

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第46回）
議事概要

1 日時

令和3年8月4日（水）16:00～18:30

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	阿南 英明	神奈川県医療危機対策統括官
	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
	釜范 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	防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器）教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	瀬戸 泰之	東京大学医学部附属病院病院長
	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教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授
	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症制御科教授

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
西田 淳志	東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長

	前田 秀雄	東京都北区保健所長
	矢澤 知子	東京都福祉保健局理事
	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
	高山 義浩	沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科副部長
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 英樹	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	迫井 正深	医政局長
	正林 督章	健康局長
	佐原 康之	危機管理・医療技術総括審議官
	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）
	宮崎 敦文	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	中村 博治	内閣審議官
	浅沼 一成	生活衛生・食品安全審議官
	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

（厚生労働大臣）

委員の皆様方には、大変お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

新規感染者の状況ですが、昨日1万2,062人ということで、1週間移動平均でも1万人を超えてまいりました。過去最大規模の感染拡大ということでございまして、我々としてどのような対応をしていかなければならないのか、改めて今日委員の皆様方からもいろいろなご意見をいただきたいと思いますと思っております。

東京も昨日3,700人で、移動平均も3,300人と、もう3,000人を超えることが普通ということで、4,000人を超える日も出てきております。

このような状況の中、首都圏だけではなくて緊急事態措置、まん延防止等重点措置の拡

大でありますとか、今、全国の各地域でお願いをさせていただいている状況でございます。

感染が拡大している地域、今までと患者の皆様方の患者像が変化してきていることは事実です。ワクチンの接種が高齢者の方々を中心に進んできていることもあろうと思いますが、そういう状況にあっても重症者、中等症者、軽症者、それぞれの方々が必要な医療を受けられることが重要でございます。

実はアドバイザリーボード、今日のご報告という形になるのですが、今まで入院についての一定の基準をお示ししてきておりましたが、この中において軽症者の方、中等症ではあるものの比較的症状の軽い方、もちろん酸素管理、呼吸管理といったものが必要な方は当然のごとくそのまま入院という形になりますので、その誤解はないようお願いしたいと考えております。中等症でも重症化リスクが比較的低い方々に関しましては基本的に自宅での待機、もちろん自宅でなかなか待機が難しい方はホテル療養という形になってまいります。東京都は確保いただいているのですが、なかなかこの急速な伸び、前週比200%ぐらいで感染者が増えている状況でありますから、ホテル療養所もなかなか前提になると追いついていかないということもございますので、そのような形を全国知事会の皆様方ともご相談の上、事務連絡として発出をさせていただいたところでございます。

本当を言うともう少し早く先生方にもお伝えしたかったのですが、何分スピードが速いものでありますから、早く方向性を示した上で各皆様方にご報告もしていかなくてはならないということございまして、本日このような形でご報告をさせていただくことをどうかご理解いただきたいと思っております。

いずれにいたしましても今回の考え方は、この春先の関西で、本来は入院が必要な方であったにもかかわらず入院ができずに在宅でお苦しみになった方々が非常に多かったということがある中において、一定程度そういう方々に対して病床を確保していかなければならない、国民の皆様方の健康を守るためには先手の対応をしていく必要があるということでございます。

なかなか今は想定できませんが、感染の伸びがある程度収まってくれば、また以前のように対応を変えていくことは当然あるわけでございますので、そういうことも念頭に置きながら、非常に厳しい状況の中においての一つの考え方をお示しさせていただきました。

もちろん自治体において感染の状況、病床の状況は違いますので、それはそれぞれの自治体でご判断をいただくことになろうと思っておりますが、そのようなオペレーションも取れるということで我々としては方向性をお示しさせていただいたということでございます。どうかご理解いただきたいと思っております。

在宅ですので、今まで以上にももちろんパルスオキシメーターの配付でありますとか、さらには何かあった場合には治療が受けられるようにということで往診の対応でありますとか、オンライン診療でありますとか、こういうものの整備も併せて、これは都、保健所、区と協力しながら進めていかなくてはならないわけでありまして、その点もしっかりと整備をしていかなければならない、今も進めてはいただいておりますが、よりこれに対して

