

**指定感染症としての措置・運用の在り方に関するWG（第2回）  
議事概要**

**1 日時**

令和2年9月18日（木）17:00～18:30

**2 場所**

厚生労働省専用第21会議室

**3 出席者**

座長	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
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
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	齋藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
	砂川 富正	国立感染症研究所感染症疫学センター第2室長
	中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部 健康科学科教授
	前田 秀雄	東京都北区保健所長
	脇田 隆字	国立感染症研究所長
	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

座長が出席を求める関係者（オブザーバー）

全国知事会（井上靖朗 鳥取県令和新時代創造本部 本部長）

全国衛生部長会（中澤よう子会長）

厚生労働省	福島 靖正	医務技監
	正林 督章	健康局長
	依田 泰	大臣官房審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	佐々木 健	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	小野 俊樹	大臣官房参事官（医政、健康担当）
	高城 亮	内閣参事官
	岡野 智晃	政策統括官付政策統括室 企画官

**4 議題**

新型コロナウイルス感染症の措置について

## 5 議事概要

※ 事務局より資料1、2に基づき説明。

### 【新型コロナウイルス感染症の入院措置について】

(岡部座長)

- 最初は資料2の「新型コロナウイルス感染症の入院措置について」のところで御意見をいただければと思う。今までとそんなに大きくは変わっていないように見えるが、「できる規定」でやっているところが実際の現場ではmustに近いような形でやっているところがあるのと、軽症・無症状の人がそうなったときに入院する、ということについて何とかできないかというのも一つの意見だったと思う。
- さりとて、その地域によっては、特にベッドの余裕のあるところで、少し患者さんに入院していただいて、少し様子を見て大丈夫そうだったら宿泊施設のほうに移すようなこともある。昨日、私は過疎のところに話をしに行き、町長さんといろいろな話をしていたが、患者さんがいないということのほうがかえって経験のないものに対する心配をしている。また、1人入ってきたときに、急に悪くなったらそれは家にいていいのかという話をおっしゃっていた。
- 事務局案としては、患者さんの入院について、一律ではなくて、その対象をもうちょっと明確化をして出しておこうと。ただし、これは原則論であって、びしっと決めるのではないので、もちろん重症であつたりすればどなたでも入院をしなければいけないし、その状況に応じては知事が合理的かつ柔軟に入院措置ができるようにしてはどうかといった提案である。

(砂川構成員)

- 公衆衛生というか、恐らく医療という観点で考えると、例えば、「前回のご意見を踏まえた見直しの方向性」の「具体的には」以下の文章だが、「具体的には、感染症法に基づく入院措置の対象を、医療上の必要がある者、届出時点では入院を要しないが65歳以上の高齢者」云々という形で「重症化リスクがあると医師が判断する者とするなど」といったようにするのも、もし医療というところを中心で考えるのであれば、一つの考え方にはなると思った。

(太田構成員)

- この方向性に関しては大きな反対はない。
- 事実を確認したいのだが、入院措置は、純粹に、医療機関、病院に入院させることを意味しているのか、それとも、いわゆる宿泊療養施設に行くことを含むような概念なのかを確認したい。私は都市部から来ているが、多くのところは宿泊療養施設を各地域で確保していて、入院させるのは当然ここに書いてあるような人しかやっておらず、それ以外は宿泊療養施設または自宅療養と、現実に4月2日の事務連絡にのっとりたような

運用がされている。入院措置の対象から外してしまうと、宿泊施設にも入れられなくなってしまうとか、宿泊施設に行かせるのが難しくなるということがあるのかどうなのか確認したい。

(江浪結核感染症課長)

- 今回御議論いただきたい内容である入院措置の対象に関しては、医療機関への入院ということの意味している。一番最初の「現行」、2つ目の○で書いてあるが、現状では、御指摘のとおり、新型コロナウイルス感染症の無症状・軽症の方で重症化リスクがない方に関しては、入院の必要がないと医師が判断した場合、宿泊療養または自宅療養を行うことができるとしており、その運用は引き続き行っていきたい。

(太田構成員)

- 入院措置から外れても、基本的に感染のまん延防止の観点から各地域で宿泊療養をお勧めすることは普通にできるような状況が今の整理の方向性なのか、それもできなくなるのかということについては、できるということによろしいか。

(江浪結核感染症課長)

- 現状、宿泊療養または自宅療養に関しては、事務連絡に基づいて療養をお願いしている形になっており、法律に基づく勧告や措置が行われているわけではない。そういった意味で、引き続き宿泊療養または自宅療養をお願いしていくという方向で考えている。今回御議論いただきたいのは、最終的に医療機関への入院を勧告または措置する対象に関してどういうふうに明確化できるかということで考えた案ということである。

(今村構成員)

- おそらく入院を前提としてしまっている地域もかなりあるのではないかと思う。東京などの都市部では、患者数の増加によって入院による負荷が大きくなっていったので、宿泊療養などを進めざるを得ない状況のなかで対応すすめられてきた。そこに比べると、今、コントロールができて、かなり感染者数を抑えられている地域に関しては、宿泊療養を優先して重症者がでることの方を心配して、まずは入院を前提としたいというところがあるので、そのような意見もあることを理解すべきである。
- また、Go To トラベルなどによって経済を戻していくと、ホテルなどは通常の運営をしたほうがよくなっていくので、長期的に宿泊療養施設を確保ができるのかという問題も起こってくるのが予想される。
- また、対象として基礎疾患と65歳以上があげられているが、実際には感染者数が多くなれば40～50歳代などでも重症者が増加し、また比較的若くても肥満などが重症化因子となっているなど、より広い対象が重症化しているのが現実でもある。  
さらに、認知症などがあると、たとえ軽症であっても入院の対応にせざるを得ないなど、いろいろな対象外の例はあると思うので、それらをどのように扱っていくのかも考

