

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6回神奈川県感染症対策協議会		
開催日時	令和2年11月27日（金曜日） 18時30分～20時00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、角田正史、平田栄資 鈴木仁一、土田賢一（出石珠美）※、辻和雄、中沢明紀、船山和志、吉岩宏樹、和田安弘 <会長招集者> 海野信也、小笠原美由紀、岡本登美子、倉澤健太郎、習田由美子、高井昌彦、竹内一郎、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、首藤健治、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） 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医療危機対策企画担当課長の山田と申します。よろしくお願いたします。</p> <p>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、森会長や多屋副会長をはじめ、多くの皆様にご協議会にご出席をいただき心より御礼申し上げます。この会議は、書面開催も含めると、今年度、すでに6回目の開催となりました。毎回、活発な議論をしていただき、委員の皆様には感謝申し上げます。11月に入って新型コロナウイルスの新規感染者が急増し、150人～200人代の日が続いていましたが、昨日は254人と過去最多となりました。</p> <p>このような厳しい状況の中、今月に入り3回の新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部会議を開催しました。14日の会議では、神奈川モデル認定医療機関に対して医療アラートを発動し、病床拡大を要請しまし</p>		

た。20日の会議では、入院基準の見直しの検討、また、積極的疫学調査について重点化していくことが決められました。そして本日も、先ほど会議を開催し、ステージⅢ（感染急増）目前である旨の、ステージⅢ警戒宣言を発出したところです。

これに伴い、県は、「Go To Eat かながわ」に加えて、かながわ県民割による県内旅行の新規販売を一時停止します。併せて、「Go To イベント」の新規販売の一時停止を国に要請します。また、県民の皆さんにも、改めて感染症対策の徹底、「感染防止対策取組書」の掲示がない店は利用しないこと。また、飲食時以外はマスクを着用する「マスク会食」を実践していただくことをお願いしました。

このように、この難局を乗り越えるため、医療や保健現場だけでなく、県民総ぐるみでコロナ対策に取り組んでいただくことのご理解とご協力をいただくお願いをさせていただきました。本日は、今後の医療体制として非常に重要となる、入院基準の見直しについて、具体的に議論をいただきます。この場でいただくご意見を参考に、県として対策を進めてまいりますので、建設的な議論をよろしく申し上げます。

（事務局）

では、本日の議事進行等について御説明します。

本日の会議は、18時30分から20時00分までの概ね1時間半を予定しております。

本日御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、医師会、歯科医師会、産科婦人科医会、助産師会、横浜市立大学、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、多屋副会長、横須賀市・川崎市保健所はWEBでの参加になっております。WEBでご参加の方は、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。よろしく申し上げます。

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、本県における今後の入院適応の考え方についてですが、事務局といたしましてはすべて公開としたいと思っております。

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のですが、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にお願いしたいと思います。森会長、よろしくお願ひいたします。

（森会長）

ただいま御紹介いただきました、東京医科歯科大学大学院の森です。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、よろしくお願ひします。

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。

会議がすべて公開ですので、録音は許可したいと思います。撮影については、円滑な議事進行の観点から報告事項までとさせていただきたいと思いますが、皆様、よろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。

では、撮影は報告事項までとさせていただきます。

それでは、議事に入りたいと思います。

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。

事務局から説明させていただきます。

では、阿南先生、よろしくお願ひします。

(阿南統括官)

検査をした人の中で、PCR、その他の検査で陽性になる人、いわゆるコロナの診断がほぼ確定する検査ですね、それが検査をした人の中でどのくらいのパーセンテージを占めるか、という指標がございます。

これがやはりこの直近2週間、ものすごい立ち上がり方をして、基準となるのがここにある10%というところまでもうすぐというところだったのですが、ここだけ、1日だけ下がっています。直近、昨日下がったのですが、これは理由がございまして、ある地域で、これ棒グラフ高いんですけど、集合検査、一定程度クラスターを疑うなどで大量の検査をするということが実施されまして、結果的にその中で陽性者数が多くなかったということで全体の薄まりということが反映されて、少し下がっています。

そういう意味でここは例外的に最後だけ下がっていて、7.数パーセントになってございますが、実際にはこれを除くとずっと上がり続けていて10%に近いところまできている。つまり、感染が市中に相当に蔓延している状況だということとを反映していると考えてよろしいかと思ひます。

次が、モニタリング指標の4つ、新規発生者、先ほど毎日の数を示していますが、これはデコボコをならす形で、週の合計で示しています。これは今15がステージⅢの指標ですが、その手前、12のところまで来ている。

それから増加傾向、1を超えているとこれは増加傾向ということを示します。1より高いところがあります。直近だけ少し低いんですが、これは3連休の影響だという風に考えていただければと思ひます。

ですので、非常に高い、直近まで1.4ぐらいでいたので非常に上向き凸の形で、ぐーっと上がっている、そういうことを示しています。

それからさきほどお示いたしました感染経路不明率、これ長い経過でも50%前後をずっと推移してございます。時に50%を切ることもありますが、終始50%、半分ぐらい経路が不明というのが続いてございまして、今は50%を超えているところということです。

神奈川県指標としてクラスターの状況ということとをモニタリングしようということでみてございます。これはもう常にクラスターがあちこちで発生しているのが事実でございまして、ただ巨大なクラスターの発生は今の時点までにはございませぬ。ただ、一度発生するとやはり収束まではかなり時間がかかるということで、集積した陽性患者数は多くみえてございます。

これらのことを全部トータルで示しますとこういった図でございまして、赤が重症者、これがぐーっと伸びていることがわかります。黄色が中

等症の患者さん、これも多い。緑がですね療養患者さん、ホテルなどの宿泊療養なんです、いずれも高いところを示していて、一番最後だけちょっと全体としてボリュームが下がっていますが、これも一定程度3連休の影響だというふうに思っています。

あとは年代の傾向ですけれども、これはもう春以降の傾向で、第二波の初期にはよく言われた若年者が多いということでしたが、第二波の後半から今、第三波のところは、全年齢に分布してございます。若年、中年、高年、高齢者、いずれも分布としては均等でございます。

これらを細かい週次で見たものがこれで、特段大きな変化というものはないところで、この一か月は続いているということでもあります。

感染経路に関しまして、上の方の黒っぽい色のところで示していますが、下は細かいいろいろなものであります。かなり多様化しています。言葉でいうならば、様々な感染経路が入り混じっている形で赤の家庭内感染というのが一番目立つには目立つんですけど、これはおそらく結果です。様々な経路で感染しますので、それを家に持って帰り家庭内で拡げてしまっています。こういったことを反映しているのも、やはりそれなりの様々な形で人々に感染するということを反映してございます。ここはよろしいかと思えます。

そういうようなことで、本日、先ほど知事からありましたように、本県としましては、対策本部会議を開きまして、「ステージⅢ警戒宣言」、医療のひっ迫状態が相当にきつい、こういった状況の中で、我々は容易ならぬところに追い詰められている、ここはもう事実ということでもありますので、数値的な関係としては全項目を満たしてはいない、しかし相当な覚悟で医療体制を確保する、さらには県民市民の皆様の行動に注意を促していく。こういったことを強調する必要があるということで、「警戒宣言」を発令させていただいたという状況でございます。

(森会長)

阿南先生、どうもありがとうございました。

ただいまの報告について、首藤副知事から補足説明がございました。

よろしくお願いいたします。

(首藤副知事)

ただいま、冒頭知事のご挨拶、あるいは阿南統括官の説明の中にありましたように、本日、神奈川県は新型コロナウイルス感染症対策本部会議の場でステージⅢの警戒宣言の発出をいたしました。

このことにつきまして、私の方から若干補足の説明させていただきます。

本県におけるステージⅢに関する判断というのは、先ほどの資料にもありましたモニタリングの指標を捉えまして、県が総合的に判断をして決定をするということとしておりました。本日現在、モニタリング指標のすべてが、ステージⅢの基準に満たしていないものの、医療現場の厳しい状況も踏まえ、会議ではステージⅢの宣言をすべきではないかということも検討いたしました。特に、阿南統括官のほうからは、医療現場の極めて逼迫した状況、窮状も訴えられまして、是非ステージⅢを宣言するべきではないかというような発言をされました。

医療現場を代表されている阿南統括官の発言としては、きわめて説得力のあるお話だったというふうに我々も受け止めて議論をしたところです。

一方で、このステージⅢにつきましては、医療的側面と社会経済活動の両面から判断する必要があります。特にこの社会経済活動で政府が打ち出しております「Go To トラベル」をはじめ、様々な事業がこのステージ

Ⅲと連動している、そういう状況の中では、我々としても、県が行うべき総合的判断の中に、国の考え方、あるいは県と国の関係といったようなものを総合的判断の中には、入れて考えざるを得ないという状況の中で、我々としても議論をし、ある意味苦渋の決断として、この警戒宣言に至ったということでございます。

特にステージⅢに関しましては、国は都道府県単位、全県での宣言であるというふうについております。札幌市、大阪市がステージⅢ相当という言い方をされているのは、あれは全道、全府ではない一部の地域における対策、ということでステージⅢという言葉が使われているということでございます。

