

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第81回）
議事概要

1 日時

令和4年4月20日（水） 17:00～18:55

2 場所

厚生労働省議室

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／藤沢市民病院副院長
	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	公益財団法人結核予防会代表理事
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	瀬戸 泰之	東京大学医学部附属病院病院長
	館田 一博	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科教授
	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
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染症制御科教授

座長が出席を求める関係者

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
杉下 由行	東京都福祉保健局感染症危機管理担当部長
高山 義浩	沖縄県立中部病院感染症内科地域ケア科副部長
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
藤井 睦子	大阪府健康医療部長
前田 秀雄	東京都北区保健所長
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

厚生労働省	後藤 茂之	厚生労働大臣
	古賀 篤	厚生労働副大臣
	佐藤 英道	厚生労働副大臣
	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
	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をいただき、誠にありがとうございます。

直近の感染状況について、昨日19日、4万841人、1週間の移動平均では4万4910人となっております。全国的に見れば足元では減少の動きが見られます。しかし、地域別に見ると直近1週間の移動平均が昨年末からのピークを上回っている県もあります。また、沖縄県など増加が続く地域がある一方、大都市圏を中心に減少傾向が見られるなど、感染状況の推移に差が生じております。BA.2系統への置き換わりの状況も含め、全国の感染状況を引き続き注視していきます。

特に全国で最も高い感染レベルとなっている沖縄県については、政府としてリエゾンチームを12日に沖縄県庁に派遣し、現地の感染状況や感染対策上の課題、ニーズを把握してまいりました。その上で、全国的に見ても接種率の低い沖縄県のワクチン3回目接種につ

いて、ショッピングモール等の場も接種会場として活用しながらさらに促進すること、抗原検査キットを積極的に活用した頻回検査など、高齢者施設での対応を強化することなどについて緊密に連携を取りながら県の感染対策を支援してまいります。

ただいま申し上げたワクチン3回目の接種の促進、高齢者施設等での対策の強化については、沖縄県に限らず全ての都道府県においても重要な課題でございます。ワクチンの3回目接種については、65歳以上の高齢者の接種率は8割を超え、65歳未満の方への接種も本格化する中、特に若年層がワクチン接種を受けやすい環境を整備していくことが重要と考えております。

引き続き3回目接種の必要性や交接種の有効性、安全性について、分かりやすく情報発信するとともに、政府として自治体と大学等が連携し、予約に空きのある自治体の大規模接種会場等を活用した学生への接種を促進してまいります。厚生労働省としてもこうした取組に協力することなどによりまして、一日も早くできるだけ多くの方に接種いただけるよう全力で取り組んでまいります。

高齢者施設等における対策の強化については、各都道府県に対して施設からの連絡、要請により、24時間以内に感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制、全ての施設で医師や看護師による往診、派遣ができる医療機関の事前確保について、目標を明確化しつつ依頼をしています。高齢者施設等における対応も含め、今週金曜日、22日を締切りとして、保健・医療提供体制の対策徹底の取組状況の報告をいただくこととしておりまして、各地域において必要な医療が提供される体制を確保してまいります。

ゴールデンウィークが近づく中で人流や都道府県を越える移動が増えることも予想されることから、引き続き感染防止策の徹底が必要でございます。国民の皆様には、感染リスクの高い行動を控えていただき、改めてマスクの着用、手洗い、三密の回避や換気などの基本的感染防止策の徹底を心がけていただきますよう、お願いを申し上げます。

本日も直近の感染状況などについて忌憚のない御意見をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

<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1、資料2-1、2-2、2-3、2-4、2-5及び資料4、押谷構成員より資料3-1、鈴木構成員より資料3-2、西浦参考人より資料3-3、西田参考人より資料3-4、中島参考人より資料3-5、前田参考人より資料3-6、高山参考人より資料3-7、藤井参考人より資料3-8、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(前田参考人)

- 昨年、一昨年は緊急事態宣言の下という状況だったが、今年、3年ぶりに緊急事態宣言が発せられていないゴールデンウィークになる。このゴールデンウィークの予測はいかがか。

