

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第3回）
議事概要

1 日時

令和2年7月14日（火）17:00～18:30

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
	釜范 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
	齋藤 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	北海道大学大学院医学研究院教授
	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
吉田 学	医政局長
宮崎 雅則	健康局長
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
日下 英司	健康局結核感染症課長

4 議題

1. 今後のアドバイザー・ボードの運営について
2. 現時点における感染状況の評価・分析について
3. 感染状況等の速やかな把握に向けた対応について
4. 検査の在り方について

5 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

委員の先生方には大変お忙しい中、こうしてお集まりいただきまして、ありがとうございます。アドバイザーボード自体は本年2月に開催して以来の久しぶりの開催となりますが、本日お集まりの先生方におかれましては、専門家会議や諮問委員会をはじめ、様々な場で貴重な御意見もいただいておりますし、こうやってお目にかかっても久しぶりという感じは全くしないところではありますが、この場をお借りして、これまでの御協力に対して改めて御礼を申し上げます。本アドバイザーボードは、本来の趣旨に従って自由闊達に様々な御意見をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

また、本アドバイザーボード再出発に当たりまして、新たにリスクコミュニケーションの専門家として田中幹人・早稲田大学准教授、そして病院経営者の意見を伺うために、太田圭洋・日本医療法人協会副会長にも加わっていただくことになりました。それぞれの御専門からの忌憚のない御意見をよろしく願いしたいと思っております。

本日は、足元の感染状況の評価・分析について御議論いただくわけではありますが、状況を見ますと、東京都におきましては1日当たり200人、昨日は100人台でありましたけれども、新規感染者が報告され、また隣県、大阪などにおいても数十人単位の感染者が報告されるなど、感染拡大の傾向が見られるところであります。

本日は、東京都から北区保健所の前田様にも御出席いただいております。現場、東京都の状況などについて、ぜひお教えいただきたいと思っております。

厚生労働省としては、本日御議論いただく評価等も踏まえて、重症化リスクの高い高齢

者、基礎疾患を有する方々に感染が拡大しないようにしていくということが非常に大事だと思っております。

感染動向を注視していくとともに、クラスター対策をしっかりと進めていく。また、医療機関との調整、感染症関連情報の集約などの必要な対応を行う保健所における体制強化に向けて職員の増強等をこれまでも図らせていただいておりますが、引き続きそうした体制整備を図っていくということ。

2点目として、早期に陽性者を確認していくため、引き続きPCR等の検査体制に万全を期していきたいと考えております。

3点目として、検査陽性者に対する適切な医療的管理を徹底していくということが大事であります。感染者の増加にも対応できるよう、必要な病床の確保、また宿泊療養先の確保等に向けても、必要な支援を地方公共団体等に対して行っていきたいと考えているところでございます。

どうか、委員の皆さん方の忌憚のない御意見、そして現状に対する対策について御示唆いただきますことを重ねてお願い申し上げて、冒頭での御挨拶とさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

<脇田座長挨拶>

皆様、改めまして、よろしくお願いいたします。

第3回アドバイザリーボードということですがけれども、初めにあったのは2月の初めということで、今回、専門家会議でも皆様にお世話になりましたけれども、仕切り直しということで、一部の皆様は分科会にも参加していただき、そして多くの皆様にこの新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードに参加していただきまして、厚生労働省に対して我々が助言をしていくという立場でこれから審議を進めてまいりたいと思っておりますので、これまでどおり忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

<議題1 今後のアドバイザリー・ボードの運営について>

※事務局より資料1に基づき説明。特に、「審議内容の公表等」についての説明は以下のとおり。構成員等からの意見はなく、案のとおり了承された。

(正林事務局長代理)

- 3. 審議内容の公表等について。まず、会合については、座長が適当と認めるときは、非公開とすることができることとしている。本会合については、特定の個人や企業などに関する感染状況を取り扱うことが想定され、また、構成員の間における自由かつ率直な議論が妨げられることがないようにする観点等から、非公開とする必要がある議論が行われることが想定される。本日も、こうした理由により、冒頭の頭取り以外は、会議自体を非公開とさせていただいており、会議後、事務局及び座長によるブリ

