

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第8回）
議事概要

1 日時

令和3年9月8日（水）9時30分～11時57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
	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
	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	慶応義塾大学経済学部教授
	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

4 議事概要

<西村国務大臣挨拶>

先週に続き、コロナ対策の分科会ということでよろしくお願ひいたします。今日もオンラインで先生方は御参加ということでよろしくお願ひします。

感染状況であります、昨日の新規陽性者数は全国で1万589人ということで、全国的に減少の傾向が見られますが、ただ、昨日の重症者数は全国で2,211人、また、

東京で260人と、依然として極めて高い水準が続いております。

自宅療養、あるいは入院調整中などの方が全国で16万3000人強おられます。これは9月1日の時点ですけれども、東京は昨日の時点で1万7000の方が自宅療養または入院調整中ということでありまして、医療の状況は厳しい状況が続いております。引き続き危機感を持って対応しなければいけない状況であるという認識であります。

こうした中、先週も申し上げましたが、今やるべきは医療の強化であります。厚生労働省を中心に田村大臣の下で都道府県と連携しながら、強化に努めていただいているところでありますが、医療の負荷を下げていくためにも、感染も抑えていかなければいけないということでありまして。

医療の逼迫の回避に向けては、具体的に酸素ステーション、あるいは入院待機ステーションの設置、臨時の医療施設、中和抗体薬の利用・活用の促進、看護師さんなどの人材の確保に全力を挙げているところであります。

現在、入院待機ステーションも15都道府県で38施設が設置され、また、臨時の医療施設も、その後、都道府県でも増えておりまして、18都道府県で27施設が設置されているということでありまして。引き続き自治体と連携しながら、医療体制をしっかりと確保できるように取り組んでいきたいと考えております。

本日は、専門家の皆さんからの御提案であります緊急事態措置の解除の考え方について、御議論をいただくことにしております。

現在の緊急事態につきましては、9月12日が期限であります。13日以降の取扱いに向けて、ステージの考え方そのものを現時点で変えるものではありませんけれども、専門家の皆様からも、先ほど申し上げましたような状況の中で、より医療の状況を重視して判断すべきではないかという御意見をいただいております。

専門家の皆さんの中で議論を重ねられ、まさに自宅療養や入院調整中の方々の数などの指標も加味しながら判断する必要がある、そうした考え方が整理されたと伺っております。本日は、活発な御議論をお願いしたいと思います。

その上で、各都道府県と私どもが意思疎通を図りながら、まさに本日の御議論を踏まえて医療の提供体制などをよく分析、共有をし、12日の前には基本的対処方針分科会を開催して、その後の対応について議論をいただきたいと考えております。

続いて、政府からワクチン接種証明の利用に関する基本的考え方について、御説明させていただく予定にしております。

ワクチン接種証明につきましては、海外に渡航する際に防疫措置の緩和等を受けることを目的として発行されております。7月26日から各市町村において申請の受付などを開始しているところであります。年内にはスマホに搭載する電子交付を開始することとして検討を進めているところでありますが、さらにその利用が広がることが想定されます。

政府におきまして、接種証明の利用に関する基本的な考え方を取りまとめる作業

を進めてきております。先週の分科会からいただいた御提言も踏まえて整理をしていくことで、担当部署から説明させたいと思います。御意見をいただいた上で、政府としての考え方の取りまとめに反映をさせていきたいと考えております。

今後、国民の皆様の関心も非常に高い中で、日常生活、社会経済活動の回復に向けて、その具体的な取組について、国民的な議論を進めていく必要がございます。このようなワクチン接種証明の活用の在り方につきましても、専門家の皆さんの御議論をいただきながら、今後の検討に生かしていきたいと考えております。

いずれにしましても、現時点は、まず各地域の医療提供体制をしっかりと強化していくこと、そして、その負荷を下げるためにも、感染者数も減らしていかなければならない。国民の皆様の御協力をいただきながら、医療の確保、感染対策、ワクチン接種の促進という三つの柱をしっかりと進めていきたいと考えております。

ワクチンの接種状況は、9月6日時点で全人口の60%が1回目接種を終えております。そして、50%近い48%強の方が2回目接種を終えておりますので、順調にいけば、9月下旬から10月にかけて、2回目接種の割合が6割を超えることになってきますので、現在のアメリカを超えて、イギリス、フランスと同程度になっていきます。

足元の医療提供体制の強化、感染対策もしっかりと取り組みながら、ワクチン接種が進展していく中で、行動制限をどのように考えていくかにつきましても、先週、分科会からいただいた御提言も踏まえて、政府としても早期にお示しできるよう、引き続き検討を進めていきたいと考えております。

本日も忌憚のない御意見をよろしくお願いいたします。

<田村厚生労働大臣挨拶>

今日も委員の先生方にはオンラインでお世話になります。よろしく願いいたします。今、西村大臣からも感染状況について話がございましたが、1週間の平均が1万4667名ということで、今回の大きな波でございましたが、減少傾向になってきております。

ただ、重症者やお亡くなりになる方々の数は、まだ非常に高い状況でございますので、引き続き我々は注意をしていかなければいけないと思っておりますし、また、9月から大学も含めて学校が始まりますが、滞留人口も増えている状況もございます。足元は減少傾向ではありますが、いつ上昇に転じるか分からないということを念頭に、色々な対応をしていかなければならないと思っております。

特に厚生労働省は、先ほど来お話がございました医療の提供体制をさらに整備していくという話でございまして、酸素ステーション、入院待機ステーション、臨時の医療施設等、今、全国で展開をいただいておりますが、いつ感染者が増えていくか分からないという状況の中で、特に冬場に向かって非常に心配もされるわけでござ

ざいます。どれぐらいの臨時の医療施設等が必要なのかということも念頭に置いて、各都道府県としっかり連携しながら、次の波に向かっての準備もしっかりやりながら、足元の医療提供体制の整備を進めていかなければならないと思っております。

感染症法第16条の2に基づいて、東京都と連名で要請をさせていただいた結果であります。9月3日時点で重症者用の病床が100床増え、回復期支援病床が190床確保できたということでもあります。それ以外にも多くの医療機関、関係者の方々が、医療人材等の派遣に関して御協力をいただくようなお話もいただいております。

いずれにいたしましても、日本の医療というものは、海外に対して医療の整備が進んでいないというわけでは決してなくて、実際問題、欧米と比べても、感染者に対する入院者数の割合は10%以上をずっと続けていただいているわけございまして、多くの方々の命を医療関係者の必死な努力によってお救いをいただいているのも事実でございます。改めて心から感謝を申し上げたいと思います。

あわせて、保健所の体制も各自治体に大変御苦勞をいただいていたわけですが、急激な感染者の増加、今回もそうだったのですが、こういうときにどうしても保健所機能が非常にタイトになるということ、今回もそういう問題が起こりました。これに関しても、次の大きな波がさらにも来ないとも限らないわけでありまして、そういう形に向かってどのような体制を確保していくか、これも早急に都道府県と詰めていかなければならないと思っております。

先ほど西村大臣からも話がございましたが、先週の当分科会は、今後の日常生活とワクチンの接種が進む中での色々な検討をしていただきました。今日は緊急事態措置の解除に向かっての考え方を御議論いただくということでございます。忌憚のない御意見を賜りますように、本日もよろしくお願いを申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。と思います。

(報道関係者退室)

○事務局（吉田） 1点、会議を開催するに当たり、おわびと訂正をさせていただきたい。

委員の皆様方のお手元に、本日、御議論をいただくワクチン接種証明の利用に関する基本的な考え方ということで、資料3を登録させていただいている。

大変恐縮だが、資料3は、本日のこの会議における扱いとしては、いわゆる机上配布資料という形とし、御議論をいただいた後、それを踏まえて政府として検討させていただくことにしたい。

したがって、会議後、ホームページなどで掲載させていただく資料についても、議事次第及び資料の扱いについては、そのように修正した形で掲載させていただく。また、委員の皆様方にもそういう形で御理解、御議論をお願いしたい。

<議事（１）緊急事態措置解除の考え方（案）について>

○尾身分科会長 <資料２を説明>

○平井委員 まず、先ほど西村大臣からロードマップについてのコメントがあったが、知事会から検討をお願いしているところであり、動き出したことは評価させていただきたいと思う。中身については、注意深く感染拡大につながらないように思っている。

田村大臣からは、医療提供体制について、なお都道府県と調整していこうという御決意を述べられた。ぜひこの点も協力していきたいと思うので、御指導をいただければと思う。

尾身会長からお話があった緊急事態措置の解除について、基本的な方向性は、私ども現場の感覚と近いところがあると思って伺っていた。今日は清古委員がお見えでないので、その分も現場の状況をお話し申し上げなければいけないと思いながら、手を挙げさせていただいた。

御趣旨は非常に分かるが、１ページの基本的な考え方の二つ目の○のところで、「今まで以上に医療逼迫の状況を重視していく必要がある」とあるが、可能であれば「今まで以上に」の前に、「新規感染者等の動向はもとより」というようなことを入れていただいて、感染者数の話を全て除外してしまうことは、ぜひとも避けていただく必要があるのではないかと思います。

