

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2年度第4回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和2年7月22日（金曜日） 18時30分～20時30分		
開催場所	神奈川県庁本庁舎3階大会議場 （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、○多屋馨子、小倉高志、小松幹一郎、笹生正人、高橋栄一郎、立川夏夫（神内浩）※、角田正史、平田栄資 阿南弥生子、土田賢一、鈴木仁一、辻和雄、中沢明紀、船山和志（氏家亮一）※、吉岩宏樹（眞川幸治）※、和田安弘 <会長招集者> 小笠原美由紀、習田由美子、橋本真也、安江直人、吉川伸治（山下純正）※、渡辺二治子 ※（）内に代理出席者を記載</p> <p>〔県〕 黒岩祐治、首藤健治、前田光哉、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 健康医療局保健医療部健康危機管理課 感染症対策グループ 新、山田 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、ただ今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、健康危機管理課長の森と申します。よろしく申し上げます。それでは、本協議会の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。お願いいたします。</p> <p>（黒岩知事） 大変お忙しい中、今日はお集りいただきまして誠にありがとうございます。この会議、書面開催を含めると今年度既に4回目の開催となりました。毎回活発なご議論をいただきまして心から御礼を申し上げたいと思います。</p> <p>さて、先日7月17日に新規陽性患者数が週平均33人、これは国が定めた10万人あたり2.5人という数字にあたりますけれども、これを神奈川警戒アラートの基準にしていたのですが、これを突破いたしましたので神奈川警戒アラートを発出いたしました。その内容は、感染防止対策取組書、これを掲示されていないお店には行かないでくださいといったことで発出しました。当初はその警戒アラートというものと同時に医療提供体制、これは今コロナ体制から若干2割くらい通常に戻しつつありますが、本来は神奈川警戒アラートと同時にまたコロナ体制に戻す、さらに強化するといったことで準備をして</p>		

おりましたけど、病院の状況を見てみると、それほど病院ではひっ迫していないということがありますので、その警戒アラートは出しましたけれども医療提供体制をコロナ体制に戻すということはしばらくは見送らせていただきました。

そんな中で、神奈川県衛生研究所と理化学研究所が開発しましたスマートアンプ法を使った迅速検出法、簡易な形でできるアタッシュケース型といったもの、これをお披露目いたしました。これは検体を取ったその場で検出ができる、1時間で24検体できるといったものでありまして、これは今100セット整備しようとしております。これによって、例えば1日5時間回せたとしたら1万2千件の検査体制ができるといったことであります。これを今発信しておりまして、全国で大変注目されているところであります。これを医療機関に整備していただくことで、保健所が中心となっております検査体制を医療機関の方に移していくといった中で、保健所の機能の拡充といったものを考えていきたいと思っております。

さて、そんな中で、本日の感染患者数でありますけども、神奈川県内68人という数字がでました。これは、緊急事態宣言が解除されて以来、最大となります。これまででも2番目の数字となっております。そういう意味でも危機感が漂っているそういう中での会議開催となりました。今後どういう風な形で医療提供体制を作っていけばいいのか、そして、検査体制、せっかく充実しているわけですからこれをどんな風に活用していけばいいのかといったことを皆さんの率直なご意見をいただき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)

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いたします。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。本日ご出席の皆様のご紹介につきましては、時間の都合上、お手元の名簿の配布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前回会議と同様、歯科医師会、厚生労働省、薬剤師会、横浜市消防局、県立病院機構、看護協会の皆様にご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。お手元の次第をご覧ください。本日の議題は、今後を見据えた医療提供体制整備についてでございますけれども、これまで構築してきた神奈川モデルをベースといたしますので、事務局といたしましては、すべて公開としたいと思っております。また、議事録の公開につきましても同様に取り扱いさせていただきたいと思っておりますのでよろしいでしょうか。

(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。

では、これから先の進行につきましては、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)

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介頂きました東京医科歯科大学生涯免疫難病学の森と申します。今日はこちらの方の協議会の会長ということで、進行の方を務めさせていただきます。着席してお話させていただきます。

今日は限られた時間でもありますので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綱4条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、録音は許可したいと思います。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。皆様よろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。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います。まず、報告事項ということで、1の報告事項、国の患者推計モデルを用いた患者推計モデルについてです。まずは国の患者推計モデルについて、厚生労働省からご説明いただき、その後この推計モデルを用いた神奈川県患者推計モデルについて事務局からご説明させていただきます。併せて、先週金曜日7月17日に発動されました、今、知事からもお話ありました神奈川警戒アラートについてもご説明いただきます。

では、厚生労働省の習田室長、よろしくお願いたします。

(習田様)

厚生労働省のコロナ対策本部の医療体制班地方支援チームで神奈川県を担当している習田と申します。よろしくお願いたします。

まずは6月19日にですね、ただ今お手元にあります資料をご覧ください、資料1になります。今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備についてということで、今後、再び感染が大きく広がっていくことを考え、都道府県毎に確実に医療提供体制を確保していただくということをお願いをしているところです。これにあたっては、大きく3つの考え方がございます。1つ目は、都道府県が中心になって行うということは言わずもがななところなのですが、その際には、保健所、保健所設置市と連携をしっかりとさせていただくということ。2つ目はコロナ感染症だけではなく、他の疾患の患者さんとの必要な医療を両立して行うこと。3つ目は、国内の実績を踏まえた3月から4月にかけての国内での流行を見据えた患者推計を基に、時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保の実施ということで、こういった3点を踏まえて医療機関と関係をもたれてくださいということをお願いしているところです。この中で、国内の実績を踏まえた新しい患者推計というものを各都道府県にお示ししておりますので、こちらについて具体的にご説明していきたいと思っております。

お手元の資料の別紙3、新たな流行シナリオについてというものですが、こちら先ほどの事務連絡と一緒に都道府県にお示ししているものになります。新たな流行シナリオの前提ということで、患者推計の基になることといたしましては、かつて患者推計をしていた際には武漢、日本では実績がありませんでしたので、武漢の実績を踏まえて患者推計をしていただきましたけど、この度は日本でも実績がございますので、そういったものを踏まえて行ったということになっています。

2ページ目を見ていただきますと、新たな流行シナリオの全体構造ということで、まず1つ目ですけれども、今申し上げたとおり、前回の患者推計につきましては主に中国の疫学データがベースになっておりました。また、公衆衛生上の介入がないというような前提にしておりましたが、今回につきましては実際の3月から4月の患者の発生動向を踏まえたものになっているということ。また、実際に、3月、4月においては緊急事態宣言というもので介入が行われましたので、その効果を踏まえた推計になってございます。こういったものも、国の専門家会議が示したということもありまして、今後、都道府県の中で患者推計を示していただくにあたって、厚生労働省としては2つの推計モデルをお示ししております。都道府県においては、人口構成も様々ございますので、まず若い人口が中心となっております。生産年齢人口群中心モデルというものと、高齢者群を中心としております高齢者群中心モ

デル、この2つを都道府県において選べるような形としてお示ししています。2つ目、今度は都道府県においてこのモデルをどちらかで選んでいただくということ、後は社会的な協力要請を行うときにおいて、実効再生産数を選べるようになっていきます。これは1.7と2.0です。3つ目は社会への協力要請を行うタイミングについてです。これは流行が始まった日から1日目に介入する場合、7日に介入する場合ということで、範囲を選択して実際に患者推計をしていただくということをしております。

3ページ目をめくってください。実際に人口群モデルを選択していただく場合ですけれども、若い人が中心の生産年齢人口群中心モデル、こちらはベースが大阪府のものをベースに作っております。高齢者群中心モデルについては北海道の人口構成をベースにしております。こういったもので推計をしていただくのですが、これらのモデルの作成にあたっては4ページ目にあります、クラスターが発生した患者さんの数というものを薄く加味しておりますけれども、クラスターというものは一時的に患者さんの数が増えますので、そういったものも勘案して推計を出していただけたらいいなということをお願いしております。次は、実効再生産数についてですけれども、こちらは実際に3月、4月で観察された東京の例をとって布石としています。これは、Rが1.7ということでお示ししております。また、3月25日以降協力要請を行った後は、実際にRが下がって0.7ですので、こちらのデータを用いて推計をしているところです。

次のページにいただきますと、次に社会への協力要請についてでございます。こちらは下の方のグラフを見ていただきますと、社会の協力要請のタイミングが早ければ早いほど、患者さんの数は少ない、かつ、患者さんのピークが短くて済むというような状況になっています。こちらについても協力要請のタイミングを先ほど申し上げたとおり、1日目から7日目で選べるようなものになっております。

こういった推計を活用していただいて、各都道府県で患者数を推計していただいて必要なベッド数、或いは宿泊療養の数というものを確保していただくということをお願いしているところです。推計についての説明は以上となります。

(森会長)

資料2についてのご説明はよろしいですか。資料1についてだけでよろしければこれで締めさせていただきます。

(習田様)

はい、ありません。

(森会長)

はい、ありがとうございます。それでは先に、続いて神奈川県患者推計モデルと神奈川警戒アラートについて事務局の方からご説明いただきます。阿南統括官よろしくお願いたします。

(阿南統括官)

それでは、前のスライドを見ていただくと少し色もついているのでわかりやすいと思います。先ほどの厚生労働省の習田室長の方から話があったことを受けて、神奈川県で実際にどういう推計モデルになるのかということの説明します。先ほどの話のとおり、選択肢が与えられます。選択肢の中で3項目があるわけですが、1つは若い人口が多いのか高齢者が多いのか、一応、神奈川県としては若い年齢が多いのだろう。そちらの方を選択する。2つ目の要素としましては、実効再生産数に関しては、前回は東京で1.7ということですので、それをさらに高い数字に想定する特別な根拠がない、2.0にする理由がないだろうということ、1.7の方を選択する。それから、

社会に対する協力要請、このタイミングは遅ければ遅いほど危険である。これは先ほどお話があったわけですから、神奈川県としては、従来からモニタリングの仕組みをしっかりと使っていて、日々の状況ということを監視しています。先日もアラートの発出をしましたが、早急に対策を検討し、必要なアラートを発出できる、そういった体制があるということで協力要請、必要な基準日から翌日には発出できる、こういうことを、3つの要素を選択して推計モデルを作成いたしました。そうしますと、この赤い線が推計モデルになりまして、この0と書いてあるところが国でお示しいただいた基準日、人口10万人当たり2.5人に相当するところです。ここのところに到達した時点で、社会に対するアラートを発出する、そういうことで県民市民の行動の一定のコントロール、そういうことがされることによってこういうピークを迎える。0から数えて23日目にピークを迎えますが、1033人、ここがピークで、これ入院患者数ですが、入院患者数は1033人がピークでその後下がってくるであろう、こういう推計モデルになっているということです。

実際に神奈川県といたしましては、650床程度、これは即応病床として確保してございます。ここのところでずっと見ていて、基準日の翌日にはアラートを発出するというのであれば、病床を拡大する。病床を拡大して15と書いてあるので2週間後のところに間に合うように病床を拡大する。こういうことをすれば、この1100床のラインまで病床を拡大することができれば、この山を一応ピークが用意した病床の内側に入るだろうということで推計モデルを作成してございます。それに先立ちまして、5月の終わりに、本県といたしましては、県病院協会及び、県の医師会、そして本県の知事3者で共同で会見をさせていただきましたけども、5月の終わりの時点で、800床程度の病床を確保してございましたが、日常医療を再開するということが目標にして、650床まで押さえるということを打ち出ささせていただきました。ただ、その時点で必要なアラートを発出した時点で2週間で1100床までやる、アップするということが想定として作ってございましたが、これが奇しくも先ほどの推計モデルに当てはめた場合にピッタリと当てはまる、その範囲でカバーできるということが見えたので、当初の計画を特別変更することなく、650床で平時を、病床を確保しておき、必要なアラートを発出した後には1100床までアップする。こういう中で医療体制を確保する、このような計画を提示させていただいた次第でございます。

