

新型インフルエンザ等対策推進会議（第3回）議事録

1. 日時 令和5年10月16日（月）15：00～17：00

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

《参考人》

太田 圭洋	一般社団法人日本医療法人協会副会長
内田 勝彦	全国保健所長会会長
白井 千香	全国保健所長会副会長

《関係機関》

脇田 隆字 国立感染症研究所所長
國土 典宏 国立国際医療研究センター理事長

《事務局》

(内閣感染症危機管理統括庁・内閣府)

新藤 義孝 感染症危機管理担当大臣
井林 辰憲 内閣府副大臣
神田 潤一 内閣府大臣政務官
藤井 健志 内閣感染症危機管理監補
迫井 正深 内閣感染症危機管理対策官
中村 博治 感染症危機管理統括審議官
八幡 道典 内閣審議官
鷺見 学 内閣審議官
須藤 明裕 内閣審議官
田中 徹 内閣参事官
前田 彰久 内閣参事官

(厚生労働省)

佐々木昌弘 感染症対策部長
伯野 春彦 大臣官房厚生科学課長
佐々木孝治 医政局地域医療計画課長
山本 英紀 健康・生活衛生局健康課長
森田 博通 感染症対策部企画・検疫課長
荒木 裕人 感染症対策部感染症対策課長

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回「新型インフルエンザ等対策推進会議」を開催いたします。

本日は、政府側より新藤大臣が御出席でございます。

開催に当たり、新藤大臣から御挨拶をさせていただきます。

○新藤感染症危機管理担当大臣 担当大臣の新藤でございます。

先生方には御多用の中、このように会議が頻発しておりますけれども、御理解と御協力をいただいておりますことをまず御礼を申し上げたいと存じます。

改めて私どものミッションと申しますか、この会議に何をしていただけなのか、そのことを確認したいと思うのですが、私ども内閣感染症危機管理統括庁としては、まずは政府の行動計画を見直しするということが重要な課題でございます。何と申しましてもここにいらっしゃる先生方は、コロナの厳しい中を本当に御苦労いただきながら、そして様々な工夫をいただいで、乗り越えていただいた方々ばかりでございますから、この御経験を生かして、変えられるところ、また織り込むものはきちんと織り込んでいこうではないかと、このように思っておりますので、どんどんと前回のように建設的な御意見を賜りたいと、このように思っています。

私も前回のお話を聞かせていただいで、何と申しましても初動の対処、また、全体的な体制を構築するに当たって重要な点を幾つか感じております。国と地方との情報連携をフラットにする。そして、またそれを充実・強化させる必要性を感じております。さらには検査体制の一層の強化と、海外だけではなくて国内発生のケースも想定した対処、こういったものが必要ということ、前回の御議論の中から私も受け止めさせていただきました。何よりもそういったことを含めて訓練をいかに充実・強化するか。一方で、訓練でございますので、様々な工夫が必要だと思います。内容の質を高めながら、量的には訓練として皆様方が対応しやすいような形を工夫しなければならないだろうと思っています。改めてまた御相談いたしますけれども、私とすれば、この訓練は全国的なものにきちんとして、オンラインを使えば、いろいろな工夫をすればできると思いますので、そういったことを最初からきちんとした形をつくりたいと、このように思っているわけでございます。

今回から、新型コロナ対応の現場で御尽力いただいた委員や有識者、関係団体のプレゼン、またヒアリングを行わせていただくわけでございます。まずは「保健・医療」をテーマといたしまして、全国保健所長会の内田会長と白井副会長、また日本医療法人協会の太田副会長にも参加をいただいておりますので、感謝を申し上げたいと存じます。

皆様方には、重ね重ね本当にあのときによく乗り越えていただいたと思いますけれども、そういったことを御礼申し上げるとともに、そこを通じての医療提供体制だとか、それから保健所の体制、こういった在り方もこの機会にフィードバックさせていきたいと、このように思うわけであります。

実践的な行動計画をつくれるように、担当大臣としても副大臣や政務官、また役所の皆さんと一緒に最大限工夫をしていきたいと思っておりますし、様々な御指導をいただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げまして、御挨拶に代えさせていただきます。

ありがとうございました。

○事務局 どうもありがとうございました。

本日は、井林副大臣、神田政務官にも御出席をいただいております。

ここで、報道の皆様におかれましては御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○事務局 本日は、お配りの座席表のとおり各委員に御出席いただいているほか、オンラインで稲継委員、大曲委員、河岡委員、工藤委員、幸本委員、滝澤委員、奈良委員、前葉委員に御出席をいただいております。

平井委員におかれましては、4時半頃からオンラインにて御出席の予定、中山委員におかれましては、4時半頃に御退席の予定と聞いております。

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

國土理事長におかれましては、御予定が控えておりますため、途中で御退席いただくことになっております。

また、本日はヒアリングのため、日本医療法人協会から太田副会長、オンラインでございませが御出席でございます。また、全国保健所長会から内田会長、白井副会長に御出席をいただき、御説明いただくことになっております。

そのほか、内閣感染症危機管理統括庁などの出席者については、座席表を御覧ください。

それでは、議事に移ります。ここからは、五十嵐議長に進行していただきます。よろしく申し上げます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議のプレゼン及び有識者からのヒアリングにつきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○前田参事官 事務局でございます。

議事次第の次、資料1を御覧いただきますよう、お願いいたします。

今回の会議では、「保健・医療」の分野につきまして、7名の委員・有識者より御発

表を頂戴したいと考えております。

まず、国土理事長、大曲委員に御発表いただきまして、国土理事長が途中で御退席予定でございますので、発表内容を踏まえまして、一度御議論をいただきたいと思っております。

その後、残りの5名の方に発表いただき、再度、議論を行っていただく予定でございます。

事務局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。

何か御質問ございますか。

よろしいですか。

それでは、早速ですが、国土先生にプレゼンテーションをお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○国土理事長 よろしくお願いたします。

スライドをお願いします。

このような機会をいただきまして、大変ありがとうございます。国立国際医療研究センターの国土でございます。

私の後に、同じ施設に所属しております大曲委員から発言がございますので、私のほうはどちらかという写真を多用させていただいて、現状を見ていただいて、その後で大曲委員のほうからもう少しまとめの発言があるかと思っております。

枚数が多いものですから、詳細はじっくり見ていただければと思っておりますけれども、早速始めたいと思っております。

表紙の写真は、2020年4月から7月まで、私どもの病院の駐車場に開設していたテントでありまして、ここでPCR検査スポットを開設いたしました。御記憶のように、その当時はPCR検査が本当にできなくて、発熱者が病院前に列をなす、そのような状況でございました。ここでは通算しますと5,977人の方を検査して、そのうちの1,335人、22%が陽性だったという記録が残っております。

次をお願いします。

私どもセンターは、155年の歴史があります。100年前のスペイン風邪も経験いたしましたけれども、今世紀になりまして、例えば新型インフルエンザやSARS、それからアフリカ・コンゴのエボラ出血熱などへの対応をしておりました。そしてCOVIDパンデミックが来て、現在はM痘についても対応しております。100年前のカルテも残っております。

大臣から訓練が重要という御発言が前回もありましたが、私どものところには特定感染症指定医療機関の中の新感染症病床が全国10床のうち4床ございまして、対応訓練をコロナの前も年2回、欠かさず行っておりました。

次をお願いします。

新型コロナに対しては、このように多方面に対して対応してまいりました。まず、横浜のクルーズ船のクラスターに職員を派遣いたしました。重症化したアメリカ人の患者さんを新感染症病棟で受け入れまして、ECMOの治療を行いました。この方は幸いにも回復しまして、現在、コロラド州で健在だと聞いております。その当時、重症肺炎が起こるということは非常にショックだったわけです。未知の感染症で対応法が分からない中で、私どもの経験を2020年2月の時点で11症例の概要、治療、診断をHPですぐ公開し、全国の施設で参考にしていただきました。これから新しい感染症が来た場合は、こういう早期の情報発信をやらなければいけないと思っております。

第1波と第3波では私どものセンターでたくさんの患者さんを受け入れました。病院の診療体制が非常に問題になるわけですが、フェーズ1、2-1、2-2、3と分けました。フェーズ2になりますと通常診療を一部制限し、フェーズ3になりますと本当に戦時体制になるわけですが、幸いなことにフェーズ3まで行くことはなく、フェーズ2-2で収めることができました。ICUは、全て陰圧化して対応しました。

次をお願いします。

これがICUの状況であります。第1波の頃であります。

次をお願いします。

冒頭に御紹介しましたように、当初PCR検査試薬や装置が不足し、検査がなかなかできないという問題があり、これを解決するために、臨時のPCRスポットを病院駐車場に開設しました。そして2020年4月、新宿区、新宿医師会、それから主要な病院、大学病院も新宿区にはございます、これらが協力する体制、いわゆる「新宿モデル」を作成いたしまして、PCRスポットで陽性患者を重症度に応じて振り分け各病院で受け入れました。こういうことが今後のパンデミックには役に立つと思っております。このPCR検査スポットには当時の加藤大臣にも視察いただきました。PCR検査が不足していた頃、ある民間PCR検査会社が立ち上がり、検査精度などについて私どものセンターが監修させていただきました。対象は無症状の職員や一般人で、ピーク時には2万7000人以上のPCR検査を行いました。この検査キャパシティをパンデミックが収束した後どうするのか、平時にこの大量の検査装置をどのように精度管理し、メンテナンスするか、これも一つの大きな問題かと思っております。

海外の新型コロナ診療体について、米国、英国、スイス、トルコ等の主要な国の情報を集めてみました。病院は各国一つずつの情報しかありませんけれども、大きな私どもと同じようなサイズの病院で、どのような数のスタッフがいてコロナに対応できたかという簡単な調査を行いました。私どもの病院で日本を代表させて他国の状況と比べてみますと医師数も看護師数も、世界標準から見るとかなり少ないことがわかりました。そして、重症患者をICUでどのぐらい受けられるかというキャパシティについては、私どもや日本の多くの特定機能病院・大学病院は頑張っても8~10名でした。片や、米国、英

国では50名近い患者をICUで受け入れています。これは医療制度、スタッフの数の違いが国によってございますので、今後日本で同じようなパンデミックが起こっても同じ状況になると思います。例えば東京では15の特定機能病院がございます。その15の施設が重症患者治療の負担を分かち合うことが今後のパンデミックでも必要であろうと予測します。つまり、重症感染症患者の集中治療を一つの病院に集約して全てやることは不可能であろうと思っております。

次をお願いします。

研究体制について、この会議で以前発言いたしましたけれども、初動のときから、治療法の開発、薬剤の開発、ワクチンの開発を同時にスタートする必要があると思います。振り返ってみますと、パンデミックの当初医療提供の主体となった感染症指定病院は、感染症についての研究開発の経験があまりなかったということが言えます。また、パンデミックでは非常にエフォート・人材が割かれ、まず患者さんの治療が優先されるということがあったと思います。