今、お話を伺って、先生のお考えはよく分かったところではあるが、ただ、現場の各都道府県や保健所長は、今、とにかく感染者数が下がらないと言って、これで困っている状況である。感染者数を下げるために、なぜもっと強い措置が取れないのか。

今、確かに下がってきたが、この原因はよく分かっていない。我々が現場にいても、夏休みで、移動の人の数が減ったのは確かにある。ただ、人手の数をリンクさせて考えると、この減り方はあまりよく分からないところがある。翻って言えば、7月の末に急に増え始めた意味もよく分からない。

ウイルスの状況というのはおそらくあるのだろうが、正直、鳥取県としても解明できていないし、先生方もエビデンスがないということだと思うが、何らかの要因で上がったり、下がったりしている実感はある。もしこれが上がってきたとき、我々や保健所なども苦労するわけだし、下がってきたとしても、新規の感染者が多いと、まだ身動きがつかない。これが非常に我々が困っているところである。

鳥取県は何とかウイルスをコントロールしようと思って、一つ一つのウイルスの動きをミクロで見ている。その中でもまだ見えないところもあるが、概ねコントロ

ールできつつあって、ステージⅡに近づきつつあると思っている。

例えば昨日も神奈川県黒岩知事とお話をしたり、あるいは北海道の鈴木知事など、いろんなところで悲鳴が上がっているのは、下がり方がまだ十分ではない。特に神奈川などはそのようである。岡部先生もよくお分かりだと思う。

今、下がってきたと言っても、第二波、第三波、第四波を考えると、まだピークを超えている。この状態で本当に2週間は安定的に下降したから、緊急事態宣言を解除していいというようなことがどういうメッセージを与えるかという、保健所は感染者の増大には関心を持たなくていいというメッセージになってしまう。だから、下がってくるのは、どうして下がったのかよく分からないところもまだあるが、いずれにせよ、下がってきたとしても、一定の水準は超えてもらいたい。そうしないと、保健所の実態としては手が回らないところがある。

2ページの(6)で、60人という数字をつくっていただいたのは、御慧眼だと思う。同じように感染者数についても、この程度は最低限下がってもらいたいということも10万人対比で考えていただいて、それをお示し申し上げるのが専門家の皆様、また、私どもの責任ではないかと思う。

感覚で申し上げますと、今、私どもはステージ議論をしていて、ステージの指標で違和感があるのは、新規陽性者の数を15人はステージⅢ、25人はステージⅣでくくってあるが、デルタ株の状況からすると、少し厳し過ぎて、下がりようがないのではないかという意見はある。

しかし、もう少し高めのボールを投げていく。例えば50人、あるいは40人など。60人かもしれないが、正直に申し上げて、鳥取県で10万人対比が50人ぐらいになると相当な緊迫感が漂う。また、病院も圧迫する。それだけ多くの患者を受け入れていかなければいけない。こういうことであり、医療逼迫にもつながるところがあり、保健所の手が取られるのは間違いない。今のもので100人を超えるようなレベルでも、2週間下がっていれば、解除してもいいのだというのは、現場感覚からすると、さすがに困るという御意見が強いところである。ただ、15人、25人かという、それも現実性がない。

もっと上めでどうかという御意見があったとおっしゃったが、その辺の動向を探っていただいて、一定の数、例えば50人とか、そういうことでもいいのかもしれない。50人だとすると、今、全国で大体20の都道府県が50人を上回っている状況である。半分以上はここから下に抜けてきた。少しほっとし始めてはいるが、それでも下がったところはまだ解除と言われても困るという知事も正直いる。50よりも高いのかもしれない。

いずれにせよ、25人は妥当ではないということは、コンセンサスはあると思うが、せめてもう少し上めで設定をしておかないと、結局、先行指数として感染者数が出てくるわけである。感染者数が減らないと、その後の入院者のある程度の比率で出

てくる。何週間か遅れて重症者が出てくる。亡くられる方もそれから少し遅れて出てくる。この連鎖を止めるためには、感染者数は絶対数と考えることは必要だと思うので、この点だけは御再考いただけないかと思う。

あと、11月頃にワクチンとの関係で入院率などを見直すということは賛成だし、ぜひそのような方向性でいいと思う。

(6)に自宅療養者、療養等調整中についてあるが、私の感覚で言うと、この2つは違うものである。東京などはある程度混同してやっているかもしれないが、療養等調整中というのは、本当に入院先を探して、1日もすれば大体見つかるというのが正常なパターンである。これが積み残しでどんどん毎日膨れ上がっていくことが異常な状態で、保健所が機能できなくなっているということである。この中でも療養等調整中の数字が特に大事なのではないかと思う。

大都会以外でもそういうことは起こり得る。そのために地域でも減少傾向にあることということではあるが、療養等調整中の数というのは、必ず一定数ある。新規患者が入ってくる以上、それを張りつけていかなければならない。だから、時間差があるので、必ずこの数字が出てくるわけであり、減少傾向というか、通常規模に保たれているということなのだろうと思う。もしかすると、そのような表現が適切かもしれない。

あと、救急搬送困難事案は大都市圏でしか見当たらない、地方部では相関がないというお話があった。恐らくこれはコロナかもしれないということになると、受入れ拒否をされる病院があるということであり、特に大都市でその傾向が顕著だと思う。

地方部の救急病院というのは、それに対して事前に入ったときにチェックをするというような仕組みもあったり、そもそも協力病院としてコロナを受け入れるところも多い。そういう意味で、救急搬送困難事案が少ないというか、相関が見えないということかもしれない。

仮に地方で救急搬送困難事案の拡大傾向などがあった場合、これは恐らく大都市と同じように一般病床も含めて、何らかの課題があるのかもしれない。だから、大都市圏の課題だけなのかどうかということはあると思っている。

本日のところは、取りあえず目の前の12日に迫ったことであるので、このような表現もあり得ると思って、拝読をさせていただいた。今の説明も酌んでいただいて、新規陽性者の数に着目して、保健所も、地域の住民も、みんなここを見て仕事をしているところがあり、これだけを外して今日アナウンスされるときに、これからは医療を見るので新規感染者は見ない、と誤解されるかもしれないし、また、高止まりのまま減ってきてても、放っておくということになると、それは緊急事態宣言の解除時期が早過ぎるということにもなるので、メルクマールだから、何らかの数字は入れていただけるように御高配をお願い申し上げたい。

○尾身分科会長 今、知事の重要なコメントがあった。私のサジェスションは、これから発言する方は、前もって考えていただいている内容に加えて、今の知事の発言についても意見を述べていただきたいと思う。

今、知事から大きく2つの点があって、1つ目の比較的解決が簡単なほうは、2ページの(6)の2行目の「その他の地域でも療養等調整中の数が減少傾向であること」を、適正なところに保たれているようなことに変えてはどうかということ。

下の※に、当該指標については各地域の対応の在り方についてそれぞれ考えていただいて、ということもあるので、ここで適正なところに保たれているということにするのかは、皆さんにそのことも意見を言っていただければと思う。

もう1つ、さらに重要な御指摘は、新規陽性者のある程度の目安を(6)ではなくて、Ⅲの新規陽性者の下降について、数を書いたほうがいいのではないかとということで、まず私の方でどういう議論があったかということをもう一度おさらいしてから、皆さんの意見と、最後に知事の意見も聞いて対応したいと思う。

これは知事も先ほど最後のほうでおっしゃったが、今、緊急事態宣言が出ているが、これをどう解除するか、喫緊の課題にどう対処するのかという考えであり、新たに数がどんどん増えてきて発出することを想定していないということは、1点だけ確認しておく。

1ページ目の、新規感染者の増減についても、しっかりと考慮していただけないかということで、1ページ目の2番目の○の1行目の後半に、「感染状況はもとより考慮するとして」というのは、実は知事がおっしゃったことと全く同じことをここで言おうと思っている。このように修文しても文章の意味は全く変わらないし、もともとそういう意図で書いた。恐らく皆さん同意してくれると思うので、ここはそのように変えればよいと思う。

あと2つの点を申し上げてから、皆さんの意見を聞きたいと思う。今、知事がおっしゃったように、新規の陽性者数にも25ではなくて、50とか、60などがある程度書いたほうがよいという意見が委員の中にもあった。同時に、それはやめたほうがよいという意見も多くあった。

その根拠は、陽性者の数を入れたほうがよいという考えをされた方は、基本的には知事と一緒に考えだと思う。あとは、緊急事態宣言が安易に解除されることを何とか防ぎたいという意図もあるということで、そういう考え方の委員の方もおられた。

同時に、そうではなくて、今回は先ほどの(6)でいいのではないかとということで、その心は、(6)の合計値を追っていくと、新規の感染者数の動向とほぼ平行である。実際に10万人対60人というものは、やや大ざっぱに言うと、新規感染者では10万人で50人ぐらいである。そういうようなことで、(6)をすることによ

って、(1)のことは自動的にカバーできていること、これが1点。

もう1点は、今回のメッセージの主たるポイントは、医療にやや重点を置くということなので、新規陽性者数に数を書くと、そのメッセージがぼやけるのではないかという意見もあって、多くの方は(6)に反映して、知事がおっしゃる新規陽性者の数を包含するような考え方で、メッセージをクリアにしたほうが良いというような意見もあった。

