

審 議 結 果

次の審議会等を下記のとおり開催した。

審議会等名称	令和3年度第9回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和4年1月14日（金曜日） 18時30分～20時30分		
開催場所	神奈川県庁西庁舎6階災害対策本部室 （横浜市中区日本大通1）		
出席者	<p>[委員等] ◎は会長○は副会長 <委員> ◎森雅亮、○小倉高志、市川和広、岩澤聡子、小松幹一郎、笹生正人、立川夏夫、山岸拓也 阿南弥生子、江原桂子、倉重成歩、富澤一郎（梅田恭子）※、鈴木仁一、土田賢一、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹 <会長招集者> 小笠原美由紀、加藤馨、長場直子、橋本真也、安江直人、吉川伸治 ※（）内に代理出席者を記載。</p> <p>[県] 黒岩祐治、武井政二、小板橋聡士、首藤健治、山田健司、阿南英明、畑中洋亮、篠原仙一</p>		
次回開催予定日	状況に応じて随時開催		
問合せ先	所属名、担当者名 健康医療局医療危機対策本部室 感染症対策グループ 横山、大津 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3年度第9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室長代理の品川と申します。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、黒岩知事よりご挨拶を申し上げます。</p> <p>（黒岩知事） 本日は大変お忙しい中、多くの皆様に協議会にご出席をいただき心より御礼申し上げます。また、毎回、活発にご議論していただき、委員の皆様には感謝申し上げます。 さて、急速なオミクロン株の感染拡大を受け、県では、先週1月6日に病床確保フェーズを『1』から『3』に引き上げ、県内の感染状況・医療ひっ迫状況を示すレベルも『1』から『2』に引き上げました。 また、これらを判断する基準については、急速にオミクロン株に転換している状況から、ゲノム解析の結果を待たず、早め早めの対応がとれるよう、デルタ株陰性が分かった段階で判断するというように方針を変更しました。しかし、全国的に非常に速いスピードで感染が急拡大しており、病床がひっ迫する前に医療崩壊を招きかねないという可能性も懸念される</p>		

中、デルタ株の経験を基にした対応の見直しも必要と考えています。
そこで、先週、私から岸田総理に対して、社会的な要請をかけるタイミング等について、現状を分析し、専門家等の意見も伺いながら、国において検討し統一的な方針を示していただくよう要望したところです。
今回の協議会では、こうした急速に変化する状況を踏まえて、「オミクロン変異株感染拡大における課題と対応」について、ご議論をいただくことといたします。本日も、活発なご議論を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、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、名簿の配付をもって代えさせていただきます。

なお、事前に会長にお諮りして、歯科医師会、高齢者福祉施設協議会、看護協会、薬剤師会、県立病院機構、横浜市消防局、厚生労働省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。よろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開非公開、議事録の公開についてお諮りします。次第をご覧ください。本日は報告事項2件と、議題は、「オミクロン変異株感染拡大における課題と対応」についてですが、事務局といたしましては、すべて公開としたいと思います。また、議事録の公開についても同様に扱いたいと思いますが、よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をお願いします。

(全委員 異議なし)

ありがとうございます。では、会議はすべて公開とし、議事録についても公開とさせていただきます。

それでは、これから先の進行については、当協議会の会長であります、東京医科歯科大学大学院兼聖マリアンナ医科大学の森教授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)

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。本協議会の会長を務めさせていただいております。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となっております。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。よろしい方は挙手の方よろしくお願いいたします。

(全委員 異議なし)

はい。ありがとうございます。では会議は、撮影・録音を許可したいと思います。それでは早速議事に入りたいと思います。

報告事項・議題

(森会長)

まず報告事項の「高齢者施設等の従事者への抗原検査キット配布について」です。それでは篠原室長よろしくお願いいたします。

【篠原室長が資料1に基づき説明】

(森会長)

ありがとうございました。それではただいまの報告についてご意見ご質問等がございましたら、ご発言をよろしくお願いします。挙手いただけたらと思います。それでは高齢者福祉施設協議会の加藤様お願いいたします。

(神奈川県高齢者福祉施設協議会 加藤様)

神奈川県高齢者福祉施設協議会の加藤でございます。非常にありがたいことでぜひお応援していただきたいのですが、報告ですけれども前回、地域の早期治療往診対応医療機関との対応を進めるということで、うちの施設の場合ですけれども地域の医師会の人とマッチングができましたので、できる限り我々も県の施策に従って予防に努めたいなと思っております。まず御礼です。ただ1点だけ、職員が濃厚接触者となって出勤できないケースが神奈川県内でも散見されるようになりました。

昨日新聞等で自宅待機期間が少し緩和され、10日になるという話がありましたけれども、今後、ますますそれは増加すると思いますので、濃厚接触者の出勤に関してPCR検査の活用ですとか、その辺も今後県の方で配慮の方をお願いしたいと思います。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。篠原室長何かございますか。

(篠原室長)

ありがとうございました。抗原検査キットの件で、今回お話ししましたけれども、高齢者施設については、濃厚接触者の問題も含めて、様々な課題があると思いますので、県としてできることについては、対応していきたいと思っております。以上です。

(森会長)

はい、ありがとうございました。他にどなたかご質問おありの方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

(森会長)

それでは続きまして、報告事項の「神奈川県早期薬剤処方の指針について」、阿南統括官からお話していただきます。お願いいたします。

【阿南統括官が資料2に基づき説明】

(森会長)

それでは、ただいまの報告についてご意見ご質問等がございましたら発言をお願いいたします。それでは小倉先生お願いいたします。

(小倉副会長)

一つだけ、経口薬のモルヌピラビルに関してですが、添付文書のところにも、治験で行った時の重症度という記載がありますが、適正使用等を見ると、厚労省が通達を出していて、その治験にあった以外に、英国の試験とか、三つぐらいのリスク因子ということでその中に高血圧とか喫煙とかがあるので、そのあたりも、意外と実際に使っていると、結構治験のものは厳しい基準なので、そのあたりも実際的に使えるということだけどこかに補足してもいいのかなと思っておりました。以上です。

