

新型インフルエンザ等対策推進会議（第17回）議事録

1. 日時 令和7年4月21日（月）15:00～17:09

2. 場所 中央合同庁舎8号館1階 講堂

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	福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター長、医科大学教授
委員	稲継 裕昭	早稲田大学政治経済学術院教授
	大曲 貴夫	国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター副院長（感染、危機管理、災害、救急担当）、国際感染症センター長
	河岡 義裕	国立健康危機管理研究機構国立国際医療研究所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
	齋藤 智也	国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所感染症危機管理研究センター長
	佐久間美奈子	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
	滝澤 美帆	学習院大学経済学部経済学科教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	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》

国土 典宏	国立健康危機管理研究機構理事長
藪田 雅之	国立研究開発法人日本医療研究開発機構先進的研究開発戦略センタープロボスト

《事務局》

(内閣感染症危機管理統括庁・内閣府)

西野 太亮	内閣府大臣政務官
佐藤 文俊	内閣感染症危機管理監
阪田 涉	内閣感染症危機管理監補
中村 博治	感染症危機管理統括審議官
神谷 隆	内閣審議官
日下 英司	内閣審議官
吉添 圭介	内閣審議官
町田 倫代	内閣審議官
池上 直樹	内閣参事官
井口 豪	内閣参事官
池田 英貴	内閣参事官
草壁 京	内閣参事官
堀内 直哉	内閣府健康・医療戦略推進事務局参事官

(厚生労働省)

鷺見 学	感染症対策部長
中田 勝己	医政局地域医療計画課長
小嶺 祐子	医政局歯科保健課長
松岡 輝昌	健康・生活衛生局健康課長
荒木 裕人	感染症対策部感染症対策課長
渡邊 由美子	感染症対策部感染症対策課国立健康危機管理研究機構 支援室長
前田 彰久	感染症対策部予防接種課長
鈴野 崇	感染症対策部予防接種課企画官

○事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第17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、政府側より西野政務官が出席しております。

それでは、初めに、西野政務官に御挨拶をいただきたいと存じます。

○西野内閣府大臣政務官 皆様、こんにちは。政務官の西野太亮でございます。

本日は御多用の中、新型インフルエンザ等対策推進会議に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

委員の皆様には、常日頃熱心に御議論いただきまして、誠にありがとうございます。

そして、身内ではございますけれども、役所の皆さん方にも常日頃熱心に取り組んでいただきまして、本当にありがとうございます。

本日の議題でございますけれども、まずコロナ対応を踏まえまして、今月設立された国立健康危機管理研究機構（JIHS）より、その果たす役割等について国土理事長から御説明をいただきます。委員の皆様におかれましても、JIHSへの期待も込めて御意見をいただきますようお願いいたします。

また、現在、各省庁では改定された政府行動計画に基づきまして、感染症危機に備えた取組が進められております。政府行動計画の実効性を確保するため、その取組状況をフォローアップしていくことが重要でございますので、前回に引き続きましてヒアリングを行わせていただきたいと思います。

今回のヒアリングは「ワクチン」「医療」「検査」、この3つのテーマについて進捗状況を確認することとしております。次なる感染症危機への備えを充実させるためにも、委員の皆様におかれましても、本日も忌憚のない御意見をいただきますようよろしくお願いいたします。

本日も最後までよろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございました。

西野政務官は公務の都合によりまして、途中での御退席予定となっております。

それでは、ここで報道の皆様には御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○事務局 ありがとうございます。

続きまして、新任の委員について御紹介いたします。

参考資料にもございますとおり、今回の会議より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の佐久間美奈子委員に本会議の構成員として御参画いただくこととなりました。

佐久間委員から一言御挨拶をいただきます。

○佐久間委員 佐久間でございます。

感染症の拡大防止、それから経済活動をしっかりと回していくという観点で、しっかりと論議をさせていただければと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

また、事務局におきまして人事異動がありましたので、御報告いたします。

審議官として町田が新たに着任しております。

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、オンラインで大曲委員、河岡委員、滝澤委員、平井委員、前葉委員に御出席いただいております。

なお、平井委員は御予定のため、途中で御退席の予定でございます。

また、幸本委員、笹本委員、奈良委員が本日御欠席となっております。

このほか、この4月に設立されました国立健康危機管理研究機構から国土理事長にも御出席いただいております。

また、本日は、厚生労働省、健康・医療戦略推進事務局、SCARDAから政府行動計画の進捗状況に関してヒアリングを行うこととしており、SCARDAからは簗田プロボストにも御出席いただいております。よろしくお願いいたします。

その他、内閣感染症危機管理統括庁などの出席者については座席表を御覧いただければと思います。

それでは、議事に移ります。

ここからは五十嵐議長に進行をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○五十嵐議長 御説明ありがとうございます。今日もどうぞよろしくお願いいたします。

先ほどから繰り返し御説明がありましたけれども、今日は2部立てといたしますか、最初にJIHSの国土理事長からお話をいただき、その後でSCARDAからお話をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

では、早速議事に入りたいと思います。

議事（1）国立健康危機管理研究機構（JIHS）の設立につきまして、理事長の国土先生からお話をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○国土理事長 よろしく申し上げます。ただいま御紹介いただきました国土でございます。今日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。

事務局からJIHSの果たす役割に加えて、新型コロナ対応での課題や感染研とNCGMが統合されることによって、統合される前と比べてどのような点でメリットがあったか、そういうことを中心にお話しするようにという御指示をいただきましたので、スライドが

多いのですけれども、始めさせていただきたいと思います。

なお、スライドの準備に当たりましては、脇田副理事長、それから委員でいらっしゃる齋藤先生、それから大曲先生の御意見もいただいて用意しましたので、よろしくをお願いします。

まず、設立の経緯を振り返らせていただきますと、新型コロナウイルスパンデミックが始まって数か月後に、かなり早い時期2020年6月に自民党の中で感染症対応の司令塔が必要ではないかという議論が始まったと記憶しております。その当時、私ども、それから脇田感染研所長も呼ばれて説明をしております。その後、2年ぐらいたって岸田内閣のときに閣議決定されて、統合するという御指示をいただきました。それから国会審議が始まりまして、法律が成立したのが2023年の5月であります。

JHHSの目的については、この委員会で御議論いただきまして、そこで下に書いてございます4つ、情報収集・分析・リスク評価、科学的知見の提供・情報発信、研究開発や臨床研究等のネットワークのハブ、そして人材育成・国際連携ということになっております。

中期目標にも4つにまとめられています。読み上げませんけれども、同じようなことが詳しく書かれてございます。今日はこの4点について順番にJHHSの機能として御説明し、コロナを振り返りながら、うまくいったこと、うまくいかなかったこと、そして統合によるメリットについて、そういう視点で話をさせていただきたいと思います。

まず、感染症インテリジェンスと初動対応でございます。齋藤先生がいらっしゃいますが、EOCが立ち上がりました。2020年以降、定員の数を見ていただいても分かりますように、EOCは大きく強化されております。現在は一番下の段階でありまして、定員だけでも245名の職員が疫学に関する世界中からの情報に対応する、それから日本国内の情報を集める、そういう機能を果たしております。

JHHSは、感染症に関するサーベイランス情報、そして病原体・感染症の臨床に関する情報を集め、サンプルを集めます。それから、これから強化しなくてはいけないと思いますが、社会的インパクトを含む情報についても調査し、そして当然ながら研究開発についての最新情報も集めます。全ての情報を集めて分析し、統括庁あるいは厚労省に提供する、そういう役割が求められています。この中で特に強調したいことは、医療機関からの情報の重要性でありまして、これは病院を持つNCGMと統合したからこそできる、そういう機能であると考えております。

国際的にはいろいろなネットワークがあります。J-GRID+はAMEDの事業でありますけれども、世界の11箇所の研究拠点と日本の10大学との共同研究の枠組みです。最長で数十年にわたって続く協力関係があるわけですが、そういうネットワークも生かしてインテリジェンスレポートを集める、そういう活動もしております。

疫学研究について最近の成功事例としては、オミクロンの対応のためのファースト・フュー・ハンドレッド(FF100)研究がございました。この際一番重要なポイントは、感染

研と病院を持つNCGMが共同で研究の形で行ったことをごさいますて、そうすることによって病院からの入院症例の臨床情報が集まりました。これまでの感染研だけで行う行政検査では、病院からの臨床情報が集まらなかったものが集まってくる、そういうメリットがあります。JIHS設立によってさらにそれが強化されると思います。

新型コロナの検査法について見てみますと、初動時に感染研は非常に迅速に対応しました。2020年の1月10日にウイルスのゲノム情報が公開されたわけですが、その4日後には既にPCR検査ができる体制になっていました。その直後に日本での第1例の診断ができたわけでありす。そして、月末には武漢帰国者800名の検査作業を行ったわけですけれども、その頃には全国の地衛研でPCRができる体制が整いつつありす。これはかなり迅速な対応であったと思ひますし、今後新しい感染症が来ても同じ対応ができるものと思ひております。

ただ、検査についての問題は数、ボリュームでありまして、御記憶のようにPCR検査が希望者になかなか対応できないという状況、試薬が不足する状況が発生したと思ひます。2020年4月上旬には私どもの病院前にもこのような形で発熱者が集まってきました。

ローカルな話ではございすけれども、新宿区ではPCR検査スポットを院内駐車場に立ち上げて、近隣からの発熱者に対応する、そして感染者に対する医療も区内病院の機能ごとに患者を割り振り、負担を分かち合う体制を構築しました。

このグラフは全国のPCR施行件数でございす。2022年の5月までのデータでありす。最初のところ、2020年前半非常に低かったわけでありす。新宿区のPCR検査スポットはこの一番低い頃に、その当時の民間検査会社に依頼して行うことができました。その後検査数の伸びはこのようになりまして、内訳については御覧になって分かりますように、緑色の民間検査会社が大きく貢献したわけではありす。問題としてはクオリティーコントロールが十分ではなかったという反省も聞いております。

成功事例としては、ソフトバンクのPCR検査会社が立ち上がり、NCGMと連携しました。NCGMがクオリティーコントロールをサポートさせていただいて、最大で1日2万7000件、累計で664万件の検査を行いました。

これは脇田先生にいただいたスライドでありす。PCR検査は地衛研と厚労省、JIHSで次のパンデミック初動に備えるわけですけれども、次にアカデミアのラボが入ってきて、民間会社が多くの検査を担ひます。今後に向けての改善点としては、国内で検査試薬などの備蓄をしておく、生産体制を維持しておくことがこれからの課題であらうと思ひます。

次に、臨床試験でありす。これは旧NCGMで新型コロナに対して行った臨床試験のリストでありまして、2022年の第3波までにこれだけ行ひました。ただ、御存じのように、この中で実用化されたのはレムデシビルとその下のバリシチニブ、この2剤だけでありまして、しかもこれらは国際共同治験の枠組みで日本発の試験ではありませんでした。ただし、これらの試験は非常に早い時期からNIHと私どもNCGMが連絡を取り合ひて実

施されたものであり、実は成功事例と言えるのではないかとということで紹介させていただきたいと思います。

2020年2月15日といえばダイヤモンド・プリンセス号のクラスターで日本中が大騒ぎだった頃であります。その頃NIHから試験の打診がありました。実際にプロトコルが承認されたのは、2月20日であります。そして、NIHから急遽スタッフが来て、共同試験の準備を整えて、試験を開始したのは3月25日でした。そして、そこから1か月余りの間で15例を試験に登録しました。数としてはそんなに多くありませんけれども、しっかりと国際共同治験に貢献することができて、最速でレムデシビルが日本でも承認され臨床現場で使えるようになったということをお記憶かと思えます。

