

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第98回）
議事概要

1 日時

令和4年9月7日（水） 17:00～20:00

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	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
	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

	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
	木下 栄作	広島県健康福祉局長
	上田 健太	広島県健康福祉局 新型コロナウイルス感染症対策担当 情報分析担当 主任
	松原 史朗	名古屋市保健局長
	鈴木 忠樹	国立感染研究所感染病理部長
厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	伊佐 進一	厚生労働副大臣
	羽生田 俊	厚生労働副大臣
	大島 一博	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	榎本 健太郎	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、精神保健医療）
	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
	鷺見 学	医政局地域医療計画課課長
	山田 勝土	大臣官房参事官（救急・周産期・災害医療等担当）
	高城 亮	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）

構成員の皆さんには、お忙しい中、時間を割いていただきまして、誠にありがとうございます。

直近の感染状況は、全国の感染者数は昨日11万2175人、1週間の移動平均では12万2768人と、1週間の移動平均の今週先週比は0.9となっております。新感染者数は高い感染レベルがいまだ継続はしているものの、着実に減少しているところです。

また、病床使用率も、全国的に高い水準にあるもの低下傾向にあり、重症者数は足元で減少に転じ、死亡者数は増加の伸びが収まり、高止まりという状況になっております。

今後、新規感染者数の減少傾向が緩やかになる可能性も考えられ、特に時期的には学校が再開されていることでもありますので、その影響も含めて注視をしていくことが必要です。

先週9月2日には政府コロナ対策本部において、新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策が決定をされました。厚労省関係では、具体的に感染症法等の改正について、医療機関との協定を法定化するなど、感染症発生・蔓延時における保健・医療提供体制の整備、機動的なワクチン接種に関する体制の整備、水際対策の実効性の確保などを行うこととしており、今後さらに詳細を検討し、速やかに必要な法律案の提出を図ってまいります。

あわせて、平時からの感染症対応能力を強化するため、健康局に感染症対策部を設置するとともに、国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合し、感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点となる新たな専門家組織を創設するなどの組織の見直しを行うこととしており、これらについては次期通常国会に必要な法律案の提出を図ることとしております。

さらに、昨日総理からウィズコロナの新たな段階の移行について、今週中に専門家による最終的な議論を得て、全体像を決定したいとの発言がありました。ポイントは次の3点です。

まず、療養の考え方の見直しについては、今後、全数届出の対象は65歳以上の方、入院を要する方等の4類型に限定し、重症化リスクの高い方を守るため、保健・医療体制の強化、重点化を進めてまいります。発生届の対象外となっている症状が軽いなどの方々については、検査キットのインターネット販売開始など、軽症の方が安心して自宅療養できる体制を既に整備をしてきたところであります。その環境整備にもめどが立ち、また、全国的に感染者の減少傾向が確認されたことから、必要なシステム改修を経て、9月26日より全国一律で療養の考え方を転換し、全数届出を見直すことといたします。なお、全数届の見直しにより感染動向が把握できなくなるのではないかとの声もありますが、システムを整え、届出対象外の方々も含めて感染者の総数は引き続き把握をすることとしております。

次に、ワクチンについては、オミクロン株に対応した新型ワクチンの接種を今月から前倒しして開始できるよう、準備を進めているところです。来月末までには対象者全員分の新型ワクチンが輸入される見込みです。年末年始に備えて、山場となる10月から11月にかけて、接種券の配布、会場確保など、1日100万回を超えるペースの体制を整備し、ワクチン接種を加速してまいります。

また、陽性者の自宅療養期間については、有症状の場合、10日間を7日間に短縮するとともに、無症状の場合は検査と組み合わせて5日間で解除可能とすることを考えております。

ポイントは以上の3点であります。国内外に蓄積された知見、さらに専門家の皆さんの御意見を踏まえ、ウィズコロナの新たな段階への移行を進め、社会経済活動との両立を強化していきたいと考えております。

