

**新型コロナウイルス感染症対策分科会（第1回）
議事概要**

1 日時

令和3年4月8日（木）17時30分～20時28分

2 場所

合同庁舎8号館1階 講堂

3 出席者

石川 晴巳	ヘルスケアコミュニケーションプランナー
石田 昭浩	日本労働組合総連合会副事務局長
磯部 哲	慶應義塾大学法科大学院教授
今村 顕史	東京都立駒込病院感染症センター長、感染症科部長
太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
大竹 文雄	大阪大学感染症総合教育研究拠点特任教授
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
釜菴 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
幸本 智彦	東京商工会議所議員
小林慶一郎	慶應義塾大学経済学部教授
清古 愛弓	全国保健所長会副会長
中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
平井 伸治	鳥取県知事
南 砂	読売新聞東京本社常務取締役 調査研究本部長
武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
脇田 隆宇	国立感染症研究所所長

4 議事概要

<議事（1）分科会長の選任等について>

○事務局（三浦） 新型インフルエンザ等対策推進会議令第4条第3項に「分科会に分科会長を置き、当該分科会に属する委員の互選により選任する」と規定されている。

事務局としては、本分科会の前身の分科会においても分科会長を務めていただい

ていた尾身茂委員に、引き続き分科会長をお願いできればと思っているがいかがか。

(異議なし)

○事務局(三浦) 異議が無いようなので、尾身委員に分科会長に御就任いただくということで決定させていただく。

(尾身分科会長、分科会長席へ移動)

○事務局(三浦) 新型インフルエンザ等対策推進会議令第4条第5項に「分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員のうちから分科会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する」と規定されているが、分科会長に会長代理の御指名をお願いしたい。

○尾身分科会長 分科会長の代理は脇田委員を推薦したいと思うがいかがか。

(異議なし)

○事務局(三浦) 議事、会議の記録の取扱いに関しては、前身の新型コロナ分科会と同様、「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、委員間の自由かつ率直な議論が妨げられることがないように、議事は非公開とする。

会議後速やかに議事概要を取りまとめ、各委員などの確認・校正を受けた上で公表する。議事概要には発言者名を記入する取扱いとする。

議事概要とは別に速記録を作成し、各委員等の確認・校正を受けて保存する。速記録については非公表とする。なお、保存期間は10年とし、保存期間満了後は国立公文書館に移管し、移管後は原則公表扱いとなる。」

このように取り扱いたいと思うがいかがか。

(異議なし)

<議事(2) 最近の感染状況等について>

<議事(3) 今冬の感染対策の効果の分析について>

<議事(4) リバウンド防止に向けた指標と考え方について>

○脇田委員 <資料1を説明>

○押谷委員 <資料2を説明>

○事務局（渡邊） <資料3を説明>

○尾身分科会長 <資料4を説明>

○赤澤副大臣 今までの指標では、これまで確保病床と最大確保病床を分けていたのが今回の案ではなくなっているようだが、前提の確認として、その点を説明いただけるとありがたい。これまで重症者用病床も病床全体も確保病床と最大確保病床を分けて指標が出ていた。

○厚生労働省（迫井） 今回、特に年末年始を経験したときに、実際に病床がどの程度動かして療養者が入院できるのかということ考えたときに、結局は実効上、最終的にどこまで確保できるのかということをしっかり押さえた上で数値を見ないと評価が難しいのではないかと問題意識を持った。そのため、最終的に確保できた数値をしっかり押さえた上で、今回、各都道府県に事務連絡を出させていただいて、最大確保、確保という概念はむしろきちんと統一して数字を把握したほうがいいという趣旨で、数字の見直しをお願いしたものである。

○尾身分科会長 私からもお話ししたい。資料4の5ページを見ていただきたい。注1の1行目、まずは医療の逼迫具合に関しては、一般医療と両立可能な最大限の病床を確保し、医療提供体制を強化することが前提である。その次の言葉がまさに今の御質問のところで、今回の場合は、「確保病床とは、病床・宿泊療養施設確保計画において一般医療と両立可能な範囲で最大限確保した病床である。」とあり、基本的にはこの記載のとおりである。サーキットブレーカー云々の考え方も、今回の確保病床というのはそういう定義で一貫しているということである。

では、この大前提をクリアにした上で、ほかのご意見をお伺いしたい。

○釜薙委員 今の点はとても大事であるが、実はそんなにクリアにはいかないのが現実である。

まず、はっきりしているのは、即応病床で、場合によっては空床補償等で空けておいて、すぐにいつでも新型コロナに対応できる病床が一定数ある。一方で、今は別の患者さんが入っているが、行政から要請があれば時間をかけてそれを空けることができるという病床があるが、ここの実際の運用が都道府県によってかなり違う。この点の整理が必要であり、2～4週で確実に空けられるかどうかは分からないの

で、予定している病床が用意できるかどうかは不確実である。

したがって、まず即応病床数が明確になることがまず一つ必要で、要請に応じるために準備している病床の定義あるいは概念が都道府県において統一される必要があり、まだそう簡単にはいかないと思う。

○尾身分科会長 今、両大臣がいらっしゃったので、プレスの方々に入室していただく。

(報道関係者入室)

<西村国務大臣挨拶>

先生方におかれましては、お忙しいところ、また、急な御案内をさせていただいたかと思えますけれども、本日、もう既に御議論いただいております、ありがとうございます。

状況については御説明があったところだと思いますけれども、全国的に感染者の数が増加している中であります。このことについて、もう既にアドバイザリーボードでも様々な分析が行われているところでありますが、3月から4月にかけての人の動きが活発化していること。特に関西圏では、緊急事態宣言を解除した後、人の動きがより活発化し、3週間程度で増加・拡大してきていること。こうしたことを考えれば、関東圏でも今後感染が拡大してくる恐れがあると評価をされているところであります。

特に変異株がございます。関西は約7割が変異株に替わってきているという分析でありますけれども、現在、約1割である首都圏におきましても、早晚入れ替わっていくということでもあります。そして、この変異株は感染力が1.3倍強あるということで、昨日感染研から評価をいただいておりますが、さらに比較的若い世代でも重症化をするということで、私の地元、兵庫県、神戸の臨床現場からの報告もいただいているところであります。極めて強い危機感を持っているところであります。

それぞれの知事と連携をして対応してきているところでありますけれども、本日、東京都の小池知事からまん延防止等重点措置について要請をいただいたところであります。これは近々基本的対処方針分科会を開催し、御意見を伺えればと考えているところであります。

既に先行して、4月5日から適用しております大阪府、兵庫県、宮城県におきましては、20時までの時短要請、これはまん延防止等重点措置の中で命令・罰則もあるわけであります。それから、それぞれの府県においては5,000人までのイベントの人数制限ということで、先般の緊急事態宣言と同等の非常に厳しい措置を講じているところであります。急激に感染が拡大する中で、何としても抑えようということ

であります。

そして、御協力いただくために、既に御案内のとおり、要請のご協力をいただける事業者に対しては月額換算で最大600万円の支援に拡充したところであります。これも活用いただきながら、要請に応じていただければと考えております。

その上で、さらに飲食店に対して換気、アクリル板の設置、会話のときのマスク着用の奨励といったガイドラインの中身の徹底をそれぞれの府県で既に一店一店確認をしながら進めているところであります。20時までであればそういった感染防止策なく自由に食事をしていいということではありませんので、改めて感染防止策の徹底の呼びかけを行っているところであります。

さらには本日、関西圏につきましては、関西経済3団体に対して私から、テレワークやその他地域との往来自粛、あるいは歓送迎会の自粛、それから感染が拡大している地域での作業場や工場でのモニタリング検査の協力といったところへのお願いをしたところであります。関西圏で変異株が急速に拡大していることについて、危機感を共有したところであります。

こうした状況の中で、本日は、昨日のアドバイザリーボードの報告も踏まえて、各地の感染状況について既に報告、確認をいただいたところだと思っておりますけれども、今後の対策について御議論いただくわけでありましたが、そのために、この冬の感染対策の効果の分析について、既に説明をさせていただいたと思っております。また、既に御議論いただいておりますけれども、感染再拡大防止に向けた指標の考え方に関する御議論をいただくと承知をしております。

冬の感染対策の分析につきましては、既に色々なところで私どもも報告しておりますけれども、夜の人出、人流、それから忘年会、カラオケなど、これが感染者の数に大きく影響するものと分析をしております。特に人流、SNS上のつぶやきといったこととの一定の相関関係を報告させていただいたものと思っております。

引き続き、こうした分析に加えて、さらに今、進めておりますモニタリング検査、あるいはそのほかの民間の検査なども含めて、人工知能やコンピューターも使って、しっかりと感染源の探知、対策の深化のために検討を進めていきたいと考えております。

指標につきましては、既に御議論いただいておりますけれども、より精緻化、補強された指標で、私どもとしてより迅速に緊急性を認識しながら対応できるということだと理解をしておりますので、国民の皆様にも御理解いただける、そうしたことにつながることを考えていきたいと思っております。指標の御議論をいただきまして、迅速に都道府県と連携をして対応していくということで、臨んでいきたいと思っております。

