

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5回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和2年9月14日（月曜日） 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（吉村幸浩）※、角田正史、平田栄資 阿南弥生子、猿田克年、土田賢一、鈴木仁一、辻和雄、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹（眞川幸治）※、和田安弘（深川やよい）※ <会長招集者> 小笠原美由紀、習田由美子、橋本真也、藤原正、安江直人、吉川伸治、渡辺二治子 ※（）内に代理・オブザーバー出席者を記載。</p> <p>〔県〕 前田光哉、阿南英明、篠原仙一、畑中洋亮</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、新 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） 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。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医療危機対策企画担当課長の山田でございます。よろしく願いいたします。それでは、本協議会開催にあたりまして、健康医療局長よりご挨拶申し上げます。</p> <p>（局長） 皆様、本日は大変お忙しい中、森会長、多屋副会長を始め多くの皆様に本協議会にご出席いただき心より御礼申し上げます。この会議でございますが書面開催も含めると、本年度既に5回目の開催となったところでございます。毎回活発なご議論いただき、委員の皆様には感謝申し上げます。本年1月15日に、県内で国内初の感染者が確認され、3月に新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部を設置し、医療崩壊を防止する医療提供体制、「神奈川モデル」の構築、推進に取り組んできたところでございます。 新型コロナウイルス感染症の更なる感染拡大に対応いたしますとともに、自然災害との複合災害への対応やインフルエンザなど既存の感染症対策との調整を一層強化いたしますため、健康医療局に部相当の室といたしまして、8月1日に医療危機対策本部室を設置したところでございます。</p>		

最近の患者の発生状況を見ますと、7月に入ってから新規感染者は徐々に増加いたしまして、8月には100人を超える日も出てきており、8月15日には136人という1日当たりの患者数としては1番多い数を記録したところがございます。

更に、8月に入りましてからは、病院、福祉施設、学校での感染というクラスターによる感染が増えているところがございます。一方で、病床の確保についてでございますが、重症者病床が140床、中等症・軽症が1610床でございます。そして実際の入院数でございますが、重症が20名から30名程度、中等症・軽症の方が約250名程度ということでございまして、病床利用率は徐々に上昇傾向にはございますが、まだ1割台という状況でございます。

本日でございますが、今後心配されます、季節性インフルエンザの流行に備えました体制整備について、ご議論をいただければと思っております。新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザが同時に流行することにより、医療現場の負担の増大が懸念されるところでございます。厚生労働省からも9月4日付けの事務連絡で「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」が出されたところでございます。本事務連絡の中では、10月中を目途に体制整備を完了すること、そして体制整備を進めるにあたっては、関係者と協議することということが示されているところでございます。

本日この場でいただきますご意見を参考に、県として対策を進めていきたいと考えておりますので、建設的なご議論をよろしくお願いできればと思っております。本日はよろしくお願いたします。

(事務局)

局長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させていただきます。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まして、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、卸業協会の皆様にご出席を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します。お手元の次第をご覧ください。本日の議題は、次のインフルエンザ流行に備えた医療体制整備についてですが、事務局といたしましては、すべて公開をしたいと思います。また、議事録の公開についても同様に取り扱わせていただきたいと思います。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たします。

(森会長)

皆さん、こんばんは。東京医科歯科大学生涯免疫難病学講座の森と申します。

今日も司会を担当させていただきますが、着席してご挨拶させていただきます。今回も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たいと思います。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。会議は全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たいと思いますが、皆さま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、報告事項の1ですね。新型コロナウイルス感染症の患者の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。では阿南先生どうぞよろしく願いいたします。

(阿南統括官)

医療危機対策統括官の阿南でございます。最近の神奈川県の子の発生動向がどのようなものか、まず皆さんと共有したいと考えてございます。

この表ですが、先月になろうかと思いますが、国の方から統一して全国のステージを分類するというので、ステージ1、2、3、4の4段階に分ける。ステージ3というもの、ステージ4というもの、その指標ということで6項目国から出されてございます。

本県としましてもこの6項目、基本的にはそのまま採用させていただいて今神奈川県の病床のひっ迫度合い、更には感染の広がり方、この辺を見ていく。基本的に同じ数値、目安で見ようということで、そのまま採用させていただいています。

ただし、本県としましては7つ目の項目として、やはりクラスターの発生状況。これは大きな意味があるだろうということで、7項目目を入れさせていただいて、この7つの指標で現在の神奈川県の状況を評価しますし、示していくということにさせていただいています。個々のデータに関してはこの後お話をしますが、この7項目に関してこの緑色のところ、これが1番直近のデータであります。いずれのデータもステージ3に引かかる項目が現状ございません。言い方を変えますと、ということで現在神奈川県の状況はステージ2という状況がずっと継続している。振り返りましてステージ3のところに入ったということはございません。神奈川県としましてはステージ2の状況が続いている。そのようにご理解いただければと思います。

項目ごとにお話をしますと、まず、病床の利用状況です。重症の病床と、中等症、この辺りに軽症の方が入ってきますので、重症と中等症、この2種類の病床に分けて、どれくらい使われているかということのを3つの色に分けて示してございます。赤い色が実際に入っているもの、青色は即応病床という言い方をしますが、今現在、病院の方をお願いをして空けてある病床です。つまり、患者さんが入ってきたら即入れていただくためにこの青色のところは空けて確保してある。患者さんが更に増えてきたときに拡張していただく最大のところがこの黒の斜線で示してあるところ、ここまでということで、この最大に膨らませたところに対してこの赤い色の部分、これがどれくらいの比率を示すのか、これを経時的に示したものがこの右側の図ということでございます。この折れ線グラフで見ますと、この点線或いは、緑色で示されているもの、これが病床の中の全体或いは中等症を示しています。この推移でみていただきますと、この8月の中旬、この時に非常にこう病床の入院数が増えてこのパーセンテージも、ここは16%のラインですが、20%に近づいて緊張感があったわけですが、その後少し下がってその後は横ばい状態であります。一方、赤のもの。これは重症の病床です。重症の病床の利用状態、これはどうしても全体の病床利用に比べて遅れて上がってくるという傾向がありますので、そこを注視して見てございますが、じわじわと上がってきて、現在、このところまたちょっと数字が上がっていてですね、16%程度というところになっています。

2つ目の指標として、療養者、療養者の定義ですが、入院、そして宿泊療

養、自宅療養すべて合わせた数です。全国比較のために人口 10 万人当たりで割り算をして示すということになってございますが、この 7 月以降の推移見ていただきますと、先ほどお話したように、やはり 8 月の中旬、入院も増えましたが、自宅療養、宿泊療養も多かったのも、この時に少し高くなっていますが、それ以降少し落ち着いて、今は 6～7 の間、この辺を推移しているということでもあります。

3 つ目の指標。国として示されている指標としてはこの折れ線グラフの方であります。検査をした時の陽性率ということであるわけですが、それに少しわかりやすいように棒グラフでですね検査数を示しています。経時的にみていただきますと、だいたいこのところ同じようなところですけど、2000 ぐらいの、県内毎日毎日、2000 ぐらいの検査はされています。非常に多い時は 3000 近くいった日がありますが、2000 ぐらいの検査をされていて、そのうち何%が陽性なのかということですが、直近で 6.3。ここですっとやはり 8 月の中旬に向けて患者が増えたときですけども、陽性率が高くなりまして、それ以降は少し下がった後、横ばい状態、やや増加傾向かなくらいのところまで今推移してございます。

それから 4 番目の指標としては、新規に患者、陽性になった人、それが、週平均でどれくらいになっているのかということを見ています。これも全国比較のために人口 10 万人当たりで示しています。5.6。一応国として示しているのはこれが 15 というのを危険なラインという風に示してございます。それに比べると 5.6。それからこの視覚的、ビジュアル的に見ていただきますと、やはり 8 月の中旬ぐらいのところが高かったわけですが、それ以降下がってその後横ばい状態ということですよ。

増加傾向、或いは低下傾向、これが傾向としてどうなのか。ずっと上がり続けている、増え続けているのか、横ばいなのか、或いは減ってきているのか、そこら辺を見るための指標として 5 番目の指標。直近 1 週間の患者数とその 1 週間前の数、これを割り算して比較をする。分子の方に直近の 1 週間、そして分母の方にその前の 1 週間ということを示しますと、1 が目安になって、1 を超えていますと増加している、直近の方が数が多いということになりますので 1 を超えていると増加傾向なんだということがわかります。1 を下回っていると減っている。ということですよ。左側は非常に短いスパンのものですが、右側を見ていただいた方がいいかと思えます。この 4 月以降、第一波の時からずっと見ていますが、このところですね、第二波として患者さんが増えた時、6 月中旬以降、やはりこのところ高い、ポンと上がりを示していて、増えていたんだということ。患者数が伸びているということを示しています。直近 1 か月間を見ていただきますと、4 週間ぐらいはやはり 1 前後です。つまりこれ、先ほどお示したように山超えて下がってきたんですが、横ばいだというお話をしましたが、1 前後で推移している。まさに同じような状態が、この直近 4 週間は続いている。この辺を示しているだろうと思えます。

6 番目の指標。感染経路の不明率。やはりこれはもう県内の保健所が非常に大変な思いをして疫学調査をして感染経路を辿ってくれています。この指標としては、やはり 50% というのは 1 つの目安で、50% を超えてくる、感染経路不明の人が半分以上いるということは、市中に広く広がって誰彼構わず移っているという考え方になりますので、50% というのは 1 つの目安になっています。見ていただきますと、第 2 波で見るとちょっと 50% を超えているときがあって、少し下がって 50% 前後で推移しているところですよ。ただし、これは、50% 以上が即危ない、50% を切っていることが即いいと単純に言えるものではなくて、例えば、クラスターが発生しますと、これは感染経路はわかります。ですので、たくさんクラスターが発生していると、この比率というのはむしろ高くなって低くなっていく。そういう危険を孕んでいるということなので、これだけで見ていくと危ないということがありますので、本県として 7 番目の指標、クラスターの実態を常に把握するという指

標を入れさせていただいています。これが最近の状況で、医療機関、種別にですね、医療機関、福祉、学校関係、こういった種別に分けてどれくらいの施設、どれくらいの人が陽性に出ているのか。ここら辺を示していますが、ずっと減りません。現状減らないで、やはりポツポツと発生して、これが継続しているというところでもあります。

