

令和3年秋の年次公開検証（「秋のレビュー」）

（1日目）

保健・医療等体制

令和3年11月8日（月）

内閣官房 行政改革推進本部事務局

○出席者

司 会：湯下行政改革推進本部事務局次長

牧島行政改革担当大臣

小林行政改革担当副大臣

山田行政改革担当大臣政務官

参考人：喜多川和美参考人、西塚至参考人

評価者：鈴木亘評価者（取りまとめ）、伊藤伸評価者、伊藤由希子評価者、

高島宗一郎評価者、土居丈朗評価者、横田響子評価者

府省等：厚生労働省、財務省

○湯下次長 それでは、秋のレビュー2021を再開いたします。「保健・医療等体制」でございます。

主催者司会を担当させていただきます、行革事務局の湯下と申します。どうぞよろしくお願いたします。

主催者側の紹介でございます。

牧島かれん行政改革担当大臣。

小林史明行政改革担当副大臣。

山田太郎行政改革担当大臣政務官に御出席いただいています。

代表いたしまして、牧島大臣より御挨拶申し上げます。

○牧島行政改革担当大臣 評価者の先生方、また、関係府省庁、御協力を誠にありがとうございます。

本日からスタートいたしました秋のレビューも3コマ目となります。何度もコマのスタートの部分で私からも発言させていただいております。評価者の先生方、繰り返しになる部分もあるかもしれませんが、大事なことなので、改めて申し上げます。

今年の秋のレビューは、これまでと違うということです。これまでの秋のレビューは、予算の精査とか、無駄を排除していきましょうというところに主な目的が置かれていた。しかし、今年はコロナという私たちが今まで経験したことのないような、歴史上まれに見る危機に向き合ったことから、その教訓をどのように次に生かしていくのかという観点で考えてまいります。

旧来型のこれまでの組織でいいのか、行政組織の在り方というものを変えなくていいのか、社会の再構築も視野に入れながら、御議論を進めていきたい。これが秋のレビュー、今回の今年の大きな目的であります。

アプローチとしては、どこが悪いとか、誰が悪いということではありませんということも繰り返し申し上げます。これまで経験したことなかったことでありますので、それを踏まえた上で、もっとこうできたらよかった、こうする方法があったのではないかと

いう前向きな建設的な御議論につなげていきたいと思っておりますので、お願いいたします。

私たちは、国民の生命を守る、生活を守るという大きな使命に向き合う中で、行政組織の在り方、または行政の手続の在り方、サービスの在り方といったものをしっかりと見直していく必要があると思います。

秋のレビューは、二つの大きな柱によって成り立っています。感染再拡大に備えたコロナ対策の検証とデジタル社会の実現であります。それぞれのテーマがどちらかだけというのではなくて、両方に関係するものがあると思いますので、二つの大きな柱を意識しながら御議論をいただき、これまでの取組の検証とを今後の政策にどう結びつけていくのか、課題の抽出、さらなる整理を進めていければと思います。

さて、3コマ目の時間のテーマは「保健・医療等体制」ということになります。感染症によって私たちが分かったことは、病床が不足していると言われること、それから、自宅療養者の方が増加をして御苦労を感じられた方がいたということ、国の保健・医療体制における課題が浮かび上がった。これがコロナの教訓の一つであろうと思います。

病床の逼迫はなぜ起きたのか。病床の逼迫に陥った教訓を踏まえて、公的病院の在り方、急性期、回復期、慢性期等のそれぞれの病床の機能病院の機能の在り方を考えていく。非常時に備えた平時の在り方も検討していく。こうした今後の課題が検証されるよう、有識者、評価書の皆様からも御意見をいただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

私からは以上です。

○湯下次長 ありがとうございます。

それでは、議論に先立ちまして、本日の評価者、参考人の方々の御紹介をさせていただきます。

「あいうえお」順で、政策シンクタンク構想日本総括ディレクター、伊藤伸様。

津田塾大学総合政策学部教授、伊藤由希子様。

学習院大学経済学部教授、鈴木亘様。鈴木先生は、取りまとめもよろしくお願いいたします。

福岡市長、高島宗一郎様。

慶應義塾大学経済学部教授、土居丈朗様。

株式会社コラボラボ代表取締役、横田響子様。

参考人として御出席いただいています、杉並区保健福祉部長、喜多川和美様。

オンラインで参加いただいています、墨田区保健所長、西塚至様。

関係省庁といたしまして、厚生労働省、財務省の方に出席いただいております。

それでは、事務局より、テーマ等につきまして、説明をお願いいたします。

○事務局 御説明いたします。

背景・問題意識でございますけれども、今回のいわゆるコロナ禍で新型コロナ感染者が増加する中、病床の不足等、我が国の保健・医療体制における諸課題が浮かび上がってきました。

本日は、そういったことがなぜ起こったのか、課題を検証するとともに、今後の在り方について御議論いただきたいと考えております。

具体的な論点といたしましては、なぜ病床は逼迫してしまったのかということ、あと、もうちょっと広げまして、非常時における保健・医療体制の在り方、これは国と地方を含めてどういうふうにあるべきかという話です。それらを含めて、今後の課題克服のため、どのような取組をしていくのかといったことが論点として挙げられると考えております。

以上です。

○湯下次長 ありがとうございます。

それでは、ここから先の具体的な議論につきましては、鈴木先生によりしくお願いいたします。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

今、主な論点として三つ挙げていただいておりますけれども、ちょうどそれが3部構成みたいな形で、それぞれの論点ごとにこれから議論をしていきたいと思っております。

それぞれの論点に対しまして、効率的に議論が進むように、私どもから二つずつ担当省に御質問を投げかけさせていただいております。それに対してお答えをいただいて、有識者からいろいろコメントなり、質疑なりしていただく、そういう形式で考えておりますので、よろしくお願いいたします。

まず論点1の病床の逼迫がなぜ起きてしまったのかということに関しまして、第1の質問としまして、コロナ禍の中、特に第五波において、医療逼迫が深刻化して、入院の待機者が自宅などで死亡する事例が相次いだという原因について、厚労省でどのように総括をしているのか、そして、その総括の上に立って、現在、どのような保健・医療提供体制の対策を実施しているのか、実施予定なのかということについて、御質問をさせていただいております。

それでは、その御回答からよろしくお願いいたします。

○厚生労働省 厚生労働省でございます。

最初の御質問につきましては、医療の提供体制についてでございます。資料も用意させていただきましたが、現在、次の波に備えまして、医療提供体制の確保について、改めて各都道府県とともに取り組んでいるところでございます。

その前に、今の第五波といいますか、夏の状況がどうだったのかということで申し上げ

たいと思います。

今年の3月から6月にかけて、次の波に備えて、各都道府県と病床の確保計画を見直してまいりました。それでこの夏を迎えたところであります。そのときの想定は、年末年始の状況から、感染者が2倍ぐらいになっても耐えられるような体制をつくっていかうということでありました。

結果的に、この夏は年末年始の状況と比べますと、感染者数でいうと3倍をゆうに超える状況になりました。重症者数でいうと2倍強ということでありました。他方、死亡者については6割から7割にとどまった状況であります。

そういう意味では、状況のいろんな変化の中で、死亡者を一定程度抑えるということをしたわけでございます。欧米に比べましても、感染者数もそうでございますし、亡くなられた方も非常に少ないという状況で、日本においては、関係者の努力の下でこれまで何とか対応してきたということでありました。

ただ、感染者が3倍の中で自宅で療養される方が非常に多くなりました。その結果、自宅で亡くなられる方は、全体としては申し上げました6割から7割だったとしても、自宅で亡くなられる方が増えた状況が見られました。

結局、新型コロナウイルス感染症というのは、無症状であったり、軽症であったりする方が多いのですけれども、急に悪化されることもあります。したがって、そういう方をしっかりと医療につなげることが大きな課題だったと考えてございます。

改めて資料に沿って御説明申し上げたいと思います。

保健・医療体制についてという資料の2ページ目からでありますけれども、この夏の経験を踏まえまして、私が申し上げましたように、現在、改めて保健・医療提供体制確保計画を各都道府県とともに策定をしております。都道府県にお願いをしております。

この中で、基本的な考え方に書きましたが、次の波に備えましては、この夏における最大の感染拡大時と同程度の感染拡大が起きることを想定するというので、作業をお願いしています。

ワクチンの接種が進行していることを考えますと、通常であれば、感染者数は減ります。計算しますと、半分ぐらいには減るだろうと考えております。その中で感染状況が同程度ということは、感染力という意味では2倍ぐらいになるという一種の最悪の状況を想定しまして、現在、計画を見直しているということでありました。

改善点として1番から5番に書きました。ここがまさにこの夏の課題であり、今後のポイントであると考えている点でございます。

①は、陽性が判明してから速やかに健康観察、診療、そういうものが受けられるようにすること。

②といたしまして、中和抗体薬の投与体制も整備して、早期に適切な治療が受けられるようにすること。

③といたしまして、医療機関と都道府県で書面で締結をして、受入れについての条件を

明確化することによって、確保された病床できっちり確実に受け入れられるようにすること。

④といたしまして、臨時の医療施設とか、入院待機施設を準備し、これらが病床を補完するものとして機能して、感染が大きく急拡大したときにおいても、安心して入院につなげられる環境を整備すること。

⑤といたしまして、こうした臨時の医療施設などを整備することは、病院内で人材を供給する体制ではなくて、病院の外に人材を供給することが必要になります。したがって、そうした仕組みを各都道府県でつくっていくこととさせていただきます。

現在、作業は2段階に分かれておりまして、10月中を目途に方針を策定いただくということをお願いをしました。現在までに全都道府県から集まっており、その精査をしておりますので、早期早急に公表してまいりたいと考えています。その上で、11月末までにその方針に沿って、各都道府県においてしっかりとした計画を取りまとめていただくということとさせていただきます。

3ページを御確認ください。改めて今回目指していることを左側に三つ掲げさせていただきました。これは患者の目線で見まして、一体どこにその不安があったのだろうかということ考えたものとさせていただきます。すなわち、感染してから回復するまでの一連の経過の中で、この3点が不安に感じる部分で、ここをしっかりと対応していこうという考え方で、現在、計画の策定をお願いしているということです。

一つ目は、先ほども申し上げましたけれども、全ての感染者が速やかに保健所、もしくは医療機関から健康観察や診療を受けられることです。

計画では右側に書きましたが、具体的に自宅で療養される方はどのぐらいになるのかというのを見込んでいただいて、それに対応する保健所の体制とか、パルスオキシメーターの数とか、そういったものを具体的に計画上明記していただく作業を行っています。

ポイントは、保健所だけで対応するのではなくて、保健所の負担軽減を図って、地域の医療機関の協力を得ることになります。

二つ目は、治療が必要な方が早期に適切な治療を受けられるということで、右側、具体的な作業としては2点、自宅で療養される方が多くなると申し上げました。少しでも亡くなる方を少なくすると、減らすことが本当に重要な課題だと思います。

そこで、自宅療養に対して、療養される方に対して、オンラインとか、あるいは往診とか、そういうことをしていただく医療機関、薬局、訪問看護ステーション、これらを計画上しっかりと明記いただくということです。加えまして、宿泊療養施設の数も当然でございますが、確認をいただき、中和抗体薬を投与できる体制も整備していきます。

三つ目は、本日の中心なテーマでございますが、入院する方がまずしっかりと入院できる体制をつくっていくということとさせていただきます。

その際に、私どもの今回の計画では、二つのポイントを各都道府県をお願いいたしました。入院者数はこの夏のピーク時から2割増を目指してほしい。感染者という意味では、

先ほど申し上げましたように、同程度ではありますけれども、入院される方については、2割程度増えることを目指して、体制を確保してほしいということです。

もう一つ、病床の使用率8割、つまり確保された病床の中でどれぐらい入院することができるのか。感染状況によりますけれども、最大の感染状況のときに8割入院できる体制を目指してほしいということでございます。

加えまして、その下に書きましたように、臨時の医療施設とか、入院待機施設の準備をしてほしいということです。

右側に6点書きましたが、少し省略させていただきまして、簡単に申し上げますと、病床使用率8割を目指すという点については、二つ目の◆のところであります。運用実態をしっかりと各都道府県で把握していただいて、先ほど申し上げましたように、医療機関との間で、文書で条件を締結していただくことです。補助金としては、適切に執行していただくことをお願いしました。

