

新型コロナウイルス感染症対策 専門家会議（第14回）

議事概要

1 日時

令和2年5月14日（木）8時30分～10時17分

2 場所

合同庁舎8号館1階講堂

3 出席者

座長	脇田 隆彦	国立感染症研究所所長
副座長	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
構成員	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所所長
	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	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	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
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染症制御科教授

座長が出席を求める関係者

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
大竹 文雄	大阪大学大学院経済学研究科教授（web参加）
大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長
中澤 よう子	全国衛生部長会 会長
西浦 博	北海道大学大学院医学研究院教授
和田 耕治	国際医療福祉大学 教授

4 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

皆さん、おはようございます。朝早くから、また連日大変お世話になっておりまして、改めて御礼を申し上げたいと思います。

5月4日の御提言も踏まえて、当日、引き続き全都道府県を緊急事態措置を実施すべき区域として、緊急事態措置を実施すべき期間を5月31日まで延長されたところあります。この10日間の感染状況を見ますと、全国的には新規感染者数の減少が見られるものの、北海道、東京などの地域では一定程度の新規感染者数が依然として報告される状況であります。一方、感染者数が直近、例えば1週間で見ると、

全く発生していない地域も多く存在をしております。

この間、厚労省といたしましては、5月7日に日米を中心に共同治験を進めてまいりましたレムデシビルについて薬事承認を行い、現在、レムデシビルを必要とする患者の方々へ適時適切にお届けしているところであります。引き続き、ウェブ調査により各医療機関におけるレムデシビル投与対象者を把握して、医療機関に対し供給がなされ、患者さんに対して投与が行われるよう努力をしていきたいと思っております。

また、昨日、我が国の企業が世界に先駆けて開発をいたしました新型コロナウイルスに関する抗原検査キットが薬事承認され、保険適用も行われたところであります。これにより、現行のインフルエンザ検査と同様に迅速な結果判定が可能となり、検査体制の一層の拡充を図っていきたいと考えております。

加えて、病床や人工呼吸器の稼働状況を迅速に把握する仕組み、これはGMISと呼んでおりますが、これを構築し、医療機関から緊急の要請があった場合、直ちにマスク等を配布する、こうしたスキームもこのGMISを活用してスタートさせているところであります。

さらに、現在、保健所等に大変負担がかかっておりますけれども、そうした保健所での事務の軽減も図ろうということで、患者データを関係者間で迅速に共有し、医療機関での治療、保健所での対策、政府での分析にも活用していけるシステム、これはHER-SYSと呼んでおりますが、この開発を進めてまいりました。来週中にも全国での利用開始を進めていくことにしております。

また、医療提供体制の確保については、ピーク時の患者数に対応できるように確保を見込んでいる病床数、そのうち既に医療機関と個別の合意が得られている病床数、入院者数、宿泊療養者数、自宅療養者数について、都道府県から情報を収集し、全国全体の通知の公表を図ったところであります。

本日の専門家会議では、都道府県別の足元の感染状況について分析、評価をいただくとともに、緊急事態措置の解除に当たっての考え方や解除された地域における感染対策の在り方、加えて保健所の体制強化、クラスター対策の強化、検査体制の整備、医療提供体制の確保の対策などについて御議論いただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

<西村国務大臣挨拶>

おはようございます。朝早くからありがとうございます。

先般の5月4日に全国の新規感染者の数がまだ200人程度の水準にとどまっていたということ、そして、医療提供体制も逼迫している状況が見られたということもありまして、緊急事態宣言を5月31日まで延長したところでございます。その後もゴールデンウィークの間も含めて国民の皆様の様々な御協力、努力の成果も出て、今週に入りまして日本全体で50人を上回るような新規感染者の数で推移をしているところでございます。

そうした中で、連休を終えて1週間がたったところでありますけれども、感染状

況が落ち着いている状態が継続していることが確認できれば、多くの県において解除が視野に入ってくるのではないかと考えてきたところでございます。本日は、まず5月4日の時点での延長の判断から10日たったところでありますけれども、各都道府県における感染の状況について分析、御評価をいただければと思います。

