

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第91回）
議事概要

1 日時

令和4年7月21日（木） 15:00～17:30

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
	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
前田 秀雄	東京都北区保健所長

平井 伸治	鳥取県知事
荒金 美斗	鳥取県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局次長
田原 研司	島根県健康福祉部感染症対策室長
大久保 一郎	横浜市衛生研究所長
小澤 広規	横浜市衛生研究所微生物検査研究課研究員

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
	大島 一博	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	浅沼 一成	危機管理・医療技術総括審議官
	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）

直近の感染状況につきましては、全国の感染者数は昨日20日で15万2495人、1週間の移動平均では10万1807人、1週間の移動平均の今週先週比は1.72となっております。新規感染者数は急速な増加が継続しておりまして、病床使用率についても地域差が見られるものの、総じて上昇傾向にあります。また、重症者数や死亡者数について、低い水準にあるものの、増加傾向にあります。

今後、夏休みの影響もあり、接触の増加等が予想されます。また、オミクロン株のBA.5系統への置き換わりの影響や、ワクチン3回目接種の効果の減衰等によりまして、多くの地域で新規感染者数の増加が続くことが見込まれます。

我が国は、これまで6度の感染拡大を経験してきておりまして、そのたびに国民の実践、経験と、ウイルスに対する理解の深まり、保健・医療提供体制整備、検査体制の拡充、ワクチン接種の進展といった、新型コロナウイルス感染症への対処能力が高まっております。

先週7月15日には、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、現下の感染拡大への対応については、行動制限を行うのではなく、社会経済活動をできる限り維持しながら、保健・医療提供体制について、昨年取りまとめた全体像に基づき整備してきた病床等をしっかりと稼働させることを基本に、引き続き自治体や医療機関等の支援を行い、保健・医療提供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とといたしました。

具体的内容としては、病床については、これまで確保してきた4.6万床の病床等をしっかりと稼働させていくとともに、臨時の医療施設の開設準備を進めること。検査については、検査キット約1.8億回分の在庫を確保しており、毎週モニタリングを行いながら安定的流通を確保すること。治療薬については、2剤で約300万人分の供給が可能な経口薬をはじめとした複数の選択肢の中から、その適応に応じて適切かつ早期に投与できる体制を構築・強化することに取り組んでおります。

また、足元で新規感染者数が急速に増加していることから、重症化リスクの高い方が多数集まる医療機関・高齢者施設等において、従事者を通じた集団感染が発生し、多数の重症者が発生することや、医療体制に影響が生じることが懸念されます。

このため、従来から4回目のワクチン接種は重症化予防を目的として行うこととしていく中で、ワクチンの感染予防効果は限定的とのエビデンスに特段変わりはありませんが、重症化リスクの高い方が集まる医療機関・高齢者施設等の従事者を対象とした4回目接種について、審議会にお諮りした上で早急に進めてまいります。

政府としては、今後の感染状況について、最大限の警戒を保ちつつ、引き続き適宜適切な対応を図ってまいります。

また、国民の皆様におかれては、現時点で新たな行動制限を行うことは考えておりませんが、油断することなく、改めて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感染防止策の徹底を心がけていただくようお願いいたします。

ただし、気温・湿度が高くなっております。熱中症対策の観点から、屋外では近距離で会話するような場合を除きましてマスクを外していただくようお願いいたします。

最後になりますけれども、本日も、直近の感染状況等につきまして忌憚のない御意見をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

<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、押谷構成員より資料3-1、西浦参考人より資料3-3、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、島根県より資料3-9、鳥取県より資料3-10、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(中島参考人)

- 高山先生、沖縄の厳しい状況を詳しく御報告ありがとうございます。検査・診断体制は事実上限界を超えている中で、今やっている対策がどんなふうに効いてくるのか、これからどんなふうに予想してくるのかがすごく難しくなってくると思うのだが、それは数字に見えていることだけではなくて、現場の実感とか、どういうものを指標にして対策を見ていくといいか。

(高山参考人)

