

新型インフルエンザワクチン等対策有識者会議
社会機能に関する分科会
第2回議事録

内閣官房新型インフルエンザ等対策室

新型インフルエンザワクチン等対策有識者会議

社会機能に関する分科会（第2回）

議 事 次 第

日 時：平成24年9月18日（火）17：00～18：51

場 所：厚生労働省省議室

1. 開会

2. 挨拶 中川正春 国務大臣

3. 議事

- (1) 特定接種の議論の進め方の留意事項
- (2) 特定接種と住民接種の関係
- (3) 特定接種対象者の考え方
- (4) 社会機能維持に必要な方策（事業者ガイドライン）
- (5) その他

4. 閉会

○大西分科会長 定刻になりましたので、ただいまから「社会機能に関する分科会」を開催いたします。

まず、本日の委員の出席状況について、事務局から報告をお願いします。

○諸岡参事官 事務局でございます。

委員 10 名中、本日 9 名の方に御出席いただいております。

井戸委員の代理といたしまして、田所様に御出席いただいております。

なお、この場でマイクの使用について御案内申し上げます。台の黒い下側に黒いボタンが、オン、オフのスイッチでございまして、オンにいたしますと、マイクの口の部分が赤く点灯いたします。御発言が終わりましたら、また同じスイッチを押していただきまして、オフにしていいただければと思います。

事務局から以上でございます。ありがとうございます。

○大西分科会長 それでは最初に、中川大臣から御挨拶をいただきます。

○中川国務大臣 ありがとうございます。

8 月 27 日に第 1 回の会議をもっていただきまして、続いて 2 回目「社会機能に関する分科会」、よろしくお願いを申し上げたいと思います。

前回は総論について御議論をいただきましたけれども、きょうから各論に入っていくということでございます。今回は、この分科会の最重要課題であります、特定接種の対象者の基準について、主に御議論をいただくということになっております。特定接種は、一般の国民に先んじてワクチン接種を行う措置でありまして、その対象となる業種、それから職種等の基準の議論は非常に難しい面がございますし、また、国民からそれだけの関心を持って見つめられているという課題でもございます。

どうぞよろしくお願いを申し上げたいと思います。きょうも御忌憚のない議論をいただきまして、これでという案に絞り込んでいただければありがたいというふうに思っていますので、よろしくお願いを申しあげます。

以上です。ありがとうございます。

○大西分科会長 どうもありがとうございます。

カメラはここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○大西分科会長 それではまず、資料の確認を事務局の方でお願いいたします。

○諸岡参事官 本日の資料でございますが、

資料 1 「特定接種の議論の進め方の留意事項」

資料 2 「特定接種と住民接種の関係について」

資料 3 「特定接種対象者の考え方」

資料 4 「社会機能維持に必要な方策（事業者ガイドライン）」

これに加えまして、本日御欠席の安永委員御提出の資料「分科会（第 2 回）における検討事項に対する意見」との資料でございます。

また、参考資料が3つございまして、
参考資料1「社会機能関する分科会の主な意見」
参考資料2「新型インフルエンザ全般に関する参考資料」
参考資料3「ドイツにおけるプレパンデミックワクチン戦略について」を配布しております。不足等ございましたらお申しつけください。

以上でございます。

○大西分科会長 資料についてはよろしいでしょうか。おそろいでしょうか。

それでは、まず、議事の「(1) 特定接種の議論の進め方の留意事項」及び「(2) 特定接種対象者と住民の先行接種」について、この2つについて事務局から説明をお願いします。

○一瀬参事官 一瀬と申します。

資料1について説明いたします。1ページをごらんください。

現在の行動計画上の被害想定などにつきましては、前回の分科会でもお示ししましたが、改めまして、特定接種の議論を進める上で、必要な点を整理いたしました。

まず、新型インフルエンザの発生状況につきましては、全人口の25%が8週間程度の最初の流行の波の間に罹患し、一日当たりの最大罹患患者数は全人口の5%となる想定です。

また、罹患した者は、一週間程度欠勤するという想定としています。全ての世代が同様に罹患すると仮定いたしまして、従業員100人の会社に当てはめると、25人が8週間程度の最初の流行の波の間に罹患しまして、流行ピーク時の欠勤者は5名という想定となります。ちなみに、2009年の新型インフルエンザの際の1日当たり最大の罹患患者数は、全人口の1%程度であったと考えられます。

また、従業員本人の罹患や家族の罹患などにより、従業員の最大40%が欠勤する想定としています。

具体的には、学校や保育施設等の臨時休業や、一部の福祉サービスの縮小などによって、子どもなどの面倒を見るために出勤ができなくなることや、流行の初期段階では感染拡大のスピードを遅くするために、同じ職場で罹患者が発見された場合や、同居家族が罹患した場合、濃厚接触者として自宅待機するケースを想定しています。

なお、罹患した従業員のほとんどは、一週間程度の欠勤の後には、免疫を獲得して職場に復帰し、その後は罹患せず勤務できる想定です。この点につきましては、資料4の3ページの下図に、そのイメージを描いておりますのでごらんになられてください。

次に、本日お手元にお配りしております参考資料2の12ページをごらんください。

インフルエンザワクチンの医学的効果につきましては、前回、庵原分科会長代理から御説明いただきました。庵原代理の御説明を簡略化した表を掲載していますが、季節性インフルエンザのワクチンの発病防止効果は、65歳未満の健常者では70%~90%ということでした。これはワクチンを接種しなかった発病者が100人いたとすると、仮に事前にワクチンを接種していれば、このうち70人~90人は発病しなかったであろう、つまり発病者の70%~90%には効果があるという意味です。

また資料 1 に戻っていただいきまして、2 ページをごらんください。

現在備蓄しているワクチン、いわゆるプレパンデミックワクチンは、新型インフルエンザが発生する前の段階で、現在、鳥から人に感染している鳥インフルエンザウイルス H5N1 亜型をもとに製造されています。このため、発生した新型インフルエンザが H5N1 亜型以外であれば有効性は期待できません。

また、亜型の下にクレードという分類がありますが、インフルエンザウイルスは非常に突然変異を起こしやすく、発生した新型インフルエンザウイルスが H5N1 亜型であっても、備蓄ワクチンのクレードと発生した新型インフルエンザのクレードが異なる可能性もあり、その有効性は現時点では不確かです。

また、特定接種を議論するに当たりましては、医学的効果だけでなく、ワクチンによる欠勤者の減少効果も考慮する必要があります。ワクチンの医学的効果は現時点では不確かですので、仮に季節性インフルエンザワクチン並みに発病防止効果があるとした場合を考えます。従業員 100 人の会社では、流行ピーク時の欠勤者 40 名中、従業員本人の罹患による欠勤者は 5 名という想定ですので、特定の業種、職種に対し接種しますワクチンの場合、仮に 70%～90%の発病防止効果があったとしても、ワクチンが直接影響するのはこの 5 名に対してだけということになり、逆に言いますと、残りの欠勤者 35 名に対しましては、ワクチンは直接影響しないということになります。これらを踏まえますと、ワクチンによる欠勤者減少効果は極めて限定的でありますことから、登録事業者であってもワクチン接種を前提とした業務継続を計画するのではなく、ワクチンに頼らない業務継続計画を策定いただく必要があると言えます。

参考資料 3 をごらんください。

お手元に配布してあります参考資料 3 に、厚生労働省の会議資料から欧州のワクチン制度の視察報告を抜粋しています。その⑤にドイツのプレパンデミックワクチンの戦略について記載していますが、ドイツでは発生する新型インフルエンザ H5N1 とは限らないという理由で備蓄計画を中止したとされています。

そのほか、資料 1 には 2008 年第一次案に記載された考慮事項を 2 ページの下の囲みの中に記しております。議事の (1) につきまして以上です。

○平川参事官 続きまして、資料 2 について御説明させていただきます。平川と申します。

資料 2 では、前回の分科会で御質問がありました、「特定接種と住民接種の関係について」補足説明をするものです。

まず、特定接種というものが特別措置法上でどのように位置づけられているかというものを抜粋したものが上の欄の法律の第 28 条でございまして、この 3 行目に書いておりますように、「医療の提供の業務または国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって厚生労働大臣の定めるところにより登録を受けているという方」が、登録事業者と位置づけられております。

この特定接種の対象者というのは、この「登録事業者の従業員全てではなく、厚生労働

大臣の定める基準に該当するものに限る」という条件が設けられております。

この特別措置法というのは、現在の現行の行動計画を法的に裏づけるために制定されたものですので、その行動計画でどのように書かれているかということ、下の四角の枠の中の中なのですけれども、プレパンデミックワクチンは、海外発生の段階で医療従事者、社会機能維持者を対象に接種を行うと書かれております。

パンデミックワクチンに関しては、下の欄ですけれども、プレパンデミックワクチンの有効性が認められない場合に、パンデミックワクチンを医療従事者、社会機能維持に先行接種すると位置づけられております。つまり、プレパンデミックワクチン、パンデミックワクチンというワクチンの種類にかかわらず、住民より先に接種するという方を特定接種の対象者と考えております。

