

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第72回）

議事概要

1 日程

令和4年2月16日（水）17:00～19:19

2 場所

厚生労働省議室

3 出席者

座長	脇田 隆字	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長
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
	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

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
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
	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
	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
	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
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	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いただきまして、誠にありがとうございます。

直近の新型コロナウイルスの感染状況は、全国の新規感染者は、昨日15日では8万4183人、1週間の移動平均では8万3688人となっており、今週先週比が0.9と、減少の動きが見られます。

他方、療養者数、重症者数及び死亡者数の増加が継続しており、新規感染者数が若者世代を中心に減少しても、当面は軽症中等症の医療提供体制等は逼迫が続き、さらに高齢の重症者数が増加して、重症病床が逼迫する可能性も高まっております。

また、基礎疾患を有する陽性者で、コロナ感染による肺炎が見られなくても、感染によ

り基礎疾患が増悪することで入院を要する感染者が増加することにも注意が必要です。

こうした中、先週木曜日10日に基本的対処方針を改定し、まん延防止等重点措置区域に高知県を追加するとともに、高知県を含めた14都県について措置期間を3月6日までと致しました。

オミクロン株の特性を踏まえた医療機関、高齢者施設、保育所における対策を着実に実施し、予防発見・早期治療の流れの一層の強化に取り組んで参ります。

まず、ワクチンについては、先週木曜日10日に厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、5歳から11歳までの子供への接種について御議論いただきました。その結果、緊急のまん延予防のために実施する必要性があるものであり、今後流行する変異株の状況、ワクチンの有効性・安全性に関する一定程度の知見、諸外国における子供への接種の対応状況等も勘案して総合的に判断し、特例臨時接種として実施することが適当とされました。子供への接種に当たっては、ワクチンの有効性・安全性に関する情報をお示ししているリーフレットも活用し、国民の皆様に対して丁寧に説明して参ります。

また、新型コロナワクチンについては、今般ファイザー社より、3月に新たに1000万回分のワクチンを追加で購入することで合意しました。これに加え600万回の輸入の前倒しにより、3月までの輸入量は、成人用と小児用を合わせて4600万回分とすることができました。

ワクチンの3回目接種は発症予防及び重症化予防の効果があり、政府としても可能な限りの前倒しに努めております。国民の皆様も、3回目接種を早期に受けていただきますよう、改めてお願い申し上げます。

特に高齢者施設については、これまでも積極的な対応をお願いしてきたところでありますが、入所者御本人や医療提供体制の影響を極力軽減するためにも、今月中に接種を終えられるよう、ぜひお願いしたいと思います。

次に経口治療薬について、先週木曜日10日、薬事・食品衛生審議会におきまして、ファイザー株式会社から申請された新型コロナの経口治療薬パキロビッドパックの特例承認について御了承いただき、承認致しました。本剤は軽症者向けの経口薬として2つ目であり、モルヌピラビルとは作用の仕組みも異なります。オミクロン株の感染拡大が続く中、高齢者や基礎疾患のある患者への治療の選択肢が増え、対策の推進に寄与することが大いに期待されます。また、本剤は本年中に合計200万回を確保しており、先行して納入されている4万人分の提供を既に開始しています。あわせて、モルヌピラビルについても今般、企業に納入時期の前倒しをお願いし、追加で20万人分、合計80万人分が3月末までに順次納入されることとなりました。

今般の承認により、オミクロン株に効果が示唆される軽症から中等症向けの治療薬は、経口薬モルヌピラビル、パキロビッドパック、中和抗体薬ソトロビマブ、抗ウイルス薬レムデシビルの4種類がそろうことになりました。患者の状態や薬剤の特性等に応じて適切に選択し、活用いただきたいと思っております。

引き続きオミクロン株の評価や感染状況を踏まえ、適時果断に対応して参りますが、個人の感染予防策としては、オミクロン株であっても従来株と同じです。国民の皆様におかれては、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、お願い致します。

