

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（第4回） 議事録

1 日時

令和4年6月3日（金）10時59分～13時05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
	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、ただいまから第4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 改めまして、皆さまおはようございます。

それぞれにお忙しい中、精力的にこれまでも御議論いただきました。心から感謝を申し上げます。

様々なヒアリングをやってまいりましたが、いよいよこれからまとめの議論をしっかりとやっていかななくてはいけないタイミングに入ってきていると思っております。我々もいたしましても、この2年半の間、様々な経験と、そして知見を積み重ねて今日があると思っております。本日は政府側でも用意をさせていただきましたそれらを整理した資料も出させていただいて、また、これまでヒアリング等々で皆様方から御指摘いただいたことを踏まえながら、皆様方にまとめに向けて積極的に議論していただければと思っております。

中長期的に何が必要かということ、これが明確になっていくように努力をしてみたいと思いますので、今日も活発な御議論を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出をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○事務局　本日は、秋池構成員がオンラインで御参加をされます。

構成員の皆様のお手元のタブレットには、今回とこれまでの資料を保存いたしております。また、今回の資料は、お手元にも配付をいたしております。

それでは、議事に入りますが、山際大臣、宗清政務官は公務のため途中で退席をさせていただきますので、あらかじめ御了承願います。

それでは、ここからは永井座長に進行をお願いします。よろしくお願いします。

○永井座長　それでは、議事に入ります。

これまで3回にわたりまして議論、ヒアリングを行ってまいりました。ここからは取りまとめに向けた議論をお願いしたいと思います。

まず、事務局より資料の説明をお願いします。

○間審議官　内閣審議官の間でございます。

私から、資料1及び資料2に基づいて御説明を申し上げます。

まず、このタブレットでもお配りしてはいますが、黄色いファイルになっております資料1についてでございます。

本有識者会議の第1回の会議の際に、新型コロナへのこれまでの政府の対応について、そのあらましを御説明申し上げましたが、特措法の運用や保健・医療提供体制を中心に、客観的に確認できる内容を可能な限り整理したものが資料1でございます。資料全体につきましても、事前にお渡ししていることもございますので、詳細な説明は割愛をさせていただきます。ただ、この資料を作成するに当たりましては、本会議で事実関係として整理するよう御指摘をいただきました例えば経済への影響でありますとか、マスク着用などの要請の国民の受け止めのアンケート結果でありますとか、政府の人的体制の増強の状況でありますとか、あるいは診療検査医療機関数や公表率の推移などを盛り込ませていただいております。

また、特措法に基づく行動計画が定められていながら、医療物資や病床の確保に困難があったことについて厳しく御指摘を頂戴しております。こうしたことにつきましても、例えば物資でありますとか、後ほど御参照いただければと思いますが、246ページに政府行動計画等において、具体的な品目を挙げて、どこがどれくらい確保するのかまでは定めていなかったということ、あるいは91ページになりますけれども、病床確保について

感染症法の予防計画などと連携が十分できておらず、現場レベルの具体的なオペレーションに関する備えが十分でなかった、つまり現場に落とし込まれていなかったということも記述をしております。そういう反省すべき点も記載してございます。

その上で、25ページをお開きいただければと思います。保健医療の指標としての死亡者数あるいは経済指標に関する記載について御紹介をさせていただきたいと思います。25ページにグラフがあろうかと思いますが、これはWHOが公表した人口10万人当たりの死亡者数のOECD諸国等のデータでありますけれども、このデータによりますと、OECD諸国等の中で3番目に死亡者が低いとなっております。

また、グラフで申し上げると28ページでございますけれども、新型コロナ以外で亡くなられた事由、様々なほかの病気でありますとか、交通事故とかもあると思いますが、そういったものを含んだ亡くなられた方について、コロナ以前と比較した人口10万人当たりの超過死亡数につきましてはマイナスだと。上の少ないほうから3つ目、マイナス8ということでございまして、OECD諸国等の中では低位ということでございます。

もう一枚おめくりいただきまして、29ページでございますけれども、どれだけ患者を入院治療で支えたかを示す入院率でございます。これも国際比較でございますが、表の右から2番目の「(B) ÷ (A)」という欄が、感染症の患者のうち入院患者がどれぐらいおられたかの割合でございまして、これを御覧いただきますと、欧米諸国と比べて高いということが分かります。

また、30ページを御覧いただきますと、今度は経済の関係でございます。GDP等の経済指標についても30ページ以降に示しておりますが、新型コロナ発生前と比較しますと、各国とも2020年4月～6月期を中心に大きく落ち込んでございます。その中で、赤い線でございますけれども、日本、我が国は、各国ほどは落ち込んでいない。

各国ともその後、回復してきているわけですが、足元では中国、アメリカ、英国は発生前の水準を上回る一方で、ドイツと日本は発生前とおおむね同水準だと。回復が緩やかであるというような状況でございます。

そのほか、業種別の動向や主な需要動向についても示しておりますので、後ほど御参照いただきたいと思います。

資料1につきましては、ひとまずこれぐらいにさせていただきます。

続きまして、資料2の横の資料を御覧いただければと思います。

この資料は、これまでの本会議での御指摘などを踏まえまして、右のほうにそれに関連する問題となった事実、これは資料1に記載のあるようなことが中心でございますけれども、あるいは御指摘いただいたことなどを書かせていただいて、左の欄には、次の感染症危機に向けた課題と思われるような事項を事務局で整理したものでございます。

まず、1ページの上のところは枠に入っていない部分がございますけれども、様々な観点から御指摘をいただいている中で、感染拡大防止と社会経済活動を両立させるという観点からは、感染の初期段階からしっかり機能する保健・医療提供体制を早急に立ち上げて、ウイルスの特性等によって機動的に対応できる体制とすることや、必要な行動

制限は効果的に行うことで、重症者や死亡者をできる限り抑制し、国民の安心を確保するとともに、社会経済活動を制約する必要がある場合、その期間をできるだけ短くするようにすることが重要と整理してございます。各委員の様々な御意見をある程度こういう形で整理できないかとしたものでございます。

その上で、個別の事項について順次御説明申し上げます。

1 ページの下の箱からでございます。医療提供体制の強化に関する事項について、まず1 ページから2 ページにかけて三つぐらいまとめてお話し申し上げますけれども、入院医療の関係であります。

1 ページの枠にあるのは、要は感染症指定医療機関以外の医療機関などで感染症危機を想定した訓練が行われていなかったこと。

それから、2 ページの上のところにありますのは、感染症初期にファーストペンギンといましようか、そうした役割を果たす医療機関の役割が明確でなかった。

その下にありますように、感染拡大期におきましても、病床確保あるいは高齢者施設の医療支援、他の医療機関への看護師等の派遣など困難なケースが生じたことについては、行動計画と感染症に基づく予防計画などが連携が十分できてなくて、各地域で個々の入院医療機関が果たすべき役割が十分に具体化されていなかったということ。そして、パンデミックになってから、行政からの要請に基づいた対応になったという構造問題があるという御指摘もあります。各地域で、平時より医療機能の分化、感染症危機での役割分担の明確化を図るとともに、それが確実に実行されるような仕組みや実践的な訓練が課題となるのではないかと考えています。

続きまして、2 ページの下のところにあります自宅・宿泊療養者への医療提供体制の確保の関係でございます。こちらにつきましても、御案内のようにデルタ株やオミクロン株の感染拡大の中で、自宅等での健康観察や診療の必要性が増加しましたけれども、こちらのほうも外来医療や訪問診療の領域で、各地域で個々の医療機関が果たすべき役割が具体化されておらず、また、かかりつけの医療機関、プライマリ・ケアを担ってくださっている医療機関が組織的に関わるといった仕組みもなく、パンデミックになってからの行政からの要請に基づく対応になったと。

その意味で、特にこういう外来、訪問診療を行う医療機関につきましても、各地域で平時より健康観察や診療をはじめ感染症危機時の役割分担の明確化を図るとともに、それが確実に実行されるような仕組みの実践的な訓練が課題なのではないかと整理してございます。

続きまして、3 ページの中ほどでございます。これは事務的に整理したものでございますが、外来医療の費用負担の関係であります。自宅・宿泊療養者が医療を受けることを想定した公費負担医療の仕組みが現状ないということでございますので、それが課題という整理をしております。

また、医療のタスクシフト・シェアを現場レベルでさらに進めることについても御指摘をいただいております。

その次に、圏域内の入院調整でございますけれども、都道府県、保健所設置市、特別区間の意思疎通とか情報共有を円滑に行うための仕組みが課題ではないかと考えてございます。

それから、広域の入院調整についても多くの御指摘をいただいておりますけれども、都道府県の区域を超えて、入院等の調整が必要な場合の国と都道府県の役割分担、国の権限の明確化など、こういう事例を踏まえますと感染症危機時に広域的な調整が円滑に行われる仕組みづくりが課題なのではないかと考えてございます。

1枚おめぐりいただきます。4ページでございます。データ収集・デジタル化の関係でございます。感染症のデータについてはまた別途、別のところで言及をさせていただきます。ここでは業務効率化や見える化という意味で、これまでの取組をコロナに限らず進めていくということが重要でありますし、また、これも御指摘いただいておりますけれども、次の感染の波に備えて対策を練るという意味で、リアルタイムに情報を収集するということが課題ではないかと考えてございます。

それから、保健の関係でございます。

まず、検査につきまして、感染初期段階から必要な検査がしっかり行えなかったということでございますので、そういったものを行えるように公的部門をはじめとする検査体制を強化することが課題ではないかと考えています。

それから、サーベイランスの強化の関係も多くの御指摘をいただいております。情報収集・分析の課題が指摘されまして、ウイルス変異などに柔軟に対応するためにも、行政検査だけではなくて、無症候の感染症や地域性の把握のために定点サーベイランスや下水サーベイランスと組み合わせることの必要性も指摘をいただいております。

国、地方、医療機関等の保健医療分野のデジタル化を進めて、外部研究機関等も含めて、危機時に情報を迅速に収集、共有、分析、公表することができる情報基盤、あるいはその情報を共有するという点について、安心して共有できるような環境を整備することが課題というふうに、これまでの御指摘の中で考えられるのではないかと考えています。

さらに情報につきましては、司令塔機能を発揮するための前提だという御指摘もいただいております。

続きまして、5ページでございます。専門家の役割の関係でございますけれども、やはり、変異する中で専門家も情報収集に制約があったという御指摘もございます。専門家の役割に関連しては、専門家が科学的助言を行うという役割を果たして、科学的妥当性と透明性を確保するために情報を専門家助言組織が外部の専門家集団と連携して分析することが重要との御指摘をいただいております、それが課題であると考えてございます。

