

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第20回）
議事概要

1 日時

令和3年1月6日（水）10:00～12:00

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
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	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

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
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
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
	こやり 隆史	厚生労働大臣政務官

樽見 秀樹	厚生労働事務次官
福島 靖正	医務技監
迫井 正深	医政局長
正林 督章	健康局長
佐原 康之	危機管理・医療技術総括審議官
中村 博治	内閣審議官
浅沼 一成	生活衛生・食品安全審議官
間 隆一郎	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
佐々木 健	内閣審議官
佐々木 裕介	地域保健福祉施策特別分析官
江浪 武志	健康局結核感染症課長
佐藤 康弘	企画官

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>

（※）公務による遅延のため、実際には鈴木構成員からの資料2-2の説明終了後に大臣挨拶を行ったもの。

遅れて参りまして、申し訳ございませんでした。まずは先生方には、お正月からこのような形で、年明けからお集まりいただきまして、ありがとうございます。改めて、心から厚く御礼を申し上げます。

なかなか厳しい感染状況でありまして、いよいよ昨日は5,000人に向かって手が届くぐらいの感染拡大の伸びになってきており、大変緊張感を持っております。1週間の移動平均もいよいよ3,700人を超えているということでもありますし、死亡者の方々、重症者の方々も数が増えてきています。

北海道、大阪などでは減少傾向が見られてきているといえども、1都3県を中心に全国的には感染者が増えてきています。また、東京は昨日1,278名ということで、年末と比べて2番目に多い数です。分科会でもいろいろな御意見をいただいて、静かなお正月、年末年始をとお願いをしてきたわけでありましてけれども、東京はなかなか人流が減らないという状況が続いています。

飲食店の営業時間に対しても、さらなる営業時間短縮をお願いさせていただくと同時に、現在、いよいよ緊急事態宣言に向かったの検討を進めています。さらには特措法、感染症

法の改正に向かって、なるべく早く御議論いただいて、次期国会での成立に向かって努力をしていかなければならないと思っており、必要な検討を始めています。

医療従事者の皆様方には、年末年始、大変な御尽力をいただきまして、改めて心から厚く御礼を申し上げます。年末年始、非常に心配をいただいたところがあったわけでありまして、実態、なかなか病院に入れないというお声があったことも存じておりますけれども、しかし大変な御尽力をいただいて、この年末年始を何とか乗り切っているということです。なお一層の御尽力を心からお願い申し上げたいと思います。

厚生労働省としましても、さらなる病床の確保に向けたパッケージを年末に組ませていただきました。それぞれの都道府県と連携しながら、民間の医療機関も含めて、さらなる病床の確保に向けて努力をしてまいりたいと思っています。

本日は、現下の厳しい感染状況について御議論いただいているということでもあります。どうかアドバイザリーボードの先生方、本日も忌憚のない御意見を賜りますように、改めて心からお願い申し上げます、一言御挨拶に代えさせていただきます。

<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、西浦参考人より資料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3①から④、斎藤参考人より資料3⑤の説明。事務局より資料4に基づき説明。

(脇田座長)

- 昨日も分科会からの提言で、今、首都圏で緊急事態宣言を発出すべき時期に来ているということだったので、資料4の<必要な対策>のところで、人流を落とすためにももう少し厳しい対策という言葉を加えていく必要があると感じている。また、北海道のところに新規感染者数が減少と書いたのですけれども、西浦先生の実効再生産数では今は横ばいに来ているので、少し書きぶりを変えようと思う。

(舘田構成員)

- 資料2-4を改めて見て、療養調整中はこんな状態になっている。この1か月で、どこに行くか分からないような患者さんがこれだけいる。恐らくその中から一定の頻度で重症例が出て、あるいは間に合わなかったみたいなことが起きてくる。そういうリスクがあるので、ここに対する対応が本当に喫緊の課題であるという記載が必要。資料4の2ページ目の2つ目のボックスに、医療提供体制の準備、確保等を進めると書いてあるが、進めるということがこれから一番大事。今もうやっているけれども、なかなか追いついていかないという現状があるから、ここは非常に強いメッセージを伝えていく必要がある。
- もう一つは、先ほどの前田先生の資料の中で、この1か月でベッド数が全然増えていない。これだけ行政がいろいろお金をつけたりして増やそうとしているのに、1か月

間全然増えていないということが驚きで、構造上の問題なのか、何か増えない理由がある。いろいろなところで議論されているとおし、いっぱいいな施設はもう増やしようがないが、まだ少し余裕がある施設があるならば、そこにどのように協力をさせていただくか。そのためにお金を出しているのに、少なくとも1か月間はうまく奏功していない。2か月前はどうだったのかということも含めて見て、もうこれ以上増えない高止まりの状況になってしまっているのか、何らか原因をはっきりさせるとともに、対策をしっかり考えていかないと、本当に危機的な状況になってしまう。

(脇田座長)

- 調整中の数が非常に増えている。保健所機能も、病院のキャパシティと併せて非常に厳しいというところは書き加えていく必要があると私も思う。
- 今、館田先生が御指摘された2ページ目のところは、むしろ今まで感染があまり見られていなかった地域の話をしているので、特に首都圏でそういう状況にあるということを書き加えるということだと思う。
- 資料2-4、入院65歳以上と未満を合わせても合計が1,000にも満たない。東京は病床数が3,000ぐらいあったような気がしていて、そこはどうなっているのか。

