

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第85回）

議事概要

1 日時

令和4年5月25日（水） 17:00～19:00

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	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代表理事
	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
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
	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	後藤 茂之	厚生労働大臣
	古賀 篤	厚生労働副大臣
	佐藤 英道	厚生労働副大臣
	吉田 学	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	伊原 和人	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
	武井 貞治	生活衛生・食品安全審議官
	大坪 寛子	審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
	宮崎 敦文	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	佐々木 健	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	吉田 一生	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）

委員の皆様には、お集まりをいただきまして、熱心に御議論をいただきまして誠にありがとうございます。国会用務のために遅くなりまして、誠に申し訳ありません。

直近の感染状況につきましては、全国の感染者数は昨日24日で3万2294人、1週間の移動平均では3万3843人、1週間の移動平均の今週先週比は0.91となっております。ゴールデンウィーク後半以降の増加傾向は継続せず、全国的には一部の地域を除き減少傾向が続いております。

一方で、沖縄県、宮崎県など、直近1週間の移動平均が昨年末からのピークを上回っている県もある状況です。それ以外の地域も含めて、今後の感染状況を引き続き注視していく必要があります。

厚生労働省としては、引き続き最大限の警戒をしつつ、安全・安心を確保しながら、可能な限り日常の生活を取り戻すために必要な対策を講じてまいります。

4月28日に発熱外来や高齢者施設等における医療支援のさらなる強化の状況について公

表し、この会議にも報告させていただきました。その際、協力医療機関を事前に確保していること等ができた高齢者施設等は全施設の65%と御報告いたしました。その後、全国で取組を徹底しました結果、5月24日時点で全施設の94%で体制の構築が確認できました。引き続き、保健医療提供体制の確保に努めてまいります。

新型コロナウイルス感染症の基本的な感染対策としてマスクの着用は極めて重要でございまして、会話をする際等にはマスクを着用していただくよう、様々な場面で国民の皆様をお願いをしているところでございます。

このマスクの着用に関しては、どういった場面で外してよいのかという声や、マスク着用が長期化する中で、表情が見えにくくなることによる影響を懸念する声もあります。また、これから気温、湿度が高くなる季節になるために、マスクを着用していると熱中症のリスクも高くなることが懸念されております。先週、このアドバイザリーボードにおきましても、発達心理と保育の専門家からもお話を伺うとともに、先生方から屋外と子供のマスク着用についての考え方をお示しいただきました。

こうしたことを踏まえまして、基本的な感染対策としてのマスク着用の位置づけを何ら変更するものではありませんけれども、先週金曜日の20日に、身体的距離が確保できないが会話をほとんど行わない場合のマスク着用の考え方を明確化するとともに、オミクロン株の特徴を踏まえて一時的に対応を強化してきた、保育所等における2歳以上の子供たちのマスクの着用について、オミクロン株の対応以前の取扱いに戻すことといたしました。

さらに、マスク着用の考え方を分かりやすく記載したリーフレットも作成したところでありまして、今後、様々な場面を通じて国民の皆様への丁寧な周知・広報に努めてまいりたいと思います。

ワクチンの3回目接種につきましては、昨日時点で65歳以上の高齢者の接種率は約89%、全体では約58%となっております。今後、早い段階で60%を超え、先進国でもトップレベルの水準に達するように、引き続き若い方への接種を働きかけるなど、できるだけ多くの希望する方にワクチン接種を受けていただくための取組を関係者とともに進めてまいりたいと思います。

また、4回目接種につきましては、5月末から開始できるように必要な手続を進めてまいりますと申し上げてきたところでありますけれども、本日、関係政省令等が改正されまして、本日から4回目接種を開始できるようになりました。厚生労働省としては、4回目接種を円滑に実施できるよう、引き続き自治体と密接に連携しながら取り組んでまいりたいと思います。

水際措置につきましては、ゴールデンウィーク後の感染状況の評価も踏まえ、6月1日から入国者全員の出国前検査を維持しつつ、流入リスクが低い国・地域について入国時検査と待機を求めないこととすること、それから、入国者総数の上限について、現在の1日1万人目途を1日2万人目途に引き上げることなどの見直しを行うことといたしております。

