

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） 議事録

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 議事録

○事務局 それでは、ただいまから第3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、宗清政務官が出席しております。また、黄川田副大臣はウェブでの参加となります。

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 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。

○事務局 ここで、報道の皆様は御退室をお願いします。

(報道関係者退室)

○事務局 本日は、菅原構成員、田中構成員がオンラインで参加されます。また、秋池構成員は11時からオンラインで参加をされます。また、宍戸構成員は御欠席です。

構成員の皆様のお手元のタブレットには、今回を含めたこれまでの資料を保存しております。また、今回の資料はお手元に配付しております。

それでは、議事に移ります。ここからは永井座長に進行をしていただきます。

お願いします。

○永井座長 おはようございます。よろしく願いいたします。

では、議事(1)の医療関係団体との意見交換を始めます。

日本医師会から中川会長、日本歯科医師会から堀会長、日本薬剤師会から山本会長、日本看護協会から福井会長、日本病院会から相澤会長に御出席いただいております。お忙しいところ御参加いただきまして、ありがとうございます。なお、看護協会の福井会長は、ウェブでの参加となります。

本日御欠席の宍戸構成員より事前に質問を頂戴しており、机上に配付しております。御説明や意見交換の中で適宜触れていただければと思います。

まず、事務局より、議事の扱いについて説明をお願いします。

○事務局 事務局です。

お手元にお配りしています参考資料2として会議運営要領を配付いたしておりますので、御確認ください。

また、運営要領に明記してはおりませんが、出席者の皆様に対して取材等がございました場合には、本会議を非公開とする趣旨を踏まえて御対応いただき、御自身の発言内容を御紹介、御説明される場合には、それぞれ適切に御判断願います。

以上です。

○永井座長 では、早速、日本医師会の中川会長より、5分程度で御説明をお願いします。

○中川会長 ありがとうございます。日本医師会の中川です。よろしくお願いいたします。

資料2-1として資料を提出してあります。大部で恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

日本医師会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ますので、細部はお時間のあるときに御覧いただければ幸いです。

日本医師会では、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へ振り分けるよう、全国の医師会や医療機関に要請してまいりました。資料の35、36ページにありますように、引き続きさらなる患者さんの受入れや、これまで受け入れてこなかった医療機関への改めての協力要請も行っています。

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ます。命の重さはどちらの医療も、通常医療もコロナ医療も同じです。日本医師会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まいりました。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さんや急患の受入れなど、地域の医療を面として支えてきました。

15ページにありますように、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、医政局と共に設置いたしております。

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ます。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ました。委託契約には事前の煩雑な事務作業が必要でしたが、2ページにありますように、日本医師会からのお願いによって契約の簡素化がなされました。

また、ワクチン接種については、29ページにありますように、当時の菅首相は1日100万回接種を目標として掲げていましたが、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ます。

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ました。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ます。

また、17ページにありますが、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ました。現時点における日本の新型コ

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ます。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ます。

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ました。その機能を担うためのいわゆる日本版CDCについては、日本医師会ではこれまでも創設を国に対し強く要請してきました。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、日本医師会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ます。

22ページをお願いします。2021年に成立した改正医療法では、日本医師会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りました。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ます。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りません。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す。

まとめです。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でしょう。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ませんが、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います。日本医師会としましては、全国の医師会、医療機関、医療関係団体と共に、これからも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まいります。

以上です。ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

続いて、日本歯科医師会の堀会長よりお願いいたします。

○堀会長 おはようございます。日本歯科医師会会長の堀です。このような機会を頂戴しまして、心から御礼申し上げます。

限られた時間ですので、早速、資料2-2を御覧いただきたいと思います。

1ページでございます。本報告書につきまして、これまでの対応につきましては次の世代が必ず検証すると考えておりますので、報告書を整備しております。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ございますので、必要に応じて御覧いただきたいと思います。

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でございますが、例を御説明申し上げます。

まず、3ページであります。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おります。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ります。

また、4ページには、国の要請を受けて今般、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ございます。

それから、会員向けの発信の例といたしまして、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ております。特に歯科医療現場でございますが、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まして、感染防止対策の徹底を行ってきたところであります。

6ページを御覧いただきたいと思っております。内部調査結果であります。令和2年5月以来行ってまいりました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おります。

7ページからはワクチン接種への協力を示してございます。歯科会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しております。全国の歯科医師会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ということでもあります。

以上で、ごく一部でございませうが対応例を御説明いたしました。

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と思っております。その下段に四点課題をお示ししてございます。

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いたしました。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まして、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おります。

二つ目であります。本感染症の拡大当初から懸念をしておりますが、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おります。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おります。早期の実態把握と、それを踏まえた対応が重要と考えております。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おります。

三番目、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おります。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まして、混乱をいたしました。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おります。

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おります。

日本歯科医師会からは以上であります。ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

続きまして、日本薬剤師会、山本会長よりお願いいたします。

○山本会長 おはようございます。日本薬剤師会の山本でございます。

本日はこうした機会を頂戴しまして、誠にありがとうございました。

お時間も限られておりますので、資料2-3を御覧ください。

新型コロナウイルスに関しまして、私ども薬剤師、薬局あるいは薬剤師会が関わりを持ちましたのは、2020年2月に横浜港に着岸しましたダイヤモンド・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おります。当時まだ十分に実態の分からない中での対応でありましたけれども、医薬品の提供という薬剤師の基本的な役割につきましては一定程度の効果があったものと考えております。

その後の動きにつきまして、1枚開いて2ページ目を御覧ください。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きまして、ワクチンの希釈であったり充てん、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、動きが取れませんので、そちらに対して経口治療薬を含めて様々な医薬品を迅速に届けると、そのようなことを進めてまいりました。

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ありまして、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まいりました。

全体的な話でありますけれども、感染症対策・公衆衛生活動につきましては、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であったり、あるいは手指消毒、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おります。

一方、子供たちのことに関しましては、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まいりました。

こうした活動を通じまして、今後新たな感染症がまた発生するといった事態に対しまして、一体何かやるべきことがあるだろうかという御下問でありましたので、3ページを御覧ください。次の感染症危機に備えた中長期的な対策という意味で、薬剤師の視点からでありますけれども、医療提供体制、医薬品供給体制という観点からしますと、感染症発生時に在宅で利用されている患者さん方に対しては、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きませんと、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ございますので、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りますけれども、国、都道府県、市町村という形で役割分担が分かれています、その指揮命令系統が時として混乱をする場合がありますので、正しいと言いましょうか、正確な指揮命令系統の構築をお願いしたいと思います。

