

令和3年度 第2回津市健康づくり推進懇話会会議録

1	会議名	令和3年度第2回津市健康づくり推進懇話会																		
2	開催日時	令和3年7月20日(火) 午後1時30分から午後3時まで																		
3	開催場所	津リージョンプラザ3階 リハーサル室(津市西丸之内23番1号)																		
4	出席者の氏名	<p>(津市健康づくり推進懇話会委員)</p> <p>草川雅之、伊與田義信、松室泰輔、川合利和、井上真希、小林小代子、朝倉征子、新家聡、大江由美子、佐橋俊美、柿本誠重、川田いくこ、佐藤弘道、中野洋子、飯田志の、菅原哲也、川北仁奈、(敬称略)(17名)</p> <p>(アドバイザー)</p> <p>三重県津保健所 副所長兼保健衛生室長 丸山明美</p> <p>(事務局)</p> <table border="0"> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>担当参事兼課長</td> <td>梅林ひとみ</td> </tr> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>担当副参事</td> <td>米倉一美</td> </tr> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>保健指導担当主幹</td> <td>庄山直美</td> </tr> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>保健指導担当副主幹</td> <td>鈴木香</td> </tr> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>保健指導担当</td> <td>川北美沙</td> </tr> <tr> <td>津市健康づくり課</td> <td>管理担当</td> <td>浅井未彩希</td> </tr> </table>	津市健康づくり課	担当参事兼課長	梅林ひとみ	津市健康づくり課	担当副参事	米倉一美	津市健康づくり課	保健指導担当主幹	庄山直美	津市健康づくり課	保健指導担当副主幹	鈴木香	津市健康づくり課	保健指導担当	川北美沙	津市健康づくり課	管理担当	浅井未彩希
津市健康づくり課	担当参事兼課長	梅林ひとみ																		
津市健康づくり課	担当副参事	米倉一美																		
津市健康づくり課	保健指導担当主幹	庄山直美																		
津市健康づくり課	保健指導担当副主幹	鈴木香																		
津市健康づくり課	保健指導担当	川北美沙																		
津市健康づくり課	管理担当	浅井未彩希																		
5	内容	<p>1 あいさつ</p> <p>2 講演会「今、知っていてももらいたい！新型コロナウイルス感染症対策とワクチン接種」</p> <p>3 津保健所からの情報提供</p> <p>4 その他連絡事項</p>																		
6	公開又は非公開	公開																		
7	傍聴者の数	0人																		
8	担当	<p>健康福祉部健康づくり課</p> <p>電話番号 059-229-3310</p> <p>E-mail 229-3310@city.tsu.lg.jp</p>																		

1. あいさつ

【事務局】

定刻になりましたので、只今から令和3年度第2回津市健康づくり推進懇話会を始めさせていただきます。本日はお忙しい中、この会場に来て頂いた皆さまには大変暑い中、御参加頂きありがとうございます。今回もまた密を避け、オンラインを併用しての開催とさせていただきます。オンラインで御参加の皆さま御準備はよろしいでしょうか。よろしく願いいたします。

今、新型コロナウイルス感染症は第5波とも言われ、全国的に感染数が広がっております。三重県におきましても昨日知事がメッセージを発信しましたが、三重県において7月16日は20人、7月17日は33人の感染者があり県が感染拡大の予兆となるシグナルとしている「2日間17人以上を上回っている」というお話がございました。

津市におきましても17日は17人の感染者数という状況でございました。県の最近の感染の傾向として、若い世代が多いとか、外国籍と思われる方や外国につながるのある方の感染も増えておりまして、引き続き基本的な感染防止対策の徹底と、体調が悪い時は「早めにお医者様のところにかかって頂くように」ということが呼び掛けられております。

本日の懇話会は、三重病院の谷口清州先生を講師としてお迎えしまして、新型コロナウイルスに関する詳しい情報を教えて頂く講演会を開催します。前回懇話会で、委員の皆さまに質問事項も出して頂いたものについても先生から御回答頂けるようお願いしております。大変お忙しい谷口先生ですが、草川会長から依頼の声を掛けて頂きまして今回御講演を頂けることになりました。草川先生ありがとうございました。

また、今回もアドバイザーとして津保健所副所長兼保健衛生室長 丸山明美様にもオンラインにて御参加頂きます、丸山様どうぞよろしくお願いいたします。

なお、この会議は津市情報公開条例第23条規定に基づき公開の対象となりますため議事の内容につきまして録音させていただきます。また、内部資料とするため会議の様子を撮影させていただきますので御了承ください。

それでは草川会長、御進行をよろしくお願いいたします。

2. 講演会「今、知っていてももらいたい！新型コロナウイルス感染症対策とワクチン接種」

【草川会長】

こんにちは。今日はみなさま忙しい中、集まり頂きありがとうございます。今日はまた谷口先生にはとてもお忙しい中、御講演をして頂けるということで非常に感謝いたします。通常、谷口先生が多く講演される医療の方々あるいは介護関係とか、そういった専門職の方々を前にした集まりではなくて今回は健康づくり推進懇話会、私たちの集まりは例えば津市の商工会議所さんですとか、スポーツ協会ですとか、あるいは健康づくりの団体、メディア事業、子育てを支える団体ですとか、幼児教育の方々、あるいは大型商業施設の方々とか、非常に幅広い範囲に渡った人たちが集まって、津市に対して健康づくり施策の提言をする集まりをさせて頂いています。その中でちょうど一般の方々にワクチンが始まるこの時期に、谷口先生からこのような御講演を頂けるというのは非常に有意義なことだと思い、今回お忙しい中御無理を申してお願いしたような次第です。

では早速始めさせていただきます。谷口先生の御紹介は市の担当者が代わって行いますので、よろしく申し上げます。

【事務局】

はい、それでは先生の御略歴の紹介をさせていただきます。

谷口先生は1984年、三重大学医学部を卒業され、同大学小児科勤務のあと1992年、ガーナ国・野口記念医学研究所に勤務されました。1996年、国立予防衛生研究所感染症疫学部に勤務され2000年、世界保健機構（WHO）感染症対策部に勤務、2021年より現職に就かれていらっしゃいます。

また政府が専門家に意見を求める「新型インフルエンザ等対策推進会議 基本的対処方針分科会委員」として活躍されております。先生、本日はよろしく願いいたします。

【草川会長】

谷口先生よろしく願いします。

【谷口先生】

本日はこのような機会を頂きましてありがとうございます。三重病院の谷口と申します。今から画面を共有させていただきます。

【草川会長】

会場はオーケーです。

【谷口先生】

ありがとうございます。それではCOVID-19のアップデート、もう既にCOVIDのパンデミックが始まってから1年以上経っておりますので皆さま方よく御存知のことだろうと思しますので今日、最近出たようなアップデートをまとめてお話させて頂きたいと思します。

さて、世界の流行状況としましては申し上げるまでもありません。いわゆるパンデミックですから色んなところで増えたり、また減ったり、全体の傾向を見ると概ね小さな波を含めると4つ過去にあって、今5つ目になっているから、日本と同じですね。WHOの地域別患者数を見てみますと、一時期ヨーロッパ、薄緑のヨーロッパが非常に多かったのですがそれがワクチンの影響とロックダウンで下がってまた少し上がってきている。黄色のアメリカも同様に、一時期かなり増えていましたけどワクチンの影響とロックダウンで下がって、またこのところ、少し増えてきている。青色の東南アジア、インドがメインですけども一時期非常に多かったのですが、これもちょっと少しずつ減ってきているという状況にあるわけですけども。

これを地図に表してみると一目瞭然というか、明らかに非常に多いのは南北アメリカとヨーロッパですね。南アフリカ、中央アフリカあるいは、西アフリカ、東アフリカは非常に少ない。あと日本を中心とする地域、中国、台湾、あるいはオーストラリア、ニュージーランドは非常に少ないという状況になっております。今のところ、例えばタイとかインドネシアはロックダウンになってますし、南アフリカもロックダウンですね。ロシアも過去最高の患者数を記録しています。バングラデシュもやはりロックダウン。欧米が今下がってきたのに対してインドネシアとかタイ、こういったところが今上がっている状況にあるわけです。

日本の流行の影響も皆さんよく御存知のとおりなわけですけれども、こういうふうになっってくるのは、つまり東京とか大都市圏を中心に、このウイルスというのは人に感染するとその人の中には10日間ぐらいしかいられない、10日間ぐらいするとその個体から排除されるわけですから、