その上で、まず第1に、5月4日の基本的対処方針におきまして、緊急事態宣言措置の対象地域の判断は、感染状況、医療提供体制、こういったことを踏まえて総合的に判断されているところでありますけれども、現時点におきまして、この緊急事態措置の解除の考え方について、ぜひ御意見をいただければと考えております。

第2に、北海道のように一度感染者の数が減少した後にまた第2波で増加する事例もございまして。このように今後仮に解除しても、再流行のリスクがあることを踏まえての再指定の考え方、モニタリングの必要性、こういったことについても御意見をいただければと思います。

第3に、今後解除される都道府県が増える中で、感染拡大の防止を徹底することを前提として、社会経済活動のレベルを引き上げていく、その際の留意点についても御意見を賜ければと思います。

なお、1点御報告でありますけれども、現在、前回の専門家会議の御提言に基づきまして、それぞれの業界団体におきまして業種別のガイドラインを作成いただいているところであります。作成に際しましては、岡部先生や吉田先生、大変お世話になりまして、日本環境感染学会の多くの先生方に御支援をいただいているところでございます。改めて感謝申し上げたいと思います。

本日の時点でも81の団体がガイドラインを公表する予定となっております。まさにこのガイドラインは感染拡大の防止策を講じた上で事業を継続していくという大変大事なものであると認識をしております。政府としても引き続き、それぞれの団体の取組を支援していきたいと考えております。

本日は、国として今後の対応の方向性をお示しするに際しての御提言をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

＜資料の「1. 感染状況等の評価」「2. 緊急事態措置の解除の考え方」「3. 再指定の考え方とモニタリングの必要性」部分についてのご意見＞

- 全国の実効再生産数の推定値について、4月上旬のところで実効再生産数が1を下回って、その後、4月7日以降、政府の緊急事態宣言下では実効再生産数が大体0.6から0.8の間に収まるように推移を続けており、北海道に関してもこれまでに実効再生産数が1を下回ったということが確認できる。アラームなのが近畿の2府1県（大阪、京都、兵庫）の部分であるが、4月末頃まで実効再生産数が1近くで推移をした後に、一回少し出ているというような、流行が終息を迎えそうな近くなったときに振動が見られるので、簡単に終息になりそうにない典型的なパターンが見られる。
- これはしばらく一貫して見られている傾向で、ただいま西浦さんが言われたデータでも同じだと思うのだけれども、これをどのように説明するかは非常に難しい

ところで、緊急事態宣言をしたのは4月7日だが、それ以前からいったんは下がり始めている。3月27日、28日ぐらいから明らかに実効再生産係数、rate of infectionの率が下がってきている。これは第1波と僕らが呼んでいる北海道でも同じことが起こり、北海道は2月28日に知事が特措法に基づかない緊急事態宣言をしたのだが、2月28日に緊急事態宣言をする以前に2月の半ばぐらいから下がってきている。これはおそらくこのコロナウイルスの特徴を示しているのだと思う。端的に言うと、うまくコントロールすれば急激な増殖をすることはない。人為的に増やすようなことをしなければ、増えないウイルスといえる。

