

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第18回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和2年12月16日（水）17:00～19:00

**2 場所**

厚生労働省専用第21会議室

**3 出席者**

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜萯 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	川名 明彦	防衛医科大学校教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授

座長が出席を求める関係者

大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
齋藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
中澤 よう子	全国衛生部長会会長
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学学科教授
前田 秀雄	東京都北区保健所長
和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授

厚生労働省	田村 憲久	厚生労働大臣
	山本 博司	厚生労働副大臣
	大隈 和英	厚生労働大臣政務官

こやり 隆史	厚生労働大臣政務官
福島 靖正	医務技監
樽見 秀樹	厚生労働事務次官
正林 督章	健康局長
迫井 正深	医政局長
中村 博治	内閣審議官
佐々木 裕介	地域保健福祉施策特別分析官
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長

#### 4 議題

1. 現時点における感染状況等の分析・評価について
2. その他

#### 5 議事概要

##### <田村厚生労働大臣挨拶>

委員の皆様方には、本日も夕刻からお集まりいただきましてありがとうございます。心から御礼申し上げます。

昨日は2,402名、1週間移動平均で見ても2,600名を超えており、過去最多水準が続いております。非常に危機感を持っておるわけでありますけれども、そんな中、前回アドバイザリーボードでもいろいろと御意見をいただき、そして、分科会で御提言を賜ったということでありまして、対策本部におきまして、Go Toトラベルに関しまして12月28日から1月11日までの間ということ全国一斉に一時停止という形で決定をさせていただきました。

また、いろいろな飲食店の営業時間の短縮に関しても、いろいろと各自治体と協力しながらこれを延長していくということも含めて決定をさせていただく中において、お店を閉めることになればいろいろな影響がございますので、協力金という形でこれを倍増することも決定をさせていただいた次第です。

医療機関の状況が非常に厳しい状況であることは引き続き続いております。何とか負荷を減らしていきたいという思いであります。具体的には、クラスター発生時の空床、それから、休止等々の病床について、今までは重点医療機関等々に対して対応しておりましたが、どうしてもクラスターが起こりますと、なかなか医療機関がそのまま病床を利用できない形になります。一方で、いろいろな経費もかかってくるわけでありまして、こういうところに対しては空床等々に対しての対応を決めさせていただきまして、また看護師等の負担軽減の観点から、医療機関において交付金を活用して、消毒やリネン関係の民間事業者にしっかりと対応いただけるようにというようなことも財政的な支援をしっかりと考えてきております。

また、人員を派遣いただく場合、医師・看護師には非常に厳しいところにお出ましのた  
だくわけなので、今までも医療機関に対して支援をしてきましたが、これを倍増させてい  
ただきました。もちろんお金が全てではありませんけれども、本当に大変な御苦労をいた  
だくので、少しでも御慰労の気持ちも込めてそのような対応も決めさせていただきました。

15日に閣議決定しました第3次補正予算においては、新型コロナ緊急包括支援交付金と  
いう形で、先ほど言いました病床や宿泊療養施設の確保を支援する予算をしっかりと組み  
させていただいたり、診療・検査医療機関をはじめ、医療機関等に対する感染防止対策、これ  
は1度給付させていただきましたけれども、さらに2度目という形で対応させていただい  
たり、また、小児科等に対する支援、新型コロナから回復した患者の転院を支援するた  
めの診療報酬上の特例措置を決定、計上させていただきました。

最前線で御活躍をいただいている医療従事者の方々は大変な状況でありますけれども、  
厚生労働省といたしましても地域の医療提供体制をしっかりとお支えしていくべく対応し  
てまいりたいと思っております。

年末年始は人の往来がふだんなら増えてまいりますけれども、今回は先般もこのアドバ  
イザリーボードや分科会から御提言いただきましたとおり、「静かな年末年始」というこ  
とでございます。そういう意味では、若干、今年の年末から来年の年初にかけては例年と  
は違ったような状況になりますけれども、ここでしっかりと新型コロナウイルスの感染拡  
大を抑えながら、年明けに、また、人の往来や経済も動かしていかなければなりません。  
一定程度抑えた中において経済をまた動かしていく。こういうことも含めて、今日はまた  
いろいろとアドバイザリーボードから御提言をいただければありがたいと思います。