もう一つ、実用化されなかったのですけれども、回復者血漿による治療法開発も行っておりました。これはコロナの回復者467名のスクリーニングを行いまして、152名に協力いただいて、血漿を採取いたしました。これを実際に患者さんに投与したのは11名だったのですけれども方法論としては確立しました。（注：その後ランダム化比較試験として21例登録して中止）この後、御存じのように変異株が出て、それから抗体薬も出てきましたので、実際にこれ以上開発は進まなかったわけですが、新しい感染症が来たときに、この回復者血漿は有効な手段になるとお思いますし、その準備と申しますか、訓練は十分できたと思っております。

第3波までの患者数の波を見ていただくと分かりますが、このようにピークがあって底がある、非常に速いサイクルで患者数の推移、増減があったことが分かるかと思えます。

そして、先ほど紹介した試験はこの期間にやりました。レムデシビルは第1波に当たりましたので15例登録できましたが、バリシチニブに関する2番目のRCTは患者数が底になりましたので、実は1例しか登録できておりません。そして、その後、この回復者血漿治療、それから某メーカーの回復者の血漿をプールして作成したグロブリン製剤の臨床試験があり、これにも協力したのですが、それは途中で開発中止になってしまいました。

それ以外にも、臨床応用にはつながらなかったけれどもいろいろな開発案件に参加しまして、最終的には抗体カクテル療法がここで承認されましたので、抗体に関する治療法の開発は止まっております。

患者さんのレジストリにつきましては、これも早い時期、2020年の3月の時点でCOVIREGI-JPという日本中の入院患者さんの情報を集めるデータベースを立ち上げました。全国の648施設から最終的には約9万例の情報を登録いただきました。ここからすぐに創薬に結びつく利活用はできませんでしたが、観察研究として多くの有用な情報を発信できたと思えます。

その後、ウィルスと患者サンプルを集めるREBIND事業が始まりまして、現在はiCROWNと言っておりますが、REBIND事業を拡大させ臨床開発に繋げられる病院ネットワークが

できようとしております。スタート時は14の全国の施設でございましたが、これが今年度は37まで広がる予定でありまして、こういうネットワークを使って次の感染症のときに候補薬をいち早く多施設共同試験をやる、そういう基盤ができております。ここでは入院患者の情報も電子カルテから自動的にデータ収集するシステムが構築されようとしております。御存知のように第3期健康・医療戦略でも、このようなことが提言されております。

国際的にはアジアのネットワークとしてもARISEという臨床試験ネットワークを立ち上げておりまして、タイ、フィリピン、マレーシア、インドネシア、ベトナムで、シーズがあれば開発ができる体制をつくっております。

これはよく言われていることではありますが、緊急事態であっても平時と異なる科学的・倫理的基準で臨床試験を行ってはならない。要するに、RCTでないと候補薬の効く効かないが判断できないという科学的原則であります。大きな期待を集めたものの臨床試験外での投与が拡大してしまって、結果的にRCTが十分できずに有効性を示せなかった事例が幾つかあったということを御記憶かと思えます。これは医療者、患者（国民）全ての理解が必要でありまして、これについてリテラシー向上が望まれると思えます。こういう広報活動も新しいJIHSの1つの仕事かと思っております。

新型コロナ禍の初期にイギリスでRECOVERY試験というものが実施されました。これはデキサメタゾン、トシリズマブが有効であることを示した画期的な試験でございましたが、一方で、有効性が証明できなかった薬もこのようにございました。

なぜこれが成功したのか担当研究者に聞きますと、一番大事なことはスピードでございます。プロトコルを1日で作成し、3か月で1万2000人の症例を登録したと。シンプルな研究計画、そして医療DXを最大限利用したことと、行政データなど関連データベースを全て統合することができた。それから、プラットフォーム試験と申しますが、ディジーズXに備えて候補薬をすぐ臨床研究に持っていけるようなマスタープロトコルの準備をしており、これがプロトコルを超特急で作成するための鍵ではないかと思えます。そして、もちろん信頼とインセンティブも重要です。これを参考にしてJIHSでも準備を進めております。

次に、病院機能でございますが、我々は2つの病院しか持っておりません。大きいほうが新宿区戸山に700床余りの病院でございます。振り返りますと、そこでコロナ初期の横浜クルーズシップ乗客の重症患者の治療も行うことができましたが、次のパンデミックに備えても同じようなことが期待されると思っております。

COVIDの流行状況に合わせて診療体制をこのようにフェーズを分けて対応いたしました。

次のパンデミックに備えて東京都で考えてみますと、都内発生 of 早期までは全ての患者に対応できるような病院機能がJIHSには必要であろうと思えますし、それ以上のパンデミックの場合は、当然ながら重症度に応じたあるいは病院機能に応じた負担の分かち

合い、それを調整する機能も求められるものと思っております。

最後は、人材育成と国際協力でございますが、人材育成については、実はパンデミックの前から感染症専門医のフェロー、表の下の2つでございますが、こういうプログラムが病院にはございました。それから、感染研にはFETP、一番上ですね。実地疫学専門家の育成プログラムがございました。また、10年前からIDES感染症危機管理専門家育成コース、これは医師対象であります、こういうプログラムがございました。

これがまず専門医のプログラムで、毎年数名応募をいただいて、現在までに22名を育成しました。

FETPは感染研が20年近く続けていらっしゃいますけれども、これまでに128名育成したと伺っています。今年度も20名以上の応募があり13名を採用しました。毎年10数名を育成して、将来は200名あるいは300名の体制をつくっていきたいと思っております。

IDESの育成枠は毎年数名ではありますが、WHOやCDC、その他の国際機関に後半の1年間派遣して国際的に活躍できる人材育成しています。修了生は新型コロナでも実際に現場で活躍されました。

新しい事業として感染症危機管理リーダーシップ研修(IDCL)があります。これは感染症危機管理ができる行政官を育てるもので、昨年度から始まっております。

もう一つがDMATでありまして、DMATの事務局もJIHSに移設されることになりました。御記憶のように、ダイヤモンド・プリンセス号ではDMAT隊員が大活躍したことを御存じかと思いますが、今後の感染症対策においても、自然災害だけではなくてDMATの機動力は十分期待できると思っております。

以上、組織統合することによってどうよくなったかの説明をさせていただきました。振り返ってみますと、2020年にはまだ十分できていなかったことが、これまで御説明しましたように、幾つかのプロジェクトを立ち上げて、今、稼働させようとしております。組織合併によるシナジーを発揮して、今後のパンデミックに備えたいと思います。よろしく願いいたします。

以上です。

○五十嵐議長 国土先生、御説明どうもありがとうございました。

それでは、せっかくの機会ですので、ぜひ御質問、御意見をいただきたいと思っております。いかがでしょうか。

それでは、平井委員、お願いいたします。

○平井委員 今日も五十嵐議長、安村代理はじめ委員の皆様には、このような機会を本当にありがとうございます。

また、西野政務官をはじめ政府の皆様におかれましても、非常に力強く前進をしていただいておりますこと、感謝を申し上げます。

ついおとといも赤澤大臣と実は鳥取のほうで御一緒させていただいておりましたけれども、このコロナのときの思い出を壇上でも大臣自身も語っておられまして、ぜひそうした意味で実りの多いJIHSの発足あるいはそのほかのフォローアップにつながればと念じております。

今日、国土先生から詳しいお話がありまして、この後、藪田先生なども話はいろいろとあるのだらうと思いますが、共通いたしますので、我々地方の気のついたことを若干お話を申し上げたいと思います。

国土理事長のほうで大分従来とは違った方針を出していただいております、今日も例えば感染された方の血漿を利用するというプロジェクトもあったという、そのようなお話もありまして、中心にあって本当にパンデミックのときも非常に大きな役割を果たしておられたのだと、試行錯誤だと思っておりますが、崇高なことだと思ってお伺いをいたしました。

今後、例えばワクチンだとか、あるいは医療だとか、検査だとか、この後に出てくるフォローアップのことも含めまして、今回のパンデミックで我々が学びましたのは、国、それからJIHSをはじめとした関係団体、またアカデミックの皆さん方、また我々地方団体、これらが呼吸をそろえてやっていくことが非常に重要であるということを経験させていただき、これから具体的な仕組みがJIHSの中でもできると思いますが、私も今後も発言をさせていただければと思います。

例えば感染がどのように広がっているのか、これをきちんと把握できている都道府県もあった一方で、なかなか感染が広がると、結局保健所自体は小さな組織ということに実態はなっていて、そこにうまく応援が行かないような場合には患者が増える一方で、それこそ検査もままならない、やることできないということも現実起きていました。ですから、そうした意味で日本の中で広く見渡してみれば、そうした今後の感染動向を調べたり、あるいは解決策、ソリューションを求めていくに当たりまして、いろいろな実証データが実は全国にあるということです。ぜひ中央の先生方にもそこをまたいま一つ認識をしていただきまして、フラットな国あるいはJIHS、そして地方、このネットワークで、サーベイランスであれ、感染対策づくりであれ、それから実際にパンデミックが起こったときの少し荒療治の措置、緊急事態ということもございましたけれども、そういうものが動かせる仕組みをぜひ平時からもつくっていただければ大変ありがたいと思います。

例えばワクチンなども、非常に日本はうまくいったと思います。ただ、それをやるために地方の現場の市町村がみんな協力をしなければいけなくて、そのためには早めにワクチンがこれだけ確保できるなどの情報共有をし、ヒューマンリソース、それにふさわしい人材をそれぞれの地域で配置していくこととなります。ですから、お役所的に確実にこのときならば言えるというときに全国にこれから配布するぞと言われても、実は最速ではワクチンは打てないということです。ですから、ある程度あらかじめ時期を前倒

しをしながら国全体で準備を進めていく、そういうことが例えば重要なのではないかと
いうことがあります。

あるいは医療体制につきましても、おかげさまで各都道府県でそれぞれ協定を結んで、
病床数も増えたかのように見えますが、これは保証してもいいですけども、これだけ
ではうまくいかないと思います。それは、結局病床を空けるのに2週間ぐらいかかるも
のだということでもあります。ですから、今、これで協定上確保できている数字ですぐに
回るかという、そういうことにはならないわけでありまして、全体の感染症の感染拡
大あるいは医療的な治療方法の準備等々も相まって、そうした現場現場で病床の確保等
が進むように、そこを配慮しながらやっていく必要があるのではないかとということであ
ります。

このような地域の実情を我々も経験してまいりましたので、今後のフォローアップあ
るいはJIHSの仕組みづくりなどの中で、さらに具体的に生かしていくことができると
思いますので、どうかよろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

○五十嵐議長 貴重な御意見をありがとうございます。地方との連携、ネットワークをし
っかりやっていただきたいという御要望だと思います。

そのほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、どうもありがとうございました。

続きまして、議事（2）の新型インフルエンザ等対策政府行動計画のフォローアップ
のヒアリングに移りたいと思います。

まずはワクチンについて、その後に医療について、それぞれお話をいただくことにな
っております。

まず、ワクチンにつきましては、厚生労働省の前田予防接種課長、健康・医療戦略推
進事務局の堀内参事官、そしてSCARDAの藪田プロボストから説明をしていただきたいと
思います。