先ほど中川先生もおっしゃっていましたが、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考えますと、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おります。

検査体制の確保と医療提供でありますけれども、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まして、そういった意味では今回進められまし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く、検査の結果に応じてしっかりと診療に結びつけられる、薬局の活用となりますけれども、そうした体制の構築が必要ではないかと考えております。

4 ページ目を御覧ください。3 番目はワクチン接種体制であります、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おりますが、その中での手順の明確化をしておきませんと地域によって混乱が生じますし、人員の確保、あるいはそうしたものは定期的に訓練をするような体制も必要かと思えます。

一方で、宍戸先生の御質問にもございましたように、時として人が足りないのではないかというようなお声がありましたけれども、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おります。

一方、正確な情報の提供についてでありますけれども、これも宍戸構成員からの御質問にありますように、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ということの、正しさあるいは今はやりでありますのが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、医薬品でありますけれども、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ございました。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思います。

今般、諸外国の例と比べましても、我が国では非常に感染者が少なかったということにつきましても、政府の対策が適切であった結果と考えておりますが、今後こうしたことが起きたときのことに關しまして、現状と課題についてただいま申し上げた次第であります。

今後、有事におきましても、医薬品に關しましては薬剤師、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います。

ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、日本看護協会の福井会長より、5分程度で御説明をお願いします。

○福井会長 おはようございます。福井でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

資料をお開きください。

まず一点目の特措法に基づく対応についてですが、大きくは4点ございます。

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・就業支援を実施いたしました。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おります。

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おります。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おります。また、所属施設以外からの相談対応を行いました。

3点目ですが、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、補助事業を行っております。

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いたしました。現在も月に電話やメール等で100件近くの相談がございます。長期化するコロナ対応によってスタッフが疲弊し、混乱を極めております。看護職不足の中、十分な休暇が取れない状況であり、なかには受診勧奨を行っている事例も少なくない状況です。

次に、中長期的な観点からの課題について4点ほどございます。1点目ですが、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おります。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く、また、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ります。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ります。

介護施設の看護職員の配置は少なく、24時間常駐の配置基準もありません。そのため、感染管理体制が脆弱であると言わざるを得ず、介護施設での感染が拡大してきた状況もございます。

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す。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ります。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おります。

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することが必要と考えます。

次に、2点目、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が必要と考えます。

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ありません。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おります。

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はありません。そのため、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おります。

今回、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が様々な形で対応いたしました。その活動はボランティアベースでございました。この形ではなく、有事の際に、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。

3点目は、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の拡充についてです。

このたびのコロナ対応で、看護職員の確保には、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りました。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いたしました。他方で、国は民間職業紹介事業者を活用したKey-Netを創設しております。応援派遣調整についても、厚生労働省と看護協会の仕組み、例えば広域人材調整事業も行われましたし、また、知事会を通じた応援体制も構築されました。そして自衛隊派遣等も併存しており、幾つもの看護職員の確保ルートがあり、混乱が生じました。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を確立し、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おります。

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り、人員・予算とも弱小なところが多数ございます。そのため、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おります。

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っております。

最後に4点目、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についてです。

今般の有事対応にあたり、Key-Net、HER-SYS、IHEATが構築されましたが、現場の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ります。

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ります。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おります。

この4点の課題解決についてお話をさせていただきました。以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、日本病院会、相澤会長より、5分程度でお願いいたします。

○相澤会長 日本病院会会長の相澤でございます。本日はこの席にお呼びいただき、ありがとうございます。

それでは、資料2-5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りますので、それを御覧いただきながら私の話を聞いていただければと思います。

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思います。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りますが、これは合理的な考えとは言えないと思います。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す。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ります。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ます。

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す。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す。

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すが、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ります。

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します。

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ります。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ります。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りましたが、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おります。

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ます。

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す。

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ちました。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す。

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ました。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ります。

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ましたので、ぜひ設置の検討をお願いしたいと思います。

そこで、私が提出したスライドの5ページを御覧ください。これはコロナ陽性の方の移動が青い矢印で示されており、そして、保健所の仕事が紫色の矢印で示されています。御覧いただくと、この患者さん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います。一方、入院の適用に関しましては、一括して感染症病床ということではなくて、その患者さん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えます。

このことを考えますと、国が示している6ページにある患者さんのフローというのは、こう単純ではないと思えます。

7ページを御覧ください。これは私の病院がある松本市保健所のコロナ対応の図です。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おります。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おります。松本医療圏では、確保ベッドの90%以上の稼働となりましたが、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ました。

8ページを御覧ください。これが松本医療圏における診療のイメージでございます。下にあるように、松本医療圏は3市5村ですが、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ります。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ましたが、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おります。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ここから質疑応答に移りたいと思います。

古市構成員、どうぞ。

○古市構成員 どうも説明ありがとうございました。

日本医師会の中川会長にお話を聞きたいのですけれども、資料で言いますと35ページ、36ページ辺りに当たると思うのですが、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をおっしゃっていました。事実、36ページのメッセージを見るとすごくパッションが込もっていると思うのですけれども、ただ、日本医師会の会員の方は開業医が多くて、いわゆる呼びかけに限界があると思うのです。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、罰則を持たせるみたいなことも議論されていますけれども、これに関してはどう思われますか。

○中川会長 まず、日本医師会の会員の構成ですけれども、開業医と勤務医とが半々です。それはまず申し上げておきたい。

それから、35ページ、36ページ、特に36ページは17万4000人の会員に直接私が手紙を出して、各医療機関の機能に応じて精いっぱいやっているのだけれども、もうちょっとさらに拡大してほしいというお願いの手紙です。

全国の会員の先生方は、例えばいろいろな診療科目もあるし、それから診療所の場合には非常に狭くていわゆるゾーニングができない。コロナ発熱患者さんの動線と通常医療の患者さんの動線を分けることができないという最大の問題があります。それと同時に、病院も含めて日本医師会のスタンスというのは、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す。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ようがないねという極論もあったのですけれども、そうではないと。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のです。

