

(知事主催) 第17回沖縄県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議  
議事概要

日時：令和4年8月27日(土)16時00分～18時00分

場所：沖縄県庁 6階第2特別会議室

出席者

(構成員)：国吉 秀樹 構成員、仲松 正司 構成員(オンライン)、大野 真治 構成員、  
成田 雅 構成員(オンライン)、張 慶哲 構成員、仲宗根 正 構成員、  
佐々木 秀章 構成員(オンライン)、宮里 義久 構成員  
(オブザーバー) 涌波 淳子 県医師会理事、原國 政直 看護師  
(沖縄県) 糸数 公 保健医療部長

## 1 知事あいさつ(保健医療部長 代読)

県では、変異株BA.5への置き換わりとともに、全世代で感染が拡大していることから、7月21日に「沖縄県医療非常事態宣言」を発出した。

その後、流行が継続している状況から、国との協議により「BA.5対策強化地域」と位置づけられ、8月11日から8月31日までの期間においては①高齢者施設等における感染防止阻止、②イベントにおける感染対策の徹底、③県外からの来訪者への呼びかけの強化、④ワクチン接種の推進を重点項目として、県民の皆様に対し要請を行っているところである。

8月中旬以降、新規陽性者数に減少傾向が見られるものの、いまだ1日当たりの新規陽性者数は約3千人前後で推移している。また、療養者数も約3万人で、コロナ対策本部や保健所における業務はまだひっ迫が続いている状況である。また、コロナ対応の病床使用率も70%台から80%台でいまだ高い水準で推移しており、入院調整にも困難が生じるなど医療のひっ迫が続いている。

そのような中で、8月24日に国から、発熱外来や保健所業務が相当ひっ迫した地域においては、緊急避難措置として、自治体の判断で発生届の範囲を限定することを可能とする等、保健所や発熱外来の負担軽減に係る方針が示されており、発生届の定点化に向けた議論が本格化しつつある。

本日は、本県の状況を踏まえ、全数把握の見直しへの対応等について、専門家の皆様の率直な意見を伺いたいと考えているので、ご議論をお願いしたい。

## 2 報告事項

### ア 県内の感染状況について、宮里統括監から説明

(宮里統括監)

資料1の1ページ目は、警戒レベルの判断指標等の状況を載せたものとなっている。人口10万人当たりの新規陽性者数だが、2週間前の8月12日は1,951だったがその後減少し、昨日は1,530になっている。そして、病床使用率や重症者用病床使用率は減少傾向であり、直近の病床使用率は65.4となっている。

関係数値である新規陽性者数は、昨日が3,015名で、本日は2,898名となっている。先週の同じ曜日から約1000人ほど減っており、少し改善傾向が見られるところである。

療養者数も2週間前は700名を超えていたが、昨日は520名となっている。そして、宿泊施設療養中は675名、県全体の療養者総数も昨日は30,106名で、本日公表の資料では29,600名となって、3万人を下回る数値が出ている状況となっている。

2ページ目の年代別新規陽性者数の7日移動合計について、一番多いのが30～39歳、そして40～49歳だが、その他は全体的に感染者数が減っている状況となっている。前

週比を見ても全ての年代で1を下回っている状況となっている。

3 ページ目の圏域別状況について、病床使用率は沖縄本島が74%で、70%台となっている。宮古は20%台、八重山10%台であり、県全体でも 65.4%となっている。重症者の病床使用率については、宮古地区は病床数が4と少ないこともあり、100%が続いているが、全体的には他の圏域でも50%を下回る状況で、県全体でも41.9%となっている。県全体の前週比でも1を下回る状況が各圏域でも続いている。

4 ページ目のワクチン接種状況について、1・2回目接種率に関しては71%台、3回目接種が47%台という状況となっている。現在始まっている4回目については、60歳以上のもので集計可能であり、40.4%という状況となっている。

5 ページ以下は県の広域接種センターでの接種実績となっており、6 ページ目から広域接種センターが外向き接種という形で各地域に出向いての接種をしたものの状況となっている。商業施設での接種状況を載せているが、7 ページ目に直近と今後の予定を載せている。直近では8月27日にイーアス沖縄豊崎臨時会場などでの接種を予定しており、うるま市や北中城、沖縄市の臨時会場での接種も今後予定をしているところである。8 ページ目からは県庁や大学などでの外向き接種の実績と今後の予定を載せている。直近のものでは、25日、26日に行われた県庁での臨時会場の接種となっている。そして9月2日には琉球大学、9日は沖縄国際大学でも外向き接種を積極的に行っていく予定となっている。

## イ 那覇市の感染状況について、仲宗根委員から説明

(仲宗根委員)

1 ページ目については、先ほどの県の説明にもあったとおり、改善傾向にある。

2 ページ目の月報について、8月は少なくとも7月を超える見込みである。11万人ぐらいになるが、7月の下旬に採取された検体からほぼBA.5に移行しているため、おそらく14、15万人ぐらいはBA.5に感染しているのではないかと考える。そうすると人口の10%がBA.5に感染しているという状況になる。累計の方では、沖縄県の30%を超える方が感染しているということになり、那覇市も今日で30%を超えた状況である。

3 ページ目から5 ページ目の前週比と簡易実効再生産数については、那覇市と沖縄県両方とも全て1を下回ってきたという状況になっている。

6 ページ目については、第1波・第2波の時まで那覇市は流行のエピセンターになったが、それ以降は人口比に応じた感染者数になっているという資料になる。

世界的にもBA.5はまだ流行であり、それを凌駕がするような、例えばBA.2.75のような新しいものはまだ脅威になっていないという状況である。

7 ページ目の年報を見ると、沖縄県は今年8月までで41万人となっており、年末までには50万人近くなると思われるので、昨年の10倍以上の感染者数になると思っている。指数近似曲線を書くときれいに相関するため、指数関数的な感染者の増加が見られるということになる。日本、東京も同じような状況である。

2022年度はウィズコロナ、つまり行政的な行動制限を強制しないような年になっているが、そのような時期にBA.5オミクロンのような株が流行するようになるため、今後もウィズコロナの場合、このようなことが継続するのではないかと考えている。

8 ページ上の図は、24日のアドバイザリーボードの大阪のデータである。大阪の方は8月の始めぐらいから、電話での初期対応を75歳以上の高齢者、基礎疾患のある方、リスクのある方に限定して行っている。そうすると全部で22%ぐらいの方が電話対応の対象になっていた状況である。那覇市も8月9日から、それまで60歳以上だったものを75歳以上に限定させてもらった。それにより、それまで電話対応が高齢者とリスクのある方やショートメッセージを利用できない方に限ると4割くらいだったのが、75歳以上にすると3割ぐらいに減ったという状況である。そのため、今回の65歳以上

に限定した場合は、どのぐらい発生届が出るかの目安になると思っている。

8 ページ下の図は、インフルエンザの定点医療機関についての大阪府の話だが、新型コロナの定点をする場合はどうなるかという調査になるかと思う。大体インフルエンザの定点とかぶっているかと思われるが、現在インフルエンザの定点医療機関は、新型コロナウイルスに関する発熱外来では主役とはなっていない。どちらかというところクリニック、県のPCR検査センター、民間の検査センターが主流になっているため、定点として把握する場合、かなり数は全体として減ると考えている。

#### ウ 医療提供体制の状況について、佐々木委員から説明 (佐々木委員)

重点医療機関の入院状況・応需状況について、現在、重点が517名、重症の方が12名でこちらの方は減ってきていない。中等症が147名となっている。那覇ステが16名となっているが、これは夕方締めのものであるため、朝方は大体30名前後がいつも入所している状況である。

