新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（第83回）
議事概要

１　日時

令和４年５月１１日（水）　１７：００～１９：２５

２　場所

厚生労働省議室

３　出席者

座長	脇田　隆字	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
	釜萢　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
都築　慎也	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター医長
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
	仲田　泰祐	東京大学大学院経済学研究科准教授
	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
	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
文部科学省	三木　忠一	初等中等教育局健康教育・食育課長
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
	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
	鷲見　学	医政局地域医療計画課長
	江浪　武志	健康局結核感染症課長
	林　俊宏	子ども家庭局保育課長
	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）

国会の質疑のために遅れまして、誠に申し訳ありません。

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

直近の感染状況につきましては、ゴールデンウィークの影響もあることから、単純に判

断することは難しいわけでございますが、全国の感染者数は昨日10日が４万2045人、１週間の移動平均では３万1535人となっておりまして、１週間の移動平均の先週今週比は0.98となっております。

今後の感染状況につきましては、ゴールデンウィークで人の動きが活発だったことや、BA.2系統へ概ね置き換わったことなどの感染の増加要因と、ワクチン３回目接種が進んでいることや、暖かい季節になり、換気等の対策がしやすくなっていることなどの感染の抑制要因によると考えられる中で、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。

保健医療提供体制につきましては､オミクロン株の特徴に対応する対策の徹底について、３月18日に都道府県に依頼しておりましたが、先月28日、その結果を取りまとめて公表をいたしました。

まず、外来で検査を行う診療・検査医療機関数は3.8万になりまして、公表率は９割に達しました。また、健康観察・診療を実施する医療機関数は2.3万となりました。この体制をさらに拡充するために、電話等初再診の診療報酬上の特例措置を全国へ拡大した上で、７月末まで行うこととしまして、引き続き自治体に取組を働きかけてまいります。

高齢者施設等における医療支援につきましては、まず施設内で感染が発生した際、24時間以内に感染制御・業務継続支援チームが派遣できることについて、各都道府県から5.6万の全ての高齢者施設に対し､連絡･要請窓口を周知していることがわかりました｡また、高齢者施設等に対して、協力医療機関を事前に確保しているか、または、自治体が指定する医療機関等に往診・派遣を要請できるかを調査した結果、全高齢者施設等の65%に当たる3.6万施設で体制が構築できていることが確認されました｡引き続き､全ての高齢者施設等について往診・派遣を要請できることを確認し、体制の構築を進めてまいります。

ワクチンの３回目接種については、昨日時点で65歳以上の高齢者の接種率は88%、全体では55%となっています。全体の接種率は、既にアメリカやカナダを上回り、フランスやイギリス並みの水準に達しています。

今後、数週間のうちに先進国でもトップレベルの水準に達するよう、引き続き、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ます。

国民の皆様におかれては、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を徹底すること、連休は終わりましたが、引き続き積極的に検査を活用していただくことを心がけていただきますようにお願いを申し上げます。

本日も、直近の感染状況等について忌憚のない御意見をいただきますように、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、２－６及び資料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、西田参考人より資料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、杉下参考人より画面共有資料、大曲参考人及び都築参考人より資料３－８、仲田参考人より資料３－９、文部科学省より資料５－１、事務局より資料５－２を説明した。

（舘田構成員）

○　西田先生に質問。資料３－４の５ページ目の赤線で見られるように、制限がない中でもかなり皆さんに協力していただいていることが改めてわかるが、外国のデータはあるか。日本と外国の反応の違いが比較できれば、より理解が進むかと思う。

（西田参考人）

○　同じように解除後の状況でどの程度増えるかという海外との比較はできていない。論文も出てきていると思うので、また報告できれば報告したい。

（脇田座長）

○　隣の韓国などがどうなっているのか知りたいところなので、よろしくお願いする。

○　藤井先生に質問。資料３－７の９ページに示された新規陽性者の20-30代の増加について、感染場所は繁華街が多いのか、それともほかの場所か。

（藤井参考人）

○　疫学調査は、ファーストタッチを含めて65歳以上に重点化する方針のままで対応している。したがって、20-30代の方については、陽性確定した後はショートメールで連絡先、療養のサポート先をお知らせするという対応が基本となっており、感染行動についてはあまり確認できていない。

（舘田構成員）

○　資料３－７の18ページだと、直近で10代以下の重症例が15%程度あり、気になる。別のところでは、愛知県でも基礎疾患のない子供が挿管されている症例が数例見られていると聞いたが、今までにない動きである。なにか情報があれば教えていただきたい。

（藤井参考人）

○　重症患者の発生数が少ないため、10代以下の比率が５月１日から９日の間で多く見えるが、重症化された10代以下の患者は基本的には基礎疾患がある方とのことで、特段注目すべき症例という報告は受けていない。

