

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第96回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和4年8月24日（水） 16:00～18:10

**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

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
	畦元 将吾	厚生労働大臣政務官
	本田 顕子	厚生労働大臣政務官
	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
	山田 勝土	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）

構成員の皆さま方には、お忙しい中、誠にありがとうございます。

まず直近の感染状況について改めて申し上げます。全国の感染者数は、昨日23日、20万8516人、1週間の移動平均では22万5271人、1週間の移動平均の今週先週比は1.19となっております。新規感染者数は、ほとんどの地域で再び増加に転じ、全国的にもこれまでで最も高い感染レベルが続いております。病床使用率も上昇、あるいは高止まり、重症者数や死亡者数も増加傾向が続く、特に死亡者数は、これまでの最高値を超えて、さらに増加することが懸念をされております。夏休み期間での接触機会の増加、オミクロン株BA.5系統への置き換わりの影響、ワクチン3回目接種の効果の減衰などにより、

新規感染者数が引き続き増加することも懸念されており、さらに今月末から学校が再開される地域もあります。この影響も注視をしていく必要があります。

酸素投与体制の関係であります。前回の会議でもお触れいただきましたが、感染拡大に伴い、自宅療養者や高齢者施設内での療養者数も多数に上っており、一時的に酸素投与を必要とする事例の増加が懸念されております。このため、今般、都道府県における酸素濃縮装置の確保状況を確認するとともに、都道府県に対し、酸素投与体制の点検強化を要請いたしました。都道府県への聞き取りの結果、合計約5,200台の酸素濃縮装置を確保していることが確認できました。さらに国による無償貸付けが可能な酸素濃縮装置を約2,000台確保しており、地域の感染状況、入院体制等に鑑み、都道府県における必要な酸素濃縮装置の確保が難しい場合には、国による酸素濃縮装置の無償貸付けの枠組みを積極的に利用いただきたいことを周知しております。確保台数が少ない都道府県も一部に見受けられ、そうした都道府県に対しては、国の無償貸付けの枠組みの利用も含めた酸素投与体制の確保について、個別に確認、働きかけを行っているところでございます。引き続き国・都道府県と連携しながら、地域における酸素投与体制の強化に努めてまいります。

本日、総理から御説明がございましたが、足元の対策強化を進めてまいります。ポイントは以下の3点です。

第1に、保健所や発熱外来の逼迫緩和です。これまでHER-SYS入力の簡素化、検査キットを活用した発熱外来自己検査などを進めてきたところでありますが、発熱外来のさらなる拡充など、追加策を講じてまいります。特に発熱外来や保健所業務が相当に逼迫した地域においては、緊急避難措置として、自治体の判断で患者届出の範囲を高齢者、入院を要する者、重症リスクがあり、治療薬投与等が必要な方などに限定することを可能といたします。これによって、医療機関等においては、必要な方への診察等に注力をしていただきたいと思います。

第2に、症状の軽い方への対応のため、どこでも検査キットが手に入るよう、本日、1社の一般用抗原定性検査キットについて、薬機法に基づく承認をいたしました。国の承認を受けた検査キットは、これまで薬局でしか購入できませんが、今後、事業者の準備が整い次第、インターネット等で入手ができることとなります。

第3に、引き続き5万の最大確保病床、高齢者施設における療養体制の支援など、高齢者や重症リスクのある方々を中心とした保険医療体制に万全を期してまいります。

政府としては、感染状況や科学的知見などを収集しつつ、社会経済活動をできる限り維持しながら、重症化リスクのある方を守る対策に全力を挙げて取り組んでまいります。

国民の皆様には、医療の逼迫を回避し、社会経済活動を維持するためにも、マスクの適切な着用、手洗い、三密の回避、換気など、基本的感染防止策の徹底を心がけていただくよう、改めて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、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(阿南構成員)

○ ひとつ確認しておきたいのは、発生届の重点化に関する都道府県知事からの申入れについて、項目はセットで、そこに掲げられたものは裁量の範囲がなく、届出の対象に絞るのであれば、あれが全部セットということか。

それから、届出を限定する時期として、直ちにとのこと。数の報告はセットになっている。数の報告にはシステムの問題が絡むため、例えばHER-SYS改変とセットであればよいと思うが、それがベースにないと、都道府県としても、数だけを数えるのは大変。もし時期的にのろうと思うのであれば、HER-SYS改変はどうなのか、と皆が思うところ。ここの考え方が欲しいと思っている。