- 疫学情報の収集は、先ほどお話ししたように限界になってきていて、軽症の方々を全員検査することは救急外来ではもう困難。なので、流行の実態を捉えるのは、入院患者とか、65歳以上高齢者の陽性者数がどう推移しているかというところで捉えていく必要がある。

どういう対策が今後求められるのかについては、やはりエアロゾル感染が多い。人が集まっているところでどんと感染するようなことが多く、例えば高齢者施設ではかなり丁寧に見ているが、今までは高齢者施設で陽性者が出たときに、同じ部屋にいる人とか、同じテーブルで食事をしたお年寄りたちが集団で感染して5～6人という状況があるのだが、今、一つの施設で発生すると、ワンフロアでいきなりぞくぞくといろいろなところから陽性者が出てきて、経路を追えないみたいなことが多い。恐らくエアロゾル感染の勢いが相当強いなという印象を持っていて、やはり人が集まるイベントを抑制していくところに重点を置いた社会介入というのが重要になってきている。

特に沖縄はこの夏に多くのイベントがあり、できるだけ屋外で開催するように促すとか、アルコールの販売はやめるとか、そうした具体的な対応を取っていかないと、さらに爆発的な流行に行くのではないかと不安を感じている。

(中島参考人)

- もう一つ、救急搬送困難に関して、これまで沖縄はかなり厳しい医療の状況にありながら、搬送困難事案数の伸びがあまりなかった。今回また増えてきたということが確認されたが。それは救急搬送によらない医療調整の中で患者の入院を調整していたということではないかと想像もするが、その辺りをどうか。

(高山参考人)

- 救急要請件数そのものが急速に増えてきている。コロナだけのストレスではなく、熱中症もそうだが、多くの渡航者が来て、いつもと違う環境の中でアクティビティを増すと具合を悪くする人たちが増えてくる。この2年間静かにしていた人たちも、非常にアクティブになってきている。そうした中で、件数が増えてきているというのが一番大

きい。

そうした中で医療逼迫をしているがゆえに、いつもだったら入院して見守ってあげるお年寄りを一旦は家に帰すということをしていると、やはり救急搬送が増えてくる。その悪循環が今起きていると実感している。

(岡部構成員)

- 本当に沖縄は大変だと思うので、ずっと休む暇もないのではないかと思うが、施設内の療養者の中でも感染が起きていると。ただし、その中で酸素を使っている人は十数人ぐらいであるという数字だったが、全体から言うと、施設や何かで感染者というのは本当に入院が必要な人がみんなかかっているのか、あるいは感染者として上がってきているのかどうか。

救急の依頼件数も多分そうだと思うが、どうしてもこのような状況になると皆さん不安になるので、入院を求めたり、救急搬送を求めたりするのだが、医者が見る救急と患者さんが見る救急は意識が全然違うわけで、そういうことも大きく医療を圧迫している条件になるのだとすれば、そういうことに関する啓発というか説明も必要になってくるのではないかと思っている。

(高山参考人)

- 岡部先生の言うとおりの、介護側が入院が必要だと思う部分と、我々医者が入院が必要だと思う部分の意識合わせは極めて重要で、そのためにも巡回医師が行って、私たちが見守っているから大丈夫だよという声かけで、施設で療養が続けられる軽症者は多い。また、中等症についても、酸素を吸っているだけで数日すればよくなる人たちも多いので、必ずしもみんな入院しなくてもいい。

ただ、ここで一般市民、家族にも心がけていただきたいのは、ACP、あるいはDNRの問題で、フルコードで寝たきり全介助でも心臓マッサージまでちゃんとやってくださいみたいなことがたくさん出てくると、場合によっては無益だとしか考えられない患者さんがコロナで運ばれてくるということで医療現場は混乱していく。この辺りについての慎重な市民に対する語りかけというのも、今必要になってきているかなということを感じている。

(脇田座長)

- 以前、沖縄のほうでは小児の対策ということも学校を中心にかなりやっておられたと思うが、現在はどのような対策を小児に対してはやっているか。

(高山参考人)

