

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第10回）
議事概要

1 日時

令和3年11月8日（月）9時28分～11時55分

2 場所

合同庁舎8号館8階 特別大会議室

3 出席者

分科会長	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
分科会長代理	脇田 隆宇	国立感染症研究所所長
委員	石川 晴巳	ヘルスケアコミュニケーションプランナー
	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	大阪大学大学院経済学研究科教授
	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
	釜范 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	慶応義塾大学経済学部教授
	清古 愛弓	全国保健所長会副会長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	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
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長

分科会長が出席を求める参考人

阿南 英明	神奈川県医療危機対策統括官
古瀬 祐気	厚生労働省クラスター対策班参与
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

4 議事概要

<山際国務大臣挨拶>

皆さん、おはようございます。担当大臣になりました山際でございます。よろしくお願いたします。委員の先生方におかれましては、御多忙の中、御出席いただきましてありがとうございます。

本年夏以降、ワクチン接種が欧米を超える水準にまで急速に進むとともに、中和抗体薬を用いた治療が行われるなど、新型コロナ対策は新たな段階に入りつつあります。

このような中で、本日は、都道府県の感染状況を評価する新たなレベル分類について、委員から御提案があると承知してございます。これは、9月8日の本分科会の提言において、ステージについての新たな考え方をできるだけ早い時期に提案するとされていたことを受け、検討を重ねられ、今回整理されたものと伺っております。

関係者の皆様の御尽力に感謝申し上げますとともに、活発な御議論をお願いしたいと存じます。

政府といたしましては、10月15日の総理指示を踏まえまして、次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像を11月前半に取りまとめるべく検討作業を進めております。

本日の議論も参考にいたしまして、ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防・発見から早期治療までの流れをさらに強化し、最悪の事態を想定して次の感染拡大に備えてまいりたいと存じます。

現在、感染状況は落ち着いていますが、国民の皆様には引き続きマスクの着用、手指の消毒、換気等の基本的な感染対策の徹底について御協力いただくようお願いしてまいります。その上で、日常生活や経済社会活動を継続できるよう、ワクチン・検査パッケージの技術実証等を進めており、その結果等も踏まえて行動制限の緩和の取組を進めてまいりたいと存じます。

本日は、よろしくお願いたします。

<後藤厚生労働大臣挨拶>

厚生労働大臣の後藤茂之でございます。委員の皆様には、お忙しい中、お集まりをいただき、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルスの感染状況は、全国の新規感染者は昨日7日の段階で157人、1週間の移動平均では187人ということで減少が継続しておりまして、今年の夏以降で最も低い水準となっております。

この感染者の減少については、直近のアドバイザリーボードにおきましては、多くの市民や事業者の御協力があったこと、ワクチン接種率が向上していることなど

が要因として挙げられております。多くの国民の皆様にご理解と御協力をいただいていることに改めて感謝を申し上げます。

一方、多くの地域では夜間の滞留人口の増加が続き、一部の地域ではクラスターの発生などによる患者数の減少速度の鈍化や下げ止まりが懸念されております。

今後、気温が低下し、屋内での活動が増えること、年末に向けて社会経済活動の活発化が見込まれることから、改めて国民の皆様にご基本的な感染防止の徹底をお願いしてまいりたいと思っております。

さて、本日は緊急事態措置等の前提となる感染状況の評価の基準について御議論いただくことになっております。これまで累次の感染拡大を経験する中で、他国に類を見ない速度でワクチン接種が進んでまいりました。2回の接種を完了した方は全人口の7割を超え、また、12歳から19歳の方は7割が1回接種を終えている状況になっております。また、今回の感染拡大の中では、通常、高齢者層への流行の拡大が後半見られるものでありますけれども、今回はそうした拡大も見られませんでした。

また、中和抗体薬ロナプリーブなど、重症化を防止するための治療薬が開発されてきて、既に3万6000人の方に投与されております。より簡便に服用できる経口治療薬も年内の実用化を目指すとともに、必要量の確保に取り組んでおります。

厚生労働省においては、自治体と連携して、予防から早期治療までの流れをさらに強化するために、病床の確保だけではなくて、ワクチン接種の促進と自宅・宿泊療養者の健康観察、診療体制の構築、検査の拡充等、各種対策に今必死で取り組んでおります。

こうした次の感染拡大に備えるための保健・医療提供体制の強化の取組について、先ほど山際大臣からも話がありましたけれども、近く全体像として取りまとめを行ってまいりたいと思っております。

このような様々な取組によりまして、重症化する患者数が抑制されてきて、病床逼迫がこれまでより生じにくくなっております。新型コロナウイルス感染症との向き合い方については、状況の変化を踏まえた新たな考え方が求められるものと考えております。

本日は、委員の皆様方の闊達な御議論を賜りますよう、改めてよろしくお願い申し上げます。

(報道関係者退室)

<議事(1) 最近の感染状況等について>

○脇田委員 <資料1を説明>

<議事（２）新たなレベル分類の考え方に関する提言案について>

○尾身分科会長 <資料２を説明>

○古瀬参考人 <資料３を説明>

○幸本委員 ワクチン接種の効果と国民の感染予防の努力によってようやく感染が落ち着き、感染防止と社会経済活動を高い次元で両立させ、活動の正常化を目指していく新たなステージに入った。ようやくこの議論となり、国民、事業者ともに、将来に希望が持てる新たなレベルへの考え方の提示をととても期待している。

私からは、３点意見を申し上げる。

１つ目は、当分の間ウィズコロナが続くので、個人の基本的な感染対策は今後もしっかり継続していくことが必要であるが、その一方で、国民に自発的な努力を求めていくのであれば、いつまでその対策が必要なのか、例えば経口治療薬が供給されるまで、といった予見可能性を高めるメッセージも併せて提示すべきと考える。

また、国民や事業者からの声として、今後のレベルの判断基準は、ワクチンの重症化予防効果を鑑みて、新規感染者数などよりも医療の逼迫状況を最大限に重視すべきであり、ある程度の感染の波が来ても耐え得る医療提供体制の整備状況など、新しい医療体制の在り方について目に見える形で国民に示していく必要がある。

２つ目は、レベル分類についてである。レベル０の説明で、「感染者ゼロレベル」とあるが、他の感染症を見てもゼロはあり得ないと思う。ワクチン接種の進展、治療薬の供給状況によるが、「感染者ゼロレベル」といった表現ではなく、この水準まで来れば普通の日常生活を過ごすことができる、また、個々人の感染対策が必要のない世界になる、というような、正常レベル、または日常レベルという表現にすべきではないか。また、仮に感染が拡大しても、レベル３の段階にまでは至らないよう、レベル２の段階でいかに感染状況をとどめおくかが極めて重要である。このための対策として、オンライン診療の積極的利用や、保健所の負担軽減などを改めて早急に整備いただきたい。

３つ目は、既に記載されているが、レベル３の対策についてである。ワクチン・検査パッケージや第三者認証を最大限に活用して、人流抑制などの一律の制限やオールストップは避けて、リスクの高いところに集中的に対策を講じて感染を封じ込めていく。このスタンスをぜひとも堅持していただきたい。社会経済を回していかなければ、国民も事業者も地域経済も耐えられない。

以上の観点を踏まえた対応をぜひともよろしく願いたい。

○大竹委員 私は、この提言案の提案者にも入っているが、基本的に賛成する。

1点、資料2の1ページのレベル1を維持するための必要な対策として、ワクチン接種率のさらなる向上策についてコメントさせていただく。

既に日本のワクチン接種率は、11月5日の段階で1回目接種は77.8%に達しているが、非常に高い数字になっているが、今後の感染拡大を抑えるという意味では接種率をできる限り高めていく必要がある。このための対策について、分科会のメンバーと専門家で検討したので、その概要を手短に紹介したい。政府の対策の参考にさせていただきたい。

