

# 第71回厚生科学審議会感染症部会 議事録

健康局 結核感染症課

## 日時

令和5年2月9日（木）13:00～15:00

## 場所

厚生労働省 専用第21会議室（17階）

## 議題

- （1）感染症等に関する新たな専門家組織の機能について
- （2）新型コロナウイルス感染症に関する今後の患者の発生動向の把握方法等について
- （3）改正感染症法について（令和5年4月1日施行分）

## 議事

### 議事内容

○杉原エイズ対策推進室長 それでは、ただいまから第71回「感染症部会」を開催させていただきます。構成員の皆様におかれましては、御多忙にもかかわらず御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私、本日議事進行を務めさせていただきます健康局結核感染症課の杉原と申します。よろしくお願いいたします。

本日の議事は公開となります。また、前回と同様、議事の様子をYouTubeで配信いたしますので、あらかじめ御了承ください。なお、事務局で用意しておりますYouTube撮影用のカメラ以外のカメラ撮りにつきましては、議事に入るまでとさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

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。

なお、会議の頭撮りを除きまして、写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、御留意をお願いいたします。

本日は新型コロナウイルス感染症における今般の状況等を勘案しまして、ウェブ会議で開催することとしております。

まず、ウェブ会議を開催するに当たりまして、会議の進め方について御連絡させていただきます。

発言される場合は、まず挙手機能を用いて挙手いただくか、チャットに発言される旨のコメントを記載いただきまして、座長から御指名されてから御発言をお願いいたします。なお、ウェブ会議ですとタイムラグが生じますが、御了承願います。会議の途中、長時間音声聞こえない等のトラブルが生じた場合は、あらかじめお知らせしております番号までお電話をいただきますようよろしくお願いいたします。

続きまして、委員の出欠等につきまして御報告いたします。

御出席の委員におかれましては、通信の確認も踏まえまして、委員のお名前をこちらから申し上げますので、一言お返事をいただければと思います。なお、前回から委員の交代等がございまして、藤田委員、四柳委員に新たに御参画いただいております。出欠確認を今からいたしますけれども、その際に併せて一言御挨拶いただけますと幸いです。

では、五十音順に失礼いたします。

今村委員。

大曲委員。

申し訳ありません。少々お待ちください。

(機器調整)

○杉原エイズ対策推進室長 YouTubeの配信と二重で動いてしまったようで、それで遅延が発生していたようです。今、聞こえますでしょうか。

○釜范委員 釜范です。

聞こえますが、今日はとても条件が悪くて、極めて聞き取りにくいことがしばしば見られます。

以上です。

○杉原エイズ対策推進室長 申し訳ありません。そうしましたら、通信状況が悪い状況で大変申し訳ございませんが、続けさせていただきます。

先ほど釜范委員から通信状況の確認をいただきましたが、釜范委員からもう一度お返事をいただけますでしょうか。

○釜范委員 釜范です。よろしくお願いいたします。

○杉原エイズ対策推進室長 ありがとうございます。

越田委員。

白井委員。

調委員。

菅原委員。

谷口委員。

戸部委員。

中野委員。

成田委員。

西山委員。

藤田委員。

森田委員。

山田委員。

四柳委員。

脇田委員。

ありがとうございます。

なお、味澤委員と賀来委員からは御欠席の連絡をいただいております。四柳委員はこの後離席され、後半にお戻りいただくとの御連絡を受けております。四柳委員、後ほどよろしくお願いいたします。

また、議題2、3に係るオブザーバーとしまして、全国知事会より伊藤様の御参加をいただいております。

現在、感染症部会委員19名のうち離席中の四柳委員を含め17名の御出席をいただいておりますので、厚生科学審議会令に基づきまして、本日の会議は成立したことを御報告いたします。

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。御協力をよろしくお願いいたします。

なお、これ以降は、写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、御留意願います。

(カメラ退室)

○杉原エイズ対策推進室長 それでは、議事に入る前に資料の確認をさせていただきます。

議事次第と委員名簿、座席表、資料は1から3、参考資料1となります。不備等がございましたら、事務局までお申し出ください。

また、議題1につきましては、脇田座長に進め方をお伺いしまして、御所属の組織の関係で、厚生科学審議

会運営規則に基づきまして、中野委員に進行をお願いすることといたしました。

あわせて、この間につきましては、大曲委員、脇田委員には御発言を求めないこととしておりますので、御報告いたします。

それでは、これからの進行は脇田座長にお願いいたします。

○脇田部会長 それでは、委員の皆様、今日もよろしくお願いいたします。

今、杉原さんから御紹介があったとおり、議題1の進行は中野先生をお願いをしています。よろしくお願いいたします。

○中野委員 中野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から各委員に対して事前に資料送付と説明をいただいているところですが、必要なポイントについて、事務局から議題1について簡潔に御説明をお願いいたします。

○伯野大臣官房厚生科学課長 厚生科学課長の伯野でございます。

それでは、資料に沿って御説明をさせていただければと思います。

まず、資料1でございます。「感染症等に関する新たな専門家組織の機能について」という資料を御覧いただければと思います。

1ページでございますが、これまでのコロナの対応等を踏まえた課題や対応の方向性等につきまして、内閣官房の有識者会議や政府対策本部決定での指摘等を整理させていただいております。

具体的には2ページからを御覧いただければと思います。まず、課題等でございますが、こちらは先ほど申し上げた内閣官房の有識者会議、昨年まとめたものの抜粋でございます。特にということで下から2番目の○のところを御覧いただきまして、政府における専門家組織を強化すること、あるいは国内外の情報・データや専門知の迅速な収集、共有、分析、評価等を向上していくこと、あるいは国内の疫学・臨床研究を行う能力の向上を図ることが課題として整理をされているところでございます。

続きまして、3ページを御覧いただければと思います。こちらは政府対策本部決定、6月、9月にまとめられたものの抜粋でございます。まず、上の「対応の方向性」というところを御覧いただきまして、1点目でございますが、こちらは政府自体の司令塔機能を強化していくということで、内閣官房に新たな庁を設置することがうたわれております。こちらは今般、内閣官房に感染症危機管理統括庁というものを設置する方向で議論が進められているところでございます。

あわせて2点目でございますが、こちらは本日出させていただいている内容になりますが、国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合して、感染症に関する科学的知見の基盤・拠点となる新たな専門家組織を創設していくということが言われております。また、具体的にということで、下のほうに機能が掲げられております。大きく3つございまして、まず、先ほど申し上げた感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点が1点目、2点目が国際保健医療協力の拠点となること、3点目でございますが、両機関が現在担っている事業等を着実に引き続き実施していくことがうたわれているところでございます。

4ページを御覧いただきまして、こうした提言等を踏まえまして、今後ということで整理をさせていただいているところでございます。まず、名称についてでございますが、2つの組織を統合して1つの組織をつくっていくわけですが、新しい機構については、危機対応、国際協力、研究、医療提供等の機能を一体的・包括的に持つ機関となりますので、新法人の名称は「国立健康危機管理研究機構」とさせていただくこととしております。

統合後の姿、向かって右側にございますが、法人の機能、業務として重要なところでございますが、感染研が行っております感染症の情報分析、研究、危機対応と、現在NCGMが行っているような総合診療、臨床研究機能をつないで一体的に科学的知見を得ていくこととしております。そうした科学的知見を、先ほど申し上げました内閣官房に設置される感染症危機管理統括庁あるいは厚労省に提供をしていただくことを想定しております。また、医療に関する国際協力の中で人材育成や国際治験ネットワークなどもつくっていくことになり、これらが有機的に連携して事業を行っていくことが新法人の核となると考えております。こうした部門間の連携を横串で統括していくために、総合調整機能を担う部門を設け、理事長、副理事長の下で強力に統括していく形としたいと考えております。

また、病院のほうに線が引かれておりますが、エイズ治療・研究開発センターや国立看護大学校など、NCGMの機能は新機構が全て引き継いでいくこととなります。当然大曲先生のセンター、DCCも引き続きやっていただくということでございます。

続いて、5ページを御覧いただければと思います。新法人の設立に伴い、幾つかの関係法令の改正が必要と



なります。その中で大きな内容を伴うものが3つございます。1点目、感染症法の改正でございます。こちらは現在、感染研の職員が、国の職員として、感染症法に基づいて行っている事務等を新機構に行わせるために、厚生労働大臣の事務や権限の委任規定を設けるものでございます。

2点目、インフル特措法の改正でございます。こちらは新機構が政府対策本部においても科学的知見について意見を述べるができるように、政府対策本部長が必要に応じて機構の代表者を本部に呼ぶことができるようにする等の規定を整備するものでございます。

3点目でございますが、地域保健法の改正でございます。こちらは新機構の業務として、地方衛生研究所等に対する情報提供や人材育成の支援を規定させていただいて、併せて地方衛生研究所等が新機構と情報提供あるいは人材育成等においてしっかり連携していくということを規定する改正でございます。こうしたことによって全国的な検査、サーベイランスの能力の向上を図っていきたいと考えているところでございます。

私からの説明は以上です。どうぞよろしくお願いいたします。

○中野委員 ありがとうございます。

感染症等に関する新たな専門家組織につきましては、この後開催予定の国立研究開発法人審議会高度専門医療研究評価部会において、組織の統合に関する御審議が行われるものと聞いております。感染症部会においては、新たな専門家組織が感染症対策について、設立後、具体的にどのような役割を果たすことが期待されるのか、また、そのためにはどのようなことが必要なのかといった観点から意見を求められていますので、ただいまの事務局からの説明を踏まえて、あらかじめ事務局から御連絡していたとおり委員の方々から網羅的に御意見をいただければと思います。私から名簿の順番に従って指名させていただきますので、各委員の方々、1分から2分程度で簡潔に御発言をいただければと思います。