(前田参考人)

- 東京都の累積の資料をつければよかったが、入院数はどんどん増えている。ただ、それが低率で、本来入院すべき人の数には追いついていない。結局、入院の基準になっている方に、相当重症な方が増えているので、なかなかはけない。秋の頃は軽症の方が多くてどんどんはけているから、どんどん入院させて大丈夫というのは、地元の先生方も一緒だったが、今は入院患者がどんどんたまりつつある。東京都全体でいえば2,000人ぐらいの方が新規患者として入院している状況になっていて、2割ぐらいの人が入院しているが、この劇的な増加に比例して病床数を増やすことができていないということだと思う。

(今村構成員)

- 正確な数字は覚えていないが、昨日で2,900超えだと思う。用意していた病床数は3,500床とお示ししているが、3500床の全てが満床とはなっていないだろう。箱(病床)は残っていても、人員が十分に充てられず運用できないケースもあり、先ほど前田先生がおっしゃっているような圧迫状況になっていると思う。

(田村厚生労働大臣)

- 東京は今、直近で入院者数が3,000を超えた。その直近の状況で、本当の意味で即応病床が3,500あるかどうかは別にして、一応3,500という形で確保していただいている。さらにそこに上乗せでお願いしている医療機関が100ぐらいあって、さらに10ベッドずつ余分に確保をしていただくべく努力いただいている。同時に、今まで受けていただけない民間医療機関のほうもお願いさせていただいており、都と厚生労働省が協力しながら、タッグを組んで、チームをつくって、各個別の医療機関ごとにもお願いに

上がるということを今、始めている。

(中澤参考人)

- 医療体制が逼迫しているということは、当然、宿泊療養とか自宅療養されている方にも影響が出ていて、神奈川県も調整がつかない状況が結構毎日出ている。例えば、宿泊療養を始めた当初に入床された方と、今の入床されている方もしくは自宅療養の方で質が変わってきて、要は入院できないとか調整できないからということで、より重症な人が増えている、たまっているということもある。本来、半年前であれば入院されていたような病状の方が宿泊療養や自宅療養にたまってきているという事実も相当問題ではないかと受け止めている。

(太田構成員)

- 大臣からあったとおり、手を挙げていなかった民間病院などでも現実にはコロナを受け入れて診ざるを得ない、無理繰り入院をさせている状況に多分愛知県はなっているし、東京、大阪も増えて、全国的になってきていると思っている。
- ここ最近、特に年末から正月明けにかけて、かなり多くの老人保健施設や福祉施設で感染が起こったという事例の報告を聞いている。そういうところは民間の病院なんかが系列でかなり持っていたりするので、どこにも入れてもらえない。しょうがなく、自分の病院はコロナを診る予定ではなかったが、患者さんのために診ざるを得ないという形で診始めたという病院が幾つも出てきている。
- ただ、少し懸念するのは、そもそも新型コロナを診ることが前提ではない普通の個室で診ざるを得ない状況、決して万全のゾーニングができていない状況で、多くの高齢の方々が入っている病院で新型コロナを診始めている。正式な数字はまだ分からないが、医療機関の中でのクラスターがかなり増えてきているような印象を受けている。このとおり、病床は確保するけれども、100点満点の病床はもう確保できていない。今、地域の医療はかなり危ない橋に追い込まれているということを御認識いただきたい。
- さらに、そういう病床も決して遊んでいた病床ではない。コロナを診るためにかなりのマンパワーが要するため、かなり患者さんを減らして診ている。このため、一般の医療、例えばリハビリをやって自宅に戻すという回復期機能なども地域でかなり制限されてきているし、いろいろなところに制限が出ている状況と認識している。通常で救える命や、通常普通に医療を受けて患者さんに帰っていただく、というのがもうできなくなるような中で、病床を一定程度コロナの患者さんのために確保している状況だということをぜひ御認識いただきたい。本当に医療の提供体制はかなり逼迫している。なので、コロナ病床を増やせばいいという状況では全国的になくなってきていると思っただいたほうがいい。

(中島参考人)

- 昨日、名古屋市保健所と定例のミーティングを行って状況をお聞きしたので、資料4の中部圏の状況の補足という形でお話ししたい。結論から言うと、この書きぶりより

質的にかなり状況は悪い。年末年始のサーベイランスと医療体制の変化によってトレンドが見えないところもあるが、そういう制限つきで、トレンドと逼迫状況をお話する。

- まずトレンドに関して。名古屋市では繁華街を中心に11月29日に時短営業、そして12月18日から県全体へ時短を拡大しているが、最初の繁華街を中心にした時短営業の2週間後ぐらいに、20代を中心にリンク切れの症例数が一部下がっている。ところがその後ほぼ横ばいが続いている。全県下への拡大後の影響は、年末年始もあってまだ見えていない。ですので、順調に下がっているというよりは、ある程度下がったところで止まったという状況。年末年始の2～3週間の状況は、症例全体の数としては増加、プラス65歳以上の高齢者が増えている。先ほど太田先生がお話しされたように、これまで名古屋市では何とか高齢者施設や医療機関での発生を抑えてきていたが、ここに来てかなりの症例が出る高齢者施設の事例が多発している。中には、かなりの数が出ていても、中等症、65歳、80歳以上の方が籠城せざるを得ないという状況で、入院できなくなっている。
- 逼迫度に関して、年末には何とか1～2割ぐらいの病床の調整はできた。今はほぼ満床で、名古屋市内では退院が出ない限り新規受入れができないという状況になっており、名古屋市での入院が必要な患者は、市外の医療機関に調整をお願いしないといけない。そこも徐々に逼迫度が増しているので、なかなか調整に難渋する状況になってきている。重症者も市内ではほぼ満床で、入院できないという状況で、医療の逼迫度はここで書かれている以上に厳しさを増している。保健センター、保健所も、年末年始フル稼働の状況で対応していたようだが、どうしても発生時対応が遅れがちになり、クラスター対策が順調に行われれないということにつながっている可能性がある。