以上を踏まえた上で、皆さんの御意見と同時に、先ほどの2点の御意見をいただきたい。もう一度繰り返すと、(6)の2行目の療養等調整中の数が減少傾向にあるのではなくて、色々と条件が違うので、適正な規模にあるということにするのか、あるいは減少にするのか、どちらかを選ぶか、これが1点。それと同時に、Ⅲが下降傾向にあり、人口10万人対50人とか、60人というような数を書く必要があるのかという、この2点を含めて発言いただくようよろしくお願いしたい。

○幸本委員 平井知事からの御指摘は、そのとおりだと思う。適正な水準で予見可能性を高めるという観点は、非常に大事である。

ワクチン効果、すなわち重症化率、死亡率などの低減効果を踏まえて、医療逼迫の状況に基づいた判断基準を重視していくことは極めて重要であり、この方向性に賛同する。

一方で、1ページの基本的な考え方の中に、病床使用率の分母となる病床の拡大について示されていない。ぜひとも具体的な目標と時期を設定して、計画的に病床を拡充していくことも盛り込んでいただきたい。特に非常時においては、広域連携も含めて、国や自治体が機動的に病床や医療従事者を確保できる環境を整備していくことが必要と考える。

変異株もあってゼロコロナは期待できない。当分の間、ウィズコロナが続くことになる。今後も一定程度の新規感染者が出るとの認識の下、医療の逼迫の指標が落ち着いていれば、ある程度の新規感染者数が出ていても、宣言は解除していくべきである。

このためには、一般医療を確保しつつ、こうした状況に耐え得る医療提供体制の拡充が不可欠であり、野戦病院や専門施設の設置、民間宿泊施設の買い上げなどによる大幅なコロナ病床の確保を進めていただきたい。オリパラの施設なども活用可能ではないか。また、治療薬を早期に投与することにより、重症化を防いで、症状の改善を図っていくことも重要と考える。

緊急事態宣言の長期化によって、飲食、宿泊、交通、イベント、観光関係の事業者は、政府支援策をフルに活用して事業と雇用を守っているが、それも限界に達している。困窮する事業者への支援を拡充するとともに、新たなステージの考え方を取り入れて、適切な感染対策の下、早期に宣言が解除できる環境を整えることを期

待している。今回の宣言を本当に最後とすることができる新たな感染対策の取組を国民も事業者も待っている。

○河本委員 今、会長から求められた平井委員からの意見に対するコメントは控えさせていただき、用意したことについて、意見を述べさせていただきたい。

足元では医療体制の逼迫が続いているが、ワクチン接種の進展等を踏まえて、今回、緊急事態宣言の適用条件を見直すことについては賛同する。特に、ワクチン接種の進展等を踏まえ、今後は医療逼迫の状況を重視して判断するという今回の提案は、行動制限・私権制限についてはできる限り慎重な対応をするという政府の方針に沿った適切なものであると理解をしているので、そういった観点から賛同する。

幸本委員からもご指摘があったように病床もポイントであり、逼迫度合いを示す指標の母数となる病床数そのものを増やすことが重要ではないか。同時に、用意した病床を無駄にすることなく、有効に活用するための取組も両輪として進める必要がある。

経団連としても、先日、国が医療機関や各地方自治体に対し、病床調整等に関する直接的な強い指示をもって病床確保に当たることができるよう、制度改正を含めた検討を提言した。実際に確保した病床を有効活用するためには、病床だけではなく、医師・看護師の確保や、病床の使用状況などに関する情報の連携等も併せて必要であると承知している。今の宣言解除後にウィズコロナの中で社会経済活動の活性化を進めていくためにも、ぜひこのような対応をお願いしたい。

あと、少し違った視点であるが、先ほど幸本委員から説明があった産業だけではなく、コロナ倒産件数や自殺者数の増加など、苦しい状況に置かれている方々のデータもある。こうした社会経済活動の両立という視点から必要な対策を支援するために、社会経済的な影響を表すようなデータも参考指標として示していただきたい。

特に、皆さんもニュース等で耳にされているかと思うが、最近では長引く自粛生活でメンタルを病まれる方も多く、コロナ禍のストレスやステイホームの時間の増加を背景に、DVに苦しんでいらっしゃる女性が多いことも幅広く聞いている。数字としても増加という結果が出ていると認識している。また、学生などでも、経済的、精神的な理由で、大学に行けなくなった方、中退した方もいることも理解しているので、参考指標ということで、これらの点へも着目して取り組んでいただければと考えている。

コロナの中で病床の逼迫という点に着目することはもちろん重要であると重々認識しており、様々な支援の御努力をされていることも十分に承知しているが、緊急事態宣言が与える社会的・経済的な影響についても目配りをしながら、引き続き緩めることなく必要な対策の検討をお願いしたい。

○石川委員 平井知事の指摘された2つのポイントだが、私もそこは専門家でないので、パスをさせていただくが、これまでの解除というのは、果たして適切だったのかという問題意識を持っている。

例えば東京都の場合は、4月12日にまん延防止等重点措置が発令されて以降、途切れなくずっと緊急事態宣言とまん延防止等重点措置が発令された状態である。だから、なぜ解除をしたのかという、その問題を総括しないとまずいのではないかというのが私の問題意識である。

今回は、新たな変数として感染性が高いデルタ株、もう一方で、感染に恐らく抑制的に働くであろうワクチンの接種率の向上、この2つが入り交じっていて非常に状況が難しいので、クリアには状況分析ができないというのは何となく分かる。

ただ、先ほど平井知事もおっしゃったとおり、なぜ感染が拡大し、なぜ感染が減少しているのか、その原因がよく分からない。そうすると、原因の分析が不十分のまま、例えば結果としての数字、定量的な把握で解除をするけれども、恐らくリバウンドは必至なのだろうと思う。少なくとも、この半年ぐらいは解除をしてリバウンドをしてきた。それが緊急事態宣言のメッセージ効果を非常に弱くして、無関心層を拡大させている。これはおそらく心理的な事実だと思う。

それを実証的に証明するのは難しいのだけれども、緊急事態宣言が持っているメッセージ効果は極めて低くなっている。だから、そういう心理的な効果も含めて、今後何をすべきかということ、リバウンドを防ぐことであり、タイミングとしては、感染拡大要因と減少要因について、ある程度の確証、あるいは仮説が明確になり、リバウンド策がはっきりしたときに解除すべきだと思う。

もちろん数字的な把握、客観的な指標がなければ、ルールとしてはワークしないから、今回出された数字というのは、入念に準備されたものであるという考えを持っているが、解除するときに大事なメッセージとして、リバウンドを防ぐ対策がある程度見えているということを使う必要があると思う。

○太田委員 まず初めに、尾身先生からの2つの点だが、減少傾向にあるという表現が適正かということに関しては、私は減少傾向にあるという表現でいいと思っている。

新規陽性者数に関しても、実際の数字は書かなくても、尾身先生がおっしゃるように、1. の(6)が非常に厳しい条件になっているので、それで代用はできると思う。

唯一の指摘をすると、「2週間ほど継続して」の「2週間」は要らないと思っている。緊急事態宣言が出た後に下がり始めて2週間ということ、1. に書いている病床使用率、重症病床使用率まではたどり着かないと思うからである。

ここから私の意見を述べさせていただくが、今回の緊急事態宣言の解除の考え方、

いわゆる医療の逼迫の状況に重視していくことに関しては、全く賛同する。ただ、緊急事態宣言の解除の考え方で、1ページ目に関しては、少し慎重にお願いしたい。

例えば50%という数字は、もともと25、50という数字があったところから準用されているものだと思うが、例えば東京都を例にすると、直近、何とか病床数を増やして、確保している病床数は6,319という数字になっている。その50%というのは3,100という数字になるわけであるが、現在、患者は4,400人が入院をしている。3,100という数字で実際に医療逼迫が取れるという判断に50%の数字がいいのかというのは、少し疑問に思うし、重症病床に関して492は一応確保されていることになっているが、ピーク時で300ぐらいまでしか東京は入らなかった。492の半分は約250になる。今よりも大体20~30減った段階で医療の逼迫が解除されたと捉えていいのかというのは、少し疑問に思う。

医療の逼迫に関しては、最終的には1ページの下から3番目の○に当該地域の自治体の意向に考慮する必要があると書いているが、より地域の医療の実情が把握できる都道府県の判断が最終的には優先されるべきだと思うし、そういう運用を今回も心がけていただくことを希望する。

あと、一般医療の両立という言葉に関して、医療提供側の人間として少し意見を述べさせていただく。多くの方々が、一般医療と両立をしながら病床の確保、拡充、と簡単におっしゃられるが、現在においても、一般医療はかなり犠牲にしている実情がある。

私は腎臓内科をやっているが、透析患者さんを診ている東北の医療機関の先生から、一つ、悲しい事例を聞いた。通院透析を僻地で行っていらっしゃって、かなり苦労しながら透析をやっていらっしゃる患者さんが、何とか臓器提供者が出て献腎移植の優先順位にちょうど当たったという状況だったが、手術を行う登録病院のICUがCOVID対応しているということで、泣く泣くその権利を返上せざるを得なくなったということである。医師としても、その患者さんにかかる言葉もなかったという状況である。

