

令和5年度 大阪市感染症発生動向調査委員会 議事録

開催日時：令和5年8月31日（木）午後2時

場所：保健所10階第4会議室 ※Microsoft Teams 併用

司会

定刻となりましたので、只今より、令和5年度感染症発生動向調査委員会を開催いたします。委員の皆さまにおかれましては大変お忙しいなか、お集まりいただき、誠にありがとうございます。私は本日の進行役を務めさせていただきます、大阪市保健所 感染症対策課の伊藤でございます。よろしくお願いいたします。なお、本委員会は公開となっておりますので、ご了承ください。本日は対面式とweb参加の併用で開催します。web参加の方でご発言される際は、Teams 会議画面上のアイコンの挙手ボタンを押してください。また、事務局で本会議のレコーディングを行いますので、ご参加者様による会議内容の録音、録画はご遠慮いただきますようお願いいたします。開催にあたりまして、大阪市 保健所長の中山からひとことご挨拶申し上げます。

中山保健所長

大阪市保健所長の中山でございます。大阪市感染症発生動向調査委員会の開会にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。委員の皆さまにおかれましては大変お忙しい中、お集まりいただき誠にありがとうございます。また平素から本市の保健行政に格別の御理解、御協力を賜り、誠にありがとうございます。昨年2022年は新型コロナウイルス感染症流行3年目に入り、第6波から第8波と3度の流行を繰り返し、第7波の8月には過去最多の新規陽性者数を記録しました。その後政府の対策が「With コロナ」の方向に転換し、9月には発生届の対象が限定され、本年5月8日には定点医療機関による感染動向把握に移行しました。定点報告に切り替わってから報告数は増加が見られていましたが、7月後半から増加は見られていません。これは学校の夏休みやお盆での医療機関の休診が関係していると思われるので、夏休み後の報告数の動向を引き続き注視する必要があります。また2022年の12月から翌年1月にかけて、保育施設で腸管出血性大腸菌感染症の集団発生がありました。施設での消毒、二次感染予防の徹底等感染拡大防止についての指導を行い、最終的に園児家族を含め計19名の感染を確認し終息しました。その他、昨年は梅毒がメディアに大きく取り上げられ注目されました。全国的に梅毒の届出が急増し過去最高の陽性者数が報告され、2023年も前年を上回る速さで患者の増加が続いている状況です。議事2のトピックスでは改田委員と康委員にご講演をお願いしております。改田委員からは「エンテロウイルス D68 型感染症」、康委員からは「新型コロナウイルス感染症 5類感染症移行後について」ご講演を賜ります。エンテロウイルス D68 は呼吸器症状を引き起こす他、弛緩性麻痺との関連が疑われているウイルスで注目されているウイルスです。また、COVID-19についてもこれまでの経過を改めて確認するための貴重な内容ですので、皆様の業務のご参考になればと思います。大阪市保健所は今後も正確な情報を収集し、適切な感染症対策を進めてまいりたいと考えておりますので、委員の先生方におかれましては活発なご議論をお願いしたいと存じます。本日はよろしくお願いいたします。

司会

中山所長につきましては、業務の都合により退席させていただきます。次に配付資料の確認をいたします。本日の資料は7点あります。

- ・大阪市感染症発生動向調査委員会 運営要領
- ・座席表
- ・次第
- ・大阪市感染症発生動向調査 事業報告書 2022年（令和4年）版
- ・別紙 ウイルス検出状況
- ・トピックス資料「エンテロウイルス D68 感染症」
- ・トピックス資料「新型コロナウイルス感染症5類移行後について」
- ・森下委員からご提供いただきました「大阪府における過去10年間の流行性角結膜炎発生状況とアデノウイルスの型」についての資料が1枚ございます。不足はございませんでしょうか。

司会

次に委員の方々を紹介させていただきます。

事業報告書の60ページの委員名簿をご覧ください。名簿に所属が記載されておりますので、氏名のみで紹介させていただきます。

天羽委員でございます。

改田委員でございます。

國吉委員でございます。

康委員でございます。

濱崎委員でございます。

福住委員でございます。

古林委員でございます。

水谷委員でございます。

宮川委員でございます。

森下委員でございます。

八木委員でございます。

八木先生、カメラはオンにできますでしょうか。手を上げて頂いてますね、ありがとうございます。また、本日は関係者として大阪健康安全基盤研究所ウイルス課 阿部課長、細菌課 河合課長、健康危機管理課 柿本主任研究員にもwebでご参加いただいています。

続きまして、事務局を紹介させていただきます。

保健副所長の渡部でございます。

感染症対策課長の藤岡でございます。

感染症担当医務主幹の伊集院でございます。

保健主幹の齊藤でございます。

「執行機関の附属機関に関する条例」に基づき、平成25年7月1日に「大阪市感染症発生動向調査委員会」が設置され、委員の皆様には本年8月1日より現在の任期を務めていただ

いています。本日出席の委員は、11名中11名でございます。したがって本委員会は「大阪市感染症発生動向調査委員会規則」第7条第2項の、委員会開催に必要な半数を超えていることから成立していることをご報告いたします。本日は委員改正後初めての委員会です。委員長を選出する必要があります。委員長選出方法につきましては同規則第4条に基づき委員の互選によるとなっております。委員の皆様からご推薦はありますか。

國吉委員

國吉です。感染症はじめ研究・臨床でも幅広くご専門であられる大阪公立大学の濱崎委員を推薦したいと思います。

司会

他に推薦される方はございませんか。ないようですので、濱崎委員を委員長就任に賛成される場合は拍手をお願いします。賛成多数で大阪市感染症発生動向調査委員会の委員長に濱崎委員を選出いたします。これからの議事進行は濱崎委員長をお願いします。濱崎委員長よろしくお願いたします。

濱崎委員長

大阪公立大学の濱崎です。ご推薦いただきましてありがとうございます。それでは私の方で議事に沿って進めさせていただきたいと思ひます。まず議事1の令和4年感染症発生動向調査事業報告にいきたいと思ひます。定点把握感染症について事務局よりご報告をお願いいたします。

齊藤主幹

それでは、令和4年大阪市感染症発生動向調査事業についてご報告させていただきます。資料につきましては、大阪市感染症発生動向調査事業報告書2022年版及び別添資料のウイルス検出状況をご覧ください。それでは定点把握感染症からご報告いたします。時間の都合上、目立った変化のあった疾患について取り上げさせていただきます。

報告書4ページの小児科定点把握疾患、【ア RSウイルス感染症】をご覧ください。ページ上段左側のグラフは、週別定点あたり報告数の推移を表しており、今回ご報告する2022年を棒で、2021年を線で表示しています。ページ中段の表は各週の定点あたり数になっています。上段右横の棒グラフは、年齢別患者報告数です。ページ下段のグラフは過去10年間の経年変化を示しています。

RSウイルス感染症の報告数は4,382人、定点当たりの報告数の年平均は1.49で、過去10年間において2021年に次ぐ2番目に多い報告数でした。例年、秋から冬にかけて流行がみられますが、2021年においては春先から流行が、2022年においては夏季に流行がみられ第29週の10.73がピークで、過去10年間で最も高い値でした。年齢別患者報告数は、1歳の1,334人が最も多く、2歳の984人、3歳の605人、6～11ヶ月の549人と続き、3歳以下で全体の90.5%を占めました。

続いて6ページをご覧ください。【ウ A群溶血性レンサ球菌咽頭炎】です。A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の報告数は911人、定点当たりの報告数の年平均は0.31でした。2022年は過去10年において最も少ない報告数でした。例年、夏期と冬期の流行をみせますが、2020年の後半以降流行は見られません。

7ページ 【エ 感染性胃腸炎】をご覧ください。感染性胃腸炎の報告数は8,608人、定点当たりの報告数の年平均は2.92で、過去10年において2番目に少ない報告数でした。例年、春期と冬期に流行がみられ、第2週と第24週にピークが見られました。年齢別患者報告数は1歳が1,608人と最も多く、2歳の1,331人、3歳の1,007人と続き、0～5歳で全体の70.2%を占めました。

大阪健康安全基盤研究所で実施したウイルス検出状況については、別添をご覧ください。ノロウイルスGⅡ11件、アデノウイルス41型7件、サポウイルス1件が検出されました。

