

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第57回）
議事概要

1 日時

令和3年10月26日（水）15:00～17:00

2 場所

厚生労働省省議室

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
	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
	釜萯 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

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
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
	島村 大	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
	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
	鷲見 学	医政局地域医療計画課長
	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、お忙しい中をお集まりくださりまして、ありがとうございます。

さて、新型コロナウイルスの感染状況につきましては、全国の新規感染者数は、昨日25日で147人、1週間の移動平均では295人と減少が継続しまして、昨年の夏以降で最も低い水準となっております。

緊急事態宣言の解除後、多くの地域で、夜間の滞留人口の増加が続くとともに、一部の地域では、クラスターの発生等による一時的な増加傾向が見られまして、感染者数の減少速度鈍化、また、下げ止まりが懸念をされております。このため、引き続きクラスター対策としての積極的疫学調査を徹底することによりまして、感染拡大の芽を可能な限り摘んでいくことが重要だと考えます。また、ワクチン接種が先行する諸外国において、大幅な規制緩和の中で、大きなリバウンドが発生している状況もあることも留意をすべき点だと考えております。

国民の皆様には、対策の緩和が段階的に行われている中で、改めてワクチン接種者を含め、マスクの正しい着用、手指衛生、ゼロ密や換気といった、基本的な感染対策の徹底を

お願い致します。

その上で、病床の受入れ人数の確保だけでなく、ワクチン接種等を含めた保健医療提供体制の構築に生かすべく、先週木曜日に墨田区を訪問させていただきました。繁華街に近い場所への接種会場の設置、夜間の接種体制の確保など、ワクチン接種の推進のための工夫や、保健所において、平時10人の担当職員を125人にまで拡充したことや、保健所と地域のかかりつけ医をはじめとした連携によりまして、健康観察や治療がスムーズに行われていることなど、現場の皆さんの声を伺って参りました。

また、同日、全国知事会との意見交換も行いまして、私から10月15日の骨格の趣旨、内容として病床受入れ人数の確保だけではなくて、治療薬投与体制の確保、自宅療養者への適切な医療提供、また、検査の拡充と総合的な対策の見直しについてご説明をしまして、地域に応じた保健医療計画の作成を改めてお願いをしたところでございます。取組に当たりましては、国と自治体がしっかり連携して実施することも確認させていただきました。

厚生労働省としては、こうした声を受け止めながら、11月の早期に対策の全体を取りまとめまして、国民の皆様にお示しをすべく、取り組んで参ります。

本日も直近の感染状況や、ワクチン接種の進捗、病床の状況等について、忌憚のないご意見をくださいますよう、宜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2-1、-2、-3、-4、-5、-6、続いて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3-4①、②について、前田参考人より資料3-5、事務局から資料4、最後に資料1にて感染状況・対策案を説明した。

(尾身構成員)

○資料1について。諸外国においては、予防接種率がかなり高いにもかかわらず、免疫、ワクチン効果がだんだんと減衰し、リバウンドが発生している。つまりウェイニングの問題があり、対策の緩和を進める際に留意が必要との記載をしてほしい。その上で、ブースター接種のことを、いろいろ具体的に取組を進めておかないといけない。

○資料2-5について。11月に国が全体像を取りまとめるということは非常にいいことだと考える。こういう全体像を示したが、感染力が2倍になるという表現が少々気になる。感染力がX倍というのは、この世界ではウイルスの持つ感染力、病原性というものと感染の伝播である。これでは、ウイルスの力が急に2倍、3倍という印象を受けてしまう。ピーク時に比べて、新規感染者の数がということだろうから、早めに訂正しておいた方がよいと考える。

(釜谷構成員)

○尾身先生同様に、感染力という表現を使ったことに非常に違和感を持っている。これは短期的にまとめられたという背景は承知をしているが、しっかりより多くの専門家の目を通して議論を経て出していただきたい。今回はその手続が省略され、驚くばかりの全体像の方針が出てきた。ワクチン接種の効果について、ワクチン接種以外の条件は夏と同一にして、若年層のワクチンの接種率が70%に進むことで、感染者は約5割減という、この推計の蓋然性がどのくらい正しいものなのかという点も極めて怪しい。政策を決める前提の推計をしっかり行い、先ほどの感染力についても基本的なところであり、チェックが行き届かない形で文書が発出されるというのは極めて危ういと感じている。