現在、一般医療を犠牲にして病床を確保している状況だということは、ぜひ御認識いただきたいと思うし、緊急事態宣言の解除に関しては、移植医療だけではなくて、がん医療もそうだし、様々なところで制限がかかっているのも、それが解消された状況まで、また、それを解消しながらもコロナ対応の病床が確保できるところまではかなり厳しいという認識を持っていただきたい。

特に諸外国では、患者数が多くても、コロナ対応ができていないのではないかというようなマスコミ報道もあるが、例えば英国の例でいうと、COVID前までに私がNHS等から聞いている限りでは、大腿骨頸部骨折、高齢になって足のつけ根の骨が折れる手術だが、これが手術待機数が1,600件程度だったのが、1年経って40万人まで増えている。諸外国も一般医療と両立できているわけではない。そのような形の犠牲

の中で、各国も様々な対応をしている。

コロナの対応は、ある一定程度拡充するということに関しては、国民にこういうところまでは一般の医療も犠牲になるのだということを、強いメッセージとして伝えていただかなければならないし、それが許容できないのであれば、一定程度、日本としては新規患者数の抑制は厳しめで行っていかねばいけないのではないかと考えている。

○脇田委員 平井知事から、今回の波の上昇、あるいは減少の理由が分からないということであるが、専門家での間でも色々分析はしており、今回の拡大については、もちろんデルタ株の影響があるし、季節性の要因があって、昨年も夏の感染拡大があった。今回、若者が夏休みで移動して、拡大に至ったわけである。

減少に関しては、今、ワクチンが進んでいて、ワクチンがただ進んでいるだけではなくて、年齢ごとに進んできて、高齢者の感染者は非常に減っている。それで若者、あるいは中年層のところでは、ある程度進んできている。そういうところなので、今回の減少の局面は、夏休みが終わるといった季節性の要因があるわけであるが、そこでこれまでは高齢者に感染のメインのところに移ってきたが、今回はそこがない。だから、若者の間で急速に減少してきているのだろうと思っている。

今後、11月以降、20歳未満には多くの感受性人口が残るわけなので、冬になると、さらにコロナの感染の形は変わってくることが容易に想像される。だから、そういったところも十分に考慮して対応していく。子供たち、あるいは未成年者がメインの感染者になるところだと思っている。ただ、今は高齢者も増えてきているから、そのケアもしっかりしていく。それが前提である。

平井知事の御指摘のところは、適正な規模になることということであるが、これは地域によって違うかもしれないので、減少傾向にある、あるいは既に適正規模になっていることと加えたらいいのではないかと。

新規陽性者数であるが、今回の解除に関しては、新規陽性者数よりも医療の逼迫を重視する。ただ、一方で、リバウンドは抑えなければいけないと考えれば、(6)の60人/10万人のところは、新規感染者数の10万人当たり50人のところになるので、(6)のところ、あるいはⅢのところは10万人当たり60人が新規感染者数50人程度であることを明記して、そこに新規感染者数も向かっていることをアスタリスク等で書き込んでおくことでいいのではないかと。

その上で、私の意見であるが、今回の解除というのは、ワクチンが進む中で、コロナの感染症の全体像がどんどん変わってきているような中で考えなければいけない。特に今回の解除のための条件を考えたことになると思う。感染者が適切にしっかり治療を受けられていること、それから、医療の逼迫度、保健所の逼迫度が解除されてきていることを的確に見る必要があると考える。

色々検討したが、特に病床使用率、重症者の病床使用率が非常に難しかった。というのは、分母の入院病床、あるいは重症者病床というのは、正確というか、すぐに入れる数ではない。今、東京でも頑張って四千数百床まで増えているが、確保病床は6,400ぐらいあるわけである。とてもそこまでいかないということは、2,000床ぐらいまだ余裕があると思ってしまう。

そうであれば、野戦病院という話があるが、まだ2,000床ぐらい入れられるではないかという話もあって、確保病床を積み増しても難しく、使用可能な病床数をきちんと把握すること、これは動くと思うが、それが必要であって、それを分母にする必要がある。その上で割合を決めていくことが本来必要なのだろうと思ったが、それはまだすぐにできないということなので、50%未満を使っているということである。

入院患者が減ってくると、どこまでいきたいのかというと、先ほど太田先生の話もあったが、両立というよりも、一般医療は十分に回っている、十分に診療しているのだけれども、その中でコロナ患者をしっかりと余裕を持って診療できる数をしっかりと把握する。それが本来の解除の基準になるだろうということである。今回の議論の中で、東京であれば重症者数が100人程度ではないかというお話があったが、そういった数をしっかりと把握していくことが必要だろうと思う。

いずれにしても、ワクチンが進んでいくと、軽症、中等症、重症の比率は変わってくる。ただ、治療が進んでいくこともあるので、中等症、重症の数は非常に大事になってくると思う。だから、これをしっかりと把握できること。特に重症などは、東京都とそれ以外で基準は違う。ただ、大事なものは呼吸器、エクモがつながっている数がどのぐらいあるのかというのは非常に重要なので、そういったものを全国でしっかりと把握をしていくことが大事だし、通常酸素をつないでいる人が何人いるのか、そういった中等症、重症の数をしっかりと把握して、基準を明確にしていくことが大事だと感じた。

保健所の逼迫の指標も難しく、今回、自宅療養者数及び療養棟調整中ということにしたが、ここの指標をどうするのかというのは、これも今後の課題だと思っている。

最後に、一般医療の指標だが、太田先生の話もあったが、ICUの使用率も重要だし、待機手術の延期がどの程度あるのかといった一般医療をどの程度逼迫しているのかという数値を何とか把握できないかということで、これは今後の課題だと考えている。

○岡部委員 詳細なところについては、少し修正が入っているようであるが、私は提案者側の名前にも入っているので、今回の提案についてはもちろん異論がないところである。

ただ、今回ということであれば、医療の負担程度によって早急に解決しなければいけないことで、新規陽性者数を無視していいということでは当然ないわけである。新規陽性者数の中には、脇田先生もおっしゃっていたように、軽症、中等症、重症、あるいは死亡者数も含まれてくるので、そこをきちんと区別していくのが、近い将来、早急に必要な部分であり、また、新規感染者数というのは、検査が陽性で確認例になるわけだから、本当にこの方法、つまりこの間の分科会で少し言っていたが、全数の把握をする必要があるかないか。これについては、早急に解決しなければいけない課題だと思う。

それから、これは前々から申し上げている繰り返しになるが、基本的な考え方の○の5番目、6番目あたりで、こういう数字が出てくると独り歩きする傾向もあるので、様々な指標を総合的に検討するということは当然必要なことで、当該地域の自治体の意向は十分に考慮すべきであり、また、自治体の意向の中には、医療機関の意見を十分に取り入れるべきであるということも繰り返して強調しておきたい。

○押谷委員 私もこの提案の作成に関わってきたが、先ほど尾身会長から、この中にも感染者数を入れるべきではないかということ saying いた人がいたという話があったが、私ももともとは感染者数を入れるべきではないか、という意見を言わせていただいた。

その理由としては、平井知事が言われたこととも関連するが、どこで今回の波が急速に増えて、急速に重症者が増えていったかということについて、緊急事態宣言が出たところのデータを詳しく見てみると、直近1週間で人口10万当たり50を超えたところで急激に増えてきて、重症者も急激に増えている。それを考えると、リバウンドを防ぐという観点から、データを見ている立場からすると、安定して人口10万当たり50未満になるという状況をつくらなければいけないということだと思う。

ただ、これに賛同させていただいたのは、脇田先生からも説明があったように、自宅療養者及び療養等調整中の数、60人/10万というのが入っている。そこは新規陽性者数とリンクしているところがある。ただ、ここの問題は、大都市圏はこれでいいが、そうでないところはなかなかこれが当てはまらないという問題がある。そこは考えないといけないところだと思う。

あと、2週間安定的に下降傾向にあるというのも、新規陽性者数のところに書いてあるのが、1,000から900に2週間安定的に下降しても、ほとんど医療の逼迫は取れないので、きちんと数が減っているということが、尾身先生が言われたように最初のところに書かれているので、そこのところは政府もしくは都道府県がきちんと判断して、解除を考えていくことが必要になってくると思う。

平井知事からなぜ増えて減ったのかとあったが、今日この後アドバイザーボードもあるので、そこでも議論されると思うが、脇田先生が大体説明されていたが、増

加基調にあったのが減少した効果は、7月の4連休前後に急激に上がった。その後、夏休み、3連休、お盆と続いてしまい、あの上がり方はほぼ年末年始と同じ上がり方をしてきた。年末年始も長い休みになって、普段会わない人と会う。それが大きな要因だったと思うが、今回それと違ったのは、その後、続いて休みがあったということで、一気に上がってしまった。長期の休みの上昇要因が取れたということが、下降に転じている一つの大きな理由だと思う。

あとは、若い人たちも含めて行動抑制がかかった。緊急事態宣言、重点措置が出たこともあるが、50代以下の人たちを含めて、重症例が増えてきているといった情報効果も一定程度あったと思われる。

