

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第95回）
議事概要

1 日時

令和4年8月18日（水） 16:00～18:30

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
	瀬戸 泰之	東京大学医学部附属病院病院長
	舘田 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

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
菖蒲川 由郷	新潟大学大学院医歯学総合研究所 特任教授

厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	伊佐 進一	厚生労働副大臣
	羽生田 俊	厚生労働副大臣
	畦元 将吾	厚生労働大臣政務官
	本田 顕子	厚生労働大臣政務官
	福島 靖正	医務技監
	榎本 健太郎	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、精神保健医療）
	鳥井 陽一	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	宮崎 敦文	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	山田 勝土	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）

厚生労働大臣に就任いたしました加藤でございます。

アドバイザリーボードの皆さん方には前に厚労大臣をやっていたときから大変お世話になり、皆さん方におかれてはもう2年半を超えるコロナの感染の中で、いろいろな状況にある中で専門的な見地から御助言をいただいていたことに対して、改めて感謝を申し上げます。

厚労大臣の就任に当たっては、総理から、感染状況や変異株の発生動向に細心の注意を払いつつ、新型コロナウイルス感染症対策について段階的な見直しを行い、一日も早い社会経済活動の正常化を目指すよう指示を受けたところであります。昨日、脇田座長をはじめとした専門家の皆さん方、また、医療関係者の皆さんからも御意見を伺ったところでありますが、今日はアドバイザリーボードの皆さんから感染状況などについて様々な御意見をいただきながら、対策をさらに前に進めていきたいと考えております。

感染状況についてはこれから御議論いただくことになると思いますが、もう御承知のように、全国の感染者数は昨日23万1472人、1週間の移動平均は18万6729人、1週間の移動平均の今週先週比は0.8でありまして、1週間単位で見ますと1以下となり、全国的には減少に転じている数字になっておりますが、一部地域ではまだ増加が続いているところもあります。また、全体として見ると高い感染レベルが継続をしております。病床使用率も上昇または高止まり、重症者数や死亡者数は増加をしているところでもあります。

今後、夏休みのお盆期間で、今年のお盆は特に多くの皆さん方が例年のように帰省等をされたわけでありまして、そうした接触機会の増加、あるいはオミクロン株のBA.5系統への置き換わりの影響などによって、新規感染者数の増加も懸念をされているところでもありますし、また、今月末から学校も再開される地域もあります。よくその状況を注視していかなければならないと考えております。

現下の感染拡大の対応については、社会経済活動をできる限り維持をしながら、引き続き自治体や医療機関等の支援を行い、保健医療体制の確保に万全を期すとともに、医療への負荷に直結する重症化リスクのある高齢者を守ることに重点を置いて、効果が高いと見込まれる感染対策に国・地方が連携して機動的・重点的に取り組む、これを基本的な方向性としているところであります。

引き続き、感染状況、科学的な知見などを収集しつつ、経済社会活動をできる限り維持しながら、重症化リスクのある方々を守る、限られた医療資源をそうした方々の命を守ることに注力をしていく、これに全力を挙げて取り組んでいきたいと思っております。

また、国民の皆さんには、医療の逼迫を回避し、社会経済活動を維持するためにも、マスクの適切な着用、手洗い、3密の回避や換気などの基本的な感染防止策の徹底を引き続き心がけていくようお願いをしていきたいと思っております。

最後になりますが、本日も直近の感染状況を含めて、コロナ感染対策について忌憚のない御意見を賜りますよう、どうぞよろしくお願ひしたいと思っております。

<議題1 現時点における感染状況等の評価・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、5、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、新潟県より資料3-9、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(脇田座長)

- 昨日、加藤大臣と我々一部の専門家とで面談をした。その際、専門家からは、主に前々回のアドバイザリーボードの参考資料に出た専門家の提言、着地点へ向けてのステップ1、ステップ2の提言について、アドバイザリーボードでまだ議論ができておらず、例

えば全数報告をどうするのかという点については、最近話題にもなっており、その点議論していくべきという話があった。また私からは、アドバイザリーボードの在り方について、今、感染状況の報告や、資料の説明でほとんどの時間が使われている状況なので、もう少し今後の政策に資するような、テーマを絞って議論をしていくべきではないかと申し上げた。そうした点についても御意見いただければ。

(阿南構成員)

- 提言に関しては、様々な観点でまとめたと思っている。一つ一つの施策ごとでは駄目で、横串を刺さないといけない。関連している内容が多い。そこを非常に意識した。その分、もう少し個々の掘り下げをしたほうがいい部分は当然ある。サーベイランスの問題などは最たるものだ。それらは個々にやっていただくことを前提とする。政策を考えると非常に重要なことは、発生届の項目の削減などもあるものの、実はそれをする、ある面ではよいが、ある面では困る。なぜなら関連している内容がたくさん走っているから。そういった視点で、様々なことをどうするのか、詰めていかなければ。

