

新型インフルエンザ等対策有識者会議

第6回議事録

内閣官房新型インフルエンザ等対策室

第6回新型インフルエンザ等対策有識者会議

議事次第

日時：平成25年1月15日(火) 15:00
～17:00

場所：官邸2階 小ホール

1. 開会

2. 挨拶 菅 義偉 内閣官房長官

3. 議事

(1) 感染を防止するための協力要請等について

(2) 中間とりまとめについて

4. 閉会

(第6回会議 配布資料)

資料1 感染を防止するための施設使用制限等について

資料2 新型インフルエンザ等対策有識者会議 中間とりまとめ(案)

参考資料 特定接種の対象業種等

○尾身会長 定刻になりましたので、ただいまから「新型インフルエンザ等対策有識者会議」を開催いたします。

まず、本日の委員の出席状況の報告及び資料の確認を事務局からお願いいたします。

○諸岡参事官 事務局でございます。本日の出席状況について、まず、御報告をいたします。

委員27名中、本日、21名の方に出席をいただく予定でございます。また、井戸委員の代理といたしまして、太田様に御出席いただきます。

本日の資料でございます。

資料1「感染を防止するための施設使用制限等について」。

資料2「新型インフルエンザ等対策有識者会議 中間とりまとめ（案）」。

参考資料といたしまして、「特定接種の対象業種等」でございます。

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。

○尾身会長 ありがとうございます。

本日、内閣官房長官から挨拶をいただく予定であります。御都合から会議の途中に入られます。その際は、審議検討途中でありましても、一旦、中断をいたします。また、官房長官御挨拶にはカメラ撮りがございます。この点、御了承ください。

それでは、議事の1つ目「感染を防止するための協力要請等について」を事務局から説明をお願いいたします。

○一瀬参事官 一瀬と申します。資料1について御説明いたします。

横紙の1ページをごらんください。使用制限等の対象となる施設をこれまで4回、本日で5回目になりますが、御議論いただきました。特措法に基づく要請には二通りあります。特措法第45条による要請は個別に行い、施設名を公表し、従っていただけない場合は指示にも至ります。特措法第24条第9項の協力要請は、個別の施設名を特定しませんし公表もしません。指示にも至りません。この違いがあります。

施設の感染リスクや社会生活の維持の観点を踏まえまして、施設を3種類に分類いたしました。分類されている施設種別はこれまでと同じなのですが、これまでの資料では、「視点」と表現していたものを、今回は「区分」と表現しております。前回までに、区分1として感染リスクが高い施設などについては特措法第45条に基づき、施設の使用制限を含め、最優先で対応することが適当であること、及び区分2として日常生活を維持する上で必要な食料品店などの施設については特措法第45条ではなく、特措法第24条第9項に基づき要請を行うことについては合意いただけました。

一方、区分3の施設については、多数者が集まることを防止するという目的をわかりやすく国民に伝えるという観点、及び中小施設への配慮の観点、また、行政の実行可能性の観点から、床面積が1,000平米を超える施設のみを対象とすべきとの意見と、現段階では予想できない状況もあり得ることを踏まえ、柔軟に現実の状況に対応できるよう、面積基準

を設けることなく対象とすべきとの意見がありました。

さらに、これら2つの意見を調和させる考え方としまして、原則として1,000平米を超えた面積基準を設定するが、発生した際の状況により特に必要が認められるような場合には、1,000平米以下の施設であっても特措法の対象とするような政令上の仕組みとしてはどうかとの御提案がありました。そこで、その御提案を踏まえまして、委員の皆様事前に御集まりいただいて検討することはできませんでしたが、個別に委員に御相談させていただき作成しましたものが、今回、提示した案になります。

区分3の施設に対する要請・指示・公表の流れについて、順を追って説明いたします。

1 ページの下の①の部分をごらんください。区分3の施設に対しましては、まずは、特措法第24条第9項による協力の要請を全ての規模の施設に対して行います。要請の内容は、入場制限や消毒薬の設置、咳エチケットの徹底、場合によっては施設の一時的休業などです。

続いて、2 ページ②の部分をごらんください。特措法第24条第9項の協力要請に応じていただかず、区分3の施設のうち、公衆衛生上の問題が生じている床面積1,000平米を超える施設に対してのみ特措法第45条による要請を個別に行い施設名も公表します。百貨店などの複合施設については、食料品売り場等を除いた部分が対象になります。この要請にも従っていただけない場合は、指示・公表という流れになります。これが原則になります。

次に③の部分をごらんください。新型インフルエンザ等の状況に合わせて例外的に区分3の1,000平米以下の施設についても、特措法第45条の対象とできる道を残しておくというものです。例えば、区分3の1,000平米以下の施設においても、特措法第24条第9項による要請のみでは、感染拡大防止の目的が達成できないような差し迫った状況が認められる場合などには、厚生労働大臣が対象施設を定めることによって、興行場などの区分3の施設についても、例外的に学校などの区分1の施設と同様に、規模に関係なく特措法第45条の対象とすることができる規定を政令に置くとするものです。

なお、厚生労働大臣が対象施設を定める際には、基本的対処方針等諮問委員会の意見を聞くこととしています。この規定を設けることにより、特段の危険性があるような場合には、区分3の1,000平米以下の施設であっても、特措法の対象とすることができるようになりますので、1,000平米以下の施設が網の目をくぐるということも、こういう御懸念も払拭されるかと思われまます。

説明は以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

この検討項目につきましては、第2回会議から前回の第5回会議までの間4回にわたり議論を重ねてまいりました。特にこの面積基準を設けるかあるいはべきでないかとの意見も一部の委員から出されましたが、事前に事務局がその委員とも調整したと聞いております。

この案につきまして、御意見がございましたら。

○田代会長代理 前回欠席したので、前回の議論はよくわかりませんが、私の理解している限りでは、1,000平米というのは飛沫感染を起こすとかこういう病原体による感染症については、科学的な根拠、具体的な根拠はないというふうに理解しておいてよろしいですか。

○一瀬参事官 1,000平米の根拠として、科学的根拠に基づいて1,000平米としたものではございません。それは前回も御説明申し上げました案、先生は御出席でありませんでしたけれども、こちらはそれ以外の理由によるものであります。そちらのほうは2ページのほうに記しております。

○尾身会長 どうぞ。

○永井委員 全日病の永井です。もう一つの参考資料の1なのですが、日本医師会の小森委員は本日欠席ですので、意見として出していらっしゃる資料があります。その資料1についてのところで1,000平米云々と本議題の話が出ています。私も全日本病院協会からの代表として出ておりますけれども、基本的には1,000平米云々という話が感染リスクに関する科学的根拠がないということは確かだと思っております。ただ、そうは言っても、感染リスク云々の話と、やはり社会的な運用面での話となると少し別だろうと考えております。そういう意味で、社会的な運用面から判断すると、科学的根拠の有無に関する1,000平米云々は別として、この1,000平米のところをまず一つキャッチしようという結論が良いと思います。なおかつ、この前の委員会的时候には、1,000平米で漏れた施設をどうするかという話があったわけです。そのあたりのところは、今回の資料の中では、③の特に必要があるという場合においては定める施設と入っておりますので、一応、整合性はとれているのではないかと考えています。日医の小森委員もそうですけれども、私も全日病からの委員として、このあたりのところが妥当なのではないかと考えております。

以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

その他、何度も議論してきた問題ですので、そろそろコンセンサスが得られるかと思いますが、その他の方はいかがですか。

では、櫻井委員。

○櫻井委員 事務局の御説明なのですが、今の1,000平米について科学的な根拠はあるのかないのかというふうに問われて、ないというふうに答えられたと思うのですが、それは説明として不正確ではないかと思うのです。つまり、科学的という場合の科学というのも、特定分野の科学ということでありますので、純粋に医学的な観点からすると、面積基準ではなくて濃厚な接触がある、ないという、そういう人間の密な関係というところを念頭に置かなければいけないということだと思っておりますけれども、ただ、一方で社会科学というのもございまして、しかしながら、一方で、法律自体には、その他政令で定める多数の者が利用する施設というふうに書いてあって、立法のとおりの問題になるという意味では、さらなる法律論をしなくては本当はいけないのかもしれませんが、差し当たって、

それにフィックスされている中で、この多数という概念を放てきするわけにはいかないの
で、それを前提としてどういうふうに考えるか。

そうすると、不要不急の外出をなるべく、それを促すような要因、そういうものも排除
するというのも当然入ってくるので、そういうことを踏まえながら、それから、蓋然性
の問題として、人間同士が密接な関係を持ち得るような機会を可及的に減らすという観点
からは、それはそれで1つの立場で科学的な説明であると思いますので、そうやって留保
をつけないと、非科学的なことをされては困るので、それはそういう一定の立場からの合
理性がある、ないというお話であろうというふうに理解するので、説明されるときはもう
少し気を付けてお願いしたいと思います。

○尾身会長 事務局、それはよろしいですか。

○一瀬参事官 大変失礼いたしました。あくまでも感染が起こるか起こらないかというの
が、1,000平米というところで区切れるものではないという意味で話をするつもりでしたが、
言葉が足りず失礼いたしました。

○尾身会長 どうぞ。

○伊東委員 前回も1,000平方メートルの要件はなくてもいいのではないかという案を述
べたのですけれども、現時点でも一応まだその考えは変わっていないのです。それで、こ
の区分3に入る施設については、まず①で24条の要請をする。その次に45条で、この図で
は4,000平方メートルを超えるものについてですけれども、要請なし公表するかどうかを
決めるときにも、その施設に全然何もせずいきなり公表しますよということはないので
はないかと思います。そうすると、1,000平方メートル以下の施設で、差し迫った状況があ
るかないかということの確認等、それから、1,000平方メートルを超える施設で公表する要
件があるかないか、これを決めるのは、やはり現場に一番近い県のレベルですね。つまり、
③の特に必要が出た場合において定める施設を決めるのは厚生労働大臣だということにな
っていて、国の一番上に行ってしまうわけなのですけれども、それは現場におろしたほう
がいいのではないかというのが1つの理由。

もう一つは、1,000平方メートルで区切っている理由の1つに、中小施設のこうむる経
済的影響を考慮するというのが挙げられているのですが、これの中身がもう一つ、何遍お
聞きしてもよく理解ができない。つまり、食料品店はあいている。それから、給油所、ガ
ソリンスタンド、そういうものもあいているとすれば、この1,000平方メートル以下で締め
ることによって、経済的影響をこうむる中小企業といったようなのは、一体どういうと
ころがあるのか。例えば、電気屋さんとか衣料品店とか町の小さな店舗、これはそれに該当
するかと思うのですけれども、そういうところに行くお客さんというのは、その地域の住
人で、慣れ親しんだ店に買いに行くわけだから、仮に万一、2週間とめられても買いに行
くことはできる。

もう一つ、そこに大きな理由があるのですけれども、そんな小さな店に何人もの人がい
ったときにぎゅっと押しかけてきて、1メートル以上の間隔をあけられなくなるような心配

はないのではないか。つまり、町の小さなお店であれば、せいぜいいつも二、三人しかお客さんはいないのではないか。そういうところですので、網を全部にかけておいて県知事レベルで特定、公表するか否かを決めるということにしたほうが、運用がやりやすいのではないかというのが私の意見です。

○尾身会長 どうぞ。

○田畑委員 今、中小企業の話が出てまいりましたので、私、商工会議所の田畑でございますが、中小企業者としましては、前にも申し上げましたように、自助努力で感染防止策に努めていくように考えております。しかしながら、中小規模の施設を含めて一律に使用制限がかかりますと、中小企業者側としては負担感が大きくなります。しかし、本当に困るような事態が生じれば、使用制限を行う必要も認識しておりますので、事務局からもそうした状況も踏まえたものに、これはなっているのではないかと考えております。いずれにしても、私どもにとってみれば、感染防止に向けて正しい情報を早急に提供していただくこともポイントかと思っております。

