

**指定感染症としての措置・運用の在り方に関するWG（第1回）  
議事概要**

**1 日時**

令和2年9月10日（木）17:30～19:00

**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	加藤 勝信	厚生労働大臣
	橋本 岳	厚生労働副大臣
	自見 はなこ	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
	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

1. WGの運営について
2. 新型コロナウイルス感染症の措置について

## 5 議事概要

### ＜加藤厚生労働大臣挨拶＞

先ほどのアドバイザリーボードに引き続いて御出席を賜っております、大変お忙しい中、本当にありがとうございます。

また、本日は、9月4日の分科会での平井鳥取県知事の発言を受け、全国知事会、また、全国衛生部長会からも御出席をいただき、オブザーバーとして参加をしていただいております、ありがとうございます。

このワーキンググループは、新型コロナウイルス感染症の措置・運用の在り方について検討するとして、9月2日のアドバイザリーボードにおいて設置されたところでございます。

申し上げるまでもなく、感染症法においては、法律上の類型、1から5類感染症に既存の感染症は位置づけられているわけでありましてけれども、そこに位置づけられていない感染症について、感染症法上の措置を講ずる必要がある場合には、指定感染症として具体的な感染症名や講ずることができる措置を個別に政令で指定することになっております。

新型コロナウイルス感染症においては、感染症法上の指定感染症に1月28日公布の政令で指定をさせていただき、講ずることができる措置についても、そのときの状況を踏まえながら順次見直しを行い、今日の形になっているところでございます。

一方で、8月24日の専門家の分科会あるいはアドバイザリーボードにおいて、一定のエビデンスが蓄積され、疫学的状況の理解が進んだことを踏まえて、感染症法上の措置の運用について整理が必要ではないか等々の御意見、御提案を頂いたところでございます。

厚労省としても、新型コロナウイルス感染症については、これまでに明らかになった知見などを踏まえ、まん延防止を図りつつ、医療機関や保健所の負担軽減を図っていく必要があるとの観点から、1から5類感染症のどこかに当てはめ、直ちに指定感染症の指定を取りやめるということではなく、講ずることができる措置の具体的な対応について、よりきめ細かく規定するなど、政令の見直しを検討していく必要があると考えているところであります。

具体的には、例えば入院措置について、政令上はできる規定ではありますが、これまでも軽症者や無症状の方は宿泊療養を原則とする取扱いをしているものの、実際の現場においては、結果的に、軽症や無症状の方まで入院させる必要があるのではないかとといった認識の中で、医療機関や保健所の負担が増しているのではないかと。他方、宿泊療養等の要請の実効性を担保するための対応が必要ではないかという指摘も受けているところであります。

また、季節性インフルエンザと臨床的に鑑別が困難である中で、類似症患者の届出等に関して、運用上の対応について、これから特に季節性インフルエンザの流行期を迎え、検討していく必要があるのではないかとといった御指摘がありました。

このワーキンググループでは、こうした点も踏まえ、新型コロナウイルスの指定感染症としての措置・運用の在り方について、これまで把握されている医学的な知見あるいは疫学的なデータ、さらには疾病のコントロール、公衆衛生の観点からの必要性・重要性、医療機関、保健所等の状況を踏まえて、忌憚なく御議論を頂き、特に季節性インフルエンザの流行期も見据えながら、できるだけ速やかに私どもとしても結論を出していきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

本日はありがとうございます。

### <岡部座長挨拶>

川崎市健康安全研究所の岡部と申します。どうぞよろしくお願ひします。

このワーキンググループの目的は、世の中からは直ちにインフルエンザ並みではないかというような声が聞こえたりもするのですけれども、アドバイザリーボードあるいは分科会でも申し上げましたように、1月にこの病気に対して指定感染症と決めた頃と現在に至るまでに、分からないことがだんだん分かってきたというのが数多くあると思ひます。あるいは、逆に分からなくなつたところもいっぱいあるわけですが、その間の経過の中では、最初は2類相当という形でありながら、実はその対応策としては、物によってはエボラ出血熱のような1類であったり、あるいは新型インフルエンザのほうでいろいろ決められていることがあるので、それに準じたようなことも多々あるわけですが、今までのこの数か月、半年ぐらひの経験を踏んでみると、必ずしもその対応が現状に一致しているかどうか。それを議論しようというものです。

また、それが今は少し感染者数が下向きにはなつてはいますけれども、これはもう一回増えてくる可能性も考えておかななくてははいけない。そういうときに同じような対応でいいかどうかはなるべく早く決めたほうがいだらうという考えで、アドバイザリーボードあるいは分科会で、このことについてディスカッションをしようという御了承が得られました。

本日はいろいろな御意見を頂きますが、ただ、緩急つけなくてははいけないことがあつて、これはそれこそインフルエンザのシーズンを迎えて早く決めておかななくてははいけないことと、指定感染症の延期あるいは解消にしても、来年の1月には動きがあるので、それに向けては少しスピード感から言うとゆっくりした形の検討に分かれるのではないかと思ひます。ぜひ忌憚のない御意見を頂きながら、少しでもいい方向に向けていきたいと思ひますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

### <議題1 WG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。

(事務局)

- 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。アドバイザリーボードについては、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ため、会議を非公開としている。本日のワーキングについても、同様の理由により、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、事務局によるブリーフィングを予定している。また、議事の記録については、アドバイザリーボードと同様、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いただきたい。

## <議題2 新型コロナウイルス感染症の措置について>

※事務局より資料2、資料3に基づき説明。

(齋藤構成員)