資料5に関して。抗原定性検査キットが非常に重要だと、この提言の中でも触れている。今まで行政的に、あるいは保健所を中心として、国民、患者を健康観察し、網で覆い、その中で危ない人を拾うという仕組みをやっていたが、そうではなくて、国民一人一人が自衛という側面を持ちながら、自分で自分の健康を守っていく、その中のバランスで政策を走らせていかなければいけない。大きな転換ということで、ここを提言でも打ち出している。その意味では、抗原定性検査キットに非常にフリーにアクセスできて、国民が自由に使えるというところにいかに寄せていけるかが大きい。今回資料5で出していたOTCだが、0.1歩程度前に進んだと感じている。

そこで聞きたいのは、1類という扱い。2類、3類まではどうしても踏み込めないのか、今後の検討の中、ここで終わってしまうのかということは分科会等で検討されており、厚労省としてのコメントは難しいのかもしれないが、本当に流通させようとするならば、2類、3類まで踏み込まないと全く物量が足りないだろう。例えばどれくらいの量を流通させるという目標設定をして、ちゃんと施策を考えているか。医薬業の細い線で流通させていたら、一向に国民の手にフリーには行かない。しっかりとした目標設定と施策反映を。

(協田座長)

- 特に抗原定性検査キットのOTC化について、事務局から何かコメントがあれば。

(松岡参事官)

- 昨日の調査会における議論では、1類は説明が義務、2類では努力義務というところで、相当違いがある。また説明者が薬剤師であることなど、キットの適正使用にあたり

1類であるべきと、全員一致だったと承知している。先生がおっしゃる問題意識も受け止めなければとは思いますが、昨日の議論を御承知おきいただければ。

(阿南構成員)

- その理屈も分かっている。しかし今、行政で配布しているが、その際薬剤師の説明などないだろう。これは論理矛盾だ。もう一回考え直すべき点だ。

(岡部構成員)

- 有志の提言に関しては、参考資料としてだけでなく、もう少し議論を深めていくべき。有志のうち3分の2は医療系で、3分の1は経済あるいは倫理など、各方面の先生方。全体の意見としては、分科会の多方面の代表の方々の意見を聞いておいたほうが、より具体的なものになっていくのでは。ぜひそのプロセスをお願いしたい。提言の中にステップ1、ステップ2という言い方があるが、ステップ1を過ぎたらステップ2に取りかかる、というつもりではない。ステップ1は今すぐやらなければいけないことであり、ステップ2はその次として複雑なことを解決していくため。ステップ1、ステップ2を並行に取りかかっているかなければいけない、とご理解いただきたいし、緊急に検討していただきたい。これは国に対してのことだが、国の取組も、このアドバイザリーボードあるいは分科会での議論を通じてお聞かせいただければ。

(今村構成員)

- 全数把握に関して。今回の全数把握に関する議論については、届出とサーベイランスの違いと役割も含めて、各方面からの視点による十分な検討が必要だろう。例えば医療現場においても、特に流行拡大期においては発生届の作成の負担が極めて大きく、診療継続の妨げになっている。しかし、その一方で多くの発生届から得られるデータの分析・評価が、流行状況に合わせた入院病床や宿泊療養施設の確保などにも利用されている。新型コロナウイルスは短期間で変異を繰り返しており、感染症としても固定しているとは言えない状況が続いている。全数把握をやめるという議論をする場合には、それによって何が失われ、必要な情報を補う方法があるのか等、各分野の現場における課題をしっかりと検討しておくことが必要だ。

(前田参考人)

- 私も、全数把握の話。意見としては、これは報道の仕方が悪いのだと思うが、医療機関は入力作業が大変、というような報道をされ、もう全数把握は不可能だと皆さんがおっしゃる。厚労省は決してそのような考えではないと思うが、単に入力が大変だからやめるのでは、あまりにも場当たりの対応だ。確かに現在、保健所の感覚でも全ての陽性者の数が報告されてきていない、というのは理解する。各診断・検査医療機関、そ

れぞれ予約のキャパシティーを大幅に超える申込があり、その中の一部、2～3割の人が検査できていない状況。各都道府県は郵送配布を開始したが、まだそれほど大きな数になっていない。恐らく全数を把握できていないだろう。ただ、直近の極期においてそういう状況だからといって、全てそういった制度をやめてしまうのは、余りにも場当たりの対応だ。感染拡大期において、いわゆる全数報告で把握できないトレンドについてはほかの項目で補完するというので、何とかある程度類推しながら状況を把握していく、そういう体制でしのいでいくということがまず必要では。

最近、検査陽性率の報告をさせていただくが、現場の感覚的には、この陽性率が直近の感染動向に非常に即していると思う。クラスターの発生状況など、様々な状況で、まずこの時期についてはそういった形で補完しながら乗り切っていくことが必要だ。当然、こうした極期において持続的に同様の体制で動向が把握できない、という状況はかなり問題だ。まずここをしのいで、ある程度本格的にしっかりと議論、検討していくべき。決して悠長なことはできず、できるだけ早くしていただきたい。これまでそうした課題については、厚労省あるいは内閣官房で様々なプロジェクトチーム等を開催し、専門家の意見を交えながら全体像を構築してきたという経緯がある。ぜひ今回もそういう形でお願ひできれば。