続いて8ページ 【オ 水痘】をご覧ください。定点当たりの報告数の年平均は0.07でした。2022年は過去10年において最も少ない報告数でした。2014年10月の水痘ワクチンの定期接種導入以降は報告数が減少しています。年齢別患者報告数は10～14歳の38人が最も多く、5歳の26人と続きました。

続いて、12ページ【ケ ヘルパンギーナ】をご覧ください。定点あたりの報告数の年平均は0.21で、過去10年間で2番目に少ない報告数でした。

定点把握疾患については以上です。

濱崎委員長

はい、ありがとうございます。只今の報告についてご意見等ございますでしょうか。RSウイルス感染症は、今年もかなり患者さんが多くて医療機関が逼迫したという状況がありまして、2021年2022年にかけて流行時期がシフトしてきたりとか、あるいはコロナの最初の方、2020年の年には患者発生があまり見られなかったと言うことで、かなり今後も動向を注視して行く必要があるかなど。また重症例も増えたり、年齢層もコロナをあけて高齢の方が増えたりとかいう傾向も聞いておりますので、そういったところもデータとして何か比較できたらいいかなと思いました。ヘルパンギーナも今年だいぶ大変だと、昨年は少なかったということですが、コロナによって傾向が変わる疾患、変わらない疾患っていうのがあると思います。よろしいでしょうか。はい。続いて全数把握感染症について事務局からよろしくをお願いします。

齊藤主幹

続いて26ページをご覧ください。全数把握感染症の報告です。1類及び結核を除く2類感染症の発生はありませんでした。

3類感染症については、腸管出血性大腸菌感染症のみ届出があり、83人の報告がありました。症状別では患者62人、無症状病原体保有者21人でした。性別は男性47人、女性36人、年齢階級別では10歳未満26人（うち5歳未満19人）、10～19歳7人、20～29歳22人、30～39歳9人、40～49歳8人、50～59歳5人、60～69歳2人、70歳以上4人でした。

27 ページの一番下の表 溶血性尿毒症症候群の表をご覧ください。HUS と診断された方は 2 人で年齢階級別はともに 5 歳未満でした。27 ページ中段の腸管出血性大腸菌感染症血清型・毒素型別報告数をご覧ください。血清型別では 0157 が最も多く 74 件、次いで 026 が 4 件でした。0157 のベロ毒素型は VT1VT2 とともに検出された事例が最多で 46 例でした。2022 年の 12 月から翌年 1 月にかけて、保育施設で 0157VT1VT2 の集団発生があり、関連する届出は 19 件ありました。3 類感染症については以上です。

続いて、4 類感染症です。28 ページをご覧ください。【ア E 型肝炎】についてでございます。E 型肝炎は 4 人の報告がありました。性別はすべて男性で、年齢階級別では 60～69 歳 2 人、70 歳以上が 2 人でした。推定感染地はすべて国内で、推定感染経路は経口感染が 3 名、不明が 1 名でした。このうち、血清型が判明した者は 2 人で、すべて 3 型でした。

【ウ エキノコックス症】でございます。エキノコックス症は 1 人の報告がありました。病型は多包条虫でした。性別は男性で、年齢階級別は 50～59 歳でした。推定感染地は国外（トルコ）でした。2012 年（平成 24 年）以来の報告でした。

【エ オウム病】でございます。オウム病は 1 人の報告がありました。性別は女性で、年齢階級別は 50～59 歳でした。2009 年（平成 21 年）以来の報告です。

【カ 日本紅斑熱】です。日本紅斑熱は 1 人の報告がありました。性別は男性で、年齢階級別は 40～49 歳でした。推定感染地は国内でした。

【キ マラリア】です。マラリアは 3 人の報告がありました。性別は男性 2 人、女性 1 人でした。年齢階級別では 20～29 歳 1 人、30～39 歳 1 人、70 歳以上 1 人でした。病型はすべて熱帯熱マラリアでした。推定感染地はウガンダ、ナイジェリア、ベナンでした。

【ク レジオネラ症】です。29 ページをご覧ください。レジオネラ症は 38 人の報告がありました。病型は肺炎型 33 人、ポンティアック熱型 5 人でした。性別は男性 28 人、女性 10 人、年齢階級別は 30～39 歳 1 人、40～49 歳 4 人、50～59 歳 4 人、60～69 歳 11 人、70 歳以上 18 人でした。推定感染地は国内 34 人、不明 4 人でした。推定感染経路は水系感染 9 人、塵埃感染 1 人、その他 4 人、不明 24 人でした。水系感染のうち、温泉を含む公衆浴場施設の利用歴がある者が 8 人、遊泳場の利用歴がある者は 1 人でした。4 類感染症については以上です。

続いて 5 類感染症です。

31 ページ、【ウ カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症】をご覧ください。2022 年は 54 人の報告がありました。性別は男性 34 人、女性 20 人で、年齢階級別では 10 歳未満 1 人、10～19 歳 1 人、50～59 歳 7 人、60～69 歳 4 人、70 歳以上 41 人でした。推定感染地は国内 50 人、不明 4 人でした。CPE（カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌）は 7 件あり、内訳は *Klebsiella pneumonia* が 2 件、*Enterobacter cloacae*、*Klebsiella aerogenes*、*Citrobacter freundii*、*Escherichia coli*、*Leclercis abecarboxylata* がそれぞれ 1 件でした。

次に 33 ページをご覧ください。【ク 後天性免疫不全症候群】です。後天性免疫不全症候群は 73 人の報告がありました。性別はすべて男性で、病型は AIDS 患者 10 人、HIV 感染者 63 人でした。AIDS 患者 10 人の年齢階級別は、20～29 歳 1 人、30～39 歳 2 人、40～49 歳 2 人、50～59 歳 4 人、70 歳以上 1 人でした。推定感染地は国内 62 人、国外 4 人、国内及び国

外 1 人、不明 6 人でした。国外、国内及び国外感染例 5 人の推定感染国は、フィリピン 2 人、タイ・メキシコ・中国が各 1 人でした。推定感染経路が性的接触 68 人、不明は 5 人でした。性的接触は同性間 53 人、異性間 12 人、同性間及び異性間 1 人、性別不明は 2 人でした。

次に 34 ページをご覧ください。【ケ 侵襲性髄膜炎菌感染症】です。2022 年は 1 人の報告がありました。性別は女性で、年齢は 70 歳以上でした。血清群は Y 群でした。

続いて、36 ページをご覧ください。【シ 梅毒】です。梅毒は 1,419 人の報告がありました。2021 年 650 人に比べ、2 倍以上増加しました。病型別では早期顕症梅毒 I 期 565 人、早期顕症梅毒 II 期 415 人、晩期顕症梅毒 3 人、先天梅毒 1 人、無症候 435 人でした。性別は男性 737 人、女性 682 人でした。年齢階級別では 10 歳未満 1 人、10～19 歳 58 人、20～29 歳 671 人、30～39 歳 272 人、40～49 歳 222 人、50～59 歳 126 人、60～69 歳 47 人、70 歳以上 22 人でした。女性 682 人中、20～29 歳が 470 人で 68.9%を占めました。推定感染地は国内 1,337 人、国外（シンガポール）1 人、国外（タイ）1 人、不明 80 人でした。推定感染経路は性的接触 1,347 人（異性間 1,026 人、同性間 164 人、異性間及び同性間 2 人、性別不明 155 人）、母子感染 1 人、その他 2 人、不明 69 人でした。性風俗産業従事歴（直近 6 か月以内）有が 452 人、従事歴無が 541 人、従事歴不明は 354 人でした。性風俗産業利用歴（直近 6 か月以内）有が 226 人、利用歴無が 482 人、利用歴不明は 639 人でした。妊娠の有無について、女性 682 人のうち有 16 人(2.3%)、無 630 人(92.4%)、不明 36 人(5.3%)でした。HIV 感染症合併の有無について、有 77 人(5.4%)、無 612 人(43.1%)、不明 730 人(51.4%)でした。過去の治療歴について、1 年より前が 117 人(8.2%)、1 年以内が 105 人(7.4%)、無 1,101 人(77.6%)、不明 96 人(6.8%)でした。

