

第1回愛知県新型コロナウイルス感染症検証委員会 議事概要

日時：2020年7月3日（金）午後2時から午後3時40分

場所：愛知県庁本庁舎 6階 正庁

1 挨拶

大村知事：

本日は、お忙しい中、第1回愛知県新型コロナウイルス感染症検証委員会に御出席いただき、感謝申し上げます。医療専門部会の部会長である長谷川先生に、この検証委員会の委員長もお願いしているので、何卒よろしく願います。また、柵木会長始め各先生方におかれては、委員をお受けいただき、感謝申し上げます。

愛知県においては、新型コロナウイルス感染症の第1波の経験を踏まえ、これまでの対応を検証するとともに、いわゆる第2波に向けた対策について、様々な分析を行っているところだが、専門的な見地から御助言や御提案をいただくため、検証委員会を設置した。

入院患者数の時系列変化の分析や、県内医療機関を対象に、医療機関の役割分担に関する調査を実施するとともに、特に多くの患者さんを受け入れた医療機関の医師、看護師及び救急隊員等、医療従事者の方々に対して、医療現場の視点からのヒアリングを開始しているところであり、初期対応、検査・診断、軽症対応、重症対応など、様々なステージに分けて、それぞれの論点を整理し、分析を進めている。

本日の検証委員会では、現在、県で進めている調査・分析の状況や検証の進め方について御意見を伺うことにより、第1波における対応の評価や課題の洗い出しを行ってまいりたいと考えている。

第1波と申し上げているが、愛知県では2月の後半からクラスターが発生し、また、横浜のクルーズ船を岡崎の藤田医科大学岡崎医療センターで受け入れたため、当時の陽性者数は東京より多いこともあったかと思う。緊急事態宣言を経て4月24日の新規患者が14人のところ、25日の患者が1人となって以降は、落ち着きを見せてきている。そうした状況をしっかり分析し、この秋冬と言われている第2波に備えていきたいと考えている。一方で東京の状況は本日も124人と心配な状況である。

委員及び専門委員の皆様方には、ぜひ、それぞれ専門の見地から御助言や御提案を、よろしくお願い申し上げます。

2 議題

(1) 感染拡大の第1波検証の進め方について

長谷川委員長：

まずは、事務局から議題の(1)感染拡大の第1波検証の進め方について説明をお願いします。

(事務局より配付資料に基づき説明)

長谷川委員長：

愛知県が緊急事態宣言を発出した4月10日の実効再生産数の値は分かるか。

事務局：

国の方から計算式が示されていないため算出していない。

長谷川委員長：

承知した。後ほどの資料にて、この値を使い様々なシミュレーションをしているので参考として伺った。

各委員の立場にて第1波では様々な問題があったと推察する。それぞれ御意見を伺いたい。

柵木委員（愛知県医師会）：

最近になり、PCRの検査能力が増えることが確実となったが、当初はなかなか接触者外来を紹介しても検査をしていただけないということがあった。その後、PCR検査所を開設することになったが、まだ、相談センターから帰国者・接触者外来への流れがスムーズとはいえない。今は疑い患者自体が減っており、一時小康状態となっているかもしれないが、そこを検証し第2波、第3波に備えるという意味において、早めに開業医の役割、保健所の役割、帰国者・接触者外来への流れをスムーズにすることが必要である。

デイサービスのクラスターもあり、圧倒的に高齢者の死亡者が多い。今後、高齢者が集団で生活、入院、療養するという施設で新型コロナウイルス患者が発生した場合、いかに早く発見し、拡大を防ぐかがポイントになるのではないかと考える。そのようなデータもこの検証委員会の場にて示していただきたい。

事務局：

委員御指摘の通り、名古屋市の場合、死亡者は福祉施設にて多く発生しており、最終的な集計をしているところである。この検証委員会の場にてデータを示し、検討いただければと思う。

また、福祉施設などで患者が発生した場合、どういった対応であれば早く収束できるかということを保健所長などとも連絡をとりながら考えていきたい。

長谷川委員長：

先ほど御指摘のPCR検査へのアクセスが大変重要であると思う。様々なグループでの話合いにおいても、PCR検査体制が整っていない初期に感染が始まり、検査条件が厳しく、なかなかアクセスが出来ず、臨床の先生方が大変苦労したという話を聞く。検査体制が整ってきた今、PCRへのアクセスについて県、市においてはどのようにお考えか。

事務局：

PCR の検査件数においては、県の衛生研究所や民間検査機関の検査能力を上げたところである。さらに、当初は鼻咽頭だけの検査方法だけであったが、現在は唾液での検査も可能となっている。県としては唾液の検査は地域の診療所にも依頼し、検体の採取に取り組んでおり検査能力及び検体採取件数の向上に努めている。