- 入院の措置について、一つの論点として、柔軟な運用ができるという考え方は以前からもあり、現在も実際に地方自治体によって柔軟に運用されているのではないかというような認識を持っている。その入院というものを考えたときに、治療上の必要性和まん延防止上の必要性という2つの側面があると思うが、軽症者、無症状病原体保有者について、まん延防止上の必要性が地方と多数発生している都心などで変わるのだろうか。いわゆる行動制限的なものをかける対象になるところとならない対象になるところがあるのは、公平感を欠くイメージがある。それをどう解決していいのか、自分の中では分からないところである。
- 中長期的に、宿泊療養とか自宅療養は法的根拠がないというところは、すぐに政令などで改正できるポイントではないと思うので、まだその先に議論しなければいけないのかなと思う。

(中島構成員)

- 入院の対応が必要な目的を、まん延防止と治療という観点から考えると、入院しての治療が必要である症状の重い方は優先するのはもちろんだと思うが、入院することによってまん延防止が図れるのか、どのくらい効果があるのかというのは、慎重に検討する必要がある。
- この新型コロナウイルス感染症が次第に分かってきて、発病前であったり、発病直後の感染性が高く、実際に感染させていることが多いことが分かってきたこと。あと、症状が消失して軽症の場合だが、発病から10日を経れば、ほぼ感染性がなくなっていると退院基準としても判断されてきているということ。実際に診断されている方の発症からの診断までの日にちを考えると、6月までの初期の頃で7日、直近でも5日ちょっとというのが現状であることを考えると、実際に発病から診断されて入院された後に、感染性はかなり弱くなっている時期に当たっているのではないかと考えられる。

そういうことを考えると、発病、診断、入院後に、実は病院の中で入院隔離をすることによって、市中でのまん延防止に係る効果は限定的ではないかと考えられるのではな

いかと思う。これは台湾の初期の頃に出された論文で、約3,000人弱の濃厚接触者を追跡調査した結果だが、接触日によって2次感染がどのくらい起こったかを追跡した調査では、発病から5日以内に接触した場合に濃厚接触者の感染割合が1%、一方で、5日以降に接触した850人の中で発病している方はゼロだったという報告もある。そういうことを考えると、感染した方を診断して入院措置によってまん延防止を図るというのは、必ずしも合理的ではないのではないかとこの考え方もできると思う。

- この辺りは、幾つかもう少し慎重に情報を集める必要があるが、まん延防止の効果、発病からの時期的なもの、流行の規模が大きくなればなるほど診断までの期間が長くなってしまふ。もし流行がさらに大きくなったときにも対応できる連続性を考えた場合には、必ずしも入院の対応ではなくて、感染者もしくは濃厚接触者の行動制限をかけること、外出自粛等をかけることによってまん延防止を図るというのを軸に考えてもいいのではないかとこの思う。

(和田構成員)

- 指定感染症の枠の中で、既に都道府県によっても柔軟な運用ができていところもあり、それは知事の御意向があつて検査をたくさんしているところもあれば、保健所長に任されているところもあり、地域によつてうまくやれているところもある。一方で、しっかりやれているところにおいては、措置をやらなくていいと言われるまではやらないといけないと思つていたり、議会からの指摘やメディアからの指摘もあるのでということで非常に大きな負荷があるところも、何人かお話を聞く中であることがわかつた。法令の措置の見直しも、もう少し自治体間での、特に保健所の先生方とか、もちろん知事も含めて、どういった措置が行われていて、何が好事例なのかといったこと、また、地域の実情に応じた運用がどうかということももう少し共有されてもいいのではないかと感じている。
- 無症状病原体保有者をどうするかについては、非常に多くの方の関心もあるところだと思ふ。要は、無症状の人はそもそもほかの人にうつしているのか。これを解決するのは非常に難しい話である。一方で、感染した10人のうちの4人ぐらひはPresymptomaticのときにあまり症状がないところでうつされているということを既に多くの国民が知っている中で、無症状病原体保有者を措置の対象から外しますというのは、非常に不安の声もあつたりすると思ふので、そこは丁寧にしていく必要がある。
- それぞれの事例を見ると、感染が見つかつたときには最も感染性のある発症日前後2日の期間は既に過ぎているということも多い。また診断日からの隔離となると長期にわたつた隔離にもなりえる。  
特に無症状の方は、かなりアンダーレポートの人たちもいるはずで、たまたま掘り起こされて見つかつたから隔離の対象になつているような人たちもいるので、そこは見つかつた人だけということも非常に人権上の配慮も含めて考えていく必要があるのではないかとこの思っている。
- 無症状病原体保有者の扱いについては、そもそも積極的疫学調査の実施要領が5月の

下旬に改定されて、比較的多くの方を検査するような形になってきた。小中学校のようなどころでも結構積極的に検査を行って、感染者の掘り起こしがされている。小中学生のような重症度も比較的低くて、あまり学校の感染の場になっていなくて、さらにそこで感染者が見つかりと大きなスティグマを生む場所でここまで積極的に介入する必要が本当にあるのか。積極的疫学調査の実施要領をよく読むと、優先度を持ってやるようにとは書いてあるが、やらなくていいとも書いていないので、実際には行われていて、本当に地域でのまん延の防止の効果が得られているかどうかが見えないような事例もあるように思う。

- まん延防止の観点からすでにやめてもよいというような措置や運用についても、国から通知を出してほしいという声も聞いている。1つだけ例を挙げると、帰国者について、今は検疫でPCRマイナスといった人たちが、それぞれの地に戻るまでに公共交通を使えないというのはまだあるが、帰った後にそれをまた保健所がフォローしているという話もある。本当に陰性と検疫で分かった人を対象にまた地元で多言語で対応するというのは非常に負担が大きいという話も聞いている。場合によっては、症状が出た場合には連絡をしてもらおう形など、1つタスクが減るだけでも負担が減るという声も聞いている。

