

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10回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和3年3月30日（火曜日） 18時00分～20時00分		
開催場所	神奈川県庁第2分庁舎6階 災害対策本部室（横浜市中区日本大通1） （原則WEB会議での出席による）		
出席者	<p>[委員等] ◎は会長○は副会長 <委員> ◎森雅亮、○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、角田正史、平田栄資 阿南弥生子、猿田克年（梅田恭子）※、鈴木仁一、土田賢一、辻和雄、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹、和田安弘 <会長招集者> 小笠原美由紀、加藤馨、習田由美子、橋本真也、安江直人、吉川伸治、渡辺二治子 ※（）内に代理出席者を記載。</p> <p>[県] 黒岩祐治、武井政二、小坂橋聡士、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 健康医療局医療危機対策本部室 感染症対策グループ 横山 電話番号 045-210-4791 ファックス番号 045-633-3770		
下欄に掲載するもの	議事録	議事概要とした理由	
審議経過	<p>開会 （事務局） それでは定刻となりましたので、ただいまから神奈川県感染症対策協議会を開催いたします。私は本日進行を務めさせていただきます医療危機対策本部室感染症対策担当課長の山田と申します。よろしくお願いたします。それでは本協議会開催にあたりまして黒岩知事よりご挨拶を申し上げます。</p> <p>（黒岩知事） 本日は大変お忙しい中、多くの皆様に協議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。この会議は、書面会議も含めると今年度既に10回目の開催となりました。毎回活発な議論を展開頂きまして委員の皆様には心から感謝を申し上げます。3月21日まで延長されておりました緊急事態宣言が解除され、4月21日まで、これを「リバウンド防止期間」として、一都三県そろい踏みで対応するところでもあります。そんな中で「リバウンド」というものが心配されるわけですが、神奈川県の現状だけを見ると、割と比較的感染者は抑えられているかなという感じはしますが、しかし中身を分析しますと、20代30代の比率が増えています。過去もこういった20代30代の比率が増えるとその後感染者が増える傾向がありましたので、リバウ</p>		

ンドに対する警戒をしているというところであります。

本日は11月27日に感染症対策協議会で議論致しました、「入院優先判断スコア」についての検証を行います。また、3月29日現在県内で確認された累計患者数57人となっている「変異株患者への対応」について具体的にご議論いただきたいと思っております。どうぞ建設的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。それ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時から20時までのおおむね2時間を予定しております。本日も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、高齢者福祉施設協議会、薬剤師会、横浜市消防局、県立病院機構、看護協会、厚生労働省の皆様にご出席いただいております。また本日はWEBでの参加をお願いさせていただいております。ご発言がある場合は、挙手ボタンを押して事務局にご連絡ください。よろしくお願いいたします。続きまして会議の公開・非公開、議事録の公開についてお諮りします。次第をご覧ください。本日の議題は「第4波に向けた様々な対応策」と「入院優先度判断スコアの検証」と「変異株患者への対応」についてですが、事務局といたしましては全て公開としたいと思います。また議事録の公開についても同様に取り扱わせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。よろしい方、挙手をお願いいたします。(挙手) ありがとうございます。では会議は全て公開とし、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にお願いしたいと思います。森会長、よろしくお願いいたします。

(森会長)

はい。ただいまご紹介いただきました、東京医科歯科大学大学院の森でございます。本協議会の会長を務めさせていただきます。出席者の皆様には円滑な議事進行に御協力のほどよろしくお願いいたします。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ます。皆様よろしいでしょうか。よろしい方は挙手をお願いいたします。(挙手) はい、ありがとうございます。それでは撮影は報告事項までとさせていただきます。

報告事項

(森会長)

それでは早速議事に入りたいと思っております。報告事項です。1の報告事項、「新型コロナウイルス感染症の患者発生状況」についてです。事務局からご説明いただきたいと思います。では阿南先生よろしくお願いいたします。

(阿南統括官)

はい。それでは画面又はお手元の資料をご覧ください。いくつかの指標がございますが、1～7の指標のうち神奈川県は7つの指標でございますが、全国で共通の1～6の指標がございます。その中で増加率という言い方をしますが、直近1週間と前1週間の比率、それから疫学調査に基づく感染経路の不明率、この2項目だけステージ3の指標に引っかかっている。その他はステージ2になったわけです。一番左側にあります「病床ひっ迫」、このところが最後までなかなかステージ2のところに入らなかったわけであり

が、つい先日「重症」及び「病床全体」ともにステージ2のレベルに入ったというところであります。これが全体を俯瞰的に見た第1波、第2波、第3波の様子でありますが、皆さん耳にするように第3派に関しては下がっては来ましたが、下げ止まりという状況が続いております。右側のカレンダーで見ていただいて、週ごと、カレンダーでの週ということで、先週1週間というのはずっとみますと一番少ない数ではありますが、本日も速報値96という数値が出ておりますので、一週毎で見ますと前の週よりちょっと多いというところで、懸念材料の1つでございます。項目ごとに見ますと新規の患者発生的人口10万人当たりだと7.56人。グラフを見ていただいた通り下げ止まって横ばい状態が続いております。これが増加率でありますが、100%前後の所を推移しておりますが、100%ということは横ばいということでありまして、下げ止まっているということを表しています。それからPCRの陽性率ですが、これもずっと同じくらいの所を推移しておりまして、4%を切るくらいの所でずっと続いてございます。病床利用率、先ほどもお話しした通り、病床全体、それから重症ともステージ2のレベルにギリギリ入ったというところであります。療養者全体の数、これも下げ止まっています。これも同じ傾向だと思えます。それから年代別、後で少しお話しさせていただきますが、赤いところが見やすいと思えますが、赤いところが30代。30代、その下が20代。この比率が直近1カ月間は少し多い傾向がうかがえます。

死亡、亡くなった方の傾向というのもあまり大きく変わりません。70歳以上の方が9割以上を占める、これは従前どおりです。感染経路不明率は50%前後を全体としてふらふらはしてございますが、今回は50%を超えた。この傾向だけで今どうだと言うところではないだろうと思えます。クラスターでございますが、懸念していたクラスター、一時は全体で100を超えるクラスターがございましたが、一カ月から一カ月半、ピークの所から一カ月半を超えたということで、新たな感染が発生しない、これをもって終結という定義を致しますので、どんどん終結宣言をしてクラスターの数は減っているところであります。それから最近別の見方をしてございますが、第3波を乗り越えて、他県、他の地域では第4波ということが取りざたされており、ここは懸念材料になります。そのこのところを予測してみている数値、そういうことでこの緑の線と赤い線がございまして、これは第1波、第2波、第3波とみますと、その山が来る前に緑の線と赤い線が寄ってくるというのがあります。寄った後に再度分離をします。緑の線というのは若年者を指しています。20代30代です。20代30代が上に向かって上がって比率が高くなって相対的に高齢の方が、赤い線、70代以上ですが、そちらの比率が下がっていく。寄ってきた線が分離していくという傾向があると次の山が来るという予測の指標の1つになるのではないかというふうに考えられるわけですが、絶対ではありません。絶対ではありませんがその1つの指標ということではあります。やはり今回も分離傾向があるということでもあります。つい先日28日までのデータがやっまいりましたので、丁度1か月分です。4週間分その青と赤が分離してからの傾向ですが、緑色の若年者がぐいぐいと伸び続けているというわけではありませんが、赤と青が分離しているという傾向が依然続いています。

ここから先は粗々の分析ですので、絶対ではないですが、ちょっと見方を変えたものを出していきます。例えばこの地域別ということでも、この政令市やはり緑と赤の分離というところは見えています。一方この政令市以外の地域に関しては、先ほどお話ししていた赤と緑が分離する、このこのところはちょっとよく分からない傾向です。少し見方をさらに変えてみます。それは何かといいますと赤い線は20代30代の人ですし、青色の線が高齢者、黒い線、これが全体の年齢層ですが。これを全国で比較できるように人口10万人、それぞれの年代で人口10万人です。あたりでどれくらいの数になるのかというのを試して出してみました。そうしますとこの第1波、第2波、第3波どいうことが言えるのかということ、波が来る初期には赤、青、黒が分岐して

いくということであります。時間が経つとこれが収束していきます。黒の線が全体ですから、そこに赤の線も青の線も収束していく、このパターンがあるのかなという風にみえています。上がるというだけでなく分離するというのを我々注目すべきだろうと。赤と青が分離していく。その中を黒い線が走る。直近の第4波にかけて我々は心配しているわけなので、第4波にかけて左の上が神奈川県全体であります、やはりこの赤と青がくっついていた収束していたものが、赤と青が分離する傾向が出てきた。ここが次の第4波を招きやすい、そういう素地が出始めているのではないかとすることを懸念する材料という風に我々は捉えておく必要があります。非常に心配な時期である、要注意な時期である、こういう捉え方でございます。参考までに右側、横浜、川崎、相模原を出しております。やはり人口が少ないところあるいは発生事項が少ないと、こういうグラフは傾向が掴みづらい状態ありますので、まだ少ない状態なので、余計地域を割ると傾向というのは見えづらいかないと思いますので、参考程度に御覧になっていただければと思います。私の方からは以上です。

(森会長)

はい。阿南先生どうもありがとうございました。それではただいまのご報告について、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。なお発言にあたっては私から指名させていただきますので、挙手をしていただきますようよろしくお願いいたします。はいそれでは角田先生よろしくお願いいたします。

(角田委員)

感染経路の不明が50パーセントを超えたということが残っているということですが、前回の議論で市中感染の疫学調査は保健所の負担を軽減するために、積極的疫学調査を重点化するというお話があったかと思いますが、感染経路不明がそのころに比べてやや低下したのではないかと思います、その点についてはいかがでしょうか。

(阿南統括官)

積極的疫学調査を重点化することは第3波の時には行いましたが、現在は重点化の考え方は変わっていませんが各保健所では積極的疫学調査を実施しています。現在は当初の、昨年から行ってきたとおりの運用をしていますので、そういう意味では疫学調査は行われている。それに基づく感染経路不明率というのは従前どおりの解釈だろうと思います。

