

## 新型インフルエンザ等対策推進会議（第9回）議事録

1. 日時 令和6年1月25日（木）10:15～12:03

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 国立国際医療研究センター病院副院長（感染・危機管理担当）
	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
	齋藤 智也	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター長
	中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	奈良由美子	放送大学教養学部教授
	平井 伸治	鳥取県知事
	前葉 泰幸	津市長
	村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長

### 《参考人》

（サーベイランス・DX）

笠貫 宏	一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 名誉理事長
谷口 清州	独立行政法人国立病院機構三重病院院長

（高齢者・障害者・こども）

山田 淳子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長
井上 博	公益財団法人日本知的障害者福祉協会会長

田中 恭子 国立成育医療研究センター小児内科系専門診療部  
こころの診療科診療部長  
秋田喜代美 学習院大学教授、東京大学名誉教授

《関係機関》

脇田 隆字 国立感染症研究所所長

《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  
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  
奥田 隆則 内閣参事官

(こども家庭庁)

齋藤 潔 成育局成育基盤企画課長  
北條 俊一 成育局保育政策課保育政策推進官

(外務省)

江副 聡 国際協力局国際保健戦略官

(文部科学省)

南野 圭史 初等中等教育局健康教育・食育課課長

(厚生労働省)

井谷 哲也 大臣官房国際課国際保健・協力室長  
佐々木昌弘 感染症対策部長  
森田 博通 感染症対策部企画・検疫課長  
荒木 裕人 感染症対策部感染症対策課長

○事務局 それでは、ただいまから第9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、政府側より神田政務官が御出席されております。また、後ほど新藤大臣、井林副大臣、御出席の予定となっております。また、新藤大臣、いらっしゃいましたら御挨拶をさせていただきたいと思っております。

報道の皆様はここで退室をお願いします。

(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、御出席いただいておりますほか、オンラインで釜菴委員、河岡委員、奈良委員、前葉委員に御出席をいただいております。

幸本委員、滝澤委員が御欠席となっております。

このほか、国立感染症研究所から脇田所長にオンラインで御出席をいただいております。

国立国際医療研究センターの国土理事は御欠席でございます。

(新藤感染症危機管理担当大臣入室)

(報道関係者入室)

○事務局 それでは、新藤大臣、お越しになりましたので、御挨拶のほうをお願いいたします。

○新藤感染症危機管理担当大臣 おはようございます。先生方には御多用の中、また、それぞれ（オンラインで）接続いただきまして、また、遠方からもおいでをいただいているわけございまして、皆様方にまず感謝を申し上げたいと思っております。

それから、何よりも全員が心を痛めていると思っておりますけれども、能登半島の地震に対しての、この災害被害の大きさ、もう亡くなられた方もいらっしゃって、また、非常に今でも苦しい思いをされている方がいらっしゃる。この思いを、本当にどんな思いでいらっしゃるかと思うと胸が痛くなります。

そして、何よりも災害がこれだけ重なって、私たちが様々な経験を積んで、有事ともなれば最大の支援をしようと、このように常に準備しているわけでありまして。しかし、やはり災害が起きてしまえば、そのときの状況、条件によって全て満足がいくようにはまいりません。また、できるはずのことができないこともあるわけでありまして、これが現実だと思っております。

ですから、いかにこの平時に準備をして、そして、様々な経験を積み重ねながらブラッシュアップしていく。そして、それをいざというときに実施できるような訓練を充実

させていくこと、また、体制を強化すること、これが重要だということ、まざまざと今、目の前であるわけであります。

私たちも感染症という有事を抱えて、いざという時のために何としても一人でも多くの方に安心と命の安全をお届けしなければいけないと、このような思いで今後も気を引き締めて取り組んでまいりたいと思いますし、何よりもその上において、この政府の行動計画、この実効性を高めながら遺漏のないように万全な体制をつくっていただきたい。ぜひこのことをまた改めて先生方にはお願いしたいと思います。

五十嵐先生を中心にして本当に様々な御検討を賜っておりますけれども、今日は笠貫先生と谷口先生にお越しいただきました。これはかねてより皆さんの中で議論されていたこと、実際に感染症対策に関するDX、いわゆるどうやって情報基盤を整えていくか、そして、それを有効に活用するためにはどんな工夫が必要かということ。また、研究されていた方々でございまして、是非、今日はお話を聞かせていただきたいということでおいでいただきました。

今日も有意義な議論となりますように、また、とにかく皆様方に御協力いただきまして、しっかりと私たちも事務局共々仕事を進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。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。

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 それでは、議事に移りたいと思います。

ここからは五十嵐先生に進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

今年初めての会議になります。今年もどうぞよろしくお願いたします。

それでは、本日の有識者からのヒアリングの予定につきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○前田参事官 事務局でございまして。

資料1「委員等からのプレゼンテーション、有識者・関係団体ヒアリング(4)について」を御覧いただければと思います。

今回の会議は、前半と後半で対応者を入れ替えて実施をさせていただきます。前半は「サーベイランス・DX」をテーマといたしまして、国立病院機構三重病院の谷口院長に10分程度で御発表いただき、一度委員の皆様にご議論いただきたく考えてございます。

また、本日は一般社団法人Medical Excellence JAPANの笠貫名誉理事長にも御出席をいただいております。「サーベイランス・DX」につきまして御議論いただきました後、「高齢者・障害者・子どもへの対応」関係の有識者の皆様、4名の皆様と席の入替えをさせていただきます。後半の進め方につきましては改めて御説明をいたします。

説明は以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、早速ですが、ヒアリングに入りたいと思います。

初めに、谷口先生、よろしく願いいたします。

○谷口院長 国立病院機構三重病院の谷口と申します。

本日は、MEJの四次元医療改革研究会としての立場でお話をさせていただければと思います。このような機会をいただきましてありがとうございました。

スライドをお願いします。

感染症対策もちろん能登地震への対応も皆全て同じですが、最初に現場の情報があって、その情報を評価、判断をして最終的な対策に結びつけるわけですから、十分なデータがないと、あるいは不十分なデータ、間違ったデータであれば当然のことながら間違った判断になるわけです。その情報を収集するプロセス、一連のプロセスを持ってサーベイランスとまとめて申し上げます。

次、お願いします。

日本のサーベイランスというのは基本的に感染症法に基づく診断時の報告、感染症は人あるいは物、環境、病原体、いろいろなもの関係によって起こるわけですが、報告はその結果としての診断時のみになっておりまして、その詳細な臨床情報とかその経過、あるいはその後どうなったか、あるいはどんな状況で感染したか、これは分からないわけです。そうすると、その感染のプロセスが分かりませんから、いろいろと対策も迷走することがあるわけで、ただ、今回のパンデミックでは感染症法15条を使いまして、例えば人流のデータを携帯電話の位置情報から持ってくる、あるいはレジストリから臨床情報を持ってくる、そういったことをやってきたわけですけれども、平時のデータというのがございませんし、その後、継続性、つまり、今、致死率、症例致死率がどのぐらいかというデータはないわけです。

次、お願いします。

サーベイランスというのは、本来、語源はsur、veiller、つまり、上から見るという意味ですが、その定義は国際的なコンセンサスがあり、感染症の対策や実行に必要なデータを系統的、持続的に収集をして必要なところにフィードバックをする、これがサーベイランスの定義でございます。

そもそも、このサーベイランスと届出というのは同一ではございません。実際個人情報

報を持って届けるのは、その個人に対して医療的な、あるいは公衆衛生的な対応をするためにその個人情報が必要でありまして、実際に対策に使うにはどこの誰さんというのとは関係がないわけです。サーベイランスというのは対策に必要な情報をいかにして収集するか、これを考えることがサーベイランスでございます。

次、お願いします。

そもそも、初めてのサーベイランスというのは1840年代、ロンドンで起こったコレラの大流行の際に、William Farrという方が初めてVital statistics、人口動態統計を始めたことに始まります。彼はそのデータから、コレラの患者さんはテムズ川の周辺の低地に多いという全体像をつかみました。これがmiasma、瘴気、悪い気は低地にたまるということを彼は提唱したわけですが、有名なJohn Snowさんはそれをより詳細に解析をして水系感染、つまり、井戸の近くのところで感染が多いということを発見したわけで、この時点で既にサーベイランスの原則があります。広く浅く俯瞰をして、その中で狭く深く追求をすることによって原因を突き止める。これは実際にロンドン全部でやっていたらいろいろな雑音が入ってまいりますので、これだけきれいなデータにはならないということになります。これがサーベイランスの原則。このときからそういったものがあるわけです。

次、お願いします。

そもそも、サーベイランスというのは学問なのか、科学なのか、よく分かりませんが、プラクティスであることは確かで、明瞭な目的を持って、そして、現場に負荷をかけずによりシンプルなもの、複雑にしたりたくさん情報を要求すれば、これは混乱をしますし、抜けも多くなります。シンプルなサーベイランスを複数たて、広く浅く集め、また、狭く深く集める、こういったたて糸とよこ糸の戦略によって突き止めていく、これがサーベイランスの原則でございます。

次、お願いします。

COVID-19のパンデミック。最初、何も分からない時期からいろいろなきつい対策を取る。高齢者施設でクラスターがいっぱい起こる。ワクチンができる。それを接種をする。これまで第8波までまとめてありますけれども、今、第10波です。これらを通して見るインジケータ（流行指標や重症化の指標）がないわけです。

