

新型インフルエンザ等対策推進会議（第5回）議事録

1. 日時 令和5年11月8日（水）10：00～11：50

2. 場所 中央合同庁舎8号館8階 特別大会議室

3. 出席者

議長	五十嵐 隆	国立成育医療研究センター理事長
議長代理	安村 誠司	福島県立医科大学理事兼副学長、医学部教授
委員	稲継 裕昭	早稲田大学政治経済学術院教授
	大曲 貴夫	国立国際医療研究センター国際感染症センター センター長
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
	河岡 義裕	国立国際医療研究センター国際ウイルス感染症研究センター長 東京大学国際高等研究所新世代感染症センター機構長 東京大学医科学研究所ウイルス感染部門特任教授
	工藤 成生	一般社団法人日本経済団体連合会危機管理・社会基盤強化委員会企画部会長
	幸本 智彦	東京商工会議所議員
	齋藤 智也	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター長
	中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	奈良由美子	放送大学教養学部教授
	平井 伸治	鳥取県知事
	前葉 泰幸	津市長
	村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長

《関係機関》

脇田 隆字	国立感染症研究所所長
鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
國土 典宏	国立国際医療研究センター理事長

《事務局》

(内閣感染症危機管理統括庁・内閣府)

新藤	義孝	感染症危機管理担当大臣
藤井	健志	内閣感染症危機管理監補
迫井	正深	内閣感染症危機管理対策官
中村	博治	感染症危機管理統括審議官
八幡	道典	内閣審議官
鷲見	学	内閣審議官
須藤	明裕	内閣審議官
田中	徹	内閣参事官
前田	彰久	内閣参事官
榊野	龍太	内閣参事官
山口	顕	内閣参事官

(厚生労働省)

佐々木	昌弘	感染症対策部長
森田	博通	感染症対策部企画・検疫課長
荒木	裕人	感染症対策部感染症対策課長

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第5回「新型インフルエンザ等対策推進会議」を開催いたします。

本日は、政府側より新藤大臣に御出席いただいております。

開催に当たり、新藤大臣から御挨拶をさせていただきます。

○新藤感染症危機管理担当大臣 先生方、大変御多忙の方ばかりでございますが、毎回このように熱心に御参加いただきまして、まずもって冒頭に御礼を申し上げたいと思います。

私どもの危機管理統括庁の重要な使命でございます政府行動計画の見直しに向けて、着々と作業を進めていただいております。ヒアリングも本日で3回目となるわけでありまして、すばらしい議論の中で、実践的で、しかもこれまでの様々な苦難を反映した、そういう計画になることを期待しているわけであります。

一方で、私どもは実践的な訓練を既に開始いたしました。昨日、総理以下閣僚が出席をいたしまして、統括庁発足後初めてでございますけれども、政府対策本部会合の訓練を行ったわけであります。

あわせて、明日には、今度は私の下で、全国の都道府県知事さん、感染研も含めた、そういう皆さんに参加いただく全国的な緊急連絡会議の訓練を行います。これも第1回なのですけれども、全都道府県が参加をする。これは今までにないと思います。従来のやり方でいうと、まずは東京都とやって、徐々に増やしていきながらというふうになりますし、必然が生じたときに御参加いただくということが政府の訓練の形でした。

しかし、感染症の蔓延というのは、1か所どこかで出れば、それは全国に波及するのですから、最初からもう全国でやろうと。今オンラインを使えば、知事さん方もとても御多忙の中で、いろいろ工夫しながら、場合によっては自らが出張先から訓練に参加いただくという工夫をしていただきながら、全知事が参加をいただき、どうしても御自身がその場にいられない場合は副知事や別の方が対応して、少なくとも私たちは全国ネットの訓練をまず1回目から始める。その中で、この会議の中でもたびたび指摘されております国と地方の情報共有・連携を、実践を通して密にしていきたいと思うわけであります。

あわせて、科学的根拠に基づいた国民への情報発信、さらには人権に配慮した情報の公開の在り方、こういったものも御議論いただいておりますが、これをきちんと議論を深めていただきたいと思っておりますし、私といたしますと、今、全政府を挙げて取り組んでおります、こうしたあらゆる行政対応に対しての情報共有と分析、それを伝達し、実践する。これはDXでございます。ですから、まさに有事の際の密接な連携を取るためにもDXはもう必要不可欠だと思っております、前回もお願いさせていただいておりますし、またこれから御検討いただけると思っておりますが、そういったことを踏まえまして、どうぞよろしくお願い申し上げたいと思っております。

最後に、この会議はとても開催頻度が高くなっております。これも非常に異例なこと
でございまして、それだけ皆さんにお集まりいただくのはとても御苦勞いただいている
ということもよく承知の上で、しかし、まずは初動が大事だという意味におきまして、
御理解いただきまして、本日もすばらしい議論を賜りますようお願いを申し上げます。
どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 どうもありがとうございました。

ここで、報道の皆様におかれまして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、お配りの座席表のとおり各委員に御出席いただいているほか、オンラ
インで、河岡委員、工藤委員、幸本委員、奈良委員に御出席いただいております。滝澤
委員におかれましては御欠席でございます。

このほか、国立感染症研究所から脇田所長、国立研究開発法人国立国際医療研究セン
ターから國土理事長にも御出席をいただいております。

また、本日は、国立感染症研究所から鈴木感染症疫学センター長に御出席いただき、
感染症対策におけるDX化の現状と今後の取組について御説明いただくことになってお
ります。

そのほか、統括庁の出席者については座席表を御覧ください。

それでは、議事に移ります。ここからは五十嵐議長に進行していただきます。よろし
くお願いします。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

皆さん、おはようございます。

初めに、本日の委員等のプレゼンにつきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○前田参事官 事務局でございます。

資料1「委員等からのプレゼンテーション、有識者・関係団体ヒアリング(3)につ
いて」を御覧いただければと思います。

今回、ヒアリングは3回目でございますが、情報提供・共有・リスクコミュニケーションの観点から、奈良委員及び中山委員より、それぞれ8分程度で御発表いただき、御
議論いただく予定でございます。

なお、資料として御説明はいたしませんけれども、参考資料2といたしまして、中山
委員に座長をお引き受けいただいていた「偏見・差別とプライバシーに関するワー
キンググループ」の令和2年の取りまとめについて、御参考としていただければと思

ます。

事務局から以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、早速、プレゼンに移りたいと思います。

初めに、奈良委員からお願いいたします。

○奈良委員 放送大学の奈良です。おはようございます。どうぞよろしくお願いたします。

私からは、「次なる感染症流行への課題」ということでお話をいたします。

お手元の資料2をどうぞ御覧ください。

2枚目を御覧ください。まず、課題の導出に当たっての前提です。3点あります。第1点目、リスクは双方向性、信頼がその本質となります。2点目、国民は感染症リスク低減のパートナーであります。3点目、パンデミックは生物学的ハザードによる災害であります。

この3点を踏まえつつ、3ページ目を御覧ください。この4年近くの間、COVID-19に関するリスクを行う上で、難しかったこと、困難であったことをお示いたします。次の8つに整理できるかと思えます。

まず第1です。あらゆる人、若者や情報弱者を含む全ての人がリスクの対象となり、メディア、言語、表現、情報形態など、相当な工夫が必要となりました。

第2です。国民を含め、ステークホルダーの感染症に関する基礎的知識が必ずしも十分でなかった中で流行が起こり、したがって、ごく基本的な知識の提供からリスクを始める必要がありました。

第3です。新興感染症という不確実性の極めて高い事象についてのリスクとなりました。

第4です。COVID-19の流行というシステミックリスクについては、複数の関係機関がその評価や管理に当たらなければなりませんでしたが、それらの間での適時適切でかつ一貫性のある情報の発信・共有は決して易しくありませんでした。

4ページ目を御覧ください。第5です。差別・偏見など、人権問題を生まぬよう配慮したリスクが求められました。

第6です。誤情報、偽情報が発生したということです。しかも、今回のCOVID-19パンデミックでは、SNSによってそれが増幅され、インフォデミックの影響も深刻でした。

第7です。流行が長期にわたり、いわゆる「コロナ疲れ」が生じる中で、国民の感染症対策を維持するためのリスクが必要でありました。

第8です。リスクの人材と体制が不足していたということです。

次の5ページ目を御覧いただきたいのですが、2009年の新型インフルエンザの後、対

策総括会議報告書がまとめられました。その中では、広報・リスコミについても課題提言がなされました。その後、しっかりと取り組まれた項目もたくさんあります。一方、リスコミの人材と体制を整えるべきという点については、その後の取組が十分とは言えず、引き続きの課題となります。

以上がCOVID-19をめぐるリスコミ上の困難でした。こういった経験・教訓も踏まえて、ここからは次なる感染症流行に向けてのリスコミの課題について述べたいと思います。

6 ページ目を御覧ください。

なお、ここで改めて留意すべきことは、次にどのような感染症が流行するか分からないということです。したがって、どのようなパンデミックにも対応できるリスコミ体制を目指すことが肝要となります。無論、初動対処のフェーズでは、疾病個別性が高く、それに応じた対策が必要となります。一方、予防・事前準備のフェーズでは、ユニバーサルかつ基盤的な対策が中心であり、新たな感染症にも有効と考えます。この点に留意しつつ、今後のリスコミ上の課題として、やはり8点挙げたいと思います。

7 ページ目を御覧ください。まず1つ目です。ステークホルダーの属性、状況、ニーズに対応したリスコミです。広報に加えて、早期からの広聴と対話が必要と考えます。また、寄せられた国民の意見やニーズを関係機関にフィードバックする仕組みを整えることも大切です。

2つ目です。感染症に関するリテラシーの涵養です。これには、学校、地域、職場などで平時から取り組むこと、及び国がこれを支援することが必要です。なお、リテラシーを高めるのは国民だけではありません。メディア、関係機関の構成員など、ステークホルダー全員となります。