排除される前に他の人に移っていくことによって地域で感染伝播、トランスミッションチェーンというのが維持されるわけですね。これが、大都市では人が密集しているのと、人が多いものですから常に循環している。この中から飛び出たウイルスは事業所とか飲み会、これらのハブとして、また別のところに行って、あるいは地域に飛んで、そこでまた感染伝播チェーンを作ってしまうというのが今回のこのウイルスなわけで。つまり東京で早々とリバウンドしておりますけども、これも一旦下がったように見えましたけれども人々が動き出しますとすぐに上がってくるという状況になるわけです。

これは人流と感染者数と、あと実効再生産数を同時に表したグラフなのですが、紫の濃い線、これは20時から22時の対流人口なのですけれども、4月25日に緊急事態宣言があるとすぐに落ちているのですがしばらくするとこれが上がってきて、解除されて重点措置に変わるともう急激に人流が増加します。それと同時に患者数は上昇に転じて、どんどんどんどん上がって行きます。当然のことながら実効再生産数も上がってきます。一旦上がりだした感染者数というのは、そのあと少し人流は減るのですが感染者数は減らずにそのまま上がってきている。こういうふうに変化で感染者数がすぐに増えたり減ったりするというのは地域に感染伝播チェーンが存在している、維持されているからですね。例えば三重県とかはですね、特に津よりもの南はこういった地域での感染伝播チェーンが維持されているわけではないのですね。だからいったん入ってきてクラスターを起こすけれども、しばらくすると感染者がぐっと減る。これは維持されている感染伝播チェーンがないわけですね。愛知県とか大阪府、東京近辺、札幌、京都、福岡とか、今沖縄の国際通りみたいなところはですね、こういった感染伝播チェーンが維持されているものですから下がったなと思っても人流が増えるとまたすぐに上がってくるという状況になってしまうわけです。

今、東京で特に顕著に見られているのは入院患者の年齢層なのですけれども、3月1日までを見ると60パーセント以上が70歳代以上だったのですけれども、最近ではもうそれが非常に減ってほとんどが40代、50代、30代という感じになっています。かなり年齢層が変わってきているというのがこのところの特徴でございますし、重症患者数を見ても、これ40代、50代の重症患者数というのは下手すると第2波ですよね。今年の年始めの非常に流行の大きかった時に比べるとその頃と同じくらいもう既に30代、40代、50代の重症者数があるわけです。

この感染者は元々軽症例が多いわけですし30代、40代、50代の特に軽症者数、あるいは無症候感染者数がこの年代で多いわけですから、当時と同じくらいたくさんの重症者数が出ているということはさらに多くの軽症者、あるいは無症候感染者数が地域に存在することなのですね。特にこの年代層というのは活発に活動しますし、飲みに行きますし、色んな方と接触しますから急速に広がるのが予想されるわけでゆえに今、急速に広がっているということになります。

さてコロナウイルス、これはこれまでに色んなところで聞いてみえると思いますので、今から申し上げる必要はないと思うのですが1つだけ申し上げておきたいのはSARSコロナウイルス。これは、元々は、コウモリで2003年のSARSコロナウイルスに非常に近いところにありますが、これがセンザンコウを中心宿主として人に入ってくるようになった。つまり人と感染できるようになったと考えているわけですが、普通はですねコウモリのウイルス、センザンコウにうつたのであればセンザンコウに感染するウイルス、その中間のウイルス、といった徐々に人間に近づいてくるウイルスが存在するわけですが、今回のSARSコロナウイルスについてその間のウイルスが今のところ発見されていないのですね。コウモリのウイルスからいきなり人間に感染するウイルスが発見されています。これが特に欧米で言われている「これがおかしいじゃないか。本来なら中間のウイルスが存在するにも関わらず、今回はない。故に誰かがいきなり作ったんじゃないか」

という説が生まれてきている理由はここにあります。

そして今回のウイルスは非常に急速に変異をしています。最初、武漢で発見された遺伝子型Aというのが東南アジアに広がった時には遺伝子型Bとなって、そのあと世界に広がったのは遺伝子型Cですね。非常に早く変異をして遺伝子の多様性を獲得しています。本当はですね、コロナウイルスというのは複製する際の複製ミスで訂正する酵素を持っていますから、本当はこんなに変異しないはずなのです。ところがとても早く変異している。これも実はウイルス学者が議論しているところで「本来コロナウイルスはこんなに変異するウイルスじゃないのに」。今、人間世界に存在する風邪のコロナウイルスだとこんなに変異しないわけですよ。ゆえにまた、先程の陰謀説が出ている訳ですよ。「どうもこれ、自然のコロナとは違うんじゃないか」というわけです。まあ、これは何も分かりません。分かりませんが少なくとも言えることは非常に変異をしているというのです。実際のウイルスも最初の武漢のウイルス、この地図を見ても武漢の近くにダイヤモンドプリンセス号のウイルスとか、屋形船のウイルスとかあったわけですがそのあとに日本で起こった国内伝播のウイルスはもうこちらに左上のほうに来ている訳ですよ。だから本当に急速に進化しているということになります。

ただ1つだけ言えることは、別に進化とウイルスというのは1人の人間に感染すればたくさんのウイルスが当然のことながら出てくるわけです。人と人が密接に接触していて、急速にウイルスが広がる場合には当然のことながら、一番早いウイルスが次の人に感染するのは当たり前ですよ。つまり急速に感染伝播が広がる場合には一番足の速いウイルスが選択される、当たり前なのです。また人に免疫ができたあとも、依然として人と人の接触ができていれば出てきたウイルスのうち、ほとんどは免疫に阻まれて次の人に感染できないのですが、たまたま免疫から逃れるウイルスができたとして、そのウイルスだけが次の人に感染できるわけです。そうするとこういった状況では免疫から逃れるウイルスというのが選択されていく訳ですよ。つまりこのように早い変異というのはある程度人間の行動というのにも影響しているということになります。

特に最近ではデルタ株というのが問題になっています。三重県ではまだ非常に少ないのですが、東京ではほぼ半数がデルタ株であろうと言われてますね。実際アルファ株はそれまでの元株、武漢株の1.3倍くらいの感染性があった。そして今のデルタ株というのはさらにその1.5倍くらい高い割合ですから1.5と、1.3に、2倍近く過去のウイルスより感染性が高いわけですね。感染性が高いというのは言い方の問題ですね。実はレセプターに対する親和性が高くなっている、つまりより細胞に感染しやすくなるわけですね。そうするとたくさんのウイルスが感染しやすくなって、出てくるウイルスも多いわけですから当然のことながら重症化しやすいということになりまして、アルファ変異株ではこれまでの株の1.3~1.9倍くらい重症化リスクが高くなっていくというデータ。このせいでこれまで重症化しにくかった30代、40代、50代の中も重症化しますし、これまでほとんど症状が無かった子どもでも症状が出る人が増えてきたということになります。

特に最近言われているのはブラジル株。まだ日本にそんなにたくさん入ってきていませんが、少しは入ってきていますけども、どうもこのニュースではブラジル株では小児が非常にたくさん死んでいる、というこれニュース。これはまだニュースレベルなのですが、またニュースでやっているラムダ株、特にペルーで広がっている株ですね。これも免疫を逃れるようである、こういったふうにとんどんとん新しいウイルスがでてきているというのが今回のコロナの特徴です。よく「今後このコロナがどうなっていくのか」、「いつになったら我々は平穏な生活を取り戻せるのか」、「あるいはワクチンから毎年打たないといけないのか」、これはもちろんこのコロナウイルス

が今後どうなっていくかに非常に大きく影響されます。もう、どんどんどんどん免疫から逃れるウイルス株が出てくるようであれば、これはもう季節性インフルエンザのように毎年ワクチンを打たなければならないこととなります。