次、お願いします。

実際にパンデミックはフェーズごとにいろいろな疫学状況、場面が出てまいりますので、それぞれに必要な情報というのは違ってまいります。それを先読みして、どこにどんな情報が必要かというのをあらかじめ設定しておく、こういった包括的な戦略というのが必要でありまして、実際にほとんど先進工業国は当初からこういった戦略を持っておりました。

次、お願いします。

これまで申し上げましたように、サーベイランス、広く浅く取ることによって負荷を

かけないようにして全体像を見て、そして、非常に細かい、深いところはその範囲を狭くしないと、日本全体に詳細な情報を要求すれば現場にもものすごい負荷がかかるわけです。そもそもこういった水平サーベイランスと垂直サーベイランスの組合せでやる、これもサーベイランスの原則の一つでございまして、こういったものを考えていく必要があるということでございます。

次、お願いします。

例えば現在、非常に軽症化しています。多くの方は無症状の方もたくさんあります。右のグラフはアメリカのオミクロン時のデータですけれども、感染者の半数は自覚していない。そうすると、そういった方は病院に行きませんし、行っても検査をしない。そうすると、いわゆるカウント数というのは過小評価になります。だから、今、どのぐらい感染者がいるかというのはなかなか分かりません。

次、お願いします。

こういった感染症には、感染をして症状が出て受診をして検査をして最後に出てくる一番上がカウントされるわけです。実際に世界では当初から急性呼吸器感染症、実際に目に見えるのは急性呼吸器感染症であって検査をしないと分からないわけですから、それを大きくひとくくりにして、その中で症状がある人がどのぐらいいて、検査をして、どのぐらいの割合が陽性になるか、これを各病原体において評価をしていくことによって地域での感染リスクというのを見ていきます。

次、お願いします。

実際、今、WHOは、現在のJN.1による流行は、これまでのパンデミックの中で最も大きいか、あるいは2番目に大きな流行であるということを言っています。これは下水サーベイランスによって、下水中のRNA量が最も高いということを根拠に言っております。

次、お願いします。

実際にイギリスの陽性率というのは過去の流行波に比肩しておりますし、次、お願いします。

重症化率は全体で見る必要はなくて、これはアメリカのデータですけれども、いろいろな小さなグループ、この中できちっと分母、分子を見て重症化率、つまり、入院者中のICU入室率、人工呼吸器率あるいは致死率、こういったものをずっと継続して見ていくことによって、彼らは当然のことながら途中で全数なんてできなくなるということは想定済みですから、最初からこういったように垂直で狭いサーベイランスもやってきたわけです。

次、お願いします。

こういった戦略をつくっていただきたい。

次、お願いします。

御存じのように、我々は毎日、大量のデータ入力、診療が終わってから夜中までかかったわけです。一方で、レジストリに入力する、県に入力する、いろいろ入力すること

があったわけです。

次、お願いします。

電子カルテ、今回、研究でいろいろなことをやってみたのですけれども、現在の電子カルテは検索して抽出することなんて簡単なのですね。CSVでぱっとその日に来た呼吸器感染症、検査何例、陽性何例とすぐ出てくるのです。これをCSVで報告すれば入力間違いもありませんし、我々、また入力することもございませぬし、いろいろなメリットがあるわけですし、これをネットワーク化すれば、これはほかにもいろいろなものに使えるわけです。

次、お願いします。

米国は、2005年頃ですけれども、いろいろなこういった会議がございましたが、これはケンタッキー州、州ごとに州民の方々が受診した医療機関での電子カルテデータ、このデータは救急医療あるいはリサーチのため、研究のため、公衆衛生のため、いろいろなものに連携をしております、一度入力したデータを全ていろいろなことに使われる。彼らはそのときにデジタルデータというのは一度入力したら最後まで使うのだということをおっしゃってございましたけれども、こういったものを作っておりました。

次、お願いします。

今現在、お医者さんでもmRNAワクチンを打つと後でどうにかなって、亡くなるのでないかという人がいるのですけれども、実際にアメリカはああいったネットワークで、mRNAワクチンの接種によってもCOVID以外の致死率にワクチン接種者と非接種者の間で違いはないというデータをきちっと出しております。

次、お願いします。

Vaccine Safety Datalinkというのは人口でアメリカの3%ぐらい、900万人のデータをリンクしております、これは深く狭くです。最終的には電子カルテとのリンクもできておりますので、検査データとかより詳しいところまで遡ることができるようになっております。

次、お願いします。

イギリスはこういった連結可能なデータを常時準備しておいて、いざとなるとすぐに連結できる、こういった形で今回もやっております。つまり、こういったことによってワクチンの安全性、有効性が国民の皆様によく分かっていただけるということになります。

次、お願いします。

次期パンデミックに向けて、左側、戦略的に水平サーベイランスと垂直サーベイランス、これを組み合わせて常時稼働なサーベイランスをつくっていただく。垂直サーベイランスは既にいろいろなところで研究ネットワークとか、あるいは国立病院機構のNCDAとかいろいろなものがございますので、それを平時から稼働できるようにしておく。また、いざというときのためにスタンバイサーベイランスを設置して、これを平常時から



定期的に動かしておく。こういったサーベイランス体制をつくっておく。

また、これを電子的にデータ収集をするために、やはり最初はいきなりは難しいので、少なくとも電子カルテから収集できるようにしていただきたい。もう我々にいろいろなところに入力させるのは勘弁していただきたいということです。

その後は、やはりアメリカのようにデジタルサーベイランス網というものを作りたい。今、3文書6情報というのが共有化されるというようにお伺いしておりますが、この中に確定診断名、疑い診断名、公衆衛生的に重要な検査と結果が共有できれば、今回などはもうそれだけで全てカウントはできたはずなのですね。アメリカはどうやったかという、コアシステムというのを国家レベル、あちらは連邦政府レベルで作って、それを配付することによって各州はもう好きなように作ってくださいと。州の使いやすいうように。ただ、コアシステムを作ることによって、それが最終的にここで連携ができるという形になっています。

それと同時に、それと連結可能な統一した標準化によって、電子カルテ網、死亡統計、Vital statistics、実際に彼らが一番最初にやったのは、ある疾患にかかった人はどういった病名で死ぬかというのを知りたかったと言っていましたけれども、それが連結できるようにする。そして、予防接種情報。こういったものを作っていく。すぐにはできるものではないと思いますけれども、まずやはり電子カルテを普及していただく。その共有というのをこの2つの軸で考えていただければと思います。

以上、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、何か御質問、御意見がございましたらお願いしたいと思います。

平井委員、どうぞ。

○平井委員 本日も新藤大臣、神田政務官、また五十嵐先生をはじめ多くの皆様、このように検討の機会をいただきまして本当にありがとうございました。

今、谷口先生のお話、本当に感銘を受けました。なぜかという、私ども現場で非常に悩ましく思っていたことや不思議に、あるいは不可解に思っていたことに非常に明快に答えを出していただいたことでありますし、また、そういう研究や医学のアプローチの観点で我々と実は共通の問題意識を持っていたのだなとよく分かりまして、ぜひこれからサーベイランスのシステムを組むときには谷口先生のような崇高な知見と私ども最前線のいろいろな苦勞、それから、知見があるということをぜひ認識をしていただければと思います。

また、ちょっと1つだけ、先ほど大臣が災害と医療の関係、おっしゃいました。このたび、現場の能登でも感染症が広がりかけまして、実際広がっています。そういう意味で、厚労省の皆さんと全国知事会とで感染症の特別チームを石川県庁の指揮の下に結成

をしまして、今、その対策を進めているところでありますが、大臣がおっしゃるように、非常に感染症と災害という関係も重要であるということは一言だけ申し上げておきたいと思います。

谷口先生のごことに我々実務のほうからも若干コメントをさせていただければ、William Farrの博士のお話に非常に感銘を受けました。水平的なサーベイランスと垂直的サーベイランスを使い分けながら効率的にやるべきなのだと思います。CSVなどを使えば簡単に電子カルテから本来投影できるはずであります。しかし、HER-SYSというものをこの国として作られたわけでありまして、そのほかにもいろいろなサーベイランスの電子入力が必要でしたが、非常にこれは現場の命を守る闘いとの間では矛盾もあったと思います。

そういう意味で、水平的なサーベイランス、そういうものを広く浅くやっていく、これで全体を俯瞰するというはその程度にさせていただければいいのだと思います。そして、垂直的なサーベイランス、先ほど井戸の周辺で感染が多いということが見つかったというお話がありました。今回もそうなのです。我々現場で見ていると、今はこれはあそこの飲み屋さんだということは分かるのですね。恐らく東京や神奈川の人たちは申し訳ないけれども、分からないと思います。ただ、我々は田舎のほうなので、あそこから広がっているというのは分かる。その一人一人が実は鎖でつながっていくことの非常にきれいな図を結構描いていました。そういうので重篤な患者が出るような、そういうものであればこういう特性があるということが分かったと思います。