引き続きまして、本県の現在の第2波と言っているのかわかりませんが、1つ目の山、4月、5月ということで、1つ目の山が過ぎましたが、6月の終わりから再度患者が増えている。この流れの中で、どのような患者の傾向があるのかということをお話させていただきます。タイミングとしては、緊急事態宣言の発令解除、そして先ほど知事からありましたとおり、神奈川の警戒アラートの発出、このような患者の発生に対するタイミングで今進んでございます。

患者の状態、中身を少し分解して言いますと、年齢で分解してみます。これが4月5月の第1波、こちらが第2波のところですが、赤い線が若い年齢、緑色の線がやや年齢が高い方ですが、一見してわかるのは、第1の波に比べて赤い線、若い若年者が非常に多いということが言えます。ただ、細かくみると最近では若い人ばかりではなくてこの壮年期と言っているんでしょうか、40代から50代の方も少し増えている傾向が見てとれます。これを比率的に棒グラフに示しますと、4月、5月、6月、7月、つまり左側のこの2本が第1波、右側が第2波という風に考えてもいいかもしれません。年齢層で見ますと、下側が若い、上側が高齢の方なんですけども、第1波では均等な分布であったものに対して、第2波の方では若年者が多い、更にそれをですね、6月の終わりから7月19日まで、これを週で分けて1週間程度くらいずつで比較しますと、非常に当初若年者が多かった、30代以下の方が多かったんですが、先ほどお話したように、少し比率としては中間の年齢層が増えていっている傾向はこのように見てとれます。これを反映してですね、実際にこの

医療としては受け皿として、入院、もう1つは宿泊療養所という2つの受け皿を持っておりますので、これの推移をみていきますと、これ、左がずっと4月16日以降ですかね、左側が第1波、現在がこちら側、右側になりますが、黄色と赤で示されているのが入院です。これは第1波がこの非常に入院病床をたくさん使ったのに対して、第2波ではさほどにはなっていないということがわかります。一方、この緑色が宿泊ですが、宿泊は若年者を反映しているわけですが、当初から非常に棒グラフの伸びが大きくてですね、比率的には入院と同等程度の宿泊療養を使っている。赤のところはですね、その中の重症です。重症の比率を見ますと、第1波に比べて第2波は今のところ上がってくる傾向はなくて傾向としてはずっとだんだんだんだん下がってきてそれを維持している。重症の病床が増えている傾向は現在見てとることはできません。

世の中の的には騒がれている東京都との関連ということで、疫学的な調査に基づいて、まあ聞き取りが中心ですが、それを見て、その範囲でわかる範囲で比べますと、この新規患者数を青い棒グラフで示されていますが、そのうちに東京が占める割合が点線であります。傾向として何というのとはなかなか難しいですが、終始東京の比率というものとは一定数ある状態が続いている。もしかするとこの比率的には下がるかもしれませんが、まだ何とも言えない、直近の1週間、2週間に関しては東京の方に関しては一定数、比率ということでは少し下がり全体数が伸びていますからね、比率は下がっていると思えますが、実数としてはほぼ横ばいの状態が続いている、このように解釈できると思えます。

それから、感染経路別の動向でございますが、これは第2波6月29日以降の動向であります。当初世の中でも騒がれましたし、本県としても非常に大きなインパクトのあったのは、この緑のところ、接待を伴う飲食店関係、これが非常に大きな塊で発生したということがございましたが、それを見ますと一定数パラパラとありますが、最近では非常に少なくなっている。これが見てとれます。一方、家庭内感染、或いは職場内感染、赤と青ですね、赤と青を見ますと、終始、家庭内感染というものはあるんですが、やはり昨今、この1～2週間少し多い傾向、家庭内は多いなということ、或いは職場内感染も一定数ずっとあり続ける、こういったことが見てとれます。

先ほどの推計モデルがございましたので、この推計モデルと比較して本県の今の状態がどうであるのかということの詳細に比較してみました。点線で示されているのが、この赤と黒の2本の点線が、推計モデルです。赤の線は入院患者さんの推計モデル、点線の黒い方が下側のこの点線ですね、これは新規の感染患者の数を示しています。これに対して実線は実際の神奈川県の数です。見ていただきますと、この黒い線、これ新規の患者数ですがここちょっと少ないですが、今日また68名ということがありましたので、この点線に近づいていきます。基本的には、この推計モデルに近い、これに沿う形で推移していく、これがやはり本県の状態で、この推計モデルの通りの新規発生数が今、動向としてあるんだろう。一方、入院に関してはですね、そもそもがこの推計モデルは0から始まるのですが、0からではありません。49からスタートです。これは第1波の残りですね、第2波は0からではなくて、これは推計モデルとの仕方がない乖離でございまして、第1波の残りがずっとありまして、これが49からスタートです。そこから見ますと、ずっと横ばいでやや最近増えてきてはいますが、推計モデルではグリーンと上がるはずなんですけども、そういう形ではなくて、徐々に乖離する形に、増えてはいますが指数的な増え方はしていないということが見てとれます。これは再度もうちょっとわかりやすく示しますと、入院患者さんの推計ですから、この点線の推計に対して先ほど、第1波の残りがあるので、第1波は抜いてみなしてあります。つまり、49をザクっと引き算して、第2波が0から始まったとしてみた場合には、このような実線になります。実際には、第1波の方で残っている方もいらっしゃる方もいるかもしれませんが、ざくっと算数とし

て引き算をします。引き算をした場合にはこのような状態で、推計モデルと徐々に乖離する形で、増えてはいますが、今のところ頭を高く持ち上げる、もたげる形ではなくて、徐々に増えてはいますがまだ、直線的な変化という風に見てとれると思います。

これらのことを踏まえまして、本県といたしましては、従前からアラートの発出に関してはこれらの多項目を示して、これらをモニタリングの指標にし、特に上の3項目を元々は神奈川警戒アラートの発出の基準という風に考えてございましたが、国から10万人辺り2.5人という指標が示され、これは本県の人口に合わせますと1週間の平均33人ということです。1週間に33人という風に読み替えて推計モデルでちゃんと収まるということがわかりましたので、これを機に、神奈川アラートの発出の基準というものをこちらに変更させていただいております。変更した中で、この先ほど知事からありましたように、7月17日に神奈川警戒アラートを発出した以前から使っていたこの指標に関しては別に無くしたわけでもございませんで、先ほど分解して様々な解析をさせていただきましたけれども、従前通りモニタリング指標としては活用させていただいて、今の状態、そして今後を予測するための指標として現在も使っている状況であります。

資料としましては、皆さんのお手元では資料の4というところに続くかと思いますが、この神奈川警戒アラートの発出に伴いまして、本県といたしましての対処方針、ここも様々な変更を示してございます。いわゆる神奈川県としての基本的な方針、この中でおめくりいただきまして、3ページのところにですね、神奈川警戒アラートを発出し、先ほどの話にありましてとおり、事業者に対し、或いは県民市民の行動に関して感染対策取組書をベースにし、そこを掲示していない、そういった対策をとっていない、そういったお店に行くのはやめてください。こういう要請をかけているわけですが、当初は医療機関に対しても同時に発出することを考えてございましたが、先ほどお話したようにあまりに乖離していると、医療機関の現場からすると、いくら神奈川警戒アラートを発出したといえ、今の時点で病床数の拡大というのはいくらに実感として乖離してございます。そういうことがございますので、このところは慎重に見て、改めて必要な時に医療機関に対するアラートは別に発出する方が適正であろうという結論に至りましたので、その内容が先ほどの資料4の3ページのところに書いてございます。1つの目安として、国から示された推計モデルには、150人の患者さんになった時点でアラートの発出タイミングが示されています。そういったこともありますので150人のところまでは少し様子を見るということでもいいのだろうということで、この対処方針としては150人のところで1度検討するというように示させていただきます。

昨今この推移を行い17日に発出しましたので、それ以降の傾向を見ているのですが、現在このような状態でございまして、やはり指数的な上がり方が果たして今後出てくるのかどうか、そこら辺のところは注視してみる必要があると考えてございます。ですので、この本日この会議の中でも皆さんのご意見賜ればという風に思いますが、150という単純な数字でものを考えるのではなく、1つの目安と考えて、しばらく見て150はこう言っているけどこれがまだまだダラダラと直線的に増えていく、そういう場合にはもう少し医療機関に対するアラートの発出、そこは伸ばすという判断も有りかもしれない。更には先ほどお示したように、重症の病床の使われ方、こういったところも重要な指標と考えてございますので、そういったことを、多項目を再度検討し、適切なタイミングで医療機関に対してはアラートを改めて発出させていただく。そのような考えで、現在おります。

本県の状況、そして、患者推計モデルについての説明は以上でございます。

(森会長)

はい、どうも阿南統括官ありがとうございました。それではこれから先ほ

ど厚生労働省の習田室長、それから阿南統括官のお話を踏まえてご意見やご質問がありましたらその旨お伝えください。

なお、発言にあたりましては、私の方から進めさせていただきますので、適宜挙手をしていただければと思います。いかがでしょうか。

(角田委員)

防衛医大の角田と申しますが、実数と推計数の比較のところが、渡されたプリントで非常にちょっとわかりにくかったのですが、数を出していただいて、それで明確になったかなという気がしますので、本当に出していただいたもので様子を見るということは非常にいいアイデアだと思いますので、そちらの方面でやっていけばいいんじゃないかと思いました。

(森会長)

ありがとうございます。小倉先生。

(小倉委員)

推計の数は非常に、神奈川の推計が、非常に国のものと合っているということでびっくりしました。ただ、やはり阿南先生もおっしゃっていたみたいに病床数をいくつ減らすかというのは結構難しく、うちの重点病院でやっていると、1週間前の週末で雰囲気がちよっと変わってきた感じがあって、私は呼吸器なので東京の方といろいろやるんですけど、やはり、人工呼吸器、急についちゃったところがあって、まあ数施設あって。そういうのと世代がちよっと上がってきている。間違いなく、第1波の時より経常化しているというのは、これもウイルス、後でお話していただければと思うんですけど、ウイルスの患者が、雰囲気が変わっているのですが、連休があって、今日ちょっと1施設というのはあれですけど、病院施設で年代層があがってくるとこの連休の様子によって、阿南先生も多分頭が痛いと思いますが、医療機関の増やすかどうかというのをタイミング的に難しいものだと思っていて、推計数より今のままのこの3か月、4か月近く付き合った後、年齢層からいうとやはり入院患者が増えるといい、あと感染経路を細かくやっていると本当に会食とか家族内感染とか、いわゆる一般の方がかかるといのはもう若者、夜のとちよっと違っていたので、その辺りいつのタイミングかという。なんとなく急に数字増えると思う。

(阿南統括官)

