

地域医療確保対策調査特別委員会会議記録

地域医療確保対策調査特別委員会委員長 佐藤 ケイ子

- 1 日時
令和2年9月2日（水曜日）
午前10時1分開会、午前11時40分散会
（休憩 午前11時39分～午前11時40分）
- 2 場所
第3委員会室
- 3 出席委員
佐藤ケイ子委員長、武田哲副委員長、高橋はじめ委員、郷右近浩委員、千葉秀幸委員、千葉伝委員、工藤勝子委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、佐々木朋和委員、飯澤匡委員、斉藤信委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
藤根担当書記、佐々木担当書記
- 6 説明のため出席した者
一般社団法人岩手県医師会 理事・新型コロナウイルス感染症対策本部特任部会会長
下沖 収 氏
- 7 一般傍聴者
1名
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
本県における新型コロナウイルス感染症の検査体制について
 - (2) その他
次回の委員会運営について
- 9 議事の内容

○佐藤ケイ子委員長 ただいまから地域医療確保対策調査特別委員会を開会いたします。
これより本日の会議を開きます。初めに、委員席の変更についてお諮りいたします。今回、委員の所属会派の異動に伴い、委員席につきましては現在御着席のとおりといたしたいと思いますが、これに御異議ありませんか。
〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 異議なしと認め、さよう決定いたしました。
本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、本県における新型コロナウイルス感染症の検査体制について調査を行いたいと思います。

本日は、講師として岩手県医師会の理事であり、新型コロナウイルス感染症対策本部特任部会会長の下沖収様をお招きしておりますので、御紹介いたします。下沖様の御略歴につきましては、お手元に配付しております資料のとおりでございます。

本日は、本県の新型コロナウイルス感染症の検査体制の現状や課題についてお話しいただくことになっております。

下沖様におかれましては、本当に御多忙のところ、このたびの御講演をお引き受けいただきまして、ありがとうございます。

これから講師のお話をいただくことといたしますが、後ほど下沖様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので御了承を願いたいと思います。

それでは、下沖様どうぞよろしく願いいたします。

○**下沖収参考人** 御紹介いただきました下沖と申します。委員の方には、きょうはこのような場を設定していただきまして、ありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症の専門家ではありませんので、専門性の高いお話はできませんけれども、岩手県医師会で新型コロナウイルス感染症の担当もさせていただいておりますので、きょうのタイトルにあります検査体制が、岩手県では非常に動きがよくて、大分早い段階で全圏域でできたのは全国的にも先を行って行っていましたので、その経緯をお話し申し上げたいと思います。

きょうの話ですが、新型コロナウイルス感染症の特徴をおさらいしまして、PCR検査の話をするのですが、抗原検査や抗体検査を少し整理させてもらって、最後に地域外来・検査センターの話をしていただきたいと思います。

まず、新型コロナウイルス感染症の特徴です。この経緯については、最初の症例確認は2019年12月に中国の武漢で、19年ですのでCOVID-19ということになります。

日本国内では1月16日に武漢に渡航した中国籍の男性に初めて感染が確認がされました。そして、どんどん中国を中心に広がったので、WHOも国際的な緊急事態宣言をしたのですけれども、日本ではクルーズ船の乗客に感染が確認され、非常に注目を浴びて、毎日のように報道されました。

2月13日に国内で初めての感染者の死亡があり、2月27日に安倍首相から学校への臨時休校要請がありました。3月24日に東京2020オリンピック・パラリンピックが1年程度延期になりましたし、4月16日に岩手県も含む全国に緊急事態宣言が出され、1カ月半で解除になったのですが、第2波と言われる感染がふえ、ちょうどGo To トラベルと重なった時期で非常に心配したのですが、7月末から8月の頭ぐらいをピークに少しずつピークダウンしているところです。

なぜか奇跡的に岩手県での感染者が確認されなかったのですけれども、感染症は県境や国境もありませんので、7月29日に第1例目の感染が確認されました。

世界ではどんどん感染が広がっています。これが感染者数でありますけれども、7月末、8月頭にピークに達したとみられます。この後収束に向かえばいいのですけれども、日本

国内や世界的に見ますと、まだ少しピークが見えない状況であります。

これがジョンズ・ホプキンス大学の有名な新型コロナウイルス感染状況のダッシュボードですが、グローバルには2,500万人の感染者、死者も85万人で、かなりのインパクトがある感染症です。特にアメリカの報道がされていますが、これはアメリカのCOVID-19の死者数です。このように右肩上がりですごい死者がふえている状況が今も続いて、8月30日時点で18万4,000人の方が亡くなっています。これはアメリカでの戦争の死者をなぞらえますと、ベトナム戦争のときの3倍、第二次世界大戦が29万人と言われていいますから、このまま行けばそれを超える勢いで死者がふえている状況です。

国別で見ると、人口100万人単位の死者数は、1番はイギリス、次にイタリアが多かったのです。イギリスの首相も感染したのですが、今アメリカ、ブラジルがどんどん伸びているので、間もなく追い越すかもしれません。

コロナという名前の由来は、ウイルスの中にRNA、遺伝情報があり、表面に特徴的な突起のスパイクタンパク質が王冠に似ているので、ギリシャ語で王冠を意味するコロナと言われているようです。

実は、このコロナウイルスはもう皆さんの周りにたくさんあるのです。ヒトでは風邪、動物も動物固有のコロナウイルスを持っているそうです。あまり種の壁を超えて他の動物に感染することはないそうで、本来はその種の固有のコロナウイルスです。ただ自分の周りにたくさんコロナウイルスがいることは間違いないです。間違っただけでヒトに入ってくるコロナウイルスがあるということです。ヒトのコロナウイルスは4種類です。HCoVと書いたこの4種類がヒトのコロナウイルスで、ふだん風邪になるウイルスです。記憶にあると思いますけれども、2002年にコウモリのコロナウイルスがヒトに入ってきたのがSARSです。

2012年にヒトコブラクダのコロナウイルスがヒトに入ってきたのがMERSです。そして、今回のSARS-CoV-2は、センザンコウではないかと言われているようです。

基本的にはあまり種の壁を越えることはないようなので、今回は初めて入ってきたことで、我々ヒトは免疫を持っていないため、結構大変な目に遭っているのです。

普通の風邪のウイルスは重症化はしないので、風邪として治療したりしなかったりですけれども、SARS、MARSは、重症化する傾向がありました。SARSの場合にも死亡率が9.6%で、これは院内感染を中心にして多数の死者も出した感染症でしたが、1年足らずで終息宣言しています。当初WHOでは、今回のCOVID-19もSARSと同じようにできればいいと考えていたようです。ただ、武漢のようにロックダウンが世界的にできないこと、何しろ中国の方々が自由に出ている状況では、SARSのような封じ込めはできないのです。だだ、ウイルスの特性もありますので、ちょっと無理だったようです。

