

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第49回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和3年8月25日（水）15:00～17:30

**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	阿南 英明	神奈川県医療危機対策統括官
	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
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

	前田 秀雄	東京都北区保健所長
	矢澤 知子	東京都福祉保健局理事
	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
	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
	砂川 富正	国立感染症研究所実地疫学センター長
	田岡 和城	東京大学医学部附属病院血液腫瘍内科助教
厚生労働省	田村 憲久	厚生労働大臣
	山本 博司	厚生労働副大臣
	こやり隆史	厚生労働大臣政務官
	樽見 英樹	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	迫井 正深	医政局長
	正林 督章	健康局長
	佐原 康之	危機管理・医療技術総括審議官
	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）
	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）
	中村 博治	内閣審議官
	浅沼 一成	生活衛生・食品安全審議官
	佐々木 健	内閣審議官
	佐々木 裕介	地域保健福祉施策特別分析官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	前田 光哉	健康局結核感染症課参事官

#### 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）

今日も、委員の皆様方にはオンラインでご参加をいただきまして、ありがとうございます。心から厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染状況であります。昨日は全国2万1,561人、1週間の移動平均が2万3,000人を超えました。感染拡大に歯止めがかかっておりませんで、1か月近く過去最大の水準を更新し続けているということでもあります。

都道府県によっては人流がかなり減っているところもあるのですが、以前のように思ったような新規感染者の下がりにならないということもあり、改めてデルタ株の感染力を感じております。韓国の中央防疫対策本部等でウイルス量が非常に多いなどというような報道もありますが、かなり厳しい中で我々はどうか対応していくのか、難しい対応が迫られていると思います。

日本は欧米と比べて、国民の皆様方、医療関係者、いろいろな方々の尽力によって、今までは比較的感染者は抑えてこられました。しかしながら、ワクチンを打っても欧米、イギリスやフランスを見ておられますもワクチン接種後に元の数字に戻っております。ある程度発症とか重症化を抑えられているのですが、感染が欧米並みになっていることを考えると、それだけ病床の逼迫度は今までとは違ってきており、今後どうやって病床を確保していくかということは非常に大きな課題になってきております。

今朝は基本的対処方針分科会を開催し、新たに緊急事態宣言区域、重点措置区域の追加、この後本部で最終的な決定をいたしますが、やはり病床の確保ということもしっかりと基本的対処方針の中に入れさせていただきたいと思っております。

先般、分科会またはこのアドバイザリーボードでもお話がございましたとおり、小池都知事とともに16条2に基づき、それぞれの医療機関に病床の確保、そして人のご協力を要請させていただきました。東京都においては酸素ステーション、つまり入院待機ステーションをしっかり整備していただくと同時に、臨時の医療施設も整備し始めていただいております。やはり病床が確保できないと、国民の皆様方の命が守れなくなってまいりますので、厚生労働省として各都道府県と協力をしながら進めてまいりたいと思っております。

中和抗体薬「ロナプリーブ」に関しましては、これはかなり全国的に広がってきております。今までは短期入院の際に使用し、ご自宅に戻っていただいていたのですが、十分に医療体制が組めて、何かあったときには対応ができる医療機関においては外来で使うということもいよいよ始めて参ろうと準備をいたしております。

また、自宅療養の方々が増えてきております。自宅療養に対する健康観察とか、何かあったときのオンライン診療、往診等にしっかりと力を入れていく。これは世界的な流れでもあり、感染者が増えてまいりますとそのような対応も増えてまいります。こういったことも進めてまいりたいと思っております。

いずれにいたしましても、まだまだ厳しい状況が続いております。今日も委員の先生方からしっかりとご評価いただいて、我々はそのいろいろなご意見を基に対策を組んでまいりたいと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。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>

(脇田座長)