ありがとうございます。おっしゃられるとおりで、非常に難しいです。指標はある程度、医療者としての感性を少し使いながら未来予測をするということにならざるを得なくて、少し重複いたしますが、先ほどお話したように指標となるのは、1つは確かに数です。数の考え方としては先ほどスタートが0じゃなくて50から始まっているので、推計モデルは0から始まって150というところがあるので、実はそれに相当するのは実数で行くと200相当、対処方針で150ということを示させていただきましたが、今改めて検討しているのですが、1つには200程度というのが、推計モデルでの150に相当するのかなということを1つには思っています。

もう1つはやはり確度の問題。上昇カーブが非常にこの指数的な上がり方の傾向が見えてくるかどうか。ここのところは1つ大きいところで、これ別の指標で考えるならば、神奈川のモニタリング指標のK値がこれに相当します。K値で見ているとここのところが少し先読みをすることができる可能性があるのですが、この辺を少し参考にしながら上昇カーブに顕示しているかどうか。ここのところを見たい。それから先ほどお話したような重症の病床、ここはやはり非常に、いざとなると切迫してきますので、ここの数、ここの3点に関しては非常に注目する、重点を置く要素として、単に要素に含まれると思いますが、これで見えていくんだろうという風に考えています。

予測に関して、この4連休はどうかと言われますと、4連休のうちに先ほどお示した数値のレベルまで、そこまでいくかというところとちょっと微妙だろう、実数だけでいくなれば150という数字にはいく可能性はあるだろうと考えています。ただ中身的にはそこまでいかない可能性の方が高いだろうという風に考えています。

一方、先ほども我々、本部の中で、或いは知事にもご報告申し上げましたが、いざこの連休中ということであれば必要なタイミングで我々検討し、アラートの発出に関して進言させていただく。こういうことは準備としてはしてございます。

(森会長)

ありがとうございます。小倉先生よろしかったですか。他にいかがでしょうか。では、小松先生。

(小松委員)

小松です。資料の3で質問をさせていただきたいのですが、スライドで言うと10番、何度も使われているこの推計モデルのところなのですが、今現在は医療に関しては一応スタンバイというかまだ準備病床に増床の声かけはしていませんけれども、一方で、神奈川アラートが出たということは社会への協力要請というのは行っているという読み方でよろしいのでしょうか。というのは元々の推計、厚労省の方もおっしゃってましたけれども、3月から5月にかけて行った社会協力要請というのは相当厳しいやり方で行った。それと同様のことが実際にできるかというところと中々難しいとなると、この推計モデルよりももっと上に行く可能性があるわけですね。要するに協力要請の効果が不十分という考え方もあるのかなと思っているのと、後はインパクトですよね。今アラートが出てくるということがあの当時の、緊急事態宣言の時に比べるとやはりちょっと県民の皆様も含めて今アラートが出てくることに緊張感が若干低いのかなと。やっぱり皆さんも我慢の限界という感じで、今は協力要請をしてるという考え方でよろしいでしょうか。

(阿南統括官)

はい。おっしゃるとおりで、本県としましては、アラートの発出は社会に対しての要請はしたという考え方です。ご懸念のように確かに第1波の時と同じことはしていませんが、背景が大分違うだろうと考えています。

1つはやはり社会のウイルスに対する対応がかなり成熟していて、これを具体策として県として示させていただいているのは、先ほどの感染対策取組書、これの書き方ですね、これは2つの意味を持っていて、1つは、事業者に対して徹底的な取組みをして感染をさせないための取組みをしていただく、こういうことで第1波の時とは違う具体的な行動に関して事業体に求めていくということがあります。

もう1つは、これ市民・県民にということで、実際にそのサービスを使われる方々の、この方々は、いわゆる3密という言葉、ご存じのようにマスクがこれだけ日常に浸透していて、更に取組書がない店に行かないでくださいと知事からありましたので、きっとみんなその通りにやっているといますけれども、そういう風にお互いが、事業者もそれから市民・県民の行動にもそれなりのやっぱり変化がある。ここを前提としての話という風に考えていますので、第1波の時にだされたあの時と同様の効果を示しているのであろうという風に考えていますので、もちろんこれ先々の検証みたいなのは科学的にはわからないのですが、同等の効果を示しているだろうという考えに基づいてこの推計モデルの通りという風に考えています。

(小松委員)

ありがとうございます。前回同様というよりは、前回よりも賢く協力要請

というか色々なことをやっていこうということはわかります。それでうちの病院もそうですけどやはり長くなっているのでも2月、3月の時と同じことを繰り返すというその3密を避ける事の徹底、あともう1つ、特に神奈川、相模原辺りがそうなんですけども、どっちかというところと東京から持って帰ってきてお家の中で広げるっていう家庭内感染は結構ある。3密を避ける事の徹底ともう1つくらいインパクトをつけたら、家で誰か調子悪かったらみんなで一緒に検査しましょうみたいに、何かその辺を1つインパクトというアイデアを入れてもらえればいいのかと思います。

(笹生委員)

阿南先生のお話された推計について、3月から、対応する術なんかもちやんとわかってきていると思うのですが、全然関係ないリンクが追えない突発例が増えたり、感染のスケールの追えない方も非常に6割以上になって増えているということで、市中感染が非常に増えているのかなと思うのですが、そういうものの影響というものは加味されているのでしょうか。

(阿南統括官)

モニタリング指標の中にも今60%ほどリンクが追えないという風になっていますが、あそこには更に出している時点では、今本当に保健所その他も疫学調査大変だと思うんです。患者さん増えてきてですね。この数値を反映させている時点ではまだちょっと途中で追えているか追えていないか、ちょっとつかみきれないというところも入ってきているので、60%ちょっとの数字がリンクが追えていないという数字で出ていますが、実際にはちょっと時間が経つともう少し追えていたりして、そういう数値を、比率を見る限りはグイグイグイグイと追えないものが増えていくというところまではまだ行っていないと考えていますので、もうしばらく当面はこういったところでモニタリングができるであろうという風に考えています。

(森会長)

ありがとうございました。それではとても阿南先生わかりやすいご説明いただきましてご理解いただけたと思います。

それでは、今日の議題について移りたいと思います。2の議題ということで、恐縮ですが、撮影の方はここまでということにさせていただきたいと思います。

それでは「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」ということで話します。ここまで神奈川県では検査や入院とか医療従事者の要請、それから確保、多岐にわたる内容について、現場視点の医療提供体系であります神奈川モデルを整備しておられたという風に思っています。先日、神奈川警戒アラートも発令されて予断を許さない状況になっていますけども、本日は今後を見据えてどのような体制整備を行っていく必要があるかということについてご議論いただきたいと思います。議論に先立ちましては、事務局から資料の説明の方をまた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)

これの根拠といいますか、基になるのが資料2、先ほどありましたが、資料2のところですね、厚生労働省から求められているところがございまして、6月19日にこの推計モデルが国の方から発出されてございます。これに基づいて各都道府県で検討し、その推計モデルの結果、そして更には今後の各都道府県の施策に関してどういう準備状況なのかということをお月々の末までに報告しなさい。これが資料2で示されている内容でございます。

それに基づきまして、では神奈川県としてはどのような報告をしていこうと考えているのか、これはまあ第1波の時からずっとギューギューしてきた

内容、それら既に様々発表済みのものがほとんどでございます。これらのことを踏まえまして、系統立てた形でこの目次という形で示させていただきますが、様々な要素、これらに分けて現在どのような方向に神奈川県として準備ができているのか、それをどのように抱合していくのか、そういう視点で報告させていただきたいと思っております。非常にボリュームがありますので、さらっと流す形で進めさせていただきます。

まず、入院医療体制、これは先ほどの推計モデルをベースにいたしまして、考え方、どのような推計モデルでどういう病床が確保されているのか、そして医療機関はどのように分けていくのか、ここのところが説明させていただきます。これはもう皆さんご案内のとおり、本県としましては高度医療機関そして、重点医療機関、もう1つ重点医療機関協力病院、この3つに医療機関を、コロナに対応する医療機関は改編されましてそれで役割を示す中で、重症、中等症、ここのところをそれぞれの医療機関で対応していただく、こういう形になってございます。さらに、無症状・軽症の方に関しましては、先ほどから少し言っている宿泊施設、或いは自宅、こういったところで見ていただく、この3つに重症度によって分類する、医療機関はここの上の2つの部分を担当していただくところをそれぞれ指定させていただいているということでございます。

公表している医療機関と公表しないという風に決めている医療機関とがございますので、数だけ示させていただきますと、高度医療機関22、重点医療が18、重点協力医療機関が現在のところ63。多少これ前後いたします。今も多少ここの調整をしているところがございますが、多少変動があらうかと思っておりますが、現在この程度の数になっています。ちなみに、この医療機関としては、特に高度と協力病院はオーバーラップいたしますので、単独の別の病院ではありません。高度でありながら協力病院というところもございます。

これが神奈川モデルということで、患者さん、疑いの患者さんが発生してきますと、それぞれの重症度に合わせて、それぞれ適切なところに分配される仕組みになっています。ただ、途中で病態が重病化する場合もあれば、軽症化する場合もあって、それぞれのところが移動する。そのところは神奈川県調整本部或いは川崎・横浜などのようなそれぞれの市の調整本部もでございますので、そこと協力しながら搬送調整をしていくということでございます。これは先ほど示したような病床の確保プラスそれと推計モデル、これを示させていただいております。

軽症の方に対する自宅宿泊療養の流れに関しましては、これはもう当初から本県としましては、自宅宿泊増を、危険をしっかりと回避するための対策、モニタリングの仕組みということを非常に細心の注意を払いながら体制を構築してございまして、必要であればすぐに医療機関に転送し、そこで治療を受けられる体制にする。こういったことを進めてまいりました。

その1つの具体としては、ICTを対応する形で、遠隔モニタリングということで自宅であれ、宿泊施設の方であれ、LINEのシステム、或いはそれを補完する形でAI電話などを活用して、1日2回患者さんの状態を把握し、異常があればこれは再度人間の声で、保健師または看護師、これが電話をかけることによって状態を把握し、必要であればすぐに医療機関へ転院させる。このような体制の中で、幸いなことに現在に至るまでこの自宅、或いは宿泊施設で死亡者、或いは非常に切迫した危険な状態になるという事例は発生してございません。

これらのことを現在宿泊施設に関しましては、4か所の場所で、それぞれ受けていただけますので、更にご自宅での療養ということもあります。これらのところに関しまして、「しおり」というものを当初から作らせていただいております。様々な事前の準備の段階から注意として入所した場合、或いは自宅療養する場合の注意事項、先ほどお話した様々なモニタリングの仕組み、必要であれば電話をかけて相談に応じる、こういったような様々な細かい手順を示したしおりというものを作成してございまして、これも後

でも出てきますが、様々な海外の言葉にも翻訳をして、海外の方にも対応できるような体制というところで準備しています。

2つ目、救急及び搬送体制ということでございますが、県の本部の中には様々な班が設けられてございます。その中でこの患者さんの搬送調整に大きく関わる部門としては搬送調整班、それからもう1つは地域療養支援班、これは先ほどの自宅、或いは宿泊施設での方の電話でのアプローチを担当しているところでございますが、これらのところが、患者さんの状態を判断し、必要などころに、これ入院も含めて対応できるような体制を24時間体制でやっております。特にこの搬送調整に関しましては、最初の時点で振り分けてどこそこに行く、そのための車両の手配、これは県で一括して車両の手配をしておりますので、その調整をしますし、もう1つ、療養中に具合が悪いといった時にも搬送の調整が必要となる場合がございますので、24時間体制で医師が対応できる体制、特にこれはDMATのメンバーを24時間体制で受け入れまでの当番体制を敷いてございまして、様々な医療対応に関して看護師、保健師がファーストで対応します、必要であれば医師に相談できる、こういった体制を今日作っています。

