

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第76回）
議事概要

1 日時

令和4年3月15日（水） 17:00～19:26

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	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
	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
	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
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

	森内 浩幸	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科小児科学教授
	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
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
	島村 大	厚生労働大臣政務官
	深澤 陽一	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
	武井 貞治	医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全審議官
	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まして、誠にありがとうございます。
直近の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14日で3万2377人、1週間の移動平均では5万3292人となっており、ほぼ全ての年代で減少傾向となっております。感染レベルが高かった多くの地域では減少傾向が続いていますが、比較的感染レベルが低かった地域では減少傾向が弱く、下げ止まりや増加が見られたりと、感染状況の推移に地域差が見られます。そのため、引き続き高い警戒感を持って感染状況を注視しつつ、必要な対策を取っていく必要があると考えております。

オミクロン株は、感染力、拡大速度が顕著である一方で、重症化率は低いものの、高齢者では若年者より重症化する可能性が高いことから、まず軽症、無症状の感染者や濃厚接触者が急増し、次いで高齢者等への感染が急速に広がると、重症者数が増加することが懸念されます。

オミクロン株への対応に際しましては、こうした特徴に対応する対策の強化、迅速化を図っていくことが重要であり、先日も申し上げたとおり、ハイリスク者への備え、医療を必要とする者へのアクセス確保、社会経済活動の維持の3つの方向性に沿った対策を講じてまいります。

第1のハイリスク者への備えについては、重症化リスクの高い高齢者への追加接種や、高齢者施設における感染対策や医療支援の強化を進めてまいります。高齢者への新型コロナワクチンの3回目接種については、高齢者全体の約7割の方に接種を受けていただいております。また、高齢者施設等における3回目接種については、2月末までに88%、3月15日までには95%の施設等において接種を完了するとの調査結果となっております。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、国民お一人お一人に丁寧にお知らせすることなどにより、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。

第2の医療を必要とする方のアクセスの確保については、今月2日、都道府県に対しまして、診療・検査医療機関の公表や拡充、自宅・宿泊療養者への医療支援体制の強化等について、改めて取組の推進・点検を依頼しまして、昨日を報告の期限としていたところでございます。点検結果も踏まえながら、引き続き対策を徹底・強化してまいります。

検査については、抗原定性キットの増産について最大限の取組を行った結果として、平均1日当たり約200万回以上の生産・輸入を確保しています。引き続き、感染拡大が生じても迅速、スムーズに診療・検査できるよう対応してまいります。

治療薬についても、重症化リスクを有する軽症から中等症の患者向けの4種類の治療薬について、これまでも納入の前倒しに取り組んできましたけれども、引き続き、必要な方に行き渡りますよう治療薬の確保を進めてまいります。

第3の社会経済活動の維持につきましては、これまでも感染拡大を防止しながら社会経済活動を維持するために、科学的知見に基づいて濃厚接触者の待機時間の短縮などの措置を講じてまいりました。先週のアドバイザリーボードにおいて、濃厚接触者の取扱いについて、専門家の先生方から御提言をいただいたところでありまして、引き続き、オミクロン株の特徴や感染状況を踏まえて対応してまいりたいと思っております。

これから年度末や新年度を迎えますと、多くの方が集まる行事が行われるとともに、就職や進学を機会に移動が多くなる季節となります。これまで、このような機会をきっかけに感染が拡大したことから、感染防止策の徹底が必要です。国民の皆様には、感染リスクの高い行動を控えていただいて、改めてマスクの着用、手洗い、3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きまして、忌憚のない御意見をいただきますよう、どうぞ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を、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、前田参考人より資料3-5、高山参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、森内参考人より資料3-8、矢澤参考人より画面共有資料を説明した。

(脇田座長)

○ 森内先生に質問。オミクロン株になってけいれんやクループが増えているのか。

(森内参考人)

- クループに関しては、日本でもアメリカでもオミクロン株になって症例数が激増していることが示されている。オミクロン株では肺炎を比較的起こしにくくなったと思うが、逆にクループのように喉頭・気管・気管支の炎症は強くなる傾向があるようである。
- けいれんに関しては、オミクロン株以前から海外でも年長児でもけいれんを起こすということが言われていたが、日本小児科学会のデータベースによると、オミクロン株になってから明らかに熱性けいれんが、好発年齢である5歳未満でも、また5歳以上でも増えていることが分かっており、臨床像が明らかに変わった印象を持っている。

