

## 第 10 回新型コロナウイルス感染症対策協議会 委員ご意見

### 議題（１）検査体制整備計画改訂（案）について

委員	意見
掛屋会長	<p>大阪府の検査体制の整備は、診療・検査医療機関の指定により検体採取および解析が、着実に進んでいると考えられる。一方で、第 4 波では連日 <b>1,000</b> 名を超える陽性患者が記録されていることから、今後も検査体制の維持・確保が重要である。</p> <p><b>【高齢者施設等における定期検査】</b></p> <p>高齢者施設でのクラスター発生防止のために、従事者も含めた検査体制の充実に今後も注力すべきである。現在、<b>6</b> 月末までの定期検査の予定になっているが、然るべき時期に定期検査の意義を評価して継続の要否を検討する必要があると考える。また、検査体制の充実とともに感染対策の徹底のために専門家の派遣や教育の継続が望まれる。そのためには、行政のみならず、地域の専門家や <b>DMAT</b>、医師会、看護協会、日本環境感染学会等のリソースの活用も必要と考える。</p> <p><b>【変異株のスクリーニング検査】</b></p> <p><b>4</b> 月末現在、大阪府下で検出される <b>SARS-CoV2</b> の分離株は <b>N501Y</b> 変異株にはほぼ置き換わっているものと考えられる。現在、陽性検体の <b>35%</b> 程度に変異株検査が実施されているが、<b>N501Y</b> 変異株検査のさらなる充実が必要が乏しいと考える。一方で、新たな変異株も検出されており、その流入および拡大の検出のために大阪安全基盤研究所や大学において一定数のスクリーニング（ゲノム解析）を行い監視することが重要と考える。</p> <p><b>【モニタリング検査や医療従事者への検査】</b></p> <p>医療機関従事者向けの検査は検査実績が少ない状況であれば、現在は外注検査等も充実してきているため、終了の方向性で問題ないとする。ワクチン接種済の医療従事者も増えてきている。一方、飲食店従業者や幼稚園・保育園の従業者に対する検査は、休業・時短の状況や各業界の流行状況によって判断し、今後も適宜実施することが望ましい。</p>
生野委員	特段の意見なし。
乾委員	<b>COVID-19</b> 感染者が日々増加していく中で、現状を正しく把握するうえでも検査体制の強化は極めて重要であると思われる。本会としては検査後の患者の処方箋受入れについて更に配慮しながら進めていこうと考えている。検査後の患者へのさらなる啓発もお願いしたい。
太田委員	特段の意見なし。