国民の皆様におかれては、日常を取り戻していく状況の中にあっても、先ほど申し上げたマスク着用の考え方も踏まえ、改めてマスクの着用、手洗い、3密の回避や換気などの基本的感染防止策を徹底することを心がけていただきますようお願いをいたします。

本日も、直近の感染状況等につきまして忌憚のない御意見を賜っておりまして、本当にありがたく思っております。どうぞよろしく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、資料4、資料5及び参考資料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、中島参考人より資料3-4、前田参考人より資料3-5、高山参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(尾身構成員)

○ 西浦先生、押谷先生、鈴木先生に質問。前回のアドバイザリーボードの議論では、都市部は比較的感染が収まって、地方の感染が上昇している理由として、地方のほうが自然感染、ナチュラル・イミュニティが都会よりも低いことが一つの仮説としてあるのではないかとの話があったと思う。今日、西浦先生のプレゼンテーションの中で、各都道府県の感染のレベルの差は、その地域での接触の度合いということも言われたと思う。つまり、各都道府県の差は、自然感染の差だけではなくて、それ以外にその都道府県の対策の在り方等も影響するのではないのかと受け取れるので、皆さんのお考えを教えてください。

○ 同じく西浦先生、押谷先生、鈴木先生への質問。全体とすると、今日のトーンは、ワクチンの効果が減衰するために、夏休み頃になると感染が急増する可能性があるとのこと。西浦先生の感受性者の数からもそう推定されるということだった。

その中で、押谷先生が示したグラフではオーストラリアなどでは急激に感染が増えているが、オーストラリアではマスクを取ったという話があった。皆さんがシミュレーションで夏休みの増加ということを考えるとき、ワクチン効果のウェイニングはもう織り込み済みのファクターだと思うが、人々の行動はどういうことを前提にしているのか。つまり、マスクだけではないが、日本人がこれまでもある程度慎重にやっていく、夜の繁華街の滞留人口はそれほど増えていないということ、そういうことを前提にしているのか。あるいは、それこそ文字どおり、行動はフルに回転して、もうみんな前のようになる。どの辺を前提にして考えられているのか教えていただきたい。

(脇田座長)

○ 私からも付け加えて質問。

ここ数回、資料1にも、20代の方が増加していたので、高齢者のほうに感染が行かな

いかということを書いていた。ゴールデンウィークが終わって、今、若者層は減ってきたところで、高齢者に波及していくという様子はあまり見えない。昨年の夏の流行、デルタのときもそうであったが、若者は増えても高齢者にはすぐに行かないというのは、それまでの流行のパターンと変わってきた。それは、ワクチンの効果というのがあったわけだが、ワクチンの効果がウェイニングしていくと、高齢者のほうへ今後波及していくことが出てくる可能性が夏休み以降あるのか。感染者は当然増えていくことはあるだろうが、そういったところも気をつけたほうがいいかどうか、お伺いしたい。

(押谷構成員)

- 高齢者の件については、4回目接種がどのくらい進むかということと、どの時点で再拡大していくのかということと、4回目接種が始まったといっても、すぐに4回目接種が急速に進んでいくわけではないので、その辺によるのかなという感じがする。
- 尾身先生が言われたマスクのことについては、マスクで本当にどのくらい減っているのかということは実際にはよく分かっていないところがあり、この1月、2月に急速にオミクロン株の感染拡大が起こったが、あのときほとんどの人はマスクをしていて、それでも感染拡大が起きているので、マスクの有無にかかわらず起きるときには起きることだと思う。マスクをしない場面での感染が感染の絶対数の中ではかなりの部分を占めていると思うので、そこでマスクの問題がどこまで本当に寄与しているのかということもよく分からないところがあるので、ほかの国が感染拡大しているのもマスクだけが要因ではないと思う。

(鈴木構成員)