本日は、構成員の皆さんからの御意見をいただきますよう、よろしくお願いを申し上げます。

<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、2-6及び資料4、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、高山参考人より資料3-7、藤井参考人より資料3-8、大曲構成員より資料3-9、広島県より資料3-10、脇田座長より資料3-11、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(川名構成員)

- オミクロン対応ワクチンが間もなく使える。早期切り替えには大賛成。しかし、今4回目接種の対象になっている患者から、今4回目を打つべきか、オミクロン対応ワクチンが出てくるまで待つべきか、よく質問を受ける。今4回目を打てる人は速やかに打っていただくよう説明しているが、オミクロン対応ワクチンを待っている人たちにどのような説明をすべきか。厚労省の方針を伺いたい。

オミクロン対応ワクチンは初回接種が済んだ人が対象とのこと。ブースターとして行われた治験に基づいているためだと思うが、これまで全く打っていない人に対してどのように説明をしていくのか。

療養期間短縮の話があった。ウィズコロナで社会活動を行っていく上で実際のニーズ、科学的な根拠に基づいた療養期間の短縮であれば私も賛成だ。しかし先ほど、高齢者施設では今後もしばらくはゼロコロナを目指さなければいけないという話があった。以前のアドバイザリーボードにおいて、60歳以下にとっては、オミクロン株の重症化率や致死率は季節性インフルエンザとあまり変わらない一方、60歳以上や基礎疾患のある人にとっては、季節性インフルエンザに比べると3倍、4倍の重症化率・致死率があるという資料もあった。高齢者やハイリスクの方に対しては、療養期間短縮を慎重に行うという対応に賛成する。

(岡部構成員)

- 全体の対策を取るときに、数だけでなく、重症度や致死率等々をどう考えるか。シビアリティーによって対策を考える点は重要だ。

療養期間の終了について。以前、濃厚接触者に対する短縮の話の際にも出たが、療養期間終了の短縮については、もうこれでうつらないのだというようなことではなく、ほ

とんどの人が大丈夫であるということと、残された期間に対する注意、誰かと接触するときはマスクをすること。これで全快祝いということではなく、あくまでも床上げ的なところであり、まだ慎重度は要ということがきちんと伝わり、誤解がないようにしていただければ。

濃厚接触者についての解除案も同様。その辺りの説明と、これがゼロではないのだと。特に、全体の状況から、若年者あるいは社会に出て働いている方々に対してこのような措置を取るのだという姿勢を示していただきたい。

2価ワクチンそのものは歓迎するが、現段階では未承認。今にも目の前にあるような話になっている。その点は必ず強調していただきたい。承認前提の話で恐縮だが、一遍に全部広がるのだというような誤解もあり得るため、実際に供給のタイミング、日程感など、段階的なものも一緒に示していただきたい。

(脇田座長)

○ 最後の質問は、スケジュール感の話か。

(岡部構成員)

○ 供給に対するスケジュールについて。一遍に全員分が来るわけではないと思う。

(西浦参考人)

○ 変異株がどうなるかの未来は変え難いものの、この後は予防接種、移動・接触がどうなるかで、大きく流行の趨勢が変わっていく。個々の細かな制度上の緩和などが行われていく中、流行対策は個人個人が感染予防をすることに少しずつ移行しているのが事実。今その件に関して、専門家の本来の仕事ができていない。国民は、感染予防の方法を御存じないと思う。このまま緩和が進むと、流行は制御できなくなる。再生産数が大きい中で緩和が行われる、つまり再生産数が大きいということは、野放しになるとまた大きな流行が起こり、医療が逼迫するような急峻な流行曲線が起こってしまうことにつながる。事前に予防できないか。

緩和が進む中で、この後の大きな方針として、社会経済活動と厳しい流行対策との両立は難しい。何を目標に、どのような感染制御のグランドデザインをしていくか。政策方針と、それに伴う行政の執行が進む中で、専門家が責任を持って行うべき。どういう社会をつくるのか、リスクに応じて接触をどのように管理するのか。このままだと今年だけでも20万人が死亡して、寿命が2年縮まるというような感染症になっていく予想をどのように受け止めるのか、いま一度考えたほうがよい。