(西浦参考人)

- 小児科の学会で今の見解を示されることについて長期的な視点から心配しているということだが、例えば予防接種を推奨しないとすると、接種率は相当低いまま推移すると思う。英国の専門家も強く心配しているが、小児が接種をしないまま残るということになると、小児中心の流行に移行していくのではないかと、進化生物学的にはナイーブなポピュレーションを探してウイルスが選択されるのではないかとされているところ、学会としては疫学的な見解は今の時点ではどういう議論なされているかを教えてほしい。

(森内参考人)

- ワクチンを推奨していないわけではなく、重症化のリスクのある基礎疾患を持っている子供には強く推奨している。健康な子供に関しては意義があるというスタンス。強く推奨するには、現在の感染予防効果が新たなデータでも30%程度ということで、それで学校の中での流行が止まるということにまで結びつけるのは難しいだろう。
- 多く感染すると当然重症例が出てくるので、重症化を防ぐワクチンだときちんと説明をした上で、開業医であれ、保護者であれ、ほとんど全てが軽症例もしくは検査をした

ら陽性だと分かっている中で納得できない人たちがいるのは当然であり、現時点で強く推奨することはできないと考える。

- 英国は、次の流行の波に備えてオファーするというスタンスで、ワクチンを接種したから学校の欠席が減らせるという推定は、今のところは出せないということで、彼らのスタンスも今のところはハイリスクの子供たちを守るところであり、それ以外では強く推奨することは難しいと思う。

米国のように日本と桁数が違う死亡者が出ている国と、インフルエンザやRSウイルスに比べると子供たちが圧倒的に軽症である日本で、同じようなスタンスで推奨することはちょっと難しいと思う。

(尾身構成員)

- 森内先生は、学校の感染を防ぐためには教師のマスク着用、連日の体調チェック、課外活動禁止ということが重要だと言われたが、小児科学会でまとめたものか、外国でまとめたものかを教えていただきたい。

(森内参考人)

- お示ししたのは米国の調査で、『サイエンス』に発表されたもの。昨年発表されたオミクロン株以前のデータなので、今のオミクロン株に対する日本の学校における状況は、調べてみないと分からない。

米国では、生徒が学校の中を移動する形で授業を受けていて、日本のように生徒を同じ教室に固定しているところと環境も違うので、そのまま全部当てはめることはできないだろうと思っている。

- イギリスでは、濃厚接触になった子供たちも含めて、抗原検査を組み合わせるという形で登校し続けても、結局は学校の中における感染者の数、欠席者の数に差はなかったというデータが出ている。こうした検査などを組み合わせれば、大分違ってくると思う。

(舘田構成員)

- 2つ質問。

1つは、オミクロン株になって小児で感染例が増えているが、オミクロン株が小児と親和性が高く、増えやすいのか、あるいは小児の上咽頭における局在において今までと違った変化が見られているのか。

- もう1つは、米国で非常に多くの子供が亡くなっているということは衝撃的だけれども、これは人種の違いで説明できるのか、あるいは肥満など、プラスアルファの要因の関与しているのか。

(森内構成員)

- 後者から御説明する。

米国で日本に比べて圧倒的に重症者が多い理由の一つとして、マイノリティーについて子供に限らず、大人も含めて、明らかに入院率とか死亡率が高いと言われている。これは社会経済的な要因も強いのかもしれない。

また、先生御指摘のとおり、肥満児が日本とは比較にならない程多いことも原因の一つになっていると考える。

最後に、小児多系統炎症性症候群は発症するとその1%が亡くなるのだが、米国ではアフリカ系、ヒスパニック系の子供に非常に多いことが分かっているので、こうした子供たちを中心に死亡者が増えている。米国における新型コロナのインパクトをRSウイルスやインフルエンザと比べた研究でも、白人とマイノリティーを比較すると、マイノリティーの人たちのほうがMIS-C、小児多系統炎症性症候群を起こすということで、より大きなインパクトを持っているということが示されている。

したがって、分かっている理由としては、マイノリティーの人の社会経済的要因、肥満児が非常に多いということ、小児多系統炎症性症候群は日本とは比較にならない程多数起っている。遺伝的背景として、アフリカ系、ヒスパニック系の人たちが多いからということだろうと考える。

