

第4回新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会会議記録

新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会委員長 高橋 はじめ

1 日時

令和4年2月15日（火曜日）

午後1時3分開会、午後3時15分散会

2 場所

特別委員会室

3 出席委員

高橋はじめ委員長、城内よしひこ副委員長、伊藤勢至委員、佐々木順一委員、関根敏伸委員、小西和子委員、郷右近浩委員、軽石義則委員、名須川晋委員、岩渕誠委員、佐藤ケイ子委員、柳村一委員、菅野ひろのり委員、岩城元委員、千葉秀幸委員、千葉伝委員、工藤勝子委員、岩崎友一委員、佐々木茂光委員、神崎浩之委員、川村伸浩委員、臼澤勉委員、佐々木宣和委員、山下正勝委員、高橋穂至委員、武田哲委員、米内紘正委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、中平均委員、小野共委員、高橋但馬委員、吉田敬子委員、佐々木朋和委員、千葉盛委員、飯澤匡委員、工藤勝博委員、佐々木努委員、ハクセル美穂子委員、千葉絢子委員、斉藤信委員、高田一郎委員、千田美津子委員、木村幸弘委員、小林正信委員、上原康樹委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

下山事務局次長、中村議事調査課総括課長、大坊政策調査課長、角館主任主査、藤根主任主査

6 説明のために出席した者

盛岡市保健所 所長 矢野 亮佑 氏

7 一般傍聴者

1人

8 会議に付した事件

(1) 調査

盛岡市保健所から見た新型コロナウイルス感染症

(2) その他

9 議事の内容

○高橋はじめ委員長 ただいまから新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会を開会いたします。

日程に入るに先立ち、議長からの申し入れにより、1月28日付人事異動による新任者の紹介があります。

五日市議長、お願いいたします。

○五日市王議長 執行部の職員に人事異動がありましたので、新任者を御紹介いたします。岩手県警察本部長、森下元雄君。

○森下岩手県警察本部長 1月28日付で岩手県警察本部長を命ぜられました森下と申します。岩手県での勤務は21年ぶりとなります。どうぞよろしくお願い申し上げます。(拍手)

○五日市王議長 以上で新任者の紹介を終わります。

○高橋はじめ委員長 五日市議長、ありがとうございました。

森下本部長は退席されて結構です。御苦労さまでした。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

初めに、日程1、盛岡市保健所から見た新型コロナウイルス感染症について調査を行います。

本日は、講師として盛岡市保健所所長、矢野亮佑様をお招きしておりますので、御紹介いたします。

矢野様の御略歴につきましては、お手元に配付いたしております資料のとおりでございますが、矢野様は東京医科大学医学部卒業後、静岡県伊東市市民病院にて臨床研修を終えられ、青森県六ヶ所村国民健康保険尾鮫診療所に赴任、平成26年に青森県庁に入庁し、むつ保健所、三戸地方保健所での勤務を経て、令和2年4月から現職であります盛岡市保健所の所長に就任しておられます。

矢野様におかれましては、御多忙のところお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。ありがとうございます。

これからお話をいただくことといたしますが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、矢野様、お願いいたします。

○矢野亮佑参考人 こんにちは。盛岡市保健所の矢野です。今回は、このような大変貴重な機会をいただきまして、本当にありがとうございます。盛岡市としても日ごろ岩手県の保健福祉部を初め岩手県の皆様には多大な御支援、御努力をいただいております、岩手県との連携の中で、岩手県の新型コロナウイルス感染症対策としては非常にうまくいっていると考えております。本当にこのような機会をいただきありがとうございます。

いろいろ事前の質問もいただきました。ありがとうございます。ちょっと枚数が多くていろいろなところに話が飛ぶのですが、緩急をつけながら一緒に勉強していただ

ればと思います。よろしくお願いいたします。

実はこの直前までよりよいスライドにするために追加したりとか、ちょっと更新したりというところがありまして、配付したのは数日前ぐらいのバージョンなのですが、最新バージョンについては事務局のほうにお渡ししておりますので、大変お手数ですが、後ほど事務局のほうから配付をお願いできればと思います。更新したスライドや追加したスライドは、この中で右上に追加とか更新と出てきますので、見ていただければと思います。改めてよろしくお願いいたします。