MARSについては、まだ実は撲滅はしていないそうで、どこかに潜んでいるだろうと言われています。発生地域はアラビア半島ですけれども、これも韓国ともう一つ、大規模なクラスターがあったのがイギリスです。感染拡大しましたが、今は一応落ち着いていま

す。ただ、このMARSの場合には致死率 34.4%ですから、今のCOVID-19よりも圧倒的に高い致死率です。

今回のCOVID-19は、世界的に感染が広がっています。先ほどお話し申し上げましたとおり感染者数が2,500万人ということで、まだまだ広がります。そして、特徴的な症状がありますけれども、風邪の症状に加えて肺炎の重症化があるのです。

感染経路については、従来の飛沫感染、接触感染、エアロゾル感染とよく言われていますが、飛沫よりも少し軽い粒子が空気中をふわふわと漂うことがありますので、今委員方が常時マスクしているのはユニバーサルマスクングと呼ばれ、これはエアロゾル感染予防対策ということになります。

一人の感染者が二次感染を引き起こすのは、感染者の8割は他人に感染させておらず、残りの2割の人は感染拡大を加速させるスーパー・スプレッダーで、クラスターを発生する状況です。

SARSは、こういう連鎖が完全に終えた感染症で、重症者をしっかり隔離してしまえば感染の広がりを抑えられるので、撲滅できたのです。なぜかといいますと、発症して重症化するタイミングでウイルスが出てくるので、症状が出てからしっかり隔離してしまえば誰にもうつらないので、抑え込みが容易なのです。

それに対してCOVID-19は、ウイルスの排出量が発症する2日前ぐらいがピークで、症状がわかったときには既に誰かに感染させている可能性があります。しかも、症状も全て重症化するならまだわかりやすいのですが、軽症や無症状の人がウイルスはまき散らすので、このCOVID-19は非常に厄介だと言われるのです。

東京都の最近のクラスターパターンなのですけれども、接待を伴う飲食店あるいは大学等でのクラスター感染者が家族内感染を起こしたり、次の飲食店等に行ってもまたクラスター感染というような状況で、クラスターが突然に次々と発生する感じなのです。岩手県でも、感染が確認されたときにクラスター対策で接触者と思われる人たちを検査するのですが、結局症状が出ている、出ていない人も一緒に検査しなければならないので、検査対象者数が非常に多くなるのです。

SARSの場合には重症者だけを抑え込めればよかったですけれども、COVID-19は、肺に感染巣があると重症の肺炎を引き起こします。ただ、上気道からウイルスが出なければ、人にうつさないで、その方だけが重症で終わるのですが、唾液も含む上気道周りから増殖してウイルスが出るような状況ですと、重症でかつたくさんの方へうつすわけです。これがスーパー・スプレッダーになるのです。

COVID-19は、軽症、無症状なのに人にうつすのが問題で、これは軽い上気道炎症の方々に、幅があるためにSARSと対比すると非常に厄介なのです。SARSは全て重症ですから、逆に抑え込みが容易だったのですけれども、そういうCOVID-19の特徴が今回のアウトブレイクを招いています。

軽症者と重症者が混在していることから、医療体制を構築するのも非常に大変です。重

症者だけであれば、I C Uを確保しておけばいいのですから、非常にわかりやすいのです。

ところが、新型コロナウイルス感染症は、軽症者が出ます。ホテルや自宅待機から始まって、1週間ぐらいして肺炎を起こす方がいます。そのうちの2割ぐらいは重症化するので、自宅待機から集中治療室まで、幅広い医療体制を整備しなければならないのです。この感染症の特徴に応じた医療体制づくりは非常に複雑で、今現場は大分苦労して進めています。

C O V I D—19の検査は、いくら押さえ込みが無理だと言っても、検査で診断していかないとどうにもなりませんので、検査体制を構築することが必要なのです。

P C R検査は何かということをお話ししたいと思います。

まず、P C R検査数の国際比較ですけれども、上位1番から見ますと裕福な国が多いです。人口100万人単位の検査数を並べていますので、裕福な国は中東地域が多いようですが、日本は150番台です。決して裕福とは言えない国々と同じレベルにありますので、日本は先進国の中にあっては、P C R検査件数は最低レベルになります。

いろいろな要因があると思うのですけれども、行政側の要因として、保険診療適用といながら、我々がふだん行っている保険診療ができないのです。保健所へ届け出が必要で、行政検査の委託契約を締結してからの話ですので、誰でも簡単に検査ができないのです。

検査室側の要因として、一般病院の検査室ではP C R検査を行っていません。新型コロナウイルス感染症以前に、例えば結核や肺炎の病原体をP C Rで検出するための器械を県立病院では持っていますが、一般病院ではP C Rの器械を持っているところはほぼなかったもので、検査できる人もいない状況です。

企業側の要因として、試薬が枯渇してしまったことです。需要が急に高まったときの供給体制がなかったもので、当初の供給が間に合わない状況で、検査件数が伸びなかったと思うのです。いろいろな要因があって、今日本はずっと下位にいるところです。

素朴な疑問として、インフルエンザのような検査ができないかと皆さん言われるのですけれども、インフルエンザの検査は、鼻から綿棒を差し込んで液体に入れてちょっと流すと15分ぐらいで結果が出ます。これが簡易の抗原検査のイムノクロマト法といって、日本では普及しているもので、全国どここの診療所でもすぐにできます。逆に外国では、高価なのでできないところ多いのですけれども、日本はどこに行っても保険適用でできます。これがあったために、難しいP C R検査を行う必要がなかったと思います。日本では、今までの感染症は簡易検査でよかったので、P C R検査に目が向かなかったこともあると思います。

ただ、特徴は圧倒的に感度が違うのです。P C R検査はいわゆる遺伝子レベル、R N Aレベルで、コピーですから、R N Aが5本あれば検出できるのです。例えばウイルスが5匹いれば検出できます。ところが、このイムノクロマト法ですと、5万コピーなので、もう感染した人しか検出できないのです。早い段階で捕まえるのは無理なので、この新型コ

