

# 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第6回）

## 議事概要

### 1 日時

令和2年8月24日（木）10:30～12:10

### 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
	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
	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
	斎藤 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	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
福島 靖正	医務技監
迫井 正深	医政局長
正林 督章	健康局長
中村 博治	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
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、災害対策担当）
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長
佐藤 康弘	大臣官房人事課総括調整官

#### 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. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について
3. 感染者情報の活用のあり方に関するWGのこれまでの検討状況等について
4. その他

#### 5 議事概要

##### <加藤厚生労働大臣挨拶>

皆さん、おはようございます。それぞれの御多用の中、また暑い中、こうして足を運んでいただきましてありがとうございます。

最近の新規感染者数の動きでありますけれども、1,000名を超える感染拡大が続いておりますけれども、1週間単位で見ると、この2週間ぐらいは若干減少傾向にあり、昨日は739名となっているところであります。

また、新規感染者数の増加に少し遅れて増加すると言われております重症者数についても、7月上旬以降、増加傾向にありますが、ここ1週間程度は230から250人前後で、250人台で推移をし、昨日は259名となっているところでございます。

こうした中で、早期に陽性者を確認するとともに、感染情報を正確に把握していくため、検査体制の増強をさらに図っていくことが必要と考え、先般、検査能力の増強、検査のアクセス向上、地域の感染状況を踏まえた幅広い検査、院内・施設内感染対策の強化、新技術の積極的な導入という5つの戦略の柱を立てて取り組ませていただいております。

この中でも、地域の感染状況を踏まえた幅広い検査に関しては、クラスター発生など地域における感染状況を踏まえ、感染拡大を防止する必要がある場合には、地域の関係者は幅広く検査をしていただくという基本的考え方をお示ししております。

特に、重症化等に結びやすい医療施設、高齢化施設等については、感染者が多数発生し

ているなどの地域では、医療施設、高齢者施設等に勤務する方、既に入院・入所している方、新規の入院・入所者について、当該施設で感染者がいない場合にあっても行政検査を必要に応じて実施をすべきとの考えを明確にさせていただいております。こうした積極的な検査を通じて、院内・施設内感染対策の強化を図っていただきたいと思います。

また、接触確認アプリ「COCOA」については、アプリの利用者について、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した場合に、やや幾つかケース分けをしておりますけれども、可能性がある方と通知を受けた方については、全員が行政検査の対象になるということを明確にさせていただきました。

そして、受けた方を速やかに検査につなげていくために、若干、都道府県で対応が異なるところがありますが、接触確認アプリ専用の電話相談窓口を設置するなど、そのための体制整備も図っていただくことにしております。

現在、累計のダウンロード数は約1400万件。この1か月だけでも600万件が増加しておりますが、引き続き多くの方にダウンロードをし、御利用いただけるように御協力をお願いしたいと思います。

本日は、現在の感染状況等の分析・評価について、改めて御意見をいただくとともに、この冬のインフルエンザ流行期に向けて、既にワクチンを例年以上に確保できるよう努力をしておることに加え、発熱等の症状を訴える者が増加することも見越して、検査体制や医療提供体制の確保、拡充に向けて、医療関係者の方とも議論を始めさせていただいておりますけれども、そうした観点も含めて、アドバイザリーボードの先生方から忌憚のない御意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

## <議題1 現時点における感染状況等の評価・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。鈴木構成員より資料3-1、大曲参考人より資料3-2、西浦参考人より資料3-3に基づき、それぞれ重症者の割合の変化の疫学情報について説明。さらに、事務局より資料4に基づき説明。

(尾身構成員)

- 資料2のP16は極めて私は重要だと思う。なぜかという、この黄色の部分、院内感染というのは随分減っている。これを資料4に追加してほしい。
- 資料4の最後のページ。ここは極めて重要で、一つサジェスションは、第一パラグラフに、院内感染の数が減ってきたということもあり得るのではないかと書いていただくこと。死亡率さらに低めに抑えるために、これからも院内感染を早期に把握して、しっかりとした対策を取ることが重要だということが最後の結論になると良いと思うので、その1行を一番下に加えていただくようお願いしたい。

(今村構成員)

- 今の御指摘の部分で1点だけ注意すべきと思うのは、院内感染の件数が減っているかどうかというのは精査が必要だと思っている。東京都のほうでは件数はあまり減ってはいない。むしろ、検査は積極的にやるようになってきているので、出始めの部分は意外と落ちていないけれども、その後の体制がうまくいっているので、1クラスターでの広がり小さいという傾向が見られている。「件数」と言わずに、「人数」といった表現が必要かと思う。