いわゆる発生届は、感染動向を把握するとともに、感染者の管理を行うという点でも用いられている。これまで2類等の疾病については、全患者に勧告入院させることで感染管理をしていたが、COVID-19になってから、軽症者は自宅療養というより、外出自粛をすることで行動制限を課す対象者を決定する、行政で把握することが発生届のシステムのタスクだった。もし突然に定点報告となると、定点医療機関で診断された方は行動制限が課され、それ以外の方は課されない、という問題が生じる。これまでこの件について公式、非公式に厚労省と話してきた中では、今の法体系の中では行動制限、自粛はできるといっても、そういう権限があるという意味で、人によってする・しないという意味ではない、と答えをもらっている。軽症者の感染管理をどうするのか、これは類型、あるいは診断基準等に関わる非常に大きな問題。置き去りにせず、議論を進めてほしい。保健所の様々な業務、例えば健康観察や食料の供給などの根幹に関わるため、突然変わると保健所側も混乱する。その点御留意のうえ対応いただきたい。

もう一点、提言について。総論として最も大事なものは「本提言の実効性を高めるために乗り越えるべき課題」の第1点、「高齢者を中心とした重症者・死者の増大が生じるということについてはある程度容認する」という部分。当然、社会経済の活性化との両立のためには一定程度そうしたスタンスも必要、ということはある程度踏まえた上で、社会経済との両立に乗り切っていくところが大きかった。そのためあまり細かい各論に走らず、まずこの点を国としてそういうスタンスで行くのか、あるいは現在の直近の状況だと、高齢者施設における感染拡大あるいは重症者・死者の発生が焦点になっているが、引き続きこうした方にしっかりと対応することを貫くのか。ただ、貫くとすると、こ

の提言どおりの形にはなかなかいかない部分が生じてくる。この点、国としてぜひ見解を示していただきたい。

(脇田座長)

○ 提言というよりも、さらに4つの選択肢の議論にも、というご発言かと思う。

(釜范構成員)

○ 西浦先生からの御示唆は、非常に厳しい内容だった。非常に根拠があり、蓋然性が高い予測である。医療の逼迫は当分の間、回避できない見通しで、医療機関としてはこの状態がずっと続くという覚悟の下に全力で取り組んでいかなければいけないと。その部分の共通認識を、早くもう一度確認することが非常に大事だと感じた。それをふまえ、国民の皆さんにどのようなメッセージを出せるのか。今後、亡くなる方が非常に増えることが予想されるが、それに対しては特段対応しないということを政府が発信できるかということ、それはあり得ない。その部分について国に何か新たな方針を出してほしいと言っても、なかなか難しいだろう。人の移動をさらに活性化する取組についても要望があると承知しているが、今後さらなる移動の活発化を促すような施策を選択するに当たっては、より慎重な対応をぜひ願います。

全数把握の件、既に様々な指摘が出たが、前田先生のお話のとおり、既に厚労省からそのような通知が出ているところ。医療機関が、重症化するリスクが非常に高い感染者と判断した場合には、簡素化された登録項目ではなく、任意項目を含め、必要な情報を保健所になるべく詳細に報告し、情報共有することがしっかり通知されている。この点が非常に大事だと思う。医療機関の判断で重症化する可能性があるとして強く示唆されるケースについては、しっかり保健所と情報共有する。報告したケースについては、フォローアップを全て医療機関に任せるのではなく、可能な限り行政が引き続きしっかり関わりフォローアップするという。これは入院している方も含まれるし、やむをえず自宅療養になっている方もあると思うが、対応が非常に重要。

全数把握を急にやめる、ということにはすぐにならないだろうと思うが、それに代わる、例えば定点のデータがどうなのかという部分の検討が、必ずしも進捗していないように私自身認識している。できることをきちっとやって、全数把握のデータと比較すること、あるいは、可能な他の方法についてもしっかり全国展開をしてデータを取る作業は、待たなしで早くやらなければ。それらのデータも踏まえた上で、全数把握をどうするか、議論される必要がある。

もう一点。西浦先生の御示唆も踏まえて、高齢者でコロナ、あるいはコロナ以外の疾病により重症化して、場合によっては非常に不幸な転帰をたどるという方が今後考えられる。その方に対していかに適切に医療を提供するかが極めて重要。その上で、現在、2種類の経口薬剤がある。点滴もあるが、経口薬剤がより適切に、幅広く治療に供され

るためには、やり方をもう少し簡単にして、例えば本人の同意など、確認の書類などをもっと減らせないか、ぜひ検討いただきたい。事務局から現状の認識を伺いたい。

(太田構成員)

- 院内感染の原因となる入院時全例PCRをやっている、1週間に1例出てくる。これは本当にそのとおり。院内でクラスターが出ているが、どれだけ頑張っても院内感染対策をしても防げない。感染レベルが地域で高いときには、多くの医療機関が医療機能をフルに発揮できない。休むスタッフもいる。院内で起こっていることを、ぜひ御認識いただきたい。この状況が国民に理解されておらず、医療従事者や医療機関へのクレーム、攻撃的な言動につながり、より現場を疲弊させている。今、どの医療機関でも院内感染に関して、患者さん、御家族と様々な話をしている。院内感染がいいことではないので、医療機関として真摯に対応しなければならない。しかし、どう努力しても避けられないのだという認識を国民に持っていただかないと、この時期、医療機関としては厳しい。