- 最初の質問に関しては、誰も答えを持っていないと思う。どんな流行の波でも、まず社会的に行動半径が広く活発な若い大人から上下のほうに広がっていくという流れの中で、今回、子供のほうで広がっている理由として、オミクロン株になって上気道への親和性がより強くなり、その分増加したのだろうと言われている。
- 流体力学の研究者の中には、子供は肺活量が少ないために、子供がマスクをしないときと大人がマスクをしているときでウイルスを出す量があまり変わらないという試算を出した方もいたが、オミクロン株になって上気道でこれまで以上に増えるようになったということで、子供が排出するウイルスの量が増えたのではないかと推測する人もいる。しかし、明確な答えはまだ誰も持ち合わせていないと思う。

(館田構成員)

- 子供でCT値が低いとか、そういうデータは出ていないのか。

(森内構成員)

- 明確なものは出ていなかったと思う。調べるタイミングによっても非常に大きな違いがあり、子供たちは不顕性で見つかることが多いので、どのタイミングで測っているのか分からないところも難しくなる要因かと思う。
- 子供たちのウイルス量を調べた過去の研究も、大人たちとは違うタイミングで測っていたので、ICUに入っているようなウイルス量の低い人と比べて、健康な子供たちでいっぱい増えていると言っていたのはあまり比較にならないだろうと。オミクロン株にな

ってからも、大人と子供の排出量を比較したようなデータは出ていないと思う。

(押谷構成員)

- MMWRの5～11歳のデータで、ワクチンエフィカシーはかなり低いというデータがあり、ニューヨークのデータだともう全然効いていないというデータもあって、森内先生も触れられていたが、5～11歳の用量の問題とお考えなのかということが1点。
- オミクロンに対してワクチンエフィカシーは成人でも低いし、ウェイニングも顕著だということが出ているが、デルタには効いている。今後、どういう株が流行するかということも考えると、オミクロン株だけを考えてはいけないと思うのだが、先生のお考えをお聞かせいただきたい。

(釜范構成員)

- 押谷先生が言われた投与量の問題、30マイクログラムと10マイクログラムというところについてお考えをお聞きしたい。
- また、重症化のリスクに対しての評価から、5～11歳に対して積極的に推奨しないというお考えは分かるが、一方で、この年代の対象者にはワクチンを打つべきではないという意見もあり、小児科の意見が分かれている。ワクチン接種の考えが分かれているから、やるべきではないとされるという懸念があって、この年齢の人には、上の年齢よりは推奨の度合いが低いものの推奨しないわけではないというのが1月の小児科学会の見解だったと思うが、森内先生はさらに踏み込んでいる。その辺りの影響についてどうお考えか。

(森内構成員)

- 5～11歳に対して使用する10マイクログラムが(12歳以上のワクチンの)3分の1の量であるというところが、副反応が少ない代わりに効果が薄いということにもつながるのだろうと思う。治験が完全には終わっていないと思うが、生後6か月から4歳へのワクチンに関しては3マイクログラムとかなり量が少なくなっているが、これも3歳、4歳、つまり同じ用量を使っている中では年齢が上のほうでの効果が悪いからということと一旦ストップされているということである。結構広い年齢層の中で、体格も相当大きく違う中で、同じ量のワクチンがこの年齢層の一番上のところでは効きが悪くなっているという可能性はあると思う。
- オミクロン株で有効性が薄れているからといっても、将来どういう株になるか分からないし1回でも接種しておけば、何かあったときに基礎的な免疫をつけることが可能なので、否定しているわけではない。今までの小児科学会の見解をはみ出ているわけではない。これまでどおり、5～11歳に対するワクチンの接種は意義があると言っている。これは、強い推奨と言っていないだけであって、否定しているわけではない。

○ ただし、ワクチンを強く推奨している人たちの中で、子供たちにワクチンを接種し、子供たちの流行を阻止することによって大人にうつさないようにするのが大事だという声はちょっと違うかなと言っているだけである。

今後、1回でも2回でもワクチンを接種することによって、次の株が出たときにどの程度有効かというのは、そのときにならないと分からないので、それらも含め、「“たれば”の話になるが、」と前置きした勧め方しかできないと思っている。

○ ワクチンに対することでは、小児科学会、小児科医の中で分断が起こっている。ほかのワクチンは積極的に推奨しているような人でも、新型コロナのワクチンを子供たちに接種することに強い疑念を持っている人たちとの間で、深刻な分断が起きようとしており、学会としても避けたいと思っている。

