

## 第7回三重県新型コロナウイルス感染症対策協議会議事概要

日時： 令和3年1月27日（水） 19：30～21：00

場所： 三重県庁 講堂

出席者： 資料（出席者） 参照

議事概要：

冒頭挨拶（知事）

第7回の協議会を開催いたしましたところ、大変お忙しい中、委員の皆さんにはご参集をいただきまして、心より感謝申し上げますと思います。

日頃から、それぞれのお立場におきまして、この新型コロナウイルスの対策にご尽力を賜っておりますことを、心から御礼を申し上げますと思います。

特に、医療関係者の皆さんにおかれましては、最前線でご準備いただき、医療従事者の皆さんも本当に不安と使命感と、そういう中でご奮闘いただいていることに、心から重ねて御礼を申し上げる次第であります。

三重県の感染状況、それぞれにご案内の通りであると思いますが、1月に入ってから、過去最多を更新し続け、大変予断を許さない状況が引き続き続いております。

全国的にも、緊急事態宣言が11都府県に出されましたが、三重県としましても、1月14日に緊急警戒宣言を発出させていただいたところであります。

引き続き、最大限の警戒をしっかりとしながら、瀬戸際は続いているというふうに思っておりますので、皆さんのご協力をいただきたいと思っております。

また、県内の医療機関におきまして、クラスターが発生をしております。

それによりまして、通常医療や救急医療において、地域の他の医療機関の皆さんに、カバーをしていただいたり、ご協力をさせていただいたり、連携をしてお手伝いをいただいている部分があります。改めまして、ご協力、カバーしていただいていることに感謝を申し上げたいと思います。

今はオール三重で乗り切っていかなければならない大変重要なときであります。医療機関の皆さんにおかれましても引き続き、通常医療、救急医療等においても、連携をしていただきながら、お力添えを賜りますことを重ねてお願いを申し上げます。さらに今日は様々な議題になりますけれども、大変重要なワクチンの接種という新たな段階の議論をさせていただきます。

県としましても、2月下旬までに、体制を構築して、ワクチンにおきましては速やかに接種できるようにしていかなければなりません。

県だけではなく、市町はもちろんですけれども、医療機関の皆さんはじめ関係のみなでやらなければならない一大事業でありますので、それを円滑に進めていく、県民の皆さんの命と健康を守っていく、そのために全力を尽くしていきたいというふうに考えておりますので、今日も様々なご議論をいただきますけれども、活発なご意見を賜ればと思います。

私どもから国に対して申し上げているのは、いま、例えば医療従事者の皆さんに、このコロナの対応をするのも、ワクチンの接種に協力いただくのも、同じ医療関係者の方々にご負担をかけることがある。「コロナもやって、通常診療もやって、ワクチンもやって、と言うならば、国においても、しっかりとその財政負担のことも含めて、しっかりと頑張っていける体制は国をあげて整えていこうではないか。」と、県からも提言をさせていただき、財政支援などを含めて、要望しているところであります。

私たちはそういう中で、皆さんと一緒に結束して、前に進めていきたいと考えておりますのでどうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

今日も限られた時間ですが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

#### 冒頭説明（事務局（中村課長））

- ・ 資料確認
- ・ 出欠確認
- ・ 当協議会は「三重県情報公開条例」及び「附属機関等の会議の公開に関する指針」により公開とさせていただきますので、ご了承願う。

#### （1）新型コロナウイルス感染症の発生状況について

（事務局中井管理監）資料1について説明。

- ・ 2ページ目をご覧ください。

全国の発生状況について、1月13日に政府のアドバイザリーボードで示されたものです。左上に新規の感染者数が棒グラフで示されていますが、大きく三つの波があり、11月中旬からの増加がいわゆる第3波で、1月に入り急増しています。

真ん中の上のグラフ、赤い線が、感染経路不明割合を示しており、全国的には約半分が感染経路不明となっています。青い線が人口10万人当たりの新規感染者数であり、直近では28.62人と、国のステージⅣの目安とする25人を超えています。

右上のグラフが検査件数と陽性率であり、陽性率は6%程度で推移していましたが直近ではステージⅢ以上の目安の10%を超える状況です。

左下のグラフが入院患者数と重症者数のグラフであり、入院患者数・重症者数とも急増しています。

真ん中の下のグラフが病床の占有率で、オレンジ色のグラフですが47%まで増加し、ステージⅢの目安となる現有確保病床占有率25%を超える状況です。

右下のグラフは療養者数で、患者数の増加に伴い、濃い青の自宅療養が増加、直近では確認中を除くと、半数近くが自宅療養となっていることが読み取れます。

- 3ページ目をご覧ください。

県内の発生状況について先週までの状況をお示ししています。上の表（1）が県内全域の陽性者数であり、新規感染者数219人、人口10万人当たりの感染者数12.3人と、両数値と

もに、前週と比較して減少していますが、依然高い数値で推移している状況です。感染経路不明割合は18%となっています。

(2)で保健所別の陽性者数も地域性を見る指標として示していますが、赤字の地域が多く発生している保健所管内であり、直近週の人口10万人当たりで、桑名が10.2、鈴鹿が27.2、津が10.2、伊賀24.2となっており、特に鈴鹿、伊賀はクラスターの影響などにより20を超えています。

4 ページ目をご覧ください。

人口10万人当たり1週間の新規患者数の推移を示したものです。

赤の線グラフですが、11月から患者が再び増加し、1月に入り急増し、ステージⅢの15には達していないものの、10以上で推移しています。青い線グラフがうち新規事例であり、赤いグラフとの間が接触者となりますが、1月に入り接触者が多くなっています。

5 ページ目をご覧ください。

年齢別発生状況を示しています。どの年齢層の患者が多いかはその後の入院治療との関係があり重要と考えますが、12月中旬以降年始にかけて30代以下の比較的若い層が増えていましたが、その後50代以上の方が増えてきています。

6 ページ目をご覧ください。

感染経路に関するデータです。下側の感染経路不明割合は、11月以降の第3波においては概ね20%前後で推移しています。

7 ページ目をご覧ください。

県内、県外の感染経路を示したのですが、三重県の場合、愛知や大阪の影響を受けるため、それらの地域で流行すると、その影響で一旦県外割合が多くなり、その後県内での接触者が増える傾向がありますが、12月中旬以降1月上旬にかけて県外割合が増え、その後県内の割合が増えてきています。

8 ページ目をご覧ください。

感染経路が判明している方について、どういったところで感染したかを示したものです。週ごとではばらつきがあるものの、年末年始は家族、飲食の割合が多く、直近のものでは、家族31%の次にクラスターの影響で医療機関25%、職場17%が多い状況です。

9 ページ目をご覧ください。

陽性者の入院や宿泊療養等の内訳を示したものです。1月以降の陽性者の急増により入院は200人を超えて推移しており、宿泊療養も徐々に増えているものの、陽性者の新規発生が減少しないため、調整中が減らない状況です。