これはよく見る第一波以降、第二波、新規の患者数を日別に示した棒グラフであります。一見してわかるように、第一波に比べて第二波の方が陽性患者数は多いということでもあります。これを、陽性であるということは、入院または療養に入るわけですが、それを種別で分けたもの、赤い色1番下に書いたものが重症患者さん、黄色が中等症で入院、1番上の緑色で見えているところ、ここが宿泊療養ということで、積み上げると第一波に比べてやはり第二波が多い。特にこの中等症、黄色の部分が多いということがわかります。これ分解しますと、入院に関して言いますとこの重症、先ほどからお話しているように、第一波が終わって第二波、やはりジワジワと増えてきて直近、数値が高くなっていますよとお話したとおり、実数としても少しまだ上がり傾向が続いているところで、これは注視しなければいけないだろうと思っています。

一方で、中等症に関しましては、第一波の後、第二波増えて、ここで8月の中旬ぐっと増えて非常に緊張感が走ったんですが、その後少し下がった後、フラットということなんでしょうね、1回ボンと上がった後、横ばい状態が続いている、ということでもあります。

年代別でどれくらいのものなのか、これ月別で見ていただくといいと思いますが、右側の所で4月、5月、6月、7月、8月みていただくと、第一波と呼ばれるこの4月、5月。年代別で見ると色は均等ですよ。ところが第二波、よく言われたように赤いところ、つまり若年者が多かったわけでありまして。ただ、これがだんだん手前の方に来ますと、この比率がだんだん均等化して、必ずしも若い人ばかりではないという傾向が見てとれます。これを週別でみるともっとはっきりわかるわけでありまして、当初、第二波がぐっと立ち上がった時には、赤い色の若年者が多かったわけですが、この比率がぐっとだんだんだんだん週ごとに下がって、高齢者の比率も高くなっている、こういった状況であります。

感染経路別、具体的に感染経路がわかるのが半分程度ということでお話をしていましたが、中身に関して踏み込んでみますと、この下に示してあるような、各内容ごとで示しますと、家庭内感染に関しては終始ずっとあり続けています。ここは様々な啓発活動をしてはいますが、家庭内での感染、ここは要注意でありますし、ちょっと前には会食、或いは職場感染が春から目立ってございました。第二波で多かった8月の中旬ですね。昨今はややこの辺が少し落ち着いてきていて、啓発活動がそれなりに機能しているのかもしれませんが。会食での発生というのは少なくなってきた傾向が見られまして、職場内感染もあまり多くはない。一方、何が多いかと言いますと、その他に括られているのですが、このところやはり施設内クラスター、或いは、学校での複数での感染。こういったことがパラパラと出ています。その辺はその他のところに少し集約されています。

前回の時もお示ししたのですが、元々6月に国の方から示されました第二波の推計モデル。神奈川県の人口、或いは年齢層といったデータを踏まえまして、推計モデルが、第二波が来た時にどういった波になるのかということで、こういうカーブを描かせていただいたのですが、実際の傾向としてはこの赤線、入院患者に関しては、大きな山を作るのではなく、ただ、ダラダラと決して落ち着いてはいませんが、決して少なくはなっていませんが、このダラダラとした波が続いているということでもあります。

もう1つ、前回にはお示ししなかったのですが、少し死亡件数に関して解析をしてみました。これは神奈川モデルにご参加いただいている88の病院に関してアンケートをお願いしまして、まだ途中、返ってきてない医療機関も

ありますが、80%弱の回答率。ただ患者数でいきますと8～9割、おそらく90%くらいの死亡例のものが返ってきてございます。やはりどこのエリアも人口が多いところ、患者が多いところ、そして、病院が多いところ。ここら辺のところはありますので、横浜、川崎が多くなっていますが、これは別にそこを発生ということとイコールではありませんので、全県で患者さんを分担してみようということがありますので、病院が多い、病床が多いというところが多い、それだけであります。時期を第一波と第二波、第一波と第二波ですが、本県の場合、第一波の終息が少し遅かったということもありますので、ザクッと6月20日前後で切っております。6月20日、具体的には22日以降、発症した人を第二波という風に捉えて。第一波と第二波ということに分けて統計を取っています。そうしますと、3/4は第一波の死亡。全体としての、今日に至るまでの死亡全体としての3/4は第一波の時の死者であります。この棒グラフで見させていただきますと、圧倒的に青色の第一波の方が多い。年代別に見ますと、それぞれ青も赤の方も、第一波も第二波も高齢者になるほど、年齢が高いほど亡くなっている実数として多くなってございます。これを年代別の死亡割合、割合という言い方に関しましては、全体として亡くなられた方の中で死亡の比率をどういう風に見ているかということでもあります。右側見ていただきますと、第一波の時、大きくは変わりません。やはりこの紫色の高齢者の比率が多いのですが、やや第一波よりも第二波の方が80代以上の比率が少し高いのかなというところでもあります。

入院日別、発症してから何日くらいで亡くなっているのかというのを見えています。青色が第一波、赤色が第二波ですが、第一波は、これも言い方が難しいのですが、3週間以内、或いは4週間以内、このところが非常に大きな数を占めていますが、幅は色々にあります。一方、この第二波に関しましては、やはりこの比率的には1か月以内の方が多いです、とはいえ、少し比率的には万遍なくと言いますか、色々な期間で亡くなっている。これを見やすく、ビジュアル的にはこちらの方が見やすいかもしれません。この赤、紫、緑の比率が第一波で多いわけですが、このくらいが比率的には均等化しているという風に見てとれるだろうと思います。

年代別の死亡率。これは線毎に書いてあります。若い方、60～70歳の方、それから80代の方、こういう風に見ていただきますと、先ほどの話で高齢の方はやはり死亡率が高かったです。ただ、第一波に比べると第二波の方が死亡率は低い。これは様々な意味合いがあって、よく言われているように第二波の方が第一波で拾えなかった患者数、たくさん拾っていますので、そういう意味も含めて比率が低いのではないかと。様々な要素があるかと思えます。

基礎疾患に関して調べますと、第一波、第二波で見ますと、1つは青色のところちょっと特徴的でありまして、糖尿病です。先ほどもお話したみたいに、死亡率、第二波の方が低いので、基礎疾患の保有に関して同等、或いは下がる。それはあってもいいのかなということで、これらのオレンジと緑、ここら辺はいいのかなと見えますが、この青色、糖尿病に関しましては第二波の方がややですけど高い、或いは同等の比率になっています。ここら辺の所で、糖尿病というのがそれなりに生死に関しては影響している可能性があるのかな、そこら辺がということでもあります。

最後に、亡くなられた方に対して、第一波の時から言われているように、人工呼吸器の装着、或いはECMOということがありますので、どのくらい使われているのかを示しています。第二波に関しては、ほとんどECMOは使われてございません。亡くなられた方に関しても、生存件数に関してもそうなのですが、県内で第二波は、ほとんどECMOは導入されていません。導入したものにしても本当に第一波に比べて短い期間で離脱出来ています。そういうようなことで、亡くなられた方に関してはECMO使用はございません。人工呼吸器の使用頻度も少し低いということが数字として出ています。

現状、ということで少しお話をさせていただきました。

(森会長)

阿南先生どうもありがとうございました。詳しくお話いただきました。まず、最初がモニタリング指標ということで、7つの項目について詳しくお話していただき、その後は関連死亡者の傾向調査結果について、お話いただきました。それでは、ただ今のご報告について、ご意見、ご質問等がありましたら発言をお願いしたいと思います。

なお、発言にあたりましては私から指名させていただきますので、挙手をさせていただくようお願いいたします。それではどなたか。

(角田委員)

防衛医大の角田ですけど、非常に詳細に渡りまして現状良く把握できて、また、ちょっと油断はできないかなということがよくわかりましたので、大変すばらしかったと思います。ただ、1つ実数と推計数の比較で、よく見るとわかるんですけど、新規感染者といういわゆる罹患率と入院者などでその日の有病率というのを2つグラフとして一緒になっているので、一見ちょっとわかりにくいかなというところがありますので、これを分けた方がよかったのではないかと思ったんですけど。これ、入院はずっと続いているからこの値で、新規感染者はその日、その日だからこうなるということだと思っんですけど。入院の数が患者数と捉えちゃうと。これはあくまでも新規患者数なので。

(阿南統括官)

(資料の)枚数を減らしたかったというのもあり、ずっとこれで使っているんですけど、意味合いとしてはおっしゃる通りなので、時期的にもちょっとそこはズレは生じるので、理解という意味では分けた方がいいでしょうね。次回から考慮させていただきます。ありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

(小倉委員)

いつもお世話になります。神奈川(県立)循環(器呼吸器病センター)の小倉ですけど、他の地区との比較というので、神奈川の場合、比較的うまく行っていたのかなと思っていて、関西の大阪の友人とかに聞くとやはり重症者の受け入れとか含めて、神奈川方式っていうのは早くからやっていて、うまくいっていたのかなと思いますけども、よそと比較っていうのはなかなか難しいけど、大都市と比べて阿南先生の評価としていかがですか。

(阿南統括官)

それはちょっと厳しい問いかけでございまして、しっかりとしたデータ共有といいますか、同じデータベースでちょっと比較するというのが出来ておりませんので、そこはちょっとコメントはつらいかなという風に思います。

(小倉委員)

全体的に国のあれでも死亡率が低かったというのはデータとして出てきたとは思っているので、死亡率に関してはあれだと思うんですけど、入院期間が非常に重症のところ短かったというのは非常に良かったのかなと思います。

(森会長)

はい、ありがとうございます。他にいかがでしょうか。かなり詳細にご説明いただきましたし、皆様のご理解もかなり深まっているのではないかと思います。

(吉川委員)

今のお話の中に出ていたかもしれないんですけど。一番気になるのは第一波、第二波っていうことの区分ってというのは、これってというのは公式的に第一波、第二波っていう形で捉えてよろしいのかってというのが1つと、それからその時の要するに死亡者との比較をされているんだけど、この死亡者が何故これだけ減っているのかというのは、この少なくとも神奈川のデータについての分析をされているという理解はしていますけど、要するに全体的な話としては、或いは日本、もうちょっと広い意味で言うと日本としての全体的な分析と、それから世界、まだまだポンと広まっているっていう中でいうと、この死亡者に対しての認識というのは、もちろん医療提供の状況だとか、そういった色々な状況はあると思いますので、そう単純ではないと思いますけど、今の状況というのは、かなり死亡者が減っているところをどういう風に、我々ある意味ではそれだけ感染力が弱まっているという理解をするのか、医療提供体制がしっかりして、医療が提供出来ているということになるのか。その辺のもう少し細かい分析があるとありがたいです。

