

# 第28回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 議事録

健康局 健康課予防接種室

## 日時

令和3年12月23日（木） 10:00～12:00

## 場所

WEB会議にて開催

（厚生労働省 専用第21会議室：東京都千代田区霞が関1-2-2）

## 議事

### 議事内容

○萩森予防接種室長補佐 それでは、定刻となりましたので、第28回「厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会」を開催いたします。

本日は、御多忙のところ、御出席いただき、誠にありがとうございます。

本日の議事は公開です。また、前回の分科会と同様、議事の様子はYouTubeで配信いたしますので、あらかじめ御了承いただきたいと思います。

なお、事務局で用意しているYouTube撮影用以外のカメラ撮りは、議事に入るまでとさせていただきますので、関係者の方々におかれましては御理解と御協力をお願いいたします。

また、傍聴の方におかれましては、「傍聴に関する留意事項」の遵守をお願いいたします。

また、会議冒頭の頭撮りを除き、写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、御留意ください。

本日の出欠状況について御報告いたします。

磯部委員、川俣委員、中山委員、沼尾委員から御欠席の連絡を受けております。

現在、委員18名のうち14名に御出席いただいておりますので、厚生科学審議会令第7条の規定により、本日の会議は成立したことを御報告いたします。

続きまして、資料の確認でございます。

本分科会の資料は、あらかじめ送付させていただいた電子ファイル及びお手元のタブレット端末で閲覧する方式で実施いたします。番号01の議事次第及び委員名簿から番号10の利益相反関係書類まで御用意しております。

資料の不足、御不明な点等がございましたら、事務局員にお申し出ください。

申し訳ございませんが、冒頭のカメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきますので、御協力をお願いいたします。

（カメラ退室）

○萩森予防接種室長補佐 それでは、ここからの進行は脇田分科会長をお願いいたします。

○脇田分科会長 皆様、おはようございます。

年末のお忙しい中、御参加いただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、まず最初に、事務局から、審議参加に関する事項等について報告をお願いいたします。

○萩森予防接種室長補佐 ありがとうございます。

審議参加の取扱いについて御報告いたします。

本日御出席いただきました委員から、予防接種・ワクチン分科会審議参加規程に基づき、ワクチンの製造販売業者からの寄附金等の受取状況、薬事承認等の申請資料への関与について申告をいただきました。各委員及び参考人からの申告内容については、資料番号10の利益相反関係書類を御確認いただければと思います。

本日は、議事内容に関し、「退室」や「審議又は議決に参加しない」に該当する方はいらっしゃいません。引き続き、各委員におかれましては、講演料等の受取について、通帳や源泉徴収票などの書類も確認いただくことにより、正しい内容を申告いただきますようよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思いますけれども、今日は議題が2つございます。1つ目が「新型コロナワクチンの臨時接種」、これは小児の接種に関する事例です。2つ目がHPVワクチンのキャッチアップということで、大きな議題が2つありますので、時間は2時間ということですから、大体1時間ずつという時間配分で行きたいと思います。

皆様、発言はなるべく簡潔にまとめていただけると議事進行上助かりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日は資料の御説明を2つ専門家の先生からお願いするということですので、最初に、国立感染症研究所感染症疫学センターの鈴木先生に、新型コロナワクチンに関する11歳以下の人口が流行動態にもたらす影響について説明をしていただきます。

それでは、鈴木先生、まずよろしくお願いいたします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

それでは、資料1を御覧ください。

2ページ目を御覧ください。

本日は2種類の資料を提出させていただいております。

まず1つ目です。こちらは小児における中等症及び重症の症例数、発生率について、HER-SYSのデータを使ってまとめております。

2ページ目に詳細を書いておりますけれども、重要となりますのが中等症、重症の定義です。今回の資料では、医師が診断して届出をした時点で「肺炎」「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」あるいは死亡がチェックされているものを中等症以上と定義し、そして、「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」あるいは死亡がチェックされている場合に重症と定義されています。診断した最初は軽症であったものが後に重症化した場合はカウントできておりませんので、その点、御注意いただきたいと思います。

3ページ目がその結果です。新型コロナの流行が始まった昨年1月以降のデータをまとめております。

この表の右側を御覧ください。去年の1月から今年の3月までで、0～4歳は中等症以上が10、重症が2となっております。5～11歳が中等症以上6、重症はゼロです。今年の4月以降、症例数は全体に増えてきております。0～4歳で中等症以上が128、重症が13。5～11歳で、中等症以上171、重症25となっております。

4ページ目以降ですけれども、こちらは発生率を人口10万人分で割ったものをグラフ化して示しております。赤いところが0～4歳、青いところが5～11歳です。大きく波が盛り上がっているのが第5波ですが、このところで赤いところ、青いところが増えていることが分かります。

一方、下の段ですけれども、こちらは各種の症例数に占める年齢の割合です。御覧いただくとお分かりのように、赤いところ、青いところが、全体に占める割合は少ないのですが、徐々に直近に向かって増えてきていることが分かると思います。これは12歳以上がワクチンを接種されて守られている一方、11歳以下はワクチンで守られていないので、流行が進むことによって少しずつ割合が増えてきていることを示しております。

5ページ目、6ページ目は、これらの分析を中等症、重症のみに絞ったものを出しておりますので、御覧いただきたいと思います。

続いて、2つ目の資料です。7ページを御覧ください。

こちらはシミュレーションを行った結果です。

8ページ目、背景と目的ですが、現在、ワクチンの対象者は12歳以上となっておりますけれども、今後11歳以下に拡大した場合にどのようなことになるのかというシミュレーションを行ったものです。

9ページ目を御覧ください。

今回は、SIRモデルという感染症疫学において一般的に使われているものを使っております。特徴としては、3つの年齢群に分けてモデルをつくって、特に11歳以下に注目をしてシミュレーションを行っています。

10ページ、11ページは詳しい式などが書いておりますので、御覧いただきたいと思います。

結果のほうに移ります。13ページ目です。これはスタート0日目を、今年の第47週相当、現在、流行が比較的安定している状態を0日と設定した上で、今後流行が拡大していったときにどのように症例数、重症者数が増えてくるかということをシミュレーションしています。

赤い線が0～11歳です。やはり流行が拡大していきますと、0～11歳、これは121日目までシミュレーションしていますが、症例数が増えてきます。左上は、0～11歳にワクチンを0%打っていない状態のときにこのように増えてくるということです。左上が症例数で、右上が重症者数となりますけれども、症例数が増えれば当然重症者数も増えてくることになります。

これに対して、上から2段目です。これは0～11歳にワクチンを50%打ったとした場合、上から3段目が75%、一番下が83%ワクチンを打った場合ということになります。縦軸のスケールが少し変わっておりますが、やはり11歳以下のワクチン接種率を上げていくと、症例数、重症者数が明らかに減ってくるということがお分かりかと思います。

続きまして、14ページです。これは同じシミュレーションを3つの世代それぞれについて示しているものです。赤いところがやはり11歳以下です。青いところが12～59歳、黒いところが60歳以上です。

ポイントとしましては、上から2段目、3段目、4段目を御覧いただきたいのですが、0～11歳にワクチンを50%、75%、83%と接種をしていくと、そのほかの世代、12歳～59歳、60歳以上の症例数、重症者数も、これらの世代のワクチン接種率は全く変えなくても感染者数、重症者数が減ってくるということです。ですので、小児に対して接種をすることで、ほか世代に対するメリットも得られるということになります。

15ページ目は同じ内容を数値として表しているものです。

16ページ、17ページには、このシミュレーションのまとめ、それから、現下について書いております。御覧いただければと思います。

以上です。

○脇田分科会長 鈴木先生、どうもありがとうございました。非常に参考になる情報だと思います。

1点私のほうから確認したいのは、これまでの感染者数、小児の中等症、重症の報告数を3ページで示していただきましたけれども、今年の4月から12月で、それ以前よりも中等症、重症の症例が数だけではなくて割合としても増加している。この理由というのはどのように分析されていますか。

○鈴木委員 ありがとうございます。

実は、我々も今回改めてこの世代のデータの分析をして、そこのところは注目しているところです。現時点ではまだはっきりとした理由が分かっておりません。もうちょっと詳細が分かりましたら、改めて御報告させていただきます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明につきまして、御質問、御意見等ありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

池田先生、お願いします。

○池田委員 池田でございます。

大変重要なデータ、貴重なデータをありがとうございます。

2点確認というか教えていただきたいのですが、このモデルの制限というか限界のところでもお示しいただいているところなのですが、1点目は、感染制御のためのマスクなどの流行対策を加味していないということですが、これは現状と同じような形での流行の対策が行われた場合という仮定でやっているという理解でいいのかどうかということです。

2点目ですが、オミクロン株が流行した場合の状況についての反映がされていないと理解しましたが、現状分かっているデータで、例えばこの結果がどのように変わるのか。つまり、感染者は今の予測よりも増えそうだ



けれども、重症者は減るとか、あるいは重症者も増えていくのか。その辺りも、いろいろ不確実性も大きいと思いますけれども、もし予測できることがあれば教えていただきたいと思います。

○脇田分科会長 先に御質問を伺います。

白井先生、お願いします。

○白井委員 お願いします。白井です。

一つは、そもそもワクチンは重症化予防ということだったと思いますが、普及してから発病予防になっているのではないかとこともあって、シミュレーションもいただきながら、子供さんたちにも十分接種していただいたら全体の発病率も低下するというようなデータを出していただいたところなのですが、60歳以上については、2番目のシミュレーションでいくとあまり影響がないような感じがしますので、子供の接種が高齢者の重症化予防にはあまり関係ないのではないかなと思いました。

それと、たくさんの方々に、5歳から11歳でも接種率を上げるということについては効果的だとは思いますが、そういう社会防衛のために子供たちにも打っていくということはちょっと難しい。そういう言い方は推奨するときに難しいと思っているのは、その中で1人でも2人でも副反応として何か問題があった方がいたときには、予防接種体制が崩れてしまうことがあると思います。ですから、そういうことも含めて、子供さんたちに接種をするということを否定するわけではないのですが、進め方というのは難しいと思いましたので、このデータをどういうふうに解釈するかというときに、貴重な資料と思うのですが、シミュレーションだけではなく、実際にそれがどういうふうな影響になるかということも発信していかなければいけないのではないかなと思いました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

全体的なコメントは、まだいろいろ説明がありますから、また後ほどいただくとして、今は鈴木先生の説明に対するコメントを簡単にいただければと思います。

佐藤先生、お願いします。

○佐藤委員 どうもありがとうございました。

質問を2点させていただきます。

まず、13ページの資料と14ページの資料についてです。先生からも御指摘のあったとおり、縦軸の目盛りが接種率が0%のときと50%のときで変わっています。これは子供本人の重症化を考えた場合、接種率0%から50%になることの影響がとても大きい。つまり、0%から50%に一定程度の人が接種することによって、非常に子供が守られると読み、そして、50%以上接種することによって他世代も守られる、と読むという理解でよろしいでしょうか、というのが1つ目の質問です。