2つ目。私も釜范先生と同じ感想だが、今日の西浦先生のプレゼンテーションについて、一度しっかりと感染症専門の先生、感染症対策に関わる人間で深くディスカッションすべきだ。理解が間違っていたら御指摘いただきたいが、プレバレンスで2%となると、日本国民でいうと240万人の患者が常時いる、という状況がエンデミック。今でも大体1日20万人、30万人レベルの患者が発生しているが、それと同じレベルが常時続くのがエンデミックとなると、それに対応していくような形の国民の理解、医療機能の対応体制をつくらねばならない。非常に重たい課題だ。私自身、先日の専門家有志の提言に名を連ねたが、もし本当にそういうことが今後コロナとの付き合いで続いていくとするなら、真剣に様々な観点から検討したうえで、医療機関として、国としてどうしていくのか、対応策を議論する場をぜひつくっていただければ。

(武藤構成員)

- 冒頭で岡部先生がおっしゃっていたが、脇田座長からも御提案があったように、今後、難しいフェーズに入った政策を考えていかねばならない。これは社会全体・政府の方針に関わる話であるから、アドバイザーボードだけでなく、分科会での議論もお願いしたい。各国、倫理学者も入ってこの難局を乗り切ろうとしているため、ぜひ社会全体の問題として分科会でも議論していただきたく、社会学や研究倫理、医療倫理をやっている立場から、重ねてお願いしたい。

2つ目、全数把握をやめることについて。代替りのサーベイランス方法についてはもちろん問題で、専門の先生にお考えいただきたいが、全数把握をやめることのもう一つの側面として、濃厚接触者の取扱いや、感染症法に基づく外出自粛や就業制限といったことをどうするのかも、併せて考えなければ。

抗原定性検査キットのOTC化、待ち望んでいた。研究用キットが駆逐されることはいい

こと。例えば全数把握をやめ、濃厚接触者の取扱いも変わり、御自身でいろいろ判断をして行動していただくフェーズに変わっていくとすると、国民一人一人が保健所や検査・診療医療機関の指示を受けずに、自分たちで新たな健康習慣、健康促進の習慣や健康管理の習慣を身につけ実践することが非常に重要になってくる。OTC化をきっかけに得られる検査キットをどう活用し、結果に即してどう行動すればよいのか。例えば陽性者が家族にいる人。従前であれば保健所が濃厚接触者として認定し、いろいろ指示してくれるということがなくなると考えれば、どう行動したらよいのか。国民一人一人に新たな、健康な生活習慣のようなことを定着させる必要がある。我々一人一人の行動にかかっているという脅した言い方でなく、新たな健康習慣をぜひ身につけていこう、のような形で、前向きにメッセージを出していけないか。

3つ目。今後、社会経済活動を優先していけば重症者や死者の増加は避けられないという話をタブー視せず、その可能性やリスクがあるということについて、ぜひ政府から国民に注意喚起をして欲しいと、先日の有志提言でもお願いした。しかし、私の趣旨としては、何名までの死者の許容をしろと国民に呼びかけてほしいということや、こういう状態の人は死んでもしょうがないなど、そういう話をしているのではない。先ほど述べたような、新たな健康習慣を定着させる準備を一緒に行い、“できるだけ死亡者・重症者は少ないほうがいいので、そういうことをしっかりやってみましょう”、“コロナ前のようなフリーアクセスが直ちには戻らない、医療機関の受診行動というのもよく考えたほうがいいですよ”、あるいはACPの普及、これは2020年から申し上げているが、なかなかタイミングとして普及啓発が再開する雰囲気にならない。しかしこれは絶対にやったほうがよいため、方針転換についてはぜひ、新しい健康習慣を我々一人一人が身につけるフェーズに行くのだというメッセージと併せて、政府からメッセージを出していただきたい。

発熱外来を中心に患者数が増えており、医療従事者が罵倒されたり、怒られたりして、大変なことになっている。先日も、ずっと長蛇の列で待っていた患者が医療従事者に怒鳴っている場面を見た。流行の当初は、感染した医療従事者やコロナを診ている医療機関が周囲から忌避される形で攻撃されたり、差別されたりということがあったが、今は医療を提供してくれないという怒りや、何で診てもらえないのか、などと、医療従事者が攻撃されている。別の形での差別的言動などについて非常に危惧している。もし社会経済活動を優先するのであれば、当然、受診行動の在り方もある程度不自由にならざるを得ない。本当に必要な方に医療を提供する体制は今後も続く。例えば市販の解熱剤より処方されている解熱剤のほうがいいからもらいに行きたい、といった受診はやめてもらう、またこれは是正されると思うが、民間保険会社や職場に提出する療養証明が欲しいために受診するなど、そういうものをできる限り減らしていくことがより重要だ。医療従事者に対する差別的言動や攻撃、非難、苦情が減らないと、医療従事者は大変だ。ぜひ政府からの呼びかけを。

(瀬戸構成員)

