

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第5回）
議事概要

1 日時

令和2年8月6日（木）18:00～20:15

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
	川名 明彦	防衛医科大学校教授
	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
	黒田 誠	国立感染症研究所病原体ゲノム解析研究センター長
	斎藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
	中澤 よう子	全国衛生部長会会長
	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 加藤 勝信 厚生労働大臣

橋本 岳	厚生労働副大臣
小島 敏文	厚生労働大臣政務官
自見 はなこ	厚生労働大臣政務官
鈴木 康裕	医務技監
宮崎 雅則	健康局長
吉田 学	医政局長
迫井 正深	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）
正林 督章	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
江浪 武志	健康局結核感染症課長

4 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

皆さん、大変お忙しい中、ありがとうございます。

現在の感染状況でありますけれども、1週間連日1,000人を超える新規感染者数が報告されておりまして、報告ベースでは感染の拡大という状況にあります。

また、都市部だけではなくて、一部の地域においても広がりが見られ、また、重症者についてもこの2日間ネットで見て10名以上の増加ということになっておりますので、本日は専門家の皆さんから、現在の感染状況の分析・評価について御意見をお聞かせいただきたいと思っております。

また、こうした状況でありますから、国民の皆さんには改めて3密の回避、手指消毒、手洗い、マスクの着用、身体的距離の確保、換気の徹底などをお願いするとともに、それぞれ事業をされている皆さん方には業種別のガイドライン等々をしっかりと守っていただくよう、さらをお願いをしていきたいと思っております。

また、厚労省としては、検査体制をしっかりと行っていくということ、積極的疫学的調査等を実施する上においても保健所の支援体制強化を行っていくこと、また、病床・宿泊療養先の確保に向けた必要な支援、一つ一つを都道府県等と連携を取りながら実施をさせていただいているところであります。

このうち検査でありますけれども、体制構築がさらに円滑に進んでいくよう、先日、既に締約済みの行政検査の委託契約について、例えば唾液による検査を新たに追加した場合に、議論があればともかくとして、契約当事者がもう委託契約を見直す必要がないということで、手続の大幅な簡素化をさせていただきました。既に、医療機関側から感染防止が実施されているということが申告されれば、もうそれをもって契約をしてほしいということもお願いしているところでありますので、こうしたことで医療機関等における検査をさらに幅広く実施していただけるようにしていきたいと思っております。

また、保健所の業務負担が過大となる中、全国保健所長会から自宅療養の取扱いに関する御要望をいただいております。今日この場で具体的なお話をお伺いするとともに、対応を考えさせていただきたいと思っております。

また、先週報道もされましたが、先月の31日に私ども厚労省は米国ファイザー社との間で、新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、来年6月までに6000万人分のワクチンを日本に対して供給を受けるということで基本合意に至りました。今回は6000万人分でありますから、引き続き、他社も含めて協議を行い、日本の皆さんに安全で有効なワクチンを早期に供給できる、接種できる環境をつくるよう努力をしていきたいと思っております。

本日は、改めて、冒頭申し上げた直近の動向を踏まえて、今後求められる対応についてもいろいろ御意見をいただきたいと思いますと思います。

あわせて、冬にはインフルエンザの流行ということにもなってくるわけでありまして。そこに向けた対応。また、自宅療養に関する御提言、御要望などについても併せて御意見をいただきたいと思いますと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

<議題1 現時点における感染状況等の評価・分析について>

※事務局より資料1に基づき説明。その後、押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、黒田参考人より資料2-3に基づき、それぞれ説明。さらに、事務局より資料3に基づき説明。

(河岡構成員)

○ 黒田先生に質問です。いわゆる夜の街の従業員からゲノム上1世代でつながるウイルスが存在すると思うが、その中でどのくらいがリンクなしとなっているのか。

(黒田参考人)

