

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第8回）

議事概要

1 日時

令和2年9月10日（木）13:00～14:30

2 場所

厚生労働省省議室

3 出席者

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	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
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・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准教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	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	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
	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
	前田 秀雄	東京都北区保健所長
	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	加藤 勝信	厚生労働大臣
	橋本 岳	厚生労働副大臣

小島 敏文	厚生労働大臣政務官
自見 はなこ	厚生労働大臣政務官
福島 靖正	医務技監
正林 督章	健康局長
迫井 正深	医政局長
中村 博治	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
間 隆一郎	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長

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. 新型コロナウイルス感染症に係る各種検査について
3. 感染者情報の活用のあり方に関するWGの検討状況について
4. その他

5 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

委員の皆様方には、お忙しい中お集まりをいただきまして、ありがとうございます。

全国1日当たりの新規感染者数は、ここ最近400～600名程度で推移をし、昨日は507名ということでありました。1週間単位で見てもまいりますと、新規感染者数も減少傾向にあるということでもあります。また、重症者の数も8月23日の259名をピークに、昨日は200名を割り198名という状況にはなっております。

こうした中で、次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について、本アドバイザーボードでも御議論いただきました。次のインフルエンザ流行期には熱等の症状を訴える方が大幅に増え、検査の需要が急増することが見込まれます。さらなる検査体制、医療提供体制の確保・拡充が求められております。このうち医療提供体制については、発熱等の症状のある方の医療機関への受診方法について、これまでのまずは帰国者、接触者は相談センターに相談をし、その上で帰国者、接触者は外来で受診をしていただくという形を改めて、新たに身近な医療機関に直接電話で相談をし、地域の診療・検査医療機関で受診をしていただくという仕組みに切り替えたいと考えております。

これを踏まえ、各都道府県において、関係者と協議を行った上で、発熱患者の方々から相談があった場合、あるいは受診の希望があった場合には、適切な医療機関が速やかに案内できる体制を10月中旬に整備いただくよう、昨日事務連絡を発出して、改めてお願いしたところでございます。

また、地域における検査体制の整備に向けて、今後検査などを実施する医療機関において、マスク等の個人防護具が確保できるよう、国から必要量を無償配布させていただきたいと考えております。さらにインフルエンザワクチンについては、4価ワクチンに変更されたのが平成27年ではありますが、それ以降では最大の供給量となる約3178万本を確保できる見込みではありますが、この冬は特に需要が高まる可能性があることを踏まえ、優先的な接種対象者への呼びかけの実施等について、専門家の方々に広く御議論いただきました。

本日、持ち回りで開催されました感染症部会の取りまとめを踏まえ、明日にもこの冬に向けた優先的な接種対象者の呼びかけの実施等を周知したいと考えております。引き続きインフルエンザの流行に踏まえ、万全の体制を整えるとともに、そうした体制について、しっかりと周知も図っていきたいと考えております。

また一昨日8日、新型コロナウイルス感染症対策として、ワクチン確保のために予備費6714億円の使用の閣議決定をいたしました。ワクチンの確保についてはこれまで申し上げているとおり、ファイザー社とアストラゼネカ社との間での基本合意、また、モデルナ社との間でも交渉を進めているところでございます。今回の財政措置はこれらに対応し、最終契約に向けた交渉をさらに進め、令和3年前半までに全国民分のワクチンの数量確保を目指して取り組んでまいります。

また、前回のアドバイザリーボードで設置が決定いたしました新型コロナウイルスに関する指定感染症としての措置・運用に関するワーキンググループについては、メンバーの方には恐縮ではありますが、本日夕方、第1回目を開催していただくこととしております。これまでに把握されている医学的知見や疾病のコントロール、公衆衛生の観点からの必要性、重要性などを踏まえて、忌憚のない御議論を頂き、季節性インフルエンザの流行を見据えながら、できるだけ速やかに結論を出していきたいと考えております。

先生方におかれては、引き続き厚労省の各般への対応についての御指導、または御協力をお願いしたいと思います。

本日は、現在の感染状況等の分析評価について、また現在、新規感染者数は減少してきておりますが、再び感染拡大を起こさせないためにどういう対応を取っていくべきかといった点も含めて、御意見を頂きたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。今日もありがとうございます。

<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に基づき説明。押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、西浦参考人より資料2-3に基づき、それぞれ現在の感染状況の評価・分析について説明。大曲参考人より資料2-4に基づき説明。事務局より、資料3に基づき説明。
(脇田座長)

