

第47回厚生科学審議会感染症部会 議事録

健康局 結核感染症課

日時

令和2年9月25日（金）17:00～19:00

場所

厚生労働省 専用第21会議室（17階）

議題

- （1）新型コロナウイルス感染症に関する感染症法の運用の見直しについて
- （2）新型コロナウイルス感染症の検査について

議事

議事内容

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、ただいまから第47回「感染症部会」を開催します。
構成員の皆様方におかれましては、御多忙にもかかわらず、御出席いただき、誠にありがとうございます。
本日の議事は公開ですが、カメラ撮りは議事に入るまでとさせていただきます。プレス関係者の方々におかれましては御理解と御協力をお願いいたします。
また、傍聴の方は「傍聴に関しての留意事項」の遵守をお願いいたします。
なお、会議冒頭の頭撮りを除き、写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、御留意ください。
今回はウェブ会議を行いますので、ウェブ会議についての説明を追加させていただきます。
本日は、新型コロナウイルス感染症における今般の状況等を勘案し、ウェブ会議で開催することとなりました。
まず、ウェブ会議を開催するに当たり、会議の進め方について御連絡させていただきます。
御発言される場合は、まずお名前をおっしゃっていただき、分科会長から御指名されてから御発言をお願いいたします。なお、ウェブ会議ですので、タイムラグが生じますが、御了承願います。
会議の途中で長時間音声が届かない等のトラブルが生じた場合は、あらかじめお知らせしている番号までお電話をお願いいたします。
続きまして、委員の出欠状況について御報告いたします。
御出席の委員につきましては、通信の確認も踏まえて、委員のお名前をこちらから申し上げますので、一言お返事をいただければと思います。
名簿順に、今村委員。
岩本委員、お願いします。
大曲委員、お願いします。
賀来委員。
釜范委員、お願いします。
菊池委員、お願いします。
越田委員、お願いします。
白井委員、お願いいたします。
調委員、お願いいたします。
菅原委員、お願いいたします。
谷口委員、お願いいたします。
戸部委員、お願いいたします。
中野委員、お願いいたします。
中山委員、お願いいたします。
森田委員、お願いいたします。
山田委員、お願いいたします。
脇田委員、お願いいたします。
味澤委員、本田委員、矢内委員から御欠席の連絡を受けております。
現在、20名中、14名に御出席いただいておりますので、厚生科学審議会の規定により、本日の会議は成立したことを御報告いたします。
申し訳ございませんが、冒頭のカメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきますので、御協力をお願いいたします。
なお、これ以降、写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、御留意ください。
（カメラ退室）
○竹下新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、議事に入る前に、資料の確認をさせていただきます。
議事次第、委員名簿、座席表、資料1、資料2-1、資料2-2、参考資料1、参考資料2になります。
不備等がございましたら、事務局にお申し出ください。

それでは、ここからの進行は脇田座長にお願いいたします。

○脇田部会長 脇田です。皆様、改めまして、よろしくお願い申し上げます。

早速ですが、ウェブ会議ということで、慣れていないところがありますけれども、皆様の御協力で議事を進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

また、発言がある場合には、手を挙げていただくという形でお示ししていただければ、こちらから指名しますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、議事に入りたいと思います。議題1です。「新型コロナウイルス感染症法の運用の見直しについて（案）」ですけれども、最初に事務局から説明をお願いします。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 企画官の岡野でございます。

資料1の御説明をさせていただきたいと思っております。

順番は前後しますが、まず、参考資料の部分になりますが、4ページから御説明をさせていただければと思います。8月28日の政府の新型コロナウイルス感染症対策本部において取りまとめられました今後の取組というものをおつけしております。

一番上の四角にありますとおり、これまでは例えば若年層では重症化割合が低く、65歳以上の高齢者や基礎疾患を有する者で重症化リスクが高いことが判明するなど、様々な知見が得られているところでございますけれども、こういった新たな知見を踏まえて、重症化リスクが高い高齢者や基礎疾患がある者への感染防止の徹底、あるいは医療資源を重症者に重点化する、また、季節性インフルエンザの流行期に備え、検査体制、医療提供体制を確保・拡充するといったことに取り組むこととしております。

この今後の取組の中の一つの項目の1番目のところにおいて「感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し」というものが盛り込まれているところでございます。具体的には、次のページに1の部分の本文を抜粋しております。

5ページでございますけれども、太字のところで軽症者や無症状者について宿泊療養での対応を徹底し、医療資源を重症者に重点化していくこととし、こうした方向性の下で、季節性インフルエンザの流行期も見据え、感染症法に基づく権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直しを行っていくということとされております。

6ページ、7ページについては、今後の取組にも盛り込まれ、かつこの感染症部会においても御審議いただいたものでございますけれども、次のインフルエンザ流行に備えた体制の整備ということでございまして、季節性インフルエンザと臨床的に鑑別することが困難だというような状況の中で、各自治体において外来・検査体制の整備をお願いしているところでございます。

具体的には、7ページにもおつけしておりますけれども、かかりつけ医等の地域での身近な医療機関に相談をした上で、診療・検査医療機関などで検査などを受けるというようなことで体制を整備していくということでございます。こうした外来・検査体制を整備していく、また、その検査体制の拡充をしていく中で、新型コロナウイルスの患者の数、あるいは疑似症患者の数の増加も想定されてくるというところでございまして、こういった課題にどう対応していくかということが課題になっているということでございます。

8ページ以降は、現在の感染症法の制度をおつけしておりますけれども、9ページにございまして、新型コロナウイルス感染症については、この表の下から2番目にあるとおり指定感染症という形で政令で指定をしているところでございます。

10ページにございまして、指定感染症としては、具体的な感染症名、講ずることができる措置を個別に政令で指定することができることになっておりまして、指定感染症については、新しい知見等を踏まえて、政令改正により、講ずることができる措置を変更することが可能ということになっております。

11ページにございまして、こうした中で、指定感染症については、一番左の欄にございまして、新型コロナウイルス感染症については、それぞれの措置について、政令をそれぞれ改正しつつ、適用してきたというところでございます。

13ページを御覧いただければと思いますけれども、こうした中で、特に入院措置に関しての現状ということで、入院については法律の19条などに基づいて勧告あるいは措置を行っているところでございますけれども、患者あるいは無症状病原体保有者、疑似症患者は全てこの法律に基づく勧告、措置の対象になっているということとでございます。

また、宿泊療養、自宅療養は、運用上、事務連絡に基づいて実施しているものとして、軽症者ですとか、無症状病原体保有者の方々を対象に今実施しているというものでございます。

ちょっとページは飛びますけれども、15ページを御覧いただきたいと思っております。疑似症患者の届出の関係でございまして、感染症法の12条の規定に基づく届出につきましては、疑似症患者も含めて、診断をした場合には、直ちに医師から保健所長を経由して、都道府県知事に届け出なければならないというような規定になっているところでございます。

具体的な届出の項目については、16ページのところに書いてありますけれども、省令で定められている。

また、17ページで、現在HER-SYSなどで入力をしていただいている項目はこのようなものになっているということで、おつけしております。

その上で、こうした状況の中で、今回、見直しの方向性の案としてお示ししているのは、季節性インフルエンザの流行時期を見据えまして、まずは早期に対応していくものとして見直しを行ってはどうかというものとして、1ページ目に入院措置、2ページ目に疑似症患者の届出の見直しについてお示しているものでございます。

1ページ目は入院措置の関係でございまして、「現行」につきましては、今御説明したものと重複いたしますけれども、都道府県等が新型コロナウイルス感染症の蔓延を防止するために、必要があるときは患者等を入院させることができるというような規定になっております。

また、現状、新型コロナウイルス感染症の無症状、軽症の方で重症化リスクのある方に当たらず、入院の必要がないと医師が判断した場合には、宿泊療養または自宅療養を行うことができることとしております。

こうした中で「課題」といたしましては、先ほど申しましたように、これまで様々な知見が判明してきているというようなこと、それから現場におきましては、結果的に軽症や無症状の人まで入院させて、医療機関や保健所の負担が増えているのではないかとというような御指摘、また、今後、検査体制の拡充に伴い、軽症や無症状の人が増加する可能性があり、全て入院となると医療の逼迫につながるのではないかとというような御指摘もあります。

これまで得られた知見等を踏まえまして、次の季節性インフルエンザの流行期も見据えまして、重症化するリスクが高い高齢者、基礎疾患のある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化していく必要があるということでございます。

こうした課題の下で「見直しの方向性」としてお示ししているものが、感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症の入院措置の対象について、季節性インフルエンザの流行期も見据え、重症化リスクのある者や重症者等に重点をシフトしていく観点から、患者等を一律に捉えて適用するのではなく、入院が必要な者を明確化してはどうかということでございます。

具体的には、感染症法に基づく入院措置の対象につきましては、高齢者や基礎疾患を有する等の重症化リスクのある者や、現に重症である者等の医学的に入院治療が必要な者とするなど、規定の見直しをしてはどうか。

あわせて、感染症の蔓延を防止するため、都道府県知事等が入院を必要と認める者について、合理的かつ柔軟に入院措置ができるよう規定を整備してはどうかということでございます。

