

第1回愛知県新型コロナウイルス感染症対策本部医療専門部会 議事概要

日時：2020年3月18日（水）午後2時から午後3時

場所：愛知県議会議事堂 1階 ラウンジ

1 挨拶

大村知事：

本日は、愛知県新型コロナウイルス感染症対策本部の中に医療専門部会という形で、感染症対策、医療の専門家の先生方にお越しをいただき、この会合を開催させていただいた。

メンバーとしては、愛知県内にある4大学の医学部から感染症対策の代表の先生方、県医師会 柵木会長、名古屋市医師会 森理事、感染者の方を引き受けていただいている病院の代表として病院協会の浦田会長にお越しいただいている。また、全体的な取りまとめをしていただくため、医療専門部会の部会長を、国立病院機構名古屋医療センターの長谷川院長にお願いした。

後程、保健医療局長から補足説明をするが、私から愛知県の感染状況を簡単に説明させていただく。相談窓口として、帰国者・接触者相談センターを愛知県内の全ての保健所と名古屋市の各区の保健センターに設け、また、過去に新型インフルエンザの時は発熱外来を設けたが、同じ様な窓口を、帰国者・接触者外来として県内の46の医療機関に設け、医師の診断の基に必要な方に検査を実施している。

愛知県と名古屋市のそれぞれの衛生研究所で、現在フル回転でPCR検査をやっており、これまでに2,150件ぐらいの検査件数、1,300人を超えている。日本でも一番多いぐらいではないか。

感染症指定医療機関は、県内に12か所、72床あるが、入院協力医療機関が、他に33か所、89床あるが、さらに増えて、現在190床を確保している。随時、どんどん増やしており、もう200床を超えて、入院病床を確保している。更に増えていくと思う。愛知県の医療資源は、先生方のご協力で、まだ増やせる余地があり、いざとなれば、御相談できるということで、お願いさせていただいている。

新型コロナウイルス感染症クラスタープロジェクトチームを、3月4日に県と名古屋市で作った。常に意見交換や情報共有をしており、機動的に対応している。また、厚生労働省からも専門家クラスター対策班を受け入れて、様々に分析検証、アドバイスもいただいている。

昨日の夜9時時点の感染者数は、全体では、1月に中国の武漢からの旅行者の方が2名発生し、2月の頭に全快してお帰りになっているので、その方を除くと123名。

特徴的なのが、名古屋市内で発生した二つのクラスター。一つは、ハワイ旅行から帰ってこられた60代の夫婦による、スポーツジムを介して感染した39名のクラスター。もう一つが福祉施設で、デイサービスセンターなどで拡大した51名。そして、亡くなられた方が14名。二つの大きなクラスターの後は、県内に何人か断続的に出てきて、治っている状況。感染者そして濃厚接触者と健康観察対象者は、今のところは、すべて追いかけている。これが他のところと少し

違うと思うが、いずれにしても、人数は相当多い。横浜のクルーズ船からの入院搬送者は9名、藤田医科大学の岡崎医療センターで128名の陽性者、及び症状が出てなかった方を受け入れて、計137名を受け入れており、7名の方が入院されている。検疫患者は、中部国際空港の検疫所で東南アジアから来られた方1名に陽性が確認され入院しており、現在100名の方が入院している。

2009年に新型インフルエンザが流行した折に厚生労働副大臣をやっていた際、連休明けに関西で100名の集団感染が発生し、それから厚生労働省の講堂を開け、300名を省内から集めて、対策本部を作って、毎日詰めた。6月19日ぐらいに、水際作戦などをやっていたが、結局感染の拡大ということで対策を切り換えて、重症者に対して濃密にやると。罹った方は、まずは自宅療養という形にした。あの時は、2009年も衆議院選挙が迫っていた。現に7月に衆議院解散となったので、私は与野党の国会議員及びに候補者の皆さん全員に「もう握手はやめてください、集会も控えてください、そういう中で選挙をやってください」と申し上げた覚えがある。結果として、7月、8月ぐらいまで感染が増え、確か推定2,000万人ぐらい感染した。ただ、ほとんどの方が軽症で治った。今回がどこまでになるかは、これから専門家の皆さんのお話をお聞きするが、世界中でこの様に拡大している中で、この愛知・名古屋での感染拡大を何としても抑え込んでいきたいので、先生方、御指導・御鞭撻をお願い申し上げたい。