そしてコロナウイルス自体が非常にややこしいウイルスで、これは肺血管の毛細血管ですね、病理組織像ですけれども肺の毛細血管にもコロナウイルスが感染している画像です。血管に感染しますと当然のことながら血管内皮が障害されますので血栓ができます。この疾患、入院例の80パーセントぐらいには深部静脈血栓ができておりますし、それができていない人でも色んな組織に微小血栓というのができています。これは最近の研究では非常に軽症の方、ほとんど無症状の方、「俺は若いから無症状でいいや」というわけではなくて、無症状の方にも実はこういった小さな血栓がたくさんできているのだという報告がございまして、恐らくこれが例えば脳とか、心臓とか色んなところに詰まっているものですからそれが原因で軽症の方でもそのあと後遺症が出てくるのだろと言われています。また、「無症状者だからいいだろう」とお話をしましたが、無症状者であっても肺のCTスキャンを取ると全体の63パーセント程度にはですね間質性陰影がある。間質性陰影があるということは、その後傷跡が残ることですからこれも無症状の方であってもそのあと息切れがするとか、呼吸困難が長く続くだとか、全身倦怠感が長く続くだとか、そういった後遺症の原因にもなっていますし、そのあと症状が出てくる人の場合にはさらに高率に間質性陰影が見られています。

実際に後遺症のデータというのも最近いっぱい出てきまして、もうコンセンサスになりつつあります。国内の大学病院とか都道府県でも既に後遺症のフォローアップセンターを作っているところも結構出てきていますが、この研究では発症時入院不要例に2000例、全体の2113例の内2000例が入院しなくていいような軽症例だったのですが、3ヶ月後全く症状が無かったのは0.7パーセント、それ以外の人はいくつか以上の症状があったという報告ですし、その症状の内容は疲れやすいとか呼吸困難、頭痛がする、咳がする、筋肉痛がある、非常に多彩な、つまり色んな臓器に渡るような後遺症が残っていることとなりますし、実際に20パーセント程度で新しい精神疾患、認知症とか不安障害、こういったものが発生している。イギリスで言うと「ブレインフォグ」と言いまして、やっぱり認知障害、頭に霧がかかっているという意味でしょうけれども認知機能低下が問題になっていますし、嗅覚障害もしばらく残ることがあります。

また、実際に肺炎を起こしますと治ってから12か月、1年たったあともファンクションバイタリーキャパシティ、機能性肺活量で見ても80パーセント以下の人がまたかなり残っているデータがありまして、やはり肺炎を起こすと間質性の肺炎ですから線維化が残るわけですね。そうするとやはり後遺症として残る。20代、非常に軽症例であってもですね。そのあと、頸動脈の柔軟性を見ると硬くなる、こういった後遺症が残る。これは国立国際の先生たちのグループのデータですけども、COVID-19で入院された方の心機能をずっとフォローをしていくと、やはり心筋障害が残ってきているというデータでございまして。本疾患は風邪の親戚だろう、とよく当初言われていましたが全くそういうものではございません。最新のこういった論文とかきちっと読んでみると「こんな病気にはかかりたくない」というような病気なのですね。いろんなところに飲みに行ったりとか、カラオケに行ったりよくするよねと僕らは思うんですけども、20パーセント肺炎を起こしますが無症状の方でも60パーセント間質性肺炎があるわけです。またこの疾患は血栓との戦いでもありまして、80パーセント以上で深部静脈血栓があり、その深部静脈血栓は脳梗塞、心筋梗塞、あるいは肺塞栓などによって突然死を起こすことがままあるわけですし、微少な血栓もできている、急性期に引き続いてサイトカインストームが起こる。そしてまた後遺症も残る、こういった疾患でありますので、そんなにかかりたくない疾患ですね。

一方で小児では極めて軽症です。それはなぜか。小児はまだ若いので高齢になるほど血管内皮障害が強いかです。ACE 2 レセプタ、つまりこのウイルスのレセプタである ACE 2 が少ない、あるいは元々風邪のコロナに対する抗体を持っている、あるいは子どもが軽症などではなくて老人が重症になる。あるいは高齢になると合併症が多い、あるいは子どものほうがビタミンDの血中濃度が高い、色んな説がありますが最近特に言われているのが1つの研究で、重症になったイエスノー、つまり重症になった人とならなかった人で、季節性コロナウイルス、風邪のウイルスですね、OC 43とかHKU 1、NL 63、229E、こういったものに対する抗体を比べて見ますと重症にならなかった人では季節性コロナウイルスに対する抗体価が高い。実際最近も共通抗原があって、季節性コロナウイルスに対する免疫がある人は今回の新型コロナに対して軽症になるというデータも出てきています。ゆえに子どもでは、まあ季節性コロナウイルスはかかっても半年ぐらしか抗体が持ちませんから、そうするとよく風邪をひく子どもでも抗体価が高い、ゆえに軽症である。もう1つのデータはその子どもとよく接する大人、小児科医もそうでしょうしお子さんをお持ちのお父さん、お母さんもそうですけども、そういった方もやはりコロナにかかったときに重症化しにくい、あるいはまたはこの季節性コロナに対する抗体を持っている人に新型コロナワクチンを打つと抗体が非常に高く上がる、こういったデータがありまして、最近どうもこの説が有力になってきています。もちろん実際の事実として10歳以下と25歳以上ではACE 2、つまりこのコロナウイルスに対するレセプタの量がかなり違います。レセプタが少なければ当然のことながら感染するウイルス量が少ないわけですから重症化しにくい、軽症化するということがあります。

先程「じゃあ軽症であっても後遺症が残るとお前は言っただろう」という話なのですね。そうすると「子供は軽症ですけど後遺症が残ったらどうするんだ」。このデータはあまり実はないのですが、最近いくつか出てきましてその1つはこれオーストラリアからの症例ですけども3ないし6ヶ月の経過観察が可能であった151例、36パーセントが急性期、無症状です。64パーセントが有症状ですけどももちろん軽症例が多いです。ただその中でたった12例、8パーセントだけが後遺症があった。しかもこの方も、もうしばらく様子を見ると全てその後遺症が消失した。つまりこれを見ると子どもは軽症でもあり、後遺症もできにくいということになりますね。実はもう一つ論文があって、それも同じような結果です。やっぱり大人というのはかかりやすいし、症状が出やすいし、重症なりやすいし、後遺症も残りやすいですけども子どもというのは実際に後遺症も残りにくいのだということが言えるわけです。

ただ妊婦さん、このウイルスは感染してもウイルスが血中に入ることがまずありません。逆に血中に入ると重症になるのですけども、ゆえに妊婦さんがかかっても子どもに感染したという例は極めて稀です。このデータでも0.9パーセントですね。にもかかわらず感染した妊婦さんから生まれたお子さんでは37週未満の割合、入院割合、呼吸障害を起こす割合、黄疸を起こす割合、死亡率も高い。つまり色んな意味で生まれた新生児には影響がある。もちろん妊婦さんはこのコロナにかかると非常に重症化する。率は低いのですけど、重症化した時にはものすごく重症化するというデータもありますので、やはり妊婦さんもハイリスクだよということには間違いはないですね。

さて、この感染対策ですけども感染症の成立条件というのは言うまでもなく感染源を止めるか、感染経路を止めるか、感受性を止めるか3つのうち1つです。当然のことながら最も合理的なのは予防接種と言われてますし、ただ今皆さんが行っているのは感染経路対策ですね。人と人との接触を避け、人流を止める、人と要するに会うなということですけども。マスクもそうですけどもこれもなかなか100パーセントというわけにはいかないですね。最も確実なのは感染源対策。感染経路対策というのはこの3つを止めていくわけですけども、こういった直接飛沫2メートルぐら

い飛ぶものと、「おわっ」と出てくるエアロゾルとあるわけですね。このエアロゾルというのはいわゆる空気感染とは若干違って近接した空気感染と考えて頂ければいいわけで、普通に呼吸していれば周りに「おわっ」といつも出ている訳ですね。寒い冬に外で呼吸していると吐く息が白くなります。あれはみんなエアロゾルですし、あの中にみんなウイルス、感染している人はウイルスが含まれている訳です。ただ、近くにいる人はそれを吸い込みやすいわけですし、例えばカラオケボックスみたいに換気が良くない密室であれば1人の人がずっと呼吸していればこのエアロゾルは密室に充満するわけですから、その中にいる人はそれを吸い続けている訳ですから、感染してしまうということに、これは3密の理由です。それを避けるためにきちっと換気をしていれば空気はいつも動きますから、吸い続けることはないわけですね。アメリカのCDCは15分という数字をあげていますが、やはり同じ空気を15分以上吸い続ける、接触するというのが感染のリスク因子であろうと。つまりこのエアロゾルというのがこの密閉・密接・密集、この3つに大きく影響しているということが言えるわけで、ゆえに換気というのが言われるわけですね。

