

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、すみません。定刻を過ぎておりますが、第38回「厚生科学審議会感染症部会」を開始したいと思います。

私、厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長の加藤と申します。

本日は遅い時間にもかかわらず、また急な開催案内にもかかわらず、お集まりいただきまして誠にありがとうございました。

早速ですが、議事の概要と資料のほうを説明させていただきたいと思います。

まず、議事次第。おめくりいただきまして、座席図がございまして、そして、名簿です。

その後、資料1といたしまして、現状に関する横長のパワーポイントの紙。

資料1－1といたしまして、1枚紙の事務連絡。

資料1－2につきまして、検査の事務連絡。

おめくりいただきまして、資料1－3について、2枚紙のパワーポイントで作ったチラシ。

そして、資料2－1につきまして、情報の公開に係る基本方針についてという資料。

資料2－2につきまして、公表基準に関する横長のパワーポイントでございます。

すみません。表紙では資料1－4として退院基準の変更がございますが、こちらはまだ準備が間に合っておりませんので、準備ができ次第、後ほど配付をさせていただきたいと思います。

そのほか、参考資料1から参考資料7までございます。全体として、もし資料の過不足等ございましたら、事務局までお知らせいただければと思います。

本日の議題の「（1）新型コロナウイルス感染症について」は情報共有ということで、1月下旬に開催されて以来の情報のアップデートをしたいと思っております。

「（2）エボラ出血熱の公表基準について」は御審議をいただきたいと思いますと思っております。

それでは、頭撮りはこれまでとさせていただきたいと思いますので、カメラの方は御退出をいただければと思います。

（カメラ退室）

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、以降の議事進行を脇田部会長にお願いしたいと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

委員の皆様におかれましては、お集まりいただきましてありがとうございます。

始めていきますけれども、まず、局長に御挨拶いただきたいと思います。

○宮寄健康局長 いいえ、大丈夫です。よろしくお願いいたします。

○脇田部会長 分かりました。では早速、議事に入らせていただきます。

先ほど説明がありましたとおり、今日は議題が2つ、3つ目はその他ということで、2つです。1番目が新型コロナウイルス感染症について、そして、2番目がエボラ出

血熱の公表基準についてです。1番目は報告事項、そして、2番目が審議事項と伺っていますので、よろしくお願いいたします。皆様には、円滑な議事進行に御協力をお願いいたします。

まず、議題の「(1) 新型コロナウイルス感染症について」になります。関係する資料について説明をお願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 すみません。資料1と資料1-1、資料1-2、資料1-3、そして今、お配りしている資料1-4の合計5種類の資料をまとめて御説明させていただきたいと思います。

まず、横長でございます資料1「新型コロナウイルスに関連した感染症の現状」ということで、現在の状況について簡単に御説明をしたいと思います。

おめくりいただきまして、1枚目が世界的な発生状況ということでございまして、こちらは令和2年2月18日9時現在、最も患者数の多い中国で7万2436名、世界合計で7万3420名が患者数で、死亡者数は1,873名となっております。各国の内訳はこちらに記載のとおりでございます。

我が国としては66名で、うち13名は無症状病原体保有者のものとなっております。

そのほか、日本においてクルーズ船の乗員乗客、検疫官のうち542例が陽性と確認されております。

おめくりいただきました次の2ページがWHOによる助言等の概要でございます。

WHOは1月23日と1月30日（ジュネーブ時間）の合計2回、これまで新型コロナウイルスに関連したエマージェンシーコミッティー、緊急委員会を開催しておりまして、最初に出た23日の時点での内容がこちらの紙になります。もう新しいものでアップデートされておりますので若干古い情報になりますけれども、23日の時点ではいわゆるPHEIC、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言は出されませんでした。この時点では、ヒトーヒト感染はあるものの、封じ込めのための積極的なサーベイランス、早期発見、患者の個室管理等々のアドバイスがなされております。

その23日の時点で、改めて10日以内にエマージェンシーコミッティーを開く可能性があるという発言がございまして、そのあらかじめの発言のとおり、1月30日にもう一度、エマージェンシーコミッティーが開かれたところです。その結果、1月30日の時点でPHEICが出されまして、その時点でまた改めて現状認識と勧告が出されたところでございます。

そして、次のページはPHEICとは何ぞやというもので、IHR規則、国際保健規則に基づく、このようなものであるということで、過去には直近のものでエボラ出血熱、ジカ熱等々で発出されております。

以上が資料1、現状の状況でございます。

それ以降、資料1-1から先が厚生労働省のほうで幾つか出させていただいております最新の事務連絡等を取りまとめております。

まず、流行地域ということで、こちらは現在、中華人民共和国の湖北省と浙江省を対象

としておりまして、厚生労働省の出しております疑似症の定義の通知は、この2つの地域を流行国として、この地域に渡航したことがある方、この地域から渡航した、ここの地域への渡航歴がある方と接触したことがある方などを疑似症の定義の中に取り入れているところでございます。

続きまして、資料1－2でございます。こちらは行政検査ということで、17日、月曜日に発出したものでございます。

昨今の感染者の増加、また、国内で中国との関連性が見受けられない患者の発生等も踏まえまして、検査対象につきまして、その次のページの「記」と書いてある部分について、考え方をおまとめしているものでございます。

これまで疑似症の定義に基づいて検査が行われてきたと承知しておりますけれども、これまでの疑似症の定義に該当する方に加えまして、こちらの3つです。37.5度以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、入院を要する肺炎が疑われる方。特に、高齢者または基礎疾患がある方に関しては積極的に御考慮いただきたい。

2つ目といたしましては、症状や新型コロナウイルス感染症の接触歴の有無など、医師が総合的に判断した結果、疑われる方です。

そして最後が、一般的な呼吸器感染症の病原体検査で陽性となって、その治療をやっているのだけれども、治療への反応が乏しく、総合的に判断した結果、新型コロナウイルス感染症を疑う方。こういった方についても検査を行っていただきたいという御依頼をさせていただいたところでございます。