○ 1塩基SNPでネットワークではつながるものの、疫学情報ではリンクは見当たらないという対象者のことか。どうしても同じゲノム情報を有すウイルスが一遍に拡散され、同時並行で、つまり東京で起きることが大阪でも起きていて、それを一つのマップで重ねてネットワーク描画しているの、実のところゲノム情報というのは間違いを犯す。なので、必ず疫学情報、FETP、保健所での疫学調査を見て、聞き取り調査でつなげてもらう。そこで、先生のおっしゃる「つながらない」というのは、該当者に聞いても上の空みみたいな答え方をして明解な判断が難しい場合は大体そうかなと思う。

(河岡構成員)

○ もう一点。現在流行しているウイルスは海外からの輸入例ではないと考えていいのか。今日本に流行しているウイルスは、ほとんど最初に入ってきたウイルスがまだずっと流行しているのか。

(黒田参考人)

○ そのところをすごく注意して見ているが、なさそうである。やはり水際対策がうま

くいつているだろうというイメージ。

(押谷構成員)

- 我々が最初から言っているように、これはクラスター連鎖みたいなものがつながらないと感染が拡大していかない感染症なのだと思う。国内では、クラスター連鎖がつながるのが特に大都市の繁華街、そういうところで、特に従業員が集団生活をしていたりして、そこでクラスター連鎖がつながってしまったということが今こういう状況を生んでいるのかなと思っている。
- ほかの国でも大規模な感染拡大を起こしたところを見ると、ニューヨークとか、武漢、イタリアなんかもそうだし、今、アジアだとフィリピンがそうであるが、初期段階に病院崩壊連鎖のようなことが大規模な感染拡大のきっかけになっている。
- 日本では、黒田先生がお示しになったように、病院から病院への大きな感染連鎖、病院間のクラスター連鎖みたいなことがほとんど起きていないということが、死亡者の違いとか、大規模な感染拡大が起きなかったことにつながっているのではないかと。逆に言うと、これを起こさないことが最も重要で、同時に繁華街の問題を何とかしなければいけないということになると思う。

(脇田座長)

- 資料3は直近の感染状況の評価として出していくので、少し気になったところを少々コメントしておきたい。
- 資料3の2ページ目の3つ目のポツで、「中等症段階で、レムデシビル、ヘパリン、ステロイドなどの投与により、気管挿管の手前で回避できている」ということだが、これは本当に中等症段階でこういう投与で回避できているのかということ、大曲先生、今村先生にまずは確認をしたい。
- それから、「気管挿管の手前で回避できている」というのは生々しい表現なので、「重症化を回避している」というふうにしたほうが良いと思う。
- 「との指摘もあるが」というところについては、「という可能性もあるが」という書きぶりではないかと思う。
- 最後の「十分なエビデンスを得るには至っていない」については、「今後も解析をしていくことが必要だ」というふうにしたらどうか。
- それから、4つ目のポツのところ、「感染経路不明者の感染者の割合が増加している」ということだが、前の1ページ目を見ると、これは全国も東京都も1週間前に出したペーパーよりも、一番上のところで全国52%、東京都59%で、ほとんど変わっていないので、ここはちょっと書きぶりを変えていただくといいかなと思う。

(大曲参考人)

- レジストリのデータ等もあるが、3、4、5月に起こっていたことと6月以降に起こっていたことを比べるとなかなか難しいと思う。非公式に少し比較をしてみたこともあるが、6月以降のデータが集まっていないので、比較がなかなかしにくい。

- 気管挿管の手前で回避できている患者が増えているのではないかという指摘は、現場の医師として理解できないこともないが、先週、今週では、実際に気管挿管をする患者さんが、これもミクロな我々の一室レベルの話になると、やはり出ている。今日も3人か4人、人工呼吸になっているが、そういう状況もあるので、この辺りの判断は慎重にしたほうがいいのではないかと思う。

(今村構成員)

- 前回のときは、施設とか病院の大きなクラスターが出ているので、最初から70代、80代がもうスタートで入っている。今は若い人から円心状に地域が広がりながら徐々に40代、50代、60代と広がっている状況で、一番パーセントのある70代、80代の割合が同じかと言われると、そこは一つ問題があるということ。
- あと、施設とか病院にいる人と日常生活をしている人を同じ年齢で見ても、基礎疾患の割合が違う。やはり病院に通っている人は基礎疾患がある人のほうが多いので、特に高血圧とかいろいろなもので通っている人たちが多いことを考えると、それが危険因子になっているので、単純に比較できないと思う。

