

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6回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和3年9月22日（水曜日） 18時30分～20時30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、山岸拓也 阿南弥生子、江原桂子、富澤一郎（梅田恭子）※、鈴木仁一、土田賢一、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹 <会長招集者> 小笠原美由紀、加藤馨、習田由美子（竹下望）※、長場直子、橋本真也、堀岡伸彦、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、首藤健司、山田健司、中澤よう子、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、竹島 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、ただいまから令和3年度第6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感染症対策担当課長の田中と申します。よろしくお願ひいたします。 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、多くの皆様に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。毎回活発なご議論をしていただき、心から感謝申し上げます。 一時期は3,000人にも及ぼうかというようなコロナの患者数でありましたけれども、今日は新規感染者数が173人ということで、随分落ち着いてきたなというところでございます。この後どうなるのか、まだ気を許せない状況が続くと思います。今回の協議会では「地域療養モデル」「病床確保のフェーズ設定」「入院基準改変」「中和抗体カクテル療法」等の新たなコロナ戦略について具体的にご議論いただきたいと思います。こちらでいただいたご意見を参考に、県として対策を進めていきたいと思っております。</p>		

で、どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

黒岩知事、ありがとうございました。では、本日の議事進行等についてご説明申し上げます。本日の会議は、18時30分から20時30分までの概ね2時間を予定しております。本日御出席の皆様の御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、薬剤師会、県立病院機構、看護協会、横浜市消防局、厚生労働省の皆様にも御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をお願いいたします。

続きまして、会議の公開・非公開、議事録の公開について、お諮りいたします。次第をご覧ください。本日の議題は、新たなコロナ戦略として「地域療養モデル」「新フェーズ設定とフェーズ下げ」「中和抗体療法の強化」「入院基準改変」「新戦略」ですが、事務局としましてはすべて公開としたいと思います。また、議事録の公開についても、同様に取り扱いたいと思いますが、よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をお願いします。

(全委員 異議なし)

ありがとうございます。それでは、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いしたいと思います。森会長、よろしくお願いいたします。

(森会長)

ただいま御紹介いただきました、東京医科歯科大学大学院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、円滑な議事進行に御協力のほど、よろしくお願いいたします。

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になっております。

会議がすべて公開ですので、撮影・録音は許可したいと思います。皆様よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をよろしくお願いいたします。

(全委員 異議なし)

ありがとうございます。会議は撮影・録音を許可いたします。それでは、議事に入りたいと思います。

報告事項

(森会長)

報告事項の、「ヒアリングシート等のWebフォーム利用実績」についてです。では、畑中統括官、よろしくお願いいたします。

【畑中統括官が資料1に基づき説明】

(森会長)

ありがとうございました。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、発言をお願いいたします。皆さん挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。

それでは、小倉先生お願いいたします。

(小倉副会長)

畑中統括官、どうもありがとうございました。今回、やはり保健所の業務のひっ迫という形で、色々な対策が滞っていたような感じがします。ロナプリーブとか中和抗体薬を治療として捉えるという意味では、保健所の振分のほうに力を割いていただくほうが良いです。第6波に備えてということは、このシステムは非常に良いです。より簡略化していただいて、保健所の業務を軽くするというのはとても大事であると思いました。

(森会長)

他にいかがでしょうか。

(畑中統括官)

今回、第5波ですけれども、ストロイドを早期処方するという話もありましたし、先日から政府が外来だけではなく、入院から始まりましたけれども、中和抗体の処方を、これを往診でも、ということになってきますと、やはり療養の途中から治療情報が入ってくる、ということで、どの方がそういった治療をしたのか、そして治療実績を把握していかなければいけない。どれくらいの改善が見られたのかという全体の数字も把握しなければいけない、ということで、実施する医療機関の皆様に患者さんの状況を教えていただくという仕組みも部分的ですが始まっております。少し患者さんが少ない間に、仕組みについてはきっちり運用できるかたちで皆様と次の波に備えたいと思っております。

(森会長)

ありがとうございます。この仕組みがしっかり機能すれば、必ず皆様に還元できるものになると思います。他にどなたかいらっしゃいますか。

(小倉副会長)

畑中統括官がおっしゃったみたいに、治療が入ることが大事で、システムがとても良いです。色々な個人情報があるので、管理が非常に難しいと阿南統括官がこの前おっしゃいましたけれども、逆にその部分が少しでも情報共有できると医療機関としてはありがたいです。つまり、往診をどの人にすればよいのか等、そういったことが分かります。

(森会長)

ありがとうございました。

(森会長)

それでは続きまして、報告事項の、「自宅での抗原検査キット活用実績」「早期薬剤処方の指針 Ver3 と現状活用の考え方」についてです。それでは阿南統括官、ご説明をお願いいたします。

【阿南統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

それではただいまの報告について、ご意見やご質問ございましたら、ご発言よろしくお願いたします。

(小倉副会長)

今後、第6波等が出てきた際に、事前に投与するやり方を取るのか、あるいはもっと医師会等との連携でオンラインという形がベストだと思

ます。事前というのは、非常時で災害級という今回のような場合に限り、第6波までにオンライン診療等の体制を整えることがよいと思うのですが、その辺いかがでしょうか。

(阿南統括官)

おっしゃられるとおりで、一番いいのはオンラインだと思っています。しかし、オンラインが押しなべてすべてのエリアで良いタイミングでできるということが確約できると思いますか、全県で対応できるというところが担保できないといけない、それまでの間はこの考え方は、一応維持しつつ、もちろんおっしゃられることは以前から県医師会等と協議していることでもありますので、引き続き全体として沢山のところができる体制が確保できればという条件付きかなと思います。

(小倉副会長)

ステロイド以外に関しては、私も投与はいいと思いますが、ステロイドはオンラインがベストかなと思っています。

(森会長)

小松先生、どうぞよろしく願いいたします。

(小松委員)

次の第6波対応の中で、ステロイドを外来で処方する、しないの段階の周知に関しては、今までは神奈川モデル協力機関連絡会議で、迅速に共有できていたと思うのですが、もし今後もステロイドをクリニックでとなった場合は、医師会を通して何か周知を図るとか、そういう形でやっていくしかないですか。そのあたり、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