また、それ以降、保健所の業務の関係を二つほど申し上げます。

まず、一つは平時における実践的な訓練という項目になっておりますけれども、保健所業務が逼迫したときの全庁体制や応援の受入れについて訓練が十分行われておりませんでした。

また、次にあるように、感染拡大期における保健所業務について、優先順位をつけることとか、保健所と医療機関、消防機関、市町村等々の役割分担や協力関係が不明確で、保健所業務が逼迫を繰り返したという反省がございます。

そういうことからしますと、平時や緊急時における保健所の役割、機能の見直しや、それを通じた保健所と医療機関、プライマリ・ケアを担ってくださっている医療機関などとの連携でありますとか、消防機関、市町村等が協働して対応する仕組みをつくっていく。あるいは保健所のICTツールの徹底的な活用など、保健所業務を充実することができる体制づくりが課題となるのではないかと考えてございます。

さらに、その際には、6ページの頭でございますように、ワクチン接種も含めまして、職場の感染対策のために産業医をより効果的に活用することも課題との御指摘も頂戴しております。

続きまして、6ページの上のほう、ワクチンの関係でございますが、ワクチン接種につきましては、国会でも当初、慎重論がございました。附帯決議でもかなり慎重に進めるようにと。ただ、その後、諸外国などで副反応が多くないことが分かってきますと、非常に積極論が強くなったという経緯がございました。ワクチンの早期接種という意味では、究極的には国産ワクチンの開発も非常に重要だと考えております。その意味で、ワクチン等の開発という欄でございますが、平時から研究開発、生産体制を強化して、迅速な開発、供給を可能にするための体制構築を図っていくとか、あるいはこれも構成員から御指摘がありましたけれども、医療情報の活用を推進するための取組、さらには基礎研究を含む研究環境の整備などが課題と受け止めてございます。

また、ワクチンの全国接種あるいはワクチン確保のために法整備が必要になりました。次の項目で、6ページの下欄でございます。あるいは市町村を中心とするワクチン事務についてデジタル化が必要なことを考えますと、パンデミックを起こすごとに接種体制みたいなものが都度対応にならないように、ワクチンの接種類型を整理することとか、デジタル化を進めて一体的なシステム運用を確保するなどによって、機動的なワクチン接種を進める仕組みづくりが課題ではないかと受け止めてございます。

続きまして、7ページに参ります。ワクチン接種体制のところでございます。特に二つ目でございますが、ワクチン接種してくださる医師、看護師が足りないということで、歯科医師、臨床検査技師、救命救急士が行うことについて、違法性阻却という緊急避難的な考え方で進めたわけでありましてけれども、感染症危機時におけるワクチン接種の担い手の確保をあらかじめ考えていくことが課題ではないかと考えてございます。

それから、7ページの下の方でございますけれども、物資の関係であります。マスクをはじめとする医療用物資等につきましては、市場のモニタリングを含めて安定供給ができるような仕組みとか、あらかじめ個人防護具などについて具体的な目標を定めて備蓄を行うことが課題ではないかと考えてございます。

8ページに参ります。水際関係でございます。水際対策につきましては、検疫所が確保する宿泊施設が逼迫したなどの事実が書かれてございます。また、検疫法上の措置

の実効性の低さなどが指摘されておりまして、この実効性を高めるための仕組みづくりが課題と考えております。

その上で、水際対策につきましては、この一連の会議の中で、あるいはヒアリングなどにおきましても、水際対策は感染が長期化した場合に入国制限を継続的に実施することにつきましては、諸外国の対応などを踏まえたものとする視点が必要という御指摘もあつたと考えてございます。

続きまして、特別措置法に基づく行動制限要請の関係は、いろいろと記載してございます。

いろいろな要請に基づいて、それに従っていただけなかった場合、命令を出したのに、それにも従っていただけなかったような事例、あるいは個人の事例も記載してございますけれども、まず、事業者の関係につきましては、要請を遵守する事業者とそれ以外の事業者の間で不公平感が生じたりしたというような指摘もございます。また、個人に対する自粛要請についても十分に実施されない場合があつたという話もございました。

他方で、大規模野外イベントが医療団体の要請で中心になつたことがございますけれども、このときには、その地域では緊急事態宣言もまん延防止等重点措置も出ておりませんでした。そういった中で、関係者間の意思疎通が十分でなかつたという指摘もございます。

また、9ページの頭の○になりますけれども、専門家助言組織のメンバーの発言が政府方針とそごがあるかのように受け止められる場面があつて、国民へのリスクコミュニケーションとして問題があるという御指摘もいただいております。その意味では、国民の納得感と実効性を高めるという観点から、都道府県知事等による要請について、その合理性に関する説明をより丁寧に行うこととか、要請等に関する実効性の向上が課題と受け止めております。

なお、特措法の運用に関しても、その欄に矢印であるような御指摘もいただいております。こういった改善について検討することも課題であろうと受け止めております。

9ページの下のところでございますけれども、その他特措法の対応の中で御指摘のあつたことを含め、四つの事例を示しております。

このうち最初のものについて御説明しますと、感染初期から政府と都道府県が一体的に危機対応に当たれるような仕組みづくりが重要なのではないかと考えております。調整が難しかった事例を踏まえて、そのように整理できるのではないかと考えているところでございます。

続きまして、1枚おめくりいただきまして10ページでございます。いろいろな課題を御指摘いただいているわけですが、こういうものをしっかり進めていくためには司令塔機能が重要だと、非常に多くの構成員の方々、あるいはヒアリングの中でも御指摘をいただいております。政府において体制を整備するに際して、重要な御指摘を整理したものが記載事項でございまして、その実現が課題となると考えております。

具体的には記載のとおりでありますけれども、例えば政府対策本部長でもある総理の

下に、政府内で一元的、一体的に取り組む体制の構築でありますとか、いざその感染が起きたとき、つまり平時と有事の切替えの人員的なサージキャパシティの御指摘もありました。それから、専門家組織を強化して、政府外のアカデミアを含めたオープンな議論を行うといったようなこと。専門知の迅速な収集、分析、共有等を行うこと。政府がリスクコミュニケーションの視点に立った情報発信を行うこと。こういったことについて繰り返し御指摘をいただいておりますと理解をしております。

長くなりましたが、私からの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。

意見交換はまた後ほどということで、先日、構成員の皆さんにお願いした書面による意見について、何名かの構成員から御提出いただきました。これらの資料は、まだ報告書がまとまっていませんので、本日は机上配付資料とさせていただきますので御了承ください。資料の取扱いについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局 これらの書面につきましては、会議運営要領の趣旨を踏まえまして、今、御説明がありましたように、本日は机上配付資料としてお配りしております。会議後の公表は行いませんので、御留意願います。これらにつきましては、後日、議事録を公表する際に、各構成員からの御発言という扱いで併せて公表をさせていただきたいと思っております。以上です。

○永井座長 それでは、取扱いについてよろしくお願いたします。

では、書面による意見を提出された方から順次、内容について簡潔に、4～5分で御発言いただきたいと思います。

まず、草場構成員、お願いします。

○草場構成員 草場でございます。

それでは、お手元の資料を御覧ください。大きく三つの項目に分けて意見を書かせていただきました。

1枚めくっていただいて2ページ目、まず、最初に私自身の専門分野のプライマリ・ケアに関してでございます。1に書いておりますのは、以前ここで発言をさせていただいた内容ばかりですので割愛したいと思います。基本的には、症状のある患者の診療、つまり外来診療や往診対応といったものに関して十分な対応ができていなかったという点。結果として、療養中に十分な治療を受けられず自宅で亡くなるケースが出てきたといったお話でございます。

2は、従来から抱えているプライマリ・ケアの脆弱性ということで、これは今回のコロナ禍だけではなく、以前から抱えていた問題を書かせていただきました。一番お伝えしたいのは4ページの上から2段落目のところ、「以上まとめると」と書いてございま

すけれども、日本のプライマリ・ケア、つまり地域医療の体制は、平日の日中で状態が安定した患者さんに対してはフリーアクセスで効率よく医療提供できますが、その条件から外れた患者については、患者の自己責任と急性期の医療機関や救急外来等の献身的な貢献に非常に大きく依存しているということです。加えて、パンデミックで求められたオンライン診療、在宅医療の機能が平時より十分整備されていなかったという点を特に強調したいと思います。

3はかかりつけ医の構造的な問題でございます。これも一番下のまとめのところを御覧いただきたいと思いますが、5ページの上から2段落目になります。かかりつけ医の在り方そのものが、比較的緩やかな枠組みで日本は運営しておりますけれどもこういった形で制度化をある程度進めて、きちんとした枠組みをつくらないと、今後また幾度パンデミックが到来しても、対応する医療機関と、対応しない、あるいはできない医療機関が混在して、組織化された迅速な行動を展開することは非常に難しいと考えてございます。結果的には、そのリスクを背負うのはいつも国民ということになると感じてございます。

4はこれを踏まえたプライマリ・ケアの在り方の大きな枠組みについて論じています。

5以降は、具体的にかかりつけ医をシステムの中に組み込むための制度として、かかりつけ総合医制度を説明しました。具体的には、かかりつけ医をきちんと患者が把握して登録をし、かかりつけ医側も登録している住民をきちんと認識している、そういった仕組みをつくっていくべきではないかということで、具体的に①、②、③と書いてございます。特に②の登録住民に対する医療機関の果たす役割というところに、今回のパンデミックの中でもこういった登録かかりつけ医がいれば様々な感染症に対するサポート、アドバイス、診療、PCR検査、往診対応などを責任を持って国民に対して提供できたのではないかと、また、保健所と連携しながら必要な医療を提供できたのではないかと、このことを詳しく書いてございますので、こちらも御覧いただければと思います。

③、④の辺りはどちらかというとき平時における登録したかかりつけ医の役割の重要性を述べてございますので、今回、③、④、⑤、⑥の辺りは割愛をしていきたいと思っております。

以上が最初の第一項目のポイントでございます。

続きまして、10ページを御覧ください。こちらはどちらかというときプライマリ・ケア以外の急性期医療に関しての意見でございますけれども、Iに課題を示し、(1)(2)(3)と順次書いてございます。

(1)として、まず重症者に対応する高度医療の逼迫が顕著であった。ただ、これはICU等のハード面以外に専門的医師、看護師の不足が大きかったのではないかと、このことをコメントしています。

また、救急医療の制約も出ましたし、(3)にございますが、病院によって救急患者を受け入れない病院があり、二分化してしまっただけで、そういった意味では、十分な救急体制を構築できなかったという点を示しています。

そして、大きなⅡに書いてございますのが解決の方向性ということで、大項目だけ読めますが、救急医療・高度医療を強靱化するという方向性が必要だと思えますし、2番に書いてございますように、適切な役割分担・機能分化を平時から各地域において、二次医療圏などできちんと事前しておくということが今回できていなかった点が大きく、改善が必要と思っております。