2つ目、その検査の際の留意点といたしまして、基本、まず一般的な呼吸器感染症の検査といたしましては、いわゆる迅速でできる季節性のインフルエンザ等を想定しておりまして、結果判明までに時間がかかる培養検査などは、検査結果を待つことなく、新型コロナウイルスと併せて鑑別診断を行うために検査をいただければという趣旨でございます。

おめくりいただきましたページに簡単なスライドでフローチャートをお示ししておりまして、Iから④に該当する方につきましては、このフローチャートに従って検査を行っていただければと思っております。

次の資料1－3につきましては、こちらは今週に相談・受診の目安というものを発出いたしましたので、そちらの内容を取り入れたチラシでございます。

新型コロナウイルス感染症の臨床的な特徴、強いだるさを訴えるですとか、せきが長引く、あと、発熱などがあるといったことを最初に記載しておりまして、日常生活で気をつけることとして、手洗いの重要性ですとか、せきエチケット等々について記載しております。特に大切なところといたしましては、発熱等の風邪症状が見られるときは学校や会社を休んでいただきたいというところでございます。

それがあつた上でということで、次の2枚目で帰国者・接触者相談センターへの御相談をいただきたい方について記載しております。風邪症状や37.5度以上の発熱が4日以上続いている場合、また、特に強いだるさや息苦しさなどがある場合につきましては、新型コ

コロナウイルス感染症の可能性を考慮するべく、御相談をいただければと思っております。特に高齢者や基礎疾患のある方につきましては、最初の条件は4日と書いてありますけれども、これが2日程度ということで、より早い時期から御相談をいただければと思っております。

そのほか、お問い合わせに関する内容を記載しているところでございます。

そして、すみません、別添でお配りいたしました資料1－4で、こちらは2月18日に発出いたしました、退院と就業制限の取扱いについて変更がございましたので、こちらを簡単に御説明させていただきたいと思えます。

おめくりいただきました別紙のほうが新旧対照表になっておりまして、変更点といたしましては無症状病原体保有者の取扱いでございます。これまで無症状病原体保有者につきましては、それが検査で見つかったから12.5日間の入院による状態の観察後、PCR検査を行いまして、2回の陰性を確認した後に御退院いただくことになっておりましたが、今回の変更点につきましては、ここが無症状病原体保有者につきましては、48時間後にまず検査を行っていただいて、その後、2回の陰性が確認されればその時点で入院は終了ということで、より短期間での御対応は可能となったところでございます。

資料1から資料1－4につきましては以上でございます。

○脇田部会長　ありがとうございました。

以上、新型コロナウイルス感染症についてということで結核感染症課のほうから報告をしていただきました資料1から資料1－4ということです。

委員の皆様方から御質問があればいただきたいと思います。

賀来先生、お願いします。

○賀来委員　先生、質問というより、意見でもよろしいですか。

○脇田部会長　はい。よろしくお願いします。どちらでもいいです。

○賀来委員　実施の目安を示していただいたのは非常にある意味では国民の方も理解はよくできたと思うのですが、ぜひお願いは、2月3日に既に12例の記述疫学を感染研が出していますし、2月5日には大曲先生のところで3例の症例の検討が行われています。今、日本でかなりの症例が重症例も含めておられますので、もう既に行っておられると思うのですが、症例の解析をぜひお願いしたいと思っています。

それに基づいて、多分、受診の目安を含めて微調整が必要になってくると思えますし、特にどういう経過なのか、どういうところで重症化しているのか。そういったことも、この日本での症例である程度判明してくるところもあると思えますので、ぜひとも早急にそのような症例検討をお願いさせていただきたいと思えます。

○脇田部会長　ありがとうございます。

非常に重要な御指摘でありまして、症例をまとめて提示することが臨床医の間でこの新型コロナウイルス感染症を把握するために非常に重要だということで、厚生労働省のほうで研究班を立ち上げていただくことになっていまして、もう立ち上がったのですか。これ

から立ち上がるのですか。大曲先生にお願いするということだったですね。

○日下結核感染症課長 はい。

○脇田部会長 ですので、そういったところで、なるべく多くの症例を集めて皆さんに提示できるように、これはできるだけ早く、どこかの場所に上げて、皆さんで見ていただけるようにするように努力をしていきたいと思っています。

○賀来委員 ぜひよろしく願いいたします。

○脇田部会長 承知しました。

谷口先生、お願いします。

○谷口委員 幾つかあるのですけれども、一番お伺いしたいことは資料1－3ですか。受診の目安に示された、風邪の症状や7度5分以上の発熱が4日以上続くとか、あるいは2日程度続くというのは多分地域ではたくさんみえると思います。地域内で感染伝播があると言われていますが、個人的にはそこまで広がっているとは思っていませんし、何となく今、極めて無症候性感染症という言葉に引っ張られているような気がします。

SARSのときでさえ、医療スタッフのなかでは13%、香港では地域で人口の0.48%、これは『The Lancet』の報告ですけれども、つまり可能性例の20倍近くは無症候性感染あるいはNon-pneumonic SARS、肺炎を起こさないSARSがいたというふうに報告されています。実際にこういった患者さんがかなりたくさんいて、それらが感染源になって地域で感染をおこしていると言うのであれば、逆に最初にセンチネルサーベイランスを立てて、地域でどのくらい蔓延しているかというのを評価しつつ、こういうことをやっていく必要があると思います。これは帰国者・接触者相談センターがきちんとトリアージができればいいと思いますが、相談センターがそのトリアージの機能は果たせないと、医療機関に患者が殺到することになります。

そういうことを、今後の方針につきまして、もう少し具体的な方策を出していただかないと多分、医療機関としては非常に困ったことになるのではないかと思います。このためには、センチネルサーベイランスを行って、地域でのコロナウイルスの伝播状況の評価していただきたい。これが1点目です。

