

新型インフルエンザ等対策有識者会議

第9回議事録

内閣官房新型インフルエンザ等対策室

第9回新型インフルエンザ等対策有識者会議議事次第

日 時：平成25年5月14日（火）16:00～18:16

場 所：合同庁舎4号館12階 1208特別会議室

1. 開 会

2. 議 事

（1）新型インフルエンザ等対策ガイドライン（案）について

（2）その他

3. 閉 会

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

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

○事務局（諸岡） 事務局でございます。本日の出席状況につきまして御報告いたします。

委員27名中、本日21名の方に御出席をいただいております。

また、井戸委員の代理といたしまして味木様、松井委員の代理といたしまして藤原様に御出席いただいております

なお、本日はガイドライン案について御意見をいただきますが、衛生行政の現場の方々にも関係が深い内容でございますので、尾身会長から坂元様、佐々木様への御出席の要望がございましたので、御出席をいただいております。

資料につきまして確認いたします。

資料1、新型インフルエンザ等対策ガイドライン（案）、これは3分冊に分かれております。通しページを付してございます。

参考資料1、ガイドライン（案）の概要でございます。

参考資料2、ガイドライン（案）の新旧対照表でございます。これも3分冊でございます。通しページを付してございます。

参考資料3、鳥インフルエンザA（H7N9）への対応（5月13日版）でございます。

参考資料4、5月2日開催の情報共有の場の提出資料でございます。

不足等ございましたら、お申し付けください。

また、マイクの使用法でございますが、銀の台座の部分の下の方に楕円のボタンがございます。このボタンを1度押していただきますと、マイクの口元が赤く点灯いたします。それでマイクが使用できます。

事務局から以上でございます。

○尾身会長 どうもありがとうございました。

カメラはここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○尾身会長 議事に入る前に、5月2日に有識者会議専門家による情報共有の場が開催されまして、中国等における鳥インフルエンザA（H7N9）について、医学公衆衛生の専門家の皆様と情報共有を行いました。このことを報告させていただきます。資料は、参考資料4につけております。会議終了後に、私と事務局で記者にブリーフィングを行いましたので、御報告いたします。

この鳥インフルエンザA（H7N9）について、委員の皆様で追加の情報がもしございましたら。

この鳥インフルエンザA（H7N9）について、委員の皆様から、何かこのことについて追加の発言あるいは質問ございますか。

マイクが直るまで、質問か何かあれば手を挙げて言っていただけますか。

では、この鳥インフルエンザA (H7N9) について特にございませんね。よろしいですか。聞こえますか、皆さん。特になければ、本日の議事に入ります。

では、新型インフルエンザ等対策ガイドライン（案）について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（諸岡） マイクの状況で大変失礼いたします。

では、ガイドライン（案）につきまして、資料1、これは本体でございます。それから、参考資料1、このガイドラインの概要、その2つを用いまして御説明いたします。委員の皆様には、事前に御確認等も頂いておりますので、要点に絞りながら説明していきたいと思っております。

冒頭、まず、ガイドラインの位置付けにつきまして簡単に御説明いたします。

ガイドラインは、特別措置法、政令、政府行動計画を補足するものでございまして、国、地方公共団体、事業者、国民の皆様が対応を行う際に参考としていただくものでございます。政府行動計画につきましては、特別措置法の条項によりまして、「閣議決定をし、国会に報告するもの」と規定されておりますが、ガイドラインにつきましては、内閣危機管理監を議長、官房副長官補（内政担当）を副議長といたします関係省庁の局長等で構成いたします「新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議」で決定されます。

現行のガイドラインは、平成21年2月に局長会議で定められました。行動計画とガイドラインの関係につきましては、現行の計画とガイドラインの関係と同様でございます。ガイドライン案の基本的な構成及び内容は、現行の平成21年2月に局長会議で決定しましたガイドラインを受け継いでおるものでございます。

また、この有識者会議で2月に取りまとめて頂きました中間取りまとめの内容を反映しておりますし、また、中間取りまとめの中でも言及されております厚生労働省の新型インフルエンザ専門家会議のガイドライン見直しに関する意見書、平成21年1月のものも参考にさせていただきます。

予防接種に関するガイドライン又はサーベイランスに関するガイドラインにつきましては、今回新たに作ります。

それから、事業者、職場におけるガイドライン、また、個人、家庭及び地域におけるガイドラインにつきましては、重複している部分がございますので、基礎的知識というものを文末につけて、基礎知識として独立させました。

では、資料に従って説明いたします。参考資料1の1ページ目をお開きいただきたいと思えます。概要でございます。

ここに10本のガイドラインがございます。そのガイドラインの構成につきましては、現在、パブリックコメントをしております政府行動計画の6つの主要項目、このうちの実施体制を除きます5つの項目の順番で整理いたしました。

1つ目のくくりは、サーベイランス・情報収集と情報提供・共有でございます。

2つ目のくくりは、予防・まん延防止。水際、まん延防止、それから予防接種、この3つのガイドラインで構成します。

3つ目のくくりは医療でございます。医療体制に関するガイドライン、抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドラインの2つでございます。

4つ目のくくりでございますが、国民生活、国民経済の安定の確保です。事業者・職場、個人・家庭・地域、それから埋火葬、この3つのガイドラインでございます。

概要の2ページをめくっていただきたいと思います。ポイントのみを御説明いたしますが、サーベイランスに関するガイドラインでございます。これは、今回新規に作成するものでございます。この中では、平時のサーベイランスとして、情報の収集・分析をする体制として5,000の定点の医療機関などを整備し、また、この下側の方ですけれども、発生時には追加、強化するサーベイランスを規定しているということでございます。

3ページが、情報提供・共有に関するガイドラインでございます。有識者会議の「中間取りまとめ」に基づきまして、国における一元的な情報提供を行うための情報提供チームを置く。また、諮問委員の参加を含めた一体的な活動をするといった体制整備をすること、それからまた、発生時には、具体的な対応とか考慮すべき事項というものを記載してございまして、併せて、都道府県、市町村、それから国、地方公共団体等との連携についても、このガイドラインの中で記載してございます。

次に、ガイドラインの概要の4ページでございますが、水際対策に関するガイドラインでございます。海外発生期、国内発生早期にとられる検疫関連の措置、帰国を希望する在外邦人の帰国実現について規定してございます。

対策の概要の中に、2つ目の米印のところに記載してございますが、対策の決定に当たっては、病原性・感染力等のウイルスの特徴その他を踏まえということで、括弧の中に「あらかじめ対応パターンを5つ例示」を記載しております。本体、資料1の37ページ、38ページをお開きいただきたいと思います。ここにパターン1からパターン5まで記載してございます。これらはあくまでも例示ということでございまして、この中で病原性や感染力等々の状況からとり得る対応を考えていくということでございます。その例を示したものでございます。

併せて、資料1の46ページをお開きいただきたいと思います。46ページには、停留の措置について、具体的に、46ページの(2)停留対象の範囲、49ページには、3として停留しない者に対する健康監視の実施等々を記載してございます。

また、56ページをお開きいただきますと、第6章として水際対策の縮小・中止時期ということで、56ページの1のところでは縮小の判断、次の57ページに行きますと中止の判断等々を記載してございます。これにつきましては、今までのガイドラインにはなく、新たに記載したものでございまして、厚生労働省の専門家会議の意見書等も参考にして記載したものでございます。

次に、概要の5ページをお開きいただきたいと思います。5ページは、まん延防止に関

するガイドラインでございます。ここには、患者対策、濃厚接触者対策、地域及び職場対策として、地域対策、職場対策それぞれにつきまして、発生段階ごとの対策、それから緊急事態が発せられた場合の措置等々について、実施の仕方等を具体的に記載したものでございます。

ガイドライン案本文で申しますと、資料1の65ページ以降がまん延防止に関するガイドラインでございます。ここの中身につきましては、ぜひ御議論等も賜られればと思っております。

特別措置法に基づきます緊急事態措置といたしまして、外出自粛要請、それから施設の使用制限の要請等に係る規定も盛り込んでございまして、外出自粛の要請、施設の制限についての期間と区域の考え方につきましては、具体的に本体資料の74ページ、75ページに記載してございます。74ページにつきましては、アとして期間の考え方、74ページのイとして区域の考え方について、具体的な記述をしているところでございます。

続きまして、概要の6ページでございます。これが予防接種に関するガイドラインでございます。今回新たにガイドラインとしてまとめたものでございます。特定の業務に従事する者に対しまして、国民よりも先に接種する、特定接種、全国民を対象として接種する住民に対する接種、この2つの予防接種実施の内容を記載してございます。

まず、特定接種関連につきまして本文資料で御説明いたします。資料1の92ページをお開きいただきたいと思います。特定接種の対象者についての考え方でございます。特定接種の対象者、92ページから93ページの表の基本的考え方、ここでステップⅠ、Ⅱ、Ⅲと、中間取りまとめで規定した内容を記載してございまして、具体的なところは、95ページに3) ステップⅢ（従事者基準）に基づく選定ということで、ここの3)の1つ目の丸の3行目でございますが、「登録の対象となる業務は別添のとおりである。」ということでございまして、別添につきましては、具体的に114ページをお開きいただきたいと思います。114ページの(1) 特定接種の登録対象者の表につきましては、このガイドラインでは、新たに右から2つ目の欄、業務という欄につきまして書き込んでございます。それ以外の欄につきましては、現在パブリックコメント中の政府行動計画案の中でも記載してございまして、ガイドラインでは、右から2つ目の業務の欄をつけ加えたものでございます。

123ページからが、公務員に関するものでございます。国家公務員及び地方公務員でございまして、ここでは、左から2つ目の職種、この欄につきまして、このガイドラインで新たに盛り込んだものでございます。それ以外のものにつきましては、基本的に行動計画の別添で記載したものでございます。

本文を少し前に戻っていただきたいと思います。97ページからが、具体的な登録の方法等々について記載したものでございます。97ページ、2として特定接種の登録方法等についてでございます。97ページの下から2つ目の丸のところでございますが、白丸のところ、周知の方法については実施要領において定めるページをめくっていただきまして、98ページの上から2つ目の白丸のところでございますけれども、申請については、以下の本文の

記載を参照しつつ、具体的には実施要領において定めると記載してございます。

次に、全国民向けの住民に対する接種について105ページをお開きいただきたいと思えます。105ページには、住民に対する接種の体制ということでございます。なお、100ページには特定接種の接種体制というところを記載してございまして、その次に住民に対する接種体制というものを記載してございます。

