

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第114回）

議事概要

1 日時

令和5年1月17日（火） 16:00～17:50

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	一般社団法人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ウイルス感染部門特任教授
	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
	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	早稲田大学政治経済学術院教授
	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制御科教授

座長が出席を求める関係者

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
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
西塚 至	東京都福祉保健局新型コロナウイルス感染症対策担当部長
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
	大久保 一郎	横浜市衛生研究所長
	小澤 広規	横浜市衛生研究所微生物検査研究課研究員
厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	伊佐 進一	厚生労働副大臣
	本田 顕子	厚生労働大臣政務官
	福島 靖正	医務技監
	榎本 健太郎	医政局長
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医務技術総括審議官
	大坪 寛子	大臣官房審議官（医政、精神保健医療）
	鳥井 陽一	大臣官房審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害 対策担当）
	宮崎 敦文	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	山田 勝土	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）

構成員の皆さんにおかれては、お忙しい中、誠にありがとうございます。

直近の感染状況は、全国の感染者数は、16日時点ではありますが5万4378人、1週間の移動平均で12万8379人、1週間の移動平均の今週先週比が0.75となっております。

新規感染者数は、先週の増加傾向から再び減少傾向に転じているものの、特に中・四国、九州では全国より高い水準となるなど、地域における差が見られるところです。重症者数や病床率も高い水準にあります。死亡者や救急搬送困難事案数も、これまでの最高値を超える状況が続いております。

また、季節性インフルエンザについては、昨年末に定点医療機関当たりの週間報告数が1を超えて、全国的に流行入りをした後、先週公表時点では4を超えたところであります。沖縄県、宮崎県、佐賀県では10を超えている状況です。新型コロナウイルス感染症と併せ、季節性インフルエンザに対する注意もしっかり払っていくことが必要です。

また、新型コロナの直近の感染拡大において、感染者のうち80代以上の高齢者の占める

割合が昨年夏の感染拡大に比べても大きくなっていることなどを背景に、死亡者数の増加が見られるところです。こうしたことを踏まえて、まだオミクロン株対応ワクチンを接種されていない方、特に高齢者の方においては、積極的な接種の検討をぜひお願いしたいと思います。

また、昨年末には、高齢者施設等の従事者に対する集中的検査の実施を支援するため、厚生労働省から都道府県に対し検査キットを配布いたしました。また、各高齢者施設等に対しても、感染拡大防止に努めていただくよう、要請をしたところです。引き続き、重症化リスクの高い方々に重点を置いた対策をしっかりと講じてまいります。

また、今後の変異株の置き換わりの状況等が感染動向に与える影響に引き続き注意が必要です。オミクロン株の亜系統が海外で増加していることも踏まえ、引き続き、諸外国の変異株に関する状況、知見を収集・分析するとともに、ゲノムサーベイランスによる監視を続けてまいります。

国民の皆さんにおかれましては、改めて、日頃から体温や健康状態のセルフチェック、適切なマスクの着脱、手指消毒、換気などの基本的な感染対策の徹底を心がけていただくよう、お願いを申し上げます。

最後になりますが、本日も直近の感染状況などを中心に、忌憚のない御意見をいただきますよう、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及び2-3、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、藤井参考人より資料3-6、西塚参考人より資料3-7、田中参考人より資料3-8並びに吉田構成員より資料3-9を説明した。

(脇田座長)

- 前日も議論があった、死亡者数がこれまで報告された死亡率の割に多く見えることの要因について、鈴木先生からも分析があった。少人数で集まり、今後どのように進めていくべきか議論しているところ。まだ結論は出ていないが、現在の全数報告と発生届4類型の中で、全体の感染者数の割合からすると、特に若年者の感染者数の過小評価があり、高齢者の割合が増加しているように見える。そのため、死亡者数が、報告されている感染者数と比べて多いように見えている可能性も一つあるのではという指摘がある。
- 変異株の重症化率・死亡率が上がっているのではという話もあった。
- 高齢者がこれまで以上に感染している可能性もあるとのこと。引き続き分析を進めていく必要がある。