体制を整えていかなければならないと考えている次第でございます。

ワクチンは、7月31日の速報値であります。高齢者は1回目の接種86.2%、2回目が終わっている方々は75.5%であります。一定のこういう高齢者の方々のワクチン接種の成果が新規感染者に関します高齢者の方々の割合数、それから、重症者に対する高齢者の割合数に一定の影響といたしますか、いい影響が出ていればと我々も期待をいたしているところでございます。いずれにいたしましても、ワクチンを引き続き一日も早く接種が進むように努力をしてみたいと思っております。

本当に危機感を持っておりまして、夜間の滞在人口が若干減っている状況下にあるにもかかわらず、伸び方が今までではないような新規感染者の伸びをしているということは、本当に我々は危惧をし、少なくとも2週間前ぐらいの数字が今の足元だとすれば、まだこういう状況が続く可能性は十分にあります。そういうことを念頭に置きながらいろいろと対策を組んでいかなければならないと思っております。

どうか本日も委員の皆様方の忌憚のないご意見を賜りますように、心からお願い申し上げます。本日も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の評価・分析について>

事務局より資料2-1、-2、-3、-4、-5を説明、押谷構成員より資料3-1、鈴木構成員より資料3-2、西浦参考人より資料3-3、西田参考人より資料3-4①、②、高山参考人より資料3-5、矢澤参考人より投影にて東京都の状況を説明、前田参考人より資料3-6、田中構成員より資料3-7、事務局から資料4①、②、③、④、齋藤参考人より資料4⑤について、最後に資料1にて感染状況を説明した。

(釜菴構成員)

○資料2-5(8月3日事務連絡)について伺う。今回これを発出することによる効果をどの程度見込んだのか事務局から教えていただきたい。

○東京では入院の適用になっても入院できず自宅療養または調整中の人非常に多くなっているとの報告があったが、待機中の酸素ステーションの設置についての検討状況がどうなっているか。またなるべく広い場所にてスタッフを節約した状態で健康観察ができる施設設置の検討状況を教えていただきたい。大曲先生、前田先生などからお願いしたい。

(結核感染症課長)

○これまでに経験したことない感染拡大の中、かつワクチン接種の進展に伴う患者さんの変化の中で、患者が急増している地域での対応として、こういった考え方を取ることも可能であると示したものである。病床のオペレーションを変更していく中で、準備に時間がかかる観点も踏まえたもの。効果の見込については、厳密な意味でこれによってどれぐら

い効率化が進むのかというところまで追記をした上で示しているものではないが、こういった考え方の下に各自治体にて我々とも相談をしながら、この対策を進めていくと考えているものである。

(釜范構成員)

○全国知事会からもこの事務連絡の基準の明示を求められているが見通しはどうか。

(結核感染症課長)

○基準については2点論点があると思っている。1点目の地域に関しては、今回患者が急増している地域での対応であり、地域の医療提供体制のことを熟知している都道府県を中心に考えてもらうもの。2点目として重症化の入院する基準の考え方に関しては、例えば東京都においては専門家の先生にて議論していただいているので、その考え方を確認しながら検討していきたいと考えている。

(大曲参考人)

○酸素投与する待機ステーションは、既に平成立石病院に1か所設置されており、それ以降の設置に関しても準備がされていると聞いている。一方で、医療従事者の配置を減らした治療施設に関しては聞こえてこない。ただ、宿泊療養は多くの人を収容できる宿泊療養場所にてどの程度医療を提供できるのか、例えば酸素を投与できるのか、インサートをするのかといったことに関しては検討がされている模様である。しかし、これは実施するにせよかなりのマンパワーがいるものであり、今少なくとも1万4000人いる在宅療養者、そして、その中で悪くなる方々に対して、どう医療にアクセスし、医療を提供するのかという問題になってくる。相当のヒューマンリソースが必要であるが、今は医療従事者がかなりワクチンに取られている状況である。従って、今までの病院中心の対策ではなく、様々な立場の医療従事者を総動員していかないと立ち行かないと思う。

(太田構成員)

○在宅、自宅療養の話に関して。都市部を有する都道府県は第3波、第4波の後に在宅の往診体制の準備をしてきたので、自宅療養をどうやってサポートするのか、在宅死を防ぐのか一定の動きがあった。しかし、今回かなり混乱をしたのは、重症化リスクが少ない患者に関しては、軽症、中等症までいわゆる自宅療養だというのが伝わり、在宅酸素をしてまで自宅療養でしのぐと捉えられた。いろいろな方面からの意見があり、若干修正がされつつあるが、まだ混乱が生じている。今後情報が正確に伝わっていけば、在宅治療の強化ということと同じと整理されていく筈である。ただ、これは患者数がかなり膨れ上がっているため医療を自宅療養者に普遍的に届けるような体制になるまでは時間がかかり、混乱も生じる可能性がある。重要なことは、自宅療養を中心に据えるとしても、在宅診療、在