10 ページ目をご覧ください。

PCR等検査件数は直近週では4000を超え、陽性率は1月からのトータルでは4.3%、最近は5%程度で推移しています。

11 ページ目をご覧ください。

クラスター発生状況をまとめたものです。本県では今まで35事例発生していますが、うち

27 事例が 11 月以降の第 3 波で発生しており、高齢者施設が最も多く 9 件、次いで医療機関、事業所、友人家族等がそれぞれ 7 件などとなっています。1 クラスター当たりの陽性者数は、入院医療機関において多い傾向、また、特に医療機関や高齢者施設でのクラスターは、高齢の感染者が多くなることもあり、入院医療への負荷の増大に繋がることとなります。12 ページ目をご覧ください。

県内 72 の医療機関にご協力いただき、通常のインフルエンザに加え、上気道炎で来院された方、コロナの検査を実施した方、陽性者数等について、直近 8 週をまとめたものです。真ん中の青い箇所が上気道炎として来院された方で、おおよそ 1 週間当たり 400 名から 500 名が来院されています。その中で左側の数値では、インフルエンザ患者数、検査数を示しており、陽性者は 2021 年第 2 週、3 週目で 1 名ずつの計 2 名確認されている一方で、右側の新型コロナでは計 124 名確認と、インフルエンザよりかなり多い状況となっています。

13 ページ目につきましては、今説明させていただいたことをまとめたものですので、割愛します。

(事務局坂本課長) 引き続いて 14 ページ以降、宿泊療養施設の流れについてという資料 3 ページ分ご説明させていただきます。

宿泊療養施設を確保しておりますが、陽性患者の方に宿泊療養施設に行っていただくという形を（制度として）作っておりました。

陽性患者が増えていく中で、外来検査で一定程度病状を評価していただき、宿泊療養施設への対応で問題ないという方につきましては、一定の基準を設け、宿泊療養へ入所していただくという対応もしておりました。

調整中という方が結構みえる中で、療養先を早期に確保する観点ということを踏まえ、その地域の感染状況により、一定の条件のもと、宿泊施設への入所をお願いするというような形をとっていくことを考えております。

もちろん全県ではなく、感染状況を踏まえ、対象地域を県で判断していきたいと思っております。実際に療養される場合に、入院が必要な症状を呈された場合には、各地域で一応病床のめどをつけておく、ということを中心に、一定の条件で入所していただくという形をとりたいと考えております。

その基準は別紙 1 の入院の省略、外来検査の場合の基準ということで、基本的には入院の際に行う検査と同じものを（外来で）検査していただき、入院期間を短縮してよいという判断をいただいた方と同じようにさせていただきたいと思っておりますが、一方で外来の検査でレントゲン・CT等を撮ることが難しいとか、血液検査も難しいという部分がある場合には、もちろん原則やっただけ方向をお願いをしたいと思っておりますが、医療調整本部が相談させていただいて、判断させていただくということを現在やっているところでございます。

新しい基準は別紙 2 です。高齢の方は急変のリスク等もございまして、40 歳未満という

ことで運用したいと思っております。

また、症状ある方は、入院治療が当然適切だと思いますので、無症状、もしくは、陽性が判明された時に、例えば、3日前から症状がありましたが今は熱が下がっていますという方や、3日前には咳があったが熱は下がっていますという方は、仮に入院した場合でも、退院基準を10日とすれば一定程度入院が必要なんですけど、そういった方々は症状を踏まえて、保健所の方から症状等のヒアリングをしていただき、県の方とも相談して、宿泊療養施設の方に入所いただく、という形をとりたいと思っております。

宿泊療養施設も積極的にどんどん活用していきたいと思っておりますので、ご意見あればいただきたいと思っております。

#### 【委員からの提案・質疑】

(議長) ただいまの説明につきまして、何かご意見ご質問ございましたらどうぞ。

(林委員) 現在は、入院の自宅待機が130人から140人おります。今日も急変で、医療調整本部に、ベッドを用意していただきましたが、非常に綱渡りとしてストレスがかかっております。

医療機関の皆さんにはこれまでも検査治療で非常にお世話になっており、さらに今度はワクチンという大きな仕事もありますが、ぜひ外来検査のスクリーニングを行い、宿泊療養の窓口を広げたいと考えております。現在は100室あるうちの20室とか25室しか使われていません。というのは、この14ページの右側の点線図は非常にハードルが高いためです。左側の実線の方の矢印に、外来検査或いは入院をかませるとちょっとハードルが低くなります。

保健所としては、できるだけ外来検査でもスクリーニングを行っていただいて、少しでも、1人でも多い、入院の自宅待機を少なくしたいと考えております。

現在の状況で短期入院は、実際にベッドがないため、宿泊療養の窓口を広げるとすれば、外来でスクリーニング検査を行って、保健所を助け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。

(議長) 他にございませんか。

(菅委員) 事務局の方に確認したいのですが、資料の9ページの陽性者の入院等の状況が日ごとに示されています。1月に入ってから、患者さんが、陽性者が増えてきて調整中の方が、グレーの部分がどんどん増えているのはわかるのですが、この方たちは、最終的に、入院になったのかそれともずっと調整中のまま、すなわち自宅待機のまま、軽快されたのかという最終的な転帰、今の三重県の状況で、ベット数、医療体制、患者の陽性状況で、どの程度の方が入院できるのか。県民は、コロナになったとき、果たして、入院できずにずっと置かれるのではないかなという不安に思われていますので、三重県では、少し遅れるけれども、最終的には100%入院或いは宿泊できますよというふうにいえるのかどうかというところを知りたいのですが。

(議長) 県のほういかがですか。

少なくとも、今のご質問のなかで、100%っていうことはもう絶対この条件下では無理ですよ、外国人がいらっしゃいますので。今の制度の中で、外国人宿泊も含めて、固縛していると思うのですが、県のほうから答えていただけますか。

(事務局田辺総括監) 詳細は分からないのですが、調整本部の方でやっていることとしては、リスクの高い方、例えば65歳以上の方など優先度を見て、調整しております。

中には発症日が早い方がいて、すでに10日間が経過し、解除される方もいらっしゃるのですが、地域によって少しばらつきもあるのですが、保健所で確認していただいて、解除している例もあるという状況です。

(菅委員) 当院は、主に小児とその家族の方を受け入れさせていただいてるのですが、最近の入院されている患者さんを見ると、陽性となった日、発症日をゼロとすると、8日目とかで入院してこられる方が結構多く、明らかに入院日数が短くなっているのですが、そもそも最初から入院できていなかったという方がそれはそういった当院の結果で他の状況わからないのですが当院の状況はそうです。

そうすると、少なくとも発症からやっぱり急性期の方が悪化するリスクが高いと考えるのであれば、より入院管理すべき初期の患者さんを、もっと多く入院できるようにして、早期に退院させる或いは宿泊療養に回すということが難しいのかもしれませんが、今、逆に、回復期の方を入院させて、急性期の方は調整中というような、あまりよくない循環に入っているところが少し見られるのかなと。