- なかなか難しい御質問なので、あくまで個人的な私見ではあるが、尾身先生から質問のあった直近の波については、都市圏と地方で少しパターンが違うようにも見えるが、5月5日前後に推定感染日ごとに言えば小さい波ができて、その二次感染によると思われる5月12日頃の波があるというのは、都市部も地方も同じような傾向が見られる。ただ、全体のインパクトが明らかに地方都市のほうで大きいので、直近において都市部よりも地方において二次感染者の5月12日頃の波が相対的に大きく見えているのではないかと推測しているところ。それから、ワクチン及び自然感染の獲得免疫による効果、プラス、日常生活における感染予防の効果が全体として続いていることから、ゴールデンウィークの影響を加味したとしても、実効再生産数がほぼ1前後でずっと続いていることは間違いないと思う。マスクの効果はあるのだけれども、押谷先生も度々指摘されているように、おそらくそれほど大きいものではない。ただ、それを定量的に評価するのが難しいというのが実情だと思う。ただ、マスクの物理的な効果だけではなくて、おそらくはもう少しジェネラルなフィ

ジカルディスタンス、つまり個々の場における会話において、ちょっと会話を控えがちにするとか、あるいは顔をそむけるとか、微妙に距離を取るなど、我々疫学者の専門を外れるけれども、社会心理学などの専門家に評価していただきたいような、日常生活におけるちょっとした注意がおそらく目に見えて効果が維持されているのではないかと推測している。

(西浦参考人)

○ 御質問いただいた話について、最初に少し理解を修正しておきたい。ナチュラル・イミュニティとおっしゃっていたが、今の少し長い期間の流行の増減と免疫が関わっているというのは、誤解がないように言うと、人口の中で免疫を持っている人の割合に依存している。その免疫は何で得られているかという、二つによって得られていて、一つは自然感染に伴う獲得免疫で得られていて、もう一つがワクチン接種に伴うワクチン由来の免疫で得られているという辺り、用語を気をつけて使わないといけないなと私もいつも思っている。

○ 長期時系列、つまり3月20日ぐらいのまん延防止等重点措置が解除されてからの増減の度合いは免疫でかなり説明がついていた。ゴールデンウィーク後の感染規模がそれほどまででないということも、鈴木先生がおっしゃるとおり、免疫を保持している人の比率が高いことが影響していると思う。

直近2週間の話をどのように解釈するかというと、資料3-3の124ページに都道府県がばらついている図を示している。それを見ていただくと、その前の123ページの分布と比べて丸く分布しているのが見ていただけだと思う。一般的にこういうコリレーションのようなものを見て評価をするとき、丸く分布しているのは、ばらついていて予測不可能な特性、そういう傾向があるという判断をする。したがって、免疫保持以外にばらつく要因があるのだろうと思われる。

ところが、124ページ目のプロットの中を見ても、左上の辺りに東京都、大阪府、埼玉県、千葉県がやはりあるので、しっかりと下がっているようなところで免疫保持者が多いところでは、そういう傾向自体はあるのかもしれないということを匂わせる図であるというのは変わらない。それが免疫と今後の増減の話に対する返事。

○ 接触の話だが、押谷先生と鈴木先生のお二人の話以外でお話ししておかないといけないのは、日本の接触はどれくらいなのか、海外との比較を無理にやってみるとか、いろいろな分析をしているが、ものすごく気を使った接触がここまで行われてきたことは事実だと思っている。

それが、最近、ちょっとした先の未来に飲み会や食事に誘われたりしていないか。社会の雰囲気そうなっている。そういった接触が戻ってくると同時に、つまり、ハイリスクであるわかっていた接触も許されるような、部分的に許してしまう人が出てくるような接触になってきたときに疫学的にどのようなことが起こるのかというのが、

今の時点では十分に定量化された上で予測することは難しいが、この感染症はハイリスクの場面が屋内であってという基本的な特徴は変わっていないので、そういった接触の頻度が今後どのように変化をしていくかということが大きく未来を左右していくのだろうと思って、注意深くデータを見ている。

(前田参考人)

- 今後の動向について御説明があったが、東京都内の毎日の感染の届出を見ても、もうこの状態が永劫続くのではないかという形での定常状態に入っている。中島先生から、一般救急の逼迫の状況の比較が出ているが、保健所、地域保健の現場でも、この2年間を比較すると、母子保健活動、健康増進活動など様々な部分がこの2年間非常に減少している。これ以上この状況が続くということは厳しいと感じている。

様々な形で委託、外部化等について御支援をいただいているが、それでも自治体内での保健師の応援が基盤になれば、いくら外部の方が入っても成り立たない。特に保健所設置市においては自治体内で他部門に属する保健師の応援が相当数この2年間来ているが、それによって母子保健活動、健康増進活動、あるいは高齢者福祉活動は非常に影響を受けている。