（脇田座長）

○　10代以下の感染もオミクロンになってから増えており、熱性けいれんやクループが増えているとの話はあるが、基礎疾患のある方は基礎疾患に基づいて重症化することはあるということだと思う。

（尾身構成員）

○　杉下先生から、施設での感染は減ってきているとの話があった。「施設」というのは高齢者施設も含んでいると思うが、高齢者施設での感染も減ってきていると理解してよいか。そうだとすると、国も高齢者施設への支援を強力にやっていることの良い影響が出てきていると考えてよいか。

（杉下参考人）

○　クラスターの報告の件数は、高齢者施設も含んでいる。ただし、保健所が任意で報告をしているものなので、後で積み上がってくる場合があったりする。別のデータを見ると、高齢者施設での発生自体は減ってきているが、その後ずっと横ばいで推移しているという状況。つまり、決して多くはないが、いまだに継続して出ているという状況かと思う。

（脇田座長）

○　大阪府の藤井先生からは、感染の場所の聞き取り調査が重点化されており、飲食の場の増加がなかなか見えにくいという話があったが、東京都では飲食の場での感染は少し増加傾向にあるのか。

（杉下参考人）

○　飲食の場は保健所が調査をしていないので､ほとんど報告が上がってきていない状況。

（川名構成員）

○　資料４の５ページの「ゲノムサーベイランスによる系統別の検出状況」をいつも興味深く拝見している。これまでの経過を見ると、第４波がアルファ株、第５波がデルタ株、第６波がオミクロン株と読める。今回、第６波の質的な部分を詳しく図示していただいているが、BA.2に置き換わってきたことによって次の山が形成されつつあるように見える。今のところはそのような解釈でよいのか教えていただきたい。

（今村構成員）

○　仲田先生の作成されたツールに関して質問。ユーザーフレンドリーに作られており、

使う側が使いやすいツールになっていると思って見ていたが、現場で次の波が来たら使ってみたい。

今回の第６波では、コロナとしては重症ではないが、ほかの疾患が重症化して入院適応となっている高齢者が増えたという特徴があり、これまでの波とは重症の質が違っていたと思う。そういったところは、仲田先生のツールの中ではどのように見ていけばよいのか教えていただきたい。

（中島参考人）

○　学校と保育所に関するプレゼンテーションについて。網羅的でわかりやすい資料を提示していただき、ありがたい。取組が色々わかり、勉強になった。

○　資料５－２で示された保育所の現場からの具体的な悩みにどう答えるのか、本当に難しいところだと思う。例えば、感染予防に努めてもクラスターが出てしまう、そうしたときには打つ手がなくなって困ってしまうことがあると思うが、実際に多数発生したときにどのような対応をされているのか教えていただきたい。

○　文部科学省の資料５－１について。小中高で感染している場が随分違っている。その中で、学校が管理をある程度できる場所として、例えば寮や部活があると思うが、その割合が中学生・高校生で上がってきている。例えば、部活の指導者や寮の関係者など、そこの関係者の方々は必ずしも学校の教員、職員ではない場合もあると思う。そうした関係者への啓発、感染管理に関しての指導、教育はとても大事になると思うが、取組やお考えがあれば教えていただきたい。

（脇田座長）

○　川名先生から、BA.1からBA.2への置き換わりが次の山の形成になっているということでよいのかとの質問。鈴木先生と西浦先生にお伺いする。

（鈴木構成員）

○　資料３－２の最後のページ。確かに直近のこの波が第６波の続きなのか、あるいは第７波なのかという点がわかりにくいので、BA.1とBA.2でそれぞれの推定陽性者をプロットすると、明らかにBA.1が下がっていく一方で、BA.2は増加し、ピークを迎えている。したがって今の波は基本的にはBA.1を主体とする第６波とは異なるBA.2を主体とする第７波であると考えている。

（西浦参考人）

○　鈴木先生のおっしゃったことに追加事項はない。

（川名構成員）

○　そうすると、BA.2に置き換わったことで第６波の後半部分は質的には第７波であるという理解でいいのだと思う。

（脇田座長）
○　今村先生から仲田先生に質問。現在の第６波では、これまでと違い、コロナ以外の重症化による入院が増えており、重症者の質が変わってきているが、それがどのように病床見通しのツールに組み込まれているのか、あるいはどのように読み取ればよいのかとの質問。

（仲田参考人）
○　それぞれの地域で、過去の重症化率、入院率、致死率を見て、それと同じだった場合、半分だった場合といったものを提示しているが、この重症患者の中身が第６波特有のものがあったのではないか、それはどう反映されているかという御質問だと思う。
　第７波でも別の要因で重症化していたなど、そのような要素が第７波と第６波で同じなのか、もしくはそれが全く変わるのかといった情報があれば、第７波で使うべき、見るべき重症化率がわかるという話だと思う。