(阿南統括官)

まず、第一波、第二波に関しては便宜的に使わせていただいています。これはもう誰も定義付けをしていないし、誰も断言していないので、しょうがないかなと思っていますけど、誰がみても1つ目の山、2つ目の山で表現するのにまどろっこしい言い方も良くないので、今日はあえて使わせていただいています。

データの解析、中身、理由、死亡に関しては全国、国立感染研からも出されていまして、全国的な傾向として第一波と第二波の死亡率の差異、年齢別の差異、こここのところが示されて、いずれも低い値になっています。全年齢層で見ても1/6くらいになっているということが全国データで出されています。そこら辺も傾向としては神奈川県としても同様なんだな、そういう解釈までだろうと思っています。その死亡数の低下、死亡率の低下、これは先ほどもちょっとだけ触れさせていただきましたけど、率で言った場合には分母、分子の関係がありますので、分母の取り方が最初の波と2つ目の波でちょっと違いがあるということがある以上、如何ともし難いところがありますし、これはもう様々に学問の世界では言われているように、様々な要素が絡んでいるであろう。治療の効果改善ということもあるでしょうし、ウイルスの変化があったのではないかと、更には、ファクタリスクと呼ばれたりしていますけど、何か別の要素があるのではないかと。これは後々にならないと現状ではちょっと踏み込んで軽々な発言もできないだろうという風に考えている次第です。

(森会長)

ありがとうございました。他にご質問ある方いらっしゃいますでしょうか。よろしいですか。

それでは次に移らせていただきます。2の議題に入らせていただきます。恐縮ですが、撮影はここまでとさせていただきます。それでは、次のインフルエンザ流行に備えた医療体制整備についてです。新型コロナウイルス感染症と季節性のインフルエンザが同時に流行することで医療現場の負担の増大が懸念される中、厚生労働省からも先ほどちょっとお話がありました。9月4日付けの事務連絡で、「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」、が出されました。事務連絡の中では10月中を目途に体制整備を完了し、体制整備を進めるにあたっては関係者と協議することとあります。県として対策を進めるため、建設的な議論をよろしくお願ひしたいと思っています。

まず、議論に先立ちまして、この9月4日に発動されました次のインフル

エンザ流行に備えた体制整備について、厚生労働省からご説明いただき、その後事務局より神奈川県新型コロナウイルスと季節性インフルエンザ流行期に向けた対策について説明していただきます。それでは、厚生労働省の習田室長よりしくおねがいたします。

(習田様)

厚生労働省の習田と申します。よろしくお願いたします。

まず、資料3の次のインフルエンザ流行に備えた体制整備についてという9月4日の事務連絡をご参照ください。

今までもご説明がありましたように、例年、季節性インフルエンザの流行時期は多数の発熱患者さんが発生するわけですけれども、現在のコロナ渦におきましては、臨床上、季節性インフルエンザの患者さんとコロナ、COVID19の患者さんを判別することは非常に難しいということが指摘されておりますので、そういった状況を踏まえながら医療体制を整備していかなければならないという所でこの事務連絡を発出しております。具体的な中身については1番後ろにポンチ絵がついてございます。発熱等の症状のある方の相談受診の流れというところですが、こちらで内容についてはご説明したいと思います。

まず、下の絵の方を見ていただきますと発熱患者さんが発生した場合には、まず電話で自分がどこを受診したいのかということをご相談していただく、というような相談する場所を設けて欲しいと。先ほど来、申し上げたとおり、インフルエンザとコロナの患者さんが両方発熱されてきますので、多分相談数は増えるということをご想定いたしますと、まずは身近なかかりつけ医となる診療所、或いは医療機関で相談を受けていただく、ということが、そういった体制を作っていただくということが重要なのではないかとこの風に書いてございます。また、その際にはその電話口で適切な医療機関をしっかりと案内できるということが主唱になってまいります。

その次に今度は電話で相談した後どこに受診をするかということですが、まずしっかりと感染対策がとれた診療機関、或いは検査機関を受診していただくことが重要なんですけども、これについても相談センター、相談できる場所と同じようにならぬ数を準備していただくということが望ましいという風に考えております。その場合は、できれば相談をされる機関と、受診する機関が一連であることが望ましいという風に考えてはいるのですけれども、ただ、やはり診療所におきましては構造的に感染対策が十分にとられるとか、動線を分ける、そういったことが難しいこともございますので、場合によっては相談の所にかかりつけ医等、地域で身近な医療機関から下の方に矢印伸びておりますけれども、ここが一連であることが望ましいんですけども、ただ診療や検査が難しいということであれば、別途、別の医療機関に相談をしていただくというような仕組みを取っていただくということもできるということを書いてございます。その場合にはしっかりと連携していただくということが重要になってくるかと思っております。更に、かかりつけ医の方だけ、身近な医療機関だけでは相談体制が取るのが難しい、例えば、急に症状が悪化して夜間とか休日に受診が必要になった場合につきましては、別途受診相談センターのようなところを確保して、右の方に矢印伸びますけれども、そちらの方で相談していただき、しっかりとその時に受診ができるような診療検査機関をご案内していただく、というような流れになっております。なので、大きく3つですね。発熱した患者さんがかかりつけ医で電話相談をしていただき、その後、そこで検査、診療検査をしていただくということ、2つ目のパターンとしては、かかりつけ医で電話相談していただいた後に別の医療機関を紹介していただく。さらに3つ目としましては、受診相談センターに相談をしていただいて、審査医療機関にかかっている。というような大きく3つの流れがあるかと思っております。また、こういった役割をそれぞれの医療機関に担っていただくということについてはそれぞれ地域の

中で話し合っていたとすることが重要になって参りますとともに、受診相談センターやかかりつけ医が別途診療医療検査機関に患者さんを相談していただく場合には、何処の診療所、或いは医療機関でいつ受付をしているのか、診療しているのかということをご共有していただく必要がございますので、そういった対応可能な時間帯等についてを地域の中で随時共有しておく、ということが必要だということが書かれております。

更にこういった体制を整備していたとしても、患者さんが急に受診されてしまうということがあると医療機関が混乱いたしますので、これについては1番上に書かれておりますように、住民に対して周知することという中で、発熱等の症状が生じた場合には、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話すること。相談する医療機関に迷う場合には受診相談センターに相談をすること。こういったことをしっかりと周知をしておくということをお願いしております。

こういった各医療機関の役割分担する上で重要なことといたしましては、しっかりと患者さんの痛みには、院内感染と感染管理に関することについてはしっかりと対応できるようにすること、ということでその留意点についてを記載してございます。

9月4日の事務連絡については以上です。こういった内容をこのような協議の場において議論していただいて、10月中を目途にこの医療提供体制についてを取りまとめていただくことをお願いしております。以上です。

(森会長)

どうもありがとうございました。それでは引き続いて、神奈川県新型コロナウイルスと季節性インフルエンザ流行期に向けた対策ということで、事務局の方から説明していただきます。それではまた、阿南先生、よろしくお願ひします。

(阿南統括官)

金曜日に、国の方から通知がでていましたけれど、その説明をさせていただきます。

(森会長)

では、追加でよろしくお願ひいたします。

(習田様)

それでは、引き続きまして、資料4の9月11日に出されました、「今冬のインフルエンザワクチンの優先的な接種対象者への呼びかけ」について説明したいと思います。先ほどの通知の最後のところに、発熱患者が増えることもあり、インフルエンザワクチンの供給をしっかりと確保していきますということが書かれているのですが、具体的なものとして、金曜日に、「今冬のインフルエンザワクチンの優先的な接種対象者への呼びかけ」についてということで事務連絡を出しております。今年は、コロナ渦であるということから、発熱患者については、特にインフルエンザの患者については、重症化リスクのある方たちには確実にワクチンを受けていただきたいということもあって、このような通知を出しております。

ワクチンにつきましては、平成27年以降、4価ワクチンに変更した以降、今年は、最大の供給量となる3,178万本を確保していることで、昨年が今までの最大だったんですが、昨年を12%上回る量のワクチンを確保できる見込みとなっております。その中で、コロナウイルスの拡大・流行が懸念されているので、この冬にむけたインフルエンザワクチンの需要が高まるというような可能性があります。その中で、インフルエンザワクチンは65歳以上の方が予防接種法の定期接種の対象となっております。日本感染症学会の提言では、医療関係者、高齢者、ハイリスク群、小児から小学校低学年までへの接

種が強く推奨されている。こういったことを踏まえまして、次のインフルエンザの流行に備えて、予防接種法にもとづく定期接種の対象者のほかに、日本感染症学会の提言で、接種が強く推奨されている方々についても、しっかりとインフルエンザワクチンの接種が、希望される場合には、その接種の機会を逃すことがないように、しっかりと接種の時期について呼び掛けていくことを行っております。具体的な、優先的な接種対象者についてですが、次のページを見ていただきますと、インフルエンザワクチン接種の呼びかけについてということで、原則について①予防接種法に基づく定期接種対象者、65歳以上の方でインフルエンザワクチンの接種を希望される方は、10月1日から接種を行い、それ以外の方は、10月26日まで接種をお待ちいただくよう、お願いしています。10月26日以降は、特に、医療従事者、65歳未満の基礎疾患を有する方、妊婦、乳幼児～小学校低学年の方で、インフルエンザワクチンの接種を希望される方に対して、接種できる旨を呼び掛けています。これら以外の方についても、10月26日以降は、接種ができるので、待っていただく必要はないと、順次接種ができるということを書いています。これについては、厚生労働省としましても、HPやリーフレットで周知をしていくこととしておりまして、一番最後のページに厚生労働省の季節性インフルエンザワクチンワクチンの接種時期の御協力のお願ということで、1枚つけておりますけれども、こういったものを活用して、周知を行うこととしたいと考えております。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。それでは引き続き、阿南先生、よろしく願いします。