(齋藤参考人)

- 直近の感染状況等のところで、「ピーク」という言葉が何件か使われているが、この言葉の使い方はもう少し慎重になるべきではないかと思う。マスコミなどでも「ピークを過ぎた」という表現がよくフィーチャーされるが、これはあたかも「大雨のピークが過ぎた」と同じように、何もしなくても過ぎ去って減っていくという印象を与えているのではないかという懸念がある。「減少傾向だが持続傾向にある」とか「感染は持続している」とか、もう少し保守的な表現を取るべきではないか。

(和田参考人)

- 多くの自治体で、既に夜の繁華街に対しての要請みたいなものはもう延長しないというふうな話が出てきている。少し減少傾向が見えてくる中で、人流だとか人の接触頻度というのが感染拡大に寄与するということは以前から分かっている中で、いろいろな繁華街で対策なく感染が拡大し得るとのことへの警告のようなものはどこかでまた出さないとまた感染者が増えてくることを危惧している。

(今村構成員)

- 今、重症化に関するデータがそれぞれの先生から出されているが、複数の重症化の話が一緒に出されてきたときに、その重症の定義が全く異なっているので、それを横断的に見ることはまず無理だと思われる。だからそのときに、国民に同じように取られても大丈夫かどうかの確認は必要と思う。
- 例えば、大曲先生が先ほど「広めの定義だ」とおっしゃっていたが、例えば資料4の8ページの下を見ると、「酸素投与、人工呼吸器管理、SpO<sub>2</sub>が94%以下、呼吸数24回/分以上」という形になっているところ、恐らく、臨床の現場からいくと、酸素投与がされていても低流量で、このSpO<sub>2</sub>というのが例えば92~93%ぐらいだと中等症の感覚だと思う。でも、これはあくまでも定義をしっかりと広く見つけてやるのが重要で、その重要性を分かった上でやっている調査なので、その点は問題ない。
- しかし、やはり同じようにして比較してしまうと、数値の差が出ることもあるので、そういう差が出てしまっている部分と一緒に出ていないか。もしもその場合には定義が違うということを説明しなくてはいけなくなるので、そこだけお願いしたい。

(前田参考人)

- 今回なぜ上昇してなぜ減少してきたのかという辺りについて全く分析がない。これだ

け見ると、結局自粛をやめたから増えて、自粛を要請してみんなが協力したから下がったのですかということになってしまいが、私が地域で感じているのは、少しゆったりではあったが、いろいろな街に対する集中的な対策が最初の元を止めていったと思う。その辺が今後の対策にもつながっていくので、その点について全く言及がないというのはちょっともったいない気がする。

(押谷構成員)

- 今のことに関連して、直近の感染状況等の資料4で、都道府県による自粛要請の協力もあってか減少に転じたと書いてあって、めくった直近の感染状況の評価にも同じことが書かれているが、こう言い切っているのかという問題がある。恐らく、自粛要請というのは、お盆の前辺りにいろいろなところで行われていたと理解しているが、実際に減少に転じているのは8月の初めで、発症日別のエピカーブを見ると、7月の下旬から緩やかに減少しているので、ちょっとそれで説明するのは無理があるというふうに思う。
- 結局、夜の街での感染がかなり増えて、そこが減ってきたということが全国的な流行動態にかなり影響している可能性はある。まだここはきちんと見る必要があり、短絡的に自粛要請の協力で減ったというふうに言ってしまうのかという問題はあるかなと思う。

(前田参考人)

- 私も前回そういうお話をして、確かにちょっとずれているので、やはり自粛だからということではないなと思っている。

(中島参考人)

- 西浦先生の最後のスライドのGoogle mobilityとRtの話で質問があるが、よく私が話をするとき、人が移動することでウイルスは移動してもそこで感染が起こるわけではなく、最終的には感染のリスクを伴う接触があるかどうかの問題であるということをよく言っている。これはmobilityが増えてもRtが下がってくるというのは、むしろ移動に伴う感染予防が現場で進めば、こういう現象は見えてくるのではないか、その辺りの考察はどうなのか。
- もう一つは、最後の直近の感染状況のまとめのスライド3の感染状況の評価の②について、まず、上の1ポツ目、<医療提供体制の確保の必要性について>の1行目で、「保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じてお」ということを述べているので、2行目も続く文言で、一部地域ではやはり保健所機能の維持にも悪影響が出ているのではないか、保健所機能の逼迫の状況があるのではないかというふうにも思われる。保健所の支援、外部からの人の支援はたくさん行われているわけだが、最近はその人員の確保が難しいという声も聞いてきている。したがって、2行目は1行目を受けた形で、保健所の文言も「一部地域」の後に入れてはどうかと思う。

