

第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会（第25期・第11回）

議事要旨

1 日 時 令和3年9月28日（火）19:30～22:30

2 会 場 ビデオ会議

3 参加者(敬称略)

分科会委員：相澤彰子、秋葉澄伯、石川冬木、岡本尚、郡山千早、
小松浩子、高井伸二、高倉弘喜、中川晋一、平井みどり、
三鴨廣繁（委員13名中11名出席）

オブザーバー：尾崎紀夫、加藤茂孝、神田玲子、岸玲子、喜連川優、
白井千香、杉山雄大、武田洋幸、舘田一博、丹田智美、
中村眞、望月眞弓、

講演者： 郡山千早、田中純子、中川晋一

事務局： 増子、小川、穴山

4 議 事

（1）分科会の活動について

- ・「提言」又は「見解」の発出は来年を目途とする。
- ・次回提言（あるいは見解）では「大規模感染症」のみならず「危機的感染症」をテーマに、必要な体制、専門家養成などを検討したい。（秋葉委員長）

（2）『学術の動向』（2021年9月号）公刊につき、「提言解説」最終版PDFを各委員に後日送付する。（翌日送付済み 秋葉委員長）

（3）講演と質疑

① 「S20（Science20）共同声明について」

郡山千早氏（日本学術会議連携会員、大規模感染症予防・制圧体制検討分科会委員、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科教授）

《講演概要》

- ・S20発足の経緯：「世界の健康を改善する」をテーマ（2017ドイツ）
- ・過去のS20（ドイツ、アルゼンチン、日本、サウジアラビア、イタリア）
- ・2020年は2つのセッション（S20 及びSSH：Social Sciences and Humanities 20）に分かれ、それぞれ共同声明を発出した
- ・S20共同声明：G20各国政府への将来のパンデミックへの備えを要請
- ・SSH20共同声明：危機、経済、社会、法および文化：より脆弱でない人類を目指す

して

- ・ 日本学術会議による共同声明の内容（2021 年 9 月 22 日）
最優先事項、研究や発展に関する重要事項について
まとめ：COVID19 に対する学術的イニシアティブと将来的な挑戦
2021 年における日本学術会議の活動
（フォーラム、連絡会議、情報発信の状況）
- ・ 原文と仮訳：<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/division-13.html>

《質疑応答》

- Q：国際的臨床研究には組織や人的資源が必要だと思うが、コロナ禍において国際的にもそれらが不足しているという共通認識はあったのか？
- A：各国の立場からの報告と提言による国際協力の必要性という共通認識に留まった。
- A：S20 セッションでは、国際ネットワークの中で協働的な取り組みを考えるべきという声もあがっていた。

② 「官学連携と新型コロナウイルス対策——広島県の事例」

田中純子氏（日本学術会議連携会員、広島大学理事・副学長、大学院医学系研究科教授、広島県感染症・疾病管理センター感染症専門員）

《講演概要》

- ・ 学術と行政の連携（行政、医療体制、大学）
広島県の体制と米国 CDC(疾病予防管理センター)の状況
広島県での経験を元に
- ・ アカデミアからの発信
IHR（国際保健規則）について
WHO6 地域ごとに見た COVID-19 流行曲線、報告数と死亡数
政策決定の基礎資料としてのシミュレーション（広島県版シミュレーション
感染症数理モデル、シミュレーション過程）
年齢階級別にみた状態別人数推移 ワクチンによる感染拡大抑制効果
- ・ 官学連携による検査研究体制構築事業
PDR 検査、ゲノム解析、県民抗体検査、J-SPEED による患者データ分析等
感染制御とグローバルデータシェアリング

Q：昨年 PCR 検査を 80 万人に実施することを計画した経緯についてお伺いしたい。

A：無症状感染者を拾い上げる目的で、特に、感染者が多く報告される市内を中心に一般住民を対象とした検査、また、飲食店従事者等を含む住民を対象とした検査等を実施する計画であった。

Q：人口 120 万の広島市を含め都市部等の感染率が高い地域を想定し、感染の広がりを把握しようとする県の作戦は正しいと思うが、アカデミアがこれに対して消極的であったのは、客観的に実施不可能と考えたことによるのか。

A：昨夏の時点では PCR 検査数を増やすには物理的に限界があり、また事前確率の低い無症状者を対象とした検査では、費用対効果の面からも検査実施に懐疑的な意見がでた。

Q：いま、昨年を振り返って、どのように評価するか。

A：個人的に考えても、昨年 8 月の時期と第 3 波感染が広がっている中での 12 月の実施は不可能だったと思う。

感染が落ち着いた 2021 年初頭から駅や繁華街等で PCR センターを置き、誰でも検査できるようにした。時期を問わずに行う 80 万人検査は不可能な場合があるが、感染が収まった時期にやるなら物理的に実施可能と思う。

検査の優先順位を考えたり、ハイリスク集団を絞り込んでやるべき、というのがアカデミアの意見だと思う。

Q：従来広島は米国と交流があり、放射線影響研究所もあることから、CDC を作ろうという意見は通りやすかったと思う。長崎ではどうだろうか。

また中国地方全体に CDC を作るという案についてはどのように考えるか。行政の信頼を得るのに、広島県のような専門家がいることは他の県に役立つと思う。

Q：広島のようなところで精密なデータを得て、それを使って他県の統計データで将来予測を目指すことに結びつけられるのではないか。情報提供を県同士の横のつながりに利用できないか。