この経路対策としてはマスク、手指衛生、そしてソーシャルディスタンス。この中には換気というのも入ってくるわけですが、感染経路対策というのはなかなか100パーセントとはいかない。マスクしているけど鼻が出ている人はいっぱいいますし、きちっと着けても隙間が空いてればスカスカなわけですからあんまり意味がないわけですね。そうするとなかなかマスクだけというわけにはいかない。ゆえに感染源対策を併用するわけですが、それはみんなウイルスを持っていると仮定してマスクをする、これ感染源を止める、ソースコントロールですけども本来の感染源対策というのは地域から感染源を取り除くことですからまず、第一に症状のある人を除くことですが、この疾患では非常に軽症例無症状者が多いわけですのでなかなか難しい。今も分科会とかで提言されていますがちょっとでも軽症例、あるいは無症状者をできるだけ見つけて隔離していくように「迅速診断キットを利用しましょう」ということが言われているわけです。特に施設においてはまず、第一点として健康監視、つまり症状とリスク行動のチェックによって施設の中にウイルスが入るのを抑えようというわけなのですが、ただ今も申し上げたようにこのウイルス無症状感染が非常に多い。無症候感染例全体の20パーセント、多い時には80パーセントと報告されていますし、特に年齢分布では20代から50代において無症候性感染が多いとわかっていますし、無症状群者の感染寄与率というのも症状が出る前の無症状期が45パーセント、完全な無症状者が5パーセント、合わせて50パーセントが感染源となっているというデータがありますし、実際にモデルでは無症状者が感染伝播のドライバーであると言われていています。これって検査しないと分からないですね。

アメリカ、トニー・ファウチさんがもう「検査の洪水をしないとイケない」と演説で言われています。つまり、やはり無症状者のスクリーニングには特に施設、医療機関、社会福祉施設を含めて、ウイルスが入ったら大変になるところは可能な限りリスクリアクションですね、感染源を。もちろん100パーセント除けるわけではないのですが、80パーセントでも除ければかなりリスクが減るわけですので、そういったところでスクリーニングをしていく、これはもうだいぶ日本は遅れましたけれども最近やられるようになりましたし、東京などでは1週間から2週間に1度スタッフがスクリーニングにやっているとありますよね。ゆえに医療機関や施設、多くのクラスターではほとんどが、職員が持ち込んでいますから、特に職員からのスクリーニングが大事になってきますし、地域的に非常に感染者が集中している、つまり感染伝播密度が高いという意味ですが、そういったところでは特定住民に対してスクリーニングをして、地域における感染伝播チェーンを1つ1つ断ち切って行くというのが大事になっていきます。その際に分科会、最近そういう迅速診

断キットが配布されていると思うのですが、これも結局はですねこのウイルス、発症した時が、一番ウイルス量が多いわけです。PCRだと非常に低いレベルで検出できるわけですが、この時点では感染性は高くないわけです。ウイルスが非常に多くある、感染性が高い時、この時に確実に見つけばいいだろうというところでこのいわゆる迅速診断キット、15分で結果が出る。「これをもっと多用したらいいのではないかと」。これは去年の3月や4月くらいからアメリカのハーバードの人達がずっと言っていましたけれども、実際にこれをやったのはスロバキアとか、オーストリアですけれども、こういうところでこの迅速診断キットをやって、マスキングですね。やって60パーセント減ったとか、非常に患者数が減ったという報告がありますし、実際にこれアメリカ、迅速診断キットだけではなくてPCRも、これユニバーシルカリフォルニア、カリフォルニア大学のデービス校がデービス市の住民に対して無料でPCRをやって、市民のスクリーニングをということをやっていましたし、ドイツはずっとロックダウンをしていましたけれども「これ以上、ロックダウンは続けられない」ということでホームテスト、つまり1日に2回まで検査をして陰性であればこれまでと同じ注意をして外に出て経済を回す、陽性であれば10日間家でゆっくりする。これによってロックダウンを回避しようということが行われてきたわけです。もちろん明らかに症状があれば、これはやっぱり臨床的にも非常に重要ですが、きちっと病院に行って検査をして頂くというのが大事になります。

そして最後の手段、今行われているのがワクチンですね。ワクチンの副反応というのが取りざたされていますけれどもワクチンの副反応というのは大きく分けて有害事象と副反応。有害事象というのは時間的前後関係によるものだけで、例えばワクチンを打ったあとに車にはねられた、これもワクチン後の一応有害事象になるわけですね、時間的前後関係。ただ因果関係があるかどうか分かりません。明らかにワクチンと因果関係があるものを副反応と言います。

この副反応、2つに分けます。応答型と非応答型です。応答型というのは、これはワクチンを接種してそのワクチンに対して人間の体が反応して免疫をつくる過程で出てくる反応を応答型反応と言います。だからこれはあって当たり前なのです。ワクチンというのは自然免疫を惹起して、炎症を惹起して、獲得免疫に繋げるということであって炎症というのは発赤、発熱、腫脹、疼痛、この4つをもって炎症と言われるのですからこれが起こるのは当たり前なのです。逆にこれが起こらないほうがおかしなわけで。ただ、こういうのは一過性に免疫ができる時に起こる反応ですから通常は24時間から48時間で消えます。問題となるのは非応答型の副反応であって、これは免疫反応を超えた生体反応アナフィラキシーとか心筋炎とか血栓とかになります。

特によく色んなところから聞かれるお話ですが、メッセンジャーRNAワクチン、これは確かに史上初めての遺伝子ワクチンですが昨日、今日できたものでは全然ありません。数十年ずっと研究が続けられてきたワクチンです。実際にはですねこのウイルスのスパイクプロテイン、つまり人間に感染するレセプタに引っ付くところをコードする遺伝子のメッセンジャーRNAを脂肪の小粒子の中に封じ込めます。これが液体の中にいっぱい浮かんでいるわけですね。それをぶすっと打つと、打たれた小粒子は筋肉細胞、筋注ですから筋肉細胞に取り組みれます。その中でメッセンジャーRNAが出てきます。メッセンジャーRNAというのは人間の細胞の中にいっぱいあるわけですが、それは自動的にリボソームに行ってタンパクに翻訳されてタンパクが作られます。作られると自動的にメッセンジャーRNAというのは消えます。ずっといるわけではありません。ただ、このできたタンパク、これはウイルスのスパイクプロテインですから人間にとってこれは自分ではないノットセルフ、害、異物なわけです。それに対して炎症を起こして免疫ができる。これが今回のワクチンの効果の発現するメカニズムです。よく言われるのは、これは細胞室の中だけで

起こります、人間の細胞核の中に入ることは理論上あり得ません。つまり人間の遺伝子に影響を与えることはありえません、理論的にですけどね。もう1つ「打ったメッセンジャーRNAワクチンはどこに行くんだ?」、これもよく聞かれる話です。人間のデータはないのですけども、これはお猿さんのデータです。お猿さんの大腿筋にメッセンジャーRNAワクチンを打つと、その所属リンパ節だけにシグナルが現れます。そのあと全身の臓器を取り出して検索をしてみてもシグナルが見られません。つまりこのメッセンジャーRNAワクチンに打ったところとリンパ節以外には行っていないのですね、このデータでは。つまり理論上、メッセンジャーRNAワクチンは色んな臓器には行かないということになります。実はこの理論からですねアメリカでは、何もデータが最初ありませんでしたけれども、理論的に子宮とか行くわけがないのですね。打ったところとリンパ節しかいかないわけですから。ゆえに最初からアメリカでは妊婦さんにも打っていたわけで。もう最近も妊婦さんに対する安全性のデータがどんどん出てきていますから、理論上胎児に影響を与えるということはないということになりますし、また長期に人間の体に影響を与えるということもない、理論上はね。そういうふうに考えられている訳です。

一方、ウイルスベクターワクチン。これは先程のリピッドナノファーティクルの代わりにアデノウイルス。これは増殖できなくしたアデノウイルスの中にこのスパイクタンパクを行動する遺伝子を封じ込めたものですが、これウイルスの中に入れるものですからDNAなのですね、RNAではありません。DNAで入っているものですから、中に入ったアデノウイルスは人間の細胞の核に一応行きます。そこでDNAからRNAに、メッセンジャーRNAに翻訳されてからスパイクプロテインを作ります。これがメッセンジャーRNAワクチンとは若干違うところですし、このベクターワクチン、特に血栓の問題になっているアストラゼネカとかジョンソンアンドジョンソンのワクチンはこれもお猿さんのデータですけども、接種すると一過性に血液、肝臓、こういったところに現れます。これが違うところですよ。