次をお願いします。

英国でリカバリー試験という有名な臨床試験がございました。デキサメタゾンなどの新型コロナ感染症への有効性がここで証明されたわけですが、主任研究者であるピーター・ホービー博士によると、英国では、2009年の新型インフルエンザ流行時に非常に苦い経験をした。流行中にはほとんど臨床研究、特に介入研究ができなかった訳です。この苦い経験に基づいて準備をしていたために、今回、リカバリー試験が成功したと聞いております。この試験で、デキサメタゾンと抗IL-6抗体の有効性が証明されましたし、逆に、証明されない薬もありました。幾つかの当初期待された既存薬の効果が否定されてしまったという非常に重要な知見を得ることができました。

次をお願いします。

なぜ成功したのか。ピーター・ホービー博士の話によりますと、スピードとシンプルなプロトコル、それから、ここが大事だと思うのですが、医療DXで電子カルテあるいは診療上のデータ、そして生死に関する行政データが統合されていることであった伺いました。日本では、行政の生死に係わるデータは医療データまだつながらないわけですので、これは今後ぜひ検討いただければと思います。

次をお願いします。

感染症臨床研究の次の問題は流行の波と適格症例数のミスマッチです。当然ながら流行には波がありますので、流行のピークでは目の前の患者さんの治療が最優先でもう試験ところではない。それから、流行の波の底になりますと今度はリクルートする患者さんがいないというジレンマがございました。

次をお願いします。

もう一つは次に、コロナの場合はほとんどの患者さんが自然治癒しましたので、死亡率は比較的低く、治療の有効性を検証するにはある程度患者さんの多いRCT

(randomized controlled trial) が必要でございました。それがなかなか日本では難しかった。特にある既存薬について記憶を思い起こしますと、観察研究とランダム化比較試験が同時進行し、しかも治療費は全て無料でした。これではランダム化比較試験のほうに同意をいただかず、患者の希望する薬を10%投与できる観察研究に流れてしまう、そういう問題がございました。

次をお願いします。

臨床試験については、その後、GLIDEという国内の感染症臨床試験ネットワークを立ち上げたところでございまして、次のパンデミックにはぜひこれに対応したいと思っております。

次をお願いします。

もう一つ重要な研究基盤は、患者さんのレジストリ、臨床データの集積でありまして、COVIDの入院患者さんのレジストリーCOVIREGI-JPを2020年3月に立ち上げまして80000例以上のデータを集積してダッシュボードで最新データを公開しました。その後、患者さんの血液や尿、それからウイルスなどのサンプルを集めゲノム解析を行うREBIND(リバインド)事業に移行しております。

次をお願いします。

私どもは感染研と令和7年度以降に合併することが決まっておりますが、そのときに、病院機能をどうするか、有事と平時にどのように医療を提供するか検討する必要があります。参考になる事例としてシンガポールにNCIDという機関がございます。最近そこを視察してまいりました。NCIDには、感染症専門病床が330床ございまして、ICUも38床あるということですが、ただし、ECMOがないということで、この病院単独では本当の意味での高度医療はなかなか難しいということになります。

そして、実は隣に1,500床の大きな総合病院がございまして、有事にはそこから医療スタッフなどの支援を受けているのだそうです。逆に言うと、平時では300床のうち稼働しているのは3分の1ぐらいと聞いております。あとの3分の1は、隣の総合病院から患者さんを受け入れる、あとの3分の1は空床、そういう状況のようです。このように感染症の専門病院単独では真の意味での高度医療を請け負うのは難しいという実情がございまして、これなどを参考にして、新組織での診療体制を考えたいと思っております。

この図は平成25年に制定された東京都の新型インフルエンザの行動計画を引用させていただいたものです。

次をお願いします。

東京都の話で恐縮ですけれども、左半分が初期の段階で、都内発生早期と考えますと、そこまでは私どもの病院などが全ての患者さんを受け入れるということが想定できると思っております。

次をお願いします。

その後は、先ほども言いましたように重症患者さんは特定機能病院などで負担を分かち合うような体制が必要なのではないかと思っております。

次をお願いします。

以上、まとめでございます。

御清聴ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして大曲委員から、オンラインですけれども御説明をお願いいたします。

○大曲委員 五十嵐先生、ありがとうございます。

国立国際医療研究センターの大曲です。

私からは、委員として、医療保健分野での課題に関してヒアリングへの回答をしたいと思えます。

まず1点目です。重大事象の発生時、そして患者急増時の人材の増員ということの課題があるかと思えます。人材の課題、確保は非常に困難であります。ですので、国によって定められた広域の医療人材の派遣の仕組みが必要と考えています。中でも派遣される者の所属先で事前に職務記述に有事の感染症対応も組み込んでいただく。そうしますと、有事の派遣が迅速に行われるというふうになると思っております。

2点目は物資の確保であります。今回、対応していただける医療機関の確保に非常に苦労したわけなのですけれども、そこには人材、物資の不足がありました。検査試薬やPPE、これらが必要です。ですので、備蓄、あるいは有事の物資の確保システムといったものが必須だろうと思えます。特に検査が回らないと、公衆衛生だけではなくて医療も回らなくなります。ですので、公衆衛生と医療の現場で早期から検査が活用できるように、感染症の発生の直後から産学官で連携をして、検査試薬・機器の開発と供給のための枠組みをつくる必要があると思っております。中でも、民間のほうをどう導入するかという意味では、検査会社の収益の予見性が高まるように、診療報酬を早急につけるといった対応が現実的には要ると思っております。

3点目は、病床の機動的な運用、臨時の医療施設、そして後方の支援施設の確保でありますけれども、1つはパンデミックの特に初期は患者さんを自宅等からなかなか動かさなかったということがあります。そうしますと、端的には医療対応が難しくなります。ですので、診療の場所や患者の移動には柔軟性を持つ必要があるということをお聞きしています。そういう意味では、自己検査ができました。そして、医療機関に行かずに行政対応も、場合によっては医療も受けられるようになったわけですので、これは医療と行政の支援の患者さんへのアクセスを著しく改善したと思っております。これは有用な方法だと思っております。

また、例えば第5波ですけれども、早期に比較的重症度の低い高齢者等で重点医療機関の病床が埋まってしまうということがありました。そうすると残りのベッドがない、一方で重症患者が急増するという状況が起こるわけですが、それを受け切れないという苦い経験がございました。病床利用率が上がっていくということは、死亡率の増加と強く関連をしています。疫学的にも示されています。ですので、罹患する患者数の急増等で医療のニーズそのものが変化してきた場合には、入院の適用等を変えていく必要があると思います。

また、患者数の著増する時期には、既存の医療施設等ではキャパシティーが不足しますので、臨時の医療施設を立ち上げる必要があると思います。実際今回も行われました。どう準備できるかという話なのですが、例えば公共の施設等の転用ができるように平時から準備をしておけば、感染症だけではなくて災害など様々な状況で利用できるのではないかと考えています。では、人材はどうするのかというところですが、病院や診療所の区別なく、そして公的や民間医療機関の区別なく、含めて広く行う必要があると思っています。例えば自施設で患者さんを受けて診療すること自体はもろもろの理由で困難だけれども、臨時の医療施設が設置された場合に派遣されていく、そこで対応するというのは、診療所の先生等も含めてできるとおっしゃる方が非常に多かったことが現実であります。そのような方を生かすということです。

病床の確保のためには、重点の医療機関から次の施設への転院を促進していく必要があります。まさに今、行われていることであります。また、有事には高齢者向けの臨時の施設を立ち上げることも有用であります。特に身体活動性の低下した高齢者は、重症化や死亡のリスクは現実には高いです。ですので、重点病床への入院が望ましいですが、必ずしもそうでもない方を入院させるというのは、むしろ心身にとって好ましくない場合もかなりあるということも分かっています。そうなりますと、介護施設や自宅などの生活の場でいかに医療を提供するかということを考えていくことも重要であります。

また、情報の共有でありますけれども、臨床の知見を速やかに共有していくことで、疾患がどういうものかということが分かって、対応が分かります。そうすれば、ほかの医療者にも対応していただけるようになっていくと思います。現実には、コロナが発生した当初は、患者さんの情報はありますが、地方の自治体レベルで止まってしまって、開示がされないということがありました。これはよく分かります。いわゆる風評被害の問題とかいろいろあります。当方は誰がどこでコロナを診ているか分からずに、臨床情報の共有に非常に苦労したことを覚えています。結局何をしたかといいますと、当方は診療に当たっている医療機関を本当に内々としか言いようがないのですが紹介をいただいて、非公式にネットワークを組んで情報の共有をしていって、最初の数か月の対応をしたということがありました。これを次の枠組みとしてはどうするかということを考える必要があると思います。

感染症の発生の早期に、FF100などの枠組みで調査あるいは研究で情報を得ることは

非常に重要です。ただ、それに加えて、平時から感染症の指定医療機関と今後決まっていよいよ協定締結医療機関、これらを含めた臨床情報の共有のネットワークを事前につくっておき、平時から活用するというのを私としては御提案したいです。

また、データの収集・活用・利活用なのですが、既存の行政データが研究等にも利用可能となることは極めて重要であります。これは今、議論が進んでいます。ただ、その議論でもはっきりしたことです。このデータは、データが発生したところから即時性を持って使うことが現状の仕組みですと困難です。この点を何とか改善していく必要があるかと思えます。それでも限界があるということになれば、医療機関等から即時に情報を得られるような別の仕組みが必要になるかと思えます。現状、そういうものがあるかと言いますと、例えばG-MISがあります。あるいは、各地方自治体が独自に作成したシステムがあって病床の情報等を得ているわけですが、これを今後、国としてはどうしていくのかを考えて、実際につくっていく必要があると思えます。

一方、ぜひ申し上げたいのは、DXはすごく大事なのですが、1点欠けがちな視点が、データ入力者の負担であります。これをぜひ御検討いただきたいです。有事で特にサージになったときに、自治体の職員や医療従事者にその入力を頑張ってもらえというのはやはり厳しいです。全体が回らなくなります。諸外国はうまくやったと言いますが、例えばイギリスの事例を聞くと、データの輸入は大学院生を雇ってやったなどのことが事実としては出てきますので、そうしたことも検討は要るかと思えます。

また、改めて、検査は公衆衛生対策のみならず医療体制の維持に必須です。パンデミックの発生直後から、自治体だけではなくて医療機関でも検査ができる体制をぜひつくっていただきたいです。実はこれがないと、パンデミックの中でもクラスター対策等ができなくなってしまいます。そういう意味では、無症状の方にも検査ができる対応としていただきたいです。

また、検査をどう使うかということはいろいろと議論が今回もありましたが、見ていて感じたのは、感度や特異度といった検査の特性の一部分の面だけ見て活用法を決めるのは問題がある、要は有効活用がされないと感じました。ですので、出口としてどう使われれば結果として感染症の対応に有用なのかという観点から利活用を考える必要があると思っています。