その後、医療につきまして、中田地域医療計画課長から、検査につきましては、荒木
感染症課長からそれぞれ御説明をいただきたいと思います。

では、前田予防接種課長、よろしくお願いいたします。

○前田予防接種課長 厚生労働省感染症対策部予防接種課長の前田でございます。

資料2-1に基づきまして御説明を申し上げさせていただきたいと思っております。横の資
料でございます。

1枚おめくりをいただきまして、次の感染症危機に備えたワクチンに係る取組の進捗
状況というところでございますが、新型コロナ対応の課題といたしまして、上側の○の
1番目でございますとおり、感染症に対応するためのワクチンの開発・確保の体制を講
じるということ、また、それが平時のワクチンの接種と比べまして、大規模な接種体制・

流通体制を速やかに整備しなければならないといった課題の御指摘をいただきまして、政府行動計画に「ワクチン」という章を位置づけていただいたこと、また主な取組を進めておりまして、こちらにつきまして本日詳細を説明させていただければと思っております。

次のページでございますが、これはワクチン開発・生産体制強化戦略の大きな考え方の絵でございます。矢印が2つございまして、左下、重点感染症の決定から、それらに基づいて研究を進めていき、最後、薬事承認まで進めるということ、右側の矢印につきましては、そういった薬事承認されたものについて、速やかに生産体制を作成し、また国民の皆さんにお届けをするということが重要でございまして、これは厚生労働省で実施をしておるもの、他省庁と協力をいただきながら進めているものがございまして。私からは、この赤囲みのところにつきまして御説明をさせていただければという形で思っております。

次のページでございますけれども、まず重点感染症の選定でございまして。新型コロナ対応の課題という中で、これは危機に対応するためのワクチンというところを強く指摘をいただいておりますけれども、これも含めまして治療薬あるいは検査薬といったところについて各研究開発を行い、確保を行うというところの重要性を指摘いただいております。

それにつきまして、安全で有効な対抗手段となる医薬品等をどのように確保するかという観点の中で、まだコロナ禍の最中でございますけれども、これは令和4年3月に重点感染症の暫定リストというものを厚生科学審議会感染症部会等の議論の中で決定をさせていただいたところでございまして。また、WHOからの薬剤耐性菌のリストでございまして、病原体優先順位づけ等を踏まえまして、令和6年3月から改めて齋藤委員に座長を務めていただきまして、厚生科学審議会感染症部会の中で小委員会という形で議論をし、また部会として令和7年3月に改めてリストの見直しを行わせていただいたものでございまして。重点感染症のトピックといたしましては、平時から研究開発の支援をしっかりと実施をしていくということ、またその中で感染症の動向が変われば、逐次見直しを行っていくという考え方で進めているものでございまして。

次のページでございますが、重点感染症のリストとして、当然に感染症危機、パンデミックを想定いたしまして、グループAやBに属するものについて指定をするとともに、グループCは薬剤耐性（AMR）の発生を抑えるという観点でのリスト化、グループDのものにつきましては、その他輸入感染症でございますとか、希少な感染症あるいは生物毒といったものに着目し、そういったものの研究開発ということでリスト化させていただいたものでございまして。

右下、6ページ目でございますけれども、そういった重点感染症の指定を具体的にどのように製品化あるいは使っていただくという流れに持っていくかというものの、先ほどの矢印を横の流れにも組み直させていただいた図でございます。

一番左下側に国立健康危機管理研究機構（JIHS）と厚生労働省とで連携をいたしまして、JIHSから知見を頂戴しながら、厚生労働省で重点感染症の指定をさせていただいたものでございます。続いて、研究開発ということで、AMEDをはじめとする多数の皆様にご協力、多数の省庁にも御協力をいただきながら進めるということ。その中で、右下の【ワクチン】の最初の段にございますワクチン大規模臨床試験等事業ということで、いよいよ製品化が進んでまいりますと、企業の共同臨床試験の支援を行うでありますとか、あるいはその真ん中の部分の薬事承認で、感染症対策上の必要性が高い場合に、厚生労働省からPMDAに指示をいたしまして、迅速な薬事承認を行いますでありますとか、あるいはその右側でございますが、一般流通、一般備蓄について、あらかじめ体制を整えていくということで進めていくという形で全体像を構成しているものでございます。

次に、大規模臨床試験に係る体制の整備でございますけれども、これは新型コロナ対応の課題の中の1段目に記載しておりますとおり、大規模臨床試験等の実施に関する経験や知見の蓄積が進んでいないといったところの課題がございますので、そういった大規模臨床試験等を速やかに実施できる体制を構築するところの検討を現在の具体的な例を用いながら実施をしていくというところで、課題を踏まえた対応の中で書かせていただいておりますけれども、これは交付額として1事業当たり総額500億円を念頭として大規模な臨床研究につきまして公募いたしまして、採択実績、令和6年に実施しておりますけれども、KMバイオロジクス株式会社や第一三共でそれぞれ実施をいただいている研究開発について支援を行っているものでございます。

めくっていただきまして、薬事承認プロセスと基準整備でございますけれども、これはおおむねパンデミック時、このコロナのパンデミックの中で議論させていただいたものでございますが、新型コロナ対応の課題として、特例承認制度で海外で認められているものについて、安全性を担保しつつ簡略化を行うというものは既にごございましたけれども、海外で流通していないワクチンについてはどのように取り扱うかというところで議論をいただいて、課題を踏まえた対応といたしまして、令和4年に医薬品医療機器等法、薬機法改正をいたしまして、安全性の確認を前提といたしまして「緊急承認制度」というものについて施行させていただいたものでございまして、現在はこちらにつきましての運用につきまして精緻化を逐次進めているものでございます。

また、めくっていただきまして、ワクチン供給体制の整備ということで、これは大規模な接種体制・流通体制ということで、行動計画の見直しの際にも前葉委員や平井委員をはじめ多くの先生方から非常に手作業で大変であったところの御指摘がございました。

そういったところに対しましては、課題を踏まえた対応というところでございますが、当時そういった事務が電子化が十分でない中でV-SYSというものをつくらせていただいて、そのような形の中で対応させていただいておりましたが、今後、令和8年6月の稼働に向けまして、現在、予診情報・予防接種記録管理／請求支援システムというもの

をつくっておりました、これは予予システムという流れでつくっておりますけれども、そういった集合契約システム等を活用しながら、V-SYSと同様に各自治体さんでどのように確保いただき、また使用していただいているかについて把握を行うものでございます。今後、有事の際にV-SYSの知見については蓄積をしているところでございますので、過不足が生じないようなルールづくりでございますとか、そういったところにつきまして、適切な流通管理を行っていくという考え方で進めているものでございます。

また、ワクチン接種関係、10ページ目でございますけれども、こちらはV-SYS・VRSのVRSのほうでございますが、御自身の接種履歴が紙で行われていたというところがございますが、今ほど申し上げました予予システムで予診票の回答の登録あるいは受診勧奨も含めまして一貫してシステムをマイナポータル経由で行うことができるシステムにつきまして、予防接種事務の電子化を進めているものでございます。

これはもちろんそういったことを行うことによって、少なくとも前回のときにスキニングで非常に苦勞したとか、そういう紙から電子へというところでお手間をかけていただくとか、そういったところの簡略化を進めるとともに、こういったデータ、当然国で集めることによりまして、予防接種等の情報とほかの公的データベースの連結解析を行うことができますので、我が国で有効性・安全性がどのように進んでいるかについても大きな助けになるデータでございますので、そういったデータの利活用についても運用上の措置、これは既に法律に基づいて国が収集することについて改正をいただいて成立しているものでございますので、最大限活用させていただこうと考えているものでございます。

最後、打ち手の確保でございますけれども、当時の課題といたしましては、医師・看護師以外の方々にとどのような形で接種を行えるようにということで、これは課題の2ポツでございますとおり、当時、違法性の阻却という話の中で、医師・看護師以外の方々についてのワクチン接種の従事は可能であるという整理をさせていただきましたが、これは現場の先生方に御理解あるいは実際にその研修を受けていただくというところに時間の限界がございましたので、これは感染症法の改正等の中で、感染症発生・まん延時に、厚生労働大臣及び都道府県知事の要請で、医師・看護師以外の一部の者につきまして、ワクチン接種を行う枠組みを整備させていただいているものでございます。

まず、厚生労働省の取組につきましては、以上でございます。

○堀内参事官 続きまして、内閣府の健康・医療戦略推進事務局の堀内でございます。

私から資料2-2、ワクチン研究開発等の推進状況について御説明させていただきます。

今し方、厚生労働省様から一部関連する部分の説明もありましたので、内閣府ではそれ以外の部分を御紹介させていただきます。また、SCARDAにつきましては、この後御説明がありますので、関連部分は概略のみとさせていただきます。

2 ページ目でございます。ワクチンの研究開発等における課題について、冒頭の囲みが令和3年6月に閣議決定されましたワクチン戦略において指摘されている点でございます。ワクチンは輸入に頼らざるを得ず、研究開発に関する国際競争力の低下、生産能力についての課題などが明らかとなったというものでございます。このため、3つ目の矢尻、開発のための環境整備、生産のための基盤整備、速やかな薬事承認等、網羅的な対応を平時から強化していくということが指摘されております。中段は新型インフルエンザ等政府行動計画からの抜粋、3つ目の囲みが主な取組の進捗状況でございます。世界トップレベルの研究開発拠点の形成、新たな創薬手法の研究開発事業の実施、製造拠点の整備等ということで、この後説明させていただきます。

3 ページ目、厚労省様の御説明と同じですけれども、青枠の部分が私どもからこの後に御説明させていただく内容になります。

4 ページ目、重複いたしますけれども、重点感染症のリストでございます。こちらはワクチン研究開発の対象としている感染症につきましては、このグループAの最初のほうにある新たなインフルエンザウイルスも当然対象としておりますが、これら厚労省における重点感染症の指定状況を踏まえまして、研究開発の支援、具体的にはこの後御説明しますⅢにある重点感染症に対するワクチン開発を進めていくというものでございます。

5 ページ目、こちらは先ほどの施策の鳥瞰図のⅡに相当するものでございます。アカデミアによるシーズの研究開発拠点形成を目的とする、こちらはSCARDAで実施している世界トップレベルの拠点形成事業になります。概略を簡単にですけれども、感染症研究分野は一時期国内ではやや下火というようなことになっておりまして、学問分野としての層の厚みやいわゆる産学官のネットワークの不足などが指摘されておりました。そのようなことに対しまして、国産のワクチン開発等を迅速に行える研究力を構築するため、研究開発、人材育成等を目的とする事業でございます。

次の6 ページ目、現時点までの進捗といたしまして、昨年8月に実施されました中間評価の現状・課題と提言をおつけしております。一部御説明させていただきますが、右側でございます委員会からの提言の一番上のボックスがございますけれども、2つ目の矢尻でございます。当初設計したKPIはおおむね達成しているという進捗でございます。しかしながら、感染症有事に備えた研究開発基盤の構築という面で、この有事がいつ起きるか分からないということから、持続性の重要性を指摘いただいているところでございます。

続きまして、7 ページのⅢ、重点感染症に対するワクチン開発を目的とするワクチン・新規モダリティ研究開発事業になります。こちら後ほど具体的なところはSCARDAから御説明いただきますが、重点感染症に対して感染症ワクチンの開発、ワクチン開発に資する新規モダリティの研究開発支援ということをこの事業の内容としておりまして、これまで39課題の採択・支援を行いまして、厚労省から御説明のあった大規模臨床研究に