えていくことが大切である。

- 例えば、具体的な対応例などを挙げておくとわかりやすいかもしれない。すべて都道府県で判断するとなると、判断基準が地域によってかなり異なってきて、かなり無理して現場が対応せざるを得なくなるかもしれないので、例示するなどの工夫で判断を共有できればいいかと思う。

(岡部座長)

- あまり厳密にやってしまうと、肥満とはどのくらいの数値から肥満とか、肥満ではないとか、そういう問題になっていくので、そこを医師が判断できるようにしておくという意味合いかと思う。

(今村構成員)

- 医師の判断の幅を広げてもらうのがいいと思う。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 今回の見直しの方向性については、前回発言させていただいたように、各県で事情がいろいろということで、そうしたことを反映して、知事の判断で対応できるようにということを入れていただいたことについて、感謝を申し上げたい。
- その上での意見ということで申し上げさせていただくと、今回の方向性の2パラ目のところが、非常に分かりやすくクリアに書いてある分だけ、印象としては今までとは原則と例外が完全にひっくり返ってしまうような感じを受けている。そうした意味で、今までは入院が原則ということで無理して入院させていたという都道府県もあったことがこの議論の発端だと思うが、このような形になったときに、今度は逆に無理して入院させないということも出てくる可能性があるのではないかと。今、議論があったように、65歳とか、基礎疾患を限定的に解釈するようなことになると、逆にまん延防止の観点からどうかということが懸念として見えたという印象である。
- また、冒頭の砂川先生がおっしゃったように、医療上の必要があれば当然入院させるということであるので、今回、「重症化リスクのある者」という書き方をしているが、背景として、重症の方は当然に入院だということがあるのだと思うのだけれども、この文章だけをぱっと読むと、重症の人はどうするのかと見えてしまうこともあるかと思う。
- そうした意味で、これは感染症法の政令に関係することになるので、法令上ではばちっと書き切らないと政令の条文が書けないということもあるのかもしれないが、各都道府県あるいは社会や国民一般の皆さんへのメッセージはかなり気をつけないと、それほど実運用は大きく変えることにならないようにしていただくことを想定されていると思うのだが、各都道府県あるいは国民の皆さんが、この見直しを見た印象として、かなり大きくがらっと変わってしまうことになるのではないかと受け止め、趣旨がうまく伝わらないのではないかと懸念している。
- 各都道府県においても、これを本当に限定的に解釈することになると、例えば、各都

道府県が確保している病床についても重症者向けだけでいいというメッセージと受け取る可能性もあるので、そういった辺りの都道府県への説明を、もちろん我々のほうでも議論に参画させていただいているので、できる限りはしたいと思うが、厚生労働省におかれても、そういった意味での趣旨のところをうまく説明していただく必要があるのではないかと考えている。

(前田構成員)

- まず、1点目として、確かに重症化の方が入院するのは望ましいのだが、法の立てつけの問題で、まん延防止で入院ということであって重症化ではないというのが本来的な立てつけだと思う。特に、いわゆる結核対策においては、かなり厳密に解釈をして、例えば、粟粒結核であっても、結核性髄膜炎であっても、これは感染性がないので19条の適用ではないということで、全て審査会等で一般入院とさせていただいたという経緯がある。それと比べて、こうできるのだったら結核もできたのではないかと、法の立てつけと違うのではないかと話になるが、その辺はこういう話でよいのかどうか。
- もう一点は、今回はワーキンググループなので最終的な落としどころまでは記載できないかもしれないが、実際、無症候性病原体保有者はどうするのかと。最終的に、政令の中で、結局、無症候性病原体保有者のところには丸がついたままなのかどうかということ。つまり、やはり無症候性病原体保有者は、特に若年者であれば、感染性といっても、行動的な面での感染性はあったとしても、感染してもその方自身が発症することも少ないとなると、無症候性病原体保有者を引き続き知事の判断で入院させることができるというままなのかどうか。今、その辺が、このままで読むと、おそらく病床が余っているところは無症候性の人でも知事の権限で入院させることができるのだと読めてしまうのだが、そこは全く動かないのか。

おそらく、今回、この勧告のところでは一番の焦点が無症候性病原体保有者の適用を残すのか外すのかということだと思うので、紙に書かれていなくても、ここの方針としてどういうことなのかお伺いしたい。

(江浪結核感染症課長)

- まず、無症状病原体保有者については、現行の取扱いの2つ目の○に書いているが、現状、無症状・軽症の方で重症化リスクのある方に当たらない場合であって、医師が入院の必要性がないと判断した場合に、宿泊療養または自宅療養を行うことができることとなっている。つまり、患者さんが検査を受けた時点では確かに無症状であっても、その後どういう病状をたどられるかということがなかなか判断できない時に、重症化のリスクがある場合には、無症状や軽症の場合であっても念のために入院いただくという取扱いになっているものと考えている。
- 入院した結果として最後まで無症状のままということになると、ずっと無症状で本当は感染拡大のリスクも非常に少ない方が結果としてずっと入院していたのではないかとということになってくるが、実際にこの病気はリスクがある方において急速に病状が進

む場合が過去のケースとしてあった中で、重症化リスクがある方に関しては、この宿泊療養や自宅療養の対象とならない形になっている。今回は、その現状を受けての方向性ということであり、無症状病原体保有者の方に関しては、重症化リスクがある方に関しては、引き続き、いろいろな措置を講じていく、特に入院をしていただく、公費で入っていただくという対応をしていくことになるので、入院勧告の対象とした案が今回の案である。