3点目です。それは、不確実性の存在を伝えること、理解することです。リスコミでは、最新の情報を、科学的知見に基づいて、早期に、正確に、分かりやすく発信することが原則です。その際には、現時点ではまだ分からない点があるということ、そして、それに対応中であるということも併せて明確に伝える必要があります。また、情報の受け手の科学リテラシーを平時から高めておくことも必要となってきます。

8 ページ目を御覧ください。課題の4つ目です。一体的な情報発信の意義を理解し、実践することです。リスク管理機関による一貫性のある情報発信・共有は信頼につながるからです。特に、政府の関係機関が一体的な情報発信を行うことは重要です。そのためには、複数の機関の間、組織の間、国と地方自治体などの間での平時からの連携が必要と考えます。

5つ目です。人権を守るリスコミを徹底するということです。これについては、中山委員からより詳細な御説明があるかと思えます。

6つ目です。誤情報、偽情報、インフォデミックへの対応です。その対応としては、まずは情報発信です。公的機関、専門家による迅速で正確な情報発信が重要です。また、受信する側の情報リテラシー、科学リテラシーを平時から高めておくことも必要です。

さらには、国などの公的機関の中に、インフォデミックのモニタリングと管理に携わるインフォデミック・インサイトチームをつくり、ふだんから訓練しておくことも有効と考えます。

9 ページ目を御覧ください。課題の7つ目です。それは、ステークホルダーのパートナーシップを引き出すリスコミを実践するということです。行動の変容と維持に有効なメッセージの発信、また、リスクの共考と協働につながるコミュニケーション、それから、国による政策ビジョンの提示、率先垂範の提示などが必要となります。

8つ目です。リスコミ体制の整備と人材育成です。これはつまり、広報・広聴・対話のできる人材と体制をふだんから有しておくということです。海外には、過去のパンデミックの教訓を踏まえてリスコミ体制を整備していたことが、COVID-19対応において奏功したという事例もあります。我が国にあっても、有事に即応できるような体制と人材育成が望まれます。具体的には、リスコミ原則の策定、マニュアルの作成、リスコミ研修、広報官の設置などが必要とならしましょう。また、外部からの専門的助言や人材の支援を受けられる、そういったネットワークを平時から持つておくことも有効だと考えます。

以上8つ、これからの課題を申し上げました。

最後の10ページ目を御覧ください。最後に、行動計画のフェーズ区分について言及しています。旧行動計画の区分の再考が必要なのではという言及です。これについては説明を割愛いたします。

私からは以上です。ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

続きまして、中山委員から御説明をお願いいたします。

○中山委員 それでは、資料3に基づいて説明をいたします。

感染症は差別の歴史とも言われておりますが、我が国においても、過去にハンセン病など感染症の患者らに対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実がありました。現行の感染症法は、この事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要であるとしています。

今回の感染症においても、発生直後から差別についての懸念があり、専門家会議の提言の中でも差別的言動への注意喚起が繰り返されました。それにもかかわらず、感染者のみならず、その家族、所属していた学校や勤務先などが差別的言動の対象になりました。

また、これは本当に残念なことでしたが、感染症の治療に携わる医療従事者やその家族までが差別と偏見の対象になったということを私たちは記憶にとどめておく必要があります。

さらに、SNSの発展により情報発信が容易になったことで、感染者らはSNSによる匿名の誹謗中傷にもさらされることになりました。

新たなパンデミックにおいても、感染者らに対する差別的言動がなされることは十分に予想されます。まず、このような偏見・差別が感染症対策上の障害となることを改めて確認しておく必要があります。

発熱などの自覚症状があっても、差別を恐れて検査や受診を回避する人が出ることによって、さらに感染を広げてしまいます。医療従事者に対する差別は、その離職や意欲の低下を招き、診療活動に悪影響をもたらします。感染症対策に従事することを回避する医療者が増加すれば、医療崩壊のリスクが高まります。

このように、差別は感染症の治療や対策上の支障ともなり、公衆衛生上の危機さえももたらし得るものです。また、感染者と非感染者、感染に対する高リスク者と低リスク者、感染が蔓延している地域とそうでない地域というように社会が分断され、ぎすぎすした生きづらい社会になってしまいます。

そのような状況を避けるために、平時からの取組が重要だと考えられます。まず、偏見・差別の発生防止に向けた注意喚起、啓発、教育の強化が必要なことは言うまでもありません。特に、学校教育の中で、差別が許されないものだという教育をしっかりと行う必要があります。

近時、いじめ防止対策推進法が制定され、学校教育の中でいじめの防止の対策が強化され、一定の効果を上げています。いじめもいわば差別の一つですから、この取組が一つの参考になるのではないかと思います。

一方で、パワハラがいけない、セクハラがいけない、いじめはいけないと、単なる禁止を押しつけるだけでは効果が上がらないのも現実です。差別が許されないということを中心に納得させるような教育がなされなければなりません。他者の痛みを我がものとして想像し、共感できる力を持つ人間、個人の尊厳や人権に対する深い理解を持つ人間を育てていく必要があります。その意味でも、教育の役割は非常に大きいと考えます。

また、差別的言動が起こる原因は、未知の感染症に対する恐怖と不安だと考えられます。先ほど奈良先生の御発表にもありましたけれども、感染症に対する正しい知識の普及がその対策として必要なのです。これには教育や、後に触れるメディアが果たす役割が重大です。

今回の新型コロナウイルスに即して言えば、誰でも感染する可能性があり、感染者は加害者でなく被害者であること、感染源の特定は往々にして不可能なことなどの知識の浸透は差別抑止につながる一つの要素であると思います。また、差別的取扱い、誹謗中傷等を禁止する旨の条例制定が今回非常に有効であったという旨が先ほどのワーキングの中でなされております。

その他重要なものはそこに列挙してあるとおりで。

それから、前回のワーキンググループでは議論の対象にならなかった問題ですけれど

も、ワクチンに関する差別・偏見の問題の検討も必要だと考えます。ワクチンの接種が進んでくると、未接種者に対してなぜ接種しないのかという差別が起こりがちです。ワクチンの利害得失を十分に説明することは大事ですが、体質上接種できない人や信念から拒否する人の存在も考慮しなければなりません。

また、ワクチン接種証明をめぐる差別も考えられます。社会経済を回していく上で、ワクチンを接種した人が一定の優遇を受けられる仕組みが検討される場合があるかもしれませんが、その場合に非接種者の利益をどのように守っていくのかについても平時からの議論をしておく必要があると考えます。

いざ、未知の病原体による感染症が発生し、感染者が増加してきた有事の取組としては幾つかの施策が考えられます。まず、早い段階で自治体、法務局、弁護士会など、相談窓口を設置し、それぞれの相談窓口が相互に情報を交換して連携していくことが必要だと思います。

また、今回の教訓ですけれども、保育所、高齢者施設など、特に感染に弱いところへの感染対策の支援も必要です。特に、今回、保育所では医療機関の職員の子供が一部の保育所等で登園を断られるケースが見られました。これに対しては、国や地方自治体が必要に応じて保育所に適切な働きかけを行うことが考えられます。

保育所については、感染症流行の有事においてもできるだけ閉鎖されないよう、地方自治体が感染対策の重点的な支援を行い、医療機関など社会機能を維持する職業に従事する者の子供の保育に支障が生じることのないようにする必要があります。

それから、ワーキングでヒアリングを実施した高校、これは大きなクラスターが発生した高校なのですけれども、そこからは文部科学大臣や県知事、市長が感染症への誤解に基づく非難は許されないという趣旨のメッセージを出し続けたことが差別的言動への抑止力になると実感したという報告がありました。

このように、感染症の初期に行政のトップ自らがSNSを含む様々な媒体により、差別的言動は許さない旨のメッセージを発出すること、また、様々な主体から応援メッセージが出されることは、差別的言動の防止のためにも大きな意義があったことに留意していただきたいと思います。

次に、差別に関連する問題として触れておきたいのが公表基準の関係です。感染症法ではその16条1項で、感染症の発生、原因、予防や治療に必要な情報を積極的に公表しなければならないと定める一方で、さらに4項では、情報の公開に当たっては個人情報の保護に留意しなければならないと定めています。また、2項、3項では、公表をめぐり都道府県と市町村の間の情報共有が定められています。

今回のパンデミックに際しては、厚労省は1類感染症が国内で発生した場合における情報の公表に係る基本方針を踏まえた、適切な情報の公表に努めるよう求めました。しかし、感染経路や病態がよく分からなかった流行初期には、蔓延防止に資するとは言えないような情報が公表された例もありましたし、本来は公表しないとされている国籍や

職業などが公表されたこともありました。公表によって個人が特定され、差別につながるということは十分に考えられますので、公表基準については、感染経路や病態に合わせてより適切に定められる必要があり、これについても平時からの議論が必要だと考えます。

次に、メディアの役割と期待について触れておきたいと思います。感染症を克服するためにはメディアの力が不可欠です。メディアには、感染症に関する正しい知識を普及させ、デマや偽情報のファクトチェックをして正しい情報を伝えるという大きな役割があります。

しかしながら、センセーショナルな報道や感染者の特定につながる報道は差別を引き起こすものでもあります。ともすると、初期の報道は感染者探しになりがちです。必要以上に危機感をあおらず、同時に国民の知る権利を実現するという役割を自覚した適切な報道が求められると考えます。

最後ですが、次のパンデミックがいつ襲来するかは誰にも分かりません。しかし、そのときにどのような社会を私たちが望むのかを、一人一人があらかじめ考えておく必要があるのではないのでしょうか。その社会が、感染に対する不安と差別される不安におびえる社会であってはならないでしょう。感染したとしても、安心して検査や治療を受けられ、回復した人が職場や地域社会に温かく迎えられ復帰できるような社会、医療現場で未知の病原体に立ち向かっている医療従事者をみんなで応援し、手を携えて感染症を克服していく社会でありたいと思います。今回の教訓をぜひとも次回のパンデミックに役立てるようにしていただきたいと思います。

