

### 第3回 三重県新型コロナウイルス感染症対策協議会 議事概要

日時： 令和2年7月31日（金） 19：30～21：00

場所： 三重県庁 講堂

出席者： 資料（出席者） 参照

議事概要：

冒頭挨拶（知事）

- ・ 多忙な中多くの委員にお集まりいただき感謝する。
- ・ 本日発生を含め、三重県の新規感染者数は101名となった。延べ100を超える患者数に、強い危機感を持っており、皆様のお力添えを頂いてしっかり対応していかなければならないと感じている。
- ・ 101件のうち、半分以上がこの7月10日以降に発生している。累計患者数もさることながら、その発生のスピードにも強い警戒感を抱いている。
- ・ 感染者が発生した場合にあっても、その増加に対応した医療提供体制、検査体制に対応できていることは皆様のおかげであると考えている。
- ・ 直近の患者について、感染経路は特定できており、接触者調査も、発表させていただいている方以外は全て陰性であることから、市中感染の状況はなく、複数のクラスターが確認されているような状況にもない。しかしながら今後さらに拡大していった場合には、医療提供体制や経済を止めなければならない可能性もある。これを様々な対策でしっかりと警戒し、早期に感染を抑制していく、あるいはその他の地域医療や経済に支障がないようにやっていくことが大事であるため、本日は委員の皆様からご議論を賜りたいと思うので、是非ともよろしくお願ひしたい。
- ・ 直近の感染者については、若い世代が大半であることや、名古屋に関連する方が大半であるということもあって、名古屋への往来や、若い世代の方に対して、夏休みに、特に飲食などにおいて慎重な行動を取ってもらいたいこと、また、県内事業者の皆様に対して、特措法第24条第9項に基づき、感染防止対策の徹底などをお願いしているところ。
- ・ これらをオール三重でしっかりと対応していかなければならないと考えているのでよろしくお願ひする。

冒頭説明

- ・ 資料確認
- ・ 出欠確認 今回から公益社団法人三重県歯科医師会 稲本専務理事が参加。三重病院 谷口委員がご都合により欠席。
- ・ 当協議会は「三重県情報公開条例」及び「附属機関等の会議の公開に関する指針」により公開とさせていただくので、ご了承願う。

(1) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の県内発生状況について  
事務局（太田）より資料1に基づき説明した。

- ・ 2 ページ目はWHOの資料「新型コロナウイルス感染症の世界の流行状況」は7月22日から28日の患者数。一番濃い色の部分、ブラジル、インドなどで患者が多くなっている。
- ・ 3 ページ目は日ごとの確定患者数、地域別に集計されている。アメリカが増加しているほか、インドが含まれる南東アジアで増加傾向。日本については西太平洋に含まれ、一番下の紫の状況。
- ・ 4 ページは国・地域別の患者数・死亡者数。日本は下から2番目の「Clusters of cases」となっており、WHOの区分では、日本の場合は国単位でみると集団発生として見られている。一番上のアメリカ、ブラジルでは「市中感染」という区分。
- ・ 5 ページからは日本の流行状況であり、国の分科会の資料を抜粋している。5 ページは年齢階級別新規感染者数の推移。39歳以下が多いということが分かる。
- ・ 6 ページは年齢分布。緑のバーが20代から30代であり大半を占めている。
- ・ 7 ページは新規陽性者数の推移。60代以上の割合は4月の割合と比較すると構成割合が低くなっている。
- ・ 8 ページは入院者数・重症者数・新規陽性者数等の推移。オレンジの折れ線グラフが重症者の割合だが、6月11日に9.6%のピークがあり、その周辺と比較すると現在は重症者の割合が減少していることが分かる。
- ・ 9 ページは死亡者数の推移。水色の折れ線グラフが新規の死亡者数。こちらも5月頃と比較すると現在は減少していることが分かる。
- ・ 10 ページ目はECMOと人工呼吸器の装着者数のグラフ。それぞれ減少していることが分かる。
- ・ 11 ページからは県内の発生状況。12 ページは県内の患者発生状況であり、7月29日時点のもの。
- ・ 13 ページは患者年代別割合。左側の1月30日から5月31日までを見ると、全年代である程度まんべんなく発生しているが、右側、7月1日から29日までのグラフでは、全国的な傾向と同様、10代から30代で大半を占める状況になっている。
- ・ 14 ページは累積PCR検査数であり、疑似症検査とは新規にするような検査であり、接触者とは接触者調査の一環として実施したものの、陰性確認は入院患者の陰性を確認するための検査。患者の発生に伴い増加する傾向がある。
- ・ 15 ページはこれをバークラフにしたもの。7月28日に160件を超える検査をしている。その中で、オレンジ色のバーの接触者調査の割合が伸びている。
- ・ 16 ページは全ての検査での陽性率。全体では1.4%だが、1週間単位で見れば、直近7月20日から26日の1週間で、4.5%ということで、検査で陽性の患者が確認される率が高まっている。
- ・ 17 ページは接触者検査の陽性率推移。当然ながらの患者と接触があった方の検査をしているため、陽性率も全体で4.2%と高い。直近の一週間では5.5%となっている。