- 次に、今回、新型コロナウイルス感染症について前回の御意見を踏まえた見直しの方向性をお示ししたときに、他の感染症との関係で課題が出てくるということであるが、感染症対策は、個々の感染症ごとに議論をして、実際の発生状況とか、実際にそれに対応する医療資源などを勘案した上で、個々の感染症ごとに対策をしっかりとやっていく。特に今回の新型コロナウイルス感染症に関しては、新しい感染症ということで、指定感染症の枠組みも活用してやっていく中では、そのときそのときの知見に基づいていろいろな対応をしていくことになろうかと考えている。結核で様々な課題がある場合については、結核についても議論をしていって、必要な対応があればそれについてももちろん議論していくということである。
- 今回は、新型コロナウイルス感染症について、まずはこの秋冬にインフルエンザの流行などの可能性があり、多くの発熱の患者が出てくる可能性もある。また、この秋冬というシーズンの中で、新型コロナウイルス感染症の患者の発生がまたあるかもしれないという中で、どういった方向でやっていくかということで、このウイルス対策として、この疾患の性状を踏まえて御議論いただければと考えている。
- 今回の見直しの表現について、入院の対象、原則の切替えになるのかという点については、非常に難しい論点だと思っている。これは、前回のワーキンググループのときにも、齋藤先生から原則とはどういうものなのかという御指摘を受けたが、実際に今回のいろいろな見直しに関しては、秋冬にインフルエンザの流行があって、発熱の患者がたくさん来た場合にどう考えるか、もし秋冬に新型コロナウイルス感染症についてある程度大きな流行で患者の発生があった場合にどういうふうに対応するか、今までの新型コロナウイルス感染症の性質を踏まえて対応をしていくとした場合にどういった見直しができるかということで御議論いただいている中で、確かに患者の数がたくさん増えてくる中で、感染症法上、入院させることができるというものはあるものの、それが一律に捉えて適用されているように見えるという立てつけの中で、宿泊療養や自宅療養で現実に活用しているものを、より活用しやすくなるというか、よりそういった準備も含めて整えていただくという考えの下だと、ある程度強く打ち出していく必要があるのではないかという考え方と、一方で、実際にこの感染症についての発生状況が地域によって大きく異なる中で、各感染症対策を実際に行う都道府県知事等がしっかりと必要な対策を取れるようにというところをしっかりと残したいという2つの考え方が若干混じったようなところがあり、どういうふうに打ち出していくことがこの秋冬の対策も含めて適切な打ち出しなのかということをしかりと考えたいと思っている。

まず、原則の切替えみたいなことで大きく打ち出すと、今の時期において措置を行っ

ている現場が混乱するのではないか、今都道府県ごとにいろいろな事情がある中で取っている措置が取りにくくなるのではないかという御指摘も重く受け止めなければならないという中で、今回お示しした見直しの方向性のような表現にしているところである。

(前田構成員)

- ただ、ある程度明確なメッセージがないと、下手をすると、現場が全く何も変わらないというおそれがある。また、場合によっては、変わるのは知事の意向次第、うちは全部入院するのだと宣言する知事のところは入れるし、そうではないところは入れない、それは疫学的な判断等々ではなくて知事の政治的な方向性になってしまうのではないかというところで、かえって現場としては非常につらくなるという懸念がある。

(岡部座長)

- そうすると、前田先生は、むしろ自治体の意向としてもある程度は統一したほうがいいとお考えになるのか。

(前田構成員)

- ひっ迫している保健所においては、基本的には無症候性病原体保有者は外していただきたいというのが本音である。また、ほかの疾病との比較になるが、SARSやMERSの無症候性病原体保有者のリスクはこの新型コロナウイルス感染症より低いのかと。ただ、現実としては、MERSもSARSも無症候性病原体保有者については適用されていないわけだが、万が一、海外渡航歴があってそうした可能性がある方について、発生したときも無症候性の場合については適用にならない。そういう中で、現状のリスクをどういうふうに判断されるのかということだと思う。

(岡部座長)

- それは、たぶん、SARSはなくなってしまったし、MERSも日本には出ていないという中で、新型コロナウイルスは患者さんがたくさんいる中で、しかもきちんと検査ができてきているので、無症候性者がいるのだということは分かってきた。でも、SARSもMERSも無症候性者がいるというのは確かという論文も出てきているので、実際に日本でまん延するような状況になったならば、そこはやはり規定を見直さなくてはいけないかもしれない。ただ、現在では、無症候性者は、SARS、MERSは確かに適用になっていない。

(前田構成員)

- ただ、指定感染症ではないので、政令で追加できるのか。2類で想定されているが。

(岡部座長)

- 私見であるが、SARS、MERSは指定感染症ではないから、そういう状況になったならば、そのときには何らかの考えを打ち出さないといけないだろう。

- 新型コロナウイルス感染症の無症候性病原体保有者をどうするかという真っ当な議論は、これが終わって、そのほかのことも含めてもう一回見直しその他のところでやらなくてはいけないのではないかと思う。ただ、当面、今すぐ決めるのだとすると、無症状病原体保有者あるいは軽症の人は入院をしなくてもいいのだというメッセージなのではないかと思うのだが、そこは考え方はどうか。

(江浪結核感染症課長)

- この「現行」の2つ目の○にあるが、無症状あるいは軽症の方であっても、例えば、高齢者であるなどのハイリスクの方に関しては、急に重症化していく可能性がある中で、今、宿泊療養または自宅療養の対象外と取扱いをしているので、そういった現状を素直に受け取る形での案とした場合には、無症状病原体保有者全体を政令から外していろいろな措置を取れなくするよりも、引き続き対象としつつ、その中でも、例えば、無症状病原体保有者の方や軽症の方の中でハイリスクではない方に関しては入院措置の規定に関しては対象外とするという形で明確化していったらどうかという案である。

(齋藤構成員)