係る体制の整備に関する事業に3つの課題の導出を行っているというところになります。

続きまして、8ページ目、こちらはVのワクチン製造拠点の整備の関係になります。国内製造体制の構築ということがこの事業の主目的でございます、製造体制については、感染症有事にその感染症のワクチンを早期に大量に国内で製造することが求められるということと、この製造設備を平時に維持するということが必要になってまいります。平時には通常の医薬品を製造し、有事にワクチン製造を担っていただくというデュアルユースを前提とする製造体制整備の補助事業でございます。

9ページを御覧いただければ、地図がございますけれども、ワクチン製造設備が8、製剤化・充填が4、治験薬製造が4つ、それぞれ色分けしてございますけれども、これらの16拠点の製造体制の整備を行っております。これらの整備によりまして、メッセンジャーRNAワクチンとして2億人分／1年間当たりの生産能力、またメッセンジャーRNAワクチン以外のワクチン製造も可能とするというものでございます。

続きまして、10ページ目に進んでいただきまして、この事業の今後の取組としての部分でございますけれども、部素材の国産サプライチェーンの構築、それから製造を担う人材育成というあたりが重要でございます、ここにありますように富山県立大学や広島大学で人材育成にも取り組んでいるところでございます。

11ページは、有事対応のシミュレーションといたしまして、実際の有事全般についての対応ももちろん必要になってまいります、ワクチンの研究開発部分のシミュレーションも実施をしております。私ども内閣府とSCARDAにも御協力をいただきまして、そのほかの関係機関の御協力を得て、昨年度、当時の感染研やワクチンメーカー、搬送業者、警察庁・警視庁などにも御協力をいただきまして、従前1か月程度の時間を要した検体輸送を、このシミュレーションを通じまして、5日間での実施が可能であることを確認させていただいております。また、実際の研究開発を回していくために、このシミュレーションを通じて得られました課題等については、引き続き今年度以降も確認してまいります。

最後、12ページが、本年2月に閣議決定されました第3期の健康・医療戦略の感染症関連部分の抜粋となります。第2期まではあまりフォーカスされていなかった感染症を1つのプロジェクトと位置づけ、ワクチン・診断薬・治療薬の研究開発・研究支援の推進に取り組んでいくこととしております。

簡単でございますけれども、説明は以上でございます。

○藪田プロボスト 続きまして、SCARDAの藪田より、ワクチン開発・生産体制強化戦略に基づくSCARDAにおける取組状況について御説明させていただきます。

資料2-3となります。

次のページになります。これは令和3年6月の閣議決定によるワクチン開発・生産体

制強化戦略を文章で書いておりますけれども、上から2つがSCARDAで担当しております課題となります。1番目の世界トップレベルの研究開発拠点形成、2番目の戦略性を持った研究費のファンディング機能の強化、この2つを主軸にSCARDAを運営しております。

次、お願いします。こちらは先ほどの御説明にありましたが、9つの施策を図示したものでございます。青枠で囲っておりますところをSCARDAとして担当しております、左のほうの基礎研究から右のほう、一番ボトムの矢印ですね。実用化につなげていくという枠組みとなっております。

次、お願いします。SCARDAについて簡単に御説明いたします。SCARDAは、感染症有事に国策としてワクチン開発を迅速に推進するために、感染症有事の発生前・発生後を通じたマネジメント及び全体調整を行うという目的で活動しております。濱口センター長の下で運営しております。

SCARDAの3つのコア機能を水色のボックスのところに記載しております。1つ目は広範な情報収集・分析機能、これは知財を含む機能でして、非常にこれは重要な機能であると認識しております。2つ目は戦略的な意思決定、そして3つ目は機動的なファンディング、これらを行いつつ、今、SCARDAを運営しております。

次、お願いします。5ページ目になります。この2つのミッションとビジョンを掲げながら運営している状況でございます。

次のスライドをお願いします。以下2枚のスライドで世界トップレベル研究開発拠点の活動についての御説明をさせていただきます。

フラッグシップ拠点は、東京大学の河岡先生を中心としまして、ワクチンの非常に広範な基礎研究から、そしてワクチンのシーズの開発、そして企業への導出を含めた広い研究活動、開発活動を実施していただいております、下の4つのシナジー拠点のまとめ役という機能も担っていただいております。

シナジー拠点は4つございます。北海道大学、千葉大学、大阪大学、長崎大学、各拠点それぞれの特徴がございまして、北海道大学は人獣共通感染症を強みとする活動、千葉大学は粘膜免疫を強みとする活動、そして大阪大学はメッセンジャーRNAやペプチドワクチン等の活動、長崎大学はBSL-3、BSL-4の設備を有して、そして熱帯感染症や高病原性ウイルスへの強みを活かしてワクチン開発を担っていくというファンクションで進めております。

一番下のところにはサポート機関と書いてございますが、6つのサポート機関がございまして、おのおの小動物等の作成、育成、供給、そして解析ですね。ゲノム解析、オミックス解析、そういった最先端解析をサポートする機能としてサポート機関が位置づけられており、活動していただいている次第です。

次、お願いします。これまでの活動、世界トップレベル研究開発拠点の成果について、このスライドで示しました。右上の四角の表にございますが、約60のテーマがございまして、それを鋭意推進していただいている状況でございます。その中の8課題がワクチ

ン・新規モダリティ研究開発事業に採択されて、ワクチン・新規モダリティ事業として推進している状況でございます。

また、今、課題となっております高病原性鳥インフルエンザ、H5N1についても、最新のデータを河岡先生のところで研究されて発表していただいている状況でございます。北海道大学では、キタキツネより採取しましたH5N1のウイルス、これがWHOによりワクチン候補株の1つとして認定されて実績を上げている状況でございます。

右下、中央のバーグラフ、これは研究者の数を示しておりますが、外国籍の研究者、若手研究者数、企業出身研究者数、非常に大幅な増員がなされまして、研究活動の活発化というところが達成されております。

以上が世界トップレベル研究開発拠点の成果となります。

次に、ワクチン・新規モダリティ研究開発事業の進捗について御説明いたします。ワクチン・新規モダリティの課題としては、大きく2つの公募枠がございまして、1番目は感染症ワクチンの開発、2番目はワクチン開発に資する新規モダリティの研究開発、2つの枠でワクチン研究を推進しております。この活動を通じて、平時からファンディングすることによってワクチン開発能力の力をつけていく、そして有事に備えるという目的でこのファンディングがなされております。

次、お願いします。こちらのファンディングの内容について簡単に説明します。ワクチン枠に関しては、重点感染症に対する感染症ワクチンとしてフェーズⅡまで実施いただくという枠で、50億円程度の枠、そして5年の期間でもってフェーズⅡまで実施いただくという枠で公募を組んでおります。新規モダリティ枠については①と②というものがございまして、①は重点感染症にも応用可能な枠、今後うまくいけば重点感染症にシフトするという枠、そちらは10億円程度で5年以内という目安を設定しております。そして、新規モダリティの②の枠ですね。こちらについてはまだアーリーな研究の枠でして、まず動物試験でPOCを目指して、それで非常にいい結果が出れば、次に上のフェーズⅠの枠にシフトしていくと、そのような枠組みで研究開発いただくという設計となっております。

次、お願いします。これまでの進捗をテーブルで示しました。ワクチン枠に関しては、令和5年8月の時点からこの3月の間で8課題から9課題、1課題増えてございます。そこに内容を記しておりますけれども、新型コロナ、鳥インフル、デング、ニパウイルス等の重点感染症の課題の研究開発が進んでおります。新規モダリティ①枠に関しては、11課題を採択しておりますが、これは変化はございませんが、カイコやコメなどの新規モダリティを用いる、そういうワクチンシーズというか、ワクチンモダリティを採択して進めております。新規モダリティ②枠、これは新しい枠でして、感染症ワクチンへの応用が期待できる新しい、今までのワクチンとは違う側面でのモダリティや新しいコンセプトを入れたものを採択しておりますが、8課題から19課題に増加して、このワクチンシーズ、モダリティの可能性を見ている状況でございます。

下の2つのカラムは、支援ユニットの活動でございまして、非臨床薬効試験の支援、これは東大の石井先生のところで鋭意検討いただいておりますけれども、10件の非臨床試験をサポートいただいている。そして、一番下のところはアジュバント・キャリアの支援ですね。アジュバントは非常に重要なファクターとなりますので、これは國澤先生のところで活動いただきまして、93件の支援を進めていただいている状況でございます。

次、お願いします。これはCOVID-19のメッセンジャーRNAワクチンの開発タイムラインを我々の中で解析しまして、欧米と日本でどう違ったかというところを図示したものです。モデルナはSARS-CoV-2の配列が分かってから11か月でできたところが、日本では42か月もかかってしまって、これの短縮をどうやっていくべきかというところの解析を鋭意している状況でございます。

次、お願いします。その中で、1つにはそこの中央に書いてございます遺伝子組換えに関するカルタヘナ法を非常に効率的に動かしていく必要があるということで、これまで治験の前までに大臣確認を取得するというところが、今度は実生産まで大丈夫だというように変更いただいて、非常にそこの障害が減ったということが大きかったかと思っております。

2番目、中央に書いています特定病原体の輸送に関しては、先ほど説明もございましたが、最初、パンデミックが起こって、病原体輸送が発生しますが、それを迅速に行う。どうも今までこの輸送の経緯を見ていると、数か月かかった例もございます。そこには1か月と書いておりますけれども、これを2日へ短縮するという活動を昨年に行いまして、一定の成果が出ておりまして、これを今後も続けていく、新しい側面でそれを進めていくというところを考えております。

次、お願いします。海外の組織との連携に関して、CEPIと連携しまして、2024年5月からCEPIへの派遣を1名行っております。この3月にCEPIのラウンドテーブルというディスカッションの場をこちらでSCARDAがアレンジして開催しまして、各種のワクチン課題について論議したところでございます。

次、お願いします。最後、まとめです。トップレベル拠点においては、多数のシーズを進めております。8課題がワクチン・新規モダリティ事業へ導出されている、そしてWHOによりワクチンの候補株としても認定されていまして、参画の研究者数も増加しているというところで、一定の評価を得て、中間評価ではこのトップ拠点、今後も続けるべきというところの評価をいただいた次第でございます。ワクチン・新規モダリティ事業に関しては、順次進めておりますが、そこに書きました枠を新設し、累計19課題を採択して進めているというところ、そして感染症有事に向けた課題を一つ一つ解決して、輸送に関しましては、1か月以上かかっていた手順を4日以内に短縮できたというところ、これが現状の進捗となります。

以上となります。

○中田地域医療計画課長 厚生労働省の地域医療計画課です。

医療提供体制に関しまして、資料3に基づきまして御報告させていただきます。

2ページを御覧ください。今回の御説明の構成といたしましては、これまでの課題とそれに対する進捗状況ということで報告をさせていただきます。2ページ目はこれから御説明させていただく内容を1枚にまとめた概要でございますので、説明は次のページ以降でさせていただきたいと思っております。

3ページ目になります。まず、医療提供体制の整備についての課題であります。1ポツ目にありますとおり、感染拡大初期におきましては、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルスの特性も明らかではないような時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割、これが平時から明確でなかったということで、それぞれの地域によって役割の調整が非常に困難を来したという状況がございました。

その中で感染がどんどん拡大していく中で、都道府県でも病床等の確保計画を立案して進めることとしておりましたが、だんだん新型コロナウイルスの特性が明らかになってきたと。そういった後においても、医療機関との役割分担に関する認識のずれや医療人材の確保、どこでどうやって確保するかという調整が非常に難しいという状況から、その地域におきましては、病床確保や発熱外来の医療提供体制が十分に確保できないということが生じたところであります。