2つ目の質問は、研究の限界に書かれていた0～4歳と5～11歳について区別は行っていない、というところですね。恐らくモデルとしては0～4歳もワクチンを打っているというモデルで設計していらっしゃるのだらうなと。そうしないと、0歳や2歳など年齢の低いほうの重症化率も影響してしまうので、恐らく0歳から11歳までワクチンを打っていて、そして、重症化率については0.1%で縛って一定にしているのだらうので、重症化バイアスはないのだけれども、人口全体にワクチンを打った0～4歳が占めるインパクトによって、結果が多少大きく出る可能性がある、という理解でよろしいでしょうか。

以上2点です。よろしくお願いします。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

中野先生、お願いします。ここで一度区切りたいと思います。

○中野委員 中野でございます。

鈴木先生、大変な作業をどうもありがとうございます。

冒頭で脇田分科会長が御質問されたことは、私もまず最初に思っていたのですが、患者さんの数が増えて、相対的に中等症とか重症者が増えているのはどうしてかというのはとても大事なところかなと思いました。

現場の臨床医として感じたことは、0～4歳と5～11歳を比べると、相対的に5～11歳のほうが中等症の増え方は幅が大きいように思うのです。小児の診療を考えますと、例えば大人でも症状がなくてもCTを撮れば肺炎があるとかといった患者さんはこの病気では結構いらっしゃって、恐らく子供の被曝のこととか検査の負担を考えると、CTを撮る頻度というのは0～4歳よりは5～11歳のほうがきっと高いと思うのです。ただ、その後の病状経過を把握する意味では、症状がないときからいろいろな画像を評価しておきたいケースも結構あると思うのですが、そういったことがこの数値にも出てきているのかなと。なので、HER-SYSから読み取

るのは非常に難しい、大変な作業だと思うのですけれども、大変参考になると思いました。

ただ、それを差し引いても、重症者というのはARDSとか重篤な肺炎ですから、この数値を見ると、患者数の増加につれて0～4歳よりも5～11歳のほうが重症者は結構増えている気がしたので、ここは要注意かなと疾病負担を考える上で思いました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、鈴木先生、今幾つか質問をいただきましたので、それにコメントがあればお願いしたいと思います。

○鈴木委員 ありがとうございます。

池田先生から2つ御質問をいただいています。

まずシミュレーションですけれども、設定としては池田先生がおっしゃるとおりで、いわゆるマスクとかソーシャルディスタンスに関しては、具体的には第4波のときの一般的な対策をそのまま継続しているといった前提でシミュレーションを行っています。ですから、全くNPIがされていない状況ではなくて、むしろしっかりとされているという前提で行ったシミュレーションということで御理解ください。

2点目、オミクロン株のことに關してです。これは御承知のようにまだまだ情報が十分ではありませんけれども、現状ではミクロン株に關して考慮はしていません。考えられることとしては、まずは感染力、感染伝播性が強いということ、一方で、それに関しては主に免疫の当否、いわゆる感染あるいはワクチンによって獲得した免疫が十分に働かないことによって感染、再感染が増えている。これによって流行が拡大していると言われていいますので、それを考えると、同じようにシミュレーションをすると、確実に症例数は今のものよりも増えてくるということになります。

一方で、重症度についてはまだまだ分かりません。昨日、南アフリカや英国からプレプリントなどが出ておりますけれども、特に小児について重症度が変わっているのかどうかについてはまだほとんど情報がありませんので、現状では何とも明確なことは申し上げられません。

それから、白井先生から解釈の点で注意すべきこと、私も全くおっしゃるとおりだと思います。確かにこのシミュレーションの結果に関しては、これは佐藤先生からの御指摘にも関わりますけれども、まずは11歳以下の子供に關して、ワクチンを打たないときよりも、打ったほうが新規の症例数が増える。これに伴って、重症の発生は確かにほかの世代よりも少ないけれども一定数発生しているのが、ワクチンを打てば子供たちの重症者数も減る。これは間違いないということになります。

一方で、小児に対してワクチンを接種することで、人口全体に対する効果も発揮されるので、ほかの世代の症例数や重症者も減ってくるということになります。

ただ、だからと言って直ちに11歳以下に打ちましょうということをこのデータだけから言えるわけではない、様々な社会的な要因等も含めて考慮すべきであるということは私も全く賛成でございます。

佐藤先生の御指摘に關しては、今申し上げたとおりかと思います。

それから、0～4歳についてどうしているのかということですが、これはこのシミュレーションのリミテーションでして、おっしゃるとおりで11歳以下を全て同じグループとしてまとめています。そうした意味で言えば、0～4歳、5～11歳の生活のパターンの違いは考慮していませんし、何より0～4歳にもワクチンを打っているという前提でのシミュレーションですので、その点は注意いただいて御理解をいただきたいと思います。

それから、中野先生は脇田先生からの御指摘と同様で、この最初のデータですが、確かに中等症、重症の割合が時期によって変化しています。この要因についてはまだ突き止めて切れておりませんので、私たちとしても集中的に分析をしていきたいと思っております。

以上です。

○脇田分科会長 どうもありがとうございました。

それでは、先に進ませていただきます。

次に、国立国際医療研究センター国際感染症センターの大曲先生に、COVID-19入院患者のレジストリを用いた小児入院患者の臨床像の検討について説明をしていただきます。

大曲先生、よろしくお願いいたします。

○大曲参考人 脇田先生、ありがとうございます。

国際医療研究センターの大曲と申します。

それでは、早速始めてまいります。

3枚目をおめくりください。

このレジストリでありますけれども、本邦におけるコロナの患者さんの疫学的な動向をはっきりさせるということで運用しているものであります。基本的には、入院された患者さんのデータを、研究に参加していただいている医療機関の先生方に登録していただいているというものでございます。

今回の資料では、今年の11月30日までに登録されたデータを使っています。具体的には、2020年の10月1日から2021年の10月31日までの登録データを用いました。ただ、今年の6月、7月の分は除外しています。理由は、この時期はアルファ株の事例、デルタ株の事例がかなり混在していた時期でありますので、解釈は非常に困難だろうということで外しております。

全体として、このレジストリは現在5万5000例ほどの登録がございます。

それでは、4枚目をよろしくお願いします。

対象期間は合計で1,038人のデータがございました。そのうち、30%の方は無症状でありました。その30%を除いた732人の症状の分布のデータを示したのがこちらの表でございます。年齢階級別ごとにお示ししておりますけれども、全体の傾向として見えたのは、一つは2歳未満、特に3か月以上から24か月未満、そして、13歳以上の患者、そして、ここにはデータとしては示しませんでしたが、基礎疾患のある患者さんでは症状のある率が高いということでした。具体的にいたしますと、3か月以上24か月未満で見ますと、発熱の出る比率はこの世代で一番高いですし、例えば13歳以上を見ていきますと、成人にかなり近づいている印象がありまして、嗅覚とか味覚の異常がほかの世代よりもかなり高く見られます。こうした差があるというところでございます。

5枚目に移ってまいります。

こちらは感染経路についても情報を集めております。こちらにお示しました。

まとめますと、家族内感染が63.6%。教育機関での感染、これは保育所も教育機関に含めておりますが、感染が13.9%という動向でありました。

いわゆる我々が前期と呼んでいる昨年の10月1日から今年の5月31日までと、今年の8月1日から10月31日までの間でこのような傾向には大きな変化はなかったというデータであります。

次は6枚目の資料でございます。

実際に入院中に起こった合併症に関して、先ほどの前期後期で示しております。ここに細菌性肺炎、胸水、血痰、痙攣、心筋炎、菌血症や消化管出血、そして、肺塞栓を示しております。いずれもう一例から3例と非常に少数でありますけれども、こうした合併症が入院中に起こっているということはあります。また、これが全てCOVID-19で直接起こるものというわけでもなくて、入院中の医療関連の感染症等で起こっているものもございます。

次に、7枚目を御覧ください。

予後であります。こちら先ほどの前期後期で分けてお示しております。デルタ株の流行期の8月1日から10月31日にかけてですけれども、酸素の投与例は、349例の3.2%。ICUに入った例は349例中の1.4%、5例というところでありました。死亡例はゼロであります。

昨年の10月1日から今年の5月31日までと比較しますと、酸素を投与した事例、そして、ICUに入室した事例の比率は、今年のデータのほうでは高く見えているところでございます。

また、いずれの期間でも死亡例はございませんでした。

この点に関して、解釈上の論考を多少加えておきたいと思えます。8ページ目でございます。

これは厚労省のデータセットをお借りしてきました。ウェブサイトに掲載しているデータをお借りしまして、20歳未満の方々の新規陽性者数のエピカーブを描いたものであります。いわゆる後期、今年に入ってから8月から10月までのデータを取った時期が、この表でいいますと右側の一番高いピークのところです。この時期に当たるわけでありまして、こういう時期に取られたデータだということなのです。

現場の状況を聞き及んでいるところでは、昨年と比較すると、今年のほうがこうやって患者さんも増えていきますので、昨年は多くの方が入院していたけれども、今年はそうもいなくなって、ホテル療養等に切り換えたりということはあったというところなのです。そういう意味で、入院してくる患者さんは相対的に併存疾患が多かったりということで、リスクが高い方が多かったと言われております。

また、9枚目です。参考までに、こちらはやはり厚労省の統計をお借りしてきました。確認まででございますが、20歳未満で死亡例がどれくらいあるかということを確認しましたが、今年の11月30日の時点ですけれども



も、10代で1万7516人感染があって、うち3例が死亡している。10歳未満ではゼロという状況でございます。

これはレジストリのデータとしてのまとめをしておきたいです。10枚目でございます。

今回のレジストリを見ますと、少数であります。酸素の投与やICUの入室を必要とした事例があったというところです。そして、このレジストリのデータという限りにおきましては、登録例の中に占めるこのような事例の比率は上昇傾向にあるというところでございます。

また、これから分かるのは、本邦で感染拡大して、この世代の子供たちの陽性者数が上がれば、比例して重症例あるいは死亡例の実数が増えるだろうということは言えるだろうと思います。

次に、論考ということで少し比較をしてみたいと思います。11枚目にお移りください。

米国と比べてみました。先ほど鈴木先生もおっしゃったことなのですが、やはりほかの国、米国でも全体の新規陽性者の中に占める小児の罹患者の割合は増加傾向であるというところは出てきております。