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、よろしくお願い致します。

〈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、2-1、2-2、2-3、2-4、2-5、2-6、資料4、5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、高山参考人より資料3-7、田中構成員より資料3-9、矢澤参考人より画面共有資料を説明した。

(尾身構成員)

○厚労省が保健所の業務をより柔軟化・重点化することに対して、迅速な対応を行っていたが、事務連絡に述べられていることを実施しても保健所のほうは手一杯の状況である。そのため、対応も堅く、実態とあっていないため早急にクリアなメッセージを出す必要がある。

○アドバイザリーボードの運営の仕方については、その都度テーマを少し絞った上で議論する、また、テーマを絞ってやったほうがより有益になる。

○最後に2点、インフルエンザの超過死亡について今回のオミクロン株の超過死亡の検討が始まっているかどうかを教えてください。

○もう一点、BA.2は、持続的に置き換わる傾向は見られていないということだが、徐々に置き換わっているのではないかと、詳しく教えてください。

(脇田座長)

○質問のほうで鈴木先生に超過死亡の件と齋藤先生にBA.1、BA.2の置き換わりの件について伺いたい。

(鈴木構成員)

○1年目はむしろ過少死亡でしたけれども、2年目以降に超過死亡が観察されていて、特に第4波あたりのおお阪、兵庫の超過死亡が多い。例年、毎冬、インフルエンザによる超過死亡が観察されていて、新型コロナの流行以降、1年目は確かに過少死亡傾向だったが、その後、インフルエンザ流行時期よりも多い超過死亡が観察されてきていることが分かる。

○ただ、超過死亡はあくまで例年の死亡よりどれだけ多いかということだけを見ているので、その原因が何であるのかは総合的に判断しないとけない。それが直接インフルエン

ザによるものか、新型コロナによるものかというのは、慎重に解釈すべきものであると思う。

(和田参考人)

○感染者の数は今以上に増えるかもしれないという想定は、去年の3月、4月、5月を考えると必要だと思っており、その中でサーベイランスの在り方みたいなことについて議論がなされているという話は聞いているが今後話題になればと思う。

○HER-SYSの入力なども、本当に開業医の先生方は夜中まで入れている話もある。これ以上増えるとかかなり厳しくなる。一方で、サーベイランスを急に変えると、相応の準備が必要。是非、サーベイランスの議論、例えばワーキンググループなどを作っていただくことなども必要ではないか。

(岡部構成員)

○サーベイランスをどうするかということは、これから増えるあるいは減少するにしても、従来のような全数でやっていくことが本当にいいかどうか、感染研のほうでサーベイランスで一番やっているところなので、そこと国との話し合いをやって、報告をいただくようにしていったほうがよい。

○このアドバイザリーボードの在り方は、膨大なデータがあるので、尾身さんが言ったように幾つかのテーマについて、やったほうがいいのではないかとと思う。

○2点目は、従来の症状がない感染者を全てピックアップ、検査、あるいは症状がない濃厚接触者を休ませるようなことについて、大きい課題になってくるのではないか。

○3点目は、保健所が逼迫しているということを出すと大変だということだけにしかならず、もっと合理的な目的が何かということだと思う。

○医療をもっと医療が見る。保健所が入院等々の判断をしていたが、医療のほうに軸足を置いて医療がやる。公衆衛生的な対策を保健所がやるという役割分担をもう少しするべきと思う。

○小児が増えている中で、日本の場合は軽症例も多いが、感染経路を見てもドライブイングフォースになっていない。家庭内感染のほうが多いのであれば、小児の感染が増えているときに、負担をかけないで感染のコントロールをする。学校をどのようにやりながら、バランスを取っていくか文科省のほうに投げかけてもいいと思う。そのところも中長期的という意味できちんと議論していくべきではないか。

○最後のサマリーのまとめだが、5歳から11歳のワクチン接種について、努力義務を課すことはやめたということも相当議論があったと聞いている。現状として、当面努力義務はかけないのだということも一言入れておく必要がある。

(阿南構成員)

