

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4年度第1回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和4年6月30日（木曜日） 19時00分～21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、岩澤聡子、小松幹一郎、笹生正人、新堀史明、立川夏夫、山岸拓也 赤松智子、阿南弥生子、江原桂子、倉重成歩、鈴木仁一、土田賢一、富澤一郎（梅田恭子）※、中沢明紀、吉岩宏樹 <会長招集者> 大石貴幸、小笠原美由紀、加藤馨、國島広之、長場直子、橋本真也、古屋明弘（笹尾洋介）※、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、中澤よう子、阿南英明、畑中洋亮、足立原崇</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 感染症対策連携グループ 川村、横山 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4年度第1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、感染症対策連携担当課長の品川と申します。よろしくお願いたします。 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参加いただきまして誠にありがとうございます。 この新型コロナウイルスとの闘いも2年半にも及びますけども、最近の感染者数は若干増加傾向にあるようでありまして、13日間連続、前の週を上回るという状況になっております。 県ではこれまで、国内で初めて陽性患者が出てから2年半もの間、皆様のご意見を伺いながら対応して参りました。 いままで経験のない異常事態における対応であり、今後活かすため</p>		

に、県ではこれまでの対応を検証しまして、次のパンデミックに備える提言を取りまとめ、今月 10 日に国に提出したところであります。

本日の会議では、新型コロナウイルスの感染の収束を見据えた対応につい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いしたいと思います。私からは以上です。

(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、19 時から 21 時までの概ね 2 時間を予定しておりますが、議題が一つのため早めに終了する場合もございますので、ご了承ください。

また、本日は今年度第 1 回目の会議ということで、何名かの委員の方の変更がございますが、ご紹介につきましては、時間の都合上、他のご出席の皆様と同様に、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、済生会横浜市東部病院、聖マリアンナ医科大学、歯科医師会、高齢者福祉施設協議会、看護協会、薬剤師会、横浜市消防局、県立病院機構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。よろしくお願い致します。

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、新型コロナウイルス感染症の保健医療体制における、将来に向けた課題解決のための検討ですが、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たいと思っておりますが、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。

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。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を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)

はい。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。今年も本協議会の会長を務めて参りますのでどうぞよろしくお願いいたします。

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。会議は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お願いいたします。

(全委員 異議なし)

では会議の撮影録音を許可いたします。

それでは早速、議題に入りたいと思っております。

議題

(森会長)

議題をご覧ください。議題は、新型コロナウイルス感染症の保健医療体制における将来に向けた課題解決のための検討です。

資料 1 の説明については阿南統括官、どうぞよろしくお願いいたします。

【阿南統括官が資料 1 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。それでは続きまして資料 2 の説明について、今ご紹介もありましたが、聖マリアンナ医科大学感染症学講座教授の國島先生、どうぞよろしくお願いいたします。

【聖マリアンナ医科大学病院 國島教授が資料 2 に基づき説明】

(森会長)

國島先生、本当に詳しくご説明いただきましてありがとうございました。

阿南統括官から、この医療体制における将来に向けた周辺課題を 6 つ、それからそれに対しての合意点を 7 点、以上のように具体的に挙げていただきました。

また、國島先生からは、より実践的な、それぞれの外来、入院、高齢者施設、その他いろいろな場面での状況および対象者に即して、具体的にお話をしていただきました。非常に示唆に富むお二人のお話だったと思います。

ここからは今のご説明について、ご意見、ご質問をいただきたいと思えます。

それでは、まず感染研の山岸先生よろしくお願いいたします。

(山岸委員)

感染研の山岸です。

自分からは阿南統括官に 3 点と、あと、國島先生に確認事項が 1 点あります。阿南統括官の資料で、11 枚目を拝見すると、今保健所、あるいは行政対応のところ、ステップ 2、なかなかそこまですぐにはいかないということもよく分かりました。

行政介入を変えるという風に、最終的なゴールが設定されていますが、以前から保健所はアウトブレイク対応というのは、インフルエンザであっても、時にはしていましたし、それは行政介入になってくると思います。これは必要な行政介入をしていくということに変更という、そういった理解でいいでしょうか。

(阿南統括官)

はいおっしゃる通りです。ちょっと表現が短い文章だったので。普通に必要などころは介入していただく、ただ、今の様な、あれもこれもやりましょうという、そういう縛りはやめましょうということです。

(山岸委員)

承知しました。

そして、その下にある感染状況の把握、これは多分短い単語で表現されているためだと思いますけども、サンプリング的な傾向の把握、トレンドを把握していくということが大事ですけど、一方で、アウトブレイクの、

早期探知等に関しては、また違った見方が必要ですし、隣の病院とか隣の町とかで、どれだけ流行っているかということも共有していくという仕組みが、大事だと思うんです。

以前、大分昔に畑中統括官からも情報共有の体制を構築していくべきだという意見があったと思いますが、この中にはサンプリング的な傾向の把握とともに、その情報の共有体制というものも、ゆくゆくはゴールとしては入ってくるのでしょうか。

(阿南統括官)

