

令和6年度第1回兵庫県新型インフルエンザ等対策有識者会議 議事録

日 時：令和6年7月30日（火）13:30～15:30

場 所：兵庫県庁第3号館7階 参与員室

出席委員：宮良会長、土井委員、橋本委員(Web)、松下委員、楠委員、
鷺見委員、柏樹委員、紅谷委員、勝沼委員
茅野オブザーバー（代理）

事務局：危機管理部 池田防災監、唐津部長、小野山次長、陰山課長、
藤原班長、下山主任
保険医療部 山下部長、田所次長、臣永感染症対策官、雪岡主幹、
小谷主幹、高見主査、長尾主任

議事要旨：兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の改定について 等

議 事：

事務局(臣永)：皆さんおそろいですので、それではただいまより令和6年度第1回兵庫県新型インフルエンザ等対策有識者会議を開催させていただきます。

本日司会を担当させていただく疾病対策課感染症対策課の臣永です。どうぞよろしくお願いいたします。

まず開会にあたり、斎藤知事からご挨拶申し上げます。

斎藤知事：本日は大変暑い中、またご多用のところ、令和6年度第1回新型インフルエンザ等対策有識者会議にご出席いただき誠にありがとうございます。

本県では昨年度、委員の皆様のご協力を賜り、3年を超える新型コロナウイルス対応について検証し、課題と教訓について整理をして、今後の対応方針等を取りまとめていただきました。この場をお借りして、改めて感謝を申し上げます。

コロナにつきましては、昨年5月に感染症法上の5類に移行し、医療関係者の皆様含めたすべての皆様のご協力により、日常生活が取り戻されてきているところです。

引き続き、関係機関の皆様と連携して対応していきたいと思っておりますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

さて、国におきましては、これまでの新型コロナの対応の課題を踏まえ、新型インフルエンザ等対策特別措置法、感染症法などの関係法令について、所要の改正を行ってきたところです。

これらを踏まえ、令和6年7月2日に新型インフルエンザ等対策政府行動計画につきまして、平成25年6月以来の初めてとなる抜本改定が行われたところ

でございます。

新しい政府計画では、対象疾患がコロナ・インフルエンザ以外の呼吸器感染症も念頭に置いている点、対策段階が準備・初動・対応の3期に分けられ、特に準備期の対応の充実がなされた点、対策項目が13項目に拡充し、内容が精緻化された点が大きな変更点となっております。

これを踏まえ、県においても、政府行動計画の改定内容及びコロナ対応の中で明らかになった課題等を踏まえた上で、兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画を改定いたします。

本日は、改定の方向性、またまん延防止や医療・保健などの各対策項目における県の取り組みについて、専門的観点からのご意見を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

次のパンデミックがいつ起こるかわからない状況において、新型コロナウイルス、そして新型インフルエンザ以外の呼吸器疾患を含む幅広い感染症に対する危機に対応できるように、体制を整備していきたいと考えます。

委員の皆様におかれましては、忌憚のない意見をいただきますようお願い申し上げます。開会のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

事務局(臣永)：ありがとうございました。

資料については、事前にお送りさせていただきましたが、本日の会議はペーパーレスで開催させていただきます。来場いただいた委員のお手元のパソコンにデータを用意していますので、必要に応じてご覧ください。事務局が説明する際は、資料をスクリーンにもお出していきますのであわせてご覧ください。

オンライン参加の委員におきましては、意見や質問を発言されたい場合、オンライン会議のチャットメッセージにてお知らせいただくか、挙手ボタンを押していただきますようお願いいたします。

続きまして、本日ご出席いただいております委員の皆様をご紹介します。委員の交代がございましたので、まずは新任の委員をご紹介します。

兵庫県看護協会専務理事、松下清美委員です。

松下委員：松下です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

事務局(臣永)：続いて委員をご紹介します。

(以下、名簿に従い委員を紹介。欠席は秋元委員と楠山委員)

本日は委員定員11名中9名の委員にご出席いただいておりますことをご報告申し上げます。

また、本日の会議については、兵庫県新型インフルエンザ等対策有識者会議運営要領第三条の規定に基づき、公開で開催いたします他、同要綱第四条の規定に

基づき、議事の概要を県ホームページ上で公表いたしますのでご了承ください。

齋藤知事はこの後の公務の都合により、ここで退席させていただきます。ご了承ください。

齋藤知事：どうぞよろしく申し上げます。失礼します。

事務局(臣永)：それでは、ここからは宮良会長に議事進行をお願いしたく存じます。宮良会長、よろしくお願いいたします。

宮良会長：会長の宮良です。皆様にご協力いただきまして、スムーズにこの会を進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

早速ですが、議題の方に入らせていただきます。

議題の1と2に関しましては報告が中心となり、議題3とも関係しておりますので、一括で行おうと思っております。

まずは、議題1「新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定」につきまして、事務局から説明をお願いします。

事務局(田所)：事務局の保健医療部次長の田所です。議題1について、ご説明いたします。資料1-1と1-2を使わせていただきます。

まずは資料1-1「新型インフルエンザ等対策政府行動計画のポイント」をご覧ください。

2枚目の資料スライドに、政府行動計画のポイントが記載されております。まず、政府行動計画では、有事に際して迅速に対応を行うために、有事の際に行う対応策をあらかじめ選択肢として整理し、平時の備えの充実を図ること、また有事に際しては、政府行動計画の様々な対策の選択肢を参考に、ウイルス・感染症の状況に応じて、基本的対処方針を作成し、対応を行うこととされています。

「策定/改定」の項目にあるとおり、現行の政府の行動計画は2013年に策定され、その後2017年にタミフル等の抗インフルエンザウイルス薬の備蓄等について一部改定がありました。

対して、今回の改定は、コロナの経験をふまえ、また内閣感染症危機管理統括庁及び来年の4月に発足予定の国立感染健康危機管理研究機構(JIHS)の設置や、特措法の改正に伴い国や都道府県の総合調整や知事権限の拡大によるガバナンスの強化などの内容を含んだ10年ぶりの抜本的改定となっております。

また、「対象疾患」についても、現計画は新型インフルエンザが主な対象疾患になり、治療薬についても抗インフルエンザ薬に限った記載となっておりましたが、新型コロナウイルスの経験を踏まえ、新型コロナウイルス以外の呼吸器感染症も念頭に置いた記載となっております。

「平時の準備」に関しては、現計画では未発生期として記載されておりましたが、この度の改定では対策期を準備期・初動期・対応期の3期に分け、特に準備

期の取り組みを充実することとなっています。これについては、この4月に改定した県予防計画においても、平時の感染症に対する備えとして、協定締結による医療提供体制の確保や検査体制の整備、個人防護具等の備蓄等を記載しておりますので、それと整合性を取るように、準備期の取り組みとしても記載することになります。

「対策項目」については、現在計画では6項目のところを、新型コロナで課題になった項目を中心に必要な項目を独立させ、13項目に拡充しています。こちらについては3枚目のスライドをご覧ください。

新たに記載される7項目について、まず1つめの「水際」については、現計画では「予防・まん延防止」のところに一定の記載がありましたが、新計画においては、対策の有効性、実行可能性等を踏まえて水際対策を決定すること、また状況の進展に応じて縮小・中止等を実施すること等、よりきめ細やかな記載となっています。

2つめの「ワクチン」については、現計画は、主に新型インフルエンザを念頭にプレパンデミックワクチンの備蓄等を記載していましたが、新計画においては、新型インフルエンザ以外のウイルスに対するワクチンも念頭に置き、平時からの研究開発や準備期からの実施体制の整備、また予防接種事務のデジタル化を始めとするDXの推進等が新たに記載されています。

3つめの「治療薬・治療法」についても同様に、新型インフルエンザを念頭にしていたものを新型インフルエンザ以外も念頭に置いたものに改めています。

4つめの「検査」については、新計画からの新たな記載となっており、平時からの検査体制の整備等について記載されています。

5つ目の「保健」の分野についても、都道府県で行った相談対応・検査・積極的疫学調査・入院調整や、特に自宅・宿泊療養の調整等について、新計画から新たに記載しています。また、保健所ひっ迫時の支援体制や、性状・感染状況に応じた体制の見直しについても記載しています。

