

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第117回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和5年2月22日（水） 16:45～18:40

**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ウイルス感染部門特任教授
	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

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
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
前田 秀雄	東京都北区保健所長

柳川 忠廣	公益社団法人日本歯科医師会副会長
山本 信夫	公益社団法人日本薬剤師会長
福井 トシ子	公益社団法人日本看護協会会長
大久保 一郎	横浜市衛生研究所長
小澤 広規	横浜市衛生研究所微生物検査研究課研究員

厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	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
	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
	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
	高城 亮	大臣官房参事官（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）

構成員の皆さん方には、お忙しい中お時間を取っていただきまして、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1万9202人、1週間の移動平均で1万8065人、1週間の移動平均の今週先週比は0.68となっております。新規感染者数や死亡者数、救急搬送困難事案数は減少傾向が継続し、病床使用率も低下傾向が続き、低い水準となっております。

季節性インフルエンザについては、定点医療機関当たりの週間報告数が先週公表時点で引き続き10を超えて注意報レベルとなっておりますが、全国的には増加幅は縮小しております。他方、福井県、石川県、沖縄県では30を超える警報レベルとなるなど、感染動向に

は引き続き注意が必要です。

新型コロナ対策におけるマスクの取扱いについては、ここでの御議論をいただきましたが、2月10日の政府対策本部において、屋内では原則着用、屋外では原則不要としている現在の取扱いを改め、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、マスクの着用は個人の判断に委ねることを基本とすること。政府は各個人のマスク着用の判断に資するよう、感染防止対策としてマスクの着用が効果的である場面などを示し、一定の場合にマスクの着用を推奨することとしたところです。このような取扱いは、円滑な移行を図る観点から、国民への周知期間や各業界団体、事業者の準備期間なども考慮し、3月13日から適用することとしております。

また、これまでのアドバイザーボードや厚生科学審議会感染症部会において、今では過剰ともいえる感染対策はできる限り早期に見直しつつ、新型コロナの特性を踏まえ、有効な方法については引き続き丁寧に情報発信すべきとの意見をいただいたところであります。新型コロナの感染法上の位置づけを変更したとしても、自主的な感染対策が不要になるわけではありませんが、引き続き手洗い等の手指衛生、換気といった基本的対策をお願いしたいと思っておりますが、パーティションの取扱いも含めて、引き続き皆さんの御意見をいただきたいと思っております。

また、新型コロナの感染症法上の位置づけの変更に伴い見直すこととしております医療体制や公費支援の内容については、医療現場の混乱等を回避し、また急激な負担増が生じないよう、段階的な移行が重要と考えております。関係者の意見も伺いながら、現在具体的な内容の検討、調整を進めております。具体的な方針については3月上旬を目途にお示ししたいと考えております。

最後になりますが、本日も忌憚のない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及び参考資料1、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、西塚参考人より資料3-7、今村構成員より資料3-8、日本歯科医師会より資料4-1、日本薬剤師会より資料4-2、日本看護協会より資料4-3を説明した。藤井参考人より資料3-6が提出された。

(江浪結核感染症課長)

- 冒頭、大臣からも発言があったが、マスク着用以外の感染防止対策について、引き続き御意見いただきたい。
- 新型コロナウイルス感染症対策を進めるに当たり、新しい生活様式の実践例として、人との距離の確保等、過去に様々な考え方をお示しいただいた。こういった取組につい

て、これからどのように考えていくべきか。

- 基本的な新しい生活様式の実践例には入っていないが、例えば「ゼロ密を目指そう！」という内閣官房と合同で出しているリーフレットにおいては、飲食時に第三者認証制度の適用店を利用する中で、パーティションの設置または座席間隔の確保、消毒、換気の徹底などを求めてきた。5類移行に当たり、今後パーティション等についてどのように考えていくのかということもお示ししていく必要があると考えているため、この点についても本日、あるいは次回に向けて、ぜひ御意見を頂きたい。

(脇田座長)