- 全数把握について。まだ変異を続ける途上の感染症だと思うので、これまでの記録は非常に重要だ。その母数になるのが全数把握である。定点観測で正しく推測できるかは専門家に委ねたいと思うが、例えば僕が専門としているがんでも、コロナを合併すると死亡率が上がる、心不全の患者がコロナを合併すると心不全による死亡率は上がるなどの報告が出てきている。ぜひ母数、土台となる貴重なものは続けてほしい。もちろん入力が大変ということも分かるので、年齢や性別、発症日や確定日、本当に必要な項目に絞って入力するように変えるのも一考か。あとは、もともとの入力フォームで国のデフォルトにプラスする。東京は都からの要請項目が結構細かい。デフォルトの項目であれば現場はそれほど苦にならないと言っているが、恐らく行政毎にそれぞれ細かな項目があり、それに対して問合せが来たりするので、全国的に統一していただく。加えて、重症化の面に限って言えば、まずは定義を統一し、重症化症例は我々も3倍の加算をもらっているのだから、後で細く調査することも可能だと思う。基本となる数字だけはぜひ大事にしていきたい。

(川名構成員)

- 最初に大臣からも、社会経済活動を維持しながら感染を抑えていくフェーズに入ったとお話があった。パンデミックも2年半になり、社会経済活動と感染制御とを両立させなければいけないフェーズに入ってきているのは確かだろう。そういう観点から今日、菖蒲川先生からも改めて御報告があったが、ワクチンの重要性が強調されるべきだと思った。今回の必要な対策の中の1番目に、ワクチン接種のさらなる促進があるのは非常によいこと。しかし今でも4回目接種をためらっている人はたくさんいるし、秋以降に出てくると言われているオミクロンワクチンを待ち、様子見をしている人もたくさんいる。改めて強かに、ワクチン接種を進めていただきたいというメッセージを出していただきたいと思った。

また、何らかの理由によりワクチン接種ができない人がいることも事実。そういった方たちを守っていく。以前お話しした、少し性能のいいマスクを使っていくなど、ワクチンが打てない人たちを守っていくような方法も使いながら、ワクチン接種について強力なメッセージを出していただければ。

(脇田座長)

- 今日の鈴木先生の御報告も書き加えさせていただく。それから、意外とノババックスのワクチンがある、それを3回目まで使えることがあまり知られていないという事実もあるので、そういったところも周知を進めていく必要があると。
ブースターを接種すれば、BA.5にも一定の効果はきちんと見られるということも御報

告いただいた。これらを活用し、今後更に周知していただけるようにすべきだと感じた。

(鈴木構成員)

- 全数と定点に関する議論があるので、感染症疫学センターとしてもコメントさせていただきたい。半年以上前から厚労省の担当者とやり取りしており、直近でも具体的な、かなり細かいことも含めてやり取りをしている。細かい話をする場ではないと思うので、今日この場では、総論的なことだけお話しさせていただきたい。

定点把握にすることの意義は、継続可能・持続可能な形で流行のトレンドとレベルを監視すること。トレンドとレベルというのは、要するに、増えているのか、減っているのか、変わりがないのか。そもそも、それがサーベイランスの本来の目的。もう一つの目的が重症化率のモニタリング。これはインフルエンザも同様だが、外来定点に加えて重症入院症例の把握をしていく。この定点報告数と重症入院報告数とを比較することで、重症化率のモニタリングを行う。これは、WHOのサーベイランスのガイダンスにも明記されているとおりで、標準的な方法。さらに、いわゆるマルチソースのサーベイランス。複数のそのほかのサーベイランスを併用して流行の全体像を把握していく。これには、強化定点という形で、いわゆる定点医療機関以外の病院のネットワークからの情報収集、あるいは民間検査会社の検査結果などから情報収集を行うことになっていくだろう。これには既に行っているゲノムサーベイランスを活用していくことにもなると思う。

大事なことは、これはこれまでも機会があるごとに様々なところで申し上げているが、定点把握の目的は、真の患者数を把握することではないということ。ここを切り離すことがとても大事。逆に言えば、これを切り離せないような状況であれば、定点化することの意味がないし、それは不可能ということになる。一方、全体の患者数を推定することのニーズがあることも理解はしている。これはサーベイランスとは切り離して、方法としては幾つかあると思う。インフルエンザと同様、外来受診者数に基づいて推定をする、あるいはレセプトデータ、NDBを活用して推定を実用化していく、などの方法について検討している。いずれにせよ、これらで出てくるのは大変大まかな推定値である。本当の数を定点で推定しようという考え方が間違っていることをぜひ御理解いただきたい。定点で正しい数を推定する、あるいは正しい数を推定するために改めて定点を設定し直すというような考え方はぜひ取らないでいただきたい。

参考までに、日本の定点施設数は世界で最も多いレベルにある。純粋に数を人口で割ると、アメリカの4倍、フランスの5倍、イギリスの10倍。これをさらに増やしているという考えは間違っているということは理解しておく必要がある。

(前田参考人)