佐々木委員	<p>ワクチンが国民にいきわたるまでまだまだ時間がかかると思われるので、今回の第4波が一旦収束したとしても、今年中に、さらに感染力の強い変異株による第5波が襲来し、感染者数も第4波以上に多くなる可能性が高い。それまでに検査体制のさらなる充実が必要と思われる。通常時、緊急時の2パターンに分けての体制の設定は妥当であるが、今後の感染拡大に備えた計画の中の検査需要の試算に疑問を感じるところがある。通常時の1日あたりの検査需要として第3波時の検査実績の最大値（令和3年1月20日の検査数）10,409件を基本検査需要としているが、1月20日の新規感染者数は507人、第4波の最大の新規感染者数は4月28日の1,260人であり、最大検査数は4月29日の19,123件となっている。この検査数の中には、高齢者施設等における定期検査数が含まれているとしても、第4波の検査需要は第3波よりかなり多くなっていると思われる。過去最大時の1日当たりの検査需要を基本の検査需要として考える際（参考資料2の厚労省の指針）には、第3波より第4波での最大値を採用すべきと考える。また、緊急時の基本の検査需要も、この冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度に相当するとして、4月22日の1,242人を基本として算出されているが、感染状況が今以上に悪化した場合を考えると1,242人の倍の2,500人を基本にするべきではないか？ そうして試算された検査需要の数値が、検査採取能力や検査分析能力（この数値の根拠も明確ではないと思われるが）のcapacity内であれば問題はないが、capacityを超えるようであれば、検査体制のさらなる拡充を図るべきと考える。その際、採取検体は唾液、分析は民間検査機関といった、できるだけ医療機関に負担のかからない方法を進めるべきと考える。</p> <p>変異株のスクリーニング検査について、大部分がN501Y株（主として英国株）に置き換わってしまい、かつ、対処法が従来型と同じであれば、英国株を検出するスクリーニング検査はほとんど意味がないので、縮小の方向で良いと思われる。一方で、今の大阪の感染蔓延の原因として、変異株に対する初期段階での対応の遅れが指摘されているので、新たな変異株の検出のためのゲノム解析や、新規変異株の情報収集と水際対策など早期の対応が極めて重要であるが、これは主として、国レベルでの仕事かもしれない。</p>
茂松委員	<p>感染拡大の有無に関わらず、「検査需要を満たす検査能力を有する」という前提が維持されるのであれば、本改訂案に特段の異論はない。</p> <p>しかしながら、現在のように若年層を中心とした新規陽性者が多い場合、高齢者層に感染がシフトする可能性が高い。高齢者施設を中心としたクラスター事例（変異株）を防ぐためにも、スクリーニング検査については、限定的でなく、民間検査会社への試薬提供を行うなど、実施数の引き上げを検討すべき。今後、様々な変異株が出てくることも予想されるため、検査を絞らない方がよいと思う。</p> <p>また、学校現場を中心に、変異株への感染事例が確認された場合は、学校（施設）単位で検査を実施し、感染拡大を最小限に抑えることも計画内に盛り込んで欲しい。</p> <p>高齢者施設における検査体制に関しては、ワクチン接種後も、陽性者（率）を注視し、検査継続について検討することが重要と考える。</p>
高橋委員	特段の意見なし。
倭委員	<p>通常検査、高齢者施設等における定期検査及び変異株スクリーニング検査の全てにおいて検査需要を満たす検査能力を有していると考えられる。これまでの検査体制整備に取り組んできた成果であると思われる。今後にも備え、緊急時における大阪府全体での検査体制充実の更なる整備に取り組んでいただきたい。現在、大阪府ではN501Y変異株については、ほぼ従来株に置き換わった状態であり、スクリーニング検査を行う意義は低くなっている。この変異株については変異株陽性率が継続して減少しない限り、大阪府における変異株スクリーニング検査は地方衛生研究所など一部に限定しての実施で良いと思われる。ただし、今後、新規変異株が大阪府において発生、拡大する可能性は極めて大きい。即座に対応できるようにスクリーニング検査体制の確保は継続していただきたい。また、現在、国立感染症研究所に検体を送ってのゲノム解析では結果判明までに時間がかかっている。大阪府内においてゲノム解析が実施できるようになることが重要であり、地方衛生研究所や大学における体制の確保をお願いしたい。</p>

議題（２）今後の感染拡大に備えた医療提供体制整備について

委員	意見
掛屋会長	<p>連日、<b>1,000</b> 名を超える新規陽性患者が認められ、十分な病床数を含めた医療提供の確保が重要である。現在、病床が逼迫し、入院が必要な患者に病床が提供できていないのが現実である。今後、重症患者および軽症・中等症病床は推定を超える可能性もあり、十分な病床確保が望まれる。一方、病床拡大には感染対策の教育・実践を伴わなければ、院内クラスターの原因となる可能性もあるため、十分な医療スタッフの確保とともに、教育と個人防護具の準備が必要である。</p> <p>入院待機ステーションは、素晴らしいアイデアで、救急車内での長時間の待機を作らないためにも大阪府下に複数の設置をお願いしたい。</p> <p>大阪府下での陽性患者急増により自宅待機者・ホテル待機者へのケアに関しては、保健所スタッフだけではカバーしきれないと考えられ、かかりつけ医の関与や訪問看護ステーション等の関与ができるような <b>All</b> 大阪での体制づくりを期待する。また、自宅待機患者へのパルスオキシメーターの配布は、十分に実施されていないのが現状と推察され、重症化の早期発見のためにも適切な配布を期待する。一方、宿泊施設では医療従事者が関与できるため、酸素投与やオンライン診療等、自宅待機に比較して慎重な経過観察が実施できる。そのため、基礎疾患を有する患者等の重症化因子を有する患者を優先してホテル利用の推奨をお願いしたい。</p>
生野委員	特段の意見なし。
乾委員	医療体制が逼迫する中で、無症状者だけでなく薬が必要となるような軽症者の宿泊療養者、自宅療養者が増加していると考えられる。宿泊・自宅療養者への対応について今後も協力をさせていただき所存である。
太田委員	特段の意見なし。
佐々木委員	<p>病床確保に向けた取り組みは、従来からの要請と大差なく、新鮮味があるようにはみえない。勧告や公表など罰則を匂わせた法律を絡めたより強い要請となっているが、どこまでの強制力があるかは疑問である。病床逼迫のせつぱつまった状況下、1床でも多くの病床確保のために、このような形での要請をせざるを得ない行政の立場は理解できる。今以上の病床の確保の為には、できるだけ短期間にすることを前提に、一部の医療機関に、コロナ診療へのシフトと一般医療の制限を、何らかのもっと強い強制力を持って要請せざるを得ないのではないか。</p> <p>とはいえ、急激な患者増に対して、それに見合った病床の大幅な確保には限界がある。自宅待機中の死亡や病状の重篤化はなんとしても避けなければならない。患者数が落ち着いて、病床にゆとりができるまでの策として、自宅療養の対応強化は極めて重要である。その策として、医師、薬剤師、看護師等の連携による在宅(訪問)診療システムの確立を早急に進める必要がある。軽症の間にデキサメタゾンなどの投与により、重篤化を予防できる可能性もある。</p>