- 緊急事態宣言が終わって、今回の効果がどうだったかということを中心に分析して出すということは必要だと思っている。
- 緊急事態宣言の効果云々は、もう少しして歴史が解決するだろうし、疫学的解析はもっと続けていかななくてはいけないと思うが、東京において医療状況が逼迫しているという状況が目に見えており、臨床現場の先生方がもう新規の患者さんを受け入れられないかもしれないというようなことをおっしゃっていたので、緊急事態宣言という方法で医療の体制を構築するということに賛成をしました。その結果としては、ベッドをかき集めるといふか、あるいは後方病院、後方施設というような工夫に動いていったというのは大きなことなので、私は疫学的な調査云々その他もあるが、医療体制の構築に非常に貢献をしたと思っている。それだけに、もし再流行するとか、あるいはクラスターが出てくるというようなときにおいても、医療体制がそのときにきちんとできているかどうか。これが最大の今後の安定性を占うところになるのだと思うので、依然として医療体制の構築は非常に重要だと思っている。
- 緊急事態宣言でいろいろな制限を加えた中で一体何が効果があったのかということは特定すべきだと思う。感染地域からの移動を抑えたというのは間違いなく効果があったと思うのだけれども、非常に社会的なコストが大きい。それをかけてまでやるだけの価値があったのかというのは、今すぐではなくてもいいが、今後、データを蓄積して、第2波、第3波のときにどういう制限を加えるか検討するときに非常に大事だと思う。
- 何が有効で、何がそれほどでもなかったということの評価をすべきは大賛成。しかし、今日ここでは結論は出せないなので、我々の仕事はここにある提言案をどうするかということである。その上でもう一度確認したいのは、クラスター対策の経験を通じて、ライブハウス等の感染リスクが高い場が明らかになってきたこと、また、感染拡大が加速する場を徹底して避けること、人と人との接触を避けること等の感染防止の基本を守れば、感染の拡大を防止できることが再確認されたこと、こういうことが一番重要であるので、社会経済をうまくやりながら、こういうことだけは守ってメリハリをつけながらやりましょうというのは、言ってみれば、ここがこの提言の肝である。
- クラスターをきちんとモニタリングできるようにするということは、様々な意味がある。今まで色々なところでクラスターが起きてきたが、クラスターが起こる

ような場所特定することによってそれを避けましょうということを書いてきた。ただ、今後、同じような場がクラスターを起こしてくるかどうかというのはよく分からない。今、潜行している状態なので、潜行しているクラスターというのはこれまで見られていたクラスターとは違うかもしれないので、クラスターをモニタリングすることは非常に重要だし、クラスターをモニタリングすることによって、皆さんも認識できるようになってきていると思うし、孤発例が出てきたときに危ないという事が認識できる、これは非常に大きい。

見逃さないことができるということは非常に大きな意味があるので、クラスター対策は意味がないと言っているわけではなくて、クラスター対策というのは非常に広い意味でやっていて、クラスターをある程度潰すことも可能なのだけれども、それは一義的な目的ではなくて、付随するいろいろなことを考えて我々はやってきているのだということを御理解いただければと思う。

- 関連してだが、クラスターを潰すこと自体を我々はずっとやってきているので、それも非常に重要だということを一応お断りしておきたい。
- 院内、医療のほうも少し議論しておきたいのだが、現状で医療提供体制がピークの頃と比べてどうなっているか、先生方から御意見をいただけておきたい。
- どうしても入院している人たちが退院するまでの時差があるので、二、三週とかずれて徐々にその効果は出てくる。退院しても新たに入院してくるので、ほぼ横ばいという感じが続いていたのだけれども、この2週間前ぐらいから下がり始めて、特にこの1週間で速くて、新たに入ってくる人は少なくなり、退院も増え、当院ではきのうの時点で初めて30人を切った形になっている。毎朝、都内の救急医療機関とのWeb会議をやっているのだけれども、急速に減っているということで、そちらのほうの負担も同じようにして、この一、二週間で負荷が下がっているというのが共通認識である。
- 4月上旬のピークの頃からすれば、集中治療室も空いてきて、入院されている患者さんの数も減ってきており、スナップショット的に見るとそういうところである。しかし、プロセス的なところを見ていくと、現状でもやはり医療機関での集団発生というか院内感染は引き続き起こっているし、医療機関自体、あるいは医療の場自体でコロナの方あるいは疑いの患者さんをスムーズに受け入れていくだけのプロセスが出来上がっているかという、それはできていないと思う。そういう意味では、医療全体、現在のキャパシティとしては余裕が出てきているが、これからのことを考えたとき、要は全体のプロセス自体はまだ円滑に整備をしていくところが残っているので、そういう意味では気が抜けないし、継続して対策は要るだろうと思う。そういう意味では正常には完全には戻せないのかなという気がしている。
- 今回、東京はかなり逼迫して、恐らくぎりぎりのところに一度追い込まれたのだと思う。特に感染症指定医療機関がほとんど診ている状況の中では、本当にドミノ倒しで倒れていくぐらいの状況になりかけていた。その後、いろいろな対策が進んで今の状況まで来たわけであるが、この疾患を医

