

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第58回）
議事概要

1 日時

令和3年11月9日（水）18:30～21:00

2 場所

厚生労働省省議室

3 出席者

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	阿南 英明	神奈川県医療危機対策統括官
	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	川名 明彦	防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器）教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染症制御科教授

座長が出席を求める関係者

大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
齋藤 智也	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター長
中澤 よう子	全国衛生部長会会長
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学学科教授
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
西田 淳志	東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
前田 秀雄	東京都北区保健所長
矢澤 知子	東京都福祉保健局理事
和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授

	仲田 泰祐	東京大学公共政策大学院准教授
	平田 晃正	名古屋工業大学先端医用物理・情報工学研究センター長
厚生労働省	後藤 茂之	厚生労働大臣
	山本 博司	厚生労働副大臣
	古賀 篤	厚生労働副大臣
	島村 大	厚生労働大臣政務官
	吉田 学	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	伊原 和人	医政局長
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医療技術総括審議官
	大坪 寛子	審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
	宮崎 敦文	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	大西 友弘	内閣審議官
	佐々木 健	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	古元 重和	老健局老人保健課長
	吉田 一生	大臣官房参事官（救急・周産期・災害医療等担当）

4 議題

1. 現時点における感染状況等の分析・評価について
2. その他

5 議事概要

（厚生労働大臣）

委員の皆様には、お忙しい中、お集まりくださいます、ありがとうございます。

新型コロナウイルスの感染状況は、全国の新規感染者は昨日8日で102人、1週間の移動平均で190人と減少が継続し、昨年夏以降で最も低い水準が続いています。

一方、一部の地域で夜間の滞留人口の増加が続き、クラスターの発生などによる一時的な増加傾向が見られますが、今のところ継続的な増加傾向を示す地域は見られません。今後、気温の低下により屋内での活動が増えることや、年末に向けた恒例行事や社会経済活動の活発化が想定される中で、改めて国民の皆様には基本的な感染防止策の徹底をお願いして参ります。

さて、昨日8日、新型コロナウイルス感染症対策分科会、コロナ分科会が開かれ、緊急事態措置等の前提となる感染状況の評価の基準についてご議論をいただきました。コロナ

分科会におきましては、ワクチン接種の進展、医療提供体制の強化、治療薬の開発などにより、新規陽性者の中でも軽症者の割合が多くなり、新型コロナウイルス感染症との向き合い方について、新たな考え方が求められること。今後は医療逼迫が生じない水準に感染を抑えることで、日常生活の制限を段階的に緩和し、新たな日常を構築していくことが可能となること。新規陽性者数と医療逼迫との関係は地域によって大きく異なるため、都道府県毎に新規陽性者数を含めて総合的に勘案することを認めることなどから、医療逼迫の状況により重点を置いた新たなレベル分類を設定して、都道府県ごとに感染の状況や医療逼迫の状況等を評価してはどうかとの提言をいただきました。

厚生労働省としても、自治体と連携して、予防から早期治療までの流れをさらに強化するため、病床の確保だけでなくワクチン接種の促進、治療薬の開発・確保、自宅・宿泊療養者への健康観察、診療体制の構築、検査の拡充等の各種対策に取り組みます。こうした次の感染拡大に備えるための保険医療提供体制の強化の取組について、近く全体像として取りまとめて参ります。

本日も、直近の感染状況等について忌憚のないご意見をくださいますよう、宜しくお願い致します。

<議題1 現時点における感染状況の評価・分析について>

事務局より資料2-1、-2、-3、-4、-5、続いて押谷構成員より資料3-1①、②、鈴木構成員より資料3-2①、②、西浦参考人より資料3-3、西田参考人より資料3-4①、②、仲田参考人より資料3-6、平田参考人より3-7を説明した。

(尾身構成員)

○今回の感染者がなぜ減ったのかは、当然ワクチンの効果、自然感染もあったし、その他、いわゆる危機意識もあったと思う。エビデンスベースでやるので、結果はいろいろ分析した結果をみんなで納得して発表すればよいと思うが、事実関係について確認しておきたい。仲田先生の資料3-6 P14について、西田先生と同じファクトなのか確認したい。