2点目は資料1－1の、流行が確認されている地域で浙江省が入っていますが、SARSのときにはWHOがCommunity transmission areaというものを指定しました。つまり、その疫学調査でCommunity transmissionが起こっているかどうかを評価して地域流行かどうかを判断して、世界各国はそれを倣っていました。今回、浙江省が流行地域に指定された理由をお伺いしたい。

3点目が退院基準ですけれども、一般的に我々は解熱の基準というものは7度5分以下が48時間続くことをもって解熱というふうに習ってきました。今回、24時間ですし、SARSのときも48時間でした。これを24時間にした理由をお伺いしたいと思います。

以上です。

○脇田部会長 それでは、3つですね。御質問がございました。

まず、1 番目のセンチネルサーベイランス。つまり、もうちょっと感度を上げて地域での発生頻度を知るべきだということですね。

○谷口委員 つまり、本当にそんなに地域で蔓延しているのかどうかをきちんと見るべきである。それでやるべきだと思います。

○脇田部会長 では、最初のところから、事務局、ございますか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 帰国者・接触者相談センターにお問い合わせがあった際の対応については、我々のほうでももう少し整理が必要な部分もあるかと思うので、御指摘も踏まえながら、どういったふうに帰国者・接触者外来へ結びつけていくか。また、最寄りの医療機関に受診していただく場合、どういうケースかということをし整理させていただきたいと思います。

また、サーベイランスのほうにつきましては、ちょっと現時点でなかなかお答えできるものはないのですが、御意見を踏まえまして検討していきたいと思います。

あと、浙江省の理由につきましては、こちらは確かに、これが基準とするべしみたいなものがなかなかない中で、どういったところを指定していくのかというのはいろんな先生方と御相談をしながら検討していくべきことだと思っております。

一つ、人口当たりの感染者数がちょうど浙江省につきましては、湖北省の次にあったところも今回考慮した点でございます。引き続き、水際対策のあり方とともに、こういったところをどのような地域を指定するべきかということは検討していきたいと思えます。

最後の退院基準につきましては、すみません、ちょっと私のほうで従来の基準の説明を飛ばしてしまっていたので恐縮なのですが、先ほどの資料 1－4 の一番最後のページにスライド紙を用意してございますが、患者の症状があった方につきましては、24 時間解熱がなかった後、それをさらに 48 時間様子を見て、2 回の PCR 陰性を確認するというところで、結果的には解熱している期間が 72 時間で、ちょっと長めではありますが、そのぐらい取ってございますので、24 時間後に検査するという意味ではございません。失礼いたしました。

○脇田部会長 ありがとうございます。

サーベイランスにつきまして、今、感染症疫学センターのほうで、基幹定点がいいのか、あるいはインフルエンザサーベイランスに乗せるのがいいのか。ただ、数を少し考えないと、検査の負担もあるのではという議論を今、しているところです。ありがとうございます。

岩本先生、お願いします。

○岩本委員 実は来週、日米医学協力という厚労省の大事な会議でバンコクに行く予定でした。しかし、今日の昼にバンコクの知人からメールが来まして、台湾、香港、中国、それから、シンガポールと並んで、日本人旅行者等に検疫をかけると、タイの閣議で決まったと連絡がありました。要するに日本は今や蔓延国と見なされ始めたということで、日本国内の感覚とはずれているというのが、一点目です。

僕は週に2回、ビルの中のクリニックで診療しています。大学にいたときは分からなかったけれども、そういうところで診ていると、やはり37度で、サラリーマンで仕事をしている方々が、来るわけですが、37.5度が1～2日出たら、要するに会社からインフルエンザをチェックしてこいと、陰性を確認してこいと言われるわけですよ。インフルエンザの場合、抗原キットが普及していて、あなたはインフルエンザが陽性でした、陰性でしたというのがクリニックの中で分かります。それで一応、会社にも報告ができて、あなたは家に行って5日間駄目よと、あるいは解熱して2日間駄目よみたいな話ができるのです。

しかし、今のところ、このウイルスに関してはそういう検査がないので、その開発を急いでいただく必要があるかと思いますが、いかんせん、37.5度を4日間というのは、東京や大阪等の大都市のいっぱい若い人が仕事している職場では、長すぎるだろう、というのがコメントです。

後でまた、ほかのことを言ってもいいですか。もうエボラへ行くのだったら、今、言いますけれども。

○脇田部会長 いや、ちょっと待ってください。

まず、日本が台湾、シンガポール、香港と並んで蔓延国と見られているということなのですけれども、やはり先ほど谷口先生の御発言にもありましたが、どの程度サーベイランスをやっているかということにも多分、今、検出されている人たちの数は依存しているということもあるとは思いますが、事務局、何かコメントはございますか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 今、脇田部会長から御指摘があったところももちろん考慮するべきところだと思います。日本の現状につきましては、専門家会議等、いろんな先生方とお話をお伺いしながら御評価いただいているところでございまして、それぞれのステージに合わせ、適切な対応を取っていきたいと思います。

○脇田部会長 課長、お願いします。

○日下結核感染症課長 一つは日本の評価というところで、日本がどういうサーベイランスをしていて、どれぐらい患者が出ているかという発表なのですけれども、日本語での発表でしかないので、やはり海外にどんどん英語で発信していかないといけないと思っています。それを踏まえた上でどのような評価を受けるのが重要だと認識をしております、そういう観点から、脇田先生にも御参加をいただきまして、外国のプレスに対して、日本の取組について、今、発信をし始めたところで、それを受けて、どういう評価を受けるのかということがまず一点かと思っています。

もう一つは、先ほど谷口先生から御発言がありましたけれども、やはりそういったセンチネルサーベイランス。そういったところも考えていかないといけないのかなと思います。ありがとうございました。