○ 私たちは極端に偏ることはなく、今のエビデンスに基づいた学問的な推奨をしており、重症化リスクのある人には強く推奨して、そうでない人にも意義はあることを言った上で、希望する人には滞りなく、問題がないような形で接種をしていかなければいけない。

ただ、今のように医療が逼迫していて、ハイリスクの人が3回目のワクチン接種を終えていない状況にもかかわらず、そのような中で健康な5～11歳を先に接種する必要まではないだろうとは、私も思っている。

(尾身構成員)

○ 資料1の3ページ目に【ワクチン効果】とあり、その下に【BA.2系統】とあるが、それらに関する質問。まず、【ワクチン効果】のところでは、重症化予防効果と書かれておらず、入院予防効果や発症予防効果と書かれているところ、これまでの本会議では、ワクチンの感染予防効果と重症化予防効果という観念で議論してきた経緯がある。また、こうしたデータは、外国では入院の率と言っており、言葉が異なっていることから、これまで議論してきた入院予防効果や発症予防効果と同一視できるのかを教えてください。

○ 次の【BA.2系統】は、非常に重要ということで、「BA.2系統への置き換わりが進むと予測され」の前に、まだ割合は少ないが、徐々に少しずつ置き換わりが進んでいることを事実として書いたほうが良い気がする。事務局へのお願いになるが、何人かの先生から、重点措置が適用されていないところ、あるいは重点措置を解除したところは感染者が増えてくるとあったが事務局からの重点措置が適用されていなくても感染者がまた増えている、あるいは重点措置を解除した後にリバウンドが起きているような県の実際の入院の率とか重症者の率もデータで出せるのか。まだ入院や重症化率が出せないかもしれないが、検討していただきたい。

○ 最後は、事務局で感染源の抽出で努力をしていただいていると理解しているが、定点観測及び多層的なサーベイランスの進捗はどうなっているのか。

(中山構成員)

- 藤井先生の御報告の中で、高齢者の療養の在り方についてお話があったが、資料1でも、「高齢者の感染を抑制するため、介護福祉施設における対策を徹底していくことが重要」と書かれている。確かに、大規模なクラスターを防止するためには、介護福祉施設への介入は非常に大事になると思うが、高齢者が新型コロナウイルスに感染した場合に入院すると、フレイルが進みやすくなるとか、入院期間が長期化し、高齢者自身にとって非常に影響が大きいと指摘されている。

したがって高齢者が新型コロナウイルスに感染した場合に、どのような療養の在り方が良いのかということ一度きちんと議論をしておく必要があるのではないかと考えている。

(和田参考人)

- 感染者の増加を想定した場合に、HER-SYSの入力や、濃厚接触者の扱いなどはどのように検討されているか。サーベイランスも定点の議論が始まっていると聞いているが、自治体からも要望や質問があるので、教えていただきたい。

(中島構成員)

- 先ほど出された消防庁のアップデートを確認したところ、大都市の特に関東、関西を中心にまだまだ安心できない状況であった。

首都圏では埼玉がかなり高い状態で止まっており、関西では大阪がまだピークに近い数字で医療負荷が高い。千葉、東京、神奈川も、下がり傾向とはいえ、いまだに高い数字であり、京都、兵庫、奈良もかなり高い数字のままゆっくり下がっているという状況。

- その一方で、直近になって石川県や長崎県、熊本県がむしろ増加傾向にあるということや、宮城県、徳島県、香川県、山口県などは、最近の増加傾向からピークアウトしたかもしれないが、いまだにピークに近い数字になっており、今後、感染者数が増える可能性を考えると、医療負荷はまだ高い状況にあり、増加傾向が再び見られた場合には、医療がどのくらい頑張れるのかというところはかなり厳しい状況がまだあるのではないかと思う。

(脇田座長)

- 4ページに救急搬送困難事案と救急医療に触れているということで、来週データの報告をいただければ、入れ込んでいきたい。

(岡部構成員)