(仲田参考人)

○そのまま西田先生のものである。

(尾身構成員)

○緊急事態宣言を出す前に比べて人流を5割までとお願いしたが、一方ではそこまではいかなかった、一定程度下がって、3割程度までいったと認識している。足りない分はワクチンや人々の意識ということ、あるいは季節のことがあったかもしれない。この辺は研究者の間で言い方が随分違っているのだから、何を言っているのかをはっきりさせないといけな

い。西田さんもいるので、この辺はどうなのか。ファクトベースで教えていただきたい。

(仲田参考人)

○東京の人流を宣言前の7月前半と比べて5割削減すべきといった提言が8月12日になされていて、3ページの右の図の赤い線が上にあり、それが7月前半のレベルである。そこと比べて5割というのが赤い点線である。尾身先生の各種発言を改めて拝見すると、8月前半の時点で2～3割減っていることが確認できる。そこから更に5割迄持っていかねばいけない。従って、追加的に2～3割減らさないと感染はなかなか止められないのではないかと、そういう見解だったと認識している。内閣官房のAI・シミュレーションチームのワクチン接種を考慮した分析を見てもそういうシミュレーションが多かったのも、それは妥当な目標であった。追加的に8月前半のレベルというのは、7月前半と比べて2～3割低い。そのレベルからさらに下げなくてはならない。そこはロジックとしては正しかった。ただ、実際にはそれは起こらずに、お盆というファクターがあり、その後、大体同じレベルで推移、指標によっては増加したことがこのグラフから読み取れるかと思う。そして重要なのは、人流が宣言前と比べて2～3割低いレベルが長い間保たれたということは、感染拡大の抑制に貢献しているが、8月前半の時点でさらに追加的な人流削減が必要というところは現実と違ったのではないかと。そして、私がここ1～2か月で、8月前半に出ていた様々なプロジェクションを見て、どういった要素を考慮していたらそれが捉えられていたのかということを考えており、私が今言ったことは全てファクトだと思っている。

(尾身構成員)

○とにかく最初の緊急事態宣言前のレベルから5割のレベルまで下げましようと言ったと認識している。5割ということは認識しているが、さらに何割ということを行ったという記憶はないので、“追加的”という詞書きになる。ファクトベースで西田さんどうだったか。

(西田参考人)

○尾身先生の通り、宣言に入るところを基準として、そこから50%の夜間滞留人口、特に深夜帯のハイリスクな滞留人口を抑制していくことが必要であろうという話だったと理解している。お盆で最も下がったが、そこで当初の50%という目標は達しなかったものの、37%とか40%近くまで下がったと記憶している。従って、10～15%程度当初の目標に及ばなかった一方で、かなり長い期間抑制的な水準で夜間の滞留人口が推移していたことも今回明らかであり、そういったことが感染の減少に寄与した重要な要因であったと認識している。尾身先生の内容と、私の記憶は一致している。

(川名構成員)

○仲田先生から示された120日周期について詳しく教えて欲しい。

(仲田参考人)

○外生的、内生的な理由で起こり得ることの2つがある。外生的な理由とは、たまたま日本ではアルファ株とデルタ株が4か月置きに来たということ。内生的な理由は、人々の危機意識である。感染が上がってくると人々が気を引き締めて感染が下がる。感染が下がると気が緩くなって、また上がる。そういったものが内生的な理由で、政策との関わりもあるが、そういった理由で波が出たといった説明もあると思う。どちらが正しいかによって、今後の見通しへの影響は大きく変わり、外生的な理由とすると、デルタ株の次がないので安心していいような気もするが、内生的な理由だと、低い状態が続くとその後は増えてしまうのではないかと、どちらが正しいかは今後の見通しに大きな影響がある。

(川名構成員)

○120日周期というのは日本国内特有のものという理解でよいか。

(平田参考人)

○仲田先生が既に退席しているので、私から答える。参考資料3は拡大期と減衰期を示しているが、ドイツや中国等も検討しており、例えばドイツの大都市やロンドンなど減衰期が比較的長く、120日を超えている都市もあるが、全体的な周期としては120日間隔程度になっているように見える。

(中島参考人)

