

# 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第124回）

## 議事概要

### 1 日時

令和5年8月4日（金） 11:00～12:10

### 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	一般社団法人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
	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	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学政治経済学術院教授
	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
家保 英隆	全国衛生部長会会長
前田 秀雄	結核予防会技術参与
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
西塚 至	東京都保健医療局感染症対策調整担当部長
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

厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	羽生田 俊	厚生労働副大臣

迫井 正深	医務技監
榎本 健太郎	医政局長
大坪 寛子	健康局長
浅沼 一成	危機管理・医務技術総括審議官
宮本 直樹	大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、災害対策担当）
鳥井 陽一	大臣官房審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
荒木 裕人	健康局結核感染症課長
佐々木 孝治	医政局地域医療計画課長

#### 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

（加藤厚生労働大臣）

構成員の皆様には、お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。新型コロナウイルス感染症の発生状況については、全国の定点医療機関から報告される1週間ごとの新規患者数で見ると、7月24日からの1週間は15.91となっており、緩やかな増加傾向が続いています。前週比は、これまで3週連続で1.20を超えていたところ、今回は1.14となっています。地域別に見ると、沖縄県では7月上旬以降、減少傾向が見られますが、直近の1週間では42都府県で前週より増加しています。過去の状況等を踏まえると、夏の間一定の感染拡大が生じる可能性があり、引き続き、感染状況を重層的に把握しつつ注視してまいります。

厚生労働省では、本日のアドバイザリーボードにも参考資料として配布している通り、先般の沖縄県での感染拡大やその対応、前回のアドバイザリーボードでのご意見も踏まえ、移行計画のもとで感染拡大局面においても必要な入院体制が稼働するよう、全国の都道府県に対して、入院対象者の考え方の統一、入院先決定の優先順位、地域での医療機関の特性に応じた役割分担の明確化等について、前もって関係者間で合意することなど、今夏の感染拡大に備えるための留意事項をまとめた事務連絡を7月14日に発出しました。また、19日には、自治体向けのオンライン説明会も開催し、その周知を図ったところです。このほか、夏の感染対策のポイントとして、高齢者に会うときや大人数で集まるときの事前の体調管理の重要性などについて、ホームページやSNS等で積極的に周知しています。

引き続き、先々の感染動向を見据えながら、幅広い医療機関で対応できる体制への移行

やワクチン接種を含め、先手先手で必要な対応を行ってまいります。

最後になりますが、本日も、感染状況の評価や今後の見通しなど、皆様から忌憚のないご意見をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

## <議題1 現時点における感染状況等の分析・評価について>

事務局より資料1、資料2-1、2-2、鈴木構成員より資料3を説明した。

(脇田座長)

- ここから意見交換ということで、先生方から御意見をいただきたい。現在の流行状況について、問題点等をいただければと思うが、感染症部会でも定点の報告数について、インフルエンザと同様に、注意報や警報という目安を出すべきではないかという点について、何人かの先生方から意見をいただいた。先生方は、いかがか。

(西塚参考人)

- 確保病床の中での病床使用率を注意喚起の目安とする場合、これらのデータはG-MISが根拠になる。しかし、G-MISがこの秋で使えなくなるのではという不安がある。今後も、確保病床数の把握にG-MISを使えるようにしてほしい。
- 住民に対し、感染状況の肌感覚を伝える上で、定点報告の数値を1日当たりの感染者数に換算して伝える必要がある。直近の定点報告では、東京都は11.12だが、第8波で換算すると、1日辺り1万人弱という局面になってきている。自治体ごとに換算式を使うことについて、国としてどのような立場なのか。使わないでほしいのか、条件付きで許容するのか、教えてほしい。

(今村構成員)

- 医療機関の逼迫を基準にして注意喚起することには賛成だが、基準を作ることは難しいと思う。流行も自治体で異なる。納得できる形で基準を設けられればいい。
- 外来に来ている患者の中には、感染者数が増えていることすら知らない人が多い印象。そういった状況を踏まえると、病床の逼迫はブレーキをかけるべきものだと思うが、インフルエンザ定点の注意報は、入院や外来が逼迫するから発しているわけではなく、注意報等を出すことにより、流行を国民に知ってもらうことが重要な役割となっている。この役割が、5類になったことで求められている。
- 換算式という方法もあるが、インフルエンザ定点だと注意報レベルであるとか、インフルエンザの場合とどういうところが違うかを示した方がいい。そういった形で、この地域では増えている、日本の西側で増えているということが表現しやすくなる。