搬送班の細かな内容、搬送転院の調整、手段の確保、そして療養先の決定、こういったことを一連でやっているということが書いてございます。特にです、世の中としても問題になっているのは救急対応、やはりどうしてもコロナということで初めからコロナの札がついているわけではない、そういう中で疑いがある、逆に言うのです、withコロナ社会の中では全ての患者さんはコロナの疑いがあるわけですので、そういう中で、ちょっとでも疑いがあるという中で果たして普通の救急の対応でいいのかどうか悩ましいケースがあるのは事実でございます。そういった役割に関しては重点医療機関、協力病院にこれはお願いをしております、多くの場合これ救急病院が担当しておりますので、疑似症の外来、或いは入院の対応、PCRの結果等わからない、そういったものに対応していただける、こういったことを準備して、患者さんが行き場がない、最初の受診ができない、こういったことがない体制について当初から準備してございます。

もう1つ、医療機関の様々な情報、本県としましては、ICTの対応ということで、先ほど、宿泊、自宅の管理ということで1つお話させていただきましたが、もう1つはやはり医療機関の情報を見える化する、そういう中でkintoneというシステムを当初から導入させていただいております。実際に各病院にこれらの入力をリアルタイムで毎日していただいております。どれだけのコロナに対する病床があるか、実際に何人入れるのか、これをリアルタイムで示していただいております、これはダミーですが、実際に各病院毎、黒塗りのところは病院の名前があります。各病院が今何人いるんだよ、どれだけ更に入れられるよ、こういったことを見える化する、先ほどの搬送調整、或いは医療機関同士で見て転院の調整、こういったところに活用していただける体制を構築してございます。

外来の診療体制に関してはこのちょっとちっちゃな細かいもので書かれてございますが、このフローの中でここに相当するところでございます。実際に患者さんがいて、患者さんが行き場がないということがないように受け皿を大きくする。こういう施策の中で、郡市医師会の先生方とこれは神奈川県下すべての郡市医師会の先生方とご相談させていただきまして、検査ができる場所の設置、ここは郡市医師会の方に主体となってお問い合わせをする、一部分市町村が協力する形で設置をしていただいております。それを県といたしましては支援する手法として、基本的には資材の提供、或いは費用的な、財政的な負担、ここのところに関して支援できる部分をするという形で、主体を郡市医師会にお願いし、それをサポートするという形で、検査体制の強化ということを進めて参りました。これが実際に、検査における神奈川県全域で、人口の多いところに関しては一応ちゃんとカバーできています。横浜・川崎に関しては場所を示してもらって、数だけで示させていただいております。

ボッチをつけるのとどこだっかわかってしまうので、ちょっとここは非公表ということで、川崎が3か所、そして横浜市内に8か所の検査センターが設置されている状況でございます。

一方、この検査ということに関しては、検査ができる体制、これは世の中的にもずっと注目されていることでございますので、本県としましては、検査の神奈川モデルということで展開してきた施策が様々でございます。今日も機械がそこに用意してございますが、スマートアンプ法、これを開発の支援をさせていただいて、こういったものが様々なところで使えるようになる。いわゆる遺伝子に関する拡散増幅法を医療機関でたくさんできるような、或いは他の場所でもできるような、そういった基礎作りをしてきた。

もう1つ大切なことはやはり医療機関に支援をして、こういった検査ができる体制、拡散増幅法をですね、極力医療機関でできるような支援をする、で、更にはやはりPCR等のこの遺伝子ドックに関しましては、テクニックがいるということですので、臨床検査技師さんの研修、この支援政策を打ち出すということでやって参りました。スマートアンプに関しては、これらに示したような非常に、24検体を1時間以内で処理できる、更には、今後心配されるウイルスの変異ですね、ウイルス性変異にも非常に対応しやすい、これは背景として、国内の企業が対応しているということがございます。そういうことで、試薬の提供が滞ることがなく、しかもウイルス変異には早く対応して、新しいものができたらすぐに供給できる、こういった体制を作っている。更には元々が現在スマートアンプ法で使用されているものが、変異率の低いところを選択して試薬に使っています。こういったメリットを前面に出して現在、県内の医療機関を中心にですね、是非ともたくさんの医療機関で使えるように支援をしていく、そういった状況でございます。

院内感染対策といたしまして、これは院内に限らず、社会福祉施設など、やはりクラスター化しやすい、或いは院内で感染者が出ますと、その医療機関が機能停止に陥る、非常にインパクトが大きい内容ですので、このところを早期に把握し、早くに潰す、こういったことを選択として進めて参りました。そういう中で、いち早くC-CATという支援チームを創設しまして、これを活用する。この体制を進めて、現在も毎日のように出動し支援をしているわけでございます。様々な医療機関、福祉施設などで、疑わしい患者さんが発生しますと、保健所から保健所の本来業務として、そこの調査業務或いは指導などの業務がございしますが、先ほどもお話したように、非常に今、保健所も大変な状況ですので、そこを支援するというので、スムーズにする、そういう中で、具体的には、感染の指導、資器材の供給、これは県としてずっと物資の供給をしていますので、これらを強化する。更には複数の患者さんが発生した場合には、医療機関を選定して搬送するということがございします。必要に応じてDMATの派遣、まあこういったことを踏まえて、様々なことを対応してございます。

具体には踏み込みませんが、その中で実際に様々な調査をして、この調査の結果から様々な教訓を得た内容がございします。この内容は、1つの教訓集としてまとめさせていただいてございまして、県内の様々な医療機関、或いは社会福祉施設などに配分させていただいております。非常に現場からは好評でございまして、なるほど、こういう風に対応すればいいのか、或いは、具体的には失敗例とは言いませんが、感染が広まってしまった事例などを示しています。そういうことは非常に有用な情報提供ということになるのでこういったものを渡させていただいてございます。

先ほども出たような医療物資の供給体制に関しても非常にきめ細やかな対応をしようということで、当初から進めて参りました。本県が進めてきたシステム、畑中統括官が当初、非常に頑張られてですね、県内の物資の調達状況ということは見える化をするというシステムが構築され、これは現在、国の方に吸い上げられるような形で、G-MISというシステムに発展してございます。これが、神奈川からスタートし、全国版になった、非常に本県として

も誇らしいシステムでございますが、これらを使って、資材の状況を把握し、過不足なく、基礎的には過不足なく資材を、医療機関を中心に提供するというところでございます。これ実際の数字ですが、4月、5月、6月と並べるだけでもですね、端的にいうとこのグラフの読みとしては、足りないよという施設がどれだけかという目で見ただけであればいいと思います。足りないと言っている施設がグーッと右肩下がりで減っているということがわかります。現在、7月の時点では、今、目標としては、各医療機関3週間先までの資材をそれぞれ持つということを目指してお願いしています。当初も4月の頃はもう3週間先どころか、明日も明後日もあるのかなのか、そういう時でもございましたが、現在は先を見越して少し各医療機関でも備蓄を持っていただく、こういうところまで今進んでございます。

それから、なんといってもやはり医療従事者の養成、DTP 育成っていうのは非常に有用な内容ですので、人工呼吸器、ECMOの管理、それから先ほど少し出た拡散増幅法に関する臨床検査技師等の協力、こういったことは進めてございます。それから、厚生労働省の方で「Key-Net」という医療従事者、これは、保健所も含めてですね、様々な職種の方々、このコロナ騒動で本当に人材不足、人が足りないということは様々ありますので、そこを端的に言うとお見合いのシステムというのを構築してございます。これらを活用させていただいて、紹介を、我々が作ったわけではなくて、厚生労働省がやっているの、紹介をさせていただくという形で県内の様々な機関でご活躍いただく、こんなことを進めてございます。

先ほどお話したように、重症の患者さんに対応するための研修会、これは既に9月27日にやることを予定してございます。それから、拡散増幅法に関しても、これ何回か、色々な機会毎に複数回予定してございます。早いものは今月の終わりにスタートいたしますが、研修会をさせていただく予定になってございます。

それから、周産期・小児に関して、これはやはり求められている内容がございまして。これは当初からこのようにですね、4月、5月の段階で様々な検討をスタートしてございまして、小児は5月の頭、周産期も5月の終わりには体制を確立させていただいてございます。この後も説明させていただきますが、様々な神奈川モデルの基本形以外にもですね、様々な特殊な合併症がある、或いは事情がある。そういった方々にも対応できるような仕組みというのはそれぞれに構築させていただいてございます。

詳細は踏み込みませんが、妊婦・新生児に対する対応、これらに対しブロック化をし、それをコントロールする人員がそれぞれの地域で指名されてございまして、行き場がないということがないようにしてございます。これの子供版もございまして、1つ特徴的なことは、一時期メディアでも問題になりましたように、親御さんが感染して入院しなければいけない、ただ、お子さんが必ずしも感染していない、そういう場合に子どもが取り残されてどうするんだ、これに対しては年齢層、それぞれに応じて、県内の施設、高い年齢に関しては県内の施設で受け入れられる体制を作っておりますし、小さな子どもに関しては、これはコロナに対応する医療機関、ここで対応していただく、この体制は非常に早くに構築いたしました。これ、実際に実例が先日も入ってございまして、非常に活用のお機会があるんだなというのを実感している次第でございます。

障害児への対応ということでも、これもこのように在宅の要介護、高齢者の場合、それから在宅、重度障害者の場合、それぞれやはり特性がありますので、それぞれに合わせた形で対応策をしてございます。

精神科領域に関しても、特徴的なのはどうしても二軸、精神と身体とありますので、それらは2つの施設合同でですね、見るという新しい発想をもちまして、精神患者にも対応できるシステムというものを作っております。それから透析のバージョンに関しても、これも確立してございまして、本県としましては200~300人の透析患者にも対応できる計算の結果がでてござ

いますので、神奈川モデルの中では協力病院に相当するところを中心に対応していただいております。

先ほども少し出ましたが外国人に対する対応、様々な通訳システム、それからしおり等の各国への対応、こういったことで、やはり神奈川県にも様々な国の方がいらっしゃいます、言葉の通じない方がいらっしゃいますので、そういった方に対するサービスということは様々に提供させていただいている状況でございます。

これらの内容をまとめさせていただきまして、今月中に厚生労働省の方に出せたらいいなあとそう思うてございます。

(森会長)

阿南先生、本当に詳しくお話いただきましたので多岐にわたってのご説明になったと思います。それでは皆さんからのご質問を受けたいと思いますが、10項目ございますよね。ですので、少しですね、もしよろしければ、こう私が見た側からIからIV番までの、入院から院内感染の対策、それから物資の問題V、それから医療従事者の育成の問題、それから特別な、周産期、小児、障害者というところで、かたまりですか。ですからIからIVまで、それから、V、VI、それからVII、VIII、IX、Xで分けてご質問を受けていこうかなと思います。まずあの入院体制から、院内感染対策まで、どなたかご質問をおありの方は挙手していただければと思います。どうなんでしょうか。

(角田委員)