ただ、例えば入院率とかを見てみると、G7の中では最も入院率が高いという現実もありますし、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ます。

ちょっと長くなりました。

○古市構成員 法的に無理ということの根拠は分からなかったのですけれども、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ところです。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ある種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のですけれども、罰則が無理というのは、もう一回その理由を教えてもらえますか。

○中川会長 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、私は、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と、コロナ対応していたとと思っているのです。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のです。

○永井座長 よろしいですか。

田中構成員、続いて菅原構成員、お願いします。まず、田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 ありがとうございます。

中川会長、ありがとうございました。

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ような事情は分からないでもないのですけれども、開業医の90%が参加している医師会として、会長があれほどパッションを込めたお手紙を出しても、診療報酬上の解析では10%ぐらいしかコロナ診療に対応していない。私の知っている限りでも大体そんな感じだということです。それはいろいろな事情があるのだと思うのです。ただ、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、会長が書かれているように電話診療に応じる開業医の先生方もやはり10%ぐらいというのは、どういうふうにかえたらいいのでしょうか。

○永井座長 中川会長、いかがでしょうか。

○中川会長 まず、診療科の問題が一つあります。それと10%という数字ですけれども、私は今、正確につかんでおりませんが、宿泊療養・自宅療養のコロナ患者さん、陽性になった方を健康観察をするということに関しては、できる限りの機能で会員の先生方はやってくれたと私は思っているのです。結果としてはそんなに高い割合ではなかったかもしれませんが、しっかりやっていたのだと私は思っています。

○田中構成員 そうすると、診療に対応してくださる開業医を増やす方法はあまりないということですか。

○永井座長 いかがでしょうか。これは宍戸構成員からもあるのですが、相互理解や調整を促進するための何か提言とか改善策を含めて、中川会長からお答えいただければと思います。

○中川会長 中間まとめにもいろいろ書いてありますけれども、例えば病床確保会議だとかも、病院団体と日本医師会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りに議論して、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すけれども、まだあまり浸透していなかったのかなと思っています。

○永井座長 よろしいでしょうか。

菅原構成員、どうぞ。

○菅原構成員 ありがとうございます。まず、医療関係者の皆様には、この間、現場第一線で国民の命と健康を守るために昼夜なく対応いただいたことに感謝いたします。

まず、地域の医療に関しては診療所、クリニックなどかかりつけ医機能が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と思えますが、今、田中先生からコロナ禍の電話診療の数値の話がありましたが、必ずしも患者さんがアクセスできなかったという事実もあると思えます。医師会から強力なメッセージを発していたにもかかわらず、なかなか機能し難かったのだと思うのですが、開業医の間ネットワーク機能、それぞれの都道府県にも医師会も含めてこの間の情報共有とか連携はどのような形で行われていたのでしょうか。一昨日前、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なかなか難しいということで悩みを抱えておりました。危機時にいかに開業医が機能し、そうした役割を果たすか、また医療チームを組成し動けるようにするかについて課題があれば教えていただきたいと思えます。

もう一つ簡単に。福井会長にも質問をさせてください。まず、看護師不足の中で鋭意対応いただいたことを感謝いたします。潜在看護師のお話がありました。平時から潜在看護師のネットワークをきちんとつくって、危機時に対応できるようにという御提案だったかと思えますが、実際に今回、潜在看護師の方を活用した例をお伺いしたいと思います。また、これは素人の想像ですみませんが、潜在看護師の活用といっても、現役の看護師のように、同じ役割を直ぐに担えるものなのか、あるいはそこの役割分担をどうお考えになり対応していたのかというところを教えてください。

○永井座長 まず、中川会長からいかがでしょうか。医師の間の情報共有、危機時の連携についてのお話です。

○中川会長 これは各都道府県医師会が、そこにある郡市区医師会と連携して頻繁に情報共有しています。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えます。

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通りあるのです。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えます。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ます。

○永井座長 よろしいですか。

○菅原構成員 後日でも結構ですので、よい連携事例みたいなものがありましたら教えていただければと思います

○永井座長 福井会長、いかがでしょうか。

○福井会長 ありがとうございます。

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あり、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年経過している方まで、様々であります。1年も経過していない方で若い方は、重症者施設に自分の持っている実践力を活用したいということで手挙げをしてくださった方もおります。30年ぐらい経過している方でも、県協会で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ございます。

どのような実践力が今すぐに発揮できるかどうかということを確認した上で、健康観察か、軽症者宿泊施設にするのか、あるいは新たに立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は周囲の支援に回るなどの役割分担を行ってまいりました。

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する必要があると考えております。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ますので、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ところです。

○菅原構成員 ありがとうございます。

○永井座長 田中構成員、発言はありますか。

○田中構成員 福井会長にお伺いしたいのですが、処遇改善が必要だというのは私も賛成なのですが、ただ、結局、今働いている看護師さんの間で施設の奪い合いになってしまうことを危惧します。例えば高齢者施設の処遇を改善したら病院から高齢者施設へ流れて行って、病院の処遇を改善したら高齢者施設から病院へ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ないでしょうか。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のです。

そのために、いろいろな方策は考えておられると思うのですが、予備役と言う言葉が悪いかもしれませんが、ある程度こういうパンデミックとか大災害とかが起こったときに、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は現実的ではないでしょうか。

○福井会長 ありがとうございます。

御提案のとおりだと思います。例えばDMATのように、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ます。ですので、この医療機関の看護師何人は、有事の際に対応できる看護師であるということをあらかじめ決めておき、平時から訓練し、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ます。

○田中構成員 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ですか。

○福井会長 先ほど申し上げましたように、今、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をは細かく確認できるデータベースになっておりません。現在、国においてマイナンバーと免許証を連動させ人材確保の仕組みに活かすことを進めています。潜在看護師の活躍のための支援は必要です。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と考えています。しかしながら、看護師たちの安全、リスクマネジメント下での業務、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ます。そして、看護職一人一人が医療提供を行うのではなく、チームで行っていかなければいけません。そこには医師も薬剤師も関わってくることで、有事への対応の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ます。

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ということについては、多様な理由がありますので、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います。