先ほど意見が色々あって、今後、感染者数をどう見ていくかというのは非常に難しい問題があって、感染者数に対する重症者の割合というのは今後変わっていく。今回見えたのは、医療従事者も入っているが、主に高齢者のワクチン接種が進んでいって、若年層がワクチン接種をしていないという局面で重症化率が減っていったということがあって、今後、若い人たちがワクチンを受けると、明らかに重症化率は上がっていく。高齢者でもワクチンを受けていない人はいるし、高齢者にブレークスルー感染が起こると、一定程度重症化する人たちがいるので、それを考えると重症化率というのは上がっていくので、そのところも今後どうするか。今回のものは今回の解除の考え方ということで、今後どう考えていくかというのは非常に難しい問題で、これは少し時間をかけてきちんと見ていかなければいけないことだと思う。

それから、皆さん簡単に病床を増やせという話をされるが、現場はそんなに簡単には増えないというのは、太田先生が言われたとおりでと思うし、外国では病床の逼迫などは起きていないのではないかとされるが、冒頭で田村大臣が言われたように、外国ではそもそも入院ができていない。入院をさせていない、入院がほとんどできていない状況があって、日本はそれでいいのか。入院もできずに重症化して一定程度亡くなっているし、今、アメリカはかなり病床が逼迫しているけれども、欧米諸国の多くはこれまでも日本に比べて非常に多くの死者を生んでいるという事実を忘れて、欧米は逼迫が起きていない、日本だけが起きていないという議論をするのは、明らかに間違った考え方だと思う。その辺はきちんとデータを見て、議論をすべきことだと思う。

○釜谷委員 平井知事からお話があった、大都市以外の地域における療養等調整中の数の件は、脇田先生が言われた御意見に賛成する。それから、新規陽性者の数については、これまでの色々な議論の中で随分考えてきて、ぜひ入れるべきだとずっと考えていたが、結論としては、ここには数を入れなくてもよいのではないかとすることに、私も最終的に至った。理由は皆様がおっしゃるとおりで、新規感染者の数

を軽視するような向きがあったことに対して、それは違うと大変強く思っていたが、色々な整理の中で大丈夫だと思っている。

ほとんど皆さんがおっしゃったとおりで重なるが、ぜひ申し上げたいのは、今、押谷先生が言われた、冒頭の田村大臣のお話は非常に大事だと思っており、我が国においては、医療が逼迫する中、入院の病床を一生懸命確保してきて、そして、感染者に占める対応できる入院者数は、諸外国に比べて決して負けていない。さらに病床を増やすというのは、コロナ以外の病気の治療をやめろということとも直結する話なので、これ以上、病床が増やせるわけではない。英国NHSの話はさんざん出たが、コロナ以外で治療が受けられなくて、待機になっている日数は、驚くほどに延びている。だから、それに比べれば、日本ははるかにうまくやっていると思う。どんどん病床を増やすというのは、現実には無理だということを今日は一番言いたいと思ったので、それだけ発言させていただく。

○今村委員 この分科会というのは、経済の方々と医療側の人間が一緒にいるということが非常に重要だと思う。

先ほどから話を聞いていて、やはり逼迫の部分などは、共通理解がなかなかできていない。医療の中がみんな見えているわけではないので、これは当たり前だと思う。でも、少なくとも分科会に参加されている経済側の方に、医療の部分はこうだということが伝わるようにするというのが、社会一般の中で理解してもらうための最低条件だと思って聞いていた。経済で亡くなっていく人も、私たちが救っている命も重さは変わらないので、どちらも救っていかなくてはいけないというのが大前提だと思う。だから、私たちも経済側のことをもっと理解しなくてはいけないので、そういう意味では、この会、しばらく開かれていなかった経緯もあるが、そういう話し合いがしっかり行われて、できるだけ共通理解していくことが大切だと思っている。

その上で、東京で起こったことを具体的に示すと分かりやすいと思うが、救命救急のところは全部埋まってしまった。ICUなどのベッドも、コロナ用に空けているところはほぼ埋まった状況で、そこでは入り切らなくなるので、一般病床のところ、本来は救急医療を診るところではない病床でも、人工呼吸器の管理をしたりして診ていた状況になっていた。例えば手術（全身麻酔）では人工呼吸器管理となるため、その術後管理のためにICUやHCUが利用されていることが多い。そのためコロナ用に多くを使っていけば、その一方で手術ができなくなってしまう。

あとは、日常医療の中では、心筋梗塞なども起こってしまう。今回、心筋梗塞を中心に診ていたような複数の医療機関は、コロナ受け入れのために、その他の疾患の受け入れを縮小している。例えばCCU、心筋梗塞を診る救急医療だが、当院はCCU対応ができない病院なので、実際に心筋梗塞が起こると、CCUのある他院に転院させる

必要があるのだが、コロナの流行拡大によって転院先を失ってしまったという状況となっていた。今は夏なので、心筋梗塞などは少なかったが、心筋梗塞、脳出血、大動脈解離といった大動脈の疾患などが一番増える時期が冬で、今回のような厳しい流行が起こっていたら、多くの人々がほかの病気で救えなくなったというのが明らかかだと思う。

地方に行くと、さらに医療基盤は厳しいから、地方はもっと簡単に破綻してしまう。救える命が救えないという言葉で表現していたが、具体的にこのような話を聞くとリアル感があると思う。

日本の医療は、セーフティーネットが非常にしっかりしていて、海外にも誇れる医療を持っていると思う。コロナの流行拡大にともなって通常医療を削っていくということは、セーフティーネットを切っていく形になるから、そのコンセンサスを社会の中で得る必要があると思う。

あとは、箱の数でどうしても表現するのだが、最終的には人の数である。今ある医療というのは、必要な医療に必要な人が充てられているので、決して余っているわけではない。コロナのために、ワクチンとか、その他、酸素ステーション、いろんなところに人が派遣されているので、むしろ通常よりも医療者の数は減っている。

具体的に病院の状況で表現すると分かりやすいが、今、当院では150人のコロナの患者の入院対応をしていて、五つの病棟プラスHCUというところで診ている。ただ、五つの病棟プラスHCUに看護師を充てるためには、そのほかに四つの病棟を潰している。つまり他の部署からも多くを補っていかないと、その運用ができない。だから、病床を運用するために、さらに多くの病棟が奪われていく。当然ながら、その病棟の機能も落ちてしまう。単純計算で分かると思う。

うちは90%ががんセンターの病院で、がんセンターに感染症のセンターがある。つまり、潰していった病棟は、全部がんのセンターで、がんの患者さんが十分な医療を受けられないということが目の前で起こっている。そこはいろんなところで順序をつけて、手術を延期できるものは少し延期してもらったり、優先する医療を決めながら、絞りながら進めていくということになる。現場ではいろんなことが起こっているということを御理解いただけたらと思う。

○小林委員 今、今村先生がおっしゃられたように、医療の実際について、経済学者であったり、経済側の人間もきちんと理解をして、社会に伝えていくことが重要だというのは、身にしみて感じている。

そういう中で、命の重みは同じだと、今、今村先生がおっしゃったことと関連して、やはり一般医療が十分にできなくなって亡くなるという方、そして、コロナの医療が十分に受けられなくて亡くなる方、それから、河本委員が先ほどおっしゃったように、経済的なストレス、あるいは苦しみにによって自殺をされたりして命を失

う方、皆等しく同じ命の重みだと思う。

そういう意味で、一つお話ししたいのは、経済的な理由で命を失っている方がどのぐらいのインパクトがあるのかというのを、東大の仲田さんと藤井さんのグループが昨日の夕方発表した研究があるので、一言だけ紹介したい。

これまで1年半の自殺者の中で、要するにコロナによるいろんな制約が原因となった自殺だろうと思われる自殺者の人数や、平均余命と人数を掛けた、失われた平均余命というものを計算した研究を昨日発表されている。それを見ると、自殺で失われた平均余命、これは若い人が多いので、年数でいうと18万年、18という数字になる。それに対して、コロナで亡くなった方の人数掛ける残りの平均余命を計算すると、16万人、16という数字になる。これは人数で測るのか、平均余命で測るのか、議論があると思うが、自殺では特に若い女性が多く亡くなっている。コロナでは高齢者が多く亡くなっていることもあって、これからの可能性という意味では、自殺で失われているインパクトはコロナで失われている人命のインパクトと並び立つような、非常に重みがあるということだと思う。そのため、経済的な困難による人命の損失、一般医療が圧迫されること、コロナ医療が不十分であること、この三つはどれも重要なので、ぜひその辺りをうまくバランスをとりながら、議論を進めていくべきだと思う。

○尾身分科会長 それでは、今日のまとめに入りたい。今日は、この文章について幾つか修正があったので、修正をどうするかということに尽きると思う。

1 ページ目の基本的な考えのところは、先ほど既に申しあげたが、2つ目の○の1行目の「感染状況はもとより考慮するとしても」は、「新規感染者数の動向はもとより考慮するとしても」に変えたらいかがかと思う。

それから、岡部委員からあった下から3番目の○、これは自治体及び地域の医療機関とか、専門家とか、自治体だけではなくて「地域の医療の専門家等」ということで加えたらいいかと思う。

