

第 25 回静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議（要旨）

開催日時：令和4年11月2日（水）
18時開始、19時36分終了
出席委員、顧問：20名中17名

★協議事項1 レベル協議について

（事務局案）

●今週のレベル協議等について

- ・11月2日までの1週間の新規感染者数は7,518人。人口10万人あたり206.54人
- ・前週と比べての比率は1.24倍
- ・病床状況（11月2日現在）

広義の病床占有率（=受入病院入院者数／（確保病床数＋一般病床でのコロナ患者入院病床数）
= 201/（639＋27）＝30.2％

狭義の病床占有率（=受入病院入院者数／確保病床数）＝201/639＝31.5％

- ・入院患者数は増加。特に東部地域41.4％と医療ひっ迫が強い状況。

[1] 国の新たなレベル分類は、**レベル2**で維持。

[2] コロナ受入病床は、**県全体で病床使用率30%台が継続**。特に**東部地域ではひっ迫が強い状況**。

[3] 10月21日に発令した「**感染再拡大注意報**」については、10月30日から前週比1.0倍以上の増加基調となり、11月2日は1.24倍。前週比1.5以上が1週間続けば、当専門家会議に諮り、注意報継続か警報発令か決める。

[4] 10月1日に発令している「**医療ひっ迫注意報**」については、病床占有率30％、入院患者200人を超え、ひっ迫が強まってきている。東部地域は病床占有率40％を超え、ひっ迫が特に強い地域である。病床占有率50％超又はその他入院患者数等の動向で増加のおそれがある場合には、当専門家会議に諮り、注意報継続か警報発令か決める。

○主な意見

事務局案賛成・・・16名賛成（1名画面上で確認できず）

- ・医療ひっ迫は病床占有率を基本として発令するとのことだが、発熱外来の医療ひっ迫は考慮しないということによいのか。医療ひっ迫は県民への啓発・注意喚起になると思うのだが、発熱外来の医療ひっ迫を県民に情報提供したほうが意義があるのではないのか。最初から項目を発熱外来ひっ迫と入院病床ひっ迫の2つに分けるのはどうか。
- ・病床について、国からの指示で空床補償の仕組みが変わり、病院によってはコロナ病床を削減する病院も増えてくる。今後は確保病床の分母が動く可能性があり、病床占有率の数だけで言ってしまうと何か間違った方向に行ってしまう。その点を県として方向性を決めておいてほしい。

★協議事項2

新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザの同時流行を想定した外来医療体制等の整備について

(事務局案)

今冬の感染拡大想定												
今冬においては、 新型コロナが今夏を上回る感染拡大 を生じる可能性があり、 加えて、インフルエンザも流行し、多数の発熱患者が同時発生 する可能性あり												
○ 今冬の感染拡大想定（ピーク時）												
		新型コロナ	インフルエンザ	計								
国 想 定	想 定	今夏の沖縄県と同規模	直近5年の最大値 (2018/2019シーズン)並	-								
	全 国	45万人/日	30万人/日	75万人/日								
	本 県	12,600人/日	12,400人/日	25,000人/日								
	本県(コロナは今夏ピーク)	8,000人/日	12,400人/日	20,400人/日								
※ 医療機関受診者想定の考え方												
<ul style="list-style-type: none"> 発熱等患者のうち、65歳以上及び12歳以下は全員受診 13歳～64歳は、8.9%<small>(発生届限定化の実績値)</small>が自己検査を実施 → ピーク時の自己検査者1,360人/日 自己検査者のうち、コロナ陽性者(自己検査者の約5割)は軽症であるとして、受診せず自宅で療養 → ピーク時約700人/日 												
<table border="1"> <tr> <td>(感染者)</td> <td>(受診せず自宅療養する発熱者)</td> <td>(医療機関受診者)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25,000人/日</td> <td>-</td> <td>700人/日</td> <td>= 24,300人/日</td> </tr> </table>					(感染者)	(受診せず自宅療養する発熱者)	(医療機関受診者)		25,000人/日	-	700人/日	= 24,300人/日
(感染者)	(受診せず自宅療養する発熱者)	(医療機関受診者)										
25,000人/日	-	700人/日	= 24,300人/日									

うち医療機関受診者 ⇒ 24,300人/日(※)

