

第 5 1 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 3 年 1 月 1 5 日（金） 1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0

場所

厚生労働省 専用第 2 1 会議室（ 1 7 階）

議題

- （ 1 ）新型コロナウイルス感染症対策における感染症法・検疫法の見直しについて（案）
- （ 2 ）新型コロナウイルス感染症の検査について（案）

議事

○加藤エイズ対策推進室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第51回「感染症部会」を開催いたします。

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をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日の議事は公開でございますが、カメラ撮りは議事に入るまでとさせていただきます。プレス関係者の皆様方におかれましては、御理解、御協力のほどよろしくお願いいたします。

また、傍聴の皆様方につきましては「傍聴に関する留意事項」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まして、写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので、御了承ください。

本日は前回に引き続きまして、ウェブ会議での開催となっております。ウェブ会議の開催に当たりまして、会議の進め方について御連絡いたします。

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まして、座長からの指名がございましたら、御発言をお願いいたします。

会議の途中で長時間音声聞こえないといったトラブルがございましたら、あらかじめお知らせをしております番号までお電話をいただければと思います。

続きまして、委員の出席状況について、御報告いたします。御出席の委員におかれましては、通信の確認も併せて、こちらから委員のお名前を申し上げますので、一言お返事を頂戴できればと思います。

それでは、名簿順に申し上げます。

味澤委員。

今村委員。

岩本委員。

大曲委員。

賀来委員。

釜泡委員。

越田委員。

白井委員。

調委員。

菅原委員。

田中委員。

谷口委員。

戸部委員。

中野委員。

中山委員。

森田委員。

山田委員。

脇田委員。

なお、菊池委員におかれましては、遅れて御参加との御連絡を頂戴しております。

前回に引き続きまして、今回もオブザーバーといたしまして、全国知事会より鳥取県令和新時代創造本部本部長の井上様の御参加を予定しております。井上様から遅れて御参加いただくということを頂戴しております。

○井上参考人 鳥取県の井上でございます。出席できておりますので、よろしくお願いいたします。

○加藤エイズ対策推進室長 失礼いたしました。よろしくお願いいたします。

それと、全国衛生部長会より中澤会長の御参加をいただいております。よろしくお願いいたします。

現在委員19名のうち18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まして、本日の会議は成立していることを御報告いたします。

それでは、冒頭のカメラ撮りにつきましてはこれ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。

これ以降、写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので、御留意ください。

それでは、御退室をいただければと思います。

(報道関係者退室)

○加藤エイズ対策推進室長 それでは、議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

資料といたしましては議事次第、委員名簿、座席表のほかに、資料1から資料2-1-1、資料2-1-2、資料2-1-3、資料2-2とございます。それと参考資料とございまして、ほかに全国知事会提出資料、国立感染症研究所の提出資料、感染症法・検疫法の見直しについての日本経済団体連合会及び日本労働組合総連合会からの御意見を頂戴しているところでございます。これらの資料の不備がございましたら、事務局にお申し出ください。

それでは、これからの進行は脇田座長にお願いしたいと思います。

○脇田座長 皆様、改めまして本日はよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。議事次第を御覧になっていただきまして、今日は2件ございますので、よろしくお願いいたします。皆様御存じのとおり、感染症法・検疫法の見直しが進んでいるところですのでそちら、あとは検査の問題ですね。その2点でございます。

それでは、まず議題(1)から入りますが、事務局から説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○加藤エイズ対策推進室長 事務局でございます。

資料1でございますが、感染症法・検疫法の見直し案についてということでございます。

これまで新型コロナウイルス感染症の発生当初より、制度の実施・運用につきまして、当部会から御意見を伺いつつ対応してきたところでございます。特に9月以降、例えば入院勧告の対象となる方を重症化リスクのある方にするといった政令の改正でございまして、今般の感染症法の見直し案の具体的な内容につながる点について御議論いただいたところでございます。

また、今般の見直しにつきましては、幅広い関係者の皆様方から御意見を伺う必要があるということで、感染症部会に全国知事会及び全国衛生部長会からオブザーバーとして御参加をいただいていたところに加えまして、本日は経団連と連合からも御意見を頂戴しているところでございます。

加えまして、新型コロナウイルス感染症対策分科会において、先月12月17日の感染症部会の御議論を踏まえた議論を12月23日にいただいたところでございます。

今回の部会では、年明け以降の政府・与野党間の議論を踏まえた政府としての具体案を提示するとともに、引き続き皆様方の御意見を伺った上で本日取りまとめをしたいと考えております。

資料1の具体的な詳細の説明につきましては、事前に送付、御説明をさせていただいておりますので、恐縮ですが省略をいただきまして、頂戴した日本経済団体連合会及び日本労働組合総連合会からの御意見と国立感染症研究所の提出資料について簡単に御説明をさせていただきたいと思います。

お手元の日本経済団体連合会からの御意見の資料、1枚紙でございます。

簡単に申し上げますと、まず最初のほうの文章といたしまして、今般検討されている感染症法・検疫法の改正について、事務局案におおむね賛成すると。その上で以下の3点の各論について意見を述べるとということで、積極的疫学調査の実効性の担保のところにつきましては、療養中の患者の方に何度も電話をかけて調査をされているといった事例があることを承知しており、実効性の担保のための罰則規定等を検討すること自体は賛同するけれども、患者の負担にも配慮をし、無理なく対象者に納得のある調査をしていただきたいということ。また、調査方法の改善ですとか、円滑な調査に向けた努力、保健所の人員、スタッフの質の向上などの体制整備を図ることをお願いしたいということです。

また、積極的疫学調査の実施に当たりまして、入国者や濃厚接触者など健康観察期間にある者に対して自宅待機の徹底をすることですとか、COCOAのインストール、移動履歴の確認など、そういった感染拡大防止を担保する方策の効果的な伝達についても工夫をいただきたいという点。

(2)といたしまして、国と地方の権限強化に関して「都道府県知事による入院等の総合調整」は、異論はないということ。その上で、特に病床の逼迫が課題となっている地域について、必要に応じて他の都府県の入院等についても総合調整を行えるような制度の整備も検討するべきという御意見。

そして、(3)といたしまして、国と地方自治体の権限強化のうち「民間検査機関等の協力」に関しても、事務局案に異論はないとした上で、今後、検査機関への協力要請はもちろんのこと、感染症指定医療機関における感染症病床以外への入院ですとか、感染症指定医療機関以外への入院について、行政権限での受入れ要請・指示を行う制度の整備も同時に検討するべきであるといった御意見でございます。

続きまして、日本労働組合総連合会の御意見、こちらも1枚紙でございます。ここも大きく3点御意見を頂戴しております。

1つ目といたしましては、国や地方自治体間の情報連携について必要であると考えられるけれども、電磁的な方法の情報共有については、データのハッキングも含めた個人情報の流出につながらないようなシステム構築が重要であるという点ですとか、様々な状況によって住所に特別な配慮を有する方も想定されるので、情報の取扱いに慎重を期していただきたいという点。

2つ目、罰則規定の創設については私権の制限につながる点から、ほかの法令における罰則の重さなどとの均衡も含め、慎重な議論を求めますという点。他の感染症がもたらす患者数や致死率と比較して、新型コロナウイルス感染症についての罰則が適切であるかについても丁寧な議論が必要と考えます。また、罰則規定を設け罰則を科すことで新たな差別・偏見を生むおそれもあるなど、様々な観点から検討するべきと考えます。さらに、罰則を必要とする背景となる課題について、分析と解決策を講じることも必要と考えます。その上で、例えば調査への協力を拒否するよう第三者より強要された事例を想定し、強要・脅迫への対応が不可欠ですということです。

最後に、健康観察の実効性の確保について、認知症で一人暮らしの方が健康状態を正確に伝えず、その結果自宅で急激に状態が悪化するといったおそれがあるため、介護保険関係の情報とも連携し対応することが必要であると考えますといった3点の御意見を頂戴しております。

最後に、国立感染症研究所から提出された資料は、新型コロナウイルスと新型インフルエンザ、これは2009年のH1N1型のものでございます。それと季節性インフルエンザ及びSARS、MERSの特徴の比較をしたものでございます。

簡単でございますが、資料の説明は以上とさせていただきます。

○脇田座長 ありがとうございます。

続きまして、オブザーバーとして参加いただいています全国知事会からも資料がありますので、御意見とともに説明をお願いします。その後、全国衛生部長会からも御意見をお願いしたいと思います。

それでは、お願いいたします。

○井上参考人 ありがとうございます。鳥取県の井上と申します。

前回に引き続きまして、私どもにオブザーバーということで参加をお認めいただきまして、このような機会をいただいておりますことに改めて感謝を申し上げます。

今、部会長からございましたように、本日資料といたしまして知事会での緊急提言をつけさせていただいております。先週1月9日の土曜日に全国で43人の知事、また代理の副知事がオンラインで本部会議を行いまして、取りまとめたものでございます。1ボツのところは法改正関係でございまして、こちらにつきましては御説明をさせていただきます。なお、部会長をはじめ分科会に御参加の先生方におかれましては、先週8日の分科会の際に私どもの平井知事から席上で発言させていただいた内容とほぼ重なるということにつきまして、御了承いただければと思います。

それでは、緊急提言のほうを御覧いただければと思います。

1ページの1. のところでございますけれども、初めの2つの○は特措法関係でございます。

3つ目の○が偏見・差別の防止規定に関しまして、これは特措法と感染症法に設けることということで、特措法では今回改正でこういう条文を設けると内閣官房から伺っておりますけれども、感染症につきましても、今、前文のところでこういった規定がございまして、特措法と同じような条文が必要ではないかという意見がございまして、ここに記載をさせていただいております。

4つ目の〇のところでございます。様々な感染拡大防止策の実効性確保ということで、疫学調査あるいは健康観察、入院勧告等に関しまして、大方の方は御協力いただいているところでございますけれども、中にはこういったことに応じていただけないということで保健所での負担が非常に重い、あるいは感染拡大に結果的につながっている事例もございまして、こうしたことに対する遵守義務あるいはこれに対する罰則ということで、こども知事会の中で刑事罰がいいのか、あるいは行政罰なのか、あるいはその水準につきまして様々な御議論がございまして、いずれにしても何らかこういったことに対する実効性の担保としての罰則規定は必要ではないかというのが知事会の方の意見でございます。

それから、民間検査で陽性となった本人による保健所への連絡の義務化ということがございまして、これは事務局では御本人ではなくて検査機関のほうに関係で規定を設けるということで方向が出されておりますので、これにつきましてはそういった方向でいいのではないかとともとの意見があった団体からも伺っているところでございます。

それから、宿泊療養施設や自宅での療養の法的根拠、クラスター等の施設の名称の公表等、こういったことも感染拡大防止という観点からは必要ではないかという意見があったということでございます。

2ページの一番上の〇でございます。これも今回事務局案の中でこういう意見を踏まえた方向性が示されているところでございますけれども、特措法で都道府県知事が様々な総合調整を行うという規定がございまして、感染症では医師の届出等が、特に政令指定都市あるいは中核市等の保健所設置市からはダイレクトに国に行くということで、県に情報が入らない形になっておりますので、こういったことについての感染症法上の規定の整備も必要ではないかということでの意見があったということでございます。