続いて、38 ページをご覧ください。【セ バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症】です。2022 年は 9 人の報告がありました。性別は男性 6 人、女性 3 人、年齢階級別では 50～59 歳 1 人、60～69 歳 1 人、70 歳以上 7 人でした。菌種は *Enterococcus faecium* が 8 人、*Enterococcus faecalis* が 1 人で、耐性遺伝子はすべて VanA でした。推定感染地は国内 8 人、不明 1 人でした。推定感染経路は接触感染 2 人、針等の鋭利なものの刺入による感染 1 人、その他 3 人、不明 6 人でした。

【タ その他の 5 類感染症】39 ページをご覧ください。麻しん・風しんについては届出はありませんでした。5 類全数疾患については以上です。

続いて 40 ページをご覧ください。新型インフルエンザ等感染症【ア 新型コロナウイルス感染症】です。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）については、令和 4 年 9 月 12 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「With コロナの新たな段階への移行に向けた全数届出の見直しについて」により 9 月 26 日から発生届の提出対象が、65 歳以上の者、入院を要する者、重症化リスクがあり新型コロナウイルス感染症治療薬の投与又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する者、妊婦の 4 類型に限定されました。なお、医療機関で陽性と診断された患者については、医療機関より発生届出対象外の患者も含めた総数報告を受けていました。また、医療機関のひっ迫を緩和するため若年層や無症状者等へは自己検査を推奨しており、自宅で検査し陽性が判明した方については、陽性者登録センターから情報の提供を受け、全数把握を行いました。2022 年の陽性者数は 761,865 人

で、一日の最大報告数は7月27日（第30週）で8,428人でした。性別では、男性370,314人、女性386,434人、で女性が男性を上回り、年齢別では、20歳代が最多で全体の19.6%を占め、次いで30歳代、40歳代の順に多い結果となりました。

なお、大阪府では、2021年12月17日から2022年6月24日を「第6波」、6月25日から9月26日を「第7波」、9月27日から「第8波」としています。

42ページをご覧ください。年間の検査実施件数は2,185,687件で、一日の最大検査数は7月22日（第29週）で14,443件でした。陽性率は年間平均で34.9%、一週間当たりの陽性率は8月8日から8月14日（第32週）が最大で79.9%でした。

43ページをご覧ください。年間の死亡者数は1,746人で、一日の最大報告数は2月28日（第9週）で32人でした。年齢別では10歳未満0人、10代4人、20代3人、30代2人、40代18人、50代31人、60代78人、70代346人、80代737人、90代482人、100歳以上45人であり、死亡者の割合（致死率）は、60代以下は1.0%未満、70代1.0%、80代3.0%、90代5.8%、100歳以上11.9%となりました。報告は以上です。

濱崎委員長

はい、ありがとうございます。只今の報告についてご意見等ございますでしょうか。全数把握のデータを説明頂きましたけども。梅毒に関しましては梅毒部会で審議いただいているかと思えますけれども、残念ながらいろんな啓蒙活動で大阪で2021年まではちょっとずつ減ってきてる傾向もありましたが、昨年2020年度は倍増してしまったという結果になります。これに関して何か増えた要因であるとか、分析ありますでしょうか。

齊藤主幹

特段の分析等はないんですが、全国的にも増えているような状況は確実にございまして、今後全国的にもどういった要因があるのかというのは、引き続き注視していかなければならないのかなと思っておりませんが、なかなか分析というのは難しい話でございまして。今後検討して行きたいなと思っております。

濱崎委員長

これを受けて新しい対策等を検討中とか。

齊藤主幹

基本的な対策としましては検査数とか、あるいは啓発っていうところが重点的にやっっていかなければならないことかなと思っておりますので、引き続き梅毒部会の先生方と検討してご意見いただきながら検討して行きたいと思っております。

濱崎委員長

なにか委員の先生から。古林先生よろしくお願いします。

古林委員

2018年19年とちょっとずつ減ってたにも関わらずばっと増えた理由についてはなかなか難しいですけど、まあ私見ですけど、コロナをきっかけに風俗業界の参加してるメンバーが大きく入れ替わったんじゃないかと思います。コロナを怖がってセックスワーカーとかが減少してですね風俗に行く男性がもうある程度入れ替わったりして集団免疫にほぼ達してたのに、新しい感受性者に入れ替わったのでばんと増えたんじゃないかっていう仮説といますか、そういうことじゃないかなというふうに私見ですけど考えました。

濱崎委員長

ありがとうございます。全国的にも同じ傾向ということなので、大阪だけではなくて。他はいかがでしょうか。コロナに関して、検査の方がハイリスクの方からまた実行検査っていう形で陽性者を捉えているということで。今後、死亡者数の内訳として、仕分けというか、今後コロナで本当に亡くなっているのかっていうのを捕捉できるのかというのはどうなんでしょう。

甲藤課長

感染症対策課対策調整担当課長 甲藤でございます。コロナの死亡者数の本当の原因と言うところでございますが、そちらの方も先ほどと同じくなかなか分析というところは難しいものでございまして、今後国の動向等踏まえて検討していきたいと思っております。以上でございます。

濱崎委員長

ありがとうございます。国の方では何か対策というのは、どういう方針とか何か出されているんでしょうか。

甲藤課長

今のところは特にありません。

濱崎委員長

ありがとうございます。他いかがでしょうか。それでは次の議題2の方に進みたいと思っております。本日トピックを2題予定しておりまして、まず一つ目がエンテロウイルス D68 型感染症について、改田委員よろしくお願ひします。

改田委員

よろしくお願ひします。今回エンテロウイルス D68 感染症についてお話をさせていただきます。こちらを選んだ理由としましては、昨年の秋に関東の方を中心に一過性の検出の増加が認められました。そういったこともありましてこのテーマを今回選択しております。エンテロウイルス D68 について簡単に紹介させていただきます。1962年にアメリカで発見をされました。このときは呼吸器感染症の方から見つかっています。2010年には日本で呼吸器感染症患者からの検出が急増しました。2012年から2017年までについて、欧米で急性

弛緩性麻痺の症例から EV-D68 の検出が認められたということで、EV-D68 感染との関連が示唆されています。2018 年 5 月 1 日には、AFP が感染症法の 5 類の全数把握疾患に追加されました。

現在までのところ、ワクチン、抗ウイルス薬というのはありません。1962 年のアメリカでの発見につきまして、発見は 1962 年なんですけど、論文として報告されたのは 1967 年になります。4 名の子ども、肺炎や気管支炎といった下気道炎の方から見つかっています。年齢としましては、10 か月から 3 歳で、この 4 名の子どもから検出されていました。当時はこちらの方の論文の中にありますフェルモンウイルスということで命名をされていました。どうしてこういった名前かと言いますと、左のほうにこの株の名前があるんですが、4 名の方、おそらくこれは個人の名前をつけた株名ではないかなと推測されます。その中の一つにフェルモンという名前があります。4 つのウイルスの株が培養細胞から分離されたんですが、マウスへの感染実験でこの一番下の株一つの株だけ、手足の震えや筋力の低下というのが確認をされています。ほかの 3 つの株についてはこういった症状というのはマウスの方では確認されませんでした。

エンテロウイルス D68 のウイルス学的な分類について紹介をします。こちらの方の表につきましては ICTV と言われます国際ウイルス命名委員会の方のホームページから転載してきたものです。ピコルナウイルス科のエンテロウイルス属、そして主としてエンテロウイルスの D に分類されるウイルスになります。

大きさとして 20nm 前後の小さなウイルスになりまして、下の方に CDC のホームページに記載のあります電子顕微鏡写真を掲載しております。

ウイルスのゲノムサイズとして 7,300 塩基前後になりまして、RNA ウイルスになります。5'側と 3'側の方にはそれぞれ非翻訳領域がありまして、構造タンパク質と非構造タンパク質から構成されています。遺伝子領域、ここでは VP1 領域といった領域を用いた解析を例にあげているのですが、系統樹で解析をしますと遺伝学的には大きく A から D の四つに分類するということが報告されています。

このうち B、ちょっと見にくいんですけども、この辺りが B になっていまして、そのうち B3 というのがよく検出されていまして世界中でよく見られている主流の株となっています。この EV-D68 なんですけど、アメリカにおきましては 2008 年までは検出が非常に稀なウイルスでした。アメリカの方で 1970 年から 2005 年までの 36 年間の調査の結果がこちら左の方の表に記載をしています。この中ですとエンテロウイルス 68 につきましては、わずかその 36 年間の調査では 26 件しか検出されていなくて、ランキングで言いますとエンテロウイルスの中で 47 位の順番で検出されていました。