概要に戻っていただきたいと思えます。概要の7ページ、6のところ、医療体制に関するガイドラインでございます。ここには、2段落目のところでございます。海外発生期・地域発生早期という欄のところでございますが、帰国者・接触者外来、それから帰国者・接触者相談センターの設置等々でございます。具体的にどういう目安で設けるかということにつきましては、本体資料の140ページの一番下の行から141ページにかけてでございます。本体資料の140ページ、帰国者・接触者外来の設置について、141ページですけれども、（イ）実施の目安というところをこのガイドラインで盛り込んでございます。

地域発生期におきましては、医療の収容能力を超えた場合の対応等々も盛り込みつつ、本文の156ページでは、電話再診患者のファクシミリ処方等について、具体的な対応の中身をガイドラインで記載してございます。

概要の8ページにお戻りいただきたいと思えます。8ページが抗インフルエンザ薬に関するガイドラインでございまして、備蓄の目標量につきましては、これは行動計画に記載してございますが、流通に関すること、それから、抗インフルエンザ薬の投与に関する事項等々をガイドラインでより詳細に記載してございます。

概要の9ページ、事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドラインでございますが、ここは、事業者、職場におけるの感染防止策、それから重要業務の継続の検討の上で必要な事項を記載するという内容でございます。具体的内容は、本体ページの180ページに感染防止策の検討・実施、それから、続きまして、同じく184ページに3といたしまして事業継続の検討・実行と記載しております。

概要の10ページを、個人、家庭及び地域におけるガイドラインでございます。この中では、個人、家庭における取り組みについて、日ごろからの情報収集、それから社会経済活動に影響が出た場合に備えて家庭での備蓄といったこと、発生前の準備を記載し、また、発生時には、まん延防止としてマスク着用、人ごみを避ける等々、それから、本人や家族の方が発症した場合の対応、医療の確保への協力、その他として学校における対応等々を記載してございます。

地域における取り組みといたしましては、中間取りまとめに基づきながら、要援護者への対応として、要援護者の把握、食料品や生活必需品の提供等、生活支援というものを明記してございます。また、相談窓口の設置等の記載というものもこのガイドラインが行っております。

最後、概要11ページが埋火葬でございます。死亡者が多数に上った場合に備えまして、埋火葬を円滑に実施できる体制を整備するというところをございまして、特別措置法に基づ

き、まん延段階での対応といたしまして、まん延段階の上から5つ目、6つ目、こういうように措置を講じていくと。それから、埋火葬の手續について特例を設ける等々といったものをガイドラインにおいて詳細に記載しているわけでございます。

以上につきまして、ガイドラインについての全体の状況説明でございます。

○尾身会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から説明のあった新型インフルエンザ等対策ガイドライン（案）については、前回本会議でも議論しました政府行動計画案と同様、2月に取りまとめた中間取りまとめの内容を踏まえたものになっていると考えております。私のほうの提案で、2週間前には委員の皆様へ素案を事前送付し、確認をいただいたところでありまして。私自身も一通り目を通して、幾つかの修正をしていただいたところでありまして。

では、ガイドラインについて議論したいと思います。何か御質問、コメント等ありましたら挙手をお願いします。坂元さん。

○坂元参考人 3点ございまして、まことにしつこくて申しわけないのですが、前回、住民全員への予防接種に関して、国が統一的な手法をもってやっていただきたいというお願いはしたと思いますが、実は、5月9日の東京都を含む大都市衛生主管局長会議、東京都と全国の政令指定都市の衛生部門の責任者の会議なのですが、その場でもこの問題が出て、なぜかという、政令指定都市は実際に実施主体となるということで、やはり広域的な協定というものを自治体任せにするのはおかしいのではないかとの意見が出されました。端的に詰めて言えば、この特措法第46条に従ってやる予防接種は、実際の事務は市町村がやると思うのですが、第1号の法定受託事務ということで、法定受託事務というのは、地方自治法の本旨から言えば、地方自治体がやりやすい方法をもって国は努力すべきという記載が地方自治法にはあると思います。そういうことで、第1号の法定受託事務第であれば、前回2009年10月に総務省及びその後、たしか10月10日だったと思うのですが、厚生労働省から通知が出たように、全国統一的な方法でできるのではないかということが、この東京都、政令指定都市の大都市会議の中で出されて、きょうの会議で強く要望してこいと言われてきました。これは、後日、この大都市衛生主管局長会議の中で単独緊急要望という形で文書で出させていただくことに決定いたしましたので、ぜひもう一度お願いします。このガイドラインの中では、国は技術支援をすると書かれているだけであって、その技術支援が何なのかということも書かれていない。その前に、自治体はあらかじめ自治体間協定でやりなさいと書かれているだけで、やはりこれでは現実的にできないということで、そこを強く要望してこいと言われてましたので、改めて要望させていただきたいと思います。

それから、第2点目が、医療体制の確保に関して、医療体制の確保ができないときに要請するというのは、これは特措法の中の法律で定められた事項ですが、ガイドラインの中では、それを慎重に行いなさいというただし書きがつけられているということです。しかし、ほかの施設、それから住民の外出の自粛等の項目に関しては、慎重にやれとは書かれ

ていない。なぜ医療従事者に対してのみ慎重的配慮を求めるのか、その意味合いに対してお聞きいたしたいと思います。実際に自治体に慎重にやれと言っても、医療体制が確保できないのだから要請するので、では、慎重でない場合と慎重な場合というのはどういう場合があるのか、それに関して、この2点、御説明願いたいと思います。

○尾身会長 この2つの点に関して、どなたかコメントございますか。

○事務局（佐々木） 新型インフルエンザ対策推進室長でございます。

今の2点の件でございますが、御指摘の、まず、住民接種のほうでございますけれども、これは、御指摘もありまして、確かに法定受託事務ということになっております。それで、自治体が、市町村が主体的に準備をしていただく必要があるとは考えておりますが、例えば、接種費用に関しましても、これは国2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1というような分担割合が決まっております、当然そうした補助金等を出す場合には補助単価を示すことになっておりますので、そういったものが予定されているということでございます。

また、実際の実施の内容につきましても、先ほど、技術的助言にとどまっているのではないかというお話もありましたが、川崎市でも先駆的に今、実施体制の検討も行っていたというところで聞いておりますけれども、そういった自治体の情報などはしっかり共有していただけるように取り組んでいきたいというのが考えているところでございます。それが1点目でございます。

2点目に関しましては、これは、医療・公衆衛生分科会の議論の中で、いわゆる要請・指示に関しては慎重にというような御議論があったと。それを踏まえてこの記載になったと理解しておりますので、そういうことでございます。

以上でございます。

○尾身会長 では、坂元委員。

○坂元参考人 慎重にやるということは、はなから自治体は不用意にやるつもりは全くなくて、慎重にやるということはやぶさかではないのですが、医療従事者の確保のところだけ慎重にやれと書いてあって、例えば外出自粛、それから施設の使用禁止等に関しては慎重にという項目が入っていないというのは、当然自治体がそういう指示を出したときに、なぜこっちが慎重に配慮して、外出禁止とか施設の使用の禁止が慎重でないのかという、やはりそこは文言の整理が必要とと考えるのですが、いかがでしょうか。

○尾身会長 ちょっと確認ですけれども、予防接種のほうは106ページのところです。医療体制の慎重のところは何ページでしたか。

○事務局（三宅） 139ページの上から1つ目の丸のところ。あともう一カ所ございます。149ページの5）次の段、まあ、同じことが書いてございますが。

○坂元参考人 それから、この資料1の71ページのところには、使用制限の要請というのがあります。

○尾身会長 わかりました。

今の坂元委員の、ほかの施設制限等には慎重という言葉がなくて、ここだけ殊さらやっている意味はどうかという御指摘ですが、ここは、多分これは、当然いろいろな対策は、一方で人権の尊重ということと、もう一つは公衆衛生対策ということのバランスでやるといふ精神は、この中間まとめもそうだし、行動計画も、そういう精神がずっとみんな一貫して通っていると思いますが、そういう中で事務局のこの慎重というのは、前のあれにあったからということで、特にこれは絶対ここに置いておく必要があるのか、あるいは整合性をとるために、この場合は、「慎重」という言葉は、もちろん慎重にやるのですから、ここはこのガイドラインからとって特に差し支えないのか、あるいは、そこはもう非常に哲学的に今あるので難しいのか、その辺、ちょっと事務局のほうでありますか。

○事務局（杉本） よろしいでしょうか。ちょっと全体のことについてお答えいたしますと、「中間取りまとめ」を参考資料で配付させていただいておりますが、その26ページの上に問題の記述がございます。これが根っこでございます。まず、45条ですとか全体的なところについては、法律上、人権制限については最大限配慮するという規定があり、また、行動計画でも、全体としてそういう人権制限については非常に慎重にやりましょうという記述をつけてございました。

お尋ねの、何であえてここにだけさらに重ねて書くのかということでございますけれども、今見ていただいている「中間取りまとめ」の26ページの頭、2行目でございますね、「なお、実際の要請は慎重に行うものとする」と。これは特措法の立法過程でも出ておりましたけれども、災害救助法とかそういった古い法律では、「医師への従事命令」という形になり、罰則もついてございます。ただ、新しい法律、例えば国民保護法ですとか私どもの特措法においては、やはり非常に高度に専門的な業務であって、まさに強制をしたところでどうにかなるものでもないという考え方から、「要請・指示」という言葉にいたしまして、「命令」という言葉は使わない。かつ、それに応じた形で罰則ということもつけないという形にしてございます。そういった基本的な思想というものがこの「中間取りまとめ」の御議論でも反映されて、こういったなお書きの形が有識者会議で合意をされて残ったのだと理解してございます。そのため、ガイドラインにおいてもそれを反映した形で、ここの部分についてもう一段加えてある、そういう御理解をしていただければよろしいのではないかと考えております。

○坂元参考人 そこはどう捉えるかで、私一人が納得しても仕方がないのですけれども、もう一つ、予防接種の件に関して、いわゆる今のままですと料金の統一化もできないという、結局、自治体がばらばらにやるということで、実質、市町村の域を越えた施設の入所者、移動等が多々ある中で、現実には不可能であるというのが、この大都市衛生主管局長会議の中でも話し合った事項なので、ぜひそこは、やはり1号の法定受託事務ということを十分配慮されて努力していただきたいということです。これは、私だけではなくて、大都市衛生主管局長会議の中でも強く要望してゆきます。これは後ほど要請の文書を出させていただきます。今の国の回答をそのまま大都市に返せば、多分どの都市も納得できない