(武藤構成員)

- 多分これからは自宅療養を本格化させていくのだと理解しているが、そうであれば、自宅療養の体制整備をもっと強化するなど、そちらに舵を切っていますということがわかるアピールをしていただきたいと思います。

(釜范構成員)

- 押谷先生に教えていただきたい。クラスター連鎖が拡大していかないと感染拡大につながらないというのはそのとおりだと思うが、クラスター連鎖といわゆる「市中感染」ということについてはどういうふうに分けて考えたら良いか。

(押谷構成員)

- これは非常に難しいが、インフルエンザはある閾値を超えると、本当に市中感染していく。多くの人が誰かに感染させるので。そうすると、特に小学校などの子どもを中心に感染拡大が起り、地域に広がっていったら学区内全体で、地域の誰かがインフルエンザに感染しているみたいな状況に面が広がっていくイメージとなる。今回の感染症は地域に広がっている状況ではあるが、恐らく新宿を中心に広がっていったもの、飛んでいったものが、小さな居酒屋のクラスターをつくったり、家族内感染を起こしたりしているが、それがほとんどのところで継続的にはつながっていかない。ある一定規模の盛り場みたいなものがあると、そういうところではある程度広がってしまい、それがまた地域に飛んでいったものは、家族内感染、職場での感染、飲食店での感染、そういう小さなクラスターはつくるけれども、それは維持されない。インフルエンザの場合はそれが維持されてしまって面のように広がっていく。そこが違うので、いろいろなところで市中に広がっていると報道では言われているが、インフルエンザで起きているような市中感染とはかなり質の違うものだと思っている。

(舘田構成員)

- 死亡者の数に関してだが、第1波に比べたら第2波のほうが死亡が少ない。それは遅れてくるからというような理論と、もう一つは高齢者が少ないからということがよく言われるが、本当にそれで説明できるのかどうか。高齢者の数をうまくそろえた形で、そして発症から云々という形で、それを比較したデータがあるのかということか一つ。これはやはりやらないといけない。もしもそれで説明できないということになれば、なぜなのかという形になるわけだが、さっきの治療に関して、まだ確実とは言えないけれども、現場である程度の方向性が見えてきたということはあるのかということか一つ。
- もう一つ、黒田先生のゲノムの調査が非常に大事になってくると思う。変異が入っているのは間違いないわけだが、それが第1波のときと第2波のときと比べて、例えば病原性に関わる場所に変異が入っていないかとか、その辺のところの考察は今の段階でどういうふうにするのがいいのか。

(押谷構成員)

- 年齢調整をしたデータは疫学センターとも一緒に解析しないといけないと思う。同時に、3月から5月にかけての流行で死亡者が多かったのは、さっき今村先生が言われたように、特に高齢者中心に入院しているような病院で大規模な院内感染が起きたということがかなり大きな要因なのかなと思う。
- 正確に覚えていないが、80歳以上の致死率をイタリアとかと比較しても、日本の致死率が1.8倍ぐらい高いというデータが初期の頃にあった。イタリアは20数%に対して日本は35%ぐらいあったと思う。これは今村先生がおっしゃるように、非常に重い基礎疾患があって入院している人とか高齢者施設に入っている人。この中には、コロナに感染したけれども、本当にコロナが死因だったのかどうかよく分からないような人たちもかなり入っているということが、あの時点での死亡者が多く見えているということなのかなと考えていて、その辺もきちんと解析しなければいけないところだと思う。
- そういうところに伝播しなければ、コミュニティの中でも80代でも元気な人はたくさんいる。男性の高齢者の場合35%とかの致死率というデータになっているが、比較的健康な高齢者が感染した場合に致死率の感染症なのかどうかということは、もう一度振り返ってよく見る必要があるのかなと思う。

(黒田参考人)