一つ飛ばしまして、G-MISというシステムを使いまして、タイムリーに情報を集約し、それによって、各医療機関、都道府県、あるいは救急本部といったところが皆で共有できるようにすることです。それによって、病床の使われ方が誰でも関係者が分かるということで、例えばあそこの医療機関が空いているということであれば、そこをお願いしようと、こういうことがリアルタイムでできるようにするということです。

その下のところに、後方支援といいまして、回復された方の行き場をつくることによって、病床が空くようにそういう仕組みもつくってほしいということです。

最後に医療人材の確保を図っていくというものでございます。

現在、そういった考え方の下に、都道府県において作業をしているということですが、加えまして、4ページになります。10月15日に新型コロナウイルス感染症対策本部におきまして、コロナ対応の全体像をまとめてほしい。その上で骨格が示されました。この骨格に沿いまして、現在、今申し上げましたような作業を、言わば加速している最中でございます。

4ページのところに書きましたのは、後ほど触れられると思いますので、省略させていただきまして、ポイントを一つだけ申し上げますと、国立病院機構、地域医療機能推進機構につきましては、法律に基づいて病床の確保を図る。あるいは公的病院については、法律には基づきませんが、要請を行って、公的病院におけるコロナ専用病床化を図ることが書き込まれました。

それに対応しまして、6ページ、少し飛びますけれども、早速、10月19日でございます。国立病院機構法及び地域医療機能推進機構法を活用いたしまして、言わば厚生労働大臣からこれらの法人に対して、法律に基づいた要求ができる仕組みであります。これに基づきまして、病床の確保を要求いたしました。

先ほど申し上げましたように、入院の受入れは全体として2割増をお願いしています。公的病院につきましては、その中では入院の受入れといいますと、病床を増やせば当然入

院の受入れも上がると思います。それから、同じ病床数であっても、先ほど申し上げたように、使用率を上げていくことでも受入れ人数が増えます。

この二つの方法がありますけれども、NH0、国立病院機構、JCHO、地域医療機能推進機構につきましては、病床だけで2割以上増の確保をしてほしいという要求です。

その他の公的法人につきましては、確保病床数は1割以上の増をお願いしたということでもあります。

参考に書きました。なお、NH0、JCHOでは、今、東京都ではそれぞれ病床全体の14%、あるいは16%の病床がコロナ病床に転換をいただいております。かなり御苦労いただいているかと思えます。今回、その上で1割増、2割増をさらに要求しているということでもあります。

最後に、病床に関して3点だけ留意点を申し上げたいと思います。2ページに戻っていただければと思いますが、病床といった場合に三つの留意しなければならないことがあります。

一つ目は、病床だけではなくて、今、ずっと申し上げましたように、総合的に対応を図っていくことが必要になります。陽性判明から回復されるまで一連の過程の中でしっかりと対応できるようにして、自宅で亡くなる方が一人でも減らせるようにするという、総合的なものであるということです。

二つ目は、病床というよりも、ポイントになるのはマンパワーだろうと考えています。病床というのは、日本では諸外国に比べて多いと言われてはいますが、医師の数とか、看護師の数といえますと、先進国の中でも平均的であったり、少し少ない状況がございます。

病床の、コロナ病床の確保についての最大のポイントは、看護師さん、あるいは医師の方を確保する点になりますので、まさにそこが非常に重要なポイントになるということでもあります。

三つ目は、コロナ病床だけではなくて、一般の病床、一般の医療への影響が非常に難しくあったというのが、第五波、今回のピーク時での状況でありました。

先ほどNH0では、都内で14%の病床がコロナに振り分けられていると申し上げましたが、実はコロナ病床を一つつくるためには、一般の病床を二つ程度潰しまして、先ほど申し上げましたように、マンパワーを確保して1床のコロナ病床をつくります。先ほどNH0では14%をコロナ病床にしたと申し上げたのですが、休止する病床を含めて25%の病床を休止した上で、その14%をつくっています。逆に言いますと、一般のこれまで担ってきた入院体制は75%の状況になっているわけです。25%を潰して14%をつくっているのが、この夏の状況であったということでもあります。

コロナ病床を確保するという意味では、一般病床への影響が非常に厳しいものがありまして、医療の逼迫という表現がございますけれども、その本質の一つは、一般医療への影響であったと考えています。

本日のセッションでも、今申し上げたような3点は、念頭に置いて議論できたらと思い



ます。

一旦、私からの説明は以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、以上の説明に対しまして、コメントなり、質疑なりありましたら、お願いいたします。伊藤先生、どうぞ。

○伊藤由希子評価者 御説明ありがとうございました。

3 ページ目の今後の具体的な取組内容に書かれた③の中の2点目の補助金の執行という点と、4点目にありましたG-MISへのタイムリーな入力という点について伺いたいと思います。

今回、病床の確保ができなかったことは、もともと医療機関の平時の状態にあまり余裕がなかったことだと思いますが、臨時対応としてなされた補助金の執行は、私としてはかなり火に油を注いだ状況になったのではないかと考えております。

先ほど一つの病床を確保するために、2～3床を空けておかなければいけないというようなことのお話がありました。それは事実だと思います。それに対して、空けておいたことに対するいわゆる前払い方式で、重点医療機関では44万円です。

○鈴木評価者 伊藤先生、ごめんなさい。幽霊病床の話はこの後に御説明いただくことになっていますので、そのときにもう一度お願いしてよろしいでしょうか。

○伊藤由希子評価者 すみません。分かりました。

○鈴木評価者 G-MISに関しては、今回、説明いただきましたので、G-MISはよく知られているように、入力がタイムリーでないことと、医療費は全部入れてないケースがあるということで、使えないということが現場の認識だと思うのですが、今回、それをどのように改善したかというような御質問も伊藤先生の問題意識にあると思いますので、まずそこをお答えいただけてよろしいでしょうか。

○厚生労働省 G-MISというシステムは、もともとは物資を提供するために、医療機関と国の間でシステムをつないだというのが淵源でございました。今、それがいろんな病床の確保とか、いろんな状況に活用が可能なものですから、それぞれの機能拡大している状況であります。

その過程で入力がなされないと、そういう意味では、活用の還元をすることはできませんので、入力いただくことになっているのだけれども、それを徹底することに尽きます。したがって、そこについては、更に強化が必要だろうと考えていますので、できる限り入

力いただくようにしていきたい。その上で、今度は共有することによって、私が申し上げましたのは、病床の稼働率、稼働状況を日々のリアルタイムで誰もが医療機関の人が見て分かる。

すごく簡単に申し上げますと、医療が逼迫してきたときに、役所があと3人受け入れてくれと医療機関にお願いするわけです。医療機関もぎりぎりなものですから、例えば今日は2人は受けられるけれども、もう一人は無理です。ほかの病院でできないのかという話になるのですが、共有されていると、みんなが本当に厳しいという状況が分かりますから、そうすると、しょうがないということで、何とか難しいけれども、やろうではないかとなっていく。

そういうことで、みんなで共有することで入院の稼働率を上げていく。これは必要なことだと思っているので、やっていこうということで、10月1日の現在の作業の中で、各都道府県にまずみんなで見える化する仕組みをつくっていただきたいというお願いをしているということです。

○鈴木評価者 御質問はいろいろあると思うのですが、今の点の確認です。おっしゃるとおり、見える化するの是非常に重要で、G-MISに入らない情報を共有化するのは、いろんな自治体でしっかりやっています。

逆に言うと、G-MISが使えないからやっているわけですが、G-MISに関して、今おっしゃったのは、特に今までの問題からの改善はないということでしょうか。つまり現状の医療機関で入力しているのは7割ぐらいですか。リアルタイムでもないです。その問題については、今回の確保計画では改善するような政策はあるのでしょうか。

○厚生労働省 2点申し上げます。

一つは、G-MISについては、もう少し入力を担保していくような形に強化をしていきたいと考えています。アクションはこれからです。

今、G-MISを使ってリアルタイムに把握されている都道府県もあります。ただ、G-MISを使わないで、それぞれの病院、県によって病院の状況は違いますので、簡単にみんなで共有しているケースもあるし、あるいは単に電話をかけて、今日の状況が分かっているという県もありますけれども、できるだけ系統的にやっていただいたほうがいいだろうと思いますので、G-MISでもいいと思いますし、G-MISではなくてもいいと思いますので、そういうシステム化はお願いしているということです。

○鈴木評価者 なるほど。

しかし、G-MISを担当しているのは厚労省なので、厚労省で特にそこで改善するような政策は今のところなくて、強化するということですね。ありがとうございます。

ほかにございますか。土居先生、お願いします。

○土居評価者 先ほど御説明のあったところで、自宅療養者に対するそのケアをこれからより強化していくというお話でした。確かに非常に重要だと思います。そのときに、平時からそういう地域にある診療所が地域の患者さんたちに対して、かかりつけ医機能のようなものが従前に果たされていれば、コロナになったからといって、わざわざ慌てて体制整備しなければいけないというのではなくて、日頃の仕組みを使ってコロナでも対応できる。こういうことだったと思うのですけれども、残念ながら、我が国はそういう仕組みがなかったのが、悩ましい問題が起こった。もう少し診療所の方に御協力いただければ、自宅療養者の方々が困らないで済むようなことがあったのではないかと思います。今後、改善の取組によって、どのようにそこがよくなっていくのか。

さらにはもう一つ必要なのは、単にコロナのためだけにそれをするのか、コロナが終わっても、せっかくコロナを契機に地域医療についてそれぞれの診療所の方の御協力の体制が整うということであれば、このままかかりつけ医機能を制度化するようなことで、診療報酬で手当てするとか、いろいろな方法でできると思うのですけれども、単にコロナのためだけにつくるというつもりで、今、計画を立てておられるのか、それとも、単にコロナだけではないというおつもりもあるのかということをお伺いしたいと思います。

○厚生労働省 今の最後の御質問については、コロナへの対応を念頭に置き、そして、それが今後とも活用されるだろうという念頭だということだと思います。率直に申し上げますと、当初はかかりつけ医さんというよりも、感染症への対応ですので、最初、特に未知の感染症でしたので、どちらかというところ、診療所を絞りまして、帰国者接触者外来という言い方もしたかと思いますが、全部の診療所にやっていただくというよりも、かなりしっかりと対応できる場所です。PPEがちゃんとあって、動線として感染拡大が起こらないような構造になっているところをお願いをしておりましたので、そういう意味では、感染症対策というのは、特に初動においては、かかりつけ医さんと信用性があるかということ、そうではないかもしれません。

ただ、今度、経口薬が出てくるとか、だんだんこういう状況になってきますと、一定程度、平時に切り替えていき、その中で先生がおっしゃったように、本来のかかりつけ医さんの機能が発揮されれば、より効果的になるということだと思います。

○鈴木評価者 伊藤先生、どうぞ。

○伊藤由希子評価者 今のお話は初期の対応ですし、対面を前提とした考え方だと思ったのですけれども、恐らく入院できないこと以上に、特に自宅に放置された場合に症状に応じた適切なケアが受けられないことへの不安感が勝っていたと思うのです。つまり不安なときに専門知識を持った方に相談したいと思っても、保健所は電話でいっぱいということで、

誰にも聞けない状態であることを解消するのであれば、少なくとも今は間口狭める必要はないのではないかと。つまりオンラインのためにももちろん限界はあるけれども、あらゆる手段を使って、これだけ感染者が増えたときに、一人一人の方が相談できるような窓口があるべきではないか。

今後のことを考えたとき、土居先生もおっしゃったと思うのですが。今までは特定の方角だけだった、どちらかというところ、かかりつけというようにいつも通うお医者さんという存在は、全国的に何かのときには相談できる場所が必要だという機運になっています。このタイミングで整えなければ、プライマリーケアが成り立たず、プライマリーケアが成り立たなければ、入院等を含めた救急の体制も成り立たないのではないかと考えています。

○鈴木評価者 コメントという感じでよろしいですか。

○伊藤由希子評価者 そうです。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

山田政務官、お願いします。

○山田行政改革担当大臣政務官 この議論は、パンデミックと平時をきちっと切り分けて議論をしないと、話が混乱するかと思います。また、諸外国との比較もしっかりしておいて、それによって日本の特性がどうなのか、限界と、今後も検討する必要があると思います。

例えば諸外国と比べたときに、日本の病院は、国公立よりも民間が圧倒的に多い、そういう意味ではヨーロッパとは違う。コメントの中でも、日本は国公立病院が少ないから、国の関与がしにくかったのではないかと、こんな指摘もあったのは事実だと思います。

