

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（第9回）
議事概要

1 日時

令和2年9月24日（木）10:30～12:30

2 場所

厚生労働省省議室

3 出席者

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜萠 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授

座長が出席を求める関係者

	大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
	齋藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
	杉山 真也	国立国際医療研究センター研究所副プロジェクト長
	中澤 よう子	全国衛生部長会会長
	中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学学科教授
	西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
	前田 秀雄	東京都北区保健所長
	和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授

厚生労働省 田村 憲久 厚生労働大臣

山本 博司	厚生労働副大臣
大隈 和英	厚生労働大臣政務官
こやり 隆史	厚生労働大臣政務官
福島 靖正	医務技監
正林 督章	健康局長
迫井 正深	医政局長
中村 博治	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
間 隆一郎	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長

4 議題

1. 現時点における感染状況等の分析・評価について
2. 指定感染症としての措置・運用のあり方に関するWGの検討状況について
3. 検査の状況について
4. その他

5 議事概要

<田村厚生労働大臣挨拶>

どうも、おはようございます。

委員の先生方におかれましては、大変お忙しい中、本日もお集りいただきまして、誠にありがとうございます。心から御礼申し上げます。

このたび、厚生労働大臣を拝命いたしました、田村憲久と申します。どうか、よろしくお願いいたします。

御承知のとおり、菅内閣が誕生いたしましたわけでありますけれども、当然、菅内閣においても、この新型コロナウイルス感染症、これの対策が優先課題、ナンバーワンということでございますので、先生方には、引き続き、お力添えをいただきますように、よろしくお願いいたします。

これまでも、このアドバイザーボードをはじめ、いろんなところで、先生方からは御指導いただいてきたわけでありますけれども、これからも、どうか自由闊達な御議論をいただきたい。こんな思いでいっぱいであります。

全体的な我が国の新規感染者の状況でありますけれども、300人台から600人台ぐらいで推移いたしております。

昨日は若干少なかったようであります。東京は59人ということでありましたが、これは4連休ということもございましたので、当然検査の数自体、母数自体が少ないということ

もでございます。

先生方からは、また、いろんな御評価をいただきたいと思うわけであります。

8月1週目辺りがピークで、若干減りつつあったかなという、そういう御意見もいただいておりますが、一方で、やはり地域においては、東京もそうでありましょうけれども、若干増える傾向の地域もあるわけでありまして、油断は許されないわけであります。

これからも3密回避、手洗い、さらには換気等々、新しい生活様式をはじめ、国民の皆様方に、いろいろなことをお願いしていかなければなりませんし、業種ごとに、それぞれガイドラインをおつくりいただいて、これを進める中において、感染予防等々をしていただかなければならない、このように思っているわけでありまして、いよいよ秋、冬を控えて、インフルエンザとの同時流行、これも予想もされるわけであります。

ワクチンのほう、6000万人強、各メーカーに増産のお願いをいたしております、そのような形で、ワクチン接種等々をしていただくわけでありまして、同時に、やはりコロナとの同時の流行を考えれば、医療の提供体制といたしまして、発熱された方々の受け皿というもの、各地域、多分、それぞれの地域によって事情が違いますから、それぞれの地域においての体制というものをおつくりいただかなければならないわけでありまして。

いろいろと、私も地元の医療の関係者の方々からお話をお聞きしますと、なかなか大変だというようなお話もいただいております。

これも先生方からのいろんなアドバイスを基に、厚生労働省、きめ細かく都道府県のほうにいろんな体制のお願いをさらに進めていかなければならないと思っております。

そして、やはり、高齢者や、また、基礎疾患を持っている重症化をするおそれのある方々、こういう方々に対しての、まずは感染をどう防いでいくか、これも先生方からアドバイスをいただかなければならないわけでありまして、重症化の方々の医療の提供体制の強化、これも、これからも進めていかなければならないわけでありまして。

まだまだ問題は山積ではありますが、一方で、経済のほうも動かさなければならぬという、非常に難しい局面に来ておるわけでありまして、感染を防ぎながら何とか日常生活を取り戻していく上で、また、先生方から、今までの経験も踏まえた上でのエビデンスをベースとしたいろんな御意見をいただければ、ありがたいと思っております。

どうか、今日一日、よろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

<議題1 現時点における感染状況の評価・分析について>

※事務局より資料1に基づき説明。押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、西浦参考人より資料2-3に基づき、それぞれ現在の感染状況の評価・分析について説明。事務局より、資料3に基づき説明。

(尾身構成員)

- 押谷さんの提示頂いたエピカーブは、だんだんと下がってきているが、どうもクラスターがまた起きてしまっているということで、やはり、今回、クラスターの要素が結

構影響力を持っているということで、感染研のほうも、随分いろんなクラスターの事例集というのも、集めてもらっているけれども、恐らく、これから、経済、社会との両立を図るときに、単に3密ということと大声ということではなくて、どういう状況で3密状態が発生し感染が起きたか、具体的なことを国民は求めているので、厚労省とか、アドバイザリーボードと分科会も一緒になって、少しここの議論をさらに進めることが必要だと思う。

(押谷構成員)