- 資料3の2ページの東京、大阪、愛知、福岡等の実効再生産数のところで、先ほど西浦先生のほうから東京と大阪に関しては、1に近くて遷延化していることを注意して

いく必要があるという話だったので、その点をここに書き加えておきたい。

(押谷構成員)

- まず、大曲先生の資料に対する質問だが、3ページのところで入院時の重症の右の方の挿管に至る割合のところでは50-69歳と70歳が普通に考えたパターンと逆になっており、70歳以上のほうが低い値になっているが、これがどういう背景にあるのか、そういう積極的な治療をむしろしなかったということなのかなと思うが、この点についてお伺いしたい。
- 5ページで、肥満とか軽度の糖尿病とかCOPDとかが若干直近のほう、6月6日以降のほうが増えているというデータで、これはもしかすると若い人が増えているということと関連しているのかなと思うので、この辺り、できれば年齢階層別に分けて解析されるといいのではないかな。

(大曲参考人)

- (押谷先生の質問について)端的には押谷先生のおっしゃるとおりではないかと思う。特に2点目は、現場を見ると確かに若い重症者が増えたなという印象はやはりみんな持っており、年齢階層別で見るということはやってみたいと思う。

(岡部構成員)

- 資料2-4について、レジストリなので年齢の小さいほうが、0-29歳ともものすごい幅があるので、せめて0-10歳、10からそれ以上とにならないだろうか。日本小児科学会のほうでもレジストリをやっているが、小児という部分と成人という群でデータを分けたほうがいいのではないかな。
- 資料3の2ページ目の一番下のポツについて、感染のピークを過ぎてから病院、高齢者施設での感染が多発したというのは、同じ傾向が見られてきているが、病院と高齢者施設でインデックスが違うかどうか、病院はもう間違いなくいわゆる院内感染だと思うが、施設内感染は中で動いているのか、外から持ち込まれているのか、そういったようなことも含めて、もし分かっていたら教えてほしい。

(鈴木構成員)

- 資料3の3枚目の致命率の低下について、前回私が提出させていただいた値を示していただいて、非常にありがたいが、私の推定値はあくまで推定値であるということの限界がある一方で、今日大曲先生が示して頂いたレジストリのデータは実際に一人一人の患者のデータであるということのアドバンテージがあるので、それぞれのデータの性質の違いによってこのような値になるというコミュニケーションを取る上でも、両方併記していただいたほうがいいのではないかな。

(舘田構成員)

- 資料2-4の4ページの入院後に死亡する割合のところ、入院時に重症例のところ、50-69歳の死亡率が10%から1.4%になっている。これは第1波と第2波で死亡率が下がっているということの理由の中で、これは重症で入ってきて、この年代にお

いて70歳以上もそうだが、下がっているということは、やはりウイルスの変異云々とかではなくて、重症で入ってきた後の治療、現場の対応が変わってきて、そして、それがこの生存率につながっているという理解でいいのかということ、恐らくそうだとするならば、6ページのほうで、治療の前後で変化している中で、特に大きな変化はステロイドの使用が23%から39.7%になっているというところが、生存率の改善につながっているという理解でいいのかどうか。

- 一方で、抗凝固薬のヘパリンの使用があまり増えていないが、抗凝固剤を併用するような重症例に対しては、治療が上がってもいいのかなと思ったのだが、ここはちょっと何か説明ができないところなのかなということを感じたので、教えてほしい。

(大曲参考人)

