

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第109回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和4年12月7日（水） 17:00～19:25

**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	一般社団法人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	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学政治経済学術院教授
	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
西塚 至	東京都福祉保健局新型コロナウイルス感染症対策担当部長

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  
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・医務技術総括審議官  
大坪 寛子 大臣官房審議官（医政、精神保健医療）  
鳥井 陽一 大臣官房審議官（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  
鷲見 学 医政局地域医療計画課長

#### 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、本日もお忙しい中、ありがとうございます。

直近の感染状況であります。全国の感染者数は13万7193人、1週間の移動平均で10万7267人と1週間の移動平均の今週先週比は1.06となっております。全国の新規感染者数は増加速度が低下し、足元では横ばいとなっているものの、一部の地域では引き続き感染者数の増加が見られるなど、地域差があります。重症者数、死亡者数も足元では横ばいとなっておりますが、病床使用率は上昇傾向にあります。今後の変異株の置き換わりの状況や接触機会の増加等が感染状況に与える影響に引き続き注意が必要です。

新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応について、各都道府県に対し、外来医療体制整備計画の策定を依頼しておりましたが、12月2日にその結果を取りまとめ、公表いたしました。各都道府県において必要な診療能力の強化に最大限取り組んでいただいた結果、この冬の最大診療能力は1日当たりの診療可能人数で見ますと、今までと比較して約13万人分が強化され、単純な積み上げとしてはピーク時の発熱外来等の受診見込数の約75万人を一定程度上回る約90万人の診療能力が確保される見通しとなっ

ております。

また、重症化リスクの低い方が安心して自宅療養できるようにするため、健康フォローアップセンターの体制も強化していただいております。ピーク時における登録見込数は1日当たり約7万人ですが、各都道府県においてはそれを大きく上回る1日当たり約20万人の登録に対応できる体制となる見込みです。引き続き都道府県と緊密な連携を図りながら、多数の発熱患者が生じた場合にも必要な方に必要な医療を提供できるよう、保健・医療体制の確保に万全を期してまいります。

また、次の感染症危機に備えるために、今国会に提出をいたしました感染症法等の改正法案については、先週12月2日に参議院本会議において成立をいたしました。今後、都道府県と医療機関の間での協定の締結など、改正法が順次施行されることとなりますので、円滑な施行に向けて準備を進めてまいります。

また、先週、新型コロナの感染法上の位置づけに関連して、この新型コロナの病原性、感染力、変異の可能性をどう評価するかについて、国民の皆さんとも理解を共有できる基盤づくりが必要であり、専門家の皆さんに深掘りした上で分かりやすい考え方を示していただきたいと申し上げ、先週も御議論いただいたところですが、さらに議論を深めていただくことを重ねてお願いしたいと思います。

今後とも治療薬の普及を含め感染症への対応に全力で取り組んでまいります。本日も御議論のほど、よろしくごお願い申し上げます。

#### <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を説明し、西田構成員より資料3-4を配布し、中島参考人より資料3-5、前田参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、西塚参考人より資料3-8、阿南構成員より資料3-9を説明した。

(脇田座長)

- 感染症法上・特措法上の位置付けについて、基礎的な考え方を示すべく、新型コロナウイルス感染症の現状に基づき、前回から議論を続けている。
- 資料4にあるような判断・考慮要素、病原性や感染力、今後の変異の可能性については、リスク評価の考え方に基づき、リスク評価のワーキンググループで評価している。この場でも様々な御意見を頂きたい。
- 阿南先生の資料やご説明があったが、医療提供体制は、非常に重要となってくる。

(尾身構成員)

- 感染症法と特措法上の位置づけについて、非常に重要なのは、「全国かつ急速な蔓延により、国民の生命及び健康に重大な影響を及ぼす」という定義。病原性、感染性、変異のあり方、医療の受け止め方という4つの観点があると思うが、特に医療の受け止め方については深く議論すべき。
- 一般医療機関との調整が難航している地域もある中、神奈川県では、オンライン診療など医師会との協力・連携がかなり進んでいるようだ。様々な準備や支援が為されているようだが、他県にも状況などフィードバックすると参考になるのではないか。
- 阿南先生資料の中に、コロナ前後の医療体制・措置に関する非常に興味深い図があった。コロナ禍の医療体制における措置の中で今後残る部分、消える部分の話があった。当初よりこの場でも議論を深め、法律は変えないものの、運用を少しずつ変えてきたプロセスがあったと思うが、移行期の弾力的な運用、議論の流れも分かるようにしてもらえれば今後の議論が分かりやすくなると感じた。