私からは以上です。

○五十嵐議長 御説明ありがとうございました。

それでは、お二人の御発表につきまして御質問、御意見をいただきたいと思います。どうぞ、平井委員。

○平井委員 ありがとうございました。

まず、新藤大臣におかれましては、明日の訓練、本当にありがとうございます。知事会でも広報させていただきましたが、異例なほど知事の参加もよく、本当に皆さんやはり意識が高いところで、鉄は熱いうちに打てでございますので、この時期に訓練をされる御英断に本当に感謝を申し上げたいと思います。

鳥取県でも、搬送訓練などを県内の訓練と組み合わせてさせていただいております。ぜひ今後もこうした心配りをいただければと思います。

それで、今の奈良先生、中山先生のお話でありますけれども、リスコミは非常に大事だということを我々も実感をいたしました。

実は、我々は結構責められました。矢面に立って、どういうふう感染症に注意したら

いいのかということをお願いします。そうすると、かなり意図的な勢力によって、メディア、あるいはネットも含めて、特にネットですが、そこに組織化されたものが多分あったのではないかと考えております。こういうものをどうしたらいいかというのがあるわけですね。

1つは、今もいろいろお話から示唆があったと思いますけれども、例えばネットやマスコミへの情報の出し方や、それに対するコントロールは一定程度必要だと思います。今回の新型コロナの過程で、結構、人権問題が意識されるようになりました。これで、ネットによる誹謗中傷が例えば刑法犯を引き起こすというようなことも意識されるきっかけになったと思います。

そういう意味で、今回の教訓はある程度生かされると思うのですが、大切なのは非常にインタラクティブな世界だということを感じました。こういう議論をしますと、こういうように情報の出し方がどうだということに終始するわけではありますが、向こうがどう出るかに従ってこちらがどう対処していくか、こういうような双方向でリスクコミュニケーションはやっていかなければいけないのではないかなど、私も記者会見をたびたびやった身として感じております。

それから、情報や判断が迅速になされることも大切なポイントでありまして、我々も政府のおっしゃることなどを媒介体として申し上げることがあるのですが、正直、対策が必ずしもタイムリーでないときもあります。例えば、これもたびたび申し上げていますが、オミクロン株に変わったときの政策変更など、こういうことは迅速にされるべきだと思います。

なかなか専門家が言いづらいのであればと思って、私とか一部の知事らは、割とこういうことで大分うつり方は変わっていますよということを意図的に広報させていただきましたけれども、願わくは、どこかの誰かが判断するまで物を言わないというのも実は問題なのだと思うのです。実際、いろいろな事象が各地で起こります。これが正直に発信され、それを専門家や政府のほうでもフォローしていただくこともあっていいのではないかなと思います。

特によく言われましたのが基準です。人権問題に発展することは、特に初期段階で深刻でした。その際、我々はいろいろ工夫するのですが、やはり後ろ盾となる、全体としての感染症法など基準は一応あるのですが、具体的にあの店かどうかはつきりしろという圧力が我々のところに来るのです。あそこから出たのか、なぜ誰かということ公表しないのだというようなことがあり、裁判になったこともあります。

ですから、この辺は事前に今回の教訓を生かして、例えば分科会では中山先生を中心にそういう委員会を開いていろいろと方向性をまとめていただきました。今の平時の段階でそういうような工夫があってもいいのではないかと考えています。

それから、経験的なことで申し上げれば、シトラスリボンの運動というのは非常に有効だったと思います。こういう課題というのは、さっきインタラクティブということ

申し上げましたけれども、とにかくこうですよ、これが正しいですと出し続けるだけではなかなか住民全体から支持されません。ただ、シトラスリボンの運動というのは四国の愛媛県から始まったのですけれども、こういうような住民運動として地域のおばちゃんたちがシトラスリボンを作ったりする。こういうものに対して共感を広げていくような、そういうメディア戦略のほうが急速に広まったような気がいたします。

最終的にはいろいろな方々の共感を得て、人権が大切ですよということを訴えていかなければいけないわけでありまして、今回もシトラスリボン運動のようなことはもう大分終盤に差しかかったと思いますけれども、この後のときも意図的にそういうことを起こしていったり、住民の皆様が発意で出てきたことを行政のほうでしっかり取り上げて、それをぱっと広げていくなどの工夫があってもいいのではないかと思います。よろしくお願い申し上げます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

それでは、前葉委員、お願いします。

○前葉委員 ありがとうございます。

中山先生から御報告いただいた資料3の6番の公表基準の感染症法のところのお話で、市町村の立場から少し申し上げたいことがございます。

感染症法は、基本的に厚生労働大臣と都道府県知事に責任があるという建て付けで、市町村長はそれに対する様々な局面での協力という建て付けになってございます。したがって、この公表基準の話も、16条を読んでいくと1項はこういうことなのですけれども、2項以下は、基本的に都道府県知事が行うのですが、都道府県知事が住民の理解の増進に必要があると認めるときは市町村長に対して協力を求めることができるであって、3項に、協力を求める場合には、そのために必要な情報を提供する、こういうことになっています。したがって、市町村長の立場からすると、黙っていれば、都道府県知事から協力を求めなければ情報は来ない、感染症法上はこの建て付けになっております。

これを、法改正を求めるというよりも、知事さんの立場で言えば、必要に応じて市町村長の協力を求めて住民に広く伝えたいということがあると思いますので、生活支援とか住民対応に必要な事柄については、どういう場合に必要があると認めるのかというのをある程度計画等であらかじめ明らかにしておいて、そして、知事からの求めに従って必要な情報も提供していただきながら、市町村も一緒になって住民に対して広くお伝えをしていくことが適切ではないかと思っておりますので、意見として申し上げます。

以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

では、齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 ありがとうございます。

奈良委員、中山委員におかれましては、非常に重要なプレゼンテーションをありがとうございました。

今回、リスクと差別・偏見の問題に関して、この会議1回を割いて議論していただいたことは非常に重要だったと思っています。それぐらい今回の重要な教訓であったと思います。

ただ、実は公衆衛生の危機の本質というのは常に同じでありまして、古くはHIVエイズ、最近では震災、福島原発事故、感染症では西アフリカのエボラ出血熱など、そういったことで経験したことから本質的に変わっていない問題でありまして、差別・偏見とリスク、あと加えるとすれば、社会的立場の弱い方へのしわ寄せ、アンバランスな負荷という問題に行き着くと考えております。

医療、水際対策、ワクチン開発といったお金のかかる問題にどうしても目が行きやすいのですが、公衆衛生危機の問題の本質はこういったところにございますので、各論の議論に入ってもきちんと時間を割いていただければと思っています。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

それでは、大曲委員、お願いします。

○大曲委員 ありがとうございます。

委員の先生方から御発表、本当にありがとうございました。3点コメントをいたします。

1点目は、奈良先生の御発表にもありましたけれども、今回のことも前回のことも踏まえて、政府にリスクコミュニケーションというか、コミュニケーションの専門の部門は必須であろうと思います。

私はたまたま東京都の仕事をしていて、奈良先生と一緒に仕事をさせていただきました。専門家からすると、正確な知識をお伝えすることについて頭が行きがちなのですが、それでは駄目ということは大変よく分かりました。

先生がおっしゃっていたように、そもそも人々との広聴と対話が前提にある。それを頭の中に入れた上で、こちらは事実も含めてコミュニケーションをするわけなのですが、そこにもまたレスポンスが来ます。そのレスポンスに対してどう対応していくか、そして、新しい技術を持ってどうコミュニケーションしていくかということをもたまたま考えていくわけなのですが、そのサイクルを回していくことが必須であるということが今回初めてよく分かりました。これはやはり専門の先生方のお力なしにはなし得ないことだというを実感しておりますので、専門のチームは必須と私は思っています。

その中でも、特にインフォデミックのチームのことに言及されましたけれども、これも必須であろうと思っています。テレビの午前中の番組の情報の問題というのは、皆様方御存じだと思いますが、あの情報の力はすごくパワフルです。ですので、放っておけば広がります。ですので、あれに対抗する手段、チームは必要だろうと思っています。

参考までに、つい先月、米国CDCに視察に行ってきましたけれども、やはりインフォデミックのチームはしっかりあって、かなり積極的に情報の戦略があって、それに基づいて対策をしている。場合によっては、非常に個性的な意見を述べられるような方々との対話もするといったことまで、かなりこれは勇気の要ることだと思うのですが、踏み込んでやっていたらしゃるのを見て非常に感銘を受けました。

3点目、これは現場の医療者として、うちの部下といいますか、多くの方からもぜひ伝えるようにということだったのですが、既に触れていただいたのですが、これはもうコロナに関わる方は皆さん経験されたことだと思うのですが、対応する人間に対する心ない社会からの声は、我々個人からすれば傷つくというところもあります。根本的には、今日先生方がお話しになったように、最終的には我々の対応能力をそいで、結果的に感染の拡大を許すことにつながると考えています。

感染症を目指す若い人たちと話を大分しておりますが、腰が引けている人はたくさんいて、その話の中の一つには、コロナの対応の中での我々が受けている様子を見て、ああやって非難されるのは嫌だということを非常に言うておりました。だからといって、やらないと言っているわけではないのです。あれを何とかしてほしいということは強く彼らは言うております。

そういう意味では、今日先生方がおっしゃったように、行政のトップからしっかりとその辺りの強いメッセージを常に発信いただくことを我々としては希望しております。

以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

では、脇田所長、お願いします。

○脇田所長 ありがとうございました。

奈良先生から御発表があった点について2つコメントしたいのですが、齋藤先生から、公衆衛生危機における本質は以前から変わらないものだ、その対策は重要であるということなのですが、最近それを増幅する装置としてのSNSの発展というのは非常に重要だと思っています。

奈良先生からの御発表もありましたけれども、間違った情報の拡散に対する対策、どこがモニタリングをしてその対策を行っていくかといった機関を政府の中にしっかりとつくっていくことが非常に重要だと思いますので、そこはお願いをしたいと思います。

もう一つ、奈良先生がおっしゃった不確実性の問題で、対策においてエビデンスがな

いのではないか、これはエビデンスある対策なのか、ない対策なのかといった論点になりがちなのですが、実はエビデンスというのは0か100かではなくて、非常にグラデーションがあるものであります。これは医療においては明らかなように、エビデンスのレベルというものが有りますので、今行っている対策におけるエビデンスはどのレベルにあるのかということも明確にして共感を得ていくという作業が必要であるし、さらにエビデンスレベルが低いものに関しては、エビデンスを得ていくようなことも重要になると考えています。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