- ・ 18ページは新規患者数・入院患者数の推移。なお、入院患者は現時点で、昨日の夜までの中間集計では43名。

【委員からの提案・質疑】

- ・ (馬岡議長) 8ページの重症者について。当然ながら、発生患者のピークからずれ込んで重症化する想定で考えれば、今後これが減っていくというよりは、おそらく急速に増加するのではないかと。高齢者の割合が少ないなど様々なプラス要素はあるが、上がってくるように思う。そういった予測のデータはあるか。
- ・ (事務局) 予測はわからないが、全国、三重県の傾向として10代、20代の方が多く、そういった方々は年齢階級別の重症度や死亡率でも少ない。他県では他の年代の方々へも入ってきているという報道もあり、そのような方々も今後増えてくる中で、委員長ご指摘のとおり、今後、年齢、階級が異なってくれば、重症の方が増えていると思われる。
- ・ (新保委員) 最近の傾向からPCR検査数がますます増加するものと思われるが、県は1日最大で何件の検査ができるのか。
- ・ (事務局) 直近では1日で保険適用分も含み160件に近い検査を実施している。現在保健環境研究所では3台の検査機器があり、現在は1日2回のスケジュールで実施しているが、当然緊急に必要な場合は随時検査している。少なくとも、概ね180件程度は可能と考えている。

(1) 今後を見据えた医療提供体制について

事務局(坂本医療政策課長)より資料2に基づき説明した。

- ・ 2ページについて、本資料は6月19日に厚生労働省から示された事務連絡の抜粋。各都道府県において新型コロナウイルス感染症患者に対する医療と、他の疾患等の患者に対する必要な医療を両立して確保することを考えながら、国内実績を踏まえた新たな患者推計をもとに、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も踏まえて、時間軸をふまえたフェーズに応じた病床確保等を実施するようにとされている。それに向けて、都道府県において計画を策定しその体制整備を7月末までに進めるようという事務連絡が来ており、これに基づいて、本日、体制整備をした状況についてご報告をさせていただく。
- ・ 3ページについて。その体制整備の基本となる患者推計について厚生労働省から考え方が示されており、推計に必要なツールや基本的な考え方が提示されている。それをもとに、都道府県において、どのモデルを選ぶか、実情を加味して選んだ上で、患者推計と必要な病床数の算出をすることとされている。
- ・ 4ページについて。推計の考え方については、都道府県においてフェーズを設定するようにとされている。こちらの資料は国の資料をそのまま使っていることからフェーズが4段階になっているが、フェーズ数についても医療機関との調整も踏まえて県で決める。即応病床、これはそのフェーズで実際に新型コロナウイルス感染症患者を受け入

れることができる病床、そして準備病床とは次のフェーズに向けて準備ができる病床。さらなる確保が進むことによって準備ができる病床をフェーズごとに考えて、順次、患者推計のピークに向かって病床確保を進めていくような推計になっている。

- ・ 5 ページについて、ここからが三重県の考え方。新たな患者推計として厚生労働省から示されているモデルだが、都道府県ごとの実情を資料に記載の①から③の事項で、実情に近いパターンを選択した上で患者推計を行うということになっている。①推計モデルについて、「生産年齢人口群中心モデル」、こちらは東京など、若年層が比較的多いところ。また「高齢者群中心モデル」、こちらは、国としては北海道などを想定しているというふうに記載されている。このどちらかを選択する。②社会への協力要請前の実効再生産数について。1.7、これは3月の東京の数字であると示されている。または、さらにそれを含め拡大した2.0。③社会への協力要請を行うタイミングについて。基準日から1日から7日後。1日後、3日後、7日後という選択ができる。この3つのモデルを選択して患者推計をした上で、その患者推計に基づいた病床確保を目指すということを行っている。
- ・ 6 ページについて。三重県が実際にどのモデルを選んだか。①推計モデルについては「高齢者群中心モデル」、②実行再生産数については1.7、③協力要請のタイミングについては基準日から1日後を選択した。感染段階のフェーズ数については、これまで三重県としては、4月ごろの波が来ていたところに、一度170超の病床確保させていただいたが、その上で、一旦6月に一般診療に使うべきということで少し減らしたベッド数を準備していたため、その二つのフェーズはすでにある一方で、本当に患者が最大となり、まん延した状況のときのフェーズはまだ想定していなかったことから、そのフェーズも含めて3フェーズを設定したいと思っている。このモデルに基づいて算出された全療養者数の最大値、療養者数であるため宿泊施設に入所されている方と病院に入院されている方の合計、順次退院する方もおられることから感染者数というわけではないが、417人がピークとなった。うち入院者数が274人。この差が、宿泊施設などで療養される方の人数ということになる。それを踏まえ、三重県としては、繰り返しになるが、フェーズ1では即応病床として167床を7月頭の段階で確保していたが、先ほど資料1の説明でもあったように感染者数が増加しているため、すでに感染症病床の24床では到底足りない状況になってきているので、フェーズ2の準備ということで、宿泊施設の確保に向けて今準備を進めており、また、改めて、一旦フェーズを強化し、感染拡大期に向けて、即応病床を209床確保していただくこととなる。今、こちらの病床交渉順次準備していただいております、すでに準備していただいた病院もある。さらにこの先、まん延期に向けて、即応病床の確保を計画に基づき各医療機関と調整させていただいて、県としては、まん延期は358床の即応病床を確保できる見込みが立っている。また、宿泊施設については、100室確保する方向で今動いているが、その施設を活用することによってさらに室数を増やすことはできるものの、一旦はまん延期

