

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第70回）
議事概要

1 日時

令和4年2月2日（水）17:00～19:34

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
	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

内田 勝彦	全国保健所長会会長
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
木下 栄作	広島県健康福祉局長
久保 達彦	広島大学医学部公衆衛生学教授
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
	藤井 睦子	大阪府健康医療部長
	堀口 裕正	国立病院機構本部総合研究センター診療情報分析部副部長
	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
	古賀 篤	厚生労働副大臣
	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
	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
	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）

衆議院の予算委員会がありまして、遅れまして申し訳ございません。

構成員の皆様には、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。

新型コロナウイルスの感染状況は、全国の新規感染者は昨日1日で8万1561人、1週間の移動平均では7万6742人となっております。まん延防止等重点措置を適用されている34

都道府県のほとんどで増加が継続しております。

オミクロン株への対応につきましては、これまでに明らかになってきている評価を踏まえつつ、全体像で準備してきた医療体制をしっかりと稼働させていくことが今後の対応の基本であるとともに、ワクチンや治療薬といった予防から発見、早期治療の流れを引き続き強化していくことが重要です。

保健医療提供体制については、昨日1日、総理から平井全国知事会長に対し、ワクチンの3回目接種の加速化、臨時の医療施設、酸素ステーションの整備、軽症で自宅療養されている方々に対する療養体制の確保をお願い致しました。

また、私から中川日医会長に対しまして、ワクチンの3回目接種の加速化に加えまして、発熱外来の拡充や病床から早期退院される患者の受入れ体制の確保をお願いしております。

ワクチン3回目接種のペースアップについてでございます。新型コロナワクチンの3回目接種については、もう一段のペースアップが必要です。高齢者の接種を加速化するとともに、高齢者以外の一般の方についても、予約枠に空きがあれば、ワクチンの有効活用の観点から6か月の間隔で、順次できるだけ多く、さらに前倒しを行っていくよう、改めて自治体に要請致しました。

あわせて、一般の方への接種を進めるに当たっては、各自治体の判断により、地域における社会機能を維持するための必要な事業の従事者、エッセンシャルワーカーに対して、優先的に3回目接種をするよう、取組も検討していただくように要請致しました。

また、職域追加接種について、実施申込要件の緩和等を行います。

第1に、企業の申込規模を1,000人以上から500人以上に緩和しました。

第2に、接種券なしでの接種も可能であることを再周知致しました。

第3に、接種会場の設置運営等にかかる費用の補助について、当分の間、接種1回当たり1,000円の上限を1,500円に引き上げます。

これらにより、ワクチンの3回目接種を強力的に推進致します。

検査につきましては、簡便で迅速に検査結果が分かる抗原定性検査キットについて、メーカーに対して国が買取保証を行い、緊急の増産、輸入を要請するとともに、検査キットの需給が安定するまでの間、優先度に応じた物流の流れを確保する措置を講ずることを、先週木曜日27日に発表致しました。国民の皆様の検査に関するニーズに応えられるよう、全力で取り組んで参ります。

治療薬の確保については、メルク社の経口治療薬モルヌピラビルについて、これまで合計160万人分を確保しており、1月に前倒しした5万人分を含め、既に25万人分が納入されております。

また、ファイザー社の経口治療薬については、一昨日31日、本年中の200万人分の購入に関する最終合意に至りました。薬事承認が行われれば、速やかに約4万人分が納入される見込みです。

濃厚接触者の待機期間の見直しにつきましては、感染拡大を防止しながら、できるだけ

社会経済活動を維持する観点から、改めて科学的知見を検証し、先週金曜日28日に濃厚接触者の待機期間の見直しを行いました。具体的には原則7日間待機、8日目解除とした上で、社会機能維持者の方は、2日にわたる検査を組み合わせることで、5日目に解除するという取扱いに変更致しました。

引き続き国民の命と健康を守ることを第一に、専門家の御意見を伺いつつ、自治体や医療関係者と連携、協力致しまして、全力で取り組んで参ります。

個人の感染予防策と致しいたしましては、オミクロン株であっても、従来株と全く同じです。国民の皆さんにおかれては、改めてマスクの着用、手洗い、三密の回避や換気などの基本的感染防止策の徹底に心がけていただきますようお願いを申し上げます。