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考えております。

○永井座長 草場構成員。

○草場構成員 中川先生にお伺いしたいと思うのですが、私自身も北海道で医療を提供し日本医師会員として活動してまいりました。

実際、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でございます。ただ、その一方で、やはり全国で見ますと、昨年11月時点で、内科系の診療所のうちの38%ぐらいだけが何とか診療・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さんを診ることができなかった。

また、往診の対応に関しては、私は全国のデータは持っていないのですが、札幌の例を挙げると、内科系を標榜の診療所の中では8%ぐらいしか往診の対応ができた

かった。

私たちの医療機関もそうだったのですけれども、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さんの自宅療養の往診を両立するのはかなり大変だったのです。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ます。恐らく全国でも似たような状況だと思っています。

先ほどからもずっと議論がありますように、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、あるいは例えば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。ですから、今回のパンデミックでどれく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のですが、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思っています。

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のですけれども、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私自身は考えて現場で頑張っているところなのですけれども、それについて、日本医師会としてのお考えをお聞きしたいなと思っています。

○中川会長 全くおっしゃるとおりだと思います。有事の実力は平時の余力だと私は申し上げてきたのですけれども、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ひして、医療法を改正していただいたのです。迫井さんなんか一生懸命やってくれました。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そうだなというときにどうするかは、あらかじめ計画を決めておく。病床はどこ病院が何床かとか、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全部決めておいて、毎年更新するというふうにお願ひ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います。

以上です。

○草場構成員 ありがとうございます。

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でしょうか。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ではないでしょうか。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さんをきちんと把握す

るような仕組みを考えていってもいいのではないかなと思っているのですが、どうでしょうか。

○中川会長 かかりつけ医については先日まとめまして、「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」というタイトルで出しましたけれども、かかりつけ医というのは患者さんが医師を呼ぶ呼称なのです。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、患者さんがこの先生に診てもらいたいな、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なというように、患者さん自身が選べる、そういうの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います。これをどのようなときでも守っていかなければならないと思っています。

○永井座長 若林構成員。

○若林構成員 御説明ありがとうございました。

この2年間、医療従事者の方が大変な御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りました。その上で中川会長から、この2年間を振り返って、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、これは全くそのとおりだと思っておりますし、本会議の趣旨もそういうことであると思っております。

福井会長にお伺いしたいのですけれども、ECMOを取り扱うとか、そういった専門性の高い看護師さんの不足が大変であったということで、今後の課題としてそういう専門性の高い看護師を養成することが必要であると御説明いただきましたけれども、専門性と言ってもいろいろな段階があると思うのですが、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さんは、看護師さん全体にどのくらいの割合でいらっしゃるのかということ。この二つをお伺いして、その上で、今後を見据えて、看護師さん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いますけれども、外国人の方の看護師を増やしていくといったお考えはあるのでしょうか。

以上、御質問です。

○福井会長 ありがとうございます。

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、その中で、認定看護師の養成は6か月間必要です。また、専門看護師の育成については、大学院での教育が必要であり、2年間となります。そして感染管理を専門とした認定看護師は、少しデータは古いですが2020年12月現在で全国に2,977名おりますが、大規模の病院に偏っている状況であり、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、日本看護協会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ます。

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と思っておりますが、介護施設等では外国人の看護師の活用も今まさい行われているところでもありますので、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のではないかと考えます。

以上でございます。

○永井座長 よろしいでしょうか。

田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 相澤先生にお伺いしたいのですが、一部、中川先生にもかもしれませんけれども、病院の中でふだん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のですが、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、なかなかそうとも言えないのではないかなと思うのです。二次医療圏ごとにまとめるというのは合理的ではあるのですが、現実には難しいところもあると思うのです。そのときに調整を誰がするかということなのだと思いますけれども、先生のお考えはどうでしょうか。

○相澤会長 まず1つ、集中治療を行うことのできるベッド数は、人口当たりで見ますと都道府県によってかなりの差があります。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おりますので、ICUだけをカウントしますともっと差が起こるとというのが現実です。

そこでこの間も集中治療学会の理事長にお話をしたのですが、集中治療学会として、人口当たりどれくらい必要なかという数値を出してくれないかと。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えます。

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すが、二次医療圏というのは非常に大小様々です。したがって、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様々です。ですから、医療圏ごとによって、今お話のあった集中治療ができる医療圏とできない医療圏があります。そうなったらどうするかということで、二次医療圏ごとで連携・協働したらどうかと。二次医療圏を変えるというのは非常に大変な作業ですので、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います。

では、それを調整していくのはどこかといいますと、今は都道府県の医療審議会であるかと思えますが、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ございます。ですから、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いく、ウォッチをして、そしてできてい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おります。

以上です。

○田中構成員 ありがとうございます。

永井先生、もう一言よろしいでしょうか。

○永井座長 どうぞ。

○田中構成員 歯科医師会長にお伺いしたいのですけれども、有事はタスクシフトが結構重要だと思うのですが、例えば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でしょう。

○堀会長 歯科医師会の堀です。

いろいろな規制につきましては、基本的にPCR検査の検体採取は、今回のワクチン接種もそうですが、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ますので、いろいろなところの規制があったのは承知をしております。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りまして、我々のほう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おります。

○永井座長 菅原構成員、どうぞ。

○菅原構成員 すみません、お時間もないので簡単に。中川会長に御意見をいただきたいのですが、コロナ禍で、感染症有事におけるかかりつけ医機能は非常に重要だったのではないかと思います。今後検証していく中で、コロナの疑いがある患者、例えば発熱外来への迅速なアクセスとか、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のかというところを検証しながら、先ほど草場構成員からお話がありましたが、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と思います。医師会が出した4月の提言も読ませていただきました。先生がおっしゃるように、患者が医師を自由に選ぶことができる、現在のフリーアクセスにはメリットもありますが、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ので、むしろ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で国民目線で感じたのですが、いかがでしょうか。

○中川会長 今回のコロナ禍で、かかりつけ医の必要性というか重要性というのは飛躍的に増したと思います。その上で、一般の方には日本医師会としてかかりつけ医を持ちま

しょう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なと思っています。

ただし、何度も申し上げますが、制度化というのは、例えば登録制だとか、認定制だとか、いわゆるあなたのかかりつけ医はこの人ですよと。病気になったときに、感染症にかかったときに、まずどこでも行っては駄目だと。その先生にまず行かなければなりませんよというのはちょっと趣旨が違くと私は一貫して思っていて、やは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、築かれ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います。