6つめの「物資」については、平時からの備蓄等に関して、対応策を具体的かつ細かに記載しています。

次のスライドは、従前からあった項目の記載について、記載を充実させた項目です。

今回の計画では、「横断的視点」として、各分野で横断的に取り組む必要がある視点として、5つの視点を設定しています。

資料1-2「新型インフルエンザ等対策政府行動計画の概要」のスライド4枚目をご覧ください。

1つめは「人材育成」となっています。平時からの中長期的な視野に基づいた

人材育成として、感染症の対応に専門性の高い人材育成、人材の裾野を広げる取り組み、訓練や研修の実施が記載されています。

2 つめは、「国と地方公共団体との連携」です。国の計画においては、国と地方公共団体、都道府県、保健所設置市、ほか市町、各団体との適切な連携が重要であるとして、平時からの国と地方公共団体等とのネットワーク構築等が記載されています。

3 つめに、「DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進」。既に各分野で取り組んでいるところですが、特に感染症対応においては、パンデミックにおいて業務のボリュームが増え、またスピードも求められる中で、DX化が事務負担軽減に重要になります。1 つには事務負担軽減による対応能力の強化、2 つめに予防接種事務のデジタル化によるパンデミック時における予防接種体制の整備に資する取り組み、3 つめに電子カルテと発生届の連携等の臨床情報の活用ができる体制と、これら 3 つの視点が主な視点として挙げられています。

また 4 つめとして、ワクチン治療薬等の「研究開発の支援」、5 つめに「国際的な連携」が挙がっています。感染症は国境を越えて広がるため、国際的な連携についての重要性が記載されています。

資料 1-1 の 2 枚目のスライドをお願いします。

政府行動計画改定のポイントの 6 つめに「複数の感染症への対応」があります。今回のコロナにおいて、各波ごとにコロナの形状を変えた流行があったことを踏まえ、中長期的に、複数の波の感染症の拡大に対応するため、対応の機動的な切換について、ポイントとして挙がっています。

最後に、「実効性確保」として、毎年度のフォローアップ並びに 6 年ごとの改定を明記するとなっています。

政府行動計画の改定についての説明は以上となります。

宮良会長：ありがとうございました。

続きまして議題 2、「兵庫県新型コロナウイルス対策検証報告書の取りまとめ」につきまして、事務局から説明をお願いします。

事務局(小野山)：危機管理部次長の小野山です。資料 2 をお願いいたします。

県の検証報告書の概要について、概要ポイントを報告します。

まず 1 ページ目でございます。3 年を超えるコロナの県の対応の検証について、昨年 6 月に着手し、本年 2 月に報告書を取りまとめて公表いたしました。保健医療や福祉、経済、社会活動など 8 分野 17 項目について、有効であった対応・課題と教訓の抽出・今後に生かすことについて、取りまとめました。

1. 「検証の特色」として、県民、市町、各種団体、専門家から幅広く意見を聴取し、様々な立場の方々の意見を反映しています。

2. 「検証で明らかになった主な課題」として、主なものを 7 項目挙げています。これらの項目に対応して、3. 「今後取り組んでいく事項」にて具体的な対策の例を挙げています。

まず、①医療提供体制の確保です。特に基礎疾患や障害のある方などの受入や搬送などが課題となりました。②高齢者施設をはじめとする社会福祉施設の対策強化です。クラスター発生や、特に医療連携などが課題となっています。③人材・物資の備えと確保です。特に医療用物資などが不足しました。④保健所業務の効率化です。感染拡大時に事務処理が急増して、業務が大変逼迫したことです。⑤各種情報の共有、的確な情報発信。⑥デジタル化の推進。デジタル化が進んでおらず、業務が非効率だったということです。⑦実効性ある社会活動制限の実施と広域連携体制の構築です。これら、今後取り組んでいく主なものをあげています。

なお、検証報告書の概要版は参考資料 4 に添付しています。また、検証報告書の全体版の他、県のコロナの本部会議資料や県の対処方針、県の各種事業に係る資料等は、県のホームページ特設サイトにて、デジタルアーカイブとして保存しています。詳細はそちらをご参照ください。

今後、県の行動計画の改定作業が本格化していきますが、その際、これらの検証結果を適切に反映していきたいと考えています。

宮良会長：ありがとうございます。続いて議題 3、「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の改定」について、事務局から説明をお願いします。

事務局(田所)：資料 3「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の改定について」をご覧ください。

最初に「計画の位置付け」を記載していますが、この計画は、新型インフルエンザ等対策特別措置法(特措法)第 7 条に基づく、都道府県行動計画です。この計画については、行政、医療機関等、県全体の社会の構成員が連携協力し、平時の準備と、新型インフルエンザ等の発生時に感染拡大防止に取り組むための対策実施に関する計画となっています。主な目的として、1 つめに、感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生活及び健康を保護すること、2 つめに、県民の生活及び県民経済に及ぼす影響を最小限となるように取り組むこと、となっています。

また、「改定の趣旨」として、政府行動計画の改定並びに県のコロナ対策における取り組み等を踏まえて改定させていただきたいと考えております。

資料スライド 2 ページから、「県行動計画改定の主な方向性」を挙げています。

1 つめは、「政府行動計画の改定に準じる」という点で、県の計画の改定についても、国の改定と同じ方向性を持ちたいと考えています。

対象疾患は呼吸感染症等も念頭に幅広く対応可能とし、発生段階やそれぞれの段階の定義についても、現在の未発生期・海外発生期・県内発生早期・県内感

染期・小康期の5段階から、政府行動計画の準備期・初動期・対応期の3期に合わせることとなります。

国の定義では、準備期は、県現計画の未発生期に相当し、平時の状態を指します。初動期は、新型インフルエンザ等感染症が国内外で感知された時期と定義されています。この感染症について、国で対策本部が設置された場合に、対応期となっていくきます。

また、対応期は、封じ込めを理念にする時期、感染拡大が進んで病原体に応じて対応する時期、ワクチン等が開発されて対応力が高まる時期、また特措法によらない基本的な感染症対策に移行する時期という4つの区分が、それぞれの対策項目の中で設定されています。現在の県計画においても、県内発生早期・県内感染期には、病原性等に応じた3段階の対策レベルが準備されておりましたが、今回改定された政府行動計画においては、病原体の性状や検査、医療体制、治療薬等の普及に応じて、柔軟かつ機動的に対策を切り替えることが主眼に置かれておりますので、県の新計画においても、同様のリスクに応じた4区分を採用したいと考えています。

また「平時の準備」についても、現計画では未発生期として記載していた部分ですが、県予防計画と整合性を取りながら、3期の対策段階のうちの準備期として、対策を充実していく方針です。「複数の感染症の対応」「対策項目」についても同様に、政府行動計画に準じた形で、県の役割を記載していくものと考えています。

また、「計画の構成」についても、現在の県計画は発生段階ごとの記載になっていますが、政府行動計画に沿って、対策項目ごとの記載に変更したいと考えています。

スライド3ページをご覧ください。

政府行動計画の13の対策項目に関しては先程説明しましたが、県行動計画についても、基本的に政府計画に沿って記載していこうと考えています。また、政府計画においては、横断的視点として5つが挙げられていますが、そのうち4番の「研究開発への支援」や5番の「国際的な連携」については、国が主体となっていくべきものと考えますので、県計画では、1番の「人材育成」、2番の「国及び関係機関との連携」、3番の「DXの推進」を挙げようと考えています。

また、コロナ検証で明らかになった7項目の課題について、計画の改定に反映させようと考えています。特に「医療提供体制の確保」「高齢者施設をはじめとする社会福祉施設の対策強化」「人材・物資の備えと確保」については、予防計画とも整合性をとりながら記載する方針です。