後半戦の第6波以降はそれが当てはまりませんでした。私も強調したのですが、まるでインフルエンザのように学校や保育所を中心にして広がっていく。それが残念ながら普通の成人の職場であっても、たとえマスクをある程度していても広がっている。だから、大分感染症のタイプは変わったのではないかとということを実は我々、それこそ井戸を調べるような形で見つけてここでも申し上げたのですけれども、なかなかそうしたことを反映していただけなかったように思います。

ですから、得意分野が、多分それぞれの現場で得意な地域があったり、ちゃんと先ほどお医者さんに行って調べるかどうか、実際、症例として認めるかどうかを最後はお医者さんの判定まで持っていかなければいけないものですから、あまり大都市に、病院に行かないで黙って仕事をしてしまうというところでは実数からは隔たってくるわけですね。ただ、田舎のほうへ行くと周りの目があるものですから、必ずちょっと調子が悪ければちゃんと検査を受けますよというようなことになる。どちらの地域の垂直的なサーベイランスが正しいのか。これはお分かりいただけたと思います。

それから、実際に全体の統計を取られることをずっと一貫して国全体でされ、そのために現場ではたくさんの方が入力も必要になりました。しかし、それは何のためにやるかというと、一定の推計を学術的に置くために多分されていたのだと思います。ただ、その推計が正直当たらなくなってきました。それは先生が今、おっしゃったように症例数イ

コール流行ではないということをも分無視されたのだと思うのですね。そんな意味で、これからデジタルも活用していろいろなやり方を効率的にすることができるはずですし、もう割り切って、例えば感染の原因を特定するだとか広がり方を見るのであれば、ちゃんと機能している、そういう保健所単位のサーベイランス、それを参考にしたほうが、よほど対策としては妥当性があるのではないかと思います。

これによって多くの全国のお医者さんが入力から解放されるわけでありまして、今の谷口先生のお話というのはすごく我々の感覚とぴったりでありまして、非常にびっくりもしましたし、尊敬もいたしました。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。

では、続きまして、前葉委員、お願いします。

○前葉委員 オンラインから失礼いたします。ありがとうございます。

谷口先生の三重病院は三重県津市にごさいますて、感染症流行時、大変お世話になりまして、ありがとうございます。先生から平素からいろいろ御指導いただいておりますが、今日の御報告をいただいて、改めていかに負荷をかけずに必要な情報を収集するかということをも国全体として考えなければいけないということをも認識を新たにさせていただきました。

そこで、先生に1つ御意見をお伺いできればと思うのですが、実際にこのHER-SYSで大量のデータの入力を求められたということで、こういうことを行わないためにコアシステムを作っておこうということについてはそのとおりでというように思います。これをちょっとVRSに引き込んでみれば、私が昨年、この会議で報告させていただいたことなのですが、接種記録を早く入れろということには、一人一人の接種記録として使うというよりも、その次のワクチンをどの現場に優先的に配分するかということのデータとして使いたいという、ある意味、本来の目的とはやや違うようなところで使いたいというゆえに入力を求められたということでありました。

その際に、我々としてはもうこれは勘弁してくれと、それよりプライオリティーが高いことがありますのでそちらをやらせてほしいというように思ったのですが、実際にはそれをやらないと次のワクチンが来ないので、それに注力したというようなこともございました。HER-SYSの今日のお話を伺っていると、医療現場で起こっていることと行政の最前線で起こっていたことが全く同じ、重なっていたというように思います。

このような場合に、一時的に、テンタティブに何かこの項目は後回しでいいよとか、こういうことの判断をしていただくことが国なりどこか責任のある立場の方にやっていただきたいというように思うのですが、それを実際に指揮命令、現場の状況あるいは感染症の状況に応じて指揮命令できるのか、あるいはすることが現場を大きく救うことになるのでそれをしてほしいということであると思うのですが、その辺り、幾ら各現場

でこれは大変だとかデータは何とかしてくれと声を上げていても、実際にはなかなかそれはルールが変わらないというのが現状であったわけでございまして、この辺りの危機管理というか先生、どういうことがなされれば現場が助かるかということについてもう一言、御意見いただければありがたいなと思いつながら聞かせていただきました。

以上でございます。

○谷口院長 ありがとうございます。

実際にはコマンド・アンド・コントロールというところの部分だろうと思いますが、これは当然のことながら、そういった司令塔がないといけないわけで、そうすると、その司令塔が判断をするための情報、これが何が必要か。これが集まってこない判断ができない。これを全体のコマンド・アンド・コントロールとして設計していただくことなのだろうと思います。それにはやはり現場で何が起きているかというのが分からないと判断ができませんので、いかにして現場の状況が分かるようなシステムとするかというのが最も大事だろうと思っています。

以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

予定の時間が少しオーバーしておりますけれども、河岡委員、お願いいたします。

○河岡委員 ありがとうございます。

私も谷口先生の御説明にありましたように、サーベイランスは感染症コントロールをする上で平時にも有事にもとても重要と考えています。その上で、谷口先生の御説明の中の幾つかについて具体的にコメントさせていただきたいと思っています。

1つ目なのですが、下水サーベイランスです。これにつきましては、昨年も発言させていただきましたが、日本ではあまり重視されていませんが、海外ではとても重視されており、現在、アメリカではコロナの波が押し寄せており、先週だけでも2,000人の人がコロナで亡くなっています。その中で下水サーベイランスでは、ピークを越えたので流行自体はこれから収まるだろうというように言われています。このようにしっかりとした下水サーベイランスは感染症の動向を予測する上でかなり有用なので、日本でも全国共通の Protokol で行う下水サーベイランスシステムを立ち上げることが重要と考えています。

2つ目なのですが、谷口先生が指摘された電子サーベイランスシステムについてです。私もこのシステム、充実させることは重要と考えています。一方で、仮にすばらしいシステムができたとしても最低限のデータ入力には人力でやる必要があると思います。有事に対応できるだけの人員を平時から確保しておくのも難しいと思うので、これを日本、どのようにやっていくのかというのは簡単ではないと思っていたのですが、本日の

谷口先生の御説明では、システムさえうまく作れば通常の診療の中でのデータ入力でも十分対応可能ということだと思ったのですが、この辺について御意見をいただければと思います。よろしくお願いします。

○谷口院長 ありがとうございます。

水平サーベイランスシステムは明確な目的、つまり、何を見るかというのをはっきりさせれば、これは電子カルテ情報の中で拾い上げることができるだろうと。あれもこれもこれもこれとも言われると、これはもちろん難しくなって実際に入力が必要になってまいります。

今回のパンデミックではアメリカの多くの州では、基本的なカウント、年齢、そういったものは電子カルテに入っていますので、それが自動的に収集されていたそうです。ただ、それに付加するアディショナルな情報については、そこだけ入力をしていただいたと言っていましたので、これはもうそのときの状況に応じて、コアとなるものは何ら問題なく取れる。そして、そのときに必要な情報は、これはもうある程度は仕方がないと思いますので、目的を明確にして収集するというのを考えておけばいいのではないかと思いますし、特に細かい情報は垂直で見れば分母がしっかりしていれば分かるものだろうと思います。

以上です。

○河岡委員 ありがとうございます。

○五十嵐議長 どうぞ。

○新藤感染症危機管理担当大臣 今日、とても短い時間でしたけれども、重要な御指摘をいただいたと思うのです。私が是非、皆さんと問題提起したいのは、これだけの的確な御指摘がございました。先生方も、専門の先生方もこれは重要だと。であれば、どう実現させるかなのですね。これは感染症のシステムのことだけでもって実現するというようにしないで、今日、笠貫先生がおいでいただいているのは、このことはまさに医療DXの中で、これから電子カルテを全国に普及させる。今、医療機関の半分ですから、残りの半分は国が責任を持って、中小・小規模病院であればそれは国が責任を持って電子カルテのシステムを供給するところまでもう方針を出しているのです。ならば、その電カル運用の中で、こういう要素をいかに入れていくか。

そして、平時にやはり使っていかなければという御指摘がありましたけれども、全くそのとおりで、ふだん使っていたものがいざというときに役に立つというように、これは危機管理の要諦だと思うのですが、その辺において笠貫先生、これはどこまで今の我々がやっている医療DXの中で反映できるか、ちょっと御示唆をいただきたいと思いま

す。

○笠貫名誉理事長 ありがとうございます。

私どもはMEJ (Medical Excellence Japan) の四次元医療改革研究会の電子カルテ改革による医療DXに関して、3つの提言書を国に提出しています。これらはぜひ御覧になっていただきたいと思います。

コロナ禍で一番問題になったのは、日本における周回遅れの医療DXのためにデータ駆動型の政策が取れなかったことだと思います。50%しか電子カルテが普及していないこと、それから、約90%の大学病院や大病院で使われている電子カルテからもこの標準化されたデータを引き出せないことです。これが水平サーベイランスと垂直サーベイランスの両方の障壁になります。標準化を徹底化すること、それから、標準型電子カルテを100%普及することが優先度として高いと思います。

そういう意味で有事と平時のお話が出ましたが、このアクションプランをつくるときに医療DXの工程表とパラレルに考えていただきたいと思います。そのことがトータルとしてのグランドデザインと、無駄のなく効率的に周回遅れを取り戻すことが、一番のポイントだと感じております。電子カルテをどうするかが医療DXの中心であり、医療DXと並行して有事、平時の感染症対策を考えていただきたいと考えています。