○ワクチン効果部分について。職域接種の影響等を考慮しているのか。

(平田参考人)

○考慮している。内閣官房のAI・シミュレーションの他の研究グループも、そのあたりはすべて考慮している。ワクチン接種率というよりも、押谷先生等にご意見いただきながら内閣官房が策定した感染予防効果の減衰効果等も考え、人口全体として、感染予防効果がどのくらいなのかの割合を求めた上で、試算している。

(西浦参考人)

○7月、8月頃のデータの入手状況等私たちの研究室でやっていたことは、ちゃんと振り返っておくべきであるので発言する。予防接種室の協力を得て、予防接種に関してデータ収集が年齢群別に完了したのが8月30日である。7月26日辺りから新形式フォーマットで入手していたが、データが入ったのが8月30日であった。私たちがどのように実効再生産

数の分解をしてきたのかについて、そういうデータの状況に合わせて進んできているが、8月15日辺りまでに職域接種の一般接種との合わせ方をつくった資料を私たちが出している。しかし、職域接種の資料が一般接種と合わさる方法については少々怪しく、本当に全部の職域接種数が取れているかどうか、相当不安なデータではある。8月20日辺りから年齢群別の予防接種者の見積りとか、感受性宿主の見積りが出せるようになり、8月25日になってやっと年齢群別の接種者割合を利用したアイゲンバリューの相対的減が出るようになった。8月後半までに、6月をベースにすると再生産数が0.9掛程度と大きな減少ではないので、感染が大きく変わる要因ではないと考えながら、再生産数が相対的に0.9倍ぐらいに落ちているといった報告が8月25日から漸く始まり、9月1日からそれを利用した実効再生産数の予測が出ているということである。突貫工事で、このアイデア自体も我が研究所ではボランティアにやっている。同じようなことがあったときに、いかに国でシステムチックにやるかというと思う。ここでの8月の減少というのは、恐らく100人計算させて、ほぼ100人が減ということを実際に言うことは事前にできていないというのが今回のカーブだと思いますので、それを踏まえてポジティブな未来の方向性を見いだせるように、うまくやっていくことができると思う。

(平田参考人)

○内閣官房AI・シミュレーションチームはかなりの割合で8月の新規陽性者の減少を予測していた。但し、尾身先生等が発信していた人流減のパターンだけで特に減少が見られたが、その時点で人流を減らさなければいけないと大半の方が考えていた。当時、ベストな判断をされていたものだと、私どもメンバーの大半も考えており、感謝申し上げます。私は、8月中旬に内閣官房に提供いただいたデータに基づき検証、人流変化、年齢別の接種率など分からないながらも最も日本の状況と近いイスラエルを組み込んで学習し、パターンを予測したところ、唯一人流増の中で新規陽性者の予測が概ね合致したと仲田先生に紹介いただいた。但し、内閣官房のAIチームも含めた大半が、人流が減少しなければ新規陽性者数は減少しないと考えであったことを補足しておく。

(脇田座長)

○平田先生ありがとうございました。仲田先生も含めて時間を超過して残っていただき感謝申し上げます。質問等があったら先生に連絡させていただくので、よろしくお願ひしたい。

続いて、資料3-5にて前田参考人、資料4①、③、④、⑤について事務局より、②を齋藤参考人から、最後に資料1にて感染症の状況、分析案について事務局より提示した。

(太田構成員)

○資料2-5で高齢者施設での面会に対して厚労省が検討しており、感謝している。昨年

の10月に通知を出し、今年感染がかなり長期にわたって続いたので、まだ多くの施設、高齢者施設、病院の面会に関して様々に強い制限がかかっている。今回事務連絡や通知を出すことがきっかけとなり、医療、介護現場が、ワクチンが進んだ中でどこまで緩和できるのか真剣に考え直すいい機会になると思われ、しっかりと情報を発信してもらいたい。

(尾身構成員)

○押谷先生の、ブレークスルー感染を起こした人と未接種の人の家庭内感染での割合があまり変わらないということがあった。家庭内感染の様子を見て、ワクチン接種者と未接種者の間での感染の割合にかなり差があったと認識している。当時はワクチン接種して間もなかったからか、教えてもらいたい。