ーフィングを予定している。また、国会等でも指摘のあった議事の記録については、専門家会議や分科会の整理と同様に、会議資料とともに、発言者名を記載した議事概要を公表することとしたい。作成した議事概要については、先生方にもご確認いただいた上で、公表していくこととなるので御了知おきいただきたい。なお、非公開データ等を用いた資料や関連の発言等については、運営要領3（2）に基づき、該当部分を非公表とすることができることと整理している。

<議題2 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2-1、2-2に基づき説明。

（尾身構成員）

- 感染状況の分析を、このグループがどう考えるか。これは恐らく日本中が関心を持って見ている。

（岡部構成員）

- 小児の感染例が増えてきているというのは、単に母数が増えているのか、あるいは小児特有に増えているのか。もう一つは、これから小児は学校や保育園が気になるところなので、0～20代ということではなくて、やはりもう少しきめの細かい小児を見ていかないと、本当に学校がまずいのか、保育園がまずいのか、大丈夫なのかということが出てこないの、そこは明確にしたほうが良いと思う。特に感染者例ということでは年代別に出てくるが、その中で重症者がどのくらい小児において出ているのか。この辺はぜひデータとして出せるようにしたほうが良い。

（脇田座長）

- 小児の例が増えているのはちょっと気になっている。ヨーロッパでも重症例が結構出ている。症例が増えれば、当然、血栓をつくるような重症例が出るので、ここはしっかり小児のレジストリみたいなものをつくって解析をしていくことが必要だと思う。

（岡部構成員）

- 小児科学会はレジストリをやっているの、そういうようなデータも提供してもらおうということが必要ではないか。

（尾身構成員）

- 社会一般が今一番知りたいのは、いわゆる市中感染が起きているのかどうか。市中感染というのは一体どういう意味かということだと思う。
- それから、どの辺にピークがきたかの最終判断は時期尚早という感じであるが、何日ぐらい待つと今よりもクリアなピクチャーが出てくると考えるか。これからの感染対策を今以上のことをやるのか、今のメリハリの戦略でいいのかということに関係するので、見解を聞きたい。

（川名構成員）

- 現状の解釈としては、高齢者が少なく重症者が少ないとか、あるいは広がっている

けれども、定着していなくて消えていっているとか、オーバーシュートの局面ではなさそうだとか、あるいはコアなグループを除くと実効再生産数もそんなに高くなさそうだといったようなことで、決して楽観的とは言わないが、いつもほどの厳しさをないという理解でよいか。

(西浦参考人)

- クラスタだけであれば、つまり新宿区でコアなホストだけで伝播が主に起こっているとすると、今後、感染者はここからは伸びないというのはあり得る話だと思っているが、その確固たる証拠がないので、今悩んでいる。
- 理論疫学で言うと、累積感染者数をカーブにするとS字型の曲線で、ピークを打つところはS字のところの二階微分がゼロになるところになる。つまり、真っすぐになるところ、真っすぐ上に上がるところで、それは数学では変曲点と呼ぶ。インフレクション・ポイントというが、これを上がり調子のときに予測することはすごく難しいことであるというのが、数学的な実証などもあって、今まで予測をしたい人との間ではずっと議論をされている問題である。
- それに対して、今、押谷先生がやろうとしているのは、勇猛果敢にローカルの情報を使ってインフレクション・ポイントかもよという話に挑戦しようとしているということであるが、ちょっと限界がある。分からないというのが正直なところである。
- 分かるまでいつぐらい待てばいいかという、正直な話をすると、もし指数関数だったら分かったときにはもう遅い。コアでないホストの中でめらめらと増えているのが10日間の遅れ程度以上をかけて見えるので、それが見えたときには遅いのがこの流行の制御のとても難しい問題である。
- 今のところでは、市中で何回もチェーンがつながっていて新しい火種になってなさそうところは観察されていないというところまでが事実である。一方で、その後、コア以外のホストで増えないという保証はない。したがって、今が変曲点かと言えば、ナウキャストを精いっぱいやっている形では多分違う。そこから先いつだと言われたら、分からないというのが正直な答えであり、基本的には増えると思ってデータを見ないといけないと思っている

(押谷構成員)