(西浦参考人)

○資料2-5について。特に5割減、2倍の感染力との記載部分はやめたほうがいいのではないか。つまり、今の予防接種率で、ピークの感染者数は、いつ介入するのか、具体的に何をするのかといった想定によって大きく変わるものである。2倍の感染力も、同じくそれによって1.2倍の病床につながるためには、いつ介入するのか、何をするのかによって異なる。それと同時に、減少論的にさらに2倍になるというメカニズムがサイエンティフィックに、妥当性を保ってどんなことがあり得ると考えられるのか等、いろいろなことを突き詰めると、なかなか考え難く、本資料は心配な資料ではないか。

(中島参考人)

○資料1について。ワクチン接種が非常に重要な鍵であるということは変わらないので、引き続き、ワクチン未接種者を減らしていく、ワクチン接種率をさらに上げていくということが対策の基本ではないかと考えており、項目1つ独立して書き込んでもらいたい。

(押谷構成員)

○資料2-5について。皆さんご指摘のとおり、感染力が倍になって、感染者が倍になるというのはどう考えてもおかしいので、ここはきちんと修正をすべき。

○資料1について。資料2-4を見ると65歳以上だと半数以上がワクチン接種済の人から感染者が出ている。高齢者は早く接種しているので、もうすでにブレークスルー感染が起きてきており、接種開始の遅かった若年層も今後ブレークスルー感染が増えていくことが考えられる。高齢者の場合には、特にファイザーのワクチンでは、重症化を防ぐ率は70%程度とのデータも出てきており、ここに対する注意喚起を出しておくべきではないか。併せて、まだ感染源は各地に残っているということも、書いてもいいのではないか。まだ感染者がゼロにはなっておらず、日本中で感染連鎖が続いている状態である。

○ワクチン接種が進んできて、感染が見つけにくくなっているという懸念点もある。症状が分かりにくい、かつワクチン接種者はコロナではないだろうと受診をしない人たちも出

てきている。ブレークスルー感染も一般の人たちに周知されていないこともあり、リンク不明な感染者も増えてきている。併せて、特に高齢者のワクチン効果の減弱に伴って、重症化する人、そして早期の治療といった注意喚起も必要だと考える。

(和田参考人)

○ワクチン接種を進める上で、していない方の重症化リスクをきちんと伝えておくべきだと思う。内閣官房で技術実証など、ワクチン接種または検査のような形でされているが、必ずしも同意義ではない、やはり接種をしていない方は、特に中年以降はリスクを抱えており、そのリスクを知らないままに感染する場合の重症化リスクをきちんと考えていくことが重要だろう。11の知識の重症化部分に従来から糖尿病、肥満等が挙げられているが、ここにワクチン未接種を書き込むのはどうか。国としてきちんと伝えておくべきだろう。

(脇田座長)

○中島先生、和田先生からワクチン未接種者は、感染したら重症化リスクがあるので、そこはワクチン接種を進めていくことが必要ということ。尾身先生、押谷先生から、ワクチン接種後の抗体価のウェイニングの問題があり、それをブレークスルー感染、それも徐々に増えてくるといふことで、注意喚起が必要ということ。またワクチン接種者であっても、症状があれば、積極的に受診をするということ、各地に感染源も残っているということ。そこは少し工夫して、こちらで修文したい。

(武藤構成員)

○資料2-5に国の責任のもとで、一般医療の制限を行う可能性、その権限を発動するといった強い表現が見られる。その根拠となる倫理的な枠組みで、生命倫理4原則があり、どこの国でも医療政策をするときには、それをベースに優先順位をつけるということがある。我が国の一般医療の制限は、どのような倫理的な原則に基づいて行われるのかが書かれておらず、結構怖い文章だと思う。例えば、コロナ以外の医療を受ける人たちに対して、受診抑制、治療の不開始、延期とか、差し控えというのがあり、実際余儀なくされた地方公共団体でどのような対応がされたのか、その実態調査、そのときにどういう生命倫理原則の対立がある中で、やむを得ない判断がなされたのかについて、しっかり調査をした上で、国として大きい判断の備えをしていただきたい。いろんな背景があつての文章だろうが、あまりにも勢いが強過ぎて、どういう価値を大切にしているのかが全く伝わってこないで、その点の実態調査の実施を是非お願いしたい。