(釜苞構成員)

- 中島先生が言われたとおり、私どものところにも高齢者施設における感染のいろいろな事例の窮状がたくさん寄せられる。最初は、高齢者施設で感染者が出た場合には速やかに入院という原則をうたっておりましたが、もうとても入院はできないので、施設の中で対応せざるを得ない。そうすると、どうしてもそこでの感染の拡大を防げず、感染拡大につながってしまっているのだけれども、もうどうしようもないという状況について、多くの施設から窮状を訴えられている。
- 資料4の書きぶりで、東京以外の場所でも同様の状況は見られている。首都圏のところの2行目に、病床確保のため、通常の医療を行う病床を転用する必要性が生じているとあるが、この必要性はずっと以前から生じており、今はさらに深刻な状況である。修正案として、病床確保のための後に、さらに「通常の医療を受ける病床の転用を求められているが、医療現場の努力による対応は限界を超えている」ぐらいは書かないといけないだろうと思う。
- 今後の病床の利用について、まだコロナに対応していない医療機関があるから、そこ

を発掘すればよいとはなかなか言えない。コロナの対応というか感染症対応に十分準備をしていないところが無理に受け入れると、そこでかなり感染が広がることは明らか。医療機関が消極的であるとか、サボっているとかということではなく、もともと準備が整っていないところに入れるということは不可能。その地域の病床をどう利用するのか、すなわち、どんどんコロナのほうに病床を振り向ける方向に行かなければならないのか、それとも、コロナに振り向けられる病床はここまでと線引きをして対応しなければいけないのかについて、大変厳しい選択に迫られている地域が少なくないと感じる。

- 医療現場の判断でそれを決めるのはなかなか不可能であり、医療現場の判断を支える仕組みがぜひ必要だろうと思っている。

(今村構成員)

- 病床を広げても、患者数が増えればあっという間にそれを越えられてしまうのは目に見えているので、患者数を急速に下げることが大前提と思う。
- 東京の現状、表上は見えにくいところを少し説明したい。例えば透析の患者さんとか認知症の患者さん、あるいは超高齢で挿管希望の人というのは、以前から入院調整が困難となるが多かった。ただ、ここしばらくは、病床が極めて少なくなってきたことによって、それ以外の患者においても入院病床が見つかりにくいという状況になっている。
- 病床が減ってきたことを支える体制として、自宅療養とホテルなどの宿泊療養もできるだけ安全にという形でスタートしたのだけれども、安全度が崩れてきている。現在は、自宅療養もしくはホテル療養している中で悪化してからの搬送患者が増え始めている。少しでも症状の軽いほうから行っていますが、それでも前よりは悪い人が入り始めているからということになる。この質の悪化が非常に問題。
- あと、入院調整中となっている陽性者も自宅にいる。同じ自宅にいても、自宅療養ではなく、調整中の人調整待ちの間に悪化する可能性が高くなっている。調整本部の毎日の積み残し事例がかなり多くなっている、そうしたリスクが高まっている。
- また、保健所の方々が、なかなか転送先が見つからない中で、高齢者の挿管希望を聞かざるを得なくなっている。本来、保健所の方々がやるべき仕事ではない。患者や家族との関係性が取れていない中でそこを確認するというのはかなりの負担。そういう状況も逼迫しているところを表していると思う。
- 救急医療の先生方と毎週会議をやっている中で、三次救急の応需率に影響が出始めているということが問題となっていた。これは極めて大変なこと。三次救急は断らないのが前提。救命救急の通常医療に影響が生じているので、三次救急の応需率が下がるという構造であり、通常医療の圧迫を数字で見るとはなかなかできないが、三次救急の応需に影響しているというのは、かなり緊迫感があると思う。

(前田参考人)

- 高齢者の関係で、私どもは年末年始に3件も施設絡みの感染が発生した。厚労省から全員検査するように通知1本くるが、そんな簡単な話ではなくて、大みそかの日に医師会長自ら来ていただいて拭っていただいたという状況。唾液での検査を試みたが、濃厚接触者十数人のうち3人ぐらいしか唾液が出せなかったため、結局、その施設の入所者全員を拭い液でやるという状況になった。その後、今度は知的障害者の通所施設が出て、さらに悲惨な状況。診療された方がいれば御存じと思うが、大半が身体を拘束して検査しなければならないため、一人一人病院にピストン輸送しては検査するという事になった。いずれにしても簡単な話ではなく、全体の数を抑えなければ、これはどんどん広がっていくという状況。
- そうした中、12月からの北区の保健所の状況を見ると、中旬ぐらいまではリンクなしが3割ぐらいだったが、そこから5割ぐらいに増している。これが先ほど押谷先生からお話があった忘年会等々で、恐らく12月中旬ぐらいまでは会社員の方が多かった。会社員の方が普通の飲み会で感染して、その後いろいろな方々に忘年会やクリスマス会で広がって行って、リンクなしの方ができて、恐らくそれでギアチェンジして、さらに増加しているのではないか。そこからすると、今の時点に至って、東京は飲食店を止めれば何とかかなるという状況ではなくなってきている。11月の飲食店だけで広がっている段階であれば、飲食店をしっかり止めるということで大丈夫だったが、今後はそれにプラスアルファを加えないと、マイルドな方法では無理なのだろうという気がしている。