○五十嵐議長 どうもありがとうございます。

今日は谷口先生と笠貫先生から貴重な御指摘をいただきました。どうもありがとうございました。

それから、下水サーベイランスに関しても日本でもプレリミナリーには検討しておりまして、私どもの施設も昨年、事業に協力をいたしております、その成果はまだはっきりしておりませんが、今後、検討する価値のある課題ではないかと考えた次第です。

今日はどうもお二人の先生方、ありがとうございました。

それでは、入替えをいたしますのでしばらくお待ちいただきたいと思います。入替え終了後に速やかに議事を再開いたします。

それでは、入替えが終わりまして、皆様、御着席をされましたので議事を再開したいと思います。

今日、これから御発表いただく先生方におかれましては、お忙しいところをおいでいただきまして誠にありがとうございます。

では、会議後半の進め方につきまして事務局から説明をお願いいたします。

○前田参事官 事務局でございます。

改めて資料1を御覧いただければと思います。

後半は「高齢者・障害者・子どもへの対応」をテーマといたしましてヒアリングをお願いしたいと考えております。

初めに、高齢者分野から、公益社団法人全国老人福祉施設協議会の山田副会長先生、次に、障害者分野から、公益財団法人日本知的障害者福祉協会の井上会長先生、続いて、こども分野から、国立成育医療研究センター小児内科系専門診療部こころの診療科の田中診療部長先生、学習院大学の秋田教授先生にそれぞれ10分程度で御発表いただきまして、再度、委員の皆様の御議論をお願いしたいと考えてございます。

なお、秋田教授におかれましては、11時頃からオンラインにて参加の予定でございます。

説明は以上でございます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

では、時間も押しておりますので、早速、ヒアリングに移りたいと思います。

初めに、山田副会長、御発表をお願いいたします。

○山田副会長 御紹介いただきました、全国老人福祉施設協議会、副会長の山田淳子と申します。よろしくお願いを申し上げます。

では、着座にて御説明さしあげます。

資料を御覧いただきたいと思いますが、「新型インフルエンザ等対策における課題」ということでございます。

次のページをお願いいたします。

高齢者施設でのコロナ対策の課題ということで、6点ほど挙げさせていただきました。今回、何が起こったかということでございますが、①施設の感染拡大防止対策ということで何点か挙げさせていただきましたが、高齢者の施設というのは個室ばかりではございませんで、多床室という4人部屋、2人部屋というようなつくりの施設もございます。そういった中では、多床室の施設につきましてはクラスターが非常に発生をしたということがございました。

そして、医療の部分でありますガウンテクニックと、それから、N95マスクの装着ですとか、いわゆるスタンダード・プリコーションプラス感染予防対策の徹底というものが非常に介護職員等に普及するまでに時間がかかったということでございます。

そしてまた、生活の場でございますので、いわゆる感染症に関わる廃棄物の取扱い、こちらにつきましても非常に当初、高額な廃棄物のお金がかかったという実態がございます。

そしてまた、PCR検査、それから、ゾーニング、コホーティングということで、周知徹底というところ。先ほど来申し上げておりますが、生活をする場でそういったことが発

生した場合の緊急度、こちらが非常に時間がかかったことと、継続的に対策をするという、こういったことが難しかったということでございます。

そしてまた、今回は濃厚接触者、陽性者という扱いがあったものですから、こちらについても非常に混在しないように動線の交差をしないように等の内容が非常に苦慮したところでございます。

そしてまた、施設の人員体制の不足という点では、職員が平時の勤務体制が取れない。看護師がいないということから、日々の組織的な状況把握が非常に困難を極めて、いわゆる指示系統が混乱を来したということが大きな課題になっております。主力の職員が罹患いたしますと非常に大変な状況になるということです。

そしてまた、新しい感染症が出た場合の職員のメンタルヘルス、これは非常に重要です。強い気持ちを持ってチームワークを持ってやろうとみんな一生懸命一丸となってやりましたけれども、コロナ禍で退職した職員もいるという事実はあるということでございます。

あと経営の部分で物品補助、補助金、支援金等、これは衛生用品・感染症対策用品は高額でございますので、こちらは継続的な支援がありがたいと思っております。

そしてまた、サービス、経営の運営課題がありますので、どうしても稼働率の低下というのがございますので、こちら支援が必要であろうというように思います。

そして、いわゆる地域内での感染拡大防止対策の確立という点では、保健所との連携・共有、市町村との連携・共有というのは非常に大事なものだということを感じておりました。

2番目でございます。

施設の高齢者や在宅サービス高齢者への影響ということでございますが、施設内療養というものが大半を占めまして、何が起きたかといいますと、生活のリズムが変わったということから、私どもの非常に介護内容でございます食事、入浴、着替え等、介護そのものが感染症対策に時間を取られるという点から、介護の質という部分も非常に丁寧さというものが平時と変わる。ですので、不十分な部分が出てしまうということから、ADLの低下、内容的には具体的にここに記載をさせていただいております。スキントラブル・褥瘡形成、嚥下障害、食事・尿量低下等々ということで、非常に平時の介護力よりもどうしても人員不足からこういったことが起きるものですから、ADL低下が見られまして高齢者の場合は回復に時間が非常にかかるということでございます。

そして、2番目は、在宅サービスの利用者、こちらにつきましては、サービスを休止するということがあったものですから社会的交流、そして、ADL低下というものがありません。代替サービスの不足というものがありませんので、介護者さんの精神的負担・身体的負担は増加をしておりました。

そして、認知症高齢者、こちらに関しましては、やはり安静療養という点から活動の不安定さが見られておりました。家族の面会等の減少も伴いまして非常にレベル低下を



招きやすい状況にあったということでございます。

次、お願いいたします。

医療機関や関係機関との連携という点では、相談体制、入院体制の課題という点で、主治医と協力病院によって非常に入院が困難であったという現状でございます。入院先が決まらずに施設内療養となっていたケースが多々ございました。

検査体制、それから、入院先への送迎というところも課題として挙げさせていただいております。

次のページをお願いいたします。

感染拡大防止対策、今後の部分でございますが、課題と今後の対応としてはどうかという点でございますが、平時からの体制整備、感染発生時の速やかな切替えについてということでは、やはりBCPの作成ということでございます。そしてまた、今後、各都道府県で作成されます感染予防計画及び第8次の医療計画等々を注視しながら意識をして対応させていただくということが大事というように思っております。

そして、2番目、感染防止に係る環境整備、クラスター防止のため、感染対策における物品の整備、備蓄ということでございますが、こちらについては、ぜひとも継続的な御支援をお願いしたいということでございます。

それから、3番目、施設内における感染症委員会等の組織的な取組の強化ということで、これは新型の感染症を意識した平時と発生時、これについてを整備、強化をする必要性があるということでございます。

4番目、医療機関や関係機関・市町村との連携強化の仕組みということです。これは感染症発生早期、流行初期、流行期、一定期間経過後等、ステージに応じた入院、施設療養の対応等にぜひとも関係機関と市町村と本当に施設が孤軍奮闘するというものがないように連携強化をしたいということでございます。

そしてまた、感染症の感染管理認定看護師の助言・指導、これは私ども現場サイドでは非常に有効でございました。直接、介護職員と一緒に認定看護師と一緒に動いてくださいますと、施設内の設備、それから、行動、動線、そういったものを一通り見ていただきまして、指導・助言をもらった。これはやはり平時からそういった対策を防災対策ではありませんが、この入居者さんに発生したらこういった行動、ゾーニングしましょうとか、そういった具体的な策が取れるのではないかとというように思っております。

それから、感染症に関する人材の養成及び資質の向上ということでございますが、これは特に私どもの圏域、実は施設の地域の事業所・施設・関係機関の情報共有ということで、介護職員の感染症防止の対策リーダーを介護職員を中心に研修・育成をしております。ですので、圏域の中で情報が共有できる、ここで感染症が出たよ。そうしますと、では、そちらのほうではほかの施設で御利用者さんをお受けできるかどうかとか、代替サービスが非常に動きやすいということと、早い防止対策が取れるということでございます。

そして、6番目は、感染症に関する理解と利用者の人権の尊重ということで、特に認知症高齢者、こちらについては施設内療養における部分で認知症の方については閉じ込めることなく人権尊重しながら対応させていただきたいというように思っております。私のほうからは以上でございます。

○五十嵐議長 御説明、どうもありがとうございました。  
では、続きまして、井上会長からお願いいたします。

○井上会長 御指名いただきまして誠にありがとうございます。

日本知的障害者福祉協会の井上でございます。

それでは、座って報告をさせていただきます。

それでは、1枚目を開けていただいて、今回の発表に関して、私どもが障害者部門の一つの代表としてお話しさせていただくという形でございますけれども、皆さん御理解のとおり、障害の分野も大変幅広い方たちがおられるということです。身体障害の方、それから、精神障害の方、発達障害の方、難病の方、それぞれ非常にある種、障害特性が違うというところで、現場の中で何が起こったのかというところを含めて御報告させていただいて、私のほうからはやはり日本知的障害者福祉協会という立場でございますので、知的障害のところでは何が起こったかというところを報告させていただきたいと思っております。

下の黒丸に書いているわけですがけれども、全障害の中でも特に知的障害のある方たちの感染予防が一言で言うと非常に難しいという、障害特性から言って非常に難しいという特徴があります。全体的な障害者支援施設における感染症の対策というのはほぼ変わりがないかなというようなところでございます。