- 現在の状況は緊急事態宣言をした4月7日の状況とは大きく違うと考えている。4月7日の時点では日本全国に感染が広がり、そこを起点としてさらに地域に感染が広がっていった。そういうことは現時点ではほとんど見えてきていない。都内でも広がってはいるが、その先で何かを起こしているという感じではない。
- これには、幾つか理由があると思う。きちんと説明することはなかなか難しいが、今起きているのは主に夜の街で働く男性と女性を中心としており、で20代、30代がほとんど。この方たちは、それほど世代間の交流のないと考えられる。どこまで世代間の交流があるかというところで、3月の中旬以降増えていった局面では、同じ夜の街で

ももっと高い年齢層の方の行く店が多かったそういった年齢層の人には、もしかすると介護をしている親がいたり、孫もいたり、そういう世代間交流の多い人たちで、そのために高齢者施設などでの流行が多かった可能性がある。そういうところが現時点では少なくとも高齢者施設などで流行の少ない理由なのかなと思う。

- 市中にどこまで広がっているかというのはなかなか難しいところはあるが、そういう理由もあって、先ほど言いましたけれども、高齢者施設は一部の例を除くと、施設の職員の感染例は見えてきているものの、入所者の人たちの感染例が非常に少ない。そういう4月7日の時点とはかなり大きく違うということを考えると、どこまで本当に積極的な対策をしなければいけないのかという問題がある。
- 先ほど言った新宿区での取組が始まって、保健所が多忙になっているなどいろいろな問題があるけれども、かなり積極的に取組がなされているということとがある。このような取り組みの効果がどう出てくるのかということを見極めないといけないと思う。
- この時点でより積極的な対策をやると、経済的にそれはかなり大きな打撃になるので、そのバランスを考えたときにどう考えるか。これは分科会の議論の話になるのかなと思うが、それを積極的に進めるだけの感染拡大が4月7日の前と同じような形で起きているようには見えない。

(鈴木構成員)

- このまま指数関数的にオーバーシュートを起こすことはないだろうと考えている。理由は、まずメディアでも報道があるので、どんどんと症例数が増えてくるのを見て、人々の行動が、ちょっと外出を控えようとか接触を控えようというふうにならざるを得ないものと考えている。
- 実際、先週あたりから少し人の流れも落ちてきているというデータもある。もちろん人流自体が接触を意味することではないということには注意しなければいけないが、やはりメディアで、例えば新宿でホストの患者が増えているとか、東京都内で症例数が200を超えている日が続いているという情報が伝わるだけで、人々の行動が変わってくる。結果として、オーバーシュートを起こすことはないのではないかと考える。
- 一方で、何もしなければ、結局、いわゆるダンスの状態が上がったり下がったりになり、どんなに理想的でも真横に行くことになる。つまり、毎日200例、250例が続けば、当然その中から重症者も出てきて医療崩壊に至ることになるので、やはり今明らかに火種となっている新宿・歌舞伎町を中心とした繁華街に対する積極的なアプローチはすべきであると考えている。

(尾身構成員)

- 我が国で起きたクラスターの今までの総括について。西浦先生が、山中伸弥さんと対談していたときに日本のクラスターはほかの国に比べて感染者のボリュームが少ないと言っていたが、クラスターからはみ出るといえるのはあるけれども、線で行って、家

族に行って家族内感染、あるいは病院に行くということはあるけれども、そこで完璧ではないものの収まっているのかどうか。

- それから、クラスターがいろいろなところで起きているが、可能性としては、場所は違うけれども、3密プラス、大声プラス、換気が悪いというところが相変わらず共通の感染の契機ではないかという仮説があるので、それが本当であれば、そちらをもう一回、言っていく必要があるのではないか。
- 今までのクラスター感染の起き方、伝播の仕方が点で終わっているのか。3密ということは相変わらず感染の拡大のメインになっているのか、あるいはそれ以外のことが起きているのか。この辺のことをもう一回総括をするべきに今来ているということで、御意見を聞きたい。

(押谷構成員)