(舘田構成員)

- 資料3-3、158ページのフランスの動向については、日本でBA.5からBQ.1系統に置き換わったときの感染者数の推移であると理解した。まさに我々が今後迎えるであろうことの予測図にも見られるのではないかと思う。
- 最初の大きな波の立ち上がりの傾きは強かったが、直近のBQ.1系統は傾きが弱いように見える。BQ.1による波はさほど大きくなならないという考えでよいか。
- 今後分類変更を考える中で、どのような変異が起きる可能性があるか予測は難しいものの、風邪のコロナの遺伝子ゲノムは分かっている。どのくらい風邪のコロナに近づきつつあるのか、新型コロナウイルスの3年間の変異の蓄積や過程を見ることによって、変異を起こし病原性が強くなるリスク等ある程度推定できるように思うが、いかがか。

(釜范構成員)

- オンライン診療の活用は必要と思う一方、東京都のデータからも、医療機関に行かず検体を採取し登録しているのは2割程度とのこと。
- 医療機関、特に診療所が来院患者に対応できないのであれば、オンラインに特化し診療を行えばよいと思う。しかし来院患者にも対応し、オンラインもしっかり担おうとした場合、1日の仕事量のうちどのくらいをオンラインに割くとうまくいくだろうか。
- 医療機関における感染防止対策について。病室管理は個々の部屋ごとの管理で十分かと思うが、外来部門・診療所においては、動線分離は今後もやらざるを得ない。医療従事者の感染防止の取組については、簡素化できる部分はする一方、現時点でそんなに緩めることは出来ないだろうという思いが強い。仮に大きな発想転換が可能であれば状況は変わってくると思うが、医療従事者の感染が更に増えることとなり、業務離脱への不安がある。今後どのようにしていくべきか、議論が大事だと感じる。

(中島参考人)

- 阿南先生のお話、病床確保に関して、各医療機関が柔軟かつ機動的に対応することが大切であると理解した。第6波、オミクロンになってから、救急搬送困難事案がコロナよりも非コロナに強く出ている傾向が各地で見られる。一般医療への影響が強く出て、病床確保が行き過ぎているのではないかという懸念が常にあった。
- 特に関東、首都圏で見ても神奈川は、非コロナへの影響を小さくしながら対応してきたことが第6波、7波、8波で明らか。各医療機関が病床を確保・運用する時に、一般医療とのバランスをかなり考えながらやっていたのか。連携しながら方向性を調整する仕組みがあったのか。

(阿南構成員)

- 他県への横展開で必要なことは未体験の先生方にどのようにすれば良いか、知っていただくこと。特にやったことのないことは、やり方のイメージがつきにくい。OJTで、集合してやってみる機会を作るなどして、“やってみる”という部分のお手伝いをしている。
- そこに対する財政措置がない。OJTにあたり、人件費や運営など一定の費用がかかるので、厚労省に検討していただきたい。
- また、業者にうまく関わってもらうことを進めていて、特にそのマッチングの場をしっかりと設けるということ。マッチング後の支度金まで準備するなどしておく、スムーズに進みやすい。
- コロナ前後の医療体制・措置に関する図に関して、尾身先生から頂いた御意見を踏まえ、書き方を少々考えてみる。
- 対面診療とオンライン診療との比率については、難しい回答になる。コロナ診療自体新規参入の先生もいるし、すでに対面でコロナを診ていた先生もオンライン診療に興味を持ってきている。比率についてはこちらで決めることではないと思うが、オンライン診療をするからといって対面診療をやめることがないよう、事前をお願いしている。少しキャパを増やす手法としてオンライン診療もあり得るという紹介をしている。
- 外来の感染への不安という意見があったが、非コロナの患者を診るとき、オンライン診療のノウハウを持っていると、感染させたくない患者にオンライン診療が出来る。外来待合の接触軽減にもなり、オンライン診療導入のメリットのひとつであると思う。
- 神奈川ではスローガンとして、「コロナ・非コロナのバランスをとる」ことを掲げ、第6波以降強い想いでやってきた。第6波以降、コロナにおける重症者が減ったのは事実。コロナ診療を特別に扱っていると、ほかの患者にうまく対応できない。コロナ・非コロナを同じ土俵で考えていこう、コロナ診療を特別視しすぎず、一般診療も受けるべきものは受けようと言いつけている。