また、12枚目では感染経路について幾つか事実を整理しましたが、要は、感染者小児から小児への感染率が、大人から小児に感染するリスクと同程度であるという報告もあれば、小児から小児へ感染するリスクは大人から小児に感染するリスクよりはむしろ低いのだという報告もあるのだということです。そして、日本と同じように、二次感染というのは家庭内と学校内の両方で発生すると報告されていまして。

13枚目には、インフルエンザとの比較がありましたので、多少粗い比較ではありますが持ってきました。

インフルエンザはもしくはコロナで入院された方の中で、ICUに入られた方の率、そして、侵襲的な人工呼吸を行った方の率を比較してみたというものでありますけれども、要は、小児のCOVID-19のときのICUの入院率と人工呼吸器の使用率は、インフルエンザ関連の入院の児よりも高かったというデータでございました。

14枚目に移ります。

死亡例がどれぐらいあるのか。米国のデータは、CDCの12月9日時点でのまとめでは、4歳までの子供およそ230人が新型コロナで亡くなっているということが示されておりました。

最後、15枚目は再掲であります。鈴木先生もおっしゃったことです。日本の中でも新規陽性者の中に占める20歳未満の方々の比率が高くなっているというところでございます。

ということで、私からの発表は以上でございます。

○脇田分科会長 大曲先生、どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの御説明について、御質問、御意見はございますでしょうか。

森尾先生、お願いします。

○森尾委員 大曲先生、まとまったデータをありがとうございました。

3つ質問があるのですが、教育機関の中に保育所が含まれるということでございましたけれども、もし分かれば小中高がどのくらいの数かというのを教えていただけたらと思います。小学校、中学校、高等学校ということでございます。

2つ目ですけれども、小児で発症して、子どもから成人にうつした方が、もし把握されていればどのくらいいらっしゃるのかというのを教えてください。

3つ目はちょっと細かいところで、これをお伺いするのは不適切だと思うのですが、心筋炎・心外膜炎・心筋症というのがございました。心筋症と心筋炎、心外膜炎はちょっと違うと思うのですが、先生、心筋炎、心外膜炎は2人だったかどうか、こちら辺は大切なところだと思っておりますので、どこかで教えていただけたらと思います。

以上です。

○脇田分科会長 大曲先生、先に御質問を伺ってしまいますね。

○大曲参考人 分かりました。

○脇田分科会長 白井先生、お願いします。

○白井委員 ありがとうございます。白井です。

質問を1点と意見ということなのですが、入院した方の症例というか登録されている病院というのは全国規模なのか、または地域によって偏りがあるのかということをお伺いしたいのですが、時期によって小児の方々が入院しないというときもありましたけれども、地域によっては全員入院というところもありましたし、また、軽かったら入院しないというような地域もありましたので、その辺の配分がどうかと思いました。

それで、小児の方がどこから感染しているのか、入院した方の中で、全体のデータとして3割の方が無症状だということもおっしゃっていましたが、感染した場所、感染機会ですが、先生のところで家庭感染が6

割ということでしたけれども、無症状の方とか入院しなかった方を含めて、私たちのまだ公表していないデータではありませんが、500人ぐらいの0歳から15歳までの方の中で8割が家庭だったのです。むしろ保育所にいる時間が家庭よりも長いということになると、家族の感染は6割くらいで、生活の場所を長くするところで感染しているのではないかなと思いました。0歳から就学前、5歳までの保育所の方々での3割は保育所で感染していたというようなデータがありましたので、御参考までということですのでよろしくお願いします。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

大曲先生、今の御質問に関してコメントがあればお願いします。

○大曲参考人 ありがとうございます。

まずは、森尾先生の御質問は実はあまり答えがなくて、すみません。いわゆる教育施設の小中高の中でのブレイクダウンした人数の区分は、今日数字が用意できておりませんので、もし取れるようであればまた御紹介したいと思います。確認いたします。

また、同じところで、小児から成人に移したかどうかということに関しても、調査票をもう一度確認を見てみたいと思います。

あとは、心筋炎・心外膜炎・心筋症を一くくりにしたのは、結局、質的診断が現実には難しいというところもあってまとめておるのですけれども、症例としてレジストリに上がってきた事例としてはこのとおりであります。ただ、先ほどの白井先生の質問にも関連するのですが、これは全数調査ではなくて。任意の医療機関の参加による、しかも任意の届出なのです。というところもありますので、網羅性はないだろうというところがあります。その中で数値というところですよ。

あと、白井先生の御質問は、これは症例は全国から御参加いただいておりますが、やはり地域的な偏りはあると思っています。県によって少ないところ等ありますし、あとは、参加する医療機関もどちらかと言えば中等症の2から重症を多く受けていらっしゃるような医療機関が多い。地域の基幹的な、コロナの重点の中心になるような医療機関が多いです。そういうところから抽出されてきているデータということで、僕らもこれは偏りがあると思って見ております。

取り急ぎの回答は以上でございます。

○脇田分科会長 どうもありがとうございました。

それでは、先に進めさせていただきます。

次に、事務局から新型コロナワクチン接種の現状についての説明をお願いいたします。

○九十九予防接種室長補佐 予防接種室の九十九でございます。よろしくお願いいたします。

資料3を御覧ください。

資料の3～5ページ目に関しましては、これまでの感染動向のリバイスでございますので、説明は省略いたします。

6ページ目を御覧ください。

こちらは国内の接種の状況ですが、一番下の行に3回接種完了者を記載しておりまして、12月から始まりまして3回目の接種は約29万回の接種が行われている状況でございます。

7ページ目は接種の状況でございますので、御覧いただければと思います。

8ページ目、9ページ目に関しましては供給の状況で、こちらも特にリバイスはございませんので、説明は省略いたします。

また、10ページ目から12ページ目は、前回12月16日の持ち回り審議の議論のまとめを掲載しておりますので、御確認いただければと思います。

13ページ目、14ページ目、15ページ目は、初回接種完了から8か月以上の経過を待たずに追加接種をする場合の考え方につきまして、新たな変異株の発生等の状況を踏まえまして、クラスター発生の場合に限らず、初回接種の完了から8か月以上の経過を待たずに追加接種を実施する場合の接種対象者等について整理し、12月17日に事務連絡を出したものでございます。

考え方としましては、1つ目は、医療従事者等及び高齢者施設等の入所者等に対する追加接種を2か月前倒し可能。2つ目が、こちらは令和4年2月以降でございますが、その他の高齢者に対する追加接種は1か月前の前倒し可能と整理してございます。

事前の御質問で、この前倒しのような事務連絡を出した理由についてお伺いがありました。回答としましては、追加接種に関しましては2回目接種完了から8か月以降に順次接種することを原則としておりましたが、変異株の感染拡大が懸念される中で、重症化リスクが高い方々を優先し、医療従事者とワクチンの重症化予防



効果が比較的早く低下する高齢者を対象として前倒しすることとしたものでございます。

14ページ目に具体的な前倒しのイメージについて記載してございます。

また、15ページ目に、これを受けました配送量の考え方について説明してございますので、御確認いただければと思います。

以上でございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、議題のほうに入ります。

資料3の17ページを見ていただきまして、今日はこれについて進めていきたいと思います。

最初は5歳から11歳の新型コロナワクチンの接種についてですので、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○九十九予防接種室長補佐 よろしくをお願いいたします。

まず17ページ目を御覧いただければと思います。

先ほど、有識者の先生方から国内の小児の新型コロナウイルスの感染症の状況について説明、また、御議論いただきましたので、事務局の資料としましては、1番、2番、3番、諸外国の対応状況とワクチンの有効性、安全性、また、ワクチン接種に対する子供や保護者の考えについてまとめたものでございます。

18ページ目を御覧ください。

これは11月15日に一度小児のコロナワクチンに対する議論を行っていただきまして、意見をまとめたものでございますが、1ポツ目、このコロナウイルス感染症は子供にとってただの風邪ではないという意見でありました。

2ポツ目ですが、学校教育の中ではあまり感染していない。ただ、就学前の幼稚園とか保育所の子供たちは予防ができないという御意見。

3ポツ目、国内の小児の新型コロナウイルス感染症の状況について、海外との違いをきちんと評価する必要があるのではないか。国内のデータは先ほど議論いただいたところでございます。

たとえ致死率、重症化率が低いとしても、トータルとしては一定数の重症者数、死亡者数が発生するということを考えるべきではないか。推測も含めてデータをそろえて議論していく必要があるのではないかということで、先ほど議論いただきました。

また、副反応のリスクに対する情報提供が非常に重要であるということ。

小児にワクチン接種をするのであれば、何のためにするのか、共通理解を持つべきではないか。

小児は軽症が多いので、対象にするにしても積極的にワクチンを進めるという方向性については慎重にしたほうがいいのではないかと。

また、子供にも予防接種法での接種の機会を確保すべきではないかという意見と、一方で、接種勧奨や努力義務を課すかについては議論するべきではないかという意見をいただいております。

19ページ目を御覧ください。

小児の新型コロナワクチンの接種の開始までの現在の状況をまとめたものでございます。11月10日に薬事申請がファイザー社からなされておりまして、15日に一度この分科会で議論を行っております。現在がこのフェーズでございます。

これはあくまで今後の想定でございますが、1月下旬以降に薬事承認が仮に得られた場合には、特例臨時接種の位置づけについて諮問いただきたいと考えておりまして、ここには記載しておりませんが、早ければ2月頃から小児を対象とした接種が可能となる可能性があることを11月6日の事務連絡で示しておりましたが、2月より輸入が見込まれますので、早ければ3月から国内配送開始、接種開始が行われるという状況でございます。あくまでこれは議論の状況によってでございます。

続きまして、諸外国の対応状況について報告を申し上げます。21ページ目を御覧ください。

11月15日、前回議論いただいたときには米国のみが5～11歳の小児のワクチンについて認めている状況でございましたが、現在はどうなっているかと申しますと、5～11歳の小児に対するファイザー社ワクチンについて、毎回お示ししていますこの国、機関のリストに関しましては、ほぼ接種を認めているまたは勧めている状況でございます。具体的には、米国、カナダ、イスラエルでは全ての小児に対して接種を推奨しておりまして、フランス、ドイツはより限定的な対象者に対する推奨をしております。具体的に申し上げますが、フランスでは重症化リスクのある小児と免疫不全者と同居している小児に対して接種を推奨する等の記載がございます。

また、英国に関して動きがございまして、12月22日の段階でMHRA（医薬品・医療製品規制庁）が認証したといった情報も入ってきているので、これは現在動いている状況でございます。

続きまして、23ページ目を御覧ください。

23ページ目、24ページ目は、ファイザー社が行っております新型コロナワクチンの有効性の臨床試験の結果についてまとめたもので、これは前回御説明しましたので、説明は省略いたします。