簡単に自己紹介なのですが、実は私、幼稚園、小中学校、高校の途中までずっとアメリカにおりまして、向こうでも何度か引っ越しをしたのですが、その影響もあってともと英語で言えばソーシャルイシューズですね、社会問題といいますか、全般に興味、関心がありました。日本に帰ってきて高校でたまたま化学、ケミストリーの先生が面白かったものですから、環境、化学という切り口で環境問題に取り組みたいなという漠然とした思いを持って理工学部に入ったのですが、実験室にすることが多いので、早く気づけよというところかもしれませんが、人ですね、もっとやっぱりより現場に行きながらいろんな人と話したい、また話を聞きたいという思いがありましたので、理工学部は2週間、3週間ぐらいしか通わずに、その後はやっぱり医学部に入り直そうと思って、実はその時点で医学、医者もそうですけれども、公衆衛生に関心が何となくありました。勉強し直して、その後東京医科大学というところに入りました。

医学部は6年間あるのですが、3年間の前半のほうでは、結構いろんなアルバイトとかもしながらお金をためて、後半の4、5、6年生は実習もありますけれども、結構合間を縫って貯蓄したお金を使いながら海外、国内外のいろんなNGOについて行きながらとか、海外の大学に行きながら、ショートプログラムにも参加しながら、いろんな経験に恵まれました。その中で、各国それぞれの人がもちろん住んでいらっしゃるのですが、その地域がどのような生活をしているのかとか、そういうところに関心を抱くようになりました。

医者になるわけなのですが、そのような文脈から地域という切り口にすごく関心がありましたので、公益社団法人地域医療振興協会という自治医科大学の先生方が運営されている協会があるのですが、そこが運営する初期研修プログラムに乗っかって、静岡県伊東市民病院というところに行きました。あまり大きくない200床ぐらいの病院なのですが、年間3,000台ぐらい救急車が来るような、本当にまさしく野戦病院みたいなところなんです。そこでトレーニングを受けながら、実は地域という切り口のプログラムでしたので、そこから岐阜県の診療所に行ったりとか、三重県の診療所に行ったり、青森県の診療所に行ったりしました。本当は岐阜県にもっと行きたかったのですが、私のそのときの上級医がから、お前、青森県に行けと言われたので、青森県に行ったら青森県もやはり面白くて、研修後もそちらに行ったということになります。

私、本当はちょうどはざまの時期にあって、医学生のときに本当は保健所にいたかった

のですけれども、大学の公衆衛生の先生に研修医になったら行けるから行かなくていいみたいなことを言われてしまって、今度研修医になったら、ちょうどそのときに研修プログラムの厚生労働省の必須のところから保健所が落ちてしまったのです。なので、保健所の研修が、医師になったけれども行けなかったということで、実は青森県に行った後初めて保健所に時々行かせてもらいながら保健所を見させてもらいまして、その中で2014年から保健所をメインに移させてもらって、実は臨床もずっと続けていたのですけれども、週1回臨床を続けながらずっと保健所の勤務というのもさせてもらって今に至り、2020年はさらにコロナ禍になりかかっていた、それこそ2020年の12月、1月ごろに盛岡市から急にお電話をいただいて、お声がけをいただいたというところになります。改めてこのような御縁に感謝いたします。

このいろいろな写真なのですけれども、これは私にとって公衆衛生の始まりみたいなもので、私が大学3年生のときにアメリカの西海岸にカリフォルニアという州がありますけれども、そこにサンフランシスコがあって、サンフランシスコは実はLGBTの方々、特にゲイの方々の人口割合がアメリカの中でも当時は一番高い地域なのです。でも、アメリカの中でも当然例えば1980年代というのは、そのような方々に対する差別や偏見というのがやはりある時代で、そういう中で80年代に何が出てきたかという、特に性感染症の中でもHIVですね。これはキャストロというゲイの方々が住んでいる地域なのですけれども、その地域に住む方々の中で保健医療従事者の方々が立ち上がって、自分たちのための検査や健康相談の機会ということで立ち上げたゲイの方々によるゲイの方々のための、自分たちのためのこういう健康相談所みたいなものをつくられて、こうやってガラス張り、一番奥に行けば診察室とか相談室もあるので、ガラス張りで誰でも入ることができて、当時はスマートフォンとかがないので、ここにはインターネットの端末、誰でも入れてとか、壁には地元の方々の絵画が飾られていたり、実は週末であれば、ゲイの方々の結婚式だったり、集会だったりが行われたり、こういう保健医療というのを切り口として何か地域の連帯だったり地域のつながりだったり、その辺を強めるのにやはり保健医療というのは一つ大きな切り口になるのだなということを初めて気づかされた機会でした。

