

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1回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和3年4月28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) (原則WEB会議での出席による)		
出席者	<p>[委員等] ◎は会長○は副会長 <委員> ◎森雅亮、○小倉高志、岩澤聡子、小松幹一郎(長堀薫)※、笹生正人、高橋栄一郎、立川夏夫、平田栄資、山岸拓也 阿南弥生子、江原桂子、倉重成歩、猿田克年(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、橋本真也、堀岡伸彦、安江直人、吉川伸治、渡辺二治子 ※ ()内に代理出席者を記載。</p> <p>[県] 黒岩祐治、武井政二、小坂橋聡士、前田光哉、山田健司、阿南英明、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	<p>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</p>		
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、進行を務めさせていただきます、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。よろしくお願いいたします。 本来であれば、本対策協議会の開催に当たりまして、知事からご挨拶申し上げるところであります。他の公務に当たっておりますので、知事が到着次第、挨拶させていただきます。 では、本日の議事進行等について御説明します。 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。 本日は、WEBでの参加をお願いさせていただいております。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。よろしくお願いいたします。 続きまして、当協議会の設置運営要綱の第4条におきまして、委員の任期が2年と定められており、再任の方、新規の方を含めまして、今年4月から皆様の任期が始まっており、今回が初めての会議ということになりま</p>		

すので、要綱第5条第2項の規程に基づき、会長及び副会長を選任させていただきたいと存じます。

誠に僭越ながら事務局の方で推薦をさせていただきたいと考えております。我々事務局といたしましては昨年度に引き続き、会長には東京医科歯科大学大学院教授の森委員を会長に、副会長には新たに、神奈川県立循環器呼吸器病センター副院長兼呼吸器内科部長の小倉委員をお願いしたいと考えております。皆様いかがでしょうか。

ご賛同いただけたということで、会長は森委員、副会長は小倉委員とさせていただきますのでよろしくお願いしたいと思います。

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たいと思いますが、4月より新しく就任された委員の皆様につきましては、恐縮ですが、自己紹介をいただけますと幸いです。

国立感染症研究所 多屋馨子委員の後任となられました、国立感染症研究所薬剤耐性研究センター第四室室長 山岸拓也委員です。山岸先生、一言お願いいたします。

(山岸委員)

よろしくお願いいたします。ただ今ご紹介に預かりました、国立感染症研究所薬剤耐性研究センターの山岸と申します。昨年からは厚労省クラスター対策班の方で自治体の支援にも当たらせていただきました。よろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、防衛医科大学校 角田正史委員の後任となられました、防衛医科大学校医学教育部衛生学公衆衛生学講座講師 岩澤聡子委員です。岩澤先生、一言お願いいたします。

(岩澤委員)

岩澤でございます。防衛医科大学校公衆衛生学分野の講師をしております。大学で学生を教育する立場ではありますが、それと同時に研究も疫学を専門としております。皆様のお役に立てたらと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

神奈川県都市衛生行政協議会代表の、三浦市保健福祉部健康づくり課長 江原桂子委員です。江原様、一言お願いいたします。

(江原委員)

神奈川県都市衛生行政協議会代表で参加させていただき、三浦市保健福祉部健康づくり課の江原と申します。よろしくお願いいたします。

(事務局)

神奈川県町村保健衛生連絡協議会代表の、二宮町健康福祉部子育て・健康課長 倉重成歩委員ですが、ご参加されましたら後ほどお願いしたいと思います。

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、横浜市消防局、県立病院機構、看護協会、厚生労働省の皆様にも御出席いただいております。

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、「入院優先度判断スコアに

ついて」と「第4波への対応策について」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います。

また、議事録の公開についても、同様に取り扱いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

よろしい方は挙手をお願いします。異議のある方はいらっしゃいますか。(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、会長の、東京医科歯科大学大学院の森教授をお願いしたいと思います。森会長、よろしくお願ひいたします。

(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の森です。本協議会の会長を引き続き務めさせていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。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。

