

新型インフルエンザ等対策推進会議  
基本的対処方針分科会（第24回）議事録

1. 日時 令和4年2月18日（金）10：30～12：24

2. 場所 中央合同庁舎8号館 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	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所所長
	大竹 文雄	大阪大学感染症総合教育研究拠点特任教授
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物分野教授
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
	河岡 義裕	国立国際医療研究センター国際ウイルス感染症研究センター長、 東京大学医科学研究所ウイルス感染部門特任教授
	川名 明彦	防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器）教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	竹森 俊平	独立行政法人経済産業研究所上席研究員（特任）
	田島 優子	さわやか法律事務所弁護士
	谷口 清州	独立行政法人国立病院機構三重病院院長
	朝野 和典	大阪健康安全基盤研究所理事長
	中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	長谷川秀樹	国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	脇田 隆宇	国立感染症研究所所長

《オブザーバー》

平井 伸治	全国知事会会長
長谷川知子	日本経済団体連合会常務理事
村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長

《事務局》

（内閣官房・内閣府）

山際大志郎	国務大臣
黄川田仁志	内閣府副大臣
宗清 皇一	内閣府大臣政務官
村田 隆	内閣危機管理監

迫井	正深	新型コロナウイルス等感染症対策推進室長
中村	博治	新型コロナウイルス等感染症対策推進室次長
菊池	善信	内閣審議官
田中	仁志	内閣審議官
三浦	明	内閣参事官
林	幸弘	政策統括官（経済財政運営担当）
坂田	進	大臣官房審議官（経済財政運営担当）

（厚生労働省）

古賀	篤	厚生労働副大臣
佐藤	英道	厚生労働副大臣
島村	大	厚生労働大臣政務官
深澤	陽一	厚生労働大臣政務官
吉田	学	事務次官
福島	靖正	医務技監
伊原	和人	医政局長
佐々木	健	内閣審議官
宮崎	敦文	内閣審議官

○事務局（三浦） それではおそろいですので、ただいまから第24回基本的対処方針分科会を開催いたします。

本日は国会の関係で、山際大臣は遅れての出席、後藤厚生労働大臣は御欠席となっております。

開催に当たりまして、黄川田副大臣より御挨拶をさせていただきます。

○黄川田副大臣 皆様、おはようございます。山際大臣が予算委員会出席のため、代わりまして私から一言申し上げたいと思います。

委員の皆様におかれましては、御多用中の御出席、感謝を申し上げます。

本日は、2月20日日曜日にまん延防止等重点措置の期限を迎える21道府県のうち、北海道、青森県、福島県、茨城県、栃木県、石川県、長野県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県、佐賀県、鹿児島県の16道府県及び2月27日日曜日に重点措置の期限を迎える和歌山県について重点措置の期間を延長すること、また、同じく2月20日日曜日に重点措置の期限を迎える山形県、島根県、山口県、大分県、沖縄県の5県について期限どおり重点措置を終了することについてお諮りをいたします。

まず、重点措置の期間を延長する。17道府県については、各知事から延長について要請をいただいております。新規感染者数の今週先週比を見ても、感染拡大のスピードは落ちているものの、依然として多くの感染者が確認されていること、今後、重症者数が増加する可能性もあり、引き続き医療提供体制への負荷を軽減していく必要があることなどから、3月6日日曜日まで重点措置を延長することとしたいと考えております。

次に、重点措置を終了する5県については、各知事から終了について要請をいただいております。新規感染者数が減少傾向で、医療の負荷の低下が見られていることから、2月20日日曜日までの期限をもって重点措置を終了することとしたいと考えております。

また、引き続き、学校、保育所、高齢者施設等におけるオミクロン株の感染拡大への対策の強化を徹底するとともに、今般、医療や高齢者施設等の対応力をさらに強化するため、自宅療養者への対応の強化、転院や救急搬送受入れの促進、高齢者施設における医療体制の強化などに取り組むこととしております。これらに関する基本的対処方針の変更についても併せてお諮りいたします。

政府としては、国民の命を守ることを第一に強化してきた医療提供体制をしっかりと機能させていくとともに、社会経済活動をできる限り止めないよう、対策を進めることが必要と考えています。

引き続き強い緊張感を持って状況把握に努めるとともに、自治体や専門家の皆様と連携し、機動的に対応してまいります。

本日は、活発な議論をお願い申し上げます。

○事務局（三浦） 続きまして、古賀厚生労働副大臣から御挨拶をさせていただきます。

○古賀副大臣 おはようございます。厚生労働副大臣の古賀でございます。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

まず、直近の新型コロナウイルスの感染状況ですが、全国の新規感染者は昨日9万5143人、1週間の移動平均では8万2079人となっており、今週先週比が0.88と減少の動きが見られます。

一昨日のアドバイザリーボードでは、全国の新規感染者はほぼ全ての年代で減少傾向となったが、80代以上のみが微増している。感染は、家庭、学校、保育所、職場、介護福祉施設などの場で継続していると考えられる。全国の感染者数の減少傾向が続いても、当面は軽症中等症の医療提供体制等は逼迫と、高齢の重症者数の増加による重症病床使用率の増加傾向も続く可能性があるといった御意見をいただきました。

こうした中で、オミクロン株の特性を踏まえた医療機関、高齢者施設、保育所における対策を着実に実施し、予防発見・早期治療の流れの一層の強化に取り組んでまいります。

昨日、岸田総理は医療関係者と意見交換をされ、医療現場との緊密な連携を確認するとともに、ワクチン接種の加速化等について、一層の協力を要請いたしました。

その上で、自宅宿泊療養者に対して電話等による初再診を行った場合の診療報酬上の特例加算の引上げ、入院や救急搬送受入れを促進するための病床の新規確保に対する支援金の創設、高齢者施設内で療養する場合のかかり増し経費の補助の増額を行うこととしました。

次に、ワクチンについてですが、先週木曜日10日に厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、5歳から11歳までへの子供への接種について御議論いただきました。その結果、緊急のまん延予防のために実施する必要があるものであり、今後流行する変異株の状況、ワクチンの有効性・安全性に関する一定程度の知見、諸外国における子供への接種の対応状況等も勘案して総合的に判断し、特例臨時接種として実施することが適当とされました。子供への接種に当たっては、ワクチンの有効性・安全性に関する情報をお示ししているリーフレットも活用し、国民の皆様に対して丁寧に説明してまいります。

また、ワクチンの3回目接種は発症予防及び重症化予防の効果があり、政府としても、可能な限りの前倒しに努めております。国民の皆様も、3回目接種を早期に接種していただきますように、改めてお願い申し上げます。

次に、経口治療薬についてですが、先週木曜日、薬事・食品衛生審議会において、ファイザー株式会社から申請された新型コロナの経口治療薬パキロビッドパックの特例承認について御了承いただき、承認しました。本剤は、軽症者向けの経口薬としては2つ目であり、モルヌピラビルとは作用の仕組みも異なります。オミクロン株の感染拡大が続く中、高齢者や基礎疾患のある患者への治療の選択肢が増え、対策の推進に寄与す

ることが大いに期待されます。

また、本剤は本年中に合計200万回分を確保しており、先行して納入されている4万人分の提供を既に開始しております。今般の承認により、オミクロン株に効果が示唆される軽症から中等症者向けの治療薬は、経口薬モルヌピラビル、パキロビッドパック、中和抗体剤ソトロビマブ、抗ウイルス剤レムデシビルの4種類がそろうことになりました。患者様の状態や薬剤の特性等に応じて適切に選択し、活用いただきたいと思います。

引き続き、オミクロン株の評価や感染状況を踏まえ、適時果断に対応してまいります。個人の感染予防策としては、オミクロン株であっても従来株と同じです。国民の皆様におかれましては、改めて、マスクの着用、手洗い、3密の回避、換気など、基本的感染防止策の徹底を心がけていただきますようお願い申し上げます。