そういうことで、本日、知事と西村経済再生担当大臣が面会しまして、本県のステージに関しましては、ステージⅢに近いけれども、ステージⅢには至っていないという見解が西村大臣の方からも示されまして、知事と共通の認識を持つに至ったということでございます。そういう事由で警戒宣言に至っているということをご理解賜りますようお願いいたします。

私から補足説明させていただきました。

(森会長)

首藤副知事、ありがとうございます。

それでは、これからご意見・ご質問をお受けしたいと思います。ご発言のある方は、また私の方からご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お願いいたします。いかがでしょうか。

(小松委員)

県の病院協会の小松です。

今、「ステージⅢ警戒宣言」ということで、ここ1、2週間の新規感染者の状況、それから第二波ということ、重症者の増え方また率が高いなということ、入院病床がかなり逼迫しているという、あちこちで病院の先生方からも悲鳴に近い声が聞こえている状況です。

ステージⅢと判断するかどうか、こういったことについてはいろいろなことがあると思いますが、ほぼほぼそういう状況だということに我々医療機関側、実感としても危機感を感じているんですけども、それに加えて県民の皆様方の行動の協力が必要になってくると思っています。その中で、ステージⅢからⅣというのは、今のままの理屈でいうとかなり早くいってしまう可能性もあると思うんですね。数週間から一か月ぐらいで、Ⅲから勢いよくⅣまでいってしまった時のⅣというのは、私の認識では、いわゆる本当に医療崩壊ということが起こりかねない。実際にこの医療崩壊というのは言葉でいうと、怖くもあり、逆に漠然としていてあまりよく見えないですが、一般の診療で普段助けられる方が助けられなくなるとか、逆にコロナの患者さんでも一部の患者さんを助けられるかもしれないけど、選別しなければいけないというような、そういった従来、いま我々、医療従事者ができることができなくなるということです。ⅢからⅣまでのスピードとか、あとは医療崩壊という言葉は怖くもあり、逆に見えにくい言葉だなというふうに思っていますので、実際に医療崩壊になるとどうなるのかといことを、今後我々としてもお示しをしていかなくはないかな、と思っています。ⅢからⅣというのがどれぐらいのスピードでいくものか、わかっていたら教えていただければと思います。以上です。

(森会長)

何かございますか。

(阿南統括官)

端的に言うと、ⅢとⅣって相対的には近い数値関係だろうと思っております。

Ⅱの状態からⅢにいくというのは、今もそうですけどすべての項目を満たしていないというようなことで、その手前、警戒宣言ということになっていますが、Ⅲになるということは、これはもっと背景があって、実際には相当な蔓延状態。今まで取ってきた方法、例えば、積極的疫学調査をしてピンポイントで抑えるといったことが困難になることが背景にありますので、猛烈な勢いで広がる、ちょっとやそつとでは止められない、そういったことと相まって、非常に早いペースでⅣに至る。これは、先生のご指摘のとおりでありまして、相当に準備する、ステージⅢになってからステージⅣの準備をするというのでは、かなり厳しいというものがあるのは事実だと思っています。ですので、我々ステージⅢということを考え、そこはステージⅢというハードルというふうを考えるのではなく、ステージⅣの手前というふうな意識をもってステージⅢ宣言、ステージⅢ対策ということを行わなければいけない、これは我々も事実というふうに捉えております。

(森会長)

阿南先生、どうもありがとうございました。小倉先生、どうぞ。

(小倉委員)

確かに医療崩壊という定義は、一般的な人からすると定義が全然違って、日本はイタリアやニューヨークのあの時みたいに絶対にならないと思うんですけど、阿南先生がおっしゃったみたいに一般診療を続けながら、それでコロナを診るという体制をどこの病院もとっているわけなんで、本気でやれば、こういう形で対応絶対できると思うんですね。そのあたりをどこまで一般とするのか。もしするなら、横浜はたぶん厳しいかなと思っていて、うちの病院を含めて、第二波ぐらいまでは、湘南の仮設のところとかうちとか結構重症者を受け入れていて、それがだんだん難しくなってきたというので、もう一つか二つぐらいコロナをある程度集中的に診れる病院を作るとかあるいは仮設するとかそういう方法があれば、絶対医療崩壊という、本当の医療崩壊にはならないと思う。今言っているのは、一般診療を続けながら、コロナを診ていくという意味では医療崩壊に近くなってきている。そこのところ、先生が定義等どこまで一般病院に負担をしていただくか、どこの病院もそれを継続しながらというのは無理だと思うので、どこかの病院に負担がかかるのは仕方ないのかなと思っている。

阿南先生、本当に厳しい状況だとは思いますが、どうか、定義と、そういう売り上げをうまくやれば、なんとか経済活動続けながらできると思うんですけども。

あと、クラスターの問題が多くて、やはり、大病院で救急を受け入れているところは、ちょこちょこクラスターが出ていて、その病院達もまた、救急をとれないということになってます。

(森会長)

小倉先生ありがとうございます。特に阿南先生ありがとうございます。よろしいですか。どうもご意見ありがとうございます。

他にはよろしいでしょうか。それでは続きまして、2の議題の方に入らせていただきます。恐縮ですが、撮影の方はここまでとさせていただきます。

それでは本県における今後の入院適用の考え方について、本日の参考資料にもありますように10月の政令改正により、入院勧告できる対象の明確化が示されてございますが、先日、11月22日の厚生労働省の事務連絡により、病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力した上で、なお、病床が逼迫する場合には、政令により入院勧告等ができるとしているもののうち、医師が入院の必要がないと判断し、かつ宿泊療養施設において、丁寧な健康観察を行うことができる場合には、そのような取扱いとして差し支えないということにされました。

神奈川県ではまさにこの病床が逼迫する状態となっております。議論に先立ちまして、まずは今後の入院適用の考え方について、ご説明をいただきたいと思っております。それでは、また阿南先生、お願いいたします。

(阿南統括官)

では資料をご覧ください。先ほどお話した通り、非常に逼迫した状況の背景の中で14日に本県としましては、医療アラートというものを発動させていただきました。具体的には第二波までは650床の病床で対応してきたわけですが、神奈川モデルで賛同いただいている医療機関に病床の拡大をお願いして、1,100床までなんとか拡大して、次の波に対応しようということで医療アラートを発動させていただいたわけでございます。

その後、20日に、本日やった対策本部会議の一つ前の会議ですね、そこで一度、対策本部会議を開きまして、その中で、やはり非常に患者さんが増えている、市中に蔓延している中で、積極的疫学調査の目的、ここを十分に対応しきれていない状況であろうということで、なおざりな調査を漫然と続けるのではなく、もう少しピンポイントの対応をするべきであろうということで、積極的疫学調査の対象というものを、一つの案として、高中低にわけて、少なくとも高優先度のものに関して、ここだけはみんな最後まで守ると、ただものすごく対象が多いという場合には、優先度の低いものについては少しペンディングするという、こういったことを共通認識として持ちましょうということで発出させていただきました。

一方で、それをやる以上は、例えば医療機関、高齢者の施設、こういったところはあつという間にクラスターになり、しかも生命の危機を伴うということがありますので、これに関しては、今までもやってもらえる人がより一層、迅速で広範囲な集中検査を行う、ここをセット化してやる、ということ。

もう一件は、一度感染者が出ると防御ができない、そういった施設としては、精神・知的障害関連施設がございます。患者さんも、ケアをする人も、防護ができないんですね。知ったところに難渋すると。これはもう既に本県の中で経験してございます。

そういったことで、蔓延をする前にウイルスの侵入を押さえるこういったことが必要だということで優先すべき、予防的検査ということで、定期的に特にスタッフなどを検査をして入る前に引っ掛けると。こういったことを積極的にやっということ。

こういったセットを検討させていただきました。その中でもう一つ、まさに今日の話になるわけでございますが、入院適用の見直し、これを検討するということを決断させていただきました。

これはもう、言うまでもなく、今の逼迫状態、病床も、人的にも相当にもきついです。これがいわゆる医療崩壊になるということにつながるので、何とかして阻止していかなければいけないです。一方で入院すべき人という方には入院の病床を確保して、ちゃんと医療を受けられるようにしなければいけない。このところをどうしていくのかということに関しまして、従前の入院適用、主に年齢と基礎疾患のありなしということでやっ

てまいりました。ただ、ここのところ、もう少し踏み込む必要があるだろうと、そういうことによって、私たちはこの病床を守っていく、医療を守っていく、この形を何とか追求したい、こういうことで本日の検討をさせていただきたいと思います。

具体的にこの入院適用の絞り込みをどのようにしていくのか。背景としては、これは医科学ですので、サイエンスとしてどのようなデータが示されているのか、有名なCDCの方で出されている比較であります。若い世代を中心に、若い世代に比べると年齢が上がれば上がるほど、入院のリスクは高まる、あるいは死亡のリスクが高まる、とこういったことが示されています。さらには、基礎疾患に関しても、それぞれの基礎疾患とともに、リスクがやはり何倍になるということ、さらには基礎疾患、リスクが複数被ると、より一層リスクが、基礎疾患が増えるとリスクが高まる。このようなことが示されてきたわけであります。