これも同じように、四角いボックスの中だけなのでこの一言だけなのですが、様々な課題があると思っています。データをどうやって取っていくのか、今の発生届をベースにして全てをとというのは、現場負担も大きいものですから、根本的にその考え方を変えて、適切にこの情報を取っていく仕組みづくり、そこはセットでのことだろうというふうに考えておりますので、別に情報取らなくていいということではありません。個別の、今日もお示しさせていただいたようにボックスの中の、さらに個別の内容があるので、それぞれの中で、設定されるものだと考えています。

(山岸委員)

はい、ありがとうございます。サンプリングと定点の把握に近いと思うのですが、この COVID を経験して、今後耐性菌や他の感染症の情報共有の仕組みまで発展させていければ、神奈川モデルとしても非常に良いと思いますので、ぜひ本当にいい例として、進めていただければなと思います。

3 点目、ゾーニングに関しての件ですけれども、自分も個別のいわゆる感染経路別の、従来通りの対策に戻していくという方針は、非常に良いなと思います。

ゾーニングのところの考えとして、我々も 2020 年の 3 月にいろいろと考えて来た実施した所ですが、病棟全体のゾーニングというものの意義を、少しだけ追加説明しておきます。当時は、介護職のいる介護施設等で大きなアウトブレイクがいくつかあり、一番リスクが高いのが、PPE を脱ぐ時でした。

ですから、脱ぐ回数を減らすという意味で、1 部屋 1 部屋脱ぐのを止めて、病棟全体とか病棟の近くで 1 回脱ぐことにしようということから、ゾーニングを開始したと考えています。

ですから、ゾーニングが大変ということだけではなくて、ゾーニングをすることでリスクを減らすという意味があったので、コメントさせていただきました。以上です。

あと、國島先生に確認ですが、方向性として自分も全く同意で、標準予防策と換気というもので大分リスクが減っていくというふうに考えています。その中で 17 枚目等では、標準予防策を進めていく中で、陽性者に対しては、飛沫予防策だけでいくと、そういう方向性ということでしょうか。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

先生ありがとうございます。飛沫予防策は、基本になるわけですがけれども、ただ、その前提としてやっぱり標準予防策が守られているという事がすごく大事なので、やっぱりそういう意味で、手指衛生とか、先生が先ほど指摘されたところもすごく大事で、个人防护具をきちんと着脱できるような、そういう教育環境っていうのもすごく大事なのだらうと思っています。

(山岸委員)

わかりました。今のところ、陽性者に対しては我々、自分としては、感染予防には、接触感染も含めてガウンが必要なと思っております。

ただ、やはり感染しても大丈夫な世の中になってきているので、感染を予防するためには必要であるけども、総合的に無くてもいいのではかっていう判断はありかなと思ってはいますが、今の所ガウンや手袋などは、陽性者に対しては、あった方がいいのかなと思ってます。多分今もう学会も議論が重ねて思いますので、またぜひ教えていただければというふうに思います。以上が自分からの発言でした。ありがとうございました。

(森会長)

はい山岸先生ありがとうございました。

それでは引き続き、県医師会の笹生先生、よろしく願いいたします。

(笹生委員)

ありがとうございます。笹生です。

阿南統括官、國島先生どうもありがとうございました。

本日の資料についてはあらかじめ県からいただいており、本日の理事会において役員の方にご意見をちょうだいした所でございます。その上で発言をしたいと思います。

外来での医療機関の感染対策についてかなり意見が出ました。入院や高齢者施設のところは、概ね理解した所でございますが、外来診療において一般内科で風邪などを診ている場合は、高齢者とか小児とか、認知症の方などはマスクをちゃんとできない方もいらっしゃることもあり、そのような状況でかなり密な状態になることも想定されます。そのため、やはり、まず空間と時間を分けるという事を第一とした方がいいのではないかという意見を頂きました。医療的な弱者が感染者と一緒にいて、感染のリスクがあるという状況を作ってしまうのは良くないということが理由です。

また、ウイルスの特性に合わせて、このような指針を作って、検討を進めていくのは非常に大切なことですので、医師会としても協力してまいります。まず医療スタッフ、医療従事者、患者さんの認知度が非常に重要ですので、周知というところに力を入れていただいて、COVID-19 臨床懇談会の機会も活用しながら、しっかりと時間を掛けてやっていただいたら良いという意見を頂きました。以上です。

(森会長)

はい、笹生先生ありがとうございました。笹生先生何かご質問をお二人の、どちらかになされますか。

(笹生委員)

國島先生に伺いたいのですが、

大学病院などではと8ページのパターン1のような状況でも、診療できるのですが、一般内科ですと、やはりパターン4を前提にして最初はやって、そのあと可能ならばパターン2、3として、最後は1とする方がよいと思ったのですが、國島先生のお考えを教えてくださいませんか。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

ありがとうございます。先生のおっしゃる通りです。基本的には今パターン4でやっている施設が多いと思いますので、それをぜひ続けていただいて私は結構だと思うのですよね。そこで患者さんも慣れていて、医療者も慣れているのであれば、やはりそこで、きちんと感染対策を時間的空間

的に分離していただくというのが大事だろうと思っています。加えてパターン 1, 2, 3 ができる施設、もしくはそういうふうに患者さんが来てしまう、例えば、大学ですと、9 時に来た人を 13 時まで待つと言うわけには中々いかないものですから、そういう所で、工夫をするという所があって、多分施設と、先生方のいくつかのお考えで対応していただくのが良いのかなと考えています。ありがとうございます。