本日は、まん延防止等重点措置の適用やオミクロン株の特徴を踏まえた基本的対処方針の改定について、委員の皆様方の活発な御議論を賜りたく、よろしくようお願い申し上げます。以上です。

○事務局（三浦）　ここで報道の皆様には御退室をお願いいたします。

（報道関係者退室）

○事務局（三浦）　本日は、井深委員、小林委員から御欠席、押谷委員から11時半頃に御退席の御連絡をいただいております。

また、御意見をいただくため、全国知事会から平井会長、日本経済団体連合会から長谷川常務理事、日本労働組合総連合会から村上副事務局長に御出席をいただいております。

前回に引き続きまして、リモートでの御出席に御協力いただき、ありがとうございます。

なお、本分科会につきましては非公開でございますが、議事の内容を記録し公表することとさせていただいております。

それでは、ここからは尾身会長に議事進行をお願いしたいと思います。

○尾身分科会長　皆さん、おはようございます。それでは、今日もよろしくお願いいたします。早速議題に入りたいと思います。

まずは直近の感染状況の評価について、脇田委員からお願いします。

○脇田委員　＜参考資料1を説明＞

○尾身分科会長　ありがとうございます。

次に、基本的対処方針案について、内閣官房の菊池審議官、お願いします。

○菊池審議官 <資料1、3、参考資料2を説明>

○尾身分科会長 ありがとうございます。

それでは、今日の議論に入りたいと思います。今日は音声の調子が悪いので、みんな顔は大体知っているのですが、音声だけにして、画像はオフにさせていただければと思います。竹森委員。

○竹森委員 延長する県、終了する5県については賛成いたします。

その上で、現在の状況をいろいろと教えていただきたいのですが、私が特に気になっているのは、沖縄の感染が一時的に物すごく広がった。爆発的であったと言っていますが、それが減った理由をどう分析されているかを教えていただきたいのです。

これだけ広がると、集団免疫まで出たのではないかということも考えられますし、解除される5県はいずれも人口の少ない県なので、対応が易しかったということがあるかもしれませんが、それは何だったのかということも教えていただきたい。

それから、先ほど参考資料1について、重症にならず死亡する例ということをお脇田先生がおっしゃいました。重症者数はそれほど多くないのかもしれませんが、死亡者数は結構多いわけです。一体なぜ重症にならずいきなり死亡する人が多いのか、これは減らせないのかということをお伺いしたいと思います。

以下はオミクロン対応についての質問であります。

前回のときに医政局長から、抗原定性検査キットの配布の優先順位を説明していただきました。医療機関、エッセンシャルワーカーの濃厚接触解除について、それから国の無料検査事業、これは高齢者施設等が多いのでしょうけれども、それが終わってから一般という4段階を説明されました。私はこの工程表というか時間軸というか、今この4段階のうちどこまで進んでいるのか、全部完成するのにどれぐらい時間がかかるのかというところが分かるかと分からないとでは、国民の生活に大きな影響があると思いますので、その時間軸も教えていただきたいと思います。

あと2点、資料2の基本的対処方針についてお伺いしたいと思います。

26ページのところで、オミクロン株の特徴や感染拡大の状況を踏まえ、地域の実績に応じ、保健所による積極的疫学調査については、医療機関が高齢者施設等、重症化リスクが高い方々が入院・入所している施設に重点化するという文章があります。

昨晚配られたものの中に、その後、また、各事業所において濃厚接触者候補者の特定を行い、自宅待機をを求めることを事業者等の責任において実施するということがありまして、それは最終の文章では消されて、なくなったものを議論するわけではないのですが、これがなくなったことが非常に示唆的だと思うのは、つまり、職場で感染者が出たときに、職場の上司が濃厚接触者はいるかと調べて、保健所に通知して、どう対処し

ましようかといっても、保健所はもう対応できないというのが現状だと思います。そうだとすると、この文章がなくなったということは、これからオミクロン対応は、家庭内感染あるいは重症化リスクが高い方々が入所している施設の濃厚接触者の追跡に向けられて、例えば職場で1人感染者が出たからどうするということはあまり重視しないという転換があったと理解しているのですが、それについて教えていただきたいと思いません。

最後、48ページから49ページのところで、例えば重症化リスクが低い陽性者はMy HER-SYS等のシステムを活用する。なお、陽性者全員に対して体調悪化時につながる連絡先を周知しておく。ここが最後の点なのですけれども

、医療機関等からHER-SYSでの発生届を徹底するため、発生届の項目を重点化して重症化リスクを把握し、適切な健康観察につなげるということがあります。

私はHER-SYSがどれぐらい機能しているか、本当に機能しているかということに若干心配があるわけです。というのは、1月19日の分科会のときに、私の質問に対して健康局長からこのような答えをいただいています。濃厚接触者はどのぐらいなのかということですが、これはHER-SYSでもたしか濃厚接触者項目があるのですが、なかなか入力については保健所の負担もありまして、入力が追いついていないという状況にありますという言葉があります。今の医療機関から発生の有無を重点化してと書いているのは、それがうまくいっていればこういうことを書かないと思うので、果たして発生について医療機関からのHER-SYSを通じた登録が円滑にいつているのかどうかを教えていただきたいと思いません。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。大竹委員。

○大竹委員 私は、基本的対処方針の政府提案には反対です。適用解除については賛成しますけれども、一部地域の期間延長については反対です。5点申し上げます。

第1は、肺炎の発生頻度が季節性インフルエンザにかかった場合に比して相当程度高いと認められることというまん延防止等重点措置の実施要件を満たしているかどうか疑問だからです。オミクロン株の感染拡大から1か月以上経過していますから、肺炎の発生頻度についてのデータが出ていると思います。そのデータを基にして季節性インフルエンザの肺炎発生頻度と比べる必要があります。新型コロナと季節性インフルエンザの症状に関する一般的な比較ではなく、オミクロン株の発生頻度についての比較が必要です。営業時間規制という私権制限の条件として明記されていますから、これは必要なことだと思います。もし肺炎の発生頻度が相当程度高いとは言えないのであれば、法律の改正か解釈を変更する正式な手続が必要だと思います。

第2は、第6波においてクラスターの発生数が少ない飲食店への営業時間規制は、オミクロン株対策として効果的なのか疑問です。飲食店の利用者を減らして、クラスター

の発生を抑えるための協力金というのがこの趣旨ですけれども、飲食店利用者が減ったことに対する補助金政策になっているのが実態ではないでしょうか。実際、まん延防止等重点措置を出していない自治体で、飲食店からまん延防止等重点措置への要請が出ているという報道があります。顧客の減少で売上げが減少していることへの対策は必要かもしれませんが、もともと密集が発生していない場合には、まん延防止等重点措置の政策効果はありません。この制度が再分配政策として使われているのなら、飲食店以外でも感染リスクを考慮して利用が減った業種との不公平な補助金になると思います。効果的ではない上に、不公平な財政支出ではないでしょうか。税金を基にした予算の使い方としては問題があると思います。

第3は、保健所の濃厚接触者の把握・観察については緩和されましたが、オミクロン株では発症までの日数が短いことから、そもそも濃厚接触者の追跡にあまり意味がないとされています。そうした意味がない政策で濃厚接触者の活動を制限することをやめるべきではないでしょうか。また、無症状者、軽症者が大多数を占める中、検査陽性者数の全数把握を続けることに意味があるかどうか疑問です。