重点以外の病院の入院状況について、現在16病院に297名で、一時の半分近くまで減った状況になっており、計814名が入院中である。

県内の患者動向については過去2週間分を出している。例えば今日は3千弱であるため、2週間前・1週間前と比べれば少し減少をしてきているような状況であるが高いままある。昨年8月の第5波の時は、陽性者数に対し入院患者は多かった。今度の第6波・第7波は、陽性者数の割には入院患者は少ないが、それでも第5波を凌駕するような入院患者数になってきている。特に、重点以外での院内感染が多いが、いずれも今は減少傾向になってきているところである。

本部登録の陽性者のうちの65歳以上の高齢者について、実数は減少傾向にあるが、割合については少しずつ上がっており、現在14%で横ばいという状況になっている。若者があまり検査に行っていないという可能性もあるかと思う。

救急受入重点医療機関の就業制限については、相変わらず全病院に陽性確定者がいる。院内で感染したというよりも外や家庭から陽性になり、そのまま休業になっている方が多いという印象である。陽性確定者が523名、その他の理由は296名となっており、検査しながらでも働いている職員も結構いるのではないかと思う。

休業中職員数の推移について、一時よりはだいぶ下がっているが、第5波の時や、1月の第6波の時と比べ、まだまだ高い状況となっている。

施設内療養者に関しても、昨日で130施設881名、一時1,600~1,700名までいっていたものが半分になっている。酸素投与も36名と減少してきており、施設内の人数が下がってきているが、下げ止まっているような感じも少しある。

県内全消防本部の週毎の救急搬送発送件数について、多忙により2~3週間遅れて報告されてくる分もある。グラフだけ見ると減少傾向に見えるが、実際は修正が入るとほぼ横ばいぐらいになるのではないかと思っている。出勤しながら不搬送で処理している件数が大体25%から30%ぐらいある。消防の判断での不搬送はわずかであり、県のコーディネーターと一緒に協議しそのような不搬送の事案も多い状況である。救急搬送30分以上現場待機事案数についても、同様に今回の第7波は急激に増加している。4回以上紹介事案数に関しては、沖縄県は過去こんなに多かったことはほぼないが、やはり増加しており、一般救急とコロナ関連事案のどちらも増加している状況である。

#### (国吉座長)

資料1の8、9ページの予防接種の出張について、非常に資源をかけて頑張ってもらっしょと思うが、接種人数は予定どおり進んでいるか。

(宮里統括監)

これまで4月、5月は出向き接種は少なかったため、関係機関に呼びかけて会場を設けてもらっており、9月以降も数を増やして対応していきたい。

(国吉座長)

大学の会場で4回目接種があるが、大学の職員が対象か。それとも近所の方も受けてよいのか。

(事務局)

大学の方は、学生または近隣の住民の方も対象にしている。

### 3 議題

#### ア 新型コロナウイルス感染症に係る発生届の限定（緊急避難措置）について、糸数部長から説明

(糸数部長)

8月25日に国から最初の事務連絡が出た後、26日にまた追加でQ & Aなども入れて少し修正しながら出しているため、また新たなものにも変わる可能性も十分あると思っている。

資料2ページ目の趣旨と概要について、これまでの全数把握から発生届の対象を少し限定するとしており、対象が4つである。

告示をされた都道府県の区域内において、医師が新型コロナウイルス感染症の患者を診断した場合等は、発生届の対象について、①65歳以上の者、②入院を要する者、③重症化リスクがあり、かつ、新型コロナウイルス治療薬の投与が必要な者、又は、重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ罹患により新たな酸素投与が必要な者、④妊婦に限定することができるという内容となっている。

2ページ目の上に図があり、都道府県が限定化の判断をした場合に、厚生労働省に届出をし、厚生労働省の方でOKを出すという流れになっている。

限定化の要件の考え方は、①感染症法第12条に基づく発生届に関する事務を医師及び自治体が処理することとした場合に、患者が良質かつ適切な医療を受けることが困難になるおそれがあると認める場合となっている。今までのような形で全数把握をしていると、医療を受けることが困難だという判断を都道府県が行った場合ということである。②当該都道府県知事が新型コロナウイルス感染症の患者を診断した医師の報告に基づき、日ごとの当該患者の総数及び日ごとの当該患者の年代別の総数を毎日公表するということがある。発生届を限定する要件として、毎日毎日その発生した総数について、これまで通り、数だけだが報告することが要件の1つとして求められている。これは、感染症対策の連続性が絶たれることについての懸念する声があるということが理由となっている。4ページに年代の区切りが示されており、FAXかメールで医療機関から求めるとなっている。イメージとしては、12ページにあるような日報を各年代別に、先ほどの発生届とは別に報告し、これを取りまとめて国の方に毎日報告するという事も併せて求められている状況である。

届出に当たって追加的に必要な事項として、健康フォローアップセンターを設置しなければならないとなっている。これは先ほどの発生届の対象とならない人のために、何かあった時の連絡をしたり、医療機関を受診しない陽性者及び届出対象外の患者の急な体調変化等に対応できるよう、健康フォローアップセンター等を設置し、その旨を公表していることを必要な事項となっている。それから、管内の保健所設置市等への意見聴取ということで、沖縄県であれば保健所設置者である那覇市の長に対して意

見を聞かなければならないこととされている。

国への届出の提出方法は、初回の締め切りが8月29日月曜日の17時となっており、それにより国が水曜日に告知をする。以降は、毎週金曜日に同じように受け付けるという内容になっている。

7ページに健康フォローアップセンターの役割について記載があり、医療機関を受診していない陽性者、これにはオンラインで診断された人なども含まれると考えており、それから、発生届の対象とならない患者（陽性者）について、必要な相談・支援を提供する機能を有することとなっている。8ページに、その機能として、まず医師を配置していること。それから同センターに配置される医師の管理下で、医療機関を受診せず、自己検査等で陽性となった者の登録の受付、医療機関を受診せず登録された者の登録者数を毎日年代別に集計し、設置自治体に報告することとなっている。

セルフチェック、自己検査で陽性になった方がこちらにきて登録という形で、また数をカウントするということ、そして、届出対象外の人が体調を崩した時に医療機関を紹介する役割も持っているというかたちで、届出の対象ではなくなって陽性で少しいろいろ不安がある方等の受け皿として国は考えている。

また、届出対象外に対する感染症法に基づく措置の取扱いがまとめられており、(1)の入院措置・勧告及び移送については、届出の有無に関わらず適用が可能で、入院、医療費の自己負担分も法に基づく負担金の対象となる。(2)の患者の療養解除基準及び外出自粛も届出の有無に関係なく適用する。(3)の健康観察は、届出対象外の人には健康観察を行うことは想定されないとあり、個別の健康観察はしないが、体調急変時には健康フォローアップセンターに連絡するように周知することとなっている。(4)の濃厚接触者の待機期間も適用すること、(5)の就業制限は届出のある人だけ適用するという形で整理されている。

その他、患者の公費支援については、医療機関を受診した者及び医療機関を受診せず医師を配置した健康フォローアップセンターに登録した者については、これまでと同様となる。また、届出の対象外となる者についてはHER-SYSの登録は行われず、My HER-SYSや紙の療養証明書の発行は想定されないと考えている。療養証明書については医療機関、保健所の業務負担を鑑み、これを求めないことを関係団体等にもお願いしているというのが国の姿勢となる。

以上が、国が出している事務連絡の内容である。

これに関連して沖縄県はどうするかという資料が17ページの「発生届の対象者重点化により生じうる課題について」であり、厚労省のアドバイザリーボード会議の資料で、医療コーディネーターと保健医療部が一緒になって課題をまとめたものである。