こういう中で先ほどもありましたように、皆さんの参考資料の中にもお付けさせていただきましたが、10月24日の政令改正の中で入院が求められる、この、今までは区切りがなかったものですから、全国的に問題になったわけですけれども、65歳以上の高齢者、様々な具体を書いてございますが、基本的な基礎疾患がある方は、入院にしましょうと、こういうことが書かれてございます。若くて基礎疾患がない方は、宿泊、または自宅ですとよろしいと。これが政令改正の中で決定されたわけであります。

ただし、先ほどもお話したように、病床利用率が非常に上がってございます。これは直近までの病床全体の見方なんですけど、最大に神奈川県でコロナ用の病床を確保した時を100%といたします。その時に先ほどお話したように二十数パーセントまで、中等症、重症併せて全体としてはこの二十数パーセントのところまで来ているんですが、冒頭、一番最初にお示したように、ここのところ、毎日200人を超える方が陽性者として出ています。もしこのペースで陽性者が出た場合には、入院の数がどれぐらいになるのか。これ仮想の線です。赤は毎日毎日平均200人、陽性者が出た場合にはこのペースでいくとこういう勢いで100%に達してしまう。いつかという、来月の中旬で到達してしまう。非常に恐ろしい話でありまして、じゃあ150人だったらどうかという、やや鈍化しますが、それでも今年の終わりには80%のところに行ってしまう。これはまさに先ほどの議論の通りでありまして、医療崩壊が目前になるのではないかと、こういったことに関して私たちは、何らかの積極的な介入、積極的な対応策ということを打ち出す必要があると考えてございます。

これはもう臨床現場の声、様々にあります。今まで年齢とリスクの存在だけで入院適用としてきましたが、やはり我々10ヶ月の闘いをしてきた。その中で得られた知見は様々であります。さらには医科学的な分析の中でリスクの重みづけ、こういったことも様々に出ている。私たちは重症患者さんが増えている中で、この全体を見渡して再度本当に入院させるべき方というのはどういう方なのか、そここのところの絞り込みをしっかりとやって、病床の確保につなげていく。こういったことを考えるのに十分なデータを我々は持ち始めているのではないかと、こういった点に立脚して、少し検討してみたいという風に思っております。

私ども春以降、ずっと神奈川モデルにご参加いただいている医療機関と協議する中で考えてきたこと、私たちの社会の中では様々な疾患、外傷といったものに対応しているわけでありまして、その中の一つにコロナウイルス感染があるわけでありまして、コロナウイルスだけで医療が成り立っているわけでは当然ございません。その他の救急医療、慢性疾患、悪性腫瘍、様々なもの、決して止められない、これは走り続けなければいけない医療がございます。こういったものをどううまくバランスを取りながら、

コロナの対応をする。これをしない限りいわゆる医療崩壊が生じる。コロナの患者さん 100%対応できたとしてもその結果として、他の医療に圧迫が起きる、つまり、十分な対応ができない、これはもはや医療崩壊であります。何の結果も私たちは得られていない、失策ということになるろう、と思います。ですので、コロナだけでないすべてに関して満遍ない対応、このところに関しまして私たちの考え方を整理していきたいと考えています。

そういう中で、急激な感染の増大、これはもう私たち災害と同じ考え方ではよろしいのではないかと考えています。災害を考えると私たちはどのようにものをかんがえていけばいいのか。今起きていることはなんであろうか、やはり分析からだと思えます。

今起きていること、それはコロナの患者さんが増えている、これはもう間違いない事実でありまして、入院患者がどんどん増えている、特に重症患者が増えている。一方、コロナでない患者さん、これも多いですね。特に冬季は多い。それは医療界としては常識的なことでありまして、春夏とは違って、冬場は疾患が増えます。

こういったことで、だからこそコロナの病床の確保といったことが今難渋しているのが事実でありまして、医療機関からすれば、これは非常に重い重要な疾患であります。

こういったものにしっかり対応するためには、病床をコロナの方に振り分けていくというのは、隙間を縫うようにして非常に苦慮されている事実がございます。これらのことを踏まえまして、私たちはやはり、コロナ、それだけでもものを考えるのではなくて、コロナが軽症から重症までいることが既にいっばいわかっていることなので、本当にハイリスク、そして本当に重症の人を絞り込んで入院につなげていく。結果的にそれが最大の効果を生み出すんだ、この考え方をしっかりと踏まえて、これを具体的にどのような形で落とし込むのかといった結論を導きだしたいと思っています。

先ほどお話したように、この年齢のリスクということは以前から言われてきて、年齢が上がるほどリスクが高まる、これは春の第一波の時と第二波、6月から8月を比較した、西村教授のデータであります、やはり第一波よりも第二波の方がリスクが下がっている、これはもう言われていることではありますが、その中でみていきますと、今我々は、具体的にはさきほどの政令改正の中で、65歳のところに一つの年齢の区切りをおいて、65歳以上はハイリスクだから、入院させましょうということでやってきました。ここらへんのところに、ザクッと境目があるんですが、例えばこれを、79歳のところまでもっていったとして、確かに65歳よりもこの70台の方が8.5%高い、それは事実だと思います。

ただし、これを考えてみると、裏を返せば、90%以上の方は重症化しないということになります。8%を決して甘く見るということではありませんが、裏返しをすれば、90%以上の方は、重症化しないということが言えるわけなので、このところを私たちはちゃんと着目してそれを結果につなげる必要があるだろうと考えています。

神奈川県の場合、様々にいろいろな数字見えていきます。明確なエビデンスというレベルの解析があるわけではございませんが、ざっと見ても、この9月以降のデータで見ても5,195人、そのうち65歳以上の方というのは、四分の一を占めている。このところを年齢が高いというだけで入院をする、これはちょっといかななものか。非常に大きなボリュームですね。先ほどお示したように病床を逼迫している、その中でこのただ年齢が高い、それだけのことで四分の一の方を入院に導いている。このところは見直しが可能ならやはりやるべきことなのだろう。基礎疾患との関係で言

えば、確かに年齢、基礎疾患がない方とある方を比べれば、ある方のほうが悪くないらしい、そのデータとして横浜市さんにご提供いただきました。病態が悪化して、これ救急車で搬送されたケースなんですね。91名の中でみてみると、やはり年齢的には若い人と年齢が上の方、比べると年齢が高い方のほうがリスクが高そうだ、そこを反映しているのが、基礎疾患がある方がやはりハイリスクだというのがわかりますが、基礎疾患がない方、見た場合に比較的若い65から74に比べて、やっぱり75歳以上の方のほうが多めに悪化しやすい。ここらへんのところが見えてございます。だからこれが絶対的にどういう意味を持つのかということ、もう少し解析をしなければいけないですが、一方、この神奈川県として臨時医療施設を持ってございます。イノベーションパークになりますが、400名ぐらいの方を診て、実際に悪化した方はどういう人たちがリスクが高かったのか、というふうに見ますと、リスクの中では、糖尿病とか慢性呼吸器疾患、これはもう以前から言われているとおり、やはりこういった方はリスクが高くて、入院はしたんだけど悪化しましたよ、とこういうことが結果としてわかってございます。

これをもうちょっと世界的なエビデンスレベルに落とし込んで、CDCのデータで各疾患のリスクというものをあげてみますとこのような結果が報告されてございます。ここに掲げた各疾患ごとに重症化するリスク、これらは高いものとして掲げられてございます。これらのことを踏まえてですね、私たちは一定の方向性を出すべき、このように現在のように、非常に患者さんが多い中では、私たちは入院、入院ということで、ベッドの確保というのは非常に苦慮します。こういった中で、これは11月22日に事務連絡で厚労省のほうから発出していただきましたが、ものすごく患者さんが増えてしまって、頑張っても、頑張っても、病床の確保が困難だと、そういう事態に陥った場合には、先ほど政令では65歳以上ということと、基礎疾患ある方は基本入院、というふうになっているけれども、医師がこれは入院しなくてもいいんじゃないと判断した場合には、宿泊または自宅療養をすることが認められる。もちろんそれは、受け皿としてのこの療養環境というものが都道府県の方で整っている場合にはそれをすることが認められますよ、こういったことが発出されてございます。このところを私たちはうまく活用して、入院患者さんの絞り込むということをしかりしていく必要があるだろうと考えています。

考え方としましては、入院適用、これはもう通知文の通りでありまして、ハイリスクの内容、こういったものが右側に掲げたような内容だろうと思えます。これを年齢とかリスク因子を考慮して、医師が病態判断をすることによって入院していく。これはもう当然といえば、当然な内容であります。

ただし、課題がございまして、医師の間で判断の差異というものが生じる、これは事実であります。全員が同じ人を見て、同じ判断をするということはやはり困難だと。それからですね、一番最初にみて入院させよう思っていたドクター、入院を依頼する側ということと、それを受け入れるという病院の入院を担当する医師、この間でも実は差異が生じます。具体的に申し上げれば、「これこれこういう人なんで、入院をお願いします。」といった時に、「いやその人は入院しなくてもいいんじゃないの。」これは現に現場で起きていることでありまして、こういったことの積み重ねというのは、今大変な状況の中で積み重なることによって現場のストレスをより大きくする。こういったことは何とか解消していく必要があるだろうと考えています。