次のページの(6)で、私のサジェスションは既に終わったが、平井知事の御意見も反映する観点から、「数が減少にあること、あるいは適正な規模に保たれていること」にしたらいかがか。

今日のメインテーマであった、新規陽性者の数を明記するかということであるが、これは脇田さんからもあったが、今日みんな分かっていたと思う。

2 ページの(6)の60人/10万人というのは、新規陽性者の10万対50のところほぼ相当するということで、Ⅲの新規陽性者数に書くのではなくて、(6)の60万人/10万人、この辺に※をもう1つつけて、新規感染者数の人口10万対50前後に、先ほどの合計値と新規陽性者数はかなり相関するので、それから見ると50ぐらいに当たるということを、これを一般市民が知ると、ああ、そうなのかと思うので、そ

のことを（６）の※に入れたらいいのではないかと思う。この提言については、そういうことでいかがか。

もう一つ皆さんの御意見を伺いたいのは、石川委員をはじめ、幸本委員、河本委員等々からあったことだが、特に石川委員からは、リバウンドに対して準備ができているかどうかということも、解除の条件というか、考え方に入れたらいいのではないかという趣旨の話があった。あと、病床の拡大、キャパシティーの拡大ということもあった。

河本さんからは、自殺等々のことについてあった。近日中に、解除をするかどうかの議論があるので、病床の拡大が今からあるというのを条件にこの文脈でやるのは少し無理があると思う。私の勝手な予測であるが、恐らく数日後に基本的対処方針分科会があるので、解除をする、あるいは延長をするときには、今まで以上に病床の拡大等については努力を続けてくださいということ、そちらでやればいいのではないかと思う。

自殺云々の話はこれからまた新しいステージの考え方などをやるので、ここで自殺が多いから、少ないから解除するというのは無理なので、これからいろんな考え方を検討する中で、先ほどの小林さんの新しい研究のデータなども踏まえてやるということで、そちらでやればいいのではないかと思う。

それから、リバウンドの準備ができているかどうかを解除の条件にということであるが、今回はリバウンドに備えてかなり厳しく解除をする、慎重にということ、今回ここに書いてもどう評価するかというのはなかなか難しいので、リバウンドの準備については、むしろ解除をするときに慎重にやるということ、対処したらいいのではないかと、私自身は考えている。

先ほどの資料２の幾つかのことについては、今、申し上げたようなことでよろしいか。特に新規感染者のことは（６）の※で、新規感染者と自宅療養者の合計との関係がどうなのかということを示すと、随分納得感があるのではないかと、そこに入れたらいいと思う。

○平井委員 尾身会長におまとめいただいたことに、基本的には賛同させていただきたいと思うが、※の位置はⅡの１の（６）のところという御差配があったが、今の議論の中で、皆さんもお聞きいただき、共有していただけたと思う。

病床の増加は非常に困難であると、太田先生、釜萯先生、今村先生、押谷先生などから御指摘があった。また、保健所機能を圧迫することを避ける意味で、１の（６）に入れたという考え方のお話もあった。感染者数が一定程度あると、必ず病床の負担になる。高止まりをしたままだと、病床の負担は必ず出てくる。たとえ２週間減少していても、そういうことになるし、また、保健所機能を圧迫する最大の要因は感染者数である。調整はその次であり、まず感染が出ると、その疫学調査をやった

り、あるいはPCR検査の手配をやったり、そこから始まるわけである。それで陽性ということが分かって、初めて入院調整に行くわけである。

60人というのが一つの指標であるというのはそうであるが、ただ、これは大都市だけの指標になっているので、沖縄県は、今、10万人対比で200人を超えている。大都市だけの指標で本当にいいのかどうかということである。

皆さんの御議論のこれまでの経緯は分かるが、医療の逼迫にもこれは重要な影響を与えるし、保健所への影響もあるので、Ⅲに※を入れていただくと、我々実務としては非常に分かりやすいし、50はせめて切っていないといけない、みんな目標にしようということにも気合が入るので、その辺は御理解をいただくとありがたい。

ただ、Ⅲにどうしても入れたくないということであれば、せめて欄外に入れていただけないか。1の(6)だと大都市の問題にもなるし、療養等の関係ということで、新規陽性者との関わりは難しくなる。そこでⅡとⅢをブリッジする、その考え方の整理として、例えば欄外に※を入れていただく等、もう少し明快に保健所の実務、あるいは住民の皆さんに届くような形でそこを示していただくと、ありがたい。

例えば200人を超えるようなところ、あるいは大都市圏で今100を超えているところで、2週間ぐらい減ってきている。すべからず緊急事態宣言を解除してもいいということを分科会が決めたと見られないように、あくまで一定程度の感染者を抑えることは、みんな目標としていたと分かるようにしていただくとありがたい。

○大竹委員 私は尾身先生の提案に賛成する。その上で、非常に細かいことだが、1点だけ指摘させていただきたい。1ページ目の基本的な考え方の最初の○は「ワクチン接種が進み、感染性の強いデルタ株が主流となり、感染者数が急増した」という文章だが、ワクチン接種が進んで感染者数が急増したとも読み取られる可能性があるので、「ワクチン接種が進んでいる中で」、あるいは「感染性の強いデルタ株が主流になったため」など、因果関係がどこにあるのかということを見分けられるような文章にしていただければと思う。

○尾身分科会長 大竹委員の指摘は了解した。おそらく皆さんも同意していただけると思うので、それは修正したい。

そうすると、先ほどの新規の陽性者数の話について、何とか結論を出さなければいけない。先ほど知事から欄外という話があったが、(6)とⅢについて、どういう関係なのかというのは、恐らくこの会議にいる人以外は何も分からない。したがって、(6)とⅢについて、Ⅳにするのか、まさに知事がおっしゃった欄外に、新規感染者数というのは下降傾向にあることが前提ということで、これは(6)の

10万対60ということをやればということだが、知事がおっしゃるように、10万人に新規陽性者が50人というのは大都市圏でしか当たらないというのは、確かにそうなのである。そのところは、大都市圏ではそうだとことをはっきり書かないと正しい情報にならないので、大都市圏については10万対人口50に当たるので、ほかの地域について、例えば知事の県ではやはりメルクマールが必要だということ。そういう意味では、10万対50というのが、大都市のこれに当たるので、そういうことも参考にしたらよろしいのではないかと趣旨のことを欄外に書く。ここの条件で書くよりも、そういうものを参考にしたらいいのではないかとということと、二つの大都市圏のこれと新規感染者の関係を示した上で、全国的には10万対50を参考に判断したらいいのではないかとすることで、皆さんの意見を大体反映すると思う。つまり条件というよりは、一つの参考にしてくださいということによろしいか。

最初これはやらないほうがいいという方もいて、メッセージのフォーカスが少し薄まってしまうので、という方も多かったが、今の話のように欄外で、参考として、努力目標として書くということで、ほかの方もよろしいか。

(異議なし)

○西村国務大臣 活発な議論感謝申し上げます。様々な御議論を経て、考え方をまとめていただいたので、これを踏まえて各県の状況を分析して、解除できるかどうかを含めて判断していきたいと思う。

色々と御議論があった中で、2点だけ、私からコメントさせていただくが、これは石川委員だったと思うが、緊急事態宣言、まん延防止等重点措置が今年ずっと続いている中で、緊急事態宣言、まん延防止等重点措置、何もない状態という3段階があり、いずれにしても、新規陽性者の数が増えて、医療が逼迫してくれば、当然強い措置を打っていく。そして、減ってくれば解除する。この繰り返しである。

このことはこれまでも何度も起こり得ることだということを申し上げているし、ある意味でゼロにはできないので、一定程度のところまで抑えて、当然解除すれば活動は活発になるから、増えてくればまたハンマーという、ハンマー・アンド・ダンスを繰り返していくということだが、これだけ長引いてくると、多くの方は理解をいただき自粛されたり、今でも人流は25%、30%減っているし、出勤者の数も去年以上に今年は東京も関西圏も減っている。恐らく企業の皆さんはオリパラ以降もテレワークでやっていただいていると思うので、減少が見られている。専門家の皆さんが求められている5割減にはなっていないが、多くの方々には協力をしていただいている。

ただ、一定の方々には、我慢ができなくて活動が活発であり、一部の飲食店もお酒を出したり、夜遅くまで開いている。明らかな法律違反だが、それが平気な状態で

行われているということであるので、非常に苦慮しながら私も対応してきているが、緊急事態宣言を今回どこかのタイミングで解除できれば、その後、法律改正も視野に入れながら、緊急事態宣言というものをいわば再定義する。そうしないと、今後また増えてきたときに、打っても同じことが繰り返されるわけであるので、再定義をして、国民の皆さんに理解をいただけるようなことを考えていかなければいけないのではないかと、頭に置いてやらなければいけないと思っている。

最後にもう一点、これは常に悩むところであるが、岡部先生も言われたように、総合的に判断するということが、私どもは対応してきた。今の最後の考え方のところも、地域によって事情が違うということは当然考慮していかなければいけない。大都市と地方部では違う。ただ、今年に入ってから、基本的対処方針分科会、4月から諮問委員会から名称が変わったが、21回もやっている。地方から要請があるたびに、そして、悪化するたびに、増やしたり減らしたり、解除したり追加したり、少ないときは1県だけということもあった。要請が毎日出てきて、毎週のように行われてきた。本当にこれでいいのかということである。