宅往診でカバーできる患者数に間違いなく限りがある。更に感染の拡大が進めば時間の問題であるということは行政、政治家の皆さんに認識してもらい、とにかく新規感染者数を減少させるアクションが必須である。在宅酸素の症例に関しては、入院し、これ以上は重症化しないが、酸素が必要なものを下りの自宅や宿泊療養で使用するというほうが安心だ。○資料1に関して愛知県を入れていただきたい。直近372という数字が出ており、先週今週比2倍と他の都道府県と同じくかなり逼迫していくことが予想されている。何らかの重点措置や知事からの要請などが出ていく可能性がある。

○資料2-2の47ページは病床確保の資料、3万6,590床、頑張っって各都道府県の先生方が確保してきたというものを示すものである。一方で、マスコミからは30万床病床が余っている、3万床余っているというようなことを言われている。この3万6000床を確保するために休止した病床がかなりある筈である。1床のコロナ病床を確保するのに、2、3床の一般床を潰している可能性があり、3万6000床を確保するという事は10万床を超える急性期病床が日本からなくなっているのだという認識をぜひ持っていただきたい。今、日本のDPC病床は50万床弱です。大体急性期でやられているという病床60万床のうちのもう既に十数万床がコロナのためにベッドがなくなっている状況で、何とか一般医療との両立を図ろうとしているという事実を是非国民に訴えていただきたい。

(和田参考人)

○今は地域の総力戦であるが、特に市町村単位で健康観察や訪問看護等をつなぐ役割ができていないところがある。生活支援も含めた中でこの市の役割、県の役割をいま一度確認いただきたい。もはや災害に匹敵するのではないかと考えている。災害救助法、自衛隊等も含めた機動的な対応をしなければ命が救われない状況であり、国には考えていただきたい。

○水際対策検疫で3日目、6日目、10日目の陽性率を纏め、出口戦略として必要なリソースをどう投入するかといったことも考えるべき時期にあるのだろうと考える。

(今村構成員)

○自宅療養は重症患者のベッド確保の為に非常に重要な方策であり異論は無いが、その増加によるマイナス面を整理しておくべきである。現在は東京の自宅療養は圧倒的に40代、50代が増えており、診断時には軽症で、自宅療養の適用という人が非常に多いが、20代、30代だった3波と違い、一定の割合で増悪してくる人が出てくる。その芽となる部分が都内各地に広がっており、どこからいつ出てくるのか分からない状況である。自宅療養が1万4000人とか、これから2、3万人ということになると、まずはクリニック、診療所も追いかけていけない。自宅療養になると保健所のフォローになり、保健所や今東京都が作るフォローアップセンターのフォローも厳しくなるだろう。現在既に引き始めている。また、各地で1人ずつ起きてくる救急搬送である。ここにも大きな負担がかかって、搬送

の遅れは必ず起こってくる。治療に影響が生じ、結果的に重症者を増やすことになる。

○治療がかなり進みスタンダードな治療が決まってきている中で、中等症ⅠからⅡに迅速かつ適切な治療の介入が行われ、かなり重症化を防いでいる。こちらへの治療介入が遅れるということは、重症化させてしまう可能性がある。

○抗体カクテルの治療法について。中等症Ⅰの軽めの人が入宅あるいは宿泊療養時に点滴の治療ができるかというかなり厳しい。軽症から中等症の人たちを少しでも重症化を防ぐという意味で治療するのであれば、どう利用していくのか考えていかななくてはならない。そもそも今の添付の文書だと入院患者に適用、入れた後は検査やフォローアップが必要としているので、緩和しないと治療適用となる人が減ってくるのではないかと。

（脇田座長）

○いろいろな意見が出ているが、資料1は最後に纏めるので、案があれば事務局にメールで送っていただきたい。

（押谷構成員）

○資料1最初の感染状況について、なぜここに来てこれだけ増加のスピードが速くなったのか分析が必要である。デルタ株の問題はあるが、同時に4連休でバーベキュー等普段会わない人たちと会ったりしたことにより、いろいろなクラスターがたくさん発生している、そういったことで増えたと明記すべき。実効再生産数については「その後も増加が続いていることが想定される」といったような書きぶりにすべきではないか。最後の夏休みに向けてについて、学校は休みにもなっている為、急速に増えている感じはしない。むしろ職場、そしてこの1週間か10日間で目立っている大規模商業施設とかで複数の多数の感染者が出るような事例も見られていることを入れるべきである。