(西浦参考人)

- 基準を設けて注意喚起をすることは賛成。しかし、このままだと解釈性の問題が残ったまま。5類以前まではステージ、レベルという基準を作り、それぞれの段階に対策が伴っていた。その裏で、ハンマーアンドダンスといった、医療の逼迫をできるだけ避けることにより、直接死亡や超過死亡が出ることを避けながら時間を過ごすという命題があったと思う。
- 目安として何を目的とするのか。コロナが5類になり、普通の病気と考えたときにどう対応するかがエクспリシットではないから、難しいのだと理解している。何を起こすといけないのかを考えると、入院もそうだが、例えば外来逼迫を2週間前に取りましようとなると、その基準が恣意的な上に、2週間以内に確実にピークが来ると認めているような話になってしまうと、エクспリシットにそこに責任の構造がないという目安を提供することになってしまう。
- 他方で、インフルエンザ定点は、恣意性でいくという考えの下、基本は単なる注意報だった。何を起こしてはいけないのかを考えると、今回の流行では、超過死亡が増えることだと思う。救急医療が立ち行かなくなり、本来は救える命が救えなくなってしまうこと。超過死亡が見られるというのが、どういう条件かをもう少し分析した上で、基準にするのが一番自然だと思う。そうでなければ、外来の状況、定点のデータ、G-MISの入院、それぞれのデータに関して、一定の恣意性を全てのデータに認めないといけない。どこかにグリップを効かせるということが、データ分析としてできていない。超過死亡や救急医療の逼迫状況をしっかり見た上で、基準を設ける方が良いと思う。

(前田参考人)

- 下水サーベイランスを行っている自治体と話してみると、今日発表された感染状況の「緩やかな増加傾向」とは違って、7月以降急峻な増加傾向であり、しかも第8波のピークに達している。
- 注意報、警報はあってしかるべきだが、注意報等の結果、特措法に基づいた様々な施策が行われるわけではない。最終的には住民への注意喚起、行動への要望となるのであれば、今の感染動向がどういう状況であるかを正確に住民へ伝えていくことが重要。もう少し、様々なサーベイランス、あるいは統計等から複合的に状況を判断して、住民へお伝えすべきではないか。下水サーベイランスの乖離が非常に大きいことを懸念している。

(太田構成員)

- 警報として、何らかの形で目安を示すのは良いことだと思う。一部の自治体からも要望がある。とはいえ、都道府県の中には、目安を求めているところもあれば、既に独自に作っているところもある。
- 愛知県では、先週の木曜日の数値が出た段階で、知事がアラートを出している。その

結果であるかは不明だが、急峻に上がっていたものが、ちょっとなだらかになりつつある。何らかの形で知事がメッセージを出すのは意味があると思う。問題は、今回の基準に当てはまるのかである。愛知県は確保病床使用率が50%を超えたのでアラートを出したが、外来は全然ひっ迫していなかった。がんじがらめの指標にするのではなく、一定程度目安にしながら、都道府県知事が発出できるようにした方が良い。

- ちなみに、この1週間で愛知県は確保病床率が50%を超えたところでアラートを出した。その後、確保病床の入院患者は1割増えた一方、確保病床以外では1.8倍くらいに増えている。入院患者数はその後もこの1週間、増加が続いているという形になっている。まだ実感としては耐えられると思うが、良い時期にアラートを出してくれたと思う。アラートを出すにしても、知事の自由度を認めてくれた方が良いと思う。

(鈴木構成員)