(阿南統括官)

神奈川県として、季節性インフルエンザ、新型コロナ、この両方に、どのように対処していくのか、この方針についてたたき台を作っているところです。現時点で既に県医師会とも情報交換をさせていただいて、ご意見を賜り固めている途中です。案ということで、みなさんにお示しさせていただき、意見を賜ればと思っております。

3本の矢を打ち出していく必要があるだろうと、内容的に3種類に分けて考えると、理解しやすいと思います。1つは、季節性インフルエンザワクチンについて、優先の考え方とか、どういう人にお奨めするのか、整理する必要がある。2番目に、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス、この両方とも検査をできるようにしなければならない、この検査のあり方はどのようにするのか。3つ目は、受診難民が発生してはいけないので、患者さんが受診をする、その時に、どこへ行けば受診ができるのか、この体制を構築する。この3本の矢を整えるという風に整理したいと思います。

まず1本目の矢、ワクチン接種の体制をどのようにするのか。高齢者に関しては、インフルエンザに感染すると重症化します。しかし、ワクチンを打つことによって、重症化を少し(緩和できると)、20年近く前ですが、厚生労働局の中でも、流れている内容ですので、ここのところは重要、これは、新型コロナウイルスに対して、神奈川モデルで示してきたように、重症化すると、病床を埋めていく。特にICUを逼迫するというような可能性がでてきますので、ここのところを、重症化させないということは、医療機関の負荷を軽減するという意味で、非常に重要と考えています。では、高齢者というのは、どれくらいの人口があるのかということ、統計に基づきまして、65歳以上、あるいは、もう一つ、基礎疾患も問題となってまいります。60歳以上で、身体障害1級相当という言い方ですが、いわゆる、呼吸器系、心臓、腎臓、こういったところの慢性の障害をお持ちの方、こういった、高齢者及び基礎疾患をお持ちの方、こういった方々は、本県において230万人くらいいらっしゃいます。こういった方々を対象に、ワクチンを打っていく、ここのところ

が、医療機関の負荷軽減において重要であると考えています。ワクチン行政というのは、市町村行政に位置付けられていますので、神奈川県が直接、このところにダイレクトに入っていくということではなく、市町村のところに、支援するスキームになろうかと思っておりますので、各市町で検討されているもの、その中で、どうしても、現在の、季節性インフルエンザのワクチンに関しましては、定期予防接種の形ではありますが、市の負担と自己負担という2種類に分かれていますので、自己負担分を軽減するような形で市町村へ金銭的支援をするというスキームがいいのではないかと、ここらへんのところを考えておりますので、本県としましては、現在開催されている9月議会に上程させていただき、議論のうえ、議決を目指していくと、いうところを進めているところです。そういう意味で、高齢者、基礎疾患保有者に、接種をしようという呼びかけは非常に重要だと考えています。

二つ目の矢、検査体制の確立ということで、どれくらいの検査が必要なのか、様々な計算をしております。代表的なものとして、一つの考え方として数字を出させていただきますと、過去十年くらいの統計に基づきまして、発熱する人達がどれくらいいるのか、多い年で、これは山のピークということではなく、ある一定の期間の平均的なところで見ています。平均的なところで多い年に、発熱患者さんがどれくらいいらっしゃるか、いろんな数字が出せるのですが、1日に27,000人くらい、神奈川県の中にはいるだろうという風に考えています。その中で、実際にインフルエンザだと陽性の診断がされる方というのは、これも過去のデータに基づいて、インフルエンザというのは、感染症法上、定点数値報告なので推計をするしかありませんが、多い年で一日13,000人くらい陽性と診断されているということ。つまり、発熱患者さんのうち、インフルエンザの検査をして、13,000人くらいが陽性と診断されている、引き算しますと、残り14,000人に関してはインフルエンザではないということになる、他の検査が必要になってくる、これは言い換えますと、現代においては、新型コロナウイルスがターゲットになる。要するに、新型コロナウイルスの検査が、14,000人分くらい必要になってくるということになります。他の計算や考え方もあるので、幅をもたせて、1日において1万人前後の方のコロナの検査ができる体制が必要だと考えています。多い中で、インフルエンザは毎年検査されているので、卸業界、製造業界と、お話をさせていただきまして、インフルエンザの検査キット、これが不足するということは、想定されないもので、このところは、確保されると考えています。一方、コロナの検査に関しまして重要なのは、発熱患者さん、呼吸器疾患の方がターゲットになってきますので、有症状の方へ優先的にコロナに対する抗原検査キットが適用になろうかと思っております。ここに関して、本県においてどれくらいの数を確保していく必要があるのか、このあとお話をしますが、今、たくさん行われている、PCR等核酸増幅検査、これも当然用いられると考えていますので、1万くらいの半分程度、一日5,000人くらいのコロナの抗原検査キットが必要になると考えています。実際の生産体制に関しても、様々な調査させていただいております。複数社ございますが、1社に関しましては、月100万キットの生産体制を確保していただいております。年があけると、倍以上の生産体制に増産されます。これは、平均的な時の数字なので、ピークの時は、これよりもっと一日の数が多いことがあり得るわけですが、コツコツと購入して準備をしておくことによって、平均的にこれくらいの数を確保しておくということです。PCRに関しましては、民間検査のところを調査しまして、本県としては、3,000~3,500くらい、いけるのではと。データとしてまだ表には出ていないところですが、聞き取った限りではこれくらい。医療機関に関しては、現在の時点で一日2,000検体くらいは処理できると。どんどん、検査できる医療機関を増やしていく施策をとっているもので、最終的に3,000までいけばいいと。未知数ではありますが、5,000、5,000合わせて1万ちょっと、これくらいの、コロナの検査体制を確立していきたいと考えています。参考に、人口割で、一日27,000人ならば、各市町、どれくらい

の患者数が想定されるのか、あとでちょっと。単純な人口割での計算をしています。これくらいの方々に対して、一日に検査できる体制を構築しないといけないということでもあります。実際に、検査をどのように進めるのか、基本的な方針でいいますと、まずインフルエンザの検査をするであろうと、インフルエンザの検査をして、陽性にならなかったら、コロナの検査をする、その組み合わせがどのようになるのか。現在、インフルエンザの検査、そしてコロナの検査で、検体採取の方法というのは、いくつかあります。一番使われている方法は、鼻咽頭粘液を採るということですが、メリット、デメリットがあって、これは感染防護しなければならないので、一般以下の開業のクリニックの先生方には敷居が高い部分でもあります。一方で、病院規模や神奈川モデルに参加いただいている医療機関については、PPEをつけての対応が標準化していますので、そういった施設では、当たり前のように検体採取するということがありますので、鼻咽頭から検体が採取できると、コロナとインフルエンザの検体を一度に採取することができますので、いっぺんにとんとんと採ってそれぞれインフルエンザが陽性か陰性か、陰性であればコロナの簡易キットで調べてしまう。たんとんと検査の結果が紐づいて診療が進む。これが1つのパターンです。他の方法も含めて、全体で、6通り考えています。次に、鼻前庭の粘液を採る方法です。これはインフルエンザに関しては、鼻前庭の検査がありますし、まだ最終的ではありませんが、コロナにおいても、厚労省のほうで検討中で、これが認可されれば、鼻前庭は鼻咽頭の粘液採取よりはリスクが低いので、この方法でやっていただくと、これが2つ目の方法です。3つ目は、鼻前庭の粘液を取って、インフルエンザの検査をしますが、コロナに関しては、いくつかの施設でPCR検査を外注できる、この契約は、集合契約を含めて、どんどんされています。コロナに関しては、インフルエンザの検査はするけれども、コロナの検査は、外注したいと、そういう選択肢もなくなっているので、そういう、2段階の検査をするというのが3番目の方法。4番目は、リスクをもっと下げようということで、鼻かみ液、鼻かみ液に関しましてはインフルエンザだけは認められていますので、インフルエンザの検査の判定までは鼻かみ液でやる、ただし、コロナの検体採取に関しては、リスク管理上できないのであれば、唾液を取って出していただくと。このように、3番4番はですね、リスク管理ということで、一般以下の立場からするとリスク管理上抵抗があるというものに関しまして、コロナの唾液検査という選択をされる場合に2段階で検査をするという選択肢もあります。5番目は、自施設で完結しないことを前提としています。鼻かみ液でインフルエンザの検査はするが、コロナの検査に関しては、自施設ではやらないということで、他の医療機関を紹介する、あるいは、郡市医師会など地域で持っている検体採取場を紹介して、2段階で、別の時間帯、別の場所でやっていただくというスキーム。最後に、リスクを低減するということでは、臨床診断という方法を選択肢にさせていただきます。インフルエンザに関しては、検体採取による検査をしないということが、これは医学的には認められています。インフルエンザに感染の可能性があることと診察で判断した場合、抗インフルエンザ薬を投与していただく。ただし、経過を見て、改善しない場合は、再受診をしていただいで、やはり検査が必要だと。これは、2つの考え方があると思います。再度インフルエンザの検査をしたいという場合と、コロナの検査に進んでいく、どちらでもいいと思いますので、2段階目としては自施設でやる場合、他施設で紹介する場合も含め、臨床診断で改善しなかった、そういった場合には検査を実施すると。こういった6個のパターンを提示させていただこうと思います。特に6番目のものは、オンライン診療をそのまま適応することもできると思います。そういったことを踏まえまして、十分な体制の施設では、1番目の選択、鼻咽頭から採取していっぺんにたんとんと調べてしまう、これはあるなと思いますが、施設の種類が様々で、安全管理上、リスクが高くてやれないという場合には、5番目、6番目が選択肢になってくるだろうと。ただ、自施設で完結できない場