(脇田座長)

○資料2-5についての様々な意見があつた。感染力が2倍、感染者5割減、ワクチンの接種70%によってとは表現としてはどうなのだという意見。一般医療の制限における医療

倫理の原則を政府としてどう考えているかというところ。そのあたり、事務局から如何か。

（地域医療計画課長）

○尾身先生から指摘のあった感染力という言葉については、一般の方々にできるだけなじみのある言葉を用いているもの。一方で、先生方からは別の意味を持つ、ウイルスの持つ病原性などを表す言葉ではないかという指摘だと理解しており、どう分かりやすくできるか事務局で考えさせていただきたい。

○釜萯先生ご指摘の手術の部分について、時間との関係もあるが、専門家の方々と相談しながら適切に進めて参りたい。

○5割減、2割増、2倍程度といった点は、一定の条件の元で計算として示したものであり、西浦先生からあった介入時期まで踏まえたものではない。この夏と同程度の感染者が出た場合に、入院患者の受入れの2割増強程度のキャパシティーを増やすこと、つまり必ずしも病床だけではなく、病床利用率を上げることも含めて、全体として入院患者の受入のキャパシティーを2割増やすということをお願いしたものである。今後、分かりやすい説明ができるよう事務局としても工夫していきたい。

○武藤先生より倫理についての指摘があったが、非常に重要な点だと考える。一般医療と両立させ、進めていくことは当然だと思っている。一方で、神奈川県などは、手術名等具体的に例示しながら、一定の期間延期をした事例もあり、病床に限られる中で、そうした方策も考える必要性がある中で国の主導において行うものとして記載しているものである。4原則の話もしっかり踏まえて、事務局として検討して参りたい。

（尾身構成員）

○西浦さんの実効再生産数部分で1を下回っているが、徐々にアップアンドダウンして、少しずつ上がるところが懸念だという話、そして押谷先生よりリンクの追えないのも増えているという話があった。どんな状況で、どこのデータでどう調べたか、押谷先生如何か。

（押谷構成員）

○リンクを公表しない自治体が増えてきて、全国的にどの程度のリンクが追えているのか評価することが難しくなっている。若干増えているところも公開している自治体はある。数が減ってくるので、最後に残るのは、やはりリンクの分からないようなものとなる。絶対数が増えている訳ではないと思われるが、やはりそういうどこから感染したか分からない感染者が最後まで残ってしまうといった調査が難しい点がある。我々が集めている自治体からのデータだとリンクを公開していないところがかかり増えてきてしまっており、全国的にはまとめられない状況である。

(脇田座長)

○アンリンクの割合を見ると、地域で北海道、東北地方、少し増えたところがあり、大体クラスターであるが、やはりアンリンクが50%を超えているのは大都市圏が多いという認識である。鈴木先生、追加コメントはあるか。

(鈴木構成員)

○押谷先生と同意見である。HER-SYSにもリンクのあり、なしという項目が体系的に集められているわけではない為、我々も基本的には、自治体公表情報に基づいてリンクのあり、なしをモニタリングしている。年代分布を毎回示しているが、第5波の直近において活動の高い20代から50代の占める割合が非常に高かったのが、直近症例数が減少してくると、年齢のばらつきが見られるようになってきている。つまり、活動度の高い世代が同世代の間の接触で感染拡大をしていたのが第5波極期であったとすれば、現状はそうではなく散発的に感染が見られるようになってきていることを反映していると思われる。感染の散発化は、積極的疫学調査がしっかりなされていたとしても、アンリンクの症例が少なからずあるという状況を反映しているものと思われ、直近でアンリンクの症例の割合が増えている、その背景にはそのメカニズムであると考え。一方で、現場の状況については、やはり、保健所の現場の先生方の話を伺ったほうがよいと思う。

(前田参考人)

○保健所の状況は、接触者健診で発見される患者数の減少によって、むしろインデックスケースの数が増えていると感じられる。特に接触歴ありという方の減少が非常に著しくて、非常に少数になってきており、アンリンクのほうが目立っているという実感がある。また、年齢が下がるにしたがって、接触歴ありの方が増えている状況であり、まだ年少のクラスターが散発していることを示している。