その次の〇でございます。実はここが一番各県の知事の意見が多かったところで、今緊急事態宣言が発出されておまして、2月7日までということでございますので、一刻も早く感染拡大を止めなければならないという観点から、こうした法改正についてはとにかく迅速に行っていただきたいと、多くの知事からこういった強い意見があったということで記載をさせていただいているということでございます。

以上でございます。ありがとうございました。

〇脇田座長 井上部長、どうもありがとうございました。

続きまして、全国衛生部長会の中澤会長、お願いいたします。

〇中澤参考人 今回の感染症法と検疫法の見直しにつきましては、感染症の蔓延防止という対策の実効性を確保する観点から、一定の罰則も必要なことあるのではないかと考えております。一方で、やはり感染症法の理念に基づき、個人の人權を尊重することが大前提と考えます。

このため、あくまでも罰則は実効性を担保するツールという考えで決められるものであるということが重要であり、市民の皆様にも正しく伝わるように説明していくことが必要です。報道では入院拒否で懲役や罰金刑という言葉ばかり目立ってしまうのですけれども、法の施行に当たっては、感染した患者さんやその周囲で感染拡大を心配している市民の皆さんに寄り添って対応していただくことを求めたいと考えております。それから、決して取締りや刑罰が先に立ってしまうと法の趣旨がないがしろにされることのないように、社会にもきちんと説明をし、理解を得るように努めていただきながら見直しを進めていただきたいと思います。

また、自治体間の情報共有についてですけれども、あくまでも公衆衛生上の必要に限ってとしながらも、現場では様々な支障が出ていることでもありますので、迅速に必要な情報を共有できるシステムへ向けての改正はぜひ進めていただきたいと思います。

今後、医療計画の5疾病・5事業に新たに新興感染症対策が加わり、5疾病・6事業になると伺っております。現行の医療計画は、医療介護総合確保方針に基づきまして、介護保険計画と整合性が取れるように6年周期で見直しております。一方で、感染症基本指針と予防計画は5年ごとの見直しとなっていることから、今回コロナ対策で医療のみならず介護の分野で非常にいろいろな影響がありましたので、そういうことを鑑みて、6年サイクルの医療計画にこのように5疾病・6事業で盛り込んでいくのだったら、感染症の基本指針及び予防計画もおのおの計画の整合性を持って実行できるように、6年サイクルで見直せるように改正することが必要と考えております。

以上でございます。

〇脇田座長 ありがとうございました。

それでは、ただいま事務局からの説明と全国知事会、そして衛生部長会からの御意見もございました。ただいまから委員の皆様から御意見をいただきますけれども、時間も限られていることと、なるべく広く皆さんから御意見をいただきたいので、簡潔に御意見を言っていただきまして、順番に皆さんから御意見をいただきたいと思っております。挙手をしていただきましたらこちらから指名させていただきますので、よろしくお願いします。

まず、白井先生が挙がっていますが、あと岩本先生、山田先生、まずその3名の先生、白井先生、岩本先生、山田先生の順番でお願いします。

〇白井委員 白井です。おはようございます。よろしくお願いします。

今、全国知事会の御意見や全国衛生部長会の中澤先生からのお話もありまして、罰則規定について、特に保健所長の立場というか、保健所長会としても懸念をしているところではあるのですけれども、この対策の実効性が確保できるかといったところで、これが独り歩きするような形になると逆に保健所の仕事が増えるというか、どのようにどんな方に罰則というか、もちろん多数の方は協力していただける方が多いのですけれども、どれだけの正当な理由がなくといったところの判断を誰がするのか。この権限は都道府県知事になると思っておりますので、移譲された保健所長がそれを個別に判断することになると思うのですけれども、全国知事会からも権限というか罰則規定を要望とありながら、それについては、保健所のほうでは特に知事とコミュニケーションを取ってそのような要望を上げてくれといったようなことにはなっていないので、困難事例だけが浮き彫りにされて、マスコミの先行された報道によって、罰則ありきが独り歩きしないようにとは思っています。特に知事が権限を行使することで、所長がこのような罰則規定に応じないのではないかと、それを現場で行使しないのではないかとことを言われたら、逆に罰則規定等が対策の実効性を保てないことになると思っておりますので、そのような懸念を申し上げたいと思っております。

以上です。

〇脇田座長 ありがとうございます。

岩本先生、お願いします。

〇岩本委員 岩本です。

私からは先ほど自治体からのお話があったところで、地方自治体と保健所との関係と、もう一点は地方衛生研究所のことを申し上げたいと思っております。自治体と保健所は歴史的にも設置の時期も理由も全く違うので、なかなかうまく連携が取りにくいというのはあったかと思うのですけれども、この際、連携が非常に必要だと思います。今回の新型コロナウイルスの流行を見ても、関東1都3県あるいは関西も関西圏、九州地区にしても福岡県を中心とした広がりとか、あちこちで地域的な広がりが顕著に認められるので、私は各県と保健所等の関係を強くすると同時に、少し時間はかかっても地域ブロックによる自治体間の連携を強めていただくことを御検討いただくことが必要ではないかと考えます。

地方衛生研究所なのでも、よく日本にCDCが必要だという議論もされるのですが、例えばアメリカですと大きなCDCが1個国にあるわけですが、中国やソ連は各地域にたくさん地方CDCがあるのです。私も長い間中国雲南省でCDCの組織を見てきたのですけれども、中国全体のCDCの下に省レベルの雲南省CDCがあって、その下に県に当たるようなCDCから市町村に当たるようなCDCが層別になっていて、これはソ連のやり方をまねたものらしいです。さっき僕が申し上げたブロックのような形で感染症対策を考えていくのであれば、その核になる部分には地域CDCのような保健所の機能と地方の検査機能がしっかり結びついたような組織が必要で、患者さんの情報と同時に患者さんの検体をどのように確保して、精度管理もしながら検査結果を国に上げていくような仕組みを作る必要があると思います。小池さんが前に東京CDCをつくりますと言って、僕はどういう組織なのか知りませんけれども、保健所と地方衛生研究所が一緒になるような形のものが少なくともブロックの中心には要るだろうと思います。調先生がおられて、先に差し出がましいことを申し上げて大変申し訳ないですが、以上です。

〇脇田座長 ありがとうございました。

岩本先生、地域のブロックの考え方ですね。こちらは中長期的に我々が考えていかなければいけないところだと思います。ありがとうございました。

続きまして、山田先生、お願いします。

○山田委員 山田です。

今回、厚労省から御説明は電話で済ませたということではなかったのですが、類型の話がまず一つありまして、新型インフルエンザ等の中に新型コロナを設けるということなのですが、それ自体は悪くないのですが、どうせだったら新型コロナでこのCOVIDに限った類型にしたほうがもっと分かりやすいのではないかと気はします。

それから、新型コロナウイルスとくっつてしまうと、今後新型のコロナであっても、もともとヒトのコロナウイルスというのはそんなに病原性の高いものでないもののほうが知られているし、そういったものが出てきたときの対処が混乱するような気がするので、この辺はもう一度どうやってそういうものを除外するかということも含めて御検討いただきたいと思います。

罰則のほうなのですが、罰則を設けるのが実効性を担保するためと言われているのですが、罰則を設けたことによってどのように実効性が担保できるのか。要するに、罰則がなかったときの事例紹介が幾つかありますけれども、本当に公衆衛生上の負荷となるぐらいにいろいろな事件が起こって、先ほど知事会からもお話がありましたけれども、事例につながった例はあるに違いないと思うのですが、この感染症が増えている中で、今回罰則を設けるような事象が本当に引き金になっているのか。実際には基本的に市中で発症前の無症状の人たちから感染しているわけであって、そういう方たちは結果的に追えないわけですね。そういう方たちに対する対応、数の多い対応と、恐らく数の少ない部分に対する対応を厳しくするということは、果たして実効性の担保につながるのかということに疑問があります。

現時点では基本的に感染症の対策の3原則である感染源と感染経路と感受性者対策、そのうちの感染源対策、これが現状では感染者数が非常に激増しているためにほぼ不可能な状況になっていると私は思うわけです。もう一方、ワクチンはまだできない。そうすると、今集中しなくてはいけないことは感染経路対策であって、特措法などで緊急事態宣言を出しているのもその感染経路、唯一残った対策を実効性のあるものにしようと。御提案の罰則等は感染源対策はプロモートできますけれども、感染経路対策にはほぼつながらない。そうすると、果たして実効性が保証できるのか、そういう疑問を持っております。慎重に考えていただければと思います。

以上です。ありがとうございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

そうしましたら、今3名の先生から御意見をいただきましたので、もし事務局から何かコメントがありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○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。

今日は各委員から御意見をお聞きする機会ということで、あまり我々から発言をすることは差し控えたいと思っておりますが、2点だけ申し上げたいと思います。

1点目、新型コロナウイルス感染症について、今後、今回の新型コロナウイルス感染症ではない次の別の新型コロナウイルス感染症が発生した場合に、その病原性がどの程度になるか分からない中で、新型インフルエンザ等感染症に位置づけた場合にどうなるのかという点についてでございますけれども、新型インフルエンザ等感染症、新型インフルエンザに関しましても、その病原性に関しては当初この類型が設けられたときにはH5N1のパンデミックが懸念されており、非常に病原性が高い新型インフルエンザの流行があるのではないかとことを危惧されておったわけですが、2009年に発生いたしました新型インフルエンザに関しましては想定されていたものよりも病原性が高いものではなかったという中で、この類型の中で対応していくということではいろいろな反省があったところもあるわけでございます。

そういったことも踏まえまして、新型インフルエンザ等感染症に関しては病原性が様々であるという前提の下、いろいろな対策を柔軟に行える類型でもあるということではございまして、新型コロナウイルス感染症に関しましては今後どのような病原性のものが発生するか想定しづらい面もあるわけですが、今般の事象を踏まえまして、新型インフルエンザ等感染症の中に位置づけてはどうかということで申し上げているものでございます。病原性に応じた対策を行っていくことが重要だということにつきましては、御指摘のとおりだろうと考えてございます。

2点目の今回の例えば積極的疫学調査に関しまして、その実効性の担保ということの場合に、今この時点においてそれがどれぐらい感染症対策として有効かということに関しましては、流行の時期によって対策の重点が変わってくることにしましては、まさに委員御指摘のとおりと考えてございます。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に関しましては、現在特別措置法に基づきました対策ということで国全体で対策を行っているということでございますが、この感染症がもし一旦落ち着いてきたとしても、その後どのようにこの感染症につきまして再度感染の拡大が起こるのか。そういったことも含めて、今の状況だけではなくまた患者さんが一旦少なくなったときの状況も考えながら対策を考えていく必要があろうと考えてございます。

3月頃の感染拡大の後の夏の感染拡大に向けましては、繁華街を中心とした感染拡大がきっかけだったのではないかと御指摘はいただいておりますが、そういった対策の中で積極的疫学調査などの実効性の担保が必要ではないかという議論がありましたので、この感染症につきまして、次にどこまで感染拡大を抑えられるのか、その後この積極的疫学調査が対策の中心になってきた場合にどこを対象とするのかについては、科学的なエビデンスを積み上げた上で議論すべきだと思いますけれども、そういった場合にも対応できるように、その実効性の担保ということで今回御提案を申し上げているものでございます。