①検査体制については、簡易な聞き取りのみで発生届を出している検査所もあるが、抗ウイルス薬の要否、それから最初の頃は宿泊療養を希望とする人も対象とする情報があったため詳細に聞き取らないといけない対象者がいるかどうか確認する必要があるということが一つの課題である。それから、届出対象外の者は、療養証明書の発行が受けられなくなるため、それでは困るということで感染者が、証明書を求めて医療機関を受診することのないようにする必要があるのであるということ。

②受診調整については、入院ではなく受診の調整だが、HER-SYS管理を前提とし、受診方法や受診先を調整しているということだが、そこから管理が外れてしまうと一部の医療機関への集中が、今は緩和されているが、それがまた集中してしまうのではないかと課題があり、そのような健康相談に応じたり受診先の紹介を行う健康フォローアップセンターが必要となると考えている。

③健康観察については、発生届が出されない感染者について、10日間の行動制限への協力を求めることには限界がある。自宅療養の支援方法についても再調整が求めら

れるとして、感染を拡げないよう協力を求めてきたところが弱まるのではないか。

④施設支援については、施設職員が感染しても届出対象外であれば、保健所は疫学調査を実施する根拠がなく、接触者に対する行政検査も行われなくなる可能性がある。施設職員が65歳以上やハイリスク者でない場合には届出されないため、一番最初の施設内の感染を確知することが難しくなり、初動が遅れる懸念があると考えている。

重点化により、これら4点の課題があると考えている。一方で対象を絞るかたちになるが、例えば、こちらで自宅療養者の健康観察を行っており、今2万人以上見ているところだが、自動架電システムによってそもそも届出の対象に入らない人たちはかなりオートマチックに行っている。職員が対応する人たちの数はあまり減らないため、劇的に改善するかというと、そうでもないのではないという意見もあり、今のところこれらの課題においてデメリットの方が少し大きいと考えている状況である。

これらについて、各先生方の意見を聴いた上で県の方針として固めていきたい。

## 【意見交換】

(国吉座長)

17ページの資料は、国に意見を出す機会があり、その時に簡易的に取りまとめられたもので、必ずしも関連の医療機関や保健所等に意見を聴いた結果ではないということ。それから、この資料を提出した後も厚生労働省は新しいことを言ったりしているので、状況は変わっている。そのため、改めて今日は話を聞くということになった。今日で全て話し合うというわけではなく、できるかぎり委員の皆様的大事だということをご発言いただきたい。

それから、今課題について述べられたが、当然改善される点もある。例えば、保健所では膨大な発生届の書類仕事はかなり減るなどがあり、そのようなことも出していただければ、整理の一助になる。

(仲宗根委員)

今回の限定の理由の1つに、保健所業務のひっ迫が上げられているが、現状の那覇市保健所のひっ迫状況を説明したいと思う。

8月上旬、確かに那覇市保健所も1日千人を超える感染者が出てひっ迫していた。ただその後、8月9日以降は電話対応の対象者を減らしたり、療養期間終了の通知についてショートメッセージでやっていたものをやめた。そしてこれがもっとも大きかったが、発生届が出てきてMy HER-SYSに入力されたものをさらに那覇市のシステムに入力する作業があり、かなり負担になっていたものをRPAで自動化することによって、ほぼその日のうちに入力が完了するようになった。それまでは1日千件以上積み残しが発生していたが、基本的には連日ゼロとなり、入力に関する業務遅れはなくなった。電話対応についても対象者を絞ることで、ひっ迫時には1日千人を超える積み残しがあり、初期電話対応が最大4日ぐらい遅れる事態になっていたが、これも最近ここ1週間でほぼゼロになっている。積み残しは二、三十人出るが、それは向こうに電話を何度かけても通じないもののもので、これは致し方ないものである。一時期千人を超えていた初期対応の積み残しもなくなっている。

そのため、保健所業務としては、現状の感染者数であればひっ迫していないと那覇市保健所としては理解している。9月以降も現状の感染者数であれば乗り切れる、あるいは千人を超えても現時点では乗り切れると思っている。

(国吉座長)

今の説明では、メリットはそれほど多くないという趣旨だと思う。デメリットについてはまた後でお願いしたい。ほかに意見はあるか。

(成田委員)

沖縄県という地政学的な場所を考えた場合、全数把握はとても大事だと思う。今回のオミクロン株は2021年末の米軍関係者からの沖縄県内への移入であった。最初に罹患するのは比較的健康的な人たちである。一般市民の感染の動向を発生届の対象を絞ることによって見失うデメリットはあると思う。私(成田)は、2020年の8月からこれまで第5回、第6回、第12回の専門家会議で情報共有システムの構築を提案させていただいたが(各専門家会議添付資料参考)、それに準じるようなデータベースは今県にあるのかどうか確認したい。例えば、毎日衛生研究所から出ているデータがあるが、これは疫学的情報として県の独自のデータベースと考えてよいか。もしそれがあれば、それを維持することによって、疫学情報としての全数把握が可能だと思う。それは今後沖縄県の立場を考えた場合、米軍、国内外からの人の移入が非常に盛んである地域であると考えた場合に全数把握は必要だと思う。

(国吉座長)

今のデータベースの件について、感染症情報センターを持っている立場で少し説明する。感染症情報センターを今衛生環境研究所がやっており、日々の統計情報、技術的な疫学情報、そして把握できる限りの変数を揃えて分析を毎日出している。データベースというと、各人がアクセスして色々知りたいことを引っ張ったり、あるいは色々組み合わせることも含むと思うが、今はそのような機能はないため、データベースという認識はしていないところである。

それから、全数把握に伴う量、項目についても情報を減らすことによって全体の疫学的傾向を失ってしまうことはデメリットではないかという趣旨で理解したがよいか。

(成田委員)

そのとおりである。沖縄県は、日本の最先端の流行を提示している場所だと思う。今回の日本のオミクロン株の最初の流行は沖縄県から始まった。沖縄県のデータはとても貴重だと思う。疫学情報は埋もれさせてはいけないし、取りこぼしてもいけない。疫学的視点からやはり全数把握は必要だと思っている。

(国吉座長)

入力項目の簡略化が始まった時点で、そうしなければならないと思うことも多いが、認識していきたいと思う。

(仲松委員)

この議論が始まったそもそもの理由として、発熱外来で実際何件もHER-SYSを入力されている方々にかかなり負担がかかっていることと、保健所の負担があるというこの2点で今回の取組が始まったと思う。医師会の方に伺いたいが、実際現場で発熱外来されている方々の負担、それと県の方に伺いたいが民間PCRを行ってその登録までにどれくらい遅延が出ているか。それによっておそらくこの体制が続けられるかどうか決まってくると思うが、その辺りの状況を教えていただきたい。

(涌波理事)

1つは、県医師会の方で抗原センターと接触者センターのHER-SYSの登録を受けており、7月ぐらいから急激に多くなって一時期は両方合わせると千人ぐらいあり、最初の頃は確かに積み残しが出てきてしまいバタバタした。しかし、やはり乗り越えな

いとていけないということで、いろいろなシステムを駆使し、それで今はスムーズに動いているところである。一方で、クリニックの先生方はまだ結構大変なようで、やはり事務職員の残業が増えており、1日100名ぐらい入れているクリニックもあることから、そこはもうなんとかしてほしいというSOSの声がある。その先生方からは、My HER-SYSを入れることで、県民にどんなメリットがあるのかというところをもう少し教えてもらえると、やりがいというか、それでも頑張れるということが分かるという声も上がっている。

(国吉座長)

これについては、後ほど佐々木委員からの報告にそのような趣旨でのまとめがあるかと思うので、後で追加をお願いしたい。

その前に、仲松委員から県にお問合せがあったことについて、県は回答できるか。

(事務局)