25ページ目からは、アメリカのACIPにおきまして、小児の接種が先行的に進んでおりますので、安全性について報告がありましたので、スライドを抜粋したものでございます。これはまだ詳細なサマリーとして出てきているものではありませんので、御留意いただければと思います。

この25ページ目でございますが、米国のCDCからの報告によりますと、左下に小児のワクチン接種の状況が書かれておりますけれども、これまでに約714万回の接種が行われている状況でございます。v-safeに登録いただいているのが約4万1000件でございます。

26ページ目を御覧ください。

こちらは青の軸が1回目の接種、オレンジが2回目の接種後の副反応の状況でございますが、米国のv-safeによりますと、赤枠のところでございますが、新型コロナワクチン接種後に学校への出席が困難となる頻度は高くなく、また、医療ケアが必要となることは約1%で、まれであるという報告がございます。

続きまして、27ページ目を御覧ください。

こちらは緑がMild、黄色がModerate、グレーがSevereということで、副反応の重症度について記載したものでございます。

こちらの報告によりますと、5～11歳の新型コロナワクチン接種の副反応のほとんどが軽度から中等度であったと報告されています。発熱に関する頻度に関しましては報告により少しばらつきがあるようで、発熱だけではないのですけれども、この副反応の報告については報告によりまだばらつきがございますことを一言申し上げます。

続きまして、29ページ目を御覧ください。

やはり子供にワクチンを接種するに当たりましては、本人にとってのメリット、デメリットもあるのですけれども、ほかにも保護者、また、子供、そういった御本人、御家族の受入れというのが重要になってくるかと思えます。

そうした中で、29ページ目、30ページ目は成育医療研究センターで実施されておりますアンケートの結果をまとめたものでございます。こちらはインターネットの形式で行われておりまして、新型コロナワクチンを受けられるようになった場合、小学生の5～6割が「とてもうけたい」「どちらかというとうけたい」と回答しております。一方で、3～4割が「どちらかというとうけたくない」「まったくうけたくない」と回答している状況でございます。具体的な理由につきましては記載を御覧いただければと思います。

また、30ページ目、今度は保護者の回答でございます。同じくインターネットの調査によりますと、コロナワクチンが接種できるようになった場合でございますが、小学生以下の子供の保護者の7割以上が「とても受けさせたい」「どちらかというとうけさせたい」と回答している状況でございます。

31ページ目がまとめのスライドでございます。

現時点で得られております小児（5～11歳）の新型コロナワクチンの接種に係る科学的知見等を整理しますと、まずは、小児に対するファイザー社ワクチンについて、全ての小児に対して接種を勧めている国と、限定的な対象者に対して接種を推奨している国がございます。

2つ目ですが、小児の新型コロナワクチン接種後の副反応に関しては、先ほど申し上げましたが、報告により発熱等の頻度は異なるものの、学校への出席が困難となる頻度は高くなく、医療ケアが必要となることはまれであり、ほとんどが軽度から中等度であったという報告がございます。

3つ目ですが、小児におけるファイザーワクチンの2回目接種後7日以降の発症予防効果は90.7%であり、2回目接種後約2か月の追跡期間において安全性が示されたと報告されてございます。

4つ目ですが、先ほど申し上げましたとおり、ワクチンを受けられるようになった家庭ですけれども、小学生の5～6割が「とても受けたい」「どちらかというとうけたい」と回答、小学生以下の子供を持つ保護者の7割以上が「とても受けさせたい」「どちらかというとうけさせたい」と回答してございます。

そうした中で、御議論いただきたい事項でございます。

先ほど議論いただきました小児における新型コロナウイルス感染症の動向でありましたり、小児に対する新型コロナワクチン接種に関する諸外国の対応状況、ワクチンの有効性、安全性、また、子供や保護者の新型コロナ

ナワクチンに対する考え等を踏まえまして、5～11歳の小児に対して新型コロナワクチンの接種の機会を提供することについてどう考えるか議論いただきたいと思います。

あわせまして、前々回の議論でもいただいておりますけれども、小児に新型コロナワクチンの接種を行う場合に努力義務を適用することについてどう考えるかについて御意見をいただければと思います。

説明は以上でございます。

○脇田分科会長 どうもありがとうございました。

ただいまの31ページのまとめで論点はかなり整理されていると思うのですが、5～11歳の小児に対する新型コロナのワクチンの接種は、今、ファイザーから承認申請がされていて、来年早々に薬食審で承認されれば、その後、臨時接種として我々のほうに諮問が来るということですので、今日この時点での情報を基に、今日も鈴木先生、大曲先生から情報をいただきました。それから、事務局からは現時点での情報をアップデートしていただきましたということで、現時点での我々の考え方をまとめていくということになると思います。それでは、皆様の御意見を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

まず、坂元先生、福島先生からお願いします。

○坂元委員 川崎市の坂元でございます。

まず、小児のワクチンに関しての取扱い、薬事審議会で許可が下りた場合は間違いなく予防接種法の5条、6条の適用となる予防接種になるかと思います。そうすると、法律上適用になった場合は、8条、9条の勧奨接種と努力義務が課せられるということは法律的な流れだと思います。前回の妊産婦の場合は、政令でもって努力義務を課しないと決めたのは、妊産婦に対する安全性等のデータが十分でないということを踏まえて、妊産婦だけは努力義務を外すということを決めたように覚えております。

そうすると、小児で努力義務を外すということは、前回の妊産婦はデータが十分でないので外したということと考えると、逆に小児で安全性がまだしっかりしていないから努力義務を外しますよという意味に捉えかねないということと、努力義務を課すということで、保護者がどうしても受けなければいけないという心理的圧迫を感じるという意見もありますが、現場で予防接種業務をやっていて、恐らくほとんど市民の方が努力義務ということをあまり御存じないと私は思いますし、行政機関も努力義務があるからといって強制することは特にありません。ただ、努力義務のいい点は、努力義務があるから、いろいろな意味で周りでは受けやすい環境を配慮しなくてはいけません。例えばお父様とかお母様が会社を休んでお子さんを接種に連れていくとか、そういうためのいわゆる環境づくりには役に立つのではないかとという形で、努力義務が保護者の方に心理的な圧迫を与えるということは経験上あまりないかと思いますので、環境を整えるという意味では、やはり法律に従って努力義務というものがあつたほうがいいのかと私は思っております。

以上でございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

福島先生、お願いします。

○福島委員 ありがとうございます。

私の質問の趣旨の根幹は坂元先生と同じことなのかもしれませんが、論点で示されている、ワクチン接種の機会を提供することと、努力義務を適用することによって、予防接種法の枠組みで行われる小児のコロナウイルスワクチンの接種に対して、国や行政がどのようなアクションを起こされるのかということを確認させていただきたいと思います。

私は研究者としてワクチンのことに携わってきたのですが、いわゆる定期のA類やB類などで考えてきた接種勧奨、努力義務という言葉がコロナの臨時接種についてはちょっと違うニュアンスで論じられていると感じておまして、例えば今年2月の審議会での妊婦さんへの接種であるとか、あるいは20代、30代の接種をどう考えるかというところでも感じたのですが、何となく言葉の雰囲気だけで論じられているような気がして、すごく危険だなと思うのです。

私の理解では、国や行政のアクションとしては、接種の機会を提供する、イコール子供さんに接種券が送られるであるとか、努力義務を適用するというのは、広く広報を行って、できるだけ接種を受けてくださいというようなことかなと思うのですが、もしかしたら事務局で考えられているイメージとは違うかもしれませんので、そこを明確にいただいた上で議論を進めていただいたほうがいいのかと思います。

以上です。

○脇田分科会長 では、そこはここで一度確認しておきますか。

今、坂元先生、福島先生から努力義務に関する御意見がありましたので、ここでまず事務局としての努力義務



の定義についてコメントをいただければと思います。

○川村予防接種室長補佐 予防接種室の川村です。

お答えいたします。

予防接種法第9条において、予防接種の対象者等について予防接種を受けるように努めなければならない。もし対象者の方が16歳未満の方である場合は、その保護者の方は対象者に対して予防接種を受けていただくように必要な措置を講じなければならない。要するに、子供さんに受けさせるようにしっかり努めてくださいねという規定になってございます。

こちらの規定は、予防接種を受ける努力義務を定めた訓示的な規定です。同条の努力義務の規定によって直接の法的義務、法的効果が発生することはありません。予防接種の対象者が仮に努力義務のこの規定に従わなかったとしても、何らの法的不利益が課されるものではございません。この規定はあくまで予防接種の対象者の方等に向けられたものなので、この規定によって例えば行政機関が何らかの行為を行うということを義務づけられる規定でもございません。

なので、特にこの規定によって例えば対象者とか行政機関に何らかの行為が義務づけられるものではないという前提で御議論いただければと思います。

以上です。

○脇田分科会長 法律的なところはそういった解釈なのでしょうけれども、例えば我々が説明する場合に、もう少し分かりやすくブレイクダウンして今の御説明を解釈するとすると、どういうことになるのですか。

○鶴田予防接種室長 予防接種長の鶴田です。

努力義務のところはこれまで議論されてきているわけですが、今回のコロナで言えば、妊婦さんに関しては努力義務がかかっていなくて、ほかの方々は努力義務がかかっているといった状況であります。どちらの場合もワクチンを接種するかどうかということは最終的には御本人様が御判断をする。御本人様が御判断できるように、行政としてはしっかりとメリット、デメリットが分かるような情報を発信するということであります。

努力義務がかかっているか、かかっていないかというところで言いますと、御本人様方が、妊婦さんについて言えば、当時は安全性のデータが治験上はなかったわけですので、我々が提供できる限りの情報を提供した上で、メリデメを踏まえて御本人様が意思決定していただくということをさせていただいたということになります。

先ほど川村から御説明したのは、努力義務をかけてあったとしても、それによって何らかの法的な罰則などはかからないということになります。

以上です。

○脇田分科会長 なので、もう少し分かりやすく、努力義務があるからこういったメリットがあります。一方で、先ほども子供の場合は保護者が子供に受けさせるように努めなければならないといったお話がありましたけれども、そういった解釈のところがもう少し分かりやすいといいのかなと思うのですが、その点、もう少し解釈というか、そういう点で事務局のほうから何か説明できませんか。

○鶴田予防接種室長 先ほど坂元委員からも御紹介がありましたけれども、努力義務がかかっているとかかかっていないことによって、自治体側の受け止めとして、先ほどの御説明のように、これは法的効力というか、結果としてそういった意味合いがあるということだとは思いますが、法的効力だけでぎりぎり行くと先ほどの説明になってしまうのですが、現場の実態運用の中での違いというところでいきますと、先ほど坂元委員が説明された内容が非常に分かりやすいのかなと思いました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