- やはり日本のクラスターの解析を進めるとともに、欧米がなぜああいう状況になっているのかということをしちんと解析しなければいけないとは思っている。欧米がなぜ大規模な感染拡大を起こしてしまったかについては、いろいろな理由があったと考えられるが、初期の段階で相当数の感染者を見逃していたことは大きな理由だったと考えられる。少なくともニューヨークについてはその可能性が高い。
- それ以上に、本日、午前中にカナダのアルバータ州のチーフメディカルオフィサーと一緒にWebセミナーを行ったが、やはりカナダとか、アメリカは皆さん御存じだと思うが、食肉業の人たちで数千人単位のクラスターが起きていて、カナダのアルバータは小さな州であるが、そこでも700人、800人といった規模の感染が起きている。シンガポールでは外国人労働者数万人単位のクラスターが起きている。つまり住環境も非常に悪い、職場の環境も非常に悪い人たちで大規模な流行が起きている。日本では、特定の職業に関連するような感染は、医療関係者などを除くと、大規模なものがほとんどない。見えている中ではそういうものがないというのはかなり大きな要因なのかなと、今朝のアルバータ州との話の中でそう思ったので、そういうところをきちんと解析する必要がある。
- そういうところで働いている人は医療アクセスも悪い人たちであると考えられ、診断されないので手遅れになる。そうすると非常に高い罹患率で、感染が起こる可能性がある。そういうところの違いというのをきちんと整理をしていかなければいけないと思っている。

(西浦参考人)

- 今まで見ているクラスターに関しての共通事項はあまり変わっていないと思う。屋内でクローズコンタクトというものは、基本的に伝播が見られる場所で共通していますので、今、強調されていないのであれば、必ず専門家からのメッセージとしては強調しないといけないことだと思っている。

(押谷構成員)

- 夜の街というか、飲食店でも、ガイドラインをつくったけれども、結局、きちんと守られていないという問題があって、東京だけではなくて、地方でも、やるべきことをやっていなかったというのでかなりの数の感染者が出るような流行が起きている。3密だけではなくて、換気の問題とか、いろいろな問題を我々はずっと言ってきて、もうそれは浸透しているものだと思っているが、現実社会では必ずしも守られていないということが今の状況を生んでいるので、ここはもう一度きちんと感染経路について説明して徹底することが必要である。
- いわゆるPresymptomatic Transmission、40%ぐらいは発症する前に感染させているというような事実を皆さんがまだあまり知らない。そのことが今のような状況を生んでいると思うので、その点をもう少しきちんと専門家としても発信していくことが必要だと思う。

(西浦参考人)

- ハイリスクの場で伝播を減らすとすると、どういうアプローチで減らすかということが恐らくこの後重要なのではないかと。広い範囲で休業することが、第3波、第4波が必ずあるということを想定すると、あまり好ましくないのであれば、本当に検査で追い続けるのか。いつまで追い続けるのか。検査のときはどれぐらいの範囲で接触を検索しないとイケなくて、その達成度はどうやって評価するのかということも含めて計画しないとイケないことなので、そこまで踏み込む勇気があってやるべきなのかどうかというのは一度議論しないとイケないと思っている。

(釜苞構成員)

- 今回積極的疫学調査がかなり行われて、新宿区においては担当者が疲弊してしまって、これ以上は対応できないという話も聞こえてくるが、いろいろ関係者の協力を得ながらこれまでに比べればかなり積極的に広範に、いろいろ関係者の協力を得ながらやってきたということが特徴だと思う。一方で、現在までに検査が実施できた数は決して全体をカバーできるほどではなく、余力があればもっと調べるべきだということも言われている。
- その中で、先ほど西浦先生が言われたように、どの程度の範囲を対象として積極的調査をすべきなのかここで整理をしておかないと、今後の対策の立て方に影響してくるのではないかと。そのあたりのところをこの機会に整理をすべきではないかと思う。

(脇田座長)

- ホットスポットのエリアをどの程度積極的に検査をしていくか。聞いている範囲では、新宿で言えば250店舗ぐらいあるところが今出てきたのは20~30で、そこをさらに積極的にやっていく必要がある。そのときに、新宿区の保健所が今かなりキャパオーバーになってしまっているんで、別動隊が積極的に入って行ってきちんと検査をするとい

うことが、本当に可能なのかどうかということであるが、それをやらないと、その一方で50%はともに行かないのではないかという話だと思うので、そこをどうやってやれるかということを経済と新宿区と一緒に考えていかないといけない。

(鈴木構成員)