(前田構成員)

- 入院勧告というのは、本来まん延防止のための入院ということだが、法の歴史から言うと、最初は平成11年にこの感染症法ができたときには、まん延防止については入院の勧告・措置というところしかなかったわけだが、平成20年に44条の3が追加されて、いわゆる外出自粛要請という規定もできた中で、この入院しなければならない、入院でなければできないまん延防止とは何なのかというところが議論になると思う。  
ただ、そうなってくると、リスクアセスメントからすると、入院がまん延防止のために必要だということではないのではないかとこのところも科学的には出てくるのだろうと思う。
- ただ、一方、この入院措置の見直しについてはかなり本音と建前が交錯するということがあり、まず、例えば臨床上、別にまん延防止ではなく、どうしても入院治療が必要な方はいらっしゃる。ただ、そういう方々の入院調整というものは、感染症の勧告入院制度がなくなったときに、果たして病診連携、病病連携の中で可能なのか、保健所の調整等がなくてできるのかというところが現実的にはまだ厳しいのかなというところがある。
- 医療費の公費負担についても、自己負担限度額いっぱいぐらいのところまでは中等症以上の方は大体なるようなことが、今、公費負担の申請状況から見えているのだが、この感染症の拡大が、先日もどういうところに今後フォーカスが生まれる可能性があるかという投げかけもあったが、外国人とか、経済的な弱者、あるいは社会的になかなか経済的に厳しい方々のところでの集団の感染が起こる可能性があるとする、そうしたときに、この入院医療費が無料だということがないと、なかなか入院治療に依っていただけない状況も生じてくるのが考えられると、公費負担というのは現実的にはまだ必

要なのだろうなというところがある。

- そういうところからすると、入院勧告はできるというところを、より現実的に対応できるようにしていただくのがよいのではないか。先ほど、ホテル療養という話も出た。あるいは、知事会の御意見にもあるが、地域の実情に応じてかなり柔軟に対応できるというところを強調していただくところはあるし、まん延防止というのが、単に個人の方からの感染のまん延防止ではなく、社会全体としてまん延防止のために必要かどうかという議論で、入院勧告についてはぜひ御検討いただきたいと思う。
- 一方で、入院勧告がもしそのまま残るということになると、無症候性病原体保有者をどうするかというのがもう一つ大きな観点になると思っている。これについては、検査対象が拡大して、検査の感度が上がってくるに従って、非常に感染者数が増加している。ただ、彼らに対してほとんど実質的には治療は行われていないという中で、人権の確保という意味で、これが本来感染症法というのは人権の確保が非常に大きな柱になっている中で、入院ではなくて実質はただ隔離という状態に置かれることがどうなのか、また、無症状であれば、なおさら44条の3でまん延防止が可能ではないかという気がする。

そして、措置入院という言葉は最終的には即時強制を行うということに最終的には行き着くわけだが、この無症候性病原体保有者に即時強制をするということで、後々例えば裁判になったときに勝てるのかということ、44条の3があるのだからいいのではないかというふうになるのではないかと思っていて、即時強制ができないような対象者については、入院勧告の対象から外すべきではないか。そういう意味では、保健所の側からすると、無症候性病原体保有者への適用というのは少し考え直していただけないかというところがある。

(釜萯構成員)

- 今回の検討のスケジュールを見ると、比較的早く結論を出すべき事項を絞って、まず議論すべきでしょう。また、法改正等も踏まえていろいろ議論しなければならないものについては、少し時間をかけないといけないのかなと思っており、まず、この最初の2回の検討の中である程度しっかり取り組まなければならない事項を絞るほうがよいと思う。
- その一番大きなテーマは、無症状病原体保有者の扱いをどうするかという課題だろうと思う。

もう一つは、自治体による感染状況の差異がかなりあって、ほとんど感染者がいなくて、病床がたくさんあるところでは、本来、現在の運用では入院の適用というよりは、施設あるいは自宅での隔離でまん延防止。このまん延防止については、症状に応じてどうするかというのが議論になるわけだが、現状の運用においては、陽性の出た方について、宿泊または自宅療養という対応になるのだろうと思うのだけれども、ほとんどこれを全部入院適用にしているという扱いの自治体があって、それらについてはもう少し整理をしていただいてもよいのかなと思う。それぞれの自治体が自由度を持って独自に判断ということにはなっているわけだが、もう少ししっかり整理してもよいのかなと感じ

る。

- この病気について見ると、発生をゼロにするというのはなかなか無理で、全例を把握するというのも無理だろうと思う。したがって、何しろ地域における流行の拡大をいかに最小限にとどめるかという視点で考えていくと、全例把握でなくてもやむを得ないのではないかとこのところは少しずつ考えが広がってきているように感じるの、その辺りも踏まえて、まず無症状病原体保有者の扱いについてしっかりと議論をして、それは2回の議論の中で結論を出すべきだろうと思う。

(太田構成員)

- 実際のところの運用で、あまり病院の実務に困らない、大きな影響が出ないような形の御配慮を頂きたいというのが一番である。

例えば、一番気にしていらっしゃる先生方が多かったのは、今回この指定感染症の対応の見直しが図られるというときに、保健所の関与が本当になくなってしまわないかというのを心配されていらっしゃる先生方が非常に多かった。入院が必要だというような形に目の前の患者さんが診断されたときに、入院先を探すのが、いわゆる通常の病診連携、病病連携のシステムでうまく機能するのかというと、今は保健所の負担になっているかもしれないけれども、ある一定程度御無理をお願いしながら、何とか入院先とかホテル療養などに流れていくシステムは今動いているが、これが一旦がらがらぼんになってしまうと、多分とんでもなく大変なことが起こるだろうというのが一つの意見。

