

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第77回）
議事概要

1 日時

令和4年3月23日（水） 18:00～21:00

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	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
	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

	秋下 雅弘	日本老年医学会理事長
	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
	石垣 泰則	日本在宅医療連合学会代表理事
	草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
	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
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
	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
	鷲見 学	医政局地域医療計画課長
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	古元 重和	老健局老人保健課長
	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、誠にありがとうございます。

直近の感染状況につきましては、全国の新規感染者は、昨日22日、2万168人、1週間の移動平均では、4万1775人となっております。ほぼ全ての年代で減少傾向となっております。こうした中で、まん延防止等重点措置は、21日をもって18都道府県全てについて解除

いたしました。国民の皆様の御協力に深く感謝を申し上げます。

しかしながら、新規感染者数の減少は緩やかであり、いまだに高いレベルで推移しています。また、今後、BA.2系統に置き換わりが進むことで、再度、増加に転じる可能性も指摘をされております。

厚生労働省としては、引き続き最大限の警戒をしつつ、安全・安心を確保しながら、可能な限り日常の生活を取り戻すために、必要な対策を講じてまいります。

これまで、昨年11月に取りまとめた全体像に基づく保健医療提供体制をしっかりと稼働させることを基本としつつ、オミクロン株の特徴に対応する対策の重点化・迅速化を図ってきました。引き続き、大きく3つの方向性に沿って対策を進めてまいります。

第1は、高齢者とハイリスク者への備えであります。これまで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した。1床当たり450万円の支援や、看護職員の派遣単価の引上げ等の財政支援措置を4月以降も延長いたしまして、転院や救急搬送受入れ、高齢者施設における療養の支援体制強化を進めます。

第2は、軽症、無症状患者と、医療必要とする方のアクセスの確保です。18日に公表した都道府県の点検結果では、外来の診療検査医療機関は3.6万になりまして、東京都や大阪府などでは、一律公表といたしました。また、自宅療養者に対応する健康観察・診療医療機関は、1月の1.6万から2.2万に、0.6万機関増加いたしております。診療報酬上の特例措置を延長しまして、引き続き、診療・検査医療機関の公表や拡充、自宅療養者への医療支援体制の強化を進めます。

治療薬についても、さらなる確保を図りつつ、国産治療薬について、引き続き申請に基づいて承認審査を進めるとともに、開発支援を強化いたします。

第3に、社会経済活動の維持については、オミクロン株が主流の間は、地域の感染状況などに応じまして、濃厚接触者の特定を医療機関や高齢者施設等、そして家庭内に限定し、一般の事業所は一律に濃厚接触者の特定や行動制限を行う必要がないこととしました。また、濃厚接触者となったエッセンシャルワーカー以外の方々についても、広く検査キットを活用することで、待機期間を短縮可能といたしました。

検査については、再度の感染拡大や経済活動のニーズにも対応できるように、国が必要な買い上げ補償を行って、増産による、今年度末の在庫1.5億回分以上と、向こう6か月間で約2億回分の、合わせて約3.5億回分の抗原検査キットを確保できるようにいたします。

新型コロナワクチンについては、4回目の接種も視野に入れまして、ファイザー社から7500万分、モデルナ社から7000万回分を追加購入することといたしました。

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きまして、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、お願い申し上げます。

本日も、直近の感染状況などについて、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。

<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、2-6、2-7、2-8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、中島参考人より資料3-5、前田参考人より資料3-6、矢澤参考人より画面共有資料、高山参考人より資料3-7、藤井参考人より資料3-8、秋下参考人より資料3-9、石垣参考人より資料3-10、草場参考人より資料3-11、武藤構成員より資料3-12を説明した。

(舘田構成員)

- 藤井先生の貴重なデータに感謝。御説明いただいた27ページのコロナ治療に関し、経口薬で25%、中和抗体で14%と、治療ができる高齢者施設が増えてきているということだと思うが、先生の考えでは、まだ低いから、さらに例えばお看取りの人もいるため、助けられる、助けたい高齢者に対して、中和抗体が早めに投与できるような高齢者施設を増やしていくという方向で動いているのか。

(藤井参考人)

- 施設の連携医療機関、協力医療機関では、完全なコロナ治療は難しい医療機関が多く、中和抗体治療ができる往診医療機関等の派遣を強化したいというのが1点。一方で、情報が施設の協力医療機関に十分届いていない可能性もあるので、リスト化した3,500の協力医療機関に対し、ラゲブリオや中和抗体の登録方法、治療の手引等の情報提供を健康医療部から行いたいと考えている。

この連携医療機関による治療についても、もう少し強化できればという、この2本立てで進めていきたい。

(脇田座長)

- 17ページの第5波と第6波の平均入院日数が、高齢者、70代以上では長くなっている。もう少し短くして、ベッドの回転をよくしたいということがあると思うが、ここが延びている理由は。