ワクチン接種率を向上させるためには、ワクチン未接種者の背景別に対策を考える必要がある。ワクチン未接種者は3つのタイプに分けられる。

1つ目は、ワクチン接種の意思があるけれども、まだ接種していない人。2つ目は、接種を保留している人。最後に、接種の意思がない人。

接種の意思があるけれども接種していない人については、次の3つが考えられる。1つ目、接種の情報が届いていない人や接種券を紛失した人には、未接種の人たちへのリマインダーを郵便だけではなく、SNSなどを使って送付することが有効である。その時のメッセージとして、あなたのワクチンが確保されていますというタイプのものが有効だと確認されている。

また、接種券を紛失した場合の手続や連絡先を分かりやすく説明する必要もある。特に接種券を紛失した場合は、リマインダーの通知文書や身分証明書で接種可能にしていくことが考えられる。これは、接種券の送付から随分時間が経っているので、重要な点である。そして、未接種者に予約を割り当てて通知したり、申込みで変更可能になるという手法も検討する形がある。さらに、SNSで接種会場、予約の空き情報を頻繁に通知することも情報が届きにくい若者には有効である。外国人や独り暮らしの高齢者など、ワクチン接種情報が届きにくいグループには、そのコミュニティ向けのネットワークや職場を通じて行政側から積極的に情報提供をする必要がある。

続いて、接種をしたいけれどもできない人のタイプとして、休みが取れない人ということもある。その人たち向けには、市町村や地区医師会が連携して、夜間・休日に接種できる体制を構築すべきである。さらには、非正規雇用であっても接種を業務として認めたり、副反応による休業に対して給与補償を行うことも考えられる。

家庭における接種者への支援も検討すべきである。ファミリーサポートとして利用できる体制の整備、あるいは同居家族の副反応に対する介護休暇の取得促進である。

接種を保留している人への対策も重要である。これは、ワクチン接種を後押しする情報提供が有効である。ワクチンの有効性と安全性についての分かりやすい情報提供、特に、誰にでも当てはまる情報だけではなくて、年齢別、基礎疾患、妊娠な

どの対象者別の個別情報が重要であるし、対象集団を絞ったインフルエンサーからの情報提供も重要。さらには、地域の流行状況や今後の見通しについての情報提供を行うことも重要である。

必要性が生じれば接種するという人たちも多いが、そのためのワクチン接種を後押しする環境の整備も重要である。1つ目、職域や職場などを通じてワクチン接種を推進していくことや、ワクチン接種の必要性を職場で伝えていくことが必要である。特に、人と接する職場での推進。そして、会議や出張など、普段会っていない人たちが集まるような場合にはワクチン接種が求められていくことも効果的である。

今の説明と関係するが、ワクチン・検査パッケージを推進していくということが重要である。イベントや旅行を楽しむためにはワクチン接種が必要だという社会認識を広めていくべきである。こういったワクチン・検査パッケージが今後日本で広まっていくこと、あるいはアメリカなど海外ではワクチン接種が入国の条件になっていることの情報提供をしていくことが効果的である。

情報提供の中には、同世代の多くが接種したという情報提供が非常に効果的である。政府が行っているが、自治体のホームページでそういった世代別の接種割合を更新していく、目標接種率まであと何人で達成できる、といった情報提供が効果的になる。ワクチン接種者に、例えば飲食・宿泊券のクーポンやポイント付与という形でインセンティブを付与していくということも効果的だと考えられる。

最後に、ワクチン接種の意思がない人については、正確かつ分かりやすい情報の提供を継続していく、デマを丁寧に打ち消していくというのが重要な対策だと考えられる。

○尾身分科会長 今の大竹委員の説明は、みんなでかなり議論してつくった紙がおありで、これは政府にとっても少し参考になると思うので、後ほど内閣官房に送っていただければと思う。

○大竹委員 承知した。

○尾身分科会長 では次に、平井知事。

○平井委員 本日、山際大臣、後藤大臣をはじめ政府の皆様、また尾身会長をはじめ委員の皆様に感謝申し上げたい。

特に山際、後藤両大臣におかれては、このたびの御当選、本当におめでとうございました。引き続き、辣腕を振るっていただき、私ども地方としても全面的にパートナーシップを組んでやっていく決意であるので、ぜひとも今の第5波をきっちり収め、そして第6波に備えていくことを進めていき、ワクチン接種を進捗していく

ことに全力を挙げてまいりたいと思う。

今日の提言案があったが、その前にいくつか若干申し上げておきたい。

1つは、報道で検査の無料化ということが出てきた。恐らく山際大臣などで今練っておられるのかなと思うし、私ども地方とも協議をしていただいております。感謝をしている。ぜひ、今、大竹委員がおっしゃったようなワクチン・検査パッケージ、検査のほうをどうしても必要とする人、例えば子供たちといったところへの無料化の措置なども考えていただければ大変ありがたい。

重要なポイントとして今実務的に挙がっているのは、検査の単価である。大都市部は極めて安い単価でやる業者がいるが、地方部はそうでないわけである。これを平均を取ってこの単価、というふうにやると、結局できない地域が出てきてしまう。片方で、場合によっては儲かる地域ができてしまう。これは検査を普及させる妨げにもなるので、ぜひ御配慮いただきたい。また、会場の設営など大変難しい課題がある。実務的にも解消できるように応援をしていただく必要があると思う。

また、経済対策で30兆円という数字が出てきたが、これを行うに当たり、感染が濃厚だった地域、濃厚でなかった地域、それぞれ経済の課題があるので対応していただきたい。

水際対策の緩和のお話が出てきているが、情報をその方の居住の地域の都道府県や保健所等と共有していただくこと、この辺のシステムについてぜひとも配慮していただく必要はあるのだろうと思う。やはりデルタ株のプラスが今言われてきたり、ミュー株といったものも出てきていたり、色々と海外での感染例も見えてきている。デルタプラスは1例本邦にも入ってきていると伺っているが、そういうことにきちり備えていくことも片方で重要なので、その辺については御配慮いただきたい。

それでは、今日のこのペーパーについて、尾身会長にも事前にお話もさせていただき、感染状況に応じた対応になるように修正をしていただいたことに感謝申し上げます。その上で、最近の報道を受けて、都道府県のほうでの議論が出てきている。そういうことを踏まえながらコメントさせていただく。

まず、新たな考え方ということが出てきているが、ぜひ第5波の分析をしていただきたいということは強く申し上げたい。なぜ減ったのか、先ほど脇田先生からお話があったことだけなのか、我々は疑問もやはりある。例えば、東京がまず最初にぐっとせり上がって最初に落ちてきた。しかし、東京はワクチンの接種が必ずしも進んでいたわけでもないし、夜の人出などを見てもそういう状況にはなかったかもしれない。一体何が起こったのかということがある。

我々も、5回の波の中で大分学習をしてきた。それは、一遍に増えるということ。両大臣もぜひ御認識いただければと思うが、あるところで、まるで合図をしたかのように急に増え始め、そして、あるとき急に落ち始める。これは分からないが、どこかの地域が震源地になっているのだろうと思う。

私たちは現場でウイルスの動きを見ていて、実はこうした動きを見ている自治体は結構ある。我々は統計を見ていない。統計は正直申し上げて単なる足し算である。それぞれのウイルスがどれだけうつすかが重要である。これを見ていると、急に強いウイルスが入ってくると、全国的に一遍に増えていく。そのような傾向を我々は学習をしてきているが、そういうことも含めて分析もしていただきたい。

そういう意味で、知事会のほうでは今ほぼ第5波の総括を終え始めており、近々公表させていただきたいと思うし、先生方や政府とも共有させていただければと考えているが、やはり世上言われていたことが地域の局所的には色々な説明ができるのではないかというデータも集まってきている。先生方から見ると、サンプル数が少ないとか、色々おっしゃるのだと思うが、実務のほうもぜひ参考にさせていただきたい。そういう意味で、分析をすることが、今後第6波以降、次の新たな感染症も含めて対策に役立つと思うので、ぜひ御教示をいただければありがたい。