(阿南統括官)

ありがとうございます。おっしゃる通りですね、ちょっと追加記載しておきます。

(森会長)

ありがとうございました。それでは立川先生お願いいたします。

(立川委員)

横浜市立市民病院の立川です。これは完全に個人的な意見ではありますが、モルヌピラビルというお薬は、1974年くらいに開発されたものすごく古い薬で、ウイルスが出てくる度に、使えるのではないかと検討されていて、HIVなんかでも検討されていますし、いろんな薬で検討されていますが、結局使われてこなかったと。そういうことで、一つは抗ウイルス効果という問題があると思うのですが、もう一つは意図的に遺伝子に変異を導入するという、かなりメカニズムの根本が、ファーストインプレッションでは怖い薬だなと。ただ、それがすぐに発癌性に繋がったりとか、そういうデータが出ているわけではないのですが、すごくウエルカムで使うようなメカニズムの薬とは考えにくい。18歳以上というのは個人的には18歳以上でちょっとリスクがあったら、それこそ先ほどの話じゃないですけど、高血圧があったら使うみたいな薬というよりも、最初に書かれているように、ある程度高齢の方とかそういう方にシフトしておいた方がいいのではないかと。ちゃんとしたエビデンスがあるわけではないですが、基本は高齢者に使う薬という印象の方がいいのではないかと考えています。以上です。

(森会長)

わかりました。阿南統括官いかがでしょうか。

(阿南統括官)

様々なご意見があるので、やはりこれは処方する医師の裁量の範疇なのだろうと。一応重視されていて、記載されている薬剤ですので、使えとも使えなとも言えなくて、ある以上は使える環境を用意したという解釈にならざるを得ないので、そこまでの注意を書くかということとオフィシャルではないので、ちょっと書きづらいなどは思っています。やはりドクターの裁量の範疇かなというふうには思います。

(森会長)

はい。小倉先生またございますか。

(小倉副会長)

立川先生が副作用のことも言いましたけど、効果の方に関して、CDCとかで優先順位で見ると今4剤をオミクロンには使えるということ言っている。1剤は国内販売ないですけども。ソトロビマブ中和抗体薬とレムデシビルとこの経口薬ですけども、やはり順番は少し落ちるということですので、阿南統括官が言ったように発売されてどうするかというのは、学会とかそういう学術的なところもあると思うので。ただ適用に関してどうかというのは、これからまたファイザーの薬も出てくるので、色々意見はあるかと思っているので、私も立川先生のおっしゃりたいことは十分わかったし、阿南統括官の言うこともわかりました。ありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございます。立川先生よろしいでしょうか。

(立川委員)

はい。以上です。

(森会長)

はい。ありがとうございます。他に何かご質問おありの方いらっしゃいますでしょうか。大丈夫でしょうか。

それでは議題に移らせていただきます。「オミクロン変異株感染拡大における課題と対応について」に入ります。阿南統括官、また、どうぞよろしくお願いいいたします。

【阿南統括官が資料3に基づき説明】

(森会長)

阿南統括官どうもありがとうございました。それでは引き続き畑中統括官からお話していただいて、質疑に入らせていただきます。では畑中統括官よろしくお願いいいたします。

【畑中統括官が資料4に基づき説明】

(森会長)

畑中統括官ありがとうございます。今の保健・医療体制の逼迫事情と状況、それから対策についてお話をいただきました。危機感がかなり共有できたのではないかと思います。

保健所の逼迫状態に関して、横浜市の船山先生がご情報をお持ちだということですので、船山先生からお話しいただければと思います。よろしいでしょうか。

(船山委員)

横浜市の船山です。この数日で患者さんが非常に増大しているような状況で、阿南統括官が先ほど言われましたように、オミクロン株主体の今回の流行ではそんなに重症者はいないんですね。

ただ、患者の管理の事務作業、患者さんの登録であるとか、あとAIコールですね。サチュレーションとかを入れてくれない人の管理だとか。そういう事務作業的なところで、かなり業務が逼迫しているというような感じですね。なので、できればそういう事務作業のところをだいたい切り落として、真に医療的サポートが必要な人、より重症になりやすい、なりかかっている人、早めに対処しなきゃいけない人に対処できるような力を残しておく段階に来ているのかなと思っております。以上です。

(森会長)

とても大切なお話を提起していただきましてありがとうございました。それでは今の医療逼迫というキーワード、こちらに関しての議論をこれから進めていければと思います。

まず神奈川県医師会の笹生先生でしょうか。ご発言よろしくお願いいいたします。

(笹生委員)

笹生です。どうもありがとうございました。

ステップ1から3ということで、3になった時はもう、本当に災害レベルの対応をしなくてはいけないということは十分承知しているのですが、畑中統括官のおっしゃった陽性判明をセルフテスト等で診断を行って、そこに診療という行為が入らずに完結するという点に関しては、患者の立場から考えると少し難しいのかなというふうに考えます。

症状に関しての不安感というものが出てきてしまうと思いますし、検査センターはちょっと縮小気味ですけれども、今までそういうところで野戦病院みたいな形でも1回でも診て、療養の開始に繋がるような形を考えないと、全部Web上で診断して、皆が療養にうまく入ってくれるかというところでは少し疑問に感じました。

もう一つ、ステップ3で感染爆発してしまった時に薬局で検査したもので省略して診断をすることは、それはいいと思うのですが、それがステップ1とか2でもそういうことをやるということ、やはりそれも診断ということに関してはそれでいいのかというふうに医療的には考えるので、その辺をちゃんとステップ3の感染爆発したときというところに限定していただければと思っております。以上です。

(森会長)

笹生先生ありがとうございます。畑中統括官、ご発言いかがでしょうか。

(畑中統括官)

