

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3年度第12回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和4年2月19日（土曜日） 14時00分～16時00分		
開催場所	神奈川県庁西庁舎6階災害対策本部室 （横浜市中区日本大通1）		
出席者	<p>[委員等] ◎は会長○は副会長 <委員> ◎森雅亮、○小倉高志、市川和広、岩澤聡子、小松幹一郎、笹生正人、立川夏夫、畠山卓也 阿南弥生子、江原桂子、富澤一郎（梅田恭子）※、鈴木仁一、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹（小泉祐子）※ <会長招集者> 小笠原美由紀、加藤馨、長場直子、橋本真也、安江直人、吉川伸治 ※（）内に代理出席者を記載。</p> <p>[県] 黒岩祐治、武井政二、小板橋聡士、首藤健治、山田健司、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、大津 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、ただいまから令和3年度第12回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ます、医療危機対策本部室室長代理の品川と申します。よろしく願いいたします。 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、また土曜日にも関わらず、多くの皆様にこの協議会にご参加いただきまして誠にありがとうございます。 さてこのオミクロン株による感染状況であります、ピークアウトしたかのようにも見えるのですが、まだまだ気を抜けない、そんな状況であります。 その中で、本県を含む1都3県等のまん延防止等重点措置が3月6日まで延長を決定したところであります。 今週火曜日に開催されました全国知事会の新型コロナウイルス緊急対策本部会議におきましても、改めてオミクロン株の特性を踏まえた対策、また、保健医療体制の強化について、国への緊急提言をまとめたところであります。</p>		

また、保健所における新型コロナウイルス感染症対応に係る業務の重点化についての整理が国から示されるなど、新たな動きもありました。

そこで、本日の会議ではこうした動きを踏まえまして、重点観察対象者に関する議題等につきまして、協議いただきたいと思っておりますので、活発なご議論をよろしくお願ひしたいと思ひます

(事務局)

黒岩知事ありがとうございます。

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、14時00分から16時00分までの概ね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、名簿の配付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て、歯科医師会、高齢者福祉施設協議会、看護協会、薬剤師会、県立病院機構、横浜市消防局の皆様にご出席いただいております。また、本日はWEBでの参加をお願いしております。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。よろしくお願ひします。

続きまして、会議の公開非公開、議事録の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、「重点観察対象者について」および「陽性率と検査数の考え方について」ですが、事務局といたしましては、すべて公開としたいと思ひます。また、議事録の公開についても同様に取扱いたいと思ひますが、よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をお願ひします。

(全委員 異議なし)

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

それでは、これから先の進行については、当協議会の会長であります、東京医科歯科大学大学院兼聖マリアンナ医科大学の森教授にお願ひしたいと思ひます。森会長よろしくお願ひいたします。

(森会長)

ただいまご紹介いただきました、東京医科歯科大学兼聖マリアンナ医科大学の森でございます。本協議会の会長を務めさせていただきます。出席者の皆様には円滑な議事進行にご協力のほどよろしくお願ひいたします。

まず、会議の撮影・録音についてお諮りします。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となっております。会議はすべて公開ですので、撮影・録音は許可したいと思ひますが、皆様よろしいでしょうか。よろしい方は挙手の方お願ひいたします。

(全委員 異議なし)

はい。ありがとうございます。では会議は、撮影・録音を許可したいと思ひます。それでは早速議事に入りたいと思ひます。

報告事項・議題

(森会長)

まず、報告事項の「自主療養者向け療養証明発行について」です。畑中統括官よろしくお願ひいたします。

【畑中統括官が資料1に基づき説明】

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございました。前回出た自主療養をかなり改善いただき、それから前向きに考えていただけたと思います。

それではただいまの報告について、ご意見ご質問等がございましたら挙手をよろしくお願ひします。それでは小倉先生、どうぞよろしくお願ひします。

(小倉副会長)

全国に先駆けた本当に素晴らしいこの制度に関して、もう8千人に迫る勢いで使われていることに感銘を受けました。

ただ、今後のことを考えると、どんどん薬が開発されており、近々もしかすると、リスクのない方に関してもCOVIDの薬ができるということが出てきます。そういったときに、どんな方が自主療養に入るか、オンラインで薬を処方する形で診察するのか、自宅療養の方が治療をまた受けられる機会ということも含めてミックスしながら、オンライン診療等するシステムをどんどん情報発信していただけると、より良くなるのではないかと思います。オンラインとの結びつけなど、その辺りはいかがでしょうか。

(森会長)

畑中統括官、いかがでしょうか。

(畑中統括官)

やはり外来の逼迫を何とかしたいということで作り出したものでありまして、いまだにそこの状況は改善がなかなかできていないと思います。皆さんに頑張ってもらって、本当に何とかしたいという思いでやっておりますけれども、当然ハイリスク者、重点観察者、まずこういった方々の治療をしっかり早期につなげていくということを経て、県として段階的に、多くの方々が受けるべき受診・診療を受けていただけるように展開したいと思っています。オンライン診療等組み合わせ、キャパがどんどんできてくれば、そこは当然利用いただけるように推進していきたいと思っていますので、状況を見ながらまた協議させていただければと思います。

(小倉副会長)

ありがとうございました。このCOVIDを通じて、感染症診療に関する基礎づくりになればいいと思っています。感染症の時に皆がわっと病院に押しかけてしまふとなかなか難しいので、神奈川県が先駆けるというシステムに非常に感銘を受けております。ありがとうございました。

(森会長)

小倉先生、ありがとうございました。それ以外にどなたかご意見のある方いらっしゃいますでしょうか。病院協会の小松先生、よろしくお願ひいたします。

(小松委員)

病院協会の小松です。自主療養届が今かなり普及してきていて、相模原でも診療所の方に「自主療養届を出しているけれども、保険の証明書を書いてくれ」というような形で受診をされる方が少しいらっしゃいます。受診をしたら診察をして発生届を出してということになるので、リモートで療養証明書での対応をするというのは、非常にリーズナブルだと思います。そういう対応に対して、保険の対象とさせていただきます保険会社がいれば、それはそれでよろしかろうという考えもあります。

一方で、あくまでもこれは外来が逼迫しているということと、保健所機

能が破綻しているという、一時的なしのぎとしてこの自主療養届の療養証明書があるという考え方と、もう一つは、今後オミクロンが一般的なものになっていくから普及させていこうという考え方、要するに、この自主療養届というのが、テンポラルな制度なのかパーマナントな制度なのか、どうお考えか教えてもらえればと思います。

(森会長)

畑中統括官、お願いいたします。

(畑中統括官)

神奈川県は抗原検査キットを全国に先駆けて家庭内配布して参りました。お子さんがいらっしゃる全家庭に配布するとかですね。感染が爆発する、蔓延が広がってしまうことを前提とすると、やはり受診というものはキャパがあります。すべて検査して診断をするということが応えきれない時期が来るだろうということで、半年前から国に働きかけて参りました。そういった最悪の事態ということを前提に我々は準備をしてきたものですから、保険会社さんに申し上げているのは、オミクロンというのはなかなか封じ込めが難しい感染力を持っているので、この間に関しては、自主療養制度を継続することも致し方ない、継続することを前提に捉えて欲しいという形で協議をして参りました。当然、それ以降の変異株等出てきた時には、この形でいいのかどうか協議が必要ですし、2類5類という議論も高まっている中で、オミクロンのハイリスク者以外の方々についてどう捉えていくのか、国全体で考えた上で、神奈川県として自主療養届をどうその中に捉えていただくのかという整理をしていかなければいけないかと思えます。

