

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第78回）
議事概要

1 日時

令和4年3月30日（水） 17:00～19:15

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	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	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授
	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
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

	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
厚生労働省	後藤 茂之	厚生労働大臣
	佐藤 英道	厚生労働副大臣
	島村 大	厚生労働大臣政務官
	深澤 陽一	厚生労働大臣政務官
	吉田 学	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医療技術総括審議官
	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）
	大西 友弘	内閣審議官
	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）

厚労委員会がありまして、遅れまして申し訳ございません。

委員の皆様には、お忙しい中お集まりをいただき、誠にありがとうございます。

直近の感染状況について、全国の新規感染者は、1か月以上にわたり緩やかな減少が続いておりましたが、足元の状況としては昨日29日、4万4378人、1週間の移動平均で4万3250人となっております。この数日の1週間の移動平均は増加傾向にあります。

1週間の移動平均であっても、祝日等の影響を受けることがあるために、数日連続の増加が直ちに持続的な新規感染者数の増加につながるかは現段階では判断できないわけでありましてけれども、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。

これまで、昨年11月に取りまとめた全体像に基づく保健・医療提供体制をしっかりと稼

働させることを基本としつつ、オミクロン株の特徴に対応する対策の重点化・迅速化を図ってまいりました。こうした対策をさらに強化するために、今月25日に厚生労働省の所管で、合計1兆3475億円の予備費の使用を閣議決定いたしました。

具体的には、ファイザー社及びモデルナ社のワクチンを追加で確保するために必要な費用として6670億円、治療薬の追加確保や治療薬の早期実用化の支援に必要な費用として4397億円、抗原検査キットを確保するために必要な費用として929億円、検疫体制確保に必要な費用として1479億円を措置することとしました。

治療薬につきましては、今後、感染再拡大が起こり得る新たな変異株の出現に備えて、治療薬開発をさらに加速するために、予備費で150億円を措置して追加支援を行います。

また、塩野義製薬株式会社の新型コロナウイルス感染症の経口治療薬S-217622の購入について、今月25日に基本合意に至りました。薬事承認がなされれば、速やかに100万人分を、それ以降も一定数量を確保する内容です。今後の承認が前提となりますが、本剤が実用化されれば、軽症者に対する治療の選択肢がさらに広がるものと考えております。

新型コロナワクチンについて、今月24日に厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会を開催しまして、4回目接種の在り方や、12歳以上17歳以下の方への3回目接種について審議いたしました。

その結果、まず12歳以上17歳以下の方への3回目接種につきましては、2回接種を完了した全ての方を今月25日より予防接種法上の特例臨時接種の対象に位置づけました。4回目接種については、ワクチンの効果の持続期間や安全性等に関する最近の科学的知見、諸外国の動向を踏まえて、引き続き検討することが適当であるとの御意見をいただいております。専門家の皆様の意見を踏まえつつ、4回目接種を行うか否かを含めて、引き続き検討を進めてまいります。

これから新年度を迎えると、多くの方が集まる行事が行われるとともに、就職や進学を機会に移動も多くなる季節となります。これまでこのような機会をきっかけに感染が拡大したことから、感染防止策の徹底が必要です。

国民の皆様には、感染リスクの高い行動を控えていただき、改めてマスクの着用、手洗い、3密の回避、換気などの基本的な感染防止策の徹底を心がけていただきますようお願いいたします。

本日も、直近の感染状況などについて、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及び資料4を、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、前田参考人より資料3-4、中島参考人より資料3-5、高山参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、矢澤参考人より画面共有資料を説明した。

(釜范構成員)

- 当初の入院治療から改善し、下りの段階での入院施設のマッチングがなかなかうまくいかないという御指摘があったが、その背景はどうお考えか。

(藤井参考人)

- 個別の患者の状況を病院に回答いただいているが、全体数を見ると、やはり高齢の方、70代、80代、90代の方が非常に多い。したがって、療養あるいはリハビリ支援も含めてマッチングがこれまでの5波よりも非常に難しくなっている。関係する患者、あるいは御家族の説得も含めて、マッチングが難しいという回答が来ている。

(舘田構成員)