における即応病床の358床と、宿泊施設の100室を足せば、国の設計に基づく417というハードルはクリアすることから、一旦は100室+ $\alpha$ という形にするが、宿泊施設も場合によっては増やすことが可能であると考えている。そして現在我々としては、まだフェーズ1の状況にあると考えているが、次のフェーズの準備は開始している。フェーズ3の準備は、フェーズ2の水準、これは、我々としては今確保している即応病床167床が半分ぐらい使用されることになった時点で、フェーズ3の準備の開始について、各医療機関と、また宿泊施設等との調整をしていきたいと考えている。これについて、国には今日報告させていただきたいと考えている。

- ・7ページについて。国から、医療機関の役割を重点医療機関と協力医療機関に分けてある程度明確にするよという連絡が来ているので、そちらについても、三重県として考え方を整理し、今回報告させていただく。重点医療機関とは、病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者や疑い患者の受け入れ病床を確保して、地域において重点的に患者の受け入れを行うことができる医療機関。これらについてはフェーズごとに指定することになっている。協力医療機関というのは、疑い患者の専用病床を設け、救急対応等において円滑に患者を受け入れることができる医療機関に指定するということになっており、細かい指定要件は、資料左側に記載のとおり。三重県においては、重点医療機関はフェーズごとに、小康期は10医療機関、感染拡大期14医療機関、まん延期18医療機関の指定を考えている。なお入院医療機関については重点医療機関以外にもその他の医療機関という部分があるため、実際に受け入れをしていただく医療機関はこれよりも多くなる。協力医療機関は小康期3感染拡大期3まん延期2とさせていただくが、まん延期に数が減っている理由は、まん延期になったら、一部の協力医療機関はそれまで疑い患者しか受け入れないところを、病床等を整備していただいて、実際に患者を入院まで受け入れる医療機関に変わってもらうことになるので、その整備をした結果減っているということである。

#### 【委員からの提案・質疑】

- ・（亀井委員）市長会、町村会代表である。今、今後を見据えた医療提供体制についてご説明いただいたが、かねてから私がお話ししていることを振り返りたい。一つはこれまでの取組の検証。これを基礎自治体知らせてほしい。これについては二つの考えがある。一つには、保健所が限界である。今どういう体制で、今後どう対応しようとしているのか、本庁からの応援は大丈夫なのか、あるいはOBの応援体制はどうなのか。私は、基礎自治体からも応援に行ってはどうかと思っている。なので基礎自治体にも知らせてほしい。もう一つはPCR検査センター開設。これはもう絶対必要だが、これは医師会との連携の中でやっていただくことだが、これは、基礎自治体にもある意味責任があると思う。10箇所、あと4箇所となっているが、こういったことについても、基礎自治体が一定責任を持ってやっていかなければならないかと思う。検証の結果、この二つは必ず課題として上がってくるはずだ。以前の2010年のSARS、MARSのときもこ

の二つが出た。これは資料としていただきたい。それから、当面の課題として、9月以降のインフルとの同時感染拡大を見据えた中での整備も必要と思う。この課題は5つある。一つは、医療提供体制の整備、特に入院受け入れ体制。こうなったらこうする、などの対応について。相手があることである。これは公的病院がかなりの部分を担っていかなければならない。これは基礎自治体にもきっちりとお話をいただいておかなければならないと思う。重症のところはどこで何か所なのか、そのフローをきちんと作って示してほしい。ECMOを使うということは、6人体制でかなりの長期間動かせるところであり、3箇所か4箇所だろうと想像している。中等症のところが一番問題で、まん延期になったらここが足りなくなる。だから、いま説明があったが、ここで209床にする、次300何床まで増やします、ということについては、公的病院から実施しなければならないと思うが、この部分についても、きっちり基礎自治体にもお知らせをいただいたほうがいいのではないかなと思う。三重県でのモデルのフローを作してほしい。それと、PCR検査センター開設、これは基礎自治体も責任を負うことだと思う。三つ目は学校運営とコロナの問題について。前回、私は、一番最後まで学校を開いていたが、ものすごく苦情が多かったが今はひとつもない。これだけ患者発生しているのに、かなり感情的になられていたのだろうと思う。これについて文部科学省の指針を見たら、自治体任せになっている。15日に丸山審議官に来ていただいたが、そのときマニュアルを見せていただいたら自治体任せだった。それと、経済活動とコロナの問題について。今日、国がコロナ対策分科会をやっているが、自治体の対策強化の判断基準が示されるはず。経済活動とコロナの一番ポイントは検査体制と医療提供体制。ここが崩れない限りは経済活動は引き続きできると思うのだが、これが崩れたらだめになる。この基準をきっちりしておかなければならない。これについては、有識者会議のようなものを立ち上げてくれた方がいいのではないかなと思ったりもする。それから最後だが、6月30日に老健局から、7月3日に社援局から、自治体へ事務連絡として、施設における新型コロナウイルス感染症の発生に備えた対応についてという文書が来ている。これを見たら、かなり都道府県の責務が大きい。県が主体にならなければいけないことになっている。これもきっちりしていかなければならない。大きく四点ほどあり、一つは入院医療体制。二つめが福祉人材の確保、三つめが施設内の環境整備、四つ目が専門家との連携、これはDMATやDPAT、看護協会との連携。これは大変忙しいとは思いますが、9月以降に備えてやっていかなければならない。我々基礎自治体も一緒にやっていかなければならない。ぜひお願いしたい。