1枚めくっていただきまして、次のページでは、新型インフルエンザワクチンの種類について参考資料を添付しております。簡単に御説明しますと、新型インフルエンザのワクチンにはプレパンデミックワクチンと呼んでいる、現在、鳥から人に感染している鳥インフルエンザのウイルスを使って製造備蓄しているワクチンと、実際に新型インフルエンザが発生した後に、発生した新型インフルエンザのウイルスを使って製造するものの2種類あります。このパンデミックワクチンというのは、新型インフルエンザの発生後にしか作ることができないので、今、備蓄しているのはプレパンデミックワクチンということになります。

インフルエンザウイルスというのは、変異しやすいので複数の異なる種類、異なる株のワクチンを、平成18年度以降、毎年度1,000万人分ずつ製造備蓄しています。それがこのページの下欄に書いているものなのですけれども、これは全部H5N1という型のものです。ただ、このように変異しやすいので、ベトナムで発生したものですが、アンフィ株、チンハイ株という形で、別々の株を備蓄しております。ですので、この後も発生したインフルエンザがこの株に合うものかどうかということで、ワクチンの有効性というのも異なることとなります。

さらに、プレパンデミックワクチンというのも有効期限があるものですので、この×がついている平成18年から20年度までに製造したワクチンは期限切れになって廃棄されているという状況で、現実にあるのは、右の欄、平成22年度、23年度に作った3つの株ということになります。

1枚めくっていただきまして、次の資料は前回の分科会でお示した資料を添付しておりますけれども、これも前回御説明したように、現在の行動計画特別措置法において、備蓄ワクチンの有効性が高い場合、低い場合というように、場合分けして書いておりますけれども、前回も御説明しましたが、このH5N1以外などのワクチンがない場合には、パンデミックワクチンというものを医療従事者、社会機能維持者に住民より先に接種するということになりまして、前回の分科会のときには、プレパンデミックワクチンの有効性が高い場合と低い場合、その両方によって対象者というのは異なるのではないかとというような

御意見をいただいたのですけれども、この特別措置法では特定接種の対象者というのは、いかなる場合でも住民より先に接種して、そのことによって国民の生命や生活を守るといような考え方にありますので、それを整理しますと、ワクチンの種類によって接種対象者というのは変わらないと考えております。ですので、何パターンか色々なパターンがありますけれども、まずは今回はパンデミックワクチンの場合に絞って、議論を進めて、いかなる場合でも住民より先に接種する方というのはどういう方かという視点で議論を進めさせていただきたいと思っております。

また1枚めくっていただきまして、きょう御議論いただくための論点というか、視点を幾つか整理しております、ここで特定接種に関する大きな論点というのは、上の枠組みの3行目に書いております「住民より先行接種することに国民的理解が得られる特定接種の対象者の範囲はどこまでか」ということをございまして、その点について今までの議論をまとめております。

「【1】社会機能の維持を確実にする視点」というものがございまして、これは、社会機能とはいったいどういうことで成り立っているのかということ定義づけて、その定義に沿って対象者を特定するという方法です。ただし、前回も御議論いただいたように、現在、社会機能というのは非常に複雑に関連しております、単独の業界では機能が維持できない可能性があるのではないか、定義づけられた特定接種の全てを本当に特定することができるのかということで、そういうような課題があるかと考えております。

「【2】住民への接種を早期に実施する視点」も重要ではないかということで、ひとつのワクチンというものを住民より先に打つということに関しますと、住民接種とも無関係ではないということで、住民への接種を早く開始することができるように、特定接種対象者の人数を圧縮しなければいけないのではないかとというような御議論が前回出たかと思いません。その時の課題としましては、それで社会機能の維持が十分図られるかどうかということでも、その点は注意しなければいけないかと思えます。

「【3】発生状況に応じて判断する視点」というものです。これは例えば、あらかじめ登録事業者の候補というものを登録しておきまして、発生した新型インフルエンザの病原性等に応じて、どこまでを特定接種対象者として先行接種するかというような【1】と【2】を組み合わせたような考え方なのです。例えば、お子さんが重篤化しやすいものであれば、特定接種の対象者である社会人の方は先行接種を圧縮するとか、逆に就労している世代が重篤化しやすいものであれば、登録者全てに先行的に接種するという考え方もあろうかと思えますので、そういう状況に応じて対象範囲を決定する余地を残すかどうかという視点があろうかと思えます。

最後のスライドでは、参考資料としまして、2009年のH1N1が発生したときの優先接種の対象者の例を記載しております。

この当時は、社会機能が破綻したという状況ではなかったもので、優先接種対象者としては、まず、医療従事者の方が選定されまして、それ以外の社会機能維持者というのは対象

にしないでいいのではないかということで、逆に重症者リスクが高いと考えられていました妊婦さんですとか、基礎疾患を有する方、お子さんを先に打つべきだろうというような意見が多く、こちらの表のような順番になっています。

説明は以上です。

○大西分科会長 ありがとうございます。

それでは、今、事務局から説明があった特定接種についての整理、前回も議論した点ですが、これについて確認されたい方、あるいは御質問等がありましたらお願いいたします。

○櫻井委員 単純な質問なのですが、資料2の一番最後の参考資料5ページになりますが、2009年の時点での数字が出ていまして、これは優先的に接種する対象者の考え方の例ということで、①～④というのがあるのですが、これは考え方がこうだったということですよ。

○平川参事官 そうです。

○櫻井委員 そうすると、実数についてはもし把握されていたらしゃるようでしたら教えていただきたいのですが。

○平川参事官 実数については、最初の医療従事者という方がここに挙げてあるよりも多くなったのですが、今、手元に資料がございませんので、後ほど御提示しようと思います。実際、医療従事者の方が230万人程度にはなりましたけれども、それ以外はこの人数の範囲内ということで接種されております。

○櫻井委員 それはどういうことなのですか。医療従事者という概念と②～④までは客観的にわかる基準ですよ。年齢とか妊婦であるとか、あるいは1歳～小学校3年生ということですので、そうすると②、③、④、ここはそれよりも下回って、①については医療従事者のカウントの仕方が悪かったのか、あるいは、そうでない人達が受けていたのかという当たりを確認したいのですけれど。

○平川参事官 恐らく両面あると思いますけれども、こちらの対象者の定義として挙げているのが、インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者ということで、特に資格の制限ですとかそういったものを設けなかったということで、誰を対象にしてよいかわからなかったというような声もございました。もしかしてこれは厚労省さんからお答えすべき事柄かもしれないのですが、把握している範囲ではそのように思っています。やはり限定の仕方があいまいな部分がございますと、なかなか誰に接種していいのかというのがわからないという面があったと考えております。

○大西分科会長 よろしいですか。お願いします。

○小森委員 ちょっと確認なのですが、いろいろな場合があり得てですね。例えばプレパンデミックワクチンであっても、ある種、2回接種として5,400万人ですか。それを4種、製剤化をしておくというような話もあるわけです。いずれにしてもいろいろな場合があり得るのですが、議論としていろいろな場合を想定し過ぎますと、議論が錯綜してしまいますので、現実には例えばプレパンデミックワクチンであっても、しかもかなり有

効であるという場合であっても、社会的機能を維持をするという関係者より先に子どもさん、2009年の場合もそうであったように、妊婦や子どもさんを優先するという、そういうことだってあり得ると。おそらくかなり高い確率であり得る話だと思うのですね。

それは、対策本部と諮問会議ですか。前は諮問委員5人、今回は9名が任命されているわけですが、そういうところで有機的に考えているということだと思うのですが。あまりいろいろなケースを考えすぎると、議論になりませんので、あくまで粛々とこういう形の中でやっていくと。優先接種本来ですと、恐らく現実的には子どもさん、妊婦さんに早く打つことになると思うけれども、そこは置いておいて、それ以前に打つと。社会的機能を維持するということに絞って、今回は議論しましょうとこういうことでよろしいですね。

つまり現実には、恐らく子どもさんを打つことになるだろうから、というような話だとか、いろいろなケースを考えすぎてしまうと、議論にならないと思うので、そのあたりはどうですか。

○杉本参事官 今回の議論としましては、特定接種と住民接種は、法制上は特段関係はございません。そのようにつくってございます。ただ、実態上として特定接種の目的が国民の生命あるいは生活、経済を守るということでございますので、どうしても実態としては住民接種よりも先ということで想定をしておることでございます。

小森先生がおっしゃいましたとおり、いろいろなバージョンを想定しますと、大変わかりづらく議論が錯綜してまいりますので、最も典型的な、これは新型インフルエンザ以外のもので新感染症も当然含んでございますので、全くあらかじめのワクチンがない状態。ここから議論を始めて、お子さんとか妊婦さんよりも先に打たないと、結局は子どもさん、妊婦さんを救えませんという方々はどちらでしょうか。こういうことを御議論いただければわかりやすいかということでございます。小森先生のおっしゃりとだと思えます。

○小森委員 わかりました。つまり、そういうふうにかなり条件を絞って議論をしないと、限られた時間の中で実のある議論ができないと思ったものですから、確認をさせていただきました。

○大西分科会長 この資料2の例は2009年ですから、現段階と違うのは法律ができているということで、この法律に基づいて執行していかなければいけないということになるわけですが、法律上はさっきの条文の28条の紹介にありましたけれども、先行とは書いていなくて、臨時に予防接種を行うことという言葉です。臨時というのがある種、国民接種、住民接種の順番が決まって入れば、それとは別にやるということで、先行という概念に近いということかと思いますが、法律用語は臨時予防接種という言葉です。