- 子供たちの活動を制限するというのは、この病原性とのバランスの中でなかなか難し

くなってきている。部活であるとか、様々な子供たちの活動そのものを強く制限することはしていないが、屋内ではちゃんとマスクをつけましょうという基本的なことは呼びかけている。あと、友達の家を集まってゲームをしたり、こういうことはやめようねということの呼びかけもしている。

一方、検査体制については、子供たちで症状が出たときには、県に連絡をすると抗原検査キットを無料で家族分も含めて送るという対応を取っている。これで実はかなり陽性者でそこで掘り起こしている部分もあると思うが、あとは周囲に感染を広げないように心がけるといふところは当事者たちにはお願いをしている。

(今村構成員)

- 杉下先生と前田先生から東京都の現状について説明があったが、足元の病床占有率では評価できない負荷についてコメントを加えたい。

まず、前田先生の話の中でも少しあったように、病床が少し空いている状況でも、高度認知症、透析、妊婦、あるいは精神疾患などは先行してベッドが足りなくなるというのはこの地域も同じ。これは既に起こっているもので、入院が厳しい状況も見えてきている。

高齢者の散発例は増加傾向となっているが、まだ現時点では高齢者クラスターは第6波ほどの規模にはなっていない。

ただ、これからは散発例からクラスターの増加へと広がってくる可能性が高く、高齢者施設クラスターというのは、地域でデイケアやリハビリなどを介して、地域単位でクラスターが連鎖してきてしまう。この連鎖が始まってしまうと、そう簡単にはその流れを止めることができなくなるので、地域における高齢者の感染規模が一気に増える可能性がある。

さらに、これまでにない規模の高い罹患率が今出てきている中で、各医療機関で医療スタッフの感染が急速に増え始めている。新型コロナの病床というのは、一般医療の中を少し削りながらその病床に人を充てていくという構造を取っていて、その医療スタッフの中で感染者が増えてくると、新型コロナだけではなく、一般医療へも大きな影響を与えるようになってしまう。このまま感染率が高い状況で感染者数が増え続けると、今後さらに厳しくなっていくことが予想される。このような状況を考えると、今、少なくとも東京は病床の占有率で決して評価してはいけない、そういう厳しい状況になっている。

(脇田座長)

- 病床の使用率だけでは医療の逼迫度合いは評価できない、さらに厳しい状況がある。

(太田構成員)

- 私も医療現場から発言する。特に、今回の資料1の文章があまりにもそっけないということ。我々、医療現場にいる者と国民との間に、認識のギャップがあまりにも大きくなり過ぎているのではないかと感じている。後で申し添えるが、そのような医療現場の実情とか危機感が伝わるような形にしていきたい。

先ほど、沖縄の高山先生からも話があったが、現在、全国の医療機関で職員の感染者、濃厚接触者の発生が急速に増加してきている。10代以下とか10代の感染者数が全国に多いということがあるが、当然、その親は医療関係で働いている人もたくさんいる。介護関係で働いている人もたくさんいる。今、女性の就業者数の4分の1は医療と福祉・介護。その世代が、今回のオミクロン株で10代、10歳以下の感染が急拡大しているということで、本人が感染したり、また濃厚接触者になったりということで、マンパワーが直撃されている状況。

濃厚接触者に関しては何とか出てこいみたいな話をいろいろとやっている医療機関はあるが、小さな子供が感染していると、その子を誰かが世話をしなければいけないということで、濃厚接触者で毎日検査すれば出していいというのも使えずに、戦力から抜けていくということも平気で起こってきている。

感染レベルが非常に高い時期というのは、第6波でも同じだったが、一般用の病床だけでなく、コロナ用の病床の稼働を維持していくこと、それだけでも非常に困難な中で、各医療機関は、厚労省からの通知もあり頑張って医療提供体制を維持しようと努力をしている。本当に人数が少ない中でも何とか努力をしているわけだが、現在の感染レベル、さらにこの感染レベルが拡大をしていくと、どうしても支え切れなくなることが目に見えている。