では、釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 もう皆様からお話があったとおりですけれども、2点申し上げたいのですが、1点は、先ほど平井知事からもお話がありましたが、感染の始まった頃にどのような情報をどういう形で出すか、これは各都道府県の知事さんが大変苦労されてやっておられたところですが、これも随分県による違いがありました。かなり詳細に報告される知事もおられ、そうでないところもあった。その辺りがどうなのかなというところについては、もちろん知事会でも振り返られる、あるいは既に振り返っておられるかもしれませんが、国としてもどういう形が一番よかったのかというのはもう一度検証しておく必要があるのではないかと感じました。

2点目の指摘は、今日の奈良先生の資料の9ページ、特に(7)(8)は非常に大事だと思うのですが、いろいろな議論に加わる中で、ステークホルダーというか、経済社会活動をどんどん活発に回していくべきだという御主張と、感染対策の上ではまだそれはとてもリスクが高過ぎるのではないかという意見が対立する場面が繰り返されました。

そこで、今から振り返ってみますと、考えておられる方の今回のCOVID-19に対する現状認識にかなり差があって、もうインフルエンザと同じ病気になってしまったのだという意見もある一方で、いやいや決してそうではないという、その辺りの認識のすり合わせがしっかりとないと、対策をどうするかということも全く別になってしまう。

ですから、議論をする上では、病気の本質が現時点でどうなのかというところをしっかりと踏まえて対策の議論をしないと、実り多いものにならないなというのを痛感しましたので指摘を申し上げます。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

ほかはよろしいでしょうか。

それでは、続きまして議事の（２）と（３）に移りたいと思います。議事（２）は「政府行動計画の改定について」、議事（３）は「新型インフルエンザ等発生に向けた準備状況について」、この２つを事務局からまとめて御説明していただきたいと思います。

○前田参事官 事務局でございます。

資料４、「今後の推進会議の進め方（案）」を御覧いただければと思います。

本年12月に中間取りまとめをお願いしてございますけれども、その際、行動計画改定の基本的な考え方と、対策の主要項目の方向性を取りまとめさせていただきたいと考えてございますので、本日の御議論、プレゼンテーションも含めて、この意見を踏まえまして、次回以降、この表の下のとおり、本日の議論を踏まえまして中間取りまとめの骨子案、最終的には12月には中間取りまとめ案という形で整理をしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いをしたいと思います。

続いて、資料５－１を御覧いただきたいと思います。その議論に当たりましては、第１回資料でお示しをいたしました４つの視点をベースに皆様の御意見を整理させていただいております。

めくっていただきまして、まず「１．基本的な視点」、第１回の会議と同じものでございまして、その上で推進会議での御意見という形で皆様の意見を整理をさせていただいております。

４ページ目でございますが、「基本的な考え方の方向性」ということで記載の充実をさせていただいております。例えば（２）で、初発の探知能力を向上させるということを追記したり、（５）の部分でDXの重要性とか、人材育成、国と地方自治体との連携の重要性について追記をしているものでございます。

同様の考え方で、残り３つの視点についても記載を充実しております。５－２の最終ページ、「３．基本的な考え方の方向性」の中では、これはシナリオの考え方でございますが、新型インフルエンザや新型コロナウイルス以外の呼吸器感染症を念頭に置くこと、（１）の④で、感染拡大の繰り返しや対策の長期化を念頭に置いたものとするものというものを追記したり、５－３の最終ページ、「感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえた対策の切り替え」でございますけれども、（２）の中で、医療提供体制は有限なものであり、そのレベルを超える際には強い措置を取るということ。あわせて、その際には国民・事業者を含めた社会経済等に与える影響にも十分留意というところを（２）で追記をさせていただいたり、（３）の中で、ある程度武器がそろってきたときにも、そういった状況の評価、そして社会経済への影響を適切なタイミングで機動的に議論するということ、（５）の中で、国民の理解・協力の重要性と、科学的根拠に基づいた情報発信の必要性について触れさせていただいております。

あと、５－４でございますけれども、これも基本的な考え方の整理といたしまして、「対策項目の拡充」でございますが、（１）で項目を13項目に増やすということ、（２）

の横串的に御覧をいただく際には、第1回のときにはDX、研究開発、国際連携という3点にしておりましたけれども、多数の指摘をいただきました人材育成、国と地方自治体の連携といったところを追記してございますので、こういった整理につきましてぜひ御意見を賜りたいと考えてございます。

資料6でございますけれども、これは先ほど5-2でシナリオの考え方という形で文章でお示しをいたしましたけれども、そのベースとなる考え方につきまして、シナリオの考え方でございますとか、これはリスクアセスメントを行うときの視点という感じで整理をさせていただいているものでございます。そちらの整理を行ったり、あるいは現行の行動計画の中で、被害想定という形で感染者数といった数字を上げておりますけれども、その数字の活用方法につきまして整理をしてございますので、こういった考え方についてもまた御意見をいただければと考えております。

この資料につきましては以上でございます。

○榊野参事官 続きまして、資料7について御説明いたします。

「新型インフルエンザ等発生に向けた準備状況等について」です。先般、初動対応要領に基づく初動対応の具体的な対応につきましては、推進会議の先生の皆様にも御意見を賜りまして取りまとめさせていただきまして、ありがとうございました。

その中におきまして、平時における物資の準備などは感染症発生時に迅速な初動対応を行うための基盤をなすものでありまして、対策の大前提とされております。かつ、それについては定期的な把握を行い、必要な公表を行うことにしておるところでございます。今般、会議の先生の皆様に、2つですけれども、デジタルシステムの準備状況や物資の準備状況等について、現時点のものを御報告させていただくものでございます。

詳細につきましては、送付させていただいておりますので割愛いたしますけれども、デジタルシステムにつきましては、今もし何かが起こった場合には、新型コロナのときに構築したシステムを再稼働させて対応するという方向なのですけれども、全体的な見直しを行った上で、令和8年を目途に新たなシステムの構築をしたいと考えておるということでございます。

物資の準備状況につきましては、基本的には国や都道府県においても備蓄がしっかりしているところでは考えておりまして、例えばコロナの第1波のようなものが来たときにも一応対応できるような数のマスク、物資とか検査体制、宿泊施設などは準備できていると考えている次第であります。

今後も定期的な把握を行いまして、その時点で必要な公表を行っていきたいと考えております。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほどもお話がありましたDXの対応につきまして、特に感染症対応のDX対応ですけれども、本日、国立感染症研究所の鈴木感染症疫学センター長においていただいておりますので、御説明をお願いいたします。

○鈴木センター長 御紹介ありがとうございます。

それでは、資料8を御覧ください。私のほうから、感染症サーベイランスシステムの現状とデジタル化の取組について御報告させていただきます。

2ページ目です。

サーベイランスの定義を確認させていただきます。教科書的には、公衆衛生対策を目的としたヘルスデータの体系的な収集、分析、評価、情報伝達と定義をされています。

大事なことは、サーベイランスというのは、リスク評価を行って、公衆衛生的なアクションにつなげるための情報収集であるということです。どんなに大量に情報を集めても、この目的を達成することができなければ、それはサーベイランスではないということになります。

具体的な役割としては2つあります。早期探知と流行把握です。例えば麻疹とか結核のように1例でも発生するとすぐに対応しなくてはいけない、こういった感染症をできるだけ早く見つける。これが早期探知です。もう一つが、季節性インフルエンザのように、既に蔓延している感染症が、増えているのか、減っているのか、あるいは過去と比べて多いか、少ないか、これを把握する。これが流行把握になります。この早期探知と流行把握を基にリスク評価を行って、公衆衛生的なアクションにつなげていく。これがサーベイランスの役割になります。

ページをおめくりください。

そして、近年の国際的なデジタル化の流れの中でデジタル公衆衛生、デジタルパブリックヘルスという言葉が国際的にも使われるようになってきています。大事なことは、この言葉が医療のデジタル化を意味するデジタルヘルスとは必ずしも同じではない。そういった特性を持っているということです。そもそも集団を対象とする公衆衛生と、個々の患者さんを対象とする医療というのは、おのずと必要となる情報の性質、データのフローも変わってくるということをしかりと認識しておく必要があります。

今回のパンデミックに際して、世界中でデジタル技術の公衆衛生活用が試みられました。我が国においても、HER-SYSとかCOCOAのような新しいシステムの開発・導入が行われたわけですけれども、同じようなシステムが国際的にも各国で導入されています。

こうした試みに関する評価は今も行われているところですが、体系的レビューによりますと、総じて有用性よりも費用・時間・労力のほうがかかったといった評価がなされています。実際、多くのこういった新規導入されたシステムは、既に中止あるいは終了となっていることから、少なくともサステナブルなシステムではなかったという評価になるのだと思います。

このような学びを踏まえて、今、デジタルパブリックヘルスの領域では、サーベイランスに関しては、サーベイランス自体の特性をしっかりと踏まえたデジタル化が重要であるという議論が進んでいるところです。

四角で囲んだところに、サービスの特性を挙げています。特にパンデミック対応という点では、下の2つがとても重要であると考えています。つまり、迅速なリスク評価と公衆衛生的アクションにつなげていくためには、個々の患者さんの治療経過を追跡する患者レジストリ、別の目的で集めたビッグデータ、これとは一定程度切り離してサーベイランスというものをしっかりと運用していく必要がある。デジタル化においても、この基本はしっかりと押さえていく必要がある。こういった議論がなされているところです。

ページをおめくりください。最後の資料になります。

我が国の感染症サーベイランスシステムとデジタル化の状況について、こちらは厚生労働省の取組を私のほうで簡単にまとめさせていただいたものです。

表の左側を御覧ください。ツールのデジタル化という観点から言いますと、感染症発生動向調査システムと言いますが、これは1999年にシステムが導入されて、行政系のネットワーク上で運用されてきています。こちらが去年10月の大幅なアップデートによって、インターネット端末から入力ができるようになっていました。現在は、オンラインでの入力の負荷を軽減する取組が行われているところです。