長谷川委員長：

検体をいかに検査までもっていくかのフローが大切になってくる。当初の経験を踏まえ、現場のニーズに応える形にてフローの作成を検討していただきたい。

柵木委員（愛知県医師会）：

現在の PCR 検査の体制について、患者が増えた際の想定も含めてお示しいただきたい。

事務局：

基本的な PCR 検査の流れとしては、まず帰国者・接触者センターに相談いただき、検査の必要性を判断した上で帰国者・接触者外来にて検体の採取を行い、県衛生研究所などにて PCR 検査を行う。それ以外の流れとしては、名古屋、豊橋、瀬戸保健所豊明保健分室の県内 3 カ所に設けた PCR 検査所において、開業医の先生から検査が必要だと判断された患者のドライブスルー検査を行っている。

さらに、唾液を使った PCR 検査については、県内各保健所から各地域の医師会に依頼をし、協力いただける診療所を募っている。診療所を受診された方で検査を希望する方については、診療所の方で唾液を採取する容器を渡し、本人が採取し保健所に届けていただき、衛生研究所にて検査をする流れとして、PCR 検査の増加につなげていく体制を構築している。

柵木委員（愛知県医師会）：

そうすると、県としては、行政検査でこれからもやっていくということか。大病院はおそらくその病院でやると思うが、一般の診療所で、唾液検査を保険診療でやることは想定していないということでしょうか。

事務局：

現在、PCR 検査については、唾液で行う場合でも機械が必要となる。各診療所で、直接 PCR の検査機を使うのは難しいと思うが、今後、唾液による PCR 検査の方で、いわゆる抗原検査、キットを使った検査が拡充されていく形になると思う。キットで検査ができるようになれば、広く診療所においても検査できる体制になると考えているが、現状、そこまでの開発が進んでないので、国の開発状況なども注視しながら、多くの検査ができるような体制を構築していきたいと考えている。

長谷川委員長：

今回もそうであったが、帰国者・接触者外来が公表されていないので、保健所を通じて、患者受診の指示が出される。そうすると、急激に患者が増えた時に保健所へのアクセスができなくなって、開業医の先生方が非常に困った。この点について検証していただき、現場から速やかに検査につなげる体制を考えていただきたい。

名古屋市医師会の服部先生、この点についていかがか。

服部委員（名古屋市医師会）：

名古屋市においては、PCR 検査所において、開業医がオーダーすれば、基本的には検査ができるという体制になった。そういう意味ではスムーズになった。最初は、インターネットで申し込んで予約を取るという形であり、申し込むのに何時間もかかって苦情が来たが、最近はそういうことを聞かなくなった。今でも、1日に15～20件くらい予約があるが、慣れてきたと思う。PCR 検査所は車を使って行ける人でないと使えないなど、いくつかの条件があるので、歩いてしか行けない人には、帰国者・接触者外来を紹介するという方法を採用しかない。そういった人たちのアクセスをどうするのかについては、今後詰めていかなければならない。抗原検査や抗体検査が広まってくれば、変わってくるかもしれない。

長谷川委員長：

それ以外に、名古屋市あるいは医師会の立場で、今回を振り返って何か指摘事項はあるか。

服部委員（名古屋市医師会）：

名古屋市内でいくつかクラスターが発生した。中学校で発生があった時、小児科の先生達の間で、うちの近くの学校じゃないかと不安に思ったり、また、SNS 上の噂話で不安に駆られて、我々に問合せがあった。クラスターが発生した場所を全て公表するのはどうかと思うが、守秘義務がある医師から情報が漏れることはないという前提で、我々医療関係者の間だけでもクラスターが発生した場所を共有できれば、例えば、今後、濃厚接触者に近い、感染の可能性が高い人を PCR 検査につなげることができるかもしれないと思う。

それから、名古屋市においては、インフルエンザで学級閉鎖がある時、「〇〇学校で学級閉鎖があった」との情報が入る。しかし、新型コロナウイルスで休校となった場合は、おそらく違う対応が必要となると思うので、学級閉鎖の情報と、新型コロナウイルスの休校の情報を、それぞれ医療機関の先生が把握していないといけない。そういった情報提供体制の構築も考えていただきたい。

長谷川委員長：

特に、秋からインフルエンザと新型コロナウイルスの感染が重なった時に、学級閉鎖の問題があると思う。このあたりは、事務局の方で考えはあるか。

事務局：

学校でのクラスターの対応については、重要な検討課題と考えている。教育委員会と相談しながら、どのような形で検体採取を行うかなど、速やかに検査を行って対応していく体制を作っていく必要があると考えている。これから、しっかり検討していく。

長谷川委員長：

続いて、病院協会の松浦先生、お願いしたい。

松浦委員代理（愛知県病院協会）：

私自身は、一宮市立市民病院の院長なので、新型コロナウイルス感染症を受け入れた病院として報告する。昨日、自治体病院の集まりで色々な院長に話を聞いたが、真っ先に皆さんが言っているのは、情報共有ができなかったということである。例えば、私どもの病院の経験で言うと、2月15日に最初の患者さんを受け入れてから、徐々に患者が増えていって、あっという間に当院の感染症病床6床が満床になった。うちの病院と一宮保健所で情報共有は行っており、一宮保健所はとても良くやってくれたのだが、この先どうしていいものかという時に、その他の地域の情報は一切教えてくれなかった。最初のうちは、一宮、稲沢など同じ尾張西部医療圏の他の病院の情報でさえ教えてくれなかった。特に初期は、どこの病院に患者が入ったという情報が風評被害になるということを考えていたということは分かるのだが、実際に患者を受け入れる中で、五里霧中でどうすればよいのかという状況であった。