- 資料3について、1ページ目の1行目に、7月末をピークに減少が続いていると書いてあるが、2ページ目は、上昇に転じる動きがあるみたいなことが書かれているので、ここは、整合性を持たせるべきなのかなと思う。
- 1ページ目の人口10万当たりの1週間の累積患者数のところで、9月16から22日との比較をしているが、この間は検査数が少なく、このデータは、かなり注意して見る必要があるというのを、どこかに書いておく必要があるのかなと思う。恐らく、次のページの感染状況の評価のところに、何かの形で連休中の検査数が少なかったということと、連休中の人の動きによって上昇に転じる可能性は、まだあるので、その辺りのことを、書いておくべきかと思う。
- 2ページ目の「今後の対応について」のところで、1ポツ目で、これまで国内で感染拡大のきっかけとなってきた接待を伴う飲食店などのリスクの高い場における積極的な対応を強化していくということになっているが、接待を伴う飲食店だけではなく、会食とか、普通の居酒屋とか、職場とか、先ほど、鈴木基さんのほうからも報告があったように、いろんなところで出ているので、接待を伴う飲食店だけをここで特出しするのではなく、修正をしたほうがいいのではと思う。

(齋藤参考人)

- 資料3の「今後の対応について」というところで、人々の行動ががらっと変わり始めていて、これまで1月以来、控えてきた活動が再開というか、動き出す中で、リスクが高い場というのも変わっていくということを想定していく必要があると思っている。押谷先生がおっしゃられたように、その接待を伴う飲食店というのが、1つ全国的な拡大につながる要因として、キーワードとしてずっと出てきたわけだが、これ以外にも、例えば、共同生活をしているとか、不特定多数の人との接触の機会が多いとか、また、そういった感染行動を取りにくいとか、そういった複合的な要素がある場所というのは、ほかにもあるはずで、そういったところへ、広く検知をして、早期に介入できるように考えていく必要があると思っている。
- また、現在、諸外国で、また非常に再燃しつつある状況の中で、海外からの国境を開けていくという動きが始まる中で、今後、海外のリスク状況の評価というのもここで加えていく必要があるのではないかと考えている。

(館田構成員)

- 資料2-1の押谷先生の御説明のところで、毎回北海道がちょっとほかの動きと違う、何か分からない動きという形で説明されているが、これは、何でこのようになっていいのかということに関して、少し考察していく必要があると思うが、多分、北海道だけが、大きな山を経験したので、その後のガイドラインの徹底等々がちょっとうまくいっているか、どうなのか、そういうところであったり、あるいは、その地域の抗体価の陽性率、集団免疫効果みたいなものが少し高いからなかなか広がらないような形になっているのかどうかとか、そういう考察をする必要があるのではないかと。というのは、やはり、これは、もしかしたら、大きな山を乗り越えた後の、だらだらしたこういうふうなものが近い将来の東京で見られるかもしれない、そういうふうな視点で、これを解析していく必要があると思っている。
- もう一つは、鈴木基先生のクラスターの資料について、建設現場は、何か新しく入ってきたように思うが、建設現場に関して、確かに、よく分からない中で密になるような、大声を出してとか、そういうことがあり得るのかなと思うので、この辺のところに関してのガイドラインというのは徹底されているのかどうかということと、コールセンターもよく出てくるが、コールセンターとかのガイドラインは、どうなっているかということについても、考えていく必要があると思う。
- 資料3について可視化していただいて、非常に見やすいが、無症状の人が、第一波では、無症状の人まで検査する余裕がなかったから、有症状者だけだったのだが、後半の部分では、無症状の人が多くなって、ある意味、積極的な検査のおかげで、そのようなものが見つかってきたということをはっきりさせるようなデータもあれば、より一般の人たちは、分かりやすいのではないかと。思う。

(前田参考人)

- 東京の状況について、9月に入って、ほとんど下げ止まりというか、平行の状態になっている中で、少し気になっているのは、だんだん年齢層が上がってきている。特に、高年齢の方は少ないが、恐らく8月までは3割が20代で占めた、今、20代、30代、40代、ほぼ同数ぐらいで、それぞれ4分の1ぐらいを占めているという形で、徐々に年齢が、いわゆる生産人口のところへ上がってきているとすると、これは、やはり、そうした社会活動が活発になってきたことによるのか、飲食する方の年齢が上がってきたのか分からないけれども、どうもその辺の社会行動の変化によって、30代、40代がきて、それが、やはりひょっとしたら下げ止まりになっている原因になっているのかなと思うので、もう少しそこを深掘りして、その辺の要因を調べて、どこを今後注意していったらいいのかということを考えていかなければいけないのではないかと。思う。

(西浦参考人)

- 北海道の話は、北海道庁も札幌市も皆さん必死に対策をされていて、今、すすきのを中心とした若者のクラスターが散発をするというような状況だが、ほかのローカルの

地域でも、押谷先生がずっとクラスターを追跡してきたのと同様の知見である。クラスターの発生が連発せずに、それが地域地域での散発例にとどまっていた、結果として、バンピーというのか、幾つか段々になったような流行曲線になっているということなので、ハンマー・アンド・ダンスのコンセプトというもののダンスというのは、こういう感じで、データが上下するという。これで、時間を稼いで、特異的な治療と予防が確立するところまで走り抜けるということなので、集団全体の中で、これで増やさないという状況を保っているというのは、理想的なのだと考えている。

(押谷構成員)