○1点目は、濃厚接触者という概念の追跡は本当に見直す必要があるのではないかということ。オミクロンの特性を考えたら、もはやこれは感染まん延の抑制につながらない。つながらないことに作業の手間をかけることはしてはいけないわけで、このところをしっかりと概念転換しないといけないだろう。

○保育所での濃厚接触者特定をしなければいけないということの解除の通知が出た。濃厚接触者の特定は何だったかという、目的ではなくて手段だったはず。

○ゴールとしては、どういう感染のリスクがあるのか、どういう人たちにうつしてしまうリスクが高くなるのか、その集団を特定して、誰にうつしてはいけないのか、そこを大きな目的にしていたはず。その方法論が濃厚接触者の特定だったはずだが、いつの間にか濃厚接触者特定が目的化してしまった。手段が目的化してしまうという、よくある失敗の例。濃厚接触者の特定は必ずしもやらなければいけないことではない。重要なことは、どういう時にうつりやすいのだということを知り、保健所が必ずやらなければいけないという刷り込みも解いていくこと。概念転換として、濃厚接触の特定を一回なくして、そういうところに注力するのだと持っていく作業をしていくことがオミクロン対策として一つの大きなポイントになるのではないか。2月9日の通知の中で様々なことを絞っていただいて、作業を軽くするということが出されているが、実務としては、現場としては軽くなっていない。全数把握ということは決して否定しないし、重要なことだが、全体最適性のためには思い切った削減、スリム化が絶対に必要。災害のときと同じで、災害のときは少ない資源で注力させる。少ない資源で対応しなければいけないから、そぎ落とすところは思い切りそぎ落とすという行為をするわけで、今それが必要。

(前田参考人)

○高齢者での比率が高まり、高齢者のクラスターも増加。東京都のデータでは、1月上旬が2件、中旬が4件、下旬が8件ということで、倍々ゲームで高齢者クラスターが増加している。全体の総数が減少してきても、リスクのある方が高まっていくという状況になり、メリハリのある対策を取ることがさらに重要になってきている。

○保健所の業務を重点化すべきということについては、先週、厚労省から詳細な通知をいただいたが、どこを効率化するか、どこの部分の対策を緩めていくかというメッセージが必要。

○保健所も例えばデルタ株のときには皆さん非常に重症化し、在宅療養の中でお亡くなりになる方もいる中で非常に厳しい状況だったが、一種の使命感を持ってみんな頑張ってきた。今回は軽症の方が非常に多い中で、そういう方々についても手を抜かずに対策を実施しなければならないので、モチベーションが非常に低下してきている。ミスや見落としが起こったり、メンタル面で不調を来したりということがあるので、緩めるほうのメッセージをぜひしっかり立てていただきたい。

○保健所も、公衆衛生のパートナーである地域の医療機関も今、非常に痛んでいる。先ほど岡部先生から、医療のほうに分担をとという話があったが、医療の面も保健所が負っている部分もあり、そのバランスはもう少し是正していただきたいと思う。対象とする陽性者あるいは業務の総数を削減しないと医療機関と保健所が共倒れになってしまう。負担を軽減する部分について、ぜひ明確なメッセージをいただきたい。

(中島参考人)

○サーベイランスの在り方、濃厚接触者の対応に関する大幅な見直しというか戦略の立て直しはとても重要。全ての感染者を見つけて濃厚接触者を囲い込むというのは、このようなピークのときにできないわけで、それを医療とまん延防止を切り分けるためにはどういう患者を選択的に見つけていくのか、どういうところに検査を含めたりリソースを重点的に充てるのかということとを全部整理し直すことが大事。

○その上で、例えば高齢者施設や保育施設、医療機関とか、この守るべきところをきちんと守っていく。感染者の発見は医療に軸足を置いた形でやっていくというような組み立ての整理も必要。