この対象についてちょっとだけ補足いたしますけれども、重症化リスクのある方については、上の「現行」の※1のところにもございますけれども、免疫抑制状態である者、あるいは妊娠している方なども含まれているということを想定しております。また、行動制限が難しく、宿泊療養などがなかなかできないような方も入院の対象になってくると考えております。

こうした重症化リスクのある方、入院治療が必要な重症者の方などに重点をシフトしていくということでございますけれども、一番下の※にもございまして、無症状や軽症で入院の必要がないと判断された方も、引き続き、蔓延防止のために宿泊療養、適切な方は自宅療養を求めるとするということと示しております。

以上が入院措置でございまして、2ページ目、疑似症患者の届出の関係でございまして。

「現行」につきましては、患者と確定する前の疑似症の段階から、入院措置など患者と同様の措置を講じることが可能とされており、これによって、疑似症患者に対しても行政検査や入院措置等の公費負担を実施しつつ、早期からの感染症の蔓延防止を図っているところでございます。

先ほど申し上げましたとおり、感染症については、疑似症患者を含めて新型コロナウイルス感染症を診断した場合に、医師は直ちに都道府県等に届け出なければならないこととされているところでございます。

「課題」のところでございますけれども、季節性インフルエンザの流行期には多数の発熱患者が発生することが想定されますけれども、季節性インフルエンザと新型コロナウイルスを臨床的に鑑別することは困難である。このため、疑似症患者は急激に増加することが想定されるところでございます。

こうしたことを踏まえまして「見直しの方向性」といたしまして、次の季節性インフルエンザの流行期も見据え、疑似症患者の届出については入院症例に限ることとしてはどうかと考えております。

この下の※でございますけれども、こういった入院症例に限ることをした場合に、検査の公費負担がなくなるのではないかとか、あるいは検査数を把握できるのかというような御指摘もあるところでございますけれども、行政検査につきましては、感染症法第15条に基づく積極的疫学調査の一環で行われるものでありまして、疑似症の届出の有無にかかわらず、公費負担での措置、あるいは検査件数の把握が可能と考えているところでございます。

また、確定患者については、入院症例に限定せず、引き続き全数を届け出ることと考えております。

以上が内容になりますけれども、この方向性の案につきましては、厚生労働省のアドバイザーボードの下でのワーキングなどにおきまして、自治体の方々にも参加いただきながら御意見を伺ってきております。

特に入院措置の取扱いにつきましては、重症者、重症化リスクのある方に重点をシフトしていくというメッセージをしっかりと打ち出すべきだというような御意見ですとか、同じ無症状者や軽症者などにおいて、ある自治体は入院、別の自治体は宿泊療養など、取扱いが違うのはいかがなものか、ある程度原則をそろえるべきではないかというような御意見があったということでございますけれども、その一方で、自治体によって感染状況、あるいは医療の状況などは異なるものですので、地域の実情に応じて対応を柔軟にできるように、ある程度地域の裁量を残すことが重要であるとの御意見もいただいていたところでございます。

また、この案につきましては、本日、内閣官房に設置しております分科会におきましても、資料を提示して御説明させていただいております。そのときの様子については、佐々木審議官のほうから御報告をさせていただければと思います。

○佐々木内閣審議官 内閣審議官の佐々木でございます。

本日13時から「新型コロナウイルス感染症対策分科会」が開催されまして、そちらで今日御審議をいただいております入院措置、届出に関しまして御報告をしたところであります。

その中で、先ほど担当からの説明にもありましたが、現在、入院措置のほうでございますけれども、特に各都道府県において地域の実情を踏まえながら対応しているということの前提というか、今やっていることについて、大きく変わるというようなメッセージにつながってはまずいのではないかなというような御指摘もございました。丁寧な伝え方が必要ではないかというような御指摘がありましたので、併せて御報告いたします。

以上でございます。

○脇田部会長 どうもありがとうございました。

今、事務局から説明していただきましたけれども、政府の方針にもありますように、この感染症法における、いわゆる指定感染症の措置、運用の見直しというものが打ち出されていて、ちまたで言われているように、今はいわゆる二類相当ということで運用されていますけれども、これを五類にするとか、そういうことではなくて、今、新型コロナウイルス感染症の現状に即した運用の見直しということで、今回の案となってきたと理解しています。

一応、まずは新型コロナウイルス感染症の感染者の重症化を防止すること、それから重症化を防止だけではなくて、感染者が多くなれば、それだけ重症者も増えるということですから、重症化防止と蔓延防止の2点から必要な措置を続けるということで、今回出てきたのがこの入院措置について、かなり柔軟に運用できるようにしてはどうかということで、説明にありましたとおり、自治体でかなり状況が違いますから、東京都などにおいては、自宅療養であったり、宿泊療養施設での療養を特に若い人で軽症の方はそういった運用をするべきであるのだけれども、例えば感染者の少ない地方においては、まだ全員を入院させることを優先させるというような状況もあり、そういった地方の状況で柔軟に運用できるような体制にしてほしいということであります。

それから、疑似症のほうに関しまして、これから発熱患者が多くなってくるということもあり、保健所の負担が非常に大きいということですので、これまでの指定感染症としての運用で、なるべく保健所、自治体、医療機関の負担を減らせるところはどこかということで、この2点の提案であります。

それでは、委員の皆様から御意見をいただきたいと思いますので、よろしく願います。手を挙げていただければ、こちらから指名させていただきます。

では、岩本先生、よろしく願います。

○岩本委員 岩本です。

この見直し自体は、私は賛成です。ただ、私は2月18日に厚労省の中で開催された感染症部会の中で、公衆衛生対策から医療中心の体制を考えるべきだということを申し上げたつもりであります。

2009年の豚インフルエンザと今回の病気は違いますけれども、急性呼吸器感染症については、一旦国内に入ってきたら、公衆衛生対策だけではなかなか止めることができてなくて、医師主導型の医療体制にシフトするような方法をもう少し法律のシステムの中に入れないとダメだと思います。今回、見直すまでに1月から9月まで既に9か月かかっているわけですね。

20世紀と21世紀のパンデミックを考えたら、次のパンデミックもインフルエンザかコロナであることが一番蓋然性が高いわけで、今度はこれより重いのが来るのか、軽いのが来るのか分からないわけだから、やはり法律の中で急性呼吸器感染症をどうするのかということをちゃんと書いておかないと、いけないと思います。また厳しい法律を適用して経済が駄目になって、皆さんが納得するまで半年以上かかってようやく見直すというのはちょっと遅すぎると思います。法律の中にこの2つに関してもう少し流動的に検疫あるいは公衆衛生対策から、医師が判断に基づく重症化防止のような形の医療体制に変えていく。

インフルエンザの場合は薬がありますし、コロナには薬はないわけですが、それでも今回の場合、PCR検査体制をもっと早くから充実させるべきだったという反省もあると思いますし、今後見直されるのでしょうから、検査に基づいて医師が判断して、その患者さんが入院すべきか、入院すべきではないかというときのことをもう少し法律の中にきちんと書いておくことを、今やれと言いませんけれども、やはり落ち着いたらどこかで見直しいただく必要があるのではないかと思います。

あともう一点。自宅待機ですけれども、北アメリカは冷戦時代に核シェルターが推奨されて、地下室があるうちが結構多く、家庭内に陽性者が出てても地下室で生活できる人が多いわけですが、日本の場合、世帯の中に子供たちと高齢化した親が同居していたりして、自宅待機を推奨すると家族内感染が増えることになると思います。今でも家族内感染が増えているわけですから、そここのところの情報提供は非常に慎重にやっていただきたいということと、療養施設の充実はずいぶんやっていただきたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 岩本先生、どうもありがとうございました。

ほかにございますか。

白井先生、お願いします。

○白井委員 枚方市保健所の白井です。よろしく願います。

私もこの見直しの方向については賛成というか、いいと思うのですが、入院の措置については入院勧告というような形で行動制限を必要とする隔離ということになると思うのです。隔離というのはやはり人権の侵害になりますし、このような対応について自治体によって違うということは法律的に問題

があるというか、捉え方を措置にするのか、入院しても措置ではないですよということになるのか、その辺はもちろん病床を使えるところは使っていた方がいいのかもしれませんが、それによって患者さんの扱いが自治体によって違うということは、人権の扱いも違うということの問題があるのではないかとと思っています。

そういう意味で、この捉え方として、病床が逼迫するからとか、保健所が大変だからということだけではなくて、当事者を中心にして考えた場合の医療を今回の見直しの中の視点にも入れてほしいと思いました。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

そうしましたら、まず、岩本先生は御意見だったので、そこは事務局に十分考えていただいて、将来、感染症法の改正に急性呼吸器感染症をどのように書き込んでいくのかということは、今回のコロナウイルス感染症と、前回の新型インフルがありましたけれども、それを踏まえて、しっかりとまた考えていただくと必要があると思いますので、そこはお願いします。

それから、白井先生から入院勧告に関して、相変わらず措置になるのですかというような質問ですけれども、そこは事務局から答えていただいてもいいですか。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 ありがとうございます。

今、御質問いただいた件ですけれども、これは入院措置の対象になる者についての、今回の見直しの方向性ということでございますので、議論の中身としては勧告や措置のことを想定しながら提案をしているというものでございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほかには御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

