

審 議 結 果

次の審議会等を下記のとおり開催した。

審議会等名称	令和2年度第8回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和3年2月16日（火曜日） 19時00分～21時00分		
開催場所	神奈川県庁第2分庁舎6階 災害対策本部室（横浜市中区日本大通1） （原則WEB会議での出席による）		
出席者	<p>〔委員等〕 ◎は会長○は副会長 <委員> ◎森雅亮、○多屋馨子、小倉高志、小松幹一郎（長堀薫）※、笹生正人、高橋栄一郎、立川夏夫、角田正史、平田栄資 阿南弥生子、猿田克年（梅田恭子）※、鈴木仁一、土田賢一、辻和雄、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹、和田安弘 <会長招集者> 小笠原美由紀、岡部信彦、加藤馨、習田由美子、高崎智彦、橋本真也、堀岡伸彦、安江直人、吉川伸治、渡辺二治子 ※（）内に代理出席者を記載。</p> <p>〔県〕 黒岩祐治、首藤健治、前田光哉、阿南英明、畑中洋亮、篠原仙一</p>		
次回開催予定日	状況に応じて随時開催		
問合せ先	所属名、担当者名 健康医療局医療危機対策本部室 感染症対策グループ 横山、新 電話番号 045-210-4791 ファックス番号 045-633-3770		
下欄に掲載するもの	議事録	議事概要とした理由	
審議経過	<p>開会 （事務局） それでは定刻となりましたので、只今から神奈川県感染症対策協議会を開催いたします。私は、本日進行を務めさせていただきます、医療危機対策本部室感染症対策担当課長の山田と申します。よろしくお願いたします。それでは、本協議会開催にあたりまして、黒岩知事よりご挨拶を申し上げます。</p> <p>（黒岩知事） 本日は大変お忙しい中ご参加いただき誠にありがとうございます。この神奈川県感染症対策協議会、書面開催を含めると既に今年度8回目の開催となっています。毎回活発な議論を展開していただき、誠にありがとうございます。繰り返し本当にありがとうございます。</p> <p>感染者の数でありますけれども、一時は1,000人に達するののかといったところまで来ましたが、緊急事態宣言の効果が現れているのでしょうか、昨日は徐々に2桁までなりました。しかし、2月4日に本県において気になる変異株が出てまいりました。南アフリカ由来の変異株でありまして、空港検疫でないところで見つかったのは、神奈川県が初めてのことであります。</p> <p>また2月9日には、今度は英国株の変異株も見つかりました。県は、2月4日の南アフリカ変異株の患者発生後、直ちに新型コロナウイルス感染症変異株対策プロジェクトを立ち上げまして、変異株の対策の強化、積極的疫学</p>		

調査の徹底と調査範囲の拡大、変異株の患者を受け入れる医療機関体制の構築、変異株に関する正しい情報の周知などについて、始動しているところがあります。本日は変異株のまん延防止対策について、具体的に議論していただければと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、私は明日の議会のために、答弁調整がありますので一旦外れますけれども、終わり次第また戻ってまいりますので、どうぞ皆様よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(知事退席)

議事進行

(事務局)

黒岩知事、ありがとうございました。知事は公務のため、これで一度退席させていただきます。

では、本日の議事進行等についてご説明します。本日の会議は 19 時から 21 時までの概ね 2 時間を予定しております。本日もご出席の皆様のご紹介につきましては、時間の都合上、名簿の配布をもって代えさせていただきます。なお、事前に会長にお諮りしまして、歯科医師会、川崎市健康安全研究所、高齢者福祉施設協議会、県衛生研究所、薬剤師会、横浜市消防局、県立病院機構、看護協会、厚生労働省の皆様にご出席いただいております。

また、本日は Web での参加をお願いさせていただきます。ご発言がある場合は、挙手ボタンを押して事務局にご連絡ください。よろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開非公開、議事録の公開非公開についてお諮りします。次第をご覧ください。本日の議題は、「変異株の蔓延対策について」でございますけれども、事務局としましては、全てを公開としたいと思います。また、議事録の公開についても同様に取り扱わせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。では、会議は全て公開とし議事録についても公開とさせていただきます。

では、これから先の進行につきまして、当協議会の会長であります東京医科歯科大学大学院の森教授をお願いしたいと思います。森会長、よろしくお願いいたします。

(森会長)

東京医科大学生涯免疫難病学講座の森と申します。本協議会の会長を務めさせていただきますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。出席者の皆様には、いつもながら円滑な議事進行に御協力のほど、よろしくお願いいたします。

まず、会議の撮影、録音についてお諮りしたいと思います。撮影、録音については、傍聴要領により、会長が決定することになっております。会議は全て公開ですので、録音は許可したいと思います。撮影については、円滑な議事進行の観点から、報告事項までとさせていただきます。皆様よろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。では、撮影は報告事項までとさせていただきます。それでは、議事に早速入りしたいと思います。

1. 報告事項

報告事項1の「新型コロナウイルスワクチンについて」です。事務局から説明していただきます。医療危機対策本部室の松谷副課長よりお願いいたします。

(事務局)

医療危機対策本部室の松谷でございます。本日は私の方から、新型コロナウイルスワクチン接種体制確保についてのご説明をさせていただきます。

それでは、ワクチン体制の概要でございます。3ページ目をご覧ください。役割分担が国から示されております。役割分担といたしましては、国が主導的な役割をもって接種を進める、都道府県は広域的な視点をもって接種を進める、市町村においては住民に身近な視点で接種を進めるということになってございます。主な役割分担でございますけれども、国はまずはワクチンの確保、先日ファイザー社のワクチンが承認されたということがございます。あと接種順位の決定は国が行っております。続きまして都道府県でございますけれども、都道府県においては、優先的接種となる医療従事者への接種体制を確保、調整していくことと、専門的相談対応をやっていくことが主な役割となっております。市町村におきましては、住民への接種勧奨ということでも住民へ接種をしていただく、高齢者への優先接種は市町村の方の役割となっております。

次のページをお願いいたします。接種スケジュールでございます。まず1番上でございますけれども、医療従事者向けの先行接種ということでございまして、こちらについては、先日承認がされました。ワクチンを使って進めていくということで、明日各病院の方に配送されるというように伺っております。本県においては、国立相模原病院、JCHO相模病院、関東労災と横浜労災の4病院ということになってございます。順次接種を進めていくということで話を伺っております。

続きまして下の段ですが、医療従事者向け優先接種でございますが、これは全国で約370万人程度でございますけれども、本県では約13万人ということでございます。こちらにつきましては、私どもで鋭意準備を進めているところでございまして、3月中旬には接種を開始したいということでございます。まだ具体的な日付については国から示されておられません。続きましてスタートするのが高齢者向け優先接種、こちらについては4月以降、次のその他の方についてはまだ接種スケジュールが示されていないというところでございます。

次のページをお願いいたします。現時点での本県の進捗状況についてご説明させていただきます。医療従事者向け接種体制の構築でございます。丸の1つ目、基本型接種施設及び連携型接種施設の選定を2月中旬までに行っているところでございます。基本型接種施設でございますけれども、マイナス75度のディープフリーザーを配置した自院や他院従事者に接種を行う医療機関のことを基本型接種施設と言っております。連携型接種施設につきましては、基本型接種施設等からワクチンの配送を受け自院や他院従事者に接種を行う医療機関というようになっております。こちらでございますが、基本型につきましては、現在最終調整を行っており、本県では33か所以内ということで、近日中に確定して、国へ報告する予定でございます。連携型につきましては、2月3日に県内約7,000医療機関に調査をかけております。現在取りまとめ中でございますけれども、現時点の情報でございますけれども約4,000か所、連携型をしたいということで、こちらの方に回答いただいております。こちらの内容につきまして、現在取りまとめをして精査をしているところでございます。

続きまして、丸の2つ目、接種予定者の取りまとめでございます。こちらは2月中ということになってございまして、こちらにつきましては、市町村

や国の機関、自衛隊とか救急隊員の取りまとめは、現在お願いしております。そして、医療従事者の接種につきましては、昨日の夜なのですが、県のホームページを経由して、申請の受付を開始いたしました。接種する日時や場所や予約方法につきましては、接種券を送付する際にお伝えをする予定でございます。その予約の方法に関しては、現在まだ調整中でございます。そして、取りまとめが終わりましたら、接種券の発行を行います。こちらにつきましては、現時点での想定でございますが、2月下旬か3月上旬ということで、順次委託業者の方から予診票と接種券を各医療機関に送付をするということでございます。そちらが整いましたら、3月中旬には接種を開始したいということでございます。かなり裁量が多いものですので、全ての段階におきまして、県では可能な限り委託化をして、医療機関や関係者の負担の軽減を図っているところでございます。

次のページをお願いいたします。続きまして、県の役割の中の相談のところでございますけれども、専門的相談イメージでございます。こちらは、国の資料になってございますけれども、簡単にご説明させていただきます。まず、やはり接種を受けた後に、ちょっと腫れてしまったとか、若干熱が出てしまったということがございますと、まずは接種を受けた医療機関やかかりつけ医に受診してくださいということで促しをさせていただきたいと思っています。その先にあたりまして、本県では、相談窓口を設置する予定でございます。それでももっと重篤な副反応が出るということになりましたら、専門的な医療機関、診療上さらなる対応が必要になってくるということになりますので、専門的な医療機関を紹介させていただきたいと思っております。その医療機関につきましては、現在調整をしているところでございます。窓口の設置も医療機関の選定も今現在進めておりまして、3月中には構築はできるということで考えているところでございます。

次のページをお願いいたします。続きまして、住民接種に関する調整状況でございます。住民接種につきましては、市町村が主体となってございますけれども、広域自治体である本県、神奈川県、都道府県がハンドリングしながら進めていきたいと考えてございます。丸の1つ目でございますけれども、現在2回会議を開催いたしまして、1月に2回開催いたしました。内容といたしましては、ここに書いてございますけれども、役割分担とか進捗状況の確認、あと皆様がどのような課題を有しているのかということを一回目に聞きました。2回目でございますが、本県の業務の委託化をしますとか契約手続きとか、市町村の進捗状況を確認させていただきました。次に、2月中にもう一度やろうと思っております、できれば来週に市町村会議を開催したいと考えているところでございます。こちらにつきましては、県における医療従事者向けの接種体制の進捗状況をもう少し詳しく説明するとともに、住民接種の調整について濃淡があるので、進んでいる市町村の調整状況をお送りいただきまして、皆様で共有をして課題を出していったり情報の共有を進めていきたい。それをもって市町村の方で住民接種を円滑に進めるようなことを考えているところでございます。私からの説明は以上でございます。

(森会長)