私からは以上でございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

委員の皆様からさらに御意見をいただきたいと思います。越田先生、谷口先生、田中先生から手が挙がっています。

山田先生、先にほかの先生からいただきますのでお待ちください。

釜淵先生も挙がりましたね。

では、越田先生、谷口先生、田中先生、釜淵先生の順番でお願いします。

○越田委員 3点お話しさせていただきたいと思います。1点目は、新型コロナウイルス感染症をしかるべき類型で感染症法に位置づけることには全く異論はございません。最前線に対処しております自治体や保健所に法的な後ろ盾は絶対に必要ですので、このことは大切なことであると思っております。ただ、申し上げるまでもなく全国一律の制度設計は大事ですが、感染状況は必ずしも全国一律ではないということを踏まえて、具体的な対応には少し幅を持たせるといいように思います。すなわち感染拡大がある程度制御されている地域では将来の爆発的な感染拡大を想定しつつも、実情に即した、きめ細やかな対応ができるような運用面での柔軟性を考慮していただきたいと思います。

2点目は、岩本先生もおっしゃっていました様に、調先生を前にして僭越かとも思いますが、地衛研の役割をこの際きっちりと確立することが必要ではないかと考えております。国と都道府県、保健所設置市の情報連携は危機管理の基本です。感染症サーベイランス事業の都道府県の元締めは地衛研であることを鑑みて、地衛研をプラットフォームにして情報共有を図るシステムの構築が望まれるところではないかと思っております。

また、いわゆる県型保健所の下には複数の基礎自治体があり、医療保健事業が所管されています。一方、中核市や政令指定都市はいずれも保健所設置市であるため、日々の感染状況をはじめとしたさまざまな情報はほぼ全てリアルタイムに首長まで上がります。ところが、小さな町や村の首長さんは、ご自分の自治体の中での感染状況を報道で知るということも実際に起こっているようです。とはいえ、感染拡大の多忙な時期に、県型保健所が所管する基礎自治体全てに情報を随時提供するということも現実的ではないと思われます。都道府県の何某かのプラットフォームにアクセスすれば、今、うちの町、うちの村ではどうなっているのか、感染状況はどうなのかということが分かるような仕組みを、ぜひ地衛研を中心に構築していただければいいのではないかと考えております。

加えて、先ほどお話がありましたけれども、介護保険施設や高齢者の施設は、基礎自治体が担っている介護保険事業です。従って高齢者等の施設でクラスターが起これば、詳細を一番知りたいのは基礎自治体の首長さんだと思うのです。ですから、そういったことを共有できる仕組みというものを整えていただきたいと思います。

3 点目は罰則規定です。これは今回ヒアリングを受ける中で、いわゆるエボラ出血熱等の一類感染症にも罰則規定がないということを初めて知りました。つまり、COVID-19だけを単独で捉えて、本当に罰則規定まで必要なのかなということは、皆さん疑問に思われているのではないかと思います。この際ですので、ここはきちんと整理をして、ただ、罰則というセンセーショナルなことだけを前に出すのではなくて、感染拡大を食い止めるということを正しく国民に伝えて規定をすることに対しては、私は賛成いたします。

最後に、現場でよく遭遇することなのですが、御家族のうち養護や介護が必要な方だけが感染が確認されず、お一人だけ残されてしまう。例えば4 人家族で3 人までが感染し、乳児だけが検査陰性、また介護が必要な高齢者や認知症の方だけが検査陰性で自宅に残されてしまう。そういった場合に社会的な入院もあり得るでしょうし、逆にそういった方を、例えばお子さんでしたら児童相談所の一時保護所の中で感染対策をばっちり行って保護をするとか、あるいは公設の高齢者施設できっちりお預かりをするとか、そういったことも今後必要になってくるのではないかと思います。

以上、3 点です。

○脇田座長 ありがとうございます。

なるべくまだ発言していただいていない先生を優先していきますので、もし御発言が済んだ先生で御意見があれば、チャットにも入れていただければと思います。よろしくお願いします。

谷口先生、お願いします。

○谷口委員 まず1 つ目、これは基本的にパンデミックのときにはリスクアセスメントに基づいて対応を決定するということになっておりますので、これについては賛成です。

2 つ目、情報連携につきまして、感染症法では我々は県知事に報告をして、県知事が厚労大臣に報告すると法律には記載されています。この対応方針案を見ると、厚労大臣に報告してくださいね、ついでに県知事にも見せてやるかというように読めます。法律はこんなに軽いものだったのか、これではみんな守らないねという気になってしまいますので、ここは法律として、この法律の信頼性というか権威なのかもしれませんが、そこをきちんと考えてやっていただきたい。もちろんこれは主管課である感染症課がいいというのであれば別に構わないのですが、何か法律が非常にないがしろにされている、これまで守ってきたのは何だったのだという気もしますので、そこをきちんと整理をしていただきたいと思います。

報告した時点で届出になるということは、間違えて報告するというのももちろんありますし、報告内容が間違っているということもありますので、例えばWHO のイベント報告とかアメリカのある州の報告は、報告時点では全て疑い例ということになっています。その次に、保健所が調査をして確定した時点で確定例という形になりますので、ある程度間違った情報が広がらないようにというのは考えていただいたほうがいいのではないかと思います。

3 つ目の宿泊療養等の実効性の確保ですけれども、これは一定の罰則規定は多分ないと、欧米だとエボラで外へ出歩いたら逮捕ですね。バイオテロですから。感染症法にも一類感染症等をみだりに発散させた者とはいう罰則規定があります。しかも、今回もそうですけれども、まだエボラは基本的に熱が出てからしか感染性はありませんが、その前に感染性があるものについて、観察期間中にだんだら出歩くというのはかなりリスクを伴うものになってきます。ゆえに、ここは僕は前向きに考えたいと思っています。

役割・権限の強化で、情報・検体収集、共有というものがありますけれども、これは過去にも感染症発生動向調査で集めた情報を、感染研が論文を書くのかと言われたことはたくさんあります。そういったことのないようにお考えいただければと思います。

以上でございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

それでは、田中先生、お願いします。

○田中委員 東京都の田中でございます。

まず、罰則規定についてですが、先ほど白井委員がおっしゃったようなことを都内の保健所でも意見として聞いております。全国知事会で罰則規定ということを要望しているところではありますけれども、現場の保健所が困らないようにしていただきたいと非常に思っておりまして、拒否や協力しないという判断を、保健所がそれを判断しなければならぬ、その後の手続等も非常に煩雑になるとかえて保健所としての負担が増す、また、患者さんとの信頼関係というところは非常に保健所が寄り添って行っておりますので、そこにひびが入らないようにということも考慮していただきたいという意見をいただいておりますので、そういうことも踏まえて罰則については内容について慎重に議論をしていただいたほうがよいかと思っております。

もう一点、宿泊療養と自宅療養をきちんと法に位置づけていただくというのは大変ありがたいといいますが、必要なことだと思っておりますが、その宿泊・自宅の協力の求めに応じない者には入院勧告をできるようにするという内容については、現在、非常に病床が逼迫している状況で、本来軽症で宿泊や自宅でいい患者さんを入院させるのは、病状の軽い方に病床を使ってもらうことになってしまいますので、よろしくないということと、もともと入院勧告や措置の対象を新型コロナに関しては重症化リスクの高い人に限っているという点も踏まえまして、この方たちを入院勧告にするというのは考え直していただければありがたいと思っています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

釜范先生、お願いします。

○釜范委員 ありがとうございます。

今、この感染症法等の改正の議論が国会で行われていて、国会での議論も進んでいる中で、今日この感染症部会が開かれているわけです。時間的にかなり切迫した中で結論を出さなければならない状況にあることは十分理解していますが、この問題を根本的に考えられる非常に大事な機会でありますので、今すぐに結論が出せないことも含めて指摘をしたいと思います。

まず、新型コロナウイルス感染症の位置づけですけれども、基本的には今のこのお示しになった御方針に賛成をいたしますが、新型コロナウイルス感染症は新型インフルエンザとは大きく異なるので、新型インフルエンザ等の中にこの新型コロナと再興、再興というのは例えば前にあったSARS などが出てきたということも含めてなのだと思いますけれども、それを一緒に扱うことには無理があって、特に新型コロナに関しては新型コロナ独自で扱えるほうがよいのではないかと思います。

特にこれは資料1 の2 ページで言っていますが、3. の宿泊療養等の対策の実効性の確保の問題で、罰則の問題をいろいろ考えなければならないのですが、この罰則のありようについては国会での審議をしっかり踏まえる必要があると思っております。その中で、感染拡大のための実効性の担保ということが一番大事なので、これまで何人もの先生が発言されましたけれども、罰則によって実効性が損なわれるようなことがあってはいけないということを特に指摘しておきたいと思います。

4. の国と地方自治体の役割・権限の強化、ここは非常に大事ですけれども、地方分権の重要さはもう申すまでもないのですが、このように全国に感染が広がる非常に規模の大きな感染症に対しては、国が全体を見たしっかりした権限が行使できるような体制を有事として設けておく必要があると思います。これまでの経緯の中で、国と自治体との調整に時間がかかるということもありました。それはそれなりに必要なことではありますけれども、最終的にどのように判断をするかということについて、国の権限をしっかり明確にしておく必要があるように感じます。

もう一点は、今のところで、今回の議論ではあまり深入りをされていませんが、18 ページにある対応方針の真ん中のところ、都道府県知事による入院等の総合調整ですけれども、現状において医療の体制が逼迫している地域においては、コロナに対する医療の提供とそれ以外の提供、どういう割合でどう構築したらよいかということが非常にぎりぎりのところで動いているということがあって、これを医療現場の判断だけでやるのはなかなか限界に来ております。ですから、その辺りで国あるいは自治体の方針に従って強制的に医療の提供をきちんと分けるということを考えなければならないわけですが、一方で、医療提供側はそれに伴って非常に多くの困難を強いられるわけで、そこに対してしっかり手当てをした上でそのような体制が取れる、有事においてはそういう仕組みがぜひ必要だろうと思います。今後のことも含めてこのことを指摘したいと思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

それでは、もう少し委員の先生方の御意見を伺いたいと思いますので、今、中山先生、戸部先生、今村先生から手が挙がっていますので、順番にお願いしたいと思います。あと、菊池先生ですね。その4名の先生方、順番にお願いします。

○中山委員 中山です。

今、いろいろな先生がおっしゃっていることにも触れるのですけれども、罰則を設けることが本当に感染症の蔓延防止の実効性を担保するのかというところは、運用も含めて検討する必要があると思います。それから、一口に罰則と言っても、懲役、罰金といったようないわゆる刑事罰と過料という行政罰とでは、私権の制限に対する度合いも全く違いますし、刑事罰であれば前科になるという非常に重い刑罰なわけなので、そういうもので感染症の蔓延防止に本当に実効性を担保できるのかというのは、私自身はやや疑問に思っています。

それから、今、非常に罰則を設けることによってうまくいくというように議論が流れている気がするのですけれども、なぜ保健所などの調査に協力しなければいけないのかということをよく国民に理解させる努力がそれに先立って必要なのではないかと考えております。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