なお、これからの経済関係のことも非常に心配。愛知県の主力の自動車産業では、トヨタ自動車が今も2交替で稼働している。今は、3月だが、日当たり13,200台を生産している。年間国内生産320万台超なので、工場は基本的にはフル稼働に近い形で動いており、リーマンショック、大震災の後は1か月半トヨタのラインが止まったことから、その時とは違う。何とか踏みとどまっていると思う。

ただ一方で、宿泊施設、飲食、中部国際空港では、ほとんどお客さんがいないような状況。交通、宿泊、飲食、観光関係の打撃は計り知れなく大きいと思うが、まずは感染を抑え込んだ上で、また先生方の御指導をいただき、しっかり対策していきたい。

2 議題

(1) 新型コロナウイルス感染症の現状等について

事務局から (1) 新型コロナウイルス感染症の現状等について、配付資料により説明。

大村知事：

補足すると、豊田市や豊橋市の保健所にもPCR検査の機械があるのでお願いして実施してもらうことにしており、民間の医療機関、検査機関にも、現在お願いしている。新型コロナウイルス対策として、LINEのアプリで友達申請して相談をするとAIが答える仕組みを神奈川県で実施しており、先週に“愛知県でもやりませんか”とお願いいただき、LINEと県の技術者で組み立て、昨日から電話に代わる相談窓口をスタートしている。この取組も、多くの県民の皆さんに御利用いただければ。受け答えについては、日本感染症学会のサポートで作らせていただいている。

柵木委員（愛知県医師会）：

病院協会の浦田会長も出席されているが、実際に医療現場に立つ立場として、今回の新型コロナウイルス感染症に非常に危機感を持っている。今週の土曜日には県内の医師会の代表等、病院協会、感染症病院も含め、一堂に会して現状の意見交換を行うことを予定している。

新型コロナウイルスに対する対応をどうするかだが、基本的には、新型コロナウイルスを日常医療の外側に位置付ける。いきなり新型コロナウイルスを日常医療の中に持ち込むと、普段の医療がかなり窮屈になったり、崩壊する可能性が高い。本当に医療が必要な人には、外側から医療の中に入れて、そこで医療ができるようになったら、また外側へ返す、この様な大きなコンセプトで対応する必要がある。医療資源が十分にあるからといって、医療機関でそのまま一般の患者さんとして対応するのは相当無理がある。これが、私の今の新型コロナウイルス対応に対する基本的な考え方。

具体的に例えると、愛知県に感染症病床があるが、足りていない。一般病院の協力もいただいて、感染症の患者さんを引き受けることもあるかもしれないが、病床は、あくまで管理するための機関ではなく、患者さんを治療するための機関。従って、患者さんをしっかりと治療できるシステムを作る。感染症の中で、半分ぐらいは軽症者、不顕性感染、症状のない感染者が半分。そういう方々を含めて、全てその病院で面倒をみるのがいいのか、これは随分色々な人と話をした。そういう軽症者、不顕性感染に関しては、そういう一時生活施設を用意して、そこで生活を一定期間していただく。そして、医療機関で仮に肺炎等で症状が悪化し、かなり治ったが、検査したらなかなか陰性化しない方も多く病院に入院しておられて、病院機能を大きく阻害している。こういう方も、そういう場所で生活していただく。本当に重症者は医療機関でしっかりと治療して、治った方、必要のない方は一時生活施設でやる。