コロナウイルスには従来のイムノクロマト法の検査は簡易キットに関しては向かないので、同じような使い方はできないことになります。

これは、5月時点のCOVID-19の検査フローなので、大分変わってきたのですが、5月時点では医師が必要と判断した場合にできる検査としては三つありました。抗原検査と遺伝子検査と抗体検査です。抗体検査は、感染してしばらくたたないと出てこないで、勘違いされる方はまだいるようですけれども、基本的には診断には使えないのです。

抗原検査か遺伝子検査かということなのですが、遺伝子検査もLAMP法やPCR法があり、PCRもいろいろな方法がありますので、その遺伝子を増幅する検査です。これと抗原検査の使い分けが必要です。抗原検査は、当初は先ほど申し上げたように感度が非常に低いので、陽性の場合には確定診断となる一方、陰性の場合にはPCR検査が必要だったのですが、その後には要件は取れたのです。遺伝子検査は、従来よりこの検査の特徴として非常に少ないウイルスを増幅する検査なので、中心的な遺伝子検査を進める形で検査方法が進んでいるのです。

私は20年前に実験室で別の遺伝子を増幅する検査をしていましたが、これはとても面白いのです。もともとRNAウイルスなのですが、RNAをDNAに変換しておいてDNAにプライマーという鋳型をつくるのです。遺伝子の塩基は4種類、この相補的な反対側、Aに対してT、Cに対してGというような相補的なプライマーという型をつくるのです。並びの部分を相補的につくっておいて、最初にくっつけて、ポリメラーゼという酵素を入れるとどんどん伸びていくのです。Aに対してT、Cに対してGとか、Gに対してはCがずっと伸びていくわけです。要するに同じものが複製されるのです。ひっくり返せば同じものなので、そういう方法で、2のN乗倍でふやすことができるのです。遺伝子をどんどん増幅させて、要するに熱を加えて剥がして、熱を下げて酵素でまた伸ばして、熱を加えて離してということを行います。PCRの何サイクルとよく聞くとおもいますが、熱を上げたり下げたりということで、1サイクル、2サイクルと行って、どんどんふやしていくという原理なのです。

今もそうかもしれませんが、鉄板で熱を上げたり、下げたりに結構時間がかかります。今の新しい器械は、空気中も早く上がるし、下がるのも早いので、これを繰り返すことで、どんどんサイクルを早くして時間短縮で行っていますので、PCR検査は4時間ぐらいかかるものです。検査結果が大体次の日、もしくはその次の日というのはそういう理屈なので、すぐにできないのです。そういった感じで今PCR検査が行われています。

抗原検査は、大学的时候にO157の抗体検査を行っていたのですが、この絵は描いていたのですが、これは何かというと、要するにCOVID-19のウイルスを捕まえる抗体をあらかじめこのプラスチックの板に貼っておいて、そこに血清を流し込むと、抗原があればその抗原が抗体にくっつくわけです。次に、酵素標識抗体を入れると、抗原と反応し、酵素が残ります。もし抗原がなければ、水で流せば全部きれいに流れるので、酵素がくっつかないのです。そして、最後に光る基質というものを入れると酵素とその基

質で色が出てきます。その色を検出して、どれぐらい抗原があるのかというのが抗原検査なので、PCR検査と全く違う方法なのです。PCR検査は遺伝子の増幅、抗原検査は抗原のタンパク質ですので、明らかに、全く違う検査だということです。

エスプラインという抗原検査の簡易キットがありますけれども、ウイルスが1,000個あって、1,000コピーで50%ぐらいの検出率、1,600コピーであると大体100%の検出率です。PCR検査の遺伝子は5個でいいので、それぐらい感度が違うので、使い方をよく考えないと、陰性だからといって感染していないということにならない検査なのです。

ただ、7月になって唾液検査などいろいろ話が出てきまして、この検査方法に関してはこれからも変わっていくと思います。先ほどお話し申し上げましたとおり、新しい検査方法、試薬がどんどん出てます。遺伝子の抽出、そのRNAからDNAに変えることやウイルスから遺伝子抽出するなどの作業が非常に簡略化され、どんどん時間短縮に向かっていきます。

7月17日に厚生労働省は無症状者の唾液を用いたPCR検査を認め、鼻の奥に綿棒を入れるよりは取りやすいので、患者さん自らが検体を取れる検査方法になってきますから、検査そのものの改善と、検査データがそろふことによって、検体の取り方も変わってくることは予想され、まだまだ変わっていくと思います。

8月5日に日本医師会がPCR検査等の拡大に関する緊急提言を行いました。感度がとても高いし、これでないとなかなか診断の確度を上げることはできないので、日本医師会としては、PCR検査を拡大すべきだと考えています。それがこの提言なのですけれども、現状は先ほど申し上げましたとおり、いろいろな制約があることもあって、なかなか検査体制が広がっていないのです。それは、具体的には感染していない人まで検査を広げることが今のところできないのです。東京都新宿区で行ったようなことが一般的にあまりできない状況で、これでは押さえ込みはなかなか難しいだろうということです。

検査協力医療機関では、行政と委託契約を締結した上でないと検査ができませんので、もう少し広げるために行政的なところを緩めてはどうかと提言しています。

それから患者診療に対する財政支援が必要であると提言しています。

いずれ提言したいことは何かというと、日本医師会では検査体制をもっと充実してほしいということです。

では岩手県はどう動いたかについてですが、このような状況で検査体制がきちんとならないことにはこの感染症と闘えないので、岩手県医師会としましても、地域外来・検査センターで検査がどんどんできるような仕組みをつくっていかないと太刀打ちできないだろうということで、4月に岩手県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部特任部会を岩手県医師会会長の特命で立ち上げました。ちょうど同じタイミングで岩手県が岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会を設置されましたので、委員を派遣して岩手県医師会側の意見を申し述べ、岩手県としての体制を整えていただいたところです。

同時に、岩手県医師会、郡市医師会とあるわけですがけれども、当然これは裾野が広いわ

けですので、各郡市医師会の先生方にどんどん協力してもらうような体制にしてもらわないと難しいということで、郡市医師会の先生方にも協力をお願いして歩いたところから始まっています。岩手県と郡市医師会の動きに少し拍車をかけるような仕事をしてきました。

地域外来・検査センターのモデルを示したのですが、東京都がかなり早い段階で設置していましたので、岩手県医師会としましては、東京都の検査体制モデルを参考にさせていただきました。