(藤井参考人)

- 大阪府では転退院サポートセンター、転院支援チームをつくっており、個別の患者さ

んの情報をシステム上で管理している。第6波は非常に高齢化していること、基礎疾患をお持ちの方が非常に多いということで、受入れ病院から、転院させたいという要望を日々200件以上いただいているが、搬送先の療養病院とマッチングをしないという苦しい状態が続いている。これは、療養病院側でクラスターが生じて、マンパワーが落ちて受け取りが難しいということと、症状的に受け取りが難しいということで、マッチングが第5波よりも難しくなっている。

(脇田座長)

- 16ページを見ると、第6波での70歳以上の高齢者の割合が非常に増えているということ、こういった日数が長引くということで、医療機関の負荷がかなり増えてしまうことが分かった。

(尾身構成員)

- 大阪は、協力医療機関と高齢者施設との連携を強めるという試みをされていて、非常に敬意を表したい。この大阪の取組が、大都市も含めてほかの都道府県に横展開ができるかどうかということに非常に興味がある。大阪だからできた、ほかはできないのか、あるいは、場合によってはほかの都道府県にも横展開できるのか、先生のお考えを聞かせてほしい。

(藤井参考人)

- この調査に当たり不可欠なのは、福祉部局との連携。大阪府は、医療を所管する部と福祉部が別の部になるが、今回調査は、福祉サイドから、市町村を含めて各施設とつながることが不可欠。それぞれの自治体で福祉サイドとの連携が図られていると思うので、そこを解決すれば、各施設の医療機関の状況を把握するのはハードルが高くないのではないかと。
- 連携医療機関、協力医療機関が把握できた後、医療サイドからどのようなサポート、バックアップができるかというのは、それぞれの自治体の事情でサポートできるのではないかと。必ずしも大阪府だからできる取組ではないと思う。

(舘田構成員)

- 石垣先生と草場先生の御説明に感謝。改めて、コロナにおける高齢者への対応の難しさを理解した。

高齢者のコロナで、お看取りとして受け入れていかなければいけない症例があると同時に、何とかもう一歩頑張れば助けられるのではないかとという症例も御経験になるかと思う。

それぞれの学会と組織によって違うと思うが、先生方の学会それぞれで、どのぐらい

がお看取りとして受け入れていかなければいけないのか。どのぐらいがもう一歩という症例を経験しているのかということ。

それに関連して、何とかもう一歩という症例がどのくらいあるのか。そういう症例に対して、大阪の藤井先生からは、治療に関して、経口薬で25%、中和抗体で14%の割合の施設しか利用できないような状態であるとの情報をいただいたが、何とか割合を上げていかなければいけない。先生方の立場から、その割合を上げて、助けたい症例に対してケアができるようになるためのサポートに関し、行政に対してどういう政策を求めるのかということについて教えていただきたい。

(瀬戸構成員)

- 我々のような病院は、中等症以上、高齢者の方でも診させていただいているが、上ってくるときはあまり時間的余裕がない。今後は高齢者でも、入院するかしないか、入院する場合でも施設の選択があつていいのではないかと。全くそうだと思うが、時間的な余裕を考えた場合、可能なのか。

下りは時間をかけてもいいが、上ってくるときは時間の余裕がないのではないかと思う。

(脇田座長)

- 上り、下りというのは、感染の拡大と収束ということか。

(瀬戸構成員)

- いえ、個人個人の状態。

(尾身構成員)

- 高山先生が、沖縄などでは比較的若い人、10歳よりもうちょっと上の人たちの感染の数が増えてきて、これは新たな感染の助長、最初のインディケーションではないのかと。今までもそうだった。そういう中でBA. 2の我が国における割合も少しずつ増加している。事務局の話では、検疫のほうではインドのBA. 2の割合が極めて高い位置に在中で、BA. 2における重症度云々というのはまだはっきりしていないということであるが、インドは一度下火になっている。恐らく自然感染の人も多いと思うが、今の状況がどうなっているのか、重症化率がどうなっているのか、次回あたり、外務省などを通して情報があれば教えていただきたい。

(太田構成員)

- 石垣先生、草場先生に質問。高齢者施設での感染が、第6波も多発したことに對して、在宅の先生は、非常に積極的な先生と、そうではない先生とに分かれている。いわゆる

サ高住などに在宅診療には行くが、薬だけ出して、何かあったら救急車を呼んで、みたいな形で対応する施設が、現実にはまだまだたくさんあり、高齢者救急がコロナの入院診療の現場をかなり混乱させたというのが、第6波の姿ではなかったかと思っている。

- その現状を一定程度認めた上で、新しく外部の医療機関との連結、早期に患者さんを診断して、感染対策の指導をして、場合によっては治療するというところまで結びつけるというような形の取組が大阪のような一部の自治体で始まっているが、その実現可能性について伺いたい。