会議がすべて公開ですので、録音は許可したいと思ひます。撮影については、円滑な議事進行の観点から報告事項までとさせていただきますと思ひますが、皆様、よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をよろしくお願ひします。(全委員 異議なし)

ありがとうございます。それでは、撮影は報告事項までとさせていただきます。それでは、議事に入りたいと思ひます。

報告事項

(森会長)

1の報告事項、「新型コロナウイルス感染症の患者発生状況について」です。事務局から説明していただきます。では、阿南先生、よろしくお願ひします。

【阿南統括官が資料1に基づき説明】

(森会長)

阿南先生、詳しくご報告いただきまして、ありがとうございました。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、発言をお願いします。

なお、発言に当たっては、私から指名させていただきますので、挙手をしていただきますようお願ひします。

(小倉副会長)

阿南先生、詳細な報告をありがとうございました。つい先日、国技学会があり、変異株についても医療施設の先生方と情報交換しました。先生がおっしゃったように変異株にかかったからと言って、急に重症化するというデータはあまりないのかなと思っております。山岸先生、鈴木先生もいらっしゃいますが、小児への感染がしやすいデータは、まだはっきりしないということで、確かに全体の感染力が強いというのは間違いないということなので、よくマスコミ関係で分科会の先生で医師でない方からあったのですが、変異株について、まるで新しい病気にかかったと考えなければならないとの発言がありました。そういうデータ

は出ていないという認識であり、まだ正しく捉えないといけないと思っ
ていますが、神奈川県データを含めていかがでしょうか。

(阿南統括官)

まだデータ解析途中でありますので、なかなか結論は出づらいです。国
の会議でも結論は出しづらい状況です。唯一分かっているのは、やはり感
染性の高さが全国統計でも 1.5 倍程度はある。地域ごとに差はあるが、や
はり 1.5 倍はあるということは言えるだろう。あとは、データに反映され
ない臨床現場の、まさに小倉先生、立川先生が普段やられている現場の感
覚との問題がございます。必ずしもデータで反映されていないが、特に大
阪で現場の先生方からは、第 3 波の時とは、どうも感染力が違うとおっし
やいます。関東地域では、まだデータが出ていないが、感染してから発症
するまでが長い、あるいは、発症してから重症化するまでが短い、この辺
りが臨床の先生方の今までのタイプとは違うな、というところに反映され
ていると思います。

(小倉副会長)

ありがとうございました。4 月に入ってから、若い方、40 歳代、50 歳
代の感染が増えていますし、特に大阪府では比率が多く、その中で重症者
が多いので、以前と比べて若い方の重症者が多いというのは、若い方の感
染が多いということを反映していると思います。また、関西地区の医療体
制の問題がかなりあると思います。神奈川県がこれだけ対策されていて、
どう対応できるかというのは、正しく恐れていいのかなと思いました。あ
り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。それでは、立川先生お願いいたしま
す。

(立川委員)

よろしく願いいたします。詳細な検討をありがとうございます。知り
たいのは、神奈川県ではワクチンを打った方の発症例はないということで
よいでしょうか。

(阿南統括官)

詳細なデータは手元にありませんが、1 例あったという情報はあ
る。接種と発症の因果関係は分かりません。

(事務局)

訂正させてください。1 例ではなく、1 回接種した方で、数名いるとい
う情報は入っていますが、因果関係は不明です。

(立川委員)

2 回接種の方の発症例はないということでよいですか。

(事務局)

左様です。

(森会長)

他にどなたかございますか。よろしいですか。せっかくなので、感染研
の山岸先生からもご発言いただけたらと思います。

(山岸委員)

阿南先生、詳細な報告ありがとうございます。

変異株に関して、我々も情報を集めているところでありますけども、神奈川県は10歳代の感染がそれほど多くないようですが、他の地域では小学校等でのクラスターが目立っており、教師からの感染や家族内での感染が目についています。神奈川県とは若干状況が違うが、本日聞かせていただいで勉強になりました。

(森会長)

コメントをいただきまして、ありがとうございました。

それでは、ちょうど知事がいらっしゃったということで、報告事項の途中ではございますが、知事から一言お願いいただけますでしょうか。

(黒岩知事)