(脇田座長)

- 昨日の尾身先生の会見のときにも、飲食だけの対応ではまず下がらないので、プラス人流を下げる方策が必要ということを強調されていた。ここは飲食中心と書いているので、修正したい。

(大曲参考人)

- ベッドの確保について、先ほど大臣もおっしゃったように既に行政は動いているが、それを前提の上で、具体的にどういう状況かということをし御説明しておきたい。
- 端的には釜薙先生がおっしゃったとおりだと思っていまして、そろそろ医療体制全体を組み替えて対応するという形にしていけないと思っている。そこには恐らく行政的な強い指導が要る。例えば東京では、公的な医療機関あるいは公的な役割を持った医療機関、100医療機関ぐらいを中心にコロナを受けている。しかし正直なところ、受入れの姿勢に関してはかなり濃淡がある。どこまで受け入れるかというところが、根本的には自己的に判断されているところがあるのだと思う。そうすると当然濃淡は出る。今後も病床を広げていく必要があり、いきなり民間にというのはなかなか言いにくいところがあるので、まずは公的な医療機関から広げていくことになると思うが、その過程で、やはり行政的に指導していただくということが必須だろうと思

う。

- もう一つ、公的な医療機関にコロナの受入れをもっと拡充させるということには、実はバランスが必要。公的な医療機関は救急医療を含めて地域の一般医療全体を担っているのです、そこを誰がどう引き継ぐのかというところの問題が出てくる。救急医療も感染症も頑張っている病院はあるわけなのですが、コロナが中心になると、例えば救急医療はよそに担ってもらわなければならない。1か所は変化して、別のところを調整するという形で、一般医療とコロナ診療の中でバランスを取っていく必要が出てくる。そうすると、全体に影響してくる。恐らくもう調整をする時期に来ていると思っている。ただ、繰り返しになるが、これは医療全体の運用の話なので、やはり行政から各医療機関に対して役割を御指示いただいてやっていくという形になると思う。
- もう少し言えば、東京ぐらい大きな自治体になると区も市もたくさんある。基礎自治体がたくさんあるが、医療圏レベルである程度落とし込んで、医療の運用ということを考える。コロナ診療とコロナ以外の診療をどう一体化して運用するかということを考えていかないとなかなか回らないし、そこをやらないとコロナの患者さんの入院診療の確実な確保というのは難しい。
- 現場の病院として、受け入れられるところは受けるが、周りを見渡すとあまり受けていないところも正直ある中、彼らも命令を受けているわけではないので文句も言えない。そういった不公平感がある。本当に頑張るべきなのか、自分たちを守るほうに行くべきなのかというところで、医療機関として揺れているところもあるのではないかと。その辺が、病床の確保が進まない理由の一つかと思っている。

(脇田座長)

- 大曲先生のお話を伺っていると、コロナ患者の入院調整機能はもちろんあるが、一般医療とコロナ医療のバランスを調整するような機能は今はないという理解でよいか。

(大曲参考人)

- 今のところ、医療機関の中でうまく帳尻を合わせるということになっている。例えばうちの病院では集中治療できる方を6人、全体としては70人受けとられと言われていた。今、患者さんは47人入っている。病院を運営させるには一般医療をしっかり走らさなければいけないので、一般の救急診療も心臓外科の手術も脳外科の手術もやっているという状況で、何とか帳尻を合わせている。ただ、我々がもっとコロナの患者さんをミッションとして受けなさいということになると、また変わってくる。ちょっと話がずれたけれども、個々の医療機関の自発的な努力で調整をしているから、結果的にみんながコロナ診療にディフェンシブになってしまう、そうするとベッドが出てこないということはあると思う。

(館田構成員)

- 大曲先生のご指摘は非常に大事。今説明してくださったように、こういう状態の東京ですら濃淡がかなりある。みんな、できれば受け入れたいという思いはあるのもし

れないが、第1波、そして緊急事態宣言のときのダメージが物すごく大きかった。例えば私立医科大学なんかの経営が非常に苦しい状況の中で、政府が1500万円とか非常に大きな予算をつけているというのはよく分かるのだけれども、積極的に受け入れるのはちょっと控えているところもあるのではないかと僕は個人的に思う。うちの病院もできるだけと思っているが、やはりあのときのダメージが非常に大きかったから、まだ少し控えてもいいのではないかと、という気持ちがあるかもしれない点は共有しておかなければいけない。

- そんなとき、例えば1500万円プラスアルファで予算をつけるだけではなくて、いろいろなやり方があると思う。今回、緊急事態宣言が出される中で、その力をどのように使っていくのかといったときに、それぞれの病院がどれだけ新型コロナに貢献しているかを見える化することで、検証しながらプレッシャーをかけながらというような、政府としてのうまいやり方があると思う。濃淡をできるだけ少なくして、みんなで協力していく方向性を出すのも考えていけばいいのではないかと。

(田村厚生労働大臣)

