

**新型コロナウイルス感染症対策分科会（第11回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和3年11月16日（火）9時00分～11時33分

**2 場所**

合同庁舎8号館1階 講堂

**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
	釜萯 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
	河本 宏子	日本経済団体連合会社会基盤強化委員会企画部会長代行
	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
	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
	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
	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

## 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。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、感謝申し上げます。

本日は、まず先週11月12日の政府対策本部で決定いたしました、次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像について御報告をいたします。その上で、行動制限の緩和の具体的内容とワクチン・検査パッケージに関する検討状況について、御議論をお願いできればと思っております。

まず1点目の全体像については、最悪の事態を想定して次の感染拡大への備えを固めるとともに、感染拡大を防止しながら経済社会活動の継続を可能とすることを基本として、感染力が2倍となった場合にも対応できる医療提供体制の強化、希望する全ての方がワクチンの追加接種を受けられる体制の確保、経口薬の年内実用化など十分な治療薬の確保、さらに誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の環境整備などを通じた日常生活の回復等について、具体的な方針をお示ししております。政府としては、次の感染拡大の中でも、国民の命と健康をしっかりと守り、安全・安心な形で日常の生活を続けることができるよう、全体像を踏まえた万全の対策を講じてまいります。

2点目は、行動制限緩和の考え方、具体的な内容についてであります。ワクチン接種の進捗や治療薬の普及等に加え、飲食店の第三者認証制度の普及、各業界における感染対策のガイドラインの普及・更新などの感染防止の取組の進展、さらには検査環境の整備等により、日常生活や経済社会活動に伴う感染リスクを以前よりも引き下げることができるようになってきております。

こうした状況の変化を踏まえまして、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置等の下でこれまで講じてきた様々な行動制限については、一定程度の緩和が可能になると考えており、本日は、飲食、イベント、移動に関する行動制限緩和の考え方や具体的な緩和策の案について、ワクチン・検査パッケージの活用を含めて御議論いただきたいと存じます。

3点目として、今後活用するワクチン・検査パッケージの具体的な運用の在り方について、現場でのオペレーションの確認等を目的とした技術実証の中間報告を行うとともに、それを踏まえた制度要綱の案についても御説明いたします。政府としては、本日の議論も踏まえ、行動制限の緩和の内容など、全体像で示された具体的な方策について速やかに対応を決定し、感染リスクを引き下げながら、経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現に取り組んでまいりたいと存じます。

なお、本日、閣議出席のため一旦離席させていただきますけれども、活発な御議論をよろしく願います。

## ＜後藤厚生労働大臣挨拶＞

委員の皆様には、お忙しい中お集まりをいただきまして、ありがとうございます。

感染状況につきましては、全国の新規感染症は昨日75人、1週間の移動平均では171人と減少が継続し、昨年夏以降で最も低い水準となっています。

他方、今後気温の低下に伴い、屋内での活動が増えることや、年末に向けて忘年会、クリスマス、お正月休み等、恒例行事によりまして、社会経済活動の活発化が想定される中で、今後、感染拡大を見据えて、備えていくことが重要でございます。

このため、先週金曜日、12日に政府対策本部において、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決定いたしました。詳細はこの後、事務方から説明させていただきますが、この夏と比べて約3割増の3万7000人の方が入院できる体制を11月末までに整備する、病床確保の取組だけではなく、自宅・宿泊療養者への対応として、約3万2000の地域の医療機関と連携し、健康観察や診察を行う体制を構築するなど、まずは医療提供体制強化の取組を進めます。また、予防・発見から早期治療までの流れをさらに強化いたします。

ワクチンについては、全国民の7割を超える方に2回接種いただきましたが、追加接種を12月から開始いたします。昨日15日の厚生科学審議会で、対象者、使用するワクチン等の結論が得られたことを踏まえ、追加接種の準備について自治体に丁寧な説明し、円滑に実施できるよう、自治体における体制整備の支援を行ってまいります。

治療薬については、今後の切り札となる経口薬について、年内の実用化を目指すとともに、薬事承認が行われれば、年内に約20万回、年度内に約40万回を医療現場にお届けいたします。さらに、この冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるように、追加で約100万回分、合計でこれまでに160万回分を確保しております。

以上のような取組によりまして、感染拡大が生じて、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となり、感染リスクを引き下げながら、経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図ってまいります。

こうした中で、本日は新たな日常の実現を図っていくための行動制限の緩和やワクチン・検査パッケージについて御議論いただくと伺っております。本日も、委員の皆様の闊達な御議論を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

(報道関係者退室)

## ＜議事（1）次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像について＞

○事務局（菊池） <資料1-1【基本的考え方】を説明>

○厚生労働省（伊原） <資料 1 - 1 1 ~ 3 を説明>

○事務局（菊池） <資料 1 - 1 4 を説明>

○阿南参考人 参考資料 6 に沿って説明をさせていただきます。

医療に対しての今後の在り方に関しては、先ほどの全体像の中で語られているが、第 5 波までどのようなことがあったのか、ということを検証してみようということ、特に都市部を中心に検証してみた。

全体の構成は 4 段で、日本全体の医療構造の特性である。諸外国とはやはり違いがあるので、そこを踏まえた上で、第 5 波までどのようなことが検証できたのか。検証結果を踏まえて、どのようなところで改善の余地があるのか。そして、第 6 波に向けて全体としての医療体制はこうあるべきではないか。こういった順番である。

第 1 に、医療構造の特性として、これは OECD 3 か国のデータを比較してみたが、我が国には一つの特性があって、急性期の病床でも一定程度長期療養型の患者さんを受け入れているという特性がある。それに伴って、職員の配置も慢性期の患者さんに対応するという部分が非常に大きくて、ある種、重篤性や複雑性の対応がしにくいという急性病床が非常に多いということ。さらには、都道府県の調整になっているが、強い権限で病床をどうしようかということは過去にあまりやったことがなくて、そういった点の戸惑いもあったようである。

もう一つは、医療職の特性、従事体制として、もともと一人一人が免許を持った独立したプレーヤーであるという側面が否めない事実である。そういう中で、施設がこのようにしましょう、ということ単純に打ち出しても、個々で違う考え方を持っていたり、そのとおりに動きづらいという側面があったり、病院長の立場からしても、もともと地域の医療を担っているの、ほかの医療の役割をどうするのかといった中での戸惑いはあるのだろうと思う。

これらを踏まえて、第 5 波までの医療対応を検証し、6 個の視点でまとめてみた。

第 1 に、軽症者の取扱いである。我が国の特性としては、初期段階から全ての患者さんを入院させることが、感染症法に基づいてそういうスタートだったのだが、途中から自宅・宿泊療養もいいたろうということで方向転換したのである。これは各自治体の捉え方、方針が様々であり、いち早くここに力を入れて取り組んだところもあれば、そうではないところもあって、この辺について足並みがそろいにくいところがあったようである。

国際的に見ると、我が国は非常に手厚い。軽症者に対して行政のほうで管理をするということ、一部の国では、例えばシンガポールのように見ているところもあるが、ヨーロッパ諸国は放置状態である。それに比べると日本は非常に手厚い。そういう中でも、爆発的な患者の増加の中で、実際、行政サービスが追いつかなくて、

自宅で不幸な転帰をたどった方がいらっしゃるが、総じて全体で見ると、逆に軽症・無症状の方も適切に療養を過ごして回復された方が非常にたくさんいらっしゃる。こういったことを踏まえて、私たちは行政・保健所の負担が大きくなったときに、それでも対応できる体制を考えていくことが必要なのだろうと思う。