当然これは感染症法に基づいて、例えば発生届けの手続きございますし、その中でやるのか、すごく特殊なご提案をしているのは重々承知なものですから、診療を間に挟むということをどこまで我々はできるのか。これは頑張らなくてはいけないですよ。当然患者さんのフリーアクセスの中で、どこまで頑張れるのだろうかというところの、我々としてのキャパシティというものを見ていかないと、外来ですとかオンライン診療ですとか、そういうもしかすると24時間やらなきゃいけないような発熱の外来を作ったとしても、それを超えるニーズに対して、すべてを超えるニーズに対してどうするのかという案でしかないのです。その時に我々は何を考えなければいけないのかということも一つのアイデアではあります。おっしゃる通りで、できるだけ多くの県民の皆さんの外来、診療を実現することに総力を挙げるべきだということは全く同意でございます。

(笹生委員)

畑中統括官どうもありがとうございます。医師会としても何かできることがあるのではないかと考えていますので、また相談させていただければと思います。よろしくお願いします。

(森会長)

笹生先生ありがとうございます。またアイデアがありましたら、ぜひ共有していただければと思います。それでは小倉先生、ご質問どうぞ。

(小倉副会長)

一つ質問がありまして、大阪とかはホテルの数を増やして療養施設を比較的多くする、東京もそういう方向で動いていると思うのですが、神奈川で先ほど阿南統括官がおっしゃった、病院それから療養施設は少しリスクの高い方を入れて、自宅療養に関しては、という形の考えは、非常にいいのではないかとおもうのですが、療養施設に関しては、これ以上拡充しないのかどうか。それから、もし療養施設に少し高目のリスクの方を入れる

のであれば、今までは療養施設で医療を受けることはあまりなく、悪ければ病院にという形だったので、そのあたり例えば大阪のように療養施設に往診に行くとか、何かの薬を処方するとか、そういう形ができるのかどうかということが1点。

もう一つは、国立医療センターが、いわゆるCT値35が10日くらい続くからということで、つまり10日間のいわゆる感染者の隔離ということに関してのデータ、十数人くらいで出されたと思うのですが、それを国立医療センターが出したということは、それに縛られて結局、感染隔離は海外のように5日とか7日という形にはならないのかどうか。

阿南統括官が先ほどご指摘したように、CDC等は医療者の濃厚接触者等と通常の方を分けているし、感染に関しても分けているところがあって、医療者に関しては日本でも検査すれば、組み合わせるといことだと思のですが、もし10日という形が今後もしばらくは続くということであれば、これも阿南統括官が非常に重要な指摘をしていて、オミクロンは肺炎にならない。そういうことを言っていて、大阪の私の友人たちの病院に聞くと、入院している人で肺炎がないのになぜ中等症なのかというと、合併症で肺気腫があったりだとか、他のことが関係しているみたいだったので、それはアメリカでも同様に、なぜ重症者が多いかという半分くらいは他の病気でオミクロンが見つかっていて。そうなってくると、日本がずっと10日の自宅療養という形でやっていた時に、Lが増えた時に、これも阿南統括官が以前から言っていたように、コロナになったからといって通常の医療が受けられないというのはおかしいじゃないか、それをやるから外来にかかるとか言ったのですが、今までの発想はコロナの重症化とか、そういう形で考えていたのですが、これからは何か合併症のある方の医療の対応といったことが関係あるのではないかと考えています。

僕は畑中統括官の意見には賛成なのですが、先ほど言ったみたいに、自宅療養は若い方はいいと思うのですが、高齢者の方や若くても合併症のある方は、入院すればいいのですが、全く医療に触れないでいったときに、10日の間に何か起きたときにどういう形で対応するか。自宅療養をもし多くするのであればその対応が、コロナで重症化する方については神奈川モデルはすごくできていると思うのですが、その体制に関してはどうかという。後半はコメントですが、最初の二つ、自宅療養と療養施設をどういう比率にするのかということと、隔離を10日間というのがしばらく日本では続くのかどうか、情報があったら教えてください。以上です。

(森会長)

小倉先生ありがとうございました。前半に関しては阿南統括官、後半は今挙手していただいている山岸先生にそちらも含めてお答えいただこうと思います。阿南統括官よろしくお願いたします。

(阿南統括官)

1点目の宿泊施設ですが、宿泊施設の拡大に関しましては継続して我々本部室で当たっております。これも継続してきた考え方でありまして、必要に応じて増やすということは今継続しておりますので、進行中ということでお考えください。

あと、検疫でたくさん提供させていただいていたホテル、それがやっと帰ってきました、それで今整備中でありまして、そういったものの稼働ということもこれから復活してくる、そういうことだろうと思っています。

宿泊施設での運用について、おっしゃられる通りで、我々その検討に

入りました。この準病院といいますか、リスクのある方を中心に入れていくという方針転換をする以上は、例えば先ほどお話した中和抗体とか、内服薬の投与の対象になるわけですね。そういったことを少しやれるようなことと、病院に入院しない分、初期対応はちゃんとできるようにしてしまう、それが結局悪化予防ですので、そういうことは検討に入っております。もう少しお時間ください。検討しているところですので。

(森会長)

ありがとうございます。それでは山岸先生、先ほどの療養解除のことも含めてまたご質問もあることと思いますので、ご発言いただければと思います。よろしくお願いたします。

(山岸委員)

小倉先生のご質問ありがとうございます。あと阿南統括官、ご苦労がよくわかりまして、大変な状況がよくわかりました。

まず小倉先生からのご質問の、10日という濃厚接触者の健康観察隔離期間が続くのかどうかという点に関しては、我々も思いが同じで、隔離期間を短くできるかという視点で年末からいろいろ活動しています。

まず一つは、各地で入り込んだ時の実地の情報から、確かに日本人でも潜伏期が短いことがわかってきています。数少ないのですけれども、6日、7日以内に大体発症していますので、間違いのないと思います。感染症疫学センターでシミュレーションをしていただいております、7日と10日と色々と区切ってやってみてもらってまして、確かに先ほど阿南統括官のスライドがあったように、7日だと5%とあったと思いましたが、5%から7%くらいは、やはり見逃されてしまうと思います。それに検査を加えていくと、14日と同じほどは多分リスクが減らないと我々としては判断してはいますが、ある程度は見逃しが減るのだと思います。