松谷副課長、どうもありがとうございました。

続きまして、副会長で今日会場にはいらっしゃっていない多屋副会長の方から、副反応を含めた予防接種についてお話していただきたいと思っております。多屋先生、お話していただけますか。

(多屋副会長)

国立感染症研究所の多屋です。よろしくお願いたします。

昨日、厚生労働省で厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会と副反応検討部会が開催されました。私は副反応検討部会の方へ出席してはいたのですが、新しいワクチンですので、接種後の副反応の疑い報告については、しっかり

やっっていこうということになっています。

方法としては、従来からされていた健康状況調査に加えて、副反応疑い報告、そして最初の1万人2万人の医療関係者の方については、健康日誌などが配布されて毎日の健康観察を行われるということになっています。副反応疑い報告は報告基準が定められるのですが、現時点で重症な副反応はアナフィラキシーだけということから、アナフィラキシーは接種から4時間までに起こった場合は届ける義務があります。一方、新しいワクチンであるということから、アナフィラキシー以外の症状についても、特に報告を求める症状というものが設けられました。その症状としては、一般的にワクチンに関連すると考えられるけいれん、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎、脳脊髄炎、関節炎、心筋炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射のなかで失神を伴うもの、これらについては、因果関係については定まってはいませんが、今後評価を行うことが考えられるということで、積極的に報告していただくよう別途通知で示されるということになりました。

今回、海外からアナフィラキシーの報告もあるのでありますが、過去にアナフィラキシーのような重いアレルギー症状を起こしたことがある方については、接種後、30分の健康観察を行うこと、その他の方については15分の健康観察を行うこと、そして過去に血管迷走神経反射による症状と思われる採血等で気分が悪くなったり失神などをしたこと起こしたことがある方については、接種後30分間の健康観察を行うこととしてはどうか、というようなことも議論されました。分科会の方では予診票の案なども提示されていますし、リーフレットなども提示されました。

今回、基礎疾患を有する方も接種の最初の方に来られるのですが、症状が重いか精神状態が悪いというときは、一旦回復してから接種したほうがよいのではないかとすることは意見として申し上げた次第です。

接種が近日中に始まりますけれども、接種後に先生方がワクチンとの関連があるのではないかとと思われる症状、あるいは入院ですとか非常に重篤な症状になった場合には報告が求められるということになります。報告されたことについては、頻回に検討部会が開かれて公表されていくことになると思いますが、有効性と安全性の両輪で考えていけるワクチンであってほしいと思っています。簡単ですが以上です。

(森会長)

多屋先生、どうもありがとうございました。

それではただいまの2つのご報告についてご意見、ご質問等がございましたら、発言をお願いしたいと思います。なお、発言にあたりましては、私の方から指名させていただきたいと思っておりますので、挙手をしていただきますようお願いいたします。いかがでしょうか。

それでしたら、笹生先生よろしく願いいたします。

(笹生委員)

神奈川県医師会の笹生でございます。よろしく願いいたします。

医療従事者の優先接種の分ですが、13万人とのことですが、必要な十分なワクチンは確保されているのでしょうか。それとも、ある程度期間を与えて段階的に供給されるのかということを知りたいということ、集団接種と個別接種の両方あると思いますが、個別接種の接種場所と日時といったものがどのようなスキームで決定していくのかということを知りたいのですが、教えていただけますでしょうか。

(事務局)

では、お答えいたします。

まず1つ目の質問でございますけれども、ワクチンの数でございますけれ

ども、まだ何本来るか、いつ来るかということ示されておられません。ただ、ワクチンの数とか来る日が分からなければいくら準備を進めてももっと細かい作業に入れませんので、国には強く申し伝えているところでございます。

あと、個別接種の予約ということでございますけれども、今想定しているところは先ほどご説明差し上げましたが、予診票と接種券を送る際にご案内しようと思っっているところでございますが、今私どもが検討しているのは、**LINE** を使った予約システムとコールセンターを設置いたしまして、予約を受けていくということを考えているところでございます。

(森会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、角田先生、よろしく願いいたします。

(角田委員)

いろいろと綿密な計画を立てていただいてありがとうございました。

お伺いしたいのは、副反応に対しての報告とか、万全だということとはよく分かるのですが、麻疹のところでもかなり苦労したのですが、日本というのはかなり反予防接種というか、社会防衛としての予防接種の理解が今一つというところで、この前の世論調査でもあまりすぐ打ちたいということが高くなかったということで、予防接種を社会防衛の意味でこれからどのように一般の方々に県として伝えていくか、行動計画に入れなくてはいけないと思っただけ、そのあたりはいかがでしょうか。

(事務局)

分かる範囲でお答えさせていただきます。

接種はできれば進めていただきたいということが当然私達が思っっているところでございまして、それに向けては、昨日県のホームページを開設いたしまして、副反応に対しての質問とか、今厚生労働省の方でコールセンターを開いてございますのでそこのご案内とかということを見せていただいているところでございます。今後、接種を進めていかななくてはいけないということがございますので、先生のご指摘のとおり、接種をしていただけるような環境づくりを進めていきたいと考えてございます。以上でございます。

(角田委員)

報道とかをみると、どうも副反応の報道が多く目立つんですね。やはり社会防衛としての予防接種の効果を積極的に PR して、一般の方々が不安を持たず予防接種に参加していただけるような体制をどんどん作っていかないと、集団免疫という意味では今一つとなってしまうので、よろしく願いします。

(森会長)

角田先生、ありがとうございました。それでは、小倉先生どうぞ。

(小倉委員)

多屋先生にご質問ですが、ちょっと失礼なのかもしれないのですが、ワクチンに詳しいので教えてほしいのですが、1つは慢性呼吸器疾患の患者さんがうちは結構多いのですが、そういう患者さんでインフルエンザワクチンに関しても何千人に1人は基礎疾患が悪化したりするということも言われていて、いわゆる状態の悪い基礎疾患のある患者さんに対してワクチンに関していかがなのでしょう。逆に合併症があると打った方がいいということがあられるのですが、酸素を吸っている患者さんとか状態の悪い患者さんに打った方がいいのかということ。

もう1つ、うちの COVID の患者さんで後遺症があつて繊維化が起きてい

る方とかがいらっしゃって、基本的に COVID になった患者さんも、いわゆる変異株とかあるので、もう1回うつるのでもう1回打った方がいいという意見があるのですが、このあたりの接種に関してはいかがでしょうか。

(多屋副会長)

ご質問ありがとうございます。

私も昨日まさしく検討部会で話をしたのですが、今回は基礎疾患がある方は SARS-Cov-2 にかかると重症化されることがあるということで、ワクチンを基本的には優先的に最初に接種する方になっています。ただし、状況が悪化している過程にあるとか、とても全身状態が悪いという方については少し改善されて、症状が良くなってからワクチンを接種すべきではないかと思えます。とても状態が悪い時に接種するというのは、あまりお勧めできないのではないかと思います。そこはかかりつけの先生とご本人でよくご相談していただいて決めていただくのが良いように思いました。以上です。

(小倉委員)

もう1つ、コロナにかかった患者さんがその後のもう1回のワクチンに関しては。

(多屋副会長)

海外からの報告によると、かかったことがある人もワクチン接種の対象に入っています。ただし、感染してから半年位は再感染頻度低いようなので、そのへんのエビデンスを考えながらいつ接種するかということの参考になるのではないかと思います。

(森会長)

ありがとうございます。立川先生、どうぞ。

(立川委員)

ワクチン接種の時には典型的な問診票があると思うのですよね。インフルエンザの時ならインフルエンザですけど、大体定型文があると思うのですが、今回は新しいメッセージRNA というふうになっているのですが、それに合わせたような定型文ができるわけではなくて、今まで通りのインフルエンザで使ったような問診票になるのでしょうか。それとも、メッセージRNA 用みたいなものが作られようとしているのでしょうか。

(多屋副会長)

昨日厚労省で開かれました、私はそちらの方には出席していませんが、予防接種・ワクチン分科会が開催されて、そこで新型コロナワクチン接種の予診票というものが公表されています。今、厚生労働省のホームページの予防接種・ワクチン分科会のところに掲載されています。右上にクーポン券を貼る場所がついていて、そして今回の新型コロナワクチンの説明書を読まれたかとか、接種順位の上位となる対象グループのどの方にあたりますかとか、こういう病気にかかっていませんかとか、そういうことが問診票の中に書いてありますので、厚労省のホームページをご覧くださいと良いのかなと思いました。

(森会長)

ありがとうございます。ほかにどなたかありますでしょうか。よろしいですか。

それでは、続きまして、1の報告事項の「高齢者施設の従事者等の検査について」です。事務局の方からご説明していただきます。では、山田感染症対策担当課長よろしくお願いたします。

(事務局)

それでは、資料2をご覧ください。新型コロナウイルス感染症対策高齢者施設等における従事者へのPCR検査事業でございます。本事業の目的でございますが、令和3年2月2日付けで「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」が改定されまして、この中で「感染多数地域における高齢者施設の従事者等の検査の集中的実施計画を策定し、令和3年3月までを目途に実施する」といったことが明記されました。また、2月4日付け厚生労働省の事務連絡において、感染多発地域における高齢者施設の従業者等の検査の集中的実施計画を策定すること、また、この計画に基づいて遅くとも3月中までに検査を実施することが要請されております。本県ではこれらを踏まえまして、保健所設置市と協議のうえ、県内全域の重症化リスクの高い高齢者や障がい者が生活する施設の従事者に対してPCR検査を実施する計画を策定しまして、施設内の感染防止対策を強化するということといたしました。この計画につきましては、既に2月12日までに国の方へ届けるということになっておりまして、提出済みでございます。今回施設側には、検査の申込とともに施設の基本情報や感染対策の状況なども登録をいただくこととしております。こういった情報を今後の県の取組み、陽性者が発生した場合の施設に対する支援に活かしていくことを考えております。

3ページ目でございますが、集中的実施計画の概要ですが、本県の場合、約108,000人が対象と考えております。対象となる施設種別は、資料記載のとおりでございます。基本的に入所の施設ということになってございます。

次のページでございますが、具体的な事業の概要ですが、本事業ではスクリーニング目的でのだ液によるPCR検査を実施するものでございます。対象者は利用者とは接する職員で、常勤・非常勤及び職種は問いません、施設長が感染防止のために必要と判断した者が対象となります。このPCR検査希望調査につきましては、webで登録していただくことになっておりまして、登録の検査申込期間は四角囲いのおりでございます。2週間おきに1人3回を限度に施設において3回検査していただく形で進めております。