- 今後の新しい生活様式の実践例、考え方について、すぐには難しいが、時間をいただいて専門家の間で議論したいと思う。
- 今日は日本歯科医師会・日本薬剤師会・日本看護協会の3団体からもご意見頂いた。
- 中島先生、救急搬送困難事案の下がり具合は、他の様々な検査の陽性率や感染者と違い、ベースラインが徐々に上がってきており、波の間で段々上がってくるような形に見える。要因はどこにあるのだろうか。

(中島参考人)

- いわゆる流行の間期に当たるベースラインが徐々に上がってきているように見える理由について。人口10万対でお示しした資料を見ると、搬送困難に関する地域差が非常に大きい事が分かる。流行の新規陽性者や死亡数は地域的にかなり比較できるレベルになっている一方、搬送困難はほとんど基線から上がらないところや、非常に大きく上がっているところがある。そのため、ベースラインが徐々に上がってきていることは、総じて搬送困難事案数の上がり方が大きな地域の数を反映していることが分かる。新潟県を見ると、ベースラインが下がってきているが、これは全国的な流れではない。
- 例えば首都圏など、搬送困難の大きなピークがみられる地域では、流行が連続しており、十分下がりきらないまま次の流行が起きていることもあるだろう。ベースラインが上がっていると捉えるか、搬送困難が十分に改善する前に次の流行が起こっているのか、その様相によるところもあると思う。
- 同じスケールで見たとしても、搬送困難は必ずしも地域間で比較できない。地域の医療体制やコロナの診療体制、入院調整の体制、通常医療へのアクセスも影響している。
- 流行の間で、非コロナの搬送困難事案数がなかなか下がらないことがある。主にコロナ以外の搬送困難数が下がらないまま、次の流行に入っているためかと思う。

(西浦参考人)

- 今後もこの感染症の流行に対応する上で、病床確保が鍵になるだろう。
- 加えて、トレンドを捕捉するためには新規入院患者数が必要だが、今後ゆっくりと定

点への移行が進んでいく中で、定点移行後はこの会議に出しているリスク評価のデータに関する複数の情報元を一気に失う。相対的な感染者数の増減しかほぼ見られなくなり、いわゆるレベルとトレンドしか捉えられなくなる。セキュリティーを保つために、医療が逼迫するような感染症のリスク評価を見ていく上で、モニタリング情報としてはそれだけだとよろしくない。

- 厚労省の制度において、当面病床は確保されるだろう。病床確保に関して資金が出ている間は、このモニタリングに関して、都道府県レベルで続けることはできないだろうか。今後の流行対応を考える上でも鍵になるデータであるため、収集についてもキャリアオーバーできる制度をぜひ考えていただきたい。
- 同様に、届出が全ての場所からなくなるが、施設からの届出方法は考えておく必要があると思う。例えば、高齢者施設からクラスターが出た時にも届出がないため、気づかれないまま死亡者が出てしまう可能性もある。今後施設内クラスターの発生を把握できるようなシステムを考えておかないと、変化に対応できない可能性がある。

(福井参考人)

- 今のガイドラインでは感染者が死亡したとき、納体袋を使わなくてもよいが、葬儀社から、どうしても使ってほしいと言われることがあるようだ。感染対策というよりは、たくさん仕入れてしまったのかもしれないが、5類に完全移行した場合には、使わなくてよいことを業者へ再周知していただきたい。これまで行われていたエンゼルケアが十分に行えず、ご家族に悲しい思いをさせてしまうことがある。

(鈴木構成員)

- 新しい生活様式について、専門家として、今後どのようにアップデートすべきかという視点で取り組む必要があると考える。
- 厚生科学審議会や基本的対処方針分科会での議論を踏まえると、コロナの基本的な感染対策は、法に基づいて一定の強制力を持ったものではなく、今後は公衆衛生当局あるいは専門家の推奨という形になるだろう。
- 今後、日常の新型コロナ対策を市民がどのようにしていくべきかという点も、あくまで推奨ベースになっていく。私も、箸の上げ下げや、これをやってはいけないなど、子細にやるべきではないと思っている。
- CDC は、ワクチン、換気、密を避ける、マスクなど、情報を絞ってシンプルに、市民に感染対策を広報している。感染対策は日本の文脈に合わせるとしても、シンプルな発信をすることが大切なフェーズに入っているのではないだろうか。

