

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第15回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和2年11月24日（火）19:30～20:30

**2 場所**

厚生労働省専用第21会議室

**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
	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
	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
	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
樽見 秀樹	厚生労働事務次官
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	内閣審議官
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
佐々木 裕介	地域保健福祉施策特別分析官
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. その他

#### 5 議事概要

##### <田村厚生労働大臣挨拶>

委員の皆様方には、今日もお集まりいただきまして、ありがとうございます。

全国の新規感染者数でありますけれども、昨日、1,513人が確認されました。1週間移動平均で見ると2週間で2倍を超えているという状況が続いており、御評価いただいておりますとおり、このままでは大変な状況を迎えるということでもあります。

そんな中において、先週、分科会で医療への負荷を過大にしないためにも短期間に集中して感染リスクが高い状況に焦点を絞った対策を行うべきとの御提言をいただいて、21日、対策本部を開催し、これまでの知見に基づく効果的な対策を迅速に実行することとしたところであります。

具体的には感染拡大が一定のレベルに達した地域では、その状況を考慮した上で都道府県知事と連携し、より強い措置を講じていくということにいたしました。また、厚生労働省といたしましても重症者の発生を可能な限り食い止めていく、また、国民の命を守るといことで高齢者施設の重点的な検査の徹底でありますとか、また、病床・宿泊施設等々の着実な確保や入院措置の見直しを踏まえた運用の徹底等を今日、自治体のほうに通知をさせていただいたところであります。

感染拡大が続く中において、社会経済活動に対し、さらに一段と強い対策を講ずる事態を回避するためにも国民の皆様方の御協力が不可欠でありまして、飲食時のマスク等々を

お願いしていかなければならないわけではありますが、ぜひとも日常生活、この国民の生活の中で重ねて、どういう状況が感染を拡大させるリスクが高いか、そこに対してどのような対応をしていけばリスクを下げられるか、こういうことも一段とまた御分析をいただければありがたいというように思いますので、よろしく願いいたします。今日もいろいろな御議論、よろしく願いします。

### <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、4に基づき説明。

(尾身構成員)

- 例えば北海道ならば札幌が感染の中心地であるということは誰でも知っているが、その他の地域について名前を出さないというのは分かるけれども、北海道の例えば札幌とその他の地域は格段の差があるので、そのことさえも公表できないのか。
- 愛知の中で名古屋市がどうなっているか教えていただきたい。
- 資料4の感染状況に、病床占有率も上昇が続いていると書いてある。実は病床利用率というのは必ずしもリアリティーを反映していない。例えば我々のステージのパーセントは北海道全体だけれども、札幌を見たら全然桁違い。現場にいくと病床の逼迫は深刻になっている。単に病床占有率が上昇しているというのはミスリーディングで、北海道の一部や地域、大阪というだけでなく、もう東京なんかでもかなり逼迫しているのだということ。これがリアリティーだと思う。その意味では、1ページの最後の行は、もうステージⅢに来ていると思う。東京も大阪も、総合的に判断して、ステージⅢでないと言うことはほとんど不可能。実態的には東京も大阪も北海道も、いわゆる都市圏ではやはり医療の急迫というのが一番大事。あれをステージⅡと言うのはもたないと思う。
- したがって、接触機会の削減云々ということよりも、もう北海道や大阪の一部の地域だけではなく、東京、愛知においても医療の状態が極めて逼迫しつつあるということを書かないと、ミスリーディングになるのではないか。

(和田参考人)

- この週末にかけてステージⅢに準じた対策としていろいろなことが行われたが、一番東京が出遅れているということについては、アドバイザリーボードとしてはきちんと指摘をする。大阪は少しずつ始めているようだが、この点についてはぜひとも、少なくとも話題になったということの状態にはしておくべきだろうというように思う。
- 資料4の直近の感染状況の評価、3つ目のポツ、宿泊療養の無症状病原体保有者、軽症者について、多分これは高齢者のことを言っている。つまり、65歳以上の人というのを、今、自治体によってはもう70歳、75歳まで上げていると思う。高齢者のことに