11ページになりますけれども、一番上に書いています、3.感染拡大に即応できるような柔軟性・機動性の強化という点に関しては、病床の転用ができるような物理的な環境の整備、あとは行政の権限、医療資源のIT化等といったところを改めて確認させていただいております。

大きなⅢ以降は、大きなⅡを達成するための、具体的なまず着手しやすい方策を書いてございますので、こちらは個別の項目になりますので、また御確認をいただければと思っております。

以上が大きな二番目になります。

続きまして、13ページ目になります。こちらは感染症対応における行政機関、そして保健所等の在り方について書かせていただきました。

こちらでも明らかになった課題でございますが、(1)と(2)は、司令塔機能が分かりづらかった、また、国と地方自治体の関係性の柔軟性がやや欠けていた、そして、両者の情報格差が多かったという点を改めて書かせていただきました。

特に現場で感じましたのは、(3)を強調したいと思えますけれども、地方自治体レベルで政府からの様々な通知、事務連絡の把握と実行が大変難しいということをたくさん聞いていましたし、そしてそれが着実に実行に移されているかのモニタリングという点ができていなかったために、どうしても一方通行の情報発信になってしまったという点、(4)は保健所の過剰な業務状態という点、そして(5)は健康情報や感染情報に関してゼロからデータベースのシステムを構築した、つまり事前のデータベースが全くなかったという点を確認いたしました。

そして解決する方向性、これも大項目だけ読ませていただきますが、改めてパンデミックに対応できる省庁横断、産官学を挙げた対応が可能な司令塔組織の創設は必須だと考えてございます。

14ページになりますけれども、自治体のリーダーシップは感染拡大のフェーズによって変わってくると思えます。ただ、初期はなかなか難しいと思えますが、ある程度感染の性質が見えてきたときには、自治体のリーダーシップをどんどん取り入れていただきたい。それによって1と2が矛盾なく、司令塔はしっかりありながらも自治体の力も発揮できる体制になり、これが非常に大事なポイントかなと感じています。

3は先ほどのモニタリングがなかったということに対してですが、政策実行に関するPDCAサイクルをきちんと回していくような仕組みが当初からきちんと政策の中に組み込まれていくことがパンデミックでも大事だと感じます。

また、4の保健所については、地域の医療機関、かかりつけ医などが公衆衛生の一部

を担うべき点を示しました。診療所も決して医療だけではなくて、公衆衛生機能を一部担って、保健所と連携していく体制をきちんと平時からつくっておくことが非常に重要である。そうなれば、今回のように保健所が過剰な業務負担ということで逼迫することは今後は避けられると思いますので、体制構築をぜひお願いしたいなど。

最後はやはりデジタル化ということで、これはもうあらゆる面でございますけれども、デジタル化することによって情報を速やかに収集し、そしてそれに基づいて速やかに政策を変えることができます。

以上、多くなりましたけれども、私からの意見になります。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、田中構成員、お願いします。

○田中構成員 私は横向きのものですが、1枚めくっていただきまして、今回のこのコロナ禍は、今、草場構成員からお話がありましたけれども、結局国の司令塔は幾つかあったということ。あと、保健所が頼りということなのですが、保健所をコントロールするのは都道府県、政令都市、特別区といろいろあって、ここもどこが国との間の窓口になるか分からなかった。あと、医療団体が団体の構成員を完全にコントロールできるわけではないということも明らかになりましたし、そういった問題があったので、いろいろ混乱を来したのだらうと思います。

これからはバイオテロのことも考えなければいけない時代になっていますので、震災も来ないに越したことはありませんけれども、かなりの確率で予想されていますので、非常時の体制を事前に整理しておく必要があると思うのですが、中間的な組織を整理するのは大変なことなので、まず、国とフロントラインを直結させる方法を考えたほうがいいのではないかなと思います。

まず、国民はマイナンバーで保健所やワクチン接種記録、それからいろいろな一時金とか補助金なども直接振り込めるように銀行口座とひもづけられるように、今できていますので、それを徹底させることが必要だと思います。

あと、かかりつけ医とか、保険医登録や保険医療機関登録の中に有事対応の条項を入れておいて、実際にどのレベルで対応できるかも明らかにしておいて、それに反した場合はどうするかということも決めておいたほうがいいのではないかと思います。

それから、国について言えば、そこに書きましたけれども、政治決断と科学的判断は明確に分離したほうがいいだろうと思います。

その次のページは、お隣の古市構成員からよく御指摘いただいて、私もそれで勉強したのですが、新型インフルエンザ対策関連計画という非常に詳細なものがつくられていましたので、そういったものをぜひベースにして改定していったほうが、一から何かいろいろなものをつくり直す膨大な作業を考えた場合は、こちらのほうがいいのではないかなと思いました。

それから、健康危機の司令塔ということですが、健康危機管理庁という名前も出ていますが、ここが決断と指令を担当する組織で、日本版SAGEというのは、英国の緊急時科学助言グループのことをSAGEと言うのですけれども、そういうものをつくって、そこで科学的判断を担当するとしたほうがいいのではないかと思います。

日本版SAGEは、公衆衛生部会とか医療部会、社会経済部会、事務局といったように分けて議論したほうが、かみ合わない議論が延々と続くことは避けられるのではないかと思います。ここから上がってきた科学的判断を健康危機管理庁が決断するわけですが、例えば複数案が上がってきたときにどれがいいかというのはなかなか判断しきれぬところもあるので、よく医療の分野ではセカンドオピニオンというものがありますけれども、別のグループをつくっておいて、そこで議論させるというやり方もあるのではないかと思います。

それから、司令塔には絶対に手足が必要でして、ふだんからネットワークをつくっていくことが重要で、拠点病院としては救命救急センターを中心に、重症－重度中等症を診る病院、国立、自治体を中心に公的病院あるいは国立大学とかが中心になるのがいいのではないかと思います。連携病院は中等症のネットワーク、軽症は連携診療所というネットワークを保健医療計画の中に入れておくことが大事だと思います。SAGEは6ページにございますので、参考にいただければと思います。

7ページ目ですけれども、非常時にも耐え得る医療体制を平時からつくるのは当然なのですが、ややもすると非常時に耐え得るということで過剰スペックになってしまって、結局非常な費用と現場の負担がかかるということになりますので、まずはビッグデータによる量的な解析と定点観測による質的な解析の両方を踏まえて医療計画を策定する。そして、医療計画に合わせた人材育成もしていくことが重要だと思います。

それから、今回、先ほどのまとめにも出てきましたけれども、非常時のタスクシフトは違法性の阻却等の問題がありますので、あらかじめ明確に決めておく必要があると思います。看護師は大体半分の人が今、実際に看護業務に就いていないわけですから、そういった人たちが予備役として、その人たちがいきなり感染症とか災害医療を担当するのは無理ですから、その人たちがバックアップする。ですから、感染症や災害のときに出て行くのは病院にいる看護師ですが、今度は病院に看護師が足りなくなりますから、そういうところをバックアップする存在として、登録制で、ウェブ等で研修して、登録も更新して行って、役に立つものにする。

あと、Ceiling of Careというのは、治療の限界、適用範囲を決めることですが、今回もECMOとかが非常に足りなくなった。デルタ株のときがそうですけれども、そのときにどこまでどの程度やるかということを経験のうちに議論しておくことが必要だろうと思います。

最後は、司令塔の情報整理・共有を対象ごとにやるべきだと思っていまして、国民は特に第1波のときはほとんどパニック状態でしたので、ふだんから医療には限界があるとか、不確実なものがあるのだとか、あと、公益に対する意識というものを

理解していただくようにいろいろなコミュニケーションをしていく必要があるだろうということ、どうしてもデジタル格差は消えないので、今、デジタル格差が一番デジタルの苦手な人に合わせて設計されているような感じがするのですけれども、それは無理ですから、例えばマイナンバーカードに対応できない人には、そのような人に対する対策を別途講ずるという形で、どんどんデジタル化を進めたほうがいいと思います。

自治体は、いろいろ議論がありましたけれども、明らかに役割分担が不明確ですので、これを明確にすることと、情報の共有をどういう方法でやるかということも検討したほうがいいだろうと思います。

それから、医療者も実は情報が整理されていないし共有されていないので、これもどうやってするかということは国から直接発信するのが一番いいと思いますけれども、そういうことが必要であろうと。

医療関係者は、製薬企業、大学、研究機関、医療関係団体等の整理や共有もしていく必要がありますし、いろいろな団体がいろいろなことを言っかけて混同したところもあるので、情報整理は必要だろうと思っています。

それから、メディアは非常に有力な情報のツールですけれども、平時から意見交換を行って、有事のガイドライン、例えばこういうコアな情報は必ずどのメディアも流す、それに対してどういう批判をするかというのは言論の自由ですけれども、どこまでがコアな情報で、どこまでがメディアの私見なのかが分からないようなやり方はやめたほうがいいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、古市構成員、お願いします。

○古市構成員 よろしくお願ひいたします。

この会議は検証と提案の両方の機能を兼ね備えていると思うので、私は検証のほうという意味で、新型コロナウイルス流行前にこの国でどのような対応が行われていたかということを一例まとめています。

まず、この図を御覧いただきたくて、これはこの10年間ぐらい、この国の感染症対策、新型インフルエンザでありますとか様々な会議や行動計画において大体冒頭に記載されていた図なのですけれども、この図がコロナ流行前にこの国が何を目指していて、コロナ流行後に何が実現できなかったかということを端的に表しているなと思うのです。つまり、外出自粛要請ということはあくまでも感染症のピークを遅らせるためであって、その間に医療体制を強化して、国民生活、経済に及ぼす影響が最小となることを目指してきたわけですけれども、結果的にこのコロナにおいてこれが実現できなかったということが大きな問題だと思っています。

2ページをめくっていただきますと、いわゆるコロナ前の新型インフルエンザ対策行

動計画でありますとか、本当に2005年以降、繰り返してこの国では新型インフルエンザ対策統括会議とか、来る感染症に関してどう向き合おうかということが繰り返し議論されてきました。

そして2012年からは新型インフルエンザ等対策有識者会議が開催されまして、ここでは新型インフルエンザだけではなくて、いまだ誰も知らない重篤な未知の感染症でありますとか、そういうまさにコロナを見越したような議論がされるはずの会議であったと思うのです。実際、結構突っ込んだ議論もされておまして、緊急事態宣言をどうするであるとか、そういうことにいろいろな想定をしていて、その会議の議事録を読み返してみると、外出自粛等の要請に関しては1～2週間ぐらいではないかとか、特措法第45条の運用は慎重であるべきではないかとかという議論がされていたのですけれども、ただ、こういう会議はどんどん回を重ねていくと、重要度といいますか真剣度が薄れていくと思うのです。実際、開催頻度も中間取りまとめが出た2013年以降はすごく減っていきますし、議事録をいろいろ読んでいて、中には議事録の日付が間違っているものとかもあったのですけれども、どんどん重要度が減っていくと思ったのです。