ということになると思いますので、ぜひ御配慮いただきたいと思います。

○事務局（杉本） 予防接種にかかわらず、ほかの事柄につきましても、非常に実務的な事柄については、これまでもお話し申し上げてきたとおり、都道府県、市町村の実務レベルと、私どもの協議の場といいますか、御相談していく場を、法案をつくっているときからずっとやってきております。これからもその場を通じてきちんとした実務的な、今おっしゃっておられるような問題意識も含めて検討していきたいと思っておりますので、ぜひ大都市の衛生会議の御意見がまとまりましたら、また教えていただければと思っております。

○尾身会長 それでは、この坂元委員からの2件、予防接種のほうは、衛生主管局長会議の意見は十分伝わっておりますので、出された考え方を最終版に反映させるようお願いいたします。

それからあとは、「慎重」のほうは、そういうことでよろしいですね。はい。

それでは、その他ガイドラインについて。押谷委員、どうぞ。

○押谷委員 まず、全体的なプロセスのことについてですが、これまで有識者会議が何回か開かれてきましたけれども、有識者会議の議論というのは、特措法の要件を主に議論してきたと理解していて、きょうお示ししていただいたガイドラインに書くような内容については、今後ガイドラインを出すに当たって議論していくと事務局から我々は説明されてきたと思うのですが、ガイドラインに関する議論をする機会が、先ほどの説明だときょうのこの2時間しかない。これだけ膨大な量のガイドライン、いろいろまだ懸案事項になっているものもたくさんあって、本来は議論していくべきことがたくさん残っているはずなのですが、これまでの事務局が説明してきた、これからガイドラインの内容については議論していきますという説明がこの2時間しかないのかどうか、それで本当にいいのかと。私はそれは非常に不十分だと思います。まずその点について。

○事務局（一瀬） 従来から御説明申し上げておりますとおり、この有識者会議は去年の8月から始まりまして、その中で取り扱う議題としましては、政令に関するもの、行動計画に関するもの、ガイドラインに関するもの、この3点を御議論いただきまして、中間取りまとめとしてまとめていただきました。その中間取りまとめのガイドライン部分を踏まえまして、既存のガイドラインに上乘せした形できょうお見せしておりますのがこのガイドライン（案）になりますので、今後検討するといった御説明をしたものではありません。今まで御議論いただいたものになります。

○押谷委員 それと関連するのですが、であれば、きょうお示しいただいたまん延防止に関するガイドラインというものが、この内容は、恐らく、私も、去年の1月に出た新型コロナウイルス対策ガイドラインの見直しに関する意見書と全部照合したわけではありませんけれども、ここに関しては、この専門家会議が出した意見書の内容がほとんど反映されていません。非常に大きく変わっています。タイトルそのものも変わっています。まん延防止という言葉が意見書では使われていないし、前回のガイドラインでも使われていませ

ん。そういう形で大きく変更がなされています。このことに関して、このまん延防止のそのこと自体は全然この中間取りまとめで出てきませんし、中間取りまとめでも議論していない点だと思います。意見書を出したときに、このところはかなりの時間をかけて議論してきたところなのですが、その部分がほとんど反映されていない。その議論をする機会も我々は全く与えられずに、きょうこのガイドラインが示されたということになります。

幾つか問題があって、まず、まん延防止という言葉ですが、これは「まん延」という言葉をどう定義するかの問題もあるのですが、少なくとも前々回の行動計画の中では、まん延期というのを地域的な広がりだけで定義しています。各県で接触調査で追えなくなった時点、これをまん延期として定義している。そうすると、まん延を防止するというのは、要するに、いわゆるコンテインメント、封じ込めをしないとまん延を防止できない。このガイドラインそのものが、では、まん延を防止するコンテインメント、封じ込めをするためのガイドラインになっていないと思うのですが、そのタイトルの変更にしても、少なくとも私は何の相談も受けていなくて、議論した覚えもありません。

もう一点は、この見直しの意見書の中には、こういう公衆衛生対策とか、感染拡大防止策というのはかなり限定的に行うべきものというコンセプトが書かれていたのですが、そういったこともほとんど抜かれています。学校閉鎖をしても、再開したときにかえって感染拡大が起こる可能性があるというようなことが意見書には書かれていますけれども、ガイドラインには全く書かれていない。こういった、本来ガイドラインに書かれるべき話が、議論が全くないままに全て抜けていて、濃厚接触者対策という言葉がこの中に書かれています。そのことも、意見書にもありませんし、以前のガイドラインの中にもない言葉で、これも何の議論もないままに、突然2週間前に送られてきたガイドラインの中に含まれている。

こういう、本来はガイドラインをつくるに当たって、ここまで大きく変えるのであればきちんと議論すべきだったと思うのですが、そういう議論がなされないままに非常に大幅に修正されている。タイトルも含めてですね。このあたりのところが私には理解できないところで、どうしてこういうふうに変更したのか。それによって、本来は重要なコンセプトとしてガイドラインの中に書かれるべきだと私は思っている内容が、ほとんど抜けているというのが今の状態だと思います。

以上です。

○尾身会長 今の押谷委員からのいろいろな指摘がありましたけれども、整理するために、まず事務局のほう、今の押谷委員のポイントは、意見書に書かれた内容が反映されていないという内容の問題が1つと、それから呼称ですね、名称が変わったと。つまりタイトルの、例えばまん延防止というのが意見書には書かれていなかったけれども、今回書かれていて、あとは、濃厚接触者対策というものが今回出てきている。そういうことですが、とりあえず、まず整理するために、名前の変更があったということで、これについては、まん延防止というのはなぜ出てきたのか、あるいは濃厚接触者対策、この辺ちょっと、まず

名前のほうの説明を事務局からしていただけますか。

○事務局（一瀬） まず、「感染拡大防止のガイドライン」であったものを、なぜ「まん延防止のガイドライン」としたかということにつきましてお答えいたします。

「感染拡大防止」という言葉を法律用語として使っておりませんで、従来、この特措法でも「まん延」という言葉を使っておりましたことから、「まん延」というものを使っております。

それで、押谷先生の御懸念は、まん延防止はできないのではないかということだと思えます。まん延防止ができないということが、封じ込めができないというこの新型インフルエンザの特性と合っていないのに「まん延防止」という言葉を使っているので、誤解を招くのではないかということ非常に危惧されているのではないかと事務局のほうでは考えております。

まん延防止のガイドライン、ここで目指しておりますのは、1カ月ほど前に行動計画の中でもお示ししましたけれども、できるだけピークを抑えるでありますとか、できるだけ社会への影響を小さくする、そういったことを目指して、まん延防止のガイドラインというものをつくっておるつもりでおりますので、そういう説明を加えさせていただくことによって、誤解をできるだけ避けるようにしたいかなと思っております。

タイトルにつきましては以上です。

それと、ガイドライン、厚生労働省の専門家会議がおつくりになりましたガイドラインに関する意見書というものが去年の1月31日に出しております。これを踏まえていないのではないか、これと大きく違うのではないかという御意見でありました。このガイドライン、意見書が出てから何が変わったかといいますと、特措法が成立しました。それで施行されております。そこが一番大きな違いであります。意見書の時点では、特措法が全く何もない状態の意見書でありまして、その後、特措法ができて変わっております。そのために若干構成等が、特措法に合わせた形でこのガイドラインをつくっております関係から、見た目が違うとちょっと御理解されているのかもしれませんが、事務局としましては、意見書を最大限踏まえた形で、こちらのガイドラインに盛り込んだつもりでおります。

以上です。

○押谷委員 例えば、いろいろなところがあるのですけれども、意見書の中では、感染拡大防止策の地域対策というところで学校の臨時休業等ということがまず書かれていて、要するに、地域対策というものは、いわゆる我々がソーシャルディスタンスと言っているような、地域での感染拡大をなるべく抑止するような、そういう対策を集団に対してやるということ、この地域対策というものは、もともとのガイドラインの意見書の中でもそういうふう想定していると思うのですが、お示ししていただいたこのまん延防止に関する新しいガイドライン（案）では、あたかもその地域対策というものが、個人に対する、国民に対しマスク着用、せきエチケット、手洗い、うがい、うがいがまた入っているというの私はまたちょっと解せないところですが、それを除いても、人混みを避ける等の個

人レベルの対策があたかも地域対策であるように書かれています。このあたりも本来の、もともとのガイドライン及び意見書で意図していたこととかなり違う内容に現在のガイドラインはなっていると思います。見た目が違うだけではなくて内容もかなり変わっていると私は思います。

○事務局（一瀬） 申しわけありません。特措法ができましたことによりまして、45条の感染防止協力の規定が入りましたことから、いわゆる学校への対策等がちょっと外れましたことによって、ちょうどこの地域対策の中で漏れが生じてしまいました。これは構成上の、編集上のミスでありますので、地域対策については、適宜、地域対策の事項について記載をしたいと思います。

○尾身会長 押谷委員からは、45条が発令される前の学校閉鎖ということがそこでオミットされている点が指摘されました。それは編集上の問題ですからそれをやっていただくということで、その他、ほとんど意見書が反映されていないという御指摘がありましたけれども、今の地域対策、まん延防止以外には、その濃厚接触外来については、押谷委員は何をおっしゃりたかったのですか。

○押谷委員 濃厚接触という言葉も、これはもう5年ぐらい前に専門家会議でかなり議論したところで、濃厚接触者に対する対策ができるのは、いわゆる接触者調査ができる時期に限っていると。ある程度感染拡大が進むと接触者が追えなくなる。そうすると接触者を特定することができなくなる。そうすると接触者に対する対策というのはできなくなるということで、かなり議論をして、そういう用語は使わないとなったと思うのです。特に、感染拡大早期には、そういうことをする場合もある可能性があるのですが、ある程度感染拡大してからは接触者調査そのものができなくなるのですが、国内感染、ここでは地域感染期にも濃厚接触者対策ということがいまだ記載されていると。これは、そもそもできないことだと思います。

○尾身会長 今の濃厚接触に関して言えば、今、実際、押谷委員が言われたとおりで、例えば濃厚接触者にタミフルの予防接種をやるとかというのは、これは明らかに感染の早期にやることで、感染がかなり広がったときに濃厚接触者の対策という、多分そういう意図は事務局にもなかったと思うのですけれども。

○事務局（杉本） ちょっと御説明を申し上げますと、お手元に机上配付資料2とございます。厚生労働省の専門家の意見書でございますので私が説明するのもちょうとどうかと思いますけれども、全体構造にかかわるものでありますので御説明を私から差し上げますと、机上配付資料2の8ページ以降でございます。8ページ以降に感染拡大防止に関するガイドラインについての意見がずらずら書かれています。ごらんになればおわかりになるとおり、かなりこの意見書部分を意識してガイドラインを書かせていただいております。例えば、意見書の総論的事項（1）をごらんになっても、患者の入院または自宅療養、それから患者の接触者に対するもの、地域対策及び職場対策という大きな柱立てがしてございます。