谷口先生の手が挙がりました。よろしくをお願いします。

○谷口委員 私も全体的に反論するものではなく、このような形で進めいただければと考えています。

ただ、外来で強く疑うも、検査をしても陰性という場合があります。臨床的に、疫学的に強く疑う場合には、陰性けれども、こういった状況から疑われるということは言えます。例えば、実際にそうしていますけれども、2日後に来いとか、あるいは自宅にずっといてとか、そういうお話をきっとすることになるのです。

ただ、そういった場合、もちろん軽症だから帰す。外来で診るわけですけれども、御家庭の状況によっては、ハイリスク者がおうちに見えるから、例えば入院とか、あるいは施設に入れてほしいということがあるやもしれません。そういった場合には、軽症だけれども、これを疑似症として公費とかで措置をしていただくと判断してよろしいでしょうか。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

質問ですね。ですから、今はまだ診断がまだついていない状況で、疑似症の段階で入院させるのは可能なはずなのですが、事務局、それは大丈夫でしょうか。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 おっしゃるとおり、対応可能ということで考えております。

○脇田部会長 ありがとうございます。

御意見あるいは御質問ということになろうかと思えますけれども、ほかにはいかがでしょうか。

白井先生、もう一度どうぞ。

○白井委員 先ほどの意見に関して、申し訳ないのですが、入院が必要な方についての措置は分かるのですが、軽症者とか無症状の方も療養というか、ホテルではなくて、入院しようといった場合にもやはり措置ですかということが自治体によって大分違うと思いますので、こだわって申し訳ないのですが、これはもし法律関係の方がいらしたら御意見をいただきたいと思いました。

○脇田部会長 ありがとうございます。

いずれにしても、公費で入院をさせるということになるわけですね。

事務局、そこはどうですか。

○江浪結核感染症課長 結核感染症課長の江浪でございます。

御指摘をいただいております点は、自治体と御相談する際によく議論になる点でございます。

今回の見直しに関しましては、新型コロナウイルス感染症が自治体によって感染者の発生動向が異なっているというところもある中で、自治体によって取っていらっしゃる対策も地域の実情に応じて少し差があるという状況がございます。今回、それを地域の実情に応じて、柔軟に対応ができるということとしながら、これから秋、冬と新型コロナウイルス感染症の患者さんが増えるかもしれないということを念頭に置きながら、医療全体を重症者対策にシフトしていくという観点で、今回、このことの御提案を申し上げているというものでございます。

人権の確保ということに関しましては、感染症法上、感染症法そのものが入院の勧告措置を行う際に患者の人権をしっかりと守るという観点での法律になっておりますので、そこはしっかりと確保をしながら、全体としての運用は地域の感染状況の違いなどによって少し差が出てくるということになりますが、そこに関しても、人権上の課題がないかということに関しては、我々もしっかり気を配って運用に努めていきたいと思っております。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今の論点でも結構ですし、そのほかの点でも結構なのですが、さらに御意見、御質問

等があればお願いしたいと思います。

あまり手が挙がらないようですので、いかがですか。

白井先生、もう一度どうぞ。

○白井委員 無症状の方の観点なのですが、無症状でずっと終わる方については、感覚的で申し訳ないのですが、現場で二次感染をほとんど起こしていないと思うのです。無症状の方が発見されたが、発病する場合には無症状のときに感染させているというような状況はもちろん把握できるのですけれども、ずっと無症状でいく方については二次感染をしていない、少ないのではないかと全国的な調査というか、データをぜひ出していただきたいと思います。それがあれば、入院勧告というか、そういうところまでいかなくて済むのではないかと思いますので、HER-SYSにNESIDから変わって、NESIDもデータや情報もあると思うのですが、その中でそのような分析もぜひしていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○脇田部会長 ありがとうございます。

その点は非常に重要なところだと思っております。有症状者、発症前の無症状というのは非常に感染性が高いということは分かっていますので、そこは割合としてはかなり多いわけですけれども、無症状の方でどの程度感染性があるかは非常に難しいところで、1割ぐらいと言われていますが、無症状の方もよくよく聞いていただくと、かなり軽い症状があったり、そのようなことはあるのではないかとというような議論をしていて、無症状者の感染性についても、さらに我々としてもアドバイザーボードとか分科会でも議論はしていますし、感染研のほうでも議論していますので、これからさらにもう少し詰めていきたいと考えています。

ただ、現時点で無症状者に全く感染性がないかというと、それはちょっと言い切れないところがあるわけで、やはり蔓延防止というところで、今のところは無症状者の方も療養施設とか自宅での療養をお願いしているところだと私は理解しております。その点は引き続き調査したいと思います。

岩本先生、お願いします。

○岩本委員 4ページの今後の取組に関する質問でもよろしいのでしょうか。

○脇田部会長 今の規定の見直し以外のところですね。

ちょっとお待ちいただいてもいいですか。

○岩本委員 分かりました。

○脇田部会長 越田先生、お願いします。

○越田委員 私も見直しの方向で、疑似症の届出は入院に限るということに賛同いたします。

最近、救急外来等で抗原検査をやっていただいています。そうすると、うっすら陽性というご相談がよくあり、うっすら陽性は翌日PCRをすると陰性だったりすることがあります。ですので、その辺りはもう少しきちんと陽性を確実にしてから届けていただくこととして、お元気なら一旦ご自宅に帰っていただくなり、外来でフォローしていただけると混乱しないかと思いますので、これには大賛成です。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほかによろしいでしょうか。

戸部先生、お願いします。

○戸部委員 質問が2つなのですが、この規定の見直しといったときの「規定」というのは、法律なのか、政令なのか、省令なのか、内部規定なのか、どのレベルの規定を想定しているのかというのが一点と、もう一つは、規定を整備するときの規定の仕方のイメージというものは事務局で既に持っているのかというのを聞きたいです。

この方向性には、自治体の事情に応じて柔軟にという方向と、高齢者や基礎疾患の方に限定するという方向の2つが出ていると思うのですが、この辺りの書き方はどういう形を想定されているのか、お聞きたいです。

○脇田部会長 ありがとうございます。

これは規定というか、運用の見直しですよね。

事務局から今の戸部先生の御質問にお答えしていただいてもよろしいですか。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 具体的な規定ぶりについては、これからまた整理が必要かと思っておりますが、どのレベルでの改正になるかというところでございますが、仮にこの方向性で進めるといたしますと、入院措置の見直しの部分については、政令以下のところ、政令などの規程において改正をしていくようなイメージかと思えます。

疑似症の届出のほうでございますけれども、先ほどの資料の中でも、この項目については省令で定めていたかと思えます。感染症法の届出については、厚生労働省令で定める場合を除き、届け出なければならないというようなことが書いてありますので、届けなくていいということにする部分については、省令などで定めるイメージになるかと考えております。今の時点ではこのようなことで考えております。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

調先生、お願いします。

○調委員 調です。

軽症の方は宿泊施設や自宅で療養というのはもちろん必要なことだと思うのですが、これまで特に地方ではほとんどの人が入院していたわけなので、

恐らく世の中の雰囲気とか、そういうことにも左右されると思うのですけれども、そういう中で、重症者だけが入院の対象となると、マジョリティーが入院しなくていいということになって、入院となると行動の制限は非常に簡単にできるのですが、自宅で療養ということになったときの自宅での行動の制限をこれからどうやっていくのか。罰則をつくるのは恐らく難しいのかもしれないのですが、何かそういう方策があるのかということをお伺いしたいと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今、地方ではほとんど入院をさせているところがあるということで、今日も分科会において、鳥取県の平井知事からそういった御意見があり、それから、入院をさせなくなってしまうと、ベッドの確保もなくなってしまうのではないかと。なので、地方の自治体はこれまでのやり方も当然続けていけるように、柔軟にできるようにしてほしいと。ですから、これの改正がされるわけですが、そのメッセージの出し方については非常に慎重にやってほしい。

つまり、今、調先生がおっしゃったように、軽症の方、無症状の方は自宅になりますよというようなことになってしまうと、現在、地方で行われている入院の措置とかなり変わってきてしまうということでしたので、そういう御意見があり、そこで厚生労働省のほうからは慎重にコミュニケーションをしていますという答えがありましたというのが私の理解ですので、事務局のほうもそれでよろしいですか。何か追加があれば、お願いしたいと思いますが。

○江浪結核感染症課長 結核感染症課長の江浪でございます。

まさに今の御指摘のとおりでございますが、我々も今回の見直しに関しましては、秋、冬の感染症対策を念頭に、その準備ということも含めてのものでございますが、一方で、現在、自治体のほうで取っていただいている対策で引き続きしっかりと対応できるように、メッセージの出し方については慎重にやっていきたいと考えてございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

お願いします。

○中山委員 今のことに関連するのですが、入院させる人は重症化リスクのある人に限るというのは、患者数がすごくたくさん出ているところを念頭に置いてこのようにしようとお考えになったと思うのですが、4月2日の段階で事務連絡という形で出ていて、これをもっときちんとした形で省令化にするとということになると、今、いろいろと御質問があったように、地方の実情に合わせた運用がしにくくなるという可能性はないのでしょうか。あるいは、地方の実情に合わせて柔軟的な対応をすること自体もあまり好ましくないとお考えなのではないでしょうか。そこがちょっとよく分からなくなったので、教えてください。