- まず、1点、「できる」という書き方について、条文解説では、原則は入院、ただし、あくまで入院できる・できないを知事が判断できるのではなくて、ほぼ入院をさせるのが原則という解釈になっているかと思う。この事務連絡は、その知事が入院をさせなくてもいい場合があることを明確にしたという解釈になるのではないかと私は思う。
- 私が懸念しているのは、おそらく、現行案と見直しの方向でやろうとしていることはそれほど大きくは変わらない、ちょっと見方を変えるだけという見方もできると思うのだが、新聞やメディアの報道は「入院基準緩和で無症状者や軽症者は入院の必要なし」みたいな報道になり、その人たちの施設療養とか、自宅にいななければいけない理由は何なのかという方向に話が跳ねていく、そういう受け止め方をされることを懸念している。

(中島構成員)

- 見直しの方向性の大きな流れに関しては賛成。
- 一つは、これからの状況は今までと違ふと。今の状況でも、かなり地域によって多様性がある。患者数が多いところは、大都市を中心に、医療機関のキャパシティを超えて患者が出てきているために宿泊療養も必要になってきたというのは、今村先生が指摘したとおりでと思う。
- これからインフルエンザのシーズンで、冬の感染症のシーズンがやってくる。社会経済を活発にしていくと、その宿泊療養施設の確保も難しいというのは将来予測としてあり得る、それに対して備える、今の状況はそういう状況だと思う。
- 見直しの方向性で、大きな流れとしては、医療上必要な人を対象とすることは当然である。第1パラグラフが、重症化リスクがあって医療上必要な人たちは入院措置が必要である、これは、医療上必要なので異論がないところだと思う。それを感染症法上の措

置入院とするのか医療上の入院にするのかというところは、前田先生が指摘したとおりではあるのだが、今、この指定感染症という位置づけでは、どうしても措置という形にならざるを得ないのかなと思う。

もう一つの第2パラグラフのほうは、まん延防止の視点での入院が必要かどうか。それは、まん延防止上、必要な患者というか、感染者を、私たちは的確に判断できるのかというところはあると思う。一つは無症候性病原体保有者を入院させることができないという位置づけにするのか、状況に応じて入院させることができるようにしておくのかというところなのだが、幾つかの発生事例を見てみると、どうしても入院させて管理をしたほうが良いという事例はあると思う。例えば、高齢者施設で感染者が発生した。どうしても行動の自粛がなかなかできない。徘徊癖があるとか、お世話好き、おせっかいで、いろいろなところに行って、気がついたらいろいろな部屋を訪問しているような方が、例えば、無症候性病原体保有者であることが確定した場合には、なかなかその施設の中での管理は難しい。これが高齢者の福祉施設であったり、老人ホームのような住居型だったり、いろいろな状況に応じて、この人は、発病はしていないけれども、まん延防止上、今の環境、状況ではなかなか管理できないというのは、施設型であっても、共同生活のパターンであっても、家庭であっても、いろいろな状況があり得ると思う。そういうときには、どうしてもこの地域の管理が難しい集団発生の環境下において入院させることが必要になってくるという事例はあると思うし、これまでも、実際にあった。したがって、第2パラグラフにあるようなまん延防止上入院措置が必要となるというのは、重症化の軸とは別にあり得ると思う。これは若い人であっても元気な人であってもあり得るので、この条件は柔軟に対応できるような状況が必要だと思う。

- でも、これから、かなりキャパシティが限られてきて、感染者が増えてくる。特に大都市では実際に現実になっているから、そういう状況に適用できるような原則を考えた場合には、やはり重症者もしくは重症の可能性のある方をまずは優先的に入院させるという基本的な考え方を整理した上で、まん延防止上入院させることが必要な事例もあり得るというところで、柔軟性を確保するというのが大事かと思う。

(和田構成員)

- 3点ほど簡単に申し上げたい。まず、1点目は、今回の見直しの方向性で出ているのは、自治体によっては既に対応しているところが多数あると聞いているので、これが明確にされることによって、いわゆる保健所の業務とか、それこそ医療機関の負担も含めて、減るのかというところはやはり注意しておかないと、こういうふうにも明記されることによって何か違う動きがあると困るなど思っている。
- 2点目は、無症候性病原体保有者だが、特定されるのは積極的疫学調査で家族が見つかってということで検査を周りの方に実施すると、症状がない陽性の方が特定されたという状況である。こういう方は、症状がないまたは症状が極めて軽いということで、結局どこから起算して隔離対象かというところが難しい。場合によっては不当に長くなってしまっている可能性もある。今までも既に無症候性病原体の方を結構自治体としては

把握していると思うので、少しデータを集めて実態を把握した上で、積極的疫学調査では積極的に濃厚接触者に検査をする方向性だけれども、どの程度掘り起こしをしていくのかといったことも含めて考えていく必要があるのではないかと考えている。

- 3点目は、たぶん、資料2が今日の会議が終わってホームページ等に出ると、入院以外の療養施設等の話があまり見えてこないのが、場合によっては、本当に入院措置緩和のような形に変に跳ねないかなと思うので、少し言葉を補って出さないといけないのではないかと考えている。

(脇田構成員)

- 入院措置の話と疑似症の届出について、御提案におおむね賛成しているが、重症化のリスクというところを65歳以上とはっきりと限定しているところで、これは、65歳から一気に急に重症化リスクが上がるわけではなくて、40歳ぐらいから上では徐々に重症化のリスクは上がってくる。その点を踏まえて、先ほど砂川先生が言われたように、医療上の必要があることは医療機関で医師が判断したところによるのではないかとと思うので、そのところが十分に読めるような形でないと、65歳以上でないと入院できないのかということになって、一気に重症化する人が出てくるときに、またいろいろなところに跳ねてくるのではないかと懸念している。
- 今、AMEDでもいろいろな検討が行われていて、重症化因子、そういった予測因子をいろいろと研究でできるようになってきているので、そういったものが利用できるようになれば、一見重症化リスクが低いような人でも多分そういったことが出てくるので、積極的に利用することになろうかと思っている。