初めに、離席中の四柳委員からコメントをいただいていますので、事務局から代読をお願いいたします。

○杉原エイズ対策推進室長 代読いたします。

資料の3枚目につきまして、各地方自治体にも専門家がいらっしゃるほうが望ましく、多くの自治体では難しいと思われるので、専門家の意見を地方が共有できるような仕組みを考えてもよいように思う。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。四柳委員からの御意見でした。

それでは、御参加いただいている委員の方々、まず、今村委員から御発言をよろしくお願いいたします。

○今村委員 今村です。

2ページ下から2番目の○の文章に記載されているように、科学的知見と根拠に基づく政策判断に資するため、政府における専門家組織を強化するという方針に賛同します。よりよい政策判断につなげるためには、未知の感染症に対して必要とされる複数の調査や研究を行いながら、その成果を迅速にまとめていくことが必要です。この部分は、これまで行ってきた新型コロナウイルス感染症への対応においても大きな弱点の一つであったと考えています。4ページに示された新たな組織構造によって人材や財源も含めてこの弱点が大きく改善され、より効果的な政策判断につながっていくことを期待します。

また、運用においては、地方との密接な連携、市民の納得につながるコミュニケーションについてもさらに強化していただけたらと思います。

こちらからは以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

では、釜范委員、お願いいたします。

○釜范委員 釜范です。

まず、これは最初に説明をいただいた段階で事前の説明のときにも伺ったのですが、もう一度確認をいたしますが、今回の新たな研究機構は、厚生労働省の下に置かれるという理解でよいのかどうか。新たに設立される内閣官房の危機管理の統括庁という組織ができるわけで、そこに情報は提供するけれども、指揮命令系統は厚生労働省の下にあるという理解でよいのかどうか、そこを確認したいこと。

それから、今回のコロナのいろいろな対応の中で、地方の中核的な病院に公衆衛生の専門家が非常に不足していて、そのことのためにそれぞれの病院でのいろいろな対策やあるいは研究成果がいち早く発表されることになかなかつながらなかったという反省がありまして、今回新たにできる組織が、その組織としての役割を担うとともに、いかに地域の中核病院に対して適切な人材を提供できるかどうか極めて重要な課題だと認識しており、そのことを指摘しておきます。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

御質問は後でまとめてコメントをいただきますので、次、越田委員、お願いいたします。

○越田委員 次なる感染症危機への備えのための戦略の一つとして、アカデミアとしての感染症の専門家、感染症を専門とする臨床医、そして、これら専門家集団が決してぶれることのない独立性を持って政策提言を行うことができるような組織に期待をかけております。

また、医療センターに入院する新興感染症や致死率の高い重篤な感染症の検体を感染研で多角的に調べることによって、早い時期からの病態の解明に取り組み、さらには感染研で研究開発される新たな新薬やワクチンの開発につなげて、その上で医療センターでの治験、モニタリングに駒を進めて、結果的には早期に、すなわち本当に必要とされるときに市場に出回ることができるのではないかと思います。

一方、健康危機管理の視点では、公衆衛生学的な政策は不可欠であり、実地疫学を踏まえた調査や介入によって自治体や地方衛生研究所への支援、連携、さらには人材育成にも大きな期待を寄せるところです。日本版CDCとして有事に速やかな機動力が発揮できるよう、平時からここを頂点とした全国ネットワークの構築も忘れてはならないと考えております。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

では、白井委員、お願いいたします。

○白井委員 白井です。よろしくお願いします。

日本版CDCについては期待されるところなのですが、それぞれ今の国立感染症研究所と国立国際医療センターを単に統合するのではなく、社会実装や倫理や人権問題など人文系の科学を含めたシンクタンクであるように望みたいと思います。現場のデータを吸い上げるというか提供していくことが国として統括されたところに行くのだと思いますけれども、住民の生活や命ということをそのまま尊重していただけるような組織でありますようにと思います。

また、先ほども地方の専門家や地域の医療機関は？という委員の御意見もありましたけれども、この資料では地域との関連、統合された日本版CDCとどのように自治体と関連づけるのか、指揮命令系統はどのように、地方自治体まで連携に含むのか、が読めないのが、その辺は改めて構築されるのかと思いますけれども、それも御配慮いただきたいと思います。

特に問題点の中で、今までリスクコミュニケーションの課題があったと言われておりますので、このような統合組織の中にはあえてリスクコミュニケーションの新たな部門が必要ではないかと思っております。感染症対応の中でリスクアセスメントおよびマネジメントをして、それをリスクコミュニケーションにつなげるよう、これは相互の理解になると思いますので、リスクコミュニケーションの問題があったことは丁寧に説明するだけではなくて、相互理解を補うというか促進することが重要かと思っております。その意味で、これが専門家集団、専門家組織がどういう役割かということはもっと具体的にさせていただくことが必要かと思っておりますので、特に地方、地域との関係について明確にさせていただきたいと思っております。

以上です。よろしくお願いいたします。

○中野委員 ありがとうございます。

では、調委員、お願いいたします。

○調委員 調です。

まず、新機構についてですけれども、今回国立感染症研究所と国際医療センターが統合されて基礎と臨床の一体となった感染症研究によって、ワクチン、治療薬の開発が強化されていくことを大きく期待しております。同時に、これまでの感染研が行ってきました公衆衛生に対する貢献が後退することなくさらに強化することを期待しております。

令和元年度まで6年間感染研の評価委員をしてまいりましたので、その経験を踏まえて3点お願いしたいと思います。まず、地方衛生研究所、地方自治体との連携についてですけれども、新型コロナウイルス感染症の発生初期において、検査体制の立ち上げにおいては、これはなかなか評価されていないところはあるのですが、感染研と地方衛生研究所が協力して、中国の遺伝子情報が公表されてから2週間という短い期間に全国で統一された検査体制が確立できたというのは、感染研と地衛研がこれまで培ってきた連携によるものと考えています。今後、地方衛生研究所と感染研の連携が後退することなく、公衆衛生研究等についても推進していただくようお願いしたいと思います。また、感染研がFETPトレーニングの一環として地方で行う疫学調査につきましても、自治体との情報の共有が、これは感染研が独法化されるということだと思うのですが

も、そうなった以降もきちんと行われるように推進をしていただきたいと思います。これらは先ほど御説明がありました法改正による事務委任によって担保されるものと考えておりますけれども、改めてのお願いをしておきたいと思います。

次に、危機管理、公衆衛生の重要性ということなのですが、米国CDCは新型コロナウイルスへの対応が必ずしもうまくいっていなかった部分もあり、昨年から大幅な機構改革を行っている聞いています。その中で、CDCの業績評価、昇進などのインセンティブが論文の生産性に重きを置き過ぎているという反省があると伺ってまして、新機構においても公衆衛生、危機管理の分野においては、通常の研究機関とは異なる評価基準が必要ではないかと以前から考えておりました。

最後に、希少感染症についてなのですが、近年、感染症は様々な分野、予想しないような感染症が起こっていることを考えますと、多様な専門家が必要だろうと考えます。感染研で行われている広い分野での調査研究をきちんと評価をしていただいて、さらに強化していくことが非常に重要ではないかと考えています。

私からは以上です。よろしくお願いします。

○中野委員 ありがとうございました。

では、菅原委員、お願いいたします。

○菅原委員 菅原です。よろしくお願いいたします。

私も今回の新しい機構の設立、組織編成、大変期待をしているところでございます。その中でもスライド2枚目ですが、課題の3つ目のリスクコミュニケーションのところは気になるところで、今回も一国民として、政府の主要なメンバーの方がいろいろなところで発言されていることが政府の見解と異なるということを見聞きしたこと、覚えがあります。組織をただ変えただけではそういったリスクコミュニケーションの問題はすぐさま変更されることではないようにも思いますので、そこのお立場にある方がどのような発言をなさるかということも含め、組織的にカバーできるような組織体があれば、より一層期待をしたいと思っているところでございます。

私からは以上です。ありがとうございました。

○中野委員 ありがとうございました。

谷口委員、お願いいたします。

○谷口委員 谷口です。よろしくお願いします。

まず、今回の反省を踏まえてといった議論が出てきたのはとてもいいことで、賛成をします。1つだけ、一番大きなことはテクニカルなリコメンデーションと政治的な判断はきちんと区別していただくべきだということだと思います。この新しい組織は独自にサーベイランスを計画、運用、維持して、対策に必要な情報を、技術的に必要であればどこにも許可は要らない。アメリカのEIPのようにきちんと予算をつけて、それを契約してサーベイランスを行う。そして、そこから出てきた必要な技術情報は、テクニカルなリコメンデーションとしてインディペンデントにきちんと国民に公表する。それを一々政府内でクリアランスなどを取っていたら何もできないですし、今と全然変わりません。感染研はマスクについての科学的な効果についてきちんとエビデンスを提供する。こういう場面では必要である、こういう場面ではこうである、こういったことをきちんと提供する。これがCDCであって、科学的に正しいことを正しいと言えない組織などに存在価値はありません。そうでなければただの御用学者ですね。そこをできるように新しい組織ではしていただきたい。