スライド4ページをご覧ください。

今後の改正のスケジュールを説明します。第1回の有識者会議は本日開催し

ています。主にご議論いただきたい内容としては、県行動計画の改定の方向性と、それぞれの対策項目について、県が取り組むべき内容についてご意見等いただければと思います。

本日の会議でいただいたご意見等を踏まえ、事務局で行動計画の改定素案を作成し、10月開催予定の第2回有識者会議でご提示し、ご意見をいただきたいと考えています。そこでいただいた意見等を踏まえて改定案を作成し、11月頃に県内の市町へ、行動計画改定に対する意見聴取を行うことを予定しています。そして、改定案並びに意見聴取の結果を、11月下旬から12月に予定している第3回有識者会議にてご提示し、そこでご議論いただいた内容を踏まえて、12月にパブリックコメントの開始を考えています。それらを反映した上で、2月に第4回の会議を予定しております。改定案の成案についてご議論いただき、3月に県の行動計画を改定する予定です。

説明は以上となります。

宮良会長：ありがとうございました。

それでは、事務局にご説明いただいた「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の改定」について、委員の皆様からご意見をお伺いしたいと思います。何かご意見ございますでしょうか。

鷲見委員：保健所長会の鷲見です。

保健所長会として、今回の計画の改定にあたって、前回のコロナ対応を踏まえ、3点押さえておいていただきたいと思います。

1つは、前回のコロナ対応において、既に新型インフルエンザの計画があったのにもかかわらず、実質的に反故にされて、計画とは全く別のところで対策が進んでいったということがありました。今回の計画はコロナやインフルエンザだけではなく、幅広く呼吸器系の感染症を対象とするということなので、できる限り幅広く対応できるように間口を広げて、極めて致死率が高い感染症のような例外的な状況でない限りは対応していけるというような計画として作っていただければと思います。せっかく計画を作るので、実際感染症が発生した場合は、基本的には計画に基づいて対策を実施していくということであって欲しいと思っています。

2点目は、封じ込めについて記載がありますが、感染症が発生した初期においては、地域における感染拡大を抑制する目的で、無症状や極めて軽症の感染者でも勧告入院をして感染拡大を防いでいくという対応をしていきます。ところが、今回のコロナの場合、感染が拡大して、既に勧告入院制度によって地域の感染拡大を防ぐことが非現実的な状況になっているにもかかわらず、非常に長期間、勧告入院を続けていたということがありました。既に必要性が大きく減じている

のにもかかわらず、勧告入院と積極的疫学調査を継続した結果、膨大な業務量に保健所の限られた戦力がすりつぶされていったという経緯があります。数年にわたるような感染症対策は初めての経験でもあったため、今回についてはやむを得ないとするにしても、次回以降同じことを繰り返すべきではないと思いますので、積極的疫学調査の効果が大きく下がった段階においては、柔軟に疫学調査を中止・縮小していくことができるようにしていただきたいです。

3点目は、2点目とも関連するが、最初は、感染を拡大しないために入院していただくということで、保健所が入院勧告や入院調整を行うこととなりますが、いずれかの段階で医療の必要性に基づいた入院、個人の命を救うための入院に切り替わる段階がきます。コロナの際は、医療の必要性に基づく入院に切り替わった後も、保健所が入院調整をしていました。患者さんを実際に診ていない保健所が入院調整を行うのは無理があるので、医療の必要性に基づく入院については、基本的には医療機関から直接入院調整を行っていただくようにしてほしいです。これは、すべてを医療機関に丸投げするという意味ではなく、その前提として、各地域においてあらかじめ医療体制の役割分担の考え方を整理しておくことと、また入院調整がうまくいかない場合のためにCCC-hyogoのような入院調整のための組織を県庁で立ち上げてバックアップしていく、それらの組み合わせである必要があると考えます。そういう体制を前提に、医療機関からの直接の入院調整に切り替えていただきたいということです。

宮良会長：ありがとうございました。

まず1点目が、実際に行動計画を作る際に、対象となる感染症の範囲を広く認識していただきたいということ。私も同じ意見で、資料1-2の政府行動計画の概要でも、「新型コロナウイルスや新型インフルエンザ以外も含めた幅広い感染症による危機に対応できる社会を目指す」と書いてあるんですが、別のところの記載では「新型インフル・新型コロナ以外の呼吸器感染症をも念頭に」と呼吸器感染症に限定してしまっている。確かにパンデミックは呼吸器感染症で起きやすいが、呼吸器を侵入門戸とするウイルスであれば、呼吸器感染症でなくてもパンデミックは起きると考えられるので、そこは念頭に置いて県計画の方に追記しておいた方がいいと考えています。

鷲見委員：せっかく計画を作っても、今回はその対象外ということで計画が生かされないということになるべくないように作っていただければと思います。

事務局(田所)：少し補足させていただきます。法律上においては、政府行動計画の対象となる感染症については、新型インフルエンザ等の感染症の他、従来は新感染症だけでしたが、今回は指定感染症も含まれています。指定感染症の定義は、現在すでに知られている感染症であって、疾患のまん延により、国民の生活や健康に比較的重要な影響を及ぼすと考えられるものとなっており、新型インフル

等呼吸器感染症が主な感染症として想定されているのは確かですが、必ずしも呼吸器感染症に限定しているものではないと考えています。

宮良会長：ありがとうございます。

その次、2番目が、当初は封じ込め目的で行っていた隔離が、封じ込めや積極的疫学調査が意味をなさない時期においても実行されてきたので、早く切替が必要ではないかということですが、これは恐らく地域によって状況が異なっていて、都市部の人口が多いところほど、早くこの状態に達してしまう可能性があります。そういうことは確かに追記が必要になりそうです。

それから3番目に、感染拡大防止目的で無症状あるいは軽症の感染者を隔離していたところに、医療入院となった場合、実際に患者さんを診ていない保健所の職員が、電話対応で振り分けをしなければいけなかったのは無理があったということ。かなりの人的資源をそこの部分に割いていたため、保健所の業務がひっ迫する元になったので、改善してほしいということですね。

かつて堺市でO157のアウトブレイクがあったときに、透析ができる場所を広域で探すということがありました。そういう部分をCCC-hyogoが担っていたと、そのような、空床管理等を行政機関でやっていただくことが望ましいという意味合いですよ。

事務局(田所)：2つめについて。行政的な言い方になりますが、実際のパンデミックが起きた場合、ウイルスの性状に応じて、国が行動計画を基に基本的対処指針を策定することになっています。社会的な状況も含めて、場合によってはウィークリー、デイリーに対策が変わっていきます。県の動きは、その対策を受けて、対策本部会議等で議論し、その対応を最適化していくという流れになります。

また、入院病床の確保については、コロナの時は、不完全ではありますが、国でG-MISというシステムを作っていました。県においても、E-MISで病床の状況を確認するというシステムを作っていましたが、手入力のため医療現場に負担をかけて、また即時的な病床の確保にならなかったという課題がありました。これについては、国の動向を窺いつつ、現場の先生方の意見を取り入れながら、DX化をいかに進めていくのか今後検討していきたいと考えています。

宮良会長：2番目については、流行が拡大して封じ込め自体が意味をなさなくなる時期は地域によって違うはずなので、地域によって切替の選択が可能な計画にした方がいいのではないかとということで、国が決めた時期に一斉に切り替えるというのは不可能だという話ですよ。

事務局(山下)：言い訳になりますが、入院勧告をはじめ、国の法律に基づいています。地域によって進行度が違うから対応を分けたいというのは道理で、県もコロナの際は、地方の実情に応じて重点化することを国に確認した上で、早期に2回に分けて重点化し、勧告入院や積極的疫学調査を削減した経緯があります。そ