ありがとうございます。先ほどまで全国知事会で田村大臣と会議しております。冒頭入ることができませんでした。

私から会議で申し上げたのは入院率の扱いについてです。国の新しい指標として入院率が入りましたが、神奈川にはふさわしくないとはっきり申し上げました。神奈川の場合、スコア化しており、入院すべき人を的確に洗い出して、入院してもらっている。そのために入院率は低い。ところが入院率の指標は、入院率が低くとなると、ステージレベルは上がってくる。そうすると神奈川の現状とは全然合わない。前から国に申し上げていて、国も認めてくれて、新しい指標に小さな字で書いてある。何が書いてあるかと申し上げると、「2日以内に入院先が決まった場合は、入院率を適用しない」と書いてある。ところが、数字というのは恐ろしくて、新聞等に出ている数字は、神奈川も入っている。新聞に注釈が入っているところもあれば、入っていないところもあり、非常に紛らわしい。今日、田村大臣にも申し上げたのですが、神奈川はこの入院率の指標を「－(バー)」にしてほしいと。表現については、田村大臣も検討したいとおっしゃってくださいました。田村大臣も、神奈川県がしっかりとスコア化によって入院体制と整えてくれているということは、十分に分かっていると、入院率が神奈川の状況に合わないということも十分に分かっているということで、表現方法については少し考えさせてほしいとの言葉がありました。こういった中で神奈川県のスコア化が高く評価されていることは間違いなく、スコア化を取り入れてコロナに向き合っている点を国からも高く評価されていることは間違いなく、そういったことを改めて確認したところであり、スコア化について、さらなる精緻を目指していくということでもありますので、皆様のご議論をよろしくお願いいたします。今日は途中で申し訳ございませんでした。

(森会長)

知事、ありがとうございます。

続きまして、1の報告事項、「パルスオキシメーターの貸与について」です。事務局から説明していただきます。山田災害医療担当課長、よろしく申し上げます。

【事務局が資料2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

質問等ございましたら、ご発言をよろしくお願ひいたします。いかかでしょうか。よろしいですか。私としても全自宅療養者を対象にすることでこれだけの患者さんを救うことができそうだというのが数字からもわかりましたので、とても良いように思いました。皆さんは、ご意見いかがでしょうか。特にないでしょうか。

それでは、議題の方に参らしていただきたいと思ひます。

2の議題「入院優先度判断スコアと第4波への対応策について」に入らせていただきたいと思ひます。恐縮ですが、撮影はここまでにさせていただきますと思ひます。

「入院優先度判断スコアと第4波への対応策について」阿南先生またよろしくお願ひいたします。

【阿南統括官が資料3に基づき説明】

(森会長)

阿南先生本当に詳しいご説明ありがとうございました。それでは、ただいまのご説明について、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います。いかがでしょうか。

私からになってしまいますが、今回、小倉先生から以前も、CTの画像の評価の提案についてお話があったと思ひますが、阿南先生の修正スコアにはかなりこの点が考慮されていると思われまふけれど、いかがでしょうか。

(小倉副会長)

CTの評価は客観的という意味で少しお役に立てればと思ひのですが、現場でやっていると、1月の時には若年者がやはり自宅で療養して悪化して入院されています。今までのものだとどうしても点数が低くなってしまう。しかも若年者の場合、病院にほとんど掛かっているないので、自分が基礎疾患(COPD、糖尿病等)を持っているのかもわからない。初めてコロナによって病気が分かってきた、という感じもあります。今回工夫された熱、サチュレーションの低下等を追加したことによって、立川先生もご意見いただいた若年者の重症者の予想あぶり出しをしていただいたのが良かったと思ひます。特に日本人でBMI30というのはまずいないので、肥満と糖尿病の関係はある。若い方、今40、50代の重症者がどんどん増えていますので、このあたりは上手くスコアでできていければと思ひます。阿南先生が作ったスコアはすごく他にも参考になると思ひます。

(森会長)