同時流行に備えた主な対策	
I	<p>予防と備え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コロナワクチン及びインフルワクチンの接種勧奨 ・ 解熱剤や検査キット等の事前や休日夜間等の適切な受診を県民に呼びかけ ・ 学校・企業等に、罹患証明・治癒証明、検査結果等を求めないよう周知
II	<p>外来診療体制の拡充</p> <ul style="list-style-type: none"> ① ベースの診療体制の拡充等 ② 日曜・祝日等（特に年末年始）の診療体制の拡充
III	<p>検査体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状が軽い人等にコロナ検査キットを配布し、自己検査を実施
IV	<p>高齢者施設等の対応強化</p>
V	<p>コロナ・インフル患者の入院医療体制の整備（次回協議）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在、各病院に今冬の確保可能病床数等を調査中 ・ 11月中旬以降に国から病床確保等に関する方針発出予定

○主な意見

【ワクチン接種について】

- ・ インフルエンザワクチンは高齢者や小児が打つものと皆思っていると思う。今年については、発熱外来がパンクする恐れがある。だからこそ、基礎疾患があったり、重症化リスクがあったりする人はインフルエンザワクチンを打って下さいと強くメッセージとして出さないといけないと思う。ワクチン接種の1番の目的は、重症化を減らすことなので、子どもや高齢者だけでなく基礎疾患を持つ方にも接種していただきたい。
- ・ 皆さんにワクチンを打っていただく以外ない。「災害が来ると思って備えてください。」としか言えない。

- ・ 患者を増やさないという点では、ワクチンを打つことで旅行も安くなるし、帰省先の高齢者を守ることもなるかもしれないので、そこをセットで強調して呼びかけてもいいのではないかな。
- ・ 小児のワクチンは受診が2回になってしまうこと等が打たない理由になってしまいがちなので、助成も一緒に集団接種会場でインフルエンザもコロナも手続きが簡単にできるようにできないか。乳幼児はやはり小児科で接種した方がよいとは思いますが、小・中学生に関しては集団接種会場で同時接種ができるようにしていただきたい。
- ・ インフルエンザで重症化する小児については、早く診断してタミフルを飲めば間に合う病態ではなくて、熱が出た最初の時に痙攣が起きて、脳症を発症するのでタミフルでは間に合わないというところが内科の先生に知られていないところもある。小児については、ワクチンしか重症化予防できる手段が今のところない。
- ・ インフルエンザワクチンについて、そもそもワクチンを打ってよい方、悪い方も含めて丁寧の説明することでもう少し接種率が上がるのではと思う。
- ・ ワクチンの副反応についても、コロナよりも少ないということも合わせて伝えてもいいのでは。

【診療体制について】

- ・ 今まではシンプルにコロナだけの対応でよかったが、これにインフルエンザが入ることによって処方薬や待機期間等、フローが複雑になり、現場は大変だなと感じる。
- ・ 診療所ではインフルエンザの流行も意識してコロナ・インフルエンザ同時検査キットを購入している。ただ、メーカーの増産が遅かったので、なかなかすぐには入ってきていない状況。
- ・ 小児については、対応しきれないのではないかと危惧している。できれば小学生以降の自分で症状を訴えられる年長児は内科の先生に診療の協力をいただきたい。自分で症状を訴えられなくて、育児期間も短く乳幼児を抱えている親御さんを中心に小児科は診させていただきたい。
- ・ コロナ前にインフルエンザの対応をしていた急病診療所はすべからずコロナであろうと対応してほしい。通常の医療のように診るべき。すべての医療機関、社会福祉施設で各々の役割に応じて対応をすべき。これが起こればコロナの診療の偏在は解消され、パンデミックによる医療崩壊は生じない。県内でも50%以上の医療機関が今でも発熱患者を断っていると聞く。そこを強く指導してほしい。
- ・ 残念ながら、発熱患者というよりも喉が痛いというだけで、うちは診ないという内科の医師もいる。ただ、なぜそうなのかというと、感染に対するリスクが怖いというよりも、感染した時の就業制限があると一人医師だと診療所を閉じなければならない。そのリスクを恐れてやらない。そうならないように早く2類相当を外してもらい、就業制限を無くしてほしいということが一番大事だと思う。
- ・ 静岡市の急病センターも検査はやらないが、発熱患者は診る。検査目的による受診を防ぎ、急病センターが持つ本来の一次救急の機能を維持が必要。おそらく静岡市以外の他の医療センターも同じような状況なのではないか。
- ・ 平日の診療キャパが増えないのであれば、土日に救急当番医以外に発熱専門で診てく