それ以降、先ほどお伝えしたようにいろいろな現場を見させていただいて、これは東京都の路上生活者を診る、無料で診療するクリニック、診療所ですね。これは、タイの保健センターで必ず地区にあるのですけれども、これはイギリスでの診療所です。これは、私が青森県で訪問診療をさせていただいている様子です。これは、ビルマのミャンマーから逃れてくる方々の難民キャンプですね。タイとミャンマーの国境にはこのようなキャンプがたくさんあるので、少数民族が逃れてきたキャンプですね。その方々の保健医療として診察をさせていただくなど、いろいろな機会に恵まれました。

ちょっと時間があれですので、先に進ませていただきたいと思います。

早速きょうの内容ですけれども、これはもしかしたら基礎的でもうわかっているという内容もあるかもしれません。その場合は、復習という意味も含めていただければありがた

いところでは、よろしくお願いいたします。

まず、保健所。これだけ保健所が注目されたことは、近年なかったのではないかと思います。保健所は、地域保健法に明確に位置づけられた組織になります。そのミッションというのは、ずばり地域住民の健康の保持及び増進です。

そして、業務といいますか、どういう役割を担っているかというのが、一応これも地域保健法の第6条に整理されております。それをちょっと現代的な枠組みに組みかえてみました。そうすると、大体大きく二つに、柱に分けることができます。

一つはやはり地域共生、包摂。広い意味の地域包括ケアで全ての方を誰一人としてとり残さない健康づくりということになります。

そして、もう一つがやはり健康危機管理。健康危機管理というのは、災害もあれば、感染症もあれば、食中毒等もあります。その中でこの新型コロナウイルス感染症というのは、やはり健康危機管理のほうに入ってくるものになります。

健康危機管理のところでは、例えば食品衛生や医療機関、監視指導も担っておりますので、そういう方面からかかわる方だと、保健所は怖いところというイメージを持たれていたり、また一方でこちらの健康づくりのほうでかかわる方々だと、保健所は優しいところというイメージを持っていたり、怖いと思われる側面と優しいと思われる側面があると言われていると思います。

感染症という話をしましたが、感染症は1類から5類、そして今回新型コロナウイルス感染症が分類されている新型インフルエンザ等感染症というのがありますけれども、一応このように比較的頻繁に出会う感染症をピンク色にさせていただきました。新型コロナウイルス感染症は、最初は指定感染症だったのですけれども、その後新型インフルエンザ等感染症に分類が変更されております。今の考え方としては、1類、2類あたりに相当することを一応できるような形にはなっていますが、感染状況は、特に変異株によってウイルスの特性というのがかなり変わっていますので、そういう状況の変化や特性の変化に柔軟に対応するために、恐らく現時点でもこれを保ちつつこの中で柔軟に調整していくというのが現状かと理解しております。

診断後の業務なのですけれども、実は感染症、例えば結核もそうなのですけれども、特に新型コロナウイルス感染症とか、2類とか1類については大体このような流れになっております。このピンク色のところが全部保健所の業務ということになっております。医療機関から、あるいは保健所からの告知があり、その後の入院の調整であったり、並行しての疫学調査、そして入院医療機関への移送であったり、入院勧告と就業制限、治療の部分は医療機関ですけれども、今であれば自宅療養の管理だったりとか、その後には入院勧告の解除があります。また、これら全体と並行して今度は濃厚接触者等の管理であったり、集団感染が起きた施設等への助言・指導であったり、また総合的な分析と評価というのも業務に入ってきます。

では、進めさせていただきたいと思います。これは、WHOが出している世界における

新型コロナウイルス感染症の流行状況です。これを見てわかるように幾つかの波があります。日本は、ウェスタンパシフィックリージョンという濃いピンク色のリージョンに入っておりますけれども、このウェスタンパシフィックリージョンというのは、世界と比べると絶対数的に少ないというのがわかると思います。

ここに大きく紫色がありますけれども、これはデルタ株です。インドで最初に確認されたデルタ株はインドで非常にふえましたので、ここが大きな波を形成して、その後もデルタ株が世界に広がって大きい波を形成しています。あのときは世界的に非常に厳しい状況ではありましたが、今感染者数としては、オミクロン株はそれをはるかに上回るような波を形成しております。この2年間で4億人ほどの方々が感染し、そのうちの1%ちょっとの方々がお亡くなりになっているというのが現在までの実態です。