- 今の質問に関連して伺う。15日以上入院している人がなかなか減らないとの話があったが、そのような方は高齢者が多い中で、なかなか退院できず、また、レッドゾーンの中でのリハビリが必要な人たちが多くいらっしゃるのではないかと思う。それができないとだんだんADLが下がり、なかなか退院先も見つからないという状況が見えるが、そのことに関しての状況を教えていただきたい。

(藤井参考人)

- 回復期病院あるいは療養型病院にもコロナ受入れ病院に参画いただいているが、やはり主軸が急性期病院、また、コロナ治療に特化したマンパワーを集約しているので、コロナ病棟でリハビリまで実施されているという病棟はあまり多くはないのではないかと推測。病院からの回答だと、長期入院患者のうち87%の患者が、コロナ治療を終えて転退院が可能ということになっているが、実際には転院先のマッチングがうまくいかないという状況。

(武藤構成員)

- マッチングがうまくいかない背景について。老人保健施設は転院先の大きな候補だと思われ、施設側も比較的頑張って受け入れるとの意思を表明していると聞いているが、老健施設でもやはり難しいのか。

(藤井参考人)

- 一つの要因として、コロナ患者は、行政の医療サイド、保健所、あるいは医療機関が管理をしている。福祉施設の入所に移行しようとする、市町村の福祉サイドとの調整が必要になる。非常に少数だが、入所施設に退院していただく事例もあるが、その事例を伺ってみると、保健所あるいは病院からお住まいの市町村の福祉部局との調整を経て

入所先を探すという非常に手間のかかる調整が必要ということだった。

(武藤構成員)

- 何らかの形で短縮したり、解決する方法について、藤井先生のアイデアを伺う。

(藤井参考人)

- 医療サイドから言うと、今、福祉との連携を非常に強化しているので、その中で市町村の福祉サイドとの連携を強化することがこれから必要になってくると思う。

(中島参考人)

- 藤井先生の資料の14ページ目、高齢者施設での治療についてお伺いしたい。これは現場では大変待ち望まれていて、この13%、25%、11%という数字は大変な御努力があると思う。藤井先生はこの数字自体はどのように考え、今後どのような展開をお考えか伺う。

(藤井参考人)

- 経口薬25%というのは、もう少し協力医療機関のほうで初期治療の御対応をいただきたいという健康医療部としての思いもある。ただ、マンパワーの問題と、登録の手続等、医療サイドから支援できることもあるのではないかと思う。ただ、医療機関のリストが上がってきて、複数の施設を担当している協力医療機関もあることも分かってきたので、どうしてもその施設往診までは無理だという協力医療機関は一定数残ると思っており、これは地域の往診可能医療機関でフォローする体制が必要。

(事務次官)

- 今回、大阪府はいろいろな苦労をされた上で、高齢者施設にかかわる取組を進めておられると思うが、取組を行うに当たって参考にされた県や、あの県のこの取組が非常に良かったというようなことはあったか。

(藤井参考人)

- 東京都とはいろいろ情報交換をしており、東京都が施設への往診体制を早期に整えられたということを参考にした。施設への往診体制がそれぞれの地域ごとで窓口等を含めて整えられている点は大阪府としても非常に参考になった。

(和田参考人)

- 矢澤先生や阿南先生に伺いたい。一般診療をどうやって守っていくのか、特に第7波を考えたときに、第6波のときの救急搬送困難事例で、特に一般診療のところが詰まっ

てくると数として見えてくるので、また厳しい対策が必要になると思う。したがって、そこをどのように解決していくかという中で、先ほど矢澤先生の資料の中でも、例えば透析患者や、小児、または出産の患者などがコロナだったときにどうするかということは、かなり東京都でも進んでいるようだが、一般の急性疾患でたまたま検査をしたらコロナだった、例えば、骨折や手術が必要な方、心筋梗塞や脳梗塞の方が検査をしたらコロナだった場合が前回課題だったのではないかと思う。そのような場合の自治体としての取組があれば教えていただきたい。

- 一般診療における救急搬送困難事例は、特に職員の感染が広がったことが大きく影響したのではないかと考えている。特に内科系ではないところでの紛れ込みでの感染の広がりが、3回目ワクチンを打っていてもかなり起きているということが他の自治体でも見られている。職員の確保などの点において、もし何かコメントが聞ければ幸い。

(釜萯構成員)