- 現状これまで我々が把握している限りでは、歌舞伎町でいわゆるホストクラブの従業員で検査できたのは1割行っていない。これまで1か月ぐらい新宿区としては頑張っ
て対応してきているが、数としてもごく限定的である。加えて、数少ない限られた検査対象者もまともに隔離できていなかったかもしれないことを考えると、これまでの対応が少なくとも有効であったとは言い難いのではないか。
- これからさらに積極的に新宿の繁華街にアプローチする場合には、根本的に別のアプローチ、かなり大規模な、新宿区の保健所とは別にもう一個保健所をつくるぐらいの勢いでやらないと、本当に意味のあるコントロールにはならないのではないか。

(脇田座長)

- 休業要請を面としてやっていくのが難しいというか、それをもう避けたいのであれば、やはり積極的にやるしかないと思う。そうしたら、それができるような方法を考えるしかない。

(尾身構成員)

- 保健所のほうはしっかり強化するというのは前から国にお願いしている。あとは、スポットをどうするかというのは、実際に感染があったホストクラブとかではなくて、その周辺は全部やるということで、今、我々はレコメンドしたいと思っている。
- 検査のキャパシティを増やすというのは大前提で、異論はないと思うが、比較的指数関数的なことを抑えられている中で、一つの仮説は、濃厚接触者をあれほどやる検査は今までなかった、そのことが社会に知られて、歌舞伎町という名前も出てきた。このことが一般の社会に与えるメッセージ。実際にはアンダーグラウンドに行った人もいる可能性は否定できないけれども、そのことが人々の行動変容を生んだという可能性はあり得るので、これについては評価をしたほうがいい。

(岡部構成員)

- ハンマーの使い方について、前回のようにかなり幅広の大きいハンマーを使うと、結局、善良な人々がますます縮こまり、動きが悪くなって、経済も動かなくなる。説明上、気をつけてやらなければいけないが、それは相当狭い部分に対するハンマーをやるのだというようなことでいかないと、今度は逆に広がりが強くなってしまってハレーションが起きるということを危惧するので、その辺をうまく対応しなければいけないと思う。ピンポイントという言い方がよくあるが、対象をきっちりフォーカスしていかないと、周りにばんと広がると、その勢いがなかなか止められなくなると思う。

(押谷構成員)

- 結局、6月の初旬までには東京の繁華街でかなりの感染拡大があるという感じはつか

んでいたもので、あそこできちんとできなかったことが今の全国の感染を生んでいるので、その反省に基づいて次にどうするかということを考える必要がある。

(尾身構成員)

- 今回のアドバイザリーボードのコンセンサスは、一応は感染拡大を防げていて、もちろんまだこれからいろいろな可能性があるということをちゃんとやった上で、今のところはどんどん感染が指数関数的に行っていることは免れていると、今の時点では判断をして、ただし、まだいろいろな材料、積み残しが出てくる可能性があるのもので、最終的には判断できない。したがって、あと×日、1週間なり数日待って、もう一度再評価をするというようなことで、よろしいのか、コンセンサスなのかどうか、そこだけを確認しておいたほうがいい。

(川名構成員)

- 今、急に増えているという状況ではなくダンスの状態だというのは分かったが、例えばこれからGo Toキャンペーンが始まったり、大規模イベントの人数がだんだん緩和されてきたり、そういう世の中で今後どうなっていくか、一方ではそういう見方も必要ではないか。

(大曲参考人)

- 感染拡大の局面かどうかというところでの議論だと思うので、的外れかもしれないが、1点現場から御理解をいただきたいと思っているのは、我々は検査をどんどん広げて、感染している患者さんを見つけて、拡大の傾向を止めていくことは大賛成である。特に流行の早期であればそれがいいのだろうなと考える。ただし、今回の局面ですごく感じているのは、それで生じた陽性の方々を本当に有効に隔離するためにはどうすればいいかということ。ホテルも足りないという状況で、なかなか家にもいてくれない方々が自宅療養を現実に行っているが、それを実効性を持ってやるということにしているかないと、この戦略は動かないというのを痛感しているのでも、そこを御検討いただきたい。

(武藤構成員)

- 私も、大曲先生がおっしゃったことと同じようなことを聞いている。、例えば宿泊施設を増やしたからといって、そこにいてくれるというのは本当にはないのではないかなという気がしている。もちろん協力していただけない可能性もあるが、納得頂けるようなアプローチを丁寧にやらないといけないのではないか。
- もう一つ、新しく業界別のガイドラインが出て、みんなやっているつもりになって張り切ってやってきたのだけれども、残念ながら失敗したところが幾つか出てきていて、何がうまくいかないポイントだったのかということを中心に話してもらって、みんなでもう一回やり直していこうという気持ちになってもらわないといけない。そこもアプローチとして重要なかなと思っている。