いずれにしても、何としてもここからの再拡大を防いでいく、そのためにまん延防止等重点措置の機動的な活用も含めて、都道府県と連携をしながら、特に変

異株の拡大を頭に置いて、強い危機感を持って対応していきたいと考えております。

さらに、昨年この時期に感染が拡大したこと、それから12月に飲食であれだけの感染があったこと。そして今回、変異株でそれよりも大きな波になるかもしれないといったことも頭に置いて、都道府県と緊密に連携をして、徹底的に対策を講じていきたいと考えておりますので、本日も忌憚のない御意見をどうぞよろしくお願いいたします。

<田村厚生労働大臣挨拶>

夕刻にお集まりいただきまして、ありがとうございます。遅参してまいりましたことを、心からおわび申し上げます。

昨日、アドバイザリーボードで御議論いただいたのですが、もう脇田先生から御報告いただいていると思いますので省かせていただきたいと思います。

まん延防止等重点措置の地域に関しては、色々な対応、時短もやっていただいているのですが、高齢者施設は少なくとも2週間に1回は検査をしっかりとやっていただきたい、これは従業員の方々も含めてであります、こういうお願いをすると同時に、やはり病床、ホテルというものの確保をお願いしているわけであります。

今、西村大臣からも話がありましたが、東京からまん延防止等重点措置の要請が来ているということでもあります。そういう意味では、もう既に東京には病床の確保、ホテル等々の療養施設の確保は既にお願いしております。まん延防止等重点措置をしようがしまいが、やることはもう目に見えて分かっているわけでありますので、しっかりと対応いただきたいと東京にはお願いしたいと思います。

1点、N501Yの変異株であります、昨日アドバイザリーボードでその対応に対して、感染者の方々は今、病院で個室での管理をいただいております。しかし、それが病床の逼迫につながっているということでございますので、若干基準は緩和したのですが、もう一度明確に、個室での管理だけではなかなか対応できないということでございますので、これに対しての新しい通知を出させていただきたいと思うと同時に、退院基準も今までの従来株よりも2回PCR検査というような形で非常に難しくなっている。これは何とかならないかというようなお話もありますので、脇田先生の感染研の下で今、御評価をいただいて、これも退院基準を明確化する中において、何とか病床の逼迫を緩和してまいりたいと思っております。

いずれにいたしましても、議論の途中でこういう形で御挨拶させていただきまして、申し訳ありません。どうかこの後も活発な御議論をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

(報道関係者退室)

○尾身分科会長 それでは、議論に戻りたいと思うが、先ほどの釜薙委員の質問は非常に本質的な問題なので、今、両大臣も来られたのもう一度ポイントを整理すると、確保病床と別に即応病床という概念があって、実際には確保病床数というのは各都道府県によってまちまちで、決まっていけないのだということ。そういう問題提起であった。

厚労省の事務局に、即応病床と今回の確保病床数はどういう関係になっているかということ、それと、都道府県が別々になっているということで、基本的な考えが厚労省から都道府県に対して指針がきちんと出ているのか。その2つが一番のポイントだと思う。

もう一度言うと、いわゆる一般医療と両立可能なという先ほど定義した確保病床数があって、即応病床というのは、私の理解では去年の段階では、ステージによって即応病床、ということだと思うが、今回のステージの考え方という文脈の中で、どのようになっているのか。

○厚生労働省（迫井） 赤澤副大臣がおっしゃっていたのは、もともとの基準はステージⅢのときに2つ数字があって、その2つの数字を比較するというものだったのを1本にするということを説明してほしいという御指摘だったと理解している。

加えて、即応病床と確保病床の数字の2種類を使っていたものが、その関係はどうなのかという話であるが、釜薙委員の問題提起について申し上げますと、即応病床と確保病床の違いが大きな課題なのだという御指摘だと思う。

私どもの理解は、御指摘のとおりすぐ使える病床というのは、明日すぐ使えるとはならないので、例えば1週間、2週間の一定の時間を確保しないとそれはできない、ということは御留意くださいというお話をいただいている。厚労省としては、そこは現場の運用をきちんと理解した上で、しかしながら、都道府県にはそういう実際に数字として出てくる病床のタイムラグも含めてしっかり確認をしていただきたい。その上で、出てくる数字をしっかりと押さえた上での病床の管理、病床の運用をしてくださいという理解で今回書き直しもお願いしているということである。

○平井委員 今日は西村大臣、田村大臣、あるいは赤澤副大臣や山本副大臣をはじめ、こういうすばらしい場をつくっていただき、感謝申し上げます。また、尾身先生は再就任ということで、みんなで支えてまいりたい。

西村大臣のお話を伺って、変異株に対しては全力を挙げてやっていくという言葉に感激したし、後ほどそうした観点で意見を述べさせていただきたい。また、田村大臣から退院基準のお話に言及いただいたが、これは本当に困っているの、早急に脇田委員から出していただければと思う。

今の病床のことであるが、実は非常に複雑で、厚労省はある特定の自治体のこと

を念頭に置いて、この基準を1つにしてしまおうということだと思う。

2つ申し上げたいが、まず、実は病院と大分議論しなければ病床の数字は出てこない。釜范先生は我々の交渉相手で、私どもは交渉して、何とか病床を空けていただくようお願いする。最大確保病床と言われるものが、20%という今回確保病床と書いてあるものである。ただ、厚労省の通知では、いつも空けておきなさい、とはされていない。フェーズ1、2、3と順番に、次の段階に来たら次の病床を空けてくださいという順位づけをそれぞれの都道府県でやっているはずである。

本当に空けて待っている病床について、その分は空床補償として私ども都道府県からお金を払い、それを国から交付金をいただいているという仕組みのものである。

すぐに入れられる病床は即応病床である。確保病床というのは大きな数字であり、我々もこれを最後の砦として持っているのだが、今回のように急に上がる時に、その数字どおりに病床の確保ができるかといったら、実はそうではないというところである。

ステージⅣで最大確保病床だけを取り上げているのは、このときはフェーズⅢまで行っているから、全部の病床を使っているはずだという前提で書いてある。ステージⅢのときは、フェーズⅢまで行っていなくて、フェーズⅠやⅡのときにこれが起こるだろうと。それで今まで確保病床との関係の25%というのを使っていた。実はこれは意味があるので、やはり歯止めを利かせるとしたら、本当に空けて待っている病院との関係の数字が必要だと思う。そういう意味では、赤澤副大臣の御指摘が正しいのではないかとも思えるところである。

ただ、実務から言うと、最大確保病床というのは非常に大きな数字である。これで20%ということで、現時点での確保病床が25%なのだが、この25%は結構難しい。少し不自然であるが、これで結局フェーズを前倒して上げなければいけない。だから、もし変えるのであれば、どちらかというとき現時点の確保病床のパーセンテージを今の25%より上げるぐらいにして、それは本当に空けて待っている病床だからすぐに入れられる。だから、それは多少高めでもいいはずなのである。40%や50%でもいいと思う。

そのようなことで、きちんと使い分けをしていただければいいのと、特定の自治体がどうも数字がおかしいということであれば、それは迫井局長に指導していただいたらいいのではないかと思う。

○釜范委員　そもそも今回この指標を見直すということは、サーキットブレーカーだと。この文言については色々意見があるが、新たな施策を打つタイミングを失したために、指標を有効に使うために見直すということが一番の大前提だと思うので、病床の情報がそれに資するものでなければならぬので、フェーズが一番上がったときの最大に頑張っただけできるというのをずっと分母にしているのが、現状

を示す指標になり得るのかどうかというのが大きな問題意識である。だから、病床の指数というのはなかなか難しく、今、平井知事が御指摘いただいたとおりでと思う。

そのために、先ほど申し上げた一番の目的のためにこの指標をどう使うかということを見ると、今回の整理でうまくいく部分とそうでない部分があるように感じたので発言をさせていただいた。

もう一つ、それに関連すると、国家の危機なのだから、病院は新型コロナに対する病床を強制的に手配しなければならないという場面が来るだろうと思うのだけれども、そこについての覚悟もまだないし、法的な根拠、あるいは法的ではないにしても、国からのしっかりした指導が行き届いているとは思わない。今回のような危機的な状況の場合に、病院はそのために病床をきちんと空けなければいけないというところがもっと強いメッセージとして出て、そのために全力を挙げるという体制を取らないと、計画を出してもなかなかうまくいかないということになりかねないと思う。

○尾身分科会長 強制的に病床というのは後で必ず議論するので、今は病床の確保の分母をどうするかという話について、ほかに意見はあるか。

釜菴先生の意見は、簡単に言えば、分母を今、理想にしている確保病床にすると、実態に合わないのではないのかということ。むしろ分母をいわゆるすぐにでも入れる、言ってみれば即応病床のようなものを分母にする考えもあるのではないのかと。