(2) 以下で、各段階における感染拡大防止策とございまして、国内発生早期あるいは国内感染期のうち、流行が拡大するまでの間の対策、あるいは10ページに移りますと、国内感染期のうち流行拡大が進む時期における対策、それから、11ページに参りますと、国内感染期のうち流行のピークにおける対策とございまして。もろもろございましてけれども、いずれの時期におきまして、患者、それから患者の家族、同居者、これに対する対策、自宅での待機ですとか外出の抑制といったことが書かれてございまして。

押谷委員がおっしゃるとおり、感染早期における強制的なものにつきましては、これは感染症法が動く段階ということとございまして、かなり初期的な段階にすぎないであろうとは思ってございまして。ただ、これは、純粹に研究室レベルの学術的なお話ではなくて、社会規制に関するものでございまして、もちろん専門的な知見というものを十分に踏まえて対策を行うものでありますけれども、例えば感染期におきまして、やはり濃厚接触者の定義をどうするかというのは、これは発生した感染症の特性に応じてそのときに考えなければいけないというわけで、トートロジーのような定義しか置いてございませぬけれども、そういったものを踏まえつつ、専門的な御知見を踏まえつつ、社会的なあり方、患者数が医療提供能力を超えさせないのだということのために何を行うかということについては、さまざまなやり方があるだろうと。例えば、おっしゃったような疫学的な調査をした上で、この人と特定をした上で、その人に対して個別の要請・指示を行うというものもあれば、それは感染症法に基づくそういうものもあれば、もうそういったものがないという時期が当然すぐ参りますので、そういった時期については、こういった類の人、例えば意見書に書かれてあるような、患者の同居者ということが意見書には書かれておるわけでありましてけれども、そういった方に対しては、この発生した感染症の特性から見れば、現段階において、何日間ぐらいは何とか外出をしないでいただくというのが大事ではないかということになれば、そのようなお願いを一般的な要請としてやると。個別の要請ではなくて、呼びかけ、広報というレベルにおいてやる、そういう意味合いでこのガイドラインは書いてございまして。

先ほどの「まん延防止ガイドライン」という名前の点につきましても、よくよく考えましたところ、当然、特措法、それから感染症法、ほかの幾つかの感染症に関して規定するさまざまな法律の条文がありますけれども、いずれも「まん延の防止」という言葉を使っております、「感染拡大」という法令用語はないということ、それから、実質的にも、広辞苑によりますと、「拡大」というのは単に「広がること」というだけのことでありまして、「まん延」というのは、一般的には「よくないものの勢いが盛んになること、はびこること」と理解されておりました、そうしますとタイトルとしては「まん延防止」、いわば目的としては、医療提供能力を超えるような患者の発生というものを何とか抑制したいということとございまして、「まん延防止」のほうが適切であろう、このような考え方で名前も今回このように変えさせていただこうという考えでございまして。これが全体構造でございまして。

○尾身会長　ここは、特にほかにございますか。

○川本委員　濃厚接触ということについては、私も非常に違和感があったのですね。というのは、ここで議論していないということと、66ページ、それと、クレームを申し上げておくと、2週間前にいただいて、私は全部読んできたのですけれども、きょう来たら新しいものを渡されて、ページ数が全く違っているのでどこを指摘していいのかわからないというので、さっきから一生懸命ひっくり返して見つけていたのです。今後このことはご検討いただきたい。それは置いといて、66ページに「濃厚接触者」と書いてあって、「濃厚接触した者」と書いてあるのですね。だけれども、188ページにはかなり詳しい記述があります。そして、さらに私どもが気にするのは、205ページで「濃厚接触者は、外出自粛を要請され」と書いてあるのですね。その外出自粛を要請される濃厚接触者がどのような人であるのかというのは、余り議論していないということが問題だと思います。

先ほど担当者の方に伺ったら、それは、今お答えのとおり、症状によって変わるのだというお答えだったので、それはぜひ書いていただきたいと。もしこれが決まりだということになると、全く柔軟性がないわけで、濃厚接触者というのはこういう定義に従って対象になるのだというのは、かなり疑問なのではないかと私も思っています。

以上です。

○事務局（杉本）　川本先生がおっしゃいますとおり、ガイドラインの66ページの2)の1行目でありますけれども、「濃厚接触した者（以下「濃厚接触者」という。）」、トートロジーな定義になっておりまして、御指摘を受けると、確かに何だなという感じがいたしております。

今、御助言がありましたとおり、これは、先ほど私もお話し申し上げたとおり、発生した新型インフルエンザ等の感染症の特性によってこの濃厚接触というのは変わってくるだろうということで、こういうトートロジー的なものになってしまっておるわけですが、今おっしゃいましたような、感染症の特性によってここは変わるのだというような趣旨をうまく入れ込んでおきたいと思っております。

追加でございまして、68ページの下の方の(2)濃厚接触者対策というところをごらんいただきますと、これは発生早期、発生早期というのは非常に早い段階で、感染症法が動く、感染症法による措置をまだ講じることができる、そういう期間でございましてけれども、感染症法における濃厚接触、濃厚接触者という言葉は使っておりませんが、括弧の中で「感染症法におけるインフルエンザ等に『かかっていると疑うに足りる正当な理由のある者』」というのが、1つ濃厚接触者としてはあるわけでありましてけれども、いずれにせよ、新型インフルエンザ等というのがこの法律の対象でございまして、またその発生した際の特性によって変わるという趣旨をうまくどこかに入れ込みたいと思っております。

○尾身会長　押谷委員は大体それでよろしいですか。

一応ちょっと整理しますと、まず、今の一番の直近の濃厚接触者の定義というもので、

それは特性によって変わるというのは事務局でやっていただくということが1つ、これは決着がついたと。

それから、まん延防止については、確かに、これは法律用語ということで整合性をとることが事務局の説明でしたけれども、ここのガイドラインに、先ほど事務局のほうからの説明で、まん延防止というのは、感染の地理的な拡大ということではなくて、委員の方々も覚えておられると思いますけれども、このピークをより遅くして、ピークの高さをなるべく低くして、それによって社会全体のインパクトを遅くするのだというのがまん延防止の意味ですよ。恐らくそのことがここのガイドラインに書かれていないというのが押谷委員の趣旨だと思うので、ぜひそこをガイドライン、これはパブリックコメントに出す前にその部分をぜひしっかり書いて、まん延防止というのはどういう意味を考えているのかというのをぜひ書いていただければと思います。

それから、地域対策のほうは、先ほどのことで、これは単なるミステークですから、緊急事態宣言が起こる前、例の四十何条でしたか、それが発令する前の学校閉鎖も、しかも地域対策と言ったときには、マスクなんかの話ではなく、いわゆる学校閉鎖等の公衆衛生学的な、押谷さんの言い方ではソーシャルディスタンスをさします。これは中核的な考えであることは、多分事務局もそういう理解で、ただ、プレゼンテーションがそうになっていないので、変えていただく。

最後に残るのは、感染初期における濃厚接触者対策というのは、これは意味がある言葉だけれども、地域感染期において、ここで言えば72ページ、ここに濃厚接触者対策、実は、原則的には、感染期になると濃厚接触者対策は実質的にやらないわけですね。そこに濃厚接触者対策ともし書くのであれば、もう基本的には、感染期になればこれはやらないのだということを書かないと多少誤解が生じるのではないかとということで、その辺を、チョイスは2つしかないので、濃厚接触者対策もやらないのだから書かないということも1つだし、あるいは、書くのであれば、感染初期には非常に重要なことが、感染期になるとこのように変化すると書くか、どちらかだと思いますけれども、どうですか、事務局のほう。

○事務局（杉本） これは、まん延拡大は45条に関することでございます。45条絡まりという感じなのですが、これは、再び私が厚生労働省の意見書を引くのも何なのですか、厚生労働省専門家の意見書の中でも、やはりまん延といいましょうか、感染期あるいはピークの時期においても、こういったいわゆるソーシャルディスタンスというのでしょうか、そういった事柄をやる意味はあると書いてあると理解ができるとしております。

そういう意味で、今回の「中間取りまとめ」に至る有識者会議における議論としても、ピークを押し下げる、感染者数がどんどん広がって行って、やがて医療提供体制を超えてしまうおそれが出てくるといった場合には、効果が、それは感染早期ほどにはないかもしれないけれども、やはり相応の効果があるであろうということで、そういった場合にも特

例的にやることはあるということが書かれておるわけですので、濃厚接触者もその一つということで位置づけできると思いますが、そういった意味で、地域感染期において濃厚接触者対策を全くやらないというのは、これは今までの御議論の中でもなかったものと理解をして、ここはこのように書かせていただいております。このままにさせていただくのがよろしいのではないかというのが、これまでの議論ではなかろうかと思っております。

○事務局（田河） ちょっと補足をいたします。このまん延防止ガイドラインの72ページを見ていただくとわかるのですが、地域感染期、問題になっているのは濃厚接触者のところかと思っておりますけれども、なぜ感染拡大を防止するのかという問題意識かと思えます。ここにそうした問題意識を受けとめていると思うのですが、「感染拡大をとめることは困難であって、対策の主眼を、早期の積極的な感染拡大防止策から被害軽減に切りかえること」という、視点が変わる、そうした記述を行っているわけです。

そういう意味において、濃厚接触者のところの記述も、ごらんいただくと、「この時期は、増加する患者に対する抗インフルエンザウイルス薬による治療を優先する」、濃厚接触者に対してやるというものから対策を切りかえるのだという趣旨で我々は書いた考えでございます。ただ、そこがちょっとわかりにくいとか、そういう点があれば、それはまた工夫する余地があるかと思っておりますけれども、我々の趣旨としてはそれほど、押谷先生が持っていたらしゃる問題意識とそう違いはないのではないかと思います。

○押谷委員 先ほどの説明も私は全く納得できていなくて、意見書に書いてあるのは家族ですよね。感染者の家族です。濃厚接触者と言った場合には、通常我々が濃厚接触者と言った場合には、これはもう感染者と接触した人ですね。これは家族だけではなくて、職場で接触することもあり、学校で接触することもあり。そういう人たちを洗いざらい接触者調査で拾い出して初めて濃厚接触者という概念が出てきます。これは、家族に対してやるという話と、それは意見書に書いています。それと、濃厚接触者に対してやるということは全く次元の違う話で、今の説明は、この意見書に書いてあるという説明は、私には全く理解不能です。