おいては年齢だけではなくて状態を見ながらというのを想定しているのではないかと  
思うので、言葉を補って欲しい。

- そろそろ年末やお正月のことを少しキーワードに入れてもいいと思う。感染者が減る  
までに3週間かかる中で、今の段階で感染者を減らすような方向性に持っていかない  
と、当然ながら医療従事者も休みが必要であり、年末年始、手薄になるところに向け  
てしっかりと対策を強化していくということは必要であるというように考える。

(今村構成員)

- 東京の厳しさをお伝えしておきたい。病床の占有率、もしくは最大確保できると想定  
されている重症病床のうちのどれぐらいを占めているかというのは、恐らくもう当て  
はまらない状況になっている。例えばうちの病院は最大60~70人を診ていた。でも、  
今の患者層でいくとその時と同じ人員数で60人は決して診られない。最初の頃は軽症  
が多かったが、今は軽症者については効率よく宿泊療養もしくは自宅療養に振り分け  
られている。入院してきているのは軽症でもADLの悪い人、もしくは中等症以上の人。  
前から有効病床数と言っているのですけれども、その対応にかかる人数はその重症度  
とかADLによって変わってくる。例えばごく軽症の人は、ホテルで療養できるのでも分  
かるように、管理する人が少なくても診ていける。ところが、ADLの悪い人、中等症あ  
るいは重症になるごとに必要な人員数はどんどん増えていく。この状況で今、スター  
トを切ってしまうので、もしも効果が出ない、もしくは足りないままに行って  
しまったときの3週間を耐えられるかがポイントだが、私は耐えられないと思う。現  
状を考えると、早期に感染者をある程度下げる、あるいは抑えるという対策をとらな  
いと、医療機関は早期に厳しい状況になることが予想される。
- 東京では、これまでの経験をもとに、フロー作成などによって宿泊療養も積極的に利  
用してはいる。しかし、感染者数が増えていけば、それに合わせて入院適応の患者数  
も増加してしまうので、やはり感染者数の抑制は早期に考えなければならない。

(太田構成員)

- 病床がどれぐらい逼迫しているかということに関して、県単位の判断はなかなか難し  
い。特に都市部はかなりタイトになってきている。厚労省の病床確保に関する施策で  
協力と重点というのがあった。もともと協力というものは疑似症を診るというような  
形で設定をされていて、重点の病床が基本的には確定症例を診るという形になってい  
るが、多分県がある一定程度、名古屋市内で確保していると判断しているのは協力と  
重点を全部足し算した数字になっています。実際、重点というところだけで言うと、  
もうほぼ名古屋は逼迫しているというよりも天井に届いた形まで今、直近来ている。  
協力でも何とか少しずつ入れたりしながら、今をしのいでいるというような状況にな  
っている。
- 病床をもっと増やしてくれというのは7月、8月の第二波のときにも結構行政のほう  
から言われたが、正直、大幅に増やすのはかなり厳しい。何が一番厳しいかというと、

結論から言うと、やはり人。コロナを診るところで勤めていただく、病棟で勤めていただくというのは業務命令では無理。私の病院でもコロナの病棟に配置する人というのは、最終的には手挙げで何とかスタッフをかき集めて回ってきて、今の病床を維持してきたのが実態。全員が全員、感染症と闘っていいよという形で病院に勤めているわけではないし、医療スタッフも全員家族もいる。子供さんもいますし、お父さん、お母さんもいる中で、無理に働けと言ったら基本的には辞められる可能性がかなり高い。春先にほかの病院の話も聞いたが、実際にこの病棟をコロナ病棟にするからという形でやった段階で、集団で離職する騒ぎが起こって、引き下がって、またいわゆる手挙げ選抜制にして、というような形で、何とかぎりぎり各病院でコロナを診てもいいという人でチームをつくって確保してきている。簡単に病床が不足してきているから増やせと言われても、ハードとして病棟を変更するというのは多分できるだろうとは思いますが、そこで働くスタッフを確保するのは難しいし、確保し続けるのも難しいし、短期的に確保するのはさらに至難の業だろう。病床というのは国民の方々が思っているほど簡単には出てこない。今、現行、我々が頑張っただけで確保してきた数で何とかしのぐという形で方針を立てていただきたい。