れるキャパを広げて他の外来のひっ迫軽減をしていくしかない。無理をお願いすることなので、直前にお願いではなく、協力金という形で体制を構築してってもらいたい。

- ・ 施設等の従事者への定期検査について、検査をやっても施設のクラスターの抑制にはつながらなかったのであれば、その結果を踏まえればする必要はないと思う。検査ありきではなく、症状と必要な人は検査するが、単に熱が出ただけで検査を求めて医療機関を受診しないでくださいというのが大事なのではないか。
- ・ 検査をしましように傾げるのか、検査は本当にリスクの高い人に優先させていくのが大事なメッセージになる。検査は明らかにマンパワー的にもキット数的にも枯渇する。
- ・ 軽症の方にとっては、結局検査の目的はインフルエンザとコロナの待機期間の差を明確にするかどうか。その2日間の違いのためだけにキットを使ってというのはとてもペイしないと思う。検査が枯渇してしまったら「どちらでも具合が悪い時は自宅待機しましょう。」というメッセージを出していくしかないと思う。
- ・ 検査が限られるだろうと県民の方へ伝えていく必要がある。今シーズンの冬は医療機関のキャパシティもおそらく限られる。だからこそ、ワクチンを打ちましょう、備えをしましょう、周囲の流行状況を把握しましょう、こういったことはメッセージとして必要になってくると思う。後は、自分自身のリスクを見極めましょうとか。
- ・ 試算で最大24,000人という感染者が1日に出るという話を出されてしまうと間違いなく、自分もその中の重症化リスクがある患者だと言って病院へ押し寄せてくるのは目に見えている。そのうちの何%は受診しなくていいという説明をしてもらわないと、これはただ県民をあおるだけのそういう数字になりかねないと思う。

【その他】

- ・ 季節性インフルエンザとコロナの致死率・重症化率のデータについて、コロナは季節性インフルエンザ以下であるということがデータとしてはっきりしている。それを毎日メディアを通じて、県民に周知してほしい。県民一般にというよりもむしろ医療従事者に周知してほしい。コロナは特別な病気であって自分たちで診られないと考えている医療者が多いので、そういう方の意識を変えることがまず一番だと思う。
- ・ インフルエンザについては、流行状況によって症状で処方すると思うのだが、どのくらい狭い地域でインフルエンザやコロナが流行しているかという情報は流行期に入ったら各診療所に短い単位で情報共有、与えるということはできるのか。RSとかヒトメタニューモとかもあるし。何らかのデータがある方が、診療所の先生が処方の時に流行状況のイメージがわきやすくてよいのではないか。
- ・ 学校とか事業所において、陽性証明や陰性証明を求めない方向にという説明があったが、学校や事業所に任せてしまうのではなく、そういう方向性にしてほしい。それがなくなると検査だけのために人が来るということは少しは抑制できるのかなと思う。
- ・ ある程度感染者が多い状況であれば、「基礎疾患のない人は自宅で過ごして下さい」、「1週間は休んで下さい」と言い続けるしかない。ぜひともワクチンの話とセットにして、そういうことが起こらないように積極的にワクチン接種を進めて下さいと案内し

ていただけるといいのでは。

- ・ 患者の側に立つと5日間休むのと7日間休むの差が大きいかなと思う。会社側や学校側が職場に出てきていいよというための根拠というのが、受診をしないと作れないとなるとどうにもならないと思う。検査キットがなくなった時点で全部7日に出来るのであればそうするしかないかなとも思う。
- ・ インフルエンザとコロナで療養期間が5日間で統一できるとシンプルにいくのかなと思う。
- ・ 国はマスクミを通じて、自分で検査キットで検査をしてと言っている。実際に、検査に重きをおくかどうかという点について、国が出す方針と県としての方針の協調は県民の方にわかりやすく広報していただけるとよい。
- ・ 新たに外来の間口を広げるのは、なかなか難しいところはあると思う。受診しなくてもいい人は受診しなくてもいいようなアナウンスをするということが求められると思う。日本人は検査やタミフルが好きというのが特徴的。これを機にそういったところは、世界から見てもいびつな診療体制になっているということは皆様にアナウンスするいい機会だと思う。
- ・ 資料中の『新型コロナ・インフル同時流行期の診療体制（案）』の図をもう少し一般の方にわかるようにすっきりさせていただきたい。