ある意味、総合的に判断ということもあるし、地域の要請もあるし、サーキットブレーカーという議論もこれまでの中であったが、自動的に発動していくような仕組みのようなものが考えられないのか。毎週開いて、みんなで議論してやることなのか。当然医療の状況なども判断しなければいけないが、もう少し迅速にできないか。そういったことを含めて、もう一度、このやり方について、私どもは知恵を出していきたいとも思っている。今日はこの基準で、もちろん私どももそれを踏まえて対応するが、今後のことは、もう一度、皆さん方のお知恵も拝借して対応していければと思う。

○尾身分科会長 その宿題は、またみんなで考えることにしたい。最後、残りの時間で、「新型コロナワクチン接種証明の利用に関する基本的考え方について」ということで、内閣官房から説明をお願いしたい。

<議事(2)新型コロナワクチン接種証明の利用に関する基本的考え方について(案)(報告)>

○事務局(大西) お手元の資料3に沿って御説明するが、冒頭、コロナ室からお話があったように、この資料については机上回収資料という取扱いにさせていただきたいと思うので、重ねてよろしくお願いを申し上げたい。

中身であるが、【趣旨】については現状を書きしており、現状については、参考資料5としてお配りさせていただいているので、説明は省略させていただく。

もともとワクチン接種証明自体は、海外で接種を受けた方と受けていない方で、

防疫措置等に区別をしていくという動きが見られたことから、海外渡航に必要な場合、市町村でその証明書を、英語も入れて、パスポートナンバーなども入れて、海外で通用するような形で発行するというを事務として構築した。

一方、国内では、接種済証をというものを接種を受けた方はお手元にお持ちなので、それがあれば、接種の証明ができるというのが現状である。

ただ、かねてからニーズもあり、デジタル化を進め、国民の皆様が紙ではなくて、スマホなどに接種証明を載せられるようにする、あるいは行政の手続自体もデジタル化して、電子的に処理できるようにする、そういった措置を年内を目途に構築することとして、そういった環境が整っていくと、国内では今まで接種済証であったが、接種証明書も活用する余地が出てくるということで、現時点でその基本的な考え方、どう使っていくのかということについての考え方を取りまとめたものである。

1 ページ目の下の注にあるように、この考え方については、当分科会の提言と整合性を図りながら、整理をさせていただいているものである。

2 ページ目、これは接種証明書を利用する大前提として、ワクチン接種に関しては正しい理解が必要であり、あるいはワクチンの接種を受けるかどうかといったことは任意であることについて、正しい理解をいただきたいということを記載している。

2 ページ目の下のところに、【感染防止対策との関係】とあるが、ワクチンの接種を受けた方についても、エビデンスに基づいた適切な感染防止をお願いしたいということを記載させていただいている。

3 ページ目から【接種証明の活用にあたっての留意点】ということで、中身に入ってくるが、原則として民間が提供するサービスにおいては、契約自由の原則があるので、接種証明の活用というのは幅広く認められると考えられるが、接種証明を提示しないような方に対する法外な料金の請求、暴利行為のような社会通念に照らして認められないようなことは当然許されない。あるいは会社への就職等の局面で、ワクチン接種を要件とすることについては、差別的な取扱いに当たる可能性が高いことに注意してくださいということである。

接種証明の活用の例として、現在も既に割引やおまけの提供といったことが行われているが、今後は店舗への入店、会場への入場といったところに当たって利用することも考えられ、感染のリスク、飲食店なのか、空いているお店なのかといったことに着目して、接種証明を求めるか求めないかということを考えていただく、あるいは接種を受けられない方に対する配慮として、注2にあるような代替手段を設けることもお考えをいただくということを書いている。

3 ページ目から4 ページ目にかけて、公共的なサービスについては、より一層の慎重さが求められるということを記載している。

4 ページ目の個人情報保護については、関係法令を遵守していただき、プライバシーに当たるので、本人の意に反した開示の強要、あるいは第三者への無断での提供は違法になる場合があるということを書いている。

最後に何が不当な差別的取扱いに当たるかということについて、あらかじめ明確な線引きをすることは困難な面があるため、各業界で必要に応じてガイドラインを策定するといったことも御検討いただければということで、業界からそういった御希望があれば、私どもとしてもその支援をしていきたいと考えている。

○平井委員 この内容に大きな異存はない。3 ページに留意点があるが、その中に書かれるのか、あるいは当然の前提ということで飲み込んでいただくのかであるが、接種証明は自治体業務が発生する。特にこれからワクチン・検査パッケージが出てくるということになると、飲みに行くにも、イベントに行くにも、こういうことを活用しようということになると、大変な事務増になるのではないかと心配している市町村がある。だから、接種証明の今後の運用については、自治体とよく協議をしていく。

あと、当然ながら、費用負担については、政府で考えていくということも書いていただくか、あるいは当然の前提としていただければと思う。

なお、PCR検査もワクチン・検査パッケージで今後出てくると思うが、検査費用のことも同様に考えていただけるとありがたい。

先ほど西村大臣が強調していたが、解除あるいは緊急事態宣言についての手続、何とか自動的にできないかというのは、大変に素晴らしいアイデアだと思う。知事会でもそうした意見は度々出てきているところであり、ぜひ先生方に御理解をいただき、例えば国会の手続などもあったりして時間がかかるということだと思うが、我々知事同士でも「船が出る」という言い方をして、つまり会議を開くときにまとめてみんな行くので、船に乗れるかどうかということが大変な問題になったりするし、お盆の前後で大分違いが出たこともあるので、ぜひ大臣がおっしゃられた方向で考えをまとめていただけると、本当にありがたい。

○脇田委員 先週の分科会で、ワクチン接種が進む中、日常生活がどう変わるかという提言が出たばかり段階で、やはり接種証明とともに、検査証明を併用したほうがよいということを出して、検査証明、PCR検査、あるいは抗原検査をどのように使うのか、先ほど平井知事からもあったがその費用はどうするのか。

それから、証明をどうするのかということがまだ何も提示されていない段階で、ワクチンの接種証明だけを先行させるというのは、いかがなものかと考える。

それから、この中に既に活用の例で挙げられているが、店舗の入店や、イベント会場への入場などについて、前回の提言では、飲食店等での活用は、これをフルに

活用するかどうかということは留保している。イベントに当たっても、全国から人が集まるような大規模なイベントでは活用ということを書いていて、これを書いてしまうと、飲食店にはこれを使えばいいという形になってしまうということが考えられるから、どういうふうに活用していくかということは国民的な議論をしていくべきだという話だったと思うので、そういったことをきちんと書き込んでいただく必要があると思った。

それから、注1のところ、リスクが相対的に高い、リスクが相対的に低いという記載があるが、これをどういうふうに判断するのかということは、非常に悩ましいのではないかなと思うので、ここもこういった書きぶりがいいのかなということは考えていただく必要があると思っている。

○石田委員 この考え方については、連合としても、社会経済活動の再開・活性化を進めていくという意味では、推進し、そして、期待をしたいと考えている。社会経済活動の正常化に向けた対策であると言う以上、途中で中断・中止とならないようにしていくことが大変重要だと思っている。感染防止意識のさらなる醸成・構築も併せて進めていくことが重要だと思っているので、的確な情報発信をお願い申し上げたい。

それと、本人の意向に反して、どうしてもワクチン接種ができない方、したくてもできない方がいらっしゃるの、その代替手段として民間検査についての記載があるが、検査の無料化あるいは補助についても、何らかの支援策をお願いしたい。

一方、前回の分科会でワクチン接種の限界の考え方が示され、その中で、一定期間を経ると、徐々に免疫効果が減弱するということも教えていただいたので、ワクチン接種証明の有効性や有効期間について、分かるように説明できる機会が必要と考えており、国民への的確な情報発信についてご検討いただければと思っている。

○武藤委員 私からは3点申し上げる。1点目に、2ページ目のワクチンに対する正しい理解というところ、これはシンプルにおっしゃっているのかもしれないが、ワクチンに対する評価はどんどん変わり得るものだと思うので、その時点で正確な評価や理解が進むというような、少し留保した言い方に変えていただきたい。

2点目は、3ページ目の注1と注2で、これは結構大事なことを書かれているが、なぜ注に落ちているのかと思ひ、本記にすべきではないかと思う。先ほど脇田委員がおっしゃったように、一律に導入されるということは生活への制約になってしまうので、環境のリスクに応じて、入退場に関しては導入が有効だと考えることもあると思うが、その点、注意深く記載をお願いしたい。

3点目は、脇田委員がおっしゃったように、この件は国民的な議論をしてほしいというのが前回のコロナ分科会からの提言だったので、政府としてもそれに呼応し

ていただいて、国民的議論、それから、石田委員からは途中で中断することがない
ようにということがあったが、無効になってしまう、負担でしかなくなってしまう
ということもあり得るので、先々ずっとこれを使うということわけではなくて、一
時期を見て評価をする、見直しをするといったことも含めた記載をお願いしたい。