のような国との間の情報交換は今回の大きなテーマで、県計画の中にも盛り込んでいきたい。ただ、行政機関として法律に沿わないことはできないので、国とも意見を共有しながらやっていきたいと思っています。驚見委員のご意見はもともとだと思います。また、宮良会長が言うように、県内、国内全体が一律に同じ状況にならないのと同様、都市部と田舎では全く状況が違っていました。隔離入院から治療入院への移行についても同様と考えますが、しかしコロナは法律に基づく2類相当の病気だったので、行政が医療機関につながらないといけなかった。今後、入院調整については、例えば医師会の先生にお願いして手伝ってもらうとかも考えられるかもしれない。2類相当である限り、保健所には患者を医療機関につなぐ使命がありますが、この立て付けをどうするかについては、先生方からもご意見をいただきたいと考えています。

宮良会長：地方の行政機関の方からもこういう問題があったということは、国に上げないといけいけませんね。

事務局(山下)：国には再三言っていますが、なかなか良い回答はない。無論、それに甘んじているわけにもいかないとは考えています。

宮良会長：そう思います。

事務局(陰山)：危機管理部の方からも補足があります。社会活動制限を危機管理部でやっていて、特に学校の休業や会社の出勤の関係、飲食店の営業の時間の制限等、社会活動制限の地域特性についても問題がありました。開始する時期や規制を強化する時期、解除する時期、また他府県との差というのも非常に問題になりました。エビデンスがない中でそれを決断していかなければならなかったことに非常に苦慮したのは課題としてあるので、行動計画の中でメルクマールとして立てるのは難しい話だが、地域性というのは重要な論点であるということには共有しておきたいと思っています。

橋本委員：先程学校の話が出ました。国民生活と経済との兼ね合いもあると思いますが、今回のコロナにおいて、学校が休校になることで、保護者が苦勞したということがありました。仕事を休まなければいけなくなったり、子供に昼食を食べさせなきゃいけなくなったりして、医療機関や介護施設に勤務している方が大きな影響を受けました。また、子供たちも、塾に行ける子と行けない子の間で学力差ができたと言われていています。学校の休校は慎重にやっていただきたい。

また、感染症は、罹患した患者が最初に受診する医療機関が、必ずしも指定された病院や感染症の専門病院とは限らない。ほとんどの場合、身近な医療機関にまず駆け込む場合が多いです。今回、感染症の措置協定でかなりの診療所に協定に参加していただいているが、コロナの時のように、感染症患者を診察した医療機関が特定されて、風評被害に遭うようなことがないよう、具体的に医療機関が

特定されないような方法を考えてほしいです。

もうひとつ、デジタル化の推進は良いことですが、例えば今回のコロナの場合、HER-SYSの入力の項目の多さで苦勞しました。家族5人が同時に感染した場合、最初は住所を5人分、1つ1つ別々に入れなきゃいけなかった。このような事務的な手間を、医療機関に負担させないようなデジタル化にしていきたい。

宮良会長: ありがとうございます。まさにご指摘の通りの問題が起こっていたと思います。こちらに関して事務局から何かございますか。

事務局(田所): 2点目、患者が指定医療機関等ではなく身近な医療機関を受診すること、またそれにより風評被害を受けるリスクが非常に高くなることについて。おっしゃる通りで、コロナにおいていろいろな風評被害が報告されています。解決策はなかなか難しいが、リスクコミュニケーションに地道に取り組んでいくことが大事であると考えています。行動計画の中でも、平時の準備の中でリスクコミュニケーションに取り組んでいくことを重視したいと考えています。

また3点目、HER-SYSの入力項目が多く負担をおかけした点について。デジタル情報になると活用がしやすいという側面はありますが、やはり入力に手間をかけていては実効性が担保できない。例えば電子カルテと連携して、電子カルテから直接情報が送ることができればと考えますが、電子カルテを使っていない先生方にとっても使いやすいデジタル入力を、国とともに検討を進めていきたいと考えています。

宮良会長: これは国の方の宿題ですよ。電子カルテの情報を吸収して集計するということは、今の時代であればできるはずだという意見は、感染対策を担当している先生方の方から、ご意見としてたくさん挙がっていました。

紅谷委員: 医療は専門ではなくて、危機管理やリスクマネジメントの方が専門です。その観点からのコメントをさせていただきたいと思います。

まず一点目が、先ほどもお話にありましたリスクコミュニケーションです。今回、反ワクチン等のデマが多かった。SNSなどが発達して、デマ情報が広がりやすくなっています。ひとたび感染が起こってしまったら何とかしようというのは、非常に難しいというのが教訓だと思います。ぜひ平時から、正しい情報を伝えていっていただきたい。

本日企業関係の方は来られていませんが、2009年の新型インフルエンザ流行後、2010年に大企業をアンケートした調査ですと、90%の企業が感染症対策の計画作っているという結果でしたが、コロナの際に企業アンケートをすると、計画を持っていたのは40%だけでした。東日本大震災を挟んで、それだけ感染症の意識が薄れてしまっていました。一方で、防災の分野だと南海トラフ地震が危

ないと言われていますが、2009年に新型インフル、2019年にコロナ、その前にもSARSやMERS等があったことを考えると、5年から10年間隔で何らかのパンデミックがあると考えられ、そう考えると南海トラフよりも次のパンデミックの方が早いでしょう。そして、次のパンデミックは今回改定される行動計画で対応する可能性がかなりあると思います。そういうことを念頭に置いて、計画を作っていたきたいと思います。

2つ目が、どういう感染症を想定するかですが、防災の分野でも、能登半島地震でも、東日本大震災でも、「こういう災害が来る」という予測はかなり外れています。そのため海外では、2000年代からオールハザードアプローチと言って、具体的なハザードは想定せずに対策計画を作っていくというのが主流になっています。例えば万博の防災計画だと、昨年12月に発表された第1次案では、様々な災害についてこと細かく書いていますが、結局どういう対策をするかという、3日間、会場の夢洲の中で籠城できるだけの備蓄の体制を整えるということが書かれました。要は津波であろうが地震であろうが、3日間そこで籠城することが対策としては共通になっています。

これと同様に、例えば行動制限や病床確保、サプライチェーンがグローバルに止まった段階でマスクや医療資源をどう確保するのか等、今回のコロナであった対策にも、どんな感染症であっても共通でやるべき対策が結構あるのではないのでしょうか。そして、もし今回のパンデミックでは明らかになっていないけれども、共通でやるべき対策があるのであれば、前もって対策を考えておくことが望ましい。防災では、望ましい対策が実行できておらず、災害が起こると結局後手後手に回るとありますが、そこをぜひ先回りして、どのような感染症でも共通でやるべき対策を考えていくことが必要であると思います。海外で言うと、エマージェンシスリスクへの対策とあって、人工知能の暴走等も含めて、何が起こるかわからないけれどもこういう対策が必要だろうというふうに、リスクやハザードを想定せずに対策を考えるという動きが出てきています。

3番目が連携の話です。うちの学生で高齢者施設・介護施設のBCPを検討している者がいるのですけれども、コロナを経験しても、介護施設に関しては感染症対策の知識が少なく、医療と福祉の壁があるようです。今回の介護報酬の見直しで、医療と福祉の連携で報酬加算がされるようになりましたが、特に感染症対策が目的でなくても、平時からそのような医療と福祉の連携がとれるようになると、感染後治った方を福祉施設で受け入れてもらって、逆に福祉施設で感染した方を医療施設に送って、というような連携もとれるようになると思います。また、京阪神での連携というのもコロナで大事でしたので、関西広域連合の枠組みでそのような連携を取るのもいいと思います。そういう様々な連携の形、医療・福祉介護の連携、保健所や保健センターとの連携、都道府県を超えた連携という