(小松委員)

ありがとうございます。現状としては、最良の選択肢かと思っていますけれども、中長期的になってきたときに、色んなことを考える人がいます。通常、医療機関が保険の手続きをすると保険会社に割と細かいことを色々聞かれたりしますので、一度も直接会って確認していない人たちにこういうものを知事名で発行していくというと、長期的にやると、県としても勇気のいることだと思うので、ある程度、期間を区切りながら継続するかどうかとか、今後も気をつけていった方がいいのではと思います、発言をしました。

(森会長)

ありがとうございました。本当に適切なアドバイスだったと思います。小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

ありがとうございます。小松先生のご指摘は非常に重要だと思うのですが、ただ、こういった制度を県がとれるということが非常に重要だと思います。

今回のオミクロンでわかったのが、やはりこの冬の時期というのは、他の感染症、おそらく新型インフルエンザも含めてですけれども、ウイルスの毒力があまり強くなくても、基礎疾患のある方・高齢者というのは悪くなる時期だということ。県がこういった制度を使えるということが、今後の感染症医療に関しては重要ですので、この辺りを畑中統括官が色々考えてくれたということもありまして、進めて改善していただければと思います。小松先生が言ったように色んな人がいるので、いつ発行して、いつや

めてというのを、県で考えていただければと思っています。こういったオンライン診療、いわゆるデジタルを使った制度を、どんどん神奈川県で進めていただきたいと思います。

(森会長)

小倉先生、ありがとうございました。他にご意見、おありの方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは引き続き畑中統括官から、「SMS を使った療養案内の開始について」です。よろしくお願いいたします。

【畑中統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございました。どなたかご質問おありの方、ご意見のある方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは畑中統括官ありがとうございました。

続きまして、議題に入りたいと思います。今日の議題の一つ目ですけれども、「重点観察対象者について」です。

それでは阿南統括官、よろしくお願いいたします。

【阿南統括官が資料3に基づき説明】

(森会長)

阿南統括官ありがとうございました。

一つ私の方から、小児の関係の9枚目、それから最後の17枚目のところに、1歳以下という書き方ですけれども、小児科の場合、1歳未満という意味合いにとられることもあるので、ここでは統一して2歳未満にした方がわかりやすいと思うのですが、いかがですか。

(阿南統括官)

表現はどちらでもよかったのですが、以下という方がわかりやすいのかなと思い、揃えたところがありました。どちらでも意味合いは変わりませんので、2歳未満という方が整理がつくということであれば、そちらを採用いたします。混乱するかなと思ったのですが、逆ですかね。未満という表現がよいですかね。

(森会長)

他のスライド、10ページ・11ページでは2歳未満という数字で、図式しても2歳というところで、それ未満ということがわかりますので、統一して2歳未満の方がよろしいかと思いました。

(阿南統括官)

ありがとうございます。

(森会長)

それでは今の阿南統括官のご説明に関してのご意見ということで、立川先生、どうぞよろしくお願いいたします。

(立川委員)

横浜市民病院の立川です。

非常に先進的な取り組みですばらしいと思いますけれども、我々治療す

る側からすると、本来は治療介入すべき人たちが自宅で全く何もされていなくて、入院されているという方々、すなわち、この重点観察者対象という形は、基本的には今であれば、今までのソトロビマブの点滴とかモルヌピラビル、それから新しくはパクスロビドが、本来適用になる方々ですよね。今、保健所のフローの中にもその治療介入というところが全く抜けていたものですから、やはりどこかに入れていただきたいなど。そうでなければ、せっかく新しい選択肢が増えてきたのが、もったいないなという気がしますし、私たちは患者さんを受ける側だけなものですから、自宅療養の中で大体何割くらいそういった治療介入がされているのか、リスクのある人たち、例えば横浜市でどれくらいされているのかというのは、純粋な疑問があります。10%なのか、50%なのか、それとも2%なのか。患者数が多いので、50%いっているということは多分ないのだろうと思うのですが、治療介入するというのがもはやこのオミクロンの時代では当然になっていますので、ぜひそれも流れの中に組み込んでいただければと思います。以上です。

(森会長)

立川先生、ありがとうございます。阿南統括官いかがでしょうか。

(阿南統括官)

至極ごもっともなご意見でございまして、昨日、医師会とこの話をさせていただきまして、再度お願いしてございます。やはり初診の段階で、お薬の投与の対象者をとにかく抜けないようにしていただきたい。

やはり内服薬適用で色々難しかったりして、それから新しい薬が出たのですけれど、禁忌もあって開業されている先生方にはなかなか敷居が高いところもあるかと思いますが、極力投与する。そういう中で中和抗体に関してはむしろセレクトしやすいと。仕組みとして、初診の先生方が「この人そうだよ」ということだけ連絡いただきますと、県の方で中和抗体はもうとにかく投与するところにつなげるという仕組みを確立してございますので、投げてくれるだけでいいと。とにかくこの人が対象だと言ってくれるだけで、連絡いただければすべからく投与しますからということで、再度昨日も説明をさせていただきました。そういったことをさらに啓発していく、それは並行してやら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)

ありがとうございます。立川先生いかがでしょうか。

(立川委員)

すごくやっていただいているのはわかるのですが、その流れとして、保健所の流れとそれから各クリニックの先生の流れ2本というよりは、やはりちゃんとどちらかにまとめていただきたい。それこそ、濃厚接触者のフォローとかそういったことに関しても、今までは治療がなかったから保健所の方々が重要な仕事としてやっていましたが、オミクロンでこんなに患者さんが多い中で、業務の本質は何かというと、重症化予防ですよ。そうならば、保健所の仕事の中でも、実は治療につなげるということが最も今インパクトの大きい仕事ではないかと思います。すなわち、ワクチン何回やりましたかの聞き取りとかそういうことよりも、まずは治療につなげていただくという作業が、今、医療側で最も一番強い重症化予防の作業ではないかと思います。なので、そこは保健所の作業の中にもぜひ組み込んでいただきたいというのが個人的な意見であります。以上です。

(森会長)

立川先生、貴重なご意見ありがとうございます。こちらについては、また今後ご検討いただきたいと思います。それでは次に小倉先生、どうぞよろしくお願いします。

(小倉副会長)