第4に、医療提供体制として、感染者数が多く軽症者数がほとんどであるという特徴を持っているオミクロン株では、重症化リスクが高い人だけをどの診療機関でも早期に検査・診療する仕組みに変えることが、医療提供体制の逼迫を解消する手段としては望ましいはずです。治療薬も増えてきて、ワクチン接種も進んだ状態にあるのに、限られた病院でしか感染者の治療を行わないという方針の維持にどのような合理性があるのか疑問です。もちろん、今回、高齢者施設での医療提供を充実するための対策が盛り込まれたことには賛成します。

最後に、水際対策の緩和が明記されていて、その方向性については賛成しますが、もう少しスピードアップする必要があると思います。国内で既に感染が広がっている状況では、厳しい水際対策を続けることに合理的な理由がなく、弊害のほうが大きい政策だと思います。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。それでは、平井知事、どうぞ。

○平井知事 今日本当にありがとうございました。また、黄川田副大臣、古賀副大臣はじめ政府の皆様にもいろいろと御配慮いただきましたこと、まず感謝を申し上げたいと思います。

結論的に申し上げればおおむね賛成なのですが、若干申し上げなくてはいけない点もございますので、お聞き取りいただければと思います。

まず、脇田先生のほうから今の感染状況についての御説明がございました。非常に的確に御覧になっているなと思いますが、私ども現場のことを若干だけ申し上げれば、2月に連休がございました。この連休で結構人が動いたと思います。現実にもそういう事



例がありまして、例えば鳥取県の場合は今、リバウンドしているのではないかと考えております。また、連休後、複数の都道府県におきまして過去最多を記録する県が実はまだ続出しているということなのです。

何を申し上げたいかという、今、専門家の先生や政府も含めてピークアウトしたということを非常に強調されます。これが連休での人の動きにも影響したと思います。また、これからの状況ですけれども、先ほど菊池審議官のほうからも、今度解除するところの御説明もございましたが、御覧いただければお分かりいただけるように、実は減り切らないという状況です。前のデルタ株のときは、逃げるように感染が減っていったのです。私たちはその理由を皆さんに御説明いただきたいと申し上げているのですが、今もって明快なお答えをいただけていないと思っています。

今回のオミクロン株につきましては、減らないという特性があるように思えてなりません。鳥根県のお話もありましたが、鳥根さんともしょっちゅうやり取りをしますけれども、やはりある一定のところから先はなかなか減らないということを我々は感じているところであります。沖縄にしても、あるいは大分にしても、そのほかのところもそうであります。もう大丈夫だということを国の総がかりで言うことは、恐らくピークの延長を招くだけだと思います。ですから、尾身先生はじめ皆様のほうで、その発言が世間に与える影響が非常に大きいと思うのですけれども、まだみんなで頑張って感染を下げていかないと、お年寄りの命に関わるということはしっかり言っていたかといけません。これからまだ重症化も増えるでしょうし、中等症から亡くなる方も正直あります。それは病状が急速に進行したり、お年寄りが多いものですから体力の問題もあるのだと思います。まだ予断を許さない状況は続くと考えたほうがよくて、ピークアウトをあまり強調されるのはいかがかなと思います。

先ほど脇田先生のほうで今回、家庭内感染についても注意が必要だという新しい観点を入れていただいたことに感謝申し上げたいと思います。知事会でもこの辺を今回強調しまして、参考資料8、9で私どもの資料を配付させていただいておりますが、我々も呼びかけをしようと考えております。

以前、別の分科会で私が家庭内感染を防ぐ手だてを考えなくてはいけないのではないかと申し上げましたら、委員の方からひどく叱責されたことを覚えております。時代が変わったなと思います。やはり私たちは感染状況に即して対策を立てるべきでありまして、実効性のある対策をこの分科会からも打ち出していくべきではないかと思っています。

以上を申し上げた上で、若干細かい点もありますが、基本的対処方針につきましては若干御意見を申し上げたいと思います。

まず、16ページ、それから25ページにも記載がございますが、5歳から11歳の子供へのワクチン接種がこのたび明記されました。この書き方はこうなのかなと思いますが、私ども知事会で今、問題意識が非常に強いのは、厚生科学審議会の分科会のほうでお話がありましたけれども、接種について努力義務はつけない。しかしながら、接種勧奨は

する。これが我々は非常に説明しにくいのです。現場で困ってしまして、接種券を送れという意味かなということで接種券は送るわけではありますが、例えばチラシにどう書いていいものか、その辺がよく分からない。それが混乱してしまして、実は専門家の皆さんも意見が分かれているようで、私たちが何を言っても批判がやってくるという状況でありまして、困っております。

ですから、できれば政府として基本的な考え方をしっかり出していただきたい。そうすると我々もお話がしやすいし、正直、基礎疾患のある子はぜひやってくださいと例えば書いてみて、それはみんなで言いましょとか、あるいはそのほかはこのような観点で選択を考えてみたらどうですかとか、エビデンスに基づいたお話を専門的な知見も含めて出していただきたいというのが今、緊急な現場の考え方でありまして、今回の基本的対処方針は取りあえず接種するとだけ書くのかなとは思うのですが、これだけでもなかなか動かない現実がありますので、御配慮いただきたいと思います。

47ページと26ページを見比べていただきたいのですが、26ページに菊池審議官のほうからお話がありましたように、地域の実情に応じて保健所の疫学調査について重点化をやると。地域の実情に応じてということでありまして。これに対しまして47ページの⑤でございますが、赤い字のところがございます。特に入院後4日目以降の時点で中等症Ⅱ以上の悪化が認められないオミクロン株の患者について云々とあります。これについては、先ほどの「地域の実情に応じ」という記載がないのです。全てのところでこのように4日たったら出ていきなさいと言ってくれということでありまして、しかもその際、陰性証明を求めない。そうすると次の病院がどう反応するかということなのです。

今回の観点もそうですし、先ほど竹森先生のほうからもお話があって、消えた論点もありましたが、全国を見渡していただいて、妥当する制度をつくるべきであります。地域の実情に応じて、そのようにやりたい自治体があるのであれば、それをなされればいいと思いますが、大方の自治体では医療機関は確保されています。わざわざ4日たったら出ていけとやらなくてもいいところはたくさんあるわけです。そうしたところが出ていきなさい、陰性証明は求めないので次の病院は有無を言わず取りなさい。これが、我々は説得する自信がありません。したがって、「実情に応じ」というのはなぜここに入れないのか。必ず入れるようにここは強く申し上げたいと思います。

また、49ページの下の方の④のところ書かれているいろいろな外来診療を提供するという事は非常にいいことだと思いますし、賛成するものなのですが、これに関連して1点だけ申し上げます。新聞報道で出ているのですが、総理のお話にもございましたが、診療報酬をやり変えようと。電話で診療する場合に、オミクロン株の今回のようなケースが多いので、診療報酬を引き上げようということで報道されています。それは今回ここには明記されておられませんけれども、それがまん延防止等重点措置に限った適用だという報道になっています。これは納得いきません。絶対に納得いきません。同じようにオミクロン株について診療するケースというのは、まん延防止等重点措置以

外でもあるのです。

今回、まん延防止等重点措置について適用しない、適用するという事は、かなりいろいろな要素が入ってやっています。先ほど大竹先生がいみじくもおっしゃいましたが、あたかも再分配政策のためにやっているかのような状況も表れています。我々現場は非常に苦慮しているのです。まん延防止等重点措置は特定の業界の協力金を出すがための制度のようなことではなくて、もっと使いやすい制度にしてくれと言っているわけです。だから、まん延防止等重点措置を採用しない自治体は実はあるのです。そういうところについては診療報酬を上げないというのは全く納得いきません。その辺につきまして、今、制度を設計されているのだと思いますが、これはニュートラルにつくるべきです。

現に新型コロナの治療を行う、特に軽症者の在宅に対するケアをするということは、まん延防止等重点措置以外でも同じようにあります。同じ人権です。ですから、この点については再考を求めたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