(角田委員)

ありがとうございます。

(森会長)

他にございますか。小倉先生お願いいたします。

(小倉委員)

二つの20代30代と高齢者が離れているという解釈はどのようなものでしょうか。つまり第4波が来るときに、若い人たちが活発に動き始めて感染者が増えるからという意味なのか、その解釈について教えていただければと思います。

(阿南統括官)

はい。相対的に高齢者が下がるわけですが、実際には若年者20代30代の方たちが感染者として増えていく、これが感染初期の傾向だろうと考えております。これは感染が拡大する1つの仮説でありましたが、ほぼほぼオーソ

ライズされている考え方であります。感染拡大はやはり 20 代 30 代の若年の方々がスタートであり、この世代が広げて、次に職場、家庭、様々な経路をたどって各世代に広がっていく。このそういったところでさまざまな社会に対する不利益がかかるその他というところがありますが、それが高齢者に広がった時点で、高齢者の方々は社会活動が若年の方々とはいち違いますので、例えば施設、そういった入院先、こういったところに実は感染が入る。これは第 3 波もそうでしたけど、そういうことになりますと、社会活動の抑制、行動の抑制、そういったことで急激に下がるということにどうしてもならない。つまり遅れが出るということがありますので、年齢の差というのが、若年者が最初に比率が高まり、相対的に高齢者は比率が下がる。これが最終的に収束、両者の比率が収束していく。あるいは一時高齢者の比率が高くなるようなことが出てくる。こういった過去の経緯、これが表されているということであります。

(小倉委員)

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。他にどなたかおありでしょうか。よろしいですか。それでは次の報告事項をお話していただきたいと思っております。次は「精神科コロナに係る課題と対応について」です。事務局からご説明していただきます。では小泉精神保健医療担当課長よろしくお願ひいたします。

(事務局)

よろしくお願ひいたします。「精神科コロナに係る課題と対応について」ご説明させていただきます。画面又はお手元の資料をご覧ください。精神疾患の症状がある方が新型コロナウイルスに感染した場合ですが、精神疾患と新型コロナウイルス感染症の治療を同時に行う必要があるため、精神科と身体科が適切な役割分担の下、治療を行う仕組みである精神科コロナのスキームを昨年 5 月 18 日に立ち上げました。こちらがその全体像であります。これにつきましては、精神科病院で入院中の方が、新型コロナウイルスに感染した場合にクラスター等が発生しての対応等でございます。まず一番下ちょっと見にくいですが、精神科病院というのがありますが、こちらで患者さんが発生した場合、可能な場合につきましては人員での対応となりますが、施設や患者の状況等に応じて、精神科コロナ重点医療機関というところに搬送されたほうが良いという場合には搬送することになります。それが真ん中にあります重点医療機関になりまして、こちらにつきましては県立の臨時の医療施設でありますイノベーションパークの所と、それから県立精神医療センターの方がお互いを補完しあって、精神疾患を持ちつつ新型コロナウイルスに感染された方の治療にあたり、そういった形でございます。そしてさらにこれが重度になった場合には高度医療機関に行くというようなスキームでございますけども、まず今回の第 3 波の所で課題となったところが①のところ、登りの搬送でのところでございます。精神科病院から重点医療機関に行くときの登りの搬送のところは大きな課題となっております。課題の内容につきましては後程ご説明させていただきます。

それから次に課題になったのが②のところ、重点医療機関から精神科の病院にまた戻るときの下りの搬送の部分でございます。こちらでも大きな課題が生じたのでこちらについても後程説明させていただきます。

それから 3 つ目の課題といたしましては、精神科病院の③というところ一番下にありますが、この精神科病院におけます感染症対策というところでも大きな課題となりました。ということでこれから課題につきましてそれから今後どうしていくのかということをお説明させていただきます。次のページをご覧ください。

まず先ほど申し上げました一つ目の課題でございますけれども、精神科病院でクラスターが発生した場合に重点医療機関の登り搬送時における混乱でございました。こちらにつきましては精神科病院側とそれから臨時医療施設側との間で転院すべき患者の対象ですとか時期、そういったことに対する不一致がございました。精神科病院ではこの状態でかなりコロナが重いので、もうイノベーションパークの方に移したいというご意見がありましたけれども、イノベーションパークの方ではまだそこまでではないというなお話があったようです。そういう中でやり取りの中の混乱、そういったこともございました。こちらにつきましては、第4波への準備対応といたしましては登り転院の調整時に、通常は保健福祉事務所だけが関係してくるところでございますけれども、そこに精神科コロナ調整窓口、こちらが早期の段階から関与いたしまして全体的に、精神科コロナ全体の病床数を見据えた調整ですとか、それから受け入れ先が夜間の転院になってしまうと受け入れ側としても対応困難であるということがありましたので、受け入れ病院の体制に無理のないような時間に調整するというところで進めさせていただきたいと思っております。続いて次のページをご覧ください。

二つ目の課題でございますけれども「精神科コロナ重点医療機関の病床がひっ迫」ということでした。先ほど申し上げましたように、登りの搬送はイノベーションパークの方に送ったところで精神科コロナ枠が10床ございますけれども、実際第3波の時には、最大で30床くらい精神科の患者さんを診ていたということで、イノベーションパークの方でもかなり大変だった状況でございます。そういったなかで他の患者さんの受け入れにも非常に影響を与えたということでございまして、こういったことを踏まえて第4波に向けましての準備対応でございますけれども、こちらにつきましては第3波の後半にもやっておりましたけれども、下り搬送受け入れ協力病院の確保をしっかりとやるということと、下り搬送コーディネーターを設置して精神科コロナ重点医療機関の病床の回転率を向上させるということでございます。下り搬送受け入れ協力病院というのは、そもそも発生した精神科病院に、重点医療機関から退院基準をクリアして戻そうとしても、まだクラスターの発生の影響が大きくてまだ受け入れが難しい。そういった状況ですので、そういった中ではいったん別の病院にお預かりしていただいて、しばらくしてから元の病院に戻ると、そういったような一回かませるという下りの協力病院が必要になってまいりますので、そういったところの病院さんにも今回お願いさせていただきましてそういったところも確保してございます。それから下り搬送のコーディネーターですけれども、実際精神科の患者さんの場合、コロナが落ち着いてきたときに、精神症状が重くなってくるという状況がございますので、そういった中で元々クラスターが発生しているところにお戻しして大丈夫なのか、まだコロナの影響が少し残っているけれども今精神科病院に戻して大丈夫なのかなど、いろんな問題がありまして、そういったところについて精神医療センターの看護師さんに下り搬送コーディネーターの役割を担ってもらいまして、実際イノベーションパークの方にも行ってもらいまして、そこで下り搬送すべき人ですとかタイミングを調整してもらいました。これにつきましては今後もやっていただくというふうに調整しております。それから次のページをご覧ください。

三つ目の課題でございますが、「精神科病院の感染症対策不足」というところでございます。こちらにつきましては、精神科病院の特徴といたしまして、まずは精神科の中では患者さんが外に行かないようにということもございまして、ドアが数多く存在し、鍵を多くかけるとかそういった中で非常に施設構造上の感染対策が非常に難しいような状況でございます。それから換気設備が十分に整備されていないとか、窓を開けても患者さんが閉めてしまうなど、なかなか換気ができないとか、そういったような状況もございます。それから患者の特徴によるリスクということでマスク着用等、感染対策への協力も患者さんにもなかなか得られにくいという状況もございましてそうい

ったリスクもございます。それから治療の特徴ということで作業療法ですとか集団精神療法ですとか、集団で行う治療が多いので治療の特徴によってもやはり感染リスクが高いというところもございます。それから感染対策に日ごろ精通した職員が少ないということも一般科に比べるとございますので、そういったところで初期の対応の遅れにつながりやすいといったこともございます。こういったことも踏まえて第4波に向けましての準備対応ですけれども、精神科病院におけるまずは感染症対応力を強固していくということで、今コロナ対応の手引きを作成しているところでございます。精神科病院における対応の手引きということで、まずは新型コロナの基礎知識がありますとか、日ごろの備え、それから発生した時の初動の対応、そういったところを対応の手引きということで今作成しているところでして、近々のうちに精神科病院に配っていきたいと思っております。それから感染症対策に係る研修の支援ということで、資料の提供ですとか、講師の紹介をしていきたいと思っております。それから感染症対応でどうしたらいいかわからないなどといったことには窓口を紹介するなど、そういうこともやっていきたいと思っております。それから精神科病院の医療従事者の方への円滑なワクチン接種をするのと同時に、国の方でも、考え方として、重い精神疾患の患者さんへの円滑なワクチン接種ということで基礎疾患があるということで重い精神疾患の方、入院患者の方が位置づけられましたので、こういったことを市町村の方に強く協力の要請をして、円滑なワクチン接種をお願いしたいと思います。こういったことで、精神科で今後ともクラスターが発生しないような取り組みを進めてまいりたいと思っております。以上でございます。

(森会長)

ありがとうございます。非常に難しい領域での感染対策ということで、かなり対策をお考えになられているなと思えました。それではただいまのご報告についてご意見等ございましたらご発言お願いいたします。指名させていただきますので挙手をお願いいたします。それでは小松先生お願いいたします。

(小松委員)

資料を拝見させていただいた中で、今回精神科の病院で、クラスターを起こした病院が何個くらいあって、その規模がどれくらいだったのかというような、もう少し具体的な説明があったほうが今後のためになるかなとは思いますが、まず下り搬送の受け入れ病院に関して、精神科の単科病院で、受け入れをされている病院というのはいくつくらいあるのでしょうか。もしお分かりになれば教えていただきたいのですが。

(事務局)

はいお答えします。下りの協力病院で精神科の単科につきましては、1つでございます。1病院でございます。協力病院としては4つありまして、1つが単科病院で、3つが総合病院でございます。以上でございます。

(小松委員)