今回、もう一つ、行政の補助金によって診療所等にも遺伝子関連の検査機器が置かれるようになりました。これはすばらしいことだと思います。ただ、今後、精度管理やメンテナンスや診療報酬上の対応をしないと、このインフラは自然となくなっていくと思えます。ただ、これをちゃんと生かしていければ、次のパンデミックに生かせる大変重要なインフラになります。その維持管理を続けておく必要があると思えますし、一部の自治体では既にそうしたことを始めていらっしゃると思います。

研究開発ですが、ワクチン・治療薬・診断薬を迅速に開発して社会に送り込めるか否か、それがその後の対応の成否を決めます。ですので、もう国土理事長からお話があっ

たように、治療の最前線に当たる感染症指定医療機関の研究機能の強化は必須であります。また、有事には各方面から様々な研究の依頼が集中します。実はどれに対処すべきか非常に苦慮しました。国が主導で優先度の高い研究を事前に定めて、倫理審査等の非常に時間がかかるところは事前からクリアしておく必要があると思いますし、改めてワクチンだけではなくて、診断薬・治療薬の研究開発を進めていただければと思います。

最後ですが、人材育成です。私が思っているのは、全ての医療者を有事には感染症の危機管理対応に程度の差はあれ転用できるように準備しておく必要があるかと思えます。それを可能にするには、学校での専門教育、卒後の生涯教育に感染防止対策の素養、そして災害も含めた危機管理対応の素養についての研修を含めていってはどうかと思っています。

また、感染症医の不足ということが言われるのですが、その大きな理由は、大きな診療報酬を生まないという点があります。ですので、個別の医療機関では現実には雇用が困難であるということがもうこの10年、20年ずっと続いています。採用枠を増やすためには、何らかの形での経済的な支援が必要であります。

また、実際の危機管理対応の中では、救急医療や集中医療、産婦人科医療、小児科医療、外科系の医療、様々な医療ニーズが感染と同時に発生します。これは感染症医だけでは対応ができません。感染症医だけでECMOを回せと言われても、回せません。ですので、有事に即応体制を組むためには、各分野の人材が平時から業務の一部として感染症対策、危機管理の修練も積んでおく、そのような必要があると思っております。

ちょっと長くなりましたが、私からは以上でございます。ありがとうございます。

○五十嵐議長 大曲先生、ありがとうございました。

国土理事長はこれから御退室予定ですので、国土理事長の御発表に関してのみ御質問等ございましたら、挙手をしていただきたいと思います。

フロアはよろしいですか。

河岡先生、どうぞお願いします。

○河岡委員 河岡です。

国土理事長のスライドの中に、多くの試験薬が感染初期をターゲットとするため、外来やホテル療養中の患者が多く、リクルートが大変だったという趣旨の記述があったと思えますけれども、これに関連して、抗原検査キットは使用可能になってから一般の人が使えるようになるまでかなり時間がかかりました。2020年の夏には承認されており、9月には広く使えるように提案を实はしたのですが、実現しなかったのですが、なぜ時間がかかったのかの検証が必要かと思えます。

2点目ですけれども、国内臨床試験ネットワーク整備、GLIDEの患者情報は疫学を含む基礎の研究者にも倫理等のしかるべき手続を経た後に共有できるようになるものでし

ようか。今回のパンデミックにおいて、日本が大規模の臨床データを解析することができなかった点は、これからの感染症研究において改善が求められるところの一つかと思えます。

以上でございます。

○五十嵐議長 どうぞ。

○国土理事長 河岡先生、ありがとうございます。御質問については、実はまだ今は検討中ということで、この段階では回答できませんが、ぜひその方向性になるべきだと私も思っております。ありがとうございます。

○河岡委員 ありがとうございます。

○五十嵐議長 そのほかいかがでしょうか。

どうぞお願いします。

○白井副会長 全国保健所長会の白井と申します。

御発表ありがとうございました。

シンガポールの見学の例をお話しいただいたのですけれども、この場合、シンガポールの発生動向がちょっと分かりませんが、入院の適応とかその辺の判断を行政が関与したのかとか、日本で言えば勧告入院ということがあったと思いますが、そういう制度とかをお聞きになっていらっしゃったら教えていただきたいと思えます。

○国土理事長 それについては今、回答できませんので、また調べてお答えしたいと思います。申し訳ありません。

○五十嵐議長 それでは、滝澤委員、お願いいたします。

○滝澤委員 ありがとうございます。

資料10ページ辺りの医療DXなのですけれども、こちらで御指摘の行政データというのは、具体的にどういったものが必要で、どのようにすればよいとお考えでしょうか。

○国土理事長 簡単に言えば患者さんが生きてるか死んでいるかという情報です。リカバリ試験ではエンドポイントが生死でしたので、まさにそれが必要でした。わが国でも医療DX改革が今後進み、電子カルテのデータが活用できるようになると理解しておりますが、電子カルテだけでは実は患者さんの生死は分からないのです。患者さんが亡く

なったときにその情報を確実に補足することは困難で、しかも他の病院や自宅で亡くなることありますので、多くの場合、結局全部打ち切りデータになってしまいます。この問題は感染症だけではなく他の分野でも重要だと思っておりますが、少なくとも感染症領域では特例としてでも行政データが使えるようになればいいなと思っております。

○五十嵐議長 よろしいでしょうか。

大曲先生は終了までいらっしゃいますので、全ての委員の先生方からのお話を伺った後で御質問がありましたらお願いしたいと思います。

それでは、続きまして釜菴委員からお話をお願いいたします。

○釜菴委員 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。

日本医師会常任理事の釜菴でございます。

幅広く実際に患者さんに対応してきた実地医療の立場から、次期の政府行動計画の策定に向けた視点について申し上げたいと思います。

資料4を御覧いただきたいと思いますが、「感染症法に基づく『医療措置協定』等の段階的な感染症対応と、感染再拡大局面時のタイムリーな基本的対処方針の見直し等について」という題をつけました。

まず、今後、政府行動計画を考えていく上においては、当然、今回経験した新型コロナウイルス感染症のことがかなり頭にある中で行動計画を考えていくことになるのはやむを得ないのですけれども、今後の新たな感染症がどういうタイプのものなのかという予測はつかない中で計画を考えていく必要がありますので、常にそのことは頭に置いておかなければいけないと思います。

現在検討されております医療措置協定というのは、特定あるいは第一種、第二種の感染症指定医療機関が、新たな感染症が海外から入ってきた場合、そして国内で最初に発生した場合も含めて、まず対応するというようになっており、その間に感染症のいろいろな情報をいち早く把握して、どのような対策を取っていくか、どのような範囲の医療機関が対応すべきなのかということを決めていくことになるわけですが、原則として、新規の感染症を何とか抑え込むという基本的な考え方はしっかり持っていかなければいけないと思います。なかなか囲い込み、封じ込めができないという事態は当然起こるわけですが、何とか感染のピークを低くする、そして感染のピークが遅くなるようにするという取組はぜひしなければならぬと考えています。ですから、初期の対応は極めて重要になるだろうと思います。

そこで、いろいろな情報を基に、医療措置協定を締結した医療機関が幅広く対応していくという時期に入っていくわけですが、その場合に、今回のコロナの経験を踏まえますと、通常医療との両立が極めて困難になりました。日々、対応しなければなら

ない疾病や患者さんがたくさんいる中で、その方々に待っていただいて、新たな感染症の対応をしなければならぬという場面が様々出てきましたので、そのことについてしっかり対応しないと、新規の感染症には太刀打ちできないわけですが、一方で、対応できなかった疾病や、本来であれば救えた命が救えなかったという事例も身近にも経験をするという中で、ここをどうするのかということが大事な点だろうと思います。

そこで、感染が再拡大したり、あるいは収まっていたのが増えた場合もそうですし、局面が変わってきたときにいかに臨機応変に対応するのが非常に重要になってきます。今年の5月8日に感染症法上の類型が5類に変わりました。私ども医療提供側としては、体制の変化に対しては非常におっかなびっくりという点がありますので、あまり急激な体制の変更はよくない、慎重にということがありましたけれども、一方で、社会経済の活動をしっかり回していくという観点からすると、そこは体制の変換をどこかで決断しなければならないという場面があるわけで、その時期がより適切に行われるということは極めて重要だろうと思います。

今から振り返ってみますと、私は個人的には5月8日における大きな方針の変更は大変適切だったのではないかと考えていますけれども、それを適切に国として判断していくためには、どういう準備やどういう体制が必要なのかということをしっかり考えておく必要があるのだろうと思います。

2番目ではありますが、感染症に対応できるゾーニングあるいは動線確保など感染症対策強化に向けた検討の必要性、これはさらに力を注がなければならないと思います。冒頭で新藤大臣が日頃の訓練の重要性について指摘されて、まさにそのとおりだと思いますが、特に外来を担当する医療機関、病院も診療所もありますけれども、そこにおける感染に対する対応能力は常に更新して高めていく必要があると思います。この訓練については、私ども日本医師会も引き続き全力でこれに取り組んでいこうと考えていますが、この訓練の機会をしっかり確保していくこと。訓練は、実施できたときにはある程度のレベルに達しますが、すぐに力が落ちます。忘れてしまう部分があります。したがって、それをいかに定期的にしっかりよいものにしていくのかという取組が非常に重要だろうと考えております。

国民の皆さんからのリクエストとしては、なるべく多くの医療機関で、例えば今回のコロナについて対応してほしいという御要請がありました。それは当然のことだと思います。しかし一方で、物理的に医療機関の構造上なかなか対応できないとか、いろいろな制約がある中で、先ほど大曲先生からの御指摘もありましたが、例えば自治体が行っているような臨時の医療機関に出向いていくとかいう形で協力してやっていくことは今後も大いに必要になるだろうと思います。既にできてしまっている医療機関を大きく造作を変えるというのは難しいですが、今後新たに開設する医療機関、あるいは改築するような場合においては、さらに感染症対策に配慮して、どのような対応をしておけばより多くの患者さんに対応することができるかということは国全体で考えて、規

制を強化するという点については非常に反対の意見も出ますけれども、医療機関として備えるべきあるべき姿については、この感染症の経験を通じて新たにもう一度見直して、そして、医療機関として今後備えるべきものはこういうものだというようなものがもう少し提示されていくことが必要なのではないかと思います。

ここでもう一つ申し上げておきたいのは、いずれにしろ我が国の今後の人口構成を考えると、高齢者施設における集団感染はどのような場面においても大きな課題になると思います。そこにおいては、高齢者施設と医療機関との連携は今後ますます重要になります。国からアンケートを取っていただいた結果によりますと、以前に比べて随分改善はしてきていますけれども、個別に具体的に見てみると、高齢者施設は非常に種類が多いので、それぞれにとってしっかり医療機関がひもづいて、いざというときに役に立つかということを見てみると、まだ心もとない部分があると私は感じます。これは行政、保健所と、地域の医療機関、特に医師会としっかり連携を取って、あるべき姿を日々更新をしていく、強化していくというようなことがぜひ必要で、いざ集団感染が起こって、緊急支援チームというのは都道府県でかなり送ってくださるのですけれども、その後、継続して医療が提供できるような仕組みを日頃からちゃんと用意しておく必要があるだろうと思います。