あとウイルス排出の期間に関しても、病原体担当の方で検討していて、それも思ったほどの良い結果ではなく、やはり10日まではある程度出てきます。ワクチンを打っていても、デルタ以前と同じように結構出てくるのではないかということ、病原体の先生からは伺っています。そういったことから現段階では、数日前に色々議論して決めたのですが、もし今の全体の目標がある程度コントロールを目指していくのであれば、10日というところにはしなければいけないのかなと考えています。ただ、例えば14日隔離と同じくらいではなくても検査を組み合わせると、7日で97%、98%までしっかりとコントロールできていけるのであれば、2、3%を逃しても我々がどこまでを許容するかということだと思えます。それをほぼ同等と考えているかどうかというのは、国として、オミクロンあるいはコロナをどこまで受け入れてつき合っていくかというところの、社会の受け入れ具合をもう少し見ていく必要があると思います。7日で区切っていくことではまだ見逃しが数パーセント程度起こってしまうのではないかと、というのが我々としての見解となっています。

(小倉副会長)

1点質問ですが、海外のものはもうあまりエビデンスがないみたいなのですがいかがですか。

(山岸委員)

CDCもあまりエビデンスを書かずに提言だけ書いていまして、欧米はやはり先ほど阿南統括官がおっしゃられたみたいにしてすごい数の患者さんが出ていて、社会として受け入れざるを得ないというか、もう共存していく

ことにはかなり舵を切っています。その点でいくと例えば7日とか5日で切ってみて、それで数パーセント見逃しても9割以上はコントロールできますよねという論点だと思いますが、そこまで議論がまだ行けてないのかなと思っています。そういった点では、当分というのはいつまでかわかりませんが、少なくとも数週間という単位では、10日という線で国としてはいくのかなと個人的には思っています。

(小倉副会長)

ありがとうございました。

(山岸委員)

自分自身もコメントは2点ありまして、1点目はその点でしたので、もう1点は阿南先生から話をいただいていた積極的疫学調査の意義がほぼなくなったという点だったのですが、市中感染では自分も意義がなくなっていると思います。

ただ少し話もありましたエッセンシャルワーカーがいる病院、高齢者施設、あとは神奈川県対策本部も含めた官公庁、そういった職場ではBCPの一環として、クラスター対応、そしてある程度の積極的疫学調査のようなものが必要かなと思っています。例えば、高齢者施設の2階で患者が発生していて3階で発生していないときに、2階だけに特化した健康観察とか感染管理をしていくというときには、そういった評価は広義の積極的疫学調査になりますけれど、そういったものはやはり必要と思っています。

(森会長)

ありがとうございました。

(阿南統括官)

私が舌足らずでございまして、我々専門家のミーティングの中でもそのところはしっかり押さえてございまして、積極的疫学調査すべての意義がないのではなくて、集約されるのだらうと。医療機関、或いは高齢者と福祉施設、こういったところの調査は必要ですし、そういったところの濃厚接触者の指定、こういったことも継続されるのであろう、プラスアルファ学校はどう考えるか、こんなことは継続的に今ミーティングをしているところであります。

一般社会において、今まで保健所がやっていたような括りということは、括れない集団に対してやるということはもはや意味を失ったのであろうというのが正確な表現でありまして、ご指摘ありがとうございます。おっしゃる通りです。

(森会長)

ありがとうございました。山岸先生何かございますか。よろしいでしょうか。

それでは病院協会の小松先生、ご質問どうぞよろしくお願ひします。

(小松委員)

病院としては、今フェーズ3に向けてベッドを準備するにあたって、ちょうど1月、2月という時期が元々救急で急性期のベッドが埋まっているところが多い状況です。例えば、この間の雪で転倒して怪我をされた人とか、そういったことで、要するにコロナ用にベッドをあける準備だとか、そうすると出さなきゃいけない患者さんも割といるので、そういう問題を

抱えているということが1点あります。できるだけ今のうちにその急性期の患者さんを、療養型だとか、コロナをダイレクトで診ない病院に移しておいて、空けていかなければいけないのかなというのが一つと、あとはそうやって入院の患者を受け入れる前に職員が感染し、職員が濃厚接触者になって、そちらの出力が落ちてしまうという懸念もあると思いながら、おそらく多くの病院が準備をしているところだと思います。ちょうど年末年始明けなので、予約の手術とかも入っていて、ノンコロナの人に対しての医療提供が落ちることへのジレンマを感じながら、というのが多くの病院の現状だと思います。

あともう1つありまして、いわゆるオミクロンに特化した今後の対策で、沖縄の1万人近く陽性者が出ていて、2週間近く経っているが重症者数0で、中等者数2%弱というのは、逆に言うところから先、100人の方が来たら10人から20人くらいに集中してやれば実はいま回せるのではないかという気はします。ただ残りの80人の方に対してどうさばっていくかということが、事務的なこととどこまで省略できるかというところに関してが、感染症法というよりは単純に症状でどこまでそれができるかということ、我々の都合だけではなくて、あとはやはり患者さん側が選べれば良いのかなと思います。ただ当然、感染を広げ続ける可能性があるというリスクをどこまで社会が許容できるかということだと思います。ただ、ここまで重症中等症が日本国内のデータでは少ないとなると、やはりやり方が、極端なことを言えば熱が出たらオミクロンの可能性が高いから、もうどこにも行かずに家で何日間寝ていなさい、薬に困ったらここに連絡しなさい、心配だったらここに連絡しなさいという、もうこれは検査しなければ発生届も出さない人で、それをそこまでやってしまっているのかは非常に微妙ですけど、もう本当にそれくらいのこともありなのかなと思いながら今お話を聞いていました。一旦戻します。

(森会長)