- 資料2-1の北海道の数を見ていただくと、大体10名を超えることが少ない。8月の半ばぐらいまで10名を超えていたが、今は10名を超えることがほとんどないという状況で、大きなクラスターにつながらないので、こういう状況にあるのかなと思う。
- 今、西浦さんが言われたように、我々は、このウイルスと、どのレベルで許容するかということを社会の中で考えていかなければいけない。このウイルスを完全に排除しようとする、社会活動を全部とめないといけないということになるので、そういう意味で、1つの北海道はモデルになり得るのかなと思っている。
- 前田先生から言われた、年齢階層の点については、30代、40代、50代というようにところに少しずつシフトしている傾向が全国的にも見られていて、東京は、もう少しその傾向が顕著だが、9月に入って少し増えているというのは、もしかすると、大学が再開したというようなことも影響しているのかなと思ったけれども、10代、20代は、そんなに増えていないので、それを考えると、社会全体の活動が活発になってきて、やはり40代の人々の会食、飲み会のようなもの、職場の感染とか、そういうものも出てきているので、全体に、社会活動が少しずつ上向いているということが、感染状況も残念ながら少しずつ上向きにしている原因なのかなと思われる。

(協田座長)

- 館田先生から御質問のあった建設現場のガイドラインに関して、何かコメントはあるか。

(和田参考人)

- 職場のガイドラインについては、それぞれで一応作成はされているが、遵守率がどうかというところが、多分大きな課題になってくると思う。商工会も含めて、それぞれ業界団体で動いているので、また、何らかの形でフォローしたい。

(協田座長)

- 私もちょうと建設現場を見たりするが、結構マスクをしていなかったりとか、そういう形があったり、あと、休憩するような場所で集まっていないかといった、そのような要因があるかもしれないけれども、まだ、確定したことは言えない。

(押谷構成員)

- 外国人のコミュニティは、それぞれの国の人たちが交流する場も多いので、そういう

ところでクラスターがつながってしまうというリスクは十分に考えられるが、かなり注意深くやらないと、差別とか偏見につながる可能性があるので、十分に注意しなければいけないと思う。

(太田構成員)

- 資料3について、少しこの書き方だと、ちょっと楽観的な印象を与え過ぎるような印象を受ける。例えば、資料3の表紙で、新規感染者数の動向で、ずっと一番上のポツで、8月末には1を超える水準に上昇が見られたが再直近の9月7日時点で1を下回っている。これは、全国のデータで、実効再生産数、今日見させていただいたのは、鈴木先生の資料だけである。あとは、都道府県データの実効再生産数について、鈴木先生の資料だと変動が少ないデータで、ほぼ1である。この全国の数値が0.97前後ということ、1を下回っていると表現しているが、普通の人々が、実効再生産数が1を下回っているといたら、かなりいい状況だと取る文章なので、もし、書くとするならば、1前後というような表現にすべきだと思う。
- 同じことで、感染状況の1個目のポツも、その傾向に鈍化が見られるというのが、今回の感染の評価の特徴だと思う。今まで順調に減ってきたのだけれども、ここ最近、少し、それが横ばいに下がり止まってしまったという要因を何らかの形で、メッセージとして伝えるべきだろうと思うし、その次のポツに関しても、例の9月7日時点で1を下回っているというのが、西浦先生のもので、かなり変動の高い数字で見ると、確かに1を下回っているけれども、それを強調するのは、全体としての傾向としては1前後で推移しているという評価だと思うので、その辺の書きぶりも、もう少しマイルドにするべきかと思う。
- 全体としては、やはり国民の方々に、動いてはいけないとは言わないが、気を引き締め直して、やはり、何でもかんでも気を緩めていいわけではないのだというようなメッセージが伝わるような感染状況の評価の書きぶりにすべきかと思う。

(脇田座長)

- 現状で、横ばい状況というところ、多分、遷延しているようなところが多いということなので、ある程度、そういったニュアンスを入れるような書きぶりに少し変えていくということで、ただ、今回の4連休の影響とか、そういったものが、まだ本当にはっきり見えていないという状況なので、そこは注意深く見ていく必要がある、といった書きぶりをしていくところかなと思う。
- 鈴木先生にお伺いしたいが、HER-SYSのデータについて、これは自治体の発表データとリアルタイムに、同様になってきているということだが、これをもっとこういった感染状況の把握に今後使えるようにしていくために、もう少し改善しなければいけないのか、お伺いしたい。

(鈴木構成員)

- 以前に比べれば、随分と一致率が高くなっていることは間違いないが、日によっては、

100、200もまだずれているという状況なので、今すぐ活用できるという状況ではない。ただ、なぜずれているのかということに関して、今、まさに吟味中なので、その原因がはっきり分かり次第、どの部分は使えて、どの部分はまだ使えないのかということ、今、鋭意検討中であるという状況である。

(脇田座長)

- 西浦先生にお伺いしたいが、重症化リスクについて、最近の状況で下がってきているのは、軽症者が検出される頻度が高くなって、全体的に薄まっているせいだという要因が一番強いというお話だったが、そのほかにも、標準的治療が確立しているとか、あとは、確かに検出されるのが早くなって、診断される時期が早くなったので、治療に導入される期間が早くなったという要因も、今まで言われているが、そういったものよりも、やはり薄まったことがほとんどという解釈か。

(西浦参考人)