民間の検査機関について、スムーズに行く時は検査で陽性を受けてから、1日から2日では届出は出されたと思うが、患者の急増によって、例えば4千名、5千名とかになっている時期では3・4日か、長いところで5日ぐらいかかっているという状況もあったが、今この患者の減少に伴い、その辺は少しずつ改善されていると聞いている。

(国吉座長)

大規模な検査センターについて、医師会の方からもあったが、大変だったが改善傾向にあるということである。

それではこの辺で佐々木委員から追加いただくことについてご紹介よろしいか。

(佐々木委員)

発生届の限定化に関する意見について、糸数部長の方から通知を元に説明されたのでこちらの方は省略し、次の2ページ目の課題をご覧いただきたい。

(国吉座長)

これは導入された場合の課題ということでよいか。

(佐々木委員)

国の通知を確認した際、県のコロナ本部でいろいろ作業をするに当たり、このような課題を解決しないと、国からの通知に基づく体制は作れないというところで悩んで作ったのが今回の報告になっている。

その前に、涌波理事の質問にあった県民のメリットについては、今、疫学・統計委員会がこの報告を元に毎週のデータを出し、さらに先の予測を立てて体制を整備しているということが1つと、これに基づいて健康観察を、沖縄県では先ほど自動架電とかMy HER-SYSへの入力という人もいるが、その人たちが急変や体調不良ですぐに電話で相談できるような体制を構築している。その基礎になるリストを作るためのデータに必要なものとなっている。また、そのような人たちが体調不良になったときに、医療機関や救急車に負担をかけずにスムーズな調整、入院待機ステーションであったり、宿泊調整を行ったり、そういったところへの調整をかける時の基礎になるデータとして必須なものとなっている。

現在、新規陽性者の約85%の人が自動架電やMy HER-SYSになっており、その人たちが今回のこの限定化になると対象外になってくる。この対象外になった方々が外出自粛や濃厚接触者の待機について、そのまま行う場合は法に基づき求めるだけであるた



め、自主性に任せることになることから、果たしてこれは感染抑制の役に立つのか。まず、なった人よりならないようにするということが法の趣旨だと思うが、果たしてそこはどのようなだろうというところが根底にある。

次に、届出対象者には現状と同様の対応を続けたいといけない。つまり、高齢者や高リスク、妊婦に関しては現状の対応を続け、その体制は現状のものを維持していかないとはいけないと思っている。

届出対象外の陽性者のために、新たに健康フォローアップセンターの立ち上げをしなければならない。この健康フォローアップセンターは、抗原検査の登録だけではなく、その申出があったり、いろいろな健康観察が来たり、いろいろな公費やサービスを受けるためにはここに登録しないと始まらないと読める。そのため、様々な調整機能を受けるためには、結局健康フォローアップセンターを登録機関として整備しないとはいけないと読めてしまう。

次に、公費負担や移送のサービスを受けるためにはここで登録しないとはいけない。おそらく、宿泊療養や入院待機ステーションの利用については、一切コメントが出ていないが、公費についても多分健康フォローアップセンターで登録しないとはいけないと思っている。

ここで健康フォローアップセンターへどのように登録するかということだが、今、発生届はこの1週間分だと、医療機関から52%、検査機関から32%、抗原登録センターから14%、行政検査が1%となっている。抗原登録センターはここに吸収されるため問題ないとして、検査機関の32%の人をどうやってここに結びつけるか、また、ここに申出があったとして、検査機関でやった検査結果をどこでここに結びつけるのか、そのような課題が容易には解決できないと思っている。

そして、毎日の年代別全数報告を国に出さないといけないため、この年代別全数報告を先ほどの発生届出機関、さらに県外の方で登録している検査機関もあるため、そのようなところから毎日収集するシステムも作らないといけない。

つまり、今問題点は、この健康フォローアップセンターを作らなければいけないこと、年代別全数報告システムを作らないといけないこと、届出対象外患者の体調不良時、皆登録するわけではないと思うため、体調不良時の受診、入院、または救急車を呼んだ場合の移送の流れなど、そういったシステムを作らないといけないため少し厳しいと思っている。

この前の国の説明会で、現在交付金が9月末までなのだが、これは延長されるのかという質問が他府県からあったが、わからないという回答であった。そのようなものにお金かけて、人を集めて整備したとしても、もしかすると9月末で終わってしまう可能性もある。

このような状況で、果たしてどのようにして体制を作っていくか非常に困っている。結局、今あるシステムにもう1つのシステムを作り上げないといけない。人員について、それをどうするかというところが非常に悩みの種である。

それと、保険や就業制限のために、現在いろいろな書類を求めて患者さんが病院などに来るが、この方々が保険会社や関係団体にお願いするだけで果たして、保険金は下りるのだろうか。この人が陽性なのかどうかなど、おそらく保健所が相談を受けてくれるのではないかと思うがよくわからない。

なお、クリニックは確かに軽減になると思われ、今一番きついのは事務職員だと思うが、事務職員の雇用に関しては公費負担が可能であるということがあるので、そういうことも調整していけるかと思っている。基本的にコーディネーター側としては労多くして益少なしと考えている。

昨日か今日、9月中で全国統一する、また、HER-SYSを改定して年代別全数報告をHER-SYSでできるようにするなど、そのような噂も聞こえてくるため、もう少しこの

ところが目鼻がついてからまた検討をお願いしたいというところである。ひと月前であれば考慮したかと思うが、今の沖縄県の状況では、果たしてこれはメリットがあることなのかどうなのかと少し考えあぐねているところである。

(国吉座長)

意見を多く出していただきありがとうございます。メリットはあると思うがデメリットがそれにも増してたくさんあるということだと思う。他に意見はあるか。

(大野委員)

現状としては、このシステムの現状を維持した方が良いという理解で良いかと思うが、それでは、どこのレベルを超えたらこちら側に切り替えないといけないかなど、その辺りのことは考えておいた方が良く思う。

(国吉座長)

別の発言の方で、定点化にいずれは行くという話をしている。それで行くといろいろと今のインフルエンザの定点のようになっていくので、そのような意味では色々これに近い部分も出てくるとは思うが、それがいつになるかもわからない。また、その間の緊急措置ということではあるが、その定点化とこちらの間はどれくらいあるかということではないか。その時の流行状況にもよるとは思うが、その辺りが読めない中で躊躇もある。

(張委員)

子どもはほとんど100%対象外になってくると思うため、小児科に関しても、例えば突然受診した人が、じつは数日前に検査して陽性だったというようなことがありうることから、その辺りはもう少し各医療機関の理解を求めないと、急にこの形にした場合かなり厳しいと思う。さらに、陽性の人救急車で来て帰る時に、今は本部で車両などの手配をしてもらっているが、登録されていない場合はどうやって帰るのかというような問題も出てくると思った。座長の指摘どおり、定点化に向けて、重なっている部分があると思うため、こういう世界が来るということは受け止めなければならないと思うが、今すぐ発生届の限定化という方向に進めるべきかどうかと言われると慎重に考えた方がいいと思った。

(国吉座長)

先ほど涌波理事のHER-SYSの入力にどのようなメリットがあるのという意見があったが、今情報の集中化で、受診の調整など、そのようなことについての資料がかなり得られているわけである。余計な項目も入れているという話もあるが、例えば、そういった情報をもって本部の方により一括でやってくれているということもある。それから、いろいろな書類仕事について、そちらの方でも集約してくれているため、保健所の方で対応できるということが、今のところあると思う。

もしも、そのようなものがないとなると医療機関に押し寄せる。それを防いでいるのがHER-SYSの入力の仕組みだということがある。

これが全てではないと思うが、例えばそのようなことがあると思う。

(仲宗根委員)