2番目は、病床確保の実績である。それなりに頑張ってきたのだろうと。数字で見ると、グラフでお示したように、昨年11月で2万6000のものが1万以上増えていて、現在も増えているわけである。こういった爆発的な患者増加の中で対応し切れなくなった。これは、どの人を入院させるのか、どの人は入院させない、という振り分けや判断がどうしても曖昧な中で進んだ中で、重症の方、中等症以上の方の対応が遅れてしまって悪循環に入ったという側面はあるのだろうと思う。

3番目に、病床を拡大することの負荷は、医療機関にとっては相当大きなものであり、感染症の特性としてゾーニング、エリア分けは病院のもともとの構造や運営に大きな変更を伴うので、なかなか大変である。1人の患者さんを入れると、大部屋であればほかのコロナ以外の人を入れられないわけであり、病床をたくさん使っていく。さらには、そこに感染防護という負荷をかけながら、医療人材を通常よりもたくさん配置しなければいけない。これは全国の病院でそうである。通常の倍以上の配置をしなければコロナ対応ができない、そのような病床あるいは人の配置の負荷の中で、それでもやるのだと。コロナでない患者さんを移動させる、転院させる、そういう中で地域医療をどうするのか、このようなはざまの中で苦労しながらやっていた。相当な負荷があったことは事実だと思う。

4番目、それがどんどん進むと、第5波のように首都圏あるいは近畿、中部で患者さんが非常に多くなる。一部コロナ以外の一般診療の抑制が実際に話に上がって、実施されている。ここのところは医療倫理という観点から相当に気を遣うところであり、これもきちんと見なければいけなくて、我が国だけの問題ではなくて、ヨーロッパも全然整理ができていない。諸外国も大変な思いをしていて、コロナに大きくシフトをして、ほかの医療を抑制した結果、イギリスはデータを非常に精緻に公開しているが、患者さんの入院待ちが、数か月、1年かかるぐらいのところまで来ている。それから、救急車は呼んでも運ぶ先がない、がん診療も大きく影響を受けるであろう、といった報告書が出ていて、私たちはコロナとコロナ以外の病気をきちんと正當に評価して、正義を貫く姿勢がなければいけないのであろうと思う。

5番目、実際の病床運用に関しての実情であるが、確保してある病床の50~60%に行ったところで、もう入院が困難であるということが出て、これはいかななものかと。確かに実効性のある病床確保ではなかったのではないかと。これは事実、問題であったと考えている。

なぜそんなことが起きたのか。一つには数字の積み上げということが、私も自治体のほうで一緒にやらせていただいていた分かるが、非常に大きな圧力の中で、取りあ

えず数字の積み上げを優先せざるを得ない部分は出てきたのだと思う。それは結局医療機関との密なコミュニケーションがないままに積み上げられた数字で、その中で運用するとなると現場としてはそのとおりにはありませんよということが起きたのだらうと。

さらには、保健所が入院の調整をしているエリアは間々あるわけであり、現在、保健所設置市が非常に増えているので、市の単位でしか診られない。そうすると、隣の市あるいは全都道府県の広い範囲での調整という視点はどうしても持ちにくい。そういう中で、狭い範囲で病床がいっぱいであれば、隣のところの調整がうまくいかない。このようなことが起きていたのだと思う。

このような中で、社会としては例えば500のベッドを確保してある。まだ300しか使っていないから大丈夫でしょうと当然思うわけであって、経済社会活動のブレーキがなかなかかからない。こういうことが起きていたのだと思う。

医療機関からすると、病床の運用は80%ぐらいが実のところ限界であり、100%の運用はなかなか難しい。なぜかというと、医療の世界は様々な患者さんに特性があって、普段から診療科がそれぞれに運用している。特に例に挙げた小児、周産期、透析、精神といった患者さんを普通の病床に入れるということは困難であり、もともと全体の病床、積み上げた病床というのは、一般成人患者を中心に積み上げた数字なので、こういった特殊性が反映されないと実効性がない。

それから、患者さんは時々悪化するので、悪化したときにきちんと対応できる病床を確保しておかなければいけない。特にかかりつけ、自宅、宿泊療養をやっているわけだから、その患者さんが具合が悪いといったときに、緊急で受け入れられる病床を確保しておかなければいけない。その分はどうしても空けておかなければいけないということがある。

医療の特性というのは、ただスペースに入れればよいということではなくて、例えば説明をする、患者さんがどうなのか診察をする、といった実作業があるので、実作業が行えるかどうか。例えば10床の病床が空いていたとしても、これに対応できるのは4人が限界だとなれば、今日1日は4人にしてくれと。明日になればさらに4人、5人いいよと。10床の病床を入れるのに、2日間に分けてくれれば対応できる。でも、1日で10人というのは無理だと。現場ではこのようなことが起きる。

普段の病床の運用がそうである。医療機関は、500床の病院に500人入っていることはなくて、90%を超えることはまずない。こういったぐらいの運用なのだ。物流世界で考えていただくといいと思う。備蓄倉庫ならば500の箱を入れられるかもしれないが、物流業界で出し入れがある場合に、500個の箱が物流センターに詰め込めるといったことはないはずである。こういったことをみんな理解して、医療側もきちんと表現していくことが必要なのだらうと思う。

6番目、臨時医療施設、入院待機ステーションは随分議論に上がった。一定程度

必要なことだろうと。患者さんが爆発的に増えたときのために準備をしておくことは必要であるが、患者さんの命を扱う場所なので、ここのところはきちんとした研修あるいは組織として組織化をするということも含めて、大変な作業だが、ここまで詰めておかなければいけない。実際に過去を振り返ってみると、20人、30人の場所をつくったのだけれども、実際に収容できる患者さんはその何分の1しか入らなかった。これは当然であり、組織化した場所としての運用体制という視点でつくらないと、実現性がないということになるのだろうと思う。

これらを踏まえて、我々はこの教訓をどう生かしていくのか。6個の点でまとめた。自宅・宿泊療養をうまく活用していくべきで、患者さんが爆発的に増えたときに追いつかないということがないように、適切なモニタリング、患者さんが何倍にも膨らんでも対応できるような情報管理の仕組み、IT技術などが随分進んでいるので、こういったことを使ってやっていく。あるいは、行政としても、一般市町村あるいは消防とどうやって情報共有する仕組みを構築するのか。こういったところまで詰めていく必要があるだろうと。

2番目は病床数の積み上げであるが、現場として本当に運用できる数は幾つなのかということ。そこを積み上げて、自治体としての可能な病床数を出していく。

3番目としては、約束事にしなければいけない。病院が10出すのか、20出すのか、それは先ほどの2番目のところと併せて約束事として公にし、その約束を履行する。この形を詰めていく。

4番目、病床の運用に関してはもっと効率化を図れるであろうと。出し入れの問題あるいは広域での一元管理といったことをもっと追求できるであろうと思う。

5番目、稼働の割合であるが、これは先ほど申し上げたように、医療機関、行政、そして社会全体として80%の稼働がベースで、逆に言うならば、その2割増しのところまで病床確保して、8割で運用する。こういった考え方は共有しておくことが必要である。

6番目、臨時の医療施設等の設置に関しては、人を中心に、どれだけの人を組織化して運用できるのか、そこを大切に、だから何床運用できるのか。こういった展開をすべきなのだろうと思う。

これらを踏まえて、全体として第6波に向けた医療体制、我々は手にした武器が変わったわけであるので、大切にしなければいけないのは、ワクチンあるいは検査キットなどの検査、先ほども出ている中和抗体あるいは今後出てくる内服薬といったことをうまく活用していくことである。これは医療の世界では非常に普遍的な概念、予防、早期診断、早期治療であり、これはがんでもそうである。これと同じ考え方であり、私たちはこの武器を手にしたので、目いっぱい、軸足をここに持っていく。ここを抜かりない体制をつくるのが重要なのだと考えている。