- 重症化率が低くなっているように見られることについて、3つぐらい可能性があると思っている。1つは、診断バイアスが是正されたと、検査がしっかりしてきて、たくさんの方が診断されるようになってきたということ。
- もう一つは、第二波では、第一波と比べて、基礎疾患を有さない同年齢群の人、健全な高齢者の人が感染しやすい状況にあったということ。
- 3つ目が治療ということになるが、致死率の変化自体は、重症化が起こってからの治療に、まあまあ揺さぶれる。どういうことかということ、今の時点では、早期の重症化を予防する治療は確立していないと理解しているが、一方で、抗ウイルス薬だったり、あるいは免疫に関するデキサメタゾンだったりというように、重症化してから軽快させるための治療というのは、少しずつ成り立ってきていると思う。致死率自体は、そういった治療の発展によって相当変わるけれども、重症化率というのは、重症化するところまでなので、大きく治療に揺さぶれないというのが、致死率との、ちょっとした違いになると思う。
- 重症化率が下がっている部分というのは、相当に診断バイアスが実施された部分を反映しやすいということが特徴なので、致死率だけではなくて、重症化率も同程度に下がり始めていたら、だんだん診断がよくなってきているのだなと解釈されると理解している。

<議題2 指定感染症としての措置・運用のあり方に関するWGの検討状況について>

※事務局より資料4に基づき説明。

(岡部構成員)

- このワーキンググループは、基本的には、指定感染症に指定されたときと、それから3月、4月、5月の流行、それから、現在の状況で、変化がでてきているので、今までの運用がいいかどうかを併せて、これは指定感染症として妥当かどうかというよう

なことも議論するということのでつくられた委員会だと思うが、第1回のときには、この委員の中でのコンセンサスとしては、世の中では、直ちに5類インフルエンザという声も出てきているけれども、そこまでするのは、時期尚早ではないか。もちろん、議論の俎上にはのるわけだが、これは早急にやる課題ではない。早急にやるべきこととしては、入院の措置の見直しと、疑い例についてどうするかというようなことが議論された。

- 特に、入院措置については、そもそもできる規定なので、そういうことができるとは言いながら、現場では、かなりこれはマストに近いような形でやられていて、一番最初に入院を勧めるといったようなこともあるし、実情は、比較的軽症の人が必要な入院医療機関にかなりいるというようなことで、その患者さんにとっても負担になったり、あるいは行政面でも負担になると、医療機関も負担になるということがあるので、これの改善のためには、基本的には、重症あるいは重症になりそうなことが、もう見えているような方とか、現に今、病気が重いのだという人は、もちろん入院になるわけだが、経過側として様子を見られる方は、基本的には入院でなくてもいいだろう。ただし、蔓延防止という観点からも、やはり、まだ、そのままフリーで一般生活をしてくださいということではないので、そこは宿泊療養ないし自宅療養を勧める。もちろん、フォローもしなければいけないというような意見があった。
- ただ、地域によっては、むしろ経験がなくて、少し患者さんの経過を見ながら、それから具合がよければ、外というか、入院以外のところで見ていただくというようなことも地方自治体のほうからは、そういう意見もあった。
- つまり、都会で見ている状況と、地方で見ている状況では、やはり取扱いが違うので、そこは、自治体がある程度判断できるように、柔軟に使えるところがいいのではないかとというのが、この見直しの方向性のところで、都道府県が入院を必要と認める場合はということが、1つ加わった経過になる。
- それと、疑似症患者については、ほぼ異論はなかったが、その中で、見直しの方向性の一番下のところに書いてあるけれども、行政検査的に見た場合に、これが本人負担になるのかどうかということも議論になったけれども、この場合は、積極的疫学調査の一環なので、疑似症の届出の有無にかかわらず、公費負担と検査件数の把握ができるということは確認したところである。
- それから、確定患者については、入院症例に限定していないわけで、先ほどの自宅あるいは宿泊施設で療養という方も当然ながらフォローに入るけれども、そういう方も含めて、引き続き全数調査は、今のところは必要であろうということであった。
- 今の人数だと、定点という声も出てきているけれども、定点では、ちょっと把握しきれないというのは、いい面では、そんなに患者数がインフルエンザに比べると多いわけではないのでといったような議論があった。

(釜萯構成員)

- まず、入院適応の見直し部分についてはこれでよいと思う。疑似症患者の届出見直しの中で、疑似症患者の届出の有無にかかわらず、検査を公費負担とする方針は妥当だと考える。見直し後も検査実施件数の全数把握が必要だが、入院以外の疑似症については、報告をしなくなるということによって、検査の件数がどうなるのか、そして、陽性率は変わる可能性はないのかどうかという辺りについて、もう一度、事務局から御説明をいただきたい。

(尾身構成員)