(脇田座長)

- 納体袋に関して、事務局から何かレスポンスがあるか。

(江浪結核感染症課長)

- 遺体の取り扱いについては、初期の厳密な対応から、オミクロン株主体になった事を受け、感染症研究所の専門家のご意見を伺いつつ見直しを行った。5類移行後の遺体の扱いは、引き続きの検討課題と認識している。葬儀従事者の不安もあると思うので、関係者とよく意見交換をしながら検討したい。

(脇田座長)

- 西浦先生からの、病床のモニタリングや、施設のクラスターを把握するシステムが定点移行後も必要だという御意見についてはどうか。

(江浪結核感染症課長)

- 今後の病床確保に関しては、それ自体が検討課題である。特にこのアドバイザリーボードにおいては、重層的なデータ収集が必要であるという御指摘をいただいているところ。検討結果を踏まえながら、こういった形がよいか検討したい。
- 病床利用状況のモニタリングや高齢者施設のクラスターについては、順次厚生科学審議会でも審議して頂いている。例えば死亡データはどのように把握するかなど、課題がある。ご意見をしっかり踏まえて、引き続き考えていく。

(前田参考人)

- 死亡に関する課題の一つは、積極的疫学調査での把握がかなり不完全なものだったことが明らかになったこと。インフルエンザの死亡統計と同じ手法で、死亡届の中でコロナに関連する死亡を抽出し分析したところ、積極的疫学調査で明らかになった死亡数の倍近い数が把握された。
- 今後、5類化・定点化し、コロナ死亡をインフルエンザと同じ手法で把握していく場合、同じ問題が発生するかもしれない。今、公開されている数以上にコロナ死亡が多いということ。一昨年と昨年とを比較すると、昨年のほうが人口動態統計上、コロナ関連死が多かった。積極的疫学調査で把握されなかった死亡数が多い状況である。
- その一因は、発症から死亡まで非常に長期にわたる人が多いこと。特に昨年は、100日以上という人もいた。第5波と第7・8波を比較すると、明らかに死亡者の年齢層が異なっている。第8波においてはこれまでで最大の死亡数が記録されたが、その多くは高齢者であった。
- 第5波と第7・8波を比べると、いわゆる years of life lost、損失余命年数という考え方においては、全く様相が異なる。第5波は、コロナに罹らなければまだまだ社会で活躍されたであろう50~60代前半が多く亡くなったが、第7・8波は、大半が80代以上であった。そうなったときに、死亡を同じ1と数えるのか。years of life lost

を考えた場合に、5類化の背景として、第5波の死亡と第7・8波の死亡は1対1ではないという考え方も決して間違っておらず、そのような考え方も1つあると思う。

- 今後死亡がますます増える可能性がある。そうした観点を加味しながら、死亡の考察や評価を行うことについて、国としてどのようにお考えになるか伺いたい。今後も避けられない議論だと思う。

(太田構成員)

- 今後5類になっても、感染伝播力の強いウイルスに対応しなければならないという状況は変わらない。5類移行にあたり病院関係者が一番悩んでいることは、どこまでの院内感染対策を国が標準として求めるかがはっきりしていないこと。各医療現場の感染対策に関わる者が様々工夫し、悩みながら対応している。
- おおむねの考え方は1月に発出された環境感染学会からのガイドライン第5版にあるが、我々が求めているのは、一つ一つの、個別の具体的な医療機関の対応方針である。例えば入院時のPCRスクリーニングを標準的に行うのか、入院患者の中で1例コロナ患者が発生した場合、医療機関の感染拡大を防ぐためにどこまでスクリーニングをかける必要があるか等、個別の具体的な基準が欲しい。
- 患者が死亡すると、どうしても遺族ともめごとが起きることがある。先日も訴訟に関してこの場で質問したが、今現在、やはり病院との訴訟に発展したものもあると聞いているし、そこまで行かずとも入院が延びたことによる医療費負担や、院内で感染したことをきっかけに、患者さんやご家族とトラブルになったケースもあると聞く。現場では非常にいろいろと苦労しながら、コロナ患者や院内感染患者に対応している。
- こういった問題が司法上の問題になった時、適正な、普及している医療水準をきちんと守っていたかどうかで過失が判断されるが、今はその水準が定められていない。そのような中で今後、感染対策と一般医療とをしっかりと両立する方向に振っていかなければならない。その判断に現場は困っている。
- 様々な病院が取り組んだ結果、だいたいこうだったというように医療水準が定まっていくならば時間が必要ではあるが、可能であれば何らかの学会等から、過失がないと判断されるラインをご検討いただきたい。