医療の提供、国民生活及び経済の安定に寄与する事業者が登録事業者として特定されていて、その人が対象になる。ただ、最後の5ページにあったように、そういう登録をしている人が決まっているけれども、その人を外してやることができるのかどうかという問題もあるわけです。法定で登録事業者が決まっていて、その人たちが臨時に予防接種を受け

るということになっているのだけれども、状況に応じてその人たちに打たないで、その人に住民接種のほうを早くするということが簡単にできるのかという問題もあるので、やはり法定で定めるところをある程度の理屈をきちんと立てて定めておかないと、いろいろと不都合なことが起こるのではないか。その議論は次の議題ですけれども、この議論をしっかりやっていく必要がある。

関係の整理とか法律の解釈あるいはこれまでの事例、各国の動きについて、何か特に追加的に確認あるいは質問があればお願いします。なければ、次の議題「(3) 特定接種対象者の考え方」で本論に入るわけですが、そのときに今のテーマに戻っていただいても結構でございます。そういうことでよろしいでしょうか。

それでは、(1)、(2)はそれくらいにして、次に議事の「(3) 特定接種対象者の考え方」です。これについては本日御欠席の安永委員からも提出の資料が紹介されましたので、あわせて事務局から説明をお願いします。

○平川参事官 では、資料3と書かれている資料に基づいて御説明いたします。

資料3では、特定接種の対象者の考え方について整理しておりまして、資料2については特定接種の絞り方のプロセスについて御説明いたしましたけれども、どのように順番をつけるかということを考えますと、ある程度共通の考え方を整理する必要があるのではないかとということで、その一つの例として、こちらも2008年に作成した第1次案、これは前回お示ししたものですけれども、ここに記載されている社会機能維持者の第1次案について、それぞれどういう考え方で選定したかというものを抽出して表にしたものが、資料3の1ページ目になります。

少々わかりにくいのですけれども、この第1次案でこのような事業者を選定した理由としましては、この表の横軸、上の欄に書いている選定の根拠を前提としておりまして、例えば生命維持にかかわる事業者、感染拡大防止、治安維持・危機管理、国民生活の維持など、そういった方々が社会機能維持者としてワクチンを先行接種すべきだろうという考え方で整理しておりました。

当時の視点としてはカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲという順番に分けておりますが、これはカテゴリーⅠは海外発生時の初動体制に必要な感染拡大防止や在外邦人の退避オペレーションにかかわる方。そういうカテゴリーⅠとしてまとめております。

カテゴリーⅡとⅢについては、国内発生後の医療機能、社会機能の維持という観点で整理しておりますけれども、そのようなカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲという横軸の考え方ではなく、選定の根拠という縦軸に見るとまた別の分類方法があるのではないかとということで整理したのがこの表です。

例えば生命維持、特に緊急を要するような患者の生命の維持にかかわる医者は誰かという視点で見ますと、このカテゴリーⅠの医療従事者、感染症指定医療機関の医療従事者のほか、救急隊員、消防隊員など、縦に見ていただくとカテゴリーⅡの医療従事者。そういう方々も患者の生命維持にかかわるということで、こういう分け方もできるのではないか。

そのほか要支援者の生命維持ということを考えて、カテゴリーⅡに含まれる福祉介護従事者の方も必要ではないかというように整理しております。例えば治安維持・危機管理に関しては、カテゴリーⅡの中でも③に書いております治安維持・危機管理などに含まれる方、消防、警察、自衛隊、そういう方々を選定しております、そういう切り方もあるのではないかとということで再整理しております。

そして、前回そのライフラインの維持にかかわる業種・職種がもっと上に来るべきではないかという御議論もいただきまして、現在の第1次案ではライフラインの維持にかかわる者としては、かなり大まかなくくりになっていきますけれども、御指摘があったように違う視点でまとめ直さなければいけないのではないかとということで、後ほどのページで幾つか、このライフラインの維持にかかわる方を分けるような視点を御提示しております。

2ページ、これは参考資料で以前に御提示いただいていた厚生労働省の新型インフルエンザ専門家会議から出された意見書です。こちらもパンデミックワクチンの接種順位の考え方ということで参考として出ささせていただいておりますけれども、まず、医療従者への先行接種と社会機能維持者に先行接種は分けて考えたほうがいいのではないかとということと、社会機能維持者の先行接種については病原性が高いときに限定すべきだろうということが意見書として出されておりますので、これは参考までに御紹介いたします。

3ページ、特定接種対象者の考え方の（案）をお示ししております、新型インフルエンザの発生時にワクチンを国民よりも早く接種すべき方は誰かということで、幾つかの視点を御提示しております、一つは職務上の感染リスクが非常に高い職種は先行接種の対象者となるのではないかと考えておりますけれども、若干この感染リスクが人によって非常に考え方が異なりまして、この点を少し整理する必要があるのではないかと考えております。

そもそも新型インフルエンザが発生したときには、国民すべてに感染リスクがあるわけですので、その中でも特に職務上、感染リスクが高いという方は、例えば新型インフルエンザの患者さんと接する職場、そういうところが特に高い職種と言えるのではないかとということで書いておりますけれども、そのほかの職種の方でも感染リスクが特に高いというのはどういうことがあるかについて、御意見をいただきたいと思っております。

また、2点目には、代替性を考える必要があるのではないかと考えております。これは例えば地域において、独占的に財やサービスを提供しているということで、ほかの代替性がないので、そういう業種・職種は特にワクチンを接種すべきかどうかということです。逆に多数の事業者さんがいらっしゃるということで、40%欠勤率は全部一遍に40%ということになりませんので、多数事業者さんがいらっしゃれば、ほかの事業者さんがその間にサービス提供をしていただけないのではないかとということになると、逆にその方々を優先すべきかどうかということを考える視点があるかと思えます。

また、高度な専門性を有して、交代などで対応できない有資格者が存在する業種ですけれども、有資格者といっても非常に多岐にわたっておりますので、高度な専門性はごく限

定的にしなければいけないのではないか。ただ、社会的に影響が大きいような職種、誰もが代替できないような職種については、要請すべきかどうかということを議論していただく。逆に、そういう代替不可能な業種は通常バックアップのために代替要員がいるべきではないかということも考えられますので、逆に優先すべきかどうかということで悩ましい部分もありますけれども、代替要員がないケースをどう考えるか。そういったことについて、御意見をいただきたいと思います。

3点目については、備蓄をすることができない財・サービスを提供する業種についてということをお示ししておりますけれども、これは裏返すと国民側で努力して備蓄しておくことによって代替できる財やサービスがあるのではないかとことがあって、それでもどうしても代替できないようなサービスを提供している事業者は誰かということについて、御意見をいただければと思います。

4点目としては、新型インフルエンザの発生時に業務量が非常に増加することで、他の業務を縮小しても業務継続が困難となる業種をどう考えるかということです。逆に言うと、非常に重要な業務であっても大部分が自動化されているような業務もあるかもしれないということで、従業員の方が一時的に60%になったとして、最低限の財やサービスの提供ができる職種とできない職種があるのではないかとことになりまして、そういったことが、今、御提示しているような社会機能維持者という業種・職種を分ける切り口になるのではないかとこと、この方々がそのまま社会機能維持者として特定接種の対象者となるか、ならないかという議論の前に、切り口として、こういう切り口で考えてはどうかというようなことについて御意見をいただきたいと思っております。

「5. その他」は特にそういう目を見て、何か皆様方の御意見をいただきたいと思っております。

もう一つは、当日配付資料をお配りしておりますして、恐らく資料4の次くらいに挟んでおります。これは連合の安永委員から御提出いただいたものです。3点の御意見をいただいております。

1点目は、社会機能の維持に従事する労働者という方には、プレバンデミックワクチンの接種が必要となることと、そのほかに接種体制の確保も検討することが必要であるという御意見が出ております。接種体制の確保は、実はこの分科会より医療分科会のほうで御検討をいただくことですが、このような御意見が出ています。

2点目としましては、前回の社会機能の維持の方について、業種・職種でこちらから御提示した資料で従業員の約20%というアメリカの例を御提示したのですが、それはかなり乱暴な議論であらうという御意見をいただいておりますして、そうではなくて業種ごとに必要な職種や要員については、業種ごとに精査していく作業が必要ではないかというような御意見をいただいております。

3点目としては、特定接種の対象者はある程度絞り込んでいく方向で議論をしていくのであれば、まず、条件を整備した上で検討していかなければならないというような御意見

ですけれども、これについても各業種において継続する業務、縮小する業務等について、労使で議論して業務継続計画を策定していくことが必要である。そういうような御意見をいただいておりますので、御紹介させていただきます。