次の資料でございます。事業を通じた施設情報の集約、先ほど申しましたように、施設から申込をしていただく際に情報をいただくことになっております。情報としましては、サービス提供状況ですとか、協力医療機関の有無、感染制御体制の構築の有無、環境整備、陽性者発生時の対応などについて、若干詳細ではございますが、記載をしていただくことになってございます。こういった情報を実際に施設で陽性者が発生した際に、クラスターが発生する前に県が、また保健所が各施設の情報を把握することで、施設に対して迅速な支援が可能になるというように考えてございます。

次のページでございますが、具体的な事業の流れはご覧のとおりになります。

次のページ、事業全体にフロー図については、ご説明しているとおりでございますので、ご確認いただければと思います。

6のPCR検査希望調査方法についてですが、先ほど申しましたようにwebでとなりますので、イメージの画面になりますが、資料でご覧いただいたとおり、携帯、スマホなどからも申込ができるようになってございます。二次元バーコードを読み取っていただく、もしくはブラウザのアドレスバーから入力していただきまして、入力フォームはweb上という形になって、施設情報を入れていただくような形になっております。

次の資料をお願いします。具体的な手続きについてのフローでございますので、割愛させていただきます。

次のページです。検査結果判明後についてでございます。職員全員陰性の場合は、特段問題はございませんが、施設内での感染対策の徹底をお願いするということになります。

次のページでございます。本事業において陽性が確認された場合でござい

ますが、当然ながら陽性が確認された職員は出勤停止、そして2番目にござ
います。陽性の職員は施設の協力医療機関又は地域の医療機関を受診して
いただき、診察及び医師の指示に基づき確認検査を行う。次に、医師の診察
の結果、新型コロナウイルス感染症と診断された場合、医療機関の所在する
管轄の保健所へ発生届を医療機関から提出していただく。また、この発生届
が出る前に本事業で陽性と分かった段階で、施設は所在地を管轄する保健所
へ連絡していただきまして、陽性者が確認された旨を伝える。保健所につき
ましては、集中検査なり次の段階への対処について準備を進めるということ
になります。今回、だ液の PCR 検査で、いわゆる抗原定性検査のような形
でなく PCR を使っていますので、検査結果自身はかなり精度は高いと思わ
れるのですが、検体の採取自身をだ液でご本人の採取になっていますので、
行政検査と同等とはみなしておりませんので、1度医師の診断により発生届
を出していただくという段取りが入ります。ですが、ここで協力医療機関に
御協力を求めたり、またそれが難しい場合には地域の医療機関であったり、
もしくは保健所からご相談させていただいて帰国者接触者外来なり、そうい
ったところへのご紹介も可能かなと思っておりますので、まず陽性の職員が
出た段階で保健所にご連絡いただくことをお願いしたいと考えてございま
す。

次、本事業に関するお問合せを既に今週月曜日からコールセンターという形
で専用の番号をとってございますので、施設からのお問合せはここから受け
ているところでございます。本日、この7時の時点で本日までに453件の施
設から申込をいただいている状況でございます。説明は以上です。

(森会長)

山田課長、どうもご説明ありがとうございました。

それでは、只今の報告について、ご意見、ご質問等がございましたら発言
をお願いいたします。また、挙手の方でよろしく申し上げます。いかがでし
ょうか。角田先生、よろしく申し上げます。

(角田委員)

検査という意味ではしっかりされていると思うのですが、陽性が出
た場合に県からどのような支援がされるかということ、支援がはっきり
していると申込というか、検査を受けた方がいいと施設側も判断していただ
けるような気もしますが、県から陽性者が出た場合の支援というのはどのよ
うになっているのでしょうか。

(事務局)

ご連絡を頂戴いたしまして、所管の保健所で状況の確認をさせていただきます。
クラスターの発生が危ぶまれるということになりましたら、すぐさま
集中検査であるとか、もしくは感染対策ということで必要であれば C-CAT
を投入するといったこともさせていただくというふうを考えてございます。
以上です。

(角田委員)

クラスター発生防止というのはよいと思いますが、施設の方でマンパワー
とかそういった相談もあると思いますので、難しいと思いますが、可能
な範囲で相談に乗るくらいの対応はしていただきたいと思います。

(事務局)

承知いたしました。

(森会長)

立川先生、よろしく申し上げます。

(立川委員)

積極的な検査は素晴らしいと思うのですが、問題となるのが、陽性の方の移動の問題だと思うのですね。民間救急車を使ったりするとすごく大袈裟というか、そういうところで非常に困るので、もし可能であればいくつかのタクシー会社に頼んでそういう搬送をしてもらえるようなパッケージを作るとか。もし可能であれば、そういう搬送を受け持つような方々にもワクチンを優先的に接種していただいて、ワクチンを接種したい運転手で、ある程度簡単なパッケージがあればタクシーでも陽性者は移動できるというような枠組みがあると、そういう検査をどんどん広げていけるのではないかと個人的には思います。

(事務局)

現時点でこの事業の中で患者さんの搬送までパッケージでは考えてございませんが、ご意見を参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

(森会長)

加藤先生でいらっしゃいますか。高齢者に関してどうぞお話をください。

(加藤様)

神奈川県で特養の方をやっている団体の長でございます。第3波が老人ホームにも襲ってきまして、ある施設ですと30名以上の利用者の陽性、そのうち入院できたのは10名届かず、20名以上は施設に残されると。さらにその療養期間中に何名かがお亡くなりになると。こうなると職員の方は、医療従事者という看護師でもない介護職員という立場で利用者を守らなくてはいけない、人出も足りなくなる、濃厚接触者でいなくなる、早め早めの対応という中で今回の検査来ましたので、うちの方も何とか職員に周知徹底して、リスクを軽減できるのだよと。ただ、どうしても職員の方も、もし出ってしまったらという思いもあるので、そこへの目的ですとか動機付けにかなりエネルギーがかかるのかなと、こういうふうに思っています。この後くるワクチンも同じことだと思いますので、やはりその必要性というの、県も含めて訴えていただければと思います。以上です。

(森会長)

現場の立場から貴重なご発言、どうもありがとうございました。
ほかにどなたか。相模原の鈴木先生でしょうか。どうぞお願いいたします。

(鈴木委員)

相模原の鈴木です。今回、高齢者の施設に対する検査を行うということで、1番の目的はクラスター対策ということが大事ではないかと思います。クラスター対策を進めるにあたって、陽性者が出た後にいかにその後の処理をどうするか、速やかになるかということが大事かと思えます。今ご説明いただいたところなのですが、検査機関から施設の方に陽性者がいた場合にご連絡があるかと思えますけれども、その後、医療機関の方に再度確認をしてまた発生届等は保健所の方にもたらされるかと思うのですが、その際にやはりどのくらいスピード感を持ってやるかということがとても大事かと思うのですが、質問として、検査から結果が出て保健所までにどのくらいの期間がかかるかということ、できるだけそれを速やかにやっていただくような形をお願いしたいということで、質問と要望でお願いしたいと思えます。

(事務局)

現時点で委託事業者と実際にどれくらいの施設からの申込があるかというところがまだ見えていないところもございまして、何日とか何時間ということではちょっと厳密に申し上げることができないということが現状でございます。

す。ですが、所長のご指摘のとおり、速やかにということは考えてございますので、今回の計画、県の計画でございますが、保健所設置市と協議をして皆さん、県域全部をまとめた計画となっておりますので、保健所設置市の鈴木所長をはじめ皆様方と協議しながらこういった形で迅速にできるかということ逆を相談をさせていただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(森会長)

小倉先生、よろしくお願いします。

(小倉委員)

皆さんの言うとおりののですけれども、今後の方針として、先ほど出ました今現時点の PCR 陰性なので、それを誤解のないようにという文句もありましたけれども、これを繰り返していくのか、あるいは、日本として PCR の金額を下げて定期的にやっていくのかどうなのか。そうではないとすると、疫学的な調査という形になってしまうので、今後の方針がもしお分かりになったらどうなのか、今回の予算がどのくらいかかっているのか具体的にももしよろしければ教えていただきたいと思えます。

(事務局)

今回ですが、まず国の対処方針が示された時に、感染拡大している特定の地域において緊急事態宣言が出されている地域というようなこともございました。その中でこういった事業を組み立てることになりました。ですので、まずは今回、年度の補正予算という形でさせていただいていることもございまして、年度の中で1度整理はするのかと思っております。繰り返しという意味では、3回はしていただけるような組み立てで、予算としましては32億円ということで計上しているところです。その後の継続につきましても、予算上まだ立ってもございませぬし、感染の状況を見定めながら考えていくということになろうかと思えます。以上です。

(小倉委員)

本当にワクチンができるまでは先ほどの老健施設の施設長の先生が言ったみたいに非常な悲惨な状況なので、もっと PCR を定期的にできればと思っています。ありがとうございました。

(森会長)

ほかにどなたかいらっしゃいますか。よろしいですか。

それでは続きまして、1の報告事項「積極的疫学調査について」です。事務局の方からご説明いただきます。山田感染症対策担当課長よりよろしくお願いいたします。

(事務局)

それでは、資料3をご覧ください。「積極的疫学調査について」でございます。資料の2ページ目でございます。積極的疫学調査における優先度についてということで、昨年11月20日に厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部の事務連絡でございますが、積極的疫学調査につきましては、まず接触者の探索のための調査、前向き調査については、重症化リスクのある者が大勢いるところ、集団の関連、また、地域の疫学情報等を踏まえ感染が生じやすいと考えられる状況、こういったところを詳細な行動歴の聞き取り及び接触者の特定についてはこれらに関連するものを優先して実施するということが示されました。また、感染源の推定のための後ろ向き調査でございますが、これも同じくこういった対象について優先するということがこの事務連絡において述べられております。

次のページでございます。それを受けまして、本県におきましては、昨年

やはり 11 月 20 日の新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部会議の中で実際に積極的疫学調査の目的と照らしますと一般社会のウイルス蔓延であるとか状況を鑑みると積極的疫学調査の質的低下というのもありまして、市中の一般患者に対する積極的疫学調査の意義は低下しているというところから、優先順位を付けて重点化していく方針ということを提案させていただいたところでした。

次のページです。本年 1 月 9 日、年末から年始にかけて非常にたくさんの感染者が発生したということもございまして、それまで積極的疫学調査の重点化につきましては、各保健所ですということと判断をしていただくこととしておりましたが、1 度ですね、この時期にきたという話で、高優先は医療機関、高齢者施設・福祉施設等、また中優先が学校、幼稚園、保育園の教員等ということになっておりましたが、ここを積極的疫学調査の対象として重点化するという方針につきましてお示しをさせていただいたところでした。