ありがとうございました。

○尾身分科会長 ありがとうございました。それでは、谷口委員。

○谷口委員 今般お示しいただきました基本的対処方針に関しましては、大きな議論はございません。1点だけ、いつも申し上げていることを申し上げます。

ウイルスの変異状況によって、どうなるかはもちろん分からないわけですが、ただ、今後このコロナウイルス感染症を一般化していくための準備は徐々にしていかなければいけないと思っています。

現在、例えば定点サーベイランスのデータで見ますと、三重県は定点当たり6か7です。通常のインフルエンザですと定点当たり20、30になりますから、患者数はそんなものです。

感染研が出している超過死亡は、今のモデルはどのぐらいの精度で見ているのか僕はよく存じ上げておりませんが、ほとんど出ていません。インフルエンザが流行すれば、普通はもう少し出ます。

現在の病床使用率は極めて限定された医療機関が分母となっていますし、我々は入院患者を見ながら、外来を見ながら、濃厚接触者の検査もしているわけですし、ワクチンもしているわけです。また、今の重症者は純粋なコロナウイルス感染症による肺炎というよりは、高齢者の基礎疾患の増悪によるものもかなり多いと思います。また、この疾患ではいわゆる粘膜免疫、鼻汁中のIgAは恐らく1～2か月で減少しますから、免疫がついても、感染は持続するだろうと思います。いわゆる集団免疫で感染自体のコントロールはできないだろう。常に感染は持続するだろうと思います。このような状況で今のように、ただ感染者数、死亡者数、重症者数をカウントしているだけのサーベイランスを行っているのでは、同じ状況がずっと続きます。

以前にも記載されていますが、戦略的にリスクアセスメントがきちんとできるようなサーベイランスを今やっておかないと、このままの状況がずるずる続くのではないかと危惧いたします。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。経団連の長谷川常務理事、どうぞ。

○長谷川常務理事 今回の感染の波は3月6日までに一度区切りをつけることが重要であり、それ以上の延長をしないように取組を進めなければならないと考えております。そういった考えの下に今回の都道府県の要請を尊重して、今回の諮問内容については基本的には了解したいと存じます。

ただし、今回も大竹先生が御指摘されておりますが、オミクロン株が病気の性質として、新型インフルエンザ等対策特別措置法のまん延防止等重点措置として示されている措置を講じるにふさわしいものであるかという点につきましては、果たしてこの株がこの法律の対象となる病気といえるのか、また、この法律に定められた手段が適正なのかということにつきまして、きちんとした御説明をいただきたいと考えております。

また、前回私から指摘いたしました水際措置については、総理から3月以降の措置について緩和をするという発表がございまして、これは大きな前進として評価したいと存じます。3月に国を開ける際には、煩雑な手続等によって混乱いたしました昨年11月の緩和時の教訓を生かして、日本への帰国や入国が効率的に行えるようお願いしたいと思えます。

また、3月は企業の人事異動のシーズンに当たるため、駐在員やその御家族だけでも相当数の移動が見込まれております。これまでに入国できていない留学生は14万人ぐらいいると言われておりますので、それに加えてビジネス目的の来日希望者や帰国者を受け入れていくためには、今回公表されております1日5,000人の枠を段階的に緩和していただきたいと考えております。以上です。

○尾身分科会長 武藤委員。

○武藤委員 今日の延長の話なのですけれども、前回と同じで、私は大竹先生みたいに力強く反対というわけではないですが、大竹先生にかなり近い意見です。

今回、延長を希望している自治体での議論が今回の資料ではよくわかりませんでした。また、現在のオミクロン株流行の状況は、法との関係では季節性インフルエンザによる影響と比較していますが、本当にまん延防止等重点措置の発出継続が必要な要件を満たしているのかという点で疑問があります。オミクロン株が急激に流行しはじめた出だしの段階では、まだ国内のデータもなく、いろいろ分からないことがあるので私権制限の要請が許容されると思いました。しかし、時間が経過して一定のデータも蓄積されて

いますので、感染者数が下がらないから延長とか、医療が大変だから延長ということだけで本当に国民に対する説明として十分なのか、ここであらためて検討しなおさずに、まん延防止等重点措置を継続することは疑問です。季節性インフルとの比較が適さないのであれば、法制度のほうを変えるように検討していただきたいと思っています。

2点目ですけれども、今、長谷川常務理事もおっしゃっておられましたが、やっと入国緩和の話が出たことは本当に喜ばしいのですけれども、少しでも多くの方々にとにかくスピード感を持って入国していただけるように、昨年の教訓を生かして、二の舞にならないようにしていただきたいと思います。

というのは、ある日突然やはり入国制限を厳しくせざるを得ないことがあるかもしれません。去年はせっかく入国緩和したのに、それに間に合わなくて入国できない人々が多数おられました。同じことが起きるといえることがとても懸念されます。

3点目ですが、ワクチンの追加接種について、現在、自治体で接種を進めておられると思いますが、国民は盛り上がりません。追加接種の利点が伝わっていないように思われます。これはぜひ政府のほうでもより一層のアピールをお願いしたいと思います。

最後に、先ほど平井知事がおっしゃっていたかと思うのですが、ピークアウトという和製英語は、ほかの分野でも見かけますが、この片仮名を聞いたイメージが人によって本当に違いますし、適切な学術用語でもないかと思うので、使用をやめたほうが良いと私も思いました。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。連合の村上副事務局長、どうぞ。

○村上副事務局長 まず、今回の5県での終了と17道府県の延長の方針についてはやむを得ないものと思いますが、3月6日を期限としたこれらの措置を解除できるよう、強い決意で臨んでいただきたいということでございます。

また、今回資料3で終了の基準を示していただきました。この基準に照らし合わせて、期間内でも解除できるよう、機動的な対応をお願いしたいと思います。

その上で1点、質問ですが、今後、社会経済活動を回復させるためには、先ほど来御議論があります水際対策、あるいはワクチン・検査パッケージの再活用などについても議論を行う必要があるかと思っています。どのようなタイミングで議論をしていくのかについて、何かお考えがあれば教えていただきたいと思っています。

次に、雇用の関係でございます。前回も申し上げましたが、雇用調整助成金の特例措置について、4月以降の支給水準を今月中に厚生労働省が発表することになっております。感染拡大地域や特に業況の厳しい企業に配慮した地域特例、業況特例を4月以降も引き続き現行水準とするようお願いしたいと思います。

さらに、情報発信の在り方についてでございます。私ども連合福島と福島県立医科大

学で共同実施した働く人を対象にした実態調査におきましては、コロナ禍に関連するストレス要因のひとつに、コロナ関連の情報過多を挙げる女性が多いという報告もございます。国や自治体には信頼できる正確な情報を分かりやすくタイムリーに発信するよう、改めてお願いしたいと思います。

最後に、ワクチン接種についてでございます。3回目の職域接種についても前倒しをしていただき、既に一部で開始されており、これについては接種券が届いていなくても接種可能となっているのですが、そのことを十分理解していない勤労者も多くございます。ワクチンの3回目接種についてPRするときには、その点も併せてぜひ言及いただければと思います。

○尾身分科会長 脇田委員。

○脇田委員 何点かあるのですけれども、以前、谷口先生よく言われていましたけれども、感染症対策として、感染源対策、感染経路対策、感染感受性対策というのがあって、今、感染源対策として陽性者を検査であぶり出して、陽性者と濃厚接触者を隔離していくところ、オミクロン株の特性によって、非常に足が速いというところで、なかなか機能しないような状況になっているところがあるという議論をしています。ですから、今回、感染経路対策としての重点措置があると思うのです。