説明は以上です。

○大西分科会長 ありがとうございます。

それでは、今の説明をめぐって意見交換をしたいと思います。お願いします。

○松井委員 経団連の松井でございます。特定接種対象者の絞り込みに関する議論の中で、今、御提案がありました資料の3ページの最後にその切り口がいろいろと御提示されておりました。結論的に申し上げますと、経済界におきましては、さまざまな業種がありますので、各企業の状況等を精査をしてみないと、その切り口の妥当性を判断するのは非常に難しいのではないかと感じております。また、資料1、資料2の御説明で議論の進め方の留意事項として、ワクチンの効果は限定的であるため、ワクチンの接種を前提としないBCPを策定すべきという御提案をいただきました。また、家族の罹患等による欠勤率の40%や発症して欠勤する割合の5%が大きいのか、小さいのかといった議論はありますが、我々は5%しか罹患しないからという前提でBCPを策定しているわけではなく、従業員全員に人命にかかわるリスクが存在するという前提でBCPを策定せざるを得ないのが実情です。従って、多くの企業はプレパンデミックワクチンの接種を前提に、BCPを策定していると思います。

ですから、ご提案いただいた考え方のように、どこまで接種対象者を絞り込めば、期待されている、あるいは果たさなくてはならない社会機能を維持できるか、といったアプローチは各企業において大変難しい問題でございますし、より深い議論が必要になると思いますので、少々お時間を頂き実態を詳しく精査をさせていただきたいと存じます。

○大西分科会長 今、プレパンデミックワクチンのケースも言及されましたけれども、最初の整理で法律上はプレパンデミックかパンデミックかというものはないということなので、ワクチンに対する要望が強くなるパンデミックワクチンですね。実際に流行が始まった、その株をもとにつくったワクチンの接種というところに焦点を当てて議論するという事で、それがある程度整理できると、それ以外のケースについても応用がきくのではないかと思いますので、議論の対象はまずそこにするという事で、したがって、ある意味で優先順位が非常に重要性を持つこととなります。

今も言及していただきましたけれども、先ほどの資料の中でその想定値をそのまま前提とできるかというのも一つの論点ですが、発症して欠勤している人は5%程度だということと、その欠勤している人だけではなくて、家族のために看病しているとかいうことを入れると、従業員の40%程度が欠勤するという状態が想定される。逆に言えば、60%は来ているということになるんですね。これを前提にすると60%で一応機能が維持されていれば、特に優先順位をつけなくても、そういった機能は維持されると考えることもできる。そういう資料になります。

その辺りも材料として議論を進めていただきたいと思います。御意見のある方はお願いいたします。

○小森委員 これも確認ですが、前回のときにはかなり錯綜した議論がありましたので、事務局からの提案がありましたし、大西分科会長もおっしゃられたことですが、つまり子どもさんよりも、御高齢で非常に重篤な因子を持っていらっしゃる方よりも、妊婦さんよりも、それよりもなおかつ先にというところに絞って、まず議論をする。最重要なところに行かないと拡散をして、今、経団連の代表の方も言われましたけれども、いろいろな職種 of いろいろなお立場があるので、それぞれの御事情といろいろな場合が想定されますので、今、大西分科会長が言われたようなことにまず絞って議論をすることがいいと思います。

○大西分科会長 そういう前提で、今、お手元の資料としては、資料3の3ページに考え方が整理されていますが、この考え方の中でどれをとるというか、これをどういうふうに最終的に整理していくべきかということでもあります。

この「前述した」と書いてあるけれども、前述というのは1ページですか。

○平川参事官 そうです。

○大西分科会長 1ページのどれが前述ですか。

○平川参事官 1ページの「選定の根拠」としております生命維持や治安維持にかかわる方、そういうような考え方で第1次案は選んでいるのですが、それ以外に例えばライフラインの維持にかかわる者などについては、かなり大まかなくくりになっておりますので、例えばライフラインの維持にかかわる業種・職種として、こちらで電気、水道、ガスからかなり情報システム、金融、郵便と多岐にわたっております。ここをほかの切り口で分ける必要があるのではないかとということで、3ページ目の視点を御提示してございまして、より優先すべき業種・職種があるのかということで御提示させていただいております。

それも基本としては、先ほど小森委員もおっしゃったように、お子さんよりも先に、住民よりも先に打つべき特定接種対象者はだれかという視点も含めて検討いただきたいとは思っておりますけれども、この中でも特にこういう方々には優先して接種しなければ、逆に国民生活が保たれないのではないかとこの方をこういう視点で選んではどうかというのが3ページ目の視点になります。

○大西分科会長 意見のある方はお願いします。

○庵原分科会長代理 庵原です。裏事情を言いますと、この2009年のパンデミックの前に、この2008年の第1次案の担当というか、一部加わったことがあるのですが、その時点ではかなりの死亡率のインフルエンザであろうという前提でこれを組みました。ですから、多くの人々が感染して、いろいろなところで治安維持というか、国民生活も非常に難しくなるだろうという前提で話を組んでいます。ただ、各業種を選びましたけれども、その業種の中身については、その当時はほとんどの人が専門外であったために、業者の中身を更に詳しく特定することができなかったというのが2008年の時点でした。

実際にそうしたときに 2009 年のパンデミックが起こったことから考えますと、小森委員も言われましたけれども、それほど社会機能がつぶれるというような状況には陥らなかった。また、逆にワクチンが供給できたのが拡大期ではなくて、ある程度蔓延期になって、やっとワクチンが間に合ったということで、余り社会機能という視点でワクチン接種対象者を選ぶ必要がなかったというのが 2009 年の時点でした。

今、事務局が想定されていますのは、2009 年の時点よりもちょっと高めという数字で、多分もとになっているのがスペイン風邪のときの状況だと思います。そうしますと、ワクチンが拡大期に出てくるのか、蔓延期に出てくるかによっても対応が違ってくると思います。蔓延期くらいになって出てくるならば、小森委員の視点で物を見ていく必要があるだろうし、拡大期の時点で物を見ていくときに諸外国がどのくらい社会機能がつぶれているかによって判断していく必要があるだろうと思います。

ですけれども、諸外国が心配しているほど、現在の技術をもってしたら社会機能は壊れないのではないかというのが、私は医療のほうはわかりますけれども、社会機能のほうはわかりませんので専門外ですが、そのように 2009 年の経験からすると見えてきています。私と小森委員で似たような意見になりますけれども、蔓延期になった時点では余り社会機能のことを詰めなくてもいいのではないかというのが現在の意見です。

○大西分科会長 今の場合、医療関係者はどうですか。

○庵原分科会長代理 医療関係者は 2009 年のときにもめました。このときはワクチンが専らインフルエンザの医療に従事する人ということで最初に出てきたわけです。そのときに「専ら」と言われたときの「専ら」をどこまで広げるか。例えば一番問題になったのは総合病院です。「専ら」を見るのは内科と小児科だろうということで、内科、小児科の分しかワクチンが回ってこないんです。ということは外科をやっている連中は一切ワクチンがないというのが 2009 年の時点でした。

けれども、要するに職務上の感染リスクが高いというのは、やはりインフルエンザの患者さんを診る人、インフルエンザのウイルスのサンプルを運ぶ人。ないしは実際に検査をする人がもろにインフルエンザウイルスにかぶりますので、そういう人たちを重点的にワクチン接種を行いました。先ほど櫻井委員から言われた 100 万人から 230 万人に広がったのはというと、初めの 100 万人というのは「専ら」という狭い意味のインフルエンザ従事者で出した数字で、病院では救急を担当している者とかいろいろな者まで広がって行って、結局 230 万人になった。そういうようなところがありました。その専らというところをどこまで広く解釈するかということだと思います。

ですから、インフルエンザにかかった人が歯科にも来るのではないかと思いますけれども、初めは歯科医にワクチンは回っていなかったんです。歯科医師会から文句を言ってきたんですけれども、彼らはインフルエンザにかかった人を歯科医が診るからだよと、言います。けれども、「専ら」ではないということで、歯科医師会のほうに回らなかった。そういうようなことがありまして、感染リスクが高いのはそれを専門的に私は診ますと手

を挙げた人しか最初は配れないのではないか。そういう視点です。

○大西分科会長 医療関係者は少なくとも優先特定接種対象者になると。どの範囲かはまた議論の余地があると。ただ、もう一方で社会機能維持者と言われている方については、少し疑問があるという。

○庵原分科会長代理 ですから、「専ら」というのは日本医師会とも話し合わなければいけないのでしょうかけれども、みんなが納得をするのは、あの人はインフルエンザの仕事をしていないのではないかという人までワクチンをなぜ打つんですかと言われると、反論ができないでしょう。私は手を挙げて、インフルエンザをやっていますという医療機関、ましてはその医療機関に働く人という視点が要るのかなと思っています。

○大西分科会長 ありがとうございます。

お願いします。

○翁委員 法律のほうで、国民生活と国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者と書いてありまして、このカテゴリーⅢを見ますと、やはり電気、水道、ガスといったところは人々の生活を維持するために非常に重要でありますし、そういったライフラインの企業活動を維持することも非常に重要な視点だと思っております。そういう意味で、例えば二次的な大きなシステムリスクを起こさないという視点も代替性のところに含まれるのかもしれないですが、非常に重要だと思っております。

1つ具体例を挙げれば、例えば金融の決済システムであります。決済システムというのは、なかなか目には見えませんが、企業にとっては血液でありまして、それが回らなくなると企業は連鎖倒産をしていきます。そうしますと、著しく経済活動が滞りますし、システムリスクになって、おばあちゃんが年金を受けとれないというようなことにもなっていきます。そういった基幹的システムを維持していくことも極めて重要であり、そうした人々の経済活動を本当のところ支える基幹的なシステムを維持し続けるという視点が重要なのではないかと思います。