- (死亡率が低下している理由について) 今思いつくところでは3点ある。1点目は、同じ重症ではあるが、発症から入院までの時間がおそらく短くなっていることが関係しているのではないか。
- 2点目は、一定の年齢以上の方でもその内実が変わってきている可能性がある。つまり、6月、5月までの段階では、高齢の方で言うと、やはり施設に関連した、医療機関に関連した感染症の方は多かったが、それが減ってきているといったところはある。あるいは、これももうちょっと内実を見てみないと分からないが、50代以上の方であれば、例えば基礎疾患の有病率が例えば前期と比較して後期では下がってきているという可能性はあると思う。つまり患者さん自体の背景が変わってきて、それが予後に影響を与えている可能性はあると思う。
- 3点目に、謙虚に見積もって治療の話が可能性としては出てくるのだと思う。仮に治療が予後の致命率の低下に貢献しているとして、6ページ目にある治療との関係であるが、もしそうなのであれば、RCTで致命率の低下というものが、今のところはっきり示されているのはデキサメタゾンだが、その使用比率が上がっているということは、やはり無視はできないのかなと思っている。抗ウイルス薬、レムデシビルもRCTでは結果が出ていないが、ここに関与している可能性はあると思う。とはいえ、重症例に関して特に後期だが、それなりにしっかりとしたエビデンスがあるものに対して、こうした治療が意外と行われていないなというイメージを私自身は持っており、これは専門家の中でのコンセンサスも必要だが、もしこれらが必要ということであれば、もうちょっと使用比率を上げていくと、診療の内実の適正化というか、標準化といったことは要るのかなと思う。
- 抗凝固に関しては、確かに館田先生がおっしゃるとおり、むしろ数字は低めに見える。こちらは幾つか潜在的に理由があると思っており、一つは、やはりRCTを使いたいわけのソリッドなエビデンスがまだはっきりとはないところと、あとは恐らく抗凝固薬を使う、特に重症の方に使うという場合には、出血の問題とか、様々な有害事象のリスクのことも考慮する必要があるので、恐らくそれが現場での使用に関して多少影響を

与えているのではないかと考えている。

(尾身構成員)

- 今は重症化防止というのが重要な柱の一つであり、今日大曲先生が出してくれたようなデータがますます重要になってくる。一般の人を年齢階層で分けて、それぞれ年齢階層でどのぐらい感染が起きるか、これはもう大体分かっている。その感染した人の中でどのぐらい入院するというようなことも分かる。こういう情報をテーマ的にグラフで簡単に示せば、市民の方もリスクがこういうものだとわかるので、是非そのデータを事務局にはお願いしたい。
- それから、2つ目は鈴木先生にお伺いしたいが、先ほどの押谷さんのプレゼンテーションで、三重とか宮城などではまた気がつかないクラスターが出ていると、これからもそういうことは起き得るということで、実はクラスターがいろいろ起きるとい、こういう情報があるが、もう少し詳しい、こういう状況の中でももう少し具体的な感染のリスクがどのようにして起きたかというものが、実は現場の人たちは知っている可能性がある。FETPがここでやっている情報というのは、かなり先生たちの信頼関係で、現場の人にしか分からない情報を得ているのか。あるいは、やはりそこには少し自治体とのいろいろな関係があって、サマリーみたいなしかここに出ていないのか。これはこれからのデータのクオリティーをよりよくするために重要なので、その辺の実態を教えていただければと思う。

(和田参考人)

- 今どういう人が感染しているかということのももちろん大事だが、どういう人が診断されているかということにも非常に目を向けなければいけないと思っている。もちろん重症の人だとか、症状があって味覚障害があって心配でという方が検査に来て治療につながっているし、濃厚接触者の方が掘り起こされて見つかっているということで検査が広がっている。
- 一方で、実際に東京で150人といってもそれはリアルな数字ではなくて、実際にその後ろに軽症で実はあまり気づいていない人もいるということで、いわゆるそのアンダーレポートとなっている人たちが一定数今でもまだいっしょの中で、今後その人たちの地域での感染拡大における影響というのをどのように考えていけばいいか御意見を頂きたい。

(釜谷構成員)

- 大曲先生の資料2-4について、このレジストリを使ったこのデータというのは非常に貴重で、ぜひこれを最大限今後活用すべきだと思うが、年齢別の推移を6月5日以前と6月6日以降で比較するというのは、まず年齢の違いによって感染後の予後がどうかというのを見ることができるとは、既に大曲先生が指摘されておられるように、この入院の時点での重症者の背景、あるいはその方の基礎疾患であったり、条件が大分違うのではないかなと思う。

- そこを分析しないと、何かこの結果をもって、新型コロナのウイルスの性質が変わったのではないかと、大分軽くなってしまったのではないのかというようなメッセージにならないような注意が必要で、これは事実としてはレジストリの結果でこうだったけれども、それぞれの入院時点の重症者の背景についてしっかり踏まえた上での評価が必要だということを指摘したい。

(武藤構成員)