4ページに行っていたかきまして、要は何が言いたいかというと、今もうありましたけれども、こういう立派な行動計画とかガイドラインがありながら、かつ、何が問題かということが共有されながら、医療体制の充実が重要であるとか、政府側のスポークスマンが大事であるとか、この会議の論点は様々網羅されたような議論は出尽くしているにもかかわらず、なぜ新型コロナウイルスの流行ではそれが実現されなかったのかということが一番大きな問題だと思っていまして、この会議の取りまとめというか報告書においても、計画はいいのですけれども、それにどう実効性を持たせるかということきちんと言えないといけなないなということは思っていまして、そうするとまた同じことが繰り返されると思うのです。

結局何が起こったかということ、医療体制の整備が重要であるということは、この10年間繰り返し議論されてきたけれども、結局それが実現できないまま、この2年間のコロナ対策というのは、外出自粛要請であるとか、緊急事態宣言を何度も出すとか、国民の社会経済活動に影響を及ぼすようなものばかりが繰り返されてしまったということ、4ページ、5ページでは書いています。

6ページに行きまして、具体的にどうするかということは、今日ほかの構成員からもありました議論はまさにそのとおりだなと思えますし、いかに医療体制の拡充計画に実効性を持たせるかということが一番だと思うのです。これも昔の報告書にあったものと重複している部分もすごく多いのですけれども、例えば陰圧病床とか、本当に感染症対策をしようと思ったら、病院の施設整備等にもお金がかかるでしょうから、そういうところに財政支援をする代わりに、パンデミック発生時に医療資源を優先的に提供してもらう約束をするでありますとか、とにかく実効性を持たせるような計画をいかにつくっていくかが大事だということを思います。

あと、もう一個言うならば、この会議は感染症の専門家というよりも、医療体制であ

るとか、憲法の方であるとか、つまり感染症そのものの検証という部分がどうしても弱くなってしまうと思うので、そういうことが今後も例えば緊急事態宣言の発出が適当であったのかとか、人流抑制効果はどれぐらいあったのかであるとか、一方で、これから自殺の増加とか、子供の発達に及ぼす影響はどうかということをきちんと議論できるような環境を整える、データ共有に努めるということも大事なかなと思っています。

論点2は1回目の会議でも申したのですけれども、専門家の前のめりがあったのではないかと。これは冒頭の事務局の説明にもあったとおりでと思うので繰り返しませんけれども、要は今後大事だなと思うのは、こういう有識者会議が開かれますけれども、例えばこの会議が開かれたとき、私の名前が発表されたときに何で古市なのだということをしごく言われたのですけれども、同じような目線を本来はこの2年間の会議にも向けられるべきであったのかなと私自身反省しているのです。つまり、感染症対策の会議であれば感染症の専門家が入っていればいいと思っていたけれども、そうではなくて、そこで社会経済活動の専門家であるとか、もしくは当事者の意見はしごく大事なかなと思ったのです。

例えば9ページにも書かせていただきましたけれども、この2年間のコロナ対策では、飲食店や若者が重要なターゲット、キーワードになりましたが、その当事者の声は十分ヒアリングできたのであろうとか、繰り返し若者や飲食店ということを使うのであれば、その当事者性みたいなものもこういう会議においては重要だったのではないかということを書かせていただきました。

10ページ、11ページでは地方自治体のことを書かせていただきまして、これはあくまでも一例ですけれども、人流抑制という名の下に、様々な私権制限が恣意的に行われなかったか。まさにグローバルダイニングの問題は裁判にまで発展しましたが、各首長が恣意的に人々の権利を制限してしまう可能性について、そこは明確に首長の権限を整理しておくことが大事ではないかということを書かせていただきました。

論点4は冒頭にもあったので割愛しますけれども、ワクチン接種に至るプロセスが適切であったかという話です。これも2019年の段階で、有識者会議で、住民接種に関しては地方に丸投げになっているのではないかという懸念を示されている構成員の方がいまして、結局こういう会議での懸念みたいなものをいかに実効性のあるプランとして落とし込むかということがなかなかできてこなかったもので、今度こそは何とかしてほしいなという思いとともに書いたポイントです。

最後に論点5で、若者ということについて書かせていただきましたけれども、この2年間、「若者の皆さんへ」でありますとか、若者に対して外出自粛要請を繰り返し求めるような各知事とかいろいろな専門家の皆さんのメッセージがありましたけれども、果たしてそれはどれぐらい適切であったのか。つまり、若者といたしましても、例えば20代という年齢集団を考えてみても1000万人とかいるわけで、果たして若者というセグメンテーションで呼びかけることは適切であったのかという点があると思います。

これはやはり大事なかなと思っています、つまり、例えば今の日本では人種差別とか性別

差別ということは通常許されないわけですが、それは個人が容易に変更できない属性に対しての差別は許されないと言えると思うのですが、若者という年齢、つまり変えられない年齢というものに対して、一律である種呼びかけをしたことは、どれぐらい適当であったのかということ、ここは懸念を書かせていただきました。

そういう意味でも、もしもう一回大きなパンデミックが起こるときには、専門性や業種ではなくて、年齢層という意味でも多様な当事者の声を聴くことが大事なのではないかということを書かせていただきました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、私から説明させていただきます。

私はいろいろな方にインタビューしてきました。少し厚めの22ページの資料と、そのサマリーとして3ページの資料を作っております。厚いほうを説明させていただきます。

まず、1ページ目ですが、確かに感染者数、死亡者数は欧米よりもはるかに少ないのですが、問題点を洗い出すことが大事です。まず、ピークを抑えるどころか増幅して、拡大しています。そういう状況を見据える必要があります。

指示命令系統が交錯し、意思決定プロセスも明確でない。その結果として弱者に負担がかかっています。自宅待機のまま亡くなる方もいました。また感染予防や医療の現場に大きな負担が加わりました。

とくに今回のパンデミックの経験から得られる教訓がいまだに明確ではない。国民の納得感も高くないように思います。そういう点が問題であり、この検証会議が開かれた理由だと思います。

海外でも検証が行われ、論文も出ています。とくに英国の議会が主導した検証報告書が昨年11月に出ており参考にさせていただきたい。

2ページ目から、法律、立てつけの問題から運営の問題を挙げています。3ページ目の上に、感染症法に基づく措置の概要の位置づけを示しています。今、二類か五類かという議論が行われていますが、私はもっと柔軟に考えるべきだと思います。その代表が検査のところですが、患者情報等の定点把握はしない。でも、積極的疫学調査の実施は行うとされています。こういう区分けが硬直的だと思います。感染の初期と市中に拡大した時、さらに感染が一気に増大した時とでは検査の戦略は異なるはずで、検査を上手に使い分けないといけない。あえてこの枠組みで考える必要はないと思います。

したがって、きめ細かい対応が必要です。法律も要請ベースで危機対応をしているところが問題です。これは確かに今後改善しないといけない。しかし病床の確保は権限が明確になっていればすぐ対応できるわけではないのです。医師・看護師の派遣、入院患者の転院、病棟閉鎖などいろいろな対応をしなければならない。そのための仕組みや制度を平時から決めておかないといけない。また、地域によって状況は随分異なります。

流行状況が大きく変わるという例を4ページ、5ページの図で説明しています。これ

は0～9歳とか10歳代とか年代別の感染者数を年代の人口で割った感染率です。この図のように感染世代はダイナミックに変化します。

これを累積したのが5ページの上の図で、左側が第3波、第4波、第5波です。20歳代は第5波で大体1.8%感染したことになります。10歳未満は合わせても1%未満です。ところが第6波では、今年1月～5月までの5か月間に、10歳未満の人口の10.4%も感染してしまいました。ピークを抑えるどころか、感染の様相が大きく変化しました。こうした流行をどのように抑えるか、もっと対策を考えるべきです。そういう意味で、市中感染に対するサーベイランスが重要です。

しかし、どのような感染対策を取っても情報収集や説明が問題です。専門家の方々に伺っても、情報がなかった、新聞報道で分析したという話がでてきます。このあたり、個人情報保護法条例を過度に恐れることなく、自治体が情報を提供できるような仕組みの検討が今後必要です。既に災害対策基本法ではそういう点も議論され、体制ができていくということを考慮する必要があります。

6ページ目、対策の最前線に立って、対応が迫られたのは保健所です。設置数が減ってたし、指揮命令系統が複雑です。区立の保健所と区の対応は大丈夫と思いますが、県が設置した保健所と市の連携がうまくいかない場合があったと聞いています。そのなかで保健所が本来業務ではない自宅待機の患者さんの食料の用意までしないといけなかった。市町村長の責務を感染症法の中できちんと位置づけないといけない。

PCR検査の問題もあります。サーベイランスは行政検査に含まれておらず、対策の隙間がありました。8ページを御覧ください。無症状者のPCR検査を昨年2月から秋まで内閣官房コロナ対策室の主導で実施しました。無症状者のPCR陽性率は市中感染のマーカーになります。それから、心配されるほど偽陽性率は高くないということがわかりました。感染のピーク時でも全体で約0.3%でした。

今年から都道府県が無症状者の無料PCR検査を行うようになりましたが、データが出てきません。調べた限りでは少なくとも東京都と静岡県はデータを公表しています。驚いたことに、無症状者PCR陽性率は第6波のピーク時に東京で9%、静岡で8%と、第5波の東京の約30倍に上昇しています。感染者が増えたこともありますが、可能性として検査の対象が第5波とは異なり、有症状の方や感染したリスクを持っている方が無症状者PCR検査を受けていることも否定できません。そうとすると、その後のフォローアップが心配になりますし、感染者数の把握に問題があることになります。検査のあり方を再考する必要があります。

9ページ目、重大健康危機のための法整備です。感染症法や特措法の見直しが必要なのは明らかです。今後ですが、災害医療のDMAT、DPAT、いわゆる広域応援の検討が既にされていますので、これらを参考にされたらよいと思います。

10ページ目が専門家助言組織の在り方です。先ほどお話ししたようなPCR検査の方針や積極的疫学調査については議論があります。これは地域や流行のステージによって違いますので、柔軟な対応が必要です。それから、専門家といえども情報がないのであれ