そういう意味で、医療提供体制としては今必死になって全国で頑張っているが、医療提供体制の維持が困難となる前に何とか感染を減少させることが必要。準備していたものを稼働させる努力はするが、感染のレベルがある一定以上になった段階では、それすら物理的にできなくなるということはぜひ御認識いただきたい。

したがって、法的な行動制限をかけないという中では、最大限の言葉で国民に、感染しない、させない行動というものを政府として呼びかけていただきたいし、本日の評価でも、医療機関でも多数の感染者が発生し、病床稼働を維持するのが困難となりつつあるとか、感染レベルを早急に低下させる必要があるという形の問題意識をぜひ伝えていただきたい。

(西浦参考人)

- 前回、行動制限が必要という意見はなかったというのが報道になっていたので、ちゃんと発言しておかないといけないと思って発言する。

今の流行では、御覧のとおりで、基礎疾患が悪化することによって重症病床が埋まってしまった状態で、この後、必ず致死率が上昇するかと思う。あくまでデータ分析に基

づいた話をするが、今の時点までの累積死亡者数が日本全体のコンファームド・デスで3万2000人ぐらいがいる。第6波開始前までの死亡者数が日本全体で1万8000人だったので、第6波のみで死亡された方が1万4000人というのがコンファームド・デスに相当しているもの。

もちろんそれを、厚生労働省の皆さんがやられたとおりで、高齢者だからということで間接死亡が多かったとぬるっと抜けることもできるが、現在の死亡はそれ相当ぐらいを恐らく超えるだろうということが見込まれる。それに超過死亡を含めると、倍にはなるだろう、関連死を含めるとさらに増えるだろうと思われる。

それぐらいの死亡が見込まれるというものだったら、これまでの流行の制御の中では、私たちが今まで2年以上つき合ってきた中の常識で言うと、緊急事態宣言に相当する規模の流行が今起ころうとしていて、リスク評価をする立場からすると、行動制限が必要なのだと考える。それぐらいの死亡を受け止めるのだということであれば、それをエクспレストに政治家の方から言っていたかかないと困るのではないかなと思う。

(前田参考人)

- 先ほども少し述べたが、現場は全ての分野にわたって逼迫の状況で、とりわけ非常に懸念しているのは、先ほど申したが、診断・検査の逼迫。これも繰り返したが、診断・検査医療機関はキャパシティを大幅に超える形での診療の希望がありながら、そちらに対して全く対応できていない。御希望の方の2～3割しか対応できていない。

一方で、その方たちが単に不安であってということであれば、そのレベルの方は必ずしも御受診をされなくてもキットを購入してという話をするが、大半の方が有症状者であるということで、なかなかそういう対応もできないという中で、既に都市部では、有症状でほぼ陽性である可能性が高い方々の一定の割合しか診断することができない状況。これは、診断・検査医療機関も新型コロナ外来も同様。

管内の新型コロナ外来を有する病院からも、この週明けは連休中に受診できなかった方々が殺到して受付のところで殺気立った状況になっている、ぜひ行政のほうから助けが欲しい、そういう御連絡もあった。

また、検査医療機関を増強するというのも国のほうで御検討されているが、検査医療機関は無症状で感染に不安がある方、感染がないことを確認される方が受診されることを前提にされている。当然、感染防止対策もそうした前提の下で行われ、本当に町なかの商店街の中に設置されているのもあり、最近は旅行等に行かれるということで行列をされているということもあって、ここに有症状の方を誘導するということは全く無料検査施設の趣旨に反するし、感染リスクの上からもとても推奨できないとなると、本当に入り口のところで検査、診療ができないということになる。

しかも、そこで最も懸念されるのが、今、重症者あるいは重症のリスクがある方に集中して重点的という話になるが、果たして重症化リスクのある方、重症の兆しがある

方が本当に診断・検査を受けられるのか、その懸念が非常に多い。何か所も何か所も検査の希望を出しながら受診していくということは、体力のある方はそれは可能だが、既に症状が強くなっている方にはそういう対応もできない。

また、その方たちに救急車を呼んでくださいというお勧めも、とても今の救急の逼迫の状況ではできないということになると、重症化しやすい方に保健所として対策を集中しようにも、そうした方々が診察できないという状況になると、そうしたこともままならない。入り口のところでそうした対策が取れないことになる。