今回の理由の一つである医療のひっ迫について、先ほど涌波理事からもあったように、HER-SYSの入力状況を見ていてもかなりひっ迫していたとよくわかる。今は、午後10時ぐらいにHER-SYSを見ると、その時の数字で大体その日の数が止まる。これが

8月上旬ぐらいになると、那覇市の場合、10時ぐらいにHER-SYSを見ると800件ぐらい入力されているのが、翌朝朝早く見ると1,100件になっているという状況だった。つまり、10時過ぎから真夜中に必死に入力されていることがわかるという状況だったように感じている。これは、データを取ればわかるのではないかと思うが、ひっ迫時はこういう状況だったと思う。

(国吉座長)

それでは、テーマを少しずつ指定するので、それについてのコメントをお願いしたい。先ほど糸数部長が示した最後の17ページでは、4つの項目に分けて書いており、1つ目の検査体制について、届出対象外の者の療養証明書があったが、これは今の情報の集中ができないために、医療機関がということにつながっていると思う。

それから受診調整については、最初のHER-SYS管理を前提としてという佐々木先生からのコメントがあった通りである。

そして、対象外の人に健康フォローアップ窓口を周知徹底していこうという話は、先ほどあった健康フォローアップセンターのことである。まずそれについて、健康フォローアップセンターというものが果たして本当に可能なのかどうかという話が一つと、健康フォローアップセンターの課題について、部長あるいは統括本部の方からコメントをいただけるか。

(糸数部長)

この新しい健康フォローアップセンターはなかなかイメージできないが、今の県内で動いているコールセンターとして県民の発熱相談というものがもともとある。これは診断される前の方々に自分はコロナかもしれないという人たちに、医療機関のリストを示すなどというかたちとなっている。それからもう一つは、陽性となった後に、例えば自宅療養になって、その経過を見ている間に心配事があるとか、体調が悪いかというような自宅療養者用のコールセンターというものがあり、そこは昼間と夜で受付を変えながら、体調が悪くなった場合は即受診ということで、搬送も含めた形のネットワークを作っている。このような2つが、同時に1つのコールセンターとして新しい健康フォローアップセンターに来る可能性がある。

それからもう一つは、沖縄県が1月ぐらいから進めており、全国的にも進めているオンラインでの登録について、受診をしないで陽性になるパターンの陽性者の方々に、次に何をすればよいのかと届出の対象ではない方も来る。グループが違う者がいっぺんに同じところに来るため、佐々木委員はAIを使う提案もされているが、かなり高度な振り分けを行いながら、さらにつながる対策について、今ある仕組みを使いながら今と違うシステムを作る対応をしていくという課題があると思う。先の資料には医師を配置するということもあるため、簡単な立ち上げというわけにはいかないというところである。

(国吉座長)

医師を配置するようにとあったが、はいそうですかと、なかなか簡単にはいかないと思う。それから先ほど佐々木委員からも少し説明があったが、この健康フォローアップセンターのもう一つの課題として、届出対象外の人数を把握するようにとの話があった。細かい年代ごとに何人というものは、それをどこかが集約して報告ということになると、転記が繰り返されるような作業が生じるため、間違いが生じること、あるいはその誤りの訂正するうちに、どんどん溜まってしまい、かなり負担になるのではないかという気がする。

(宮里統括監)

実際にやるとなるとかなりの作業になると思うので、イメージが付かない部分もあるが、やはりいろいろな作業が増えることが負担になるかと思う。

(糸数部長)

先ほど表を見てもらったが、定点報告を行っている医療機関にお願いしているフォームと似ていると思った。定点報告は1週間に1回なので、毎日あの数を転記し、「正」の字を書きながら数えることを何で毎日やらないといけないのかと思ったが、日報が週報になり、全ての医療機関が定点になれば、定点報告化に進むという道のりは見えてきたと思う。しかし、作業自体は座長が指摘したように、エラーも含むような難儀な作業であり、病院・医療機関に2種類の入力をお願いすることになるため、それについてもしっかり理解していただかないといけないと思っている。

(国吉座長)

この辺りのフォローアップ窓口ないし、対象外の人についてご意見があればお願いしたい。

(大野委員)

質問なのだが、届出対象か、対象外なのかは、誰が一番最初に判断することになっているか。

(国吉座長)

非常に重要な論点だと思う。これには、相応の責任も伴うと思う。特に検査機関などで、それを決める時の責任の持ち方はなかなかのプレッシャーがあるのではないか感じる。どなたか意見はあるか。

(仲宗根委員)

発生届を出すのは医師であるため、医師が限定された対象は発生届を出す、それ以外は出さないという判断をされるかと思う。

昨日厚労省の説明会があり、その中で自治体から183件のチャットホットでの質問が出ていた。これは今までのズーム会議では最も多いと思っている。その中でやはり皆さんが心配されるのは、この検査体制の最後の方にある療養証明書をどうするのかということ。保健所としては、例えば根拠となる法定文書を今まで発生届というかたちで受け取っていたため、それに基づいて療養証明書を発行できるが、その法的根拠がないので、どうしようもないという状況である。

(国吉座長)

そもそも情報が来ないわけだが、出す根拠も失われるわけである。

(佐々木委員)

先ほどの大野先生の質問はおそらく国の通知の6ページから7ページの上の方にあると思う。7ページの(3)に記載があるが、検査機関の分は無理だと思っている。これを健康フォローアップセンターで申出があったとしても、その検査結果を捨てるのはどのようにやるのかわからないところである。それと、先ほど糸数部長がAIを使ってと言っていたのは、AIでも使わないことには絶対無理だという趣旨であることをご理解いただきたい。

(仲松委員)

今の7ページの(3)を見てわかったが、そもそものHER-SYSの重症者のリスクはいつまでたってもアップデートされておらず、あれが全部本当に重症化リスクなのか分からない。高血圧や脂質代謝異常など、重症化リスクと考えられてていないものまでチェックがあったりする。そのため、HER-SYSの基準のみで重症リスクを計るのは、個人的な意見としてそもそも無理だと思う。

(国吉座長)

先生がそう述べるぐらいなので、普通の医療機関のドクターはとてもではないが判断に困るということが、もしかするとあるかもしれない。

それでは先ほどの17ページの下に健康観察とあるが、内容は行動制限の話である。発生届が出されない患者について、協力を求めることには限界がある、法に基づいて自粛を求めるということがあるが、なかなか症状がない方あるいは軽症の方々については、一定程度自分で見るということが非常に薄くなるかもしれない。そして、行動がある程度自由になされることがあれば、これは感染を減らす方向には少なくとも行かず、むしろ拡がると思う。それをこの時期にやるのはどうかという意見があると思う。このことについて言っておきたいことがある方はいるか。

(成田委員)

少し話題から外れて質問になってしまうが、このHER-SYS入力で定められた項目は、全て入力しないといけないということになっている。仲松委員が述べたように、どうでもいいような項目が多いと思う。そのため、例えば私たちあるいは各自治体でそれを取捨選択して、絶対必要な項目だけ入れるなど、そのようなアレンジは可能なのか。これはもちろん負担を減らすと言う意味である。

(国吉座長)

おそらく、事例でいえば足しているところはあると思うが、引いているところはなかなかないと思う。それがなぜということについては、部長と統括監からコメントをいただきたいが、その前に佐々木委員にお願いしたい。

(佐々木委員)

この届出の簡略化について、涌波理事から届出を行うクリニックからの意見もあったように、少しでも省略化しないといけない。じつは、国の方からも7月22日に少し簡略化され、次に8月4日に一定の要件のもと、自治体の判断により低リスク者については、このような省略が可能というような通知が出ていた。しかし、ふりがながないと本人同定に手間取り、同じ漢字で読みが違ったり、漢字で同じ読みがあったり、住所が不十分で、電話番号の間違いなど様々な状況があった。また、当時は、介護職員などは職業欄があり、そこに書いてもらっていたが、支障が出るのではないかとということで、この8月4日付のものは陽性者の氏名、性別、生年月日、市区町村までの所在地と電話番号1個というものであったことから、コロナ対策本部の判断で取り入れていなかった。

