

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第121回）

議事概要

1 日時

令和5年4月19日（水） 16:30～18:00

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	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	東京大学消化管外科教授
	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

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
井口 豪	千葉県保健医療担当部長
前田 秀雄	結核予防会技術参与
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

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
	福島 靖正	医務技監
	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
	高城 亮	大臣官房参事官（予防接種担当）
	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）

構成員の皆様には、お忙しい中お集まりいただき、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は、全国の感染者数（18日時点）は11,589人、1週間の移動平均で8,349人、1週間の移動平均の今週先週比は1.06となっています。新規感染者数は、全国的に下げ止まりの後、足元で緩やかな増加傾向となっています。また、重症者数や死亡者数は横ばいとなっており、病床使用率は低い水準となっています。

過去2年の状況を振り返ると、年度替わりによる接触機会の増加等により、4月初や5月の連休明けに感染が拡大し、その後一旦減少となり、再度夏に向けて感染の拡大がみられました。加えて、XBB1.5系統の占める割合が高まっているほか、これまでのワクチン接種や自然感染で獲得した免疫は時間の経過とともに減弱していくとされており、こうした状況を踏まえると、今後夏に向けて一定の感染拡大が生じる可能性も考えられます。

また、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、全国的には注意報レベルの10を大きく下回り、今後さらに減少することが見込まれます。

5月8日の新型コロナの感染症法上の位置づけ変更まで2週間余りとなりましたが、先週4月14日の記者会見では、位置づけ変更後の療養期間について、前回のアドバイザー

一ボードで皆様からいただいたご意見等も踏まえ、厚生労働省としての考え方をお示しました。あわせて、今後、一定の感染拡大が生じることも念頭に対策を進めていることや、その取組状況についてもご説明したところです。

5月8日に予定どおり変更を行うことで支障がないかどうかは、改めて厚生科学審議会感染症部会の意見を聴いて最終確認することとしていますが、そのための感染症部会は今月下旬に開催したいと考えています。

予定どおり変更が行われる場合、本日のアドバイザリーボードは、変更前最後の開催となります。5月8日以降は不定期の開催となり、感染状況を踏まえつつ、定点報告等のデータ把握がある程度可能となった段階での開催を考えています。本日で121回目の開催となりますが、改めて、これまでの皆様のご尽力に感謝を申し上げます。

最後になりますが、本日も、感染状況の評価や今後の見通し等、皆様から忌憚のないご意見をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

<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、2-1、2-2及び2-3、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3-6並びに押谷構成員より資料3-7を説明した。

(尾身構成員)

- 押谷先生と西浦先生の話のポイントは、日本ではエンデミックにまだ時間がかかるということと、日本は超高齢化社会なので、一定程度の死亡者は出続けるのではないということだと思う。そうした中で、日本の場合は、最初からゼロコロナではなくて、感染レベルをある程度抑えて、できるだけ死亡者を減らすという目標でずっとやってきた。今でもその目標には変更がないと思う。
- これからは社会を動かすことに決めたわけだが、同時に高齢者の死亡もなるべく少なくしたい。そのためには、自治体等による高齢者施設等へのサポートのほか、押谷先生も言及していたように、高齢者へのワクチン接種を続ける必要がある。特に第8波について、高齢者の死亡とワクチン接種の有無の関係性に関して、直近のデータを教えていただきたい。

(太田構成員)

- 以前から、このアドバイザリーボードで、医療機関や高齢者施設で新型コロナウイルスの患者が発生した際、院内感染拡大防止のために行う患者や医療従事者のスクリーニング検査について、位置づけ変更後もご配慮いただきたいとお願いしてきた。
- その結果、3月17日に厚生労働省から発出された「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容につい

て」という事務連絡において、重症化リスクが高い方が多く入院、入所する医療機関や高齢者施設、障害者施設において、陽性者が発生した際に、都道府県等が周囲の方や従事者へ集中的検査を実施する場合は、行政検査として取り扱うこととされた。実施対象については、これまでと同様、従事者に加え、自治体が必要と判断する場合には新規入所者等を対象としても差し支えないという形になり、公費支援の継続が可能となるというご配慮をいただいた。