その通りだと思っています。この指針の形で基本的な考え方を皆さんで共有してあれば、伝達もしやすい。今回はそういう考え方だという、新しく入った部分もありましたので、そこら辺の説明ということもありまして、病院協会・医師会にご協力賜りまして、何度も説明の場というものを設けさせてもらいました。そういったステップもあり、この考え方がベースで走っていると、今こういうタイミングですよとお伝えするということが今後はなろうかと思っていますので、そこら辺は周知しやすくなるだろうと思っています。その時は、県と医師会、あるいは病院協会と今そういうタイミングですよと共有できれば、後は連絡をしてもらう。そういうことで少しスムーズにできるのではないかと思います。

(小松委員)

ありがとうございました。

(森会長)

横浜市民病院の立川先生、よろしく願いします。

(立川委員)

ステロイドは非常に有効だったと思っていますけど、やはり電話だけであって、おかしいなと思う患者さんを入院させてみると、尿中の肺炎球菌抗原陽性とかがあったりして、やはり治療としては有効ですが、注意が必要です。阿南統括官も今はそういうフェーズで無いとおっしゃっていると思いますが、実はロナプリーブもそうだと私は思っているのですが、やは

り検査を入れて欲しいです。その患者さんが病院機関に来ていることはチャンスですから、PCR 陽性を出した機関、その施設というのは、単にPCR 陽性だったら後は保健所っていうよりも、PCR 陽性とわかった段階で、やはり画像とか採血とかをちゃんと入れて、それを共有していただくことで安心してロナプリーブもできるシステロイドのスタンバイも考えていけるのですよね。前から言っていますが、とにかく今のコロナというのは外来機能がとにかく無いのですよね。だから患者さんが病院機関にいらしてはるの凄いなチャンスですから、しっかり検査を入れていく方法論も考えていただければと思います。

(森会長)

いかがですか、何かありますか。

(阿南統括官)

以前から我々も、その通りだと思っております。病院に関しましては、より一層の検査をしていくことを推奨するというのと、クリニックだとなかなか検査も難しかったりすることもありますので、そのところは横浜市さんも検査できる体制にも取り組まれておりますので、そういったことを少しプッシュ行く、そういうことなのだろうと思います。

(森会長)

他にどなたかご意見ありますか。

議題

(森会長)

それでは、続きまして議題の方に入ります。2の議題、「地域療養モデル」について、阿南統括官、よろしくお願いします。

【阿南統括官が資料2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。それでは、ご審議いただきたいと思っております。今のご説明に関して、何かご質問おありの方いらっしゃいますでしょうか。笹生先生、よろしくお願いいたします。

(笹生委員)

阿南統括官、ありがとうございました。
自院の患者のケースですが、軽症で地域療養神奈川モデルに乗らずに自宅療養していた方で、発熱が持続してサチュレーションも下がってきたことから、自分が毎日電話してフォローいたしました。結果的には入院となったことから大事には至りませんでした。療養の段階において、軽症から中等症に変化した場合に、途中から地域療養神奈川モデルに乗せられるように改変していただくと、このようなケースが減ると思っておりますので、ご検討願います。

(森会長)

ありがとうございました。小倉先生よろしくお願いいたします。

(小倉副会長)

結論から言うと私も賛成で、緊急性ということでみれば、そのような形で保健所の業務を少しでも軽減するというのも含めて、今の結果も含め

て、サチュレーションが高い方に関しては発熱の換算だけという形でいいと思うのです。別の観点なのですが、問題は自宅療養で軽症で終わった方が、皆さん、そのあとがどうなのかというのが、結構、問題になっていて、大阪でも第4波なんかで自宅で何とか治してしまった方、笹生先生がおっしゃったように、熱がずっと続いても96%で何とか10日ぐらいで熱が下がっていく、10日間も8度熱が出た人が軽症で形で何とか乗り切った後に、後遺症の問題もあるので、自宅療養で終わった方が、そのあと医療機関、立川先生のおっしゃった問題も大きく、検査を一度もしないで何とか乗り切った方が後で後遺症で苦労されている方がいらっしゃるということも忘れないでもらって、この災害とか緊急の、この対策で何とか死亡者を出さないということ以外の次の段階のことも考えていただいて、連絡はしなくていいけど、1回、自宅療養だったらクリニックに行ってもらって、レントゲン写真を撮ったりすることは、今後重要になっているので、余計な話も出てきましたけど、最初のここに関しては賛成です。

(森会長)

小倉先生、ありがとうございます。阿南統括官ありますか。

(阿南統括官)

最後のご指摘はごもっともだと、我々も気になっていたところですので、医師会と病院協会さんをご相談させていただいて、広く感染性の無い方ということなので、普通の診療のレベルで広く受けて頂くことが前提になるかと思っておりますので、またご相談させて頂きたいと思っております。ありがとうございました。

(森会長)

それでは、畑中統括官、お願いいたします。

(畑中統括官)

今、小倉先生が、保健所が連絡する負荷がというお話でしたけど、これは地域療養モデルの医師会等に我々が委託をした、患者さんへの連絡の話ですので、医師会ですとか訪問看護ステーションにやっただくご連絡を最適化するという話であります。一応、訂正といえますか補足になります。

(小倉副会長)

勘違いしてすみませんでした。ありがとうございました。

(森会長)

他にいかがでしょうか。小松先生、お願いします。

(小松委員)

様々な形で保健所の機能を我々で役割分担していったり、下りコロナ外来の充実というような形で、とにかく自宅療養中の方が自宅放置されないようにするということが、今後一番大事になってくると思うのですが、地域によって保健所のキャパが、多少ムラがあると思うのです。当然、地域の医療機関のキャパも有ると思うのですが、例えば相模原だったら、新規陽性者が1日何人ぐらいまでだったら、発生届を当日にさばけるのか。発生届が翌日にさばけない形になるのであれば、かなり診療所も頑張っただけじゃいかなければいけない段階だと思います。逆に発生届というよりは外来で陽性の判断をした医師がフォローしていく考え方もあると思うので、今

後、2類扱いで行くのか、2類から落としながらやっていくのか、そこまで大きな話も絡んでくると思うのですが、その辺については、いかがなものでしょうか。いわゆる保健所の限界値というのが分かると有り難いと思います。