表の真ん中を御覧ください。業務プロセスのデジタル化という観点から言いますと、既に定型グラフの自動作成、大規模イベント時の自治体間情報共有、それから一部の病原体については患者情報と病原体遺伝子情報を突合できるようになっています。今、これをさらに拡張して、さらに可視化を向上する取組が行われているところです。

表の右側を御覧ください。公衆衛生そのもののデジタル化という観点からは、今回のパンデミック対策に関して、特にデータを使った感染症数理モデルの政策への利活用がなされた。これは非常に大きな進歩であったと考えられます。現在、こういったデータの利活用を促進していくために、感染症データベース・予防接種データベースの整備と第三者提供、特にNDBなど、ほかの公的データベースとのリンケージを進めていくという取組が行われているところです。

このようにプラットフォームあるいはシステム自体の取組は進んでいるところですが、今ここで非常に大事なこととして、私としては右下に書いていますが、2つ強調しておきたいと思います。つまり、データガバナンスの確立と人材育成です。

データガバナンス、つまり誰がデータの入力、管理に責任を持ち、誰がどこまでこのデータを利活用してよいのか、それをどのように公表していくのか、このルールづくり、そして全体のガバナンスをしっかりと確立していく必要があります。

もう一つは、そのデータを利活用できる人材、具体的には感染症数理モデルの専門家あるいはデータサイエンスの専門家、こういった特に若い世代をしっかりと育成してい

く。それも単にデータが分析できるというだけではなくて、政策に活用できるようなデータ分析ができる人材をしっかりと計画的に育成していく必要がある。このように私は考えております。

以上です。ありがとうございます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま資料6から8まで説明いただきましたけれども、御質問、御意見をいただきたいと思います。

どうぞ、齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 どうもありがとうございます。

行動計画改定の基本的な考え方についてお示しいただきまして、ありがとうございます。大筋は非常によくまとまっていると思って拝見いたしました。幾つか細かい点をコメントさせていただきたいと思います。

まず、「平時の備えの整理・拡充関係」という資料の3ページ目でございます。ここに、検査体制についてのコメントが幾つかあるところですが、平時の検査体制整備という点なのですが、単に機材の整備とか維持といった狭い範囲で考えないように御注意いただきたいと思っております。機材だけではなくて、専門的な技能と人員は維持されている必要があります。

そのためには、平時のサーベイランスで病原体検査をもっと増やしていく、ベースラインを底上げしていく必要があります。例えば、ゲノム解析などの一定数をふだんのサーベイランス中で行っていくということが必要になってきます。ただ、それを頑張ってくださいという話ではなくて、そのための人員や予算のベースラインを底上げしていかないと、その部分はなかなか底上げできていかないのだろうと思っております。こういったものがあつた上で、有事に拡張するメカニズムはどうしたらいいかということも議論する必要があると考えております。

2点目は、「②有事のシナリオの再整理」の「3. 基本的な考え方の方向性」のところ。「囲い込み・封じ込め」という言葉については非常に注意して使う必要があると思っております。前の会議で私が口にしてしまったのだと思うのですが、新興感染症が発生した際にそれをなるべく早い段階で検知して、早期収束に持ち込む。これは感染症対策の大原則であります。「コンテインメント」という言葉はよく使われておりますし、そのような戦略オプションを取れるような準備はしておくことが非常に重要だと考えておりますけれども、一方で、注意しなければいけないのは、「囲い込み・封じ込め」という言葉であります。「地域封鎖」とか「隔離」、これらは非常に差別・偏見につながりやすい言葉であります。あと、これを目標としていると、1人でも感染者を見逃したら失敗というふうに誤解されやすい言葉にもなります。あくまで早い段階で検

知をする。リソースを十分に投入して、病原体の性質、感染伝播の様式を速やかに明らかにするための調査を徹底的に行い、早期終息を目指すという目標設定である。そういう書き方をしていただけるとよいかなと思います。

次に、「③感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえた対策の切り替え」の4枚目の「基本的な考え方の方向性」というところになります。先ほど、脇田先生などからもお話がありましたが、「エビデンス」とか「科学的根拠」という言葉は、コロナの最中にも何度も出てきていますし、この文章でも何度か出てくるのですけれども、注意して使う必要があると思っております。

皆さん御存じのとおり、公衆衛生対策の政策決定というのは科学的根拠だけで決められるものではありません。科学的根拠は極めて重要ですが、政策決定の一要因でしかありません。感染対策と社会経済のインパクトのバランスといった言葉が何回も出てきますが、これもバランスを決めるのは科学ではありません。あくまで政策決定は科学的根拠に根差した議論に基づく合意形成あるいは意思決定であり、政策について理解を求めるには、もちろん議論の土台となったエビデンスを示していくことは重要であり、各個人が必要な情報を与えられた上で個人の適切な判断を促すというのは重要なのですけれども、あくまで重要なのはエビデンスを示しつつ、その政策決定や判断に至ったプロセスを政策決定者が説明することが重要であると考えております。

それから、先ほどDXの話につきまして、鈴木基先生から明確なステップで示していただきましたけれども、鈴木先生からも強調いただきましたが、データガバナンスの確立という点は非常に重要だと思っております。まさに初期のクラスター対策班で苦労したことも、このデータのガバナンスという問題であります。特に都道府県をまたぐ情報の取扱いという点に関しては、誰がその情報をどこまでの範囲で共有できるのか、使えるのか、それを誰が決めることができるのか、誰に説明責任があるのか、こういったガバナンスが明確にされている必要がありますし、また、それを取り扱う全ての人はそのルールを正しく理解していることも必要であると考えております。

以上、コメントです。ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、稲継委員、お願いします。

○稲継委員 稲継でございます。

行動計画の「基本的な考え方の方向性」ですけれども、まず、5-1の最終ページですけれども、デジタル・トランスフォーメーションの話が載っております。もちろんデジタル・トランスフォーメーション、DXは大事なのですけれども、その前にトランスフォーメーションのほうをまずしっかりやる必要があると思っております。

BPR、ビジネス・プロセス・リエンジニアリングで、今の手順で本当にそれが必要なの

か、無駄なものはないのかをまず見た上で、デジタルに移行する。これは当然のことなのですけれども、それをせずにそのままデジタルに乗せてしまうと複雑な経路がそのまま残ってしまいます。特に情報のやり取りの中で、国と県、県と市町村あるいは保健所、あるいは医院との間でのやり取りについて、無駄なものはないのかどうかを改めて見直して、その上でデジタル化することがまず必要かなと思います。

その上で、今、データ連携基盤を地方自治体でもいろいろやっていますけれども、データ連携基盤を築いた上で、そこから取り出せるような仕組みをぜひつくっていただきたいなと思っています。

それから、前回第4回、私は都合により欠席させてもらったのですが、そこでの議論を振り返らせていただきたいと思います。岐阜県の例と、前葉委員から津市の例を御紹介いただきました。

岐阜県の例では、オール岐阜、県の対策本部と市町村長等を含む対策協議会を同時に開催しておられたということで、これは大変すばらしい取組だったと思います。県と県内の市町村を見た場合に、法律上の建て付けは県に大きな責任と権限が与えられています。

しかしながら、ワクチン接種の接種券を発送したり、医院への協力要請をしたり、特別定額給付金を交付したり、学校の休開校を決定したり、自宅療養者のサポートをしたり、実際の業務を行うのは全て市町村になっています。果ては、これは国というか、郵便の全戸配布システム「タウンプラス」を使った布マスクの配布について、届いていないという苦情が市町村に寄せられているというのが通常であります。

市町村現場が第一線の役所として働いておられて、国や県で施策を決めても具体化するのには市町村であることが多いわけです。その意味では、県と市町村の連携、情報共有は極めて重要であります。ただ、岐阜県の場合は非常にうまくいった例ではありますけれども、そうでない県が幾つか散見されます。

私どもの研究会で、首長様方にコロナの対応についてヒアリングを進めております。ある県の比較的大きな市の市長さんにお聞きしたところでは、そこでは県と市町村の協議の場を設けてほしいと何度か頼んだけれども、結局2回しか開催されていない。それから、情報の発信も、テレビ報道を見て初めて自分の市の中で感染者が発生したということを知るといった状況があったようでございます。そういったことは今後避けなければならないので、ぜひ行動計画の中に県と市町村の連携についても盛り込んでいただけたらなと思っています。

2点目でありまして、前葉委員のお話も議事録を読ませてもらって非常に勉強になりました。特にワクチンの配布数についての実情及びそれを踏まえた御意見がございまして、なるほどなと思いました。

ワクチンの配布については、政令指定都市からは直接配布してもらいたいという意見もたくさん出ているところでありまして、次なる感染症が発生した場合のワクチン配布

のルールをしっかりと決めておくこと、これを行動計画に載せていくことも必要だと思います。

次に、私は関西地方に何十年か住んでいた人間なのですがけれども、自治体の境目、境界の話に言及しておきたいと思います。ヨーロッパの諸都市と異なって、日本の3大都市圏では市町村の境目がほとんどございません。細い路地を挟んで、こっち側はA自治体、向こう側はB自治体ということがたくさんあります。県レベルでもそれが言える地域が多くあります。北海道と沖縄は別論でありますけれども、他県からの人流についてはなかなか監視ができない状況にあります。

例えば関西圏でありますと、滋賀県の県都である大津市と京都市はJRの在来線で10分の距離にあります。京都と新大阪駅も25分の距離、兵庫県尼崎市と大阪駅は6分の距離にあります。つまり、電車を少し乗るだけで他県への人流は容易に起こるわけです。滋賀県内から京都を越えて大阪市内まで通勤している人が2万人います。兵庫県から大阪府への通勤・通学者が30万人を超えています。このような地理的な環境下においては、県レベルの判断だけでは不十分なことも多く出てまいります。