(武藤構成員)

- 今また関心事が薄れているかもしれないが、死亡者数を比較的単純に議論する傾向は流行の度にあった。数の把握や因果関係のようなものは、単純には説明できない事情が複雑に絡み合っていることを、メディアによくよく伝えておく必要がある。
- 資料3-8は非常に重要な資料だと思う。再び流行した時、また今回だけという形ではなく、この資料を活用して啓発や情報発信をしていただくよう、厚生労働省にお願いし

たい。資料の最後に要望として書かれていた人口動態統計の迅速な公表と利活用の点は、COVIDに限らない話だと思う。重ねて私からも要望する。

- 日本医師会、日本薬剤師会、日本看護協会の皆さんの資料やご説明に感謝する。大胆な緩和策が出た時、医療従事者が更に緊張感が抜けない一方で、社会の関心が薄れ、医療従事者が対応するのは当たり前だと思われる事態は危険だとかねてから思っていた。この段階で、医療従事者に対するリスクを改めて社会から求めることはとても重要。
- 資料4-1に関して、これまで休憩時や食事の時に、マスクを外しての会話を厳に慎んできたとのこと。これはコロナ以前からのスタンダードプリコーションの一部ではないと理解したが、そのような理解で正しいか。
- 資料4-3、看護師の離職の懸念が述べられていたが、会話や飲食などの行動制限が続いていることが離職に遠因しているのではないかと。世間は自由なのになぜ自分たちだけ制限があるのか。非常に高い職業規範があっても当然感じる理不尽だと思う。
- 医療従事者の行動制限に関して、施設ごとに方針が異なり、医療従事者間でも対応の差がある中で、今後どのようにルールをつくっていけばよいか、ぜひそれぞれの考えを伺いたい。院内・施設内感染に関する見直しや、ずっと申し上げてきた面会制限の話とも非常に関係があるように思う。医療従事者の飲食、マスク、会話、行動に関する制限のありようが、今後どのようなルールであればよいのだろうか。
- 鈴木先生の意見に関して、私も箸の上げ下げまで口出しすべきではないと思う。推奨することは明確に・シンプルに・誰にでも分かる原則がよいが、自治体からもマスクの着用方法について詳細な助言を求められており、トラブルを避けたいという要望があちこちから届いていることは間接的に理解している。
- 一方、トラブルを恐れるこの移行期がいつか終わると信じ、どこかのタイミングで細かい指導をやめないと、いつまでも自分で判断できず、健康リテラシーが低いまま進んでしまう。中長期的に見て、国民にとってよくないことだ。これら乗り越えることが、日本社会にとってよい経験になるだろう。

(釜萯構成員)

- 資料3-8、大事な内容だ。コロナの感染と死亡とをどのように理解するか。コロナ感染に伴い死亡したことが明確で、ほとんど疑いの余地がない場合にコロナ死亡とされるのはよいと思うが、療養期間が長引き死亡した場合、どこまでコロナとの関連を疑うか。現場では判断が困難な場面もあるだろうし、届出につながらない可能性もある。
- 死亡に関する考え方を新たに整理して頂きたいが、ずっと関わってきた立場としてもどのように線引きをすればよいか、とても難しいと感じる。大きな課題として指摘する。
- 現状コロナに関連して死亡する人は高齢者がほとんど。これをどのように考えるかは、様々な意見があるだろう。医師の立場としては、かかりたくなかったのにコロナに罹患し、死亡したことについて納得する状況には決してなりえない。家族も、コロナになら