○大西分科会長 その場合にさっきの6割という数字をどう理解するかという議論が残っているのですが、金融機関のうちの6割の人が働いて、そういうシステムが維持されるのか。6割ではだめだと。限りなく10割に近い人が来ていないとだめだということも、もう一つ論点になると思います。

○翁委員 金融機関はいろいろな仕事をしています。資金決済とか、そういったところにかかわっている人をうんと絞り込む作業は必要ですし、実は全銀システムというのがございまして、何百兆円の決算が毎日、毎日行われていまして、そういったシステムの運営は実は目には見えませんが、非常に重要であります。それから、日本銀行。そういったところが毎日の経済活動を支えておりますので、そういった支えがあって、そういったライフラインの企業活動もできる。中小企業も生命を維持しているというようなことがありますので、そういった視点をきちんと把握しておく必要があると思います。

この部分は絞り込めると思います。実際にどのくらい絞り込めるかということを中心に

と企業にやっていただく必要はあると思いますが、それは1つの具体例でございますけれども、そのほかにも毎日きちんと維持していかないと、第2のリスクを起し得るということについては、国民生活の安定という点から、こういったところがあり得るのかということ、きちんと把握しておく必要があるのではないかと思います。

○大西分科会長　どうぞ。

○松井委員　同じ意見で申し上げます。今、金融の例が出ておりますが、製造業も恐らく6割の人員では相当数は工場を止めざるを得なくなると思います。特に心配なのは電力、水道などといった直接ライフラインに関わるものでございます。特に、罹患した患者が10日ほどで免疫を保持して入社してくることを前提にBCPを策定することは困難でございます。したがって、もう少し細かく、「どこまでの業種・職種を選定すれば、どこまで社会機能が維持できるか」を考えなければなりません。

特に心配なのは流通でして、中でも特殊なものを運んでいる方々は代替要員の確保が難しく、これは3. 1. 1のときにも様々な業界で発生しています。社会機能をできるだけ最低限のレベルでも維持しながら、二次災害を出さないようにやっていくとなると、特定業種に限定するのではなく、必要な機能別で捉えるといった視点から考えていただかないと社会機能の維持は難しいという感じがしております。

○大西分科会長　どうぞ。

○井戸委員代理　兵庫県は2009年のときにこのワクチンの配布をさせていただいて、私は担当させていただいた。最初に医療関係者に配付する。社会機能維持的な意味合いがあったのですが、これは住民の方から御指摘や御意見をいただくことは少なかったのですが、それ以後、住民の方で優先順位をつけて打ち出すと、なぜうちの子がという感情的な意見がどうしても、最初は限定して優先順位の中でも順番にというものがありましたので、パニックとまではいきませんが、かなり混乱を来したのではないかと思います。

その中で、まだ2009年のときには、医療関係者以外は弱者を優先するというコンセンサスのもとでそれほどでもなかったと思いますが、今回は特定接種で運用イメージの中ではいろいろな考え方が出ていますが、とりあえず社会機能維持のためにということを考えて場合、これがどこまで国民の方に理解されているのか。結局1,000万本という数は多いと思いますが、国民の方からすると8%の方しか打てないというかなり限定した中で、何でこの方が打てて、この方が打てないという直感的なそのあたりの議論が残ってしまうのかなど、どうしても行政としては感じてしまいます。

医療関係者というのは、コンセンサスは得やすいと思いますが、それ以外の方をするときに、国民の方に広く、どうやってコンセンサスを得ていくのか。そこら辺をこういう議論を踏まえてということだとは思いますが、非常に危惧しているというのが、感想に近いもので申し訳ないのですが、意見を述べさせていただきます。

○大西分科会長　どうもありがとうございました。

今、議論の前提はパンデミックワクチンで、流行し始めてからつくる、そういう意味で

は効果のあると期待されるワクチンの接種についてなので、1,000 万人と数が決まっているわけではなくて、これはどんどんつくっていきけるわけですね。ただ、逆に 1,000 万人を最初から接種できるわけではなく、製造に伴いながら徐々にふえていくのを順次接種していくことになると思うので、言わばかなり少ないところから仮に医療関係者を第一優先で全ての住民に先んじて打つということであれば、まずその方たちに接種をして、それが終わったときに次の社会機能維持者と住民の弱者に並行して打っていくとか、何かそういう感じになるのだらうと思います。

ですから、1,000 万人はどこかで到達するけれども、最初からそういうものがそろっているわけではない。事務局のメモの理解は、そういう理解でよろしいですか。

○杉本参事官 そのこのところは実務的に非常に難しい問題があるかと思っております。制度的には別々にその接種費用の負担の仕方、つまり特定接種は国が持ちますし、住民接種は自治体という切り分けになっておりますけれども、法制的には同時並行で接種を実施することは問題ない。ただ、実務的に住民接種と特定接種の対象者がだんだん重なってまいります。集団接種をやるときの接種の体制をどう組むか、これは医療公衆衛生分科会のほうでございしますが、そういった実態面の制約から同時並行ができるかどうかは、ちょっと考えようがあるかと思っております。

○大西分科会長 同時並行はともかく、1,000 万という数があらかじめ決まっているわけではないということはよろしいですか。

○杉本参事官 さようでございます。

○大西分科会長 どうぞ。

○井戸委員代理 これも 2009 年のときに感じたことですが、医療関係者の方、特に小森先生などは実感されているのではないかと思います。先に接種をした医療関係者は、発熱でインフルエンザを疑う人がいれば接種した医師が診て、接種していない医師は診ない。余り好ましいことではないのかもしれないですし、理にかなっているのかもしれないですけれども、より先行した接種をした人に新型インフルエンザの流行時に業務が、集中してしまうという弊害もあったことを記憶しております。アナログ的にだんだん接種人数は増えていくので、その増え方次第だとは思いますが、その辺りも先ほどの特定接種、先行接種の考え方を整理していく中で参考にさせていただければと思います。

○大西分科会長 どうぞ。

○折木委員 これは第 1 波にどういうふうにして対応するかが一番大事なことだと思います。ですから、1,000 万本のワクチンをどう使うかということだと思いますけれども、優先順位は先ほどからも議論に出ておりますとおり、医療関係者や保健従事者とか、どちらかという海外対応の発生時のカテゴリーの位置については、私は余り疑問がないのではないかと思います。これは落とせるところは落とせるものがあると思います。このところはしっかり決められると思いますけれども、ライフラインのところはどう議論をしても切り分けというのは難しいと思います。

必要最小限は何かというと、先ほど震災のときの話がありましたけれども、電気、ガス、水道、流通の部分も大事だと思います。そういうふうに限定をせざるを得ないのかなというのが私の意見です。これは幾ら議論をして提示しても、そこは困難だと私は思います。その部分だけ決めて、あとは絞るだけ絞ることに言えば、妊婦さんは子どもよりも優先するというと、私はそれくらいで、あとは住民の接種のほうに回せるかもしれませんので、そちらのほうを優先してやる。何かそういう感じがします。

○大西分科会長 ありがとうございます。どうぞ。

○小森委員 今の御意見と基本的に一緒ですが、最初に議論をしたのですが、確認をさせていただいたのですけれども、各種業種の中で皆さんは本当にそれぞれが重要なお仕事をしていたらしゃっているわけですが、ある意味、子どもさんを中心として、命を失っては二度と取り戻しがつかない。我が国の経済にとって決定的なダメージが起こっても、それは取り返すことができるという考えでいくしかないわけですし、今の意見のように、最初にまずは各業者のライフラインの優劣を競っていても、全てが絶対に必要ですから、余り実のある議論はできないです。

ですから、今の委員の御意見のように、子どもさんと妊婦、そして重篤な因子を持っていらっしゃる御高齢の方より先に打つとしたら、本当にいわゆる戦争であれば前線にいる医療関係者と、その後はライフラインということに限って、その後のライフラインの業種に優劣をつけるは机上の空論で、現実的ではないと思います。

実際に起こってほしくないですけれども、起こったときには、それこそ諮問委員会等の諮問に応じて政府が政治的にそれぞれの状況を把握して集中的にやらなければならないということは、その場で有機的に行っていただくということしかないと思うので、全てライフラインですけれども、ライフラインというような意味合いをある程度きちんと決めておくということしかできないのではないかと私も思います。

○大西分科会長 どうぞ。

○柳澤委員 皆さんのおっしゃっているとおりだと思いますが、資料2の4ページにある「【1】社会機能の維持を確実にする視点」という部分と「【3】発生状況に応じて判断する視点」とありますが、お話を伺っていると、これのコンビネーションではないかという気がします。社会機能の部分はおっしゃるとおり、広げれば広げてきりがない状況になってくる中で、患者さんあるいは医療従事者という部分を限定して、社会機能で最低限必要な部分がどのくらいなのかということを経た後で、あとは実際に本当にプレバンデミックワクチンがどの程度効果を持つのかどうか。いきなりパンデミックになるのか。その辺は発生状況を見てみないとわからない部分があると思いますので、考え方としてはまさにこの視点にある【1】と【3】を加味した形で考えていくのが一番現実的ではないかという気がいたします。