(釜萯構成員)

- 今回の議論に大きく影響している事項として、8月28日に安倍総理がお辞めになるときの対策本部決定にこの内容が触れられたことがある。それによれば、これまでよりも、入院をさせる対象者を重症化しやすい高齢者、基礎疾患のある人に絞っていく、今まで全部入院させていたものを入院の対象を新たに考え直すという内容であった。背景としては、今後のインフルエンザの流行なども踏まえると、現状の入院適応を継続するととても収容ができなくなるということを懸念して出てきたのではないかとと思う。
- 一方で、無症候性の病原体保有者に対する扱いを、県によってはほとんどみんな入院としている状況で、これは地域により差があるのでやむを得ないかもしれないが、今後の見直すべきとの意見がある。今回のこの書きぶりだと、内容がよく分からないように私は感じる。どういう方向に持っていこうとしているのか、入院についてはこれまでよりも対象を絞る方向なのかどうか、無症候性の病原体保有者についてはどうするのかというところが、この文章からは分かりにくいので、メッセージとして何が言いたいのかなということになりかねないので、その辺りは8月28日の本部決定も踏まえて考えないといけないと思うところである。

(今村構成員)

- 2点ある。1点目は、入院を絞っていくところの目標でいくと、絞った分だけ宿泊療養に流れれば管理者は少なく済むが、自宅療養が増えてしまうと保健所の負担は予想以上に大きくなるかもしれないので、その辺の配慮はどうするのかというものはあったほうがいいと思う。
- もう一つは、感染症法上の問題である。重症化リスクのある人に関しては、医療上の必要性であって社会の理解は得られやすいと思う。しかし、まん延防止のために必要な場合、感染症法における人権の扱いが重要となる。まん延防止のためには、人権を抑制しての隔離入院が必要となることがあるため、そこを法律で規定して入院費も公費補助となっている。その入院のときには、措置入院のときには専門家や法律家が含まれた協議会が行われる。このような人権的な部分への配慮も含めた調整が必要だと考えている。

(岡部座長)

- 今村構成員の指摘の2番目の点は、かなり実際には難しいのではないかと思う。現在でも、協議会は開かれていて、入院が妥当かどうかということは形式的かもしれないが、私の知るところでは必ずやり続けている。無症状病原体保有者ないし軽症者が入院をしないで自宅療養あるいは施設であったときにも、それを全て協議会にかけるかどうかということになるのか。

(今村構成員)

- 全部を協議会にかけるという話ではなくて、必要となる例を絞ることになるかと思っている。たとえば、先にあげた認知症例のような場合も、あとから審査を行っておくことで法律的な根拠を明記しておくことが必要かもしれない。

(前田構成員)

- 「まん延防止のため」については、先ほど中島先生が言ったような認知症のことより、おそらくこれを読むと、どうも社会的に不適應な方とか、反社会的な方とか、そういう行動上まん延させるおそれがある方を入院させることができると私は読めてしまう。実際にそれができるのかどうかというと、当然入院勧告をして従わなければ措置となる、措置となった段階で拒否した場合はどうなるのかということ。罰金刑などを科してもしよがないわけで、要するに、それは即時強制できるのかどうかということなのだが、現実には保健所に投網があるわけでもさすまたがあるわけでもないので、入院を拒否されればそれまでということである。そういうことからすると、これはコンプライアンスの問題で、遵法精神を持たなくなるような措置をするのはどうなのかという気がする。
- ここでは、法44条の3についてはあえて触れられていないけれども、そういう状況であれば、これは勧告だと言いながら、効果としては、心理的な意味ではほとんど同じなので、保健所は措置入院だったからといって強制的に入院させるわけではないので、44条の3で自肅を要請することをもってしてもいいのではないかという気がしていて、こ

れが残ると、そういう従わない人は入院させられるのだと、実際にできるのだと思って  
しまうことが非常に怖くて、知事がそう思うかどうかというのものもあるし、一般の市民の  
方がそういう人を何で保健所は強制的に入院させないんだという話になってくるかな  
と、そこを少し心配している。

(岡部座長)

- それは、やはりもう少し強く入院勧告をちゃんと出しておいたほうが良いということ  
になるわけだろう。

(前田構成員)

- 私の言いたいところは、入院の勧告は、ある程度、本来は絞ったほうが良いというこ  
と。先ほど言ったように、無症状病原体保有者の人のほうが、ぐったりしていれば別に  
本人も従うわけだが、無症状なのに入院勧告をされたとき、おそらく拒否してくる。今  
でもそれまがいのことは相当起こっていて、逃げ回ったりとか、電話がかからなかつた  
りとか、ペットを飼っていると言ってペットの預け先がないと言えば、入院させられな  
くて済むのだとか、いろいろなそういう話があるので、そこまで遵法精神を保てないよ  
うな話にしておくのかなという気がする。

(全国衛生部長会 (中澤会長))