A：医師会、行政と大学間の関係は県によって非常に異なるので、他県については事情がわからないのでコメントできない。

なお、広島には昭和 44 年から「広島県地域保健対策協議会（地対協）」があり、その専門委員会には、急性感染症の委員会もある。地対協がアカデミアと医師会、行政を連携させる体制として 重要な役割を果たしてきた。何をもって CDC とするかという話にもなるが、行政とアカデミアが平時から普通に相談できる意味は大きく、またアカデミアの専門的知識を行政の立場から発信すれば、県民も理解しやすい。それを広島で CDC が担っているところは良い点と思う。

Q：抗体検査についてはどうか。

A：昨年 8 月と 10 月、本年 1 月に実施した。大阪や他県と比べ広島県では抗体陽性率が低いが、徐々に陽性率は上がってきている。

Q：アメリカの CDC とは性質が異なると思うが、広島県で実施されている日本版 CDC には実際どのような課題があるか。

A：同じ名前だが規模も予算も違うので、似て非なるものと思う。米国 CDC にはいくつも機能、研究所を持つ。広島では有事対応の予算面も必ずしも十分ではないが、行政との官学連携ができる点が一番よいと思っている。

A：CDC という同じ名前でも日本と米国は似て非なるものであり、考え方は別物。日本版 CDC については、医療と行政とアカデミアがネットワークを作り、平時から風通しをよくしておくことが極めて重要と考えている。

Q：抗体検査の対象者に、症状の有無等は聞いているのか。またデータベース化を準備されているということだが、最初からその予定で了解をとっているか。

A：無症候性感染者には、検査時のアンケートにより、行動履歴や周囲の感染者の有無、症状の有無などを聞いている。同意は取得しており、データベース化に関しても、同意をとっている。いうまでもないが、倫理委員会の承認も得ている。

③「大規模感染症のための有事体制構築は必要か？ COVID-19 緊急フォーラムから」
中川晋一氏（日本学術会議連携会員、大規模感染症予防・制圧体制検討分科会
委員、一般社団法人情報通信医学研究所代表理事・所長）

《講演概要》

- ・ コロナ侵入からの1年半の経過
- ・ 緊急フォーラム（2021年9月11日）での白井千香氏発表：多くの保健所が実施していること
- ・ 保健所の感染者対応の現状と課題、保健所に集中する業務
- ・ 北野氏の発表より：“Metropolitan-Scale digital twin”
- ・ “Integrated Digital Twin”により可能な点
- ・ 主要繁華街夜間滞留人口の推移と実行再生産数（埼玉）
- ・ 東京の新規感染者数の変化
- ・ AI等シミュレーション開発事業
- ・ 田中氏の発表より：学術と行政の連携（広島県での経験を元に）
- ・ データ・プラットフォームの基本について
- ・ 新型コロナの経験から（北野氏）
- ・ フォーラム各講演からの問題点
- ・ 有事体制の必要性
- ・ 本来のサーベイランスシステム（未知の感染症が生じたことのモニタリング）
- ・ 政策と社会医学のより良い関係のために（案）

《コメント》

- ・ 日本にCDCを作るならば、バーチャルなネットワークとして地方にプラットフォームを創設し、緊急時に行政と医療関係者が協力することが重要と思う。
「Integrated Digital Twin」は常識として言われていることで、この言葉を新たに使う必要はないのではないか。
- ・ 米国のCDCも常に100%実績を出しているわけでないが、基礎データをまとめる能力を持ち、地道にデータの追跡、収集、保管、公表を行い、人材投入をしているため緊急事態に対応できる。日本では昨年から国立感染研究所の組織拡充が行われているが、これが恒常的に進むのであれば、期待したい。
- ・ 中央の組織を大きくするより、むしろ地方組織のレベルを上げていくことが大事ではないか。地方の協力を得ながら現場のデータを集積していくことが、有事には重要だと認識している。

- ・奈良県の場合、市と県はそれぞれ独立した保健所を持ち、中核都市は通常保健所を備えているが、市自体が独立した動きをしようとしても分析する専門家が少ないように思える。県と市が同じデータを使いながらも、その解釈が異なり政策が違う方向に動いたケースがある。
- ・感染症コントロールにおいては、市と県にそれぞれ別の組織があるのは連携がとりにくいのではないかな。
- ・市に保健所があったからこそ、事態が逼迫した時に、独立した行政組織として、市から保健所に臨時で人員を回せた利点はある。他方で、市と県が一体感をもって連携できていたとは言い難い面もある。
- ・日本版 CDC の議論に関して、クリニカルな立場からすれば、国立感染研究所はベーシックサイエンスに密着したデータ集積をしているように感じているが、今求められている日本版 CDC は、「東京 iCDC」のように、クリニカルに軸を置いたサイエンスでないだろうか。米国では双方の機能が合体している。日本でどのような CDC を求めるかという点は重要だと思う。
- ・地域により対応に差があるのは良くない。提言等の効果もあり、国からいくつかの大学に感染症や危機管理のため予算が付くことになったが、本来なら各大学が人材育成を行い、行政と連携していくことが重要。地域差を作らないことは、今後の提言等にも含めるべきと思う。

— 以上 —