(脇田座長)

- 舘田先生からは、高齢者の治療をどうやったら施設により届けられるようになるのかという、行政的な施策の有無についてのお尋ね。
- 瀬戸先生からは、最初の入院のときには高齢者の入院の選択に関して余裕がないのではないかということのお尋ね。
- 太田先生からは、高齢者施設と医療との連結の取組についてのお尋ね。石垣先生、草場先生に回答いただきたい。

(石垣参考人)

- 舘田先生の質問について、在宅医療に入るときに、多くの患者さんや御家族に、どこまでの治療を希望されるかとお伺いする。何が何でも救急車というような人よりも、在宅でできる治療でいいから、苦しまないような治療をしてくださいというケースが圧倒的に多いと思う。御自宅でも、施設でもそうだと思う。

そういったニーズに応えるために、在宅で治療するスキルや治療薬といったものを在宅医に届けてもらえるシステムができると助かると思う。

実際には、自治体と契約をして、治療に当たっている先生たちが多くいると思うが、契約の煩雑さを解消し簡便に治療ができるように結びつけていただけると、普及するのではないかと考えている。

- PCR検査や抗原検査が手元にある場合には、発熱したとの連絡が入ると、かかりつけ医あるいは往診医が、通常はその日のうちに往診する。したがって、上りの部分については、診断器具がそろっていれば、速やかに行くのではないかなと。

検査キット等が手に入らない状況のときには難しかったが、今の状況では十分迅速な対応は可能だと思う。

- 実際に在宅医療を行っている医療機関の方の善し悪しは正直ある。連合学会に属している先生方はそうではないと思うが、適切な在宅医療を提供していない在宅医療機関は淘汰するなり、教育するなりといった社会的な動きが必要と思う。残念ながら、もうけ主義みたいなところがあるような医療機関は遠慮するというような社会的な動きが重要と考えている。

(草場参考人)

- 館田先生、瀬戸先生の質問は類似している感じがする。
- 学会で統計を取っていないので、データとして出すことは難しいが、施設療養あるいは在宅の方でコロナ患者さんを実際治療してきた感覚から言うと6割、7割の方は治療がある程度きちんと効いて、元の状態に戻る印象を持っている。治療ができないとは全く思っておらず、むしろ入院しなくてもきちんと中和抗体等の治療をすれば、また状態が改善して、普段通りの健康状態に戻るという印象がある。
- ただ、3割ぐらいは治療による改善は厳しいということで、さあどうしようかという検討をすることになるが、入院をするという道もあれば、もう少し努力しつつ、でも改善が厳しい場合は最後はそのままここで看取りになるかもしれないということを御家族とかなり詰めた議論をさせていただく。

その結果、もういいです、母はここまで十分頑張りましたのでと看取りを選択するケースもあった。その場合には、治療を続けつつも、低酸素が次第に進行して3日後には亡くなるというケースが結構あるので、急性期病院の先生方をお願いする前の段階である程度見極めをする。ですから、急性期病院の先生方をお願いしたときは、治癒を目指す治療をお願いしますという状況であるというのが現場の感覚だと感じている。

- 最後、非常に難しい問題で、在宅医療を気持ち的にはやりたいと。ただ、実際、年齢であったり、ソロ・プラクティスでの限界、肉体的な問題も含めて、コロナ患者さんを診ていくということにどうしても手を出せない開業医の先生方がいるのは事実だと思っている。そういった先生方に無理やり在宅医療を提供させるというのは難しい状況なので、大阪のモデルはすばらしいなと思っている。積極的に往診される方と、できる範囲で往診できる方、あとは在宅医療をサポートする方みたいな感じで分けていましたけれども、そういう3段階に分けるというのは非常にすばらしいと思う。
- 私の診療所はドクターが5人いて、在宅医療、外来医療をやっている医療機関であるが、一番積極的な形で、どのようなところにも往診する。普段診ていない施設でも行きますという形でやる。在宅医療をお一人でされているような先生方も比較的腰が軽い状況で、普段からつながりがある施設に往診に行く。そうでない方は、後方支援をやるという形となる。当面は在宅医療に関してはその3段階ぐらいの役割分担をしながら、施設療養に関してチームで取り組んでいくというのは現実的だなと大阪の話聞いて思っていたので、地元の北海道も含めて、そういった枠組みができればいいなと感じている。

(脇田座長)

- 尾身先生の最初のBA.2のインドの状況はお願いということなので、よろしく願います。

(岡部構成員)