これらを踏まえて、全体で多様な多角的な運営を組み合わせて、効率的な運用を

目指す、これが今後の医療体系であり、①から⑥、まずは患者さんを診断したならば、入院するのか、自宅・宿泊療養にするのか、ここら辺のところをしっかりと振り分けの基準を設けていく。

2番目、広域の調整をして、こちらが駄目でもあちらがどうかといったことをうまく調整できるような体制をしっかりと入れる。

3番目として、効率化を図るためには出口の受け皿をちゃんとつくり、さらにシステムなどを運用して、個別に電話交渉というよりは、もっとシステムチックにし入れしていく形を追求すること。

4番目は、データ管理が重要であり、社会全体に対して先を予測するというところをもっと訴えかけていく。3週間後にこうなるから、今こうするのだといったことの働きかけである。病床確保もそこに連動すると思う。

やはり医療機関に対する財政支援策は、様々な課題があったと考える。患者さんを受け入れるということのメリットを追求した財政支援策を構築する必要があるのだろうと思う。参考までにお示しすると、例えば私のいる神奈川県は、第5波のときに、3週間後にここまで上がる、しかも85%の病床の運用を前提として、ここまで上がる。だから3週間前にフェーズ上げをするのだ、病床拡大をするのだ、こういったことを繰り返してやっていったので、3週間で各病院がきっちり病床を拡大してくれた。約束事にするということが重要であり、これは沖縄県でもきちんとやられていることである。沖縄県も様々な努力をされて、全県の病床の見える化を図って、色をつけるなど非常に工夫されている。そういった中で、統計チームをつかって、先の予測をして、先にこうなる、だから今どうするのかという先手先手の対応をやられているところがあるわけである。

こういったことを踏まえて、少し深掘りする4点だけ触れたい。病床確保の運用に関しては、病床拡大に関する期間、2週間なのか、3週間なのか、そういったことを踏まえて約束事にしていくこと。さらには、病院も必要であれば高次的なことまで推奨していくこと。そして、全体を効率よく運用する体制、これは都道府県レベルで構築するということなのだろうと思う。

臨時の医療施設、入院待機ステーションに関して、繰り返しになるが、大切なことは人、組織をベースにして、その中でどのような運用が適切なのか。多少地域によって差があると思う。こういう積み上げ方をして、本当に適切な収容規模を考えながら体制をつくるということ。

自宅・宿泊療養の医療に関しては、もっと磨きをかけることができるだろうと思う。うまくやればうまく使える、そういう場所なので、IT技術、例えばパルスオキシメーターなどは翌日まで全戸配布できる体制を今のうちにしっかりと構築する。それから、医療の視点で見ていただく必要があるので、地域の医師会あるいは訪問看護ステーションに御参画いただいて、適切に医療をここで展開できる、しかもポ

リユームが大きくてもできる体制を目指すべきなのだろうと。

早期診断・早期治療に関しては、例えば中和抗体に関しても、今は医療機関でできる体制があるが、行政的にも徹底的に拾い上げて、対象者にすべからず投与できるような体制、搬送の体制、拾い上げの体制を具体的に構築する必要がある。

もう一つは、治療の啓発活動である。我々がやっていて苦労するが、半分以上の方が断られる。対象であるが、私はいい、今は具合が悪くないので結構であると。先を悪化させないためにやるものなので、こういったことの啓発も含めて、すべからず早期診断・早期治療につなげていく体制を構築すべきなのだろうと考えた。

私どものグループで、振り返りを踏まえて検証させていただいたが、以上である。

○平井委員 今日山際大臣、後藤大臣、また尾身会長をはじめ先生方のお力をいただき、感謝申し上げます。それから、冒頭に御説明があった全体像を示すということについて、我々現場の意見も色々入れていただいたところもあり、包括的なものになってきたなと感じている。

これについては、今週、最終的には基本的対処方針が示されるといったことがあるだろうから、また知事会でも議論をさせていただき、改めて色々今後のパートナーシップ、地方側と協働しながらのやり方について、提案をさせていただきたい。

今、阿南先生から詳細なお話があった。尾身会長をはじめ皆様のほうで取りまとめられた振り返りを基にしたというものがあつた。これについては先週申し上げたとおり、我々知事会全体として、ここ1か月ぐらゐをかけ、神奈川県も含めてご参画いただき、幹事会によってみんなで分析したものを参考資料7としてお届けしており、ぜひこれを御覧いただければと思う。

今、参考資料6の御説明の中で幾つかポイントがあつたと思うが、早期診断・早期治療が医療の鉄則だということがあつた。そのうちの、「早期」ということが重要である。このことを先生方の御議論に加えていただく必要があるのではないか。また、爆発的感染が前提となつて、この医療についての報告であるが、爆発的感染につなげないために、保健所機能などを十分に活用することが重要である。その保健所機能のところ、この報告の中には捨象されているところがある。全体像を見ていただくという意味で、参考資料7を御覧いただければありがたい。

#### <参考資料7を説明>

参考資料6の医療提供体制、病床の問題は確かに重要であり、これは一つのポイントだと思うが、トータルで保健所の機能をしっかりと維持する。早期診断、早期治療と言うからには、早期に検査をして、早期に診断に匹敵するようなことをやり、治療の濃度、これは入院から在宅まで色々あると思う。その幅をしっかりと考

えながら、適切なオプションを用意しておくことが必要だということである。

まずは爆発的感染を起こさせない、これを第6波対策として考えることが重要であり、後ろのほうの指標に注目をし過ぎる、あるいは後ろのほうの対策、病院の対策だけに集中すると、結局、感染の波を大きく押ししまったり、重症者の数を増やしてしまったりということになるのではないか。これが47都道府県で共同して勉強してきた成果であり、専門家の皆様にも参考にさせていただきたい。

強く申し上げたいのは、一部の自治体のことだけを取り上げると、非常に全体像を見誤る可能性があると思う。鳥取県も必要であれば受け入れるし、今の感染が収まっているときに、こうやって色々やっている団体を先生方に実地に見に来ていただいたほうがよいのではないかと思う。感染爆発を起こさせない、重症者数を減らしていく、その本当の意味の取組を、中枢である分科会の中でもしっかりと議論していただきたい。

○幸本委員 全体像の取りまとめについて、心から感謝申し上げる。

この全体像については、強く歓迎したい。社会経済を動かしていかなければ、国民も事業者も地域経済も耐えられない状況にある。経済が停止することがないように、国民が安心して経済活動レベルを引き上げていけるように、阿南先生から御説明のあった参考資料6の御指摘も生かして、病床確保や治療薬の積極活用などの、医療体制の整備を進めていただきたい。

加えて、第6波への備えとして、ワクチン希望者への早期接種の完了と、経口薬の供給状況なども踏まえた3回目接種計画の策定とその適切な実施も必要であり、これらも計画的に進めていただきたい。

○大竹委員 全体像の資料について1点コメントしたい。資料1-1の2ページ目に、ワクチン接種の促進というところがある。ここで、大きく11月中に希望する者への接種を概ね完了する見込み、と書いてあって、これを読むと希望者はもう終わるといふ形に読める。その後で、12月以降も若年者を含め1回目、2回目未接種者に対する接種機会を確保すると書いてはあるが、この点について、接種機会の確保だけではなく、もう少し積極的な政策を打ち出す可能性があるのかどうかはこの文章ではよく分からない。