小松先生ありがとうございます。病院の状況までつぶさに教えていただき、また先生ご自身のお考えもお聞かせいただけて、どうもありがとうございます。画期的、根本的に様々なことを変えないといけないというのがよくわかりました。阿南統括官、畑中統括官、ご回答何かございますか。大丈夫ですか。

それでは立川先生、ご質問をお願いします。

(立川委員)

前から思っているのですが、感染対策をやっていると、結局平日にはたくさんさんの病院が参加していますけれども、夜間とか休日になると途端に動かなくなると思います。実はすごく簡単なのですが、月曜から金曜日の1日8時間、5日間の8時間ですから、週に40時間です。1週間の中で病院が普通に動いているのは40時間しかなくて、2日未満です。

病院はあると言いますが、実は本当にあるわけではなくて、1週間の中でちゃんとあるのは2日くらいしかありません。その抜けた部分を、開いている救急をやっている病院に負荷がかかってどんどん疲弊してしまいます。そこが大きい病院ですからどんどん回らなくなるというようなところがあるので、畑中統括官が言われたような極端な状況で、ものすごく患者が増えてしまって、にっちもさっちも動かないというような状態がありますが、実は病院はものすごくリソースがまだ残っていて、ただそれには色んな法律上の何対何の看護とか色んなものがあるから、動かないような形にはなっていますけれども、実際にはその病院という構造物があって、検査もやろうと思えば24時間もできるわけですし、ただ人がいないという

だけです。なので、本当にその非常事態のようなことがあるのであれば、やはり法律的な枠組みは変えるとして、ある程度土日でも、ある病院はもうみんな回します。その代わり、もうスタッフの数なんていうのは法律で指定しているような数では回していけない。病棟の看護師さんの数なんかも、法律で決まったような数では回していけない、ドクターもものすごく希薄になります。けれどもそういった前提とすれば、リソースというのはまだ2倍、3倍はあると個人的には思います。

(森会長)

ありがとうございました。非常にいろんな視点からお話を聞けて、とても参考になるかと思いました。阿南統括官、畑中統括官何かございますか。よろしいですか。立川先生ありがとうございました。

それでは引き続いて相模原市保健所の鈴木先生、よろしく願いいたします。

(鈴木委員)

相模原の鈴木でございます。どうぞよろしくお願い致します。

3点ほど質問させていただきます。

1点目ですが、阿南統括官のご説明で、若者の陽性者が多いということで、軽症が多い。それで、隔離とか封じ込めについてはだいぶ意義が少なくなってきたのではないかというお話があったのですが、病院とか宿泊施設に封じ込め或いは隔離をするということについては、かなり手間もかかるし、患者さんの数が増えた場合には、その意義はかなり少なくなっているかと思うのですが、先ほど小松先生のお話にもあったように、陽性の方について、例えば自宅にいてくださいとか、自宅でもう少し療養してください、外に出ない、というのも広い意味では隔離なので、全く隔離ということについて意義がないというのはなかなか言いにくいと思いますので、そういった簡易なやり方もご検討いただければありがたいと思います。

2点目としては、保健所が今患者さんの対応も忙しいのですが、幸いこれまでオミクロン株とわかった人については、入院させなきゃいけないということで色々大変でしたが、自宅で療養できるということでだいぶ助かっているところがあります。ワクチン接種している方については10日経った場合には、従来の株と同じような対応をするということではいいのですが、ワクチンを打ってない方に対しては2回陰性確認をして、それから療養解除するということになるかと思うのですが、それについて、私どもの方として、例えばお子さんなんかの場合はワクチンを打っていないことが多いので、そういう方が10日経った時に、我々は検査しなきゃいけないということになるかと思うのですが、すごく膨大な数が予想されているのですけれども、やはりそれでもやらなきゃいけないのか。そのあたりをもしわかる先生いらっしゃったら、ご助言いただきたいと思っております。

それから3点目として、先ほど畑中統括官の方からご説明いただいた提案の関係で、実際患者さんの方からシステムに入力していただいて、そのまま療養してもらえればいいのですが、行政の関与がなく、どんどん流れていった場合に、法的責任という点で一体どこの自治体が責任を持つかわかりにくくなってしまいうところもあるのですが、そのあたりはどう考えていらっしゃるのか教えていただければありがたいと思います。

以上3点ですので、よろしくお願い致します。

(森会長)

ありがとうございました。それでは、ご回答いただけたらと思います。

よろしく申し上げます。

(阿南統括官)

前半の二つに関しまして、おっしゃる通り自宅療養がなくなるわけではなくて、自宅隔離ということ或いは、本当に患者さん増えたらご自身でなるべく家にいて自主的に隔離。こういった考え方は当然最後まで残るので、そこを決して否定するものではございません。

2点目ですけれども、本日厚生労働省のホームページにアップされていますけれども、私どもがエキスパートオピニオンとして出したもので、先生がご指摘のように、陽性者、これはワクチン接種未接種関係なく10日にするべしということを出させていただいております。これはまさに、保健所でものすごい負荷になっているワクチン未接種者の2回PCR検査陰性確認、こんな作業をしていたら追いつかないわけでありまして、もっと言う意味もないでしょう。こういうことを前提にしてこれを足させていただいております。これに基づいて先ほど厚生労働大臣の記者ぶら下がり会見があったわけですので、おそらく、本日中に何らかの厚生労働省としての通知が出るのではないかと期待している次第であります。以上です。

(森会長)

ありがとうございました。それでは後半の一つについて、畑中統括官の方からよろしく申し上げます。

(畑中統括官)

おっしゃる通り、発生届は行政の、神奈川県システムにたどり着いた情報をもって発生届を作る。そのこと自体が、どの保健所の或いはどの圏域の業務としてなされているのかなど、論点もたくさんあると思っておりますので、厚生労働省に対してもこういったことがそもそも法的範疇で可能なのかということも照会しなくてははいけませんし、一方で、捉えられなくなりますよねという現実。発生届を出せなくなりますよねと。そういった中で、何ができるのかということに国も直面しますし、我々自身も逼迫する中で、直面する中で、どう整理していくのか。感染症法に基づいた隔離をお願いするという範疇の話なのか、感染拡大をさせないために感染症法外で行うスクリーニング検査に伴う、感染拡大の自己隔離のようなどころにご協力いただくような体になるのか。