(西浦参考人)

- フランスでは株の置き換えにより、流行が起こっていることは確かであるものの、これまでと様相が異なっている。BA. 1-2、4-5 流行時と比べると、どこまで感染者数がカウントできているかは心もとないが、規模自体は小さいだろう。
- BQ. 1.1 については、これまでの BA. 5 の亜系統より伝播性が高いという証拠はあまりない。主に免疫回避による感染の波だろう。他のヨーロッパの国も様相が違っており、その背景を見ながら次の展開を考える必要がある。
- 今増加傾向が明確なのはフランス。BA. 1-2 の感染の波が非常に大きかった。その時の自然感染による免疫が失われた人から感染している。その時の免疫移行で、2価ワクチンなどでブースターを打ち、ハイブリッド免疫を持っていると思われる英国やスペインでは今、流行が起こっていない。ドイツは BA. 4 の免疫が消失し、流行が始まろうとしている。人口全体でどれほどの人が免疫を持っているかが明暗を分けている。

(押谷構成員)

- どういう変異、アミノ酸配列になれば風邪のコロナになるかという話。普通感冒を起こすヒトコロナウイルスとして、OC43、229E、HKU1、NL63、4つのウイルスが知られているが、私の理解では、コロナウイルスの研究はこれまであまりされてきておらず、インフルで試みられてきたような、アミノ酸の持つ意味や、どうなれば病原性が変化するかなどはまだ分からない。
- SARS-CoV-2 は他の風邪のコロナとはレセプターも違い、比較対象にならない。過去に風邪のコロナウイルスがヒトに大きな影響を及ぼしたかどうか不明である。1890年ごろ、ウシから出たといわれる OC43 については、旧ロシア風邪といわれるパンデミックを起こした可能性が議論されているが、その頃の血清疫学的なデータから、同時に A(H2) のパンデミックであったとも言われており、よく分からない。ゲノムのデータから、こうなれば落ち着くなどいうことは言えない状況にある。
- 病原性が減弱する方向に常にウイルスは変異するという人もいるが、必ずしもそうではない。呼吸器ウイルスをはじめとして、病原性が変わらないものがほとんど。免疫獲得により、見た目の病原性は減少していくように見える。2000年以上前に出てきたと考えられている麻疹も、その頃から病原性は変わっていないと考えられており、今も免疫を持たない子どもには病原性は非常に高い。SARS-CoV2 も、デルタから病原性が強くなったことは明らか。今後の病原性がどうなるかは分からない。

(吉田構成員)

- 病院内感染対策について。外で感染した医療従事者が院内に持ち込む、入院患者が入院後発症して広がる事例はあったが、コロナで入院した患者が他者にうつす事例はほぼ

ない。今の感染対策はしっかりコロナに対応できており、5類になっても基本的な感染対策が変わるわけではない。

- 今後動線を分ける必要があるかどうかは難しいところ。環境感染学会で、院内感染の発生経緯や状況、感染対策とどう関係していたかなどを聞く、研究用アンケートを準備している。結果が出てくれば、具体的な院内感染の場面が明らかになり、動線を分けるべきか、換気やパーティション設置で対応可能かなど分かってくると思う。

(前田参考人)

- 地域の先生と外来体制強化について話しているが、特に小児科から、かつてのような診療はできないと言われる。院内感染対策について、これまであまり考えられてこなかったが、これだけ様々な知見が出て、院内感染問題が社会的に脚光を浴びた中で、もはや元には戻れない。今後コロナが収束すれば一日に診る患者数は増やせるが、対応は改めねばならないとのこと。
- 動線や待合での状況など、院内感染対策に工夫が必要と言われている。コロナが終われば元通りではなく、今後の外来診療での院内感染対策を見直す必要がある。
- 5類になることで、医療体制への支援策が全く無くなってしまうのか。支援策が全くなくなってしまうと、恐らく当面、直ちに合理化はできない。こうした支援策は類型とリンクしているのか。5類となった場合、全て支援の根拠が失われてしまうのか、財政措置を国として認めていく方向か。新型インフルエンザ等感染症の中で少しずつ措置を緩めていくのがよいという議論もある。
- 特措法には季節性インフルとの比較が明確に述べられているが、感染症法においては必ずしも季節性インフルとの比較ではなく、国民の生命及び健康への影響ということが述べられている。類型を検討するに当たっては、季節性インフルとの相対的な比較の中で検討するのではなく、いわゆる新型コロナの絶対的な病原性、感染性ということで議論すればよいのではないか。
- 歯科医師にもコロナ検査を行っていただくこととしているが、検査外来体制の拡大のためにも、インフルの検査も同時に出来るようお認め頂きたい。同時検査キットもOTC化されており、同時検査・単独どちらのキットも、手技的リスクはほぼ変わらない。