- 私は、疑似症患者のほうは、示された方向性で賛成である。見直しの方向性も2パラグラフ目の高齢者や基礎疾患、重症であるということについても、もうそろそろこういう風に見直す時期だと思う。
- その上で、次のパラグラフ「併せて」というところと、最後の※印のところは、最終的に、これでいいのかという確認の意味で議論が必要ではないか。重症化対策ということで、今度かじを取ることは基本的には賛成であるが、第3パラグラフの場合に、今、本当にまだ治療というのが確立していない段階で、無症状者の人の中で、仮に二次感染を起こしやすい人がいる、これについては、今まで、我々のこのメンバーでは、無症状者の中でウイルスの排出量が多くて、人に二次感染をしやすい人は、しっかりと注意して、入院も含めてというように我々は言ってきた。そこの整合性という意味で、「入院を必要と認める者」と、非常に注意深い書き方になっているので、基本的には、これでいいと思うが、陽性判定をするときにはPCRをやるわけで、そのときにウイルス量、いわゆるCt値とか、それをどう活用するかと、そのことが実は、同じ宿泊でも、自宅療養なのかホテルかでも、やはりホテルのほうが、ケアがしやすいというようなことで、その辺の、少し無症状者の中でも、ウイルスの排出量が多い、二次感染をしやすい人と分けるツールを我々は持っている。もちろん、どこでカットオフをやるかというのを、その判断は確かにあるが、カットオフをどこかで決めるのが難しいということが大きな原因で、今回、ここでサイレントになっているのか、あるいは、そうではなくて、もうそろそろ無症状者は知事に任せてということなのか、恐らく理想的には、何かカットオフということで、もちろん、そこでは見落としはあるのだけれども、何かやると、その判断、無症状者をどうするか、宿泊施設あるいは自宅療養あるいはかなりCt値が低いというか、感染力の高い人は、例外的に入院してもらおうということを当座、これは、治療が完全に確立すればまた別であるが、こういうことも少しやっておかないと、やおらということがあるので、もう一回、最終的判断をする前に、もう一呼吸おいて、最終的に要らないということであれば、そこは何かの説明が必要だと思うので、その辺を、もう一步議論を深めてやっていただければと思う。

(押谷構成員)

- この入院措置の話について、特に異論はないが、これは丁寧に説明しないと、国民の

多くは、入院させないと感染が広がってしまうとっていて、実際に、自治体の人たちも、保健所の人たちもそう思っているところがあって、きちんとエビデンスを出して、後ろのほうの資料にあるけれども、実際に入院をさせたときには、ほとんど感染性がないような状況で入院させているという現状があるのだということ。これは、自宅療養についても同じことが言えて、家庭内感染はかなり起きている。ところが、恐らく家庭内感染の多くは、気がつく前に起きているのがほとんどだと思う。その点は、我々もきちんと整理をしなければいけないところだと思うが、気がついたときには、もう既に、いわゆるプレシンプトマティックトランスマッションと言っている、症状が出る前に家族に感染させている可能性が高い。

- だから、自宅療養を決めてから家族に感染させている例がどのくらいあるのかとか、そういうきちんとしたデータを示した上で、丁寧に自宅療養でどのくらいの家庭内感染リスクがあるのかとか、そういうことをきちんと説明していくようなプロセスを踏んでいくということが必要なのかなと思う。
- あとは、割と厚労省も既に弾力的に運用するという通知は出しているが、やはり、現場で、それがきちんと浸透していないということもあるので、通知をしたときに保健所、医療機関等に、自治体もそうだが、きちんと整理をして情報を出していくということも必要なのかなと思う。

(和田参考人)

- 無症候性病原体保有者で、特に積極的疫学調査で見つかったような方々というのが、本当に移しているのかということも含めたところは、もう既に見つかった段階で、相当日にちが経っているという自治体の話もあるので、そこは丁寧に拾い上げて、一方で、尾身先生もおっしゃったように、症状のない人が移しているという話と、無症候性病原体保有者で、積極的疫学調査で見つかった人というのは、若干違うような感じがあるので、そこは、今後も、このワーキングなのか、どこかで整理をしていく必要があると思っている。
- 最後に1点、この入院の必要がないと判断された場合にはというところについて、結局、これは誰が判断するのかというところで、それは、自治体の保健所の先生がされるのか、診察をした医師がされるのかというところで、そういった連携の中で、自治体と臨床の先生との中での連携がスムーズにいつているかといったところについて、もし、課題があれば、共有いただければと思う。

(間審議官)

- (検査件数の把握について) 現在、PCRの検査件数を把握しているが、そのほかにも抗原定量あるいは抗原検査簡易キットのほうの検査数については、G-MISを通じて、今、把握を試みており、こちらのほうで全体の分母は把握していったほうが現実的なのではないかと考えており今、準備を進めている。この検査の報告については、特に秋、冬のインフルエンザ流行期に、個々の医療機関にどこまでの事務的な御負担をお願い

できるのかと、その辺り、現実的に考えていきたいと思っている。

(脇田座長)

- 入院措置のところは、重症化防止と蔓延防止という2つの観点から、こういった見直しの方向性ということだが、重症化に関しては、重症化予測因子というのを使えるのではないかと思う。
- それから、PCRのCt値のお話があったが、感染しやすい人は、ある程度は分かると、ただ、二次感染を起こさないような人のウイルス量がどうなのかというところ、これは、いまだに、なかなか明らかな、このデータを出すことは難しく、現状で、なかなか決めるのは難しいのではないかと、私は思っている。

(前田参考人)

- (入院の必要性の整理について) 現実には、4月の通知に基づいて、既に東京では、宿泊療養あるいは自宅療養の体制がある程度あるので、現実の重症度に沿って、医療機関の先生と保健所で御相談しながら対応をしているという状況である。
また、一旦入院された方についても、一定程度経過が良好な方については、宿泊療養に移すということについても、医療機関と保健所が相談をしながら、対応を決めているというのが現実である。