どんな形かと簡単に申し上げますと、行政と医師会との協働、連携ということです。行政任せでは駄目です。医師会任せでは温度差がありますから、足並みがそろわないので、行政と医師会が協働することをまず上げたことです。医師会レベルでいろいろな仕組みや補償も含めて行うのは無理な話ですので、市町村を設置主体にしたほうが、スピーディーにできるのです。

実施方法については、一律に提示してこうしてくださいではなくて、各医師会ごとの地域の事情もあり、ある程度自由度を持たせたのは非常によかったです。

装備はフルPPE、ガウンを着てフェイスシールドをつけています。

もう一つポイントは、検体は行政検査には出さないことです。先ほど申し上げましたとおり、行政検査は広がってきたとはいえ、まだまだ足りないので、検体は民間検査機関に回します。行政検査を圧迫しないという考え方で、逆に民間がこれに応えるためにどんどんキャパシティをふやしていき、枠組みに二つのルートができたので、この考え方もよかったです。

補償も行政で行うということで、岩手県では東京都モデルを参考にしました。

地域外来・検査センター設置までの経緯は、先ほど申し上げましたが、まずは4月8日に岩手県医師会における対策本部を設置しました。4月9日に第1回岩手県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部特任部会を開催しました。そして、第1回岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会が開催されました。県には委員会や専門部会などいろいろあります。これは県内の医療機関あるいは行政も含む、看護師や薬剤師などいろいろな職種の専門家の人たちが集まり、幅広く意見を聴取できる会議ですので、岩手県医師会は、委員として参加させていただき、意見をここで申し述べることができるようになったのです。

岩手県医師会でも、各郡市医師会に出向いて行って、こういった動きをしてくださいということを九つの医療圏で行ったところです。奥州医療圏の動きが一番早く、最初に検討を始めたのが4月28日です。その後、一関医療圏となるのですが、盛岡医療圏は連休中に感染者が出るのではないかとという危惧を持って、5月1日に関係者から意見徴収しながら打合せ会を開催しました。

準備が各所で進みまして、5月18日に宮古医療圏と両磐医療圏で第1号となる地域外来・検査センターが始動しました。6月4日に胆江医療圏、6月9日に釜石医療圏、6月10日に盛岡医療圏に地域外来・検査センターが始動しました。その後北上、花巻、二戸、

気仙医療圏が始動し、最後の久慈医療圏が8月6日で、全ての医療圏が4ヶ月ぐらいかかってそろいましたが、全国的に見ても大分早いほうです。

地域外来・検査センターでの検査方法ですけれども、医療圏ごとで特徴があります。ドライブスルー方式は、診察を行わず、検体を採取するだけなので、非常に合理化されています。施設と書いてあるのは、医師が診察をするところです。PCR検査をするかどうかの判定も含めて行うのです。ドライブスルー方式は、例えば車がない人はどうするのか、かかりつけ医にかかっていない人はどうするのかと、いろいろな問題があるのですが、各医師会が工夫してドライブスルー方式に落とし込んだようです。

最初に始まったのが一関地区ですので、モデルにしているところが多いと思うのですが、一関地区では一関市医師会の中から登録医療機関を手挙げ方式で募集したのです。感染が疑われる人を診られるかといったら、できれば診たくないというのは正直なところでは、どうするといったときに、登録医療機関を手挙げ方式としたら、結構な先生方が手挙げをしてくださったのです。まず、かかりつけ医が疑わしいと思ったらその登録医療機関をお願いをして、登録医療機関でPCR検査が必要かどうかの判断して、必要だと思った人はそのままドライブスルーに行くという仕組みです。PCR検査をするかどうかは、医師が判断しないとできないので、そういった形にしたのです。

盛岡地域外来・検査センターは、一関地区のような登録医療機関をつくりにくいこともありましたが、相談者が特に若い人、流動的な人も多く、かかりつけ医を持っていない人が多いですから、保健所に直接相談をして、その人たちも受けなければいけないということからスタートしているのです。地域外来・検査センターの中に医師がいて、検査をするかどうかの判断はそこで行うことにしました。実際、PCR検査をしない人が結構いるのです。例えば足がパンパンに腫れて熱を持っているとか、リンパ腺が腫れて熱を持っているなどは、新型コロナウイルス感染症ではないので、その見極めをしながら検査しているのが施設方式になるわけです。

一関地区と盛岡地区を対比していただくとわかると思いますけれども、一関地区は、登録医療機関が診察をした上でドライブスルーに流すのです。盛岡地区の場合には、そこもひっくるめて地域外来・検査センターの中で検査を行う形で、採血のときにインフルエンザも含んだ肺炎患者の見極め、入院が必要かどうか検査もできます。インフルエンザの検査はどこでもできますので、そういうことを考えると、これからもしかするとこのよさが出るのかと思っています。

宮古地区は、かかりつけ医が必ず診ることにしています。先ほどのような診る診ないという話ではなく、これはもう医師会の気概です。医師会の先生は非常に少ないのですが、かかりつけ医がPCR検査するかどうかを判断をして、ドライブスルーに流すという形で宮古地区は行っています。理想的だと思います。

胆江地区もドライブスルー方式です。釜石地区は、宮古地区と全く同じです。

中部北上地区と二戸地区だけが施設方式、ドライブスルー方式の併用となっております。

て、中部花巻地区は、ドライブスルー方式です。

二戸地区は、検体を採取するしないの判断があるかないかの違いで施設方式、ドライブスルー方式の併用となります。気仙地区は、かかりつけ医が判断することになっています。

各地域医師会の事情で、必ずしもこうでなければいけないということではないので、それぞれの特徴を生かしながら行っているところです。

これは、ドライブスルー方式の写真であります。運転しながら止まってもらって検体を採取する形です。テントと立派な仮の施設を整備したところもあります。施設方式はプレハブのものであったりなど、診察ができるような形にしています。

これは、岩手県医師会から支援物資のPPEを届けた写真であります。岩手県医師会ももちろん協力して一緒に行っているところです。

岩手県の検査件数ですけれども、2月からスタートして直近までは、ほとんど民間検査は地域外来・検査センターから出たものです。ドライブスルーなども入っていますけれども、このような割合になっています。行政検査は、クラスターでなく、県内の濃厚接触者が出たときふえるわけです。それがなければ民間検査が多いのは、当然といえば当然です。