○脇田部会長 これは事務局のほうでお答えいただけるでしょうか。

○江浪結核感染症課長 結核感染症課長の江浪でございます。

今回の見直しの関係に関しましては、地域によって新型コロナウイルス感染症の感染状況などは様々である中、地域の実情に応じた対策が取れるということは非常に大事だという御指摘を自治体の皆様方からいただいております。ですので、考え方としては、地域の実情に応じた対策をしっかりと取れるようにということを念頭に考えているところでございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

ということで、今までと逆のほうにシフトしてしまわないかという心配があるということだと思うのですが、そういうことがないように、地域の実情に合わせて柔軟に運用ができるようにコミュニケーションをしっかりとさせていただくと。制度上もそういったことをしっかりと準備をしていただくということだと思います。

ほかはいかがでしょうか。

よろしいですか。

それでは、部会としては、事務局から提案していただきましたこの運用の見直しに書かれている方針についておおむね賛成できるということだったと思います。いろいろと御意見はいただきましたので、この見直しに当たりまして、今回いただきました御意見、質問も踏まえつつ進めていただきたいと思います。

議題2に進む前に、岩本先生、先ほど御質問があったかと思うのですが、ここで御質問していただけますか。

○岩本委員 4ページにあるこの間のいろいろな対策の中で、保健所の体制と自治体の体制が違う。各自治体の知事がどのようにされているかというのは、今回、テレビ等の報道で非常によく見えたわけですが、保健所の対応がなかなか見えにくいところがあった。その辺りは自治体ができてきた歴史と保健所ができてきた歴史は違うので致し方ないけれども、今の時代にこういう感染症危機対策となった場合に、どのように保健所と自治体が連携を取るのかを見直す必要があると思います。例えば、関東でも、特に東京と神奈川、埼玉、千葉はほとんど同時に動いていますし、大阪でも、兵庫と大阪とか、特に初期には京都も一緒に感染者数が動いていたようなこともありますので、検査施設のブロック制とかいったようなものが必要ではないかと思っています。

保健所が非常に逼迫していて大変だというのはよくわかっています。この上さらに、保健所長がテレビに出て何か言ってくれと言うつもりはないのですが、やはり保健所の活躍なり、データがもう少し見えるような形のほうがよいと思います。例えば東京都のホームページで、東京都の検査数を見ると、医療機関でやっている検査数と、東京都健康安全センターの2つしか出ていなくて、保健所のいろいろな報道がされる割には、それが東京都のデータとして反映されていません。国全体で見る時、あるいは自治体を大事にしながら国全体を見ていくときに、厚労省にその辺りを考えていただく必要はあるのではないかと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今、岩本先生から保健所の体制の見直しというか、整備というか、強化というか、やはりそれが今後の感染症対策に重要であるという御意見だったと思います。これは厚労省、あるいは政府のほうでも保健所の体制の整備、強化を考えられていると思いますので、またそういったことも感染症部会のほうにフィードバックをしていただければと思います。

では、佐々木審議官、よろしくお願いします。

○佐々木内閣審議官 内閣審議官の佐々木でございます。

今、御指摘の4ページ目でございますと、5番目のところに「保健所体制の整備」というところがございます。こちらに関しましてですが、今回御指摘がありましたけれども、やはり保健所の対応が非常に逼迫したという状況等もあり、それを国が直接支援したりというようなこともいたしたところでございます。それに関しまして、課題を整理した上で、体制を取っていくでありますとか、ここに書いてありますとおり、そもそも人材、体制を強化していくでありますとか、そういったものを政府の対策本部のほうでまとめたところでございます。検討状況につきましては、ある程度の段階でまた御報告などをさせていただきますと思っています。

○岩本委員 1点だけすみません。

○脇田部会長 岩本先生、お願いします。

○岩本委員 今回の流れの中で、チャーター便で武漢の邦人に対して帰国支援をしたときには、民間機が飛んだり、民間のホテルがすぐに協力したり、官民の協力体制がよく見えたのです。

ところが、検疫から公衆衛生対策になると、非常に公的なもの、官ばかりが目立って、いろいろな形の民間の協力関係が非常に見にくくなったと思います。検査体制を含めて、官民協働を推進していく必要があると思います。努力はされているのかもしれませんが、保健所の体制なんかも、いろいろなところで民間の手助けを借りていくという辺りも非常に大事なことではないかと思っています。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

御意見は本省のほうに受け止めていただいて、今後の体制強化に生かしていただければと思いますので、よろしくお願いします。

それでは、次に進ませていただきます。議題2の「新型コロナウイルス感染症の検査について」です。

事務局から説明をお願いします。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 参事官の高城でございます。どうぞよろしくお願いします。

お手元に資料2-Iを開いていただけますでしょうか。「新型コロナウイルス感染症の鼻咽拭い液を用いた検査について」というものでございます。

上から参ります。今般、厚生労働科学研究におきまして、この新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザの診断における鼻咽頭拭い液・鼻かみ液などの迅速抗原検査の有用性の検証のための研究が行われておりまして、このたび新たな知見が出ましたので御報告及び方針伺いをさせていただきたいと思えます。

研究の概要でございます。「背景」といたしまして、新型コロナウイルス感染症は市中における感染症の初診時における重要な鑑別疾患となっておりまして、この際、診断の際に用いられますPCR検査、以下、核酸検出検査と表現いたしますが、これとか、抗原検査で標準的な検体とされる鼻咽頭拭い液につきましては、鼻の奥でございまして、採取に際して技術を有する医療従事者が必要であるとされているところでございます。

また、これに加えまして、十分な感染防御対策が必要である。鼻の中に突っ込みますので、くしゃみが出たり、せきが出たりというようなところでございますが、こういったことなどが迅速な検査の実施の障害になっているということを知っております。

このため「目的」といたしまして、採取がより容易な鼻腔の拭い液、もっと鼻の手前の検体による種々の検査について、他の検査と比較し、その有用性を検討するというものでございます。

どのような形で行ったのかというのが「手法」でございます。外来受診有症状患者のものの鼻咽頭核酸検出検査、いわゆるPCR検査と申し上げておりますけれども、鼻咽頭のPCR検査、鼻腔のPCR検査及び抗原検査の一致率を見たものでございます。

「結果」でございますが、こちらに書いてございますように、鼻咽頭核酸検出検査の結果を鼻腔の核酸検出検査及び鼻腔の抗原検査、定量検査というものでございますが、この結果を比較いたしますと、発症日からの日数にかかわらず高い一致率を示したというものでございます。

以上の検査結果につきまして、概要をまとめたものが次のスライドのI、IIIというところでございます。左の段にございますのが鼻咽頭、いわゆる従来の鼻の奥から取っておりますPCRの検査と、上の欄に書いてあります鼻腔のPCR検査、鼻腔の抗原定量検査との比較を見たところ、IとIIIにございますように、陽性一致率が80%、90%という結果をいただいているところでございます。

次に、もう一度1枚目のほうに戻っていただきまして、一方、鼻腔の核酸検出検査及び鼻咽頭抗原検査、これは定性と言われているもので、簡易キットというものでございますけれども、この結果を鼻腔の抗原検査（定性）の結果と比較すると、発症から2～9日目、比較的早い時期においては高い一致率を示したというものでございます。

またおめくりいただきまして、該当する検査結果の概要につきましては、IIとIVでございます。IIのほうが鼻腔のPCR検査と鼻腔の抗原定性検査を見たものでございまして、陽性一致率は83%。

IVにつきましては、IVのカラムの「鼻咽頭核酸検出検査」とありますのは、鼻咽頭の簡易検査の間違いでございます。「抗原検査（定性）」の間違いでございます。申し訳ございません。

鼻咽頭の検査キットと鼻腔の鼻の手前の検査キットを比較した結果、この陽性一致率が約82%というものでございました。

もう一度お戻りいただきまして、以上のような結果でございますが、「結果」の3番目にございますが、これまでの検査の概要を見ますと、鼻腔、鼻の手前で取った液につきましては、鼻咽頭、鼻の奥で取った液と比べて含まれるウイルス量は少ない。特にウイルス量が低下する発症10日目以降は鼻腔拭い液を用いた抗原検査（定性）、簡易検査のことでございますけれども、こちらは検出率が低い傾向があるということでございます。

このような知見をいただいているところでございまして、下の欄に記載のとおり、鼻腔の拭い液、鼻の手前のほうで取った液を新たに新型コロナウイルス感染症の検査の検体として活用することを可能としてはどうかというものでございます。

概要がこの欄の下に書いてありますように、左のほうから「検査の対象者」「有症状者」「無症状者」がございませけれども、今回は無症状者のデータがございませんので「-」という形になっております。また、有症状者につきましても、発症から9日目までの者、発症から10日目以降からの者で分けられているところでございます。

順次左のほうから御説明を申し上げますと、「核酸検出検査」と申し上げておりますのがいわゆるPCR等でございます。従来、鼻咽頭、唾液については御覧のとおり扱いとなっていてところでございますが、今回、PCR検査で鼻腔と鼻咽頭の一致率が発症日の日数にかかわらず高い一致率を示したということがございますので、有症状者につきましては鼻咽頭並びに鼻はいかがかというのが第1でございまして、