- 入院すべき人が入院できるように、そして入院ということを選択しないでもいいという方がその選択ができるようにというところが一番大切ではないかと思っている。
- ただ、感染症法の関わりもあり、この病気は原則として入院であると。いろいろな運用はあると思うが、原則的に入院ではなくても大丈夫ではないかというような選択の余地を早急につくっていくことが、一人一人の生き方をきちんと見守る、看取るというところで必要ではないかと思っている。その辺の議論もしていかななくてはいけないのではないかと思う。
その場合には、入院調整だけではなく、日頃診ている先生と、医療機関の相談といったようなこともあるのではないかと思う。
- 上りの話、下りの話が出たが、入院期間をもっと短くして、早いうちにリハビリテーションなどを元のところでやってもらうというような下りの状況がうまくいかないようであるが、解決策をお持ちか。

(前田参考人)

- 石垣先生、草場先生に質問。
- 舘田先生から、できるだけ早期に治療をということと、瀬戸先生からは、入院の判断等を迅速に対応できるかという話があったが、解決策として一番簡単なのは、かかりつけの患者さんを持っている全ての先生方に診療検査医療機関になっていただくということで、まず、診断というところで関わっていただければ、その後の治療への移行、あるいは入院の是非の判断が迅速に行えると思う。
- 厚労省からは、診療検査医療機関、全ての医療機関が公表されたとなっているが、これは登録された診療検査医療機関が100%公表されたのであり、現実には内科系の医療機関の中で診療検査医療機関になっている医療機関は半数程度だと思う。
- 内科系の医療機関、かかりつけの患者さんを持っている先生方に診療検査医療機関になってもらい、かかりつけの患者が陽性となったら、迅速に判断をしてもらうというような体制に持っていけるかという、道筋についてお考えがあればお聞きしたい。
- 2点目として厚労省に質問。参考資料として今回の基本的対処指針の新旧対照表等がつけられている。

26ページ以降に記載されている今後の重要事項の4番に検査について、下段に「緊急事態措置区域や重点措置区域においては」とあり、その下に、これらの地域に限定された都道府県等は、高齢者施設、保育所、幼稚園、小学校等の従業者等に対する検査の頻回実施を行うとなっている。この文言だけを読めば、今回重点措置が解除されたことによって、この文言は効力を失うことになるが、現状から考えると、高齢者施設等における従業者に対する頻回検査を引き続き実施すべきだと考える。

- 先ほど診療報酬上の特例措置が延長されるという報告もあったが、基本的に重点措置解除後もこの頻回措置を行うという方針は変更がないのかどうか確認をしたい。

また、それに伴って、これまでの通知の中では、集中的検査を行うことについて、地方創生臨時交付金で2分の1の自治体の負担については補助をすると書かれているが、今回、これについても重点措置解除後も継続されるのか。自治体としては、財源の担保なしにはこうしたことを継続できないので、その点をいま一度確認したい。

- さらに、今回新たにこれまでの高齢者施設だけではなくて、保育所、幼稚園、小学校等が加わったが、保育所を担当する部局、あるいは幼稚園、小学校を担当する自治体あるいは教育委員会等に対しても、何らかの通知がされるということがあるのか。

こうした施設についても、集中的検査、頻回検査を実施すべきだというのは、多くの自治体で議会等でいろいろ質問を受けているので、お聞かせいただきたい。

(川名構成員)

- 大学病院で診療しているので、コロナの患者さんに関しては、中等症以上の方を診ている。高齢者の療養の在り方について、結論から言うと、この療養の在り方に賛同するし、非常に重要な考え方だと思う。

- 当院は中等症以上の比較的重症の方が入院してこられるが、最近、かなり御高齢の方も紹介されて入院する。そういった患者さんあるいは御家族の方にお話を伺うと、延命治療とか高度な医療は求めないとおっしゃる方も結構いて、むしろ元の施設のほうがよかったというようなことをおっしゃる方もいる。

- そういった方が大学病院に入院していると、フレイルが進むといったことが起こる。また、そういった方の入院期間は長くなるので、長い間、重症者ベッドにおられるということにもなり、他の重症者の入院ベッドが確保できない、あるいはコロナ以外の重症の患者の入院ベッドが確保できないといった悪循環にもつながってくる。

そういう意味で、草場先生がおっしゃったように、高次医療機関に入院させる前に、どこの施設で療養するのがその人にとって本当に適切なのかどうかということ、それを十分評価して、御本人の気持ちや御家族の気持ちも尊重して、入院、治療の場所を検討するというのは非常に重要であり、医療の目詰まりや逼迫を解除する一つの切り札になるのではないかと思うので、高齢者の医療の在り方については、できるだけ早急に検討していただきたい。

(今村構成員)

- 1点は高山先生に質問。先ほどの発表を非常にすばらしいと思って聞いていた。施設のスタッフや高齢者一人一人に向けた現場視点の対応をされている。その中でもホワイトボードの写真を拝見したが、その内容を見ると、チェック項目が極めて実践的なものになっている。都道府県によって対応に差があると思うので、ぜひ共有化していただ