○前回のアドバイザリーボードにて4つほど宿題があり、それをこの1週間、検討してき

たところである。1つは災害医療のような状況においての医療の提供体制をどう専門家として考えるかということ和田先生中心にまとめてもらっており、今日アドバイザーボードとして出していく必要があれば、またさらに進めていくことにしたい。学校の問題があったが、いろいろなところで議論があり、FETPから提言が出るので今日砂川先生に説明してもらおう。また、検査の割合が上がり、感染者数の過小評価、検査の遅れに関しては、西浦先生、鈴木先生からも意見があると思う。

事務局より資料2-1、-2、-3、-4、-5、-6、-7を説明、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3-4①、②、矢澤参考人より投影にて東京都の状況を説明、前田参考人より資料3-6①、②、高山参考人より資料3-5、大曲参考人より資料4-1、砂川参考人より資料3-7、田岡参考人より資料4-2、事務局から資料4-3、資料5①、②、③、最後に資料1感染状況を説明した。

(館田構成員)

○東京都の重症者数に関して、矢澤先生にお尋ねしたい。最近270ぐらいと今まで増加していたのが急に横ばいになっている。東京でECMOと人工呼吸器がもう使えないような状況になった等何か理由があるのか。

○高山先生の資料3-5図6について。沖縄では陽性の中で無症状と軽症例が10%から20%程度で、それ以外は全部酸素投与になっているが、軽症例はもっと多いはずではないか。抗体価で見逃されている症例がたくさんあるのではないか。

○田岡先生と大曲先生と、それとHER-SYSのデータが重症化を簡単に評価するような試みだと思われるが、これをうまく統合できないか。

(高山参考人)

○これは重症度別の入院患者数になっており、入院している患者のうちの軽症例がこれだけだということである。

(田岡参考人)

○現場では入力負担になっており、HER-SYSのような広範のシステムと、この予後予測システムを連動するとよい。またもう一つ横浜のスコアリングシステムがあり、それぞれ有意義かつ非常に有効な手段で、そういった幾つかを出してサポートするシステムとして使うことがよいのではないか。我々の売りとしては、統計学的な解析を01というふうにするのではなくて、0.001だったら0.001なりの重みづけ、0.05未満でなくても、それに相当する重みづけをして、より正確さを出している。

(和田参考人)

○資料1「国や自治体において」部分に「各都道府県は、今後の感染者数減少に向けた具体的な数値目標を設定するとともに、そこを目指した必要な対策を早急に実施する」といった文章を入れていただきたい。非常に漫然としており長期化を見据える中で、例えば東京都2,500といった目標を持っていただくことが重要かと考える。

○ある県の会議で多くの医療者から小中学校を止めるべきだ、夏休みを延長すべきだという議論があった。ただ延長しても今後よくなる見通しがあるわけでもない中で、やはり流行の主体は大人であり、やはり感染者は出るであろう。今後様々な支援が必要だろうが、市町村によっては漫然と延期をしているところがあり、議論をしていくべきではないか。

(川名構成員)

○医療の現場は災害医療に近い状況といえるが、一般市民は決してそうは思っておらず、通常と変わらない、高度で安全な医療が受けられると思っているようだ。そのギャップが大変心配である。現在医療従事者への負荷が多くなっており、今後ますます医療安全上のリスクが高まってくると思われる。患者さんの取り違えとか、薬の量を間違えとか、処置を失敗するとか、そういったヒューマンエラーのリスクが高くなっていく。決して、災害医療の状況だからそういった医療過誤が許されるのだということはないが、一生懸命無理をして大勢の患者さんを受け入れている医療従事者等が不幸なことにならないよう、配慮をお願いしたい。

(今村構成員)