- 小児科医として森内先生の御発言に対するコメントと補足をしたい。
- 小児科学会には、コロナやその他の感染の予防接種を見ている小委員会があるのだが、

そこでコンセンサスを得ている考え方であるということをつけ加えたい。

- 誤解があるといけないのは、レジストリでけいれんが多い、あるいは症状が変わってきた点について、コロナを引き受ける大学病院や、中心的な入院医療機関の小児科なので、残念ながら一般外来で見るような小児科の例が取れておらず、必ずしも全体像を反映していないという制限がある。
- 繰り返しになるが、ワクチンを推奨していないわけではない。ワクチンは十分意義があるが、効果とベネフィットを考えると、今は緊急ではないという考え方で、できる人のところでは環境を整える。時間を節約するために大人と同様に集団接種を実施する、診察もしないといった方向性を出すところがあるので、然るべく環境を整えるよう推奨している。
- また、大人が防ぐべきであるというのはまさにそのとおりで、ドライビングフォースになっているわけではないので、対策は必要であるが、そこで大人を防ごうということではなくて、やはり大人は大人自身として防ぐべきであるという考え方だと思う。
- 最後に、もし大人の免疫が十分高まり、ワクチンにせよ、自然感染にせよ、その際には小児がターゲットになる可能性はあるが、その点を承知しつつ、緊急ではないという考え方で小児を見ていく必要があると思っている。

(脇田座長)

- 資料1の5ページ目の学校・幼稚園・保育所の対策は今回も書き加えた。子供たち、職員も、少しでも体調が悪ければ休めるような環境を確保することや、春休み中の習い事についても書かせていただいた。

(岡部構成員)

- 塾、お稽古、習い事等は文科省から連絡等々が行きにくいので、経産省から依頼を受けて、できるだけそういうところにもメッセージを発するようにしている。

(西浦参考人)

- いくつかの都市部の都道府県レベルの専門家の会議に関わっているのだが、最近になって、高齢者の施設や医療施設でのクラスターが増加に転じているところがある。BA.2のリンフェクションを伴う増加を疑うので、モニタリングをする必要があると思っている。
- 沖縄の流行について、一回軽く再増加したときは、17歳未満の中高生とその親世代の40~50代で再増加が起こっていたが、今、都市部で、医療機関や施設での高齢者の再増加が起こっているものは、施設の従事者や家族と高齢者が増えていき、そこだけ増えている感じになっている。
- 資料2-3の49ページや50ページで、HER-SYSの経路で分かっているところは少ないが、

データを見ていても、病院のところだけ最近増加している。

- 今、保健所の業務が逼迫しているということでモニタリングの多くが止まっている状態であるが、何らかの形で確認できる状態にしておく必要があると思っている。

(脇田座長)

- 高齢者について、施設だけではなく病院でも増加しているという御指摘を頂いた。

(前田構成員)

- 今後の動向について、西田先生から、特に重点措置が解除されたところで人流の再上昇が起きて、陽性者が増加するというので、押谷先生からのお話にも一致していると思う。

重点措置を解除すれば、今の状況だと下げ止まるのだと思う。重点措置、これから検討ということになっているが、解除が既定路線になりつつある。BA.2の増加や春の活動の増加があり、陽性者数が下がり続けることはあり得ないという状況になる。保健所としては、今の業務量で、もうこれ以上業務を削減できないということになる。

- 厚労省は御存知だと思うが、保健所では通常の2倍から3倍、場合によってはより拡大した体制を組んでいる。大半の自治体では厚労省から提案のあった重点化対策は取っているという状況。
- 東京都の業務状況は、第6波のピークの半分ぐらいにはなったが、それでも第5波のピークと同じような業務量がある状況で、重症化は少ないとはいうものの自宅療養者は相当数いらっしゃる。

ピークが下がってきたので、職員は日付が変わらないうちには帰れるという状況ではあるものの、もう下げ止まって、これがこのまま続くのは非常に厳しい。応援体制を組んでいるので、本来業務に戻る保健師等もあり、4月に新たな事業等が開始される中で、保健所の業務が減らず、ゴールデンウィークに向けて増加に転じるというのでは、組織としてもたないと非常に不安に思っている。

昨年秋のように、一回かなり低下すれば、その後、今回第6波で非常に増加したが何とか対応が可能だったが、高止まりのまま上昇するのはたまらないと思っている。

- こうした中、先々週軽症者に対する対応をさらに削減する方法がないのかと御提案させていただいた。厚労省から、このまま業務量が減らないことで問題ないとお考えか否か御見解を伺いたい。

(今村構成員)

- 今後の動きは予測がつかないが、再拡大に備えてということで、医療現場、東京の中でも専門家の中で話し合ってきた課題について述べたい。
- 韓国では、1日に35万人など非常に多い感染者数が報告されている。人口を考えれば