2つ目。発生届が出なかった方の考え方は、我々できちんと詰めておかねばならないだろう。先ほど高山先生もおっしゃったが、重要な観点だ。発生届が出なくなることは、解釈からすると、医学上の患者と法律上の患者とが分離されるということ。発生届が出ていない人は法律上の患者ではなくなるが、この人たちをどのように取り扱うのか。例えば今、民間保険は証明をもらうことになっているが、行政が代行して証明を出すことも可能。しかし法律上、届出が出ていないと行政の管理下ではなくなるので、証明書は出せなくなる。“保険のために発生届が欲しい”と、医療機関へ行くのは本末転倒。医療機関を守り、負担を軽減するためにやっているのだから、整理しなければならない。

同様に、これから学校も始まるが、学校や会社の診断書・証明書というのは、前から問題になっている。証明をもらうために医療機関に行くことを根本的に回避させないと、医療機関の負担は軽減できない。丁寧にしっかりと仕組みを作らなければならない。

最後は医療体制の大幅な変更に関して、冬の時期ということだが、なぜ冬が終わってからののか。確かに8月2日の提言では、ステップ1、ステップ2とある。ステップ2がゴールなので、そのときに大きな改変ということはある。そこをイメージしているのだと思うが、条件が整うようであれば、当然可及的速やかにやるべき。そのひとつに、国民のコンセンサスがあると思う。むしろインフルエンザが流行して、大変な時期とかぶるのは避けたいだろう。ここの趣旨・意図は私の中で落ちていない。

(前田参考人)

○ 発生届の重点化について。阿南先生は違うという前提でお話しされたが、法の44条の3の2に基づく外出自粛制限等々の罰則、これに反すれば、入院勧告を行えるという

形で罰則が強化されている。発生届を出さず、数だけが把握された方については、この対象になるのか。そうでないなら、先ほど阿南先生が言われた療養証明書も出しようがなく、療養証明書を出す対象でもなくなる。療養証明書とは、法の縛りの中で療養せざるを得ないことによって発生するものである。今、各自治体が行っているパルスオキシメーターや食料の配付も、対象が誰か分からない中では行えないが、申出があった場合、法の44条の3の2の対象であるから、対応をしている。そのため、対象でないならば、どんなに食料に困っていても、福祉施策のほうでお願いしますという形になる。氏名等の届出がされていないにもかかわらず、法44の3の2の対象になるのか確認したい。

2点目。阿南先生のお話にあったが、できるだけ早く対応するために、数はどのように把握していくのか。HER-SYSにダミーで性と年齢だけを入れていく方法もあるかもしれないが、ここが混乱すると、医療機関及び保健所の業務軽減にはつながらない。

3点目、宿泊療養の問題について。厚労省からの説明によると、宿泊療養が必要な方々を自治体側が把握できなくなるおそれがある。現在宿泊療養については、家庭内感染に不安がある方を中心に実施している。一部、入院ほどではない療養者に対応する、医療的機能を強化した宿泊施設もあるが、大半は家庭内感染を防ぐ点を重視し対応している。こうしたものについては一切情報が来ないので、宿泊療養の対象に入れることができない。宿泊療養は入院勧告に近い対応であるため、発生届を出していない方に実施する法的根拠がなくなる。どのような方法で宿泊療養を実施していく考えか、お聞きしたい。

最後に意見を。専門家との意見交換の中でも、各自治体で状況が違うため、自治体ごとに判断を、という形になったと考えるが、例えば都市部のように、路地を一本隔てたところが他県である状況の中、医療機関と住民とが錯綜している。例えば対応が違う県の間で、既に簡素化している県を受診した場合については、発生届が出ない。よって、療養に対する支援、食料の配付等々は行われぬ。自分の自治体で受診していればできるが、他県を受診したら、その県は簡素化しており対象にならない。あるいは逆に他県から来た人が、自分の地域では既に簡素化しているため行政から直接的な行動制限などの働きかけはないが、たまたま隣の全てを届け出ている県を受診したために、制限の対象になってしまうことがある。県ごとに異なると、住所地にそのまま陽性者として滞在する人は、住所地の保健所にそれぞれ戻って来る。錯綜するため、自治体ごとの判断というよりは、国としてある程度統一性を持って対応していただきたい。