ると良い。

- 沖縄は介護の場面が厳しいピークの頃があったと思う。ピークの時期のようなときになると、サポートもかなり大変だと思うが、サポートに入る人のレベルの維持や、サポートに入る人員について、そのときに行った工夫や、大変だったことなどを補足的に説明いただきたい。
- もう1点、3学会の先生方に、この場を借りてお礼になるが、これまでCOVID-19と闘ってきた中で、多くの救えた高齢者もいるが、一方で、多くの救うことができなかった高齢者もいた。患者さんが隔離された状況で亡くなっていく中で、治療以外にもっとできることがあったのではないかと常に思い続けている2年間だった。
- COVID-19であるがゆえに、本来は得られるものが得られていない、失われている医療が存在していることは間違いない。当初は厳しかったと思うが、これから段階的にパンデミックから抜け出していく中で、その部分を補っていくためには、3学会の先生方の協力がなければできないと思っている。今後とも、ぜひ協力をしていただけたらと心から思っている。

(石垣参考人)

- 在宅での診断治療の普及に関してお答えする。
在宅主治医やかかりつけ医である場合には、そのときの治療等の判断自体は容易だと思うが、何ができないかという点、実際の治療の実践や、手続が分からないという先生が多くいらっしゃるのではないかと思います。
資料の中で提示したプロトコールは、その辺りを非常に簡便に記載したもの。実践について、地域の行政あるいは医師会等が地域の先生方に研修、教育をする機会を持って、研修、教育を受けた先生方が、実際に診断治療を継続的に行う体制をつくっていく、そのような体制づくりを進めていただくのが解決方法かなと考えている。

(草場参考人)

- 下りの流れの目詰まりの件と、かかりつけ医、診療検査医療機関が50%から増えていかないという点に関してお答えしたい。
- 最初の下りが目詰まりするという問題は、患者さんが戻ってこないということでつらい思いをしてきた。解決は簡単ではないと思うが、1つは、先ほど提言に挙げたように、治療中と治療が終わったというのを明確には区別しない。つまり、治療中からある程度可能なリハビリテーションがあるので、そういったものを、それこそレッドゾーンということがあるが、治療中からもリハビリテーションというものを可能な限り取り入れていただくのが良いのではないかと。
- 今まで逼迫の状況ではなかなか厳しかったと思うが、看護師ではなく、リハビリの専門家の力を借りれば、ある程度可能な部分があるかと思うので、重症の方は大変かもし

れないが、中等症の方で入院されているような方にはぜひリハビリを入れていただいて、つまり、次の段階を見越した感染症治療を急性期病院の中でやっていただく。そうすると、受け入れる側もある程度身体機能が維持された状態で受け入れるので、リハビリテーションを提供しやすい環境ができる。そうすると、回復期リハビリ病棟など、リハビリテーションを頑張っているところも、これであれば受け入れようという可能性が出てくるので、これを一つ方向性として検討していただきたい。

- 2点目、かかりつけ医が50%から増えないという問題は、北海道の経験の中でも非常に厳しいと感じている。北海道でも四十数パーセントからなかなか上がってこないところで、ある特定の医療機関に負担がかかっているという状況がある。短期的には解決が難しい気はしている。かかりつけ医というのは、医療機関に受診される方に関してはある程度応えていくことはできている。しかし、普段からかかりつけ医という形で登録している方であっても、自分からアウトリーチして地域に在宅医療という形が出ていくということはなかなか難しい医療機関が結構多い現状がある。平時の課題に戻ってしまうが、普段からかかりつけ医というものをしっかり持つということを徹底すると、あとは、かかりつけ医という形の役割を、例えば感染症であったり、予防医療であったり、公衆衛生であったり、そういったところもかかりつけ医の機能として強化するという点に関して、インセンティブ等を平時から入れていくことがないと、危機のときに急に往診や感染症診療をお願いするというのはかなり難しいなというのが現場の感覚。

(協田座長)

- 今村先生から高山先生に質問のあったホワイトボードの共有化、サポートの人員の工夫について、高山先生、お答えいただきたい。

(高山参考人)

- 沖縄県が一番多いときは1月26日だったが、287人の施設療養者がいて、本当に支えるのが大変な時期があった。心がけたことは2つ。一つはメンバーの拡大、もう1つが業務の効率化。
- メンバーの拡大については、当時、施設支援に出る医療従事者は60人ぐらい登録していたが、実働は15人ぐらいで沖縄県を回っていたという状況。15人で300人近くをサポートするというのは難しい。毎日の巡回診療もかなり厳しかったので、まず県として施設療養をしっかり支援するのだと。いないはずだということではなく、いるのだと。その人たちを支援しなければいけないのだということを県としてまず共通認識として、知事から医師会宛てに施設支援の協力依頼文書を出した。それを受けて、各地区医師会で、これはみんなで頑張らなければいけない問題だねという共通認識を持っていただいたところが大きかった。