本当に必要な方、診断・検査を受けることに優先順位をつけて、重症化リスクの高い方が受診していかざるを得ないのではないかというのが実感。

これは私見だが、沖縄県でそういう対策を取っているが、軽症の方については受診をせずに自主的に自宅で療養してくださいとお願いして、本当に必要な方、重症化が強い方にまず受診してもらう。そうした方での優先順位というものが必要ではないか。この検査のところの逼迫について、国で何か対応策をお考えであれば伺いたい。

資料1には、有症状者に対して検査キットを郵送するという文言もあるが、とてもそういうゆったりと対応できる状況にはないので、本当に必要な方が受診できる体制についてどうお考えになるか。

それに伴ってもう一点、現在、もうほとんど実数は把握できていない。先ほどそういう話も沖縄県の高山先生からあったが、全ての有症状の方が受診できていないので、結果として実数は把握できない状況。

先ほど西浦先生から、徐々にピークに近づいているというお話があったが、現場の実感からすると、実数が把握されていない中でそうした評価もなかなか困難ではないか。

そういう意味では、もしこの先、検査が逼迫した状況で、有症状者は全て検査ができない、実数の陽性者が把握できなくなっている中で、今後、感染動向というものをどういうふうに把握していけばいいのかということについて考えるべき。

最後に、これはアドバイザリーボードのmatterではないということで意見になるが、先ほど西浦先生がお話しされたように、日本ではもうこの状況において行動制限を何らかの方法で行うしか、この感染をある程度とどめて保健・医療提供を保つ方法はないのではないか。

以前、東大の仲田先生から、日本では最も情報効果が感染抑制に効果があったという御発表もあったが、それは国を挙げて、そもそも国からそうした行動制限についての要請があって、それに加えて情報効果があったということだと思う。

現在のように、いかに医療が逼迫したという情報があっても、行動制限は必要ないというフレーズが行政から飛び交うということでは情報効果は得られない。

そして、大変残念ではあるが、日本の保健医療システムは、行動制限なしでBA.5による感染拡大に耐えられる体力がなかったということが明らかになっている。診断、検査、救急、入院、宿泊、全て頭打ち、天井効果が出ているという中では、ぜひ何らかの形で

の行動制限をかけるべきではないかと考えている。

(武藤構成員)

- 今の西浦先生や前田先生とちょっと類似した点だが、改めてお願い。後藤大臣は再三、会見のときに、現下の拡大への対応については、行動制限を行うのではなく、社会経済活動をできるだけ維持しながら保健・医療提供体制に万全を期すということと、それだけでなく、病床逼迫の事態が見込まれれば行動制限を含む実効性の高い感染拡大防止措置を講ずると御発言になっていて、私もそのとおりだと思うし、正確にお話しになっていると思うが、聞いている国民のほうは、もしかすると今までとモードがあまり変わってなくて、国や都道府県が行動制限を要請するまでは余裕があると思っている、いつかブレーキをかけてもらえるものだと思っているのではないかとということに危惧している。

もちろんそれもオプションではあるけれども、今までとは違うフェーズにいて、より一層皆さんが頑張ってもらわないといけないし、医療の受け方についてもよく熟慮してもらう必要があると。もっと言ってしまえば、今の状況は、コロナ以外の方も含めて、より深刻な病状の方の救命のために、検査も求めずに自主的に療養してほしいと言ってしまわないと、医療のほうがこの後乗り越えられるのかということに懸念している。表現は全く正しいが、今までと違うのだよ、だから、国民は頑張っただけというところには効いていない気がするということが一点気になる。