CDCというのであれば、明確なコミュニケーション戦略を設置して、本物のコミュニケーション部門、コミュニケーターを設置してやっていただく。これらをきちんと行うためには、アメリカのCDCと同じようにsemi-autonomousな組織でないと難しいと思いますし、トップというのは専門家である必要があります。UKヘルスプロテクションエージェンシーもそうですし、ロベルト・コッホもそうです。CDCもそうですね。たしか感染症病院の院長が来ましたね。WHOの指揮を執っているマイク・ライアンも生粋のフィールドエpidemiologistです。行政官がそういうところでトップをしているということはあまり聞いたことがない。こういったことを行うことによって申し上げたことが可能になるものと思います。

以上です。

○中野委員 ありがとうございました。

では、戸部委員、お願いいたします。

○戸部委員 全体として賛成ですが、1点コメントいたします。2ページの課題の2番目の「専門家の役割は科学的助言にあり、判断は政治と行政が行うことが適切」という科学と政治、行政の分離という指摘は非常に重要だと思います。この点の分離がはっきりしないと、科学者が政治、行政を行うとか、逆に政治、行政が政



策判断の責任を科学者に押しつけるといった事態が生じます。

その上で、5ページの感染症法の改正の部分ですが、資料の記載には新しい機構に大臣の事務や権限を委任する規定を設けるとありまして、その具体例として立入調査ですとか、そのための要請、命令の執行が挙げられています。具体的に何をどこまで委任する想定なのかははっきりしませんが、資料3ページの下から2行目には新組織については「公権力の行使に係る業務を行わせる」とも書かれています。例えば立入調査でいえば、立入調査は当該事案で立入調査までする必要があるかという政治、行政的な政策判断の部分と、その判断に基づいて科学的な調査を実施するという実行行為の部分の2つから成っています。先ほどの「公権力の行使に係る業務を行わせる」の意味が後者の実行行為のみを新組織に委任するというのであれば問題ないのですが、前者の調査をするかしないかの政策判断の部分まで委任するのであれば、これは科学者に政治、行政を行わせることになりますから、科学と政治の分離という課題に反する結果になります。ですから、この新機構に委ねられるべき公権力の行使の内実については、科学と政治の分離という視点から慎重に精査していただきたいと思います。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

では、成田委員、お願いいたします。

○成田委員 私からは、新機構と地方衛生研究所の連携の点について意見を申し述べたいと思います。情報提供や人材育成について、新たな国立健康危機管理研究機構と地方衛生研究所の連携強化を図るとされております。都といたしましては、現在の国立感染症研究所や国立国際医療研究センターと東京都健康安全研究センターは緊密な連携を図ることができていると認識しておりますけれども、都においてさらに高いレベルでの連携に向けて取り組んでいく際の参考にできればと思いますので、国として現在感じている課題や連携強化に関する現時点の方向性について、ぜひ御教示いただけますと幸いです。

以上となります。

○中野委員 ありがとうございます。

では、西山委員、お願いいたします。

○西山委員 私も全体として賛成をしております。皆様からありましたけれども、2ページの組織のメンバーの方々が政府方針とそごがあるようにというので、特に発言が全体的に一つになる必要はないと思うのですが、日本の国としてどういう方向を向いているのかが住民なり国民の皆さんに分かりやすく丁寧に周知できるような体制をできたらお願いしたいと思います。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

では、藤田委員、お願いいたします。

○藤田委員 藤田です。

私も、全体的に賛成ですが、先ほども御指摘があった、2ページ目の課題の中の「専門家の役割は科学的助言にあり、判断は政治と行政が行う」という峻別は私も非常に重要であると思います。そのうえで、新組織には、課題の4番目の「科学的知見と根拠に基づく政策判断に資するため」という点からも、政策判断は、行動制限や権利制限を伴う場合もあるわけですが、これがきちんとエビデンスに基づいたものであることをしっかりと国民にも理解ができるような形で行われるように、情報発信も含めて行っていただくことを期待しております。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

では、森田委員、お願いいたします。

○森田委員 森田です。

1点目ですけれども、大きな臨床病院組織と高度な研究を行っている感染研が合体するわけですから、臨床検体から高度な解析までの言ってみれば一気通貫の解析体制を確実に担保していただきたい。それでなければ合体する大きな意味がないのではないかと思います。

もう一つは、感染研の大きなこれまでやられてきた役割といいますか仕事の中で、海外への出動、研究というジャンルもあるかと思います。これまでは感染研の職員は国家公務員であったので、いろいろなベネフィットがあったわけですが、これらの海外での活動が不利益を被らないような方策も考えておいていただきたいということが2点目です。

それから、日本版CDCをつくるということなので、BSL-4施設ですね。今、武蔵村山にありますけれども、かなり老朽化しているということで、感染研といいますかCDCにふさわしいBSL-4施設の更新ということもこの機会に考えていただけたらと思います。

以上です。

○中野委員 ありがとうございます。

山田委員、お願いいたします。

○山田委員 私はこの有識者会議の報告を読ませていただいたところ、確かにいろいろな問題があったことは事実ですけれども、その中で特に感染研だとかNCGMが今回の対応で問題があったという指摘は読み取れていません。にもかかわらず、司令塔組織が必要だということは全くそのとおりだと思うのですが、その部分が拡大解釈されて、次の2つ目の対応案か何かの中に突如として感染研とNCGMをCDC化するというのが出てくるので、私は個人的には違和感を覚えています。

というのは、何かやるときには振り返って、ここに問題があって、これを解決するためにはこういうことをすればいいのだ、そういう線上で出てこなければいけないのに、感染研、NCGMの統合というのはそういう線上で出てきているように私には思えません。かといって反対するわけではなくて、以前からCDC化が必要だというのは私自身も思っていました。ただ、そのときに足かせになるのは、感染研のFDA機能とNIH機能と言われるものをどのようにするのか、そこをきちんと考えておかないと混乱を生ずると思っています。

一方、CDCに関しては、先ほど調委員からも御指摘がありましたように、年間1兆5000億円の予算並びに1万1000人の職員を抱えた巨大組織であるにもかかわらず、今回のコロナ対応では大失敗をして、国民から物すごい勢いで突き上げられて、ワレンスキー所長が職員にeメールを送って、今後改革をしていくというお話であると理解しています。したがって、どんなに大きな立派な組織であっても必ずしも危機対応がうまくいかない。だから、組織の中で何をするか、どういう組織にしていけるかを常に考えながらやっていかなければいけないのだと思っています。

そのワレンスキー所長は、議会に対して1兆5000億円という年間予算をもらっているそうですけれども、今回自由に使える予算を確保するように議会に申し出るという報道も出ています。ということは、CDCですら自由な活動が例えばこういうエマージェンシーのときにできなかったのだということを如実に語っていると思います。したがって、組織だけをCDCをまねてつくっても全くそれによって今後の感染症対策が担保されるわけではなくて、こういうときにどさくさに紛れて組織をいじろうとするよりは、基本的に何が 필요한のか、何が足りないのかをじっくり考えて、そのために必要なことをやっていけばよいと。私としては基本的に感染研もNCGMも少ない予算と少ない人員で今回はよくやったと思いますけれども、これが次回できるとは思えません。したがって、新組織をつくるのはいいのですが、恐らく新組織をつくるよりは、両機関の基本的な部分をてこ入れして、それぞれ予算規模、人員規模、そういったものを拡充、強化していくことのほうがはるかに重要ではないかと個人的には思っています。

以上です。ありがとうございます。

○中野委員 ありがとうございます。

これで委員の皆様方は一巡していただきましたが、議題2と3の参考人としてお越しいただいている伊藤参考人からお手が挙がっておりますので、発言をしていただきたいと思います。伊藤参考人、お願いいたします。

○伊藤参考人 福島県保健福祉部次長の伊藤でございます。

議題1について全国知事会を代表して1点申し上げたいと存じます。議題の専門家組織については、各地域の感染状況を的確かつ迅速に分析、収集、反映していくことが大切であると考えます。そのため、新たな機構の運営、経営や意思決定を行う理事組織には、地方衛生研究所をはじめとする地方公共団体を参画させるなど、感染症の実務を担う地方の意見を直接反映できる体制の構築や仕組みの導入をお願いしたいと存じます。

私からは以上でございます。ありがとうございます。

○中野委員 ありがとうございます。

それでは、最後に私も少し意見を述べさせていただきたいと思います。まず、感染症に特化したこのような組織は、現在でも国立感染症研究所も国立国際医療研究センター、NCGMも非常に頑張っていると思います。自分も感染症の仕事をして、とても頼りにしている大切な組織であると考えております。でも、この2つの組織をどのような形で合体というのはいろいろな議論があると思いますが、そのような感染症に特化した組織をつくっていただくことには賛成です。



ちなみに、4ページで国立健康危機管理研究機構という仮称をつけていただいています、もう少し感染症というものを前面に押し出した組織のお名前にしていただいているのではないかと個人的には考えています。

また、3ページで「対応の具体策」の2の国際保健医療協力の拠点ということで、これは現在NCGMがJICA、国際協力機構などとも連携して我が国として主に進めていただいている。もちろん厚生労働省も外務省も各省庁御協力いただいているわけですが、このフィールド機能をどうしていくかに関しては、この2つの組織だけではなくてほかのところとのすみ分けとか、谷口委員がテクニカルな検討と行政的判断という2つの柱のことをお話しされましたけれども、どのように行っていくかということを、この感染症の組織は目的を持った組織であるということで、目的を見定めてぜひいい組織にしていいただければと思います。