一方で 2009 年以降には急増が認められています。こちら左の方は 2006 年から 2008 年のデータですが、この段階でもやはり検出はトップ 10 に入ってきていないんですけど、2009 年には検出されたエンテロウイルスの中でトップになっています。

以降は 2010 年で検出が減ったんですけども、17 年でやっぱりまた検出が少し認められていまして、12 年では減っている。13 年ではランキング外なんですけど 2009 年から 13 年ですと結構検出されている、定期的な検出増加を認めるウイルスというふうになっています。日本での EV-D68 の検出増加につきましては、2010 年の秋から夏後半から認められました。国

内でのそういった大規模な検出の報告っていうのはこちらの大阪市の方から検出をされています。

当時は呼吸器感染症と、そして熱性けいれんの乳幼児の方から EV-D68 が検出されました。大阪市における月別の EV-D68 の検出状況を下に示しました。こちら 2018 年から 2021 年というふうなタイトルになっているんですが、2010 年から 2018 年の間違いになります。失礼しました。サーベイランスの検体を中心に検出の結果を示しているのですが、2016 年ほどから参加しています研究班で一部臨床検体の方からの検査というのを行っていましたのでそういった検体も含めまして、検出状況を図にしております。2010 年には 14 例、ちょっとあきまして 2013 年に 4 例、2014 年に 1 例、2015 年に 13 例、そして 2018 年に 25 例の検出を認めました。毎年流行する、毎年検出が認められるというわけではなくて、このように数年おきに検出するというのが認められています。一方で 2019 年から 22 年につきましては検出はありませんでした。大阪で検出された株について系統樹の解析を行いました。ちょっと見にくいんですが、2010 年のときには Clade の C、13 年のときが Clade の A、そして 2018 年の検出の株につきましては、Clade の B の Subclade の B3 というところで検出が認め、分類されました。

2015 年以降、この Subclade の B3 に分類される EV-D68 っていうのは世界で検出される主流になっていますので、世界的な傾向と同様の傾向でした。

続きまして日本における EV-D68 の検出状況と AFP の届出数について紹介させていただきます。こちらは当時、感染研におられた多屋先生たちの研究班の方で報告された内容になります。下の方の図の赤い点なんですけれども、これが EV-D68 の国内での検出になります。そしてこの青い部分が AFM と言いまして弛緩性の脊髄炎で、EV-D68 が陽性になったものです。緑の方のバーが急性弛緩性脊髄炎で EV-D68 が検出されなかったものになります。EV-D68 の検出の有無というのはあるんですが、EV-D68 そのものの検出数が増えるときに、そういった AFP の届出数も増えているといった傾向が認められました。そういった意味で相関性は認められています。

急性弛緩性麻痺につきましては 2018 年に 5 類の全数把握対象疾患に指定されました。当初、平成 27 年につきましては実態把握への協力依頼ということで、厚労省からの通知が出ております。このあたりから積極的疫学調査というものがされるようになりました。そして平成 30 年の 4 月になりますと、同様に厚生労働省からの通知で翌 5 月 1 日から全数把握対象疾患に指定されることになりました。こちらの図は 2022 年から 2023 年の日本国内全体におけます EV-D68 の検出状況を図にしたものになります。これは国立感染症研究所の検出状況まとめのところからデータを抽出して図にしたものになります。

2022 年の秋に一過性の増加というのが確認をされています。主に関東地方を中心としたケースの増加が認められました。

実際に EV-D68 の報告につきましては、こちらが東京都からの報告なんですけれども、喘鳴を認めた患者の増加と EV-D68 が検出された急性弛緩性麻痺の一例ということで報告をされています。下の枠内につきましては、2023 年の 10 月に国内の学会で発表予定の演題になっております。それを学会のホームページの方から発表予定の演題について抽出をして表にしております。臨床ウイルス学会で発表される予定としまして、EV-D68 関係のものが 3 つ予

定されております。1つが東京都における呼気性喘鳴を呈し入院を要した小児の鼻咽頭拭い液中のエンテロウイルス D68 型の遺伝的な多様性、そして残り2つがワクチン関係なんですけれども、エンテロウイルス D68 に対する新規ワクチンの開発研究、そして、ワクチン製造への応用を目指したエンテロウイルス D68 由来 Vero 細胞馴化株の開発というかたちになっております。

エンテロウイルス D68 型なんですけど、さっきの厚労省からの資料の方からも重点感染症のひとつとして対象になっております。この EV-D68 がその重点感染症というものですが、その定義なんですけど、重点感染症については、公衆衛生危機管理において救命、流行の抑制、社会活動の維持等、危機への医療的な対抗手段となる重要性の高い医薬品や医療機器等の利用可能性を確保することが必要な感染症というものが重点感染症に位置付けられています。予見可能性が難しいものを Group X、そして予見可能性が近い方について Group A、B というふうな分類がされています。

このうちエンテロウイルス D68 感染症につきましてはこの Group B、定期的または突発的に国内外で一定レベル以上の流行を起こす既知の感染症というカテゴリーに分類をされています。

こちらのですね Group B の真ん中あたり、エンテロウイルス感染症と言うことでエンテロウイルス A71/D68 感染症として例として挙げられております。

これが重点感染症として開発を支援すべきワクチンの検討結果ということで、厚労省の資料なんですけど、第8回医薬品開発協議会、令和4年の7月11日の厚労省の資料になります。このうち EV-A71 と D68 につきましてはその選定理由の3番、特にアジア地域において課題となっているものということで、開発が支援されることになっています。

日本国内だとなかなかこの EV-D68 感染症というのをそこまで情報が常にアップデートされているわけではないような印象を受けるんですけど、国外では特に欧米ではよく情報を目にしておりまして、CDC のホームページ等でも EV-D68 の感染症の情報について、予防法を含めてリーフレット等で提供がされている状況です。

以上をまとめますと、EV-D68 感染症につきましては日本では2010年以降、定期的に検出増加が認められています。EV-D68 は人に感染すると主に呼吸器感染症を引き起こします。また、感染者のうちの一部につきましては下気道炎の症状を呈します。EV-D68 の流行期については、急性弛緩性麻痺の増加が懸念されることから注視する必要があります。現在 EV-D68 のワクチンはないんですけども、今後の開発推進が期待される状況となっています。以上になります。

濱崎委員長

ありがとうございます。只今のご報告につきまして何かご意見、ご質問ありますでしょうか。AFP、AFM、臨床的に経験が無いんですけども、こちらの方、実際に臨床症状、麻痺症状あるいは脊髄炎症状のある方におけるエンテロの検出状況というのをお示しいただきましたけれども、逆にこの呼吸器症状で EV-D68 を検出された方がこの神経症状を発症するリスクというのはどれぐらいっていうふうなデータがでてるのでしょうか。

改田委員

はい、具体的なパーセンテージと言うのは分からないんですが、私たちがこの検出具体的なパーセンテージでちょっとわからないんですけども、私たちのこの調査期間の中におきましては神経症状の呈した方からの D68 の検出っていうのはありませんでした。なのでほとんどの方が呼吸器症状で、ごく一部の方が神経症状を呈するっていうことではないかなと思っています。

濱崎委員長

ありがとうございます。他いかがでしょうか。はい、ありがとうございます。それでは引き続き新型コロナウイルス感染症五類感染症移行後について、康委員からお願いいたします。

康委員

大阪市保健所の康と申します。今回は新型コロナウイルス感染症 5 類移行後、それまでの振り返りも含めてお話しさせていただきます。新型コロナウイルス感染症に関しては、本当にいろんな先生方に助けられてここまでやってきたというところで、まだウイルス自体がなくなったわけではないので、今ちょっと増えているということもありますし引き続き注意が必要な病気ではあるんですけども、特にこの 3 年間、特に最初のどういう疾患かがはっきりわからなかった時期からある程度いろいろわかって対策が打てるようになってきて、その中でいろんな対策を取っていく必要があった病気かなと思っています。それを今日お話しさせていただきます。