日本の場合には1日70万人という規模の数になるわけであるが、オミクロンになったことによって重症化率がある程度下がったという認識の下、重症者が増加しなければ医療のひっ迫は起こりにくいということで、そちらに注視をしていくという流れがあること、その考え方に異論はない。

ただ、その考え方は、分母をこれまで以上に許容するということとイコールになるので、そのときに起こり得ることを再度評価しておかなければいけないと思う。

- 第6波の医療現場で起こった大きな問題点に、医療スタッフの欠員もあったことは御存知のとおりである。医療スタッフの欠員により、コロナ医療のみならず、ほかの救急医療、通常医療にも影響が出るということが起こっていた。

今回の第6波の数でもそのような状況になることを考えれば、第6波のピークを大幅に超えた数が出れば、同じような現象、あるいはそれ以上の現象が起こることが予想される。

- そういう意味では、少なくとも第6波の際に各都道府県での欠員の状況、影響の程度を、共通の測定方法によりリアルタイムに評価をする準備が必要と思っている。

(釜萯構成員)

- 今回の第6波の我が国における感染者の動向は、外国の様子と違って、ピークを迎えてから下がるまで時間がかかっているという特徴がある。背景ははまだ分からないが、1つは、ブースター接種の進捗状況との関連をしっかりと検証していく必要がある。

医療現場から入ってくる情報の中で、今回の追加接種に対して、接種を受ける方の意欲がすごく低い、追加接種の進みが遅いということ。医療機関はワクチンを用意して、個別接種、あるいは地域の集団接種があるが、予約の埋まり具合や問合せが初回接種の1回、2回のときに比べてはるかに低調である。それは国から出されている接種実績の積み上げが少し遅いということと関連がある。接種を担当している医療従事者の肌感覚として、ワクチン接種の進みが遅い、予約が埋まらない、場合によってはワクチンが無駄になりそうだという声が多く寄せられている。

国民の多くの方々がワクチンの接種に対して緊急性を感じて追加接種を進めて、1回、2回が終わったときのような高い水準まで持っていくのはなかなか難しいのではないかと感じている。

(押谷構成員)

- 西浦先生の資料で、オミクロン株に対するワクチンの予防効果、人口の中でどのくらい免疫を持つかというのを出されているが、自然感染も日本も相当進んでいるので、それを含めた解析は何かされているのかということをお聞きしたい。
- もう一点、これから留学生に門戸を開いていく中で、今も検疫で相当の陽性者が見つかっている。3月の最初の10日ぐらいで、600人以上検疫で見つかっていると思う。180

人ぐらいがベトナムで、ベトナムも留学生の数は相当多いが、今、中国も状況が悪化しているという中で、検疫のデータはADBにも出てきていないと思うのだけれども、どのくらい陽性者が見つかっていて、BA.2がかなりの部分を占めていると思うが、そういったデータも出してもらって、この後、それぞれの国からどのくらいの人が入ってくる予定なのかということも含めて、リスクアセスメントをするにはそういうデータが提供される必要があると思うので、考えていただけたらと思う。

- 今後増えていくことは十分に考えられているものの、一旦、重点措置は解除する方向になると思う。重症者は多くないのでやむを得ないというところもあるのかなと思うが、今後増えたときにどうするのかというところが全然見えてこない。

今までは、緊急事態宣言を発令し、リバウンドがあったらまたすぐ強い対策をするのだという前提条件で解除していったと思うが、今、すぐに重点措置を適用できるのかということを見ると、それもなかなか難しいのだろうと思う。

- 重点措置も今は飲食店中心の対策になってしまっている中で、なかなか有効な対策が打てない。高齢者施設で増えていくことでリバウンドというか、再上昇に転じたときに、どんな対策をしたらいいのかというところが全然見えてこない。その辺をきちんと議論しておかないといけないと思う。
- ワクチン部会で話し合っていることなのかもしれないが、3回目接種の接種率があまり上がらない中で、4回目をどうするのかという議論もきちんとしておかないといけないと思う。どういったポリシーでワクチン接種を進めていくのか。小児の問題を議論されたが、小児だけではなくて高齢者も、長期的にどのように進めていくのかという議論はしなければいけないと思う。

(脇田座長)

- 一通り意見をいただいたので、事務局からお答えいただける部分があればお答えいただきたい。

(吉田参事官)