一方で、日本では小さな民間病院が多い。アメリカは非常に巨大な病院が多い中で、巨大な病院が協力して、この病院はいわゆるコロナ対応、この病院は通常と切り分けられたけれども、我が国では、少しずつコロナをやってくださいということで、各病院きつい。

結局、民間が中心となっている日本の医療体制では、応じるもの、応じられないものがある、協力がしにくかったのではないかと、構造上の問題があったと思うのです。

構造上の問題を無視して、こうすべきだった、ああすべきだったという議論をしたとしても、平時からパンデミックに変わった場合には転換ができないとか、機能が発揮できないことになってしまうのではないかと、思いますので、こういうレビューのときですから、日本の構造に立ち戻った上でどこに限界があって、それでも公費を通じてこういうことが起こった場合には、民間に対して保障をしてでも、国民の生命を守るためには、いつ起こるか分からないパンデミックにも対応しておくのかなど、別の方法を取ることを

検討しないと、打ち手が決まっていけないのではないかと考えていますので、その辺りの議論をしていただければと思っています。

○鈴木評価者 ありがとうございます。大変重要な御指摘いただいたと思います。

非常時に備えて平時における構造をどうするかという話は、第三部でしっかり議論したいと考えております。

それでは、今日は結構盛りだくさんの大切なテーマがございますので、ちょっと先に行かせていただきまして、次は幽霊病床の話を御質問させていただきたいと思います。

第五波で幽霊病床という問題がなぜ起きたのか、そして、各都道府県に対して実態把握を指示しているのか、悪質な幽霊病床の存在が明らかになった場合には、補助金の返還を迫るつもりか、空き病床の見える化や補助金の効果などを見るために病院の経営状況のデータベース化が重要な話だと思うのですが、取り組むつもりはあるかということをお聞きさせていただきます。

○厚生労働省 改めまして厚生労働省でございます。

今のテーマにつきましては、コロナ病床としてせつかく確保されていたのだけれども、その患者が受け入れられなかったという事象が生じていたということでございます。これについては、各都道府県を通じて実態の把握をお願いいたしました。

今のところお聞きしている限りにおきまして、大体どういう状況だったかと申しますと、一番多くございましたのは、病床の機能と患者像の相違、簡単に言いますと、病床としては、例えば子供さん用の病床、精神科の病床、あるいは透析の病床、いろいろなカテゴリーに分かれて用意されていまして、その当日の要請で、例えば子供さんはいなかったとなると、せつかく病床を用意していても、0ということがございます。

それと近いものとして、地理的なものが多くありました。搬送しますと、県内でも2～3時間ということは結構ありまして、中心部で感染が非常に拡大しているのですけれども、周辺部では感染がそれほど大きくないときに、周辺部の病院さんではまだ空きがありますと、各県を平均しますと、当然ながら100%になりません。

そういうことがございましたので、そもそも私どもは、今回の計画でも8割を目指してくれと言っていて、逆に言うと、100%は難しい。100%はむしろかなりあふれている状況である可能性があると考えてございます。

他方で、もう一つは、今まで申し上げたのは構造的に常にある問題ですが、今回の波でありましたのは、かなり感染が増えたということがありまして、思っていた状態像との違いが生じました。つまり中等症の方のベッドを10床用意していたということとしまして、中等症といいましても、軽度の方から重度の方はかなり幅がある中で、中等症で大体10床を用意しています。ところが、かなり都市部になりますと、入院率がかなり低くなりまして、そうすると、重症の方からどんどん入院していきます。中等症といっても、かなり重

症に近い中等症の方が入れられる状況になりました。

そうしますと、先ほど申し上げたように、問題は病床ではなくて、マンパワーだと申し上げたのですが、10床を用意していて、例えば看護師さんが10人必要だと念頭に置いていたところが、重症の方が入ってしまったために、7人入ったところで10人の看護師さんがみんな7人の方に対応しています。そういう状況の中で、8人目をお願いしますと行政側が依頼したときに、今の状況では無理だという状況がございました。今回の特徴の一つだったと思います。

今申し上げたのは、どちらかというと、あまり問題のないケースなのですけれども、各県に聞きますと、難しいケースがありますということです。例えば今申し上げた10床の中等症のところでは7人入って、もう一人大丈夫かどうかというところは、すごく微妙な判断でもありますので、県としてはもう一人お願いできないか、何とかできないかというところがあって、そこは県としても、正当な理由なのかどうかという判断は難しいということをおっしゃっている都道府県もございました。少数ではございます。

もし10床を本当に用意したという申告でありながら、10床を全く受け入れられる余地がない病院があるとすれば、それは非常に大きな問題だと思います。そういった点については、基本的には都道府県と医療機関の間で日々やり取りをしていることでもありますので、しっかりとコミュニケーションを図っていただくことが重要だと思います。その上で、場合によっては補助金については、10床ではなくて、5床、あるいは3床ということであれば、そういう形で補助金は支払っていくことが基本だろうと思います。

そういったところを踏まえまして、10月1日の事務連絡におきましては、まず基本的な処方箋としては、県と医療機関でコミュニケーションをちゃんと取っていただいて、中等症用なのか、あるいは子供用のベッドなのか、割とそこが曖昧なままで10床お願いします、分かりました、10床用意しましたというところで終わっているケースが結構あったので、その10床はどういうベッドなのかということをしつかりと明確にして、かつそれを文書化して共有しておいてくださいというものを10月1日にお願いをしたということでもあります。

そういったところが重要だと思いますし、あるいは逆に県も病床の確保を病院に依頼するに当たって、10床用意してくださいということで、明日から10床用意してくださいと言って何が起こるかというところ、その10床には先ほど申し上げた一般の方が今入院されているわけです。その方に退院していただいたり、転院していただいた上で、先ほどの説明で申し上げますと、むしろ10床つくるためには20床ぐらい転院、退院していただいた上で10床のコロナ病床をつくれますので、明日、すぐに頼むというのはきついわけです。2～3週間なのかどうかということをしつかりとコミュニケーションしてほしいということをおっしゃってございます。

あとは、見える化ということも進めていくことだと思っていましたので、それは10月1日にまず申し上げて、その上で10月15日に骨格が示されたときに、病床の見える化につきましましては、国民の皆様の納得を得られるような形で病床の見える化を徹底してほしいとい

う宿題をいただきましたので、そういった形での見える化について、さらに検討しなければならぬという状況でございます。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

先ほど私が遮ってしまいましたけれども、伊藤先生からありました続きをお願いします。

○伊藤由希子評価者 御説明ありがとうございました。

非常に具体的な例でよかったですけれども、私も現場で取材していると、今おっしゃったような例は、限界まで頑張ってくださいった非常に良心的な医療機関の例だと思います。実際に受け入れられなければ、補助金を返還してもらおうという通知を出した途端に、東京では病床の使用率が110%以上に上がったとか、全ての医療機関が良心的な医療機関ではないという前提で、インセンティブやガバナンスの体系を組まなければいけないのが今後の課題だと思います。

インセンティブについては、先ほど申し上げましたけれども、前払いで一日当たり空床をつくってくれば、30万から44万の補助金を全額国費で出すということでしたけれども、そうすると、実際に患者さんが入ってきてしまったら、1日30万とか、44万とか、治療費の診療報酬マイナス治療体制のコストを引いたときに、どれだけの収入を得られる医療機関はありませんので、結局、前払い式でもらい得があります。

もらってしまったもの勝ちで、先ほどの話ではないですけれども、逃げ得的なところもなきにしもあらずのような制度になってしまった。そうすると、規律を守らなければ返還してもらおうといっても、出す手間もあり、回収する手間もありということで、二重に手間取るような形になってしまったと思います。

そのようなことを今後どうするかということなのですけれども、厚労省に事前にお聞きして、このような個別の医療機関ごとの交付額の状況等をどう管理する予定ですかと伺いましたら、国ではなくて、情報が都道府県にあるので、国では公表はできないと御回答いただきました。

そうすると、ガバナンスの問題になってくるわけです。費用は全額国費だけれども、具体的に調整してもらってお金をつけるのは都道府県ということになるわけです。どういふふう補助金が使われて、今後のためにどういう医療機関が頑張ったのかということ適切に評価するために、国民目線の見える化とおっしゃいましたけれども、まず見える化すべきは、補助金がどこまで交付されて、その医療機関がどれだけ頑張ってくれたのかということだと思っています。

現在、G-MISは国民には開示されていませんので、私たちは医療機関ごとの情報を見ることができませんし、御回答によりますと、今後も都道府県の管轄だから、そういった情報は見ることができないのだと、都道府県が公表すれば別だけれども、そういった公表を求める権限は国にはない。つまり国がお金をつけているけれども、情報の開示はセットで求

められないというようなガバナンスの構造になっている。ここが問題点だと思っておりますが、この点についていかがお考えでしょうか。

○厚生労働省 先ほどは言葉足らずだったと思いますけれども、病床の確保の状況は見える化を図ることが必要だと思っております。それは2種類ありまして、先ほど主に中心的に申し上げたのは、医療機関なり、県庁がちゃんとリアルタイムに把握できることによって、入院調整をしっかりとやっていく。これによって受入れは進むことが当然あるだろうと思っております。

もう一つの見える化は、15日以降の骨格に示されたものです。それをさらに国民に対して見える化を図っていく。これは宿題事項でありますので、検討していく必要があると思っております。

そうしますと、病床の使用状況が見える化がされて、関係者内だけではなくて、国民の皆様にも見える化されることになりますので、そういったことをしっかりとやっていきたいと思っております。

なお、先ほど30万、40万とおっしゃったのは、ICUを用意したときの病床確保料が30万とか、40万という単価になりまして、病床確保料は結構いろいろありまして、1万6000円という単価から、今もおっしゃられたような単価まであります。

一般的に全体をひっくるめて申し上げますと、病床の確保料よりも、当然コロナ患者の方が入られた診療報酬のほうが基本的には高く設定をしていますので、そういう意味では、病床を確保しておいたほうが収益が上がる構造にはなっていません。コロナ患者さんが入院されたほうが病院としては収益が上がります。ただ、収益の問題というよりも、基本的にはマンパワーが足りないという状況なのだと理解をしています。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

ほかによろしいですか。伊藤伸先生、お願いします。

○伊藤伸評価者 同じような方向の話になるかと思うのですが、私も要は両面あるのだと思うのです。実際に先ほどお話があったような、例えば私が知っている中でも、夜にコロナ患者を受け入れるときに、呼吸器の当直医がいて、ただし、そのときに重度の糖尿病を合併をしているような患者の場合、ベッドとしては空いているけれども、受け入れるのは難しい。まさにこういう事例もあれば、その逆の事例もある。常に両面が見えてきてしまうからこそ、エピソードベースではなくて、エビデンスベースで一体どれだけ補助金が適切かつ使えているのかというところは示す必要がある。

そのときの見える化の仕方が大切なのかと思っております。例えばですけれども、届出の病床数自体に違いがあるケースもあるから、今回、見える化をするに当たっては、届出



をしている病床数に実際にコロナの病床がどれくらいあるかというだけではなくて、本当にその病床数が合っているかどうかというところ、多分ここまでできる技術は持っているところだと思いますので、それをしていくことが必要ではないかと思います。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

土居先生、どうぞ。

○土居評価者 医療機関の経営状況の見える化も必要だと思います。もちろんコロナ対応で大変お忙しいことは分かるのですが、経営状況が悪化したことによって、福祉医療機構からの融資を受けるところでは、融資をちゃんと受けるための財務状況とか、そういうものはきちんと機構に渡さないと、この医療機関に本当に融資していいかどうかという審査ができませんから、それをきちんとなさっておられます。

そういうことは、コロナで大変なのであるけれども、ちゃんと経営状況を必要に応じて出すということは、医療機関はおできになられるというわけなので、コロナ対応のために経営状況をタイムリーで出せるようにしろというのは、今すぐは完成しませんが、少なくともこれを教訓にして、医療機関の経営状況もデータベース化するような形で、デジタル化をするということであれば、いざ困った緊急時に資金繰りが困った医療機関があっても、そういう状況であればといって、データがちゃんと手に入れば融資をするようなこともスムーズにできるかもしれない。

ここでの問題というのは、むしろ補助金をもらった医療機関が本当に困っていたのかどうかということになってくるので、補助金をもらうということであるからには、きちんと経営状況も国、都道府県に報告していただくことが必要だと思います。