3番目ですが、感染拡大防止に備えた検査体制・公費負担の構築について。これは国土理事長、また大曲先生からもお話がありましたけれども、各医療機関も努力をして、それぞれの医療機関でいろいろな検査ができるようになってきています。ただ、このツールをずっと維持・管理するというのはなかなか難しい部分がありますし、一日に例えば何十万件もPCR検査ができるようにするためのいろいろな手当てもしてきたのですけれども、この維持・管理もなかなか容易なことではないと思います。これらをどのような形で維持していけば、最も無駄がなく効率的なのかということ考えた政府行動計画の構築になっていただきたいと思います。

私からは以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

続きまして、日本医療法人協会の太田副会長からお願いいたします。

○太田副会長 一般社団法人日本医療法人協会の太田でございます。

このたびはこのような貴重な機会をいただき、感謝申し上げます。

私は、先日まで、病院関係者として、新型コロナの分科会及び厚労省のアドバイザーボードに出席させていただき、実際の病院現場の状況を他の構成員の先生方にお伝えさせていただいてきました。実際に民間病院でコロナ初期から対応してきた者として、また、今回のコロナ対応に関わらせていただいていた者として、今回の政府行動計画の改定に関連して、委員の先生方に知っておいていただきたい点に関して意見させていた

だければと思います。

2 ページです。

本日お話ししたい内容です。平時における準備の重要性、一般医療との両立の視点の重要性、これは釜菴先生からも先ほどお話がありました。及び、医療現場の余力の確保の重要性に関して、主に述べさせていただきます。

次のスライドをお願いします。

私の管理する名古屋記念病院です。名古屋市南東部にある400床規模の急性期病院で、地域の二次救急を支える病院です。当院はコロナパンデミックの初期、2020年2月から帰国者接触者外来を開始するとともに、入院患者の受入れを行い、以後、多くのコロナ患者に入院医療を提供してきました。

私どもの病院は民間医療法人の病院でありますけれども、コロナ初期から積極的にコロナ対応に参画してきました。これは以前から新型インフルエンザ感染症に対する協力医療機関として指定されていたからであります。その当時、たった一つHEPAフィルターを補助金で頂いたということで協力医療機関となったわけですが、コロナ初期の対応への協力要請は、事前の地域における医療機関の役割の設定があると、新興感染症発生時に機能する。また、その病院においては、病院スタッフを導いていく上でも非常に重要であると私は感じております。

この指定により、大した量ではありませんでしたが、病院にはPPEやN95マスクなどの物資が配給されておりました。その一部はかなり老朽化しておりましたが、何とか初期対応を病院の有志のスタッフと開始することができました。新興感染症初期において病院スタッフを対応に参画させるためには、それを支えることができるしっかりとしたPPEの供給は絶対に必要です。そのために、平時から協定締結医療機関へのしっかりとした支援が重要と考えます。

4 ページです。

今回の感染症法の改正により、各医療機関と事前に協定を結ぶことが求められることになりましたが、先ほど述べましたように、これは非常に有効だと思っています。しかし、事前の計画策定には、行政側からの計画の押しつけではなく、実際の医療現場の状況を十分把握した上で、しっかりと医療現場との協議を行っていただく必要があると思います。現在、各都道府県で医療機関との協定締結が期限を決められ、進められています。また、その流行初期に確保する病床数も目標が定められており、実際の現場感覚と乖離した確保病床数の確保が求められています。計画では、新興感染症公表の1週間後に、コロナ対応での第3波に確保されたとされている病床数を確保する計画となっています。愛知県では1,109床の病床数を確保する予定となっておりますが、ここには一般医療にどれくらい影響が出るのかの視点が少し欠けているのではないかと思います。

5 ページです。

コロナ対応では、一般医療との両立の重要性が当初軽視されたと感じています。コロ

ナ病床確保が政策的に最優先され、一般医療、救急医療に大きな影響が出ました。今回、400床以上の地域の基幹病院が30床の新興感染症対応病床を確保する場合、新興感染症対応を行うスタッフを病院内で配置転換するためには、60床程度の通常医療に対応しているスタッフを異動する必要があり、その分の一般医療への対応を減らすこととなります。流行初期の協定締結が求められる医療機関は、地域の救急医療や急性期医療の中核の病院群です。循環器疾患や脳卒中、悪性腫瘍への対応など、救急医療に大きな影響が出ないよう配慮が必要です。

6 ページです。

これはデルタ株が流行した2021年夏、第5波における千葉市の救急搬送のデータです。第5波では、首都圏がコロナ患者の入院病床が不足し、救急搬送の逼迫が大きな問題となりました。しかし、第5波のピーク時でも救急搬送台数1,300台のうち、コロナ陽性者の搬送は190人、コロナ関連の救急搬送は全体の15%にすぎません。新興感染症に対応することは重要ですが、日本には、ほかの疾患で医療を必要とする多くの患者がいることは忘れてはなりません。いかに一般医療と両立させていくかという視点を持ち、新興感染症対応を進めていく必要があります。流行初期対応の病床確保数に関して、さらに段階的に確保するなど工夫しないと、あまりにも一般医療への影響が大きくなり過ぎるのではないかという意見が愛知県の関係者からは出ております。各都道府県が地域医療の状況を把握し、柔軟に確保病床数を増やしていくことができるよう、運営には御配慮いただければと思います。

また、どれだけ医療現場が工夫して努力しても、医療資源は有限であり、対応できる患者数には限りがあります。地域の感染状況が医療提供体制の上限を超えないよう、非常時には感染者数を制御する施策が重要であることも指摘させていただきます。

6 ページです。

最後ですが、新興感染症へ地域の医療機関が対応するためには、医療現場に平時の余力が確保されていることの重要性に関して触れさせていただきます。特に流行初期から対応することになる地域の急性期医療を担っている病院は、人的にも余力を持つことができる経営状況を維持しておくことが必要だと思います。このグラフは、診療報酬改定の参考とするため、厚生労働省が2年に一度実施している医療経営実態調査から急性期病院の経営状況の推移を抽出したものです。7対1病床を中心とする急性期病院の青が損益差額率、オレンジが補助金を加えての総損益差額率ですが、急性期病院は診療報酬だけでは経営を維持できず、損益差額は継続的に大幅なマイナスです。また、自治体病院など公立病院への補助金を入れた総損益差額、いわゆるオレンジの部分ですが、これも2020年度の臨時的なコロナ補助金が入った年度を除くとマイナスで推移しています。

我が国では、急性期病院は事業として成立していないとさえ言えます。各病院は、厳しい経営環境の中、人的配置の余裕など全くない中、日常医療をぎりぎりまで人的資源を切り詰めて対応しているのが我が国の急性期医療の実情です。今回のコロナ禍におい

て、機能分化・集約化の不足がコロナ医療提供体制の不備につながったという一部主張がありました。しかし、それは一面では確かですけれども、全てにおいて真実ではありません。機能分化・集約化を仮に進めていたとしても、現場の余力が全くない中では決してスムーズにコロナ患者への対応を一般医療と両立して行うことなどできなかつたと思いますし、今後もできません。今回の行動計画の見直しに直接関係するものではありませんが、医療現場にある程度余力のある状態をつくり出すことが、新興感染症への対応をスムーズに行うためには不可欠であるということを委員の先生方にはぜひ知っていただきたいと思います。

私からの意見は以上です。ありがとうございました。

○五十嵐議長 ありがとうございました。

続きまして、全国保健所長会の内田会長からお願いいたします。

○内田会長 全国保健所長会で会長を務めております、大分県東部保健所の内田と申します。

本日は、このような機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。

私からは5点申し上げます。

まず1点目ですけれども、今回、行動計画にある内容のうち、新型コロナ対応で適用しなかった、実行されなかった部分につきましてまず申し上げます。

行動計画におきましては、患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった状態と定義されております感染期では、帰国者・接触者外来、感染症法に基づく患者の入院措置を中止し、原則として一般の医療機関において患者の診療を行う。入院治療は重症患者を対象とし、それ以外の患者に対しては在宅での療養を要請するとされております。

今回の新型コロナ対応におきましては、感染期に入っても外来診療は診療検査医療機関に限定され、感染症法に基づく患者の入院措置を継続して入院先を限定し、一般の医療機関においての患者の診療には移行しませんでした。行動計画が想定した事態は全て現実となっておりますけれども、対応は計画どおりには実行されなかったということがあります。医療機関が限定されたために、感染者に対し必要な外来診療や入院診療が提供されず、死亡者数が増加した可能性について十分考慮した上で、今後の計画に反映すべきと考えております。

入院措置を中止せず、入院措置対象者を65歳以上などに途中で限定いたしました。しかしながら、入院措置対象者全てを入院させる病床はありません。重症者を優先して入院させる必要がありましたけれども、多くの地域でこれを行政が担当いたしました。このことは、医師法等の医事法制、倫理、人権等の問題を含んでおります。このような重症度、入院必要性の判断は、医学的見地に基づき臨床医が行うことが適切と考えられることから、その体制づくりが非常に重要であると考えております。

新興感染症の感染期におきましては、現行の行動計画を生かして、外来は一般診療に移行し、感染症法に基づく患者の入院措置は中止し、原則として一般の医療機関において患者の診療を行う体制に移行できるよう、平素から準備しておく必要があると考えております。

これらの体制づくりには、医事法制、行動科学、医療倫理、人権等の観点や国際的な対策の吟味も重要でございまして、そのような分野の専門家の意見もぜひ反映させていただきたいと考えております。

2点目でございます。虚弱高齢者が集団で生活する状況への検討。

我が国の特徴といたしまして、寝たきり等の虚弱高齢者が多く、そのような人々が施設や病院等で集団生活している現状がございます。平時には最低限の医療資源提供で済んでおりますけれども、新型コロナのような新興感染症発生時には、集団感染し、医療ニーズが急増することによりまして、救急医療体制を含む急性期医療への過度の負担となっております。

このような状況は新興感染症に限らず、大規模災害時にも起こっていることございまして、新型インフルエンザ等政府行動計画のみならず、他の健康危機管理事態への対策においても留意すべき内容でございまして、十分な事前準備が必要と考えられます。

特に高齢者入所施設の中でも居住型の例えばサービス付高齢者住宅、有料老人ホームといったところでは急性期の感染症対応が求められるにも拘わらず医療スタッフが非常に少ないため、地域の医師会との連携や地域からの往診医の協力体制が必要と考えられます。

3点目でございます。保健医療福祉分野のIT化の推進でございます。

国民への正確・迅速な情報提供や感染拡大防止対策のために、関係機関によるセキュリティの高い迅速な情報共有システムの整備が必要でございます。保健所のみならず診療所や高齢者施設ではIT化が遅れておりまして、また、個別に導入されているとしても、電子カルテを例にいたしますと、統一したシステムではないために、基本情報の共有が困難でございます。新興感染症発生時に関係者間で労力をかけずに、地域や国全体で対策のために必要な基本的情報を情報共有できるシステム整備が必要と考えております。