一方、厚労省は、そのような意見はあるが、やはり理想の病床をpushさえるべきであり。今できるわけではないが、5月になったらできると言っているわけである。

この辺の見方が違うので、このステージの考え方をなるべく今日、できなければ次回ということで、これが今日の最大の目的だから、その文脈をどうするか。

1つ共通の理解として、釜菴委員がおっしゃったのは2つの目的のうちの1つである。サーキットブレーカー的なものはいつやるか。そのタイミング。同時にもう一つは、そもそもこのステージの考え、分類のもう一つの役割というか、8月はそっちが多かったと思う。各都道府県でまちまちの指標を使っているので、全国的に各県の感染状況あるいは医療がどのステージにあるかというのは、サーキットブレーカーとはまた別の考え方である。この目的は2つある。

今おっしゃったのはその一つの部分ということで、もう一つ、何らかの形で各県の状況を分類することは国としては当然必要なもので、その2つだけは共通の理解として、その上で今の分母の話。厚労省のほうは一般医療と両立できなくなるレベル。もう一つは、実は段階的にそこまで行かないのではないのか。もう少しすぐに入れる、言ってみれば即応病床数を分母にしたほうが実態に合うのではないか。

○厚生労働省（樽見） 私は去年の夏からやっているのので、私の理解を申し上げさせていただきたい。

去年の8月にはまさに最大確保病床、去年の6月、7月に各県にお願いをして、最大確保病床をつくってもらって、ただ、これは平井知事がおっしゃったようになりかなり大きい数字であり、感染が広がるにつれて、フェーズ1から4だったり、1から5だったりがあるのだが、県ごとにフェーズを決めて段階的に上げてくださということをお願いした。

まさにそのときのフェーズに当たるものが、言わば即応病床という形で、すぐに目の前で使える病床である。したがって、釜薙委員がおっしゃるように、最大確保病床と即応病床とは違う。むしろ即応病床に対する割合を見なければいけないということで、8月のときにはこれを入れているということだと思う。

ただ、今回の特にこの冬の経験を踏まえると、県によって、即応病床がかなり低い県がある。本当は即応病床を上げてもらわないといけないのだが、即応病床が上がらないという県もある。あるいは、県によって最大確保病床というレベルが、人口割合でいって非常に高いところをつくっている県もあれば、率直に言って、これで大丈夫か、というのを最大確保病床としている県もあった。

したがって今回、5月で少し遅いのだが、先月各県にお願いをして、今回のここに書いてあるような一般医療と両立可能な最大限の病床ということで、かつ、都道府県がまさに地域の医師会あるいは病院団体等ともきちんと相談をして、これをきっちりつくってくださいと。したがって、県ごとに人口割や規模割に比べて大きい、小さいというのはあまりないようにつくってくださいということをお願いをして、確保病床というものをつくりましょうと。これが今回のステージのここに書いてある確保病床というものである。

ただ、実際には、感染が広がっていないときには、まさに空床を確保しているわけではなくて、入れるということがあるので、即応病床的な考えはやはり残る。したがって、目の前ですぐに使える病床というのは最大確保病床とは違うものとしてあると思うのだが、そこがその時々判断によって高かったり、低かったりというのはどうしても生ずると思うので、ここは確保病床の使用率ということで、この基準は1本で整理することにさせていただいて、あわせて、入院率、例えば確保病床の使用率で言うと低いのだが、目の前に空いている病床が少ないということになると、入院率がうんと下がってしまうわけである。入れなければいけない人が入れないということが生じる。

したがって、その場合には入院率25%以下というほうに引っかかってくる。確保病床については、前は県ごとの裁量もあったし、即応病床のフェーズをどのように上げていくかというところがそれぞれの地域によってやり方が違うと、それによって大きくステージの判断が左右されてしまうということが生じるので、そののとこ

ろは確保病床自体もしっかりと今回つくっていただくことにするが、そういう考え方を統一した確保病床との比率ということでここは一本化し、ただ、まさにそれぞれの地域において目の前にある病床が空いているのか、空いてないのかというところを見るものとして入院率という指標を出して、これと両方を合わせて判断するというふうにするのが合理的ではないか、という議論と理解をしているので、よろしくお願いしたい。

○太田委員 病床に関しては、これまで本当に都道府県によって運用がまちまちで今まで来たというふうに聞いている。

例えば1つの例として、私は愛知県から来ているが、愛知県を例にすると、7～8月に病床を決めたのだが、これは第2波が来ていたときである。愛知県だと今回、私の病院は重点医療機関になったが、もういきなりステージⅣだ、これだけ空けろ、というところからスタートした。

最初の病床の数ができたときにだんだんに上げていくという状況にはなっていなかったの、その後、ステージⅣから下がってくるという実務を愛知県はやっていなかったと思う。ずっとそのままで行っているような状況の都道府県も現実にはあったということだと思う。もともと設定したように、感染が拡大するにしたがって、いわゆる即応病床、確保病床をやっているような余裕がなかったというところも実際にあるかと思う。

今回の3月の終わりに出していただいた厚労省からの通知が、本当にしっかりと各都道府県が各医療機関と握っていただいて、確保病床を決めていただけなのであるならば、これは意味があると思う。そこまでしっかりと各都道府県が各医療機関と練っていただいて、実際にある一定の時間があれば、どこまで病床を確保していくことができるのかということまでいければいいのだが、そこまでしっかりとした数字が5月までにつくれるかどうかというのは今後の課題かと思っている。

○尾身分科会長 問題を整理すると、病床を確保するのがなかなか難しいという現実がある。これは間違いない。そう簡単ではないという現実がある。

もう一つの現実は、どうもこれは各都道府県でばらばらで、統一したものがないということも事実ということだと思う。

今、太田委員がかなり核心を突いたことを言ったので、これがしっかりできればいいが、問題はできるかできないかということである。

釜范先生の御懸念も十分分かる。厚労省の意図も分かる。厚労省の意図は、なぜ5月かということ、今はまだできていない。厚労省は、今の病床、何百例というベッド数をかなり精緻な公式のようなものをつくって、しかもその公式に色々なパラメータを入れるのだが、どういう場合に入れてくださいというようなかなり詳しい

通知というか考えを出していると私は理解している。したがって、県のほうは、県
の色々な状況を考慮しつつ、基本的な考えは厚労省の考えを示してあるので、公式
に何をインプットするかという努力をすると、先ほどの最大確保病床数が一定程度
できる。しかもそれには統一した、全国でばらばらではなくて、各地域のキャパシ
ティー、医療状況等に見合ったものが計算できるようなものを出していると私は理
解している。

それは本来、今日欲しいが、一朝一夕にはできないので、5月ぐらいまでやって
ください。そこには地域の医師会やら自治体と色々な連携をしてやってくださいと
いうのが私の理解である。

したがって、今はできないが、5月までというのは、例のサーキットブレーカー
をいつやるかというときにもそのことを書いたのはその理由であるが、その理解で
よろしいのかというのをまず教えていただきたい。

○厚生労働省（迫井） まず端的に、そのとおりである。それから、特に平井知事に
御指摘いただいたように、これが大変な作業だと私どもも理解はしているので、な
るべく早くは原則だが丁寧にやっていただいて、かつ、実際にリアリティーのある
数字としてしっかり運用していただきたい。そのための考え方については、私ども
も各都道府県にしっかり寄り添い、サポートもさせていただき、色々な悩みもお聞
かせいただく。そういったことを前提として、そういう数字を挙げていただく、運
用していただくということである。

○尾身分科会長 最大確保というのは一般医療と両立可能なレベルとここではっきり
定義しているわけである。全部急患を断って、ということではない。本来ならば、
やろうと思ったらできるところを計算してくれ。ただ、今すぐにできないから、色々
な公式というか考え方を示して、地域の実情に合った無理のないものを示してくれ
というのが国の考えで、そういうことが明らかになった。

その上で、そうするとここに書いてあるステージの各地域を分類したり、サーキ
ットブレーカーのほうにも関係する。このことで、分母をいわゆる各地域の現状は
まちまちなので、即応病床を分母にするのか、それともすぐにはできないわけだが、
一応こういう考え方を示して、1か月、2か月なり検討いただく。これが一番の今
日の問題の核心である。

○厚生労働省（迫井） もう一言だけ。次官も申し上げたが、すぐにできる、できな
いという作業の問題と、もう一つ重要なのは、入院率と確保病床の2つの数字を合
わせて見させていただく、あるいは御評価いただくことで、今、色々御指摘いただ
いた特徴ある数字だと思うし、メリット、デメリットはあり得るとは思うのだが、

総合的に勘案していただく上で、2つの数字をうまく組み合わせていただくという趣旨である。

○尾身分科会長　そういうことで、釜范先生はいかがか。

○釜范委員　御説明いただいてある程度理解できたところもあるが、一番引っかかるのは、一般医療と両立可能な最大限の病床確保というのはそのとおりなのだが、これを地域においてすり合わせて合意を形成するというのはなかなか容易なことではない。もともと新型コロナが何も無いときであっても病床が余っていたわけではなくて、それぞれきちんとそこで治療をやっていたという思いがあるので、それに加えてさらに新型コロナに対応して、それをうまく両立させるというのは、地域における医療の立場からすると、決して簡単なことではないと思っている。それをすんなり書かれるのは、しっかりその合意を形成するためのプロセスは結構大変だなというのがもともとある。