ちなみに、私自身が専門としておりますワクチンの領域でも、日本のワクチンスケジュールが海外と以前は充分かけ離れていたために国際共同治験にも参加があまりできなかったのですが、それは徐々に参加できるようになってきていると思いますが、もっと積極的に参加していきたいと思っておりますし、さらには日本のワクチンでWHOのプレクオリフィケーションを取ったワクチンはまだほとんどないので、世界に通用するそういったものも地球上に送り出していきたい、そういう組織になっていただければ非常にありがたいと私は感じております。

私からのコメントは以上で、委員の先生方からは事務局への御質問も幾つか含まれておりましたが、今の時点で事務局から何か御発言いただくことがございましたら、事務局、何かございますでしょうか。

○伯野大臣官房厚生科学課長 厚生科学課長の伯野でございます。

多くの激励、また、御指摘をいただいたと思っております。

御質問いただいた点としては、釜范委員から新機構は厚労省の所管か内閣官房の所管なのかどちらかという御質問があったかと思っております。これについては、所管は厚労省でございます。釜范委員の御指摘どおり、この機構についてはもちろん危機管理統括庁にしっかりデータ、科学的知見を出していただく、もちろん厚労省もですが、そういったところをやっていただくということでございます。

そのほか、大きく幾つか御指摘いただきました。自治体との連携をしっかりとやっていくべきだということについては、今回少し御説明もさせていただきましたが、地方衛生研究所との連携も法律上明記をさせていただこうと考えていますので、より強固な連携に努めてまいりたいと思っております。

また、科学と政策判断という御指摘がございました。これについてもこの機構はしっかり科学的知見を出していくのだということでございますので、そこをしっかりと進めていきたいと思っております。

また、BSL-4の御指摘もございました。これは建て替えのお話がございました。こちらは御指摘のとおりでございます、今回こういう新しい組織ということがございますので、この役割等を見据えた上でどのように進めていくのかをしっかりと検討していきたいと思っております。

山田委員から予算、人員の確保が重要だという御指摘いただきました。これは我々も同じ思いでございます、必要な予算、人員の確保に努めてまいりたいと思っております。

中野委員からもワクチンの開発等々世界に通用するようなものを出していくべきだということでございます。当然この機構だけで全てできるものではございませんので、アカデミア、製薬企業等としっかり連携をしながら国産のいろいろな医薬品の開発に取り組んでいく必要があると強く認識しているところでございますので、当然この機構が基礎から臨床研究、治験まで中心的に担っていけるような組織になっていただきたいと思っておりますので、そういった取組をより強固に進めていきたいと思っているところでございます。

私からは以上でございます。どうぞ引き続き御支援、御指導いただきますようお願い申し上げます。

○中野委員 伯野課長、どうもありがとうございました。

それでは、委員の皆様からいただいた御意見を踏まえて、引き続き事務局で検討を進めていただきたいと思います。

それでは、ここからの進行は脇田座長にお願い申し上げます。

○脇田部会長 中野先生、どうもありがとうございました。

また、皆様、本当に多くの御意見をありがとうございました。

私は内部の人間ですので意見は申し上げないということなのですが、今、外形的にこういったものが望ましいかということで御議論をいただいているわけですが、ただ、新しい機構ができて中身が大事なことに変わりはないわけですので、内部の人間がしっかりとこの組織の中で機能できるようにしていくというのが私の役割でもあって、仏作って魂入れずということにならないようにしっかりとやっていきたいということだけ申し上げておこうと思います。ありがとうございました。

それでは、ここから議題2、3に移ってまいりたいと思います。こちらまず事務局から説明をいただき、皆様から御意見をいただく形で進めますが、この調子でいきますと議題3の途中で時間切れという可能性もありますので、なるべく簡潔に御意見をいただいて、説明も簡潔にさせていただいてという形で、もし途中で途切れたらそのときにまた判断をしたいと思いますので、よろしくお願いします。

それでは、事務局からまず議題2の説明をお願いいたします。

○江浪結核感染症課長 それでは、議題2につきまして事務局から御説明をさせていただきます。

YouTubeの配信の関係で不手際がありまして、申し訳ございませんでした。今は復旧していると承知しておりますので、引き続き進めさせていただきたいと思っております。

資料2でございますけれども、「新型コロナウイルス感染症に関する今後の患者の発生動向等の把握方法について」ということでございます。

1ページでございますけれども、さきのこの部会におきます議論、また、それを踏まえました新型コロナウイルス感染症対策本部におきまして、サーベイランスのことにしまして、感染症法に基づく発生届は終了して、定点医療機関による感染の発生動向に移行するということと、ゲノムサーベイランスを継続するという方向性を示させていただいているところでございます。

2ページでございますけれども、今回御議論いただきたい点は3点でございます。1点目は流行状況の把握について、2点目は入院者数、重症者数の把握について、3点目が病原体の動向の把握についてということでございます。なお、死亡者数の把握についてという課題があると承知しておりますけれども、それにつきましては現在検討しているところでございまして、また追って御検討いただければということで、本日の議題には上げておらないということでございます。

1点目の課題でございますが、流行状況の把握についてということでございまして、従来、新規感染者数の届出によって把握してきた患者数、これにつきましては、医療機関ごとの報告、日報ということで把握している形になってきておるわけですが、今後5類に移行した場合には定点による把握を基本として検討していくということで、本日御議論いただきたいということでございます。具体的には3ページの右のところにその考え方を書いてございますけれども、定点報告を求めて発生動向を把握していくという方向にしていきたいと。あわせて、従来からコロナについてやっておりますけれども、血清疫学調査や下水サーベイランスなどを活用しながら、重層的な流行状況の把握体制でやっていきたいということでございます。

2点目は入院者数、重症者数の把握ということでございますけれども、これは右下のページですと7ページということでございますが、これに関しましては、インフルエンザにおきましては、入院の基幹定点による年齢別、男女別の新規入院者数、重症者数ということで報告をいただいているということでございまして、新型コロナに関しましては基本的にはそちらの方向を目指して検討を進めていくということでございますけれども、一方で、現在G-MISによりまして入院者数、ICU入室者数などを把握しておりますので、その調査が動いている間に関しましてはそちらで把握をしながら、そういった調査の動向を踏まえながら、インフルエンザと同様に重症者の把握については定点に移行していくということでどうかということでございます。

3点目の病原体の動向の把握に関しましては、引き続き新型コロナに関しましては、変異株の発生動向が課題になるということでございますので、これは自治体に大変な御負担をおかけすることではございますけれども、ゲノム解析の目標数については見直しを行いながら、引き続きゲノム解析を実施することとしてはどうかということでございます。

本日はこのサーベイランスの関係につきまして、この3点について御議論いただければと思っております。よろしくお願いいたします。

私からは以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、こちら四柳先生がまだ離席中ということなので、事務局から代読をいただきたいと思います。

○杉原エイズ対策推進室長 代読いたします。

1点目、資料3枚目につきまして、NESID、これはコロナ以外の感染症発生動向調査システムを指しますが、そのサーベイランスが各自治体にどの程度周知され、どの程度入力されているかどうかの評価も同時に並行して進めたほうが望ましいのではないかと御意見。

2点目、資料の6枚目でございますが、血清疫学調査は大切である、V-SYSによる接種歴を入れることができればそのほうが望ましいとの御意見をいただいております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、こちら名簿順に参りたいと思いますので、各委員から御発言をいただければと思います。指名させていただきます。

毎回同じ順番で申し訳ないのですが、今村委員からお願いをいたします。

○今村委員 こちらからは7ページの入院者数、重症者数の把握についてコメントしたいと思います。インフルエンザ定点における調査結果がおおむね新型コロナ流行のトレンドと一致したことから、インフルエンザ入院基幹定点医療機関による入院患者数、重症者数の把握へ移行することも可能だと思います。オミクロン株になってICU以外の病床入院や人工呼吸器を使用しない重篤な高齢者が増えているので、それをどのように把握するのも今後の課題です。例えば胸部CT検査の有無自体がインディケーターになるかどうかということには疑問もあります。オミクロン株によって高齢者の入院が中心となっている中で、重症でも治療において胸部CT検査を必要としない例が増えているからです。インディケーターを決める際には、臨床現場の専門家も協力できればと考えています。

また、インフルエンザ定点であっても新型コロナウイルス感染症の入院を受け入れていない医療機関もあると思います。定点変更を考慮する必要があるかもしれませんが、本来はどちらの感染症も受け入れるべきなので、この機会に検討をお願いすることも考えていただけたらと思います。

こちらからは以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

次に、大曲委員、お願いいたします。

○大曲委員 よろしくをお願いいたします。

私も同じく論点の2の入院者数と重症者数の把握について1点だけ申し述べます。全体としては賛成いたします。細かい話なのですが、報告内容の案が示してありまして、幾つか指標が示してありますけれども、例えば人工呼吸の利用の有無が書いてありますが、今回のコロナ対応の中でも特にオミクロンになって以降は、入院患者さんの中で酸素療法の必要な患者さんはどれぐらいを占めるのかといったところが、医療の負荷を見る上でもどれぐらいの医療のニーズがあるかを図る上でも非常に重要であったと思っています。ですから、ざっくり割れば酸素療法の有無といったものは必要ではなかろうかと思いました。細かく言えばネーザルハイフローをやっているやっていないということはありますが、そこまで細かく粒度としてやるかに関してはもう少し議論してもいいかと思っています。