(脇田座長)

○西浦先生の実効再生産数がアップアンドダウンを繰り返して、徐々に流行につながっていくという指摘はその通りで見ていくしかないだろうが、如何か。

(西浦参考人)

○接触の捕捉を今後どうするか西田先生と少しずつ相談を始めている。予防接種者が増えたので、この先、接触のパターンが大きく変わってくる。接種者は未接種の人よりも、自らが安全だと思ふ為、接触することが多くなる。そのときに、時系列で、どうやって接触が増加する傾向に大きく移行したことが捕捉できるかについては今後重要な課題になってくるので、実効再生産数の上昇を更に先取りする、その方法論は提示していきたい。

(太田構成員)

○ブースター接種、ワクチンの追加接種の話である。12月の医療従事者のブースター接種に向け準備を始めていたが、我が病院では結構3回目の医療従事者の接種に対して、心が揺れているスタッフが多くいることが判明した。ブースター接種の効果、意義があるのと同時に、副反応に関して様々な情報がネットを含めて出ている。特に2回接種し終わり、自分自身の重症化リスクが下がっている段階で、3回目を医療従事者が打つことに関して積極的に意義、効果に関する情報を発信していただきたい。思ったより打つ医療従事者が少ない結果になると、その次の高齢者、重症化リスクのある人の接種率に影響していく。初回の医療従事者接種の前には、有志の先生方を含めて、様々な形でワクチン接種に対する正しい情報が提供され、結構な医療従事者の接種率を達成することができたが、開始される1ヶ月後に向け、正しい情報が適切に診療従事者に届くよう配慮をお願いしたい。

(脇田座長)

○当然、厚生労働省予防接種室からもブースター接種に関するリスクコミュニケーション、情報の提供はされていくことと思うが、今回のワクチン接種に関しては、こびナビ等の活動も非常に重要だったと思われる。和田先生にブースター接種に関する活動について伺いたい。併せて、資料2-4にあるイスラエルと米国の接種の状況と新規感染者数の動向、アメリカとイスラエルはある程度行動制限がかかり、その中でイスラエルは、かなりブースター接種が進むことによって感染者数が減ってきているというところだろう。このイスラエルでの感染者減少というのは、行動制限もあるだろうが、ブースター効果もあると捉えているのか、押谷先生如何か。

(押谷構成員)

○そこをきちんと評価したような文書が出ているかもしれないが、そもそもイスラエルは思っているほどワクチン接種率は高くなく、2回接種でさえ60%程度と少しだったと思われる。ブースター接種の接種率が上がってこないところはいろいろなニュース等で流れている情報であり、ブースターでどこまで抑えられているかは、かなり微妙な感じだと思う。イスラエルはかなり大きな流行が一旦起き、それを受けて今は落ちてきているが、それがどこまでブースターによるものなのかはなかなか評価できないのではないか。

(脇田座長)

○ブースター接種に関しては、治験データ、臨床研究データでは出ているが、リアルワールドでどの程度流行抑制に効いているかはまだというところであろう。和田先生、こびナビの活動でブースター接種については如何か。

(和田参考人)

特に医療者の話があったので、早急に情報を集めてみたい。

(釜范構成員)

○都道府県を通じて各医療機関に対して病床をさらにコロナ用に提供できるかどうか、あるいは提供してほしいとの要請がなされ、10月末、また11月にもう一度国全体で整理されると承知している。これまでの経験の中で、かなり病床をコロナに振り向けるという努力をそれぞれの医療機関で行ってきた。先ほどあった武藤先生の指摘の点は非常に重要であり、コロナに病床が転用されたために、一般の医療が受けられないという方がかなり増えてしまった。そのバランスは実は非常に難しいし、都道府県毎、そして地域によって考え方も違って来るだろうと思う。国民の合意がどう得られるのかということは非常に重要な点であり、今後取組として大事なことは、都道府県と医療機関との間で病床の提供についてのしっかりした取り決めがなされた場合に、その取り決めに従って病床が適切に運用されるということ。これを必ずしておかなければならない。そのためには、積増の病床数を増やすことに国として指示を出すだけでなく、実際に転用が可能で、転用の条件が医療機関と都道府県の間で齟齬を来していないこと。例えば、この軽症の受入に対する病床としては十分対応できるが、さらに重症化した場合には難しいと医療機関が認識していた一方で、転用の可能な病床としてカウントされてくると、実際の運用上とは齟齬を来すこととなる。今後国から都道府県に対して指示を出される場合に、ただ数を増やすのではなく、その地域に一般医療も含めて、どの程度の病床が確保できるのか。そして確保できると申告した場合には、それがしっかり担保され、3週間等の猶予期間に整備されるような、国からの丁寧な指示、要請があるべきと考える。