- 大曲先生の資料2-4で、3ページ目の※4に「高齢を理由に挿管等の積極的な治療を行わない場合もあるため」とあるが、これはレジストリの中で、治療の差し控えをした人のパーセンテージは出るのか。というのは、超過死亡も含めて死亡者に対する関心はやはりすごく強いので、70歳以上といっても80、90で差し控えの事例が結構あるように聞いているので、出せるのだったら出しておいたほうがいいのではないかと思います。
- 関連して4ページも蘇生拒否の例とかもあるのではないかなと思うが、もしそれがレジストリの項目としてあって、蘇生を望んでないとかいうことがあれば、そういうことも詳しく示せるといいのかなと思う。
- 資料3の今後の対応について、ここは施策のことが中心だが、前のページの感染状況の評価を受けて、やはりこの後も、いつも一回再拡大するか分からない状況があるということについての見込み、感染状況をどう見ているかというのを何か一言あったほうがいいのではないかと思います。

(鈴木構成員)

- 尾身先生からの御質問について、FETPはこれまで確かにもう110か120ぐらいの事例に全国で対応してきている。FETPの本来のミニマムな活動としては、保健所レベルで積極的疫学調査で集まる情報をサポートすることでデータを集約し、データベースを作って、そして分析をして、地元の自治体にサマリーとしてお返しするというのが、FETPの本来の業務ということになる。実際には病院の入院調整とか、自治体と厚労省との橋渡しとか、そういった役割もしてはいる。
- 各クラスターの情報に関しては、当然ながら現場レベルで分析をして、現場に返しているが、それを感染研に集約できるかということ、それはFETPの規定上できないということになっている。あくまで我々はそのサマリーを感染研の中では分析することができるけれども、元データそのものを扱うことはできない。その中でも可能な限り分析をして、こういった場に持ってきてはいるが、個々の個別事例、個別のクラスターの詳細な事例とか、そういったことに関して体系的な分析は実際のところできていないというのが実情である。
- ただ一方で、これは研究でやっているわけではないので、やはり当然ながら各自治体でデータの集め方とか、データの質も様々多様なので、たとえ現場からデータを集約できたとしても、恐らくそれで詳細な分析に耐えるかといったところもまた限界とし

てあると思う。そうした意味で、幾つか限定的な自治体と組んで、より詳細な、かつ質の高いデータを集めてクラスターの分析をすることで、全国一様にやるのではなくて、限定的にやったほうがよりエビデンスレベルが高いものを見つけることができるのではないかといった議論はしている。

(西浦参考人)

- 今、サーベイランスデータを振り返って、時系列で重症患者を見られるようなものは作れないかということで検討をしているが、地域別で年齢群別の重症患者が占める割合というものが把握できるようになると、地域別で報告率がどれぐらい異なるかということを少し再現できるのではないかなとは思っている。つまり特定の地域ではある年齢群の重症化率がすごく高いけれども、ほかの地域ではもっと低いというようなことがあれば、その地域の特定年齢群の報告率が悪いということを意味しているので、重症化のデータを使って少しはそういう診断バイアスが地域別で見られるようにはできないかなというのは、ちょっと試みている状況である。

(尾身構成員)

- 和田構成員から提起のあったアンダーリポーターの問題について、今のところ外国の文献によると、2次感染の45%が、実はプレシンプトマティック、発病する2日ぐらい前の人からのもので、40%がシンプトマティック、症状が出てから10日ぐらいの人からのもの、接触感染が10%となっている。
- ただ、これからのリサーチクエストンとして、そろそろ日本のデータを使ってプレシンプトマティック、発病する前の方からの感染がどの程度あるのかというのをアドバイザーボードでも是非取り扱っていただきたい。

(押谷構成員)

- 我々のほうでクラスターの解析した結果をEIDというジャーナルに出しているが、日本のクラスターの感染源と考えられる感染者の41%がプレシンプトマティック（発症前）に感染を起こしたということで、ただ、プレシンプトマティックかどうかということの評価できる例というのは、クラスターの例は非常に少なく、ほかのところで感染した人がクラスターを起こしたというのでないと、大体最初に見つかった人が、症状がある人からしか見つからない場合は評価ができないので、限られた例でしか評価できていない。二十数例のクラスターだったと思うが、それを増やして、どの程度プレシンプトマティックなのかということは、今解析をしようとしているところである。
- 無症状者の感染性の評価というのは、かなり詳細に無症状者の人をフォローして、保健所とかでかなり詳細にやっていないと、評価ができないので、これはかなり難しい。FETPとかが入ったところでかなり詳細にやっているところでどのくらいできるのかもわからないが、我々の持っているデータでは難しい。

(脇田座長)