本日も直近の感染状況等などについて、忌憚のない御意見をいただいておりますが、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4①-③、資料5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、西田参考人より資料3-4、前田参考人より資料3-5、高山参考人より資料3-6、木下参考人より資料3-8、堀口参考人より資料3-9、中島参考人より資料3-10、内田参考人より画面共有資料、藤井参考人より資料3-7、矢澤参考人より画面共有資料、齋藤参考人より資料4④を説明した。

(河岡構成員)

○高山先生、木下先生に質問。発症から中等症以上への移行までの日数が、第五波と比較して第六波では短いという話があったが、第五波で早期に重症化した人を抽出して、第六波と第五波で比較した場合、早期に重症化する人に共通の因子はないか。さらに第五波において早期に重症化した人と重症化するのに時間がかかった人の違いは何かという解析はされているか。

(高山参考人)

○解析というところまで質のよいデータはつくれていないが、臨床的な実感として、肥満、基礎疾患がある方、高齢者、特に後期高齢者の方々は、重症化するということは共通因子として変わらないと思う。もちろんワクチンを接種していれば、回避される可能性は高まると思うが、傾向としては同じだと思う。

また、長引く人については、難しいが、ワクチン未接種者は長引く傾向があるということと、免疫不全の方については長引く傾向があると思うが、データとして説明できる段階ではない。

(久保参考人)

○木下先生に代わって報告する。症例数が少なく解析は必ずしも深められていないが、第六波に限定して考えると、資料3-8の6ページなどで示させていただいているとおり、高齢者の方は比較的早期から酸素が必要になっている。時間がかかって悪くなった方というのは、若年者の方が多いという傾向が見えている。それ以外、ワクチン等でも同様の解析をやっているが、今のところ、あまり有意な所見は見えてきていない状況。今後、ご指摘いただいたような視点で解析を深めたい。

(脇田座長)

○押谷先生の分析では、まだ増加が続く可能性が高いという話があったが、一方で、西浦先生からはピークアウトの兆候も分析からは見えてきているのではないかという話もあったので、その辺りももう少しディスカッションできればと考えている。

(尾身構成員)

○今、ピークアウトが難しく、予断を許さないし、仮に下がったとしても、だらだらと下がって、期待されるほど下がりには早くない可能性がある。その一つの原因は、我々がいろいろと議論したときに、小学校とか、そういうところの感染が上がった。実際に小学校などがドライビングフォースになっているのか、単にレザポアになっているかが分からないというのが、押谷先生などの話だったと思う。そういう中で、今日、前田先生からは、若い人、つまり小学生よりももう少し上の方がドライビングフォースになっているのではないかという話があり、これが高止まりの原因になっているのか、あるいは若い人、20代、30代、この人たちがドライビングフォースになっているのか、これをどう判断するかによって、これからの対策が少し違うと思うので、この辺は前田先生も含めて、押谷先生とか、鈴木先生などに御意見を伺えればと思う。

○資料3-5②、どうやって保健所の負担を減らすかということとも関係するが、世の中は今のオミクロン株がインフルエンザとどう関係があるのか、ある人はインフルエンザ並みになっている、ある人はとんでもない、緊急事態宣言を出さなければいけないということを行っているので、よろしければ、次回辺りで季節性インフルエンザと今回のオミクロンの共通点と違いをはっきりさせ、不明な点もある、その辺を少しアドバイザリーボードで議論していただくといいのではないかなと思う。

(前田参考人)

○先ほどお見せした資料だけだが、20代、30代は接触歴なしの方の上昇があり、そこにドライビングフォースがあるだろうと思っている。10代以下については、今週の資料にはクラスターのことは示していないが、先ほど矢澤先生が述べたように、東京都内でもクラスターが起きているが、一つ一つのクラスターの大きさは比較的大きくない。5名以上をク