なかなか事務局から言いにくい部分もあるかもしれないのですが、実態的な運用として自治体の環境づくりに役立つであるとか、先ほどの保護者のほうに関しても、子供さんたちに接種を受けやすくさせられるような環境づくりができるといった解釈のかなと理解しましたが、努力義務を適用するかどうかというところで大事なところでございますので、この点についてもう少し意見をいただきましょうか。

そうしましたら、阿真先生、釜沼先生、お願いいたします。

○阿真参考人 ありがとうございます。

努力義務の話と違うので、後にしたほうがいいですか。

○脇田分科会長 そう。では、後で御指名させていただきます。

釜范先生、お願いします。

○釜范委員 坂元先生がよくまとめてくださったとおりだと私も理解をしていますが、事務局からも説明があったように、妊婦さんの接種の判断のところで、まだ副反応あるいは体に対する負担に関しての十分なデータがないということをもって努力義務を外すということは妊婦さんに対して行われたので、そのことと小児の場合どうだろうかというところが違って考えられて、そして、小児の場合も、場合によってはむしろ努力義務を外したほうがいいのかというようなことを意見として持っておられる方がおられて、そのことについては先ほどの事務局あるいは坂元先生からの整理で大分クリアになってきたとは思いますが、関連で申しますと、妊婦さんに対する接種の扱いはこのまま続ける形でいくのか、それとも、妊婦さんに対しても現状では産婦人科の方々からも積極的な接種のほうがふさわしいという意見で大体ほぼ統一されているというか、そういう意見の方がほとんどだと私は認識していますので、そういうことから考えると、妊婦さんに対する部分も含めて、それ以外の一般の方と同じ形にして、小児の場合も同様の扱いというのが一番分かりやすいのではないかなと私は思います。

仮に努力義務がかかっても、保護者、あるいは場合によっては本人の希望を踏まえてしっかり対応して、ということによって罰則がかかるわけでないというこの努力義務の考え方というのは、私の記憶では平成6年の大きな予防接種法の改正のときにも議論されて、そのときにこういう方向になったと私は認識していますけれども、その精神にも合致すると思います。

あとは、今回、予防接種は公費でしっかり、特に国がかなり費用を負担するという形でやっけていまして、そのことについては、いずれ自治体と国との役割分担というようなことの見直しも出てくるかもしれないのですが、いずれにしろ予防接種法に基づく接種ですから、これは個人の負担はないという形では整理されてくるでしょうから、費用負担等の問題に関しても、あまり特別な扱いでなくて、従来の考え方がしっかり踏襲されて、小児もそのカバーの中に入るというほうが私はいいのではないかなと思っております。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

今、釜范先生にかなりきれいに整理していただきました。ありがとうございます。

そうしましたら、今日議論しなければいけないのが、小児（5～11歳）に対して接種の機会を提供することをどう考えるか。それから、もし接種を行うという場合に努力義務をどう適用するかどうかということです。その両方について御意見をいただければと思います。その際に、妊婦は今努力義務が外れているので、そちらもデータが出てきているので、この機会に一緒に努力義務を適用してはどうかという点も含め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。

伊藤先生、お願いします。

○伊藤（定）委員 どうもありがとうございます。

まず、順序よくいきますと、3月中旬に小児への接種が開始されるということではありますが、追加接種の時期とも重なるため、現場が混乱する状況になってくるのではないかと思います。特に、町の場合、集団接種のみのところがありますので、モデルナ、ファイザー、そして、小児用ワクチンが一体的になると、とてもではないが対応できません。現在、医療機関に対し、小児の接種をお願いしておりますが、なかなかうまくいかない状況のため、可能であれば国からも強力な要請をしていただくとともに、広域的な医療機関での小児の接種ができればと思います。

また、努力義務について、我々現場としては、今までも今後も接種券を送って、様々な情報を的確に提供するという形しかないだろうと思います。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、中野先生、お願いいたします。

ありがとうございます。中野でございます。

○中野委員 努力義務という言葉のそもそものは、釜范先生が整理されたように、1994年の予防接種法改正で出てきた概念であると私は考えています。そして、その努力義務というものがあることによって、いろいろな公的な場での、それこそ接種に来るときの保護者の方がお休みとか、それが運用できているというのは、日本としていいところかなということで評価はできると私は思います。

ただ、自分として思うのは、海外の予防接種制度と比べますと、今日もアメリカやフランスなどの海外の小児へのワクチンの接種の推奨というのを示していただきましたが、これはあくまで接種の推奨の度合いであっ

て、そこで区別しているわけなのですが、日本の場合は予防のためにお勧めするというワクチンの公的関与が、お勧めする側の接種勧奨と受ける国民の方の側の努力義務と、私としては努力義務というよりは国民のほうに課せられていると思いますし、接種推奨は接種をする主体のほうにかかっている言葉だと思って、同じ予防のための行為を2つの方向から見ているがために話が混乱しているのかなという気がいたしております。それで、自分として、妊婦さんの努力義務が課せられなかったのは、確かにダブルブラインドで治験をしていないわけで、エビデンスとして乏しかったことは事実で、それが無いものは努力義務にするという考え方なら、それはそれで成り立つと思うのですが、逆に努力義務を課さないことによって推奨の度合いが薄いのだという印象を醸し出すようなことになってしまうと、ある意味、接種推奨と努力義務はそれぞれ母体が異なるので、かえって混乱しないかなということが気になりました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

福島先生、お願いします。

○福島委員 委員の先生方、ありがとうございます。

非常に議論が進んだと思うのですが、努力義務という言葉は、もともと罰則付きの義務だったのが、いろいろな経緯がありまして、1994年に努力義務に落とされたということは、私も経緯としては十分分かっていました。しかしながら、その意味が、もちろんこの委員の先生方では共有できているのかもしれませんが、パブリックに向けて「努力義務があります」と言ったときに皆さんどれくらい分かっておられるのかということを私は常々気にしていましたし、今、まさに中野先生がおっしゃられたように、例えば定期のワクチンでしたら接種勧奨と努力義務が必ずセットになっているのです。定期A類であれば接種勧奨あり、努力義務あり。定期B類だったら接種勧奨なし、努力義務もないというセットになっているのですけれども、臨時のコロナワクチン接種に関しては、ねじれといいますか、別々に考えられていて、それが接種を提供する側と受ける側の考えることであるためにごっちゃになっているような気がするのです。

なので、そこを整理した上での議論の進め方だったらよいと思います。また、これは今日の議題ではないのは分かっていますが、いわゆる努力義務について、予防接種法上でどう位置づけるかというのは今後予防接種室に考えていただきたい。というのは、中野先生も言われましたように、海外のワクチン接種はリコメンデーションしかないの、とてもシンプルなのです。なので、努力義務という言葉を入れることによって議論が混乱するのであれば、将来的にこの用語をどうするか、落ち着いたときで結構ですので一度議論いただきたいと思います。

以上です。

○脇田分科会長 どうもありがとうございます。

今、福島先生から定義があった、そもそもの努力義務という言葉の使い方というか定義を改めて予防接種法上で再検討すべきだという御意見ですので、直近、すぐということにはならないかもしれませんが、事務局にはお願いをしたいと思います。

そのほか、阿真先生、よろしいですか。

○阿真参考人 ありがとうございます。

保護者の方と小児のコロナの接種についてお話しする機会を持っていますが、そのときに、アンケートの結果を見させていただいて、印象はあまり変わらないのですが、実際にお話しして下さる方々の感じだと、非常に受けた、早く受けた、早くしてほしいという人と、全く必要性を感じないという方とやはり大きく分かれているなという印象を受けています。早くしてほしいという方々は、保育園だったりというところで実際に感染が出たとかといったところだと、防ぎようがないから早く打ちたいとおっしゃいますし、学校の中で今までほとんど感染がなかったような学校だと、全く今までとおりでいいじゃないか、副反応のほうが怖いとおっしゃいますし、そこはかなり分かれているなという印象をまずそもそも持っています。

その上で、小児科の先生と割といつも活動しているので、一次医療機関の先生ですけれども、小児科の先生にそういったお話をすると、小児科の先生も分かれているという感じを受けます。もちろん社会にとって必要だということは分かれていないのですけれども、そうではなくて、すぐ打ったほうがいいのか、まだ待っていていいのかというところについては意見が分かれているのかなという印象があって、やはりそれは親の混乱の原因にもなるので、厚労省に求めることか、小児科学会に求めることかというところはあるのですけれども、情報提供を小児科学会と一緒にして、一次医療機関の先生方も接種をするということになったらなるべく情報共有していただけるといいかなと思います。



前日も言ったと思うのですが、接種の機会が提供されるといいということは変わらずに思っております。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

ありがとうございます。

今日決めるわけではないので、接種のほうに関しては、接種の機会を提供するべきであるという御意見が大体のところだったかなと。

一方で、努力義務に関しては、適用するかという前に、努力義務の意義、意味が広く市民に周知されていないのではないかという御意見があって、それはしっかりと説明をする必要があるということです。ただ、努力義務を課すことによって、接種の環境づくりには役に立つだろうといった御意見だったと思います。

そういうような今日先生方からいただいた御意見も参考というか、踏まえて、まとめていただいて、再度議論するということになると思いますので、かなり進んでいる領域ですから、その時点で副反応や有効性など、さらに情報がアップデートされてくるといいますから、そこに関してはまた情報提供をしっかりとしていくということだと思います。あと、小児科学会の先生方からも意見の共有といいますか、そういったものがあればその時点までにまたしていただくということかなと思っております。

事務局からここまでの議論でここまでございますか。

○鶴田予防接種室長 事務局です。

活発な御議論、ありがとうございました。

努力義務については、これまでの経緯、その意義について事務局でまた整理して、次回議論できるように準備したいと思っております。

また、今回御指摘いただいた中で、短期的な課題、中長期的な課題、両方御指摘いただいたと思いますので、それもまた整理して次の議論に備えたいと思っております。

妊婦さんへの努力義務の適用についても今回御示唆をいただいておりますので、それらをまとめて御議論できるように準備していきたいと思っております。

活発な御意見、ありがとうございました。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、時間もあまりありませんので、次の議題に移らせていただきます。

次は2番目のHPVワクチンのキャッチアップの接種についてということであります。

こちらの事務局からの資料の提出は資料4となっております。こちらの説明をお願いいたします。

○吉川参与 事務局でございます。

HPVワクチンについて資料を御説明させていただきます。

本議題に関しまして、資料は、資料4「HPVワクチンのキャッチアップ接種について」でございます。そのほか、参考資料として参考資料1-1、1-2、2がございます。

では、資料4を御説明させていただきます。

右の下のほうにページ数がございますので、これから参照するページ数は右下のページ数を御覧いただければと思います。

1ページ目、目次でございます。HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて、HPVワクチンの接種を進めるに当たっての留意点について、本日の目次として2つ挙げさせていただいております。