積極的取組をすることで、接種率をできる限り高めるといふのは阿南先生の資料の11ページ目でも触れられていたが、第6波をできるだけ防ぐという意味では重要なので、この点について、前回の分科会で提案させていただいたような政策をぜひ駆使していただければと思う。

○釜谷委員 資料1-1であるが、岸田総理がおっしゃるように、最悪の事態を想定

して次の感染拡大に備えるということで、今年夏の実質2～3倍程度の感染拡大が起るような状況を想定してということで、本日の取組の全体像が示されているわけである。

私ども医療従事者、医療を提供する側としては、地元の自治体としっかり連携をして、さらに役割を担う努力を強めなければいけないことは申すまでもないが、感染の状況によって、コロナ以外の通常の医療に対する制限をどうするのかという問題がきちんと示されるべきだと思う。コロナに対する医療をどんどん拡充していった結果、コロナ以外の医療が制約されることによる国民の不都合、不便あるいは不利益は計り知れないわけで、コロナ以外の部分をここまではしっかり確保する。その上でコロナに対応するというような示し方もぜひ必要なのではないかと思う。

そのことと関連して、今日、阿南先生から示されたものも、今回の取組の全体像に反映されているという事務局からの御説明があったが、今後、基本的対処方針の策定も想定されるわけで、その中に今日阿南先生の資料、それからワクチン・検査パッケージに関する指摘についても、後で参考資料が出てくるようだが、それらがしっかり基本的対処方針の中に盛り込まれるかと思うが、そのあたり、事務局のお考えをお示しいただきたい。

もう一つは、臨時の医療施設あるいは待機ステーションという話が出てくるが、それがしっかり運営できるような体制が必要だということは阿南先生の言われたとおりである。一方で、その臨時の医療施設がうまく機能するためには、必要な場合に必ず入院ができるというバックアップがあって初めて臨時の医療施設が機能するので、そのあたりのことがもう少し取組の全体像に取り込まれるといいなと思っている。

○太田委員 今、釜范先生からもお話があったが、全体像を見て、一般医療との両立も非常に重要だと思っている。前回の分科会でもお話ししたが、第5波の極期においても、救急搬送の9割は一般の患者さんであり、コロナ発熱の患者さんではない。

他国と比較して、日本のコロナ対応の特徴は、コロナ以外の一般医療が必要な患者さんに極力影響が出ないように対応してきたということだろうと思う。諸外国はかなり大変な状況になっていた。高齢化が世界一進行した我が国では、コロナ以外にも医療が必要な人が多数いる。その方々が医療を受けることが強く制限されるような状況は、経済活動も含め、国民生活に大きな影響を及ぼす。コロナだけが医療の全てではないので、今後の取組に関しては、そのバランスを取っていくことの重要性をぜひ御理解いただいて、御対応いただきたい。

○小林委員 3点だけ、短く発言させていただく。

まず、ワクチン接種率を上げることについてである。2回接種した人の接種率は、

現在以上に高いほうがいいとは言えるわけなので、政府から接種率の目標数字を上げることはできなくても、あるいは目標数字を示すことはできなくても、2回目接種率を今よりももっと上げていきたいというメッセージは出すべきではないかと思う。また、大竹先生が御提案されたようなワクチン接種へのインセンティブ付与を政府に取り組んでいただきたい。

2点目は、医療の見える化についてである。G-MISの入力に対して診療報酬を加点するようなことをすれば、G-MISの入力へのインセンティブになると思うので、そのような政策も考えていただきたい。

そして3点目は、阿南先生のペーパーの中で言われていたことで強調したいが、患者情報を民間の医療者と行政の間で共有するシステムをつくる、これは個人情報保護などで躊躇している地域があるかもしれないので、国からメッセージとして、民間医療者と行政の間で患者情報を共有するシステムをつくるべきであるというメッセージをより強く出していただければと思う。

○押谷委員 政府から示された取組の全体像についてのコメントだが、感染力2倍、3倍という話はアドバイザリーボードでもかなり議論されたところで、注釈はついているが、本来感染力が2倍、3倍になるということは、感染者が爆発的に増えるということなので、専門的な見地からすると正しくない表現である。そのことは改めて強調しておきたい。

その上で、注釈のところに、若年者のワクチン接種が70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較、となっているが、今後起こる流行、いわゆる第6波の流行は、夏の流行とは大きく違おうだろうということが考えられる。それは特に高齢者のワクチン効果の減衰が見られるということである。夏は高齢者の感染者は少なかったため、重症者が少なかったところがあるが、これまでの日本の対応も、直近の波の結果を受けて対応を考えてきた。それによって対応できないところがあったということがあるので、今後起こる波は夏とはかなり違うのだという前提で考えなければいけないのに、ここで夏と同一ということが書かれていることは大きな問題かと思う。

文章のほうで検査のことが書かれているが、これは専門家会議の時代から我々は症状がある人たちがきちんと検査を受けることが一番重要だということはずっと言っていた。それに加え場合によっては事前確率の高い人、いわゆる2Aとされていた人たちへの検査も重要だとしていた。しかし、ここには心配な人、無症状の人などの主に2Bのことが書かれていて、そういう検査をしてもなかなか制御にはつながらない。症状があるにもかかわらず検査を受けていない人たちがいるというデータも存在していて、その部分にはあまり触れられていなくて、2Bのことだけが触れられているというのは大きな問題かと思う。

最後に、平井知事から色々とデータを提供していただき、感謝申し上げます。我々のほうでも見させていただいて、質問等があったときにお願いすることがあるかもしれないし、実際に我々もできるだけそういった地域の状況を見させていただきたいと思うので、そのときはよろしくお願ひしたい。

○石川委員 阿南先生のプレゼンテーションに対して、感じたことを申し上げたい。

一番のポイントは、都道府県に調整権限がなく、経験も少なかった。だから医療体制の機動的な構築が瞬時にはしにくかったということだと思う。特に第5波でそういうことが明るみに出た。

一都民としての感覚で申し上げますと、日本の医療システムは世界に冠たるもので、誇れるものだと思いに思込んでいた。それがこの夏、コロナの対応で、思いのほか脆弱だなという印象を持った。これは一個人の印象でしかないが、もっと客観的に見れば、先ほど阿南先生はヨーロッパでは自宅療養者が放置状態になっていて、それに比べれば日本は非常に手厚いのだと。比較をするとそうなのだろうと思う。ただ、日本人は危機に対して非常に敏感な国民だから、安心を求める気持ちが強い。その中で夏は非常に大きなダメージを被った。これは心理的な問題である。

それに対して、今後の取組の全体像は安心を取り戻そうということになっていて、それがスローガンとして掲げられている。安心を求めるということが重要。今回、阿南先生がプレゼンテーションしていただいた内容は、基本的には今までの反省に基づいたリカバリープログラムだと思う。こうすればリカバリーできる。だから、例えば次の第6波が生じた場合、あるいはそれがどのような波になるか分からないが、このリカバリープログラムである程度乗り切れるのではないかという印象は持った。

しかし、一番根本的な問題は、医療提供体制を機動的にがちっと固められるという調整権限が都道府県にないということが本質なのではないかという感想を持った。

政府のペーパーを見ると、今後のさらなる対応の中には、病床・医療人材の確保等に関する国や自治体の迅速な要請・指示等に関わる法的措置を速やかに検討するとある。それはぜひやっていただきたい。また、どういう法的な検討が必要なのかという点に関して、阿南先生たちがおまとめになったあの資料では恐らく言い尽くせていない部分が、色々な日本の医療の問題が、背景に横たわっていると思うので、それを含めてぜひ検討を進めていただきたい。