ある時、当院の感染症病床が満床になって、帰国者・接触者外来のPCR検査の結果、何人も陽性だったので、感染症病床6床だけではとても受入れが無理なので、ERICU（集中治療室）6床を完全に新型コロナウイルスに特化して、ECMO（体外式膜型人工肺）の重症者用とした。それ以上増えたら困るということで、一般病床48床をつぶして、次の感染に備えた。周りの状況が分からず、当院の中でもがいてやっていたという状況であった。その他の地域の感染者を受け入れた病院も、同じような状況だったと聞いている。

風評被害のことを考えるのは大切だが、担当する病院が大変困ってどうしたらいいかわからない状況というのは問題がある。次の段階では、病院の医師と保健所のやりとりはうまくいっているが、県が、もう少し大きな組織、ちゃんとした体制を作って、担当する病院の周りだけではなくていろいろな情報が、例えば、私たちが何か聞きたい時に、カウンターパートに相談できるように、もっと密に、連携を取ってやれたらいいのではないかと思う。

もう一つ申し上げたいことは、今回、医療現場の関係者のヒアリングということで、即応できる病床は何床かと問う調査票が送付された。当院は当然、感染症病床が6床あるので、6床と答えた。ただ、準備病床は何床かと聞かれても、答えようがない。もし、一宮や稲沢の状況が、今のイタリアやアメリカのようになって、200人も300人も入院させなければいけない患者が出たら、一般病棟を3、4つつぶして、100人ぐらい患者を受け入れる。公立病院の使命である。た

だ、現時点で、100床空けるという答えを書くわけにいかない。このような曖昧な聞き方で、準備病床が何床かと聞かれても答えようがない。

厚生労働省の通知にも書いてあるが、フェーズ、段階というのがある。愛知県で何人出たら、それを落とし込んで、一宮地区で何人出たらと、私どもは最初から考えていた。5人出たらどうしよう、10人出たらどうしよう、50人出たらどうしよう。そういうことを、愛知県全体で考え、それをその地域に落とし込んで、国の通知には4フェーズまで書いてあったが、フェーズごとに、この病院にはこれだけ準備してほしいというような形で、この地域に何人患者が出る状況になったら何床空けられるか、という形で聞いてもらえないと全く答えようがない。意味のない回答が集まっても対策にならないのではないかと思ったので、述べさせていただいた。

長谷川委員長：

大変重要な指摘であった。一つは、医療従事者間の情報共有、もう一つは、フェーズの設定、特に、医療関係者の準備に対するフェーズの考え方についてであった。愛知県が、行政的に決断を下す時の目安として掲げているイエローゾーン、レッドゾーンというものがあるが、医療機関としてはもう少し細かいフェーズが欲しいということだと思うが、これについてはどうか。

事務局：

まず1点目の情報共有については、現在調査中の「調査内容2」の中で考えているところである。御指摘のとおり反省点があり、現在、県全体の患者の入院状況を関係医療機関で共有することを検討している。元々は、色々と非公開情報が多かった関係もあり、情報共有が十分でなかったとの反省のもと、今、このような調査をしているところである。今後、どこでどういった患者さんが治療を受けているかという情報を共有する方向で検討している。

2点目の準備病床、フェーズの設定については、現在、県と保健所で調整しながら、今後検討していくという段階である。改善し、周知に努めるようにしたい。

また、県庁の調整本部に色々な専門家がそろっているので、何か御不明な点があったら、調整本部に問い合わせただけであれば、回答することができる。

松浦委員代理（愛知県病院協会）：

現状ではなかなか顔の見えないところが難しい。顔の見える関係になるためにも、県が中心になって、この方に相談するとすぐ分かるというような形を作っていただきたいと思う。

もう1点、フェーズについて検討中とのことだが、第2波の準備のためには、こういうフェーズになったら、この病院はこれだけやるという形にするために、ものすごく増えたことまで想定したフェーズを決めて、そのフェーズごとに、どういった仕組みにするかという形で誘導して欲しいと思っている。

長谷川委員長：

フェーズについては、私もそのようなものが必要だと考えている。お手元の別添資料の最後に、国の専門家会議が出した流行シナリオがある。それを見ると、だいたいどのくらいの患者が予測されるか、実効再生産数に合わせて計算されている。もう少し前の方を見ると、資料の真ん中あたりに、「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について（概要・イメージ図）」があり、そこにフェーズと即応病床のことが書かれているが、その2つの資料を見ながら、フェーズ1、2、3、4ごとの愛知県の数値的なデータを組み込んでいく作業をしていただきたい。そうすると、フェーズに合わせて、1日の患者数にするとどれくらいかということや、松浦先生が言われたことがもう少し身近に感じられて、そのフェーズに合わせて各医療機関が体制を拡充するということができると思う。