まず大阪市における類型ですね。これは 5 月 7 日までなので全数を把握していたという時期の報告書なんですけども。新規陽性者の累計がだいたい 95 万人弱を大阪市でですね、府全体が 280 万ということですので、大阪市においてはだいたい延べで言いますと人口の大体 30%強の方が感染してきているということになります。死亡累計に関しては大体 3,500 弱ですね。死亡率全部延べでだいたい 0.3%ちょっと上回るぐらいになるかなと思うんですけども、このいわゆる致命率にあたるものも、最初はもっと高くですね、だいたい 5%弱ぐらいの方がお亡くなりになってまして。いろんな治療の開発と共に徐々に低下してきたというところです。

陽性者のピークですね。各波のピークの数字がここに示されているんですけども、第 1 波から第 7 波、そしてこの全数届出見直し後というのが先ほど齊藤主幹からも報告がありましたように 4 類型に限って全数のお届けしていただくというのに変わったので、表現として変わってるんですけど、いわゆる第 8 波というふうに捉えていただいていたいいかなと思います。大阪市と府全体の数の比率をちょっと見て頂けたらと思うんですけども。府全体に対して最初の頃はですね、半数以上が大阪市だったということになってます。大体途中のこの第 4 波ぐらいからですね、その比率がちょっと下がってきています。大阪市が全体の 1/3 ぐらいを占めるというふうにちょっと割合が変わってきているんですけども、おそらくこれは最初の頃はいわゆる感染を受ける方が一部の限られたポピュレーションだったということになるのかなと思います。で徐々に大阪市以外のいろんな自治体からの報告数も大阪市とそこまで、いわゆる罹患率に直した時に変わらないようになってきていますので、もともとかなり

限られたポピュレーションの疾患であったものがコモディティーズに近づいていったと、そうとらえられるかなと思います。

大阪市における陽性者数ですね。これが5月7日までのもの、グラフに直しているものなんですけれども、第1波第2波第3波、この辺りも今グラフに直すとほとんど上向きのその動きが見えないぐらいになってしまいましたけれども、我々として特に最初の時期はどういう疾患か分からなかったっていうのと、患者さんがまず診断を受ける前のプロセスの中で調整するのが大変だった時期になります。で、実際にいわゆる感染の波としてかなり大きくなってきたのがこの第4波以降かなと思うんですけれども、第4波がいわゆる英国株と言われてたアルファ株の波でして、この時かなりその医療の負荷がかかってしまっていて。医療の逼迫というような状況があつたのかなと思います。

そして第5波はデルタ株という株になってるんですけども、海外からの最初の情報ではデルタ株というのは致死率が高い危険なウイルスではないかなという話があつたんですけども、ちょうどこの辺りからの抗体療法とかですね、ウイルスに対してこちらから治療ができるようになってきたというところで、それ以前に比べて選択肢が増えてきて、ある程度ウイルスの特性の変化もあるかもしれないんですが、治療ができるということになって死亡率がちょっとずつ低下していきました。

この第6波以降はですね、急速に感染者数が増えまして、いわゆるオミクロンですね。第6波がBA1で第7波がBA5ですね。その後、XBBとか今認めているようなウイルスが増えてきているという状況ではあるんですけども、ウイルス自体の変化とあと治療ですね、選択肢が出てきたということで、各波それぞれ今思い返すと、それぞれやっぱり違う波だったなと感じるところです。

致死率も先ほど話したんですけども、全体の延べで割りますと0.3%ぐらいということなんですけど、第1波のときは大体6%弱ぐらいの致死率がありまして、そこから第2波第5波ぐらいまでの間は大体2%から3%ぐらいの致死率で推移していたところがオミクロンになってから大体0.3%、0.2%ぐらいに率が低下してきているという状況です。

我々保健所行政として対応している訳ですけど、コールセンターですね、患者さんとか医療機関の方々から連絡を受ける手段としてコールセンターを設けたんですけども、この相談件数ですね、一番この波が高かった時期っていうのが第7波になります。これはもちろん感染者数でも先ほど示したグラフで一番多かった時期というふうになるんですけども、この少し前からですね、このいわゆる相談件数がかかなり多くなってきて、なかなかそのすべてに受電できない状況が続いておりましたので、一般相談センターと医療の相談を受けるダイヤルを分けてですね、全体としてはこの辺りからそういった事情もあってかなり増えていったということになります。すみません、ポインターが出てなかったんで今出します。

で第8波に関してはですね、相談件数も実は少し落ち着いたということで、第7波に比べると連絡を受けている数自体もちょっと減ってきていて、医療の逼迫具合とか、保健所行政として対応するっていうのも第7波と第8波に比べると第8波の方がいわゆる患者さんの増加率とかが緩やかだったということもあって、比較的落ち着いたと言ったら語弊がありますが、第7波の時に比べるとある程度余裕を持って対応できていたのかなというふうに思います。

現在の5月8日以降はですね、コールセンターがまだあるのはあるんですけども、いわゆるこの8波の時のピークに比べても、今現在は1/10ぐらいというふうに相談件数はちょっと減っていますので、今のところ医療の逼迫とか現場で困っておられる方というのは5月7日以前と比べたら少なくはなっているのかなと思います。もちろん医療機関の方ですね、かなりの部分対応していただいていますので、そういった事情もあるかと思います。

5月8日以降の変更点ですね。今まで5月7日以前は行政でこういったことをしていましたというふうになるんですけども、例えば検査費用ですね。いわゆる行政検査というものが5月8日以降はなくなったということになりますし、その患者さんの全数の把握、陽性者登録、健康観察といった業務も終了になりました。

患者さん側に対していわゆる療養期間の間外出制限をするということも中止になりまして、いわゆるウイルスが感染しなくなったというわけではないのである程度、個人の判断で10日ぐらいまで、いわゆる感染性というのは残るんですよってという話は、例えば施設の方々から相談を受けた時にはするわけなんですけども、一応行政側から推奨される期間に関しては5日間までになったということで、制限がここからなくなっているということになりますね。

宿泊療養に関してもこの時点で終了という形になっています。配食サービス、パルスオキシメーター等も同じタイミングで終了になっています。

治療費ですね。いわゆる通常の範囲の保険診療という形に大部分なってるんですけども、一部のいわゆる抗ウイルス剤等の薬剤に関しては、公費負担を今移行期として続けているという状況ですね。

入院調整に関しても、同じような形で移行期の措置が一応9月末まではあるんですけども、現状ほとんど医療機関から医療機関への連絡という形で対応していただけるように変わっています。

定点当たりの報告数ですね。5月の8日以降は定点報告疾患というのになりましたので、お示ししているグラフは資料のものより新しい時点のものになっているんですけど、資料としてつけてたものはですね第30週をピークとしてちょっと減少しているというところだったと思うんですけども、この2週続けて増加傾向ということで一番新しい第34週ですかね、データは定点当たりの報告数が12を少し上回るような形になっていますので、夏休みでどうしてもお子さん方の感染者が一旦数としてはちょっと落ち着いた面もあったのかなと思うんですけども、また学校が始まったりもしますので、今後の動向に注意が必要かなと思っています。定点当たりの報告数になるという事に当たってですね、なかなか以前に比べると感染者数がどうなったかが分かりにくいというようなことを、例えば一般市民の方から一つご指摘を受けているんですけども、なかなか換算すると言うのが定点医療機関を受診するかどうかとか、どのぐらい定点医療機関で捕捉できるかというものによって変動してくるので、なかなか一概にこのぐらいが今おそらく推定される患者数ですっていうのがお示しが難しいんですけども、大体定点当たりの報告数の捕捉率というか全体の割合というのが10%ちょっとということになっているようなので、定点当たりの報告数からある程度算出する事ができるかなと思います。