2020年3月に、大阪府知事と兵庫県知事との間で、いわゆるマスメディアで騒がせた「来るな」バトルが注目を浴びましたけれども、一般的な生活をしている以上、通勤・通学をしている以上、人流が起こるのは当たり前で、それを前提とした上で行動計画を立てていく必要があると思うのですね。その点、県に任せるだけではなくて、統括庁として何らかの方針を示すことも必要ではないかなと思っております。

「都道府県においては」というふうに必ず行動計画とか法律とか政省令では出てくるのですけれども、それを一くりにするのではなくて、完全に独立した県とそうでない県があるので、人流の実情を踏まえた現実的な行動計画をつくる必要があるのではないかなと思っております。

以上でございます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、平井委員、お願いします。

○平井委員 今、稲継先生のほうからお話もありましたので、そこのコメントだけを先にさせていただいて、その後、こちらのほうのコメントをさせていただきたいと思います。

稲継先生のお話に深く共感するものでございます。県と市町村の連携につきましても、問題意識を持って行動計画の上で議論していただけるとありがたいかなと思います。また、広域連携についてもしかりであります。

実情はどうかと言いますと、先ほど「来るな」バトルというお話がありましたが、これは恐らく初動で情報の理解の差があって、これが混乱を招いたのかなと我々は感じております。いずれにいたしましても、関西の場合は関西広域連合で共同してやっていこ

うと。メッセージの出し方や移動制限のことにつきましても、話し合いながら初期以降は対応しておりました。

また、県と市町村との間の連携であります。私個人のことでは、鳥取県では携帯電話の番号を交換してしまっていて、問題が生じたときはタイムリーに、その夜にはもう市町村長と連絡を取り合っています。こういうことをいろいろとやっていくのが感染管理なのだと思うのですよね。その辺は、県と市町村の連携につきましても、こういうことが望ましいのではないかなど、いろいろな知見もあってもいいのではないかと考えております。

その上で、今お話がありましたことなど、若干申し上げたいと思いますが、資料5、6を通じて、ぜひ地方とのネットワーク、我々が現場でありまして、今、先生もおっしゃったように、市町村も含めて共同でやっていかなければいけないということを今回学んだわけではありますが、残念ながらまだそれが十分ではなかったところもあるかと思いますし、進んだところもありました。

大臣レベルでも自由な意見交換をさせていただくことが非常に増えまして、この意味で連携の一つの基盤は出来上がったと思っております。これをぜひ今後継承するように、行動計画にも明記していただいたほうがいいのではないかなと思っております。そういうような意味で、体制を強固にする。それは、分析段階、政策判断の段階、実行の段階、資料5で言いますとその全てを通じて、また6の部分も含めまして、こうした現場間の連携をどういうふうにやっていくのか、そこはぜひ明記していただく値打ちがあることではないかと考えております。

あわせて、先ほど齋藤先生だったかお話がありましたが、装備の問題につきましても、PCR検査の基盤を今後どうするかは喫緊の課題でありまして、こういうところも明らかにしていただいたほうがいいのではないかなと思っております。そういう意味で、準備の関係の資料7等につきまして、そうしたお話をいただければと思います。

また、医療とか、検査とか、体制をこういうふうにつくりなさいということは書いてありますが、我々が実際やってみて、医療機関だとか、話をまとめていく、検査体制をつくって民間などを巻き込んでいく、大変時間がかかります。したがって、急にはできないということを想定していただく必要があるのではないかなと思っております。そうした意味で、事前の行動計画づくりにも反映をしていただく必要があるのではないかな。

また、社会経済活動の制約について、これが非常にデリケートで、前回も経済団体や労働団体からいろいろなお話もありました。この辺も、全国的な基準、それから地域でここは運用していいよという考え方、この辺をぜひ明確にさせていただく必要があると思っております。

また、正直申し上げて、感染当初で8割削減、行動制限のお話がありました。当時は正しかったのかもしれませんが、これが果たしてその後も通じて適切だったのかどうか。

そういう中で、なかなか言いづらいことではありますけれども、学校を全部閉校することもありました。しかし、感染が全く起こっていない地域もあったわけです。そういう意味で、適切だったのかどうか等々があると思うのです。

何が言いたいかといいますと、前回の経済界等のお話でもありましたように、効果と手段の牽連性を考えて、バランスをどういうふうにとっていくかということに基づいた政策づくりが大事なのではないかと思います。

それから、鈴木先生からもいろいろお話がありました。そういうことなども含めて申し上げればと思うのですが、デジタル化などでのサーベイランスは非常に重要だと思います。鈴木先生が非常に率直に語られたことに敬意を表したいと思いますが、費用対効果で今回が成功したのか、世界的にも疑問が持たれているというお話がありましたこと、大切な視点だと思っております。

例えばHER-SYSについては、ログインに結構時間がかかるのです。このことは、やってみた人でないと分からないと思います。ただ、このHER-SYSの仕組みをつくる、こうしたネットワークをつくるのに、専門の先生方がこうあったらいいなというのは恐らく全部入っていたのですね。それは非常に過大な要求でありまして、現場レベルでは処理し切れなかったということがあると思います。それから、入力項目の問題などもあったと思うのですね。COCOAのこともそうです。果たして有効だったのかということがあります。

申し上げたいのは、考えられるときの段階と、実際につくった後の運用で、医療あるいは地方の現場にフィードバックをしていただく必要があるのではないかと。一緒になってシステムをつくる。これは専門家と厚労省の間だけの問題ではなくて、日本全国の問題なので、実際にワークするようなものをぜひ心がけてつくっていく必要があると思います。今回、途中で入力項目を削減するなどの工夫をいただきましたが、そうしたことをフィードバックしながら運用していくという姿勢が非常に重要であるということをご理解をいただきたいと思います。

それから、サーベイランスのお話、鈴木先生からいろいろお話がありました。人材育成など非常に重要だということや、地衛研のことなども含めて、現場との兼ね合いのお話もいただけたと思います。

実は、全国一律で議論をして、それを感染動向の把握に使うというのは、理論的には正しいと思いますが、これははっきり申し上げて地域差があります。基礎データをつくっていく人たちは我々現場でありまして、人口の多いところや人口の少ないところ、医療機関の協力が十分得られているところ、保健所の体制等々には地域差があります。それを全部ひっくるめてどこも同じようにやれというのはなかなか難しいというのが現実だと思います。

では何もしないのかということではありますが、情報の精度が高いところと、そうでもない期待可能性の薄いところがあったり、タイムラグが出るところがあります。この辺が従来のサーベイランスでは把握されていないのではないかと。そうであれば、現実に即

したやり方を今回のコロナ対策などから学んでもいいのではないかなと思っております。

地域差が生じることはしょうがないのですね。特にパンデミックのようなときに、ほかに時間を割かなければいけないときがあります。ですから、そこはぜひお考えをいただいて、例えばモデル的な地域を捉えるなどのそうしたスタンスもあり得るのではないかなと思います。

また、数理モデルについては、確かに先生がおっしゃるように非常に有効に今回初めて機能したのかもしれませんが。しかし、必ずしも第6波、7波、8波ぐらいになると、うまく当たっていないところもあります。なぜかという、さっきの地域差の問題があるわけですね。ですから、数理モデルのために過大な網羅的な調査をさせる、あるいはそれに信頼を置き過ぎることについては、よく留意する必要があるのではないかなと思っております。

○五十嵐議長 コメントありがとうございます。

それでは、脇田所長、どうぞ。

○脇田所長 ありがとうございます。

私からも幾つかコメントさせていただきたいと思います。まず、資料5-1の3ページ目の下から2つ目の○、平時のところで海外の研究機関との連携強化というところがあって、これは情報収集のメカニズム、早期探知ということなのですが、実際には検体の共有のメカニズムを平時から確立しておくことは非常に重要で、そのためには検体がしっかりと海外からも輸送がすぐにできる体制をつくっておくことは必要だと考えております。

同じく5-1ですけれども、研究開発のところで、我々専門家が非常に苦労したところは、診断薬、ワクチン、治療薬だけではなくて、この感染症がどのような感染経路で感染をしているのか、どういった様式なのかということ。それから、感染をどのように管理をしていくのかということが非常に重要だったので、そういった研究している人材も少ないわけですから、平時からそういった研究も行っておくべきではないかと考えています。

それから、資料5-3の4ページ目、科学的な根拠に基づいて柔軟な対応を可能にするというところですが、今回、コロナで検疫、水際対策の上げ下げが迅速にできたのかという反省があるわけで、どこに書いてあるのかよく分からなかったのですが、水際対策についてもそういった対応がきちんとできるようにということを書き込むべきではないかと考えました。

最後に資料6ですが、2ページ目に図がございます。「感染症危機のリスク分類イメージ」で、一番重要なのは赤いイメージのところだと思うのです。感染性が高くて病

原性が高ければ、リスクとしては非常に高い。今回のデルタ株のようなイメージだと思うのですが、これが右上のほうに寄っているのですが、実際には相加的あるいは相乗的な効果が出てくるわけですから、緑色の比較的安心できるというところの右上のところ、もう既に赤いところに入ってくるようなイメージだと思うのです。病原性が中等度で感染性がある程度あれば、やはり多くの人々が感染して重症の方も出てくるということになりますので、この赤いところがあまり右上のほうに寄っていないほうがいいのではないかと感じました。

以上です。ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

それでは、オンラインで御参加の河岡委員、お願いいたします。

○河岡委員 ありがとうございます。

2つ気づいた点についてコメントさせてください。

1つ目は、科学的知見に基づいて、あるいはエビデンスを示した上でという文言が出てきますが、科学的知見やエビデンスに基づいて物事を進めていくのは当然なのですが、パンデミックの真っ最中には、科学的知見やエビデンスが得られてはいないけれども、これまでの経験から判断をせざるを得ない場合があります。実際、今回のパンデミックでもエビデンスがない状況で判断を迫られ、それに対し、エビデンスがない等の批判があったかと思えます。平時にエビデンスを蓄積するのは当然ですが、有事にはエビデンスがなくても経験により判断をしていかざるを得ない状況があることを理解していく必要があると思っております。