松浦委員代理（愛知県病院協会）：

そのようにお願いしたい。もう一つ、追加させていただきたいのは、各医療機関もそれぞれ機能が違うので、それぞれ対応できる能力が違うということ。しかもそれは、地域によって異なる。愛知県全体でいろいろ決めて、それを地域に落とし込むには、県と病院では遠すぎる。

愛知県にはちょうど今、地域医療構想を調整するための地域医療構想推進委員会というものがあり、名古屋とその他の愛知県で10のブロックに分かれている。ブロックごとに推進委員会があるのだが、愛知県病院協会は、それぞれの病院の意見をその推進委員会に反映させるために、各ブロックに病院団体協議会というものを設けた。例えば、私どもだと、一宮・稲沢の人口50万の医療圏となる。そこには、大きな病院が4、5つあり、新型コロナウイルスの対応の時も、それらの病院のトップを集めていろいろ相談をしたのだが、ちょうどそれぐらいが、医療圏の中で地理的にも近いし、どこの病院が重症患者を看て、軽症患者はここに送ってということの振分けに良い、協力できる規模であり、病院団体協議会の存在は良い単位になっていると思う。病院団体協議会は、過去2年半の間に、それぞれ数回から10回の協議会を開催して、その地域の病院がみんなで話し合う体制になっているので、それをぜひ、この新型コロナウイルス対策にも使っていただけたらと思っている。

事務局：

まず、1点目のフェーズについては、先ほど御指摘があったような方向で、県としても検討中である。それから、2点目の病院団体の会議については、これについても、医療圏ごとに保健所の会議を開いて、新型コロナウイルス感染症に対する対応について細かく対応を考えており、今後、会議を随時開催していく予定としている。その中で、当然病院協会と連携を密にしていきたいと考えているので、よろしくお願ひしたい。

中村委員（名古屋市立大学）：

名古屋市立大学病院は当初、重症例を受け入れるという形で進めていたのだが、高齢者施設で

のクラスターが発生した段階で、救急で搬送される患者さんが殺到した。これに対し新型コロナウイルス対応病床を拡充するため、救急病棟を確定・疑い例の病床に充てるとともに、患者増に対応するため、通常病床と別に対応病棟を1棟、合わせて2病棟を新型コロナウイルス対応にした。

これらの病棟へ人員補強するために、さらに1つの病棟を閉鎖して、看護スタッフをそちらに充当する形で、都合3つの病棟の運用を変更した。

この新型コロナウイルスの患者は臨床像の難しさ故に、なかなか適格に判断しづらく、また重症化するか否かの見極めも難しいので、患者が重症化した際に速やかに搬送できるかどうか、臨床的な運用が難しいのではないかと感じた。特に、発熱、あるいは肺炎を呈する高齢者の誤嚥性肺炎の患者の対応に関して非常にハードルが上がり、新型コロナウイルスの疑い例としてなかなか救急隊の受入れが難しくなる。いくつかの病院が受け入れることができず、5、6箇所です断られて最終的に自施設に担送される流れで患者が殺到したという状況があった。

自施設に収容できない場合の現在の体制としては、迅速に抗原検査とPCR検査の検体を採取し、抗原検査の陰性を確認した上で新型コロナウイルス対応をとって収容していただける他施設に紹介し、PCR検査の結果が判明し次第報告して、陰性であれば対応を解除していただくといった病病連携をとっている。実際にクラスターなどが起こって患者さんの搬送が多数になると、やはり救急体制がかなりうまくいなくなる。これに関して、今、県の方でも患者の搬送の組織を作っていたり、私も相談役のひとりとして入っている。このような体制をうまく運用することで、救急を止まらないよう、スムーズに運用していく必要があると考えている。

もう1点は、先ほど柵木会長が言われたように、新型コロナウイルスの疑い患者を外来診療でどのような形で振り分けていくか。先ほどの御意見のように、病院によって役割が様々である。例えば、自施設は大学病院として特殊な専門外来がある中で、いわゆる帰国者・接触者外来を併診していくというのは、相応の場所とかなりのマンパワーがいる。ある程度方向性が見えて、フェーズによって、例えば大学病院のようなところも含め全病院で対応しようという段階にならないと、なかなか新型コロナウイルス専門外来を開設できないという面がある。そういう状況の中で、対象をどこまで拡げて診るかということである。

今だと、無症状でも疑わしい患者を少しでも拾っていこうという考え方から、軽症例もPCR検査を行う、あるいは入院が必要な患者も行う、という考え方もある。一方で、無症状者のスクリーニングまでやるという話になると、検査室のキャパシティによっては実際にうまく運用できるのかどうかということもある。いわゆる新型コロナウイルス専門外来、帰国者・接触者外来をどのような形で振り分けるかは、ある程度行政主導で進めていかないと難しいと思う。