(西田参考人)

- 資料3-4の5ページ。一番上に2019年のコロナ前の推移が出ているが、これを見ると都内の主要繁華街の夜間滞留人口は一時的に減少する。ただ、おそらくここに行かなくなった人たちが違うところに行っているはずなので、それが関東甲信越や東海地方を中心に全国に広がっているということ。今日は共有できていないものとして、都道府県をまたぐ移動なども併せて見ていく必要があると思うが、都内については今年も夜間滞留人口は減少するのではないかと見ている。

(前田参考人)

- 緊急事態宣言が発せられてないとはいえ、あまり遠方へ外出できないので、むしろ都内で楽しもうという発想も出てくる。そうすると、そのあたりは変わってくるのではないかと思う。あと、先ほど西田先生が仰ったように、発生動向を見ながらということになると、今日の結果が、どうも感染が抑えられていそうだとということで、ある意味アナウンス効果があって、むしろまたちょっとは出かけていいのではないかという気になり、夜間滞留人口が増えてこないかという懸念を持っている。

(西田参考人)

- おそらく前田先生の仰るとおり。感染状況をかなり見ながら動いているというのは相変わらずなようなので、ゴールデンウィーク前の感染者の減少は、人の動きを推進してしまう可能性があるかと思う。

(脇田座長)

- 今の感染状況の要因について。BA.2のグロースアドバンテージについてや、人々がハイリスクな接触を避けているのではないかと、という話があった。ただし、今後、ゴールデンウィークになって増加するかもしれない。東京は人流が下がるが、地方へ移動するという要因がある。また、ワクチンの接種は地域差があり、一方で、自然感染の要因が結構影響している可能性がある。そういったところの議論も御意見をいただきたい。特にゴールデンウィークになるので、そのことも踏まえて御意見があればいただきたい。
- ゼビュディに関して、オミクロン、BA.2に対して効果が減弱するために、他の薬が使えない場合に限ることとする添付文書の改訂があった。臨床の先生方で、薬の選択についてどのようにお考えか、意見があればお願いしたい。

(尾身構成員)

- 事務局へのお願い。3回前のアドバイザリーボードで押谷先生から、エピカーブと一緒に10か国ぐらい、主にヨーロッパの国のワクチンの接種率や感染状況の推移、死亡率

の推移、入院者の推移を出していただいた。事務局でルーチンに毎回出していただくと、これから日本が非常に重要な時期に差しかかる中、ほかの国との比較が非常に分かりやすい。可能であれば定期的にやっていただきたい。

- 今言った押谷先生の資料を議論したときに、ヨーロッパの多くの国ではワクチンの3回目接種が日本よりも結構進んでいるにもかかわらず感染が拡大し、一定程度の死亡者、入院者が出ていることから、ワクチンは効果はあるが万能ではないので、ワクチンあるいは免疫だけにあまり重きを置きすぎず、少し気をつけてやりましょうという議論があったと思う。今日の議論では、東京や都市部を中心に、それほど感染が爆発的に増加していない理由として、プレゼンターの方が大体共通に言われたのは、ワクチンの接種率、自然感染の多さ、それにハイリスクの行動を国民が下げてくれるということ。この点について、前の議論と今回の議論とで、どのように説明したらいいのか、データを見ていただいている先生方に説明していただければと思う。

(押谷構成員)

- 難しいところだと思うが、海外のデータを見ると、3回目のワクチン接種率は今の日本よりも高いところが多く、自然感染の罹患率も日本よりもはるかに高いところが多い。なぜ感染が拡大しているのか、私も理解できてないところがあるが、先ほど西田先生が仰ったように、そこまでハイリスクの行動が戻ってはいないところは日本の特徴かと思う。欧米だけではなく韓国も直近ではほぼ全て規制を解除したと報道されているが、そこでかなり感染が上がって行って、韓国は自然感染の感染率、罹患率も低かったということもある。ただ、あれだけ韓国が感染してもなかなか減っていかなかったのも、今も結構高い状況にあるが、そういうことを考えると、やはりハイリスクの行動が戻っていないということも結構効いている可能性はあると思う。