(江浪結核感染症課長)

- 資料 2-2、最後の方に掲載している、警察庁からの陽性死体取扱い状況報告について。12月の件数は、8月の869件を超え、昨年一年間中最多の901件と報告された。
- 死因がコロナと考えられるケースが、そのうち255件。陽性で亡くなった方の全てがコロナによる肺炎というわけではないものの、引き続き流行規模は大きく、死亡報告数も多い状況。
- 罹患者の死因や、死亡までの経緯に変化がないかどうかは、感染研からもご協力頂き、異状死ではないケースについても御報告いただいているが、直近の状況についてもなるべく御報告できるよう努めていきたい。

(鈴木構成員)

- 死亡数増加については、いくつかの論点があり、整理する必要がある。
- あくまでサーベイランスの観点からは、報告数と死亡数との増加に直近で乖離があるように見える。では、死亡者リスクは上がっているのかという問いに対しては、分母となる陽性者の報告数がアンダーレポート、過小報告となっていることで、ある程度説明できるということ。もう少し定量的にクリアな資料を今後出せればと思っている。
- サーベイランスとは別の話で、陽性となり隔離期間中の死亡者に関しては、明確な死因を問わずに全て死亡とカウントするということがあり、どこまでコロナの死亡を正しく捉えられているのか、臨床経過も含めた疑問が、医療現場にあるのではないと思う。

(脇田座長)

- 確かに療養期間内の報告と、その後の死亡に関する報告というところに地域差があることが、過去話題に上ったと記憶している。

(太田構成員)

- 吉田先生からのご報告は大変ありがたい。医療機関のコロナ対応を、With コロナに向けて少しずつ変えていけそう。
- 11月に第4版が出ていたとのことだが、医療関係者に行き渡っていない可能性がある。今後、With コロナに向かって医療機関の対応体制を整えていかなければならない上に、専門学会である日本環境感染学会がまとめたということ自体を、医療機関関係者に周知するご努力をしていただけるとよいのではないかと。私たちも努力するが、厚労省もぜひ専門家の考えや対応を周知徹底し、全国の医療機関のプラクティスが変わっていけるよう情報発信にご努力いただきたい。

(脇田座長)

- 医療機関における広報・周知をしっかりとっていただきたいというお話であった。

(吉田構成員)

- なかなか難しいところ。学会員にはメールなどで周知できるが、会員でない施設等にはアプローチしづらく、手が届かない。厚労省とも相談し、できるだけ届けていきたい。

(脇田座長)

- 様々な病院団体を通して伝えることもできるだろう。厚労省にも検討してほしい。

(前田参考人)

- 資料3-6、25ページに関して。オミクロン株流行以降、重症化に至らず死亡する人が多く、重症病床がそれほどひっ迫しない中で死亡者が増えていくのが特徴的。
- 死亡に至るフローチャートのなかでも、当初から軽症や無症状、入院療養中も軽症だったのに亡くなってしまふ人が799名と大半であるということ。このうち、直接死因がコロナとされている人、そうでない人の割合はどのくらいか。あくまでも直接死因がコロナとされる人を計上しているのか。
- 27ページ以降、死亡例の死因分析について書かれている。これは、積極的疫学調査で各保健所が把握した死亡例の分析なのか、いわゆる死亡診断書に基づく、死亡個票の分析か。
- 死因分析について、厚労省に確認したい。死亡に関して各保健所からの情報収集を行っているところだが、死亡診断についての通知にはそれほど新しいものがなく、令和3年9月に各衛生主幹部宛に対策本部から発せられた、「新型コロナウイルス感染症による死亡事案の把握の徹底について」という通知が最後であると認識している。この文書に沿うということであれば、コロナの死亡については積極的疫学調査で保健所が把握し、HER-SYS上でフラグをたてるという作業で行えると思うが、その認識で正しいか。
- また、死亡事例報告について、どのような形で医療機関側へ促しているのか。保健所からの連絡を待っていればよいと伝えているのか、医療機関側から保健所にできるだけ連絡するよう通知しているのか。