(笹生委員)

ありがとうございます。

(森会長)

はい、笹生先生ありがとうございます。それでは続きまして小倉先生、どうぞよろしく願いいたします。

(小倉副会長)

ありがとうございます。

本当に阿南統括官、國島先生の、非常にわかりやすいお話、すごく感銘しました。その上で、今日もお話しましたように三つ大事なことがあって、いわゆるデータに基づいたエビデンスで政策を考える、それからコミュニケーションということですね。國島先生の、絵が書いてあったり、わかりやすい形になっているのも非常によかったですし、それが 3 番目に大事な、教育、広報ということにも繋がるかなと思っています。

その上で、國島先生にご質問ですが、阿南統括官が出された海外の、いわゆる院内感染のガイドラインを見ますと、ゾーニングの問題に関しては、日本は違います。

ただ、マスクの点で米国が N95 をそういう状況であまり記載していないです。

オミクロンになるまではあまりしなかったし、感染対策ナースもサージカルマスクで OK だということを言っていたし、学会も含めて言われていたので信じていたのです。

けれど、アメリカではやはり外来は N95 で、長時間というのは難しいですが、適時かなり使っているみたいで、うちの病院にクラスターが発生した時も、普通にサージカルマスクで感染しているのはおかしいなという事例もあったりして、N95 は、変異株によっては必要なかと思いました。

どこまでエビデンスが、サージカルマスクで OK だっていうのがあるのか、というのがちょっと懸念です。それとも関係して、やっぱりインフルエンザと同じで良いという事だったのですが、インフルエンザって実は 1000 万人が罹って、やはり高齢者は亡くなる。

今までのインフルエンザの時の感染対策っていうのは、かなり甘いものがあつたのかなとは思っています。

初めてコロナで、こんなにウイルスが怖いということが分かったので、その意味で、今までのエビデンスに注意をして、サージカルマスクで大丈夫なのかと。

特に、これからはかかりつけの先生が、かかりつけの先生って言葉を嫌いな先生もいらっしゃいますけども、大事になってくる時に、ウイルス感染って、やはり発症時から数日間が重要なので、第一線で患者がかかる開業医の先生たちが、一番リスクが高くて、逆に ICU とか時間が経てば経つほど、感染の問題ってそんなに気にしないでいいって言うルールもあるので、さっきのパターン 1, 2, 3, 4 というと、1, 2, 3 というのは、なかなか開業医の先生は納得しないのではないかな。

時間差っていうのが、僕も笹生先生も良いということで、N95 の、まず

使い方、それから、発症時や変異株によっては監視、対策っていうのは少し、考えなきゃいけない。サージカルマスクで本当に大丈夫なのかとか、ゾーニングのクリニックの対策に関してはいかがなのでしょう。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

ありがとうございます。すごく大事なポイントで、まだまだエビデンスが足りないところではありますけれども、基本的には、外来で感染が広がる、もしくは感染をするということは、マスクを外さざるをえないような状況から比べれば、非常に限定的だろうと考えています。

WHO が昨年出した指針では、オミクロンの時になったので、サージカルマスクでちょっと一段上げた方がいいだろうという指針を出しています。

ただ、それはあくまでも換気が悪いところでは N95 マスクを検討すると言ふことだと思います。

もちろんこれは N95 マスクを使わなくていいということではなくて、サージカルマスクを基本にしてください。

ただ、場合によっては、N95 マスクを付けるもしくは付ける希望がある場合は、もちろん生じちゃいますのでそれはもう全然、制限するものではないと思います。

ただ、サージカルマスクを、N95 マスクじゃないといけないのだ、外来では、とってしまうと、やっぱりそれはかえって、多くの方々にお負担になってしまうことがあり、場合によっては「もうちょっと発熱外来は」っていうご意見があるのではいけないかなというふうに思います。

現時点では、学会等の指針でもサージカルを基本として、N95 マスクをしてもいいのですけれども、その時はやっぱり、先ほど申し上げた換気を改善するっていう方が、N95 マスクを選択するよりは、やっぱり普遍的な対策としては重要なのかなと思っています。

ただ、先ほど先生が言われたところも大事なところで、今後やっぱり B A の 4、5、12.1 が、またさらに新しい変異株が出たときには、もちろんそれは再検討をすべきだろうと思っています。

なので、今後のことではないのですけれども、現時点ではサージカルマスクを基本とするという記載を現時点ではさせて頂いています。

(小倉副会長)

ありがとうございます。僕が言ったのは、N95 を必ずするというよりも逆に、サージカルマスクで大丈夫だっていうところの発信が今まで、余りにもあったので、オミクロンの時にちょっと戸惑ってしまったところがありました。

やはり、これがかかりつけの先生としては死活問題で、何で診れないのかというと、ビル診で、換気がいいか悪いかっていうのもあり、評価がなかなか難しいという形で診ていらっしゃるので、その一番最前線の先生たちにうまくコミュニケーションするのが、学会の方で、講師にもうちょっとわかりやすくって言ったらあれですけども、状況によってはそういうのも必要になり、少し説明を加えた方が、僕達もちょっと勘違いしたぐらいだったものですから、お願いできればと思っています。