- 現在の日本の保健医療システムの中では、少なくとも高齢者、重症化リスクのある方、あるいは中等症の方については、全数把握を行わなければ、きめ細かく重症者・死者を

減らすことは不可能だ。

全て定点報告になった暁には、当然、病診連携や入院調整については全ての病診連携、そして、訪問診療、訪問看護、オンライン診療等については地域包括支援センターが行うが、現実には、保健所の関与なしには不可能である。当然、入院・療養調整中の方が入院される方の数十倍いる中で、どう優先順位をつけて入院調整に回すかを検討しなければならない。また、入院・療養調整中の方に自主的に在宅訪問診療、訪問看護、オンライン診療、場合によってはそういう方が入っている施設への感染対策の指導等を行っていくことが現状、日本の平常の一般的な保健医療システムの中では不可能であり、全数把握が必要だと思う。また、先ほど瀬戸先生から報告項目のお話があったが、先般、6月に感染症分科会で発生届の簡素化が決定された際に、かなりの項目、例えば症状等について発生届の必須から外す形になった。しかし東京都としては、医療機関と協議しながら、必要に応じて任意で記載をするということで、HER-SYS上の入力を許していただいた。本当に任意項目として残していただいてよかった。そうでなければ、単純に要入院と書かれた方の中で誰を優先して入院調整にかけるのか、あるいは訪問診療をするのか、ほとんど決定できなかった。今後も引き続き重症化リスクのある方については、任意項目も交えながら全数報告をしていただかざるを得ないかと思う。軽症の方については、本当に必要なものについてのみ絞るということが当然だが、非常に残念なことだけれども、重症化リスクのある方、高齢者については、現在のシステムに頼らざるを得ない状況である。

(脇田座長)

- 発生届の役割が流行状況の把握だけでなく、患者、感染者の管理にも非常に重要だという御指摘だったかと思う。

(中島参考人)

- 今のサーベイランスの話で、非常に重要な2点は、まさに鈴木基先生がおっしゃっており。サステナブル、持続できるということと、トレンドが追えることが最低限だが、それが今かなり難しくなっている。サーベイランスを改めて見直さなければならないのが現状だ。そのためには、患者の登録、感染者の措置、ひいては濃厚接触者に対する対応も含まれるが、措置のこと、重症患者の患者管理のために必要な情報共有を行う、この2つとサーベイランスを切り離して考えなければ、状況はうまくいかないのでは。これまでは一つのシステムに集約していたわけだが、このようなワン・フィッツ・フォー・オールのシステムを全数届出ということで実施しようとする、日本の場合にはかなりレイバー・ディペンデントで作業負荷が非常に高い。それが検査・医療現場の逼迫、保健所の現場への大きな無視できない負荷になっていて、持続できないという状況まで追い込まれている。その辺りを切り離していくことがとても大事で、その上でどの報告を見

るのが大事だと思う。

定点が全体のどのくらいを把握するのは、定点医療機関が全体の受診する患者数が安定しないと理論上も不可能。今のように受診医療機関に偏っていて、それが徐々に広がり、いつかは全ての医療機関がコロナを診療するというふうに移行していく段階においては、たとえ定点の医療機関を指定したとしても、それが全体の何割を表すかはどんどん変わっていく。一定の制約があることを分かった上で見るのが大事。

今大事なのは、資料1の1ページ目にあるように、感染者数がピークになってきている状況ほど、感染状況の過小評価が生じていること。つまり、厳しい感染状況のところほどトレンドが追えなくなっている。サーベイランスの第一の目的は、今はもう十分に機能できていないという状況にある。その状況を打破するためにも、システムを根本から議論し直すことは重要だ。

(西浦参考人)

- 太田先生がおっしゃっていた2%の解釈のことをお話する。プレバレンスが2%というのは、ある時点でスナップショットを見たときに人口中で感染性を持っている人がどれくらいかというもの。2%だと確かに240万人になるが、1人が感染してウイルスを排出している期間が例えば6日間だとすると、1日当たりの新規感染者数は240万を6で割った数になる。全感染者数で言うと、1日大体40万人ぐらいになり、そのうちの8分の1から10分の1程度のみが報告されるので、1日当たりで4万から5万の報告をされている、そういうイメージをしていただければ。

全数調査の件。定点と入院ぐらいが、全数調査がなくなったとき頼れるデータである。鈴木先生とも連絡を取りながら、この後、もし大きな変化があったら何ができるか考えてきた。定点調査は、やはり感染者数の推定が原則できないものである。サイズ感が分からない。推定方法はいろいろあって、例えば橋本メソッドと呼ばれるものが日本では使われているが、定点医療機関が全医療機関の中でランダムに散らばっていると想定した上で推定しないとイケない、というのが原則にあり、感染者を妥当に推定してモニタリングすることは原則不可能。定点はリアルタイム性が失われる手法であり、トレンドを見られるだけ。感染者数が増えているか、減っているか、流行が持続していくかを見られるというものである。

一方、入院データになると、入院サーベイランスはHER-SYSで見ているものもあるし、G-MISに7割弱ぐらいの医療機関が登録されているが、天井効果がある。日本では、医療が逼迫すると入院がトリアージ体制になるため、患者のトレンドを追うことは残念ながらできない。これらに頼らざるを得ない状況になったときにどうなるかという、いつもアドバイザリーボードでお出ししている資料のうちの入院患者数の状況を除く部分以外、全部自分の出している資料の分析ができなくなる。そもそも定点化とは、この感染症はいつかインフルエンザと肩を並べるような呼吸器感染症であるという整理を