さて、今現在日本で使われている、アストラゼネカは使われていませんけれどもこれを比べてみますとですね1番大きな違いは接種回数が3週間隔で2回か、4週間隔で2回か、あと保存温度。マイナス8度で保存しないとイケないのか。アストラゼネカは、実は非常に使いやすいワクチンで、期限までずっと冷蔵庫で保存できるのです。しかも最小流通単位が10バイアル、あるいは2バイアルで流通できるのです。ファイザーは195バイアルですから、流通単位は大きいわけです。また開封後の保存条件も、アストラゼネカは針を刺した後も冷蔵庫で48時間保存が可能なわけです。これは非常に広く地域で打つということには便利なわけですね。ただ、このワクチンの効果と安全性というのは問題になるわけです。臨床的な有効率というのは、ある程度ファイザーとモデルナ、両方のメッセンジャーRNAワクチンですけどもほとんど変わりません。アストラゼネカは少し落ちますが90パーセントあれば十分効果があると考えていいと思います。いわゆる応答型の接種時の有害事象としてはもちろん打ったところが痛い、腕が上がらない、これはありますし、1回目だとファイザーでは4パーセントぐらい38度以上の熱がでる、アストラゼネカだと25パーセント、4人に1人ぐらいの割合ですけどね。2回目になりますとやはり局所反応が強い。発熱も2割ぐらい、38度以上の発熱があります。一方でアストラゼネカは0パーセントなのですけどね。こういった応答型反応、このワクチン、効果が非常に高い、主反応が高いということはそれができる時の反応も高くて当たり前なのですけどね。我々はそんなに気にしていなかったのですけども、「痛い、痛い」というのが、色んなところで言われて気にされた方も多いたと思いますが、基本的に24時間から48時間で無くなります。

問題なのはアナフィラキシー、特にメッセンジャーRNAワクチン、ファイザーとモデルナです

けれども100万当たりの発生数、時々「ファイザーとモデルナ、どっちがいいか」なんて聞かれるのですが数字でいうと、モデルナのアナフィラキシーの頻度はファイザーの半分です。ただ、いずれもアナフィラキシーを起こすのは女性が90パーセント以上、モデルナに至っては100パーセントですね。そして30分以内がほとんどで1回目がほとんど。ただ30分以内で起こりますのできちっと経過を見て、即座に対応すればリバーシブル、ちゃんと元に戻りますのでそんなに恐ろしく考える必要はないかと個人的には思います。実は私もアナフィラキシーの既往があっで一応、アナフィラキシーのハイリスクのグループなのですが、起こったらボスミン打ったらいいやと簡単に思っていたのに何も起こりませんでしたけども。アナフィラキシーは対応ができます。日本のアナフィラキシーは若干多いのですがこれは「割と軽度な症状まで取っているせいかな」ということも言われますが、他に要因があるのかもしれない。

ただこのアナフィラキシー、分かっているのはメッセンジャーRNAが封じ込められているリピッドナノファエティクル、脂質のカプセルの中に含まれるポリエチレングリコールというペグ、これが原因だろうと言われていています。一方でこのペグというのは、ポリエチレングリコール、なかなか厄介なやつで、厄介というかですね、使いやすいのですかね。ほとんどの化粧品の基材にはこのエチレングリコールが使われています。だから女性が多いと言うと怒られるかもしれませんが、まだ分かりません。ただ、このポリエチレングリコール、例えばほとんどの薬のカプセル。これもポリエチレングリコールが含まれていますので、つまり普段からほとんどの方がポリエチレングリコールを接種していますので、たまたま感作されていけばアナフィラキシーが起こることになります。

ほかの重篤な副反応としましてはですねメッセンジャーRNAワクチン接種後の心筋炎、最近特に言われていますね。ほとんどが30歳以下です。アメリカのデータでは全てですけどね。30歳以下。100万接種が3例ぐらいですからめちゃくちゃ多いわけではありませんし、ほとんどが2回目接種後で4日以内に発症します。少なくともこれまでアメリカのデータでは全て軽症で回復しています。だからいいと言うのではないですよ、こういう事実があるということですし、アデノベクターワクチン、ジョンソンアンドジョンソンからアストラゼネカの後のCVST、つまり脳静脈洞血栓。ちなみにコロナにかかっても2、3パーセントで心筋炎を起こすということが分かっていますので、それに比べるとメッセンジャーRNAワクチンの心筋炎というのは少ない。実際にかかるのとどっちがいいですかという話ですね。

先程申し上げたように、実際にコロナにかかって入院例の80パーセントが、深部静脈血栓が起こる。コロナウイルス自体が血栓を起こしているわけなのですが、ほとんどが深部静脈血栓。このアデノベクターワクチン接種後の血栓というのが、ほとんどが脳静脈洞か門脈か、いずれにしてもちょっとやばいですね。それが少し違うところです。特にほとんどが1回目接種全て。特に20代では10万接種に1回ぐらい起こっていますということになります。ただ今のところは、まだこれでもメリットがデメリットを上回るであろうと考えられています。

効果は申し上げるまでもございませぬ、抜群ですよ。ファイザー、1回接種で発症防止66パーセント、2回接種で発症防止94パーセント、死亡防止100パーセントですし、モデルナも1回接種で発症防止90パーセント近いですよ。2回接種でやっぱり95.2パーセントの発症防止と100パーセントの重症化予防。ワクチンとしては極めてよく効きます。チャドックス、これはアストラゼネカです。これ若干80パーセントぐらいと落ちます。ワクチンとしては非常にいい部類ですけども。ただこれで問題なのは、接種間隔なのですね。接種間隔が短いと効果が55パーセントぐらいに落ちるのです。接種間隔が12週以上になると80パーセントを超えるのです。

つまり接種間隔が長いほうが、効果が高いということが分かりまして、実際に抗体価を見てみましても接種間隔が長いほうが抗体価も高い、12週以上だと6万3000、6週未満だと2万ですのでかなりの抗体価が高くなるということが分かる。ちなみにこれファイザーもモデルナもそうなのですが、接種間隔が長いほうが最終的な抗体価は高くなるというデータがもう英国から出ています。時々ですね「ファイザーだと3週後に2回打たなきゃいけないんだけど、ちょうど3週後は都合が悪いから2週とちょっとで打ったらどうだ」と聞かれるのですが「それをするんだったら後にずらしたほうがいいですよ」と言う話をします。早くすると抗体価は低くなります。であれば少し待って、3週を超えても可及的速やかに打ったほうがお得なわけなのです。ただ、もちろんその間に感染すると元も子もないので、その間感染しないようにするということになります。

最近12歳以上でのファイザーモデルナワクチンの接種というのが日本でも始まっています。ただこれまでのところ日本小児科学会は「基礎疾患があつて、重症化のリスクのある人にはお勧めしますが、特に健康なお子さんについてはどっちが得かよく考えてくださいね」ということを勧奨しています。効果については全く問題ありません、非常によく効きます。ただ副反応はですね成人の若い人と同程度に高い、痛いのも8割ぐらいある。局所の痛みも、発熱も1回目で10パーセント、2回目で20パーセント、あまり変わらないですね。やっぱり若い人は少し副反応が強いようです。

実際に「このワクチンそんなによく聞くのか」、あるいは「みんな研究でやったデータだろう」。実際にこれはある空港、確かカタールですね。カタールの空港で着いた人全てに対してPCRをやつて、ワクチンを打っていた人と打ってなかった人でPCRの陽性率を比べると、ワクチンを打っていると打っていない人に比べて陽性になるリスクが0.22になるというデータです。つまり「ワクチンを打ってない人が100人感染する」とすると、打っていると22人になるということですね。80パーセントぐらひは減ると言うことになります。これが現実のデータです。ただほとんどは、というかほぼ全ては、重症化はしていない。感染はするし実際に典型的な症状発熱と、上気道炎というコロナの症状になる人はいますが重症化はしていません。

変異株ではどうだ。これは先程申し上げましたがB.1.351、これブラジル株なのですが、ブラジル株は、例えば英国株なんかと比べるとこれが640倍とすると160倍ぐらひ、つまり2倍から4倍ぐらひ抗体、中和抗体価が落ちます。簡単に言うと効果が落ちます。インド株、デルタ株についてはどうだというと、これは10倍から100倍ぐらひ中和抗体価が落ちます。効果が落ちる。ただこれで効かないというわけではなくて、発症が予防できていたものが、発症が予防できなくなる。つまり症状が出ちゃうのだけでもただ、次の段階である重症化は予防できていると考えて頂ければよいと思います。