もう1点は、先ほど県と市からあった新型コロナウイルスの検査所についての説明と同じ話になるかもしれないが、例えば、病院から検査要員を供出して検査体制を拡充し、軽症患者をそちらに集約をして検査を行い、入院の判断が必要な患者に関して病院で診るなどといった形で分けていく方法もあるかと思う。

あるいは、先ほど松浦先生が言われたように、クリニックで検査をやるのは難しいだろうが、

クリニックで採った検体を回収して検査するという仕組みを作るなど、裾野を広げる、あるいは、きちんと機能分化した組織づくりをしておくことが、多数の患者が発生した場合に対応するために必要であると思う。

長谷川委員長：

発熱している高齢者で肺炎があるとした時、新型コロナウイルスの疑いで救急病院に来ると、新型コロナウイルス対応で2時間くらい他の診療が止まってしまう。その結果、救急車が受けられなくなり、このような病院が重なると、患者を受け入れられる所がなくなってしまう。医療機関も自ら検証しなければならないが、この問題は特に、救急の現場で出てくる重要な課題だと思う。

三嶋委員代理（愛知医科大学病院）：

まず、今回の県の経済的支援は、病院にとってまだ足りていない部分もあるが、精一杯やっていただいたと思っており、感謝したい。

今後の課題として、松浦先生から、病院が困ったときに、誰かネットワークを主導する人間がいて、相談できる体制を整備してほしいという御指摘があったが、愛知県には愛知県院内感染地域支援ネットワークが既にある。しかし、この予算は極めて少なく、不十分なので、予算の充実を図ってほしい。このネットワークに相談してもらえると感染対策のことは支援できる。直近では碧南市民病院に対して支援しており、治療に関してはできないが、感染対策についてはスムーズにいろいろと御教示できる。

私からは5点検証すべき点を申し上げたい。

まず1点目は保健所の対応について。保健所には極めて頑張っていたという認識はあるが、保健所からの連絡が、我々の感触では保健所間で異なっていた。保健所間の対応が、どれくらい、どういう部分で異なっていたかを検証してほしい。また、保健所の人員配置が適切であったかどうかとも検証が必要。

2点目に、公表のあり方について。実際はどこでクラスターが起きたということは公表されているが、その具体的な事例は、国もどこの自治体も具体的な場面の公表はない。だが、具体的な場面の公表があれば、病院でも一般の市中感染でも、こうだったからこう感染したということが分かるのでぜひ検証してほしい。

3点目に、妊婦のスクリーニングのPCR検査について。特に妊婦は実際には補助されているだろうと思うが、これは方法論並びに経済的な、人的バックアップを含めて検討いただきたい。

4点目は、例えばクリニックからPCR検査をしてほしいという依頼があり、当該病院の検査で陽性となった場合には、現在の規則上、県が入院先を決めるが、そこが機能していたかどうか。具体的には、当該病院で陽性となった場合には当該施設に入院することになるため、当該施設で「検査しなくてよい」という診断をし、結果たらい回しになったという事例がある。

最後に、中村先生がお話になったが、受入拒否がどのくらいあったか。最後はどの事例も受け

入れられているが、例えば1回目、2回目まで拒否され、3回目でようやく受け入れられたといった事例が今後の検証に役立つ。今日は救急の先生も出席されているが、救急でかかったときに診療までに要した時間をぜひ検証してほしい。

長谷川委員長：

保健所の対応、公表のあり方、スクリーニング検査、それと陽性者の取扱い、救急の問題。事務局側で何かコメントはあるか。

事務局：

1点目の保健所の対応について、検証内容の3番の中のヒアリング調査の中でも聞き取りを行っている。それとは別に保健所、衛生研究所の職員に対するヒアリングも進めており、その中でも同様に人員についての問題も上がっている。

長谷川委員長：

公表のあり方は難しい問題。報道協会、放送局の関係者とミーティングする機会があるが、そこでは一応のガイドラインを決めて報道している。地方へ行けば行くほど具体的な内容を求める人が多い。今日は報道の方も多いが、報道のあり方も検証されるといいかと思う。行政は情報が独り歩きすることを恐れる。社会の成熟度、報道の成熟度を検証する必要がある。

井口委員代理（名古屋大学医学部附属病院）：

名古屋大学は救急科の御協力の下で、救急内科系の集中治療室を全て新型コロナウイルス対応という形で使わせてもらい、重症例及び、名古屋大学でのみ対応しているような東海地域における心移植や特殊な治療をされている方に対するバックアップの病院としての機能を果たすことを目的として活動してきた。

当院では、透析患者2名を含む6名が陽性、あとは陽性疑い70名弱を診療してきた。

その中で、問題になってきたことの一つは、保健所との情報共有である。様式が日付単位で変わる等、診療とは違うところで、労力と時間を割かなければいけないところが心理的な負担になった。