もし本当にこの状態が続くということであれば、そうした形での応援も見直さなければならぬし、そうしたことを踏まえて、これまでも何度も何度もそうした議論は提案されてきたが、本当に今の体制のままでいくのか、あるいは今後どういう見通しの中でこの体制を行っていくのかということについて、ぜひ大局的な方向性を国あるいは専門家の方からお示しいただきたい。地域保健の現場も、今の体制は限界に来ていると感じている。

- 発生届の簡素化について。今は医療機関が入力することになっているが、現実的には全ての医療機関が現状の記載事項を全て完璧に入力しているわけではないので、保健所が補填をしている。したがって、様式が簡素化されることは、保健所の業務の軽減につながっていくと期待される。

ただ、今回、比較の表も見せていただくと、ここまで減ってしまうといささか不安がよぎる。先ほど入力についても医療機関の対応に保健所が補填していると申ししたが、陽性者の方の処遇、入院とか宿泊療養とかの判断も、本来はしっかりと症状等を確認された医療機関で御判断いただくことが原則と考えているが、必ずしもそれをしていただけない医療機関からの届出もあるので、保健所から、今回なくなると考えている症状等の様々な情報を見て、若干そこで深掘りをして、保健所の側で判断するというところを行ってきた。こういう形で簡素化されると、そうした深掘りが保健所の側ではできなくなるので、これまで医療機関と保健所でお互い補填しながら、きめ細かい、あるいはめり張りのある療養調整を行ってきたが、発生届がここまで減ってしまうと、おそらく医療機関だけで完全に把握していただくということで、片肺飛行のような体制になりか

ねない。

逆に言うと、医療機関は、一見、入力項目が減って業務が楽になったという感じは表面的にはあるかもしれないが、入院の可否といった部分の判断を医療機関が責任を持って行うという形で非常に責任が重くなってくる。もはや保健所の補助がない状態になってしまうということなので、参考資料4にあるように、「保健所による健康観察の支援が適正に行われるために必要な項目に最小化し、様式を簡素化」というところについては、省令を改正するまでの間、もう少し慎重に御検討いただきたい。

若干、部会の委員の先生方にも御意見を伺ったし、既にホームページ上に状況について報告されているが、その報告の中でもそうした様々なことを勘案して行うようにといった慎重な御意見があったと記載されている。また、全体としては、今回、書面開催だったので、全体についての賛否で丸はつけたけれども、そうしたことについて十分検討してほしいという意見を述べましたということをおっしゃっていただいている部会の先生方もいらっしゃるもので、ぜひもう少し、この施行までの間、この内容については御調整をいただくようお願いしたいと考えている。

(押谷構成員)

○ 先ほどの尾身先生の質問の答えのところで言い忘れたことがある。

一つは、地方でなかなか減らないということが、オミクロン株、第6波以降の一つの傾向だと思う。それまでは、地方は減るが、大都市圏、首都圏、特に東京の中心部に残って、それが地方に広がっていくというパターンが共通のパターンとして見られていたが、そうでなくなってきた。それは、免疫だけの問題ではなくて、オミクロン株になって感染性が増して、子供も学校、保育園・幼稚園などで感染が持続してしまう、なかなか消えていかないということも影響していると思う。

今後の動向で言うと、資料1の最後のほうにもあるが、BA.4、BA.5、それにBA.2.12.1といったものでいろいろな国で増加傾向、先ほどのポルトガルとかアメリカ、アメリカはBA.2.12.1だが、そういったところがあるので、免疫のウェィニングだけの問題ではなくて、今もう既にある亜系統の存在も今後の動向を占う上では重要かと思う。

○ 関連して、資料5の「水際対策の見直しについて」で、「流入リスクを総合的に勘案し」と書いてあるが、リスクの評価の基準はほとんど示されていない。陽性率という話もあったが、陽性率もかなり変わっていくし、また、今、検疫で見つかっているのはアメリカとかはボリュームとしては多いので、ボリュームとして多いところからかなり入ってくると、先ほど言ったような亜系統などが入ってくることにもつながる。そうしたことをどうやって総合的に誰が判断するのか、どのような基準で判断するのか、ほとんど示されていない。報道であるぐらいのことしか示されていないので、きちんと示されるべきだと思うし、それをもし変えた場合にはどのような基準で変えたのかということが国からきちんと説明されるべきだと思う。このことは、第1波のとき、2020年3月の