なければ寿命がまだ延びたのにとと思われる。このことを踏み込んで考えたり、整理したりすることは、政治の立場ではなかなか難しいのだろうと推察する。

- したがってやるべきことは、死亡者が高齢者に固まっているとしても、医療従事者はそれぞれのケースに最善を尽くし、適切な治療の提供に尽力することに尽きる。
- コロナに使える治療薬が増えてきた。当初は国が買い上げていたが、今後は薬価に収載され、一般薬として使えるようになっていく。パキロビッドパックは特に米国では主流だが、我が国での処方はまだあまり増えていない。処方にあたり併用禁忌が多く使いにくいということがあるが、この点薬剤師や調剤薬局の立場から、治療薬を更に利用しやすくするためのご示唆を頂きたい。
- また、国が買い上げた薬剤は薬局間での融通が利かないが、融通が利くようになるのは大事なこと。治療薬を処方・投与しやすくなるためのご示唆も頂きたい。

(山本参考人)

- 5類に移行すると、コロナ治療薬は患者の負担だけではなく、これまでの制限された範囲での流通から一般流通に移行していく。資料4-2、2ページに記載してある3つの処方箋調剤は、価格が高い。高くても安くてもしっかりと薬局で揃えておく覚悟を持っているが、多くの在庫を抱えるのは負担も大きい。ロスのリスクもあるため、薬局間で融通できる仕組みを整えてほしい。十分な医薬品提供体制の確保にもつながるだろう。
- 価格については、開発費もあり容易なことではないが、少なくともパキロビッドパックのような使いにくい薬も使いやすくするのが私どもの仕事であり、対応していきたい。
- 移動が始まり、行動制限がなくなると、普通の薬のように流通が必要になる。現在国が保有しているものをうまく活用する方法があれば、十分な対応ができるのではないか。

(西浦参考人)

- データを分析する立場として、死亡の実態把握はプロの力を借りて真剣にやるべき。
- 今後緩和が行われ、全数把握もなくなると、施設内感染による高齢者の死亡が増えると考えられる。日本は今まで、コロナ死亡者数が先進国内でも少なかったが、今後は状況が変わるだろう。のちのち問題になると思うので、死亡が出るメカニズムをしっかりと分析・理解することが必要。コロナに関連する死亡には、直接的・間接的死亡に加えて、流行の影響を間接的に受け、医療を受けられず死亡するような、関連死がある。
- 超過死亡とされているものは、統計学的手法によってそれら3つを全てラフに包含するような形で推定されている。そのデータや死亡届に頼った単純な分析だけでは、そこに死亡のメカニズムが含まれていないため、この問題の解決は難しい。死因にも立ち入ったうえで、何を契機に亡くなったのか、データ分析技術を結集して実態把握するべき。
- キャパシティのあるローカルで、後ろ向きに実態調査を詳細に行う、感染者のフォローアップコホートを作り詳しく見る、人口の中で流行極期にスナップショットのよう

なサーベイを行い死亡や重症へ至るメカニズムを考える、統計モデルで死因やメカニズムに立ち入る、人口モデルから推定するなど、なぜ死亡が増えているのか、どこがボトルネックかを知ることが必要だ。まだ仕掛けは間に合う。データサイエンス集約について考えてほしい。

(柳川参考人)

- スタッフ、歯科従事者の休憩中のマスクを外しての会話自粛は、コロナ以前はなかった習慣。
- 社会が緩和する空気であっても、今後も感染予防策を励行する医療従事者にとっては何も変わらない。ギャップが更に大きくなることによるストレスも懸念材料である。
- いくつかの課題について、歯科医療従事者としての自己判断も重要だが、一定の目安のようなものを国から示していただければありがたい。

(中島参考人)

- いろいろ話があったように、高齢者の死亡や高齢者施設での発生を、今度どのようにサステナブルな形で実践していくかは大きな課題である。
- 高齢者の感染者が増えるのに比例して死亡も増え、医療逼迫の一因となる。
- オミクロン株になってから、高齢者施設で感染拡大が起きやすくなり、クラスターの規模も大きくなったと感じる。施設では、医療資源も人材も限られている。緩和が進み、感染リスクが上がる中で、施設内での感染拡大をどのように抑えるか考える必要がある。
- 例えばマスクやワクチン。ワクチンは分科会など議論の場がある。重症化予防のためのワクチン接種という考えが主体になることは理解できるが、これまでのブースター接種などが高齢者施設においてどの程度インパクトがあったかよく総括したうえで、施設内感染拡大とそれに伴う死亡を減らすためにどうすべきか考える必要があるだろう。施設では戦々恐々として5類化を見ていると思う。総合的な議論の場が必要だ。