資料次のページです。現在、2 月に入りましてどういう状況かというときに、ご承知のとおりかなり感染者が今現在減ってきている状況だと思います。そもそもなんですが、この資料に示すように、令和 2 年 8 月 7 日に、国の分科会においての提言でございますが、ちょっと細かい字になりますけど、ステージⅢで講ずべき施策の提案として、四角囲いがございますが、保健所負担の更なる軽減ということが書いてございまして、ステージⅣにおいては疫学調査の簡略化といったことが元々提言の中で述べられていたというところもございまして。今現在の感染者の状況でございますが、県のモニタリング指標でいきますと、今ステージⅢレベルまで下りてきたという状況がございます。そうした中で県内各保健所に状況について、状況を調査といいますか、今現在の状況というのをお聞きしたところですね、現状の保健所の事務の状況を鑑みても、また市中蔓延の状況をみても各保健所において積極的疫学調査を実施できているという状況というのを確認できたというところでございます。

ですので、本日知事も本会議において発言をさせていただきましたが、現在は各保健所の状況に応じて積極的疫学調査を実際に実施しているという状況が確認されましたので、こちらの協議会においても報告をさせていただきました。以上でございます。

(森会長)

山田課長、ありがとうございました。

それでは、何かご質問ありますでしょうか。

今日ご参加していただいている、折角でございますので、横浜市健康安全課長の船山課長、ご発言いただけたらと思います。いかがでしょうか。

(船山委員)

川崎の岡部先生にお聞きしたいのですが、感染者の数が減って来たといっても、市中でこれだけ感染者が出ている状況で、業務とは別の問題で今までのように発生した全例に対して疫学調査を必須にする意味は、発生当初と同様にあるのかどうなのかということをお聞きしたいと思います。当然集団に対する対応であるとか、高齢者施設については当然優先してやっていかないとはいけませんけれども、全例に対してウィズコロナの時代にやっていかないとはいけないのかというところをサジェスションいただけるとありがたいと思います。

(森会長)

岡部先生、いらっしゃいますか。ご発言いただけないでしょうか。

(岡部様)

積極的疫学調査の大きい意味は、もちろん全体的な疫学的な状況を知ることと、クラスター対策でできるだけ拡大を抑えていく、特に日本の場

合はそこに最大の意味があったが、ただ当然ながらキャパシティがなくなってくればやれないことをやれ、やれと言っても無理があるので、そうすると優先順位が付いてくるということになると思います。ただ、優先順位が付いて、落ち着いてきた段階になってくれば、やはり早めに対応するということでは、そういう意味での積極的疫学調査の意義はあると思います。

ただ、おっしゃるようにもっと先を見てウィズコロナといったところまでいった場合には、本当にこういう全例調査がよいかどうかは、それはまた別の議論のところでも全数届をどうするかということも含めての議論だと思いますけれども、現在減少にかかり始めてきたときに何もしなくなるというのは、今の日本の現状とそれから今日の話題の変異が出てくるというようなことに対しては、やはりできるならばきちんとした調査をやっていたほうがよいだろうと思います。以上でよろしいでしょうか。

(船山委員)

ありがとうございました。横浜市では全例やっているということをおし添えておきます。ありがとうございました。

(小倉委員)

岡部先生から船山先生との会話があったので聞きたいのですが、疫学的な意味としてはやはりやった方がよいと思うのですが、保健所がやらなければいけないのでしょうか。海外の場合をみると、色々と素人の方、それこそ失業になった方とか訓練させて色々と調査させたりするといった国もあるみたいなので。英国みたいに素人の人を指導してワクチンを打てるというところまでやるというのはやり過ぎだと思うのですが、その調査さえ訓練すればできるので保健所が委託という形で、さっきワクチンのことを言いましたけど、先ほどの老健施設の PCR も含めてなんですけれども、お金をどこにかけるかということだと、この調査ってクラスターのあれに関してはすごく疫学的には意味があるような気がするのですが、いかがですか。

(岡部様)

ちょっと問題が難しいですね。単純に海外との比較はできないと思うのです。ヘルスのシステムであるとか、特に日本の場合、感染症法に基づいて積極的に疫学調査をやるのに、それなりの身分がある人ではないと守秘義務その他のことが関わって多分できないのではないかと思います。ただ、そこを工夫しながら簡便な方法を取るということであれば、そこが大切になるのではないかと思います。

それから感染研がやっている FTEP の調査も保健所ではないのですが、地域から委託されている疫学のプロが出ていくというような感じなので、そういうことができる人材が揃っていればよいのですが、ちょっと集めてということはおそらく難しいのではないかと思います。

レベルの問題だと思います。ウィズコロナになったり、大きくなった時に精緻な検査を全てに必要になるわけではない、そこは応用問題だと思いますけど、今すぐに日本で取りかかれるかどうかは私がここで言う立場ではないと思いますけれども難しそうですね。

(小倉委員)

ただ日本はその意識が高すぎるから逆に色々ところに偏ってお金がかかってしまったので、欧米のゆるさというのもすごく大事になるし、疫学調査はすごく大事だと思うので聞かせていただきました。ありがとうございました。

(岡部様)

おっしゃるとおり、日本は非常に細かいところは割に細やかにやっているのではないかと考えています。以上です。ありがとうございました。

(森会長)

岡部先生、細かくお話いただきましてどうもありがとうございました。

それでは次の議題、報告事項の方に移らせていただきます。続きまして、1の報告事項の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部改正について」です。事務局の方からご説明いただきます。では、前田健康医療局長、よろしくお願いたします。

(前田局長)

健康医療局長前田でございます。

資料4をご覧ください。2月3日に感染症及び検疫法の一部改正、そしてまた後ほど出てまいります、新型インフルエンザ等特別措置法改正が成立いたしましたして、2月13日から施行されているところでございます。

1番目でございますが、新型コロナウイルス感染症の法的位置づけということで、従来政令による指定でございました新型コロナウイルス感染症が、新型インフルエンザ等感染症という法的な位置づけが付いたということでございます。

そして2番目でございます。こちら、国や地方自治体間の情報連携ということでございます。今回の法改正の大きな目的の1つが、現在行われております新型コロナウイルス感染症対策の実効性を高める、そしてより確実に取組みを推進するということが法律の改正の大きな目的となっておりますが、その2番の国や地方自治体間の情報連携ということにつきましても関係する自治体が感染症の発生状況を確実に把握して、広域的な調整ですとか有効な対策の実施、そういったものにつなげていくということを目指して改正されたものでございます。具体的には保健所設置市、特別区から都道府県知事への発生届の報告、積極的疫学調査の関係自治体への通報の義務化、そして電磁的方法の活用ということで、具体的にはHER-SYSの入力をもって発生届の報告ですとか積極的疫学調査の通報の義務化が行われているというところでございます。

そして3番目の宿泊療養・自宅療養の法的位置づけというところでございます。こちらの大きな目的としては、医療資源の重点化を図るということでございます。そして、宿泊療養・自宅療養の軽症者、無症状者向けの療養制度というものを法律的に位置づけられたということでございます。新型インフルエンザ等感染症・新感染症のうち、厚生労働大臣が定めるものについて、宿泊療養・自宅療養の協力要請規定を新設したということでございます。

4番、過料に関する事項を記載してございます。こちらでございますが、入院措置ということにつきまして、こちらでも従来の運用で行われておりました新型コロナウイルス感染症の入院措置の対象として、高齢者の方ですとか基礎疾患を有する方ですとかそういった方につきまして、入院勧告ですとか入院措置の対象を限定するというところでございます。そして入院措置に応じないもしくは入院先から逃げた場合、正当な理由がないという前提でございますが、そういう場合には罰則を科するということが規定されてございます。先ほどもお話がございました積極的疫学調査についてでございます。こちらでも実効性を確保するというところで、感染症の患者さんが質問に対して正当な理由がなく答弁しない、虚偽の答弁をする、もしくは調査を拒み、妨げ忌避する、そういった場合に罰則を科するというものでございます。

そして5番目でございますが、国と地方自治体の役割・権限の強化ということでございます。こちらにつきましては、都道府県知事は、感染症指定医療機関が不足する恐れがある場合に、保健所設置市長等、医療機関その他の関係者に対し、入院勧告、措置に関して総合調整を行う権限を有するというものでございます。それから(2)でございますが、医療関係者・検査機関への協力要請ということで、緊急時、医療関係者・検査機関に協力を求められると、そして正当な理由なく応じなかった場合に勧告・公表ができるとい

うことの規定が設けられたということでございまして、こちら従来も感染症対策をきちんと行ってきているところでございますが、それを法的に実効性を高めていくこと、より確実に行うということが目的としてこの法改正が行われたということでございます。説明は以上でございます。

2. 議題

(森会長)

それでは、続きまして2の議題「変異株の蔓延対策について」入りたいと思います。恐縮ですが、撮影はここまでさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

議論に先立ちまして、まずは変異ウイルスについて、神奈川県衛生研究所高崎所長の方からお話していただきます。どうぞよろしく願いいたします。

(高崎様)

SARS-CoV-2 変異ウイルスについてですが、イギリス、南アフリカ、ブラジル系統の変異ウイルスに関しては、変異種という言葉は扱わないようにという感染症学会の声明が出てところですが、例えばフラビウイルス科フラビウイルス属日本脳炎ウイルスという、種というのは日本脳炎ウイルスに相当します。ですから、変異種というと SARS-CoV-2 変異種とってしまうと、SARS-CoV-3 とかいう名前を付ける必要があるということになります。変異株という言い方が用語としては正しいのですが、一般の方にはやはり大きく変異していると受け取られがちでありまして、何%もしかして変異しているというものではありません。ウイルスの大きさなので、天然痘ウイルスというのは非常に別格で遺伝子の長さも18万7千塩基もありまして、コロナウイルスは直径80~100ナノメートル位の大きさなので、遺伝子は一本鎖のRNAでその長さは30,000塩基とかなり長いウイルスです。同じようにインフルエンザウイルスも実は大きさとしては80~120ナノメートルでほぼ同じなのですが、インフルエンザは8分節のRNA遺伝子をそれぞれ持っていて、トータルして13,300塩基で、つまりコロナウイルスの遺伝子の長さは倍以上ということになります。遺伝子の長さでウイルスの大きさというのは必ずしも相関しないということです。ノロウイルスもエンベロープを持たないウイルスの代表で、大きさは30ナノメートル位の小さなウイルスになります。インフルエンザウイルスの遺伝子はRNAですが、8つに分節していると、この分節したRNAがリアソータント、日本語でいうと遺伝子再集合と言いますが、分かりやすく言うと混血になるということです。特にブタの呼吸器にはヒト型レセプター、それから鳥型レセプターの両方が混在するので、リアソータントウイルスの場合として最適だということで、8本のRNA遺伝子の組合せをやると256通りになりますけれども、その中で環境に適応できるウイルスというのは生き残るということになってきます。もちろんRNAそのものの遺伝子配列の中に塩基の変異が生じるということもあります。