ば、社会に情報の問題を提起してほしいということを指摘しています。中央のデータセンターは重要ですので、これも今回検討すべきと思います。

12ページ以降は、研究体制を取り上げています。日本からの論文が先進国のなかで少ないという問題です。日本人が研究をして論文を書かなければ、専門家の助言体制が弱くなります。基盤となる研究体制を普段から整備しておく。パンデミック時には疫学研究や臨床研究が重要ですが、基盤となる基礎研究を重視しないといけない。海外でワクチンや治療薬が迅速に開発されたのは、基礎研究の厚い基盤があったということです。

13ページ目に、感染症基礎研究の研究費は、米国に比ぶべくもないが、国内でも他領域よりもはるかに少ない。

15ページ目、感染症対策で重要なのは情報基盤、情報の開示、提示方法、リスクコミュニケーションに関する課題です。先ほどもお話ししたように、中央のデータセンターあるいはデータベースをつくるのが求められていると思います。基本的なことです。政府のデータ公開の方法、データの示し方は大いに改善すべきで、リスクコミュニケーションからも重要です。例えば1週間単位でしかデータが出なくて、スクリーンショットを取っておかないと時系列分析ができないなどということはよくあります。最近改善されたと思いますが、これは感染症対策の基本です。

専門家助言の司令塔の在り方ですが、これは日本医学会連合が「Japan CDC（仮称）創設に関する報告書」を出していますので、参考になります。

コロナウイルスは歴史的に何度もこのようなことを繰り返してきたようです。最近ではSARS、MERSで警戒心も高まりましたけれども、今後も起こるといわれています。そのためにも全体の司令塔機能を、法的なことも含めてきちんと整備することが重要です。ただ、感染症法には負の歴史もありますので、しっかり議論して国民的合意を得る必要があります。その議論のためにもまず、情報収集、分析、データの利活用、データセンターなどについて、しっかり方向性を示す必要があると思います。

最後に18ページ目以下は、現在、ヨーロッパで仕事をしている元同僚の医師に書いてもらったイギリスとドイツの状況です。

以上でございます。

少し時間が過ぎましたが、ここから意見交換に入りたいと思います。この会議は、これまでの政府の取組について事実関係を整理、評価した上で、中長期的な観点からの課題を整理するために議論を行うものであると理解しております。本日の資料は、資料1が政府としてこれまでの取組の整理、資料2がこれまでの議論を踏まえた検討課題の整理となっております。今日は皆様に、資料2を中心に内容面での御指摘、過不足等を御発言いただければと思います。どの点からでも結構ですので、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

どうぞ。

○菅原構成員 ありがとうございます。

すみません、25日までのレポート提出が間に合いませんでしたので、手元でまとめたものは、本日の発言でカバーさせていただきたいと思います。

まず、総論といいますか、基本的なスタンスについて話をします。この有識者会議の趣旨は、今、永井先生からも御説明があり、第1回会合でも確認しました。この短期間の検討は拙速ではないかというメディアの一部報道等もありますが、“Panic and Neglect”と第1回の時にも話しましたが、喉元過ぎれば熱さを忘れてしまいがちなものでございますので、まず第1弾としてここで整理しておくことは重要で、意義があるものと思います。また、平時に戻ると危機管理への理解とか資源獲得が大変困難になるので、この時期にまずは第1弾として整理して、これを継続的に続けることが重要と思います。

有識者会議等の在り方については、先ほど古市構成員からお話がありましたので省かせていただきますが、私どもは有識者ですので第三者ではありますけれども、民間であるとか、国会であるとか、より第三者的な立場での検証も必要と思っております。

今回の論点ですが、事務局の方にはこれまでのファクトと議論の論点を丁寧に整理いただきましたことを感謝いたします。項目の多くは網羅されていると思うのですが、足りない論点などがあるため指摘させていただきたいと思います。

まず、政府が強調していた「感染抑制と経済の両立」の観点から講じた措置の検証、つまり国民の命、健康を保護して、国民生活や経済活動への影響を最小化できたのかというところは、先ほどの事務方の説明で少し経済的影響のところも説明いただきましたが、ここの検討がまだ弱いと思います。コロナ禍であり、各対策の結果、検証するまで至っていないというところもありますが、ここの検証はきちんとしておくべきだと思います。

また、財政的措置についての検証が欠落していると思います。2020年10月に公表されています民間臨調の報告書では、経済対策と予算の関係等々も併せて検証しております。このレポートでは課題を整理はしていますが、今後どう対応するかという全ての対策方針等までは必ずしも至っていないと思いますので、ぜひ今後も政府で進めていただきたいと思います。

特に経済対策としては、給付金の在り方とか、水際対策の実効性や経済への影響、現在行われつつある外国人の戦略的受入れなどの検証はしていただく必要があると思います。

もう一つ、危機管理では事態準備行動・プリペアドネスと、事態対処行動・レスポンスが重要と言いますが、今回は次のある備えということで、事前準備行動が重要です。プリペアドネスは、法や人材、物資だけではなくて、情報や財源も含めてセットで考えていくことが基本だと思いますので、この点を強調させていただきたいと思っております。なお、限られた時間の中での検証では限界はあるので、メリハリをつけた課題の整理をし、すぐにでも取り組まなければならないことをまずきちんと対応することが大切であり、論点のうち検討がし尽くされないところに関しては、速やかに別組織をつくっ

て、検討を継続していただきたいと思います。

医療提供体制に関しましては、専門家の皆様に御説明いただいたので、こちらは私からは一言コメントさせていただいて、むしろ司令塔機能、体制強化についてコメントさせていただきたいと思います。

医療提供体制のところは、私が強調させていただきたいのは、コロナ禍でフリーアクセスの限界を実感しましたので、かかりつけ医の制度化は本格的に考えるべきであり、地域の公衆衛生機能の一つとして捉え、また、有事対応の機能としても位置づけ制度化させていただきたい。もう一つは医療DXの整備の促進。エビデンスに基づく判断をするためにも、従来から議論されてきているところですが、今度こそ本格的にスケジュール感を持って進めていただきたいと思います。医療については、また今後の議論の中であればコメントさせていただきたいと思います。

危機管理に関わる司令塔機能の体制強化についてコメントいたします。まず、新興・再興感染症においては国家の危機管理上の重要事項でありますので、関連の法律においては、その対応は国の責務であることをきちんと明記していくべきではないかと思えます。その上で、国の権限強化、明確なコマンドシステムをつくる必要がありますが、国の司令塔機能を十分に発揮できるよう、その意思が全国の自治体、感染研、地衛研、保健所、検疫所、医療機関、介護施設等の関係組織に伝わって、一貫した措置を取ることができるよう、国の権限の強化が重要です。例えば感染症法における厚生労働大臣の権限は、都道府県知事に対する技術的指導、助言にすぎないため、法的拘束力を持って指示ができるようにする。また、知事の裁量権は、地域の実情に応じて速やかに対応するというメリットもございますが、圏域の対応の問題などもあり、少なくとも緊急事態下では国の権限の強化が重要だと思います。よって、感染症法と特措法における国から都道府県知事における指示等の権限拡充や、国として、各自治体が取べき選択肢を具体的に決めるなどの法整備が必要です。

私権制限、入国制限などは、特措法の担当大臣が関係省庁と連携をして、明確な法的根拠のある権限を持った形で指示し、知事が地域の実情に合わせて独自の出口戦略の措置についても責任を持って措置することが必要だと思います。いずれにしても、特措法と感染症法上に基づく国の指揮命令が一体的に一貫性を持って行われるよう、両法律の改正を速やかに行うべきです。

また、国の機能強化といった場合には、組織面の強化と政策面の強化があると思えます。感染症危機管理に関する新たな組織が必要とは考えますが、重要なのはむしろ機能であって、どのような機能を強化するかを明確にしてから組織、ポストを考えるべきだと思います。現行制度においても、特措法に基づき、総理を本部長として全閣僚を本部長とする本部を設置して、国の機関に対する総合調整権限や、緊急事態における指示権限、都道府県知事に対する総合調整機能、また緊急事態宣言、まん延防止等重点措置時の指示権限をもって感染対策を一体的にできる体制ができていると思えます。見直すとすれば、特措法における担当大臣と厚労大臣、ワクチン担当大臣などの役割分担や関係を明

確にして、総理をトップの体制とした見直しを再度図るのか、あるいは大臣に一元化を図るかなど、権限の明確化が重要になると思います。

その上で、総理、司令塔を支える事務機能の強化をすべきだと思います。今般の内閣官房のコロナ室や厚労省のコロナ本部は、速やかに必要な対応をしたと思いますが、人員の不足等は否めなかったと思います。新たに組織をつくる場合に、それらが平時にどのような機能を果たすのか。常時置かれる組織なのか、臨時的な組織であるべきなのかも考えたほうが良いと思います。もし平時も置くのであれば、平時で具体的な業務は何かを良く考える必要があると思います。また、今ある業務を一体化していくという発想でいくのであれば、関連する組織をスクラップアンドビルドするなど整理する。限られた人員、財源ですから、新しいものをつくることによって焼け太りにならないように、今以上に対策の実効性が高まる機能と適正な規模にしていくことが重要なので、組織、ポストを優先するのではなく、機能と実効性を優先していただきたい。

また、意思決定システムについて少し触れさせていただきたいと思います。データや科学的な根拠に基づく迅速で合理的な意思決定システムの在り方が重要です。特に初期の未知のウイルスとの闘いにおいては、一度決めたら変えないという硬直的なルールを排除していかなければならないと思います。病原性に応じて、また感染段階に応じて、的確に段階的に判断できるような観点から、政府行動計画やガイドラインを見直していくべきです。また、感染対応中であっても最新のデータを踏まえた判断ができるように、施策や資源配分のPDCAは対策を講じている間でも定期的に行えるように、そのためのデータ基盤整備をしておくこと。また、渦中においても検証・評価をしながら動かさなければなりません、その際にはアウトカム評価の導入も必要です。

最後に、危機時における国民とのコミュニケーションの問題、リスクコミュニケーションの在り方、この辺に関しては先ほど永井先生からも御指摘がありましたので控えますが、ここで一つ強調するとすれば、特に初動において、障害を持つ方とか高齢者の方、国内に住む外国人の方々に配慮したものになっていたかは検証して、このような方々に対する配慮のある国民とのコミュニケーションとすべきだと思います。

○永井座長 ここからは資料2に基づいて論点を指摘いただければと思いますが、いかがでしょうか。

宍戸構成員。

○宍戸構成員 東京大学の宍戸でございます。私のほうでも資料の提出が間に合わず、大変失礼いたしました。

資料2に即しながら申し上げたいと思います。また、これまで事務局に御整理いただいたところ、あるいは構成員の皆様からいずれももつともな御意見をいただいていると思いますので、それを踏まえながら申し上げたいと思います。