○鈴木評価者 土居先生の経営もきちんとデータベース化すべきなのかという点についてはいかがでしょうか。

○厚生労働省 おっしゃるとおりだと思います。現在でも医療法人というのは、財政的な書類を都道府県に届け出なければなりませんし、それを閲覧できることになっておりますが、それだけですと経営状況を把握しにくいので、まず電子化をして、それを、データベース化します。それにより経営状況の見える化をしていく方向で、令和4年度にはそういう形にしていくこうということで、方針を立てて作業を進めておりますので、重要な御指摘だと思いました。

○鈴木評価者 ありがとうございました。

それでは、次に参りたいと思うのですが、その前に一言だけあります。

いろいろ御指摘あった点ともう一つ重要なのは、公費を使っているわけなので、柔軟な使い方はいいのですけれども、悪質な使い方は排除したい。そういう意味では、確保病床を提供しない場合の正当事由というのは、かなり緩やかな基準になっていることが問題だと思います。これは都道府県では判断できないと思うので、厚労省からどういうものが悪質であるかというような基準を示すと、そこがボトムでそれ以下にはならないというようなことになると思うので、ぜひ検討していただきたいと思います。

それでは、論点2でございます。非常時の保健・医療体制の在り方についてということでございまして、厚労省からも説明があったとおり、地域において医療機関間の役割分担とか、連携・協力が非常に大切であるということは、言をまたないわけでございますけれども、その点で全国あちこちに成功事例みたいな自治体があるわけです。

今回は東京都の墨田区と杉並区にお越しいただいて、それぞれ特徴ある地域包括的な医療体制を構築してうまく連携している地域でございますので、まず御質問の前に先立ちまして、二つの自治体から現在の状況を御説明いただきたいと思います。

大変恐縮なのですが、時間が押してまいっておりますので、少し予定していた時間よりも巻きで御説明をいただければと思います。

それでは、墨田区から御説明をよろしくお願いいたします。

○西塚参考人 御紹介ありがとうございます。墨田区保健所長の西塚です。

このたびは発表の機会をいただき、感謝申し上げます。再拡大に向けた保健・医療体制の強化の一助になれば幸いです。

それでは、非常時における保健・医療体制の在り方について、特に第五波をどのように乗り切ったかを中心に説明します。

2ページをお開きください。本日は4点お話しします。墨田区の医療提供体制、検査体制の目詰まりの解消、パンクしない保健所の組織体制、最後に第六波対策と要望です。

3ページをお願いします。この夏の墨田区の医療提供体制を図示します。

区内の即応病床は、右上の重症者用の14床、真ん中の中等症用の187床、合計201床です。即応病床の201床は、東京都の入院調整の管理下にあります。ピーク時は中等症2以上の患者で占められ、常に満床でした。

そこで墨田区は、右下の回復期として、今年1月、一般病床56床を確保、病院にそれぞれ100万円を補助して、回復期を必ず受け入れさせることで、墨東病院の重症ベッドの在院日数を短縮させました。

さらに真ん中、今年7月、墨田区独自の緊急対応病床33床を別途確保、妊婦、小児、透析患者など、入院調整が困難な患者、あるいは抗体カクテル療法の一泊入院に使用いたしました。これは即応病床ではなく、疑似症病床です。まん延期には変容するということでは確保病床ですが、動線など、設備の問題ですぐには感染者の受け入れができないということで、1症当たり100万円の補助をして、短期的に本区が使えるようにしたものです。こう

した対応によって、必要な人を入院させ、重症化を防ぐ治療を行うことができました。

4 ページをお開きください。確保病床数の区内の推移です。

区内の全12病院のうち重点医療機関は、昨年4月の時点で2施設50床からスタート、現在までに5施設に増やしました。病床の確保は東京都に任せず、病床の稼働状況を医師会、医療機関に開示、最新の感染動向から数週間後の入院者数を予測して関係者で共有、施設整備は人材確保に関する経費を独自に区が補助するということで、地域に必要な医療資源を創造しました。

5 ページをお願いします。病院の一覧です。

700床の墨東病院、400床の同愛記念病院を除くと全て200床以下、民間の中小病院です。コロナの重症・中等症・回復期を全員野球で分担したほか、救急・周産期・小児医療など、通常医療も互いに協力して効率的に継続しました。

6 ページをお開きください。昨年7月から毎週、全病院の院長、医師会、行政がオンライン会議を重ねました。もちろん出席者のほとんどがコロナとは無縁で、傍観者でありましたが、会議には必ず全病院の院長に参加してもらいました。一部の病院にお任せする病院完結ではなく、工夫を凝らし、全病院、医療従事者で負担を分け合う地域完結型への転換を目指したものです。

7 ページをお開きください。昨年12月、いわゆる第三波では、高齢者の感染が相次ぎ、重症ベッドが満床、重症化したお年寄りが入院できない事態になりました。

区では、ほかの病院に1施設1000万円を補助、回復期を転院させる病床を56床確保しました。病院に応諾義務を課し、区が転院を調整することで、行政主導でベッドコントロールしました。

8 ページをお開きください。次は2番の検査の目詰まりでございます。

9 ページをお開きください。帰国者・接触者外来の計画上の箇所数ですが、新型インフルの計画で、人口10万人に1か所とされ、当初は人口27万人の墨田区では2か所指定していました。

10ページをお開きください。検査の目詰まりが問題となった昨年4月、上段に相談センターの日別の相談件数、下段にPCR検査件数のグラフを示しております。昨年末、有名芸人が死亡し、4月初めから検査を希望する電話が鳴りやまなくなりました。

帰国者・接触者外来のキャパは、昨年3月までは1日20～30、当時、既に相談受診の目安の4日縛りも撤回され、国民に早期受診を呼びかけていました。

圧倒的な供給不足の中、PCR検査を重症者に絞るか、検査するかで、各保健所の対応が分かれました。墨田区は全例検査することを選択しました。

11ページをお開きください。1回目の緊急事態宣言が発令された昨年4月8日から2日後の4月10日、右下にある臨時の医療施設のPCRセンターを開設、1日100件の検査を行いました。その後も検体採取体制を拡充し、現在では、発熱外来は71か所1日1,200件の検査能力を整えています。第六波にも対応できます。

12ページをお開きください。分析能力でも昨年6月、保健所の検査室を改修しました。1時間に最大100件、変異株の全件検査に対応する自前の検査体制を確保しました。同じ6月、区内に民間検査会社を誘致しました。

13ページをお開きください。プール方式を立ち上げ、一度に大量の検査にも対応できるようにいたしました。

14ページをお開きください。3番目はパンクしない保健所の組織体制についてです。

15ページをお開きください。危機管理における自治体の役割は、情報収集、拡大防止措置、医療などの資源や人材の供給、リスクコミュニケーションだと考えています。新型インフルの行動計画にも同様の記載があります。

16ページをお開きください。墨田区保健所の体制イメージです。異常事態に対応するには、教授陣の保健所が必要です。

これは保健所の指揮命令系統です。感染症係は、真ん中の吹き出しにあるように、外部人材を活用し、もともと10人だったところを125人に増しました。

指揮命令系統は、インシデントコマンドシステムを採用し、トレーサーなど、オペレーション部門と予算を獲得する管理部門、医療資源や人材を供給するロジスティックス部門を分け、業務量に合った人材を配置しました。

保健所を助ける地域の動きもあり、医師会、薬剤師会が健康観察チーム、自宅療養支援薬局をつくってくださいました。

こうした体制強化によって、保健所がパンクすることなく、全例に疫学調査を行い、診断当日からの健康観察をし、そして、医療資源などの開発供給も行ってきました。

17ページをお開きください。医療提供体制に密接に関わるのがリスクコミュニケーションです。医療逼迫は住民を不安に陥れ、不要不急の119番通報や医療機関、保健所への不信感を招き、医療提供体制にさらなる負荷を与えます。これまで41回にわたり、区長がYouTubeでメッセージ動画を配信し、区民の信頼構築に努めました。

今年8月には都が医療非常事態を宣言、感染した妊婦が死産したという報道もありました。すかさず区長自ら区民のための緊急対応病床確保、都の入院調整が逼迫しても、妊婦や重症化リスクのある人は必ず入院できると伝えて、不安解消に努めました。

18ページです。最後の4番目、第六波対策について触れます。

19ページ、第六波の想定を示します。

墨田区の第五波では、入院患者が最高91名に上り、療養者数に占める入院率は15%で食い止めました。第六波では15%を引き続き維持をする形で、72人増えるという想定でベッドの確保をしていきます。

次のページをお願いします。その上で、最初に公的病院に増床をお願いするというところで、第五波の1.2倍、そして、民間病院にもさらなる協力を求めて、病室でない場所への入院など、合計1.4倍まで積み増すことを想定し、区独自でも病床確保に努めています。また、都に働きかけ、どうしても対応できない場合には、野戦病院を開設することも想定してお

ります。

21ページをお開きください。言うまでもなく、特措法48条は、都道府県知事に臨時の医療施設、医療を提供しなければならないとされておりますが、医療逼迫のしわ寄せが毎回保健所に及んでおります。

現在、国の関与の下、医療体制確保計画が策定されていると伺っております。入院や宿泊療養が半分以下の稼働率でパンクするなど、実効性が伴うようお願いいたします。

22ページです。補助金の在り方についてです。地方創生臨時交付金の流れを示します。

区、市に下りてくるまでに時間がかかる状況です。例えば昨年8月、国は介護施設の職員などの定期的なPCRを整備する方針を示し、墨田区も区内の介護施設で開始しましたが、実際に東京都の補助要綱が決定したのが11月末で、早く対応したい自治体ほど財政面で損をする結果になっています。

最後、23ページです。要望です。

財政支援について、国におかれては、特別区が実施する感染予防対策について、今後も十分な財政措置をお願いします。

地方創生臨時交付金については、継続した上で迅速な運用をお願いします。

医療体制の強化につきましては、医療崩壊や保健所の業務逼迫を招くことのないよう、国及び都において医療体制の整備、検査体制の強化、入院調整本部の24時間運用について、ぜひともお願いいたします。

保健所についても、集約化や定数削減で厳しい状況でございますが、厚生労働省並びに東京都からこれまで応援や補助を多く受けて何とかやっております、この場を借りて深く感謝申し上げます。

御清聴ありがとうございました。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

1点、私から付け加えると、墨田区では、国からの補助金というか、国から都道府県を通していく補助金以外に、独自予算でかなりのことをやっているということです。この背景には、国の交付金は型にはまったことができなくて、それ以外のことをやろうと思うと、なかなかできないということで、独自の単独予算を使ってらっしゃるという事情があるということです。

それでは、杉並区に御説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○喜多川参考人 よろしく申し上げます。杉並区で保健福祉部長をしております、喜多川でございます。お招きをいただきまして、どうもありがとうございます。

当区におきます新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制の構築の取り組みについて、大きく三つございます。第一波の際の取組、第三波の際の取組、保健所の人員体制に

ついて、御説明を差し上げたいと存じます。よろしくお願ひいたします。

2 ページのスライドです。23区の中では、杉並区が一番西側にありますけれども、区西部の保健・医療圏に属しておりまして、杉並、新宿、中野の三つで二次医療圏を構成しているところでございます。

3 ページをお願いします。三つの区と東京都の医療体制の比較を表にしております。厚労省様の令和元年の医療施設の動態調査を出典させていただいておりますけれども、現在、杉並区には病院が20施設ございまして、病床数は2,213床でございます。

これを御覧いただきますと、杉並区の特徴といたしましては、二次医療圏の中では10万人当たりの一般病床数が最も少ない。さらに東京都の平均値を下回っている状況でございます。さらに療養病床の割合が高いことが特徴的でございます。

全て私立病院でございまして、公立病院はございません。そして、その私立病院も中規模の病院でございます。昨年2月にコロナの患者が区内で発生した頃は、入院できる病床は僅かでございます。

このように杉並区といたしましては、医療体制は決して恵まれた環境ではないと考えてございます。

次、お願いします。こうした状況と、さらに昨年2月下旬になりまして、基幹病院の一つでコロナ陽性患者が発生し、そこから大規模な院内感染に発生いたしました。その病院は、約3週間にわたりまして外来診療の停止、新規入院の受入れ停止が起きました。さらに3月20日頃から陽性者の数が増え始めましたので、区の基幹病院が一体どういう状況とすることを調査いたしました。

そこで把握できたことは、感染症患者を入院させなければなりませんけれども、そのためには一般病床とは区分が必要で、そうした施設の整備は十分に取ることができない。それから、一般病床をコロナ病床に転換しなければならないため、一般の患者の受入れを制限しなければならない。