こちらはですね入院患者さんのいわゆる確保病床を利用している割合ということになります

ね。5月8日以降のものを示しているんですけども、皆さんご存知のように沖縄県の方でかなり医療逼迫があったということで、このブルーのラインが沖縄県のものなんですけれども、確保病床の利用率が最大で80%近くまでになっていたと言うふうな事になっていきます。大阪に関しては今のところゆっくりと増加していて、ややピークアウトしたかなということで40%を少し上回って少しまた下がってくれるかなということなんですけども、先ほどお話ししたように定点当たりの報告数がちょっと増えてきていますので、またちょっと遅れてですね、専門家の先生から大体2週間ぐらいしてから患者さんが増えてくるという傾向をよく聞きますのでしばらく注視が必要かなと思います。沖縄県なんですけども、実はこの確保病床利用率80%近くというふうになってるんですけども、実は確保病床外に入院されている方もかなり多かったということで、ピークの時ですね、確保病床外で入院している方が多かったようなんですね。で、今大阪でどうかというと、実は確保病床外で入院されている方、全体の1/3ぐらいということになりますので、実際に医療の逼迫の程度で言うところのグラフで見るとよりはるかに沖縄県に関しては負荷がかかっていたのかなと思います。

ちょっと話は変わるんですけども、行政としてコロナ、先ほどお話ししたようにいろいろ行政検査であったり健康観察であったり、行う業務をちょっと止めて行っているものがあるんですけども、引き続きやっている業務の一つとして一番大事なものかもしれないんですけども、高齢者施設ですね、高齢者施設の患者さんを把握して、施設の中で対応できているか、あるいは感染拡大を予防する措置が取られているかということ把握することに関しては引き続き行っています。これは大阪市のホームページに載せている資料になるんですけども、コロナウイルス感染症が施設で発生した場合は、右に示して、小さい字で見にくくて申し訳ないんですけども、簡単なラインリストのようなものですね、作成していただいて、大阪市の方にメールで連絡していただくということをお願いしています。こういった形で感染拡大を防ぐかについては、右下にちょっと小さく出してるんですけど、施設内でのコロナウイルス感染症初動時の対応ということで、集団疫学調査班が資料をまとめて30分ぐらいのyoutubeの動画にしてまとめていますので、こういったことを活用して施設の方では感染拡大を予防していただくという形をとっています。で、また医師会のKISAⅡ隊の方にも協力いただきまして、いわゆる感染者を見られた施設の方に訪問の指導ですね、現在も行っているということで、我々保健所の者とか保健福祉センターの者も同行させていただいて、こういった形で今後も引き続き高齢者施設等ですね、対策を進めさせていただいております。

今後の感染がどのぐらいの規模のものが起こるかっていうのはなかなか予測ができないところだと思うんですけども、特に一番重要になってくるのはこういった変異株が出てくるかによると思います。ただ一つ目安としてどのぐらいの患者さんが感染した既往があるか、あるいはそのワクチンの接種率、この辺りが感染の規模を見る上で有る程度参考になるデータなのかなと思います。でこのグラフちょっとお示ししているのは献血を受けた方の、ここに示しているように今年の5月下旬の献血を受けた方のデータを用いたものなんですけども、大体N抗体なので、感染を受けた方の抗体ってことになるんですけども、大阪府においては大体50%前後という形になっています。

で、先ほど出したその沖縄県がどのぐらいだったのかなっていうのを参照しますと60%を超

えているってということなので、沖縄県に関してはかなりの方が既に感染しているのかなと言うふうなことが見て取れるかなと思います。注意しないといけないのは、このデータは献血を受けられる方ということになるので70歳以上の方は基本的に含まれていないはずで

年齢が高くなるにつれて抗体の保有率というのが下がっていくみたいなので、このデータよりもやや低いぐらいを想定しておいた方が良いのかなと思います。

またもう一つワクチンですね。感染症がどのぐらい広がってくるかを見る上でもう一つ大事なのが、ワクチンがどのぐらい接種できているかということになると思うんですけど、これはデジタル庁のオープンデータから取ってきたもので作成したグラフなので字が小さくて申し訳ないんですけども、人口当たりのワクチン接種した方の割合を延べで示したものですけれども、一番下が沖縄県でその次が大阪府というふうな形になっております。なのでワクチン接種している方が全国的に比較的低いところで比較的大きな感染拡大が起こっているということは注意しないとイケないところかなと思います。で今回のいわゆる春接種ですね、6回目の接種を受けた方の割合なんですけれども、これも大阪府が全国の中では下から数えた方が早いと言うふうな状況になっておりまして、年齢65歳以上の方に関しても45%ぐらいの方は接種されているようなんですけども、全国に比べると少し接種率が低いと言うふうな状況になっていますので、沖縄ほど感染拡大が起こるかどうかわれるとなかなか予測は難しいんですけども、既感染者はそれなりに多いはずなんですけど、やはりワクチン接種等で予防できる方が比較的少ないという現状考えると、大きな感染拡大が起こる可能性はある程度備えておかないとイケないのかなと思います。

で、結果的にどういうことがコロナの感染拡大によって起こるかっていうのを、またあとでどちらかという振り返っていくためのツールの一つとして、超過死亡という概念がありまして、これは超過死亡、過少死亡数ですね。ウェブでアプリケーションを作っておられてですね。そこから大阪府で2020年から23年の4月までということ拾ってきたものになるんですけども。この方法Farrington法という特殊な方法で算出しているんですけども、期間を区切ってその区切った期間に対してポアソン回帰に近い準ポアソン回帰という手法で回帰分析を行って予測された範囲がこのグリーンのラインになるんですね。このグリーンのラインを超える死亡者数が観測されると、そこが超過死亡と言うふうな形になるんですけども、この超過死亡が認められるタイミングがちょうどそのコロナの感染拡大の時期と重なってくるわけなんです。最初の頃は確かにその第1波第2波のあたりはコロナ自体はもちろん注目されてた感染症であったんですけども、コロナによってその超過死亡が全体として増えるということにはなかったわけなんです。なので2020年の間はあまり超過死亡が増えはなかったけれども、2021年以降は例えばデルタ株とかオミクロン株によって感染拡大が一般の方にかなり及ぶようになってきたという影響で、超過死亡が多くなってしまったと言うふうになっています。

大阪市がどうなっているかっていうのを見るのはなかなか難しかったですけど、先ほどの大阪府のグラフに比べるとかなり荒い図で申し訳ないんですけども、先ほどのデータは週ごとデータで、こっちの大阪市のデータは月ごとデータを用いて、同じような手法で算出したものになるので、本当は週ごとデータで作れたらもっとよかったですけども、ただ全体的な傾向がやはり似通っているかなということが読み取れたかなと思います。この辺りがオミ

クロンですね、オミクロン第6波、第7波、第8波というあたりになってるんですけども、一応5月8日以降は今のところ超過死亡に関しては観測されていないのかなと思います。で、今後どういった形で感染拡大を拾っていくかですけども、定点報告数、それからいわゆる入院稼働率にあたるものですね。そのあたりがリアルタイムにどのぐらい感染拡大が起っていたかを拾っていくツールになると思うんですけども、その後、どのぐらい医療の逼迫が起こっていたかに関してはちょっと時間が経ってからになってしまいますけれども、超過死亡を評価して行くということで対応していくのがいいのかなと思います。

まとめますと、定点当たりの報告数は大阪市が若干ピークアウトしたんですけども、その後また増加傾向にあるので注意が必要かなと思っていますので、医療全体の逼迫は5月20日以降は今のところはっきりとした形ではないかなと思うんですけども、また新しい変異株もですね、海外で報告されてきていますので引き続き注意が必要かなと思っています。大阪市としては重点的に引き続き対策が必要なのは高齢者施設ということで、特にワクチン接種率が大阪市においては他の自治体に比べると低い可能性がありまして注意が必要ですし、ワクチンの接種を引き続き勧奨して行くことになるかなと思います。長期的には超過死亡等ですね、見ていくことで医療の逼迫、全体的に問題がないかということを確認していく必要があるかなと思います。以上です。ありがとうございます。

濱崎委員長

ありがとうございました。ただいまの報告に関しましてご質問、コメントありましたらお願いいたします。

水谷委員

いくつかお伺いしたいことがあるんですけども、大阪警察病院の水谷です。まず一つはですね、死亡率は先ほどお話あったように0.2%、0.3%、非常に下がってきてるんですが、感染者数が増えている分、死亡者数がやっぱりかなり第7波第8波増えてたというふうに記憶しているんですが、今後XBBになると感染率といいますか、感染がかなり広がるのが今後予測されるということを考えると、やはり死亡率が低くても死亡者数が前回と同じように増えていくことが懸念されるんですけども、その辺りのなんか対策とか何かいかがなんでしょうか。