○脇田部会長 岩本先生、お願いします。

○岩本委員 やはり今、どう考えるのが非常に大事だと思います。感染経路のはっきりしない症例が国内で見つかるようになってきたのは2月13日頃だと思います。厚生労働省

からの発表でも、この時点から段階が変わったという表現とか局面が変わったという表現をされています。しかし、この場合は、相転移というか、フェーズトランジションという考え方をもっと取り入れるべきだと思います。アメリカでは、森林の火災とか、他のところでもいろいろ応用されています。これは何かといいますと、感染症のアウトブレイクの場合、階段状に物事が進むのか、もっと急激な変化が起こるのかという根本的な考え方の違いです。例えば水分子に例えると、温度が変わるだけで、0度以下だったら氷、0度から100度だったら水、その上へ行ったら蒸気になるわけです。同じ分子が塊、液体、気体と0度と100度に急激な相転移が起こります。感染症であれ、森林火災であれ、コントロールが効く段階と蔓延してしまう段階をもっと的確につかまえようという考え方です。今の日本の状態が、平地で80度くらいのボコボコと沸騰仕始めた水なのか、まだまだそういうふうに泡はほとんど立っていませんと考えるのか、一番の際のところだと思いますし、今が決断の時期だと思います。

○脇田部会長 谷口先生、どうぞ。

○谷口委員 SARSのときにも、よく分からない症例というものはたくさんあったわけです。ただ、カナダも台湾もみんな、その後、分からないところから先をきちんと追いかけて、リスク評価をして、それを食い止めていたわけです。ただ、今のいろんなメディアとかの話の聞いていると、原因不明、あるいは地域のどこで起こってもおかしくないということがいっぱい聞かれるわけです。そのエビデンスはどこにあるのだと思います。

そうすると、そういうものがどんどん外に広がれば、日本はもう蔓延しているのだと思われるのは当然のことであって、今、感染経路が分からない症例がでたところで、地方自治体の先生方は非常な努力をされて、その経路を突き止めて、その伝播鎖を見つけられているわけです。その後に濃厚接触者を把握して、健康監視をしているわけです。そういったその後の調査の結果についてもきちんと伝えていくことが必要なのではないかなと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。リスクコミュニケーションが重要だという御指摘だと思います。

調先生、お願いします。

○調委員 やはり病原体サーベイランスは非常に重要だと思います。地域ごとに感染状況は違うと思いますし、それから、岩本先生が言われるような、いろんな数学的な解析をするにしても、そういうきちんと定点から一定数の検体を取って、検査をしていくことによって初めていろんな解析ができてくるので、そういうサーベイランスは非常に重要だと思います。

今、昨日、国からの通知で範囲が広がりましたので、実際、自治体には今日恐らく、うちもそうなのですけれども、かなり検査依頼が来ています。それは相談があって、その相談窓口が、医療機関に直接、取り次ぎのような形でその情報が流れていて、そこで検査対象を絞ることができず、非常に可能性が低いという感じの検体も来ていまして、そういっ



たところはやはりトリアージがきちんとできるようにすることも非常に必要だと思います。

医師が今、結構、何か戦々恐々としているような感じがありまして、それは一つは地域の蔓延状況が分かっていないことと、もう一つは院内感染が結構起きているのですけれども、それがどういうふうにかかったのかということの疫学的な解析ができていくと、医師ももう少しいろんな対策を取りながら医療ができるのではないかと思いますので、サーベイランスと疫学的な解析については早急をお願いをしたいと思います。

○脇田部会長　ありがとうございます。

いろいろ、まだ意見があると思うのですが。

釜菴先生、お願いします。

○釜菴委員　すみません。時間がないのかと思いますが、申すまでもなく、クルーズ船の対応が大変な大きなミッションとして入ってしまったので、対応できる能力が今、少し落ちているように感じますが、これをまずはしっかり早くやらなければいけないと思います。

まず相談センターは今、どういう状況にあるのかということ、きちんと情報収集できるようにぜひしないといけないと思います。相談センターは、基本的には都道府県が保健所を中心にやっているわけですから、その情報がしっかり国に上がってくるまでに少し時間的なずれがあるので、相談センターの能力が今、どのくらいあるのかということについての情報をしっかり共有することが必要だと思います。

医療現場においては、最初の症例定義が非常に厳しく、厳密に守られたために、肺炎を起こして、ぜひPCR検査をやってほしいと思う事例ができなかったことへの不満がたくさん寄せられています。それは改善されたと思いますが、今後はしっかりとしたサーベイランスができるようになることを期待しております。

今日は矢内委員も見えておられますが、東京のケースについてはかなりしっかりやっていただいている、私は詳細を知りませんが、かなり感染経路を特定できている部分が多いと思うのですが、私の知る限りでは千葉のケースとか、それから、北海道のケースの最初の部分とかはなかなか追えないところがあると感じまして、その追えないところもしっかりやるところがまずは大事ではないでしょうか。その情報をしっかり把握して、発信をしていくことは必要だと思います。

和歌山のケースについては、感染された医師の方の勤務地が関空のところがあったというのもある、その辺のところからすると、むしろ感染経路は追えてきているような気がしますので、その辺りの評価をしっかりと、感染経路の追えていない部分についての調査を徹底的にやるのが現時点ではとても大事だろうと思います。

そのことを申し上げておきます。

○脇田部会長　ありがとうございます。

今、散发例があり、そして幾つかのクラスターがありということで、積極的疫学調査で、地域の保健所の方々は大変御苦労されていると思います。感染研からも、もし要請があればそういうところに応援に入ることです、それから、検査の体制も感染研もかな

り整ってきましたので、地方衛生研究所でもし何か援助が要るときには、我々のほうで審査のお手伝いをさせていただくということだと思いますので、よろしくお願いします。

○釜菴委員 相談センターの現状について、もし事務局から何か教えていただければ。

○脇田部会長 分かりました。

相談センターの稼働状況について、少しお話をお願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 事務局でございます。

先生御指摘のとおり、なかなか国に上がってくるまでちょっとギャップがありますので、我々が把握している状況は必ずしも直近かどうかという問題はありますけれども、我々の把握している限りでは、相談センターには1日百五十数件程度の相談が寄せられていると聞いております。設置自治体は47都道府県全てに設置されておりまして、全ての都道府県で24時間対応いただいている状況でございます。