○事務局（杉本） 押谷委員がおっしゃいました濃厚接触者対策というのは、感染症法に基づく措置に極めて近いと社会規制的には理解できるかと思っております。私どもが例えば72ページで言っております濃厚接触者対策というのは、そういったような、まず、濃厚接触者とは何かという定義は、先ほど申し上げたとおり、川本先生から御指摘があったとおり、ちょっと手が足りない部分がございます。またそこは書き加えることとしたいと思っておりますけれども、その上で、濃厚接触者対策をここで申し上げますと、個別の調査をした上で、ぎりぎり、あなたは濃厚接触者、あなたは濃厚接触者ではないということ峻別して個別の措置を講ずるということではなくて、ここは地域感染期でありますので、一般的な注意喚起としての呼びかけ、そういう意味でできる濃厚接触者対策にすぎないということは、ちょっと御理解いただきたいと思っております。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（正林） 助け船を出したいと思います。72ページのこの濃厚接触者対策の1つ目の丸は、思い出しますと、押谷先生と岡部先生と、感染研とこれは四、五年前に相当突っ込んで議論をした記憶があります。特に、家族について一体いつまで予防投与するのかということが最大の争点で、少なくともこの段階では、患者の同居者を除く濃厚接触者、要するに患者の家族ではない方に対してはもう予防投与はしないと。それから、では、家族に対して、ここは同居者と書いていますけれども、そういう方々について、最後、かんかんがくがくで議論した結果、きちんとその段階で予防投与の効果を評価した上で継続するかどうかを決定する、そういう表現でどうかということで、一応感染研のメンバー、押谷先生も最後は妥協して、では、これで行こうということになったと私は記憶しています。

ここについては、この1つ目の丸は、したがって、先ほど冒頭に尾身先生がおっしゃられた対策の切りかえ、そこの趣旨を書くということをおっしゃいまして、まさにそれが1つ目の丸にはしっかり書いてあるので、これでいいのではないかと。

問題は次の丸なのですけれども、「感染症法に基づく患者対策が実施できない段階では、一般的な感染症対策として、自宅療養している患者については感染力がなくなるまでの間、外出しないよう要請する。」という、これがちょっとやり過ぎで、今ちょっと確認したら、これは実は消し忘れていたそうなので、これを削れば、それで落ちつくのではないのでしょうか。

○事務局（杉本） 申しわけありません。今、正林課長から申し上げたとおり、72ページの（2）の2つ目の丸につきましては、これは実際に罹患した患者さんのことを書いてありますので、これは、実は、例えばここに、濃厚接触者対策のところに置くべきものではない、ここは削除させていただきたいと思っております。

○尾身会長 どうも助け船をありがとうございました。そうすると、第2パラグラフがなくなって、第1パラグラフだけが残って、それでこの（2）の第1パラグラフは、感染の早期に行われたいわゆる濃厚接触者対策は、地域感染期についてはこのようになるという説明をしているわけですね。そういうことで、押谷委員、どうですか。第2パラグラフ、前提とされる中で、第1パラグラフではああいうことになったけれども、第2パラグラフでは、いわゆる濃厚接触者対策はこのようになりましてと書かれているということで、特にこの内容はそれほど問題ないと思いますが、どうですか。

○押谷委員 であれば、早期のときに言っている濃厚接触者と、その後のほう、地域に感染拡大してからの濃厚接触者という定義そのものが変わってきているわけですね。その辺をきちんと書かないと同じことのように誤解されると思うのです。その辺をきちんと説明する必要があると思います。

○尾身会長 確かに、この時期については濃厚接触者という感染早期における濃厚接触者と同じ定義ではないわけですね。そういうことで、ここは少し丁寧な説明が多分必要かと思えますね。それは、事務局、よろしいですか。

そこで、ここは、濃厚接触者対策というのは、第1感染の早期とここでは意味が違って
いるということを少し丁寧に書いて、意味も違ってくるということを、もう既に正林課長
のほうは書かれていると言うけれども、少し丁寧に書いて、定義もこういうことだと書いて、
誤解のないように。恐らく事務局も押谷委員も言っていることは一緒で、ただ表現が、
これはやや誤解を生むので、そういうことでよろしいですかね。

○伊東委員 すみません、女性のほうの伊東ですけれども、この「濃厚接触者対策」とい
う文言をやめてしまって、「患者の同居者に対する予防投与」とでも書いた上で、1行目
は一緒で、「都道府県等においては、患者の同居者への予防投与は、厚生労働省が」と下
のほうの2行につなげてしまって、この「濃厚接触者対策」という文言自体をこの中身に
合わせたいかがでしょうか。

○尾身会長 今のは、タイトルを変えたらどうかという御指摘ですが、これにこだわる必
要がありますか。この文言、「濃厚接触者対策」というのはここにとっておくという必要
性がございますか。

○事務局（杉本） 行動計画もそうでございますけれども、このガイドラインにつきまし
ても、尾身会長からも何度も御指摘いただいておりますけれども、相手はわからないもの、
一体どんなものか、発生するまでわからない、あるいは発生してもなかなか本体がわから
ないということを前提に私ども対処していかなくてはいけないと。さはさりながら、何と
かわかる範囲で行動計画、ガイドラインを書いていこうと考えて御議論いただいております
のでございます。そういう意味で言いますと、やはりこのまん延防止に関するガイドライ
ンの柱としては、患者、それから濃厚接触者と地域、職場対策という大きな3つの柱、そ
れから、今回は特措法ができた関係で、第4章以降でそういった特措法絡みのことをまと
めて書いておりますけれども、この柱書きについてはこのように維持させていただいたほ
うが、今後の知見の進化ですとかといったものに対応が容易にできるのではなかろうかと
思っております。ちょっとこの辺は維持させていただいた上で、厚生労働省と書きぶ
りについてもう少し工夫できないかということで考えてまいりたいと思っております。

○尾身会長 事務局のほうはこのタイトルを維持できたらということですが、どなたか意
見ありますか。伊東さん、それでよろしいですか。

○伊東委員 別にこのタイトルを残されても、中身は、濃厚接触者の中でも、特に同居の
方についてだけしか書いていないのだよということがわかるような表現にさせていただけれ
ば結構です。

○尾身会長 それは、では、よろしいですかね。書きぶりをちょっと訂正してもらおう。

では、この72ページは、そういうことでお願いいたします。

その他、ガイドラインについて。

○岡部会長代理 水際対策なのですけれども、それほど議論はやっていなかったのですが、
水際対策が一番最初のほうですから33ページ、34ページあたりからスタートしています。
、この中に、スタートしたことをいつ縮小するかということが明記されたのはいいことだと

思います。

それから、46ページ、水際対策に関するガイドラインのところですが、停留対象者の範囲、それから、同じく49ページになるのですけれども、停留しない者に対する健康監視の実施、この対象になっている人たちは、意見書に書いたものとは少し違ってきているので、これはどうしてなのかなと思います。決して悪い考えではないかとは思いますが、意見書の場合には、この46ページのもので言えば、(2)停留対象者の範囲の中の丸の2つ目の中に①と②として対象者を決めているのですが、提言のほうでは、この場合は、原則として②の範囲のほうで、「患者と同一機内・船内の者で次のうち厚生労働省と調整」云々となっているのが、今回の場合は、「原則として①の範囲」となって、「患者と同一旅程の同行者」となっています。これは、対象を広くしているのか狭くしているのかちょっとわかりにくいので、これはどうしてこういうことになったのかということをお尋ねしたいということが1点。

それから、もう一つは、まん延防止に関するガイドラインのところなのですが、69ページから79ページにかけて、先ほど濃厚接触者という定義が議論されていましたが、この自宅待機期間のところ、70ページのところ、丸がついていて、自宅待機期間、これについて、確かに提言のほうにも同じ言葉が書いてあったので、これはちょっと私だけが認識が悪かったのかもしれないのですが、自宅待機期間というのが、この「一人の人が発症してから次の人が発症するまでの期間（世代間隔）を目安とする。」というのは、これが会議資料をいただいたときからずっと理解できなくて、どういうものなのかなと思ったので、ちょっとこのことを教えてください。

○事務局（正林） 尾身会長、よろしいでしょうか。

○尾身会長 どうぞ

○事務局（正林） 結核感染症課長の正林です。

まず、検疫のところ、46ページの先ほど御指摘いただいた停留対象者の範囲の2つ目の丸の「原則として①の範囲とする」としてありますが、これは、よく読んでいただきますと、「病原体の病原性・感染力等を考慮し、停留対象者を限定することを検討する。」というのをあえて加えています。その上で、「原則として①の範囲とする。」という表現を使っています、全体としては、できるだけ対象は狭くしようという観点を入りたいと思ってこういう表現が入っています。

そのところは、例えば2009年のときに、実際に停留したり、それから自宅に健康監視下に置いたケースについて、今回いろいろ調べてみました。実は、停留した人の中、それから自宅待機で健康監視下に置いた方の中から実際に発症した方は全部で9人いらっしゃいました。9人に何か共通点がないかということでいろいろ調べたところ、お1人だけはちょっと御回答いただけなかったのですが、ほかの8人は、全員が、まず患者さんの家族であったこと、それから、旅行滞在中、ホテルとかさまざまなところで同室だったという共通点がありましたので、仮に感染力とかといったものが、例えば2009年レベルであ

れば、なおかつ、例えば飛行時間とか、そういう条件が合えば、かなりその対象者を絞ることができるのではないかと。同じ同行者の中でも、例えば、家族と、滞在中、同室に過ごされた方とか、そういうふうに絞ることも可能なので、そういうこともできるように、あえてここは「停留対象者を限定することを検討する」という表現を入れた上で、一応「原則とする」という表現を使っています。

以上です。

○事務局（佐々木） 2つ目をお答えいたします。

2つ目の世代間隔でございますが、これは、見直し意見書、先ほどの資料がございますでしょうか。13ページに、専門家会議で御議論いただいた見直し意見書の中に（3）として患者、患者同居者自宅待機期間とみなすというところの中の下から4行目あたりが出てくる文言でございます。ここの部分につきましては、基本的に医療・公衆衛生分科会においても、意見書の内容を踏まえて修正をするという御提案をいただいておりますので、そのまま採用させていただきます。

ですので、専門家会議のメンバーの先生方もたくさんいらっしゃるのですが、我々としては、その意見を踏まえて記載しておりますので、専門家の先生方で御照会いただければと思っております。

○大石委員 感染研の大石ですけれども、同じく水際対策に関するガイドラインのところ、37ページのところで、新型インフルエンザ発生時の対応パターン例として5つのパターンが示されてきています。前回のバージョンと比べるとかなり細やかにはなっています。いそこで想定される状況というものを5つの書きぶりで指定してあります。パターン1では「致命率が」というような表現が書かれているし、パターン2以降では「病原性が高い」あるいは「中等度」という表現がされています。また、脚注では、注4のところでは中等度であれば「致命率0.53%程度」ということが書かれています。この病原性とは、恐らく重症度のことを言っているのだとします。しかしながら、新型インフルエンザ等発生時点ではこの重症度の判断を諮問委員会で決定していくのは非常に困難であると思えます。それが一点目の意見です。