3ページ目を御覧いただけますでしょうか。

こちらは前回11月15日の資料と全く同じものでございます。前回の課題と論点について改めてお示した形でございますが、前回は、これまでの接種状況について、平成12年度以降の生まれの世代では、それ以前の生まれの世代と比較してワクチンの接種率が低くなっているというデータをお示したところでございます。ワクチンのキャッチアップ接種に関する有効性・安全性のエビデンスについてでございますが、有効性に関しては、おおむね16歳以下の接種で最も有効性が高いが、例えば20歳頃の初回接種までであっても一定程度の有効性が保たれること、また、性交経験によるHPV感染によってワクチンの予防効果が減少することなどが示されていることをデータとして出したところでございます。

また、安全性につきましても、定期接種の対象年齢以上の世代の接種についても明らかな安全性の懸念は示さ

れていないというところまでございました。

その上で、キャッチアップ接種の考え方について、キャッチアップ接種の対象者、期間、対象者への周知・勧奨の取扱いについて、これら3つの検討の軸について御議論をいただいたところまでございます。

4ページ目です。

キャッチアップ接種の基本的な考え方を改めてお示ししております。

予防接種法におきまして、疾病の発生及び蔓延予防の観点から、接種した場合のリスクとベネフィットを比較考量した上で、投与することでベネフィットがリスクを最も上回ると期待できるものを定期接種の対象者として定めているところまでございまして、HPVワクチンは12歳から16歳となっております。

一方で、今回御議論いただきますキャッチアップ接種についてでございますが、HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して、公平な接種機会を確保する。この観点から、時限的に従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行うことと考えております。

5ページ目、キャッチアップ接種の開始時期についての資料でございます。

ワクチンの定期接種の対象者は、予防接種法の施行令（政令）にて規定されているものでございますが、キャッチアップ接種の対象者や期間についても同令で定めることを想定しております。

政令を定めるに当たりましては、パブリックコメントの実施や市町村等実施主体での準備期間といったものを考慮する必要がございまして、現時点では政令の施行は令和4年4月、来年度からを想定しているところでございます。こうすることによりまして、現在、16歳の学齢の方々に関しましては、来年の4月、切れ目なくキャッチアップ接種が可能となるとところまでございます。

6ページ目、キャッチアップ接種の検討における3つの軸、対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて改めてお示したところまでございます。

7ページ目は、各年度生まれの方々が何歳に到達するのか。そして、それぞれの方々が緊急促進事業あるいは定期接種の対象者であったのかどうか。また、色が濃いピンク色のところに関しましては、標準的接種期間にあった者、13歳の学年といった形の表をお示しております。

また、上の灰色のところには推定される接種率を論文から出してございまして、平成9年度生まれから平成11年度までの方々に関してはおよそ70%以上の数字で接種率がある一方で、平成12年度以降生まれの方に関しましては、10%あるいはそれ以下の水準であるというデータでございます。

8ページ目、9ページ目、10ページ目は、それぞれ検討の軸に関して、前回お示した考え方、また、審議会での主な御意見、それに対する事務局案をお示したところまでございます。

8ページ目、対象者でございます。

前回の資料では、接種機会の公平性、そして、接種による有効性・安全性のバランスといった観点を踏まえて検討することが必要ではないかと事務局からお示したところ、主な御意見としまして、大きく分けて2つ御意見を頂戴したところまでございます。

1つ目は、積極的な勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった9学年、これらの世代全てが接種機会を逃した可能性があることから、公平性の観点から対象とすべきではないか。

2つ目の意見としましては、積極的な勧奨は標準的な接種期間である13歳を対象としていることから、積極的な勧奨を差し控えている間にこの学年に該当しました6学年を対象とするという考え方もあるのではないかと。

2つの意見があったところまでございます。

事務局案としましては、1つ目の御意見をおっしゃった先生方が多かったことも踏まえまして、HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から、積極的な勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった9学年（平成9年度生まれから平成17年度生まれ）全てをキャッチアップ接種の対象とすることとしてはどうかとお示しております。

9ページ目、期間に関してです。

期間に関しましては、接種機会を確保する観点から一定期間実施することが重要。ただ、これが短過ぎる場合、あるいは長過ぎる場合について、それぞれ、例えば短い場合ですと、接種が集中することによって医療機関・自治体の業務などが逼迫したり、あるいは接種を希望してから実際に接種するまでの待ち時間等に影響を与える可能性がある。また、過度に長く設定した場合に関しては、早期に接種を行う必要がないという誤ったメッセージにつながる可能性があるといった観点から御議論をいただいたところまでございます。

これに関しては、自治体の準備や医療機関における接種体制等から逆算して期間を設定することが重要ではな

いか。自治体の準備や接種対象者の接種機会の確保の観点から、1年間では短過ぎるのではないかと、3年間程度が妥当なのではないかといった御意見を頂戴したところでございます。

事務局案です。接種対象者の接種機会の確保の観点、自治体の準備、医療機関による接種体制等の観点を踏まえ、キャッチアップ接種の期間は3年間とすることとしてはどうかとお示しているところでございます。

10ページ目です。周知・勧奨の取扱いについてというところでございます。

11月15日の資料では、様々な周知・勧奨の方法があるということをお示したことに對しまして、主な御意見として、ワクチンの有効性やその年齢・性交経験との関係等についての情報をしっかり周知した上で、接種するかどうかについては接種対象者に検討・判断してもらうのがよいのではないかと。予診票を個別送付することにより、接種が強制であるかのように捉えられる可能性についても考慮すべきではないかといった御意見を頂戴したところでございます。

事務局案です。キャッチアップ接種の対象者については、予診票の個別送付を行うこと等による個別の勧奨を一律に求めることはせず、対象者が接種について検討・判断できるよう、ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施していくこととしてはどうか。その際、情報提供資材を個別に送付するなど、対象者への確実な周知に努めることとしてはどうか。

11ページ目を御覧ください。

今申し上げました3つの軸に関して、一覧でまとめたものでございます。赤い太枠で示したものが、今回事務局案として示しましたキャッチアップ接種の対象者、期間のものでございます。令和4年度から令和6年度の3年間、9学年に対してキャッチアップ接種を行う。

右下のほうに階段状のところがございますので、ここについて補足で御説明をさせていただきます。

キャッチアップ接種が複数年にわたりますと、例えば平成18年度生まれの方に関しては、来年度令和4年度は定期接種の対象となりますが、令和5年度、令和6年度は定期接種の対象から外れてしまうこととなります。令和4年度からですと、この方々が実質1年間しか期間がないということが、ほかの学年の方々と比べて接種機会が少なくなってしまう可能性があるということがございますので、それを勘案しまして、平成18年度生まれの方々に関しても令和5年度、令和6年度にキャッチアップ接種の対象とするという形で示したものでございます。平成19年度までの方々に関しても同様の考え方で、そのため、右下の段に関しましては階段のような形になっております。

12ページ目を御覧ください。

キャッチアップ接種の開始に向けたスケジュールのイメージをお示しているところでございます。先月11月及び12月にこちらの分科会にてキャッチアップ接種について議論を行っていただいているところでございますが、方針について了承をいただいた場合に関しまして、その後のスケジュールとしては、来年1月から2月に関して政令の改正案の要綱について、こちらの分科会にて諮問を行っていただく。そして、2月から3月にかけてパブリックコメントを実施し、3月に公布、4月1日から施行していくといったスケジュールをイメージしております。

13ページ目、その他の論点についてお示しているところでございますが、前回の審議会にて、過去にワクチンを1回または2回接種した後、接種を中断し、接種のスケジュールを最後まで完了していない方への対応や、ワクチンの交接種、これは2価ワクチンや4価ワクチンの異なるワクチンを使う場合の可否についても検討すべきではないかといった御意見を頂戴したところでございますので、事務局案としましては、これはエビデンスなどを踏まえてより技術的な要素を含む課題であることから、今後、予防接種基本方針部会にて議論することとしてはどうかということをお示しております。

14ページ目です。少し観点が変わりまして、ワクチンの接種を進めるに当たっての留意点について示しているところでございます。

15ページ目、11月の合同部会及びワクチン分科会にて、ワクチンの接種を進めるに当たっては、地域におけるHPVワクチン接種に係る診療・相談体制について再活性化し、また、さらに強化していくといった方向性が確められたところでございます。

こうした議論を踏まえまして、11月26日に厚生労働省健康局長通知を発出しておりまして、HPVワクチンの供給・接種体制等を踏まえつつ、接種の個別勧奨などを行っていく例示を示したところでございます。また、十分な相談支援体制医療体制の確保に遺漏なきを期されたいということもお示したところでございます。今後、定期接種の個別勧奨、また、キャッチアップ接種によって接種者が広がっていくに当たり、より具体的にそれぞれの関係者の役割を示すことが重要ではないかと考えておりまして、16ページ目、今後HPVワクチ



ンの接種を進めるに当たっては、接種後の症状に対する相談支援体制・医療体制の維持・確保が重要であること、個別勧奨の再開及びキャッチアップ接種の開始に伴う接種需要の急激な変動が予想されることなどから、以下のような対応を求めていくこととしてはどうかということを示しております。

都道府県におかれましては、医療体制について中心的な役割を担っていただくことが求められると考えておりまして、協力医療機関が要件や役割といったものを果たすための体制を維持しているかどうかについて改めて確認をしていただくこと。

また、協力医療機関が研修会を受講するように進めていただくこと。

さらに、医療体制として、患者さんの行き場がなくなる状況とならないように、患者さんというのはHPVワクチンを接種後に何らかの症状が出た患者さんという形でございますが、医療機関ごとの役割分担の明確化、関係者の連携等について調整を行っていただきたいということ。

ここまですが医療の話でございますが、（４）相談窓口について、相談を一元的に受け付け、個別の状況に応じて柔軟に対応する機能を改めて確認をしていただくこと。

また、以上のような取組に関して、市町村に対してしっかり周知を行っていただくことが都道府県に求められる役割ではないかと考えております。

17ページ目、市町村の役割でございますが、市町村において策定される予防接種実施計画の策定に当たっては、ワクチンの供給・接種体制や相談支援体制・医療体制に係る都道府県の取組といったものを踏まえること。

また、接種対象者やその保護者に対して、ワクチンの有効性・安全性に関しての必要な情報等を届けること。管内の医療機関に対して、ワクチンの接種に関する情報提供資材や相談支援体制・医療体制に係る都道府県等の取組についてしっかり周知を行っていただくこと。