○資料1について。テクニカルなサイドでの専門家としての意見を述べるのが専門家集団としての責任であるので、政治的な最終的な判断をする際の参考にしてもらいたいといった趣旨のことを書いてほしい。

(脇田座長)

○それはこちらにお任せいただいて、少し考えてみたい。

(押谷構成員)

○アドバイザーボードで提示されたのは広島県と和歌山県があったと記憶している。先ほど言ったのはLancet Infectious Diseaseに先週あたりに出た論文。その中では家庭内の初発例がワクチン接種しているか、していないかにかかわらず、二次感染の割合が23%、25%ぐらいでほとんど変わらなかったというデータであった。ただし、家族がワクチンを接種していた場合には、家庭内の二次感染の率は低かったというデータである。和歌山県では家庭内の接触者がワクチン接種しているか、していないかをあの時点では考慮していなかったという説明だったと記憶している。その辺を考慮すると、データはまた少し変わってくる可能性もあるし、初発例が年齢の違いといったことでも二次感染の起き方が変わってくる。今までの日本で出ているデータはそこまできちんと見ていなかったのではないかと思うので、その辺をきちんと考慮した上でのデータにしないと、本当のことは言えないと考える。

(中島参考人)

○今は感染者数が極めて少ないときであり、こういうときに出てくる散发例、クラスターから、これまで感染者が多いときに見えてこなかったようなリスクが見えてきているという啓発に使っていただきたい。例えば資料2-3に飲食、事業所での増加、資料3-2で飲食や学校、高齢者施設でクラスターが出ている。また、報道レベルで北海道や岐阜での複数の飲食店でのクラスター等、数が少ないから、地域の中で広がらないからではなくて、

今後対策、感染予防の強化が必要だとメッセージに出して欲しい。

○資料2-4の1で東京都の50歳以下の年齢群別のエピカーブに予防接種の接種率の推移がない。地域別、年齢別接種率が過去に遡って示されないと、ワクチン効果がブラックボックス化するので、提示してもらいたい。その中で、職域接種は極めて大事だと考える。

○資料2-5で高齢者施設の面会に関して示されたのはとてもよい。これに加えて、施設間の横の連携は、これから施設が自信を持って前に踏み出すときに大事だと思いますので、高齢者施設の担当課を中心に、施設間の横連携を図るとことや、面会の2週間前から体調管理を面会者に求めていくということは大事であり加えて検討してもらいたい。

(釜范構成員)

○資料3-5の在宅療養者支援、保健所がファーストタッチとアセスメントを行うとある。第5波の東京でこれがうまくいかなかったときに、医療機関がそれを担うということになったが、今回の事例をきちんと振り返っておく必要がある。私の認識では、実際には十分な量は準備できなかっただろうと思っており、今後の目標としてどのくらいの医療機関がきちんと登録して、いざというときに役立つようにしておくべきなのかといった検証を、今日示された枠組みの中で出させていただくと我々の努力の目標がしっかり定まると考える。確かに地域包括ケアの考えでやるのが適当であることはその通りであるが、通常地域包括ケアとは対象や役割が大分違うので、感染症の短期的な対応をどのようにするのかという視点から、通常地域包括ケアに携わっている医療機関だけではとても足りないの、その辺りの必要な量あるいは登録すべき数等について明確に教示していただきたい

○資料1にデータ等を用いた演習が求められるとあるが、「演習」という言葉はややそぐわないので、せめて「検討」としてもらいたい。

(脇田座長)

○資料1は直したい。前半は前田先生の資料と併せて事務局からコメントしてもらいたい。

(川名構成員)

○水際対策が少しずつ緩和されて、外国の方たちが入ってくる。これは自然の成り行きだろうが、一方ではワクチン接種が非常に普及しているにもかかわらず、患者数が増えている国もある。国による流行状況の違いが、それぞれ流行株が異なることによるものなのか。もしそうであれば、水際対策の緩和には慎重であるべきである。ウイルス学的情報を教えてもらいたい

(齋藤参考人)