また、真ん中にございます「抗原検査（定量）」についてでございますけれども、こちらも鼻咽頭、唾液については、従来このような形で認められていたというものでございますが、今回、鼻腔についても「結果」の最初に書いてございますような結果を得ましたので、PCRと同様に、有症状者についてはお認めしてはいかがかというところでございます。

最後に「抗原検査（定性）」、いわゆる簡易キットのことでございますけれども、こちらにつきましては御覧のとおり、現在、鼻咽頭でのみ認められているものでございます。唾液につきましてはデータがございませんので、こちらについては認められていないところでございますが、今回の検査結果、特に2番目の欄に記載されているような検査結果がございまして、鼻咽頭での検査キットと同様の扱いで、2～9日目につきましては高い一致率ということなので、鼻咽頭と同様にしつつ、発症日から10日目以降についてはデータが十分ではないということもございまして、並びとして使用可能だが、陰性の場合はPCR検査でしっかり確認を行う必要があるというような形で取り扱ってはいかがかというものでございます。

以上が資料2-Iについての御説明でございまして、

続きまして、資料2-IIでございまして。これらの検査結果も踏まえまして、新型コロナウイルス感染症の病原体の検査の取扱いの指針を作成してはいかがかというものでございます。

背景につきましては、こちらの記載のとおりでございまして。これまで新型コロナウイルス感染症の検査につきましては、ガイドラインなどを参考に行われてきたところでございますが、検査方法につきましては抗原検査の追加がございましたり、検査の検体につきましては唾液を追加してきたなどの変遷がございまして。方法、検体種が随時追加されてきたということもございまして、今般、秋、冬のインフルエンザの流行に備えた検査体制整備など、医療現場において適切に検査を行っていただくということが一層求められるのではないかとございまして。この点を踏まえまして、研究班において新型コロナウイルス感染症病原体検査の指針を作成したというものでございます。

なお、従来のガイドラインにつきましては、内容がこちらのほうに包含されていることとなるので廃止しまして、今後はこの指針に基づいて適切に検査をやっていただきたいというものでございます。

その指針の案の主な内容でございませけれども、こちらに記載のとおり、アローヘッドにございませような検査の種類と各種検査の意義、状況に応じた適切な検査の実施、検体採取に応じた適切な感染防護といったものを盛り込んでございまして。

また、先ほど今回の資料2-Iで御説明したように、鼻腔の拭い液が検査の検体として了承が得られた場合の取扱いについて記載を追加したものを案としてございまして。

なお、今回、この指針作成に当たりましては、国立感染症研究所を中心に、国立国際医療センター、保健所長会、地衛研、全国協議会、感染症学会、日本臨床微生物学会、環境感染学会、臨床衛生技師会、厚生労働省の結核感染症課で協議をしながら作成してきたというものでございまして。

次のスライドをお願いいたします。先ほどの資料2-Iで御説明した鼻腔の検体の取扱いも一緒に取り込んだ表となります。

見方といたしましては、左の欄にございませように、検査の対象者としては有症状者と無症状者がいますというところでございまして。有症状者につきましても、データによっては9日以内と10日目以降とで分ける必要がございませますので、このような分類になっております。

一番下の緑で書いてございませますが、それぞれの検査方法について、どういう活用場面が想定し得るのかというものをまとめたものでございまして。

順次左から申し上げますと「核酸検出検査」、いわゆるPCR検査と言われているものでございませけれども、先ほどの御紹介のような形で整理させていただいております。抗原検査の定量、定性につきましても、このような形でまとめさせていただいているというものでございまして。それぞれ検査結果、研究成果を踏まえて、活用可能な場面、活用が推奨されないような場面、使用可能であるが、チェックが必要な場面と様々なことが想定されるところでございまして。これらの内容を検査の指針に盛り込んでございまして。

また、もう一枚スライドを進めいただきまして、3枚目のスライドでございまして。この検査の指針の中には、状況に応じた検査を適切に実施してほしいということで、場合分けをして留意点などをまとめているものでございまして。

1にございませるのが「COVID-19を疑う有症状者」ということでございまして。こちらにつきましては、基本的には全ての検査が対象になるかと思ひませけれども、留意点といたしましては、核質検出検査、抗原定量検査について、唾液の検体については10日目以降は検出性能が低いとされているので留意が必要、また、抗原定性検査につきましては、現在、唾液検体はできませんということでございませすし、さらには鼻咽頭・鼻腔検体を用いた場合には、10日目以降で陰性の場合にはPCR検査、核質検出検査でチェックする必要があるということでございまして。

また「濃厚接触者」でございませ。これは症状がある人、ない人がいるかと思ひませけれども、留意点といたしまして、御紹介のとおり、定性検査につきましては無症状者には適さないということを示しております。それらの内容をフロー図で示したものを下に書いてございませ。

おめくりいただきまして、4ページでございませ。状況に応じた検査の実施の続きでございませ。特に秋、冬の流行期において、どのような検体を用い、どのような検査を用い、感染防御としてはどういった点に留意しなければいけないのかというものをまとめた表でございませ。

最初の2つの○につきましては、日本感染症学会の「今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて」というものが出ておりましたので、こちらのほうから要約・抜粋をさせていただいた表記でございませ。

インフルエンザが強く疑われる場合を除き、可及的に季節性インフルエンザ、COVID-19の両方の検査を行うことが推奨されております。ただし、COVID-19の検査の供給は限られる可能性もございませますので、流行の状況によっては、先にインフルエンザの検査を行い、陽性であればインフルの治療を行って経過を見るということもあるのではないかとございませす。それが書かれておりますけれども、それらに応じて採取する検体の例として、鼻咽頭拭い液に加えて鼻腔拭い液、もしくは鼻かみ液、唾液のパターンなどが考えられる。季節性インフルエンザにつきましては、鼻咽頭拭い液、鼻腔拭い液、鼻かみ液などが使用可能となっております。COVID-19につきましては、今般、了承いただければ、鼻腔拭い液を加えて検査も可能ということになっております。

また、感染の防御でございませが、IIにございませような鼻かみ液、唾液につきましては、医療者の暴露は限定的で、サージカルマスクと手袋で結構ということになっておりますけれども、実際、PCRをしますと結果を得るのに数日かかるですとか、COVID-19のPCRのキャパシティを消費してしまうということも一つの留意点としてはあるのではないかとと思ひませ。

そこで、今回の鼻咽頭拭い液、鼻腔拭い液を用いた形であるならば、どちらも抗原定性でもって可能である。感染防御としましては、鼻腔の咽頭のほうまでぐっと突っ込むような場合ですとか、医療従事者が行うような場合には、くしゃみとか出たりする可能性がございませますので、フェースガード、サージカルマスク、手袋、ガウンなどのフルの感染防御が必要となっておりますけれども、今回の鼻腔拭い液は鼻の手前で行うものでございませますので、医療者の監督の下で自己採取することも可能という取扱いにしてはどうかということでございませ。こうした場合には、サージカルマスクと手袋ということで、鼻かみ液や唾液と同様の感染防御で対応が可能ではないかとございませ。定性を用いれば迅速に検査結果を得ることができませすというようなことも考えながら、地域の実情に応じて選択をしていただくということになるかと思ひませ。

その他、参考資料1につきましては、今回の検査の有用性に関する研究の中間報告の概要版となっております。参考資料2につきましては、ただいま御紹介の検査の指針の全体版、現時点版をつけてございませ。

なお、この検査の指針につきましては、もちろん、今後、様々な知見が出てくるでしょうから、それらを踏まえて随時見直しを行っていくということで

ざいます。

長くなりましたが、私からの説明は以上となります。御審議をよろしくお願いいたします。

○脇田部会長 ありがとうございます。

秋、冬のインフルエンザと新型コロナの同時流行に備えての検査体制の整備ですね。同時流行するかどうかは明らかではないわけですが、今、インフルエンザは南半球でも全く流行していないという状況です。ただ、発熱患者が秋、冬に来たときに、やはりインフルエンザの検査体制もしっかりつくっておくということが必要なわけで、インフル、コロナの検査をしっかりとやれるような体制をつくる必要があるという趣旨だと思います。

抗原の鼻前庭、鼻腔の拭い液は少し感度が落ちるということですが、ある程度の感度が得られて、迅速に検査ができるという利点はあるという御紹介でしたし、鼻腔のPCRであれば、陽性率一致率もかなり高いということだったと思います。

それでは、委員の皆様から御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

まず、岩本先生、谷口先生の順番をお願いします。

○岩本委員 基本的に複数の検査ができるようになってきたので、なるべく採取しやすい検体でいくというのに僕は賛成です。

ただ、第3波ということではなくて、次の新しいパンデミックを考えると、PCRを中心とした核酸のシステムが全然充実してこなかった、他国に比べると非常に弱いというのが非常に不満な点であります。検査はなるべくどこでも誰でも受けられるようになっていながら、検体の採取は楽に何回でもできるというほうに進むほうが正しい方向だと僕は思っております。