このように医療機関にとっては、コロナ患者を受け入れることはハイリスクで、経営悪化につながる問題ですので、容易に患者を受け入れることができないという意見がございまして、まさに医療崩壊の危機を私どもは目の当たりしたところでございます。

そこで、ここに区長の決意とございますけれども、コロナ患者の集約化と地域の診療体制の維持に取り組みました。

ただ、区内の全ての医療機関がコロナと闘えるわけではない。そうしたことを踏まえて、コロナと立ち向かえる戦闘力のある病院に経営不安を抱えることなく速やかに立ち上がってもらいたい。区としては絶対に病院を潰さないという強いメッセージを発信すること。国や都の支援を待つことなく、スピードを最優先した支援策、こうした決断をしたところでございます。

次、お願いします。陽性者が一気に増え始めました昨年の3月下旬でございますけれども、区と区内の病院、これは基幹病院プラスアルファで7施設の病院に参加していただき、

さらに医師会に参加していただきまして、感染症対策関係医療機関等の連絡会を立ち上げました。

陽性者は、当初、隔離入院することで感染を封じ込めていく方針でございました。軽症者は診療所で外来、中等症は一般病院で入院、重症者は感染症指定病院に入院という体制を考えておったわけですが、患者を診療するためには動線の確保、空間の分離など様々必要でございますので、小規模少人数で運営している多くの診療所では対応が困難であります。

そこで、診療所で診療する機能を東京都感染症協力医療機関、区内の基幹病院でございしますが、そこに集約をさせて、基幹病院の診療体制を強化する。そして、開業医の方々には、院内感染リスクを低減しながら、一般の診療に専念する環境を整備することを考えた次第でございます。

当区では、国や都の支援の前に先手を打って、感染爆発に備えることを区内の医療機関に明言をし、必要な経費は補正予算を組んで対応すると発信をしたところでございます。

基幹病院は敷地内に発熱外来を設置し、区は財政支援、物品支援、医師会は人材支援、発熱外来への輪番での従事を行うようお願いをしたところでございます。

次、お願いします。さて、財政支援でございますけれども、左に表を掲げてございますが、①でございますけれども、これが基幹病院に発熱外来を設置する。感染が疑われる方々は、電話相談センターに電話をし、基幹病院の設置をした発熱外来を通し、基幹病院に行く。つまり一般診療所には行かないということです。

右にまいりまして、入院・外来医療体制強化事業補助金でございます。これが病院に対する財政支援でございます。

予算は記載のとおりでございまして、補助対象期間は令和2年4月1日から6月30日といたしました。

患者受入れ病床の確保に努めていただいている発熱外来を設置する区内の4機関病院を対象としております。

補助スキームでございますけれども、入院外来収益における補助対象期間の実績と過去3年間の同時期の平均額との差額減収分を補助対象といたしました。

発熱外来の設置の運営、病床確保に速やかに最大限の力を発揮していただくため、細かい積算は除きました。そうした細かい積算を不要として、概算で支払うことといたしました。後日、国や東京都から補助金を支給されたら、その額に相当する分を返還してもらうというスキームにいたしました。

補助金の受領の条件といたしまして、外部有識者、公認会計士などによる検査を受けてもらうということもお約束をさせていただいたところでございます。

次、お願いいたします。絵の右側の②でございますけれども、医療従事者の確保が非常に大きな課題でございまして、発熱外来の患者を集約させることによりまして、必要な人員の確保は、先ほど申し上げたとおり、医師会の協力を得ることにしたのですけれども、

医師会からは、輪番従事する医師の診療所に対する休業補償を求められました。つまり休診になる可能性がある。それから、医師が感染したら休業を要する必要がある、その可能性もあるということでございます。

そこで、こうした非常事態でございますので、まず患者の受入れ体制の強化を優先して、安心して医師が従事するために必要な支援補助金を支出することといたしました。これが医師確保支援事業補助金でございます。記載のとおりスキームで行ったところでございます。これも同様に補助対象期間は令和2年4月1日から6月30日といたしました。

次、お願いします。こうした取組の結果、病床の状況と入院患者の数はどうなったのかということです。

棒グラフが入院者でございます。折れ線が病床確保でございます。もちろん東京都の病院でお願いしている入院患者さんもいますけれども、区内で発生した患者さんは8割方、区の病院で受入れを行っていただいたところでございます。

この間の取組で、区と病院の信頼関係がさらに強まりまして、病院としては国のために最善を尽くすという姿勢をはっきりと出すようになった次第でございます。

次、お願いします。さて、令和3年に入りまして、急激に感染の波が押し寄せてきたわけでございますけれども、令和3年7月になりますと、満床率が8割を超え始めました。

ただし、臨機に病床を増やしていただいて、このようにぎりぎりのときもございましたが、何とか当初の計画どおり、入院患者を区内の病院の分としては、受け入れてもらうことが可能となった次第でございます。

次、お願いします。もう一つ大きな問題が起きました。病床が開かない、見つからないというところなのですが、高齢者の患者が多くおまして、コロナ病床は満床に近い状態が続きました。高齢者はほかにも疾患を抱えていらっしゃる、リハビリが必要な方もいらっしゃる、入院が長期化してまいります。このことが病床逼迫の大きな原因となりました。最大数のコロナ病床を確保した基幹病院でさらに院内感染が発生しまして、患者受入れ制限が起きたということでございます。

区内の20病院に声をかけて、いろいろ話を聞きました。そうしたところ、コロナ患者を受け入れていない病院は、コロナから回復した患者であっても、受入れは勘弁してほしいというような話が正直ありました。

転院先の病院は、転院元の病院に対して退院時にPCR検査を求めてきたのですが、そのPCR検査は転院元の病院の負担でございますので、その実施もちゅうちょしていたというようなことございました。

ただ、発症から一定期間を過ぎていけば感染力がなくなって、PCR検査を行わずに退院が可能であるということが医療機関にはよく理解されていなかったもので、そこを周知申し上げて、PCR検査を求めなくても、退院基準を満たした患者さんをぜひ受け入れてくださいということで、後方支援病床を確保する仕組みを考えたものでございます。

次、お願いします。こちらもちょうど財政支援を行ったところでございます。コロナ病床を持た



ない療養型の病院を含めた区内10病院にお願いをして、四つの基幹病院から患者の定員の調整を杉並区が行って、後方支援病院に受け入れていただいたということがございます。こちらも財政支援を行ったところでもございまして、記載のとおりスキームで行ったところでもございます。

次、お願いします。非常事態における医療提供体制がなぜ速やかにできたのかといいますと、日頃からなるべく医師会、病院とも意見交換等で顔を合わせて、コロナ禍でございましたので、対面とはいきませんでしたけれども、なるべく機会を設けて意見交換しておりました。日頃から医療機関と顔の見える関係を築いていたということです。現場の声を施策に速やかに反映をさせたなどがございます。あとは、スピード感を持って、様々な取組を実施したところでございます。

次、お願いします。参考に杉並区での発熱外来とか、PCR検査バスの状況、モニタリング検査などの状況を掲げさせていただきました。

次、お願いします。参考でございますけれども、医療従事者の方々は御飯を食べる間もないという話をよく聞きましたので、キッチンカーを用意いたしました。

杉並区の交流自治体とか、区内の障害者施設で製造したお菓子を医療従事者の皆様に配布して、大変喜ばれたところでございます。

区内の小中学校の児童生徒にもお願いして応援メッセージを送ったところ、これらについても病院に手紙などを掲示して、いらっしゃる患者さんの目にも留まり、皆さんに喜ばれていたという状況もございました。

次、お願いします。最後、保健所の人員体制の強化でございます。

体制図がここに書かれてございますけれども、私どもの保健予防課がございまして、その業務がかなり肥大化をし、特に保健師の業務というのはいまだかつてないほどの業務の量に達しているところでございます。加えて、昨年12月からはワクチン接種の業務が大きくなってきたこともございます。

全庁的に応援体制を取っているわけでもございますけれども、人員にも限りがございます。人事異動を臨機応変にするのは難しいということで、兼務発令などをして対応していたところでございます。

次、お願いします。全庁体制での人員確保の難しさということで、現場の保健所と本庁部門との人材のミスマッチというところを幾つか掲げております。この間、どうしてきたかといいますと、保健予防課への事務職の応援は延べ1,100人を行いました。

私どもの保健師は130人おるのですけれども、当然他の業務を行っております。そのうち延べ3,000人が感染状況に応じて予防課の業務の応援の実施をしたところでございます。

最後、国への御要望でございます。

国と都道府県市区町村の役割の明確化を掲げさせていただきました。それぞれのすべき役割を明確にして、非常事態においては、広域実施が必要な取組は、国で率先して速やかに行っていただき、自治体が行う役割は十分果たすことができるよう、柔軟に活用できる

財政措置などをお願いしたいと思っております。

現場の状況を把握し、実態に合った政策支援をしていただきたいということでございます。医療機関の現場の実情を正しく把握をしていただきまして、必要などころに必要な支援を効果的に実施をしていただきたいということです。そして、地域医療体制の強化のために、担い手の育成や人材確保支援を行っていただきたいことをお願いしたいと存じます。

長くなって失礼いたしました。以上でございます。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

行政改革の場だと、国の議論にどうしてもなるわけですが、基礎自治体の状況は、現場が一番よく分かると、そこからどうすべきかという問題意識を持っていると思ひまして、あえて詳しく説明をいただきました。

質疑応答に入りたいと思うのですが、その前に墨田区と杉並区から国への要望がございましたので、これに関しましてお答えいただきたいと思うのです。いろいろ表があったのですが、2点に限りたいと思います。

一つ目は、国の包括支援金の中でできないことを単独予算で2区ともやっていて、もう少し柔軟な使い方ができないかという問題意識を両方お持ちなので、この点はどうかということですか。

もう一つは、厚生労働省が都道府県を通して基礎自治体に計画を立てさせるというような、先ほどの保健・医療計画も確保計画もそうなのですが、都道府県に立ててくれという話なのですが、基礎自治体を見ると、都道府県と基礎自治体の齟齬も結構あって、今回、確保病床がうまく機能しないということで、都道府県が持っている情報と基礎自治体が違うとか、実際の現場でうまくやっていると、やってないところはいろいろあるとか、基礎自治体からの観点は非常に重要だと思うのですが、そこを厚生労働省はどれぐらい基礎自治体のレベル、あるいは保健所設置市町と言ったほうがいいかもしれませんけれども、把握できているのか、そして、それが都道府県の計画とのチェック体制ができているのかというようなことを、とにかく実態をきちんと見て、都道府県からの声だけではない政策を立ててほしいことが要望だと思うのですが、この2点についていかがでしょうか。

○厚生労働省 2点の御質問がございました。

まず補助金についてでございます。現状のコロナの補助金については、資料にもありましたように、地方創生臨時交付金という比較的いろいろな使い勝手のいいものがございます。それから、我が方の補助金としては緊急包括支援交付金という形で、これは比較的用途を明確化したものであります。それから、当然ながら地方交付税の措置があります。

それぞれの組合せによって措置をされているということで、緊急包括支援交付金についていうと、新しい感染症で未知なときに、こういうやり方を取ってください、ぜひここを

強化してくださいということがあるので、そういう意味では、政策目的にかなった補助金というのは1対1で紐づけた上で企画をし、提供している形になります。要は組合せだと思しますので、現状でいろいろな御意見もありますので、そこは不断にどういうやり方がいいのかというのは考えていくべきだろうと思います。今、実態としては、そういうバランスの下で組み立てているということでもあります。

県と基礎自治体との関係があります。コロナ対策全般で、先ほど私が申しあげましたように、病床の確保だけではなくて、陽性の判明から回復されるまで、一連の対応が目詰まりなく行われることが必要になります。

その過程では、特にその前半の検査とか、外来といった最初の部分とか、積極的な疫学調査とか、そういった面での保健所の役割が非常に大きい。医療提供体制というと、都道府県の役割が大きいという中であります。

基礎自治体の実態がちゃんと把握できているのかというのは、我々も胸に手を当てて、常にこう考えなければいけないところであります。今、御説明がありましたように、しっかりといろいろ確認した上で進めていかなければならないのはよく感じております。

県と基礎自治体、国の在り方は、いずれにしても、コロナの状況を踏まえて、しっかりと役割分担は改めて考える必要はあるのだろうと思いますので、未来に向かっての課題だろうと認識しています。

今回は、いずれにしても、県と基礎自治体、国の役割分担において十分だったのかというところについては、反省点があるという認識だと思しますので、そこはしっかり対応すべきなのだろうと考えます。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