○永井座長 私から最後に山本会長に、医療用材料、ロジスティクスが問題だったというお話を伺いましたが、何か御提案はありますでしょうか。

○山本会長 一点は、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、マスクといたものがかなり買い占めが起きてしまったということは聞いております。

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りますので、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だろうと。

また、一方で、既に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、先ほど皆様がおっしゃっていた司令塔といったようなものがあって、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おります。

○永井座長 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でしょうか。

○山本会長 それは薬剤師会もそうではありますが、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いますけれども、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りますので、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と。

それに対して、どこから物が提供されるかということは一定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おります。

○永井座長 よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、これでヒアリングを終了いたします。どうもありがとうございました。

(医療関係者退室)

○医務技監 一点だけ、検査・診療ができる医療機関数のことをございます。10%とか三十数%という発言がございましたけれども、事実関係で申し上げますと、本年4月22日時点では、全国で3万8000の医療機関で検査・診療ができると。オンライン診療と健康観察は2万2000ができるという状況になっております。病院が8000強、一般診療所が10万でございますので、率で言うると34%になるわけでありましてけれども、そのうち例えば整形とか眼科とか耳鼻科とかは対象になりませんので、それからしますと、内科系診療所の相当部分が対応できているということが事実であるということについては申し上げておきたいと思ひます。

以上でございます。

(専門家入室)

○永井座長 続きまして、議事(2)の専門家との意見交換を始めます。

本日は、結核予防会の尾身代表理事、国立感染症研究所の脇田所長、大阪大学感染症総合教育研究拠点の松浦拠点長に御出席いただいております。本日は、御多忙のところ御参加いただきまして、ありがとうございます。

なお、本日御欠席の宍戸構成員より事前に質問を頂戴しており、机上に配付してございます。御説明、意見交換の中で適宜触れていただければと思ひます。

まず、事務局より、議事の扱いについて説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

お手元の資料の参考資料2といたしまして会議運営要領配付いたしておりますので、御確認ください。

また、運営要領には書いてございませんけれども、出席者の皆様に対して取材などがございました場合には、本会議を非公開とする趣旨を踏まえて御対応いただき、御自身の発言内容を御紹介、御説明される際には、それぞれ適切に御判断をいただきたいと思っております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

○山際大臣 今日はお忙しいところお越しいただきまして、ありがとうございます。恐らく12時ぐらいで退室しなければいけないものですから、先に御挨拶いたします。

日頃からお世話になっておりますが、この会はきちんと今までのことを整理、検証した上で次に備えるという趣旨でございますので、ぜひ忌憚のない御議論をいただければと思っております。

以上でございます。日頃からありがとうございます。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、尾身代表理事、脇田所長の説明をお願いいたします。

○尾身代表理事 本日は、このような機会をいただき、ありがとうございました。脇田先生と私が専門家助言組織の代表として話をさせていただきます。

ページをおめくりください。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まいりました。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ました。

しかし、同時に様々な課題も見えてきました。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させていただきます。

次をお願いします。本文の構成は、そこに書いてあるとおりでございます。

次に行ってください。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ます。どの戦略にも一長一短がありますが、日本ではAとCの間で最適解を求める努力をしてまいりました。現在、多くの国では、少しずつCに近づいていると思います。

次をお願いします。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ます。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まいりました。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ます。

次をお願いします。さて、我が国の感染対策の特徴の一つがクラスター対策であります。COVID-19の伝播の特徴は、多くの感染者は二次感染を起こしませんが、一部の感染者が多くの二次感染を生じさせ、クラスターを形成します。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」として普及しました。

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すが、いわゆる後ろ向き調査も行われてきました。

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まいりました。

次をお願いします。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ます。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りました。

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えます。

次をお願いします。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ます。

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にあります。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ました。

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、実行することです。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ります。

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ります。

次をお願いします。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ります。脇田先生が座長をしているのが下のほうで赤く囲まれたアドバイザーボード、感染状況などのリスク評価をここでを行います。一方、私が関与している青く囲まれた新型コロナウイルス感染症対策分科会は、アドバイザ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います。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ります。

次をお願いします。専門家助言組織と政府の関係については、五つの問題があったと我々は考えています。

一つ目、これまで専門家は70本近くの提言をしてまいりましたが、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ありませんでした。

二つ目、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りました。

三つ目、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ませんでした。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ります。

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います。

次をお願いします。

○脇田所長 次に、検査、そして医療のパートを脇田のほうから説明させていただきます。

検査のお話になります。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てきましたが、実行されないままCOVID-19のパンデミックを迎えました。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ましたが、流行が拡大し、検査の拡大が遅れました。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ました。

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ました。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ました。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おります。

次をお願いします。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、様々な意見が出てまいりました。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りませんでした。

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」を示しました。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おります。また、残念ながら、この戦略はすぐには浸透しませんでした。

次をお願いします。次に、医療について述べます。

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ります。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、治療が可能でした。

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りました。

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ました。また、日本は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ります。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りました。

次をお願いいたします。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ましたが、必ずしも実行されてきませんでした。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ました。

様々な困難がありましたが、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ます。

次をお願いします。一方、医療提供体制については大きく三つの課題がございます。

まず、COVID-19診療と一般診療の関係についてです。

流行当初は、COVID-19診療に参画する医療機関が限られていました。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ました。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、政府から示されませんでした。

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ました。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ました。

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りましたが、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ました。

○尾身代表理事 次のページをおめくりください。

それでは、最後の3枚のスライドで、今後求められる方向性について述べます。

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ます。ふだんから情報収集、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ります。

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は、市民とコミュニケーションするのは政府の役割であります。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います。

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います。

次をお願いします。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います。

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ります。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す。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います。

○脇田所長 次をお願いいたします。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、以下の三つのフェーズでそれぞれに課題がございます。

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が必要です。

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ります。

最後に、流行がまん延した状況におきましては、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おります。

次をお願いいたします。報告は以上になりますが、この資料の作成に当たりましては、多くの方々に大変お世話になりました。心から御礼申し上げます。

以上です。ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

続いて、松浦拠点長より7分程度でお願いします。

○松浦拠点長 それでは、お手元に資料がありますが、スライドを使って説明させていただきます。大阪大学の松浦です。よろしく申し上げます。

私は、ウイルス研究者の立場からお話をさせていただきます。

御存じのように、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りました。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ました。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まして、ワクチン等ができました。そして、1980年にWHOは天然痘の撲滅宣言を出しました。