中旬からずっと言っているが、なかなか実行されていない。

- 資料2-5、「マスク着用の考え方」のところで、最初のページで、会話をほとんど行わない、身体的距離が確保できない野外は必要がないとなっているが、先週出した資料の中では、人混みは一定程度マスクの着用と言っていたと思う。これだと、人混みでもマスクの着用は必要ないとか読み取れないが、どうしてこうなったのか、よく分からないところがある。

特に混雑した場所は、例えば駅のホームは野外になると思うが、きちんとマスクを着用すべきだと思うし、非常にたくさん人がいる、例えば渋谷のハチ公前のようなところはマスクの着用は必要ないということにはならないと思うが、そういったことがこの資料では読み取れないと思うので、気になった。

(阿南構成員)

- 先ほど押谷先生がおっしゃったことに関連して、水際のところは自治体の立場として気になっている。前から変異のモニタリングとして、例えばゲノム解析は10%程度を目標にやりましようとなっているが、バランスが崩れることになる。今まで水際で止めていて、それで国内は10%程度やろうとなっていたが、論理的に考えて、一定程度入ってくる中で、今までどおり10%で、変異株のチェックとして適正なのかどうかということが、説明がつかない、よくわからないと思っている。

地衛研にしろ、あるいは民間の業者に頼んでやっているが、例えば神奈川県でも保健所設置市はいっぱいあり、足並みがいまだに整わない。10%をクリアできていないところもいっぱいある。検査結果がでるのに時間もかかり全然リアルタイムでなくて、1か月前の結果が来るなど結局入り口でチェックされない。国内にきたウイルスを自治体レベルで、非常に低い率でしかも遅いタイミングでサンプリングをしていることになる。これを私たちはどう受け止めればいいのか。自治体としては、自己防衛としてもう少し強化してやりましようと考えなければいけないのか。これはとてもおかしいことだと思っている。

国家戦略として、海外から入ってくるものに対してどういう考え方でどういうことをするのか、明確に示していただかないと、自衛策として自治体として頑張らましようという考え方には絶対に落としたくないと思っている。説明あるいは考え方を整理していただきたい。

(川名構成員)

- マスク着用の考え方について意見を述べさせていただきたい。

今、マスク着用について、どういった場面で外すのかといったことまで説明しているのは非常にいいことだと思うし、書いてあることには賛同できる。例えば人との距離が確保できる野外であればマスクをしなくていいというのはそのとおりだが、そうすると

例えば出勤しようといったときに、家を出るときはマスクをしないで出て、駅に着いて満員電車に乗るところになってマスクを着用するという形になると思う。マスクをつけて家を出ることによって皆さん忘れずにマスクをつけていると思うが、家を出るときにマスクをつけないということになると、満員電車に乗り込むときにマスクを忘れてきたという人が出てくるのは当然のことで、今後は満員電車の中や人混みの中でマスクをつけない人たちが出てくることは想定しておく必要があると思う。

満員電車に乗っている人たちの中には、例えば重症化のハイリスクの方もいらっしゃるし、いろいろな事情でワクチンが打てない方もいらっしゃると思うので、そういった方たちの感染防御のハードルを上げておく必要があるのではないかと思う。

そういう意味で、一般の方たちでも希望者はN95マスクを使用できるようにしておく必要があると思う。N95マスクは医療の現場で使われているが、N95マスクをつけていれば、患者さんの病室に入っても、Aerosol Generating Procedures（エアロゾル発生手技）をやってもうつらない。N95マスクをつけていてうつったとはっきりわかるケースはほとんどないので、一般の方にもどうしても必要だという人にはN95マスクへのアクセスがあっていいのではないかと思う。また、自分をどうしても守りたいという場合には、サージカルマスクよりはN95マスクのほうが防御効果は高いといった情報提供があってもいいのではないかと思う。

今後、マスク着用が緩和の方向に行くのだろうと思うが、その一方では、どうしてもかかりたくない人を守るための性能の高いマスクの着用などの情報提供があってもいいのではないか。