(森会長)

はい、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

発生届が翌日までにさばけるのは我々としては堅持していきたいところですが、さすがに第5波で事例が出たのは事実だと思います。ただ、第3波の時の教訓で、そこら辺のところをモニタリングしながら必要に応じて人材を膨らませて処理してくということをしています。保健所設置市ごとに多少考え方が違ったり、応援の体制も違うということもございますので、そこら辺のところは多少デコボコする可能性が内在的にあるということなのだろうと思っております。今回の教訓と言うのは必ず活かされますし、また先ほど、畑中統括官からありましたように、そこら辺の業務改善ということが全般的に絡む話だと考えております。それを踏まえて翌日までにとすることは、極力目指したいと、そのうえで、先ほど先生からもお話がありましたように、そこをカバーする形で医師会・病院協会の先生方の介入ということも、従前からご相談させていただいている内容だと考えておりますので、そこら辺のところは、協力させていただきたいと思っております。

(森会長)

はい、ありがとうございました。畑中統括官、ご意見ございますか。

(畑中統括官)

発生届をデジタル情報で保健所にいただけると、当然、その分の工数というのはゼロになりますし、もちろん先ほどのWebフォームでのヒアリングも工数を下げていきたいとこでありますから、やはり発生届はHER-SYSで、というのは原則でお願いしていかないといけない。県としては、全体的に割合を高めていかないと忙しくなった時に保健所で止まるというところは、構造的に変わらなくなってしまうなというところで、是非、病院協会・医師会の皆様にはHER-SYSで行うことの徹底をお願いしたいと思います。今日、厚労省も参加していますが、HER-SYSの方も先ほどのロナブリーブとか治療の判断とか、ワクチン接種者なのかどうかもですが、やはり一番最初に診た医療者の方々に入れて頂くと、その後の様々な患者さんのケアが前倒しになるということもありますので、そういったところにも力を入れて行かれると思いますので、なるべくデジタルの所はご協力いただきたいと思っております。以上です。

(森会長)

小松先生、よろしいでしょうか。それでは小倉先生、よろしく申し上げます。

(小倉副会長)

小松先生ご指摘の感染症2類、5類というのは、ずっと議論になっていて多分、それを5類にするとすると、データとか管理が難しいので感染症の特殊事例という形で改良が必要なのかと思っておりますが、神奈川は今までこれだけ色々な形で上手くやっていて、そういう事例が重なっているの、

これも阿南統括官、畑中統括官を中心になっている県のお陰だと思うのですが、治療が入ってくると今までの保健所管理で無理が来ているので、今度は小児が増えてきて、学校でクラスターが出る。抗原検査キットをどんどん配っていった陽性患者が出る、そういったことで、結構無理が来ていると思います。もう、1年くらい前から言っている話ですけども、厚労省の方、こういう公開の場で発言は難しいと思いますが、阿南統括官とか畑中統括官の方で、知事も今日おられますので、管理全体の根本的な所を考えていただけないか。小松先生の先ほどの質問の一番の本質だったと思いますけど、答えにくいとは思いますが、阿南統括官、畑中統括官いかがでしょうか。ちょっと保健所管理が難しくなっていると思います。

(畑中統括官)

では、私から。これは個人的な考えというところで、させていただきたいのですが、全県的に今回、自宅療養者の情報共有ができました。これは他の県にはなかなか無い仕組みだと思います。一方で医療機関、入院された方あるいは退院された方など、あるいは、その後のケアの話も先ほどございました。やはり地域医療連携のようなものが全県的に無いということは、やはり患者さんの情報をクリニックから、療養所して入院、そして退院後の状況をしっかり医療的に追いかけるという所が、基盤が足りてないなと思っておりますので、コロナの間にどれだけ進むかは分からないことではありますけど、やはり全県的にこういったものを皆さんと共有する基盤というものを考えるフェーズに来ている。皆さんも、その必要性についてお感じになったのではないかと思いますので、始められる所から始めてみたいと、まずコロナでやれることから始めていければと思っておりますので、それは多分、平時にも展開できるような形で、皆さんと共有しながら進めていければいいのではないかと個人的に思っており、真剣に考えています。

(森会長)

畑中統括官、ありがとうございます。それでは厚生労働省の堀岡先生よろしいでしょうか。

(厚生労働省 堀岡様)

国としても、規制改革推進会議などから抗原検査キットの件について、ご指摘をいただいております。官僚的な物言いで恐縮ですけど、家庭で体調不良を感じて医療機関への受診を迷う場合等で、自ら検査を行えるように、抗原検査キットを薬局で販売できるようにすることについて検討を進めているところでございます。現時点でキットについて厚労省から言えることとしては以上です。

(森会長)

ありがとうございます。先生方、他にありますか。

(小倉副会長)

阿南統括官に、根本的なところが聞けてないのですが。

(阿南統括官)

おっしゃるとおりですが、全体として、コロナという病気をどういう風に我々位置付けていくのかということと、感染症法の法律との兼ね合いというのを皆さん苦しい所の中にあるのだと思います。その前提で一つだけ申し上げますと、よく2類を5類落とすと言いますが、5類落とすに恐ら

くなかなかならないだろうとっております。その理由は今の1, 2, 3, 4, 5にコロナはどれも当てはまらないです。どう考えても。いくら蔓延しようが薬が出来ようが、当てはまらないのですよね。定義づけにそぐわないウイルス感染症だということを踏まえて、そういう意味で別に据えてある訳で、5類落としとというのを一度頭から外して頂いた方がいいだろうと、代わるにしてもコロナという単独のウイルスをどういう風なサポートが必要なのか、お金が必要なのか、保健所でどう追いかけていくのか、それをどうやってデジタルで見ていくのか、そういった視点で別物として構築していくということが恐らく、将来的な方向性なのだろうとっております。それを前提として、おっしゃられるように、保健所の負荷を軽減して広く対応できるような形にしていくというのは非常に重要な視点で、これは先ほど畑中統括官からあったようにデジタル戦略ということベースにしながら、昭和の時代から続けてきた保健所の仕事の仕方ということを見直すというのは、神奈川県としては様々に今、ディスカッションしております。そういった中で少し見えてくる部分があるのかなという風に思っている次第であります。