つまりワクチンを打つていれば、ゼロになるわけではないのです。最近、英国では違うワクチンを打つ、「1回目アストラゼネカで2回目ファイザー、これがどうだ」というデータが出てきていますが副反応が若干強い。同じワクチンを2回打つよりも違うワクチンを打つたときのほうが副反応は強いようです。まあ、そうですね。アストラゼネカなんか1回目ですと副反応が強いわけですし、ファイザーは2回目のほうが強いわけですが。ただ、抗体価は1回目アストラゼネカで2回目ファイザーの時に非常に高くなるというデータも出てきています。まだ、日本では違うワクチンを交互に打つという考え方はまだありません。「3回目はどうだ」という質問を最近よく受けるのですがこれもこれがなかなか難しく、抗体価が低い場合には3回目を打つとさらに上がります。これは事実。ただ「イギリスは3回目を打ちはじめました、イスラエルも打ちはじめましたがアメリカは2回で十分」という結論を出しています。だから、まだまだ分かりません。日本でそういう質問を受けると私は「今、日本は3回目を考える時期ではありません、多くの人に2回打つ時期で

す」というふうに答えています。実際には今後どうなるか先程にも少し申しあげましたが、このウイルスがどういう方向に変異していくのか、あるいはもうこれでそろそろ変異は止まるのかによって大きく変わります。

ただ「ワクチンを打ったら全て終わりではない」というのがこのスライドです。これはブラジルのマナウスでの流行状況なのですが、Aのグラフを見て頂きますと最初に2020年の3、5月頃に非常に大きな流行があってマナウス地区では全体の8割の方が抗体を獲得している、つまり免疫を持ったやつみたいなのですね。ただ、そのあと変異株が入ったら、死亡者が増えました。つまり過去のウイルスに感染した時の抗体は、この変異株にはほとんど効いていなかったということになります。これがちょっと「ブラジル株、デルタ株、大丈夫かな」というポイントになっています。これがオリンピックで外からいっぱい入ってくると「今、一生懸命打っているワクチンがどうなるのだ」という説がもちろん、まだこれは全然分かりません。今までの実験データでは「効果は落ちるけどもゼロにはならない」というデータなのですが、この「データはゼロになっているじゃないかと」というデータでもあります。これは見てみないとわかりません。COVID-19ワクチン、人類史上初の遺伝子ワクチンです。

ただ、今シオノギが日本国内で作っているワクチンは不活化のペクチドワクチンと申しまして、タンパク質のワクチンですね。つまり、インフルエンザワクチンと同じような内容とメカニズムを持ったワクチン、これが来年になると出てきます。外来でワクチンを説明していると「日本製ワクチンがいいわ」という人が時々見えるのですよね。その根拠はよくわからないですけども。ただ、このメッセンジャーRNAワクチン非常によく効きます。驚くべき効果です。ずっとワクチンをやってきた身としてはもう驚くべき効果です。ただ、その主反応が強いものですから副反応も強いです。ただ、重篤な副反応は稀です。ゆえに現在の疾病リスク、この疾病にかかるとどうなるかということを考えてやはりこのワクチンを打ったほうがいだろうという話になっています。

ただ、一方で「こんな遺伝子ワクチンを打って将来、何十年か後に何か起こるんじゃないか」という、いわゆる杞憂というやつで一応、理論的には起こりえません。そして、万が一起こったとしても何十年後なんて言うのは、人間もその間に色んな生活習慣とかもあるわけですから普通は、判断は出来ないと思いますしこれまでのワクチン学の常識からすると、ほとんどの副反応は4週間以内で起こるだろうとされています。

ワクチンが接種できれば全て解決ではありません。先程のブラジルの例もありますけれども、またワクチン接種した後でも感染はします。感染しても自分は確かに軽症ですけども、これが人にうつすのではないかというのはまだあります。つまり軽症になるわけですから、今のコロナの患者さんで軽症の人が人に移しているのと同じようにワクチンを打つと軽症になって、軽症ですから自分に症状が出ないので「歩きまわって人にうつすんじゃないか」というお話もある。これはまだ日本のワクチン接種率が20パーセント、30パーセントであるから地域にはたくさんウイルスがあるからそういうことが起こりえます。ワクチン接種率が60パーセント、70パーセントになるとかなり生活としては楽になると思いますが、ただこの時ウイルスがどう変わっているかによっても変わってきます。以上、勝手なことを申し上げました。ちょうど、時間だと思います。

【草川会長】

はい、ありがとうございました。会場から先ほども申しましたが、とても広い立場の方々に御出席頂いています。僕の感覚からすれば、普段のお話以上にずいぶんとかみ砕いた、一般の方にもよくわかって頂けるようなお話にして頂けたかと思うのですが、それでも何か「是非とも訊かな

いと話が進まない」という方から挙手をお願いできますでしょうか。ウェブ参加の方でも、挙手のボタンを押して頂けるといいかなと思います。どうぞ。

【川合委員】

中勢地区労働者福祉協議会の川合と申します。よろしくお願いします。

先生、大変分かりやすいお話を頂きまして。私らの協議会は労働組合の集まりになっていまして職域接種といいますが、職場で大量に人数集められて打っているところなんかもたくさん増えてきていまして、「安心できるわ」という声も聞いているところで羨ましいなというふうに私なんか思っているところなのですが。

先生、お話の中で「3回目とかいうよりも、全員2回目」というお話を頂きましたけどもワクチンの効果というのが大体1年位というお話を聞く中でやはりこれからずっと、このワクチンは打ち続けていくことになるものになるのですか、というのが1つお聞きしたいのですが、よろしくお願いいたします。

【谷口先生】

はい、それはですね、今議論になっているところなのですが、これまで基礎的な実験データでは2回打つと免疫記憶がかなりできるのです。そうすると「何度も打つ必要がないのではないか」と、これが原因でアメリカでは「3回目は打たなくていいんじゃないか」という議論になっているのです。

ただ、「このウイルスがどこまで変異していくか」というのが一方の課題でして、このウイルスが更にインド株、あるいはペルー株にできる免疫、次々と逃れるようなウイルスが変異してくるとすればこれは季節性のインフルエンザのように毎年打つということが必要になってくる。

ただ一方では、今人間界にある季節性コロナ、つまり風邪のコロナですがこれはほとんど変異しないですね。そうすると一度、人々が免疫を持つ、そうするとこの期間はワクチンで免疫を持つと重症化しないはず。産まれてくる子どもさんは軽症で重症化しないわけで、産まれてきた子どもさんはかかって、軽症化して重症化せずに免疫だけを持つ。その基礎免疫でもって、そのあとかかっても重症化はしない、つまり風邪で済む。もしも、そういうふうにウイルスが推移すれば季節性コロナウイルス、つまり風邪のコロナウイルスのようなパターンになると言われている。つまり、今のところ風邪のコロナウイルスのようになるのか、季節性インフルエンザウイルスのようになるのか。これがこのウイルスがどういうふうに変異してきたのかによって分かれるわけですね。ゆえに今のところ分からないわけです。

もちろん今、季節性コロナは風邪の25パーセントぐらいを占めるわけですが誰でも季節性コロナワクチンを打っていないですし大体、存在しないですね。これは皆が子供の頃にかかって、軽症、まあ風邪程度で済んでそれがずっと続いて、大人になってもかかるんだけどそんなに重症化するわけでもないからワクチンも必要じゃないわけです。本当に今後このウイルスがどういうふうに変異しているのかに大きく依存します。以上です。

【草川会長】

よろしいでしょうか。ありがとうございます。

他はございませんか。ちょっと津市の人に教えて頂きたいのですけれども、64歳未満の人の予約、希望も始まっているのですが65歳以上の方の立ち上がりと比べて、何となくちょっと反