（今村構成員）

- 前田先生から御意見があった発生届様式の簡素化の件で、私からの意見を言いたい。発生届を簡素化するという大きな流れに関しては、おそらく感染症部会の中では、賛否を取ると賛成の意見が多かったのだと思う。ただ、個々の委員の中には、自分も含めて、簡素化させる大きな方向性はいいいけれども、示されている簡素化の内容に関してはかなり問題点があるので再考してほしいという御意見は多く出ている。今回持ち回りになっていたので、そうした意見交換が委員の中でされていない。また、現場で問題が起こりそうなところの問題の集約がされていないので、全体に対する賛否の回答書で丸が多くなったからといって、個々の削除内容まで全て問題がないという判断ではないと思う。問題点が指摘されている項目に関してはしっかり見直して対応していただきたい。

（結核感染症課長）

- 発生届の簡素化の関係について。発生届の簡素化の内容に関しては、感染症部会におかけしたときに、簡素化した項目以外の項目は、例えばHER-SYSなどでも取らないということを実原則とした案で書いていた経緯がある。その点に関しては、委員からの御意見

もあったし、特に東京都から使用している項目があるという話もあったので、その点については任意項目としての入力を可能とする見直しもした上で、さらに検討を進めているという状況。感染症部会の先生方も含めて、御説明をしっかりとしながら情報提供をやっていきたいと思う。

- マスクの着用に関しては、今回大きな考え方を変えることなく、全体としてわかりやすさを向上させるということで取組を進めている。具体の場面に関しては、やはりいろいろな場面があり、それを一遍に網羅的にお示しするのはなかなか難しいところがあると考えている。例外、こういった場面に気をつけてということに関しては、どのようにそれを伝えていくか、しっかり検討していきたい。
- N95マスクの一般の方の使用に関しては、フィッティングをどのようにきちんと確保するか、相当息苦しい中できちんと着用できるのかということも含めて、御意見はいろいろあろうかと思う。ただ、マスクの性能をしっかりと伝えるべきではないか、あるいは諸外国でどのような取組があるのか、そうした点を確認しながら検討を進めていきたいと思う。

(武井審議官)

- 水際措置の考え方については、水際を対応する際に、現状、検疫体制や防疫措置の実施状況、検疫の陽性率、新型コロナウイルスの内外の感染状況、併せて主要国の水際対策の状況を踏まえて検討しているところ。

本当は先生が御指摘のように、単一の数値や基準のようなものがあってわかりやすくできればいいが、各国の検疫制度は様々で、感染状況も日々刻々変わっているのも、そうした定量的、定性的なものをしっかりと受け止めて考えているというのが現状の基本的な考え方。

それを踏まえて、赤色と黄色の国については継続して検査を行う。また、熱があったり、せきをしている有症状者に対してはしっかり検査を行う。この次が大事だが、検査を行って、陽性の方については全員ゲノム検査を今までどおり継続して行うので、どのような変異株であったか、ゲノムの情報であったかということは、今までどおり全例をホームページ上で情報提供させていただく。

そして、よく御指摘いただくのは、各国の情報をどのような形で捉えて日本の検疫に生かしていくかということ。現状、WHO、イギリス保健省、CDCなどの海外の情報もリアルタイムで取りながら日本の検疫に生かしていくということで対応をしている。

また、固定的にならないように、検疫の陽性率は直近の状況や各国の状況を見て随時区分を見直す。例えば一旦青の国になっても、固定的に考えるのではなく、感染状況が悪化してくれば黄色の国にして検査を再開するなど、感染状況に応じた機動的な対応が必要だと思うし、新たな変異株がどこかの国で流行しているとの情報はWHO等から入ってくるので、そうした情報をキャッチした場合には、状況が悪化してきたなと捉えたタイ

ミングをしっかり踏まえて機動的に対応していく。

(脇田座長)

- これまで水際で全員検査をやってきて、市中では10%程度はゲノムサーベイランスをやっていくということで進めてきたが、検疫がある程度緩和されると、そこで検査されなくなるので、もう少し市中のゲノムサーベイランスの割合を増やすべきなのか、それとも10%程度で続けるべきかといった質問が阿南先生からあった。齋藤先生からコメントをいただきたい。

(齋藤参考人)