当然のことながら、今後秋から冬にかけて、病院ではなくて診療所が中心になって陽性患者さんが診断されていくような形になっていくときに、当然診療所の先生は忙しい外来をやっている中で、とにかく一人で入院先を探すというのは結構大変である。当然診療は滞るし、そこに関して、全部何でも医療機関側が対応しなければいけない状況はぜひ避けてほしいということと、例えば保健所以外で何かそういうものを調整するところがあってもいいのだが、そういうものに切り替えるにしても、混乱が生じるであろうというのがあって、そこをスムーズにしていきたい。今は曲がりなりにも上手に流れているところがあるので、その部分をすごく気にしている。

- 疑似症の届出の話が一つ議論になっている。HER-SYSの入力などもあるが、実際にこれからは検査をどんどん増やしていく形になっていくと、かなりの入力しなければいけない。ただ、現実には今、いろいろな病院、いろいろな地域があって、全部の検査を入力していない。申し訳ないのだが、結構いいかげんなところも現実にあって、徹底できていない実情がある。本当にこれは疑似症を疑って行政検査をしたら、全てHER-SYSに少なくとも登録していくべきなのかどうなのかというのは、今後感染が流行拡大していく時期において、各医療機関側の負担になってくるので、そういう視点でも御議論、御対応いただければと思っている。
- もう一つは、都市と地方という議論はあり得るだろうと思っている。感染が拡大していて、ドタバタになるのは都市部が多い。地方のほうも当然多様だが、ある一定程度対応できている印象があるので、政令などの問題で地域差が出るのはそもそもどうなのだ

というのはあるが、実際のところ、都市部で必要だと思われる対応を全国的に全ての地方が絶対にやらなければいけないという話になると、結構不合理な面も出てくるのかなと考えている。

(今村構成員)

- 思い返してみると、私が感染症の医師として仕事をし始めたときに、まだ赤痢は2類だった。年間に自分の病院に100人以上の赤痢の患者さんが、2週間ぐらいの隔離入院で症状がない人まで入院させられていた。今、3類になったことによって、そういうことはしなくて済む。それは人権的な配慮としては非常に大切なことで、感染力が分かって、まん延防止のためには何が必要かが分かった時点で、その切り分けをするわけである。
- ただ、この新型コロナウイルス感染症について、注意しなくてはいけないのは、まだこの感染症の流行としては固定していないということ。半年後、1年後に何が起こるのかは、どの国の人でも多分分からない。ここが一番の問題点なのかなと思う。その中で、今、無症状の人も多くいることも分かってきている。では、その人たちをどのぐらい診断していくべきなのか、それが分からない。あるいは、今、経済と一緒に運用しようとしているけれども、例えば東京は何人ぐらいの上限だったら許せるのか、どのぐらいの数でコントロールしていこうとしているのか、それも分からない。そういうところが決まっていないうちで、いろいろなことをどんどん進めていいのかと疑問は感じる。
- 例えば、市中の感染をただひたすら増やしていってしまうと、まず院内感染と施設内感染が増える。そうすると、高齢者が巻き込まれる。そして、高齢者の死亡率は高いので、死亡者の増加として出てきてしまう。この夏の南半球のオーストラリアが相当厳しい状況となった。高齢者が増えて、死亡者が増えてしまうことを考えると、やはり気をつけなくてはいけないかなと思う。
- 短期的に考えることとしては、まず、今の運用でどこをボトルネックにしまっているかとか、どこを止めているか、どこがうまくいかなくなっているか、それが運用の変更によって改善されるかどうかはまずは大切で、そこをまず優先に打っていくということが、短期的には重要かなと思う。ずっと指定感染症には置けないので、どこかに落としに行くと思うのだが、落とし方とタイミングを考えていくべきだと思う。

(砂川構成員)

- 私は新宿区の歌舞伎町の対策などにも協力しており、昨日の夜中も歌舞伎町で情報収集していたが、その一方で、私の出身の沖縄の離島の例えば宮古島であるとか、そういった辺りの対策について意見を求められることもある。一つ言えることとしては、地域によって事情が全然異なるということである。新宿では感染者が見つかったら、店舗全体の対応まで至らずとも、若者を中心とした街であり、時間が稼げる場合もあるが、医療体制が脆弱で、高齢者集団との距離が近い宮古島では感染者が見つかったら、出来るだけ早くウイルスを封じ込めて、ウイルスゼロを目指さねばならない状況が異なる。

- また、先ほど、入院することでまん延防止が図れるか検証が必要だというお話があったが、例えば新宿などで対応していると、あまりに対象者の数が多過ぎて、検査に至ったときには、仮に今収容されてもあともう1日、2日しかホテル療養をお願いする期間はないよということが分かったりする。そのごく短いホテル療養の意義が全く無いわけではないと思うが、効果は限定的であろう。一般に早く感染者を見つけて入院、あるいはホテル療養を開始してもらうことが出来た場合において、早期の封じ込めはかなり有効に働く可能性は高いが、特に都市では、その対策にはかなりのエフォートが要る。繰返すが、日本は非常に広いので、自ずと封じ込めを急ぐべき地域と、やや戦略的に面としての対応を検討すべき地域というそれぞれの事情が異なる場合があるということで、対策を地域の状況に合わせることの有用性があると感じている。
- 大都市の夜の街に対して面の対応を行うことは、対象地域でのまん延を防ぐことが、実は日本全体へのウイルスの拡散を防ぐという重要な視点でもある。地域としての対策ではあるが、一つ戦略的に、日本全国に波及するリスクへの対応としての位置づけとして考えていくことは重要ではないかと思う。
- もう一点、サーベイランスの観点で、特に疑似症がかなり難しい扱いにもなっていて、例えば不安による検査であってもこれを疑似症として入力することが保険収載の中で必要になったりしている地域もあり、これが事務手続き上大変な手間にもなっていると聞いたりする。疫学的な観点からは、疑似症が、真に感染を疑われた患者、および検査対象として感染の蓋然性の高い濃厚接触者を含めた中での陽性率を見ていくところにもうちょっと絞ってもいいのではないかと思ったりする。すなわち、公衆衛生上の観点から見た疑似症の絞り込みとして、こういった制度に関する議論の中で考えていってもいいのではないかということをおもったりしている。