それから、今日色々基準が出てきた。都道府県にある程度お任せいただくということで肯定的に捉える県もあるが、片方で、具体的な数値基準についてはガイドラインなどを示していただけないか、という議論は根強く残っている。今後、実際の執行状況を見て、この辺についてはぜひ柔軟に御検討いただければありがたい。

まず、1ページの「新たな考え方」の4つ目の○で「医療逼迫が生じない水準に感染を抑える」とおっしゃっている。また、2ページの1つ目の○で「感染の状況を引き続き注視するが、医療逼迫の状況により重点を置いたもの」と書いてある。心配しているのは、これが切り取られて報道されている感があるということ。事前にこの資料が漏れていたのかよく分からないが、医療を見るのだ、感染状況は今まで例えば10万人対比15人とか25人と言われた、そうした感染者数のことは考慮しなくていい、という世論が形成されると、私たちは危険だと思っている。このことは強く申し上げたい。

だから、尾身会長には御理解いただけたと思うが、医療逼迫が生じるのは理由がある。まず、感染がぎゅっと増え、これが医療逼迫の原因になる。ぎゅっと増えると何が起こるか。最初に保健所の体制が壊れる。これによって感染者のルートを追えなくなる。さらに、感染された方の入院の手續等を取りにくくなる。在宅の方々の面倒を見にくくなる。こういうふうになると、結局、重症者が増え、その後、死者が増えてくる。

実は、入院の逼迫は遅行指数であり、先行指数は感染者数である。感染者数がぎゅっと増えて2週間ほど経ってから入院者数が増えて、病床がだんだん逼迫して、もうどうしようもなくなってくる。特にそのときに重症者が増えてくる。そうになると、さらに逼迫をしていくということになる。

そういうものを断つためには、感染が比較的低い段階に抑えることが大切である。これは感染症対策のイロハのイであり、このことは変わっていないわけであるから、

今日プレゼンテーションされると思うが、ぜひそこは強調していただきたい。

また、1ページの5つ目の○で、尾身会長も色々と熟慮された上ということで伺っているが、全国一律には設定できない状況だとおっしゃって、都道府県ごとで考えてくれということであるが、せめて、これ以上上がったら、もうサーキットブレーカーをかけてくれ、あるいは対策をやれ、といったアラームを鳴らしていただく。かなり高めの水準かもしれないが、そういうものもあってもいいのかもしれない。我々都道府県は、それぞれ考えろと言われればもちろん考えるが、どうしても素人が多いので、この程度に行くと非常に危険だということの並行的な提示はできないのか、という御意見も今なお強くある。

それから、2ページ目のところで、先ほど申し上げたように、感染状況ということとは重要である。我々は実務で保健衛生の立場であるが、1人感染者が出るのと、10人、50人感染者が出るのとでは全然負担が違う。それに対して張りつける人の数が変わってくる。だから、感染者が増えてくると同時に保健所の体制を強化する、保健所が壊れないようにするために人々に対して心変わりをしていただく必要がある。それが医療逼迫のみを重視したような印象になると、その辺が曖昧になり、結局、シグナルとして働かなくなってしまうのではないか。

もちろん我々のほうでもそういうシグナルは出していくが、全体として医療だけを今後考えるというふうにやると、正直手遅れになる。まずは保健所の崩壊を食い止める。それから、感染を抑える術をやっていくことが大切である。小火のときに火を消しに行くのは当たり前で、そこでとどめられれば、町全体が火事になったり、山火事になったりしない。山火事になって焼け出された人々がたくさん出てきて病院が逼迫してきたという前に、まずは火が小さいうちに消すことである。

そういう意味で、3ページにあるが、レベル2のところで抑えることが大切なのだということを強調すべきだと思う。レベル3に行く前にここで抑える。それが地方部ならできるだろうというようなニュアンスもある。

例えば、【求められる対策】の2つ目のところに、自治体は、感染拡大防止のために必要な対策を講じるとともに、保健所が逼迫しないようにやれ、ということが書いてあったり、4ページのレベル3のところで、特に地方部では逼迫が起きやすいことを十分注意する必要があるということが書かれているが、実は大都市部も判断が遅れる可能性がある。

3ページの中段の下から2つ目の○に、「医療提供体制が脆弱な自治体ではレベル2への移行を早期に検討する必要がある」と書いてあり、確かにそうである。我々もそういうことで、早めにベッドの確保や保健所の体制強化をやってきて、成功したと思う。しかし、大都市のほうでも同じことが起こるわけである。

やはり同じ火であり、最初は1人、2人から始まるので、消すときは同じように消しにかかることが大切である。ベッドがたくさんあるから大丈夫だということで

対策を怠るということではなくて、大都市部、地方部も含めて判断が遅くならないようにするということは強調するべきなのではないかと思う。

あと、レベル2の段階で一つ欠けていると思うのは、ウイルスの状況によって対策が全然異なるということである。第3波までのウイルスの状況とアルファ株は違った。アルファ株とデルタ株では違った。今はデルタ株で危ないという情報を出すべきである。

私たち鳥取県では、デルタ株が見えた途端にデルタ株の警戒情報を出して、人々の行動抑制、注意を呼びかけた。そのようなことをやらなければいけない。どれだけ危険な株かということによって備えるべき病床の数も変わってくるし、保健所の体制も変わってくる。その辺はやはり専門家の皆様としても情報発信をしていただくということは、レベル2の段階でも加えていただいたほうがよいのではないか。

それから、4ページ目のレベル3について、先ほど申したように、これは病床の逼迫状況だけでなく感染者の数も入れていただきたいということで、対策強化のタイミングの2つ目の○に、「感染状況その他様々な指標も併せて評価する必要がある」と書いていただいた。そうであれば、これを強調していただきたい。

医療の逼迫だけでなく、保健所が壊れたものを元に戻すということもあるわけであるし、感染が拡大していると経済がなかなか回らなくなる。みんな飲みに行かなくなるし、観光に行かなくなる。だから、感染状況というものも重要なのだということはこのタイミングでも強調していただきたい。

それから、一番下に、国は、都道府県の医療逼迫の状況等に応じて機動的に講じてくれということであるが、ぜひ山際大臣、後藤大臣のほうでも御考慮いただければと思うが、都道府県がどうしても今対策を打たなければいけないというときにはすぐに打っていただく。

その内容は、例えばお金が非常にかかる、飲食店を閉めるということ以外もあるわけであり、幅の広い対策を認めていただいて、それですぐに例えばまん延防止重点措置ぐらいは発動するとか、緊急事態宣言の発動をするとか、その中で対策は必ずしも飲食店対策をしなくてもいいといったこと等々、その辺の工夫を第6波に向けては考えていただければ大変ありがたい。

色々申し上げたが、私ども現場でも早めの対策を打って感染の波を低く抑え、あるいはそれを遅らせていって、その間にワクチンとか治療方法の確立などを進めていき、第6波に十分に備えていくことが必要だと思っている。それができれば、経済社会を必要以上に止めることもなく、先ほど幸本委員が心配しておられたようなレベルの前に、できればレベル2でとどめる。この辺をぜひ分科会の専門の先生方にも、現場のそうした切迫感、危機感というものを理解していただきたい。

確かに、先ほどの古瀬先生の分析は大変にすばらしいと思った。古瀬先生も、必ずしもこれは現実とは一致しないということもおっしゃっていた。ちなみに、鳥取

県があのかの試算をやってみると、試算で弾かれているベッドの数よりも大分少なく、恐らく3分の1ぐらい少なく、現実の必要ベッド数というか、使ったベッド数になった。入院をさせていないわけではなく、入院は積極的にさせた。

なぜ違いが出たかという、それは初期対応が違う。最初に感染が出たといった途端に、私どもは保健師さん、薬剤師さん、色々なチームで出かけていき、その対策を取り、一人一人の方が重症化しないようにフォローアップをする。できる限り入院をお勧めする。そうすると、ベッドが増えるようだが、重症者が減るから、実はベッドは減る。そうすると、人々の命も助かるわけである。

