

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第14回）
議事概要

1 日時

令和2年11月19日（木）18:00～20:00

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
	釜萯 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
	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
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
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長
永田 翔	医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長
三宅 邦明	健康局結核感染症課参与

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. 積極的疫学調査等における優先順位について
3. クラスターの早期探知・早期介入のための取組について
4. その他

5 議事概要

<田村厚生労働大臣挨拶>

夕刻から大変申し訳ございません。こういう時間になりました。お許しをいただきたいと思えます。

平素から大変お世話になっております。

今、実は官邸から帰ってまいりまして、総理と西村大臣とともに会議をしておりました。といいますのも、感染者が伸びてきているということでありまして、今日は先ほど報道で見ましたが、全国で2,200人を超えているという話でありますけれども、そのような状況で、1週間の移動平均はもう2倍を優に超えてきているのだと思えます。前も申し上げましたけれども、7～8月の感染の伸び、ピークに向かって増えていっているような角度になりつつあるということでありまして、我々も大変危惧をいたしております。

連日、国会でも、野党の皆様方も含めていろいろな御議論をいただいているわけでありまして、この後、どういう対応をしていくかということ、今日はまた皆様方からいろいろな御意見をいただければありがたいと思えます。

厚生労働省も、北海道を中心にクラスター対策班の専門家の派遣等を行うほか、自治体や保健所を支援するために、専門人材の都道府県間の広域的な応援派遣の調整を行っております。加えて、学会、関係団体の皆様方から派遣可能な保健師、医師、看護師等々、600名ほど確保させていただいておりますけれども、引き続き自治体の取組をしっかりと支援してまいりたいと思っております。

実は、以前から医療施設、高齢者施設等々でクラスターが発生しているということで、それに対して入所者とか従事者の方々に対して検査の徹底をお願いしてまいりました。この16日も、実は3度目の通知を各都道府県に出させていただいたわけでありますが、いろいろとお話を現場で聞いておりますと、伝わっていないというような声がございまして。官邸に行く前に、全国知事会とオンラインの会議をしていたわけでありますがけれども、そこでも直接知事のリーダーシップの下でしっかりと確認をしていただきたいと。

クラスター等々が起こっている地域では、症状が出ていない方も含めて検査をしていただく。それから、本来は一人でも発熱者が出た場合には検査をしてもらわなければ困るのですけれども、それを検査していないという事例もあるようでございまして、一人でも発熱者が出たら当然のごとく検査をしていただきたい。あわせて、陽性者が出たら、濃厚接触者だけではなくて、その施設では全ての方々に検査をしていただくということをお願いしてまいりました。

現下の厳しい感染状況やそれを踏まえた対策等々、分科会の緊急提言にあるようにクラスターも多様化しておりますので、難しい状況になっておりますけれども、早期に探知しにくい、または閉じにくいクラスターに対する踏み込んだ対応について、今日はまた御議論をいただきたいと思います。

社会生活活動そのものが感染の拡大につながらないように、適切な感染防止策を講じること。やはり、社会活動自体がちゃんとした対応をしていなければ感染拡大につながっていくわけでありまして、ちゃんとした上で経済活動、社会活動をしていただければリスクはある程度低減できると思っております。その部分がどうも、最近、私も町なかを歩いているけれども、以前の6月、緊急事態宣言が終わった後の頃から比べると、今まであそこは席を空けて座っていたのになというものが結構詰まった密な状況でお客さんが入っていたり、いろいろな状況があります。

再度、国民の皆様方、また事業者の皆様方に、ガイドライン等々、また「5つの場面」というのもお出しをいただいておりますけれども、ああいうものを御認識いただいて、飲食等々をする場ではマスクとか、実は今日知事会で私、飲食用のフェイスシールドをお見せしたのですが、これも一度飛沫がどれぐらい飛ぶかというのは検証しなければいけないと思っておりますが、とにかくリスクをどうやれば低減できるかということを徹底いただきたいということをメッセージとして出していかなければならないと思っております。

前回の急拡大のときには、病床の逼迫などによりまして社会活動に一定の制約を求めるような事態があったわけでありますが、こういうことを何とか回避しながら、国民の皆様方が一丸となって対策を進めていく、そういう必要性を改めて感じております。

どうか、今日はアドバイザーボードの皆様方には、いろいろな御意見があると思っておりますので、忌憚のない御意見をいただきまして、参考にさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

<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。

(中島参考人)

- 愛知県名古屋市の状況を補足したい。愛知県名古屋市を中心に出た患者が、名古屋市からその近隣にも広がっている状況である。まず、症例数が増えてきている。7月以降、小さな増減を繰り返していたが、全体の数が増えるときには、外国人クラスターが多発していて、それが起こると患者数が増える、収まると減るといった状況が続いていた。
- ところが、10月末から、外国人クラスターが幾つか名古屋市の繁華街で起こって、そのときに患者数が増えたまま、日本人の中での外国人以外の患者数が増加している状況である。遠くから見ると、外国人からテイクオフして、日本人の中に広がっていったという印象を持っている。
- その増加している数自体は、繁華街の特定の区に集中しているので、広がったとはいっても、そこに数全体としてはかなり集まってはいるが、そうは言っても発生している年齢層や感染をしている場を見ると、かなり多様化している。これまで、名古屋市では高齢者対策をかなりやっていた、発生の大規模なクラスターはほぼ抑えられてきたが、ちょっと対策で出遅れたところが1か所、そこでクラスター化しているという状況である。
- 懸念されるのは、発病して重症化したり、発病後悪くなるのは急速であるため、そういう病床がいっぱいになったところで高齢者の重症者が出ていくと、ますます対応が難しくなるという状況が今後起こる可能性はあると思っている。
- もう一つ懸念されるのは、繁華街の中でのいわゆる夜の街の店。自粛しているところもかなり出てきているようだが、一方で働かなくなった、働き場所がなくなった従業員が市外のほかの店で働いているというふうに聞いている。それに伴う患者発生も見つかってきているということになるので、対策をするときには水面下に潜らないようにした対策が必要だというのが1点。今の勢いをかなり強めの対策で止めていかないと、いよいよ医療、公衆衛生の逼迫がまさに数字となって出てくる可能性はあるなと思っている。

(尾身構成員)

- まず、一番大事な資料4について3点。まずは感染状況の2ポツの真ん中辺りに、「見えにくいクラスターが感染拡大の一因となっていることが考えられる」と。これはもう間違いのないと思う。そういう中で、下の【感染拡大地域の動向】ということで東京のところを見ていくと、感染経路不明割合も半数以上になっている。さっき、大曲さんの記者会見をこっちに来る前に聞いていたら、これはやはり多いというだけではなくて、上昇している。だから、東京も例外ではないので、そこは極めて重要なので書