- 最後、もう一点。抗体検査の誤用について、Go Toキャンペーンの利用者に抗体検査という声や体調不良の人に抗体検査という声があるがそれは間違っているので、改めて今、もう一回3密の重要性とともに、検査についても改めてラーニングする時期なのかなと思う。

(脇田座長)

- 先ほどのポイントであるが、リンクのない人は確かに増えていて、感染の拡大は一定のスピードではあるということは認めた上で、ただ、そのスピードが本当に加速度的に行くのか、それともある程度プラトー、あるいは収束方向に行くのかというのはもう少し見極める必要があるというのがコンセンサスであったかなと思うが、そういう形でよいか。では、そこはそういう形にさせていただく。
- あと、今ホテルの話があったが、東京が準備しているホテルの数が神奈川よりも少ないという状況で、今後、検査をすれば当然数が出てくるので、そういった人をきちんと収容できる数だけは少なくとも準備をしていく必要があるということと、それから保健所の体制が逼迫していて、機能を強化していかなければいけないという書き方になっているが、保健所の今の業務をある程度軽減させる方法がないのかということも考えてほしい。

(前田参考人)

- 現在は、3月のころと若干雰囲気は違う。確かに繁忙ではあるが一つの解決策としては検査体制が整備されるということで、そこで保健所が様々なゲートキーパーにならざるを得ないというところは解消されてきた。一方で、積極的疫学調査の要領が変わっている。より積極的に感染者の検査をすることになるので、病院・施設等の職員の方々に対する調査をするにはかなり綿密にやるようになってきている。だから、そこでの積極的疫学調査をするボリュームが非常に増えてきたというところが、患者が増えてくると、検査のキャパシティをこれだけ増やしても、やはりそちらのほうにかなり来られてくると、また厳しい状態になってくるのかなという懸念が一つある。
- 積極的疫学調査を濃厚接触者にきっちり絞って、ある程度以上は健康観察をするというような形で、積極的疫学調査についても少し絞り込みをするというところは必要になってくるかと思う。あとは、常々保健所の関係者が言っているのは、もうそろそろ指定感染症二類相当は勘弁してくれないかというのがある。
- ただし、医療機関は、公費負担の問題もあるし、また、一定程度、勧告入院というシステムによって入院させているというところがあるので、そのバランスをどう取るかであるが、入院のところの医療調整をできるだけ簡素化したい。
- 医療の逼迫の問題について、確かに東京都は5,000床まで増やしたという話になっているが、それは4月の当時、あれだけ新型コロナに集中されていた頃に全ての病棟を開放してそういう形になったわけだが、今、中小病院はかなり一般病床に戻している。これをすぐに転換するというのは非常に厳しい。人員の体制にしても、また、もう既

に入院されている患者のベッドコントロールをするのは厳しいということで、現実には非常に狭い中で実は中等症、軽症の方が増えてしまっている。だから、重症ベッドは確かに空いているが、中等症、軽症のベッドが少なくなっているということで、またこの医療調整も今はだんだん厳しくなっているので、何とか病床を拡充するというのと、先ほどお話があったように、ホテルは最大4棟まで借り上げていたのが1棟で、現実には八王子なので非常に搬送に時間がかかるという状況で、今週中には1棟また再開すると言われているが、そこら辺のいろいろな手続を何とか簡素化できないかというのがある。

- ただし、今言ったのは標準的な保健所の問題であり、先ほどの新宿の話は全く別問題である。新宿の話で言えば、先ほど別なチャンネルでという話があったが、東京で言えば、かつての山谷に城北センターという山谷に特化した、東京都の施設として山谷対策を行える施設をつくって山谷の結核対策に取り組んだわけで、そういうような特別な組織をつくってやらないと厳しい。

(押谷構成員)

- 東京の繁華街の問題に視点が向いてしまっているが、米軍基地の問題も考える必要がある。米軍の空母で1,000人規模の感染が起きたというのもあって、横須賀とかは大丈夫かということもあるし、今、かなりの数の外国人が検疫で引っかかっているという問題もある。先ほど言った諸外国で外国人労働者の間で感染が広がっているということを見ると、日本にいる外国人の問題も一方で注意して見ていかなければいけないし、そこに対する対策も考えておかないと今後大きな問題になってくる可能性は十分にあると思っている。