(今村構成員)

○自宅療養の扱いに関して。一時期は、自宅療養が戦略的に必要となり、うまく利用していきこうという流れはあったと認識している。しかし、ある程度以上、フォローアップができないぐらいの規模になると、その中で重症化してしまう。しかし、サージを考えると、自宅療養なしで人口規模の多い都市部の感染を乗り越えることは難しいと思う。一方で、感染者数が多くない自治体の中には、基本的に自宅療養は行わない方針というところもあると思う。それでも、これから重症化率が低下していくことによって、自宅療養の対象者は更に増加してくることも予想される。その状況下どこまで自宅療養を許容していくか、自宅で重症化する人も出てしまう可能性も含めて、どのように社会の中でコンセンサスを得て運用していくか十分検討してもらいたい。

(前田参考人)

○自宅療養者に対する対策をどう行っていくかという点は非常に重要だと思う。第4波の

大阪、第5波での東京でノウハウ、方法論が蓄積されてきたので、それを取りまとめて、それに直面する地域に対して、しっかりと方法論を伝えていくこと。いろいろ試行錯誤してきた大都市部において、それぞれの保健所で独自に対応をとっており、能力を均等化するといったような努力は必要だと思われ、様々な知見を集積していくべきだと思う。

(脇田座長)

○自宅療養で、リスクのある人をどのように優先的に医療に結びつけるか、抗体療法等もあるが、重症化リスク、神奈川県のスコアリングの話もあったが、それも患者さんが急増すると、どこをカットオフにするかといった問題点も出てくる。

(地域医療計画課長)

○釜范先生から指摘があった倫理の面については、武藤先生からも指摘があったとおりであり、しっかり重要な点と受け止めたい。

○医療機関と都道府県との間で契約書を交わし、どんな病床で、どういう人を受け入れる用意があるのかという点も、合意をとり、齟齬がないようにすべきだという釜范先生からの指摘部分。まさにそこがお願いしたい点であり、その共通認識が相互にない場合には、適切な形で病床を、適切に患者さんを病院に入院させることは難しいと考えている。神奈川県における好事例も適切に共有しながら、期間の設定、どういった患者を適用するのか等についても合意をとれるよう都道府県と協力しながら進めていきたい。

○今村先生から指摘の自宅療養者の対応については、これまでも保健所を中心に対応してきたところを、医療機関にしっかりと関与していただく形で対応するよう地域の医師会の先生方を含めてお願いをしているところである。

○脇田先生からコメントがあった点。例えば、スコア化のような形で、どういった方の重症化リスクが高いのかも把握しながら、ある程度優先順位をつけながら入院させないといけないというケースもあるのではないかと考えている。

○前田先生からも話があったが、これまでの知見を当然ノウハウとして都道府県の中にある事例を共有するというのは当然であるが、今回の中で、例えば和歌山県のように全員を入院させるというようなところであっても、ピーク時には保健所の体制が非常に厳しかったといった声も聞いている。そのため今回以上の感染が起きた場合に備えて、そうした場合にどういった形で患者さんを自宅療養できちんと診るのか、その中で重症化リスクが高い人をどういった形で入院させていくかという仕組みを国としても都道府県に寄り添いながら、しっかりと対応していきたい。

(尾身構成員)

○重症化マーカーを使えば、誰が重症化するかわかるという新しいツールが、もう数か月前にできたが、活用はできるものの、何か諸々の条件でうまくいっていないというような

話を聞いている。その点如何か。

(脇田座長)

○以前のアドバイザリーボードにて、東大病院の田岡先生のシステムから、ほかの医療機関にも提供されるという形、そして尾身先生からの採血をして血液検査で重症化に関わる、予測する因子の測定の話だが、大曲先生より情報提供をお願いしたい。

(大曲参考人)

