

第1回新型コロナウイルス感染症対策協議会の主な概要

令和2年4月3日（金）

1. 軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象等について

○事務局より、資料1の発生状況及び資料2のフェーズに応じた保健医療対策（案）について説明

- ・3月27日～4月2日の新規陽性者数は155名であり、1週間前（37名）の約4倍。また、感染経路不明者は77名であり、1週間前（21名）の3倍以上。
- ・陽性率はこれまで平均6%で推移していたが、ここ最近では10%台に増加。
- ・フェーズ毎の病床整備について。フェーズ2に備え、1,000床確保の目途が立っている。更なる確保が必要であり、オーバーシュート（フェーズ3）に備え、3,000床の確保に向けて医療機関へ依頼中。オーバーシュート（フェーズ4）を起こした場合、1日当たり1万5千人の入院患者が発生する試算となっており、重症患者用に500床が必要。

○主な委員発言

- ・日本は現状諸外国と違い緩やかな上昇が続いているが、いつ諸外国と同じ状況になるかわからないため、フェーズ4まで視野に入れて対応すべき。
- ・軽症者・無症状者も入院で対応することはフェーズ移行すれば限界。ただ、軽症者・無症状者であっても、高齢者や基礎疾患を持つ人と同居する場合は、宿泊施設で療養すべき。
- ・疑似症患者が非常に増えてきており、疑い例も含め、軽症、無症状の患者にどのように対応していくかが課題。余裕があれば疑似症患者でも高齢者、小さい子どもがいる場合は宿泊等で健康観察するのが理想。
- ・PCR検査は結果判明まで1日要するため、その間の疑似症患者の受け入れ体制の整備が必要。
- ・疑似症患者用として4、5床の確保が必要であり、吸気口の反対側にするなどの配慮をしたうえでの配置が求められる。
- ・疑似症患者に対しては、サージカルマスクでも対応可能であり、挿管も必要ないため、厳重なPPE（個人防護具）は不要であると考える。
- ・DMAT（災害派遣医療チーム）、JMAT（日本医師会災害医療チーム）の活用が重要。疑似症患者に対しては一般の患者との隔離が課題であり、医療関係者が責任をもって院内感染のリスクもふまえて検討していくことが重要。
- ・疑似症患者用の1床でも動線が一緒なら院内感染のリスクが高い。

○事務局より、資料3 宿泊療養及び自宅療養の考え方について説明

- ・国の考え方について、第一段階は無症状病原体保有者と軽症者等であり、療養のために宿泊施設を使用する。除外されるのは、高齢者、基礎疾患のある方、免疫抑制剤や抗がん剤を使用している方、妊産婦、これらの同居者はできるだけ入院という考え方。それでも足りなくなった場合は、療養先として宿泊施設等を利用する。

- ・府の考え方について、対象者・除外者は国と同じであり、療養場所は自宅または宿泊施設であり、自宅療養を明記。軽症・無症状の患者が増えている現状を踏まえ、1日でも早く自宅等療養への移行を開始。

○主な委員発言

- ・患者数が爆発的に増えた場合は、自宅療養と宿泊施設での療養をせざるを得ない。
- ・府と国の通知の違いについての議論が必要。国は「宿泊施設等」とあり、「等」に自宅を含んでいることをふまえると、自宅で完全隔離できないという見解ではないのか。同居者がいる場合、自宅はトイレ等での分離が難しいため、第一に宿泊施設を選ぶべき。
- ・無症状者からの2次感染は少ないため、最初から自宅か宿泊施設か割り振る議論ではなく、一度入院し、その後、無症状者や軽症者について宿泊施設等へ移送することも検討してはどうか。
- ・軽症者・無症状者を安全に移送する方法の検討が必要。
- ・宿泊施設であれば看護師の巡回、自宅療養には薬剤師等フォローアップ体制があるのかが重要。
- ・宿泊施設の利用には賛成であり、疑似症患者や自宅療養が困難な方も対象にすべきだが、宿泊施設の従業員と役割分担しながら、看護師がしっかりと健康観察するという療養体制の整備が必要。
- ・フェーズ3では、1万5千人の患者が発生するため、3,000床確保したとしても、自宅、宿泊施設療養の方が1万2千人発生し、大部分が自宅になるのではないか。
- ・宿泊施設において、常駐する看護師と担当医師による健康管理体制の構築による協力や、JMATで見回りも可能。
自宅療養は最終手段であり、原則宿泊施設とすべき。
- ・潜在看護師への復帰・協力要請も実施中であり、災害支援看護師として、1~2名を宿泊施設に派遣・常駐させることによる協力を検討。
- ・自宅療養に当たっては、薬剤師も療養体制に向けてチーム組成に協力。
- ・病院は重症者等の患者に対処し、軽症者等には宿泊施設等で安全に療養していただく。そのため、医師会、看護協会、薬剤師会等から療養体制構築のため人材を派遣。