重症化のことは阿南統括官の意見に賛成なのですが、もう一度確認させてください。

私の友人たちは皆、クリニックで今頑張ってコロナ対応をしています。友人に聞くと、発熱の患者が来ました、或いは今は熱が出なくても、のどが痛いというだけで結構陽性率が高いです。そうしたときに、重症化リスクのある方は、先ほどの中和抗体とか、ラゲブリオ適用がある、そういう方に関しては、抗原キットがだんだん入ってきているので抗原キットをまず使う。ただ、今までそういう薬の適用がない方に関してはPCRで、これは多分2、3日間かかるということです。なので、まずいわゆる適用のある方に関しては抗原キットで早く検査して、そこで比較的重症化しにくそうな人に対しては薬を出し、必要な方に関しては保健所に中和抗体の適用があるかということも添えながら連絡して、保健所としては中和抗体の適用があればそちらへ、県によって結びつくように手配する。その時に、今回の重症化しやすい人に関しては適用があれば入院、重点観察者じゃない人に関しては自宅療養に入るという形で、まずよろしいでしょうか。

(森会長)

阿南統括官、どうぞ。

(阿南統括官)

重点観察に入った方と入ってない方で、治療のフローが変わるかということでしょうか。

(小倉副会長)

そういうわけではなくて、立川先生がおっしゃったように、治療適用のある方は最初のところで選択されて、入院適用となる方について今話しているということですよ。

(阿南統括官)

はい、入口のところでもまず入院するかどうか、これはもう初診の先生方をお願いして入院する方は入院する、それから治療対象となる方は拾っていただいて治療対象だということをお願いしていただく。それは入院でやる場合もありますし、外来、或いは今は宿泊のケースもあります。宿泊ケースも対象者は極力拾うという形で今流していますので、入口でもまず極力拾うという形です。

(小倉副会長)

そうですね。ですので、立川先生がおっしゃるように、自宅か入院かということではなく、治療対象の中でまず拾い上げて、治療する方に関しては中和抗体投与といったところもちゃんと拾っていただけるということも前提ですよ。

(阿南統括官)

そうです。

(小倉副会長)

そうですね。ですので、そういう意味であれば、リスクということについては、私はいいのかなと。ただ、問題はこの40歳未満、つまり若い方ですけれども、去年か一昨年に20代で初めて、お相撲さんで亡くなった方がいらっしゃいました。あの時から、発熱が続いている方に関して、特に肥満の方々に対してはやはりリスクが高いので、最初に厚労省が言った4日以上でないとおフィシャルできなかったというのは、やはり4日近く熱が続いている方は要注意だと。入院の適用で、3日間熱があるというのは入院優先度判断スコアにも入れていただき、あれはいい試みだったと思いましたが、今回、AIコールとかLINEでのフォローの際に、3日とか4日以上熱が出ている方をちゃんと拾い上げて、注意していただけるかは結構重要だと思っています。

先日、埼玉で10代の方が基礎疾患なしで亡くなりました。あれもやはり熱が5日以上、おそらく発生届の問題等もあったようですが、そういった方が亡くなっているの、熱が続いている方は基礎疾患がなくても色々な形でリスクが高いということで要注意かと思えます。そこをうまく拾い上げるシステムがあれば、若い方に関してはよりよいと思っています。

あと細かいところでですけど、8枚目のスライドかどこかで、国は慢性閉塞性肺疾患しかリスク因子にとらなかったのですが、阿南統括官は以前に慢性呼吸器疾患を入れてくれるということで、県のリスクに入れていただいたのですが、今回のスライドは県のリスクのところ慢性閉塞性肺疾患となっていたので、8枚目のスライドだけ手直しが必要かと思えました。熱の方に関してのフォローはちゃんと拾い上げるかどうかだけ、教えていただけますか。

(森会長)

阿南統括官、いかがでしょう。

(阿南統括官)

重点対象者でない人ということですね。LINEとAIコールでのフォローの中に項目としては発熱があります。何日間続いたらそれを自動的に拾い上げるというようには、今は作っていなかったと思います。畑中統括官、どうでしょう。自動拾い上げには入れてなかったですかね。

(畑中統括官)

入っていないと思うので、療養解除の時の確認等で使っているプログラムがありますので、検討させていただいて、余りに数が多かった場合に、じゃあデジタルフォロー以外に何ができるかといったところもあるので、インシデントといわゆるリスク全体の中でのバランスで体制を作りたいと思っています。ちょっと検討させていただいてよろしいですか。

(小倉副会長)

カットオフでおそらく3日であれば結構いると思いますが、5日以上となると結構絞られると思っています。あと、熱は37度5分とか38度とかそういう形かと思っています。おそらくサチュレーションは、意外と95、96でも1週間続いていると結構まずい人が多いので、また検討していただければと思います。以上です。

(阿南統括官)

感覚でいいのですが、先生は何度くらいで何日間というのがいいと思われませんか。

(小倉副会長)

大体 37 度 5 分で 4 日間以上というところかと思っています。これが多ければ、38 度にしていただいてもいいでしょうけれど、そうなるのかなり少なくなると思います。

(阿南統括官)

ありがとうございます。これを受けて、ボリュームとそれから仕組みを検討してみたいと思います。

(小倉副会長)

ありがとうございます。

(森会長)

小倉先生、臨床の場に立った大切なご指摘ありがとうございました。また阿南統括官それから畑中統括官、よろしく願いいたします。それでは相模原の鈴木先生お願いいたします。

(鈴木委員)

相模原市の鈴木です。1 月下旬に県の方のリーダーシップをいただいて、重点と非重点とを分けて、保健所の疫学調査についても大分効率化が図れたということで、その点についてはお礼を申し上げたいと思います。

ただ、非重点・重点と分けたときに、医師会の先生の方からもご意見いただいたところなのですが、やはり初めに患者さんを診察するお医者さんの役割というのが今まで以上に重要になってきています。入院するかしないかという判断をしていただくし、先ほどお話があったように、中和抗体療法を使うのか治療薬を使うのか、そのあたりについても判断いただかなくてはいけないというところもあろうかと思っています。

また、患者さんに対しては、あなたは重点だから保健所から連絡がいきますよと言っていたか、或いは非重点だから保健所から連絡がいかないけれども、自宅できちんと療養してくださいねとか、そういうことを伝える役割もお願いせざるをえないというところもあろうかと思っています。

相模原市としては、その辺りを医師会の先生方にチラシを配ってご了解いただくということはやっていたところです。基礎疾患を持っているかどうかというのは、やはり最初に診ていただいた先生に判断していただくということがこちらとしては大事であって、重点観察する必要があるのに見落としがあった場合には、こちらとしては困るので、診察した先生に、心配な疾患がある場合にはそちらに記入してくださいということをお願いしているところです。

あとは自主療養についても、やはりこれまでの基準は非常にわかりやすいところがあって、一般の方でも自分は自主療養の対象かどうかというのは判断しやすかったかと思うのですが、今日の説明を聞いて、理屈はよくわかるのですけれども、ちょっと複雑になってきているというところがあると思います。これまでは行政の中というか、専門家の中で理解されていたことを、できるだけ県内の多くの人に理解していただかなくてはいけない、或いは多くの医療機関の先生方にも理解していただかなくてはいけないということからすると、神奈川のリスク因子と国のリスク因子で、色々調整が必要なのだと思いますけれども、私としては、できるだけ幅広く取った方が多分多くの方は理解しやすいだろうと思います。例えば、診察した先生の理解で基礎疾患があって、これはきちんと保健所から連絡がいきますよと言ったときに、いやそれは違いますよと保健所が言ってトラブル