いていただく。あと、大阪、愛知についてクラスター班の人に教えていただいて、リンクが追えないのが上昇しているかどうかというのは、半数ということと同時に物すごく重要。

- 2点目は、感染状況の3つ目、最後の2行、急速な上昇は医療提供体制の逼迫に直結するため留意が必要と。これは何となく評論家書いているみたいで、このまま急速な上昇が続けば医療提供体制の逼迫になる可能性が高いというぐらいの危機感を書いておいたほうがいいと思う。
- 3点目は次のページ、西浦さんの4つの要素という話の中で、データ不足であるのだけれども、一体今の感染の状況はどうして起きているのだということはアドバイザーボードでしかできないので、これについてしっかりと何らかのことを書いていただく。その上で、今後の対応の5ポツ目、人の移動を感染拡大のリスクとしないためにもということなのだけれども、感染拡大した要因が何なのか。温度のことなんかはこれからのことで書く必要はないのだけれども、やはりコンプライアンスが低下してきたとか、その辺のことをじっくり。
- その上で、3先生がやってくれたことで最も大事だと思うのが、実は西浦先生が紹介してくれた資料2-3の最後のページの人の動きのこと。このページと、まだ議論は出ていないけれども、内閣府作成の参考資料というのがある。この2つの片一方の西浦ペーパーは、さっきの4つの要因があって、人の動きも結構感染の拡大に関係しているのではないのかということで、他方で参考資料のほうは必ずしも人の動き、例えば福岡なんかは人の動きは関係なしにうまくやった、福岡は一生懸命やったとかいてある。今回の感染に人の動きが一定程度関与しているのかどうかというのはこれからの対策に極めて重要なので、この辺は西浦さんはどう思われるのかというのを聞きたい。

(協田座長)

- リンク不明例が大阪、愛知で増加しているかというところは、事務局、どうか。

(事務局)

- 本日の資料4の後ろ、4ページ以降に直近の感染状況のいつものグラフ等をつけている。そのうちの②が新規感染者数とアンリンクの割合になっていて、これは都道府県単位の数字ということで、各都道府県から御報告をいただいているもの。これを見ると、7ページが愛知だが、横ばいから今回は少し上昇に転じているというのがこの数字であり、大阪はちょっと上昇、5割を超えている水準から少しまた6割を超えている水準になっているというのが今の状況。

(協田座長)

- 北海道もそれほど高くないようだが、最近、感染者数が増えて、濃厚接触者の調査が十分にできないような状況になってきているという話を聞いているので、そのところはかなり問題になってきているなという印象はある。

○ それでは、続いて西浦さんの尾身先生からの質問はいかがか。

(西浦参考人)

- 参考資料は初めて拝見するが、ちょっと厳しめだがその解釈を話す。今、ここでテーマにしているのが航空旅客数と感染者数の増加の間の因果関係が確認できないということだが、これに対して単一の統計学的検定からグレンジャー因果性を検討しているのがこのペーパーだと思うが、感染者数の扱い方が感染症疫学では時刻に対する従属性というのがある。ある特定の日に見られた感染者というのは、それまでに見られている感染者から二次感染を起こしてどんどん出てくるものなので、シリアルディペンデンスと言うが、従属性をちゃんと調整しないといけないし、あるいは寒さだったり、ローカルのコンプライアンス対策というものを調整しないといけないが、ここではそういった検討が行われていない。
- 人が動くことと流行が拡大することの因果関係を見るときには、人が動いたことによって流行にどんな変化が起こるかというアウトカムをきっちりと指し示した上で分析をする必要がある。そういうときに使えるアウトカムは、感染者のサーベイランスデータで、旅行関連の感染者である。つまり、発病する何日か前に動いた履歴がある人が、Go ToなしのときとGo Toありのときでどれだけ増えたかというのを見ると分かるが、それは増えている。水面下の分析で増えている。あるいは、人が動くことによってローカルの流行が惹起される否かということ。そういうことがあると、人が移動したことによって増えるということで判断されるが、今は流行が増えたという資料を僕は出している。
- これは恐らく歴史が明らかにすることだろうが、時刻に依存する何らかのイベントがスタートしたときと疫学的なアウトカムの因果関係を調べるときというのは、いわゆるQuasi-experimental designといって準実験デザインである。何にもイベントがないときとあったときで、どれくらい疫学的なアウトカムが変わるのかというのをきれいに検討した上でやらないといけないが、今、ここで一枚紙で出してもらっているものでは、感染者数の話と航空機の旅客数というもののエコロジカルなコレーションがないということを見ているだけなので、ここから何か結論できるものではないと思う。
- そういうことを踏まえて、エビデンスを今ためているので、できるだけ早くに査読を経て出そうと思うが、こういうのがたまってくると、勇気を持って言うと、こういうのは政策的にはいつか業務上の過失になるのではないかなと考えている。因果関係がエスタブリッシュできそうなので、それによって感染が増えとか、あるいは旅行関連で感染した人が残念な場合は死亡するというのが因果関係としてエビデンスとして得られた状態でまだ継続するという場合は、過失になるのではないか。

(脇田座長)

- 先ほどの中島先生の話で、名古屋の医療の逼迫状況というのがあって、太田先生、コメントがあればお願いしたい。

(太田構成員)

- 先ほど、名古屋市はかなり病床調整が厳しくなっているという発言があったが、実際にそのとおりである。愛知県が把握しているのか、国が把握しているのか分からないが、今、公称、名古屋市の保健所はコロナの陽性確定患者の受入れ病床は現在134と言っている。2日前の状態ですべて入院している患者は110である。もう80%を超えているというのが今、名古屋の入院の状況になっている。
- ちなみに、愛知県の病床のデータを先ほど厚労省の数字で見せていただいたが、11月11日の時点が最終のデータになっていたかと思うが、そのとき25%程度という話だが、その時点での名古屋の病床の占有率はもう55%になっていた。県単位で病床の稼働を把握していらっしゃるのだが、特に都市部は大きな政令市などだと、なかなか県のほうと名古屋市などの政令市の保健所の間で情報の伝達がいまだにスムーズにいけないと思うし、名古屋の患者が名古屋市の外の病院に入っているのは6名だけである。逆に言うと、もし愛知県のほうが逼迫していなくて空いていたとしても、そちらのほうに患者がスムーズに流れていないという状況が発生してきて、今、名古屋市内は非常に危機感を持って、多分今週末には満床になるだろうと担当している病院は思っている。やはりエリアで病床の逼迫度を把握していただく必要があるのではないかと。
- 県を通じてデータが集まる形なのだと思うが、保健所の管轄は、先生方はもう御案内のように、保健所を設置する中核市とか政令市は県を介すと情報の伝達がワンクッション置かれると思うので、直接、市のほうに問い合わせさせていただくような形のルートを、ぜひ病床の逼迫度を認識するためにはお願いしたい。