次に、コロナウイルスになりますけれども、一本鎖のRNAで16の非構造タンパク質群をコードするORF1a、1bがゲノムの約3分の2を占めて5ダッシュ末端側に位置します。3ダッシュ末端側に構造タンパクがS、E、M、N、HEが存在してコードされるわけですが、変異株といわれますが、フルゲノムで武漢株と比較すると99%以上一致します。比較する株にもよりますが、変異しているのは24塩基程度、S領域で比べても10数塩基の違いだけです。インフルエンザウイルスのようなリアソータントは発生せず、RNA遺伝子の配列中の塩基変異が生じるということでもあります。ちなみにSARS-CoV-2とSARSウイルスの相同性は約80%です。

そもそもウイルスというのはなぜ分類しているかというところで、ウイルスの構造、物理的な性質というのは科によってほぼよく似ていると。コロナウイルス科のウイルスのヒトコロナウイルスでも動物のコロナウイルスで

も、王冠様の突起をもったしっかりしたエンベロープを持っていますし、フラビウイルス科のウイルス、デング、日本脳炎、黄熱ウイルスなどのエンベロープは環境中で弱く、浸透圧が加わっただけで容易にダメージを受けます。したがって、蚊やダニを媒介として生存を図るわけです。ノロウイルスは実験的に大量に増殖させることができないので、同じカリシウイルス科のカリシウイルスを代用として消毒効果を検証していますけれども、今までそれで効果は十分であることが分かっています。

同じ科のウイルスで何が違うのかというと、その大きな要素はウイルスが細胞に吸着するための受容体、つまりレセプターの違いです。レセプターが異なると宿主細胞が異なり、標的となる臓器も異なることになります。マウスのコロナウイルスであるマウス肝炎ウイルスはマウスに肝炎を引き起こします。これはヒトコロナウイルスの分類なのですけれども、ヒトコロナウイルスの上の4つ、229E、NL63、HKU1、OC43 というのが古典的なヒトコロナウイルスです。OC43 は牛コロナウイルスが人の世界に入り込んでヒトコロナウイルスになったウイルスということになります。いずれも非常に軽い風邪症状を起こすウイルスで、ヒトコロナウイルスは顕性感染者でも症状がある患者と同等あるいはそれ以上の多くのウイルスを排出し、感染を広げるといってガーナにおける調査で既に報告されています。これは動物のコロナウイルスも入れた表ですが、例えばこんな風にコロナウイルスの受容体は異なるわけでSARS-CoV-2もSARSウイルスもACE2がレセプターですが、微妙に病態が異なります。SARSの病態は重症でウイルス血症も起こしますが、Covid19では顕性感染、軽症例も多く、重症例や免疫不全患者は別として、出現初期にはウイルス血症の報告がありましたし重症の場合はそういうこともあるのですが、ウイルス血症を起こすということは比較的稀です。こういった違いはレセプターに結合する際にさらに補助的に働く部分や細胞内のタンパク合成段階の違いなどが考えられますし、当然例えば、蚊やダニが媒介するウイルスでは、ヒトの受容体と蚊やダニの細胞の受容体は異なります。

コロナウイルス科の宿主は様々で、もちろん遺伝子構造は少しずつ違ってきます。SARSとMARSのウイルスでも多少の違いがあり、上から3番目と4番目で違いがあるのが分かると思います。例えば一番下のIBV、PDCoVというのはちょっと短めの構造遺伝子を持っているということになります。

スパイク領域の変異というのが変異ウイルスにとっては重要になってくるわけですけれども、ウイルスは自分の生存に都合のよい変異を選択維持して宿主の中のウイルスは一種類ではなく主流派以外も存在します。そういうのをクアジスピーシーズというのですけれども、例えば同一の宿主においても最も都合のよい遺伝子配列を持つ株が主流派となって、一生懸命探せば、ちょっと変わったウイルスはその人の中には存在するということです。N501Y変異がウイルスの細胞への感染力を高めるとして注目されており、この後説明しますが、もう1つのD614Gスパイク変異というのもACE2結合親和性を高めるということが分かっています。この2つはイギリス、南アフリカ、ブラジルに共通して発生している変異で、おそらくウイルスにとって都合のよい変異であって今後も維持されるものと思われる。それから最近ではE484Kの変異を持った株が関東を中心に拡大しているということが分かってきて、これもおそらくどういう意味があるのかというのは今後明らかになってくるかなと思います。

N501Y変異というのはどういう変異なのかといいますと、この変異の結果、スパイクタンパクが上から見ますと3つ変わってしまうということなのです。501番目のアミノ酸がN(アスパラギン)からY(チロシン)に変わった結果、ACE2との結合力がより高まったというふうに理解してもらったらよいかなと思います。変異はこんな感じで3カ所あるわけですけれども、鍵と鍵穴の関係がさらに改良され、よりぴったりとはまると、結合するということが可能になったというように考えてよいかなと思います。その結果、し

っかりとした結合が成立して、細胞に取り込まれる瞬間に実はうまく入り込まないまま離れるという場合があるわけですが、そういうことがなくなると感染細胞数が増加してウイルスの増殖数が増えるということになったというふうに考えられます。

こういうことだとどうなるかといいますと、飛沫感染と空気感染の境界が不明確と言え不明確なわけですけれども、麻疹の患者さんの場合に、非常にウイルスが口腔咽頭といった上気道で大量に増殖します。そうすると呼気とともに、咳もありますけれども排出されて、写真のちょうどコプリック斑が広がっているものですが、まわりには本当にたくさんウイルスが存在します。

基本再生産数というものがあるのですが、ある一人の感染者が完全な感受性集団、つまり免疫を持っていない集団に入ってきたときにその感染者から平均で何人が感染するかという数で、実効再生産数というものとは異なるわけですが、よりウイルスの感染力の差が見えます。新ウイルスの感染力は12から18ということで非常に高いということが分かっていたかと思えます。そういうことで、風しんは5から7、それからムンプスが11から14、インフルエンザが1から2、こういうことになってきます。麻疹ウイルスの場合は呼気の中とかそういうもので飛沫が出たときに感染性ウイルスがこれくらいたくさん存在するのだらうというわけですけれども、新型コロナウイルスの場合は中国の初期のデータですが、2.24 から3.58、2から4くらいでありまして、麻疹と比べれば低いということが、空間に漂う感染性ウイルス粒子を含む飛沫、エアロゾルの密度が恐らくかなり低いのだらうなという感じで、これくらいかなということになってきます。こんな感じで、感染性が1.7倍とかもっと増えれば、やっぱり麻疹と同じように呼気中に感染性ウイルスを含むエアロゾルが増加するということになってくるかなというふうに理解していただければと思います。そうすることによって、何をしないといけないかということなのではございますけれども、基本的には対策としては変わらない、マスクをよりしっかりする、よりしっかりと換気をするということなどで徹底する必要としては出てくるということかなと思います。ただ方法としては、特に新しいものが必要ということはないというふうに思います。

まとめますと、コロナウイルスの遺伝子は一本鎖RNAでして、遺伝子の変異速度はインフルエンザウイルスなどと比べると比較的緩やかで、現在出現している変異ウイルスは抗原性を変えるほど大きなものではないと考えられます。イギリス、南アフリカ、ブラジル系統の変異ウイルスは、今後もさらに別のところで変異が生じる可能性があります。感染性が増しても病原性が低下してくればありがたいわけで、実際にはヒトコロナウイルスの中にはそういうウイルスだったというふうに考えられているわけですが、ウイルスは長期的には宿主において上手に生き残る方向に向かうというふうに思われます。極めてまれに近縁の生物種の間で多くの遺伝子の交換、組換えが起きると、二つの生物種の特徴を併せ持った新しい生物種が誕生することがあって、その場合には変異種というわけですが、最後のことは何が言いたいかというと、例えばペットとかそういう動物と非常に感染者が密接なコンタクトをしてペットと人の間で行き来が起きるとキメラのような現象が起きることがあって、それはちょっと注意をする必要があるのかなというふうに思います。ということで、今現在、変異ウイルスといわれているわけですが、そんなに大きく変わっているわけではなく、ただスパイクの非常にピンポイントのところで感染力を高めるような変異であるというようなことが分かっていたかと思えます。以上です。ご清聴ありがとうございました。

(森会長)

高崎先生、とても分かりやすくご説明いただきましてありがとうございます。

した。

続きまして、ワクチンとウイルスの変異の影響について、川崎市健康安全研究所、先ほどからもお話いただいています岡部先生の方からお話をさせていただきます。まとめて後でご質問を受けたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

では、岡部先生、どうぞよろしくお願いたします。

(岡部様)

今日はお招きいただきありがとうございます。

高崎先生にもうウイルスの話をしていただいているし多屋先生もおられるので、あんまり話すこともないのですけれども、ワクチンのこともトピックなのでそのことを含めて10分か15分くらいでお話する時間をいただきました。

ウイルスとしてはSARS-CoV-2なので、それによるワクチンがどういう影響があるのかということも一緒のお話させていただければと思います。

そもそもワクチンの場合には、病原体に人が感染するとIGM抗体あるいはIGG抗体が出て、もう1つ細胞生命維持というものが重なり合って治るわけですね。それで2回目の感染の時にIGG抗体や細胞生命維持、あるいはIGM抗体が働くために2回目の感染が防げるというのは、いくつかの病気であるわけですが、ワクチンは2度目にかかりにくくするために、初感染の代わりに病原体のようなものを入れて、人に免疫を起こさせて、本物の感染を防ぐというのがワクチンのメカニズムになります。

今までいろんなワクチンがあるわけですが、例えば麻疹の話が先ほど出ましたけれども、最初に患者さんから届いた材料から麻疹のウイルスを細胞芯としたところにウイルスが増えてくるわけですが、ウイルスを増やしながらその中から偶然に出てくる弱毒のウイルスを取り出し、それを何度も繰り返していくうちにたくさんの弱毒のウイルスが出来て、安全性を見てワクチンにする。したがって偶然を期待しないといけないし、すぐ時間がかかるというのがあります。もう一つは不活化ワクチン、かつてはマウスの脳にウイルスを接種して、その中で増えたウイルスをいっぱい取り出してこれを綺麗にして不活化にしてワクチンにするということで、この1バイアルのワクチンにはマウス1匹の命がかけられているというくらいたくさんの動物がいるのですが、これは非常に作りにくいし、いろいろな問題もあるということで、常にストックしてある細胞を使って、ウイルスをたくさん増やして、それを材料にして不活化してワクチンにするという、これが不活化ワクチンの大きい方向になります。