○AY.29というほぼ日本でしかなくて、日本ではほぼこれだけというデルタ株のサブ系統がある。要はウイルス学的に何か他のデルタと違うものは特に示されていない。先ほどイギ

リスで増えているAY.4.2を示したが、地域によってデルタの亜系統で特異的に増加が速いものがあるかもしれないが、まだはっきりと形質が違うものはないと認識している。

(和田参考人)

○高齢者施設の面会の件、ありがとうございました。とある自治体の各施設と打合せしており、いろいろ効果が出ている。市町村単位で介護保険のスキームの中で、高齢者施設と時に地域のICN、ICTを入れて出来ると、さらに進むのではないかと考えている。

○前田先生に質問。保健所の逼迫をどう予防するかは今後の非常に大事なポイントだと思う。海外の事例、特にシンガポール等では2回の接種をして、比較的若い年代、60歳未満であればかなり自宅でというような更新をしている。一方で、ワクチン接種の記録が、より詳細を求めている、未入力が多いといった話も聞く。2回の接種が発生届等で確認が出来るのか。それにより対応が変えられるのか。

○各都道府県でも様々な大規模施設等の準備がされているが、第6波のあり得るシナリオが、もう少し考えられないものか。特に海外の事例を見ると比較的若年層から始まり、数が出るが重症者は少ない等様々なシナリオがあり、3つ程度のシナリオを見ながら検討できればと考えている。第6波のシナリオは困難が予想されるが、話題も出していきたい。

(前田参考人)

○高齢者施設の面会について。先日、高齢者施設対象の中島先生による講習会にて、ワクチンパスポートのアンケートをとった。既に確認しているところが15%、実施する予定があるところが31%、54%は確認する予定はないとの回答であった。理由の1つには、来所者との間でトラブル等が発生する懸念と、実際に検査方法が課題になると思われる。今後具体的にどう検査等を実施していくのか、また面会者や家族等に対して、どのリスクコミュニケーションをしていくか、対応方法を示してもらいたい。

○保健・医療・福祉の連携について。保健所が逼迫するからこの体制が構築できないという問いかけだと理解するが、本来保健所はどんなに逼迫しても積極的疫学調査であり、地域でのサービスの調整だと思っている。医療調整が逼迫したことによって、十分にできなくなったものなので、医療調整を都道府県等が一括で実施するなど、医療調整の業務で保健所に負荷をかけないことが重要ではないか。また、P17の調整機関について、東京都の事業として、地区の医師会や基幹型の訪問看護ステーション等にそうした調整業務を委託し、そこに実施していただくことも検討されているところである。従って、こうした支援の調整を全て保健所が担うのではなく、地区医師会あるいは基幹型の施設と連携しながら、体制を構築し、保健所の負荷を減らしていくことが重要であると考えている。

○和田先生への回答。ワクチン接種歴は、確かに発生届の中での調整、アセスメント、積極的疫学調査の中で、十分に日付等までを明らかにすることができない場合が多い。ただ、その中で、政令市保健所においては、区市としてVRSを確認する手段があり、我が保健所で

もVRSでどの方がいつ接種をしたかなどを全部確認することができる為、例えばワクチンを接種した事実が分かれば、VRSで接種日等を確認できる。これが不可能な都道府県管轄の保健所は、市町村と情報の共有方法が課題になると思われる。

(押谷構成員)

○水際について。今までの経緯をみていると、必ずしもリスクアセスメントやリスク分析が出来ているのか明確でない。今回も3日で検査と突如出てきたが、どのような根拠、エビデンスに基づいてやっているのか理解できない。今も結構な数の人が検疫で見つかり、すり抜けるものは必ずあるので、特に国内でこれだけ感染者が少ない状況だと、海外からの流入がかなり重要になってくる。これをどのように考えているのか。これまでも特定の国から多くの感染者が入国した事例が幾つかあったが、そういうときにどう対応するのか等、きちんとしておくべきである。

○資料1の継続的な増加傾向を示す地域はないという記載部分。これは事実だが、国内で伝播が続いていることは明らかであり、次のセンテンスの前に国内では感染伝播も続いており、今後、気象の低下などという記載になると考える。また、大幅な規制緩和の中でのブレークスルー感染やリバウンドが発生していると並列にしているが、全然違うことなので、ブレークスルー感染を含むリバウンドが発生しているというような表現にしてほしい。