- 釜范先生がおっしゃったとおり、各民間医療機関が、感染防護のための十分な対応ができていなくてクラスターをつくったのでは意味がないので、一定の準備期間も要ると思う。それから、個別にいろいろ、なに何が必要なのか、どのようなフォローが必要なのかまでしっかりと議論させていただきながら、各医療機関でお受けいただく。医療経営もしっかり成り立たなければいけないので、お受けいただく場合のいろいろな財政支援も用意させていただきながら、お願いさせていただくという形。法律上の強制力はないわけで、我々としてはあくまでも御協力いただく中で、各民間医療機関にもお受けいただきたいと思う。一応、感染症法上では協力の要請はできるようになっておりますので、そういうお願いをさせていただきたいと思っている。

(太田構成員)

- 非常に重要なところ。大臣がおっしゃったように、民間病院も、当然医師であり、また地域で医療を支えているので一定程度協力するというのはあるが、それによって経営が成り立たない場合には、どうしても難しい。例えば市民病院なら大赤字が出ても最後は何とかしてくれて潰れないだろうというものがあるが、民間の病院はそういうわけではない。
- さらに、先ほど話があったように、院内でクラスターが発生してとんでもないことになってしまった場合には、病院が潰れるところまで行ってしまう。それに対する一定程度のサポートを含めてスキームを考えていただかないといけない。いわゆる飲食店が時短の要請があったときに受ける、受けないという話で今、大もめにもめている。それと同じことが基本的には医療の提供体制の確保にもあるのだということはぜひ御認識いただきたい

(前田参考人)

- 新型インフルエンザ対策行動計画の中で、いわゆる地域の医療BCPを作成するということが定められており、私ども東京都内の各特別区でもそれなりに検討していたところだが、ほとんど絵に描いた餅だった。
- 一つには、我々が勝手にそう考えているわけだが、住民側はそれで納得するのかという問題。また、現実を受け入れている病院から続々と看護師さんが逃げ出している状況の中で、医療者側のほうだけが勝手な思惑でこうやってやればいいではないかというわけにはなかなかいかない。
- あと、例えばコロナを診るからといって慢性疾患の方々をほかの病院に移したときに、アフターコロナはどうなるのか。その患者さんたちが全部自分の病院から逃げてしまうことを考えると、今、受け持っていたいでいる病院でも、今以上に受け入れて慢性疾患の方をほかの病院にあげてしまうわけにはなかなかいかないという状況がある。今の時点でアフターコロナのことを言ってもしようがないが、新型インフルエンザ対策行動計画の中で、病床のBCPをどうするのか。今までのBCPの中では経済的支援ということは全く考慮しないでいろいろ検討していたが、経済的な支援も含めた形でのBCPをどのように考えるかというのをぜひ御検討いただきたい。

(医政局長)

- 今日、都庁の医療提供体制の担当の方もおられないので、私が間接的に御紹介させていただく。大臣からあったとおり、年末年始、特に東京都については国と都庁が一体で取り組むよう御指示を総理からもいただいたので、私自身も都庁にお邪魔するなどして、役割分担なりいろいろな知恵を出しましょうということになった。例えば1,000床クラスの病床をさらに上積みするとして、都内では大体100の病院に参画していただいているので、それらの病院にお願いするとすれば、単純な話、平均的には1病院当たり10床みたいな話になる。しかし、病床規模、医療機関の経営状況は設置主体によって違うので、濃淡をつけながらになるが、そういったことを目指してやるということが必要という話があった。
- 先ほど舘田先生から非常に重要なお話をさせていただいており、資料5のとおり、こういったことをさらにパッケージとして対応していく旨を年末にまとめている。2ページの「Ⅱ. 確保病床の最大限の活用」の1番目に書いてあるが、結局、各地域でそれぞれ病院単位でやっていただいているのは事実であり、病院単位の中で、実際にどの程度までコロナ患者を受けられるのか、その代わりトレードオフとして一般診療が影響を受けるということだ。三次救急の話もあった。今の時点では現場現場でお願いしてやっていただかざるを得ないが、その努力を見える化しようということで、Ⅱの1の3つ目のポツに、地域で共有しながら、お互いもう少しここを頑張っていこうみたいなことは認識として持っており、具体的に各地域でやっていただこうと考えている。書くのは簡単だが、各地域や病院によって事情は違うので、正直、難しさはあるが、

こういったこともしっかり進めていきたいと思う。

- また、民間医療機関に参画していただくに当たっては、当然、クラスターの発生とか様々な危惧があるので、同じ資料の3ページのⅢにあるとおり、仮にそういったことが起こった場合にどのような対応をしていけるのかといったことも御紹介しながら、なるべく幅広く御参画いただき、病床について御協力いただきたいと考えているので、引き続き、受け止めてやらせていただきたい。
- もう一点、資料2-4はフローの図であり、日々これだけの方々が入院しているということは、逆に言うと、病床自体は拡大しているが、ただ、病床にたどり着くまでに様々な隘路、難しさがある。保健所のアレンジメントもそうであるし、御家族の御説明の話も先ほど今村先生からあった。そういったことも含めて、しっかり受け止めて、やらせていただきたいと思っている。

(今村構成員)