一番良い例が、藤田医科大学の岡崎医療センター。病院ではなく、病院の認可を受ける前の施設である。前に知事と視察に行ったが、クルーズ船から 128 名、また後で土井先生から御説明があると思うが、軽症者、無症状者を集めて、そこから重症になった人を外へ出していく。愛知県、名古屋市も含めて、是非この様なシステムを考えていただきたい。私は、この話を色んな所でしているが、多くの、特に病院関係者の願いである。大村知事、この様なシステムをご検討いただきたい。

もう一つ、今の基本的な考え方について。医療の必要な人を入れてまた外に出すという意味では、外来医療も同じことが言える。例えば、新型コロナウイルスの検査を求めて、そういう人たちが、一般の診療所へ押しかける。これも、やはり通常医療を破壊する元になる。だから、そういう方々は、できれば定点を作って、そこで検査をする。この様な流れを作る必要がある。本当に外来治療が必要な人は、場合によっては診療所で診ることもあるだろうし、ほとんどが病院ということになると思うが、もう一度繰り返すが、新型コロナウイルスの治療は、必要があったら通常医療の中に入れてまた外へ流す、この様な流れ、愛知県におけるシステムを是非作っていただきたい。

長谷川部会長：

重要な御指摘と思う。このウイルスは我々が経験したことのないウイルス。

今日は院長の代理として、感染症専門の土井先生がみえた。先程、紹介があったクルーズ船の対応をされていたが、このウイルスの特徴から対策に結び付くようなコメントをお願いしたい。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

医師会長がおっしゃったように、私ども岡崎医療センターで 128 名の受入事業をお受けして、ちょうど先週、無事に事業としては完結した。大きな問題もなく無事に終えたところがまず第一点。陽性の方と、濃厚接触で疑いはあるが検査で陰性の方が混在する状況が、非常に対応が難しい。陽性の方は、ある程度対応がはっきりしている。ただ、疑いはあるがはっきりしない方、或いは陰性である方が、なかなか対応が難しいし、医療資源を実際に食っている状況がある。

私ども岡崎が終わって本院の方に戻ってくると、肺炎の方は通常でも多く入院されているので、どこで疑いをかけるか、どこでこれは違うとって通常対応に戻すかで、病院内、少なくとも入院の方に関しては、医療資源の適正配分という点でかなり違いが出てくる。そこは、非常に臨床的な判断でストレスもあるところ。こういった情報も、知事からも、愛知県、名古屋市の今の状況ではクラスターと繋がっていると。他府県とも違った状況にあることも含め、そういった疑いや濃厚接触といった方、一番対応の難しい方が、どれぐらい実際に感染が判明しているか、或いは通常の肺炎であったかということ、ある程度、医療圏としても共有できると、そういった現場の対応という点で、非常にスムーズになると考えている。

長谷川部会長：

そういった症例で、基本的には PCR 検査で陰性になるまで診ておられた。非常に長い方と割合早く陰性になる方とある。私どもの症例でも 3 週間ぐらい続く方を経験しているが、その辺りはどうか。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

これは先週、日本感染症学会のホームページからも速報として発表させていただいた。クルーズ船の方で、大体、陽性の検査が出てから、1 週間ぐらいは陽性が続いて、1 週間目から 2 週間目にかけて一斉に陰性化してくる。ただ、一部の方に関しては 3 週目、或いはそれ以上まで入ってしまう。それについても、まだ検討しているところだが、ウイルス量がかなり減ってきている。

米国や他国の報告も合わせると、実際にこの最後の方に検査が陽性になっている方が、二次感染等のリスクになるかに関しては、まだはっきりしない。いかんせん、直後の方とはかなり違うだろう、リスクは低いだろうということもある。この辺の情報は、これからどんどん出てくると

思う。そのリスクを層別化することも、対策とか隔離について、重要な情報ではないか。

長谷川部会長：

症状を発症してから大体1～2週間という理解でいいか。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

この場合は、陽性になった場合。私ども岡崎医療センターでは、比較的軽症の場合にそのような対応をしていた。そのため、今回の市中の場合、ちょっと違ってくることはあるが、ただ、今の愛知県、名古屋市の状況では、クラスターが見つかったから実施する検査が起点になっている場合が多いので、比較的、岡崎医療センターでの経験も活用できると思う。