- 自治体ごとにいろいろな事情があるというのは全くそのとおりで、患者さんの発生状  
況、医療資源の量は様々でこのような状況はコロナ対策にはとても影響するし、知事や  
市民の考え方もいろいろある中で自治体の状況に合わせるために自治体ごとの裁量や  
幅も必要だとは思いますが、一方で市民が隣りの自治体や通勤通学先の自治体では入院  
してないのにどうして自分は入院するのか、またあちは入院しているのに自分は入院  
しなくていいのか、など混乱する可能性があるため、自治体ごとの裁量には丁寧な説明  
や市民の理解も必要かと思う。
- そういう自治体ごとの裁量を市民へきちんと説明して100%ご理解いただくことは、感  
染症は本当に難しい。目に見えないから、市民の不安は大きい。そのことに対しての説  
明を100%できなくても、一定の理解をいただくような説明をちゃんとつけないと、市  
民はこういうことで大丈夫なのかという不安も起きると思う。確かに、前田先生がおっ  
しゃるように、措置とか、結核とかといっても、市民の人は法で決めれば強制的に行政  
が入院させられると思って、もっとやればいいのか、警察を呼べばいいのか誤解もあり、  
難しいなとは思うのだが地域の実情に合わせた部分も考えながら、どこまで市民の理解  
が得られるかということも必要かと思う。
- ただ、実際、私のいる神奈川県は事務連絡が発出された時からそのとおりに運用して  
いるし、あの事務連絡がなかったら神奈川県は医療崩壊していたということが現実的  
にはあるので、むしろ事務連絡を市民が十分知っているわけではないから、その理解を  
進めるという意味でも一定の改正は必要かと考えている。

(岡部座長)

- 無症候病原体保有者をどうするかという点については、今、先送りになっていると思う。ということは、無症状病原体保有者は現在でも少なくとも自宅ないし療養施設にいることを求めるという考え方でよいだろう。つまり、ステイホームということになるのではないかと思うのだが、そこは前田先生も心配しているように、全然従ってくれない人は外に行ってしまうとか言うけれども、基本的にフリーではない、全く自由にしているというわけではないということで、今の段階ではよろしいか。
- そうすると、基本的に決まってくるのは、たぶん、ハイリスクを中心に、入院が必要である、医療的に入院が必要である、徘徊とか、うつすかもしれないという人も含めて医療的に必要だと判断できる人は原則的には入院である。しかし、症状が極めて軽いあるいは無症状であるという場合には宿泊・自宅療養をむしろ勧めるという形になるのではないかと思うのだが、大きな自治体で病院がぎちぎちのところと、病床も余裕があるような自治体では状況が異なるので、そのところがある程度は自治体で判断ができるようにしておき、入院ができるような形でやる。繰り返しになるが、無症状病原体保有者はフリーになるのではないので、少なくとも自宅での療養は当面続けてもらって、無症状病原体保有者をどうするかというのは、次の議論として、このワーキンググループでやるという形でまとめるのでよろしいか。

(江浪結核感染症課長)

- 今回の見直しをする目的としては、実際に秋冬のインフルエンザ流行期も見据えながら明確化していくという方向ではあるのだが、一方で、今回、自治体において今取っている措置が直ちに否定されるようなものではなく、地域の患者さんの発生動向に応じた対応を継続できるようにしていくべきという視点等、丁寧に説明をしながら進めていきたいと考えている。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 今の御議論の中で、この資料2がぼんと出ていったときに、今回は入院措置の扱いなので入院の話しか書いていないのだが、入院しなかったら何も制約がないのかという話になることがあるので、基本的に入院措置以外の方に関しても、引き続き宿泊療養施設とか自宅での待機ということでまん延防止に御協力いただくということは、この資料2の一番下のところにもやはりしっかりと書いておいたほうがいいのではないか。
- 先ほど釜范先生から、「ここだけ読んでみると、結局、何をしたいのかよく分からない」という御指摘があったが、今回の話として、今後のインフルエンザの流行期も見据えというのを課題のところを書いておられて、その背景の下にやるということなのだが、メディアとか、社会に出ていったときに、この資料2をみんなが丁寧に読んでくれるかということ、必ずしもそうではなくて、恐らく一番下の何をするかということだけをぱっと見ると思う。見直しの方向性のところに、全部入院をしていると医療機関の負担が

重いということを踏まえた見直しを行うことを、あらためて、ここにもきちんともう一回明記しておいてはどうか。そうすることによって、今我々が議論している趣旨がなるべく的確に伝わるということにつながるのではないかと感じている。

(齋藤構成員)

- この資料2が出ていったときに、実際に今後は何が行われるのかというのを明確にしてもらうために、この入院、宿泊療養・自宅療養になっても、みんな就業制限はかかっており、それは継続するという事だと思っただけで、その点は書いておいたほうがいいのではないか。

(岡部座長)

- 今のような形で、とにかくきちんとして誤解のないように説明をしていかななくてはならないと思うが、保健所は、こういうような状態になったときに、少しでも楽になるか。

(前田構成員)

- 結局、どう解釈するかというところが明確でないと、あまり楽にならないかと思う。今、話に出ているように、無症候性病原体保有者に重症化のリスクがなければ入院しなくていいのだというぐらいのメッセージがないと、結局、変わらないのかなと思う。

(岡部座長)

- 気持ちとしては、基本線はできるだけ重症者に重点をシフトしようということであるので、基本的には軽い人は入院しなくてもいいという気持ちなのではないかと思う。そのことがうまく表れる必要があるのと、少なくともこのワーキンググループの気持ちはそういうところでコンセンサスがあるので、どこに行っても説明するときにもそういう線で説明したほうがいいと思う。

(前田構成員)

- それがこの資料から読み取れるかどうか。おそらく、最終的にプレスはプレスとして、私どもはやはり紙の世界が全てなので、今般、新しく通知等が出されるかどうか分からないが、そこで明確にそういう方向がフラットに事務職の方も見て分かるような形になっていけば、一定のそういう方向になるのではないかと思う。一方、メディアというよりは、一般市民の方がそうやって軽くなったのだと思ってもらえるような形でマスコミなりで示していただければいいのだが、そこら辺がはっきりしていないと、現場というか、都道府県だとやはり知事がそういうふうかというところもあるし、政令市レベルだと保健所長がそういうふうか判断してしまえば動いてしまうのかもしれないが、都道府県レベルでは知事にどのようにそれをレクするかというところになってくるのだろうと思う。