下りをできる限り臨時医療施設と精神医療センターで、中等症コロナの患者さんに対応するためには、やはり下りを受けていく病院を増やしていかないと、これは精神科に限ったことではなくて当然同様なことが例えば高齢者施設でもクラスターが起こって下りが問題になっています。それから一般でもそうなので、できる限り精神科の病院でも下りの、いわゆる感染力が無い方に関しては手上げをしていただいていた方がより、下りで受入れてあげている病院はいっぱいあるけれども、元々の精神の症状と治療が必要な方はちょっとという話になってしまっていて、やっぱり下りで手詰まりを起こすので、今回のように精神医療センターの看護師さんがコーディネーターの役割を担

っていただくのが大変重要なことだと思いますし、あとは下り搬送の協力病院の上げをというように思いますが、多分診療報酬上あまりその評価が精神科の場合は、付きますでしょうか。二類の加算だとか救急の加算とかいわゆる一般病棟であれば付く加算というのは、精神科の場合評価はされますか。

(事務局)

されないとします。

(小松委員)

そうすると基本的には下りのコロナで精神の症状があっても、一般の下りコロナを受けている病院が、精神科のその元々いらっしゃったところのクラスターが落ち着くまでは診てほしいと、そういう話でしょうか。

(事務局)

そうでございます。

(小松委員)

そういうことですね。やはり精神の症状がある方を一般病院でお受けするのはまた別の課題が出てくると思うので、本当は精神科の病院で下りを受けてもらうのを増やすのがいいと思うのですが、また相談させてください。今のままだと下りを受け入れる病院が非常に少ないということですね。

(事務局)

そうです。今後も増やしていきたいとします。

(小松委員)

分かりました。

(森会長)

はい小松先生ありがとうございました。それでは神奈川県立病院機構の吉川様お願いいたします。

(吉川委員)

県立病院機構理事長の吉川でございます。そもそも精神科の単科病院で仮にコロナの患者さんが出た場合、自院での対応ではなく全て登りで入ってくるということなのか、それとも自院の所でも対応できる病院があるのか、そういうところは確保されているのでしょうか。

(事務局)

お答えいたします。自院で対応されている病院もかなりございます。患者さんの状況によりけりなのですけども、コロナの症状が非常に重たくなってくるとなかなか自院では難しいですが、ある程度酸素投与までなら大丈夫というところも最近出てきておりますので、そういった中では自院での対応で済まされているところもございます。

(吉川委員)

その場合に規模的なところというのはある程度、例えば何床なのか、あるいはそういった状況についても把握はされているのですか。

(事務局)

各病院何床まで自院で対応できるかまでは把握しておりませんが、実際可能な限りやっていたとという中でゾーニングのあり方ですとかいろいろ

ありますので、何床までできるというのはなかなか難しいと思います。実際ご自分の所に対応されて、かなり大変になってきたということであればこちらにご連絡いただきますので、そういったときは登りの搬送に振替えていくという形になっております。

(吉川委員)

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。他にいかがでしょうか。よろしいですか。やはりとても難しい分野ですが感染対策に必要な部分だとは思いますが、引き続き検討いただければと思います。

議題

(森会長)

続きまして議題の方に入らせていただきます。2の議題「第4波に向けた様々な対応策」と「入院優先度判断スコアの検証」に入ります。恐縮ですが撮影の方はここまでとさせていただきます。それでは「第4波に向けた様々な対応策」と「入院優先度判断スコアの検証」について、引き続き阿南先生よろしくお願いたします。

(阿南統括官)

先ほど第4波は本県も他人ごとではないというお話をしましたが、これに対する準備は粛々と進めていく、こういうスタンスでやってまいりました。その観点から、第4波に向け我々がどのような取り組みをしているかをご説明させていただきたいと思っております。従前から皆さんご存じのように、神奈川モデル、機能集約と役割分担ということで重症・中等症・軽症それぞれの担当する医療機関を役割分担してやってきた。その中で患者さんとのやり取りも存在する、という中でやっているわけです。とはいえ患者さんが増えてきたときには大量の患者さんが流れ込んでくる、そこに対する受け皿の病院、病床を確保することが求められるわけではあります。とはいえ本県は人口当たりの病床数が全国で最も少ない県ということでもあります。そういった観点から、効率的な運用を探っていく。キャパシティという言い方をしますが、結果的に患者さんのキャパに耐え得る医療体制を構築するためには、単純に病床を増やすだけでない、さまざまな取り組みで、総合力で立ち向かうことを考える必要があると思っております。そういう意味ではこの二軸の縦軸にありますように、これはさきほど示した神奈川モデルの「各病床を増やす」、これは必要ではあります。ただここだけに偏重するわけではなく例えばフェーズ毎にしっかりと病床をたんたんたんとして上げていける約束事をして、きちんと必要な数を確保する、決められた時間で確保していける、こういうことも必要ですし、さらには入院と自宅療養の方、あるいは宿泊療養の方は一体の部分がございまして、患者さんとしては行き来するわけです。病態によって軽症になったり中等症になったり、行き来がありますので、自宅療養の方々に対する地域医療、地域療養化という言い方をさせていただいていますが、ここの所も必要になってくる。一方横軸ですが、これは12月の頭から運用しております「入院スコア」を使って本当に必要な方に入院していただく、入院しなくてもいいという方、これを切り分けして、入り口を絞り込むといえますか、入るべき方に入っていただく。もう一つ出口の方の問題もありまして、それが5番目の、後方搬送の受け皿を作る、さらには受け皿を効率よく運用する、ここの組み合わせでキャパシティを増やしていくことが必要になってくると思っております。ただし右上にありますように、とはいえ我々「リスク管理」という観点がありますから、100点満点、絶対大丈夫というのは言い切れない部

分があります。想定を超えるような状態に対し常に準備しておかなくてははいけない。そのための対策が6番目になります。

まず第1番目の病床確保をする、拡大する、これに関しては順調に進みまして、現在神奈川県内の認定医療機関が175医療機関になりました。これは神奈川県内にある精神科を除く病院の60%に相当することになりまして、過半数が神奈川モデルの認定医療機関になっている。認定医療機関の役割は様々であります。コロナの活発な陽性期を担当する病院もあれば、療養期間が済んだ後、受け皿として受けていただく病院もあります。役割分担で様々な形でご参加いただいている。そういったことで6割の病院は何らかの役割を果たしていただいているというところまで来たということでもあります。

一方我々、第3波の時に苦慮したのは、病床を拡大することになった時に、約束の病床を思ったタイミングで膨らますことがなかなかできなかった。これは全体としての病床の約束事はできていたが、各病院175の病院だとお話ししましたが、それぞれの病院ごとに、自分の病院は何床にすればいいのか。フェーズがいくつだったら何床にすればいいのか。ここら辺のところは不明確だったことがございますので、これを明確化させていただきました。

現在神奈川モデル認定医療機関すべて、特に急性期コロナの陽性の患者さんを受け入れる病院に関してはすべてこの数が確定いたしまして、今協定を進めているところであります。目標として月内としましたが、ちょっとずれ込むかもしれませんが今どんどん協定を進めて、もう協定ができたところもございまして進めている状況でございます。

三つ目はもう発表させていただいておりますが、地域の医療機関あるいは地域の訪問看護ステーションによって自宅療養の患者さんを見守っていただく仕組み。これに関しましては、先行的に藤沢市で運用が開始されています。他の地域でも準備や話を進めていまして可及的速やかに各地域でどんどん進めて、地域ごとアレンジがありますのでそこらへんも調整ということをいろいろ進めながらであります。全県目標で進めていくということをしていきます。つまり神奈川モデル認定医療機関という病院群だけでなく、地域の医療機関、医師会の先生方の診療所にもご参加いただいて、地域の訪問看護ステーションにもご協力いただく。非常に幅広い医療体制を敷いていくという理念です。

もう一つは、後で深めますが、12月以降スコアを導入してきて、これによって今まで65歳以上の高齢者、基礎疾患の方はみんな入院としてきたわけですが、これでは病床がいくらあっても足りないということがございます。それだけでなく、医療の適正性ということで、これは患者のサイドにとっても、他の疾患とのバランスで考えても、無症状で肺炎も何もない状況の中でリスクがあるから入院しようという状況では済まされない部分がある中で医療の適正化という観点からしっかりと見極めの基準を作り、入院すべき方は入院していただく、そうでない方は宿泊、自宅療養に入らせていただく、こういった理念でこのスコアを運用しております。

もう一つは出口の問題でございます。580床の病床を県内では確保させていただきました。コロナの陽性、感染性がある患者さんの受け入れは困難ではあります。10日間の療養期間が済んだ方に関しては受け入れ可能。そういった医療機関を個別にあたらせていただき、様々なやり取りの中で、ご理解を得て、580床は確保できている。さらにはマッチングのシステム及びそれに対する人員配置ということで、10日間の療養が済んだ高度医療機関、重点医療機関等から県庁の方に患者情報をシステムに入力していただきますと、非常に速い時間でマッチングしてどこの病院が受入できそうですというお返事を出したい病院の方にお返りする。そうすることでお見合いが成立するので、後は病院両者での具体的な詰めということで実際に患者さんの搬送が行われるというわけです。現在も一日で6件ほどマッチングが行われましたし、日々この運用は続いている状況であります。

最後に6番。これはまさに想定外。我々も今まで1～5の仕組みの中で、

相当数の患者さんに耐えうる体制を構築しているつもりであります。とはいえそれをさらに超えるような事態ということは常に準備していかなければいけない。その1つがおそらくC-CATという仕組み。感染の後のクラスターをつぶしに係るチーム。これは大きな役割を果たすだろうと考えています。第3波の時もそうでしたが、医療機関あるいは施設でクラスターが発生する、そういう中で必ずしも病院に転院するということができないあるいはもともと患者さん、入所者の適応、その他の条件によってコロナに感染したとはいえ、移すということが適正でないという事情の方もいらっしゃいますので、その場にとどめ置くということがまま発生することです。そういった場合に施設あるいは医療機関を支援するという事で、このチームは支援に入る。こういったことでこの施設の中の感染拡大を抑え込む、こういったようなことをすることで、実際に想定外の患者さんが発生した場合特にこういうことが発生し得るので、これは一つの支援策と言えます。従前からしてきたことだが、さらにこれを強化するために人員を増員する、あるいは仕組みのブラッシュアップの検討を進めているところでございます。もう一つは、酸素センターでありまして、これも本来であれば、軽症の方の病態が悪化したら入院としてきましたが、どうしても受けきれないような事態になった場合は、ワンクッションこの搬送センターで受けるという仕組みでございます。まさに想定外に膨らんだ時という考え方に合致するだろうと考えております。1～6の仕組みの中で我々は第4波対策を進めているということでご理解いただければと思います。