(和田参考人)

- 何点か発言をさせていただく。先ほど西浦先生からお話があったように、気温というものが一つ非常に重要なファクターであるということで、私たちは寒くなると室内での活動が増える。今回初めての冬を迎える中で、感染拡大が制御できなくなる可能性があることを現段階でも我々や市民が認められるかどうかということにより今後の対策が変わると思っている。
- 2点目が、もしそれが認められるのであれば、市民が実感できる、また、目に見えるような対策の強化をしなければ制御はできない。何をするのかというのは明日の分科会等でもあるかもしれないが、そういった目に見えるような対策が必要であるという評価だといったことをしっかりとアドバイザーボードで出していただくことが分科会での対策の議論につながるのではないかと。
- 3点目だが、やはり政治のサイドでは、今回第3波とも言われているけれども、非常に中長期化してくる中で経済の問題も出てきて、非常に発言しづらそうなことはよく見えている。一方で、いつか、たしか大曲先生が話されていたと思うが、病院は患者さんの治療はできるけれども、感染者を減らすことはできないと。感染者を減らすことこそ、公衆衛生が技術なところを支援して、決めるのは政治であり、自治体である

ということだったと思う。ステージ3の中では分科会の資料にあるように、広範な接触機会の削減を今後求めていくことを真剣に自治体においても考えていただく時期なのではないかといったことをまさに今発信すべきではないか。

- 資料4の〈今後の対応について〉の2つ目のポツに、接待を伴う飲食店というのが出ているが、東京等でもよくデータが出ているけれども、やはり頻度として多いのは会食の場であろうということで、ここは「会食（接待を伴う飲食店）」と書くぐらいのほうが重きの置き方が正しいのではないか。
- もう一点だけ申し上げると、「学校」と書いているが、これは文科省のほうでも会議に出ているけれども、今日話があったように大学というところが一つメインのところであって、小中高では時々散発的には出るけれども、「学校」と書くと幅広な感じがするので、「大学等の高等教育機関」という形で専門学校を含めていただくほうがより正しく伝わるのではないか。
- 最後にもう一個だけ。今日の先ほど西浦先生のお話にあった参考資料だが、私はこれが今日配られた資料ということで厚労省のホームページに載るとするのは非常にミスリーディングであろうと考えている。このグレンジャーの因果性というのは経済学でやっているやり方だと思うが、ある海外の国から来られてウイルスが見つかったということで、いわゆる線形的に増えていくわけではなくて、あるところでクラスター形成をして広がっていくような感じがあるわけだが、これだけでは説明できないのではないか。

（脇田座長）

- 感染制御が困難になりつつある地域があるということは確かである。そういった感染制御ができていないようなところがあれば、そこは接触削減とか人の移動を止めるといった対策が必要であるということまで言及すべきということか。

（和田参考人）

- 私はそのように考えている。もちろん分科会とのデマケの中でまた御検討いただければと思う。

（今村構成員）

- 東京の状況を伝えたい。今日モニタリングの報告があったのだが、分析の結果では、接触者不明の7日間平均は11月11日の段階で137人、11月18日の時点で183人と、接触者不明の数は大幅に増加している。ただ、新規陽性者数は11月11日で244人から18日で326人と分母のほうも上昇しているので、不明者の割合は57.5%から57.3%と、そこは横ばいとなっている。また、11月18日の時点で、療養者数が3,024人になっている。その内訳が、入院が1,354人、ホテル療養が607人、自宅療養が481人、残りは調整中となる。
- ポイントとしては、この間の歌舞伎町を中心として広がったときと比べて、高止まりしている間にかなり年齢層が全体に上がった。その上がったことによって有症状者が

増えている。有症状者の人たちをホテルへ持っていけなくなっているのも、同じぐらいの人数だとしてもホテルに入れられない人の割合が上がっている。それによって、入院ベッドのほうに埋まり始めているという形になっている。

- 空けているベッドが全て運用できる形にはなっていないというのがいろいろな地域の現状としてあると思う。人が十分に充てられていない。だから、空ける予定の箱であると言っているのと、実際に現時点でフルにすぐ入院できる数というのは差があって、その中に入院の割合がぐっと増え始めてしまっているのも、それぞれの地域が間に合わない現象が起こっているのかなと思う。
- 東京だと連携本部があって、そこで振り分けとかをしているのだが、その振り分けに要した回数を示す架電回数がある。そういう回数を見てみると、土日の振り分けが大変だとか、こういう一例でもすごく大変なときがあるとか、どんな例で振り分けが困難となっているのかなど、そういう情報が蓄積されると思うので、それで圧迫感というものを確認していくことは可能かなと思う。

(鈴木構成員)

- 資料4に関連してだが、〈今後の対応について〉というところを見ると、クラスターに対する対応が急務であるということで、クラスター対策のさらなる強化という話になっている。公衆衛生対策に必要な人材はぜひ増強すべきだと思うが、今の流行状況にそもそもクラスター対策で立ち向かうことができるのかというところを、私自身はもう厳しい状況であると考えている。
- そもそもクラスター対策という言葉自体が非常にぼやっとした言葉であるというのは我々の責任だと思うが、クラスターが発生したものを潰す、クラスター潰しという意味では、もう現実的に対応できるレベルではないと思う。
- そもそもクラスター対策というのは、例えば病院とか高齢者施設のように同じところに繰り返し感染が伝播する、二次感染、三次感染、四次感染とどんどん続いていくところをしっかりと抑え込むという意味では効果はあるが、もう市中のどこで感染が起こっているか分からないようなところでは、クラスター対策そのものの意義は極めて限定的になるということを考えると、繰り返したが、保健所の人員はぜひとも徹底的に増強すべきだと思うが、それで今の流行に立ち向かえるという状況ではない。そもそもクラスターを発生させないようにするというところに積極的に取り組んでいかないと、もう厳しい状況であると考えている。

(脇田座長)

- ということは、もう局所的な対応ではなくて、もっと広範な強力な対応が必要だということか。

(鈴木構成員)

- そのように考えている。そうした意味で、「直近の感染状況の評価等」の〈今後の対応について〉というのが、クラスターに対応するというところばかりが前面に出てい

るが、そもそもクラスターが発生しないように、具体的に夜の街に対応するか、あるいは長距離の移動を制限するか、そういうところまである程度踏み込む必要があるかなと思っている。

(館田構成員)