(小倉副会長)

まさに先ほど、5類と2類の話はナンセンスで新しい概念というのは、その通りかなと思っております。ただ、そういう時に新しい感染症の面と免疫で重症化するという面と病気自身も非常に難しいので、現状としては畑中統括官が言ったみたいに、データを持っているというのは強いので、そこから政策提言という形を是非していただければ良いと思います。神奈川県は非常にある程度上手く行っていると思うので、それを上手く活かして提言していただければと思います。よろしくをお願いします。

(森会長)

小倉先生、ありがとうございます。他にいらっしゃいますでしょうか。それでは、次の議題に移らせていただきます。「新フェーズ設定とフェーズ下げ」であります。また阿南統括官よろしくをお願いします。

【阿南統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

阿南統括官、ありがとうございます。大切なご提示だったと思います。延期可能な入院手術の延期解除の件と新たな病床の確保のフェーズ、仮の5から4に戻す件についてのご審議ということになると思います。皆様からご意見いただけたらと思います。どなたかいらっしゃいますでしょうか。

阿南統括官からお話があったように、入院者数の予測値からのご検討だと思いますけれども。今のご説明よくわかりました。どなたかご意見ある方いらっしゃいますか。皆様ご承認いただけますか。小倉先生何かございますか。

(小倉副会長)

阿南統括官、この予測を出すのはAIを含めて非常に難しいのかなとは思っているのですが、昨今いろんな西浦先生を含めて、いろんな感染症の数理モデルに関しても、予測するのは結構難しいと思っております。それというのは、やはり治療があったりだとか、その地域の特性とかそういうのも含めてだと思っております。こういう予測に関していろんな要素を入れた段階で、今、AIを含めて難しいと言われているのですが、そ

のあたりいかがですか、一般論として教えて欲しいのですが。

(阿南統括官)

専門家の会議の中でも、様々な方が様々な立場で数理モデルを活用して発表されていますけど、非常に難しいと皆さんがおっしゃっています。上がり調子の時には、それは示せるのですけど、上がり下がりということで長期的な予測を立てるとするのは、非常に難しいというふうにお聞きしています。これに関しましては Yoo 先生からご意見賜るのがよろしいのではないかと思うのですが。

(森会長)

はい。ご意見いただけますでしょうか。

(県立保健福祉大学 Yoo 教授／医師)

県立保健福祉大学の Yoo と申します。今回の予想モデルを担当しました。確かに予想は難しいのですが、答え合わせというのをやっております。これまでのところ、かなり答え合わせの結果は、良好であると考えております。あと、一つのモデルに依存せず、我々の場合は G o o g l e が、県全体の予想というのをしております、それに追加して神奈川県内の二次医療圏に相当する、より細かい地域的な予想もしておりますが、県全体の予想、二次医療圏ごとの予想も、かなり正確に当たっておりますので、とりわけ 1 週間 2 週間単位はかなり正確な予想ができるかと思えます。やはり 2 週間以上になると、かなりズレが大きくなる傾向はあります。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

ありがとうございます。先生のおっしゃる様に短期に関しては、かなり当たるということは、すごいなと思うのですが、長期で特に何ヶ月先ということも含めると、G o o g l e もあんまり当たってなかったという話もあったので、長期はやはり難しいという判断でいいのでしょうか。

(県立保健福祉大学 Yoo 教授／医師)

はい。再度お答えします。我々研究グループに、基礎専門家といいますが、東京大学の先端研の児玉先生にも入っていただいております、ウイルス学の知識も伺いながら進めております。というのも、今回のコロナ、非常に特徴的なのは、ほぼ 3 ヶ月で波が始まって終わるというパターンなのですが、波の度に、皆さんご存知のように変異が入れ替わっているんですね。そもそも、なぜゲノムの違うウイルスになるか、別の言い方をすると、一つのウイルスが、なぜ一つの波で終わるか。まだ完全には実証されていないのですが、かなり確かな仮説としては、ウイルス自体が自壊していく、自ら壊れていくということです。変異することで、感染力の強いウイルスが、一旦は広がるのですが、その後変異を続けると、大体 3 ヶ月で変異し過ぎたということでウイルスが壊れていく、自壊していくことで、なくなっていく。ということで 3 ヶ月以上先というのは、全く新しいウイルスの変異株が出てくるので、ここを予想するのは非常に難しいですね。あと毎回、違うタイプの変異株が優位になる。今回はデルタで、その前はアルファという、感染力と重症化においてウイルスの病理的な特徴がかなり違うものが出てきます。やはり 3 ヶ月先以上というより一つの波が

終わった後に来る、次の波を予想するのは、非常に難しい。あとウイルスがどの時点で自壊するか。ほぼ3ヶ月と言われているので、それは予想できるのですが、やはり、これまでの感染症に比べて、私が以前、研究していたインフルエンザに比べても、非常にユニークなウイルスですので、そういう意味でも一段と難しいという予想になりますが、我々としてはベストを尽くしたいと思います。以上です。

(小倉副会長)

先生のお話よく分かります。多分、専門家達が言っているように、人流とか、いろんな形で、その3ヶ月サイクルというのは非常に分かりやすい説明かなと思います。ありがとうございました。

(森会長)

ご説明ありがとうございました。Yoo先生、よく理解できました。どうもありがとうございました。他にどなたかご意見がおありの方いらっしゃいますでしょうか。畑中統括官どうぞ。

(畑中統括官)

そういう意味で言うと、見通すことはなかなか難しい中で、やはり、いかに最速にその状況に合わせていくのか、ということが、我々に求められているのだと思います。今回本当に病院の皆様には、3週間でフェーズ上げにしっかり答えていただけたということが非常にありがたかったです。他の都道府県では、無かったことだと思います。聞いたことはないです。これだけしっかり病床を上げていただいたというのは、我々が第3波でなかなか上げられなかったということの、全体の中での学びの中で、この協定モデルというものを作りましたけれども、しっかり答えていただいたこと、またその次の、よりひどい状況も想定した形での、この今回のフェーズの変更ですね。それもまた、協定を結び直させていただくという形でありますので、ぜひ継続させていただきたいと思っております。本当に他の都道府県にはない、全体でのご協力だったというふうに感謝しております。以上です。