インフルエンザの場合は、ウイルスを増やすのに細胞ではなく今は卵を使って、卵の中で増えたウイルスを取り出して、しかもその中で表面の免疫に1番重要な部分だけを取り出すような形にして、ワクチンにしていく。このようにいろいろな方法があってそれぞれの病気によって組み合わせが違うわけですが、さらに新しくなってくると、ヒトパピローマウイルス、子宮頸がんワクチンとして世に出たわけですが、表面のウイルスのたんぱく質を人工的に作って、これをワクチンにしていくというような新しい方法が出てきたわけですが。全く新しいと言っても、10年以上研究がされてきたわけですが、本物の病原体を増やしたり、それを何回も組み込んだりと言うようなものではなく、その病原体の持つ遺伝子の1部分、いわゆる設計図のようなものだけを取り出してきてということで、人へ接種した場合には今までは病原体、抗原が入ってすぐに免疫が出来るというのが今までのワクチンであったわけですが、今度は設計図だけを人の身体に入れてその設計図を見た人の身体がウイルスの断片の1部分のたんぱくを大量に作って、それに対して抗体を作るので、時間的にも短くできたり遺伝子操作でウイルスに対応しやすいというようなことでのワクチンの研究が進んできた。エボラ出血熱や何かの時に応用されて、大量に使ってはいないのですが、実用化になっ

たということはすでに証明されているという中で、エボラ出血熱で証明されたという中で、今回 SARS-CoV-2 というものが出てきたのでワクチンの研究者たちはあの新しいウイルスが出たと、遺伝子のデザインを見てこれはもういけると思ってその場から極端に言うと、開発を進めてきたということになるので、これが1年という間とあつという間とあっていいと思うのですけれども、ワクチンの大量生産までにつながったということになります。したがって、まったく新しい手法がこの SARS の時に出てきて、初めて応用してワクチンまでに至ったというわけではなく、やはりその手前には歴史的背景があるということでもあります。

先ほど高崎先生からもご説明ありましたが SARS-CoV-2、新型コロナウイルスが人の身体に入るときの受け皿であるリセプターに酵素を介してウイルスが入りやすくなり、細胞に入ったウイルスはこれではばらばらになる。そしてそこでくっついたり離れたりを繰り返しながら、たんぱく質の合成をして、そしてウイルスの体として作り直して、いろいろ悪さをしながら外に出ていく、感染をさらに繰り返すというのが通常のウイルスの増え方になりますけれども、この場合にメッセージーRNA ワクチンというのはその時に新型コロナウイルスの長い配列のあった一部の表面のたんぱく質を作るところ、ちょうどスパイクのところの、たんぱく質を作る設計図だけを取り出して、非常にこれは安定が悪いので、脂質の膜に包んで、そして身体に接種、注射をしていくわけですがそれでもそうするとそこにある免疫細胞にメッセージーRNA が取り込まれていく、この中で目的とするための、つまり SARS-CoV-2 の表面の抗原のスパイクのところだけのたんぱく質を作り出すのでこれに対して人間の免疫担当細胞が動き出して、中和抗体を作り出す。それから細胞性免疫もここで作り出すので、これらの抗体と細胞性免疫が、コロナウイルスが入ったときにやっつけることができるということが今回のメッセージーRNA のワクチンのメカニズムになります。

今まで新型コロナウイルスのワクチンのデータがはっきり表に出てこなかったというのは海外での治験は一応データにも出たのですけれども、国内の治験も必要であるという日本のルールがあるので、これに基づいて小規模であるけれども治験をやり、治験の最中ということであると、データはすべてオープンにならないので、それに基づいた申請をメーカーがやり、PMDA が審査をして専門家による協議会が行われて、これらの意見が薬事審議会に出されて、OK になるとこれが先週の金曜日にあたるわけですが、添付文書のオープンになると、そうすると誰にどういうワクチンを何 cc 接種して、どのくらいの間隔で空けるというのが初めてオープンになります。ですから先生方やほかの人たちにとっては、なんでこれが出てこないのかと思ってらっしゃったかと思うのですけれども、これらのプロセスの最中は、オープンになるといろいろなバイアスがかかるということで、ブラックボックスの中でやるわけですが、それが今回オープンになったので、ご質問のあった添付文書も世の中に出始めてきたわけということになります。

これらはすぐにいろんなところで出てくると思いますが、この中には接種方法、禁忌、接種要注意者ですとか、あるいは全部ではないですけども、データも出ております。もし、審査の時のデータも御覧になりたいということであれば、これも HP で一部製造上秘密ということで、マスキングしているところもありますが、ほとんどのデータがこれでフルオープンになっていると思います。

これは海外のデータの効果の部分ですけども、日本では患者さんは海外に比べていないわけですし、接種の N 数も少ないので、実効性という意味ではわからないですけども、ブラインド接種ですね、一方ではワクチン接種をし、片方ではプラセボ接種した中で実際に感染した人を見てみると、ワクチン接種者ではその感染者は 0.5%に満たず、プラセボを接種した接種者のほうが 2.0~2.5%くらい多いと。それは 2 回目の接種でその状況が明らかになっているということで、2 回目投与の大体数週間後くらいから現れてくるというよ

うな効果が出てきています。それで先ほどの免疫の見方ですけれども、ワクチンを接種して、抗体が上がってくるのですけれども、その抗体にはいろんな測定の方法があるわけですが、中和抗体というものが上がっていれば、かなりウイルスに対抗できる、実際にウイルスを攻撃する抗体であると考えられています。したがって中和抗体というものは、実験的に見ても、血液中でウイルスそのものを失活させる、これが中和というわけですが、その後ある人の実際の血液をとって、そこをウイルスを混ぜてウイルスが失活するかどうか、目の前でウイルスがいなくなるかどうか見る方法があるのですが、これらの中和抗体があるということで、免疫があるということが直接わかります。したがってワクチンを受けた人の血液に中和抗体があればワクチンの効果があるという風に言われて、今回のファイザー製、あるいはほかの会社の中和抗体としても上昇している。それから実際にウイルスに暴露された人は中和抗体を持っていれば、防御の力が強いということが証明されたのですけれども。変異種ではどうなのかというときにもやはりこの中和抗体を見るわけです。しかしこれは人工的にやっているわけですけれども、コロナのワクチンを接種した人の血液と実験的にこの SARS-CoV-2、武漢ウイルスを使ったといわれていますけれども、これの中の変異 RNA です、変異した部分だけを入れ替えて、つまり、変異ウイルスを作ったものをシュードウイルスというわけですけれども、これとワクチン接種者の血清を当てて見て、ウイルスがやっつけられるかどうかを見ています。結果としては今、感染研究所のほうで、変異ウイルスに関するリスク評価みたいなものを行っていますが、ペーパー上で見ても、今のファイザーのワクチンについては、このワクチン接種者の血清はシュードウイルスの中和がすることができるというので、ワクチンの効果があるという風になります。

ただ、アフリカ株では全く中和しないのではなくて、中和能力がちょっと弱くなる。そうするとワクチンの反応が少し弱くなるかもしれないというようなデータが出たり、あるいは他の会社のトライアルの中ではこのシュードウイルスに対する中和能力がだいぶ落ちているのではないかということがあって、このところはまだ混沌としてまだ全部結論が出ていないわけですが、ファイザーの説明の中では中和能力があるという風にあります。ただしこれは先ほどと同じようにコロナウイルスのモデルですけれどもこの RNA 遺伝子の中にそこに突起のたんぱくを作る遺伝子の部分があるのですけれども、これは私自分でやっていないので人から聞いたものしかないので、この遺伝子を入れ替えるというのは技術的にはそんなに難しいことではない。これはまさしくメッセンジャーRNA とかウイルスをベクターにするワクチンの特徴ですが、ここを入れ替えさえすればこのたんぱくには変異体に対してきちんとした能力を持てるたんぱくができるわけですから。それはできるのですが、問題点は一部だけ変更したもので製造したワクチンをそのまま一部だけ変更したから市販のものをひっくり返せばいいのかと。これはまだレギュレーションという法律が追い付いていないので。例えばインフルエンザのようなワクチンは毎年のように抗原が変化するので入れ替えても別に治験や何かはやらないわけですね。こういう新しいコロナウイルスにたいして一部の遺伝子の変更を加えたものを直ちに變更していいのか。あるいはやっぱり治験や何かをきちんとやらなくてはいけないのか。これは国際的な議論の中でそういったところについてはどうするかというところは議論が始まっているとは聞いています。日本もそれに対して国際的なものと整合性がとれるようなことが行われるのではないかと。これは、直接私は知らないのですが、そういった議論が行われるというようになります。

最後になりますが、そうはいっても今ワクチンが非常に話題になって非常に大きい期待、大きい不安があったりするのですが、私はワクチンが安全性を高めるためには数だけに追われるのではなくて、焦らずに慌てずに安全な方法で、しかもそのどこの何%より接種率が高いといったような数を競わないで落ち着いてできる環境を行政側あるいは政治をやる方もそれから接種

される側も少し落ち着いた雰囲気ではやるべきではないのかという風に考えております。ついでに余計なことも加えましたが、私の発表は以上になります。ありがとうございました。

(森会長)

岡部先生ありがとうございました。変異株とウイルスのワクチンの最新のお話もいただきました。ありがとうございました。

本日は、厚生労働省の方も今回ご参加いただいているということで検査体制やモニタリングについての情報がございましたら、お話しいただければと思います。お願いいたします。

(竹下様)

厚生労働省の結核感染症課の竹下と申します。

今変異株についてはですね、内部向けのゲノム調査とか PCR 検査とかで評価をしてほしいという話は事務連絡で出しております、一般的には 5～10%ぐらいを目安に管内でやっていただきたいということを事務連絡ではさせていただいています。

一方これまでに変異株の感染者が出ている地域で、重点的にやった方がいいだろうというところに関しましてはそれ以上の数をやっていただきたいとご連絡しているという風に考えております。

(森会長)

ありがとうございました。

それでは続きまして変異株の対策について、畑中医療危機対策統括官よろしくお願いいたします。

(畑中統括官)

統括官の畑中でございます。よろしくお願いいたします。

岡部先生のお話に最後ありましたけれどもウイルスのワクチンの方で RNA の一部の増殖変更をもって治験などの手続きをどうするのかというのは、非常にソフトウェアの医療危機と似ていてですね、一部の修正を全体の検証プロセスに乗せるかどうかというところで似ているなと思っています。今日お話しするのは、変異株という変わっていく相手にどうやって立ち向かっていくのですかと。何か結論じみたというよりはどのような仕組みをもって我々は向き合わなくてはいけないのかということ、今こういう風に考えているのですけれども専門家の皆様がそれをどういう仕組みを構築すべきなのかというご示唆をいただけてですね、我々としてブラッシュアップしていきたいという内容になります。

神奈川県は最初南ア株の発生の際に同日に変異株の対策プロジェクトを立ち上げて私の方で統括をしております。事務局は医療危機対策本部室で、リーダーは篠原室長になっていただいています。座組としては衛研、そして健康医療局、そして政策局のメンバーで運営をしております。