そして、変異株ですけれども、注目すべきは、やはりアルファ株というのがありました。また、今も懸念される変異株に分類されているのが、デルタ株もそうですが、今世界的に猛威を振るっているオミクロン株になります。

オミクロン株は、デルタ株と比べると重症化率は確かに下がっております。ただし、この拡大を丸ごと看過していいのかというと、やはりそうではない理由がこちらにあるように、例えば仮に重症化率が0.3倍になったとしても非常にうつりやすいということがありますので、うつりやすくなって患者さんの数が5倍になれば、単純計算で前と比べて重症の患者さんが1.5倍になり得るということです。

実際に現在、これがデルタ株、これは国内ですけれども、この線が死者数、この色が塗ってあるところが患者数ということになりますけれども、分母がこれだけ上がってくるとやはり死者数、1日ごとに亡くなっている方というのは、実はもうデルタ株を上回っているというのが現状です。確率が下がったとしても、分母が大きくなると分子もやはり大きくなるということになります。

これが岩手県と盛岡市における発生状況です。薄い青い線が全国で、ちょっと縮尺が違いますけれども、こちらの縮尺のほうが岩手県と盛岡市になります。緑が岩手県でそのうちの盛岡市がピンク色となっておりますが、大体全国の流行状況と連動しているというのが見てとれるかと思います。これを直近1週間、人口10万人単位に換算し人口補正すると、盛岡市と岩手県はこのような形になります。

きょうはたしか140人とか150人ぐらいになっていると思うのですが、これというのは去年の東京都におけるオリンピックが始まった8月の頭ぐらいと似たような数字になります。そして現在、2月に入った時点で前半たたずとしても2,000人を超えました。1月過去最多だったのですけれども、それをはるかに上回る数をもう2月の半分で超えてしまっているということになります。

圏域別ですけれども、岩手県内に10保健所ありまして、やはり盛岡圏域で半分ぐらい、そこに中部保健所を加えると3分の2強ぐらいというふうになっております。

そして、これは療養者数の推移ですが、岩手県ではデルタ株と比べてその倍ぐらいの患

者さんに対応するためということで、この間、県のほうでもかなり頑張ってくださいるところですが、それをはるかに上回るようなスピードで、全国で言えば第6波が立ち上がってきており、自宅療養というのがここから入ってきております。この立ち上がりはやはり非常に特徴的となります。

そして、これは岩手県で出されているデータではありますが、このように最初の1月の初めというのは県外からの往来で感染する方が多かったのですが、やはり1月中旬以降は地域内感染に進んでいるというような状況です。

ただ、感染の場としては、やはり今までとは変わらないということです。年末年始だったり、3連休も1月にありましたけれども、帰省したときにふだん会わない親族や友人と御飯を食べたり、冠婚葬祭だけではもちろんあまり感染しないのですが、冠婚葬祭に伴うやはり飲食の場面であったりです。あとはカラオケ。カラオケは若い方もありますが、やはり高齢者の地域のサークルとか、高齢者施設におけるレクリエーションの一つとしてのカラオケというのもありました。あとは、やはりスポーツ活動ですね。マスクを取って大声で、近距離で一緒にやるようなスポーツというのはやはり感染し得るところになります。あと、保育施設とか高齢者施設がどうしても密着しやすいところではありますので、感染リスクが高いところになります。現状としては、地域内感染に移行しているという状況になります。

ここから少し基礎的なところについて皆様と勉強させていただければと思います。

まず、感染症というのは何かというところからです。感染症というのは、寄生虫や細菌、ばい菌など、いろんな病原体があります。真菌というのはカビです。ウイルス、あと非常にまれですけれども異常プリオンというのもあります。これらの感染によって感染した宿主に生じる望まれざる反応ということであります。

これらの例ですけれども、寄生虫というのはよくあるものと光り物の魚についているアニサキスとか、あとばい菌というのも本当にいろいろあります。ばい菌とウイルスの大きな違いというのは、ばい菌は自分でふえることができますが、ウイルスは自分でふえることができませんので、感染した細胞を使ってどんどんふえます。ばい菌は自分でふえることができます。真菌も自分でふえることができますけれども、細菌と比べるとかなり遅いです。異常プリオンといえば、一番有名なのは狂牛病になります。