(森会長)

はい、ありがとうございました。他にどなたかございますか。よろしいですか。それでは今、こちらの方で審議された内容について、承認するという方向に進めさせていただければと考えます。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは続きまして、2の議題の「中和抗体療法戦略の強化」に移らせていただきます。阿南統括官よろしく願いいたします。

【阿南統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

阿南統括官ご説明ありがとうございました。それでは、ただいまのご報告について、ご意見ご質問等ございましたら発言の方よろしく願います。笹生先生、お願いいたします。

(笹生委員)

外来拠点病院の話なのですが、まず肺炎がないことが大前提だと思うのですが、そのCTの画像の必要性があるのかどうかということと、外来の拠点施設の申し込みが終了しているのですが、これは新たに申し込みがで

きるかということが2点目です。3点目としましては、中外サイトに登録して使うところが、患者さんを搬送する場合に、これが公的な交通機関を当然使わないので、県の公費でタクシーが使えないにしても、そういう搬送手段を何か紹介するとか、できれば公費で搬送していただけた方が助かるのだと思うのですが、そういう方法は考えてらっしゃるのか、その3点をお聞きしたいのですがいかがでしょうか。

(阿南統括官)

1点目は、CTは必須にはしてございません。そうすると、なかなか全員が対象にならないということで、酸素の低下がない正常の方ということで現在、規定させていただいています。ここに関しましては、小倉先生からある程度、何かご意見があるかもしれません。2点目をもう1回よろしいでしょうか。

(笹生委員)

2点目は、外来拠点の締め切りが県の方は、17日が締め切りというふうな形で書いてあるのですが、今後、まだ申し込めるかどうかということが2点目です。

(阿南統括官)

はい。もちろん継続します。1回目をどこかで閉めないとはスタートできないので、全体のスキームスタートのために、目安として一度区切りをつけさせていただいたのですが、現在もいろいろお問い合わせをいただいていますので、順次、条件を満たしている場合には追加ということで、可能でございます。それから3点目は、これは搬送体制に関して先ほど話したように搬送調整センターがありまして、県で用意した車両での行き帰りも搬送ということで調整させていただきまますので、それがお答えになっているのではと思います。

(笹生委員)

その他の枠組みで、医療機関で投与した場合も搬送調整をしていただけるのでしょうか。

(阿南統括官)

その他で投与した場合に、投与してお帰りになるということですね。入院適応ではないから、退院させて自宅の方という意味合いですね。はい。下りの搬送に関して、感染期間中に関しましては、対応させていただきます。

(笹生委員)

はい、ありがとうございます。

(森会長)

はい、ありがとうございました。他にいかがでしょうか。小倉先生お願いいたします。

(小倉副会長)

ありがとうございます。先ほどの笹生先生のCTに関してですが、私達の方も、5日6日目に肺炎を起こした方というのは、何かやっぱり効きが悪いということで、次のレムデシビルとかステロイド投与になっている方が多いです。やはり、3日以内に投与するというのは、結構理想で、よ

その県でも、かなりの症例をやっているところでも、3日以内が結構いいのではないかなって言っています。その時には、CTでやはり影が出ないことが多いです。ですので、CTをいつ撮るのかというタイミングについて議論がありますが、その時にCTは必須ではないのではないかなと思っています。あと阿南統括官の付け加えて、7日とありますけどピックアップする段階では、5日というのは結構妥当なのかなと思っています。5日としていて、病院にたどりついた6日7日の時に、例えば肺炎で、投与できないという患者さんに関しても、その時は次のレムデシビルとか、ステロイド適用になる患者さんが多いので、病院にたどり着くということが結構大事なので、そここのところも妥当だと思います。もう一つこれは、阿南統括官に質問を含めてなのですが、いわゆる比率4.何%というのは、高いのですが、これはいろんな副作用が入っているのかなと思っていますので、アナフィラキシーなどが喚起、15分から30分以内ということですが、インフュージョンリアクションなど24時間以内といっていますが、海外の治験のプロトコールでも1時間観察しているのは、プロトコールに入っていますので、それが副作用が何時間後に出てきたかというデータは、これも継続して取る必要があるかなと思います。それがないと、往診とか外来での点滴というのはなかなか難しいのかなと思っています。ですので、政治的な大阪とかいろいろ、いわゆる往診でやるというのは、パフォーマンスとしてはいいのですが、私も阿南統括官と共に安全第一という形になると、データを取った上で、これだから大丈夫だよという形でないと、24時間以内いつでも電話連絡がつけるようにという、起きてしまったら間に合わないかもしれないので、私も慎重に行った方がいいのかなとは思っています。どのぐらいで起きたかという質問と、もう一つの質問は、第6波に向かっては、ロナプリーブが本当に、もう一つの、やはり一つ兵器を、武器を選んでという形になっているので、これがうまくいけば、早期に行けばいいのですが、半分ぐらいがその適用があったのではないかなという患者さんが、ちょっとあるので、ピックアップをどのぐらい、県の方でできるのかどうか。それから、今までの第5波で、いろんなデータがありますから、ロナプリーブをもし行ったら適用がどのぐらいかという人数の把握と、今度、感染者が増えたときに、このぐらいのキャパで、ベッドを確保した方がいいというのはわかるので、その2点に関して副作用が、どのぐらい起きたかということと、どのぐらいの予想で、適用患者さんがいて、どのぐらいのベッドを確保すればいいかというのを、阿南統括官、もしよかったら教えていただけますか。

(阿南統括官)

はい、ありがとうございます。1点目に関しましては、私も気になっていたのですが、今回は緊急で調査をかけて、そこまで詰められてないので、ちょっと大変なので、そこら辺のところを再度聞くということは、今回考えてございません。その辺のところを踏まえてk i n t o n eで、そこら辺の登録をする、それを追いかけるようにするというので、整理をしたいというふうに考えてございます。