2つ目は、有事のシナリオのところの記載に関連してですけれども、今後の議論の論点になるかもしれない点についてコメントさせてください。

パンデミックを起こすと想定される病原体により、有事に向けてのシナリオが異なると思われれます。例えば、インフルエンザの場合ですと不活化ワクチンは日本でもつくれる。2009年のインフルエンザのパンデミックのときには、ウイルスの同定からワクチンの上市まで6か月かかったわけですが、それよりも早くつくれるようになっているのか。細胞培養ワクチン開発のために政府が企業に施設整備の予算をつけたわけですが、今インフルエンザのパンデミックが起きたときにこのシステムを使って2009年のときよりも早くワクチンがつくれるようになっているのか。mRNAワクチンはいつになれば日本で製造できるようになるのか。抗ウイルス薬の備蓄の更新状況はどうなのかなど、インフルエンザの場合はいろいろな具体的な対応が可能かと思えます。

一方で、今回の新型コロナウイルスとは異なるコロナウイルスがパンデミックを起こすと想定した場合、ワクチンに関してどのモダリティに関しどれぐらいの期間で上市できるのかについて、今パンデミックが起きた場合と3年後に起きた場合で状況は異なる

と思います。その辺の整理も必要かと思います。

また、現在承認されているコロナウイルスに対する低分子化合物は、ほかのコロナウイルスにも有効である可能性があります。また、抗ウイルス薬の備蓄、抗コロナウイルス薬の備蓄はどうするのか、加えて、インフルエンザウイルスやコロナウイルスとは異なる呼吸器疾患を引き起こす病原体がパンデミックを起こした場合にはどうするのかなど、幾つか論点があると思います。これらの論点について、今後整理していく必要があるかと思います。

以上でございます。

○五十嵐議長 大変具体的な御指摘をいただきまして、ありがとうございます。事務局、どうぞよろしくをお願いします。

それでは、工藤委員、どうぞお願いします。

○工藤委員 ありがとうございます。経団連の工藤でございます。

行動計画改定の基本的な考え方についてお話ができればと思います。内容、スケジュールともに、経団連といたしましては賛同いたしております。大変うまく整理をしていただけたかなと思っております。

そんな中で、今回のこの整理は大きな方向性として認識をしておりますけれども、今後の具体的な施策等で反映いただきたい点について私から3点申し上げさせていただきたいと思います。今までも、プレゼンであるとか意見出しのときに申し上げた点の繰り返しになりますので、ポイントのみお話しさせていただければと思います。

まず1点目ですが、物資の備蓄についてです。これは、資料の中で言うと平時の備え、有事のシナリオ、こういったところに反映するのかなと思っております。平時についてはどれぐらいの備蓄が必要なのかという点と、有事については承認手続の簡略化等、こういったところについて御配慮いただければと思います。

2点目、これは前回のプレゼンのときもお話ししましたが、業種別ガイドラインについてでございます。業種別ガイドラインはソフトローとして大変に有効に機能したと考えておりますが、責任主体は誰なのか、こういったときに改定をするのか、こういった点について明確化できればと考えております。

3点目、私権制限に関してでございます。これは、感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえた対策の中かなと思っておりますが、私権制限は極めて限定的に行うべきと考えております。そういう中では、こういった形で決定をしていくのか、こういった法的な根拠があるのか、この辺をコロナ禍の点を踏まえて検証していくべきだと考えております。先ほどいろいろな先生からお話ございましたけれども、まさにおっしゃるとおりだなと思っております。

そんな中で言うと、コロナ禍で得た現実といいますか、事実、やってきた施策が本当

に正しかったのか、これを検証して次回のパンデミックに活かしていくことが極めて重要だろうと思っております。ぜひそういった前回の流れ、事実関係、こういったところの検証をした上で次回に備えていければなと考えております。

私から以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、国土理事長、どうぞ。

○国土理事長 ありがとうございます。国土でございます。

資料5-1にまとめられておりますけれども、私が発言しました、初動段階から診断薬、治療薬、ワクチンの開発が迅速に行われる体制づくりが必要であるということを書き込んでいただきまして、大変ありがとうございました。

その中で、私どものところは既にAMEDの資金をいただきまして、医療のDX、人材、研究のプラットフォーム、その中にはマスタープロトコルの準備も含まれておりますけれども、そういう作業を開始しております。

初動段階から迅速に行うためには、先ほども出ております医療のDXの改革が必須でございます。それにつきましても、国が推進しておりますFHIRの標準規格などを採用して、テンプレートを使うことによって、データを集めるためには入力作業が非常に大変でございますので、現場の労力を減らすためのシステムを急いで構築するように努力しておりますが、それについてもぜひここに書き込んでいただければ推進できるのではないかと考えております。

鈴木先生からサーベイランスについて御説明いただきましたけれども、その中で、確かにサーベイランスのデータと患者レジストリあるいはヘルスのビッグデータは、イコールではないのですけれども、何とか連携できないかということを私は個人的には希望しております。

それから、以前にも申し上げましたが、生死に関わる行政データも含めて、データがつながることが重要だと思っておりますので、そちらについても検討をお願いしたいと思っております。

それから、医療体制構築というのを一言で書かれておりますけれども、パンデミック時の病院同士の役割分担について、私は東京都のことしか知りませんが、もう少し具体的に書き込んでもいいのではないかと。それから、職種で言いますと、やはり看護師の負担が非常に大変でしたので、それについての対策も書き込む必要があるのではないかと考えております。

以上です。ありがとうございます。

○五十嵐議長 御指摘ありがとうございます。

それでは、幸本委員、お願いいたします。

○幸本委員 ありがとうございます。商工会議所の幸本でございます。

これまでの議論、プレゼンテーションの内容を踏まえて論点を整理いただき、誠にありがとうございます。お示しいただきました全体的な方針については、特段の異論はございませんが、有事のシナリオの考え方について3点ほどお話をさせていただきます。

1点目は、封じ込めを念頭に対応する時期についてでございます。今回のコロナ禍においても、未曾有の感染症であったことから行動制限等により社会経済活動を止めざるを得ませんでした。一方で、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置によって事業者が大きな影響を受けたことは事実でございます。この封じ込めを念頭に対応する時期について、行動制限等の対象を最小限に抑えること、また、可能な限り短期間で終わらせることができるよう、平時の準備、計画の策定をお願いいたします。

2点目は、被害想定についてでございます。昨年、コロナとインフルエンザの同時流行の懸念もありました。また、感染症だけでなく自然災害の発生など、有事が重なるといことも想定されます。同時に複数の感染症が蔓延する状況、また、感染症の蔓延時に感染症以外の有事が発生した場合を念頭に置くことも、有事のシナリオの考え方として必要な視点ではないかと考えます。

3点目は、濃厚接触者についてでございます。コロナ禍では、罹患者のみならず、濃厚接触者が病院にかかるケースや検査キットを使用することがあり、医療逼迫や物資の不足につながっていました。実際の罹患者だけでなく、濃厚接触者等の発生もシナリオに盛り込むことで、より実効性を持ったシナリオになると考えます。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○五十嵐議長 御指摘ありがとうございました。

続きまして、奈良委員、お願いいたします。

○奈良委員 ありがとうございます。奈良です。

全体の資料について、大変よくまとめてくださっています。どうもありがとうございました。おおむね賛同いたします。

細かいところで、大きく2点、私から申し上げたいと思います。

まず1点目は、資料5-1の4ページ目、「平時の備えの整備・拡充」のところですか。ここにぜひこういった表現を入れていただければと思います。それは、「国民は感染症に関するリテラシーの向上を図り、国はこれを支援すること」といった表現です。

私がこの3年半、コロナのリスクミに関わるなかでつくづく感じていること、思っていることがあります。それは、特に我が国においては、自然災害に対する防災に多くの国民が慣れ、なじんでいるように、感染症に対しても自助というものが根づいていけば

いいなという思いです。実際、災害対策基本法の第7条に、事前の備えに関する国民の責務規定が明記されています。

実はこれと同様に、新型インフル特措法や感染症法にも国民の責務規定があります。例えば、感染症法の第4条にはこうあります。国民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、感染症の患者等の人権が損なわれることがないようにしなければならない。このように、国民の責務規定が定められているのですね。

こういうことを受けましても、これは有事になってからすぐできることではありませんので、平時から国民が感染症に関するリテラシーを高めておくこと、国がこれを支援することが重要と考えています。それがまず1点目です。

2点目です。資料5-3「感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえた対策の切り替え」の4ページ目についてです。ここではさらに2つあります。1つは「科学的根拠」という表現についてです。感染症、特に新興感染症は常に不確実性をまとうています。「作動中の科学」という表現をいたします。また、ほかの委員もおっしゃったように、エビデンスが出そろっていない、エビデンスのレベルが様々である、そういう実態があるわけです。これをうまく表現していただくような工夫をお願いできればと考えます。

そうでないと、エビデンスはあるのかと詰め寄られるということが起きかねないのでと思います。「可能な限り」という表現は付されているのですが、不確実性であるとか、エビデンスのレベルとか、そういうニュアンスを入れていただけるといいかと思いました。

同じく資料5-3の4ページ目について、もう1つです。これは齋藤先生の意見と全く同じです。政策決定のプロセスについて政策決定者が説明をすることが非常に重要であるということです。

市民は、政策決定のプロセスについて知りたがります。プロセスに関する説明によって、そういうふうに関わられたのか、ではそう行動しよう、との納得が得られていくのです。なので、政策決定のプロセスについて政策決定者が説明するというところを行っていただければと思います。

私からは以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

感染症に関する国民のリテラシーを上げるということはとても大事ですけれども、教科書レベルでどの程度教えられているか、皆さん御存じでしょうか。お子さんたちの保健体育の教科書あるいは理科の教科書を御覧いただければ分かると思いますけれども、一言で言うと非常に乏しい記載です。予防接種に関しても、プラスの点だけでなくマイナスの点も強調されています。私はかつて保健体育の教科書の感染症に関する記載を

充実させることを文部科学省に申し上げたことがあります、制限があり実際には難しいとのこと。どうもありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