○釜菴委員 それで、国全体の一番代表的な番号が出ているところも24時間になるのですか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 すみません。厚労省のコールセンターは朝9時から夜9時までの対応でございますが、180回線設けておりまして、昨日はたしか六千数百件、7,000件近くのお問い合わせを頂戴しているところでございます。

○釜菴委員 繰り返しになりますが、国の相談センターの対応能力はまだ余力があるのですか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 すみません。昨日の時点では、回線占有率は80%ぐらいであったと聞いております。本日はまだ把握しておりませんが、状況に応じて順次、回線の増強等、対応してまいりたいと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

多分ちょっと、なかなか終わりがいいのですけれども、山田先生で最後にさせていただきます。

○山田委員 すみません。リスク評価のために多分、この66名中の13名が無症候の感染者であるという情報がありますが、この人たちは既に十何日間か観察されているのだとすれば、その間にどの程度のウイルス量が出ているか。これはリアルタイムであれば、ある程度の定量化もできるので、要するに無症候の感染者が感染源になり得るのか、なり得ないのかというのは今後のリスクを考えていく上に極めて重要だと思うのですけれども、その辺の解析はされているのでしょうか。

○脇田部会長 すみません。私から。

もうすぐレポートが出ます。ただし、感染源になるかどうかというのは非常に難しく、アイソレートされてしまっている、そこから広がるかどうかはちょっと分かりにくい。ただ、症状がない人ですので、症状がある人に比べればもちろんスプラッシュにはなりにくいわけですから、当然、飛びにくいということはあると思います。ただ、無症状の方でもウイ

ルス量に差があるので、やはり多い方は注意して管理をする必要があるということになると思います。

この武漢から帰国された方々、それから、クルーズ船で無症状の方々。それに関するレポートは非常に重要だと思うので、まずチャーター便のほうは大曲先生らのグループから出てきますし、それから、ウイルス的な解析のところも我々のほうから出していくということを今、急いでやっています。

どうぞ。

○山田委員 そうすると、やはり無症候感染者というものは今の時点では無視できない存在で、市中感染の引き金になり得ると。

○脇田部会長 そこはまだ評価できないと思います。ただ、いわゆる潜伏期間に比べると、シリアルインターバルといいますか、感染のインターバルが少し、潜伏経路も短いというデータもあるので、そうすると無症状病原体保有者なのか、それとも潜伏期なのかというところは、そこはやはり評価していく必要はあると思っています。

すみません。お願いします。

○菅原委員 サーベイランスの話からちょっとずれるのですが、院内感染対策の立場でお話しさせていただきたいと思うのです。

今、いろいろなコロナウイルスの患者さん、クルーズ船の患者さんや院内発生した患者さんをまさに受け入れて、現場では必死に対応しているところなのですが、医療従事者がいろいろな防護用具を着けたり、個室へ管理したりということでやってはいるのですが、例えばお掃除の件、清掃業者の件とかリネンの管理の件とかということで、患者さんの直接的なものに触れ得る、そういったアウトソーシングの業者がたくさんあると思うのです。そういう業者の人たちはかなり不安を感じているところもたくさんあると思うので、今後、何かしら業界の人たちの安心を促すようなコメントなり、環境へのコロナウイルスに関する課題なり、今、院内感染の疫学的なことがまだ分かっていない、もう少し解析が必要だというお話もございましたけれども、そういうことも含めて早めの対応をしていただきたいと思います。

○脇田部会長 何かコメントはありますか。

○日下結核感染症課長 貴重な御意見、どうもありがとうございます。中でまた十分検討していきたいと思っています。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、先に進ませていただきたいと思います。議題の「（２）エボラ出血熱の公表基準について」になります。こちらの資料も説明をお願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 事務局でございます。

議題は「（２）エボラ出血熱の公表基準について」と書いてあるのですが、資料２－１、資料２－２、資料２－３の資料はもう少しざっくりと、一類感染症が国内で発生した場合における情報公開に係る基本方針についてということで、これまでのエボラ出血熱等の事

例を踏まえた一類感染症の情報公開に係る内容でございます。この内容自体は、12月20日に開催されました一類感染症に関する検討会で先生方に御議論いただいたものを今回お諮りしているところでございます。

資料2-1から御説明させていただきます。

この趣旨自体は、感染症が国内で蔓延した際の情報をどのように公表していくのか。なかなかリスクコミュニケーションの一つとして難しい点でございますが、その基本方針を取りまとめたものでございます。状況によって、また変わってくるところはもちろんあるという前提ではございます。

まず、基本方針といたしまして、1つ目、公表の目的でございます。感染症の蔓延防止という観点、要するに感染症による健康リスクが個人や社会に与える影響を最小限にするために、発生状況に関して公表するというのが本来の趣旨でございます。ただ一方で、この公表にあたっては、感染者等に対して不当な差別や偏見が生じないように、個人情報の保護というものも併せて留意するべきだということがまず一番のものでございます。

それを踏まえまして、2番目といたしまして、公表する情報について、以下の情報を公表するというところで（1）から（3）まで設定しているところでございます。

まず（1）といたしましては、感染症に関する基本的な情報ということで、感染症の種類によって特徴が異なりますので、その感染症が一体どういうものなのかという、まず基本的な情報を提供すべきである。そのような情報を発信することで、どういうことを行動を取っていただきたいかということを併せてお示しすることが大事かということでございます。

（2）で、感染源との接触歴に関わる情報ということで、その方が感染したと思われる推定地域、また、そこにおける感染源とどういう接触があったのかということの情報を提供するというところで、それらの情報を提供することで、その地域へ行くであろう渡航者に対して注意喚起をするといったことでございます。