アドバイザリーボードはリスク評価をリアルタイムで実施するために毎週開催されていたと認識している。今の時点では、毎週の現状評価や、今、流行がとても急峻だということに応じて、何らかの対策をしないといけないというニーズがだんだん低くなって

きている。この2年半以上、データ分析をして、研究室の一定のリソースをこの会議に費やしている立場からすると、リスク評価が対策に反映されないという最近の会議の状況は、不本意なまま出席せざるを得ない状態だ。今、政策が大きく変わるフェーズであり、専門家が何らかの対策を承認していくような行政のプロセスが要ることは理解しているが、フェーズが過ぎたら頻度を下げられないか。現状評価の分析も、ルーチン化・簡素化できるものがあれば、そういった方向で進めていくのがよいと思う。それをする前に、専門家は責任を持って、グランドデザインをしないといけないと思っている。

(脇田座長)

- 西浦先生から、これまでも御提案いただいているお話。しっかり考えていこう。

(前田参考人)

- 2価ワクチンの接種開始時期等が示されているが、既に接種意欲のある3回目・4回目接種の対象者は、大半が接種を終えているため、対象を重症化リスクの高い方に絞ると、ある意味ワクチンが死蔵する。早々に4回目接種を受けた方々は、大半が6～7月に接種を受けている。その方たち優先と言っても、5か月後の11～12月まで待たざるを得ない。しかしなかなか3回目の接種意欲が湧かなかった方々は、既に手元に接種券があり、いつでも接種が受けられる。オミクロン株対応ワクチンが供給された時点で、現実には3回目をまだ受けていないが、オミクロン株対応ならば受けてみようと思う方に開放したほうが、むしろ接種率が上がるのではないか。

切替え等について、各市町村は非常に混乱している。基礎接種を終えていない方は、引き続き従来株を接種しなければならない。一方、ある時点で突然切り替えるということが医療機関ごと、中小零細な一般診療所も含め、どうすれば可能になるか等々、様々な疑義が生じている。きめ細かい指導をお願いする。

今後の政府の方針について確認したい。基本的に発生届を出されない方に対しても、第44条の3の2に基づく外出自粛、行動制限が適用される方針とのこと。国の素案では、外出制限が適用されると言いながら、一部日用品の買物を認めるなど、制限を緩めることを検討しているということだ。第44条の3の2に基づく外出制限が適用されないのであれば、ある程度そういったことも可能かと思うが、適用されつつも外出を認めるとなれば、自治体では対応が難しい。昨年、第44条の3の2に基づく外出制限に反した場合は入院勧告ができると、非常に強い法改正がされた。これをどう解釈するのか伺いたい。抗原検査キットでセルフチェックをした全ての方がセンターに連絡することになっているが、登録した時点で、第44条の3の2の対象になるという解釈でよいか。方針が緩むと、抗原セルフチェックで陽性となっても、センターに連絡しない人が多数生じるだろうことは容易に予想される。それらを一定程度見込んでいいのか。

軽症者は全てセルフチェックで、医療機関に行かないということだが、実際、医療機

関を受診したい方は大勢いると思う。例えば軽症者や高齢でない方については公費負担制度の対象外にする、選定療養費を取るなどと言わない限りは、医療に関心の高い方は受診すると思う。その方たちは恐らく届出の対象にならないわけだが、フォローアップセンターにも連絡をしていない、届出もされないとなると、どういう立場になるのか。

(太田構成員)

- 全体として新しいステップに移行させていくことに関しては、特に異存はない。以前、専門家の中で話していたときには、特に同居家族などの濃厚接触者は感染している可能性がかなり高く、医療現場としても第7波で実感していた。濃厚接触者の外出に関して、基本的には推奨していない。どちらかというとながティブな形で、どうしても外に出ていかなければいけないときには、できれば事前にしっかり検査をして、ほかの方々に感染させない配慮をしてというような形で賛成した。