これはリスクという中で、例えばですね、これは横浜市立大学の田村教授のほうからご提供いただいたデータであります。これは先日、神奈川県

の中で透析に関するコロナの対応に関して、ご協力賜っているんですが、この中で横浜市立大学に入って10名の方の解析結果をご報告いただきました。その中でみますと、やはりこの軽症ということで入院してきた7名のうち、実は4名が入院してからあっという間に悪化しました。ここには文字化されてはございませんが、透析患者さんの悪化はものすごい勢いで、朝ケロッとして入ってきた人が、午後には息も絶え絶えになる。ものすごい勢いで、悪化するんです、と。そういうことをおっしゃられています。ここに再入院とかですね、それから平均在院日数も非常に長い、非常にこの透析患者さんに関してはお苦労されている。

さらに言うならば、透析患者というのは通院が多いんですが、通院をするようなクリニックにコロナ陽性の方を通院させるわけにはいかないんですね。どうやっても無理です。ですので、透析患者さんということだけでも、これはやはり、どうしても入院させていかなければいけない、これは透析をみていらっしゃる先生方の基本的なスタンスということになる。これは当然というふうに理解できます。

一方、たくさんのいろいろな疾患をみている先生からすると、「透析しているといったって元気じゃないか」と。やはり、元気な方もいらっしゃるにはいらっしゃいます。そういう中で意見の統一ということがなかなか難しい。これが事実ということでございます。

そういうことで、本日もご提案申し上げたいのは、スコアの取組であります。入院をどういう方を優先するのか、その辺をスコアリングすることによって、優先的に入院していただく目安に使っていく、ということなんだらうと思っています。

年齢の要素あるいはリスクの因子、リスクの因子は重みづけによってスコアの1点と2点をわけてございます。それから先ほどお話した透析、今日後半でお話が出る妊婦さんに関しては、後期の妊婦さん、特に37週以降に関しては、非常に重い重みづけ、さらには画像検査をする場合としない場合がありますが、画像検査をしてわかっていた場合には、これらの所見があったら、これはやはり入院したほうが悪い悪化する要素があるということがわかっていますので、これらのところの重みづけというようなこと、さらにはコロナの患者さん、冒頭申し上げたように必ずしもみんなが重症なのではなくて、軽症の方、さらには無症状の方までいらっしゃると思います。

さすがにですね、この入院を担当されている先生方がもっとも違和感を感じるのは無症状なのに入院といわれること、ここは非常に抵抗感があるところだと、いうふうに考えてございます。

ですのでさすがに無症状の場合には、点数を引くと、こういう中で全体のスコアリングをする。そういう中で、患者さんが非常に増えている時期においては、まさに今のような状態では5点以上の方が入院という目安で運用してはどうかということでスコアリングを提示させていただきたいと思っています。

もちろん、これ言うまでもなく医師が必要と判断した方はこれ以外でも優先していただく、これはもう仕方がないといえますか、当然の部分があります。この中に語りつくせない何かというのが必ずあります。

そういったものに関しては、医師が判断したものに関しては優先していただく。あともう一つは、今保健所の苦慮している部分としては、どうしてもこの療養を継続する、自宅又は宿泊施設で療養することが困難な事例というものが存在します。非常にこの家庭環境等で難しいケースというのがあるんですね。

このスコアリング、今回の改定によって、少し実はこういったものも減るかなと期待していますが、どうしてもこのこういったケースに関しては、

入院をお願いせざるを得ない。他に行き場がない現状、とそういったことがございますので、一応こういったことを踏まえながらこのスコアリングで運用するというを少しご提案していきたいというふうに思っています。

これは今日数字としては示していませんが、入院の前で少し具体のデータ 10 数名、ピックアップしましてスコアリングしてみたんですが、現場としても入院させたほうがいい、これは入院させないでしょうというのがあるんですけども、スコアリングしますと、現状では今回解析した症例に関していいますと、ほぼほぼ合っています。このスコアリングをしますと、入院させたほうがいいなと直感的に思わせるものはやはり 5 点以上になっている。しかし、ハイリスクとか高齢なんだけど、これは入院じゃないよねと思うものは 5 点に満たないとそういうスコアがつくということがわかりましたので、一定程度の運用ということは可能なのではないかと考えてございます。大切なことは入院適用を絞るということがございますので、その分溢れ出します。今まで入院していたわけでありまして、入院をしなということになると、これはどこに行くかという、選択肢は 2 つしかなくて、宿泊療養か自宅療養、この 2 つしか残らないわけです。ですので、ここのところの強化というのは非常に重要でありまして、宿泊療養のキャパシティを大きくする、あるいは自宅・宿泊療養の管理、これは強化をする、それから宿泊だけではなくて、自宅療養をうまく活用していくんだと、こういったことでうまく全体のバランスをとっていくということが問題になります。

本県としましては、以前から非常にこの自宅及び宿泊療養に関しては、厳重なフォローアップ体制を敷いてございます。このフォローアップ体制に関しては、全国でみても一番できるようなフォローの体制ではないかというふうに見ています。いわゆるラインのアプリを使ったフォロー、さらには電話をかける。こういったものの中で患者さんの具合が悪いものに関してはピックアップをし、電話でチェックをする。電話でチェックをして、例えばつながらない方がいらっしゃるといった時には、訪問をしています。今までもこの十か月間の中で数十例に及ぶ訪問といったことが行われています。ほとんど何もございませんでしたが、実際には幸いにも何も問題ないケースではあります。こういうようなことで患者さんの安全を担保する。もう一つは患者さんの具合が悪い場合には、神奈川県のあるほうにコロナ 119 番というものを、実際には、電話番号は 119 ではございませんが、コロナ 119 番というところに電話をかけていただくようにご指導申し上げてございます。

そういった中でどうも具合悪いんだけどということで、電話いただきますと本部の方にいる医師と相談をして、ここに掲げたような薬の処方をオンライン診療、必要であれば救急搬送、こういったことを判断できるようになっていて、何重かのセーフティーネットで守られているというのが体制でございます。

今回、この入院、今まで入院していた方が入院しなくなる、例えば高齢の方、さらには基礎疾患があるんだけど、別にスコアがそんなに高くない、こういった方が療養の方に移ってきます。ここのところは、やはり心配になるということがありますので、セーフティーネットをさらに強化するというのを考えてございます。一定程度の年齢があるとか基礎疾患がある、そういうことで高スコアになる方に関しましては、酸素飽和度測定器を貸与していくということで安全というものを担保する。

これはもう先行事例として横浜市さんや川崎市さんでは既に運用されてございます。我々、全県的にもこういったことを運用すべきだろうというところで、この酸素飽和度測定器、これを今準備してございますの

で、これを提供することによって、安全をより担保していくということをしたいと考えております。

それから、宿泊療養のキャパシティに関しましては、もうすでに確保済みではありましたが、まだオープンしていないホテル、これに関しましては、今スタッフを派遣して、多くの準備を進めているところであります。さらには、今運用しているホテル、これどうしても、退室されたあとに消毒ということで清掃ということがありますが、こういったことの効率化を図る機械の導入、さらには短時間で運用できるようなことで、少なくとも48時間ぐらい短縮できる見込みでございますので、こういったことの効率化ということを今進めています。さらには人員の配置を強化することによって、より一層大勢の人たちを受け入れられるような準備をしている。さらには先ほどもお話したように、搬送の調整、療養の相談といったことがありますので、この分が増加する可能性があります。そういうようなことで現在、本部の医師の増員を図ってございますし、電話対応も24時間、今までは夜間はドクターだけがやっていたのですが、他の事務系の方々、2人態勢で24時間みる、とこういうようなことで強化を図るといようなことをしています。

あとは、自宅療養と宿泊療養に関して、これは一定程度、神奈川県が今までこの8か月間やってきた成果ということがあろうかと思えます。自宅療養で悪化して入院した方、一定程度3.8%いましたし、宿泊療養の中で悪化して入院になった方5.8%いらっしゃいます。この場合、有意検定すれば、この差がでたんですが、この差の意味が何かはちょっとわかりません。あえて考察するなら、宿泊療養施設には看護師さんがいるので、割と入院したほうがいいね、ということで淡々と入れているようには聞いてございますが、じゃあ自宅はダメなのか、ということと逆でございまして、自宅の方で危機的な状況になった方、誰もいらっしゃいません。先ほどのセーフティーネットを効かすことで、宿泊にしても自宅にしても今までで多いんですよ。数みていただくと、我々、非常に大きなエビデンスだと考えています。7,000例を超える方々をみてきて、一例も危機的な状況に陥った方はございません。

そういったようなことを含めて、我々自宅療養といったことは十分に活用すべきというふうに考えてございます。本県としましては、従前から宿泊療養にしろ、自宅療養にしろ、同等の安全性を担保するというところで運用してまいりました。両者の違いはその適用にある。自宅に向いている方と宿泊に向いている方とやはりいらっしゃるのですね。ですので、宿泊療養がすべていいわけではなくて、安全性に関しては両方担保されるので、向き不向きで選別をするというスタンスをずっと貫いてまいりましたわけで、この中で自宅療養ということをより一層ですね、しっかりと選択肢の中に入れていく。こういうところで、先ほどのスコアの運用と同時に周辺環境を整えることで、入院患者さんをより本当に入院しなければいけない患者さんに絞り込むということで、運用してまいりたいというふうに考えている次第です。