ラスターとして分析するとしても、せいぜい10名にいくかいかないかぐらいのクラスターである。学校で学級閉鎖等が発生してということだが、2人程度発生したらすぐに学級閉鎖をしているということで、どうしても学校のことが際立って見えるが、ただ、学級閉鎖等を行っているところを見ても、それほど大きな数になっていないので、少なくとも子供はドライビングフォースにはなっていないだろうと思う。ただ、一つ一つの症例を見ると、子供同士での感染がデルタ株以前よりは多くなっており、また、家庭内で子供から親にという事例も発生しているので、感染を持続させる要因にはなっているのだろうと考えている。

（西浦参考人）

○これまでのアドバイザーボードの資料で、英国、アメリカで年齢群別に感染者数がどのようなスピードで増えてきたのかということは何度か出してきた。20歳代、30歳代で指数関数的に増えると同時に、2～3週遅れて高齢者が顕在化し始めて病院が厳しくなってくる。今、高齢者が増え始めているが、今の議論の中で、10代がどうであるのか、10歳未満の子供がどうであるのかということ、10歳区切りだが、ほかの国で見ていると、20～30代と同じようなスピードで高齢者は引きずられて増えるのだが、10代や10歳未満は必ずしも同じペースで増えてはいなかった。オポチュニスティックに増えているということなので、デッドエンドでやる、そこで感染がぐるぐる回って、維持されて増幅しているということを指示するデータではないと考えている。

（押谷構成員）

○今どういうふうに伝播が進んでいるのかよく分からない状況になってきてしまっているので、明確にどうこうということは言えないが、インフルエンザは明らかに子供が中心になって、子供が核になって広がっていくが、今、学校で増えているといっても、インフルエンザで起きているほどではない。インフルエンザのときは非常に多くの学校閉鎖と学級閉鎖をされているがそれに比べる現在は少なく、そこまでは増えていないということだと思う。クラスターなども追えなくなってきたので、実際にどこが感染の場なのかというのがよく分からない。飲食の場が見えなくなっているだけなのかもしれないし、積極的疫学調査ができないと、その辺は見えなくなるので、そういうところも考えないといけないと思う。

（鈴木構成員）

○小学生を含む子供の世代の感染者数が実数として増えているということは、先ほど示したとおり。子供から大人に感染している事例も目立ってきているといった声は、現地派遣されている実地疫学研究センターからも聞こえてきている。ただ、これはウイルスの性状が変わったわけではなく、全体の流行規模が拡大している一方で、子供、小学生世代だ

が、ワクチン接種がされていないということが大きく影響しているのではないかと考えている。そうした意味で、季節性インフルエンザのような、いわゆるここがドライビングフォースになっているとは考えてはいない。

（岡部構成員）

○ドライビングフォースになっている状況ではないと思う。今、手元にデータがないが、文科省が欠席をしている子供たちの状況などを継続して把握しているものがあるので、子供たちの教育の問題等々もあつたり、逆に大きく休むと、そこが問題になって社会が動かないというか、親御さんたちがうちに一緒に閉じ籠もっていなければいけないということも出てきているので、私は文科省の会議に入っているが、文科省から来ていただき実情みたいなことをアドバイザーボードで聞いてみてはどうか。

○全面的な休校等々が時々行われているようだが、今、もう一つ問題になっている社会機能が破綻するのではないかといったことをさらに増強させる可能性があるので、そこは相当慎重にきちんと見ながらやっていったほうがよいと思う。危機管理として、そういうこともあり得るという考え方はよいが、それを今すぐ導入するには早いと思う。

（館田構成員）

○二点質問。一つは、BA. 2株。西浦先生から、資料3-3の136ページ、デンマークでBA. 2が出てきてから1か月半ぐらいで、BA. 2に置き換わるような現象が報告されたということを示していただいた。ピークの上にもう一つピークがのってくるような、そういうことも考えておかなければいけないと思うが、日本は水際であまり多くないが、気づいたときにはBA. 2が優位になって、そして、ピークアウトが遅れるような現象があるのでないか。そういう意味でも、今の段階でどのぐらいがBA. 2になっているのかということをお教えいただきたい。