引き続きましてこの中でスコアの話が出ましたので12月8日からスコアを導入して運用してまいりました。その時当初からお話ししていたのが、適宜検証し、必要な改変は行くと、このスタンスでやってまいりましたので、第3波の最中はなかなか手が付けられないというか、手が回らなかったわけですが、今少しピークを越えたということがありますので、現在検証に着手したところです。

本日は検証の結果ということではなく、一部分結果もあるが、検証の途中段階ですので、方向性に関して皆さんに説明させていただきまして、そういった検証の方向性でいいのか、あるいはご意見を様々お聞きしたいと思っておりますので、そういった説明としてご理解いただければと思います。

これがスコアでございまして、年齢及び基礎疾患等の重みづけを点数として示して、その合計点が5点以上の場合に入院の適用にする。それ以外も点数だけで表現できないものは適宜医師の判断で入院の判断をすることはOK。こういうスコアの運用です。この検証に向けて課題等をどういう風に検討するのかを4つにまとめさせていただきました。

1つは運用当初から懸念していたが、対象者ということでもともと自宅にいらっしゃる方をスコアで入院するのか、自宅、宿泊療養にするのか、こちら辺りは整理しやすいが、一方施設に入所する方はスコアを付けたとはいえ、例えば点数が高くても、施設にとどめておきたい、ご本人、家族の希望も含めて、そういったケースが実際にはございます。そういうことがあるので、このスコアで単純に判定をするのは向かない側面がありますので、実際にこれこそ皆さんのご意見を賜りたいと思っております。保健所等で、実際に運用する中で、果たしてこのスコアをこういった施設入所者にも使うべきなのか、むしろ適用外にすべきなのか、こういったところのご意見を賜りたい。もちろん客観的な見方としてスコアを施設に入っていた方、入っていない方で比較してみることも考えています。

2つ目はスコア導入の効果はどうであったか。スコアを入れることで第3波を乗り切ることによってどういう効果があったのか見ていきたい。具体的には実際に入院した患者と、仮想ではありますが、もし導入していなかった場合には年齢が高い方、基礎疾患がある方は全員入院対象になっていますから、これらの方を足し合わせていったときにどういう第3波の山になっていたかを比較していきたい。

3つ目の検討課題としては、判断項目の適正性。特に判断をする人たちの利便性、使いやすさという観点です。スコアリング項目を判断するのに、1点付けるのかよくわからない。そういったものはところどころあると思います。実際にユーザーとして使っている方のご要望を聞き取り、可能な限り改善できるところは改善していきたい。

4つ目。スコアの重みづけの是非について、一定程度の客観的な評価はしていきたい。これは限界がある。もともとスコアで入院先を決めているので、自宅宿泊療養はデータを取りやすいが、入院後の方のデータは各病院なので取りにくい。特に自宅宿泊療養の方の年齢や基礎疾患の評価については検討をしていきたいと考えている。このスコアの検証を行うが、もし、見直しをすることがあっても、この下の三つのことは守っていきたい。当初から注意したことだが、細かくやることによって複雑化すると運用がしづらい。ですから複雑化しないような変更はするが、複雑化するものは是としない。こういう考えをお伝えする。感度を高める、拾い上げをあまりに多くすると、結果的に元に戻ってしまう。元の木阿弥で何の意味もないので、こら辺のバランスをしっかりとったものにする。

最後の項目であります。かなり広く使われて、暗記するほどの方もいらっしゃる。骨格その他に関してはあまり大きく変えることは現場を混乱させることになる。これは現場のヒアリングでもお聞きしていることですので、あまり大きな変更にはしない。使いやすくすることは注意するが、あまり複雑化、大きく全体像を変えることは目指さないということで検証を進めていく。2番目の部分だけ示すと赤色が入院患者、折れ線グラフが実際に確保された病床です。病床の確保にはなかなか苦慮したわけですが、この赤が黒い線に接するあるいは超えることがないように何とか乗り切ったわけです。12月8日に全県で運用開始しました。黄色は入院しなかった65歳以上、緑は64歳以下だが基礎疾患を持っている人。赤と黄色と緑全部を足すと従前からのスコア導入前からの入院適用者を示した山になります。スコアをもし導入しなかったら、この黒い線と緑の線が12月17日で接していたのでこの時点でパンクをしていた。入院できない方が発生して、入院待ちが発生する。黒い線から上は全部入院待ちになっていた。神奈川県としましては2000人近くの入院対象者がいる中で、1000ちょっとの病床数しかない。800~900人が入院待機になっていた。仮想ではあるが可能性があったことを示すグラフです。スコアを入れた効果は明確にあったと思います。判断項目の変更の候補として、現在もヒアリングをしているが、CT/X線に関しまして、陳旧性像も含まれた評価をしてしまっており表現を変えたほうがいいのか。あるいは両側の肺炎は6点で入院だが、領域がちょっとしかない、非常に狭い範囲だけ肺炎があるケースがあるということで、少し工夫を加えられないか。酸素投与に関しては、現在酸素飽和度の測定器を広く自宅、宿泊療養の方々にも配布していますし、医療機関でも初期の段階で使われている。目安となる基準値をいれるのはどうかとの意見を賜っています。基礎疾患の項目に関して、糖尿病の方は悪化して入院している人が多いのではないかと耳にしています。既往症を全部拾い上げているので、現在アクティブな疾患を拾えていない。ここの表現を変えるべきではないか。血圧に関しては、数値でみなさん考えるので、数値の目安を示せないとか、肥満についても懸念が示されている。悪性腫瘍なども現在治療中と括っているが、既往症、特に現在手術直後とか、化学療法をしている人はいいが、5年間のフォローアップ中の人もある。これは実際の免疫に何ら影響を与えないので、ここのわかりやすい表現が良いのではないかと。最後ですが、元々導入期が第3波の頭だったので、患者の急増期にということ枕詞につけましたが、医学的な適正性からスコアを入れましたので、患者が少なくなっても現在も運用されていますし、そういう意味でこの言葉は取ってもいいのではないかと。といった意見を賜っている次第です。例えばですが、このように変えるということは確定してございません。例えばこんなイメージでこう変えるという

ベースで意見を様々聞いていきたい。変えないかもしれないし、変えたとしてもこの表現が全く違うかもしれないし、参考としてみていただければと思います。私からは以上です。

(森会長)

ありがとうございました。ただいまの二つの話にご意見ご質問等ありましたら、発言をお願いします。また挙手の方をお願いいたします。角田先生お願いします。

(角田委員)

防衛医大の角田です。患者が非常に多くなった時に対応された素晴らしいシステムだと思います。国や市町村のmatterかもしれないですが、第4波を起こさないよう、ようやく予防接種が始まったというところで、医療関係者から予防接種を行っている訳ですけれども、日本における予防接種の社会防衛としての位置づけや認識が低いと言ったことなどがあると思いますが、阿南先生でなく、別の方かもしれませんが、予防接種の重要さを広めて第4波を起こさないようにする、あるいは医療機関の方々にとり深く予防接種の推進を進めるのかといった、県の役割などを伺いたいと思います。

もう一点は、スコアの妥当性、裏付けるような証明方法やエビデンスがなされてきているのかということ伺いたいと思います。

(阿南統括官)

一点目に関しては、全部答えられる話ではないが、現在全国的に苦慮しているのは、ワクチンの供給が第4波対策としてはまだそこまで追いついていないこと。第4波対策としてワクチンはまだ実用性の段階ではないかと。もっと先の次の時はワクチンを一刻も早く打ち、抑える意義はもちろんあるが、第4波対策としてはワクチンではない手法で考えるのかと思っています。第二点目については、ケースレポートという形での医学的・学術的な発表はないが、検証の中で、全体としての何千というデータベースを評価し個々のケースも当たってまいりますので、それをもって次回に向けての検証の結果の中で反映されるかと思っています。

(角田委員)

ありがとうございます。

(森会長)

ありがとうございました。それでは引き続き、笹生先生お願いします。

(笹生委員)

阿南先生どうもありがとうございました。一つ伺いたいのは宿泊療養の方も地元にある施設でということなのでいいと思うのですが、それは県の統括本部でみるというスタンスなのでしょうか。

(阿南統括官)

いくつかポイントがありますが、一つは現在宿泊施設の地域が限定されているという課題がございます。そうすると一部の地域の先生方に負荷がかかることは避けねばならない。そういうなかで遠方の先生がどこかのホテルの対応を臨時で対応するのかということは、本部で見るのと同じになってしまうので、そういうことが要素と考えています。逆に言うと地域の医師会の先生にお願いするのはその地域の患者さんを診たいということにもつながってきます。県としては全県の患者さんを一部のエリアのホテルを使わせていただいで入所していただいているので、そこら辺の整合性ということが一つだろうと思います。

もう一点は自宅療養の地域療養化の中でもそうですが、看護師さんとの接点が大きくて、看護師が適切に医療の視点で医師に伝達することで、かなりのことがクリアできると考えています。そういったことで地域療養化を進めたわけです。ホテルはすでに看護師が配置されていますので、看護師の視点で見て、それを本部の医師の方に伝えることでそこら辺の条件をクリアしていると思っているので、現状はそのあたりは着手していないものです。

(笹生委員)

ありがとうございます。

(森会長)

それでは続きまして小倉先生お願いします。

(小倉委員)