防衛医大の角田なんですけど、スマートアンプ法ですね、これ非常にうまくいけば非常にいいと思うんですけど、PCRと比べて非常に簡便で、やりやすく院内でもできそうだという理解はできたんですけども、偽陽性とかそういうPCRから信頼性という意味で同等、或いはそれ以上、この辺りはいかがなんでしょうか。

(阿南統括官)

クライテリアとしましては拡散増幅法の簡易検査法という範疇の中で基準を通過してございます。それに関してはすべて合格ラインということで、実用に耐え得るということです。さらにこの理研の考え方としましては、単純にその簡易検査法の中で基準をクリアしているということではなくて、相当にPCRに近いレベルでの精度を持っている。これは陽性に関しても陰性の判断に関しても精度を持っているというところに関しては、情報としていただいております。

(角田委員)

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。他にどなたか。

(笹生委員)

神奈川県医師会の笹生といいます。22ページの地域外来・検査センターの設置状況なんですけども、今日保健所設置市とか政令市の保健所の方に来ていただいているので、ちょっとお願いレベルなんですけど、発言させていただきましても。検査の相互体制をもうちょっとうまく円滑にできるような形で、例えば、居住地で対処できないのかなと思います。保健所の対応によっても違うところもありますし、医師会の考え方と違っているところもあるのですが、調整をこれからしていきたいなと僕は思っているんですけども。なるべく、誰でも色々な形で動いていただけたらありがたいと思っています。よろしく願いいたします。

(森会長)

他に保健所の方向かご意見ございますでしょうか。先生、具体的にはやはり相互連携ですか。なかなかうまくいっていないような現実があるかなと考えてよろしいですか。

(笹生委員)

そうですね。やはり県域とやっぱり保健所設置市、政令市そういうところ、うまくいっていないところが散見されるので、その辺をちょっとうまくやっていただければと。

(森会長)

こういう場でお話できるかどうかわかりませんが、横浜市のご担当者もよろしかったら少しこの件に関してご発言いただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

(氏家委員代理)

ごめんなさい、具体的にその検体採取所でいわゆる横浜の場合ドライブスルーを採用していますけども、そのドライブスルーのカテゴリー、その受けられる受けられないが結構医療機関さんに迷惑をおかけしているところがあるということよいでしょうか。

(笹生委員)

そうですね。横浜市に住まわれている方が仕事先が例えば鎌倉で入社しているというのがあるんですけど、鎌倉で受けようとする横浜で受けて下さいと言われてたりとか。そういったようなことがあると聞いています。

(氏家委員代理)

市というエリアを、要するに市境を無視して例えば、川崎市民でも厚木市民でも大和市民でもっていうのは今現在ちょっと難しいかなという風に横浜の場合は思っています。ただ、我々は18区の行政区を持っていますが、当然、行政区内は医療施設くくらずに市内一円、別にその区にあるからその区民だけだということではなくて、市民一律でという風に受付けるようなやり方をさせていただいているところではあります。ちょっと横浜の場合はすいません、予算的なものを含めてですね、ちょっとやり方がおそらく他の市町村さんとは、ここでちょっと細かいお話ができないと思いますが、予算の組み立て上、ちょっと仕組みが違っているので、同じように全部をやるというのはちょっと難しいところはあるかなと思っているところなんですけども。

(笹生委員)

その辺のところは十分理解はしているつもりなんですけど、やはり他住者で移動の方をまたそっちの方に帰って検査して下さいというのはあまり現実的ではないかなと思います。その辺を垣根を取り払えればいいかなと考えているところです。

(氏家委員代理)

ご用件として承って庁内で検討します。

(森会長)

他の保健所の方で、何か今のお話で付け加えるようなことはございますか。よろしいですか。それでは小松先生。

(小松委員)

今、笹生先生からも具体的な話題としてありましたけど、もう1つ今後出てくる可能性が十分にあるのが、例えば横浜ばかり言って申し訳ないのですが、都心部の大きい会社でクラスターが発生した時に、結局その方たちが社員なのでほとんどが横浜市民ではない方で、例えば濃厚接触の範囲が20人、50人っていう風になった時にじゃあどうするかという話題です。実際に東京都でそういう事例が発生していて、できればそういう人たちをお家に帰って地元のところで検査をやってもらうよりは、その会社でやるのが衛生的には正しい対応だと思うんですけどその辺ってどうなんでしょうか。

(氏家委員代理)

横浜も現在クラスターが出たりですね、事業所単位、いわゆるクラスターらしきものが出てくる傾向にあります。そういう意味では集団感染の恐れのあるところについては1人でも陽性患者が出た時には早めに手を打とうということで、横浜の場合もすいません、県に倣ってですね、クラスターチームを作らせていただいて、早めに行くようにしています。今現在は、そこに例えば事業所さんの社員の方が集まることが可能なのであれば、そこに検体を取りに行くというやり方でまとめてやらせて、巻き込んで検査をするというやり方をしているところもあります。おそらく自分のところでやってくださいというのが1番簡単なのかは思うのですけれども、それをやりますと結構時間もかかりますし、どこへどうと

いうことになると思いますので、具体的に民間の事業所の中で出た例はないと思いますが、おそらく今、小さい集団、施設ですとか学校ですとか、保育園とか、っていうレベルのところと言えば比較的面积が区切られているところにはなりますけど、当然その職員の方たちは他都市に及んだりする場合もありますけれども、それについては採取が可能であればそういうやり方を取りたいということで今取組みを進めているところではございます。

(森会長)

はい、詳しくありがとうございました。同じように、川崎市はいかがでしょう。今のお話から考えてみても、東京に非常に近いところにあると思うのですが。

(眞川委員代理)

横浜市さんの取組みに近いところで、施設系か、或いは保育園というところだと、施設に出向いて、例えば小学校の体育館を検査会場にして誰が何時からと予約枠を決めて来て下さいという事例があります。

会社・事業所について、患者が検査を受けてから陽性と判明するまで、そして、会社で濃厚接触者のリストアップをしていただくまでタイムラグが発生しているのが現状だと思います。そこから、お声がけすると、濃厚接触者で自宅待機してもらうべき人達に電車に乗って事業所に出社してもらって検体とるのはちょっと現実的じゃないのかなと。このため居住地の自治体にお願する形が現実的には多いような事情があります。

(森会長)

ありがとうございました。せっかくなのでちょっともう少し時間を使わせてもらってせっかくなので他の地域の保健所の皆様がいらっしゃっているのでお聞きしたいかなと思うのですが、相模原市も東京に非常に近い場所であると思うのですがいかがですか。

(鈴木委員)

相模原市です。相模原市も同様にそういう施設等で発生した場合には出向いて50人60人とかそれ以上の場合もまとめて検体採取することがあります。先ほど今川崎のおっしゃったとおり、住んでいる方が市外の方にも既に帰ら

れていてというような場合にはそれぞれのところをお願いする。その場その場に応じた中で対応をしていることとございます。

(森会長)

はい。次に横須賀市のご担当者もお話いただければと思います。

(土田委員)

横須賀の場合は、横浜と接していて、どうしてもその横須賀の医療機関に受診している方はですね、横須賀市民の方だったりするんですけども、その場合、ご自宅のある横浜の方で疑いがあるので検査をしますというときに、結構検査には時間かかりますという人がいるんですね。そういった場合には医師の判断でできれば横須賀で早く受けて欲しいという方もいらっしゃるって、そういう場合はケースバイケースでですね、緊急性も含めて対処しております。

(森会長)

茅ヶ崎市の中沢先生いかがですか。

(中沢委員)

茅ヶ崎ですけども、1つは検査センターの件ですけども、検査センターに関しましては基本的には医師会の先生たちがクリニックから医師会の方に予約をしてそれで基本的には検査を受けるという形になっていまして、それについては保健所はタッチしていません。その時にこの仕組みを作る上でかなり色々医師会とやりましたけども、やはりどういう例えばどういう車種の車で来るのかとかですね、ちゃんと後ろに乗ってくださいとかですね、そこら辺のところの説明のところをしっかりと医師会の先生達が患者さんに説明をしてからきていただくという形になってますので、ただ、その医師会の先生のところにくる、例えば市境の人がそこにいた場合にはそれを検査する形になってますので、ただ、もう少し広域ということになりますと、例えば隣の医師会の先生が、茅ヶ崎の医師会のところに予約ということになるとちょっとしこりが生まれますので、ただ、そういったご意見があるということはしっかりと伝えておきたいと思います。

もう1つクラスターではないんですけど集団に関しましてはうちも基本的には施設で、横須賀の疑いの患者さんができれば、その現場に向かっていって、そこで集団でPCR検査をやった、そういった事例も実際にご覧いただけます。また会社で起きた場合には基本的にはそれぞれの所在、その会社の例えば茅ヶ崎市内の会社で起こって例えば濃厚接触者が10人、20人だということになった場合には、基本的にはそこに行く場合もありますけども、現実色々などところではそれぞれの方たちのところに依頼をさせていただきまして、例えば横浜とか藤沢とかそういったところに依頼をしてその人の検査をやっていただく。そんな形で、だいたい濃厚接触者で自宅待機のところが多いと思いますので、先ほどの各市と同じような形で他市に原則は依頼をさせていただいている。そんな状況です。

(森会長)

ありがとうございました。次は山北町のご担当者もお話いただければ。

(辻委員)

山北町です。私、足柄上地区ということで所在になっているんですけども、当初4月の10日まではですね、足柄上病院のところでこの検査は行われていたのですが、中等症の指定病院になってから足柄上合同庁舎のところでこの検査センターを足柄上医師会に委託して設置しております。小田原市も、小田原市は小田原市でやっておりますけど、それぞれの医師会が自立してやっ

ておりますので、ちょっと詳しくはどのような風にやっているか存じておりません。以上です。

(森会長)

ありがとうございます。藤沢市からよろしくお願いします。

(阿南委員)

藤沢市でございます。人口43万程度でございますが、やはり東京、横浜に通勤している方が非常に多いということと、乗換駅もありますので患者さんの数も増えています。

基本的には茅ヶ崎の中沢先生もおっしゃっていましたが同じような形でございます。まず、PCRの検査に関しましては、帰国者・接触者相談センターを通じて来ている方に関しましては、原則藤沢市民を帰国者・接触者外来にお願いする形になります。PCRの主要検査センターにおきましては医師会だっております。ですからかなりほとんど市境のところ多いですし、医療機関が藤沢市に存在していれば患者さんは住所地は問わないという形でお願しております。医師会の先生方もうちは保健所設置市でございますので、県費ではございませんで、うちが出しているということもよくご存じですけれども、その辺も加味して色々してくださっているところがあります。

それから濃厚接触者等と集団感染などについてはケースバイケースでございますので、行政が関与してその場に赴くこともございますし、そうでない場合は適切な方法をとって、分散させていただく、依頼してやるとか、そういう方法をとっておりますので、その場に1番適切な方法を考えているということでもよろしくお願いたします。

(森会長)

それでは最後になりますが、秦野市からお願いします。

(和田委員)

まずあの、地域の保健所を設置していない市というのは基本的にそういった情報が全く入ってこない、そういう実態があります。ましてや秦野市は市民病院をもっておりませんので、その辺の体制については医師会と平塚保健福祉事務所秦野センター、あと伊勢原市、この辺と協議をしながらやっております。そういった中で先ほど集団が出たといった時には、今回も報道とかもございましたけれども、C-CATの方に入らせていただきながら平塚保健福祉事務所秦野センターの方で対応をして施設の方へ出向き、検体の採取とかそういったことをやっていたらいい。そういう状況です。あと、秦野伊勢原医師会という、秦野市、伊勢原市の2つの市の医師会の中で1か所この検査を作って秦野センターの方からの紹介を受けての検査体制を整えています。