以上でございます。

(森会長)

阿南先生、本当に斬新で可視化できるご提案、どうもありがとうございました。

ただいまのご説明に関して、現場の状況について、横浜市立大学の竹内先生から、ご説明をいただきたいと思えます。どうぞよろしく願いいたします。

(竹内様)

横浜市大の救急医学の主任教授の竹内です。

僕自身は横浜市のメディカルコントロール協議会という、救急の関係する医師、あるいは行政、あるいは総合というところの会長でもありますので、その立場から、救急現場からの話をさせていただきたいのですが、今までは、非常にうまくいっていたらと思う。そのおかげで、今プレゼンで阿南先生がおっしゃっていたように、誰も亡くなる人がいなかったということで、リスク管理上非常に良かったということで、医療現場としても、これでよかったと思っています。

一方で今、フェーズは変わってきたというように思います。今までと大きく変わってきたということで、我々が今、一番救急現場で、特に重症患者を診る救命センター等の医者が気にしているのは、重症患者の優先と中等症の患者をこれからどう考えていくのかということをして私としても発言させていただきたいと思っています。コロナであろうが、インフルエンザであろうが、重症の方を、生命の危機にあたる、肺炎などの重症の方を治療するときには、これは重要なことには間違いないと思います。ただ、現場としてはコロナの重症と同じように、心筋梗塞の患者さん、あるいは交通事故の患者さん、がんの患者さんもいるということで、そういうふうにコロナ以外の患者さんも重症度でみれば、やはり同列に扱わなければいけない。別の言い方ですと、コロナの中等症の患者さんを今までと同じように病院のベッドを占めていたとしては、コロナ以外の患者さんが入院するべきところがなくなってしまう。つまり、先ほど医療崩壊という言葉がありましたけれども、重症の心筋梗塞、脳梗塞、がん、交通事故という人たちが入院できなくなっちゃう。それによって普段なら助かるべき人が死ぬ、ということ自体、これまさしく県民にとっての医療崩壊そのものであるということ、この事態は我々救急の現場の医師として、県民のためにも、これは必ず避けなくちゃならないのだろうというふうに思っています。

ということを見ると、国からの通知があったように、今までの65歳以上の持病がある方、画一的な入院適用というところから、やはり、ステージの実情に応じて変更は考えてください、ということに関しては、神奈川県はこうやって検討を進めていくことは非常に我々現場としてもありがたいというふうに思っています。

今まで、画一的に基準としてやってきたことを、今、阿南統括官の話にあったようにリスク評価をする上で、有意付けをして重み付けをした上で、中等症の中で、必ずしも全員入院というわけではなく、重み付けをしてリスクの高い人を入院ということに変換をするという案に関しては、神奈川県民のためにも画期的な対応策だと思いますので、これは非常に私としては現場としても、大賛成ということでございます。

今後に関しても一つだけちょっとだけ注文を付けるとすると、これから医療のフェーズが変わっていくと。忘れてならないのは、そういう意味でコロナに関しては、これだけマスコミも含めて注目をされ、これだけ委員会の先生方も気にされていらっしゃると思いますので、コロナの感染患者に関しては大丈夫だろうと思っています。ただ、一方で、心筋梗塞とか交通事故とか他のコロナ以外の重症患者さんの救命も、神奈川県民に無くすことはあってはならないということは、救急医療の現場からは、コロナとコロナ以外の患者さんの、特に重症患者さんを同列に扱うということはお忘れずに頂ければ。ということは、今のその層別化に関しても、まずこれを始めることは当然ながら大賛成。だけど、フェーズが変わってきた時には、随時

見直しをしていくということも求められるのではないかな、というふうに考えてございます。以上です。

(森会長)

竹内先生、本当にありがとうございました。

現場のご意見を頂きました。今、お話いただいた阿南先生から、医療逼迫、病床が逼迫しているような状態に対する対応策ということで具体的にご意見を頂いて、案として出していただきました。

スコアリングの導入ということと、セーフティーネットということでの自宅療養を選択肢としての運用ということで、この辺について、皆様のご意見・ご質問のほうをいただきたいというふうに思います。また、挙手の方をいただきながら、ご質問を受けたいと思います。どなたかいらっしゃいますでしょうか。

(笹生委員)

神奈川県医師会の笹生と申します。

入院の適用を絞ってということで、とても素晴らしい取組みですが、スコアについて簡単に作った方が運用しやすいということでよくわかるのですが、例えばCOPDとか、慢性腎疾患にも高度と書いてありますけれども、割と軽い人でも重い人もいるのもうちょっと細かく、これ以上の人をスコアに含めた方が運用しやすいかなと思うのと、あとは連携パスとかリスクを判断できるものを神奈川県でこういう簡単なものをあらかじめ配って、持って行っていただくとか、そういうようなサービスもあってもいいような気がしました。

(森会長)

阿南先生、何かご意見ございますか。

(阿南統括官)

ありがとうございます。非常に貴重なご意見でございまして。多少表現としてファジーな部分があるのはわかります。具体をここに書くというより、補足のところに何かつけて、具体としてはこういうこと、あるいは例示をすとかいうことでわかりやすさを示すというのが一つの手法かと思えます。検討させていただきたいと思えます。

あとは、配布、周知の仕方というところに影響すると思えますので、それも参考にさせていただきたいと思えます。

(森会長)

はい、小倉先生。

(小倉先生)

僕もこれ、シンプルで非常によくできていると思っているので、基本的にはこれでいいのかなと思うんですけども。細かいところなんですけれども、例えばハイリスク因子でCOPD、ほとんどCOPDって実際には診断されていないので、慢性呼吸器疾患ということで、うち、さっきの16人って結構亡くなっていると思うんですけども、さっきの300人ぐらいでだいたいそれぐらいで、重症になった方を考えれば、確かにそうかなとも思いますが、今治療機器が進歩していて、CTをまず取りながら、いろんな治療をしたことによって重症化を防いでいるところもあるので、そうなってくると慢性呼吸器疾患、それからBMIがCDCが一応30なんですけれども、日本人の場合、25を超えている人が結構ステロイド使

っているので、少し甘めにするということ、あと附記で、もし可能であれば65歳以上の方は、CTをとるとか、試しにまずわかんないことがあるので、CTをとると肺気腫があるとか、肺気腫があってもCOPDでない方いっぱいいらっしゃるの、慢性呼吸器疾患というのはCTで結構あれなんで（判明するので）、可能であれば65歳以上。それで、今、市大とかで移動CTなども研究でやられているので、ああゆうのも使いながらとるとわかるのかな、と思うので。疾患のBMIとか慢性呼吸器疾患というアバウトにさせていただいて、それから附記でということ、これは細かいことなんですけれど、基本的にはこれ、すごくよくできていてシンプルだと思って。先ほど言った酸素のことに関しては非常に難しいのですけれども、医者判断が重要であるということがあるのでこのところは区別するのは難しいのかなと。

最近言われているのはサチュレーションってよくわからない、すなわち、慢性、これちょっと医者じゃない方もいらっしゃるから、ちょっとあれなんですけれども、過換気になると、二酸化炭素が下がると、サチュレーションがよくても、 $A-aDO_2$ で酸素化がわかるというものもあって、COVIDの場合、結構過換気になるので、サチュレーションだけでできないのは、CTでカバーできるのでCTで可能な限り評価して、っていうのをつけていくのがいいのではないかと思います。

（森会長）

小倉先生ありがとうございました。
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。
おっしゃられた点、可能な限り反映したいと思います。

（森会長）

ありがとうございます。他にどなたか。角田先生。

（角田先生）

すみません、臨床の方ではないので、ちょっと確認しておきたいところが2、3ありまして、一つは年齢によるリスクが京大の西村教授提出資料からきていますけれども、神奈川県の場合でも、死亡、重症のパーセンテージ的にこれを適応しても問題がないかということもちょっと気になる場所です。

それから、次のところで、神奈川県の場合でロジスティック解析を行って、有意にリスクがでたのが、糖尿病とか慢性呼吸器疾患といったことになっていますが、このロジスティック解析というのは、目的変数とした重症化のあり、なし、に対して、説明変数として各因子を一緒にして式としていれてやって、その各因子は連続変数というか数値でも良いし、あり、なしの離散量でも良いのですが、それで解析をおこなって、重症化に対して、説明変数となった因子が有意なのか、を検証する方法ですが、モデルの作り方によって、どういう因子を入れたのかっていうところがちょっと気になる場所なので。例えば、年齢、性とかを入れたうえで、糖尿病になると、年齢の要素を外しても、糖尿病が有意になるということになるんですね、リスク解析から言うと。どういうモデルを作ったのかというのはちょっと気になる場所です。

それから、最後のところの入院状況のカイ二乗検定を経てのところなんですけれども、これを、もしこのまま何も考えないで読むとですね、自宅療養

の方が入院する確率は少ないということで、有意に低いということになるんですけども、ただ、宿泊のほうがより気づきやすいということもあると思いますし、實際上、各集団で、4,000 ずつを超えていますので、これぐらいnが大きくなると、本当にわずかな差でも統計的に有意って出しちゃうんで、これは実情ほとんどほぼ同じレベルというか、自宅療養者と宿泊療養者に差があるということとは言えないと思いますので、先ほどの説明でそれほどパーセンテージを考えると 96.2 と 94.2、3.8 と 5.8 は、ほぼ差がないと考えていいんじゃないかなと思います。そんなところで、確認したいというところがありましたということです。