しかし、確保病床の定義をはっきりさせて、そのことがしっかり都道府県に周知されて、それに基づいた新たな指標が出てくるというのであれば理解し、了承したい。

○平井委員　今、樽見次官や迫井局長がおっしゃった趣旨であれば、入院率と掛け合わせて当面運用しようということならばそれでもいいのではないかなと思うが、あとは柔軟に、今後実態に応じて見ていただければと思う。

○尾身分科会長　もう一度確認だが、これは上から勝手に病床を決めるのではなくて、各自治体がそれぞれのキャパシティー等々を踏まえてやるということではよろしいか。そこは現場を扱う医療関係者の人は当然懸念だと思うので、最後に確認したい。

○厚生労働省（迫井）　そのとおりである。むしろ時間がかかるとおっしゃった、それから簡単でないとおっしゃった、そのとおりだと思う。だからこそ、しっかり個々の病院と都道府県庁、本省、それから保健所も含めてであるが、しっかり膝詰めですり合わせをしていただいて、確実に出せるといった数字をつくって、合意を形成していただきたいという趣旨であるので、決して上からということではなく、現場目線でリアリティーのある数字をお互いに共有してくださいという趣旨である。

○太田委員　まずもってこのステージ判断のための指標というものを新たにつくり直すということに関して、特に何らかの基準で感染の拡大を抑えるためのトリガーを引くという考え方に関しては賛成である。

1つ思っているのは、今の大阪の姿である。今の大阪の何らかのアクションを起こすのは、いつだったらよかったのか。それは、この新たな指標でかかるのかというのを実際見ていたわけである。資料2の15ページ目に大阪があるが、横に線が入っており、黒い線が新規陽性者数が1週間で10万人あたり15人になる線、赤い線が25人になる線を横線を書いてある。今回の大阪の立ち上がりがゆっくり立ち上がってきて、3月15日ぐらいで15人の線、いわゆるステージⅢの線を越えて、赤い線を超えるまでに何日あったかという1週間なのである。1週間でステージⅢのラインからステージⅣのラインになってしまう。この段階でもしかけようとする、ステージⅢのラインに来た段階で何らかのアクションを出すといった国民に対するメッセージを出さないといけなかった。遅くとも3月25日ぐらいのラインでは、本来ならば出しておくべきだったということになるのだろうと思う。

それが今回これでいったときに、スピード感を示す数字というのが実を言うとあまりなくて、当然感染の拡大のスピードというのは、今回変異株でかなり速いわけであるが、それも考慮していただいて2週間後に到達するという考え方で整理はするが、もう少し感染のスピードを何らかの形で見えるようなものが入らないと、非常に危険なのではないかと思うので、御検討いただきたい。

○尾身分科会長 ここもかなり本質的な問題である。2つあって、大阪はもう少し早くできたのか、できなかったのかという質問と、指標にもう少し感染拡大のスピードという要素を加えたほうがいいのではないかという御提案である。

○押谷委員 まず大阪の話からすると、大阪は太田先生が言われるように急速に増えた。この15を超えた辺りで本当に今の状況がデータ上確実に言えたかという、今朝、大阪のエピカーブを3月の初めぐらいから見ていたが、なかなか実際には難しいと思う。変異株の影響も恐らくあったと思うが、こういう形で3月15日前後、17日ぐらいに直近1週間で人口10万人あたり15人を超えるという辺りで、今の状況を想定することは非常に難しかったと思っている。

その直後に急激に上がってきている局面はあって、資料4の4ページに「感染拡大の速度」というのがあって、ここでは今週先週比が数週間連続で1.0を超える状況というふうにしか書いてないが、おそらくこのときには2.0を大きく超えるような状況になっていたと思う。あとは人流の問題もここに書かれているが、緊急事態宣言が解除されて人流が増大していた。そういうことを総合的に考えないと、レトロスペクティブに後出しじゃんけんの今このエピカーブを見ると、このとき言えたのではないかとお考えになると思うが、エピカーブを毎日見ている立場からすると、そのときに本当に言えたかというのはなかなか難しいところがあって、色々な状況や指標を総合的に考えながら、変異株の問題といったことも含めて判断していくし

かないのではないかと思っている。

○館田委員 資料4の5ページの指標のところであるが、後出しじゃんけんに解析できるようになっているのが我々の経験である。最初のときは分からなかったから仕方がなかったが、今、経験して、実際にこういうエピソードが見えているわけであるから、大きな山を防げるような対策がどこで取れるかという形で考えていかなければいけない。

もしも5ページの指標でそれが引かからないのであれば、やはりこの指標そのものを少し変える必要があるのではないかと考えていかないといけないのではないかと思う。

なかなか難しいと思うが、ただ、1回目も2回目も緊急事態宣言を出しているわけである。だから、ステージ分類が正しくできて、まん延防止等重点措置も使えるようになっているわけだから、それを正しいタイミングで使えば、緊急事態宣言まで行かないように、どのような数値を出して、どのようなタイミングでやるのかということを出さないと、なかなか難しいのではないかと思う。それをやるのが私たちの責任だろうと思う。

もう一つは、ステージ分類が非常に精緻な形で、かなり色々やってできてきたということは大きな前進であるが、一方で、それも先ほどの経験ということで見ると、どれが最初に動き出すのか、どれがクリティカルなのかということも、緊急事態を2回にわたって色々な地域で経験しているのだから、何がスイッチとして大事なのかということが分かるはずである。だから、同じ重さではなくて、特に上りのときには、遅れてくるというのが分かっている指標もあるわけである。ただ、何がスイッチなのか、例えば人口10万人当たりの1週間の移動平均を25、15と言っている、それが最初のスイッチであるならば、そのスイッチをキャッチして、実際にまん延防止等重点措置を使うか、使わないかは総合的な判断であるが、そのスイッチが入ると判定を開始しましょうというような、少なくともそのようなことをやって、最終的には政治が判断していくという形があると思うので、その最初のスイッチをどこに入れるか、ということを考えていくのも大事だと思う。

○脇田委員 我々もこの指標をどうするかということで考えてきたわけであるが、結局今のステージ判断のための指標だけではなかなかスピード感を捉え切れないということもあって、今回の大阪はどうするかという話になる。

我々も年末から年始にかけての状況があり、そして今回、年度替わりの状況があり、そうした世の中の状況や様々な人流のデータ、感染拡大の速度、今週先週比、PCR陽性率といったものを見ていって、今後の感染拡大に関する予測をしなければいけないという状況で、ここは本当に難しい状況判断になると思うが、ステージの指

標だけではなくて、4ページに書かれている指標を見ながら、ここは専門家としての考え方を示していくことが必要になると思う。

だから、ステージ判断が非常に重要になるということなので、こういったものを総合的に判断するということが分科会が示していくということは重要だと思う。

○平井委員 先生方の御議論を聞かせていただき、我々は現場にいて、おそらく感覚が違おうだろうと思うところもあるので、そのことをあらかじめお断り申し上げた上でお話をさせていただきたい。

専門家の先生方は資料2のエピカーブを見たり、自分の病院に入ってきた人数等はお分かりになると思う。私は何をやっているかというと、鳥取県は和歌山県等とよく似ているが、全ての感染ルートを追いかけていて、そういうことをやっている自治体は実はかなりある。自治体によって程度は違いがあり、大都市でも同じようなことをやっているが、なかなか手が回らないといった理由で、やれなくなる時期が恐らくおありなのだと思う。

多くの県は、それを追いかけてお互いに情報交換している。何が起こったのか。それをぜひ知っていただきたいし、私たちも教えていただきたい。ここでもう一度、1年間を振り返っていただきたい。

第1波、第2波があった。第3波、第4波。第1波のときは、私は尾身先生の言ったとおりだと思った。クラスターでばーっと広がるが、10人のうち8人は人にうつさない。本当にそうで、何でこれほどうつらない病気なんだろうと私たちは現場で見ていた。恐る恐るPCR検査をして、周りを調べるが、実はそんなに周りにうつらなかった。3密の状態のときだけばーっと広がった。

第2波のときはかなりつながった。それまでのクラスターだけではないつながり方をしたなど、少し恐怖を覚えたが、意外に早く終わったような気がする。

第3波のときは、皆さんもう一回エピカーブを見ていただいたら分かるのが、人の動きだけでは絶対に説明できないと我々現場の知事は思っている。だから年末年始、電話をお互いにかけて合ったが、何が起きているかよく分からなかった。意味が分からないかもしれないが、1人の人がうつす人数が非常に多い。1人入ってきて、事業所全部にうつったという岡山県の事例があれば、鳥取県でも、家族が全部にうつっていく。しかも、子供までうつる。こんなことは今までなかったが第3波はそれが起きた。それが12月末から1月にかけて起きた。だから、東京が立ち上がり始めたとき、これは絶対に駄目になるなと思った。

実はそういう要因があって、人の移動、ツイートなど以外の要因、おそらくウイルスの要因を考えるべきなのではないかと思う。今回の第4波で私たちは非常に分かりやすくなった。N501Yというのが世界的に報道されて、これは感染力が高いというのがあり、西村大臣のお膝元の兵庫県は本当によく調べていただいて、調査を徹