2つ目に、PPE、个人防护具の供給に関して、御検討いただきたい。医療従事者の身を守る最終手段としてPPEがあるので、PPEが潤沢に供給されることで、医療従事者が防護のもと診療できるということである。PPEをいかに枯渇させずに、あまねく医療機関に配備するかが重要。今回、PPEがないから診療できず、断っている医療機関もあると思う。更に中国で新しくインフルエンザが出たという報告もある。新型コロナウイルス感染症に限らず、他のパンデミックを起こすようなウイルス感染症が出たとしても対応しうる体制としてPPEの供給体制の確保に関して御検討いただきたい。

3つ目に、新しい生活様式としてソーシャルディスタンスやテレワークなど、県民が他者との

接触を減らすことにより、流行が落ち着いたと考えている。これを継続するために、いかに、どのようなアプローチをすることで有効に県民にアピールできるか、検討いただきたい。

最後に文化や言語の問題がある。ハラル食の対応ができず、藤田医科大学病院にお願いをしたと聞いている。今回ダイヤモンド・プリンセス号のように、様々な言語・文化の方がやはり入院、治療を必要とするため、どのような言語・文化であったとしても、うまく対応できる医療体制の構築に関して御検討いただきたい。

長谷川委員長：

情報提供のあり方はいまだにペーパーなので、例えばオンラインなどで構築してもらえるとよい。また、PPEの問題は重要。言語の問題については、愛知県は仕組みができていますが、活用されていない。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

今、井口先生から話のあった検疫の方は、ハラルの食事が必要な方ということで7、8人入院された。ハラルやベジタリアン、ヴィーガンなど、いろいろな制限に対応したという経験があったため、すぐに対応することができたという経緯があるので、何か共有できるようなことがあればまた相談してほしい。

出口に関して、2点ほど提起したい。

1つは入院期間。PCR検査の陰性化で退院するというので、検疫を合わせて160名以上の観察患者を受け入れているが、約4週間PCR検査の結果が陰性化せず、元気なものの入院しているという方がおられた。ようやくルールが変わって症状ベースでの対応が可能になった。

ただ、報道を見ていると、愛知県ではないが、自治体独自のルールを作って対応するなど、足並みが乱れているような印象も受けている。やはり、リソースを回すという観点で第2波の時に、どのように病院のキャパシティをうまく改善させていくのかというポリシーを県、市で決めていただきたい。

もう1点は、回復者について。ダイヤモンド・プリンセス号の事例で、帰国された方全員にメールで連絡し体調を聞くと、精神的な変調をきたしているというようなことがあった。文献的にも、回復後の呼吸器や精神的な問題が取り上げられている。当院は今回の新型コロナウイルスにはかなり広域で対応しており、依頼があれば尾張全域から患者を受け入れているが、退院後はその回復者がどうなっているかがわからない。

行政より医療の問題だが、今回の医療の受入れの特殊性もあり、回復者がこれから増えた時の、公衆衛生上の配慮、連携をどのようにしていくのかが検討課題かと思う。

長谷川委員長：

特に後半の部分は課題で、どのように対応していくか大変難しい。最初の先生の御指摘はどのように受入れのキャパシティを確保していくかという質問か。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

回復して PCR 検査だけが陽性というような方に関し、退院として自宅において経過観察でよいとなったが、それでは周辺住民が不安がるので、PCR 検査が陰性化するまで入院させるという医療機関を報道で見た。しかし、科学的に合理性のある形で対応すべきと思って発言した。

長谷川委員長：

科学的データが今後出てくると思う。PCR 検査が陰性にならなくても退院が許可されていると思うが、今後の動向を見てゆく必要がある。

山本委員（名古屋大学医学部附属病院）：

名古屋大学で救急と集中治療を行っている。

今までの先生方のお話で非常に良い話がたくさん出たと思っている。

1 点目は人口が大阪よりやや少ないぐらいの愛知県でこれだけ感染者を抑えられたというのは成果だと思っている。その要因として一番大きかったのは、おそらく発症してから検査までの時間が東京・大阪に比べるとかなり短い。おそらく東京・大阪が約 1 週間かかっていると思うが、県は約 3 日。これがよかった。

あとは知事に御英断いただき、宿泊療養施設を整備し患者に支援していただいた点は非常によかった。

今後の課題ということになるが、柵木先生、服部先生がおっしゃった、最初の PCR の検査体制。また、先ほど井口先生が言われた、PPE を一番必要とするのは、最初のお医者さん。イタリアでは 150 人の医師が亡くなっているが、そのほとんどが高齢の開業医で、発症直後が最も危ないということがわかってきている。1 週間から 10 日経過すると感染力がなくなると言われているので、ぜひ PCR の検査（検体採取）をされる先生方に PPE を充実させていただきたい。