また、3つ目のポツにありますとおり、感染が急速に拡大した地域においては、病床を確保する必要がございますけれども、それを運営するための医療人材、特に病棟運営の中心となります看護師の確保が、医療機関だけのスタッフでは当然賅えませんので、それを外部から確保する必要が生じる場合もございました。ただ、一方で、災害派遣時のDMATのような仕組みは構築されておりましたけれども、全国的に感染拡大した場合に、そういった感染拡大に対応するような人員派遣の仕組みが、当時は明確な仕組みがないために、知事会、自衛隊、厚生労働省、看護協会などがいろいろ改めて検討して、派遣元との調整を行ったという経緯がありまして、これに非常に時間を要し、ぎりぎりまで調整が必要になったという課題がございました。

そこで、4ページ目にありますけれども、それらを解決するための1つの対策といたしまして、この医療計画や予防計画に基づきます医療措置協定というものの対応についての取組であります。これは令和3年の医療法改正におきまして、新型コロナウイルス感染症対応での知見を踏まえまして、新興感染症の発生やまん延時に、広く一般医療にも影響が及ぶことを前提といたしました必要な対策が講じられるように、都道府県で医療計画を策定しますが、医療計画の中にこの「新興感染症の発生・まん延時における医療」を位置づけることとなっております。※にありますとおり、それまでは5事業だったところを、6事業目として新興感染症・まん延時の医療を追加し、各都道府県の医療計画の整合性を図りながら進めるというものになりました。

また、令和4年の感染症法改正におきましては、新興感染症の発生やまん延時に実効性をもって機動的に対応するという目的から、都道府県が定めます医療計画や予防計画に沿った形で、平時から都道府県と医療機関との間で病床確保や発熱外来、医療人材派遣に関する医療措置協定を締結する仕組みを法定化したところでございます。こちらについては、また次のページで御説明申し上げたいと思います。その仕組みにつきましては、病床確保や発熱外来、医療人材派遣の目標値を定めて各都道府県で確保していただくという仕組みとなっております。

さらに、改正感染症法におきましては、新興感染症の流行初期から病床確保や発熱外来を行う協定を締結いたしまして、都道府県の要請に基づいて措置を実施した医療機関に対しましては、一定期間、感染症流行前と同水準の収入を補償いたします「流行初期医療確保措置」というものを創設いたしまして、流行初期におきましても適切に医療機関が運営できるような措置も設けたところであります。

これらの取組を進めまして、都道府県と医療機関との間の医療措置協定の結果、病床確保は目標値が約4.5万床のところ、令和7年1月1日時点で約4.8万床となっております。

詳細は次の5ページ目でございます。これは令和7年1月1日時点でのそれぞれの医療措置協定に係る目標値と実績について整理した表となっております。まずは左上にありますこの病床確保の目標であります。この病床確保につきましては、まず確保病床数として、感染症期間全体を含む病床のほかに、内括弧で書いてありますとおり、流行初期に確保すべき病床数を分けて対応しているところであります。例えばその病床確保は全体で約4万5000床の目標のところ、実績として約4万8000床を確保できている状況であります。うち流行初期約2万3000床のところ、約3万2000床となっております。

発熱外来に対応する協定締結医療機関につきましては、これも同じような考え方で、全体を通した目標値と、特に流行初期に対応する医療機関の目標というものを置いて対応することとなっております。これは全体として約4万1000機関のところ、実績は約4万機関、こちらは若干目標に届いておりませんが、特に流行初期に対応する約1万5000機関のうち約2万7000機関を確保できている状況となっております。

右にありますのは、自宅療養者等への医療提供ということで、いろいろ自宅への療養のための医療資源の投入もここで目標を置いております。病院・診療所におきまして自宅療養者等を支援する機関としましては約2万3000機関のところ約2万6000機関、薬局は約3万1000機関のところ約4万8000機関、訪問看護事業所は約5,000機関のところ約5,800機関という実績となっております。また、感染症患者以外の患者や感染症から回復後にそれぞれの患者さんをさらに療養が必要な場合に受け入れる後方支援を行う医療機関であります。これも約4,300機関のところ約6,100機関の実績となっております。

また、特に感染症が発生した場合に医療資源が必要となりますが、この感染症に対応できる医療人材派遣として、特に医師・看護師の必要数につきましても定めております。

特に医師では約3,000人のところ約4,400人、看護師は約4,900人のところ約7,400人の人員を確保しております。これらの医療措置協定につきましては、あくまでも協定に基づく確保ということであり、今後様々な訓練等を通じまして、これらの協定がしっかりと実務として適用できるのか、きちんと運用できるのかは、これからさらに引き続き検証が必要かと思っております。

また、その他、一番下にありますとおり、これらは医療という観点での目標、実績という集計ではありますが、それ以外にも医療機関の加療の前に宿泊療養という形で前回のコロナ発生時に対応されたものと皆さんの御記憶にあるとおりかと思っております。このように、宿泊療養施設を開設し、そこで療養に対応することも想定をしております。都道府県と民間との契約となりますけれども、この宿泊施設の確保も確認をしております。こちらは流行初期に確保できる宿泊療養施設の個数として約5万室、また全体としては約7.9万室ということで、こちらにつきましては病床の確保数と匹敵するぐらいの数の確保となっております。

次のページをお願いします。そこで、医療提供体制の解決の方策のその2でありますけれども、臨時の医療施設への対応状況であります。これは政府の行動計画におきまして、この医療計画や予防計画に基づきます医療提供体制を講じるものでありますけれども、それを上回ってしまうおそれがある場合、これの対応といたしまして、臨時の医療施設の役割を位置づけまして、地域の感染の拡大状況、また医療提供体制の逼迫状況を踏まえまして、臨時の医療施設を設置し医療提供を行うということを位置づけております。

この臨時の医療施設の設置や運営方法については、ガイドラインに臨時の医療施設の運営に関する事例として紹介をさせていただいております。例えば紹介でありますけれども、臨時の医療施設としては体育館または公共施設、ホテルなどの宿泊施設が想定される、またその際にはトイレやシャワー等の衛生設備、食事の提供、冷暖房、こういったものも考慮すべき事項として例示をしております。また、比較的軽症であるのですけれども、在宅療養では非常に困難な患者もございます。その場合には、臨時の医療施設で受け入れる患者の例などもお示しをさせていただいております。

その臨時の医療施設も含めまして医療従事者の確保を図ることができるように、都道府県と医療機関との間で締結する医療措置協定に医療人材の派遣も位置づけております。これは前ページで御紹介させていただいたとおりであります。

今後なのですけれども、それぞれ都道府県におきまして医療措置協定がどのように進んでいくのかというのは毎年厚生労働省のほうで状況を確認させていただくこととしております。本年は10月1日にその確認をすることと予定しておりますけれども、それに併せまして、臨時の医療施設につきまして、各都道府県でどのように設置や運営を検討しているのか、そういった状況について我々から状況を確認させていただき、今後の都道府県の支援につなげられないか検討したいと思っております。

次のページをお願いいたします。ここは医療機関での感染対策の向上対策ということで、1枚にまとめさせていただいております。これも皆さんの御記憶にありますとおり、感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関だけではなくて、新型コロナウイルスの感染症入院患者を指定医療機関だけで受け入れができなくて、一般の病院ががん治療やそういった通常医療を制限してその病床を確保する、こういった必要性も生じたところでもあります。そういった事態も想定した入院調整や救急搬送、また、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は当時も行われていなかったということで、体制を立ち上げるのに非常に時間がかかったという課題となっております。

そういった課題に対応するために、1つ目でありませけれども、新興感染症の発生やまん延時に速やかに対応できるように、締結医療機関の感染症への対応力を強化するために、個室病室や病棟のゾーニング、また簡易陰圧装置等の整備に関する支援をこれまで実施したところでございます。参考にありますように、特に令和5年度補正予算で多くの予算を頂くことができましたので、協定締結医療機関に対しまして一般病棟やICUも対象に含むものとしたしまして、個室もしくはゾーニング、簡易陰圧装置等の補助を行ったところでございます。これらについては6年度また7年度当初についても継続して支援を行いたいと思っています。

また、ECMOや人工呼吸器、こういった高度な医療機器を必要とする重症患者も非常に様々な医療機関で受け入れをしていただいた経緯もございます。そういったことも対応できるように、この重症患者治療に関する研修会も開催して、人材育成に努めております。これも令和5年度に予算を頂きまして、研修会を実施し、253人が受講しております。これは単に座学だけではなく、具体的なシミュレーションも含めた研修として、より実務に近い形を想定できるような研修としております。

あわせて、診療報酬でも協定締結を要件とした感染対策向上加算や、また、今、都道府県でも医療機関と連携した患者搬送・受け入れの訓練を実施しているところでございます。

厚生労働省といたしましても、こういった取組を進めるとともに、各都道府県での取組状況を把握、また具体的に訓練でこういった課題があるのかも継続把握して、制度の改善につなげていく予定としております。

私からは以上になります。

○荒木感染症対策課長 本日のフォローアップ事項、最後の検査について、資料4でございます。

今までのお話にありましたように、感染症が発生した際のまん延の防止あるいは医療の提供、その前段階としてこの方が感染症にかかっているかどうかということで検査は非常に重要だということで、JIHSの国土理事長からのコロナを振り返った際のお話の中にもあったと思います。

それでは、1ページめくっていただきまして、進捗状況ということでございます。大きく新型コロナ対応の課題として3つあったということでございます。特に発生当初の検査ニーズの高まりに十分対応することができなかったということで、1つは検査機関のキャパシティーの不足、2つ目は発生初期、これは地方の衛生研究所にいつも頑張っていたいただいているのですけれども、こちらの地方衛生研究所等の体制等の検査体制が十分ではなかったということ、そして、③ということで検体採取、これは咽頭拭い液ということでございまして、医療関係者の不足という大きく3つの課題があったのではないかとということでございます。

こちらに対して、政府行動計画におきましても、しっかりその課題を認識した形で検査の重要性が改めて認識されたところでございましたので、行動計画に新たに「検査」という対策項目が位置づけられたということでございます。

主な取組の進捗状況について、後ろのほうで少し簡単に説明いたしますけれども、1つ目としましてキャパシティー不足、こちらにつきましては、各都道府県において検査体制に関する数値目標を設ける、そして都道府県が民間検査機関等との間での感染症有事において検査を実施することを内容とする協定を締結するというような仕組みを導入したというところでございます。

②としまして、検査体制につきましては、地方衛生研究所等につきましては、地域保健法にしっかり位置づけるとともに、財政支援を実施するというところでございますし、併せて、これは推進会議でも議論いただいておりますように、地方との連携というところでしっかりと訓練等も行うことを含めて体制強化を実施しているところでございます。

③としまして、人材不足というか、検体採取の人材というところで、これは特措法の改正を令和4年にされまして、そちらの中で歯科医師が検体採取をできることを規定したということになります。

次のページでございます。こちらが1点目の部分でございます。こちらにつきましては、検査体制の数値目標の設置を行いまして、「具体的には」というところの2ポツ目でございますけれども、基本指針におきまして、都道府県は予防計画に数値目標を定めなければならないとしました。具体的には、流行初期において約10万件、流行初期以降、これは大体半年ということでございますが、46万件ということでございますが、その結果ということで、昨年9月末時点で各都道府県さんにお伺いしまして、流行初期については約29万件、流行初期以降については約49万件ということでの協定締結が達成されたという状況になっているところでございます。