もう一点は、ページ37のところの文章の一番下のところですが、「これがインフルエンザと異なる新感染症の場合には、疾病の特性を踏まえた判断が必要である。」と書かれていますけれども、どういった新感染の特性とか判断というものを考えておられるのでしょうか。

○事務局（佐々木） 見直し意見書につながる場所ですので、厚生労働省からお答えしますが、まさにそこら辺のところのために専門家でお集まりいただいて御議論いただくということだと理解しております。まずは、ガイドラインでは専門家会議でいただいたパターンを一つ踏まえて、実際に発生した新型インフルエンザ等の対応について、最新の知見を踏まえて、専門家に御助言いただきながら対策本部で決定する、こういう流れになると理解しております。

○大石委員 この点は先日から押谷委員と相談しているシビアラリティーアセスメントというところに関連してくるものと思われます。今後、この点を明確にしなければならないといった文言を入れておく必要があるかと思えます。

あと、新感染症についての疾病の特性を踏まえた判断についてはどういうふうにお考えですか。

○事務局（佐々木） 全体的に、このガイドラインも計画もそうなのですが、基本的には、繰り返しになって恐縮なのですが、最新の専門的な知見を踏まえて専門家で御議論いただくということになっております。ですので、新感染症は、当然発生していない感染症でございますので、その時点で得られる最大限の情報をもとに御助言いただくと。その中で対応策が決定する、こういうふうになると理解しています。

○大石委員 要するに、今後要検討ということですね。

○事務局（正林） 36ページに総論がありますけれども、1つ目の○の最後のほうに「基本的対処方針等諮問委員会の委員の意見を聴き、政府の初動対処方針について協議・決定し、水際対策を開始する。」、こういう表現がしっかり入っていますので、御心配なく。

○松井委員（代理） 経団連の代理で出席しております藤原でございます。

事業者、職場における新型インフルエンザ等対策ガイドライン、この分冊のほうのところについて意見をちょっと申し上げたいと思います。具体的には、177ページでございます。業務計画及びBCP策定・実施の留意点ということで、危機管理体制の整備ということで、最初に1)で意思決定方法の検討でございます。ここについてちょっと御意見を申し上げたいと思います。

この危機管理において、ここに書かれているように、従業員、それから産業医の理解とか協力を得ながら施行していかなければいけないということは十分理解しているつもりですが、その上で、あえてちょっと御意見を申し上げたいということでございます。

まさにこの2番目の丸に書いてあるとおり、BCPの立案とか事業継続の基本方針、これは、経営責任者が責任を持ってやるべきことということで、第一義的には、ここに書いてあるような危機管理・労務・人事・財務・広報などの責任者、要するに経営責任者の皆さんが集まって決定すべきことではないかと思っております、その後のこの「また」以下というものが必要なかどうかというのがちょっと疑問でございます。一義的に責任を持つところが誰なのかということを確認するためにも、この「また」以下はないほうがむしろはっきりするのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○尾身会長 今の、ちょっとお待ちください。1つ、その前に、この事業者・職場における新型インフルエンザの前に少し、岡部委員のあれがあるので、ちょっとごめんなさい。私、その関係だと思って。

1つ、岡部委員から世代間の話が出ていましたね。ページは何ページでしたか。

○岡部会長代理 70ページ。

○尾身会長 ここは、前の議論を私は承知しておりませんが、ここで、70ページの②、70

ページの最初に「自宅待機期間の目安は、『患者が発症した日の翌日から7日を経過するまで』」と言って、感染してから、その前の69ページの丸の3番目の中途のところにも、「多くの患者の感染力が消失するまでの期間を目安とする。」とはっきり2度書いてあるところに、やおら「世代間隔」、この世代間隔という概念と患者が感染して、感染力が消失するまでの期間というのは明らかに違う概念ですね。この患者が感染してから感染力が消失するまでというのは、感染した場合にどれだけ人に感染する可能性があるかという期間をかなり幅広くとって、感染のこの世代間隔というのは、ある人達が感染して、次の人達が感染するまでの期間をさします。症状が出て初めて感染力を持つ場合であれば、この世代間隔を超えれば、その人が次に感染させる可能性は、少ない。違う概念をこれで両方を目安にすると行って、実際には日にちも違いますね。私の理解は、中間取りまとめにはこの「世代間隔」という文言は多分なかったと思うので、これは文言だけではなくて、この2つのことを目安にするというと多分混乱するし、そもそもこれはどちらにするか。世代間隔は、一般に潜伏期間より短いので、世代間隔にすれば、早く無罪放免になってしまふ。中間まとめのときには、自宅待機期間を「患者が発症した翌日から7日」というのは、恐らく69ページの感染してから消失するまでということが多分言っていると思うのですけれども、この辺は、事務局どういうことですか。

○事務局（佐々木） 最初の69ページでございます患者の自宅待機期間の目安といたしますのは、先ほど尾身会長から御指摘ありましたように、患者さんが発症しましての、まさに「翌日から7日」、それから「解熱した日の翌々日」ということで、患者さん自体はその期間ということを書いております。

濃厚接触者に関しては、当時の議論をいろいろと調べてはみたのですが、世代間隔という御指摘が出てまいりまして、そして、その概念を使って濃厚接触者の自宅待機期間については定義をするということになっております。その結果を踏まえてこうなっておりますので、確かに、御指摘のとおり、濃厚接触者のほうが世代間隔というものを使いますと、場合によっては短い場合もあるということで不整合があるという御指摘もあるかと思っております。ですので、ここは、きょう御意見をいただきますれば、適正な内容に変えたいと思っております。

○尾身会長 それでは、よろしく申し上げます。

それでは、事業者・職場のほうでもう一つ意見が。

では、そこの話ですね。今の世代交代。職場の話。別の話ですか。では、別の話で。

○安永委員 経団連の藤原さんの御発言のところなのですが、177ページの下のところでございます。ここの記述は、労働安全衛生法の18条、19条を意識して書かれたのだと思いますので、この記述はこのままでいいのではないかと思います。新型インフルエンザ等の対策を、職場で今後実践に移していく場合、職場対策は労使が協同して取り組むよう進めることが重要だと思っております。私ども労働組合としても全面的に協力していきたいというのを表明しておきたいと思っております。この点、少し職場の実態を申し上げますと、災害

対策基本法や国民保護法などで既に指定公共機関の指定を受けている企業では、既に危機管理体制を構築する上で、労使間で日常的な意見交換などを行っておりまして、例えば事業継続をどうやっていくのかとか、組合員、従業員へどういう情報の伝達方法をするのかとか、いろいろなことを想定しながら協議をしているケースがほとんどでございます。

こうした災害対策基本法でありますとか国民保護法といった他の法規での良い実践事例がたくさんありますので、それらを労働組合としても水平展開をして、中小も含めて全ての職場で適切な対策がとられるように、我々としてももしっかり協力をしていきたいと思えます。

また、既に傘下の労働組合からは、とりわけ特定接種の対策対応に対する相談が多数寄せられておりますので、今後、その実施要領などを策定するに当たって、職場労使が協力して取り組みを進めることができるように、手続についても御配慮いただきたいと思えます。

以上でございます。

○松井委員（代理） 今の安永さんの御意見で、労働組合と経営者側が協力してやらなければいけないというのは、これはまさにそのとおりで思っております。ただ、この医療継続計画、BCPの中には、かなり機密に関する情報というものが入ってきますし、経営の根幹にかかわるようなものも当然含まれてきますので、そこ全てを労働組合とお話するとか従業員に開示しなければならないということではないと思うので、できれば、必要に応じてとか、こういうことについてはとか、少し、全部ではないのだということがわかるような表現にさせていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○事務局（杉本） 事務局としての趣旨を申し上げますと、今お2人の先生方からのやりとりがありました。両方を含んで考えて書いたところでございます。「また」以下、第2文でありますけれども、ここは、必要に応じてということもありましたけれども、まさに、そのために「就業規則や労働安全衛生にも関わることから」ということで置いておまして、かつ、就業規則については、当然労働組合や従業員代表と最終的にはきちんと協議をするという仕組みかと思っておりますし、また、労働安全衛生についても、職場のそういう委員会に、従業員、産業医が参画しておるという実態もあると。

また、安永先生からありましたように、災害発生時にも、やはりそういう就業規則を超えるような勤務をしてもらわなければいかんということを使用者側で当然考える、そのためのために、労働組合の幹部がその場において即断即決でやっておられる、そういう実態を踏まえて、ここは「就業規則や労働安全衛生にも関わることから」という限定を付しつつ、最終の文末としては「望まれる。」としておりますものですから、ここは、藤原先生おっしゃいましたとおり、労使一体ということで、この程度の書きぶりというのは、それこそ望ましいものではないかという意味でこのように書かせていただいております。

○松井委員（代理） ここでの皆さんの御意見がどういうものであるにしても、これからパブリックコメントにかけていくときに、ここはかなり経営者側としては注意しなければ

いけないだろうと思いますので、恐らく意見が出てくるのではないかと思います。そのときにまた、そのパブリックコメントを踏まえながら、もう一度御意見は申し上げたいと思いますが、そこで望まれるという表現がふさわしいかどうかというののもちょっとありまして、要するにレコメンデーションするのかということになると、恐らく多分違うだろうと思うのです。ここのかかわり方については、個別の企業の事情、労使関係、それから労働組合があるかどうか、これによっていろいろと変わってきますので、これは、個々の会社が判断することを前提にして「望まれる」と書かれているのだと私どもとしては解釈させていただきたいと思います。

以上です。

○川名委員 防衛医科大学の川名ですけれども、接触者への予防投与のことでよろしいでしょうか。

○尾身会長 では、今のことは、そういうことでよろしいですね。

○川名委員 先ほど、濃厚接触者への対応という話がありましたけれども、それと関連しまして、ちょっと予防投与についてコメントさせていただきたいと思います。

この分冊の本文のほうの161ページに、病原性による対策の選択ということで医療体制に関する概要がまとめてあります。こういうふうにまとめていただくと非常にわかりやすいと思いますけれども、この下から2行目に予防投与というところを書いてあります。左のコラムが「病原性が不明又は病原性が高い場合」ということで、右側のコラムが「病原性が低い場合」と分けて書いてあって、病原性が高い場合には、「抗インフルエンザウイルス薬の予防投与」もしくは「予防投与を検討」ということで、病原性が低い場合には「－」「－」と、これはしないということだと思います。