ありがとうございました。立川先生もしご意見、コメントがありましたらお話しただけたらと思ひますが、いかがでしょうか。

(立川委員)

すごく精度が上がっていきそうで、期待はしております。いろいろありますけれども、当院でも解剖の方を見させていただくと、やっぱり大事な臓器は肺であると。一つは、画像ですね、画像はやっぱり重要で、もう一つは肺の機能を見ている酸素化。この二つのデータがすごくストライキで、これが入院に対してものすごく重要なファクターではないかと思ひます。そういう面では、より適切に入院の可否を決めるということにおいては、前から話題になっていますが、CTがなかなか撮れないという状態がありますけれども、それを少しずつでもCTが撮れる環境を整えてい

ってほしい。個人的に今回のコロナの診療で思うのは、外来の機能がものすごく抜け落ちていることです。外来でフォローするということができなくて、いきなりお家にいるか、入院かの選択になってしまっています。そこでものすごく落差がありますけれども、CTが撮れる工夫を探していただければいいのではないかと思います。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。小倉先生何かありますか。

(小倉副会長)

もう一つ、今の立川先生のご意見で、阿南先生に質問です。スコアが入院する時のスコアであることは非常に明快でいいと思いますけれども、途中でやはり入院を考えると特に若年者の場合の時に、なかなか保健所対応が難しい。前回の第3波の反省として、先生は医療の目を入れるということで、藤沢市で医師会も関わってやってきたと思いますけれども、このスコアを参考にしながら、熱が2、3日以上続いているとか労作時のサチュレーションが落ちたなどといった判断をフォローの期間の時にどう使うかというのは、スコアが結構参考に、労作を入れたというのが画期的だと思いますが、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

ご指摘ありがとうございます。既に地域療養の患者さんの拾い上げの項目で、まったく同じように発熱が3日間以上続くという項目を入れてございます。それから酸素飽和度の低下というのも入れてあります。発熱と酸素飽和度の低下、これをもって医師の判断を必ず入れると。看護師が見ていて、この二つが引っかけた場合には、必ず医師の判断を仰ぐ。それでドクターの方にはこれは肺炎の可能性が高い2項目である、ここのところは見ていただく基本とさせていただいて、必要に応じて画像検査・入院ということをご検討いただく。このような運用になってございます。

ご指摘のように、単純に酸素飽和度としていたところがあるので、今回のスコアと同じように「労作時の」という表現を一つ入れるだけでもだいぶ前に進むかもしれません。繰り返しになりますが、同じコンセプトで地域療養も動いている、発熱とサチュレーションという二つの組合せということで、ここら辺は共通の理念にさせていただいているということでございます。

(小倉副会長)

安心しました。やはり「労作」を入れるとだいぶ違うと思っておりますので、どうぞよろしくお願いします。

(森会長)

ありがとうございました。それでは、相模原市の鈴木先生、よろしく願いいたします。

(鈴木委員)

阿南先生のご説明、詳細でありありがとうございます。私共の方もスコアについては大変貴重なものだと思っております。阿南先生のご説明にもありましたけれども、患者さんがすごく増加しているときに、やはり直ちに入院が必要な人か、あるいはそんなに慌てなくても、宿泊療養、自宅療養にすればよいか、瞬時に判断することを求められていることを考えると、このスコア表は大変評価ができるのではないかと思います。これまで、

すごく良かった点としては、保健師さんが患者さんと電話で相談して聴取する中で、その内容についてほぼ埋められて、すぐにどうしたら良いかということで、簡便に使いやすいところがありました。保健所としてはそういう立場です。今後精度を上げるということで、阿南先生が色々な調査をなさって、こういう結果になったと思う。逆に言うと、保健所の立場からすると、患者さんからの情報を収集するにあたって、なかなかすぐには結果が得られないだろうというような項目がいくつかあるので、その辺について、どうしても取らないといけないのか、それとも情報が取ることができればでよいのか、そのあたりの判断を明確にさせていただければありがたいなと思います。特に酸素飽和度について安静時、労作時と分けて患者さんに取っていただくのかどうかとか、あるいは高度慢性腎臓病でGFRの数値もほしいというのか、保健師さんが情報取るのはすぐにはいかない感じがするので、どう考えるか教えていただきたいというのが一点です。