今、電子カルテの標準化を検討していただいておりますけれども、ここから自動でデータを収集するようなシステムなどが必要と考えます。

4点目でございます。自治体内の健康危機管理体制の強化の点でございます。

災害時と同様に、新興感染症発生時も各自治体の危機管理部門や総務部門が全庁体制で対応するように平時から計画しておくことが必要であります。自治体全庁のBCPと保健所のBCPが連動することを自治体の必須事項としていただけるとありがたいと思っております。

また、保健所長の約1割は兼務するなど不足は深刻でありまして、かつ、平均年齢が

高く、このままでは次の健康危機管理時に保健所に勤務している医師は不足し、十分な対応ができなくなる可能性があります。平時において、保健所医師や保健師獲得に向けより一層かつ強力な対応がないと、近い将来において保健所の機能を維持することは困難ではないかと思えます。

その他が2点ございます。

行動計画には、臨時の医療施設といった想定がございます。これは新型コロナ対応では入院待機・酸素ステーションや医療強化型宿泊療養施設くらいのようなもので実現されましたけれども、重症者の入院に対応した臨時の医療施設はできませんでした。臨時の医療施設をつくるなら、特措法で医事法制と健康保険法を一時止めて、臨時医療施設に動員されて、元の医療機関が定数を満たさなくなっても診療報酬が確保され、ペナルティーがないようにしなければ、このような臨時の医療施設というのは設立は難しいと思えます。

その他の2つ目ですが、新型コロナの流行期におきましては、解熱鎮痛薬などの内服薬の不足が生じました。これは不要な買占めが発生するなど、さらなる不足を招くこととなります。患者数が増えることに伴い、全数入院から自宅療養への移行が行われますけれども、薬剤の不足は自宅療養を行う上で足かせとなり得ます。国におきまして、薬剤の生産量及び流通状況の監視が必要ではないかと思えます。

私からは以上でございます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして齋藤委員からお願いいたします。

○齋藤委員 本日、2枚の資料で御説明させていただきます。

まず、政府行動計画・ガイドラインはなぜひもとかれなかったのかという話です。

今回、行動計画を見直すに当たりまして、以前の会議録や資料を振り返っていたのですが、日本の新型インフルエンザ対策というものがコロナ以前にあまたの議論を経て積み上げられてきたということを再度実感いたしました。行動計画も改めて見ますと、非常に網羅的にやるべきこと、考えるべきことが書かれております。先人たちが教訓や考慮すべきことを後世に残そうという強い思いを感じる文章であります。ガイドラインもありましたが、非常に緻密に書き込まれております。

その中で、2009年、H1N1を経験した反省から、次にどのような感染性や病原性を有する病原体による感染症が発生しても柔軟に対応できる計画をつくろうとしてきた。しかし、今回のコロナ対応で政府行動計画やガイドラインを発生時にひもとかれたかというところ、ほとんどそういう機会はなかったのではないかと思えます。

それはなぜだったのか。次のパンデミックで役立つための文書をつくるにはどうしたらよいか。いま一度、事前準備の考え方、プロセス、方向性について、今後どうある

べきなのかをこの機会によく検討する必要があると考えております。

政府行動計画について一番の問題は、皆様御存じのとおり、ほぼ新型インフルエンザを想定した対策だったということです。さらに、過去の事例の過学習という状況に陥っていたということです。これは人工知能とかの分野での用語なのですが、オーバーフィッティングという現象で、過去の事例をモデルに学ばせた結果、過去の事例に関してはよい予測を返すけれども、新しい事例に対してはうまく予測ができなくなってくるという現象を言います。

我々で言えば2009年、H1N1、鳥インフルエンザ（H5N1）、H7N9、こういった経験してきた事例を訓練や演習で繰り返していた。その結果として、早期に性質やリスクを見極められること、そして、リスクが比較的早期に社会に受容されることを前提としていた戦略だったと考えます。

ただ、実際に現れたのは未知の新型コロナウイルス、感染性や感染様式、疾患スペクトラム等も知見がない。リスクの見極めに非常に時間を要しました。そして、ワクチンや薬もない中で、医療体制を上回る感染爆発のリスクに長期間さらされるという、なかなかリスクを社会的に受容できない状況が継続しました。そのため、計画に書かれていたことの多くが、実際の対応にフィットしない状況が生まれたと考えられます。

さらに言えば、新型コロナ以前、行動計画は、行政の担当者以外にはほとんど読まれず、認識されていなかったと思います。実際、私はコロナ以前に、自治体などに新型インフルエンザの演習のアドバイザーとして何度か出向いておりました。ですが、中に目を通して人は僅かでした。シナリオに基づいて演習をして、演習後のブリーフィングで、今日の演習の教訓として毎回申し上げていたことがあります。一、行動計画を読みましよう。二、行動計画を読みましよう。三、行動計画を読みましよう。こういったことを繰り返し申し上げておりました。

ただ、この行動計画、開いても読みにくくて全然頭に入ってこない文章です。演習を通じて開いてみて、こんなことが書いてあったのかと気づくのがやっとなんかだったと思います。正直、有事に読まれることを前提としていなかったのではないかと考えます。

次のページに参ります。

新政府行動計画に望む8つの視点ということでまとめさせていただきました。

第1に、リスクランドスケープを精査することです。リスクランドスケープというのは、より俯瞰的に、そして未来志向で、今後どのようなパンデミックのリスクがあり得るかという全体展望を意味しております。パンデミックを起こすのは、新型インフルエンザだけではない。これは今回よくよく分かったことです。そして先ほど申し上げたとおり、過去の事例の過学習に陥らないということでもあります。今回経験したコロナのシナリオに想定が引きずられないよう、特に注意が必要です。

具体的な改善案といたしましては、基本的な構想として3つのレイヤーをイメージしていただくとよいかと思っております。まず、オールハザードとして重要な部分、その上に呼

吸器系感染症を起こす病原体群を想定した計画とした上で、インフル、コロナといった個別の病原体に関する対応計画を上乗せするような計画とすることが考えられます。

第2に、平時でも有事でも読んでもらえる行動計画を目指すことです。コロナ以前にある自治体では、もう長々とした文書はやめて、シンプルにパワポにまとめられることだけまとめる、佐賀県の例なのですけれども、そういう工夫をされている自治体もございました。どんなに備えていても、備えていることをみんなが知らなければ、備えていないと同じことです。書き方の工夫もあれば、デザイン的な工夫もあるかと思いますが、多くの人に読んでもらえる行動計画にしなければなりません。

3つ目は、現在、未発生期から小康期というフェーズに分けて行動計画が記載されているところですが、予防と準備計画と対応、これは大きく構成を分けてもよいのではないかと思います。前回議論された初動対処要領は、その隙間を埋めるものになるかと思っています。

第1回のときに、事前準備のための計画と対応のための計画はどっちつかずで、どちらも不十分であったのではないかと申しあげましたとおり、構成を分けることで事前準備として対応のために何を中期的に行うのかということを示的に記載できるようになるのではないかと考えます。

また、この事前準備計画はいわゆるインターパンデミック期、パンデミックとパンデミックの間に行くことになるのですが、その時期に、パンデミックの予防という活動がやや抜け落ちてきているように思います。動物由来感染症など、パンデミックを引き起こすリスク要因に対する予防活動、早期検知のための活動は、パンデミック計画の中で考慮されるべきものと考えます。

4つ目は、次のパンデミックであるべき姿を明確にすることです。正直申し上げて、現在の行動計画は、やれる範囲で頑張りましょうというスタンスです。しかし、我々は確実にステップアップしなければならないことを認識したと思います。次のパンデミックに対峙したときに、我々はどのように振る舞いたいのか。なるべくパンデミックを起こさせない、速やかに封じ込めたい、発生してしまっても新たな病原体や感染症の性質をすぐに明らかにしたい、流行動態をリアルタイムで把握してピンポイントに対策を取りたい、行動制限は最小限にしたい、医薬品やワクチンを速やかに供給できる体制にしたい、こういったビジョンを具体的に共有して、そのためには何を今からしておかなければいけないのかを逆算して、事前準備の計画を立てる必要があります。

5つ目は、「『情報提供と共有』から『コミュニケーション計画』へ」であります。以前のパンデミックからも再三、リスクコミュニケーションの重要性が叫ばれてきましたが、具体的な取組に乏しい状況が続いてきました。特に情報提供と共有というシンプルな言葉がよく出てきますが、単に政府が情報を出せばよいという時代ではなくなっています。今回のパンデミックでは、確かな情報も不確かな情報も氾濫するインフォデミックという大きな問題がありました。特に危機においては、危機のフェーズに応じて情

報の内容や発信方法を工夫しながら、計画的にコミュニケーションを行う戦略的な視点が必要になります。

さらに感染対策は、以前も安村委員から御指摘がありましたが、市民の対策への協力が大きな鍵を握ります。いわゆるコミュニティー・エンゲージメントという取組です。実はこういった取組は危機のときに限らず、日々の感染症予防活動の中にその機会があります。パンデミックに備えて、平時の感染症予防活動にそれを学び、実践する姿勢が織り込まれている必要があります。

6つ目は、データ取得計画を策定することです。より市民の行動制限を少なく済ませ、効果的な対策を行うためには、病原体・疾病の性質、感染動態の解明、そして発生状況の把握とリスク評価が迅速に行われることが重要です。さらには公衆衛生・社会対策、いわゆるソーシャルディスタンスイメジャーと言われる学校閉鎖などのような対策、こういった効果のモニタリングと評価ができなければいけません。これらは平時からデータを取るメカニズムを構築しておく必要があります、計画の中に明示的に織り込まれる必要があります。

7つ目は、前回も申し上げましたが、事前準備と初動対処の資金計画、ファイナンスの重要性です。事前準備は中長期的に取り組む必要があります。それを支える資金的なコミットメントが重要です。そして、初動を円滑にするためには、緊急的な資金の発動メカニズムが円滑に運用されなければいけません。単に資金があるだけではなくて、その支出のゴーサインが出るプロセスが遅れると、現場が動けず、どんどん初動が遅れていきます。資金確保が初動の足かせにならないように、お願いいたします。

8つ目は、脆弱な人々を守るという視点です。パンデミックは、生活環境のよくない環境に置かれた方々、生活基盤の脆弱な方々により大きな影響を与えます。しばしばそのような方々は感染対策を徹底することが難しい環境であることもあります。そのような方々を支えるメカニズムが、パンデミックの社会全体への影響をできるだけ緩和するためにも、対策を効果的に行う上でも不可欠です。

以上、8つの視点としてまとめさせていただきました。ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして脇田所長からお願いいたします。

○脇田所長 国立感染症研究所所長の脇田でございます。

今日は、先ほど国土理事長から、NCGMのほうから、国立健康危機管理研究機構の設立に向けたお話がありましたが、我々は感染研の立場から、今後の新たな機構の設立に向けた展望をお話ししたいと思います。

次のスライドをお願いします。

まず、現在の感染研のまとめをお話しいたしますが、感染研の目標というのは、感染

症を制圧するために、広く感染症に関する研究を先導的・独創的かつ総合的に行って、国の保健医療行政の科学的根拠を明らかにし、また、これを支援することを目的としております。