戸部先生、お願いします。

○戸部委員 戸部です。

ほかの先生と重なる意見なのですが、3つあります。1点目は田中先生の御意見と同じなのですが、宿泊・自宅療養に従わない場合に入院の方向に持っていくというのは、今までの入院から宿泊・自宅へという政策からすると患者を逆流させるようなもので、病床の圧迫や医療の逼迫につながりかねないという懸念がありますので、この点は大丈夫かということと、こういう仕組みをつくるのであれば、コロナ対応できる病床数を増やすとか医療体制を拡充するという方向、病院サイドへの支援といったこととセットでなければならないと思います。

2点目は、これは中山先生と同じ意見で、罰則が重過ぎるのではないかと直観いたします。刑罰と過料が選択肢としてあった場合、今回は入院拒否も疫学調査拒否もどちらも刑となっており、過料ではなぜ不十分なのかというのが今一つ見えてきません。犯罪と刑罰との均衡がきちんと取れているのかということについては疑問があります。

3点目は、宿泊・自宅療養の件なのですが、そもそも何で宿泊・自宅療養に従わない人が出てくるかと考えると、それは特に宿泊療養についてですが、かなり療養生活のルールが窮屈だからだと思います。飲酒、喫煙は駄目というのはもちろんですが、差し入れ物品も限定されていたり、いろいろなルールが課せられていてかなり窮屈だということで、この辺りが従わない人が出てくる要因の一つだと思います。今回、法改正により、宿泊・自宅療養に従わないと入院させられることになるので、完全な任意とはいえないかたちになります。そうすると、療養生活のルールは、自由の制約となりますので、今回、制度改正に伴って、療養生活のルールが自由を制限する程度として最小限度のものに収まっているのか、過剰に自由を制限していないかという点も見直すべきかだと思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

次、今村先生、お願いします。

○今村委員 駒込病院の今村です。

自分は歓楽街のワーキンググループの座長を担当していましたので、そちらの立場として少し意見を述べさせていただきたいと思います。

いわゆる夜の街というところが今回非常に注目を浴びたわけですが、従業員の行動が、実際には従業員だけではなく事業者あるいはその上のまた元締など、例えば本人は前向きに取り組もうとしていても、いろいろなところから圧力がかかることがある。したがって、たしかに罰則が必要なときはあると思うのですけれども、その使い方をよく考えておかなく、検査を受けないことが最善の選択ということが非常に起こりやすいのです。だから、罰則をつくることによって、かえって従業員の検査行動を妨げる可能性が極めて高いということも考えておかなくてははいけません。そして、そのことが起こらないような立てつけも一緒に考える必要があると思っています。例えば、罰則がある一方でインセンティブも同時に考えてあげなくてははいけないと思います。また、現場では保健所が頑張って関係性をつくってくれていることも多く、その一方で罰則を扱う側に保健所がなってしまうと、その関係性も崩れる可能性があります。

また、報道で罰則の話は既に出てしまっていますが、罰則をどうするかというのは国民のコンセンサスも要る話であり、まだそのコンセンサスも得られていない状況です。その中で先に報道で流れて議論が進んでしまうこと自体が、こちらからの方向性に影響を与える可能性もあると思います。そういう意味で慎重に、罰則をつくるにしても、いろいろなところに細かく丁寧に気を遣って立ち上げていく必要があるかと思っています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

菊池先生、お願いします。

○菊池委員 東京の奥多摩町の菊池でございます。御苦労さまです。

私は全体的に賛成の立場ということなのですが、罰則の関係で述べさせていただきます。私どもは本当に小規模な町村で、東京といえども5,000人を割ってしまった町村なのですが、現在感染者が8人出ております。今、この会議中にも1人発生したということで、保健所から発生届を頂いております。また、小さい町村ということで、感染者本人から私は感染者ですということで御連絡もいただきます。そういったことから、町の町長、首長も分かっている部分もあるのですけれども、先ほど他の委員さんから出ましたとおり、保健所が広域的な保健所なものですから、なかなか感染者情報が分からない状況となっております。

罰則のことなのですが、今一番危惧しているのが、1人、町のほうで把握している濃厚接触者がいるのですけれども、この方になかなか行動を守ってもらえなくて、町の中で外出しているのが見かけられるということで、この方の家族から感染者の話があったものですから、町のほうから濃厚接触者に行動を自粛するように注意しているのですが、なかなか守っていただけない状況であります。こういった観点から、罰則はある程度は必要ではないかということで、感染者につきましては保健所さんのほうで勧告を行っていただいているのですが、保健所さんも濃厚接触者につきましてはほとんど注意、お願いするしかできないということなので、少しでも罰則に近いことを考えていただければと思います。

奥多摩町、本当に感染者は少ないのですが、1人増えるだけでも大変な脅威となっております。以上、よろしくお願いします。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほかにまだ御発言いただいていない先生で御発言は、調先生と大曲先生ですね。そのほか、大丈夫ですか。あと味澤先生、では、その3名の先生、順番にお願いします。

調先生、どうぞ。

○調委員 山口県の調です。よろしくお願いします。

まず罰則のことなのですが、確かに3月、4月の流行から夏の流行に向けて、ゲノム的に見ると生き残ったゲノムが2つだけということで、その2つを完全に抑えられていれば、もしかすると台湾のようにCOVIDフリーにできたのかもしれないところがあると思うのです。一方、それを完全に罰則を設けたから抑え込むことができたかということは、また科学的に考えないといけないと思うのです。

実効性があるかどうかということと、もう一つは、個別に考えたときに、まず最初から最後まで全く症状がなかった人の全体の感染に関するコントリビューションというのは大体5%だという「nature medicine」の論文もあります。そういった意味で、濃厚接触者を個別の事例に当てはめて考えたときに、その人が本当に感染源となり得たかどうかを証明するのは非常に難しいと思うのです。ですから、個別に考えると結構難しいところは、私は法律家ではないのでよく分からない部分はあるのですけれども、実際にその人に個別に罰則を科すとなったときに、自分が感染源になり得た可能性が本当にあるの

か証明せよと言われたら、それは恐らくできないということは考えておく必要があるのかと思います。

地方衛生研究所のことを後押ししていただいたので、私もコメントしないといけないと思うのですけれども、こういった役割を今後の感染症対策の中で果たしていくかというのは十分に議論が必要だと思いますが、地方自治体における人材の受皿と言ったらおかしいですけれども、地衛研がなければ恐らく自治体の感染症対策は非常に難しかったらというのには明らかだと思うのです。そういう意味で、ぜひ法律に位置づけていただくことを考えていただきたいと思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

大曲先生、お願いします。

○大曲委員 大曲です。

全体としては異論はございません。1点だけコメントで、積極的疫学調査の実効性の担保のいわゆる罰則のところなのですが、単純に僕は現場の人間ですので、効率や効果という観点から物を申せば、積極的疫学調査からちゃんと情報が出てくるとことを担保しようとしまずと幾つかバリエアはありまして、一つは、患者さん方はそれぞれ社会的な立場を抱えていらっしゃると思いますので、その情報を開示させることによって周りの方々に影響が及ぶ。あるいは先ほど御提示された意見書にもありましたけれども、しゃべるなど脅迫されたり、脅されたり、仕事を失ったりということと直結する場合があることは留意すべきかだと思います。自分の患者さんでも、言いたいけれども言えなくて、メモを落としておくから読んでおいてくれと、そういうことをおっしゃる方もいらっしゃいました。自分の口からはとても言えないということですね。そういう立場の人もいますので、そういう方々を守るという観点、情報を開示することによって彼らが受けるであろう社会的な不利益からどう守るかという観点の議論は生じ得るだろうと思います。

あと、これは類型の話なのですが、その情報がどう使われるのかということも細心の注意が要すると思います。つまり、それが社会に開示されるかどうか、どこかの辺りまで開示するのかもしれないのかという議論、これはもう別途この場でいわゆる疫学調査の情報等をどう社会に開示するのかということで、一類感染症対策のときの議論を基に議論がされているわけですが、それも併せて議論する必要があるのではないかと思います。僕もまれな例えばエボラの疑い事例に対応した場合に痛感しましたし、地方であれば同じようなことはあると思うのですが、患者さんの数が少なれば少ないほどその患者さんに関連する情報は皆さんが知りたがっているの間にか出てしまったりとか、その結果、患者さんが人権を傷つけられたりということを僕は経験しています。ですから、情報開示の仕方も併せてきちんと議論することが必要ではないかと思いました。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

味澤先生、お願いします。

○味澤委員 味澤です。

私は昔の伝染病予防法という時代から感染症をやってきたもので、伝染病予防法のときは、患者さんが病院から逃げますと法律上は交通封鎖までできるという法律だったのですが、実際に患者さんが逃げたらそれをしたかということ、そういうことはできなかったのです。むしろ患者さんを治ったから退院という形にしまったので、実際に今度は罰則規定をつくったときに、それをどう使えるか。なかなか非常に使いにくいのではないかと思います。伝家の宝刀というような意味はあるかもしれませんが、実質性を担保していくにはよく考えたほうがいいのかと思います。その伝染病予防法の反省を踏まえて今の感染症予防法ができていますので、その本質を生かしながらうまくやっていく方法を見つけないかという個人的には思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

あと、菅原先生、中野先生、賀来先生、もし御意見があれば伺いたいと思いますが、いかがですか。

中野先生、お願いします。

○中野委員 ありがとうございます。中野でございます。

まず、この本感染症を法律の中で何らか位置づけすることは、もちろん賛成です。きつと、せんだってからずっと委員の先生方と一緒に議論をして、なかなか着地点が見いだせないのは、きつとこの感染症をどうマネジメントするのが一番いいか結論が出ないからだと思うのです。

一類から五類までにも分類しにくいし、それで今回新型インフルエンザ等ということで分類していただいて、それをその中にそのまま入れ込むのがいいのか、コロナとして独立させるほうがいいのかは各委員の先生方からいろいろな意見があったと思いますが、私自身は2009年のH1N1pdm09を診療していた頃思ったことは、実は起こってしまったら怖い感染症ではなかったということではなくて、最初の頃は重症者の割合は結構いたと思いますし、ウイルスが変異したのか、かかりやすい人が先にかかってしまったのかは分かりませんが、世界全体として日本全体として状況が変わっていったと思うのです。その中で幸いに季節性インフルエンザに入れられたということなので、COVIDで私たちが苦労していることは、私も医療の現場にいますけれども、いつまでもたっても急に悪くなる人はたくさんいらっしゃいますし、特に高齢の方々、基礎疾患のある方でその頻度が高いことは今も痛感していますし、いまだにどうして子供の患者さんが少ないのか、私は小児科医ですけれどもまだ分かりませんし、分からないことがいっぱいある中でやっているの難しいなと思っています。なおかつ、その中で病院というところにおいて、もう少ししっかりマネジメントしないと、この方が感染を拡大させたり、ほかの方に不利益を起こすのではないかと患者さんが残念な感じがいらっしゃるのも事実だし、入院した患者さんでそういうことで苦労したこともございました。