○2点目は、矢澤先生と藤井先生が話されたように、入院・療養等調整中の人数が大変なことになっているわけだが、第五波のときは入院・療養等調整中の方の中から、残念ながら調整中にお亡くなりになる方が出てしまった。今回、その反省の下に、入院・療養等調整中だが、こういう人は早めに病院に移さなければいけないというような、そういうクライテリアが大阪と東京であって、高齢者がそうなのだろうが、クライテリアが決まっているのかどうか教えていただきたい。

（川名構成員）

○1点目。今のオミクロンに限定しての話。比較的軽症者が多く、罹患率は小児が高く、重症化率は高齢者、あるいは基礎疾患を持っている人で高い状況。今こそ高齢者、基礎疾患を持つ人、あるいは重症者に医療資源を集中させるべきタイミングだろうと思う。そのような意味で、前田先生が示された柔軟な措置の適用についての提言は、おおむね賛同す

る。ただ、もう一歩進めて、濃厚接触者を自宅待機あるいは隔離するという方策が行われているが、これを今後も継続していく必要があるのかということも科学的に検討するタイミングではないか。決して季節性インフルエンザと同等扱いにするつもりはないが、例えば新型インフルエンザ対策行動計画、ガイドラインといったものを前から検討してきたわけだが、その中で、濃厚接触者を休ませるといったオプションはなかったと思う。そのような意味からいうと、感染者には休んでいただく、絶対にマスクをつけていただく。また、濃厚接触者にはもちろんマスクをつけていただくほかに、例えばそういう人こそ飲食店に行かない、イベントに行かないとか、そういった基本を徹底していただくことで、社会を動かしながら、ある程度の感染制御をする、そういったオプションになっていくのではないかという気がした。

○日本は対策を少し緩和したからといって、欧米のようにすぐにマスクを外してイベントに行ったり、飲食店に行ったりという行動にはならないだろうと思うので、感染者には休んでいただき、濃厚接触者には人混みや飲食店には行かないとか、そういったことを徹底することで、社会活動を動かしながら、感染を制御することがある程度できるのではないかと思う。特に濃厚接触者を休ませるという方針を取っていくと、うちでもかなり出てきているが、子供の幼稚園や学校で感染者が出ると、医師や看護師も出てこられなくなってしまいうこともあり、非常に影響があるので、その辺もそろそろ考慮するタイミングになっているのではないかと思う。これはあくまでも現在のオミクロンの性質を前提とした話である。

○もう一点、ピークアウトがいつかという話は、世界の総数と日本の流行が第五波までは非常にきれいに一致している。例えばアワーワールドインデータのワールドとジャパンを並べてみると、ぴったり一致しているが、世界の総数は今ピークアウトして少し下がりかけているのだが、そういうところを見て、日本の流行もそろそろピークアウトするのではないかといった予想をするのは乱暴なのか。

(太田構成員)

○中島先生の資料3-10は、非常に重要な資料。いわゆるコロナの救急搬送困難と一般医療の救急搬送の困難を分析したもの。ただでさえ、今、医療現場からすると、病床が逼迫する時期。その中で、一般医療との両立は非常に重要な問題。今後、様々なコロナ対応をしていくわけだが、いかにこれとバランスを取りながら、適切に地域医療の体制を維持していくのかということは非常に重要。そういう中で、入院から後方病床等、また、自宅療養へ移行することの迅速化とオミクロン株の特徴を考慮して、病床の稼働をスムーズにする対策を提言いただいている。今、感染が非常に拡大してきている状況であり、何らかの形で対応するために、医療に対して、病床の確保、様々な政治的指示が出やすい状況になっていると思っている。当初の骨格では、一般医療の制限や、国病、JCHOの専門病院化という話も文章に書かれているような状況だったと思う。現在の地域の医療の状況をしっか

り把握している中で、適切に判断していただけるような形をお願いしたい。実際に地域でコロナ医療、一般医療、全部を回している人間としての切実な意見であるので、よろしくをお願いしたい。

(前田参考人)