合は、地域として完結できる体制づくりが必要ですし、唾液検査は、小児や高齢者の方はなかなか難しいということがあるので、他の方法を選ぶとか。こういったことが、選択肢の判断材料になるだろうと思います。1番～6番の方法は、各地域で考えていただくためのたたき台です。これらを踏まえまして、インフルエンザとコロナの検査を両方できるようにして、どこの医療機関が、その検査を実施できるの、受診して診療してくれるのか、さらに、行先をどのように決めるのか、これが受診体制の確立ということになります。さきほどお示したように、インフルエンザの検査と、コロナの検体採取、この2つの組み合わせによって、いくつかのパターンが生じます。自分の施設でインフルエンザ検査もコロナの検体採取も両方しますよというもの、さきほどのパターンの中では、1～4と6番目がそれに相当します。自施設で診療して、インフルエンザの検査はするが、コロナの検体採取まではできないというのが、5番目。臨床診断的な診療まではできるが、検体採取はどちらもしませんというのが、6番目です。施設の特性として、どうしても免疫低下の人たちを扱う特殊な医療機関その他で、自施設での診療行為ができませんということも、なくはないと思っています。このABCDに分けて、特にABCに関しては国が言っているように、診療検査医療機関ということで、種類別に指定をしていくことが必要なんだろうと思っています。指定ということと、公表、非公表に関しては、地域の考え方、その他がございまして、類型ごとにご検討いただければいいと考えていますので、必ずしも公表にこだわるつもりはありません。そういうことを踏まえまして、患者さんのアクセスとしては3つのステップになります。一つは、自分が、どこに何時に受診すればいいのか。これは、コロナの横伝播を防ぐという意味では、通常のように自分で、具合が悪いということで、直接医療機関に行くということだけはしないように、適切なキャンペーンをする必要はあると思います。予約を前提として、インフルエンザであろうが、他の発熱疾患であろうが、予約を前提とする。そういったときの受付の体制、それに基づいて、適宜受診をし、検査を実施する。この3つのステップになりますが、一番最初のところが重要でありまして、最初の問い合わせを担当するところは、おそらく、3つくらいに分けられる、一つは、かかりつけの先生、さすがに、かかりつけの患者さんから電話がかかってきて、知らないよといって切るわけにはいかないので、かかりつけの先生には、一定の役割をお願いすることになると思います。ただし、かかりつけの先生を持っていない方に関しましては、いろいろな医療機関に電話をかけられると、診療としては非常に重荷になりますので、本県の考え方としましては、近くにある医療機関に電話で問い合わせという選択肢を、現状、考えに入れてはございません。それをカバーするためにどうするのか、一つは、今ある、帰国者接触者相談センター、これは、内容の変更及び名称変更していきますが、受診相談センターという形で、県内7か所で利用されていますが、そこはそれなりに運用を継続することになります。それだけでは、1日2万7千人という数をカバーできませんので、ご検討いただきたいということで、地域の医師会のほうで、コールセンターを外部委託できますので、そういったことで、地域の医療機関どこなのかということにもとづいて、予約が取れる体制ということをご検討いただくことが一つなのではないかと。これは、大前提として、情報基盤を持つ。どこの医療機関が、何時ならやれるのか、こういうことを、情報基盤をベースとして、3つの選択肢の中で運用をしていくということになるのではないかと考えています。実際に、インフルエンザとコロナの検査のパターン、この4つを示しておきたいと思います。一つの施設の中で、決まって毎日18時以降は、発熱の患者さんを扱いますよと、これが一つのパターンでしょうし、輪番制で、うちは月曜日やるから、おまえのとは火曜日やれ、という輪番制で回していくというのも一つだろうと思います。もう一つは、現在も、集合検査場で運用されていますので、診療所で診察した結果、検体採取が必要だという場合には、こちらをご紹介して、共同運用している、外来検査センターの

ほうにお願いをしていく。もう一つは、国の考えとしては、帰国者接触者外来、これは病院等で多くやられています、病院は主に入院に徹し、外来は医師会その他のクリニックのほうでお願いしたい、そんな、機能分担が提案として出されているということでしたが、さすがに地域によっては、ちょっと無理だという部分もあろうかと思えます。病院が手を押されちゃうと、ちょっと回らない、そういうケースもあろうかと思えますので、選択肢としては残さざるを得ない。名称変更、その他あるかもしれませんが、帰国者接触者外来を病院でやっているものでも発熱患者さんの診療を、一定程度やっていただくと。この4つの選択肢の中で、やっていくことになるのではないかと考えています。これらを踏まえまして、各地域で今後ご検討いただきたいと思っている内容を、3本の矢、それぞれに言いますと、ワクチンに関しましては、基本、例年、予約制を取っていますので、予約接種はそのまま継続していただいて、郡市医師会の先生方のところで、特別な介入をすることなくやっていただきたいと思っています。その中で、高齢者、基礎疾患のある方へのワクチンの接種、ここのところは確保いただけるようご配慮いただいて、特に、国の方からは、10月という日付で、早く行きましょうということで出されていますが、本県としましては、早くということを特別盛り込もうとは思っておりません。むしろ、分散させることの方がいいのかもしれないということがありますので、早期接種に偏らないで、製造業者からの供給の見込みということと言いますと、10月中旬以降ということになりますと、100%供給に追いつきますので、幅広く接種していただくようにして、なんとか対象となる方に対応していただくようにしたいということになります。二つ目は検査体制ですが、さきほどお話した、1～6の選択について、それぞれの施設ごとにご検討いただいて、診察検査医療機関を確定し指定していく。そのうえで、診察、検査が可能な施設をより幅広くに確保していただくことが非常に重要になってくると。これは、どうしても、最前線でやられている、病院以外の、診療所をお願いしていかないと、とてもとてもさばけない数ですので、1件でも多くの施設を確保していくことが重要です。そのうえで、受診体制を確立するために、コールセンターを確保し、いまも、受診相談センターの業務とか契約変更も必要ですので、ここらへんのところを整理していくということだと思います。時々質問も出ますので、2点追加させていただきます。6番目の検査方法として、臨床診断ということでございまして、臨床診断をした場合に、届け出はどうなるのか、保険は大丈夫なのか、学校、事業体の診断書、これは、厚労省と意見交換させてもらっていますが、いずれも臨床診断を否定する内容ではないということで、臨床診断で、インフルエンザの診断を行っていただいて、届け出、保険診療、診断書、これは、やっていただいてもかまわないと。保健所との調整は再度させていただきますが、ここのところは否定する根拠は何もございません。それから、地域の情報基盤の確立ということが非常に重要でございまして、どこの医療機関が、何時から何時までやるのか、さきほどお話したように、輪番制で月火水とずれるのであれば、なおのことどこの施設が何曜日の何時にに枠を持っているのか、こういったことを確保していく。特に、どういう検査ができるのか、ABC分けて考えないといけないので、ABCごとに予約枠を確保し、実際に予約を行っていく。そうすることで、医師会が、やっていただけるようお願いしている、コールセンター、あるいは受診相談センター、ここのところと情報を共有する、情報共有基盤ということ、様々な選択肢があると思いますが、県としてもいくつかのたたき台は作りたいと思っています。この情報基盤にもとづいて、ここのところが、運用できる体制を構築して参りたいと思っています。3本の矢ということを進めていくのが良いかなということでございます。

(森会長)

阿南先生、ありがとうございます。たたき台ということを出してい

いただきました。いま、3本の矢というお話がありましたが、インフルエンザワクチンの接種の体制の確立、検査体制の確立、それから受診体制の確立、ちょうど1時間弱くらいありますので、それぞれの立場の先生方もいらっしゃると思いますので、ご意見をとと思いますが、まずは全体を通じてご質問がある方はいらっしゃいますか。

(笹生委員)

非常に緻密な計画を立てていただいて感謝しています。10月に計画を立てないといけないということで、まずは、診療する一般医療機関、かかりつけ医ということで、集合契約のデータを考えますと、1,200施設くらい。公表を考えると、その半分くらいになってしまう。一つは、手上げをして、公表をして、患者さんが押し寄せたらどうしよう、そこまで、見れるかということが不安だということですね。それから、阿南先生が言われたように、医師会がある程度、患者数をコントロールできればと考えておりますが、医師会として考えているのはやはり、各郡市の休日急患診療所がありますけれど、そういうところを利用して、迅速診断も行うということが大事だと思います。早く診断することでやはり感染を広めないということになりますけど、休日急患診療所とか地域外来とかそういったところを充実したら良いのかと考えています。計画を一緒に立てていければと考えています。

(阿南統括官)

複数の選択肢を組み合わせていくんだらうと思います。その中で、営業時間内ということではなくて、夜間、休日というところも問題になってきますので、しかも防護具の装着というような点も、夜間休日診療所を上手く活用しようと、これは、郡市医師会でも検討を始めているところもあるので、是非とも組み合わせの中で、ご検討いただきたいと思います。

(小松委員)

県の病院協会の小松です。資料の3、この通知がなければ、もう少し、地域での連携というか、次のインフルに対して備えられるんですけど、ここに書かれている内容は、地域の医療機関の手上げを著しく阻害する、邪魔なものでしかないというところが、私の正直な感想です。相談センターの方で、コールがパンクしているからといって、かかりつけの医療機関に直接電話してくださいってということだと、かかりつけのない患者さんはどこへ電話すればいいのか分かりませんし、あとは、コールセンターと違って、一般のクリニックで電話の対応をされる人は、受付もしますし、精算もします、それから患者さんの診察補助もします。そういう意味で言えば同じ時間を取られるにしても、診療行為そのものが阻害されるわけですから、コールセンターで対応していただくということと比べると、どれだけ、現場の医療を邪魔する発想かということが全くわかっていない提案だと思います。もちろん、かかりつけの患者さんは、かかりつけの診療所の先生方が熱があれば対応すると、これは当然対応しますけれども、ただ、それ以外の、本来、今までは保健所でやっていた業務が、保健所の方が、マンパワーも含めて大変だからということであれば、インフルの話題は、数か月前から想定されているわけですから、それを、医療機関に丸投げするというのは、ありえない発想で、むしろ、そこを、コールセンターの委託をするなりして、体制を準備していままでやってこられれば、こんなめちゃくちゃな文章にはならないと私は思います。それからあと、資料3には、いろんなことが好き勝手に書いてありますけども、全部の患者さんがかかりつけ医が診て、コロナが陽性であった場合は、保健所と連携して、その後のフォロー、健康管理もしようということも書かれています。これも、いままでは保健所の方でやっていただいたことで、それもかかりつけ医に投げるのかと、これはまさしく、もっと診療が阻害される、抗原検査を頑張ってやられた医療機関が、陽性だとな