これは私の病院で入院している方を見てと、この状況、データを見ての印象なので、この辺の実態がどんなかっていうのを、お伺いしたいと思って質問させていただきます。

(事務局坂本課長) 今おっしゃっていたのは、ある程度自宅待機されていた方が入院されてくる例が多いのでは、という多分そういうご指摘だと思うんですけども、やや繰り返しになります。先ほど総括監からご説明させていただいた通り、症状がある方でありまして、高齢者とかリスクが高い方を中心に、できる限り早期に入院をさせていただいているのは事実です。その結果、そういった方々が、多少患者数として少ないときとかに、一応やはりこの方は、一度入院された方が、早めに入院された方がいい、その段階では早めということではなくなっているのかもしれないんですけども、入院された方がいいという方々を、入院させていただいているという事情もあります。

一方で、先ほどの繰り返しになりますが、早めに宿泊療養の方で療養された方がいいという方の判断をできる限り早めにするようにはしておりますし、病院さんの方にも宿泊療養に出していただくっていうところの判断基準の方を示させていただきましてもちろん最終的にはご相談させていただきますけども、早めに病床の回転もさせていただいて、有効利用をさせていただいているのが事実であります。

直接的なお答えなっているかわからないですが、このような状況です。

(議長) 林委員。

(林委員) 現場の保健所からお話しますと、実際に陽性が確定された後で、聞き取り調査して、僕らの中で4段階に分けています。

リスクと症状であるなしで、やはりリスクありの症状があり、あと高齢というのもリスクに入りますが、そういう方はもうなるべく早く、入院してもらおうようにしていますし、実際、ほぼできています。

問題は、リスクなしの症状なしという軽症例、無症状例の方は、今は宿泊の方に行っています。というのは宿泊の基準が厳しいものですから、そういう軽症例しか入れられていません。本来、宿泊に入れるべき中等症の方が自宅で待っているということで、津保健所の場合も、陽性になった方の3分の1から4分の1は、入院せずに、国の基準の期間がきたら、就業制限を解除しています。結局、入院せずに終わっています。そういうのが現状です。

(竹田参与) この14ページですね。PCR陽性患者で、一定の条件を満たす場合には、直接入所という、このルートですね。最後の16ページに基準が書いてありますが、コロナの患者が非常に増えたときに、医療関係者、医師も看護師も悲鳴を上げてきまして、もう外来も診きれないとなりました。

だから、PCR陽性でも、多分当初は35歳以下にしようかって話だったのですが、35歳以下で無症状、基礎疾患がない方、こういう人たちはほとんど悪くなることはありませんので、これは診察せずに、PCR陽性ならば保健所のご判断で宿泊療養施設へ送ると、そのルートを作ってほしいことを二井先生と、医療保健部の方と話して作っていただきました。これが1月の第二週くらい、三連休の初日も対応いただきまして、桑名から15人くらい、即、宿泊療養施設へいきました。

ところがその当時、桑名ではたくさん患者がいましたので、どうなったかといいますと、40歳未満で無症状の方、この方はすぐ宿泊療養にいけます。40から65歳、ここが非常に問題です。40から65歳で無症状だと、症状はないからいいのですが、この人たちはすぐ宿泊療養施設へはいけないのですね、40歳以上だから。だから自宅待機していると。

もちろん無症状ですから、自宅待機でもよかったんですが、その人たちは、いつ本当に何が起こるかかわからないと、40から65歳はちょうどマージナルゾーンといいますか、そういう人たちが20人とか30人くらい自宅待機をしておりました。菅委員が言われることと逆のことですね。

本当は40から65歳ぐらいの無症状の人がもっと宿泊療養へ行くべきですが、そちらが自宅待機して、40歳代以下がみんな無条件でいっているという逆転現象ですね。ここを何とかしないと、そのうちに自宅待機していて突然亡くなったということが起こる可能性があります。

だから、40歳以下は自宅待機で、40から55歳以上を宿泊療養施設の方へ移っていただいて、施設には看護師がおりますので、看護師がそこで患者をみていて、しかも、桑名の方がホテルの中で何か急変したら、桑名の医療機関で必ず引き取ると、そういう約束をしまして送っておりますので、現在は、県の方でうまく調整していただいたら、非常にスムーズにい

くのではないかと非常に思います。

(亀井委員) 先ほどから林委員、それから竹田参与のほうからもお話ございましたけど、この右側のこの図面っていうのは、かなりハードルが高いと、こういうことで申されておりますが、こういう時こそ自宅待機も含めてですが、非接触者医療というか、そういう可能性をどんどん探っていってどうかというふうに思います。それは例えば、i P a dの活用であったり、血中の酸素濃度を測る機械の活用であったりですね。

当然ながら血圧であったり、心拍であったりを含めて、お渡しするというのをどんどんやっていくべきではないかと思っております。

(二井参与) 個別の話になるんですけど、今三重県では妊婦が8例なんですけど、私のところの例で、1月の5日に祖母にあたる人が陽性で、子どもが1月7日と、夫が8日に陽性で入院をいたしました。

一方、本人が妊娠をしていたため、8日、9日、13日と3回検査を行いましたけど陰性でした。3回の検査で陰性でしたので9日に親子で入院して、16日に退院しました。

ところが、妊婦は2月の10日過ぎぐらいが予定日なので、いつ陣痛が起こってくるかわからないなかで3回陰性でしたが、三重県は、去年の8月15日に、鈴木知事の英断で、妊婦のPCRができるようになっていたので、もう一回念のために21日に検査をしたところ23日に陽性が確認されました。

夫が退院するときは陽性でした。陽性でも感染力がないことはある程度わかっていますが、ハイリスクの妊婦などの家族がいるときには、退院先を考慮していただかないといけないと思います。早く退院させるということは大事だと十分理解しておりますが、退院の際には、妊婦とかが一緒にいないようにとか指導をしっかりとお願いします。

(議長) 退院時の状況、条件の検討という新しい問題を提起していただきました。

病院の先生方、外来で、いきなり宿泊療養ということにする場合、外来スクリーニングを端折る原因や、それによって起こる問題点とかっていうことに対してなにかご意見があったら教えていただけないでしょうか。

外来スクリーニングなしでやらなければならない状況、という理由が分かりかねないんですけど、オーバーロードということでもよろしいのでしょうか。

(東川委員) オーバーロードするということも一つの条件だとは思いますが、林委員や竹田参与が言われたように、事実として、若い人はもうリスクがないっていうことがわかっていますので、そういう事実に基づいて、自宅療養するということを決めてもいいのではないかと思います。

(議長) 共通の意見、印象として、在宅も含めた施設療養はハードルが高いということのようですので、内容分析もしていただいて、菅委員からご意見もありましたけれども、どうして宿泊療養にならざるを得ないか、その辺のことも含めてデータを出していただけたらいいと思います。

(西宮委員) 宿泊療養のほうに看護師を派遣しております。

現在も 65 歳ではなくて 40 歳未満っていうことになっています。年齢的には 40 歳未満の方でも無条件ということなんですが、最近入ってこられた方が急変したことが 3 例くらいあります。その時の発症の仕方は、ふだん元気なのに急に悪くなります。私たちとしては、スクリーニング、すべてのスクリーニングではなくて、レントゲンくらいは撮影していただいて、悪くなるだろうなということを予想していただいて、入っていただけるほうがよいのですが、オーバーロードになっているということであれば仕方ない部分もあるのですが、そういう事実がありましたので、むしろ病院から、早めに状況を見て、宿泊療養のほうに来ていただくのはいかがでしょうか。