ことについても、今回の計画の中で、兵庫県がリードするような形で進めていければ、関西圏にとってもプラスになるんじゃないかなと思います。

宮良会長：ありがとうございます。広い連携、それから、実際に起きるハザードを限定しない形でのBCPの作成ということですね。

事務局(田所)：事務局から。先生からご指摘いただきました、どのような感染症でも区別せず対応できるような計画というところ。

1つは、今回のこの計画について、政府行動計画を見ると、事前に取り得る選択肢を整理して記載しておくとあります。実際パンデミックウイルスの発生等があった時に、その選択肢の中からは拾っていくという形式になっています。ですので、先程先生が言われたような、いろんなウイルスの形状に応じた選択が取りやすいような計画を意識しているものと考えています。

もう1点、いろいろな施設の連携、特に福祉分野、介護施設との連携について。コロナにおいて、介護施設での医療管理について、施設によって感染症対応力にレベルの差があり、コロナ感染者を積極的に取っていただけたところと取っていただけないところがありました。先程のデマ情報のリスクコミュニケーションと共通しますが、介護施設の高齢者という感染症に弱い方を預かっている施設なので、有事の際は取り組んでいただけるよう、福祉部局とも連携して、平時から感染症対策を進めていきたいと考えているところです。また、それ以外の施設や機関、市、保健センター等についても、予防計画の連携協議会で、普段からの連携がとれるような体制を今回作ったので、それをもとに様々な連携を深めていきたいと考えています。

宮良会長：医療機関とペアを組むようにといった指導もありますよね。そういうところを活かしていければいいと考える。

事務局(田所)：国も、診療報酬・介護報酬の改定で、感染対応力をつけるようにと指導しています。この動きがより積極的になるように、県からも国にも伝えていきたいと思います。また、実際の現場でも連携が図れるよう支援を考えていきたいと考えています。

宮良会長：それでは、資料4の「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の各対策項目の取組」につきまして、ご説明をお願いしたいと思います。

事務局(陰山)：まず危機管理部の方から、行動計画の13の対策項目の中の1つ目の「実施体制」、それから「まん延防止」、最後の13番目の「県民生活・県民経済」につきましてご説明したいと思います。

先ほど資料3のところでもご説明ございましたが、これまで県の対策行動計画は、6つの発生段階に応じた各種の対策という形で整理をしていましたが、このたび政府の行動計画の改定を踏まえまして、3つの対策段階に応じた対策

項目という形で整理をしています。このうち私どもの方で説明いたします「実施体制」「まん延防止」「県民生活」に関しては、元々あった対策項目ではありますが、昨年度の県のコロナに関する検証項目や検証の結果を踏まえ、各種対策の改定に取り組んでいきたいと思っております。

まず1つ目の「実施体制」です。準備期・初動期・対応期それぞれにおける県としての対策の体制についての項目ですが、まず準備期は、検証のところでも指摘されておりましたとおり、平時からの実践的な実施や、或いは関係団体、専門家等との連携強化、また、国、市町、関係機関、それから本県は関西広域連合の広域防災を担当しておりますが、そういう関係団体との連携を平時からしっかりとやっていくということを規定したいと思っております。

それから、初動期については、県の体制として、感染の状況に応じて、県の連絡会議、警戒本部、それから法律に基づく対策本部というように、フェーズを上げていく形になっています。国の基本的対処方針を踏まえた県の対策として、本部長のもと対策を実行していくという形で、この体制については昨年度、前回のコロナ禍から変わっていません。

それから対応期におきましては、地方衛生研究所等との連携や、県による必要に応じた県全体の対策の総合調整等についても、引き続き規定していきたいと考えています。

それから先程、会長からもご意見いただきました、地域特性を踏まえた各種のまん延防止等の措置についても、国の対策本部に対して適時適切にその内容について協議していくことにしたいと思っております。

これまでは、この対処基本方針等の国の方針については、危機管理部が中心になって、内閣官房のコロナ室との間で調整してきましたが、このたび新しく内閣感染症危機管理統括庁という専門の組織ができたので、以後はそちらとやっていくこととなります。

それから、6つ目の「まん延防止」です。こちらも、いわゆる社会活動制限に関わる場所ですが、国の基本的対処方針に書かれている様々な規定を基本に、有識者会議の皆様のご意見等踏まえながら、その措置の内容について、適時適切に国に要請協議を行い、地域特性等を生かした対策を実施していくことを規定したいと思っております。

最後に13番目の「県民生活・県民経済」についてです。こちらも今回の改定のポイントの中で、平時からの各種団体、関係機関との連携等が規定されていましたが、そういう内容をしっかりと踏まえて、県民生活或いは社会経済活動が必要以上に混乱することがないように、その影響・効果をしっかりと踏まえた対策を講じていくということを観点に、それぞれの発生時期に応じた対策を実施したいというふうに考えております。

事務局(臣永)：保健医療部からは、先ほど危機管理部から説明のあった3つ以外の項目について説明いたします。保健医療部から説明させていただく項目については、新しく項目ができたもの、拡充したもの、項目が分かれたもの等ありますが、基本的には、以前からあった項目に準じるものになります。

まず、②の「情報収集」。情報収集・分析の項目になります。県では、県民生活及び県民経済の両立を見据え、感染症対策の判断に際しては、感染症医療の状況の包括的なリスク評価を行うとともに、県民生活及び県民経済の状況を把握するよう努めていきます。そのため、県では、県感染症情報センターを中心とした感染症情報の収集分析体制の強化や、国等の関係機関、また大学、専門家とのネットワークの形成・維持・強化を進めていきます。臨床情報の収集にあたっては、国の動向を踏まえ、迅速な情報収集・分析に向けてDX化を推進していきます。国の方においては、2025年4月に国立健康危機管理研究機構（J I H S）が創設される予定となっており、国やJ I H Sとの平時からの連携体制構築を進めると共に、有事においては、平時に構築した人的組織的ネットを活用してリスク評価を行い、感染症対策の実施に反映していきたくというふうに思っております。

続きまして、③の「サーベイランス」の項目です。国の支援による感染症サーベイランスに係る技術指導や人材育成、関係機関との連携強化などの感染症サーベイランス体制の整備を平時から行っていきます。また国の動向を踏まえ、DX化について推進を検討していきます。有事の際にはリスク評価に基づき、感染症サーベイランスの体制強化や、感染症の特性及び流行状況を踏まえた感染症サーベイランス対象の重点化、効率化等の実施について検討を進めていきます。現在、国において、感染症サーベイランス項目の追加や、システムの強化について検討が行われています。県では、これらの動きを踏まえた上で、関係機関の協力を得ながら、感染症サーベイランス体制を構築していきたいと考えております。

続きまして、④「情報提供・共有、リスクコミュニケーション」の項目です。感染症危機における情報の錯綜、偏見、差別等の発生や、偽情報・誤情報の流布への対応を検討していきます。県では、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、先程橋本先生からご指摘いただいたところですが、感染症患者を受け入れる医療機関等への風評被害の問題等、医療従事者並びに家族等の人権が尊重され、差別的取り扱い等を受けることがないように努め、偏見、差別等へ対応を行うようにしていきます。感染症対応を効果的に行うため、可能な限り双方向のコミュニケーション、いわゆるリスクコミュニケーションで行っていきます。リスク情報とその見方の共有を通じて、県民等が適切に判断行動できるよう対応して行きたいと思っております。

続きまして⑤、「水際対策」です。水際対策の検討や対策実施については、大部分が検疫所などの国の機関における対策となります。県及び保健所設置市は、検疫所から新型インフルエンザ等の検疫感染症患者の発生通知を受けたときは、必要な感染症対策を講じるとともに、検疫所と連携して健康異常者に質問調査を実施するなど、水際での感染症の蔓延防止に努めていくこととなっています。そのため、平時より連携協議会等を活用し、県・保健所設置市・検疫所を始めとする関係機関間の連携強化を図り、感染拡大防止策の検討を進めていきます。