(脇田構成員)

- 私もいろいろな方々とお話をしていて、地域が違っていると、かなり状況が違うということはずごく感じる。先ほどから言っている治療とまん延防止、この2点について考える、これが重要だということはもちろんそうなのだが、まん延防止の在り方が地域によって大分違う。今、砂川先生も言われたように、東京での対応と沖縄での対応、全く変わってくるということなので、地域の自治体の、あるいは保健所の皆さんにどんな武器をきちんと持たせてあげられるのかというところで、対応できるやり方が硬直化してしまうとどうしても難しくなってしまうので、その柔軟性は必ず担保しておく必要があるということは今の議論でも当然のことかと思っている。
- また、疑似症のほうの届出も楽にしてほしいという声も聞くので、そこは検討する必要があるかと思っている。
- それから、Ct値の活用といった話については、先ほど中島先生も言われていたとおり、発症してから10日間たてば感染性はなくなるというところであり、あと、Ct値で感染性を切るというのが、PCR検査は本当に1段目しか見ていない。それで感染して発症してからの時期を特定できれば、そのほうが感染性を知る目安としてはいいかもしれない。

それから、時期によってCt値が違っていても、感染性は変わってくるということ。さらに、PCRの方法とか、あとは抗原検査なのか、LAMP法なのかによって、また感度も変わってくるというところで、一定の目安を示すことは可能かと思う。

- 例えば一番典型的なPCR法で、Ct値が35であったり、あるいは1,000コピーであったり、それよりもウイルス量が少ないところであれば、そこはある程度の目安になるかと思うが、一方で、我々も感染性が少ないと言うことは難しいので、一定のウイルス量が多いような人に関しては隔離を進めるというような、これは重症化の意味もあって、ウイルス量が多い人は入院させるなり、隔離を確実にやる、そこは入れていただくように厚労省にもお願いしたところである。

(岡部座長)

- 入院のときに、PCRでウイルス量を大体推測するということになる、インフルエンザのシーズンになると、一般の熱の患者が来る。そうすると、そこでウイルス量を測るというのに時間差が必要になるかと思う。そのときに、多分これを見ているのは大変だよということになると思うが、そういう場合はどのような工夫が考えられるか。

(脇田構成員)

- ウイルス量は、実際には今PCRをやって検査が戻ってくるのに2日から3日ぐらいかかっている。その時点で既に本当にそれが反映できるかということがある。  
私たちが実際に新宿とかで、この人はウイルス量が多そうだからというようなことを保健所に返すというときは、検査をしてすぐにその結果を伝えている。したがって、その検査をして、それから結果をどのぐらいの時間で返せるかということも関わってくるのだと思う。
- 例えばインフルエンザの検査をして、その結果を見て、それからコロナのPCRをやってということであるとすると、さらに時間がかかってくるというところで、本当にウイルス量を見ていくということ自体が現実の運用として適切にできるかというところは疑問があるかと思う。それよりむしろ発症してからの期間で考える。発症してから5日間たっていれば、ほぼ感染リスクはかなり下がってくるということもある、そっちのほうがかなり現実的かと思う。

(全国衛生部長会 (中澤会長))

- 公衆衛生上どう考えるかが大切と考えている。この感染症の法律の趣旨に基づいて、感染の拡大防止という観点でどこまで何が必要なのか、コロナに関しては何が必要なのかということが大切なのかと思っている。
- 既に事務連が随分前に出ていて、現場では必要に応じて事務連に基づいて運用しているという現状がある。もちろん地域格差は多々あると思うが、特に感染症の拡大を、患者さんとかクラスターが出ていたりして、拡大防止に注力しなければいけない地域が事務連で運用している現状がある。

地方によって、本当に実情、状況などはいろいろ違うと思うが、地方でばらばらにしていいのかなとは思っている。感染症というのは必ず人権とセットにして考えなければならない。入院できるといっても、ほぼほぼ入院しなさいみたいな感じで患者さんに入院させる場合に、もちろん医療上の必要がある場合は当然御本人も納得されることも多いかと思うけれども、無症状の方たちにどこまで感染拡大防止と言えるのかなということと、地方によってばらばらにすると、あっちの県に行けば入院しなくて済むし、こっちだと強制的に入院させられてしまうみたいな、こういう差があっているのか。一般市民の人たちにしてみれば医療はフリーアクセスだから、こっちに行ったりとか、県境だけではなくて市民の方たちはみんな動くので、そここのところの公平性が担保されないというのはちょっとどうなのかと思う。そこは丁寧な議論、説明などが必要であると思う。