- 退院の話について、札幌は厳しいと正直思っている。札幌は第二波、あまり大きいのを経験していないので、いわゆる回復期機能の病床及び慢性期機能の病床というのが、コロナの患者さんに一定程度接する、関わるということがほとんどなして過ぎてきてしまって、今、北海道は多分混乱している。
- 例えば名古屋の立場で言うと、これと同じ問題を第二波のときに経験をしている。急性期のコロナ受入れの病院が満床になって出せないのではどうするという話。私が聞いているのは、東京もかなりコーディネーターが頑張っただけで何とか外に出すような形、川下が受けないと川上でもう患者さんが入れられなくなるので、先生のところの病院で陽性者が出てもう引き受ける先がなくなるのだからというような形で様々、病院間の調整をやって何とか渋々、とにかく10日たったら出すから受けて欲しいみたいな形の体制をつくってきた。札幌は多分そこまで地域間の医療機関の調整ができていないのだと思う。
- どうしても回復期機能、慢性期機能というのは主に民間病院が各地域で担っているもので、当然、様々なことで引き受けづらいところはある。地域の中の病院のコミュニティーの中でしっかりと話し合いをしていただいて、協力をいただく体制をつくらないといけない。正直、国のほうから何らかの形をお願いをしたほうが、もしかすると地域の話合いがスムーズに進むかもしれないというように思う。医療者であり、これは地域で、みんな頑張らないと川上の病院が全く空かない、大変なことになるというのは分かるので、その後押しをしていただくというのは非常に重要。
- 11月22日に、資料3-7の事務連絡を出していただいた。裏の○の3つ目「病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力したうえ」という文章を入れていただいて、

感謝している。前回、名古屋市の患者さんがなかなか名古屋市の外の病院に入院していかなくて、名古屋市の病床が非常に逼迫しているというお話をした。保健所の管轄が違うことのためにスムーズに患者さんの情報共有ができていないのかはよく分からないが、私の足元の名古屋市はこれがスムーズにできていないので名古屋市の病床が想像以上に逼迫をしている。周りにはかなりしっかりした感染症病院が近隣にあって、その病床は空いているにもかかわらず、名古屋市が逼迫している。この事務連絡を出していただいたので、愛知県内でこれからいろいろと頑張ろうというように思っているが、そういう調整をしっかりとするという指示は、ぜひ特に都市部を抱えているところ、もしかしたら同じように困ってらっしゃるところ、エリアがあるかもしれないので、ぜひお願いしたい。

(前田参考人)

- なかなか保健所の逼迫の状況が伝わりにくいので、今朝都内の保健所に一斉メールしたら、パソコンから悲鳴があふれ出てきて、もう何とかしてくれというような状態。大半の保健所が入院調整、宿泊調整、その日に届出が来てもその日のうちに処理し切れないというような状況になっている、積極的疫学調査はできる範囲のところでやっていますという感じ。東京都はかなり入院調整をしっかりと示して、中等症の低いほうからみんな宿泊療養になるが、この宿泊療養も今あふれてしまった。週末には宿泊療養についても基準が示され、軽症者はもう宿泊療養できない。自宅療養という名の自宅待機の方がほぼ同数になってきているという状況。いつ重症化するかわからないというレベルの方も自宅療養になり始めており、かなり健康観察を密にやらなければいけないというところで、非常に業務量が逼迫しているというような状況になってきている。先週も尾身先生からクラスター対策をできなくなっているだろうかという話があり、私も先週ぐらいにはそういうところもちょっとあるかと思ったが、今週聞いたら、もうほとんどがクラスターなんてとんでもありませんという状況になってきている。
- 濃厚接触者の基準とか高齢者に集中という話があったが、今の東京の状態に当てはめると、もう濃厚接触者の施設以外は積極的疫学調査をしないのでいいというように思わざるを得ない。もう濃厚接触者の調査はいいから、とにかく重症者を出さないために高齢者施設だけは全員やってくれよというようにしか解釈できないというような状況になっている。
- この状態は、先ほど今村先生からもお話があったように周辺県のほうがもっと深刻になる。保健所のキャパシティ、能力も人的な能力も、その受け止める病院の能力も低いということがあり、破綻するのは周辺県のほうが先かなという気がする。東京から見ても山梨とか静岡とか茨城とか、そういうところが非常に悪化しており、非常に怖いと思っている。
- 保健所と医療機関の関係はダムと堤防みたいな関係。保健所が必死にせき止めて、放