まず、1番目の医療提供体制の強化に関する事項でございますけれども、医療提供体

制を強化すること自体は非常に大事であるわけですが、いざ、パンデミックといいますか、こういう事態が起きたときに、現にあるリソースは限られている。そして、そのリソースをいかにして増やしていくかということ自体はその中でも当然課題であるわけですけれども、これは先ほど古市構成員がおっしゃったように、平時からある程度やっていたかなければいけないことでもあったはずであるというのは当然でございます。

いざ起きたときには、私の同僚であります行政法の太田匡彦教授が論文で強調されてきたところでもあるのですけれども、最後はやはり分配をしているということ、希少なリソースを誰に、あるいはどこに優先的に配分するか。逆に言うと、ある一定の人には配分が劣後することにならざるを得ないわけですけれども、そのことについて政治行政が決定をするのだという視点は正面から認めざるを得ないのではないかと思います。そして、その決断を的確に行い、それを速やかに実施できる行政の体制、司令塔の体制を確立すべきでないかということが政府の体制に関する事項につながるのだろうと思っております。このことがまず1点でございます。

2点目は、例えば4ページで言いますと、データ収集・デジタル化による業務、データ収集、サイベイルランスの強化、6ページでは事務のデジタル化というように、データないしデジタル関係がそれぞれの場面で散らばっていて、そのこと自体は問題を拡散させない上で大切なことではあると思っておりますけれども、同時に、先ほど永井座長からお話がありましたように、情報あるいはデジタルについては、今回の検討あるいは提言の一つの柱として大きく明確にくくり出して提言すべきではないかと思います。

物事に対応する上では、人の問題、物の問題、それから金の問題、そして現在では情報の問題があると思っておりますけれども、基本的には人と物に現在の整理が寄っていて、今、お話をありましたお金の回し方、使い方の問題、ワイズスペンディングの問題と情報の問題は的確に整理をすべきだろうと思っております。

このうち情報について申し上げますと、基本的には第1回に私が申し上げたとおりなので省略をいたしますけれども、情報がなぜ集まらない、連携できないかということについては、一つは個人情報保護法の問題があったことは指摘されているとおりののですが、これについてはコロナの状況にも鑑みて、国と地方、あるいは公的部門と民間部門の一元化をして、個人情報保護委員会が、こういう場合であればこのように流通させていいよといった判断ができるようになった。これでかなり大きな進展があったと思しますので、今後、パンデミック対策などにおいても、個人情報保護委員会などを巻き込んだ整理が必要であるだろうと思っております。

しかし、それ以上に、私自身がコロナ禍で例えば民間企業からの厚労省へのデータ提供の問題、あるいはCOCOAの検証の問題で感じておりましたのは、そもそもデータを何のために使い、そして使うために必要である人にデータをしっかり見せて使ってもらうが、それ以外のところにはデータが出て行かないとかいったことについての取決め、あるいは安全管理を含めた全体としてのデータガバナンスがまだ日本政府においても、また、とりわけこういった有事においても弱いということが、危なくて民間からデータを

出せない。あるいはCOCOАの問題について申しますと、ローンチの時点においてHER-SYSの状況がよく分からない。HER-SYSとCOCOАを深い連携をさせたときに、例えばHER-SYSの出口のほうで変な情報の流出などが起きかねないのではないかとか、そういったリスク検証がきちんとできなかったということが、非常に重大な問題でございました。

このように、データを集めて使い倒すためにも、まさに平時あるいは危機時におけるデータガバナンスをどのようにしていくかといったことが、最後の司令塔機能のお話にも関わりますが、重要な論点になるだろうとっております。この点はぜひ入れていただきたいと思っております。

それから、専門の方々からいろいろ御発言のある点は置きまして、8ページからの初動対応、あるいは特措法の効果的な実施等については法律屋として発言をさせていただきたいと思っております。

大きくは三点になりますけれども、第一に、いわゆる私権制限、一般の国民の自由の制限は、原則として慎重になされるべきものであります。他方で、それが真に必要な場合には、明確な法律の根拠に基づき、自由の制限は当然に法的な責任を引き受ける形で政府が行うということは公共の福祉という観点からあり得るべきものだと思います。

その際に特に重視すべきは、一つはもちろん国民の安全を守ることが大事であるわけですが、同時に、そこでどのような自由が問題であり、どのような自由を実質的に守っていくために制限が必要になるのかということだろうと思っております。

例えば8ページの一番最後の○を御覧いただきたいと思っておりますけれども、大規模な野外音楽イベントで、主催者は言わばコロナ禍でもしっかりと安全対策を取った上で実施するという形で、集会の自由を実現しようと思っていたわけですが、そこについて問題のある人が出てくるかもしれないことによって、集会が自主的にできなくなるといったことがあり得るわけです。このような単に安全を守るだけではなくて、そこでどのような自由を守ろうとしているのかということです。

それから、二点目、下から2つ目のところになりますが、いわゆる路上飲みの自粛要請がありますけれども、これについては制限される国民の側に実効的な選択肢があるのか、ないのか。実効的な選択肢があるところで行為の場所を規制しているだけなのか、そうではなくて、その制限が出されると実効的にその自由が実施できないような状況になるのかといったことについてもしっかりと検討した上で、こういった私権制限については適切に御判断をいただく必要があるかと思っております。

また、その際には、大きな2点目になりますけれども、リアルタイムのデータを見て、そのデータに基づいて、広く一般の国民の行動の自由を制限するというよりは、この人たちのこの行動、あるいはこのエリアのこの行動が感染を生んでいるという認識の下、できるだけ限定された私権制限を行うと同時に、リアルタイムデータで、その意義、それが実際には効果があるのか、ないのかということを見直し、これは違うな、あるいはもう不必要だなと思ったときには、すぐに制限を解除する。これによって制限が必

要な限度に抑えられるといったことがございます。したがって、これも先ほどのデジタルあるいはデータと密接に関連することだと思っております。

私権制限の第三点目でございますけれども、先ほど古市構成員からお話がありましたように、グローバルダイニングと東京都の間の5月16日の東京地裁の判決については、この場において意識を合わせておく必要があると思います。もちろんこれは国が相手方ではなく、また、係争中の訴訟でもあるということで、どのように触れるかということはもちろん難しいところではございますけれども、まず第1に、どうしても日本の行政は裁判で争われること自体を恥と考えるような印象があるように私は思われますけれども、これはそうではなくて、もともと司法国家である、法の支配が確立されている国で、行政の権力発動に対して裁判が起きるとするのは当然のことであり、諸外国ではもっとたくさんこのコロナ禍で起きていて、その中でこれは適法であるとか、これは自由の制限としてやり過ぎだという判断はあまた出ているところで、これがむしろないというのが日本の非常に顕著な特徴でございます。

その問題は措くとしたしまして、さきの東京地裁の判決では、法律の枠組み、それからコロナ室の基本的な考え方については、その正当性を認めた上で、個別の事情を十分に考慮しないまま、本当に必要と言えない処分を行ったということで、違法と判断しつつ、知事の職務上の義務違反はなかったということで、国家賠償請求を棄却したというものであります。

一つには、コロナ室において、このような処分を行うにおいて公正性を非常に重視してやってほしい、また、個別の事情をしっかりと考慮してほしいとお願いいただいた、国側の指針が適切であったことを示すものであり、今後のこの種の私権制限において非常に重要な判断が示されていると思います。

他方、本当に処分が必要であるとした場合に、実際に地方公共団体がどうやって処分権限を発動すればいいのか、いざというと困ると思われれます。やはり一定の時間がかかる。処分を行うに当たって、個別の事情を調べて、処分を下すか下さないかということをも慎重に判断して、そしていざ下そうと思ったときには感染の状況が安定して、もう処分を出す意味がないということで必要がなかったと言われるとすると、本当に必要だと思っても結局権限が実際には手続上抜けないといったような事態も起こり得るわけがあります。

こうした問題を考えますと、判断が迅速に、しかも正確になされるように、本来であれば法律上、処分の要件を類型化する。それが非常に難しいのであれば政令等、あるいは政府の示す基準において類型を明確に立てて、その類型に当たるときには地方公共団体において処分が打てる、そうでない場合には打てないといった指針を明確に示す必要があるだろうと思っております。

すみません、長くなっておりますが、最後、司令塔機能を含む政府の体制づくりについても初回に申し上げて、ここにいろいろ書いていただいておりますので、あまり申し上げることはないのですけれども、これも先ほど古市構成員がおっしゃっていた部分があ

と思うのですが、人々の多様性とか、多様な人々の利益とか意識に配慮することができるような、決定を行う人以外に横で様々な助言を行ったり、インプットを行ったり、あるいは能動的に市民の声をすくい上げられるように政府の側がそもそも動くというようなことが、国民生活全体に及ぶ以上、対応が求められるだろうと思います。

よくダイバーシティとかインクルージョンと言われていると思いますが、まさにそういったことに配慮する、先ほどお話のあった外国籍の方、障害のある方に配慮するといったことが常にこの司令塔には求められているだろうと思います。

また、今回のいわゆる日本的なコロナ対応におきましては、強制的な政府の権限発動ではなくて、言わばお願いベースのことが多かったわけですが、それは往々にして責任のある公権力の発動ではなくて、いわゆる公・共・私の共の領域に働きかける。共の領域が発動して、特に感染者数が少なかった段階には、感染者を出したお店とかいろいろなところに対して差別であるとか、あるいは医療従事者の方に対する嫌がらせが起きたと思います。このような共の領域に対する働きかけ方については、繰り返しますが、社会的な差別等を起こさないように、そういった点も含めて先ほど申し上げた配慮するといった機能が政府に求められるのではないかと考えております。

私からは以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。草場構成員、その後、古市構成員。

○草場構成員 私のほうから、まず、資料2に関してコメントをしていきたいと思っております。

資料2そのものの全体的な書きぶりに関しての確認ですが、まず各項目の中で問題点のみを書いてある項目があれば、逆にこうすべきであるという具体的な解決の方向性も含めている項目もあって、フォーマットがばらばらになっている印象があるのですが、最終的な取りまとめでは、問題点や課題と、それに対してどう取り組むべきかという意見の二本立てで整理して書いていただくように今後のまとめのときには事務局のほうにお願いしたいと思っておりますので、その点はまずよろしくお願いたします。

それを踏まえて、医療提供体制に関して、先ほどのいろいろな御意見をお聞きして、改めて感じた点を一言述べたいと思っております。2ページから3ページにわたって書かれている自宅・宿泊療養者への医療提供体制についてでございます。私は既に意見を出しているところでございますが、古市構成員から出てきました特措法第31条あるいは医師法第24条の2で一定の協力要請、指示、命令等ができるという状況でありましたけれども、実際には発令がなかった一方で、一般の市民に対しては、自粛という点に関しての厳しい要請があって、実際に罰された方もいたなど、医療者への要請と一般市民に対する要請のあり方に非対称性があるという点に関しては、医療者としても反省しなければいけないなということを改めてこの御意見で私自身、実感いたしました。