○脇田委員 簡単に3点申し上げます。

まず第1に、資料1-1の医療提供体制の強化の4)の見える化であるが、前回の波でも、自治体によって中等症の病床の数が全く把握できずに、我々としては非常に難渋したところがある。重症病床についてはリアルタイムで報告されているが、

中等症Ⅱの酸素の必要な入院が必要な方は今後非常に重要だと思うので、そこを自治体と厚労省がしっかりと見える化をして把握できるような体制を取っていただきたい。

2点目は、ワクチンのブースター接種に関して、昨日のワクチン分科会でも議論して、2回目接種が終わってから、標準的には8か月ということであるが、6か月経てば打てることになり、自治体ではかなり大変な作業になるのだろうと思うので、そこは政府としても自治体をしっかりとバックアップして、ブースター接種が円滑に進むような体制を取っていただきたい。大竹先生、小林先生からもあったように、初回の接種が非常に重要で、未接種の方に打つことが非常に重要になってくるので、そこはさらに強化していただきたい。

最後に、検査のところは押谷先生からあったが、それは専門家の議論としては全くそのとおりで、2Aのところをしっかりアクセスできることが非常に重要だと思う。

それに加えて、現在、抗体検査がまだ承認されていない状況である。ワクチン接種も進んできたが、自然感染した方の抗体の状況、ワクチンを打った後の抗体価の低下も重要になっているので、抗体検査を拡充することも検査のところに入れていただきたい。

○村上委員 私も3点申し上げたい。

1点目は、本日お示しいだいた資料1-1、1-2の方向性についての受け止めは、冒頭の幸本委員の御発言と同様である

2点目、その上で、第6波に備えてということであるが、人材確保の点で、潜在看護師の確保に引き続き取り組んでいく必要があるということ。突然慣れていない仕事はできないため、研修の機会などもしっかり用意していただくという準備が必要ではないか。

3点目は阿南先生からプレゼンいただいた内容で、第5波の振り返りというものは、国民にも共有しておく必要があるのではないかと感じた。広くメディアで御紹介いただくことを希望する。

○武藤委員 資料1-2の政府の全体像において、何度か発言させていただいているが、感染拡大がかなり激しくなったときに、国の責任においてコロナ以外の通常医療を制限することに関して、どのような理念でこれを行うのか、コロナをまだ優先するという考え方があるのか、といった点が不明瞭だと思う。その点はしっかりコミュニケーションを取っていただいて、国民に説明する際にも、ほかの疾患とコロナの関係を明確に示していただきたい。

2点目であるが、阿南先生の御説明にあったように、最後、第5波のときの医療提供体制に対する攻撃、批判みたいところは、前提として色々な誤解もあったと

思う。この点、政府としても少しお考えいただいて、特にメディアの理解が不十分というところがあると思うので、日本の医療は軽症や自宅療養の方にもそれなりに手厚く行われていたことなどをきちんと御説明いただいて、日本の医療そのものに対する理解を深めるいい契機としていただきたい。

○尾身分科会長　それでは、個別の質問等々があったので、今の発言に対して事務局から返答をお願いしたい。

○事務局（菊池）　基本的対処方針への反映について、これはまた基本的対処方針分科会のほうで案を出させていただくが、特にワクチン・検査パッケージのことは、この後また御説明をさせていただく。

<議事（２）行動制限緩和の考え方・具体的内容について>

<議事（３）ワクチン・検査パッケージの検討状況について>

○事務局（菊池）　<資料２を説明>

○事務局（石橋）　<資料３を説明>

○脇田委員　<参考資料８、参考資料９を説明>

○事務局（菊池）　<資料４、資料５を説明>

○小林委員　ワクチン・検査パッケージについて一言だけ申し上げたい。今の御説明で分かったが、飲食店がワクチン・検査パッケージをする場合、お店側はワクチン接種者も検査の陰性者も両方チェックできるような体制になっていなければいけないということである。つまり、お客さんはワクチンか検査かどちらか選べるということは、お店側は両方受け入れなければいけない、ということになっていると御説明で伺った。そうすると、検査を受けるのは大変手間がかかるということで、飲食店でのワクチン・検査パッケージがなかなか普及しないのではないかとということが懸念されるということだと思う。

ワクチン接種率を高めるためにも非常に問題だと思うし、飲食店がもっとワクチン・検査パッケージを活用するように持っていく必要があるのではないかとと思うので、私の提案というか考え方としては、ワクチン接種だけをしているお客さんを受け入れるお店も、行動制限緩和の対象にできるという制度設計にすべきなのではないか。今後の検討課題だと思うが、そのように思う。

例えば、ワクチンと検査の両方を受け入れるお店として、どのようなお店が両方受け入れなければいけないかということ限定列挙して、そういう種類のお店以外の飲食店は、例えばお店の判断で、ワクチン接種したお客さんだけワクチン・検査パッケージとして受け入れることも許容するような、事業者にとってももう少し柔軟な制度にすべきではないかと思う。

これは、身体的、医学的な理由でワクチンを接種できない方の権利を過度に制限するというのはよくないわけであるが、ある程度不便があっても、それは社会全体の活動やワクチン接種率を高めるインセンティブを考えると、社会全体の利益のためには多少の不便があっても許容されるのではないかと考える。

○幸本委員 まず、今回の飲食・イベント・移動の制限緩和の考え方については、強く歓迎したい。昨日、7～9月期のGDP速報が発表されたが、主要国でマイナスは我が国だけという状況であり、緊急事態宣言による活動ストップの影響が色濃く出ている。感染防止と社会経済活動を高次元で両立させて、経済を動かし続けていくことが極めて重要だと考えている。

そして、まん延防止や緊急事態においても、第三者認証制度や感染防止安全計画の下、さらに活動の幅を広げるために、ワクチン・検査パッケージを活用して、時間短縮や人数上限などの制約を撤廃していくというメッセージは間違いなく国民や事業者に将来の希望を与える。ワクチン・検査パッケージについては、事業者の創意工夫によって自由に活用できるようにしていくことも重要であると考えている。

感染拡大時ににおいてうまく機能するように、引き続き環境整備を進めていただきたい。

○中山委員 私もこのワクチン・検査パッケージは、新しい試みとして注目している。

ただし、今、小林委員から御発言があったが、民間事業者が自分のお店はワクチン接種者に来てほしいというのは、飲食店なのであれば可能ではないかと私は理解していた。ワクチン・検査パッケージを使う、と表明したら、それは両方やらなければいけないけれども、当店はワクチンに限る、というのは、例えば旅館業法のような制約がなければできないのではないかと理解していたが、そこが違っているのかどうか、一つ教えていただきたい。

旅館業法の点であるが、このワクチン・検査パッケージを事業者が利用するに当たって、色々な疑問が生じてくると思う。それは業界内でこのワクチン・検査パッケージを利用する場合のガイドラインなどをあらかじめきちんと検討し、実施に当たって現場であまりトラブルがないようにしていただきたい。

また、逆に消費者側がこれによって不当な扱いを受けたということがあってはいけないので、それについても何か相談窓口のようなものも考えていただきたい。

いずれにしても、ワクチン・検査パッケージは今、脇田委員が御説明になったように、万能なものではなくて、これにはワクチンの効果の減弱や新たな変異株の出現など、色々な面で効果や限界があるものなので、常に評価して、見直していくことが必要だと思う。