○尾身会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○井戸委員（代理）

全国知事会、井戸のかわりに参りました太田と申します。

この件については、全国知事会の御意見を申し述べます。知事会の社会保障常任委員会の都道府県、17都道府県でございますが、この報告案について紹介をいたします。

基本的には1,000平米の面積の確認をどうするかというテクニック論、または、収容人員についてを考慮すべきなどの意見がございましたが、知事会のこの委員会で、この面積要件が不要という意見はございませんでした。基本的には、国が一定の規定をしていただいで、事前に国民に理解を求めるといような努力をしていただいたほうが、発生時に都道府県は活用できるのではないかという意見だということを申し述べます。

あわせて、私どもの今の意見でございますが、例えば、少し飛びますけれども、第2区分の施設で、この45条の要請指示をしないということにつきましては、当面これをよしとしても、第2区分の業者に当たる施設におきましても、今までの話もありますけれども、完全な発生状況によりましては、感染拡大予防のために指示をすべき個別の施設、事業所が出てくるとも思われますので、今後、何かの検討を見直すということもまた御配慮いただきたいというのが私どもの知事の要望でございます。あわせて申し述べました。

以上でございます。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

その他、この件、もう少し意見を聞きたいと思いますが、どなたかございますか。

医療関係、それから、行政法の関係、それから、今、兵庫県、県のほうからの意見もいただきましたけれども、あと危機管理のほうから、田畑委員は中小企業からの御発言がありましたけれども、医療関係のほうで永井先生がされましたけれども、岡部委員あるいは

庵原先生から、まず医療のほうからこの点についてございますか。

○岡部会長代理 私は前回の議論に出ていないのでちょっと話が重なる可能性はあると思うのですが、やはりこの1,000平米というのは1つの基準であって、先ほど科学的でないかという議論があったようですけれども、医学的には確かに1,000平米でも500平米でも、インパクトとしてそういう大きい変化はないだろうと思います。

それで、社会的なものを考えるのであれば、これは運用の仕方が一番やりやすい。当事者である商工会議所の方であるとか、あるいは実際に当たっての都道府県レベル、そういう方が一番やりやすいところが、受け入れやすいところがいいのではないかと思います。医学的に言えば、危機管理の面では、これは一つの数字を設けたということですから、私としては特に異論がありません。

○尾身会長 庵原先生、どうですか。

○庵原委員 庵原ですけれども、結局、感染症ですので人が密に集まるところが感染するところであって、そうするとやはり規模が大きいところは人が集まりやすいだろうという、仮定というか前提でこれは話が進んでいると思うのです。ですから、人が集まるところイコールちょっと大きな規模のところという話で進んでいますので、その前提を覆すその理由もまた逆にありませんから、これはこれで進めていってもらって私は異存はないです。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

それでは、櫻井委員は先ほどの科学的かどうかということ、しっかりもう少し丁寧に説明すれば、これでよろしいという感じですか。

○櫻井委員 結論としては、1つの合理的な水準を示しているというふうに理解しています。

○尾身会長 川本委員は行政法の立場から、どうですか。

○川本委員 前回、申し上げたとおりで、私は法律にそう書いてあるわけなので、一応、基準を設けるべきであると思います。確かに反対の方で一斉にやらないと意味がないという御意見もよくわかるのですが、ちょっとそれは実行するのはかなり難しいだろう。理想的には全員家を出ないというのが一番いいのだろうと思うのですが、やはり物には順番というものがあるわけで、大きいところからかけていって、最終的には本当に危機的になれば区分なしに行こうという案ですから、それは理解できるのではないかと。したがって、私は賛成の立場です。

○尾身会長 わかりました。どうもありがとうございます。

兵庫県のほうは先ほど、こういうことで、特に問題はないということで、もう一つの観点は、危機管理の立場から、折木委員がございますね。

○折木委員 私のほうも、今まで議論をされてきましたけれども、一つ事が起こったときに対応していくということ、それから、事前の準備をいろいろと対応していかなくてはならないという観点から考えれば、1つの基準があって、それをもって準備していくという

ことは非常に大事なことだと思いますので、そういう面では1,000平米というのは1つの基準として受け入れていいのではないかというふうに思っております。

○尾身会長 ありがとうございます。

それと一つ、先ほど伊東委員のほうから、資料1の2ページ目の下のボックスの一番下に、厚生労働大臣が基本的対処方針等諮問委員会の意見を聞いて定めるところについてコメントがありました。最終的に有識者会議、この対処方針委員会の意見を聞くあるいは厚生大臣が決めるときに、現場の意見交換をするなり現場の情報を十分聞くメカニズムがあるのか、あるいはそういうことをやるつもりはあるのかというのが、多分伊東委員の一つの御意見ではないかと思うのですが、そういうことではないのですか。

○伊東委員 そういうことではなくて、決定権を厚労大臣にするのか、県知事レベルまで落とすのかの問題です。もちろん情報交換は当然必要なことです。

○尾身会長 決定権のことですね。

○一瀬参事官 お答えいたします。まず、基本的には現場の情報というのは、本日は資料をつけておりませんが、現地対策本部を設置することになっておりますので、そういう中で現場の都道府県と国が連携しながらやっていくということで、情報は集約できるものと考えておりますし、また、こういう規制を設ける場合、全国一律の規制をすることを考えておりますので、国で厚生労働大臣が決定するのが適切かと考えております。

○押谷委員 今の件で確認なのですけれども、45条を読むと、全部主語は都道府県知事になっていますが、その45条を適用するに当たって厚生労働大臣ということで、私も法律のことはよくわからないのですが、ということが1点と、あとは、いろんな場合があると思うのですけれども、例えば、ある営業形態が危ないとか、カラオケボックスとかという話が具体的に出ていましたけれども、そういうことでそういうのを指定するのであれば、全国一律ということでもいいと思うのですけれども、ある特定の地域にある特定の施設で、感染者が多発しているというような場合もあり得るのではないかと思うのですけれども、そういうときにも厚生労働大臣が指定するというのでいいかどうかというあたり、いかがでしょうか。

○尾身会長 押谷委員の重要なコメントの最中ですが、申し訳ありませんが、まもなく菅官房長官がお見えになります。検討の途中でございますが、一旦、ここで打ち切って、その後また今の押谷委員のほうに戻らせていただきます。

(菅内閣官房長官、入室)

○尾身会長 ただいま菅義偉内閣官房長官が御到着されました。早速ではございますが、官房長官から御挨拶をいただきます。

○菅内閣官房長官 内閣官房長官の菅でございます。本日は、大変にお忙しい中を御参集いただきましたことに心より御礼を申し上げます。

危機に際しまして、国民の生命と生活を守っていくことは、国家の基本的な役割であります。安倍内閣においては危機管理を最重要課題の一つとして位置づけております。新型

インフルエンザや新感染症への対応はまさに国家の危機管理に当たります。

本日は、これまで本会議や社会機能に関する分科会、医療、さらには公衆衛生分科会において、皆様方に御議論いただいた内容を取りまとめた「中間とりまとめ（案）」が議題となっております。

政府といたしましては、新型インフルエンザ等対策特別措置法の施行に向けた政令等の制定や政府行動計画の策定など、スピード感を持って進めてまいりたいと思っております。皆様には積極的な御議論をどうぞよろしくお願い申し上げます。

どうぞ本日はよろしくお願い申し上げます。

○尾身会長 官房長官、どうもありがとうございました。

官房長官は次の御予定のため、御退席されます。

○管内閣官房長官 どうぞよろしくお願い申し上げます。

（菅内閣官房長官、退室）

○尾身会長 では、報道カメラの方、御退場をお願いいたします。

（報道関係者、退室）

○尾身会長 どうも御協力ありがとうございました。

今の押谷委員の御発言は、国全体が同じような傾向があれば厚労省で判断されるけれども、ある特殊な県だけに問題があったときはどうするかという、多分そういう趣旨の発言だったと思いますけれども、それについてどなたか、事務局あるいは委員の方、ございますか。

○一瀬参事官 まず、押谷委員の1点目としまして、厚生労働大臣が定めるかどうかという話では、基本的には世界中の情報でありますとか全国の情報を把握できる、やはり国が定めるとい形が基本となると思います。それを踏まえまして、政府対策本部の中で基本的対処方針というものを定めまして、それに基づいて実際の現場で運用なさるのが都道府県知事ということになると思います。

その次の特殊な状況、特殊な環境下における話ですけれども、それがまた再び普遍的に違う場所でも起こるようであれば、それは対象となるでしょうし、そうでないというふうに専門家の方々が判断されれば、それは対象にならないというふうに考えます。

○尾身会長 どうぞ。

○櫻井委員 危機管理の話なので、前にも似たようなところで同じような話題が出てきたような気がするのですが、国家的危機という言葉が、今、官房長官からございましたけれども、現場の意見はどういうふうに危機管理法制において取り入れるかというのはかなり難しい問題で、全国一律に、国家のほうにむしろ専門家というのは集中しているところもありまして、わからない難しい問題について、決め打ち的なこともありまして、政治的な判断とかというようなこともあって、とにかく仕組みを打っていないいけない、措置をとっていかなくてはいけないというときに、最終的な責任を負うのが、この法制の場合ですと内閣総理大臣ということになるのですけれども、厚生労働大臣と内閣

総理大臣が国レベルで判断して対応するという仕組みになっているわけですね。

それで、現場の状況を、随時なるべく吸い上げていくということは、当然、当たり前のこととしてする必要はあるのですが、では、現場の判断をどこまで自主的な判断を広げていいかという、それはやはり全く別の問題があって、自治事務と法定受託事務の話もありますように、法定受託事務であったら処理基準というのは国が定めることができるという、そういう整理の中でスキームを基本的につくっていますので、一定の枠の中で、あくまでも主役はどちらかという、司令塔という意味なのですけれども、司令塔はどこになるのかという、全国一律で人権侵害の危険性もあるような事柄について、国が責任を持ってやっていただくという制度設計としてできているということで、これはごくオーソドックスな発想なのだと思います。

ただ、前に私、どこかで申し上げた、多分、この45条の、その他政令で定める措置だったのではないかと思いますけれども、今回の件は、対象施設をどこにするのかというのを厚労大臣が定めるという、そういうところの広げ方で、これは余り問題がないと思うのですね。むしろ現場でどういうことができるかという、そういう創意工夫の余地というのは確かにあって、そういうものについては、この後ろの政令で定めるというほうなのですけれども、これについては、仮にそういう法定受託事務であっても、少し広げるようにしてはどうかという意見を言ったような気がして、その関係資料もあったような気がするのですが、発見できなかったのですけれども、そういうふうに落としているので、よろしいのではないかというふうに思っています。

それで、現場の判断というのですけれども、都道府県知事に仮に委ねたときに、都道府県知事がこの45条の議論というのは、人権侵害と直結する条文で、さらにこれは法改正されていくともう少しきつめの規制になる可能性もはらんでいるわけですね。ですから、そういうことに対して警戒する意見というのもあって、そういうものに対して、決して過剰な規制にならないようにするという、そういう意味でも、現場に下げると今度は自治体による人権侵害という問題も当然出てきて、そこは両面あるので、どのあたりで落とすのかというのは、必ずしも現場に落とせばいいというものでも全くないのではないかというふうに考えます。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

伊東委員、大体よろしいですか。

○伊東委員 最後に1点ですけれども、区分3の②の段階で、特定の施設を公表するのは県レベルですね。国へ持っていく必要はないわけでしょうと私は理解しているのですが、違いますか。

そうすると、②の上のほうは県がするのに、③は、また大臣まで持っていくというふうにしたほうが、人権尊重になるという考え方もあるとは思いますが、私はそれはやはり今すぐここでこの施設を停止したい、操業自粛ではなくて、とめさせたいと思うときには、その場所に近い人のほうが、よっぽど早くできるのではないかなと思うので