- 尾身先生から、重点措置区域が解除された都道府県の医療提供体制の状況をフォローすべきだという御指摘をいただいた。資料2-2の70ページに、全体の病床使用率、重症者の病床使用率も掲載している。
- これだと前週比が見えないが、資料2-1-2②という事務局提出資料中に対前週比も含めて確保病床使用率、重症者の確保病床使用率、これは前週比を入れて掲載しているので、御確認いただきたい。

(脇田座長)

- 西浦先生の資料にも病床使用率、重症病床使用率等のデータがたくさん入っている。

(武井審議官)

- 水際の関係で御質問をいただいた。韓国やベトナムは、最近検疫の陽性率も上がってきており、実際に10万人当たりの感染者も増加の傾向が見てとれる。
- 今日御指摘いただいたので、早速、データの整理を進めていく。

(結核感染症課長)

- 濃厚接触者の待機の在り方に関しては、先週、見解をいただいております、それを踏まえて、実際に保健所のほうでどういうふうに対応してもらうのかということも含めて整理をしている。内容が整理できたら、先生方にも御報告させていただく。
- 定点化に関する課題について、今回、患者数が非常に多く出たが、HER-SYSの活用などにより全数報告を維持してきたところ。
- 感染症対策の第一歩である感染者数の適切な把握において、実際に全数報告が不可能なほど患者さんが出てきた場合にどうするかという検討は進めている。具体的には、実際にその患者さんを診ていただいている医療機関、今は特定の医療機関になっているが、そういったところでどれぐらいの抽出率にすれば、実際の患者数と推計できるような精度が担保できるのかということを含めて整理をしている。
- 全数報告に関しては、入力項目を簡素化するというところでどこまで維持できるかということ念頭に検討しているが、並行して定点のような取扱いをどのようにしていくのかということについて整理を進めていきたいと思っており、また御相談申し上げたい。
- 保健所業務の関係で、前回、保健班から回答させていただいたが、軽減できる業務についてはパッケージでお示しをし、その取組についてもフォローアップをさせていただいたところ。そういった取組の状況を踏まえ、こういった取組がさらにできるのかということについて御相談していきたい。

(脇田座長)

- HER-SYSの入力の重点化や、定点のサーベイランスの議論というところで、前回、鈴木先生からもコメントがあったが、専門家とも議論をしながら進めさせていただきたいというお話があったので、よろしく願います。
- 尾身先生からコメントがあった、ワクチンの発症予防効果、入院予防効果、重症化予防効果の使い分けについて、入院予防効果を重症化予防効果として使っている場合もあり、論文では多くの場合には入院予防効果として示されていると理解しているので、この資料では発症予防効果、入院予防効果という言葉を使ってきているのだと思う。

(健康局長)

- 資料1の3ページのワクチン効果については、脇田先生がおっしゃったとおり、重症

化予防効果のうちの一つの類型として入院予防効果というものを使っている。例えば2行目で、「一方、ブースター接種によりオミクロン株感染に対する」云々というところで、ここは元の論文では明確にホスピタライゼーションが減ったということになっているので、そういった場合には入院予防効果を使っているという状況で、元の論文の文言を反映して記載しているという状況。

(脇田座長)

- 今村先生から、自治体において医療関係者はどの程度欠員があったか、統一した方法で評価できないかとの話があった点についてどうお考えか。

(医政局長)

- 沖縄県で今回の病床逼迫時、特に1月の把握に努めていただいたりしたが、実際には把握が難しく、G-MISなどで把握していくということが考えられるが、医療機関側の負担が発生することもあり、どのような形が望ましいか、網羅的な方法の有無も含めて課題だと思っている。今の段階で、具体的にこういう形ですと申し上げることは困難。

(脇田座長)

- 中山先生から御意見があった、高齢者施設の介入によって、高齢者は重症化リスクがあるということではほぼ全員入院させるという原則があり、ただ、それでもやはり高齢者の療養の在り方をどのように考えるかということで、そういった問題意識は我々も持っていて、尾身先生と私が、高山先生、日本老年医学会、日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会の先生方と御相談をして、隔離目的で入院をした高齢者においてフレイルが進んで、隔離解除後にその人らしい暮らしに戻ることが困難になっているのではないかということで、そういった生活環境の変化に対して脆弱な高齢者の特性を踏まえつつ、ワクチンと治療薬が普及しつつある現状において、最適な治療と感染対策の在り方について検討したいという御相談をさせていただきながら、その先生方からもこれからADBでそういったことも議論するべきではないかということで検討しているところ。議論の内容について、次回のアドバイザーボードか、その次かは分からないが、なるべく早く議論をしていきたいと考えている。