阿南先生いろいろありがとうございました。

スコアのお披露目の時にもお話をさせていただいたのですが、このスコアはCTを撮って評価ができれば最初から6点ということなのですが、すべての患者がCTを撮れない。そうした時に、今回、医療的な観点を入れて自宅療養で対応するというので、ある経過をみて例えば37.5℃以上が4日以上だったり、サチュレーションに関しても、93ではなく95とか、自宅療養見るときに、たしか藤沢の先生たちもプレスリリースの時も書いてあったように入れた方がいいのかなと。第3波の時に若い方の肥満の方が、自宅で療養して、重症、中等症になった方も多いので、若い方や、60代くらいの方がCTも撮らないと、点数が低くなってしまいうることもあるので、自宅療養になってしまうのかなと思いました。結果的には、先ほど山を見せてもらったように、スコアがなかったらとんでもないことになっていたと思います。スコアを作ったことはすごく良かったと思いますが、今回病床をかなり確保できるということになると、若い方の肥満の方もうまくピックアップできればなと思います。具体的に言うと、先生の方針で、あまり大幅に改定しないということですが、最初の所では、CTももう少し両側の周りを細かく決めることには大賛成です。それから重篤感と、無症状をマイナス一点に関するところがつかみにくいのでは。例えば発熱から37.5℃以上が4日間続いているとかそういう点を入れた方がより客観的かなと思います。もう一つ、高齢者や肥満の方糖尿病の方が重篤化することは分かっているので、日本でBMI30というのは厳しいから25と言ったのですが、25だとかなり入ってくるので、指針としてあまりにも広すぎてしまうかなというところで、確かどこかの病院で、27から28という中途半端ですけれども、その辺りの日本人に合った数値をピックアップするのも一つの方法なのかなと思いました。全体的には先生たちの方針には大賛成です。これを検証していただければと思います。ただ追加で、検証の問題だが、何を検証するか、最終的にスコアを比較するのは難しい。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、我々検証に非常に苦慮しています。医科学の視点での通常のゴール、死亡回避にはアウトカムを持って行けない検証になるので適正性をどういうふうに表現するのかを苦慮して検証しています。今の運用はさほど妥当性がない、おかしいことではないというのがゴールになるのかと。とはいえ先ほどご意見賜ったことを可能な限り反映したいし、特にCTの評価については先生から意見を賜りたいと思います。後ほどまた個別に意見交換させていただきたいと思います。ありがとうございます。

(小倉委員)
ありがとうございました。

(森会長)
はい、ありがとうございました。それでは、高齢者福祉施設協議会の加藤先生をお願いします。

(加藤様)
高齢者福祉施設協議会の加藤でございます。さきほど第4波に向けた様々な対応策としてワクチンの話が出ましたが、ちょうどこの会議でも前回前々回、PCR検査を施設職員に、県内で3000施設、半数以上の施設が手を挙げて2回目くらいまでで6万人ほどが実施して、陽性はごくわずかで、一桁くらいと聞いていますが、あれを12月とか1月の段階にやっていたら、1月2月の高齢者施設のクラスターをもっと軽減できたと思いますので、様々な対応策の中に、あらためて入れていただければと思います。職員の方も今回の取組で非常に慣れたというか要領をつかんでいると思いますので、次回第4波に行くような段階でも検討していただければという要望がございます。受けた職員の方も陰性が分かってホッとして、精神的な軽減にもかなりつながったことも事実です。

もう一点として、先ほどのスコアですが施設入所者の場合は、施設はリスク以外の要素で入院を選択しないケースがあるということも書いているが、それ以外の場合、逆に職員の陽性者がたくさん出た場合、お世話したくてもお世話できないケース、限界がありますので、施設の規模にもよりますが、そういったことも加味していただきたいと思います。以上でございます。

(森会長)
ありがとうございました。阿南先生何かありますか。大丈夫でしょうか。他に御質問はありますか。小松先生どうぞ。

(小松委員)
県の病院協会の小松です。今仰ってましたが、第4波を大きくしないためには、先ほどの精神科もそうですが、慢性期、高齢者施設でのクラスターをいかに小規模に抑えるかが非常に大事なことだと思っています。そのために集団PCR検査もあるが、それだけでなく、今までに県内で100カ所以上のクラスターの集積データがあるわけなので、最初どういうわけで気づいたのか、職員からなのか利用者さんからなのか、症状があったのか無症状だったのかなどをまとめていただいて、それを各施設病院に教えていただければ、徹底した感染防止対策という国の言っていることがいかに不可能なことなのかに気づかされるかもしれないと思います。無症状の職員からのクラスターがこれだけ発生しているという話です。たとえば集団でPCR検査をするならそれで陰性だった職員からクラスターが発生するかもしれないので、クラスターの始まりを皆で共有し、実は入ってくるのは防げないが、気づけば大規模にするのは防げるかもしれないということは、今後の第4波以降の時に大事になる。クラスター事例についての、特に始まりと広がりデータを出して頂けるとありがたいです。よろしくをお願いします。

(森会長)
こちらについてはいかがでしょうか。

(事務局)
事務局山田です。今保健所の方で積極的疫学調査をする際に、クラスターの始まりの話があったか、例えば院内感染ですと、食事の世話がいったか、介護のような距離の近い看護があったかを調べています。

す。先ほどご指摘のあったクラスターが従事者の方からか、もしくは入所者の方からかなどの分析を進め、まとまった時にはご報告させていただければと思います。以上です。

(小松委員)

よろしく申し上げます。以前から個別のクラスター事例は県からいくつか事例を紹介してもらっており、非常に勉強になっているが、100以上があるわけなので、全体のなかではどうなのかを示していただけると、より各施設が感染対策の研修以上に、自分事として捉えると思うので、ぜひよろしく申し上げます。

(森会長)

小松先生貴重なご意見をありがとうございます。他にどなたかありますでしょうか。よろしく申し上げます。

(畑中統括官)

今日お話しを伺っていて、先ほど自宅療養者、宿泊療養者のみなさまがどういう要因で重症化するのかを検証するとか、クラスターがなぜどういった順序で発生するのかということの検証を進めるとか、我々は日々第4波対策で動いている中で、どうやって深く検証するのかという体制を県の本部だけで組めるのかはアカデミア的な知見とか、リソースの問題を含めて、課題などと改めて認識しました。中長期的な戦いであることは間違いありませんし、ワクチンの効果だとか、変異だとかいろいろでていますので、こういったアカデミア的なアプローチを並走するにはどうすればいいのかを皆さんと改めて検討して、案を作った方がいいのかなと考えました。

(森会長)

はい、畑中統括官、とても大事なご意見ありがとうございます。小倉先生ご発言をお願いします。

(小倉委員)

畑中統括官の発言も非常に大事で、神奈川県は重点病院という形で、神奈川方式を作ったということで、非常にある程度、数か所のところに集まってイノベーションセンターが1,000例近く、うちの病院も今550近くということで、いくつか大きいところがあるので、多分全部のところ、解析することも大事ですが、ある程度治療とかが一定したり、そういった人たちがどうなったかというのを知るということは非常に重要なので、このデータの解析非常に大事だと思います。当院は、今呼吸器学会のほうでもそういう形で色々やっていて、国際医療センターのレジストリに承認されていますけども、やはりこれを色々ところで、応用することが大事なので、是非色々と一緒にやらせていただければと思います。

(森会長)

はい、ありがとうございます。他によろしいですか。
続きまして、2の議題「変異株患者への対応について」に入ります。
それでは、山田感染症対策担当課長、よろしくお願いいたします。

(事務局)

はい、よろしくお願いいたします。それでは、資料4をご覧ください。変異株対策でございます。

まずこれは、今までの県内の変異株の患者発生の内訳ということになってございまして、昨日までの状態を棒グラフのような形で表してございます。イギリス株、イギリス株疑い、南アフリカ株、南アフリカ株疑い、ブラジル

株、ブラジル株疑い、検査中とございます。この疑いというものですが、変異株につきましては、株の特定を国立感染症研究所の方でしていただいているというところで、県内の地方衛研ですとか、民間検査機関におきましては、この疑われるところまで、変異株ということまではわかりますが、株の特定はできていない状況です。

なぜ疑いかといいますと、例えば、イギリス株が確定している方の患者さんの濃厚接触者であったり、感染源が同じということであれば、その方も例えばイギリス株であるということが想定できますので、イギリス株疑いという表現となります。

次のページをお願いします。コロナの患者さんと変異株の患者さんの年齢層の分布でございます。実際に変異株の患者さんそれほどまだ数がございませんので、傾向といえるところまではございませんけど、ご覧いただきましたように、全体に変異株の患者さんが赤のグラフの方になりますけど、ただ80代、90代にはまだいらっしやらないというような状況です。目立っているのは、30代、40代のところが赤が青いグラフよりも高くなっていますが、いずれにしても、それほど数は出ていませんので、傾向としてははっきりとしたところまでは言えないと思っています。

次のページをお願いします。実際にこれが本県で発生している変異株患者さんの数でございます。先ほど申しましたように左側の表になりますが、株の特定されている患者さんが36人、株未特定の患者さんが21人、合わせて57人を報道発表させていただいております。右側の表にございますが、右側の上の段ですけれども、変異株事例数として89件でございます。プレスで発表している57件ですけど、その他に検査未実施、要は検体のウイルスの分量が少なかったりして、検査に至らなかったけれども変異の兆候が見られるとか、濃厚接触者の方がすでに変異株ということが分かってらっしゃる方というのがありまして、32の方がこの57人の他に変異株として療養対象となっている状況です。下の表についてはステータスでございます。この89人は今現在、入院中が24人、入院調整中が25人、療養収容が38人、お亡くなりになった方が2人といった状況でございます。入院中の方が24人ということでございます。入院調整中につきましては、ご家族ですとか、病床の課題など色々な調整の中で入院先を調整しているという状況です。また、療養収容の方が38人とすごく多くいらっしやまして、後で説明させていただきますが、療養終了に至っている状況です。