○大西分科会長 どうぞ。

○櫻井委員 なかなか決め手がないのですけれども、法律的に言うと、この資料2で条文

の御紹介があったのですが、医療の提供の業務は比較的明確なので、まずはここをきちんと明確化していくことが一つ重要な作業として、それもこの分科会の守備範囲だと思うんです。ですから、医療従事者と言ってもお医者さんもいろいろな方がいらっしゃるという話。

ただ、お医者さんは専門分野をわたって診ることも可能なんですね。そうでもないですか。御専門がある方とない方といらっしゃるの、そういうのも外部の人間ははっきりよくわからないのですが、そこをむやみにふえないように、そこは基準をむしろ明確に厳格につくっておいた方がいいのではないかというのが、医療従事者という概念についてはそういう作業ができるだろうと思います。

2番目の問題は、国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務ですけれども、これは法律に麗々しく書いてありますが、これは決め手のない、ほとんど内容のない概念と言わざるを得ないと言っても過言ではないのでして、内在的に議論をしても余り意味がないのはそのとおりではないかと思います。そういう前提でこの前半部分の医療業務の話と社会機能維持者は、全く質的に違うアプローチがあってよろしいのではないかと思っています。

そうすると社会機能をどうやって維持するかについて、いろいろな業種の方がいらして、それぞれに存在理由があるので、自分は大事だとおっしゃると思いますが、さっき経団連の方からお話がありましたが、一応想定としては6割の人間が想定している最悪の場合でも稼働できるという前提ですが、結局これは企業のリスク管理の問題と最終的には決着をするのだろうとも思いますので、どこかにありましたけれども、業務継続計画についてはこれらのワクチン接種を前提としないという前提でつくってもらうのが筋であろうと。それは住民も同じレベルで、手を洗うとか、そんなようなことからやっていくということと同列の話ではないかと思います。

そのときにリスク評価についても、どの程度の人員が確保できるかについては、各企業あるいは各業種ごとに御判断をいただくということで、それを前提にした上で、さらに医療従事者以外の者についてどういうふうにするのかという議論をしなくてはいけなくて、そうするとそこがなかなか決め手がないのですが、そうなってくると、さっき自治体からの御意見もありましたが、一般住民に何で出さないのかということと、前提としては壊滅的な機能が失われるということは前提とされていないということなので、それを良とする限りにおいては、住民に接種するのと、それをさらに超えて先行接種する、臨時接種するということを正当化するのは非常に限られた場合になるのではないかと思います。

具体的に言うと、例えば資料2の4ページの「視点」に【1】、【2】、【3】とありまして、重要な視点は【2】とか【3】ですね。少しずつ予測可能性が立つところで政策を打っていかざるを得ないと思いますので、【2】と【3】が組み合わせとしては必要ではないかと思います。

それから、資料3の3ページにあります考え方のいろいろな視点ということで、改めて御提示をいただいているのですが、組み合わせは組み合わせなのでしょうけれども、1が

一番客観的なエビデンスを持って基準設定ができる視点ではないかと思います。2とか3というのは、これはあらかじめ備えるということも可能ですし、変な話、自然災害とも似ているようなところがあるのでしょうかないというか、仮に機能が本当に停止するようなことがあるとしても、それはある程度やむを得ないことだという割り切りといいたししょうすか、そういう前提でないと話が進まないと思うので、2とか3とか4というのは、そういう意味では重要性としては一段劣るのではないかという気がしております。

以上です。

○大西分科会長 ありがとうございます。

今までの議論はいろいろな意見がありましたけれども、ここの特定接種の対象者はかなり限定して考えていくべきではないかという意見が強かったのではないかと。その中で医療の提供の業務という、これは入る。ただ、その場合も医療もたくさんあるので、この流行、パンデミックの治療等に直接かかわる人と限定することが必要ではないかという御議論があったと思います。

それ以外の方々について相当限定していくという御議論が強かったと思うのですが、その限定の仕方が問われるということでもあります。それ以外に必要な重要な社会的機能はあるけれども、住民の特に弱者と比較して、そちらが優先なのかということ、なかなかそうは言い切れないのではないかと。ある意味で住民と同列で接種していくことになっているのだらうと思います。意見の大勢はそういう感じではありますが、今のまとめをもとに御議論をいただきたいと思います。

私は気になる点が幾つかあって、その一つは法律で医療の提供の業務、または国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者で、その中で登録を受ける者が登録事業者で、さらにそこで働いている人が限定的に選別させるということになっているので、法律でこう書いてある以上、この人はいませんということでは済まないのではないかという気がするんです。医療提供の業務だけに絞りましたという結論では法律違反になるのではないかというのが一つです。

もう一つは、仮にゼロではないということで絞っていく場合、だれがこの国でその人が欠けると、社会が大変なことになる重要な人かというのがわかってしまうわけです。そうやって絞り込むのが物すごく限定して、例えば100人とか1,000人とかいうことになると、ターゲットが決まってしまうとも言えるので、これは逆に危険な情報を提供することになるとも言えるんです。その辺はこの特定される者の情報公開がされるのかどうか。それも気になるところです。絡めてその辺も整理をしながら進めたいと思いますが、どうでしょうか。

○杉本参事官 大変おもしろい論点でございまして、1つ目につきましては、私どもは「国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務」に空振りがあると思ってつくってはございません。現行の行動計画において、こういった範囲が社会機能維持者ということで書いておりますが、そういったものを実効化するために、接種費用の負担の問題や接種の実施責任

者といったことを明らかにするというところで、28条をつくってございます。もちろん、ここで御議論をされた結果、国民の理解を得られるべき上がりが、結局この部分は空振りでしたということはないではないと。別に法律違反ではございませんが、ただ、行動計画を法律化しましたので、これはあるだろうとは思っておるところではございます。

もう一つ、登録された方の情報公開の関係でございます。登録事業者については事業を継続していただくという理念的な努力義務を特措法の中で課してございますが、その実効性を上げるために、登録した方については公表することもあり得るのではないかという御議論をこれまでいただいたこともございます。ただ、大西会長のおっしゃいましたとおり、それが身の危険といえますか、そういう国家的な問題、あるいは生命に直接危険が及びますといったときには、情報公開上そういったたぐいのものについては非開示とするという規定も運用できるかと思っておりますし、その辺のことはこの場でも御議論をいただければと思っております。

○大西分科会長 もう一個だけ質問をしたいのですが、先ほどからの議論で流行の状況とか、あるいはワクチンができる時期によって、医療関係者あるいは登録事業者について、現場で適宜判断するというのも重要ではないかという御指摘があるんです。これは法律でいくと登録事業者は一まとまりになっているので、その一まとまり及び関連する国家公務員に対して臨時に予防接種を行うということになっているので、やると決めたら今の3つ、医療と社会機能と国家公務員はワンセットで優先的にやらなければいけないのかなと。

○杉本参事官 この問題につきましては、まさにどういうふうな発生時にやっていくのかということでございますけれども、特段28条というものは登録された方の特別な権利といえますか、そういったものとしては構成をしておらないと考えております。仮にそのときの状況によって、庵原先生のおっしゃいましたような、その段階によってこれは変わってくると。どこまでやるか、登録したけれども、ここまでという考え方はあり得ると思っております。特段法律違反になるとは考えてございません。ただ、やはり登録は必要だから登録するものかと思っております。

○大西分科会長 そのあたりは私からの質問に対する事務局の回答も踏まえつつ、議論を進めたいと思います。

どうぞ。

○松井委員 御議論の推移はよく理解できるのですが、社会機能維持者が特定しにくいので特定しないほうが良いという御意見に対して、本当にそれでよろしいのでしょうかというのが私の意見です。例えば病院を稼働させる、車が走る、電車が動く、あるいは水が出てくるということは、社会機能維持者が日々の業務を行うことで初めて安定供給が可能になるものです。会社の経営者は、社員に対して、「ワクチンはないけれども、頑張ってきてくれ」ということは恐らく言えません。社会機能を最低限維持するために、ワクチンなしのBCPプランができていればよいというスタンスでは、恐らくBCPプランを策定で

きない会社もたくさんあると思います。

ですから、ここはもう少し精査をしていただく必要がございます。8週間・2か月間も社会機能を維持していくわけですから、本当に特定せずについていいのか非常に疑問を感じています。確かに絞り込みが難しいことは理解しておりますが、もう少し精査をして、最低限どの程度のワクチンの量ならどこまでの業種・職種まで回るのかといったような、ある程度的前提条件の中で議論をすれば、できない議論ではありません。BCP プランは事業が存続する前提でつくっているプランであり、この議論を深めてBCPに反映させておかないと、ライフラインの維持は難しいのではないかと危惧しております。ワクチンなしのプランをつくっておけば大丈夫ではないかという議論は、幾ら何でも荒過ぎますということは申し上げたいと思います。

○大西分科会長 今までの議論は絞り込めないから特定しませんということよりも、全員が出勤できないという状況にはならないという過程を置けば、社会機能が維持できるのではないかという判断ですね。