恐らくパンデミックの期間中は、抗インフルエンザウイルス薬が非常に総体的に枯渇してくるので節約して使う、そういう発想なのだろうと思うのですが、2009年のパンデミック以降、やはり抗インフルエンザウイルス薬の使い方といいますか適用が非常に広がっておりまして、例えば季節性インフルエンザに対してさえも予防投与の適用というのはかなり広がってきていると思います。例えば治療投与に限定して言いますと、2009年当時はCDCもWHOも、合併症のない健康な人のインフルエンザであれば、抗インフルエンザウイルス薬は使わなくてもいいというガイドラインを出していたわけですが、今、季節性インフルエンザに対してさえも、48時間以内であれば、健康な外来患者に対しても抗インフルエンザウイルス薬は使っているのだという書きぶりになっていますし、あと、接触者に対する予防投与の適用範囲も非常に広がってきておりますので、その辺がこの4年の間に大きく変わったことだろうと思います。

ですので、その予防投与の範囲を書く場合に、例えば重症の場合に予防投与とか予防投与を検討というのはいいのですけれども、病原性が低い場合、これ「－」「－」でしない、しないと非常にシンプルに書いてしまうと、ちょっとこれは現場が混乱する可能性があるのです、例えば本文中に少し丁寧に説明を加えておいたほうがいいのではないかと思います。

たので、ちょっとコメントさせていただきました。

以上です。

○事務局（佐々木） よろしいでしょうか。事務局でございます。

今の抗インフルエンザウイルス薬の各取り扱いに関しましては、医療ガイドラインの次のページからです。162ページから抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドラインがございます。その中で、170ページから予防投与の対象者ということで書いておりまして、これは、いわゆる病原性といいますか、そういったものにとらわれずに、高い、低いという場合にとらわれず、患者の同居者、それから同業者等というようなことで書いてありまして、地域発生早期等までということが原則と書いておりますけれども、取り扱いは一応書かせてはいただいております。その医療ガイドラインのほうは、そういう意味では、概要ということですので、わかりやすくということで書いている、そういう整理ではございません。

以上です。

○佐々木参考人 先ほどの川名先生の予防投与について、このガイドラインでは、保健所の医師が投与するものと限定的に書かれていると思うのですが、余り広がるととても保健所で投与することは無理だと思います。あくまでも濃厚接触者に対してというようなことでないとできないだろうと考えます。

○事務局（佐々木） 事務局でございます。今のお話は、171ページでございますが、（2）というのが中段以下にございまして、予防投与の実施に係る留意点という中に、予防投与を行う実施者ということで書かせていただいております、いわゆる行政的な色彩のあります積極的疫学調査等については保健所等の医師と書いておりますが、それ以外に関しては、医療機関で予防投与される場合も当然あるという理解で書かせていただいております。

○押谷委員 また、まん延防止に関するガイドラインのことに戻って申しわけないですけれども、73ページですが、第4章ということで「外出自粛要請・施設の使用制限等の要請等」というタイトルの第4章があつて、これは45条のことが主にここに書かれているのだと思うのですが、このガイドラインが誰を対象にするかというようなことにもよると思うのですけれども、必ずしも行政の人だけではなくて、学校の先生とか、学校閉鎖とかということも書かれていますので、そういう人たちも見ると思うのですが、「45条の第1項による」とかと書かれても、普通の人が見ても、どういうことなのかよくわからないと思う。

この有識者会議の議論の中でも、この45条を使うのは非常に例外的な場合に限るということも議論してきたと思うのですけれども、その辺のことが全く書かれていなくて、あたかも新型インフルエンザが起これば、外出自粛要請とか施設の使用制限が自動的に行われるように、いろいろな人が読んだときに誤解を受けるのではないかと。このあたりはきちんと、どういうことなのか、それで、そういうことでこの特措法に関しても非常に強く反対している専門家の人たちもたくさんいるのですが、その人たちが言っているのもこの点

にかなり集約されているところなので、そういう特措法の概念のようなものをここに書いておく、そういうことをするのが本来のガイドラインの役割だと思います。

○事務局（田河） 御心配の点だと思うのですが、確かに、こうした外出自粛要請等は、新型インフルエンザの緊急事態等において行うものであって、これは今までも、どんな場合でもそういう緊急事態の措置を講ずるものではない、万一の措置としてさまざまな措置を講じていく、そうした流れの中で、こうした外出自粛要請あるいは施設の使用制限を考える、そしてまた、その運用についても、丁寧な運用をこれまでも御議論していただいたわけでございます。そうしたことは行動計画等でも記載していたところでございますけれども、確かに、この外出自粛要請の運用、ここだけをぱっと見てしまうと、よくわからない、そういう御心配もあれば、そこはまた、ちょっと工夫してみる余地があるかとは思っております。

○岡部会長代理 これは、この間の意見交換会で、クローズドなところだったけれども、やはりそういう議論が出たと思うのですね。1つの目安として、例えば先般の2009レベルであれば、これは特措法の対象ではない。それから、アジア型レベルであると一応対象外だろうと思われるけれども、いろいろな条件でそこは考慮しなくてはいけないこともあるかもしれないけれどもといったようなことが、この間議論されていると思うので、その辺は、一応このオープンのところでも、ここは大体の目安ですね。細かいところは、当然ながら、病原性・感染力で見なくてはいけないのですが、大体そんなようなものであるということは、コンセンサスとしてここで得ておいたほうがいいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○事務局（杉本） おっしゃいましたとおり、これまでの御議論はそのような流れで来ておりまして、私どもも十分それを受けとめております。といいますよりも、そもそも法案の最初の段階から、そのような思想で進めてきております。要は、緊急事態宣言と、それからその特措法によって対策本部をつくるという段階は違う、2段階になっておりますということも御理解をいただいているのだと思うのですが、まず、病原性がわからないという段階でありましょうから、発生したら対策本部はつくと。なのだけれども、強制的な措置は全然動かない。やがて、病原性がこれは高いかもしれないとなったときに、緊急事態宣言の要件に該当するかどうかを考えていく、こういう2段階の要件になっております。

その場合に、緊急事態宣言の要件についてもいろいろ御議論いただいて政令に落とし込んでおりますけれども、端的に言えば、医療提供能力を超えるかどうか、もっと端的に言えば、入院患者が入院すべきときに入院できるかどうかということだろうということは、最初から繰り返し申し上げてきたところございまして、今、岡部先生がおっしゃいましたようなイメージでおおむね皆さん捉えておられますし、私どもも捉えさせていただいているということでもよろしいのではないかと思います。

○岡部会長代理 今の点ですが、この文章はレファレンスが非常に弱いのですね。

だから、冒頭に政令で落とし込んだところと行動計画とガイドラインと分けているのだと言われるけれども、それが書いていないのですね。だから非常にわかりにくい。

さらに、同じ文書の中でも、先ほども出た濃厚接触者なんかも何カ所も出てくるので、どこに書いてあるのかというのをその都度はっきりさせていけば、私どももそこを見て理解できるので、その点だけは訂正していただきたいと思います。

以上です。

○尾身会長 その他ございますか。

今、外出自粛要請などの話もレファレンスが足りないとの指摘がありました。その下に、今、事務局のほうから説明があったとおり、これはページで言えば78ページ、この色刷りのこれは、もうここで何度も議論して、これは最終的に、そういう最悪の場合が起きたときに一つとれる方法なのですよということで、この有識者会議の中ではもう十分、今、押谷委員が言ったことは理解されていると思うのですね。そういう意味では、我々のこのメンバーの中では誤解は全くないと私は思います。

ただ、確かに、そうは言っても、これをちょっと客観的に見ると、例えば65ページなんかでは、第1章のところには、はじめにとか、最初にただし書きが書いてあるところもあるのですね。こういう意味では、特に今、外出禁止とか施設の使用制限というのは、技術的にはこれでいいのだけれども、実際、実態問題としては、多くの国民あるいは事業者の非常に関心のあるところであるというのも事実ですね。したがって、私はここでは、実は73ページの（ア）のところにも（イ）のところにも「新型インフルエンザ等緊急事態宣言がされている場合」と、実はどういう場合は書いてあるのですけれども、1、外出自粛の要請で、やおら「国は、基本的対処方針により」と書かれているので、そこのバックグラウンドが多分わからないということなのだと思います。ここは、1、外出自粛の要請という段落が来る前に、緊急事態宣言というのはどういうこと出されるか、ちょっとワンパラグラフでも書いて、そういう場合に行われるのだということを書けば、押谷委員なんかが言ったような誤解が解けるのだと思うので、ぜひこれは、もう精神はここで十分発揮されているので、そのワンパラグラフがあれば、かなり一般の国民もこれがどういうことかわかるということで、そこは、まだ時間があるので可能だと思うので、よろしく。

よろしいですかね。はい。では、そういうことで。

○坂元参考人 132ページから133ページのところで、特に133ページの一番上の丸、これはこういうふうに書いていただいて非常に感謝しているのですけれども、願わくば、「都道府県と保健所を設置する」ではなくて、あくまでも主体は都道府県であるので、「都道府県は保健所を設置する市及び特別区と」と書いていただければ、責任の所在というものははっきりします。何かというと、これはやはり都道府県が主体にならなければできないことだと思うので、これは都道府県と保健所設置市がお互いに独立してということではなくて、やはり都道府県が主導するという意味で「都道府県は」に書いていただければ非常に明快になると思います。それから、この項目で、最初の地域レベルの体制整備の1番の

丸は国と都道府県ということでもいいと思うのですけれども、2番目に整備のフォローアップというものがいきなり出てきて、これは順序から言うと、この133ページの1番、ここがもし流れで書いているとすると、都道府県が、まずその都道府県の中の基礎自治体と医療整備について協議して、役割分担を決めて、それで次に、その都道府県は、いわゆる医療体制等は整備を進めるとやって、それで、この132ページの一番下の、それでフォローアップをしていく、こういう流れで理解してよろしいのか、それとも、ここの書き方がそれぞれ独立して書かれてしまっているのですか。これを見ると、多分都道府県、市町村は、どこが最初なのかという手順の流れのことでちょっと困ってしまうと思うので、そこだけ整理をお願いいたしたいと思います。

以上です。

○事務局（佐々木）　ここは、国、都道府県、それから都道府県と保健所設置する市、特別区と書き並べておりますので、まず、都道府県がそういった意味で、保健所を設置する市とか、そういう地域も含めて体制を整備すると書いてありますから、そういう今の御指摘のような流れにはなっていると理解します。