その辺の状況についてお聞きしたいと思います。

(事務局田辺総括監) 先ほどのご質問の件で、我々も、菅委員のお話もそうですけれども、いったん病院に入られた方で軽快傾向にある方に、宿泊療養に行っていただきたいと、何度も通知をお願いをしています。

ただ先ほどの年齢階級のところでもありましたように、最近は陽性者の年齢層も上がってきていて、8 月ぐらいの時と同じ、例えば 150 人~200 人入院していても、患者層は変わってきてまして、重症度の方が多くて、なかなか宿泊療養に移りにくいという現状もあると思っております。もちろん入院している方で宿泊療養に行っていただくという方向も引き続き進めないといけないと思いますが、宿泊施設活用のあり方も、今日いくつかご意見いただきましたので、一定お示した形で運用を進めていながら、また改善も引き続きやっていきたいと思っております。

(谷口委員) これまでの論文にもありますが、軽症でも肺の CT を撮影するとほとんどで影がみえるというデータはありますし、急変時、サチュレーションは徐々に下がっていくようですので、サチュレーションをきちっと測っていただくことによって、宿泊、自宅待機、どちらかを優先していくべきだろうと思っております。スクリーニングですべての肺の CT を撮るわけにもいけませんから、あとの経過を見ていく方がいいとは思っています。

(議長) 総括みたいなかたちになりますが、酸素濃度のデータを見ていくことが一番大事だということですね、急変を防ぐには。その辺も含めて、在宅、宿泊療養に関するところの、分析提案をもう少し詰めていただきたいと思っております。

## (2) 新型コロナウイルスワクチン接種について

(事務局田辺総括監) 資料 2 について説明。

1 から 6 の項目がございます。時間の関係もありますので、ポイントを絞った形でのご説明になる点、ご了承ください。

まず 2 ページ目です。

ワクチンの内容的なところもあるのですが、そもそもワクチンがどういうものか、打つべきなのかどうなのかといったところから入る必要があるかと思ひまして、厚生労働省のウェブサイト、今回のコロナワクチン関連の情報が載っておりますので、抜粋させていただい

ております。

まず一つ目です。コロナに限らずワクチンというものは重症化を防いだり、発症を防ぐということが目的でして、今回のワクチンにつきましても、後でもご紹介しますが、臨床試験でそこは認められているところです。

二つ目です。多くの方にワクチンを受けていただくことで、重症者や死亡者を減らして、医療機関の負担を減らすということが期待されます。

その次です。ワクチンというのは、作用がある反面、副反応がございます。

まず接種部位の腫れ、痛み。あとでご紹介しますが、かなり痛みの頻度が高いです。

発熱も、結構出るといことです。こういった副反応があるという前提の中で接種を行っていくということになります。

3 ページ目です。

有効性、副反応に関しては、海外のデータがあり、本日ご紹介させていただきます。日本人のデータについては、実際に先行接種を行って、国内のデータも確認していくということになります。

ワクチンについては、国として全国民分確保しているということですが、一度に入るわけではございませんので、接種には一定の順番があるということになります。

先ほどからの議論にもございましたが、リスクの高い方に接種するという、それから医療提供体制を守るというのが大きな目標になりますので、まず医療従事者等に接種する、そのあと高齢者、以下、基礎疾患を有する方などに接種していくという順番が示されております。

あと費用につきましては国の方で、全額公費で負担するということになっております。

4 ページ目です。ワクチンの効果につきまして、上に丸が三つございます。

感染予防（接種者が感染しない）、真ん中が発症予防（感染したとしても発症を抑える）、三つ目が重症化予防ということになります。

右の二つにつきましては、臨床試験（治験）で評価を行うことができるということになります。

我々としては一番左の感染予防、これができるともちろん良いのですが、この実証は難しいです。報道等がされておりますが、集団免疫ということで、多くの方が免疫を持つことで、たとえウイルスが入ったとしてもあまり広がらなくなるということが期待されるわけですが、これはやはり大規模な接種を行って、その後どうなるかを見ないと分かりません。下に括弧で囲ってありますが、インフルエンザワクチンの場合は、一定の発症予防効果や重症化を予防する効果が示されていますが、集団免疫効果が実証されていないということで、今回のコロナワクチンについては、いくつか接種が進んでいる国もございますが、まだ集団免疫を獲得するということまでのデータは示されていないと思っております。

5 ページ目で、有効性・安全性の話となります。

国民・県民の方の関心事項でもありますし、先行接種、その後優先接種される医療従事者にとって、喫緊の課題となります。大きな考え方としまして、真ん中の絵の左側になりますが、ワクチンには一定の有効性があり、重症化を予防するということが、一方で、ピンク色の方の副反応がある、このバランスの中で考えていくということになります。新型コロナの場合ですと年齢の高い方が重症化することは既にわかっていますので、そのような方の場合は、副反応が一定あったとしても、接種することの有効性が上回ると考えられます。

一方で右側ですけれども、小児の場合などは、軽症の方が多いです。そういった場合にはワクチンを打つことの副反応の方が上回りデメリットのほうが多いという可能性もあるので、このあたりのバランスの中で考えていくということになります。

今の日本の方針としては 16 歳以上でまず接種が検討されているということになりますので、総合的に接種の判断をするということになります。

まだワクチンが認可されていませんので、これが認可されたのち、国の方から一定の方向性が示されるのではないかと考えております。

続きまして 6 ページが副反応に対する調査になります。これも国の資料になりますが、まず左の方の先行接種、これは後でご紹介しますが、1 万人から 2 万人の医療従事者に対して先行的に接種をして、まず日本人の一定の規模で、副反応を確認することになります。真ん中ですけれども、これは企業が実施する製造販売後調査、右側は、国の方で接種後健康状況調査を行うということになっております。

1 ページをおめぐりいただきまして 7 ページ、これも色々なところから出されておりますので、ご存知の方多いと思いますが、今想定されているのが三つの会社のワクチンとなっております。

ただいずれもまだ薬事承認は通っていない状況にあり、一番左のファイザー社が現在、薬事承認の審査中であり、一番初めに出てくる可能性が高く、規模としては、7200 万人×2 回分がファイザー社製で確保されているということになっております。

接種回数はいずれも 2 回となりますが、接種間隔が異なっているということ、ファイザー社製はマイナス 75 度で、1 バイアルの単位が今までは 1 バイアル 5 回と書いてあったものが 6 回に変わっています。

続きまして 8 ページで、有効率という言葉、これもよく出てくるので、少し確認のために記載させていただきました。

この資料は、感染症学会のウェブサイトに掲載されていたものになります。

ファイザー社製のワクチンの右端を見ていただきますと、有効率 95%と載っております。一般的に我々が 95%有効と聞くと、100 人に打ったら 95 人が大丈夫と思いますが、計算の方法としまして、この治験をしたときは、1 万 8000 人の方にワクチン接種して、接種した群から 8 人が発症、一方で偽物（プラセボ）を接種した群から 160 人発症したということになります。上に注射を入れておりますが、何もしなかったら、1 万 8000 人のうち 160 人の方が感染したのを、ワクチン接種にて 8 人まで減らせたので、95%効果がありました