ただ、国民はこれがあれば本当に安心な毎日が送れる、というように誤解もしてしまうので、この辺については丁寧なコミュニケーションを取っていただきたい。

○平井委員 まず、資料2に基本的な考え方が書いてある。3～5ページで、これがこれから基本的対処方針などにも出てくると思うが、我々は第4波、第5波を経験して、色々な知事から話が来ているのは、ある程度、自由度を認めてほしいということである。酒類提供の禁止あるいは時間制限の時間等々が細かく設定されていて、これを守らなければ協力金の対象としないということが背景にあるから、結局これに合わせざるを得ない。そこに持ってきて、この緊急事態宣言の適用やまん延防止等重点措置の適用を政府があるタイミングで一斉に全国を並べてやるものなので、非常に使いづらいということである。だから、こういう措置の自由度を第6波向けには都道府県に与えていただいたほうがありがたいのではないかと。もちろんモデルとして、このようなステレオタイプがあると。基本的にはこれをルールとして考えてくださいとした上で、地域の実情に合わせたオプションを与えていただくようなことをぜひこの機会に検討していただきたい。

資料5でワクチン・検査パッケージの制度要綱が示されたところである。2ページの3の(1)に色々書いており、(1)、(2)であらかじめ都道府県と色々協議をするということであるが、ぜひそうしたことをしていただいて、現場に即したようなことにしていただければと思う。

先ほど脇田先生からお話があった御意見には全面的に賛成をする。今回検証がなされたが、検証は感染拡大期ではなくて抑制期に行っているわけであり、ワクチン・検査パッケージがどれほど効くのかというのは、我々の現場ではまだ不安が拭えないところでもある。特に緊急事態宣言の下で行動制限を緩和することについて、どのように考えられるのか。これは未体験ではないかと思う。否定するものでは全然なくて、どのように運用したらいいのか我々も確信が持てないということである。だから、取りあえずこういうことでスタートするにしても、トライアル・アンド・エラーで今後見直しを柔軟にやっていただいたり、都道府県でも感染状況が大変だということでその辺の動きが取りやすいようにしていただくことは必須ではないか。

また、2ページの3の(1)のポツの2つ目でイベントのことがある。伝統的に大きな会場、小さな会場を全部並べてやっているわけであるが、実はクラスターが起りやすいのは小さなライブハウスのようなところでイベントをやったときである。そういうところでの制限緩和の問題と、野外の大きな会場でやったり、かなり

対策の取れているコンサートホールでやったりするのでは、我々の経験値として大分違う。だから、イベントとして一括りにしていいのかどうか、特にワクチン・検査パッケージでまん延防止等重点措置の段階などでも緩和を導入しようという意欲的なことであるので、もっと区分けを厳密にしながら、特に小さな会場でクラスターが起りやすいということにも配慮したほうがよいのではないかと。

3ページの4の(1)の旅館業法について、今、中山先生がおっしゃったようなことがある。それはそれで結構かと思って伺ってはいたが、もともと全国知事会のほうでは、困っているのは本当にこの人が感染していると分かったとき、その方も旅館業法で泊まるのは遠慮してください、ということにならないわけである。この辺は若干制度の欠陥があるのではないかと考えているので、この機会に様々な観点で見直しをしていただけるとありがたい。

5ページの一番上に未就学児のことが書いてある。6歳未満ということであるが、色々現場のほうで声も聞こえてきているが、6～12歳も検査を受けざるを得ないことになるわけであるが、今はワクチンを打てないという前提である。ワクチンを打てると変えた後の話ならば別であるが、ワクチンを打てないという前提で、親が同伴するようなシチュエーションであれば、一緒に扱っていただいたほうが取扱いがいいのではないかと、検査が妙に増えたりするのではないかと、ということをお心配している。

最後、7ページのその他のところに、都道府県や市町村の事務等に配慮してもらう、財政に配慮してもらうということをお明記していただくとありがたい。6の②に検査の費用とあるが、一方では検査の無料化も政府のほうで打ち出されていて、期待をしているところである。ただ、その際の単価の設定であるが、地域によって検査の単価が大分違う。これはどうしようもないことであり、大都市部と地方部では立地している検査機関が違う。そういう意味では、単価については実例に合わせたものにしていただく、検査の会場の設営費用ややり方、ある程度の裁量を地元で与えていただくなど、登録をするということや、イベントの安全計画を県でやれということになったり、ワクチンの接種証明を市町村でやれということになる。この辺もかなり手間や事務が増えることになる。

地方自治体は、やらないということでは決してない。ただ、そのための人員の配置やスケジュール感、それから様々に自由度を持たせて、現場にふさわしいようなことを認めてもらうことも、ぜひその他のところで書いていただくとありがたい。

- 釜范委員 資料2や、それ以外にもたくさん出てくるが、移動に関するところで、例えば5ページに、緩和の内容として、県またぎのワクチン・検査パッケージ制度の適用により、国として自粛要請の対象に含めない、とある。移動に関するワクチン・検査パッケージ制度の適用の内容が不明瞭であり、移動に伴ってこれをどのよ

うに使うのが分からないわけであるが、その点について御質問申し上げます。

○今村委員 第三者認証制度についてのコメントと質問をしたい。現在、都道府県が基準を定めることになっていると思うが、これは地域による特徴の違いがあったり、既に構築された基準があるということで、ある程度の違いはやむを得ないし、都道府県の単位となること自体には異論はない。

ただ、一方で、基準とされる内容は感染対策のレベルに直結するものとなる。例えばデルタ株になって換気のウエートが大きくなるのと、感染対策の知見も大分変わってきている。例えば、旅行等では異なる都道府県に行くことがあったり、広域チェーン店などでは、同じチェーン店でも所在する都道府県によって異なる基準に対応することになると思う。

こちらからの質問は、国として、現時点で内容がかなり違うかといったことを把握しているのかどうか。場合によっては最大公約数としての基準を設定しなくいいのかということ。そして、全体のフォローと評価は考えているのかどうか。その辺をお聞かせいただければと思う。

○押谷委員 参考資料9のワクチンの最新の知見については、脇田先生から話があったので詳しくは述べないが、1点だけ、ワクチン接種が先行している欧米等も、皆さん御存じのようにかなりの感染拡大が起きている。相当なワクチン接種率を達成しているシンガポール、韓国等でも相当の感染拡大が起きている。日本だけが感染拡大が起きない理由は何もないので、これから感染拡大が起こるのだということ、ワクチン接種をしても免疫の減弱は顕著だというデータが世界各国から出ていて、そういうことを考えなければいけないということである。

もう1点だけ、緩和の県をまたぐ移動のところで、国としては自粛要請の対象に含めないということである。国としてそうだとすることはある程度理解できるが、これまで日本では大都市圏を中心に感染が起きている。人口当たりの感染者数でも大都市圏が多く、沖縄を除くとそれ以外の人口規模の小さなところは人口当たりの感染者が非常に少ないという状況になる。これは国の方針として、重点措置や緊急事態宣言が出されているところからの県をまたぐ移動の自粛を要請してきたということが大きいと思う。

同じ傾向は世界的に見られているわけではなくて、日本や韓国など、ある程度感染を制御できている国では大都市圏を中心に起きているが、欧米を中心に、そうではないところは全国一律相当な規模で、むしろ人口規模の小さいなところも人口当たりの感染者数が多いという傾向が見られているので、今後どのように感染拡大が起きてくるかは分からないが、恐らくまた大都市圏から起きてくると思う。そのときに、完全に自粛要請をしないという方針になってしまうと、地方がかなり厳しい状

況になるだろうということは容易に想像できるので、この辺は県の対応になるのかもかもしれないが、きちんと対応を考えておかないといけないところかと思う。

○河本委員 ほかの委員からも意見が出ており、今回御提案の行動制限緩和の在り方について、感染拡大の防止と日常生活及び社会経済活動の継続を両立するための取組であると理解しており、賛同する。

先般、経団連で取りまとめた提言の中でも、ワクチン接種の進展に伴い、人流と実効再生産数の相関は低下しているということをお示ししている。参考資料10として提出させていただいているので、後で御覧いただければと思う。