今回、届出するクリニックが疲れているということで、次のページの課題と変更にあるとおり、65歳未満、低リスクの人たちなどの85%の人たちの入力の省力化を検討し、コロナ本部として認めていこうというように考えている。ただし、ふりがなについては困難の可能性があるので入れてほしい。パルスオキシメーターは今まで50歳以上と7歳以下全員に送っていたが、今回住所がわからなくなるため、それに合わせて65歳以上と、My HER-SYSの自動架電で希望者を募り、そこに連絡をもらった人という

ように絞っていく。

それと生活支援については、申請時に詳しい住所をこちらで聞き取り、住所がわからないうえ、電話番号もわからない者に対しては、以前は保健所に調査など行ってもらっていたが、高齢者と高リスク者を中心に対応していくことで、そこも省略できる。

施設支援に関しては、今すでに施設からの申出体制を取り入れているため、その周知を図っていけばカバーできるだろうということで、遅ればせながら8月4日付の簡易化を取り入れていこうと考えている。

HER-SYS上のシステムの日付の問題として、発病年月日などは県内での取り決めとして入れれば、他の部分に関しては省略というようにご理解いただければと思う。

(国吉座長)

ようするに、対象者を絞るというやり方については、先ほどから課題がかなりあり大変であるということ。また、現在実際に負担となっている成田委員や仲松委員からも具体的な入力項目を本当に意味があるものに絞ってほしいという意見もあり、あるいは、その他何が省略できるかにより質問項目での入力の重点化で、対象者を絞ること以外もできるかもしれないという論点だと思う。

これについて、おそらく今のところ答えを持ち合わせていないが、国のQ&Aなどでもしかしたら出ているかもしれない。これについて部長、統括監から何かあるか。

(糸数部長)

どのような影響があるかについては佐々木委員から話があったが、国のもう一つの事務連絡で、項目の重点化、入力項目の省略化について、まだ徹底的ではない自治体があるということで、そこはさらにプッシュしてきているため、そのような状況も受けて、佐々木先生が述べた提案ができるのであれば、負担を減らすという意味でよいと思う。

(国吉座長)

部長の方から、そのような機会があればやることも可能かもしれないと述べられていたが、成田委員と仲松委員から何か言っておくべきことはあるか。

(成田委員)

これは国との調整でどこまでできるかわからないが、かなりの負担軽減になるのではないかと思った次第である。私が最初から述べているように、やはり全数把握はある意味で必要ではないか。ただし、入力項目に関しては取捨選択して負担を減らすという方向で良いのではないかと思っている。

(仲松委員)

私も同じなのだが、そもそもHER-SYSは任意入力項目について書かなくても良いのではないかと思う。HER-SYSは2つに分かれており、書かなくても登録が押せるところがあるため、きちんと入力しなければならないところだけきちんとするというかたちで、佐々木委員の案に自分も賛成である。

それと、名前もひらがなで書けるようにしてほしい。難しい漢字は変換するのも大変であり、ひらがなで統一すると楽である。

(国吉座長)

プラクティカルな意見である。他に意見はないか。

(仲宗根委員)

健康観察のところに戻るが、座長が懸念されているように、これをやると感染防止に逆行するということについてはそのとおりだと思う。ただ、これまでの流れとしては、就業制限をかけていた時代、就業制限をかけずにお願いしていた時代となってきた、今後さらにまた発生届すらも出さない時代になってくるため、流れとしてこれは致し方ないと思っている。「お願い」時代は、就業制限をかけないでお願いだけする時代で、今がそれだが、それでもやはり活動されている陽性者はいる。そのような方が増える危険はあるが、流れとしては仕方ないと思う。

一方で、これを沖縄県だけがファーストペンギンでやって、ドッと感染者が増えたら、それ見たことと言われることになるため、これはやはり全国一律でやった方が良く思っている。

(国吉座長)

全国一律でもいろいろと課題はあるような気がする。

(仲松委員)

登録しない方が、家で体調が悪くなって入院する場合は、どこが登録をすることになるのか。

(佐々木委員)

通知を見る限り、入院を判断する医師と書いてあるが、どうやってそこにたどり着くか想像ができていない。

(仲松委員)

それは、本人がコロナ陽性という自己申告を元に届け出るということでよいか。

(佐々木委員)

体調不良時も生命保険も、本人の申告だけでどうやってやるのかまだわかっていない。

(国吉座長)

何か書類を添付しなければならないなど、そのような話になるのだろう。

(糸数部長)

今の通知の中身から言うと、健康フォローアップセンターに登録している人は、そこにいったん登録されるため、入院調整までやるかどうかはわからないが、おそらくその医師が受診調整をして、そのドクターが届出までもする可能性がある。健康フォローアップセンターの医師が届出するという記載があるため、その可能性があるとは思う

健康フォローアップセンターにもかからず、ただ陽性になって、初めて体調が悪くなって病院に行った場合には、入院を決定した医師になるのではないかと思う。入院サーベイランスが今後本当に動くかどうかにもよるが、届出されなかった人たちが、敗者復活のような形で登録されるイメージかと思っている。

(国吉座長)

実施された場合には、説明が求められることになるが、この説明も大変であるうえ、いくら説明しようが問合せは来る。それで保健所がひっ迫することは容易に予想でき

る。

(仲宗根委員)

保健所には、法的根拠となる情報が上がってきていないため、このような人から、私は陽性でした、急変しましたと電話されても、救急車を呼んでくださいとしか言えない。この人が本当に陽性なのかそれはわからないので、そういう状況になる。ようするに、インフルエンザの方が、自分で抗原検査して陽性で、その後自宅で急変した場合とほぼ同じ状態になると思う。

(国吉座長)

手が無いだけに、相談が増える、相談に時間がかかるということは想像いたします。

次に、施設支援についてだが、特に高齢者施設、障害者施設については、沖縄県はかなり早くから対応しており、なおかつ行政検査を積極的に行っている。先ほど登録者数について1%で少ないと思ったが、これについても対象者が絞られることの課題があった。これについては、部長・統括監から追加で説明があればお願いしたい。

(糸数部長)

この重点化について、HER-SYSのものだけでいうと、施設の職員は、65歳以上でもなくリスクもなければ、陽性になったことは本人しかわからないということになる。

そのため、こちらで書いているような施設の中での感染拡大防止という意味では、初動が遅れてしまう可能性を懸念している状況である。

本人が症状に応じて陽性であることを自覚しながらも、しっかり感染予防しながら働くという意味では、こういう対象外の人には働く可能性はあると思うが、今のようは無症状であっても2週間に1回または毎週検査して陽性になった時点で休んでもらうという形とは少し違う世界になると感じているが、それは感染拡大の点から言うデメリットだと考えている。

(国吉座長)

施設での集団感染が拡がってそこでかなりの死亡率があった時代の話でもある。

現場をよく知る原國看護師にコメントをお願いしたい。

(原國看護師)

施設支援のコーディネーターをさせてもらっているが、おそらく職員の方が陽性であったとしても、そもそも職員の数が少ないのであれば、職員の方は無理してでも働くということが今までもあったと思う。それが検査で陽性になることである程度抑制をかけることができているのがなくなるため、容易に想定できるものとしては、届出がないので職員が働き続けて、高齢者にうつし、高齢者は検査が必須であるため届出が上がってきた時にここで確知になると思う。その状況で病院に受診しても、我々支援コーディネーターが入るとしても遅れてしまい、介入した時にはどうしようもない状況になるため、施設自体が炎上していると対策を打ちようも無く、燃え尽きるのを待ってしまう。その中で、重症化する方が出てきて、救急要請したいけど病院から受け入れてもらえないという負の連鎖を経験しているため、そこは正直難しいところである。施設支援に入ったとしても手が打てないところが出てくるのではないかとこのように感じている。