(脇田座長)

- 阿南先生からは届出の対象について。これはセットされているものかということと、届出の限定の時期、数の報告がセットになるということで、これは前田先生からもあったが、HER-SYSの改修がないと難しいのではないかと、というところ。また、発生届が出なかった人の扱いについて。法律上の患者ではなくなり、療養証明等が出せなくなるということ。前田先生からは、発生届が出なかった人は44条3の2に基づく対象になる

か。宿泊療養が必要で、発生届が出ていない人も宿泊療養の対象になるか。また、自治体で異なるところはどうか、ということであった。いずれも事務局に確認する。

(結核感染症課長)

- 今回の措置の具体的な内容に関しては、自治体にもしっかり説明の機会を設けつつ取り組んでいきたい。発生届の対象を限定することについては、発熱外来や保健所業務が極めて切迫した地域において、当面の緊急的な対応として行うもの。一部御相談をしながら運用していく緊急的な対応ということで、御理解いただければ。

届出の範囲に関しては、感染症法上、届出義務がある方の範囲ということであり、はっきりさせる必要がある。今回の緊急的な対応において、届出を要する方の範囲に関しては、この範囲でお願いしたい。その際、宿泊療養を要する方に関して、例えば入院を要する方に準ずる形で届出を出していただくのかなど、細部はあるかと思う。運用をよく相談しながら対応していきたい。

届出が出ない方に、療養の証明書などが出なくなるという課題がある。これに関しては、例えば職員に対して療養証明を求めないことを要請している。保険の関係は少し時間がかかるが、療養証明書が要らない形に調整できないか、取組を進めていきたい。今回、実際に緊急的な対応を行う中で、法律上、自治体が把握できる患者と、医学的な患者、あるいは届出が行われない患者が存在することになる。実行可能性があるのかという点があるが、発生届と完全に紐付かないと求めることができないものと、感染症法上の届出に必ずしも紐付かず、求めることができる一般的な患者ということで書かれている規定等がある。そういった観点で、届出対象外の方に関しても、実態としては自主的な療養ということになるものの、法律上の規定に基づいたものと説明していくのかどうかということに関しても、考え方をしっかり整理した上で、説明していきたい。

(脇田座長)

- そういうことである。阿南先生からお話があった医療体制の変更の点については、太田先生などからも御意見があるかと思う。

(館田構成員)

- 私も専門家グループとディスカッションしたが、今回の厚労省の負担軽減の提案に賛成だ。江浪課長からもお話があったが、緊急避難的に届出の対象者を絞らなければならない状況にある。基本的にパンデミックの中、全数把握でしっかりやっていくのが原則であるが、様々な状況に応じてそれを絞る、あるいはまた戻ったら広げるといった、柔軟性のある仕組みが必要だ。コロナのためだけではなく、次に来るであろうパンデミックも見据えた仕組みを考えていくことが大切。コロナに特徴的な事項も様々あるが、今回の改変の中で、全数把握をマスターデータとしながら、状況に応じて定点に絞り込む

部分や、あるいは入院サーベイランス、その部分のデータだけを使うなど、柔軟性を持たせた仕組みやその方向性を含めた形で考えていくことが、中長期的な視点において大事だと考える。

専門家からの意見でもあったが、高齢者施設を守ることが非常に大事になる。今、2剤、内服薬が使えるが、いずれも何かしらのリスクがある人たちという限定の中で使えるようになっている。今、国産の内服薬で、リスクのない人たちにも使える薬、風邪薬として使えるような薬が審査に上がっている。なかなか承認されない状況にあるが、今年5月に緊急承認制度ができた。安全性が担保され、かつ有効性が期待できる薬剤であれば、早く現場に出して、現場でその有効性をしっかり確認していくという方向性が示されている。まさに今、この状況の中で、それを考えていくのが大事な方向性ではないか。

(吉田構成員)