(森会長)

貴重なご意見ありがとうございました。

阿南先生、いかがでしょうか。

(阿南統括官)

至極当然のご指摘でありまして、ちょっと苦手なところだったので。解析のところに関しては、ご指摘のところ、ロジスティクス解析のところはおっしゃるとおりです。言葉を忘れましたが、循環期性、そういうような問題、船山先生にご指摘いただいている内容でございまして、参考程度と捉えてください。あまり、ザクッと短時間で見ただけですので、おっしゃる通りで、因子としてはもうちょっと詰める必要があるのだろうと自覚してございます。

あとは、西村先生のデータのところは、年齢のところは、社会的因子を含めて考えてございます。今まで、65 歳という切り方をしていた中で、それをどこまで上げていくのか、その境目の考え方というのはなかなか難しいものがあるので、一つ10歳ぐらいあげたところということで、いろいろな人のご意見を聞いた上で、認識としては10歳ぐらいのところは、感覚的には抵抗がないところだったものですから、そこらへんにちょっと境目を置いて示したというわけでございます。

そういう意味では、その境目というところの科学的背景というデータとのすり合わせというのは、ちょっとないということがありますのも事実ではございますが、おっしゃられた解析表のところというものはごもっともだな、というところですので、それ以上の回答は持ち合わせていないです。

(森会長)

また角田先生の方からコメントを、阿南先生にさせていただけたらと思います。どうもありがとうございました。他によろしいでしょうか。

それでは鈴木先生。

(鈴木委員)

相模原市の保健所の鈴木ですけれども、確認と質問をさせていただきたいと思います。

まず一点目なんですけれども、第十回の神奈川県感染症対策本部の方で、積極的疫学調査の神奈川モデルということで見直しをなさってらっしゃるかと思うんですけれども、これについてはすべて県域の保健所においては、こういう方針で積極的疫学調査を行おうということで、動いているというふうに理解すればいいのかどうかというところで、それを一つ確認させていただきたいと思います。

それとですね、阿南先生の方からご説明いただいた内容については、大変分かりやすくご説明されていたと思うんですけれども、クラスターの患

者さんが出たときに、同じようにこのスコア表を使うかどうかというところですが、例えばうちのほうでは先日、ふじの温泉病院の方でクラスターが出て、皆様方にご協力いただいて、本当に感謝申し上げたいと思うんですけれども、その場合、やはり効果的なクラスター対策ということであれば、精神の患者さんをすみやかに他の病院に搬送させるということなので、そういった場合どうなのかということを考えてしまうんですが、そういう意味では、病院の入院適用をどのように活用するのかといったこともご意見いただきたいと思っています。

それから、県内の病院の病床を確保するのはとても大切なことと思うんですけれども、一方である程度、入院していて例えば発症から10日経って、退院してもいいと思われる人がいまだに入院してたりしているというようなことがあったらですね、退院についても積極的にやはり基準を示して、ある程度、感染性がなくなった段階では速やかに療養を促す、というようなことを考えてもいいのではと思っています。その辺もちょっとご検討いただければありがたいと思います。

それから最後になりますけれども、先ほど阿南先生からもありましたけれども、基準について調整をする場合に、医師の間で判断に差異があったり、一定程度の個人差があったり、それは私の方も同じような意見を持つわけですが、このスコア表をですね、あまり厳密に使い始めるとやはりトラブルのもとになってしまうので、どの程度厳しく適用するのかというところについて、ご意見いただければありがたいなと思っています。お願いします。

(森会長)

阿南先生よろしいでしょうか。4点だったと思います。

(阿南統括官)

まず、一点目に関しましては、県域は先日すべての保健所長との会議を開きまして、これもともと書いてございますように保健所ごとにやるやらないということを分けてございますので、そういう意味で、説明をして、質疑を受けて、やるというようなことは申し出てくださいということで、一部申し出ございましたので運用しているところはございます。

政令市と保健所設置市と改めて一度会議してみたらいいかなと、以前から会議があります、一度会議を開かさせていただいて、ご意見賜って、そこらへんのところの、内容の改定も含めていろいろ会議があってもいいかなというように思います。

それから2点目に関しましては、これはちょっと事情が違うのではないかと私も思います。うまいように使えばいいのではというところで、合わないものに無理やり使うとやはり齟齬がでるのが事実ですので。やはり既に入院している施設のクラスターのケースをこれに当てはめるのはちょっと無理があるのではないかと、もともと入院している方ですので。そういうことを含めて、そのために医師の判断が優先されるというふうに書いてございますので、そういったことには弾力的に運用するということがあります。

それから退院に関しましては、一定の声を現場から聞きます。対応をスムーズにされたい、そういうことでベッドを回していきたい、わかりますが、これは退院のところは、例えばスコアをつけるには相当難しいというところなんです。病態だけではないんですね。退院の整理になっているところが、そこらへんのあるところがあるので、それはまた別途考えるんだろうと、まあ考えてもなかなか難しいところがあるので、別のスキームなんではないかと。より一層受けとらえるところに対する働きかけ、そういうよう

なことを含めて少なくともこのスコアを使うのは、たぶん適切ではない、というふうには思っています。

4点目、スコアをどの程度厳しくするか。厳しく使わなくてもいいんじゃないかな、と思います。先ほども申し上げたように便利に使うべきもので、これに縛られてしまうのもいかなものかと。AさんとBさんの間のコミュニケーションの中で通じてやりとりする、そういったことで便利であれば、それで使っていただくというところなんだと思います。おっしゃられるように一定程度の個人差が包含されるのは、医療の世界では当然というふうに思っています。

(森会長)

ありがとうございました。船山委員どうぞ。

(船山委員)

横浜市の船山です。いつもお世話になっております。

このスコアについてなんですけれども、非常にチャレンジングな試みで、政府に先駆けてよい取組みなのではないかと期待しております。先ほどからですね、臨床の先生方からお話を聞いて、このスコアを使う場面というのを、前例として設定した方がいいのかなというふうに思いましたので、なぜならばですね、先ほどCT撮って評価という話がありましたけれども、どのくらい臨床的にですね、詳しく判断したということであれば、このスコア関係なくですね、そこを医学的に評価して、療養が必要と臨床の先生が判断されれば、それは入院適応なんだと思います。今は実際、運用の中で行われているのは、軽症な人で臨床的にすぐに入院が必要でない、軽症な方で入院させる方は、どういうふうに絞るのか、というのが結構キーポイントになってくるかと思ひまして、県はそれを65歳以上で全員入院ってなっているのをある程度絞って、スコア化で絞ろうということだと思ひるので、逆に保健所の立場からいいますと、そういう調書をですね、要するに保健師さんが行います。なのであんまり詳しくしちゃうと、現場の保健師さん、すごい大変になってしまいますので、例えば、CTの片側かつ1/2、これCT撮れない場合がほとんどですし、細かいことで一体これが含まれるのかどうなのかというような、結構現場の保健師さん、ただでさえ、いろいろ疫学調査とかで大変なところ、ある程度、目安だと思ひますねスコアは。これですべて臨床的な判断が完璧にできるとは当然誰も思っていないでしょうし、そこはある程度の、スクリーニングといいいますか、振り分けをしようというもので使われるんじゃないかなと思ひますので、少なくとも保健所側としては、現場の対応としますと、ある程度簡略化するっていうことも大切なんじゃないかなと。

あとは、ちょっとした注釈ですね。というのもお願いしたいなというふうに思ひます。すみません、先ほど出していた意見とはちょっと違うんですけども、そういう意見もあるということで、ご了承いただければありがたいと思ひます。以上です。

(森会長)

ご意見ありがとうございました。阿南先生、何かコメントございますか。

(阿南統括官)

ありがとうございます。

おっしゃられる通りなので、一応両方を配慮したつもりなんです。臨床の場面とそれから先生方の保健所の現場の方と。両方中庸をとってこの落としにしていますから。注釈をつけるとするならばですね、おっしゃら

れたようにCTない場面、ない方は0として扱うという注釈を入れて、運用をしていきたいと思います。そういうことなんだろうと思っています。

(森会長)

ありがとうございました。それでは先生方、もう最後でよろしいですか。小松先生。

(小松委員)

県の病院協会の小松ですけれども、このスコアを付ける場面を決めておいていただいた方が助かります。例えばこれ、開業医の先生が検査を出しました。翌日、陽性ということがわかりました。そうすると先生がそこを書くのか、そうではなくて保健所の所長、保健師さん、あとは本部の方がスコアリングをするのか。入院の判断に使うスコアとして、行政側としてこのスコアもつけて線をひいてますという裁きの方が使いやすいのか、それとも一般の先生方もスコアリングしてから、情報提供をしてくださってという、結構大変なのかなと思って。もちろんスコアなので、全県統一でいいと思いますが、想定している場面はどちらかというと、いわゆる臨床現場のドクターなのか、今言った本部や保健所の方なのかどちらなのか、イメージだけでも教えていただければなと思います。

(阿南統括官)