次のページをお願いします。

主な業務といたしましては6つございますが、特に最初の5つ、感染症情報のサーベイランス、2番目に検査と診断、3番目にワクチン等の国家検定、そして健康危機管理への対応、それから研究開発となっております。

次のスライドをお願いします。

まず、サーベイランスでございますが、感染症法に定められた疾患の情報と検体を保健所及び地方感染症情報センター、地衛研などを通じまして収集・分析をして、情報を国民あるいは自治体に還元を行っております。

次のスライドをお願いします。

レファレンスでございますが、これは国内の病原体検査体制の維持のために、地方衛生研究所あるいは保健所と連携をしまして、地方と中央の検査技術を標準化（統一）しまして、国全体の検査・疫学調査能力を一定水準に維持するというところで、感染症危機対策に資する情報を創成するというところでございます。

次のスライドをお願いします。

また、感染研に直接検査を求められる方も希少な疾患ではございます。この場合、全国の医療機関、衛生研究所などから検体が寄せられます。そこで感染研は診断を実施しまして、結果をお返しするというところで、患者さんの診断と治療に役立てていただいております。

次のスライドをお願いします。

ワクチンの品質管理、国家検定におきましては、感染研は承認前検査あるいは国家検定、副作用情報というところで担当をしておりますが、国家検定では書類審査あるいは実際の検査を担当して、ロットリリースを行っております。

一方で、新たな機構になりますと、企業との連携等の利益相反の観点から、書類審査及びロットリリースはほかの機関に移行することが望ましいと考えてございます。

次のスライドをお願いします。

健康危機管理への対応でも、感染症、病原体の情報収集、病原体診断、特にBSL4がございまして一種病原体の検査、そして感染症サーベイランスを担当してございます。

次のスライドをお願いします。

例えばマスギャザリング・イベントにおける感染症強化サーベイランスが挙げられます。例えばG7伊勢志摩サミットや東京オリンピックなどにおきまして、事前に開催地の感染症サーベイランス、異常発生リスクの評価、イベント開催中のモニタリングによる異常の早期探知、イベント終了後のモニタリングやイベント開催前との比較などを実施してございます。

次のスライドをお願いします。

研究開発が重要ではございますが、新しい感染症や大きな流行を防ぐためには、新たな技術の開発を常に行うということが必要になります。国内外と連携して研究を進めて、一層進んだ検査診断方法、ワクチンや治療薬の開発を進めてございます。

次をお願いします。

さて、新機構設立に向けた課題でございますが、5つ挙げております。感染症危機対応・感染症インテリジェンス体制の強化、2番目にパンデミックに強い検査体制、3番目に研究開発能力の強化、4番目に国際協力体制の強化、5番目に疫学公衆衛生専門家・感染症研究者等の人材育成でございます。

次のスライドをお願いします。

感染症危機対応強化におきましては、齋藤先生の感染症危機管理研究センターが中心となりまして、ガバナンスの強化を行ってまいりたいと思います。例えば変異株やエムボックス等の事例に対応して、左上の図であります。拡張可能な緊急事態管理メカニズムを立ち上げて、右のEOCにおきまして情報集約、あるいは外部連携の拠点にします。そして、左下の所外あるいは中央省庁、地方自治体、大学等と連携しまして、強化をして、外部専門家も動員するというようなことで連携を強化していきます。右下の平時から訓練・演習によって手順・人材開発を実施いたします。

次をお願いします。

こういった健康危機管理におきましては、左側の統括庁あるいは厚労省、関連する中央省庁において政策課題が発生し、それに対する情報が必要となります。その情報に基づいて意思決定をされていくこととなりますが、新たな機構においては、字が細かくて恐縮ですけれども、右側の感染症の発生情報、2番目に感染症、病原体に関する情報、感染症の社会的インパクトを含む評価のための情報、そして研究開発に関する情報を収集しまして、分析・評価を行い、そしてその情報を統合・翻訳をして、コミュニケーションを行う、言わば感染症インテリジェンス活動を行うという機能が必要だと考えております。

次のスライドをお願いします。

サーベイランスにおきましては疫学センターが担ってききましたが、機能強化によりまして、サーベイランスの機能、予防接種、疫学リサーチ機能を強化してまいっております。ただ、新たにつくられます機構においては、さらに「公衆衛生インテリジェンス」としてのサーベイランス、2番目に「ライフコース予防接種」時代の安全性有効性の評価システム、そして3番目に「エビデンスに基づく政策決定」への学術的貢献を行ってまいります。

次のページをお願いいたします。

今回、コロナの活動において非常に活躍していただいたFETPの活動ですけれども、この活動におきましては国内・世界の公衆衛生強化に貢献する基盤的な人材育成のハブと

なることを目指しております。そのために、修了者数、あるいはその質の強化を行っていくと同時に、今現在、地方の拠点も活動を始めておりますが、その拠点を含む全国ネットワークの強化を図ってまいります。

次をお願いします。

パンデミックに強い検査体制を構築するためのラボレスポンスネットワークの強化です。レファレンス活動として、レファレンスセンターを中心に精度管理も行っておりますが、これまでの地方衛生研究所等の連携、それから検疫所との連携も重要ですが、さらに医療機関、民間検査会社、アカデミア、試薬・機器メーカーとの連携を強化してまいりたいと考えております。

次をお願いします。

研究開発におきましては、これまで病原体の研究、それぞれのウイルスであったり細菌であったりという縦軸の研究があるわけですが、それに加えてさらに横断的な研究群を強化して、マトリクス的な体制を整えることが重要であります。病原体の研究機能は、感染症あるいは病原体に対する対応能力の基盤となります。一方で、横断的な研究機能強化によって、どんな病原体の流行が発生しても、そのサージキャパシティーを確保することと研究を深めることが強化できると考えております。さらに、医薬品、MGMの開発研究、疫学・公衆衛生機能、臨床研究機能の強化が必要です。こういった研究機能の強化を継続的に行うためには、やはりファウンディングの支援が重要でございます。

次のスライドをお願いします。

ポストパンデミックの感染症研究、今、コロナパンデミックのポストということですが、先ほど話があったように、現在、次のパンデミックとの間のインターパンデミックにおける感染症研究の在り方が重要と考えております。今後の課題というところに書いておりますが、左側の図の中、パンデミック中の研究支援によって感染症研究エコシステムというものが形成されました。これはアカデミア、公衆衛生担当機関であったり、企業であったり、そして医療機関というところで連携するインフラができたわけですが、それをさらに多くの感染症に対応できるように広げていく必要がこの時期にはあると思います。

ただ一方で、その疾患がどのような疾病負荷があるのかということを透明性を持って評価する部門、疾病負荷評価部門をしっかりと構築していくことが不可欠だと思います。それなくして、どのような感染症研究を進めていくかということは決められないと考えております。

次をお願いします。

MGMの開発研究、社会実装力の強化ということで、真ん中にありますように基礎研究と臨床研究、まさに感染研とNCGMの研究部門の連携によりまして、迅速かつ革新的な研究開発力に基づく成果を上げていくということになりますし、大学・企業等との連携も重

要、そして国際連携も重要でございます。さらに新たな機構においては、機構発のベンチャーであったり、企業との共同開発も可能となりますので、感染症MCMの実用化につながると考えます。

最後のスライドでございます。

以上、新機構設立に向けた課題と今後の方針ということで述べてまいりましたが、特に3番目の研究開発のところ、4つ目のポツに研究調整機能というものを書きました。AMEDであったり、厚生科学課であったり、大学・企業との連携であったり、知財管理というものが今後非常に重要となりますので、さらに研究調整機能を強化していく必要があります。

また、AMR、薬剤耐性菌の課題は非常に大きくありますので、こちらも感染研とNCGMのAMR研究センターを活用していく必要がある。

それから、国際協力においても、これまでアジア中心の活動をやってまいりましたが、グローバルな対応が必要と考えます。さらに、国際拠点の形成も必要だと思います。

最後に5番目の人材育成ですけれども、自治体、地衛研、保健所、医療機関との連携、そして研修機能を強化していく必要があります。

また、新たな機構では大学とのクロスアポイントであったり、企業との共同研究の強化が期待されると考えております。

私からは以上になります。ありがとうございました。

○五十嵐議長 どうも御説明ありがとうございました。

それでは、全体を通しまして御意見、御質問を受けたいと思います。挙手していただきますけれども、どなたの御説明に質問あるいは意見をお持ちかということをお願いいたします。

中山先生、どうぞ。

○中山委員 まず、全国保健所長会の内田会長の御意見で、一番最初の部分なのですけれども、限られた病床数しかないときに、どのような重症患者を優先して入院させるのかということについては、とても難しい問題を含んでいることだと思います。今回のときには、臨床に携わっている現場のお医者さんのほうで決めざるを得なかった場合もあったのではないかと思います。この問題については、ぜひ感染症が落ち着いている段階でしっかり考えていく必要があると思います。内田先生の最後に書かれている医事法制、行動科学、医療倫理、人権の観点、国際的な対策の吟味も重要でありというのはまさにそのとおりで、特に医療倫理のところ、専門家の方にしっかり議論していただいて、落ち着いたときにしっかり考えておくべき問題だと思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

河岡先生、どうぞ。

○河岡委員 ありがとうございます。

大曲先生からの御意見で、研究開発に関し、研究機能の強化が必要という御提言をいただきました。私も同じように思います。それに加えて、フィジシャンサイエンティストの育成を図るようなプログラムを充実させて、より多くのフィジシャンサイエンティストを育成する必要があると思います。

米国のNIHではM.D.のみが応募できるような研究費のシステムがあり、同じような枠組みを日本でも設けて、フィジシャンサイエンティストを育成する必要があると思います。

以上でございます。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

村上委員、どうぞ。

○村上委員 ありがとうございます。

大曲委員と釜薙委員と内田会長にそれぞれ御質問させていただきます。

まず、大曲委員に、資料で患者数の著増期の対応にあたって、人材の確保は病院や診療所、公的、民間医療機関を含めて広く行うべきという御指摘がありました。国によって定められている広域的な医療人材派遣の仕組みにおいては、民間医療機関の取扱いが論点の一つとなっていました。その点について大曲委員の御見解をいただければと思っております。

○五十嵐議長 順番にいきましょうか。大曲先生、どうぞ御返事いただけますか。

○大曲委員 ありがとうございます。

有事の人材の確保という点で民間医療機関をどうするかというところですが、確かに欧米といいますか諸外国では、どこで話を聞いても、いわゆるプライベートセクターから動員するのは非常に困難だったということを言っています。日本でそれでいいのかというと、そこはもう別途切り離して考えるべきだろうと思います。現実には、いわゆるプライベートセクターからも人材を何らかの形で動員という言い方はよくないかもしれませんが、関わっていただくということをしないと、現実には対応できない場