コロナの場合は、当初から、エアロゾルだとかそういう感染の形式を含めて、国立感染症研究所を含めていろんな形で、コミュニケーションというか広報をしていたのですが、専門家であれば理解できることを、やや勘違いするところがあったのだと思います。

例えば先ほどの PPE を脱ぐ時に関しても、どこかに血とか手を接触して、そこに手で触ったり、そういう所で感染するということが、脱ぐ時の問題。それも、教育して一から説明しないと、なかなか難しいのかなと思

っていますので、ぜひ、二類の感染症から変わりつつある時に、そのあたりを、非専門家に、國島先生のスライドはすごく分かりやすいですけど、もうちょっと説明していただければありがたいと思います。ありがとうございました。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

承知しました。ありがとうございます。

(森会長)

小倉先生ありがとうございました。それでは引き続きまして、病院協会の小松先生、どうぞよろしく願いいたします。

(小松委員)

県病院協会の小松です。

来るべき将来に向けて、国から急に話題が出てくるのを待つのではなく、積極的に検討を始めるという、当県の姿勢は素晴らしいですし、ぜひ、進めていくべきと私も思っています。

その中で今ちょっと話題が出ている外来、特に大きい病院の外来ではなくて診療所の外来の対応というのは、もう少し検討が必要だと思います。

入院の場合は、コロナの専用病床に入院している患者さんへの対応であれば、医師と医療スタッフの方での、理解と了解が進めば、対応方針はすぐに変えられます。

ただ、外来の診療所での対応というのは、診療所の方でドクターとスタッフが了解をしていたとしても、患者さんは、陽性の患者さんだけが来るわけではなく、不特定多数の方が来られますので、ここに関しては、積極的に対応方針を医療機関側で先行して進めるというよりは、ここそはいわゆる県民の皆さん、with コロナの社会に対しての理解と需要が進んだところから対応方針を変更するのもいいのかなと。それまでは空間、時間的な隔離で進めていくべきだと思います。

どうしても with コロナという話題をしても、国民の皆さんから認めてもらえるかっていうのが非常に難しいところなのかなと思っているので、やはり、国民に対してのメッセージとか発信というのは、國島先生が再三強調されていましたが、やはりエビデンスに基づいた正しい情報をきちんと発信することと、誰が発信するかというのは非常に大事で、やはり、国の一番偉い方なり、かなり責任を持てる方が発信をすることが大事だと思います。

ちょっと長くなって恐縮ですけど今、例えばマスクは、外ではマスクは不要っていう話題を結構いろんな方が発言をされますけど、その中で、やはり国民にとって都合が良い、「もう暑くてかなわないので外そうよ」っていう議論は本質的に言うと、話が違ってですね、そうではなくて、外でマスクを外していても感染のリスクが低いから外して大丈夫なのであって、暑いから外していいというのではちょっと違う。

きちんとてっぺんの人が責任を持って話をする。それを聞いて、多くの方が納得してくださる。それに納得されない方は自分のスタイルを貫く。そういうことが正しい社会なのかなと思っています。以上です。

(森会長)

小松先生コメントありがとうございました。

では引き続きまして高齢者福祉施設協議会の加藤先生、よろしく願いいたします。

(神奈川県高齢者福祉施設協議会 加藤様)

高齢者福祉施設協議会の加藤でございます。

今回第6波ということで、神奈川県の方は高齢者施設、初期の段階からの重点区分にいただきまして、予防、検査、治療の各段階で、介入して先手先手を打ちますという取り組みをしていただきましてありがとうございました。

それでもやはり、クラスターの大半は、介護福祉施設で、その中でも高齢者施設が非常に多かったという現実がございます。

うちの団体でも5月に生の声を聞きたいということで緊急アンケートをして、75施設からいろんな声があったのですが、3割近い施設が、クラスターが発生という状況でございました。

クラスターが発生するとすぐN95マスクが、クラスター班から届くなどの対応をして頂いたのですが、COVIDの研究会で、いっぱい治療に入った湘南第一病院の長島先生が話したように、生活施設であるがゆえに、なかなかコホーティングとかゾーニングが難しい。特に入退院って言うのがほとんどない生活なので、そうすると、部屋の移動というのが極めて厳しくなるという現実、しかも多床室の場合には、どうにもならないというようなところがあります。

それが一つですけども、実態の声としてもう1個大きいのは、高齢者施設の場合どちらかというと、ソフト面、職員教育の面で、普段からここは治療の場ではない。認知症の人がいれば、もう自由に車椅子で施設内を動いているし、声も出るのもそりゃしょうがないじゃないかと、大きな声もできるだけマスクを着用して頂くようにしますけども。そんな中で、ある日突然、治療ですと、10日間の行動制限をします、状況によっては身体拘束しますと。ここでやっぱり職員が、教育受けてない分、ガウン、N95マスクとかいうプロテクトはすぐにでもこう指示できるのですが、その心の入れ替えっていうのがきつい。