- 3月28日付で感染研のホームページにコロナの感染経路の整理が示されており、それを受けて、資料1の中でも、感染経路についての記載が今回なされたと思う。エアロゾル感染を飛沫感染とともにしっかり位置付けたことは重要。一方、感染全体に占める接触感染の割合も踏まえて、現在行っている感染対策を今大きく変更すべき時期ではないと認識している。しかし、飲食店などにおいては、いろいろな場面で、接触感染の対策にかなり力を入れられている部分もあり、それを今後どのようにするのか、見直し等についての御意見を伺いたい。
- 今、経口治療薬がだいぶ使われるようになっていて、しかし、治療開始からの時期はそれほど経っていないので、効果をしっかり評価できるだけのデータはまだそんなに出ていないと認識している。どのぐらいの時期になれば治療効果の評価ができるかと考えているか、事務局から現状の認識を伺いたい。

(阿南構成員)

- 下り転院の問題について。コロナに限らず、日常医療から問題だが、転院先のほうがお金がかかる。我々が、下り、つまり受け取る側になると、陽性のときと違って陰性扱いということでやるが、急性期病院のほう安くて、その先に行ったほうが家族の出費が多いというパターンが多く、家族が断るといことが多い。スムーズに転院するには、転院したときにお金が増えることがないようにできると、背中を押せる。日常からの問題ではあるが、お考えいただきたい。

また、施設は戻りづらいという課題がある。施設は様々な機能があるので、高齢者の問題で身体機能が落ちると、例えば、病院で10日間療養して、足腰が弱ったので、もううちの施設での受け入れは無理ですと言われ、同じ施設に戻れないということが非常に多い。その点は課題として解決に向けて考えておかなければいけないと思う。

- 先ほどの和田先生の御質問に関し、一般診療との兼ね合いはなかなか難しい。今までは、例えば入院患者が陽性化すると転院させるので、てんやわんやということがあったが、まずは転院をさせないということを徹底する。救急を受ける医療機関からすると、コロナ対応をしながら救急を受けるのは非常に大変なので、全体としてのボリュームを下げていく、患者さんの移動を減らすことが一つの策だということで我々もやってきた。転院を少しでも減らすことでコロナ対応病院の負荷、あるいは一般救急の負荷を減らすことに努めてきた。
- オミクロンになって、軽症・中等症が増えている。その中でリスクは明確に高齢者。これから先もターゲットは高齢者なのだと思います、我々もキャンペーンを張って、中和抗体を徹底的に高齢者に打つといった対応をしている。しかし、今ある内服薬は、ラゲブリオにしても、適応にしても、流通にしても、非常に使いづらく、なかなか使われない。このような中で、我々も塩野義製薬の治験に協力しているところ。第7波の傾向が見えている中で、塩野義製薬の薬は使い勝手がいいのではないかと期待されるが、治験の進捗状況や見込みについて事務局に教えていただきたい。オミクロンでウイルスの特性も変わってきた中で、いつまでやれば結果が出るのかが見えないと、治験に協力しているのも結構大変。

(吉田構成員)

- 高山先生に質問。資料の図12で、エッセンシャルワーカーの定期的なPCRの検査事業で、介護施設の従事者の捕捉率が30%とすごく高い。どのような理由が考えられるか、教えていただきたい。

(高山参考人)

- ワクチン接種をしたことや、オミクロン株で非常に軽症で推移する人が多いことから、受診すべきかどうか迷ったり、これぐらいの症状ならコロナではないのではと考えるケースが特に1月以降増えたと思う。去年の12月まではこの事業で拾う例はここまで多くなかった。オミクロン株になってワクチン接種が進んだ以降は、症状が軽微で悩んで、この事業でやはりコロナだったのだと拾われるケースが増えてきた。

(舘田構成員)

- 私も図12に関して質問。1例陽性が出たら、そのクラス全員を検査するという中で、保育園・幼稚園での陽性率、捕捉率は14%なのに対して、それ以外の小学校、中学校、高校では効率があまりよくない。非常にきれいな、説明がしやすいデータが出ていると思う。このデータをどのように活用していくのか。例えば、私の大学の事務でも、今、1例陽性が出たら、その部屋の全員にPCR検査を何十例もやるが、陽性にはならない。症状がない周囲の人たちに検査をしても空振りが多いので、例えば小中高とか会社では、