困っているのは、実際にはたくさん患者さんが出て、発生届が出て受けている保健所、あるいは保健師さん達が困っているだろうと。その全部なんですね。それを情報というのは本部に来て入院するかしないかの相談来たりするんですけれども、そういうところの保健師さんと医師との間、あるいは先生がおっしゃったように臨床の医師と保健師との間のやり取りも、やはり大きいのかなと思うので、いずれの場所でもやはり使う共通言語として活用していただく必要が出てくるのではないかというふうに思います。やはり、项目的にはドクターが付けた方が、例えば保健師の立場からすると絶対いいと思うんですね。保健師、看護師でこれがどれかって、例えば基礎疾患なんかちょっと難しいと思われるところが一定程度あると思っています。ですので、極力ドクターが最初のところで、接していらっしゃるのであれば、これらの判断をしていただく。逆に保健所の保健師あるいは看護師も、これらの項目をちゃんと聞きとるんだという方向に今後なっていくんだというふうに思っております。いずれも共通言語を活用していただくというところではないかと思っています。

(森会長)

ありがとうございました。

私個人としても、とても斬新で素晴らしいアイデアではないかなというふうに思っておりますけれども、竹内先生もおっしゃっていただいたように、ステージによっての見直しというところを、またそういうところに導入していくと、よりよろしいのではないかなというふうに思いましたので、こちらの方としては、ご提案でということ思っております。

それでは次に、先程、阿南先生の方からご説明にありました、妊婦の入院適応についてお話をさせていただきます。

まずは、「周産期コロナの受入医療体制」、それから「新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦の状況調査について」事務局よりご説明いただき、その後、神奈川県産科婦人科医会から入院適応についての提言を、海野先生よりいただきたいと思っております。

では、「周産期コロナの受入医療体制」について夏目災害医療担当課長、よろしく願いいたします。

(事務局)

災害医療担当課長の夏目でございます。着座にて失礼させていただきます。

それでは、お手元の資料3をご覧ください。

「周産期コロナの受入医療機関」の体制の図でございます。資料左手側の保健師さん受付、診察のところでございますが、こちらで妊婦の方が陽性となった場合、現在では先ほど阿南統括官のお話にも出ておりました、政令で重症化リスクのある者ということで妊婦が入っておりますので、妊婦が陽性になった場合には、無症状、軽症であっても、また妊婦の週数にかかわらず、原則として、資料中ほどの「周産期コロナ受入医療機関」に入院いただくこととなっております。

退院基準は一般の方と同じでございますので、一度入院されると無症状であっても、原則10日間入院となっております。

こちらの受入医療機関の選定にあたりましては、保健所がその入院の調整を行っておりますが、ブロック内での調整が困難な場合などにおいては、県の災害時小児周産期リエゾンと、あと後ほど説明いたしますが、拠点医療機関が連携して、入院調整を行っていただいているといった現状でございます。

二面をご覧ください。こちらがブロック分けの図になります。現在、県内を6ブロックに分けてございます。こちらは既存の周産期救急医療システムを活用したものとなっております。既存の周産期救急医療システムでは、それぞれのブロックごとに「基幹病院」「中核病院」「協力病院」といった形で病院を機能別に位置付けております。この「基幹病院」にそのまま、コロナにおいても拠点医療機関の役割を担っていただいているという状況です。

先ほどの入院調整が困難な場合には、この拠点病院の中からさらにリエゾンさんをお願いしているのですが、リエゾンと、それから拠点病院とで入院調整を行っていただいて、現在、「周産期コロナ受入医療機関体制」を運用しているという状況です。

この、受入医療機関は、拠点医療機関を含め、全部で県内25機関となっておりまして、病床数が、「30床から50床程度」といった状況でございます。

事務局からの説明は以上でございます。

(森会長)

ありがとうございました。

それでは次に、「新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦の状況調査について」、山田医療危機対策企画担当課長、よろしく願いいたします。

(事務局)

引き続きまして、資料4のほうを説明させていただきます。着座にて失礼いたします。

資料4です。「新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦の状況調査」ということで、新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦の状況、これ各保健所にご協力をいただきまして、調査をいたしました。

調査期間は記載のとおり、2月1日から9月30日までということで、30日です。第2波の流行時までということになります。罹患した妊婦数は23人でありました。この数は、全体の陽性者数の0.33%と

ということになります。現在、いわゆる第3波という中で患者が急増しているということで、り患した妊婦の報告も若干増えているようなことで聞いてございます。数の方につきましては、調査上、期間からずれていますので入ってございません。

2枚目のスライドになりますが、り患した妊婦の週数及び感染経路でございます。週数につきましては、妊娠後期が48%と多くなっています、次いで中期、初期については少なくなっています。最小週数は7週、最大週数は38週でございます、そちらの妊婦については、そのまま出産となっております。

感染経路でございますが、濃厚接触者と不明は半々で濃厚接触者のうち、約半数は夫からの感染ということでございました。妊婦がいる家庭では、家庭内感染がやはり感染対策として留意が必要だということが判明してございます。

次のスライドでございます。

重症度でございますが、無症状と軽症で約9割となっております。療養先につきましては、原則入院対象となっておりますけれども、実際には、2割の方が自宅療養をしていたということが判明しています。

自宅療養の理由といたしましては、療養期間が終了していたという方もいましたけれども、小さいお子様、赤ちゃんのお兄ちゃん、お姉ちゃんというのがご自宅にいたということで入院が出来ない状況だったというのが、主な理由というふうに聞いてございます。

4つ目のスライドです。

こちら参考情報でございますが、全国の各自治体で不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査事業というものが進められてございます。本県に置きましても、医療機関と契約させていただきまして、今月より順次行っている状況でございます。この検査の対象は左にございますが、検査の受検を希望している妊婦さんで、概ね35週から38週の方、発熱等の感染を疑う症状がない、また濃厚接触者ではない、こういった方に対して、不安を取り除くという意味合いでの検査でございます。こういった事業が進んでいるということで、無症状の陽性妊婦さんの増加というものも今後懸念されてくるというところでございます。

調査の報告につきましては、以上です。

(森会長)

ありがとうございました。

それでは続きまして、「神奈川県における周産期コロナ受入医療体制」の体制推進の提言ということで、海野(うんの)先生、お願いいたします。

(海野様)

神奈川県産科婦人科医会から参りました北里大学の海野でございます。よろしく申し上げます。災害対策委員長の倉澤先生と一緒にやっています。

私どもは、先ほどご紹介ありました、神奈川県の災害時小児周産期リエゾンでもございまして、調整を含む活動をさせていただいている状況です。

資料の5をご覧ください。

一枚目の下段の現状のところ、これは5月26日、県の方で発表いただいた、受入医療機関体制ということになります。当然ですけれども、周産期、妊婦さんを受け入れられる施設というのは、大人のコロナ対応ができる病床があつて、なおかつ産科、要は新生児科、小児科でそういう患者さんに対応できるということ、その2つが揃わないと患者さんを受け入れる

ことができません。

今、非常にコロナの病床、全体としての病床が厳しくなっている中で、妊婦さんの受入れというのがなかなか難しくなっている状態となっています。

次をご覧ください。先ほどご紹介いただいた、スライドで入院をどうするというのがまだ決まっていなかったというところで、それを考え切らなければいけないということでずっと相談してまいりました。妊婦さんが妊娠しているということが、重症化、コロナに関して重症化のリスク因子なのかどうかについて、長らくはっきりしていなかったのですね。

それで、欧米からたくさんの論文が出ていますけれども、リスク因子ではない、妊娠していない人と変わらないという論文がある。これはCDCのデータなんですけれども、一番新しいのが11月に右側の有症状の陽性妊婦の数字ですが、これでようやくもう少しあてになる数字がでてきて、やはりICUへの入室での健康管理、あるいはエクモの人数というのが2倍から3倍、妊娠していない同一年齢層の方の有症状の方々に対して高いということが、記されています。あと、死亡リスクとしては、1.7倍という拡大となります。

ですから、先ほど阿南先生がご紹介いただいた、いろいろな合併症の中にだいたい含まれるぐらいのリスクはある程度持っているというふうに認識する必要があると思います。ただ、めちゃくちゃ高いというわけではないということです。

ですので、これは神奈川県療養期間、一般にこれ使ってやっていただいているわけですが、これで妊婦さんやって、今までそういう取扱いしていませんけれども、他のデータからはそういった対応をすることも可能なんじゃないか、というふうに私ども考えております。

次のスライドですが、これは国の退院基準、宿泊療養の解除基準ですね、それで次のスライドをお願いします。

これが、私どものご提案したい内容でございます。

先ほど阿南先生からお話にもありましたように、医師の判断による差異という問題があります。私ども、症例が非常に限定されていて、経験のある医師が少ないという部分があります。でも、陽性妊婦さんが確実に増えておりまして、この一週間、先週は5名発生しています。ですのでこれからどんどん増えてくるんだろうと、想定せざるを得ないです。そういう中なので、陽性妊婦さんに関しては、まず、受入医療機関で原則としては入院していただく。そこで、専門的な立場でトリアージをさせていただいて、入院を継続する。37週の場合、あるいは、中等症以上の場合、あるいは産科異常があって入院が必要な場合というのが入院継続していただく。ただ、それ以外の、36週までの妊婦さんで無症状又は軽症、かつ産科異常がないとそういう方々に関しては、短期間の入院期間で評価を終えて、自宅あるいは宿泊療養に移行していただいて、大丈夫なんじゃないかというふうに判断しています。