(藤井参考人)

- 資料3-6、25ページのフローは、第一波から一貫してお出ししているもの。重症から死亡された方が34名、重症に至らず死亡された方が799名。
- この定義がよいかどうかは別として、大阪府は重症者のカウントについて、日々病院からご報告いただいた内容、例えば気管挿管やネーザルハイフローなど、新型コロナ重症者の定義に当てはまる人をカウントしている。そのためICUに入り、他疾患で治療を受けている人は、この34名には入らない。

- 今、入院患者の8割が70歳以上の方。重症の治療を受けずとも、入院して死亡された人は、このフローの799人に入り、他疾患が原因で亡くなる人もここに入る。これらを足すと、28ページ右の総数、833名となる。
- さらに、この833名のうち直接死因がコロナ関係の方が46%の387名。コロナ重症とカウントされていない方でも、多くは間接死因がコロナ、あるいは他疾患で亡くなっている。
- 29ページ等、それぞれの直接死因等について、死亡診断書を後追いで把握しているかどうかという質問について。大阪府ではかなり難しくなっている。医療機関からの報告が1、2週間単位で遅れることもあるが、医療機関から保健所への報告に基づき死因分類をしているところ。

(前田参考人)

- コロナとしての発生届が出された人をベースとしており、死因については間接死因だとしても、積極的疫学調査で病院から確認されているということか。

(藤井参考人)

- そのとおり。他疾病で亡くなった方の報告が遅れて上がってくる事例も多々ある。

(江浪結核感染症課長)

- 新型コロナウイルス罹患後の死亡者の把握については、コロナ発生後にその把握をお願いしている。当初は全入院の扱いだったこともあり、各自治体から医療機関に周知いただき、情報収集をしていただいていたと理解している。
- 自宅療養が始まり、令和3年度は自宅療養中の死亡事案が課題だった。事務連絡に関しては、自宅療養中の死亡の適切な把握を念頭に、自治体に把握をお願いしたもの。
- 今、コロナ関係での死亡者の把握は、主に医療機関からの報告、自治体からの報告と2つの方法があるところ。死亡事案にHER-SYSが活用できないかと思い、事務連絡でもそうお伝えしているが、必ずしも全てがHER-SYSに入力されているわけではない。積極的な入力をお願いしたいところではあるが、自治体の業務負担を増やすので、強くはお願いしていない。

(前田参考人)

- 自宅死亡者については、保健所のほうで一定程度、その可能性のある方の把握・探知を行っているし、万が一発見に至らず亡くなられた方については、東京であれば監察医等が検視に入り確認・把握している。

- 保健所に届く死亡個票から、直接死因、間接死因などとしてコロナ関係の記載があるものをピックアップすると、積極的疫学調査によって把握された数より多いことがあるため、本当に全て確実に医療機関と連絡が取れているか、若干の不安がある。
- 監察医務によって自治体分は把握しているが、医療機関のものは死亡個票によることとなる。死亡個票からは、時系列的な分析は分からず、コロナ感染から死亡までを3週間やそれ以上といった一定期間で区切っている自治体が多いようである。
- このため、積極的疫学調査の把握が不十分とは言い切れない。

(江浪結核感染症課長)

- 感染症法上、法律に基づき届出をお願いできるものは発生届。診断時の届出は法定である。それ以外の情報については感染症法上、積極的疫学調査による情報収集を従前よりお願いしてきた。
- 一方、入院後の転帰については、法律に基づいた制度化ができないかという声もあり、さきの感染症法改正に伴い、退院届を制度化している。この運用は新たな取組であるため、現場が混乱しないよう留意しつつ、次の感染症発生に向けて、退院届による転帰の把握についても取り組めるよう、ご協力頂きながら進めていきたい。

(今村構成員)