が起きないように形をぜひお願いしたいと思いますし、自主療養に入ったけれども、実は基礎疾患を持っていたというようなことがあったらまた問題がありますので、そういったところでわかりやすい、皆が理解しやすいという形がいいのではないかと思います。その辺りをぜひお願いします。

それからもう1点、9ページの小児の年代別入院患者数とあったところです。今日のお話というのは、オミクロン株の特性に合わせた対応ということで議論が行われているかと思うのですが、この入院患者数というのは、昨年の1月から今年の1月までということで、一般的な疾病を含んだ入院患者数ということなので、やはりこの辺りから小児のことを言うのは難しいかなとは思っているところです。オミクロン株が流行ってから小児の入院患者はどうかということところは、議論する必要があったのではないかと思います。以上です。

(森会長)

鈴木先生、ありがとうございます。それではこちらに関しては、畑中統括官の方からまずよろしいですか。

(畑中統括官)

外来の先生方に様々なお願いをしなくてはいけない状況になってきているというところで、リスクの高い方であることをしっかりと診断の中で聞き取って、それをしっかり保健所に、発生届の中で表現いただくことの徹底が必要だということは、医師の役割としてお願いしたいと思っています。

一方で、先ほどSMSの話をなぜこの段階で申し上げたかということ、自主療養も含めて、やはり色々なパターンが出てくると、お医者さんたちも多分説明しきれないというケースもあると思います。国もこれを重点としてみたり、あれを重点としてみたりと、ダイナミックな対応の変更に、やはりなかなか行き届かないというところも含めて、ファーストタッチポイントでいかに誤解なくお伝えするのか、我々もアシストする形で、正しく伝えていく媒体を用意したということで、一つ重要ではないかと。保健所の皆さんには、このシステムの話は直近でさせていただいておりますので、ぜひご利用いただき、外来の先生方の負担軽減になるということで、ご理解いただきたいと思います。

(森会長)

ありがとうございます。鈴木先生いかがでしょうか。今のお話の中で、納得していただけましたでしょうか。

(鈴木委員)

自主療養についても確かに県の方で取り組んでいただいて、大変感謝申し上げますと思うのですが、県だけにすべての問い合わせが来るということではなくて、一般市民の方が自主療養のことについてよくわからない時には、やはり市の方に相談がきます。また、場合によっては医療機関の先生方にもまだお問い合わせがあるというところで、自主療養の対象者については自分で判断しなくてはいけないというところがあるので、それはできるだけわかりやすく、誰でも「そういう基準なのね」というところが必要ではないかと思います。色々理屈化すればこう分かれるというところはありますけれども、わかりやすくするというところをもう一度お願いしたいと思います。以上です。

(畑中統括官)

自主療養につきましては、今自主療養届が申し込みのところまではシステムで一気に入くようになっていきます。そのシステムの変更と今回の重点観察対象者の変更がリアルタイムでは繋がらないので、新しい対象者が正式リリースされるタイミングと自主療養のシステムとしての対応というのは、若干時間の幅があるというか、一定期間遅れてしまうと思います。我々が作っているその申し込みのシステムを、これまでと違う、あなたの基礎疾患どうですかという話もしっかり間違いなく入れていただかないと、自主療養としてはリスクを持ってしまうので、そういうところはしっかりデザインしていきたいと思っております。皆さんが自分で選択するということについて、間違いが起こらないようなデザインにしていく努力をしっかりとさせていただきます。

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございました。鈴木先生、あともう一つ、小児の件に関するお話がございましたね。阿南統括官、こちらはいかがでしょうか。

(阿南統括官)

今日、参考で出した資料はおっしゃる通りなのですが、小児科のグループの方で1歳以下がいいという検討をしていただいた結果としてお答えをいただきましたので、それで年齢は記載させていただいています。また改めてオミクロンでのデータということは集計いたしますけれども、一応そのところは踏まえた上で小児グループからの回答ということでご理解いただければと思います。

(鈴木委員)

ありがとうございました。ぜひよろしくお願いします。

(森会長)

それでは横浜市の船山先生でしょうか。お願いいたします。

(船山委員)

横浜市保健所の船山です。先ほど小倉先生から話があった37度5分が4日続く人のことについてなのですが、ちょっと情けない話で申し訳ないのですが、現場からすると非常に保健所の業務も逼迫しておりまして、新たな抽出をやると、また結局対象者のリストが上がってくるのはどんどん遅くなってきます。結局昼過ぎ、2時3時とかに上がってきて、そこから電話かけをして、今スタッフ皆夜中までやっております。丁寧に見るとというのは、臨床医の先生方のおっしゃる通りだと思うのですが、今保健所は、より丁寧に見るというよりは、最低限どこを死守するかという感じになっておりますので、ちょっと情けない話なのですが、そういうところを効率化して、県の方でも検討いただくと本当に助かります。

あと、先ほどの鈴木先生の話も含めてなんですけれども、やはり臨床の現場のクリニックの先生方、患者さんも含めて、なかなかこの制度はわかりづらいところがありますので、なるべく早く療養のしおりの改訂版、一刻も早くわかりやすい形で作って、患者さんにお知らせいただく。それがあると、現場の先生方もそれをご覧になりますので、そういった療養のしおりであるとかわかりやすいチラシであるとか、そういうことも含めてご検討いただくと大変ありがたいと思っております。よろしく申し上げます。以上です。

(森会長)

どうもありがとうございました。具体的な 37 度 5 分以上 4 日間などの辺りを、挙手していただいている小倉先生にお聴きしてから、ご自身のご発言をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

(小倉副会長)

どこに重点を当てるかというところが問題だと思うので、船山先生がおっしゃる通りで、これは保健所をお願いするというよりも、やはり先ほど畑中統括官からあった AI コールといった形でやるのか、或いは今医師会もオンラインというのは結構出ています。こういう問題があるから、東京やいくつかの地区では保健所の代わりに、患者さんをフォローするという、10 人とか 20 人という形で。これは開業医の先生達も結構大変だとは思いますが、そういうのが各地区で始まっているのは、このところが 1 回最初の時にチェックすればもうあとはいいかということ、そうではないところが COVID で。多分オミクロンになってくると、大分これは少なくなってきて、多分デルタなんかの時の方がもっと問題が大きかったと思うのですけれど、先ほどの若い方だけではなく、年齢が高い方は問題になっているとは思いますが。

森会長から熱のことに関してのコメントをとということなのですが、先ほどリスクの問題について鈴木先生が言ったことも結構重要です。開業医の先生とリスク因子の違いがあるということなのですが、これは最初の厚労省の手引きの時から、重症化リスクというのはある程度最初に決まったところもあるのですが、国際医療センター等から、初めて糖尿病とわかった人の方が、糖尿病と以前から言われた人よりも、COVID になったときに、重症度のリスクが高いと。これは前回、知事も指摘していただいたように、未病の考え方、普段から自分がリスクを持っているかというのがわかる、こういう健康の考え方というのを根本的に変えないと、やはり自宅療養も自分で勝手にできるのが怖いという形になってしまう。普段からある程度健診を受けることは結構重要かと思えます。