流された分は堤防である医療機関がそれを食い止めるという状況。保健所、要するにダム自体が決壊するといけないので緊急放流ということで、もう医療調整しかしません、濃厚接触者等々はしませんのでどんどん流れていってくださいという形になる。そうすると、堤防である医療機関自身も決壊するような事態になってしまうので、あまりきめ細かくここを抑えればとかということをする状態ではなくて、全体として流量を止めないといけないという事態になっている。

- 評価等に、首都圏とか東京とか大阪と書いてあるが、こういう状態では恐らくないだろう。一度、全部一旦止めないと、この動きは食い止められない。尾身先生が当初言われたオーバーシュートも本当に現実的になってきている感覚を覚える。国民が一丸となってというよりも、いろいろなことで制限等を加えて、国民も事業者も国も自治体も一丸となってということをしなければ非常に厳しいというのが我々、最前線で感染者の方と対応している側の印象。

(斎藤参考人)

- 資料3-4から7でいろいろな対策の優先順位というものが明確に示されたことは大変よかった。
- 資料4の2ページ目の〈今後の対応について〉について、この感染症の特徴は地域によって状況が全く違う。その中で地域の状況によってしっかりと明確に状況に応じた戦略を切り替えていくというのが非常に重要だと思う。前田先生がおっしゃったように全体として流れを止めるというのは確かに一つあると思うが、一方で、その地域によって求められている公衆衛生的な戦略が恐らく違うだろう。よく火事に例えるが、ぼやを一個一個消して止めていける、そして、そこにまずリソースを注ぐべき地域も当然ある。一方で、もう火事が大きくなっていて、ぼやがいっぱい起きているけれども、その中で大火事を見つけて消し止めていかなければいけないところもあれば、さらにそれが消せない山火事になりそうなところを食い止めていかなければいけない地域もある。
- 今の書きぶりだと、あれもやれ、これもやれという形でずっと連ねてある形になっているので、地域によってそういったリソースの振り分け、優先順位を明確化してやっていくということ。あれもやれ、これもやれではなくて、時にはこういうのを諦めるという部分も含めて記載するべきではないか。

(中島参考人)

- 先週から今週にかけて、悲鳴にも似た厳しい状況のお話を現場から耳にする。この資料4の1ページ目、2ページ目の書きぶりが、緊迫感がいま一つ伝わってこない書きぶりではないかなというのは全体を見て思う。例えば「公衆衛生体制や医療提供体制が急速に厳しくなっている」。確かに先週、急速に厳しくなっていたが、もう既に一部の地域では、この厳しい状況になっている、もう提供がままならない状況になっているというのが、現状評価のところでも対策の上位部分でもちゃんと示されるべ

きではないか。

- <今後の対応>を見ると、既に逼迫状況に向かっているところと、まだ大きな感染が見られない地域と、二極化して書いている。実はそうではなくて、急速に悪化している地域というのがその中間にあって、今村先生もおっしゃったようにこれから2週間、3週間先のことを考えて、各地域が前倒し、前倒しで事前型対応を行えるような体制を構築する。リスク評価も含めて、そういうところが書かれていくべきではないか。
- 4ポツ目、逼迫していないところで、迅速・適切なクラスター対策というところが強調されているのは違和感がある。予防とクラスター対策は両輪であって、今、まさに求められているのは予防のほうの強化。分科会で提言された、いろいろな行動制限だとか自粛というのはそういうことだと思う。そこを受けた書きぶりがここに必要ではないか。
- 先週からいろいろ聞くと、移動することがリスクであるということが多く伝わっていない。人が移動して接点が増えることによる感染のリスクが重要であって、それを何としても今、止めていくのだというところが全体として出てくる必要があるのではないか。

(川名構成員)