○医療も公衆衛生もリソースに限られているという視点に立って、サステナブルなレスポンスをきちんと構築することが大事だと思う。大都市部と地方でこの疾患のありようやインパクトは違うので、感染の上流であり、より対策上重要になってくる大都市部でどのような戦略が構築できるのかをきちんと整理して、それを基にしていくことが大事だ。先週、学校のインパクトについて文部科学省から発表があり、参考になった。加えて、大学でどのような感染のインパクトがあったのかが知りたい。文部科学省のほうまとめとかがあれば、発表いただきたい。

(西浦参考人)

○感染者が増えたので、素早く対応するため、BCPのために濃厚接触の見直しがあったり、サーベイランスの報告に関しても情報量を減らしたり、措置をいろいろ見直したが、科学的に考えると中島先生がおっしゃっていたが、より多くの感染者を引き受けるという流れが今後つくれるかどうかは分からないという話を皆で認識しておく必要がある。

第7波は意外に早く来ると考えており、弱毒である保証がないと思う。UKのステートメントでこのウイルスに関して、ウイルス学の先生とか進化生物学の先生の話の話を聞くと分かりやすいと思うが、人の中で適応進化が起こって弱毒化しているという保証は一切なく、次に強毒株がという可能性もある。

○日本の場合は、英国のようにオミクロンに相当自然感染をして免疫になったという状態で終わるわけではなくて、予防接種だけで免疫を持っている人が大多数の状態が終わる。そこで強毒株が来ると相当厳しいことになる可能性がある。そのため、関連する措置、制度は戻せること、つまり、感染状況によって素早く対策を戻せるような柔軟な体制を取るこ

とが重要。

（太田構成員）

○資料1に関して、中島先生の資料でも分かるが、多くの都道府県で、先週よりもさらに右上に行っている都道府県がかなり多い。

先週少しコメントさせていただいたものがさらに悪化しているという事実は、ぜひ認識いただきたい。

○現場の先生方は今必死になって、入院はさせられないけれども取りあえずファーストタッチだけやって、いろいろな工夫をしながら何とか地域医療を支えており、各病院で濃厚接触や陽性者が出て人が少なくなっている中で、本当にぎりぎりの状況まで来ている。資料1に救急の逼迫がさらに悪化傾向にあるということは事実として何らかの形で伝えていただきたい、早期に感染者数を減少させる必要があることを含意してほしい。

（押谷構成員）

○資料3-2の鈴木基さんが出したワクチンのもので、そんなに発症予防効果が下がっていないというデータだったと思うが、UKのデータとかを見ると同じぐらいでオミクロンに対して発症予防効果が20%未満に下がっているというようなデータもある中で、比較的高い値と思う。

○資料5の抗体検査は、もう少し詳しいものがあるかあってもいいのか。

○濃厚接触者を特定して、その中から感染者がいるか検査するやり方は、非常に効率が悪いということは様々なデータから分かっているので、こういう状況になったらある程度縮小していくというのはあってしかるべきことだと思う。一般の人たちは、専門家と言われる人たちも含めて、オミクロンになってどんどん重症度が下がっていくみたいなことを議論しているところがあるが、我々が知っている人の感染症でそのように重症度が下がっていくことはほとんどない。このアドバイザリーボードは直近のリスクアセスメントがほとんどという状況の中で、長期的な戦略が議論できないという問題あると思う。きちんと議論する必要がある。資料1、4ページ目で学校、幼稚園、保育所等において多くの地域で増加しているが、家族から感染していることが多いということはここに書いておくべきことかと思う。

（鈴木構成員）

○ワクチンの有効性だが、サンプルサイズが限られ、非常に信頼区間が広いので、本当に下がっていないのかどうかについては留保して考える必要がある。

英国の比較に比べると少し高めの値だと認識しており、これはゲノムで確定しているわけではない、デルタも一定数含まれている可能性があるので、そこも考慮してデータを読み取る必要がある。