実は今度新しいパクスロビドが出てくるとなると、薬との併用作用だけでなく、腎機能障害があったときに薬を減量するといったことになると、今回クリニックの先生たちが言ったのは、検査をして陽性かどうか診断する以外に、採血まで取るなんて結構手間だと。これを使うためには、腎機能とか計らなきゃいけないのかと質問を受けたのですが、そこまで負担になると、この薬は使えないという形になってしまうことがあるので、普段から自分の検査結果がわかるとか、糖尿があるかどうかといったことがわからないと、新たにここでまたクリニックの先生に負担を掛けるのは大変だと思えます。後半はコメントです。ありがとうございました。

(森会長)

小倉先生、ありがとうございました。そうですね、保健所の逼迫状態を何とか避けるというのが一つの目的でもありますね。しおりの改定の件についても先ほどご質問がありましたけれども、畑中統括官、いかがでしょうか。

(畑中統括官)

先ほどの 37 度 5 分、5 日以上といったことを拾い出した後のプロセスも、有人でやるのかどうなのか、キャパシティとアウトカムで重症化予防ということにきちんと繋がるのかということも含めて評価して、やるのかやらないのか、やるならば、こういう形なのかということを考えなければいけない。とにかく今は仕事を減らすということが大事だと思います。で

きないことはできないし、でも、最低限命を守るためにやらなければいけないことが何であるのかいうことを今は見極めなければいけないタイミングであります。そこはしっかりと考えた上で、保健所の皆さんと協議をした上で、新しいことをやるのであれば、それは県としてこういった場で、やるかやらないかということも決めていかなければいけないと思います。

また、なぜチラシの話をしたかという、やはり1枚でぱっとわかるというのは非常に重要なことです。これは私の意見ですが、そのデザインに命をかけてもいいというレベルで重要なことだと思います。そういう意味で、これまで多くの方々に対応できていた外来で、冊子を使ってご説明していただけただけという時期もあったと思いますけれど、とにかく今は患者さんが大勢来ているのだから、とにかく見てぱっとわかるというものに我々も切り換えていかなければいけない。このチラシについては早々に展開して、ファーストタッチのわかりやすさを追求していきたいと思います。

(森会長)

ありがとうございます。周知の方法がとても大事になってくると思いますから、1枚のポンチ絵のようなものがあると非常によろしいですね。ありがとうございます。それでは、立川先生、どうぞよろしく申し上げます。

(立川委員)

しつこいようになりますけれども、やはり保健所の方々のコメントを聞くと、今の業務内容では治療介入までたどり着けそうもありません。そうすると、クリニックの先生たちに全部の治療の窓口が今できるのかということですが、大変申し訳ないですけれども、採血できないと治療できない、採血するなら治療しない、これはもうはっきり言いますが、残念なレベルです。そんなことで治療する気なのかと。そういう医療をやっているわけですから、もう皆さん治療に辿り着けないですよ。元気な人をどう対応するかという議論なので、お門違いのお話をしているのかもしれませんが、受け手から見ると、治療してない人達ばかりで、どうしてこの人は中和抗体をしていないのだろうかとか、どうして薬を飲んでいないのだろうかという方ばかりです。畑中統括官が言われたとおり、今どこにフォーカスするかと言ったら、治療できる人に治療薬を投与するというのが1丁目1番地ではないかと私は思いますけれども、お門違いというか別の機会に話すべきことだったかもしれません。

(畑中統括官)

だからこそ、外来がしっかりと診断・治療に時間を作れるということが重要でありますので、自主療養やこういった重点観察ですとか、色々な基準をしっかりと皆さんとを作ってきました。今回の自主療養についても色々な意向の中で、保険金を請求ができるのであれば、その方々はリスクが少ない、要は重点観察に入るような方々ではない、治療薬が必要ない方々であるということを前提に、自主療養を選んでいただいでいく。外来の方々が怠っているわけではなくて、とにかく押し寄せているという状況をどうするのかということだと思います。

(立川委員)

すぐわかりますけれども、少しファンタジーのような話にはなりますが、日本の医療機関は診断と治療をする場所が同じ病院・場所になっていたりしますし、開業医の先生達は、実は診断部門を切り離すことによって

開業を成立させています。「当院で採血なんかできないですよ」というのはそういうことです。採血・検査を切り離して単独で治療しているという弱点をまさに突かれていますのですが、PCR検査センターにしても抗原検査センターにしても、そういったシステムがこの2年でできなかったということが、むしろ私は問題だと思っています。そういうところをちゃんと作って、患者さんはクリニックに行くのではなくて、本来は検査センターに行って採血だけをする、CTだけ取ればよいのです。それで元気だったら自主療養に向かえばいいのです。今の医療の進歩は検査ですから、その検査を抜いてしまって、昔のようにドクターの診断能力だけで勝負しようと思うから駄目なので、もしコロナが続くと思われるのであれば、ちゃんとドライブスルーで採血だけできる、CTだけできるようなところを作ってください、その結果をもってクリニックに行ける、病院に行けるというようなシステムでの分業をぜひ真剣に考えていただきたいと思います。

(森会長)

ありがとうございました。阿南統括官は何かコメントがありますか。

(阿南統括官)

立川先生のご提案はかなりダイナミックな転換も想定されての話なので、それは追々だと思いますが、今やれることとして、皆で共有しなければいけないのですけれども、2年前と違って治療が色々入ってきたので、初診医の役割が変わったわけです。今までは検査をして診断をするというところで終わっていたのですけれども、今は治療があるので治療につなげていく、そういう思考過程のパラダイムシフトをしなければいけない時期で、これは医師会・病院協会では皆さんにお話をしています。そういう転換、発熱診療機関の役割として、今までは診断に主軸があったけれども、色んなワクチン・治療薬が入ったので、治療を自分のところでできるということで、治療の判断までが主治医のお仕事ですとお願いをしていますので、ここは根気強く先生方をお願いしていく。治療する部分がどうしても限定されるのは仕方がないと思いますが、少なくとも初診医は治療の判断までは、範疇として考えていただく、そういうところはたゆまぬ努力として継続するものと思っています。

(森会長)

ありがとうございました。とても大切な根本的な部分です。立川先生のお話もよくわかりますし、治療がこれからの考慮すべき因子として入ってくる、この検討だと思います。それでは、小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

今の話題はすごく重要だと思っています、立川先生が最初に言ったのですけれども、現状ちゃんと治療すべき人への中和抗体といった治療、断る人もたくさんいると阿南統括官から聞きましたけれども、治療が結びついていくかというのを県で把握できるのかどうかということです。

それからもう1つですが、先ほど船山先生が夜中までと言っていました、重点のレベルによって前よりかなり楽になったのではないと思うのですが、現状やはり数が多いということで、保健所が逼迫していることによって治療に結びついていないと保健所が考えるかどうか、この2点、阿南統括官と船山先生にお聞きしたいです。

(森会長)

まず阿南統括官いかがでしょうか。

(阿南統括官)