(西浦参考人)

- 重要なリスク評価の場として、大きく流行対策・政策を転換させている中国にフラッグを立てておいたほうがよい。北京では、いろいろな行動制限自体無くなるとうとしている。人口の絶対数やつながりを考慮すると、日本にも相当な影響があるだろう。現時点でリスクがどれくらいになるか、洗い出しをしておくべき。
- 感染者が増えると、輸入感染者が増え、新規変異株の流入も起こる。場合によっては人道的な医療体制支援や、日本のエキスパートが中国へ行かねばならない可能性もある。

恐らく中国でも医療ひっ迫が発生するだろう。社会不安が起き、日本人の避難や、難を逃れて出国する人が続発するなど、様々なケースが考えられる。この年末年始のリスクを大きく変えうるため、注視しながら今後の具体的なリスクを検討していく必要がある。

(押谷構成員)

- 中国はかなり厳しい状況になると思う。このまま緩和に向かうと、155 万人が亡くなるというデータを出した論文もある。
- 類型については様々な議論がある。それぞれの議論の不確実性はあるものの、我々も新型コロナを理解しきれていないことが大前提としてある。
- 今の世界中のトピックとして、既に呼吸器感染症ではなくなっているという議論がある。事実、日本でも世界でも心血管系・循環器系の合併症でかなりの超過死亡が出ている可能性があり、それらは呼吸器だけでは説明が出来ない。今まで「致死率」として計算していたものは必ずしも正しくない可能性がある。
- ドイツでも10月、相当な超過死亡が発生した。医療ひっ迫に起因するのか、循環器の問題に起因するのか議論されている。季節性インフルエンザの致死率も、正しいデータはまだ存在しておらず、致死率を基準に季節性インフルとコロナとを比べてはいけない。

(阿南構成員)

- 感染症法上の取扱いを考えると、感染性・重篤性・変異の3つの観点があり、懸念事項になっている。
- 感染症法で今縛っている内容や、執行目的に着目すべき。もとはまん延対策、押さえ込みのために入院勧告や行動制限を行っていた。リスクを押さえ込む目的で作られているため、今、行政権の執行の正当性にギャップが生じている。
- 抑えこみがされていない今、行政に権限の主体を持たせるのではなく、医療に主体性を持たせて受け皿を拡げるのもひとつの考え方だと思う。
- 課題となるのは、医療費負担の問題や院内感染対策に加え、コロナの特殊性や将来の不確実性を鑑み、今後いかにモニタリングしていくか。これらがクリアになれば、今の感染症法の位置づけに縛られなくても対応可能な部分がある。一定程度、政策的判断や、新たな政策提言の中で片をつけられるのであればよいのではないか。

(今村構成員)

- 医療現場としても、パンデミックのトンネルを抜ける過程で、一部施策は残しつつ、経過を見ながら段階的に落としていくべきと考えている。
- 類型に関する考え方には2パターンある。一つは、新型インフル等の枠組みの中で5類相当になることを明記し、納得のいく説明をした上で段階的に落としていく方法。当面は残すべき、あるいは削除できる施策を明らかにし、現行の5類で完全に運用可能と

判断された時点で移行させる。この方法は、現行の法的な運用の中で対応が可能であり、変異等による一時的な悪化にも対応でき、有利な点がある。

- もう一つは、感染症法上の5類にした上で、マイナス面が起きないように、必要な施策や公的資金を運用できるような法的サポートを加え、段階的に施策を落としていく方法。この方法は、本来の5類運用に施策を追加することになるため、新たな法的枠組みが必要となるのか。政府の見解があれば伺いたい。

(岡部構成員)