一点申し上げたいのは、データとして収集された検査件数です。要するに20とか30の検体脂が確認されておらず、この数で非常に一致率が高いとかどうのこうのというのは、検体の桁が少なくとも一つ違うと思います。アメリカでは、今度の流行の最初のときに、CDCが配賦したキットに大きな問題があった。3月頃だったと思いますが、NIHと、CDCと、FDAと、もう一つ機関が幾つかの検査キットを並べて精度を比較した報道がありました。

日本でも、次の流行に備えて精度管理された検査キットを確認しておくことが必要でしょう。日本では感染症に関わるレギュラトリーサイエンスが弱過ぎると僕は思います。例えば感染研なら感染研が、レギュラトリーサイエンスをきちんとやる必要があるのではないかと。今回、高い保険点数が設定されたので、体外診断薬が多数参入してきました。今ではプライベートな検査会社もどんどんできていますから、ちゃんと規制をする体制が必要です。僕はやはり感染研一つではなくて、この際、国衛研を入れるとか、結核感染症課というか、厚労省関係の医と薬がもっと連携すべきだと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

岩本先生の御意見は耳が痛いところがたくさんあるのですが、国衛研にも協力していただいて、レギュラトリーサイエンスの性能評価をしっかりとやっていくべきだという御意見だったと思います。

それでは、谷口先生、お願いします。

○谷口委員 ありがとうございます。

これに反対するものではないのですが、質問が2点あります。

1点目は、入院させる症例における検査診断はリスクがかなりあります。偽陰性で陰性だと思って入院させるというのは極めて大きなリスクです。資料2-Iの2枚目のスライドの研究結果のIを見ますと、鼻咽頭のPCRで陽性中20%は陰性と判断されるわけです。そうしますと、例えばCt値が40ぐらいのものだけを落としているのであれば納得できます。ただ、もしも鼻咽頭でCt値が30ぐらいあっても鼻腔で落としているとすれば、極めてリスクが高い。20%を落としてしまうというのは怖いと思います。これはそのCt値をもう少し教えていただければというのが1点。

2点目は、実際、鼻咽頭拭い液でも、手技的に落とすのが一番怖いものですから、痛がるぐらいというか、手加減無しできっちり取っています。自己で鼻前庭を拭った場合に、それがきちんと取れるのかという不安があります。しかも、我々はふだん鼻前庭を拭いたという経験があまりないものですから、どのぐらいの強さで拭えばちゃんと取れるのかというも若干自信がありません。この2点について、これまでの検討の結果を御教示いただければと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

先にもう少し御意見をいただいておりますけれども、皆さん、いかがですか。

では、中野先生、山田先生の順番をお願いします。

○中野委員 中野でございます。発言させていただきます。

岩本先生がおっしゃられたように、私もこの検討のn数が何十台というのもし少しは気になるのですが、こういう状況でございますので、陽性一致率はおおむね8割を達成していますので、鼻腔検体を付け加えることに異論はございません。

ただ、谷口先生のメッセージとも関係するかもしれませんが、鼻腔の検体を認めるときに、やはり誰にでも分かるような感度は鼻咽頭拭い液のほうがいいのですということを、専門家でない方にも分かるようなメッセージと一緒に発することが大事ではないかと思っています。谷口先生が言ったように、入院患者さんで陽性を陰性で見落としてしまっ、しかもその方が他人への感染性が結構強いとかかなり大きな問題になると思いますので、そこが大切かと思っています。

最後の一言は、私たちはきっとインフルエンザでも鼻咽頭のほうがはるかに感度がいいということを経験的に知りながら鼻咽頭を拭ってきたと思うのです。ただ、私の知る限りでは、インフルエンザ迅速キットの添付文書はまだ「鼻腔拭い液」と書いてあると思います。「鼻腔拭い液」と書いてあって、その細かい説明の中に検体の種類として「鼻腔拭い液」とか「鼻咽頭拭い液」とか「鼻腔吸引液」という書き方がしてあって、これは承認時のいろいろなデータとか、いろいろな研究に基づいて承認されるので、歴史を考えればやむを得ないと思うのですが、今回、COVIDの鼻腔拭い液の検体が使えるようになっていくと、現在、COVIDの抗原定性検査にはしっかりと「鼻咽頭拭い液」と書いていただいておりますが、そこにきっと鼻腔が付け加わるのだと思います。

全く統一というのはなかなか難しいのですが、可能であれば、この冬特に注意しなければならぬインフルエンザに関しても、私たちは運用としては鼻咽頭をしっかりと取ってきたわけですので、その書き方の整合性とかは、きっと専門家ではない人はそこで添付文書を見てぱっと考えると思いますので、一度御検討いただければと思っています。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

山田先生、お願いします。

○山田委員 迅速抗原検査が参考資料1の表3に書いてあるのですが、それを見ると、鼻咽頭拭い液PCRに対する陽性一致率が71%、これは3割を逃していることになります。それにもかかわらず、2～9日で「△」印がついていないというのが問題なのではないかと思っています。

また、表2を見ていただくと、定量の抗原検査においても、陰性一致率が45.5%という数字が出ています。これは多分、原因が不明の偽陽性が出ているのだと思うのですが、この辺の問題点を明らかにする必要があります。

先ほど岩本委員からも指摘があったように、これを30検体前後で実施している、いわゆる検査法の承認に必要な検査としては、臨床試験が行われていない段階で認めるという非常に冒険なことだろうと思いますので、定量抗原検査でなぜ偽陽性が出ているかは問題ですが、少なくとも陽性のものについては、ほかの検査で陽性のものは陽性として扱うことには恐らくほぼ問題ないと思うのですが、ネガティブの検体について、10日以降だけではなくて、2～9日であっても例えば鼻腔拭い液の迅速抗原検査であれば、確認検査をする必要があるのではないかと思います。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、また御意見をいただいていますから、まず、事務局に少し答えていただきたいと思います。今、n数が少ないという御指摘もございました。これは今後、臨床で使っていった、さらにこの辺のデータをきちんと取っていくことをやるのかどうかは、事務局、いかがですか。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 こちらのほうはフォローアップを含めて検討したいと思っております。

○脇田部会長 よろしくお願ひします。

それから、谷口先生の御指摘がありましたCt値です。研究結果で陽性が一致していない症例のCt値ですね。こちら辺の陽性になったものを含めて、Ct値について情報がもらえますかということ。それから、鼻前庭できちんと取れるのか、その手技をきちんと提示してほしいという御意見がありましたけれども、この辺はいかがでしょうか。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 Ct値の細かいデータにつきましては、今、研究者とやり取りをしております、今ここで全て開示することはできないのですけれども、ざっくり申し上げますと、Ct値は結構ばらついております。低いものと11とかありますが、上は35といったものも交じっており、様々というような状況になっております。それが1点目。

それから、どのような形で検体採取するのかというのは、まさに参考資料2に検査の指針というものをおつくりしております、もし開けましたら開いていただくと、6ページの辺りに「鼻腔ぬぐい液」というような記載を書かせていただいております。以下、読み上げます。

医療従事者の管理下であれば、被験者自身が検体採取できます。鼻孔から2センチ程度のスワブを挿入し、挿入後、スワブを5回転程度回転させ、十分湿らせること。医療者が採取する鼻咽頭拭い液と同様に有用との報告もあり、検出感度は鼻咽頭拭い液と比較するとやや低いとの報告がある。実用性と医療者の感染の予防の面から有用な検体というような記載をさせていただいておりますので、取り方については一応このような記載です。それから、感度がちょっと低いのだというようなお話についても、こちらのほうにしっかりと書かせていただいているという状況でございます。

○脇田部会長 今、Ct値のばらつきのお話がありましたけれども、多分、Ct値が10台でも迅速定性キットでは検出できないような検体もあるということですか。

○中井医薬・生活衛生局医薬安全対策課長 補足させていただきます。

先ほど申し上げたのは、鼻咽頭拭い液PCRと鼻腔のPCRにおいて、鼻咽頭がポジティブで鼻腔がネガティブの場合において、Ct値についてはかなり高いものがほとんどなのですが、一部20台のものも交じっているという事実はございます。

○脇田部会長 分かりました。

あとは、添付文書の書きぶりについて、インフルエンザのほうと整合性を取ってほしいという話がありましたので、そこは十分にメーカーとすり合わせていただきたいということです。

それから、山田先生から陰性検体の取扱いについてありましたけれども、その点はいかがですか。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 ちょっとお待ちください。確認しております。

こちらで確認している間に、ほかに何か御質問があったら、お願いいたします。

○脇田部会長 分かりました。

そうしたら、先ほど谷口先生からCt値のお話がありましたけれども、説明がありましたが、谷口先生、その点はいかがですか。

○谷口委員 Ct値20で落としていると、ちょっと怖いというのが印象です。鼻咽頭で20あったらウイルス量としてはかなりたくさんありますので、我々がちゃんとリスクアセスメントができるように、そのような情報はきちんと書いてほしいと思います。

あと、僕は2センチというと鼻前庭程度で、鼻甲介まで届いていないのではないのかという気はするのですが、鼻前庭という理解なのか、鼻甲介まで行くという理解なのか。鼻甲介まで行くと、結構くしゃみをしたりしますけれども、それでは鼻咽喉拭いのリスクと変わらず、そこもちょっと不安なところあります。