つまり、モデルが外れるように我々はやれると思うし、やるべきだと思う。だから、古瀬先生のモデルでこういうふうになる、そのときだけ対策を取ればいいというのは遅きに失する。むしろ、感染状況がこんなになってきただけで緊急事態宣言も含めて対策を取る。そのアローワンスというものをしっかりと認めていただければありがたい。

○今村委員 先ほど大竹委員からワクチンに関する発言があった。私からは追加として、対策を進めるべきポイントについて述べたいと思う。そのポイントというのは、ハイリスクあるいは社会的に脆弱な立場に置かれている人への対応である。

特に、社会的に脆弱な立場に置かれている人というのは、ワクチンだけではなく、検査や受診など医療へのアクセスにも不利な状況にある人が多く含まれている。例えば独居の高齢者、老老介護になっている方、在宅の障害者など、特に都市部を中心に非常に多くの方が実際に生活をされている。

そして、この前者のハイリスクのグループは感染を維持しやすいグループである。後者の社会的に脆弱な立場に置かれている人たちは重症化しやすいグループとして、感染拡大や死亡者数にも重大な影響を与える。したがって、このような対象へのアプローチは感染拡大につながる原因としても、重症者の増加につながる原因としても、今後の対策における重要な焦点となり得ると思っている。

それに対して、現在、我々の中でもチームをつくり、実際に報告できるような内容をまとめているところである。感染流行への総合的な対策においては、そういう対象者へのワクチン接種の勧奨はもちろん、検査や受診の環境改善も必要である。

取り残されている人をつくらないために、より丁寧なアプローチによって一人一人に配慮した介入を行い、ワクチン、検査、受診の環境を改善していくことが今後の対策にとっても重要な課題と考えている。

具体的なアクションプラン等を含めて今まとめているので、どこかの時点で報告させていただければと思っている。

○石川委員 今回は、対策の基本的な目的や戦略という議論がないままに指標がいき

なり出てきているので、この指標の受け止め方が非常に悩ましい。しかし、今日はもうこの指標ということでテーマが絞られているから、それについて私の思っていることだけを述べたいと思う。

今回の提言は、医療の逼迫度というものをメインにしていこうというものだが、現実として、一般の国民においても日々の新規陽性者の数自体は相対的に重要性が落ちているだろうという認識はあると思う。そのため、日々の新規陽性者数だけに自分の行動が影響されるということに対しては非常に違和感を抱いているというのが心理的な事実だと思う。したがって、医療の逼迫度をより重視するという考え方にシフトすることに私は賛成である。

ただ、医療の逼迫度を表すのが、どういう形で数値化されるのか、よくイメージができないが、例えば病床使用率みたいなものだとした場合、パーセンテージが出てくるのだろう。その場合、母数の取り方によっては、確保病床みたいなものが母数になっているときに、実際には確保はしているのだけれども、人的なりソースが追いつかないので、100%の使用ができないといった事実が背後にあるとすると、その数字はどう受け止めたらいいのか、非常に悩ましい。

医療の逼迫度が今後重要であるという以上は、実態に即した数字が直截に出てくるように指標の運用をすべきだろう。そうしないと、その数字を受け取った生活者の側がそれをどう受け止めていいか分からなくなってしまう。例えば、極端なことを言えば、100%になったらこれ以降コロナ対応は事実上かなり難しいのだと。120%になったら、20%分の一般医療の制限が起きているのだという形で、数字が表す意味を明確にしていく必要があるのだろう。そういう数字の使い方をしないと、指標に対する信頼性は落ちる。私は正直なところ、第5波での病床に関する数字というのは信頼性を落としたと思っている。

次に2点目であるが、医療の逼迫の度合いをより重視するというのであれば、厚生労働省のアドバイザリーボードの定期的な報告は、現在は感染状況がメインテーマになっているが、今後は、感染状況はもちろん大前提だとしても、医療の逼迫をリスク評価のメインテーマとして明確に表現すべきだと思う。

それから、その表現に基づいて報道機関は今後どういう形で視聴者、読者に対してメインの情報を流していくのか、そのひな型のようなものをある程度専門家の側でつくってもいいのではないか。現状においては、新規陽性者数、重症者数、死亡者数が3点セットで報じられることが多いと思うが、今後は医療の逼迫係数のようなものを第一情報として出すとして、一般の生活者がそれをどう受け止めたらいいのかということについて、報道機関の皆さんとも認識共有をすべきではないかと考える。

○岡部委員 私も提案者の一人なので、今回のレベル分類に関する提案はもちろん賛

成であるが、幸本委員から、レベル0ということはあり得ないのではないかということをおっしゃって、確かにそうなのかもしれないが、レベル4をあり得ない、あってはほしくない最悪形だとした場合、レベル0は理想形として置いてある形だと私は理解している。

ただ、そのときに、レベル0にならなくても、個人の感染症対策が必要ないレベル、という表現でおっしゃっていて、私は個人の感染予防対策が必要ないということはこれから先もあり得ないと思う。そのやり方にはもちろん強弱があるが、基本的な感染症対策はやはり必要であって、そのことが新型コロナと言われたこの病気だけではなくて、ノロでも、インフルでも、通常の感染症に強い国になっていくためには、ここはどうしても必要なところではないかと思う。

それから、一点、大竹委員から御発言のあったワクチンに関することで、これももちろんワクチンを長い間やっている者としても賛成であるが、ワクチンを接種できない人というよりは、ワクチン接種をしたくない人は必ず一定数おられるので、この方々にも向けて全部100%、というのはやってはいけないことだと思うし、無理なことだと思う。

ただ、ワクチンを接種できない方はリスクがないかということ、そんなことはないので、その方に対してはワクチンが必要だという説得よりも、感染症対策をきちんとやってくださいと。ワクチン接種以上に自分が感染しないために、人にうつさないために、それが必要であるということの説明を加えていくことが重要かと思う。

それから、小児のワクチンは今まさに議論をされているところで、これもアメリカのように進める国もあれば、イギリスのようにちょっと待てという国もあるわけだが、小児のワクチンは大人と同じにはいかないわけで、これは小児のワーキンググループみたいなのところでも話しているが、もしやるのであれば、大人とは違う形の接種と。そういったことも含めて、別途考慮していく必要があると思う。

最後に、新規感染者数のことが随分話題になるわけであるが、プライオリティーとしては軽症の方が全て入院をしなければいけないということではないし、重症の方は当然入院をしていただく。その結果としての新規感染者のみに気を取られるのではなく、そこはいかに引き受ける病院が入院を希望される方、あるいは入院が必要な方にきちんと医療を提供できるか、ということが指標だろうと思う。

入院というのは、心配だから入院したいという方もおられるし、軽いのだから入院したくないという方もおられる。そこら辺が現場ではいつも、重症だけが入院するわけではないし、軽症者が入院してはいけないというわけではないが、その辺の判断として、公衆衛生的に必要な場合には入院の度合いから見ているというところが妥当だろうと思ったわけである。

ただ、これは決して新規感染者数を無視するということでは当然ないので、これについては一つの指標にはなり得るが、重点が違ってくる。そこはメディアの方に

も理解をしていただかないと、1,000人、1,100人、1,200人というところで世の中が不安状態に陥る、ということは今後なくしていきたいと思う。

今日の話題にはならないが、今後としては、石川委員も少しおっしゃっていたが、感染症というものに対する報道の在り方はまた別のところできちんと報道の方を含めての議論が必要ではないかと思う。

○小林委員 今回のレベル判断の新しい考え方について、私も提案者の一人とさせていただいているので、そういう意味で賛成をさせていただく。

平井知事から御意見があったように、感染者数と医療逼迫をどう考えるのかというときに、私の理解は、今回医療逼迫を重視する方向にシフトしたというのは、一般市民や企業の皆さんが感染症に不安を感じないで経済活動や社会活動のレベルを判断するために、医療逼迫を重視するというほうが良いという考え方だと思う。

なので、個人は、今、岡部先生がおっしゃったように、感染対策をやりながらも経済活動をもっと積極的に進めていこうと。そのために、感染者数から医療逼迫に判断の基準をシフトしていくということだと思う。