(脇田座長)

- 医療従事者の行動制限をどう考えるか、山本先生、福井先生からご意見いただけるか。

(山本参考人)

- 薬剤師は、病院や薬局など様々な場所にいるが、これまで薬局でクラスターが出たとは聞いていない。十分に職員も含めて感染対策ができていた。患者の滞留時間もそう長くないこと、施設や自宅療養で感染者があまり薬局に来なかったことも一因かと思う。
- そもそもマスクをして働くことが習慣になっていたので、その事自体にはあまり大きな抵抗感はなかっただろう。あわせて、調剤室から販売スペースへ、さらにそこから店外へというときも、白衣をどう替えるかということも含めて、雑菌も踏まえて接触しな

いようなことも習慣として行ってきた。制限をされたという意味ではタイトではあったが、これまでやっていたことを進めてきた。

- 公衆衛生の知識を普及する学校薬剤師の活動も進めてきた。薬剤師が従来持つ、公衆衛生や環境衛生の知識を活用しながら患者やOTC薬を購入しに来た人に啓発してきた経緯がある。
- ただ、在宅療養中のお宅に行くときには、頑丈な防護服を着る必要がある。時には薬局の中でもそういったケースがあると、医療機関とは異なり薬局でそのような格好をするのは奇異であるため、患者の見方に様々な影響があったのではないかと懸念している。
- コロナが始まってすぐ、政府のPRで、いつも病院や薬局は開いているというものがあった。我々の仕事は医薬品を提供することであり、その体制を確保するのだという覚悟は持っていたが、難しさもあった。自宅・施設療養者に対しても、抗ウイルス薬等のコロナ薬だけでなく他の薬もしっかり提供されていたことは、薬局や薬剤師の努力によるもの。国や社会、患者も少しリスペクトして頂ければ胸を張って働ける。働くためのモチベーションが上がるという意味でも、ぜひたくさんリスペクトしていただきたい。

(福井参考人)

- 現在看護職においては、基本的感染対策は過剰とも言えるほど徹底して行われている。未だにランチは個食、パーティションも設置されたままである。会食制限も4人までというところが多いが、継続している。
- ストレス発散の場がない状況が長期にわたり、離職傾向につながっていることも考えられるが、看護職の濃厚接触者が続き、人手不足の中で働き続けてきたため、3日程度の連休も取れなかったことが、疲弊やストレスに拍車をかけている。緊張の糸が緩むのではなく、切れた状態になっている。
- 5類化に当たり、院長や感染管理の先生と看護部門が話し合いを行う。全ての病院とは言わないが、感染管理チームと院長との意見が一致しにくいという声が届いている。一般入院患者とコロナ患者両方に対応していかなければならない。コロナ患者に合わせて看護職の配置を考え、病棟を移動させたりすることがストレスフルな状況になっている。調整にあたり、どちらの先生の判断に委ねるべきか、組織決定ができないジレンマがあることも看護部長の声として寄せられている。
- 確かに箸の上げ下ろしのようなルールづくりではないに越したことはない。しかし、ここまで厳格にやってきたことをスライドさせる際には、ある程度の目安を国から示していただき、先生方がお互いに意思決定できるようなルールがあることが大切だ。そこが決まれば、過剰と思われる感染対策について自然と感染対策を自ら考えられるようになるだろう。
- 国民は自由に行動しているが、医療従事者は制限が解かれない中、メディアは国民の動きに注力しがちで、おいてきぼりにされているような気がする。リスペクトの具体的

な内容として、医療従事者全体が今どのような状況にあるか、キャンペーンをしてほしい。国民全体で医療提供体制を作っていかなければならないという流れに持って行っていただくことが必要だ。