次のページをお願いします。変異株患者さんの状況でございます。重症度と入院の療養期間等でお示しをさせていただきました。左側が症状による違いでございます。93%の方が軽傷、無症状ということになります。中等症が2%、重症が2%、お亡くなりになった方が3%となっています。療養の期間につきましては、10日以内で療養の終了を迎えた方が3人、20日までかかった方が19人、20日以上かかった方が11人、31日以上という方が5人いらっしやいます。療養期間の平均日数につきましても、こちら記載のとおりで、見ていただきますと3段目に陽性確定から療養終了まで18日かかっているとか、発症から療養終了までになると20日を超えてくると、そういう状態でございます。

次のページをお願いします。画面が小さくて恐縮ですが、ここで厚生労働省の通知をご紹介させていただきますと、QAが出ていまして、今現在、原則として個室として療養していただくということになっていまして、右側の赤い下線をしています。2回連続の陰性確認をもって療養を終了するという流れになってございますので、こういった原則に従ってやっていく中で先ほどのようなステータス、療養期間が長くなっているという状況でございます。

次のページをお願いします。変異株実施状況の速報値でございます。2月と3月で分けてございますが、新規発生者に対して、こちらに記載のとおり検査を実施させていただいております。本県におきまして検査実施率とし

てですが、ごめんなさい、2月の検査実施率15%に計算ミスがございまして14.7%でございました。修正をさせていただきたいと思っております。その上で変異株転換率というのが5.6%、これは検査実施率というのは変異株の検査を新規発生患者に対して、どれくらいやったかということで、575件をこの新規発生の患者の3,916人で割ったところが検査実施率となります。変異株検出件数32件、これは変異株の検査をした575件に対してどれくらいかということが変異株転換率ということで、5.6%ということでお示しております。同じく3月につきましては、右の列になってございまして、合計すると今までに6,762人の新規発生に対して、地方衛研、それから民間会社合わせて991件の変異株検査をして、検出したのが70件という状況でございまして、70件と57人とどう違うかということなのですが、症例の数で57人、70件というのは、検体の数で重複して検査しているケースもございまして、70件ということになっております。

次のページをお願いします。変異株の検査の話をしてしまいましたが、変異株の検査につきましては、国の方から40%を検査するようにと示されているところでございます。本県としまして民間検査会社と地方衛研の両方で検査をやっているところなのですが、週次で示しているところですが、今週、一番右のところ、少し緑の折れ線グラフが上がっている、緑の線が見えにくくて恐縮ですが、これが検査の実施率でございまして、こちらが上がってきているのが、民間の検査会社が入ってきて、民間検査が進んできたという状況でございまして、少々グラフだと分かりにくいのですが、20%超えるところまで達している状況でございまして。

次のページを見ていただきますと、こちらは変異株のモニタリング検査ということですが、先ほどの違いになりますが、変異株の患者さんが発生した場合には、その方の周りの濃厚接触者の方をどうしても集中的に検査する関係がございまして、実際にモニタリングしてどれだけ変異株に置き換わってきたのだろうかといたその変異株の転換率を見ていくために、本来モニタリング検査であろうと考えるところでございまして。濃厚接触者に対する検査を取り除いた分をこちらの表で取りまとめているところでございまして。これで見ましても最後の3月28日までの週については、計算しましたところ、18.3%というところでございまして。20%のラインに達しているのですが、18.3%まで来たというところでございまして。先ほどの表もそうですが、棒グラフの方が2月の始めの方の2月7日までの週、14日までの週がかなり棒グラフに高い数値が出ているのは最初の方に、正月の患者さんが出たときに、所管の衛生研究所で大量に地域について集中的に検査をしたということがございまして、件数がかなり2月の中旬は多かったということもございまして。ただし、その頃は一般のコロナの新規発生者もかなり多かったもので、実施率としては今よりも少ない、検査率としては、今よりも少なかったという状況でございまして。

次のページをお願いします。県内衛生研究所における変異株の検査体制でございまして、県内の衛生研究所全てにおいて、今現在変異株の検査、501Yの検出について進めているところでございまして。茅ヶ崎市につきましては、県衛研でさせていただき、藤沢市につきましても一部は県衛研のほうでおるというところですが、また、横浜川崎につきましても、市衛研保有の検体、横須賀市もクラスター事案の検体など精力的に検査を進めている、県衛研につきましても、以前も話をしたかもしれませんが、管内の20の医療機関の帰国者接触者外来から検体を集めまして、モニタリング検査を進めているという状況です。

次のページにつきましては、今後さらにそれを40%目指して進めていくために、民間検査機関への委託を進めてございまして、そこについて示させていただいたものでございまして。民間の検査会社というのは、通常、医療機関から直接、医療機関が自分のところで研究施設を持たない場合には、患者さんから採取した検体をこの民間検査機関に委託をしてそこで検査をしてい

る状況がございます。そのため、県はこちらの民間検査会社に委託契約をしまして、陽性の検体をそこでプールしておいてもらって、それに対して変異株の検査を集中的にかけていくということを今後進めていくつもりでございます。すでに県として来年度に向けて検査契約の調整を進めている状況でございます。

最後に参考ではございますが、受入れ医療機関の状況ということで、先ほど国の通知をご紹介しましたが、原則として入院、そして個室ということがございまして、県内の医療機関の対応がいかがかということで医療機関に調査をさせていただいております。その中で変異株の患者さんを個室対応できるところについて、赤字になっておりますが、個室対応が可能な医療機関が61医療機関、室数としては401室あるということが分かりました。こちらの医療機関、個室を使いまして、変異株の患者さんに今現在入院治療していただいている状況でございます。

本日ご報告させていただきましたのは、今日までの変異株の患者さんの状況でございまして、入院管理、入院の場合の療養期間が長くなっている課題もございまして入院の要否につきまして、そういったことをご議論いただければと思っております。国の通知で申しますと、原則入院ではございますが、地域の感染状況であるとか、病床のひっ迫具合、また、患者さんの状況によっては、自宅療養・宿泊療養をしても差し支えないといったことが通知上はなっておりますが、今県では、原則入院で進めていく状況である中、本日お示しさせていただいた資料を基に先生方のご意見を賜ればと思っております。以上でございます。

(森会長)

はい、山田感染症対策担当課長ありがとうございます。それでは今のお話について、特に最後の論点3つを含めて、お話し合えればと思っております。どなたかご意見ある方はいらっしゃいますか。

はい、それでは小倉先生よろしくお願ひいたします。

(小倉委員)

ここに関しては、厚労省の通達ということで、県の方で勝手にどうこうするのはなかなか難しいと思うので、厚労省の方のご意見をぜひ聞きたいと思うのですが、確かに変異種ということで感染しやすい、それから一部で重症化しやすいということだったので、当初の対応としては、致し方無いと思っておりますが、第1波の時にPCR2回で退院ということが、非常に苦労したところがあるので、今日ずっと現場としては、第2波の時どうしていたのかということ考えたときに、PCR2回確認しての退院、いわゆる出口の2回陰性でないと退院できないことに関しては、どのくらい様子を見てからこれを解除できるのかということをは是非、厚労省の方にも意見を聞きたいと思っております。第4波の時の蔓延状況によって、なかなか対応がしきれなくなると思っておりますので、よろしくお願ひします。

(森会長)

もし、厚生労働省の習田先生、橋本先生、いらっしゃいましたらコメントを頂ければと思っております。

(厚生労働省)

厚生労働省でございます。変異株のデータについて共有いただきありがとうございます。実際に発症日から療養終了までの平均日数が長くなってしまっているということ、理解いたしました。退院基準ですが、やはり変異株が従来よりも感染しやすいと言われてはいますが、感染性の高い理由の一つが、感染可能期間が長いということが海外の論文から複数報告されております。実際に海外の論文になりますけれども、アメリカで変異株と従来株の症

例を比べた場合に、従来株のウイルスが検出できなくなるまでの期間が平均 8 日だったことに対して、変異株の場合は 13 日だったという推計結果もございまして、これはあくまで平均値で 13 日ということだったので、ひょっとしたらそれよりも長い人もいたかもしれないといった状況ということで海外から報告が出ていると認識しておりまして、これを踏まえるとやはり現時点では、この場で感染性がないですよと、リリースという意味では現状ないのかなと考えております。

一方で当然いつまでも PCR 陰性 2 回、第 4 波の時というご意見いただきましたけども、いつまでも 2 回である、20 日かかってしまうということもあるので、この点に関して、今、国内で症例が少しずつ蓄積されていますので、分析しているところでございますので、できるだけ早くその検査をしない場合の基準をお示しさせていただきたいと考えております。

(小倉委員)

ありがとうございました。いわゆる 10 日とか 15 日、CDC では重症の場合は 20 日という意見もあるので、PCR 2 回というのは非常に長い方もいらっしゃる、迅速に判断していただければと思います。申し訳ございませんが、どうぞよろしく願いいたします。

(厚生労働省)

ご指摘ありがとうございます。我々も全く同じように思っておりまして、日にちで切りたいと思っておりますが、それを何日にするのか、従来株であれば軽傷・中等症で 10 日、重症で 15 日とさせていただいておりますけども、変異株が何日が良いのかといったことは、できる限り早くお示しさせていただきたいと考えております。

(森会長)

はい、コメントありがとうございます。それでは、角田先生よろしく願いいたします。

(角田委員)

だいたい今言われた意見と同じになりますが、変異株は、一般の方を不安にさせる要素はあると思うのですが、重症度と感染のしやすさといった、日本の症例も少ないですし、正確な評価、妥当な評価をできないことに関しても検討していただきたいと思っております。

(森会長)

はい、ありがとうございます。せっかく高崎先生も入ってらっしゃるので、高崎先生何かコメントございますか。

(高崎委員)

今 501 の変異だけに焦点が当たっていますが、501 に変異がなくて、E484K の単独変異の株が関東地方から北上して、結構拡大していてむしろ中和抗体に影響がある変異という意味では、ワクチンが E484K の変異ということも重要となってくるので、今後そちらの方の検査もちゃんと立ち上げていく必要があるかなと思います。

(森会長)

はい、どうも貴重なご意見ありがとうございます。そういう観点も必要ということでよくわかりました。それでは相模原の鈴木先生でしょうか。どうぞよろしく願いいたします。

(鈴木委員)