- ・(事務局(坂本課長)) お話のあったことのうち、インフルエンザと新型コロナウイルスの話はこの後、説明をさせていただく。受入体制のルールについては、実は4月の段階から各地域で調整会議を開き、全県的な対応をするのかということも含め、実際に受入れを行う医療機関の方々とも協議をさせていただき、それぞれの地域でこういう患者が発生したらこちらの医療機関で、という部分について一定の整理はさせていただ

ている。もちろんそれをまん延期にそのまま当てはめることができるかという課題はあるので、それについては必要であれば改めて共有等させていただき、実際には様々な医療機関にご協力いただいているので、そこにもしっかりと共有していきたいと考えている。

- ・（事務局（加太部長））しっかり県として検証した結果を各基礎自治体の首長にも共有してほしいというお話については、県の方でも検証もしており、例えば保健所体制についてなどについても、7月末に厚生労働省に報告して、体制を整えて今後備えているところ。そういった情報がなかなか伝わってこないということであろうと思うので、今後各市町に情報共有をさせていただきたいと思う。また、PCR検査センターについても、昨日6箇所ということで発表をさせていただいたところだが、県としては10か所を目指す方向であり、あと4箇所についても一定の目途が立ってきている。8月中を目途に整備を進めていきたい。その他、いくつか重要なご指摘をいただいたと思うので、また県として整理していきたい。県は本部体制を一旦縮小していたが、今回のまん延をふまえて拡大している。今まで感染症対策グループでは患者急増もありなかなか検証まで手が回らなかったが、体制を切り分け、強化しながら進めていきたいと思うのでよろしくお祈りしたい。今回の体制をお示ししたい。
- ・（亀井委員）坂本課長から説明のあった医療体制の件については、医療機関と協議している話であって、自治体とはしていない。院長に聞いたら「聞いている」とのことだったが、その長が知らない。これはよくないと思う。今後は市長会などの日程もお知らせするので、来ていただきたい。
- ・（鈴木知事）医療保健部のみでは答えられない話が3点ほどあったため補足する。一つは学校のフローの件だが、昨日、フローの確認をさせた。教育長と教育委員会担当副知事の廣田に、「これは市町教育委員会だけではなく市町部局の皆様にもちゃんと伝えるように」と明示的に指示してありますので、そのフローについては近々お聞きになることと思う。また、今日の分科会で、4段階、感染者漸増期が2番目でそれが今東京と大阪であり、その判断基準が重症化率などいくつか示されているので、改めてしっかり情報収集をしながら、それに向かって県がどう準備していくのかを考えていきたい。また、社援局から来ている施設に関する通知について、先日県の対策本部を開催したときに、熊本でもクラスターが発生したことから、医療保健部、子ども・福祉部で所管する施設について対応を万全にするようにと指示してある。基礎自治体もちゃんとやっていかなければならないと仰っていただいたので、連携して進めていきたいと思う。また、前回も言っていた、経済との両立を考えていくために有識者会議というのか専門家会議というのか、そういったものも改めてしっかりと検討していきたいと思う。
- ・（馬岡議長）私を知る限りだが、政府の専門家会議の話、日医と厚生労働省の折衝の話を少し伺った。最大の問題になっていることは、介護施設であると。これから高齢者の介護施設の手当などが問題となるということだった。ところで、基礎的な質問になるが、

資料2の6ページの図の下にピーク時の状況が記載されている。全療養者数が、ピーク時417人、うち患者数274人、これは、時期は違うということによいか。同じ時期であれば、全療養者数417人で、その時点では入院患者数274人かもしれないが、おそらくベッド数の確保の状況からみると、その前に入院患者数のピークがあるという前提に思える。でないとベッド数は358もいらなくなるがどうか。

- ・(事務局(坂本課長)) 少し細かい話になるが、国の推計では、若い方のうち3割は入院するが7割は宿泊施設等で療養するという推計になっている。それをふまえて、病床としては最低でも274床必要と考えているのだが、三重県としては現時点で宿泊療養はしておらず、若い方、先ほど申し上げた7割の方についても、できれば病床に入ってもらいたくことが、現時点では望ましいと考えている。そう言った意味で、274床を超える病床を確保していくことが、県として目指していく方向性としてはよいと思っている。
- ・(馬岡議長) なるほど。417人をターゲットとして、それに近付ける意味での358床と理解すればよいか。
- ・(事務局(坂本課長)) そのとおり。