- しかし、その後、3月20日に結核感染症課から発出された「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて（廃止）」という通知において、5月8日から5類感染症に位置づけられた場合、同日をもって行政検査通知を廃止し、都道府県等が医療機関へ行政検査を委託し、患者の自己負担分の広域支援を行う取扱いを終了するとされた。その結果、医療機関が委託で実施して公費請求することができなくなった。
- そのため、院内感染拡大防止のためスクリーニング検査を行う場合には、都道府県が集中的検査等を実施することが必要になり、まず都道府県が行政検査として認める必要がある。さらに、認められた場合にも、自治体が検体を採取して検査するため、医療機関に届くのには数日かかり、感染対策上の実効性が低下する。結果として、院内感染拡大防止のための検査が行われなくなる可能性を危惧している。また、都道府県ごとに対応が異なってくることも予想される。
- 今後、死者数を抑えるためには、医療機関や高齢者施設内での感染拡大をいかに抑えるかが重要となってくる。スクリーニングの行政検査の実施が、都道府県の移行計画上、どう対応されているのか確認してほしい。もし体制構築が不十分であると確認された場合、感染拡大防止のための検査がスムーズに実施できるよう、さらなる対応をお願いしたい。

（中島参考人）

- 5類に移行すれば、今、高齢者施設で認められているかかり増し経費は、医療機関や医療支援との紐付けが進んでいないところでは認めない方向であると聞いているが、事実関係を教えていただきたい。
- 今後の高齢者施設での対策を考えると、今、医療機関とつながっていない高齢者施設は、望んでもできない、なかなか支援してくれる医療機関が見つからないという苦しい状況にある。そういう医療機関とうまくつながっていない高齢者施設ほど、予防的な活動をしっかりやっていくニーズがあると思う。かかり増し経費は、予防的な対策にかかる経費がかなり含まれているので、ニーズがあるのではないかと。

（押谷構成員）

- 高齢者の死亡とワクチン接種の関係性に関して、欧米等では、ワクチンを接種していない人が日本よりかなりの程度いて、そういう人がかなり死亡しているというデータは

あるが、日本でどのくらいかというデータは持っていない。

- 日本の場合、英国のような抗体保有率になるには、まだ時間がかかると考えられる上、もしなったとしても、おそらく高齢者を中心に死亡者は相当規模になるだろう。
- これまで、他の先進国と比べて、日本の死亡者はかなり少なく抑えられてきたが、今はかなり高い状況になってきている。どうやって死者数を抑えていくのかは、長期に渡って大きな課題になっていくと考えられる。

(鈴木構成員)

- 高齢者の死亡者のワクチン接種歴について、継続的なモニタリングはできていない。ハースでは、死亡例自体の入力率がとても低い上、ワクチン接種歴の入力率も、1年前ぐらいから50%を大きく下回っている。わずかに入力されてはいるが、もはや分析に足るデータではない。
- 積極的疫学調査で、協力自治体から死亡例の情報を集め、アドバイザリーボードでも2ヶ月に1回公表してきた。ここでも死亡例についてワクチン接種歴を尋ねてはいるが、情報が非常に乏しく、分析に足る情報ではない。
- 研究班の枠組みの中で、例えば我々感染研チームも、ワクチンの有効性をモニタリングしているが、アウトカムはECMO装着を含む重症例のみとなっている。長崎大チームの方でも、入院及び重症例をアウトカムとする調査は行っているが、こちらは多施設共同研究で、集まる死亡例の数が少ない。死亡例のみを対象とした継続的なモニタリングは、研究班の枠組みではできていない。
- 東京大学の康永教授たちのチームが、特定の自治体の予防接種台帳とレセプトデータベースをリンクして、ワクチンの接種歴と死亡の関係について検討し、論文等を発表している。また、AMEDの枠組みで、九州大学の福田准教授らのグループも同様に、予防接種データベースとレセプトのリンク等をしている。これらの枠組みでワクチンの接種歴と死亡をアウトカムとした分析というものは可能であると思うが、正直言って、まだトライアルの状況であると理解している。
- 予防接種データベースの構築と、NDB等とのリンクが計画されていると思うが、これには数年かかるだろう。

(西浦参考人)

- 文献上、日本と免疫の状態が近いというか、2価のオミクロン含有ワクチンを利用してブースター接種を繰り返しているのがイスラエルであり、イスラエルを中心とした研究がたくさん上がってくる傾向がある。2価ワクチンを4回目等のブースター接種をすることで、入院リスクが30%くらいになっている。ただし、これはBA.5やBQ.1の系統が流行していた頃の成績だと考えられる。

(江浪結核感染症課長)

- 5月8日以降の対応について、一般的な有症状者への検査は、季節性インフルエンザと同様、基本的には保険診療で自己負担ありという取扱いになる。一方、無症状者への検査は、従来、健康保険の対象とならず、行政が必要と認めた場合に、引き続き公費負担の対象にできるとしている。医療保険の適用にならない行政検査の実施については、自治体と実施する方との間でどのような費用のやり取りがあるのか。細部に関して、もう少し実情を伺いながら意見交換させてほしい。

(事務局)

- 中島先生のかかり増し経費に関するご指摘は、老健局の担当者が不在のため、別途回答する。

(脇田座長)