○1つ目は、サーベイランスについては我々疫学センターとして、特に今NESIDの更改、次期NESIDのシステム設計について連日厚労省の担当部局、事業者と一緒に作業を進めている。今のHER-SYSの課題はサーベイランス、公衆衛生措置、臨床情報の収集という3つの全く異なる目的のものが一固まりとなって運用されていることが大きな課題。直面している課題も解決していかななくてはいけないので、感染症疫学センターのサーベイランスグループ、厚労省の担当者と密に議論を進めている。所内でも、議論は進めているので、アドバイザリーボードへも情報共有できればと思う。

○2点目は、アドバイザリーボードの在り方について、流行状況の評価は行っており、感染研もEOGが機能するようになり、リスク評価も定期的に出せるようになった。

○ただ、一方で中長期的にどのように戦略を組んでいくのか、あるいはそもそも新型コロナとは何であるのかということについて、本質的な戦略を議論する場が必要だと思う。

(釜范構成員)

○保健所の機能に対して医療がもっとその役割を担うべきだという趣旨はよく分かっている。国が取っている新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけは変えずに、運用面において、現状に合わせていろいろ対応していくという方針が適切、妥当だと思うが、いろいろな通知が出て、現場に分かりにくいというところがあり、その点についてもう少し分かりやすく、医療現場は何を変えていけばよいのか、全体像が見える中での個々の事務連絡の意味するところがもう少し分かるような発信を是非お願いしたい。

○治療においては、ゼビュティが大分使えるようになった。そしてラゲブリオという内服薬、パキロビッドパックが出てきたが、パキロビッドパックについては2月27日までは試用期間というか慎重にやって、その後広げていく。医療現場においては、適用がそれぞれ分かってはきているし、しっかり学会等のガイドラインも踏まえて薬剤の選択を考えてはいるわけだが、治療の結果で得られた所見を早く公開し、医療現場の選択がまず適切なのかどうかという評価ができるようにしていただきたい。

○一番不安を感じているのは、薬剤が順調に、円滑に今後も供給されるのかということ。治療薬の供給状況についても逐次、更新できる情報を発信していただきたい。この治療薬をどのように使っていくかということが今後大事になる。

○アドバイザリーボードの検討課題に関して、水際対策について触れると、国は今後の方向性を打ち出しているが、それにより国内の感染にどのような影響があるのか、あるいはそれほどないのか。今のようにこれだけ感染が広がっているときには、水際対策を続ける必要はないと考えるかどうか、アドバイザリーボードとして現時点での見解をまとめておく必要があるように思う。

○もう一点は、今インフルエンザが非常に少ないが、海外を見ると必ずしもインフルエンザの流行がない国ばかりではない。その理由、原因がどこにあるのか、情報共有をしたい。

(今村構成員)

○第7波も近い時期に迎えるかもしれないという状況の中で、重症化率が上昇しなくても、感染者数が圧倒的に増えてしまうと、実数として重症者が増えるという心構えを継続していくことは必要。

○今は80代、90代が、ワクチンの3回目接種が間に合わずに重症化していたが、第5波では40代、50代が中心となり、その年齢層は人工呼吸器の装着率も高いので、診療現場のインパクトも非常に大きい。今後、短期的・中期的なところで、再び40代、50代がインパクトのあるような変化、あるいは流行の中に巻き込まれる可能性を予想しておかなければいけないのか、西浦先生からもし御意見があったら伺いたい。

○太田先生が話していた救急医療に関する意見としては、救急現場は今も非常に逼迫している。搬送困難例が増えており、コロナだけではなく、コロナ以外の診療のほうにも影響が大きく出ていて、厳しい段階を迎えている。その認識を国民と共有できているのか不安を感じる。

○また、中島先生が図表でも説明していた、コロナ救急と一般救急のバランスをどう取っていくのか。今後のスキームを再整理する必要があると思う。

(大曲参考人)