- 資料4、「法律上の定義」6条7項3号、「一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分をどう読むか、議論が必要だ。「免疫の獲得」とは非常にぼやっとした言い方。国民のほとんどが免疫を持っていない事が前提となっているが、抗体保有状況等も示される中で、状況が変化してきている。
- コロナが隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかの議論が必要。病態が変わってきているのもあるが、病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。その結果5類相当となるならばよいと思う。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうかを判断するべき。
- 類型見直しによる医療体制への影響だけでなく、保健所の体制や検疫法、学校保健安全法にどのような影響を与えるかについても議論しておくべきではないか。
- アドバイザリーボードとして意見は言うべきと思うが、本来は感染症分科会の議論ではないか。ここで話すべき内容かどうか、今のうちに明確にしておいた方がよい。
- これまで日本を含むアジアの医療は、入院は大部屋で、外来も密というのが前提であった。ここを変える必要がある。費用面や個人の意識も絡む問題ではあるが、今後の医療提供体制についても、改革と議論が必要。
- 参考資料内「(4)保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化」のところに、「専門的な調査研究、試験検査等のための体制(地方衛生研究所等)の整備」と書かれている。現在の地方衛生研究所は確かにPCR等々あるいはゲノム解析等、いわゆるウエットラボが強調されているが、本来は疫学的な分析、解析、サーベイランス、積極的疫学調査等を含めて両輪とされている。ここの部分が取れてしまっている理由を伺いたい。

(川名構成員)

- メディアを見ていると、5類にすることで医療ひっ迫が回避できるという論調になっているが、違うと思う。今はインフルで入院しても個室対応になるし、大部屋でインフルの患者が出たら、同室の患者に抗インフル薬を予防内服させるのが一般的。米国のガイドラインでは、ワンフロア全員に予防内服させよという論調も一部ある。しかしコロ

ナの場合、同じ対応は難しい。インフルと同じ扱いにしたからといって、必ずしも扱いやすくなるわけではないし、医療ひっ迫が解除されるわけでもない。

(脇田座長)

- 医療提供体制の支援は類型とリンクしているかという質問があった。今の状況や類型、いわゆる新型インフル等感染症というところから徐々に落としていくのか、5類にして必要なものを加えていくのかといった質問もあった。
- 感染症法では、季節性インフルとの比較ではなくて絶対的なもの、固有のものを考えていけばよいかという質問があった。
- 歯科医師のインフル検査の質問もあった。岡部先生からの質問も合わせて、事務局のほうからお答えいただきたい。

(江浪結核感染症課長)

- 新型コロナウイルス感染症に関しては、感染症法上、新型インフルエンザ等感染症に位置づけられている。入院の措置や勧告などを行うことから、入院医療費の公的負担があり、外来に関しても行動制限を求めている中で公的負担を導入してきた経緯がある。
- 感染症法上類型を5類に移行した場合、公的負担は困難。一方、コロナに関してはまだ薬も高いなど、治療方法の普及・補助の観点から検討すべきという意見がある。
- 他方で、5類のインフルには、公的負担は無い。公的保険の中で行われているため、バランスを見ながら検討していく必要がある。引き続きご議論頂きつつ、どういう形が良いか検討していきたい。
- 検査への歯科医師登用については、基本的に、お示ししている考え方の範囲の中で御検討いただきたい。説明が不十分な点があれば更に回答したい。
- 感染症法上の位置づけについては、最終的には厚生科学審議会で議論される。この場でご意見を頂きつつ、類型見直しについては、最終的に感染症部会で議論される。
- 地方衛生研究所については、資料の構成上、試験検査等のための体制が重要ということで、試験・検査の部分が前面に出ているが、従来から地方感染症情報センターという形で感染情報の整理・提供をして頂いていた。引き続き、それらも含めて対応していくものと考えている。

(佐々木健康課長)

- 地衛研が果たす役割のうち、情報の集約・分析・発信等については、今後省令の中でも記載していきたいと考えている。これまで果たしてきた機能は漏らさず明記していく。

(脇田座長)

- 今日の議論では、コロナの現状をどう評価し、どういった施策が必要か、また、まん延防止の措置や医療に対して何が必要か、更に議論が必要だという意見が多かった。
- 他の類型になるかもしれないが、施策をどこに落とし込むかという意見もあった。類型変更については、今後も議論を進めたい。
- 中国の今後のリスクに関する話は、私も考えていく必要があると思った。

以上