- 東京都の救急搬送困難事例で、非コロナが多く、なかなか下がっていかない原因はどこにあるのか、西塚先生に教えてほしい。また、西浦先生には、沖縄の新規感染者数が少し上昇してきているが、減衰振動という観点で考えると、今後波がそれほど大きくなると予想されるのか、伺いたい。

(西塚参考人)

- 救急医療の東京ルール適用件数に関しては、医療体制戦略ボードの先生から意見があったものとして、大きく3つある。1つは、特に冬季ということで、循環器疾患や脳卒中が多く、コロナ以外でも受け入れが厳しかったこと。2つ目は、第8波で院内感染等を経験した医療機関で、個室がある場合のみ受け入れる、あるいは、全員にスクリーニングをかけてPCR検査の陰性まで確認されないと大部屋に入れられないというような、コロナ対策の影響があったこと。3つ目は、高齢者施設や介護施設においても、第8波の経験で、PCRで陰性を確認しないと下りの搬送を受け入れてもらえない事例が増え、転院等も含めて水際がかなり厳しくなったこと。ただし、直近では東京ルールの適用件数も少しずつ改善してきている。

(西浦参考人)

- 沖縄について、完全には分からないが、今までのところ見てとれるのは、免疫を保持する人が全国平均と比べて高い状態をキープし、流行規模をだんだん小さくしながら第6波、第7波、第8波を過ごしたことが明らかであるということ。あるいは、感染者数でははっきりとは見てとれないかもしれないが、福岡等の九州北部もそうだ。
- 現に、先月来発表された都道府県別の抗N抗体陽性率を見ると、福岡は約59%が陽性となっており、明らかに6割ぐらいの人たちが自然感染している。沖縄がそれに次ぐ

らい。そういうことに伴い、第8波の流行規模が小さかったということだ。

- ただし、油断してはいけないのは、発症阻止効果は減衰するということ。流行が起こらないと、それが失われて、また感染規模自体は一定の度合いになるので、流行が全然起こらないわけではない。九州・沖縄地方は、少しずつ減衰段階に入っているように見えるが、とてもエクスプリシット明確なわけではない。

(前田参考人)

- 5類移行後の発生動向について、定点把握になり、おそらくトレンドは追えると思うが、今の数字とどういう形でつなげて見ていくのか。

(江浪結核感染症課長)

- 5月8日以降の患者数は定点報告になる。これまでのデータと接続するため、医療機関から過去のデータを提出してもらうという考え方もあるが、既にハーススで医療機関ごとに総患者数を報告してもらっている。定点医療機関が決まった段階で、ハーススのデータからその医療機関分を集計して、接続を見たいと考えている。

(鈴木構成員)

- 今、厚生労働省と詰めているところだ。5月8日以降は、確かに週の棒が一本立つだけなので、それだけではトレンドのレベルも把握できない。過去に遡って、対象医療機関から届けられているデータと比べて、報告数が増えているのか、減っているのかということの評価する形で、接続部のアセスメントをしていきたい。
- これまで感染研のHPで新型コロナ週報を公表してきたが、5月8日以降は、定点にアジャストした形で毎週アップデートしていきたい。内容については今詰めているが、基本的には定点報告数やG—MISでの入院・重症患者数、ゲノムサーベイランス等のデータを週報でアップデートしていく方向で調整している。

(前田参考人)

- 人口動態統計でしか死亡者数を追えなくなるが、別途、追跡するのか。

(鈴木構成員)

- 人口動態統計では数ヶ月遅れになってしまうので、自治体と協力し、もう少し前倒しで情報を集められないか、今調整している。

(江浪結核感染症課長)

- まさに鈴木先生のご指摘のとおりだ。5類移行後は届出がなくなるので、人口動態統計で総死亡数を把握し、超過死亡をモニタリングしていく形で考えている。ただし、そ

れでは2ヶ月程度の時間ギャップが出てしまうため、1ヶ月程度で把握できるよう、自治体と協力して速報的なデータを整理したい。

(脇田座長)

- 最後になるが、5類移行前のアドバイザリーボードは本日が最終回となる。これまで定期的に開催し、121回を重ねてきた。委員の皆様には本当に感謝している。アドバイザリーボードがなくなるわけではなく、これからも続いていくので、引き続きよろしくお願いしたい。どうもありがとう。

(事務局)

- これまでの精力的な議論に感謝申し上げたい。大臣や脇田座長からも発言があったとおり、5月8日以降は不定期の開催になり、感染状況を踏まえつつ、定点報告等のデータ把握がある程度可能となった段階での開催を考えている。日程は、決まり次第、事務局から連絡を差し上げる。

(以上)