- それから、地方などで、今、クラスターなどもあまり出ていなくて患者さんもすごく少ない地域だと、もちろん医療資源もそんなに多くはなくても余裕はあるかとは思っているけれども、クラスターが地域でぼんと発生したら、そういうところは一番余裕があるからみんな結構入院させていたりしている。そうしたときに、では、クラスターが出たから、例えば高齢者施設でクラスターが出てしまったなどというときに、患者さんをすぐ退院させたりとか、動かしたりとか、そういうことがすぐ運用でできるのかという不安も感じる。
- そういうことなども考えながら、一番は市民のためになるような、また、市民の理解が得られるような改正が必要なのかなということと、医療現場が疲弊しないように、公衆衛生は少しコロナと外れてしまうのだが、病院など受け入れていただいているところなどは、非常に患者さんが少なくてもいろいろな意味で疲弊している。本来、受診控えなどもあるし、そちらのほうのコロナ以外の公衆衛生が滞っているというか、全てコロナのためということによって抑えているところもある。まだ患者さんを受けられるとしても通院控えをしてしまうような形での疲弊も長期的な問題が起きてくるのではないかと懸念しているので、そういうことなどもいろいろ考えながら今回の入院に関しては考えていただきたい。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 資料4として先週の分科会で平井知事から配付したものを御配りしているが、知事会で全国47都道府県にアンケートを行った結果の取りまとめである。若干補足をさせていただくと、アンケート自体、報道が出てすぐにやったので、各都道府県とも2類からすぐに5類に行くみたいな感じを持っている時点での回答というのを御承知おきいただければと思う。その後、大臣からもいろいろと御発言もあり、現時点では各都道府県ともそういう認識は持っていないと思うが、アンケートを取った時点では若干そういった前提での回答と御理解を頂きたい。
- その上で、各県からは、治療法の確立やワクチンの開発といった状況がないとなかなか見直しは難しいのではないかという反応が多かったということであるが、10団体ぐらからは、逆に今後のインフルとの同時流行ということを見ると見直しが必要ではな

いかという意見もあった。

全般的には、都市部の団体から見直しに賛成であり、逆に地方部の県は慎重という傾向はあったが、地方部の県でもこのタイミングで見直しをすべきではないかという御意見もあったし、一方で都市部の県からも現状の中では慎重であるべきという声も頂いているので、必ずしも全て都市部と地方ということで割り切れるものではないかと思っている。

- 入院勧告について、一つは、これは冒頭の大臣の御発言もあったが、宿泊施設あるいは自宅での療養に対しても、入院勧告の上でということが一定の行動の抑止力になっている面はあるのではないかということで、入院勧告なしで、いきなり自宅あるいは宿泊施設で療養といったときに、どれだけ守っていただけるかという不安があるというのはあるかと思う。
- 2点目に、検査の段階では無症状であっても、実際に入院してCTなどを撮ってみると、肺にすりガラス状のものが写るといった話があるとか、宿泊療養施設などで医師会とか看護協会に頼んで応援を出してもらっているが、地方部でそれほど感染が広がっていない県では、医療従事者の方も医師会から応援に来られる先生方などは実際のコロナの患者さんを診たことがない状況で、検査で引っかかって無症状だからすぐ宿泊療養施設となったときに、そこにサポートで入ったときに、正直、自信がないということをおっしゃる方もいる。

一旦入院して、医療機関でいろいろと検査をして診てもらった上で、そこでもう大丈夫だからといってホテルに移ってくるということだったら自分たちもしっかりサポートできるのだけれども、いきなり検査で陽性になったというだけの患者さんを診るのは非常に心配だという声も実はあつたりする。

- それから、実際に入られる患者さんの方も、これは本県の事例だけれども、正直に言って、特に私どものような田舎では個人情報を出さなくてもすぐに地域で分かるので、そういったときに、病院を退院して社会生活に復帰するときに、自分はちゃんと入院して、病院の先生にも大丈夫だというふうな形で言ってもらって出てきたというようなものが必要だという声も実はある。そういった意味で、特に地方部では単に治療の必要性というところでは説明し切れない背景もあることも御承知いただければと思う。

資料の※で書いてあるが、さはさりながら、現場で担当していても、こういった条文の適用は実際にそこまで必要ではないのではないかというような意見も多い規定もあったので、そういった意味で、慎重な団体についても見直し自体を否定しているわけではないというふうに御理解を頂ければと思う。

- 最後に、疑似症の関係だが、これは私どもがいろいろお伺いする中でも、届出のところは非常に負担だという声は伺っており、行政検査でやっているのでも何も報告なしというわけにはいかないことは十分承知しているが、本県でも実はHER-SYSの入力は陽性が判明してから入力するという形を取っており、検査だけだとさすがに個人情報まで全部入力まで手が回らないという話があったので、そういった意味で、疑似症のところは、陽性率の話もあったが、何らか統計的な形での報告というのは必要だと思うが、もう少

し簡略にできれば、そういった意味での見直しはありがたいという声はあった。

(齋藤構成員)

- 一つ論点として、特措法との関係は考えておいたほうがいいかなと思っている。今、特措法の存在する理由として、無症状の病原体保有者も隔離というか、行動制限をする必要があると。さらに、濃厚接触者といって、症状も出ていないし、病原体もないけれども、外出自粛をやってもらう人たちがいる。さらにそれだけではなくて、一般の全く症状とか濃厚接触とは関係ない人も、人流をとにかく制限しなければいけないという措置が必要だから、特措法というものは動いている。そういう段階別で動いているとすると、そして、今後もしわゆる患者の急増、ステージ3、ステージ4と呼ばれているものがあつたときには、また人流制限的な措置をやらなければいけない可能性があるというのはまだ残っている中で、例えば無症状病原体保有者の入院措置を完全にこの政令から外した場合、濃厚接触者を外出自粛要請する理由もなくなるし、そして、特措法を適用する理由もなくなるのかなと。そういう微妙な関係で構成されているところもあるのかなと思っている。