管内の医療機関に対して、ワクチンの接種の有効性・安全性について十分に接種対象者等に説明するように周知を行っていただくこと。

また、予防接種による副反応疑いの報告が適切に行われるよう周知を行っていただくこと。

そして、最後、ワクチンの接種後に症状が出た方からの相談についてしっかり対応していただき、もし市町村では十分な対応ができない場合に関しては、必要に応じて適切な相談先を紹介することとして市町村の役割をお示ししているところでございます。

18ページ目、協力医療機関の役割でございます。協力医療機関に関しましては、地域においてワクチン接種の症状語の対応について中核的な役割を担う医療機関として診療を行っていただきたいということ。

地域の医療機関から紹介された患者さんを受け入れる体制、そして、診療科間での情報共有をしっかりと行っていただきたいということ。

また、都道府県と連携をしながら、接種を行う医療機関に対して診療に必要な情報を提供していただくよう努めていただきたいということ。

より専門性の高い医療が必要と判断した場合には、厚労省の研究班のほうに相談をいただきまして、必要に応じて適切な医療機関を紹介していただきたいということ。

厚労省が行う研修会を可能な限り受講していただきたいということ。

協力医療機関の診療実態等に関して把握するための調査について、可能な限り御協力をいただきたいということ。

これらを協力医療機関の役割としてお示ししております。

19ページ目、接種を行う医療機関についてでございます。

厚労省が提供する様々な情報、また、都道府県や協力医療機関等からの情報といったものを参考にして、ワクチン接種に関する最新の知見や相談支援体制医療体制について理解を深めるように努めていただきたいということ。

接種対象者等に対して、ワクチンの有効性・安全性について十分かつ丁寧に説明をしていただきたいということ。

厚労省が作成しているリーフレット等を参考にして、もし症状が出た方に対しては、丁寧に適切に対応していただきたいということ。

また、接種に必要なワクチンの入手等について、事前に卸売販売業者と十分に協議等を行う。そして、医療機関においても必要量を考慮した上で注文及び在庫管理を行うようにしていただきたいということ。

それを接種を行う医療機関における役割としてお示したところでございます。

こういった役割を担っていただくために、例えば通知のような形で厚生労働省から関係者に対して協力を要請するようなものを出すイメージを考えております。

20ページ目、参考資料でございまして、協力医療機関の要件についての資料でございます。

また、21ページ目に関しましては、地域における接種に係る診療相談体制の強化のイメージでございまして、11月12日あるいは11月15日にお示しした資料から、都道府県と市町村の間の連携、そして、都道府県と関係する団体医師会などとの連携、また、市町村と地域の医療機関への情報提供などの連携といったものを追加したものを改めてお示したところでございます。

説明は以上でございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、前回の我々の議論も踏まえて、今回事務局に整理をしていただきましたので、この考え方に関して御意見、御質問等あればお願いしたいと思います。

では、順番をお願いしていきます。まず伊藤澄信先生、それから坂元先生の順番でお願いします。

○伊藤（澄）委員 ありがとうございます。

公平性を担保するという観点で対象者を広げられたということで、大変よかったと思っております。

もう一つは、供給の問題もあるのだと思いますが、3年間の猶予期間を設定されていることはよかったと思う反面、今まで使われていなかったHPVワクチンを急に使うようになることになりませんが、供給は大丈夫なのでしょうか。

もう一点は、シルガード9という商品名で新しいワクチンが薬機法上承認されていて、現場ではそのワクチンを接種されている方も多いと聞いています。それは予防接種法上の対象ではないと理解していますが、逆に新しいワクチンが出て切り替わることによって、現行使われているワクチンの供給体制が本当に大丈夫なのかという不安があるのですけれども、3年間という期間の中に接種の順位づけみたいなものについて考え方を示さなくてもよいのかという点と、供給が一時的か恒久的になるのか分かりませんが、うまくいかなかったときの安全措置みたいなものを幾つか入れられているとは思いますが、それらを提示しないと現場が混乱するのではないかと思いますので、基本的な考え方について教えていただければと思います。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

先に御意見を伺いますね。

坂元先生、お願いします。

○坂元委員 まず、キャッチアップ接種の対象者は9学年全学年ということで、私もこれでいいかと思えます。

それから、キャッチアップ接種の期間なのですが、3のキャッチアップの対象者への周知等にかかってくると思うのです。今、事務局案では全員に周知するというので、私も大賛成です。そうしないと、キャッチアップ期間は周知しないと3年間で短いかもしれないのです。だから、やはりこれは全員周知が必要だろうということと、必要な資料の中にはやはり予診票等も含まれるべきだと思いますのは、既に川崎市は6月から対象年齢の方に全員予診票を送ってやっております。最初は案内のパンフレットだけだったのですけれども、予診票がないという苦情と、一々予診票の連絡等がかえって事務が煩雑になるということなので、結果としては、今、全員に予診票を送って、3,000以上接種は超えていますが、それを送ったことによって、いわゆる苦情等は1件も来ていないということなので、やはり予診票も含めて全員に周知すべきだと思います。

それから、先ほどの5～11歳のコロナのワクチンと同じ勧奨接種と努力義務というのが、このA類の場合もいわゆる予防接種法上の定期接種A類にかかってくると、セットで勧奨接種と努力義務がつくかと思います。その辺も、かえってそれを外すということは、恐らく法上は別に法立てをしないと外せないと思いますので、その辺も肅々とやっていくべきだと思います。

それから、伊藤先生がおっしゃった、いわゆる順番だとかワクチンの供給とか、いろいろなワクチンが出てきてしまって混乱が起きないように、そこら辺のテクニカルな部分は基本方針部会等でしっかり議論をして周知していく、決めていくということが必要だと思っております。

以上でございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

それでは、福島先生、お願いします。

○福島委員 ありがとうございます。

事務局として非常にきれいに整理していただいております。

検討の軸の1番と3番、対象者や周知の方針などについては、私は事務局案で異存はございません。

2番の期間なのですけれども、私、前回の分科会で、「例えば3年」と言った責任を感じていますが、今、3年と事務局案で提示していただきまして、これでちゃんと完結できれば非常にすばらしいと思いますし、伊藤先生も坂元先生もおっしゃったことなのですけれども、あとは供給が追いつくかということだと思います。もちろん自治体の準備や医療機関における接種体制等の観点についても事務局案では述べていらっやって、ここをクリアすることが大前提なのですけれども、その次は供給の問題になると思うのです。

スライドの19枚目、今後の留意点のその5の最後の4点目に、医療機関側の留意点として、過剰に発注しないように卸さんとかと十分に協議を行って、必要量を考慮した上で注文及び在庫管理を行うということになっているのですけれども、これもメーカーさんからの供給がないとなかなか難しいかなと思いますし、今般、健康局長の通知により来年4月からいわゆる定期A類での個別勧奨も再開されることになりましたので、その辺りの状況の確認をよろしくお願いしますということです。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

佐藤先生、お願いします。

○佐藤委員 ありがとうございます。

9学年全学年に接種機会を設ける枠組みになったことはよかったと思います。

それから、期間の3年については、現実的な観点から導き出された数字であると理解しています。今、供給の問題が出たところではありますが、3年という期間を設けてはいるものの、早く打つことに効果があるということと、年齢が上がるにつれて効果が薄れるデータがあるということについては、きちんと情報提供をする必要があると思います。

同じようにアナウンスの問題ですけれども、今回キャッチアップをお勧めするものである以上、きちんと対象である個々人に情報が届くことが重要だと思います。その点で、情報提供資材が個別に送られることになったのは大変よいことだと理解しております。これは最低限必要なことだと思います。

坂元先生がおっしゃられたように、私自身はこの個別資材の中に予診票が入ったほうがよい気がします。抵抗感のある自治体があり、ナイーブな問題であることは理解はするものの、お勧めする以上、予診票を同封するのが適切な対応ではないかと思います。自治体によって予診票を送らないところがあるのであれば、最低限接種場所はお示しいただいて、接種場所に行けば予診票があるという形にして、接種に行きつくハードルを下げる必要があると思います。

以上です。ありがとうございます。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

ここで一旦今、4人の先生から御意見いただきましたので、事務局のほうに聞いてみたいと思います。

伊藤先生、坂元先生、福島先生、佐藤先生からそれぞれ御意見がありました。質問にもしコメントがあれば、予防接種室のほうからお願いできますか。

お願いします。

○吉川参与 事務局でございます。

まず、供給に関しまして、伊藤委員、坂元委員、福島委員から言及がございましたので、御説明をさせていただきます。

ワクチン需要の前提となる接種率を考えるに、様々な要素が影響するために、正確に接種率を見込むことが困難ですので、需要を正確に考えるのはなかなか難しいところがあると思っております。

ただ、本日の資料でもお示しましたように、11月26日の健康局長通知においてお示したような形で、令和4年度から令和6年度にかけて毎年2学年ずつ個別勧奨を行っていただき、また、キャッチアップ接種について、本日、事務局案として示したような3年間かけて実施した場合については、必要なワクチンがおおむね安定的に供給できると考えております。

ただ一方で、定期接種の対象者全学年に対して一度に個別勧奨を行ったり、あるいはキャッチアップ接種を1年であるとか短期間で実施するといったことによって、ワクチン接種の希望数が急激に増加した場合については、ワクチンの需要が一時的に供給を上回る可能性などもございますので、そういったことは留意が必要かなと考えております。

また、優先順位の考え方を示さなくてもよいのかという伊藤委員からの御指摘もございましたが、こちらに関



しましては、同じ説明の繰り返しになってしまいますが、11月26日の健康局長通知において、地域ごとの供給あるいは接種の体制等も踏まえて、例えば3年間に分けて2学年ずつ接種を行っていただくような例示で考え方を示したところでございます。

勧奨の考え方につきまして、坂元委員、福島委員、佐藤委員から御意見がございました。

勧奨に関しましては、こちらは予防接種法のA類疾病に位置づけるような法体系になってきますので、当然、努力義務、勧奨というものもかかってくる形を想定しております。その中で、勧奨について具体的にいろいろ方法はあの中で、今回お示した案としましては、予診票の個別送付を行うことにより個別の勧奨を一律に求めることはしないという形でお示したところでございます。これは、裏を返しますと、地域の実情に応じて、うちの自治体は個別の勧奨を行う必要がある、行ったほうが良いという判断に基づいて行っていただくことは可能と考えておりますし、あるいは地域に応じて、うちが個別の勧奨は行わないという判断もある程度自治体において裁量権を持って決めていただけるような形がよろしいのではないかと考えての事務局案でございます。

また、佐藤委員から周知の方法について御意見がございました。

早く打つことがより効果が高いということについてのアナウンスであったり、あるいは接種するために必要な情報といったものをしっかりリーフレットなどで接種の対象者に届けていくということが重要と改めて認識いたしましたので、今後、情報提供資材などを厚労省で準備する過程に当たってしっかり認識したいと思っております。