康委員

ご質問ありがとうございます。今先生おっしゃったように、確かにその死亡者数、いわゆる死亡率よりも死亡者数の方が実際の医療全体に与える影響とか、実際にお亡くなりになる方は、やっぱりなるべく減らして行きたい、そういうふうに考えますので、どういった対策を取っていくかなんですけども、やはり一つ気になっていくのはワクチンだと思います。やはり高齢者の方がお亡くなりになる方で主なそのオペレーションですので、ワクチンの接種を引き続き年齢が高いあるいはそのリスクを持っておられる方を中心に進めていくことが必要になるかなと思います。現在、ワクチンがまた秋接種が準備をしているところですので、そこをしっかりと進めていく必要があるかなというのと、あともう一つは高齢者施設の対策

ってというのは、大阪市としては引き続き重要と考えていますので、そういったあたりが特に医療機関の方にしっかりとつながっているかどうかを確認するとともに、医療の逼迫が今のところ定点疾患に変わってからなかったと言うことになるんですけども、沖縄の現状を見てますと、ある程度数が増えてきた時にある程度柔軟に、例えば大阪府さんと共同して対策を取っていく必要がまた出て来る可能性はあったのかなと思います。で、実際大阪府のフォローアップセンターの方ですね、移行期ということで医療機関からの相談を受けられる体制はまだ今も維持していますので、そのあたりを連携しながらやっていくことが死亡者を減らすために大切になってくることかなと思います。

水谷委員

ありがとうございます。あともう一点あるんですけども、先ほどの献血でですね、これN抗体だと思うんですけども、自然に感染した人の抗体の率と、それから沖縄が非常に高かったということで、沖縄のこの間の第8波はこの献血の検査のあとだったと思うんですけども、ということは自然に抗体があっても沖縄のようにかなり大きな感染クラスター起こして、感染者数が増えてしまうということで考えると、そのやっぱりワクチンが沖縄の接種率が低いっていう、むしろS抗体とN抗体だったらどっちの方が感染を予防するのに現実有効かっていうのは何かこのデータから推測されるのでしょうか。

康委員

ご質問ありがとうございます。どちらの抗体の方が重要かっていうのはなかなか今あるデータだけで議論することは難しいかなと思うんですけども、先生がおっしゃったように確かに既感染者が比較的多かったにもかかわらず、沖縄でその後感染拡大が起こっていますので、やはり自然感染してある程度の人口がいわゆる既感染、いわゆるN抗体を持っていたとしても、また感染拡大が起こる可能性は充分考え得るのかなと思います。ワクチンを引き続き打っていくとしても長期間の免疫を維持することがやはり現状難しいのかなと思いますので、そう考えますと重症化を予防しているっていう面の方が大きいのかもしれないなと思っています。でまた秋以降の接種を進めていくわけなんですけども、変異株がですね、いろいろ変わってきますとワクチンはそれを後でおいかけに行くっていうふうになる面もあるので、数がまた増えてきた段階においては、ある程度ワクチンだけに頼らず、ある程度の感染を施設とかで感染者が起こった場合ですね、ワクチン打ってるから大丈夫というのではなくてしっかりと従来通り感染対策を取っていく必要がまた出てくるのかなと思っています。

水谷委員

ありがとうございます。あと5類に変わってから2類のときは大阪市は警報で信号で赤、黄緑でアラートが出たと思うんですけども、5類になってからも何かの指標で是非そのようなこのアラートを発信していただけたら、各施設ですとか早く対応が切り替えられるタイミングっていうのが察知できるので是非お願いしたいというふうに思っております。以上です。

康委員

ご意見ありがとうございました。アラートに関してはどういう方法でっていうのは、私もなかなか考えられる立場にはないんですけども、一つは発生動向の資料ですね、作っていく上でなかなか基準値がないので、どのくらい上回ったら危険だという話が議論しにくいんですけども、ある程度その傾向として増えてきたときにコロナに対して皆さん注目していただけたらということ視野に入れたメッセージを考えていけたらと思いますので、また今後対応させていただきます。ありがとうございます。

水谷委員

ありがとうございました。

濱崎委員長

ありがとうございます。他はいかがでしょうか。宮川先生お願いいたします。

宮川委員

大阪府医師会宮川でございます。二つ教えて頂きたいんですけども、先ほど超過死亡に関しまして水谷先生と全く同じ意見で、また康先生も同じですけど、やはり2、3、4、6、7、8は明らかに大阪市の超過死亡がコロナと重なってます。ですから、確か国は19都道府県に早く死亡者数を報告してくれるようお願いしたと思うので、大阪市はそれに入っていなかったかもしれないんですけど、是非やっぱり早く把握するように努めていただければありがたいと思います。

質問なんですが、確保病床の利用率です。このデータは厚労の感染症状況のデータ、毎週1回出てくるやつから取ったんだろうと思うんですが、このデータを見ていますと、この8月16日の時の入院患者さんの数が2,094人というふうに報告されてたと思うので、その際大阪の最終的に確保しているのが、3,193ですからパーセントで言うと65%ぐらいということなんです。結構僕らは埋まってきてるなというふうに認識していましたが、もちろんいろんなところで入院されてるという例もあると思うんですが、また16日で少しその後ですけど、少し下がって59%ぐらいになっていますが、このデータに関してはいかがですか。

康委員

ご指摘いただいてありがとうございます。おっしゃる通りこれは厚労のホームページの方から取ってきたものなので、確かに報告遅れとか把握の遅れによって実情と少し乖離していた部分もあったかもしれません。実際どのくらい医療逼迫が起こっているのかというのが、いわゆるG-MISの情報とか、我々方法が無くなってきている面もありまして。ただ、医療の逼迫に関しては少なくとも悪化しているわけではないかなってところだけ、我々把握しているところなんです。また増加傾向になりましたらしっかりと把握して行かないといけないと思いますので、いろいろまたご協力頂けたらと思います。ありがとうございます。

宮川委員

はい、それに関連してなんですが、大阪市の搬送困難事例件数です。これは7月の第2週からかなり増加してきてます。もちろん大阪府下全体もそうなんですが、この例でも最近結構大変だったと聞いてますので、特に大阪市が結構激しく上がってるんですよね、搬送困難いわゆる入院紹介しても4回以上断られるとか、それから滞在救急車が30分以上というのは例ですけども、まあかなり増えて来ていますんで。ぜひこの辺も注視していただきたいと思います。過去の例から大阪で発生した患者さんが大阪市内の病院に入院できなくて、他のところに行くっていうのもありますので、ぜひ保健所さんは消防も入っておられると思いますので、その辺しっかり把握してまた対応の程お願いしたいと思います。

康委員

ありがとうございます。

宮川委員

2つ目なんですけど、ワクチン接種状況の話です。全接種者、人口当たりの割合ということで、沖縄に次いで日本で二番目に悪いわけです。大体3回目ぐらいまでのデータは都道府県市町村では出していますが、なかなかその後のデータが掴みにくかったんです。ただ大都市圏では確かに接種率は低いんですが、低いんですが愛知や東京や京都や神戸に比べても大阪市はいつも低かったはずなんです。実際低いんですけど。その中で、先生がご指摘されているように大阪におけるワクチン接種率は高くないと、これが感染の今後の拡大の可能性を秘めているということなんですけど、実際言わずもがなですけど、予防接種の接種主体は市町村、もちろん従来からそうなんですけど、今回コロナで府も一部やってみましたけれど、完全に市町村に移りました。その市町村の責任部署は保健所なんですね。言うまでもなく大阪市では大阪市保健所になるわけです。この接種率が低いと言うのはわかっているわけだから、じゃあ低いのをなんとか上げる施策は一体どうなっているのかということなんです。実際ずっと低いということで状況があるわけですけども、今までやってきたことが果たしてそれでよかったのか、もっと改善するところはないのかどうかということから、やっぱりお考えになっていただかないと、ワクチンをしなければ感染の拡大が危ないということだけを指摘するだけではなく、その起こりうる事を防ぐための接種主体が保健所ですから、どのように施策を考えておられるのか聞かせていただければと思います。先生と担当は違うと思いますが、ここで発表されているので、ここで質問したいと思いました。どのように考えておられるのか教えていただければと思います。