2 点目はロジスティックスの問題。運用の問題だが、まず前提として、日本は先進国の中では最も人口当たりの ICU の数が少ない国である。10 万人当たり約 5 床で、これはイギリスとほぼ同じで、イタリアは日本の 3 倍、ドイツは 7 倍、アメリカは 10 倍ある。アメリカは感染爆発が起きているが、キャパシティが広いので、まだ余裕がある。一方、日本は余裕がない。その少ないベッドの中でどのように運用していくのかということがとても大事。イギリスの場合は NHS という全国共通の保険システムがあり、病院あたり何床取るようにということが、強制的に割り振られるという仕組みになっている。日本の場合はそういう法体系になっていないので強制的にやることは難しいと思うが、先ほどのフェーズ分けのお話につながる。

それから、情報公開について。ドイツの場合、どこの病院にどれだけ ICU があるか、空きベッドがあるかということすべて公開している。これはかなり先進的な例だが、病院において他の診療科を説得して新型コロナウイルスのための病床を確保する際、コンフリクションが発生し、どこの病院でも、院内を説得をする立場の院長や感染症科の先生方が一番大変な思いをされている。そこを他の診療科の先生方に御納得いただくために一番重要なことは、全体状況がどうであ

るかということが目に見えることである。つまり、この地域にはこれぐらいの重症患者がいるということになれば理解してもらえる。そのため、情報共有を大事にしていきたい。

さらに、東京・大阪でどういうことが起きたかということ进行分析しているが、東京は医療崩壊が起きたかと言われれば、救急医療に関してはおそらく崩壊していただろうと思っている。

その理由は、救急車のお話があったが、搬送困難事例と呼ばれるものが、東京だと3月、4月の20日から26日の1週間、前年の344件から、854件に膨れ上がっている。

この原因は、ある程度仮説を含むが、おそらく次のようなものだと思う。

東京にICUは1,150床あり、そのうち900床が院内のICU、250床が救命センターICU。救急車で運ばれると基本的に救命センターICUに最初運ばれてしまい、院内のICUには運ばれない。そして、脳卒中とか心筋梗塞の患者は減ることがないので、その患者によって、救命センターの70%が埋まっている。そうすると東京の救命センターICUで空いていたのは約75床となる。しかし実際東京には3,000人の入院患者が発生しており、西浦先生が出した重症化率を掛けると、200人超の重症患者が出ていた可能性がある。200人超の重症患者のうち東京都の統計を見ると、100人しか東京で受け入れていない。

つまり、神奈川県等、周辺県にかなり東京の重症患者が流れていた可能性がある。

これはなぜ起きたか、東京は1,150床、ICUがあるのに、どうして200人ぐらいの重症患者をマネジメントできなかったのかというと、おそらく救命センターICUの250床のうちの75床しか空いていなかったため、多分救命センターICUとしても限界だったと思う。

愛知県の場合には、ICU300床に対して救命センターICUが約60床となると、県でも救命センターICUは20床ぐらいしか空いてないという計算になるので、院内ICUを適切に使っていくことが大事である。

長谷川委員長：

非常にリアルな数字で、よくわかった。確かに普段から救命救急は7、8割稼働していて、余裕がある救命救急センターというのは限られている。院内のICUをどのように活用していくか、これからアンケートされる中で、それぞれの病院がどれだけ確保できるかという指摘だった。

上山委員（慶応義塾大学）：

私は政策評価が専門で医学部ではなく、総合政策学部に属している。

地方自治体の行政改革が専門で、大阪府市特別顧問、あと東京都の都政改革本部の特別顧問など、大都市改革を中心にやってきている。

愛知県の今回の新型コロナウイルス対応を見ていると、非常に被害が小さく抑えられている。人口比で見て、患者数が非常に少なく素晴らしい。

初期対応も早かった。さらにこの医療専門部会の議事録とか県庁の資料も拝見したが、非常に本音ベース、オープンな議論がされていて、まとまりよく現場中心に動かされてきたのではないかなと思う。

そういうことで第1波は結果オーライと思うが、御承知の通り第2波、第3波が予想される。このパンデミックはおそらく今後、数年付き合わなければいけないリスクだと思う。

専門の都市経営という目線から言うと、都市はずっとリスクと向かい合ってきた。人がたくさん住んでいると、当然いろんなリスクが発生する。一番古いのは火災や水害、地震、戦争、公害。最近インターネットのハッキングといったリスクにさらされており、それぞれリスクマネジメントのインフラづくりが進んでいる。例えば火災対策ではIoTを使うようになり、近代化が進んでいる。水害と地震は、日本は世界の最端レベルだが、戦争のリスクは70年間経験していないため、日本全体で非常に弱い。パンデミックに関しても極めて弱い。マスクや生活習慣といった要因で結果オーライになっているが、リスクマネジメント、体制という意味だと全国的に脆弱だろう。パンデミック対策のインフラは真剣に作る必要がある。一部報道でも言われているが、日本の感染症対策は、上下水道を引いて保健所を作って予防接種するということではほとんど止まっており、それ以降のところについては、移民も入ってこず、極めて清潔で、進化してこなかった。この問題を大きくとらえる必要がある。