すが、議論としてはそこまでにしておきます。

○尾身会長 どうぞ。

○岡部会長代理 ちょっと質問なのですけれども、もしこの場合に、国のほうの責任者が決めるとなった場合、その場合は当然ながら、自治体の様子は聞くわけですから、この場合も専門家の意見というのが尊重されることになるのですか。私はそうあるべきではないかと思っただけの質問なのですが。

○尾身会長 専門家というのは、国のですか。

○岡部会長代理 国の専門家会議ですね、緊急の場合の。

○杉本参事官 いろいろと御質問、御意見がございまして、まとめて申し上げますと、先ほど櫻井先生、私どもが言うべきところを全部まとめて言っていましたとおりでありまして、まず、危機管理法制として、櫻井先生もおっしゃったとおり、全世界の情報、それから、都道府県内の情報、09年のときに都道府県と国のコミュニケーションがうまくいっていなかったのではないかという教訓もあったと思っております。その辺を改善しつつ、国のほうで全国、全世界の情報を集めつつ、また、先ほど岡部先生の御質問にありますところと言えば、資料1の2ページの箱の中の一番下でありますけれども、基本的対処方針等諮問委員会の意見を聞くものとするということで考えてございまして、この辺も政令に書き込むのかなというふうに思っておりますが、そういった、専門的な知見をいただきながら、非常に高度な、専門的な知見でございまして、そういったものを国の対策本部で集約をいたしまして、それで、厚生労働大臣がカテゴリー的に1,000平米というものはなくしていくという、そういう構造を考えてございます。

実際の運用といたしましては、伊東先生、御心配になっておられますとおり、まさに現場的なことというのも一方でございます。それに関しては、法律のほうでは、18条に基本的対処方針を国が定めるということにしてございまして、法定受託事務という性質もございまして、基本的対処方針で具体的な高度な知見を背景にして、こういうふうに運用をすべきであるということ、全国都道府県にお示しをいたすということを考えてございます。その方針に従って、都道府県がそれぞれ地域地域の特殊な事情もございまして、そういった状況を細かくつぶさに見ていただきながら、実際の運用をやっていく。これがこの特措法の国と地方公共団体、特に都道府県知事との関係の整理でございます。こういうふうに運用してまいりたいと思っております。

○尾身会長 大体これでクリアになりましたでしょうか。

○田代会長代理 確認しておきたいのですけれども、今の③の事態になった場合には、これは実際にこういうことは、個々の都道府県で起こるわけですから、どこかで1カ所起こった場合に、これが全部政府が全国一律にオール・オア・ナッシングで判断をするわけですか、実施する。

○杉本参事官 まず、構造としましては、どこかの、これは押谷委員の御質問にもあったと思っておりますけれども、どこかの特定の県であるいは地域で、特定の施設がというところを

どう判断するかというところでございますけれども、その施設あるいはその地域に極めて特異な事情があれば別でしょうけれども、普通には、それはこの特措法が想定しております疾病というものが、「全国的かつ急速に蔓延をするおそれのあるもの」というふうにしてございますので、通常、ある地域で初発的に起こったものというのは、おおむね、それは大体どこにでも広がっていくのだらうと、そういうふうに見るのが普通かなというふうに思っております。それはその発生時の状況を見て、専門家の皆様に御助言をいただくことではありますけれども、通常はそうなるのだらう。

そうしますと、そういった状況を背景にして、厚生労働大臣が1,000平米という面積基準を落とすかどうかというところを判断をするということでございます。ただ、実際の運用につきましては、45条の運用につきましては、基本的対処方針というものによって、具体化をし、それを各都道府県知事が、それぞれの地域の状況を見ながら、運用をしていく、こういう構造になってございますので、全国一律に厚生労働大臣が面積基準を外した途端に、全国一律に必要なのに運用が行われていくという御心配はないものと思っております。

○尾身会長 この話は、大きな議論は、今、数回言ってきた、この区分1、区分2、区分3、特に区分3をどうするかという議論で、多くの委員がこの1,000平方メートルの件については、いいのではないかと御意見が今、出されて、その中で、伊東委員のほうから、ここの中の個別の話で一体誰がディシジョンをするのかという、やや個別の話が出てきました。それで、次の会議をいつということが、事務局のほうでは、次回の会議もアレンジされていると思っておりますけれども、この部分だけ少しみんなにわかるような説明を、次回、書いていただいて、そこでやるということはどうでしょうか。

今、話が出たのは、伊東委員、田代委員、それから、押谷委員、いわゆる個別の県だけに出てきたときにどうするかという話が主だと思うのですが、委員の方への情報提供として申しますが、実は今、事務局のほうからも少し言及がありましたけれども、この前のインフルエンザのときでも、実は措置入院などを解除するのは全国一律でやったわけではないのです。大阪地域を中心にやったということで、ただし、そのディシジョンは国がやったということがあって、それは当然、地方の状況を十分、国が配慮してやったということです。以前の会議で、かなり詳しく、地域の対策本部を置いて、地元と国が非常に連携してやるということが議論がございましたね。そういう意味では、最終的に国が判断をするとしても、地域の実情は、前の反省、教訓がありましたので、十分、考慮された上での判断で、場合によっては、例外的という話がありましたけれども、全国一律ではなくて、この県、この県ということ国が判断することもあるのだというふうに私は理解しておりますけれども、いずれにしても、このことは少し今までの大きな1,000平米とちょっと違う部分なので、このことを少し、伊東委員などの意見ももう一度考慮し、次回の最後、あると思うので、そこだけに特化した議論を少しされたらどうかというのが、私の意見で、それで特によろしいですかね。

それでは、本筋のほうの1,000平方メートルのほうの大体の意見を聞きましたが、もう一度、大体、医療関係、公衆衛生の専門家の意見も聞いて、それから、行政法、それから、兵庫県、現場の都道府県、それから、危機管理、中小企業側の立場からの意見ということで、大体のコンセンサスができつつあるようには、私は思います。私自身は、どういうふうに考えるか、これは田代委員が中心になって、いい問題提起をして、エビデンスがないのではないかとということから始まって、国民にわかりやすい議論が必要なのではないかとということで、何回も議論をしてきた。それで、田代委員のポイントは、国の危機なのだから、全ての施設を網にかけたほうが、国民生活を守るのにはいいのではないかとということのも一つのあれでしたね。そういう意味では、田代委員の主張されているかなりの部分が、今回の事務局案には反映されているのではないかと気がいたします。

それで、私自身は、この数回にわたる議論を通して、5つのポイントがあったと思うのですね。これを総合的に考える必要があったと思います。

1つは、先ほどのエビデンス、サイエンティフィックなこともあるけれども、全く根拠がないものは、なかなか国民に、難しいのは、みんなに説明できる、必ずしも医学的なエビデンスはないけれども、先ほどの櫻井委員の言葉で、社会科学的なエビデンスというものがあ

る。2番目は、やはり国民にわかりやすいということが2つ目。

それから、3つ目は特措法の精神の一部である、いざ危機のときには、一応、一定の規制というものをかけざるを得ないということで、そういう意味では、なるべく全員が参加するということ、一部の人だけではなくて全員が参加するということも非常に大事。これが3点目。

それから、4番目は実行可能性ということも、実際には考えなくてはいけないということだと思います。

5番目は、先ほどから規制される側への配慮ということですね。

この5つの点が、主にこの数回の議論で話されて、今回の事務局案は、そういうものがある程度バランスがとれて、提出されたのではないかと思います。そういう意味では、今回、中間報告ということで、まとめをするので、私の提案としては、この本会議が、基本的には全員がそういうことで納得して、これがここの本会議での総論案だということでやって、ただし、議事録には、一部の委員の御懸念ということがあったということは併記をするということで、国民の方への説明、しっかりした透明性を持ったということで、私としてはまとめればいいと思いますけれども、その方向性で特に異論はありますか。それでよろしいですか。

(「異議なし」と声あり)

○尾身会長 では、そういうことで、この使用制限については一応そういうことでまとめさせていただいて、最後の伊東委員からの質問、つまりディシジョンについては、次回の会議でそこだけに絞って、もう一度事務局がペーパーをつくっていただくということで、

お願いいたします。

○尾身会長 では、議題の2つ目「中間とりまとめについて」、2つの分科会での検討結果について、御説明をお願いいたします。まずは、大西分科会長のほうから、社会機能に関する分科会における検討結果を説明していただきたいと思います。

○大西委員 社会機能分科会を担当した大西です。それでは、お手元の資料2を使って、社会機能分科会の議論の結果について、ここに盛り込まれていますので御説明をさせていただきます。

3カ所に分かれています。1つ目が、新型インフルエンザ等発生時の社会情勢についてということで、インフルエンザが発生したときに、世の中がどんなふうになっているのかということを通認識する必要がある、という観点からのものであります。

2つ目が、指定公共機関あるいは指定地方公共機関について、というものであります。公共機関に準じた役割を求められている、そうした機関というものがどういうものかということについてであります。

3つ目が、特定接種の対象者、住民接種に対して、臨時に行うことができるとされている特定接種をどういう人を対象に行うのかということであります。

最初の、新型インフルエンザ等発生時の社会情勢について、お手元の資料2の4ページと5ページをお開き下さい。見開きになっているところであります。新型インフルエンザ等の発生時の被害について、いろんな想定が考えられるわけです。あらゆるケースが起こり得るということでありますが、過去のデータを参考として、かなり厳しい状況というもの想定したということでもあります。それが、ここにありますように、医療機関を受診する患者数が上限で2,500万人程度であるのではないかと。それから、国民の25%が流行期間とされる約8週間の間に、その中にもピークができるわけですが、順次、罹患するという想定であります。

特にその8週間のうちのピークの約2週間について、従業員が発症して欠勤する割合というのは5%程度。しかし、家族の世話により、出勤が困難となる者、あるいは不安を感じて出勤しない者がいるということ織り込んでいくと、最大で従業員の40%程度が欠勤している、そういう状態が考えられるということでもあります。逆に言えば、60%の方は出勤しているという想定をしているということになります。

新型インフルエンザ等への対策は、外出自粛等の要請や業務縮小等による接触機会の抑制など、医療サービス以外の感染拡大防止策と、ワクチンや抗インフルエンザウイルス薬などを含めた医療サービスを組み合わせて総合的に行う必要があつて、そういうことが行われているというのが社会情勢である。特に医療サービス以外の感染拡大防止策については、社会全体で取り組むことによって効果が期待されるものであつて、全ての事業者が職場における感染予防を継続する重要業務の絞り込み、電話会議やテレビ会議の利用、在宅勤務や時差出勤の実施といったことを積極的に行うことが望まれる。およそそういうふう

に社会情勢を共通認識としたということでもあります。

次が、指定公共機関であります。これは少し飛んでいただいて9ページからになります。指定公共機関というのは、特措法の3条で国、地方公共団体と並んで、新型インフルエンザ等対策を実施する責務を負い、平時には業務計画の作成や備蓄等の義務を負い、発生時には政府対策本部長や、都道府県対策本部長の総合調整、指示を受けることになる。そういう機関であります。このように、指定公共機関は一般事業者等や国民とは異なる公益的責務を負うということになりますので、行政に対して、労務、施設、設備、または物資の確保について、応援を求めることができるというふうに法律でされています。

一般的には、指定公共機関の指定基準というのは、公共的機関、公益的事業を営む法人に該当すること。当該法人の行う業務が、指定公共機関が実施する措置として想定されているものとの関連性が保たれていること。当該法人の業務地域が広域にわたること。9ページの一番下あたりから10ページにかけてのところであります。当該法人が民間企業である場合、事業規模が相当の規模と認められること。当該法人が措置を確実に実施することができることと認められることというのが、通則的な指定基準であります。

こうした指定基準に基づいて、個別の事業ごとに期待する事業内容と指定の基準を設けることが適当であるということで、具体的には10ページの下からになります。電気通信事業者、電気事業者、ガス事業者。それから、12ページで鉄道事業者、航空事業者、貨物自動車運送事業者。13ページ、内航船舶運航事業者。14ページ、外航海運業事業者、放送事業者、公共的施設管理者、医療関係機関、医薬品等製造販売業者、医薬品等製造業者、医薬品等販売業者。それから、15ページで、日本銀行、日本郵便株式会社の事業について、それぞれ基準を示したということでもあります。特定されているものもありますが、事業者として包括的に見出しをとって中で定めているものもあるということでもあります。