次のページにいただいていただきまして、変異株が様々な箇所が発生したことを受けてですね、厚労省から通知出ております。地方衛生研究所で変異株の疑いを確認する PCR 検査の実施が可能な場合には、PCR 検査で陽性となった検体を感染研に送ることということ。県内の全域の陽性検体を国立感染研究所へ提出すること。当面の間、変異株地域に滞在歴のある感染症患者及び疑似症患者等については原則入院措置を行うこと。入院措置を行った者の退院基準については、科学的な知見が得られるまでの当面の間、2回の PCR 検査で陰性が確認された場合とすること。濃厚接触者に加え、濃厚接触者以外の幅広い関係者への検査の実施に向け積極的な対応を行うこと。という通知を厚労省が出されました。我々の受け止めとしましては、1年前に戻ったなというような感触を得たのですけれども、ちょっと立ち戻りまして私自身がイメージとしてワクチンと変異株の関係についても整理して今後の戦略を

考えたいということで書かせていただきましたけれども。

次のページに 부탁드립니다。今現状株が市中まん延などして少し収束してきておりますけれども、近日現状の株に対応したワクチンが打たれ始めますと。打たれていけばだんだんと現状株の感染は広がりが収まって行って、その淘汰圧で残っていた変異株が頭をもたげてくると。それに対応して変異株対応型のワクチンというものを市中に展開していかななくてははいけないと。こういうワクチンを打てば終わりというという世界というよりはインフルエンザと同じように定期的かどうかともわからないですが、この変異というものとワクチンに折り合いをつけながら繰り返しやっていく戦いなのではないのかと。ほかのウイルスとの戦いでも同様ですけれどもコロナに関しましてそういう戦いをしていくために、どういう体制、どういう仕組みが必要なのかということを考えております。

厚生労働省からもありましたけれども、次のページにいただきますして、変異株対応ですけれども通常の一般医療機関、あるいは行政検査などで陽性患者を見つけるということで、一般検査をしますというのが一番下になりますが、その中で一部サンプル調査をして、あるいは海外からの帰国者などで疑いがあるという場合はサンプル調査をして国立感染研の方に送って変異株の確定をしていただくということであります。これが1であります。変異株であると確認された場合は2に移りまして、影響範囲がいかほどかということでその地域あるいは、その患者さんの経過をしっかりと追いかける。どんな変異株でどんな症状を患者さんが起こすのかということもしっかりと追いかけないとの影響範囲というものをアセスメントできないだろうと。その結果を迅速にフィードバックして、我々神奈川モデルという医療体制を敷いてきましたけれども、その全体的な戦略にいかほどの影響を与えるかということの評価しなくてはならないというのが4であります。医療体制・検査体制・治療法・ワクチン等、こういったものに対してどうの変更を加えなくてははいけないかということを考えなくてははいけない。軽微な影響であるという判断があれば元の一般検査に戻るわけでありまして、重大な変更がある場合は新たな戦略を立てなくてははいけないと考えております。これはどんなウイルスとの戦いでも同じようなスティームになるとおもうのですけれども一般的な変異株との対応プロセスというところになります。

次のページに 부탁드립니다。じゃあ4番の戦略評価ってどういう軸でやったら良いですかねということであります。この変異のお話は先ほどから高崎所長、岡部先生からお話いただきましたけれどもその感染力と重篤性という軸で評価をしてみたいと思います。今のコロナウイルスが変異をしたときに感染力も変わらない、重篤性も変わらないということであればシナリオ4で今の表現に在るであろう、ということになります。感染力が高まる。南ア株は感染力が高いというお話もあります。例えばそういう株であればシナリオ3に移行しまして、重篤性は変わらないということがシナリオ3だと。そういう考え方でシナリオ1、2、3、4という形で整理をしたいという風になります。また、ワクチンがどうかということでもあります。今のコロナに対して変異が発生したときにワクチンがそのまま使える場合は生産供給力も高い状況。そしてワクチンの効果も高いということでシナリオDに行くわけでありまして。一方でシナリオAの話で変異をした場合でワクチンの効果が変わらない、下がる、あんまり効かなくなるけれども生産供給は続くと。95%以上の効果があるものが60%になるとそういったケースを考えております。ワクチンの効果も低くなり、かつ適応がなくなるということになりますと生産供給力がなくなりまして、0ベースでもう一度開発しなくてはならないということになりますのでシナリオBになると。こういった形で4×4のシナリオが考えられるでしょうという風に考えております。様々なパターンを考え抜かなくてははいけないという難しい戦い方の中において我々はどこにいて何をしなくてははいけないかということを整理していきたいと思っております。

変異のシナリオとワクチンのシナリオ 16種類ありまして、それに基づい

て影響範囲の調査や情報共有、検査体制、搬送体制、診療体制、入院体制、療養体制そしてワクチンそのもの。これらについて何をしなくてはいけないのか、そのままでいいのか、そのままではよくないのかということを書かせていただいています。南ア株の場合は感染力が高まっているという報告もありましたので影響範囲の調査等は既存の調査を超えて強化が必要なんじゃないかと考えております。そういう形でそれぞれの項目を要確認、要見直しというところで厚生労働省の通知もありましたけれども例えば入院体制っていうのは2回PCR検査をして陰性確認しないと入院終わりにしないとかですね。あるいは軽症者であっても入院をさせるということでもありますので、入院体制に対しては要見直しになるかと思えます。そうやって整理をしていきますと、英国株、南ア株それぞれについてやらねばならぬことは想定できるわけでありましてけれども。

8ページに 부탁드립니다。こうやって16種類のうちの2つのところにプロットしますと、それぞれ課題と対策というものが出てこようと思えます。影響範囲の調査につきましてはサンプル調査、既存のものに加えて強化した制度設計が必要ではないかということで後程お話ししたいと思えます。また、変異株の発見された地域において、変異株の周辺の感染拡大状況がいかほどかということ、調査をするわけですがそれでもその運用というものについても課題があるということになります。

次情報共有の仕組みについて変異株の迅速なフィードバックが必要ですがけれども今医療機関で発見されてから確定するまでというのは1週間や10日かかるケースもあると聞きます。変異株の発生から国からの確定連絡が来ることなど、非常に迅速なフィードバックをどうやって仕組化するかというところでもあります。検査体制につきましても、そもそも今のPCRで変異株がきちんと検査で捕まえられるのかというような適応性のことでありますとか、各衛生研究所がありますけれどもそれぞれの果たす役割というのがそれぞれの保健所の中で役割のばらつきがあるということであったり、変異株によっては検体採取者の安全性というのが、これまで以上に高めなくてはいけないというところも課題になりうるということでもあります。同様に搬送体制も変異株の危険性に応じた搬送手段もこれまで通りでいいのかというお話。また診療も患者及び、疑似症患者の診療の安全性ということについても新たな課題が出てくる可能性がある。入院体制についても非常に重いですが退院基準がこれまでと異なる運用となりますので、そちらの対応。療養期間長期化による病床ひっ迫も想定されるわけです。また自宅宿泊療養というものが厚労省の通知にもあります通り、入院を前提としますので、そもそも自宅宿泊療養が適用されないと。一方で変異株がまん延された場合には、療養体制というものが病床を確保するという意味でも、どのようにまん延期に療養可否の基準を作るのかということも出てくるかと思えます。ワクチンについては変異株に対する接種効果の確認が課題としてあると思えます。対策の中で県として考えましてとるものについては後程詳細という形でご説明したいと思えます。

まず、影響範囲の調査につきまして先ほどのモニタリングのところでもやりましたサンプル調査の事業化について感染対策の方からお話をしたいかと思えます。山田さんいいですか。

(事務局)

7-1になります、サンプル調査でございますが、新たなサンプル調査の事業の照会ということで、地域の保健所の方に私共の方からお願いをしているところです。

帰国者接触者外来の医療機関から検体を陽性確定例のみを衛生研究所に提出するというので、1か月あたりのモニタリングの総定数としましては月に190検体。これは19の医療機関が5検体ずつ、月に2回ずつという形で提出をしていただくと月190検体ほど運べるようになってございます。これを県

の衛生研究所においてサンプル調査をかけていく。その中で変異が見当たるものについては国立感染症研究所の方に提出していくというところで考えてございます。結果報告をいただきまして保健所それから県の変異株対策プロジェクトの方に結果を把握しまして、その後の対策にまわしていくということで考えてございます。以上です。

(畑中統括官)

7-1 サンプル調査でございます。これについてはほかの保健所設置市の皆さんにもご照会をして同様の事業を検討いただくとして打診をしてみました。

7-2 ですけれども、影響範囲の調査ですけれども、先ほど申し上げた通り変異株を確認した場合にどこまで変異株のまん延を追いかけるのかということについて、実際に本県でも南ア株、英国株ありましたけれどもそれぞれの保健所における対応というものが、濃厚接触者、濃厚接触者疑いそして保健所管内の一般陽性者の PCR 検査をやるのか。そのあとの変異株対応の PCR 検査対応の検査までやるのか。はたまた感染研を介して、国立感染症研究所のゲノム解析まで出すのかということところが保健所ごとに方針が異なるという実態がございます。そちらにつきまして実際に変異株を発見したときに、検査範囲、そしてそれをいつまでにやるのか、検査をどこまでやるのかという統一的な指針が必要なのではないかなというところでもあります。さらにその指針をもとに全県でやった実施結果を報告、共有されるという必要があるのではないかと考えております。

7-3 でございますけれども、迅速なフィードバックにつきましてです。現状の感染の発生地と居住地という分け方をしました時に、感染者の県を経由して発生したということを県が把握するかどうかというところを最初の2～4列目までで表現しております。これは一般的な感染者のお話ですけれども、変異株かどうかというのは先ほど申し上げた通り国立感染症研究所が確定するものになります。確定後に国から県へ共有されるわけでありましてけれども当然神奈川県であれば、県域であれば確定前に県は変異株の疑いを強いということを検知するわけでありましてけれども、例えば保健所設置市であれば県を経由しない、そういうケースが実際でございます。保健所と県の関係であれば県を経由しないという場合がございます。確定後に国から県に共有があるということでもあります。そうしますと全県的にタイムリーに把握するということが正直難しい状況でありまして、変異株の発生をなるべく早く検知するという仕組みが必要であるということと、確定した情報を全県的に早く共有する2方向の情報共有の仕組みが必要であると。ところでもあります。発生を早く検知するというのは国に確定をしてもらう前に作らなくてはいけない仕組みになりますので、例えば検査試薬を、変異株を検知できるような検査試薬に更新をするなど、入り口の時点での仕組みの整備が必要になるということでもあります。