また、2点目については、基本として酸素低下がない人たちが対象になりますので、現在は自宅宿泊療養になる方が前提になります。まず、そうしますと一番追いかけてやすいので、自宅療養になる方で、先ほどお示した条件の人たちが新規陽性患者さんの中で何%いるかというのを、1週間データをとってみました。そうしますと最大で20%ぐらい。10から20%の間かなというふうに思っています。ただ、実際には病院に行ってみるとそこから適用から外れるということで落ちていく。最大で10から20%というふうに思っています。この後お話をさせていただきますけども、現在

は酸素飽和度で分離をして、入院か入院でないかということに分けていますが、再度スコアによる分類ということを今日、再度ご提案させていただきたいと、戻していく形にしたいと思います。そうしますと、スコアが高いので、ご本人は元気だけど入院ということが、再度出て参ります。そういった方々が、入院してきて、これは中和抗体の適用だなということで投与していただくということが、従前通りの入院の範疇の中で行われていく数が一定数出てくるのだろうというふうに思いますので、そこら辺が引き算になると。それから、やはりおっしゃられたように、行政で全部その1割2割という患者さんを全部拾い上げてというのは、患者さんを診察、診療行為をしていない中で、時間が半日なり1日なり診断からずれているタイミングで拾い上げていくわけですので、あまり好ましくない、それだけでは十分ではないだろうというふうに考えましたので、それで先ほどお話ししたように、診断をした医療機関の方で拾い上げをし、拠点の方にご紹介いただく、そういったような考え方で、より一層拾い上げられるようにするというふうに、全体としての流れは作っていききたい。そうしますと、どれかしらに引っかかってくるのではないかと。いずれにしても、最大で20%ぐらいなのだろうと思っています。これは同じような条件で東京のある区の調査をかけた内容が報告されていますが、そのところでは、対象者は新規陽性者の8.5%ぐらいだったと、10%弱というような数字で出されていました。やはりそういうことで最大限に20%、なかなか20%というところまでいかないのが現実ではないかと思っていますので10から20%ぐらいと考えておくのが、いいのかなと思います。

(小倉副会長)

ありがとうございます。多分リアルタイムでいけば、そのぐらいなのでしょうけども、逆にこちらで中等症病院とか、入院した患者さんで見ると、適用があったらという患者さんは半分近くであるので、多分、それを遅いのも、6日を過ぎてしまった患者さんも含めていられたのと、結構いるかなと思っているので、先生が言った後者の診断したところがある程度、その適用を見るというのがだんだん出来てくると、今度もうまくいくのではないかなと思っています。ありがとうございます。

(森会長)

はい、ありがとうございます。厚生労働省の竹下先生に挙手いただいています。竹下先生、よろしくお願ひします。

(厚生労働省 竹下様)

厚生労働省結核感染症課竹下です。先ほど小倉先生からご質問あった、時間の件なのですけれども、中外製薬に月に1回、重篤の副作用一覧をまとめていただいております、中外製薬のホームページの方で記載がございます。そちらの方では投与開始時間からの副作用の反応発生時の期間というのを示しております、基本日数なのですけれども、1日以内の場合は時間を出していただく形で、情報提供に努めております。これは月1回更新される方向で今、進めておりますので、こういったものもご参考いただければと思います。あともう1点なのですけれども、先ほど阿南統括官からご紹介いただいた東京のアルクの情報ですが、あのデータは確か、発生日数とかそういったものをすべて抜いて、要するに重症化因子がある人のパーセントでも大体2割だったと思いますので、早期に発生した場合の頻度で行くと、やはり当初、阿南統括官からのご指摘があった10から20%という範疇のところに入ってくるのではないかと思います。情報提供でした。

(森会長)

どうもありがとうございました。他にどなたがございますでしょうか。Yoo先生お願いいたします。

(県立保健福祉大学 Yoo教授／医師)

中和抗体の供給の問題についてのお尋ねです。現時点では供給に問題がないということですが、例えば1週間前の、日本経済新聞とか見ていると供給不足の可能性が今後出るかもしれないというような報道が出ていました。もちろん、これも感染の拡大次第だと思うのですが。私の質問は、もし今後、供給が足りなくなった場合についてです。現在入院についてはスコアをつけて優先順位のスコアをつけているのですが、例えばこの中和抗体療法について、もし供給が足りなくなる場合は、現在のその適用条件からスコアみたいなものを作るご予定というのはあるのでしょうか。以上です。

(阿南統括官)

現時点でも、実は優先度の判定はしてございます。最後にお示しした条件、これで拾い上げをしています。優先度としてはワクチン接種してない方を優先しようということで拾い上げを、例えば患者さんのリストで電話をかけていくのですが、ワクチン接種してない方。それからあとは、入院判定のスコアがありますけど、そこを転用しています。スコアが高い方が、高いということは、リスクが高いということでもありますので、そういった方からやっていく。裏返して言うと、スコアの低い人を優先度下げる。こういうことを現時点から、もう運用していますので、そこが転用されるのだろうというふうに思っています。供給に関しましては国、もしかすると竹下先生からかもしれませんが、大分供給されるということをお前提として、ストック病院ということが拠点病院になるということをお聞いておりますので、そこはもう前提として大丈夫なのだということをお考えてスキームは作らせていただいております。

(県立保健福祉大学 Yoo教授／医師)

ありがとうございました。

(森会長)

はい。よろしいですか。はい。小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

時間がない中申し訳ございません。おそらく、入院のスコアとまたこの中和抗体の優先度は、少し違うのかなとは思っていて、これは阿南統括官とまた相談かもしれませんが、私の友人の名古屋の病院などは、独自のスコアを作っていて、肥満は結構スコアを高くして、第5波、第4波は、肥満の問題が若年者に結構多かったんで、肥満の基準をちょっと高くしたりとかしていますので、このあたりも、今後優先度というのは出てくるかもしれませんが、次々薬が出てくるので、供給の問題が問題なければ、それは考えなくてもいいのかもしれませんが。ありがとうございます。

(森会長)

はい、ありがとうございました。他にはよろしいですか。畑中統括官どうぞ。

(畑中統括官)