底され、週によって5割、7割とどんどん感染率が上がっていった。

実は今日初めて押谷先生が鳥取のエピカーブを説明していただいたが、急に伸びているのがお分かりになると思う。自分のところだから説明できるが、2つのクラスターがあって、1つはN501Yだということを昨日脇田先生に判定していただいた。

もう一つ、それも40~50人の大きなクラスターがある。これはスクリーニングに引っかかっておらず、N501Y以外で、よく分からない。ひよっとするとE484Kかもしれない。あるいはほかのものかもしれない。実は感染ルートをたどっていくと、恐らく感染源は東のほうにある。鳥取県はこの間、東のほうから若干広がっているが、中にはものすごい感染の仕方をする者がいて、私たちの感覚からすると、そういうのが要注意である。これがあると一気に病床が埋まっていく。これを収められるかどうかが必要なので、鳥取県では先に早回りをして、どんどんと感染の連鎖を断ちにくわけである。それで何とか私のところは、クラスターは2つとも1週間ぐらいで収めた。ただ、その後も次々と入ってくるので、今、これを一生懸命抑えている。

ぜひ、そこのからくりを教えていただきたい。各知事も言っていて、資料5-1や5-2のところに要望があるが、そのメカニズムが分からない。ただ、体感的にそれぞれの知事はどうも株が影響しているのかもしれない。今の変異株は非常に分かりやすいので、ひよっとしたら、実は感染の波というのは人出の問題だけではなくて、株の問題があるのかもしれない。その株が第3波よりも第4波のほうが強い。第1波よりも第2波、第2波よりも第3波、第3波よりも第4波のほうが強くなっていると思う。うつす人数が全然違う。これが入り込んだら大変なことになるので、今、大阪も奈良も大変なことになっている。兵庫もそうだし、和歌山もなりかけている。鳥取もなりかけたところ、一生懸命抑えている。

それが今、西日本で起きていて、東日本もまた何か別の強いのがあのような気がする。こういうものの警告を専門家の先生に出していただければ本当はありがたい。今はもう危ないので、ステージⅢと考えてくださいと。4ページの左側のほうに、「安定した状況からの立ち上がりを示す指標」とある。ここに、例えば変異株など警戒すべきウイルスのまん延が始まったと見られるときなど、分析をしてできるところもあるので、そういうものを先生方に出していただけると、それで我々は、例えば病床を一気に増やそう、といったことをやれる。

鳥取県は残念ながらそういう人材などが多くいるわけではないので、実は原始的なやり方をしている、それはCt値を見るということである。Ct値が25や35などあり、これが25未満のところを切ったときは、かなりウイルス量は高い。感染力が強い。あと警戒しなければいけないのは、重症化する可能性が高くなる。今は2人に1人ぐらいCt値が25未満を切るようなものが来ていた。だから私たちは地元の鳥取大学の先生と相談をして、感染増大警戒情報というものをCt値に基づいて出した。分析

するのは少し間に合わないが、とにかく今はうつりやすいということを県民の皆様
に知っていただくとして出した。

例えばそのように株のほうに着目をした情報提供というのは僕らも分からないの
で、本当は専門家の先生方に出していただけるとありがたい。

○尾身分科会長 また、非常に大事な問題が出てきたので1つずつ整理すると、まず、
太田先生の感染拡大のスピードも考慮した指標を、ということ。舘田先生も感染が
広がるころの早いタイミングに強い対策を、ということ。それについては資料4
の4ページの冒頭に2つの○がある。2つ目の○に「各地域の専門家は」と書いて
あり、実はここが非常に重要で、こういうことは東京には分からないので、今
まさに現場の感覚ということで、これが1点。

それから、感染拡大の速度は、各都道府県は感染拡大の速度など、として、「速
度など」というのは、先週今週比など左に書いてあるものを全部総合してやってく
れという話だから、それ以外のことがあればまた教えていただければと思う。

あとは、正しいタイミングということ。まさに4ページに書いてあるタイミング
はこういうことなのだ。さらにもう一つここで強調したいのは、分科会もアドバ
イザリーボードの指標を参考にして意見を表明するというので、これは我々の責
任だから、今、申し上げたような指標を色々多角的に使ってやるということ。

変異株の話で、変異株の割合についてモニターするという事は、それ自体が立
ち上がりの指標を示すかどうか分からないが、そういうことも参考にするというの
は誰も異議がないと思う。

平井知事が非常に大事なポイントとして、Ct値の話があった。今、平井知事はCt
値を感染の立ち上がりの指標という文脈の中で言及されたと思うが、実はこのCt値
というのは、我々は1年以上アドバイザリーボードで、Ct値を使って退院の基準や、
二次感染を起こしやすい人をどう同定するかに使えないかということを議論して
いた。つまり、Ct値によって二次感染を起こしやすい、あるいは退院基準に使えるか
という文脈では議論してきたのだが、今までの鳥取県での分析で、数か月前に比べ
て陽性者のCt値がどんどん低くなっているという傾向がおりだというのは非常に
参考になるので、ここにどう書き加えるか検討したい。

○押谷委員 今、平井知事から御指摘のあった件について幾つか我々のほうで解析し
ているデータから御説明させていただきたい。

まず、多くの人々がほかの人に感染させていないというのは変わっていないと思っ
ている。変異株の影響がどこまでかというのはまだ解析ができていないが、我々の
ほうで12月の途中ぐらいまでだったと思うが、2万例ぐらいの解析をしている。最
初は西浦さんが解析した110例のデータから8割近く、正確に言うと75%ぐらいの人

が感染させていないというものだったが、それを2万例で解析しても全く同じ傾向である。世界各地からほぼ同じデータが出てきているので、このウイルスが多くの人に感染させていないというのは変わっていないと思う。

ただし、知事がおっしゃった家族内感染に関しては、変異株の影響というのは、感染研で変異株に関しては家族内感染率が高いというようなデータを出している。ただし、我々のほうで幾つかの県の家族内の二次感染率を年末年始以降とそれ以前とで比較したところ、ほとんど変化はなかった。非常に多くの家族を調べたが、ほとんど変化はなくて、そここのところはまだまだもう少し解析をしなければいけないところだと思うが、結局、年末年始などは家族内感染が非常に多いと各地から言われたので、我々でもできる範囲でやった限りでは、そういう傾向は見られなかった。そういう多くの家族が感染したようなものを、選択的にピックアップしてしまったというようなところもあったのではないかとはいっている。

あと、Ct値のことは脇田先生から説明していただいたほうがいいと思うが、少なくとも仙台のデータを、一部我々のほうでもいただいて解析したが、今回の宮城県の流行に関しては、Ct値が高くなっているという傾向は見えず、ほぼ同じという傾向であった。

○脇田委員 感染研で、今のウイルスについて分析をしている。

まず、疫学的というかCt値の話だが、少なくともN501Yの株に関しては、感染の初期にCt値が従来株よりもより低い。ただ、ウイルス量は徐々に減ってきて、7日目になると従来株とほぼ同じという結果が出ているので、それが退院基準の話にもつながるが、感染初期に関してはCt値が低いので、ウイルス量が多い。つまり、感染させるウイルス量も多くなる可能性が高いと考えている。ただ、これはN501Yの話であって、E484Kに関してはまだそういった解析ができていない。

それから、地域のゲノム解析に関しては、今回アドバイザリーボードでも公表しているし、鳥取県についても出しているが、どうしてもリアルタイムには出せないなので、今、地衛研にもやっていただけるように機械を配っているような状況なので、そういったことをリアルタイムにやっていただく必要もあると思っている。

○今村委員 先ほどの速度の件であるが、尾身先生からも課題として与えられていて、新規感染者数の今週先週の増加比に注目していた。例えば120%の増加比だと、そのままの増加比が維持されたとして、足元の数字から大体4週後で倍になる。140%だと、2週間で倍になると。それが増加比を維持したときの目安だと思ってもらうといいのだが、これは増加比が同じ数字を維持したらという条件が前提となる。速度を見るときには、その増加比が上がっていくのはどういうときに起こるのかということを見ることが必要であり、今回の東京のモニタリングにおいては、その速度に

注意してきた。

増加比に影響をあたえるものの1つに人流がある。人流データはかなり得られるようになった。人流が増えたことによる影響が見えるのはもう少し先になるので、人流が増えたところを過去に遡ってみて、それが今から加わってくるということ予測することになる。それが人流の見方かと思っている。

さらに増加比を上昇させる変異株に関しても、目の前に見えている変異株の割合は少し前の変異株の状況である。例えば東京はついこの間まで1～3%だったのが、今は10%まで上がっている。しかし、今の10%というのはもう過去のものである。既に今日の前で起こっていることはそれよりも高い率で上がっていると想定しなくてはいけないので、それがどういう率で上がっているかということを知ることが重要だということになる。このような増加比に影響を与える要素を考慮すれば、現在の増加比は上昇していくことを想定することが必要になる。