指定公共機関、こうした基準に基づいて指定するということになりますが、指定に当たっては、基準に見合う事業者の意向を尊重しつつ、政令で個別・具体的に指定することが適当であるということで、政令で指定するということを述べています。都道府県知事による指定、地方公共機関の指定については、国における指定公共機関の指定基準を参照しつつ、地域的な特質性を踏まえながら、都道府県と相談の上、手引き等を作成していくことが適当であるというふうに述べています。

以上が指定公共機関であります。

次が39ページに飛びます。ここから48ページにかけて、特定接種の対象者についてということで、特定接種について述べています。

そもそも特定接種とは、特措法28条に基づいて医療の提供、国民生活及び国民経済の安定を確保するために行うものであって、政府対策本部長がその緊急の必要があると認めるときに、臨時に行われる予防接種とされています。したがって、一定のルートで予防接種を行っているものに対して、臨時にこうした措置がとれるということでもあります。特定接種の効果であります。これは限定的であると考えられていて、公衆衛生的対策、医療提

供体制の整備など複数の対策を総合的に組み合わせて行うという中の1つとして行うことが必要であって、特定接種はあくまでもこうしたバランスに配慮した戦略の中で位置づけられる合理的な支援手段の1つであるということでもあります。

特定接種は発生した新型インフルエンザ等に対して、備蓄しているプレパンデミックワクチンがもし有効であれば、その備蓄ワクチンを用いることになるわけですが、備蓄しているプレパンデミックワクチンの有効性が低い場合については、パンデミックワクチンを用いることになります。

39ページが一番下あたりであります。それから40ページにかけて、特定接種対象者は、海外で新型インフルエンザ等が発生した場合に、住民よりも先に有効性のあるワクチンの接種を開始することが想定されるため、特定接種対象者の範囲や総数については、国民が十分理解できるものでなければならないということでもあります。一般の国民に対して、臨時に、ということは、場合によって先駆けて行うということになりますので、理解が十分に得られる形で行う必要がある。また、対象者の範囲は、特措法が想定する公益性、公共性があると認められるものに限定的に選定される必要がある。そういう観点から、具体的には、政府行動計画で定める特定接種対象者の基準として、ステップⅠ、業種の基準、どういう業種を対象とするか。ステップⅡ、その業種の中で、どういう事業者を対象とするかという、事業者の基準。それから、その事業者の中でもどういう業務に従事している従事者を対象とするかという、従事者に関する基準という3つに分解して整理をしたということでもあります。

まず、ステップⅠであります。41ページの下の方ですが、業種の基準としては、まず医療分野であります。医療提供体制を確保することが、新型インフルエンザ等対策の基本であるわけですから、医療の提供の業務を特定接種の対象とするというのは、当然必要なことでもあります。医療分野として、しかし、新型インフルエンザ等医療、生命・健康の重大・緊急の影響がある医療、生命維持に重大・緊急の影響がある介護・福祉事業というものを対象とするということでもあります。

41ページが一番下ですが、もう一つの柱は、国民生活、国民経済安定分野であります。国民生活、国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者については、特措法上の高い公共性・公益性を有するかどうかの観点から、業種の基準を設けることが必要です。

先ほど出てきた指定公共機関については、国、地方公共団体と並ぶ新型インフルエンザ等対策の実施主体であるわけですから、特措法上、想定する公共性・公益性を体現しているというふうに理解されるということです。国民生活、国民経済安定分野として、指定公共機関に指定されている法人、当該法人と同類の業務を行う業種は対象となるということでもあります。それが2番目であります。

それから、3つ目が、社会インフラ系の業種として、石油元売事業者あるいは金融証券決済事業者が対象となるということでもあります。これら以外の業務を行う業種として、保険業、食品製造・販売・流通業、生活必需品・衛生用品関連業、倉庫業、火葬・埋葬業、

感染性廃棄物処理業等が議論として出てきたわけではありますが、これらについては、政府行動計画を作成するまで、今後、検討を重ねるという扱いにいたしています。

次が、その業種の中の事業者の基準であります。それがステップⅡということになります。今、申し上げた業種については、42ページ～43ページに書いてあったものですが、ステップⅡは43ページの一番下からであります。医療分野については、事業者みずから接種体制を整えること、及びBCPを作成していることが条件になります。それから、国民生活、国民経済安定分野については、産業医を選任していること、及び、BCPを作成していることが基準ということにしています。

以上がステップⅡであります。

したがって、国民生活、国民経済安定分野は比較的大きな事業所というくくりになるのかと思います。

ステップⅢの従事者基準であります。これについては、44ページの真ん中から少し下から始まります。医療分野については、新型インフルエンザ医療に従事する者、医師、看護師、薬剤師、窓口事務職員、あるいは重大・緊急の生活保護に従事する有資格者、介護等の生命維持にかかわるサービスを直接行う職員と意思決定者。

それから、国民生活、国民経済安定分野は、ステップⅠの登録の基となる業務に直接従事する者であるということで、ある事業所であっても、やっている仕事が変われば、対象にならないということでもあります。登録の基となる業務に直接従事する者は、政府行動計画を作成するまでに、事業所所管の官庁あるいは業界団体の意見を踏まえつつ、今後、具体的に検討する必要がある。登録する従事者数は、常勤換算をすることが適当であるということも加えています。これは毎日、日替わりで週に5人が勤務するという場合、5人ということではなくて、それを常勤換算して1人と数えるということでもあります。登録事業者の登録の基となる業務を受託している外部事業者の職員は、登録事業者の全従業員数の母数に含むのが適当である。登録事業者に常駐している当該業務を行うなど、不可分一体となっている場合、こういう措置をとるとということでもあります。この要件に該当しない場合であっても、その割り当てられたワクチンを外部事業者の従事者に配分することを認めることが適当であるということ、実質的に関係のある人が、ワクチンを投与されるようにするということでもあります。

ここから、また重要な点であります。事業所ごとの接種の総数というのは、発生状況、ワクチンの製造、製剤化のスピード、国民の住民接種のニーズ等から、ワクチンの接種数の制約があるということ、政府対策本部が最終決定する特定接種のワクチンの総数をもとに一定の総枠調整率を用いることが適当と言っています。それが46ページの算定式に集約されているものであります。

つまり、今までの議論で、一番左の全従業員数からずっと①、②、③として対象者を絞り込んでいくわけではありますが、一方で一番右側に接種総数というのが書いてありまして、これがどのくらいワクチンが存在しているのか、そのときの社会情勢がどうなのかという

ことで、この数というのがおおむね決まってくるのではないか。これが決まってくると、その中にこれをおさめなければいけないということになりますので、③の総枠調整率という概念が出てきて、これで最終的に絞り込むということになります。

理想的には、必要な機能について、機能本位で考えた絞り込みの数が、この総枠調整率を全従業員に掛けたものに、内数としておさまる。必要な人に全部ワクチンを使用することができるというのが理想ですが、そうならないおそれもあるということでもあります。この46ページにある基本的な算定式で、事業者ごとの接種総数が決まるわけです。この総枠調整率については、発生時において、基本的対処諮問委員会の意見を聞いて、政府対策本部において、全体的状況を踏まえて、特定接種の総枠及び対象を確定させるというのが、適当だということでもあります。

特定接種の範囲はあらかじめ登録された事業者、従事者について実施することが基本となります。このため、登録制度は登録実施要領において、登録事業者の具体的な地位や登録事業者の具体的な義務などを明示することが必要になります。特定接種に備蓄ワクチンが使用できる場合、この場合には、特定接種は備蓄ワクチンが1,000万人分あるので、全く特定接種を行わないという決定から、その全てを特定接種に回すという、ゼロから1,000万の範囲で想定することができることとなります。また、備蓄ワクチンではなくて、パンデミックワクチンを特定接種に使用する場合には、ワクチンの供給量が初期には十分でないおそれがあるという意味で、これは事態が切迫しているということが想定され、より限定的に特定接種を行うということが必要になります。

これから登録を行っていく特定接種対象者を決めていくわけではありますが、その初回の登録の際は、暫定的に特定接種の一定総枠を想定して、総枠調整率を設定した上で登録していくことが適当である。当面の登録のための暫定的な総枠調整率は、接種対象者の精査を実施した後に適宜、今後、見直していくということが必要だということで、恐らく3年に1度程度、見直すことが必要ではないかということでもあります。公務員の特定接種対象者については、民間事業者である登録事業者における対象者の考え方を踏まえて、これについては今後、検討するということを述べています。

ちょっと長くなりましたけれども、以上です。

○尾身会長 大西分科会長、どうもありがとうございました。

それでは、引き続いて、医療・公衆衛生に関する分科会の岡部分科会長にお願いいたします。

○岡部会長代理 医療・公衆衛生に関する分科会を担当しました岡部です。計5回の会議をやりましたけれども、会議を行いました順番、項目については、この中間とりまとめ(案)資料2のところの一番最初の目次のところに書いてありますように、ただ今の社会機能に関する分科会から抜けた部分といったような形になります。具体的には、この目次のところで言いますと、本中間とりまとめにおいて、基本的な考え方、1.3の新型インフルエンザ発生時の被害想定、それから、4番目の医療体制の確保、7番は予防接種・特定接種につ

いては、今、詳細な御報告をいただいておりますが、このうちの特定期接種のうちの登録方法についてはこちら側で検討したというのがあります。それから、7.2の住民に対する予防接種、それから、7.3のワクチンについてというのが議論されました。8番、その他については、8.1、インフルエンザサーベイランス、8.2の水際対策、8.6の社会的弱者への支援、8.7の新型インフルエンザ等発生時の埋葬及び火葬についてということについて、議論を我々のほうで行いました。

まず、新型インフルエンザ発生時の被害想定、これはいろいろなものの基礎にもなり得ることなので、議論はかなり多く行いました。ページ3から見ただけであればと思うのですが、この被害想定については、委員だけではなく、例えば香港大学の西浦先生をお呼びしたり、いろいろな意見を伺い、議論もかなり行いました。

そこで3ページのところに、新型インフルエンザ発生時の被害想定について、1.3というのが真ん中ぐらいにあるのですけれども、そこを見ていただきまして、新感染症等については、未知の感染症が対象である。したがって、その被害を想定することはできないため、過去に発生した新型インフルエンザのデータを踏まえて、新型インフルエンザ発生時の被害想定について記載したものであるということがまずあります。

3ページの1つ目の○でありますけれども、行動計画の策定に当たっては、有効な対策を考える上で、患者数等の流行規模に関する数値を置くとありまして、実際に発生した場合は、確かにこれを超える事態、下回る事態もあり得ることを念頭に置いての対策実施を行うということが重要になります。

2つ目、3つ目の○にあるのですけれども、この想定というのは、想定はいっぱいいろんなレベルに応じたやり方も出てくるというような議論がありましたけれども、過去のパンデミックインフルエンザのデータを踏まえて、ある一定の前提のもとにおいたシナリオの例であるということ。ただし、当然ながら過去のことから、ワクチンあるいは抗インフルエンザウイルス薬等の介入の影響については、この想定の中には一切入れていないということがあります。

4ページ目の2つ目の○のところに書いてありますけれども、これらの推計に当たって、今の介入の影響はないということに加えて、この被害想定においては、現在、いろんな議論があるため、科学的知見がそれぞれについて十分とは言えない。これも世界的にもいろんな議論があるわけですが、厚生労働省においては、引き続き最新の科学的知見の収集に努め、必要に応じて見直しを行うことが求められます。今回の特措法についてはこれは1つのステップであり、1つのものがクリアされたら、次の科学的な想定をできるだけ取り入れるというように私は考えるべきかと思っております。