それがやはり利用者も、一昨日まであれだけ表情を豊かに接してくれた介護職員が、急に能面みたいな顔になってしまう。そうすると結果的に悪影響で、QOLも、入院10日間を我慢してまたそこに戻って来たら、前より下がってしまうような事例も結構出てきているということなので、患者の条件に応じた療養場所の選定というのが、ステップワンからステップツーに示されていますけど、今みたいなただハード面とか、N95マスクとかそういう面でなく、そういうソフト面の検証も、ぜひしていただければと。生の声はいずれそちらの方に提出したいと思っておりますのでよろしく願いいたします。

(森会長)

加藤先生ありがとうございました。

國島先生、何かコメントございますか。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

はい。すごく大事なところだと思います。やっぱりゾーニングとか、もちろんN95マスクだけじゃなくて、それを日頃から、どういうふうを活用していくのか、もちろんその高齢者施設だけでは大変難しいという所ももちろんあると思いますので、それはぜひ、地域全体で、一緒に考えていければと思います。ありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございます。

それでは引き続きまして横浜市民病院の立川先生、よろしく願いいた

します。

(立川委員)

横浜市民病院の立川です。よろしくお願ひします。

本当に神奈川県は積極的に対応していただいて、本当に素晴らしいと思いますし、阿南統括官の案、それから国島先生の案も、非常に素晴らしいと思います。

ただ、小倉先生が言われた通り、やはりある局期においては、N95 マスクというのが本当は基本で、サージカルマスクというのは、実はサージカルマスクが小さいものもある程度キャッチしており、N95 とオーバーラップするところがあるので、そういう所でエアロゾルもある程度キャッチ出来ているだろうということだろうと思います。

今回のコロナのエビデンスってものすごく難しく、海外はやはりそれなりに医療者が医療現場でコロナに罹っていたのですよね。

日本よりも、より多く、海外、特にヨーロッパやアメリカなどは、医療者が、コロナに罹っているというような状況もありましたので、何ををもってエビデンスにするかというのは実は、なかなか難しいと思うのですが、ただ、ワクチンが打っているという背景の中で、with コロナという方向はもう避けようがありませんので、N95 ではなくてサージカルをするというのもそれは正しい方向だろうと思います。

ですが、感染症の専門家がよく「そこは標準予防策で対応してください。」という表現をするのですが、実はあの標準予防策の対応ってものすごく難しく、それを上げていくというのは、実はそこが一番難しいところもあるのです。

例えばサージカルで患者に対応する場合には、その対応の目安は5分ですよとか、そういうような目安は僕必要なんじゃないかなと思うのですよね。サージカルで大丈夫です。だけど例えば外来で熱心にずっと長く話しているっていうのはやっぱりリスクですし、実は国島先生が外来で感染しないのは、やはり感染症の専門で、いやこの人とあんまり長く話しちゃいけないとか、そういうところがわかってらっしゃるから、そこは上手にできているんだろうと思うのです。

今からサージカルで大丈夫だというような議論は全然 OK だと思いますけれども、そのときには常に頭の中にその何分ぐらいで患者対応を収束させるのか、ということは重要で、5分が適切なのか、15分が適切なのかというのは分かりませんが、やはりその標準予防策とかそういう知識のない人へのメッセージを考えたら、例えば、短時間でなるべく済ませるようにしてくださいというような時間軸は、僕は大事じゃないかなあと。

時間軸がない代わりに換気でいきましょうっていうことですが、小倉先生が言われた通り、換気はものすごく難しく、換気できないところの方がほとんどです。

この暑い中に2方向空けるなんていうことも基本、今の日本ではありませんので、そういう面では、ぜひサージカルはいいのだけれども、その時間の目安があつてそれより超えている時は、自分がリスクがあると、思ってもらふことは重要だと思いますし、国島先生の漫画はとても親しみやすく、いいけれど、やはり僕個人的には、実践的にするんだったらやっぱり具体的な写真がいいんじゃないかなと思います。

何となく怖くさそうだというメッセージにおいては、良いのだろうと思うのですが、実際どうするかっていう時はやっぱり写真の方がいいのかなあと。

あとはもう今から with コロナということで、今までよりも、結局、対応を下げようと言っている訳ですから、実は今までよりもクラスターが増

えるということなのです。

その対応を下げるのに、我々が上手になるわけじゃないから、我々は大して変わらないのに、対応を下げましようっていうのは、クラスターはある意味増える方向なわけで、それも止む無しかと思うのです。

5人だとクラスターとかいうのはもうやめていただきたいですね。

すなわち、4人までなら何となくいいけど、5人過ぎたら、もうクラスターだから、クラスターとして発表しますみたいな、あれは少しもう止めていただいて、例えば大規模クラスターぐらいからクラスターという風に括るとかですね、そういう基準に変更するというのも少し考えて頂ければいいのではないかなと思います。以上です。

(森会長)

様々なご意見を、立川先生ありがとうございました。

國島先生何かございますか。

(聖マリアンナ医科大学病院 國島教授／医師)

ありがとうございます。すごく大事な視点だったと思います。例えばリハビリとかですね、ちょっと長い時間、近接に接触せざるをえない時とか、確かに時間で、さらにちょっと丁寧に解説することが、すごく大事なのかなというふうに思います。ちょっと最初は診察と、エアロゾルが発生する手技というざっくりとした区分けはしたのですが、先生のご指摘その通りだと思いますので、もうちょっと丁寧に解説できればと思います。ありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございました。