先ほどから議論がありますように、飲食店に対する補助事業みたいになっているという点はあるかもしれませんが、行動変容を促すということでの重点措置だと思いますので、そのところが解除されることによって、人々の行動が、既に夜間の滞留人口の変化というところで、そういった地域ではリバウンド、人流が増えてきているところも見えてきているわけです。ですから、今、若者中心に非常に減ってきて、それが感染者の総数として減ってきているわけですが、高齢者はなかなか減っていないというところで、ここでまた接触が増えて若者がリバウンドしてくると、今後の感染拡大、それから高齢者への波及にまたつながるということを非常に懸念しています。もちろん解除したところでも感染対策はしっかりと呼びかけていただきたいということを申し上げておきたいと思います。

それから、感受性対策としてワクチンの接種は3回目も進めていただいているわけですが、今回解除となる5県の昨日のワクチン接種率を見ると、ほぼ平均的な感じではあるのですが、沖縄だけが0.5%とちょっと低いのです。沖縄で非常に感染拡大が大きかったので、ワクチン接種が進みにくかったということはあると思うのですが、沖縄においてはぜひワクチン接種の推進を進めていただきたいと思います。

基本的対処方針のほうで、48ページの救急搬送についてコロナ疑い患者の受入れ促進の支援を強化というところです。これはアドバイザリーボードのほうの評価にも入れましたが、今は通常医療の非コロナの受入数が非常に多くなっているというところも

あるので、コロナ疑い患者の受入れ促進だけをここで強く言うことが適切なのかどうかということはあるので、書きぶりはバランスよくしていただいたほうがよいかなと考えます。

ワクチン接種のところは釜菴先生とかも御意見があるかもしれないのですけれども、先ほど平井主事からもありましたが、努力義務が外れたというところのワクチン分科会の議論について、もう少し丁寧に書いておくべきではないかと思いました。

最後に、コミュニケーションのところですが、先ほどピークアウトを強調するべきではないというお話がありましたが、そこは本当にそのとおりだと思っていて、我々アドバイザーボードの評価にもピークアウトとかピークを越えたという言葉は一つも入れていないのです。ただ、どうしても記者ブリーフィングのときには質問にお答えするという形になるので、ピークアウトしましたか、いつしたのですかと問われると、ピークは越えたと考えているというお答えをする。そうすると、マスコミはそこを殊さらに強調するという図式がどうしても出てしまうので、そういったコミュニケーションの在り方をどうするのかということも、また改めてアドバイザーボードとしても、コミュニケーションの在り方を再検討するべきだと考えています。

以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。それでは、釜菴委員。

○釜菴委員 新型インフルエンザ等特別措置法の中で、新型コロナウイルス感染症を取り扱うという現在のやり方の中から、季節性インフルエンザの肺炎の罹患率と新型コロナの肺炎の罹患率がどうなのかというところを議論される内容は理解をして、その点の指摘は大事だとは思いますが、新型コロナと季節性インフルエンザは全く別の病気なので、これを比較して云々というのは、国民に理解をしていただくという点ではある程度必要なことかもしれないけれども、少なくともこの基本的対処方針分科会や対策分科会においては全く別の病気なのだという認識を医療以外の委員の方にも共通して持っていないと、すぐに比較して云々という話が出てくることは極めて不適切だと強く認識しておりますので、まずその点を指摘したいと思います。

今日の方針の変更については、内容について理解し、賛同しますが、特に脇田先生からも少し触れられましたけれども、資料3の5県の解除、重点措置終了という中で、具体的に医療の提供体制あるいは感染の状況についてその条件を満たしたということなのですが、今、喫緊の課題は、高齢者施設の入所者、従事者の3回目のワクチン接種がいかにか確実にされるのかということは極めて大事で、これは脇田先生が御指摘のように、地域によって少し差があります。そのことについての記載が資料3にはないわけですが、ぜひ大事なリスクの高いところにおけるワクチンの接種がしっかり国としても確認できるようなことはお考えいただかないといけないし、ぜひ特にこの措置を終

了する都道府県に対して、国からもしっかりとそのことを指摘していただくことが必要だろうと感じます。

それから、平井知事からお話があった5歳から11歳のワクチンについて、今回努力義務をかけなかったことによる分かりにくさということは、脇田先生の御指摘のように、もっと詳しく説明をしなければいけないのですが、私の認識は5歳から11歳の小児に対して、今回承認された小児用のワクチン接種を基本的にはぜひ受けていただきたいという認識を持っているわけです。これは専門家の中で意見が違くと平井知事から御指摘がありましたけれども、私はそうは思っておりませんで、基本的には受けるべき人はきちんと受けたほうがよいというのは共通の認識だと思っています。

今回努力義務をかけなかった背景には、妊婦さんに対する扱いをこれまでどのようにやってきたかということも踏まえて、オミクロン株に対する接種の実績の知見が蓄積された段階で改めて考えるということなのであって、安全性、そしてオミクロン株以前ではありますがデルタ株までの知見では有効性も十分分かっていることなので、その対象年齢は重くならないから接種しなくてもよいのではないかという意見に対しては、この年代の人に免疫がないことのデメリット、本人に対するデメリットは非常に大きいからやったほうがよいという認識では、多くの意見が集約されていると認識しております。

以上、意見を申し述べました。

○尾身分科会長 どうもありがとうございました。

それでは、最終的な結論を出す前に、かなり多くの質問がなされていると思うので、事務局のほうにできるだけ答えていただければと思います。

1つは沖縄が減った理由、なぜ重症者はあまり出ないのだけれども死亡者が出ているのか、抗原キットのサプライについての時間軸、濃厚接触者についてはもう少し考えたほうがいいのかではないのか、HER-SYSの機能はどうなっているのかという話です。これは今、釜菴さんからもありましたけれども、特措法あるいは重点の肺炎のほうはどうなっているのか疑問だということがありました。何かの人で共通なのは、飲食店だけに偏った重点は、そもそも在り方を変えなければいけないのではないのかということ。第5波の分析をまだ行っていないのは何かというような話、あとは47ページと26ページの地域の実情について、少しそごがあるのではないか。47ページのほうにも「地域の実情」ということを入れたらいいのではないのかというような話です。谷口先生がいつも言われている定点のサーベイランス等々、最後は解除する県はワクチンの接種などをもっと少し国のほうがしっかり言ったほうがいいのか。そのようなコメントが出ました。

先に内閣府のほうからお願いします。

○田中審議官 何名かの委員の皆様方から、この事態はまん延防止等重点措置の法的根拠



をしっかり満たしているのかというような御質問、御意見がございました。法律上の話ですので長くなるかもしれませんが、まず、インフル特措法で対象としております疾病は、新型インフルエンザ等というのが一つ。それから、新感染症、指定感染症の3つ分類になっております。新型インフルエンザ等の中に新型コロナウイルス感染症は含まれているという形になっております。

御質問がありましたのは、まん延防止等重点措置、緊急事態宣言の場合も同じ要件なのですけれども、2つ要件があって、一つは重篤かどうかということと、もう一つは医療体制が逼迫しているかどうか、この2つが法的な要件になっております。そのうち重篤かどうかというところを本当に満たしているのかという御質問だったと思います。

インフル特措法の施行令では、そのまま読みますので長いのですけれども、どのように書いてあるかといいますと、当該新型インフルエンザ等にかかった場合における肺炎、多臓器不全又は脳症その他厚生労働大臣が定める重篤である症例の発生頻度が、感染症法第六条第六項第一号に掲げるインフルエンザ、これは季節性インフルエンザですけれども、かかった場合に比して相当程度高いと認められることということでございまして、この要件に合っているかどうかを判断しなければいけないということでございます。

判断する場合ですけれども、新型インフルエンザ等にかかった場合に、我々の場合は新型コロナウイルス感染症についてどうなのかということを考えなければいけませんけれども、いわゆる変異株の区分ごとに判断しているわけではない。例えばデルタ株でどうだったかとか、アルファ株でどうだったかとか、今のオミクロンでどうだったかという変異株の別で区分しているわけではなくて、新型コロナウイルス感染症というものを一体的に判断するという形にいたしております。そのように判断いたしますと、現状の知見によれば要件を満たしているのではないかと考えております。