私が保健所のことを言うべきではないかもしれませんが、保健所は楽になったというよりも、遅延解消くらいのレベルではないかと思えます。まず皆が押さえなければいけないのが、破綻していたわけです。破綻してしまっていてどうにも処理できない、発生届が出てきても積み上がるだけで、1週間・2週間前の患者さんを発表するというような状態になる。それを回避して、何とか当日に捌けるようなレベルまで来た。それが今までやってきた重点のレベルの話だろうと思っています。先ほど船山先生がおっしゃったように、それでも夜中までやって何とか捌く、遅延を回避するくらいのもので、それ以上のところは厳しいです。

保健所の本来の役割をどのように考えるのか、これは感染症法に基づいて公衆衛生的な状態の把握をするということ、そして蔓延、感染の拡大を少しでも抑えるということが保健所の役割で、これが不動のものです。そのところにちゃんと彼らの仕事を特化してあげることが必要だと思います。やはり診断・治療というのは、これは医療サイドがフルに頑張れるようにしていかなければいけないので、そこは少し保健所に寄り過ぎていたので医療サイドに戻していく、これが今後の方向性だと誰もが思っているところです。ここはしっかりと病院協会・医師会と一緒に、極力治療というところまで含めて、医療サイドが初診の段階で責任を持っていく。或いはフォローということに関しても、神奈川県は33市町村すべての地域の医師会が、自宅療養の方々へのフォローというところにご参画いただけるようになったわけですので、これからの方向性を考えるのだらうと思っています。保健所がそういうところに業務を絞ることで、その分、本来の医療の部分は医療サイドがきちんと担いましょうと皆で改めて認識する、そういうことだらうと思っています。

(小倉副会長)

西浦先生が出ているアドバイザリーボードで、2月にHER-SYSの各県の入力状況を見て、大阪が結構厳しい状況という結果を出されていまして。神奈川を見ると、1月が明らかに悪かったのが今はかなり改善していて、これはこういった仕組みによって改善したものと思っていたのですが、それは先ほど立川先生が言った、治療がある程度結びついていてと考えていいでしょうか。

(阿南統括官)

オンゴーイングの話だと思います。治療が繋がっていても、100点満点ではないのかもしれない、それは皆が受け止めなければいけないので、治療を少しでもやる。皆が、それぞれこの状況の間に役割が少し変わってきたということを認識し、治療は誰が背負うのか、これはどう考えたって医療が背負うべきことですよね。医療が背負うのであるから、診断と治療というところを皆でやっていきたいと思います。時間かけながらもきちんと認識し、それからそのための体制のサポートをしていく。そういったことを打ち出していますので、それをみんなでやっていくというところだと思います。とにかく100点に近づけていく、それはもう毎日の進歩だと思います。

(小倉副会長)

わかりました。逆に、船山先生にお聞きしたいのは、今保健所の方で治療にしっかりと結びつけているかどうかということに関しては、どうなのでしょうか。私はクラスターでお休みしてしまい、立川先生が一番患者さ

んを持っているので、治療に入っていない人が多いというところを見ていると、保健所から見て治療に結びついているかというのはいかがなんでしょうか。

(森会長)

船山先生、お願いします。

(船山委員)

まず保健所の現状をお話しますと、横浜ですと、今は自宅療養の方が2、3万人くらいいらっしゃるって、重点観察対象者の方が1万人くらいいらっしゃいます。第5波のTeamによる実質的な最大の観察対象者は7千人くらいありました。今は阿南統括官の方で重点ということで絞っていただいて、やっと1万人くらいになっているので、何とか回っているというような状況です。

我々に関しては、基本的にモルヌピラビルとかの飲み薬に関しては関わっておりません。中和抗体療法に関しては県のシステムがありますが、それに上乘せをして横浜市でやっている各区役所、福祉保健センターで患者さんを抽出して行うというのがありますけれども、同意してくれる方が3割以下です。そういう中で今、患者さんへのファーストタッチで、重点観察対象者に対してヒアリングをして、評価するといったことを第1に考えていますので、その辺が中和抗体との結びつけが弱くなっていると思いますが、ただ頑張っって職員ともどもやっているような状況です。

(畑中統括官)

私からも補足させてください。県の方も、毎日5、6人のチームで中和抗体治療薬をご案内、受けませんかという連絡をしていますが、非常に応答率が悪いわけです。別にいいですと断られてしまうことが非常に多くて、我々も難儀しています。やはり医者ではない人にその治療法を案内されても、別に症状がないとか、あなたに言われてもとなり、この辺りを合理化していかなければいけないと思います。

やはりフロントでしっかり治療についてはご案内いただくということをお願いしていかないと、あとの過程で事務方が幾ら頑張っても、システムで通知をばんばん打っても、行動変容、意識変容は起こらないと思います。当然、先ほどのSMSなどでしっかりと配信していきたいと思いますが、やはりファーストタッチの役割が大きく変わりつつあると思います。その点で、私がここでコメントしていいのかわからないのですが、これから外来における治療数がすごく重要になります。先ほど治療にちゃんと繋がっているのかというお話がありましたけれども、治療できているのか、治療にちゃんとつながっているのかがすごく重要だということはもちろん間違いないと思います。しかも、その武器が出てきた。薬も色々使い方が難しいという話もありましたけれども、やはりまずは薬ですよね。そうすると薬剤師は重要ではないか、医者が処方した薬をフォローアップするのは薬剤師の義務になっていますよねと。薬を出すような方々へのフォローをしっかりとするという意味で、今後は別に外来医師だけではなくて、この人に薬を投与するべきかどうかというのは、薬剤師がしっかりとヒアリングをして、ちゃんと配って飲んでもらって、どうだったのか。今のところ、まだ薬剤師の役割や薬局の役割というのが、あまり我々がしっかり組み込めていなくて、発熱外来から自宅療養に流れるというところがあります。お薬を届けていただくというところには、十分に果たして頂けていると思いますが、治療に関して、なぜ保健所がフォローアップするのか、これをしっかり我々が捉えて、活躍いただかなければいけなくなってきて

いると思います。これは個人的なコメントです。

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございました。確かにドクターに近い方がお話ししないと治療は難しいと思います。でも、薬剤師さんに活躍していただくという1つの選択肢のように私も思います。かなり煮詰まった議論をしていただいたと思いますが、立川先生がおっしゃっていた治療面のどこにポイントを置くかがとても大事な点だと思いますので、これから早急にその部分を進めていかなければいけないのかもしれないかもしれません。他にどなたか、ご意見おありでしょうか。小松先生どうぞ。

(小松委員)

本題と少しずれるかもしれないのですが、治療の話題があったのでご質問をさせていただきます。

外来に受診された患者さんの中でリスクがある方に対して、積極的に初期の段階から治療をする。ただ、さほど希望者がいないというのと、それはいわゆるリスク悪化因子が高くない人が多いのかとも思いますし、オミクロンの特徴なのかと思います。

一方で、神奈川県全体の医療提供体制ということを考えると、個々の外来の患者さん以上に、高齢者施設のクラスターが一番短期間で集中的なストレスがかかってしまうイベントだと思います。そこに関して、いわゆる出張して点滴をやっけてしまおうといった試みを神奈川県としては当初からやっていると思いますが、本来であればチームでもっとやれたらいいのかなと思います。その辺りの実情というか、チームがあって出張して点滴でやれば、結局入院が必要になるまで重症化しないで済むのではないかとか、その辺りのところについて、どなたかご意見や実情を教えてくださいなればと思います。