療側から見て一番大切なポイントは、やはりスピードだと思う。疾患の増えてくるダブリングタイムがどんどん短くなっていて、数日で倍々の数になっていく。その倍になる数が1つの医療機関を埋めてしまうぐらいの数で増えていく。そうすると、当然、1病棟増やしたりしても、1病棟、次の日もあるのである。そのぐらいの数のスピード。

また、入院してきている軽症、中等症の人が数時間単位で重症化していく、重症例の率もどんどん上がってくる。このスピードが実はコロナはポイントで、そのスピードのところに医療の拡充のスピードが間に合わないというのが、恐らく医療崩壊の出だしのポイントである。それを我々は実感した。このようにして、規模が大きい段階でのダブリングタイムが短くなった状況を迎えてしまうと、国の中の医療機関がドミノ倒しでどんどん倒れていくと思う。

- 今度、恐らく落ち着いてくると医療機関は病床をしばらく閉めていくと思うが、そのときにもう一回広げる必要が出たときに、どこまで早くスイッチを押せるかということがポイントだと思う。そこまでに広げられる、さっき言ったスピードというのはその部分だと思うので、スイッチを押すタイミングを早くして、そのときにいかに支えられるだけの枠を早めに戻すか。例えば、ホテルの施設もずっと取っておくわけにはいかないので、そういう部分も含めて、次のタイミングを早くできるようになれば、かなり支えられるかなと思う。
- その他、先ほど言っていた緊急事態宣言を入れておくと医療の負荷が下がってくるので、回復が早いというところにつながると思う。ただ、スイッチを押すのは緊急事態宣言よりもかなり早く押さないといけないかなと思っている。
- しばらく新規の患者さんが減ってくるという状況で、医療体制をいかに次のウェーブに対しての備えをつくっていけるか、システムを構築できるかということが重要であると思う。
- 今、潜行している状況で、このウイルスは非常に見えにくいウイルスで、確定患者がゼロの県にもどこまでいるかは分からないが、ある一定の確率で残っている可能性がある。愛媛県の例がどういう状況で起きたのかよく分からないが、恐らく目に見えない水面下にいる感染連鎖が今後もこういうことを起こしてくるのだと思う。その部分の注意喚起はきちんとやっておかないといけないし、こういうことは恐らく、特に医療機関や高齢者施設、障害者施設等で突然起きてくる。しかも、同時多発的に複数のこういう事例が起きてくる可能性、蓋然性はかなりあると思っている。そのときに、先ほど先生が言われたように医療体制等を準備していない状況に戻してしまうと、一気に100人、200人という単位で感染者が地域で起きてきたときに対応できないということになるので、その部分の注意喚起は非常に重要であると思う。

<資料の「4. 社会経済活動と感染拡大防止の両立にあたっての基本的考え方について」部分についてのご意見>

- 引き続き、在宅勤務、テレワークとか時差出勤、自転車通勤等の取組を推進する

ということであるが、事業者だけではなくて、政府、自治体においても、時差出勤、テレワーク、自転車通勤等を取り組みやすくするような施策をお願いしたいと思う。

- 偏見と差別について、この件は今かなり悪化していると思う。起きていることとしては、感染者に関する報道である。おそらく、自治体の発表が基で報道され、その後、SNSやインターネット上で感染者探しが始まり、感染者を特定してその勤務先を特定して嫌がらせをする電話をする。それが当たっているときもあるし、外れてデマになっているときもあって、両方とも駄目なのだが、それはかなり強い対応をすべきだと思う。この点は丁寧な相談対応というレベルを超えていると思う。
- 今後長くこのウイルスと付き合っていくということになると、差別や偏見の問題もやはり避けては通れないと思う。そのためにはまず、誰にでも感染するリスクがあるのだということ。それから、感染者が悪いわけではないのだというところはしつこく、啓蒙というか知らせていってほしいと思う。誹謗中傷や差別が起きてしまった場合、やはりこれは実際に実害が発生するわけなので、それについては法的に対応していくしかないと思う。

以 上