4番目、医療体制の確保でありますけれども、これは飛びまして、20ページのところをお開き下さい。ここには医療体制の基本的なところは既に「新型インフルエンザ対策ガイドラインの見直しに係る意見書」というものが専門家会議から出されておりますけれども、この内容がおおむね妥当であるというところを基本的なところにしております。20ページ

(1)の「未発生期から進める医療体制の整備について」でありますけれども、ここには、医療体制の整備の実施主体は、現行動計画からは都道府県並びに保健所を設置する市及び特別区として、都道府県等と表記されておりますけれども、円滑に医療体制の整備が進むよう、このページ20の4.1の(1)の2つ目の○ですけれども、都道府県と保健所を設置する市及び特別区は、医療体制の整備に関する協議を行い、その役割分担について調整すること、ということを記載しております。

それから、20ページの一番下でありますけれども、最後の○、帰国者・接触者外来の設置については、地域の実情を勘案し、概ね人口10万人に1カ所程度としてあります。

21ページ目のところで2つ目、3つ目の○でありますけれども、ここは要約しますと、医療機関は、病床利用率や診療継続計画に基づき、入院可能な病床数をあらかじめ試算しておくこと。病診連携あるいは病病連携の構築を推進することというようにしてあります。

少しページを進めていただいて、23ページ、4.2、臨時の医療施設であります。これは2つ目の○に、例えば既存の医療機関の敷地外などに設置するテントやプレハブ、体育館、公民館、ホテル、宿泊ロッジなどの宿泊施設というふうにありますけれども、この3つ目の○に書いてありますように、医薬品・医薬機器等あるいは医療従事者の確保も必要であるため、臨時の施設を設置しなければならないような状況をできるだけ回避するためには、医療機関が診療継続計画を作成すること、あるいは地域での病診連携、先ほどの病病連携の構築の推進が望ましいというようにしてあります。

24ページ、4.3のところに「医療関係者に対する要請・指示、補償について」であります。これは前回の2009年のパンデミックのときにもいろいろ議論があり、また、そのときの提言あるいは反省に基づいているのですけれども、医療関係者に対する要請・指示、補償については、この24ページの最後の○と25ページの1つ目の○に書いてありますけれども、都道府県知事による通常の協力依頼のみでは医療の確保ができないような場合、例えば、帰国者・接触者外来や臨時の医療施設など、日常診療とは異なる場合において、医療の提供を行う必要があり、そのための医療関係者を確保できない場合。それから、地域のほとんど全ての医療機関が休止するなど、当該地域における医療体制の確保が困難となり、当該地域に所在する医療機関に対し、医療の提供を要請する場合、こういうようなときが特措法に基づく要請等を検討することというふうにしてあります。

25ページの(2)のところですが、この要請等を受けて、医療等を提供する体制でありますけれども、医療関係者などの範囲、それから、補償基準等については、災害救助法等の法令を参考にして定めることとしておりますけれども、医療提供の体制は、医師、看護師等の有資格者だけではなく、患者等と直接接触する事務職員等を含めたものとすることも検討すべきというようにしてあります。

26ページの(1)抗インフルエンザウイルス薬の備蓄でありますけれども、基本的にはこれまでどおり国民の45%に相当する量を目標とし、また、現在の備蓄状況や流通の状況等も勘案することとしてあります。2つ目の○にオセルタミビルリン酸塩、商品名タミフ

ルでありますけれども、これが実際、備蓄に占める割合が高いことから、今後、備蓄薬を追加・更新する際には、近年には、幾つか他の薬剤も出ておりますので、これらの備蓄割合をふやすことも検討する必要があるとしてあります。

26ページの一番下、(3)抗インフルエンザウイルス薬の予防投与でありますけれども、これは26～27ページにかけてありますが、対象としては新型インフルエンザウイルスの曝露を受けた者に対し、海外発生期及び地域発生早期には、予防投与を実施することがあるとしてあります。その投与の対象では、この27ページのイ)～ニ)のところに書いてありますけれども、患者の同居者、濃厚接触者、医療従事者等、水際対策関係者、地域封じ込め実施地域の住民というようにしております。投与は保健所あるいは医療機関等の医師としてあります。

28ページ目の(4)、流行期の処方薬の取り扱い、電話、ファックスの件でありますけれども、1つ目の○のところに書いてありますが、基本的には在宅で療養する患者に対して医師が電話による診療により、新型インフルエンザ等への感染の有無や慢性疾患の状況について診断ができた場合に、ファックス等による薬の処方箋を発行できるというようになっております。

29ページ(5)でありますけれども、抗インフルエンザウイルス薬の選択、これは先ほど申し上げましたように、抗インフルエンザウイルス薬の種類がだんだんふえて、また今後も出てくる可能性があるので、それぞれの薬の特徴等を踏まえ、また、サーベイランス等に基づく薬剤耐性状況などを参考にして、治療薬を選択するというようにしてあります。

39ページまで飛びまして、そこに予防接種・特定接種、先ほど御発表のあった部分ですけれども、このうちの優先接種対象者の考え方、これが51ページからまとめてあるところであります。

51ページの上のほう、(1)で「優先接種対象者の考え方」というのがあります。これはさらにこの(1)の3つ目、4つ目のところで、接種対象者が①の医学的ハイリスク者、あるいは②小児、③成人・若年者、④高齢者の4群というところで、一応、分類しておいて、新型インフルエンザによる重症化、死亡を可能な限り抑えることに重点を置いた考えということのほか、我が国の将来を守ることに重点を置いたということで、この①、②、③、④の中での優先順位は異なってくる可能性がある。そういったような考え方をあわせたもので、こういったようなさまざまな考え方を踏まえて判断をすべきである、としてあります。この時点でどこが1番、2番という順位付けは、ここでは出しておりません。

52ページのほうまで行っていただいて、ここの最後の○のところに、ワクチン接種、先ほど申し上げたようなところの順位を決定する際でありますけれども、基本的対処方針等諮問委員会に、これを図った上で、新型インフルエンザ等対策本部において決定することとしてあります。なお、その場合には必要に応じて、基本的対処方針等諮問委員会に新型インフルエンザ等対策有識者会議、この会議になると思うのですが、この委員を含め、専門家の出席を求めるとしてございます。

同じく53ページ（3）に「接種体制」というのがありますがけれども、1つ目の○でありますけれども、パンデミックワクチンについては、全国民が速やかに接種を受けられるよう、未発生期、つまり、現状からその体制の構築を図る必要があるということが前提にしております。

54ページの1つ目の○でありますけれども、接種対象者がここに書いてあります。接種対象者は、当該市町村の区域内に居住するものを原則としておりますけれども、いろんなところに住民が散っている可能性があるということで、医療従事者、入院中の患者等、区域内に居住する者以外に、広域的な協定の締結により、接種を実施する場合があります。また、接種会場でありますけれども、これも保健所・保健センター、学校などの公的な施設を活用するか、医療機関に委託することなどにより、接種会場を確保することとしております。

55ページ、右側のほうで2つ目の○、同じく対象でありますけれども、基礎疾患を有し医療機関に通院中の医学的ハイリスク者、こういったような方は優先接種対象者証明を持参した上で、集団的接種を実施する会場において接種することを原則としておりますけれども、市町村の判断によって、通院中の医療機関において接種することも考えられるとしております。

同じページの3つ目の○でありますけれども、医療従事者、医療機関に入院中の患者、在宅医療を受療中の患者さんについては、基本的にはその医療機関において接種を行う。あるいは、4つ目にありますけれども、社会福祉施設等に入所中の者においては、基本的にはその施設において集団的接種を行うこととしております。

56ページには、接種の予約では、通知により行う方法と、それから、予約を受け付ける方法について、例示がされております。

57ページは少し話が変わりまして、プレパンデミックワクチンでありますけれども、これもかなりの議論が行われました。しかし、コンセンサスの得られたところとしては、57ページの1つ目の○のところにありますけれども、新型インフルエンザ発生時に、特定接種対象者に接種するプレパンデミックワクチンの有効な接種方法等の検討に資するよう、最新の流行状況を踏まえ、有効性・安全性についての臨床研究を推進することとしてあります。

臨床研究の対象者でありますけれども、WHOに対して助言している諮問委員会が提示している範囲を踏まえて、H5N1の取りインフルエンザウイルスを扱う研究者、鳥インフルエンザ発生時に防疫業務等に従事する者、医療従事者とするほかに、積極的疫学調査に従事する者や、有効性・安全性等に関する正確な情報をわかりやすく情報提供した上で、指定公共機関等社会機能維持に従事する者等、こういったような方々が、臨床研究の対象者となり得るということになります。

その他のほうに行きますけれども、59ページからであります。これの8.1にはサーベイランスについてであります。その他でありますけれども重要なサーベイランスの点です。サ

サーベイランスのガイドラインについては、これは新型インフルエンザ対策ガイドラインの見直しに係る意見書で議論されたことに基づいて、新設するというふうにしてあります。

60ページをあけていただきますと、(3)は、特に新型インフルエンザとしてやってくるものになる可能性のあるものとして、鳥類、豚が保有するインフルエンザウイルスのサーベイランスに関して、関係省庁連絡会を適宜開催して、そこで情報及び分析の結果の共有、並びにサーベイランスの実施方法等について意見交換を実施するとともに、必要な対策を検討し、あらかじめ対応マニュアルを検討・作成するとしてございます。今般のこの審議を踏まえまして、意見書の内容について、意見書というのは、ガイドラインの見直しにかわる意見書ですけれども、これにいくつか追加がなされております。

61ページは、いわゆる水際対策でありますけれども、これも専門家会議で出した対策ガイドラインの見直し意見書の内容が、おおむね妥当であろうというようにしてありますが、特に強調すべき点でありますけれども、水際対策の具体的な実施方法についてはさまざまな対応があり得る。それは感染拡大の状況、病原性の判明の状況によって変わってくるので、ここに示してあるのは標準的な対応パターンであって、状況に応じて、縮小・中止を含め、柔軟に対策を実施する必要があるとしてあります。

65ページまで少し飛んでいただいて、社会的弱者への支援についてであります。この2つ目の○のところですが、新型インフルエンザ等発生時の要援護者につきましては、家族が同居していない、または近くにいないため、介護ヘルパー等の介護や介助なしでは日常生活ができない独居高齢者あるいは障害者が対象範囲であるというふうにしてあります。

4つ目の○のところは、要援護者情報の収集、それから、共有方式としては、関係機関の共有方式あるいは手上げ方式、同意方式などがありますけれども、市町村が災害時要援護者リストの作成方法等を参考にして、各市町村の状況に応じて新型インフルエンザ等発生時の要援護者リストを作成するというようなことがまとめてございます。

その他としては、そのほかにも新型インフルエンザ等発生時の埋葬、火葬等にも書いてございますけれども、そのところは後で見ていただくようにして、基本的には、ガイドラインに準じているということであります。

以上です。

○尾身会長 どうもありがとうございました。

それでは、この「中間とりまとめ(案)」は8つのセクションから成り立っていますので、まずは1の「新型インフルエンザ等対策の基本的な考え方」から4番目の「医療体制の確保について」、ここの4つのセクションについて、コメント、質問等がありましたらお願いいたします。

○安永委員 安永でございます。

3の「国民への情報提供」の項について申し上げたいと思います。社会的弱者への支援のあり方は65ページ以降にも記述をしてございますが、国民への情報提供という観点につ

いて、東日本大震災などの教訓からも、知的障害者でありますとか聴覚障害者などのコミュニケーションに配慮が必要な方に対する情報提供のあり方などは特段の配慮を行うことが極めて重要だと思っております。よって、65ページ以降の実際に新型インフルエンザへの支援のあり方ということだけではなくて、18ページ中段の「ロ）情報提供の手段の確保」にもそういった観点での記述が必要だと思います。

それから、同じく18ページ一番下の○に医療関係者との情報共有について記述がございしますが、情報共有は平常時、発生時に特別な責任を負います指定公共機関、地方も含めて綿密に行う必要があると考えておりますので、ぜひそういう記述についても御検討いただければと思います。