それでは、開けていただいて、知的障害者施設における新型コロナウイルス感染症の見えた課題の1でございます。先ほども申し上げましたように、知的障害のある方の場合、感染予防が非常に難しかったということが挙げられますので、全国の障害者支援施設だったりグループホームだったりで大量のクラスターが発生したというところからしてもそのような認識でいるところでございます。

一つは、知的障害のある人は、他者との距離感を保つことが非常に難しく、感染を予防するためのソーシャルディスタンスの確保が非常に困難な利用者の方が多いという点です。

それから、手洗い、うがい、マスクの着用といった基本的な感染防止対策を取ることが難しい人が多い。

それから、感染対策のため、生活上の制限やふだんと異なる対応についてなかなか理解が難しいために、戸惑ったり混乱したり状態が悪化する方が多かったというところがございます。特に自閉的な傾向のある方とか強度行動障害と言われる方たちにとっては

非常に大変な現場の混乱があったというところを御理解いただければありがたいと思います。

入院も非常に難しい状況があって、ほとんどが施設内療養でとどまったというところがございます。入院して治療していただくというのが本来の形だと思いますけれども、やはり環境がなかなか変えられない人たちが多くという中で、施設内での対応が中心になったというような形です。

知的障害のある人の状態像というのは多種多様であるために、なかなか私たち支援者の予測もつかないことも多かったというところがございます。

それから、次の2枚目、課題の2でございますけれども、居住施設における課題という形で少しまとめさせていただいたところがございます。先ほどのとおりですけれども、障害者支援施設とかグループホームなどで感染した場合に瞬く間に感染が広がる一方で、速やかに感染者を入院させる必要があるというようには思うわけですが、一方で、感染した入所者の中には障害特性から入院治療が困難な人も多いために、一定期間居住施設での治療や支援を受けながら過ごせる場所を確保する必要があるというようなことでございます。

居住施設において集団感染が発生した場合は、専門医や看護職員の派遣や保健所等の指導などが行われる体制を平時から整備しておく必要があるということでございます。

集団感染が発生した施設の職員が長期的に入所者の支援に当たるには限界があって、やはり職員の応援体制というのでしょうか、その辺を事前に準備しておく必要があるだろうというところございました。

それから、集団感染が発生した施設での入所者の支援に当たる職員というのは、感染予防の観点からも自宅に戻ることが非常に困難になるために、職員確保というのが難しかったり、職員の宿泊場所や職員のケアというところも非常に大事になったというようなところがございます。

開けていただいて、一方で、自宅で暮らす障害の方たちも非常に多くいらっしゃるわけですけれども、支援を受けながら自宅で暮らす知的障害のある方については、家族や主たる介護者が感染した場合に自宅での暮らしを維持することが非常に困難になるという実態があったというような形でございます。

そのため、自宅で暮らす障害者についても、近隣で感染が蔓延した場合に障害者を一時的に支援する場所の準備が必要となるというようなところがございます。

その他、先ほど高齢分野からもありましたけれども、感染の防止のための予防策として、最低限、サージカルマスクや防護服等の正しい着脱方法、汚染物の処理方法、建物内の適切なゾーニングなど、動線の感染予防については基本的な知識が必要であるわけですが、やはり障害者支援施設においては医療の知識を有する方が職員配置としては非常に少ないわけなので、その辺りの大きな課題があったというようなところござい

す。

感染予防のためにも、居住系施設における個室化、ユニット化というのは大変有効です。2人部屋、3人部屋、多床室が非常に多い状況の中では、環境的にも感染拡大を防止するのはなかなか難しいところがあったというようなどころでございます。

その次のところは、新型コロナウイルス感染症におけるクラスターが発生した入所施設からの報告で、これまでのところとダブるところがありますけれども、お聞きいただければと思います。

一つは、衛生資材の確保でございます。感染が発生すると衛生資材は一気に消費されてしまい、調達までに手が回らないというような状況が続いて、少なくとも一定期間は耐え得る量を備蓄していたほうがよいと思われました。衛生資材は利用者の生活場面とは動線の異なる保管場所に保管したほうがよいというようなどころでございます。

それから、2つ目は行動履歴の把握。感染が疑われる職員・利用者については、2日前までの行動履歴を確認する。感染症が発生した時点で以下の支援の際の距離感などを把握しておく必要がよい。マスクの着脱だったり食事・排せつ・オーラル・入浴支援の場面の対応と位置関係など。

療養対応としては、保健所の指導に基づくゾーニングを行い、感染者、支援者を区分する色テープでのゾーニングやビニールシート等の壁の設置によって空間を分けたことで衛生資材の装着・破棄のゾーニングが明確にでき、感染予防に寄与したと思われるというようなどころでございます。

状況把握としては、入所者の既往歴、服薬、喫煙歴など重症化リスクとなる事項は事前に共有しておいたほうがよいと思われました。

それから、各種連携でございますけれども、法人内、保健所、自治体、医療機関等と連携して、物資や応援職員の派遣、医師からの適切なアドバイスを受けることができ、心強かったという報告も受けているところがございます。

最後のスライドでございますけれども、知的障害関係における感染予防対策を講じる際のポイントというような形で4点ほど挙げさせていただいています。

1つは、知的障害のある人が入所する施設においては、新たな感染症の感染防止への対策として、やはり平時から感染症への対応するための準備や取組ということが必要だということがございます。自治体や関係医療機関との連携、大規模な感染発生の勤務体制の構築、それから、想定される衛生用品等の備蓄やフレキシブルに使用できる部屋等の確保が大事だというようなどころでございます。

2点目として、新たな感染症が発生した場合には、障害福祉施設においても事業継続が困難となることが予想されるため、あらかじめBCPを作成しておく必要があるというようなどころでございます。

3点目、BCPには少なくとも以下について明記する必要があるだろうというように思われます。

自治体や保健所等々との情報共有と連携体制。それから、大規模感染症の職員のローテーション、勤務体制の確保ですね。それから、応援職員の確保の方法。施設のゾーニング、利用者家族、外部との接触のルール化など。それから、必要な備品・衛生用品の確保等でございます。

感染拡大予防のために個室化、ユニット化というものの推進が一層望まれるのではないだろうかというようなことでございます。

簡単ですけれども、障害分野の報告に代えさせていただきます。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。

続きまして、田中先生から御発表をお願いいたします。

○田中診療部長 初めまして。国立成育医療研究センターこころの診療科の田中と申します。

今回、このような機会をいただき、ありがとうございます。

それでは、座らせていただいております、進めていきたいと思っております。

私のほうは「子どものこころとCOVID-19」ということで資料を用意させていただきました。

1枚めくってください。

今回お話しさせていただく内容としましては、まず文献レビューから、それから、私どもが2年半走らせていただいたコロナ×こども本部の縦断調査から。

また、2つ目には、コロナ禍と我が国のこどものメンタルヘルスということで幾つか項目を挙げて問題提起させていただきます。

3つ目には、このような背景を下に、平時から何ができるのかといったことをコロナ×こども本部のメンバーと共に考えた提言について御説明させていただきたいと思っております。

それでは、次のスライド、お願いいたします。

こちらは今、こども家庭庁の科学研究班で石塚班というものが立ち上がっており、コロナのときのこどもたちの状況を踏まえて、こどもの環境をよくするために平時から何ができるのかという研究班が立ち上がっております。

私は分担研究者として研究課題をいただいて活動しておりますけれども、この中間報告になりますが、海外の論文から、コロナで何が起こってきたのかというところを赤字で示した内容について今回は御紹介させていただきたいと思っております。

次のスライド、お願いいたします。

少し赤字で示しておりますけれども、こどものメンタルヘルスの問題として、まず自殺の増加、それから、不安障害ですとか不登校、鬱症状、そういったことの増加が関係

的に増加しているといった結果がございます。

リスク因子といたしましては、女性であるということ、それから、慢性的な疾患があるお子さんのほうがメンタルヘルスの影響が大きかったといったことが言われております。逆に、保護因子になり得る因子としましては、もともと身体運動が保たれていたお子さんですとか、もともと娯楽へのアクセスが比較的容易であったお子さん、それから、やはり肯定的な家族関係がもともとあったお子さんですとか、社会的支援をもともとお持ちだったお子さん、そういった方が保護因子だったというように書かれておりました。

次のスライド、お願いいたします。

コロナ禍では、残念ながらPTSD、お子さんのPTSDの発症率が増加したといったことが言われております。同じようにリスク因子としましては、やはり家族の関係性ですとかあるわけですが、特に注目すべきは保護因子となる要因として、こども自身ももともとレジリエンスが高いお子さんですとか、もともと積極的にストレスコーピングのスキルを持っているお子さん、そういったお子さんたちがPTSDを発症するときの保護因子になるといったことが報告されております。

次のスライド、お願いいたします。

こちらは主にこどもの行動上の問題ですとか睡眠ですとかそちらの有病率についての文献レビューを示しておりますけれども、いずれにおいても多くなっているといった結果が示されております。