○最初に現在のオミクロン株による感染の病態を紹介したい。

12月以降、1,250例登録されたうち、亡くなった事例が20例。20例全員、酸素療法は使っているが、人工呼吸器もしくはECMO使った例は1例しかなかった。

○非常に高齢の方々に寄っている。第5波とは大分違う。

○病院の実情をお話すると、今年の1月1日以降で入院した105例を見ていくと、実際に酸素療法を行った例が24例。そういう方々に対して14例で抗菌薬を使っていたが、第5波までは抗菌薬を併用すること多くなく、臨床医たちに聞くと純粋なウイルス性肺炎とは言い切れない、誤嚥性肺炎があったり、細菌性肺炎が二次的にありそうだとか、そういう事例が多いので抗菌薬を使っている事例が多いとのこと。

○状況としては、死亡例がなぜ起こるのか、大きく分けると2つある。

○一つは、高齢の方の場合は全身性のウイルス感染症に罹患すると、重篤な呼吸不全にならない、つまり人工呼吸が必要な程度の呼吸不全にならないまま亡くなっていく事例が現実的にはたくさんいらっしゃる。

○もう一つは、実際に高齢の方でも十分ウイルス性肺炎と思われる重篤な呼吸不全で、正直、人工呼吸が必要になるような事例はあるが、これに関しては総合的な判断ということで、人工呼吸をやらない例も相当あるのだろうと思う。

○現実的な臨床の観点からは、肺が回復する見込みがあって、なおかつ心臓や腎臓などもつ、体力がもつという事例であれば人工呼吸をするが、そうでない例はなかなかうまくいかないというのが現実だと思う。今週、うちの病院でもクラスターが起きた。驚いたの

は1週間で4次感染まで出る。世代間の時間が短いので当然だが、多くは高齢者なので、高齢者施設は相当大変なのだろうと思った。今日議論があったように、1例目が出た段階で相当に広く網をかけて検査、対策をするということをしないと、あっという間に1週間も経たないうちに数十人の感染者が出るということは、当然あり得るのだと思った。高齢者の施設対策はやはり重要で、とことん今から相当時間をかけてやらないと、来年も再来年もまたこういったことが起こるだろう。

(武藤構成員)

○アドバイザーボードの在り方だが、オンラインになって厚労省職員等と距離ができてしまったので、アドバイザーボード以外の非公式な意見交換の場を設けてほしい。

○その上で、中長期的な対応を考えるということであれば少数のグループやテーマ別のグループを作って、それを持ち寄れるような場を設けていただきたい。

○中長期的影響というところで、もう少し機能的に考える。例えば、高齢者医療は今後どのようにやっていくのかという観点で、その中にコロナを置いてみるという見方、精神科医療におけるコロナというのはどうなのかみたいな形で、今までの医療に徐々に戻したり、損なわれている医療の質を元に戻すという観点から、普段の医療、それぞれの医療分野の中で、何が問題でどのようにしていく必要があるのかということを考えるような視点を持っていいのではないかと思う。

○今、救命救急センターとかも大変なことになっているが、救命救急センターで働く外科系の医療者の人たちと、ADLが低くて要介護度が高い高齢者施設に暮らしている人の相性は滅茶苦茶悪いと思う。コロナという1点だけで今そこが結びついてしまっていて、それは医療として最適ではないので、そういう視点から考え直すような捉え方もしたほうがいいのではないか。

○都会ではまた状況が変わって、濃厚接触者の概念もやめていったほうがいいのではないかという話もしている一方で、地方との格差というか認識の差が広がっている。最近でも、地方部の訪問介護の現場だと、都会から帰省した家族がいると防護服で介護従事者の人と会ったり、家族が来てから2週間たつまでは家族と接触してくれないとか、そういうことはずっと残っている。先ほど田中先生もおっしゃっていたが、やり過ぎと明確に正す必要があるのではないかと思う。

(脇田座長)

○西浦先生に今村先生から、今後第5波のような40代、50代のインパクトがまた来る可能性があるのかということと私から今回、公表と報告の遅れが改善しているかどうか、死亡者の推計は死亡率を固定して取っているのかどうか教えていただきたい。

(西浦参考人)