- 鈴木先生の今の考えに賛成である。前回の分科会でも、やはり孤発例でリンクが追えなくて、クラスターの元が分からないような症例がこれだけ多くなっている中で、戦略を少し考えていく時期に来ているのかなと思う。クラスター、プラスアルファの何かという形になってくると思う。そういう意味では、一例一例の症例をいかに早く見つけて囲い込むかということであるから、これは勉強会の中でも言っているけれども、いかに早く受診させるか、そして検査を受けさせるかというところ。
- 我々としては最初の4月のときは、発症してから4日間は軽症であれば自宅で待ちましようといったメッセージ、あのときはあれを出さざるを得なかったような、そういうふうなキャパシティだったけれども、今はある意味十分な検査ができるわけだから、できるだけ早く検査する仕組みに変えていく時期ではないか。
- それで、質問だが、西浦先生の示してくれたこのカーブだが、14ページの福岡は、青いラインが実効再生産数で、それが一過性に高くなっているのが見える。これがどういうサインなのかということは僕はちょっと分からないので教えてほしいのだけれども、福岡の4月とか5月に、これはnが少ないからばらつきが大きいのだろうが、非常に高い青のラインが見える。それが見えてから、しばらく期間を置いてから大きな数の発生が見られているというのが何となく気になる。例えば11ページの大阪も大きな流行の前に何かばらばらと振れるのがあったり、あるいは前の10ページの京都、9ページの愛知とか、こういう動きの中で次に起こり得る大きな発生というのを探知して、対策を先回りで行うような戦略というのはいかなのかどうか。

(脇田座長)

- まず1つだけ確認を。最初のポイントは、受診から検査、受診をかかりつけ医で検査できるような体制をつくったので、それをなるべくメッセージとして周知をするということと理解した。

(岡部構成員)

- 臨床の先生に尋ねたいのは、今、逼迫状況になっているというところは例えば名古屋、東京、その他にも出ているけれども、それが本当に重症者で占められているのか。あるいは、年齢的なもので65歳以上ということなので、高齢者が入っている、あるいは人工呼吸器を要さないけれども経過観察の人が入っているのか、そういった割合で逼迫度が全然違うと思うのと、もしそうであるならば、宿泊施設のほうにどの程度空きがあるのか。最初の緊急事態宣言のときもそんな議論があったけれども、今のところ入り口からどんどん入ってきて、出口に至る人が少ないというところを少しでも緩めよう、余裕を空けようとするのであれば、より軽症者の人は様子を見るというような

ことも方法ではないかと思う。実際に、川崎や横浜でも、もうほぼ自動的に入院のほうにまだ向いてしまっているといった傾向もあるので、その辺も一つ問題なのかなと思っての質問である。

- もう一つ、以前、入院するときはウォークインで大したことがないように見えていたのが、すぐ人工呼吸のほうに回ったという話もよく聞くけれども、今の状態でそういうパターンの重症者の方は結構多いのか。

(釜萯構成員)

- 幾つか申し上げたい。まず、直近で、岡部先生が御発言になった内容については医師会にも相談があって、そして厚労省にも情報をお伝えして、今、相談をしているところだが、これまで65歳を超えた陽性者の方は基本的に入院をさせるという方針で運用してきたが、軽症と判断された場合は入院をしないで宿泊施設で経過観察をするという取組の変更が必要ではないかという意見がある。
- それから、一番言いたいことは、アドバイザリーボードでは直近の感染状況を分析し評価するということが非常に大事であるり、都道府県別に判断を公表してきた。アドバイザリーボードは各都道府県がどのステージであると断定することはできないが、都道府県あるいは国の判断に資するわかりやすいメッセージを発する必要があるのではないか。
- 大事なことは、具体的な対策を進めていかないともう大変厳しい状況であるので、そのことについてアドバイザリーボードとして何らかの見解を示すということを私はしたほうがよいのではないかと思うがう。うが。

(脇田座長)

- 今の最後のところだが、私が一番懸念しているのは北海道全体で判断すれば、一部ステージ3にはなるけれども、全体としてそうなるかというところがあって、ただ、札幌の状況を見るとかなり厳しい状況になっているということが一つあるということなので、これが本当に県ごとのステージ分類の指標だけで判断ができるかという問題も一方であるのではないかと。そういった書きぶりにはなっていると思う。
- 先ほどの名古屋の問題も、愛知県の中でも名古屋市の医療状況というのは一番逼迫しているところなので、全体で見ってしまうとステージ分類と名古屋の状況の乖離が出てきてしまうのではないかと懸念をるところなので、私はそう思っているということだけお伝えする。

(尾身構成員)

- 今、釜萯先生の問題提起、あと和田さんがいいコメントをしていただいて、この2つについて。
- ステージのことは、もう皆さん御承知のように、総合的に知事が判断して国と連携するという事になっているが、私はこの時期にアドバイザリーボードがどう評価しているかという、これは知事たちに上から目線であんたこうしろという言い方はすべき

ではないと思うが、我々アドバイザーボードがどういうふうに判断しているのかという部分ぐらいはしたほうがいい。

- 具体的に言えば、北海道全体ということは無理で、北海道の一部の地域では、事実上、もう既に札幌市のやっていることはもうステージ3に入っていることで、言うか言わないかの話で、これはもうみんな分かっていることで、北海道の一部の地域では既に3相当の領域に入っているというふうに判断されるということは言う。それは知事もそのことを言っている。
- あと、東京、大阪、愛知についてはまだ3に入っているという言い方はできないので、今回のペーパーは合理的な危機感を国民に伝えるということが一つの目的だから、この3県についてもいわゆるステージ3という状況に近づいていることはほぼ間違いないというようなことを言うべき。これについてサイレントであるのは、アドバイザーボードの責任放棄だと。3に近づきつつあるということはもう間違いない。
- それから、和田さんのコメントは、具体的な時短だとか何とかというのはここで議論するにはまだいろいろ調整も必要だが、今の状況だと今までよりも強い対応をしないと大変になるということはここで絶対に言わないといけないと思う。具体的なことはまた明日いろいろな議論があると思うので、そういうことはしっかりと書く必要があるのではないかと思う。

(脇田座長)

- 尾身先生からも御提案があったが、北海道の一部の地域ではもうステージ3相当になっている、それからほかの東京、愛知、大阪もステージ3にもうアプローチしているというところを書き込むというところは皆さんどうか。首を縦に振っているように見えるので、そのようなところかと思う。

(齋藤参考人)