（瀬戸構成員）

○感染者数の増加が医療を逼迫している。最近の懸念は感染が広がることによって医療従事者が減っていくという懸念である。例えば当院では直近2週間で25名の職員が自宅待機になっている。10名は感染を受けてしまった、そのうち4名は実はワクチン接種後である。15名は家族が陽性になって、当然濃厚接触者扱いになるので、そうすると2週間の自宅待機になる。同居していると感染した家族が陰性化してもまたさらに2週間となる。このまま行くと家族に発生しただけで医療従事者がどんどん減ってってしまうのではないかと。医療従事者については今の基準を緩和し、例えば感染が家族で判明しても5日後にその医療従事者がPCRを受けて陰性だったら職場復帰してもいいとか医療従事者向けの職場復帰の何らかの対策をしないと、それだけでもかなり医療現場が逼迫してしまうので、ぜひ検討をお願いしたい。

(脇田座長)

○今の瀬戸先生の指摘は、医療従事者が濃厚接触者になった場合の就業の制限をどう緩和するかという話だが、これは少し前から話題にはなっていたが、なかなか進んでいない状況であり、さらに検討するべきということで承知した。

(阿南構成員)

○資料2-5の8月3日通知に関連して、神奈川県は既にこの仕組みでやっている。いろいろ物議を醸しているが、先行した形だろう。スコアで分けてハイリスクの人たちを入院させる、それ以外は自宅で診ていただく、自宅ではパルスオキシメーターを使うし、いろいろな遠隔モニタリングで診ていく、その中でもハイリスクな人は地域で看護師とドクターに診てもらい、それで悪化したら入院する、こういう仕組みの中でやってきた。出された通知を見て、我々神奈川県は変える必要はないだろう。しかし、今の感染状況であればこれでも追いつかず、入院病床は既にいっぱいになってきた。自宅療養者に酸素濃縮器を提供できる仕組みも入れてあるが、それでも追いつかない。これだけ感染者がいると幾ら自宅に回しても解決につながり切らない、キャパが限界を迎えるだろう。地域でドクター、訪問看護ステーションなどでも診切れないう状況であり、これを考える必要がある。

○私はもともとの救急・災害の人間であるが、この先災害的な発想をしながら見ていくのだろう。今までの感染症という視点で精緻な形で患者さんを診ていこうと考えると、中等症はどうするのだとか、酸素はどうするのだという問題になるが、感染症はもはや災害という視点で見なくてはいけないだろうと考える。災害や危機管理時にやる相対的に見てスコア基準を上げるという考え方が国民の皆さんにご理解いただけるのか。どういうメッセージを出していけばよいのか、あるいは専門家としてその考え方の適正性あるいはその手法、災害手法を入れていくといったことを将来像として語っていかないと、結局現場に跳ね返り厳しい状況になるのではないかと。ある種パンドラの箱であるが、これだけ患者が増えているのであれば、そこに踏み込んで議論発信していくことも必要ではないか。

(鈴木構成員)

○数逼迫の点も覚悟して準備をしておく必要がある。症例数の急増時に度々議論になっているが、500から1,000になるときの負荷の増大に比べて当然5,000から1万になるときの負荷の増大は明らかに違う。HER-SYS入力遅延も然りだが、都道府県の公表値への影響も想定される。そんな中でも日々の症例数だけは優先して集めて、個票レベルデータは確保し残しておくという優先順位をつけたサーベランスを予め想定して準備をしておく必要がある。

(前田参考人)

○資料2-5別紙にある入院、宿泊、自宅といった並びで重症度別での対応がありがたい。ただ、宿泊療養施設の医療体制の強化というのは非常にマンパワー的に課題がある為、各

診療所の先生方は週1日順番で休診できるような地域全体での応援をお願いしたい。一方で、軽症者を退院させればその分中等症が診られるのだということでは決してないということを理解して、対応をしなければいけない。また、これ以上このカーブが増えていくと、災害と同じような自助努力に依存をするといったことも出てくるのではないか。また、夜間の救急体制は保健所を介さない形での夜間急変時の体制を構築してもらいたい。