これを見ますと、どちらか一方に負担がかかっていることではなくて、行政検査も余裕を持って回っているのはわかると思います。

これが盛岡地域外来・検査センターの写真です。医師会の先生方に説明会を2回行いましたけれども、250人ぐらいの先生方がいらっしゃっていると思います。

建物の中なので、動線を分けています。赤いところはウイルスにより汚染されている区域、緑のところはウイルスがいないクリーンゾーン。その間は黄色という感じでゾーニングをしています。これは非常に大事で、クルーズ船では、ゾーニングが悪かったと言われています。エボラ出血熱もそうですが、これは基本なのです。ゾーニングをきちんと行って、目に見える形で分けなければいけないのです。ここがレッドゾーンですが、まだ患者さんがいませんのでこのような感じですが、本来はきちんとPPEをつけて入っていきます。

これは、公衆電話ボックスのようなもので、検体を採取するのをごらんになったことあるかもしれません。くしゃみなどによりまき散らすウイルスを、患者さんが吸わないようにするために、いろいろな工夫しています。これは、つい立てに穴空けて腕を突っ込むようにしているのです。あとは、陰圧装置のところはテントを張って、空気が外に漏れないような形に環境をつくっているのです。我々が感染したのでは話になりませんので、働くスタッフが感染しないような形をつくっています。これが実際に患者さんも来たときなのですけれども、医師会の先生が実際に検体を採取しているところです。

盛岡地域外来・検査センターの概要について少しお話ししますが、盛岡医療圏を構成する8市町を代表して盛岡市が設置し、盛岡市と盛岡圏域7市町が事務委託を結び、盛岡市が医療機関に業務委託しています。対象は盛岡医療圏の住民でスタートしたのですけれども、不都合が多くて、盛岡医療圏に住所のない方もたくさんいるので、いろいろな

方々が出入りします。盛岡市のかかりつけ医にはいろいろなところから患者さんが来ていますから、盛岡医療圏の住所にしてしまうと、わざわざここへ来た患者さんをどこかに送らなければいけなくなるため、7月8日から住所要件が外れ、どなたでもここで検査できるようになりました。ただし、帰国者・接触者相談センターや保健所に必ず相談した上で予約を取っていただきます。

盛岡地域外来・検査センターの検査件数ですが、6月はあつたりなかつたりだったのですけれども、7月からふえ始めて、8月は大分ふえています。

東北各県のPCR検査センターの設置状況についてですが、青森県は青森市、八戸市、弘前市です。秋田県は秋田市、横手市、大仙市ですけれども、横手市と大仙市は、患者の紹介が無いので休止中です。宮城県は仙台市のみ、山形県は山形市のみ、福島県は福島市、郡山市だけです。岩手県は先ほどお話ししたとおり、全ての圏域で行っているのは珍しい県だということがおわかりいただけると思います。

東北でもいろいろな方法で行っているようで、ドライブスルー、街中で行うウオークスルーですけれども、屋外で行うのは大変です。それぞれの事情で行っているようですが、いずれ医師会の先生方が絡んでいるのです。

仙台市、福島市、郡山市は病院対応型で行っています。

個人的なことを申しますと、医師会と連携したほうが良いと思うのは、これからインフルエンザの時期が到来したときに、知らないよでは困るのです。本当は今のように医師会との協力体制を構築したほうが良いと思います。

これは国の検査体制ですが、最初のPCR検査体制はいろいろなことがあって、非常に脆弱だったという話をしましたが、今はずっと伸びてきています。これはもう施策としても伸ばしていることで、診断としてのPCR検査は、キャパシティが充実してきていて、今の検査数だと比較的余裕がある状況になってきています。

次は、抗原検査をどうするかをはっきりしていくことです。新しい検査がどんどん出てきていますから、抗原検査も日々進歩しているのです。それもインフルエンザのようにある程度の感度を持って早く結果が出てきたら、もうこれは鬼に金棒です。そこがポイントで、いろいろなところで検査できますから、結果が早く出ることを願っています。

抗体検査をどう使うかは、基本的には感染して時間がたって初めて抗体が出るので、あまり使い手がないのですが、これから先、ある程度の方が感染していったときに、集団の中にどれぐらい感染がいるかを見る場面など、使い手はあると思うのです。そういった課題を徐々に進めれば、検査体制はさらによくなると思います。

最後に、今後の検査体制の方向性ということで、受診者が増加するときは、例えば岩手県でもクラスターが次々と発生するような状況で、盛岡市内にも検査できる器械がありますけれどもPCR検査の実施可能件数は決まっています。

それから、おとといから盛岡市内の検査機関にお願いすることにしたのですけれども、それまでは埼玉県検査機関に検体を送っていました。埼玉県の検査機関では、全国から

検体を集めるものですから、あるところに大規模に出てしまいますと、そこがパンクするのです。そうしますと、結果が次の日ではなくて、その次の日になるわけで、そこに大分依存してしまったところがあるので、岩手県は幸い感染者が少ないのですけれども、検査の実施可能件数をふやしていく必要があると思います。

検査のスピードアップはとても重要です。グレーの状態で2日も入院するのは医療機関としては大変なことなのです。この検査が早く出るとは、医療機関としては助かるので、当初の検査結果は1日半かかっていましたけれども、私たちはスピードアップを第一番に考えて、今は1日で出るようになりました。これからは、半日ぐらいにしようと考えています。

受診者がふえるような状況になれば、岩手県医師会で行っているキャパシティーでは間に合わなくなります。盛岡医療圏は圏域が広いし、人口も多いですから、それで十分ではないだろうと思いますが、間に合わなくなってきたときには、地域外来・検査センターを増設しておく必要があるのです。もしくは、もちろん検査のやり方を変えて誰でもできるようにする。どちらかしかないので、常に考えておく必要があると思います。

濃厚接触者が増加した場合には、先ほどのお話もしましたが、行政検査が大分ふえるわけです。それこそ大規模クラスターが発生したらキャパシティーがオーバーしますので、今行っている行政検査をこの地域外来・検査センターへシフトしてもらったほうがいいと思います。行政、民間という垣根を外して、流動的に行ったほうがお互いにいいだろうと考えます。

一番の問題はインフルエンザの流行です。あと数カ月のところで始まりますが、熱が上がった人はどちらでも可能性があるのも、非常に難問です。かかりつけの医師がうちは診ないよとできるかどうかですが、それは多分不可能です。例えば、感染対策をしっかり取れる医療機関、あるいは来ている患者さんたちが万が一かかっても重症にならない患者さんを診ているところに行くなど、医療機関のすみ分けをする。もしくは午前中は一般外来で、午後は発熱外来にするなどの時間を区切る。いろいろな方法があると思うのですけれども、そういった工夫をしていかないと、混在したら大変です。