- 死亡者数について、これまで報告された死亡者の割に死亡者が多く見える理由のうち、一番大きな原因は、発表されている感染者数よりも実際の感染者数がかかるに多いこと。届出方法の変更により、多くの感染者が見えなくなっているのだろう。
- 高齢者が今まで以上に感染しやすくなっている可能性も考慮したい。BA.5 ワクチンの接種率の低下、また、接種や感染による免疫も低下してきている。よりかかりやすくなっている条件の中で、実数として見えてこない人も含め、高齢者の感染数が増えている可能性も考える必要がある。
- さらに、医療が厳しくなったとき、医療負荷の増大によって治療介入が遅れる可能性が出てくる。高齢者の場合は、時間単位で増悪してしまうため、規模はさほど大きくないと思うが、対応が遅れれば当然死亡や重症化する確率が高くなることは予想される。
- 現時点の死亡報告を見ると、カウントされにくい死亡者がいるという考えがある。超過死亡は当然ながら実際の報告された死亡者数とはかなり離れた数字になるわけだが、報告数に入っていない理由として、どんな要因があるのかということも重要である。
- ひとつは、届出基準にある。療養期間中の届出に関して、どこまでを療養期間と取るか、自治体により差がある。オミクロン株流行以降、死亡までの期間が延伸しているため、厳しく短めの期間に設定するほど、報告数が少なくなる可能性がある。コロナによる併発疾患や合併疾患により、報告されない可能性がある点に関しては、どこまでの期間を対象とするかが問題となってくる。

- 間接死亡として上がってくるものに、本当にコロナとの因果関係があるのだろうか。死亡届によって見る場合も注意が必要。
- そもそも検査していない患者の死亡例も多くあるだろう。それらが今の死亡者数にはおそらく含まれてこないため、超過死亡の中に入り込んで来るのではないか。

(尾身構成員)

- 臨床先生の現場感覚を知りたい。死亡の把握が厳密には難しく、本当に正確なデータは現時点で出せないのが現実だと思う。今後、データが出てくることを期待する。
- 寝たきりなどの身体能力が限定されている人たちの死亡リスクが、そうでない人と比べて極めて高い可能性があることが正式に論文で発表されたと聞く。
- 死亡者が高齢者、基礎疾患あり、直接死因か間接死因か、重症化の経過をたどるかということも分かってきたようだが、今後、死亡者における身体能力の把握・調査は可能か。臨床現場の感覚はあるか。

(押谷構成員)

- 死亡には様々な要因がある。ワクチンに関しても、4回目以降は高齢者も接種率が下がっている。おそらく、3回目を1年程度前に接種した人が多い。データからも、入院や死亡の阻止効果は8~9ヶ月で落ちると言われており、関連があるのではないか。
- 症例数は Under estimated、過小評価になっているのは大きな要因かもしれないが、ワクチンなど他の要因もあるだろう。
- いわゆる第5波の終わりまでは、一部例外はあったが、大都市部に感染者・死亡者が偏っていた。今は全国的に広がっている。特に人口規模の小さい地方は医療資源が不十分なところもあり、さらに高齢者の割合も多いところに感染が波及していったことも影響している可能性がある。様々な可能性を排除せず見ていく必要がある。
- ウイルス株による重症度には大きな違いがないと言われているが、流行株が変化したことによるという可能性も排除できない。今、BA.2.75も増えてきているというデータも出され、動物実験で肺の値が高いという話もあった。どのウイルスで亡くなる人が多いかを解析することは、日本では難しいが、きちんと見る必要がある。

(脇田座長)

- 個別の死亡がどういった変異株に感染していたかは、なかなか分析が難しいところかもしれない。

(岡部構成員)

- 昨年末、小児死亡例の話があった。小児科学会でも議論していたが、高齢者と比べると非常に数が少ないものの、小児における死亡もきちんと調査していこうという話であった。
- 小児の医療体制には地域差がある。小児対応可能な施設が県内に一箇所しかない地域もあるし、行政と連携して診察している地域もある。全体として小児の場合は、DOA、心肺停止状態で搬送されてくる患者が半数程度いる状況で、救急が間に合わない、発熱外来への誘導だと非常に時間がかかるため、小児医療として迅速な診察を訴えていく。
- これらに関する小児科学会からの報告機会を、この場でも設けていただきたい。