2点目は、中等症の方々の適時の入院調整が急激に困難になってきていて、その要因の一つに、軽症者による救急車の出動要請があると思う。これもフェーズの差というか、今までデルタ株を感染せず乗り越えた方で、さらにオミクロン株は重症化しないというイメージを持った方で、しかも、しばらく感染状況が低い中で過ごしてきた方にとっては、今回感染してみて、イメージとのギャップがすごく大きくなっている。思ったより大変だったと感じられた。ただ、医師はそれを軽症とみなすというギャップがある。医師が軽症とするのだけれども、やはり不安になって救急車を呼んじやうということが相変わらず繰り返されているので、以前、1年前も2年前もこういう病状になったら救急車を呼んでくださいねということを自治体として用意している資料などがあるので、改めて、こういう症状になったら呼んでほしいけれども、それ以外は相談窓口で持ちこたえてくださいとか、そういうふうなメッセージを出していただいて、医療をより適切に使っていただくようなコミュニケーションを取っていただけたらと思う。

(阿南構成員)

- 1点目は、武藤先生がおっしゃったとおり。社会活動は可能な限り継続すべきだと思うが、感染対策はやめてはいけない。ここの表現をもっと上手にしていけないといけない。危険行動というのがあって、危険な行動をやめてもらうのだ、だから、社会活動は

継続していいのだとちゃんと伝えていかないといけない。社会活動をするということは危険行動もやっていいのだと、そこがごっちゃになっているのだと思う。そこは切り分けるようにちゃんと表現していくべき。

2つ目は、今起きている逼迫だが、私もその一翼を担ってきた2020年の初期からつくってきた体制・制度が今の状況にそぐわないために起きている逼迫、体制が合わないために起きている逼迫だと思う。

今までつくってきた保健・医療体制に関しては、保健のところでは一定程度困って、整理をして、調整をして医療機関に受診させる、あるいは入院させるということをやってきたが、医療機関のキャパがどうしても限定される。これは、コロナという病気の側面からつくってきたから。

何かというと、患者さんは具合が悪い人がいますけれども、コロナという側面から見るのとコロナじゃない側面から見るので、同じ具合が悪いのでもいろいろなものがある。これがさっきから皆さんがおっしゃっているように、高齢者というのは、別に肺炎がひどくなって具合が悪くなって死んでしまうわけではない。肺炎なんかは起きません。起きないというか、肺炎なんかは大したことないです。でも、具合が悪くなって死んでしまう人が出てくる。私たちは、そのところに実は体制をつくってこなかった。コロナの肺炎ということで重症度を分けて体制をつくってきた。そのところが今そぐわない。

オミクロン株になって、BA.5でもそう。そんなに肺炎がひどくなるウイルスではない。まだデータがきちりと出ていないかもしれないが、現場を見ている肌感で、これはオミクロンの一部。BA.5だからと重症化なんてない。

とすると、私たちがつくってきた高度な医療体制を軸にしてつくってきたものがそぐわなくて、今求められているのは非常にプリミティブな医療、一般医療。おじいちゃん、おばあちゃんは何が必要かということ、具合が悪かったら1本点滴をしてあげればいい。これは外来でもいいし、入院でもいいし、それをやると元気になる。これは風邪でもインフルエンザでも同じで、それが今のコロナ。でも、それを提供できない仕組みにしてしまっていることが問題で、このところに手を入れない限りキャパが広がらないだろうと思っている。

そこにリンクしているのは感染管理で、感染管理もやはり大きな病院でないとできないよねというところにつながってしまっていて、これは6月8日の舘田先生にまとめていただいた、効果的な医療・介護現場での負担の少ない感染対策というのを出して、あれをちゃんと読むと、別に特別な医療機関でもないよねと広げられるというのが見えてくるので、今の限定した医療機関というキャップを外してあげる、そういう大きな転換期にあるのだろう。

もう一点、そういった観点からすると、今まで、検査しましょう、検査しましょうとやってきたが、その検査のために医療機関を受診するので、これがみんなを苦しめている。

そういった意味では、抗原定性キットなどをもっと手軽に入手できるようにしてあげるといのは、大きな流れの転換として重要なこと。それは、資料1に書かれている文章を見ると、どなたかが御指摘されたが、私もちょっと気になっている。陽性になったら都道府県から配る、そういうものではなくて、ふだんから買って持っていたほうがいいわけで、入手しやすい、もっと買えるようにしたらいい。今の薬剤師さんの対面でないと買えないというのは、物すごくハードルが高い。そうでなくて、普通に一般市販化して買えるようにしてあげること。あとは、諸外国に比べて値段が高いわけなので、入手のしやすさということをして、患者の流れを変えていく。そういった体制を変えることで逼迫回避を目指すというのが一つの方向性ではないか。