私からは以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、釜范委員、お願いします。

○釜范委員 まず1番の流行状況の把握について、3ページにありますように、定点の医療機関は「現行のインフルエンザ定点医療機関を基本とする。（自治体によっては、地域の医療提供体制の実情に応じて、適宜、定点を調整）」とあります。谷口先生が分担研究者となられたこの厚生科学研究で、インフルエンザ定点に約900の内科定点を追加したという解析をされたということでありますが、自治体によって現行のインフルエンザ定点の医療機関をそのままコロナに移行すればよいのか、それともさらに調整としてはどういうところをやったらいのかがよく分かるように、そして、それが5月8日までにきちんと整うようにしていただきたいと思います。

私からは以上です。

○脇田部会長 どうもありがとうございます。

続きまして、越田委員、よろしくお願いします。

○越田委員 タイムリーで、しかも正確な流行状況の把握は、医療供給体制の調整や年齢や基礎疾患によって感染症が重症化するおそれのある方への警鐘、集団生活内での感染拡大防止などの感染症対策には、先手をつためには必要不可欠なものであると認識をしております。新型コロナの発生動向の把握には、谷口先生の御研究によりインフルエンザ定点を基本として定点報告を求めることについては全く異存はございません。釜范委員がおっしゃったように、今後具体的にどのように実行するのかを早期にお示ししていただければと思っています。

いずれに致しましても、都道府県単位では、地方衛生研究所を核にして、今回のテーマの一つの新たな専門家組織である日本版CDCからの技術的支援を受け、得られた情報の集約と住民や関係機関への還元が求められるのではないかと考えております。特に情報の還元については、従来の医療機関や専門機関、行政などへの



詳細な内容だけではなく、一般住民に分かりやすいメッセージ性のある発言をすることによって、国民全体が感染症に対して関心を持ってくれば余計いいのではないかと、そんなことを思っております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、白井委員、お願いします。

○白井委員 白井です。よろしくお願いします。

私もインフルエンザ定点医療機関を活用してということで、さらに内科医療機関を加えるということで把握していくことについては賛成です。地域によってということでは、全国的に感染が広がるような疾患ですの  
で、地域の代表性が確保できるような定点の在り方、診療所もありますし、病院もありますしというところでの  
地域によつての割合など、人口割だけではなく示していただければと思っています。

今回、小児というよりも高齢者の問題が大きかったので、これは可能かどうか分かりませんが、高齢  
者施設からの呼吸器感染症などの報告というか、そのような発生報告が学校サーベイランスと類似した形で取  
れないかという意見を持っておりますので、この辺についてのパイロットスタディーなどもしていただければ  
いいのかと思いました。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、調委員、お願いします。

○調委員 調です。

私からは、実際に行っておりますゲノムサーベイランスについてお話しさせていただきたいと思います。新  
型コロナウイルスのゲノム解析ですけれども、これまで累積で日本では56万件のゲノム解析がなされてお  
ります。これは全体の約1.7%、あまり世界何位ということをもしてもしょうがないのですけれども、恐らく世  
界的に見ると11位ぐらいの数であり、今後の変異株の動向などを考えますと、この程度の数は維持していく  
必要があるのかと思っています。ところが、直近の3か月では0.7%、直近の1か月では0.15%というように  
解析の割合が下がってきています。恐らくこの理由は、検体の確保が難しくなっているからだと考えていま  
す。どこの自治体もそういう声が聞こえてきます。その意味では、コロナウイルスに関しましても病原体定点  
医療機関をしっかりと定めていただいて、地域的にも偏りなく迅速に結果が出せるように、数だけではなくて  
この解析の時間ですね。ターンアラウンドタイム、TATという指標がありますけれども、検体採取からデータ  
ベース登録までの時間もできるだけ短くできるように、そして、検体数もある程度確保できるように制度的な  
見直しが必要ではないかと思っています。よろしくお願いします。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、菅原委員、お願いいたします。

○菅原委員 私は今まで先生方がおっしゃったように、新型コロナウイルス感染症の患者さんの特徴や特殊性  
が漏れ落ちないような調査項目をきちんと精査していただきたいとともに、情報を提供する側の病院側の負担  
もできるだけ軽減できるようなことも考慮しながら、整えていただきたいと希望いたしております。よろしく  
お願いいたします。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、谷口委員、お願いいたします。

○谷口委員 ありがとうございます。

まず、定点サーベイランスについてです。基本的にはサーベイランスには分母と分子が必要なのです。例え  
ば2021年の夏のオーストラリアのインフルエンザは史上最大だったとよく言われるのですけれども、あれは  
分子だけを見ると報告数は史上最大なのですが、分母分子で評価するとオーストラリア政府は低から中の流行  
だったと報告されています。これは日本の昨年度のRSウイルスは史上最大と言われていたのですが、あれ  
も実際に過去RSが大きく流行した際にはRSに関連する脳症などが報告されているのですけれども、そのとき  
は出ていないのですね。恐らくこれはオーストラリアも同じなのだと思います。患者さんが軽症でも心配して  
コロナかもしれないと思って受診すれば検査をして報告数は増える。つまり、分子というのは患者の受診行動  
と検査指針によって大きく変わります。これはフィジシャンズバイアスといいます。欧米はこのフィジシャン  
ズバイアスを知った上で分母としての上気道炎、発熱と上気道症状にある患者を分母として分子のRSやイン  
フルエンザ、コロナを評価しているわけです。ゆえに、本来はこうすべきであろうと思います。実際に定点に

移行する際に、定点の先生方から分母、つまり、上気道炎患者数を一緒に報告していただければいいですね。これが大きな負荷かどうかということ、三重県では大きな負荷ではないとお伺いしていますので、御考慮いただければと思います。

ちなみに、釜淵先生から内科系定点を追加するというお話が出ましたが、これはあくまで推計値の標準誤差率を見たときには必要でありますけれども、トレンドを見る際にはほとんど変わりません。トレンドを見るという目的であれば、現行のインフルエンザ定点で十分把握をできます。ちなみに、定点サーベイランスでその把握率や全体の患者のどのぐらいをカバーしているかという話がよくありますけれども、例えばアメリカのインフルエンザの定点は千幾つです。2,000もありません。日本みたいに5,000などというのは世界中で珍しいですね。実際に日本の別のサーベイランス、外来診療機関のサーベイランス（ML-Flu）は数百定点で、感染症発生動向調査の5,000定点とほぼ一致するトレンドが取られていますので、大きな問題にはならないと思います。

次、入院サーベイランスですが、これも実際に分母がありません。そうすると、これで入院症例の増加、分子だけで評価をしようと思うと過去のトレンドが、つまり、ベースラインが必要になります。それを評価しようと思えば、遡って過去基幹定点からどのぐらいの入院数があったかをヒストリカルにデータを出してベースラインとして比較しないと、その数としては評価できません。これは考えていただかないといけないと思います。最近、ICUに入室する70歳以上のCOVID-19は、細菌性肺炎や他の肺炎でICU入室する例の死亡に比べると倍ぐらい死亡率が高いという論文も出ていますし、今後病原性の高い株が出ないとは限らないので、重症化率はきちんと求めておく必要があります。今回時間がないことは分かっていますので、今後もう少し考えていただく必要があります。ただ、現状で難しいのであれば、例えば国立病院機構におけるNCDA、こういったものを含む既存の電子カルテデータから抽出して評価はできます。アメリカもそういうことはやっています。あるいは地域でそういうことをやっているデータも結構あるわけですね。そういうものをきちんと組織的に集約して、国立感染症研究所でそのデータをメタで解析をして評価していただくことをやっていただければと思っています。

以上でございます。

○脇田部会長 どうもありがとうございます。

続きまして、戸部委員、お願いいたします。

○戸部委員 流行状況の把握のところ、定点での把握に切り替えるというのは感染症法の類型見直しの趣旨に整合的だと思いますし、5ページ以下の研究結果を拝見しますと、定点プラスアルファでの把握でトレンドを追えているという結果が出ているようですから、今回の御提案に賛成で特段の異議はありません。

死亡者数の把握は重要な課題だと思いますので、この点は引き続き御検討いただければと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、中野委員、お願いいたします。

○中野委員 中野でございます。

定点サーベイランスにおきましては、この名のとおり、サーベイランスは日本語に直せば監視ですので、患者さんあるいは病原体のいる場所を探し出すことであると。本来はインフルエンザと新型コロナであればその定点は共通してしかるべきかという気がしております。そのような方向性で定点把握ができるようなサーベイランスを整えていただくのがいいのかと思っています。

また、入院サーベイランスと重症サーベイランスに関しましては、四柳委員が最初の御意見でワクチン歴等のことを血清疫学でおっしゃっておられましたが、これはワクチン効果の研究や、あるいはワクチンが出てきた当初はADEですね。打った方のほうが逆に重くなったりしないかと、世の中にはそういう病原体もないわけではないので、こういうスタディーを行って早期にみんなで情報を共有するためにも、ワクチン歴等をぜひデジタル化、連携できるといいなと思っています。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、成田委員、お願いします。

○成田委員 定点把握への移行につきましては、先月23日に開催されました本部会におきまして自治体と十分に調整を行っていただきますよう要望したところでございまして、改めてお願いしたいと思っています。

その上で、2点お伺いしたいと思います。流行状況の把握に関する対応方針（案）につきまして、現行のイ

インフルエンザ定点医療機関を基本とするとなっておりますが、インフルエンザ定点は小児科定点を含んでおりますため、患者数について20歳未満の比重が大きくなるのではないかと懸念しております。この点について御見解をお伺いできればと思います。