⑥は「まん延防止」で飛ばしまして、続きまして⑦「ワクチン」です。国の進める予防接種事務のデジタル化等との連携や、国と市町、卸売販売業者団体等と平時より連携し、ワクチンの円滑な流通のための体制構築の検討を進めていきます。また、国の考え方を踏まえ、接種の優先順位の考え方等の整備を検討していきます。その他、接種体制の構築に必要な訓練や、ワクチンに対する県民の理解を促進するため、予防接種やワクチンへの理解を深める啓発の検討を進めていきます。これらの平時の準備を踏まえた上で、有事に実施される特定接種や住民接種が円滑に実施されるよう、県においても体制整備を検討すると共に、市町への支援を実施していきます。

続きまして⑧「医療」です。県は次の新興感染症発生に備え、予防計画に基づき、平時から医療機関等と、病床確保、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、または医療人材の派遣に関する協定の締結を進めています。病床確保では小児や妊産婦等、コロナ時に特に受け入れ病院の調整が難しかった配慮を要する患者について、協定により平時からの受け入れ病院の確保を進めております。また、感染症指定医療機関における研修訓練の実施等により、平時より医療人材や感染症専門人材の育成を推進していき、有事には、通常医療との両立を念頭に置きつつ、感染症医療を提供できる体制を確保し、病原性や感染性等に応じて変化する状況に、柔軟かつ機動的に対応していきます。

⑨「治療薬・治療法」です。新型インフルエンザ等が発生した際の診療、治療に関する情報等の構築については、国が進めているDX化による治療情報の共有体制の構築を踏まえ、県においても平時から検討を進めたいと思っております。また、国が定める基準を踏まえた計画的な抗インフルエンザウイルス薬の備蓄についても進めていきます。有事の際には、患者の発生状況と抗インフルエンザ薬の流通状況を踏まえて配分調整を行うことを検討しています。

続きまして、⑩「検査」の項目です。新型インフルエンザ等の発生に備え、検査が流行初期の段階から円滑に実施されるよう連携協議会を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行っていきます。民間の検査機関等との連携については、新型インフルエンザ等が発生した際に必要な検査体制を速やかに整備できるよう、予防計画に基づき検査措置協定の締結を進めてい

きます。その他、平時においては、検査体制整備のための人材の育成や資機材の確保に努めるとともに、研修訓練等を通じ、検査体制を定期的に確認することを検討していきます。有事においては、予防計画等に基づき、速やかに検査体制の立ち上げと、段階的な拡充を進めています。

⑪「保健」です。感染が拡大した時における業務負担の急増に備え、平時から有事の際の受援に関する体制の構築の検討を進めるとともに、有事に取り組むべき業務の整理、ICTの活用等を通じた業務効率化や省力化等を行っていきます。感染症に関する研修会や学会へ職員を派遣することを通じ、人材育成に取り組んでいきます。有事には、予防計画準備期に整理した役割分担・連携体制に移行し、感染症の特徴や病原体の性状、感染状況等を踏まえた柔軟な対応を行っていきます。特に有事の際には、広域的対応による医療資源等の有効活用と、健康福祉事務所、保健所等がより優先度の高い業務に集中するため、業務の一元化等の業務効率化を目的とし、連携を行っていくことを想定しております。

⑫「物資」。医療機関等において、平時から必要な感染症対策物資の備蓄を推進していきます。医療機関等において個人防護具の必要量の備蓄がなされるよう働きかけていきます。また、予防計画に基づく医療措置協定の際には、個人防護具の備蓄がされるよう働きかけるとともに、動向を踏まえ、支援策を検討します。また県においても、国の定める備蓄品目・備蓄水準を踏まえ、備蓄を行っていきます。初動期・対応期においては準備期に形成した仕組みに基づき、感染症対策物資の確保に努めると共に、必要に応じて売り渡しの要請等の実施を検討していきます。

以上で説明終わります。よろしく申し上げます。

宮良会長：はい、ありがとうございます。それでは兵庫県の新型インフル等対策行動計画の各対策項目の取組につきまして、ご意見ございますでしょうか。

勝沼委員：先程、紅谷先生の方から重要なご指摘ありまして、リスクコミュニケーションについて。私はどちらかというと、情報を受ける側の一般の市民としての立場と、そこにどう伝えるかというメディアの立場から考えたことをお話ししたいと思うんですけど、まず、コロナ禍では、専門知を結集した科学的知見が適切に提供されていたんだろうかという疑問があります。

行政や専門家が、知見の限界や不確実性を踏まえて情報を的確に発信できなかったこと、また、社会との対話を進めてこなかったことが、色々な不安、誤解、偏見などに結びついたんじゃないかという反省が、メディア側にもあります。それによって生じた様々な不安や行政への不信は、今も完全に拭い去れていないんじゃないかなというふうに考えています。

なので、先程災害との関係もありましたけれど、こういうリスクにどう向き合

っていくのかというのが、これからの時代どうしても欠かせない対策になっていくんじゃないか。ただ、それを前提とした上で、リスクコミュニケーションというものを考えた時に、異なる意見とか価値観を統一したり、ひとつのものに結論づけていくというための手段ではないんじゃないかなと考えておきまして、要するに、いろんな立場の違いとか見解の違いを話し合い、理解し合った上で、それぞれの行動変容に結びついていけばいいんじゃないかと考えています。リスクコミュニケーションがそういう共感の場であるということをもまずは共有したいなと思います。

そのためにはまず、後から検証が可能な形での積極的な情報公開と、行政や医療機関と市民との信頼関係の醸成が一番大事なんじゃないかなと考えておきまして、非常時は情報がどうしても一方的になる場合が多いので、それを織り込んだ上で、平常時にどれだけ信頼関係を積み重ねていけるかという具体的な取り組みができる場が必要んじゃないかなと考えています。特に情報の受け手として思ったのは、例えばマスクのひっ迫であるとか、エアロゾルというのと空気感染とはどう違うのか、それならばどういう対策をしたらいいのか、そういう風なところがなかなか曖昧なまま、不信感だけが高まったような感覚がありました。そういうところに的確な情報が提供されていたら、もしかしたら少し不安が和らいだような場面もあったかもしれないと思っていて、情報を受ける側にとっては、リスクを被るのは当事者である自分自身であって、不確実な情報であっても、提供していただくことによって、自分の選択の参考にしたいというのが誰もが思うところじゃないのかなと思います。

そういう意味で、積極的な周知・情報公開をと言っているわけですが、ただ、そこに情報の不確かさや、賛否が分かれるテーマが含まれる場合は、受け手がその検証をできるような情報公開が同時に求められると思っています。情報の根拠になるデータとかを、立場の違う人達が、いろんな多角的な議論を通して検証して、相互に、そういう考え方もあるのかと共有できたときに、初めてその情報やデータの信頼性が高まって、それを発信する行政への信頼度も高まるんじゃないかなと考えています。

一方で、人々に行動変容を起こしてもらおうとする場合のメッセージの伝え方は、ただ正確で細かければいいものでもないというのも、この三、四年を通して感じているところですので、何を伝えたいかということを整理して、端的にわかりやすく伝えるという訓練も必要かなと思っています。

メディアに関して言いますと、大体メディアの側の反省でもあるんですけど、計画の中で双方向のリスクコミュニケーションというのが強調されていますが、私たちにとって取材先は専門家の方々であったり、実際に罹患した患者さんであったり、家族を亡くされた方であったり、それぞれ立場が少しずつ違って

います。それら複数の立場のどこに依拠して伝えたらいいのか、取材の場面では常に迷いながら、特にコロナの実態が分からない中では、何を軸にして記事にしたらいいのかというところは常に迷っていたところです。

なので、リスクコミュニケーションというものを軸にした、専門家の方々、市民の方、いろんな団体の方とかで、継続的な勉強の場、勉強会のようなものを設置してもらえないかなと思っています。それによって都合のいいように報道内容が変わるということはないと思うんですけども、専門家の方々と常にコミュニケーションが取れる場があったり、連絡を取りやすくなることで、正確で多角的な情報を提供することができるようになるというメリットはあるかなと考えています。それが偽・誤情報であったり、差別や偏見に繋がる情報の流布の歯止めになる、そういうメディアでありたいと思いますので、そのためにそういう場の設定というのを取り入れていただければなと考えています。