他の薬も含めて出てくるだろうなという中で、やはり県としては、患者さんの搬送キャパが問題になってくるのだと思います。先ほどのそのタクシーのお話ですけれども、やはり、その全県で患者さんが発生する感染爆発が起こった時に、耐えられるような搬送キャパをいかに用意するのかということが、そのものことよりもおそらく、実際にすぐに問題になるのだろうということで、まずは、ある一定の数で始めますが、広げていけるような形で、民間の企業とも話をしていかなければいけないと思っております。

(森会長)

ありがとうございます。他にはよろしいでしょうか。それでは、最後の議題の方になります。「入院基準改変」と「新戦略」という点に入ります。阿南統括官よろしくお祈いします。

【阿南統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

阿南統括官、本当に詳しいご説明ありがとうございました。それでは、今のご報告についてご意見ご質問等がございましたら、発言をお願いしたいと思っております。立川先生、よろしくお祈いします。

(立川委員)

神奈川県を取り組みは本当に素晴らしいと思っておりますし、日本をリードしていると思っております。それで、そのワクチンパスポート的な発想はやはり必ず出てくると思うのですが、その中に、例えばタクシーの運転手さんがワクチンを2回打っていれば、そういう人たちは患者さんを搬送してもいいのだと、ある条件を満たせば。というようなことで、とにかく、患者搬送がすごく問題ですから、外来機能を回復して、自宅で39度を数日続けている人たちが外来を受診できない、というのは、やはり、まだまだ体制として弱いなと思っておりますので、より人が動けるような、というものにも取り組んでいただいて、むしろ、これは神奈川県というより厚労省の方ということになりますが、意見を述べさせていただきました。

(森会長)

はい、ありがとうございます。それでは笹生先生、お祈いいたします。

(笹生委員)

お話ありがとうございます。とても素晴らしい対策をされていて、全体の流れとしては、非常に神奈川県は全国のトップ行っていると思うのですが、まず入口は、そのワクチン接種のところなのですが、やはりその途中で今の話でも、ワクチン証明なんかを作って、接種率を頑張って上げていただかないと、実際に接種している医者としての肌感として、接種率が11月までに80%いかないのではないかというのは、非常に肌で感じています。若年者、中年者ぐらいの方が、あまり申し込んでこなかったり、ワクチンの供給が少し不確かだったせいもあるのですが、今第15クールで10月に全部ファイザー製のワクチンが来るということですが、その不安定さで個別接種が中心になっていたり、何か少しマイナスの要素があるような気がします。今の治療の流れとして、最後に話が出たのですが、出口で副作用外来の整備もお願いしたい。というのは、あちこちで副作用で肺が繊維化して、ひどい状態だということで、そういう方を全然治療を受け

ないで放置されたりするのでそういうところを何とか拾いあげるような仕組みも作っていただきたいと思います。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。阿南統括官何かありますか。

(阿南統括官)

ご意見賜りまして、検討させていただきます。

(森会長)

それでは小松先生、お願いいたします。

(小松委員)

実は昨日、相模原市内で脳卒中の救急対応について話し合う会議を開催したのですが、この1年半で、コロナでいろいろなことを築き上げた体制というというのが、今後ノンコロナでいろいろと生かせる部分があると感じました。特に脳卒中の場合は時間との勝負という部分がありますが、下りの連携がなかなか難しいという部分がございます。ですから、今後どこかでコロナのためにできた仕組みを他にも汎用していければ、すごくありがたいと思ったのが一点です。それから、これもその時に救急隊の課長の方とお話したのですが、頭関係の救急は阿南統括官もよくご存じだと思いますが、重症になればなるほどかなりの高熱が出て、熱中症もそうですが、他の頭部の痙攣ですとか、出血性の疾患はかなりの高熱が出ます。そうするとコロナというよりは頭部の異常が疑われるけれども、コロナの可能性が否定できないということで非常に大事な1分1秒が失われていくと。市民に抗原検査キットを配るくらいなら救急隊にも配れないのかと話をしました。救急隊は検査はできないという色々なルールがあるので難しいと思いますが、救急隊が抗原検査を出来れば、絶対では無いにしても受入れ搬送困難時には少しは助けになるかなと思った次第です。最後にワクチンですが、今市内の集団接種に参加させていただいていると、ここにきて土日枠を含めてかなり若い方も一所懸命接種に来てくださっています。その中で、妊婦さん、授乳中の方がここにきて急激に来るようになりました。残念なことではありますが、千葉県柏市のショッキングなニュースがあってからほとんどの方が打つという方向になっています。ですから笹生先生が言ったワクチンの接種率の向上ということに関しては、今回の第5波を受けて重症化された方や亡くなった方のワクチン接種がどうだったのか。ワクチンを接種しておかないと重たくなるし亡くなる可能性が30代でもあるということが第5波で分かったので、そのあたりを検証して、示しながらワクチン接種を進めていければよろしいのかなと思いました。

(森会長)

ありがとうございました。それでは小倉先生お願いいたします。

(小倉副会長)

ありがとうございます。今日もいろいろな話を阿南統括官ありがとうございました。立川先生の話と重なる部分もありますが、今回ここまで早期診断、早期治療が追い付いたことはいいのですが、問題は上手く適切なところに患者さんをあてがえるかとシステムの問題です。やはり運搬の問題も含めて、例えば自家用車を持っている方は自家用車を使ってよいのか、それを含めて抗原検査で早期診断をするとなると子供も含めて患者さんが増えます。そうした時に今までのような固い硬直なシステムですと管理

の中で適切に治療行為に結びつくのかというがあるので、どこにボトルネックがあり、どこに問題があるかという形でうまくシステムを作っていたらと思います。

(森会長)

ありがとうございます。それでは感染研の山岸先生お願いいたします。

(山岸委員)