(太田構成員)

- 感染状況の評価の、先ほどのなぜこの感染がピークを迎えたかの表現の仕方について、もちろんだのような形で疫学的な分析からこれを表現するかというところはあるが、基本的に何も国民が努力せずに減ったということでは多分ないと思う。したがって、一応、今回、これは7月27日から29日をピークに減ってきたが、ほっといてもこの感染症は減ることがあるのだよというふうにとられないような形で何らかの表現を少し御検討いただければと思う。

## <議題2 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について>

※事務局より資料5に基づき説明。

(和田参考人)

- 4点ある。1点目は、保健所でいわゆる受診相談センターを介して受診をするという仕組みもこの冬までまたやるのかということは、検討が必要かと思う。外注化が進んでいるという話もある一方、東京都もまだ1,500件ぐらいいは受けているところ、冬場もこれをやるのか、それとも、できるだけ通常の医療のような形にするのか検討が必要。
- 2点目は、インフルエンザワクチンは10月1日ぐらいからの接種なので、もう4週間後になる。かなり期待も大きいので、そろそろ話題にしていかないと、その辺りの期待とのギャップが生まれるとまた論点になると思う。ぜひ早く話題にしていきたい。
- 3点目は、地域外来・検査センターについて。これは厚労科研でマニュアルの改訂をするようにということで、今、作業をして、現場も訪問しているが、やはり非常に脆弱な体制でやっている中で、とりあえず行政検査だけやるというだけではなくて、今度は保健所のやり取りだとか医療の話まで出てくるとかなり混乱するような要素もある。あまり地域外来・検査センターに負荷をかけると、また事務の手続が非常に大変なので回らなくなるのではないかと心配している。
- 最後に4点目だが、やはり冬場に向けて、もう少し遠隔診療の活用ができないかといったことは議論が必要だと考えている。

(釜萯構成員)

- インフルエンザワクチンの接種については、今回、優先的に接種をやっていただきたいという対象を、早い時期にしっかりアナウンスをして、もう10月1日から接種が始まる、9月に入ると予約をどんどん受け付ける状況なので、そこはしっかり早く情報を出していく必要があるということを申し上げたい。
- それから、このインフルエンザとCOVID-19の検査の体制というのは、地域によって整備できている状況が大分違う。したがって、その地域の状況に応じてやっていかなければならないが、基本的には、日本全国としては、なるべく多くの医療機関が、それぞれの医療機関でできることをしっかりやって、そして、なるべく多くの医療機関

が検査に役立つという体制を取ることがぜひ必要である。東京のように検査センターがある程度拡充しているところはある程度はそれでもいいかもしれないが、そうでないところが多いので、なるべく多くの医療機関がしっかり体制を取れるようなアナウンスをやはりしっかりして、この4ページに書かれているようなことが実践できるようにしないといけないと思う。

- それから、インフルエンザの検査については、国民の皆さんの間には、急激に発熱が起こってインフルエンザを疑った場合には医療機関を受診して、そして検査をして、インフルエンザが陽性に出た場合には抗インフルエンザ薬を処方する、という形のやり方がもうかなり定着している。これを変更するという点については、かなりの国民の皆さんの中の戸惑いが生じるだろうと思う。したがって、やはり検査をせずに処方だけというのはかなり限定的にすべきであって、しっかり検査ができてその結果に基づいて適切な抗インフルエンザ薬が処方されるという方向を、国としてはぜひ目指すべきだと思う。

(押谷構成員)