(森会長)

はい、ありがとうございました。突然振って申し訳ありませんでしたけれども実情がよくわかりました。それでは引き続きご質問の方をお受けしたいと思います。どなたかいらっしゃいますでしょうか。小倉先生。

(小倉委員)

阿南先生に質問なんですけど、やっぱり外れればいいですけど本当にこの4連休を控えてこの勢いで行ったときに、もうアラートは出ているんだけど、医療施設へのアラートというかその即応病床に関してはまだもう少し待っている時に、これ2週間以内ってありますけども、その場合どのくらい確保できるのですか。この即応病床の方、これがアラート発生後2週間以内ですけども、これは今の神奈川アラートだけじゃなくて医療アラートも含めて2週間以内なのではないでしょうか。

(阿南統括官)

はい、これは医療に関するアラートを発出させていただいてから2週間を想定しています。考え方としては、新規の入院を止めていただくというところは1つのないし、必要病床を確保するためにはですね、新規入院の停止、このところをしますと、医療的に考えるのであれば現在の平均在院日数を考えると、2週間新規が止まるとその分空床は出てくる。その所を患者さんの移動を含めて病床確保に充てていただく。そうすることで2週間程度が目安であろうという風に考えている次第です。

(小倉委員)

分かりました。即応病床か臨時医療機関とひかえさせてもらっているんですけどこれが結構集中しているのだからこういうところが大体1日どのくらい受け入れるのか。

(阿南統括官)

現在も稼働してございますが、これは臨時の医療施設に関しましては割とキャパシティを持ってまして、現在5から10の受け入れは可能な状況です。そんなに入れてないです。

(小倉委員)

わかりました。やはり急に出てくる可能性っていうのは、外れればいいですけど、あるのかなって思いました。私たちが重点医療やると、大体色々なステロイド、色々な使うと大体1週間くらいでピークアウトするのでそれをどんどん協力施設に入れればかなり減ってくるのかなっていうので、東京の病院でも結構1週間以内で治療してどんどん戻してっていうので、いざという時にはそういうことも考えてもいいのかなって思いました。

(森会長)

はい、ありがとうございます。それではI番からIV番、他にこれ質問ある方はいらっしゃいますか。それでは引き続いて医療用の物資、それから医療従事者の養成、V番、VI番に関してでした。V番に関しては先ほど阿南統括官からもお話があったように、畑中顧問がずいぶん物資の面に注目してくださり、国も同じように動き始めたという非常に素晴らしいことだと思いました。どなたかございますか。特にありませんか。

(角田委員)

前の会議の時にはかなりひっ迫する可能性があると言われていたところがかなり解決したようで素晴らしいと思ったんですけども、アルコールが意外と、まあアイソレーションガウンもそうですけど、一応1週間以内はまだあるというところで、この辺、もうアルコールは結構市内にも出回ってますけどこの辺は大丈夫というところで判断をして構いませんでしょうか。

(阿南統括官)

アルコールに関しては、ちょっと他のものと違って備蓄する時に公的な制限とかですね、火気厳禁じゃないですか。ちょっと複雑な要素をはらんでいる部分があって、たくさんストックするのはちょっと難しいところもある。そこら辺のところを踏まえて少し他のものとはちょっと違う傾向があるのは事実でございます。あともう1つはアルコールに関しては、他の機材もそうなんですけど、特に国との関係が非常に強い部分も、国からの供給というものが非常に強いところがありまして、ただ供給として今現場に困らないようにだけはする。そのところだけは担保するというところで動いてまして。まあ回っているという言い方しか今はちょっとできませんが、余裕があるとい

うことは実際はないと思います。ただ物は出てます。

(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。

(小倉委員)

多分、国も帝人とかなんかで防護具を国で大分作ったり買い直したんですけど、防護具については今のところ国からの補給はゼロで県の補給だけで対応しているのですか。

(阿南統括官)

防護具というのはガウンのことですか。

はい、ガウンは大分供給がよくなりました。当初は雨合羽も活用いたしました。大量に購入をして雨合羽を活用するということまで追い詰められたのは事実でございますが、現在は本来のガウンというものの供給は一応できる体制にはなっています。

(森会長)

はい、ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。小松先生。

(小松委員)

現在ですね、行政検査の契約をして診療所の先生方で自院で検査がやれるようにされているところが増えてきています。今後医師会としてもそういった先生方を応援してできるだけやれる場所とやれるところを増やしていきたいと思っているのですが、おそらく唾液による PCR が中心になっていくのかなと思うんですけど、一方で既に今 PCR を PPE を使用してやられている先生方もいらっしゃいます。そういった行政検査で契約をされているクリニックに対する PPE の支援というのは G-MIS にはのっからないのかなと思って。もしそういうケースがあれば、結局手挙げをすれば PPE などのサポートは入るよというのがあるとよりしっかりとして各々の先生方に対して話題をシェアできるのですが、その辺っていうのは実態がどうなっているのかちょっと教えていただければ。

(阿南統括官)

供給可能でございます。結論からすれば可能です。特にやはり開業されているクリニック、診療所の先生方に関しましては、個別、病院と違って個別で G-MIS に基づいて供給するのでちょっと現実的に無理がありますので、これに関しましてはお願いさせていただいているのは、郡市医師会などで、そこを起点として配布していただく。必要数に関してもそこを起点として吸い上げもするし供給もする。こういったところでちょっとお願いさせていただいてございますので、その仕組みの中で需要がある分に関しては供給は可能でございます。

(森会長)

はい、ありがとうございました。それでは他にこの件に関してご質問がおりの方いらっしゃいますか。

それでは最後のブロックになりますけど、ⅦからⅩのところですね周産期・小児、それから障害児、それからがん患者、透析患者、それから外国人の方への医療ということでこちらの方で何かご質問若しくは何かご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

こちらは私からですけど、阿南先生、色々な分野の中での先生方が構築ってきて、例えば、周産期とか小児ですと、県の小児科グループと一緒にお話されて色々決めていかれたということになるのでしょうか。

(阿南統括官)

おっしゃる通りです。小児の先生方、特に本県は4つの大学がございますので、4大学の主任教授の先生方にお集りいただいて、各分野毎に、小児、それから産婦人科、腎・透析、こういったような各領域毎にお集りいただいて複数回の検討をしてこの体制は構築させていただいています。

(森会長)

ありがとうございました。よろしいですか、何かご質問ある方いらっしゃいますか。よろしいですね。ずいぶん阿南先生に詳しくお話をいただきましたけれども、この辺りで次に進めさせていただきたいと思えます。

次は3のその他ということですが、ここではまず検査体制の強化について、先ほど保健所の方からもお話を少しいただきましたが、議論させていただきたいという風に思えます。事務局からの資料のご説明、また阿南先よろしくお願ひします。

(阿南統括官)

引き続きまして、多少、皆さんに配布させていただいている資料とちょっと間に合わなくて変わっているところもございますが、そこは申し訳ございません。この内容は検討の、皆さんのご意見を賜る1つのきっかけという風にご理解いただきたい。本項としましては、検査の神奈川モデルということで打ち出ささせていただいてございますが、更にそれを強化する策ということを色々検討したいと考えています。特に、まだ、実際にある言葉ではございませんが、クラスターハイリスクに対する対策、クラスターが、もちろんクラスターになっているところもそうですが、極力クラスターにさせないその手前でどうやって手を打っていくのか、こういったことに関して様々な打ち手を出していけないかこういったことを考えている次第でございます。

現在は、コロナを完全に排除して向こう側に置いてということはできない状況にあって、医療に関しましてもコロナに対する今みたいな波が大きい時にコロナ中心の医療、そしてそうでない時には通常の医療。ここをバランスよく行き来してやるということがございますが、もっと大きく考えますと、医療と社会経済、ここのところを大きくバランスよく回していけないと、とてもとても長期戦には対応していけない。こういう中で我々が一定程度確保しなければいけない点は、コロナウイルスが社会に浸透していく、これは皆さん肌感として今お持ちだと思っています。完全なウイルスの駆逐というのは非常に困難であるという予測に基づきまして、一定数はいるんだと、ここを前提としてどうやって対処していくのかを考えなければいけない。その中で私たちはやはり弱い者、守るべき者、ここのところをやはりしっかりとピックアップしてそこに対して手を打っていく。こういったことを考える必要があるだろう。様々な観点に基づいて、例えば、他にもあると思えます。他にもあると思えますが、例として挙げますと、医療機関の中でもやはり慢性期を中心にやられている医療機関、或いは先ほどから出ている社会福祉施設、学校、幼稚園、保育園、もうわかっている市中のクラスター、或いは、ここに具体的にですね、劇場、ライブハウス、スポーツ、風営法接待飲食店と書きましたが、1度、1人でもウイルスを持っている人が出ると、わーっと広がってしまう。或いはなかなか抑制が難しいような状況の中でやられている、そういうようなものを私たちはターゲットにして、しっかりとこのところを打つ手を打てるよう何かやっていく。こういうところを考える必要がある。

検査の神奈川モデルとして示させていただいているのは、症状がある方、やはり本来として当初この感染症法の中で、新しい新興ウイルス、新興感染症として入ってきた時点では全てが行政検査として保健所に統一した形で検査をするということでスタートしましたが、やはり本来医療機関に実施し、疑わしければ検査を自前で実施していく。この形があるべき姿ですので、こ

このところ、有症状の方に関しては医療機関で極力検体を採取し結果まで出して、そして実際に医療行為に繋げる。このところ完結する形ということを目指して、その為のバックアップの体制として、こういったスマートアンプなどのような拡散増幅法の検査を各医療機関、特にやはり病院が中心になると思いますが、病院には極力こういったものを設置していただいてこのところを強化する。これ将来的にもこのコロナウイルス以外の新たな感染症に対してもこういった体制というのは非常に重要でございまして、ウイルスの変異或いは新しい新興感染症が出た時にもこういったものがあることによって体制が強化できる、足腰を強くしておく、これ非常に重要な観点だという風に考えて、施策を打ち出ささせていただいております。

一方、当初、非常に大きな負荷であった保健所での検体の搬送或いは各保健所が関連する検査センターや衛生研での検査、このところはですね、ターゲットを、先ほどお示したようなターゲットですね、こういったものにターゲットを絞ってやっていく、そうすることで社会に対する、社会への、社会の中で社会活動を活発化する中でクラスター発生を抑制していく。こういったことに繋げていく必要があるだろう。ただし、非常に保健所としては負荷が増大していく、このところは目に見えるということでございまして、このところに何らかのやはり体制というものを考えていく必要があるだろうと考えています。