○藤井先生からも大阪の対応の説明があり、東京、神奈川、幾つかの大都市部は独自にそういう活動を行うことができる。また、保健医療資源も非常に多く持っているのも、何とか対応してしまえるところがある。ただ、それ以外の県ほど非常に厳しい状態に置かれているので、この提言を何らかの形で生かしていただきたいということを切に要望する。

○地域の状況で若干不安に感じているのは、検査の限界。これは単に薬局で配るキットがなくなった、あるいは長蛇の列に並んで唾液検査をしているところだけではなくて、一般の医療機関での検査も、今、手詰まりな状況になってきている。予約を行っても当日中には受診できない。PCR検査センターにもキャパシティーを超える方がいる状況が起こっているで、この状況が全国的にどういうふうになっているのかということは何らかの指標で把握できないか。我々は目の前のことしか見えていないが、全国あるいは各都道府県でどういう状況になっているのかということは何らかの指標で知ることができないか、検討いただけないか。

○今回、分析される先生によっては、ピークアウトに近い状態になってきているという話もあったが、そうしたリスク評価は、検査が限界に達しているということは影響していないのかどうか、その点についても懸念している。何人かの先生がそういうことも多少あると述べていたが、検査が限界に達しているということについて、このリスク評価にどの程度影響を与えていくのか、どなたかにコメントをいただきたい。

(瀬戸構成員)

○休務期間を短縮していただき感謝。今日さらに同居家族の濃厚接触者の扱いをもっと短くしていただけると、先ほど厚生労働省から話があったが、それはいつ発出されるかということと、一方で、我々のような医療機関というのは、絶対に持ち込ませてもらえない。持ち込んでもいけないし、水際対策が大事なので、7日前後に短縮していただけたということになった根拠、データ、ある意味リスクも含めて、発出するとき一緒に示していただけたら、議論の土台になるのではないかと。

(藤井参考人)

○入院調整中が5万人を上回っているという、この方々に対するリスク評価ができているかということだが、基本的に入院基準を定めており、重症化リスクがある方には保健所がファーストアプローチをする。その中で、中等症Ⅰ以上及び発熱が続く等で中等症への移行が懸念される患者については、入院調整要請を入院フォローアップにさせていただくこと

になっている。全数の入院先を決めることができないが、入院調整さえしていただいたら、大阪府の調整システムの中で毎日の患者さんのSpO2など、そういう状態は管理できる。施設内の患者さんも含め、状況を確認できる状態にしている。ただし、先ほど申し上げたとおり、保健所が非常に逼迫しているので、保健所の患者管理というのは、恐らく漏れ出していると思っている。救急搬送の中でいきなり重症の方がいらっしやったり、救急搬送の中でコロナ患者の方が増えているというのは、その結果ではないかと考えている。

(矢澤参考人)

○入院調整中の方々に限って述べると、調整中で症状のある方、特に中等症以上の方は保健所がフォローアップをしている状況。ただ、これも限界があり、今、診療・検査医療機関で診断をつけた後に健康観察をしていただき、そこでも振り分けをお願いしており、継続して健康観察が必要な方は医療機関で、そうではない方は1月31日に立ち上げた、「うちさぼ東京」というが、患者さんが自己申告で調子が悪いときに御連絡をいただく方に導いている。また、フォローセンターの対象も定義をしており、今は50歳以上で基礎疾患のある方はフォローセンターで、それ以外、50歳未満の方で基礎疾患のない方たちをうちさぼ東京で見ている状況。ただ、うちさぼ東京も、開店以来、大変盛況な感じであり、相談も非常に多く、中には配食が届かないとか、パルスオキシメーターが届かないという質問が非常に多かったことから、そうした申込みについてはウェブで患者さんが全てできるような体制に変え、何とかあちこちの根詰まりを解消しようと努力をしている状況。

○往診体制については、私どもは中心となる医療機関32施設、それ以外に対応してくださる医師会等々の施設の方々に協力をいただいている。フォローアップセンターから調子が悪いという話があった場合には、保健所を通じて往診に行くということで、これは施設についても同様の対応をさせていただいている。

(脇田座長)

