。予算化されて、事業に対応しているところは把握しますが、予算化されていない部分は考慮しない傾向があります。市中感染の情報を集める仕組みを考えないといけないと思えます。

宍戸構成員。

○宍戸構成員 度々すみません。今、座長、それから若林構成員がおっしゃったことは、私も全く同じだと思ひまして、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、政治において御決定いただく。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おやりになっていたのかもしれませんが、どこかで目詰まりがなかったのかというのも、今申し上げましたような収集、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きれいにチェックしていただくといいかなと思いました。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います。

○永井座長 職場で行うPDCAサイクルと感染症対策は、基本的には同じです。どこまでの範囲をカバーし、誰が行うかだと思います。

いかがでしょうか。大体時間が近づいてきたのですが、よろしいでしょうか。

この後、文章等で事務局に御意見をお寄せいただいても結構でございます。

大臣、もし一言いただけましたら。

○黄川田副大臣 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こと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 ありがとうございます。

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。

○永井座長 それでは、事務局、お願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

まず、今後の日程でございますが、次回と次々回の会議では、関係団体や有識者の方からの意見聴取を行うことを予定してございます。

なお、次回の会議日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。

また、先ほど永井座長から御発言がございました書面による御意見でございますが、御意見をお寄せいただく際には、今後の日程も踏まえまして、2週間後の25日までに事務局まで御提出をよろしくお願いいたします。

本日はありがとうございました。

以上でございます。

○永井座長 どうもありがとうございました。