- 資料4、病床占有率という言葉がインパクトに欠けるのではないか。コロナとの付き合いが10か月以上になって日本の多くの一般の人たちもコロナの怖さに対する相場観というものが出てきていると思うが、特に若い人たちには、コロナはあまり怖くないと思ってらっしゃる方も多いのではないかと思う。この病床占有率という言葉で言うと、あくまでもコロナに感染した人の問題、どちらかという他人事に近い感じになってくると思うが、我々が目指さなければいけないのは、一つは医療崩壊を防ぐということだと思う。医療崩壊というのはある日突然ぽんと起こるのではなく、医療サービスがだんだん低下していった先にあると思うが、もう現在、医療サービスの低下というのは確実に始まっている。例えば救急の受入れを抑制しているとか、コロナ病棟をつくるために入院している患者さんを退院させてしまうとか、呼吸器とか感染症とか救急が専門ではない医師や看護師がコロナの診療に当たらなければいけなくなってきたりとか、そういう意味で非常に医療サービスが低下してきていると思う。もうこれは医療崩壊がひたひたと近づいてきているというぐらいの危機感が必要ではないか。病床占有率というより、もう既に国民全体に向けての医療サービスが低下し始めているのだというぐらいのメッセージが必要ではないか。定量化するのは非常に難しいと思うが、現場としてはそのぐらいの危機感があると思う。

(押谷構成員)

- 大阪の状況が発症日ベースで解析できなくなっているという問題。大阪は独自のデータベースで管理していたのをHER-SYSに一本化したとホームページには書かれているが、やはり大阪の状況がきちんとモニタリングできないというのは大きな問題なので、

これはどういようにするかということをおらく厚生労働省のほうで考えていただく必要がある。

- 以前の議論では、都道府県ごとにステージの考え方を整理するという話だったが、今は、ここでも議論になったように、それだけでは不十分だということになっている。しかし、いまだに指標は都道府県ごとにしか出てこなくて、市町村レベルのデータがいま一つきちんと出てこない。今の状況を都道府県ごとではなく評価するにはどうしたらいいのかということは、今後考えなければいけないと思う。
- 資料4、直近の感染状況の評価というところもいま一つ、ほかの方もおっしゃっているように緊迫感が伝わってこないという問題がある。全国的に広がっている、5日前の状況とはかなり変わってきている、明らかに増加していて増加のスピードも速まっているという緊迫感がなかなか伝わってこない。
- <今後の対応について>も、今まで書かれていたものがそのまま書かれているという印象。直近の感染状況の評価に応じてなぜ何をしなければいけないのかというところがいま一つきちんと書かれていない。
- 特に会食等での感染がよく見えていない、クラスターがよく見えていないということがこのフェーズの非常に大きな問題。若い人たちの会食とかそういうところはかなり重要な感染拡大のポイントになっている。人の移動によって全国的に感染拡大しているので、このボリュームを下げないと今の傾向は止まらないということになるが、その辺のところもいま一つうまく伝わってこない。

(田村厚生労働大臣)

- 私が知りたかったのは、人の移動において、どういう行動が起こって感染しているのか。例えば電車で感染が拡大しているのか、それとも、人が移動する中で、若い人たちが騒いだり、移動先で接待を伴う飲食業に行ったり、そういうところで広がっているのかというのが分からない。前みたいに緊急事態宣言を出して完全に止めてしまえば、これは完全に止まると思う。しかし、一定程度、人が動く中において何にフォーカスして対策を打つのがいいのか。一つは、夜の何時までに店の開店制限をかけるという、これはそこで感染が起こっていることは多分確かだから分かるが、ほかに例えばどういうものがあるのかというのをぜひとも我々に提案いただければ、それに対する行動ができる。ただ単に人が動いているだけで感染が拡大しているわけではなくて、どこかに感染拡大の出来事があるわけで、ぜひともそういう御意見もいただければありがたいと思う。

(尾身構成員)

- 一つのことだけで万能にしてやるということは無理で、合わせ技でやるしかない。やはり「5つの場面」とかマスクをしっかりとる、あるいは会食をやらないという、これは基本中の基本。ところが、今、私たちが考えているのは、それだけではもう感染のレベルを下げるできないレベルに達した。これは大きな感染症対策の基本中

