

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第115回）

議事概要

1 日時

令和5年1月25日（水） 17:00～19:00

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	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
	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ウイルス感染部門特任教授
	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
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
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

西塚 至	東京都福祉保健局新型コロナウイルス感染症対策担当部長
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

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
	本田 顕子	厚生労働大臣政務官
	福島 靖正	医務技監
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医務技術総括審議官
	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）
	宮崎 敦文	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	鷲見 学	医政局地域医療計画課長
	高城 亮	大臣官房参事官（予防接種担当）

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）

構成員の皆さん、お忙しい中ありがとうございます。

直近の感染状況は、全国の感染者数は8万1535人、1週間の移動平均で8万213人、1週間の移動平均の今週先週比は0.59となっております。新規感染者数は減少傾向が続いており、全ての都道府県で今週先週比が1を下回る状況となっております。重症者数や病床使用率は低下傾向にあり、死亡者数や救急搬送困難事案数も高い水準にはあるものの、減少傾向を示しております。

季節性インフルエンザについては、定点医療機関当たりの週間報告数が先週公表時点で7を超えました。沖縄県では30を超え、ほか7府県でも10を超えている状況であり、今後の感染動向には注意が必要です。

昨年成立した改正感染症法の衆議院による修正で、新型コロナの感染症法上の位置づけについて速やかに検討し、必要な措置を講ずることとされております。これを受け、アドバイザリーボードにおいて昨年11月以降、病原性、感染力、変異の可能性をどう評価するか、どのような医療提供体制が求められるのかについて、議論の深掘りをしていただきま

した。改めて感謝を申し上げます。

アドバイザリーボードでの御議論も踏まえ、先週1月20日に、原則としてこの春に新型インフルエンザ等感染症から外し、5類感染症とする方向で、厚生科学審議会感染症部会で議論を進めることといたしました。早速、今週23日に感染症部会を開催し、次回27日に取りまとめに向けて御議論いただくことと承知をしております。

今後、ウィズコロナの取組をさらに進め、平時の日本を取り戻していくため、医療提供体制や現在講じている公費支援など、これまでの様々な政策、措置の対応について、段階的に移行することとし、具体的な検討、調整を進めてまいります。あわせて、マスク着用の在り方を含め、一般的な感染対策の在り方についても見直しをしていきたいと考えております。

また、ワクチンについては、感染症法上の位置づけの変更にかかわらず、予防接種法に基づいて実施することとなっております。今後の接種については、現在実施している特例臨時接種の期限が3月末であることから、感染症法上の位置づけの変更と併せて、結論を得ていきたいと考えております。

新型コロナの新規感染者数は減少傾向が続いていますが、過去2年とは異なり、季節性インフルエンザが全国的に流行入りし、さらに増加傾向にあります。国民の皆様には、引き続き、日頃から体温や健康状態のセルフチェック、適切なマスクの着脱、手指消毒、換気などの基本的な感染対策の徹底を心がけていただくよう、お願いいたします。

最後になりますが、引き続き、重症化リスクの高い高齢者の方々を守ることに重点を置きつつ、ウィズコロナの取組をさらに進めていきたいと考えております。本日も忌憚のない御意見、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評価・分析について>

事務局より資料1、資料2-1、2-2、2-3及び参考資料1、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、藤井参考人より資料3-7、西塚参考人より資料3-8、田中構成員より資料3-9、岡部構成員より資料3-10を説明した。

(脇田座長)

- コロナ以前と比較すると低いものの、夜間滞留人口は増加傾向とのこと。
- 全国的に救急搬送困難事案は下がってきているが地域差があるとのこと。第7、8波における救急搬送困難事例は、高レベルのところから下がりにくい特徴がある。この構造的な問題やメカニズムがあれば教えていただきたい。

(中島参考人)