### <議題1 現時点における感染状況の評価・分析について>

※事務局より資料1に基づき説明。押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-

2、事務局（西浦参考人がご欠席につき、メモを代読）より資料2-3、前田参考人よ  
り資料2-4に基づき、現在の感染状況の評価・分析等について説明。事務局より、資料  
3及び資料4に基づき説明。

（尾身構成員）

- 鈴木先生の資料2-2、2ページ目で、北海道以外は時短要請の効果を判定するの  
にもう少し数日とおっしゃった。東京都の時短要請の効果をある程度判定するのが数日  
というのは、今週末なのか、もう少し週を空けて待ったほうがいいのか、データを見  
ている専門家としての御意見をいただきたい。
- それから、資料4、2ページ目は非常に分かりやすくなった。その上で、2ページ  
最初のポツの最後の行の「地方でも感染の拡大が見られはじめている。大都市におけ  
る」というところは、最後の行の「大都市における感染拡大・維持」のところに文章  
をインサクションする。もう何度もアドバイザリーボードでクラスター班の人が言っ  
ているとおり、今回は大都市から地方に感染が広がっていることを考えれば、そこに

入れて「大都市の感染拡大を抑制しない限り地方での感染拡大を阻止することは難しい」と逆転にして、もう少しインパクトを持たせていただければと思う。

- 2 ページ、2 ポツ。最後の 2～3 行で「一方で、東京などの大都市では飲食店に不特定多数が来店するため感染源として特定されにくい」という「感染源として特定されにくい」の前にインサクションを入れていただいて、「不特定多数が来店するためにリンクが追いにくい」ということ。リンクの追えるものは職場とか家庭が多い。しかし、リンクの追えないものは分からないから書いていない。だけれども、リンクの追えないものかなりの多くの部分が、飲食店であると私どもは判断した。いろいろな状況証拠を、何度もいろいろ議論した。リンクが追えないものはあるが分からないということではなくて、リンクの追えないものかなりの部分は飲食店なのでリンクを追えない、ということをおここではっきり言っていただければと思う。
- 次のパラグラフの 2 行目。「本人が意識しないまま感染拡大につながり、それが、家庭内、医療関係者や高齢者施設等での感染に繋がっている」という部分は極めて重要で、つながっているだけではなくて、これが重症化を増やしている一つの要因になっているのだということをはっきり言ったほうがいい。
- 必要な対策の最後の部分で、「これらの取組による効果を注視し」の後に、注視することは大事で、注視して効果が不十分の場合には、今まで我々が議論したようにさらに強い対策が必要なのではないかと書いていただければと思う。

(鈴木構成員)

- 北海道で言うところの警戒ステージ 3 時短要請の手前のところで、警戒ステージ 2 のところから少しずつなだらかに下がって行って、そのまま時短要請の間、右肩下がりに一見直線上に下がって行ってほぼ 1 を切ってくるというパターンに見える。実は、7 月の東京都の時短営業要請のときもほとんど同じようなパターンを呈している。今回まず一つ違うのが、時短要請の前の警戒段階においてほとんど下がっていない、実際人の流れもこの期間においてほとんど減っていないというのが、北海道や夏の東京とパターンが違うので注意点として考えられる。
- 時短営業要請の効果の判断については、時短要請が始まったからぐんと下がることはこれまでほかの自治体においてもなかったもので、北海道のように右肩下がりでだらだらと下がっていくというのがベストシナリオ。本当にそうなっているか判断するのは、北海道のパターンを見ても分かるように日数をかけないと、スタートして 3 日、4 日では判断できないと思う。正確な数字をここで責任を持って言えないが、時短要請が始まってから 1 週間程度観察して、それで下降傾向にあることが確認できるまでは、効果があったかどうかについて物を言うのは難しいかと思う。直近で時短要請が始まって 2 日程度ぐらいのところですので、あと 4～5 日は様子を見る必要がある。

(齋藤参考人)