- 2ページ目の最初の「現状・課題」のところについて、「例年の季節性インフルエンザの流行期では、多数の発熱患者の発生が想定されるが」と書いてあるが、想定されるというのは通常、将来のことをいうのだと思うが、ここは過去のデータに基づく事実であって「発熱患者が発生する」だと思う。ここには、今期のこれからの冬どうなるか、ということが想定されるかということを書くべきなのだと思う。
- 本当にインフルエンザが流行するのかということについては不確定要素がかなりある。世界的にも今、インフルエンザはほとんど流行っていない。COVID-19があって、インフルエンザのサーベイランスがあまり機能していないということは十分に考慮しないといけない。インフルエンザが流行していないことが本当なのかということはあるのだが、例年、南半球で6、7、8月と、かなりのインフルエンザの患者が出るはずだが、相当検査をしてもほとんど出ないという事実がある。そもそも、どうして季節性インフルエンザの流行が起こるかということ、北半球、南半球、さらに、熱帯、亜熱帯で循環することによって流行が起こるのだろうと言われていて、その循環が今、ほとんど人の動きが止まってしまっているので起きていない状況である。その上で実際にインフルエンザが流行するかどうかはまだわからないので、やはり流行した場合の対応を慎重に検討しないといけない。だから、WHOもつい先日、ワクチンの接種は積極的にやるべきだと言っているし、インフルエンザの同時流行が起こるリスクはあるので、それに対して備えなければいけないというのはあるが、インフルエンザの流行が起こるということは自明という前提で考えるのは少し問題なのかなと思う。
- その上で、4ページであるが、この時間の分離とかだけでいいのかという問題がある。当初、検査の基準とかを決めたときに、2009年の発熱外来のような状態をつくってはいけないというのがコンセンサスだったと思う。インフルエンザで患者が集中してい

るところにCOVID-19の患者が来るということが問題なのであって、発熱患者を時間で分離すればいいというものでは恐らくないのだろうと思う。その地域でのインフルエンザの流行状況とか、COVID-19の流行状況に応じて、診療体制をどういうふうを考えていくかということが必要なものであって、ただ動線を分ければ、発熱患者の動線を分ければいいというものでは多分ないのかなと思う。

(太田構成員)

- 今年の冬に向かって、いろいろな医療機関が協力して検査体制を拡充して対応していかなければいけないというのはそのとおりだと思う。今、行政検査の契約に関しては様々な通知を出していただいて、各都道府県、地域で集合契約が結構スムーズに進んでいる。かなりの医療機関がこの検査に協力するような体制というのは徐々にできつつあるのだと思う。
- ただ、一部の自治体、都道府県から聞いているのは、行政検査の契約にかなり限定的な形の条件がついているということ。具体的には唾液検査以外は認めない。実際、その患者さんに直接対応するときに唾液が取れる患者さん、健常な方で普通の人だけだったらいいのだが、そうではない人でも検査しなければいけないときに、やはり鼻咽頭を取らないとそもそも検査できないという患者さんもいる。また、これだったら抗原検査キットでいけるだろうという人に関してもやらせてもらえないということが、実際、契約の内容によっては起こり得る。現場がとにかく頑張っているいろいろな形で対応していこうと思うので、やりやすいような形で御対応いただきたい。

(前田参考人)

- 1点目、今、太田先生が言われたとおりで、実は東京都は集合契約で唾液以外認められていない。一方、地域からは、例えば訪問診療等で高齢者で唾液が出せないという方については対策を取った上で、咽頭ぬぐい液あるいは鼻腔ぬぐい液をやりたいという話があるが、ちょっとそこが進まない。今後これは高齢者の入所者の健診等の際にも関わってくるところなので、ぜひその辺は柔軟に対応できるように都道府県に働きかけていただきたいと思う。
- それから、もう一点はやはりワクチンのこと。先日、千葉市が全年齢の方について公費負担をするのだという発表を市長がされたが、これを全市町村がすれば、もうワクチンはとても足りなくなる。したがって、高齢者や必要な方への確実な接種体制を市で整えられて、それでほかの自治体に迷惑をかけないでワクチンを確保できるのならほかの世代にも広げてくださいというぐらいの、ちょっと強いメッセージを発すべきだと思う。
- それから、実務的にワクチンの供給が滞るのは、基本的にはやはり卸の関係である。少数のワクチンを欲しいという診療所よりも、非常に大量に欲しいところに最初にワクチンが行ってしまう。そこでだんだん少なくなったものが、少量欲しい診療所に個別に回ってくるということがあるので、その辺の供給をしっかりとしないと、地域で高



齢者に接種する診療所にワクチンが回ってこないということになりかねない。

- 特に今回は、企業等で恐らく非常に積極的にワクチンを接種しようという動きも出てきかねないので、その辺の流通を、これを卸に対してどう働きかけるかというのは難しいが、そういったところでのシステムのところにも働きかけないと非常に厳しい。しっかりとその優先順位ということをぜひお伝えして、何とか動くようにしていただきたいなと考えている。

(中島参考人)