○館田先生からもう一点、BA.2の質問があった。今、BA.2はそれほど多く市中で見つけられている状況ではないが、現在のBA.2の国内の状況と今後どうなっていくのか、ピークがそれによってさらに反転する可能性があるのかという質問。これは今ゲノムでしかできないので、PCRによるスクリーニングが必要なのかということもあるが、西浦先生、この点についてコメントいただきたい。

(西浦参考人)

○今の国内は、先週リリースされている、27件という話が出ている程度だが、今後置き換わってくるものと考えられる。それがどれくらい早くなるかによって、ほかの国で見られているように、ピークが来たかと思ったら、もう一度上がり始めてという話なのか、遷延するのかとか、そういう話にも変わってくるのだが、今のところデータがない状態だと思

う。ゲノム解析をもう少しサンプル数を増やして、リアルタイム性を持たせてやるか、あるいは現行でL452Rスクリーニングをやられていると思うが、今、私たちがどういうふうに見ているかという、L452Rというのは、デルタ株のマーカータったので、L452Rが陰性のものがほとんど。そうすると、オミクロン株がほとんどであろうと考えられるが、そこに英国でやっていたようなS遺伝子の欠損がないとか、ちゃんとS遺伝子は見られますということを実装できると、その二つのスクリーニングでBA.2の動向は理解できると思うが、今そこまでを日本のラボで用意しているわけでもないのに、何らかの形で簡易的にできないかということ、ぜひ話し合ってくださいとよいと思う。

(齋藤参考人)

○BA.2の割合は、2月2日、今日時点で新しく数字がアップデートされ、年内に入ってBA.1が9,603、BA.2が43。BA.2はこれまでトータルでは47というのが今の最新の数字だが、これについて増えているとも、減っているとも、今、その傾向はこの数字だけでは分からない。今の状況の中で見分けていくことは難しいが、西浦先生から提案いただいたように、PCRのもう一つのポイントをかませることで、BA.1とBA.2を見分けるということは可能ではあるし、それはプライマーを配るだけで可能ではある。

(脇田座長)

○川名先生からの、感染者を休ませて、接触者は感染管理をすることによって動かしてはどうかという提案は検討事項だと思う。

○ピークアウトが全世界の傾向と同じようになるのかという質問はどなたかコメントをいただけるか。

(押谷構成員)

○国によって状況が相当違うので、全世界で見ているものというのは、それを足し合わせたものを見ているので、そのとおりになるかどうかというのは、なかなか難しいところがある。今もデンマークとか、西浦さんのデータなどにもあったが、BA.2の影響でかなり増えているところもあるし、一方で、BA.2がかなり増えているのに、フィリピンなどはあまり増えていなかったりするし、一定の傾向が世界中にあるわけではないので、そこからは読み取れないのではないかと思います。今すぐにピークアウトということを実際に言えるようなデータは、今のところなさそうなので、全国的に見て、発症日ベースで1月24日とか、1月25日とか、その辺りはピークに見えるところがあって、1週間前のことなので、潜伏期間が短くなっているが、まだまだその後積み上がっていくと考えると、そこからすぐにどの時点でピークアウトするのかというのはなかなか言えないような状況だと思う。

(西浦参考人)

○実行再生産数は、1月の上旬以降に単調減少する傾向にあることは間違いなさそうである。だから、大きな流行を起こして、感受性を持っている人が減ることで減っているのは、全ての県では一緒と思わない。沖縄などはよく分からないが、多くの県で感受性を持つ人が減ることによって1に近づいているのは間違いなさそう。ただ、それが明らかに到達していると呼べる都市部、首都圏とか、近畿圏ではまだないというのが分析できているもので、今日は観察データだけを出しているが、ピークがいつ頃というのは、先ほどのデータをさらに補完して分析するとできるので、計算をしているところだが、今までの感染から発病まで、発病から報告までにかかる時間のタイムラグを考えると、これまでの単調減少がそのままのスピードだったら、ちょうど今頃ということになっていると思う。

(押谷構成員)

○今、西浦さんがちょうど今頃と言ったのは、感染日ベースで見たものということか。

(西浦参考人)