相模原市の鈴木ですが、いつもお世話になっております。要望と質問になりますが、要望については、小倉先生からお話があったような点については厚生労働省の方でなるべく早く結論を出していただけるとのことなので、入院が長くならないように退院基準を見直していただければ大変ありがたいなと思います。

それから質問として、5ページの厚生労働省の通知で原則として個室で、変異株があった人に対しては対応するようということを出されていますが、その趣旨としては、他の患者さんに感染させないということだと思うのですが、うちの方に対応している医療機関から問い合わせとさせていただいているものとしては、従来株の患者さんに対応して、また、変異株の患者さんに対応した場合に、いちいち感染させないように、防護服を変えないといけいいのか、そういったことをやっていたらいいところなのですが、そのあたりについては、どの程度までしっかりと変異株の患者さんと従来株の患者さんと分けて対応すればよいかかわかったら教えていただきたいと思えます。

それから長くなって申し訳ございませんが、もう一点お聞きしたいところが、変異株の検査率を上げるということについて、議論になっているところですが、例えば、検査率を上げるといった場合に、変異株のクラスターが起きた場合、例えば10人のクラスターが起きた場合に、10人の方の検査をすれば、それは陽性率が上がると思えますが、一人の患者さんを検査すればいいその変異株、イギリス株か他の変異株か分かるところ、わざわざ10人やらなければならないのかというところが分からないのがあります。

あと、Ct値も大きなものがあつた場合に、これもやはり変異株のスクリーニングを積極的にやらなければならないのか。この点について分からないところがあるので、この機会にもし分かる方がいらっしゃったら是非教えていただきたいと思えます。以上です。

(森会長)

はい、ありがとうございます。事務局からいかがですか、回答ができますか。では、厚労省の方からお話しいたしましょうか、どうぞよろしく願いいたします。

(厚生労働省)

はい、ありがとうございます。感染防護の対策につきましては、むしろ我々も随時、専門家の先生方のご意見をお伺いしたいと考えているところがございますけれども、変異株としては、基本的には患者さんの感染対策としては、個室、別室かというのがあると思えますけれども、防護服などは基本的に個別に使用していただくもので、従来株の患者さん同士であってもしっかりとやっていただいて、従来株と変異株の差があつてもしっかりとやっていただくという風には考えております。スクリーニングの範囲については確認してまた後程回答させていただきます。

Ct値のことにしましては、私が質問の趣旨を十分に汲み取れなかったのですが、これはゲノム解析に回すものに対してCt値が低いもので提出してくださいと申し上げていることの件でしょうか。

(鈴木委員)

ゲノム解析に回せるものについては、Ct値が大きなものはちょっと難しいと思っておりますけれども、スクリーニングをかける場合については一度陽性になった患者さんについて再度検査するわけですが、Ct値が大きなものについても変異株のスクリーニングをかけるのはやらなくてもいいのではないかと考えています。そのあたりについて基準のようなものがあれば教えていただきたいと思えます。

(厚生労働省)

ゲノム解析はともかく、変異株のスクリーニングに関しては、Ct 値の基準というのは定めていないものと承知しています。Ct 値、ゲノム解析に関しては、単に技術的に難しい課題があって線を引いているというだけですので、当然ウイルス量が少ないもののゲノム解析も出来ればやりたいところではありますがやってないということですので、PCR検査のデータを確認することに関しては特段定めていないという風に理解しております。

(森会長)

はい、鈴木先生よろしいですか。

(鈴木委員)

はい、ありがとうございます。

(森会長)

では、立川先生、どうぞお願いします。

(立川委員)

お疲れ様です。横浜市民病院の立川です。Ct 値の話ですが、明確なデータがあるわけではないのですが、いくつかの先生方の話からすると、Ct 値が 30 以上だとウイルス分離が非常に難しいという話があります。実は、シーケンスしてもらった場合でも、やはり Ct 値が 30 以上だとやはり難しいといわれています。ところが PCR 2 回陰性なんかでいうときには、一回陰性がでてもう一回、陽性になるときは Ct 値が結構、33 とか 32 くらいで出てきてしまう。実はそもそものこと言いますと、あるペーパーによると、患者さん 100 人いっしょだと、周りの人にうつしているのは実は 2 割くらいしかなくて、8 割前後は周りにうつしてはいません。感染症の世界ですから、その対極にありますのがスーパースプレディングという現象ですし、個人的には 10 日間とか 20 日間とかいうのも一つの考え方ですが、せっかく測れますので Ct 値というのも目安になるのではないかなと思います。むしろ、東大の医科研の河岡先生たちも Ct 値 30 ということを出していますし、感染系の先生たちの中にも Ct 値 30 というのを仰る先生もいらっしゃいますので、ウイルス分離という観点から Ct 値 30、安全に見て Ct 値 32 以上であれば退院していいという考え方もされてもよいのではないかなと思います。

あと、もう一つ希望ですけども、是非 501Y というのは、重要な変化ではありますけども、高崎先生が言った通り、もう一つ我々の気分を暗くするのは、E484K でありますので、早急にそちらも同時に調べるというのはもはや必須ではないかなと思いますので、よろしくお願いします。

(森会長)

立川先生、ありがとうございました。今の質問・意見に関して、厚労省の方いかがでしょうか。

(厚生労働省)

ご意見ありがとうございます。Ct 値に関してですけども、厚労省のアドバイザリー部門の方でもいろいろ意見をいただいておりますし、今後、我々も専門家の先生方のご意見いただきたいと思っておりますし、県の議論も伺っていきたくところですが、現時点での認識というところを共有させていただきますと、まず Ct 値に関しては、今までもどれくらいであれば分離ができるというのはいろいろ複数でているところではあるのですが、例えば最近、感染症研究所の先生方が 1 月か 2 月に出された論文によりますと、Ct 値が 35 より高い検体についてもそのうち、7% くらいのウイルス分離があったという結果になっていまして、もちろん他の論文もこれくらい分離ができるとい

ったわけではないのですが、そういった報告もあり、そちらの報告ですと、ウイルス分離ができたもののうち、最大の Ct 値が 37 くらいであったといったような報告もありますので、なかなかいくつ以上だと絶対分離ができないというのは定まっていないところであると考えております。それが 1 点目になります。

2 点目として、仮にそういった形で Ct 値、これ以上やったら分離出来ないというのがあったとしても、やはり Ct 値は基本的に試薬と機器の組み合わせによってかなりばらつきもあるものと考えておまして、例えば同じ Ct 値 30 でも試薬メーカーによってウイルスの量が変わってくると認識しておまして、もちろんだからといって絶対標準化できないかということでもないのかもしれませんが、そういった課題もあるものと思っております。

3 点目としましては、Ct 値は検体中のウイルスの量を見ているだけだと思いますので、サンプリングの影響を受けますし、例えばある人がその時の検体採取の状況でたまたま Ct 値 35 になって、次の日には 28 だったというようなこともしばしば起こるものと理解しております。この辺りは科学的な話なので、常に最新の情報を専門家の先生からいただきたいと考えております。2 点目の E484K の変異の話ですけれども、それに関しても、おっしゃるとおりそれぞれの株でのリスク強化というのを常にやっていく必要があると思っております。こちらに関しては、国立感染症研究所のほうで定期的にそれぞれの株のリスクアセスメントというのをさせていただいておりますので、そういった点も踏まえて、こういった株に対する対応というのでも検討していかないとはいけないと考えております。

(森会長)

詳しいご説明ありがとうございました。立川先生よろしいでしょうか。

(立川委員)

明確なご意見ありがとうございました。ただ、その話を伺えば、厚生省は 10 日経ったら退院していいという患者さんたちの中には、たくさん感染性のある人たちがいた、その人たちを退院させたいという認識でよろしいわけですか。

(森会長)

すみませんが、厚生労働省の方、お答えいただけますか。

(厚生労働省)

今の退院基準について申し上げますと、発症から 10 日経った場合には感染性というのは極めて低くなるという知見があるものと認識しておりますので、発症から 10 日経って、軽快から 72 時間経過された方というのは感染性がなくて、その状態で退院をしていただくと考えております。

(立川委員)

あまりいじめるわけではないのですが、その科学的知見の基となった 10 日間というのは、ドイツの若い人たちの 20 数人のデータですよ。感染研で Ct 値が 35 を超えても 7% 陽性というようなことを仰るのであれば、それはもうものすごくデータが乖離しています。

(森会長)

はい、コメントありがとうございます。小松先生、どうぞ。

(小松委員)

専門家ではないので、むしろ現場でどうやって対応しているのかといった

話を中心にさせていただきますが、変異株で検査を40%に上げるということに、どれだけ意味があるのか、また、いつものように検査だけやることに異常に皆が労力を取られ、挙句、陽性がわかったところで、ほとんどの人が無症状であるにも関わらず、個室で入院させてベッドを埋めていくという今のやり方は、非常にナンセンスだなと個人的には思います。なぜ変異株は問題になるのかということの根本に立ち返れば、例えば海外で言われている感染力が高いということについては、実際日本ではどうなのかという意味で言えば、変異株が出ている人を中心にどれだけ追っかけるかという話だと思いますし、先ほどの10日ルールの話もそうですけど、要するに、日本で陽性になった人の臨床的なデータを出して、それに基づいて方針を出していただければ、こちらにも納得するのですが、ずっと先ほどのドイツのデータの話で、一切情報を更新しないのが疑問です。それから、変異株に関しては陰性確認を2回証明しなさいという話もそうですし、それはしないにしても時間的には14日間となると、今10日で下りの退院基準を受けている人たち、受けている病院は、変異株じゃないっていうことを証明していただかないと、10日で受けることができなくなるわけです。そのため、今のさばき方が、ほとんど破綻してしまうわけです。破綻してしまって、それで受けて、通常のスタンダードプリコーションを受けたら、うつってしまってクラスターが起きるのか、そういったことも含めると、検査の件数をあげて変異株の割合を、というよりは、変異株が出た人の感染力が高いのか、このあたりというのを早く示していただかないと、やはり次の波が来た時に、変異株の無症状の人でベッドが埋まっていてってことになった時に、下りのコロナが変異株かそうじゃないのか分からないので、受け入れられなくなってしまいうので、検査の細かいことは分からないのですが、陽性の人の臨床症状に沿った指針というか、方針といったものを早く示していただかないと、また、第一波・第二波と同じ時のようなベッドの逼迫になるので、あまり検査、検査というよりは、変異株ってキリがない話だと思うので、いつまで変異株にムキになって追いかけるのか、追っかけなきゃいけないのかを早く証明していただきたい。