した上で定点把握をしていくのが定石ではあるが、今日お話ししたとおり、死亡リスクの見通しが今とてもよくなく、期待されているCOVID-19のエンデミックフェーズの死亡リスクは全くインフルエンザと肩を並べるレベルではなさそうだ。インフルエンザと肩を並べる性質自体がどこかに見られるという気配もない。

ミッドタームでどうすべきか。リスク評価をする立場からは、どうしても全数が必要と考える。リアルタイム性を保ち、きめ細やかにどこにリスクがあるのか一つ一つ見ていくことをやめないことが重要だ。計画的にブースター接種を高齢者に考え、死亡者数を最小化する。場合によってはどうしようもないときには措置を講じる。ミッドターム中のリスクの間はそういうことを続けていかないと、日本はとても痛い目を見てしまうということに、データの専門家でない、ここの構成員の皆さんも気づかないといけない。

もう一つ、重層的な調査が必要であると以前から申し上げてきたが、まだ遅くない。英国のOffice for National Statisticsがやっているような、プレバレンスを捉える反復のボランティア調査、PCR調査を、お金がかかるけれども、どこか都市部だけでもいいのでパイロット調査をやったほうがいい。僕らや感染研など、現有戦力はたいしたことではないが、やるとなったら頑張ってサポートしていければ。国ベースでシンドロミックなデータを取るなど、定点が駄目ならこれがあるというのは、どんどん相談してもらえれば、僕も鈴木先生も時間を割くのは全く惜しまない。新しいアイデアで打開策を見いだしていければ。

(脇田座長)

○ 確認しておきたい。ミッドタームとはどのぐらいの年数を当面考えればよいか、ということと、今の重層的な調査のところで、確かプレバレンスを調べるのに一度AMEDに提案などされたことがあるような気がするが、ざっくりどのぐらいの予算が1年間でかかるものなのか。

(西浦参考人)

○ ロングタームに達成するまでということがおおむねの定義。具体的な年数はないが、現象として分かりやすく話すと、成人の感染し得る人が感染を経験し、その感染を経験した人が免疫を失う、というサイクルが一定の値を取り始めるまでに要する期間。今のCOVIDの数値で具体的に解いていると、数年から5～6年を要するというのが今の見解。

ONS用のサーベイについて。実を言うと、AMEDで追加計上していただき、大阪府や特定の自治体を対象にパイロット調査的にできないかと思っていた。ただ、例えばそういう大都市を持っている一つの都道府県だけで、その状況を年度内だけ把握するだけでも、計算しただけで、PCRを反復でやるため5億円ぐらいかかる。ほかの都道府県などで数が増えると更にかかるとのこと。基本的にはとてもエクスペンシブなサーベイだが、ヨーロッパでは今実装されており、アメリカでも始まっている。

(協田座長)

- それが、本当にエクスペンシブなものなのかということもあるが。ありがとう。

(尾身構成員)

- 1点目。藤井先生のプレゼンテーションの中の、コロナ医療に参画してもらう医療機関にまだ改善の余地があるという話の一方で、医療機関の数を増やすのは実態的に限界に来ているという意見もある。厚労省は各都道府県の医療機関の負荷を見ていると思うが、大阪のケースは例外的なのか、より多くの医療機関がコロナ診療に参加する余地があるのか。これには明らかに2つの意見があるが、厚労省はどう考えているか。

2点目。我々有志の会が出した紙について、この前は資料が出ただけで、今日時間は限られていたが、ある意味キックオフとしての議論が一応はできたと思う。非常によかった。提言書の中でもう少し深掘りの議論をしたほうがいいのは全数把握の問題と、セルフケアとなった際、陽性になった人をどういうふうに扱うか、この2点が非常に重要。先ほど鈴木先生が、定点の話と重症者の深掘りの話は違うので、定点をやったからといって正確な推定値はできないが、我々専門家はみな知っていると思うが、鈴木先生のお話だと、感染研あるいは一部の関係者の中でこの議論はかなり進んでいるとのこと。それぞれ何が課題で、何が問題で、結論はまだ出ていないかもしれないが、どんな乗り越えるべきオプションがあるのか。先週も前田先生がおっしゃっていたが、PCRの陽性率が代替として一つの参考になるのでは。また、西浦先生自身が、お金はかかるかもしれないが、一部地域をパイロットとしてモニターしていくとのことのお話。実は、日本はお金を使ってある地域に何回か感染のレベル、PCRの陽性率をやるという運動が一部あった。定点サーベイランスは時間がかかるとも言われる。こういう複合的なオプションもかなり議論が進んでいるならば、今、多くの国民の関心事になっているので、結論は出ないまでも、今どういう議論が出てきて、何が問題でという紙を提示して頂きたい。先生方は恐らく、かなり深い議論をしていると思う。簡単に、なるべく早く、どういう限界や制約があり、リミテーションがあるのか、先生方を中心に、保健所の方、医療関係者も含め、たたき台をつくってもらう。それを次のアドバイザリーボードに案として出して、議論を深めることをお願いしたい。