(国吉座長)

そもそも施設支援というものは、病院機能を守るためということがまずあり、それ



には早期介入が効くということがポイントである。それが崩れてしまうと機能が果たせないためつらいところである。

これでご意見は出たかと解釈しているが、追加の意見があればお願いしたい。

(成田委員)

沖縄県は施設職員に対する定期的なスクリーニング検査をやっていたが、それは今も実施しているのか。その実施により早期に職員の陽性者を指摘し、負の連鎖をいち早く察知できるというようなこともあったが、それは今後も実施予定なのか。有症状のままの勤務自体、施設でも病院でもあるべきことではない。施設管理の基本として有症状者は休めるようにしていただきたい。

(宮里統括監)

高齢者施設などでの定期的なPCR検査は現在も続けており、参加いただいている施設では2週間に1回のPCR検査を受けていただく。ただ、2週間に1回だと間が空くため、それを補う形で現在は抗原検査キットを配付し、それで間の週は補っていただくような形で対応している。定期PCR検査に参加いただいている施設に関しても、今の感染状況を踏まえ抗原検査キットを配付し、それを使うような形で対応している。

(国吉座長)

施設はたくさんあるが、定期のPCR検査は必ずしも全ての施設がやっているわけではないということ。希望されるところで何割かという感じだろうか。

(宮里統括監)

こちらから案内をかけて、その中で手を上げていただき、希望する施設に行っている。現在の状況で参加いただいている施設へは改めて電話等で呼びかけており、最近定期PCR検査に参加いただいているような施設もある。

(成田委員)

施設によって感染対策の力量の濃淡があると思う。感染管理が出来ているかどうか普段からあらかじめ評価し、出来ていないところにしっかりサポートをするという意味で、定期的な検査を継続する方法が良いのではないかと思う。

(仲宗根委員)

発生届の簡略化がすでに始まっており、その際に職業欄を書くのが無くなってきたと理解している。その際に、施設職員には職業欄を書くように通知を出したと思う。もし、今回限定化する場合も、ぜひ施設職員は申し出てもらって、発生届も出してもらうようにというシステムの方が良いと思っている。

(国吉座長)

今言っているとおり拾うのか。

(佐々木委員)

職業欄がなくなった後に、住所の後などに「介護職」や「看護職」などを書くようお願いしており、そこで確知したものも多い。今回の簡略化は、指定の者以外は届出しないこととなっているため、そのような職業だからといって届出にはできないという通知の内容となっている。

施設に関して、現行では職員の陽性が出た場合、施設支援班の方に連絡することと

なっており、毎日かなりの連絡をいただいている。いずれ定点化したときもこのように覚知していくしかないと考えているため、濃淡はあるが、なるべく全施設にそのような教育や指導を行っていかなければならないと思っている。

(国吉座長)

定点化に向けては、いろいろな準備をしないといけないと思う。その留意点の1つとしておくべきである。

議題についてはここでいったん終わりとして、次に涌波理事の方から重症化例の調査についての意見があるとのことで、説明をお願いしたい。

(涌波理事)

30代や40代の重症化があると聞いており、何が本当に重症化のリスクになるのかということをもう少し調べて、教えていただきたいと思う。重症化した人のデータを整理し、きちんと、こういった人は重症化する、だからフォローアップしなければならないということがもう少しわかると、クリニックにしても県医師会にしても、誰に注力しなければならないのかわかりやすくなる。

(国吉座長)

重症化については、以前佐々木委員から提案いただき、趣旨が同じだったかはわからないが、感染研のエピックの先生にお願いして一部分析していただいたものがある。

まだ完成していないため紹介していないが、紹介できる範囲で情報提供を考えることはどうか。

(糸数部長)

詳細は把握していないが、オミクロン株になってからの重症化についてFETPに調べてもらったものがまだ途中だと思うので、それを参考にできるかと思う。

(国吉座長)

佐々木委員に以前提案いただいたものと同じ趣旨か。

(佐々木委員)

たしか、FETPに調べてもらっているものは、重症例ではなく死亡例だったと思う。

(国吉座長)

ある分を整理してもらえればと思う。

(佐々木委員)

いずれにしても、以前も課題になったと思うが、このような臨床研究をする時、各病院に挿管患者がいるので、その倫理委員会を通すことになる。成田委員がこのようなやり方について詳しいと思うがいかがか。

(成田委員)

2020年5月12日の専門家会議で共有した資料（沖縄における新型コロナウイルス感染症の臨床像 2020年5月7日版 参照）で、沖縄県の症例数が100例前後の時、琉大病院、公立病院や民間病院の倫理委員会を通して臨床研究を計画したが、その後の陽性者数が増加し業務多忙となったため中断している。研究計画書の内容を変更しそのまま県の事業としてやることは可能だと思う。もし国立感染症研究所の先生など他の

方が実施されるのであればお任せしてもよいと思う。あまりにも日常業務が多忙なのと、その後の陽性者数を予想できず挫折してしまい申し訳ないが、研究の雛形はあるため相談してほしい。

(張委員)

便乗して話を広げて申し訳ないが、小児について、県内でも重篤な症例が出てきており、全国的にも厚労省を通じて感染研が調査に入っている。私の手元に県内の小児のデータが大体集まっているが、これをさらに誰に報告すればよいのかということや、県がどの程度公表するつもりなのかがわからないため、専門家会議のメーリングリストには適宜報告させてもらっているが、どのようにすれば良いのかということをもう少し明確にさせていただきたいと思っている。成人含め重症例とするとかなり多いかと思うが、大事なデータである。小児に関しては厚労省の感染研が拾い出してきていて、思いのほか全国で数があるということがわかり始めている。

(国吉座長)

今の話は、私も砂川先生から聞いたことがあり、十何例というレベルの数だと聞いている。涌波理事が述べていることは、例えばリスクファクターなどをどれくらい気にすれば良いかという視点であり、必ずしも子どもでもないという気もする。これについてはもう少し整理が必要である。

それでは次に。その他として医療機関の負担軽減に関連して本日は原國看護師に資料をお願いしている。こちらの方の紹介をお願いしたい。

(原國看護師)

医療機関の方から陽性の方が解除になったときにおいて、転院される場合であったり、自宅に退院される場合であったり、コロナ病床から一般病床に移動になる場合で、現時点においては、各医療機関や各施設など様々な方法で対応がなされている状況である。

そこで実際に起きている状況として、例えば、院内でコロナ病床から陽性者を解除として10日目に一般病床に移した後、実はウイルスの排菌があつてそこでクラスターが発生した背景があり、病院が転院させる前にPCR検査を前日に行い次の日に施設の方に転院するが、施設の方が独自に抗原検査をし、陽性ということで受け入れられず戻ってくるケースがあったり、慢性期医療機関の方から陽性なので受け入れられないということがあったりする。

陽性者の数が高止まりになっている状況だが、コロナ病床を空けて施設にステイしている高齢者で入院が必要な方を受け入れるには、回転を上げないといけない部分があるが、陽性者解除後の検査の解釈というところに関しては各医療機関様々な部分があることから、抗原検査をうまく活用したものをご提案できればと思う。