面は必ずや出てくるだろうと思います。

そこを越えていくための一つのやり方が、今行われている都道府県の中での協定締結のつくり方だと思いますし、それとはまた別の軸で、例えばDMAT等のような形で、例えば民間医療機関に所属されている方々も何らかの形で契約をするなり、あるいはそこで就職するときの職務記述等に有事対応というものを組み込んでいただいて、それができるようにするという考え方はあろうかと思いますが、日本はいわゆる民間の医療機関が多い国だと私は認識していますので、そうしたことも現実的に考えていく必要があるかと思っています。具体的にこうあるべきだという細かい像はまだ示せませんが、そのように考えております。

以上です。

○五十嵐議長 どうぞお続けください。

○村上委員 ありがとうございます。

次に、釜菴委員から、感染拡大防止のために医療機関においても訓練は重要であり、力を入れていかれるとお聞きしましたが、医療機関の規模にも違いがあると思いますが、効果的な最低頻度などについてお考えがあれば教えていただければと思います。

○釜菴委員 ありがとうございます。

これは医療機関の規模によっても違いますので、まずはかなりスタッフの多い医療機関でも、少なくとも年に数回のトレーニングはもうやっているところが多いですけれども、私が特に今後力を入れるべきだと思っているのは、診療所あるいは規模の小さな病院の感染症対策のトレーニングが非常に重要であって、地域でそういう機会をつくらないといけないですから、まずはしっかりした体制を整えて、スタッフが一遍に全部研修するというのは無理ですから、年に複数回の機会を設けて、順番にやっていくというようなことをずっと続ける必要があるのだろうなと考えて、今、その体制を整えつつあるところであります。

○村上委員 ありがとうございました。

最後に、内田会長に御質問させていただきます。自治体内の健康危機管理体制の強化に関して、各自自治体の危機管理部門や総務部門が全庁体制で対応することを平時から計画することが必要と述べられています。この点、感染者が多かった時期の保健所では、応援で駆けつけた職員の皆さんを含めて、連日深夜まで業務が及んでいたと聞いておりますし、また、応援があるのは助かる一方で、応援者の入れ替わりによる業務の引継ぎが現場では大きな負担になっていたとも伺っています。

こうしたことを考えますと、いざというときの対応もちろん大事ですが、日頃から

の保健所の人員体制の強化が重要であり、そもそも保健所の設置数は適切なのかという疑問もあります。

保健所がこの間、再編が進められてきたという経過は承知しておりますが、保健所が身近に市民を守っているという観点からすると、保健所そのものの設置数などについて、お考えがあればお聞かせいただければと思います。

それとはまた別の話ですが、今回のコロナで様々、例えば濃厚接触者の期間を変更するといった方針変更にあたり、国や都道府県からの情報伝達と現場サイドでの周知徹底において課題が発生していたのであればあわせて教えていただければと思います。

以上です。

○内田会長 御質問ありがとうございます。

まず、設置数について、十分とは言えない部分があると思っております。そう申しますのが、特に大きな人口を抱えたところ、例えば政令指定都市あるいは中核市といったところが、従前は政令指定都市も各区に保健所があったのですけれども、それが今、1か所に集約されております。感染症というのは特性上、人口密度の高いところに流行が強く起こりますので、そういった部分では今、各区に保健センターがあって、それで代替しているような状況ではあるのですけれども、そのところが特に強化が必要かも分かりません。都道府県型の保健所につきましては、所管人口が数万人というところもありますので、これを増やすというのはなかなか現実的ではないのではないかなと思っております。

それから、国のほうからの方針の周知につきまして、なるべく我々も追いつこうというふうにやっておりましたが、どうしても毎日のように通知が来るものですから、それを全て熟知した上で対応するというのは確かに困難がございましたというのが正直なところであります。

○五十嵐議長 よろしいですか。

どうもありがとうございます。

それでは、平井委員、お願いいたします。

○平井委員 ありがとうございます。

いろいろと貴重な御意見、あるいはいろいろと資料も用意していただきまして、本当にありがとうございました。

今日、私も中国地方知事会のほうに出席しているところを今、中座してやって来ているわけですが、皆さん非常に関心も高いわけでありまして、特に内田会長などもいろいろとおっしゃったわけでありまして、現場の状況をぜひ先生方にもこの機会によく知っていただきたいと思っておりますし、システムをまた組んでいただければありがたい

と思います。

3つ大きく申し上げますが、1つは皆さん割とおっしゃるのが、地方自治体との情報の共有だとか、一緒に対策を考えるという姿勢であります。特に質問という形は取りません。また後ほど先生方のほうでコメントがあればいただければと思います。

今日も大曲先生とか内田会長のほうでもお話がこういう観点でもございましたが、それぞれの地域で感染が分かれて起こります。内田さんもおっしゃいましたけれども、大都市的なところと地方的なところと、追いかける方だとか実情に差があると思います。そういうわけで、先ほども内田会長のほうからも、BCPをやって、保健所設置市のほうで自治体の本庁との関係をあらかじめちゃんとつくっておくことを条件にしろというようなお話があります。正直地方では当たり前のようにそれはやっております、例えば鳥取県でも、全庁の動員をかけて保健所業務の支援なんかをするのは当たり前でありますし、場合によっては保健所設置市のほうに県で応援に行ったりということをやります。これがうまくできるところとできないところ、これはいいか悪いかではなくて現実の問題としてあるわけです。もしそうであれば、我々が感染症に対峙するには早い情報収集が大切なのですが、うまく調査できているところのデータを使えばいいのではないかと思います。それを無理無理全国画一的に同じ基準で全部調べてこいとやっても、なかなかうまくいかないと思います。地方での感染の様相、あるいはそれを吸い上げる実情が組織的にも違うところでもあります。したがって、そうしたものを上手に使いながらやっていけばいいということなのだろうと思います。

どうしても今日のお話でも、地方の情報が入らないということが中央ではあるようではありますが、逆に地方の現場では、そうした情報が入らない、入りにくいということです。前回申し上げましたが、ネットワーク的にお互いに協調しながら、情報収集をしたり、情勢判断をしたり、また、対策を取ることが必要なのだと思います。

現場からよく言われることといたしまして、個人情報の扱いが非常に難しいわけです。大曲先生とかもおっしゃるように、研究機関へ例えば病床の情報だとかいろいろな情報が必要なのだと思いますが、市区町村それぞれ個人情報の保護の問題があったりします。ですから、緊急に対処するというのであれば、個人情報の保護解除あるいは活用ができるような法律的な担保でもあれば、全国でも動きやすくなるということなのだろうと思います。

感染が急拡大したとき、あるいは初動のときにいろいろと課題もあると思います。今日も大曲先生や内田先生、釜薙先生等々お話がございました。措置入院でやるというのが感染症法の原則というか当たり前のスキームであります。しかし、そのスキームが必ずしも実効的で素早く対処できるか、これは本当は問い直してもいいのではないかと思います。柔軟な運用ができるような仕組み、これもこの際、今のパンデミックがやんでいるときに考えてもいいのではないかとということでもあります。

入院対象者の基準もあらかじめ明確にしておくとか、初期段階におきまして感染症の

指定医療機関が中心になるということではありますが、ちゃんと体制が整備できるように、そのための財政措置とか支援もあってもいいのではないかとことです。

パンデミックの初期、あと繁忙期でもそうでありますけれども、結局救急がなかなか動きにくいということがあります。それを非常にもどかしく、今回も皆さん方も思っておられたと思います。ただ、消防は実は保健所の系統で動いているわけではなくて、都道府県の系統でも動いておりません。消防庁の指令がないとなかなかできないのです。ですから、例えばエボラ出血熱のような取決めをしてということがあって、今回もそれはある程度準用しながらやるということだったのですけれども、そうした対応が遅れますと、現場のほうで混乱が起きるということでもあります。ですから、そうした消防の扱いなどはどうしても管轄の違いが出てしまいますので、これもあらかじめ制度設計をやっておくのがいいのではないかなということです。

パンデミックの発生直後に医療機関でも対処できるということなどが必要だということではありますが、例えば診療・検査医療機関、こういうところに協力していただきやすい仕組みづくりはあってもいいと思うのです。鳥取県は、94%にこの制度が始まったときに加入いただきました。正直、他自治体とは大分違うと思います。実は話を重ねました。決め手となって皆さんが最終的にわーっと雪崩を打って乗ってきていただいたのは、もしその診療所で感染が広がった場合には保証しますよと。そういう保険のような役割を公のほうでやりますよと。これで、じゃあうちもこういうときだから協力しましょうというような形で94%が乗っていただいたということでもあります。このような現場が安心できるような仕組みをつくっていただければ、そういう検査体制などもいろいろと担保できるのではないかなと思います。

それから、人材だとか検査、あるいは研究のことでございます。脇田先生や大曲先生、内田会長からいろいろお話がございました。前回申しました感染症の関係人材をつくっていく、専門人材をつくるのが非常に重要だと痛感をいたしました。鳥取県では実は寄附講座をつくって、鳥取大学のほうで人材育成に本格的にこの間乗り出していただくようになりました。こういうことを国もバックアップして、真剣に人材育成に向かっていただいたほうがいいのではないかなと思いますし、学生がそうした職業を選択できるように、公衆衛生の分野もきちんと今後考えていただく、その環境づくりを政府全体でもつくっていただくことが効果的ではないかなと思います。

遺伝子検査の機器を大曲先生のほうでも診療所等で活用できるようにということであって、そのとおりだと思います。前回申しましたとおり、保健所あるいは衛生環境研究所などでそうした機器を今回整備したので、これがもうこのままお釈迦にならないように、維持管理や更新、費用負担、こうしたことにつきまして方針を定めていただくと大変にありがたいと思います。

研究者の皆さんも大変忙しいのですが、特に地方のほうに参りますと、みんな兼務しているような形が結構多いのです。ですから、対外的な窓口、よく苦情電話がかかって

きたり、本当にお問合せもあつたり、デマの対応があつたり、大変です。研究に打ち込む人がしっかりと調査・研究ができるような体制も配慮していただく必要があるのではないかなと思います。

こうした感染症のインテリジェンスにつきまして、脇田先生のほうでもコメントがありました。パンデミックのときだけでなく、ふだんから協力してやっていく、情報も共有していく、そういうことを地方側ともやっていただきたい。いろいろな方針づくりなど、地方のほうもその意思決定にも参画できるようにしていただきたいとお願い申し上げたいと思います。

私からは以上です。

○五十嵐議長 いろいろと御指摘ありがとうございました。

それでは、奈良先生が手を挙げていらっしゃる。奈良委員、どうぞお願いします。

○奈良委員 ありがとうございます。奈良です。

今日は多くの先生方から詳細な資料提供と御説明をいただき、ありがとうございます。いずれの先生からの御意見についても、そのとおりでないとはいえませんが、伺いました。

私からは3つあります。

まず1点目は、先生方のお話、および質疑応答も伺って、改めてふだんが大切だということを感じました。平常時からの準備、訓練の重要性です。人材育成も含めて、平時からいかに準備するかが大事だということを感じました。