- アラートの件について、基本に立ち返れば、目的、主体、対象について明確にし、コンセンサスを確立することが大事だと思う。季節性インフルエンザは、平成10年に大学の研究者が報告書を出しており、アラートを出すこと概念が整理されている。季節性インフルエンザの注意報は感染症の専門家が対象となっている。それに基づいて、過去5年間のデータが毎年同じ規模の流行が生じるという前提で設定されている。これは恣意的な数字である。
- インフルエンザと同じように、コロナでもアラートを出せないかというときに、コロナも同じポリシーで決めて良いのか、出す側と受け取る側のコンセンサスを取ることが大事。そうでないと、どんな数値を出しても、独自の意見・独自の数値が出てくる。少なくとも、そのアラートは何を目的にしているのか、早期探知と封じ込めなのか、季節性のある感染症のエンデミック状態を前提として、流行からの逸脱を目的とするのか、インフルエンザのようにコミュニケーションなのか、自治体が医療体制の整備をすることなのか。これらについて、出す側と受け取る側のコンセンサスを取ることが大事だ。

(武藤構成員)

- アラートの出し方については、整理した上で、それぞれの自治体で住民に届けやすい形で出したら良いと思う。対象が専門家に対してであっても、間接的に住民に届くことを狙うのか、直接住民に届けるのかでは違う。
- 自治体がインフルエンザを例にしているのはあまり良くない。インフルエンザとコロナが、病気としてどう違うのか整理する上でも、このコロナという病気なりに注意喚起をしてもらいたい。
- 資料1の感染状況評価のうち、今後の取り組みについて、感染対策の広報を引き続き強化するとあるが、換気が大事ということを強調してほしい。

(尾身構成員)

- 何らかの目安を考えるのは賛成。介入効果と情報効果という話があるが、こういう時代になると、介入効果よりも情報効果の方が強い。
- 定点のデータが示唆することと、下水のデータで示唆することとに乖離があるのではという話があったが、下水のデータにおける各自治体のセンシティブティが違うので、ばらばらなところがあるということは前から指摘されていた。5類になるに際して、我々専門家も国も、なるべく早く複合的なサーベイランスを確立するとしていたが、未だに下水のデータが取扱注意ということで出てこない。出てこない理由は私もよく分かる。いろいろな自治体との関係があるのだと思うのだが、どこかの自治体の方法はセンシティブティが良いということがあるはずなので、そろそろ国が専門家に委託するなどにより、下水サーベイランスのクオリティがどうなのか、自治体間の評価をしてほしい。国がリーダーシップをとって検討してほしい。
- 何を目的に目安を出すかについて、5類になった後もまたレベル、ステージという基準をやるのは現実的ではないが、5類に移行して一体我々は何を目指すのかを考える必要がある。先ほど死亡者、超過死亡という話が出た。医療逼迫はたしかに大事だが、我々が今までやってきたのは死亡者を減らすことが目的だった。ところが、一般の市民は致死率が低いと、普通の病気と認識している。致死率は下がっているが、高齢者を中心に絶対的な死亡者が増えていることが一般には知られていない。このことも含めて、重層的だけれども、死亡者がこれだけ出ており、これからもおそらく出るということが非常に重要。この辺のプロジェクションが、情報効果として人々の心に訴えると思う。

(釜萯構成員)

- 5類に移行して、定点における報告を基準にして感染傾向を考えることに舵を切った。まだ慣れていない国民がいるとは思いますが、今後はこの方向で是非進めるべき。換算式によって、今の流行を推測すると何人というのを続けていくことは、根拠の点からも難しい。今の定点報告からのデータを利用して、状況を把握する方向に経験を積み重ねるのが良いと思う。
- 外来の逼迫状況と定点の報告が関連するということが、外来の逼迫をどう考えるかは難しい。資料3や、国が公表しているデータを、医療従事者がしっかり把握した上で、患者から問われれば活用し、都道府県ごとに今どういう状況なのかを伝えていくことが大事だ。
- 医療従事者としては、入院の状況がどうかを評価して、それによってアラートにつなげるのが妥当だと思う。定点からの情報を毎週更新するのが大事だが、2週間後の予測は難しいので、その点は基準としてあまり強調する必要はないと思う。

(岡部構成員)