以上でございます。

○尾身会長 安永委員、どうもありがとうございます。

その他、1～4のセクションまでで何かございますか。

櫻井委員、お願いします。

○櫻井委員 特にこの有識者検討会議のところについては、文章がまだ余り練れていないかなという感じがありまして、細かいことは後でメモをお渡ししたいと思うのですが、1つは内容的に気になっているのは、5ページ目に「基本的人権の尊重について」というのがありまして、6ページの最初の○になりますか、人権の尊重についての2つ目の○ですが、けれども、「人権というものが後回しにならないようにするため」とか「不満が出る前から先手を打って」とか、この辺は文章としてはちょっと拙劣な感じがするのです。

内容的に気になるのは、人権については説明したから人権を侵害していいというものではないので、ぜひ加えていただきたいのは「新型インフルエンザ等対策の実施に当たって」の次に「法令の根拠があることを前提として」と続けて、その次をカットしていただいて「国民に対して十分説明し、納得してもらうことが基本となる」というのが大前提だと思います。この文章は、少し全体に法律論が弱いのですね。そう思いますので、そのあたりちょっと直していただけないかなというふうに思っています。

それから、表現ぶりとしてしましては、8ページになりますが、ときどき妙な敬語が入ってくるのです。例えば、上から8行目「市町村の代表者に参加いただく」というのは、これは国から言うと「いただく」ということになるかもしれませんが、国民から言うと当たり前のことなので、「市町村の代表に参加してもらう」ということで、中立的に書いていただくということと、「県内の自治体」という言い方をしていますけれども、「自治体」は法令用語ではないと思いますので、市町村なら「市町村」と書くとか、そのあたりも少し変えていただきたいと思います。

それから、あと17ページで先ほど御指摘もあった「国民への情報提供について」というところで、3の2の3つ目の○のところ、個人情報公表について、プライバシーと公益性のバランスというところがあるのですけれども、これは緊急時の危機管理の話ですので、プライバシーを根拠にして必要な情報提供がなされないということの弊害がむしろ認

識されているのだと思うのですね。ですので、関連するものとしては、例えば情報公開法の7条に公益開示とありますね。非開示情報についても、それを上回る公益性がある場合には開示することができるというのが現実にあるので、これは個人情報の話ですけれども、例えば、そういうことを書くかどうかはちょっとお任せしますが、そういう法律も具体的にありますので、むしろもうちょっと、何か引いているので、「公益性にも留意した」ではなくて「公益性に留意した」情報提供をするということでぜひ明確に姿勢を出していただきたいと思います。

以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

田代先生、お願いします。

○櫻井委員 これは1ページの一番基本的な考え方のところですが、これはインフルエンザ対策の目標というのは2つ大きくあって、健康被害を最小限にとどめるということと社会機能を維持するということだと思うのですが、これは言葉遣いですが「最小限にとどめる」とか「可能な限り抑制し」ということはゼロにはできないということだと思うのですね、この緊急事態が生じたら。それをやはりきちっと明確にするべきだと思います。

それで、この特措法が想定しているような緊急事態が起こった場合、これは被害をゼロにすることは最初からできないのだと、それだけはやはり覚悟を国民全てにしてもらわなければいけない。これを上手に伝えるというのがやはりリスクコミュニケーションの大事なところで、後ろのほうに「国民への情報の提供」とありますが、これが一番キーポイントになると思います。行政が全て何でもできるのではない、予算をいっぱいつけて人をつければ全て解決するものではないということを基本として、ひとつ国民に対して理解を求めるといことが大事だと思います。

その上で、できることは極力やる。できないことを無理にやれと言ったって、それはできないものですが、実施可能なもの、リスクを少しでも減らすもの、健康被害を少しでも減らすもの、こういうことについてはできる限り実施する、そういう基本的な方針が必要かと思います。

○尾身会長 ありがとうございます。

その他、いかがでしょうか。

○井戸委員（代理） 17ページの中ほどの風評被害でございます。兵庫県の例を挙げて経験的にお願いをしたいのですが、発生地域において実際に起きております風評事例をきちんと確認をし、その内容についてその誤った認識を訂正し、適切な理解を得るような体制を整備すべき、というような御提言をいただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

では、押谷委員、お願いします。

○押谷委員 ちょっと細かいことになるかもしれないのですけれども、4～5ページまでの1.4の「新型インフルエンザ等発生時の社会情勢について」と書いてあるのですが、私の日本語がおかしいのかもしれないのですが、何か社会情勢というとは違うことを想定するような感じがするのですけれども、これは多分、中に書いてあることは、社会全体に対する新型インフルエンザの影響についてというようなことではないかと思うのですけれども、その辺をもう少し言葉の使い方を考えたほうがいいかなということ。

あと、ここの項目の2番目の○のところ、「医療機関を受診する患者数（上限値）は、2,500万人」というのが書いてあるのですが、これはあたかもマックス2,500万人しか発生しないようにとられるような書き方だと思うのですけれども、これはたまたまこのCDCのフルエイドを使うとマックスこのくらい出てきますということであって、想定されている被害というか想定されている受診者のマックスが2,500万人ということでは決してないと思いますので、そのあたり誤解のないように少し書き方を考えた方がいいのかなという気がします。

その次のページのところで、これは○の2つ目ですね。これは医療サービスというふうに訳して、Pharmaceutical interventionsのことを言っているのだと思うのですけれども、医療サービスという訳語が本当に正しいのか。医療サービスと言ってワクチンとか抗インフルエンザ薬のことを想定する人はどのくらいいるのかなという感じもするので、このあたりの表現ももう少し考えた方がいいのかなという気がします。

○尾身会長 どうぞ、丸井委員。

○丸井委員 17ページの国民への情報提供のところについて、構造上仕方がないとは思いますが、平時における情報提供、発生時における情報提供、そして「その他」になっています。「その他」のところでは書かれているように、「新型インフルエンザ対策ガイドラインの見直しに係る意見書」が妥当だということなのです。この「その他」というのは、平時あるいは実際に何か起こる前に非常に重要な体制づくりですので、むしろ例えば、おおむね妥当というだけではなくて実施を急ぐべきであるというようなことが入ると、次の18ページのような体制が早くできるのではないのでしょうか。どうしても「その他」でこういう書き方になっていくと後回しになっていくのではないかという危惧があります。そのあたり、ぜひ順序等もお考えいただければと思います。

○尾身会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○折木委員 先ほど、3ページと4ページのところの社会情勢と被害想定のところなのですけれども、それは本当に単純なやり方をすると、社会情勢のところの数値が入った想定のところ、被害想定のところ、書き込んでいただいたほうがすっきりするのかな。1の4ポツの1つのデータが入っている○2つ目ですね。これが1の3ポツの中に入ったほうがすっきりするのかなという感じがするのですけれども、データ情報を。そして、いろんなことを考えなくてはいけないですよという、そういう整理のほうがいいかなと私自身は

そう思っています。

それから、もう一つは、諮問会議というのはものすごく大事な位置づけになると思うのですけれども、事が起こったときにやはり初動が一番大事で、諮問会議の先生方に認識といますか、通常の調査研究からサーベイランスから全部入ったものの認識を共有していただくことが、一番平時から大事だというふうに思うのですけれども、そういう諮問会議の先生方にどうやって定期的にインプットしていくか、情報提供をしていくかということ、この中で位置づけておかれたほうがいいのではないかとこのように思っています。

○尾身会長 ありがとうございます。

大体1～4まではそのぐらいでしょうか。

では、5～8までのセクションについて、コメント、質問等ございましたらお願いします。

○川本委員 いっぱい申し上げたいことがあるのですけれども、41ページの社会機能維持者ですね。とりあえず中間取りまとめなので、ここでとまるというのはいたし方ないのかもわかりませんが、実は、実際にどの範囲まで入るかというのがパンデミックになったときには一番重要な問題なので、大枠はもちろんこれでいいのかもしれませんが、それが具体的に運用されるときイメージがこれでは湧かないということですね。

それとか、次の優先順位ですけれども、52ページ、これも私は論文に書いてアメリカとかイギリスとか、これを調べたわけですけれども、いろんな考え方があって、3つ考え方があるのです。最終的には諮問会議で決めるのだというような決め方はいかかなものか。まさしくここは国民的な議論があって、ここで議論をして、先ほどの施設の自粛みたいな感じで4回も5回もやって、3つの案のメリット、デメリットを出して、それで議論して、それを国民に提示して、国民からまた御意見を伺ってというぐらいのすごい問題だと私は認識しているので、これで3つありまして、あとはえいやで行きますよというものには、私は、到底納得できないです。

あるいはこれで、当然優先順位なので、パンデミックが起きたときは国民は争ってワクチンを欲しがらざるとういう前提で議論をされているわけですけれども、社会的機能維持者のところで、これは副反応の問題がありますから、外国なんかでは拒否する方がかなりあったし、日本でもあるわけですね。本当は受けてほしい人が受けなくて、受ける必要がない人が手を挙げているというのが、きっと現状としては出てくると思うのです。そのさばき方自体が法と政治という点では一番重要なところなので、それがこれでは見えてこないというので、中間であるならばその先がどうなのかという、やはり見通しを示されるべきではないだろうか。

最後にもう一点、一番最後のところで65ページのところで社会的弱者というのが出てきて、これも危機管理とコミュニティーの問題というのは、本当にすごく大きな問題なのです。東日本大震災などのときでも、コミュニティーがどういうふうに組織されていて、どういうふうに動いていくのか、それとやはり政治がどういうふうに絡んでいくのか

というのが非常に大きな問題だけれども、さわりだけみたいな感じで終わっているような気がするわけですし、ぜひそのあたりも今後の議論の道筋というのをお示しいただきたいということでございます。

○尾身会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○丸井委員 丸井です。今のお話で、特に前半のところに関連して、47ページの最初の○のところの3行ですが「特定接種の範囲の考え方については、できるだけ平時に整理して準備しておくことが重要であり」という非常に弱い言い方になっております。先ほどの御意見にもありましたように、これはむしろ平時に整理して準備しておかなければならないというぐらゐの強いトーンであるべきであったと思います。また、平時に整理しておかなければ、あとは混乱が起きるだけということになると思います。先ほどの御意見と表裏になっていると思いますけれども、何とか平時に整理して準備しておくということでぜひ言っていただきたいと思います。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

その他よろしゅうございますか。

どうぞ。

○井戸委員（代理） 全国知事会からの要望について2点ございましたので、読み上げさせていただきます。

特に内容でございますとか文言の修正を求めるものではございませんが、一つは、住民に対する予防接種について。

居住地以外の市町村での接種を希望します住民について、市町村間及び都道府県間での広域的な協定の方法では、市町村などの自治体の負担が大きく、なかなか実際的にはございません。全国レベルで広域的な接種ができるように、国において単価の統一でございますとか、包括的な協定などの体制をつくっていただきたいという要望が一件ございました。

もう一件は、サーベイランスでございます。

60ページでございますが、学校サーベイランスにつきましては、学校の日々の欠席者を把握することは非常に重要なツールでございます。全国で取り組まれるように国に主導いただきたい。

こういう意見がございましたので、御報告を申し上げます。

以上でございます。

○尾身会長 どうぞ。

○押谷委員 7のワクチン接種のところで、分科会の説明も特定接種と住民への優先接種を分けて議論をしてきたのでそうなっているのだと説明されていましたが、実際にはワクチンは同じものを使うわけですね。

恐らく、ワクチンが非常に足りない状況の中で誰に接種するかを考えなくてはいけなくて、そうすると、どこまでを特定接種に回すのか、どこから優先接種を始めるのか。一部

を見ると、特定接種が終わってから住民接種が始まるように書かれている部分もありますが、これは多分一般の国民の理解をなかなか得られない部分ではないか。恐らく医療従事者はある程度得られると思いますが、それ以外に関してはなかなか得られないところで、その切りかえというか、特定接種と住民の優先接種とをあわせてどこからどういうふうに優先的に接種していくのかという議論をしないと、例えば非常にハイリスクで死亡する可能性が高い人たちよりも、社会機能を維持する健康で死亡するリスクの非常に低い人たちに先に接種するようなことでいいのかという議論は必要なのだと思います。