(鈴木構成員)

- 既に論点に上がっているが、やはりハイリスク行動が避けられていることは非常に大きいと思う。これだけユニバーサルマスクが今も徹底されている国は世界的にもほとんどないと思う。ユニバーサルマスクだけではなく、飲食の場面での対策も今も徹底されていると思う。これがやはり効いているのではないかな。

(西浦参考人)

- 同じ意見。行動、特に危険な接触がなし崩し的になっていないというところに大きな分水嶺があると思う。接触がある程度リスクを持って起こると、韓国の流行状況を見ていると、やはり一定の規模の感染になることを覚悟しないとイケないので、そうしたことがある程度、肌感覚ではなくて共有できる方法を模索している。
- 再感染や、あるいは予防接種をしたのに感染をしまっている、いわゆる

Vaccination failureに相当する事例が日本でも相当数いると思うが、モニタリングでできる方法が確立してないことに問題意識を相当持っている。押谷先生がおっしゃるとおり、一定の接触が起こり始めると、Vaccination failureだらけになると考えられる。今まではHER-SYSの入力がうまくいっている間は、再感染のコホートのようなものを感染研で鈴木先生が何とかやってくれていたが、HER-SYSは入力項目も減ってきており、Vaccination failureのモニタリングが現有のデータだけではできない可能性が高い。インフラ構築も含めて幾つかの手を今のうちに打っておかないと大変危険な問題になるのではないかと危惧している。

(脇田座長)

- 3人の先生に共通したのは、ハイリスクな行動がそこまで戻ってなくて、感染が避けられているということがかなり重要なポイントだろうということ。したがって、ゴールデンウィークの対策もそういったことを中心に呼びかけをすることが重要だろうと思う。

(阿南構成員)

- ゼビュディの添付文書の変更について。現場としては困っている。中和抗体は使い勝手がいいので、高齢者施設等で積極的に打つための仕組みづくりもやってきた。変更後の添付文書だと、最初からゼビュディを選択できないということになる。他の治療は、内服薬が使い勝手が悪く、一般の開業医がパキロビットを出せる状況ではない中で、高齢者はラゲブリオは御存知のように飲みづらい。代替手段が非常に弱い中で、中和抗体は効かない薬みたいな感じになってしまうと、今まで一生懸命やろうとしてくれた人たちの腰が引けてしまっただけで困ったと思っている。レムデシビルも点滴も軽症者から使えるようになったが、3日間連続でやらなければいけなくて非常に使い勝手が悪い。もっと言うと、現場でゼビュディを相当量使ってきているが、BA.2に置き換わっている中でも、そんなに効かなくなっているという印象もない。科学的な証明、データではないが、そんなに効かないのかなという感じで、ファーストチョイスで使って本当にいけないのかと感じている。アメリカでは承認を取り消しているが、他の選択肢がたくさんある国はそれでいいが、日本は選択肢が非常に狭いので、相当に痛いなと思っている。いろいろな仕組みをつくっている立場からすると、困ったなと思っている。ファーストチョイスにしてはいけないとのことだが、本当にそうなのか、示していただく必要があるのではないかと。

(前田参考人)

- 藤井先生に質問。大阪と東京のクラスターの発生状況を比較した。報道機関から問い合わせも受けているが、だいぶ発生動向が違うのではないかと話がある。東京のク

ラスターの発生動向は保健所が任意で提出している状況であり、必ずしも全体の数が十分把握できていないため、実数を比較するという話はあまり適当ではないという話はあるが、今日の資料では、1月、2月、3月の動向で東京では明確に3月になるとクラスター数が減少してきているが、大阪では3月になってもクラスター数が減少してこなかった。東京も若干届出の遅れもあるが、もうほとんど3月分のクラスターの発生の届出がないので、おそらくある程度打ち止めだと思う。大阪では3月になってもクラスターの発生状況が下がらなかったことについて、どのように分析されているかお伺いしたい。