(今村構成員)

- 身体能力との関係について。全体的な身体能力と、死亡との関連について今すぐ発言できることはない。しかし、嚥下機能には明確な関連がある。介護施設にいる時点で、通常は点滴などは必要なく、なんとか自力、または補助を受けて食事を摂取できる方がほとんどである。しかし、食事を取れるというレベルには、いろいろある。年齢が高くなるほど、施設スタッフの十分な補助なしには食事ができない人も非常に多い。
- コロナに罹ると、嚥下機能が更に下がる。一般的な細菌性肺炎は環境内に原因菌がいて成立するが、誤嚥性肺炎は、口腔内の常在細菌が肺に入って発病するため、全ての高齢者に起因菌が既にある状態。嚥下機能が落ちれば、当然ながら誤嚥性肺炎を引き起こす可能性が高くなる。入院時検査画像で誤嚥性肺炎が分かり、そのため、誤嚥性肺炎による死亡とカウントされる。そういう意味で、少なくとも誤嚥性肺炎に関しては、身体能力とかなり濃厚な関係があるのではないか。
- オミクロン株になってから、明らかにコロナと思われるような肺炎像の方など、明確に死因がコロナだと言える人は多くない。例えば誤嚥性肺炎など、他の要因がそれなりに見えているならば、これが理由だと言えるが、十分に死因が精査されずに、結果的に直接死因コロナとされる例もそれなりにあるのではないか。

(尾身構成員)

- 前田先生が以前、死亡の間接原因に嚥下障害が多くなっていることを発表していた。結果的にはそれが引き金であるとのこと。そもそも自力で食事が摂りにくい、嚥下が衰えているなど、そこに原因があったかもしれないという考察は、今後、高齢者の対策を立てる上で非常に重要な観点だ。考慮いただけたら幸い。

(岡部構成員)

- 海外と比較して、日本は死亡者数が多いとのことだが、死亡届の定義が違うのではないか。どのくらい幅があるのだろうか。

(押谷構成員)

- 国による。シンガポールは、日本と変わらず主治医の判断で届け出ていると聞く。英国のように、陽性判定から 28 日以内の死亡を全てコロナによる死亡とする国もある。死亡統計ともリンクしているのでそのような統計を取ることができる。米国も 28 日が多いが州によって様々。WHO でも議論されているが、死亡の定義は統一されておらず、比べるのは難しいという議論になっている。

(川名構成員)

- 嚥下機能が落ちている人の多くは寝たきりであったり、かなりの介助が必要な例が多いと思われる。そういった方がコロナに感染し状態が 1～2 段悪くなった時、若い患者が同じ状況になった場合と同じく、人工呼吸器を装着するなど、ある意味フルファイトで治療に入るかという、必ずしもそうでない場合がある。
- 臨床現場の現実としては、例えば 80 代後半、90 代が比較的重症になった場合、そのままお看取りの状態になっていくようなことはかなり多いと思う。そういった方たちが死亡に計上されることは、一つの現実として考えておく必要がある。
- 外来を受診する若年層は比較的軽症であり、症状があっても報告や受診、検査をしない、症状があっても数日したら治ったのでそのままにしていたという人もかなりいる。
- 若い人には潜在的患者が多く、高齢者の患者も増えてくると、フルファイトで治療されないまま死亡する方も増えてくる。臨床現場の感覚としては、そういったものが、様々な統計上の数字として出てきているのではないかと思われる。

(脇田座長)

- 死亡については、引き続き専門家でも議論し、統一見解を出すことを目指したい。
- データも今後出していただけそうとのこと、まとめ次第よろしく願いたい。
- 小児の死亡については、感染研が 2 回ほど積極的疫学調査の報告をしてきたが、更に小児科学会からのご報告の場を設けてほしいとのこと。
- 今日も様々なご意見ありがとうございます。またよろしく願います。

以上