(脇田座長)

- 押谷先生から西浦先生に対する質問で、オミクロンのワクチン効果について、自然感染が今回かなりあったのではないかと、そういった自然感染による免疫というものも加えた分析ができていないかという点について回答いただきたい。

(西浦構成員)

- 現時点ではできていない。デルタ株のときまでは、自然感染と予防接種によるワクチン免疫と分けて推定できていたが、オミクロンからは軽症で、サーベイランスがどれくらいの感染者を捉えているのかをまだ正確に把握できていないので、自然感染に伴う免疫度については今の時点では残念ながら承知していない。
- いくつかあらかじめ整理しておくべき話がある。自然感染と予防接種によるワクチン免疫とで免疫保持者の割合を分けるということと、あと、株によっても異なってくるということ。抗原性の距離感が違うので、例えばデルタに関してはものすごく防御された状態にある。年末からデルタ株が増加し、今の時点までに落ちてきて、かなり少ない状態になっているが、それはいわゆるコンペティティブ・エクスクルージョンというものが起こっている。オミクロンによって人口の相当の割合の人が感染してしまったので、本来デルタが感染させ得る人がオミクロンによってデルタに対してもある程度免疫を得てしまって、結果としてデルタが落ちるという現象が実は静かに起こっていて、人口の中の免疫構造が特定の抗原性の距離感の中で移り変わっている。

これはモニタリングをする方法をつくっておかないと、何歳の人が特定の抗原性に対してどれだけの防御を持っているかがつかめない、人口レベルでどの程度日本の特定年齢群が防がれているのかを把握できないので、丁寧に見ていきたいと思っている。

(脇田座長)

- もう少し頻回なというか、血清疫学調査みたいなものも必要だということと理解。
- 西浦先生から高齢者施設あるいは病院での感染が続いているのではないかといった話があったところ、資料1には高齢者の医療機関における感染が継続していることを入れるということでしょうか。
- 釜萯先生からは、ワクチンブースター接種の予約が進んでいないという報告。押谷先生からは、リバウンド対策をどうするのだ、もし今後増えていったときにその対策をどう考えるのかというところ。すぐには結論が出ない。3回目から、次の4回目のワクチン接種をどう考えていくか。まさに今から考えなければいけないところで、ワクチン分科会においても、予防接種室とその件については話を始めているが、まだデータがないというところで、どのように考えていくべきかというところから考えるというところで、アドバイザリーボードの先生方にも御助言をいただければと考えているので、よろしく願います。

(前田参考人)

- 先週は鈴木先生から、今日も江浪課長から、定点サーベイランス化が俎上に上がっているような話もあったが、単純に定点化をされれば、定点医療機関で受診した方しか保健所のほうに連絡が来ないという形になっていると、それ以外の医療機関で受診をした重症のリスクのある方に対する対応はどうなるのかといったところがある。

- 結局、発生届で把握するというシステムが、全体の疫学的な状況を把握するという機能と、措置が必要な方を把握するという機能の両方を併せ持っているところで非常に過大になっていると思う。それは切り離すにしても、ある程度重症化リスクの高い、保健所として重点化して対応しなければいけない方は把握できるようにしつつ、変則的な対応でかえって業務を混乱させることのないようなシステムを検討いただきたい。

やはり重症化リスクの高い方を中心に、全ての医療機関から御報告いただくほうが、保健所としては必要な対応ができるのかなと考えているので、ぜひ御検討いただきたい。

(今村構成員)

- 全体的に調査するとおっしゃっていたが、全体的な調査を密にやってほしいということではない。厳密な調査を継続的に行えば、報告する現場に負担がかかるのは目に見える。今後は、新型コロナの医療と一般医療とのバランスが変わってくることが予想される中で、職員の欠勤は両側に影響を与えてしまうことから、特に欠員による負担がかかっていそうな都道府県から、いざとなったときに状況を聞けるような体制を取っておくのが重要かと思っている。

(脇田座長)

- 詳細をどのようにすればいいかはよく把握できないので、今村先生から御助言いただきたい。
- 資料1について、尾身先生からBA.2への置き換えについて、置き換えが進んでいるのではないかとのコメントをいただいた点等については、検討させていただく。
先生方、今日もありがとうございました。またよろしく申し上げます。

以上