もう一つ、マスクの表現について。不織布マスクまでは専門家ペーパーに書き込んだと認識している。今、コロナは大分時間が経ったが、ウレタンマスクや布マスクが当たり前のように普及している状況。感染の可能性が高い濃厚接触者が、そのようなマスクで外出するのもかなり感染リスクを高めるのではないか。

(大曲参考人)

- 全体の方針として療養期間の緩和の話もあったが、リスクが低くて、回復が早くて動ける、感染性も低くなった方が早く戻り、社会を動かすこと自体はあるべき姿、賛成。一方コロナは、高齢者は特に亡くなるリスクが高い。実際、病院で感染対策をしている観点からすると、入院時スクリーニングのすり抜け等でクラスターが起こり、職員も感染、病院も回せない。残念ながら亡くなる方もいろいろな形で出てくる。感染防止は極めて難しいことを実感する。

緩和はあるとしても、リスクの高い方々を徹底的に守ることに関する強いメッセージが必要だ。そうでなければ、リスクの低い方々の緩和が進むにつれ、その波が病院に押し寄せる。どんどん感染対策の困難さが増してくる。資料3-11を見て思ったが、療養期間7日という点、低リスクで外来にくる方であればいいだろう。ただ、症状がない期間を観察するのが24時間・72時間という表現もあった。インフルと合わせて48時間でいいのではという意見もある。議論があるとしても、それ自体は賛成。ただ、低リスクかつ外来で治療している方々で、戻れる方向けのものであるというメッセージが必要だ。

一方で、入院患者の療養解除は病院もかなり慎重にやっている。重症だともっと長くなるが、原則10日というのはそのとおりのことだと思う。プラス、その周りにいる接触も多い医療者あるいは介護従事者に関しても、10日を原則とすると書かれていた。私もそうあるべきだと思っている。医療・介護に関してはある意味特別で、今を踏襲するのだ、リスクの高い方を守るべきだからやるのだと、メッセージとしてしっかり出していただき

たい。対応を峻別するという感じ。そうでないと緩和に押し負けてしまう。

濃厚接触者の行動自粛期間が最短3日になるという話。今、自粛期間が明けたら病院に通ってくるのが現実になっている。我々は、家庭内感染においてはアタックレートが30%、40%あり、相当な確率で発症することを知っている。最終暴露から6日目・7日目で発症する職員を見ていると、防御的にならざるを得ない。濃厚接触者の緩和が起これば、例えば4・5日経ったからと病院や介護施設にどんどん来る可能性がある。現場としては、非常に困っているのが現実だ。緩和する一方で、そういう余波が医療機関や介護施設にも来るということに関して御配慮いただきたい。医療機関や介護施設に行くときには、濃厚接触者としての期間を従来どおりにするなどしていただいたほうが、ハイリスク者を守るという観点ではよいと思う。

(押谷構成員)

- 政府として、全体としてきちんとリスクアセスメントに基づくリスクマネジメントが為されるべきだ。リスクをきちんと評価せずに様々な緩和が政府から提案されていると感じる。欧米の事例やデータも出されていたが、欧米がどれだけ人口当たりの死亡者数が多いかが考慮されているのか。オミクロンになってからも日本は欧米に比べて罹患率が低く、この状況の中で緩和に向かうと、相当の感染者や重症者、死亡者が出てくるといようなリスクアセスメントまでできているのか。

陽性者の療養期間についても、いろいろデータが出されているが、7日でウイルス量が減っていることがどれだけ二次感染率を減らしているかというデータは、実は正確なものはない。実際にウイルス量が高くなっても、多くの二次感染を生んでしまう、いわゆるスーパースプレッダーになっている人がいるというデータは示されている。そういったことも含めて、きちんとリスクが評価されて、いろいろな施策につながっているのか疑問だ。濃厚接触者の自粛の扱いについては、リスクアセスメントに基づかないものだと思う。これまでもpresymptomatic transmission、発症前の伝播がかなりの部分を占めるのはオミクロンになっても同様だと言われている。そういう中でこういう方針になると、発症していなくても感染性が非常に高く、二次感染を起こす確率の高い人たちが当然おり、危険だと思う。