どうもありがとうございます。

○脇田分科会長 どうもありがとうございました。

それでは、またさらに御意見を伺っていきたいと思います。

阿真先生、お願いします。

○阿真参考人 坂元先生や佐藤先生のおっしゃることと重複しているので、最後に厚労省の方からのお返事は大丈夫なのですが、まず、9学年の対象と3年間の猶予期間というのが決まったと言っているのですね。事務局案として出されたということは本当にすごいな、科学的な判断がこうしてちゃんとなされるというのは非常にすばらしいことだなと思っています。なので、地域によって科学的な妥当性は全く変わらないと思うので、必要性は変わらないと思うので、接種の勧奨を地域によって考えていただくようなことはする必要はないかなと思っていて、予診票はマストで送っていただきたいと思います。情報提供は予診票につけていただければ十分で、有効性が年齢によって下がっていくこととかといったことは、予診票につけていただければいいと思います。予診票がないと個別に自治体に連絡を入れなくてはいけないということで、そこをかなり面倒がったり、情報が届かなくなってしまうので、予診票は情報提供とセットで送っていただきたいです。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

白井先生、お願いします。

○白井委員 お願いします。

私も重複しているところもあるのですが、基礎自治体によって違う勧奨をすとかということになると、親族とかお友達が隣の市に住んでいて対応が違うということになると不具合が出ますので、これを政治の材料にしてほしくないと思っていますので、ぜひそこも公平性を持った案内が必要かなと思っています。

また、3年間で9学年ということにつきましては、むしろ短いかもしれないということもありましたけれども、9学年を3年間で取り戻さないといけないというような情報提供ができればいいかなと思っています。どのような目標設定ができるか分かりませんが、むしろ3年間のうちで早いうちに取り戻すことができるようにと思っています。

また、一番最後のスライドで診療相談体制の強化のイメージを示していただいたのですが、いろいろお願いする医療機関のところに、こういうような「努めること」ということもたくさん書いていただくと、自治体側からお願いするときに引いてしまうところもあると思うのですが、むしろ今まで小児科とか先生方がやっていたところも、年齢的には内科とか産婦人科の先生方をお願いしないといけないと思いますし、一番最後のポンチ絵の中で、こういうような体制をとってちゃんとバックアップして接種をしましょうということで、接種した先生だけの責任ではないし、もちろん相談体制もあるよということも評価して、それを推しはかって国からも自治体に協力体制の提供をお願いしたいと思います。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

釜范先生、お願いします。

○釜范委員 釜范です。

今回このような流れで、事態が大分進んだということは非常にありがたく感謝をしております。今日の事務局の御提案については賛成を申し上げます。

今後、実際にこの接種がまた幅広く行われるようになると、ワクチンとの因果関係は全く別にして、ワクチン接種後に体調の変化を来す方というのは必ず一定数出てくるわけです。その方々に対して、その方々の困っておられる不都合に寄り添った形でしっかり適切に対応してさしあげることが極めて大事で、これは接種をした医療機関にとどまらず、それ以外の別の病気で受診する医療機関でも対応が非常に適切に慎重に行われることは極めて大事になるわけでありまして、相談は接種した医療機関にももちろん多く行きますけれども、それ以外のところにもついでに折に聞かれることもいろいろあるわけなので、その辺りの医療機関全体の適切な対応は極めて大事だと思っております。これは医師会としても、場合によっては日本医学会とも協力しながら、来年の1月から3月までの間にしっかりした情報発信をしたいと思っておりますけれども、国からも幅広い医療機関でいろいろな相談を受けたときの適切な対応についてさらなる御支援をお願いしたいと思っております。

それから、協力医療機関というものの役割が極めて大事で、これは今のところ全国に84か所あると聞いていますけれども、この協力医療機関が実際に対応する場面は、これまでの実例を踏まえますと、作業量は非常に多いというか、大変な負担がかかる部分がいろいろあったわけなので、都道府県あるいは市町村からの協力医療機関に対する支援というのは、私はぜひ必要だろうと思います。それは、いろいろな形の支援が考えられるわけなので、協力医療機関がしっかり役割を担えるための公的な支援についてもさらに国としてお考えいただきたいと思います。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

森尾先生、お願いいたします。

○森尾委員 釜范先生の御指摘と95%一緒なのですが、接種を進めるに当たっての留意点はその5の「接種を行う医療機関において」ということで、患者さんが受診したときにはしっかり対応してくださいと書いてありますけれども、やはり地域の医療機関向けのメッセージというのは別立てでつくっておいたほうがいいのかなと思います。これは皆さんに関わることで、やはり皆さんが慢性疼痛に対する扱い方というか対応の仕方、ファーストタッチが非常に重要な領域なので、そこら辺は何かつくっておいていただけたらいいかなと思います。これは自治体とか都道府県だけでなく、釜范先生がおっしゃるように国としてのことではないかなと思っております。

以上です。重複して申し訳ありません。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

今岡参考人、お願いいたします。

○今岡参考人 私も同じ意見で、キャッチアップの年齢の対象者が20歳以上になりますので、子宮頸がんの検診が始まります。なので、その場所で情報提供とかリーフレットとかを渡す機会がたくさんあると思います。また、20歳以上なので、保護者の同意が必要ないので、早く個人が情報を得て打つことができるかなと思います。

また、一人暮らしを多分されている年齢の女性なので、ワクチン接種後の対応、相談窓口に不安なくつながるようにしていただきたいと思います。

ありがとうございました。

○脇田分科会長 ありがとうございました。

様々御意見をありがとうございました。

今のところでは御意見だったと思いますので、特に事務局への御質問ということではないということで、皆さんの意見を参考にさせていただくということだと思いますけれども、今、意見を聞いていますと、今日の御提案の1番、2番、3番、接種の対象者、接種の期間、周知・勧奨の取扱いはおおむね皆さん了承ということだったと思うのです。

ただ一つ、予診票の送付に関して、これは自治体によっては機微なところがあるので、自治体に応じてここはやっていただくのだというのは事務長曲からもお話がありました。一方で、委員の先生方からは、ここは満遍なく予診票も入れて情報を提供するべきだという意見も複数あったと思います。

この点について、もし御意見がさらにあれば。

福島先生、お願いします。

○福島委員 ありがとうございます。

事務局案のスライドで、分科会における意見として、予診票の個別送付により接種は強制であるかのように捉える可能性についても考慮すべきではないかというのも、これまた私の意見でして、また重いことを言ってしまったなと思っているのですけれども、本日、特に自治体の先生方からの意見をお聞きして、私の老婆心だったのかなとも思いました。

私は研究者として、HPVワクチンの問題に関わってきた中でそのような懸念もしたわけですが、このたび、厚生労働省のほうでこれだけキャッチアップ接種に向けた基盤を整えていただきまして、自治体の先生方もなるべく混乱がないようにということであれば、これは定期A類の枠組みで行いますので、接種勧奨あり、努力義務ありなのですよね。ということで、予診票を一律に送るという選択肢もありなのではないかと考え直しました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。

そのほか、この点はいかがですか。何かさらに御意見はありますか。

もちろん自治体によってはというところはあるかもしれませんが、委員の皆様の御意見としては、予診票もやはり同時に個人に提供するという話です。

今岡先生、どうぞ。

○今岡参考人 今、シルガード9について、そういうものがあるという情報を入れた上で選択するというのも一つの方法かなと思ったので、付け加えました。

ありがとうございます。

○脇田分科会長 9価のワクチンの情報も提供するべきではないかということですね。ただ、これはまだ定期接種になっていないので、これを待ってしまうと、時間が。それと、この3年間の間に本当に定期接種化されるかという問題点もあるということですよ。その点はあろうかと思います。

坂元先生、お願いします。

○坂元委員 予診票を送るメリットというのは、予診票が送られてくると、そこにいろいろな質問事項が書いてあるのです。そうすると、事前に調べておかないといけないうこととか、例えばほかの医療機関にかかったらそこに確認しないといけないうこととか、やはりあれというのは単に強制というイメージではなく、受ける方があれを読まれて、自分がどうしているかを考えて受けなければいけないかという意味での機会などを与えるという意味で、私は予診票というのはかなり重要な情報元であると思っています。あれをもって強制されたと取られたという訴えはあまり聞かれませんので、努力義務があっても、それはあくまでも強制ではないので、あれは重要な情報元の一つであると私は認識しております。

以上です。

○脇田分科会長 坂元先生、ありがとうございます。

白井先生、お願いします。

○白井委員 私も予診票についてなのですが、自治体から送られるという場合には、住民票があるところから送られるということになると、20代ぐらいの女性、例えば大学生などは住民票を置いていないところに住んでいらっしゃる方も結構いるので、住民票のところからということになると、やはり誤差というか時間差もあると思いますので、接種できる医療機関に行ったら予診票も置いてあるというような対応もしていただけるとありがたいなと思っています。

これは小児の定期接種の場合にも接種券を委託医療機関に置いていただいて、接種していただいているときもありますので、それもできるような形にしていいただければなと思いました。

以上です。

○脇田分科会長 ありがとうございます。それは送付に加えて両面作戦でということですね。

そうしますと、委員の皆さんのおおむねの意見は、やはり予診票を同時に提供すべきだという意見が多かったのだらうと思います。

それから、事務局提案の先ほどの接種対象者、接種期間、勧奨・周知の扱いということは、予診票を除けばおおむねそこには了承をするということで我々の結論にしたいと思いますが、よろしいですか。

予診票のほうに関しては、事務局にまた再検討していただくことにしたいと思います。



それでは、ありがとうございました。これでよろしいですか。

では、事務局におかれましては、この結論を踏まえまして、また対応していただきたいと思います。

それから、HPVワクチンのキャッチアップ接種を進めるに当たっての留意点についても、今日様々な御意見いただきましたので、それを踏まえて対応をお願いしたいと思います。

ありがとうございました。

何とか時間内に終われるような形になりましたが、事務局からそのほかございますか。

○萩森予防接種室長補佐 事務局でございます。

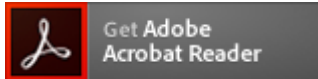
本日は長時間にわたりまして、活発に御議論いただきましてありがとうございました。

次回開催におきましては、追って御連絡させていただきます。

事務局からは以上でございます。

○脇田分科会長 それでは、皆さん、今日も本当に活発な御議論ありがとうございました。

これで終わりにしたいと思います。どうもありがとうございます。



[PDFファイルを見るためには、Adobe Readerというソフトが必要です。Adobe Readerは無料で配布されていますので、こちらからダウンロードしてください。](#)