- 発生届の重点化に関して。第7波における重症患者数は、第6波に比べ少なくなっているが、第6波・第7波で1日の死亡者数は変わらない。第7波で死亡の内容が変わってきたか。例えば重症の方、または重症化リスクのある方以外の方も亡くなっているのか。また、もし分かれば、感染症の診断における抗原検査の自己検査の割合を教えてくださいのと、発生届の重点化となった場合、自己登録が継続されるかどうかお聞きしたい。

(太田構成員)

- 8月2日の提言に関係して、外来・入院・医療体制について、特に時期を限定する必要はなく、準備が整うのであるならば、冬の後まで待つ必要はないと思う。体制を移行するならば、医療現場がスムーズに移行できるよう配慮をお願いする。  
一番重要なことは、今、我々が目指している医療提供体制の姿に向かい、第1段階目のステップを踏んで、最終的には目指す姿に行くということをロードマップとして、国民や医療従事者にしっかり見せていくこと。最終の姿として、どこの医療機関でも診ていくような形を社会が求めるのであれば、それを示しつつ、今すぐやるべきことという形の合わせ技で示していただけると、医療機関のスタッフや先生方も動きやすい。情報をメッセージとして上手に伝えていただきたい。

(西浦参考人)

- 医療提供体制に関して、最終的にどの医療機関でも診られる、あるいは診療・検査医療機関が増えたときの体制で足りるのかという計算など、長期的な視野で準備しておかないと、この冬困る。しばらくこれが続くことになるが、今のよう形で決まった医療機関に集中すると、あまりよくない。医療提供体制として準備しておくことも重要だが、長い未来を見て計算をしないと、逼迫回避にはつながらない可能性があり、かなり大事

だと思っている。

今、少しずつ定点に移行するかもしれないと考えられる中、このまま自治体の相談がないと、定点調査はインフルエンザ定点を利用して行われるかもしれないと危惧している。大阪府の資料から、インフル定点が、現在のコロナの診療・検査医療機関とどれぐらい重複しているかを見せていただいたが、重複が相当少ないと理解している。インフル定点のような形で、こどもを中心とした感染症になる保証は一切ない。しばらく成人の調査をしないといけないが、その場合、例えば診療・検査医療機関で今までやってきたところからの手挙げをした組み方のようなものは、自治体で対応する相談が厚労省から行っても大丈夫なのか、そういう手挙げ自体募れるのか、肌感覚でいいので教えていただきたい。

(鈴木構成員)

- 定点把握の体制が出来上がる前に全数の体制がなくなれば、当然流行動態の把握ができなくなる。今後のサーベイランスの在り方については、厚労省と専門家とのやり取りにも参加し、都度申し上げている。感染症疫学センターとして申し上げたいのは、現在の状況を可能な限り維持しつつ、並行して速やかに定点把握を走らせ始めるということ。西浦先生のコメントとも重なるが、定点医療機関を選び直すかどうかという議論もある。現在、全国に約5,000インフルエンザ定点がある。偏っていることは十分承知しているが、世界最大規模である。まずインフルエンザ定点のスイッチを入れて、その上で適宜修正・調整していくことはあり得ると思うが、並行して定点を始めないことには、今後の全数把握の見直しにもつながらない。早急にインフルエンザ定点を走らせていただければ。

(河岡構成員)

- 今後の新型コロナウイルス感染症対策について。先日、現状の問題点解決のために専門家有志による提言を出していただいた。具体的で、多くの方に理解していただける内容だと思う。一方、今後日本の新型コロナウイルス感染症対策に関する、中長期的な議論が必要だ。欧米では多くの方が既に自然感染しており、イギリスの最近の報告では、国民の70%が自然感染していると推定されている。米国でもBA.2とBA.5の流行の前の今年2月の段階で、約50%が感染したと推定されている。ところが日本では、十数%程度しか新型コロナに感染していないと推定されている。これまでの様々な対策により、新型コロナウイルスによる感染を抑えてきたことが、日本の人口100万人あたりの死亡率が米国の10分の1以下という結果につながっている一方で、日本におけるブースターの接種率は米国の2倍であるが、感染防御においてワクチン接種による免疫付与と自然感染による免疫付与との間にどの程度違いがあるのかは不明である。