### (3) 退院基準、宿泊療養について

事務局(田辺医療政策総括監)より資料3に基づき説明した。

- ・2ページ。前回の協議会でもその直前で国基準の変更があり、PCRを2回しなくてもよくなり、県としては、1回は検査したほうがよいのではないかというご意見が多かった。そういったこともふまえ、そのあとの国の動きもあったので、まず前提の部分の説明する。新型コロナウイルス感染症は感染症法上の指定感染症に現在位置付けられており、法に基づいて入院退院基準が定められている。感染症法第19条の概要を記載しているが、「感染症のまん延を防止する必要があると認めるときは、都道府県知事は入院を勧告することができる」、また22条で、「病原体を保有していないことが確認されたときは、患者を退院させなければならない」とされており、この「病原体を保有していないこと」は国の通知により状況に応じて変えていくこととなっており、これがどんどん変わってきており、現在最新の基準が6月25日付通知。退院基準は大きく2つあり、病状有する場合、つまり症状を持った方の「病原体を保有していないこと」の定義は、①発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合とされる。この72時間は10日より内側であってもよく、最短で10日となる。また、②について、10日より早くよくなった場合には、これまでとよく似た基準で、2回の陰性確認で病原体を保有していないと判断できる。また、今回の新型コロナウイルス感染症については、濃厚接触者など無症状の方にも検査をし、PCR検査の結果、病原体を保有している方がおられる。そういった方の定義については③で、発症日、この場合は症状がないので検体を採取した日から10日間経過した場合。④では②とほぼ同様。こういったことが示されている。また、就業制限についても退院基準と同じである。

- ・ 3 ページ。4月の流行の際には、2回のPCR検査陰性が退院に必須だった。そういった中で、大きな方針転換であり、混乱があった。そこで、Q & Aが示されたので概要をご説明させていただく。①は先ほども説明したとおり、10日の中に72時間を含めてもいい。④は症状が残っていてもPCR陰性であれば退院可能。⑥2回のPCR検査の結果陽性であっても基準を満たしていれば退院可能、これは、時間が経つと感染性は急激に低下し、PCR検査は遺伝子を検出するため、この段階で感染性は極めて低い状態であることが新たなエビデンスとして示されたことによる。
- ・ 4 ページ。⑦一方で、担当医が感染性が高いと判断した場合は入院治療を続けてもよいとされている。⑩陽性判明の時点で発症から10日経っている場合は入院勧告は不要である。ここで論点1について、6月25日に退院基準が改定され、7月17日に具体的なQ & Aが発出されたことを受け、県としてどのように退院基準を考えるかについてだが、国から一定の基準が示されている中で、国の基準に準拠することを原則としながらも、患者様の病状等をふまえて医師が判断した場合は検査を実施していくということにしたい。国のQ & Aを全体的に読み取るとこのようにしたほうがよいと考え、事務局案として提案する。
- ・ 5 ページ、宿泊療養について。先ほどの説明にもあったが、今後県でも宿泊療養を検討しており、それについての説明。①、なぜ宿泊施設や自宅で療養するのかについて、現在の三重県でもそうだが、かなり軽症や無症状の方が多く、そういった方が入院病床を占めてる状態。今後重症者が出てきた場合に、その方々の治療が遅れるという可能性もあることから、そういった重症者の方の病床を確保するという点で、宿泊施設を使っていくということになる。資料の赤字の部分だが、感染者が増加した場合、都道府県が入院医療の体制について、重症者を優先とする体制に移行することを決定するとある。ただし、どのタイミングでしていくか、ということについて論点となると思われる。②、宿泊施設や自宅での療養はどのように行われるのか、ここは枠囲みの①から④に該当する方を除く方が対象となるということで、高齢の方や基礎疾患がある方、免疫抑制状態の方や妊娠している方は宿泊療養や自宅療養の対象にならない。
- ・ 6 ページ。軽症者は宿泊・自宅療養前提なのかという点だが、同居している方、特に高齢の同居人がいるかどうか、また、都道府県が用意する宿泊施設がどの程度の受入れが可能なのか、本人の意向、これらをふまえて都道府県が調整する。また、宿泊・自宅療養の場合に医療的ケアが受けられるのか、これについては宿泊施設に配置された看護師等が定期的に健康状態を確認することとされている。
- ・ 7 ページについて。今後の宿泊施設を考える上で、こういった場合に宿泊施設を退所できるのかということだが、これは先ほどの退院基準と全く同じものが示されている。また、自宅からの制限の解除も同じだが、解除後4週間は自ら健康観察を行い、症状が出た場合は速やかに帰国者・接触者相談センターに相談することとされている。
- ・ 8 ページについて。外出を制限することは法律で規定されている旨が示されている。ま

た、陰性証明書の発行は必要ではないとされている。

- ・ 9 ページ。もう一つの論点として、外来で陽性が確認された場合、一度入院して治療を受けてから宿泊療養施設等へ移行するのか、そのまま宿泊療養施設等へ移行するのか。赤字で記載されている部分だが、外来からそのまま宿泊施設へ移行する方は、そのあと症状が悪化する可能性もあるということが示されている。論的 2 として事務局で考えた案だが、まず、一定程度入院患者数が増加した場合に宿泊療養を開始する。タイミングは難しいが、資料 2 で示した数字も参考にしながらタイミングを考える。二つ目として、ではどういった方を対象にするかということだが、やはり宿泊施設は医療機関ではないことから、健康観察はできるものの医療的な対応は困難であることを考えると、一つ目として、まず一度入院していただいて、軽快傾向になった方、無症状病原体保有者で一定程度経過した方について、患者さんがさらに増加した場合に、宿泊療養施設等に移行するということを考えざるをえないかと考えている。退所基準は国で示されているのでその基準を採用し、自宅療養については、他県でもかなり患者数が多いところで始まっているが、三重県の場合はまず入院ができる、そのあと宿泊施設がある、まずはこちらを中心に考えていきたいが、それでも患者が増加するといった場合は自宅療養も検討するといった方向で考えたいと思う。