(前田構成員)

- 今の関連でいくと、特措法では、疾病自体の病原性があるから特措法の対象になるのであって、無症候性病原体保有者が外れたからといって必ずしも特措法から外れるものではないという気がする。ただ、一方では、今、齋藤構成員がおっしゃっていたように、今の段階で特措法というツールの対象でなくしてしまうのは怖い。特に、そのために5類にしたいと言っているような方たちが世の中にいらっしゃるということを考えると、特措法の対象になるというレベルには保っておきたいなという気がしている。

(和田構成員)

- この感染症のいわゆる全数の把握をいつまでやるのか、やれるのかを、どこかで議論しなければいけないと思っている。それは今の話題のHER-SYSにもつながることであり、COCOAにもつながる話なので、今後、冬場に増えたときに、全数を把握しながらどこかの簡略化も含めたものを考えていかないと、既に相当数出て、これもかなり負担になってきている。  
一方で、アンダーレポートの人も結構いることも考えながら、その効果についても考える必要があると考えている。

(釜萯構成員)

- 先ほど、国の方針で、医療機関での役割が増えると保健所が後ろへ下がってしまうのではないかという太田構成員からの御指摘があつたが、それはないと思うし、あつてはならないと思う。
- 医療機関で検査をやって、そして、陽性が出た場合に、入院適用になるかどうかとい

うところは考えなければならないわけだが、これも保健所がどういうふうに割り振って、どこにどういうふうにするかというところは保健所にしっかりと考えていただかないと、医療機関ではとてもその調整はできないし、その調整はそれぞれの地域でDMATコーディネーターみたいな中心人物がいてやってもらわないとできないことなので、そういう体制はしっかり取っていかなければいけない。もちろん医療機関としてできるだけことはやるけれども、保健所の大事な役割は引き続き続くものだろうと私は思う。

- 今後インフルエンザとの関係でコロナの検査を広くやっていった場合に、結果が出るまでにどのくらい時間がかかるのかというところがあって、抗原の迅速診断が仮にかなり普及して、そっちのほうがかうまく回っていけばもうちょっと早くなるだろうと思うけれども、唾液を使ったとしても、PCR検査でやるとなると一度はうちに帰すケースが多くなってくる。しかし、見た状態で非常に重篤で、コロナの診断はまだついていないけれども、重篤で入院適用という場合には、病床を探さなければならない。その段階では基本的には診断がついていないので、そこは保健所はあまり出てこない。その場合には医療機関が入院適用として病床を確保する努力をしなくてはならないのではないかと考えている。

(岡部座長)

- 入院措置をしないで、自宅で静養していただく場合、まさか自宅に帰ってもう自由にしてくださいというわけにはいかないと思う。ただ、ステイホームとって、よく家で様子を見てくださいということは普通の病気でもあり得るのだけれども、一方では、すごく家庭内感染が心配になってしまっている。我々の立場で見ると、家庭内感染からそこから大きいクラスターになっていないからいいでしょうとはいえ、陽性のお父さんが帰ってきて、家の中では子供がいて、奥さんもどうしようというところをどうしたらいいのだろうと。その家庭内感染の予防だとすると、やはりホテル療養であるとか、あるいは入院まで至らなくても、そういったことも取っておかなくてはいけないのではないかとと思う。

(前田構成員)

- 今、かなりの割合が家庭内感染を占めているわけだが、現実的にはそれは発症前というか、要するに、診断前に感染している方がほとんどであって、自宅療養である程度寝食を別にされた状態の中で感染することは非常に少ない。その辺は自覚を持って自宅にいていただければ、それが全く不可能なような家庭環境もあるのでそれは例外だが、自室があったりという形で一定程度寝食が分離できるのであれば、そこまでの感染性はない。
- ただ、無症候性病原体保有者については、その周辺のリスクアセスメントは十分明らかにしていく必要がある。例えば今の家庭内感染の問題、無症状者からの感染の問題、無症状者からの発症の問題というところのリスクアセスメントをしっかり打ち立てた上で、そこからリスクコミュニケーションで一般の方にそれを伝えて、御理解を頂く

ころは必要だと思う。

(岡部座長)

- 5類だという声もある一方で、相当な人がこの病気に対して心配になってしまっているの、これを一、二の三で大丈夫、5類、というのは相当勇気が要るし、相当丁寧に説明をしていかななくてはいけないと思う。
- 地域差については、本来は特措法にしても、緊急・非常事態宣言のときも、自治体が自治体の状況に応じてやってくださいというのはいいと思うが、他県に行ったら入院はできるのだとか、一方では入院させられてしまうのだという問題が出てくるのではないか。また全国一斉というと北海道から沖縄まで全部一緒となり、同じ東京都でも多摩地区と新宿、世田谷辺りは随分違うだろうし、全国一斉というのはまずいのではないかと思う。

(今村構成員)

- この疾患の特徴として、クラスターをつくるということがあり、クラスターが県をまたぐということも起こりやすい。例えば東京では、東京で仕事をしているけれども、居住地は埼玉とか千葉という人も多くいる。職場でクラスターが発生すれば、居住地は他県となり情報共有が難しくなる。

(岡部座長)