次のページでございます。2点目の地衛研の体制の強化でございます。先ほど申し上げましたように、地域保健法を改正しまして、都道府県及び保健所設置自治体がしっかり通常時の人材の確保・養成とともに、専門的な研究、そして検査のための施設・設備の整備ということで体制整備を行わなければならないという形になっております。それ

を踏まえまして、一番下に飛びますけれども、職員を増員するために必要な地方財政措置を講じるとともに、実践型の訓練ということで、平時から地衛研の研究者の方に対して技術を向上させるということも含めて、実践型訓練というものをさせていただいているということでございます。

次のページ、これは前回のこの会議でも出されましたように、タイムラインということで、例ということで、赤字のところを書いてありますように、まず検査・診断のためには検体の入手をすぐするという、そして検査試薬・検査法の確認をするということで、その前に検体の搬送ということで、ここは健康・医療に訓練をいただきまして、その課題等も抽出いただきまして、それを早くできるようにするというのも含まれておりますが、そういう形でございます。発生を確認しましたら、おおむね1週間でJIHSは検査マニュアルを配付するなど、こういう形でタイムラインをしっかり定めて、これに準じて様々なコメントをしているところでございます。

最後の点でございます。検体採取の人材というところにつきましては、特措法の改正でということでございます。一番下に書いてありますように、感染症の発生・まん延時には、厚生労働大臣及び都道府県知事の要請によりまして、歯科医師が検体検査を行う枠組みを整備したということになっております。

以上3点でございます。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。ワクチン、医療、検査への取組の進捗状況を御説明いただきました。

それでは、御質問等がありましたらお願いいたします。

では、佐久間委員、お願いいたします。

○佐久間委員 大変丁寧な説明をいただきまして、ありがとうございました。よく理解をすることができました。幾つか意見を申し上げたいと思います。

まず、資料2-1、感染症危機対応医薬品、MCMのエコシステムについてです。実際に感染症危機に直面した際には、MCM以外の医薬品においても偏在、不足が生じることから、MCMと並行してそれ以外の医薬品においても平時から備蓄計画と流通の優先順位づけが必要ではないかと考えます。

次に同じく資料2-1、ワクチンの接種体制についてです。マイナポータルなどで予診情報や予防接種記録の管理ができるということで、使う方にとっては非常に便利になったのではないかと考えております。風疹や従来型のインフルエンザのような新型インフルエンザ等以外の予防接種の情報、お薬手帳の情報、治療情報などが集約されて、その人の状況をきちんと把握し管理できることで、接種する個人にとってメリットのある形になっているということが重要ではないかと考えております。もし接種してはいけないタイミングにあるため接種できないことがきちんと管理できるのであれば、そうい

ったこともアピールしていくべきではないかと考えています。そういったことがマイナンバーカードの普及、医療情報のポータブル化といった行政全体の効率化と国民の利便性の向上につながって来るとも考えております。

ワクチンの接種体制についてもう一点ございます。新型コロナウイルス流行の際には職域接種など集団接種が接種の加速化に貢献してきたと思っております。一般の診療、治療と同じ場所で接種するのは、動線の確保等の意味でも難しいのではないかと考えております。そのため、集団接種会場とそこで接種を担当する医師を確保するということは、治療に当たる病院医師に治療に専念してもらえよう環境にするという面からも有効ではないかと考えます。

次に、資料4の検査体制についてです。新型コロナウイルス流行の際、初期のPCR検査は、感染しているおそれがある場合に感染を確認する目的で行ったと認識しております。その後、海外渡航や入国を認める際など感染しているリスクが低いこと、こういった方々が医療体制に負荷をかけるような存在ではないということを確認する目的で抗原検査等が用いられるようになったと認識しております。そして、最終的には、対面で人と接する場所に行く際に感染させるリスクが低いことを確認する目的で検査が行われたように、それぞれの流行段階に合わせた検査方法が取られたと認識しております。感染症がまん延するような環境で、民間の経済活動を止めずに継続していく上では、海外との往来等の際に検査証明があるということが非常に重要です。出勤や面会等をする上では、十分な量の試薬や検査器具が確保されつつ、抗原検査キットが薬局で販売される体制が確立されるべきと考えております。

それから、資料ではないのですが、全般を通じて2点意見がございます。

1つは、こういった感染症の拡大は往々にして大規模な自然災害と同時に発生することが想定されると思います。そういったことを念頭に置きながら、特に被災地においては十分な衛生環境を確保することができないといった状況も念頭に入れて、どのような検査・医療体制を提供するのがいいのかを考えていく必要があると考えております。

また、ワクチンの研究開発において、今、それがどのようなワクチンで、その安全性がどうであるか、正しい情報が十分に発信されることが大変重要と考えています。情報の不足によって、ある意味、SNS等で正しくない情報がまん延してしまうといったことも実際に起こってきたと思います。もちろん検討されていると思いますが、より分かりやすく正しい情報を十分な量で発信していくことが重要と考えております。以上です。

○五十嵐議長 御意見ありがとうございます。

特にワクチンと検査について御質問、御意見があったと思うのですが、何かありますか。

○荒木感染症対策課長 ありがとうございます。

特にワクチンの最初のMCMの考え方につきまして御質問いただきまして、ありがとうございます。こちらにつきましては重点感染症ということで、公衆衛生危機管理という観点で、まさに救命であったり、流行の抑制だったり、あるいは社会活動をどうやって維持するかという観点で、次に来そうなネクストパンデミックが起こりそうなものということで定めたものでございます。それに対しては例えば研究開発を進めるとか、対抗手段があるものについては例えば備蓄する、平時は、感染症はやはり廃りがありますので、実際に起こっていないときにはほとんどニーズがないものは少なくないので、それをちゃんと取っておくということがございます。佐久間委員から御指摘いただきましたように、この重点感染症以外についても当然必要なものは感染症の全体の観点からもございます。そちらにつきましても平時の例えば予防であればワクチン定期接種という形もやっていますし、それ以外の感染症、幅広くありますが、まずはネクストパンデミックに向けたものが重点感染症、それ以外のものについても引き続き研究開発なりサーベイランスということでしっかりさせていただいておりますので、いろいろ念頭に置きながら進めたいと思っております。

先に飛んで検査の関係でございます。御指摘いただきましたように、検査は当初の例えばPCRから抗原という形で移っていったということと、検査の目的がまさに変わっていったということは、皆さん、こちらの場にいらっしゃる方はコロナの経験の中で実感されていると思います。こちらは私が説明をし忘れたところがございます、資料4の2ページ目になるのですけれども、まさにそういう観点で政府行動計画においても記載をいただいております。「必要な者に適時の検査を実施することで、患者の早期発見、流行状況の的確な把握等を行い」云々の中でございますけれども、その際に適切な医療提供や、対策の的確な実施・機動的な切替えを行うという観点で、緊急時には発生直後より早期の検査体制の立ち上げを当然行うとともに、対応期におきましては、病原体や検査の特性を踏まえた検査実施の方針の柔軟な変更ということで、その目的に合わせ、そして検査のキットもどんどんできますのでやっていくということも行動計画に書かれておりますので、我々も平時からそれを念頭に置きまして対応していきたいと思っております。ありがとうございます。

○鈴野予防接種課企画官 続きまして、予防接種のデジタルの関係で御質問いただきましたので、お答えさせていただきます。

予防接種課企画官でございます。

1点目は、新型インフル以外の風疹や季節性インフルなどでの利用等について御意見いただいております。御説明させていただいた資料の10ページの中で書いております予防システムと私たちは呼んでおりますけれども、このシステムで臨時の新型インフルに限らず定期接種の予防接種の記録についても管理をしていく予定となっております。その上で、御意見の中でお薬手帳等との連携で個人の方にメリットを受けていただける

ようという御意見でございました。お薬手帳は御案内のとおり民間の企業におきましていろいろなアプリが提供されていると承知しておりまして、実際に民間のアプリに直接提供するのは難しいのですけれども、この予予システムとのマイナポータルのAPIを実は公開をしております、民間のアプリの事業者の方にこのAPIを申請していただいて、APIを利用することがオーケーになりますと、そのお薬手帳を通じてこの予予システム内の接種記録もダウンロードしたり確認したりすることができるようになるという状況を用意してございますので、まさにそういう様々な民間のアプリ事業者の方にこのAPIを使っていただくことで、様々なアプリの中で予予システムの接種記録を確認したりすることができるようになっていくという環境は御用意しているところでございます。

もう一点、デジタルの関係で、接種ができないタイミングではちゃんとできませんということを管理と言うとあれですけれども、チェックできるようにしたほうがいい、する必要があると。御指摘はごもっともです、この予予システム内に接種記録がある状態ですと、次の予防接種を受け付けたときに、この予予システムに確認・照会をしまして、直前の接種はいつだったか、それが必要な接種間隔をこちらで示してございますので、その間隔を過ぎていない場合、短い場合などは、受付のタイミングで、この方は何日に打っていて、まだ間隔は空いていないけれども大丈夫ですかというアラートみたいなものを出すことを今はシステム設計で準備をしているところですので、そうしたことによって間違い接種なり事故等が起こらないように極力努める設計をやっているところでございます。

デジタル関係は以上でございます。

○前田予防接種課長 最後に、予防接種課長でございます。

まず、集団接種の部分でございますけれども、今回コロナワクチンの際には、もともと個別接種は予防接種の原則でございますので、その前提で進めていたところ、集団接種という形で企業の皆さん、自治体の皆さんも都道府県を含めて御協力をいただいたという実績がございます。そういった経験、次の感染症によっては個別接種のほうが有利な場合もございますけれども、比較的早い段階から場所の確保あるいは医療従事者も医師・看護師以外の方々に御協力をいただける体制等も講じましたので、どういった形で接種するかというところ、一定の時間がございますので、これはできてから進んでいたというところが反省点の1つでございますから、早い段階からそういった体制整備を都道府県、自治体の皆さんと進めていきたいと考えてございます。

また、広報に関しては、定期接種でも様々な肯定的な意見、御批判もいただいているところでございます。特に肯定的なところで申し上げますと、例えばHPV子宮頸がんワクチンでございましたら、昨年度末でキャッチアップ接種ということで若い方に接種をいただきましたが、コロナのいろいろな御批判もある中でも比較的多くの方に打っていた

だいたのところもございますので、こういった実績もベースにどういう形が効果的か、これはなかなか役所の下手なところでございますが、努めていきたいと思っております。私からは以上でございます。

○荒木感染症対策課長 最後に、補足的にいただきました大規模な自然災害に合わせて感染症も発生すると。この会議におきましては、大きな感染症を主とした災害についてのお話なのですが、まさに大規模な自然災害におきましても、発生した状況、気候あるいは場所によって感染症が発生しやすいということになります。例えば今年の能登の震災におきましても、寒い気候の中で避難所に集まるというときに、ちょうどコロナ、インフルという感染の時期にもございますので、そういう意味では被災地へのそのときにはDICTということで、まさに先ほどの国土理事長のいらっしゃるJIHSが事務局となったDICT、環境感染学会と協力した専門家の派遣もさせていただいておりますし、あるいは海外はちょうどミャンマーで震災が起こって、そちらについても感染症がはやるといいう時期になりますので、そういう意味ではそういうJMTDRの派遣におきましても、JIHSから行っていただいている方には感染症の専門家がいるということで、そういうことも両面をにらみつつ進めさせていただいております。

以上です。

○五十嵐議長 佐久間委員、よろしいですか。

それでは、齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 非常に包括的な取組についてお話しいただき、どうもありがとうございました。