しかしながら、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おります。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まして、都市化とグローバリゼーションによって感染症が急速にまん延するようになりました。

人に感染する感染症の多く、60%~70%は人獣共通感染症です。もともとは動物の病気が人に来るようになったということです。そして、我々は人の健康だけを見ればいいと考えがちですが、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というのが非常に重要になってきます。

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おります。

これは厚労省が検討中の重点感染症の暫定リストです。Group A、Group B、ほとんどがRNAウイルスです。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ります。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おりますので、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ます。

RNAウイルスというのは非常に変化、変異をします。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おります。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ます。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す。C型肝炎はRNAからできていますが、10個のうち1個は変異を持っていることになります。

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す。ウイルスはこういうふうなヘテロの集団で、それが複製するたびにどんどん変異が入っていく、こういうものであります。

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いますので生存できませんが、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す。だから、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ます。

これは小児麻痺のウイルスですけれども、1回の複製に大体1.8個の変異が入るので、これがぎりぎりのところ。そこを変異を誘導してやるような薬で2個入るように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ます。

さらに反対に、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なマウスが死ぬ系があるのですが、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す。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ます。

このようにRNAウイルスはどんどん変異をします。左がインフルエンザウイルスで、

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て、変異します。

右のほうは今回のコロナウイルスで、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ますが、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しますと細胞はぼろぼろになりますが、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ます。このように、RNAウイルスはどんどん変異を起こしていきます。

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ります。私が言うのもあれですが、感染症対策は国家安全保障、国家防衛の要であります。こういう感染症対策というのは、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ります。そして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ります。

最近、SCARDAができて、ワクチン拠点の公募が始まっておりますが、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ます、長崎にはBSL-4、感染研にもBSL-4があります。そして災害のように4ですから、北海道や関西にも、もう少しBSL-4施設が重要だと考えております。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おりまして、疫学調査をしておりまして、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おります。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ります。

そして、一旦有事になりますと、こういう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います。

我々基礎研究者からしますと、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りました。そこら辺も改善してほしいと思いますし、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おります。

我々日本では基礎研究が遅れているとよく言われますが、それなりに多くの研究者が頑張りました。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発表しています。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ます。

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

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おります。

これはもう皆さん御存じかと思いますが、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まして、今回SCARDAができて予算も潤沢になると聞いておりますので、その辺のサポートをよろしくお願いいたします。

私の話をまとめますと、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す。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す。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おります。

以上です。ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、意見交換に移ります。

最初に私から質問させていただいてよろしいでしょうか。尾身先生、脇田先生、本当に困難な状況で御苦労さまでした。

一つ気になるのは、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、自治体から研究者に情報が必ずしも提供されない。疫学情報だけでなく、ウイルスゲノムの変異の情報もなかなか提供されないと聞いたことがあります。あるいは、感染研には提供されるけれども、第三者提供はできないということを知っているのです。情報の収集について御意見をお伺いしたいと思います。

○尾身代表理事 どうも御質問ありがとうございます。

二つの側面があると思います。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、一点目は、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ました。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、私は非常にすばらしいコミュニケーションができていたと。

しかし一方、座長がおっしゃるように、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、今回最も課題の一つだったと思います。

ゲノムのほうは。

○脇田所長 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ます。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すが、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ましたが、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

ということで、重層的なサーベイランス体制の構築、これは定点であったり、先ほど下水のサーベイランスというお話もありましたけれども、そういったことも必要になってくると。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ます。

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お話がありましたけれども、少しデータバンクの問題がありまして、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すけれども、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、決して我々が二次利用しないでくれと言っていたわけではなくて、テクニカルな問題があったのだろうと考えております。

○永井座長 田中構成員、その後、古市構成員。

○田中構成員 二つお伺いしたいことがあります。

一つは尾身先生に、あとの質問は脇田先生と松浦先生にです。

尾身先生、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のですが、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私は思うのです。例えばA案、B案がある形で提案するというのは現実的には困難なのでしょうか。それがまず尾身先生への御質問です。

それから、脇田先生と松浦先生にお伺いしたいのは、今となっては何とでも言えるところもあるかもしれませんが、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のです。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ということなのではないでしょうか。その二つです。

○尾身代表理事 田中先生、どうもありがとうございます。

簡単にお答えしますと、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ましたように違う機能です。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。そういう中で今の御質問は、恐らく政府に提案するものを一つに絞る必要はないのではないかとということですけれども、実は今まで2年以上あれして、皆さんも御記憶だと思いますけれども、いろいろなフェーズがあって、ずっと最近までは、例えば我々分科会が5つの場面というようなものをある程度根拠を持って出した。分科会というのは社会経済の人も入っていますから、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す。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ですね。みんながアドバイザーボードで揉むし、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ました。

ところが、最近になって、社会経済と感染対策をどう両立させるかという、価値観によって違いますね。これについてはつい最近、この1～2か月、専門家の間でも違う意見が出てきて、そういう中では、我々はもちろん透明性があって活発に議論する会議ですので、それでコンセンサスができればいいです。ところが、できない場合は、私は座長として、こういう意見もありました、ああいう意見もありまし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、これを一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ませんが。あえて一つに決めるということは、私はする必要もないし、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は政府がされるべきだと思います。

○田中構成員 ありがとうございます。

○脇田所長 それでは、二つ目の御質問をまず脇田のほうからお答えさせていただきます。

私もRNAウイルスの研究者の端くれとして、コロナのウイルスの変異を見ておりました。先ほど松浦先生から御紹介があったとおり、RNAウイルスは変異が次々に起こると。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、実際に我々が計測している、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ということでもありますので、そこは見ておりました。

コロナのパンデミックは今回初めてですから、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まして、アルファ株、デルタ株というのはある意味予想の範囲内の抗体と抗原反応に基づく進化でありましたが、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ます。

○田中構成員 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ということですか。

○脇田所長 波が繰り返されるかどうかということに関しては、必ずしも我々は申し上げてこなかったということは、そのとおりだと思います。

○田中構成員 ありがとうございます。

○松浦拠点長 私からも。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ました。先ほど脇田先生がおっしゃったように、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、想像もしておりませんでした。