#### 【委員からの提案・質疑】

- ・ (東川委員) 国からもデータで、感染性は非常に低いことが示されている。当院でも実際にこの基準を適用しており、特に問題は発生していない。今回の県の方針には医師の判断で延長できる旨も示されているし、既にこの基準で運用している医療機関も多いはずだ。県の判断は妥当と思う。
- ・ (菅委員) 私も同意見。当院でも過去 2 例受入れているが、ごくごく微量のコピー数が検出されただけで一週間入院が継続していたケースがある。新型コロナウイルスについてはコピー数 3 で感染性は考えられないと思う。ロタウイルス、ノロウイルスであれば数十コピーでスプレッドしていくということが証明されているが、もしもコロナがそうであれば既にもっとアウトブレイクしているはずで、いわゆる 3 密と言われるような、ある程度密接した状態で感染していくという特徴を持っている。ある程度ウイルス量があって初めて感染が伝播していくと考えられるので、極めて微量になっている、10 日以上経過して症状がない人から感染が広がっていくということは、臨床的には考え難いと思うので、妥当と判断する。
- ・ (馬岡議長) 外来からの直接の入所は危険と思われるので、ある程度の入院が必要と思う。医師の判断の余地もあり、県の判断は妥当であると思う。
- ・ (林委員) 前回は行政側から、一回ぐらいは PCR 検査をしてほしいと、安全と安心の両面からそうしていただきたいと発言させていただいたが、全国でもほとんどのところでこの基準で運用されていると思うが、それで問題は起こっていない。この基準は知事の言う、安全かつ安心であると思うので、事務局の案でよいと思う。

- ・（馬岡議長）ほかにご意見は。
  - ・（亀井委員）異議なし。
  - ・（馬岡議長）では協議会として、県の判断は妥当であるとの意見とする。
- （４） 冬季のインフルエンザの流行をふまえた新型コロナウイルス感染症の検査について

事務局（田辺医療政策総括監）より資料４に基づき説明した。

- ・ 資料４についてご説明させていただく。まず、新型コロナウイルスの検査体制、検査の手法や検体採取方法がいろいろ多くなってきて、少し複雑になってきている。冬にインフルエンザが流行したとき、インフルとコロナをどのように検査するのかということが特に複雑なので説明する。
- ・ ２ページについて。国の資料だが、検査体制もどんどん変わってきている。５月２９日、無症状者でも濃厚接触者は検査対象になっている。またご存知の通り、ＰＣＲ検査のみではなく抗原検査も可能になった。６月２日に唾液のＰＣＲ検査、６月１６日に抗原検査の簡易キット、６月１９日に定量の抗原検査、量を図るような検査が可能になっている。このように、新しい検査がどんどんできるようになってきている。
- ・ ３ページについて。検体採取について、以前は帰国者・接触者外来を中心にしていたが、先ほど説明にもあった地域外来・検査センター（ＰＣＲセンター）の設置も進んでいるほか、外注の民間検査機関、各病院での検査も進んできてる。
- ・ ４ページについて。こちら刻々と状況が変わってきている。左側のＰＣＲ検査やＬＡＭＰ法、検査時間は以前は４時間から６時間だが、最近キットで早いものでは１時間程度で結果が出るものもある。ＰＣＲ検査は非常に少量のウイルス量でも検査ができるという特徴がある。真ん中が抗原検査の定量のもので６月１９日から始まった。こちらは遺伝子ではなくウイルスの蛋白量を測るもので、検査機器を使用して３０分程度でわかる。右端の抗原検査簡易キットがあるが、こちらよりは感度がよいが、ＰＣＲ検査では数コピーで分かるが抗原検査では数十コピーは必要となる。右端の簡易検査キットは定性検査でインフルエンザの検査と同様のもの。これは症状のある方で、発症後２日から９日であれば十分に検出が可能とされている。問題は検体の取り方と検査の組み合わせで、鼻咽頭で検体採取すれば症状があろうがなかろうがＰＣＲと抗原定量は可能、だが、簡易キットでは発症後２日目から９日までは使えるがそれ以外は使えないということになっている。もう一つ、唾液を使うことで曝露リスクが減るのでよいのだが、ＰＣＲ法と抗原定量で可能、また、無症状でも可能となっている。ＰＣＲと抗原定量の違いについては、ＰＣＲの場合は検査中に次の検体は入れられないが、抗原定量であれば一時間当たり６０から１２０の検体を次々にセットできるので、大量に検査することを考えれば、抗原定量を使っていくことも考えていく必要がある。
- ・ ５ページは様々な検査機器の紹介。
- ・ ６ページ、７ページは、遺伝子検査のキットも色々出ており、大体１時間少々で検出で