こうしたデータからも分かるように、人流抑制を目的の一つとしていた各種の行動制限については、その必要性を見直すことが重要であると考えている。今のよう  
にワクチン接種が進展し、その効果も出ている中で、なおも対策が必要だという意見を否定するものではないが、今回の御提案のとおり、飲食、イベント、移動の行動制限の緩和を進めることは望ましいと受け止めている。

また、先ほど議題1の中でも言及されていた、12日に政府が示した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趣旨についても、医療提供体制を強化することで緊急事態宣言に至らないように体制を整備するというものだと承知している。

万が一、今後、緊急事態宣言、まん延防止等重点措置が出されたとしても、今回御提案されているワクチン・検査パッケージ制度を活用することで社会経済活動を継続していくという新しい考え方に賛同したいと思う。

最後に、政府にはこうした対策を着実に実行していただくことと、国民への丁寧な発信を通じた安心感、納得感のある政策展開をぜひお願いしたい。

○事務局（菊池） まず、中山委員から、民間事業者がワクチンのみでの優遇などは可能ではないかという御質問があったが、ワクチン・検査パッケージと言わずに、ワクチンのみで割り引く、接種者にのみ割り引くということは可能である。私どものお願いは、ワクチン・検査パッケージという名前を使うときはワクチンと検査の両方を用意してください、ということだけであり、これも強制力はないが、その名称を使わない限り、ワクチン接種者のみを優遇することは可能である。ただ、そのときには、差別的取扱いにならないように留意する必要があるということである。

小林委員から、ワクチン接種者のみでも許容すべきではないかという御質問があった。私どももこの部分は非常にセンシティブに考えており、もともと9月3日にコロナ分科会で提言をいただいたときに、コロナ分科会のほうでは「ワクチンパスポート」という言葉は使わないと明記された。これはワクチンを接種できない方への配慮、公平な取扱いを念頭に置かれて、ワクチンパスポートという言葉は使わ

ないとされたと理解している。

それから、今日の参考資料 8 の意見でも、ワクチン未接種者に対する公平な取扱いが求められるということがあったので、ワクチンを打てない人への配慮から、検査にも対応する必要があるということで、ワクチン・検査パッケージをつくっている。

ただ、検査が店舗の負担になるのではないかということについて、検査の種類については店舗で選択できるようにしているので、事前にPCR検査を受けて、その検査結果を持ってきてくださいというふうに事業者のほうの負担は軽減できるようにしている。

平井委員から、行動制限の緩和のほうで、自由度を高めていただきたいという御意見をいただいている。今回、特に飲食で典型的に出ているが、全体的に制限を緩和しているが、その中で、例えば緊急事態宣言はこれまで一律、酒の提供は停止であったが、都道府県知事の判断で酒を提供できるような選択肢も出しているし、まん延防止もこれまで一律の取扱いだったものを、徐々に弾力的に知事の判断で選択できるようにしている。

感染症対策は法定受託事務であるので、全国的なまん延を防止するという観点から、どうしても一律的に取り扱わざるを得ない部分が多くあるが、弾力的にできるところは順次弾力的に取り扱うようにしている。

未就学児の取扱いで、6～12歳も親と一緒に取り扱うべきではないかという御意見をいただいた。これもどこで線引きをするかを私どもは悩んだが、日本に入国する際の検疫の取扱いが、現在、未就学児については、親が同伴している場合は検査不要となっているので、その取扱いを参考にさせていただいている。これもワクチン接種年齢が引き下げられれば、ここの部分の見直しをしていくことが必要であると考えている。

移動に関して釜谷委員から御質問があった。移動に関して、ワクチン・検査パッケージはということなのか。2種類あって、個人旅行の場合は誰が判断するという事ではないので、御自身の御判断に委ねられている部分がある。一方で、パッケージ旅行で県外ツアーなどをやる場合は、緊急事態宣言下に県外パッケージツアーを企画する旅行会社のほうはワクチン・検査パッケージをまさに使って、行動制限を緩和するので、観光庁の取扱いになるかと思うが、登録をしていただいて、きちんと検査やワクチンの確認をしていただくことになる。

移動制限に関して、押谷委員から御意見があった。今回、ワクチン・検査パッケージの適用により県またぎ移動は基本的に国としては自粛要請の対象にしないと考えている。これは移動そのもののリスクは非常に限定的であり、むしろ移動した先での行動が大事であるので、当然、移動した先にはそれぞれ制限がある。ただ、移動についてはワクチン・検査パッケージでそのリスクを低減することができるかと考

え、このような取扱いにさせていただいている。

○事務局（田中） イベントの関係、第三者認証の関係で御質問等があったのでお答えしたい。

まず、平井委員から、イベントの関係で、小さなライブハウスや野外の大きな会場でやっているイベントといったものはそれぞれ違うのではないか、感染対策も違うのではないかという御指摘があった。おっしゃるとおりで、それぞれの業態で感染対策が違ってくると思う。もちろん基礎的な3密を防ぐ、換気をしっかりやるといったことは同じなわけであるが、細部にわたると違ってくるといえることがあるかと思う。

それぞれ業種別にガイドラインを策定しているが、それぞれの遵守をしっかりとお願いしたいと思っている。イベントに関して言うと、行動制限については2つの軸でお願いしているが、1つは大声を出すか、出さないか。要するに、そこで色々な歌を歌う、歓声をのべつ幕なく出すといった、いわゆる大声を出すイベントと、そうではなくて比較的静かに座っているものについては、行動抑制ということで、大声を出すところについては50%以下という水準での行動抑制をお願いしている。

それから、人流抑制という観点であるが、イベントの総参加者数について制限をお願いしているところであるが、特にライブハウスのような小さなところについては、大声を出すか、出さないかといったところで、50%にするのか、それとも静かに座っているのであれば100%まででも構わないということで、抑制の仕方が違ってくるかなと思っている。いずれにしても、それぞれの業態に合わせて感染対策をしっかりとやっていくことが重要ではないかと考えている。

なお、小さなイベントについては、ワクチン・検査パッケージを適用する場面は、イベントという観点では今のところ考えていない。

今村委員から第三者認証の関係で御質問があった。資料2の6ページ目であるが、飲食店における第三者認証制度の概要という資料をお配りしている。今年度から順次、47都道府県で導入していただいているものである。都道府県の皆様方には、4項目を必ず認証基準に入れてくださいとお願いしており、それぞれの都道府県でしっかり入れていただいているということである。各都道府県で、これにプラスアルファで様々な認証項目も入れていただいております、そういう意味では、一定水準以上の感染対策をしっかりとやっていただけていると考えている。

なお、まだ発足して間もない制度であるので、運用状況についてはこれからもしっかり把握してまいりたいと考えている。

○厚生労働省（武井） 小林委員、中山委員、平井委員から御指摘いただいた旅館業法に関するポイントについて説明する。

資料5の3ページの4. を御覧いただくと、この部分に関連の記載があり、民間事業者等によるワクチン・検査パッケージの活用というところである。例示として、旅館業法があり、法令遵守を進めつつ、3ページにあるように、より一層の慎重さが求められるといった記載があるので、本日、委員の皆様からいただいた御意見を踏まえて、今後、運用面で適切に対応してまいりたいと考えている。

○尾身分科会長 それではもう時間なので、そろそろまとめたいと思う。

まずは行動制限のことであるが、小林委員から、飲食店のほうはワクチンの接種だけでいいのではないかということに対して、事務局から回答があり、小林委員はそれでよろしいかということ。これは一応コンセンサスにしたいので、お返事をいただきたい。