○田中構成員 ありがとうございます。

○永井座長 古市構成員。

○古市構成員 どうもありがとうございます。

尾身さんに二点質問させていただきたいと思います。

ちょうど今、専門家助言組織の在り方の議論がありましたけれども、今日の資料4にもあるとおり、2020年6月段階で、専門家会議の構成員の一同の方が、ある種卒業論文と当時言われましたレポートをまとめておられます。そこで専門家の皆さんが前のめりに情報発信をしていたということを当時、ある種反省と共に総括されていたと思うのですけれども、むしろ印象としてはそれ以降のほうが専門家の皆さん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ちます。

振り返ってみまして、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みたいな代替案みたいなものがあれば教えていただきたいということが1点目です。

そして二点目なのですが、今日の資料の「はじめに」の一番冒頭にあるように、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まず書かれておりますけれども、尾身さんがもともと会長を務めていらした新型インフルエンザ等有識者会議、もしくは2013年に発表されまし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ました。しかし、実際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ます。

ここで質問というか、もしくは具体的な提案があれば教えていただきたいと思うのですけれども、尾身さんは今年の春までJCHOの理事長も務めていらしたと思うのですけれども、ある種現場と大局的な視点、両方を持つ立場にあったと思うのです。そういう立場から見て、何でこの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のかみたいな具体的な提案みたいなものがあれば、ぜひ教えていただきたいと思います。

○尾身代表理事 まず、古市さんからは二つか三つ質問があったと思います。

前のめりの件は、私はいろいろなところで申し上げていますが、2020年の最初の頃、初めてあった1月、2月の頃は、そこにおられる政府の方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ました。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当然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、何が分かって何が分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のだけれども、そういう経緯で始まる。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る、ほとんどリスクのことを語っていたと思います。その後もいろいろなリスクについて。今度、分科会になると社会経済の人が入るわけです。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いません。

むしろ一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です。ただ、私が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ます。それに敬意を表していますが、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のだけれども、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のです。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りました。ただ、一つ課題は、我々が提案するのは役目ですから、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私は思います。

それから、医療提言については我々分科会も何度も、言えば限りなく、例えば第3回、第4回のコロナ分科会、あるいは第5回の分科会も再三再四にわたって、最初は多分令和2年7月22日から何回にもわたって、医療の強化ということについては提案をしてきました。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いますが、一つは2009年の新型インフルエンザのときに、その次の2010年に金澤先生という人が座長にな

って、十分な統括会議をやったのです。ちょうどこの会議と一緒に。この会議と一緒にすることをやりました。その会議では、実は医療のことも、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も、今課題になっていることがほとんどカバーされていた。

そういう中で、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私は思いますけれども、一つは政権交代が頻繁にあったということ、それから災害があったということ、そういうことがあって、我々は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です。韓国とかほかの国は、SARSとかMERSの直接被害をかなり受けましたけれども、日本の場合にはそれが幸いにもなかったために、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ということで、今、古市さんの御質問の中であなたはJCHOということで、私はJCHOの病院を預かっているわけですから、政府がやれと言われることをやるということで、1病院を全部開放しろと言われてたらやります。

しかし、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です、ここは人材の問題もあるし、細かいことは書いておきましたけれども、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います。

○永井座長 菅原構成員、それから草場構成員。

菅原構成員、どうぞ。

○菅原構成員 ありがとうございます。

尾身先生、脇田先生、松浦先生、今日はどうもありがとうございます。私は、政府と専門家会議の役割分担、権限の分担が非常に重要なものと認識しています。次なる備えに向けては、ここを明確にする必要があると思います。今回国民から見て、専門家会議の役割の重要性を強く感じたと思います。専門家会議のあるべき体制は、感染症のフェーズによっても異なってくるのではないかと思います。今回、途中で社会経済学者が加わるなどありましたが、あるべき体制をお伺いしたいと思います。また、政府それから専門家の方々からの国民への情報発信がありました。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のですが、一方で、今回国民は、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随分助けられてきたところはあります。また、例えば各種メディアに様々な医療関係者の先生方が出て、様々な情報が出たことが、もしかしたら混乱を招いた面もあったのではないかと思います。いわゆる危機時の国民とのコミュニケーションという点で、ご経験を踏まえて、次なる備えとしての教訓を教えてください。

最後に、専門家会議は非常に重要だと思います。一方、米国のCMOのように、例えば総理とか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、ポストみたいなものは必要だと思われませんか。というのは、行政の中で指揮命令系統に入り上司、部下の関係になると、ガバナンス上、機能しない面も出てきてしま

うのではないかと思います。こうした点についてもコメントいただければ幸いです。よろしく願いいたします。

○永井座長 今の点、尾身会長、いかがでしょうか。

○尾身代表理事 ありがとうございます。

まず、助言組織の在り方については、今日、我々が指示したものは届いているのでしょうか、8ページにかなり詳しく書かれておりますので、科学的助言の在り方は、私はそう思っています。

それから、ワンボイスという話ですけれども、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のです。それと同時に、先ほど申しましたように、専門家はリスク評価に基づいて分科会が提言するのですけれども、最終的にその提言を採用するかどうかというのは、基本的なリスクの管理は政府の役割だと思います。したがって、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ですから、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ので、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います。

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話ですけれども、今回、我々専門家は三代の総理にお仕えしましたけれども、総理にお話しする機会がありました。総理はほとんどの場合、よく聞いてくれました。それは官僚群を通しての場合もあるし、直接のこともありました。

政府では司令塔という言葉が使われていますが、いわゆる新しいディビジョンメイキングの在り方というものは、私は一番大事なのはディビジョンメイキング、司令塔で非常に重要なのは、しっかりした情報の分析と判断ができなければいけません。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方は、外にも優秀な科学者がいます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、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す。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、そういうことが私は司令塔の最低必要な条件だと思っております。

よろしいでしょうか。

○菅原構成員 ありがとうございます。

○脇田所長 脇田のほうから一点追加させていただきますけれども、例えば御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

ります。一長一短というところがありますので、その上で我が国にこういった形態が適しているかということになるかと思えます。

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いますので、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ました。以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