長谷川部会長：

中村先生、名古屋市の状況で、このPCR検査に要する時間や、患者さんの症状が治まった時にどの様にトリアージしていくかなど、PCR検査の結果から何か情報を掴んでいることがあれば教えていただきたい。

中村委員（名古屋市立大学）：

全体像を完全に把握できていないわけではないが、現在名古屋市ではクラスターを中心として検索をされて、患者さんでは比較的落ち着いている段階から急速に増悪する。特に高齢者施設の濃厚接触者のクラスターでは、陽性結果が出て数日の間に悪化して亡くなられている方が結構多いのではないかと。自施設ではまだ陽性患者を長い経過で診ているわけではないが、陽性結果の数日後に亡くなられた患者を経験している。一方、疑い例の鑑別が非常に困難であり、各病院がかなりの病棟をコロナ対応で使用しているので、疑い患者の救急搬送がなかなか通常のようにうまくいかない。自施設でその様な救急の患者さんを制限なく受けているため、平時の2倍ぐらいの肺炎の患者さんが搬送され、疑い症例も毎日数名ずつ入院している。そのような方々のトリアージと収容は、現場の課題になっている。

長谷川部会長：

浦田先生、病院協会の立場から、何か御指摘をお願いしたい。

浦田委員（愛知県病院協会）：

私は安城市の病院にいますので、名古屋の特に南部の患者さんをたくさん診ている病院の院長先生の御意見を、ここへ来る前に少し聞いてきた。

先程、知事が190床ないしは200床を準備していると言われたが、おそらくその病床のほとんどの病院が、いわゆる急性期医療を担っている病院で、その地域においてなくてはならない。万

が一、その病院の機能が一部でも低下する、或いは停止するようなことがあると、その地域にとって、救急医療を中心に甚大な影響が出る可能性がある病院ばかりだと思う。いくら不顕性陽性とはいえ、それを受け入れるには、それなりの施設、知識技能を持ったスタッフがいて、防護服の準備がある病院となると、愛知県内に320病院あるとしても、限られてくる。高度の急性期医療になっている病院が、おそらく中心になるだろうと思う。

感染症指定病院のリストを見れば一目瞭然だが、それ以外の病院で協力の手挙げができるのは、地域における急性期医療において、大きな役割を担っているレベル。いくら陽性で症状がないからとして、とりあえず隔離の目的で一番影響の少ないところを選んで入れたとしても、一定の確率で院内に二次感染が出る可能性がある。その動線と通常の診療動線を完全に分離することは、今の病院では不可能。岡崎医療センターのような、あの環境だからこそ、二次感染が防げたのであって、今の病院に求めるのは理不尽。通常の病院が受け入れる以上、職員に患者さんを通しての感染も一定の割合で発生しうるので、手挙げに慎重になるのは理解できる。

先程、柵木会長がおっしゃったように、病院側のダメージの基本は、検査が陽性で症状がない方。本当は自宅でおとなしくしていただければいいが、入院隔離が望ましいのであれば、そのような施設を準備していただくことが、一番良いのかなど。それが病院の一般用、柵木会長がおっしゃられた、通常の医療を守っていく上で一番大事と思っており、是非これは実現していただきたい。これは病院関係者の私が、短時間で聞いた共通の意見である。

長谷川部会長：

柵木先生と浦田先生のお考えは、病院を機能分化させる対策である。これは前回のインフルエンザの時も、その様な話題になった。ある一定の方々が重症化するので、そういう方たちが少数であれば、それぞれの病院で診られる。ある程度落ち着いている方、急性期を乗り越えられた方を同じ施設で見続けることは、合理的ではない。こういう方を、どの様に、しっかりと丁寧に対応していくかだと思う。名古屋大学の八木先生はどう思われるか。

八木委員（名古屋大学医学部附属病院）：

これは、名古屋市で手を挙げていただいて始めていることだが、名古屋医療センターの方で比較的、陰性化に長期間掛かるような方を引き取っていただいている。PCR陰性化持ちの患者をとってもらうことによって、そこで、重症化の可能性もある様な患者を新たに入院させる流れが少しずつできている。