欧米、特にヨーロッパでは、日常生活における制限はほぼ撤廃されている。日本はまだ

だ制限があるが、入国の際、ワクチン3回接種済みであることを条件に新型コロナ検査を免除することで、今後、新型コロナウイルス感染者が多く入国してくる。ワクチンと自然感染による感染防御の程度の違いや今後の抗ウイルス薬の供給量、あるいは使用できる抗ウイルス薬が今後変わっていくという十分な情報がないながらも、第8波以降に向けて、日本がどういう対策を取っていくべきか議論をして、国民に今後の見通しを伝えていく必要があるのではないか。

(押谷構成員)

- そもそも日本は何を対策の目的にするのか、もう一度整理し直す必要がある。2020年2月24日、当時の専門家会議において社会経済活動をできるだけ維持しつつ、重症者、死亡者を減らしていくという目的を立てた。しかしその目的がなし崩し的になり、緩和・解除の方向に向かっている。今後、日本は非常に厳しい状況になる可能性が高い。流行は今後も起こる。本来は分科会などで、基本的対処方針にどのように落とし込むか議論すべきだと思うが、そもそも対策の目的をどうするのか。高齢者を中心に、1日200~300人の、多くの人亡くなることを今後も許容していくのか。冬の流行はそれを遙かに超える死亡者が出ることも想定される。そのような中、日本の対策の目的は一体何なのか。どう感染症と向かい合っていくのか、きちんと整理しなければ。様々な提言や、今日の総理の話なども、運用面の小手先のことだけをやっているという印象がある。本当のビッグピクチャーが見えていない。対策の在り方がどうあるべきかがほぼ議論されず、運用をどうするかばかり議論している。以前も申し上げたが、きちんと政府と専門家の間で議論する場が必要だ。

(脇田座長)

- 今後の中長期的なコロナの流行についてお話があった。予測を踏まえてではあるが、先週の西浦先生の予測では、エピソードからミッドタームを経て、かなり長期の流行がある。プレバランスは1%から2%が続く状況の中、日本のコロナ対策の目的をどのように整理するのかを議論するべきといった本質的な御提案。同意する。また、柔軟性のある仕組みをつくるべき、国産の内服薬のお話や、抗原検査キットに関する御質問もあった。

自己登録を今後も継続するのかという質問は、事務局にお答えいただきたい。

医療体制の変更の時期について。なるべく早くやるべきだが、こちらも医療体制の全体像を示す必要がある。すぐにやれることを示していくべきというお話があった。長期的な視野において、きちんと計算をし、必要な医療がどの程度あるのかを示した上で、それに向かい準備をしていくということ。藤井先生と杉下先生には、定点調査、インフル定点になるということだが、今、手挙げ方式でどの程度ついてきてくれそうかという御質問があった。また、サーベイランスについても御意見があった。

まずは抗原検査のところ、何かあれば。

(結核感染症課長)

- 自ら抗原検査をして、センターに登録していただくという、我々が進めている取組の実施状況について。順次取組を進めていただいているが、先行自治体と最近始めた自治体との間にばらつきがある状態。自治体の許可を得て、どこの自治体でどれだけなど、公表できる数字は手元ではまだ整理できていないが、聞いている範囲においては、始めたばかりの自治体は1割というところもあるが、先行自治体においては3割程度の患者が、自己検査を経て医師を配置したセンターに登録し療養している現状がある。制度が十分に行き渡り、対象となるハイリスク以外の患者全員にこの制度をご活用いただいた場合、患者のうち7・8割程度が利用する可能性がある。体制拡充をしっかり検討していきたい。

(脇田座長)

- 死亡者が増加しているが、重症化リスクのある人以外でも死亡が増えているのかといった御質問があった。お答えいただけるか。

(江浪結核感染症課長)

- 今回のオミクロン流行下において、重症化した方、あるいは亡くなられた方について、可能であればより詳しい情報をいただけないか、自治体に協力を依頼している。感染拡大が続く中で、御協力いただけている自治体は限られているが、その結果を定期的に鈴木先生から公表していただいているところ。アドバイザリーボードのまとめなどにもあるが、新型コロナウイルス感染症によって亡くなるというよりも、もともとの基礎疾患の悪化によって亡くなる方が多数。高齢者においては、特に基礎疾患がある方が中心ということになるかと思う。大阪府から年齢階級別のハイリスク者の分布があったが、亡くなった方に関しては、今申し上げたような状況。

(藤井参考人)