- 大曲先生のコメントで、年齢別の推移で、重症者の背景因子、これをしっかり比べないと本当の変化が分からないのではないかと、これは確かにランダムイズをされているわけではないので、その辺の背景因子をしっかりと見るということは重要だと思う。

<議題2 新型コロナウイルス感染症に係る各種検査について>

※事務局より資料4に基づき説明。特に質疑はなし。

<議題3 新型コロナウイルス感染症に係る各種検査について>

※事務局より資料5に基づき説明。

(鈴木構成員)

- ワーキンググループの座長を務めているので、少し補足したい。これからHER-SYSの入力を進めていくに当たって今議論しているところは、今回はNESIDからHER-SYSに移行するに当たって、やはり最大の変更は各医療機関で入力ができるということである。一方で、保健所レベルで引き続き代行入力といったことも行われているわけで、自治体によって病院のネットワークの強さとか、あるいは病院のネットワークと保健所の距離というのは大きく違っているので、自治体ごとに入力を促進するためのアプローチは違ってきているということが議論されている。
- そうした観点から、可能であれば自治体ごとに営業をかけていくように、どのように活用できるのかといったことを説明していく必要があるのではないかとといった議論も行われている。そうした意味で、ここの添付資料にあるように、各自治体での成功事例といったものを活用していくことも一つの案として出てきている。
- また、医療機関での入力を進めていくに当たって、これまで医師は届出表を書くということ以上はしていなかったもので、直接入力していただくことを促進するために、医師会とか、あるいは学会へのアプローチも重要になってくるのではないかとといった議論もしている。

(押谷構成員)

- 私もこのワーキンググループに参加させていただいているが、いろいろな改良がなされてきていることとか、入力している自治体が増えているということは評価できると思うが、今日の時点でどのくらいの感染者数が実際に入力されているのかというようなデータが必要で、その中でどのくらいがコンプライトネスというか、必須情報が入っているのかという、そういうところをやはりきちんとモニタリングというか評価して、初めて評価になるのかなということは一昨日の会議でも言わせていただいた。
- 細かいことだが、今、事務局から報告日より発症日が遅れているようなものは排除するみたいな話があったが、これは当然報告日には無症状で、その後発症したというのはあり得るので、それを排除されてもらっては困るので、そういう実態に合わないいろいろな最初の設計があったということが、ちょっといろいろな問題を生んでいる

ということなのだとは私は理解しているので、やはりきちんとどういう対象の疾患に対して、今データベースを作っているのかと、その辺をきちんと専門家と協議した上で、何を変更しなければいけないのかという検討をしていくということが必要なのだと思う。

(尾身構成員)

- 2ページ目でちょっと気になるのが、言葉である。ワーキング・グループでどんな議論がなされたか私は詳細に知らないが「入力項目の優先順位付け」という言葉、優先順位というのはともかく早く入力して欲しいという意味だと思う。時間的に早くという優先と、これは実はその下の③の2番目の矢印に「サーベイランスに活用できるようなデータ」と書いてあるけれども、実はサーベイランスのデータというのは、サーベイランスのためのデータではなくて、感染症対策に必要なサーベイランスということである。これはやはり感染症対策に必要なので、サーベイランスのためではないから、その言葉を入れると同時に、優先順位という言葉を入れてもいいと思うのだが、実際にこれだけは必須なのだという項目があるはずなので、追加的にいろいろなものを入れるのはいいけれども、まずここは必須なものは何か、そこはきっと優先なのだと思うので、言葉を少し整理していただけたらと思う。

(中山構成員)

- こうやってデータをきちんと集計していくというシステムができている状況だと思うので、自治体が今いろいろな基準で患者の情報を公表しているが、その公表の基準についてもぜひワーキングのほうで検討していただきたいと思う。今、こちらの方では差別偏見のワーキングをしているが、そこでもやはりあまりにも感染症対策に意味のないデータまで公表されることによって、差別や偏見を生み出すという事象が散見されるので、できれば早い段階で、自治体がCOVID-19についてはどういう基準で公表すべきなのかということも御相談させていただけるか、あるいはそちらのワーキングのほうで何か提案をしていただけると助かるなと思っている。

<議題4 その他>

※事務局から資料6に基づき、「指定感染症としての措置・運用のあり方に関するワーキンググループ」の設置について説明。

(押谷構成員)