症状がなければそこまでやらなくてもいいのではないかとということがデータとして使えるのではないかと。一方で、保育園、幼稚園、介護施設などの従事者に関しては、検査を積極的に広く早く行うように、強弱をつけていかないと、キットや検査の限界があるのではないかと。どのように効率的に使っていくのかについて、横展開する方向を考えるべきではないかと。

- 高齢者施設で治療薬がなかなか行き届かないと前から指摘されていた。厚労省が先週通達を出し、使いやすい形になっているようだが、どのように効果を出していくのかということについても、引き続きお願いしたい。

(河岡構成員)

- 前回のアドバイザリーボードの資料で、留学生の多い上位10か国について、検疫における陽性者数のデータを出していただいた。台湾のように0%の国もあれば、スリランカやベトナムのように6%を超えている国もある。検疫で6%が陽性という割合は、現地での検査にかなり問題があるのではないかと。他の国のことなので、対応は難しいかと思うが、何らかの要請はできないのか。

(太田構成員)

- もうすぐまた大きな波が来る可能性があるとする、中心となる対応はやはり高齢者。高齢者のリハビリに関してどの程度のデータがあるのか。厚労省として集めている情報があれば、教えていただきたい。

病院で治療している間にADLが悪化して、スムーズに戻れなくなるということを何とかしなければいけない。そのことはよくわかっているが、しかし、レッドゾーンの中にリハビリスタッフを入れて、しっかりとケアすることはなかなかやれていない。もし、オミクロンの第6波で、リハビリを積極的にやっていた病院があり、その成績がわかるものがあれば、ベストプラクティスとして広報し、横展開できるようにサポートいただきたい。レッドゾーンでのリハビリを行っても感染しなかったという事例を見せていただくと、病院や病院のリハビリに対して、積極的に頑張ろうと我々も言っていける。

また、もし多くのコロナの重点医療機関で行われていないとするならば、インセンティブが足りないのかもしれない。レッドゾーンに入って患者に密着しながらリハビリをするのはかなり大変。厚生労働省からコロナ治療は様々な診療報酬上の特例でサポートをいただいているが、もしリハビリを積極的に行うことが第7波の対応で重要であるならば、診療報酬上の措置の必要性を検討していただきたい。

(武井審議官)

- 河岡先生から御質問いただいた水際における検査精度の件について。現在、外務省を通じて各国にお願いをしている。検査精度の問題は重要な課題であると認識しており、

国が認めた、認証された検査機関できちんと検査を受けてほしいという話をしている。そのような機関で検査を受けてくる場合もあるが、それ以外の検査機関で受けてくる場合もあり、その場合はその国から指導していただくことになるので、引き続き、各国政府に外交ルートを通じて検査精度の向上に努めていただくようお願いしていきたい。先生の御指摘のようにしっかりと要請していく。

(高山参考人)

- 小中高でのクラス全員の検査は、保護者の不安が強いことに対する解消の目的、つまり学校生活を安心して続けていくための支援という側面もある。確かに、効率性の面からすると、明らかに陽性者の数は少ないが、とはいえ、クラスの中で1人陽性者が出たときに、他にもいるのではないかということで、学校に通えなくなる子供たちもいたりする。全体のバランスの中で、不安解消という側面も見据えつつ、続けていくかどうか考えたい。1月に流行規模がかなり大きくなったときには、有症者に対する検査体制が逼迫した時期があった。そのときは、幼稚園と学童クラブについては全員検査を続けたが、小中高については検査対象を濃厚接触者に絞り込んだ時期もあった。今、学校では濃厚接触者を同定しないやり方にしたが、今後、この検査が続けられないほどの流行になった場合には、再び濃厚接触者の同定をやらなければいけないかもしれない。

(脇田座長)

- 和田先生からの一般診療をどう守っていくのかという質問に関して、矢澤先生、何かコメントはあるか。

(矢澤参考人)

- 東京都でも、病院の職員の感染がクラスターでないにしても散発したことで、多くの病床が閉じられたり、救急外来が止まった事例が散見された。別の疾患で救急にかかり、そのときに検査をしたらコロナだったということがあり、救急医療をいつも5列、10列受けられる強い病院でも一遍に2人が限界だという声を随分聞いた。そのような中で、東京ルールが適用される件数がどんどん上がっていった。