○磯部委員 今の先生方の御指摘にどれも賛成しながら、若干申し上げたい。

1 ページ目の趣旨というのは、この取組の趣旨の位置づけがいま一つ曖昧だと思
った。2つ目の○の接種証明の利用は、社会経済活動の正常化に向けた取組という
位置づけで、ワクチン接種率の向上と分かれたものなのか。その後、諸外国ではワ
クチン接種促進に向けた取組とも書かれていて、そこを明確にできないか。接種率
の向上という文脈を切り離せない以上、しかし、予防接種マターだからこそ気をつ
けるべき繊細な問題があるということをもう少しここで示すべきだろうと思う。先
ほど注に落ちていたとあったが、大事なことが色々書いてあって、代替手段の確保
ということも書いてある、それなりに工夫は理解するが、いくつか申し上げたい。

3 ページ目の留意点、1つ目の○の第2段落の「ただし」のところで書いてある、
法外な料金の請求、解雇、退職勧奨等、不当な差別的取扱いとはというのは、いずれ
も極端なケースで、不当な差別的取扱いでも当然駄目なわけである。

予防接種マターだからこそ気をつけるべき繊細な問題として2点、1つ目は、や
はり副反応のリスクを個人が引き受けるということだと思う。我が国では色々と議
論があるが、現時点で接種は法的義務ではない。とても強い法的背景への留意が必
要ではないかと思う。コロナワクチンも努力義務で、勧奨接種の位置づけだから、
本来、接種を任意で行う気になるような必要な情報提供、予防効果などの丁寧な説
明こそが大事で、ワクチンパスポートで、言わばナッジ的に接種させる方向に持っ
ていくというのが、勧奨の方法として妥当なのかは、相当に議論したほうがいいと
思う。打たせることばかりでなく、打つことを強要されたと感じる人や、打てなく
てはじき出されてしまう人などをいかに防ぎ、代替手段などを確保するかというこ
とを考えることが、感染症法制の理念に照らしても重要なのではないか。

あと1点、接種歴は、思想的にも、個人情報としてもセンシティブな情報だとい
うことである。4 ページ目に個人情報保護についてということと言及はあるが、民
間事業者が接種歴という要配慮個人情報、生の健康情報の開示を容易に求めて、そ
れを行政が広く社会的に利用しよう、推奨しようとするわけで、社会的差別の問題
も隣接していることは、前回、武藤先生も御指摘になったところである。利用目的
の明確化、利用範囲の具体化、不適切な取得や目的外利用の禁止ということが一般
的な個人情報保護の仕組みで十分に対応できるとは思えない。リスクの多い、少な
いでどういうふう利用するかといった利用範囲が、今ここの議論でも明確でない
という話になるわけで、国民的な議論という言葉が今回のペーパーにないことも問

題だと思う。具体的な予見可能性を付与するためにも、国会で議論して、必要な法的手当を講じる、その必要性を議論すること、繰り返しその必要性を指摘しておきたい。

○中山委員 私も、今、諸先生方がおっしゃったことにほぼ賛成する。

前回の分科会でも申し上げたが、ワクチンの有効性の問題が接種証明を利用することの前提になると思うので、2ページの最初の参考のところ、デルタ株の影響や、接種後からの時間経過とともに発症予防効果は低下し得るとの研究結果があると、そこで止まってしまっているが、それが接種証明の利用にどう影響を与えるのか、そういうことも不断の分析が必要になると思う。

1ページ目に今後も見直しを行っていくことと書かれているが、この中に有効性の評価、新たな変異株といったことに対する評価も当然前提として入ってくると思うので、その中で見直しを行って、場合によっては一時停止する、中止するといったことも柔軟にやっていく必要があると思う。

それから、前回の分科会では、ワクチン・検査パッケージとあって、言わば両輪という感じでお話があったと思うが、今回はワクチンだけが全面的に出ているので、検査のこともしっかり言っておかないと、打ちたくても打てない人たちの権利が阻害されることになると思う。

○釜菴委員 今回の資料は、机上回収という扱いになると伺ったが、これはどのような根拠で、誰を対象に発出するものなのか、教えていただきたい。

○幸本委員 ワクチン接種証明の利用については、地域経済や産業の再生のためにも、国内利用を一部使えるところから使っていくということを進めていただきたい。この場合、簡素な手続でポータブルなものが望ましいので、資料に記載されており、デジタル発給体制も急ぎ構築していただきたい。

使い方だが、これまでも地域振興などを目的とした高齢者などの特定の者への割引や、お祭りやイベントへの優待などのサービスが既に提供されているので、このようなポジティブな形での活用は市民に受け入れられやすく、混乱が生じにくいのではないか。

不当な差別的取扱いに当たる可能性のものについては、ガイドラインとして政府が示しておくことが不可欠だと考える。この場合、これだけは絶対に避けるべきというものを明示して、それ以外については基本的に民間の創意工夫による対応に任せるといい。あと、業界の実情に応じたガイドラインについては、必要な業界があれば、これを策定するという考え方で進めるべきだと思う。

○事務局（大西） 釜菴先生からこの文書の性質について御質問をいただいた。これについては、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の決定という形で、国民に広く公表することを想定している。

その他、大変貴重な御意見を種々賜った。いただいた御意見を踏まえて、必要な修文等をさせていただきたい。

○尾身分科会長 何人かの方がおっしゃっていたが、前回の分科会で、メンバーだけではなくて、厚労省あるいは内閣官房ともしっかり議論してつくった提案書だったと思う。中には国民的な議論をしっかりとやってください、あるいはまだ決定しなくて、例えば先ほど脇田さんがおっしゃっていたような、飲食店については必ずしもワクチンということでもいいのか、ワクチン・検査パッケージでいいのか、あるいは認証制度などもいいのかという、こういうことで、先ほど自治体ということも平井知事からあったが、一般市民あるいは事業者などの広い国民的な議論をしっかりと踏まえた上で、政府の対策本部が決めるということがいいと思う。

これは机上回収ということだが、私としても多くの人が言ったように、もう少し国民的な議論をして納得感があつた上で政府にということがあるので、そこはプロセスに大事にして、早いうちに、市民、自治体、事業者を含めた深い議論、しかも、我々はたたき台をつくったわけであるから、そのたたき台の上に乗るということで、独立して走っているような印象があるので、そこだけはというのが多くの人の意見だったと思うので、よろしくお願ひしたい。

○事務局（吉田） 私どもの説明、あるいは考え方が十分お伝えできていないために、色々な御懸念、あるいは御意見をいただいたと受け止めた。

先ほど担当部局からお話申し上げたように、私どもとしては、ワクチン接種証明は本日の参考資料5にあるように、7月26日から実際に交付申請が受付開始ということで動いている制度である。したがって、先行しているこの制度をどのように適正に運営していくかということは、政府の責任であり、これまでも一定のガイドラインのようなものが必要ではないかという御意見をいただいていた。本日御報告申し上げたような、政府として具体的な形により、既に動いている制度の運用に当たらせていただきたいという趣旨で、今回報告させていただいた。政府として決定し、運営に当たっての指針とさせていただきたい。

そういう意味では、今日いただいたそれぞれの御意見についても、担当部局でこの考え方、あるいは文言、今後の運用に当たっての留意事項として、十分に念頭に置いていくことにさせていただくという趣旨で、本日、私どもは臨ませていただいているので、その点については、ぜひ御理解をいただきたい。

その上で、尾身先生からより大きな問題として、先週、この分科会から御提言を

いただいた、いわゆるワクチン接種が希望する方に一定程度行き渡ったときを目指して、どのようなことを今後考えていくかということについての御提言をいただいた。

政府としても考え方はなるべく早くに示しながらも、11月を念頭に置いた本格的なワクチン・検査パッケージの運用に当たっての具体的な事項、あるいはそれまでの間における経過措置などについては、事業者や国民の皆様も含めて議論しながら、詳細を詰めていくことが必要であろうと思うし、その中において、また色々な御意見をいただき、我々としても考えていくことだと思っている。

一方で、先週いただいた御提言を踏まえて、政府としての考え方をキックオフさせていただき、国民的な議論に供する意味からも、政府としての考え方を近々整理した上でお示しさせていただき、政府が示した考え方に、先ほど国会というお話も磯部委員からいただいたが、与党の場での御議論、ある意味では国民的な議論の一環かもしれないが、そういうところからの御議論や丁寧な事業者の方々との対話、一般の方々との対話を積み重ねて、11月、あるいはそれまでに至る経過措置の運用に当たって、心して対応していきたいと考えている。

先週いただいた分科会からの御意見において、色々な留意事項が要る、国民的な議論が要るとの指摘を十分に踏まえながらも、政府としても先々に向かってなるべく早くに具体の方向を示しながら、予見可能を高めるための取組として、少しずつ着実に歩を進めさせていただきたい。その際には、その過程でいただく御意見をしっかり受け止めてまいりたい。

○尾身分科会長 今の室長の説明のとおり、この文章はそういう趣旨のことが必ずしも明確ではないので、今走っていることとこれからのことを明確に記載して、こちらの新しいほうは徐々に国民的な議論をするというような書き方にさせていただければと思う。おそらくそれが多くの人の共通の意見だったと思う。

それでは、今日の議論の趣旨を反映して、修文をよろしく願いたい。

以上