それでは、感染研の山岸先生、どうぞ。

(山岸先生)

先ほど立川先生からアウトブレイクが増えるという話がありました。自分も同じような理解をしています。

これはしょうがないし、やむを得ないと思うのですが、ぜひ、こういった対策を変化させるのならば、こういった大規模なクラスターが起こってきたということ、保健所なり、県庁なり関わった事例が出てくると思うので、ぜひ発信していただきまして、対策を緩めたらこうなると、だけでもこういったところを守っていけば、ここまでで収まったとか、あるいは、重症者が減った、低いままとか少ないまま終わったという発信を、ぜひ、疫学情報を整理して、どんどんとしていただければというふうに思います。ぜひ、よろしく願いいたします。

(森会長)

先生どうもありがとうございました。もうお一方、小倉先生、どうぞ。

(小倉副会長)

ありがとうございます。阿南統括官にご質問というか、コメントですが、先生がおっしゃったみたいに、これからの、神奈川県が進めた抗原検査、すなわち、自分が少し調子悪かったら、検査をして、自宅で少し様子を見ようという、自分から率先するという形の検査で調べていくというのが、海外の事例を見てもあるのですね。

ただ、抗原検査の精度の問題とか、こういうことになると商売っていう形で、変な形で出てきたりとかするし、制御がきかなくなってきたらこ

ともあったりとかするので、ぜひ神奈川の、抗原検査キットを使いながら、社会生活を行い、with コロナをしていくっていうのを、キャンペーンっていうか、どういうふうにするかというのを発信していただければいい。それは、コマーシャルといういろいろな形のオピニオンリーダーを使ったり、そういう形でもいいと思うので、ぜひ、抗原検査の活用っていう形でしていただければと思います。

最終的に医療機関なんかではPCRですけども、社会活動に関してはもうPCRというよりも、抗原で生活することが大事だと思うので、その辺り、どんなことを考えているかというのを、阿南統括官に教えていただければと思います。

(森会長)

阿南統括官お願いします。

(阿南統括官)

1年前になりますけど抗原検査キットですね、県内で配布するという事業から始まった。そういう意味では、全国に先駆けて、かなり抗原検査キットが浸透しているエリアなのだと思います。

大分皆さん賢く使われていて、ご存知なのですが、もう一歩だと思っています。

その中で、先ほども出たように例えば外来の所、外来受診する前に抗原検査キットを使われていたら、私プラスですよっていうことが事前にわかって、パターンの2,3,4のいずれかを使う、という方に流れるのではないかなと思うんですね。

そういうような上手い使い方をするように、様々なアピールをする、あるいは啓発活動する、そういったことが最後おっしゃられたことの落としどころというふうに思っておりますので、様々な取り組みに考えたいと思います。ありがとうございます。

(小倉副会長)

ありがとうございます。

多分、先生の言ったインバウンドの方をどういうふうにするかとかいう問題も含めて、日本に来たら抗原検査キットがある程度使えて、何かあったらここに行つてという形の仕組みをつくれば、観光団体にとっても、非常に日本は安全、医療に関しても、という形をどんどん発信すると、日本にどんどん来てくれながら、宣伝できるのかなと思つているので、神奈川から、それから日本からという形で、観光をどんどん進めていただきたいと思つています。阿南統括官またどうぞよろしくお願いします。あと、黒岩知事どうぞよろしくお願いします。

(黒岩知事)

はいわかりました。

(森会長)

はい。畑中統括官どうぞ。

(畑中統括官)

今日の議論で、感染を広げないとか、何を阻みたくて、我々はこれを議論しているのかなど。

2年前に医療体制をご提案したときに、医療を逼迫させない、日常の医療が崩壊してしまつて本来救える命を救えなくなることを防ぐために、あ

あいう極端な、今は当たり前になってきていますがけれども、重点医療機関を設定した、そしてその病院医療を守るために自宅療養、宿泊療養を作るという取り組みをしたと思います。

ですから今、我々は何を恐れなくてはいけないのかなど。

リスクというのは、被害×確率だと思ひまして、我々は何を被害ととらえているのか。

感染者、医療者も含めてですけれども、感染することが起こりやすい状況をできるだけ減らそうとしているのか。

その感染することがすごく当時はですね、非常に社会的インパクト、医療体制に対する逼迫を引き起こしやすいということで、それが問題だということで危機管理、リスク管理のために、隔離などの強い対策をとってきたわけですが、今やはりゼロコロナは無理だよねということで、withコロナという言葉も、いろんなところでは使われている訳ですがけれども、本当に感染しちゃいけないのだろうかというところまで、それが本当の問題なのかということが、何か十分に議論されてない中で、やはり何となく、感染はしても仕方ないかもしれないけれどもやっぱり抑えたいから、今みたいに厳密な対策を維持しなきゃいけないのではないのかという、声もたくさん出てくるというところで、少しそのリスクというものをどこに置くのか、我々は何を被害と捉えるのかっていうところは、まだ定まっていない時期なのかなというところで、何を被害ととらえるのかという価値基準のところを、少し議論をまだ続けなきゃいけないのではないのかなど、思っ