○松井委員 私もそのように理解しています。ただ、どれくらいの従業員が出勤できなくなったら、社会機能をどこまで維持できるかというのは、私も一石油業界しか知りませんので、ほかの業界を確認する必要がございます。電力業界がどうなのかといった疑問も感じておりますので、時間があるならば、もう一回きちんと調査をさせていただければありがたいと思います。

○大西分科会長 今まで出てきたのでは、その銀行の決済システムに直接従事する人。例えばそういう人は必要だろうというのが御意見としては出てきています。そういう格好で少し絞っていかないといけないということではないかと思います。

○柳澤委員 再三出ている社会機能という言葉ですけれども、とりようによっては、立場によっては幅広くとれる意味も出てくると思うので、ある意味で最低限の社会機能は一体何なのかということはある程度詰めて、我々も頭の中で整理しておかないと、誰に打つか、どの業種にどれだけ打つかという議論をしても、先が見えてこないように気がするんです。ミニマムの社会機能は一体何なのかということは、絞り込みは厳しいとは思いますが、ある程度の考え方のガイドラインみたいなものをあらかじめ議論しておく必要があるような気がいたします。

○大西分科会長 なかなかそこが職業に貴賤をつけるような議論だとよくないですね。緊急時に動いていないと国民の生命が守れない、あるいは経済的に物すごく大変なことが起こるとか、そういう特別な不利益を回避するとか、そういう限定が要るのかもしれないですね。通常の家社会機能とは少し違うように思います。

○柳澤委員 今おっしゃったように、緊急時とか特別なという冠言葉がつかないと、なかなか絞り込めないのかなという気がいたします。

○大西分科会長 議論としては、松井さんのほうから整理するのに少し時間が要するという御意見もあるわけですが、今、一つは出ていますが、それ以外にも出てくるのではないか

と思います。これは議論としては、どういうスケジュールを考えているんですか。

○平川参事官 本日の御意見を踏まえまして、事務局でもう少しどういう形でまとめればよいのか、どういう要件があるかという要件の整理を次回に御提示したいと思っておったのですが、若干、社会機能の維持とか社会状況について少し誤解があるようだったので訂正させていただくと、今、想定しているのはピークの期間が8週間ということで、ピークというのは山状になっていますので、その中で特に例えば最大40%は8週間全部というよりも一定の期間、例えば40%を想定してBCPをつくってくださいということでお願いしておりますので、8週間ずつと6割しかないという前提ではないということが1点。

もう一点は、ワクチン接種を前提としないでBCPを作成してくださいというのは、例えば資料2の3ページにお示ししている、例えばH5N1以外でワクチンがない場合を考えると、初期の5カ月くらいはワクチンがない状態で恐らく登録事業者の方にも業務継続を5カ月間は休んでいるというよりも、その間にももちろん会社を存続するために働いていらっしゃると思いますが、早急にワクチン製造にかかるのですが、その間も業務継続をしていたらかなければならないということを考えて、ない状態も想定してつくってくださいというようなことですので、それはワクチンがないと業務継続できませんとおっしゃるのは、この状況の想定のお考え方が少しずれていらっしゃるのではないかと思います、その点について、私どもの説明不足ということもありますので、各業界さんにも御説明に伺いたいと思います。

これから委員の皆さんや関連業界の方に私どももお話を伺いまして、それも踏まえて次回に具体的な業種等をお示しできるかはわからないのですが、もう少しどういうパターンがあるかということ整理して御議論をいただく基礎をお示ししたいと思っております。

○大西分科会長 それと登録事業者については、義務があるんですか。

○杉本参事官 法律で言いますと、4条で言うところに事業者、国民の責務というものがございまして、これまでの資料の中の第1回の親会議の参考資料1にございます。

4条第3項「第28条第1項第1号に規定する登録事業者は、新型インフルエンザ等が発生したときにおいても、医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を継続的に実施するよう努めなければならない」という責務がございまして。緩やかなといえますか、理念的な努力義務ではございますけれども、こういった義務を課してございます。

○大西分科会長 罰則はありますか。

○杉本参事官 罰則は特にございません。

○大西分科会長 ありがとうございます。

それでは、今の議論については少し具体的な絞り込むがいずれにしても必要だということとあります。それについては事務局からの企業さん等への情報の提供の仕方が少し誤解を生むような面もあったということですので、的確な情報を提供していただいて、御検討をいただくことが必要だと思います。それを受けて事務局でもう一度論点を整理して、もう一回議論をするという機会を設けたいと思います。

どうぞ。

○櫻井委員 今の点について申し上げたいのは、国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務は抽象的であるということは、だからと言ってやらなくていいという話ではなくて、みんなが入ってしまうということで、その境目の議論が非常に難しいので、そこはフェードアウトをしていくというものです。つまり、これは公共性とか公益性にかかわる議論なので、どこまでいったら公共性がないと言えるのかというのは限りなく難しい話で、ゼロでなければ公共性があるという言い方が可能なので、基本的にそういう概念操作が必要だと思います。

さつきの業務継続計画について私も事務局と同じ理解で、要するに事業計画自体はそういうワクチン接種を前提としないものをつくっておくけれども、そのことが登録事業者として登録されるかということとは、直接関連しないということだと思います。それが1点です。

登録事業者が登録されるとどういうメリットがあるのか。義務もあるというお話だったのですけれども、先ほどの説明で登録事業者になったからと言ってワクチン接種ができるわけではない、そういう権利があるわけではないということをお話されること自体に違和感を覚えますけれども、この登録される、登録されないというのは、あくまでもまさに国民生活とか国民経済の観点から、国民の視点でもって、その事業者が必要とされているかどうかという1点において認められるべきものなので、そういう前提で登録要件は検討をされるべきだろうと思います。

これは学問の怠慢みたいなところもあって、公共性とか公益性とか国益もそうですが、余り議論をされてこなかったということで、そこを積極的にどういう要素があるとそういうものが認定されるのかというのは、まさに戦後の怠慢のつけが回ってきているようなところがあります。しかし、先行して災対法とか国民保護法があるので、そういうところの議論を前提に公益性と公共性はどういうものかを少しでも積極的な要素を抽出していただくという作業が必要ではないかと思います。

是非1点お願したいのは、指定公共機関がありますね。指定機関と登録事業の考え方について相違があるという前提で制度ができていると思いますので、そこをもう少し詳細に分析をして御提示いただけるとありがたいと思います。

以上です。

○大西分科会長 ありがとうございました。

今の最後の点についてはどうですか。

○杉本参事官 櫻井先生には大変痛いところばかりを突かれまして恐縮でございますけれども、最後の点は指定公共機関について、政令で指定をする、都道府県の知事が指定をするという枠組みがございますので、別の機会にまた御議論をいただこうと思っておるわけでございます。指定公共機関は櫻井先生の御案内のとおり、公共性、公益性が非常に高い業務をやっておられる法人であると。インフルエンザ対策で申し上げますと、そのインフ

ルエンザ対策をやる上で極めて欠かすことのできない、かと言って、行政が全部を提供できるわけではない。そういった観点から選ぶ。もう少し具多的に申し上げ得ますと、法令によって業務の全体構造が行政による関与を受ける。それは公益性、公共性があるから、そういう関与を受けるんだという整理をさせていただきます。そういったものについて、かつ、それが国民の対策において国民全体にわたって深い密接な関係がある。こういったものを想定して、指定公共機関をつくってさせていただきます。

ですから、おっしゃいますとおり、特定接種よりもかなりコアな部分。それだからこそ、もっと強い個別的な義務が課されてございます。そういった側面から言いますと、今、櫻井先生がおっしゃいました、公共性、公益性の観点から絞っていくというアプローチは指定公共機関の考え方もかなりの程度かかわってくるのかと思ってございます。その辺は整理をしまして、資料でこの場にまた御提示をしたいと思っております。

○大西分科会長 ありがとうございます。

それでは、この議論については考え方として、国民の生命を守るということを非常に重視して整理をしていくということで、特に治療にかかわる医療関係者、これは医師だけではなくて、関係者ですから、それを支える全ての機能が含まれると思います。その方々が登録事業者に当たるということですね。これは登録事業者は医療提供も含むということになる。

それ以外の国民生活及び国民経済の安定については、具体的な機能を絞り込んで議論をする必要があるということで、きょうの段階ではかなりそこは限定して考えないと、例えば国民の中で重篤に至るおそれのある人よりも優先されるのかどうかという議論が起きたときに、きちんと答えられないおそれがあるということではなかったかと思えます。そういう視点で少し具体的な機能を特定しながら、議論を次のステップで詰めていきたいと思えます。

どうぞ。

○翁委員 前回の親委員会のほうで柳澤委員からも御指摘があったのですが、この間の交通をどういうふうにも運用していくかは非常に重要かと思っています。人が集まってくるようになって動いているということになると、さらに感染リスクは広がっていく可能性はあるわけですが、一方でライフラインのために非常に重要な交通は維持しなければいけない。その見極めをどうしていくかによって、どのくらいの人が必要になってくるか。交通に対してどういうスタンスで臨むかということも少し考えておく必要があります。そうだと思います。

○大西分科会長 交通についてもライフラインの維持には含まれているわけですね。これがさっきの想定で6割程度の人員で、間引きがあるとしてもある程度運行できているということになれば、全く交通が途絶するわけではないということだろうと思えます。その辺もどういう交通については6割では足りないというような議論が必要だと思います。