というものになります。

次のページ、9ページ10ページが副反応の資料となっております。

左側のファイザーが始めに出てくるため、ファイザーのデータに注目した形で括弧をつけております。

上の方に、16から55歳、56歳以上という年齢群があつて、局所反応、全身反応が記載されています。今回のワクチンは、筋肉注射になりますが、局所反応は必ずあるわけですが、この疼痛83%というのはワクチンを打った群のものになります。括弧内は対照群（プラセボ・偽物を打った群）で14%となりますので、この差を見ても疼痛の頻度が高いということになります。あと発熱、これが4%と、対象群1%よりも高値になっております。倦怠感、頭痛というのも一定の頻度であります、これはプラセボ群でも一定見られています。

10ページが、2回目の接種になります。

こちらにも疼痛は同じようにはありますが、発熱（38度以上）が16%、11%見られるということで、例えば100人規模であれば10人以上の方が、翌日なり翌々日に熱が出るということになります。この辺りが、特に医療機関で接種計画を立てる上での検討事項かと思っております。

次のページ11ページになります。ファイザー社製ワクチンについては、75度のディーブフリーザーで管理をしなければならないということで、国の方から自治体の人口割で配分されることとなり、年末に、三重県としての台数が通知されました。

三重県の割り当ては、全体で140台で、2月設置分の医療従事者用として、県内は23台の割り当てがありました。

12ページになります。三重県として、23台のフリーザーをどのように配置していくかということで、医師会単位、市町単位、或いは医療機関の配置・規模などを見させていただき、三重県枠、市町枠ということで、割り当てられた23台を各地域で話し合いをしまして、配置計画を立てさせていただいております。

続きまして13ページです。こちらは卸の話となります。メーカーから、医療機関に納品される際、卸に運んでいただきます。通常の医薬品は、それぞれ医療機関との関係の中で、卸が決まっているわけですが、14ページの右側の図にありますように、国からワクチンの割り当てがされた際に、同じ市の中に複数の卸があると、会場まで決まらないため、なかなか動きにくいというところがあります。そこで、効率的に配分するために、地域ごとに、卸を一社に決めたほうが良いということで、国の方から、担当卸を決めるようにという指示がありました。次ページ15ページが三重県内の地域卸の担当になります。8地域に分け、普段のシェアなども踏まえながら、卸、今日代表の方に来ていただいておりますけども、5社で協議を行いまして、地域卸の担当案を作成させていただいておりますので、この点をご了承くださいればと思います。

続きまして16ページが、接種順位になります。これもいろんなところから出ておりますけど

も、まずはじめに医療従事者 400 万人、その後、クーポンが配られて高齢者接種、これが 3600 万人。そのあと高齢者以外にクーポンが配られて、いろいろな順番で打たれていくということになります。60 歳以上の枠だけでも左側の数字をみると 5770 万人という人数になっております。ファイザーの納入計画がどのような形になるかわかりませんが、まず初めにファイザーから入ってくる、というかファイザーしか入ってこないとなると、ファイザー社製で、この対象の方々の接種を行っていくことが想定されます。

その過程の中で他のメーカーが入ってくると、またどういった方にどのワクチンを打っていくかということもまた議論になるかと思えます。

1 ページおめぐりいただきまして 17 ページ。医療従事者等となっている、この“等”の範囲は、何度か通知や資料の中で変わってきております。

1 月 25 日（2 日前）に国から説明会がございまして、その時の資料である最新版を提示しております。

当初から、診療科、職種は限定しないとなっておりますが、歯科も含まれるということが書かれております。ただ一方で今までなかった文言ですけど、バックヤードのみの業務を行う出入り業者さんなどは対象にならないことも書いてあります。

あと訪問看護ステーションの従事者や、介護医療院・介護老人保健施設の従事者についても、同一敷地内の場合は対象になっております。

次のカテゴリーとして薬局の薬剤師その他職員、救急隊員など。最後が自治体職員になっております。

続きまして 18 ページになります。医療従事者接種（青色）の次に、高齢者接種（黄色）があり、その次の高齢者施設等の従事者の接種（紫色）というカテゴリーがあります。今回ワクチンを大量に接種しなければならないのですが、高齢者施設で高齢者に接種するタイミングと施設従事者に接種するタイミングがずれていて、非常にやりにくいというところがありまして、何とかならないかってという要望を県からも出させていただいております。そういった中で、下の囲いになりますが、最近示されたものとしまして、まず従事者の確認をするために証明書を交付することが示されました。

その次 19 ページに、国からの新しい指示としまして、市町村と施設の双方の体制が整う場合は、介護保険施設や一定の要件を満たす高齢者施設において、同じタイミングで接種しても差し支えないといったものが出ておりますので、今後、市町村にもこの内容を周知していきたいと思えます。

続きまして 20 ページがスケジュールとなります。こちらも何度か国から示されているもので、2 日前の資料で、変更されております。

まず初めの上の先行接種と医療従事者接種のところになりますが、もともと 1 万人であったものが、1～2 万人に変更されております。

21 ページが先行接種に関するものとなります。先行接種についてはあまり情報がなかったのですが、国の方で選定しておりまして、国立病院機構や地域医療機能推進機構、それから

労災病院に国から照会をかけた上で、全国で 100 病院を選定したとのこと。

1 病院あたりは、概ね 100 人から 200 人規模になると思いますが、三重県の場合は 4 病院になっておりますので、まず、県内としてはこの 4 病院で、半月から 1 ヶ月ぐらい接種が早く始まると思っております。

続きまして 22 ページが、ファイザーワクチンの小分けの問題になります。ワクチンは冷凍 75 度で基本型接種施設に配送されまして、医療従事者向けの場合は連携型の接種施設に、住民接種の場合はサテライト型接種施設に、冷蔵で移送することになりますが、なかなか普通のインフルエンザのワクチンのように一般の診療所に、普通のバイアルやアンプルのかたちで届けることができないため、一定集まって打たざるを得ないというのが現状です。

23 ページが小分けに当たった QA になります。詳細が示されておりますので、またご参照いただければと思います。

24 ページが、医療従事者等への接種の進め方になります。接種医療機関としては、基本型接種施設が三重県の場合 23 (+先ほど先行接種される施設)、あと連携型施設となります。今こういった接種施設の調整をしているところになります。

右側は、診療所、歯科診療所、或いは薬局などの対応になります。こういった小規模施設は、なかなか接種会場になるのは難しいですので、まず対象者の取りまとめをしていただき、基本型や連携型施設で打っていく形で調整をさせていただいております。

25 ページが、三重県で考えている案になります。基本型と連携型の施設の方は、まずその医療機関で接種をする。その他の医療従事者は基本型か連携型とマッチングをして、そこで接種していくことを基本としながらも、各地域の事情がございますので、今地域ごとに、具体的なところを検討させていただいております。

26 ページが三重県の検討単位になります。基本的には今後の住民接種のことも含めると、医師会の協力なくしてはこの話は進められませんので、医師会の単位を基本に検討をさせていただいております。