なお、重症化ということで考えますと、究極の姿は死亡、お亡くなりになるということだろうと思うのですが、致死率をどのようなところで見るともございまして、例えば今年に入ってから致死率がどれぐらいかと考えますと、単純計算になりますけれども、陽性者数分のお亡くなりになった方で見ますと0.1%程度となります。

基本的対処方針にも書いてありますけれども、季節性インフルエンザの場合は0.02～0.03%と言われておりますので、致死率は季節性インフルエンザよりも相当程度高いということがいえますので、政府といたしましては、国民の生命や健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるのではないかとということで、現時点では認識してもいいのではないかと考えているところでございます。法的な関連については以上でございます。

○尾身分科会長 内閣府のほうはそれでいいですか。

○菊池審議官 時短要請の協力金についての御指摘をいただいております。オミクロン株対策として有効かという御指摘もございました。前回のコロナ分科会でクラスターの分

析をしましたが、オミクロン株で飲食店のクラスターが全く発生していないかというところではなくて、保育所や学校、高齢者施設でのクラスターが大幅に増えているので、シェアとしては減っておりますが、飲食店でのクラスターは今年1月以降も一定数確認されております。ですので、今回オミクロン株対策としては飲食店対策をしなくてもいいということにはならないかと思っております。ただ、コストの問題につきましても政策としてどの程度コストをかけて、どの程度抑え込むかということになるので、不断の議論は必要かと思っておりますが、少なくとも引き続き飲食店対策は必要であると考えております。

○尾身分科会長 それでは、厚労省のほうからどうぞ。

○医政局長 幾つか御質問いただきましたので、お答えさせていただきます。

竹森先生からの抗原定性検査キットの優先順位をつけて分配しているけれどもどういう時間軸なのかという御質問がございました。まず、抗原定性検査キットの配分に関しましては、卸売業者に対しまして、注文があったときに優先順位をつけて配ってほしいということを申し上げております。優先順位としては、医療機関が最優先、その後、有症状者に対する行政検査、それからエッセンシャルワーカー、濃厚接触者の待機期間解除に向けた供給、そして自治体の無料検査、これら4つに優先順位をつけてやっていただいて、その上で一般薬局の配分の分について供給してくださいというお願いをしております。

そういう意味で、今のように優先順位はつけておりますが、それぞれのカテゴリーが日本全体でどうなるのかについては把握できておりません。ただ、供給のほうで申し上げますと、1月中旬に当面1日80万回分まで増産してほしいという形で要請をしてきましたけれども、現段階で見ますと1日100万回分以上の生産輸入が確保できる状況になってきております。したがって、今週以降は全体としては需給状況が相当改善していると考えております。特に医療現場の話聞いてみますと、地域間でばらつきはありますけれども、医療機関の診療においては相当増えてきた、確保できるようになってきたという声を聞いております。

平井知事から、対処方針案の47ページで「地域の実情」がないのはおかしいという御指摘がございました。47ページの最後の行に「また、効率的な転院調整が行われるよう、地域の実情に応じた転退院の仕組みを構築する」と書いてありまして、もともとこの文章は、当然地域の実情に応じてこういうことをやらなければいけないところにやっていただきたいという意味で書いたつもりでおりますけれども、その辺は誤解を生むという感じもしますので、必要な修文は行いたいと思っております。

もう一つ、昨日公表しましたオンライン診療や電話加算の件ですけれども、今回の加算は、基本的にコストの部分に見合う部分は既に賄っていると考えているのですが、特に逼迫地域では保健所の対応が難しくなっているとか、あるいは救急医療の搬送困難事

例が非常に難しくなっているということもありますので、できる限り地域の一般医療機関にも、そういう地域では電話とかオンライン診療を活用してほしいと。インセンティブという意味を込めまして、今回まん延防止等重点措置地域に限って加算をさせていただいております。そうした極めて特殊な状況なので、そうさせていただいているということを御理解いただきたいと思います。

○宮崎審議官 幾つか御指摘がございましたサーベイランスあるいは濃厚接触者の把握等に関しましては、先日のアドバイザリーボードでも議論がありまして、さらなる取組についても検討を続けていく状況でございますが、サーベイランスの中でHER-SYSの入力項目の絞り込みにつきましては、既に2月9日に事務連絡を発出して、HER-SYSというのは基本的に発生届でございますので、陽性者の把握のために使われているものでございますが、重症化リスク因子の有無など、本当に必要な項目に限って絞り込みを行うことは可能であるということをお示したところでございます。

なお、御質問の中にごございました濃厚接触者に関する把握について、1月の分科会で健康局長が説明申し上げた点についての御質問がございましたけれども、発生届は基本的に陽性者のプロフィールを把握する形になっているので、その中の一環として濃厚接触の状況を記載する欄もありますが、その点については必ずしも十分な記載がないという意味で申し上げたところでございまして、HER-SYS、発生届に関しては、陽性者の把握を中心に、必要な範囲に限定をして、重点化などを図っている状況でございます。

また、HER-SYSに関わる利用状況としては、My HER-SYSという形で自宅療養中の方の健康観察に利用できるシステムも稼働させております。御本人から御入力いただいて、保健所に係る労力を減少しているわけですが、My HER-SYSは今、全国で約20万人の方が利用されていて、自宅療養者の約4割の方に該当いたします。そういった形で、自宅療養に対するフォローも、保健所が関わる部分ができるだけ重点化していくという形で、オミクロン株の特徴に合わせて対応を行ってきているところでございます。引き続き、御議論も踏まえて、必要な修正を行っていきたいと思っております。

子供へのワクチンに関しましては、平井知事からの御指摘もございました。これもこれまでのワクチンに関わる他の連携と同じでございますけれども、自治体の皆さんと連携して、どういう形で保護者の方への伝え方や工夫ができるのかということはよく御意見も伺いながら、どのような示し方ができるのかということは考えてまいりたいと思っております。既に先日の概要を踏まえまして、厚労省ホームページのQ&Aなど必要な情報提供は行っていますけれども、自治体の実務に当たってどういう形でできるのかということについては、御意見を伺いながら取り組んでまいりたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

○尾身分科会長 事務局への質問はほぼカバーできたと思います。

村上委員から、ワクチン・検査パッケージの明確化はいつ頃やる予定なのかという質問にまだ答えていないと思いますが、それはいいですか。

○菊池審議官 ワクチン・検査パッケージの制度の見直しでございますが、現在、3回目のワクチン接種もスピードアップして進んでおりますので、それも踏まえてコロナ分科会のほうで御議論いただければと考えております。

○尾身分科会長 それでは、議論は一応一回り終わったので、今日の結論に行きたいと思っております。

その前に、今日はかなり重要な問題が幾つか指摘されて、その中で大竹委員と武藤委員、特に大竹委員が、肺炎の比較をしっかりとしないと、これについて法的な根拠がないのではないかということに対して、今、事務局から説明がありました。

一方で、肺炎のあれは大したことがなくて、特措法云々は重点措置の適用そのものという意見があった。それと同時に、釜菴委員からこれは別の病気なのだから比較できないということがあって、事務局のほうからもあった。大竹委員、今の説明を聞いた後に、何か御意見はありますか。

○大竹委員 説明の趣旨は分かりましたけれども、私は納得できません。例えば変異株については考慮しないということですが、今後どんな変異株が出てきてもこういう前提にするという解釈ですし、致死率で見るというよりは、資料1に明確に肺炎の発生頻度と書いてあります。今日の御説明でこういう解釈であるということはきちんとしていただいたのですけれども、それを論拠にして私権制限をされる立場に立ってみれば、納得できないと私は思います。以上です。