(岡部座長)

- できれば、原則としてハイリスク者だけが入院すると、そのぐらい明確に書きたいのだけれども、それを書いてしまうと、今度は自治体の長の人たちが自分たちで判断できるという原則論から外れるのではないかということになるので、ちょっとやりにくくなるのではないかと思う。だから、メッセージとしては、多分いろいろなところで厚労省が説明しなくてはいけないと思うのだけれども、基本線はやはり重症者にシフトをしていくという考えなのだということをいろいろなところでアピールしていただくことが重要ではないかと思う。

(中島構成員)

- 先ほど今村先生がおっしゃった措置入院のときの協議会のプロセスのことを考えると、おそらく、今だと確定して名前リストがあって、この人は確定したから入院で、まだ退院基準に達していないので入院延長というので、ぱっと全部承認で済んでいると思う。ところが、医療上必要かどうかというのを審査するプロセスの手間を考えると、おそらく、医療機関で医師の判断で届出をしたときに、この人は入院が必要だと医療現場で判断をして、それがつけば、その一覧表の中に丸がついていて、この人は重症です、この人は重症になる可能性がある、リスクがあるのでというので丸をつけて、協議会のプロセスも通ると思う。
- まん延防止の観点からというところが、おそらく医療機関ではなくて保健所の判断が必要で、それも何らかの丁寧な判断がないと、今までの流れだと、感染している人は全て感染させる可能性があるから、この人は外していいのかこの人は丸なのかというところが判断に困ってくるので、私は、入院は重症で医療上必要な人が原則だと思って、そうでないとマネージができないとは思っているのだけれども、保健所のプロセスを軽減するためには、例示とか、こういう事例、こういう特別な理由があるから、まん延防止上入院が必要なのだという形で、考え方と実際の業務上の判断がしやすくなるような、丁寧な説明が必要かなと思う。

必要かなというのは、この一覧表になったときに、丸がついて、一言、この人はこういう理由で蔓延防止の観点上入院が必要だというところが、どうやってそこら辺の判断と業務上の軽減ができるのかというところが大事なところかなと思う。

(岡部座長)

- そろそろまとめておきたい。この最後の方向性のところで、一つの考え方としては、原則論としては、重症患者の入院にシフトをしていくのですということをもう少し明確にしておいて、つまり、原則論としては、ハイリスクの人と感染のまん延がひどくなりそうな人のことを含めて医学的な適用の人は原則として入院です、しかし、そこは自治体の状況に応じて判断できますよということ。見直しの方向性の記載のうち、上のほうで原則論をちゃんと明確にしておいて説明をするということではいかかがか。

(太田構成員)

- 「重症患者」という表現が、今、僕らは中等症とかなんとかでやっていて、結構誤解を生む。医学的必要性のある人に重点を移していくと。重症しか入れられないのかという話になるとちょっと誤解を招くと思う。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 結局、機械的に何でもかんでも入院だということにすることによって、本当に医学的に必要な人たちをきちんと守れるような体制が取れなくなることが今回の見直しの趣旨だと思うので、そういう趣旨を明確に書いていただいたらいいのではないかと思う。
- 前田構成員のおっしゃった無症状者の話で、東京都の状況はよく承知しているが、逆に地方では、結構早く検査で陽性者を見つけるので、検査をしたときには無症状だけれども、後で発症する、場合によっては後で重症化するという例もあり、無症状者の入院は原則全くしなくていいという形にすると都市部とは逆の問題が起こるということもあることは御承知おきいただければと思う。

(岡部座長)

- 無症状で見つかったPCRや抗原検査の陽性者が、全部フリーでいいですよという段階ではないので、観察その他は引き続いて必要だし、最低限、家でじっとしてもらいたいところが今の段階である。ただ、この議論については、もう少し今後の経過その他を見て、再度議論をすることとしたい。

#### 【新型コロナウイルス感染症の疑似症患者の届出について】

(岡部座長)

- もう一つの「新型コロナウイルス感染症の疑似症患者の届出について」、基本的には疑似症患者の届出については、今までは疑いで外来で診ているような場合も全部届出になるのだが、入院症例に限ってはどうかと。もちろん、確定した場合は、無症状病原体保有者が家にいる人も含めて、届出としてはまだ全例報告が続いているというところになるのだが、これについて御意見があれば、お願いしたい。

(和田構成員)

- ここでいう入院症例というのは具体的にどういうことか確認したい。

(江浪結核感染症課長)

- 疑似症患者は、症状を呈していて、その幅が非常に広いものだと思う。中には、検査を受けるといった疑いの程度によっても非常に幅がある。その幅が非常に広い中で、実際に新型コロナウイルス感染症が疑われ、なかなか確定診断で患者として確定はしないが、

入院治療が必要であった場合に、疑似症患者の段階であっても入院をすることが可能となるようにしておくということである。

そのためには、入院の勧告、措置などを行う場合に、個人が特定できる情報が必要だということになるので、その部分に限り届出を残すという形にしてはどうかという考え方である。

(和田構成員)

- この点については、臨床の届出をする先生方が分かるような文章にならないといけないと思う。
- もう一点、疑似症患者の届出は、たぶん都道府県によっても対応がばらばらだと思うが、出していただくことよっての公衆衛生上のメリットというか、利点というか、それによって対策は変わるのかというところが見えてこない。どのようなメリットがあるのかないのかというところもまた確認が必要かと思う。

(太田構成員)

- これに関して一切異存はないが、具体的に、これになると、検査をした件数は保健所は把握できるか。様々なところのモニタリングでよく使っている陽性率の指標は一気に分母が減るのかなという気もするが、その辺は疫学的に問題はないのかということだけちょっと気にしている。