宮良会長:ありがとうございます。情報を伝える側のメディアの立場としてのご意見ですね。

ただ、厚労省のアドバイザリーボードの先生方も、エビデンスがないものを発信していいのかという議論は行ってたんです。それでも、これは専門家として伝えないと、やはりマスクが必要だとか、そういうことは伝えないといけないんじゃないかということで、方針決定には科学者のグループの中でも議論があったみたいなんです。これがなかなか難しく、WHOが新型コロナウイルスの空気感染を認めるのにも4年かかりました。ですから、起こっている最中にこういった科学的知見を、エビデンスを積み上げるのは、時間がかかるので難しいと思うんですね。市民の皆さんは疑問に思われるかもしれませんが、実際のところ科学的知見の集積というのは時間を要するし、議論にも時間を要する。難しいところです。

勝沼委員:その辺の迷いみたいなものが表に出せないのはよく分かるんですけど、受ける側も聞いていておかしいよなと疑問に思います。考えてみておかしいんじゃないかというようなことについて、それを尋ねていく場であったり、現状どうなんだというところを説明していただくような場があればいいなと思いました。

茅野オブザーバー:先ほどからおっしゃる通り、エビデンスは後からついてくるのはその通りだと思いますし、WHOがよく使う言葉で、the best available evidenceって言葉があって、今現時点で手に入る最良のエビデンスをもとに判断するということ。

ただもう1つは、ヘルスリテラシーという言葉があって、その受け取り側がどれくらい保健医療であったり専門的な情報を理解することができるかっていう

ことが大事で、そこの教育的な視点も、メディアとの連携が必要になる部分なんじゃないかなと思うんですね。何も分からなかったらどんなに分かりやすく説明しても分からない。そこの格差をどうやって埋めていくのかっていうのが大事だというのは、さっきの議論で思いました。

私からこの計画について申し上げることがあるとすれば、まず全体として国際的な指針に合致した内容になっていると思います。例えば、WHOでいうと国際保健規則とか、防災の世界だと仙台防災枠組とか、いずれも備えに対してすごく強調しています。オールハザードアプローチについて紅谷先生がおっしゃいましたけど、まさにその、いろんなものに対応していけるようにという視点です。それから、全社会的アプローチという点も、協力し合っていくんだっていうところは合致していて、非常にいい内容になっていると思います。

ただ、WHOあるいは国連的な視点で申し上げると、人道的な視点ってのはもう少し強調しても、しっかり表現してもいいんじゃないかなというのは感じます。例えば4番の「情報提供」の部分で、偏見差別等や偽・誤情報への対応という言葉がありますけど、これはもう少し強く、偏見差別を防止するんだ、偽・誤情報を防止するんだと、そういうものがあってはいけないのだということ言葉を明示することが必要と考えます。偏見差別と、偽情報をひとまとめにしてぼんやりと対応するというのは良くなくて、偏見差別は駄目なんだと独立項目にするとかの対応が必要だと思います。

今回のパンデミックの時に、高齢者差別がひどかったんですね。高齢者が死亡のリスクが高いから、高齢者を守るために若い人がみんな我慢してて、高齢者の命を軽んじるような内容の雑誌記事も結構あったし、高齢者は社会のお荷物だとか、そういうことをいろんな人がいろんなところで言っていたという事実がある。そういう、パンデミック等によって社会的暴力を受ける人たちを保護しなきゃいけないんだという点は強調していいのではないかなと思いました。そうだったことが1つですね。

同じような観点で、8番「医療」に入れたらいいかなという観点ですけど、医療従事者の保護も入れた方がいいのではないかと思います。防護具を準備するとかも大事ですが、やっぱり医療従事者を保護しなきゃいけない。健康と安全を確保して、過労やストレス対策とか、メンタルヘルスの対応っていうのをきちんと充実させるんだということを、どこかに一言入れてもいいんじゃないかなと思います。

あと最後に、国連でいつも言われているのですが、ジェンダーに関する記載が一切ないということに関しては、言わなきゃいけないかなと思いました。どんな文章でも良いですが、ジェンダーに対する配慮をするとかいう記載を入れなくてはいけない。例えば、今回のパンデミックで、DVが増えたんですね。性的

搾取、性的暴力とかですね。WHOで2月に発行したエマージェンシーレスポンスフレームワークの中で、gender-based violence(ジェンダーに基づく暴力)をprioritize(優先順位をつける)して、性的搾取や虐待、ハラスメントから保護することについて言葉にして言っていくことを示している。ジェンダーに対する配慮をきちんと明言するという事は、国際的基準からすると、どこかに入れたほうがいいのではないかなと思いました。

宮良会長：ありがとうございます。

土井委員：指定医療機関の立場から申し上げさせていただきますと、今回の四年くらいのコロナにおいては、どこの県・市の指定医療機関も、使命感を持って取り組んでいたなと思いますし、院内のリソースをかなりコロナに割いていました。なので、むしろ通常医療を維持して両立させるというのがかなり難しく、そこが問題になっていたし、それはまだ解決していないと思います。

行動計画の8番の「医療」について、今回問題だったことに、医療機関が多くの人を受け入れなくてはならなくなって、用意した病床がすぐ埋まってしまうという時に、退院させる出口の部分がスムーズではなく、病床の空きが出ないということがかなり長い間続いて、苦しかったということがありました。今回の計画を見ますと、そのことに関して、後方支援を強化するという事を書いていただいています、大変重要かなと考えています。重要な点として、後方支援の病院がいかに早期に、最新の感染対策や治療の指針を取り入れて変化していけるかということがあると思うんですけども、それについては、この四年くらいの間で何回も指針が改定されたりしたので、徐々に変更に対応するのが早くなっていたのではないかと思います。

一方で、新しく人が入らないと人手が足りなかつたりして、新しい対応を実施していくにもハードルが高かつたりします。そこは教育によるところが大きいと思いますので、人材育成をいかにしていくかは重要ですね。人材育成という言葉は準備期のところに書かれていますが、これが言葉だけにならないようにしなければいけない。これこそ準備期で最も重要なことだと思いますので。

実際のところ、専門家と言っても、看護師人材は定期的な供給システムが確立していると思うんですが、医師については、コロナ禍で感染症学が人気のない職業になってしまったし、兵庫県においては神戸とか太平洋側の地域に人材が偏っている面があるので、うまく活用していかなければいけないかなと思います。

ですので、専門家を活用して人材を育成する枠組みを行政で作っていただいて、できるだけ広いところに届くようにしてもらった方がいいのではないかなと思います。

宮良会長：そうですね。同じ日にクラスターが発生して、県の東の方と西の方か

ら要請があつて、一方はお断りせざるを得なかったということがありました。そういう意味では、クラスターが起こったときに、医療機関の中で対応していただける方々を育成して増やすとか、私達が経験したことを伝える機会があつていいのかなと思つています。人材育成の機会はもっと持つべきかなと。

松下委員：看護職の人材育成に関して。コロナ対応において、保健所支援や医療現場、ワクチン、相談対応と、いろんところで一気に需要が高まってきた経緯があつて、それでも看護職は絶対数が多いので、人を集めることができた、という状況なんですね。それで、準備期の中で、平素から幅広く感染症に対応できる人材を育てるところでは、今までは災害支援ナースという災害対応の看護師を育てていたんですが、そのカリキュラムの中に感染症対応も入れるようにして人材育成をさせていただくことにしております。

また、感染症対応の専門認定看護師については県内に百人ぐらいいらっしゃるんですが、その方々に登録していただいて、リソースナースとして平時から地域の研修や対策システムの構築に参加していただくとか、そういう顔の見える関係を地域の中で醸成していくということをしています。その中で、いわゆる専門職団体とか地域の情報を、迅速にあるいは予測的に分析をして対応できるようなシステムを作り上げていく必要があるのかなという気はしています。いずれにしても、準備期の体制が非常に重要だなと考えているところです。