- 繰り返しになるが、誰に向けて発信するのが大事だと思う。当時の感染研感染症情報センターがインフルエンザで注意報、警報を出した時も、メディアがそれを取りあげ、「今すぐ流行になる」「まだ大丈夫」といったような報道になってしまう。どういふつもりで警報を出しているのかということと、インフルエンザは長い歴史の中でデータや病気そのものが安定している状況で、定点からの報告に基づいてやっていたが、コロナはまだデータとしても充実しておらず、病気としても安定してないので、テンポラリーなものであることを強調した方が良い。特にインフルエンザの時は、入院の状況が分からないので、定点医療機関の外来の様子だけが分かるというものだったが、今回は入院が最も一般を含めた医療への圧迫ということになるので、そこを強調した方が良い。インフルエンザとは異なるということをしっかり強調した上で出すことには、意味がある。

(西浦参考人)

- 新しい変異株EG. 5. 1について。XBB. 1. 9のディッセンダントだと思われるが、インドネシアで最初に報告された後、おそらく日本が起点になって、今世界中に流行が起り始めている。英国や北米で感染者数の増加が始まっているが、その原因がどうもEG. 5. 1と考えられている。BA. 2とBA. 5系の暴露をされた人たちの間で、免疫回避が起こり、発病しやすい。それだけではなく、今、日本の現場でよく言われているが、肺炎の患者が以前よりも増えているという印象を臨床医が抱いている。これまでのオミクロンの流行と比べて相対的に多い。
- EG. 5. 1は、沖縄でも増えている。感染者数が増加することにも関連すると思う。第9波に関して、この後の再増加や遷延などの原因になると思う。悪い場合は、第9波が二峰性の流行となる。沖縄でゲノムサーベイランスが公表されたが、各地で同様にやっではないといけない。
- 日本が起点になっていると、世界で認識されている。免疫回避が起こっていて、XBB対応ワクチンが効かないかもしれない。免疫回避の状況や臨床像について、臨床研究しないといけない。いわゆるレスポンスビリティをある程度果たすということ。XBB. 1. 16の患者もまだ来ているが、それらの患者とEG. 5. 1の患者とマッチングした上で、どの程度重症度が異なるのかを早く世界に発信しないといけない。他の国はもしかすると「日本株」と呼び始めるかもしれない。今後の流行の趨勢を測るということと、レスポンスビリティを果たすために、マーキングをしておいた方が良いと思う。

(今村構成員)

- あくまでも自分の病院に限るが、確かに、以前見られたような磨りガラスの肺炎というのがバラバラ出始めている印象。元々のウイルスが残っているのではないかという話をしてしたが、今の話と合致しているのかもしれない。EG. 5. 1の影響を受けているのかどうか、ゲノムで比較していく必要があると思う。

(脇田座長)

- もし本当に肺炎症状が増えてきているということであれば、肺炎症例を集めて、分析をすること。EG. 5. 1から見るとということもあるが、肺炎症例から見るとということも必要だと思う。

(尾身構成員)

- 日本発となることも否定できないということだが、なぜ日本で流行しているのか。2つほど理由が考えられるが、日本はゲノムサーベイランスがしっかりしているということもあるし、これまで感染者が比較的少ないため、日本では免疫の保有者が少ない。これによりEG. 5. 1が増えているということか。

(西浦参考人)

- まだウイルスの特性自体も研究途上で報告が始まったところなので、どうして日本を起点としているかということは確定的には分からないが、インドネシアで登録されてから1週間後、日本ですぐに出ているのは、ゲノムサーベイランスの頻度が日本は高いからということもあうと思う。最初に増え始めたのは東南アジアで、その次に日本で広がったのだと思う。日本で、あるいは極東地域で増えているのが現状だが、それは極東地域で持っている免疫を回避する特性を兼ね備えているので、アウトコンピートできるという条件を兼ね備えているのだろうと議論されていると理解している。

(佐々木地域医療計画課長)

- 確保病床の取扱い、あわせてG-MISの運用のあり方については、この秋以降、どうしていくかについて、ご意見を踏まえながら検討して参りたい。

(荒木結核感染症課長)

- 各専門委員の先生方からご意見いただいたところであり、しっかり検討していきたい。