(江浪結核感染症課長)

- この陽性率を算出するときの算出の方法として、幾つか方法があると考えている。  
一つは、確かに疑似症患者の届出を全て行っていただいて、それを分母としてやっていくことももちろん考えられる。そういった意味で、疑似症患者の届出は大事なのではないかという御意見がもちろんあるものと承知している。  
一方で、もしインフルエンザが流行するシーズンなどでたくさんの発熱患者が出てきたときに、それを実際にやっていただくというのは非常に限界があるということを考えてきたときに、その陽性率を出すほかの方法として、実際に行政検査として検査が行われた件数であったり、実際にその検査を行っていただいている検査機関での検査の実施数であったり、そういったものを取っていくという工夫によって対応できないかということで、引き続き検討しているところである。

(砂川構成員)

- 陽性率の考え方については、医学的に疑われた人を分母として、その中で陽性の人の割合を出すというのは、恐らく疫学的な意味があるだろうと思う。ただ、その一方で、今、いわゆる検査数が人口のレベルで十分にあるかというところを見るような指標としても陽性率が使われたりするというのが春先にハーバード大学とかで論文で出ていたりしたようなものだが、おそらく、そちらよりは今の入院症例に絞った疑似症を分母で

陽性を出していくという情報のほうが、今、より喫緊に必要という感じがするので、私はこのやり方で情報がしっかり出てくればいいのではないかと。ただ単にいわゆる自由診療の中での検査とか、そういったものを分母に含めない情報のほうが、今、ここではベターなのではないかと思う。

(前田構成員)

- 今の陽性率の関係で、これであれば、逆にHER-SYSの入力はこの入院療養だけでよいという話でよいか。それであれば大分楽になるのだが、その辺が、陽性検査でHER-SYSも全部入力という話は、現実には、今、医療機関では入力されていないので、ほとんど保健所がどうしても入力することになるのだが、なかなか入力できていないので、非常に心理的な負担にはなっている。これをもって入院療養に絞るということであれば、保健所としては心理的負担を含めて大分楽になるということがあるので、その辺はどうなのかということ。
- もう一点、これを感染症法15条の積極的疫学調査と言うのはかなり無理があるという気がするのだが、15条はあくまでも都道府県知事が職員に調査させることができるというのが本則なので、これは医療機関の医師が職員になるのかと。細かく言うと、職員には稟議書を出せという規定まで法律にはあるわけで、そういう中で、これを積極的疫学調査とするのか。あるいは、こんなことを言うと申し訳ないが、何かそこでトラブルがあったときに、勝手に臨床医がしてしまったことについても責任は都道府県知事や保健所長だという話にならないのかということと、この15条であるという解釈について見解をお聞かせいただければと思う。

(佐々木内閣審議官)

- 前段の部分、HER-SYSとの関係であるが、御指摘のとおり、基本的には入力はその方向に変わっていくということだと思う。実際、今はHER-SYS自体もやっと全国的に参加していただけるような状況になってきているので、今回の見直しのタイミングで、通知や事務連絡で取扱いについても明確化していきたいと思っている。

(江浪結核感染症課長)

- 今回、届出に関して見直しをした際に、届出を行うことが行政検査を無料にするという効果を生んでいるのではないかという論点があった。実際に届出を行わなければ行政検査を行えないのかということについて、法令上の整理を行った結果ということで御説明しているのが今回お示ししているもの。法令上、積極的疫学調査の一環で行われる行政検査に関しては、その届出が要件になっているわけではないので、行政検査に関しては引き続き行うことができる。実際に各医療機関が行う検査に関しては、医療保険に基づいて行われる検査ではあるのだが、その目的が、実際に感染症の発生の状況や動向、原因の調査を行う行政検査と同じ目的で行われるということであるので、医療保険で行われる検査であっても、委託契約という形で行政検査と同様に無料とする取扱いとして

いるということである。

(岡部座長)

- これは患者さんにとってみればいいのではないか。疑いを持っている人がいて、まだ診断はついていないけれども、検査をやりましょう、でも、これはまだ行政検査にならないから健康保険の差額はちゃんと出してくださいということになるのを防いでいるのではないかと思う。

(前田構成員)

- 患者さんにとってはそれはいいに決まっているのだけれども、要するに、都道府県知事というか、保健所がやっていること。行政検査というのは、医療機関でやれば全部行政検査にできるのだということで行われているという実態がある中で、それを全部保健所が行う積極的疫学調査にしていることに対して、非常に違和感があるというところである。

(釜萯構成員)

- 今回の疑似症患者の届出について入院症例に限ることによって、どのくらい届出が減ると考えておられるのか、概算があれば、教えてほしい。

(江浪結核感染症課長)

- 今、例えば、実際にPCR検査あるいはいろいろな検査が行われて、そのうち陽性である方の割合が5%とか、それぐらいだとされている。もちろん、患者さんの発生動向によっては、もっと高い陽性率になってくとも考えられるが、一つの届出に対して、本来、その10倍とか20倍の検査が行われているというのが現状であるので、その軽減される業務量になると、相当の届出の数が減ってくると考えている。

(岡部座長)

- 今日の結論は、プロセスとしては、まずアドバイザリーボードに上げて、アドバイザリーボードでディスカッションをもう一回やった上で、感染症部会で議論を行い、その上で決定となるので、まだ表向きには決定になっていないということである。
- 資料2に関しては、基本的には重症者の入院のほうに考え方としてシフトをしていくけれども、自治体の考えを十分に尊重するというか、その自治体の状況を鑑みて決められるようにすることと、資料2の2枚目のほうだが、疑似症患者の届出については入院症例に限るということ全体で結論にしておきたい。

以上