お願いいたします。

○厚生労働省 補足ですが、保健所の関係で回答申し上げたいと思います。

今いただいております都道府県と保健所設置市との連携という点につきましては、これまでの実態把握の中で必ずしもうまくいってなかった実態は承知しておりまして、先ほど来、申し上げております10月1日の事務連絡の中では、保健・医療体制の計画を策定していただくのですけれども、それぞれが相互に計画を確認していただくように、連携をお願いしているところでございます。

また、市町村で物資支援をされていると思うのですけれども、それについて都道府県からその情報が十分ではない、保健所から情報が十分ではない、そういった声もございましたので、これにつきましては、感染拡大中の夏に事務連絡をお出ししまして、感染症法の中にある連携規定に基づいて、必要に応じてこういった食事の提供などの生活支援を行うための情報連携ができることをお示しして、連携を促しているところでございますので、引き続きこの点については、我々としても留意してまいりたいと考えております。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

せっかく保健所の話がありましたので、質問事項として、感染拡大期における保健所の過大な業務量及び入院調整業務への影響について、実態把握をちゃんとしているのか、また、保健所の体制整備、支援について、どのような施策を実施しているのかという御質問は、ある意味、先ほどの2区についても保健所の体制のお話がありましたので、御質問に関連してそのままお答えいただけますでしょうか。

○厚生労働省 続きまして、厚生労働省から御回答申し上げます。

保健所逼迫の実態把握については、これまで行ってきたところがございます。保健所個別に情報を頂くことと併せまして、実際に逼迫している保健所さんに職員を派遣して、具体的にどのような手立てが取られているかということ把握してまいりました。

10月1日の事務連絡発出後、計画を策定してほしいとお投げするだけではなくて、全都道府県が参加される形でブロック別に機会を設けまして、その中でもこの夏の逼迫が大変だったというお話を伺っているところがございます。

そういった状況を踏まえまして、10月1日の事務連絡につながっていくわけですが、すけれども、保健所の業務の逼迫を解消していく手立てとして大きく三つあると思っております。

一つ目は、デジタル技術といいたいまいしょうか、システムの活用を促していくこと。

二つ目は、マンパワー、人員体制の拡充を図っていくこと。

三つ目は、保健所の業務はいろいろあるのですけれども、今やらなくてもいいものです。優先度をつけて後回しにできるものは飛ばしましよということでございます。要は業務の縮小であったり、延期であったりでございます。これも途中で事務連絡を発信しまして、具体的に例示をしながら、各保健所に検討を促したところがございます。

今申し上げました3点のうち、前の二つにつきましては、個別にはその都度事務連絡という形でお示ししてまいりましたのですけれども、今申し上げましたように、各保健所の実態も把握しながら、具体的な事例も取り込む形で、10月1日の事務連絡でお示しし、11月末までに各計画をつくって提出していただくように、各都道県にお願いしているところがございます。

御説明ですけれども、厚労省の資料に沿ってといつか、お時間もございますので、はしよりながらになりますが、一つはシステムの関係でございます。

17ページをお開きください。こちらはHER-SYSに搭載されている健康観察のメニューというタイトルでございますけれども、まさにデジタルのシステムというのは、HER-SYSでございます。感染の届出がございましたら、その方の病状等について把握し、その後の管理につなげていく仕組みでございます。

こうした中で、工夫としましては、①にございますようにMy HER-SYSです。要は保健所で全部入力して全てをやるのではなくて、対象者御自身にも御協力いただくということで、御自身のスマホで健康状態、発熱があるとか、息苦しいかどうかみたいなどころを入力していただいて、それを保健所でフォローするという形をお願いしています。

もう一つ、その下、②の自動架電でございますけれども、毎日決まった時間に電話がかかってまいりまして、自動音声案内に従いまして、対象者の方がスマホに数字で入力していく形で、同様に健康状態を把握しながら、療養されている方について保健所がフォローしていくということでございます。

この実績が18ページでございますが、それぞれグラフでお示してございまして、向かって左がMy HER-SYSの利用状況、向かって右側が自動架電の利用状況ということで、実績が上がっていたというところでございます。これがシステム関連でございます。

もう一つは、人員体制の拡充でございます。人員体制の拡充につきましては、先ほど墨田区の保健所さんや杉並区の保健所さんからもございましたように、保健所だけで全てをやろうとするのではなくて、所属する自治体の応援をいただければ、全庁体制でやっていただくほか、例えば人材派遣会社に外部委託していただくとか、医療機関の御協力をいただく、そういった連携を10月1日の事務連絡で促しているところでございます。

そういった中で、もう一つ、資料で20ページに飛ばさせていただきますけれども、こちらはIHEAT等による保健所の体制強化ということも図ってございます。

真ん中の赤い枠にIHEATと書いてございますけれども、左から矢印が流れてございますが、国による人材確保で学会などの関係団体から御協力いただきまして、派遣できる方は主として保健師の方々になりますけれども、このリストの提供いただき、それを都道府県においてそれぞれIHEATとしてリスト化すると、そして、県内の保健所に派遣していただくシステムの仕組みを構築したところでございます。

9月15日現在なのでございますけれども、登録されている方の人数は3,370人となっておりまして、稼働した令和2年12月から令和3年8月までの実績になりますけれども、延べ1,048の方が派遣されていると状況でございます。

こうしたIHEATの仕組みにつきましても、10月1日の事務連絡の中で併せてお示ししているところでございますので、こうしたものを組み合わせて、今後の起こり得る感染拡大に備えて、フェーズごとにこういった体制を組んでいけるかということ、今、都道府県にお願いしているところでございます。

私から以上でございます。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、2部に関しまして、コメント、質疑がありましたら、いかがでしょうか。伊藤伸先生からお願いします。

○伊藤伸評価者 まず最初に、今、最後にお話があったIHEATの体制強化であったり、そこに至る前の御説明の中で、まさにこの後というか、今回の感染拡大があるからこそ、いろいろな対策をやっています。この先の効果が見えていなく、効果がどれぐらいかという検証が必要になってくると思うのです。

大切なのは、こういう対策をやっているということで終わるのではなくて、これが具体的にこの間課題になっていた保健所の逼迫がどのくらい解消されるのかというところは、先ほど都道府県とのコミュニケーションを図っていくというお話があったので、そこが一番重要なのかと思いました。これが1点目です。

もう一つ、これも先ほど山田政務官から平時と非常時で分けて考えるという、この部分でもあると感じていまして、非常時になったときに個々の保健所、都道府県の中でどうするかというところは、今回はそこに考える暇（いとま）がなかったから混乱が生じている部分があったと聞いてて感じていました。

非常時のときに国がある程度役割分担を明示的にしてしまう。具体的には例えばですけども、今日、お話をいただいた墨田区さんとか、杉並区さんは、やらなければいけないから、先んじてやられている部分あると思うのですけれども、特に地方で保健所設置市周辺に保健所を持っていないところの地区の保健所からすると、入院調整と感染者のフォローの両方をやって、そこが一番逼迫をしているところだと感じているのです。

そのときにこれが一律かどうかは別としても、非常時になったときに国が例えばですけど、保健所については、感染者のフォローに特化してほしい、入院調整については、今回は調整本部をつくられていますけれども、都道府県でできる限り特化してやってほしいというようなところの役割分担が必要になってくると感じたのです。そこについてもし御意見があれば、お聞かせいただけますか。

○厚生労働省 非常時の今後の役割分担について、国の役割というところでございますけれども、現時点でそこまでドラスティックなものを描いているわけではなくて、この夏までに取り組みされたものを整理しながら、医療機関にも健康観察とか、実際にかかってこられた陽性者の方々のフォローしていただく、そういった協力を極力求めるという格好で、もちろん具体的にどれほど見込めるかみたいなものについても、計画策定の中では御検討いただくということでございますけれども、今いただいた御意見にどこまで踏み込めるかということ、もう少しいろいろな各関係者の御意見を賜りながら考えていく必要あると思っています。今、直ちに特化して、その分だけやってくださいというような言い方は、正直難しいと思っております。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

伊藤由希子先生、お願いします。

○伊藤由希子評価者 墨田区と杉並区からどうもありがとうございました。

お二人のお話に共通した点で普段から顔の見える関係があったということで、現場のコミュニケーションの大切さを改めて痛感したのですけれども、今回、現場のコミュニケーション力でやり切れたということで、非常にここにもフィーチャーされているわけなので、これをできる自治体ばかりではないという現実があるわけです。

そのときにどうするかということを考えるのがこの場であるとする、例えばコミュニケーションがあったからこそ人が動いてくれたとか、みんなが当事者意識を持ってくれたから全員野球ができたとか、そういったエピソードをそうではない自治体に向けて一言、これだけはあるとすれば、それを墨田区さん、杉並区さんに伺いたいと思ったのが1点です。

IHEATなどのシステムをつくることは、大変素晴らしいと思います。ただ、既に例えば災害対応だとDHEATがあったりして、救急医療でもE-MISとか、D-MISなどがある上に、今回、G-MISもできて、システムをつくると入力する手間も増えて、それが一過性だと意味がない。これを持続する仕組みにするために人とか、予算などをつけていかなければいけない。そういった算段について、どのようにお考えかということについて、担当省に伺いたいと思いました。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、墨田区と杉並区、何かありましたらいかがでしょうか。西塚所長、お願いします。

○西塚参考人 御質問ありがとうございます。

基礎自治体は住民と近いということもありまして、入院ができませんとか、病床がありませんということで、そこで終わりとするのができません。目の前に重症者がいれば、何とかしているのが常でございますので、住民から近いからこそ思いとか、そういった必要性を病院にぶつけられる。これは区の保健所のいいところだと思っております。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

杉並区はいかがでしょうか。

○喜多川参考人 杉並区でございます。

伊藤先生がおっしゃったように、全国の自治体に同じことができるかといえば、甚だ疑問でございます。ですから、私が説明差し上げた内容も参考になるかどうか分からないということが正直ございますが、私も何をしたかということ、説明の途中で申し上げましたけれども、自分たちの区にある医療機関は潰さないのだと、最大限サポートするのだと、そ

れは速やかに国、都の支援を待たずに杉並区がやるということを明言したことです。

それに答えていただけたかどうかというところですけども、先ほど関係機関で連絡会を設けたと申し上げましたが、当初、我々もどうしていいか分からなかった。そのときに毎週、会議を開きました。今は大体2週に1回開いているのですけれども、そこで喧々囂々（けんけんごうごう）、医師会の先生もいろいろ御意見がある、病院もキャパシティーの問題とか、いろんなお考えがある。そこで侃々諤々（かんかんがくがく）ぶつけて、意見を言い合って、そこで区民のためにどうしていけばいいかということを考えて、これは定性的でもなく、定量的でもない言葉で申し訳ないのですが、気持ちを一つにしてぶついていたところですよ。

つまり我々自治体は、区民の方が地元の役所に何か困ったらすぐ電話してくるわけです。先ほどちょっとありました、保健所の電話がパンクするとか、そういうことがございました。我々は自治体の住民をいかに守るかというのが使命でございますので、そのために最大限必要な医療資源などをどう活用していくか、そして、繰り返しますが、目的をみんな協賛して、さらに気持ちを一つにして闘っていくことが必要だった、それが何とか私どもはぎりぎりのところでできたのではないかと考えております。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

伊藤先生から、最後にDHEATとか、いろいろな御質問がありましたけれども、技術的な話になりますので、これは資料に代えさせていただくということで、第3部にまいらなければいけないものですから、省略をさせていただきたいと思っております。

3部に移る前にちょっと一言だけ私から質問させていただきたいのは、今回、非常時において、保健所のマネジメントは相当な能力が必要だということで、保健所長は大体お医者さんでやっているわけですけども、もっとマネジメントに長けた人材がやる必要があるのではないかと感じてきたこととございますけれども、この辺の資格要件みたいなものは、非常時において医者であるべきなのかどうかというのは、もし何かお考えがありましたら、厚労省にお答えいただきたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

○厚生労働省 資格要件の見直しのようなお話は、これまでもいただいているわけとございますけれども、今回の緊急事態を迎えまして、なおさら医学的な医療的な要素、要は未知のものに対してどのように対応していくのかといったところは、そういった知見の重要性が認識されたのではないかと考えております。ただ、もちろんそのマネジメントの在り方という別の側面の切り口での御議論はあると思っておりますので、引き続きの検討課題ではなかろうかと考えております。