2つ目には、齋藤先生のお話についてです。8つの視点ということで非常に分かりやすく御提示くださいました。その中の「『情報提供と共有』から『コミュニケーション計画』へ」という項目について、私はリスクコミュニケーションが専門なのですが、その立場からもこの御意見に賛同します。パンデミックに限らず、あらゆるリスクについては、一方向の情報提供はむしろ重要です。同時に、双方向性のコミュニケーションは関係者のパートナーシップを引き出し、リスクの低減につながります。その意味で、「情報提供と共有」という表現に関して、これには双方向のコミュニケーションが含意されていると私は理解しているのですが、しかし、双方向性が含まれていないととらえられる可能性があるとする、次の行動計画の中では「コミュニケーション」という表現を出してはと思いました。

とりわけフェーズによっては特に双方向性が重要になってくる場合があります。例えば、ワクチン接種の意思決定を支援する際、あるいはまた、感染症対策を緩める際など、関係者の意見を聞いて、それを計画に反映する必要があります。東京都などは情報については広報・広聴・対話の3点セットでリスクコミュニケーションしてきました。

3点目は、太田先生のお話についてです。一般医療との両立の視点の重要性だということをおっしゃってくださいました。私も賛同します。ここで東京都のiCDCで行った調査の結

果を共有します。2021年2月から3月にかけて、有効回答票数ベースで1万人の都民からの回答を得たアンケート調査です。そのなかで、コロナ以外の体調不良についての受診を控えた、あるいは受診ができなかった経験の有無について尋ねています。その結果、自ら受診控えをしたという経験がある人が3割以上いました。また、コロナ以外の病気、けががあったのだけれども、受診を断られた、また、後回しにされたという方が2割近くいました。そして、その経験は若い人ほど多いという傾向がありました。

ここで2つ言えるかと思えます。1つは、健康に関わるリスクは当然感染症だけではないわけで、一般の人が診療・受診・治療しやすくなるような体制をぜひ整えていただきたい、それを国も支援していただきたいというのが1点です。もう一つには、必要な場合には受診することを促すような、コミュニケーションも必要なのではということです。太田先生に御意見を伺いたいのですが、国民の側に感染症以外の一般の医療を受けることも重要ですよという働きかけということも重要とお考えでしょうか。また、具体的に何かお考えはありますか。

以上です。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

太田副会長、お願いいたします。

○太田副会長 ありがとうございます。太田でございます。

もちろん我々、一般の疾患の患者さんに対する医療を極力守りたいというのはありますし、そのような形で極力国民の方々が心配にならないような形で医療を提供いただけるような働きかけは重要だと思っています。

ただ、今回議論しているパンデミックというのは、一時的に医療需要が非常に高まってしまって、いわゆる供給側とのバランスが崩れる可能性が非常に高い状況、特に今回議論されているような政府行動計画が実行されるような状況というのは、国家的な危機というような状況になりかねないような状況だと思っています。そういう意味では、当然できる限り一般の医療を守りながら新興感染症対応をしていかなければいけないわけですが、極力、一般の患者さんに影響が出ないような形での工夫、努力をしていくことが重要だと思っています。

私がお話をさせていただいたのは、今回のコロナ禍もそうですけれども、新興感染症はとにかく病床確保が最優先なのだということで、一般医療、地域の救急医療がどのような形で回っているか、どこが循環器の疾患を対応していて、そこに無理繰り病床確保させると、地域の循環器、救急医療が場合によると破綻するというようなことは、現場はある一定程度分かるわけですが、かなり強権的に行政のほうから病床確保を指示されるような事例が一部の自治体でございました。そういう意味では、我々の工夫だとか様々な調整によって、一部、一般の診療を受けられる方に影響は出るのですけれど

も、その影響を極力少なくできる知恵というものは、我々現場としっかりと話し合いをしていただきながら、より地域の方々が新興感染症対応もそうですし、一般医療も受けられるような形の工夫ができるような柔軟な体制を御検討いただきたいですし、事前の協議をぜひしっかりと行っていただきたいと希望しております。

以上になります。

○奈良委員 太田先生、ありがとうございます。大変よく分かりました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

よろしいでしょうか。

では、大臣、お願いいたします。

○新藤感染症危機管理担当大臣 先に委員の方からどうぞ。

○白井副会長 恐れ入ります。全国保健所長会の副会長の白井と申します。

先ほど内田会長も申し上げましたけれども、特に自治体と保健所の関係の中で、平井知事もおっしゃっていただきましたけれども、全庁体制を本当に当初から対応したところは結構うまくというか、人材の確保をしながら、役割分担をしながらということができた地域なのです。それが第6波とか、かなり患者さんの数が増えてから、ようやくそこで全庁体制をしたというところも多かったのですが、そういうところに今回の行動計画の中で当初から全庁体制を保健所と自治体のBCPを一致するよう切に願うところでございます。

また、いろいろな情報提供とか情報収集のところで、脇田先生からお話がありましたけれども、特に国立感染症研究所の主な業務の中の一番最初に情報の収集と分析とおっしゃっていただいているのですが、これをぜひ地域でも使えるような還元ということも、もちろん分析の中に含まれていると思うのですが、今回、地方衛生研究所が自治体の中で設置を求められる形に法的根拠が入りましたので、ぜひ地方衛生研究所と国立感染症研究所、NCGMとも共同になるということになりますけれども、そこで地域の情報を県単位とか地域単位でまとめるというところ、そういうところもデータを精査していただくということができたらありがたいなと思います。

例えばがん登録の形を考えますと、がん登録も地域ごとというか都道府県ごとにちゃんと精査をして、集めて、それで全国で共有するというところになっていると聞きますので、全てが全国のほうに一元化するというところになると、いろいろなデータが整理されないで、かえって十分な解析ができないということもあると思いますので、そのような連携をぜひ考慮していただきたいと思います。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 先ほど8つの視点と申し上げましたが、1点追加して申し上げたいのは、グローバルな視点ということです。このパンデミックというものが、一国の問題では当然なくて、グローバルな問題であるという中で、どうやって日本としてこのパンデミックに貢献していくかという姿勢も含まれている必要があるのではないかと考えております。現在、世界中でパンデミック計画の見直しが行われておりまして、その中で日本も今、改定の時期を迎えている中で、世界に恥じない計画でありたいと考えます。その中で、日本がどういう役割を果たしていくかという言葉は必要になってくるのではないかと思います。

先ほど中山先生からお話があったエシックスの話ですが、今、WHOが今後の呼吸器系疾患によるパンデミック計画のつくり方の考え方とかテンプレート的なものを示しているのですが、その中でも前文の中にエシックスという項目が入ってまいります。最初の前文といいますかイントロダクションのところにエシックスをどう考えるかという項目は必要になってくるのではないかと思います。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、今日はたくさん御意見をいただきましたので、これを行動計画のほうに反映させていただきたいと思っています。

では、新藤大臣から御挨拶をお願いいたします。

○新藤感染症危機管理担当大臣 お礼の御挨拶をしたいのですけれども、1点、皆様に教えていただきたいことがあるのです。

私たち政府は今、あらゆる分野でDXを進めようと思っています。今回の経済対策においても、新たに導入する施策はDXを前提にして、いろいろな手続なり準備をしてくださいとお願いしているのです。

私、中座しましたので恐縮でございましたが、ちょうど感染研の話聞くことができました。脇田先生から、例えば5ページに地方と中央の検査技術基盤を標準化（統一）とあるのですけれども、標準化したとして、データフォーマットは統一されているのか。こういう要素を入れてくださいと言っているだけではDXにならないので、実際のデータをやり取りするときのシステム上の電子化ができていくのかということと、こういう分

野で、私たちが今、先生方とともにつくっていただく行動計画の中で、どこの部分をDX化すれば有効かというところを少しそれぞれのお立場でお考えいただけたらいいのではないかなと思います。

今、白井先生のお話も、結局データはつくってもそれがリアルタイムで見られるような状態になっているか。例えば国立感染研と地方衛生研究所の間で、リアルタイムで検査結果が見られるような仕組みがあるのかどうかということ。それから、齋藤先生も詳しいのですが、検体の結果と臨床情報を結びつけるためのDXは現実に今、できているのかとか、実践的な話で、全てをとということではなくて、ここだけは今回DXしようというのはつくっておかなくていいかというのが、私が全ての施策に対して今、問いかけているところなので、この機会に何か御提言いただけるなら、ぜひ工夫してもらいたいと思います。

もう一つは、平井知事が言ってくれて、鳥取でとてもいいことをやっている。私の埼玉でもいいことをやっている。みんな各県でそれぞれとてもいいことをやっているのですけれども、それは県の中でいいこと、うまくいきましたではなくて、全国に波及させるべきです。ただ、地域のいろいろな事情もあると思いますから、一律でなくていいと思うのですけれども、うまくいった例は、次のときはほかの全国各地域に波及できるようにしなければいけないと思うのです。それは今、国が定めてくれと言ったけれども、まずは知事会の中で、そのようなすり合わせなりができるのか。国と地方が一緒になって、具体的なことを、もう実践を経ているわけですから、それはやったほうがいいのではないか。

それから、検査機器の維持も、前回も出ました。すごく優秀ないい機械を入れたけれども、今度はニーズがなくなって、どうやって維持管理するのか。これも自分のところだけでどう維持するかではなくて、役割分担しながら、全国的に維持・管理できるような計画を考えなくていいかとか、どういう機械がどこにあって、それを動かすとそのデータを受け取ることができるかということも電子化しなくていいかとか、様々素朴な疑問が湧いてくるのです。こういったものはもう既に皆さんはお答えお持ちですし、やりたいのだけれども、とてもそこまでできないのだとか、そういういろいろなネックがあると思うのです。ならば、それは打破しないと次のときに使えない。私とすれば、感染症危機管理担当大臣とすれば、そういうところで今回きちんと準備をして、風穴を開けておくことが重要だと思います。一度にできなくても、計画に沿って、きちんと時間をかけて整備していく。それから、今回、医療DXを強烈的な勢いで進めているのですけれども、医療DXの中にデータのやり取りなんかはサブフォルダで入れられるのかどうか、そういうこともぜひ御検討いただければなと私は思っております。

もろもろ私のほうが聞いていて思ったことなので、それぞれもう既に御検討いただいているかもしれませんが、そんなことを踏まえて、何度も申しますけれども、もう実践を経ているので、実践的なものを反映した計画にぜひしたいと思っておりますの

で、引き続きよろしくどうぞお願いいたします。

本日は誠にありがとうございました。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、今日、大臣から宿題をいただきましたので、この宿題も踏まえて、これから検討したいと思います。その回答もまた準備したいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

では、事務局に議事の進行をお返ししたいと思います。

○事務局 次回の会議日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。

また、本日の会議につきましては、後ほど事務局よりブリーフィングを行います。

委員の皆様取材があった場合は、いつも申し上げておりますが、自らの御発言をお話しされることは差し支えありませんが、議事を非公開としている趣旨を踏まえていただいて、他の委員の発言などについては、議事録公開までお話しするのは差し替えていただくよう、お願いします。

これにて第3回推進会議を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。