そういう対策をきちんと取っていく必要があるのも、当然医療機関の手当ては必要です。PPE、それから補償的な手当ても行わなくてはならないと思います。

これは、日本感染症学会の提言ですけれども、何もわかりません。結論が出ていないので、これを見て、なるほどと思うのは一つもないのです。まだ頭の中が混沌として、どうしたらいいか分からないというのが現実です。この2カ月の間に何とかしなければいけない。

まだまだ問題は山積みなのですが、何とか打ち勝っていきたくと思いますので、よろしくお願いします。ありがとうございました。

○佐藤ケイ子委員長 ありがとうございます。本当に大変貴重なお話をいただいたと思います。

これから質疑、意見交換を行いたいと思います。ただいまお話しいただきましたことに関し、質疑、御意見等ありましたら、お願いいたします。

○佐々木朋和委員 きょうは本当に貴重なお話をありがとうございました。岩手県のことだけではなくて、東北各県の状況も説明していただいて、また医師会が、県と協力して進めていただいていることに心から感謝を申し上げたいと思います。

その中で、少し質問させていただきたいのですが、PCR検査については、医師が必要と判断をした場合に行われますが、岩手県第2例目の陽性者が、三つの医療機関で受診してからPCR検査をしたとありました。その判断をする医師の間で、一定のレベルでのコンセンサスがあるのかどうか教えていただきたいと思います。

○下沖収参考人 いろいろな診断基準があればわかりやすいのですが、それはないです。考えられるのは接触歴、味覚、嗅覚障害、全身のだるさといったところで判断するしかなくて、症状が千差万別です。

新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる人を紹介するのですけれども、疑わしい症状があってもほとんど陰性で、診断自体が難しいのです。盛岡地域外来・検査センターでは、いろいろな先生が出入りするので、困らないように点数化して決めている程度です。国としてきちんとした診断基準のガイドラインはないので、全く医師の判断ですから、岩手県第2例目の陽性者のようなことは起こり得るのです。

○佐々木朋和委員 わかりました。その中で工夫していただいていることで、ぜひ我々の立場からも国にも要望したいと思いますし、県にもそういった蓄積をほかの圏域にも広げながら一定の確率で陽性者を見逃さないような体制整備に努めていきたいと思います。

あと、先ほど地域外来・検査センターのそれぞれの仕様を教えてくださいまして、大変勉強になりました。大きく分けてドライブスルー方式と施設方式で、その中で検査を判断できるかどうか大きな違いと思いますが、今市中の病院は、通院を控えている患者もたくさんいて、病院自体の経営が大変だという話も聞いている中であっては、かかりつけ医療機関、登録医療機関、地域外来・検査センターというよりも、これからのインフルエンザ流行時期や市中感染、病院内での感染も防ぐ意味も含め、施設方式の発熱外来の整備を進めていくべきなのではないかと考えるのですけれども、先生の御所見はいかがでしょうか。

○下沖収参考人 多分どちらかです。発熱者をかかりつけ医療機関は一切診ない代わりに地域外来・検査センターに人を派遣し、キャパシティをふやして、全て診療行うのが一つのパターンです。今おっしゃったように、病院内に持ち込まないのが一つのパターンです。

では、果たしてそれぐらいのキャパシティを確保できるかどうか。将来的にインフルエンザの流行時期だとそうはいかなくなり、かかりつけ医療機関にも発熱の患者がどんどん来るようになって、線引きをするのは非常に難しくなってくると思います。

これこそ本当に医師会や先生方がどのように考えるか、みんなが手挙げ方式で診ますと言ってくればいいのです。

ただ、これは技術的にしっかりやらないと危ないことなので、そういったことをきちんと行うのが一番理想ですけれども、できないのであればうちは診られないのでお願いしますというのにはありだと思えるので、答えとしてはどちらもありだと思います。

○佐々木朋和委員 私も理想論を言ったと思いました。技術的な、あるいはお金の問題もあることだと思います。その前提として、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症が併存するのは大変なのはわかりますけれども、今できることは、例えば今まで以上にインフルエンザの予防接種率を高めるため補助を出すなど、できる努力をしていかなければならないと思うので、その点について、医師会でインフルエンザ流行期に向けてそういった提言、あるいは要望等あれば教えていただきたいと思います。

○下沖収参考人 多分問題意識はみんな持っていて、何とかしなければと思っていますが、先ほど国や日本感染症学会の話を出しましたが、明確な回答案がないので、多分これからです。医師会の先生方も何とかしなければと思っています。一つが委員がおっしゃったインフルエンザワクチンを感染リスク、重症化リスクの高い人たち優先に接種する話が今出ていますけれども、まずできることはないかなと思います。

あとは、どう診るかについては、医師会の中でもある程度一定の手順、例えばインフルエンザは検査の診断キットや治療薬は誰でも持っていますので、例えば先にインフルエンザの治療を始めて、効かない人は新型コロナウイルス感染症に行くという2段階構えのフローをつくるなど、医師会の先生方も含めて議論をして、ある程度のフローをつくるのがいいと思っています。これは、本当に難問のような気がします。

○斉藤信委員 ありがとうございます。岩手県の医師会が県内 10 カ所に地域外来・検査センターを設置して取り組んでいることに、まず心から敬意を表したいと思います。

盛岡の地域外来・検査センターのフロー図の説明をいただいたのですが、かかりつけ医療機関で診断して、そのまま地域外来・検査センターで検査すると思っていましたけれども、なぜ帰国者・接触者相談センターが介在するのかということが一つです。

先生のお話にも少しありましたけれども、地域外来・検査センターを実際に稼働していて、現段階でどういう財政的な支援が必要になっているのでしょうか。

○下沖収参考人 本当は、かかりつけの先生が直接オーダーしてできれば一番いいのですが、まだ行政の枠組みの中なのです。帰国者・接触者相談センターは、全ての検査を把握するというルールがあるので、この枠を超えて行うのは難しいです。もちろん独自で自費負担で行うのは、自由に行ってもらえばいいのですけれども、きちんとした公費を使わせてもらう以上は、この道を通らないといけないそうです。

財政支援については、当初は本当にPPEがなくなるのではないかと不安だったのですが、今ちよつとずつ回ってきましたが、例えば検査器械では、委託ではなくて、もっと早く検査するように自前でやろうかと、いろいろな考え方があると思います。そういったところの財政支援が必要だと思います。