以上です。



○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、論点3ということで、ここからは中長期の課題です。今のコロナ禍というよりは平常時、あるいはコロナ収束後のお話になりますけれども、新型コロナから得た教訓と課題克服のための取組についてということでございます。

質問を二つ御用意させていただいているのですが、一つ目は、コロナ禍は平時における医療提供体制の問題点を浮き彫りにしました。特になんちゃって急性期と呼ばれる名ばかりの急性期病床が多い問題、医療資源が中小病院などに分散化され過ぎて、大病院に集中集約化されていないという問題は、コロナ禍の医療逼迫の背景としての構造問題です。先ほど山田政務官がおっしゃられた言葉で言うと構造問題として重要なわけですが、今後、大病院の医療資源の集約化、あるいは病院の大規模化というのは、どのように担保していくのかという点について、お答えをいただければと思います。

○厚生労働省 厚生労働省です。

今回の新型コロナウイルス感染症の拡大では、医療提供体制に多大な影響が生じたわけですが、急性期病床、また、人材が足りなかったのではないかと、医療機関の間での役割分担、連携体制の構築が不十分だったのではないかと御指摘をいただいているところであります。

先ほど墨田区、杉並区の事例が紹介されたわけでありますが、確かにコロナ患者への対応を見ても、重症者に対応する高度の医療機関、また、中等症の患者に対応する地域の中核的な医療機関、回復後の患者に対応する後方支援医療機関など、各々の病院がその機能に応じた役割を果たしていただくような選択と集中というお言葉もありましたが、地域における病床機能の分化、連携の重要性を改めて認識したところであります。

地域における病床機能の分化連携を進めるためには、地域医療構想をしっかりと進めていくことが有効だと考えております。当面、まずは足元の新型コロナウイルス感染症に引き続き対応していくことが重要ではありますが、一方で、人口減少、高齢化は着実に進みつつあるわけでありまして、医療ニーズの質、量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなることが想定されますので、地域医療構想を進めるべきということに変わりはないと考えております。

資料は厚労省配付の9ページ、地域医療構想の実現を図る観点から、これまでの地域医療介護総合確保基金による施設整備の支援のほか、令和2年度からは病床減少を伴う病床機能再編や病床減少を伴う医療機関の統合につきまして、国の10分の10の補助スキームである病床機能再編支援事業で推進をしているところであります。

10ページを御覧いただきまして、令和元年度からは都道府県による自主的な申請を前提に重点支援区域に認定されれば、国による技術的・財政的支援を行っております。特に財政的支援については、総合確保基金の優先配分などを行っているところであります。

コロナ禍でありましても、こうした取組を着実に進めることで、地域医療構想の実現に

努力していく、こうすることによって、先ほど来ありました顔の見える関係を構築しながら、有事にも強い医療提供体制をつくるのが大事ではないかと考えております。

病院の大規模化につきましては、2017年4月にスタートしました地域医療連携推進法人という仕組みがございます。我が国の医療機関の多数が民間になっております。病院の大規模化ネットワーク化を進めるための一つの有効な選択肢が、地域医療連携推進法人ではないかと考えております。2017年4月から始まって徐々に増えておりまして、現在28になっておりますが、推進法人の事例を集積しまして、また、周知をすることで、横展開を図っていきたいと考えております。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

もう一つ質問があって、それを全部お答えいただいてから質疑に入りたいと思うのですが、第8次の医療計画のお話です。そこまで厚労省から御説明いただいてから質疑に移りたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○厚生労働省 感染拡大時の短期的な医療需要につきましては、各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、中長期的な話は地域医療構想の推進によって進めていきたいと思っております。

地域医療構想は先ほど御説明したとおりでございますが、短期的な取組としては、11ページを御覧いただきたいと思っております。新興感染症等の感染拡大時に病床の確保など、必要な対策が機動的に講じられるよう、令和3年通常国会において成立しました改正医療法によりまして、医療計画の記載事項に新興感染症等の対応を追加することとしております。

医療計画における具体的な記載項目につきましては、11ページの下の部分でございますが、機動的な対応をできるようにするためには、平時からの取組とまさに拡大時の有事の取組を切り分けて、あらかじめルール化しておくことが大事だと考えております。

平時からの取組につきましては、受入れの候補となる医療機関をはじめまして、地域の医療機関における役割分担の在り方であったり、感染管理の専門性を有する人材の確保、また、院内感染対策の徹底等を想定しておりますが、実際に有事のときにはそれを稼働させていく。そのルールを医療計画上にしっかり明記をして、短期的な対応を機動的にやっていきたいと考えている次第であります。

具体的な記載内容につきましては、12ページにあるように、これから医療計画の検討を進めてまいる段取りになっております。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、質疑に移りたいと思っております。

高島市長、お願いいたします。

○高島評価者 よろしくお願いいたします。

御質問が二つあるのですけれども、一つ目は、今、第8次の計画についてお話をいただいたのですが、大事なことは、第8次で計画していることをも超えるような有事があったときのガバナンスの話をお伺いしたくて、日本は小さな民間病院がたくさんあるという構造しています。公共の病院ではないというところからも、ガバナンスはすごい大事だと思うのです。

今回、例えば最初の議題の論点1のところでも話もしましたがけれども、なぜ病床が増やせないのかということについて、多くの私たち基礎自治体が現場にいても、市民からの声がとても届いたのです。総理が病床を増やせと言えばよかったのか、厚労大臣が増やせと言えばいいのか。でも、結局は都道府県知事が主体となって医療提供体制をつくっている。ほとんどが民間病院の集合体なので、6年ごとの地域医療計画を策定することにはなっているわけですが、知事の任期は4年間ですし、そうすると、実質的には都道府県の医師会が中心となって計画をつくっているわけです。

医師会が計画をつくっているからといって、いざ実行するかどうかという話になると、各医療機関の経営状況次第となります。共同責任は無責任ではないかという言われ方をされたわけです、これからももちろん第8次の計画の範囲内で物事が進むことを期待しますが、例えばこうした感染症だけではなくて、バイオテロみたいなことが起きるかもしれない。海外が治験をわざわざしてくれて、日本がそれを使えるようなワクチンを諸外国が作ってくれるとも限らないような事態も起こりかねないことを考えたときに、有事の医療提供体制のガバナンスをどうするのかというところは、より明確に考えたほうがいいのではないかと。結構議論になったと思うのです。そこについてはどのような議論になっているのか、教えていただきたいということです。

実質的にはハードを増やしていくことと同時に、ソフトを増やしていくことが大事だと思うのです。ハードについては、もちろん臨時の野戦病院的な話も出てきていましたけれども、例えば実態的に公立病院について、陰圧室みたいなところを平時からこうしたものを改修で増やしておいて、いざというときに受け入れることができる体制をつくっておくとか、ソフトでいくと、例えば公立病院が中心となって、感染症の専門ではない医療従事者の皆さんにも、基本的な感染症受入れのためのノウハウというか、こうしたトレーニングや教育を平時からしておくようなことは、今回、病床を増やすに当たって受け入れることができないのは、人材がないからだという議論になったと思うのですが、そこは第8次の計画にどのように盛り込まれているのか、教えていただきたいと思います。

最後に、もう一点の質問なのですが、今、コロナの新規陽性者数が非常に減ってきて、ワクチンの接種率も非常に上がっているのですが、いつになったら一般のクリニックが診ることをできるようになるという目途は考え始めているのでしょうか。これから年末に向

けて経口薬ができます。ワクチンがあって経口薬ができるという中で、この体制をいつまで続けていくのか。また、保健所の関与はどれぐらい続けていくのかというのは、非常に多くの方が市民と接していても、ここはみんなすごく気にしているのです。例えば2類を5類にしなければできないのだったら、そういう議論をしているのかとか、経口薬とワクチンというところが見えてきた中で、今、どのような状況になっているのかをぜひ教えていただければと思います。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

厚労省のどちらの部局ですか。よろしいですか。

○厚生労働省 多岐にわたっておりますが、まず私からお話ししたいと思います。

3点の御質問、御意見があったと思います。まず有事の際のガバナンスということで、先ほども少し議論がありましたが、有事の際に国がどのような司令塔を担って、県が医療提供体制に一義的な責任を持っていて、かつ基礎自治体は保健所もありますし、いろいろな生活面での対応もされている中で、どういう役割分担において、一番強力な体制が組めるのかというのは、今回のコロナの経験を踏まえて、しっかり検討しなければいけない、そういうことだと思っています。

医療提供体制について申し上げますと、今、医療計画という話を申し上げたと思うのですが、すけれども、そういう形で各県の病院がどういう役割を担っていただくのかというのは、ずっと議論をしていることがありますので、まずは有事の際における役割分担もその延長で、都道府県が責任を持って対応するという形だと思っています。

県では対応できないような非常に大きな感染拡大とか、緊急の事態になりますと、それは広域的に対応しなければなりませんので、そこにおいてしっかりと国が司令塔の役割を責任を持って対応できる。今回も課題が見えたという理解だと思っていますので、その対応はしっかり議論をしていかなければならないと思っています。

ただ、それをするに当たっても、結局、実際に普段の準備がしっかりといかにできるかということが実効性のある、つまり準備が整っていない中で誰かが命令したらできるのかということになると思います。したがって、今、先ほど説明がありましたように、医療計画に新興感染症を盛り込むという法律改正をして、今後これを実行に移していく中で、準備としては特に3点申し上げて、まず医療機関の役割分担をしっかりと確保する。これをしっかり話し合っ決めていくことです。

市長からお話があったとおりだと思いますが、感染管理の専門性を有する人材がいなければ、結局は対応ができない。したがって、人材の確保の在り方をその中で果たしていく。

院内感染の防止をしっかりとノウハウとして持っておく、こういったことが重要なのだらうと思います。

そういうことをした上で、実際のいざというときの権限がどうあったらいいのかということを考えなければいけない。両輪が必要なのだと思います。

最後に、今後の医療の在り方ではありますが、徐々に状況が変わってきているのに対して、我々として遅れずに対応していくことが重要なのだろうと思います。その経口薬はまだ出てきてはおりませんが、それが出てきた際にしっかりとポスト、経口薬があるという世界の中で、医療提供体制についての考え方を改変していかなければならない、変えていかなければならないと思います。

これまでも徐々に状況に応じてやってきていて、保健所が逼迫するということがあるので、今回も保健所が全部見るのではなくて、地域の医療機関、診療所、クリニックさんが健康観察とか、先ほどのオンライン診療も含めて、そういった体制を取っていこうと、今、計画として各自自治体において見直している最中であります。これをしっかりと実行に移した上で対応していく、一つ一つ課題を解決していくことが必要なのかと思います。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

どうぞ。

○山田行政改革担当大臣政務官 先ほど地域医療構想についてお話しいただいたのですが、よく分からないところがあって、単純な話をすると、要は私が当初言った構造問題として公立病院が日本は少なく、ヨーロッパなどは多い、そういったパンデミック対策がありました。

一方、アメリカに比べると、民間は多いのだけれども、アメリカには大病院があって、アロケーションにある程度成功したとも言われています。日本は民間で小さい病院が多い。この構造を変えるのか、変えないのか。

今の構想の話を見ていると、変える場合には統合で補助しますと言っているのだけれども、国の戦略としては、どういう形で持っていくのか。そこは自由だからしょうがない、民間の病院の在り方に合わせて促すことなのか、今回のパンデミックを経て、病院の在り方そのもの、構造問題で公立病院をもっと充実させていくのだ、民間でも大きく統合していくのだ、こういう議論をしているのか、いまいよく分からなかったと思います。

この問題はもはやパンデミックは10年に一度起こると考えて、国の在り方を議論するべきなのではないか。ある意味で無駄になったとしても、日本でいわゆる防衛力をもって対処している人たちがいるというぐらい、10年に一度はこの闘いを人類や日本国含めてやらなければいけないとなれば、大きな決断をここでしなければいけない。

もちろん今回のコロナはまだ終わったわけではないけれども、今後、これも継続してどうなっているか分からない。国民はここで不安を持ったし、国に対する信頼も揺らぎかねなかった。あるいは揺らいだのかもしれないということをもっと重く考えて、私は戦略をもう少し明確にすべきなのではないかと思っていますけれども、地域医療構想なのか、そ

の辺りです。アロケーション、構造化の問題をこれから考えるかどうか、それは難しいから、しょうがなく補助金を出しつつ、それぞれの民間にも合わせて見守るしかない。もう一度その辺り突っ込んで、重要な機会だと思いますので、よろしくお願いします。