- 資料4の【感染拡大地域の動向】の②東京のところ、「感染経路別の割合では、家庭内感染が最も多く」という書き出しになっているが、これはミスリーディングではないか。疫学調査の実施状況などを見ると、一番見やすい家庭内感染だけが見えている可能性も織り込んで考えなければいけないのではないかと思う。なので、ここの記載ぶりについては、「感染経路不明割合も半数以上となっており、感染経路が判明している中の割合では家庭内感染が最も多く」というような形で順序を変えて、また念押しするような形で書くのがよいのではないかというのが1点。
- もう1点は今、1日何人というので一喜一憂しているが、ある程度この指数関数的な増殖というのが安定的に起こっている場所については、ここ2週間同じような形で増殖が続くという見通しで、2週間後の数字がどれくらいなのかという数字を基に議論すべきなのではないか。

(脇田座長)

- どの数字か。

(齋藤参考人)

- まだここでは計算としては出ていないが、今のR値がそのまま2週間続いたときに患者数、入院者数は何人になっているかという数字である。そこから、もしかしたら幾らか行動が変わって、減ってはいるかもしれないけれども、まず一つの妥当的な推定として、安定的に増えているところはそのまま2週間を外挿して計算した数字をベースに議論する必要があるのではないか。

(中島参考人)

- 先ほど、鈴木基先生がおっしゃったように、現場の状況、保健所のキャパシティを大きく超えていると、丁寧なクラスター対策は同じようにはできないだろうと思う。患者数を減らすためには、ふだんの感染する機会を減らす予防行動と、あと発生したときの対応でそこから先の感染を抑制する、この2つしかない。
- 今、リンク不明割合の話をよくするが、そうではなくて実数そのものが大事だと思う。つまり、感染者を見つけて濃厚接触者の行動抑制をすることによって予防できるのは三次感染。この対策を組み立てるときに全体のデザインをRtがどのくらいあるかにもよるが、どの効果によってどのくらいリダクションが図れるのか、それをちゃんとデザインしないと、結局はいろいろ方向は切り替えたけれども、患者は減らないということになりかねない。一周回れば全体は減ってくるが、今、いわゆるクラスター対策とか接触者対策、発生時対応というのは、感染者が見つかったときにはおおむね5日から1週間ぐらいに見つかっている。そうすると、その濃厚接触者の感染はほぼ決まっている。二次感染者を減らすことはできない。つまり、患者を見つけてその人を隔離しても、二次感染者は出る。大事なものは、濃厚接触者の行動抑制をすることによって三次感染を防いでいるというイメージ。濃厚接触者の行動抑制によって三次感染を抑えるというのが、目に見えた発生からの患者数を減らす効果が一番高いというのはモデリングからも出ている。患者を幾ら早く探知してその人単独の隔離をしても、減らせる感染拡大は30%とか50%下がらない。それに濃厚接触者に行動抑制をかけて三次感染を防ぐと60~70%下がってくるという論文もあるので、濃厚接触者に対する行動抑制はぜひとも残してほしい。

(脇田座長)

- ポイントは十分分かった。後でまた積極的疫学調査の話がある。積み残しているのが館田先生の質問で、福岡のRtを見て、これが予兆になるかどうかという話があったので、そこを西浦先生。あとは、岡部先生の急変者の話があったので、今村先生に後でお答えいただきたい。

(西浦参考人)

- 福岡で実効再生産数がぼこっと上がっているものは、未来の危ない兆候なのかという、恐らくそうだが、ちゃんと解釈ができるように説明する。
- 今、人が移動して新たな場所で流行が起こっているので、福岡でこういう小さいクラ

スターがぼんと起こって感染者が増えていることによってこうやって実効再生産数が上がっている。ただ、上がっているが、もともとの感染者数が少ないので増減幅がとて大きくなる。つまり、感染源の数、実数が少ない中で二次感染というのが大きく揺さぶられるので、そういう状況でこうなっている。あと、そういうのが例えば特定の繁華街なのか、あるいは飲食か分からないが、二次感染がたくさん出るようなクラスターで起こっている場合は、クラスタリングの影響を受けるため1人当たりが生み出す二次感染者数が非常に多いので、それを反映するので高そうに見えるということ。

- だからといってこれを捨て置いていいのかというと、そういうわけではない。後で上がる前兆の場合が往々にして結構ある。第1波のときでよく見えているときのデータを思い出してもらいたいが、墨田区の船の上で伝播があった後に、相模原に親戚の方がいて相模原で伝播があって、その後、つながっていないけれども、相模原でクラスターができた。あれはどう考えても、間に不顕性感染者とかが入ってつながるわけである。そういうので流行が起こる種がまかれるので、そういう点で警戒するといい。

(尾身構成員)

- 疫学調査のほうに行く前に一つだけ。今日の一つのポイントは、どうもリンクが追えないパーセントではなくて、文字どおり数が増えている。つまり、何が起きているか分からない、見えにくい部分があるのだということが一つの特徴。それで、保健所の疲弊というのは前から言われていることで、一つ私がサジェスチョンをしたいのは、保健所の人たちの負担にならないような形で、表面は見えているのだけれども、本当はあるべき感染源が見つからない可能性がある。家庭内感染があるときには必ず持ち込んだ人がいる。その人がどこかで感染していないと家庭内感染は起きない。一体どういうことで起きているかというのは、実は今はもう深掘りされていない。ということで、幾つか2~3の場所を選んで、もちろん現場の人たちの了解を得て、深掘りな調査をして、結果次第ではその周辺に抗体検査をしたり、PCR検査をして、コンプリヘンシブというか、多面的な調査をする地域が1つ、2つぐらいあると、我々が何が起きているかが分からないところがある。このまま分からないままに年を越すことの危険というのは物すごく高い。

(今村構成員)

- 先ほどの急変の部分についてお答えする。悪化のスピードを2つに分けて、1人の悪化していくスピードという意味での急変と、重症者の発生するスピードという2点で説明する。
- 1点目の1人の悪化する急変というスピードとしては、全般的には少なくなっているという印象がある。その要因の一番大きなところは、中等症以上への治療がある程度確立してきていることがあるだろう。しかし、診断が遅れて重症化するほど治療は厳しくなってくるので、やはり早期診断ということも重要になる。高齢者の診断されるタイミングが最初の頃よりはかなり早くなっているので、当初よりは早めに診断され

て重症化へ陥らなくなっている人は増えている可能性はあるだろう。

- もう一つの重症者の発生するスピードに関しては、東京都のモニタリング方向を参考に説明する。東京都における今回のモニタリングの人工呼吸器装着患者の数は39人になっている。先週の報告は38人であった。これだけを見ると1人だけ増えているように見える。ただし、今回のこの39人のうち23人は新たに挿管された人である。新たに人工呼吸器をつけた人。つまり、すごいスピードで人工呼吸器の装着と抜管が繰り返されている。例えば一つの救急医療の現場で2人同時に挿管したり抜管するということは、通常では困難である。このようなスピードで緊急的な対応が繰り返されていること自体が、実はかなり危機的な状況なのである。東京では、