- ウイルスの変異のほうはもちろん蓄積されてくるわけで、それが今度、感染伝播、もしくは病原性ということに関わるかということではあるのだが、例えば糖尿病患者さんと健常者と比較してここが違うからこうなるというセットがないことには、比較しても意味がない。なので、現状のウイルスがこういうふうに見るとしてすごく違うからという根拠がないと、予測でしかない。
- 予測できることは、スパイクタンパクは三量体でトリマーになっているが、そこにフ

ーリンまたはセリンプロテアーゼみたいなものに切られて、細胞に入りやすくなり増えやすくなる。変異により数倍上がっているかもという幾つか論文が出ているようだ。本当はどうかは分からないが。

- もう一つは、中和の免疫逃避の問題。中和抗体を我々は何種類も持っている。そのうちのモノクローナル抗体で止めるところの一部のエピトープが削れる、つまり、中和抗体がつかなくなるような、でもウイルスとしての機能を持っているケースはあり得る。まだ予測段階なのですが見つかっています。

(脇田座長)

- 大事な話なのだが、ただ、モノクローナル抗体との結合なので、それが中和抗体全般に拡大できるかというところ、そこは変わってくる、そういう話だと思う。
- もう一つ、治療が本当によくなっているかという話も、これも西浦先生、大曲先生、今村先生に確認をしておきたいのだが、以前と比べれば、現在、重症化を予防するような治療法というのはよくなっていると考えても良いか。

(大曲参考人)

- いわゆる臨床試験レベルでいけば、ほぼ標準的と言えるようなスタディの結果は幾つか出ているので、そこは言えるのではないかと思う。要は、抗ウイルス薬で言えばレムデシビルでありますし、抗炎症薬としてのデキサメタゾンもUKのトライアルでも致命率を下げるということは分かっている。そこは言えるだろうと。
- あとは、リアルワールドで本当にそれが貢献できているかどうかはまた別途見ていく必要はあるかと思う。これは複雑な解析になりそうで、全てできるとは思っていないが、例えば発症から治療介入までの時間ごとで見るとか、それが時間がかかった群とそうでなかった群では予後がどうであったかということもある。その中で、治療なども変わってくるかもしれないので。つまり、今を2波とすれば、主流となっている治療が第1波のときと変わっている可能性もあるので、それも見なければいけない。あるいは、治療開始時の重症度ごとで分けてみたりということで、慎重に分けて見てみないと、なかなか簡単には言えないのかなと思う。もちろんやる必要はあると思う。

(今村構成員)

- 恐らく全身的な治療に関してはかなり改善してきているのかなと思う。個々の抗ウイルス薬に関しては、この時期はこれを中心に投与していた、今はこれを投与しているとか、例えば最初の時期はレムデシビルは投与されていないから、そういう形の変遷はあるが、大きな流れの中で、割と早くステロイド投与はやり始めている。それによって何となく酸素化がいいなという感じのイメージはみんな持っていた。その経過のもう少したったところでみんながスタートしているのが、恐らくヘパリンかなと思う。血栓症が予想以上に多いという情報が入って、そちらのほうは先手を打って比較的投与されるようになってきているので、予後に少し影響している可能性はあるかなと思うが、

ちゃんと評価されていないので。

(川名構成員)

- 第2波では少し治療がうまくってきたのではないかという話について。私どもの病院ではまだ第2波になって10数例しか診ていないが、近隣の医療機関からの情報なども含めて思うことは、高齢者に限って言うと、決して予後はよくなっていない。お亡くなりになる方もいらっしゃる。第1波と比較すると、統計が示しているように、明らかに診断される患者の年齢層が若くなっているの、見た目は比較的軽症例がベッドを埋めているような印象があるが、高齢者に限定して言うと、決して予後は楽観できないという印象を持っている。

<議題2 日本感染症学会提言(今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて)について>

※館田先生より資料4-1、4-2に基づき説明。その後、事務局より資料(非公表)に基づき説明。

(中澤参考人)