(中澤参考人)

- 神奈川県の方も事務連絡に基づいて、やはり臨床上で症状があって治療が必要だという方は、入院していただくということだが、症状がない方とか、生活環境などは、保健所のほうが把握しているので、やはり、前田先生がおっしゃったように、同じような運用をしている。

(前田参考人)

- 追加で1点、蔓延の防止のために必要があるというのが、いわゆる感染性があるということをもったの判断というものと、あともう一点としては、今、いろんな状況の方がいらっちゃって、いわゆる行動上、入院させなければ感染が防げないのではないかと、そういう声をいろいろ受けることもある。
- ただ、現実には、法上は措置入院をして、措置に従わなければ、いわゆるこの感染症は、即時強制ができるという法律になっているけれども、現実には保健所から即時強制することはできないので、その方が、本当に重症であれば、やはり入院していただきますと、そうではない場合には、やはり宿泊療養なり、自宅療養なりを説得しながら、一応、そのコンセンサスが取れるところに落ちつかせるというような状況である。

(釜苞構成員)

- 今、前田先生、中澤先生からお話があった点だが、これまでは、ほとんどが感染症指定医療機関の先生方と保健所との協議で入院等の措置が決められてきた場合が多かったけれども、今後、診療所において検査を実施する場面が増えてくる中で、診療

所の医師が入院適応を判断し、紹介先を見つけることはとても考えられないので、これは、保健所の指導を仰ぎたいという意向が強い。一方で、保健所の業務を少しでも軽減しなければいけないという中で、そこをどうするかということは考えなければいけないと思っているが、現実的には、診療所等で診断をした場合には、これまで通り保健所のご指導をいただくという形で運用していくのがよいと思っているが、その辺りについて、ご意見を伺いたい。

(中澤参考人)

- 今、先生がおっしゃったように、これからインフルエンザの検査などと重ねて、開業医の先生のところで見つかることも多々増えてくるのかなと思う。その場合は、今、検査しているところが開業医の先生に移ることなので、開業医の先生だと、自分の患者さんだったりして、どのくらいリスクファクターがあるかということも御存じだと思うので、それと現在の患者さんの状況などを地域の保健所でよく検討して、それで入院が必要な方には、近隣の病院のほうを御紹介するとか、自宅療養にするかということを検討して決めていくことになると思う。

(前田参考人)

- 現実的には、恐らく、診療所の先生と保健所が直にやりとりするだけではなくて、地域の指定医療機関あるいは現に入院を受け入れていただいている医療機関の先生と御相談して、その三者で決定する。あるいは、一度診療を行った医療機関のほうに、御紹介をして、そこで御診断いただいた結果で、入院の可否というものを決定するという形になると思う。

(釜范構成員)

- 発言をさせていただいた趣旨は、より幅広い医療機関での検査に対する参画ということが求められている中で、不安も一方であり、その辺りについて、なるべく参画する医療機関を増やしたいと思っているので、ぜひご指導を賜りたい。
- 地域の中核的な感染症指定医療機関の医師も含めて、保健所と、また、中澤先生が言われたように、日頃診ている患者さんの情報を提供するという点では、かかりつけの診療所の医師の役割というのも十分必要だと思うので、その辺りの連携をしっかりとらせていただくということが必要と思う。

(前田参考人)

- その辺は、厚労省からも関連の通知があったけれども、地域の中で感染症の療養体制の協議会等を設置しており、そこで患者さんを受け入れている医療機関、それから、医師会の先生方、保健所、行政と集まって、1つのネットワーク、これもこの2月から、随分何回も回を重ねながら、ネットワークを構築しているので、そういう中で、しっかり受け止められると考えている。

(脇田座長)

- 先ほどの蔓延防止のために入院措置について、PCRのカットオフは、なかなか難しいけ

れども、報道によると、ある抗ウイルス薬が承認申請になると、そうすると、軽症者、無症者はどうか分からないけれども、軽症者でウイルスの排出期間が3、4日短くなるということがあるので、これは、承認申請のデータをよく見て、それで、それが使われるようになれば、当然、ウイルスの排出期間は短くなるということであれば、これは、また入院期間も、それだけ蔓延防止という意味では、軽症者の方を、早く退院させられるという可能性があるのでは、そこを注意深く今後見ていく必要があるかなと思っ

(中島参考人)

- 今の3パラ目の蔓延防止上の入院の話で、原則、入院は、医療上必要な方を優先するという原則の中で考えて、無症候性者も含めて、実際、現状で感染している場から切り離す必要があるという方がいらっしゃる。行動自粛がなかなかかけられないという方、その中には、認知症があったり、徘徊があったりとかして、なかなか行動制限がかけられないという方や、施設内感染で、例えば高齢者施設、医療機関で院内感染があって、その中の感染密度をどうしても下げないと、その中のマネジメントができないという状況があって、どうしても感染者で、感染密度を下げるために、ここから移動する必要があるという場合が出てくるので、そういう状況に対応するためには、この3パラ目というのは大事ではないかと議論したところである。
- また、その時点で、やはり丁寧な説明が重要だということも、議論したところである。というのは、発端者が見つかったときには、大体その感染性というのは、おおむね終わっていて、接触者の感染の有無は定まっている。大事なのは、感染と接触者調査というのは、三次感染を防ぐことが一番の目的で、接触者の行動制限が何よりも重要なのだということの共通認識がなかなかできていないと、発端の感染者をどうマネジメントするのか、接触者に何を求めるのかという共通理解がないと、入院に同意しないとか、自宅療養を選択したとか、それを選択した本人だとか、判断をした保健所とか、そういうところに不当な圧力とか差別とか偏見のようなプレッシャーがかかってしまうというのは避けないといけない。そうしないと、どうしても社会的な圧力の中で、入院せざるを得ないというような形になると、これは、もともとの考え方が整理されていないとか、実行できないということになるので、何のためにやっているのか、これはどういう対策で蔓延を防止しているのかということが、ちゃんと関係者だけでなく、多くの方々に理解していただくことが大事ではないかと思う。