今後、冬に向けて同時流行はきっと起こるだろう。このまま緩和に向かっていくと、罹患率の低い日本では、相当大規模な流行が起こる。第5波の教訓に基づき病床確保などをしたものの、第6波では医療逼迫を生んだ。全体のリスクマネジメント、リスクアセスメントをきちんとやること。今後、この冬を含めて、さらに長期的に高齢化も進んでいる日本でどういうリスクが存在していて、それをどのようにマネジメントしていくのか、いかにして死亡者、重症者を減らす方向に向かわせるのかという議論が必要。本来は今回の波も、そもそもレベルの考え方があり、医療の逼迫が起きそうになればある程度の対策をすることになっていたが、強い対策はされず、実際に医療逼迫が起きてし

まった。リスクアセスメントに基づかない施策を今後も政府が続けていくのであれば、感染状況を評価するというこの会議の存在意義が薄れ、ほとんどなくなってきていると思う。我々が資料を出す意味も含めて、きちんと議論される必要がある。

個人の対策を中心にやっていくという方向性は正しいと思うが、個人がどのように判断したらいいのか、一般の人たちが分かりやすいようなものが国からほとんど出ていない。ほかの人に感染させたくないと思っている人も相当数いると思うが、そういう人たちが実際に濃厚接触者になった場合どうしたらいいかが、分からずにいる。実際に対策の目的をどこに設定するのか。根本的なところから議論する必要があると感じる。

(今村構成員)

- 社会的に緩和の方向性を進めていきたいということは十分理解しているつもり。ただ、緩和を進めるにあたり、医療や施設の現場はそれを支え受け止めていくために、今まで以上に厳しい状況をまた乗り越えていかなければいけない立場。分母が増えれば、必ず分子として医療対応せざるを得ない人は増えていく中で、例えば療養期間については、エビデンスレベルは決して高くない中、緩和のために進める施策だと思う。しかし医療側は、できるだけ医療や施設の中で感染を広げないということが重要なポイントになる。エビデンスレベルを緩めるところを、同じようなウエイトで発信されると困る。守る側の場所として、明確に違いを打ち出したほうがよい。

医療現場には医師や看護師、薬剤師だけでなく、事務スタッフなど、多くの一般の方が含まれている。その人たちは身の回りでは緩和しているのに、病院内などでは一般生活よりも厳しい対応が続くことを理解してもらうことが難しい。そのような対策の重要性も示していただけるとありがたい。

緩和の部分で、今後どうしてもエビデンスと合わないところが出てくると思う。例えばワクチンを3回打っていればPCRは要らないなど、入国時の話も今後出てくるだろう。そもそも従来のワクチンに関しては、3回打っていても感染予防効果はあまり持っていないことを理解した上で4回目接種の設定をしたわけで、矛盾した状況で前に進むことになると思う。リスク評価をしっかりと行い、やむを得ないのであればやむを得ない、リスクがあるのだということをしっかり伝えて進むことが大切であり、自主的な感染対策をお願いするという最前提の部分かと思う。

(吉田構成員)

- 療養期間短縮について。10日間から7日間に変更、症状を継続している場合は10日間ということであるが、症状とは何を指すか。せきが続く方も多いが、せきが出ている場合は10日間になるのか。または、せきが出ていてせき止めを飲んでいたら7日間がいいのか。無症状の人は7日間というところを考えると、症状がある場合という部分を明確にしておいたほうがよいのでは。

濃厚接触者については、感染者が少なく、流行が落ち着いていて、社会生活維持に必要な人が不足している状況でなければ感染を広めないために休む、でよいかと思う。ただ、社会生活維持に必要な役割の方は、流行が拡大し、感染者が非常に増え、人員が供給できない状況になれば、濃厚接触者であっても、検査をしながら勤務に就くことが必要になってくる場合があるかと思う。

(中島参考人)

- 次の対策の目標をどこに置くのか、改めて確認する必要がある。今回、第7波のピークが少し過ぎ、負荷が落ちてきているところであるが、今後第7波以上の波が来ることを想定した対策をとることが大切。