そこでどうしていくかということなのですが、一医師の立場としては、感染者や患者さんは弱者だと思うので、基本的には守ってあげるということが第一原則にあると思います。ただ、その上で何かの抑止力は行使しないと、わがままだけを許してもいけないと思いますので、抑止力はこれだけ感染症でみんなが困っているのだから何かの方法はつくってもいいかと思いました。でも、それがCOVIDだからつくるという方法がいいのか、感染症全般としてつくるほうがいいのか、そこまではまだ分かっていないのですが、そのように現場では感じています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

菅原先生、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

東京都のiCDCのメンバーをやらせていただいているのですけれども、その中で一つ調査がございまして、これは幾つかの調査も世に出ているかと思いますが、全くCOVIDに関して無関心という方が、はっきり数は分かりませんが、何%かは必ずいらっしゃる状況がどうしてもあります。そういう方々が感染を広げてしまう要因であるということは、皆さん、先生方ももちろん分かっていると思うのですが、そこを何とか抑えていきたい。ほとんどの方が真面目にいろいろ取り組んでいても、そういう方が一部いらっしゃる点が問題点ではないかと。そういう点で今先生方がおっしゃいますように、何だかんだ抑止力というのは絶対的に必要かと思っています。

運用の方法などは、皆さんでいろいろと御検討されて一番いい着地点があればいいなと思っております。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

賀来先生、お願いします。

○賀来委員 ありがとうございます。

今先生方がお話しになったことも含めて、今回のことについては私も賛成していますけれども、罰則についての慎重な対応は非常に重要だと思います。弱い立場というか、感染を受けた方々ですので、それらの方々に対する罰則規定ということですので、運用面をしっかりと考えていただければというのは皆さん方と全く同じ意見です。

もう一つ、岩本先生がお話しになりましたけれども、私もこれだけCOVID-19が日本全体に感染が広がった中で、厚生労働省を中心とした危機管理管理体制と共に、地方や地域ブロック別でしっかりとした体制も伏せて構築していくことが重要であると思います。中央でのしっかりとした危機管理体制の強化と、地域版CDCといった、保健所と検査機能、疫学解析機能などが一体となって危機管理を総合的に実践していく組織づくりも、今回のCOVID-19の感染拡大を契機に考えていくべきだろうと思っています。

以上です。ありがとうございました。

○脇田座長 ありがとうございました。

皆さんから一通り御意見をいただきました。時間も限られていますので、この辺りでまとめたと思うのですけれども、私からも、座長ですけれども、少し意見を言いたいと思います。

感染症の位置づけに関しては私もこれでよしいかと思っていますが、情報連携についてはこの新型コロナウイルスの流行が始まってから疫学情報ですね。クラスター対策であったり、地域の流行の状況などの疫学情報をしっかりと国が集約をして、もちろんそこには感染研も入るわけですが、感染研あるいは専門家がそれを分析して、対策にしっかりと迅速に役立てるような方法で利用できる、それをさらに公表ができる体制をつくっていただきたいと考えています。

それから、皆さんがおっしゃいましたとおり、3番目の対策の実効性の確保ですけれども、ここは当然実際の執行についてはもちろん抑制的であるべきだと思いますし、患者さんにはなるべく寄り添うという立場は当然今までどおりやっていくべきだと思いますし、保健所の先生方からもお話がありましたけれども、現場の運用が非常に大変だと思いますので、そういったところの配慮をしっかりとしていく必要があると思います。

それから、陽性になった方の宿泊療養の対策、蔓延防止と治療という意味はありますけれども、蔓延防止の観点からいくと、濃厚接触者の方の健康観察は非常に重要なわけですね。というのは、発症してから見つかった方の感染性は既にかかなり落ちている状況になっている。一方で、蔓延防止のためには濃厚接触者の方がもちろん陽性になるかどうかは分からない時点でしっかりと健康観察していただくのが重要だと考えていますので、その点、そこを実効性のあるものにしていただきたいと思っています。

もちろん我々の立場から言いますと、最後の4番目のところで、調先生、岩本先生、越田先生からも御意見がありましたように、地方衛生研究所の役割をしっかりと明確化していただくことが重要と考えています。

それが大体私の意見ということで、さらに先生方からいろいろ御意見をいただきました。部会としましては、この事務局から提案された方針におおむね賛成する方向だと、今意見を伺っていただいて考えています。ただ、今までかなりいろいろな御意見もいただきましたので、事務局のほうでは今日いただいた御意見を踏まえつつ、この早期の提出を目指して進めていただきたいと考えております。

最初に中澤先生からいただいた御意見で、感染症予防基本方針の見直しの周期ですね。これは医療計画に合わせて6年とすべきという意見ですので、これもそのように進めていただくように要請をしたいと考えております。

大体まとめとしては以上になりますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

それから、チャットにもいろいろ意見をいただいていますので、それも踏まえて事務局には、たまたもしそこで返せるものがあれば返していただくことにしたいと思っていますので、そこにも入力していただければと。時間が限られておりますので、よろしく願います。

次の議題（2）に移らせていただきます。検査のほうですね。こちら、事務局から説明をお願いいたします。

○高城内閣官房内閣参事官 事務局から簡潔に資料の構成を説明したいと思います。

御紹介がありましたように、本日はプール検査の活用、それから抗原定性検査の活用の2点を御議論いただきたいと思いますと考えております。

最初に資料2-1-1でございしますが、こちらは感染症研究所でプール検査の取扱いにつきまして実施いただいた研究報告の概要でございます。こちらの資料の4ページ目から5ページ目辺りには、検査の課題などの取りまとめがございますので、御高覧いただければと思っております。

次に資料2-1-2でございします。こちらにつきましては、このプール検査をどのように活用するかをまとめたものになります。2ページ目にございしますように、イメージ図がございますけれども、検査前の確率が低い集団、こちらを対象にこれまでの研究成果などを踏まえた指針を作成いたしまして、こちらに基づき実施していただければどうかというものでございます。

2-1-3の資料でございます。こちらは今御案内のプール検査の指針、こちらの概要となっているものでございまして、こちらはもし自治体で行政検査としても活用したいということでございしたら、次ページにございしますように、実施する際のチェックすべき事項というものを取りまとめたいただいて、御確認をお願いしたいというものでございます。指針の具体的な中身につきましては、本日皆様の御議論なども踏まえまして、事務局で取りまとめをさせていただきたいと考えているところでございます。

次に話題が移りまして、抗原定性検査について2点でございます。

資料2-2でございします。1点目は1ページにございしますように、現行2日目以降の使用を推薦している、抗原定性検査についてはそのような状況でございしますが、次ページにございしますように、感染者の日ごとウイルス量の分布などの知見も踏まえまして、当初、初日からの使用も認めてはいいかかというものでございます。

抗原定性検査の2点目でございしますが、こちらは感染多発地域における医療施設や高齢者施設の入所者等の無症状者に、海外等の事例も加味しながら、6ページにございしますが、言わばスクリーニング的な使用を認めてはいいかかかというところでございます。

前後いたしました、こちらの4ページ目、5ページ目には、国内の知見をまとめさせていただいているところでございます。

なお、この使用に際しては、6ページ目の下にあるような要件下、感度は通常の有症状者に使うものよりは低くなりますので、下にあるような留意点を踏まえて認めてはいいかかかというものでございます。

なお、抗原定性検査につきましては、昨年12月末の時点で1250万件超の生産がなされていると伺っているところでございまして、十分量が確保されておりますことを申し添えたいと思います。

以上の活用の点につきまして、現在の承認内容に即して認めてはいいかかという提案でございます。御審議をお願いいたします。

○脇田座長 ありがとうございました。

では、今の検査についての論点ですね。こちらは委員の先生方からまた御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

岩本先生、谷口先生の順番をお願いします。

○岩本委員 岩本です。

まずはプール検査のほうなのですが、実際に検査をプールでやるというのは日赤の献血血液に関するウイルス感染症のチェックのときに実施されたことがあります。日赤ですから国の全体の健康安全のためですけれども、プール検査から入って次第に個別検査になっていったということで、国に準ずるような機関としてやった実績もありますし、もちろんコロナとHIVやHBVとは違うわけですが、そういうことも周知されたほうが安心感につながるのではないかなという気がします。さっきの御説明の中で、プール検査の検査対象をもっと明確に、例えば有症者など明らかに一本一本やるべきものはプール検査をやらないとはっきり言ったうえで、例えば老人施設であるとか、積極的疫学調査の一環で接触者の検査を数多くやったほうがいいような時に行うとか、プール検査と一本ずつの検査をやる場合の仕分けをもう少し明確にされたほうがいいかと思います。

もう一点、抗原定性検査の実施方法に関してです。既に発症後2日目から承認されている検査の発症日だけ駄目ですかと言われたら、これを今さら反対して何になるのということになります。実は6月16日の持ち回り部会の時に、僕は反対、不賛成というお返事をしています。あの頃は全く部会が開かれていなくて、質問に答えられない担当者の電話レクを受けたこともあります。我々の不満がほぼピークに、少なくとも僕の不満はピークにあったときに出てきた案件でした。誰が賛成して誰が反対したかということは全く御報告いただきませんでしたけれども、部会が開かれないし、風の便りか何か分かりませんが、19か20分の1が反対だったというのを後から聞きました。だから反対したのは僕だけかと思っています。

6月16日の時には、検体数が少ないとか、前から申し上げている理由で反対しましたので、今になって簡単には賛成しにくいのですけれども、既にこれは承認されて使われているものの、2日目からやっているものを1日目からに延ばすという点だけあげて反対してもしようがないという気持ちです。一方、以前に反対したものに、考えを変えるほどの証拠もないのに後から賛成するのは難しいという気持ちがあります。最初からPCR検査をもっと普及してくれというのがばくの非常に強い主張なわけですが、6月に1日目の検体がなかったというのは、4日まで検査するなという方針だったから症例がなかったのではないかとすぐ勘繰られるような修正を、今、しなければいけないというのが非常に残念です。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

谷口先生、お願いします。

○谷口委員 ありがとうございます。

プール検査につきましては基本的に賛成なのですが、諸外国のデータは結構10検体でも信頼性に足りるデータが多いのですが、日本はなぜかちょっと低いというのが印象なのです。ただ、アフリカなどは去年の2月、3月、4月からこれをしていました。実際にこれは事前確率が低いときに確実に陽性を見つけて感染源を潰していくという戦略に基づいて行うものですから、極めて遅いという気はするのです。先ほど岩本先生がおっしゃったように明確な戦略、これをどのように考えて今後の日本の対策に生かしていくかという戦略ペーパーをきちんと設置してほしい、書いてほしいというのが1点です。基本的には賛成です。

その次の抗原定性検査ですが、これは実は僕は当時から発症日が一番ウイルス量が高いというのはいろいろなところから出ていましたので、無視していました。県内ではやってもいいと僕は言っていました。だから、今さら反対する必要はありません。ゆえに賛成です。

実際にスクリーニングにつきましても、ハーバードのマイケル・ミナさんなどがずっと昔からこれを言っていますし、結構臨床的には合致しているなという印象がありますので、これについても反対を唱えるものではございません。ただ、少なくとも明確に戦略として、今後日本でゼロに向けてやっていくのにどのようにしていくかというのはちゃんと考えていただきたいと思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