次のスライド、お願いいたします。

こちらも同じような結果になりますけれども、不安、鬱、ストレスを感じる割合、また、こどもなのですが、アルコール、大麻の使用頻度について触れた論文では、いずれにおいても増加しているといった結果がございまして、保護因子としましては社会的支援がもともとあったお子さんですとか、先ほどもお話をしましたが、もともと前向きなストレスに対して対処方法を持っているこどもたち、これが保護因子になるということ。加えて、親子の関係性です。もともとしんどいときに親子で話し合う時間があるお子さんたち、それが保護因子となっているという結果がございました。

次のスライド、お願いいたします。

ここからは日本の結果です。私ども成育医療研究センターでは、社会学部の研究室とこころの診療科の有志の研究者・医師が2020年4月7日にオンラインで集まって、コロナ×こども本部を立ち上げてこどもたちのアンケートを実施すると同時に、こどもや保護者の安全・安心につながるような具体的な情報を発信させていただくことを目的で活動してまいりました。この中の一部の結果をお示ししたいと思います。

次のスライドをおめくりください。

まず、死んだほうがいい、または自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがあるという割合なのですが、小学校5年生から高校1年生にかけて、大体15%弱の

お子さんたちがほとんど毎日、半分以上、もしくは数日あったということを答えてくださっているのですね。

現在、少しニュースでもなっておりますけれども、メジコンという鎮咳剤をオーバードーズして、多量服薬して緊急外来を受診するこどもたちがとても多くなっております。特に話を聞いておりますと、小学校4年生ぐらいから死にたいと思ってそういうお薬を自分で買って飲んでいたというお子さんもいらっしゃいますので、こういった対策も加えてやっていく必要があるのではないかというように感じております。

次のスライドをおめくりください。

こちらが実際に自分の体を傷つけたことがあるお子さんの回答数になっております。同じように小学校5年生から高校1年生にかけて15%弱のお子さんたちが実際にやったことがあるというように答えています。

次にですけれども、自殺の話題に入っていきたいと思います。

こどもの自殺者数は少子化にもかかわらず増加傾向であったのですが、コロナで一気に増えました。2020年は一気に増えたといったことがニュースで衝撃的に報道されていたかと思います。

その後の経過について、次のスライドをおめくりください。

こちらは令和4年度の速報値になりますけれども、過去最多の514名といった数字になっております。小中高生の自殺者数というものは残念ながら増加傾向となっているといったことが報道されております。

次のスライドをめくってください。ちょっと順番を直前に変えまして申し訳ございません。

今回のデータはこどもの自殺した死亡者数になります。

次のスライドをおめくりください。

しかしながら、実際に死に至らなくても、もう何か死んでしまいたいとか、何で生まれてきたのかなとか、このまま消えてなくなってしまういだとか、いわゆる自殺念慮を持っているお子さんたちはその何十倍いるといったことを私たちは知りながらケアに当たらないといけないというように思っております。

次のスライドをお願いいたします。

こちらは児童虐待の件数になります。児童虐待の件数もコロナ禍で非常に増えました。これはこども家庭庁の速報値を引用させていただいておりますが、昨年の結果ですが、21万9170件ということで過去最多といったことが言われております。

次のスライド、お願いいたします。

虐待の種類は御存じのとおり、4つの種類があると言われておりますけれども、その中でも心理的虐待が増加しているといったことが報道されております。実際に私どもの外来の中でもやはり心理的な虐待を受けてストレス反応を体で起こして受診をしてくるこどもたちが多うございます。

また、心理的虐待の中には、まだまだ開示されていない性的な虐待とかも含まれている可能性が十分ありますので、これに対する対策も非常に重要であると認識しております。

次のスライド、お願いいたします。

こちらは不登校の数の速報値を引用させていただきました。不登校の数、非常に多くなっております。小学校も中学校も増加傾向であるといったことがあります。不登校のお子さんの心理社会的背景は非常に多様性に富みます。そういったお子さんたちが学校に行かなくても子どもたちがこどもらしく学べる、過ごせる居場所ですとかそういったことを確保していく必要があるというように思っております。

次のスライド、お願いいたします。

こちらがこどもの摂食障害の初診の受診率です。こちらは当センターが担っております子どもの心拠点病院事業のプレスリリースの報告を引用させていただいておりますけれども、国際的にもこどもの摂食障害が増加しているといったことが報告されております。摂食障害もいろいろな種類があるのですけれども、特にちょっとトラウマ的な体験を経験して食行動を自ら制限をしてしまうお子さんたちが増えていて、どうも背景に診断されてこなかった発達障害のお子さんたちがいるような印象がございます。

次のスライド、お願いいたします。

こちらがLong COVIDの小児科学会からの情報の引用になりますけれども、お子さんのLong COVIDのパーセンテージは少ないと報告されているのですが、やはり実際に存在することは確かであって、次のスライド、お願いいたします。

私どもの当センターでは、小児のLong COVID外来というものを体制をつくりまして、当センターの総合診療部を中心に関係する各部門、各職種が連携しながら、お子さんたちの診療に当たっております。

次のスライドをお願いいたします。

こちらが私どものLong COVIDの外来の中でお会いした患者さんたちの症状を2つに分類しているのです。呼吸器症状と自律神経症状の2つに分類して、オレンジの部分が自律神経症状になります。いわゆる感染症状ではなく呼吸器症状ではなくて、どうも自律神経のバランスを崩しているお子さんたちがLong COVIDの中で多いのではないかと、そういったことを今、調べているところではありますけれども、その自律神経症状の背景にどうもやはり見過ごされてきた発達の課題であったりだとか、神経発達症の存在であったりだとか、もう一つ言うと、親子の関係の問題があってLong COVIDの症状を呈しているようなお子さんたちがどうもいるようです。

次のスライド、お願いいたします。

ちょっと時間が来ていますので少し飛ばしていきたいと思うのですが、こちらは私どもの当センターでこころの診療部が中心になってコロナ禍限定で子どもたちのメール相談、子どもたちから専用を受けるメール相談の窓口を土日限定で立ち上げて相



談を受けておりました。

次のスライド、お願いいたします。

2年半で882件のメールを受けました。

次のスライド、お願いいたします。

最も多かった子どもたちからの相談内容といたしましては、こころの症状、2番目に親子の関係で悩んでいるお子さんたち。3つ目に、希死念慮があってどうしたらいいのか分からない、そういったことがございました。

次のスライド、お願いいたします。

これまでお話ししてきたことをまとめたスライドがこちらになります。子どもたちがもともと持っていたバイオロジカルな課題がコロナの感染症の蔓延に伴ってどうもサイコソーシャルな問題が顕在化してきている、そういうように捉えております。

もう一つ、もともと子どもたちが援助希求をすることの低さですとか、先ほどの文献レビューでも申し上げてきましたけれども、ネガティブな感情を持ったときにどういうように自分でストレスコーピングをしたらいいのかといったスキルがどうも不足していたのではないかと、そういったことがあるのではないかと考えていて、対処スキルを育てていくような機会や教育を促進していく必要があるというように思っております。

次のスライド、お願いいたします。

いわゆるこどものメンタルヘルスをコロナ禍をばねしながら予防をしていくという取組に加えて、子どもたちは成長していくという大きな強いベクトルがありますので、よりよい発達を促進していく、レジリエンスを深めていくような介入も今、求められているというように思います。

次のスライド、お願いいたします。

ちょっと次のスライド、進んでください。

こちらが最後、コロナ禍をばねに今、求められることということで、6つの項目を挙げさせていただいています。

まず、いわゆる予防的な取組として健診の事業があります。昨年末は1か月健診、5歳児健診が各自治体で実施するような通知がなされたかと思えます。このような健診を通じて子どもたちの予防的な取組をしていく必要があるのだろうと。

2つ目に、こどもの自殺リスク・虐待を減らす取組の一つとして、親御さんに対するペアレンティング、そういったものを広めていく必要があると思われれます。

また、子どもたちのメンタルヘルスケアに関しては、医療のみならず、教育機関とも連携をしながら、子どもたちのストレスコーピングですとか、援助希求の促しをしていくようなことが求められるというように思っています。

4つ目は連携についてですので、5つ目ですけれども、私ども小児科医が開業医のかけつけ小児科医の先生と連携を取りながら、メンタルヘルスについてももう少し関わっていく必要があるのだろうというように思っております。いわゆるバイオサイコソー

シャルの視点で私ども小児科医が関わっていくということ。

そして、最後に、こども自身が親の許可なく使えるメンタルヘルス相談の拡充、SNSなどを駆使してこういった相談窓口も求められているというように思っております。

次のスライド、進めてください。

次、進めてください。

以上になりますけれども、私のほうからコロナ禍をばねにこどもたちのレジリエンス向上に必要なことについてお話をさせていただきました。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。

では、続きまして、秋田先生、お願いいたします。

○秋田学習院大学教授 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。学習院大学の秋田喜代美でございます。

私のほうは、医療等の専門ではございませんので、新型コロナウイルスのパンデミックがこどもの心や発達に与えた影響やそこに関わるデータをお示しさせていただきます。次のスライド、お願いします。

保護者や保育者、教師、それから、ここは時間がなくて話せませんが、海外の研究やガイドラインなどを私の前の職場であります東大教育学研究科の発達保育実践政策学センターでは様々な研究の調査を集めてまいりましたので、それらについてお話をさせていただきます。