の基本だけれども、ある程度感染のレベルが上に行くと個人の努力だけではもうできない。するとどうしても人の動きへの対応となる。

- 今回クラスターが分かりにくい、リンクがなかなか追にくい重要な背景として、無症状の若者たちが、かなり活発に動いている。彼らは感染してもほとんど重症化しないということが分かっているが、症状がないから動きが分からない。これは実は3月、2月のときに北海道で起きたこととほぼ同じ。北海道でクラスターが若い人の間で起きていた。ところが、これが探知できなかった。分かったときにはもう高齢者に感染していた。これが今、拡大して起きているのだということはほぼ間違いないと思う。
- もう少し別なことで言えば、もうウイルスの密度が前に比べて圧倒的に高くなっている。だから、感染するチャンスは前よりもはるかに多くなっている。そうすると、一部の会食だけではなくて人々の動きそのものを少し下げないと、今のレベルをある程度、早く下げるのが無理な状況になっているということだと思う。

(西浦参考人)

- 今、いろいろな都道府県で実施中の営業時間の短縮だったり4人以上の会食を制限するというような、いわゆる小ハンマーに相当するような対策がやられているが、今までの実効再生産数の推移を見ていただければ、春と夏のときを比較すると分かるが、春の緊急事態宣言中では、実効再生産数がきれいに1を下回った時期が維持されている。一方で、夏のときというのは東京や大阪のデータを見てみると、確実に実効再生産数が1を下回った時期がずっと持続しているわけではない。1の周辺を行ったり来たりしていて、何が言いたいかというと、効果が恐らく限定的だということ。
- 今、実効再生産数、例えば札幌のデータを毎日更新しながら見ているが、これで1を下回らないときというのは可能性としては十分にあり得ると思う。なので、そのモニタリングをしっかりと今後やっておかないといけないということは当たり前だとして、その上で、もし落ちなかったときにより強い対応も考えないといけない、現実的にプランの中に入れておかないと時間として間に合わないという心配をしている。
- もう一つが病床のお話。例えば重症患者数の予測というのを今、私自身も厚労省の医療体制班の事務局の方々とプロトタイプのようなものをつくっているし、ここ最近だとGoogleが予測で入院患者数の予測というのをやってくれるので、複数の短期予測で入院患者数とか重症患者数というのがちょっと先を見通せるようになっている。今の逼迫している状態では、モニタリングをちゃんとしておいて、明らかにキャパシティを超えそうというのもある程度数週先はもう見通せるので、それに応じて、より強い対応をするかどうかを判断していく準備をしないといけない。もう記載して準備をしておいたほうがいいのではないかなと思う。

(押谷構成員)

- 先ほどの大臣の話、今、なぜこういう状況になっているのかというところが、我々も脇田先生が言われたように非常に見えにくいクラスターが広がっているのだろうと思

われるが実態がよく分からない。8月の中旬ぐらいからずっと定常状態で来ていて、保健所はかなり頑張ってクラスターを探していくことはしているので、見つかるものは見つかって、そこを潰していった結果、見つからないところでかなり広範に広がっているということが今の状況でないかと私自身は思っている。その見つからないところで特に若い人たちとか、かなり広範に広がってしまっているというのが今の状況ではないかと思う。

- ここに来る前にEUの人たちと議論していたが、EUでもやはり若い人たちが広がっていて、気がついたときにはかなりひどいことになっていて、今、非常に苦勞している状況。恐らく同じようなことが起きていて、若い人たちのモビリティが非常に高い。それが3月、4月ぐらいは見えていた。京都の大学生、卒業旅行に行って帰ってきた人たちがいろいろなところに広がってしまったというようなことが見えていたのだが、もう保健所がそういうことを追えなくなってきた。特に見えにくい人たちに流行の中心が移ってしまっていて、それが見えなくなっている。
- モビリティの高い、若いポピュレーションが東京に来て感染して持ち帰る。みんなGo Toの問題というのを東京とか首都圏、都市圏の人たちが家族旅行するとかそういうイメージで見ていると思うが、同時に若い人たちが同じものを使って都市部に遊びに来ることもある。普通に旅行してもそんなに行った先で感染を広げることはないと思う。全くないわけではないが、可能性は低い。逆に地方の人がやってくると、感染して帰った先では家族がいたり、また仲間と飲む機会があったり。そういうことで地域に広がっていくというところが恐らくあるのだと思うが、そこが全然見えていない。何とかこのボリュームを下げないと今の状況は改善していかないと思う。

(武藤構成員)