また、資料説明の中で教えてほしいところは、多変量解析をしていただいています。それでOdds ratioも出されています。ただ私が考えるに、生のそれぞれの項目のデータについてOdds ratioを出して、最終的にせっきく多変量解析をなさっているので、補正をした値を出していただいたほうがいいのではないかと思います。補正することによって、項目に重なりがあるというか、そういう部分があって、もっと項目を搾れるところも出てくるのではないかと思いますので、その辺りはなさっているかどうか教えていただきたいと思いますけれども、よろしく願います。

(阿南統括官)

おっしゃるとおりでありますので、この解析は我々のチームの方でもう少し継続させていただきたいと思っています。どちらかというと、今回の改変は表現その他のところが大きく、地域や人によって同じものを見ても随分判断が異なるので、精度をあげるためのものであります。例えば、腎臓のGFRの数値は従前どおり目安でありますので、腎臓がすごく悪い、という拾い方で構わないです。欠損項目はゼロ点ということで、お示しさせていただいておりますので、取れないものは取れない中で判断していただく、これは現場に負荷をかけたいためではありませんし、とことん精度を突き詰めたいというものではありませんので、そこはやれる範囲でやっていただく。目安ということで()付のものは皆いれさせていただいておりますので、数字が絶対ではない。酸素飽和度ぐらひはもちろん数字がやや絶対的なところではありますが、そのように使っていただくところだと思っています。それから、酸素飽和度もメッセージとしては一番低いところで取りましょうということなのですね、じっとしていたら酸素飽和度が上がったから、いい方で取る、正常バイアスがかかってしまうので、我々正常バイアスを危険視している。いい時の値を取るのではない、血圧の測り方でよく医師が患者さんに注意するのと同じですね、何度も何度も測りまくって、そのうち一番いいデータを検診の記録にするという、やってはいけない行為と同じでありますので、そういう風に考えていただくための表現というようにご理解いただければよいかなと思っています。データの解析はもう少し継続しますので、お待ち下さい。

(森会長)

鈴木先生よろしいですか。

(鈴木委員)

ありがとうございます。現場で情報を取る立場の人たちは色々な立場の方がいますので、慣れている人は阿南先生がおっしゃったことを十分に理

解して対応できると思いますが、不慣れな人、駆り出されて患者さんの調査をしなければいけない人もいます。まじめに全部項目を取らなければいけないというところがあって、余計負荷がかかる、時間も取られるというところがありますので、その辺についてもご配慮いただければありがたいです。よろしく願いいたします。

(森会長)

鈴木先生、現場の声をお聞かせいただき、本当にどうもありがとうございます。それでは、引き続いて病院協会の長堀先生、よろしく願いいたします。

(長堀委員代理)

まず、阿南先生には、このスコアを作っていただいて感謝しております。非常に有用だと思っています。今回の Ver.2 では、拾い上げを精緻にするということを目指されたと思うのですが、重症化する人を見逃さないというメリットは大きいと思います。現場に見せたところ、やや煩雑かなという印象を持っていたようです。あと、一つ今回で良かったところは、現場感覚を定量化していただいた、ということだと思います。個別には、4 ついいなと思ったのは、男性の定量化です。現場の印象であったのは、男性が多い、それから太った人が多い、大体 7、8 割の患者が 70 歳以上ですが、若い人は皆 100 キロ以上だったということがあったので、これが実際に多変量解析で出てくるのだなと思いました。あと、やはり腎臓が悪い人は悪化しやすい、特に重症者で透析中の人は極めて死亡率が高いというのが現場感覚です。透析している人で、シャントが詰まりやすいということもあるようです。重症感というのも現場としてはいいなと言っていました。医者目線で調子悪そうだな、というのはなかなか定量化しにくいですが、大事な指標だと思っています。ただ、2 点質問があります。3 日以上 38 度以上ということですが、やはり 38 以上だと解熱剤を使ってしまうので、判定が難しいと言っていました。もう一つ、サチュレーションについて、94~95%が 2 点というのは、阿南先生がおっしゃっていたとおり、これは非常に動きやすい数値なので判断が難しいかなと。その 2 点がどうだろうかと言っていました。ただ、全体としては病床をひっ迫させない非常に有用なシステムだと思っています。