<p>茂松委員</p>	<p>資料 3 の内容については、基本的に異論は無い。かかりつけ医を持たない自宅療養者（軽症）が、気軽に医療的な相談が受けられるよう、協力医療機関を追加選定し（計 440 医療機関が協力）、電話等での診療・処方を行う体制に協力している。自宅療養者のうち、比較的症状が軽い患者については、地元のかかりつけ医や、電話等での医療サポートを行う協力機関を中心に対応し、中等症以上の患者については受入病院で速やかに入院措置を行うスキームが重要と考える。</p> <p>病床確保に向けた取組みで関係病院や団体との「認識共有」は重要である。本会でも、5 大学病院や患者受入病院、関係団体から構成する専門家会議を立ち上げており、大阪府にはこれまで 2 回要望書を送付している。患者数の増加に伴う病床確保要請は致し方ないが、有事の際を想定し、①医療提供体制の役割分担の明確化（例えば、重症患者は公立・公的病院を中心とし、軽症・中等症患者は民間病院で対応する）や、②大阪市立十三市民病院のような専門病院の設置についても、緊急対策に盛り込んでどうか。特に②に関しては、前述の本会専門家会議でも、新型コロナ受け入れ病院を中心に、専門病院の設置を強く求める声があった。今後、設置に向けての議論を行うべきではないかと考える。</p> <p>大阪府として、療養病床への転送（院）基準の明確化・周知を検討してはどうか。</p> <p>各地域において、認識の「共有」に留めるのではなく、通常医療の提供／新型コロナ患者受入／救急受入を、どの病院（医療機関）が対応するのかを協議し、予め方向性を定めておく必要があると思う。</p>
<p>高橋委員</p>	<p>特段の意見なし。</p>
<p>倭委員</p>	<p>まず、現在の医療体制ひっ迫の事態に対して、在宅及び宿泊療養での酸素投与、薬剤投与など必要な患者さんへの治療開始を速やかに行っていただきたい。感染拡大のスピードが今回の波のように極めて速い事態が今後も起こり得る可能性は高い。少なくとも大阪府全体において重症者数 500 までに耐える体制整備、緊急時の医療全体について医療機関間の役割分担を事前にしっかりと決めていただきたい。そのためには大阪府全体の ICU 数の約 600 では極めて厳しい。HCU、一般病床の利用方針までもしっかりと決めていただきたい。ただし、可能な限り早く診断して、いち早く診療、治療を開始する体制を構築すれば重症化のスピードは今回においても遅くすることは可能であったと考えられる。そのような体制を構築することが重症者用のベッドを確保することよりも極めて重要である。今回のような緊急対応では新型コロナウイルス感染症以外の医療に対する影響が極めて大きい。また、どれくらいの患者数で緊急事態モードに踏み切るか、他府県からの医療従事者をどのくらい要請するか指標作成、また隔離解除後の後方支援病院もかなり整備されてはきているが受け入れ確保をさらに徹底していただきたい。</p> <p>指標については少なくとも現在あるもので、今回の緊急事態においても十分に判断可能であったと思われたが、決断、国への要請が遅かったのではないかとと思われる。今後、同じことを繰り返さないように、より明確な数字を示した指標作成が求められる。</p>