(武藤構成員)

- 3点ある。1つは、尾身先生がおっしゃったことをフォローするのだが、資料4に関して、全体に医療提供体制の言及が少ないので、しっかり書いたほうがいい。このときに、本当に世の中に伝わっていないなと思うのが、医療提供体制の逼迫という意味が全然伝わっていない。いつも受けられる医療が受けられなくなりますよ、あるいは、コロナ患者さんとの医療の両立がうまくいかなくなりますよということなので、もうそういうふう書き下して新しい表現で出したほうが私は絶対効果的だと思う。その上で、下にある①から④をそれぞれ医療に言及したほうがよい。上の札幌はもう既に、「懸念する声も出てきている」ではなくて、もうそういう状況になっているということ認め、ほかの部分もそれについて絶対に触れたほうがよい。
- 何でそうなったのかなというのをずっと報道を振り返ったりしながら考えていたが、今、今村先生がおっしゃったみたいに、数字で病床の占有率が今何%だから、あと何割空いているみたいなふうにしか理解されていないところが一番難しい。本当に理解してもらわなければいけないのは、抜管と挿管を繰り返すのがどれだけ大変なことかというナラティブなこと。そこを伝えないと、世の中の人には危機感が全く伝わらないと思う。
- それから、〈今後の対応について〉の2つ目のポツで、先ほど「学校」という表記を「大学」とかに変えたらどうかという御指摘があったが、私も変えたほうがいいと思う。理由は、学校やなんかもまた急に春みたいな反応をし始めていて、先生が1人感染しました、では全部休校、一斉消毒みたいなことを繰り返しているの、そこではないということをはっきり伝えたほうがよい。
- 今朝、内閣府のほうの橋本大臣のほうの女性政策の委員会で、休校・休園の判断については子供の影響もしっかり考えろということを提言しているので、厚労省のほうでもそれを受け取っていただきたい。
- 最後だが、自殺者の話である。10月の自殺の数は物すごく積み上がっている。これは内閣府の委員会で検討したときに、春に行動の自粛とかいろいろなことをお願いしたときに、相談窓口をみんな閉めてしまったというのが絶対に影響していると言われて

いる。特に女性のほうはいろいろなことがあって、中期中絶が増えていたり、若い女性が亡くなったりしているのので、仮に何か大きい対策を打つときも、DV、性暴力、自殺の相談体制とかは絶対に堅持してくださいということを早く市町村とか自治体に言わないと、みんな早く閉める準備をするので、それをそうならないように今のうちから書き加えていただきたい。基本的対処方針等諮問委員会でちょっと発言したときにもっと言えばよかったと今すごく後悔しているので、どうかよろしく願いたい。

(脇田座長)

- 今の武藤先生の見解は非常に重要だと思うので、何とか書き加えるようにしたい。よろしいか。

(事務次官)

- 確認というか、整理だけを念を押して申し上げたい。先ほど尾身先生のほうで、札幌市のところはいわばステージ3に該当するということをこれで書いたほうがいいのではないかというお話があって、大方としてはそういう方向だったと思うが、8月7日にまとめているところでステージ1、2、3というふうにやっているわけだが、これは県単位でやっている。県単位で、そこは県知事の判断だというふうになっているので、札幌市がステージ3だというと、ほかのところもそういう小さいところで判断するのかという話になってしまうのではないか。その整理をどうするのか。
- もう一つは、前にたしか分科会のほうだったと思うが、Go ToトラベルとかGo Toイートの事業について、ステージ3になったら、その県の扱いについて再検討が必要だという議論があった記憶をしている。行き先とかそういう話について、一時、始めたときに東京は外していた。そうすると、まさに札幌市は、そういうことになるのかという議論が出てきてしまうというのをどうするのか。まさに8月7日のときにも、ステージ3で講ずべき施策、ステージ3になったら取り組むことを検討していただきたい事項というふうに書いてあって、その項目で、例えば飲食店の休業要請とか、営業時間の制限とか、あるいは若者の団体旅行など感染予防を徹底できない場合等における県境を越えた移動自粛の徹底とか、そういうのは書いてあって、書き方としては、札幌市についてはステージ3で講ずべき施策、このときをお願いをした事項について実施することを検討する時期に来ているのではないかということが整理としてはぎりぎりなのではないか。札幌市がステージ3だとか、北海道がステージ3だということではなくて、ステージ3になったら行くと整理をしたことを、札幌市のこういう地域においてはやることをもう考えるべき時期に来たということではないかと思うが、そういう理解でよろしいか。

(脇田座長)

- そもそもアドバイザーボードがステージ判断をするところではないというのはあるが、尾身先生の見解は、ステージ3に相当するような状況に札幌市がなりつつあるというか、そういう状況になっているということを言われていると理解している。

(尾身構成員)

- 次官のポイントは非常に大事。これは、はっきり言って、極めてポリティカルなコンスタレーションも必要というか、そういうイシューである。ポイントは、ステージのことははっきりしたほうが良いという釜范先生のあれで、都道府県で市町村をどうするかというのは寝技をしないとなかなか難しい。
- 復習すると、ステージ2と3の違いは、もうステージ3になったら、今、次官がおっしゃったような、人の動きのある程度の抑制ということ。Go Toの話はそれと整合性を取るために言っているのだから、そういう意味ではステージということ札幌市については言わなくても、ただし、東京と大阪については間違いなくそういうステージに近づいているということは、3知事も多分反対はしないと思うので、つまり3ということは書かないで、医療の問題やら何やらでかなり厳しい状況になっていることは、もう知事もそう思っておられるからああいう対策を打っているのだから、今日の時点で地方の市をステージ3にできるかというのは国のほうでも困ると思うので、その辺でいいのではないかな。

(脇田座長)

- では、後ほど書きぶりを考えたい。

<議題2 積極的疫学調査等における優先順位について>

※事務局より資料4に基づき説明。

(前田参考人)