- これまでの流行においても、下げ止まる地域があることが確認されているが、現場から把握されている影響は3つある。
 - ・感染者数が減少し、入院者数が減少しても、一般医療体制が十分戻らないこと。
 - ・院内感染によるクラスターで、病棟単位で受け入れられない状況が発生していること。
 - ・それにより医療者が感染、または濃厚接触者となり、欠勤者が出ること。
- 以上の原因から、二次負荷が下がっているところでもキャパシティが回復せず、救急搬送困難が下げ止まりになっていると考える。
- 搬送困難と一言で言っても、コロナ医療体制に大きく傾いた中での搬送困難と、コロナ以外の入院の応需ができないという搬送困難と、地域によって医療体制が違う。感染者数が減少しても、すぐに救急患者の受け入れ状況が改善しないところもある。
- 例えば首都圏においては、埼玉県でしばしば下げ止まりが見られていたが、同時に、埼玉県は首都圏の中でも非コロナの受け入れ困難が特化してみられている。地域ごとの医療体制が背景にある。

(館田構成員)

- 資料3-2、84ページの死亡者属性について。この11月以前というのは、2022年初めのオミクロンになってから11月までと、12月以降ということでもまとめたものか。また、これは基本的にはコロナ陽性で亡くなった人ということによいか。コロナ感染症を死因として亡くなった人が16.7%から7.1%に減っているようだ。半減しているのが、この期間中の大きな違いであると感じる。
- 慢性閉塞性肺疾患による死亡リスクが高まっていることが示されたが、以前どこかで誤嚥性肺炎、老衰で亡くなる人が増えているデータがあったと記憶している。今回のデータの前半と後半で、老衰が増えているのか、分かれば教えて頂きたい。診断から死亡までの時間が長くなり、どのくらいの数が老衰とされているのかが分かれば、死亡に関する理解が深まるのではないだろうか。
- 前田先生がお示しくださった小松市の下水データを拝見すると、第7波と第8波では、下水濃度の結果に100から800と大きな差がある。これから何を読み取れるのか。感染したと診断されていない人たちがどのくらいいて、水面下で自然感染が第7波の何倍くらいあったのかを推測できる要因として、恐らく何か相関があるはず。自然感染によりワクチン接種のような免疫を獲得し、感染が落ち着きつつあるような状況を説明できるかとも思うが、解釈を教えてください。

(鈴木構成員)

- お示したものは、積極的疫学調査にご協力頂いたいくつかの自治体からのデータに基づいている。
- 死亡例の定義は、PCR陽性で、その後死亡者として自治体が把握した症例となる。

- 比較については、対象自治体で陽性者となった方々。1月以降の大半はオミクロンだが、必ずしもオミクロンと確認されているわけではない。1月以降 11 月までの死亡例と、12 月以降報告された症例の特性比較を行っているもの。
- 死因についてはご指摘の通り、コロナであるとされたのが 11 月以前 16.7%、12 月以降 7.1%となっはいるが、入力なしが大変多く、12 月以降その比率が上がっている。このデータからは、まだ死因に変化があるとは言いづらい。慢性閉塞性肺疾患の割合が若干高くなっているということもあるが、これが本当に臨床的に意義のある違いかどうか、このデータで結論するのは難しいと考えている。
- 死亡に至るまでの日数については、データが限られており結論は難しいが、数だけで言えば 11 月以前までに比べて 12 月以降の重症化から死亡に至るまでの日数は短い。ただ、12 月以降の陽性例については重症化してからまだ死亡していない人がいるため、今、手元のデータで結論づけるのは難しい。明らかに 11 月以前と 12 月以降で特性が年齢も含めて大きく変化したとは考えにくいデータと、暫定的に評価している。

(前田参考人)