(森会長)

ありがとうございました。これは、どなたにお答えしていただきましょうか。まず、阿南統括官、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

実数として把握しているわけではないのですが、やっていただいているところは相当にやっていただいています。元々、用意した施設とタイアップし、エリアごとに用意するというのをやってきましたので、そういうところでやっていただいているケース。それから広域での出張サービスといますか、出張で投与する、これもやっていただいています。とはいえ、全部ではない。これは事実でありまして、その障壁はいくつかありますけれども、やはり施設ごとの特性です。高齢者施設は、わかっている方はわかっているいらっしゃるように、全く一括りではなくて、ものすごく色々な特性を持った集団ですので、あるところではできても同じようなことがあるところではできないということが多々あります。その施設によっては、施設の担当医、委嘱関係にある医師の考え方も多少ここに反映されていて、やれるところとやれないところがあるというのも事実です。

それからさらに言うならば、これは同意の問題です。やはり薬剤投与に関しましては、検査で陽性であるということ及び同意が必要とされています。施設の特性によっては、この同意取得が非常に困難であるということが事実として多々あるようでありまして、同意が得られない。文書で本人から同意を得なければいけないということになっていて、ここがやや課題であると我々は認識しております。そういったことで非常に個別性が高い

ということがあります。ただ、もう少しできるのではないかと、まだもっと積極的にできるところはあるのだらうと思っていますので、極力、拡大できるのであれば拡大をしたいところでもあります。

(森会長)

ありがとうございました。高齢者福祉施設協議会の加藤先生からも手を挙げていただいています。加藤先生、ご発言いただけたらと思います。

(神奈川県高齢者福祉施設協議会 加藤様)

特養の方の集約はして、全体がわかっているわけではないですが、現実問題、大体 20 人くらいのクラスターが発生して、SpO₂ が 95 以下、或いは糖尿等基礎疾患ある方が半分以上入院して、半分以上は中和抗体の治療でやっている施設を 2 つ知っていますし、全くそれができないという施設もあるのも事実です。12 月に仕組みを作ってくれたものが一定数は機能しているというのは、実感しています。ただ、老健施設みたく 100 名の施設中で 9 割以上が感染しているような事例も出てきていますので、そういう場合は収拾がつかなくなっているという報告も聞いております。詳しいことはまだ全部把握していないですけれども、一定数、県の仕組みづくりが機能していることは確かです。

(森会長)

加藤先生、ありがとうございました。また、何かデータ等がありましたら、ご提示いただけたらと思います。それでは、立川先生どうぞ。

(立川委員)

高齢者施設というポイントはものすごく重要だと思いますけれども、やればわかりますが、前後で血圧を測る、基本的に中和抗体療法はとても大変です。むしろ高齢者施設は 100% モルヌピラビルとかパクスロビドの適用になるわけですから、併用がなければパクスロビド、併用薬で禁忌があれば、次はモルヌピラビルというところで、多分最初からスタートしても 3 分の 1 くらいは残るのではないかと思います。併用薬で問題のない方たちは、まずパクスロビドでスタートとして、モルヌピラビルも弱いとはいえ、オンセットからすぐ治療開始したらやはり効果は期待できますので、このパクスロビド、それからモルヌピラビル、それが駄目だったらソトロビマブ点滴というカスケードを明確にする。同意に関してはその前から取っておいていただいて、併用薬に関しても、可能であれば空いている時間に個々の人のチェックを入れておいて、それで発生した場合にはカスケードで流れていくようなことが 1 つの方法だと個人的には思いました。

(森会長)

ありがとうございました。加藤先生、どうぞ。

(神奈川県高齢者福祉施設協議会 加藤様)

同意の話が出ましたけれども、12 月に同意が取れなかった人も、実際にクラスターが発生して、家族なり本人なりやりますかというところのほとんどの方がやはり同意してくれます。意外と若い人から見れば、同意率は高いのではないらうかと見ております。

(森会長)

立川先生がおっしゃっていただいたように、あらかじめ治療に関する同意がある程度できていると速やかかと思しますので、ご検討いただけたら

と思います。小松先生どうぞ。

(小松委員)

皆さん、ご意見と状況を教えてくださいまして、ありがとうございました。元々、地域医療構想や地域包括ケアシステムの中で、いわゆる高齢者の施設と医療との連携はずっと課題になっています。施設によって全然違いますし、例えば、今このコロナの状況の中である程度備えている施設、あとは医療機関と連携を元々取られている施設、こういったところは比較的早く対応ができています。

一方で、日頃からそういった交流がないところも多々あるので、普段全然つき合いのないところに医療機関へ行ってくれと言われても、お互いにコミュニケーションが取りにくいということもあると思うので、今回このオミクロンで、そこが試されているという実感を持っています。何とか、元々あるこの高齢者施設の連携問題が、今回のオミクロンを通して前に進んでいければいいと思い、質問をしました。

(森会長)

小松先生、大切なご指摘ありがとうございました。畑中統括官、もしましたら、この回答とそれからその次の議題の二つ目も続けて進めてもらえますでしょうか。

(畑中統括官)

高齢者・ハイリスク者をいかに最優先に守るのかということが、医療体制に大きく影響がありますので、重点区分ということを、昨年末から施設について捉えてきています。これは速報なのでまだ変更があると思いますけれども、636施設のうち373がワクチン接種完了しています。2月中に終わるのが残り202施設。3月以降の見込みが60くらいだということで、636のうち90%はワクチンを打ち終わるといようなことであります。ですから、試されているなというのは、まさにそういうことだと思います。ワクチンがあるわけですから、いかに早くこういった場合にハイリスク者に届けるのか、それで治療をしなくて済むような状況を作るのか、プリペアドネスを高めていく。そして、この60施設のようなところをいかに減らしていくのかということに全力で取り組みたいと思います。

昨日から県のホームページ、県のLINEパーソナルサポート等で、この高齢者接種率というものを一番中心の指標に置いていかなければならないということで、配信も始めております。我々の軸も、予防できるもの、ハイリスクはローリスクにするところできっちり進めていかなければいけないと思っています。では、次の議題の説明に進めさせていただきます。

【畑中統括官が資料4に基づき説明】

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございました。時間がかなり迫ってきていますけれども、とても大切な言葉の定義であります。最初に、公衆衛生の岩澤先生、今の畑中統括官のお話はいかがでしょう。

(岩澤委員)

推計を入れることに関しては、変動というか、実数を入れないことに抵抗感はありますけれども、もしその市中の方のPCRを入れるのであれば、医療機関の方も全数の推計で入れた方がいいのではないかと、印象としては思いました。

(畑中統括官)

医療機関も推計ですし、医療機関プラスPCRの方も多分推計になると思います。人口当たりどれくらいやれているのかということです。

(岩澤委員)

そうすると、すべて推計でという、総検査数というイメージでしょうか。

(畑中統括官)