○然り。

(脇田座長)

○太田先生から、通常の医療とコロナの医療のバランスが重要、また、前田先生から説明のあった資料の保健所の対応について、大都市以外のところが厳しいのではないかという話があった。

○検査の限界ということで、今、PCR検査、抗原検査がどの程度できていて、そういうような限界が来ていて、ちゃんとカウントできているのかということころは、事務局にそういうものがあるのかということころと、瀬戸先生からも、濃厚接触者と家族の待機期間が短縮できるというのはいつ頃出るのか、また、データを出していただきたいということであったので、事務局にお答えいただきたい。

(結核感染症課長)

○同居家族の待機期間の見直しに関しては、本日にもこれに対応することとしたいと思っている。これは先週も指摘をいただいている点で、少しでも早く対応させていただくことが重要であると認識をしている。

○データに関しては、事務連絡に別添するなどして併せて情報提供したい。

○検査に関しては、今、特に抗原定性キットに関し、一時的な不足の状況にあると認識している。これに関しては、需要が急激に伸びたということもあり、そういった状態にあるということだが、買取保証も含めて増産をしっかりと行い、かつ検査体制に関し、必ず医療機関での検査を実施できるように守っていく、行政検査をしっかりとできるように守っていく考え方を示し、必要な検査をしっかりと守っていくという考え方で対応していくとこ

ろである。もちろん検査に関しては、受付のキャパシティーなどもあるので、そこも含めて総合的に必要な検査が実施できるように取り組んでいるところである。

(協田座長)

○今、感染の場所が飲食からさらに家庭内、学校、医療機関、介護福祉施設となってきたところで、介護福祉施設は、今日、高山先生から報告があったが、クラスター、あるいは感染が起きたときに、地域医療が介入をしてサポートすることが重要という話があったので、その辺りを2ページの介護福祉施設のところに、地域医療でサポートするようなことを書き込んではどうかと考えている。

(大曲参考人)

○臨床側なので、今日の60歳未満の方々の入院期間短縮の提案は非常にありがたいデータで大賛成。我々もなるべくリアルタイムでデータを出そうとするのだが、なかなかできない。こうやって出していただけると、特にあまり見慣れていない経験のない方々にとっては分からないので、どのぐらい入院させていいかが分からないというのは正直あると思う。こういうデータがあれば、退院も自信を持ってさせられるというところで、非常にサポートティブだと思った。

(岡部構成員)

○文科省から学校の様子データの確認することについての提案ぜひ実現していただきたい。

(協田座長)

○岡部先生からは、文科省から話を聞くという提案、尾身先生から、コロナはインフルエンザと比較してどうなのか、共通点、あるいは相違点がどの程度オミクロンでどうなっているかということをやってほしいという提案があったので、そこは受け止めていきたい。

(地域医療計画課長)

○協田先生から、介護施設への対応などについて、地域医療のサポートが必要ではないかという話があった。本日も医療班と老健局と併せて都道府県に対して説明会などを行っているところだが、高齢者に対する対応は、施設内の療養に対してどういった支援を行う必要があるのかということで、私どもは財政的な支援の説明であるとか、高齢者施設に医療従事者を派遣する場合の補助の拡充であるとか、今回、具体的に沖縄の話もあったが、沖縄の話であるとか、そうしたようなことを紹介させていただいているところである。今日も大阪であるとか、東京からはそういった派遣の仕組みをつくられていて、開始したということを聞いており、そうした形で都道府県に対してしっかり伴走していきたいと思って

いる。また、今日の説明会の中では、ラゲブリオの高齢者施設への配分、ワクチン追加接種のさらなる推進なども併せてお願いしているところであり、参考までに共有させていただく。

（尾身構成員）

○岡部先生が学校の文科省からいろいろ話していただきたいということだが、我々も大賛成。その上で、これは厚労省だと思うが、保育園というか、保育所に対するいろいろなサポートもどうなっているのか、一緒にどこかの場面で教えていただきたい。

（脇田座長）

○皆様、今日もありがとうございました。次回、よろしく申し上げます。

以上