- 下水サーベイランスについては科学技術振興機構で研究報告会が行われたところ、検体採取や判定に関する工学的な技術については詳細に理解できていないが、石川県小松市では下水サーベイランスを活用し、流行トレンドや流行規模の段階を市民に啓発しているということ。発生動向調査の状況と比較しながら、下水サーベイランスによる実態把握ができるのではないかという話であった。
- 下水モニタリングのエピカーブは、我々現場の実感に非常に即している。特に今回、感染者数、重症者数のトレンドに乖離があるという話もあったが、報告制度が変わる中で、下水サーベイランスのエピカーブは実態を反映しており、今後の 5 類化等の議論の中でも有効ではないかと思う。
- 老衰、あるいは嚥下性・誤嚥性肺炎の問題は、第 7 波、第 8 波の比較ではなく、2021 年と 2022 年の死亡個票の分析の中で把握している。2021 年の直接死因は大半がコロナであったが、2022 年はコロナ、あるいは肺炎とされるものは半数程度であり、間接死因、あるいは影響を与えた病名としてコロナを記載しているものがあとの半分。このうちの死因の 1 位が誤嚥性肺炎、2 位が老衰という状況。病原性が低くなり感染性が高くなる中で、多くの人が感染し、コロナ自体では死亡していないものの、その後の療養過程で誤嚥性肺炎等を起こし死亡している方が多いのではないかという感覚を持っている。
- 間接死因がコロナとされる人たちの死亡個票からは、時系列的な情報は得られない。HER-SYS に立ち返り、どの程度の療養期間で亡くなられたのか分析を進めていきたい。

(脇田座長)

- 下水データには地域差があるようだ。同じ手法でやっているのか、報告数とどの程度相関・乖離があるか、夏と冬で相関があるか等、検証が必要だと感じている。

(鈴木構成員)

- 厚労省の研究班では、今年度まで私のサーベイランス研究班の分担研究という課題で下水サーベイランスが実施されていた。来年度以降は新たな研究班が続けていく予定。
- 下水データの自治体間の乖離については承知している。水そのものか、沈殿物を取るのか、沈殿物のどのあたりを採取するかなど、どこを採取するかで下水モニタリングの感度は大きく異なる。また、社会活動を反映するため、採取する時間も結果に影響する。調査方法を標準化しないといけないが、現場ではまだ進んでいないと理解している。自治体によってはデータが報告数とパラレルに動くところもある。
- 英国など先進的に取り組んでいる国では、専任の感染症数理モデラーが入り、単に症例数とPCRのRNAコピー数を比べるわけではなく、複雑なメカニズムを考慮した分析をしている。感染研も含めて、今、我が国においてはそういった体制にはない。
- コロナだけでなく、インフルやノロ、ポリオなども含め、今後下水サーベイランスが重要なのは明らか。しかし、しっかりと活用するためには統計学の専門家が入らないといけない領域である。

(脇田座長)

- 厚労省でも、ぜひ研究継続をお願いしたい。
- 資料3-3、かなり急速な減少局面に入っているが、減少のメカニズムは、第7波でも言及があったように、Transient Collective Immunity (一時的な集団免疫) が働いていると考えてよいか。

(西浦参考人)

- 一定以上のリスクを有する、接触をする人の間での免疫が十分になり、下がっている。Transient Collective Immunityの1つだと考えている。

(脇田座長)

- 株の入れ替わりや免疫の状況によって、今後も流行の可能性は十分にあるということ。

(尾身構成員)

- 資料3-10は、基本的な考えを出したもの。今後深掘りして、より具体的な考え方を出すというのが、我々の総意である。
- 脇田先生、記者ブリーフィングで、これは第一報であることを伝えていただけるか。これが最終版と思われぬようにしたいのだが。

(岡部構成員)

- そのとおり、これは第一報のつもり。後から続報が出るとお伝えいただけるならお願いしたい。記者ブリーフィングには私も入るので、発言機会があればお伝えしたい。

(脇田座長)

- 資料3-10、2ページにもあるように、今後の感染対策はコミュニケーション活動も通してやっていくということ。議論が必要ということで、私も参加した。もっと具体的なものを、今後エビデンスと合わせて出していこうという議論であったと承知している。

(瀬戸構成員)