それでは、ほかの委員の先生方。

白井先生、手が挙がっていますけれども、そのほか、大丈夫でしょうか。

では、白井先生、お願いします。

○白井委員 白井です。

岩本先生と谷口先生の御意見を現場から同様の形で補足というか、印象をお話ししますと、プール検査については、大阪や東京などは多分事前確率が高いので、そこでやっても仕方がないという感覚を持っています。施設関連ではかなりクラスターが出たところもありますし、クラスターの発端はどこかという、持ち込んだ方が利用者の家族であったり職員であったりということもあるので、そういうところで「楽な」というか、こういう検査ができるようになったということを、安易にやるとあまり意味がないと思いますので、使い方についてきちんとデメリットも含めて提示していただきたいと思います。

抗原検査のほうは、確かに発生届を見ると1日目ですねということがありますが、もちろんそれを考えると、もう一回やってくださいなどは現場で言いませんので、ちゃんと発生届を受けますし、状況を見ながらこの方はPCRがもう一回必要だということを求めないで状況に応じて対応できていると思います。ですから、改めて言うていただくのは、逆にこれから抗原検査の判断をどうしようかといった経験の少ない保健所に対しては有益かとは思いますが。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

釜沼先生、お願いします。

○釜沼委員 ありがとうございます。

プール検査については、外国の実績も踏まえて我が国でも導入すべきだと思います。先ほど谷口先生がおっしゃったところですが、全体の戦略というか、検査の体制を今後どのように拡充していくのか。以前に比べれば随分検査できるようになりましたけれども、その中でどのように今後進めていき、それはいつまでに体制をどう整えるかという全体の大きな枠組みの中でプール検査の位置づけをしっかりと出していくということが、これを採用する立場からすれば役に立つのではないかと思います。

抗原の定性検査については、これが出てくるまでに非常に期待をしていて、これが使えるようになり、医療現場でもある程度採用されてきているのですが、私自身の当初の予想に比べるとまだまだ普及が少ないと思います。キット自体は随分生産をされていて、もっと利用、消費されてもいいのではないかなと思っているのですが、まだそれほどでない。その理由はどこにあるかというと、一つは検体採取の問題でありまして、鼻腔の検体でも使えるようにはなったのですけれども、なかなかその辺りが現場でうまく利用されていないというところがあります。

今回この発症日から判断できるというところの機会に、抗原検査を特に医療現場においてさらに積極的に利用すべきだということは併せてしっかりと表明していくのがよいのではないかと感じておりまして、意見を申し上げます。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

それでは、今いただきました岩本先生、谷口先生、白井先生、釜沼先生ですね。そちらに対して事務局からあればお願いします。

○高城内閣官房内閣参事官 貴重な御意見をありがとうございます。

先生方からいただいたものを整理いたしますと、対象者をしっかりと明確化すべきであるという点、それから、明確に戦略として位置づけるべきではないかという御意見をいただいたところでございます。検査の戦略と申しますか、検査の在り方みたいなものは、昨年の8月末に対策のパッケージというものが出来て、どういう検査をどう進めていこうかという大枠が示されたところでございます。こうしたものを踏まえまして、私どもももちろん有症状者、それから、濃厚接触者に対する検査は当然のこと、行政検査の対象となる正当な理由のある者につきまして、どういう対象が適当なのかというところを踏まえて、例えば集団で発生しました夜の街のクラスターですとか、あとは介護や医療施設における対象者について順次明確化してきたところではございますけれども、本日いただきました御意見も踏まえまして、今回のプール検査法の扱いなどについて、しっかりと指針のようなものをつくって周知してまいりたいと思っております。

また、検査キットにつきましても、先ほど御紹介のような生産状況でございますので、今の感染状況を見ますとまだ十分な余力があると申しますか、十分な数の検査キットはございますので、こちらにつきましてもより現場で使いやすくしていただくような周知活動をやっていきたくて思っております。

以上でございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほか、今の検査に関して何かございますか。

では、調先生と大曲先生ですね。順番にお願いします。

○調委員 地方でだんだん感染が拡大していった、今後高齢者福祉施設などでクラスターが発生するということを重症化を含めて考えると、予防していかないといけない。そのときに、こういう抗原の定性キットやプール検査によってスクリーニング的な検査をしていくのは非常に重要だと思うのですが、どういう流行状況のときにそれをやっていくとか、検体採取のところが恐らくネックになると思うので、その仕組みづくりなどについても国全体と

して考えていく必要があるのではないかと考えていますので、よろしくお願いします。

○脇田座長 ありがとうございました。

大曲先生、お願いします。

○大曲委員 大曲です。

全体としては賛成でして、抗原定性検査の特に無症状者への実施に関してコメントしておきたいと思います。医療センターのデータが出ていまして、実際に研究をやった先生方からすると、PCRと比較すると感度が低いので非常に懸念する声があるのは知っています。ただ、一方で先ほど調先生がおっしゃったとおりだなと思って聞いていたのですけれども、例えば高齢者施設で1例事例が出たといったときに、職員も含めて本当に迅速に検査をする必要があるわけなのですが、地域によって差はありますが、もともと医療の場ではないようなところに、介護の場であるようなところでロジを組むのは非常に大変で、結果的に濃厚接触者の検査は3日後だったなどということが起こっているのも現実です。そうすると、いろいろなことが起こります。ですから、早い段階で制度は理解しながらも一定のスクリーニングをする、その後はちゃんと感染が発症しないかどうかを見ていって適宜発症した人にはこういった検査をしていくというような、同時に運用の方法もちゃんと整理をしながらやっていけば、実際にリソースの限られた現場でこうした検査は非常に役に立つのではないかと考えています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございました。

越田先生、岩本先生ですね。お願いします。

○越田委員 私もプール検査については問題がないし、技術的にも大丈夫ではないかと考えています。大曲先生がおっしゃったように、クラスターが発生したときに網をかけるように施設全体の陰性確認、こういったものに比較的有效ではないかという気がいたします。ただ、ここで取りこぼすということもあるんで、必ずその後のフォローアップが必要ではないかと考えております。

抗原検査につきましても、特に救急外来で症状があった人を現場で陽性であるとふるい分けることは大変ユースフルであると思いますし、先ほど釜淵先生もおっしゃいましたように、十分なキットがあるようでしたらどんどん普及していくのも大切ではないかと考えています。

以上です。

○脇田座長 岩本先生、お願いします。

○岩本委員 2点、1点目は抗原定性キットですけれども、定性と定量検査については、もう一度はっきり感度差などを周知すべきだと思います。ウィルスの違う話なのですが、私は専門がHIVで、医科研で20年ほどHIV感染者の患者さんを診ていましたけれども、その間の偽陽性の経験はゼロです。我々のところに紹介されてきた患者さんで偽陽性という経験は一例もありませんでした。5年前に定年退職して、今、民間のクリニックでHIVを中心に少数の患者さんを診ていますが、例えばビザを必要とされる渡航者の方々のビザ検査のためにHIVの抗原定性検査をスクリーニングに使っているクリニックから紹介された人が、4例連続で偽陽性だったという経験をしました。厚労省、東京都がコロナで忙しかつたので、自分でその会社の担当者呼んで話を聞いたら、それはアメリカの大きな検査会社ですけれども、「先生、この定性キットはアフリカでのHIV検査のためにつくった製品です」と言われましたので、「あんた、ここは東京だぜ」と反論したことがあります。大曲先生がおっしゃったように感度が悪い面や、今申しあげた等の特異度も非常に気をつけなければいけない検査であるということにはぜひ注意していただきたいと思います。

2点目です。私はある報道機関のホームページをたよりに、ずっと機関別の検査数をフォローしています。12月頃、8月から11月ぐらいまでの検疫所のPCR検査数が突如書きえられ、ほぼゼロになってしまった。恐らく抗原検査で検疫をやっているわけですが、その報道機関に確認をしましたら、そうだという返事でした。最近も問題になっているように、水際対策は重要ですので、抗原検査でやっているのであれば、抗原定量検査が定性検査でやっているのかをはっきりして頂く方がよいと思います。感度の高い検査で水際対策をやっているのか、国として外国からの旅行者の利便性のために感度に目をつぶってはいせいかとつかっているのか、明らかにしていただく必要があるように思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございました。

よろしいですか。

では、事務局、今のところはいかがですか。

○高城内閣官房内閣参事官 御意見をありがとうございます。

まず、いろいろ御意見をいただきました、対象者をしっかりと明確化するという点、非常に大事かと思っているところでございます。皆様のお手元の資料2-1-2、これはプール検査法による検査の対応案で、イメージ案というのはその2枚目、資料2-1-2に書かせていただいているものでございます。これはプールについて概念図を整理してみたものでございます。プールも通常のPCR、核酸検査に比べると、たくさんものを混ぜてやりますので感度が一定程度落ちるというところがございますので、一般的に個別にやる検査よりは感度が低いという話を聞いております。こういうことを考えますと、向かって左手のほうですね。患者さんですとか、濃厚接触者ですとか、検査前確率が高いと考えられる人たちはなじまないのだろうと考えているところがございます。

一方で、一番右にあるのが自費検査の世界でして、社会経済活動の中で行われるようなスクリーニング検査ですとか、医師の診断ではなくて個人が不安だという形でお願いする検査、こうした自費検査の世界は非常に御本人が罹患している可能性は低いところでございます。こんなイメージをつくってのもでございますけれども、行政検査といたしましては、この真ん中にあるような部分ですね。患者さんですとか、濃厚接触者ですとか、非常に患者を疑うような場合でない場合であっても、例えば感染多発地域において、いわゆる高齢者施設ですとか医療施設において非常に近くでクラスターなどが起きていると、患者が発生していないようなところにつきましても一斉検査などを認めているところでございます。こういうところを念頭に、言わばスクリーニング的な検査をますます進めたいかどうかと考えているところでございまして、このような部分につきまして、今後こういう形で実施していただきたい示すものの中に、もう少し対象者を明確化したいと考えているところでございます。

感度のお話がありました。当初、岩本先生から御指摘がございましたけれども、抗原定性を入れた後に例えば偽陽性、1回簡易キットで陽性が出たのだけれども、PCRを何らかの必要性でやったら陰性が出たという不一致という御報告が幾つか上がってまいりましたので、私どももメーカーに話を聞いたり、何が問題なのかという点を調べたところでございます。そうすると、簡易キットの線の読み方といいますか、そういったものの読み違いではないですけれども、より広く拾ってしまったり、実際に検体を取ったときに十分試薬と混ぜなければいけない、しっかり混ぜているかどうか、こういった点の課題が認められましたので、メーカーさんに現場にその辺を注意するようにと言ってもらったりしているところです。

また、データにつきましても、前回、鼻腔の検査についてお諮りした後も順次フォローを続けておりまして、サンプル数、例えば30例程度で前回お示したと思いますけれども、現在60例ぐらいに増えて出てきたデータもございまして。ざっと見たところで大きないわゆる評価の違いは認められなかったところですが、これらも私どもは検査の指針をつくっておりますので、その中に順次最新の情報を盛り込みながら、現場でそういうデータを見ながら、きちんと適切な判断ができるようにしていただきたいと思います。