（3）で、感染者の行動歴等の情報でございます。その方が他者に感染させる可能性がある時期につきましては、その行動歴等の情報について、必要な範囲内で公表する必要があると考えております。一方、その方が感染を他人にさせる可能性がない時期については、感染症蔓延防止に資するものではございませんので、公表は行わないということが原則かと思っております。したがって、感染者が他者に当該感染症を感染させる可能性がある時期の行動歴について、次のページのIとIIの条件に合わせて公表したいと考えております。

まず、Iでございますが、感染者に接触した可能性のある者を把握できている場合、要するに積極的疫学調査ですとか健康監視によって接触者が把握できている場合については、公衆衛生上の対策に関する情報のみ公表する。

もう一つが、感染者に接触した可能性のある者が把握できていない場合につきましては、その方の感染経路、例えば接触感染であるのか、飛沫感染なのか、空気感染のかなどに鑑みまして、その接触した可能性のある方を把握するための情報を公表する。その感染症

にかからないようにするためにこういった行動を取っていただきたいのかということと併せて公表するというところでございます。また、その際には誤った情報が広げることがないように、また、感染者の状況ですとか、他者へ感染させる可能性の接触の有無など、できる限り正確な情報を発信していくということでございます。

3番目といたしまして、公表時期で、原則として、疑似症が発生した段階。この発生というのは、国立感染症研究所に検体が到着した時点を目指すということで、その時点で速やかに厚生労働省のほうで行いたいと思っております。公表の際には、その公表内容について事前に当該自治体さんですとか必要な関係省庁等と情報共有を行ってまいります。

ただ、疑似症患者のうち、他人に感染させる可能性がある時期の体液ですとか患者が発生している地域において感染を媒介する生物等との接触歴がない方については、感染症にかかっている蓋然性が低いため、これは疑似症の患者さんが発生した段階ではなくて、感染症にかかっていることが確定した段階で公表を行うということで、同じ疑似症患者さんであっても、接触歴によって分けるといった考え方でございます。

次の横長の資料2-2のほうが、今、申し上げた内容を簡単にまとめたもので、もう少し具体的に書いてございます。

まず、最初の囲みにある部分が基本的情報ということで、病原体、潜伏期間、致死率等々、基本的な情報をまず公開する。

その上で、患者さん個人の情報といたしまして、居住国ですとか、年代ですとか、そういったものについて公表はいたしますけれども、氏名や国籍、基礎疾患、職業等々、そういったことは公表は原則行わないということで、個人が特定されないように配慮したいと考えております。

幾つか議論になるものといたしまして、居住国、国籍等がございまして。

国籍では、その方が一時的な旅行者なのか、居住者なのか、分からないということと、当該地に住んでいるかどうかということのほうが感染症の管理上は重要であるということから、居住国を原則として公表する。

基礎疾患は、その基礎疾患との、その方の感染症に何らかの関係性があるのであればもちろん考慮すべきものかと思われませんが、その関連性が判明していないものについては公表しないということです。

また、職業でございまして、感染源との接触機会が多い場合、例えば医療従事者などにつきましては、公表は別途検討するというところ。

市区町村につきましては、原則としては患者さん個人が特定される可能性が高まることから行いませんが、それは自治体との関係に応じて可能性があるということでございます。

あと、感染源との接触歴等で、こちらは当該国での国、都市名、滞在日数、感染源と思われる接触の有無で、こういったリスクがどのくらいあるのかということを知りたいということが趣旨でございます。

そして、受診や入院の状況で、入院しておられる医療機関の都道府県や状態につきまし

ては公表いたしますけれども、個別の医療機関名につきましては公表を行わないということを考えております。

そのほか、感染者の行動歴は国外と国内で若干異なりますが、国外の場合につきましては、それが他者に感染させる可能性がある時期以降の旅程といたしまして、どこの国に行かれたのか、何日間なのか、日本に帰ってきたのはいつなのかといった内容を公開する。

一方で、国内の行動歴が含まれる場合につきましては、これが他者に感染させる可能性がある時期以降で、なおかつ感染させる可能性がある者を把握できている場合は、公共交通機関に関する情報や公衆衛生上実施している対策を併せて公表する。

他者に感染させる可能性がある時期以降で、感染者に接触した可能性のある者を把握できていない場合については、より詳しい、公共交通機関に関する情報ですとか、飛行機、船舶、電車、バスなどに加えて、どういうところで不特定多数と接することがあったのか、どういうところで他者に感染させる行動があったのかなかったのか、予防策がどうなったのかということですか、公衆衛生上の対策が必要な呼びかけ等を行うということを検討しております。

こちらにつきましては、飛行機などでは、発症したけれども、検疫に申し出なかったとか、そういったことによって、追跡調査が必要になった場合には別途公表するということを考えております。

資料２－３が公表時期で、こちらは先ほどの内容とほぼ同じことで、下の【今後の対応】のところにございますが、原則として、検体が国立感染症研究所に届いた時点で、接触歴の有無によって、また公表時期を異なるようにするというのが内容でございます。

以上でございます。

○脇田部会長　ありがとうございました。

ただいま説明していただきました、一類感染症患者が発生したときにどのような情報を公表するかということの基本方針です。資料２－１に１枚紙でまとめていただいたものをポンチ絵にしたものが資料２－２ということですが、委員の皆様、御意見をお願いしたいと思います。

谷口委員、どうぞ。

○谷口委員　１点だけ確認ですが、これは国内で発生したとありますけれども、国内で探知された、診断された及び国内で感染したものを含むという理解でよろしいでしょうか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長　はい。そのとおりでございます。

○脇田部会長　そういうことですね。海外で感染をして、それで潜伏期で日本に入ってきた人、それから、国内でも感染があるかどうか分かりませんが、そういった例と、両方含むということですね。

そのほか、いかがでしょうか。

釜薙委員、お願いします。

○釜薙委員　この国の方針に対して地方自治体からは不満の声が上がったりもする場合が

あるのですが、自治体といいますか、行政によって対応が異なることはないほうがよいとは願うのですけれども、これまでの経過の中で、自治体の判断と国とに少し違い、そごがあったように感じられることの背景について、事務局はどのように思っておられますか。