一方、平井知事がおっしゃるように、地域の行政のリーダーの方、あるいは地域の行政の現場の担当者の方については、火事が小火のうちに火を消し止めるということは大変ごもっともな考え方であり、行政は感染者数に着目して早期対応をするということは当然できるように強調すべき論点だろうと思う。そういう意味で、一般市民向け、企業向けの医療重視という考え方と、行政の現場の早期対応というのは、それぞれ違った考え方で両立すべき問題ではないかと思う。

あと3点ほど簡単に一言ずつ申し上げたい。

1つ目はワクチン接種についてである。私も、先ほどの大竹先生の御意見に賛成である。無理やりワクチン接種をするということはやるべきではないと思うが、ワクチン接種をしたくなるような環境をつくる、そういう政策はもっと進めるべきだと思う。

さらに、新しい政権になって、政府としてワクチン接種の数値目標のようなものを掲げ続けるということをするべきではないかと思う。例えば、今人口の70%以上が2回のワクチン接種をしているが、接種率の目標として例えば85%とか90%という数字を掲げて、そして、自治体に督励するということを政権としてやるべきではないかと思う。

2つ目、経口治療薬についてである。これはもう既に特例承認の準備を進めていらっしゃるのだろうと思うが、メルクのモルヌピラビルのような、幾つか経口治療薬は出てきているので、その取組について日本の政府として特例承認や供給体制の整備について、取組の現状をお伺いしたい。特に第6波が来るのは、脇田先生がおっしゃったように年末年始の行事が集中するような時期が非常に危ないわけだから、

あと1か月か2か月しか時間がないと思う。あと1か月や2か月で治療薬の供給ができるのかどうかということについてお伺いをしたいと思う。

3番目、分科会の今後の開催について一言要望したいと思う。第6波に向けて何をすべきかということで、分科会のメンバーを中心にこれまで1か月弱の間、様々な問題について非公式に意見交換をしてきている。ただ、分科会自体がこれまで選挙などがあり開催されなかったということもあって、公式の場で皆さんで議論する機会がなかった。政府のほうで11月の早い段階で第6波に向けた総合的なコロナ対策を取りまとめられるということだから、できればその政府の対策が出る前に、あるいは出る頃に、分科会の我々が議論してきた次の2つの論点について早急に分科会を開催して議論して提言を取りまとめるという機会をいただきたいと思う。

まず1つ目の論点は、第5波までの医療提供体制の検証と、その教訓に基づいた今後の医療提供体制の在り方について。2つ目は、いわゆるトリアージなどの医療の順位づけについて倫理的・法的・社会的課題という問題についてである。

医療提供体制については、第5波で医療逼迫をどう検証して教訓を得るかというのは国民的な関心事であるし、今後、第6波が来た場合の対策を考える上でも極めて重要だと思う。この第5波の検証、今後の医療体制の整備に向けた具体的な提言を分科会で取りまとめる必要性は極めて大きいと考えている。

2つ目のトリアージなどの順位づけについての倫理的・法的・社会的な課題も、今まで医療の現場に大きな負担をもたらしてきたことだと思うし、第6波が非常に大きくなれば大きな問題になり得る課題だと思う。なので、こういうトリアージなどについての早急な議論を進めることが不可欠だと思う。

以上のような問題について分科会で公式に議論をして、政府への提言を取りまとめる機会をいただきたいということを申し上げたい。

○村上委員 今までの御発言に重なる部分もあるが、何点か申し上げたい。

1点目は、幸本委員が御指摘されたように、社会経済活動を継続していくということは重要だと考えている。そういった観点から、今回の対策、考え方を打ち出していくことの必要性は認識しているものの、諸外国の状況などを考えれば、制限の緩和ということだけではなく、やはり何かあれば制限をしていくというアクセルとブレーキがあるのだということは引き続きメッセージを送る必要があるのではないかと思う。基本的な対策の継続を呼びかけるなど、ワクチン接種をしたからといって、国民が安易に油断をしないようにするということも必要ではないかと考える。

2点目、ステージ分類からレベル分類に変更するということについて、先ほど石川委員からも御指摘があったが、その意味や何が変わるのかということについて国民が理解できるような説明が必要ではないかと思う。物事のルールを変更していく際には同様の課題があるが、この課題は大人から子供まで多くの方々に関わること

であり、皆さんに理解と納得をしてもらえるようにするという打ち出し方が重要と考える。

3点目、平井委員からもご発言があったが、保健所の積極的疫学調査についてである。こちらは、感染が増えていくと保健所の仕事が増えていくというところで、保健所で働く皆さんの中には過労で倒れてしまっているというケースなども報告されている。どのようにして支援をしていけるのかということについても、ぜひ御検討いただければと思う。

4点目、自宅や宿泊療養に関し、その支援の在り方についても早めに考えておく必要があるのではないかと思う。

最後であるが、先ほど平井委員からもご発言があったが、レベル1から2、2から3、といったことについての判断について、数値の例示なども示していただくほうが各都道府県において判断もしやすいのではないかと思うので、そういった点も御検討いただければと思う。

○釜范委員 今回の新たなレベルの考え方は唐突感があるという御指摘があったが、今回初めて議論が始まるわけだから、しっかりと国民の皆さんに御理解をいただく必要があると思う。

まず、新規感染者の数についての考え方であるが、これは委員によって皆さんの御意見に幅があるかもしれないが、私は平井知事がおっしゃるように、決して新規感染者の数の重要度が落ちたと国民の皆さんにお伝えするべきではなく、医療の逼迫をしっかりと踏まえるけれども、新規感染者の数はそれぞれのレベルを判断するために、特にレベル1からレベル2に行くときは非常に大事であるので、ぜひ、新規感染者の数についての評価が全く意味がなくなったのだというメッセージにならないようにしたいと思う。

それから、幸本委員からお話があったレベル0の件であるが、これは決してゼロコロナを目指すという意味ではなく、そこは理想的かもしれないが、そういう状態というのも国民の皆さんに想定をしていただくレベルの中で色々な対策を考えるとということでよいのだろうと思う。

それから、ぜひ申し上げたいお願いであるが、最初の1ページ、「新たなレベル分類の考え方」の一番下のところに追加をお願いしたいが、これまで医療提供の問題として、自治体が医療機関に求めておられる状況と医療機関の認識が必ずしも一致してこなかったということがあって、これは今後の課題として指摘されているところであるが、「医療提供体制の強化に関しては」の後に、「常に自治体と医療機関の現状認識の一致に努め」という文章を入れていただくことをお願いしたい。その後、「最悪の状況も念頭に事前準備を行い、医療拡大の状況などを踏まえて」ということでつながるかと思う。

理由は、自治体は病院に、病床を何床こういう状態で用意してほしいということ
を要請されて、医療機関は全面的にそれに応じて準備をするわけであるが、必ずし
もすぐに準備できなかつたりする場合もあるわけで、その辺りの認識のすり合わせ
を日々常にやっておくということが極めて重要だろうと思う。そのことが、自治体
が計画を立てられる上でも、より現実に即した目標につながるのだろうと思う。

それから、先ほど小林委員からお話があった分科会における議論は、なるべくこ
のコロナ対策分科会は間隔を空けずに繰り返し開催していただいて、しっかり議論
を深めていきたいと思う。特に今後の医療提供体制の在り方とELSIに関する部分、
特に一般医療とコロナ医療について非常に状況が厳しくなった場合にどういうふう
に考えるのかということについては、これまでの分科会でも国に対してお願いを繰
り返し申し上げてきたところであるが、その辺りの議論をぜひここでまたしておく
必要がある。

それから、できればワクチン・検査パッケージについても、今、国で色々御方針
を進めておられるところであるが、これについて分科会としても課題、問題点につ
いて整理をしておく必要があると思う。分科会の開催をぜひよろしくお願い申し上
げる。