○尾身会長 その他ございますか。

どうぞ。

○安永委員 今回の議論にも関連をいたしますし、私自身は社会機能分科会の議論にも参加しておりますので、3つのステップを踏んで登録を行った上で、実際の特定接種対象者を枠組み調整率の考え方を用いて選定することについては、一定の理解をしておるところでございます。

全体の総枠調整率は、実際に新型インフルエンザが発生した段階でということについても理解をしておるつもりですが、今も議論がありましたように、国民に理解をいただくためには、どのぐらいのサービスレベル、どのような社会機能、どのぐらいのレベルの社会機能を維持していることを想定しているといったような、国民の理解を得るためのものを示していく。それから、社会機能を維持する人たち、登録事業者の皆さん、そこに働く人たちにも示していく必要があるのではないかと考えております。連合の組合にもそこで働く労働者がたくさんおられて、どの程度のワクチンが配分され、その上でどの程度の社会機能を維持すべきなのかといったようなことは重大な関心事でもございます。

46ページの下段のほうに、なお書きで「個々の事業者における事業活動の特徴も踏まえつつ」云々ということで、産業界と行政が協力して今後検討していく旨の記述がありますが、けれども、ぜひ私も労働界も加えていただきまして、実際に現場で働く者の立場とともに国民目線で議論に参加をさせていただきたいと思っております。

具体的に、先ほど申し上げたサービスレベルといったところでは、実際の登録作業を進めた上でということになるかと思いますが、例えば500万人程度の特定期接種数であればこの程度の社会機能レベルの維持を期待してといったようなことでありますとか、100万人程度であればこの程度のレベルの社会機能の維持を期待してといったようなシミュレーションをしていく必要があるのではないか。そのように思っております。

もう一つ、非常に細かいところですが、43ページの6行目に米印で「医療提供者等が養育する児童等を預かる保育所等の確保方法については」云々ということがあります。これらの考え方からしますと、医療提供者だけではなくて社会機能にかかわる従業員の子供はどうするのかといったことでありますとか、例えば医療提供者であっても、家族で保育だけではなくて要介護者や障害者がいるといった場合に、介護や障害サービスを受けられないがために職務につけないといったことも想定をされますので、国としても今後家庭と

仕事をめぐる実態の把握といったことも努めていただきたい。それが通所系の代替を入所であるとか訪問などでカバーができるかどうかといったことなども含めて、社会機能維持者へも対象を広げるかどうかなどの検討を、ぜひ続けて行っていただきたいと思います。

以上です。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

どうぞ。

○田代会長代理 大西先生に質問なのですけれども、46ページの結局ワクチンの供給が足りないことを想定して総枠調整ということを考えておられるのですが、これは足りないから必要などころでもある程度枠を絞って、その中で打てない人がある程度出てくるということを考えておられるわけですか。

○大西委員 今の点について幾つか御質問に関係していると思うのですが、ここでの考え方は、まず、維持すべき社会機能からある程度論理的に絞っていつているのです。それを維持していくためにどういう人がワクチンを接種されるべきか。それで数が出てくるわけですが、一方で、一定期間内で使えるワクチンの総量がいろんな条件で決まってくるだろう。プレパンデミックが使えるれば1,000万人分がそこにあるわけですが、使えなければ新たにつくっていくので、それがどのぐらいのテンポでできていくのかということ、一定期間内で使えるワクチンの総量が出てくる。

そうすると、その両者の数字を見て、圧倒的にワクチンのほうが多ければ問題ないのですが、そうでない場合について、例えば全てを社会機能維持者に使ってしまうと、先ほど議論に出ましたが、住民接種がかなりおくれることになるわけです。それは今ある社会情勢の中では許されないことになるのではないかとということで、どのぐらいの割合にするかという判断は、最終的に基本的対処方針等諮問委員会の意見を聞いて政府が行うという結論にしているのですが、想定しているところでは、必要な社会機能維持のためにはこれだけのワクチンを打つことが望ましいのだけれども、それは一方で住民接種等をなるべく早くやることを考えるとできないということで、この接種総数が決まってくるという考え方は。

そうすると、その接種総数をどう社会機能維持者で分けるかということになるわけですが、今までの議論では優先されるのは医療関係者と特に生命に関係する仕事に従事している人、この人たちについては100%投与すべきではないか。それ以外の社会機能維持者、これは国民生活と経済という範疇ですが、そこについては、その場合には打てる量が大幅減ることになります。

全体として接種総数を一定の枠の中でおさめようということが考え方であります。

○尾身会長 どなたかまだございますか。

○櫻井委員 全体にかかわることで。

いろいろな御意見が出ていて、非常に本質的と思って伺っていたのですが、結局この中間取りまとめの問題は、中間といっても基本的にこれで事実上決まってくるわけですが、

一応いろいろ書いてあるけれども、実際にはその場でどういうインフルエンザが流行するかもわからないし、不確定な状況の中で、出たところ勝負という言い過ぎなのですが、何かそういう話になっているのです。

多分総枠調整の話もそうだし、先ほどの特定接種の優先順位の御議論もそうだと思うのですが、事案の性質としてそうならざるを得ないところもあるのだけれども、限られた時間の中で議論し尽くせなかったのも、一応こういう考え方でやってはどうかという形で文章ができていると思うのです。その部分をどう扱うかについて、今のところ、いかにもちゃんと議論しましたという形で文章をつくっているのですが、本質的には残されている問題とか、あるいはなってみないとわからないところの問題点を残しているのだと思うのです。なので、その問題を正面から受けとめたほうがいいのだろうと思うのです。

その部分、いわばこの中間取りまとめの内容的にも脆弱な点について、それはそういうものとして問題があるということについては、一項目設けるか、最後のほうに、この中間取りまとめの性格がそうならざるを得なかったということを書いた上で、でも、危機管理法の議論は蓄積も余りないので、私自身がなれていないところが随分あるのだと思うのです。行政もなれていないと思います。

そういう意味では、今回はそういうぎりぎりのいろんな制約の中で一通りの考え方を、しかし、広範に議論したことは間違いないので、そういう意味での一つのサンプルとしての考え方を一生懸命考えて提示をした。なるべく現実に使えるものにしたという性格のものだと思いますので、そのことをどこかに書いておく必要はあるのではないかと思います。

副反応の話が確かに落ちていまして、そこについても全く言及がないというのはどうかなという感じもするところで、予防接種部会のほうですと、むしろ義務化して罰則も設けようなどという強硬な御意見もあったりするわけですが、そういう問題点も含めて問題の所在については言及しておく必要があるだろう。

それから、同じことなのですけれども、諮問委員会の位置づけについては、ここで議論をしている間にどうも諮問委員会自体の性格、位置づけが少し変わってきているのだと思うのです。なので、どうやって書くかちょっと難しいですが、そこも今、申し上げたような過渡的な問題の中の一つとして、そこが受け皿に差し当たって想定される。これも差し当たって想定されているということで、諮問委員会は法律上の会議ではありませんので、そういうことも含めてたてつけについてもなお検討する余地があることはあり得るのかなと、全体としては思います。

以上です。

○尾身会長 どうぞ。

○大西委員 今、櫻井委員から御発言があったので、それを踏まえて、特に私が先ほどお答えしたところで、残っている問題というのは結構大きいのです。社会機能と言いましたけれども、要するに、医療だけでなく、新型インフルがはやっているときも世の中は動いていなければいけない。そのためのいろいろな機能が必要なのです。

本当はそれを一つ一つ厳密に、その機能を維持していくためにどのぐらい人が必要なのか。それで前提としては60%の人は勤務しているということなので、さらにその上積みをするのが決定的に大事な機能は何なのかということを経査して特定接種というものを導いていくことが必要だと思うのですが、今回の作業では、主要な業界の方々からどのぐらい必要かというヒアリングをして、それを事務局を含めて少し精査をして、ある程度数字を固めているのですが、本当に社会機能としてそれがどういう格好でワークしていくのかということが、イメージできているわけではないのです。

ですから、それは一つ一つの業種、機能について、これから詰めていく必要がある。それは短期間ではできないので、先ほど今後3年ぐらいで見直すと言いましたが、一定の期間でより精度の高いというか、妥当なものに仕上げていく必要があると思うのです。その点についても、とにかく政令制定時までには一定の整理をする必要があるということで、一定の整理をしたという格好になっていますので、議論としては残っていると思います。

そこは一応書いてあるのですが、櫻井委員がおっしゃるようにそういうところをもう少しきちんと特出ししてというか、まとめて書いていくことは有効だと思います。

○尾身会長 どうぞ。

○岡部会長代理 岡部です。

そのところは私も大賛成で、例えば被害想定のところでも申し上げているように、これはある一定の線を、今、現実として受け入れたものにプラスアルファといった形で出していると思うのです。

たまたま今回特措法ということがあって、非常に議論もいろいろな方面する機会があったわけですが、これで一段階できてきて今度自治体のほうででき上がると、そこから先の様子は何かまだ見えていないという感じがいたします。つまり、これでまた数年たってきて何もないと、そのまま予防対策がすーっと燃え尽きてしまっただけいけないので、常にヒートアップする必要はないのですけれども、例えば5年たてばある一定の新しい見解も出てくるでしょうし、あるいはワクチンの生産方法も、その技術も違ってくる可能性があるのです、どの程度の年数にするかはわかりませんが、ある時期が来たならば、その都度新しい知見を集めて、もう一回これの妥当性、あるいは足りないところを補完していくといったことは、きちっと書きとめていただいたほうがいいと思います。

○尾身会長 どうぞ。

○川名委員 今、岡部先生から被害想定の話が出ましたので関連してなのですが、4ページに、先ほども先生からお話が出ました、医療機関を受診する患者数の上限値2,500万人というのが出ています。2009年のパンデミックが起こる前の行動計画にもこの数字が引用されていたと思うのですが、それほど被害が大きくなかったと言われている2009年のパンデミックにおいてさえ、2,000万人以上の患者さんが医療機関を受診している事実があります。非常事態を想定した特措法において、こういった2,500万人程度の被害想定でよいのかということですね。そういったことも含めてもう少し検討したほうがいいのではない

か。想定として本当に2,500万人でいいのかとか、根本的な問題になりますが、前書き的に出てくる数字ですので、もう少しわかりやすく書いたほうがいいのではないかという気がいたします。

○尾身会長 どうぞ。

○田代会長代理 川本委員と櫻井委員が指摘されましたように、例えば52ページのワクチン接種の優先順位といたしますか、ポリシーそのものについては、2009年の第1回目のガイドラインを決める前の、2～3年ディスカッションがありましたけれども、そのときから全く変わっていないのですね。そのまま先送りになっているところがいっぱいあります。ですから、それをそのまま3年先送りにしてもぜんぜん進まないで、この際一気にそういうディスカッションをやったらいいと思います。

○尾身会長 どうぞ。

○岡部会長代理 先ほどから優先順位については随分御質問もあつたり御意見もあつたりしたので、分科会での議論だけを申し上げておこうと思うのですが、今、田代先生がおっしゃったように、これは2009年の前から優先順位の選択の議論がありました。これをインフルエンザに関わる専門家だけの意見ではなく、社会を含めて、例えば広くメディアで議論をしていただくとか、社会的なコンセンサスが必要ではないかということが、前の専門家会議のときに言われていました。

しかし、これはかなり重いところなので、極端な話を言えば、それでは子供たちを優先にして高齢者を見放していいのか、あるいは、これから亡くなる高齢者を大事にして将来ある子供たちを救わなくていいのかという究極的な議論が、結局はなかなかできていなかったということになります。