<議題3 感染状況等の速やかな把握に向けた対応について>

※事務局より資料3に基づき説明。

(尾身構成員)

- アドバイザリーグループの下にワーキンググループができて、データの処理をHER-SYSのことも含めてやってもらっていることは評価したい。一方で、発症日別のデータは極めて重要なデータであるが、現時点で公表されていないことについて、東京都との関係とか、地方自治体の関係とか、様々な複雑な理由があるものの、今後どうしていくのか、ちょっと議論しておいたほうがいいのではないか。

(鈴木構成員)

- 私が使っているデータについては、感染症発生動向調査(NESID)の情報、プラス、東京都に入っているFETPから入っている情報を使っている。これはいずれも東京都あるいは各区からの依頼を受けて、自治体に入って我々はお手伝いをするという立場を取

っているので、区あるいは東京都自身が公表するということを決めていないものを我々が勝手に公表することはできないということが理由である。

(岡部構成員)

- 鈴木先生に補足するような形であるが、もともとFETPは自治体から依頼をされて出ていくので、依頼主がいいというもの以外は発表できない。それがディセントラリゼーション（地方分権化）でそういう形だったが、2009年だったかその前か、国が積極的疫学調査を出すことができるというふうになっている。その場合、依頼主は国になるので、国が公表するというのであればオーケーだと思う。ただ、そこは自治体との信頼関係とどっちがどっちだということで、それを疫学センター側に責任を求めるとはおかしいのではないか。その判断をするのは大変ではないかと思う。そういったようなことを初めから決めないといけないだろうと思う。
- それから、未来永劫にずっと公表しないということではなくて、それはいつか発表した人、あるいは分析した人がこれでオーケーということになればいいと思うが、やはりプレリミナリーなデータをあまり公表したくないというのは研究者であれば当然だと思うので、そこは尊重しないとイケないと思う。

(押谷構成員)

- クラスタ図については個人が特定される可能性があるが、発症日でエピカーブを書いて個人が特定される可能性はほぼゼロだと思う。発症日が分かったことによって個人が何か不利益を被るということも、3人ぐらいしかいない県で発症日を書くと、この人だったのだろうと分かるかもしれないが、そのことによる不利益というものもほとんど考えられないと思うので、そういう個人情報という観点と公衆衛生上必要なものをちゃんと切り分けて理解していただく必要があるのではないか。

(脇田座長)

- 積極的疫学調査で個人情報につながる情報というのは大事だというか、非常に機微な情報が入ると思うが、発症日のエピカーブを書くということがそれほど個人情報に、今、東京の場合でつながるとは思えないということなので、そこはしっかりデータは出していただけるようにしていかないといけない。
- これはデータの取扱いのワーキンググループ、HER-SYSを含めて、そこでしっかり議論をして、それでこっこのアドバイザリーボードなり、あるいは分科会のほうにしっかりと意見を出していただいてという取りまとめでやっていただきたいと思う。

(前田参考人)

- 以前から、東京都のデータが出ないというのは、区側からすると不思議に思っている。私どもは東京都に提出していないわけではない。我々は確かに発生届の中に発症日を書いていないことは多々あるが、その後、疫学調査をした中で、発症日を確認しないということは疫学調査としてあり得ない。御本人が覚えていないとか曖昧だということはあるにしても、それについては全部調べて調査報告はしているので、それがなぜ

東京都のフィルターがかかったところで発症日が分からないというのは、我々はずっと押谷先生から本当に2月の頃から言われていて大変不思議。うちの保健所では全部発症日ベースのエピカーブはつくってある。

(脇田座長)

- 解決できそうな感じがしてきている。ぜひ解決して、東京のデータもしっかりと我々が解析できるように、そして公表ができるようにしていくということが非常に重要だと思うので、よろしく願います。

(尾身構成員)

- (資料3については、) HER-SYSについては、この趣旨で、主な論点もこれでいいので、よろしく願いたい。1点、我々の願いは進め方のスケジュール。もう少しここは本来なら始まってほしいぐらいの感じであるので、もう少しスピードアップしていただきたい。これがもっと改善すると孤発例の分析が進むので、忙しいのは分かるが、もうちょっと非公式な、ダイナミックな、機動性のあるスピードでやっていただけるとありがたいというのが希望である。