- 資料 4 で、感染の状況を表現する言葉が「感染が拡大」「引き続き感染者が発生して

いる」「多くの感染者の発生が継続している」「感染が継続」、幾つかある。これを整理したほうがいいのかと思っており、拡大といったときに数の増加と地理的な拡大という意味の2つが交じって表現されてしまっている気がする。また、感染者の「感染が継続」という言葉は、いわゆるRが1なのか、あるいは1以下ではあるのだけれども感染者は出ているという意味で言っているのか、2つの意味が混在していると思いますので、ここは書き分ける必要がある。

(中島参考人)

- 資料4の2ポツ目の最後の部分、「しかし」以下。保健所と医療機関が相当に疲弊していることを受けていますので「各地で」の以下「診療と通常の医療との両立、」の後に「公衆衛生対応、迅速な発生時対応が困難な状況」というものも起こってきており、加えてはどうか。

(和田参考人)

- 今日(12月16日)は新規感染者の通常2週間遅れで重症者のピークが来ることを考えると、年末に入ってきているという危機感を少し入れておくなどして、自治体それぞれで考える、並びにこれからの新規での感染拡大は早く検査をして抑えていかなければ重症者が増えてくる、そういったストラテジーのようなものを自治体等とも共有されればと思う。先ほど鈴木先生から、あと1週間ぐらい見ないと分からないという東京都の話があったが、そうは言ってももうそろそろ遅いという気がしており、非常に難しい局面だと思っている。

(館田構成員)

- 資料4の2ページ目の必要な対策のところ、酒類の提供が非常に大事だということはおもてがみのコンセンサス。「感染状況が改善しない場合には、酒類を提供する飲食店などの時短要請範囲等も含めて検討する必要がある」というのは、メッセージとしては何となく弱いような感じがする。例えば時短要請の範囲というのは何を意味しているのか、地域の問題なのか、あるいは10時までなのか、8時なのか、あるいは休業要請なのか。これはいろいろやっても駄目な場合にはというところの提案ですから、少し強めにしたほうがいいのか。

(釜谷構成員)

- 資料4の感染状況の2ポツ、「通常医療への影響も出始めており」という状況よりは明瞭に出ていますので、「通常医療への影響は明瞭であり」としていただいたらどうか。

(押谷構成員)

- 資料2-1②について、先ほどほかの地方は割合として少ないと言った。最後のほうにつけているヒートマップや地図などを見ると、首都圏、愛知、大阪、兵庫等の大都市部以外のところでは、感染者が出て、比較的規模の大きいクラスターが出たりして、しばらくはつながったりするが、比較的きちんと追いかけて早期に収束させている。

典型的な例は弘前。長野県の上田、広島県の呉も、一旦かなり地域に広がっていても、それを収束方向に早期に向かわせている。けれども、大都市部ではそれが機能しなくなっている。地方都市でも旭川のようなことが今後起きてくると、そういうことが機能しなくなってくるが、ここまでのところ、三大都市圏以外、あと北海道、沖縄以外のところでは、クラスターから地域内に感染が広がっていても、追いかけていって収束方向に向かわせているという傾向が、この地図などを見ても明らかに分かると思う。

(脇田座長)

- 確かに5ページ、6ページの図がすごく印象的で、東京、大阪、愛知で感染がずっと継続をしていて、そこから地方に飛んでいくのだけれども、地方は比較的収まってくるというのが見てとれる。今般、かなり全国的な感染拡大につながってきているから、まず大都市圏を抑えるということと地方への波及を抑えていく、ということだと思った。

(医政局長)

- いろいろな情報や報道で、医療が崩壊の危険あるいはもう崩壊しているといったコメントなり報道が一般の方々にはかなりの影響を与えていると理解している。先ほど御指摘の「通常医療への影響も出始めており」という表現との比較で、「明白である」というのはかなり強い印象があるが、具体的にその影響の「明白」というのは、例えばどのようなことを指しておられるか解説していただきたい。

(釜谷構成員)

- 例えば、救急医療が通常と同様に受け入れられなくなっているところはもう全国各地で見られており、出始めのレベルではないと思う。

(医政局長)