いろいろな風評被害が問題になっていますが、都会の私立医科大学が患者を受け入れた

ところ軒並み収益が下がったので、当然ここもあり得る可能性はあるのです。その辺をきちんと行っていただかないと、患者の受け入れにネガティブが働く可能性があると思います。

○**斉藤信委員** 私もインフルエンザと新型コロナウイルス感染症が本当に大きな山になるのではないかと思います。滝沢市議会と岩手西北医師会が懇談したときに、医師会から19医療機関に絞って、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの検査ができるように抗原検査を求めていますけれども、そのための支援を要請したということを知りました。その点でいえば、きのう衛星放送を見ていたら東京都の医師会長が、開業医がコロナを診ないでどうするのだという気概も必要だということでしたけれども、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症を同時に検査することが一番現実的ではないのか、そのときには、抗原検査になると思いますけれども、同時に検査する体制は可能なかどうか。

最後に医療、介護、保育の関係者の定期的なPCR検査を行う自治体が出ています。岩手県の今の感染状況で、直ちにとということになるかどうかはわからないのですが、第一線で毎日危機感を持って働いている人たちの定期的な検査が必要になってくるのではないかと思います。その点はいかがでしょうか。

○**下沖収参考人** 抗原検査は、できるのであれば一緒に行ったほうがいいです。インフルエンザはある程度実績がありますが、新型コロナウイルス感染症に関してはまだ感度が低いという話をしましたけれども、症状が出ている人に限っていえば、ある程度の感度が取れますので、陽性確認はできるのです。そういう使い方では陰性だから本当に陰性かというのは残りますけれども、陽性なら陽性なわけなので、一緒に行われるのは非常に有益なことで、多分開業の先生方が、抗原検査を導入するのではないかと考えています。インフルエンザと同時に、同じ検体でできますので、そのとおりだと思います。

ただ、気をつけなければいけないのは、陰性だからといって、ないとはいえない。これだけは注意していただかないと、この簡易キットの感度は非常に低いので、同じ抗原検査でも、定量的に行う器械もあるのです。それが感度が高いことになっていますので、それを使うのだったらいいのですが、さすがに開業の先生方は用意できませんので、どうしても簡易キットになれば、そういう問題があることを必ず覚えていただきたいと思います。そういった面の財政支援をしていただくといいのかもしれない。

PCR検査ですが、これは出勤や退勤時に毎日できればいいのです。これができれば意味があるのですが、1週間に1回ではほとんど意味はないです。例えば1週間前よかったからきょうもいいかという保障はどこにもないので、毎日の出勤のときの検温と同様に行うなら、意味があるような気がします。当然それは、医療従事者も患者も全員検査するので、病院がそこまでできるようなキャパシティを持っていけばいいのですが、今のところはないです。

○**郷右近浩委員** いろいろありがとうございました。医師会の皆様はじめ、関係者の皆様方が一生懸命に頑張らせていただいていること、改めて拝見させていただきまして、ありが

とうございます。

ただ、その中で地元の奥州市で3名の感染者がきのう出たばかりなのですけれども、自分自身がもしかしたらそうではないかと不安に思った方々が保健所などにアプローチをかけても、家で経過観察という中で、かかりつけ医療機関を持っている方、持っていない方、いろいろな方々が不安な中で過ごしているのが現状と思います。新型コロナウイルス感染症に関しては特に不安が一番大きいと思うので、払拭することが大事だと思いますが、そうした方々にしっかりと1回は診断してあげられるような環境についてお考えをお聞きします。

○下沖収参考人 まさに東京都新宿区で症状のない方も含め検査したので、もしかするとどこかほかにもあるかもしれませんが、医療従事者、学校の先生や施設の関係者など、感染したら影響の大きい人が症状がなくても検査できるような体制を取るのには、有用なのかもしれません。ある程度市中にはやってきていて、自分がもしかすると感染した人を速やかに検査できるような体制を取れるのはとてもいいことではないかと思えます。

そのためには今の仕組みの帰国者・接触者相談センターでは、相談内容から受診の割り振りをするなど、トリアージをしているような段階だとキャパシティの問題があって、なかなか難しいです。行政的な枠組みの中の縛りが結構あって、もう少し自由にできればと思います。

○郷右近浩委員 ありがとうございます。確かにキャパシティの問題であり、先ほど先生がおっしゃられていたように、毎朝自分で診ることができるようであれば、どこか視察へ行く前にインフルエンザ流行時期であれば、主治医のところに行って、何となく熱っぽいなということで、インフルエンザ検査を受けてといったようなことを日常的に行っている者からすると、ワンセットでそういう環境になれば、安心だろうと思うのです。

また、その中で現在、医師や看護師の医療従事者の方々が、不安とも闘いながら最前線で支えてくださっている中で、例えば医師や看護師の方々がある程度の定点で月に1回なのか、1週間に1回なのか、優先的に検査をしていただきたいと思う部分と、看護学生がこれから実習という段階の中で、受け入れ病院等機関の不安等も払拭するためにも、優先して検査を受けさせる。これは、例えば教師を目指す教育実習生の方々も含めた次の世代を担う学生のために、しっかりとそういう体制を取って安心感をつくっていくべきだと思うのですが、その点について部会長である先生のお考えがあればお伺いしたいと思います。

○下沖収参考人 実習生への検査についてはそのとおりだと思います。受け入れ側としましては、実習生の方に感染を持ち込まれないようにするには、検査で白黒つけるというのは結構世の中には言われています。実習のスタートのところで検査が拡充できればいいと思います。

よく妊婦さんの受け入れの話が出るのですが、PCR検査をしてから病院に来てくださいというところもあるので、その考え方はそのとおりで、そこまでできれば不安は大分解消できると思います。それができないから2週間にわたり健康状態を観察しているので、

検査ができれば2週間ではなくて、例えば3日でいいかもしれないので、とても有益だと思います。

もう一つ、医療従事者の検査については難しく、これは理想論ですけれども、少なくとも病院レベルで行っている医療従事者は、きちんと感染対策をしていれらうつらないだろうと考えます。この原則を外してしまうと、医療に携わる人がいなくなりますので大変なことになってしまいます。きちんとしたPPE教育や手順で行っている人たちはうつらないので、逆に検査不要という考えで行っています。病院の中で感染が起きているのは、医療従事しているときではなくて休憩室です。他のところで感染した人が一緒に働いてうつしたなどのケースが多いようですから、要するにきちんとした形でうつらないという原則は基本的には守りたい、そうしていても危ないので検査するなどしたら、誰も働かなくなってしまうと思います。問題は全ての医療従事者が同じようなレベルでPPEをつけて、きちんとした感染対策で医療従事ができるのかということなのです。最初に病院レベルとお話ししましたが、開業医の先生方が同じような形でできるのかが非常に問題で、次のインフルエンザのときがかなり大変だと思っています。