第7波では明らかな医療逼迫が生じ、検査診断体制は限界を超え、ピーク時には数が把握できない状況になった。救急医療体制もかなり厳しい状況になり、一般医療も大きな影響を受けた。次は、今回のような逼迫を起こさないということであれば、そこに向けた対策、目標の設定が必要だ。一定のレベルで医療逼迫が生じそうなとき、もしくは生じたときには、強い対策で感染を抑えるのかという点も含め、再確認が必要。

検査診断体制の強化として、セルフチェックから陽性者登録センターへ登録する流れは重要。ただし、第7波のピークにおいて名古屋で経験されたところでは、セルフチェックは必ずしも失われた過小評価分を取り戻すまでに至らなかった。セルフチェックをして登録をする方のインセンティブが十分に働くのか。軽症かつ自宅で診る方に対して、十分な呼びかけと積極的な数の把握ができるような仕組みのセットが重要だ。

濃厚接触者に対する行動制限は、極めて大事な考え方。過去に資料として幾つか出したが、7日以内に発病する方は全体の8割で、6日目以降に2割が発病する。発病する前の検査陰性は翌日の陽性化を保証しない。実際に陽性になった方の療養期間に関しては、時間がたてばたつほどウイルス量が減ってリスクが減っていくものの、濃厚接触者の場合には陽性になった時点で強い感染力を持つため、時間経過とともに必ずしも一人一人のレベルで感染力が下がるということではない。そのため、5日目までにまだ陽性になっていない方が翌日発病したとき、感染力の強さはフルで発揮される。そういうこともあり、陽性者の療養期間の考え方と全く別の考え方が必要になる。濃厚接触者の待機期間の制限は、そのリスクを含め十分な検討が必要。

(尾身構成員)

- 会議の役割や在り方、リスク評価、より効率的にやったほうが良いという議論があった。ルーチンの説明はなるべく簡略化し、テーマを絞って深く議論する。同時に、ワーキンググループなども適宜活用したらいいのではという議論があったと思う。アドバイザリーボードの最大の使命・役割は、リスク評価である。一度しっかりとどのようなリスクがあるのか、専門家として、政府の政策やリスクマネジメントとは独立して、意見

をしっかり戦わせた上で評価するプロセスが必要だ。今までのデータが多数分散しているが、これをある程度コンセンサスができるような形でまとめ、リスクや見通し、可能性、シナリオを考えることが最大の仕事だ。それを受けて、国と対策や見通しを議論するプロセスが必要ではないか。

今日のキーワードとして非常に印象深かったのは、高山先生の「感染がやや下火になりつつある今を、冬に備えた大切な時間として扱いたい」というご発言。西浦先生も前におっしゃっていた3つのシナリオについては、WHOも言及している。様々な可能性があるのですが、そろそろ見通しを立てたほうがいいという議論もある。アドバイザリーボードや政府のやり方にも改善の余地があると思う。

第8波が来ることは、専門家の中ではほぼ確実。第8波におけるリスクや見通しを1つのテーマとして、まずは関係者の間でワーキンググループのようなものを行い、議論すべきだ。ワクチンを打っても期間が経つにつれ効果が減ってくるし、感受性者、いわゆる今後感染してもおかしくない人の数はどんどん増えていく。インフルエンザもある。なるべく早い時期に、専門家として徹底してリスク評価をしてもらう。その後、対策などを政府に提供し、政府がそれらも考慮したうえで、これからの社会経済をどう開放していくか考える。

今後のアドバイザリーボードにおいては、最も重要なテーマを決め、深く議論し、しっかりまとめること。なるべく早く第8波の見通しや、考え得るリスクに限定して議論いただきたい。

(河岡構成員)

- 本日から入国制限が緩和された。入国者数の上限を5万人に引き上げ、入国前PCR検査を撤廃したが、その影響を定量的に予測できるか。

(武藤構成員)