（今村構成員）
○　また新たな情報が追加されてくれば、ぜひ更新もお願いしたい。

（仲田参考人）
○　第６波が始まる直前の１月の中旬に第６波における重症化率、致死率はこれくらいなのではないかと分析をしているが、単純にワクチン接種率、新規感染者数における年齢構成、高齢者の割合を丁寧に見ていくだけで結構わかってくることもあるので、もし、それぞれの自治体でもう少し丁寧にデータを見てくれないかとの要望があれば、個別に対応したい。

（今村構成員）
○　こちらも使ってみて、何か気がついたことがあれば今後も情報交換できればと思う。

（脇田座長）
○　今村先生には、もし東京都で何か経験があれば、またこの場でも共有していただきたい。
○　中島先生から、教育現場の取組についての質問があった。

（保育課長）

○　クラスターや感染者が多数発生してしまった場合は、保育所は一部ないし全部休園せざるを得ない。その範囲はできるだけ特定しているが、基本的にはそういった対応になっているのが現実。

（文部科学省健康教育・食育課長）

○　部活や寮についての御指摘だが、ともに学校の運営や学校の教育活動でやっているので、例えば、部活の顧問を担任の先生などがやっているように、基本的には学校の関係者。文科省のマニュアルにも、部活をやっているときだけではなく、前後の食事や部室での生活のことについて記載しているし、寮や寄宿舎についても章を設けて記載しているので、部活や寮を運営する学校の関係者がそれに沿って対策をやっていただいていると思う。

　また、部活でいうと、外部講師ももちろんあるが、競技団体ごとに感染対策がつくられているので、そういう面からも対策をされていると理解いただければと思う。

（中島参考人）

○　保育園についてだが、原則閉めないようにということに強く反応して、クラスターが出てもなかなか閉める判断ができないという声も聞くことがあるので、状況次第ということで理解した。

（太田構成員）

○　前回のアドバイザリーボードで、パキロビッドパックが使いづらいということに関して今村先生から御発言があった。

　パキロビッドパックは、ニトマトレルビルとリトナビルという２つの薬が合体したもの。具体的には、箱の中にニトマトレルビルの150ミリ錠が20錠、リトナビルの100ミリ錠が10錠入っている。軽度以上の腎機能の低下者、具体的にはeGFR（推定糸球体濾過量）が60以下のときには、ニトマトレルビルを半量に減量することになっているが、60歳の年齢だと、男性だとクレアチニンが1.0、女性だとクレアチニンが0.8を超えると、基本的にはeGFRは60を切っていく形になる。したがって、重症化リスクが高いと言われている方で、特に併用禁忌などがない方に使うとなると、かなりの確率でニトマトレルビルを半量に減量して使用することになる。

　また、ニトマトレルビルはコロナの対応として新規に開発された薬剤。リトナビルはHIVに既に一般的に使用されている薬剤であって、普通に処方、入手することが可能。リトマトレルビルは今非常に貴重な薬剤で、何とか200万人分を確保していただいた状況だが、当院の薬剤師に、減量した場合の残りをどうしているか聞いてみると、破棄しているとのことである。それを残しておいて、通常流通しているリトナビルと合わせると、１人用のパキロビッドパックで２人使うことが可能だと思うが、今の状況だと基本

的には破棄している。

薬事の承認などの段階で検討されて、全国の薬局、病院でそのような運用になっていると思うが、非常に貴重な薬剤だと思うので、ワクチンに関しても５回使えるものを６回にしたように、何らかの形で有効活用を考えるべきなのか、過去に検討されたことがあるのか教えていただきたい。また必要なら検討していただきたい。

（前田参考人）

○　尾身先生から御質問のあった都内のクラスターの状況について。東京都のデータは複数名の発生によるものだが、私は５名以上のクラスターの状況を確認している。高齢者施設については、３月が44で４月が55なので、軽微ではあるが３月よりも４月の方が増加している。学校、児童福祉施設、障害者福祉施設、医療施設は全て減少しているのにもかかわらず、高齢者施設だけ増加している状況。様々な対策を取られているが、発生を止めるというところになかなか届いていない状況かと思う。

ただ、１事例当たりでの発生数、陽性者数は、１月から一貫して減少傾向にあるので、施設内での感染拡大は一定歯止めをかけられていると思う。

○　医療従事者に対する４回目接種について。審議会等でも審議されたように、基本的に４回目接種は感染予防効果は薄く、重症化予防が中心なので、リスクのある高齢者及び基礎疾患のある方が対象となっているが、感染予防効果が弱く、重症化予防という点では、これまで任意接種で行われてきたインフルエンザ接種も同様。医療施設では多くのところでインフルエンザの予防接種を毎シーズン行ってきている。コロナウイルスのワクチンについても、接種をしたいとの希望があるところで、任意接種という考え方があるのかどうか伺いたい。おそらく一般の方でもそういう方がいらっしゃるかもしれない。