- 搬送の時間や搬送件数が増えているというのは数字上見てとれるが、実際に搬送できなくて通常の医療が本当に提供できなかったと言える段階までにはかなり幅があるように思う。実際に支障が生じたこと自体は間違いなく局所的にあるが、全国津々浦々でそういったことが「明白」に起きているということなのか、実態を表すような表現にさせていただけるとありがたい。

(釜谷構成員)

- 迫井局長と認識が大分違う。全国から私どもに寄せられている非常に危機的な状況、今日は実際の臨床の現場の人もたくさんいますからぜひ意見を聞きたいと思うが、臨床の現場においては通常の医療が通常と同様に提供できているという認識はほとんど持っていない。コロナ対応のために通常の医療を非常に縮小し、医療資源をコロナに回さないという状況は全国津々浦々で見られつつある状況であり、「出始め」という書かれ方とは大分認識が違うと私は思う。

(太田構成員)

- これだけ感染が蔓延してくると、我々の知り合いの病院でもコロナの患者さんが発生して、一部では何人も発生してというのが起こっている。その都度、その病院は救急医療を止めたり、新規の入院を止めたりして抑え切れて、あまり大きなクラスターは発生しない。でも、かなりの期間、一定の病院が機能を縮小せざるを得ないというのは、非常に多く聞いている。それによってその地域全体が崩壊するところまで行っているかという、何とかぎりぎり支えている状況だとは思いますが、そういう話は散見する。
- また、釜薙先生からもお話がありましたように、命が救えなくなったというところまでは言い過ぎだと思うが、手術などがかなり延期をされているというのは多くの病院から実際に聞いており、出始めてきている、散見しているというよりも少し強い表現なのかと感じている。

(今村構成員)

- 東京は第1波のときに非常に厳しい状況になったこともあって、時間をかけて幾つもの防波堤のように逃げ道をつくってきた。それが徐々に乗り越えられてきている形で、いよいよ厳しいというのが今週の状況。今週、さらに受け入れ可能病床を広げる通知を出そうかという話になったが、その広げる通知先にはがんセンターが入っている。がんしか診ない病院が通知に入っている時点で、通常医療にかなり負担がかかっていると考えたほうがいい。
- もう一つ、実際に起こっている事象として、連携本部が入院調整を行うことがかなり難しくなっている。軽症でも認知症などもともと調整の難しい人たちはいるが、現状として、例えば保健所の方が、高齢者に挿管を希望するかを本人もしくは家族に聞いてから搬送を決めるケースが増えている。高齢者で挿管希望になると入院調整もより難しくなる。その選択の意思決定を保健所にさせている時点で、医療現場では厳しい状況が起こっていると考えたほうがいい。本来は入院後に行うべきことなので、危機感として捉えたほうがいい。

(大曲参考人)

- 基本的には今村先生のおっしゃっていることと同じ趣旨。医療体制に決定的な不具合が起こっているという、重症の患者さんがたくさんいらっしゃって、用意されていた集中治療のベッドがあふれてくるといったことが一般的には言われる。それはそれとしてももちろん一つの基準だが、いろいろなところで機能的に不全があるところはあるのだと思う。例えば、今日も議論があったように、東京都でPCRの陽性率が6%で全然下がらないが、本当に検査が全員に行き渡っているのかという議論はあるし、救急車も受入れに少しずつ時間がかかっているところもある。
- あと重症の話とは多少ずれるが、例えば高齢者の陽性者が増えているが、その方々に対してコロナの陽性の方としてどのように医療を提供しているかということに関しては、いろいろな問題が生じている。例えば認知症や徘徊の問題があると、入院の調整

をする保健所、あるいは東京都の調整本部は、入院先を確保することが非常に困難になる現状がある。入院先の調整だけでもかなり負担が生じている。ひいては入院先が決まるまで待たされる高齢の方々に対しても不安、負担にはなるし、このまま増えていくとそういう方々が本当に多く出てくることになる。話はずれるが、本当にそういう方々をそのまま入院させるのが適切なのか、自宅で診る方法はないのか、あるいはそういった方々を受け入れるための医療機関なり介護施設なりを別に用意する必要があるのではないか、そうした問題が出てくるのではなかろうかと思う。