○資料1に高齢者の陽性増加傾向を注意喚起として入れられないか。ワクチン未接種の高齢者の感染も徐々に増加しており、接種によって高齢者は大丈夫だとならないように。未接種高齢者についても今後要注意である。また夏休みに向けて保育園でクラスター数が非常に増加している。ワクチンに頼れない10歳代以下の感染が広がっているという点は非常に重要であり、記載してもらいたい。

(中島参考人)

○今は社会全体にウイルスが広がり、大規模商業施設、小規模であっても接客を伴うような商業施設も含めてあらゆる局面で感染が起こっている。それをいかに止めていくかが大事だ。政府も全省庁を挙げて各業種と協力する中でいま一度ガイドラインを徹底実施することが必要であり、資料1には「様々な業種の業種別ガイドラインの徹底を各担当省庁の協力の下で遵守を徹底していく」ということを書き込んでいただきたい。

(西浦参考人)

○同じく資料1について。東京都と沖縄県について緊急事態宣言の後インシデンスが減少していないことを書き込むことが必須だ。7月12日緊急事態宣言の発令後も実効再生産数が上がり、効いていない、感染者数は減っていないという事実は記載しないとイケない。高齢者の感染者が増加し、重症患者が高齢者を中心に半分になって溢れていくので、今後予防接種が進んだ高齢者を含めて重症患者が増える見込ということは、事実として記載しておかないとイケない。また、今月中に東京都では重症患者の重症病床があふれるので、誰を優先するかという話を今のうちに、政府方針を出さないといけない。来週から重症病床は逼迫すると考えており、今のうちに考えておかないと間に合わない。

(大曲参考人)

○阿南先生提示の問題意識は賛成であり、そういうコミュニケーションをもう始めるべきだ。市民は自分が病気にならない限り分からないかもしれないが、明日以降とんでもない状況を我々は見ることになる。それから気づかれても遅いのではないかとかなり厳しいコミュニケーションが要るだろう。実は4波と5波の間に患者が減ったときに感染経路についての聞き取り、つまり質的研究を行った。見えてきたのはハイリスク行動があるが、本人は自覚が全くないということ。多くはほとんどが飲食をしている、そのときはマスクを当然していないという話だった。仕事の後だったら別にマスクなしで職員同士話しても大

丈夫だろうと思っていた、そもそも外食が感染のリスクと知らなかったといった言葉が出てくる。これが現状なのだとてもがっかりした。こういう状況でこういう認識の人々が街には沢山いて、今の状況がある。その中で行動変容なりあるいは行動制限なりをどうしていくかを考えていかないといけない。

（川名構成員）

○多くの先進国が使ったロックダウンについて。日本ではそれを支持する法律もない、日本にはなじまないとこれまでずっと棚上げになってきたが、全国知事会から日本におけるロックダウンのような手法についてもそろそろ検討する時期ではないかと提言がされた。アドバイザリーボードの中で数理疫学専門家の先生からもロックダウンといった手法も考えるべきではないかと言う意見まで出てきており、緊急事態宣言が無効化してきている中、今の感染爆発の状況は災害に近づいてきているといった認識もあるので、この資料1に日本で可能なロックダウン的な対処について政府に検討に入っていただくべきではないかといったコメントを記載してもいい時期ではないか。

（吉田構成員）

○デルタ株は感染力が1.5倍ほどあってということもあり、大規模商業施設で今までなかったような感染事例が起きているということ、接触歴が不明なものも増加しているということと考えると、今まで感染の場と考えていなかった場所での感染が起これつつあるのかという気がする。例えば電車の中での感染の可能性について教えていただきたい。

○資料1について、夏休みに向けての基本的な感染対策の徹底という中で、そういう基本的な感染対策、マスク、手洗い、手指衛生と記載があるが、この夏場、冷房をされていて換気がおろそかになっている場合もあるかと思われるので、換気の徹底を入れたらどうか。また、職場での感染部分で、有症状者は出社を控えてもらうことが重要であり、「やむを得ない場合は、できるだけ少人数で、短時間にすること」は逆に不要ではないか。

（事務次官）

○吉田先生の発言に関連して伺いたい。押谷先生と中島先生から出た大規模商業施設での大人数の感染については、商業施設の従業員が中心であり、全体としては職場の感染ではないかと思っているが、それを超える商業の場での感染があるのか。そうなると、電車内での懸念にも波及すると思われるので、その点を教えていただきたい。