いずれにしても、外来が逼迫するということに対して、いかに我々としてリソースを重点化していくのかということの中の一つのアイデアであるというところで。すみません、全然答えを持っていません。これは一つの方向性ではあるのですけれども、事実、外来逼迫するので、それに対して何ができるのかということ今時点では考えた次第です。

(森会長)

ありがとうございます。鈴木先生いかがでしょうか。今のご質問のご回答に関してですが。

(鈴木委員)

ご丁寧にお答えいただきましてありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございます。それでは引き続いて小松先生、よろしく申し上げます。

(小松委員)

すみません、重ねてになってしまうのですが、伺いたいのですけれども、入院患者さんが出た時のオミクロンの患者さんというのは、大部屋でももうよくなったんでしたっけ。要するにオミクロン型と前は分けたりという扱いはあったと思うのですが、今いくつか変わってきていると思うのですが、そこはどうなっているか、阿南統括官に教えていただければと思います。

(阿南統括官)

通知を先日出させていただきましたけれども、感染の拡大に伴いまして、病院の事情・状況に応じて、通常対応に近いことをやっていただいて結構ですというお話をさせていただきました。それで、もともと原則個室ということになっていきますけれども、少なくともオミクロンだとわかっていけば、オミクロン同士は大部屋でいいと。これはもう論理的にもその通りでありますし、それから、根拠としましては先ほどお示ししましたように、もうほぼほぼオミクロンに置き換わっていると。先週の段階で8割ぐらいですので、そういうことを前提として、OKということで県から連絡させていただいてございます。

(小松委員)

ありがとうございました。

(森会長)

よろしいでしょうか。それでは小倉先生、どうぞよろしく願いいたします。

(小倉副会長)

二つ教えてください。

一つは、今畑中統括官と鈴木先生の会話を聞いていて、なかなか感染症法の中でやっていくのが難しそうな感じがするのですが、先日も小池知事が第2類から第5類へと言ったのですけれども、そういう単純というのは申し訳ないのですが、ちょうどこれは移行期かなと思うのですね。すなわち、第2類と第5類という枠は、前から阿南統括官が言ったみたいに、そういう形というのはまさに首相が言った通りだと。そんな簡単には難しいと思うのですけれども、神奈川はずっと畑中統括官は厚労省とも結構パイプでやっていたので、こういう形で何か移行するという提言というのは、これは最終的には黒岩知事に聞いた方がいいと思うのですが、色んなロジックを進めた中で、こういう形でやるという提言をぜひいただければ、今までのこういう形で作ってきた神奈川モデルの中の統一点という形で、ロジックに話を進めて、2類5類とかというよりもちょっと何か違った形をしていただければなと思いました。それが1点コメントで。

もう1点目は阿南統括官に質問ですけれども、やはり自宅療養者の問題というのは今日の話を知っていると結構大きいので、療養施設を増やすというのも限界があるとは思っているので、神奈川モデルの地域連携、30分以内に対応するとか、介護施設もハードルが少し高い。これはただ、重症者をターゲットにしていたところだと思うので、もう少し軽い形とか、色んな形で10日以内にいろんな合併症に対応するとか、そのあたりを少し変えるという形は、考えているのでしょうか。

(阿南統括官)

1点目ですけれども、やはり法に基づいてやっていますので、今の指定

感染症の運用というものを5類のように勝手にすることはできないだろうと。ただ、今回の第6波は一定程度、そういう意味ではチャンスでありまして、もう手に負えないくらいの感染爆発という状況の中で我々は、全体最適性を追求した形での実際の運用ということをごまかして、今日、考えていきたいと思います。その運用自体が、先生のおっしゃられる、単純に2類とか5類に当てはまりづらいのがこのコロナの特性ですけれども、じゃあどういふ運用をするのがコロナはいいのかということが見えてくる一つの布石になる。そういう先行的な、パイロット的な運用に自然になっていくのではないかと。そういう意味で、神奈川県が色々なやり方を、我々が知恵を絞ってみんなでやってみる。それがよければそれをやろうと、そういうふうにしていくのではないかと。そういうふうで思っている次第です。

(小倉副会長)

今のことに関して言えば、今までの2年間で、なかなか失敗というのも怖いし、専門家の先生たちにすごく期待しているのですが、先ほどのCDCの療養期間の5日というのもあまりエビデンスがないんですよ。最後はやはり政治になるのかなと思ってるので、その辺りも含めて阿南統括官たちのデータを見て、黒岩知事にはすごく期待しております。

もう一つ、神奈川モデルの地域療養支援に関して、30分対応とか結構ハードルが高いのは、重症の方の入院適応とかも含めてという時だったのですが、こういう形と、軽い方が10日間、合併症のある方たちがいるときに色々な相談をする時の、医師会の保健所を介さないでの医療の提供という意味での支援ということは、神奈川モデルは考えていますか。

(阿南統括官)

あまりガチガチにしているつもりはございません。弾力的運用が前提であります。さらに、患者さんが増えた時には、フェーズをもともと示していて、対象者を絞っていく。先ほど示した考え方と全く同じですね。よりハイスコアの人、リスクがある人というところに対象を絞っていく。こんなことをもともと認めて全県で運用していますので、そんなにガチガチでやっているということではございません。無理なことを無理にやれと言っても意味がないので。

患者さんの実数に合わせてエキスパンションしたり薄くしたり、そんなことを前提としての運用ですので、そこは適切に対応していただくということだと思っております。

(小倉副会長)

安心しました。ありがとうございました。

(森会長)

ありがとうございました。それでは防衛医科大学の岩澤先生よろしくお願いたします。

(岩澤委員)