年齢に関しては、今、東京のほうは20～30代が多くなっている。一時期3波の最後の時期には東京都の周辺地域が増えて、高齢者の施設の連鎖が起こっていた。そのころは年齢が高くて重症が多かったが、もう終息し始めていて、高齢者クラスターの人数は減ってきている。その一方で20～30代が上がって、東京都23区の中央部のところに20～30代が増えている。減っているのと増えているのが相殺されているので横ばいに見えているが、事象としては、いつも尾身先生がおっしゃっている閉じられるクラスターの場所、例えば高齢者の施設、同居の施設、というのは結果であり、20代30代の見えないクラスターのところというのは原因になってくるのだと。つまり、原因としての部分が今、始まっているので、今度はそこからまた広がっていった高齢者になってくるので、今後の重症者率は上がっていくだろうと想定する。

こういうのはやはり総合的に見ざるを得ないので、数字で規定するのは難しいのではないかと思う。だから、どういうものを見るべきかを指定しておいて、総合的に見るということまでしか今の段階ではできず、これを全部数字で説明するのは厳しいだろう。そういう意味でも、スピードは総合的に見ざるを得ないというのが現状ではないかと思う。

○平井委員 皆様からすばらしい御指摘、分析をいただき、またみんなに共有をさせていただきたい。誤解されているかもしれないので、若干補足をすると、幾つかの件、鳥取県もそうだが、株をきれいに追っている。それが爆発的に広がる時に取ってみると、Ct値が低いのが連鎖する。そのような固まりがある。もちろんそれ以外にも、普通のCt値の流れもある。だから、実はこれはそれぞれのミクロで見なければいけないのだと思っている。

先生方は割とマクロで足し算をして傾向を見られると思うが、私たちはミクロで追いかけている。もしよければミクロで分析できているような都道府県のデータな

どを見ていただいて、何かのメカニズムがあるような気がするので、ぜひ調べていただければありがたいと思う。

○押谷委員 その件に関しては、データを一緒に解析させていただければ、色々な形で見られると思う。Ct値がどのように二次感染に関与しているかは、尾身先生からずっと宿題としていただいているので、それについても解析できればと思う。

もう一点、指標についてだが、直近1週間人口10万人当たり15人、25人というのは、たしか8月7日に出た文書の中に書かれていたものだと思うが、あのときは、ほとんどのところは7月に15人の下のほうを行っていて、15人を過ぎてもほとんどのところは25には行かない。3週間たっても、4週間たっても、25に行かないというような状況の中で考えられた指標で、今は多くのところが1週間足らずで15から25に行ってしまう。これは年末も栃木や岐阜がそうであったし、今回の宮城県もそんな感じで、大阪だけではなくて、そういう状況である。

そういう中で、早期に探知しろと言われても正直なかなか難しい。では、25人ではなくて50にしたら簡単かと言われると、それは簡単になるが、50にするともう医療が逼迫してしまうということを考えると、やはり25という設定は変えられないという中で、どういう判断をしていくのかということをお我々は求められているのだと思う。特にベースラインが非常に高い状態、東京も15を上回るぐらいのところまでしか下がらなかった。そういう中で、増えてくる局面をどう捉えるのかというのは非常に難しく、こういうところで色々な形で議論をして、この問題、それぞれの局面で色々なデータを見ながら、みんなで議論をしながらこれをどうするかということを考えていくしかないのではないかと考えている。

○釜范委員 今日のステージ判断のための指標の中で、入院率というのは今日初めて入って、初めて拝見した。確保病床の使用率と入院率をしっかりと両方見ないといけないというのはよく分かった。

ただ、もうよく検討していらっしゃるということは重々承知をしているが、入院率を40%以下、25%以下にする根拠について、過去の経験からも十分分析したというふうに尾身先生はおっしゃっておられるが、例えば11、12、1、2月あたりの東京の事例でどうだったのかというような分析のデータを1回この分科会に出していただいて、確かにこの数字が妥当だということを分科会としても確認をしておいたほうが、国民の皆さんに対する責任が果たせるのではないかと考える。

○清古委員 入院率のお話があった。入院率の考え方が自宅療養者を含めてということだが、東京の場合は、入院率は絶対に100%には行かない。宿泊療養をかなり利用しているので、特に若い方はホテル療養が多くなっている。高齢者の場合はホテル

に入れれないということ、入院をお願いしているところだが、自宅療養率のほうがいいのではないかという気もするし、本当の宿泊療養の考え方が、一応、宿泊療養は医療監視下には置かれているので、保健所としてはとても安心しているが、入院だけの率でいいのかというのが、東京と地方では違うのではないかという感じがしている。

東京では、全体の中での入院と宿泊の率のほうがいいのではないか。逆を言えば、自宅療養率を下げていきたいというような感じでは考えている。

○脇田委員 資料4の6ページ以降の「ステージに関わらず講ずべき施策」で、対事業者のところに例えば重点的な検査であったり、高齢者の施設の検査、それからモニタリング検査というものが入っている。今、モニタリング検査等もかなり進んできていて、無症状者に街角で行うような検査というのは陽性者が引っ掛けられなくて、なかなか難しいというようなところがある。

一方で、公衆衛生体制のところでは、人材物資、効率的な業務執行への支援ということしか書かれていないが、実は有症状者、つまり事前確率の高い人をいかに検査に導いて、陽性者を検出するかということが大事だということが、最近の専門家の議論でも言われているので、風邪のような症状、熱が37度5分以上だけではなくて、軽い風邪症状であっても何らかの症状のある人を引っかける。そういう人たちを受診させて、検査を迅速に行うということが非常に重要ではないかと考えている。

例えばN-CHATを含めて職場で症状があることの管理だったり、施設でのそういった症状の管理というものも行って、イベントベースドサーベイランスを行って、有症状者をあぶり出して、検査に持ち込むということが重要だと思うので、有症状者の診療と、受診と検査の促進というのはどこかにきちんと入れ込むべきではないかと思う。

それから、ゲノムのモニタリングというのが、我々が見ていても、今これだけゲノムが多様化してくると、ある一定のゲノムを持った人を色々あぶり出して、そういう人たちがどういう特性があるのかというのはかなり見えてくる側面がある。だから、ゲノムモニタリングをかなりしっかりやっていかなければいけないということ、これを施策のところに全く書かれていないので、そこは書き込んでいただきたい。

○中山委員 6ページ以下のところ、色々大事なことが書かれているが、せっかく厚労省がおつくりになったCOCOAなどについてのコメントはどこかに書かなくてもよろしいのか。

○尾身分科会長 COCOAはなかなか難渋しているので、今、脇田委員からあったN-CHATといった、長崎等でやっている健康アプリのようなものはうまく使えばいいのでは

ないかという話はある。

○武藤委員 COCOAに限らないので、COCOAと明言しにくかったら、「アプリ」といった言い方でもいいのではないかと思う。

有症状者の検査や受診の推奨の件であるが、これを避けたい、検査を受けたくない、受診したくない方の一定数が、いくつかの調査を見ていると、非正規雇用の人ではないかと推測される。検査を受ける、受診をすることで労働者が不利益を受けないように、雇用者側にインセンティブを与える施策というのは①の「ステージに関わらず講ずべき施策の中」で御考慮いただけないかと思う。

例えば労働者が休んでも、休ませることに対して何か事業所内のコロナ対策協力に関する補助金が事業者に出るといった、休ませたことが事業者のプラスになるようなものなど、御検討いただきたい。

もう一つ、対事業者等の①のテレワークの推進のところは、緊急事態宣言が解除されるとテレワークはなしになるという事業者がまだ多い。テレワーク可能な業種は緊急事態宣言に関わらずテレワークを維持することについては相当強力にメッセージを出していただきたい。

○石田委員 色々御議論を拝聴させていただき、大変勉強になった。

確認の意味で、資料4の6ページ以降で、解釈の問題だと思うが、8ページのステージⅣで講ずべき施策の提案の横に「（①②の徹底に加えて実施）」とあるが、これはステージⅣでしかやらないことというふうに受け止めていいのかなのか。

実はステージⅣのその他の重要事項の中に、いわゆる経済雇用対策のことをうたっていたらいい。さらには、情報発信をしっかりとっていくのだということもうたっていたらいい。このとおりだと思うが、これをそのまま読み取ると、ステージⅢあるいはステージに関わらずのところでは要らないというふうに読まれると困るので、そういった意味では、分かりやすい表現にしていきたい。

我々は議論しているので、そんなことはないということはよく分かるが、一般の人が見たときには必ずそういうふうに読めると思うので、ぜひそういった意味では、前のページのシート6でも7でも、必要であれば採用していただくことが大事だと思うので、御検討いただきたい。

○尾身分科会長 そこは適宜修文をさせていただきたい。

○幸本委員 経済の立場から、この議論について、今後の対策について意見を述べさせていただきます。

4月2日に東京商工会議所は東京都医師会との意見交換会を開催した。その際に

共有した資料を資料6としてお手元に配付させていただいている。

本日は感染対策の検討の場のため、この詳細についての説明は行わないが、先般の緊急事態宣言による飲食、宿泊、交通、イベント事業者等への影響は年度末ということもあって、非常に甚大となっている。よって、次の緊急事態宣言にはとても耐えられない状況にあり、これを何としても避けなければならないと考えている。