○尾身分科会長 そこは非常に重要なので、事務局、よろしいですか。

非常に重要な法的根拠の話が出ていますので、私の理解はこうです。今の大竹委員の質問にお答えします。これは2つの段階があって、まず、特措法を発令するという前提がある。特措法を発令した後に重点あるいは緊急事態宣言を出すという2段階になっていると思います。もう随分前にあれしたので詳細なことは覚えていませんが、特措法を発令という大きな特措法の世界に入るためには、言ってみれば重症度というような言葉を使っていると思います。それが政令レベルとなって、緊急事態宣言だとか重点措置になると重症度というものがかなり詳しく、肺炎だとか、多臓器不全だとか、そういう言葉になっているのです。これは単に法律論です。肺炎と多臓器不全だけに限定しているのか、その他重症度を示すようなということを言っているのか、確認のために説明を願います。

○田中審議官 今、先生からも御指摘がありましたように2段階になっているということなのですが、まん延防止等重点措置あるいは緊急事態宣言を出すときの要件で、先ほどだ一読と読ませていただいたので恐縮なのですが、もう一度読ませていただくと「肺炎、多臓器不全又は脳症その他厚生労働大臣が定める重篤である症例の発生頻度」と書いてありまして、その他のところは定めていないので、今のところは肺炎と多臓器不全、それから脳症となりますので、肺炎だけではないです。

○尾身分科会長 今回の大竹委員の御意見は、この5県についての解除は賛成。しかし、ほかの延長については反対だということに対して、武藤委員がそれに近いということでした。

この立場は、大竹先生はそれでよろしいということですね。一応確認です。

○大竹委員 はい。私の意見は変わりません。

○尾身分科会長 分かりました。

それでは、最終的に今日の議論をまとめる必要があると思うのですが、まずは結論から言いますと、基本的には1名プラスもう一人の方が、今回は特措法というか法的な根拠に照らすと少し疑問があるのではないかとということで、必要があれば法律を変えるか、あるいは法律の解釈をしっかりとしたほうがいいのではないかとという根拠で延長には反対だと思います。会議ですから、そういうことがあったという上で、ほとんどの人は賛成したと思いますけれども、そういうことでよろしいですか。1名あるいは2名弱の方が懸念を示した。先ほど申し上げたとおりで、延長には反対だと。

武藤委員、どうぞ。

○武藤委員 私も反対にしたいと思います。

理由は大竹委員とも重なりますが、一つ付け加えると今のご説明を伺う限り、「国民の生命や健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある」の解釈次第でいろいろな判断が可能な余地を残していると思うのですが、ここは慎重にお願いしたいです。まん延防止等重点措置を出す考え方が、変異ウイルスの性質が弱いほうへ換わっていったとしても病名が変わらなければそのまま続くというご説明だと、私権制限の要請が長引く不安があります。以前も要望したように今の基本的対処方針の全体的な見直しも進んでいないので、この先しっかりと考え直していただきたいという趣旨でも反対しておきたいと思います。

○尾身分科会長 了解です。単に法律の反映云々の話ではなくて、飲食店だけにいろいろな制限ができるという重点の仕組み自体も議論したほうがいいのではないかと。この2

つの理由で、2人の方が反対したという整理でよろしいですか。

○武藤委員 はい。ただ、先ほど釜菴先生がおっしゃっていたことすごく大事で、この病気は季節性インフルとは全然違うということは私も教えていただいととても分かる所です。これからも遷延するであろうこの病気に適した法制度を考えていく必要があると思います。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。

まず、結論としては、2名の方が先ほど申し上げた理由で反対をされている。

朝野委員、どうぞ。

○朝野委員 ありがとうございます。

私は大阪におりますので、延長については賛成したいと思いますが、先ほどの特措法についての議論のところで一言申し上げておきたいことがあります。

致死率について、0.03と0.1が違うということで御説明いただいたのですけれども、インフルエンザはあくまでも小児が多いということ、年齢階層別の致死率を比べた上で判断していかないといけないということ、もう一つ、0.1%という致死率を相当程度高いと述べられたのですけれども、これは国の公式の見解としてよろしいかということでございます。私権制限を0.1%の致死率で行うことが可能であると解釈されてしまうと思います。例えば最初の頃の特措法のときは2%程度が大体の目安だったと思うのですけれども、0.1をもって特措法の対象にするということをお聞きしたいと思っております。

○尾身分科会長 それでは、事務局からどうぞ。

○田中審議官 重症化の最終的な姿として致死率を参考にとということで申し上げたのですけれども、これから0.1という致死率であれば必ずまん延防止等重点措置の対象に絶対にするというものではないと思います。もちろんほかのことも勘案してだと思っております。そういう意味では、政令上、致死率が載っているわけではないのですけれども、重症化してお亡くなりになったという数字について、あえて現時点の1月から2月中旬ぐらいまでの数字で見るとこのような形になっている。単純な比較ですけれども、季節性インフルエンザよりは高いということをお聞きしたいと思っております。

○尾身分科会長 ありがとうございます。谷口さん、どうぞ。

○谷口委員 致死率は、分母をどこに持ってくるかによって全く異なってきますので、季節性インフルエンザの致死率も諸説ありますし、どこまで軽症者を入れるかによっても変わってきます。これは今回のCOVIDについても同様ですので、その定義をきちんとして、それに基づいたサーベイランスをしないと、この件にけりはつかないと思います。以上です。

○尾身分科会長 福島技監、どうぞ。

○医務技監 致死率の話は専門的な話を御説明しておいたほうがいいかもしれませんが、先ほどのコロナ室からの説明は、足元における陽性者数を分母に、その時点における死亡者数を分子に取ったものでございます。

御承知のように今回のコロナもそうですし、これまでのものもそうですけれども、感染者数が上昇している局面において、死亡者数はそれよりも遅れて上昇してくるということになりますので、実際の評価は正しくは1回全体の波が終了した後にはしか評価できませんし、実際の死亡率は順次上がってきている状況でございます

私どものADBにおいても、西浦先生から示された資料でも死亡率が今上がっているという状況が示されておりまして、そういうことをもって全体としての評価は慎重にすべきではないかと考えています。

○尾身分科会長 ありがとうございます。

これは非常に重要なことなので、私も一委員として申し上げます。

大竹委員の法的根拠からして少し疑問があるという意見はよく理解します。その上で、今、致死率の話が出ましたけれども、福島技監がおっしゃったように、致死率というのはそもそも正確には測れないということです。普通はインфекションのファティリティーレート、感染した人全てが分母で、そのうち亡くなった方というのが理想ですけれども、それができないというのが宿命です。そういう意味で、今はいわゆるケースレタリティーレートを測っている。ケースレタリティーレートというものも、今は主に2つの理由で非常に不確かであります。

1つは、波の途中ですからどんどん積み上がってくるということ。もう一つは、医療の体制あるいは検査の状況によって高ぶれるということ。これは非常に大事な議論なので時間をいただいておりますが、大竹委員の問題提起はよく分かる。その上で申し上げますと、国の重要な法的ツールをやるときに、一つのインディケーターだけでやるということは多分ふさわしくない。

私はどちらかというと釜菴先生の意見で、これは似ているけれども違うところがいっぱいあるということです。生物学的な違いはいろいろありますが、大きな感染対策という公衆衛生的な文脈で考えると、大きく2つの違いがある。

1つは、オミクロン株というものがウイルスとしての退化というか進化というか、遺伝子レベルでの変化がまだ進行中で、これは遺伝子学者の人たちの分析によると、その変化が非常に不連続なのです。不安定である。それに比べてインフルエンザはウイルスとしては、文学的に言えばやや安定していて、変化は非常に連続的である。これが非常に違って、これからどうなるかが分からない不確定要素があるということ。