- 資料4について。資料1枚目の〈感染状況について〉の4ポツ、60歳以上の感染者数が増加しているというのはもう要らないのではないかとこののと、その代わりに、今、病院でどういうことが起きているかということについての例示を加えていただきたい。例えば予定された手術はもう中止で、延期という生ぬるいのではないのもある。救急医療の受入れの制限、あと搬送にすごい時間がかかる。先ほど川名先生がおっしゃったコロナ病床のために転院させられる。だから、4つぐらい並べてはいかがか。それはもう既に今、起きていることだということをお認めいただき、「このままの状況が続けば」の後にやはり入れたほうがいいと思う。それは何なのかということについて作文をお願いしたい。
- 情報発信の必要性のところ、医療が無尽蔵ではない、病床はすぐ出てこないし、これ以上増えないというようなことの情報発信。医療をみんなで守りましょうという類いの情報発信を入れないといけないのではないか。何となくみんな病床を増やすように指示しましたというように国が言っていると聞くと、増えると思ってしまって全然緊張感が出ないので、もうそんなに医療は楽に使えないということを言っていただく必

要がある。

- 地域の対応はすごく違う。例えば山梨県はまだ全例入院をやっていて、宿泊療養施設が全然確保できていなくて、ホテルの協力もすごく得にくいとおっしゃっているが、保健所も怖がってしまって入院させないと不安みたいな、ちょっと前の東京みたいな感じがほかの県で起きており、全然間に合わないのではないかという気がする。その辺りの書き分けをしていただいて、感染者が少ないところはそちらを頑張れという話と、それから、感染者がすごい多いところは精いっぱい提供体制を強化と言ってもこれ以上増やせるのかどうかというところがよく分からないので、あまりそれを万能な感じで書かないほうがいいだろうと思う。

(岡部構成員)

- 最初の3月、4月ぐらいのときに、逼迫状況がなかなか多くの人に目に見えていない。いろいろな数字の指標が出てきているけれども、それをクリアしている、していないという問題がそのときあった。でも、そのときに臨床の実際の現場にいる人たちが、もうそろそろ危ないと言ったのが緊急事態宣言に持っていく大きいきっかけだった。
- 今回も数字上では見えないところがあるけれども、特に都会地域では臨床が逼迫しているという一言はすごく強いことであって、そこで数字をこれから求めようとする時間がすごくかかると思う。実際、それにかかる人材をこれからそろえとか病棟を増やす、もちろんそれはやったほうがいいが、それは経験上どうも間に合わないというようなことであれば、やはり一定の何らかのことをやらなければいけないのではないかと、強い対策を取らなければいけないのではないかと。しかし、緊急事態宣言までやるのかというと、そこまで行く手前にもう少しやるのだとすると、いわゆる観光で行ったり人が多く動いたり、しかし、教育であるとか日常生活を何とか抑えるということの工夫が今できることではないかというように思う。
- 緊急事態宣言を外すときも同じような議論があって、数字上はクリアしているけれども、まだ医療が逼迫であるからもう少し継続しようとか、あるいは数字はぎりぎりだったが、医療は少し余裕が出てきたから外す、というようなことに同意したこともある。数字だけをはっきり見るというようにすると少し判断が遅れる可能性があるので、私は今、そのタイミングではないかというように思う。
- もう一つ、検査の値をどうやって見るかというのはこの辺でそろそろ腹をくくらなければいけない。つまり、PCR陽性、陰性ということだけの判断ではなくて、これまでの疫学状況ではPCR陽性であっても一定の期間を過ぎて二次感染、三次感染を起こしているというような状況は入っていないということ。それから、実際にはISRに投稿するようにCt値、一定のところになればウイルス分離はない、あるいはそこからさらにウイルスを増やそうと思っても増えないのがもう三次ぐらいで来ているわけで、多少幅を取るにしてもその辺がエビデンスを持ってPCR陽性であっても感染性は極めて低い、したがって、スタンダードプレコーションプラスアルファで大丈夫だというよう

なことはそろそろ出してもいいのではないかと思う。

(今村構成員)