○最初に今村先生から、40～50代が重症化するような株が出るかどうかということだが、それについては分からない。

○一方で、3回目接種が高齢者だけに進むのか、それとも生産年齢人口で十分に進まないのかとか、そのような話で今後壮年世代の人たちが重症化するか否かも、サーキュレートしているウイルスだけでも変わってくると思われる。デルタとオミクロンが主体で、今の状況でも残るポテンシャルが十分あると考えている方がたくさんいるようだ。

○脇田先生からの質問について、遅れに関しては今のところ改善を認めていない。厳しい状況のところでは悪化しているように思える。

○診断バイアスがそれなりに厳しくなっており、感染者の全てが診断されていないということであったり、医療施設が逼迫しているので、おみとりが事例として出ているので致死率が上がるのだが、最近の値を固定して計算をしている。致死率は、医療が逼迫状態であって、最も直近で推定した値が適用されるだろうと考えられるかなという理屈で使っている。

(結核感染症課長)

○抗体保有調査の結果、速報値ということで報告した。最終的なデータの解析も進めている。年度内には報告したいと思う。

○薬の供給のことにしましては、厚生労働大臣が情報提供させていただいている。そういった中で、GSK社の中和抗体薬ソトロピマブにしましては、昨年中に8万人分が納入されており、そのうち半数以上、約6万人分が投与されている状況の中で、一部の医療現場から逼迫を懸念する声もあるという状況。

○この薬に関しては、企業と交渉して、2月8日に追加の1万人分が前倒しで納入されたり、さらに追加の納入についても時期の前倒しを交渉している。ほかの薬剤が利用可能な場合にはそのような検討もお願いしている。

○モルヌピラビルあるいはそのファイザー社のパキロビットに関しても、供給量について厚生労働大臣から報告しており、また、国が確保している薬ではないが、レムデシビルにしましては軽症から中等症にも利用が可能だという中で、企業のほうでもこれから数か月分、国内向けに確保しているほか、感染状況に応じて追加で輸入も可能。薬全体としては、複数の候補を用意してくるという中で、供給量に関しては確保ができていく状況。引き続き、治療薬の確保・提供に万全を尽くしていきたい。

(脇田座長)

○サーベイランスに関して事務局から追加はあるか。

(結核感染症課長)

○オミクロン株対策として非常に多くの軽症の患者が出ていらして、外来医療や保健所の機能を逼迫するという問題についてどう対応するか、非常に患者が増える中で、濃厚接触者の方も増えて、社会への影響が出てくる中で、それにどう対応していくかという観点、また、度々指摘されている高齢者における重症者対策という大きな3つの柱を基に対策を進めてきて、オミクロン株に対応した対策の強化、迅速化、重点化ということで取り組んできた。

○こういった積極的疫学調査の感染拡大防止効果が下がってくる中では、どうやって感染拡大を防止していくのかということであったり、積極的疫学調査も縮小していく中で、どういった場がハイリスクなのかということとをどのように把握していくのかということも含めて、先生方の意見を聞きながら対応していく必要がある。

○サーベイランス、患者の発生動向に関しては、オミクロン株対策に関しても重症化を防ぐという観点で、その起点として全数報告から丁寧なフォローアップということで保健所、医療機関に御協力いただきながら進めてきたが、意見をいただきながら検討していく必要があると思っている。

○どういう病気と考えるのかということの評価しながら、また、新たにどんな変異株が出てくるのか、そのときにどのように対応するのかということも含めて、意見聞きながらやっていきたいと思う。

(健康局長)

○今日、ADBの今後の在り方とか中長期的な戦略、対応をどうするのかという御議論があり、非常に重要なことだと思う。

○大臣へのアドバイスの機関ということで、かつ、感染状況などのリスクアセスメントを中心にやっていただくということである。

○一方で、中長期的な戦略あるいは行政として何をやっていくということである。厚生科学審議会感染症部会、ワクチンであれば厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会といったところで議論していく形になる。

(脇田座長)

○皆さん、ありがとうございました。

以上