これによりかかりつけの医師や各病院が輪番制などを組みながら、支援する体制が少しずつ、まだまだ不十分ではあるが、かなり拡充してきた。県としてそれを認識することが大きかったと思う。

- もう一つは業務効率化。今村先生に丁寧に見ていただいて、ホワイトボードは本当に重要な、こつこつ作り上げてきたもので、実はDMATのいわゆる災害支援の考え方で整理されているもので、DMATの支援なしにはこういうものはできなかった。つまり、感染対策の考え方だけではなく、災害医療の考え方と併せてつくってきたもの。

業務の効率化としては、医師が行けば何とかなるというだけではなく、訪問看護をいかに動員するかということも結構大きかった。いわゆる災害医療のときに必要なロジの観点も必要で、沖縄県で今、常時動いているロジが2人いて、施設支援に医師が行くときに、そこにロジがついていって、ホワイトボードにあらゆるものを書き出して、どこが足りないかを一目瞭然にする。そういうロジがいることで、医者が医者としての仕事に集中できるようになったということは大きい。

- 最後に、介護従事者によるピアの力は非常に重要で、以前、集団感染を起こした施設の介護従事者が、次に集団感染を起こした施設に支援に入っていくということで、医者との付き合い方とか、レッドゾーンでのちょっとしたヒントとか、そういったところが共有されながら、業務がより効率化していったと感じている。

(脇田座長)

- 事務局に、前田先生から、参考資料の集中検査は重点措置が終わっても続くのか、地方創生交付金の補助、保育所、幼稚園、小学校が加わった点等についての質問があったので、お答えいただきたい。

(結核感染症課長)

- 検査に関しては、先週末に事務連絡を出しており、関係部局からも出している。
費用に関しては、行政検査で行われている場合には、地方創生交付金の算定の基礎になるという部分に関して、特段の変更はないが、個別の案件に関する御質問なので、追って前田先生に情報提供させていただく。

(押谷構成員)

- 西浦先生が出してくれた最後のスライド、今後どうなるのか。上昇要因、下降要因がある中でどうなるのか。今まで繰り返されてきたことであるが、少し下がると、政府も自治体も当分大丈夫みたいにしてしまい、次の波に備えられずに、急激に増えていき、それに対応できないということがこれまで繰り返されてきている。長期的なシナリオも必要だと思うが、短期的にどういうことが起こるのかということも、もう一度きちんと見ないといけないと思う。

ヨーロッパも、かなりの国が今リバウンドしてきている。かなり高いところからリバウンドして、重症者も増えている。そういうことが短期的に国内でも起こり得るということだと思う。

- 高山先生から、20代の人たちが増えているという話があったが、全国的に見ても、HER-SYSのデータを詳しく見れば分かるが、20代が若干増えてきている。恐らく20代の人たちは今回の波の始まりでかなり感染したので、自然感染で免疫をかなり獲得した人たちがいたのだと思うが、逆にこの人たちは、恐らく9月前後に2回目の接種を終えた人たちが多くて、その免疫はかなり減弱してきて、もうほとんどオミクロン株に対しては効果がなくなっているだろうと。そういったことも、沖縄の状況とか、今後、ほかのところでも、自然感染の免疫も減弱していくというデータが出てきているので、そういうことが起きてくる。飲食店のクラスターも全国的に見えてきている。そういう中でどうするのか。増えてきたときにどうするのかということを考えないといけなくて、今は増えてきたからといってすぐに重点措置もできないと、一般の人たちの気持ちもそうなっているのだと思う。自治体や政府の考え方もそういうふうに向いているのだと思う。
- そういう中で、4回目接種が本当に効くのかどうかという問題もあるし、すぐにできるわけではない。多分、4月、5月に再上昇したときには、それは間に合わないということだと思う。
- 大阪や東京でいろいろな対応が考えられているというのはよく理解したが、ほかの国の状況、韓国の状況を見ても、国内で毎日数十万人出るような状況になると、医療や公衆衛生はもたないで、そういう状況になったとき、分母をどうやって下げるのかというツールがほとんどない。重点措置もすぐできないし、さらに追加接種もできないという中で、どのようにして今後短期的に対応を考えてくのかということが、今日もほとんど議論する時間がなかったがそういう認識が本当に共有されているのかというのが非常に心配。
- 西浦先生に、自然感染のデータも入れてもらったが、オミクロン株に対してワクチンの免疫もかなり急速に落ちてくると考えられるので、そういう中で、今後どうするのかを真剣に考えなければいけない。今日、資料1にそこまでいろいろなことを入れる時間はないと思うので、そういう意味で、今の資料1ではいけないのだと思う。かなり全面的に書き換える必要がある。今のリスクアセスメントがきちんとできているとは思えないというのが1点目。
- もう一点、事務局からオミクロン株の特徴を踏まえた濃厚接触者の特定、行動制限及び積極的疫学調査についてという資料2-6が提示されたが、事務局の説明でも、阿南先生が中心になってまとめられた先々週出た提言というか資料を受けて作られたという説明だったが、我々が提示したものとはかなり違う。
- 自治体が幅広く濃厚接触者の特定等を行うことを妨げないという、かなり消極的な書き方になっていて、我々の資料は、できるところはきちんとやるのだということだった