次に「自治体によっては、地域の医療提供体制の実情に応じて、適宜、定点を調整」とございますが、これは現在の内科定点や小児科定点とは別に新たに新型コロナ定点を設定するという事なのか、あるいは内科定点や小児科定点の規模を増やすということなのか御教示いただけますと幸いです。

以上となります。

○脇田部会長 ありがとうございました。

続いて、西山委員、お願いいたします。

○西山委員 私も定点サーベイランスへの移行については全面的に賛成しております。ただ、3ページにありますように「自治体によっては、地域の医療提供体制の実情に応じて、適宜、定点を調整」となっているのですけれども、国のほうでこういう状況の場合はどうですよみたいな、ある程度のモデルとして定点はこのように置いてくださいみたいなものがないと、恣意的というわけではないですけれども、全国的に見てサーベイランスの精度に差が出るという懸念もあると思いますので、ある程度のモデルは出していただけるほうがいいのではないかと考えております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございました。

続きまして、藤田委員、お願いいたします。

○藤田委員 藤田です。

定点把握については、現状の課題と経緯を踏まえた合理的な対応策と理解をしましたので、異存はありません。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございました。

続きまして、森田委員、お願いいたします。

○森田委員 森田です。

議題2の対応方針につきましては、私からは特に追加の意見はございません。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、山田委員、お願いします。

○山田委員 私も全数から定点に移行することに関しては全く異論はありません。

入院者数、重症者数の把握は、病原性の変化を捉えるためには必須だと思いますので、重要だろうと思います。

血清、下水、そういったものを重層的に行う、それから、ゲノムサーベイランスを継続することに関して、別に反対するわけではないのですけれども、例えば血清抗体を見ても、今回のものはワクチンを接種していてもあるいは一度感染していても再感染があるという話を聞くと、抗体の保有状況を一体どのように利用していくのかがよく分からない、分かりにくい。ゲノムにしても、バリエーションが出てきたことは検出できるけれども、病原性やあるいは感染性をどう把握しているかというのは、基本的には入院者数、重症者数を把握すれば分かるので、そういった重層的なことをやることのコストとメリットをよく考えて、必要に応じて切り離してもいいのではないかと考えています。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございました。

四柳先生はまだいらっしゃらない。先ほど御意見をいただいたということで、伊藤参考人、お願いいたします。

○伊藤参考人 ありがとうございます。

議題2につきまして、まず、定点サーベイランスへの移行についてですが、定点医療機関としての負担が継続することに十分御留意いただき、必要な財政措置をお願いいたします。また、季節性インフルエンザと同様に、流行、感染状況のレベルを客観的に判断できるよう適切な指標の設定が重要と考えます。

ゲノム解析の目標数については、地域の実情に応じて設定いただくとともに、検体の確保が困難となることもあらかじめ想定し、病原体定点の指定を可能とするなど、検体を確保する体制の構築に配慮願います。

加えて、地方衛生研究所等では相当数の検体解析が継続することになりますので、人件費や分析に必要な機



器、物品の購入、維持管理経費等について、地方負担が生じないよう財政措置への配慮をお願いいたします。

私からは以上でございます。

○脇田部会長 どうもありがとうございました。

それでは、最後に私からも意見を述べさせていただきたいと思います。まず、サーベイランスについてですが、いわゆる第6波、第7波というのは非常に急速な立ち上がりを示したところで、1～2週間でかなり急速に立ち上がったということがありました。ですから、そういった急速な拡大ですね。立ち上がり、初期のところを迅速に探知できるかというところはしっかり検証させていただきたいと思います。

今、伊藤参考人からもありましたように、季節性インフルエンザのようないわゆる注意報であったり警報レベルであったりといったものを一般に分かりやすく示しているということで、今後コロナの感染対策が一般市民の自主的な判断に委ねられていくというところでありますので、そういった市民の対策に資するような情報提供がきちんとできるような体制を構築させていただきたいと思います。

山田委員から重層的なサーベイランスのお話がありましたけれども、血清疫学が現在の免疫状況を知る上で重要だと思うのですが、一方で、下水サーベイランスの有効性は地域によってかなりデータにばらつきがあるということもあって、研究班レベルでやられていますけれども、その有効性について十分に共有をされていないところがあります。ですから、流行の探知において有効性と限界を引き続きしっかりと検証した上で、これを継続するかどうかは考えていくべきと考えています。

それから、入院者数、重症者数ですね。こちら入院率や重症化率がしっかりと把握できるような体制をお願いしたいということと、死亡者数も同じです。そこも引き続き検討をお願いしたいと思っています。

私からも以上になりますので、質問が皆さんからあったと思いますので、事務局でこの時点で何かコメントしていただければお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○江浪結核感染症課長 事務局でございます。

本日は大きな方向性につきまして部会の方向をいただいて、さらに細部を検討していきたいという場でございます。例えば本日いただいた御意見の中で高齢者施設でのサーベイランスをどう考えるかということであったり、あるいは入院、死亡のことについてもどう取っていくか、そういったことにつきまして御相談をしていきたいと思っております。一方で、5類への移行に当たりましては調査負担の軽減という観点もございますので、この感染症の発生動向をモニターするという観点と調査負担とを勘案しながら検討を進めていきたいということでございます。

呼吸器サーベイランスの関係につきましても、本日説明を省略してしまったので大変失礼いたしました。大きな課題3つの下にご書いておりますけれども、継続して検討していく課題ということで認識をしてございます。本部会において検討いただければと思っております。

また、定点に当たりまして、具体の定点のデータ、これを集計することも可能でございますので、今の定点で選んだらどういう形になるのか、どういう形で追加をすることが考えられるのか、これは我々もよく自治体と御相談をしながら、方針もお示ししながら検討を進めていきたいと思っております。

私からは以上でございます。

○脇田部会長 どうもありがとうございました。

今、課長からコメントがありましたが、ここで追加の発言等、委員の皆さんからございますか。大丈夫ですか。

それでは、議題2につきましても、いただいた御意見を踏まえまして、引き続き事務局で検討を進めていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、議題3に進みます。また同じように事務局から御説明をお願いいたします。

○江浪結核感染症課長 議題3の関係でございます。改正感染症法の関係で4月1日施行分というものがございまして、それにつきまして御検討いただきたいという内容でございます。

資料の1ページにございますけれども、本日御議論いただきたい点が2点ございます。1点目が情報基盤の整備に関係する内容、2点目が都道府県の連携協議会の運営規則等ということでございます。

まず、情報基盤の関係に関しましては、右下のページですと2ページというところがございますけれども、その中で具体的な内容として1番から3番と書いておりますが、情報基盤の関係に関しまして、電磁的な方法による届出等の努力義務の関係、検体の提出要請等の関係、退院届の関係という3点があるということでございます。

それぞれごとにつきまして、主な論点と対応方針を4ページ以降につけてございます。まず、電磁的な方法による届出の努力義務等に関する主な論点と対応方針ということに関しましては、義務化の対象となる感染症指定医療機関の範囲に関しましては、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関における医師としまして、また、令和6年4月1日から感染症指定医療機関の類型がまた増える部分に関しましては、義務づけの範囲については改めて検討することとしてはどうかということ。また、電磁的方法の具体的な内容に関しては、感染症サーベイランスシステム、HER-SYS、また、各自治体において特にコロナに関しては電磁的な方法を整備しているところもありますので、その他必要な電磁的方法ということで記載をさせていただいているところでございます。

また、次の検体の提出要請等に関することに関しましては、検体の提出の義務の範囲が課題ということでございますけれども、これに関しましては、感染症指定医療機関の管理者のほかに、緊急その他やむを得ない理由があるときに、感染症法の規定により感染症の患者を入院させた感染症指定医療機関以外の医療機関の管理者とその他必要な者としてはどうかということで御議論いただければと思っております。

また、退院届の関係につきましては、6ページでございますけれども、これに関しましては、一部の感染症指定医療機関に対して入院患者さんの状況に関する届出を義務とするということで、重症度等の経時的な情報収集を可能とするということでございますが、その範囲に関しましては、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関における医師として、また、令和6年4月から感染症指定医療機関の類型が増える際の義務づけの範囲については改めて検討いただければということで御提案を申し上げます。また、提出期限に関しましては、患者さんの入院期間中の状況について迅速に把握する必要があるときには、入院患者さんが退院し、または死亡した後、直ちに、それ以外の場合については、現場の実態を踏まえた期限に提出、これは通知などによって示すこととしてはどうかということで御議論いただければと思っております。

また、届出内容に関しましては、7ページでございますけれども、1番から9番ということでお示ししておりますが、被保険者番号を含めてこういった情報を取ることはどうかということ。また、退院届に関しましては、実際の患者さんの届出、発生届との連携も必要だということになりますので、発生届に関しましては被保険者番号を収集することとしてはどうかということでございます。

一方で、8ページに書いてございますけれども、現在の新型コロナウイルス感染症に関しましては、特段の事情が生じない限り、5月8日から5類感染症に位置づけることになってございます。こういった関係もございまして、経過措置として退院届は求めないということと、被保険者番号に関しましては発生届において求めないこととしてはどうかということで御提案をさせていただいております。

情報基盤の関係は以上ということでございまして、次に、都道府県連携協議会の関係ということでございまして、これは9ページにございますが、都道府県、保健所設置市・特別区その他関係者の平時からの意思疎通、情報共有、連携を推進するために、各都道府県に連携協議会の設置を推進することということでございまして、その運営方法、構成員、設置時期を定めることが必要ということでございまして、それに関しましては10ページにお示しをしておりますけれども、地域の実情に応じた柔軟な取扱いを前提といたしまして、運営方法に関しましては、全体をまとめる場と論点ごとに議論する場ということでやっていくことは考えられるのではないかとということをお示ししております。