それでは、草場構成員。

○草場構成員 日本プライマリ・ケア連合会の草場でございます。

先生方の2年以上にわたる活動に心から敬意を表したいと思えます。

私から二点質問がございます。

まず一つ、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ましたし、実は保健所も相当逼迫した。そんな中、私自身が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は6万ございますが、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なという感想を持っているのですが、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られていたのか。そして、そこが一般医療の課題ということプレゼンされた部分とも通じるものなのかという点を一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のですが、公的医療機関と民間医療機関の役割分担でございます。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ございますけれども、民間医療機関はどうなのか。私自身も民間なのですが、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のです。ですから、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ます。

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ございませんでしたので、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気がしております。ですから、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お考えになるか、以上二点を教えていただければと思います。よろしく申し上げます。

○尾身代表理事 草場先生、ありがとうございます。

これは我々の18ページにも書かせていただきましたけれども、特にオミクロン株になって、決めた指定医療機関だけでは当然無理なわけで、徐々に一般医療機関にも広がっていく。その中で私は今、先生がおっしゃったプライマリ・ケアという名前はともかく、感染症は総合診療ですから、全身疾患ですから、どうしても日本の場合には専門医機構というものがあったりして、それはそれで非常に重要です。専門医に対するニーズは極めて高い。それが縦軸だとすると、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、私は今回もプライマリ・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ですが、そういう情報が私のところに入っております。

それと、公的医療機関と民間医療法人もともに、実際問題として私も公的というか、我々は独法ですから、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す。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でやれることはすべてやりました。そういう法律もあり、今回、法律が活用されました。

しかし、民間のほうはそういうことがないので、民間の人たちの特性があります。今までの日本の医療の成り立ち、そういうことも踏まえて、公的とは違うのだけれども、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、私は大事だと思います。

○永井座長 若林構成員。

○若林構成員 いろいろ御説明ありがとうございました。

今、お伺いして、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と。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ですが、結局10年たって改善されていないということで、尾身先生からも御指摘のあったように、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ました。

本会議もいずれ提案がまとまるということではありますが、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いますが、そういった考え方でよろしいでしょうか。

○永井座長 どなたか、何か御意見があれば。

○尾身代表理事 モニタリングは、政府の内部でPDCAサイクルで当然やるべきだと思います。

す。今回も政府は感染対策に本当に頑張ってもらっていて、自治体も頑張ってもらったと思います。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いますけれども、それをモニターするための定期的なメカニズムが、存在しなかったもので、約束したことが実行されたかどうか明確にされませんでした。先ほど脇田先生ほうからサーベイランスの話なども随分出てきた。けれども、なかなか実行されないみたいなどころもあるので、ここはモニターすれば、どこが進んでいないのか分かりますね。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私は思います。

○永井座長 よろしいですか。

最後に私から、検査のことをお聞きしたいと思います。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います。最初は試薬が足りない、MERSの経験がなくPCR検査体制を構築するのが難しかった。そこは分かるのですけれども、その後、検査のキャパが増えてたときに、民間検査が発達していきました。民間検査は、今も重要な役割をしていますが、コロナ対策の管轄外に置かれています。

正規の検査は、医療機関と保健所が行う行政検査であって、民間検査や無症状者のPCR検査は、対策の中に十分に組み込まれていません。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検査件数と陽性数については、東京都と静岡県は公表していません。東京の場合、第6波のピーク時は無症状PCR検査の陽性率は9%でした。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%です。ほかの自治体はデータが見えない。そういう状況から、民間検査あるいは無料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、御意見がありましたらお願いします。

○脇田所長 御質問ありがとうございます。

検査の課題につきましては、資料のほうでも述べさせていただきましたとおりなのですが、今、御指摘の検査キャパシティの拡大がなかなかというお話と、それから民間検査等の検査制度のことです。

当初から、検査制度の確立といいますか確保というのは非常に問題でありまして、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のほうから供給をして、開発の補助といいますか、そういうことを促進していくという形で徐々に広まってきましたけれども、検査の拡大につきまし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きました。

今回の無症状者のPCR検査につきましては、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は、我々は十分に分かっていませんが、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すから、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います。

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すがけれども、その後民間検査を確立していく、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ます。ですので、まずは行政検査のところで感染研と地方衛生研究所で検査体制の確立、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ましたから、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ます。

○永井座長 私がお聞きしたいのは、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です。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いうことなのですが、そこが弱いように見えます。

○尾身代表理事 座長の御質問について、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でしたけれども、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ーが弱かったので、重症化しやすい人を優先したということがありましたけれども、しかし、我々専門家のほうは、本文の資料5を見ていただければと思いますが、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されてきました。これはそういうことです。

今の御質問は、民間のほう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、資料6にも入れたのかな。ごめんなさい、さっきの戦略の話は資料7を見ていただければと思います。当初、皆さん御承知のように、もう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ていて、かなり世の中が混乱しました。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年ですから、まだワクチンが接種されていません。この提案につき、簡単に説明します。

有症状者についてやるのは、当然そう。無症状者を二つのカテゴリーに分けて、ここと言えば②a、②b、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ました。

○永井座長 検査をした結果をどう対策に取り込むかということですが。

○尾身代表理事 検査の結果をどう対策に取り組むかについては、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でした。そういうことを7月の時点で我々はお示したということでもあります。

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お願いした。

○永井座長 感染症法の措置の中に、積極的疫学調査は行うとして、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ます。その辺も、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います、いかがでしょうか。

○尾身代表理事 その定点観測のことは、専門家の間でも、厚労省とも、1年以上前から、実は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のが実は求められているのですけれども、なかなか動きが悪かったという事実はあると思います。

○永井座長 構成員の方々、よろしいでしょうか。

それでは、時間になりましたので、専門家との意見交換を終了したいと思います。先生方は御多忙のところ、ありがとうございました。ここで退席をお願いいたします。

また、構成員の皆様におかれましても、本日、御出席ありがとうございました。

では、事務局から連絡事項等をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

次回の日程に関しましては、追って事務局から御連絡をさせていただきます。

また、次回からは取りまとめに向けた御議論をお願いすることと考えていますけれども、書面によって御意見をお寄せいただく場合には、25日までに事務局まで御提出をお願いいたします。本日はありがとうございました。

○永井座長 どうもありがとうございました。