（押谷構成員）

○恐らく客から感染した事例が相当数あるのだろう。ただ、これまで起きている職場の感染とは明らかにパターンが違う。それぞれテナントは別であり、恐らく職場の中の接触があまりなかったと考えられる人たちで、顧客と接触する中で多くの人々が感染したと考える

ほうが自然だと思う。これまではいろいろ職場の同僚の中で会食の場があったり、休憩施設で会話があったり、そういうことで感染している職場の感染が多かったと思うが、今回は明らかに違うパターンであり、それは恐らく地域の中になんか感染が広がってきてしまったこと、あとはデルタ株で感染性が増していることでそういうことが起きているのだろう。今まで起きてきた職場での感染と同じに扱っていいものではない。

(中島参考人)

○押谷先生のコメントに賛成である。つまり、客はなかなか把握されていない状況だ。まず大規模商業施設のみならず、小規模な商業施設で接客を伴う場面、例えば携帯会社の対面契約とか、それ以外の美容理容とか、客とかなり密に長時間接するような接客業の従業員が同時に感染する事例が幾つか散発的に起こっている。そのときもなかなか客の患者は追えないということがあって、なかなか見つからないというのが現状である。つまりクラスターが閉じられない。大規模商業施設の中には数多くのテナントが入っていてそれぞれ経営母体が別であるが、同時期に感染が起こる。休憩室やバックヤードを共通にしている職場の感染管理の中でカバーできる部分もあるが、たくさんの客との接客があり、全然追えない。店舗側が公表しない場合もあれば誰がいつ利用したのか分からない、感染している本人も気がつかないし、店舗側も把握できないということがあるので、その状況から見てかなりの人が地域の中で感染してもおかしくない状況であると思われる。

(鈴木構成員)

○電車の件について。そもそもアルファ株以前の株であっても当然確率論的には密集した空間であればある程度発生していたと思われる。それが今回デルタ株でさらに1.5倍感染リスクが上がっていることを考えれば、一定頻度で電車の中で起こらない、全くゼロであると考えること自体は合理的ではないだろう。直接のエビデンスは難しいが、先日我々の質問票調査で飲酒を伴う会食をしていた場合に感染リスクが約5倍になるというデータを出したが、その背景には出していないデータがあり、通勤・通学で車、バスで通勤・通学をしている人に比べて、電車で通勤・通学している人の感染リスクが9倍高いというデータがある。しかし、当然これは車で通勤している人と電車で通勤している人で職業の内容が違い、あるいは行き先が都心か郊外かといった背景、状況が異なる為公表していないが、事実として電車で通っている人のほうが感染のリスクが高いというデータ自体は手元にある。繰り返したが、その因果関係自体はまだ明確に言うことはできない。

(脇田座長)

○そのほかにもし発言がなければ、これでラップアップする。いろいろ意見をいただきまして、ありがとうございました。
○今日はまず医療体制のお話がいろいろあって、まとめると、病院、自宅、宿泊療養施設

それぞれが、自宅を基本とか、それもあるが、つまりはもう病院だけではなくて全ての医療機関、宿泊、自宅も合わせて、それから、医療従事者を総動員するというでないとなかなか対応ができないだろうと。さらに、そうはいつでも重症者病床は今後溢れていく可能性があるので、そこでの基準を既に考えていかないといけない。それはもう阿南先生が言われたような災害医療の視点で基準を相対的に変化させていく必要もあるのではないかとこのところを言っていたという事だと思ふ。

○いろいろ細かい点では医療従事者の濃厚接触者の基準をどうするのかというところをやっていかないとマンパワーが足りなくなるのではないかと。あと、いろいろ前田先生からもご提案があったが、そこは厚労省とよく相談をしていただくということかと思ふ。

○また、感染者をとにかく減らさないと駄目なのだとすることは何人もの先生から提案があって、その際に我々が取れる方法があるのかということで、ロックダウンというか、さらに強い対策は何ができるのかということを検討して、それについてロックダウンの必要性についても検討する必要があるのではないかと。これは資料1に今日書き込む必要があるかどうかはまた別の話として、そういう話があったということだと思ふ。

○そのほかにもいろいろお話をいただいたが、こちらで検討して資料1を直していきたい。大体これでまとめていきたいが、さらに修正のご提案などがあれば、事務局にメールしてもらい纏めたい。

本日はどうもありがとうございました。

以上