- インフルエンザワクチンの優先的な接種については、行政からの接種勧奨を行う対象でないということはよくよく理解した上で、「対象者のうち接種を希望する方に対し」という表記の仕方のところは、この状況であったら、接種勧奨とまではいかないまでも、希望者に対してではなくて、「公衆衛生上の観点から」とか「医療体制を維持するためにも」等、何か言葉を添えてでも、「対象者に対して早期からの接種または接種の予約の呼びかけ」というふうには書けないか御検討いただきたい。希望する方というのは、あまりに引け腰に過ぎるといえるか、接種勧奨ではないが、もうちょっとみんな受けましょうということを示していったほうがいいのではないかなと思う。

(釜萯構成員)

- インフルエンザの治療に関しては、急に発熱したりして大分症状が強い場合に、医療機関に行って検査を受けて診断が決まって、抗ウイルス薬、抗インフルエンザ薬が出るということについて、国民の多くの方はそのパターンに慣れているし、それを受け入れているという事情があるので、それをやらないで薬だけということについては多くの理解が得られないのではないかと考える。
- 受診された方の御希望に最大限応じられるような体制をより多くの医療機関が取ってほしいというふうに、日本医師会からはしっかりと発信をしていきたいと思う。
- それから、インフルエンザのワクチンについては、今、中澤先生から御指摘があったように、国からもこの対象者は10月については積極的にやりなさいというような強いメッセージを出していただきたい。優先して接種を受けるべき人たちになるべくしっかりと機会を用意するということを医師会としても全力で取り組みたいと思うが、限られたワクチンをしっかりと対象者に接種できるように国からもメッセージを出していただきたいと思う。

(前田参考人)

- まず外来・検査体制であるが、私どもは地域の医師会の先生方とこの点を協議すると、やはり唾液外来については、自分たちのところが発熱センターになってしまうのではないかと懸念があるようだ。今でも私どもは200か所程度、内科診療所はあるけれども、まだ手を挙げているところは10数か所にすぎない。となると、その手を挙げた10数か所が、私どもの区では公表しないというふうにお話ししているが、公表されると、その地域で発熱がある方はこの診療所に行ってくださいというような形になってしまって、それだと、幾ら時間的に分離しても外来診療が滞ってしまうというので、そこは非常に懸念があるという話がある。
- そういう意味では、ここでは発熱患者を診ない医療機関と診療所になっているが、逆に言ったらほとんどの医療機関に診ていただく方向に何とか誘導していただかないと、選ばれたところだけが唾液外来を行うというのでは厳しいのではないかと思う。
- その点からすると、今回の2次補正で1診療所上限100万円の補助金をいただいているが、それで本当に十分なのか。唾液外来をするに当たってはもうちょっと上乘せするといったことを考える区も幾つかあるが、唾液外来をやるのであればその辺を少し考えていただきたい。あれは恐らく標準的な院内感染体制を整備するための補助だと思うが、それに加えて、こうしたことを積極的に行う医療機関についてはもう少し補助をしていただくようなことも考えて、唾液外来を積極的にやっていただくようなことも必要ではないかと思う。
- もう一点、ワクチンのことだが、果たして国としてワクチンを勧めるのかどうか。ここにはあくまでも需要が高まるとなっていて、決して勧めるとは書かれていない。以前の新型インフルエンザの流行の際には、いろいろなこともあって推奨したので特定接種となったが、今回はあくまでも単に鑑別診断がなるべくしやすいようにというもの。インフルエンザワクチンを打ったからCOVID-19にかからないわけでもないとする、これを勧めるかどうか、そこら辺のスタンスをはっきりさせる必要があるのかなと思う。
- そういう意味では、先ほど中澤先生から積極的に推奨するようなお話もあったが、私の現場の感覚で言うと、推奨するととんでもないことになる。ほとんどの方が受けるとなると、どのように効率的にやってもワクチンが絶対的に足りないの、どういう形でこれを推進していくのかというスタンスを明確にしたほうがいいのではないかという気がしている。
- あと、優先的にこの方をというのが、これは恐らく受ける側ではなくて、接種をする側が、逆に言うと10月中は高齢者しか受けませんというふうにししない限り、呼びかけでも絶対に受けたい人は受けると思うので、住民に対するというよりは体制側として、優先的に受けさせるにはどうするかということも検討する必要があるのではないかと考えている。