- 大学病院において、コロナ等の感染症を専門に診る人材育成事業が日本医師会の財政支援のもと行われている。東大病院でも2回行ったが、その際に民間病院との議論の中で出たことを2点お話ししたい。
- 今、コロナには様々な加算をつけてもらっている。5類になった後、やることは同じなのに感染対策や手間暇に関する担保がないということで、大学病院のみならず、民間医療機関も押しなべて厳しいことをご考慮いただきたい。
- 個人的に、感染症を診られる医療機関は既に診ていると思う。そのため今後、5類になっても診療可能な医療機関は簡単には増えないだろう。また、はしごが外れると、これまでは診ていたが診ないという医療機関が出てきて、混乱を起こす懸念がある。段階的に変更していくということだが、診療報酬上の対応は引き続きお願いしたい。
- 今後、コロナを診たことがない医療機関も診ることとなる。その際厚労省の診療の手引きが活用されるかと思うが、特に軽症のところは抗ウイルス薬の使い方が羅列的で、初心者の方には分かりづらい。どれをどう使えばよいか分かりづらく、次の更新でこの点もご配慮いただきたい。

(脇田座長)

- 地域の先生からも、これまで診ていた病院が逆に診なくなるのでは、今まで診ていなかった病院に診てもらうための後押しが必要だという声が結構あったところである。

(釜范構成員)

- 瀬戸先生のご意見に賛同する。
- 新規感染者が減ってきた。感受性ある個体数が減ってきて、リスク行動を伴うグループの免疫が一時的に高まっているとのこと。その年齢層においては、ワクチン接種者はさほど多くないだろうから、自然感染の結果、現在の状況となったと考えて妥当か。

- 第7波から第8波に進むにあたり、これまでの波の間隔に比べて感染レベルが低いところまで収まらないうちに感染の波が高まったのが特徴的だった。その点、今後、XBB.1.5 など、免疫の不十分な新たな株が広がり、感染拡大することとどのような関係があるだろうか。示唆があればお聞かせいただきたい。
- 感染届出が9月26日に簡素化された。医療現場としては、現在の報告パターンを続けても大きな負担にはならないと思う一方、類型見直しにあたり定点把握を考えるならば準備が必要だ。三重県はうまくいっているようだが、それ以外の県ではあまり準備をしていないのではないかと思う。今後の方針やスケジュールを事務局にお聞きしたい。

(前田参考人)

- 陽性者への処遇、支援の内容について伺う。公費負担制度については、報道では一定程度継続という話もあるものの、他疾患との公平性を考えると、5類になっても制度が継続されることへの疑問の声や、高額療養費の限度額制度で十分なのではないか、という声もある。
- 様々な住民に対応している感覚からすると、ぎりぎりの生活の人も多い中、限度額制度があるから公費負担制度はいらないという考えは、いささか上流的な感覚であると感じる。診療報酬のかさ上げやコロナの特別加算措置がなくなれば、療養費という点からも他疾患とも公平になるため、公費負担制度は必要なくなる。診療報酬制度の面でも、他疾患と公平となる時点までは公費負担制度を続けていただけないか。
- 5類になっても、病診連携の中で十分に陽性者の処遇を適切に対応しきれない地域もある。保健所の入院調整機能も、場合によってはしばらく継続が検討されるのではないだろうか。
- 発生届には、サーベイランスと陽性者把握という2つの側面がある。5類定点という疾患に位置づけられると、全ての陽性者の報告がされなくなり、重症化の可能性がある高齢者や基礎疾患のある患者についても報告はなくなる。そうなった時、入院調整が必要な方や、在宅療養に際し特に支援が必要な方を自治体として迅速・確実に把握できるか不安。全く別立ての報告制度が設けられるとなれば、医療機関側も煩雑になる。報告義務がない中、どの程度確実にご報告いただけるだろうか。発生届の位置づけについてもご検討いただきたい。

(太田構成員)

- 今後、類型変更に伴い、様々な制度が変わると思う。地域の中で、コロナ患者を適切に診る体制を維持しながら、制度の移行を軟着陸させたい。
- コロナ患者を診ることの労力を、厚労省の関係者に現場の声を聞いていただきたい。感染対策の手間もかかる中、最近では介護に人手のかかる高齢者が入院している状況。現在は診療報酬上の特例があるが、本当にそれだけで対応できるだろうか。対応できない

となると、多くの医療機関が、コロナ入院患者を診ることを少しずつ控えていくことになる。医療機関として、全ての患者を診るべきというのは十分分かっているが、そうはいかないラインがある。