また、医療機関に対する義務化とか契約、あるいは命令ということに関していろいろ

な意見が出ているところがございますけれども、現場で非常に感じるのは、実際、命令が出ても対応する能力がない、つまり実際に診る力がない医療機関があるのも事実です。そこには臨床的な能力、人員体制、あるいは物理的なキャパシティの問題もあるかもしれません。ですから、非常に重要なのは、義務化、命令あるいは契約という方向はもちろん検討していいのですが、同時に、それを実現するための機能を担保するようなシステム整備といったところを一体となってやることです。それがなく、ただ義務化だけになりますと、恐らく医療機関はサボタージュというか、実際はできないということで、結局また今回と同じような対応になることが非常に強く予想されます。今後の議論の中で解決策として本件が扱われる場合には、必ず機能担保というところと一体となって議論を進めていただくことが必要だと感じました。これが医療提供体制に対しての一点でございます。

もう一点は、これも御意見をお聞きして感じていたのですが、6ページのワクチンの対象者の決定という部分であったり、7ページにあります医師、看護師等の確保の課題、ワクチン接種の担い手の課題という点に関して大きなテーマだなどと思っておりました。今までまだ検証がされていないのではないかなと改めて資料を見て感じたのが、当初、政府のほうではワクチンは基本的にかかりつけ医に相談をして打ってほしいという方向性があったと思いますが、同時に集団接種あるいは職域接種も並行して行われたという点です。一体かかりつけ医でどれぐらい接種がされたのか、あるいは集団接種でしか受けられなかった方がどれぐらいいるのか、この部分のデータが今、お手元にあるのかどうかをお聞きしたいなと感じていました。

というのも、ここで一つ問題になったのが、かかりつけ医ということでワクチン接種をお願いしたら、あなたはかかりつけ患者ではないという形で断られたというケースがあったということがございますので、この部分のデータを出していただきたいなという点の一つ。

あとはタスクシフトです。医師以外のワクチンの打ち手というところで、歯科医師の先生方が対応したケースは実際どれぐらいの件数があったのか。そしてそれが実際どれぐらいワクチン接種の推進に貢献したのか。もしデータがおありであれば教えていただきたいなと思いました。

以上、まず二点でございます。

○永井座長 今、回答していただきますか。

○草場構成員 もし可能であれば。あるいは、今は難しければまた後ほどでもいいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○永井座長 かかりつけ医によるワクチン接種ということですね。

○草場構成員 それぞれがどれぐらいの数値なのかみたいところです。

○医務技監 厚生労働省でございます。

まず、かかりつけ医か集団接種の会場かについては、改めて把握しているか確認させていただければと思います。

あと、打ち手の件数について、その把握ができていのかどうかもございますので、また調べさせていただきたいと思います。

○草場構成員 了解しました。またよろしく願いいたします。

以上です。

○永井座長 それでは、古市構成員、その後、秋池構成員、お願いします。

○古市構成員 資料2に関して、三転質問というかコメントさせてもらいたいと思います。

まず、8ページの宍戸構成員からあった点だとも思うのですが、音楽フェスティバル、路上飲みに関してなのですが、ほかの論点に関しては基本的に政府であったり行政であったり制度改革について述べられていると思うのですが、この二点はどちらかといえば個人、国民が主語になっている。果たして路上飲みであるとかそういうことまでを今回の取りまとめで踏み込む必要があるのか。

特に路上飲みに関しては、自粛要請があった当時から本当に路上飲みが感染拡大にどれぐらい寄与しているかということは論争的であったと思うので、路上飲みという言葉ピンポイントでここに入れるかどうかに関しては、少し疑問があります。

音楽フェスティバルも同様です。もっとリスクコミュニケーションという形で、適切に国民の納得感を得られるみたいな論点でこういう議論を網羅したほうがいいのではないかというのが個人的な印象です。

二点目なのですが、先ほどの報告とも一部重複してしまうのですが、10ページ目の司令塔を含む政府の体制づくりの点で、専門家組織の在り方についても書かれていますけれども、宍戸構成員からもあったような広く国民からの意見を聴くみたいな点に関して、例えば先ほどの私の議論で言えば、当事者性であるとか、若者とか飲食店業界であるとか、様々な意見を聴くみたいなことをこの部分でもいいですし、どこかに盛り込んでいただきたいということが1つです。

最後の三点目なのですが、今回の資料1、レポートでもありますが、この会がどこまで感染症学的な評価に踏み込むかという点についてもお聞きしたいのです。例えば資料1の77ページの図が分かりやすいと思うのですが、恐らくこの図はちょうど1年前、去年の夏の緊急事態宣言期間中の東京都の歓楽街の人出と陽性者数を表している図です。当時から結構メディアでも論争的であったと思うのですが、人出が増えていにもかかわらず陽性者数が減っている。果たしてこれはどうしてなのだろう。

つまり人流抑制と陽性者数にはどれぐらい関連があったのか。緊急事態宣言にどれぐらい効果があったのかということが当時から盛んに議論されていた記憶があるのですが、そういった感染症学的なコロナ対策についての踏み込みに関してのこの会議での立場をお聞きしたいというのが三点目です。

○永井座長 どなたかいかがでしょうか。

○間審議官 まず、8ページの関係でございますけれども、路上飲みという行為そのものをピンポイントで何か問題視するというのではなくて、ただ、このときの事実関係としては、東京都が要請をしたと。資料1のほうにも事実関係をしておりますけれども、路上飲みをされた方が1割以上いらっしゃったというデータもある。

個人に対して要請をするということについて、路上飲みという行為そのものよりも、そういうものが必要になったときの実効性についてどう考えるのかというのは論点の一つなのだろうと考えます。

他方、おっしゃるように、これも音楽イベントそのものが問題だとかということではないと考えております。ただ、事実上の医療団体からの要請の中で、実質的に判断、中止せざるを得なかったという事態が起きていて、先ほども御説明しましたけれども、このときに別に緊急事態宣言が出ていたわけでも、まん延防止等重点措置がこの地域に出ているわけでもないという中で、後で社会的にも非常に大きく話題になりまして、当時、その医療団体のほうも、もっとコミュニケーションが必要であったというようなこともおっしゃっておりました。

その意味では、特措法の措置に関して言うと、その実効性をどう確保していくか、要するに必要最小限にしていくという観点から、実効性を確保するのかということと同時に、ある意味で措置の合理性といえましょうか、納得感をどう高めていくのかの両者が重要なのだということが実はこの課題ではないかと。それは先ほどの構成員の皆様からの御指摘にもつながるものがあるのではないかと考えています。この書き方そのものについては、また工夫をさせていただきたいと思います。

また、国民の意見を聴くという話につきましては、複数の構成員からもお話をいただいておりますので、どういう形ができるのが検討させていただきたいと思います。

あと、資料の77ページ、去年の夏のお話がございます。分科会では、緊急事態宣言あるいはまん延防止等重点措置の措置によって人流は一定程度低減する効果があったと評価されていると思いますが、それが続く中で、人流についても、人々の行動についても、長くなればそうではなくなるという話もあります。

他方で、去年の夏のときには、デルタ株につきましては非常に急速に感染が収まっていったという、ややほかの株と違う特性が見られます。そういう中で交錯するようなデータがあるという面もあると思います。

この辺のいわゆる第5波の収束の関係につきましては、3月ぐらいだったでしょうか、

分科会のほうでも横断的な文献検索などによる分析結果が出されているところございまして、その辺りはこの資料1にも入れさせていただいたところでございます。そういったものについては、分科会のほうではなされているという状況で、そのような前提で資料1ができているということでございます。

説明は以上でございます。

- 永井座長 今の点、人流が増えても感染者が減ることがあるというのは現在もそうです。第6波も連休後、爆発的に増えると言われていましたがそうでもない。流行の波がなぜ終息するかというのは、まだよく分からないのだと思います。だから研究が必要なのです。

情報を集めて、分析、共有、評価を行うと10ページに書いてありますけれども、同時にもっと研究しないといけない。基礎研究もそうですし、疫学研究、臨床研究、パンデミックの中でも研究をしないといけないということを、ぜひ10ページに追加してほしいと思います。

秋池構成員、どうぞ。

- 秋池構成員 お願いします。

資料2につきまして、私からは実行について申し上げたく思います。

これらの制度がどんどんよくなっていったとしても、動かないと意味がないというところがございまして、十分準備をしておくことが重要だと思います。

例えば一般の企業、民間の組織などにおいて急な対応を要するときに、組織の継ぎ目の部分で物事が滞ってしまうことがあります。緊急を要するようときに備えて、継ぎ目の部分をどう動かすかを、日頃から試行したりしている。例えばこのような事態となったら、この職場ではこの人がこれをする、というようなことが決まっています。

資料2に示していただいていることは、組織の継ぎ目の部分、一つの組織ではなくて、様々な組織が関わっているということが非常に難しいところではあると思うのですが、動き方はあらかじめ決めて、練習をしてみる。そのときにどこで滞るのかということが分かったら、それをどうやって解くのかということも考えておくことは大事なのではないのかと思っております。

例えば学校などでも避難訓練をすると、この階段のところは人が滞留するというようなことをあらかじめ把握することによって対策できることもございます。緊急時には誰がどのように指示をするのかということも練習したりしているということもあります。違う世界のことでありますがこのような事例もございます。そういった準備や練習は日頃からされているものなのではないでしょうか。お教えいただければと思います。

- 永井座長 いかがでしょうか。

○間審議官 御質問ありがとうございました。

新型インフル特措法に基づく様々なパターンを想定した訓練は政府内では毎年行っておりまして。コロナの中で行っていない時期もあるかもしれませんが、基本的には行うことになっております。

その上で、今回、司令塔機能というのは、政府もそうですけれども、実際現場に行くまで隅々まできちんと動くかどうかという御指摘だと思いますので、先ほど冒頭に私のほうから説明いたしましたように、行動計画上は例えば病床はこれぐらい確保するよということは決まっていたけれども、実際誰がどれぐらいやるのかというのは地域レベルに落とし込まれていなかったし、そのとき病院内でどのようにゾーニングするのですかとか、誰がどういう役割を果たして、よその病院に応援に行くのですかとか、そのような訓練はそこまでは行われていなかったというのが実態でございまして、そういったことから、ただいまの御指摘からいけば、政府内にとどまらずきちんと訓練をして、その中で問題点を探し出して、そしてそれを実際にいざというときに動くようにやっていく。ふだんできないことは危機時でもできないとよく言われることとございまして、そういった点について努力が必要なのだろうというふうに、課題として受け止めているところでございます。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