○鈴木評価者 この点はいかがでしょう。

○厚生労働省 我が国は民間医療機関中心でありますので、その前提の中で地域医療構想、地域で医療機能の分化連携を考えて、役割分担をあらかじめ有事にも対応できるようにしていくことが、今、我々が考えている基本的なスタンスではありますが、これでは不十分だということであれば、公的の在り方を含めてしっかり考えていかなければいけないのかと思います。

○鈴木評価者 小林副大臣、どうぞ。

○小林行政改革担当副大臣 今の山田さんの指摘はとても大事な議論なのですが、それを議論して構築するには、今日来ていただいている皆さんはエース級なので、とても分かりやすい話がここで行われているのですけれども、皆さんがどれぐらい時間が割けているのかというのは、最も大きな構造的な問題なのではないかと私は思っているのです。つまりここにいる皆さんが専念して、今度の有事に備えて、医療の構造を見直すという時間が取れば、恐らく解決できる話だと思いますけれども、今、それはできません。そこがどういう状態なのかというのは、改めて共有いただいたほうがいいのではないかと。つまりそういう部局があるのか、そして、人数が十分なのかというお答えをいただいております、あとは先生方をお願いします。

○鈴木評価者 いかがでしょう。

○厚生労働省 今日、この場に私が参るのも、ほとんど準備ができない状況で参りましたし、率直に言って、今、ここにいる全員は戦争中なのです。コロナという未曾有の災厄に対して、そういう意味で休みなくやっております。

他方で、先ほど政務官がおっしゃられましたけれども、有事と平時を分けまして、今、有事の対応をやりながら、次の平時は考えていかなければいけないと考えています。率直に申し上げまして、難しいことではありますが、ただ、状況が刻一刻と変化しているので、その中で最善を尽くしていかなければいけないと思っています。

冗長的なお答えになって恐縮なのですが、今、厚生労働省に余力はございませんけれども、地域医療構想とか、かかりつけ医の話とか、しっかりと構造的な課題については考えていかなければならない、私どもはそのように考えています。

○小林行政改革担当副大臣 一点だけいいですか。財政当局の財務省にお越しいただいでいるので、厚労省の体制の問題について、ちゃんと腰を据えて取り組むことはみんな分かっている問題だと思います。どういう対処をしようとしているのかをお教えいただけますか。

○財務省 財政当局でございます。

機構の定員については、こういう状況でございますので、厚労省さんの機構定員要件に関しては、最大限の対応をさせていただいていると思っております。

今、御指摘されているような構造問題については、決して厚労省だけで進めてもらうという話ではなく、政府全体で日本の将来を見据えて、足元の対応だけではなく、将来に持続可能なものにしていかなければいけないので、我々財政当局も最大限そこに力を尽くしていきたいと思っております。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

新型インフルの政府行動計画は内閣官房でございますので、そういう意味での協力も重要だと思います。

横田先生、お願いします。

○横田評価者 まず御礼です。本当に大変な中お越しいただいたこと、かつ、メディアを通じて、アナログな対応や、HER-SYSはめちゃくちゃ使えないなど話を聞いている中で、今日は進捗をお伺いすることができたことです。さらには多くのことが想定外だったことも率直に御共有をいただけたこと、御礼申し上げます。

これだけやっているだけでも駄目ですし、つまびらかにできていること、できてないこと、これから変えたいことを共有できる場が非常に大事だと思います。

現状、保健所はアナログ対応を大分脱したのかとか、そもそもHER-SYSも使われているところ、使われてないところがあるけれども、どうなのだとか、先ほどG-MISも使ってほしいけれども、ほかのシステムを使ってもいいということがありましたが、いろんなシステムを一元的に使ってほしいのか、そうではないのか。そこをお伺いしたいのが1点です。

もう一点は、中長期的なお願いになるのですがけれども、かかりつけ医、オンラインもろもろ、地域医療構想を拝見していると、病床をどうしていくかという話が中心に見えますし、第8次計画に関しても、オンライン化、DX化を前提とした中での議論がなされているように見えないので、現状はどうなっているか、ぜひお伺いしたいのです。せっかくこのコロナ禍の戦場の中でたくさんの学びがあったものが、次の中長期計画の中で検討がなされていく予定があるのかということもぜひお伺いしたいと思います。

以上です。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

よろしいですか。

○厚生労働省 ありがとうございます。

HER-SYSについて触れていただきましたので、その部分を私から回答申し上げます。

御指摘のとおり、HER-SYSの利活用は決してまだ十分ではないと我々としては認識しております。8月のときのHER-SYSの入力の医療機関からの入力率を見ているのですけれども、半分ぎりぎりいっていないぐらいのレベル感でございます。それでも我々としたしましては、関係部署と一緒に医療機関に入力の協力をお願いしているところでございます。

そういうわけで、今後の確保計画におきましても、システムの活用の検討も併せてお願いしているところでございまして、今、感染状況は収まりつつあるとはいえ、今後のことも踏まえまして、引き続きしっかり協力をお願いしてまいりたいと考えてございまして、また、そういったフォローアップ体制については、国としても体制を組んで考えてまいりたいと思っております。

○厚生労働省 地域医療構想につきましては、構想が病床の再編をテーマにするものがありますので、外来の話であったり、かかりつけ医機能であったり、オンライン診療等を含めて、今回のこの中で見えた課題については、構想外、医療計画外でもしっかり進めていきたいと思っております。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

そろそろ取りまとめに入らなければいけないのですが、最後、土居先生、どうぞ。

○土居評価者 小林副大臣から御発言があって、私もそのとおりだと思うのですけれども、確かに山田大臣政務官がおっしゃるように、緊急時は緊急時、平時は平時というところ、これは分けて考える必要がありながらも、どのように進めていくかという中で、完全に緊急時の話は緊急時の話で、全部それだけで平時には全く役に立ちませんというような感じで事を構えてしまうと、専門の部署をつくって検討して議論を進めなければいけないという話になってしまいます。

今回のセッションの一つの議論した利点と言えるのは、緊急時の有事の状況にヒントを得て、平時の状況をどう変えるかという議論ができたのではないかと思います。その観点からすると、医政局におかれても、緊急時の対応は今まさにすぐ必要だから、それはそれとしてやるけれども、できる限り省力化して、平時にも使えるものも一緒につくり込んで、緊急時対応の部分が上乗せされるような感じで、基礎部分は平時の部分で、それに緊急時の部分を上乗せすると緊急時の対応ができる。平時には関係ないけれども、緊急時には必



要なものもつくる必要があるのですけれども、議論の組み立て方も、緊急時は緊急時で、平時の話は関係ありません。平時は平時の話で議論しますということになると、相当人手が幾らあっても足りなくなってしまうということなので、できるだけ緊急時と平時とうまくミックスしながら、計画を立てる上でもできるだけ省力化して、質のいい医療提供体制をできるようにすることが必要ではないかと思います。

そういう観点からすると、第8次医療計画においても、例えば救急医療と災害医療は、新たに付け加える進行を感染症とも連携ができるというか、それぞれ全部別々につくる必要はなくて、同じところは一気に全部共通してつくってしまって、感染症には感染症ならではの有事のものがあるから、それはそれで別に上乘せするような組立て方をしながら、できるだけ計画策定、ないしガイドラインを示す上でも、重複するところはうまく省力化して作業が進められるようにしていただくと、医政局の人手不足も少しは緩和されるのか。もちろん増員が必要ならば、私は増員が必要だということは以前もメディアで申し上げているところであります。

○鈴木評価者 お願いします。

○厚生労働省 私はまさに救急と災害を担当している参事官でありまして、今、これとコロナを対応させていただいております。コロナで得た教訓を普段の平時の救急とか、災害とか、感染症を含む医療計画、地域医療構想にどう反映するかそういう意味で、今、まさに両面を有事で対応させていただいておりますが、常に念頭は平時で強い医療提供体制をつくる、そのためには何をすべきかということを考えながら、取り組んでいるところであります。

○鈴木評価者 ありがとうございます。

それでは、議論は尽きないところでございますけれども、大きくは大切な議論ができたと考えております。

お聞きしながら、取りまとめの作業をして同時に進行しておりましたので、取りまとめ案という形で、私から本日の議論をまとめたいと思います。

非常時における保健・医療などの体制の在り方については、新型コロナから得た教訓を踏まえ、まずは国、都道府県、保健所設置自治体の役割やどの主体がリーダーシップを取り責任を負うかといった、ガバナンス関係を明確にすべきであるということでございます。

病床が逼迫した問題については、病床の稼働率を向上させることが求められるが、そのためには空き病床の把握と医療機関の役割分担、連携協力が不可欠である。自治体の成功事例から、軽症から重症、重症から警戒といった患者の病状の変化に応じた医療機関間の患者の円滑な受渡し、いわゆる上り下りの連携でございます。それが重要であることを再認識できたことから、行政医療機関だけではなく、国民目線に立って病床の見える化を進

め、医療機関間の連携促進を図るべき。

病床確保のための補助金などの支援については、その在り方について検討するとともに、今後よりの確な支援を迅速に行うためにも、医療機関の経営状況などの見える化（データベース化）にも取り組むべきである。

なお、第五波において自宅療養者が多く発生したことを踏まえ、オンライン診療のさらなる活用についても、検討を行うべき。

国立病院機構などの公的病院の非常時における病床確保の在り方については、その機能や規模などを踏まえ、具体的に整理すべきである。

議論の中で指摘のあったかかりつけ医については、医療機関の役割分担、自宅療養者の対応にも資することから、その在り方について明確にするとともに、制度化についても検討を進めるべきではないか。非常時の保健所長に求められる資格要件権限について指摘があったことから、その在り方についても整理、検討すべきである。

なお、非常時に備えた地域完結型の保健・医療等体制の構築に必要な取組、国の支援の在り方について、整理、検討をすべきである。

医療資源の分散化の是正に向けた取組、病床機能の在り方、医療機関の機能分化、人材確保などについて、第8次医療計画などにおいても、具体的方策を示すべき。

以上でございます。

○湯下次長 鈴木先生、どうもありがとうございました。

それでは、ここでニコニコ動画に寄せられた主なコメントについて、簡単に紹介させていただきます。

病床は行くところがなくて怖かった。

平時か非常時か、どこで切り替えるか、基準が非常に難しい。

病床を増やすのは難しく、在宅医療を強化する方向性を模索できないか。

自治体が積極的に準備対応したところはきちんと機能している。

現場の体験を聞き取って今後よりよくしてもらいたい。

ほかにも様々なコメントを寄せていただきました。

それでは、特にございませんでしたら、最後、大臣からコメントをお願いいたします。

○牧島行政改革担当大臣 評価者の先生方、ありがとうございました。

また、厚労省をはじめ、現場対応していただきながら、秋のレビューにも御参加いただいたことを感謝申し上げます。

なぜ病床が逼迫してしまったのかという論点がございましたけれども、これについては病床が見える化していきます、国民の皆さんにもということで、厚労省さんでこれは宿題だと受け止めていただいたことを、私たちとしては重く受け止めていきたいと思っております。

補助金の見える化については、評価者の方からもコメントがありましたので、私からも

補足をしておきたいと思います。

墨田区さん、杉並区さんの好事例の御紹介、ありがたく聞かせていただきました。保健所と基礎自治体と都道府県と国とそれぞれの役割をどう考えていくのか、好事例は行政のリーダーシップがあって、うまくいきましたということで終わらせるのではなくて、分担ということを考えるのであれば、今後の行政改革推進会議の中でもしっかりと議論をしなければならないだろうと受け止めています。

保健所の現場も大変御苦勞をおかけしてきておりますが、ここのデジタル化をどうするのかということとか、オンライン診療をどうするのかといった点は、デジタル社会推進会議やデジタル臨調での議論になろうかと思っておりますので、私たちとしても引き取ってまいります。

コロナから得た教訓をどうやって次に生かしていくのか、第8次医療計画は既に進行していて、議論を検討していただいている最中で、災害やまたは救急医療との関係の中でも、コロナからの教訓を生かすというお話もあったことは、大変ありがたいコメントだったと思いますが、同時に緊急時における国の司令塔機能とは何なのかという、国と地方との役割という大きな議論もこの中に出てきていますので、これも行革推進会議やデジタル臨調ほか、私たちが関わっている会議の中で、継続して検討しなければならない項目として受け止めております。

御協力を皆様に心から感謝申し上げます。ありがとうございます。

○湯下次長 どうもありがとうございました。

以上をもちまして「保健・医療等体制」のセッションを終了いたします。どうもありがとうございました。