- そういうところは知事会で調整はできないのか。例えば関東・首都圏とか、大阪、関西方面とか、東北ということで、だいぶ特徴は違ってくると思うのだが。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 先ほど、地域差の中で必ずしも都市と地方ということではないというところを申し上げたのは、正直に申し上げて、各都道府県単位で今やっているの、そうすると、各都道府県知事さんの考えによって、現実問題としてはかなり動くというのがあるので、運用を広域的にぴたっとそろえるのはなかなか難しいかと思う。
- ただ、本当に各県ばらばらというのもそれはそれでまた問題だということもあると思いますので、ある程度は全国的に統一するものがありつつ、そうはいつても、特にこのコロナに関しては地域によって感染状況は全然違うので、そこに応じた対応ができるような余地は残していただけるとありがたいというのが各都道府県の意見だと思う。

(齋藤構成員)

- 例えば、政令改正の方法として、無症状病原体保有者の中で、65歳以上だけを入院対象とするみたいなことをがつつり書くみたいなことができないことはないと思う。仮にそういう形で細かく書いていくのを政令でやったとして、それは地方全般にとってみんなハッピーなのかどうなのか。そういうふうに、もう無症状の方は65歳以上しか入れな

いのですとかと言えたほうがいいのか、それは政令で決まっています、入院勧告の対象になりませんかと言えたほうがいいのか、それとも、そこはもうちょっとフレキシブルにやる余地はあったほうがいいのか。

(全国知事会(鳥取県井上本部長))

- 実は先ほど簡単に申し上げたが、各県の中では65歳以上あるいは基礎疾患のある人については、引き続き無症状でも入院勧告できるようにしつつ、そういうことでない若い人たちは無症状だったら入院勧告なしでホテルとか自宅で療養というような意見もある。
- これは一つの案だとは思いますが、ただ、結局、それでガチッと決められると、今、それ以上の運用をしているところになると、今の運用を変えなければいけないということになるとなかなかということがあって、ある程度こういうやり方を推奨しますという形で示しつつ、ある程度動けるような形ということになるとありがたいのではないかと。政令としてはある程度最大限拾っておいた上で、最後はできる規定なので、その中でできるという根拠として各県がそれを判断するか、あるいはできる規定なのでやらないという判断も当然できるというところが、法令上の整理としてはそういう形ができればありがたいなという意見が多いのではないかと思う。

(今村構成員)

- 東京の経験からネックになるところが、2点あって、一つは疑い患者の扱いである。疑われた患者さんというのは、医療の中では、防護は陽性と同じ防護をしなくてはいけなくて、陽性患者と一緒に置けなくて、陰性患者と一緒に置けない。したがって、このような数値には示されない疑い患者が、陽性患者と同じように多くのベッドを占有してしまうことも問題となる。
- 無症状の人に関しては、東京は宿泊療養のベッド数を多く確保した。患者さんを、症状があって医療機関に行く人を<上り>、医療機関から様子を見て宿泊に行く人を<下り>と分けていたが、<下り>だと最初の経過が医療機関で見られているので安心感がある。<上り>については、無症候なのか、症状が出る前なのか、区別がつかない。最初は無症状からスタートして症状が出始めるので、そのところの不安感は当然ある。その<上り>をどう対応するかというのは、かなり問題にはなった。しかし、今は<下り>の方も、入院の期間が短くなっており、例えば残り1日か2日のために移すのかというような事例も増えてきており、宿泊療養の部屋数は十分にあるのだけれども、実際には思ったほど利用されていないということも起こっている。

(砂川構成員)

- 先ほど、都市対地方みたいな話があったが、どちらかというところ、県単位というよりは県の中でもいろいろな状況があるので、さらに小さな単位ではないかと思っている。保健所単位、あるいは状況によってはもっと狭い地域で必要なことは違うことがあるとい

うのが、多くの地域のクラスター対策で感じた点である。それぞれがどういう基準でどういう判断になるのかといったところを示していただくことは重要なことかと思う。

- 無症状病原体保有者の扱いの中で、いろいろな議論があったが、私は濃厚接触者であるかそうでないかというところはとても重要な点であると思っており、その辺りは意識しながら分類の中で整理していくことが必要ではないかと思う。

(岡部座長)

- 課題として、方針としては見直すべきところがどうもありそうである。ただ、そのときに地域差であるとか、できる方式をもうちょっと緩くするのか、あるいは基本方針は立てなくてはいけないのか、そのようなことが課題になってくると思う。
- 症例の登録としては、今、全数でいいのか、さりとて定点でインフルエンザのようにやるわけにはいかないかと思うのだが、ただ、今のような全て無症状者も含めての全数報告がいいかどうか。これはこの中でも考えておかななくてはいけない。
- 検査法もPCRが中心になって考えてしまいがちだが、もう少し迅速診断法みたいなものでもできるのであるという考え方に持っていくのも一つの手ではないかと思う。  
そうすると、アクティブサーベイランスでクラスター調査をどのぐらいやるか。クラスターもちゃんと調査をしなくてはいけないクラスターと、小さくて本当にそのまま消えていくようなものもあるかもしれないし、広がりを抑えるという意味では、ある程度のめり張りをつけなくてはいけないのではないか。やることは難しくていっぱいありそうだけれどもできるところから解決をしていかななくてはいけないと思う。
- それから、この中のコンセンサスとしても、今、一気に2類相当を外して5類にしてしまおうということではないのだということで、ここはコンセンサスとしてよいか。できるだけ患者さんにも負担がかからないように、人権に抵触しないように、なおかつ、保健所の負担も少しは楽にしないでほしいし、何よりも病気に対して非常に不安になっている人たちを、何とか不安を外していきたいという一方、いいぞと言うとゆるゆるになってしまう人がいるので、そのメッセージもちゃんとやっていかななくてはいけない、さらに両方やらなくてはいけない。
- 今日はそのようなことの課題をまとめていただいて、この次にもう少し今日の中から進められるところ、実現ができそうなところを議論したいと思う。

以上