- ゴールデンウィークについて。西田先生からは3年前のパターンをお示しいただいた。3年前、多くの方が旅行に行ったりして、むしろ都市部はゴーストタウン化するという状況の中で人流も低下するという状況だったが、今年は、例年どおりのように外出をされないとなると、一定程度東京都内にとどまる方が多いのではないかと思う。そうした中で、先ほど、今回の日本において一定感染拡大を抑制されているのは、ハイリスク行動が抑制されていることが原因ではないかという議論があった。ただ一方で、そのハイリスク行動の増減に関しては、発生動向の状況をやはり皆さんよく探知しており、発生動向が下がってくるとまたハイリスク行動が高まってくることも予想される。そうすると、ゴールデンウィーク中、特に都市部において、遠出はしないが近隣でいろいろな形で飲食、会食等を行っていくという懸念もある。そうした意味では、現在感染は一定抑制されている状況であるが、ゴールデンウィーク中においても、リスクの高い行動は控えていただくようなメッセージをぜひ発していただきたい。また、ゴールデンウィークを契機として都市部での感染拡大が発生してしまうことは避けるべきなので、その点を何らかの形でメッセージとして盛り込んでいただきたい。

(脇田座長)

- 2点目のご指摘については、現状、ハイリスクな行動が増えていけば当然海外と同様の感染拡大に入ってもおかしくはない状況なので、引き続きゴールデンウィークをきっかけに感染拡大しないよう、リスクを避けていただくことを呼びかけていかなければいけないと思う。

(藤井参考人)

- 大阪府内のクラスターの発生状況について。前提として、大阪府ではとりわけ第3波以降、高齢者施設と医療機関のクラスターが一貫して多数発生しているという課題を抱えている。クラスターの発生数が東京都と比べても非常に多い。資料8の17ページ、18ページに記載しているが、全体の施設数に占めるクラスター発生施設数を見ると、ほぼ4割の医療機関、高齢者施設数だと2割近い入所施設でクラスターが発生している。発生比率として非常に多いということが前提。次に、1月までは大阪府も報道機関へのク

クラスター公表を前提に施設クラスターの把握をしていたが、2月に入ってから治療支援のためのクラスター把握に切り替えており、毎週末に発生施設数とその中の患者数を必ず報告いただくという形に報告制度を切り替えた。そのことがしっかり定着したのが3月なので、3月以降、かなりほぼ100%に近い形で施設のクラスターを把握できていることが3月のクラスターが落ちてない一つの要因だと思う。もう一つの要因として、3月の前半も1日当たり7,000から6,000人の感染の波の下り基調であったが、まだかなりの感染規模であったので、その中でクラスターの発生が引き続いた。4月に入ってから医療機関も含めて1日数例のクラスターが続いており、完全にクラスターの発生を封じ込められている状況ではないのが大阪府の状況。

(脇田座長)

- 阿南先生からは点滴薬、抗体薬の話があったが、他に御意見があればお願いしたい。

(舘田構成員)

- 阿南先生の意見に賛成。確かにソトロビマブはBA.2では抗ウイルス効果が下がっているとの報告がされているが、実際にソトロビマブの血中濃度を考慮した有効性の評価では、まだ血中濃度が高く維持されていて効果があるというデータも出ている。そういう意味では、代替薬がアメリカのようにない中で、入院させたときに1回投与することで、副作用がそんなにない。したがって、1回悪さをしないのだから少しでもよくなる可能性があるならばこの薬を大事に使っていくことが必要なかと思う。また、ロナプリーブが駄目だったのが、ロナプリーブの有効性がBA.2になって少し回復しているということも言われている。ゼビュディも試験管の中での抗ウイルス作用は少し下がっているかもしれないが、体内動態を考えたときの有効性に関しては決してマイナスになるものではないので、使い方を少しうまく提示していったほうがいいのではないかと。高齢者は使用を控えてしまうと、重症化してしまう例が増えてくるのが心配される。

(脇田座長)

- ロナプリーブの話も出た。以前、河岡先生からも御指摘があったと思うが、その後、ソトロビマブ、ロナプリーブの効果について何かあるか。

(河岡構成員)