応が乏しいような傾向は感じておられませんか。職域でされたり、他の機会があったりして必ずしも津市の集団接種に集まるわけではないかと思うのですけれども。

【事務局】

そうですね。初日はやっぱり電話とかネットとか、かなりいっぱいになっている状況もありますけど、高齢者の時に比べては少ないイメージです。

【草川会長】

というふうにお聞きするのは、僕自身は年寄りばかり診ているので僕のところが少ないだけかもしれないですけども、若い方々の中にワクチン忌避のような方々が20パーセントおられるという話があったりとか、当初は努力義務という用語が一部で使われていたのが、それを公に否定して「皆のためのワクチン」という面を最近は全く言わなくなったような印象があるのです。

もちろんその個々の方々がかからないための自分のためのワクチン、家族のためのワクチンという意味もあるのだと思うのですけども、それだけで今後とも接種を推奨していくべきなのかどうかというところを津地区医師会の草川ですけども、どうなのでしょうかとこののを聞きたいのですが。

【谷口先生】

すみません、いいですか。

少なくともご高齢の方はそれまでに80歳を超えたら25パーセントの致死率とか非常に色んなところで言われたので危機意識が非常に高かったと思うのですね。

ただ、それ以下の方はどちらかという危機意識というものが低いのではないかと考えています。特に分科会とか色んなところでもお話があるのですが、この疾患のリスクというのを十分にコミュニケーションしていないだろう。ゆえに、そのどちらかというワクチンのリスクばかり皆さんは考えて疾患のリスク、実際に英国株にしる、デルタ株にしる、アルファ株にしる、30代、40代、特に50代でも重症化するわけですよ。

ただ、そういったところ、あるいは軽症であっても後遺症が残ったり、認知機能が低下したりだとか、そういったことが十分にコミュニケーションされていない。つまりリスク、危機意識を十分共有していないからだと思う。マスコミの人もよく言われるのですけども「政府として、それをきちっと言ったことがあるのか」とよくマスコミの人が言っているのですが、政府は「ワクチン、ワクチン、ワクチン、ワクチン」とは言っているものの、実際にこの疾患のリスク、ワクチンのリスクとデメリット、「これをきちっと説明していないだろう」、ゆえに、ワクチン忌避が増えるのではないかとこのように言われています。私は、実はそのとおりだと思っています。

やっぱり今後も接種を広げるにあたって、やはりかかりつけの先生のところ、皆さん聞きたいことはいっぱい、ワクチンはいっぱい来ますけども、やっぱりかかりつけの先生と一緒に話して頂いて、一緒にこの方たちのリスクというものを考えて頂いて、接種していかないとなかなか進まないのではないかなと思っています。

今後やっぱり、地域でのかかりつけ医の先生方のところでちゃんとしていく姿勢が一番大事なんじゃないかと個人的には思います。

【草川会長】

ありがとうございます。個々の若い人を含めて、個々の方々に対する感染した結果のリスクを正

しく知識として広めることによって、接種率を上げていくということですので、もちろん医療関係者だけでなく、普段、暮らしておられる地域の中、団体の中でそういったお話を正しく周知して頂くことを期待します。

ほか、よろしかったでしょうか。

【佐藤委員】

先生、よろしいでしょうか。津市の私立幼稚園認定こども園協会の佐藤と申します。谷口先生、今日はありがとうございました、お忙しいところ。貴重なお話聞かせて頂きました。

幼稚園協会から1つだけ質問させて頂きたいのですが、幼稚園協会の中でいつも話題にどうか、議論となるのが先生から先ほどマスクの話が途中で出まして「ほとんどの方がマスクを正しく着用していない」というお話も頂きましたけれども、子どもたちにマスクを着用させるべきか否かという議論がやはりありまして、特に「2歳以下の子どもたちに対するマスクのリスクのほうが高い」というお話もありましたけれども例えば幼稚園であれば大体、2歳から6歳の子どもたち、まあ4学年ぐらいの子どもたちをお預かりしていることが多いのですけれども、この子どもたちに今、ほとんどの幼稚園がマスクをして幼稚園に来るようにということでマスクの義務化をしているのですけれども、実際に現場では正しく着用を子どもたちがするのは難しいということもあって、ほとんどの子どもたちが、鼻が出ているなど、そもそも密着するマスクというよりも、少し余裕のあるようなマスクをしている子どもが多いので、そういった中でどこまで子どもたちにマスクを義務化していくのが実際のところ望ましいのか、そのあたりの先生の見解をよろしければお聞かせ頂ければと思うのですが、いかがでしょうか。

【谷口先生】

はい、この議論はですね国家的にも2009年以前のパンデミックの頃からあったのですが、例えばアメリカというのは小学校の前の、ナーサリースクールの時代から咳エチケットというのを教えるのです。もちろんアメリカというのは例えば「アウトブレイクの発端者となったら訴訟で負ける」というようなオチもあるわけですが、ただあちらはですねそのころからですね感染症対策というのを子どもたちに教育をしている。日本ではそういうことをしていない、どっちかという「日本は、『風邪は人に移したら治る』という馬鹿なことを言う」と、そういう議論がありました。

だから、小さなお子さんとマスクをきちんと付けられないでしょうし、なかなか難しいところはあります。特に2歳以下ではリスクもありますので薦められてはいけません。いませんが、そのころから強制義務というよりは「何故しなきゃいけないのか、人にうつさないようにする」ということをきちっと教えて頂いて「本人が何故するかというのを理解して頂く、それが今後に繋がるのではないか」という議論をしていました。

それはもちろん、手洗いとかですね色々なことに関わってくるわけですので、やはり教育という面で、完璧ではないにしろきちっと、この理由と効果というのを教えて頂ける、お話しをして頂いてやるのが大事なんじゃないかと思っています。

【佐藤委員】

先生、ありがとうございます。すみません、もう1つだけよろしいでしょうか。例えば、これは全く私個人の素人考えなのですが例えば小さいころにある程度、これはちょっとコロナウイルスというのはちょっといったん置いていて、小さいころにある程度風邪をひいていたり

することによって先程も免疫というか、抗体をつけていくというお話がありましたけども例えばその中で、ちょっと言葉に誤りがあるかもしれませんがマスク等で予防し過ぎていくことによって、逆に抗体が生まれていかないというようなことも、考えられるのでしょうか。

【谷口先生】

これまで色んな、いわゆる風邪に対する論文というのはあるのですが、概ね小学校入学以前のお子さんは平均すると年に7、8回風邪様の症状があるという統計があります。これはいわゆるナーサリースクール、つまり日本では保育園とか幼稚園に行っている人のほうが、回数が多いし期間も長いというデータがあります。

これは皆さんよく御存知のように、ああいうところでは「感染症のるつぼ」であって常に不顕性感染だったり、軽症の子どもたちがいつも集まってくるわけですね。つまりウイルスが充満しているわけです。そこに初年度、1年目の幼稚園の子が入ると一斉に洗礼を受けるわけですね。ゆえにほとんどのお子さんは幼稚園に入ると1年目というのはしょっちゅう風邪をひく、熱を出すということ、これは小児科の先生だったらよく御存知だと思うのですが、そうすると2年目になるとそれがぐっと減る。これは1回目の感染によって不完全な免疫がつくものですから、自分は症状は出ないけれども感染はして人に移すわけですね。で、次に来た人に移すわけですね。これの繰り返しになっているわけです。

ゆえに小学校に入った人の統計を取ると年に4、5回だったかな、つまり頻度が下がりますし大人になればもっと下がって行くわけですね。これはもちろん付く免疫によって、そういうふうになってくるわけですし、一定の年齢以上になればズドンときて下がりますからまたひくようになるわけですが。

ただ、それを意図的に、免疫をつけさせるのがいいのか、あるいはマスクをして予防をするのがいいのか、一般的に言うと重症度というのは入ったウイルス量によります。つまり暴露量が、いっぺんにたくさんウイルス量が入ると一般的には重症化します。そうすると無防備でウイルスをあげれば、重症化しやすいわけですね。そういうふうにと考えると一定の感染症対策はとっていたほうが理想はですね、ほとんど症状がなくて免疫がつくのが理想なわけですね。重症になって免疫がついてもあんまり得した気分にはなりませんから。そういうふうにと考えると可能な限り感染症対策をとっていくというほうが、得かなというふうに思います。

【佐藤委員】

ありがとうございました。

【草川会長】

伊與田先生、お願いします。

【伊與田委員】

すいません。先生、今日は大変丁寧なご説明ありがとうございました。久居一志地区医師会の伊與田と申します。医者立場というか、みんなもひょっとしたら思っていることなのでしょうけども、いつになったら感染症対策をしなくて済むようになるのか。