○館田先生への回答である。東京の重症者の人数は前週が275人と報告されているが、今週268ということで、頭打ちもしくは下がっていると見える。人工呼吸器のアップパーを心配しているだろうが、単純にこの数字だけを見てそれを言うのはなかなか難しく、挿管されるまでの期間は患者によってかなりばらつきがある中での評価である。実は1週間でかなりの方が抜管されて挿管されている状況である。それでたまたま横ばいに見えたり、そういう総和になってくる。例えば今週人工呼吸器を装着した患者数は268人のうちの175人が今週新たに挿管されている一方で、離脱した人が135人いる。先週と今週で大きく違う。先週は人工呼吸器で死亡した患者数は12人だが、今週は33人亡くなっている。従って、抜管と死亡者の和でマイナスの数が決まる為、大きく動くことを加味し評価する必要がある。

(脇田座長)

○人工呼吸器、ECMOのターンオーバーが非常に速く、死亡者数により増減すると理解した。

(太田構成員)

○東京都、厚生労働省から感染症法第16条の2に基づく要請部分について。それ程余って

いる病床、医療従事者がいるわけではない中で、災害的な状況であるので我々もコロナ体制を拡充するものの、当然一般医療に影響が出てくるということは認識してもらいたい。開業医の先生をコロナに動員すると診療所へのアクセスが様々制限されるし、集中治療の病床を出せば、ほかの病気の重病の患者さんに制約が出てくる。もうそういう局面まで来ている中で、我々は最終的に対応していくこととなる。我が病院でも、今どうするのだ、どこまで診療を止められるのかという議論を始めている状況である。

○資料1 <今後の見通しと必要な対策>部分は「中等症や重症患者の入院調整対応が困難となり、手術など一般医療の制限や救急での搬送が困難な事例も生じている」と結果論としての文章となっているが、これからはコロナの体制を拡充するために一般医療への制限が拡大することが予測されるという能動的なコメントにしてもらいたい。もうそこまで医療提供体制側はやるので、一般の方々も我慢が求められるといったニュアンスが伝わるコメントにしていただきたい。

(押谷構成員)

○資料1 学校部分について。「小中高大学」と一緒に記載されているが、小中学校も全部一斉休校にすればと短絡的に見てしまう人たちがいる。ドライビングフォースは10代後半から20代、30代であり、注意して書くべきではないか。密度が高い等塾の問題が出てきており、きちんと書くべきだと考える。また、全国的に医療機関、高齢者施設のクラスターが増加、高齢者の割合も増えてきており、注意喚起が必要である。

○医療体制が大変だという話はその通りだが、こうなることはもうはっきり言って分かっていた。分かっていたが止められなかった。これは公衆衛生分科会の議論かもしれないが、サーキットブレーカーという話がありながら、今回もそれができなくて、ここまで来て漸くみんな慌てている。この問題はきちんとアドバイザリーボードでも整理をして、どういう指標が必要なのか、医療が大変な状況にならないように、どこで止めるべきだったのかという議論はきちんとしておくべきだと考える。

(砂川参考人)

○学校関係の所見のまとめと提案したが、非常に悩ましい点があった。緊急事態宣言では不要不急の県外への移動自粛と言っているが、8月に入り大学の部活動とか全国大会とか遠征絡みの事例が相次いでおり、こういった考え方が整理されておらず、非常に書きぶりとして迷うところだった。三重県国体については県がやめたいと言っているようで、福井県で行われているインターハイが、オリンピックのように既にリスクが顕在化しているという状況の中で、こういったスポーツ大会の在り方について考えていく必要があると思う。

(脇田座長)

○塾については如何か。

(砂川参考人)

○塾についても情報収集をやっており、塾の先生が陽性になっても頑張って授業もしてしまうので、その影響は非常に大きい。建物、施設の影響もかなりあると思われる。押谷先生からの助言を得て、今後考えたい。

(武藤構成員)

○資料1について。「有症状者の出社の自粛」という表現は如何なものか。有症状はもう休んでもらう筈である。休養、休息を取るとはっきり書いて、それを事業者がちゃんと認めることを含んだ表現にしてほしい。