- 札幌は明らかに発生した患者をさばくことだけしかできなくなっているという状況で、非常に特異的で、あそこまで絶対にならないようにというのが目標で、そうした中で今回優先順位が示されたのだが、優先順位というのは、①をやって、緩くなったら②なのか、それで③なのか。現在は確かに非常に東京も逼迫しているが、要するに優先順位というのは、順番ではなくてエフォートの大きさを変えているということ。要するに、①はかなり重点を持っている。③は少し、手を抜くというわけではなく、一応一通りはやるというところなので、これを示されたときに、優先順位というのがそのどちらの意味なのか。後者の意味であれば、もう既にどこの保健所も大体やっている。それによって、ある意味逼迫を免れているような形で何とか保っているということなので、①をまずやって、それでもういいのだという意味のものなのかを明確にしたい。
- 2点目の高齢者施設について、一昨日、再周知ということで高齢者施設等についての検査の通知がきたが、そこに高齢者施設等の職員に対して定期的に検査をするという文言が入っていて、これが非常に自治体としては懸念しているところ。
- 先ほど田村大臣の話もあったが、こちらは自治体について判断が分かれるところで、御存じのとおり世田谷区は非常に一生懸命このことをやっているが、その世田谷区が

あれだけ一生懸命やっても全部一わたりするのに3か月かかるという計算でやっている。そこで5人一遍にやれないかとか、いろいろお話があるわけだが、3か月かかるとなると、そうなったときに定期とは一体何なのかというところもある。その辺が3か月という人もいるが、3か月というのはかつての結核の検診をしているときに、結核は有症系になるのに大体3か月かかるので3か月以内ということをしていたので、これはCOVID-19には全く当てはまらない間隔なので、もしそれを推奨するのであれば、どういうエビデンスをもってどういうのを定期としてやるべきなのかというところ。

- 最後の3のところだが、人口10万人当たり15人以上という、患者が発生増になってくるところというのはある程度行政検査も逼迫してくるので、そうした中にさらにこれを加えるということが、今国が様々な調査を行ってこの冬に向けての検査体制の数字を出していく中で、恐らくそれに上乗せをしないとこのことをやり切れないのではないかと懸念があり、その辺の検査体制との関連がある。
- もちろんこういうことをするときには保健所は全くノータッチでは当然なく、やはり保健所の業務が増えていくことになるので、その辺の患者発生増になった地域でこれをあえて行うことについて、ロジスティックに考えて可能なのかどうかというところを御検討いただきたい。

(西浦参考人)

- 2ポツの検査に関して、ハイリスクの人の検査、あるいは介護のワーカーさんたちの検査というのはイギリスが中心になっていろいろな実証研究が行われてきているが、今のフローで書かれている中では検査の実施しか検討されていないので、ちょっと心配になっている。どういうことかということ、介護従事者あるいは医療従事者の人たちの検査をするときというのは、オックスフォードだったり、ロンドンで展開されている研究だと、自己隔離を前提にされている。だから、どんな症状が出たときでも、すぐ従事者の人たちが休めるような状態をつくるということを前提にした上で、検査をアドアップすると効果があるというような研究なので、そこを取り違えて検査だけをしていると、やたらと無症状の高齢者の人が出るだけだと残念なことになりかねないので、セルフアイソレーションとかの指示のフローは絶対に入れたほうがいい。
- 入所者の人たちも、そういうので検査をするのだったら、発熱チェックも当たり前なのだが、シムptomダイアリーといって症状を毎日チェックしていくというのをつけた上で検査をしていくというフローをつくっておかないと、恐らく実効力がなくて後で困ることになるので、それを整理したほうがいい。実施されるということであれば、評価体制をちゃんとコントロール・スタディーができるようにしておいたほうがいい。

(結核感染症課長)

- 本日、御意見をいただきながら、さらに整理をしていきたい。まず、積極的疫学調査の優先順位の考え方だが、これに関しては本日も御議論いただきたいが、このウイル

スの性質が分かってきているという中で、重点化をしていく考え方、優先の考え方ということで示しており、今、こういったことをしっかり保健所のほうでやっていただいている中で、①②③という重みづけをつけてやっていくべきだといった御意見でアドバイザリーボードのほうでまとめれば、その考え方でしっかり進めていきたいと考えている。

- 2の「高齢者施設等における検査の徹底について」のうち2ポツ目の部分に関しては、高齢者施設などで発熱などの症状があってコロナの検査を受けたいなといった場合に、それでも受けづらみみたいなお話があるときに、そこについての対策をまず進めたいという内容。1人目の方が受けにくいという部分の目詰まり解消ということである。西浦先生御指摘のように、体調が悪いときに職員の方が高齢者施設のほうに来てしまうということは当然防がなければならないわけで、体調に何か変化があれば、職場に行く、あるいは外出しないということのしっかりした周知はやっていきたい。また、高齢者施設に対してもそれを徹底していきたいが、2ポツの部分に関しては、1人目が受けにくいということがある場合にしっかり検査を受けられるように進めていきたいという内容が中心である。
- 3ポツ目の患者が発生していないところでの検査の考え方について、これもアドバイザリーボードのほうで御意見をいただきたいが、例えばある基準を超えたところで、県全体の施設を本当に定期的に全員検査ということになると、今日御指摘のあったとおり、その必要性があるのかということや、検査のキャパシティがあるのかということがある。一方で、地域を限った場合に、実際に患者が発生した場合に非常に大きな影響があるという場合に、ある程度検査を予防的にしていきたいという場合にそういったことが可能であるという考え方はこれまでもお示しをしているという中で、今回、感染の拡大がある中で、高齢者、ハイリスク者を守っていくという考え方に立ったときに、どこまで求めることができるかということで今回お示しをしている案ということである。これについても引き続き御意見をいただきたい。

(前田参考人)

- 2ポツ目については、この点についてまともな保健所ならば今さら言われるものでもないところだと思っている。こうした施設に勤務する方で有症状者が出た場合には速やかに検査をする。普通の保健所であればこれはしている。一方で、これはあくまで私が経験した事例だけの中で申すので偏見があるかもしれないが、むしろ施設側でこの辺をちょっと抑制するようなところもあったりするところ。なので、この点はぜひ保健所にも改めて徹底することと、施設の側にも勤務者がこうした症状があった場合には速やかに実施するということ。
- 3ポツ目については、これは高齢者の例と医療機関の例と歓楽街等が入っているが、歓楽街のものについては、今回の内閣官房のワーキンググループの結果を踏まえると、一定程度、集中的に体制を整えた上で行うということについてはぜひすべきだと思っ

ている。やはり今後もこうしたところが発生源となって感染が拡大するという懸念があるが、これをもってまた高齢者施設についてどこまでやるかというところについてはもう少し繊細な検討をしていただきたい。

(鈴木構成員)

- 資料5の1ページ目の積極的疫学調査の重点化に関して、これは今の流行に合わせて事務連絡などを出して優先順位づけをして対応してくださいというのではなく、そもそも実施要領そのものを書き換えて、更新して、流行状況に合わせて運用してくださいという形にするのかどうか。

(結核感染症課長)