<議題4 検査の在り方について>

※事務局より資料4に基づき説明。

(太田構成員)

- 行政検査の対象者の整理そのものに関しては特に問題はないが、検査を実施する状況が、私は病院団体から出てきているが、なかなかスムーズにやれない。先ほどの対応のほうでも、円滑なPCR検査等実施体制の確保というのを書いていただいているが、多くの医療機関、病院、また診療所も、PCR検査や抗原検査をやりたいと思っても、行政検査の契約をしないとなかなかやらせてもらえない。それをやるのも、大分緩めてはいただいたが、手続などが煩雑で簡単にできない。
- 先ほど抗体検査の御要望もあったが、本来であるならば、そこは医療機関にかかっているものであるから、そこが抗原検査かPCRができるならば、多分そこでかけている。演劇のシアターのクラスターは、多分そこでやれないから抗体検査をやって、それが誤用されているという形になっているのだと思う。したがって、有症状者に関しては、簡単に抗原検査またはPCR検査ができるような体制まで持って行っていただきたい。

(釜范構成員)

- 現状、医師会で把握しているところでは、医師が必要と判断したPCR等検査は保険診療の扱いになっているものの、本人の自己負担分を公費にする関係から都道府県との契約が必要で、医師会を通じて集団契約ができるようにはなったのだが、契約に結びついていない医療機関が少なくないという現状。
- 今後、検討いただく上において、PCR検査の今後のキャパシティー、どのくらい検査ができるのかということがまず一つある。それから、抗原検査、抗原の迅速検査につい

では、かなり今後キットが複数社から出てくるという話もあるし、割合潤沢に出てくるのではないかと思うので、これはぜひ政府のほうでお考えいただきたいが、抗原の迅速診断のキットについては通常の保険診療として自己負担ありで整理をしていただいたらどうか。当然、報告はきちんとHER-SYS等を使ってやるという形を取れば良いと思う。

- PCR検査に関しては、当面、契約を前提として運用する。そのかわり、自己負担はない。PCR検査の場合にはそれだけの単独の検査費用で1万8000円であるし、抗原の検査の場合は6,000円。6,000円の場合は自己負担が1,800円になる。抗原迅速の簡易の検査について通常の保険の適用で自己負担ありという形で整理をしていただくことによって、かなり抗原の検査が迅速に行くし、PCRについては、大臣も当初から非常に大変お力添えを賜ったところであるが、なるべく公費でできるという形が整理できればさらによいのではないかと考えている。
- (集合契約が進まない理由について)例えば東京の場合では、感染の危険を考えると、多くの医療機関で鼻咽頭のぬぐいを扱うのは無理だということで、唾液によるPCRのみ契約という方針も聞いている。したがって、私はなるべく多くの医療機関で迅速に検査ができるような体制が取れたところについてはやってほしいとずっと言ってきた。

(太田構成員)

- 基本的に集合契約を認めていただいたし、行政検査の契約も緩めていただいたが、あくまで帰国者・接触者外来と同等ということで、動線の確保等を全部確認しなければいけないということになっている。集団契約の場合には医師会側がそれを全部確認しないことには基本的に契約ができないという仕組みになっており、その点がネックだと認識している。
- 行政検査の契約をしたいという医療機関が今の段階であるならば、基本的にはしっかりと動線とか感染対策をしていますというチェックがついていれば認めるぐらい簡素化していただきたい。

(吉田構成員)

- 院内感染対策という面から考えると、発症する前からウイルスを出して感染させるので、2次感染を防止するというのはなかなか難しいところだと思うが、3次感染を防止するという意味では、発症してから1日、2日ぐらいで検査することによって3次感染を起こさないような対策が取れるのだと思う。発症してからできれば1日とか2日以内に検査がスムーズにできるということが大きなクラスターを生まないということでは非常に大事ではないか。

(押谷構成員)

- 検体を採るリスクとかコストの問題で、どうしても会社とか個人は抗体検査に流れている。先ほど武藤構成員が言ったような、誤った認識の下にとりあえず抗体検査をや

っておこうという感じになっている。それではいけないということを、ちゃんとどう
いう理由でということを説明する必要があると思う。

以上