加えて、ステージⅢの対応は飲食業が中心となっているが、飲食業は徹底的に打ちのめされていて瀕死の状況にあり、雇用が極めて心配な状況である。変異株への懸念も含めて、宣言解除後のリバウンドは想定されており、これをいかに戦略的に抑え込みながら、社会経済活動を維持していくかが重要だと考えている。

尾身会長の記者会見での、今後はメリハリのある対策で政府も汗をかき、国民も事業者も汗をかき、感染を封じ込めていくステージへ、というメッセージはとても心に響くものがあった。政府も規模別協力金の創設に汗をかいていただいたことを感謝申し上げる。

今後の対策については、国民や事業者の効果的な協力体制が必要である。変異株の感染力は強いとのことだが、対策はこれまでと変わることなく、飛沫、接触等に注意することだと思っている。

これを前提として、山梨県のように、店舗ごとに感染対策の状況をモニタリングし、しっかりとした対策を講じている店には時短要請をかけなくてもよいなどの、明らかな差をつけた対応としてもいいのではないかと考えている。これらの対策を講じている店舗は、感染対策を講じないで20時以降の時短などの要請にも協力しない店舗と比べると、明らかに感染リスクは低いはずであり、明確な差別化ができるのではないかと考えている。

このように、専門家の皆様は何を緩めて、何を厳しくすべきかが分かっているはずだと思うので、それをより具体的に示していただき、対応に反映いただきたい。つまり、感染予防を守れば活動の幅を広げても大丈夫であり、自らの対応努力で活動範囲が広がる。このようなメッセージを発信することで、国民と事業者からの一層の主体的な協力が得られると考えている。

その上で、感染予防の予兆のあるエリアはまん延防止等重点措置を柔軟に活用し、ピンポイントで効果的に感染を封じ込めていくべきと考える。しかしながら、重点措置は緊急事態宣言と近似の措置で、社会経済へのダメージも大きく、適切な運用が不可欠だと思う。予兆探知のための検査への事業者協力については、商工会議所も案内を含めて協力をしていく。

次に、ワクチンの安定供給と円滑な接種の推進をぜひとも進めていただきたい。もちろん民間もこれに協力していく。また、国産ワクチンの開発を急いでほしいとは思いますが、日本のメーカーとファイザー社との契約を要請して、日本が海外ワクチンの生産基地として、国内はもちろんのこと世界に供給し、貢献していくという道

もあるのではないか。

海外ではワクチン接種が進んで、感染者が減って、活動が活発化しており、IMFも高い経済回復を見込んでいる。現時点においては、日本だけが回復の力が弱いと言わざるを得ないと思う。未来の子供たちのためにも、日本社会のためにも、日本だけがコロナ後の世界で劣後することだけは何としても避けなければならない。

我が国もぎりぎりのところで社会経済を動かしながら、そしてぎりぎりの状況を保ちながらストップ・アンド・ゴーを繰り返して、ワクチン接種に滑り込んでいく必要がある。そのためにも、ある程度の感染拡大があっても、経済活動を継続できるよう、感染対策の徹底と同時に、やり方は色々あると思うが、非常時の地域医療連携によって、分母となる病床数は最大限に、かつ機動的に拡大できるような医療提供体制の抜本強化をぜひともお願いしたい。

最後に、入国者数の制限によって国際ビジネスに影響が出ているのは事実である。難しい課題だが、水際の万全の対策を前提に、入国管理体制の拡充等の対応を御検討いただきたい。

○平井委員 まず、雇用や経済のこともぜひ両大臣にもよろしく御配慮いただくようお願いを申し上げたい。まん延防止等重点措置あるいは緊急事態宣言以外の地域でも結構疲弊があり、これは本当に痒むように声が上がっていることは御理解いただきたい。

2点だけ申し上げたい。

1点目は、資料4の2ページの2つ目の○の趣旨が分かりにくいのか、何か意図があるのかということで、もし必要があれば書き換えていただく必要があるのではないかと思うのが、新規陽性者数が少ない地方部では、特にクラスターが1つでも発生すると、全体の感染状況に大きな影響を与えるので、それを除外した検討も行うことが必要だと。そういう意味で、感染者数の把握の仕方ということかもしれないが、読みようによっては、クラスターが発生するというのは、こうした小さな自治体においては医療逼迫に直結する。だから、非常に大きな影響もあるわけである。何かクラスター発生ということは除外して考えていいという誤解を与えるのではないかと思うので、例えば、「クラスター発生は地方部においては医療を逼迫させる重要な要因であることに注意をする」と言った上で、感染者数の分析においては、そうしたきめ細かな分析が必要だというようなことで、趣旨を明確にさせていただいたらどうか。

もう一点、少し大きなことになるが、「ステージに関わらず講ずべき施策」として6、7、8ページと、ステージⅢ、ステージⅣということがある。公衆衛生体制として、ここでしっかりと積極的疫学調査や感染ルートを追いかけること。例えば変異株の調査をすること等々をしっかりとこういうところに、どこでもやるべきこ

とだと書く必要があるのではないかということである。

8月のときの議論も私も理解しているが、ステージⅢ、ステージⅣではこうした公衆衛生体制をどちらかというと解除していく方向に書いてある。今回の第3波の緊急事態宣言が解除されていったわけであるが、最後まで落ち切れなかったと思う。これは結構多くの都道府県で残念に思っているところも多い。

結局、人出の問題で処理をしていくから、完全に落ち切れないのかもしれないが、落ちてきたならば、もっと感染ルートを追いかけることもやってもらいたかった。特に、こういうふうに感染が上がってきて保健所がいっぱいになるときに、本当にやるべきことは保健所の応援をすることである。今、宮城県には厚労省も声をかけ、また、知事会でも人を出して、保健師を応援している。村井知事ともお話をするが、恐らく一時的にはこれでPCR検査等が進むので、数は増えるだろうが、いずれは減ってくることになるだろうと。

結局、第3波まで経験して、一つ反省しなければいけないと知事会自身の中で多くの知事が思っているのは、徹底されてきた保健所の機能を維持させていくことが大事だと。それが維持できないのであれば、東日本大震災で政府を挙げて現地対策本部をして、それで地域の行政機能を強化、補完したのと同じように、保健所の機能がしっかりとできて、検査や感染ルートを追いかける、あるいは入院の機能、これは民間委託ももちろんあるが、そういうところを補強するというふうに書いておくべきではないのだろうかという議論が前からある。

ステージⅢ、ステージⅣで、保健所はそのときは一部機能を停止してもいいというのを分科会が本当に言うのかということであり、どちらかというとも機能は維持しなさい。それはみんなでも応援しましょうと。ただ、もちろんやむを得ずできないということを責めるものではないわけであるが、ある一定のときに保健所機能を解除していくということ正面から認めることには多くの知事が厳しい意見を言っているので、御考慮いただければありがたい。

○押谷委員 ステージⅢで講ずべき施策の提案で、公衆衛生体制のところにはクラスター対策の重点化・効率化というのが入ってしまっていて、これをステージⅢでやることをこの段階で決めてしまっているのかということももう一度考える必要があるのではないかと思う。きちんとクラスターを追いかけていくということが必要だというのは平井知事のおっしゃるとおりだと思うので、特にステージⅢにこれを入れてしまっているのかという感じがする。

もう一つは、ステージⅢもⅣもイベントの制限というのが感染防止策の最後のところに書いてある。ステージⅣのほうは厳格化というのが入っているが、イベントと言ったときに、どうしてもプロ野球やJリーグ、コンサートといったことしかあまり考えられていなくて、宮城県でも商業施設の大きなイベントが今回の感染拡大

にある一定の役割を果たしたということがかなりの確度で言えるというようなデータが出てきているので、大規模なイベントだけではなくて、特にステージⅣでは、人が集まるようなイベントをできるだけ制限していく。商業施設のようなところも含めて、そういうことが必要なのではないかと思う。そこを言わないと、これだけイベントの制限ということだけで言うと、スポーツイベントやコンサートなどだけのことになってしまう。

もう一点、非正規雇用のことと関連するが、幾つかのところで建設業や下請、孫請のような人たちがどうしても具合が悪くても、デッドラインが迫っているので働きに出てしまう。それで感染させているということが幾つかのところで見られているので、ここに対しても国が何らかの施策をして、そういうことが起こらないようなシステムをつくっていくことも必要なのではないかと思う。

○石川委員 コメントだが、まず1つは、緊急事態宣言の効果の検証の部分で、新規陽性者数をもたらす情報効果が縮小傾向にあることについて。第1波、第2波、第3波と進むにつれ、新規陽性者数がどんどん増えていかないと、生活者の心は反応しなくなってきた。これは、我々は人間だから当たり前で、過去最高という数値が出ない限りはもう反応しなくなる。

つまり、私たちは何と戦っているのかといえば、習慣と戦っている。新型コロナ対策というものが習慣化することによってどんどん当たり前になり、それがいい意味も悪い意味も含めて日常化し、感性が鈍っていくわけだから、どんどん刺激が強くならなければ、もう一般の生活者の反応というのは出てこなくなってきた。