- 今、国内で増えてきたときに、どれくらい増えてきたところで検知するかというので、いわゆる全国でのサンプリングの数を決めていて、それで現在の割合ができていますので、検疫で見たいように、国内で見たいように、国内でどれくらい発生してきたかという検知のレベルは変わらないことにはなる。

ただ、検疫で全数を見ていると、諸外国で起きている状況は非常にリアルにわかるというメリットはある。

(脇田座長)

- 地域で起きているゲノムの動向は10%程度見ていけばいいのではないかとすることは変わりがないということだと理解した。

(尾身構成員)

- 前田先生と今村先生がコメントした発生届の簡素化について。結核感染症課長から、いろいろな意見を聞いて検討するということだったが、簡素化という大きな方向では皆合意していると思う。

そうした中で、発生届というものと、サーベイランス、感染の状況、地域の状況はどうなっているかというものは基本的には異なる概念だと思う。そういう意味で、地域の感染状況を把握している、いわゆる定点のサーベイランスを含めて、アドバイザリーボードで私は1年以上、なるべく早く検討していただきたいと言っており、一時検討するという事だったと思う。なかなかそう簡単には結論が出ない難しい側面があるのは十分分かるが、これだけ時間が経っているのに、どういう議論が行われて、どういうところが結論を出す上で障害になっているのかといったことを示していただきたい。

私は発生届の簡素化は基本的には大賛成だが、それと同時に、定点のサーベイランス等、アドバイザリーボードでも分科会でも何度も出た話なので、そろそろどういう議論があったのか、あるいは、これからどうするのか、早く国の考え方をまとめていただければと思う。よろしく願います。

(岡部構成員)

- 資料1の2枚目の「○感染状況について」の2つ目の・の2行目、「沖縄県では、特に10歳未満の若い世代の増加が顕著である」という文章だが、「若い世代」というのはもう少し高い年齢のことを言うのであって、10歳未満はあまり「若い世代」と言わない。「若い世代」、あるいは「若い世代」の「若い」を取るといいのではないかと思う。

(脇田座長)

- 修正する。

(武藤構成員)

- 先ほどの発生届の簡素化の話と関連があるのかどうか、教えていただきたいのだが、2020年の頃に、特に都道府県と保健所設置市で感染者の結構詳しい情報を発表するという事で、いろいろな差別的な言動の源泉になったということが問題になったと思う。そのときに公表の仕方についてどうするか考えてほしいということを上げた。

私が知る限り、2020年12月の感染症部会で一度検討されて、公表基準としてどうなったのかということの確認と、押谷先生をはじめ、実際の公表データで分析されている先生方が結構いらっしゃるが、発生届が簡素化されたり、HER-SYSに入る情報が減っていくことになると、分析に当たる先生方にとっては困ることが起きないのか。あるいは、自治体や事業所が勝手にいろいろ公表しているような感染者の情報などにより一層頼らざるを得ない状況がまだ続くのかということが懸念される。

私の勘違いだったらいいが、他国では自治体の公表、事業所、企業の感染者の公表というものはやっていないと思うので、この問題について今後対策を見直す中でぜひ検討していただきたいと思う。

つまり、先生たちには迅速にリッチなデータで分析してもらいたい。しかし、感染した人や事業所や場がスティグマにさらされることは避けたいということ。

(脇田座長)

- 尾身先生から、発生届の件とは別に、今後のサーベイランスはどうするのか、今、議論はどうなっているのかという指摘。武藤先生は公表データについての意見。事務局から、何かコメントをいただきたい。

(結核感染症課長)

- サーベイランスに関しては、事務局でも検討状況を整理している。定点への報告に関しては、全数報告をやめることになると、患者のフォローアップの起点となっていると前田先生からも御指摘いただいているので、そういった点をどうするかという課題のほ

かに、技術的に定点をどのように抽出するのかという部分があり、その具体の検討を進めているところ。また御報告を申し上げたい。

- 公表基準に関しては、御指摘のとおり、感染症部会で議論しているが、当時論点が多岐にわたり、うまく当時の考え方を整理するところまで至らなかった。

直近、公表基準そのものが問題になっていることはあまりないと思うが、これからの感染症、新しくできたときの公表をどうするかという点もあるので、御意見をいただきながら引き続き検討したい。

(脇田座長)

- 皆さん、ありがとうございました。

以上