県をまたぐ移動について、河本委員からは人流は関係ないからということであったが、押谷委員から、今までの分析では、県を移動することで感染が地方に広がったということがある。それについて少し懸念されて、それについて私が一委員としてお聞きしたいのは、総理自身が、感染が拡大したときには強い意志で人流を抑えることをお願いするということをしているので、この辺の整合性について。

今の意見を全体的にまとめると、一部の委員の方は、もうワクチンがあるし、こういう時代だから経済を少しずつ回すので、県を越えた移動自体は、きちんとワクチンをやっていればいいのではないかという意見がある。一方では、押谷委員から、そういうことはあってもワクチンの効果も徐々に弱くなるし、今までの例を見ると、感染がどんどんひどくなった場合には、都心部から県に感染が拡大したことは明らかなので、どうするのかということが一方である。しかし、ワクチンがあるから、そのことについてはあまり問題ないのではないかという意見がある。

その中で、総理自身の全体像の中で、いざとなったときには人流を抑えるということをしているので、このあたりが少し整合性を取っておかないと難しいのではないかということである。

もう一つは、平井知事から、イベントをもう少し細かく分けて、例えばライブハウスというものもしっかり書かないと実態に合わないのではないかという意見があったので、この辺は極めて重要だと思う。

では、小林委員、ワクチン・検査パッケージということなので、パスポートということで検査の人を排除しないということでこういうことになっているという説明であったが、それでよろしいか。

○小林委員 お店が当日の検査にまで全て対応しなければいけないということではなくて、今の御説明では、事前のPCR検査の陰性証明を持ってくるだけでもいいということであり、お店の負担が少ない形態も選べるということなので、私はそれで結構

だと思う。ただ、そういう負担の少ない検査の受入れ方があるということをしかりと業界に周知していただきたい。

○尾身分科会長 もう一個のほうは、ライブハウスなどのもう少しきめ細かいカテゴリー分けをしたほうがいいのではないかという意見があったが、ここはいかがか。

○事務局（田中） ライブハウスや野外でのイベントなど、イベントにはたくさん種類があり、細かく感染対策が違ってくると思う。先ほど申し上げたが、それぞれについて業種別ガイドラインも業種ごとにつくっていただいているので、それらをしかり遵守していただきたい。基礎的なところ、人流抑制の観点あるいは収容率の考え方という大きなところは、行動抑制として統一的にお願いすることになるが、それぞれ必要な感染対策については、業種別のガイドラインをしかり遵守していただきたいということで、お願いできればと思っている。

○事務局（菊池） 押谷委員の人流を抑えることの整合であるが、県またぎ移動はワクチン・検査パッケージによって国として自粛要請の対象に含めないことにしているが、今日の考え方の4番のところでも書いているとおり、仮に感染が急速に拡大して、医療提供体制の逼迫が見込まれる場合等においては、ワクチン・検査パッケージ制度を適用せずに、強い行動制限を要請することがあるとしているので、そういうことになると県またぎ移動もワクチン・検査パッケージをしたからオーケーということにならずに、自粛をお願いするということが考えられる。

○尾身分科会長 押谷委員、それでよろしいか。

○押谷委員 承知した。

○尾身分科会長 レベル3、特にレベル4のほうに近くなったようなときは、どこまでかははっきり言えないが、国としては医療の逼迫になることが分かっているのに手をこまねいているということはないということである。

行動制限のほうはそういうことであるが、前半のほうで幾つかまだ答えがないものがあって、1つは一般医療への制限が重要なので、これについてはそろそろ、分科会なのかどこなのか、場所はともかく、コロナ医療も大事だけれども、一般医療の制限がどこまでならば許容できるのかというのは、今日はできないが、いずれ分科会を改めてしかりとやったほうがいいのではないかとすることが1点。

大竹委員から、前回も話があって、ワクチン接種率を国としては何%と明示することはできないけれども、接種率をなるべく上げたほうがいいという趣旨をどこか

に書くということと、この前、ワクチン接種率を上げるためのインセンティブという考え方があったから、それを何とかどこかに反映できないのかという話。

国のほうの考え方には、ワクチン・検査パッケージ等々の有効期限については明示しないということを中心にかなりはっきり書かれている。ところで今日、有志のメンバーからの参考資料8については、ワクチン接種証明の有効期限については、今すぐというわけではなく、今後の知見を基に検討したらどうかという意見がある。今のところこう書いてあるけれども、検討する余地があるのかどうか。期限については明言しないとかなりはっきりしているの、今のところはそうだけれども、場合によってはというようなことができるかどうかということ。

もう一つは押谷委員のほうから、国のほうは無症状者の検査拡充ということに力点が置かれていて、前からアドバイザリーボードあるいは分科会の専門家が言っているが、無症状者のほうも重要だけれども、それ以前にもっと重要なのは、少しでも具合の悪い人をとにかく早く見つけるための検査も非常に重要だと。そのところに力点が書かれていないので、してくださいと。その辺はよろしいかということ。

釜萯委員がおっしゃったのは、今回の専門家のほうからの2つの資料、特に阿南さんの資料がどのような形で国のほうに反映されるのかということがあった。

それから、村上委員からは、WHOなんかでも世界で一流だと言われた日本の医療制度がなぜああいうことになったのかということ、今回の阿南先生の資料で書いてあって、それをメディアを通してしっかりと伝えてくれたらいいのではないかとということをおっしゃっていた。

石川委員から、阿南先生の資料は非常にいいということだが、都道府県の調整機能が弱かったので、それをもう少し強調したほうがいいのではないかと話。

平井知事が前からおっしゃっているように、地方の視点も少し入れたほうがいいのか。

そういう意見があるが、私から国あるいは専門家の人たちへの提案というか質問であるが、今日の阿南先生の資料は初めてのたたき台として出したけれども、これはまだ分科会の正式なペーパーという位置づけにはなっていない。そういう中では、平井知事から幾つかここを直したらいいのではないかと、石川委員からここを直したらいいのではないかとというサジェスチョンがあったので、せっかくこういう参考資料を出していただいたので、これを基に知事会などとも連携し、あるいはほかの人で、単に一委員の意見というよりも、これをさらにブラッシュアップして、分科会が認めたような形で世に送り出すほうが、このペーパーの価値がより出てくるのではないかと。ただ、これはまだたたき台であるから、そういう方向で検討してもよろしいかどうかということ。ここを事務局のほうからお答えいただきたい。今日は決められないので、また次回ということでも、色々なサジェスチョンがあったので、これは非常に重要だと思う。

○事務局（迫井） 今、尾身会長が投げかけをしていただいた、今回様々な資料、それからもともとの全体像の取組、かなりの部分がカバーされていると私どもは理解しているが、今日いただいたような様々な資料や御指摘について、今後どのように進めるかについて、投げかけを受け止めさせていただいて、医療の関係は厚生労働省所管の内容ではあるが、全体像の中での位置づけもあるし、引き続きどういったことができるのかについては、関係省庁や尾身会長ともよく御相談させていただきたい。

○尾身分科会長 最後に、平井知事の知事会からの色々なサジェスションがあって、専門家のほうでも同じような分析をされていて、それぞれで別の紙が出ている。いずれは知事会の意見と専門家の意見があって、阿南先生の資料はどちらかということ医療のほうに特化していて、知事会のほうは今回の第5波の全体像の検証ということで、オーバーラップしている。私はこういうすばらしいそれぞれのたたき台が出てきて、それを単に参考資料で終わらせるのは少しもったいないし、本来分科会が全体としてこういうものをなるべく早い時期に出したいと思う。プロセスについては、迫井室長がおっしゃったように別途相談していくこととしたい。

以上