が、そのコンセプトが全く違う。

1の(2)の事業所のところが非常に大きな問題で、このことは先週の基本的対処方針分科会でもかなり問題になったと記憶しているが、事業所はやらないのだみたいなことが書かれていて、これも我々が出したものと非常に大きく違っていて、我々の提言を受けて出しましたみたいな説明は、少なくとも事実に基づかない説明だと思う。この辺りの説明をきちんとしてもらいたいし、これは修正されるべきだと強く思う。

(河岡構成員)

- 一つ目は、押谷先生及び鈴木先生から、都道府県によって感染者数が上がっているところと、下がっているところがあるとの説明があったが、感染者数の推移が地域によって異なっている理由が分かっているのかどうかを教えてください。
- 二つ目は、西浦先生の資料の一番最後のページの今後の感染者数に関するシナリオと関連する質問。ヨーロッパで、オミクロンの流行が収まった後に、再度感染者数が増加している国が見受けられる。一方で、アメリカは今のところその兆しが見えていない。この違いの理由は分かっているのかどうか。
- 今後、日本の感染者数の推移が、アメリカのように減っていくのか。つまり、西浦先生の最後のページのグリーンのラインのようになるのか、ほかの色のラインのように上昇していくのか。この図からすると両方の可能性があるが、現時点では予測が難しいということなのかどうか。

(西浦参考人)

- 先に欧州とアメリカの違いの意見をお話しする。
- 今、欧州で再上昇が起こり始めているのは、大方の人たちが、流行が下降傾向のときの要因として、ブースター接種をしていたが、ブースター自体はもともとワイルドタイプで作ったワクチンなので、あまりオミクロンに効かなくて、かつ、オミクロンに対しての免疫は発症予防の効果自体は3~4か月ぐらいで切れるので、予防接種の免疫が切れ始めたと考えている。その証拠に英国のデータを見てみると、高齢者を中心に感染者が出始めているということで、ブースターの免疫が切れた帰結ということなので、遅かれ早かれ日本でも見られると思っている。
- 一方で、アメリカでは再上昇が見られていないが、これはまだ見られていないだけである。ヨーロッパのように、今すぐに上がっていないのは、アメリカの場合はブースターのカバレッジはそこまで高くなく、その中で流行が1回やんでいるのは、一定の自然感染による免疫獲得が進んだものだと思っている。オミクロン株に対する獲得免疫を得たので、いずれ失活していくとは思いますが、オミクロンに対する免疫がある中でBA.2が流行しているということなので、ワクチンと比べてアンチジェネリックなミスマッチが起こっているわけでもないので、アメリカと欧州のような違いが生じていると理解してい

る。

- ただ、どちらもまだまだゲームは終わっていないので、これから増えてくる。日本も増えてくると思っている。
- 資料2-6に関して、押谷先生からもコメントがあったが、専門家からの提言とだいぶ違うということがある中で、特に重要な点であるが、資料2-6の1行目で、濃厚接触に関して考える時期を、オミクロン株が主流の間はと入っている。この話はそもそもオミクロン株が主流の間こうするというような話ではなくて、保健所の業務が逼迫していて、濃厚接触者の追跡が立ち行かないことがあったり、感染者が増える中で、BCPを考え、企業が通常業務を継続できることを助けるためにこういう手段を取ろうということだったはず。
- それが、残念なことにインシデントが下がりゆく中でこういうことが起こっている。オミクロン株が主流の間はと言ってしまうと、下火になったときに濃厚接触者の追跡や対策を再開することができにくくなるころの理由づけの部分で、相当難しい認識の齟齬が、科学と行政の間でギャップが生じていることに相当する部分だと思っている。
- 研究レベルでも、実測でも分かっていることであるが、濃厚接触者の追跡をやめてしまっても、特にその中でも自己隔離をやめると、再生産数が上がってしまっても、制御が立ち行かなくなるということが多くの国で分かっている。多くの国で、オミクロン株の流行で相当苦しんでいるところ、制御がなかなか難しいというようなところは、自己隔離をやめてしまっている。ここはまた分析して資料はお出しできればと思っているが、自己隔離だけでもいいから、インシデントが低い間は、自分で判断してもらってやったほうがいいという場合はやるのだというのを、ちゃんと読み替えられるような仕組みまで考えた上で今の状態ができていいのかという若干不安。資料2-6については、修正をする可能性も含めて再検討されるほうがよいと思う。