(岡部構成員)

- 今までの阿南先生、武藤先生のおっしゃったことと全く同じで、その重複は避けるが、重症者と軽症者、あるいは中等症者、中等症者というのは酸素が要らないレベルの患者さんに対する対応というのを分けていかないと、実際には両方とも困ってしまうことになるだろうと思うので、お二人の意見は大賛成。

瑣末なことかもしれないが、資料1の「ワクチン接種の更なる促進」のところで、「20代・30代の接種を促進」と書いてあって、今までの議論の中でもあるように、これから高齢者から中年層に重症者が移ってくる可能性はあるので、そうだとすると、今、40代・50代ぐらいのところでの2回目あるいは3回目接種がきちり行っていないので、20代・30代の接種の促進はもちろんやったほうがいいが、優先度から言うと、40代・50代を最優先にして、4回目はいろいろ議論があるが、2回目、3回目をきちりやるということを入れたほうがいい。

それから、救急車の利用に関するのは全く武藤先生と同じなので、4番辺りに救急車の利用に関する説明、啓発を入れておいていただければ。

(脇田座長)

- 中島先生から退室前に御意見をいただいているので、読み上げる。医療の状況が待たなしで、短期間で実効性のある感染者数の減少が必要。行動制限を必要としないという言葉が、市民にはマスクをつけていれば特段行動を変える必要はないと誤解されているように感じる。感染者数を下げるためには、マスク、換気はもちろんだが、感染リスクの高い接触機会を下げる必要がありますということ。

ですので、基本的には先生方からいただいた御意見は、今の感染状況に対する危機感に関して、メッセージの問題でもあるが、行動制限はしなくていいということが前面に出るのではなくて、感染リスクを下げる行動をしっかりとっていただく、感染リスクを伴う接触機会をできる限り減らすということ。そういうことをまずは前面に出していくということ。

それから、医療提供体制のところでお話が今村先生、太田先生からあった。医療スタッフの感染が増加していることの影響というところを少し書き込めれば書き込みたいと思っている。

前田先生からは、診断と検査が非常に逼迫をしているというところがあった。これは、阿南先生からも医療提供体制の転換期にあるのではないかということで、抗原検査をもっと気軽に使えるようにするというのは分科会の緊急提言にも入っていた言葉で、そういったところも、今すぐに入れられるかどうかは難しいところだと思うが必要だということ。

武藤先生からは、危機感が国民に伝わっていないところがあるので、我々のところからももちろんそういったところはコミュニケーションとして発信するが、政府のほうからもそういったメッセージを出してほしいという我々のお願いということ。それから、今までと違うフェーズに入っているということ伝えるということ。それから、救急の受け方、検査の受け方みたいな問題のところ。

岡部先生から、3回目接種の年代。20代・30代。これは年代を区切らずに3回目の接種の推進ということにしたほうがいいのかと思った。50代はかなり進んでいる。20代、30代、40代。でも、10代もあるから、年代を区切らずに3回目の接種をさらに促進するという形にしたい。

そういうところが今までいただいた意見で、西浦先生からかなり強い御意見をいただいたので、それは受け止めたい。それから、今日は鳥根県、鳥取県の先生方から地域の状況についての御報告をいただいた。ふだん我々のアドバイザーボードで御発表いただいているのが比較的人口規模の大きい地域の先生方なので、今日いただいた感染対策の状況について非常に参考になった。我々としても情報発信を、できる限りお役に立てるようにこれからもやっていきたい。

今、前田先生からも全数の把握が難しくなっているということで、ほかのサーベイランス、定点を利用していくことが感染状況の把握には今後重要であろうと考えている。

まだ、なかなか厳しい状況が続くが、またいろいろ意見をいただければ。

○皆さん、どうもありがとう。

以上