て聞いておりました。感染対策としては万全なことも大切だと思うのですが、一方で、我々のこの医療体制の、保健医療体制のすごく頑丈な仕組みというのは、医療を守るために始めたけれども、今社会は、それをリスクと考えているのかどうかというところに、もう1回立ち戻らないと、前に進まないのかなど思っ

(森会長)

はい。貴重なコメントどうもありがとうございました。

他にどなたかご意見おありの方、小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

畑中統括官のご意見すごく貴重で、先ほど言ったように、インフルエンザっていうのは多いときは、1000万人に感染して、85歳以上の死亡率っていうのは、こんなぐらいだったのではないかとは思っています。

インフルエンザより、時期によっては、コロナの方が高いですけども、今までのことを考えたときに、どこまでコロナをインフルエンザ並みという形で言っ

ていいのかっていうのは、やはり誰かが言わなければいけないし法律も変わらなきゃいけないので、そのきっかけとして、何が目標かというのは、すごく大事なかなと思っています。ある程度、専門家は共有していますけれども、コロナに罹ったら、何か悪いような感じがするっていうのは今でもありますし、後遺症という形でコロナに罹ったら後遺症になっちゃうの

だよって、みんながなるわけじゃないのに、コロナになったら後遺症になっちゃうって脅かすというところはあるところはあるかなと思います。それをちょっと変えるという、ないしは誰がいいのかっていうところ

ですけど、この議論のきっかけになった今日の会議はよかったのかなど思っ

(森会長)

はい。それでは小松先生どうぞ。

(小松委員)

はい。私も畑中統括官や小倉先生が言った意見に、乗っかりたいのですが、やはりもうこれ、with コロナって陽性者が何人っていうのは正直、どうでもいいじゃないかなと思うのですよ。

陽性者じゃなくて、コロナの重症者の方が増えてしまうことによって、対応が大変になるっていうような問題と、あとは、コロナによる医療負荷によって、一般の通常行われている診療に制限がかかる、ここがいろんな意味でブレーキを踏むポイントだと思うのですね。

陽性者の数というのはもちろん流行を予測するための参考にはなると思うのですが、個々のこととしてはあまり数を問題にしないような風潮にしていけないと。さっき私ちょっと言ったのですが、結局、社会はwith って言っても、病院の場合は例えばクラスターを起こしてしまったときに、むしろ、ゼロコロナの時代と違ってwith コロナになると、医療費の問題等で患者さんが陽性になってしまったときに、今までは公費で、ご負担がなかったものが、ご負担が出てくることによって、院内感染で問題だっているような、そういったことで、訴訟が出てきたり、余計トラブルに繋がってしまうようなことは最も避けたいことなのです。そのあたりに関しては、発信の仕方とか、要するに社会がどこを許容するということの線をはっきり示しておかないと、みんなが違う解釈を余りにもしすぎると、むしろ医療関係者にとってみると、今以上に辛くなるかもしれないなと思って発言しました。以上です。

(森会長)

どうもありがとうございました。

それでは立川先生、どうぞ。

(立川委員)

はい。畑中統括官の意見にはとても賛成で、それ非常に大事だと思いますし、少し議論とはずれますけれども、厚労省が言うような人生会議みたいなものをやっぱり定期的にやって、いろいろ根源的なことを各家族で話していただくというのは重要なんじゃないかなと思います。コロナの議論に戻れば、その医療をしっかりやるということはやっぱり重要で、そういう意味では、例えば、予想外にクラスターが起きたら、やっぱりいまだに病棟を一時的にクローズして、そして患者が減るまで、4週間ぐらいちょっとその病棟が使えなくなると。

そうなる、その病棟で本当はやるべきであった手術とか抗がん剤の治療ができなくなるというようなことは、それはやっぱりもう遅い、そんな時代ではないのかなと思いますから、むしろそのクラスターが起きたときにですね、その病院対応として、病棟全部をクローズしたとか、そういうことはむしろなくていいよというような積極的な介入はしていただけた方がいいのではないかなと。

特にその専門の病棟が少ないようなところで、そういうことが今から起きた場合にもですね、しっかり医療を回すということに関して言うと、もうあの病棟全部のクローズとか外来のクローズとか、そういうことはしなくていいよということは強力にされてもいいのではないかなと、個人的には思います。以上です。

(森会長)

阿南統括官どうぞ。

(阿南統括官)

もともこの今回の指針、そこが主眼であります。

実はもう書かれていて、3 ページのところの2つポチ目にもうそこは大きく掲げていました。我々この対策の中で、施設や病院の中で患者さんが発生することは仕方がないであろうと。

やっぱりこの社会にそれだけウイルスがいるわけですし、今までもいろいろやってきたらやっぱり入るわけですね。スタッフは社会生活しているわけですから、これは絶対止められない。

これを咎めるようなことは、我々やめようじゃないか。ここはもう一番最初にこの指針の中で掲げています。犯人探しはやめようよ、一定程度入ってくることは仕方がないよと。

じゃ、何を我々目標にしようとしてこの指針を使うのか。大クラスターはやめようよと、さすがに入ってきて何人か感染することもあるけれど、放置すればこれ 50 人 100 人というものになっちゃうので、それは止めようねと。