- 今非常に大きな分岐点にいるのだと改めて思う。昨日総理から方向性が示されたが、世の中が少し楽観的なムードになっていると感じる。本日時点できちんと警鐘を鳴らすことも必要だ。少なくとも第8波到来が予想されること、リスクアセスメントが十分行えない状況になったことを認めた上で、専門家から出ている危惧や、医療に関しては、一定程度制限される期間が今後も続く可能性がある。コロナ前の医療のようなものを享受できるということでもないと思う。

(脇田座長)

- 療養期間の短縮については、皆さん方向性はおおむね容認できるというところ。しかしリスクの残存が必ずあるので、フリーになるわけではないということ。それから、病院や高齢者施設は全く状況が違うので、そこをしっかりとコミュニケーションするべき

で、医療・介護は守るべきところだと言っていく。リスク評価に基づくリスク管理ができていないというコメントも多くあった。

もう一つ、今後の見通しについて。アドバイザリーボードの大きな役目として中長期の見通しを立てる。第8波はどのようなリスクがあるのか。その可能性、シナリオをしっかりと考え、出していくことが大事だと。リスク評価に基づきリスク管理をきちんと行うために、まずはリスク評価をしっかりとやるべきだということ。

濃厚接触のところに関しては、現状維持という御意見が多かった。

ワクチンに関して幾つか御質問があった。発生届のない人の行動制限に係るところの考え方、法的な解釈についての御質問もあった。

登録センターについて。登録しない人、あるいは発熱外来を受診してしまった軽症の人たちはどうなるのかという御質問もあった。対策の目標をしっかりと立てていくべきだということも複数の先生方から御意見があった。事務局からレスポンスがあれば。

(結核感染症課長)

- ウィズコロナに向けた新たな段階への移行に関して、高齢者・重症化リスクのある方に対する適切な医療の提供を中心とする考え方に持っていくという視点を持ち、趣旨がしっかりと徹底されるよう、様々な対策を講じていく。

国民一人一人の自主的な感染予防行動の徹底をお願いしていくことについて。アドバイザリーボードにおいて、日々の感染状況を評価していただき、国民に対して極めて重要な情報提供をしてきていただいている。テーマごとに議論すべきという御意見もしっかり受け止める。リスクアセスメントは、今後より重要なものになってくると私自身考えているところ。

濃厚接触者の取扱いに関しては、参考資料3に諸外国の状況をお示しした。そういった状況も踏まえてどのようにしていくか、引き続き御相談させていただければ。

届出のない患者の扱いについて。法律上の扱いに疑義があったが、今回御説明のとおり、法律の対象として要請していくことを明らかにした。患者が自己検査でセンターに登録する場合、一定の漏れがあるのではないかということに関しては、どのような形で全数把握をしようとしても、必ず一定の漏れがあるだろうという前提の下、複数の視点でデータを確認しながら評価をしていくことが重要だと御指摘をいただいている。そういった状況もあり得るということで、全体の状況を評価していきたい。

軽症で医療機関を受診された方に関しては、個別の届出が出ないことになるが、医療機関からの総患者数の報告の中には含めていただくということ。軽症の方は健康フォローアップセンターにつなぐ形で、自宅療養を支援していく、あるいは医療機関でその後も診られるという形を想定している。

(高城参事官)

- オミクロン株対応ワクチンについては、薬事承認がまだされていない。承認された後、ワクチン分科会での審議を経て実施していくことが前提になる。最終的には初回接種が終わった全国民が対象となるため、ご準備いただく自治体の皆さんに、得られた情報なるべく早くしっかりお伝えすべく、審議を尽くしており、その都度事務連絡や自治体説明会を行っている。

4回目接種を待つべきかというご質問について。2価ワクチンを待つべきなのか、従来のものを打つべきなのかは、分科会で議論をしている。4回目接種の対象となっている方は重症化リスクが高いと考えられるので、接種時期が到来した際にオミクロン株対応ワクチンを待つことなく、その時点で活用できるワクチンを速やかに接種していただくことが重要だという御指摘がある。また、従来型ワクチンの4回目接種については、60歳以上に対して重症化予防等の効果があることも確認されている。現在の感染状況を踏まえると、できるだけ早い時期に接種可能なワクチンを打っていただきたい。