検疫所の問題につきましてもお話が出ました。私どもは水際の担当ではございませんけれども、感染症対策をやっている者として、どういう体制でやっているかという話をよく意見交換しているところでございます。もちろん素早くできるということと正確性、これは2つ求められると思っておりまして、先生から御紹介があったような、確かに当初はPCRでやっていたと。その後に抗原定量検査をやっていたという、ルミナルスというものを入れていると聞いています。その際に、いわゆるもろに陽性のものももろに陰性のものとグレーゾーンというものがある、グレーゾーンに引っかかるようなものについては再度検査をし、さらにグレーに入るものについてはPCR検査をして、いわゆる抗原定量のみならずPCR検査なども活用してやっているという話を聞いております。

以上、参考までに御説明いたしました。

○脇田座長 ありがとうございます。

残り時間があれなので、まだ最初の議題でもう少し議論をしたいという委員の先生方からの御希望がありますので、2 番目の議題はこの辺りでまとめさせていただきますてもよろしいですか。

それでは、部会としては、事務局から提案された方針についてはおおむね賛成するということだと思いました。抗原検査ですね。プール検査ももし導入されればそうなのですけれども、感度、特異度をしっかりフォローアップしていただいて、それから、使い道ですね。それもしっかりと示して今の検査の指針のところにも示していただくことが重要で、谷口先生から検査を使ってどういうストラテジーを持ってこの感染症対策に臨むのかという大きな方向性もきちんと示すべきだというお話がありましたので、感染症部会というよりは分科会で示していただくことが適切かと思えますけれども、そういった方向性も示していただくように私からも働きかけていきたいと思います。

そうしましたら、見直しに当たりましては、皆様からいただいた御意見を踏まえつつ進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

最初の議題で委員の先生方、山田先生、白井先生、谷口先生からもう少し議論を尽くすべきではないかということがありましたので、もしここでさらに御意見をいただける先生がいらっしゃれば御発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。

山田先生、白井先生、その順番をお願いします。

○山田委員 先ほども述べましたけれども、罰則を導入する効果ですね。それが感染症に対する抑制効果がどのように出てくるのかという科学的根拠がないと、議論が熟し切っていないと思うのです。だから、数値で示していく必要性というか、前回頂いた資料で紹介されていましたが、基本的に今までにそういう事例が全国でどの程度あって、これをそういう罰則を導入して止めない限り感染症の拡大が継続してしまうのだというエビデンスを出していただかないと、本当に罰則の導入がいざいざにしても実効性があるのだということが納得できないわけです。例えば日本医学会連合等からも緊急声明が出されていて、もともと感染症法の理念に反するのではないかと、逆効果ではないかとか、いろいろな意見も出ているので、もしここで罰則が必要だということであれば、罰則をすることによってこれこれこういう効果が出るということが科学的に期待できるということをはっきりと示すべきだと私は思っています。

以上です。ありがとうございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

白井先生、お願いします。

○白井委員 白井です。

罰則の前に類型の話を加えたいのですけれども、新型インフルエンザ等感染症に新型コロナを加えることについて、一般市民の方々が、それだけ強い怖い病気なのかというイメージを持ってしまうと思うのです。もちろんインフルエンザではない、新型コロナということは特別な病気だということはあると思うのですが、新型インフルエンザほど怖いのかみたいな、そこまでの印象を持つと思いますので、どういう意味で類型をここに当てるとかという説明を一般の方向けに、十分していただきたいと思います事務局にはお願いします。

そうでないと、そのような強い病気についての罰則について仕方がないなと思ってしまうかもしれないのですけれども、保健所としても罰則によって先ほど一番最初に、仕事が増えると言いましたが、ほかのいろいろな法律の中で実害があった場合には、公務執行妨害であったりとか、傷害罪であったりとか、そのような適用ができと思うので、そういうことをどのようにどういう方に適用するかを考えておけば、感染症法の中であえてなを振るう必要はないのではないかと私は思っています。

そういう説明をちゃんとしていかないといけないと思いますので、それが感染症の理念の中で、あとは私権をちゃんと守ろうということですね。人権を守るということについての憲法に触れないかということも含めて丁寧に説明していかないと、病気に対する概念をしっかりと持ていただくことは誰がやっていくかということ、住民の方々にお願いするには国全体で一致しておかないと、これは逆にマスコミにもお願いしたいことなので、そういったところで罰則規定を先行しないでほしいとは思っています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがですか。

谷口先生と越田先生ですね。では、順番をお願いします。

○谷口委員 ありがとうございます。手短に。

感染症法の理念からして、こういうことがいいのかどうかというのは悩んでいて、ただ、実際に起こっている状況はあるので少なくとも何とかしなければいけないという感じはしていたのですが、先ほどチャットでも書いたのですが、明らかに未必の故意というか、自分が感染させると分かっているリスク行動を取るのとは犯罪だと思えますし、公衆衛生従事者というのは、英語で言うとローエンフォースメントオフィシャルですね。そのローエンフォースメントオフィシャルが公務を実行するに当たってそれを妨げるというのは公務執行妨害になるのかなという気もして、そうすると、これはほかの法律で対処することなのかという気もしています。こちら辺はもう少し法律の知識がないと僕もよく分からないところがあるので、このような意見があるということを申し上げます。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

越田先生、お願いします。

○越田委員 私は先ほど、これまでこの新感染症法になってから罰則規定についての議論がなかったという意味で申し上げたわけであって、今回ここで罰則を設けることに賛成をしているわけでは決してありません。谷口先生や白井先生がおっしゃるように、感染症法の中に罰則まで組み込む必要があるのかということを疑問に思っております。たまたま今回COVID-19の拡大によって、感染症法をきちんと考え直してみる、時代に即した法律を考え直してみる時期であるかと。時間があれば丁寧な議論を重ねるべきではないかと思っております。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほか、よろしいですか。どうですか。

今のほかの法律の適用という話がありましたけれども、中山先生、何か御意見はございますか。

○中山委員 公務執行妨害は公務員が職務を執行するに当たり、これに対して暴行または脅迫を加えたものという要件なので、暴行または脅迫がない限りは公務執行妨害罪に直ちには当たらないと思います。ただ、前もどこババカ何かに行って感染者が暴れたというような事件で、業務妨害の疑いで送検されたことがあったと思います。ですから、ほかの法律で対応できることは確かにあるのです。だから、それと、感染症法独自で決める必要性と程度というのを、よくバランスを見て考えなければいけないのではないかと思います。

前から申し上げているのですけれども、刑罰で強制するのはかなりの人権の制約ということになりますし、犯罪の類型をきちんと決めなくてはならないことになって、結構慎重にやる必要があるのではないかと私は思っています。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

釜范先生、どうぞ。

○釜范委員 今回のコロナの対策のように多くの国民の皆さんにいろいろな制約をお願いするという経験は、これまであまりなかったように思います。その中で多くの制約をお願いして、一方で全くそれに従わないということで自分勝手に貫いている方々に対して非常に不満がたまっているという背景があって、国会での議論を見ても、どのように国民全体の合意並びに一致感ですね。国民全体でコロナに対応していこうという思いがまとまるかどうかという辺りで、この議論が行われているように私は感じています。ただ、そのことと、また一方で、先ほど申し上げたような感染拡大に対する実効性はどうか

というところでの議論ということで、感染症法でどこまでやるかというのは確かに難しいところがあるのですけれども、どうもその議論は国会に委ねざるを得ないのではないかと私は感じております。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

井上部長、お願いします。

○井上参考人 ありがとうございます。

申し訳ございません。オブザーバーの立場でありますけれども、今まで先生方からいろいろな意見があった中で、知事会の意見でも罰則の規定を書いておりますが、もとよりこの権限をもってこれを振り回すようなことを想定しているということではないことは御承知をいただければと思います。現実には都道府県でも様々な条例で罰則等の規定を設けている例はありますけれども、規定があるから直ちに違反したらすぐそれが適用だということではなくて、そこは慎重な運用が前提となっているということは、まず前提として御承知をいただければと思います。

2点目に、山田先生から御指摘があった点ですけれども、今回のこういった事例が果たして今こうして全国的に感染拡大に広がっていることにつながっているかどうかというのは、正直なかなかそれを明らかにするのは難しいかとは思っています。ただ、厚労省のほうで、事務局のほうでもいろいろな資料を提示されておりますけれども、少なくとも例えば感染が分かっている出歩くとかということで、その人の周囲に対する感染拡大の危険を及ぼしているということは現実問題としてあることかと思えます。結局、保健所からいろいろなお願いをしていること等を含めて、そういったことに従っていただけないときに、それは従っていただけないのでしようがないですねということで、お願いする側の立場としてそれで終わっていいのかどうかということなのだろうと思います。ただ、その際に、御議論はあったと思いますけれども、果たして懲役みたいな刑事罰が必要なのかどうかということは、ここはいろいろ御議論があるところだと思えますし、そういった意味での実効性担保だということでの知事会の意見と御理解をいただければと思います。

もとより白井先生をはじめ何人かの先生方からありましたけれども、これについてかえって保健所の現場の負担が大きくなるようなことになっては本末転倒だということは、我々の認識としても一致していると御理解をいただければと思います。

以上でございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

さらに追加のコメントはいかがですか。

戸部先生、お願いします。

○戸部委員 罰則の件ですが、抑制的に運用するから規定は厳しくてよいということにはならないわけで、規定が厳しめに定められていれば抑制的に運用されない可能性もありますので、規定をそもそもどうつくるかという段階でしっかり考えないといけないと思います。

以上です。

○脇田座長 ありがとうございます。

そうしましたら、大体意見は伺いましたので、事務局からコメントはございますか。

○江浪結核感染症課長 ありがとうございます。

今回、新型コロナウイルス感染症に関します法制度面でのことについて御議論をいただく機会を設けさせていただきました。少し議論が罰則のところ集中しがちであるところではございましたけれども、それ以外の論点に関しまして也非常に幅広く御意見をいただきました。

その上で、罰則に関しましては設定そのものに非常に賛成だという御意見、あるいは慎重であるべきという御意見、様々あるところでございますけれども、考え方としては、保健所に行ってくださいます様々な措置について実効性の担保という観点で、あるいは自治体、保健所の業務を支援したいという思いの中で、こういう方法、ああいう方法ということでの御提案ということなのかとも理解しております。

罰則を設けるかどうかということ、それについてどういうものにするのかという点については、国会での審議が必要なことであるということでございますけれども、その際には先生方からいただきました御意見をしっかりお伝えするようにしたいと思えますし、運用に当たりまして、どういった運用なのか、それが実際に効果、実効性があるのかということについての検証も必要ということであると思えますので、その辺りも引き続き先生方に御相談をしながら検討を進めていきたいと考えているところでございます。

○脇田座長 ありがとうございます。

もうそろそろ時間なのでまとめたいと思いますが、それを受けてさらにありますか。

大体皆様の御意見を伺って、結論は事務局から提案された方針でよしと思えますけれども、ただ、いろいろな意見はありますので、それも反映していただく必要があると。ただ、今、立法が必要ということで国会でもこれから審議をされるということなので、まさに今までいただいた意見を反映できるものとできないものが出てくるということはあろうかと思えます。ただ、可能な部分についてはなるべく反映をしていただくということで、それから法案ができた、成立した際には、皆様の御意見をそちらでまた踏まえていただくということで進めさせていただくということかと思いました。