ったらその日の午後の診療はそこでストップしてしまいますから、本来対応すべき患者さんへの診療ができなくなります。それで、9ページの下に書いてあるのは、発熱患者等に関する応召義務、これは、断れないよと書いてあるようなものです。いませっかく地域の医療機関が自分のところで、疑わしい患者さんがいたら、唾液PCR等含め、検査ができるよということ、地道にそれを進めているところで、こういう文書が出されて、感染症学会の提言で、コロナもインフルも両方抗原検査でやるのが望ましい、それから、この医療機関の名称は、仮ですけど、仮の医療機関の名称は、診療「検査」医療機関になっているんですね。検査もやる医療機関っていうことになっていて、公表される。はっきりいって、診ないところはここを紹介すればいいよということ、このお達しによって、地域の診療所間、それから、診療所と病院の連携関係にひびが入っちゃうんですね。とにかく、現場の状況を全く理解されてない。県の方から示していただいた資料5に関しては、ある程度、現場に即した形での捌きです。ですから、国に出していただいたかったのは、インフルエンザと重複することは、想定されていたわけですし、例年、インフルエンザの時期というのは、我々医療機関は、各々対応していたわけです。今回、それにコロナが重なるから、体制を整えましょうっていうことであるならば、コロナが重なる部分に関して、どうやって捌くか、もっと増えちゃって大変だけど、コロナの可能性も念頭におきながらどうやって安全にこなすか、ということです。両方PPEを着て、抗原検査をやると、一人30分かかるので、そうじゃなくて、臨床診断で薬出して、唾液のPCRもやって、検体だけ出して帰っていただくという捌き方をすれば、何とか患者さんの増へ応えられるんじゃないかと、そういう提案を示していただいたかったと、思います。

(森会長)

現場のご意見をいろいろと代表して仰ってくださっていると思うのですが、今のことに對して、何かご意見はございますか。

(習田様)

現場の率直な意見、ありがとうございます。ただ、厚生労働省としても、現場を混乱させようとか、邪魔するものではないと考えておきまして、やはり地域も様々ですので、地域の中で、資料にも書いてありますように、地域の実情を踏まえながら、検討していただきたいということを書いてございますので、まさに、こういったものを踏まえて、神奈川県の中で、さきほどご説明をいただいたような、たたきを作っていたらいいということを進めていただくということだと思っております。ありがとうございます。

(小松委員)

この文書を出されて、いま、いろいろな先生方にご意見をいただいているんです。実際医師会の中で、御協力いただいて、できるだけ手を挙げていただきたい。私は病院ですけど、診療所もできるだけ診れる、それから病院もできるだけ診れる、民間がいつもよりはがんばって診ないと対応できないので、そういうなかで、地元の医師会の先生とかにお見せして意見をいただくと、十人中八人が、私が先ほど言ったような反応をします。だから、それがこの書類なんです。そういう意図がなくてもそういう風に読んじゃえるものは、できればもうちょっと工夫していただいたかったなという風に思います。

(森会長)

今の小松先生のご意見、笹生先生のご意見、現場のご意見として非常に大事なことだったと思いますけど、一応、10月の末までに出すということで、阿南先生が鋭意たたき台を作ってくださいますので、これからの時間帯は、それに即してみなさんのご意見をお聞きしていければと思います。議論

が散るといけないので、少し、3つの矢ということでお話していただいた、3点を分けてお話をしていきたいと思います。まずワクチン接種のところですけれども、さきほどの表の中にありましたけれども、関与するところがいくつかあると思っています。1つは、市町村の補助事業となると思うのですが、その辺りの話を反映させていただければと思うんですけど、すみません、いつも前に座っていらっしゃるの、どうしても先生方の顔が目に入ってしまうんですけど、自治体の市町村という形で、ワクチンの供給、この辺の感じをどういう風に思われているか、聞かせていただければと思います。

(土田委員)

横須賀の土田です。ワクチン接種については、県が補助してくれるということで、横須賀市としても、自己負担を抑えた形で接種できないかということで、うちも自治体ですので、議会に諮っていくこともありますので、そちらを進めております。ただ、正直もうちょっと早くこういう事が決まっていればよかったと思っているところがあって、今かなり準備に追われているところですけど、今回、インフルエンザのワクチンにつきまして、優先順位で、まず高齢者からといったときに、10月26日以降に、それ以外の方という形で示されたと思うんですけど、これに関しては、あくまでお願いベースということでよろしいんでしょうか？医療機関の判断で、この人は高齢者じゃないけれども、早めに打ってあげたいとか、そういうときに、早めに打つのは可能なのか、疑問に思いました。

(森会長)

阿南先生、この辺はいかがでしょうか。

(阿南統括官)

説明でも申し上げたように、考えとしては、打つ方の順番に関しては、何も示さないというところで考えています。予約をとれる診療所の先生方の例年の積み重ねの中で、予約を取って投与する、その中で、ハイリスクの方を優先的に打つということをされている、これは様々な、ヒアリングの中でもわかっていますので、あえて順番に関して踏み込むということは、県としてはしないというつもりでございます。ただし、打つべき、今回も補助の対象であります高齢者、基礎疾患をもっている方は、時期を問わないけれど、打てるように御配慮をお願いします。ここも言い方かなと考えています。

(森会長)

ありがとうございます。それでは鈴木先生お話しいただけますか。

(鈴木委員)

相模原市ですけれども、ワクチンについて、県の方で今回、高齢者の方に、支援していただけるということで、これについては、歓迎することと思っています。資料4のほうに、厚労省の方からうちに、優先順位が出されているというところで、どういう形で進めていくかということで、悩ましいところかなと思っています、こちらのほうで、高齢者の接種も重要ですけども、やはり未就学児、子供への接種も力をいれて行きたいと考えていて、10月1日、そして、10月26日以降、別の優先順位の方がいらっしゃるということで、この辺の考え方をどうするかということが、議題になっているところです。ただ、さきほど、阿南先生の方から、県として、優先順位をはっきりと打ち出さないとありましたので、この辺は、もうちょっと調整させてもらえればなと思います。以上です。

(森会長)

ありがとうございます。それでは辻先生よろしくお願いたします。

(辻委員)

山北町です。高齢者のワクチン接種については、県の方の動きがあるんですけど、山北町独自で18歳以下と、妊婦さんに関して、ワクチン接種を補助するという考えで動いています。町内のほうでも、医療機関にそれでどうかと回ったところ、やはり、ワクチンが足りるかどうかというところを、先生方は気にされていまして、前年並みは確保できるんですけども、それ以上のものについては、製薬会社のほうから入ってくるかわからないという不安の声があがっているのが事実です。以上です。

(森会長)

ありがとうございます。それでは中沢先生お願いいたします。

(中沢委員)

辻先生がおっしゃられていたことが、茅ヶ崎の中でも話題になっていまして、高齢者の方が原則無料に近い形で受けられるようになるので、高齢者の接種率がすごく高まるのではないかと、医師会の先生方も、おっしゃられております。そうした中で、高齢者を優先して、10月26日までという形で、国が事務連絡を出しているの、これに基づいてやるとすると、そのあと、足りなくなっちゃうのかなという気がするの、12%増やした中で、かなり今年に関しては、接種率が高まるだろうと想定しての、12%プラスだと思うんですけど、果たしてこれで足りるのか、足りないのか、国の方に聞きたいと思っています。また、接種の順番に関して、国が事務連絡を出しているの、これに対して、県としてなのか、市町村としてなのか、なかなか難しいところですが、これ、順位に関して、神奈川県としてはやるとおっしゃられていますけれども、どのような形で各市町村と連携を取りながら、神奈川方式でのワクチンの接種に関して、進めようとしているのか、その2点についてお願いしたい。

(森会長)

ありがとうございます。習田さん先にお話しいただけますか。

(習田様)

足りるかどうかというところは、非常に難しいところなんですけど、ただ、例年に加えて、12%確保できているということは、一定程度確保できていると考えているところです。なので、お話にもありましたけど、ただちに供給が100%になるのではなく、徐々に供給量が増えてくるので、そう考えると、やはり国としては、優先順位をつけて、少しずつ拡大していくという方向を考えて、このようなお願いをしています。

(阿南統括官)

足りるか足りないかということについて、試算をしているのですが、高齢者に対する支援ということで、そのくらい増えるか読めないところではあるんですけど、爆発的にすごく増えるという風には思っておりません。例年50%くらいなんですけど、10%から20%までは増えるかもしれませんが、それくらいなのではないかと。その場合、人口比率で考えると、ワクチンの供給量に対して、5%増なんです。5%程度の増加という範囲の中で収まります。それから、もう一つは、卸売業界等と検討させていただいたのですが、早いうちに打ちましようというところは言わないと、県としては考えているのですが、後半になると、昨年でもですが、供給が追い付いてきて、実際、160万本くらいが県でも返品されています。そういった分を合わせて考えると、少なくとも、高齢者が打つようになったからと言って、足りなくなることはないんじゃないかという試算を我々のほうで出しています。あとは、数名の方に

関しましては、実際に打たれるのは多くの場合、郡市医師会の医療機関の先生方ですね。そこにはかなりの主体性があるだろうと。さきほどお話しましたように、予約を取って、実施されるというところがありますので、郡市医師会との調整というところ、これは県医師会とも調整をかけたうえで、やるということが、現実的で重要なところになってくるという風に考えてございます。もっと平たく言うと、我々が順番をこうしますよと言っても、現場で、予約を取られた先生方が、その通りにやるということにはおそくならない。郡市医師会との調整がもっとも重視される、一か月間の作業ということになると思います。

(森会長)

ありがとうございました。それでは引き続き船山先生よろしく願いいたします。

(船山委員)

横浜市の船山です。高齢者に関しましては、県のほうでお金を出していただけるということで、ありがとうございます。トータルとしては、足りるというお話は分かるんですけど、予防接種で一番混乱するのって、最初だと思うんですね。特に、マスコミ等が、早めに今シーズンは打ちましようと言っています。医師会に予約をとっている先生もいらっしやって、最初のうちにいくら呼びかけないからと言っても、これだけいろんな情報で、今シーズン、早めにインフルエンザワクチン打ちましようってなっている中で、最初のうちにはかなり希望される方が多いんじゃないかなと思って、そうすると、現場の先生方の話を聞くと、最初のうちに、供給量をなるべく早くなんとかやっていただけるような、そういう呼びかけを、県の方に、我々からもお願いしていますが、なかなか難しいところがあるというのは承知しているんですけども、県の方からも言っていたいただければいいかなと思います。シーズンの最初の頃は、非常に多くの苦情をいただくということは、半分覚悟しています。以上です。