(和田参考人)

- 冬に向けて様々な問題があろうかと思っていて、考えている。インフルエンザについては今回いろいろな形で言語化されているのはいいが、今後考えていかなければいけないのは感冒との鑑別をどうするかというところ。インフルエンザだと比較的急速に熱が上がるので分かりやすいが、やはり冬場ですからみんな風邪を引くだろうということで、いわゆる風邪症状なのかCOVID-19なのか分からないというところは、昨年の感冒のデータを加えながら考えていかないと、多分そっちのほうが分かりづらくて大変な思いをされるのではないかなと思う。
- 今はどんどん検査に来てくださいという感じだが、本当にもう蔓延期みたいな感じになってくると、逆にまたステイホームみたいな形で、症状がなければ家にいてくださいというような方針を取らなければいけないのではないかなというような頭の体操をしたこともあり、風邪も含めて考えていかなければいけないなと思うので、今後は冬の全体のところもまた見ていく必要がある。

(齋藤参考人)

- ワクチンの件、先ほど前田先生がおっしゃったように優先的なというところを呼びかけるかどうかという問題もあるかと思うが、優先的な接種を行うとするならば、通常の供給体制では難しいと思う。その際には、これまで新型インフルエンザワクチンの住民接種とか、そういった形で接種体制というのは検討されてきたので、そういった枠組みを用いて優先的な配分を行う必要があるのではないかと考える。

(武藤構成員)

- 体制整備の中にリスコミのことを入れていただきたい。インフルエンザの流行に備えた体制の中で、ワクチンの話を含め、伝えるメッセージは難しい。それを戦略に入れていただきたいと思う。
- 少し余談になるが、感染研からの情報発信のなかに、手足口病など他の感染症が激減したという話があり、みんなに喜ばれていた。そういう明るい雰囲気も併せ持ったコミュニケーションの展開を検討して頂きたい。

(脇田座長)

- 今、様々な御意見をいただいたので、それも踏まえて、事務局にはまた今後の体制整備の案をさらにブラッシュアップしていただきたいということだと思うので、よろしくをお願いします。

<議題3 自宅療養に関する保健所長会からの要望事項について>

※前田参考人より資料5-1、5-2に基づき説明。その後、事務局より資料(非公表)に基づき説明。

(押谷構成員)

- 今、メディア等で家族内感染のことがすごくクローズアップされていて、自宅療養を

すると家族内感染が起こるみたいに言われてしまっていることは非常に大きな問題。家族内感染でも、中国のデータで40%以上は無症状の人から感染している。日本で起きている家族内感染も、無症状の人、プレシンプトマティック、症状が出る前の人から感染が起きているということが多分多いのではないかとと思われるが、その辺のデータをきちんともう一回どこかで整理をする必要がある。既に症状があつて陽性になった人たちが自宅療養をして、そこから本当に家族内感染が起きているのかというようなデータをきちんと整理する必要がある。恐らくそれは非常に少ないのではないかとと思われるのだが、そういうデータがないので、自宅療養をするとすぐ家族内感染が起こるみたいなイメージが定着しまっている。

- 保健所の負担を軽減するという意味では、積極的疫学調査とかもどの辺りまで軽減できるのか、こういう軽症の人たちに関して、ある程度リスクが分かっている、家族内感染とか職場での感染からあまり二次感染が起きていないとか、いろいろなデータがあるので、そういうことも同時に考えていく必要があるのかなと思う。

(齋藤参考人)

- 質問であるが、自宅療養をしているときの法的根拠は何か。そして、自宅療養をしている方には、今は就業制限もかけているというような理解で良いか。

(前田参考人)

- 感染症法の44条の3だったと思う。感染防止をすることを求めることができるというのが法44条の3にあつて、それが根拠だったはず。

(正林事務局長代理)

- 就業制限は当然かけている。

<議題4 その他>

※太田構成員より資料6に基づき説明。特に質疑応答なし。

以上