従いまして、医療従事者が次々に感染することが起きる可能性は十分にあるのです。そうした場合は、当然必要に応じてPCR検査を受けるしかないのです。

○郷右近浩委員 原則論としてわかりました。看護学生の実習については、ぜひ御対応をよろしくお願いいたしますと思います。

○下沖収参考人 看護学生に検査するとしたら無駄な制約をかけずに、早く実習ができると思います。

○工藤大輔委員 貴重な話をしていただき、ありがとうございます。私もインフルエンザと新型コロナウイルス感染症の両方とも心配なわけですけれども、その診察をするに当たって、同時にその病院で受診できるのが望ましいと思うのですが、地域のかかりつけ医療機関では、待合室が狭く、動線も分けることができない中で、地域の方々が発熱したときに、風邪なのかインフルエンザなのか、新型コロナウイルス感染症なのか。新型コロナウイルス感染症も多様な症状があるので、見極めが難しい中でかかりつけ医療機関に行って、感染のリスクが高まらないのかどうか。

先ほどの話で、例えば午前是一般診療、午後は発熱診療というのは、非常にいいアイデアと思ったのですが、そういった対策は、今後医師会ではどう進めるべきだと検討しているのかどうか、また先生の考えがあればお伺いしたいと思います。

○下沖収参考人 動線確保や感染リスクが大きな課題というのはそのとおりです。病院でもきちんと動線が分けられるかどうかは大変なことなので、そのような施設は多分ないと思います。要するに専従スタッフを配置して、きちんとPPEをつけて診察をすることができる施設があればいいと思うのですけれども、恐らくそれは無理なので、感染リスクは明らかに高くなる時期が来ると思います。そこが一番の問題なのです。

午前、午後の診療はよくわかりませんが、それが可能になるには、午前に患者が集中す

るので、薬の長期処方やオンライン診療などの体制もしつつ、患者数を少し調整して午後にあける。そういう対策を取った医療機関は、診療報酬が下がり、大分収益を下げる可能性がありますので、そういったところの補償していただかないと簡単にはいかないのですから、対策を取るときには、その次に何が起きるかのところを補償した上で、最善の対策を推奨して行ってもらわなければならないと思うのです。

○**工藤大輔委員** それで、今発熱等をしたら、例えばかかりつけ医に行き、インフルエンザの症状であれば、検査をすればわかるけれども、インフルエンザでなければ、通常風邪か新型コロナウイルス感染症なのか、何なのかということで、その際には地域外来・検査センターに行って予約制で検査をするのですか。

○**下沖収参考人** はい、そうです。

○**工藤大輔委員** ここで課題が幾つかあるかと思うのですが、盛岡以外のところは週1回五、六人程度の診療体制で、毎日だとか何日かに一遍の対応が困難なので、濃厚接触者がいる場合においてはどうなのかも含めて、その対応が県北、沿岸地域も含めて困難な状況にあるのかと思うのですが、今後のあり方と、それをふやすための方策、課題について先生の御所見をお伺いしたいと思います。

○**下沖収参考人** せっかくつくった仕組みですから、需要に応じて少し幅を広げるのは理想的にはそうしたほうが良いと思うのです。ただ、非常に少ない医師会の先生方で順繰り回しているところでは、毎日といったら大変なことなのです。地域の事情があるのはよくわかるのですが、もしそういう需要が高まったときには、例えば1日置きでもいいかもしれませんし、そういった感じで何かしら対応しないと、ただ委員がおっしゃったとおりで、1週間に一遍とか、4日に一遍で、その間待っているのかという話になるので、そういった対応は必要なことだろうと思います。これは医師会の先生方の事情もあります。

○**工藤大輔委員** 最後に聞きたいと思いますが、今年はインフルエンザの予防接種を受ける方が非常に多いと思うのですが、岩手県でインフルエンザワクチンの確保は、大体どのぐらいの見込みとなるか。

その中でも、全数は無理だと思うので、その際に基礎疾患を持っている方、高齢者含めリスクの高い方への仕分けは、全県で調整可能なかどうかについて御見解あればお願いします。

○**下沖収参考人** ことはやはり需要がふえるだろうと想定されているようです。ただ、実際どれくらい入るかはちょっとわかりません。

○**飯澤匡委員** きょうのお話でも重症化率が低いですので、インフルエンザとの比較も出されていますが、まず相対的なパーセントで考えて、あとは薬が出ればインフルエンザと同じような扱いになると思いますけれども、所見はいかがですか。

それから、もう一つはインフルエンザと新型コロナウイルス感染症は同時に感染することはあるのですか。

○**下沖収参考人** インフルエンザと新型コロナウイルス感染症が同時に感染することは

あるのではないのでしょうか。

最初の重症化率の話ですれば、高齢者が重症化になりやすく、若い人の重症化はほとんどないのです。重症化の方が少ないのは、高齢者の感染が今は少ないですが、高齢者が感染するようになると重症者がふえるので、接触をなるべく控えるしかできませんので、とにかく高齢者にうつさないことがまず一番大事ではないか思います。

薬については、今は重症化する人には注射薬しかないのです。インフルエンザのように飲み薬が早く出れば、とてもいいことです。研究者はどの薬がいいかというのも網羅的に調べているようですけれども、今のところまだないです。

○佐藤ケイ子委員長 ありがとうございます。先生には貴重なお話をいただきました。本当にお忙しいところをありがとうございました。

委員の皆様には次回の委員会の運営について御相談があります。しばらくお待ちください。

それでは、次に来年1月に予定されております当委員会の調査事項についてですけれども、何か御意見はありますでしょうか。

〔委員長一任〕と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 それでは、当職に御一任願いたいと思います。

次に2月2日から4日までに予定されております県外調査ですけれども、お手元に配付しております調査計画（案）が出ておりますけれども、今後の新型コロナウイルス感染症の状況を見極めながら調査実施の有無も含めて検討をしていきたいと思っております。

休憩します。

〔休憩〕

〔再開〕

○佐藤ケイ子委員長 再開します。

調査の詳細については、当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 それでは、御異議なしと認め、さよう決定いたしました。調査計画変更になった場合には、また通知いたしますので、御了承願います。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。これをもって散会いたします。