コンサート、会食、観光等がコロナウイルス感染症発生、感染症爆発が起きた前の状況ですね。その時は普通に会食、コンサート、観光もしていました。その状況に戻る、「こっからもう戻って

いよ」というメルクマールみたいなものはあるのでしょうか。

先生も考えはもちろん、政治的判断はあるかもしれませんが先生の判断、「ここだったら、前の以前の、コロナの前の段階のような普通に、自由に行動して制約なしでやっていいですよ」というメルクマールみたいなのが何かあったら教えてほしいんですけど。

【谷口先生】

はい。今の状況で、例えば70パーセントの方が免疫を持っておられる、80パーセントの方が免疫を持っておられる、つまり重症化する人がどんどん減ってくるという状況になったとします。つまり先程も申し上げた季節性コロナのようになってきたとすると何ら防御をとらなくてもかかっても風邪様の症状であって重症化しないわけですね、ただ一定の方は重症化をします。

つまり、社会として重症化あるいは死亡者の割合、率を「どのぐらいを許容するか」というところになってきます。例えば今イギリスで70パーセントぐらいの接種率で、すべて解除しましたよね、イングランドで。あれは、過去に1日3万人ぐらいの感染者があった時の死亡者は1000人ぐらいいたのですね。今は1日に3万人ぐらいの感染者があっても死亡者は十数人です。で、十数人だったら一応イギリスは許容範囲と考えてああいうふうな形、つまり全面解除にしたわけです。

そうすると日本はウイルスが蔓延している状況で感染が広がったとして、「どのぐらいの被害を許容範囲とするか」によって解除基準になってくると思うのですね。つまり季節性インフルエンザだと年間数千万、1000万、2000万がかかって超過死亡でいうと数1000ぐらいですね。あれだと皆さん、医療機関でマスクをしますし、院内感染対策をします。学校ごとに対策をするわけですけども、そこら中でマスクをするわけではないですね。ただ電車の中では結構マスクをしています、東京ではですね。ただ季節性コロナだとそれはしないわけですね。

そういうふうに考えると、理想的なシナリオとして重症化する人がワクチンを打ち終わってほとんど免疫を持つ、そういった方が重症化しなくなる、そういう状況で普段の生活に戻していく。今、イギリスでやっているのが壮大な社会実験だと思うのですが、あの状況でどのぐらい死亡者が出るのかね。そうすると、日本でやるとすれば個人的にはですね、今年の10月、11月になればいわゆるハイリスク者、20代以上の方の希望者のワクチンは終わると思うのですね。そうするとその時に例えば、解除していったとするとどのぐらいの症例数がでるかということを見ながらやっていくしかないかな。

実はこの間そういう議論があって、私はきちんとサーベランスを整備して一定の時期で解除して行って、死亡者がどのぐらい出るかをモニターしながら段階的に減らしていくべきじゃないかという意見を述べたのですが、結局どのぐらい重傷者と死亡者が出るかによって来ると思うのですよね。理想的に言うと10月から11月。まあ、今年の冬は「インフルエンザがぶり返すぞ」というのが世界的に言われているので、それを考えれば来年の春ということになるかもしれませんが多くの方が免疫を持った時点で、これまでの生活に戻れるのではないかなと個人的に思っております。

ただ季節性インフルエンザのようになると特定の場所での、医療機関とかですねそういったところでのマスクというのは必要になるだろうと思っています。以上です。

【草川会長】

ありがとうございます。そうしましたら、ちょっと時間も来ましたので本当に谷口先生、貴重なお時間の中でありがとうございます。皆さんで盛大な拍手をお願いします。

【事務局】

先生ありがとうございます、これで谷口先生は御退出をして頂くこととなります。本当に貴重なお話をありがとうございました。

事務局としましては、この講演会の内容で市民の皆さまに分かりやすいチラシを作成したいと思っております、先生にも御指導頂くことを相談させて頂いております。チラシが完成しましたら、委員の皆さまにお渡しさせて頂きますのでぜひ活用をお願いしたいと思います。

3. 津保健所からの情報提供

【草川会長】

はい。そうしましたら、もうすでに今日のほぼ内容は終わって、保健所の丸山先生、今日の御講演を通して一言、私どもに総括的な示唆を頂ければと思うのですが。

【丸山副所長】

どうもありがとうございました。

保健所としましてもコロナ対策の対応をさせて頂いております。日頃の皆さんの御協力の元、現在に至っておるわけですけれどもこの三重県内でクラスターですとか、それから患者様が発生したのを見ますと先程谷口先生もおっしゃっていたように、やはり食事の時マスクを外される機会ですね、食事の時ですとかそれから飲み会の時とか、バーベキューの時、「外だからいいかな」と思われるか分かりませんがバーベキューですとまたお酒も入っていますので、より大きな声で話が弾みますので飛沫感染の恐れが高まります。それからカラオケといったクラスターもございました。それから事業所でのクラスター。それから習い事、やはりマスクをちょっと付けてらっしゃらない場合も見受けられました。それからスポーツ、スポーツ本体よりも更衣室、着替えをしたりとかそういった時にやはり密になったりマスクを外されるというところで、感染の機会が多くございました。ですので、身近にそういった食事ですとか飲み会、バーベキュー、カラオケ、それから職場での感染対策それから趣味・習い事、あとスポーツ更衣室といったところ気を付けて頂いて、先生おっしゃって頂いたようにマスクを付ける、それから1メートル以上離す、出来れば2メートルがいいかと思えます。先程の飛沫感染2メートルは飛ぶということでしたので2メートル。それから15分に1回換気をして頂いて、あと手洗い・消毒というのに努めて頂いてデルタ株、ますます感染しやすいということも1.5倍ということも谷口先生おっしゃって頂きましたので、また引き続きしっかりと皆さま感染対策を努めて頂きますよう、そして今日のこの内容をまた御家族ですとか、お友だち、それから地域、職場の皆さんと共有して頂きますようお願いいたします。ありがとうございました。

4. その他連絡事項

【草川会長】

ありがとうございました。その他連絡事項、事務からお願いします。

【事務局】

まず、今日の講演会を聞いて頂いてのアンケートの記載をお願いしたいと思っております。お手元に講演会アンケートの用紙をお渡しさせて頂きまわっていると思っておりますので、オンラインで御参加の

皆さまは7月30日までに事務局までお送り頂きますようお願いいたします。会場の皆さまは今日お書き頂きたいと思いますのでよろしくお願ひします。

今後の健康づくり推進懇話会のスケジュールについて説明させていただきます。今画面は出ていますでしょうか。

現在、健康づくり課は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため医療機関や集団接種会場へ届けるワクチンの配送準備、集団や巡回接種会場での業務、津保健所への職員派遣を災害対応と位置づけ、職員一丸となって対応に当たっております。そのため今年度の懇話会は5回の開催と案内し、御予定頂いていたと思いますが、申し訳ありませんが3回に回数を減らして開催したいと思ひます。

8月に事務局が作成した感染症対策チラシを皆さまに送付させていただきますのでぜひ御活用お願ひします。11月に減塩紙芝居「元気戦隊ゲンエンジャー」の完成した印刷する前の物を委員の皆さまに送りさせていただきます。そちらで最終確認をお願ひしたいと思ひます。また同じタイミングで8月に送付させて頂いた感染症対策チラシの活用状況を教えて頂きたいと思ひます。3月の第3回懇話会において第4次健康づくり計画策定アンケート案の御協議をお願ひしたいと思ひます。3月に市長報告会、4月に懇話会活動紹介のケーブルテレビの放映を予定しています。よろしくお願ひします。

最後に資料2 津市健康マイレージ事業をご覧ください。津市健康マイレージ事業は市民が健康づくりの大切さについて考え、自らの取り組みを始めるきっかけづくりとして三重県と各市町が平成30年から取り組みを進めている事業で今年4年目になります。ぜひ今年も皆さまの周囲の方におすすり頂き、楽しみながら取り組みを進めて頂きますようお願ひします。追加の希望がありましたら事務局まで御連絡ください。

次回ですが令和3年度の第3回津市健康づくり推進懇話会ですが、画面に出ているとおり令和4年3月17日木曜日午後2時半から予定しております。会場につきましては通知の時に御連絡させていただきますので、お間違ひないようにお願ひいたします。連絡は以上です。

【草川会長】

はい、ありがとうございます。そうしましたらこれで全てです、お疲れ様でした気をつけてお歸りください。