きるものもできている。

- ・ 8 ページについて。抗原定量検査はPCR法と相関があるとされるが、1 から10 という結果が出た場合はPCRで確認することとされている。
- ・ 9 ページは簡易キットについて。インフルエンザと同様に検査可能だが、鼻咽頭でしか検査できず、症状があり発症後2日目から9日目までの方でしかできない。
- ・ 10 ページについて。一定程度のウイルス量があれば検出は可能ということで、発症後2日目から9日目の方であれば、1,600 コピーであるとか 400 コピーであるとかの非常に多いウイルス量を出していることが分かっている。
- ・ 続いて11 ページ以降は、今後の検査体制のあり方について。国の第1回分科会の資料である。概略を説明する。
- ・ 13 ページは有症状・無症状でリスクの高い方、低い方で分けて整理した。
- ・ 14 ページでは抗原検査はPCRとほぼ同等の感度があり、短時間で分かり保険適用にもなったこと、唾液でも可能ということが示されている。
- ・ 15 ページ、無症状で感染リスクが高い方はPCR主体で検査が実施されている。
- ・ 16 ページ、無症状でリスクの低い方については、まだコンセンサスも取れていない部分もあり今後検討が必要とのこと。
- ・ 17 ページは、今後PCR検査、抗原検査、抗体検査について明確な考え方を示していただきたいとのこと。
- ・ 18 ページ、インフルエンザが流行したとき、コロナとインフルエンザが簡易的に検査できるキットが必要であり、鼻かみ液つまり鼻水などでの検査も必要とされている。
- ・ 20 ページ以降はあくまで参考資料。21 ページは他のウイルスも含めて2015年から19年に調べられたデータ。経年的にみると冬場にコロナが多く検出されているということが分かる。新型コロナウイルスが季節性を示すのか不明。
- ・ 21 ページはどのような検査体制をとっていくか。発生頻度については、インフルエンザは人口の10%が罹患すると推定。今後冬に向けて新型インフルエンザがどのように増えていくか。おそらくインフルの方が多という前提で、コロナをどのように検出していくかということになる。検体採取場所は帰国者・接触者外来、PCRセンター、各医療機関。検体採取・検査方法については、コロナについて、検体を唾液とするか咽頭ぬぐい液を使うのか、どの検査を選択するか、インフルエンザの検査を同時に行うのか。様々な組み合わせが考えられる。
- ・ 次に考えることが曝露リスクと迅速性。コロナについては唾液検査を行うことで曝露リスクを軽減できるが、防護具を着けて咽頭ぬぐい液を採ってしまえば、コロナ・インフルとも検査が可能。検査、治療のタイミングについては、同時にやる場合は、防護具を着用して咽頭ぬぐい液を採取する。あるいは、唾液検査でコロナを検査しつつ、抗インフル薬を処方する。コロナを先に否定しておく場合には、唾液検査でコロナを診断し、陰性確認後インフルを診断するというやり方になる。インフルの患者が多いと想定す

るのであれば、防護具を着用して咽頭ぬぐい液を採るか、鼻水を採取する。

- ・ 23 ページは検査場所、検体採取・検査方法、治療方法について。
- ・ 24 ページは現時点での考え方の例であり、インフルエンザとコロナの流行状況、患者の症状と、どちらが疑われるのかを考慮し、曝露リスクもふまえて検査方法を判断する。コロナの疑いが強い場合、咽頭ぬぐい液を用いたPCR検査や抗原検査。曝露リスクを最小にし、インフルの疑いが強い場合は鼻水を用いてインフルエンザ迅速検査し、その後唾液を用いたPCR検査、抗原検査。または、抗インフルエンザ薬を処方し、並行して唾液を用いたPCR検査。インフルの蓋然性が高い場合は咽頭ぬぐい液でインフルエンザ迅速検査。いろいろな組み合わせがあるため現時点でこれ、と示すことができないが、考えらるものを整理させていただいた。
- ・ (馬岡議長) 現状、小さな医療機関で最大の問題は、検査体制ではなく、万が一発症した場合に風評被害でその医療機関はほぼ確実につぶれると思われる。その部分を改善というか、啓発できるといいと思う。また、地域のクリニックでは私も含め医師が高齢化していることから、発症した場合のリスクが高いため二の足を踏まれる先生も多い。感染が拡大したらそんなことを言える状況ではないのだが、このような部分についてケアをしていかなければならないのではないかと思う。
- ・ (東川委員) 現場では、インフルエンザの場合は比較的軽装で対応しているが、コロナの場合は防護具を着用して検体採取する必要がある。簡易キットでも検査時間は30分掛かり、片付けなども含めると1時間以上、検査技師が現場に居続けることになる。インフルエンザの検査とは違うことを申し添える。
- ・ (亀井委員) 今東川先生が仰ったとおり、各診療所では難しいと思う。ある程度まとまったところでやらないと。各地域によって異なる。これは保健所が中心になって、その自治体、医師会と話して、その地域としてどういうやり方がいいのか、早く方向性を出してほしい。もう一つは機械の問題、今はコロナでも1時間ちょっとで結果が出るが、一台500万円~800万円掛かる。機械を揃えていってほしい。予備費に馴染むのではないか。
- ・ (新保委員) 各医療機関かなり苦慮し、疲労、疲弊している。現状三重県ではそこまでには至っていないが、今後の患者数の増加を考えると、オール三重で対応していかなければならないと思う。一つの医療機関がダウンすると、次の医療機関に相当な負担がかかり連鎖的にダウンするということもあり得る。これはできれば避けたい。医療機関がダウンする可能性を考えると、一つは医療機関の職員が感染してしまう、もう一つは疲弊によるもの。職員の感染は、職員がどこかでかかってしまうこともあり得るが、あってはならないことだが患者様から受けてしまうこと。対応が十分であればかなり防げる問題だが、マスクもせずに思わぬ時間に受付に来られてしまうといったことがあると感染の危険性は高まる。これは防がなければならないと思う。疲労という部分では、ある程度まとめて対応しなければならない。のべつ幕なしに来られると対応は困難。当