施設で、どれぐらいの数ができるか、患者さんの方が出るかかわからない。それなりの数になると、一つの場所で収容しきれぬのか、どのぐらいを想定してそういったものを作るのか。応援部隊を派遣して、慣れない施設で医療をやるのが、果たしてメリットがあるのかどうか。日常の診療との兼ね合いで、非常に難しい。

今のところは、それなりの医療施設にそれなりの応分の負担をいただいて、機能分化をしてい

るのが、現状。名古屋市南部の病院の方々には、かなり多くの患者さんが発生したことで、かなり負担をかけた。

長谷川部会長：

おそらくこの議論をする時に、フェーズを考えないといけない。現在、我が国はクラスターを含めて、特に愛知県はしっかりフォローができる状況にある。こういう場合は、何としてもその様なところを抑え続けていくことで、重症者の発生を抑えられることができる。

ある程度の数の重症者を診られる病院がある。それから、今の名古屋市の特徴は、高齢者の方が感染しておられるので、亡くなっている方が多い。いろんな基礎疾患を持っておられるので、大変厳しい状況であるが、それが死亡の大きな要因だと思う。ある一定の確率で必ず重症者が出る。それが、一つの課題かと思うが、もう一つ、この先に市中から、感染者が出始める時期がくる。そういうことを想定したくないが、追えなくなった時に、どの様な仕組みを作っていくかが課題、二つに分けて考える必要があると思う。藤原先生、御意見があればお願いしたい。

藤原委員（愛知医科大学病院）：

私は、感染症の専門家ではなく、あまり申し上げることはないが。病院長として思うことは、愛知医科大学病院は、コロナベースの患者さんがほとんど発生していないため、今までほとんど、当院ではそういった患者さんを見ていない。

その様なことから、先週から今週にかけて様々な方面から、もうちょっと積極的に受け取れないかと、御意見をいただいた。今、大至急で整備をしているところ。皆さんがおっしゃっているが、通常の診療を維持しながら、新たにその様な体制を講ずるとすると、どうしても、今までの新規を、ある程度犠牲にせざるを得ないので、そこをどの様にするかを考えながらやっている。お答えになっていないかもしれないが。

長谷川部会長：

今の段階だと、日常診療の中の一部に組み込みながらできているが、アウトブレイクすると、全員で戦っていくことが必要になる。この時にどうするかが、次の大きな課題である。この先その様にならないように、今の抑え込みが、うまく機能して欲しい。

アウトブレイクした時に、どのような仕組みを作るのか。どうでしょう、土井先生。

土井委員代理（藤田医科大学病院）：

それは避けたい事態ではあるが、限りある医療資源ということを考える上で、患者さんが非常に増加したという時には、軽症の方は、自宅とか、或いは、今、先生方がおっしゃったような観察できるような場所を提供してと、ならざるを得ないと思っている。ただその時に、それに合わせて重要なのは、自宅に待機してくださいと言われた方が、発症した場合。一部の方は当然、確

率的に発症するので、この方々をスムーズに受け入れられる体制が担保されていることが重要。ただ、悪くなったが、病院の方で、もういっばいで受け入れられない様なケースは、なんとしても避けなければいけない事態。その意味でも、医療機関同士とか、地域的な連携がさらに重要と考えている。

長谷川部会長：

森先生、市の医師会のお立場から御意見をお願いしたい。

森委員（名古屋市医師会）：

市の医師会も同様に受入施設が必要と考えている。大阪でも同じように発表があったと思うが、軽症者、重症者、そうでない方のそれぞれの受け入れ先を決めていかないと、アウトブレイクしたときには、本当に対応が無理。そのため、症状の無い方は自宅であり、受け入れ先を用意してもらって。そこで発症した後について、議論には出てないが、搬送する車が今、実際に足りてない。協議があればできるが、通常は救急車で搬送できないようになっている。まだ、そこまでは至っていない。症状が出た方は、速やかに、拠点別外来受診。重症化したら、速やかに搬送できるシステムが必要であると思う。