早口でありましたけれども 7-1 から 7-3 は具体的に我々が考えております対策になるわけでありましてけれども、皆様にご教授いただきました変異株の状況ですね、そしてワクチンとの相性といいますか、ワクチンとの適応を踏まえて我々どこまで検査や搬送や診療や入院や療養というところを影響が出るかというところは今後しっかり検討して、必要な体制を強化していきたいと考えております。以上です。

(森会長)

畑中統括官ありがとうございました。議論の方進めていきたいと思っております。時間が幾らか超過していますが大切な議論だと思っておりますので、お話をしていければと思っております。

それでは変異株の蔓延対策についてのご説明今3者の方からお話がありましたが、ご意見ご質問等がございましたら、発言をお願いしたいと思います。

挙手ボタンを押してください。はい、角田先生よろしくお願ひいたします。

(角田委員)

県の方の変異株対策、非常に大きな変異があった場合にこういう仕組みを作っていくのは非常に大事だと思うのですが、最初のウイルス学的な観点で2つお2人からお話を伺った結果からいうと、現時点では例えばワクチンに関しては大きな変異は起こさない程度と考えていいと思いますので、現状感染力はアップする可能性が高いというお話でしたけれども、ワクチンの適応に関しましては、今のところさほど問題はないのかなという考えですけれども、こういう場合には変異株という、どうしてもインフルエンザの変異でワクチンが効かないという誤解というかそう印象がもたれかねないので、広報対策というか、正しい情報を伝えるようなことが必要かと思うのですけれども関してはいかがでしょうか。

(阿南統括官)

医療統括官の阿南でございます。

これは岡部先生からご意見賜るのが良いのかもしれませんが、今回の変異株3種類メジャーなものがありけれども、すべてが同じ変異の傾向、性格を示しているわけではなくて、やはり我々懸念しているのは南ア株とブラジル株。これに関しましては免疫のエスケープ機能というのが懸念されている。その中で先ほど現段階での評価なのかということによって一部分ご紹介いただきましたけれども、ほかにも評価に関して、中和能力に関しまして10分の1程度まで下がるのではないかと。こんな論文も少し出されつつあったりもしているので、まだ評価としては早いであろうと。我々としては、もしかするとこの変異株の中で現在使われ始めたワクチンに実は、一定程度の期間を得ると効果が不十分という可能性が出てくる。ここの点に立脚して現時点で先ほど中統括官からあったように検査体制、あるいは囲い込み、こういった体制をやっておかないと後で効かなかったということになったときには取り返しがつかなくなる。こういったことを懸念しているので、前提としては現段階ではまだ結果が出ていないと解釈すべきだろうと思っています。

(森会長)

今の阿南先生のお話ですけれども、岡部先生もしコメントいただけましたらお話しいただけますでしょうか。

(岡部様)

全くおっしゃる通りで、今の段階ですべての結論はついていない。あまり悲観的になる必要もないし、楽観的になる必要もない。むしろ淡々とチェックをしていかななくてははいけない。統括官がおっしゃったような形での大体的なところまでとはいかないけれども、きちんと追いかけていかななくてははいけない。

ただ、最初の高崎先生のお話にも合ったようにそのミューテーションが見られたということ自体が、当たり前にあることなので、その評価をきちんとやっていくことがこれからも求められるので、今すぐワクチンに対する戦術が変わってくるということはない。

むしろ変わったとしてもワクチンの効果が多少減衰した、あるいは下がったということがあっても、今の体制を構築しておけば次の変異に対するワクチンを応用すればいいのでそのところは直ちに戦略中止ということには決してならないと私は思います。以上です。

(森会長)

岡部先生ありがとうございました。それでは小倉先生お願ひいたします。

(小倉委員)

高崎先生にご質問ですけれども、先生方もわかりやすいようにエアロゾルにウイルスが多くなってくるという。あれは大きいのかなと、変異によってそれは多く感染しやすい、また発病しやすいと思うのですけれども、重症化とか含めてそのあたりがどうなのか。変異株との段階で変異種という形ではないということもあって。マウスとかみたいにいわゆる重症化する形になるのかどうか。そういう形ですと管理も最後の僕たち臨床家の方は退院の時に PCR2 回という形になったのですけれども、そこまですっと気を付けなければいけないのか気になるのですが。畑中先生が言ったみたいにまた一年前に戻っちゃってなかなか退院できない出来なくなっちゃう人がだんだん増えてくるのがすごく気になるのですが、そのあたり高崎先生いかがでしょうか。

(高崎様)

これはもし重症化がどんどん起こるようなウイルスであればもうぼちぼち南アフリカとかブラジルにしても何か聞えてくるなと思うのですよね。軽くなっているとは結論できないですけれども、少なくともどんどん肺炎が増えているとか、そういう情報は今のところないので、感染力そのものが上昇しているのは間違いないけれども、重症化という面だとどうかという風に思います。

(小倉委員)

理論上は先ほど岡部先生からあったように気にするのは当たり前なので、コロナの他の原因という意味で。

(高崎様)

そういう意味ではですね、ヒトコロナウイルスの OC43 っていうのはウシコロナウイルスが人に入り込んでヒトコロナになったわけで。おそらく当時よくわからなかったけれども、結構高齢の方は亡くなっていた可能性もありますし。ウイルスは自分が生き残る方向に変異（進化）しますから日本脳炎のウイルスはブタの体内でものすごく増えますけどブタはピンピンしています。同じように病原性が低下する方向には向くでしょうが、長期的にはそうですが、短期的には中にはそういうちょっと重症化の兆候を見せる変異ウイルスも出てくる可能性も否定はできないかなというところです。

(小倉委員)

わかりました。そうするとあと何か月かすれば、そのあたりのことに関してわかるということですね。

(高崎様)

もう少し見えてくるかと思います。

(森会長)

高崎先生ありがとうございます。笹生先生お願いいたします。

(笹生委員)

一応、帰国者接触者外来から 20 検体モニタリングで検査するということがありますが、疫学調査に合わせてこのようなものは変異株ではないかと疑う指標はあるのかどうかということと、例えば ACE 受容体の変化の中で変異があると子どもにかかりやすいとか、今のところそういった情報はあるのでしょうか？

(高崎様)

検査の方から言いますと、なかなか全部シーケンスしてから変異株を決めるというのは難しい。タイムラグが長すぎると思うのですよね。ところが、

変異もそんなに多くはないので、マルチプレックスでうまいものを作るとい
うのも難しいだろうと思うのですよね。それであればとくに感染研が作
っていると思うので。結局は 501 の変異 614 と 484 そういう 3ヶ所の変異で
すよね。こういうメジャーなものも検出できるリアルタイム PCR を 3 つ作
って、それが出てきたらとりあえず変異株の疑いがあるということで対策を
始めておいて、シーケンスの結果を待つというようなことを考える必要が
あるのかと考えている。

(小倉委員)

阿南先生、その検体としてはスクリーニングだけというところで考えてお
られるのでしょうか。

(阿南統括官)

2通りですよね。1つはその帰国した方、ターゲットになる国があります
ので、そこから帰ってきた方に関しては、積極的疫学調査と一定期間フォロ
ーするという体制の中で疑わしければ検査をかけるというところは進んでい
ます。それとは別にサンプリングというところで先ほど紹介したようにどこ
かで紛れ込んでいるのではないかということ、常に網掛けするという意味
で、サンプリング行為ということで2つ並行して走っているという解釈であ
ります。

疑わしいという人に関しましては、通常の PCR に加えて即疑って次のス
テップの変異株に相当することのチェックを即開始するという検査の調査の
中で組み込まれることが可能になっているという解釈だと思います。

(森会長)

ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。
はい、ありがとうございます。

これで本日用意された議事はすべて終了となりましたが、その他としてご
出席者の皆様から何かありますでしょうか。

(竹下様)

厚生労働省の竹下です。

サンプリング調査を始めていろいろと対策を検討していただいて感謝して
おります。検査の数に関しましてはなるべく多くの数をやっていただくのが
いいかと思っておりますが、できる限界があると思いますのでそこら辺のと
ころはできる限りのところをお願いしたいということ、私たちの方でも
検査の方法をいろいろなところでできるようにということで引き続き対策
を行っていきますので引き続き協力させていただければと思います。

本日はありがとうございました。

(森会長)

ありがとうございました。
他にはございませんでしょうか。
くらし安全防災局からお願いします。

(くらし安全防災局 青木企画調整担当課長)

くらし安全防災局の青木と申します。よろしく申し上げます。

手元に最後の資料に、A4 横長の資料で、学識経験者からの意見聴取という
ペーパーを配らせていただいています。中身をご説明させていただきますと
先日 13 日に施行された改正特措法、こちらにおいてですね、外出自粛、そ
れから施設の使用制限の要請を、まん延防止等重点措置、これ新たに作られ
たものですが、または緊急事態措置として知事が判断する場合に、あらかじ
め感染症に関する専門的な知識を有する者、その他学識経験者の意見を聴取

することが規定されました。こちらに対する対応ですけれども学識経験者の意見聴取方法については施行通知の中で都道府県の実情に応じて適切に判断することとされているところですが、本件におきましては迅速な対応という観点からあらかじめ5名程度の有識者を選定し、必要の都度、意見聴取することとしたいと考えています。そこで、感染症対策協議会から適した方のご推薦をお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(森会長)

ありがとうございました。その議題に対して感染症対策協議会の方から候補者を5名、私の方から推薦させていただきたいと考えております。

1 人目が聖マリアンナ医科大学の國島先生。2 人目が横浜市民総合病院の立川先生。3 人目が神奈川県医師会の笹生先生。4 人目が国際医療福祉大学の和田先生。5 人目が神奈川県の医療危機対策統括官でいらっしゃる阿南先生。この5名の先生を推薦させていただきたいと思っております。感染症対策協議会の委員には立川先生と笹生先生がなっておりますので、このお2人に推薦させていただきたいと思っておりますけれども、こちらに関しましてご意見ある方はいらっしゃいますでしょうか。特にご意見なければそのまま進めさせていただきます。どうもありがとうございました。

それでは知事がちょうどお戻りになられたということで最後になってしまうのですが、お一言お願いいたします。

(黒岩知事)

議会の答弁調整、今終わったばかりで皆さんの議論何も聞けないまま、しめようがないのですけれども、あとからこの中身を聞いておきますので、しっかりと対応していきたいと思っております。遅くまで本当にありがとうございました。

(森会長)

知事ありがとうございました。本日の議題は以上となりますので、進行を事務局の方に戻したいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

森会長どうもありがとうございました。委員の皆様におかれましては長時間にわたりまして活発なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。それではこれを持ちまして、神奈川県感染症対策協議会を閉会させていただきます。皆様ありがとうございました。

(傍聴者退席)