都内に600の病院があり、そのうち250程度が救急病院、コロナの対応をしている救急病院は180程度。したがって、それ以外にも救急をやっている病院がある。そうした方々やコロナを積極的に診ていない循環器の専門病院などにも声をかけ、例えば「外因性」、「75歳以上」、「整形」などのキーワードの方を受け入れていただいた場合に謝金をお支払いすることにして、それで少し改善した。

また、コロナの中等症以上の方はフロア単位で病床を確保することがあるので、ゼロか一かという話で病床が空いているのに入れられないというジレンマも伺ったので、適切なゾーニングをしたり、個室管理などに転換をして、患者が増えたら病床を空けてい

ただくことを前提に、病床を救急に振り分けてかまわないということ、説明会や個別で話をしてきた。こうしたことによって、なんとかしのいできたという状況。

(協田座長)

- 和田先生から、救急搬送困難事例に関して、どのように職員を確保していくのかという御質問。
- 釜菴先生から、対策に関して接触感染に重点がおかれているが、今後そういったものをどのように見直していくのかという御質問。
- 経口薬の御質問が釜菴先生、舘田先生、阿南先生からあった。塩野義製薬の薬の見込みなど、事務局からコメントをいただきたい。
- 阿南先生から、下り転院の御質問。
- 太田先生から、リハビリの問題について、レッドゾーンのリハビリの成績、現状のデータがあるかということ。

(結核感染症課長)

- 治療薬の関係について。新型コロナウイルス感染症に対する治療薬に関しては、抗体医薬の実用化に続いて経口治療薬の実用化が昨年末行われており、薬の確保、使用の迅速化に自治体に協力いただきながら取り組んでいる。現在、オミクロン株による感染拡大を受けたさらなる体制の強化をお願いしているが、その中で、治療薬が使いにくいという指摘に関しても、どのようにチェックをするかがわかる分かりやすい資料をつくるなど、自治体の協力を得ながら使いやすいように取組を進めていきたい。国内企業が開発する経口治療薬の実用化は、非常に高く期待をされている。現在、薬事承認申請が行われているが、データの確認等に一定の時間を要すると理解している。その間、神奈川県は治験などに非常に協力いただいているが、引き続きデータの収集などについて協力をいただきたい。

(地域医療計画課長)

- リハビリテーションの質問について。今、持っているデータはないが、隔離解除の前からリハビリをしている医療機関がそれなりにあると聞いている。一方で、そのデータがあるのか、ベストプラクティスとして好事例を把握しているのかということについては、学会などとも相談しながら情報を収集したい。

(協田座長)

- 釜菴先生からの経口薬の効果の評価について。経口薬については臨床的な効果の分析がなかなか難しいとは思いますが、何かあれば事務局からお願いしたい。

(結核感染症課長)

- 経口薬の臨床での有効性の評価は極めて難しい。ワクチンの有効性、また株による変化という状況もあるので、現状、日本でこの治療薬についての有効性を客観的に示すデータは出していないところ。臨床の先生方の感覚や使った印象では、非常に効果があったという話もあるが、重症化率が低い感染症について実際の有効性を評価するのはなかなか難しいと思っている。諸外国でどのような分析をしたり、データを集めたりしているか、今回の感染対策だけではなく、次の感染対策のときにも評価していくことは大きな課題だと思うので、引き続き検討していきたい。

(押谷構成員)