ここのところに、目標設定をした指針だというふうに思っています。先生おっしゃられたようなもう少し突っ込んだ表現というのがあってもいいかもしれませんが、そこのところに主眼を置いているということは、共通なのではないかなと思っております。

(立川委員)

ありがとうございます。そういう意味では、保健所の方々にやっぱり僕たちって最後は保健所に何うのですよね。

対応をどうした方がいいですかというところは。

その時に保健所として、これは大丈夫そうだと、いうふうに考えられるときは、いや病棟の閉鎖は必要ないですよとか、外来の閉鎖必要ないですよと。

そういうようなことを積極的に今後言っていただければいいのではかと個人的には思います。以上です。

(森会長)

ありがとうございます。

とても活発な議論をいただきまして本当にありがとうございました。

本日の議論を踏まえて新型コロナウイルス感染症の保健医療体制を段階的に治療体制に近づけるための具体的な方法について、今後さらに議論を深めていくということで皆様方にご同意いただけたものではないかなと思っております。

またその一環として、國島先生の方からお話がありました、神奈川県新型コロナウイルス感染対策指針医療福祉編については今後、本日の議論を踏まえて、県において、策定していただきたいと考えています。

以上、本日はこの2点について非常に仔細にお話をいただきましたし、皆様のご意見を頂戴しました。本当にありがとうございました。

これで本日用意された議事はすべて終了しましたが、その他としてご出席者の方皆様から何かございますでしょうか。

知事どうぞ。

(黒岩知事)

ありがとうございます。

皆さんの話を聞きながら、我々の発想そのものを変えていかなきゃいけないフェーズに来ているのかなというふうに改めて思ったところですが

ども、今日、非常にタイムリーな話で、東京都が、感染者がかなりまた増えてきたというふうな、警戒レベルを上げるという話が出てきました。

先ほど感染者の数をいちいちカウントする時代じゃないのだっていうみたいな話もありましたけども、やっぱりこのみんなの気持ちの中で感染者数は上がってくると、また警戒レベルなり何なりフェーズなりを上げるのではないかなというこういう気持ちが、どうしても高まってくると思うのですけどもこの辺りは、今どうなのでしょう、阿南統括官。

(森会長)

阿南統括官よろしくお願ひします。

(阿南統括官)

はい。これは、第5波が終わった後、第6波を迎えるにあたって、大きく様々なコンセンサスを変えた中で、今までステージと言っていたものをレベルというふうに変えました。

このレベル分類の中で、じゃあレベルってどうやって決めるのと言ったら、医療逼迫ということと、完全に一致させたのですね。これは本日、みんな社会全体で合意しようという7項目の中の1つに入っております。

我々は感染があまりに広がるってことは抑えていくけど、その目安は医療逼迫を起こさないことなのだ、医療逼迫を起こさない範囲で、コロナと上手につき合っていく社会、これを目指そうじゃないかと言っているわけでありまして、現状、病床の逼迫傾向というのは全くないわけでありまして、

そういったことを踏まえて、当然、病床確保フェーズを上げるという議論はまだいらないだろうと考えています。

おのずとそれはレベルの議論ということで考えてもそこのところ必要ないわけでありまして、東京都さんは我々の基準、レベル分類とはまたちよっと違う概念で、警戒レベルというのを設定されているようですが、本県としてそこのところを、我々が使っている目安としてのレベル、あるいは病床確保フェーズ、ここのところは、現状いじる状況ではないであらうと。

もっと言うならば行動変容があるかないかというところが、大きいわけですね。

何か行動変容をここで、我々が打ち出してですね、こういう行動制限をしましょうとか何かあるかって言ったら、今そういう状況ではおそらくない。

だとするならば、特別、今ここで何かということではないだろうと考えている次第です。

(森会長)

知事よろしいでしょうか。

(黒岩知事)

はい。

(森会長)

ありがとうございました。他はよろしいでしょうか。

はい。それでは今も知事から少しお話ご質問ありましたけれども、全体を含めて一言お願いできたらと思います。よろしくお願ひします。

(黒岩知事)

ありがとうございます。

今日も遅くまで活発なご意見をいただきまして本当にありがとうございます。

ステージが変わってきて何となく出口がちらちら見えるような気はするのだけでも、どうやって次のステージ行くのか、なかなか現実問題として向き合っていく中では難しい、非常に難しい課題だなというふうに思いますね。

我々はやっぱりこの県民の皆さんとの対話、コミュニケーションをしっかりやっていかないとですね、これ次のステージに行けないなといったことがあると思いますね。その中でやはり、今日いただいたような様々なご意見をいただきながら、これを我々どうやって県民の皆さんに理解をしていただいて、そして徐々にこのステージを変えていく、最終的にやはりその二類といったところをどうするのかといった問題、こういったものも、次の課題として出てくるのかなというふうに思っていますけども、これからさらにまた、この感染者数、若干増え気味ですけども、医療逼迫具合を見ながらですね、しっかりと見つめながら議論していきたいと思います。今後どうぞよろしくお願いします。本日どうもありがとうございました。

(森会長)

知事本当にありがとうございました。

本日の議論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えます。よろしくお願いします。

閉会

(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にご議論いただき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4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。誠にありがとうございました。