更にですね。既に先日、厚生労働省の Q&A が出されまして、感染症法第 15 条で皆さんは濃厚接触の方を抽出して検査をするということをやっているらっしゃると思いますが、その範囲が非常に広く捉えられるような解釈が出てございます。これは俗に言う、あまりいい表現ではありませんので、俗に言う「夜の街」対策ということで、今新宿等で問題になっているような一定のエリアでまん延している可能性がある、まん延する可能性がある、そういったものを調べられる形を解釈として定めたものだと思いますが、こういったようなことの中で、保健所の役割というものがますます重要視されるわけですが、相当にこのところは負担が大きい、これは事実だと思います。そういう中でもできないという回答では済まされない部分がありまして、我々、行政検査という観点からすると早くに早くにこの検体採取して、早くに搬送して早くに検査をする。言い方を変えますと、大量の検体を処理していける。こういった足腰の強さをなんとか実現しなければいけないという風に考えています。これは言い換えますと、いかに効率的な体制を作り上げていくのか、更には 1 つの方法では不適切で、複数の選択肢があったり、補完的な体制、こういったことを何らかの形で我々実現していく。ここがないと非常に負荷が増大した保健所の公衆衛生対策というところが破綻してしまうという風に考えてございます。模式的に示しますと、どこかで発生、クラスターが発生する、或いはクラスターが発生しやすい、そういったターゲットがあった場合に、これは保健所の皆さんが検体採取する、先ほどから出てきたところでは C-CAT などが支援することが可能でございまして、実際に既にそういった実績がございまして。こういったところで検体を採取する、その検体はですね、皆さん各関連する衛生研究所、或いは検査センターなどで検査をされる、そこに検体を運ぶ、こういったことで 1、2、3 が流れるわけですが、これは検体が多くなった場合には、第 2、第 3 の手法を考えるしかなくて、受け皿としてですね、民間の検査会社等をお願いする、或いは先ほどからお示ししているように医療機関の検査体制の充実ということを進めていますので、場合によっては、これ、毎度毎度のことではありませんので、臨時に非常に大きな対処をしなければいけないというその臨時の対処として医療機関をお願いする。結果として早期に結果が出る。この体制を何らかの形で模索していく、こういったことが求められるのではないかと考えています。

これらの 1、2、3 の検体の採取、搬送、検査。これらを分解して考えますと、保健所、C-CAT、まあこういったことで、人員の確保をし、先ほどから

出ている唾液の拡散増幅法の検査、これができるようになってますので、このところは十分迅速に検体を採取できる、このところは準備が今できてきている段階でございます。

一方、搬送体制に関してはどれがいいのかがわかりません。検証を含めて考える必要があると思っています。同じところをピストンでパンパンパンパン運ぶのがいいのか、或いは大量の場合にですね、分散する形で運ぶことで効率化が図れるか。こういったことは課題として少し置いておきたいと思っています。それから実際に検査をするところ、衛生研究所、検査センターでやられていますが、現在、本県には6個の保健所設置市がある、県域があるということはあるんですが、相互にですね補完し合うような体制ができないだろうか、実際にそれはできるだろうと思っていますが、それを事前に何らかの形でやれる資金繰りなんかを模索していく必要がある。或いは、民間の会社、医療機関と、これは事前の契約がないとお金の支払いその他課題として出てきますので、こういったことをですね、それぞれの立場で何ができるのか、何をクリアしなければいけないのか、こういったことを課題を出して更に検討する。こういったことが求められているのではないかという風に考えている次第です。

本県としましても、これらのことを少し具体の検討をしたいという風に思っていますので、今日皆さん大勢の方いらっしゃっていますので、こういった考え方に関して皆さん如何様にお考えなのか、或いは、更にこういった課題がもう1つあるよということをご提示いただきますと私どもとしては助かるという風に考えています。

(森会長)

ありがとうございます。黒岩知事に、この強化策の資料に関してぜひお話をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

(黒岩知事)

大変ありがとうございます。冒頭でも申し上げましたように、このスマートアンプ法による迅速検出法、アタッチケース版ですね。これがせっかくできて、1万2千件、1日に検査体制を増やせるという風になったわけですけども、これをいかに有効に活用するかということについて、ぜひ皆さんのお知恵をお借りしたいなという風に思っているわけです。

今、阿南先生の方から提示いただいたと思うんですけど、これは1つの議論のベースとなるとお考えいただきたいと思えます。テレビを見ているとですね、もう検査、検査という話が1日中鳴り止まぬという状態でありまして、中には国民全員に検査をしろという話からですね、とにかく検査、検査。でも全員に検査することは流石にできないわけでありまして、じゃあどの病院でどんな風にしていけばいいのか、優先順位といえればいいのかどうなのか、といった中で、クラスターが起きた場合には、クラスターでも幅広く面を覆っていくってことがあるでしょうし、クラスターが起きる前に、先ほどもありましたが、クラスターが起きやすいところですね、そこにばっこのう網をかけていくのかですね。それとか例えば劇場とありましたけど、色んなところで、スポーツ観戦するにしても何にしてもですね、マスクしながら見ることができる、客席を隙間空けて見ることはできるけれど劇場の上の人ですね、舞台に出ている人はマスクしながらというのはできない。これミュージカルは歌って踊って、汗が飛び散って、飛沫が飛びまくって、そんな中でやらなければいけない状況ですよ、スポーツなんかでもまきに見ている方はなんとなく対策とれますけど、スポーツやっている方ですね、これを完全に密を避けるということはなかなか難しいといった中で、どこに、どんな風にこの検査を広めていけばいいのかその流れをどうすればいいのかといったことを是非ですね、皆さんの専門的なご意見をよろしく願いしたいと思います。

(森会長)

ありがとうございました。それでは、質疑、それから意見交換に移らせていただきたいと思います。どなたかご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

(小松委員)

クラスター、とにかくやはりクラスターが出た時に、10人以内で収まるか、50人までいっちゃうか、1か所で済むか、3か所出ちゃうか、同時に出ちゃうか。やはり短期間でわっとくるとモデル通りにはどうていいかなくなると思う。そのためにはこのクラスターをとにかく起こさないように用心をするし、なりかけた時に早期に察知して追いつき潰すというのはもうこれは大賛成でございます。

それで資料の6にやはり、5、6のところだと思うんですけど、1日に3か所くらいでやはりこういうのが出た場合どうするかとか、保健所のキャパを超えた時に、県のC-CATに声をかけて、それで検体採取をどうするかという話も、唾液でできるところもあれば一方で施設で寝たきりの方となるとなかなか唾液での検体採取は難しい、そうすると咽頭ぬぐいをやるしかないし、その時に誰がやるか、やり手が足りているのか、衛生研だけで足りなければ民間検査、足りなければやれる医療機関についていうことで、絵はこれがいければまさに素晴らしいなと思いますが、実際これ通りに行えるかどうか課題が多いと思っています。地域によって、うまくいく地域とうまくいかない地域、後はうまくいく日と、うまくいかない日、色々な問題があると思うんですが、やはりこのところっていうのが実際に絵に描いたようにいかどうか1番大事なのでぜひここを今後もですね、医師会も病院協会もそうですね、地元の保健所さんもしっかり話題をですね、進めていく必要があるなという風に思っています。

(森会長)

はい、小倉先生。

(小倉委員)

いま小松先生がお話したようにクラスターが発生した時にはPCRを徹底的にやるということですが、3月4月に医療体制の方から見た時に、あの時に無差別っていうのはおかしいですけど世の中にあるみたいにPCRどんどんやるといったら大変だったと思うですね。ですんで、今回医療体制が揃ったところでこれを、例えば夜の街とかいうのも、あの5月、6月くらいの時だったらいいですけど、今色々なあんまりやる必要はないし、クラスター潰しの方がいいと思います。逆に医療機関、特に福祉とかそういうところで、というのは介護する人とか、そういう若い人達がちょっと会食したりとか、色んなところから持ち込んでしまうので、そうした時に、ちょっと旅行に行かれたりとかそうした時に逆に勤務するためのパスポートとしてPCRをやるとか、そういう形の、高齢者の中に入る若い人達を潰していくっていう考え方は1つあるのかなと思っていて、今、国のいわゆる検疫のところの日本の甘さっていうのはちょっとあらかじめですけどなかなかあれですけど結構このところで3月はこう医療機関大変になってきてるし、非常に検疫の人テレビで見て大変だと思うんですけど、それと同じように高齢者を守る、そのところにすぐ介護してる人たちには無症状でももしなんかあればPCRをやってもいいのかなと思います。

(森会長)

はい、笹生先生。

(笹生委員)

今のお話と関係しているんですけど、あの当初3月からの時の検査の基準みたいなのがあってなかなかこう絞られていたんですが、つい最近私が経験したんですけど、70歳以上の女性の方で軽い胃腸炎みたいな症状で熱もなくという方でたまたまPCRしたところ陽性だったんですね。そういう軽症者の、よく医療機関でお医者さんと話をすると、やっぱりどういう方を検査したらいいだろうという、検査控えみたいなのがちょっと見受けられるんですね。だから黒岩知事の言われてるね、非常にありがたい話で、なるべくやっぱり検査をやっていくような方向が今後いいのではないかなと思うんですが。

(森会長)

はい、ありがとうございます。他にいらっしゃいますか。

せっかくの機会でもあったので、また振って申し訳ありませんが、保健所設置市の皆様にも一言お話をいただくと非常にありがたいのですが、いかがでしょうか。まず横浜市のご担当者からお願いします。

(氏家委員代理)

PCR検査の拡充については1番頭の痛いところ、これも全部市町村同じだと思います。うちの場合は衛生研究所がありますが、その衛生研究所の回している量の恐らく3倍以上の量を既にもう民間へ出させていただいている状況です。ドライブスルーを始め、民間さんの力を借りながらですね、進めて、先ほどドライブスルーで横浜市以外のところに門戸を開くのがなかなか難しいというお話をしましたが、決してドライブスルーで横浜市民以外を受け入れないかっていうとそうではなくて、どこの市町村さんも同じだと思いますが、委託を受けている医師会さんがかかりつけ医として患者さんを、例えば別の市の患者さんをこれうちの患者さんですということであればそれは横浜のドライブスルーの中では当然見えていますので、そういう意味でえらく範囲の広い。で、ドライブスルーも採った検体は衛研ではなく民間に出しています。搬送の効率化をするために民間会社さんに取りに来てもらっています。だから保健所としての搬送業務はありません。民間さんもそれを基本に受けてくれています。また、厚労省さん、国の方で行政検査の委託を受ける医療機関を大分枠を増やしていただきました。おかげさまで当初はかなりしっかりした病院とか大きな病院じゃないと無理みたいな話もありましたが、今横浜市内では400近く行政のPCR検査の委託をできるっていう医療機関が増えました。そういう意味でいうと、ドライブスルーを終えて車で運ばなくても、本来は市域の中におそらくは歩いて行ける徒歩圏内にPCR検査を受託している医療機関が必ず1つか2つはあるという状況なんだという風には思っています。

ただ問題はその医療機関がいったいどこなのか、それをなかなか公にしづらいところが病院さんの方にも事情がありますし、我々の方にも色々ある、というところだと思います。まずはお医者さんがそこに朝から例えば自分のところがコロナをやっているとわかれば、地域のために門戸は開くかかりつけの患者さんの為ならやるといっているお医者さんのところに朝からはるか遠方からコロナの患者さんが並んでしまうような状況というのは当然避けたい、また、診療施設としてのキャパ的に待合いで一髪の患者さんを待合してもらいしつつは、例えば時には1人か2人くらいしかこの分はできませんと、他の患者さんと分けるとなるとこれしか受けられないとなかなかその宣伝チックなことではできないというのが実情だと思います。また、残念ながらこの病院がやっているということが外に伝わっていくと、中には事務職さんが辞めちゃうとか、看護師さんが辞めちゃうとか、看護師さんのお子さんが保育園に入れなくなっちゃうとか、いうことを心配して、やっぱりそのことは、もちろん地域の為には尽くしますよ、ただ宣伝的なPR的なことはできないと