- そこはまさに先生方と御相談をして、ただ、スピード感を持って対応していきたいということなので、特に鈴木先生の御協力をいただいて、積極的疫学調査そのものの実施要項の見直しで対応ということであれば、その方向で相談していきたい。

(尾身構成員)

- 今の鈴木先生の問題意識は、積極的疫学調査というのは金科玉条ではなくて、感染状況の変異によるので、今の状況にはこうするというので、それが1点。
- 2点目は、さっき中島さんが言ったことで、積極的疫学調査は重要なものだけれども、それと同様あるいはそれよりも重要なのは実はやった人の行動変容である。これは積極的疫学調査もそうだし、高齢者施設のほうもそうで、そのことが実は一丁目一番地なので、ぜひ書いたらいいのではないか。
- 最後の3の高齢者施設。これは中島さんが直近のアドバイザリーボードで説明してくれた名古屋市の事例は非常に強い印象。あれは簡単に言えば、高齢者施設で一例でも起きたときの早い対応が、自治体の感染症対策部門と老人保健課、この2つが極めていい連携をして、しかもこの自治体が周辺の医療機関と物すごくいい関係を持って、70%以上は二次感染を起こしていない。こういうことがあるので、感染対策の一般的な常識で言うと、感染が拡大したらどんどん検査の数を減らすというのが常識。分かっているから、感染がどんどん拡大したときに一々やるというのは、むしろ最初はやるけれども、そういうことからすると、これは今の何のためにやっているかという、これは2Bか2Aかはよく分からないが、そういう人たちのことよりも、むしろ高齢者における感染リスクを低くしたいわけである。そのためには、実はさっき前田さんが優先順位は時間ではなくてエフォートの問題だと言った。今、保健所が大変なときにリソースをやるのなら、1回目が出たときにすぐに行くというのが実は一番効くのだということはもう今までのあれで分かっているので、これはもう一回みんなで少し検討したほうがいいのではないか。

(佐々木審議官)

- 資料6が関連するので説明させていただく。

<議題3 クラスターの早期探知・早期介入のための取組について>

※事務局より資料6に基づき説明。

(押谷構成員)

- 資料5に戻るが、優先順位のところで、実施要項が改定されればそこに詳しく書けばいいことなのかもしれないが、前向きのところで、陽性者に重症化リスクある者が多数いる場所・集団との関連とあるが、例えば高齢者が自宅にいるという人が陽性になった場合、陽性者そのものにはこういう場に関連がないというふうに読めなくもなくて、本当はここは陽性者とその濃厚接触者だと思うのだが、厳密に言うと前向きのところはそうなのかなということと、前向きのほうは2番のところで、かつ感染があった場合に地域に感染拡大しやすい状況というのがあって、これは接待を伴う飲食店ということが想定されているのだと思うが、実は後ろ向きにも、地域に感染拡大しやすい状況というのがあって、特に大規模なクラスターがその後ろに隠れているというような場合には、そこから二次感染、三次感染が起こりやすい状況なので、そこを優先するということは書かなくていいのか。

(和田参考人)

- 押谷先生の話に関連して、資料5の①②③と前向きの調査をするときに、②は、例えば感染が生じやすく不特定多数との接触というと、昔劇場であったようなものとかライブハウスというので、場合によってはキャバクラというものもあるのだろうが、③は恐らく例えば飲み会とかだと思う。もちろん②が先に分かればそれはいいと思うが、対応的には近くにいる飲み会とかをやった人たちのほうが特定されやすいとすると、私の印象からすると、ガイドとかをつくっている立場からすると、②と③というのは逆にしてもいいのかなと思う。あと、地域に拡大しやすい状況というのはちょっと表現を変えたほうがいいのではないか。

(田村厚生労働大臣)

- 前田先生から2つお話があった。1つは、介護施設等々がなかなか発熱者が出ていても診てもらえないという事例、介護施設に伝わっていないということがあり、それも含めて徹底をしていかないと駄目だということなので、今回、もう一回知事部局のほうに下ろしていただくという形で通知をするということ。それから、3のほうだが、なかなかこれは悩ましい。今おっしゃったとおり、広がっているところでやるとなると余計マンパワーがどうなのだというのと、もう一つは、やった場合に仮に従事者が出た場合。これをやって世田谷は出た。結果、マンパワーが足らなくなってしまうということがあるので、そこまで考えた上で、それはもう出たということはその後感染させる可能性があったわけだから、そこで隔離するというのは重要なことだと思うが、それによって急にマンパワーがなくなったときの要介護者に対する対応をどうするのだということもあるので、ここもセットで考えていかなければ駄目だと。ただ一方で、

西浦先生が言われたのは感染はしているけれども、そもそもキャリアで発症能力がない方々という意味で言われたのか。

(西浦参考人)

- それだけではないが、二次感染をしない人も含めて検査の対象になるのだと思う。

(田村厚生労働大臣)

- そこをどこまで幅広に見て行って、見つかったときにどう対応するかというのはなかなか悩ましいが、とにかく蓋然性が高いところなので、クラスターが起こると高齢者施設の場合は重症化がわっと出てしまう可能性があるので、病院等々の逼迫を止めるためにもなるべくということだが、この10万分の何人がいいのかというのは私もまだよく分からない。検査能力との兼ね合いがあるし、もうちょっと手前で、そういうことが起こっても診られるような体制を組んでおいてくださいねというような意味でも、知事部局のほうにお願いして、保健所等との体制を取っていただきたい、早くからこういうものを発出したいという思いがありましたので、その点も含めて御理解・御評価いただければありがたい。

(脇田座長)

- 今いろいろ意見があったので、そこを含めてさらに取り組んでいただくということだと思う。実施要領のほうは、またこれは改定していくのか。鈴木先生。

(鈴木構成員)

- もともと改定の準備はこちらでもしていたが、今般の流行状況を踏まえて、いずれにしろ改定を早めにしていきたい。ただ、恐らくすぐというわけにはいかないの、まずは事務連絡で対応していただくというのが現実的なところかと感じている。

<議題4 その他>

(中山構成員)

- 11月12日の分科会で差別・偏見ワーキングのほうから中間取りまとめについて報告をさせていただいて、その当日の分科会の資料9-3で、新型コロナの特性を踏まえた感染者の情報の公表の在り方について、改めて国としての考え方を整理して公表いただけたということでしたので、ぜひ厚労省のほうで御検討願いたい。もともと2019年12月のエボラ出血熱の基準が参考資料として配られているという現実がありますので、よろしく願いたい。

(結核感染症課長)

- 公表基準のことにつきましては過去にお示したものがあるが、実際にどういった公表が行われ、どういうところが課題であったかということを生先生にも御意見をいただきながら検討してまいりたい。

以上