○田岡先生に伺う。AIを使ったいろいろな予測のサービスで、ややパニックの状態でいろいろな従事者とか診療所が関わるような形になると、例えば今、死亡予測値とか重症度の予測値をほとんど丸飲みして医師が告知してしまい、ほかのAIを活用したシステムでも患者とトラブルになるケースがある。こういった注意喚起、あるいは使う上での研修等があるのかを教えて欲しい。トリアージという言葉にも世の中がすごく過敏で、正しくない理解、医学的適応とか重症度・緊急度の判定というような冷静な判断ができない状態になりつつあり、改めて伺いたい。

(松田構成員)

○イベルメクチン等効果がメディアで報道されている医薬品について、最近、個人輸入で入手して服用する人が増えているようである。危険性も含めて正しい情報を厚生労働省から発出したほうがいいのではないかと考えるが如何か。

(脇田座長)

○CDCからも、あなたは牛でも馬でもありませんといったような文書が出ているようだ。

(中島参考人)

○資料1について。本日名古屋市保健所会議でも話が出たが、かなり急速に症例の報告が積み上がって、今公開している症例数が実態を反映していない、かなり過小評価になっているようだ。愛知県でも過小評価になっていることに注意が必要である。

○年齢別の患者数の増減のトレンドについて、流行を引っ張っている20代を中心とした患者数の減少と、年齢構成が変わっていくのですけれども、それが相変わらず変わっていない。先週はさらに20代が増えているのです。個別に聞くと、お盆に関係した宴会とか集まりがあったようで、会食の自粛がメッセージとして届いていない。全体として年齢構成、ドライビングフォースの年齢がどの地域もあまり変わっていないというのは非常に重要なことを示唆している。メッセージが届くようなリスクコミュニケーション上の強い対策が必要である。

(西浦参考人)

○重症患者の予測を使ったトリアージの件。救命をしないといけない人を選択するときには、功利主義の立場に立つのであれば、年齢が若い人を助けることになると思う。一方で、年齢が高いほど重症化しやすいとなると、ライフイヤーズとしては助けるべき人を助けられない可能性があるということなので、重症トリアージに頼った実際の入院のトリアージをすると、そこをしっかりと考えないことになる。倫理と向かい合って、トリアージの原則を厚労省から明確なポリシーを出して、整理をしておく必要があると思う。

○資料2-6に学校で伝播があまり起こっていないとの部分はよく考えたほうがいい。現象論的には考え難い。6月と7月に入ってから感染経路が分かった人の全体に対する割合が激減している。また学校等というので報告されそうな人が、診断バイアスが相当ある。最近になって感染者が上がり過ぎていて、そういう観察が行き届かなくなっているということが明確であり、この本質として8割感染経路が分かっていないデータに関する解釈というのは、注意しながら出したほうがいいのではないか。

(田岡参考人)

○東京大学でも倫理的な問題を非常に重要視しており、東京大学内の法務部、弁護士の先生が関わり、利用規約を設定している。システムを利用できるのは患者ではなくて医療従事者だけ、かつ、これはあくまで医療サポートシステムであるということ。現場の判断、トリアージというのは非常にナーバスな言葉であり、実際のものに関しましては重症化予測サービスとしている。あくまで医者判断を助けるものであるという形で提示している。

(今村構成員)

○現場では、例えばCOPDの人とかステージが進行しているがんの方は、もともと人工呼吸器管理を希望しない人とか対象にならない人はかなり多い。あとは、ECMOも高齢者はこの疾患に限らずもともと対象になっていない。あと、離脱の難しい基礎疾患のある人もECMOの対象になりにくいというのがもともとある上に、さらに人工呼吸器の利用が少なくなってくるような中で、現場ではいろいろなことが細かく行われるということがあっていることは知っておいたほうがいいと思う。ただ、先ほどのいろいろな重症化の部分の話は、恐らく入り口での流れを大きく整理するために利用していこうという話なので、上手に使っていただければいいと思う。

(脇田座長)

○他に無いようであればこれにて終了する。いただいた意見を参考にさせていただいて、また修文はこちらでさせていただく。本日もありがとうございました。

以上