若林構成員。

○若林構成員 ありがとうございます。

まず、資料2の冒頭の部分、感染症危機の初期段階からと書いてございまして、最後に括弧書きで、基本的な感染予防対策を各人が実施することや国民への情報提供は大前提と書いてあるのですが、この大前提の部分が非常に難しいというのが、この後に続く路上飲みの問題やコンサートの問題等につながっていくのだと思いますので、結局、どうすれば各人が基本的な感染予防対策を実施する、あるいは国民へのきちんとした情報提供がなされるかという点について、もう少し触れていただければと思います。

それから、いろいろな項目にわたって、データの収集であるとか、収集したデータの利用について触れてございしますが、私は数年前に経済同友会の委員会で、医療介護システムを改革しなければいけないというテーマで、ビッグデータを利用してもっと何とかならないかということ足かけ3年にわたって委員の皆さんと議論を重ねて、提言書も出しておりますけれども、実はこのテーマは経済同友会においてもその時点で10年前から議論を重ねていたテーマでありました。そこでいろいろ連携をした結果分かりましたのが、4ページの下欄の「感染症データ収集と情報基盤の整備によるサーベイランスの強化」の○の2つ目に書いてございしますが、電子カルテを導入する医療機関がまだ半数程度であるということで、当時調べた厚労省の統計で、2017年でございましてけれども、一般病院における電子カルテシステムの普及率が46.7%、200床未満の病院では37%

というような結果が出ておると思います。したがって、今後かかりつけ医制度が一定の方向性で進められるとしたら、その受皿になる医院といったところはまだ電子カルテシステムが普及していないというのは現実だと思います。

米国においては、経済的及び臨床的健全性のための医療情報技術に関する法律、HITECH法と略されていますけれども、電子カルテの導入に対して補助金を出すというプログラムで、当時調べたところでは総額約250億ドルの予算をつけて電子カルテ導入に対する金銭的インセンティブと併せて、導入しないことに対するディスインセンティブを設定したということで、現在の米国における電子カルテの普及率は9割を超えているということでもあります。

これに対して、我が国では300億円ぐらいの予算で電子カルテの普及を進めるということになっておったと思いますので、ビッグデータを集めて、それをいろいろ分析して効率化を図る、あるいはより高度な医療方法を見つけるということは概念的には非常に分かるのですが、実際にこういう足元の現状を踏まえて、なおかつ一経済団体においても10年以上議論して1ミリも物事が前に進んでいないということ踏まえた上で、データの利用については、病床の確保の状況とか、G-MISというもの、客観情報についてはまさにどんどん進めていけばいいと思うのですけれども、これが個人の医療情報になった途端に、議論を重ねていくとデータオーナーシップの問題に必ず行き着きまして、これは個人の健康診断の情報であるとか、あるいは病気になって診断を受けたときの情報を個人としてデータ提供するのか、しないのかという問題に行き着くということになります。

それを踏まえて、例えばフィンランドでは、当時勉強したあれでは非常に個々のデータ化が進んでいると。これはなぜなのかというと、公的セクターが国民からデータを提供してもそれが悪用されないという信頼があるということと、データを提供することによって自分たちにメリットがあると。これが国民に十分理解されているからそうになっているということだと思います。

この二点を我が国においても改善していかなければいけないということとともに、データを提供すれば、提供者にとって何らかのインセンティブがあるという設計をしていく、あとは構築されたデータネットワークのセキュリティーが十分確保されている、こういった二点を短期的には対応しつつ、長期的には社会保障とかデータ利活用に関する事項が教育過程から生まれて、こういうことをやると君たちにとっていいことがあるのだよということをお子さんの頃から教育していく。あとは、最終的に国が国民から信頼されるようになる。こういうことを教育的に目指しつつ、そうやっていかなければいけないということです。

データの利活用というのは、言葉はさらっと言えるのですけれども、本当に息の長い作業であるということ踏まえた上で、なるべくそういう客観的な、今までファクスで送っていたようなものが一つのシステムを通じて労力をかけずにできるというような、そういう部分についてはどんどん進めていかなければいけませんけれども、個人のコロ

ナに感染された方のデータについて、個人情報保護法の関連もありますけれども、データオーナーシップという観点から、取扱いを十分考えていかなければいけないのだろうなということを、いろいろなところでデータの重要性ということが言われていたので感じました。

あと一つ、今後の課題として、7ページの「医療物資等の安定供給」というところでもございますけれども、今回はコロナの件に関する有識者会議でございますので、医療物資等ということではありますが、今回の国際情勢、ウクライナの情勢とかを考えると、食料等についても将来必ずしも万全ではない。それから、医療用マスクなどについては中国から輸入することに大きく依存していたのが、中国が突然輸出を絞った途端に足りなくなると。これは供給先をある程度分散し、なおかつ理想的には自国でそういうものを生産できる体制を整えなければいけない。

これは今回のコロナの問題にかかわらず、要するに国防に関する問題にもつながるといことで、ぜひ、含みをもって御提言いただきたいのが刑務作業です。今、刑務所に入っておられる方がいろいろな作業に従事しておられると思うのですが、そのうちの一部を、将来に備えて備蓄しておかなければならないものの生産に充てられないのかというところをぜひ御検討いただければと思います。

私が調べた限りでは、4万数千人の方が刑務作業に従事されていると思いますので、そこから先の詳細はよく分かりませんが、ぜひそういったところを検討できるような書きぶりをしていただければと思います。

最後に、8ページのより実効的な水際対策の確保ということで、諸外国の対応を踏まえる視点が欠けているのではないかと事務局の御説明にありましたけれども、この水際対策にかかわらず、今回の未知のウイルスに関する国際的な知見が諸外国にあったと思うのですが、ここで提言されている今後こういった形でそういう情報の収集・分析をするかということに書いてありますけれども、我々国民が評価すると、国際的な知見は今回の初動対応から少し欠けていたのではないかと。日本だけが独特な動きをしているような印象を一国民としては受けたわけですが、全体を通じて、先ほどの感染者がゴールデンウィークでも減っているというのも、国際的には、コロナウイルスというのは季節性要因もあるという知見もあるかと何かで読んだことがあるのです。そういった国際的な視点をこの水際対策一本に絞らず、ぜひ織り込んでいただければと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

草場構成員。

○草場構成員 すみません、追加で一点だけ。

今回の資料2の最後の10ページ目の司令塔機能のところのいわゆる政府における専

門家組織の強化というところに関してのことでございます。

今回、田中構成員から出た健康危機の司令塔確立の中には日本版SAGEをとという提案については非常に賛同するところなのですが、ここでいわゆる専門家をどのような形で選ぶのかという点に関して、幾つか具体的な例が書かれているかと思えます。

特に医療の中でも、感染症の専門家は当然なのですけれども、救急、集中治療、あるいは総合診療、プライマリ・ケアも含まれているところがポイントと思いますが、今回のいわゆるアドバイザリーボード等の専門家の選定という部分に関しては、こういった根拠である領域の専門家が選ばれたのかなという点を確認したいです。

確かにプライマリ・ケア、地域医療、総合診療の専門家は今回のアドバイザリーボードに入っていないと思うのですけれども、次の体制の中ではきちんとプライマリ・ケアの専門家を入れていただきたい。いわゆるかかりつけ医の問題をずっと指摘していますが、実はコロナ対策の協議の中にはかかりつけ医に関する専門家がないという問題があったと考えています。ですから、プライマリ・ケアの視点が欠けていたのもやむを得ないなと感じるところもでございます。ただ、これは繰り返してはいけないということで、専門家グループの選定という部分に関してのこれまでの経緯と今後の方向性を伺いたいです。

以上です。

○永井座長 事務局、いかがでしょうか。専門家の選び方ということですか。

実際に初めての経験ですから、多彩な人材をそろえないといけないと思いますが、何か説明はありますでしょうか。

○菊池審議官 コロナ室の菊池でございます。

現在、新型コロナウイルス感染症対策分科会と基本的対処方針分科会がございます。専門家としては、感染症の専門家だけではなくて、例えば日本医師会の先生方はどちらかというとかかりつけ医に近い立場で御発言される方だと考えております。それから、産業界、例えば経団連とか労働組合の方、経済学者の方、社会学的な観点から意見を言われる方、臨時構成員という形ですけれども、法律の観点から入っていらっしゃいます。それから、マスコミの観点からも入っていらっしゃるということで、専門家といっても、感染症の専門家というよりも、いろいろな分野の専門家の方で構成されているということでございます。

これはかつての反省で、感染症の専門家だけだといろいろな行動制限とかをかけるときに、そちらからだけの意見で決めてしまうのは、どちらかというとな面的な見方になってしまうので、いろいろな分野の専門家に入っていただくという観点で選定をされているということでございます。

○草場構成員 非常によく分かりましたし、そういう方向性で正しいかなと思っています。

ただ、恐らく日本医師会は決してかかりつけ医だけではなくて、病院のドクターも含めて日本の医師全体を代表する団体だと私自身は理解をしていますので、ある程度プライマリ・ケアの専門家という視点は、また新たに別途加えた方がいいのかなと考えましたので、また今後、参考にしていただければと思います。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

宍戸構成員。

○宍戸構成員 先ほどは長々と失礼いたしました。

一点、これはぜひ事務局において御検討いただきたいと思いますが、行動計画の実効性を担保する、あるいは検証するという点について、ここでの検証の結果を将来生かしていくという観点から見ますと、行動計画については、改正があったときに法律の第6条第6項で国会に報告することになってはいますが、必ず定期的にこの行動計画を検証する。そのときには必ず外部の研究者、永井座長のような方に見ていただいて、見直しの必要を検証する。それから、地方、民間を含めて、行動計画の実施状況を把握した上で、それがうまくいっているかどうかを評価する。それを評価した上で、改正する、改正しないということを国会に報告するぐらいのことをしないと、うまく回らないのではないかと気がします。法制的にもいろいろ難しいところもあるのかもしれませんが、御検討いただくといいかなと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

この資料について御意見があれば、週明けぐらいまでにご意見をお寄せいただければと思います。これから取りまとめに入りますが、意見調整をしたいと思います。ありがとうございました。

それでは、次回の会合では、本日の議論を踏まえて、取りまとめ案の形で議論をできればと思います。事務局には準備をお願いいたします。

その他、何か事務連絡等がございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、事務局、よろしく申し上げます。

○事務局 それでは、次回は本日の御議論を踏まえまして、報告書の取りまとめについて引き続き御意見をいただく予定でございます。具体的な日時などにつきましては、追って事務局より御連絡を差し上げます。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。