- ソトロビマブは、御指摘のように従来株と比べてBA.2では50分の1。これはin vitroでの数字。BA.1あるいはBA.1.1の場合が14分の1ぐらい。ただ、全然効かないかというところ、50分の1ぐらいだと、一定の効果はあっても不思議ではないという気はしなくはない。ソトロビマブは、動物実験をすると、BA.2の場合は肺での増殖性が悪いので一定の効果が見える。従来ウイルスよりも若干肺では増殖性が低いという可能性もあるので、

絶対駄目ではないのかなという感じはしている。

(脇田座長)

- ゼビュディの使い方について、事務局から何かコメントがあればお願いしたい。

(結核感染症課長)

- 抗体薬のゼビュディ、ソトロビマブに関しては、先日、薬事・食品衛生審議会で評価をいただき、その結果として添付文書の改訂があった。いま御指摘があったように効果が全く期待されないわけではないので、使用が禁じられるという状態ではないが、他の治療薬が使用できる場合にはそちらを使用するという現状。治療薬に関しては、安全性、有効性に関する情報をしっかり集め、薬事当局とも連携しながら、どのような選択肢があるかということをしかり情報提供していきたい。

(脇田座長)

- 第一選択にはならないけれども、使用していけないわけではないとのこと。ただ、もうBA.2にかなり置き換わった中で、これまで使ってきているという事実もあるということだと思う。

(押谷構成員)

- 中長期的なことも含めて指摘したい。資料1の3ページ目「オミクロン株による感染拡大を踏まえた取組」の【サーベイランス等】の部分で、「発生動向把握のために実効性のある適切なサーベイランスの検討が必要」と、しばらく前から書かれている。西浦先生からも何回か指摘があったと思うが、今後、サーベイランスをどのようにしていくのが中長期的にも大きな問題になってくる。今のエピカーブを見ても、本当に全ての都道府県で同じように検査がなされて、同じように把握されているのか、かなり疑問に思うところも出てきている。今後のサーベイランスはどうあるべきなのか、どのような情報が最小限取られるべきなのか、きちんと議論をしていかなければいけないと思う。この点に関して、厚労省で何か進んでいることがあれば教えていただきたい。
- 4回目接種について、高齢者、基礎疾患のある人を中心に対象になるという報道がなされている。西浦先生のデータでも、もう既に高齢者はワクチンの免疫はかなり下がってきていて、3回目接種の免疫の減弱というのはかなり早期に起こることが分かっている。4回目接種も若年者はほとんどの人が対象にならないとなると、長期的にどのように推移していくのかということについて議論をきちんとやらなければいけない。
- 尾身先生からリクエストがあった各国の状況については、事務局でやっていただければそれでいいと思うが、我々のほうでも何とか自動化してできないか考えているので、検討したい。

(結核感染症課長)

- サーベイランスの関係に関しては、大きく分けて2つの論点があると思う。一つは、なかなか検査が行き届いているのかが分からない中で、イギリスのように地域をベースとした調査をもっと強化するべきではないかという御意見。これに関しては、具体的内容や実現可能性を検討していく必要はあり、先生方に御意見をいただきながら検討していきたい。もう一つは、患者数が増えてくる中で全数報告をいつまで続けるのか、あるいは定点化についてはどうか、という視点。こちらに関しては、感染症法に基づく届出が患者の把握や行動制限などにもつながっている中で、まずは今、患者が増加したときに入力項目、届出項目の重点化、つまりここを先にやってくださいという部分をお示ししている。そういった負担の軽減をもっと図れないかということについて検討している。また、定点の形でやっていくことになった場合にどのような抽出方法があるのかということについても検討を進めている。サーベイランスの在り方、特に前者のような地域サーベイランスということになると、全然やり方も違う中でどうするか、先生方の御意見も伺いながら検討していきたい。

(健康局長)

- 4回目接種については、やるかどうかも含めてワクチン分科会で検討していただいているところ。仮にやるとした場合、対象者をどうするか、いつからやっていくのか等についても分科会でいま議論いただいております、引き続き議論いただきたいと思っています。