私は公衆衛生が専門なので、予防の観点ということで、今回の議題は感染拡大の時の療養・治療というような内容がメインかと思いますが、ワクチン3回目の接種状況について、現状を教えてくださいと思います。前回確か、年内に高齢者の入所者の方に先行してなるべく多く打っていきたいというふうなお話をお聞きしたかと思うのですが、その後どういふ状

況になっているのでしょうか。

(森会長)

これはどなたかお答えいただける方はいらっしゃいますか。

(畑中統括官)

ワクチン担当が今いないのですが、必ず3回目接種の県民の中での割合というのは、まだ医療者と高齢者への優先接種というところは、まだまだ十分立ち上がっているというふうには我々は考えておりませんが、市町村と連携して最速で医療者と高齢者、特に高齢者施設をターゲットとした接種というのを進めていこうということで、やっております。

(岩澤委員)

ありがとうございます。

(森会長)

よろしいでしょうか。それでは高崎先生、お話いただけたらと思います。

(県衛生研究所 高崎所長)

質問なのですが、いわゆる症状のあるオミクロン感染者で宿泊施設に入っている人で、例えば SpO₂ が下がって入院になったというようなケースは一体どのくらいあるのか、検疫なんかも含めてなので、山岸先生でも持っているかもしれないし、神奈川県だと阿南先生、そういうケースはどのくらいあるのでしょうか。

(山田災害医療担当課長)

災害医療担当課長の山田です。今のご質問ですと、L452R のマイナスの方ということですね。神奈川県において実際に宿泊療養施設に入られている方は、そういった事例はございません。0 でございます。

(県衛生研究所 高崎所長)

わかりました。ありがとうございます。山岸先生、検疫の方の何かデータはあるのでしょうか。

(山岸委員)

検疫というと手元にデータはないのですが、検疫施設で感染が起こった事例がいくつかありますけれども、そこから重症化したという話は聞いてはいないところです。

(県衛生研究所 高崎所長)

なぜ聞いたかというところ、パルスオキシメーターにも数の限りがあるのかなと思って、そういう事例があまりないなら、自宅静養でパルスオキシメーターがなくても、リスクが低い人はいいいのかなと思ったので質問しました。

(森会長)

ありがとうございました。他にご質問をおありの方いらっしゃいますか。小松先生どうぞ。

(小松委員)

度々すみません。先ほど小倉先生から神奈川モデルの自宅療養の話題があったと思うのですが、神奈川モデルの自宅療養の立ち上がりについての

私の理解は、本来は入院すべきだけれども、入院病床がいっぱいで自宅待機を余儀なくされる中等症の患者さんたちをどうフォローするかというのが一義にあるので、今回の、大勢の軽症だけど当然熱は出ますし、間接は痛いし、という辛い方ですとか、あとは悪くなったらどうしようとかという不安を持っている人とか、そこを全部神奈川モデルで対応するというのは、ちょっとキャパ的にもちょっと違うのかなというような気もしています。

ですから、神奈川モデルのいわゆる重症化しそうとか、重症になりそうでは場合には緊急往診をするというモデルは、それで残しておくのですが、どちらかというリスクも低くて軽症の方に対してのサポートというのは、同じ形で対応できればしますし、場合によっては、そちらはもう少しオートマチックにやれる仕組みを全県的に作るとかでもいいのかなどと思いました。数が余りにも多いので、多分それを全部自宅療養の神奈川モデルでやるのも無理だし、非効率かなというような気もしました。

今度 24 日に県と医師会で、その辺のことについて、郡市の先生も含めてディスカッションする機会があるので、その時にもまた新しい提案があるのではないかと考えています。以上です。

(森会長)

阿南統括官どうぞ。

(阿南統括官)

事実といいますか、決め事としての確認から入りますが、地域療養神奈川モデルの考え方ですけれども、自宅療養の方の中に、そんなに爆発的に患者さんが増えてない時の対象者は例えばスコアでいうと 3 点 4 点。こういった方々、或いは酸素飽和度も軽度低下傾向のある方、こういった方々を対象として管理していただく、そういう考え方であります。ただこれは、先ほど小倉先生のご質問に答えさせていただいたように、患者さんの増加状況によって少し絞り込む、そういった現実に合わせて対象者の敷居を上げていく。例えばスコア 3 点 4 点だったところを、スコアを絞り込んでいくとか、酸素飽和度を厳しくしていく。こういうことで対象者を一定数絞り込んで何とか対応していく、そういう考え方であります。

従前からずっとしているものは、自宅療養の方々に関しましては、LINE や AI コールでの健康観察、これはもうすべからく皆さんにやっていたということが前提ですので、医師会の先生方或いは訪問看護ステーションの対象者は、その中の絞られた方ということで運用してございますので、ご理解いただければというふうに思います。

(森会長)

ありがとうございます。それでは小倉先生どうぞ。

(小倉副会長)

多分そのあたりというのは、横浜市なんかでは 1 月から医師会で色々とオンラインの勉強会をやったりして、各区でいろいろ工夫しているということで、そのあたりを、神奈川モデルとはちょっと違うけれど、サポートという形で渡していただければなと思っています。

繰り返しになりますが、オミクロンになってから、コロナが重症化するということと違うので、先ほど高崎先生がおっしゃったように、SpO₂ がどんどん下がってくるとか、何かだんだん違うような気がしてきました。

あと最後に 1 点、先ほど畑中統括官がおっしゃっていましたが、神奈川県は療養施設で治験に関してサポートしているということをおっしゃって

したけれども、非常に重要なことかと思えます。シオノギの、あとはイベルメクチン、そういうものに関しては、リスクの高い方じゃなく幅広く色んな形で、タミフルみたいな形で飲める薬ですので、軽症の方でも38度の熱が4日も5日も続いた場合は後遺症が残ったりするので、そういうものが世の中に出てくるために神奈川県がサポートしてくるということに関しては、非常に重要かと思っています。療養はなかなか治験作らなかつたけれど、今の畑中統括官の話で、関心を持っている人が増えているということに関しては非常に期待を持って、ぜひ治験も神奈川県は応援して進めていただければと思います。以上です。