- この運用をどこまで緩和というか、入院措置とか保健所の積極的調査をどこまで緩和できるかということは、先ほど議論があったクラスターの解析等を含めて、誰が本当に二次感染を生んでいるのかというような、そういう疫学的な知見に基づいて、どういう運用をすべきなのか。結局恐らく、二次感染を生む可能性の高い人と二次感染を生む可能性の非常に低い人たちに同じようにやっていることが、やはり医療機関への負荷を高めて、さらに保健所の業務への負荷を高めているということなので、その

エビデンスをきちんとまとめることが、この議論にも非常に重要なのかなと思っている。

(尾身構成員)

- 分科会のほうの例のステージを分けたときの、ステージのたしか3だったところの対応策のところ、ウイルスの排出量というか、保有量の多い人は無症状者の中でも入院させると、したがってウイルス量の少ない人は自宅療養とか施設で療養していただきということが文章に書いてある。
- そういう意味では、なかなか難しい判断だと思うけれども、そろそろPCRのCT値がどのぐらい、あるいは抗原検査でプラスになったらどうという、その辺のある程度客観的なマーカーというか数値で、無症状者の中でも二次感染をしやすい人とそうでない人とのある程度目安みたいなものについての議論を、なかなかデータも限られているので難しいというのは十分承知しているが是非やっていただきたい。

(太田構成員)

- 今日いろいろなデータ、特に死亡率や何かの分析をさせていただいたが、後遺症に関して、一般の人はやはりネット上の情報や何かでかなり特異な例だと思うが、様々な後遺症が残っているというような形のものを読まれて、必要以上に怖がっていたり、もしかするとそれは正しいかもしれないというところになっているので、もしその辺の研究の結果で、何らかの知見が出てくるようであれば、ぜひ我々に御教示いただきたいと思う。

(釜範構成員)

- 国はこれから冬のインフルエンザの流行時期も踏まえて、なるべく多くの医療機関で相談、あるいは診療、そして、できれば検査を行い、そして、それをあまりあっちこっちに受診される方が回らないで効率的にやる方向を目指されるということで、私もそれは非常に大事だと思う。
- 医療の提供側としては、それに応じた準備をできるだけ整えなければならないと思っているが、一方で、9月4日に事務連絡が出たものを受けて、全国の医師から私どもに対して、自分のところでどれまでできるのか不安だというような、医療を提供することによって感染し、健康被害に遭った場合には、その地域に医療を提供できなくなるようなことについての不安が非常に寄せられており、新たな感染のリスクのなるべく低い検査の検体採取の方法などもぜひ含めてやっていかなければならないと思っているが、まだ現状において、それらが全てそろっているわけではないので、現場の医療機関には残念ながらまだ不安がある。その結果として、この間示された、指定される診療検査医療機関というところにあまり手が挙がってこないと困るなど思っており、その辺りについては、さらに医療現場が少しでも安心して、そして、しっかりその役割を担う手を挙げられるように、ぜひ御支援を賜りたい。

(田中構成員)

- 2点、今すぐというよりも今後注視すべきことについて、議論の中に出てなかったので述べたい。
- 1つ目は、大学の授業再開である。各大学に関わっていらっしゃる先生方も多いと思うが、文科省からの通知がちょっと遅れがちなことあって、かなり混乱している。対面授業の再開はしない予定だった大学なども急に今動きだしたりしている様子があって、少人数で注意して行うというところもあれば、結構派手に対面授業をやらなければと考えているところもあると聞こえてくる。アメリカの事例を皆さん御存じのように、これが始まると数百人単位でクラスターが出るということもあると思う。これから冬にかけて大きな一つのクラスターのもとになりうる。そして、大学生の行動というのは普通に考えて制御しきれない。飲み会なども行われると思うので、この辺りは注視していく必要があると思うし、それは場合によっては省庁の垣根を超えて連携する必要があるのではないかと思う。
- もう一つは8月から始まっていると思うが、コロナの後遺症に関してのサーベイについて、少しずつネットでもこういう後遺症があったとか、そういった記事とか体験談というのが出てきている。そこに対して、これは差別ワーキンググループのほうで検討いただけることかもしれないが、非常に厳しい社会の目が向けられていて、そんな後遺症などは虚偽だという世論もある。HPVワクチンのときもあったけれども、そういった痛みとか後遺症があるという訴えに対しては、非常に冷たい目が向けられがちなので、中間段階であっても、後遺症の調査結果などを慎重に出していく必要がある。そういった症状を訴える方が、社会から排除されないようにしていくことも、このアドバイザーボードに求められているのではないかと考えている。

以上