これを 14 ヶ所で、毎日会議をやっても 14 日間かかりますので、一定の地域を合わせ県内 8 ヶ所で検討会を開催し、第 1 回目が終了したところです。現在、2 回目の会議を各地域で、進めさせていただいているところになります。

27 ページは、国から示された図をもとに、三重県で考えているスケジュールになります。上から 2 行目 3 行目あたりになります。基本型施設は一定決めましたので、連携型施設を決め、基本型・連携型のマッチング、あとは人数を確認しつつ、接種会場のマッチングをするということで、非常に膨大な作業になりますが、今これをさせていただいており、2 月の中旬までに一定の方向性を決めていきたいと思っております。

28 ページは細かい話となりますが、県の立場として気になっているのがワクチンの割り当てになります。医療従事者接種は、5 万人程度を想定してしまして、10 万回接種になり、箱数として 100 箱ぐらい届くことになります。この 100 箱が一度に届けば、皆さんのところへお届けできますが、これも一定の数しか来ない場合は、割り当ての順番を考えなければ

ならず、どのようにやるかを今シミュレーションしているところになります。

基本的には各地域で公平感があるような形の配分をしたいと思っています。A 案は、23 会場であれば、まず 23 会場に 1 箱ずつ配分し、その次（二周目になったとき）に、余りのパーセンテージなどを見ながらやっていく方法です。実際にどのように県に配分されるか分からないので、こういうことを検討しながら、次の国からの資料を待っているところになります。

続きまして 29 ページが、住民向けの接種になります。1 月 8 日から 1 月 19 日、右肩にございますが、各地域で検討会をさせていただきました。

この時は病院、医師会、市町と県で、まず検討会をさせていただいたのですが、その時はまだ情報が少なく、検討事項としまして、どういった接種会場を確保するのか、どういったところにフリーザーを置くのか、まず高齢者から始まるので、どのように接種していくのかという内容についての意見交換で留まっておりました。

30 ページになります。2 日前に、国の方から新たな説明がございまして、もう少し具体的なものが出てきましたので少しご紹介させていただきます。

真ん中辺りですけども、まず接種体制として、左側にあるような、特設会場で接種するやり方。右側の医療機関で接種するやり方。真ん中（緑色）のハイブリッドで接種するというやり方。こういったのを各地域で考えていくということになります。

31 ページの赤で囲ってあるところが、主に医療従事者接種の後になります。高齢者の場合、入所者にどのように対応するか、在宅の方はどうするか、一般の高齢者の方をどうするかといった視点で、考えていくことになります。

32 ページです。今まで国から大きな目安は出されていましたが、いつまでに打ちなさいという期限がありませんでした。今回は 1 回目の接種を 2 ヶ月ぐらいで終えるような形で検討して欲しいと言ったようなものが出てきました。

次のページの 33 ページに数字が載っておりますが、かなりの量になりますので、このあたりの数字を踏まえて、各地域で考えていかないといけないことになります。

ただ医療機関の空いてる時間だけでは難しいように思いますので、根本的にこのワクチン接種は、診療を制限してもやるものなのか等、まずワクチンの位置付けをしっかりと示してほしいということを国の方に我々も伝えております。引き続き、具体的などころを示していただくように、国に要望していきたいと思っております。

34 ページ、このスライド自体は、新型インフルエンザワクチンを想定したもので、黄色で書いてある接種時間については、当てにならないと思います。

川崎市でシミュレーションしているということですので、そういった情報が入手できたら、また紹介したいと思っております。

35 ページが、高齢者施設で打つ際、それぞれカテゴリ別に行うのか、国の方として少し具体的なものが出されています。また、スケジュールも示されておりますので、住民接種の方は、まだこれからどんどん通知等が出されてくるというか、情報が本当に日々

変わるような状況でありますので、今の時点での整理ということになります。  
説明は以上でございます。

【委員からの提案・質疑】

(議長) この説明に関してなにかありますか。

(二井参与) ワクチンにつきまして最初はファイザーと理解できるのですが、市の職員とディープフリーザーが最終的にこれだけ来て、それをどこに置くかとかという話をしましたが、フリーザーを設置した後動かしたりできるのかわからない。

その辺も説明していただいて、神奈川県で行われたシミュレーションを参考にしていけないのかなと思っています。

モデルナのワクチンが出てくれば、多分医療機関でも十分対応できる可能性はあると思います。

それから、最初はディープフリーザー3台で医療従事者関係はある程度はうまくいくと思うのですが、高齢者も特養等医者がいるところはいいのですが、医者がいないところは大変だと思います。住民接種が始まる時には、ある程度シミュレーションしておかないと、まだわたしに回ってこないとか、いろいろなクレームが来ると思いますので、各市町に集団接種の方法を考えてもらうように言った方がいいと思います。。

(事務局田辺総括監) フリーザーに限らず全般的に言えることなのですが、基本的に国の方で決めて、はじめはかなり高いボールが投げられて、いろいろな質疑の中で、日々情報が変わっていったところであり、このフリーザーを動かせるのか動かせないのかというのはずっと気になっていて、今の理解ですと、おそらく動かせると思っているのですが、明確には言われていません。基本的に良いと思いますが、V-SYS というシステムに入れなければならなかったり、ファイザーが直送するので、急にフリーザーを動かしても、混乱するので、その辺のルールとかもあると思います。例えば今日はこのフリーザーで明日はここで、また次の日はここってというのは、なかなか難しく、そのような接種計画ですと、拠点となるところにフリーザーを置いて、サテライト型だと5日間冷蔵で大丈夫ですので、サテライト型で接種していくといったやり方が少しずつ示されてきています。鈴鹿市は以前からモデルを作ってもらったりしており、先進的な市だと思いますが、条件がかなり厳しいところもあって、私たちも手探りの中でやってるところもあります。国から2日前にあった説明会は、県と市町村が同時に聞いていて、我々が持つてる情報と市が持つてる情報は同じであります。各地域担当を置いて、市の方ともいろいろ意見交換をしますので、私たちもアドバイスという形になりますけども、また引き続きフォローしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

(亀井委員) ワクチン接種につきましては主体事業者が市町村とされています。我々にとりましても最大のテーマになってきたなと思っています。

自治体の動きを申し上げますと、25日に自治体に対して、国の方から説明会がありました。

説明会を受けて、2月1日に市長会をやります。

全国市長会役員会の中でも、この辺りが最も多く時間が割かれましたが、その中で私のほうから厚労省へ確認させていただいたことも含めて報告させていただきます。

副反応の救済制度については、定期接種と同等の扱いでしたいと思っていると説明がありました。

県にあっては専門機関をできるだけ早く設置願いたいと思います。

介護職の話がありました。施設の方については、その施設の高齢者と一緒に接種できます。ただ、訪問介護で、例えばヘルパーステーションとかで伝播を起こしたところもありますので、ヘルパーステーションを施設とみなしていいと思っています。

また、接種はドクターに来ていただかないとできません。医師会の協力なくしてできません。その時に、人件費をどうするかというのが盛り込まれていません。国は、事務費は全部みまうと言っていますが、その中に賃金は含まれていません。