2点目、初回接種が完了していない方のワクチンについて。オミクロン株対応ワクチンは、追加接種での承認が進んでいる。初回接種未了の方は、従来のワクチンを打っていただくことになる。

具体的なスケジュールについてご質問があったが、資料2-6、1の(3)に接種の開始時期等を示している。9月半ばに前倒しで配送される分については、4回目の方に接種していただく。その後対象となる12歳以上については、10月半ばをめどに開始するが、その間4回目接種に一定の完了が見込まれた自治体は、その他の方々、社会機能を維持するために必要な事業者などへの接種も可能という形で話が出ていることも、自治体に併せてお伝えしている。

自治体への丁寧な説明について。分科会終了後に事務連絡を発信し、説明会も行っていく。3回目や4回目に配った接種券をご活用いただける点も、事務連絡を示している。

量的な問題について。順次ワクチンが配送される。事務連絡を出して、例えば9月19日の週には約1000万回分、9月26日の週には約1000万回分、10月の3週にも約1000万回分など、10月3日の週までに合わせて約3000万回分の配送ができる見込みであるところも示しつつ、それに合わせて自治体から、システムを使い、必要な時期までに必要なワクチンをお申込みいただく。段取りについても事務連絡等で示している。いずれにしても混乱のないよう議論を進め、自治体に連絡しながら進めていきたい。

(脇田座長)

- 入国制限の緩和による今後の定量的な予測や感染者による影響について、何かコメントいただければ。

(西浦参考人)

- 入国者が増えるが、国内への流行への影響は、主に2つのアウトカムに影響を及ぼす。

1つが、いわゆる在来の陽性者が入国し、流行リスクそのものが上がること。もう1つが、様々な系統の変異株が入り、それによって新たな流行が起こる時期が短縮されたり、早められたりする事。

流行のリスクが起こる程度は、現状では残念ながら把握できていない。入国に際する検査が6月まではあった。そのときのデータから把握してきたのは、英国のONSサーベイを見ていると、プリファレンスとあって、感染しているパーセンテージがそれぞれの自国で何%ぐらいいるかというものと、成田や関空で検査を受ける人の陽性率がほぼ比例していることが分かってきた。ヨーロッパも大体外挿でできるので、その時期ぐらいまでは入国する人のプリファレンスと、それによって外から流行を起こそうとするハザードがどれくらいであったかが把握できた。今は、それらで管理されている国以外の方も検査せず入国できるので、定量的なモニタリングができない。外からのハザードが上がり、国内の感受性者がどれぐらいであるのか、接触がどれぐらいになるのか、それらのインタープレーで次の流行がいつ起こるかが決まってくる。変異株のほうは、今でも行われている、特にアジアやアフリカなど、青国と呼ばれていたものではない人たちが対象となっている検査の結果がサンプリングされているため、そこから見られるものを見ていくしかない。

(脇田座長)

- いろいろ御意見をいただいた。流行のレベルによって濃厚接触者の対応も変えていくといいのではないかというお話。資料3-11にも、感染拡大の状況が改善した場合には、再度検討が必要と書かせていただいている。

個人のリスク回避の方法について、より分かりやすいガイダンスをするべきという御意見についても、再度確認する。

アドバイザーボードの在り方について。ルーチン評価はなるべくルーチン化した上で、よりテーマ化して議論を深めるべきだという話があった。相談していく。

第7波の流行がある程度落ち着く形に向かっている。累積の感染状況は非常に重要。血清疫学調査が、今年の初めか去年の終わりに一度あっただけで、かなり時間が空いている。今回のオミクロン株の感染が実際にどの程度あったか、きちんと知ることが必要だ。ぜひ年内にでも調査の計画をしていただきたい。

今日の御意見をまとめると、第8波は必ず来る、そして医療逼迫が起こる可能性がある。リスク評価はきちんとやっていくべきだといった内容。様々な御意見をありがとう。

以上