(岡部構成員)

- サーベイランスについて。やったほうがいいという先ほどの議論と、やるべきであるという押谷先生の意見もあったが、例えば分科会、委員会、あるいは研究班など、どこかで今、きちんと検討が進められているのか。例えば、谷口先生が分科会で時々発言しているが、ああいったパイロットでやっている定点の状況などを、早急にまとめる必要がある。また、どこかでまとめられているのだとしたら、その中間報告、進捗はこの会議で教えていただけないのか。

(脇田座長)

- サーベイランスについて、以前から議論がここでもあったが、今後、さらに感染者数が多くなったときにどのようなサーベイランス体制が適切なのか。定点もあるだろうし、全数把握をどこまで続けるのか、先ほど結核感染症課長から話もあった。

(押谷構成員)

- 4回目接種について。先ほど言ったのは、4回目接種をどうするかという話ではなく、

4回目接種の対象者も限られた者になる可能性があり、国内ではまだまだ自然感染の罹患率も諸外国に比べるとかなり低い状況で推移してきているという中で、今後、ワクチンでも抑えられないという状況になる可能性がある。そのときにどのように対応するのかということを引きちんと話し合っておかなければいけないという意味だった。その点については、やはりちゃんと議論する必要があると思う。

(脇田座長)

- 次にすぐ来る4回目接種だけではなくて、今後、感染対策の一環としてのワクチンをどのように考えていくか議論するべきではないかという御意見。

(前田参考人)

- サーベイランスについて。保健所の立場としては非常に困惑するところ。確かに全数を把握して、その方たちに全て第44条の3第2項を適用するという体制は、もし今回の第6波をさらに大きく上回る数の陽性者が発生した場合に困難ではないかと従前から申し上げているとおり。一方、もしこれが定点化になった場合に、一番懸念されるのは、一番重要になってくる重症化リスクの高い方を的確に把握する方法がなくなってしまうこと。もし今後、病病連携あるいは病診連携の中でハイリスクの陽性者の方に対する的確な治療が円滑に持続的に行われるシステムが整えられれば、あるいはそうした受入れ体制が整えられれば、定点化になっても差し支えないと思うが、現状ではなかなかそこはできないのではないかと懸念している。したがって、従前から申し上げているように、むしろ重症サーベイランス的な形にするのが保健所の現在課せられた任務を行うには適当ではないかと考える。また、定点サーベイランスといっても、現在、内科、小児科定点になっている診療所の数と診断・検査医療機関になっている医療機関の数を比較すると、ほぼ診断・検査医療機関の数は定点医療機関になっている医療機関の半数程度であるため、かなりサーベイランスの精度が落ちる。現在でも二次医療圏単位での把握ができるような定点数ということで、定点医療機関を配置している中で、それ以上数が少なくなると、もうほぼ都道府県単位でしか比較ができなくなってしまうと思う。定点医療機関、すなわち診断・検査医療機関になっていただけの医療機関数を増やすことも、もし定点化することになれば必要。保健所の立場としては、サーベイランスというものが、疫学情報の把握と、的確に必要な医療、保健医療サービスを提供する方の把握という両側面を持っているところで、非常に悩ましい問題と考えている。

(脇田座長)

- 岡部先生から、サーベイランスについて、今どこで議論されているのか、議論の結果をフィードバックしてほしいという意見があった。事務局からいかがか。

(結核感染症課長)

- サーベイランスについては、前田先生からも御指摘があったように、サーベイランスだけではなくて対策との関連もあり、専門家の先生方からもいろいろな情報をいただきながら事務局で整理をしている段階。一定程度整理した上でまた改めて相談をしたい。

(岡部構成員)

- 資料1の6ページ目の一番下の【XE系統】の部分で、2行目で「XEは英国で初めて確認されて以来600例以上」という数がずっと出ているが、もう1,000を超えているという話が聞こえているので、アップデートしたほうがいいのではないか。

(脇田座長)

- 確認して、修正できれば修正する。
- 皆さん、ありがとうございました。

以上