(森会長)

ありがとうございました。阿南先生、今の二つのご質問、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

解熱剤の使用に関しては、考えたのですが、それ以上やると余計煩雑になってしまうので、ここはご勘弁いただくというか、そこはもう判断の範囲だろうと思います。例えば、解熱剤をずっと使っていたら、発熱がずっと続いているのではないかと、他の要素で組み合わせて医者だったらよく判断するわけですがけれども、使っているものに関して、使っていないものを捨てるだけでも前に進んだという風に考えるしか、そこのところはしょうがなく、百点満点のものは出せないだろうなということで、ここを落とすところにさせていただいた、ということになります。あとは、94、95のところは、そこら辺のところを大体合わせて 2 点ぐらいの重みにさせていただいた、組合せ・セットだと思います。高齢者との組合せ、それから酸素飽和度と発熱との組合せ、そこら辺のところに入るべき人は入ってくるのではないかとという風に考えたわけでありまして。酸素飽和度が 94、95

で発熱している、ちょっと怪しいかな、それで一定の年齢があると、ということ。今回実は85歳以上ということを重ね、87と境目をもってもう少し重みづけつけるというのも検討しましたが、酸素飽和度と組合せると入院対象者が増えてしまうことを危惧しやめている。高齢であればあるほど酸素飽和度が低い訳でありますので、85歳以上という項目を入れなかった。年齢との組合せ、発熱との組合せで2点くらい付けるのが一番妥当なところだろうと落とし込んだ訳です。これでご理解いただけたいでしょうか。

(長堀委員代理)

合わせ技一本ということですね。ありがとうございます。

(森会長)

せっかく今評価のことも出ているので、公衆衛生の先生にもお話をいただきたいと思います。岩澤先生、もしコメントいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

(岩澤委員)

多面的な考え方でスコアについて考えていらっしゃるのだなと思います。運用ベースでの問題も予想されるようですが、統計解析については、要素の重なりをすべて含んでしまうのかなどの判断は慎重にしないと、いけないと思っておりますので、生のデータと併せて検討していくといいと思います。

(森会長)

ありがとうございました。また先生からもご意見いただければと思っております。よろしく願いいたします。

それでは小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

先ほどの労作に関する項目について、足踏み法と言って、その場で何分間か動いてもらう方法もあるので、保健師から質問があるようでしたらそういうことも取り入れてもいいと思います。

(森会長)

ありがとうございました。藤沢市保健所長の阿南先生、よろしく願いいたします。

(阿南委員)

スコアについて、自宅療養対応の中で話題にも挙がったのですが、一度自宅療養に入ってしまうと、なかなか受診ができないため、画像をとってきてほしいと言われても難しい場合も多い。療養時にはありますが、熱が続くとか、SpO₂や重症感を掛け合わせていくと、明らかに悪化しているということが、画像がなくても評価する一助になるので、入院を勧める手順に運べるのではないかと思います。そういった観点からも、こういった定量化はいいと思いました。

(森会長)

厚労省の習田先生にもコメントをいただきたいと思います。

(習田様)

ダイヤモンドプリンセスの頃から3万人の臨床データを活用して、いったんセットしたものをこのように分析をして改善していくという、非常に丁寧な作業をされてかつ、わかりやすいものになっていると思います。適切に入院が必要な人たちの判断をされているスコアだなと感じています。引き続きデータの分析を行われると伺っているので、注目していきたいと思っております。よろしく申し上げます。

(森会長)

コメントいただきありがとうございました。他にはございますでしょうか。

(笹生委員)