(岡部構成員)

- 今回の運用の見直しをやって、このワーキンググループは解散ということではなくて、さらに今までの運用の状況が適切かどうか、それから先ほどのカットオフインデックスとか、幾つかの課題があるので、とりあえずは、これを先にやらなければいけないので、まず議論をして、その次のステップとしては、先ほどの類型のことも含めて検討するということにはなっている。それは、事務局のほうも継続しますということ

いただいているので、議論は続けていきたいと思う。ただし、ここのワーキンググループないしアドバイザーボードが感染症法の類型まで決めるところではないので、それに対して提言ないし提案をするといった形になるのではないかと思う。

(脇田座長)

- 今、岡部先生からあったとおり、このワーキンググループ、今後も必要な見直しについては検討していくということなので、今回、入院措置と、それから疑似症の届出についての見直しを提言するという形になる。
- 文言は、今、いろいろ皆さんから御意見をいただいたが、いろいろな意味が、この見直しの方向性のところにも入っているということなので、当面は、この文言で行かせていただいて、自治体は丁寧な説明をしていくということが必要で、各自治体の状況もかなり違うので、その点は、十分に説明をしていただくということをお願いをしたい。

<議題3 検査の状況について>

※事務局より資料5に基づき説明。

(釜范構成員)

- 先ほどの確認になるが、今度は検査を行った場合に、陽性例については、当然、報告するわけだが、陰性例については報告しなくなるということについての影響をどう評価するかお伺いしたい。

(間審議官)

- その意味では、HER-SYSで全部把握できれば、それは美しいわけだが、医療機関の御負担なども考えると、なかなか難しいということだとすると、検査の母数に関しては、次善の策ではあるが、G-MISを使って把握するということができないかということを考えている。その際には、個々の医療機関の御負担を考えると、例えば、御協力をいただければということであるが、県医師会あるいは郡医師会のほうで、例えば、1週間まとめて入力していただくとか、そういうことも含めて、御相談をしていきたいと思っている。

(釜范構成員)

- 私どもも各医療機関に伝えるときに、十分そのところを丁寧にやらなければいけないと感じているが、G-MISに報告する場合には、検査の実施数を入れなさいと。他方、陰性、陽性について、今後は、陰性のものはHER-SYSに入れなくなるわけだが、陽性のものについてはHER-SYSに入れなさいということで、G-MISの登録数とHER-SYSの入力数は、そこに違いが出てくるという理解でいいか。

(間審議官)

- おっしゃるとおりである。検査数は、陰性か陽性かに関係なく御入力をいただければと思っている。

(齋藤参考人)

- 検査数の把握というのは、1つ政治的な問題としても重要なことだと思うが、その中の陽性率の把握というのは、また別の問題で、これは疫学的に解釈可能なデータを、今後きちんと取っていく必要があると思っている。そのためには、いわゆる定点での、ILIサーベイランスの形で診断基準を決めて、その中の陽性率を見ていく、インフルとも含めて、という仕掛けというのは、今後、考えていく必要があるのではないかと思う。

(前田参考人)

- 今、各自治体にも、市町村で実施する一定の高齢者等の検査実施事業についての通知が届いているが、その通知等を拝見しても、総量として、どの程度の検査をするということについての枠は示されていない。
- この事業が、老健局からの通知ということで、いわゆる都道府県から、実際には市町村が実施主体になるが、市町村で、これをどういう形で受けとめるかというところについて若干不安があり、例えば、今、巷間も既に、要するに検査というのは、その日の感染の状況しか分からないのだからという話は、皆さん御存じなので、であれば毎日でも毎週でも検査してほしいというようなお話になっている。
- その辺が、例えば、ここで、そうはいつでも、週一なのか、月一なのか、みんな1回は体験してくださいなのか分からないけれども、その辺の枠が示されないと、やはり、市町村は、小さいところに行くと、医療職もほとんどいないような中で、非常に過大なことをするのはないかと。
- 今回、2分の1負担であるので、通常であれば、2分の1負担があるのだから、それほど多くとは思わないが、やれるのだったら、2分の1ぐらい負担してでも、幾らでもやるぐらいの、そういう勢いになっているので、ここは、その辺のある程度のガイドラインを示さないと、何か市町村によっては、非常に過大な方法をするのではないかと。
- さらに、この行政検査には、障害しないようにと話してあるけれども、結局、高齢者になると、なかなか唾液検査というのが難しい状況になると、結局、無症状で唾液で使えず、PCRというふうになると、結局、行政のほうで、行政検査のために確保した検査のキャパシティを何とか使わせてほしいと、そういうお話になるのではないかと、いうところがあり、この辺、もう少し、ある程度の常識的な範囲というのを示していただけないのかなという気がするが、いかがか。