続いて、次のスライドをお願いします。

心身への発達ということでございますが、現在、例えば中室先生が出されているデータでは、発達全般の遅れが乳児期に比べて幼児期において、3歳から5歳頃において見られる。特にパンデミックの影響が見られるということを前の時期からのこどものデータと現在とを比較することによって、およそ4.3か月分、こどもの発達が様々なKIDSなどのスケールで遅れてきていることを指摘されています。これは恐らく、この後お話ししますが、戸外遊びや運動能力等の低下であったり、それから、心理的な3密を避けるというようなソーシャルディスタンスの影響というようなものがあるのではないかと考えられます。

続いてスライドをお願いします。

こちら京都大学の森口佑介先生たちが取られたデータでございますけれども、心理的な不安を見ますと、社会情緒的な行動等の発達につきましては、こどもはコロナ前と後とで変化がないのに対して、むしろ心理的な距離、保護者とか、それから、仲間との心理的距離というようなところにおいて変化が見られていることが明らかになっております。右側を見ていただきますと、乳児ではなく幼児や児童において、特に心理的距離が広がっていることが生じております。感染症のT1、T2、T3というどの時期において

それが変化を起こしたのかの検証によって、大きなパンデミックによって子どもたちが他者との心理的距離が大きくなったというような変化が見られております。

次のスライドをお願いいたします。

これは先ほど既に田中先生のほうから成育医療センターの様々なデータを出されておられますので、私のほうではスキップしたいと思いますけれども、身体的な影響を与える御研究を出されています。

そのような中で、子どもたちがそれによって学習意欲の低下や無気力というようなものが生じる。

そして、続いて、次のスライドをお願いいたします。

特に勉強しようという気持ちが起こらないであるとか、それから、3年間で学習意欲が向上した子もいるのですけれども、むしろそういう意欲というようなものが、無力感というようなものが子どもにおいても生じているというようなことが先ほどの田中先生のお話のさらに予備軍として子どもたちの中にこうした変化が生じてきているのだというように判断できます。

続いて、次をお願いいたします。

そのような中で、問題行動が大きく出てまいります。様々な先ほどありましたいじめや暴力行為、それから、長期欠席というようなものが増加してきているということが文部科学省のデータからも出されているところになってございます。

続いて、次のスライドをお願いいたします。

これは自殺が増えているという先ほどのお話と重なる部分ですので次のスライドをお願いいたします。

そのような中で、このような形で自殺ということについて、特に女子に多くなっている傾向が見られたわけでございます。

また不登校の状況が今後、このパンデミックのときだけではなくて、その後も引き続いて増えているという問題が生じてきております。

続いてお願いをいたします。

こうしたところの中で文部科学省では、既にスーパーバイザーであったり、それから、オンラインでの対応などを今、始めているところでございますけれども、なかなかそれらによって低下が行われることがないという長期的にこのパンデミックの問題について、子どもの発達について、フォローしていくことが重要であるというように考えられます。

次、お願いをいたします。

そして、特に臨時休校が与えた影響におきましてでございます。精神的な安定というものが、見ていただきますと分かりますが、休校期間が長いほど精神的な安定が不安定になっていることがこのデータからも、日本財団のデータからも出てきております。やはり子どもたちにとっての居場所、それから、人間関係が断ち切られているというよう

なことによって不安というものが大きくなっている。ですから、今回、PISAの結果なども出ていますが、日本は休校期間が国際的に見ると短かった。やはりこういう状況にありましても、こどもたちにとって臨時休校のような対応をいかにして防いで学校内での感染症の対策を取って開校していくのかということが今後も重要な問題になるのではないかと考えられるところでもあります。

続いて、次、お願いをいたします。

特に、このようなことに世帯年収が影響しています。。先ほど田中先生のほうからはこどものレジリエンスであったり、こどもの特性の影響というお話がございましたが、こどもだけで変えられないところとして、やはり家族の世帯年収であったりによる影響の違いというものが大きく見られていることがこちらのデータから見られるところでもあります。

また、次のページをお願いいたします。

また、家族が独り親であるとか、これは世帯の形態によって1人でデジタルスクリーンタイムがどれだけ上昇したかというようなデータでございますが、こうして一番パンデミックのときにスクリーンタイムが特に多くなっているのが独り親の世帯であるというようなことも分かっているところがございます。成績の低いこどもがよりそうした影響を受けている。脆弱なこどもたちへの手厚いケアであったり、様々なソーシャルサポートがこのように心理的な距離が大きいときに取られる必要があると判断がなされます。

次とその次、お願いいたします。

不読率なども学年によって、世帯年収によって、形態によって影響が違うというようなデータをお出ししているところがございます。

続いてお願いをいたします。

このようなことから、やはり経済格差についての手厚い支援というものがこどもにおいて重要であるところのパンデミックにおいて感じられるというところがございます。

次のスライドをお願いします。

この辺り、少し多くなっております。スキップしてください。

次、お願いします。

そして、保護者の心理への影響でございます。

次のスライドをお願いをいたします。

何枚か出しておりますけれども、やはり母親の悩みや気がかりの中につながり不安が非常に母親も孤独感にさいなまれているというようなところが見えてくるところがございます。

次のスライドをお願いいたします。

こちらにおいても、コロナ禍で子育ての不安感が非常に高まっているというようなソーシャルサポートの重要性ということを示したものでございます。

次、お願いいたします。

そして、現在も子育て否定感というものはパンデミック後も高まっているというようなことが継続しておりまして、このようなことについての今後、手厚い支援というものが子どもだけではなく保護者においても必要であろうということが見られます。

次、お願いします。

これはもう児童虐待等は先ほどお話が重なっておりますので、スキップしてください。

次、お願いします。

このように、出産・育児のところから有効な情報を保護者に発信をしていくことが必要と考えられます。

次のスライドもお願いをいたします。

そのようなことが、これも発達障害のお子さんへの精神医療センターから出されているものですが、分かりやすく何をどうしたらいいのかというようなことを保護者に対して出していくことが重要であろうと考えられます。

続いて、次、お願いいたします。

次からは、園や教師の影響でございます。

次、お願いをいたします。

こちら、やはり園長の精神的な健康が次第に低下してきているというような状況もコロナにおいて起こっていることを示したものでございます。

そして、続いて次をお願いいたします。

これは保育園等では、看護師という方が1人しかいませんので、そこではストレスが特に高くなっていて、それから、その心配の内容が職務により異なっているということを次のスライドもお願いします。

示しているものになっています。やはり看護師等にとって、外部との連携というものが重要になってくるというようなことが言えるのではないかと考えられます。

次もお願いいたします。

こちらにつきましても、どのようなことが不安であるかというようなことについてのデータになります。

時間の関係でちょっと3枚ほどスキップをしてください。最後のところに行きたいと思っております。

教師においても同様の状況があったことについてのデータでありまして、特に独身の若い世代の教師においてメンタルストレスが高くなっていることも分かっているところでございます。そうしたことから、人材のフォロー、ストレスのフォローが必要であろうというように考えられます。

続いて回してください。お願いをいたします。

次もスキップしてください。

実は海外でOECDの幼児教育ネットワークに参加しておりまして、ずっと見ておりまし

たけれども、これからは小さい字で各国のガイドラインをいつ、どこが出しているかというようなことについての収集でございますが、日本は比較的ガイドラインがゆっくりでございます。また、オンライン等で園や自治体への発信が海外では早うございました。こうしたことがリスクコミュニケーションとして重要ではないかと考えられます。

最後のスライドに送ってください。

次も、すみません、多く作り過ぎてしまいました。

その次にお願いします。その手前です。1枚前でございます。すみません、1枚前のスライドで、私のまとめになります。この次のスライドです。

今後、やはり日常生活に変化が及ぼすようなものは年齢や家庭の状況によって異なっておりますので、特に脆弱な子どもに対する経済的支援や社会的支援の必要性というものが言えるのではないかと考えられます。

また、子どもに関わる大人側の身体的な点、特に保育者はエッセンシャルワーカーでありましたり、保育園での看護師等、教師への支援が物理的にもマスクや、それから、アクリル板等を含め重要なそうした支援が必要ではないかと思えます。

また、社会的なつながりの不安の中で、ガイドライン等もそうですが、オンライン等を活用した迅速な情報の発信が有効であろうと思えます。そして、継続的にこどものデータを取っていくためには、事前、事後の比較が重要になりますので、エビデンスに基づくこうした情報提供をしていくための準備というものを日頃からしておくことが感染予防の対策にもなるのではないかと考えるところでございます。

少々長くなり、情報が多くなりまして誠に申し訳ございません。

以上になります。

○五十嵐議長 秋田先生、どうもありがとうございました。

4人の先生方から高齢者、障害者あるいは子ども、そして、こどものケアを対応している保育園の先生、学校の先生方のメンタルヘルスも含めまして詳細な御報告をいただきました。時間が少し押しておりますけれども、ここで御質問、御意見をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

どうぞ、大曲先生。

○大曲委員 御説明ありがとうございました。

山田さんと井上さんにぜひ御意見をいただければと思うのですが、まず感想を申し上げますと、やはり感染症を含めた健康のリスクの高い方が生活されている、多くの方が生活されている。その場で感染症のような健康危機が起こったらいかに大変かということはもう感染でも震災でも我々は痛感しているところであります。ただ、リソースがないのも事実で、そこに社会的なという言い方をしますが、支援が相当にこれから必要になるだろうと思って見えています。