そういったところでよろしいですか。

では、どうもありがとうございます。

それでは、正林局長からコメントがあります。

○正林健康局長 健康局長の正林です。

今、脇田座長におまとめいただきましたが、先ほどの江浪課長の説明に対して補足をしたいと思えます。

3点申し上げたいと思います。非常にたくさんの御意見をいただいて、まず、今回の新型コロナを新型インフルに位置づける点ですけれども、今は指定感染症としてさらに政令でやるべき行為を指定しながら対応してきました。実際の運用上は特措法との関係もありますけれども、特措法で新型インフルエンザ等感染症という形で運用して、今回この8か月ぐらいい、新型コロナを新型インフルエンザ等感染症という形でほぼ同じような運用をずっと続けてきています。前回の議論でも、五類でどうかということについては、先生方、今の状況からして五類ではないだろうというのは恐らく異論のないところと御意見をいただいておりますので、一類から五類の中でどれか。どうも二類ではなさそうだし、五類でもなさそうだと。なおかつ今実際の運用上は新型インフルエンザ等感染症で運用していて、そこに当てはめるのが一番ふさわしいのではないかと。これが事務局の考えです。

ただ、先ほど御意見をいただきましたが、では、新型インフルエンザと今回のコロナはぴったり一緒なのか。必ずしもそうではないと我々も思っています。そんな中で、実は新型インフルエンザ等感染症は一部の措置については政令でやめたりやったりということができるようになっていますので、仮に法案が通れば、政令でその辺は工夫しながら今のコロナに合った形の運用方法を考えたいと思います。

特に誤解がどうか、昨年10月に実は政令を改正して、入院勧告する人の対象を、それまではすべからく新型コロナのみんなだったのですけれども、改正して少し限定をしています。御存じだと思いますけれども、65歳以上の方とか、呼吸器疾患のある方とか、病床が逼迫する中で全員入院させる必要はない、場合によっては宿泊療養・自宅療養でもいいという形を取りたかったので、入院勧告の対象をそういう重症化しそうな人に限定したり、必要な事項を守ることに同意しない人、この人を仮に自宅などでステイさせていたらもしかしたら外出してあちこちで感染を広げてしまうかもしれない、そういうことをしないようにということを守れないような方、そういう方々が入院の対象ですと限定的にしましょうということを、昨年10月に政令改正しております。法律に位置づける、新型インフルエンザ等感染症に位置づけるに当たっては、今回も可能な限り同様の運用ができるような形で持っていきたいなとは考えています。それが疾患に関することです。

2点目は、先ほど谷口先生から法をないがしろにというようなコメントがありましたが、今回情報の共有という点では、この1年やってきていろいろなトラブルがありました。典型的なトラブルが、政令市、特別区からの届出は今の感染症法は国に直接届けることになっていて、都道府県には届けなくていい形になっています。結果として、都道府県は政令市、特別区のそういった届出の情報を得ずして、例えば病院の調整などをしないといけな

ら、我々国で統計というか、疫学データ処理するときに、某県から上がってきた数字がどうも何か少ない。一方、その県内の政令市からは結構上がってきていて、これはもしかして政令市の分がカウントされていないのではないかみたいな話は結構ありました。後からそれに気づいて数字を是正したり、そういったトラブルが多々ありましたので、今回法律上12条の届出は国に届け出るだけではなくてちゃんと都道府県にも届けるようにという形が取ればと。そうした形を取ればかなりトラブルが減るかなと。

さらに言うと、今HER-SYSを使って電磁的な方法で届け出ていると思いますが、HER-SYSを上手に使えば都道府県に対する届出も、保健所あるいは政令市、特別区の負担もそんなにかからないのではないかと思います。この辺の電磁的な方法も法律上位置づけることができないかと。形としてすべからず全部医療機関からの届出をHER-SYSでやってしまうと、まだまだHER-SYSを使っていない医療機関がありますし、コロナ以外の疾患についてはHER-SYSは使われていませんので、完全な届出、HER-SYSを義務化するのには難しいかと。したがって、今考えているのは、HER-SYSで届け出た場合に12条の届出とみなすという形が取れないかと思っています。

次に、一番メインに御意見をいただいた罰則の関係です。スタートは、今回宿泊療養・自宅療養、これは法律の根拠なしでずっと運用してきました。これはもともと入院勧告の対象は皆だったので、そうすると相当病床が逼迫するので、宿泊あるいは自宅、無症状の人あるいは軽い人はそちらでもいいではないかということで、実行上そういう運用をしてきましたが、法的な根拠なしでやるのはいかげんなものかということで、今回それを法的に位置づけようと考えました。感染症法ができた経緯は皆さん御存じかどうか分かりませんが、かつての伝染病法、それから、ハンセン氏病に対する様々な問題があって、感染症は常に感染拡大を防ぐという観点と、一方でそのやり過ぎによって著しく人権を侵害するという側面が両方あるので、今回の感染症法のようにきちんと医療を提供して人権にも配慮し、なおかつ調査をしたり、あるいは入院勧告したり、そういう形で感染拡大を防ぐ、その両面がこの法律には規定されています。

そうした中で、その宿泊療養・自宅療養、先ほど罰則をかけてやるべきだという御意見がありましたが、こういった人権に対する配慮は十分になされるべきで、法律を変える場合も謙抑的な観点でやっていくべきだと考えていますので、宿泊療養・自宅療養に罰則をかけたというのはいきなり過ぎだろうということで、要請という形を取ろうと考えました。ただ、要請をした結果、なかなかそれに応じていただけない場合、この場合は入院勧告をする、さらに入院措置もするという形を取ろうと考えました。

さらに、先ほどエボラだとかああいうものに実は入院の関係では罰則がないことは驚いたという御意見もありましたが、実は山田先生から実際にそういう事実はあったのか、中山先生からもういゆる立法事実はあったのか、本当にこれは罰則をつけて効果があるのかという御意見がありましたけれども、この1年やっていく中で入院中に逃げ出したとか、自分はずっと自宅にいたい、そんな入院なんかで拘束されるのは嫌だというケースは多々報告がありました。それを網羅的に幾つあったというのを把握するのはなかなか難しいのですけれども、少なくともそういう事例はいろいろな保健所から報告を受けています。そんな中で、今回知事会さんから罰則の御要望がありましたが、もともとかつては保健所から、なかなか入院に応じてくれない人に対して罰則をと、か、そういう手だては何か取れないのかという御意見はこれまでもいただいてきていましたので、そういうことで今回は入院勧告措置、それに応じない場合は罰則というものを考えていこうと思っていました。

なお、その罰則についてなのですが、実は感染症法は罰則規定はほとんどが刑事罰であります。やはり感染を広げてしまう結果として、その方が場合によってはお亡くなりになったり、そういうことも多分想定して、健康被害という非常に重たいものを扱っているという観点で、通常のいわゆる秩序罰、過料という形ではなくて、刑事罰が法律上規定されている。感染症というのは基本的に刑事罰が多くて、そのような構成になっております。今回の例えば入院措置にも応じない、まさに病院から抜け出してしまうような方とか、あるいは恐らくちらっと聞いているのは、自分は入院は嫌だ、自宅にいたいという方々は、外に出たい方々であったのではないかと。場合によっては、その方々が感染を広げてしまうかもしれない。そういった方々に対しては、一つのツールとして罰則というものが要るのではないかと、それも従来の感染症法では多くが刑事罰だったりしますので、あとはその罰則の具体的な内容はいろいろな法律を見ながら、どれと同じレベルなのかということを考えていけばいいのかなとは思っています。

さらに言うと、入院勧告もそうなのですが、基本的にできる規定でありますので、罰則もそうなのですが、恐らく感染症法はほとんどは刑事罰の規定だということを保健所の方々がどれだけ御存じかわかりませんが、直ちに今まで罰則規定を適用したケースはそんなになかったのではないかと想像します。その辺は現場の判断で、使えるそのツールを上手にこなしていただきながら、比較的簡単な説明だけで入院に応じていただける方に対しては別に罰則なんて言う必要も全くありませんし、そうでないどうしてもなかなか言うことを聞いていただけないような方に対して罰則の適用がされますよという話をしていただいて、できるだけ円滑に入院勧告なりが進むように柔軟に運用していただければいいのかと。必ず罰則を適用させなくてははいけないとか、そんな融通性のないような運用の仕方ではない形でできればと考えています。条文上も正当な理由だとか、いろいろな工夫もしたいと考えています。

それから、積極的疫学調査、これについてもかつて保健所から聴取に行ったときになかなか会ってくれないとか、聴取に応じてくれないケースがあるので、もっと強い罰則などはないのかみたいな御意見はいただいていた。数は残念ながら全部は把握できていません。そんな中で、いかに実効性を担保するかということで今回罰則を考えています。ただ、何でもかんでもではなくて、できるだけ対象となる方は限定的に考えています。患者さんであるとか疑似症あるいは無症状病原体保有者とか、いわゆる濃厚接触者みたいな方の罰則をとというような先ほど御意見がありましたけれども、それはさすがにやり過ぎかなと。疫学調査をやっているいろいろな関係者が出てきますけれども、関係者全てをではなくて、患者さんを中心とした方、特に入院勧告の対象となるような方に限定して法律上は考えています。さらに言うと、正当な理由というのは条文上起こそうと思っていますので、さらに、先ほどの白井さんからの運用の正当な理由を誰が判断するのか、その辺が極力曖昧にならないように、何らかの形でこちらからどういうケースが相当するのかということはお示ししていきたいと思っています。

あと、よくある質問で、ベッドがいっぱいで逼迫している状況で入院勧告、それに応じない場合には罰則は変ではないのかという御意見は時々いただくのですが、そういうケースを想定はしていません。繰り返しますが、なかなか入院勧告措置に応じていただけないで、場合によってはこの人を外に出したらあちこちに広げてしまうのではないのかという方々を念頭に置いていますので、ベッドが逼迫しているからなかなか入院できないとか、そういうケースはこの罰則の念頭に置いているものではございません。

私からは以上ですが、今日非常に数多くの御意見をいただきました。特に罰則について、運用面についてとか、非常に慎重であるべきという御意見、私も同感でありますので、これから立法作業、国会での審議、さらに仮に可決・成立した場合の実際の運用面でも、先生方におっしゃっていただいた御意見は十分に尊重しながら、これから進めていきたいと考えております。

どうもありがとうございました。

○脇田座長　ありがとうございます。

今、正林局長からお話がありましたけれども、委員の先生方はまだ御意見があると思うのです。しばらくZoomは開けておいてもらいますから、チャットに御意見を入れていただければと思います。

時間となっていますので、事務局にお返ししたいと思います。

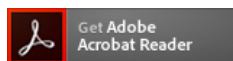
○加藤エイズ対策推進室長　ありがとうございます。

本日の委員の皆様の御意見を踏まえて、引き続き進めていきたいと考えております。

会議後でございますけれども、当方で記者ブリーフィングとして議事の概要の説明を行う予定でございます。

また次回の会議につきましては、事務局より改めて御連絡をいたします。

本日はお忙しい中お集まりいただき、御議論をいただきまして、誠にありがとうございました。これで感染症部会を終了したいと思います。



[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。](#)