- 西浦先生からは、厚労省から話があれば、もう一度、定点を選び直すことは可能かというお話。鈴木先生からは、今はとりあえずインフルエンザ定点でという御意見があった。大阪府のデータによると、小児については、ほとんどの部分、定点医療機関から発生届が出ているが、それ以外の陽性者については、定点から出ている発生届が占める比率が極めて少なく、かなりの補正を専門家に御議論いただく必要があるのではないかと思う。都道府県のほうで、定点医療機関の再指定等、対応できると思う。その際はしっかり御相談させていただきたいと思う。

また、死亡例が増えている中で、若い方の死亡率が上がっているかという御質問があ

った。大阪府は年代別死亡率を公表しているが、第6波と比較として、40代、50代、60代の死亡率が上がっている傾向は今のところない。

(杉下参考人)

- 今、都内全体のインフルエンザ定点は、小児科と内科を合わせて419定点あるが、恐らく小児科については、ほぼ診療・検査医療機関と重なっているのではないかと。それ以外の年代層については藤井先生のおっしゃるとおり、かなり偏りがある。診療・検査医療機関は、現在都内に4,400程度ある。それらを新たに内科定点として組み込むことは、技術的には可能だと思うが、定点の指定は医師会の推薦をいただき行っているため、調整に少し時間がかかる可能性がある。

(脇田座長)

- 御指摘のあった中長期的な対策の議論について。河岡先生のイメージは、今後の見通しをある程度つくり、例えばウイルスの性質であったり、流行の動態であったり、どの程度の被害が出るのかをまとめていき、それに対しての対策をまとめていくイメージか。

(河岡構成員)

- 直近の対策が重要なので、そういう形になってしまうが、今後日本が新型コロナにどのように対応していくのか。今、ワクチンは海外に依存している。海外製ワクチンが使えるようになり、ワクチンが2価になったが、ずっと輸入や海外頼りでいくのか。日本のワクチンが今後承認されていくので、それを見込んで、どのようなワクチン対策をしていくのか。冬だけ、あるいは定期的にやるのか。また国産の抗ウイルス薬が出てきたとき、どういう対策に使うのか。つまりインフルエンザのようなシステム、一般の人が発熱あるいは呼吸器疾患があったときに、医療機関に行き診断を受けて、そこで薬が出てくるようなシステムになるのが多分一番いいと思うが、そういったシステムにどの程度のタームで移行していくかなど、見込みとプランをある程度立てていく必要がある。

(尾身構成員)

- 今日何人かの専門家が総理に申し上げたが、いわゆる体の脆弱な人が感染し、コロナの肺炎ではなくても、感染を契機に非常に重症化し、残念な場合には亡くなる。それらも含んだ総死亡数は、第6波の総死亡数を上回る可能性があるというのが、専門家の大体的見込み。押谷先生のお話では、運用のことだけでなく、これから日本の社会は何を目指すのかが必要とのこと。ヨーロッパのようにするのか、日本はどのようにするのか。大きなグランドデザインを考える時期に来た。医療界だけでなく、社会経済の人も含んで、ワーキンググループのようなものを構成し、真剣に、集中的に議論する場が必要だ。政府全体として、ニーズがあることを考慮いただきたい。我々専門家も参加する用意があ

る。国も行政と一緒にあって、現状と同時に中長期のグランドデザインを考えていく場が必要だ。

(脇田座長)

- 河岡先生、押谷先生、尾身先生からは、将来、日本の社会がどのようなところを目指していくのかというお話があったが、河岡先生のお話は、どちらかというと、医療的にどのような対応をしていくのか、見込みとプランを立てていくというお話。尾身先生からは、社会的に何を目指していくのかというお話であった。どちらも大事な視点だ。厚労省とも議論しながら取り組んでいきたい。

鈴木先生、西浦先生から提案があったサーベイランスの在り方について。定点については、感染研も厚労省とともに議論しながら、プランを早急に立てているところ。早期稼働をお願いしている。その上で西浦先生から、インフル定点だけでなく、新たなものを医療機関に入れ込んでいく必要があるならば、ぜひ検討を進めるべきという御提案があったが、鈴木先生からは、まずは今ある世界最大規模のインフル定点を活用することが重要ではないかというお話があったというところ。

今日もありがとう。またよろしく願いしたい。

以上