陽性後にPCR検査を取っても、ある一定の人は陽性が出続ける。今、厚労省が出しているものには、PCR検査で2回陰性を確認すると明記がある。それに準じて動くと、当院では30日経ってもPCR検査が陽性になり続けるケースがあり、ベッドがひっ迫する部分がある。そのため、CDCやECDCにあるように、やはり日数が一番重要であることから、基本は10日をしっかり見ていただき、自宅退院であればそのまま自宅に帰っていただく。これが高齢者施設などに移っていただく場合は、抗原検査で確認し、アクティブでなければそのまま出すことになるが、そこでは症状の有無をしっかりと確認する必要がある。

しかし、そこでもある一定数は抗原でも陽性になる。それが15日以降になった時にはウイルスの分離ができないため計数がかなり低くなるということになれば、検査も

せずに16日目から一般所に移すというかたちの見解とする。また、免疫抑制者の方はウイルスの排出が長くなることから、20日程度がCDCなどでも区切りとされている。そのため、そのような一定の見解を出し、高齢者施設や慢性医療機関、急性期病院の方でも統一したものに準ずることで、転院搬送や退院などの基準や受入れなどが、もう少し円滑に行われるのではないかと考えている。

(国吉座長)

佐々木委員から医療がひっ迫する原因の一つとして、長く入院した方が外に転院することについて必ずしもうまくいっていないこと。受け入れる側の慢性期病院あるいは各機能病院が受け入れるに当たって不安がありなかなかできない。それについては、ある一定の基準を出してあげれば安心して受け入れることにつながり、スムーズな病院間の連携にもなるのではないかということで、科学的な方法があればご紹介していただきたいということで原國看護師に説明いただくことになった。

案が2つ出ており、その説明があったが、案1と案2は何が違うのか。

(原國看護師)

案1と案2の違いだが、案1に関しては10日以降のものに関して免疫不全無しの方は抗原検査を確認するというところと、案2は抗原検査自体もしないというところの違いになる。

(国吉座長)

基本的には日にちと抗原検査を組み合わせるということか。

(原國看護師)

はい。それにより症状がある一定の者は対応できるのではないかと感じている。

(国吉座長)

提案ということだったが、これについて佐々木委員から追加の発言はあるか。

(佐々木委員)

病院だけではなく、今那覇の入院待機ステーションで下りを受け入れているが、下り搬送された後行くところがない。下った後も慢性病院とかに移したいが、そこからCT値が35以上という病院が、わかっているだけで2病院あり、そこへの転院について那覇の入院待機ステーションから動かせなくなってしまう症例もある。PCR検査をそもそもこのような患者にやるのはもうやめて、抗原検査にしてほしいということが1点目である。2点目は、ある程度の日にちが来たら、15日以降20日以上は、もう検査なしで受け入れてほしい。

これをある程度オーソライズされたものとして出していかなければ、受入病院が永遠に転院させられないという状況になっている。その逆もある。CT値が高ければ隔離解除前でも取ってもよいという優しい病院もあり、病院によって方針が全くバラバラなところがある。いずれにせよ、入院待機ステーションはPCR検査すること自体が大変であるから、抗原検査の方がやはり今の感染状況を表していると思うところもあり、これについて皆さんの意見を伺いたいと思っている。

(仲松委員)

入院待機ステーションと病院は分けて考えても良いと思うが、入院待機ステーションで受ける前提として基準に従っていることをルールとしてあればいいと思う。

一方、免疫不全の患者は我々のところにたくさんいるが、20日で全部隔離解除は無理である。30日目でCT値20ぐらいはたくさんいるため、ここでPCRを一律で使用しないことと書かれると多分厳しいと思う。

そのため、ある一定の基準はやはり必要だと思うため、施設から受け入れる入院ステーションなどのPCR検査の判断ができないところやPCR検査自体が難しいところは、これをある程度受入れの決まりとすることは全然良いと思うが、絶対に使用しないことと書かれると多分院内はかなり厳しいと思った。

(佐々木委員)

注意点としては、入院待機ステーションの上りではなく下り転院の部分である。病院から、現在4日目、5日目などで、入院待機ステーションで受けているため、そのような人たちが10日～2週間になった時の転院の話である。そのため、普通の病院から退院するものと同じところである。

転院時の院内での検証は病院の判断であり、仲松委員が述べるような患者はどの病院も持っていると思うが、主治医が大丈夫と思うけれども転院にあたって外部から要求された時の基準というところである。

(張委員)

私個人としては、PCR検査を使わないようにし、抗原検査の陰性などを確認しながらという意見に関しては賛成である。仲松委員とはいろいろな場でかなり近い意見を持っていると私は思っているが、この解除基準という点に関しては、各病院で受診・入院される患者層が、HIVや免疫不全など、色々となつてきているため、違っていると考えている。南部医療センターではここで示されたものよりももっとさらに緩い基準で、原則10日で大部分の患者の隔離を解除している。

これについては、県立病院間でも違っていると認識しており、大学病院とも違う。このような基準が出されると、院内でもこの基準でということになり、そうすると10日経って今まで解除していた人が解除できないようなことになるので、院内の感染対策預かる者としては結構苦しい。

転院がうまくいかないということに関しては、専門家会議の委員として発言すべきと思うので、前向きな意見を言うとしたら、案2にしていただけるとありがたい。免疫不全があるからと言って、一律15日隔離が必要とされると少し難しいということと、適用に関して佐々木委員が繰り返し述べているように、那覇ステから出ることを前提としたものということをきちんと伝えてほしい。

(国吉座長)

佐々木委員の説明では、全部にできることなら適用という話だと思うが、適用してもいいよというニュアンスくらいにしたらいいのではないか。

(佐々木委員)

今の、委員の皆様の意見によると、今回の資料だけだといろいろな解釈ができてしまうことがわかったため、継続審議としてお願いできればと思う。

(国吉座長)

どちらにせよ、問題意識は委員の皆は持っていると思われるため、これからもご意見をいただきたい。

それでは、予定されていた議論はだいたい出たと思う。追加で意見があれば受けたいがいかがか。

(成田委員)

今日の議論では、今まで通り既存のHER-SYSの届けに基づいた現行維持で、入力の方を少なくすることの提案という理解でよいか

(国吉座長)

国からの提案について、趣旨は分かるが様々な課題があり、課題を解決する時間もかかる。そのため、もう少し細部を見ないといけないということもあり、そもそも難しいのではないかという話だったと思う。加えて、やはり負担があるため、それを軽減するためのHER-SYSの何らかの省略化について、今まで行っているところだが、趣旨を一部保ちつつ、なんとかその負担を下げる方法の提案はできないかということ、これからも続けるということだと思っている。

(仲宗根委員)

今、座長が述べたことが今回の専門家会議のまとめであり、議題について採決のようなことは不要である。成田委員も同じようなことを述べていると思う。

(国吉座長)

賛成か反対かを定めることに馴染む議論もありはするものの、このような問題意識があるということ、これを今回は伺った。それを本部会議に上げるというようにしたいと思っているが、それでよいか。

～ 反対意見なし ～

それではそうさせていただきたいと思う。部長の方から何か締めがあればお願いしたい。

(糸数部長)

様々な視点からいろいろな指摘があり、結論について議論いただいたが、まだ国からの情報が全て出揃っておらず、しかも不完全な形で次から次へと出てくるため、今の時点での県の解釈に対する専門家の意見という形でまとめて対策本部会議に報告したいと思う。

とりあえず、29日の17時が最初の重点化の申し込み期限であるということについては、まだ議論が十分ではなく、慎重な議論を続けていかざるをえないということになるかと思う。今の時点でこれやるのかやらないのか等はなかなか言いづらいところもあることから、引き続き情報を集めていきたいと思う

(国吉座長)

はっきりしていることは、少なくともすぐに実施するということではないということである。

それでは、会議の方はこれで閉じたいと思う。