ただ、今のところ、研究者の先生とデータをやりとりしているということでしたので、これ以上は突き詰めません。

○中井医薬・生活衛生局医薬安全対策課長 回答をよろしいですか。

先ほどのCt値の関係について申し上げますけれども、実は幾つか23というものが一部あるので、それについては、今回の件について、手技的なものも一部残っている可能性があるという考察をさせていただきます。ただ、御指摘のとおり、これらについてはデータをなるべくオープンにさせていただきたいと思っております。

○脇田部会長 それでは、まず、調先生、どうぞ。

○調委員 調ですけれども、Ct値が20幾つで、それが鼻腔でその人の検体を取り逃しているというのはかなり不安があるかと思ひます。20幾つということは、多分10の5乗とか6乗ぐらいのコピー数があるということなので、感染性が非常に高い人だと思ひます。それを見逃しているということは、恐らく検体の取り方に問題があって、谷口先生が御指摘されたように、どのように取るのがいいのかということとをきちんとしていくということと、もう一つは、これまでにほかの委員の先生方も御指摘されましたけれども、検体数をかなり増やして、Ct値あるいはコピー数はどれぐらいあると検出できるかということとをきちんと示していただければと思ひます。

抗原の迅速キットが使われるようになったデータとしては、川崎市の健康安全研究所のリアルタイムPCRのコピー数との比較があったと思ひますので、200コピーぐらいを検出できているというデータだったので、それだと恐らく感染性のある人をほとんど見逃していないのだらうと思ひたのですけれども、鼻腔の検体の取り方によって、それだけコピー数の高い人を見逃す可能性があるというのは、やはり慎重に考えていく必要があると思ひます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

越田先生、どうぞ。

○越田委員 私も今の議論の中ではCt値20というのは非常に危険だという気がしまして、谷口先生や調先生の御意見に賛同いたします。

もう一点はちょっと視点が違うのですけれども、新しくつくられた資料2の指針にあります鼻腔にしろ、唾液にしろ、検体の採取が非常に簡便になってくると、医療従事者の手を借りなくともできる。だからこそ、ここに書いてあるように、改めて「医療従事者の管理下であれば」ということを強調しておくべきではないかと思ひます。今後、企業が社員を海外に派遣するとか、あるいはスポーツや文化活動の団体が陰性確認のためのPCR検査を行うときに、医療関係者が誰もいないところで検体採取することは非常に危険ではないかと思ひますので、この「医療従事者の管理下であれば」ということは強調しておく必要があるかと。必ずしも臨床診断のための検査ではない場合であっても、検体採取のリスク管理を強調する必要があるのではないかとこのことを述べさせていただきます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

調先生、越田先生から事務局のほうにCt値20ぐらいのものを見逃しているということは検体採取の問題もあるかもしれないけれども、感染性の高い人を見逃す可能性があるのと、そこは危険性があるということですから、一つはそういった可能性があるということをはっきりお知らせすること。それから、検体数を増やして調査を続ける必要があるという御意見だったと思ひます。

それから、今の越田先生の御指摘で、指針で、検体採取が簡便になるのはいいのですけれども、やはり医療従事者がきちんと管理をすることが必要だという御意見です。

それでは、先ほどの陰性になった場合の検体をどうするか、再検査が必要なのかも含めて、事務局のほうから返事があれば、お願いしたいと思います。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長 新型インフルエンザ対策推進室長の竹下です。

2点お答えさせていただきたくて、一つは、陰性のときの考え方なのですが、参考資料2の9ページ目の「4 検査の解釈や検査精度など」というところがありまして、検査のときの陰性のときの考え方というのが研究班のほうでも議論等されたとしておりまして、ちょうど下から4行目のところに、1回の検査が真に陰性であっても感染を否定するものではないため、検査結果を隔離解除等の参考にする場合には慎重にすべきというようなことであつたり、こういった判断に関しての留意点の記載があるというのが1点。

もう一点は、鼻腔の拭い液の採取方法は、先ほど御説明させていただいたところをさらに詳細にしたものが表2に書いてありまして、8ページ目になります。そこの「鼻腔ぬぐい液」というところで、先ほどの2センチの話もありますけれども「鼻甲介付近をゆっくり5回程度回転しぬぐう」という形で、より詳細な形で記載があります。

また、このやり方自体が鼻出血といったものを起こすことがあるので、きちんと医療従事者が見てくださいということで、文章のほうでは一応書き込んではいるので、さらに分かりやすくするために、ほかに絵を入れるかどうかということに関しては今後検討していきたいと思います。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 事務局からは以上となりますけれども、さらに何か御質問等はございますか。

○脇田部会長 分かりました。

では、さらに御意見があれば、お願いします。

谷口先生、お願いします。

○谷口委員 今のCt値をお伺いして、やはりさらなる検討が必要かと思ったのは、先ほどの鼻咽頭のPCRと鼻腔のPCRを見て、感度は20%落ちるわけですね。2番を見ると、抗原定性になると、それからさらに6分の1落ちるわけですね。抗原定性は感度が結構落ちるかなという気がするのですが、いかがでしょうか。

○中井医薬・生活衛生局医薬安全対策課長 事務局から回答させていただきます。

御指摘のとおり、Ct値につきましては、鼻咽頭と鼻腔で、確かに鼻腔のほうが今回の結果におきましてはCt値20台のものがネガティブになったという事実がございます。

ただ、一方で、定性キットについて申し上げますと、定性キットもここにありますような鼻腔のPCRと鼻腔の定性キットが比較的一致率が高いということでありまして、ウイルス量が一定程度あれば、鼻腔の定性キットにおいても同様の結果が出たという結果に今回はなっているということでございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

いずれにしても、感度がかなり落ちるということは間違いのないことです。ただ、これは抗原定性キットで鼻腔で取れるということになれば、ある程度の迅速性と検体採取の簡便性という利点もあるということですから、そういった利点と、感度が低いというネガティブ点をしっかりと明記をしてお知らせして、利用していただくということがいいのだと思いますので、そういった方向で進めていただければと思います。これが万能なものではないということは間違いのないと思いますので、よろしくお願いします。

さらに御意見があれば。

山田先生、お願いします。

○山田委員 今、座長がおっしゃられたように、非常に利点はあると思うのですが、一方で、国民の感情というか、いろいろ見ていると、陰性を証明したいとか、そういう動機の人がたくさんいるわけです。したがって、陰性であれば安心したいわけです。そのときに、真に陰性であればいいのだけれども、偽陰性の可能性がかなり高い検査法であるにもかかわらず、そういう使われ方をすると感染対策上好ましくない。

したがって、その部分を誤解のないように、検査する側も検査される側にもきちんと伝える必要があるし、何らかの形で感度の悪さを担保していかないとアピユーズされることになると思いますので、私は心配しています。

よろしくお願いします。

○脇田部会長 ありがとうございます。

その点は一時期、民間のところで抗体検査がかなり使われたというようなこともあって、そのように陰性証明のために迅速抗原検査が使われるということ、かなりリスクがあると思います。山田先生がおっしゃるとおり、これは陰性証明に使えるものではないということとはどこかではっきり明記しておくべきだという御意見だったと思います。それはそのとおりだと思います。

そのほかに御意見はいかがでしょうか。

御指摘のとおり、かなり問題点があるとは思いますが、こういった簡便に使えるキットを準備しておいて、臨床で活用していただくということが、発熱患者が増えてきた段階での対応としては必要なのだと考えていますので、よろしければ、ここはおおむね賛成できるということで、これはまだ発出はしないわけですので、発出前にまたこちらで確認をして進めさせていただきたいと考えていますので、また事務局のほうでよろしくお願いします。

○高城大臣官房厚生科学課参事官 分かりました。

御指摘を踏まえて対応していきたいと考えております。

○脇田部会長 よろしくをお願いします。

そのほかに皆さんのほうから議題1、2以外でも何か御意見等がございましたら、お願いします。

戸部先生、調先生の順番でお願いします。

○戸部委員 戸部です。

議題1なのですが、先ほど、規定の見直しの件で、事務局から政令以下で対応するという御回答をいただきましたが、感染症法19条を見ると、措置の対象者を国が政省令で高齢者等に限定してよいというような根拠規定がない。つまり、政省令に委任している規定がないので、したがって、措置の対象者を何らかの形で限定するのであれば、法律を変えるか、法律はそのままにして通知等の運用で変えるかのどちらかしかないような気がします。規定を全部見ていないので見落としがあるかもしれませんが、政省令で対応するというのであれば、法律のどの規定に基づくものなのでしょうか。

以上です。

○脇田部会長 事務局、その点はよろしいですか。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 御質問ありがとうございます。

先ほど説明をかなり飛ばしてやってしまったのですが、資料1の10ページにもございますとおり、感染症法上の規定はもちろんあるのですが、指定感染症については、政令の中で感染症名、あるいは講ずることができる措置、つまり、今回の場合ですと新型コロナウイルス感染症については感染症法のこの規定を適用するというのを、いわゆる政令の中で読み替える規定を設けて、適用しているということになります。

したがって、おっしゃるとおり、入院の勧告、措置のところは感染症法の19条の関係になるわけなのですが、いわゆる措置のかかり方といいますか、措置の適用の仕方は政令の中で規定を設けていくという形になっていますので、先ほど申し上げたのは、今回の見直しについても、政令の改正ないし政令に基づく委任による省令の規定を設けるというような政令以下の対応になるということで申し上げた次第でございます。