医師会の先生方は自分の診療所を午後から休んで、ローテーションの日だからと接種に来ていただいても、その救済はどうするのかとなるわけです。知事にもお願いしときますが、知事会としても側面的な支援を、政府に対してお願いします。どうかご協力をお願いしたいと思います。診療所での個別接種は非常に難しいと感じているところです。

(知事) 亀井委員からの発言について。高齢者の施設の従事者として、同時に接種できるようには県として国に要望をします。

人件費については、冒頭の挨拶で申し上げさせていただいた通り、コロナ対応もやって、通常診療もやって、ワクチンもやってという状況の中で、通常診療を止めてワクチンの接種に行っていただくのであれば、その人件費を払うのは当たり前で、それをしっかり財政支援していただきたいということは、我々も要望していきますし、知事会として、全体で要望できるようにしっかり話をしたいと思います。

(議長) ありがとうございます。

(新保委員) 接種を開始する時期というのは決まりつつありますが、どのぐらいの期間で打ち終わりたいのかが、コロナの収束にはかなり大事になってきます。ファイザーだと仮定して、ファイザーの薬品の納入のスピードがわからない時点では難しいですが、どういう形で打つか、どれぐらいの期間で打ちたいと思っているのかというのがないと、なかなか設計も難しいと思います。

例えば、1年2年かけていいのであれば、かなりゆっくりでもいいと思いますが、短期間に、例えば四日市の場合、医療従事者1万1000人ですので、3週間間隔で2回接種とすると6週間かかります。

その途中で一般の方も始まると、冷凍庫の台数が最初3台、3月に3台となっているので、2万人1ヶ月間で接種というのがマックスじゃないかと思います。8万人ぐらい接種する必要があるので、そのペースでは7ヶ月8ヶ月かかってしまいます。

確かに冷凍庫も必要ですが、場所をもう少し大きなところでやれば、医師会の先生方も交え

て、医療従事者のスピードよりももう少しスピード上げられると思います。

どれくらいの期間で接種するのかというプランがあれば、市町によって異なるとは思いますが、どういった場所で、どういう仕組みで接種するのがおのずと決まってくると感じましたので、どれくらいの期間で接種するのか明示していただいた方がいいと思っております。

(事務局田辺総括監) 期間の話については、これまで、色々な地域の声やご指摘をいただいております。何とかこの期間でやれと言ったらそれはそれでやりますが、その代わり、いろいろなものが止まるということになります。一方で、普通の協力要請であれば時間がかかるということになります。この期間については今まで、国は示していませんでしたが、資料 32 ページ、33 ページで初めてこういうもの出てきた状況です。医療従事者接種については特に示されていません。医療機関の場合、冷凍庫に入って 2 ヶ月大丈夫であり、院内の分は何とでもなるとは思いますが、近隣の診療所の先生方に接種していくには一定の計画がいります。まだワクチンがどのように入ってくるのか分からないですし、先行接種についても、まずどのように始まって、その時残ったワクチンをどうするのかなど、分からないことだらけなので、お願いしにくい状況にあります。もちろんある程度わかった時点で、お伝えしたいと思っておりますが、今はそういう状況です。

(谷口委員) まず第一に、霞ヶ関において三重県の状況はわからないと思っておりますので。我々が一番楽で効果的に動ける方法を考えておいて、お願いすればいいと思っております。

実際にいろんな会議でも、朝言ったことが夕方変わっているってことがあるので、我々は我々で考えておいたほうがいいというのが一点。

(ファイザー製のワクチンでは) 実際には集団接種は難しいと思っております。我々の世代以上は、ほとんどで集団接種を行って行っていたので、何ら抵抗はありませんが、それはやはり考えていく必要があるんじゃないかと思っております。

副反応のことですが、主反応の裏返しです。よく効くワクチンですから、このくらいの反応があっても当然なので、それをきちっと言っていただいた方がいいと思っておりますし、日本のワクチンはグローバルスタンダードからすると副反応が低すぎます。インフルエンザワクチンでは欧米のワクチンは 10% に普通に熱出ますから、日本のワクチンが低すぎる。もちろん日本のワクチンは主反応も低いわけです。それをちゃんとコミュニケーションすること、今回のワクチンはほとんど生ワクチンですので、1 回で 7 割から 8 割の効果はあります。しかも、アストラゼネカの LD/SD、SD/SD の違いは期間です。LD/SD は 12 週空けて接種している。SD/SD は 8 週以下。期間が長いほうが効果は良かった。それを考えてヨーロッパでは 11 週で、とりあえず全員一回接種ということになっているわけで、このデータは今後どんどん出てくると思っております。

(議長) 少し気が楽になるお話をさせていただきました。

(二井参与) 先ほど亀井委員から、人件費、或いは、副対応のときの対応を発言いただきました、ありがとうございます

郡市医師会の会長に集まっていたいただいた会議で、1回接種で2070円の費用があるということで、地区の医師会長から人件費に関する意見はありませんでした。

この国難の時期に、我々もその費用がどうのこうのということはありません。三重県の医者はそのように考えていると私は信じていますので、しっかりやっついていかないといけないというふうに思っています。

(議長) ありがとうございます。強いお言葉をいただきました。

実際に接種する側として感じることは、アナフィラキシーの話がいっぱい出てますが、多分これだけ接種するとなると、貧血を起こして倒れる方が結構いると思います。

そうすると、対応する側の人数がある程度必要になってきますので、ただ単に流れ作業で終わるという前提はやめたほうがいいと思います。そうすると、基幹病院で接種するという案がありますが、もし基幹病院で今回のようなクラスターが発生したときに、基幹病院で本当に接種ができるのかということも起きてくるので、物理的に難しい話だというのは重々承知の上で、二重三重の準備をしておかないと、実際には止まってしまうということが起こるのではないかと危惧しています。

(桃林オブザーバー) ファイザーの部分においては、シリンジをお届けすることになるので、まずは、決まった場所にしっかりお届けします。

この先には、アストラゼネカとかモデルナが出て、たくさんの種類のワクチンができてきた時には、いろいろ体制が変わってくると思いますので、それに合わせて、卸協会として対応をしっかりしていこうと先日の会議で意見がまとまりましたので、何とか三重県のためにですね、しっかりとやっていきたいと思います。

(議長) ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

### (3) 特措法、感染症法の改正について

(事務局太田班長) 資料3について説明。

資料3の特措法、感染症法の改正について説明をさせていただきます。

1枚めくっていただきますと国の方のホームページに載っている資料になりますが、新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律案の概要になっております。

改正の趣旨としましては、新型コロナウイルス感染症に係る対策の推進を図るため、まん延防止等重点措置を創設し、営業時間の変更の要請と、要請に応じない場合の命令等を規定し、あわせて事業者及び地方公共団体等に対する支援を規定するとともに、新型コロナウイルス感染症を感染症法において新型インフルエンザ等感染症と位置付け、所要の措置を講ずることができることとし、併せて宿泊療養及び自宅療養の要請について法律上の根拠を設ける、といったものになっております。