○脇田委員 私のほうからも何点か申し上げたい。

まず、平井知事をはじめ何名かの方から、新規感染者数についてお話があった。
現状、新規感染者数の把握は全数把握を継続するというところで、5類に指定という
こともあるが、そうではなくて、今、対策を考える上で新規感染者数の把握という
のは全数をしっかり把握していくことが重要なので、それはしっかり続けていくと
いうことだと思う。

その上で、レベルの移行の指標、数値設定は各自治体でも検討するというこ
もあるし、ツールの使い方も今週/先週比の使い方が重要であるということがあって、
こちらも当然自治体で検討されると思うが、そこも我々アドバイザーボード、あ
るいは専門家、古瀬先生もいらっしゃるが、必要であれば様々な助言や関与をして
いきたいと考えているので、自治体の方がもし何か御相談ということがあれば、我々
としては積極的に関わっていきたいと考えている。

それから、石川委員からお話があったアドバイザーボードでどういったデー
タを出していくのか、モニタリングをしていくのか、ということであるが、特に第5
波の減少局面というか、医療逼迫を脱していった状況のときに、我々が一番苦労
したのが中等症の患者さんの把握で、ここが非常に重要だったわけである。重症患者
の数は全国的に出されているが、特に中等症Ⅱ、酸素需要のある入院患者の数が、
HER-SYSでは診断時の中等症Ⅱの方は把握できるが、それをリアルタイムにどの程度
入院者が中等症でいるのかということ把握していくのが非常に難しかったという

ことがあるので、それで仕方なくと言うと怒られるが、推定の中等症の数をアドバイザーボードで御報告していったということがある。だから、できれば全国的に統一的にモニタリングをできればと考えている。

一般医療の指標としても、これまでもICUのコロナ患者と一般の患者の比率も厚生労働省のほうから出していただいているので、そういった医療の指標を今後ともアドバイザーボードでしっかりモニタリングしていくということが今後のレベル判断にも非常に重要だと考えている。

今回の考え方の1ページのところで少し申し上げたい。今の状況を、地域によってはレベル0、つまり、岩手県であれば感染者ゼロが続いている状況があるが、こういった状況でやはり基本的な対策は非常に重要になってくる。そのときに、例えば飲食店の第三者認証というものがどの程度本当に効果があるのかということもしっかり検証していく必要があると考えている。

こういった状況になると、地域でのクラスター、飲食店でのクラスターがはっきり見えてきているので、そういったクラスター、感染者の発生が例えば認証店で起きているのか、あるいはそれ以外のところで起きているのかということもしっかり検証していくべきだと思う。もし認証店で起きているのだとすれば、その対策が十分なのか、あるいは対策が不十分でどういったところに問題があるのか、あるいはお客さんの問題であったのか、そういったこともしっかり調べていくべきだろうと思う。

それから、検査の充実というところで抗体検査のことが初めて挙げられている。まだ、承認された抗体検査がないので、その抗体検査の進め方というものもこれからしっかりと議論していくべきだと考えている。

平井知事から、初期対応のお話があったが、今後、重症化率というものが減っていくと、感染者はどうしても増えていく傾向にあって、そういった初期対応をしっかりとできること。それから、ここの考え方ではあまり書き込んでいないが、自宅療養・宿泊療養の体制をしっかりとつくっていくことが今後の医療を支える上で非常に重要だろう。重症化をさせない、入院をしなくてもしっかりと療養できる体制というものも重要であると考えている。

抗ウイルス薬のお話、経口薬のお話が出てきている。これまでワクチンでも我々は耐性ウイルスの出現というものを非常に危惧したわけであるが、経口ウイルス薬を広く使うと、これはインフルエンザでもHIVでも同じであるが、必ず耐性ウイルスが出現するので、抗生物質でもそうであるが、こういったお薬を適正に使用するということが非常に重要であるので、その点お願いをしたいと思っている。

最後にもう一点、水際対策の緩和というのが今報道で言われている。短期のビジネス往来に関して10日間を3日間にするということである。今、日本は非常に状況がよくなっているが、諸外国、特にヨーロッパではかなり増加の傾向にある。アメ

リカもまだまだ感染者数は多い状況で、シンガポール、ベトナムを見てもそうである。一方で、インド、インドネシア、ネパールといった非常に低水準の国もあるので、そういった相手国の状況をしっかりと把握した水際の対応が求められると思う。そこのところも、どういった考え方で水際対策の緩和をされているのかということについては御質問をしたいと思います。

○中山委員 私も、新しいレベルの考え方については賛成する。ただ、ステージの考え方というのはもうかなり長く広まって、国民に非常に定着してきた考え方なので、この新しいレベルの考え方については、その必要性和内容について分かりやすく説明することが必要だと思う。

それから、9月の分科会で、ワクチン接種が進行する中で日常生活はどのように変わり得るのかということ議論したと思うが、その中でワクチン・検査パッケージの活用についても広く国民に議論を呼びかけたい。それから、現在、国の実証実験にも取り組んでいるという報道もあるが、それが現在どのようになっているのか、ぜひこれについては分科会でも報告をいただいて、できれば意見交換の場を設けていただきたいと思っている。

○舘田委員 私もこの提案に賛成である。今、ウィズコロナのフェーズに入ってきているということをしかりと一人一人の国民の皆様にお伝えするという意味においても、この変更というのは大事になるのではないかなと思う。

その中で一つだけ、説明があった古瀬先生のツールについて、古瀬先生のツールだけではないのかもしれないが、それをいかに活用していくのかということが大事になると思う。

そんな中で、古瀬先生にお伺いしたいのは、例えばこのツールは幾つかの点を入力しながら線で追いかけていったほうがより正しい情報が得られるということは間違いないと思うが、地域ごとのパラメーターを入力すれば、例えば用意できる病床数や重症病床数、それらを入れておけば、ある1点において、それぞれの地域がどのくらいの1日当たりの感染者数になると危険な水準になるのかということをおある意味前もって予測することができると思うが、そういうことであるならば、例えばこのツールをうまく生かして、このクリティカルな数字が出てくる、ただ、このクリティカルな数字をそれぞれの自治体の長、知事の皆様がどういうふうにするのかということが大事で、恐らくその数字を参考としながらも、地域ごとの特徴、強さ、弱さが分かっているのは知事だから、それを基に自分たちはより厳しく対応するといったことを首長の皆様が御判断いただくような仕組みとして、もちろん国との連携の下に使っていくのが大事かなと思う。

そういう意味で、古瀬先生にもう一度確認だが、ある1点の数値を入れることに

よって、その地域ごとの危険な1日当たりの感染者数を前もって出しておいて、それを参考に対策を取ることができるのかということを確認させていただきたい。

○今村委員 先ほど小林委員から分科会の開催についてご意見があったが、私も賛成である。今回、新たな分類の考え方が提出されたが、もちろん提出者の1人になっているので、その内容については賛成するところである。

この中で一番ポイントとなっている出だしのところで、医療の逼迫に重点を置くということがいわれているので、この医療の逼迫というものの自体がしっかり定義され、きちんと説明されていることが非常に大切なポイントになる。

医療の逼迫というのは、コロナそのものによる逼迫だけでなく、通常医療への影響だということはこれまでも述べられてきたところである。ただ、ここのところは一般の方々には理解がしにくい部分でもある。

例えば、病床を1床、2床と数えるが、重症度が上がれば、そこに必要な人員が増えていく。つまり、病床というのは生き物のように、その病床に入る患者背景によって運用状況も変化していってしまう。この辺のところは一般の方にはなかなか理解しにくいところだと思うが、医療提供体制を語るためにはやはり避けられないところであって、できる限り一般の国民の皆さんにも理解していただくことが重要だと医療現場の側からも考えている。

そのためには、この分科会には医療現場以外の構成員も多く含まれており、それぞれの分野でリーダーをされているので、その方々にもしっかりと医療側のメンバーがその内容を共有して、そして理解していただく努力をすることが必須だと考えている。