- 重症者の受け入れ先が足りなくなるだけの問題でなく、もうちょっと幅が広くて複雑な問題が起こっているということは申し上げたい。

(川名構成員)

- 埼玉県私どもの施設に関して言うと、もう大分前から呼吸器内科、感染症内科、救急部以外の医師がコロナの診療にかなり割かれており、通常医療にかなり影響が出ているということが言える。
- 救急医療に関しては、第1波のときに非常にコロナの救急重症例が多かったから、3次救急を減らしてICUが2つあるうちの1つのICUをコロナ用にしたが、それによって地域の3次救急が非常にダメージを受けた。今回は3次救急一般を潰さないようにという方向に少しかじを切っているので、逆に重症コロナを受け入れられにくい状況になっている。したがって、近隣の医療機関で挿管されて人工呼吸器がついているような人を受けてくれというような依頼をかなり断っている部分もある。そういう意味で、一般医療と重症コロナの診療のバランスが取れなくなってきたということは言えると思う。

(前田参考人)

- 保健所では初期の入院調整をしているが、相対的に症状が重い方も少しずつ中等症のほうに入ってきている中で、中等症の方が重症化したときに転送先がなかなか見つからないというようなことを、中等症の入院している病院の方はおっしゃっている。真夜中でなければ時間をかけてもって搬送するが、最近の保健所に出てきている現象としては、かなり夜半の2時、3時、4時ぐらいになって、急変したので何とか転送先を探してくれという御依頼が保健所にかかってくる。保健所の者と病院の者とで手分けして、東京都から一応ここは空いていると言われている10か所ぐらいの病院にかけても、どこも受け入れてもらえない、そのうち夜が明けてしまったという事例も出てきている。少しずつ症状が重い方を受け持っている分、そうした重症化のときにいろいろトラブルが起こってくる状況が起こってきている。

(医政局長)

- 今のような実際のお話をお聞きしたかった。「疲弊している」とか「影響が出ている」という一言ではなくて、今のような表現を、御迷惑のかからない範囲で具体的に書いていただいたほうが、現場の切迫感や困った状況が伝わるので、ぜひお願いしたい。

(武藤構成員)

- 前回、認知症とか透析とか結構作文して書いたと思うので、そういう人たちの調整先を見つけるのにとても時間がかかっているということは戻しておいたほうがいいのではないか。それ以外に新しいエピソードがあれば、そのイメージを書いていただくのほうがいいのではないかと思う。
- 2つ分からないので教えていただきたい。北海道以外はまだ対策の評価をできる段階にないということだったが、それは書いたらいけないのか。聞かれると思うので、現時点で評価は難しい、北海道については早く始めたので今できている、ということが行間で伝わるようにしていただくのもありかと思った。
- 最後に、大阪で発症日のデータが公開されなくなっている件をどう捉えたらいいのか。素人目に理解すると、すごく業務が逼迫していて、今まで少なかったときにはできていたことができなくなったことの表れのようにも見え、その結果として感染状況の評価をするときの質が担保できなくなっていると感じるが、もしそうならばそう書いてもいいのではないかと思う。ただ、それは書くと差し障りがあることなのかどうかとも教えていただきたい。

(押谷構成員)

- 大阪だけではなく発症日あまりちゃんと公表されていないところが増えてきており、リスクアセスメントがきちんとできなくなっていることは事実としてあるのかと思う。
- 鈴木さんが言った評価ができないという話は、時短要請とかの評価ができないということで、3週間の評価と切り分けて考える必要がある。3週間はもう終わるので、その部分の評価の話と、途中で始まった時短要請やその他のいろいろなそれぞれの自治体が発表している内容などの評価の問題は切り分けて考える必要がある。

(齋藤参考人)