- 先ほどのCOVID対応のところにも出てきたが、高齢者施設への対応をやはりもう一度議論していただければと思う。高齢者の入所者で特にADLの低い方は、医療機関の受診のハードルが結構高い。結構具合が悪くなるまで、実は医療機関への外来受診がしにくいということもあって、重症者を起点にするとどうしても発生してから時間がたって受診ということが起こる。通常のインフルエンザ対応もかなり迅速診断キットだとか、予防内服を高齢者施設内でできる体制が整ってきているので、その中でCOVID対応も含めてどういうふうに診断をしていくのか。その施設の中でどう対応できるのかということ、また改めて議論していただければと思う。

### <議題3 感染者情報の活用のあり方に関するWGのこれまでの検討状況等について>

※事務局より資料6に基づき説明。

(鈴木構成員)

- そもそもこのHER-SYSというのは疫学的な観点からいって、非常にチャレンジングなプロジェクトで、一言で言えば、全症例を数えようとするサーベイランスの側面と、患者を追跡するコホートという、2つの根本的に異なるデザインを同時に実現しようという試みである。
- 私は長年、疫学研究をやってきたが、一般論としていけば、こういった2つのデザインをくっつけると、まずうまくいかない。例えばがん登録とかHIV・エイズのような比較的経過が長い疾患についてはこういったシステムが可能にはなっているが、新型コロナのような、大半が軽症で特別な治療法がないような急性期疾患についてこういった試みをやろうというのは、前例のない大きなチャレンジだということは、ぜひ全員が共通認識として持っておく必要があると考えている。
- 現時点での登録率について、自治体ベースでいえば確かに99%がレセプトから移行したということになっていると思うが、患者数ベースでいえばとてもそこには到達していないと思う。少なくとも我々疫学センターに共有していただいているデータベースでは、直近の登録率は5割に満たない。
- 実際にFETPが各自治体に入っていて、各自治体がどうやってデータマネジメントをしているのかというのを情報収集している。東京都、大阪府、沖縄県などがそうであるが、ほとんど自分たち自治体で独自のデータベースを構築して運用している。毎日の

合計もそれに基づいてやっているという状況で、一部は病院で入力しているが、多くはまだ、病院から送られてくるファクスを保健所レベルでHER-SYSに入力しているという状況。自分たちのデータベースがあるので、丁寧に入力する、丁寧にクリーニングするというモチベーションがないというのが現状である。

- そうした中で、自分たちがつくってきたデータベースからHER-SYSに乗り換えようというモチベーションが現場にないというのが実情なので、そこからいかにHER-SYS全面稼働に持っていけるのかというのは、かなり困難な状況だと思う。
- 最初から100点を目指しても実現できないので、まずは60点、70点というふうに、少しずつゴールを決めていく必要があると思っている。そうした意味で、とにかくHER-SYSの中にレセプトを再現するというのが最大というか、目先のゴールだと思っているので、まずは項目を絞って、レセプトの項目に可能な限り近づける、かつ、地方情報センター、疫学センターでクリーニングのサポートを行うといった方向でまずは話を進めている。

(尾身構成員)

- この問題は非常にチャレンジングというか、非常に困難な、非常に複雑な問題があるということ、みんな、多分認識していると思う。その上で、ぜひ、今よりもっとさらにこのプロセスが進んでほしい。
- そして、1ページ目の今後の進め方で、運用の改善を随時実施と書いてあるが、強い厚労省のリーダーシップで、いついつまでにこれをやるという形で、もう少し具体的なことをやってもらいたい。

(前田参考人)

- このワーキンググループで、地方感染症情報センターの関与によってデータをクリーニングしていただけるシステムができたことが一番ありがたかったと思っている。
- あと、非常に実務的な話だが、今は各自治体、保健所等が、その地域の情報を迅速にホームページに公開しろということを求められているので、もしアプリケーションとしてそういうものがすぐ出せるものが提供されれば、恐らく各自治体での入力作業に対するすごくインセンティブになるのではないかなと思う。
- それから、もう一点。今回、もし可能になればすごく役立つなと思っているのは、各保健所間、自治体間の情報の共有である。これは、先ほど、疫学調査にはなかなか難しいという話があったが、この疫学調査を進めるには、その患者の住所地の自治体、勤務地の自治体、あるいはそうした接触が起こった自治体等々の情報の共有のため、事務的な書類のやり取りというものが大変であるが、そこがここの中で共有することによって効率的に進むのであれば、それは大変ありがたいので、そういうところを少し前向きに御検討いただければと考えている。