- 今の話に含まれている部分だが、病床が厳しくなって、新たな病床を開くのが厳しくなればなるほど、開くときに丁寧さが必要と思う。例えば特定機能病院あるいは救命救急センターをどの程度その地域に残さなくてはいけないかなどというのは恐らく地域性があり、その中で傾斜させなくてはいけない。その地域の状況を考慮して検討しなければならない。例えばどのようなときにどのように傾斜をするのか、そういう基準の考え方は同じと思うが、地域のどこの救命救急病院がどのぐらい通常の救急を取っていて、そこを奪ってしまうと大変になるかなどというのは、その地域地域でないと分からない部分もある。そのような地域の通常医療も考慮して整理することによって、新たに追加することができる病床が決まってくるだろう。その辺の整理をすれば、あと開かなくてはいけないところは決まってくるので、そこまでにどこからか少し強めの指示が必要。そうでないと、開けるのか、開けないのか、ほかのところはどうかなどと思っているところがどうしても残ると思う。整理が必要。

(脇田座長)

- 今、医療が逼迫していて、それを軽減するために大前提として、感染者数を下げないといけない。一方で、喫緊の課題としてベッドを増やさないといけないところもある。それはいろいろな調整が必要ということ。将来的にどういう体制を中長期的につくっていくのかというお話もあった。その先のアフターコロナになったときに、慢性期病床をあげてしまったところで、あとはどうするのか、その先の経営はどうなるのかというような話もあって、多分いろいろと難しい問題があるので、少し評価のところに書き込めるようにしていきたいと思う。
- さらに、今の感染状況で、特に救急の応需率が下がってきているとか、調整中の方が急増していてなかなか入院あるいは療養施設に入れられないような状況、これも非常に厳しいということもお話いただいたので、そのところを入れていく。それから、高齢者施設で感染者が発生してもすぐに入院できず、言わば籠城作戦といったところに

追い込まれていて、そこでクラスターがさらに広がっていったことへの対策も必要。最終的には、飲食だけの対策では非常に厳しい状況がある。短期間に下げるのは難しい。もう少し人流を下げる対策を打っていく必要があるといったところが、今の議論のポイント。

(武藤構成員)

- 資料4の感染状況について、12月中旬から全く状況が変わり、増加傾向ではなくて急増していて、全く違う局面であるということを最初に言っていただいたほうがいい。ただ、今の世の中の雰囲気は去年の第1波と全く違って、医療に対しても保健所に対しても国に対しても専門家に対しても厳しい。その中で感染制御に対してどうしても協力を求めなければいけないという状況。そうした厳しさの中でこれを示すということをよく考えて書かないといけない。先ほどの医療の問題も、今まで準備していなかった高齢者施設が悪いのではないかと厳しい指摘が来ると思う。
- また、裏面の必要な対策のところ、先ほど迫井局長から御紹介いただいたパッケージについてあまり言及がない。パッケージをとにかく速やかにやるということをしっかり書いて、医療は医療で努力していることを知らせてほしい。

(鈴木構成員)

- 資料4の一番下に、栃木、群馬、広島、福岡、長崎、熊本等々が挙がっている。今、どうしても首都圏の流行拡大、さらに緊急事態宣言というところで、首都圏ばかりが目されているが、こういった元々医療提供体制の脆弱なところで症例が増えており、都市によっては医療緊急事態宣言あるいは時短要請といった対応をしているので、地方都市に対する対策についても、分析や対策をもう少し書き込んでおく必要がある。
- 今の流行状況を考えると、たとえ首都圏が緊急事態宣言でうまく症例を抑えられたとしても、必ずしも地方で減ってくるとは限らないので、地方都市でも、そもそも新規感染を抑えるような対策が必要であるといった内容も書き込んでおく必要がある。

(岡部構成員)

- 感染研でディスカッションした中で、どうしてもまだ退院のときにPCR検査をやらないと引き取らないということで、引受先がなかなか出てこないというのがある。PCRの説明をして随分理解してはもらったが、退院の基準は基準として、引受先の実態がどうなっているかというのを臨床の先生に伺いたい。

(太田構成員)

- 病院によってまだ徹底されていないというのが実情と思う。先ほどもあったが、コロナの患者さんの転院を受け入れるところは、高齢の患者さんがたくさん入院しているところなので、どうしても院内感染のリスクを極力減らしたい、クラスターを出してはいけないという意識が強く、感染のリスクがないことをしっかり確認して入れたいというのが本音。
- ただ、地域によっては、そんなことを言ったらもう急性期の病床がないのが分かって

いるので、10日たった段階で、その段階ではまだPCRは陰性になっていないものの取りあえず引き受ける。そこで隔離をせずに突然大部屋に入れるだけの度胸はないので、1週間だとか隔離しながらPCRの陰性を確認して、また通常の病床に放流していくという形でやっておられるところがかなり多くはなっている。感染が逼迫している地域が先にそうなっていると思うが、地方なんかはまだそこまで追い込まれていないので、PCRの陰性を確認して、感染性がないことをしっかり保証してもらわないと引き受けないという医療機関や、特に介護に関しては医療のほうで陰性を確認してから出していくということをしないう限りは、最後まで難しいかと思う。

(岡部構成員)

- PCRマイナスというところまで待っていると、延々と長続きする。今、患者の隔離という話が出てきたが、スタンダードプリコーションをやっていれば感染予防はかなりできるのではないかと思うので、その辺の退院基準も検討していただくと、多少でも引き算分が出てくるのではないかと。バックアップする側が、一度入院を依頼して、あとはもう引き取りませんという形になってくると目詰まりを起こしてしまうので、ぜひ検討していただければと思う。つまり、退院基準の見直し、再検討をお願いする。