いうところもあって、なかなかそこは本当にやっていただいている医療機関サイドの皆さんと、それから市民からどこへ行けばいいんだと教えて欲しいということに対しての答えはなかなか出せない現状、結局自分で探してください、HPで探してくださいみたいな話になっちゃうんだと思うんですね。そこをなんとかクリアできる方法をこの先何か考えられれば、という風には思っています。なかなか、多分おそらくいっせいのせいで公開できれば1つの病院に行く患者さんはそんな10も20もないとは思いますが、なんとなくあそこはそうやっているとか、あそこの病院は外にテントが立っているとか、いうところで患者さんが集まりだして、そこの1つの病院に集中してしまうような傾向が起こってしまうのかなという風には思っています。

畑中統括官か阿南先生が取り組んでいただいていた先見の明があったなと思っているのは、例の陰性確認がですね、いち早く、持たずに出そうということで取り組んでいただいたおかげで、回転効率も上がりましたし、療養証明を出していただいたおかげで、陰性確認のためにPCR検査を打たせろという方は随分減ったという風に思っています。ただ、これは誰に回答を求めるわけではなくてうちですけど、現状としての。発症の前2日から後2日、おそらく発症を挟んで4日間がくらいが1番感染のピークだと言われたこのコロナについて、実際我々は、患者さんの情報を捕まえ、最終的に検査を行い、搬送し、隔離を完了するのは、おそらく平均日数、まだすいません、うち時間がなくて全然そこデータ分析できてないですけど、5日6日はもう軽く経ってしまっているんじゃないか。そう思うと、最後の3日間を療養施設に入れて、その3日間何もなかったことを確認して、またお家にお帰りいただく。そのために、その車の手配であったり、お医者さんの受診調査であったり、膨大な労力とまたお金を使ってやっているということについて考えると、実際我々がやっていることが本当に感染拡大防止にとってどれくらい役に立っているんだろうかというのは、時々、夜ふと思ってしまうことがあるというのは担当者の愚痴としてお聞きいただければと思います。横浜は以上でございます。

(森会長)

はい、内情までお話いただけてどうもありがとうございます。それでは引き続き、川崎市のお話をお願いします。

(眞川委員代理)

川崎です。1つ目、まず、キャパシティがスマートアンプで増えていくというのは非常にありがたいと思っています。そして更に地域のクリニックも集合検査、集合契約に基づいて各クリニックで検査してもらえないか市からお願いしたところ、複数のところから手を挙げていただいております。そういった意味でもすそ野が広がって、横浜市さんほどの状況にはまだ至ってはいない印象はありますが、徒歩圏内にあるクリニックのどこかで受けられるんじゃないかそういった思いに近づくということです。医師会の先生方、病院協会の先生方には大変ご尽力いただいていると思っております。

逆に、保健所側の立場で申し上げますと、6月に無症状の方でも濃厚接触者はPCR検査をすると通知をいただいて、患者の早期発見という意味では一定の意味があると思っています。一方で、これまでは経過観察をして体調が悪くなった時から、帰国者・接触者外来に受診調整していたのが、今は依頼があったら数日以内に即検査につなぐ必要性が生じています。医師会さんの集合検査場が有症状者の対応で結構いっぱいになっている。そして、いくつかの病院に帰国者・接触者外来をお願いするわけですが、検査対象者が多すぎて、予約が明後日までつまっている状況にあります。病院経営の問題もあると思うんですが、有症状者だったら診察をして必要な検査をするが、無症状の方を大きな病院にたくさん送ると、ちょっと違うんじゃないかっていうご意見もいただいております。そういったところの受け皿を拡充しなければ

ばいけないと考えております。その拡充の中に、この新しいスマートアンブが役に立ってくれたら本当にありがたいなと思っております。川崎市からは以上です。

(森会長)

それでは、相模原の方にお話していただいてよろしいですか。

(鈴木委員)

検査体制のことですけれども、これについても国の方の推計の計算のやり方がある、県の方でも数を入れて、それを人口比で割り返して市の方もピーク時の検査件数ですが、ここで見ると相模原市で290件くらい1日に検査をしなければいけないという風に推測をしているところがございます。その中で衛生研究所、こちらの方がだいたい20人分を3台で回すのが1日の基準ですけれども、ピーク時にはそれを2回転するとか、3回転するとかっていう風にしてやってみようという風に聞いてますけど、それでもこの290件には追いつかないところから意外とその接触者外来については衛生研究所の方に回していますけれども、ドライブスルー、集合検査所は民間、それ以外にここでははじめました行政検査についての医療機関との契約を結んでいるところに関しましてはできるだけ、それについては民間に行くので、ここをできるだけ多くさせたいという風なことで今後、医師会と病院協会の方にもお願いしながらなんとか減らしていきたいという風に思っています。そうした中でですね、普段の検査も衛生研究所に行く、それからクラスターが発生していざ、50件、60件、或いは、100件とかまとまった量の検査も衛生研究所の方で一応やれる仕組みを考えておりますので、そうするとそこがパンクしてしまう、というようになってしまいますので、なんとか民間への委託については進めていきたいということで思っております。

あとそれ以外の課題といたしましては、そのドライブスルーも含めたその、疑いのある人、検査のための搬送ですね、このすごい今大変問題になってまして、なかなかうちの方でも保健所の職員が行ったりとか、それを消防の方もお願いして救急車等で搬送して検査をするという状況でございますけれども、これがなかなか消防もここで熱中症等でなかなか救急車を回せないという風に伺っている中で、なんとかできないかなということで今、市の方でトヨタの方から陰圧車をお借りするという中で、これをなんとかタクシー協会さんの方でやってもらえないかというようなことで今調整を進めているところであります。相模原市からは以上でございます。

(森会長)

ありがとうございます。最後に、前田局長にまとめてお話いただければと思います。よろしいでしょうか。

(前田局長)

会長、ありがとうございます。ただ今色々です。お話を伺って、確かにクラスター対策ということで今後重点的にやっていく必要があるという風な問題提起をさせていただいたところではございますが、やはり県と、保健所設置市との情報共有、こちらが非常に重要だなと思っております。最初の方で阿南統括官から説明いただいたこの資料の3の中です、7ページ目に感染経路別の動向という風な資料7ページにございますが、こちらにおきましてですね、やはり、その他・不明という率がこの7月に入ってから結構多くなってきているということでございます。こちらにつきまして県の方としましてもですね積極的疫学調査によってですね、このその他・不明の率なくすなどうちださないよう原因究明に努めているところでございますが、一応家族内感染、職場内感染、あと接待を伴う飲食店関係、そして院内感染、そしてその他・不明という分類になっているところでございますが、

この点につきましても一応今データとしては届出があつて翌日に厚生労働省に届出とこの分類を分けて報告するという風なシステムになっているところなので、なかなかこのその他・不明というのが多くてという事情はあるかと思ひますけども、やはりこのその他・不明というのはある程度わかつた段階で、原因がわかつたということであれば県の方にも情報提供していただけますと、例えば今日の68名の患者さんのうちですね、やはりこういった家族内感染、職場内感染というのがその今日の段階でわからなくても積極的疫学調査の結果ですと、ある程度原因が判明した状況で情報提供いただけますと非常にこの原因の感染経路別の分析ができて、そしてそれが今後の新たなクラスター対策につながっていくという風に考えているところでございますので、この度、ご協力いただければという風に思つてございます。私からは以上です。

(森会長)

ありがとうございました。それでは、本日用意された議事というのは全て終了しました。ご出席者の皆様からぜひこれはということがありましたら教えていただけますか。

(畑中顧問)

畑中でございます。統括官を最近終えまして、今、厚生労働省CIO補佐をしております。今日、厚労省としてお話するのではないんですけど、多分、感染が広がっていったときに次のステージで考えなければいけないことを皆さんに投げかけられればなと思うのは、積極的疫学調査をどこまでやるのか、これは多分東京都とかものすごい数になってますから、もう多分追っかけきれてないだろうと、そう考えていまして、どこの段階で積極的疫学調査というものをある種限定的にして、そして本当にハイリスクの方々を守るのかというところに舵を切らなきゃいけないタイミングが来る可能性があるというところで、そこら辺をこう議論するタイミングを作った方がいいんじゃないかなと思つておりますし、COCOAですとかですね、県がされているそのLINEを使ったお知らせシステムといったものでですね、そういった人的な調査をですね、ある種サポートするというか補完するようですね、というところに振っていかないとですね、保健所の皆さんももう多分人員的に無理が出てくるということを視野に入れなくてははいけないくらいかなりまん延が進んでいると思つています。

(森会長)

ありがとうございました。貴重なご意見だつたと思ひます。それでは最後に、知事からお言葉をいただいて終わりにしたいと思ひます。よろしく願ひいたします。

(黒岩知事)

はい、ありがとうございます。こんなに長い時間ですね真剣な議論を交わしていただきまして本当に心から感謝を申し上げたいと思ひます。

今までのこと振り返ってみても神奈川県、様々なことを打ち出してきたなということをもたまた今日改めて振り返りながら、先手先手を打ってきたなということをつくづく感じた次第であります。そんな中、今日ですね、実はオープンしたものがあつまして、LINE コロナお知らせシステムパーソナルサポートですね。これであの元々郵便番号を登録していただくんですけども、郵便番号を登録するということは地域別に何か見えてくるんじゃないかなということはずっとやっておりましたけども、今日やっとお披露目することができました。これ県のHPで見てくださいと見えますけど、それぞれの保健所のエリアで今感染が拡大しているのか、収まってきているのか、色で表示してくれます。それとその感染率ですね、これはその円の大きさで表示すると、

こういうことが今日からできておりますのでそれぞれが地域での対策ですね、そういったものの参考にしていただければという風に思います。

今日も実はテレビ出演が実はあったんですけど、その中でもやっぱり今日1番のホットなテーマといいますとなんとといっても今日からG o T oトラベルが始まるといったことでありまして、要するに遊び的な雰囲気っていうのはこんな感染が拡大している時にこんなみんなであちこちに行けっていうG o T oトラベルっていうのは何を考えているんだみたいな論調でありまして、私はなかなかこれは厳しい問題だなって思います。たでもこういった厳しさとこれから全部向き合っていかなければいけないなという風に思います。つまり、緊急事態宣言が出た時はですね、とにかく命最優先といったことで、すべてを犠牲にしてでもですねこのそっちを優先しようということで、一応制度が出たわけでありまして、そうやって経済のエンジンをカチッと止めたままの状態ですと社会全体が崩れてしまう、という中で経済のエンジンを回しながら感染拡大防止をやらなければならない、この両立を図るのは非常に厳しく難しい問題であります。その中で観光政策といったものをどうとらえるかといったような問題なのですが、これから様々、様々な調査で出てまいりますのでですね、皆さまの英知といったものをぜひ集結していただいて、せっかくこの先手を攻めてきた神奈川でありますからこういった両立を図る中でも神奈川モデルをしっかりと作っていきたいと思いますので、これからもご指導のほどよろしくお願ひしたいと思ひます。本日は最後までありがとうございました。

(森会長)

知事、どうもありがとうございました。

本日の議題は以上となります。進行を事務局の方に戻したいと思ひます。よろしくお願ひします。

(事務局)

それでは、森会長どうもありがとうございました。また委員の皆様方におかれましては多少ちょっと遠慮させていただきましたけれども、長期間に渡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。