(森会長)

ありがとうございます。それでは眞川さんよろしく願いします。

(眞川委員代理)

今回補助していただけるのは、定期接種の対象の方がということですかね？そういった形で補助してもらえるとということで、接種率アップも見込まれると思います。懸念事項は、既に先生方が言われた通りなので、これ以上追加することはございません。

(森会長)

阿南先生、藤沢ではいかがですか。

(阿南委員)

いままで出た意見とほぼ同じところなんですけど、やはり急なことでありましたので、今回、今議会中なんですけど、補正を組んだりするのが相当大変だったということなんですけど、あと、一番自分で戸惑ったのが、身内の中からこんなこと無理じゃないかと、例年ワクチンが足りなくなってくことを知っているの、そこに対して疑問が生じたということがありましたけど、今、説明を聞いていまして、粛々と重篤の方には接種を呼び掛けていくことと、それ以外は、例年通りでもいいから、なるべくやりましようという形でやっていくのかなと、理解しているというので、あとはどのように広報して周知していくかということが行政として課題だなという風に思っています。

(森会長)

ありがとうございます。せっかく、今日は卸のご担当者もいらっしゃるといことで、卸の方のご意見を少しお聞きできたらと思います。

(藤原様)

いろいろと皆さんの臨床現場の貴重なご意見をいただきまして、今年度のインフルエンザワクチンの供給、第一回目の入荷量が先週末に格卸売に通知されました。これはメーカーからなのですが、実際は、去年と全く同じ数量なんですね。増えてないんですよ。そこに接種希望者が去年より前倒しになって増えてくるのが想定されると、やはり、想定された通り、少し、早い時期に、ワクチン不足というような状況が生まれるんじゃないかという、ある程度想定はしていますけれども、医療機関さんへの情報提供、それから、いつになったら、どれくらいの供給が確保されるのか、検定の問題があって、検定落ちなんてことがあると、流通業としては打つ手がない。物があればなんとか回せるんですけど、ワクチンそのものがないと、検定に落ちたというような事態が発生すると、あくまでも、生産は期間を想定したなかでの量でございますので、確保されている現物がいますで、メーカーにそれだけの量が確保されているということではないでしょうか。そのへんのところは、医療機関さんに、丁寧に説明を申し上げて、患者さんとのコミュニケーションがとりやすいような環境をぜひ先生方と患者さんとの間のコミュニケーションをよくしていただくようなことも一緒にさせていただければと思っています。

(森会長)

貴重なご意見ありがとうございました。実際のところで何回か検定が通れば、追加、追加ということになるということ考えてよろしいですね？今の話ですと。

(藤原様)

この供給スケジュールを見ても、10月の第1週くらいに約1600万本くらいでしょうか、3178万本の中の内ですね。そのへんのところが、定期接種を含めて、本当に、特に人口の多い本県のようなところでは、やはり従来より接種者の率が高まるというような想定を、どこまでしといたらいのか、このへんのところは、実際の接種を実施される市町村さんもそうですが、実際に多いのはやはり一般の診療所、このへんのところが、けっこうな数になるのではないかと思います。特に、こういうことが想定されるから、予約した分を、早く届けてくれと、何のための予約なんだというところがですね、医薬品卸と、実際に診療を担当されるクリニックあるいは病院もそうでしょうけど、どういう意味の予約なのか、この辺をつかされると、流通業としては非常に頭が痛いところでありまして、決して、自分達が製造をしているわけではないですから、入ってくればいくらでもお届けしますというような苦肉の回答をしてしまうと、やれ、責任者を出せだとか、いろいろなことまで発展する恐可能性が出てきて、いずれも毎年たくさんあります。その結果、他の医薬品の供給に影響が出たりですね、その辺もでございますので、医薬品卸業としては、断り方あるいは情報提供のあり方についても、過度の期待をされないように、というような形で、この辺は非常に重要な情報提供の難しさだと考えています。

(森会長)

貴重なご意見ありがとうございました。時間もまいりましたので、次の2つ目のところですね、さきほどから、笹生先生、小松先生のお話にもありましたが、今度は実地ですね、検査体制の確立ということから、阿南先生か

ら6つの方法を出していただきましたが、こちらの方に関して、ご意見おありの先生、いらっしゃいますでしょうか。

(小倉委員)

最初の頃からコロナのことがだんだんわかってきて、やはりコロナの場合、最初のうちが感染力が高いということで、重症だつてことで病院にきたときは、比較的、だんだん感染力が少ないということだったんで、この最初の前線に立つ、クリニックの先生たちが、あまり頑張りすぎると、すごく大変だと思っているんですけど、ここ数週間、うちの病院に運ばれるコロナの患者さんを診ると、クリニックで抗原検査をやったりとか、非常に頭の下がる思いで、いろいろなことをやられているってことが、小松先生がおっしゃられたようにクリニックで自分達でやるんだという意識が高い。それを、あんまり、かかりつけ医に対しても、あんまり押し付ける形になってしまうと、けっこうきついのかなと思っていて、インフルエンザとコロナを鑑別する必要はなくて、結局、重症患者さんを、いかにあしらうかというところだと思うので、そこを上手く医師会の方に収差してやらないとなると、あんまり無理して鑑別するようになると、阿南先生の言っていた6つの方法も良いと思うんですけど、検査を頑張りすぎると、すごい怖い思いを最前線の先生達に押し付ける感じになってしまうので、むしろ、電話とかであしらいながら、検査というのは、蔓延状況によって、薬剤があれば薬剤を前に出してしまう、ある程度、そうじゃない、難しい時には、どっかに集めて、センターみたいなところに集めてやる、多分、阿南先生が言ったように、病院もERの先生達が一番大変なので、夜間、救急、休日のときにどっかに集めて、そこで検査しないといけない人を集めてやるということで、個々の先生達にあまり努力させるとけっこうきついのかなと思うので、とにかく重症患者さんを出さないという、重症のあり方は、コロナとインフルエンザでだいぶ違うと思うので、そのあたりで、数日してからダラダラして、わっと呼吸困難でというそのあたりをするっていうのが大事なので、このあたりを医師会と本当に、よく話し合うということが大事なのかなと思ってるので、そのあたりを作ったときに、どうしても国の資料が、どこで行われているのかというのが、分からないところがあったので。これは、専門家の先生達と話を詰めて、やったのかどうかというのは、今日聞かせてもらいたいなと思ったんですけど、神奈川のいいところはこういうところで、みなさんの意見を聞いて、いろんな案を出して、いろんな意見ができることが一番いいことだと思うんですけど、なんかちょっといきなり感がすごくあって、そこだけちょっと、せっかく来ているんで、教えていただけますでしょうか。

(森会長)

習田さん、よろしいですか。

(習田様)

こういった方向性については、専門家、医師会の先生等にも相談しながら決めているという風に聞いています。

(小倉委員)

それはどこかに書いてあって、見ればわかるというような議事録のようなものがありますか。結局、今までもこれからも、これと同じことでどこかにオープンになっていて、決めている過程が分かればいいんですけど、それが分かんないのが、みんな不安がってしまうんで、さっき阿南先生が言ったみたいに、最終的には、現場とのいろんな密な話し合いができたとか、こういう場があるというとか、そこがないのでいきなり感がちょっとあるので、ちょっとそのところだけがすごく疑問で。

(森会長)
畑中さん。

(畑中顧問)

検査のところ、これは、私、キャパシティオーバーをする想定をしてしまいうんですけど、これ、仮に地域地域でキャパシティをオーバーしたときには、どういう状況になるのか、ということと、それを抑えるために、何を選択しなければならぬのかという、例えば、自分で計算してみたんですけど、インフルエンザの発症の年代別で14歳までの60%なんです。そうすると、60%、要は中学2年生とか3年生までの子供達の行動制限をかけることが、インフルエンザの蔓延を、また検査の崩壊を防ぐ手段なのか？そういう最悪に振れたときの選択肢というものも考えておかないと、いろいろなご意見があると思うんですけども、結局崩壊したときにどうするの？というのはシビアに考えて、行政、あるいは地域の医師会の方々が想定をして選択をしなきゃいけないと思います。ちょっとそういう振り切れちゃったときの想定がないので、そこは検討したほうがいいんじゃないのかなと、あるいは選択肢として、我々フェーズ1、2、3みたいな話を、以前、フェーズ4までいくと医療崩壊おこりますよねと話してきたんですけど、検査は、変な話、死亡者が出るのかとか、入院体制が崩壊するとか、ちょっとそこは違うレベルなのかもしれないですけど、そこも含めて、もう一步踏み込んで厳しいシチュエーションを描いた上で、どうするのかということ、各地で考えていただくべきだと思います。

(森会長)

ありがとうございます。とても貴重な意見だったと思いますし、そういうことまで考えないと、最悪なことというのは、いろいろと想定外では済まなくなってくるので、大事なことだと思います。貴重なご意見ありがとうございました。それでは、笹生先生。

(笹生委員)

検査方法ですが、鼻前庭粘液の採取なんですけど、リスクが下がるということで、自己採取もOKであるので、自己採取は低リスクなので、医療機関が使ったらいなと思うのと、自己採取がどのくらい検査として認められているのか聞きたいです。もう一つ、一段階検査の中では、さきほど休日夜間の話もしましたけれど、県で進めていたスマートアンプ法とかどうなっているのかとか、ランプ法など導入したらどうなのかとか、特に今スマートアンプ法がどういう状況になっているか、教えていただきたい。

(阿南統括官)

最初の点に関して、鼻前庭はおっしゃるように、最初にリスクを低減するための方法で、自分で採るということが、メリットにつながってくる。一応、適切に行われているのを確認できることを前提として、シャレじゃないですけど、前庭から採るといふ、そういう話だと我々は理解しています。ブラインドとかで信用して採るとかになると、不適切な検体になってしまう可能性があるんで、そこは担保してください、そこが前提だということでございます。

(篠原室長)

スマートアンプについて、今、供給というか、医療現場での販売量について最新の数字がありますけれども、まだそんなに出回っていない現状です。そうなる理由としては、部品がロシア製なんですけど、組み立ては日本なんですけど、部品の供給ですとか、全て国産とは違いまして、なかなか読めない状況もあり、生産自体が追いついていない状況。販売体制も課題がある。