ただ、妊婦さんに関しては、コロナに打ち勝っていただいた後に、お産していただかなければいけない、というところがありますし、様々な課題がございますので、そういう意味で、自宅あるいは宿泊療養中の間にも、しっかりとした支援体制を作っていただく必要があるということになります。

こちらは県の方ともご相談して、考えたことですが、自宅または宿泊療養に移っていただいた後、地域療養支援班あるいは、助産師さん等々に療養支援をしていただいて、それでもし、入院が必要なような状況があれば、また搬送調整班、必要であれば私ども災害時小児周産期リエゾンの方で、調整して入院していただくというような流れで、体制を作って

いこうというような考え方というふうになると思います。

実際には、今、神奈川県の宿泊療養施設の中で妊婦さんを受入れていただけるところが、ちょっと準備が難しいようなので、当面スタートは、自宅療養を中心ということで進めざるを得ないかもしれません。

こういうことを進めますと、これから陽性妊婦さん増えてくることを前提としますと、今後の課題ってということになりますけれども、保健所の方々からリエゾンがいかに情報いただいて、スムーズな連携体制を作れるか、あるいは自宅療養後は、関わる担当の方々がたくさんおられて、その連携体制をどういうふうに作っていくか、ということが課題になるかと思う。私どもまだまだ経験が限定されていまして、その療養期間終了後に普通の状態で、産科管理を進めていくことになりますけれども、その辺についても、我々の中でのコンセンサスというのをしっかり作って、安心してお産していただけるような体制というものをこれから整備していこうというふうに考えてございます。そういう状況でございます。

以上が、私どもからのご提案ということになります。

(森会長)

海野先生、どうもありがとうございました。

全国に先駆けて、神奈川県でという取組だと思えますけれども、とてもクリアな感じがいたしました。今の災害医療担当課長、医療危機企画担当課長、それから海野さんのお話について、何かご質問がある方、いらっしやったら挙手していただければと思います。

よろしいですか。それでは、進めていただく方向でよいということ。

また、何か問題点とかございましたら、またお話ししていただければと思います。どうもありがとうございました。

これで少し時間超過してしまいましたけれども、とても貴重なご意見をいただきましたと思います。これで本日用意し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。もし、小倉先生、お話足りなかったことがあったら、大丈夫ですか。

(小倉委員)

それでは一点だけ。

先ほどのスコアの件ですが、重症化するのがだいたい5日から7日ぐらいのところから出ているので、いろいろなスコアを組む時において気を付けなければいけないのは、最初はCOVITの場合軽いんですね。それがある程度日数経ってから出てくるので。何日目に、例えば他の基礎疾患とかはいいですけども、CTとか酸素関係は。何日目にとったかっているのが結構重要なので、いつも医者の間では発症日を1として、何日目にこれを診ているか、というところが重要なので、最初軽いよっていったところで、そこだけちょっと、いつとるかっているのも、先ほど船山先生から出たみたいに、別にCTとる必要はないかもわかりませんが、そういうところは必要かなと思いました。

(森会長)

はい、どうぞ。

(畑中顧問)

神奈川県医療危機対策本部室の特別顧問をやっています畑中と申します。3月19日に皆様にお集まりいただきまして、選択と集中の神奈川モデルということで、重点医療機関のお話を差し上げまして、あの当時、思い返しますと医療物資が足りないという話を皆さんで共有させていただ

きました。守るべき医療機関に十分なPPE、防護服などが足りていない中で、患者さんを分散して収容するという事は、非常に多くの医療機関で院内感染を起し、医療の提供ができなくなるんじゃないかという観点から、患者さんが入る病院を絞っていくことが医療が生き残る唯一の方法であるということ、当時、私の方から皆様にご説明しました。

9ヶ月ほどたちまして、多くの医療機関の皆様のご支援と、保健所の皆様のご努力など、様々なご努力の結果、多くの患者さんを安全にコロナ以外のことも含めて守れる状況ができている中で、やはり今お話いただいていることはですね、受け皿の医療をいかにキャパを拡げておくのか、という発生ではなくて、結果についての視点のお話でした。やはり、入り口の原因である患者さんを生まないということについてですね、もっともっと力を入れていかなければいけないなかで、非常に市民の皆様にご協力いただくということが重要ですし、啓発というものも県が強くていかなければいけないと思っているんですが、一つ重要な観点としてですね、経済を開いていかなければいけないというの、皆様もご認識の通りだと思いますし、むやみやたらとですね、ロックダウンすればいいということでもないと思いますが、だからこそ、これまで我々は病床を作ると、医療のキャパを作るということにすごく専念してきたわけです。今日お話を聞いていただいて、自宅療養とか非常に洗練されたところまで来ていると思いますけれども、やはり病床を作る、医療のキャパを上げるっていうことと、同じぐらいですね、皆様が感染対策という観点で、安全に一般の方々が感染せずに経済活動をやってもらうためにはどうするのかということ、そろそろですね、県がこれまで以上に構造的に取り組まなければいけないんじゃないかな、というのを私は考えております。今後、数か月以内にワクチンの接種が始まると思いますけれども、やはり直近での、これまでの検査体制というものは相当、行政検査の方は主に、集団検査場とか皆さんのご協力の中で作ってきたと思いますけれども、やはり健康な人たちが、しっかりと自分たちが感染していないという安心の中で生活していただく、言葉を選ばずに言えば、陰性確認のようですね、これまで医療のための検査からですね、生活のための検査というところをそろそろ本格的に社会実装をしていかないと、あるいはその状況が拡大しているということ、ですね、実現しないといけないのかなと。入院の逼迫を生み出すような検査というものに対して一定のブレーキが日本全体であったと思うんですけれども、これからは生活を維持する、安全な人が食事を食べに行ったり、旅行したり、ということが実現できるように、市中の検査、医療のための検査というよりは、生活のための検査というものを何とかかやっつけていかなければいけないんじゃないかなということ、県には、私は今統括官を降りて、4か月ぐらい今厚労省にいますけれども、そういう新しい生活のための検査というものに対する投資、そして推進というものを全県挙げてやらねばならない、そういうフェーズに来たんじゃないかなと思いますので、是非、次回以降ですね、皆様とそういう話ができるように県に働きかけていきたいなと思いますし、皆様にもご指導いただきたいと思います。以上です。

(森会長)

畑中顧問、どうもありがとうございました。貴重なお話だったと思いますし、これからの方向性になったご発言だったと思います。

他にどなたかございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、知事からお一言、お願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(黒岩知事)

本当に遅い時間まで真剣な議論していただき、本当にありがとうございました。

この今、コロナの状況というのは、非常に危機的な状況になっていると。この患者の立ち上がり方っていうのも、まっすぐ上がっていくんじゃないかなという危機的な状況。そんな中で、今日聞いた中で、私非常に危機感を改めて、持ったわけです。

ステージⅢから実はⅣに行くっていうのは、あっという間に行くんじゃないかなって、こういう問題意識。これはしっかりとですね、共有していきたいなど。全国、国全体とも共有していきたいなというふうに強く思いました。我々は今日ですね、先ほど申し上げましたけれども、ステージⅢとはいえなくて、ステージⅢ警戒宣言といったこの表現、ここに至るまでのですね、非常に忸怩（じくじ）たるものが正直ありました。

本当はもっと危機意識を訴えるためにはですね、ズバッと言いたいところがありましたけれども、しかし、国との調整等々ですね、様々な方々の調整をしなければ、この思いがきちっと伝わっていかない、という中でこの警戒という言葉を入れざるを得なかったというところが、本当に内心、忸怩たるものがあつたのは正直なところであります。

そんな中で、今日は皆様とともに、この医療の現場、これを何とか守らなければならない。医療崩壊を何とか食い止めなければいけないという中で、阿南統括官からアイディアが出されました。今まで入院、どんどん、自然発生している患者さんを新たな優先度を作ろうじゃないか、といったらスコアというのが出てまいりました。これを事前に聞いて、素晴らしいアイディアだなと素人ながらに思ったわけでありましてけれども、ご専門の皆様からの高い評価をいただいたといったこと、これ一つ大きな救いになったなというふうに思います。

ただ、畑中顧問が最後申し上げたように、これはあくまで、医療の現場、医療の世界をなんとか少しでも余裕あるようにしようという話でありまして、やはり患者が出てこないようにしないとですね、今の状況のままではどんどん患者が増えていく状況だと、これも本当に焼け石に水という形になってしまうだろうと思います。

そんな中で、今日皆さんの議論を踏まえですね、私自身もステージⅢにいったらあっという間にⅣになるぞと、このメッセージを強力に発信していきたいということございます。

本当に長時間お付き合いいただきありがとうございました。

（森会長）

知事、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、進行を事務局の方に戻したいと思えます。どうぞよろしく願いいたします。

（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、長時間にわたりまして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。時間の超過並びに音響等の不手際ございましたこと、お詫び申し上げます。

それではこれを持ちまして、神奈川県感染症対策協議会を閉会させていただきます。

長時間にわたり、誠にありがとうございました。