- 釜范先生から話があったエアロゾル感染と接触感染について。飲食店で接触感染に偏重した対策がなされているのは事実だと思うが、飲食店だけではなく、高齢者施設などでも起きていることだと思うので、整理が必要。また、エアロゾル対策として行われている対策の中にも、不適切なものもかなりあると思う。例えば、ビニールのパーティションで区切って、空気の滞留をあえて生んでしまっているようなものもある。そろそろきちんと整理をする必要があるのではないか。CO2モニターに関して、正しく使われているのかどうか、きちんと整理する必要があるのだと思う。
- 事務局へのお願い。第6波でかなりの方が亡くなっているが、その内訳、年齢層がきちんと示されていない。基礎疾患のある高齢者ばかりが亡くなっているといろいろなところで言われているのが、必ずしもそうではないところもあるので、整理が必要。去年の夏に1度、厚労省からアドバイザリーボードに出されているが、あのような形でのまとめが必要ではないか。
- 資料3-3の136ページに、「自然感染による免疫も加味した年齢群別免疫保持者割合の推定」が出されている。特に40歳未満のところ、上のモデルで見ると、オミクロン株の感染を加味すると去年よりも高い状況になっていて、下のモデルではかなり低い。今後、ドライビングフォースになっていく年齢層だと考えられるので、この免疫のところは重要。この違いをどのように解釈をしたらいいのか、西浦先生に伺う。
- 資料3-3の140ページでは、高齢者の3回目接種を含めてもこれから免疫が減弱していくという傾向が見てとれる。英国等、ヨーロッパでもリバウンドしている国が多いが、高齢者は欧米では日本よりも早く3回目接種をしていたので、免疫が切れてきていることもかなり重要な要因だと言われている。今、高齢者の3回目接種がまだ効いている状況で高齢者施設等での感染は減っているが、4月以降、特に4月下旬以降、かなり状況は変わってくる可能性がある。その点は来週でもいいかもしれないが、資料1に入れていくべきだと思う。西浦先生の死亡者の推計でも、今後第7波が高くなる可能性もあるという推計が出ているが、この点も関連しているのだと思う。今は3回目接種を推進しなければいけないところなので、あまり減弱するという話を強調し過ぎるのも

いけないのかもしれないが、きちんとバランスを取った上でコミュニケーションをしていく必要があるのではないか。

(脇田座長)

- 今の最後の話については、来週以降また考えて入れ込んでいきたい。

(西浦参考人)

- 特に40歳未満で異なる件ということに関しては、どちらの推計手法でやっていくのがいいのか、私も悩みながらやっている。上側がオーストラリアのDKの推定値で、下側が英国の推定値。上側は中和抗体の反応の強さを株間で見つめたものを、感染者の血清から取っただけの情報を基に推定をこなしているもの。下側がもう一歩だけ頑健で、中和抗体とロンドンでやっているREACT-1という、いわゆるONS用のPCRを頻回にやることによって得ているインシデンスデータの調査の中に抗体調査とクリニカル・トライアルを交ぜているのだが、もともとの高さが40歳のところで英国の推定値のほうが高いのは、そもそもの発症阻止効果がもっと高かったはずだということが想定されている。

エンピリカルデータは、英国のほうにどちらかというに近いものが後追い研究で得られているが、まだ文献上では不確実性の範囲内程度の違いでとどまっているので、この後、追加データを見ながら、どれくらいの数値になるのかという話をやっていくしかないのかなと思う。

今やらないといけないのは、BA.2に対するリインフェクションや、自然感染をBA.1でやった後の人の3回目接種によって、より中和抗体が上がる、持続しやすいということが追加のエビデンスで得られてきているので、それらを拡充しながら第7波用のモニタリングに切り替えていくこと。

(脇田座長)

- 死者の内訳の分析をお願いしたいとの押谷先生の指摘について、事務局から何かあるか。

(結核感染症課長)

- 実際に新型コロナウイルス感染症に罹患された方がどれくらい重症化して、どれくらい亡くなるかというデータに関しては非常に関心のあるところ。重症化したり、亡くなるまでに時間がかかるので、これまではその点をしっかり追いかけているいくつかの自治体の協力を得ながらデータを整理している。データの整理については、また時期を見てしっかりやっていきたい。

(脇田座長)

- 感染対策の整理という点について、和田先生から何かあるか。

(和田参考人)

- 感染対策の整理は、また近くで会合などをしたい。

(今村構成員)

- リハビリについて。今回、高齢者がかなり入院したが、多くの方は隔離期間が短いので、ベッドサイドで隔離期間中にできることは限定的。また、急性期病院における限られたリハビリスタッフの中で、ベッドサイドに頻回に入ることなかなか難しいという状況だった。一方、5波のときには人工呼吸器管理となった患者も多かったため、抜管後もある程度の期間はコロナ対応病床で診療することが必要であったため、積極的にリハビリスタッフとも相談する機会を設けて、入院中のリハビリを行ってもらった。

隔離の高齢者においては、元の施設に戻れないぐらいにADLが悪化する場合、あるいは元の施設に戻るにしても、その前にリハビリによってADLをもどすことが必要となる場合もある。元の施設が必ずしもリハビリが得意なところではないことも多いので、リハビリに強い下りの医療施設の確保ということも意識しておく方が良いかと思う。

(脇田座長)

- 皆様、本当にありがとうございました。

以上