あと、医療現場の皆さんにとっても、新しい機器ですので、いきなり、一般の患者の方に使用することに抵抗がある。そういった複合的な要素もありまして、まだなかなか普及していないというところがあります。県でも神奈川県と理化学研究所が協力開始したということがありますので、販売の促進、活用の推進、いろんな形で取り組んでいきたいと思っておりますけれども、現状としてはそういう状況です。

(森会長)

ありがとうございました。次の3つ目のところでございますけれども、受診体制の確立、こちらの方で、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。それでは小松先生。

(小松委員)

ここが一番大事になってくるんですけども、これは、地域によって、できる形が様々だと思うので、地元の医師会、それから、病院協会、行政は保健所さん含めて入っていただいて、そこでどうしようかと話し合っていく。すでにやっているところも多いんですけども、神奈川モデルと同じで、地域ごとのゴールというか、それが必要なのかなと思います。あともう一つ、今、畑中顧問もおっしゃったことですごく大事だと思うのは、結局、こういう風に、インフルが流行ってくるとなってくると、なんとなく、我々陥りがちなのは、どれだけ多くの検査をやるのかっていうような、検査がゴールみたいになるのは全然違うことで、インフルであれば結局今まで通りの扱い方と、今まで通りの社会的なさばき方をしていくって方針でいいんだよっていうことになると思いますが、コロナが入ったときに、当初から神奈川県は阿南先生もおっしゃっていますけれども、何が大事っていうと、本来行われている地域の医療それから地域の救急医療を崩さないっていうのが大前提であって、次に、コロナの重症の方を早めにピックアップして、しかるべき医療を受けられるようにするっていうのが、第二目標で、その先に、検査数を増やして、見える化していくっていうことは、第三、四、五番目の目標になってくると思うんです。もう一度、初心に帰るじゃないですけども、そ診療検査医療機関という名称は、やはり、なんとなく、検査することが目的になり、かつ検査した結果として、じゃあ、軽症・無症状の人のキャパがどんどん超えていくっていうことは、やることのメリットもありますけれど、デメリットというか、できなくなっちゃう、つまっちゃう、ということもあると思うので、目標だけ見失わずにやっていくっていうメッセージは、医療機関に対して、県の方から出していただきたいなと思います。そうしないと、みんななんとなく、検査やらなきゃいけないのって思ってしまったときに、うちではやれないから、やめようっていうお話になりがちなので、発熱のかかりつけの患者さんがきたら、自分のところで対応しましょうねというか対応しようよっていう話であれば、みんな、当然のこととして、それをやると思うので、やはり、検査をやるということに関してが、なんとなく、お互い壁になりすぎる気がするので、ちょっとそこは、情報発進の仕方を検討していただければ、ありがたい。

(森会長)

阿南先生、よろしいですか。

(阿南統括官)

ありがとうございます。非常に重要なご指摘をいただきました。要するに、診療中心にとらえると、受診できる場所で、我々医療者というのは、検査屋ではなくて、診断学という非常に大きな武器を持っているわけですね。診断学は検査学とイコールではない。その視点に立って、大局的な診療体系というところが少し見える化できるように確保してみると、これから、都市医

師会の調整の中で、裾野を広げるところに役立てられるのかなと思いました。ありがとうございました。

(森会長)

ありがとうございます。阿南先生、本当にご苦勞の中でした。これだけのものを作っていただきまして。さきほど、小倉先生もおっしゃられていたように、神奈川県の場合は、協議会の中で、いろんな意見を吸い取れるというのが、非常に良いところであって、阿南先生も、県の皆さんも考えていただけることは、非常にありがたいことだと思っていますし、10月の末までということですので、少しお忙しいと思うんですけど、お時間もありますので調整をお願いできればと思います。今日は報告ということでしたが、非常に大事な議論ができたと思いますし、本日用意した議事はこちらの方ですべて終了ということになります。そのほかで、出席者の皆様から、何かございますでしょうか。笹生先生、どうぞ。

(笹生委員)

即応病床と地域病床とあると思うんですけど、相模原協同病院もコロナの患者の受け入れを今後県の方針でストップしてる状況で、そういう情報を、医師会も病院協会も全然知らなかったということなんですけど、情報公開をどこまでするかということなんですけど、地域医療と一緒にやっている立場として、せめて郡市医師会とか、病院協会内とかそういう病床に関しての情報をぜひ欲しいと言われてきたんで、この場で話させていただきます。

(阿南統括官)

ありがとうございます。公表・非公表のところがあるので、どういう出し方をするのかということが、我々にとっては悩ましいところではあります。今日、資料として、資料2を付けさせていただいているんですが、神奈川モデル参加医療機関を中心に80施設ありますが、なんとか病院の先生を中心に集まっていたいて、ディスカッションして、ことある度に、非常に有意義な結果を作り上げてきたところがございますが、なかなか集まるというのは大変なので、情報共有というところで、ニュースというのを、不定期ではありますが、発行することにしていきます。これは、医師会の先生方を含め、行政のところにも、ニュースという形で出しています。そういう中で情報も更新されていって、医療機関も膨らんだり縮んだりしています。そこらへんのところを、上手に、情報共有できるという形をとっていきたいと思っていますので、病床のところは、非常に、難しいと思われるので、その出し方については、検討させていただきますが、基本的な情報共有基盤として、こういうニュースを少し活用させていただいて、そういった風なご理解いただければいいかなと思います。

(森会長)

資料2の形は非常にいいと私も思いました。他にはどうですか。

(船山委員)

横浜市の船山です。ちょっと話が戻ってしまいますんですけど、受診体制の確立の中の、地域の情報基盤について、どういう感じで、例えば、システムを立ち上げるとか、そうすると、かなり大変なことになってしまうのかなと思うんですけど、もう少しお聞かせいただければありがたいなと思います。

(阿南統括官)

いくつかの選択肢を検討しています。その中で、システム利用、例えば、予約を取るという観点で、情報を、患者さんの方にオープンにならない形で、コールセンターの方が情報をリアルタイムで共有しないといけなくなると

きますので、そういうシステムの、おおがかりなものではなくて、シンプルな形でシステム開発ができればいいかなということで検討を始めています。複数の選択肢があるので、できそうであれば、情報提供させていただいて、その中で、みんなが使わなければならないということではなくて、これ、地域ごとに情報共有基盤を持ちたいというのがあって、うちの地域ではじゃあ使ってみようということであれば、提供できるようなものがあればいいかなと思います。非常に原始的など言いますか、特別なシステムを作らないでも、情報共有基盤というのがあって、最低限、どこの施設が何時の時間で枠取れるよということであれば、それに基づいてコールセンターが受けて、それを医療機関に一応確認をして、患者さんとのやりとりは、医師会が大変だということはあるんですが、最低限コールセンターに、何時に先生のところに入れますけど、いいですね、と確認するとか、そういう落とし方とかもあるので、かなり選択肢としては、幅があるということです。ちょっとシステムのことなんで、走っているところなので、本当に作れるかどうかということもあるんで、できそうであれば、情報提供させていただきたいと思います。

(森会長)

鈴木先生からで良いですか、どうぞ。

(鈴木委員)

各地域で今後協議していただけるものと考えているんですけど、その場合にはどういう単位で協議するのかということと、ある程度のスケジュールの目安があれば教えていただきたい。

(阿南統括官)

スケジュール感に関しては、県医師会と相談させていただきますが、神奈川モデルを作っていた当時も、県医師会、郡市医師会との共同での会議をやらせていただいて、その後に、郡市医師会と別々に打合せ、会議ということをしてきました。そこらへんのやり方について、ご相談したいと思っています。その中で、当然、保健所設置市、あるいは政令市、これらは一つの単位になりますし、その他のところは、郡市医師会を単位として、複数の市町が参加いただくという形になるかと思っています。

(鈴木委員)

よろしく願いいたします。

(森会長)

安江さん。

(安江委員)

まったく同じです。

(森会長)

それでは、辻さんどうぞ。

(辻委員)

神奈川県内でコロナが発生してない町が松田町と山北町の2町だけなんですけど、県にお願いなんですけれども、できれば、保健所単位の発表が可能にならないでしょうか？実は、小さな町なので、第1号になりたくないのがあります。もしかしたらコロナにかかって軽症で済んでいる住民の方もいるのではという風に懸念しております。また、風評被害、必ず陽性になると犯人捜しじゃないんですが、どこどこのあの人もかかったみたいだという形で人権問題に関わってきます。できれば保健所単位の発表にさせていただけない

か検討していただきたいと思います。

(局長)

実際の患者さんの発生状況でございますが、2月3月の頃は保健福祉事務所単位ということで発表していて、実際には、感染症法第16条に基づき発表していますが、個人情報の保護も留意点でありますので、県内での発生でずどの町かということを発表していることは事実でございます。実際に、市町ごとに分けて発表しているということは、これだけコロナについて関心が高まっているということの情報共有でございます。

(山田担当課長)

少し訂正させていただきますが、発表市町村名については市町村から同意をいただき、今現在は、本人の同意無くとも公表することになっています。そのうえで、本人特定できないように例えば、年齢や職業といった欄について、非公表ということになるべく伏せられる部分は、ご意向を受けてそのような形にさせていただきます。

なお、年齢については年代という形で出させていただきます。職業、家族構成等の欄は非公表とさせていただきます、本人特定できないような配慮しています。

(森会長)

ありがとうございました。それでは局長から一言よろしく申し上げます。

(局長)

本日は次のインフルエンザ流行に備えた医療体制整備についてワクチン接種、検査体制の確立、実施体制の確立という議題でご議論いただき、ありがとうございました。県としても、本日頂いたご議論を基に、地域での受診体制の確立に向けて、冬に備えてインフルエンザ等の今後の大流行が起らないような、インフルエンザ、コロナの流行が最低限のレベルに抑えられるよう頑張っていきたいと思っております。また、フェイストゥフェイスの会議についても、3月5月7月という形で開催させていただいておりますが、またこういった形で、先生方のご意見を賜ることを必要な場合に開催させていただきます。また忌憚のないご意見をいただきたいと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

(森会長)

局長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っております。よろしく申し上げます。

(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。それではこれもちまして、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。