今回も分科会である程度決めておくべきではないかという意見もあつたわけですが、一方、結局これはなかなか結論が出せないで、こういう選択枝を置いておいた上で、そのときの判断者が最終的に判断として決めなくてはいけないだろうということで、委員会としては一応コンセンサスが得られたということになります。

しかし、これはいつまでも議論は続ける必要のあることで、現在決めたととしても、1年後にはまた違う意見が出てきたりすることも当然あるので、この選択の中で決める人はその時点では相当覚悟が要ると思うのですが、決めなくてはいけないときはこの中から選ぶ、そのような可能性がありますということを知っておいていただくということも、私は一つのリスクコミュニケーションではないかと思えます。

以上です。これは委員会で一応議論されたこととしての紹介です。

○尾身会長 時間もあれなのですが、まだ特にございますか。

ちょっと今のお話を大まかに整理すると、一つは表現の問題をもう少ししっかりとということ。これについては十分事務局がノートしていると思います。

あと、技術的な問題がございました。例えば副作用の問題をちゃんと書いていく。これは私も書かれたらいいと、極めて技術的なことなのでそれは書く。

今、実は一番最大の問題は、優先順位という意味では2つあって、特定接種の対象者と一般住民の人をどうするかという話と、今、岡部委員が言われたように、一般の国民の中で子供を守るのか、重症化した人を守るのか、いろんな意見があって、これについて中間報告はオプションを出しているけれども結論を出していない、このことをどうするのか。非常に難しい問題提起を今、されたと思うのです。

まず、この問題を少しみんなで共通にタイムスケジュールというか、櫻井委員もいみじくも言及していますが、この中間まとめ案というものが一体どういう位置づけにあるのかということ少し私の理解と、事務局にもし私の理解が間違っていたら教えていただきたいのですが、ともかく法律が去年できて、法律の施行の政令をある程度まとめるのはことしの3月とか4月にやらないといけない、おしりが切れているということがございます。

それから、この中間まとめが終わった後、法律の施行をするために今、議論されているものを基礎にして、政府の行動計画というものをつくることになっていく。基本的な考えが今回述べられているので、それを具体的に落とす作業が当然ある。

それから、実際にパンデミック、あるいは何か一大事が起きたときには、今回の中間まとめの議論を参考に『基本的対処方針』をつくるという、幾つかの段階がありますね。

そういう意味では、今、言ったように優先順位の3つ考えがあるというのが医療分科会で示されているが、最終判断 結論を4月までに我々が出すことが求められているのか、あるいは行動計画をやるときでも十分なのか。いずれは白黒つけなくてはいけない時期が来るのだけれども、それを今やるべきときなのか、じっくりやることが可能なのか。

優先順位については、私は医療分科会だけに最終的な結論を出す責任を負ってもらうのは適切でないと思います。これは国民的な、かなりオープンな議論が必要なので、そういう時間があるのかどうか。そのことで多分、きょうこれから中間まとめにどれだけ盛り込むのかということにもなってくると思うのです。

ともかくまず、手続というか中間取りまとめとその後の行動計画あるいはガイドライン、あるいはパンデミック等が起きたとき『基本的対処方針』をつくりますね。こういう関係がどうなっているのか。これは非常に重要なので、まず、事務局のほうから共通の理解を一度、多分今までの議論でされていると思うので、この中間取りまとめ案が一体実際に起きたときとどういう関係にあるのか、ちょっと説明していただければと思います。

○杉本参事官 ざっくりと申し上げますと、今回の中間取りまとめに関しましては、昨年8月にお願い申し上げていましたとおり、政令、これは5月10日が施行の期限でございますのでそれまでにつくる。もちろんパブリックコメントですとか、諸手続ございますので、この春のうちに基本的な考え、皆様の中間取りまとめというものをいただきたいとお願いをしているわけでございます。

法律を施行しまして、その後、行動計画を閣議決定しなければなりませんけれども、当然これについても中間取りまとめに政府行動計画の基本的な考え方も盛り込んでいただきたいということをお願いをしておりますので、それを踏まえた行動計画案を私どもでつ

くりまして、それをまたこの有識者会議の場で御議論いただきたいと思っております。

一応この1月～2月の間に中間取りまとめをいただきまして、それらを政令に私どもで落とし込み、また、行動計画案に落とし込んでいって、また御議論いただくということになっております。

今後のもうちょっと長期のスパンで考えたときに、もちろん危機管理の法制ということで、昨年春、大変国会でも急いで審議をしていただきました。慎重に、かつ、迅速にということで御審議をいただいて成立をしたわけですので、私どももできる限り早く施行したい。それから、当然施行するためには行動計画がなくてはいかぬということで、先ほどお願いしたようなスケジュールでお願いをできないだろうかと思っております。

その先に、先ほど大西分科会長からも見直しというものが必要だということをおっしゃいましたわけなのですが、当然、行動計画そのものは、これはまた特定接種にせよ住民接種にせよ、なかなか優先順位を、出てくる疾病のタイプがわからない中であらかじめ1つのタイプに決め打ちをしていくことが難しいだろうと私どもは思っているものですから、いろいろな病原性の出方などに応じた優先順位の案が同時並行で御議論されておるのだと思っておりますけれども、そういったものも一旦危機管理ということで行動計画をつくった後、また御議論いただく場があるだろうと思っております。

○尾身会長 先ほどのもう一つの関連の質問ですけれども、今、一番我々にとっては判断の重いものは、言ってみれば優先順位の話だと私は思っていますが、このことについては、優先順位とタイミングですね。特定接種をするのか、あるいは一般の人をするのか。

この2つは恐らく国民も、特にプレパンデミックはワクチンが効かないといったときに新しく生産をするときには、これはかなり国民的な関心事になります。今の行動計画をつくりガイドラインをつくるこの時期に今の優先順位のことを、3つの選択肢からどれでいくのだということを言わなければならないことになっているのか、あるいは最終的にはパンデミックが起きたときに、今までの書いてあることを参考にして適切に迅速に判断をすることなのか。あるいは、一応政令が定まって、法律をやって、その後、この会議もそれで終わるわけではないですから、少し時間をかけて国民的なコンセンサスをつくる時期がまだゆっくりあるのか。

○杉本参事官 ちょっとご質問からポイントがずれたようで申しわけございません。

おっしゃいましたところは、住民接種の優先順位、あるいは特定接種をどれぐらいまでやっていくのかにつきましては、今回施行後夏までには何とか行動計画案をつくりたいと思っておりますけれども、それまでの間に住民接種の優先順位を1つの形に決めなくてはいけないとは思ってございません。これは御議論の中にもございましたが、いろいろな考慮要素があると思っております。それはまさに発生したときの状況、さまざまな状況を勘案しなければ、国民が最も理解できるところに落ち着かないだろう。当面はそのように思っております。

ですから、今度新しく法律に基づいて夏までにつくる行動計画につきましては、その時

点で優先順位が決まっている必要は特にないのではなかろうかと思っております。

○尾身会長 そうすると、今、優先順位については当然今からしっかりした明示的なことをあれすることは難しい。しかし、もう少し国民的な議論が必要だということもあるので、じっくり時間をかけて、行動計画ができた後もじっくりした国民参加の議論をすることは可能だということでしょうか。

○杉本参事官 まず、行動計画につきましては、当然パブリックコメントを行います。そこで御意見を伺う。それから、できた後にも当然いろんな新しい知見ですとか、国民の理解の程度ですとか、いろいろ動いていくと思っております。そういった面は随時反映させていかなければいかぬと思っておりますので、尾身会長の御指示のとおり、そういった議論の場は設けていかなければいかぬだろうと思っております。

○尾身会長 大体そういうことで、共通の理解ができたと思います。

まだありますか。

どうぞ。

○田代会長代理 最初のころに質問をしたと思うのですがけれども、この特措法というのは、緊急事態が起こった後どうするかはかなりいろんなことを検討されていると思うのですが、それ以前の状況、パンデミックが起こる前については、この法律はどう有効なのでしょうか。

事前準備をするためにこの法律はどれだけ効力があるのかを聞きたいのです。

○杉本参事官 かいつまんで申し上げますと、まず、事前の準備が大事だということはおっしゃるとおりでありまして、これは各レベルの行動計画をきちんと法律上位置づけるということ。

それから、民間の指定公共機関については同じように業務計画をつくっていただく。これでやっていく。

サーベイランスにつきましても、田代委員が前からおっしゃっておられますけれども、動物と人との間についてもちゃんとやらなくてはいけないということは盛り込んであります。

あるいは訓練ですとか、必要な備蓄ですとか、そういったもろもろの事前の準備もこの特措法は盛り込んである。そう思っております。

○田代会長代理 そうすると、今後行動計画とかガイドラインでいろんな具体的なことに落とし込んでいくわけですがけれども、それは特措法で法的な基盤をもって規定されると解釈してよろしいのですか。

○杉本参事官 行動計画を今、閣僚会議で決めておるだけでありますけれども、これを法律上の法定計画とするのが一つの大きなポイントでございます。

それから、特措法によって初めて根拠づけられた措置もたくさんございます。こういったものを行動計画の中に盛り込んでいく。行動計画が法定計画に格上げされたということで、権威の高いものになるということかなと思っております。

○尾身会長 大体意見が出そろったと考えてよろしいですか。

どうぞ。

○大橋委員 今、お話を聞かせてもらって、本当にこの取りまとめはよくできているのではないかなと思っていて、そこへいろんな御意見をいただいたわけでございます。

確かにこういうことを決めてあるのですから、私は国民にいかん知っていただくのが大事だと思います。パンデミックになっても大丈夫だよとか、そういうことをわかるように国がやってください。せっかくこんなにいいものができているので、これだけ討議をしてやっているのだから、ぜひそうしてもらいたいという希望です。

○田代会長代理 先ほどの質問に関連しますけれども、前回の3年前のパンデミックのときの後の反省会で、いろんな地方から意見が出されたのは、あのときにいろんな通知とか指示がいっぱい出たわけですが、それには具体的に法的な根拠が乏しかった。それゆえに特措法というものを考えたのだと私は理解していますが、前回の3年前の後の議論で、法的根拠がないために予算その他をもって要求しても取り合ってくれなかった。ですから、行動計画、ガイドラインは絵に描いた餅で終わってしまっているという意見がかなり強かったのです。今回、それが法的な根拠があるときよう聞きましたので、それを基盤にしてきちっと財政措置その他がとれるようなことをどこかに書いていただきたいと思います。

○尾身会長 その他ございますか。

特にないようでしたら、この中間まとめは、今、さまざまな技術的なことと表現ということも含めてサジェスションがありましたので、それについては事務局は各委員のコメント、サジェスションを反映した形でもう一度次回に提出していただきたいということでもあります。

それから、もう一つの非常に重たい、例の優先順位等のことについては、今、田代委員からも、平時のころからも有識者会議は当然続くわけですから、それで先ほどの優先順位などをもう少し国民的な議論を活発にして、じっくり腰を据えた議論を、行動計画をつくった後もやるということで準備をしていただければと思います。そのときに、今お話のあった国民への説明も同時にやっていくことが必要ではないかと思えます。

そういう意味では、きょうかなり多様なサジェスションがあったので、そのサジェスションをもう一度反映した形のバージョンをつくっていただいて、もう一度見ていただくことが必要で、あとの重たい決断については、行動計画などができても、平時の有識者会議はこれからも続くわけですから、じっくりと国民的参加も含めて腰を据えた議論をすることが必要だと思います。

そういうことで、一応きょうの中間取りまとめの議論はこれで、特に今のまとめでよろしいですか。

きょうは発言したかったけれども時間がないので遠慮した方がもし仮におられれば、1月17日まで事務局にまとめ案について御連絡をいただければと思います。

それでは、事務局から次回の日程等について御連絡をいただきます。

○諸岡参事官 事務局でございます。

次回は1月29日火曜日を予定しておりまして、別途改めまして時間、場所等の御案内とさせていただきますと思っております。

以上でございます。

○尾身会長 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。