もう一つは、したがってワクチンに対する確信度ということで、オミクロン株には不安定さが多い。インフルエンザは毎年少しずつの変化です。

もう一つ大事なことは、インフルエンザの場合には経口薬がどこでもあるわけですが、これが人々に安心感を与えているということがあるので、似ているところもあるのだけれども、今、公衆衛生的な感染対策上の位置づけはそういうものもあるのではないかと。ただし、そのことと、大竹先生が御指摘の重点措置が産業政策、再分配みたいになってしまっているということの在り方をしっかり考えていくことも必要になってくると思われまます。

重点は、基本的には飲食店等々にしか国が制限できないという法律的な限界があるわけですが、でも、実際は今、感染は飲食店でも起きている。しかし、ほかで起きているほうの感染対策が国のいわゆる法的なあれでできない。この矛盾をどう解決するかをこれから国、専門家、自治体などで一緒に考えていくべき課題だと思います。

これは非常に重要なので、私自身の考えも述べさせていただきましたが、先ほど言った理由で2人の方が反対していて、ほかの方は延長をする県が17団体、解除する県が5団体あったことについては賛成ということではよろしいでしょうか。

特に反対はないですね。

今日もぶら下がりがあるので、非常に大事なことが出てきたので、2人から反対意見があったということはしっかり言って、同時にインフルとの明確な違いもあるという、別の議論もあったので、最終的には2人以外は賛成したということはしっかり申し上げる必要があると思います。

その他、濃厚接触者の問題は厚労省がこれからも少しずつ議論するというので、結論は出さないけれども、よろしいですね。定点のことも何度も出ているから、またやっていただく。

なぜ感染が減ってきたかどうかということも、第5波のことも言われていましたが、それも研究を続けるということではよろしいですか。

最後に、釜淵先生がおっしゃっていたことですが、私も大賛成で、解除した県も、解除しない県も、この基本的対処方針にも既に書かれていることは、脇田先生のほうからありましたが、今、高齢者が微増していて、高齢者施設での感染が重症者、死亡者の増加に直結しているわけです。したがって、解除した県あるいは延長した県ともに、国のほうから自治体に対してお願いというサジェスションを示す。当然自治体のほうはそういう方向でいっていると思いますけれども、特に解除する場合には、リバウンド



というよりは、また重症化が増える可能性があるので、そういう意味では高齢者施設におけるワクチンの追加接種と、高齢者施設でクラスターが起きた場合の早い介入が必須だと思うので、こういうことをぜひ国のほうからもやっていただく。

高齢者施設の対策、ワクチン接種あるいは重症化、何か起きたときの対策が遅れるのは地方自治体で準備のいろいろな難しさがあるので、都道府県がそこを支援してあげないとなかなか難しいので、解除した県についても、国のほうからやっていただく。それがないとまたリバウンドするということもあるし、医療の逼迫があり得るということなので、ぜひそこはお願いしたいと思います。

今日は大体そんなことを申し上げようと思っています。

では、岡部さんの発言の後に、今の私の発言の要旨でよろしいかどうか、皆さんから御意見をください。

○岡部委員 ぶら下がりの話も出ていたからという意味もあるのですが、先ほど谷口さんもおっしゃっていたけれども、インフルエンザのサーベイランスそのものが非常に不完全なものなので、インフルエンザとの比較はなかなかできない。これは難しいところですが、人々は分かりやすい病気としてインフルエンザをよく持ち出すのですけれども、特にぶら下がりなどの一般の人向けのもので注意していただきたいのは、インフルエンザを軽い病気としての印象で比較されがちです。

インフルエンザはずっと長い間、気をつけなければいけなくて、こういう点は重要であり、小児でも死亡することがあるということで、インフルエンザのように注意をしなければいけないということであればいいけれども、インフルエンザのように軽い病気として扱ってほしいという感じにはならないように、ぜひ御説明をしていただきたいと思います。以上です。

○尾身分科会長 ありがとうございます。それでは、谷口委員。

○谷口委員 尾身先生は定点サーベイランスとおっしゃいましたけれども、定点サーベイランスだけでもリスクアセスメントができるわけではございません。もちろん今の届出だけでリスクアセスメントも到底できません。以前、基本的対処方針に記載していただきましたように、戦略的にリスクアセスメント、インパクト評価を可能とするようなサーベイランスを行っていただかない限り、今回の武藤先生、大竹先生の御疑問にも答えられないと思います。ゆえに、戦略的、コンプリヘンシブなサーベイランスというようにお願いします。以上です。

○尾身分科会長 了解いたしました。少し言葉が足りなかったのですが、そういう趣旨でございます。平井知事、どうぞ。

○平井知事 尾身先生の取りまとめに賛成するものでございますが、事務局のほうの御説明について2点申し上げます。

1点はワクチンの接種につきまして、これから地方自治体ともよく相談したいということで、それはありがたく拝聴しましたが、時は急ぎますし、先ほど釜薙先生がおっしゃったように、小児科の立場からしても接種したほうがよいというのはコンセンサスだということであれば、そのように自治体から言ってもらって結構だと、きちんと分かりやすく通知をしていただいたほうが、みんなが動きやすいと思います。

現場ではいろいろな意見があるわけでありまして、悩んでいるわけでありまして、Q&Aだけではなくて、このように宣伝してくれと明確に言っていただく方がありがたいと思います。

医政局長のほうからお話がありました診療報酬のことです。電話などの診療報酬はまん延防止等重点措置の限定的な措置だということなのですが、これについては納得できません。そうした報酬は命に関わることであるわけでありまして、それがその地域の外か中かで違いがある理由はどこにもありません。

また、今日は来ていないので、これもお聞き届けいただければ結構ですが、高齢者施設につきましても同じ問題がありまして、まん延防止等重点措置のみ施設内で療養が逼迫しているときに補助が拡充されるのではなく、まん延防止等重点措置以外でもお願いしたい。したがって、これはこの基本方針ではありませんので、それ以外のところで早急に検討を改めていただきたいと思います。

○尾身分科会長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほどの私のまとめでよろしいですね。

○菊池審議官 1点よろしいですか。

法律上の限界の問題なのですがすけれども、特措法が飲食店に限った対策になっているということではなくて、例えば45条の緊急事態措置では学校や保育所などにも休業要請をかけられるようになっております。ただ、新型コロナウイルス感染症の特性、休業要請が与える社会経済機能への影響も踏まえて、学校などには休業要請をかけていません。一方で、飲食店には時短を要請するという政策の選択をしているわけでありまして、法律上、飲食店に限った制限があるわけではなくて、幅広く休業要請なり時短要請がかけられるような仕組みにはなっております。

○尾身分科会長 ありがとうございました。

それでは、今日の結論としては先ほど申し上げたことでほかの方は特によろしいでしょうか。両大臣、何かございますか。

○山際国務大臣 本日は、政府から17道府県の重点措置の期間を延長すること、また、5県の重点措置を期限どおり終了すること等をお諮りしたことに對しまして、活発な御議論をいただき、御了承いただいたことに感謝申し上げます。

政府としては、新型コロナ対策をしっかりと進めながら、社会経済活動が継続できるように取り組むことが重要であると考えておりまして、緊張感を持って対応してまいりたいと存じます。

引き続き、委員の皆様とは緊密に連携していきたいと考えておりますので、ぜひともよろしくお願ひ申し上げます。本日はありがとうございました。

○尾身分科会長 どうもありがとうございました。それでは、マイクを事務局に返します。

○事務局 次回分科会の日程等につきましては、追って事務局より御連絡をさせていただきます。

本日は、急な開催の御案内でしたが、お集まりいただきまして、どうもありがとうございました。以上でございます。