総検者数の方は推計がかなり入っていかないといけないと思います。セルフテストの方を、1家に1台といった話を我々してきたので、実態としてはそこがものすごい数だと思います。政府が1日80万とか100万配っているわけです。これを捉えないで、一体全体そのPCRの検査数だけ見ているのはおかしいのではないかと思います。昨年末からこの国はPCRだけではなくて、セルフテストで抗原検査キットをやってくださいと言って、なぜこれを入れないのか。仮に入れたら神奈川県では、ものすごい数かもしれません。

(岩澤委員)

やはり、診断に使った検査すべてを分母にするというのが原理原則ではあると思いますので、結果を陽性としたものに対しての行った検査数に置き換えるということであれば、医療機関プラスPCR事業の推計値プラスセルフテストも推計ということに入れていいのではないかと思います。

(森会長)

岩澤先生、ありがとうございます。それでは船山先生、どうぞ。

(船山委員)

個人的には、そもそもこれは違う種類のものですので、診断を目的にしてやる検査と、一般の人たちが何となく心配でやるという検査、そういったものをすべて同列に扱うのは少し違和感があると思います。

あと、陽性率が上がってしまう、感染の極期に上がってしまう現象というのは5波の時にも見られていまして、やはり感染の極期になると医療機関が忙しくなり、皆さんがG-MISに入れる数が減ってしまいますよね。なので、そういった歪みがあるということを確認しつつ使う指標なのかという気はしております。

(森会長)

畑中統括官、いかがでしょうか。

(畑中統括官)

フェーズごとに歪みだらけになる指標で、比較されてすごく嫌だなと思っております。G-MISもHER-SYSも逼迫してくれば、やはり入力数は下がりますので、何がしたかったのかということをもう1度明確にしたいところです。

(森会長)

小倉先生、どうぞ。

(小倉副会長)

私も、何の目的にこれをするかということと、よそとの比較というこ

とも含めてですが、やはり医療機関でこの検査をするというところでバイアスがあります。咽頭痛があれば検査する、熱がなくてもする、そういった疑った時にやる検査と、個人がやった検査が同一というのに関しては、やはり臨床医としては違和感があるということだけは言うておきたいと思います。ただ目的が違うのであれば、これはやることに関してはやぶさかではありません。

(森会長)

ありがとうございます。他にご意見おありの方いらっしゃいますか。それでは、今、畑中統括官からお話された検査の目的ということ意識しながら、今の考え方を導入することに関して、この協議会の方では、認めていくというスタンスでよろしいでしょうか。特にご異論がなければそのまま、畑中統括官どうぞよろしく願いいたします。

それでは、2点とても大切なお話をしまして、まだ課題もあると思いますが、協議会としては今の2点を認めた形で進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いします。

それでは、これで本日用意された議事はすべて終了いたしました。その他として、ご出席者の皆様から何かございますか。それでは、知事から一言、よろしく願いします。

(黒岩知事)

土曜日にもかかわらず、活発なご意見いただきました。誠にありがとうございます。

様々なことを振り返ってみて、皆さんとこういったしっかりとした協議を重ねながら、神奈川モデルといったものをずっと進化させてきた中で、例えば、昨日もプライムニュースという番組に阿南統括官が来てくださったのを見ていましたし、それから、先日は森会長が神奈川を代表する形で番組にご出演いただき、本当にありがとうございます。その中でもゲストの中から、やはり神奈川モデルはすごいよねという形で言われていたことは非常に誇らしく思っているところでもあります。何がすごいのかと言ったときに、神奈川県は一枚岩で現場ともコミュニケーションをしっかりととりながらやっているということがやはり一番の強みだと思ったところです。その力は、これはまさに皆さんのご協力があってこそこのことだと思うので、心から感謝申し上げているところでもあります。この感染爆発期という中で、自主療養届といった制度を作り上げて、それをご提言してという中から始まっていましたけれども、当初を振り返ってみても、この場でそういったものをいきなり出してもなかなか認知されないのではないか、早く認知されるように努力すべきだと、知事を先頭にやるべきだといったことを言われましたけれども、この認知の進み方の速さといったものを振り返ってみると、すごいなと感じます。そして、そうは言いながらも、様々な問題点もご指摘がありました。自主療養届を出したら配食サービスがなくなってしまうのか、患者はほったらかしにするのかと。本当に生活困窮されている方で、配食サービスがなくなった状況の中で耐えられるのかと、そんな問題もありましたけれども、それも直ちに我々是对応できるように、本当に生活困窮されている方にはご相談をいただいたら対応するような仕組みを作りました。それと、ご批判の中にあっただのは、そういう自主療養届をプリントアウトしても保険が使えないではないかということがありました。これもあつという間に保険業界を動かして、保険適用といった流れを作った。療養証明という、これも実は画期的なことだと思います。これは保険会社の皆さんのご協力あってこそだと思いますけれども、そういう流れがあつという間にできるといったことが本当に素晴らしいこ

とだと思います。

子供への感染がやはり非常に心配だという中で、保育所をどうするのかという非常に難しい問題がありましたが、小児科医会のご提言を受けてこの場で検討させていただいて、保育所といったものについては、濃厚接触者で徹底的に閉めていくということよりも、基本的には開いていくといったことが必要だろうというみたいな流れが出てきました。これはしっかりと市町村等々と連携をとっていかなければいけない中で、市町村にご意見聞いたところ、国の通知がまだ生きていて、1人でも濃厚接触者や陽性者が出たら、もう園全体を閉じてしまうといったことがずっと残っていました。

そういった国の方針が残っている中で、県だけで変えると言っても、それを市町村がそれぞれ責任を持ってやるとなかなかできないという話があったことを受けて、我々は国に要望をしたわけでありました。これに対して国の方も、それぞれの地域の状況に応じて柔軟に対応しなさいといったことの返事が直ちに返ってきて、これができるような体制が出来上がってきました。だからといって、保育所は全部もう開いてくださいよということではなくて、そういうこともできるようになったといったことを踏まえて、それぞれの市町村でご判断いただくということであります。それぞれの保育所等々でご判断いただく、そして、父兄の方が大変ご心配であるでしょうから、そういったことのコミュニケーションをしっかりとやっていただく。我々はその基本的な大枠で、国も認めた、県も認めているといった状況、感染症対策協議会の専門家を認めているという状況、ここの枠組みを作っていることは、非常に大きなことだと思います。

その中で、今日、重点観察対象者の考え方そのものが、神奈川発であったものが国の方でもそういった考え方や基準ができてきた。その基準に合わせて、また神奈川県ならではの基準を作り上げて対応していく。このコロナと長い戦いの中で、相手もどんどん姿形を変えてきて、我々はそれに対して柔軟に対応する流れを作って参りましたけれども、またこういう形で新たな体制ができ上がってきたことを県民の皆様にご理解いただけるように、私もしっかりと発信をしていきたいと考えています。本当に今日はどうも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。それでは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います。よろしくお願ひします。

(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、活発なご議論いただき、誠にありがとうございました。

それではこれをもちまして、令和3年度第12回神奈川県感染症対策協議会を閉会させていただきます。長時間にわたりありがとうございました。