(岡部構成員)

- 押谷先生のおっしゃっていた積極的疫学調査について、妨げないという表現はすごく気になっていて、本来は積極的疫学調査は重要なものであるというメッセージをつけていただきたいと思う。
- 事務局に質問。先ほど僕が申し上げたような、現在の感染症法で、高齢者は原則は入院だけれども、逼迫している状態であればいろいろ努力して、幾つかの条件がある間には宿泊療養や自宅療養もいいというような言い方になっているので、今の妨げないと同じように消極的ではあるが、もし今の状態が逼迫していない、これから第7波ということもあるのかもしれないが、下がっている状態でも、同じように思わなければいけないことなのか、あるいは何か運用が可能なことなのか。あるいは何か議論をすれば変えることができるのかというのはいかがか。できれば議論をしても、入院ということを選択の余地ありとしていただければと思っている。

(協田座長)

- 押谷先生からは、最初、今後どうなるかというところが、これから再上昇した場合に対策がどう取れるのか。重点措置もすぐには取れないのではないかと。それから、国内で数十万人出たときの対応がどうなるのかということ。
- それから、資料2-6の濃厚接触者について、岡部先生からもあったのは、妨げないというところ、あるいは、事業所がやらないというところで、専門家の提言とかなり違うのではないかと御提言。西浦先生も同様のコメントと理解。自己隔離をやめる、実効再生産数が上がると。
- 岡部先生からは、原則入院のところの考え方はどうなのかということ。
- 河岡先生から、これは押谷先生、鈴木先生に、自治体によって感染者数の推移が違うのはどうかということ。

(押谷構成員)

- 本当のところはどうなのかというのはよく分からないが、今回の波も、大都市圏を中心に感染者は多い。人口当たりの感染者数が相当違う。東京や大阪は、ざっと見た感じで人口の6%ぐらいが感染して、見つかっているような感じで、実際にはその何倍かいるのだと思うが、小さいところは1%を切っているようなところもあって、今、どちらかという大都市圏のほうが順調に下がっている感じで、小規模のところはなかなか下がらない。そこは自然感染の影響もあるのかなと思っている。
- 一方で、先ほど西浦先生から話があったように、2回接種ではかなり厳しいし、3回接種でも減弱していくので、そこでまた増えていくということなのかなと。
- ヨーロッパとアメリカの違いだが、もう一つあるのは、BA.2への置き換わりがヨーロッパのほうが早かったので、つい昨日か一昨日ぐらい、ドクターファウチもBA.2への置き換わりが今後進んでいくという話を会見でしていたが、今、実はニューヨークが若干上がりつつある。それもBA.2に置き換わっているのではないかと説明がメディアではなされている。
そういう意味で、BA.2への置き換わりのスピードがアメリカは若干遅れているようなところもあるのかなと思う。

(鈴木構成員)

- 河岡先生の御質問について、資料の33ページ以降のマップでも示しているが、地方都市の人口が非常に少ないところでも増えたり減ったりを繰り返している。以前に人口の非常に少ない地方の流行が遷延しているのは、大都市の大きな流行が遷延しているからではないかと発言をしたことがあったと思うが、基本的にはそのメカニズムは変わらないのではないかと考えている。

ただ、オミクロンに換わって、世代時間も短縮して、先ほどもあったように積極的疫学調査も難しいという中で、いわゆる見えないクラスターの連鎖が、比較的人口が少ない地方都市でも今も続いているのだと。これが今の状況ではないかと考えているところ。

(結核感染症課長)

- 資料2-6の濃厚接触者の取扱いの関係について、この資料そのものは概要として簡略化した表現等を用いており、誤解を与えているとしたら率直にお詫び申し上げたい。
- 濃厚接触者の取扱いの考え方に関しては、基本的対処方針の議論を踏まえた文言を追加などさせていただいているが、先生方の御意見を踏まえた形で、地域の感染状況等を踏まえてやっていくということであったり、国民一人一人がしっかりと感染対策を自主的に講じることが重要であるという基本的な考え方を踏まえたもので進めていきたいと思っており、御指摘も踏まえて、気をつけて進めていきたいと思っている。
- 高齢者の入院に関しては、従来からの御説明と同様であり、感染症法上の規定に関しては、入院をさせることができるという規定ということで、必ず全員入院させなければならないということではなく、地域の実情、患者さんの状態に応じて、入院の取扱いについて御判断いただくことは可能な取扱いと従来からなっている。

(脇田座長)

- それでは、皆様、どうもありがとうございました。

以上