また、構成員に関しましては、法に定める構成員を基本とするということでございますが、特に今般の新型コロナウイルス感染症におきましては、高齢者施設や障害者施設等でのクラスター、非常に大きな課題ということでございまして、その対策が非常に重要ということでございました。ですから、そういった関係の団体に都道府県の裁量で参加をいただくと。議題に応じとしておりますけれども、今般の新型コロナウイルス感染症の発生状況、この課題を考えますと、基本的には議論に御参加をいただく形なのではないかと考えてございます。

また、設置の時期に関しましては、令和6年度の予防計画策定に向けた議論に間に合う時期に設置をしていただければいいのではないかとということで御提案を申し上げます。

本日はこの改正感染症法の関係に関しまして、情報基盤の整備の関係、連携協議会の関係、この2点に関しまして御議論をいただければと考えております。よろしく願いいたします。

以上です。

○脇田部会長　ありがとうございました。

それでは、こちらまた順番に委員の皆さんから御意見をいただくのですが、四柳先生はまだですか。そう

しましたら、また事務局から四柳先生のコメントを代読していただけますか。

○杉原エイズ対策推進室長 代読いたします。

資料3枚目につきまして、御意見をいただいております。難しいと思うが、臨時の医療施設からの検体を受け入れることもできればよいと思うとのコメントをいただいております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様から御発言をいただきますが、同じ順番で申し訳ないのですが、今村委員からお願いいたします。

○今村委員 情報基盤の整備において、電磁的方法での届出を義務づけることは重要だと考えています。入力期限、入力項目、経過措置など、現場の負担にも配慮していただく内容となっていることについては、感染症指定医療機関に勤める臨床医の一人としても感謝したいと思います。

その上で、4ページの義務化対象の範囲となっている感染症指定医療機関へのサポートについて、ぜひ御検討をお願いしたいことが1点あります。新興感染症によるパンデミックの初期には、感染症指定医療機関が最前線でぎりぎりの診療を行うこととなります。そのような段階では診療対応だけでも心身ともに限界に近い状況が続いているため、さらに各医師が入力作業を行うこと自体が診療への大きな負担となってしまいます。継続して対応していくためには、医師でなければ判断がつかない項目以外について、電子カルテから臨床情報を読み取れるような人材が必要だと考えています。新型コロナウイルスのように流行を繰り返す状況でもできる限り安定して入力補助者がつけられるように、医療機関任せではなく、国からの人的、財政的サポートをお願いできればと思います。

こちらからは以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、大曲委員、お願いいたします。

○大曲委員 大曲です。

主に論点の1点目に関してであります。私も今村先生と同意見でありまして、情報の電磁的な収集は当然必要だと思っておりますが、電磁的なシステムに入れるまでの作業は人力でありますので、指定医療機関の人間が人力で入力しなければいけないのが現状です。電子カルテから吸い出せればよいとは思いますが、そのインフラ整備も大変だということも知っております。ですから、人手がかかるところに対しての御支援はぜひいただければと思います。

類する話なのですが、有事の検体の収集に関しても同様のところがあります。現状ですと厚労省の事業である医療情報と検体の収集の仕組み、リポジトリ、REBINDがありますし、これを生かすことになるのだと思うのですが、これは指定医療機関以外の研究機関からも検体をいただくという観点からも生かしやすいのだと思うのですが、実際に見てみると、自分たちでやってみてもそうなのですが、同意をいただくですとか、検体をいただくことに関して仕組みを整備する、あるいは有事にちゃんと速やかに送れるような体制をつくっていくというのはそれなりにリソースが要るところでありまして、これは御支援をいただければと思います。

あとはコメントなのですが、退院時の統計と最初の届出のところをこのように被保険者番号等でしっかりつないでいくことは重要だと思います。コロナでも死亡の原因等が議論になりまして、それはそれで難しい議論なのですが、そもそも先行してそういう感染症があったのかどうかという情報が他院の情報とひもづいていないとなかなか議論ができないのも事実ですので、方法としては賛同いたします。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、釜范委員、お願いいたします。

○釜范委員 私からは時間の関係もありますので、論点3の都道府県の連携協議会の運営について申し上げます。この協議会の設置は極めて重要で、コロナの対応において大変苦労したという経験があってこれが出てきているのですが、この協議会が非常に効率的あるいは実質に役に立つように運用されるかどうかは極めて大事なことで、国には引き続きその状況の把握に努めていただくとともに、ただ開催すればいいというものではないので、できれば感染の拡大のシミュレーションなどをしながら、実際にいざというときに役立つ体制をちゃんと取っておくことは極めて大事なことで、そのことを指摘しておきます。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。



続きまして、越田委員、お願いいたします。

○越田委員 まず、御提示の一部の感染症指定病院の医師への発生届の義務化は、自治体にとっては自動的にデータが収集されるという意味では大歓迎です。発生届のデジタル化は、今般のCOVID-19の対応から、医療DXが迅速かつ漏れの少ない手法であることが身にしみて分かりましたので、届出内容を精査してできるだけスリムな形で国主導で一気に進めていただければと思っています。

新型インフルエンザ等感染症への対応にも異存ございません。

被保険者番号で横串を刺す形で連携分析を行うことは、生涯で医療保険が変わることが何度かあるのではないかと想定されるので、ほかにいい方法があればもっといいのではないかと思います。

都道府県連携協議会については、今般のCOVID-19への対応で、多くの都道府県では既に合議体ないしは本部会議を設けられていたのではないかと思います。論点のうち欠くことのできないのは、福祉関係施設とそれらを所管する行政部局、施設だけではなくて所管する行政部局、消防本部、また、災害級の感染症の場合はDMATなどの災害医療関係者も該当するのではないかと感じました。

政令指定都市や中核市は、自治体の中で消防局や教育委員会、福祉部局との連携が取りやすく、ともすると感染症対策が自治体の中で完結してしまう錯覚に陥ることがあります。しかし、多くのこれらの都市には複数の公的病院が集中しており、力のある医療資源を都道府県内で有機的に利用する必要があること、また、住民への感染状況のアナウンスは都道府県一帯で行うべきであることを考えますと、指揮命令系統の一本化を考えて、本協議会は都道府県がイニシアチブを取って進めることに対して私は賛成いたします。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、白井委員、お願いします。

○白井委員 白井です。

私からは、電磁的な報告は確かに必要かと思っていますので、自治体でもそれが可能になるような、連携できるようなインフラの整備をぜひお願いしたいと思っています。

あと、退院届を出していただくことについて、これも現実的にということになると思いますが、この疾患についての状況を把握するということで大事な情報だと思っていますので、その他の項目の中に必要であればもちろんこの死因についても、疾患そのもののなのか、基礎疾患なのか、また、どんな治療が行われたのかということも含める必要があるかと思いましたが、それは臨床家の先生で御研究いただければと思っています。

連携協議会ですが、このポンチ絵の中に地衛研が入っていないのですが、地衛研も重要なメンバーのひとつだと思いますので、既存の自治体のそれぞれの協議会を利用しながら、地衛研も入っていただくことを御記載いただければと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

調委員、お願いします。

○調委員 届出については将来的には当然電子カルテから二度手間の入力することなく情報が収集できる体制が理想だと思うのですが、大曲委員が言われましたように、必ずしも電子カルテがそこまで普及していないとか、フォーマットの統一化をされていないとか、様々な問題があるので、当面はこういう体制で行うということを理解いたしました。電子化については進めていただきたいと思います。

連携協議会ですけれども、今回恐らく予防指針ですね。国の感染症に関する指針も変更になり、地方自治体は国がつくった指針に基づいて予防計画をつくって感染症対策を行っていくというところはこれまでどおりだと思うのですが、これまで予防計画はつくりはしますが、なかなかそのとおりに行われていなかったという実情がはっきり言ってあったのではないかと思います。今回かなり具体的に例えば病床確保の病床数の目標値とか、検査数の目標値ということを予防計画の中に書き込むとすれば、それは連携協議会の中できちんと関係の人たちがそれを共有して、コンセンサスを得て、かつそれが実際に行われているかどうかを検証するような場になることを私としては非常に期待をしております。そうすることによって自治体が具体的に感染症対策の計画を立てていくことができいくのではないかと思います。

私からは以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続いて、菅原委員、お願いします。

○菅原委員 菅原です。

都道府県連携協議会について少しコメントさせていただきます。コロナ対応ということで、各自治体がこういった仕組みをつくってやられていたことが、今回法的な根拠の元に位置付けられること、大変よかったと思っています。本当に地域の連携は大変大事だと思います。さらに、構成員の中に高齢者施設や障害者施設が参加できるように明記されたことも本当によかったと思っています。ただ、こういった感染症の危機はそう頻繁に起こるものではありませんので、形骸化していく、組織はあるけれども活動していないとか、中身がよく分からないとか、忘れてしまったということがあり得ますので、災害と同じようにこういうものは訓練、先ほどシミュレーションというお話もありましたが、定期的にそういったこともやっていけるような協議会にしていただければと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、谷口委員、お願いします。