長谷川部会長：

搬送システムは、実際に診療していて、大きな課題だと思っている。急性期を過ぎて、次の受け入れ先の病院に運ぶにしても、その搬送の手段を確保するために行政の方たちが大変苦労されており、明確なルートで動く大変ありがたい。大村知事、今までの議論を聞いて、何かコメントとか質問があればお願いしたい。

大村知事：

先生方のおっしゃる通りだと思う。現在は、そういう形で帰国者・接触者相談外来、保健所相談センターと相談外来で受けて、現場で診断されたドクターの判断で検査をして、そして、陽性であれば入っていただく。もしくは、より重症の方を優先していくという形でやっている。

SARSより収まれば良いが、その次に拡がっていく、うつっていくことを想定して、我々は準備をしていかなければならないと思う。その時に、今言われた、通常の医療業務とどの様に線を引いて、切っていくかが一番大きな課題。そこを含め、また先生方の御意見をいただきながら。

当初の段階から何百というものは、入っていただく所の準備をしているが、これが何千とか何万になった時に、それは無理。だから、2009年の6月の新型インフルのときは、自宅待機、自宅療養と重症者を分けた。ただ、入所施設といっても、例えば普通の宿泊施設を空け、1棟丸々空けたとしても、それを誰がお世話するのか、結局、マンパワーの話になる。一般のホテル、宿泊施設で働いている方に、その陽性の方を受け入れてもらうことは無理。そうすると、病院から医

師、看護師に来ていただいてやることになるので、結局は、そのマンパワーをどの様に確保していくかとなる。我々としては、そういった準備はしている。

昨日、今日は、陽性者が2名、最近、感染の方が出られるペースは相当スローダウンしてきた。これを、日々走りながら、また、先生方と御相談させていただいて取り組んでいく。最後は、医師、看護師いわゆる医療スタッフを、どう確保できるかに掛かってくると思うが、御意見をいただきたい。

長谷川部会長：

大変重要な御指摘である。新しい施設を作った時に、多くの医療機関から看護師、医師を派遣し、みんなで応援しながら、構築していかないと、うまくいかないと思う。柵木先生いかがか。

柵木委員（愛知県医師会）：

医師会でも、これはある種の災害医療と同じようなスキームで、その様な一時生活施設を作った時に医療者をどの様に確保するか。これは看護協会、医師会レベルでも、先生方に自分のところで診るのは、なかなか難しいと思う。だから、もし定期的にそういう施設なり、例えば新型コロナウイルスの検査でも、定期的にやるのであれば、じゃあ一肌脱ごうと、災害の時に自分の診療所を閉めていこうという志の高い先生方も結構おられる。実際に、アンケートを書いていたいたら、50名を超えるドクターが、もし仮に定点でのその様な検体採取や、一時生活施設の中で調子が悪くなって病院へ転送する必要がある場合などのトリアージをやる役割は、自分がやってもよしいと。こういう先生方も結構おみえになる。

だから、知事は確かに、マンパワーの確保はどうするか、そこに張りつけという意味ではなくても、軽症者を不顕性と、症状がない人ということであれば、そういう先生方に、日替わりで出ていただく。施設の管理、もちろん一番が食事、それから、静養とか、部屋の掃除や片付けをする職員も必要。例えばホテルを借りた場合に、そのホテルの従業員の方々にこの様なことをととしても、それは無理。

ただ、1ヶ所にそういう方に生活していただき、その中でトリアージを行うことで、病院の負担の軽減になることは非常に大きい。今、知事は、私はすでに用意していると、こういう心強いお言葉をいただき、何百人ぐらいだったら大丈夫だと言っておられたが、どのくらいの受入れが実際にできるか。現実に人口当たりどのぐらいの患者さんが出てきた時には、どの様な設定をするかということは難しいと思う。ただ、ある程度の数、今、愛知県での150人とするなら、仮にもうちょっとだったら、やらざるを得ないと。例えば300人、400人とどのぐらい急に上がるのか、それとも、少しずついくのかはわからないが、是非行政で、市と手を携えて、その様な施設を整備していただきたい。