#### <議題4 その他>

(岡部構成員)

- その他ということで、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけということで分科会の有志の者たちが集まって議論したが、こんな提案を考えている。
- 新型コロナウイルス感染症は、現在、指定感染症二類相当である。実際は二類相当ではなくなっているが、二類相当ではないというアナウンスがまだない。これに位置づけられて後に運用の変化が行われ、無症状病原体保有者も含めた全数報告、入院勧告や就業制限、濃厚接触者の外出自粛要請等が行われている。全くの未知だった本感染症、これが1月、2月の段階だが、かなりのエビデンスが蓄積し、効果的な対策等が明らかになりつつある。また、ウイルスそのもの、あるいは感染症としての疫学状況も理解が進んできたものの、地域によって大きく疫学状況が異なってきている。
- そこで、感染法上の措置の運用については、新型コロナウイルス感染症発生当時から現状の変化ということで、いろいろなメリットもあればデメリットもあるのではないかと思うので、例えばこのアドバイザリーボードの中でワーキンググループを設置するとか、あるいは厚生科学審議会感染症部会との連携を取らないといけないと思うが、分科会とも連携を取りながら、もう少し具体的に検討を行ってはどうかという提案である。
- もしここでそれがよろしければ、分科会のほうでも同じような、口頭であるが、提案をさせていただければと思うが、いかがか。

(釜范構成員)

- 岡部先生の御指摘のように、そういう検討をするということはとても大事だと思うが、一方で、すぐにその指定を外せというようなことを非常に強く主張される方もいる中で、例えば診療報酬上の取扱いなど、この二類相当の指定を前提としていろいろ組み立ててきたというところもあるので、そこはきちんと検討して合意を形成していくという、少し時間のかかる作業が必要なのだろうと思う。なので、すぐに指定を外せば全てが解決するというような形にならないようにしてほしいと願う。

(太田構成員)

- メリット、デメリットが様々なことは重々承知しているが、このまま続けるかどうかも含めて、やはり研究、検討は進めていくべきだろうと思う。外す・外さないというのはいろいろな意見があるが、少なくとももし外すとすればどういうメリットがあってどういうデメリットがあって、どれぐらい大変なことが起こるのかということも含めながら、検討はしていただければありがたいと思う。

(今村構成員)

- 感染症法上の扱いについてという枠組みで話をすれば、どうしても外す・外さないの議論になってしまうので、まずは今の利点、不利な点がどこに出ているのかを話すことで始めるのがいいかなと思う。

(中島参考人)

- 私も議論を始めるとするのは非常に大事だと思う。従来の感染症法上の位置づけで、一類、二類というのは入院と患者管理と蔓延防止というのを病院の中で同時に図ることができる、数が少なくて重症の病気というのを想定した枠組みだったと思う。
- ところが、今回のCOVIDはかなり数が出て、蔓延防止を市中で行う。重症の患者をいかに安全に医療機関で管理するかというところの乖離が出てきていると。それが今まで想定されていなかったような気がする。
- したがって、単純に外せばいいとか、類型を変えればいいというわけではないと思うが、今あるCOVIDに対して私たちはどういうふう感染症法上の中で取り扱うことができるのかということを中心にきちんと議論するのが大事だと思う。

(加藤厚労大臣)

- この指定感染症というのは別に何類相当という考え方はそもそもなくて、当初入れるときにどこを基準にしますかというので二類相当という説明を私どももさせていただいた。その後、相当議論があって、それを逐次、各法律の、例えば新型インフルエンザ等特措法、感染症の一類から五類の中でやれるというものを一個一個ピックアップして、それを乗せてきて今の形になっているので、姿で見ると二類ではなくてもう「特類」、こういう言い方が適切かは分かりませんが、そういう形に実態はなっている。
- しかし、実際に入院措置といいながら宿泊療養とか自宅療養がこれだけ出てきている実態があるということでもあるので、御指摘いただいたように、今申し上げたようなベースを踏まえながら、先ほどのメリット、デメリット、何が問題になっていて、しかしこれはやはり必要だということ、ここをきちんと精査をする時期に来ているのだと思うので、ぜひそういう議論をこちらでしていただけたら、我々も今、中で議論を始めているのでありがたいと思う。

(脇田座長)

- 今、大臣からもコメントがあったが、これを外す外さないというよりも、むしろ今の状況を十分に精査して、必要なものはきちんと残す。そして、新たに加えるものがあればやるという形で、このアドバイザリーボードを中心に議論を始めるということにしたい。

以上