康委員

ご指摘ありがとうございます。ワクチンの接種状況ですね、先生おっしゃるようになかなか直接担当していないっていう面もあるので実際にこうしていきたい、こうしていきますという話まではちょっとできないんですけども、一つ考えていけないといけなのは確かに大都市圏の方がワクチンの接種率が低い、これは全国的な傾向である程度、人口動態とか、そういったことである程度仕方がないと言ったらこれはちょっとお叱りいただくようなことになるかなと思うんですけども、傾向としては確実にあるものがまずあって、じゃ、それに対し

でどうアプローチしていくかということになると思うんですけど。一つはワクチンをやはり打っていくことで死亡率ないし重症化率を下げられるということをしかりとコミュニケーションしていくということになるかなと思います。で我々としては一つは例えば高齢者施設、あるいはその高齢者の方々とコミュニケーション取っていくことで、まずは一番重症化率が高い集団に対して、接種をまずしかりとお願いしていくということが一番大事かなと思っています。で、それ以外の方は全体的なポピュレーションに関しては、既に結構差がついている部分もあるんですけども、ワクチンに対して興味を持っていただいたり、そういったことを引き続き提案していけたらなと思います。全体的な話になると思いますので、課題とさせていただきます。ありがとうございます。

宮川委員

ありがとうございます。実はもちろん、私も大阪府医師会の担当として大阪市のワクチン接種のことをやってきているわけで、私にももちろんさまざまな責務があるわけです。思うことが二つあって、一つはやはり市民への周知がどこまでできているのかと。今デジタル社会になりましたけれども、一般的に我々来ていただく高齢者の方は少なくともホームページを見ているような人たちがたくさんいるとは思えない。やっぱりそのところを安易に、ホームページに載ってますとかそういうものではおそらく人に通じるとは思えないのが一つと。2つ目はやっぱり我々接種する側に対して、さまざまに手枷足枷というか様々な制限があり、我々に対してはかなりのデジタル化が求められているわけですけども、我々かかりつけ医はもうみんな高齢です。平均年齢65ぐらいのはずです。基本的に、努力はしていますけれども、やはりなかなかデジタルについていけない部分があるわけです。その辺をしかりと行政も考えていただき、うまく連携していかねばならないと思います。相手の状況を考えて、連携がやりとりしやすいように対応していただきたいと思います。これは先生ってよりもそこにおられる所長さんとか副所長さんとかにぜひお願いしたいなと思います。お願いでございます。

康委員

貴重なご意見ありがとうございます。全体で共有して考えていきたいと思っています。ありがとうございました。

濱崎委員長

ありがとうございます。何か大阪市の方から。

渡辺副所長

副所長の渡部です。今宮川先生の方からご意見がありました、どういうふうアプローチしているかっていうのはこれまでもいろいろ課題がありましたし、いろいろ広報媒体といえますか、そういうところも活用して来たんですけども、今後秋接種が始まりますので、その辺また医師会さんとも連携させていただきたいと思いますのでよろしくお願いたします。

濱崎委員長

ありがとうございます。ハイリスク群でのアプローチということが大事で、インターネット等のデジタルデバイスではなかなかアプローチできない集団ということですが、データとしてワクチン接種状況のこういう全体のパーセンテージも大事ですけど、そういったハイリスクでの接種状況が全国と比べて大阪は低いのか高いのかとか、そういったこともどういうふうにアプローチするかという施策の中で大事なところかなと思います。

濱崎委員長

それでは。森下先生どうぞ。

森下委員

同じ質問でしたので。ワクチン接種のことだったので、もう聞きましたから結構です。

濱崎委員長

ありがとうございます。他いかがでしょうか。

そうしましたらトピックスにつきましてはこれで終了させていただきたいと思います。

以上をもちまして、予定の議題はすべて終了しましたが、委員の皆様何か追加でご審議、ご意見ありましたらお願いいたします。

はい、お願いします。

森下委員

定点の数人で、例えばこれは報告できない先生方もあるかも知れませんが、今例えば眼科では60何定点の定点がありますが、毎週、何パーセントぐらいのFAX回収率があるのでしょうか。いわゆる月曜日になったらファックスを送る先生の数っていうのは、例えば小児科とか眼科とか何パーセントぐらいが送られてきてるんですか。というのは把握した時に、やはり偏ったところからだけしか送られてきてないのか、あるいは全体的に府下全域にわたって把握できているのかどうか、その辺は一体どうなってるんですか。例えば眼科の場合だったら、流行性角結膜炎などの報告は隔たっていないのでしょうか。報告をしていない施設に対して保健所としてはどう対応されているのでしょうか。

康委員

すみません、直接担当していないものでしっかりした説明はできないかもしれないんですけど、まず最初にその定点医療機関をセレクトする時にある程度、定期的な報告をお任せできるかなというところをお願いしている面があるので一般の医療機関と少し偏りはあるかもしれないっていうのがまずあって。であとそのある程度の数をお願いして、定点医療機関の中で多分一定の偏りはあるのではないかなと思うんですね。その中で、特にその割合が低いところのもしあった場合にお願ひ、しっかり出して頂くようお願いしているか、そのあたりすみませんいつも担当してないのでちょっとはつきり申し上げられないんですけど、定点医療機関の性質からすると、ある程度数が多いので全体で平均化されるかなと思います

ので、発生動向として経時的に見た時に、例えば1週間との比較という意味ではある程度働きとしては維持できているんじゃないかなと思います。ただその中で先生おっしゃるように特定の何かの疾患がしっかり拾えているかどうかというのは、サーベイランスとしてはまた別の視点で考えていけないといけないのかもしれないけれども、特にその定点報告疾患という場合は、サーベイランスの意味では、ある意味全数報告がまず、そもそもあんまり最初からお願いしてないような疾患にはなるのかなと思うんですけども、ただその中で先生おっしゃるようにちょっと一部見逃しては本当はやっぱいけないので拾っていかないといけない疾患、そういったものがもしあるならば、それは我々こういう疾患注意が必要ってことで専門家の先生方からご意見いただいて考えていく必要があるのかなと思います。すみません実務を直接担当してないもので意見しか申し上げられませんでした。ありがとうございます。

濱崎委員長

ありがとうございます。何かございますか。

伊藤担当係長

すみません、実務担当です。報告をいただいてない医療機関様へは催促のお電話をしています。また締切後にいただいた報告は後追いで入れています。

森下委員

ということは大体100%回収できてるということになるんですね。

伊藤担当係長

すみません、回収率までは今すぐにお答えしかねますので確認してまたお伝えさせていただきます。

森下委員

府下全体を網羅して、感染状況がきちんと把握できているか知りたかったんです。

濱崎委員

ありがとうございます。大きな病院になりますと担当医も多くて、やはり定点把握のシステムとしてちゃんと機能しているのかどうかっていうのも今後の課題かなと私自身も思っております。また定点報告の方法とかマニュアル等をもう一度いろんな協力機関にご周知いただくとか、あるいはウイルスの分離検体の提出の方法を再周知していただければと思います。ありがとうございます。他いかがでしょうか。

そうしましたら最後の議題として私の方から1点ご報告させていただきます。

本委員会の専門部会として梅毒部会が設置されており、これまで令和元年、令和4年に開催されたところです。委員は委員長が指名することになっておりますので、先生方のご専門を踏まえ次の通り指名させていただきたいと思っております。天羽委員、古林委員、宮川委員、以上3名の先生方に梅毒部会でのご審議をお願いいたします。また天羽委員については部会長に

指名させていただきたいと思います。その他、専門委員として、大阪公立大学の東優子委員、社会福祉法人 石井記念愛染園附属愛染橋病院の早田 憲司委員につきましてしても、引き続き梅毒部会でのご審議をお願いしたいと思います。梅毒部会については以上です。その他、事務局から何かありますでしょうか。
無いようでしたら、これで議事の方は終了したいと思います。

司会

濱崎委員長におかれましては、円滑に議事を進行いただきありがとうございました。また、委員の皆さまにおかれましても、真摯なご討議をありがとうございました。これをもちまして、本日の委員会を閉会させていただきます。今後とも大阪市の感染症発生動向調査事業へのご理解ご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

長時間お疲れさまでございました。ウェブ参加の方に関しましては、ご退出は画面右上にある退出ボタンからお願いいたします。ありがとうございました。