○現場での活用は、なかなか進んでいないという状況だと思う。いろいろあるが、例えば抗体製剤の使用対象、入院患者例えば入院が必要な方のスクリーニングの観点では、いわゆるハイリスクであるというキーワード、つまり年齢が高い、持病があるといった形でのスクリーニングがはるかに簡便で早く、リソースも要らないので、そちらの活用が、今、中心であると。それは極めてプラクティカルなやり方だと思って見ている。一方、こうしたキーワード等に頼らないマーカーやバイオマーカー等は不必要かという、必ずしもそうでないと思う。例えば、リスク因子、スコアリングシステムがあるが、ワクチンの接種率がこれだけ上がった状況で、それが今後同じように使えるのかという観点は残ると思う。つまり、ハイリスク、入院、もしくは重症化かもしれないが、そういう判定された方々がキーワードのみで十分妥当にセレクションができるのかという観点が1つ。もう一つは、仮説が入っているが、でも現場のいろいろな声を聞くと、特に若い方で明快なリスク因子はないけれども現実には重症化する方がいる。そういう方々は、現在のハイリスク者のスクリーンから完全に漏れると、そこはどうするのかと問われて私自身が答えに詰まったことがあった。そういう方々の、いわゆる漏れがちな、潜在的なハイリスク者の拾い上げという観点からも、バイオマーカーは1つの活用の検討はしてもいいのではないかと思う。ただ、やはり採血をすると、結果が得られるのが2、3日後になり、アクションするには遅過ぎるといった点も、なかなか活用されていない原因と思われる。

(前田参考人)

○現実には、エスアールエル等の大手の検査会社しか対応しておらず、一般の診療所の先生方が契約している検査機関全てが、このインターフェロン-ラムダ3に対応できていないという状況がある。また、採血を伴うことで、一般的には診断検査医療機関においても検査結果については、電話等での連絡対応が中心になる中で、再度、陽性と確定される方を受診させて、そこで採血を行うということについて、非常に躊躇がある。またそれを訪問診療で行うとなると、全てに訪問診療を行うことになると、訪問医療機関も非常に窮迫することから、なかなか現場でも対応が進んでいない。

(館田構成員)

○重症化マーカーの使い方に関連して、医師会にてその重症化阻止に使われるロナプリーブ、ソトロビマブの適用に関してかなり広く使われているという状況を聞いた。重症化しやすい人に対して使っていくのが原則になる筈であるが、しっかりと重症化マーカーなり、重症化予測をしながら、本当に必要な人に対して、それを使っていく体制を整えていく必要があると考える。非常に高価な薬である為、尚更である。また、自宅療養をさせるときに、家族に感染を広げてしまうリスク、その場合に予防投与としてのロナプリーブ、ソトロビマブの適用に関して議論が進んでいると聞く。まさに今、しっかりとした体制を整え、家族に感染を起こさないよう安心して自宅療養ができる仕組みを考えていく必要がある。

(脇田座長)

○ロナプリーブ等中和抗体薬の使い方、今後導入される経口薬も重症化予防、重症化リスクのある方に使用されることになると思う。この重症化予測のシステム、重症化予測因子が非常に重要になってくるので、アドバイザリーボードでも現状のまとめをする必要があるので、進めたいと思う。自宅療養の際の予防投与の適用は進んでいるか。

(結核感染課長)

○抗体薬の予防投与、ハイリスクな方が曝露した場合に、発症予防として使えないかということに関して、米国でエマージェンシーユースの申請が行われた。日本でも、薬事承認の申請が行われた場合に、どういうふうに対応できるかはしっかり検討して参りたい。

(押谷構成員)

○今の予防投与に関して。以前厚労省に頼まれて、我々が栃木県のデータを調べたことがある。最初の例が見つかったときに家庭内感染95%近くは、既に家族に感染していただろうと考えられるデータであった。従って、どのように使うかは、なかなか難しいところもあると思う。予防投薬は、実際にどのくらい適用があるのかという点は、疫学的なデータも含めてきちんと見なければいけない。

(脇田座長)

○非常に高価な薬ということもあり、予防投与がどの程度効果があるのかというところだ。その他よろしいか。いただいた意見を資料1にインプットして修文をしたいが、さらに意見があれば、メールで事務局宛にお願いしたい。本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