改正の概要は以下の通りで、簡潔にまとまっているのではなく具体的な内容はわかりにくいですが、2ページ以降に法律案の要綱というものをつけております。

それに対応するように、それぞれの項目の右端、黄色でマークをしていますのでまた後程ご

覧いただければと思います。

新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部改正につきましては、①としまして、まん延防止等重点措置を創設し、営業時間の変更等の要請、要請に応じない場合、違反した場合の過料といった規定があります。

②としまして、臨時の医療施設について、これまで緊急事態宣言中に開設できるとされていたものが、対策本部が設置された段階から開設できる。

③としましては、使用の使用制限等の要請に応じない場合の過料。

④につきましては、事業者、それから医療機関、医療関係者に対する支援体制を講ずることや、地方公共団体への財政上の措置の規定になります。

⑤につきましては差別の防止に係る、特に地方公共団体の責務規定を設けるということになります。

これまで新型インフルエンザ、それから感染症法の差別の規定というのは、人権配慮という言葉はありましたが、具体的なものはありませんでしたので、今回そういった規定になっております。

2番目の感染症法ですけれども、感染症法の一部改正ということで、①は新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザ等感染症として位置づける、としております。

②は、国と地方自治体間の情報連携、これは保健所設置市と都道府県との連携。

それから医師の届けについては、今HER-SYSというシステム使ってますが電磁的方法の活用ということになっております。

③ですが、宿泊療養・自宅療養の法的位置付けということになりまして、ここには記載ありませんが、県が宿泊施設の確保に努めるとなっております。

④入院勧告措置の見直しということで、対象を限定するということ、それから措置に応じない場合の過料、罰則について記載があります。また、積極的疫学調査への調査を拒み、もしくは忌避した場合の罰則、こういったところがあります。

現時点では法律案が示されたところございまして、今国の方で様々な検討協議が進められているところございまして、今回、この資料については情報提供ということになります。9ページからですが、これも国のほうの感染症部会の資料になります。これまでの感染症法の説明の参考資料となります。

まず9ページですが、これまで新型コロナウイルス感染症は指定感染症ということで一番端、左側のカテゴリーになります。

これが今後は新型インフルエンザ等感染症に位置付けられることで、右側になってきます。

10ページが国、都道府県、保健所設置市の情報連携の見直しといったところになっております。

次ページは、発生届、HER-SYSのイメージが載っております。

12ページが、今回の法改正に伴った宿泊療養、自宅療養の実効性の担保ということで、それを確保するには法的な位置付けをもって宿泊療養、自宅療養に割り振るといったような

フローチャートになっております。

最後のページは入院、宿泊療養の対象者という、感染症法のなかでの対象者が例示されているといったところです。以上簡単ではございますが説明とさせていただきます。

【委員からの提案・質疑】

(亀井委員) この法の改正を受けて条例の改正が予定されてますか。

(事務局太田班長) 県では感染症対策条例を12月に制定いたしました。必要があれば対応させていただくことになると思います。

(亀井委員) 名張市の条例を作ろうと思っていましたが、頓挫しています。

県条例の第8条の「市町と連携し、協力して感染症対策を講ずるものとする」と、これを受けたものを作りたいと思っていました。例えば、濃厚接触者の中でPCR検査を拒否されると、首長としては、やはり市民の命と健康を守る、その責めを持ってますので、陽性か陰性かわかりませんがPCR検査を拒否されてる方が動き回られるわけですから、それだけリスクが高くなります。これは誠に無念なことです。その方にPCR検査を受けていただくよう、基礎的自治体が手伝いましょうかということですが、県は市町村に対して個人名とかを伝えることができないことになっているのでできません。

この辺のところは非常にジレンマがあります。それぞれの首長としても、これでいいのかと思っています。

(事務局田辺総括監) まずPCR検査を受けさせるかどうかというところについてですが、今回我々が策定した条例の中では難しいですが、国のものと、積極的疫学調査のあたりになると思います。

(亀井委員) いずれにせよ県と一緒にできるように、県条例の改正できないかと思っています。

(議長) 他によろしいでしょうか。

今日の一題目も含めて、どうしても追加発言ということでございましたらお受けいたしますがよろしいでしょうか。

これで本日予定されていた議題は終わりました。進行にご協力いただきましてありがとうございました。

(知事) 今日大変貴重なご意見ありがとうございました。

まず1点目の議題のところ。発生状況と療養の関係ですが、菅委員をはじめ皆さんからご意見いただきました。

要は調整中の人も、数も、期間も減らしましょう。宿泊療養施設積極的に活用しましょう。それから、自宅療養も場合によっては併用しましょう。

この方向性は変わらないなかで、ご本人にとって、リスクを減らすため、或いは医療機関や保健所の負担を軽減するために、事前事後で何ができるかということ、更に今の現状も踏まえて改善をしていきますと申し上げましたので、事前事後のことで、しっかり改善をしていきます。

宿泊療養のところで、西宮委員から、症状が変化していくケースがあったと話ありましたが、事前と事後で何ができるかっていうものにおいて、事後のところは、竹田参与から、もし症状の変化があれば、地域の医療機関でしっかり受けて対応すると発言いただいていたので、それをしっかりやっていただいたいと思っています。

そういう事前事後で何ができるか、走りながらという部分もありますが、しっかり改善をして、ご本人のリスクを減らす、医療機関、保健所の負担を減らす、そのために、これからも知恵を出していきたいと思しますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

2点目のワクチンについては、二井参与から大変ありがたいお言葉をいただきました。とはいえ 2070 円は、知事会の議論もあるし市長会でも議論がありますが、2070 円は会場の規模とか、管理費とか、場合によっては全然足りない懸念もあるということなので、人件費のことを含めて、しっかり財政のことも憂いなくやっていけるよう、我々自治体の責任として、しっかりやっていきたいと考えています。

新保委員からはいつまでという話がありました。

我々も、何回も国に対して申し上げてますけども、診療も全部止めてワクチン接種に協力するというのであれば、そういう意思を、国としてしっかりメッセージを出して欲しいということをお願いしています。今回この 2 ヶ月という期間が出てきましたが、谷口委員もおっしゃっていただいたように我々にとって、三重県にとって、三重県の医療資源の中で、県の皆さんにとっていい方法がどうかということをしっかり検討しながら進めていきたいというふうに考えてます。

医療従事者等の皆さんは約 5 万 5000 人接種するというふうに見積もっています。

それについてはここにいらっしゃる方もほとんど接種することになる。接種いただくことになるんじゃないかと思うんですが、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げますのと、先ほど二井参与からもあったように、こういうことがあって欲しくないなと思ってるのは、10 万円の計画給付のときにあっちの自治体が早いこっちの自治体が早いといったことがあったように、自分ところの市民の方や町民の方が不安に思うことがないように、スケジュールにも 3 月中旬に接種クーポンを配れるようにということがありますので、基礎自治体の皆さんにしっかり頑張ってくださいますが、県としても、市民町民の皆さんが不安に思ったり分断が起こったりしないように、しっかりサポートして参りたいというふうに思います。

(事務局中村課長) 委員の皆様におかれまして長時間のご審議、どうもありがとうございます。これをもちまして第 7 回新型コロナウイルス感染症対策協議会を終了いたします。