阿南先生ありがとうございました。今地域療養を進めていらっしゃるかと思いますが、最初にかかりつけ医に掛かって画像診断がないといった方も多いと思いますが、いろんな項目を考えて、この方は重症という判断をしないといけない場合が多いと思います。こういう方はCTを撮った方がいいとか画像を撮った方がいいなど書いてもらおうとありがたいと思います。

(阿南統括官)

ありがとうございます。説明の2枚目にそのつもりで書かせていただいた。発熱が継続する方は画像検索をすることを考慮した方がよい。それがその意味合いかと思えます。実際の臨床では、発熱の継続ということと酸素飽和度の組合せをするのかもしれませんが、自宅にいらっしゃるとそれを聞き取るということをしなければいけません、2枚目の項目というのはそういうものがあつたら、なんとか画像を取るというのを考える。その中で、先ほど立川先生もおっしゃられたように、我々も実は色々と考えてはいますが、外来受診の仕組みを何か考えられないかとは思っているのですが、例えばそこら辺のところ、一度は外来というのが無理であれば入院につなげて、入院して画像検査したけれども、大丈夫だということで即退院にもって行って自宅療養に戻すとか。そういうような運用での工夫につながるのかなと思っています。

(笹生委員)

ありがとうございます。やはり休日夜間なんかでもCTを撮らないといけないのかとか、そういう話も以前医師会で出っていたので、質問してみました。

(森会長)

ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。かなり練られた素晴らしい入院優先度判断スコア Ver2.9 だと思います。ぜひこれで対応していただいて、どのような結果だったかお示しいただければと思います。

それでは、これで本日用意された議事としては終了となりましたが、その他としてご出席者の皆様から何かございますか。特にございませんでしょうか。

それでは、知事、最後に一言お願いいたします。

(黒岩知事)

本当に長い時間お疲れさまでございました。ありがとうございました。そして、また今日この段階で、神奈川発のスコア化がさらに精緻化したこ

とは、素晴らしいことだと思っております。先ほどの議論の中にもありましたが、病床をひっ迫させない、有用な手段であるといったことは、神奈川が誇るべきスコア化で、これを全国に広げていくために我々も努力をしていきたいと考えているところです。その中で今議論を聞いて改めて思ったことは、今回確かに精緻化はしましたが、今までやってきたこのスコアを再検証した中で、非常に正しかったというのも改めて見えたのではないかと思います。大幅に変更せざるを得なくなったのであれば話が違いますけれども、今回精緻化という中では、基本的なこれまでの考え方をさらに磨き上げたということですから、改めて本当に素晴らしいスコアだなと思っております。これをさらに精緻化させていくことによって、まさにコロナと向き合う、医療現場を守りながら向き合っていくということ、これを神奈川からモデルとして作っていきたい、という風に思っています。

それとともに、実は神奈川は今日の感染者は257人でありまして、この1週間と前の1週間と比べると、伸び率が109.6%になりました。増加傾向は収まってはいないのですが、実は1週間の増加傾向で、一時は150%近くになっていた時もあったので、そこから比べると、少しは抑えられているかなという状況にあります。ただ、変異株の怖さといったものは、今日も厚労大臣との話の中で出てまいりましたので、急に感染者が増えるということも充分あり得るので、気を抜かないでしっかりやっていきたいと思っております。そんな中で実は医療現場の皆様からの声があがってきた中で、私も非常にありがたいなと思ったのですが、関西地方があまりにも大変だ、といった中で、重症患者を受け入れようじゃないかといった話が神奈川の現場から出てまいりまして、これを伝えさせていただきました。これからまだ感染者が増えることもあり得るので、今週の前半まで我々はお待ちしています、ということでお声をおかけしましたら、今日の夕方ぐらいが締切りでございましたが、搬送という部分に不安があるということで、今回そういったリクエストがなかったというところではありますが、現場からそういう声があがってきたことについて、私の方からも改めて心から皆様に御礼を申し上げたいと思います。まだまだ、このコロナとの闘いは続きますけれども、しっかりと共に手を携えながらやっていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしく申し上げます。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。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。よろしくお願いいたします。

(事務局)

森会長、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、これを持ちまして、令和3年度第1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。