2点質問があるのですが、先ほど職域接種、集団接種のお話がありました。なかなかこれはコロナ前には想定されていなかったことですが、非常に各現場でいろいろな工夫がされて、動線の確保や人の配置など、本当にこなれた仕組みになったと思うのですが、なかなかこういう機会は次までそうそうあることではないと思うのですが、こういったときに、かなりSOPなど各所で整備されたり、あるいは会社に委託したところではその委託仕様書など、いろいろ作られた部分があると思うのですが、そういったレガシーをしっかりと保存などされているのかということをお伺いしたいです。

もう一つは、国内製造設備についての御説明をいただきましたけれども、非常にこういったところは重要なものだと思うのですが、なかなかこの維持が、施設そのものもそうですし、技術やスタッフの維持もそうですし、いざというときの原料確保も含めて維持が難しいところですが、デュアルユース設備ということで、ふだん何かを作ることを想定されているのかと思うのですが、その辺り、どのような計画をされているのか。例えば資料を見ると、DNAワクチンとか、ある程度物としては限られているのかと思うので

すが、例えば生ワクチンとか、不活化ワクチンとか、定期接種ワクチンなどで需要変動があった際にそれに対応できるようなことも想定しているのか、その2点を教えていただければと思います。

○五十嵐議長 どうぞ。

○前田予防接種課長 それでは、予防接種課長でございます。

まず、職域なのですけれども、これはどういう形で御契約をいただくか、対象、スペースをどうするかなども含めて、コロナ禍の間でございますけれども、集団接種のマニュアルあるいは安全規範みたいなものについて、相当大部なものを作成させていただいたところがございます。今なおその資料は残っておりますので、そういったものを保管しているということと、その中でも様々な課題がございました。そういった課題の洗い出しも、実際にどういう形で接種の中で反省点があったかみたいなレポートも、これは当時の感染研の先生方の御協力もいただきながら整理したところもございますので、そういった問題に至るというよりもトラブル事例といいますか、そういうところもお持ちをしておりますので、そういうところは整理をして、引き続き次の感染症に生かしていきたいと思っております。

また、デュアルユースに関しましては、これはモダリティによるところが非常に多いかと思っております。感染症危機においては、メッセンジャーRNAワクチンをはじめとして早い段階のワクチンが重視される場所もございますので、今のところコロナからさらに広がってというところは、まだ研究を待っている状況かと承知をしておりますが、他方、不活化でありますとか、そういった部分でありましたら、既にデュアルユースの中で定期接種も念頭に置きながら設計をいただき、有事の際には例えば交代で作っていただくみたいな形でパンデミックワクチンと定期ワクチンを安定供給いただくというところは御計画をいただいている社もございますので、モダリティによってはなかなか平時の使い方が難しい面もありますけれども、そういった組合せも含めて各社さんに検討いただきたいというように進めているものでございます。

私からは以上でございます。

○五十嵐議長 よろしいですか。ありがとうございます。

では、オンラインで御参加の滝澤委員、お願いいたします。

○滝澤委員 御指名ありがとうございます。学習院大学の滝澤美帆です。

御説明ありがとうございます。

ワクチン開発と生産体制、医療体制、検査体制の御説明をお伺いしまして、全体に対してのコメントをさせていただければと思います。

今、お話がありました点、私も重要とっておきまして、パンデミック時のような供給ショックの下では、サプライチェーンの国際依存は大きな脆弱性となりますので、経済安全保障の観点からも内製化の推進やデュアルユース設備の整備は極めて重要であると思います。この経済のレジリエンス構築というのは、単なる医療政策にとどまらず、成長戦略及び産業政策の一環として評価されるべきものだと思います。

そのような中で、現在は大規模臨床試験支援や製造設備整備など、財政支出に基づく直接的な支援が中心となっているかと思います。一方で、中長期的にこうした支援を財政的に持続可能なものとするためには、支援対象の選別ですとか、成果連動の仕組みが不可欠であると思いました。

それから、企業側の投資インセンティブを持続的に引き出すには、予見可能な市場創出を通じて市場メカニズムと施策支援を統合的に設計する、そうした視点が求められるのではないかと思います。

医療体制強化に関する取組は、平時から柔軟に備える医療人材、施設の維持にどのようにインセンティブを与えるのか、検査体制強化につきましても、収益性の乏しい待機的機能を平時にどのように維持するのか、重症対応能力や感染症専門人材の地域間格差、地域偏在の問題、こうした問題がありますので、持続可能なリスク分散の視点を含んだ制度設計が今後も必要不可欠であると思いました。

私からは以上です。

○五十嵐議長 貴重な御意見をどうもありがとうございました。

何かありますか。

○前田予防接種課長 予防接種課長でございます。

まず、ワクチンからお答えをさせていただきます。まず、これまでの成果というところで申し上げますと、先ほどメッセージRNAは難しいと申し上げましたけれども、当初、海外2社で始めていたものでございますけれども、今、定期接種でコロナワクチン接種を行っておりますが、既に対象となっているワクチンが5種類、5社から出ておきまして、2社、今、海外も続いておりますが、3社は国産あるいは翌年度から国内で生産をする形で進めていただいておりますので、国内の生産体制、一定程度確保いただけたと思っておりますし、残り現在支援しているところも国内生産に向けて検討いただいているところでございます。もちろんこれは定期接種というところで、そういった市場を一定程度確保すると。これはメッセージRNAであればコロナワクチンというところもありますし、ほかのデュアルユースであれば、ほかのモダリティであれば、そういったところのデュアルユースの使い方ではほかの定期接種ワクチンも含めて市場を見ていただくことが可能になっていると思っております。

加えて、危機管理の際にどういう形でプル型のインセンティブをつけるかというところ

ろもあろうかと思imasuので、私が前者で申し上げたのは、平時から国民の皆さんに定期接種という形でお返しをするというところですし、そういったインセンティブをどういう形で行うかというところ、これは危機管理の部分でございますので、この辺の組合せ、引き続き各省庁を交えて検討していきたいと思っております。

ワクチンに関しては以上でございます。

○中田地域医療計画課長 地域医療計画課でございます。

医療提供体制について、平時からの施設や人材の確保・維持が重要であるとの御指摘をいただきました。私どもといたしましても、施設整備の補助金はもちろん常日頃からの対応といたしまして、診療報酬での支援も行ってきているところであります。特に人材の確保も非常に重要な課題となつていまして、DMATのほかに現在災害支援ナースということで、災害時また感染症対応時の看護師の養成に努めております。これも2023年度から研修事業を行つていまして、現在約8,400名に上る登録をいただいております。こういった取組を平素から継続的に行うことによって、感染症発生時に適切に対応できるように努めてまいりたいと思っております。

以上になります。

○荒木感染症対策課長 最後に、検査の部分です。検査も収益性の観点から平時はどうするかという御指摘だつたと思っております。検査につきましても、先ほど訓練と申し上げましたし、一方で、例えばコロナやインフルエンザのように通常のサーベイランスという中で、病原体のサーベイランスということで、各都道府県等の地衛研さんにもまさに日々の業務として検査技術を示していただいておりますので、そういう観点におきまして、収益性というよりも日々の感染症、通常時からの感染症対応業務の中で人的な能力の研修や開発とともに、実際の運用を進めている状況でございます。

一方で、キャパシティーが一気にサージキャパシティーになった際にどうするかというところで、そちらにつきましても、先ほど申し上げましたように、事前の民間検査機関も含めた協定を締結しつつ、一緒に訓練にも入っていただくなどの形で進めたいと思っております。

以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

前葉委員、お願いいたします。

○前葉委員 ありがとうございます。

ワクチンの供給体制について、前田課長から御説明を頂戴いたしました資料2-1の9ページあたりで、V-SYSに代替するシステム、予予システムというのですか、これを

つくっていくということなのですが、この点について1点お願いを申し上げます。ワクチンを円滑に供給して下さるようなシステムとしてうまく機能するようにぜひお願いしたいと思うのですが、今後開発が進む中で自治体の職員が使い勝手のいいように、これについては例えば試行だとか、実証実験だとか、そういう段階でぜひ検証していただきながら、あらかじめ稼働準備を進めていただければと思っております。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

以上です。

○五十嵐議長 どうぞ。

○鈴野予防接種課企画官 予防接種課でございます。

V-SYSを代替するようなシステムとして、今、設計をしているところでございますけれども、設計を検討するに当たっては、当時のV-SYSを使っていた方などにヒアリングを行ったり、その際には当然自治体で当時使用されていた方々にもこちらが現在検討しているものを御提供させていただいて、この部分をこうしたほうが良いという御意見もいただきながら設計を検討しているところでございます。

今後、それを具体的にしていく中でも、随時必要なタイミングでまたそういう御意見を聞きながら、よりよいものに設計をつくっていきたいと考えております。

以上でございます。

○前葉委員 よろしくお願ひいたします。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、村上委員からお願ひします。

○村上委員 丁寧にお説明いただきまして、ありがとうございます。

また、事前に医療措置協定や検査措置協定などの都道府県別の状況などについても確認させていただきまして、ありがとうございます。

その上で、1点要望でございます。

国土理事長のお話の中にも出ていましたクルーズ船の課題でございます。こちらにつきまして事前に御質問したところ、国交省におきまして既に対応方針を示されて、各社でそれに沿ったマニュアルも作成され、訓練などについても国交省として把握されていますというお答えをいただきました。ただ、こういった取り組みに加え、本日医療機関の感染症対策向上に向けてどのようなことをやっているのかというフォローアップをされているように、ぜひクルーズ船などについてもフォローアップの対象にいただき、定期的に確認をさせていただくことが必要ではないかと思っておりますので、要望

でございます。
以上です。

○五十嵐議長 よろしいですか。ありがとうございます。
では、中山委員、お願いします。

○中山委員 御説明ありがとうございました。

藪田先生の御説明で、ミッションで、安全で効果的な日本発のワクチンの創出に貢献するというお話がありましたけれども、今回の新型コロナのときには、もともとワクチンではすごく進んでいたはずの日本でなぜワクチンができないのかと随分いろいろと批判されたところもありましたので、ぜひこういうことができ、世界の役に立てるように期待しておりますので、よろしくをお願いします。

先ほど佐久間さんから御指摘がありましたけれども、幾らいいワクチンができて国民に接種してもらえなければ困るということで、ぜひ厚労省には安全性や効能について分かりやすい説明を絶えずしていただきたいということがあります。

もう一つ、幾ら安全性が保証されても危険がゼロではないので、被害救済の制度がありますけれども、あの制度が本当に正しく機能しているのか、その辺についてもよく平時に検討していただきたいと思います。

接種の順番について、私の記憶が正しければなのですが、分科会で医療従事者、高齢者という順番を決めたと思うのですが、厚労省にはワクチン部会というものもあって、そのワクチン部会でどうしてこちらではなかったのかと分科会のほうが決めたということについてそごがあったように記憶していますので、ぜひその辺も平時というか、もちろんワクチンはいきなり全員に打てるわけではないので、必ず順番という問題が来ますので、その辺りをどうやって決めるかも事前に検討していただくとありがたいと思いました。

以上です。

○五十嵐議長 お答えできますか。

○前田予防接種課長 ありがとうございます。

まず、いいワクチンを国民に提供する上でどのように御理解をいただくかというところ、定期接種でも同じ課題を抱えているところは事実でございますし、こういうところを改善することは非常に重要でございます。