- 私は医療体制の評価が専門ではないが、医療崩壊という言葉について、ステージ1、ステージ2、ステージ3と、カクカクと目に見えて分かるものではないと思う。現場でこういうことができなくなっていく、こういうことに時間がかかっていくというのがゆっくりと積み重なって変化していくというのが医療崩壊のプロセスだと思う。例えばコロナ医療の影響あるいは通常医療の影響などを、どういうステップで何からやられていくかというのは、みんなのコンセンサスを得たスケールのなドキュメントがあると、これができなくなっている、これができなくなっている、だんだんシビアになってきているというのが少し段階的に見えてくるのではないか。公式資料としてつくるのは結構厳しいと思うが、内部のディスカッションの中ではそういうものがあつたらいいのではないかと思う。

(脇田座長)

- つくるのはそんなに簡単ではない感じがするが、あつたほうがいいとも思う。

(尾身構成員)

- 今の齋藤先生の問題提起について、医療崩壊というのを、アドバイザリーボードか分科会だったかのどなたかが、普通の医療ができなくなって、さらに行けば救える命が救えなくなったという表現をあるときから使った。救える命というところまでは行っていないなくとも、普通の医療ができなくなったということが新しいコンセプトで出てきた。
- そういう意味では、分科会のステージなどで、医療にどれだけ負荷がかかっているというのはぼやっとした言い方しかしていない。もう少し一般の人に分かりやすくという意味では、2つあって、普通の医療、例えば救急ができなくなったとか、がんの手術を延期しなくてはいけないとか、認知症の問題云々ということがだんだんと行われて、それはコロナのためにベッドを確保しなければいけないためだと。私が独法で管轄している病院で、国あるいは都からベッドを確保してくれとなると、必ずいる人を出さなくてはならない。そうした一般診療への影響と、もう一つインディケーターとして、医療の経営が非常に悪化する。この2つの考慮、これは齋藤さんの言うとおりの数値ではできない。いい示唆があったので、また皆さんあるいは分科会で考えてみたらいいのではないかと思った。

(川名構成員)

- 医療崩壊というと、例えば第1波のとき、中国、イタリアやスペインで、廊下に患者さんが寝ているとか、医療従事者が廊下で寝泊まりしているとか、そういう状況がメディアに映ったことが思い浮かぶが、日本の医療崩壊というのはもっとずっと早い段階で起こってくるのではないかと思う。例えば大地震、津波、地下鉄サリンのような、とにかく命が救えるかどうかという状況になれば、廊下に患者さんを寝かせたり、あるいは黒いトリアージタグをつけてしまうといったことも、医療従事者サイドも患者さんサイドも暗黙の了解のうちに医療が行われる。しかしコロナに関しては、あくまでも感染症であって病気だから、今の日本だと患者さんサイドは普通の医療を求めてこられると思う。入院してこられた方たちは、当然の権利として、例えば部屋が寒いとか、コンビニのコーヒーが飲みたいとか、注射の点滴が漏れて痛いとか、そういうことをおっしゃる。そういうところにきちんとした医療を提供してさしあげないといけない。医療提供サイドからすると、医療従事者の負荷が多くなり過ぎて、これ以上患者を持たせると医療安全上問題が起こりそうということになったら、例えば部下に患者を持たせる立場からすると、これ以上持たせると医療事故が起こりそうと思ったら、もうそこで打ち止めになる。そういう意味でいうと、例えば今10人いるところに12人を入れられるだろうと言われても、それはもう患者さんに適切な医療が提供できなくなった段階で、日本であれば打ち止めになる。そうなる、例えば心筋梗塞や交通事故で入院させたいといったときに、もううちは適切な医療が提供できないからということで入院できなくなってくる。患者さんを廊下に寝かせたりとか、そういう

ところが医療崩壊かということ、現場の感覚としてはかなり認識が違ってくる。もっと早い段階で医療崩壊が来ると思う。

(脇田座長)

- 救急医療、一般の医療がどういう形でだんだん失われていくのかということ、インディケーターとして見ることはなかなか難しいかもしれないが、医療の経営にはかなり数字として出てくるものかもしれない。そうしたものを指標に考えていくべきだということで、これはまた我々の宿題としてやっていくということだと思ふ。

(舘田構成員)