それでは、村上委員からお願いします。

○村上委員 ありがとうございます。

資料5-1～4に関しまして、2点ほど申し上げたいと思います。

5-2の4ページのなかに、感染拡大の繰り返しや対策の長期化を想定という記載があります。これは大変重要な点だと思っております。

コロナ禍において、それぞれのフェーズで対応を切り替える際の判断が非常に困難であったということは、先ほどから御意見があったところです。結果として、人流抑制の影響を受けた産業への影響が深刻化したということは前回も申し上げましたが、そのほか子供や若者に関しても影響があったと思っております。

今回のシナリオにおいて、長期の大きな流れを想定するという事は重要ですが、それぞれの対応の切り替えの際に客観的に判断できるよう、どのような指標や要素を判断材料とするのかを含めて、判断の仕組み、枠組みを具体的に定めておく必要があるのではないかと思います。難しいことは承知しておりますが、なぜそうなのかをきっちりしておくことが必要ではないかと考えております。

それから、5-4で対策の項目を追加していくことについては賛同しております。そのうち、従来からある国民生活及び国民経済の安定確保につきましては、現在の政府行動計画では雇用を含む社会経済への影響ということは特段記載がないところです。対策の長期化を見据えているということであれば、様々な影響を考慮した上で、取るべき雇用対策や必要な財源も準備しておく必要があると思っております。各論の議論でこういった視点も入れていただきたいと思っております。

また、国民生活の安定という点では、今回のコロナ禍の対策の中では、社会的な孤立の問題もあったかと思っております。そういった視点も具体的な検討の中では必要ではないかと考えております。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

前葉委員、どうぞ。

○前葉委員 ありがとうございます。

私、デジタル化、特にワクチン接種のシステムのところで、先ほど榊野参事官が御説明くださった7-2で少し発言をさせていただきたいと思います。

7-2の3ページ目に、V-SYSとVRSを予防接種関連システムに統合していくという話

がございます。V-SYSとVRSはそれぞれ問題点があったということについては、様々もう既に検証がなされているところがございますが、足元は今、たった今発生したときはV-SYS、VRSを使うというのは理解しておりますが、7年度までに新しいシステムをつくっていくということなのですが、これがマイナンバーカードをベースにしたシステムに基本的になっていくと思いますので、ワクチンの接種記録を当然のことながら電子化していくということは、次の段階はいずれ紙の接種券は要らないということになるのではないかと考えておりますので、紙の接種券は不要を前提にこのシステムをつくっていただければと考えております。

これは、当然のことながら、マイナンバーカードを保険証として使っていく、保険証機能を付加していくことと平仄が合うものでございますし、仮にマイナンバーカードをお持ちでない方がいらっしゃるとすれば、そういう方々については紙の接種券でカバーしていく。これは、マイナンバーカードを保険証にしていなかった方に対する資格証明を一時紙で出していこうという話と重なるものになると思いますので、基本的には今回のような様々な医療機関ないしは自治体が作業しなければいけない部分がデジタル化されていくということを強く期待をしているものでございます。

以上でございます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

では、中山委員、どうぞ。

○中山委員 今の前葉委員の御発言とほぼ重なるのですけれども、資料5-4の10ページのところで、ワクチンが独立の項目として入っております。今回、ワクチンの接種体制で大規模接種体制というのが途中から構築され、現場は結構混乱したと伺っているのですが、結果的には非常にたくさんの方に打って、ワクチン接種が一気に進んだということもありましたから、ワクチンの接種体制についても何がうまくいったのか、いけなかったのかというあたりを検証していただきたい。

今のデジタルのことですけれども、私はワクチン分科会に所属していたときに、ワクチンの次の接種時期をどうするかといった議論がありました。そのときに、自治体の方がその時期では準備が間に合わない、接種を案内する紙を印刷して、それを封筒に入れて発送するまでに物すごく時間がかかるのだと言われたときに、正直驚きました。次のパンデミックにそれはないだろうと思ひまして、打つほうも便利だし、それを担う自治体のほうもやりやすいようなシステムの構築ということで、ぜひここはデジタル化に期待するところだと思います。

もう少し広げて言えば、ワクチンの分科会でも常に議論になったのですけれども、自分がいつワクチンを打ったのかということが分からないというのはいかがなものかと思ひますので、自分の医療記録にアクセスできる、自分がいつワクチンを打ったのか

きちんと分かるというようなシステムも、中長期的には構築していただけたらよろしいのではないかと思います。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

安村委員、どうぞ。

○安村議長代理 今まであまり議論がなかったかと思ったのは、エビデンスと科学的知見という表記はあるのですが、いつ誰がそれを判断するのか、評価するのかということの記載がないのではないかと思います。

今日、鈴木先生からサーベイランスの話があって、5-1の資料の最後のところで申しますと、(2)では初期の感染事例を探知した場合や感染動向が変化したというの判断できるというようなお話がありました。有事になったときにも、動向がどうなったかということに関して、資料5-3の(3)のところに科学的知見の集積とあるのですが、先ほど脇田先生もおっしゃられましたが、エビデンスにはレベルがいろいろあって、それを誰が判断するのかというところが抜けているなと思います。

平時から、既に感染研ではいろいろ対応されているかも知れないですが、今もありましたけれども、分科会がここには今はないと思うのですが、私が思いますのに、名称がどうかは別ですが、例えば感染症公衆衛生チームとか感染症疫学チームというような、感染症に強い人、公衆衛生的な視点を持っている人があくまでエビデンスを評価する。政策決定をするのは最終的には別だというのは当然の前提ですが、科学的な知見に関して、平時からそのような組織をつくっておいて評価していくということをしておかないと、今回は有事になってから大慌てで人を集めて組織化されたというところの学びが今回ないといけないのではないかと。

そういうことでは、統括庁もたしか私の理解では、もし有事になった時点で平時での人数から数倍の組織になるというような御説明があったと思うのです。そういう意味で言えば、今、膨大な組織をつくらなくても、平時から先ほど申し上げたような感染症公衆衛生チームのようなものを立ち上げておいて、有事になったときにはより強固な体制ができるようなことを今からやっておくことが必要なのではないかというところを明記していただく必要があるのではないかなと。要するに、エビデンスを評価するところをしっかりと位置づけることが必要なのではないかと思っています。

もう一点ですが、奈良委員からの御説明で、丁寧にリスコミのことがございました。気になるのは、いかに情報を収集して、判断して、情報を提供するかというときに、後の資料にはなっているのですが、参考資料3を見ると、発生段階ごとの概要ということで、情報収集・サーベイランスと情報提供・共有というのが別なのです。分けたほうがよりいいのかなというところもあるのですが、資料5-4の10ページ目、13項目という中で、③が情報収集、④が情報提供・共有、リスコミと。情報を収集しても、そ

れをどういうふうに評価して判断するかというところが最も大事だと思うのですね。情報収集システムができて、それを常に内閣府の担当者の方がするのではなくて、判断する、その中で必要な情報を発信するということは、本当は一体化しているのではないかな。

先ほど奈良先生もおっしゃいましたけれども、大曲先生もおっしゃられたと思うのですが、情報の発信のセクターに関しては一体化して、そのような司令塔をしっかりと位置づけることで、何が起こったか分からない中で国民が不安になるといふところの不安の解消のための組織が、緩いというか、どういう形につくるのかは別ですけれども、やはりあるべきではないのかなと感じたところです。

以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

では、釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 ありがとうございます。

今、安村先生が御指摘になった点は大変大事だと思って伺っておりました。一方、3年以上ずっといろいろな審議会に入れていただいております者としては、エビデンスを誰が判断するのかというのは実はとても難しく、私が申し上げるのは大変おこがましいのですが、これがエビデンスだとして皆さんが了解されるというのは、もうおのずとそういうふうによくの方がみんな納得できるという状況になってエビデンスとして確定するのではないかなと、私はそのときからずっと感じていました。

したがって、検討していて方針を決めなければならない時点でエビデンスが確立していれば、それにこしたことはないけれども、そうでない中で政策判断はしなければならないという場面が盛んにあったのではないかなと感じた次第です。

今日お示しいただきました行動計画の改定に関する取りまとめは、非常によくつくっていただいて、これまでこの会で多くの方が御発言なさった内容がちゃんと反映されていて、非常に優れた内容だろうと感じまして、私は全面的に賛同申し上げるものです。

そして、今日また新たに御指摘になった大変大事な点もありましたので、可能な限り、それを事務局でまた反映していただきたいと思っております。

それで、既に御指摘がありました、2009年の新型インフルエンザの後の総括が今回のコロナの発生のときに必ずしも全部うまく対応が取られてなかったということがまた浮き彫りになりました。したがって、今回策定される政府行動計画が定期的にしっかり検証されて、それぞれの役割の中でどこまで実現がうまくいっているのか、どこが足りないのかということは常に検証していくような仕組みをぜひつくっていただきたいと思っております。

以上でございます。

○五十嵐議長 大事な御指摘をありがとうございました。

ほかはいかがでしょう。

よろしいでしょう。

今日は、まず政府行動計画の基本的なシナリオにつきまして御提示いただきまして、おおむね大きな異議はなかったのではないかと思います。釜菴先生がおっしゃったように、おおむねアクセプトできるのではないかと。

ただ、同時に様々な御指摘もいただきました。大変具体的なものもありました。ぜひそれも考慮してバージョンアップをしたいと思しますので、どうぞよろしくお願いいたします。

全体を通して何かございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、予定の時間も近づきつつありますので、本日はここまでとさせていただきます。

事務局に議事の進行をお返ししたいと思います。

○事務局 ありがとうございます。

次回の会議日程につきましては、追って御連絡させていただきます。また、本日の会議につきましては、事務局よりブリーフィングを行います。

また、取材があった場合の対応でございますが、自らの御発言をお話しされることは差し支えありませんが、議事を非公開としている趣旨を踏まえて、他の委員の御発言については議事録の公開までお話をするのは差し控えていただくようお願いいたします。

これにて、第5回の推進会議を終了させていただきます。ありがとうございました。