(結核感染症課長)

- 退院基準の再周知については、岡部先生からお話があったように、感染拡大するごとにしっかり周知をしてほしいという御要望をいただいております。周知しているところ。そうした中で、こういった対策が必要かということについて引き続き御意見をいただきながら、取り組んでいきたい。

(太田構成員)

- できればデータを示していただきたい。例えば自宅に帰れない方は、何らかのリハビリをやらなければいけないとかで転院になるわけで、受け入れた病院ではかなり密着するリハビリを行う。そういう場合に、例えばどこかで、通常のスタンダードプリコーションでリハビリを普通に100例やったけれども、10日たったとき一切感染が起りませんでしたとか。PCRの陽性の患者さんでも、そういうやり方で一切感染が起りませんでした、みたいなデータをどこかで実験で出して示す。特に、疾患ですごく免疫が落ちている方や透析患者さんとかで、いきなり普通の接し方をして、本当に10日で感染しないのかというのが、データがないので、現場は非常におびえているところがあると思う。できるならば、それをやっていただけるとありがたいと思う。

(結核感染症課長)

- 前回、退院基準を見直すときにも、その時点での科学的な根拠を基にお決めいただいた。それで実際にやってみてどうだったのかということについても併せて示すことが非常に支援になるのではないかと御提案だったと思うので、こういった対応ができるか、感染研の先生方とも御相談しながら、また御報告させていただきたい。

(舘田構成員)

- すごく大事な問題。実際、何遍もそういう通達を出してもらって、うちの病院のスタッフはよく理解しているのだが、受入先の医療機関や介護施設がやはり怖がる。PCR陽性でも受け入れてくださいという通達が来ていると言っても、やはり怖い。もしもその人が原因で院内感染を起こしてしまったら大変。我々医療機関に向けてだけではなくて、介護施設など受入れの側に対して、どのように、そうした情報をエビデンスとともに伝えていくのかというのが改めて大事と思う。

(和田参考人)

- 先ほど武藤先生もお話しされたように、対策を強化していくところに市民の一体感がなかなか得られていないのは本当に大きな課題だと思っている。
- その中で、飲食店をどうするかというのは夏ぐらいからずっと言われていたが、なかなか対策が十分に行き届いていないところが残っている。補償のお金を払うようなことなるべく続かないように、厚労省であれば食品衛生のスキームの中でのチャネルも活用しながら、飲食店でのより強化した対策を進めていただければというのが1点目。
- もう一つ、ダブルメッセージが出てきたのは、今までの教訓と思っている。例えば神奈川の大きな市でも成人式をやるということで、それはいろいろなお考えがあつてのことだとは思いますが、これ以上患者さんが増えたら受け入れる病院がないという状況も、ぜひともよく知っていただく必要があると思っている。
- 一方で、北海道、大阪は早めに対策を始めたということもあり、北海道は札幌で地元のGo Toのようなものを始めるとか、大阪も今週末に委員会を開いて時短をどうするかとか、難しい状況の中でのいろいろな意思決定が少しずつ出ている。しかしながら、全国的に患者さんを減らすという方向をぜひとも強調いただきたい。

(脇田座長)

- 飲食店の対策の問題について、アクリル板をもっといっぱい立てるとか、昨日の分科会の提言の中でも入っており、強調しておくべき。
- また、やはり一体感のあるメッセージを出していかないと、どうしても心に響かないというところも非常に重要なポイント。我々も昨日の分科会の提言に寄り添う、バックアップするものを出していくということかと思う。

(斎藤参考人)

- 医療提供体制について、いわゆるサージ、一過性の急増に対応しなければいけないフェーズと、その後、4～6週間にわたって地域全体としての医療調整を行うのと2つのフェーズがあるというのは明確になってきている。地方都市はまずサージのところを考えればよかったが、1都3県などは、いわゆる新型インフルの行動計画では蔓延期という言い方をしていた、まさにその計画が必要と認識されていると思う。
- 特に地方などではまだサージの準備もできていないところがあると思うが、その先の

部分、要はステージ4に入ってしまったら4～6週間、その地域全体の医療体制の調整が相当必要だということを明確に言うべきではないかと思う。ステージ4に入ってしまったらその水準は1か月、2か月続くのが明確なので、これまでは一時期をしのげば何とかなるような書き方をしていたが、4～6週間、苦しい状態が続くことを前提に計画するというメッセージが必要と思う。

(中島参考人)

- 先ほど高齢者施設での退院後の受入れの話があったが、以前から言っているとおり、ぜひパッケージで御検討いただきたい。
- 今、複数の高齢者施設で直面している問題は、流行が大きくなればなるほど相談先がないという問題。保健所に相談しても電話対応ができない。医療施設に相談しても受診ができない、検査ができないという状況の中で、受け入れるのはいいけれども、ではその後何かあったときにどうしたらいいのか。誰に相談したらいいのか。誰が検査をしてくれるのか。そういうところとのパッケージでないと、施設としてはなかなか受入れできないという状況もあると思うので、その後のフォロー、発生時のケアも含めて、パッケージで検討いただきたい。

(西浦参考人)