これが心理面では恐らく対策を効きにくくしている一つの要因になっている。ただし、心理的な側面は検証が非常に難しい。だから、これは科学的な意味でははっきりとは言えないと思うが、コミュニケーションの理論から言えば当然のことである。

今、メッセージを発信するとき、一般の生活者の方々に感染対策をやってくださいということで、言葉でメッセージを発信するとする。例えば言葉のメッセージがテレビ番組で取り上げられ、不要不急の外出は控えましょう、というメッセージが紹介される。他方、同じ番組であるイベントが取り上げられ、観客がそのイベントを楽しんでいる映像が流れる。それが同じ番組の中にあつた場合は、言葉のメッセージはイベントを楽しむ観客のイメージによって陳腐になってしまう。言葉のメッセージの訴求力がどんどん低下している。このような事態が現在生じている。

だから、言葉のメッセージは、何回も同じように使われることで、もうほとんど効かなくなっている。それではどうしたらいいのか。環境的な変化をもたらさないと、実際に対策をやっていかなければならないという感覚にならない。その意味で、営業時間の短縮は実際に環境そのものが変わっているから、対策としてある程度、

有効だと思う。だが、我々は習慣と戦っているわけであるから、営業時間の短縮もやがて効かなくなってくる。では、どうしたらいいのか。例えば今、大阪府知事がおやりになろうとしていることは、私は大変いいことだと思う。来店者がお店の中で注意を受けたり、お店の方が何か一声かけるといった形で、これまでと違う環境がそこで成立するわけである。

習慣と戦う以上、対策には常に新しい要素を盛り込まなければならない。既に前回、尾身会長がおっしゃったこと、つまり、今までの延長線上の対策では駄目だというのは、そういう意味も含んでいて、新規性を常に打ち出していないと駄目なのだと思う。新しいアイデアを次から次へと出していくことで、環境自体を変えることにより、言語メッセージが通じにくい状況においても、感覚的な訴求を行う。このしばらくは、そういう施策を投入しないと、実際には対策がワークしないと考えている。

資料4の2ページ、まん延防止等重点措置の2番目に、「当該措置を適用することで、都道府県の意志が明確となり、人々の感染対策への協力がより得られやすくなる可能性がある」という一文があるが、その実現は言葉のメッセージでは得られないと考える。

○小林委員 資料4の2ページの一番下の部分、必要があれば分科会からステージの判断について助言をするということが書かれているが、必要があれば助言をするというやり方だと、いつ、どういうタイミングで助言するかというのが非常に政治的な判断になってしまうと思う。

もちろん政治的な意味合いを持たせたいということもあるかもしれないが、専門家が情報発信する場合、あまり政治化しないということが望ましいのであれば、むしろ毎週、全ての都道府県についてステージの判断を分科会から定期的に発信するというようなことも考え得るのではないか。そのほうがむしろ中立的でいいのではないかと思う。

そういう意味で、提案としては、ステージの判断を分科会から出す場合、必要に応じて特定の瞬間に出すというよりは、常に出し続けるということもやり方としてはあるのではないか。

○尾身分科会長 最後になって重要な意見が出てきた。必要な場合ということだが、アドバイザリーボードが定期的に評価をするというのは当たり前で、ここで言っているいわゆる必要な場合というのは、仮に国と地方自治体が、様々な理由で明らかに状況は熟しているにもかかわらず対応していない場合のことを想定している。

47の都道府県を毎回定期的に我々が判断というのははっきり言って難しく、これはもう我々の判断で、言ってみればプロフェッショナルとしての責任。政治的な

こととは当然距離を置いてという意味がここに入っている。小林委員、そういうことでよろしいか。

○小林委員 承知した。

○尾身分科会長 それでは、そろそろまとめに入りたい。

まず1点は資料3の評価のこと。色々なコメントはあったが、我々分科会として大きな流れは了承してよろしいかということがまず1点である。あるいは、次回までに変えてほしいということがあれば。大体よろしいか。

○平井委員 もし一言添えていただければ、変異株等のウイルスの影響については今後検証していくといったことは我々の感覚ではあってもいいように思う。

○尾身分科会長 そんなところで、基本的には資料3についてはよろしいか。

(異議なし)

○尾身分科会長 今度、今日の本題のステージのことだが、大きな核心的なテーマであった病床のことは、一応コンセンサスが得られたということ。

ただし、色々な具体的なコメントがあったので、もう一回復習する前に、これを基本的にどうするかということのコンセンサスを得たい。2つオプションがあり、皆さんに決めていただきたい。

オプションAは、今日色々なコメントがあったが、皆さんのコメントの趣旨は十分に理解できたので、それを前提として、これを了承するというもの。

もう一方のオプションBは、色々なコメントが出たので、なるべく早く、次回、しっかりと反映したものもう一回、最終案として議論するという。ただし、今日のまとめ方としては、基本的にはこの考えは了承したということ。これがオプションB。どちらがいいのかということで、最後に皆さんの意見を聞きたい。

では、どんなコメントがあったかということをもう一回まとめると、まず1番は、資料4でいうと5ページの赤字の入院率の40%、25%はどのような根拠かというのを明らかにしてほしいということ。これは次回、国から説明してもらおう。これが1点目のコメント。

2番目のコメントは、Ct値について専門家がマクロで見ているのとは違って、ミクロではまた別の感覚があって、データがあるのだという平井知事の御発言。これについては、押谷委員がそのデータを見せていただければということで、それについて必要であれば、これはなるべく早くしていただいたほうがよろしいと思うので、

よろしくお願ひしたい。

変異株については2つあると思うが、4ページの安定した状況からということで、変異株自身は立ち上がりを示す指標とは必ずしもならないが、別途どこかにそれを書くということをする。それと、変異株については、こちらの対策でも書くということにしたい。

もう一点はイベントのことで、ステージⅢでも、野球などではなくても、人が集まるところも避けてくださいということも言わなくてはいけないということで、現状はまさにぴったりだから、それをやる。

2ページの、クラスターについて例外的に書くというところ。むしろクラスターが起きること自体が重大な事件だということで、そのように書き換える。これはポイントがよく分かったので、書き換えたい。

ステージでやるべきところに、はっきりした熱だけではなくて、だるさや軽いものもしっかりディテクトできるような方法をとということと、ゲノム解析もここに書いたほうが良いということ。

それから、積極的疫学調査をもう諦めるのではなくて、保健所の機能と一緒に、保健所の機能等々の強化も含めて、積極的疫学調査についてはやるということを書く。

非正規雇用者も職員がしっかりやれるような色々な仕組み等々について一言書いてくださいという意見があったが、それはよく理解した。

アプリについて、COCOAというよりもアプリ全般について活用してくれということだと思う。

こういうことをここに書き入れるので、もう一回整理した上で、今日は基本的には了承ということだが、皆さん細かいことをもう一度見られたいと思う。

私としてはどちらかということ、細かい修文をして、次回もう一度、最終版を出す、基本的には了承というオプションBということで良いかと思うがいかがか。

(異議なし)

○尾身分科会長 では、そういうことでやりたい。もう一つ、最後に、今日議論はなかったが、私から皆さんへ提案がある。

前回のコロナ分科会でやろうと思ったが、基本的対処方針の会議が入ってできなかったのだが、分科会のメンバーで、これから感染症に強い社会をどうするかというのはかなり議論してきた。それについて、特に今日の議論でも保健所機能について、積極的疫学調査を諦めるのではなくてむしろしっかり補強するというようなことが必要ではないかという議論があった。

変異株のこともあって、今、新しいフェーズに入ったと思う。そういう意味では、

長く未解決の問題、ずっと言っていた問題で、みんな認識しているのだが様々な理由でできなかった問題が幾つかあって、1つには保健所の機能の強化、それからクラスター情報の国への集約ができていない。

このことについては、疫学者、医学者だけではできず、政治的な決断も必要になる。こういうことをしっかりと議論する場を少しずつ持っていきたい。これが1点目である。

2点目は、先ほどCt値のことがあった。どのように使うのかということはずっと議論している。もう一つは、脇田委員が前駆症状の話をしたが、実は前から典型的な症状が出る前の軽い前駆症状があって、これを何とか知りたいというリサーチクエスチョンがあるのだが、これについて全く手がつけられていない。こういうリサーチクエスチョンというのは多くあるが、もう少し学会などとしてしっかり仕組みをつくって、対応していかなければならない。これが2つ目の課題。

3つ目の課題は、前の2者と関係するが、今、まん延防止等重点措置ということが社会的な関心というかニーズになっている。このためには地域の疫学情報のリアルタイムでの分析が必要だが、これについてもできていない。

最後、4つ目は、今、国のほうが色々な重点検査ということでやっていただいているが、これについてももう少ししっかりとより効率的にやれる方法も、評価も含めてやる。

このようなことも含めて分科会で正式に議論しないと、なかなか難しい問題は解決できないので、次回から議題にして、議論できればと思う。次回なるべく早く分科会をして、今日の議論をまとめたものを文字どおり最終版としたい。

それでは、今日は本当に長くなったが、重要な議論をいただき感謝申し上げます。

以上