BCPの作成のことも触れられましたが、その点も含めて、その中で2点、現場感としてお伺いしたいのが、1点は、有事のことがあったときの人員の確保は相当に苦労されたと思うのですが、その点、実際どうだったか、あるいはどうお考えなのかということと、あと2点目は、病院、医療機関ですとか行政との感染に関するふだんのつながり、私は必要ではないかと思っているのですが、そこをどうお考えかということです。

これはなぜこういうことを聞くかといいますと、これは厚労省からの意向もあって、我々、東京都レベルで仕事をしておったのですが、例えば各介護施設等に医療機関との連携の状況のアンケートを取ったのですね。そうすると、大多数の介護施設等の方々はありますとお答えになります。ただ、中身を開けてみると、実はそれは通常の感染以外の疾病における連携でありまして、感染症に関して言うと、実は支援体制がまだなかったという中身が見えてきて実態がよく分かったことがありました。

健康危機の一つということで感染という観点での連携、医療機関、行政、保健所があってもいいのではないかと思っているのですが、その点、御意見をいただければと思います。

○山田副会長 御質問ありがとうございます。山田でございます。

今ほどありました人員の確保ということでございますが、実は私ども法人組織内で連携の体制を取ろうということを話し合いをしてまいりまして、シミュレーションもしておったのですが、実は現実、起こりますと、日々、対策が変わり過ぎまして、なかなか応援に行った職員が対応が非常に難しいということが分かりました。そして、間接的な仕事、業務内容をやるということで、業務整理を先にしなければいけないという、そういったことを痛感しましたので、間接的支援というような後方支援の部分に応援職員がやるというようなことをさせていただきました。ですので、非常に少ない職員で対応させていただいたというのが事実でございます。

それから、医療機関については、確かに連携というところでは協力医療機関が有事のときには今回はおいでくださって助言・指導していただきましたけれども、平時には保健所、市町村を中心としました施設間、事業所の検討対策会議というのがございます。ですが、その場で感染症、いろいろな感染症の話をしているものですから、具体的な動きというところまでは行っていなかったかなというように思っておりますので、非常にその必要性は感じております。

以上でございます。

○井上会長 井上でございます。御質問ありがとうございます。

1点目は、やはり人材の確保について、基本的には大変難しい。有事のときの人材確保というのは日頃から不足しているような中で非常に難しいという状況でした。基本的には同じ法人内で融通をつけたということがほとんどでありますけれども、一部には会

員施設で他施設だったり、そちらのほうに自ら志願して現場のレッドゾーンに入っていた職員もいるという形なので、やはり非常時の連携というか、そこら辺はこういうつながりを生かした仕組みが必要かなというように思ったところです。

2点目の医療機関については、先生のおっしゃるとおりで、非常時の医療体制については全く想定していなかったというか、我々も全く想定なかったというのが正直なところでございます。各事業所ごとにでも対応が大分違ったり、先生方の御理解、お医者さんの囑託医の先生の理解度によっても随分違った状況があったかなんていうように思いますので、やはり今後は非常時を想定した中身が求められているのだろうなというように思ったところです。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。

それでは、釜菴先生、お願いします。

○釜菴委員 大曲先生の今の御質問と重なってしまう部分もあるのですが、もう一度、確認をさせていただきたいと思います。山田副会長に特に伺いますが、高齢者の施設というのはいろいろな種類があります。今日は場合によっては老人福祉施設に限っても結構ですが、コロナの経験を踏まえると施設療養をずっとしなければならないというのが現実としてもうありますので、移すことができなくなるわけです。その場合に、医療機関との連携、特に老人福祉施設の場合は囑託医あるいは配置医、それから、協力医療機関、いろいろありますが、この施設療養に対して現状においてはかなり対応ができるように改善されたのか。それとも、まだまだ課題が多くて解決しなければならない部分が多いのか、その辺りの御認識を教えてくださいたいと思います。

以上です。

○山田副会長 御質問ありがとうございます。

今ほどのお話なのですが、実は私の今、施設で12月末からだらだらとコロナウイルス感染症が続いております。昨日、おとといもお一人、お二人というようなことで発生しているのですけれども、この現状を見た中で私も昨年12月、1月、クラスターの経験をさせてもらいましたが、非常にまず施設の職員のいわゆる医療の体制、いわゆる防止体制についての対策が継続的にやるという点では非常に質の高いものを求められるので、お一人でも陽性者がいる場合は非常に感染する確率が上がっていくというのは事実だと思っていますので、施設ですっと継続的に見るという点では困難さはあると思います。対策として、そういった対策リーダーを育てていくとか、衛生材料をきちんとそろえていくとか、そういったハードルは高いのではないかなというように思っております。

そして、その中で入院した人というのが今、累計が22名の方が感染したのですが、お二方、入院しました。重症化したということなのですが、いずれも基礎疾患をお持ちな



のですけれども、できれば軽症のときに入院していただいて早めに戻ってきていただくというのが一番いいのではないかなというように思っております。

以上です。

○釜菴委員 ありがとうございます。

○五十嵐議長 ほかはよろしいでしょうか。まだまだ御質問等あると思えますけれども、時間も大分押しておりますので、ここで終了したいと思います。山田先生、井上先生、どうもありがとうございました。

続きまして、最後の議題ですけれども、次の感染症危機に関しまして国際連携の点で外務省から御説明をいただきたいと思えます。

○江副国際保健戦略官 外務省の国際保健戦略官でございます。

着座して失礼いたします。

時間もかなり押しておりますので、かいつまんで御説明いたします。

まず、いわゆるパンデミック条約作成の状況についての資料でございますが、新型コロナを受けまして約4年前からこのG20等で何らかの条約的なしっかりしたルールが必要なのではないかということが議論され始めまして、WHO総会、特別総会等で正式に政府間協議を始めていこうということになりまして、約2年間、いわゆるパンデミック条約に関する協議の交渉を行っております。

めくっていただきまして、現状の交渉テキスト、これはあくまでも交渉中ですので、どんどん変わってきているという前提ですけれども、現状のテキストの概要を2枚、お示ししておりますので、後ほど御確認いただければと思えます。

1点だけポイントを御説明いたしますと、最近、このパンデミック条約に関して様々な御懸念ですとか御不安、例えばこれを合意してしまうとワクチンの強制接種になってしまうのではないかと、国家の主権を脅かしてWHOが勝手なことをやるのではないかとといった誤解に基づく御不安、御懸念が時々寄せられておりますが、そういった議論はなされておらずで、例えば原則で国家主権の尊重というのは大前提になっておりますし、ワクチンの強制接種といった議論はなされておらずし、WHOも明確に否定しておりますので、その点だけ付言させていただきます。

めくっていただきまして、現状の国際保健規則、今、運用されている国際保健規則につきましても今回の新型コロナの教訓を踏まえて部分的にでも改正しようという動きも同時並行で行われております。詳細は御確認いただければと思えます。

最後に、カレンダーのところに進んでいただきまして、日程について御説明いたしますと、こちら、真ん中がいわゆるパンデミック条約交渉、一番下がIHRの改正交渉でございます。同時並行でジュネーブで開催されておらずして、外務省、厚労省、それから、

関係省庁とも調整した上で日本政府として対応しております。

今、どこにいるかということ、2024年の1月ということですので真ん中につきましては第7回の政府間交渉が終わり、2月に第8回、3月に第9回が予定されておまして、5月のWHO総会までには何とか合意を図りたいということで交渉がだんだん大詰めに差しかかっております。IHR改正についても同様のスケジュール感、5月までに合意をするということで交渉が進んでおります。

御説明は以上になりますけれども、ぜひ日本の教訓も踏まえてしっかりと交渉に対応していくとともに、正確な情報発信に努めてまいりたいと考えております。

以上です。

○五十嵐議長 どうもありがとうございました。

それでは、何か御意見、御質問がございましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、どうもありがとうございました。予定の時間も参りましたけれども、全体を通して何かございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、本日はここまでとさせていただきます。

最後に、井林副大臣から御挨拶をいただきたいと思います。

○井林内閣府副大臣 改めまして、先生方には、9回目ということでございます。活発な御議論をいただきましてありがとうございます。また、災害対応なども取り組まれている委員の先生方もいらっしゃると思います。改めて感謝を申し上げたいと思っております。

本日も大変有意義な御意見を数多くいただきました。山田副会長、井上会長、田中診療部長、秋田教授には、改めて御礼を申し上げたいと思っております。今後の議論にもぜひ生かしていきたいと思っております。

今後のスケジュールとして、ヒアリングは本日で終わらせていただいて、行動計画の改定に向けて各論の議論が始まっていくというように承知をしてございます。国と地方、また様々な権利、また、各分野の基本的な理念というものといろいろな影響が出てくると思いますけれども、しっかりとした行動計画の改定につながるよう先生方の英知をお与えいただければと思っておりますので、今後とも引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

○五十嵐議長 ありがとうございます。

それでは、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おります。

委員に取材があった場合、自らの御発言をお話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、他の委員の御発言などについて、議事録公開までお話されるのは差し控えていただくようお願いします。

これにて第9回推進会議を終了させていただきます。本日はありがとうございました。