(協田座長)

- 様々な御意見ありがとう。特に全数把握については多くの意見をいただいた。鈴木先生からは、定点サーベイランスについて御説明いただき、西浦先生からもお話があった。尾身先生からは、鈴木先生への御質問。そこは後でお話いただく。西浦先生の中長期の見通しというところで、プレバレンスの予測を見るとかなり高いレベルの感染が今後も、上下はあるだろうが続いていく可能性があり、医療提供体制がかなり逼迫していく可能

性が高いことが示された。これは非常に重要な点であった。さらに太田先生からも、今、院内感染、あるいは医療へのアクセスが悪いというところで、医療機関、医療従事者へのクレームがかなり多くあるということが問題で、武藤先生も問題意識を持たれている。

それから、中長期、社会経済活動を今のようななるべく止めずに社会を動かしていくと、当然感染者が増えていく。現在も、重症者・死者数が急増している状況。そういったインパクトが一定程度あり得るところを、武藤先生が言われたように、新たな健康習慣を身につけて、なるべく押さえていくことが必要だということになるかもしれないが、そういったメッセージが必要ではないか、どういう形がいいのかという御意見。

尾身先生からもう一つ。藤井先生のデータで、医療機関、特に診療所はコロナ診療をやっていないところが多数あり、増加の余地ありというお話。これが例外的なのか、厚労省がどうお考えかという御質問があった。まずは厚労省から、全体も通して回答を。

(結核感染症課長)

- 釜萯先生から治療薬の関係で、使用をもう少し簡単にできないかというお話があった。このアドバイザリーボードでも何回か御意見をいただいている。特に同意書の関係については、薬事承認の際の承認条件のようになっている部分もある。特に併用禁忌薬がある場合の取扱いを非常に慎重にやっていくために設けられたものもある。評価をした上でどういう取扱いができるか、本日いただいた御意見も含めてさらに検討する。

治療薬に関して。あらかじめ在庫として持っておける数を増やすことも順次取り組んでおり、そういった意味でも使い勝手をよくしてきた。モルヌピラビルに関しては保険適用という方向もあるため、現場で活用できるよう、引き続き努力していきたい。

専門家の提言について。非常に総合的な視点でご提案いただいた。いただいた視点は、単純に全数報告なのか、定点報告なのか、ではなく、患者の待機や、濃厚接触者の特定と待機についてどう考えるかも含め、幅広く検討しているところ。非常に具体的な点をいただいたので、検討し、ある程度方向性が見えた段階でまた御相談したい。いつも我々は、御提言いただき、それを受けた形で施策をしているつもりだが、時々思っていたものと違うと言われることもある。そういったことがないようによく御説明していきたい。

医療従事者への差別の課題に関しては、ホームページなどを見ていただいても、尾身先生に御協力いただきつつ取り組んできた。本日改めて話があったので、その点についてももしっかり検討していきたい。

(地域医療計画課長)

- 尾身先生からの質問にお答えする。まず、藤井先生からのお話を踏まえ、もう少し発熱外来の余力があるのではないかとということ。現在、11万程度の外来がある医療機関の中で、約4万の医療機関に発熱外来を御協力いただいている。これまで何度もお願いし、4万まで来ている。こういった形で増やせるのか、都道府県においてもややばらつ

きがあるため、状況など踏まえながら引き続きお願いしていく。また、仮に構造的な状況で発熱外来が難しい場合であっても、オンライン診療などの対応を求めることも考えられる。それらを含めて内部で議論していきたい。

病床に関して。コロナベッド自体を増やすことはかなり限界まで来ており、簡単ではないと思う一方、大阪府の報告にもあったように、今まで受け入れていないところであっても、自院で受け入れる体制を整えること自体は非常に重要。病室単位でのゾーニングの考え方などもお示ししている。感染管理をしっかりとした中で、患者を受け入れる体制を整える努力を続けていく取組を促していくことは、非常に重要だ。そうした観点で、大阪府で非受入病院の取組をきちんと把握している取組は非常にありがたい。

(鈴木構成員)

- 新型コロナのサーベイランスの在り方について、疫学センターの中ではずっと議論し、検討してきている。今朝、厚労省の担当者とも共有しているので、これをベースに厚労省、そのほかの専門家の先生方とも議論をして、近々外に出せるような形になれば。

(脇田座長)

- いろいろな御提案があった。アドバイザリーボードだけでなく、ここから出た提案について、分科会で議論を進めていくべきという話もあった。

全数把握に関しても、定点や、そのほかのサーベイランスに関して検討が進んでいるとのこと、鈴木先生からお話があった。それに関してはまとめられるかもしれない。

江浪課長からも、様々検討中であるとのこと。ぜひ我々としても、途中でももう一度議論し、より情報共有を行って、齟齬がない形で進められたらと感じている。

アドバイザリーボードの在り方についても、事務局とも相談したい。今日も2時間半以上かかってしまっている。引き続きよろしく。

以上