ただ目前には、厚生労働省から7月末を目途に、調査するという話が出てきている。なので当面は、今日の別紙にあるような具体的な現状調査に集中する。

ただ、それが終わった後は、都市のインフラという視点で、もっと本格的な体制づくりを考える必要がある。今の議論は第2波に備えて、感染症対策の専門医療機関が、医療の世界の中でどういうふうに問題をこなすかという課題設定だが、将来的には、感染症対策以外の医療資源、開業医や幅広く介護の施設、医療の範囲をかなり広げてもいいが、平時からうまく教育して、そういう人、お金、施設をどういうふうに、異常、危機のときに使うかが重要。

それから医療以外の世界ができることもかなりある。例えば、今はホテルで長期療養者を従業員が扱いきれない。しかし、教育や資材を与えることによって、看護師ができるようなことまでできると思う。あと保健所も都道府県中心にやっているが、市町村の職員が保健所の手伝いができる。

こういうソフトなインフラづくりが必要。それをやるために人海戦術ではなく、情報インフラを相当充実させる必要がある。

あとは、検査日ではなく発症日ベースの患者数の把握が必要。

先ほど、救急搬送のスピードという話があったが、ありとあらゆる段階で、情報に関してはスピード感を持って、共有化できる仕組みを組織の枠を超えて作る必要があるだろう。

マンパワーの問題点は、教育を含め非常に深刻である。普段、専門家を遊ばせておくわけにいかない。多能工化の仕組みを作っていく必要もある。医療関係者だけでなく、周辺のサポートの人達も含めて、マンパワーの量と質をどうやって充実させていくかは、インフラ構築の大事なテーマである。

それからこの別紙の内容だが、7月末に厚生労働省に提出しなければならないものだけを書いてあると理解した。しかし、この検証委員会でやる話は、これよりはるかに幅が広い。この別紙は供給者側の目線で、医療機関をどのようにサポートするかという視点でしかない。県としてや

るべきことは患者視点で点検し直す必要がある。例えば新型コロナウイルス疑い患者本人がどうすればいいかわからない状況におけるケア、開業医に対するバックアップなどの、時系列で発症から、診断、検査トリアージ、治療、退院に至るまで、患者目線の流れに沿った点検は、最終的にはやらなくてはならない。

それから出口の方も、システムやルール、規制を変えるとか、そういったことを想定したようなヒアリングをしなければならない。別紙に書いてあることだけだと、要望をとりあえず聞く感じになっており、どこまでの規模の話をしていいか現場の医療機関の人もわからない。そういう意味では今後の調査の改善が必要。

また、「関係者」とは医療崩壊に繋がる関係者全部だと思う。保健所の職員、開業医、介護のヘルパーや救急救命の職員。その関係者が実際にその医療崩壊の兆しみたいなものをどこで意識するのか、それからどういう段階で声を上げていくかが重要。だから、病院をどうやってサポートするだけでなく、医療分野の等身大のヒヤリハットという視点からの調査を行う必要がある。

そのため、生の声、データをできるだけそのまま委員には上げてほしい。

もちろん勘違いや誤解もあるので、それを全部情報公開すると混乱する部分もあると思うが、作業のプロセスでは生データを委員に必ず提供いただきたい。

長谷川委員長：

広い視点で御指摘いただいた。

時間が来たので、これだけという意見があれば、発言願いたい。

松浦委員代理（愛知県病院協会）：

病院関係者から、大変経営的に厳しくて大変だ、これだけは言って欲しいと言われたのでよろしくお願ひしたい。

長谷川委員長：

本日は非常に熱心に御議論いただき感謝申し上げます。

いろいろな課題が出てきたので、これを踏まえて検証していただきたい。

大村知事：

長時間にわたり熱心に御議論いただき感謝申し上げます。今回いただいた意見を踏まえ、まずは7月末に第2回の検証委員会を開催し、今後の第2波に予想される患者数の推計や病床確保計画等を御議論いただき、そうした体制について取りまとめていきたい。

上山委員からもあったように愛知県は2ヶ月以上、落ち着きを見せているが、東京等の推移を見ると本当は収まっていないのではないかと、もっと早い段階で第2波が来てもおかしくないのではないかと思う。冒頭柵木会長からもあったように、PCR検査のあり方、アクセス等については、いろいろなシミュレーションをし、個別に話を聞いているところである。1,300超まで積み上がっ

てきた PCR 検査体制のうち、医療機関が 754 で全体の半分超と、医療機関の協力で、PCR 検査体制を作っていただいている。これをどう感染者の抑制に結び付けていくかが重要。今その組立てをしており、まずはそこをしっかりとやっていく。これからインフルエンザと新型コロナウイルスが同時に流行した場合どうするかなども含め様々な課題があるので、それを着実に解決し、体制を作っていく。その際は先生方から御提言・御指導いただきたいと思っているので、今後ともよろしくお願ひしたい。

(以上)