(西浦参考人)

○ロナプリーブが相当数使用されており、外来で使用可能となったが、これによりどれほどの入院あるいは死亡が回避されたのかぜひ分析しておくべきである。ワクチンのように個別分科会があるわけではないので、アドバイザリーボードで事後評価が可能なのであればやっておきたい。今はトータルの投与者数のみで、例えば時系列で出荷数、外来で何割が使われているといったことがアップデートできると、回避できた感染、死亡、入院が推定可能になるのではないかと。今後、予防投与も可能になる薬も承認され始めており、無症候性感染者もこの後増えることが想定され、その評価手法を準備しておかないと無症状でカウントできないと困難を極める可能性がある。データ収集の点等相談させてもらいたい。

(脇田座長)

○釜萯先生から保健所と医療機関の連携で在宅療養者の支援の話、押谷先生から水際の質問があった。また、和田先生から少し幅広にシナリオを考えるべきではないかということと、西浦先生からロナプリーブ効果のデータこのアドバイザリーボードで分析していくべきではないかと。事務局よりコメントがあればお願いしたい。

(健康課長)

○保健所の業務逼迫の指摘について回答したい。外部支援、医療機関との連携による支援

について目安を示してほしいとあったが、全国一律のいわゆる定量的な目安を示すことは難しいと考えている。しかし、この夏の反省を踏まえて、今月末までに都道府県より提出を求めている保健医療提供体制確保計画の策定に際して、トリガーポイントを目安として示しているが、感染の拡大状況を踏まえながら、要はフェーズごとに人員体制をどのような組合せによって確保していくのか、手段も含めて検討していただくよう依頼している。今後あり得る感染拡大に向けて、都道府県で鋭意検討してもらっているところであり、共有させていただく。また、入力、届出については、ワクチン接種日等を記録するところがあるが、HER-SYSの活用を促すとともに、医療機関による入力についても引き続き協力をお願いしていきたいと考える。

（武井審議官）

○水際に関する変異株とリスク分析について回答する。変異株については、齋藤先生が仰った通り変異株の情報はWHOやGSEDの情報、資料4②といった感染研からの情報に基づいて評価を行い、各国別に一国ずつ見ている。例えば今回出てきたペルーなどの場合はデルタ株が85%、ガンマ株が7%出ているといった情報を使っている。一方、トリニダード・トバゴについてはガンマ株が90%、ベネズエラはミュー株が16%、こうした海外の情報をベースに分析を行っている。それに加えて、検疫で得られたデータを解析し、例えば水際で出てくる陽性率、変異株についての情報も水際の検査結果から取っており、そうしたデータを踏まえてリスク分析を行っている。

（結核感染症課長）

○コロナプリーブに関して、参考資料の「1. 治療薬の概要」の表の2つ目にあるとおり、暴露後の免疫抑制状態の患者等に対する発症抑制の適応拡大が行われている。このような中和抗体薬の使用が拡大していく中で、患者さんの重症度に及ぼす影響の評価がどのようになれるのかは、先生方ともよく相談をしていきたいと思っている。従来、この薬の提供状況に関しては、企業との秘密保持契約の中で明らかにすることができていないところもあるが、投与実績をどれぐらい世の中に明らかにしていくか、また、分析のためにどういったデータが提供できるか、その辺りを検討していきたい。

（脇田座長）

○水際について質問したい。資料4③だが、②は入国者総数の枠内でと書いてあるが、①の短期間のビジネス目的は人数のキャップがあるのか。また、3日間の後に検査をすることなので、相手国から出国するときに検査、こちらで入国したときに検査、そして3日目に検査、3回検査を行って、あとは7日間の行動管理を行うということか、あとは人数の制限があるのか。

(武井審議官)

○全体として現在の枠内での入国のコントロールになるので、①、②を含めて全体として入ってくる数を現行の人数の枠で行うということであり、全体にキャップがかかっている。

(脇田座長)

○いただいたコメントに対しても大体事務局から回答があったが、これでよろしいか。
本日もありがとうございました。

以上