放送局などはどのくらいいけばよろしいでしょうか。

○柳澤委員 非常に難しいです。特に最近の放送ですと弱者対策、社会的な立場の弱い方へのサービスもしているということで考えますと、緊急という限定したような状況の場合、そういう方を対象にした放送をどう維持するかということで、どんどん広がっていく部分が出てきますので、絞り込みたいのですけれども、なかなか絞り込みにくい。むしろ広がっていく可能性のほうが強いというのが放送の現場だと思います。

○大西分科会長 その辺も含めて、次回少し絞り込んだ議論をしていくということにします。

それでは、特に今の点はよければ、「(4) 社会機能維持に必要な方策（事業者ガイドライン）」についてお願いします。

○平川参事官 資料4に基づいて御説明させていただきます。資料4は事業者の方にワクチンのみでなく、さまざまな対策を講じて事業継続計画を策定いただきたいというために、既に策定しております事業者ガイドラインの御説明になっております。このガイドライン自体は2008年度に作成しているものですので、そのほかに盛り込むべき視点などはないかということをお指摘いただいて、次回の法律に基づいた行動計画ガイドラインの策定のときに参考にさせていただきたいと思っております。

最初のスライドでは、全体像をお示ししております。現在の事業者ガイドラインは新型インフルエンザ対策に関して、感染防止策と事業継続計画の策定の2本柱で書いております。

1点目としては、事業継続の前提として各事業者さんで感染防止策をとっていただきたいということですが、これはごく初歩的な原始的なこともございますが、ちゃんと企業の中で対人距離を確保していただくとか、手洗い、咳エチケットなどをしていただく。あとは接触感染を防ぐために清掃等をして消毒などもやっていただく。そうしたことを取り組んでいただくということと、あとは右の四角に書いております事業継続計画の策定ですが、ここではまず業務の絞り込みをやっていただくということで、ここが最大40%の欠勤を想定すると、どの程度まで絞り込めるかという視点で重要業務に絞り込んでいただきたいということをお示ししております。

そのための方策として、例えば在宅勤務や出張や会議の中止など、そういうようなことも取り入れられるのではないかとということと、職場に不特定多数の方が入らないように立ち入り制限といったものができるのではないかとということ、お示ししております。さらにそういったことを教育訓練するとともに、継続的に点検、是正していただきたいという記載をしております。

具体的には最初の親会議のときに、前回までの資料ということでお配りしたガイドラインに書いているのですが、ポイントを御説明させていただきますと2ページに書いてありますように、従業員の感染リスクの制限と職場での感染拡大を防ぐ2点をできるだけ厳密にやっていただくと、職場で感染拡大することがないのではないかとということ、そのことによると職場で40%人間が欠勤するということも間接的には防げるのではないかと考

えております。

また、次のスライドでは、最初の資料のときに御説明をしたものですが、3ページ目のスライドでは業務レベルと発症者数と書いてありますが、皆さんは発症しますと発症した後も二度と出てこないのではないかと、ばたばたと倒れて出てこないという印象を持たれている事業者さんもまだいるとお聞きしております

今、私どもで想定をしているのは、例えば致死率2%というスペインインフルエンザのものを想定しますと、第1波で発症者が出てきますと、そのうちり患した方の98%は10日間のお休みをした後に免疫をつけた上で職場に戻られるというイメージを持っていただいて、そうしますと第2波のときには既に免疫を持っていらっしゃるということです、そういったイメージを持っていただいて、業務継続計画をつくっていただきたいという趣旨で、これも既にガイドラインに書いているものですが、そういうことを御提示させていただきたいと思っております。

4ページ目のスライドでは、社会機能の維持にかかわる方と一般事業者の事業継続の観念の違いという概念的なことを書いているのですが、基本的に一般の事業者も8週間休むことは恐らくあり得ないと思っておりますので、そういう方々は自社の経営維持や企業存続のために、そういう方々も重要業務に絞り込んで業務継続をしていただくのではないかと考えております。ただし、感染拡大をしないために、できる限り重要業務以外も縮小していただく。

これは社会機能維持にかかわる方も一般の事業者も基本的な考え方は同じだと考えておまして、先ほどどなたかがおっしゃっていたように、区別がつきにくいというのはまさにそのとおりでして、一般の事業者の方も社会的要請のために働くというような視点もございますし、社会機能維持の事業者もそういう視点もございますので、こちらは社会機能維持者でこちらは違うときっぱり分けられるものではないということで、若干あいまいな面もありますけれども、このような視点で一般の事業者と社会機能の維持の事業者は考え方が違いますという御説明を、この事業者職場ガイドラインに書いております。この点についてもそごなどがございましたら、御意見をいただけたらと思っております。

その次のページ以降は、行動計画等の抜粋ですので飛ばさせていただきます。

最後に参考資料として、例えば在宅勤務などを入れる場合ということで参考資料を添付させていただいております。現在、テレワークというか在宅勤務を取り入れている企業は約1割程度ですので、もしかしたらこういったところでも感染拡大防止とかパンデミック時には対策勤務を取り入れる計画を取り入れるような余地があるのではないかとということで、参考までに添付させていただきました。

以上です。

○大西分科会長 ありがとうございます。

それでは、今の資料4に関する説明について、御質問等がありましたらお願いします。

私もさっき発言したのですが、40%程度の欠勤は最大となっていますけれども、これの

想定外はあり得ないと考えていいんですか。そういう場合には別の次元に入ってしまうんですか。

○平川参事官 あり得ないというのは若干言い過ぎだと思いますけれども、40%の方がいっしょらなくなるというのはかなり大きめの想定だと考えておまして、今、想定しているのは全体で罹患者が25%と考えておりますので、それを考えると一時期でも40%の従業員がいなくなるというのは、相当大きな想定であるとは考えております。

○大西分科会長 ですから、例えば最近の議論で行くと、津波だとレベル1は100年のうちに1回くらい起こるような津波で、レベル2は1,000年に1回。そうすると40%は例えば100年に1回だとすれば、1,000年に1回というのはあるのかどうか。1,000年に1回になると100年に1回とは対策が変わってくるので、この対策は100年に1回用だと。40%を最大と見積もった対策ですと。それ以外の事態に入っていくことがわかったら、その時点で対策を切り替えないといけないことになります。そういうことを考える必要はないのかということになるのでしょうか。

○庵原分科会長代理 先ほどの話ですけれども、現在インフルエンザの概念が歴史上に表れてから、新型が出たというときの最大規模がスペイン風邪であって、それよりも大きいものは歴史上はないという前提です。そうするとスペイン風邪を含めて、歴史上新型が出ていると思われているのが大体16世紀くらいからですから、そうすると500年に1回のレベルの規模のインフルエンザで今は話をしているという解釈だと思います。

○大西分科会長 資料4について、ほかに疑問等がありましたら。

松井さん、企業では事業者ガイドラインは、既にこんな感じでやられているのですね。

○松井委員 やっています。経団連もほかの業界もそうですが、ガイドラインを参考に今のインフルエンザの認識はできています。ただ、最大40%という前提で本当に組んでいる会社がどこまであるかということについては、明確な確認がまだできていません。業種、業者によって違います。例えば4カ所ある工場を3つ止めることは可能ではございますが、それをBCPプランと言えるのかどうかという問題がございます。どういう状態が業務継続と言えるのかといった問題で、会社ごとに考え方が違うと思います。また、今、御説明のあったインフルエンザの前提のピーク時がどうなるこうなるということを含め、そこまで余り細かく理解されていない企業もあるかと思えます。

ここに書いてある具体的な衛生上の対策は、ほとんど前回のインフルエンザのときに、各企業がマスクを購入するなどの対策を徹底しましたので、恐らく手洗いも含めて今後もできると思います。ただ、もう一度いろいろな企業に意見を聞いて、どこまで詰めてあるのか。あるいは最低限はこの前提で何ができるのかといった議論を少しさせていただければと思います。

○大西分科会長 資料4についてはよろしいでしょうか。

それでは、きょう予定していたのは以上であります。多少まだ時間があるとも言えますが、全体の議論について何か残しておきたいコメント等があれば、御発言をいただきました

いと思います。特にございませんか。

それでは、きょうの議事の一番大きいところは、特定接種にかかわるところですが、それについては次回、事務局のほうできょうの議論を踏まえた案を、事業者の関係の委員の方とも少し意見交換をしていただいで、つくっていただくということで、きょうの流れを踏まえて少し進化した資料を出して、議論をしたいと思います。

では、きょう予定した議事は以上ですべてであります。事務局から次回の日程等について説明してください。

○諸岡参事官 次回につきましては、10月17日水曜日15時～17時までを予定しております。

次回の分科会におきましては、関係者からのヒアリングを行いたいと考えておまして、医療倫理面からの専門家、災害心理学の専門家からの御意見をいただきたいと思います。あわせまして、指定公共機関の役割について、本日の御議論等をもとに特定接種対象者の要件について等を中心に御議論を賜りたいと考えてございます。

事務局からは以上でございます。

○大西分科会長 ありがとうございました。

それでは、本日の会議はこれで終了いたします。お忙しい中、まことにありがとうございました。