そういう意味でも、今後の対策を立てていく上で、早い段階で分科会の中で医療提供体制の内容について議論が行われることを期待している。

○武藤委員 私は今日の御提案に大筋では賛成であるが、1点、今も御議論があった、一般医療をどこまで制限することが正当化されるのかという点については非常に懸念を持っており、今日のこの提案があまりその点を考慮されないまま政府の全体像のほうに反映されるということには懸念を申し上げたいと思う。

10月15日に政府のほうで、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」の骨格を示されていて、その中では政府が一般医療の制限も政府の責任において実施する可能性について書かれている。今日の分類の提案でも、レベル2から4の間で一般医療の制限という言葉が何度か登場するが、コロナが始まって約2年になろうという中で、コロナ診療をどこまで優先できるのかということについては、きちんと議論されたことがないと思う。

実際には、コロナ以外の患者さんが多くの我慢をして、あるいはそこに与えた健

康影響などもまだ測定されていない状況の中で、これが今までと同じように出てくるといえることになると、日本の保健・医療全体のバランスの問題でもあると思う。

先ほど、小林委員と釜范委員から、ELSIについても議論すべきだとおっしゃっていただいて大変うれしく思う。ELSIというのはEthical, Legal and Social Issuesの頭文字を取ったもので、第6期の科学技術・イノベーション基本計画にも入っているし、私自身、コロナの厚労省の特別研究班の班長をおあずかりしている。一般医療の制限だけでなく、様々な場面で様々な順位づけとか、ELSIに関わる諸問題が生じているので、ぜひ次の第6波を迎える前の、我が国としての倫理的な考え方の枠組みを諸外国と同じようにしっかり示すことが重要だと思っているので、両大臣におかれてもどうか御検討をよろしくお願いしたい。

○清古委員 今までステージ4の幅が大変広くて、東京の場合はかなり急激に広まったということで、それを今回レベルを少し小まめに分けていただいたということでは、大変賛成である。

東京の場合は、全員入院にはならなくて自宅療養者が多かったわけであるが、その自宅療養者を支えるための外来機能や在宅医療体制がこれから重要になってくるということがあり、地域の医師会の先生や訪問看護、そういった体制を今整えつつある。そういったことを含めて、入院医療だけではなくて、地域の在宅医療体制ということを含めてこれから議論をいただきたいと思っているので、よろしくお願いしたい。

○尾身分科会長 それでは、最終的な結論を出す前に、事務局のほうで応答を。あるいは両大臣、コメントがおありでしたらお願いしたい。それから、古瀬さんにも質問が幾つかあったのでお願いしたいが、まずは厚労省。

○厚生労働省（伊原） 先ほどの議論の中で、医療提供体制の確保をはじめとして分科会で議論をというお話があったので、今の検討状況を御説明させていただく。

第5波を受けて今後のいわゆる第6波に対して地域の医療提供体制を確保することから、10月1日に各都道府県に、10月末をメドに数字的な目標値、11月末には具体的な県ごとにどういう医療機関で頑張ってもらいたい、という計画をまとめていただく作業をお願いしている。さらに、10月15日に岸田政権としての全体像の骨格をお示ししてその作業をしている。

今ちょうど10月末の目標値について、都道府県が数字を色々まとめていただいているので、これを踏まえて、近いうちに全体像を政府全体としてまとめたいと思っている。この中で医療提供体制の確保に関する少し定量的な数字をお示しできると思うので、こうした議論を御覧いただければどうかと思っている。

○事務局（菊池） ワクチン・検査パッケージについて御質問、御意見を頂戴しているので御説明させていただく。ワクチン・検査パッケージについては、9月28日に今後の取組というものを政府がまとめており、そこでワクチン・検査パッケージを活用した行動制限の緩和、例えば飲食について5人以上の会食を可とする、イベントについて人数上限を緩和する等が考えられるというふうになっている。

これを受け、10月6日からイベント、飲食、旅行について技術実証をやっており、その成果や事業者、自治体の御意見も踏まえ、さらに専門家の先生方にも相談しながら、具体的な運用の在り方を検討していく。

また、国民的議論ということで、行動制限の緩和についても9月から国民の皆様からホームページで意見募集を行っている。また、色々な団体と意見交換を行っている。

今後、専門家の先生方の御意見も伺いながら、ワクチン・検査パッケージ、そして緩和について検討してまいりたい。分科会をどう開催していくかというのは、その過程の中で考えていきたい。

○事務局（中村） 脇田先生から、水際対策の見直しの話について御質問をいただいた。先週の金曜日に政府として公表させていただいた措置で、これまで特に感染が拡大しているエリアに入国前に14日間滞在されていた方について、少なくとも10日以上、我が国に入られた後に待機をお願いしていたわけであるが、今回の措置については、感染の分類として3日間施設待機という短い待機をお願いしていた国・地域、あるいは非指定の国・地域から入国される方がワクチン接種証明を保持されている場合に入国後の行動制限を3日間と、その後は活動計画書に沿った活動であればお認めするという形での緩和を行った点が1点。

それから、これまで商用とか就労目的の短期間の滞在という方は入国されていなかったわけであるが、留学生等の長期間の滞在も含めてお認めをする。ただ、これについては当然、入国後、一定の行動制限がかかるということである。

先生がおっしゃったように、入国前の滞在されたエリアの感染状況に応じた見直しを順次図っているところである。

○事務局（迫井） 先ほど菊池審議官が申し上げたワクチン・検査パッケージの関連について、今後、御相談するという話もあった。加えて、医療の提供体制に関して、小林委員をはじめ色々な方々から分科会で、というお話があった。

先ほど、厚労省の伊原医政局長が説明したような作業を進めているが、そういったことを踏まえて、今後、尾身会長と御相談させていただきながら、分科会の開催については考えていきたいと思っている。

○厚生労働省（佐原） 小林委員から経口治療薬の確保状況ということで御質問があった。これについては非常に重要なことだと思っており、総理からもしっかり確保に向けて取り組むようにという御指示をいただいている。

まだ日本で承認申請が出ている経口薬はないが、承認された場合にはしっかり確保できるように取り組んでいるところである。

○厚生労働大臣 重点レベルの基準について、重点的に医療の逼迫を中心に見るということの中で、特に平井知事から、新規の感染者数を積極的疫学調査等で細かく追えるような対応のできるという地方のお話をいただいて、それぞれ大都会も地方も全力で対応のできるモデルを追求しながら、今回のトータルとしての考え方に対応していただければと思っている。

○古瀬参考人 幾つか御質問にお答えしたいと思う。舘田先生のものが一番大きな質問だと思うが、質問に対するお答えは、各自治体がどの程度の感染者に耐えられるかということは予測ツールを使って予測できる。

今回は、レベル分類の参考にするに当たって、どうやって3週間後を予測するかという方法をお示ししたが、ほかにもこの予測ツールは使い方があって、まさに舘田先生が聞いてくださったように、今ベッドの数がこれだけあるのだけれども、それは感染者数で言うと何人ぐらいに耐えられるのかということの検討にも使うことができる。その方法は少しややこしいので今はお示ししないが、10月20日に厚生労働省のアドバイザリーボードに提出した資料の中に一覧表がある。例えばベッドが1,000あるならば感染者数は何人ぐらいまで耐えられる、200あるならば何人ぐらいまで耐えられるという表を、10月20日のアドバイザリーボードの資料で公表しているので、そちらを御覧いただければ分かるのではないかと思う。

また、平井知事からあったような都道府県ごとの数は、言うのは少し難しいが、そのツールの表を見てもらえれば、今ベッドがこれだけあるということはこれだけの感染者だと厳しいということ参照できる表になっているので、そちらを見ていただければと思う。

○尾身分科会長 それでは、最後のまとめということにしたいと思う。基本的には大きな筋ではこの考え方に賛同していただいたと思うが、同時に、これをしっかりと一般の人に理解され、誤解のないようにするためには、出し方等々で幾つか重要な点が指摘されていたので、それについて、今日午後2時半から記者会見があるので、私から次のような趣旨で発言しようと思うが、それでよろしいかどうか、最後にお聞かせいただければと思う。