(森会長)

小倉先生、コメント本当ありがとうございました。それでは笹生先生、どうぞ。

(笹生委員)

ありがとうございます。自宅療養の神奈川モデルに入らないような軽症の患者なのですが、やはり発熱診療機関の初診の医師の役割というのは大きいと思います。数日間のサポートとか、こういう症状があったら連絡をくださいとか、そういうサポート体制の簡単なチラシみたいなものがあれば、渡したりできると思うので、そういうところで協力していきたいと考えております。

あと、処方に関しても十分な期間をちゃんと出すということ、前回の第5波のときもありましたけれど、それをちゃんと周知徹底すれば、途中でまた医療機関を受診するというようなこともないので、そういうような形を考えたいなと思います。以上です。

(森会長)

はい、ありがとうございました。

それではそろそろお時間でもありますので、今阿南統括官、それから畑中統括官の方からご提案いただいたそれぞれの案に関して、皆さんのご意見をいただけたと思いますし、来週もう一度本協議会を開催することになっておりますので、今日のところは提案提起ということに留めておきたいと思います。これから国からもおそらく様々な対策が示される、ちょうど進行中の状況だと思っておりますので、来週、今回のご提案についての方向性を決められたらと考えています。

そのような形で阿南統括官、それから畑中統括官よろしいでしょうか。

(阿南統括官、畑中統括官了承)

(森会長)

ありがとうございます。

それではこれで本日用意された議事はすべて終了しました。その他として、ご出席者の皆様から何かございますか。畑中統括官どうぞ。

(畑中統括官)

多分今週から来週にかけて、2類か5類だという話がすごく盛り上がってくるだろうなと思っています。今日ご提示した内容というのは、2類と5類が合いまったような状態の中での運用をどうするのか、というようなことの一つの動線になるのかもしれないけれども、一方で、オミクロンは本当に12月末まで日本にいなかったはずなのが、あっという間にこのような感じになってしまったということで、当然次の株でさえ、また入っ

てくるということを想定しなきゃいけないのが我々危機管理の立場だと思っております。そういう意味で、手放しに5類でいいやとってまたすぐ入ってきて2類ねといったことが、なかなか実際のところは、運用も含めて混在してくるとか、患者さんを特定する方法を失ってしまうとか、こういったことこそ避けたいといけない。追いかけれなくならないようにすると。サポートできなくならないようにするという意味で、デジタルの力をぜひ使っていかなければいけないのではないかなと思っておりますので、また今日いただいた意見を踏まえて、色々と中でも考えさせていただきたいなと思っております。

本当に様々なインプットをいただきありがとうございました。

(森会長)

畑中統括官ありがとうございました。他に特にございませんね。

それでは知事から一言お願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

(黒岩知事)

今日も遅くまで大変活発なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

今我々が直面している課題というのは、これまで経験したものとかかなり違うと。その中で、じゃあどう向き合うべきなのか、これまで積み重ねてきたものは非常に大事でありますけども、ある程度ダイナミックに、発想の大転換も必要な時に来ているのかなと改めて思いました。

今日は畑中統括官から定義のあったステップ3、これは緊急回避的対応といったところでありまして、こういったところも想定するということは、非常に私は重要なことだと思っております。

神奈川県推計で、今月いっぱい1日の感染者が1万人にも達するという推計モデルを出しているわけですね。これがまさに現実のものになったときに、毎日1万人の患者がどんどん出てくると。こういった状況の中で、これまでしっかり積み重ねてきた体制が機能できるかどうか、こういった問題でありますね。

この時に、やはり発想を全部転換すると、畑中統括官のこのアイディアというのは、ある種乱暴に見えるかもしれないけれども、言ってみれば、自分で調べて陽性だったら家でじっとしておきなさいという、乱暴に言うという形ですよ。

でも、それだけの大規模な患者が毎日発生するという状況になったら、そうならざるをえないのかなといったことを、今日この時点で実際やるということではなくて、そういったことも視野に入れながらみんなで考えようといったこと、これは非常に重要なことだと思います。

それを支える基盤として、これまでやってきたことは活きると言ったのは、Team というシステムから HER-SYS へ自動入力で繋がっているといったこと。これは全国都道府県中で神奈川だけがそうなっている。データにおける基盤が一応出来上がっているといったことも、非常に大きな背景になっているので、こういったものを、皆さんと合意を得ながら、しっかり対話しながら、どこに問題があるのかといったことをしっかり整理しながら、破滅的な状況の中に対応できる神奈川モデルといったものをしっかり作り上げていきたいと思っております。

今日何度も様々な話が議題になりましたけれども、2類か5類かといった問題、これはどう対応していくか、しっかりと専門家の皆さんと議論を重ねながら、私も提言をしていきたいと思っております。ただ、私の理解としては、今この時点でいきなり5類というのは、まず有り得ないのかなと

感じますね。5類になった途端に、言ってみればインフルエンザのような形で対応しようというところだと思いますけれども、今のままの仕組みで言うならば、突然医療費が全部かかるとかということになると。言ってみたら、今急激な変化の中で、増加の中で、いきなり医療費がかかるぞと言ったときには、これはどういうことになるか。今そのタイミングではないとは思いますが、しかし、そういった方向性に向かっていくといったこと、そのために皆さんで議論しながら、どのタイミングでどうなってくるかというところをしっかりと見極めていくということは、非常に重要だと思いますので、また来週のこの会議でさらなる議論の進展というものを期待申し上げたいと思います。皆様どうもありがとうございました。

(森会長)

知事、総括していただきましてありがとうございました。

それでは本日の議題は以上となりますので、進行を事務局に戻したいと思えます。よろしくお願いいたします。

(事務局)

森会長どうもありがとうございました。

委員の皆様におかれましては、長時間にわたり、活発なご議論いただき、誠にありがとうございました。

それではこれをもちまして、令和3年度第9回神奈川県感染症対策協議会を閉会させていただきます。長時間にわたりありがとうございました。