○川本委員　今のに関連して。これを全部見せていただいて、やはり国と都道府県と市町村の関係というのは非常に曖昧なのですね。国ははっきりしているとしても、都道府県というのはかなり実力差があるわけですね。東京都とか、あるいは政令都市を抱えている都道府県と、さらには政令都市を複数抱えている都道府県とか、全然事情が違うわけですね。市町村でも、結構大きい市と小さい村では、これは実力が全然違うわけだから、それが何か、前文を読んでいると、その都度、イメージがちょっとずれているような気がするのですね。ここが実行というところでは一番大事なところなので、ガイドラインでは無理なのかもわからないけれども、ぜひそういうものは、その下のところでもうちょっと詰めていただかないと、実際には動かないだろうなという懸念を私は強く持っております。

以上です。

○坂元参考人　今の御意見はもっともだと思います。私が都道府県が主体になるというのは、あくまでも、政令指定都市とか保健所設置市が業務をやるのが嫌だと言っているのではなくて、まず最初に都道府県が責任を持って、その都道府県内の医療体制の確保を都道府県が責任を持って調整し決めるということが真っ先に来て、その後、いわゆるその決めた市町村の責任の範囲内において、それぞれその保健医療圏の関係団体との協議とかを行うことだと思います。それで、都道府県はここにあるように、市町村の責任分担を決めた後、それがきちんとそれが行われているかどうか、その医療整備などに関してフォローアップする、こういうふうに自治体としては理解しているのですけれども、それでよろしいかという確認だけです。

○事務局（正林）　そのように先ほどもお答えいたしましたけれども、そういうふうに読んでいただいても構わないと思います。

○尾身会長　都道府県が一義的な責任を持つというのはこの前も出たと思うので、それは

よろしいですね。そういうことで、その中で保健所が協力するという、これは、ある意味では当然のことだと思います。

その他ガイドライン。

○朝野委員 大阪大学の朝野です。

医療体制に関するガイドラインの143ページ、あるいは144ページなのですが、例えば143ページの上から2つ目の丸のところの「新型インフルエンザ等の疑似症患者が発生した場合には」と書いてありますけれども、「保健所が検体を地方衛生研究所に搬送し」と書いてありますけれども、これは、この時点では、例えばH5N1にしても、H7N9にしても、これでは、まず最初は疑い例であって疑似症例にはならないので、ここの文言をちょっと正確に書いていただかないと現場が混乱します。例えばH7がもし新型になった場合には、H7がわかった段階で感染症法上の疑似症例なるということになりますので、現場ではまず疑う、それから、段階を経て疑似症例になり、そして確定症例になるので、そのあたり、文言がここは曖昧な定義をされていますので、そこを明確にしていただければと思います。

○事務局(佐々木) ここの文言につきましては、疑似症患者が発生した場合というのは、当然その前の段階も含んでおるところでありますので、ちょっとそこはわかりやすく表現したいと思います。

○尾身会長 それでは、その他ガイドラインについてございますか。

○川本委員 送っていただいたものの中にはリスクコミュニケーションというものがあったのですが、これはどこにあるのですか。順番が変わっているわけですか。ここのところで、リスクコミュニケーションのところ、外国人とか障害者とか、そういうものもたしか出てきたと思うのですが、そういうところももうちょっと詳しく検討していただきたい。また、コールセンター、相談窓口は非常に重要だと思いますけれども、もう一つ何かイメージがつかめないのもうちょっと国のほうで具体化されるか、あるいは国と地方公共団体とでもうちょっと詰めていただかないとだめなのかなという感想を持ちました。

以上です。

○尾身会長 このコールセンターについては、いろいろな場所で定義がされているのです。ただ、いろいろな場所でやられているのでちょっと読みづらいので、全部を読めばコールセンターが何かというのはわかるようにはなっている。まあ、この辺は、今は要望という、それは感想ですか。わかりました。では、事務局、その感想については思いとどめていただいて、その他ございますか。

○押谷委員 短く1点だけ。冒頭にも言いましたけれども、これは、本来はこのガイドラインをもっときちんと議論すべきだったと思います。きょうもいろいろな意見が出ましたけれども、私もまだまだ言い足りない部分がたくさんあります。この2時間で議論するというのは非常に無理だと思っていて、この表紙を1枚めくると、これは、「必要に応じて随時更新していく」ということが書かれているのですが、私は、この厚生労働省の専門家

会議から6年以上この作業にかかわっていますけれども、これまでの経験から言うと、こういうものが文書として出てしまうと、会議がもうしばらく開かれない。随時更新すると言いながら、文書が出てしまうと、それをきっかけに全く議論がされなくなってしまいます。そういうことがないように、きょうも議論の足りない部分があるかと思います。そういう意味でも、これが出たからといって会議が開かれないというようなことがないように、きちんと議論を継続していくことが必要なのだと思います。

以上です。

○田代会長代理 予防接種に関するガイドラインですけれども、これは今回初めて出てくるわけですね。今まで正式なものなかったわけですけれども。これについては十分な議論がなされていないと思います。押谷さんと同じ意見です。

それで、一番やはり大事なことは、この予防接種体制をどうするかということで、前から坂元先生がよく言われていたことなのですが、行政の壁を越えて、国民全員が、どこでも、いつでも受けられるような体制をするということを何回も繰り返して提言されていたと思うのですけれども、それはどこに書かれているのでしょうか。

○事務局（佐々木） 予防接種のガイドラインの、これは住民接種の御指摘だと思いますが、105ページから住民に対する予防接種の接種体制について記載しております。

○田代会長代理 国がそういうリーダーシップをとって行政の壁を越えてやるということは、どこに書かれていますか。

○事務局（佐々木） 先ほども事務局から御答弁申し上げましたが、実際、特に住民接種の実施については市町村が中心になるわけがございますけれども、これから、そういった技術的な助言ということも書かせていただいておりますし、予算的な面でもいろいろな単価を示す、補助単価を示すということももう決まっております。それからあとは、先ほど申し上げました実務者の協議というものは、従来からやってきたものも含めて、その中で十分実態に合った形になるように協議をしていくということでございます。

○田代会長代理 今の説明はわかりました。そうしたら、それはどこかに、文章できちんとこの中に記載していただきたいと思います。

○伊東委員 107ページの（オ）のところ。107ページの（オ）の3つ目がもうちょっとこう、入院中でなければだめみたい書いてあります。

もう一遍言いますね。107ページの（オ）の2個目の丸は原則として「居住する者」と書いてあって、その例外がその下に書いてあると思われるのですけれども、そこには、勤務している医療従事者と、その市町村に入院中の患者は、別にその区域内に居住する者でなくてもやっていいよとしか書いていないと思いますので、これが、これではまずいということが、もうちょっとわかりやすくその中身を膨らませていただきたいと思います。

○事務局（佐々木） 済みません、御説明が不足しておりますして、106ページに未発生期の準備というものがございまして、その中で、市町村が体制を組むということと、市町村が実施していくために、厚生労働省、都道府県は技術的な支援を行うというようなことを書

かせていただいております。

○田代会長代理 これも前に問題になりましたけれども、上から3つ目の丸、(ウ)の2つ目の丸ですけれども、これは、「広域的な協定を締結し」と書いてありますが、これでは実質的には不可能であるという議論だったと思うのですけれども。

○尾身会長 今の広域の話は、先ほど坂元さんがあれなので、一応これは議論が、事務局もそういうことはわかったということで、あとは局長会議のあれが来るということで、そのほかに、このいわゆる市町村の広域的な協定という以外に、何かどこか今さらに問題が、田代委員は、この106ページの(ウ)のところの第2番目は一応ここで議論を尽くした。それ以外に行政の枠を越えたというのは何かございますか。

○田代会長代理 ですから、これは今まで何回もディスカッションされてきましたけれども、国民全員が平等に受けられるような体制にどうやってするかということなのですね。そこがどこにも具体的なことがガイドラインとして書かれていないのではないかと僕は思うのですけれども。先ほどの事務局からの説明で、そういうことをやるということであれば、それをどこかにきちっと具体的に書いていただきたいと思います。

○事務局(佐々木) 済みません、いろいろなところに記載しておりますのでなかなか全てを御説明するのは難しいのですが、少なくとも2009の経験を踏まえて、ワクチンの供給体制についても重要というようなことも記載しておりますし、そういう意味では、全国民にワクチンが行き届くような記載についてははしているところでございます。

なお、市町村との関係で申しますと、106ページの丸で言いますと下から2つ目、(エ)の実施の判断の上でございますが、この中にも、「国は、市町村における接種体制について、具体的なモデルを示す」というようなことも含めて支援をすると書かせていただいておりますし、繰り返しになりますが、都道府県、市町村との協議は綿密に行ってまいりたいと考えております。

○尾身会長 では、そろそろ時間になりましたので、そういうことで、国民がみんなワクチン接種できるようにこれからも努力してもらおうということだと思いますが、特に最後、ここだけはガイドラインについて、ガイドラインは今これで終わりではなくて、これからも、必要であればいろいろ変えていく、学問的あるいは議論が深まれば、これはもう当然だと思うので、これについては、事務局のほうにまたよろしく願います。

もう時間があれですけれども、特にこれだけは言っておきたいということがございましたら。

それでは、ないようであります。これでおおむね議論は出尽くしたと思います。政府においては、とりあえずこの案を少し修正した案をもって、これからパブリックコメントを行った上で、きょうの意見も踏まえて先に進んでいただきたいと思います。

それでは、事務局から今後の予定等を含め、御挨拶をお願いいたします。

○事務局(田河) 内閣官房の新型インフルエンザ等対策室長でございます。

昨年8月から、お忙しい中、新型インフルエンザ等対策のために、20回を超える御議論

を精力的にさせていただきまして本当にありがとうございました。

おかげさまで、2月7日に中間取りまとめをいただき、そして、それを踏まえて4月16日に行動計画を、これは、今、パブリックコメント中でございます。また、本日、ガイドラインの御議論もいただきました。今後、私ども、政府行動計画については閣議決定、そしてまた、ガイドラインにつきましても、本日の御議論も踏まえ、パブリックコメントにかけ、最終的には局長級会議で決定したいと考えているところでございます。

昨年8月から開催してきました本会議につきましても、本日で一つの区切りがついたかとは思いますが、まだいろいろ今後も行動計画の作成後、都道府県の行動計画の作成状況、あるいは指定公共機関の業務計画、特定接種の関係であるとか、さまざまなことがございます。そうしたことも御報告するとともに、また、必要に応じ御議論をお願いすることもあるかとも考えているところでございます。会議あるいは分科会をまたお願いしていくことになると思いますので、今後ともどうぞよろしく願いいたします。

ありがとうございました。

○尾身会長 ありがとうございました。

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