院では保環研にお願いすることが多いが、保環研にお願いできる時間にある程度まとめて対応するというほうが効率的。何時までに受け付ければ何日後に結果が出せるということをもう一度周知していただいてはどうか。また、今後インフルエンザと両方となると、検査する側のリスクを考えなければやってくれる施設が減る。クリニックでは難しくなるのではないか。だ液では定量検査となる。三重県ではどこでできるのか。

- ・(事務局(田辺医療政策総括監)) 抗原定量検査についてはおそらく複数の機器が存在しているが、その中でもルミパルスという機械が入っている医療機関についてはある程度把握しており、20弱ある。だが、通常の検査で使用している場合があるので、そこで新型コロナウイルス感染症の検査をやっていけるかという今後の調整による。
- ・(新保委員) どこで一日何検体ぐらいできるかということは、あまり公表できる話ではないのだと思うが、ある程度教えていただきたいと思う。
- ・(事務局(田辺医療政策総括監)) ルミパルスであれば、一時間に60検体の検査が可能であり、どんどん検体を入れていけばよいので、機械されれば相当の数が可能と言える。ただ、検体が唾液であると、前処理が大変になる。
- ・(新保委員) それは機械の能力の話であって、やれるかどうかという話になると、頼んだらやってくれるという体制が必要になってくる。それをふまえて対策を取って、県としての方向性を決めるべきだと思う。保環研だけに頼るのではなく、機器の充実も含めてお願いしたい。
- ・(中村委員) 抗原定量検査、県なり各病院なりがそれぞれ機器を持っている状況だと思う。それがオープンなところで検査されているのだと思うが、それを密封された例えばプレハブにして陰圧を掛けたところでやっていけば、かなりの数の検査ができることと思われる。そういったことにも交付金が使えらると思う。そのような対策で抗原検査の件数を格段に上げていかなければ、今後対応できないと思う。また、先ほど前処理の話があったが、唾液でできるということが非常に大きく、クリニックでも対応できることになるので、ぜひこのことは県として前向きに考えていただきたい。
- ・(東川委員) 当院もルミパルス600という機械があるが、検査室のちょうど真ん中に置いてある。結果、そこでチップや廃液などが出てくることから、その管理をそこではできないということで、新型コロナウイルス検査での運用は困難と判断した。中村先生が言われたように、それを地域でセンター化すれば、唾液を持っていけば検査ができるようになるので、是非お願いしたい。
- ・(馬岡議長) スムーズに稼働できるのであれば現実化できると思う。多忙は重々承知しているが模索していただきたい。
- ・(伊佐地委員) インフルエンザ時期に向けた検討について、やはり、抗原検査といっても一人ずつしかできないので、まとめて検査するという話は馴染まないと思う。今各地で設置を進めているPCRセンターで、インフルエンザと新型コロナウイルスの検体をまとめて取るような形でやっていかないとなかなか難しいと思う。結果はその日で

なくてもよいので、数日後に出るように運用していけばよい。そうしなければ、多数の検体を扱うことは難しいと私は思う。PCRセンターを中心に検査体制を作っていく、どうしても緊急性の高い、早く結果を出さなければならない検体については各機関の緊急でやれるところにやってもらう、そういう二段構えでやっていけばよいと思う。

- ・(中井委員) 保健環境研究所だが、PCR検査は現在、様々な試験方法ができてきている。抗原定量、ルミパルス等についても、保環研でもどういった形でやっていくか検討して、機器を置いていきたいと思う。
- ・(馬岡議長) インフルエンザは、臨床の立場から言うと、基本的には高熱があつて症状が激しいので、まずは治療する。コロナの場合は時間的な余裕が多少あると考えて治療にあたっていけないこともない。ただ、インフルエンザを疑っていたが検査してみたらコロナだった、というケースもあるので、ガードしてやらなければならないという課題はあり、PPEの確保については引き続き県の力を借りたいと思う。
- ・(亀井委員) 時間もきているが、せっかくの機会なので、オブザーバーの竹田先生からコメントがあれば頂きたいと思う。
- ・(竹田病院協会理事長) 私は病院協会の理事長をしているが、病院協会として、第2波を乗り切るにはどういったことをすればよいかというアンケートを取ったところ、県がとにかく積極的に主導してほしいとのことだった。どんどん県から方向性を示していただいて、それを各病院に言ってもらえば全面的に協力するから、県にしっかりと方針を立てていただき、それに沿ってメッセージを発信してほしいとのこと。これが病院協会の大きな意見だったので、よろしく願いたい。
- ・(鈴木知事) ありがとうございます。最後に竹田先生がおっしゃったことについて、全体的な政策や危機管理的なこと、もちろん医療のことについても、先生がおっしゃっていただいたこともしっかりと実現できるようにしていきたいと思う。また、その医療の実務的なところを実現していくために、財政支援などについての話もいくつか出していただいたので、そこについてもしっかりと検討していきたいと思う。
- ・(馬岡議長) ありがとうございます。それでは、定刻も過ぎているため事務局にお返しする。
- ・(事務局(中村課長)) 委員の皆様におかれましては、長時間のご審議、ありがとうございます。これもちまして、第3回新型コロナウイルス感染症対策協議会を終了します。