- 毎日、東京都のモニタリングを大曲先生と一緒に参加して行っているが、感染者数が高止まりしている間に、都内各地に広まってしまっていて、小規模なクラスターが都内各地で発生するようになってきている。こういう状況になってしまうと、どこをたたくというピンポイントの対応は難しくなり、また行動変容にも限界があり、コントロールは非常に難しくなっている。
- むしろ止められないものは何か、止められるものは何かと、全体の動きを考えないと、少なくとも東京はコントロールの困難なところまで来ていると思う。

(川名構成員)

- 先ほどの臨床の現場の逼迫状況という話ですが、少し追加させていただきますと、うちでは今もう泌尿器科の先生とか消化器内科の先生とかもコロナの診療をやっている。肺炎で入ってきて泌尿器科の先生が診る、あと看護師も例えば産婦人科病棟の看護師がコロナの診療をする、そういう状況になっているので、かなり危機的な状況と思う。
- 先ほど大臣が言われた、具体的にどうしたらいいかという話。人の移動に関連したことで言うと、例えば東京とか大阪で言うと、満員電車の中を何とかしなくてはいけないのではないかなというのを非常に思う。私はもちろんCOCOAをインストールしているが、外来診療をやっているにもかかわらず陽性にならないのに、11月上旬に2回続けてCOCOAが陽性になった。それを調べてみると患者さんの診療をしている日ではなくて満員電車に乗っている日。2回陽性になって、もちろんPCR検査もやって陰性だったが、満員電車の中でそういうことが起こり得るといって、そのぐらいのデンシティーになっているのだというのを実感している。

(和田参考人)

- 何を止めるかというところで言うと、もう東京都においては〈今後の対応について〉の5番目、感染リスクが高い「5つの場面」を止めるというところがすごく大事なところで、3つぐらい、飲食の場であったりという話があるわけですが、寮生活とかは感染対策を徹底するみたいな形での表現になると思っている。前回は若い人たちに対して「5つの場面」について情報発信するということで、初音ミクとかいろいろ使っていたという話があるが、確かにこれが情報発信だけでは十分足りない、いわゆる会食をやめるというところも選択肢として今後近く出てくるのか、もう出てくるのかというような状況ではないかと考えている。

(前田参考人)

- 今村先生等々のお話にあったとおり、非常に逼迫した状況で、〈今後の対応について〉の3ポツ目と4ポツ目がもう何を今さらというような状況になってきている。自治体のニーズに応じて、迅速・機動的な保健師等人材の派遣と言っても、もうやり尽くして、これ以上はできない。自治体では春の時期は確かに母子保健等々の事業、全部

中止になっていたのも、そちらから振り向けるというのができたが、今、そちらも両立ということで事業が戻っているのも、そうしたポテンシャルもなくなってきている。

- 先ほど某自治体から急に調査結果が出てこなくなってHER-SYSに切り替わったからだと言われて私も驚いてしまった。私のところにその自治体から、もう調査が回り切らないというのが来た。もう、データを出し切れなくなってきている状況になってきている。そういう意味で、保健師人材を出せとか、あるいはその後に宿泊療養にすることは必要であると言っても、宿泊療養も既に破綻しかけているという状況で、この文章がこのまま残っているのかなという気がする。
- 押谷先生がお話ししたが、もうクラスターで追っても、これをやったから何とかしろという話は周回遅れになりつつある気がする。その後の感染拡大に備えて医療提供体制の準備・確保等をしっかり進めていく必要があるというのは、何を今さらというような、臨床の先生方のお話にあったように、これももう何周か周回遅れになっていること。この記載があるとかえってまったりするので、ある意味、すっぱり切ってしまうぐらいがいいような気がする。それはできないのであれば、もう少し緊迫感を持った文章にしないとここは厳しいというように感じている。

(尾身構成員)

- 資料4の1ページ目の一番最後、感染状況の動向で一番大事なことは、もう医療体制とか保健所が逼迫しているところが出てきている。近づきつつあるのではなくて、その地域がもう出てきている。ここは対応を書くところではないから、一部のところでは病床というか医療供給体制、保健所の機能がもう逼迫しているのだということを書いて十分。その次の対応のところに、医療が逼迫し、保健所がもうひーひー言っているところでは、人の動きも含めていわゆる接触機会の削減など強い体制。ここではあまり時短だとかと言う必要はない。今までよりも強い対策が必要だと考えるというのを対応のほうに入れたらいいと思う。

以上