医療者に関しては、病院協会、医師会、看護協会、看護協会とも話をしており、その様なことがあれば、是非自分達も協力したいと、その様な意向をいただいております、全医療者で協力してやっ

ていきたいと思う。

浦田委員（愛知県病院協会）：

病院関係者、まだ全員に聞いたわけではないが、定点でそういう陽性、不顕性患者を収容していただけるところを、準備していただけるのならば、愛知県下の全病院がそれに対して、チームを組んで、日替わりで応援することは、全く問題はないと思う。

その様な方向性であれば、今週の土曜日に愛知県医師会館で、愛知県医師会の招集により医療圏協議会が行われるので、その場で病院関係者に具体的な提案をしていいと思う。

長谷川部会長：

非常に重要な御指摘で、医療者みんなが協力して、助け合いながらということだと思う。

現場で働く医師、看護師に聞くと、今何が起きているかと疲労している。疲労というのは、精神的な疲労で、自分達は一生懸命やっているが、孤独感が強い。色々な施設が、患者さんを受け入れて、すでに皆さん頑張っておられるが、そこをつなぐ皆さんの情報共有の場所が、まだ十分整備されていない。

名古屋市は、前回 2009 年のインフルエンザの時にその様なシステムを立ち上げており、ここはこれだけ頑張っているから、うちももっと頑張らなければならないか、ここはこういう患者を受け持っているから、うちがこういう患者を取ろうと、そういう情報共有ができた。

今、名古屋市と県と一緒に対策チームを作られて、少しずつ動き出しているとお聞きしているので、そういう中で、少なくとも医療者の中はしっかり情報共有をしながら、お互いが助け合っていくシステムを構築してほしい。その中で、全体を見ておられる行政の皆さんの思いも入れて、病院の機能の分担をする必要があると思う。

柵木委員（愛知県医師会）：

現状、県と市がチームを作って、多分地域の病院の方々と交渉して、患者さんを振り分けておると思うが、その中で、何が一番、苦勞しているか、この様なことができたなら、もっとトリアージ機能がうまく働くというようなことを、我々、医療を提供する側としても、教えてもらいたいと思うが、いかがか。

名古屋市保健所 浅井医監：

名古屋市で、今たくさんの患者さんがいる。その中で患者さんの状態を聞きながら、この重症度だったら、この辺のところをお願いしようと、主に市役所の中にある感染症対策室のメンバーで、調整を行っている。

名古屋市内で収容が難しい時は、病院を必死で探しているが、今、高齢者の患者がたくさん増えたということで、収容に時間がかかっている。一番難しいのが、状態を判断することで、医師

の者が市役所に多くはいないので、その様な状態を判断して振り分けるのは難しい。できれば、トリアージ機能を持つチームを作っていただいて、そのチームが行って、振り分け機能を持ったチームができれば、愛知県内の色々な所への収容がもう少しスムーズに行くと思う。

長谷川部会長：

その辺りのヘッドクォーターのような組織を、医療者を含めて作っていく必要があると思う。そのためには、愛知県内の病院の主だった先生方に、情報を共有して、どの様にやっていくかを考えていく必要があると思うが、浦田先生いかがか。

浦田委員（愛知県病院協会）：

おっしゃるとおり。全病院、病院協会、234病院ぐらいに意見を求めており、今、集計している最中。今週の土曜日に愛知県医療圏協議会があり、ここに医師会長、県内の医師会長、主要な病院長が全て出る会議が設定されているので、そこにとりあえず資料を出して、全然できないのか、集約調整しており、今後とも経時的に病院関係者が情報共有をしていく仕組みを構築していると思う。