(森会長)

はい、小松先生、大変貴重な意見だと思います。畑中統括官ありますか。

(畑中統括官)

変異株の話はいろいろな問題がありますけれども、そもそも変異株であるかどうかを医療機関の検査において判別できない問題があります。結局それは一定時間経って民間検査会社や地衛研で初めて分かり、そういった時差があることが、入院の受け入れの問題としてあります。さらに、それを遡れば、検査をする医療機関ごとに、検査の種類がばらばらであります。先ほどちょっとデータが出ましたけども、いろんな検査方法で、陽性かどうかだけ判定する、PCR法やスマートアンプ法などいろんな検査の方法を現場でさせていて、それで変異の検出ができる種類のものも出てきていますけれども、バラバラであるということが、一気に更新をアップデートすることができないという構造的な問題があり、そういう制限があります。あるいは、それをコントロールするというのも、一つの解決方法かもしれませんが、そういう構造的に今の検査を分散しているっていうこと自体が引き起こす課題があると思います。あとは、変異株の患者さんを集約していないので、いろいろな体制の医療機関、あるいは自宅療養の中で、その変異株の患者さんを追うことになるので、フォローアップが、今県が自宅療養者のことはほとんど見ていますけども、入院された方については、ほぼ感知せず、医療機関にお任せしています。そういった状況の中で、県としてそういった情報を集める基盤はありません。国がいろいろなプロジェクトを立ち上げておりますので、そこに頼るのか、はたまた県の医療機関の皆さんが、160を超える医療機関の中で、変異株と特定できた今の割合で言えば少ない割合の変異株の患者さん

のフォローアップをするということをしかりみんなで研究をするのか、研究基盤の160の医療機関の皆さんに参加いただいて、どういう症状を経たのかということをする、ということをやらないと神奈川県として、臨床的にどの変異株がどういうことを引き起こすのか、問題があるのか、ないのかといった話ができないと思います。検査のバージョン、エンドポイント、ポイントケアの現場で検査をしているという制限の中で、これをアップデートする方法を生み出すことと、あとは、入院をさせている患者さんに対して医療機関がデータを集めよう、これはハースという仕組みを国は導入していますから、ハースにもっとしかりと医療機関に輸入してもらおう。ハースの項目も、正直クリニカルデータに値するのかどうかという議論はあるのですが、やはり医療機関にデータを作ってもらわないといけないところが、一つ大きい課題としてあると思います。発生届だけでも大変なのにクリニカルデータをどんどん入れていくということについての、県でやれない事業、県単体で導入できない事業、医療機関にお任せしなければいけない部分について、制限というか、そういった課題がありますので、現実的なところで考えていかなければいけないということを今、話を聞いていてやはり考えた次第です。

(森会長)

ありがとうございました。現場のご意見として非常に大事なお話だと思います。厚生労働省の方いかがでしょうか。

(厚生労働省)

やはり国内での変異株の感染性がどうなのかということは、国立感染症研究所とも協力して、しかりお示しさせていただいて、今後の対策、検討していきたいと考えております。

(森会長)

はい、ありがとうございました。小松先生、お願いします。

(小松委員)

感染研などのデータ蓄積も大事ですが、むしろ陽性だった患者さんに対してどうするかということの方が、我々にはよっぽど大事ですので、ちょっと言い方は悪くなりますが、通常の陽性の方とは別の対応をしなければならぬのか、検体ではなくて、つまり発症した患者さんの方を見ていただきたいと思います。その視点も是非加えていただければと思います。

(森会長)

貴重なご意見ありがとうございました。他にいかがでしょうか。阿南先生どうぞ。

(阿南統括官)

先ほど第4波対策ということでいくつか出しましたが、先生からのご指摘のように、今の変異株対策をそのまま入れると、第4波対策は足らなくなるというか、いくらキャパシティを膨らますためにも無理な部分が出てくるだろうと思っています。出口問題に関しては是非とも早めに、これは確かにエビデンス問題が絡むので、このところはエビデンスに基づいて早めに対応していただくことに期待したいと思います。少なくとも入口問題といえますか、原則ということになっていますが、個室対応というのは論理的に意味がないのだろうと思っています。これは早々に解除すべきだろうと、私も県の立場ですが、個人として申し上げますと、これは早々に解除すべきだろうと、感染症学的・内科学的な観点からしてもないだろうと思っています。どういう理屈でそうなるかということ、変異株であるということからすれ

ば、在来株と同時期に重複感染が起きるのか、起きるのだとすれば分離する必要があるのでと思いますが、起きるのかという起き得ないだろうということ。これについて高崎先生にもコメントいただければと思いますが、同一のレセプターを介して感染する場合、ウイルス学的・感染症学的に言えば、ウイルス干渉が起こるわけで、在来株で十分にそこにくっついてしまって、片方のウイルスにいっぱい感染していれば、もう一個のウイルスに感染するなんてことが起きるのか、インフルエンザのAに感染したときにBに感染するのと同じ理屈でありまして、そんなことはありえないだろうと考えています。これのもう一つは、ワクチンの有効性であります。ワクチンの有効性が、変異株に関しても、これだけ一定量の有効性を示しているということ自体からしても、変異株程度の変化で重複感染しているということは理屈的におかしいということでもあります。もちろん時期がずれば感染する可能性というのも先ほどのデスクターを介している問題も含めてありうるだろうと思いますがそんなことはない。さらに言うならば諸外国はこんな対応はしていないわけでありまして、そこで重複感染で問題になったなんていう話は聞いたことないし、報告も僕は見ていません。

そういうことで早々にこれ大阪も大変な、大阪の情報もやり取りしていて非常に苦慮しているところであるので変異株だからということで入院の個室管理とかも早々に解除すべきだろうという風に思っている次第であります。

(森会長)

はい、ありがとうございます。高崎先生何かコメントございますでしょうか。

(高崎委員)

はい、まずそういう重複感染が起こることは501の変異ではないと思います。個室対応はあまり意味がないと思います。むしろ、そういう施設とかで変異株感染者が出た時に濃厚接触者というグループと同時に「接触者」も同等の対応をすると言うような対応が感染力の高い501変異株に関する正しい対処方法であって病院側のコロナ病棟での個室対応というのはあまり意味がないと僕は思います。

(森会長)

はい、明確にありがとうございます。またご発言をお願いして、申し訳ございません。厚生労働省の方いかがでしょうか。難しい質問で申し訳ありません。

(厚生労働省)

はい、ご見解、ご指摘いただいてありがとうございます。ご意見を踏まえて検討させていただきたいと思っております。

(森会長)

はい、ありがとうございました。何回もご回答いただきましてありがとうございました。少し時間が押してきましたけれども、他に何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。はい、それではありがとうございました。とても活発な意見をいただけたと思っています。

それでは本日の議事の方は終了になりますのでその他に関してご出席者の皆様からございますでしょうか。

一点はですね、小泉精神医療担当課長の方から少しお話があるということで少しお話してもらってよろしいでしょうか。

(事務局)

先ほど協力病院の数のことで申し上げましたが、精神科病院の協力には、

疑似症の受け入れと下りの受け入れの2種類がございまして、申し訳ございません、説明が不足しているところがございます、疑似症の受け入れにつきましては先ほど申し上げましたように単科病院が1つで、総合病院が3つということでございますけれども、下りに関しましては単科病院が2つで総合病院が1つございます。あともう一つ単科病院とは協力病院の認定をするように調整中でございます。申し訳ございませんでした。

(森会長)

はい、ありがとうございます。それではご訂正の方よろしく願いいたします。他にはよろしいでしょうか。それでは、知事からひと言お願いいたします。

(黒岩知事)

非常に効率的な、活発な意見等が行われて本当にありがとうございました。新たな感染者を出さないということについては、社会的な制限をどうかけていくかということになりますから、これは我々がどうやって県民の皆様へ投げかけていくかということになりますけれども、いざ患者さんが発生した後に、どうやってその医療を、現場を守るかといったことが重要になります。その中で冒頭説明がありましたけれども、医療のひっ迫度といった部分はかなり改善されているといったことは、皆さんと共に築き上げてきた、例えばそのスコアの整備であるとか、療養を地域全体でやっていこうとか様々なことが効果を上げていることを、非常に実感することができて心強く思いました。しかもスコアについてもさらにこれをブラッシュアップしていこうという、日ごろから現場からの声があって、それがさらに進化していくのだと考えて思っております。

また、変異株の問題について、やはり我々も非常に注意力を持って見守っていますけれども、世の中の肝、雰囲気として、変異株怖いぞ怖いぞという、そういうイメージが高まっているという中で、それに医療現場が本当はどのように向き合っていけばいいのか、といったまさに本質的な問題の議論が今日行われたと思っております。これを基にして、我々神奈川としてはこの変異株という問題に対して医療現場は本来どう向き合うべきなのか、といったことをしっかりとまた新たな形として提言、発信していくといったことにおいて、この医療の現場をさらに守れるような形になっていくのかなと思いました。

本当に素晴らしい議論をありがとうございました。

(森会長)

はい、知事ありがとうございます。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の方へ戻したいと思っております。よろしく願いいたします。

閉会

(事務局)

森会長、どうもありがとうございました。

委員の皆様におかれましては長時間にわたり活発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。

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。

本日が今年度最後の感染症対策協議会でございます。委員の皆様におかれましては1年間を通して活発なご議論ありがとうございました。

また来年の開催に際しましてはまた委員の委嘱を事務局からお願いしたいと思っておりますので、どうぞご協力のほどよろしくお願いいたします。本日は長時間にわたり、ありがとうございました。