宮良会長：平時のうちにリスト化しておいた方がいいなと思つますね。感染対策にどういった方々が対応しているのかのリストがあつて、有事にはそのリストを元に依頼をして、地域を守っていただくというのはあつてもいいと思つますね。

紅谷委員：先程、語り継ぎの話が出ましたが、とても大事だと思つています。パンデミックの間隔が空けば空くほど、職員もコロナを経験していない方が対応されることとなります。防災の分野でも、過去の災害を語り継いだ地域とそうでない地域では、同じ災害を経験した自治体でも、その後の対応力は全く異なってきます。そういう意味では、ひょうご安全の日というのがありますが、阪神・淡路大震災が今年度で30年を迎えますので、それを期に感染症なども安全の日のテーマの1つに加えて、コロナ対応にあたられた医療従事者の方や苦労された企業の方の話を語り継いでいくという活動もあつていいのかなと思つました。

橋本委員：先程のメディアの話なんですけど。失礼ながら、メディアもピンからキリまであり、ちゃんと話が通じるようなところもあれば、興味本位で取り上げるようなところもあり、リスクコミュニケーションと言つても難しい面があります。それと一番の問題はやはりSNSでの発信で、誰でも匿名で発信できると

いうところがあり、そのような発信をどうやったらコントロールできるのか、専門家のご意見をお伺いしたい。

宮良会長：ワクチン関連で発信をした医師が、ご本人だけではなくご家族まで中傷や脅迫を受けた方々がいます。国の依頼などでビデオに出て発信したにもかかわらず、中傷等に対して個人で訴訟を起こすことになって、有罪を勝ち取ったものの相手の支払い能力がなく、結局訴訟の費用だけ損したということがありました。だから、情報発信したために被害を受けている方々を守ってあげるシステムが必要なのかなと考えています。そういうシステムが表に出れば、SNSでとんでもないことを発信するような人も減ってくるのかなと思います。実際のところ、誰でも発信できるSNSの発信を完全にコントロールする方法はないと思います。

柏樹委員：5の「水際対策」の部分について。健康監視というのは、感染症が流行している地域から帰国したときに、空港等で留め置かずに、入国した後で健康状態を監視するという方法なんですけど、従来は検疫所がやるということになっていたんですが、平成20年に新型インフルエンザ等感染症が対象に入ったことで、検疫所で対応するのは数的に無理だろうということで、都道府県にやってもらうことに改正されたわけなんですけども、ただ今回のコロナの状況を見ると、保健所の業務が逼迫して、積極的疫学調査もやっている中で、さらに検疫所から依頼を受けて健康観察もやるというのはかなり難しいんじゃないかなと考えられます。対応期のところに、「必要があるときは健康監視の代行を国に要請する」ということが書かれていますが、初動期のときからDXを用いた監視方法を確立して、対応できるようにしておかなければいけないと思っています。都道府県の方で健康観察をやるというのは、すぐに難しい状況に陥ると私は感じています。また、検疫所の方でも、検疫措置をDX化するのが望ましいと感じているところです。

宮良会長：これは、一県だけではなかなか難しいので国に要望しないとイケないですが、おっしゃるとおりだと思います。

楠委員：今回の行動計画の案を見せていただき、国の行動計画に基づいて作成されているということで、わかりやすく記載されていると思いました。県行動計画を踏まえて、市でも行動計画を作成しないとイケないので、県と連携取りながら作成したいと思っていますが、委員の先生からのご意見でもあった点で、書いている内容が抽象的で、何か具体的な数字が書かれているとか、例えば一回研修を行うとかそういう記載がない。読めばわかりやすいんですけど、じゃあどうしたらいいのかっていうところに関して、なかなか具体的に記載して作成するのは

難しいのかなとも思いますが、市の方でも行動計画を作成するにあたっては、そのあたりも参考にさせていただきたいと思います。

宮良会長：そうですね。これは取り組みの概要ですので、実際に行動計画として書き下ろすときには、そういったところを具体化して記載した方がいいかなというふうに思います。

私の方から。①の「実施体制」について。初動期の①「新型インフルエンザ等の発生の疑いを把握した場合の措置」という部分は、誰が把握するのか言及されていないので、明示していただけたらと思います。

また、その後の、「県は、海外において限定的に人から人へ感染するインフルエンザが発生した場合等は、県連絡会議を設置」の部分は、インフルエンザに「新型」が抜けていると思いますので、追記をお願いします。

委員の皆様からは概ねお話を伺いましたけれど、他にまだご意見がありましたら、文書で出していただけたらと思います。

それでは、この後事務局の方で、計画の素案を作っただけだと思いますので、本日の議論を踏まえて検討いただけたらと思います。

それではここで議事進行をお返ししたいと思います。

事務局(臣永)：宮良会長、どうもありがとうございます。

それでは閉会にあたり山下保健医療部長からご挨拶申し上げます。

事務局(山下)：事務局を代表して、私の方から御礼申し上げます。まず、宮良会長及び委員の皆様方、本当に熱心なご意見ありがとうございます。参考にさせていただく項目が多々ございました。

10年ぶりになる抜本的な改革ですので、今後詰めていきたいと思っておりますけれども、皆様ご存知のとおり、現行計画がコロナでほとんど役に立ってなかったことについて、大きな反省を持って、実効性を高めないといけないと考えています。実効性を高めるためには、紅谷先生が言われたようにオールハザードでやることも大切だと思いますが、一方で一定の感染症を想定して、例えばベッド数や医療機関数はどれだけ必要なのか等、具体的なことも記載する必要があります。この辺のバランス感覚が必要かなと思っています。過去のパンデミックを振り返ると、やはり呼吸系の感染症ウイルスのパンデミックが頻度的に多いので、どうしてもこれを想定してやっていけない面はあります。ただひとつのことを想定すると必ず想定外が起こるので、紅谷先生が言われたようにオールハザードという観点も取り入れさせていただきたいなと思っています。

あとは人材育成。これは感染症だけじゃなくて、あらゆる医療分野で問題になっているので、しっかり記載していきたいと思っております。

あとは、一番大切だなと思っているのは、やはり情報なんですね。情報というのは収集して発信するものなんですけれども、受け取り側がどうかと言うところが問題になる。先程茅野オブザーバーが言われたように、どこの集団に対して発信するかによって、発信の方法は全く違ってくる。発信と、受け取る側のリテラシーの教育は両翼の関係にあるので、やはりマスコミ、行政、専門家のそれぞれが、発信する側として、また受け手側として、しっかりとやっていかないとけないなと思いました。

人種、人権、それからジェンダーについての言及もありました。また、一番大切なのはモラルだと考えています。我々は法律に基づいてしか動けないが、最終的には医師や皆さんの努力というか、法律外のところで頼る部分がたくさんありました。一方で、法律を根拠にした非協力的な動きもありました。その辺が非常に難しいと感じています。医療だけでは絶対こういう非常時の対応はできない。危機管理もそうですが、介護であるとか、保健だったり、いろんなところが協力して取り組む必要があると思っていますので、この計画はオールひょうごで取り組む計画だという位置付けで頑張りたいと思います。

今日ご参集の皆様方におかれましては、それぞれのお立場から、また忌憚のないご意見をいただければと思っています。予定としましては、今日含めて合計で4回会議をさせていただくことになっていますが、会議を通して、ブラッシュアップしたよりよい実効性のある計画にできればなと思っています。本日は誠にありがとうございました。

事務局(臣永) : ありがとうございました。本日、会議で発言が足りない内容等ありましたら、またメールなどでご送付ください。よろしく申し上げます。

なお、本日の議事要旨について、後日内容の確認にご協力いただきますよう、よろしく願いいたします。

また、第2回有識者会議の日程調整について、事務局よりご連絡申し上げますので、ご協力をお願いします。

それでは以上をもちまして、令和6年度第1回兵庫県新型インフルエンザ等対策有識者会議を終了させていただきます。

本日は長時間にわたりどうもありがとうございました。