(間審議官)

- この事業の性格は、市町村において、そういう取組をされる場合に応援をするというものであり、一定、こういうふうにやりなさい、あるいはやってくださいというふうに申し上げるものではない。ただし、おっしゃるとおり、無症状の方なので、結果的にPCR検査になると、そちらのほうの検査体制に負荷をかけるものだと思っている。

- そこで、先ほど見ていただいた資料の右下のところに、都道府県との協議が必要と記載させていただいているところである。
 - もう一つ、実際、どれぐらいのニーズが本当にあるかという点について、実際にやってみた先行事例のところでも、年末までで2万人見込んでいたものが、実際には一月100人であったので、4か月半で、例えばそのまま伸びると500人弱ぐらいなので、実際に検査をどこまでお受けになりたいかというのは、しかも一定の自己負担があるとするのであれば、個々の高齢者の御判断もあるのだろうと思っている。
 - それから、その日、検査の結果が出ましたといったことが、それは、そのときのウイルス量を示すものであって、明日どうかということを示すものではないので、それは、毎日やるというようなことが、意味があるのかどうかというのは、よくお伝えしていかなければいけないと思っている。
 - 検査のキャパシティに関しては、資料5の4ページ目のところの指針と書いたところの検査体制の点検と対策というところで、ピーク時における検体採取体制及び検査分析体制については、この新型コロナウイルス感染症固有の検査需要について、需要ぴったりの検査能力ではなくて、少なくとも1割程度上回る能力を持っていてくださいということをお願いしている。
 - これは、あらかじめ市町村の動向が完全には分からない中で、広域的な連携体制の構築を前提にしながら、こういう地域の面的な検査あるいは一斉の検査、あるいは感染が拡大時の検査需要の変動とか、あるいは、今、申し上げた市区町村における一定の高齢者等の希望による検査等も勘案すると、これぐらいのパッファーは持っておいてくださいということをお願いしている。
 - 実際に、高齢者の検査とは違うが、今年の夏、沖縄県や愛知県では、予想していたピーク需要を超えてしまい、結局、東京の民間検査会社で検査をしたということがあったので、ピーク時においても、一定の検査ができるように、広域的な連携体制を構築すると、そういう全体的な検査体制の余力の中で、こういう市町村における一定の高齢者の希望による検査を実施するということだと考えている。
 - したがって、市町村が高齢者等を対象に行う検査事業については、今、症状が出ている方ではないので、その検査を仮にやるとしても、やり方、時期とかについて市町村でも工夫をいただく必要があるということを前提に、こういうものを考えているということである。
 - そういう意味では、ニーズが全国的にどこまで出るのかということについては、一律に実施していただくものではないだろうと考えているということをお願いしたい。
- (押谷構成員)
- 今、高齢者施設とか、例の検査について、データとしては明らかで、3日に1回全員繰り返しやってようやく少し減らせるかというようなデータしかないなので、そういうものであるということ、きちんとみんなが認識することが必要である。

- さらに言うと、ターンアラウンドタイムといって、結果が返ってくる時間というのが非常に重要である。3日に1回全員やったら、多分、ターンアラウンドタイムがすごく延びるので、そうすると、やっても効果が十分にならないことになるので、そういうものであるということについて、みんなが認識する必要があると思う。

(尾身構成員)

- 資料5の下の黄色の方の2番目で、本人の希望により環境整備とあるが、ⅡB(無症状者かつ感染リスク及び検査前確率が低い場合)のカテゴリーについて、今までは、民間の人がやりたければとめませんよという、そういう距離感であったが、クオリティー・コントロールの問題や検査のキャパシティーの限界もあるので、このⅡBについて、国はこういうふうを考えているのだから、民間がやる場合には、そういうことを考慮してやってください、あるいは財政的なサポートがあるのか、ないのか、あるいは検査でポジティブになった人をどうするのか、こういう大きな枠組みができたので、それをさらに深掘りする議論を進めていったらいいのではないかと思う。

(和田参考人)

- 検査体制の拡充については、特に異論はないが、この後の議論として、やはり冬に向けた受診の目安というか、受診の在り方が、検査の実施にもつながると思うので、ホームページにも、まだ、受診の在り方というのが出ているけれども、それをまた冬に向けて、今度は風邪かインフルかコロナか分からないといった状況の中で、どう国民に呼びかけていくのかというのは、ここの段階で整理が必要だと考えている。

(脇田座長)

- 今、尾身先生からあったとおり、ⅡBの検査について、アドバイザリーボード、分科会としてももう少し議論を深めて、我々としてもどういったことがお勧めですよというようなことも少し考えて、国のほうに提示をする必要があるということだったと思うので、また、その点は議論したいと思う。

<議題4 その他>

※ 事務局より資料6(新型コロナウイルス感染症の後遺障害について)に基づき説明。

(脇田座長)

- この研究は、今年度いっぱいということか。

(結核感染症課長)

- 今年度の研究事業として進めていただいている。後遺障害のことにに関して、少し期間もかかるということで、直ちに何か結果を御報告するのは少し難しいところもあるが、知見が集まり次第、情報のほうを、先生方と御相談しながら出していければと思っている。

以上