- 変異株の話を少しお伺いしたい。今まで日本では全感染者数の10%を割る程度の方がシーケンスを取っているということだったが、それを上げる予定はあるのかどうか。また、東京都で健安研がシーケンシングを始めたという報道を知ったが、その予定を知りたい。
- 何故これを聞いているかという、脇田先生や齋藤先生とは内々で少しコミュニケーションしているのだが、この後、日本のあるところで渡航歴のない方からぽんと1例見つかったという話が想定されるのに関係する。例えばニューヨークで1例見つかったときは2%しか検査していなくて、さらにそこに診断バイアスがあるので、1例見つかったら1,000人いるということになる。日本でも10%だったら10人掛ける診断バイアスを考えると50人はいるかなとか、そういう話になるので、そういうプランをどうするかということ。

(脇田座長)

- 現在の英国と南アフリカの株に関しては、シーケンスはもちろんやるが、シーケンスだけでは追いつかないところがどうしてもある。なので、今、リアルタイムPCRで検出できる系を確立している。あとは地衛研あるいはSRL等にどのようにやってもらおうかというところをこれから構築する。10%シーケンスしているのを20%にしても、そんなにインパクトは変わらないのではないかといいところもあり、変異株がもし見つかった場合にその周りを広範に調べるとか、そういうところはリアルタイムPCR系でいくのだろうとは思っていて、その系を確立する。
- モニタリングに関しても、例えば10%モニタリングを全国でやるのかという話。今は

そうではなくて、各地方でどの程度サンプリングしてやるかを検討していて、計画に基づいてやる形にしているというのが、私が理解しているところ。

- シークエンスのキャパシティに関しては、今、感染研はゲノム解析センターが主にやっているが、それ以外の次世代のキャパを持っている病原体部にやってもらうということが一つ。もう一つは、配列を決めるだけならば外注でやってくれるところがあるので、そういったところも活用してキャパを上げていくというところを計画してやっている。

(河岡構成員)

- 私は東京iCDCのほうに少し関与しているので、その情報共有。健安研で、脇田先生が言われているとおりリアルタイムでイギリスの変異株と南アフリカの変異株を区別できる系ができていますので、それでスクリーニングをかけています。東京で健安研に来ているサンプルに関しては全部検査して、今のところはゼロ、我々のところに来ているサンプルも今のところゼロ。そのようなモニタリングを東京都のほうでは、健安研に来ているサンプルについてずっとやっていくということになっている。

(脇田座長)

- 東京都もシーケンシングではなくて、リアルタイムの系を12月末にもう立ち上げていて、そこでやっている。ただ、国内でこういったものがあるのかというのは重要なので、引き続きモニタリングをしていくということ。

(和田参考人)

- 結局見つかったときにどうするかということも含めて、どこかで早めに考えないといけないと思う。

(脇田座長)

- そこはまさに感染研危機管理研究センターがリスク評価するということで、非常に期待が高いところだと思う。

(鈴木構成員)

- 今変異株が全国で流行しているわけではないというのを前提として、どこか海外から入ってきたところでクラスターが発生するのを効率よく探知しなくてはいけない。これを考えると、一律に何%でランダムにスクリーニングするのではなくて、まずは地方衛生研究所にプライマリーを配付した上で、このような疑わしいクラスターがあった場合には、積極的にリアルタイムPCRでスクリーニングをするというのが一つ。もう一方で、大都市圏においてSRLなどの民間検査会社でランダムに何%か設定をしてサンプリングをして、それでスクリーニングをするという2本立てでいくのが一番効率的ではないかと考えている。詳細はまた齋藤先生と詰めていきたい。

(脇田座長)

- 今、大都市圏では民間のところはかなりやっているの、そこにいかにしてやっていただくか。そこは厚労省からも何かヘルプが要っている。

(前田参考人)

- 東京都は1日数千件発生しているので、それを全部シーケンスするというのは不可能。せんだって検体を提出するよという通知はいただいたが、もう少し絞った形で、例えばクラスターになったものは確実にを行うとか、あるいは英国、南ア以外も外国人の方は極力検査をするとか、何かそういうメッセージを持たせない日々多忙な中でできない。民間検査機関にお願いしたら、いつでも運びますと言っていたが、保健所から、これは運んでほしいというメッセージがあると恐らく運びやすいと思う。こういうものについてはしっかり検査をするよよということをお願いしたい。

(中島参考人)

- 鈴木基先生がおっしゃったように、地域の中で怪しいクラスター、怪しい現象を見つけて詳細に分析するというのは大事だと思うが、ではどういうものを見つけるのかということに関しては頭の体操をして、中長期的に考える必要があると思う。
- その結果、この変異株とは違うウイルス、何らかの感染性が増したような状況も頭の体操として考えておく必要があるよよ、例えばウイルス分離をするとか、感染性をどう評価するよよということも併せて検討する必要がある。

(脇田座長)

- 今、イギリス株に関しては感染研で分離をして、広く提供して、分析して、もちろん感染研でもやるし、河岡先生のところでもやっていた言っている。今の侵入株だけではなく、現在日本で流行している株についても十分分析をしていく必要があると思っており、そこは感染研、大学、研究機関と連携をしてやっていきたい。

(鈴木構成員)

- ゲノムのシーケンスは感染研の黒田ゲノムセンター長が積極的にされているが、どうしても疫学データとのリンクをして分析をすのがまだ進んでいないところがある。なので、その部分をぜひ早々にクリアできる体制をつくっていただきたい。我々もそうしなければいけないが、そこを課題として明確に取り組んでいく必要があると思っている。