○脇田部会長 ということで、大丈夫でしょうか。

○戸部委員 この政令では、感染症法の規定を準用するだけでなく、そこまでの柔軟な読み替えもできるということなのではないでしょうか。

○岡野政策統括官付政策統括室企画官 はい。

要は指定感染症の適用、この新型コロナウイルス感染症に関しては指定感染症ということになりますので、政令の中でこの措置の在り方を変更することができるということでございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

次は調先生でしたか。

○調委員 ありがとうございます。

一つは、遺伝子検出法もリアルタイムPCR法がスタンダードだと思っているのですが、それでもやはり試薬が違っていたりすると感度も違ってきますし、あるいはLAMP法であるとか、ほかの原理が少し違う遺伝子検査法も出てきている。確かに感染研のパネルはクリアしているのですが、感度も非常に様々でありますし、中には特異度が低い、偽陽性が出るような遺伝子検査法もあるということも少し情報があつたりします。

そういったことを考えると、たしか二次補正予算で精度管理の予算が確保されていると思うので、恐らくウイルスのRNAを配るとか、そういったことに

なるので、少し難しい部分はあるかと思うのですが、今、民間も、あるいは大学、医療機関の検査部、これまでの遺伝子検査の経験が少ない病院が検査を始めていて、自分たちの検査が正しいのかどうかと非常に不安を持っておられるところもあるので、精度管理というほどきちんとしたものでなくともいいと思うのですが、ぜひ国が音頭を取って、そういう精度管理的なことをやっていただく必要があるかと思っています。

もう一つは、抗原の検出キットなどでも偽陽性のようなことがあるということも医療機関の先生方からもよく聞いていますし、我々も経験しています。そういった情報を国として集めていただいて、検討して、公表していただくということは、今後、混乱を最小限にするために非常に重要になってくるのではないかと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今、2点御指摘がありました。

PCR法については精度管理をしっかりやるべきだということで、全くそのとおりかと思っています。それから、抗原検査が入って、感度、特異度はやはりPCRと比べればかなり低いであろうということが予想されますので、現場でかなり混乱をもたらす可能性があるということです。その点も十分注意をするべきだと思いますので、その点もよろしくお願ひします。

あと、チャットで少し御意見をいただいていますので、御紹介しておきます。

白井先生から、保健所の体制強化について御意見をいただきました。

厚労省からの人的支援は手足の確保ですが、地域の感染症発生動向の疫学などの情報発信を行う頭脳やツールの不足が課題と現場では考えています。地方衛生研究所などとの意見交換もコロナ発生後、ほとんどできておりません。また、地域における分析ができたとしても、自治体の対策本部として公開可能な資料となっていないことが残念です。この課題の改善を体制整備の中心に置いていただきたいと思いますということです。

それから、岩本先生から、差し出がましいと思って申し上げますでしたが、保健所と地域の協力も極めて重要だと思いますということです。

白井先生からもう一つ、Ct値は、民間検査委託の場合には問合せをしても回答不能と言われるので、地衛研での検査でなければ判明しない現状がありますということです。これは民間でもCt値を聞いて教えてくれるところと、そうでないところがあるというようなお話も伺っています。

最後に、谷口先生から、院内でPCR検査をやっているということで、増幅曲線も考えて偽陽性とかの疑いをかけることもあります。そこは民間であつてもきちんと報告してもらわないといけないと思いますということです。チャットのほうの意見も事務局のほうで記録をしておいていただきたいと思いますので、よろしくお願ひします。

さらに意見がなければ、これで閉じたいと思います。

○釜淵委員 釜淵です。最後に一言言わせてください。

○脇田部会長 どうぞ。

○釜淵委員 既に先ほど調先生からも御指摘があったところですが、私のところにも抗原定性検査で偽陽性が出て、そしてそれは検体の粘稠性が非常に高く偽陽性になったという可能性があるというメーカーからの指摘があり、PCRをすぐにやった結果は陰性であったというような事例が報告、問合せを私のところでもかなり受けております。このことについては、どういう形で情報提供したらいいのかわかっているのですが、事例があるということはきちんと伝えようと思っておりますが、国あるいは感染研でもその辺りのところを御検討いただければありがたいと思っております。

もう一点は、8月28日の国の対策本部決定で、迅速診断を1日20万件という目標を挙げられまして、今後その方向で進むことに別に異論はないのですが、結局、我が国において精度管理をしっかりしたPCRの体制をどのレベルまで、どのぐらいの数を用意しておけば、今後の新たな感染の対策としても大丈夫なのかというところの目標数がまだあまり見えてきていないので、これは急がなくてもよいのですが、ぜひ厚労省には感染症の対策としての我が国のPCRの遺伝子増幅検査のキャパシティをどのぐらいにしておけば対応が迅速に行われるのかということについての検討をこの際しておいていただきたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 釜淵先生、ありがとうございます。

新興感染症、特に呼吸器感染症におけるPCRのキャパシティの中長期的な準備といいますが、ニーズの検討が必要だということで、これは冒頭に岩本先生からお話があったように、この新型コロナの今の流行だけではなくて、今後の対策をどのように考えておくかということにつながる問題提起だと思いますので、そこはぜひ我々も考えていきたいと思ひますので、皆様、よろしくお願ひいたします。

○釜淵委員 よろしくお願ひいたします。

ありがとうございました。

○脇田部会長 ほかはよろしいでしょうか。

本当の最後で、白井先生と越田先生でお願いします。

○白井委員 お願ひなのですが、こういう指定感染症の期限が1年と限定されていると思ひますし、1年に限って延長ということのただし書はあるのですが、やはりこのような疾患のこれまでに得られた知見がいろいろ出てきたということもありますので、その期限内にどのような疾患であるかということを中心にきき出していただきたいと思いますし、知見が具体的に国民の皆様に分かるように、こういうことが分かってきましたということを伝えていただくチャンスがこれからあると思うのですが、それを踏まえてこのような改正につながっていくと思ひますので、それがリスクコミュニケーションにもつながると思ひますので、その点をよろしくお願ひしたいと思ひます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

この点はアドバイザーボードとか分科会でも話をされていて、現在の知見を例えばファクトシートのような形でまとめるべきだという話が出ていますので、現在、これまでに得られている文献上の知見であつたり、あるいは日本特有の知見がありますので、そういったものをしっかりとまとめていくように私のほうでも努力していきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

では、最後に越田先生、お願いします。

○越田委員 今、釜淵先生がおっしゃたように、8月28日の通知の中にクラスター対応に關しての検査についての対応が3ページ目に書いてあります。石川県は施設内クラスターが幾つか発生しておりまして、特に病院内感染や、高齢者や、障害者施設のクラスターに対しては戦略的なPCR検査はすごく有益であると私は感じております。ですから、クラスター対応の戦略的PCRを行った事例の御提示、更には、その場合の検査費用の公費負担がある程度保証されるようなことが必要ではないかと思ひます。

医療機関と高齢者・障害者施設のクラスターに關しては検査を徹底的に行う必要があるのではないかとと思ひます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

今、御提案いただいたのは、クラスターが発生した後の対応ではなくて、発生を予防するための検査。

○越田委員 いや、クラスターを感知したときに、病院で広がらないために。

○脇田部会長 今でも、1例でも発生すれば、そこは公費で行政検査でやれるということになっていると思ひます。

○越田委員 はい。それをきちんと行っていくかと思ひしております。

○脇田部会長 分かりました。ありがとうございます。

どうぞ。

○江浪結核感染症課長 事務局のほうから御説明を補足させていただきたいと思ひます。

PCR検査の公費での対象に關しましては、PCR検査の体制の拡充に伴いまして、順次事務連絡を出しながら対象にしてきたという経緯がございます。その中で、今の御指摘の高齢者施設あるいは医療機関で患者さんが発生した場合に、幅広くPCR検査を行うということに關しましても可能であるという事務連絡を出させていただいているところであります。

累次事務連絡を出しておりますので、全体として分かりにくくなっているのではないかと御指摘に関するものかというところもありますので、実際のPCR検査の対象に關しまして、公費としてしっかり対応できる範囲につきまして、我々のほうもしっかり周知をしていきたいと思ひます。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それから、今、越田先生からは事例のようなものの提示もお願いしたいということでしたので、そういった地域でクラスター対策で検査を広範にやっけてクラスターを閉じていくというような事例をぜひ提示していただければと思ひますので、よろしくお願ひします。

それでは、ありがとうございます。

本日の議題は、これで以上になると思ひます。

では、事務局のほうにお返しします。

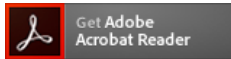
○竹下新型インフルエンザ対策推進室長 ありがとうございます。

委員の皆様のお意見を踏まえ、また見直しを進めていただきたいと思ひます。

会議後になりますが、当方で記者ブリーフィングと議事の概要を説明させていただく予定としております。

また、次回については、現在、事務局にて調整中ですので、改めて御連絡させていただきます。

本日は、お忙しい中お集まりいただき、ありがとうございました。



[PDFファイルを見るためには、Adobe Readerというソフトが必要です。Adobe Readerは無料で配布されていますので、
こちらからダウンロードしてください。](#)