また、医療機関からワクチンの供給の要請があった場合に、住民に対して接種をするためのワクチンなのか、医療施設自体での接種をするためのワクチンなのか、保健所としては全く区別がつかない状況である。こうした要望があるところについて、今、検討している点があれば伺いたい。

（舘田構成員）

○　大曲先生と都築先生に質問。ADLの低下が重症化により強く関与しているということで、非常に大事な成績が明らかになってきたと思うが、ADLの低下がどうして重症化につながるのか。例えば、誤嚥がしやすくなってウイルスをたくさん吸い込むからではないか、あるいはオーラルケアがうまくできなくて誤嚥につながるのか、ウイルス量も増えるのかなど考えられるが、何か考察があれば教えていただきたい。

（脇田座長）

○　太田先生から、パキロビッドパックはeGFRが60以下の場合に半量になるが、有効活用

を検討したことがあるのかという質問。

（結核感染症課長）

○　減量が必要な薬について、減量した分を寄せ集めればほかの患者に使えるのではないかという御指摘かと思う。パキロビッドパックは、もともとパックされたものを取り出して使っていくものなので、取り出したものを寄せ集めて活用することを検討したことはおそらくないのではないかと思うが、改めて確認をして、また御報告したい。

（脇田座長）

○　前田先生から、４回目接種に関して、医療従事者の接種希望があった場合に、任意接種は考えられるのかとの質問。

（健康局長）

○　医療従事者の方を特出しした接種については、前回のワクチン分科会ではそういった結論にはなっていない。あくまで重症化予防のための接種ということで、医療従事者の方でも重症化因子がある場合には接種していただくことが可能。

○　任意接種という考え方はあるのかということについては、現在は予防接種法上の特例臨時接種という形でやっており、任意接種という形は現段階では考えていない。

（脇田座長）

○　いろいろと議論があるところかと思う。専門家の中でも、４回目の接種は今のところは高齢者の60歳以上の方と重症化リスクがある方、また重症化リスクがあると医師が判断した方が対象ということになっているので、感染対策としてどう考えるかということは専門家の間でも議論を少しするべきと考えている。

○　舘田先生から、ADLの低下が重症化リスクになるという点について、どのようなメカニズム、要因が考えられるかとの質問。

（大曲参考人）

○　詳細にはまだ見切れていないので、端的に言えば、わからない。ただ、少し想像すると、例えばADLが独立したリスク因子であるとして、基礎疾患もない状況でADLが低下した状況であるという高齢者を想像してみたときに、どういう状況であるかというと、いいケアを受けられていなければ口腔内の衛生が保たれていなかったり、褥瘡ができていたりということはあると思う。

　口腔ケアの問題を一つとってみても、それがあまりよくない状況の患者が例えばインフルエンザあるいは新型コロナウイルス感染症に罹患をした場合には、誤嚥等が起こって、それが契機となって、コロナウイルス感染症としては重篤な呼吸不全を起こしてな

くても、二次的に呼吸不全を起こして酸素が必要になるといったことは確かにあるように思う。

持病もないままにADLが低下してきている状態は、認知症が進んで、例えば骨折をして動けなくなったという状況を想像するが、単純過ぎる考えかもしれないが、そのような状況になると全身の全体的な活力等が落ちていき、栄養状態が悪くなり、免疫の全体的な低下にもつながっていくのかもしれない。そうしたところを想像はするが、まだ明確に説明できるほど事実を重ねていない。

（脇田座長）

○　学術的にもいろいろな課題があって、フレイルやADLの本当のメカニズムはまだよくわかっていないと思う。もう少し詳しく調べるといろいろ面白いことがわかるのかなと思う。よろしくお願いする。

○　今日の感染状況の分析を見ると、沖縄県などかなり感染者数が増えているのがはっきりわかるところもあるが、それ以外の地域だと、ゴールデンウィークの影響でなかなか状況がよく見えないという状況。一方で、BA.2への置き換わりは明らかにほぼ終わった状況で、また、接触の増加があったことは間違いないので、今後、また１週間程度様子を見ていくことになろうかと思う。

○　教育現場での対策について文科省と厚労省から発表があった。専門家の間でも岡部先生を中心に小児科の先生とまだ議論を続けているので、また議論をして、専門家のほうから何かインプットできることがあれば、進めていきたい。

○　皆さん、ありがとうございました。

以上