- 医療崩壊が本当に起こりそうになったら、緊急事態宣言を出さなければいけない。そのXデーを避けなければいけないわけで、それを想定しながらどのようにシミュレーションしていくのが大事だと思うが、高止まりという言葉が非常に危険。今日も700人近い人が東京で出ていて、700人が出れば必ずその幾らかは重症化して、一旦重症化してしまえば最低でも数週間、1か月、病床を埋める形になってくる。今の高止まりの状況が、例えば1週間、2週間続いた場合もつのか、いつどういうタイミングで緊急事態宣言を出さなければいけないのか、我々はどういうタイミングでそのスイッチをするのか、ということに関して少し考えなければいけない時期に来ているのかと思ふ。

(太田構成員)

- 透析の治療に関して、医療崩壊に近づいていくとどういうことが起こり得るのかをお話しさせていただく。先ほどあったように、透析患者さんの入院の病床の調整は非常に厳しい。東京も、大阪も、名古屋もかなり厳しい状況。かなり重症化するリスクが高い。実感として見ているし、日本透析医会のレジストリを見ても重症化リスクが高いので、厚生労働省からも、原則これは入院で診るべきということになっている。神奈川県さんがつくったスコアリングでも基本的には6点、入院ということだが、入院調整ができなくなると、いわゆる通院透析施設で、とにかく軽症、無症状だったら診てくださいという状況に来ている。これは大部屋。何とか隔離できればいいが、隔離できないと時間的な隔離だけで入院させられないので、火木土の午後に来ていただいて、ここで透析を回しましょうということをしてざるを得ない状況。透析しなかったら患者さんは死んでしまうので、病床がなくても絶対に透析を回すが、すごくリスクを負って、もしかするとそこがクラスターになって大量に患者さんが亡くなるかもしれないリスクを負って回さなくてはならない状況が一部の地域では出始めている。
- 僕らとしてはやれるべきことをやるけれども、最後、飛ぶ可能性もあるし、本来だったらやりたくない、全体としての患者さんのリスクを考えたらやりたくないことも、人命を救っていくためにはやらなくてはならないというところが幾つか地域としては出てきていると私自身は認識している。一部の患者さんに関してはなかなか治療が非常に厳しくなっている。現場はいろいろと工夫しながら動いていくけれども、危

ない橋を一個一個渡っているということを御認識いただければと思う。

(今村構成員)

- 我々も含めて国民みんなが高止まりの数字に慣れてしまっていると思う。ついこの間までは100、200が怖いと言っていたのが、例えば東京は今500の段階で、500か600かと言っている。例えば1つの病院の1病棟を全部空けてくれと言っても、空けられるのは30床ぐらいだったりするのに、毎日500とか700出してしまうその規模感が、医療の現場での規模感とどう考えても合わない。1つの病院で30床空けたから1日30人の新規入院患者を受け入れることはできない。1日に新たに入院受け入れ可能な人数に限られるので、病院の数で分けなくてはいけなくなってしまう。それだけたくさんの病院が、コロナを診て入院を取らないとさばけない数というのが、この規模感。
- これは病院の数が多い東京だから何とか対応している部分があって、地方だと病院数は少なくなってしまうので、もっと小さい規模で同じことが起こるという理解をしておかないといけないかと思う。

(鈴木構成員)

- 医療崩壊、あるいは場合によっては緊急事態宣言をどのタイミングで打つかといった非常にクリティカルな状況において、きちんとデータを使って評価をしていく必要がある。一方で、大阪や兵庫のように、実際に手元にはデータがあるのだけれども公開しないという方向にかじを切っている中で、我々アドバイザリーボードとして流行状況を評価するときに、例えば押谷先生が埼玉で何が起きているか分からないとか、西浦先生が正確な実効再生産数が計算できないとかという状況は、非常にクリティカルな状況だと思う。
- 自治体が入力されているデータなので非常に慎重に扱うべきだとは思いますが、少なくともアドバイザリーボードにおける流行状況の評価を目的としては、適切なプロセスを経て、広くアドバイザリーボードの中で共有できる形をぜひつくりたいと考えていますので、よろしく願いしたい。

(結核感染症課長)

- 感染症法に基づく届出の情報の共有という観点から、しっかり検討させていただきたい。