感染研の山岸です。阿南統括官ありがとうございます。包括的な戦略を紹介していただいて勉強になりました。最近ワクチン接種後のクラスターが起きている病院の話が、パラパラと8月以降出ていまして、ワクチン打ってからも少し効果が減弱してくる。特にファイザーは減弱してくるみたいです。それが8月以降クラスター出てきています。おそらく県内でもパラパラとあるかと思えますしこれからまた秋冬にかけて増えてくる可能性があります。中には死亡者も確認されていて、明らかにワクチンを打っているので軽くなっていますけれども、病院、施設ではアウトブレイク対応、クラスター対応が大切になってくるかと思えます。ですから今神奈川県は大分上手くいってきていると思えますけれども、県の戦略という位置付けで整理しておくのであれば、クラスター対応やアウトブレイク対応も柱の中に明記しておくのがいいかなと思いました。特にこの健康、発症、療養、緊急時という流れは非常に分かりやすくいいのですが、この柱の中に平行して大事な施設や大事な病院に起こったときにだけやっていくべきだと思えますが、明記しておく方がやっている方にとっていいでしょうし、以前からアウトブレイク対応はなかなか人員が足りない予算が足りないという状況の中で頑張ってきたところもあるので、中に入れておくのがいいかと思いました。以上です。

(森会長)

山岸先生ありがとうございます。それでは畑中統括官お願いいたします。

(畑中統括官)

先ほどから少しワクチンの話が出ておりますけれども、これは県のホームページご覧になれますか。我々情報公開をしております、9月の頭の頃の推測ではその前後の接種ペースで行けば11月22日ごろには県民の対象者の80%が終わるだろうというペースで進んでおります。当然もっとももっとということ期待すべきでところではありますが、今のところ11月末ぐらいで80%ぐらいに行けるだろうというところで皆様に接種のご協力をいただいているところであります。また、アフターコロナ。我々が作り上げました後方支援ですとか、患者情報共有ですとかこういったところを小松先生にご案内いただきましたけれども、中長期的にこの対策本部の400人を超える県庁の職員が行っている対応についてどうしていくのか、我々が作り上げたシステムの情報基盤のところはいかに平時で活用できるのかということを探査して中長期的な計画を作っていきたいと思っておりますのでまたお知恵を拝借したいと思っております。クラスター対策も戦略の方には入っていないのですが、引き続き続けておましてC-CATもございますので、施設からその日中あるいは次の日までに一報をいただいて我々が介入するという対策も続けております。これについてもしっかりやっていきたいと思っておりますので、上手く表現の中で組み込んでいきたいと思っております。以上です。

(森会長)

最後に Yoo 先生お願いします。

(県立保健福祉大学 Yoo 教授／医師)

簡単にコメント一つと、質問一つです。

検査体制の拡充ということで、阿南統括官にご提案いただいたのは大賛成でして、実は追加的なメリットはあります。もちろん検査体制を拡充すると早期の治療が可能になるのですが、実は予想モデルの精度も非常に上がります。逆に言えばこれまで日本の検査は少なすぎたので、それもあって日本の感染予想のモデルは非常に質が悪かった、予想が当たらない一つの理由が、実は検査数が少なかったということです。実は私は昔、アメリカの CDC で働いていたこともありまして、あとはカリフォルニア州の公衆衛生局とも仕事をしておりまして、これらの機関によると検査陽性率が理想的には 2%以下、少なくとも 5%以下でないと検査数が足りないということになります。検査陽性率が 5%以下、特に 2%以下になれば検査数が充実しているので、追加的なメリットとして治療以外に感染の予想モデルの精度が非常に上がります。以上がコメントでして、質問というか県というか国に対してのお願いということなのですが、やはり検査拡充ですが、今のところ症状のある方だけということなので、できれば症状のない方まで対象を広げるとか、検査キットも何らかの政府の補助で諸外国のようにもう少し手の届きやすい形になることは可能なかというのが質問です。以上です。ありがとうございました。

(森会長)

ありがとうございました。今のご質問に対して厚生労働省の方向かコメントございますか。

(厚生労働省 竹下様)

検査に関しては私達の方でもなるべく検査の対象が増えるようにといった形で、抗原キットの配布などを含めて進めている所でございます。引き続き、解析をするような先生方にもきちんとした情報があるように努めてまいりたいと思います。

(県立保健福祉大学 Yoo 教授／医師)

ありがとうございました。

(森会長)

それではこれで本日用意された議事は全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したらご発言いただければと思います。よろしいでしょうか。

閉会

(森会長)

それでは、知事から一言お願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

(黒岩知事)

本日も大変遅くまで、熱心な御議論をいただきまして本当にありがとうございました。私もこの会議にずっと連続して出ておりますけれどもこれまで振り返ってみると、感染急拡大という中でどうしていけばいいのか、次々と皆さんで知恵を絞って案を出して何とか必死で乗り越えてきた、そ

ういう緊迫感あふれる会でありました。今日は感染者が減ってきた流れの中で、今までとかなり趣の違った会になりましたけれども、しかしこれまで乗り越えてきたものの中で、我々が戦うようなこの術といったものがちゃんと整理されたけれども、第6波という波は今日の議論の中で、必ずあるだろうという状況の中で備えていかないといけない。しっかりとこれからも我々は力を合わせてやっていきたいと改めて思ったところでもあります。そんな中で振り返ってみて、やっぱり神奈川はすごいなといった参加されている先生方から言っていたことは、本当に私もうれしい、誇らしい気持ちでいっぱいでありました。最大確保病床といったものも、一個一個の病院としっかりと御説明し納得していただいて協定を結んで1790床を出していましたが、この感染急拡大という中で、協定を超えた分のベッドまでもお願いせざるを得なくなった状況の中で、しっかりと御説明して納得していただいて、なんと500床くらい協定以外の部分で増やしていただいたこと、これは本当に心から感謝するとともに、本当に誇らしいことだと思っています。今この議論の中で、総裁選も自民党総裁選も行われている訳でありますけれども、ベッドを確保するために、もっと強い権力、権限を持って強引にベッドを出させろみたいな、そういう強引な議論がある訳であります、そのことについて皆、そうだそうだという雰囲気があるのですが、しかし、神奈川がやったことはそういうことではなくて、一つ一つの病院としっかりとコミュニケーションをとってお互いに納得した上で一緒にやっという事で積み重ねてきたものであってこれだけの確保病床できていうということ。これはやはりですね、このモデルを全国に広げていくべきだなと、私は非常に強く思ったところです。今後ともこういった一緒にコミュニケーションをとりながら全体でまとまっていくという流れだけはしっかりとこれからも続けていきたいと思っておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。本日は誠に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っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(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、長時間にわたりまして活発にご議論いただき、誠にありがとうございました。それでは、以上を持ちまして、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。