○脇田部会長 どうぞ。

○日下結核感染症課長 このエボラ出血熱の、一類感染症の関係ではないのですけれども、新型コロナウイルスの関係で一部の自治体から、別のことをやりたいと。別の公表の仕方をやりたいという申し出がありました。

他方で、実際に公表された内容を見ると、ほぼ同じ、事前に我々、厚労省側としてはこういう公表をします、自治体はどういうことをしますかというのは大体すり合わせをしますのでけれども、我々のほうは向こうに提示をした中で、自分たちは独自のものをやりたいとおっしゃるのですが、やはり相手側のところで考えた結果として公表された内容を見比べてみると、それほど大きな違いはない。

他方で、紙として出てこないところで、口頭で言う部分に多少のずれはあるのですけれども、結果として見ると、それほど大きな差はないという認識をしています。

○脇田部会長 よろしいでしょうか。

○釜菴委員 はい。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

調先生、お願いします。

○調委員 一類感染症は幾つかあると思うのですけれども、この他者に感染させる可能性のある時期、ない時期というのは、それぞれの感染症ではっきりと分かっているのでしょうか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 すみません。全ての一類感染症について、どこまで規定されているのかというのは、ちょっと私の記憶にない部分はあるのですけれども、ある程度目安となるものは既にあるものと承知しておりますし、必要に応じて専門家の御意見をお伺いしながら設定するところがあるかもしれないかと思っています。

○脇田部会長 そういうことですので、現時点ではっきりとは分かっていないということですね。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 はい。すみません。

○脇田部会長 そのほかはいかがでしょうか。

本田委員、お願いします。

○本田委員 すみません。私も専門家でないので、これもちょっと質問なのですが、感染者に接触した可能性のある者を把握できているというのも把握できていないというのも状況に応じてどんどん変わっていくと思うのですが、その判断はどのようにされるのかを教えてくださいたいのです。

○脇田部会長 お願いします。

○日下結核感染症課長 通常、まず感染者が出たときに聞き取り調査をして積極的な疫学調査をすると思うのですが、結局は接触をしたと思われる人がまず全て同定されているのかどうかというのがまず一つです。

その中で、接触した人を全て追うことはできないですけれども、その中での濃厚接触者と言われる方がちゃんと同定されていて、その方について、今後、聞き取り及び検査が予定されているかどうかが一番大きなところと捉えておりまして、その部分が追えている部分については、一番、その感染が、仮に二次感染が起こるとすれば濃厚接触者なので、その部分でまず問題があるかどうかで、その二次感染が仮に起こったとしたら、次にどうなのかということになると思うのですけれども、その部分で追えているか、追えていないかというところを重要視しておりまして、その部分が特に問題ないという判断をしている場合については、ここから先は言う必要がないという判断をしています。

○脇田部会長 よろしいですか。

○本田委員 はい。

○脇田部会長 そのほか、いかがでしょうか。

ありがとうございました。それでは、この件は、この公表基準は、最初の基本方針についてというほうを承認ということでよろしいですか。

修正という御意見がなければ、これでこの基準については、方針については承認をするということにしたいと思います。ありがとうございました。

それでは「（３）その他」となっていますけれども、事務局、何かございますか。

釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 今回、この新型コロナウイルス感染症に関してのいろいろな行動計画等をしっかり立てる時間が今のところ、まだないのです。ですから、これまでの経験の中で、ウイルスの性状は違いますが、一番詳しくいろいろ準備をして、それぞれ自治体も、あるいは医療機関も対応を考えてきたのは新型インフルエンザなので、新型インフルエンザのときのいろいろな準備したものを使うということでやむを得ないと思っているのですが、その辺りは国からのそのことについての見解の表明はまだあまりなかったように思うのですが、いかがでしょうか。

○脇田部会長 事務局、いかがでしょうか。

お願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 事務局でございます。

これまで、新型インフルエンザ対策の基本計画等々につきましては、場面場面で参照にすることはありましたけれども、明確にこれを準用すると申し上げたことは確かになかったかと思います。

今後の対策の進め方に関しましても、もちろん、新型インフルエンザの基本計画、行動計画は参考になる部分はあろうかと思いますが、必ずしも全て、それを準用する必要性があるのかですとか、性状として適切なのかということもあろうかと思うので、現時



点で必ずしも準用するという事まで申し上げることはできませんが、都度都度判断するとともに、なるべく自治体さんが早めに対応できるように、早め早めの御案内を心がけていきたいと考えております。

○脇田部会長 では、まず釜薙委員、お願いします。

○釜薙委員 ただ、2009年の新型インフルエンザの後のいろいろな準備経過を見てみると、やはり用意するのに大分時間がかかるし、大変な検討が必要なので、それを今、やっている時間はないと思うのです。ですから、むしろここは当てはまらない点が明確になった時点でその点をしっかりと強調するべきであって、現状においては新型インフルエンザのときに立てた体制にのっとってやっていただきたいということをむしろ国から発出されたほうがいいように私は思うのですが、いかがでしょうか。

○脇田部会長 お願いします。

○日下結核感染症課長 どうもありがとうございます。

先ほど加藤から申し上げたのですけれども、実態はもう既に新型インフルエンザのときに計画を練っていて、例えば備蓄をしていたもので活用できるものは活用する。あと、準備を進めていたものは準備を、その枠組みを使うとか、そういったことはもう既に始めております。

やはり一からつくるのはなかなか難しいので、その新型インフルエンザの枠組みを使えるところと使えないところはもちろんありますので、使えるところは積極的に使っていくという形で進めています。

もちろん、先ほど加藤が申し上げたように、合わないところもありますので、その都度、その都度、どこが使えて、どこが使えないのかとかを見ながら、活用できるところは使っていくというスタンスで進めております。