まず、ゼロステージの話があったが、実はこの考え方は都道府県ごとに評価してもらうということで、日本全体がゼロになるというよりは、今実際に新規の感染の報告数がゼロが続いている県があるわけである。そういう意味で、このレベルの考え方は基本的には都道府県ごとにやるということがまず基本である。

それから、石川委員等々から目的が何かということであるが、これは医療逼迫が生じない水準に感染を抑えるということで、先ほど平井知事から感染の対策も重要だということはまさにおっしゃるとおりで、強調させていただきたいのは、我々はレベル1を維持していきたいのだと。今の状況は、大ざっぱに言えば私はレベル1だと思う。この状況をなるべくみんなで維持して社会経済活動を回していくというのが今回の提案の骨子である。

したがって、維持をするために、医療の逼迫がなければ何でもいいのではないかということでは決してなくて、今の段階、レベル1の段階から、1ページ目にも書かれているが、総合的な感染対策の中で個人の感染対策等々が前提条件になる。これについては、国及び自治体のこれまでどおりの、あるいはこれまで以上の感染対策の強いリーダーシップを発揮していただきたい。そういう中で、国民もそれに協力をレベル1、レベル0のときからしていただく、ということだと思う。

その中で、平井知事が大変丁寧に説明していただいた、新規の感染者は必要ないのだというメッセージは絶対に出さないでくれということで、記者会見では間違ったメッセージに切り取られないような、新規陽性者というのも当然重要なわけである。だが、これからは医療逼迫というものをより重要化するというので、それについては再三再四しつこいほど強調させていただきたいと思う。

そういう中で、知事会の方の現場、医療界ではなくて自治体の長の方々としての懸念というのは平井知事がおっしゃるとおりで、我々もよく理解しており、このレベルの考え方が誤解されたり、しっかり実行されないと対策に遅れが来るのではないかという御懸念があった。

色々なところに書かせていただいたが、例えば3ページの真ん中あたり、【警戒強化のための状況の見える化】の2つ目の○で、指標の目安については先ほど言ったような予測ツール等もしっかりと見ながら、ここで間違いなく起こることは、県がレベル2というところになると、もう警戒レベルということになって、こういう状況になると、当該都道府県の様々な指標については脇田座長のところのアドバイザリーボードでもするし、当然、国は都道府県と連携して都道府県の生のデータを集めて、双方向で、もうレベル2になったらかなり緊張感を持って状況の把握に努めると思う。その中で、先ほどの予測ツールも使うし、その他の指標も使う。

石川委員をはじめ、強いレコメンデーションがあったのは、レベル2になったら医療の逼迫の状況というのを数値的、あるいはもう少し現状を分かるように、さっき脇田さんもおっしゃっていたが、アドバイザリーボードでは中等症の数も含めて、

病床の逼迫の状況というのはもうつぶさにコンスタントに見ていくことになると思うので、その中で、新規感染者も適宜見ていくということで、一番知事が御懸念だった新規感染者を見ないということで対応が遅れるということではなくて、新規感染者も含めて様々な指標を使う、実際予想ツールには新規感染者数をインプットする。しかもコンスタントにモニターしていくということで、このペーパーの趣旨は、なるべく早く、レベル2になった段階で色々な対策を打っていただきたいということである。

その中で、単に医療の強化ということだけでなく、もうレベル2になったら、各知事はそうした状況を基に感染対策をする。新規の感染者が増えてはじめて医療の逼迫が起こるので、新規感染者の立ち上がりをなるべく早く止めたいという知事の趣旨は全く私も同感で、そういうアクションをこのツールを使うとより早く、コンスタントにモニターしてやっていただきたいということで、もうレベル2になると、医療供給体制の強化を段階的に始めると同時に、いわゆる感染対策。レベル1のときはマスクなど基本的な対策でいいが、レベル2になったら、どういうことで感染が起きるかというのは当然分かるはずだから、もう対策をレベル2のところからコンスタントに打っていくということで、知事たちが早い対策を打っていただけるという一つの参考というか、補助的なツールに、ということである。

もう一つは、大都市の遅れということが平井知事からあった。今回のコロナというのは、基本的には都市部が発端になることが多くて、そういう意味では大都市部の対応の遅れが全国的に波及するということは2年間の経験で分かっているから、レベル3になったときの対策は、大都市圏では先ほど言ったようなツールをやって、決してタイミングが遅れることがないように、というのは強く、しかも一部の都市だけでなく、大都市圏の周辺のところ、生活圏が一体になったところと一緒にやってもらう、というかなり強いメッセージがここに出ていると思う。

そういう中で、幾つか具体的な提案があり、そのサマリーとしては、今、迫井室長のほうからあったが、分科会で議論をしていただきたいという幾つかのテーマがあったので、これについてはまた国のほうとタイミングについて両大臣と相談してやらせていただく。

あとは、医療の逼迫の状況について、これは石川さんのほうからあったが、ある程度分かる指標というのは厚労省のアドバイザリーボードで、そういう方向で既に行っているので、さらに強化してもらいたいということである。

それからもう一つ、私の理解は、これはもう国が総理をはじめ既に検討をいただいていると思うが、ワクチン・検査パッケージにおける検査の無料化というものについてはぜひ分科会のメンバーからも議論をお願いしたいということ。

それから、平井知事からあった第5波の分析を、知事会でももう既にまとめられているということで、我々にもぜひ見せていただきたい。

それから、アドバイザリーボード、分科会のメンバーのほうでも、これについてメンバーでない人たちも含めてかなり深い分析を今始めているので、知事会の知見と専門家の知見をうまく合わせて、まとまったもので国に全体としてお見せできればいいのではないかと思う。

釜范委員から、1か所、自治体と医療界がしっかりとした連携ということを書いていたきたいということであるが、これは了解した。

もう一つ脇田さんのほうからあった、県によっては予測ツールについて初めてのことなので使い勝手が慣れていないという場合には、国あるいはアドバイザリーボード、あるいは古瀬さんに支援のお願いをしていただければ、十分そちらとしてはサポートする用意があるということである。

そういう附帯状況を考慮した上で、大まかにこの新たなレベルの考え方を了承していただいたということにしてよろしいか。

(異議なし)

○尾身分科会長 では、そういうことで条件をきちんと反映させた上で了承ということにさせていただきたい。

それでは、最後に太田先生の説明をよろしくお願いしたい。

<議事(3)その他>

○太田委員 少しお時間をいただいて、資料4の説明をさせていただく。

これまでの間、マスコミやネット等を通して、新型コロナに関する医療提供に関して、一部誤った情報が広がっていると思う。

例えば、民間病院のコロナ治療への参画が不十分ではないのかというのも指摘された。日本医療法人協会として、感染が大規模に拡大した大阪、沖縄、東京での受入れ状況を調査したので、資料として出させていただきます。

資料4の3枚目を御覧いただきたい。これは大阪府での民間・公立病院の患者対応数の比率の時系列の推移で、その次のページが実数になるが、意外に感じられる方も多いのではないかと思う。マスコミ報道された厚労省資料は、昨年夏の第2波までのデータを基にしていた。秋以降に医療機関の支援策が本格化した後は、民間病院も多くの医療機関が積極的にコロナ治療に参画している。

8枚目、9枚目が沖縄である。沖縄も第1波のときから民間病院で実際に治療に参画できるところは積極的に参画していたということが分かるかと思う。

10枚目は東京である。患者数としては、東京は特に民間は中小病院が多いが、かなりの患者を受け入れたというデータである。

また、コロナ患者が急増している第5波においても、救急搬送が例えば10台来ると9台は一般患者への対応というのが医療の実情であった。一般医療を支えながらコロナ医療を拡充することに、各地域の医療機関は様々悩みながら対応してきた実情がある。地域での医療はコロナ治療だけではなく、様々な医療機関が協力し、面で支えているという状況にある。

ほかにも、医療提供体制に関して誤解されている面も多いと私自身感じている。本日、小林先生、今村先生からも、第5波までの医療体制の検証をという言及があった。今後の医療提供体制の構築に関しては、正しい情報を把握いただき、御対応いただきたい。

以上