○谷口委員 ありがとうございます。

まず、電磁的な届出というのは、これは当然進むべき方向ですから、異論は全くありません。ただ、先ほどの御意見にもありましたが、医療機関にとっては結局電子カルテを見ながらまた別のところに入力しているわけです。ただ、我々は既に電子カルテという電磁的なデータを持っているわけですから、今後それを集約する技術的な方法をやっていただければいいと思っています。それを積極的に進めていただきたいと思うのですが、電子カルテネットワークをつくるのには時間がかかります。最近、もっと簡単な方法もあると思うのですが、それもすぐにはできないでしょう。ただ、今の電子カルテは電子カルテの中で患者さんを検索して抽出することは簡単にできる、それをファイルに落とすのは簡単にできるのです。そうすると、電子カルテから小さなアプリでもってファイルを作って、それをUSBから別のPCにいれると報告ができるぐらいのことは割と短期的にできるのではないかと思いますので、ここは電磁的な届出義務をつけます、短期的はこのようにします、長期的にはこのようにしますというようにやっていただければ、医療機関としてはありがたいかと思います。

また、検体を提供する、これは検体を医師に求めるという法律ですけれども、別に我々はあれば出します。自分のところへ取っておいてもしょうがない。ただ、ないものは出せないで、本来これは患者に求めることではないのかという気はするのですが、ほかの条文で読むのかもしれない。ただ、こちらが積極的に取れないということもあります。これは検体の搬送方法に課題があることもあります。逆に、法律でこういった義務を課するのであれば、法律で搬送を整備していただくこともありがたいかと。私は時々アフリカの国々のサーベイランスを支援させていただいておりますが、もちろんアフリカではどこでもサンプルの輸送に問題があるわけですが、ある国はNTA、ナショナルトランスポートオーソリティーかな。日本でいうと運輸省だと思えるわけですが、こういうところと連携をしてサンプル搬送網をつくっている国もありますので、御考慮いただければと思います。

最後の連携協議会ですが、既にほかの先生からもお話が出ていますが、落ち着いてくると、地方自治体にはありがちなのですけれども、1年に1回やらなければならないから年度末にやるという会議が時々あるものから、そういったものを避けるためにも具体的なゴールを指示していただければいいかと思っています。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、戸部委員、お願いいたします。

○戸部委員 情報基盤の点、特に異論はありませんが、患者情報は個人情報ですので、個人情報の集積及び情報の連携というのは場合によっては個人の権利利益を害するおそれがありますので、その取扱いについては、個人情報の保護という観点から問題が生じないように制度設計及び運用をしていただければと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、中野委員、お願いします。

○中野委員 新型コロナのパンデミックによって、感染症というのは私たちにとって非常に身近なものであることが再認識できたと思いますから、この情報基盤の整備に関して、令和6年4月から第一種と第二種の指定医療機関プラス協定指定医療機関というものができるということで、より多くの医療機関がこういった情報をきちんと入力して国全体で共有するというのは必要なことだと思うので、賛成いたします。

都道府県連携協議会につきましては、恐らく現在どこの都道府県でも麻疹や風疹など特定感染症予防指針の

ある疾患に関してはそういった協議会をつくっておられるところが多いと思いますけれども、そういったものとの有機的な連携というか整備というか、それも踏まえて制度を整備していけばいいなと思っています。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、成田委員、お願いいたします。

○成田委員 新型インフルエンザ等感染症等の患者の退院等の届出の義務化につきまして、この間の新型コロナへの対応を踏まえ、診断後の経過に関する情報を収集していくことは極めて重要と考えます。その上で、資料にも記載されておりますように、医療現場への負担に配慮した仕組みとしていく必要があると考えております。

ほかの委員からも電子カルテの活用についてお話がありましたが、都はかねてより電子カルテ情報の標準化や様々なシステムとの連動性の向上、医療機関における電子カルテ導入への支援など、医療DXのさらなる推進が必要であると申し上げているところでございまして、今回の退院等の届出の義務化につきましても、中期的には電子カルテから必要な情報を収集できる仕組みを構築していくことが望ましいと考えます。

連携協議会の運営につきまして、感染症の発生期、拡大期におきましては、機動的な意思決定が必要となりますため、都道府県が柔軟な対応を可能とするよう、これまでも国にお願いしてきたところです。本日の資料に記載されておりますとおり、感染拡大時に迅速に対応できますよう、都道府県が地域の実情に応じた柔軟な運営を可能とする運営規則にさせていただきたいと思います。その上で、運営規則等の基本的な考え方（案）の中の論点ごとの議論をする場の構成員につきまして、保健所設置区市の参加が必須となっております。東京都では25区市が保健所を設置しております。そのような地域の特性を考慮の上、柔軟性や迅速性が損なわれない制度設計としてさせていただきたいと思います。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、西山委員、お願いします。

○西山委員 私からは特に意見はございません。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、藤田委員、お願いいたします。

○藤田委員 藤田です。

私も全体として賛成です。既に御指摘があったように、電子カルテにせっかく入力をしたのに、またそれと同じことを二度するのは非常に無駄の多いことと思うので、長期的にはぜひそこを改善していただきたいのと、個人情報の問題も既に指摘されていましたが、要配慮個人情報ですので、当然ですけれども、その取扱いについては十分な慎重な配慮をお願いしたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

次に、森田委員、お願いします。

○森田委員 森田です。

情報基盤の整備ということについては、特に異論はございません。ただ、瑣末なことなのですが、5ページの検体採取の条件といいますが、対応方針の1番に「緊急その他やむを得ない理由があるときに」という文言になっておりますけれども、「公衆衛生対策上必要なときに」という言葉に、これから法律に起こされていくと思いますので、言葉を検討していただけたらと思います。

2番目の都道府県の連携協議会の件ですけれども、この数十年にわたって世界的に保健行政のディセントラリゼーションが行われて、感染症やパンデミック対策の上では逆方向のように個人的には思っているのですが、我が国においては都道府県の連携協議会という組織を早期に立ち上げることが非常に重要だと思っています。ぜひ次のパンデミックの準備のために進めていただきたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

続きまして、山田委員、お願いします。

○山田委員 私も特に情報基盤のことに関して異論はございません。協議会についてもそうです。ただ、皆さんおっしゃっているように、デジタル庁ができて政府を挙げてデジタル化を言っている割にこんな状況だとびっくりしましたね。だから、中期的にではなくてもう次のパンデミックが来る前にデジタル化を一気に進めて



いただきたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

四柳先生、先ほど事務局からコメントを代読していただきましたけれども、追加で何かコメントがあればいただきたいと思います。お願いします。

○四柳委員 ありがとうございます。

連携協議会について、追加で一言コメントをさせていただきます。こうしたものは年1回の開催ということになりますので、ともすれば各自治体からのいろいろな意見などを聞き取っただけで終わる可能性があるのではないかとことを危惧しております。いずれにしても、最終的な目標はパンデミックのときにどの自治体でも一定水準の対応ができるということになると思いますので、あらかじめ調査をしていただいて、それをまとめていただいて、場合によっては成果指標にして頂いた上で次の建議をするような形を整えていただくと、この先の対策に役立つのではないかと感じておりました。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤参考人、お願いいたします。

○伊藤参考人 ありがとうございます。

私からは都道府県連携協議会の設置に関して、今回提示された中には全体の協議の場のほか、各論点ごとに議論する場を設置する案が示されております。この各論点ごとに議論する場の運営について、地域の実情に応じた柔軟な取扱いとしていただくとともに、議論の参考となる情報の提供や財政措置に配慮いただきたいと思います。

また、今回の議題全体として、地方自治体が重要な役割を担うものや国と地方の連携が不可欠なものなどが含まれておりますので、現場の意見を踏まえながら実際の運用に十分配慮した方針を御検討いただければと思います。

私からは以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

最後に私からなのですが、実態把握として、NESIDの入力率の問題は私も以前から専門としてやらせていただいている肝炎のところでも常に問題になっているところでありますので、今後コロナが定点になったときにNESIDの入力率の問題もあろうかと考えているので、引き続きそこは把握をしていく必要があると考えております。

皆様、ありがとうございました。

それでは、あまり事務局への質問等はなかったように思いますが、事務局からもし何かレスポンスあるいはコメントがあれば伺いたいと思いますが、いかがですか。

○江浪結核感染症課長 ありがとうございます。

感染症対策の特に発生届等における負担軽減という観点からの医療DXの一環としての取組、これは非常に重要だと考えてございます。本日御提案させていただいている内容の中に具体的ものはございませんが、検討していく中でまた部会の先生方にも御報告をしながらしっかり進めていきたいと考えてございます。

連携協議会の関係に関しましては、地方の実情に合わせた柔軟な運用ということを基本としながら、かつその実効性のある取組をとという御意見をいただいております。その点にもしっかり配慮して検討をさらに進めていきたいと思っております。

私からは以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今、事務局からもレスポンスがございましたが、それを受けてさらに委員の先生方、何かございますか。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。

この議題3につきましても、委員の皆様からの意見を踏まえて、引き続き事務局で検討を進めていただきたいと思います。ただ、この件は施行日までの時間がありまして、並行して情報基盤の整備に関する感染症法施行規則のパブリックコメントについては進めていただければと考えております。

それでは、これで準備しました議題は以上になりますので、事務局にお返ししたいと思います。

○杉原エイズ対策推進室長 どうもありがとうございました。

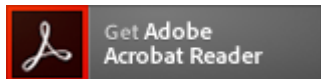
皆様の御意見を踏まえまして、進めさせていただきたいと思っております。

この後、事務局で記者ブリーフィングとして議事の概要を説明させていただく予定としております。

また、次回につきましては、改めて事務局より日程等を御連絡させていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

○脇田部会長 委員の皆さん、どうもありがとうございました。



[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。](#)