○脇田部会長 もう一つは、やはり科学的にこの新型コロナウイルスとインフルエンザの違いを明確にして、その違いに対する対策を打つことが重要だと私は思っています。

では、まず岩本委員からお願いします。

○岩本委員 先ほど釜薙委員がおっしゃったように、やはりSARSの対応と2009年のパンデミックインフルエンザの経験が生きていないように思うのです。やはり2009年で大きかったのは、入って来てからの拡大が非常に速くて、公衆衛生対策から、医療対策に急激にシフトできたと思います。あれは検査が、治療薬があったわけですが、今はないわけです。そこで僕がさっき相転移のことを申しあげたのは、以下の理由です。日本で1例目が出たのは1月15日から16日で、民間検査会社の協力を大臣が発表されたのは今週です。ですから、その間1カ月以上かかっているわけです。しかもこの間に、クルーズ船の検査能力が日本の検査能力と思われて世界中に出てしまった何だ、これはとまったわけです。、僕は先週、中国大使館の人からメールと写真をもらいました。感染研に検査キットを1万個寄附してきたとのことでしたが、脇田先生と片野先生が受け取っている写真を貰ったわけです。今朝のニュースでも、ドイツからキアゲンの検査キットが大量に届いたというニュース

をやっていました。PCR検査なんでしょう？日本では、民間会社で精度高くやっているところもあるわけです。厚労省がちゃんと普段から、そういう信頼性の高い民間会社を選定しておいて、速くキットを渡して、感染研や地方衛研と民間の検査会社が一緒になってやるべきだと思います。

○脇田部会長　どうぞ。

○日下結核感染症課長　御指摘、どうもありがとうございます。

民間の活用というものは随分前から言われていまして、それは我々のみならず、国立感染症研究所にもそういう申し出があり、それはなるべく速やかに実地に移すということで感染研の中でバリデーションまで行っていていまして、有名な国内のプライベートな検査会社についてはもう既に協力をいただくことになっております。

表に出たのがつい最近の話であって。

○岩本委員　そういうものはここで言うてくれなければ僕らには分かりません。。

○日下結核感染症課長　すみません。

準備は相当前からやっておりますので、さらにもっと広げるためにどういう手法があるのか。なかなか公的な検査なので、やはり公的な形でできるところとできないところがあるのもありますので、なるべくプライベートでできるところまでどんどん広げていきたいというのが我々の思いで、その中でできる限りの手法を今、取っている状況であります。

○岩本委員　揚げ足を取るわけではないですけども、やはりこういう中で日本の誇るべき感染症研究所が、感染症が起ると急激に能力の無い検査会社に見えてしまう非常に悲しいことだと思います。

もう一つは、やはり日本の医療はパブリックサポートで実践は民間なんだと思います。しかし、公衆衛生対策、検疫になると、急に官しか出てこなくなるこれは何なのだというのを繰り返しています。やはり日本はその点が変わらないといけないのではないですか。これは官でやるべきである、これは民でやるべきだ、ではなくて、国としてやはりちゃんと検疫体制から医療体制への返還を見極め実践するシステムをつくっていただくのかというのを今回やっておかないと、次にまた同じことが繰り返されると思います。

○脇田部会長　事務局、お願いします。

○日下結核感染症課長　ありがとうございます。

必ずしも官で何か取り囲んでやろうとかという話ではなく、民でできることは民でやっていただく方針に間違いがないと思いますし、そういう方向で進めたいと思っています。

ただ、今回、あまりにも急激に物事が進み始め、そして民間側のスピードが全く追いつかない中でどういうふうにするのかというところで、感染研にかなり負荷がかかってしまったのは事実でありまして、こういう状況はあまりよろしくないもので、こういう公的なところにあまり負荷がかからず、そして民間の力を活用しながらやっていく体制を今後とも進めていきたいと思っています。

○脇田部会長　ありがとうございます。

賀来委員、お願いします。

○賀来委員 これから感染がどれぐらい拡大していくのか。先ほどの谷口先生のお話もあるように、地域差があったりしてくると思うのですけれども、ただ、医師会の先生方、先ほどから御意見があったのですが、本当に感染が広がってきたときに、やはりかかりつけの先生方の協力も本当に必要になってきます。

2009年のパンデミックのときに、仙台市医師会の方々と、仙台方式といいますか、言い方が変なのですけれども、ある程度、かかりつけの先生方も診ていただくような体制。そういったものをスムーズに、ある程度行っていけるようなことをぜひ厚生労働省もお考えいただいて、今はもちろん、まだコロナウイルス自体がワクチンもウイルス薬もないので、インフルエンザとは違うのは分かっているのですが、ただ、広がってきたときに、軽症の方が多いうちに、やはりそういった医師会の先生方のお力もお借りして対応していかなければ多分対応できなくなると思いますので、その辺りもぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 御指名いただきまして、ありがとうございます。

専門家会議がありまして、あのときに脇田所長が国内感染の初期と言われました。先ほどのインフルエンザの対応を準用するとすれば、国内発生早期と国内感染期は違うわけです。国内感染の早期というのはあの枠組みの中には余り入っていなかったと思いますが、国内感染期になったという御認識で、それは会議のメンバーがみんな共有したわけでありまふ。

そのことを受けて、日本医師会は全ての医療機関がこの疾患に立ち向かうという覚悟を持ってもらいたいということは発出をしております。というのは、受診される方がこの感染症だということを分からないで来る方もあり得るわけでありまして、したがって、準備ができていないために院内感染というやっではないことを起こしてしまうおそれが強いという、この危機感を持つことがすごく今は大事なので、その情報発信に努めています。

医療機関には能力に差がありますから、できることとできないことがありますけれども、それぞれの機関ができることをしっかりやるのだということをさらに全国の医療機関に発信していかなければいけないと思っています。

○脇田部会長 ありがとうございます。

本当にいろいろ御意見はたくさんあろうかと思ひますけれども、そろそろ、ここら辺りで閉めたいと思ひます。

本日は誠にお集まりいただきまして、ありがとうございました。それでは、これで本日の「厚生科学審議会感染症部会」を閉会させていただきたいと思ひます。

どうもありがとうございました。