- 病床確保料による7億円黒字化のような報道もあった。これは事実でもあるが、一方の事実として、コロナ前まで会計検査院が検査をした全ての医療機関の平均経常損益がマイナスだったということ。地域の中核病院、民間病院を全部足して、公立病院には繰入金も入った上でマイナス4億円という事実は、ぜひ真剣に御認識いただきたい。それぐらい医療機関の経営というのは、長年様々な圧力を受ける中で傷んできていた。
- 当然地域で診るべき患者さんは診なければいけないが、それを診ると病院の存続すら危ぶまれる事態になっていくような制度になれば、診なければいけないものも診られないという状況が発生するだろう。制度移行に伴い、医療機関への支援策が検討されていくことになるが、地域でコロナ患者も一般患者も診ることができる体制に軟着陸させていただくよう、願います。

(脇田座長)

- 今後免疫が下がっていったとき、ワクチン接種が必要になると思うが、西浦先生ほどのくらい時期を置くことが適切だと考えておられるか。

(西浦参考人)

- 今回の流行は既にピークを迎えたように思われるが、今の流行において感染した人たちをリスク層別に識別することが、本当は非常に重要だということを感じつつも、それができておらず確実なことはなかなか言いにくい。少なくとも年齢群別だけで見ると、20代、30代、40代が主に自然感染により免疫を獲得し、下がってきているということは確実そう。
- 一方、50代、60代、70代の予防接種が進み、免疫を得ている影響もゼロではない。数理モデル上で計算すると、全体の再生産性低下にそれが効いてきている。
- 第6波・7波の間、オミクロン株流行が始まりBA.1-2からBA.5に置き換わったときは、都市部では確保病床の10%を切らずに次の流行が発生していて、第7波・8波間ではほぼ20%を切らずに次の流行が起きている。それがどのくらいまで下がるかは、今の流行の再生産数がどの程度速く落ちてくるか、また置き換わるXBBの免疫逃避により再生産数としてどれだけ速く次の流行が起こるかということのインタープレーで決まってくる。少なくとも今の時点までのエビデンスから、XBBは既存の予防接種と自然感染の免疫を相当回避することが分かっているため、次の波は割と早いだろう。すぐに起こってもおかしくない状態が続いている。
- どこまで落ちるかは、そのイベントが起こるまでにどれだけの状態になっているかに依存する。第7波と第8波の間ぐらいのレベルでと言うのは難しい可能性がある。

- 予防接種の時期は、計算が必要だ。人口の中で、国民がどのくらい速く免疫を失っているか、その次に到来する株がどれだけ逃げるかで、流行規模は大きく変わる。今のところ予測できないため、いくつかのパターンを出した上で、シナリオを考えるべき。あまり時間の猶予がないが、丁寧に計算していきたい。

(脇田座長)

- 類型変更によって、届出が定点になるのか、そうなれば自治体も準備が必要だという話があった。今後の見通し等、事務局から話せることがあるか。

(江浪結核感染症課長)

- 感染症法上の類型については、1月23日の感染症部会において御意見を頂いている。類型の位置づけと併せて、サーベイランスの在り方についても御意見を頂くこととしている。27日にまた議論をお願いするが、一定の方向性が得られることを期待している。
- 一方、準備が必要であることも事実。例えば従来のインフル定点を活用となった場合、感染動向がどの程度見られるのか、データを整理し、お示ししながら検討したい。
- 感染症部会でも、感染症法上の位置づけを変えていくにあたり、様々な準備をすべきだという声をいただいている。サーベイランスについても、お示しできるものを順次お示ししていきたい。

(脇田座長)

- 様々なご意見は、事務局にも受け止めていただきたい。
- 資料3-10は第一報であるということ、ホームページ掲載時に付け加えておく。今後、続編の作成にあたり、感染対策、特に具体策について議論していくということ。引き続きご協力をお願いする。
- 類型に関しては、今週の感染症部会でもとりまとめが進むだろう。
- 皆さんありがとう。また次回も宜しく願います。

以上