御指摘をいただいた救済制度については、当初、特にコロナの反省としては、当然初めてのワクチンということで、件数が一般の定期接種よりも多数の方々にワクチンと関係するのではないかという形のお申出をいただいたというところがありまして、長いケ

ースでは2年近くお待たせをしたというところがございます。そういった数が増える前に、今回の経験の中で専門家の先生方に非常に御協力をいただきまして、その審査の体制を充実させたというところがありまして、現時点で行きますと、書類の申請をいただいてから特に改めて資料の確認を要する事例を除きますと、ほぼ流れに沿ってほかのコロナ以外のワクチンの申請よりも早い形で結論を出せる形で自治体の皆さんにお返しをできる形まで持ってきております。そういった体制になるべく早く進められるように、これらの体制をあらかじめ検討させていただきたいと思っておりますし、これは予防接種法に基づくものでございますので、これの具体的な進め方を予防接種基本計画というところで立てておりますので、今回5年に1度の見直しのものを10年近く置いていたものを大幅に見直しをさせていただきましたが、その際に1つのポイントとして見直しをさせていただきましたので、平時からそういった実践を進めていきたいと思っております。

あとは、そういったところを踏まえて、ここはしっかり安全性の周知をしていくところが非常に重要でございますので、そういったところを進めていきたいと思っております。

以上でございます。

○五十嵐議長 よろしいですか。

それでは、稲継委員、お願いします。

○稲継委員 各省、各課から非常に御丁寧な御説明をありがとうございました。

新型コロナ対応のときの課題を基に、それも踏まえて行動計画がつくられて、その進捗を御説明いただいて、ありがとうございました。

その中でかなり驚きがあったのが、病原体の輸送の話でSCARDAでしていただいて、1か月が2日になったと。1か月どころではなくて数か月だったと。一体何でそんなにかかっているのかをまず教えてもらえますでしょうか。

○藪田プロボスト 病原体に対してはいろいろ規制がございまして、公安などのいろいろな手順がございます。その際に、なかなか皆さん病原体を輸送するための書類等に対して慣れていないところもございまして、それで時間がかかったというところが大きいと分析しております。

今回、シミュレーション、訓練を行いまして、非常に協力的に皆さんに協力いただいて、スムーズに動かせる体制が整いましたので、これを維持して次の有事に備えていきたいと考えております。

○稲継委員 ありがとうございました。

公安などそれぞれの部局がそれぞれの手順に従ってしっかりと規制をかけてきたと

思うのです。これはグレアム・アリソンの『決定の本質』でいう第2モデル、それぞれがSOPに基づいてしっかりやっているということなのですが、それが結果として数か月というラグをもたらしたという非常に典型例だと思います。それをこれから解消していくために内閣感染症危機管理統括庁ができたと私は思っておりますので、統括庁に今後そういう要望が各省、各課、各機関からあった場合に、迅速にそれを解消するようなことを発動してもらえないか、担当の方からお聞きしたいと思います。

○井口参事官 内閣参事官でございます。

先生御指摘のとおり、統括庁、まさに司令塔の役割でございますので、各省庁の調整が1つ大きなミッションでございます。その中で上がってきた課題、もちろん各省庁それぞれの間で調整がつかないものはかなり課題としては固いものが残っている可能性がございますけれども、その中で統括庁の調整によってうまく進むものをぜひ探して進めていきたいと思っております。

○稲継委員 どうぞよろしくお願いいたします。

○五十嵐議長 よろしいでしょうか。

それでは、安村委員、お願いします。

○安村議長代理 ありがとうございます。

時間があまりないので手短に、まず本当に進捗状況についてそれぞれ適切に、また迅速に進めていただいたことに感謝を申し上げたいと思います。

資料2-1の5ページ目、重点感染症のことで気になったのが、グループXの取扱いを今後どうするのかということに関してです。グループAからDは確定できていますが、現時点で未知の感染症で該当する感染症がないと。こういうものを国民がもし見ると、非常に大きな不安になるのではないかとということで、これが特に一番上にあるということもあって、国内に新たな感染症が来たときにはグループXではなくなっている可能性は高いと思うのですけれども、これに関して、もしこういうものが国内にあった場合にどのようにこの後に対応していくのかというシミュレーションなどがあるのか、そこら辺、今、答えていただけるのであればですけれども、検討いただければということが1点です。

資料2-2なのですが、9ページの国内の製造拠点の話なのですけれども、これは地図を見ると全国に広がっているようには見えるのですが、福島にも1つあるのですけれども、見方によっては福島、東北以外は東京から関西ということで、先ほど災害のことがありましたけれども、今後起こってほしくないような災害が起こったようなことを考えると、製造拠点の分散化は危機管理上、国内としては非常に必要なことなのではない

かと。国としては企業ベースでの製造の拠点の決定はあろうかと思うのですけれども、そこら辺に関してもデュアルユースを当然ベースとして考えて、今後どういうところに地域として配置していくかも検討いただければということが2点目です。

3点目、最後ですけれども、先ほどのワクチンの情報のこと、正しい情報が平時から必要ではないかということで、これはJIHSの役割ではないと思うのですけれども、情報収集をしっかりとするというのと、ワクチンの開発、製造、そして供給、接種、各段階でどういう段階に今は来ているかとか、国民にどの段階でどのぐらい情報を出すかというのと、今を平時とすると、そういう情報をほとんどの人が知らないと思うのです。よほどアンテナを高くしていないとそういう情報にアクセスすることが現状では難しいのかと思っております。統括庁がその役割なのかとは思うのですけれども、平時から継続的、計画的に情報発信をすることも、今後しっかり位置づけていただければと思います。以上です。

○五十嵐議長 お願いします。

○荒木感染症対策課長 安村先生、ありがとうございます。

まず、グループXについてどのようなシミュレーションかということで、まさにこのグループXはこの会議というか、新しく行動計画を見直す際にも、新型インフルエンザだけではなくてそれ以外のものも想定してという観点でこの行動計画を大きく変えられたと思っておりますので、全体としてのシミュレーションというのはまずこれかと思うのですけれども、グループA、グループB、特にグループAにあるような例えば今回の新たなコロナウイルスみたいなものがある、それがさらに変異して全く新しいものになればグループXに移行するみたいな、そのようなイメージでございますので、当然今はグループXで特定されたものはないのですが、まさにこの推進会議あるいは推進会議でつくっていただいた行動計画に基づいて準備していくことが重要かと思っております。以上です。

○前田予防接種課長 予防接種課でございます。

安村先生にまずお答えをいたしますと、国内の生産体制というところで申し上げますと、今、新しいパンデミックワクチンを念頭に置いて生産体制を整えていただいておりますけれども、これはデュアルユースで平時から使うということもございます。場所の拡散も非常に重要なのですけれども、極力複数社に御協力をいただいて、定期接種に入っていただくというところが肝になっておりまして、具体的には先般の震災、幾つかございましたけれども、その際に安定供給が問題になりまして、他社さんの御協力をいただくことでぎりぎり供給ができたという実績もございますので、これは複数社接種をいただけるように協力を求めていきたいと思っております。

1点、先ほど中山委員から御質問いただいた際に、なぜ今回のコロナワクチンは統括庁のほうで決めたかというお話がございましたけれども、これはさきの政府行動計画の中では、なかなか国民の多くの皆さんに打たれるというのは一連の感染症危機管理の中では難しかったというところもありましたので、詳細に議論をしていなかったというところがございます。ですから、今回はコロナの感染の危機管理の中で初めて発生をしたというところがございますので、当時ワクチン分科会とこの推進会議の下のコロナ分科会あるいは基本方針部会の話の中で議論いただいて、これは軌を一にして並行して議論をしてきたところがございます。今後はかなりワクチンの開発もスピード感が上がっておりますので、恐らく感染症危機中にパンデミックワクチンも完成すると思っておりますので、最後の大きな取りまとめはこの推進会議あるいはもし下に分科会があればそういうことになろうかと思えますし、それで大きな方向をいただきながら、具体的な接種体制、それに係る自治体さんへの協力をお願い等はコロナ分科会、厚生労働省で実施をしていくことになろうかと思っております。先ほどは御回答漏れで大変失礼をいたしました。私からは以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

どうぞ。

○池上参事官 ワクチンの開発に絡みまして、国民への情報共有をどうするかという御指摘もいただきました。統括庁というお名前もおっしゃっていただきました。我々としては、行動計画を去年の夏に改定しまして、その進捗状況について国民の皆さんに分かりやすく説明していくことが必要かと思っております。今回こういう形で推進会議でフォローアップもやっていただいておりますので、そのフォローアップの状況などもコンパクトにまとめるような形で情報発信をしていくことが必要かと考えているところでございまして、取組を進めていきたいと思っております。

個別のワクチンの開発状況についてどのようにできるのか、恐らく厚労省で可能な範囲でやっていただくことになるのかもしれないですけども、いずれにしろ連携をしながら行動計画全般、それからワクチンに関しましても進捗状況などを発信できるように今後も努めていきたいと思っております。御指摘ありがとうございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

私から最後に1つだけお願いがあるのですが、ワクチンの国内製造体制の構築についてはしっかりと図示をされているのですが、例えば検査キット、PCRの検査キットなど、先ほどの御説明だと何かあったときには既に契約をして対応できる体制になっていると伺いましたけれども、具体的にこのような図が描けるのかどうか、もし描けるのならば、お示しできるのならば、いつか示していただきたいと思っておりますので、御検討を

お願いいたします。

どうもありがとうございました。今日は大変活発な御意見をいただきまして、予定の時間を超えてしまいました。

笹本委員から事前に御意見をお伺いしておりますので、御披露いただきたいと思います。

○井口参事官 内閣参事官から代読させていただきます。

医療について1点コメントさせていただきますということで、笹本委員からいただいております。

感染症拡大時には、協定締結医療機関をはじめ多くの医療機関が感染症に対応いたします。一方で、外傷やがん、慢性疾患といった一般診療にも対応が必要です。新型コロナウイルス感染症のまん延時においても、コロナ対応で逼迫した医療機関の一般患者を周辺の医療機関が対応することで、国民の健康を守ってまいりました。新しい感染症におきましても、感染症対策とともに、一般診療も重要です。この両者が相まって日本の医療を支えていきますので、両者に対する配慮をよろしくお願いいたしますということでいただいております。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、今日いただきました御意見を踏まえまして、引き続き取組を進めていただきたいと思います。

どうぞ。

○中田地域医療計画課長 先ほどの笹本委員への回答だけさせていただきます。

地域医療計画課です。

感染症医療と通常医療の提供体制の確保につきましては、この医療措置協定によりまして、感染症患者以外の患者の受入れを実施する後方支援を行う医療機関とも協定締結を進めることとしております。引き続き感染症医療と一般診療の両立を図る体制を進めていきたいと考えております。

以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

最後ですが、何かございますか。よろしいですか。

それでは、事務局に議事の進行をお返しいたします。

○事務局 本日も活発な御議論をいただきまして、大変ありがとうございました。

次回は、政府行動計画のフォローアップに関しまして、各省庁の取組状況を一覧表で

取りまとめたものを報告することを予定してございます。

会議日程については、追って事務局から御連絡させていただきます。

なお、本日の会議につきましては、後ほど事務局よりブリーフィングを行うこととしてございます。

委員の皆様取材があった場合、自らの御発言をお話しされることは差し支えございませんけれども、議事を非公開としている趣旨を踏まえ、他の委員の御発言などについて、議事録公開まではお話しされるのはお控えいただくようお願いいたします。

それでは、これをもって会議終了といたします。本日はどうもありがとうございました。