長谷川部会長：

最後に検査のことについて、議論できればと思うが、八木先生、今の検査の現状について、何かお考えがあればお願いしたい。

八木委員（名古屋大学医学部附属病院）：

今、検査結果を見ると、陽性患者の件数と人数の割合で見ると、10数倍は検査をしていることになる。そういった意味では、検査、陽性患者さんの前に、そういう無症状の方もいると思うが、こういった方を検査しているかは別としても、数としてはまあまあの検査をしているのかという気がする。ただ、海外の色々な国の検査の体制、どれぐらい検査をしたのか報道から見ると、日本は絶対的に少ないと思う。

ただ、先程の定点でやられるとか、管区の中でトライするかが実現されれば、なるべく接触や危険リスクを低減した様な形で、検査数を増やせる様なキャパシティがあれば、この感染症の拡がり、より分かりやすくなると思う。そういった体制が、いろいろな施設のキャパシティを合わせて可能なのであれば、望ましいと思う。

長谷川部会長：

森先生、医師会の立場で、より検査へのアクセスが早くなるためには、どの様な課題があるか。どうしたらもっと早く多くの患者さんに検査をしてあげられるかなど、先生方が今持っておられる課題はいかがか。

森委員（名古屋市医師会）：

やはり、情報共有が重要だと思う。名古屋市の衛生研究所でできる検査数は1日30件。このグラフ、表を見ると、1日の検査数170と書いてあるが、分けていけばそれだけの数ができるのであれば、もう少し症状が出た人の時間を分けて、検体を集めた方が、たくさん取れるのかなと思う。

名古屋市が11時に集めた検体を18時に発表するが、その後に検査をしなければいけないものが1日保管されており、むしろその時間帯で、もし検査ができるようになれば、もっと多くの検体が検査できるようになると思う。

長谷川部会長：

かなり検査の体制は整ってきているが、サンプリングが少ないということが、一つ検査が進まない原因であると思うが、このあたりはどうか。

要するに、患者さん、先生方、開業医の先生方が、自由に検査が可能であるか。

森委員（名古屋市医師会）：

開業医レベルでは防護服がなく、実際にマスクが足りなくなった状況にあるということと、市の方針で外来に送る体制になっていないので、とっておくということはない。

長谷川部会長：

柵木先生、医師会の先生が自由に検査をできないということが課題かと思うが、いかがか。

柵木委員（愛知県医師会）：

厚生労働大臣も検体採取は、感染する可能性が相当大きいと。インフルエンザの時だと、かなり気軽にやっているが、その中に一定の割合で仮に、新型コロナウイルスの患者さんがお見えだということになると、今、森先生が言われたように本当に感染防御をして、しかも一人一人、防御服に着替えてやらなければならない。

これはとてもじゃないが、日常診療の中でできる技ではない。基本的に今のスタンスとしては、やはり接触者外来に直接相談、連絡をする。これも紹介するわけにいかないなので、まず相談センターに相談してもらい、そこから接触者外来に行くというルート。我々としても、今後、開業医から接触者外来へのルートを作った方がいいのかどうか。我々が、その接触者外来に直接紹介するというような、今のセンターを通さずに、そうすれば確かに検体数の能力さえあれば、検体検査が増えると思うが、そのルートを作った時に、果たして受けるだけのキャパシティがあるかどうかという問題も含めて、検討していきたいと思う。

長谷川部会長：

今日、様々な御意見が出されましたので、この内容を受けて、行政の皆様方も、今後の新型コロナの対策にお役立ていただければと思う。

閉会挨拶

大村知事：

今日は、大変貴重な御意見をいただき、感謝申し上げます。いただいた御意見を踏まえ、日々、状況は動いているが、的確に、速やかに対応していけるように、しっかり取り組んでいきたい。

なお、冒頭、私が申し上げたが、感染症がどういう形で拡がっていくのか、このまま収まるか、それとも、またさらに別のフェーズになっていくのかは全く予想がつかないが、医療機関等で情報共有していくことが非常に有益だという御意見をたくさんいただいたので、情報共有をしっかりしながら、この新型コロナウイルス感染症を克服していきたい。