- 看護部だけ、この職種だけ、ということではなく、全体に通用するルールが欲しい。患者に接する時間が長いのが看護師であるため、他部門より感染管理に厳しくならざるを得ない部分もあるが、医療機関全体での標準的ルールを示してもらうことが大切。
- 今後面会制限が解かれると、ご家族への説明・対応業務が発生するため、今の人数に加えて対応人員が必要。そのためにも、国民の理解の流れを作してほしい。
- 今後もやれることは最大限やっていく。看護は一部門でしかないため、国全体で御家族や国民の理解に向けたルール作りをぜひお願いしたい。

(武藤構成員)

- 医療従事者のウェルビーイングが非常に大切なタイミングだ。本当に深刻な医療崩壊はこれからなのではないかと懸念している。ありがとう。

(脇田座長)

- 新しい生活様式や感染対策のアップデートはシンプルにするべきというご意見がある一方、現場からはある程度細かいところまで最初は示してほしいというご意見もあった。
- 高齢者の死亡に関する考え方を、政府から示してほしいというご意見があった。
- 今後、院内感染が起きた時、どこまで対策をとれば過失のない医療水準となるか示すべきというご意見もあった。
- 死亡のメカニズムをしっかり分析するべきというご意見もあった。
- 高齢者施設における感染、死亡の増加が今後予想されるため、話し合う場が必要ではないかというご意見もあった。まとめて事務局から、お答えいただけるものがあるか。

(江浪結核感染症課長)

- コロナによる死亡把握について。新型コロナ発生当初は直接ウイルス性肺炎などの死亡が多く、実態が把握しやすかったが、基礎疾患の悪化等による死亡が増えてきて、実態把握が難しく、我々としても悩んでいるところである。
- 従来、届出を求めていた時には自治体のフォローアップなどもあり、療養期間中の死亡について一定程度把握が可能であったが、届け出がなくなる中では難しくなる。
- 基礎疾患の悪化で亡くなる方が増えてくる中では、超過死亡のような形でインパクトを見ていくのが一つの基本かと思っている。しかしご指摘の通り、把握には一定程度時間かかるため、どこまで迅速にできるだろうか。

- インフルエンザに関しては一定程度届出の中から抽出して見ていた。作業の手間を考えると、例えば総死亡をカウントするだけであれば実施可能なか等、悩みながら検討している。細部を検討した上で、どのようにやっていくかご説明したいと思う。
- 死亡届に絞って見ていくと、死亡の経緯を分解できないが、先生方から示唆を頂いたので、どのような形で実施可能か検討したい。
- 院内感染防止対策の水準設定には難しいところがある。これまで、インフルエンザなど他の感染症ではどのような形で示されてきたかを勉強しながら、学会の先生のご意見も伺いつつ考えたい。

(尾身構成員)

- 西浦先生からの、死因やプロフィールを研究すべきという発言には大賛成。2020年2・3月の時点で、既に日本政府は、日本のコロナ対策の基本は感染レベルを一程度抑え、死亡者をなるべく低く抑えるのだと言っていた。中国のようなゼロコロナでもなく、スウェーデンのように感染を容認するような形でもなく、その中間をとった。これは文書にもはっきり、政府の対策の骨子として書かれている。
- そのような中、死亡をどう考えるか。これは後々日本の歴史の中で、感染対策の評価を受けると思う。年齢別に把握することはもとより、死因を明らかにすること。死亡者を許容してよいということではなく、どのような亡くなり方をされたかをしっかり把握すること。これからの日本の医療制度を考えたりする上でも重要になる。
- 院内感染対策の標準的なものを、学会を中心に考慮すべきという点も賛成する。
- 死亡の原因については、西浦先生を中心に、学会などでご検討いただくと我が国の対策の参考にもなるだろう。国もリーダーシップの発揮をお願いしたい。

(江浪結核感染症課長)

- 死亡の実態把握については、いくつかの自治体にも相談した経緯があるが、負担や把握の網羅性などの関係で厳しいという声をいただいているのが現実。一方、死因への関心も高いところ。自治体の負担を減らしながらどのように研究していくか、検討したい。

(脇田座長)

- 時間が過ぎてしまっているが、今日もご意見ありがとうございます。またよろしく願います。

(以上)