感染症を理解するため、特にこれらの予防を考える上で非常にポイントになるところなのです。後でもう一度出てくるのですが、感染症が成立するためには、この三つの要素がそろっていなければ感染というのは成立しません。その三つというのは、すなわちまず病原体です。病原体がなければ、当然何か悪いことというのは起きないです。病原体があるということと感染経路。その病原体がどのように、さっき言った宿主に届くのかという感染経路が必要です。そして、感受性のある宿主、誰に感染するのか、しやすいのか、誰にとって病原性が高いのかという、この三つがそろって初めて感染症というのが成立します。後で出てくるのですけれども、予防というのは、これを一個一個潰せばそれが予防につな

がっていくということになります。

感染経路は、御存じのとおり、メインはやはり飛沫感染、接触感染です。まず、飛沫感染というのは、手の届くような距離、自分から一、二メートルぐらいの距離ですね。どこにウイルスがいるかという、しぶきの中にいるのです。鼻水であったり、咳であったり、あとは新型コロナウイルス感染症では有名ですが、しゃべると唾が飛びますね。この唾液の中にウイルスの粒子が入っているわけです。ですので、マスクなしに一定のしぶきを浴びると感染し得るとというのがこの飛沫感染です。

その飛沫がついたところをほかの人がさわって、その手で目や口とか鼻に触れれば感染し得るとというのが接触感染です。

新型コロナウイルス感染症でも度々空気感染という言葉が出てきたかと思いますが、飛沫感染というのは一、二メートルぐらいなのですが、それよりも遠いところの人が感染してしまうというのが空気感染で、有名などころでは結核とか麻疹、はしかとか、あとは水痘——水疱瘡ですが、この三つが感染する病原体としては有名です。これらは、周りの水分が蒸発して軽くなって、そして小さくなって長い時間ふわふわしているので、もうちょっと遠い距離に届くというのが空気感染です。

では、新型コロナウイルス感染症については結局どうなのかということなのですが、原則はやはり飛沫感染と接触感染が多いのですが、条件がそろえばやはり空気感染が起こり得るというのはもうわかっております。岩手県内でも 2020 年の 11 月に、それこそ県内で初めて飲食店における大規模な集団感染が市内中心部でありましたが、そこはまさに空気感染でしか説明ができないような状況で起きておりました。

ポイントとしてやはり密閉された空間に多くの方がいて、マスクなしでたくさんしゃべったり、場合によっては歌ったりという条件が重なると特に空気感染が起きやすい。いわゆるワイワイ、ガヤガヤですね。そういうふうに理解していただければと思います。

次に感受性宿主です。御存じのとおり、やはり高齢者の方のほうが重症化しやすいですし、あと基礎疾患、いわゆる持病ですね。高血圧であったり糖尿病、腎臓病のような免疫に影響を及ぼす疾患であったり、肥満であったり、喫煙であったりというのもリスクになってきます。

こちらを見てわかるように、感染する方というのはやはり活動が活発な方々です。20 代や 30 代の人との接触が多い方々がやはり感染しやすいというのはそのとおりなのですが、亡くなる方は明らかにこのように高齢者のほうが亡くなっているというのが見てとれるところです。

新型コロナウイルス感染症の特徴ですが、潜伏期間というのがありますが、まず感染し、発病し、そして発症すると。発病というのは、新型コロナウイルス感染症の場合はウイルスを出し始めるということです。発症というのは症状が出てくること。多くの疾患では発病と発症が一致していることが多いのですが、御存じのとおり、新型コロナウイルス感染症というのは場合によっては症状が出る二、三日前からウイルスを出して

いるという場合がありますので、人によっては発病と発症が一致しないということがあります。そして、発症すれば、もちろん当然気づくことができるのですけれども、その前からウイルスを出しているということです。感染から発症までを潜伏期間といいます、これがやはり最大で2週間ぐらい。ただ、やはり1日から1週間以内が多く、特にオミクロン株になってこの潜伏期間というのが平均的にさらに短くなりましたので、本当に95%以上の方々がやっぱり1週間以内に発症しております。

あと、症状ですけれども、最初の症状はやはり本当に風邪ですね。比較的新型コロナウイルス感染症に特徴的と言われていた嗅覚の障害、味がおかしいとか、匂いがおかしいとかというのが特徴的ですが、デルタ株までのデータですけれども、盛岡市でも患者さんを診ていまして、それでも1割あるかないかぐらいの患者さんになります。これがオミクロン株になって、実は匂いとか味の異常というのがさらに減りました。ですので、特にオミクロン株になって、本当に風邪のような症状だけという方の割合がさらにふえております。

診断は、先ほど言った症状とその経過であったり、あとは行動歴、接触歴から見積もって、その上で検体検査であったり画像検査と組み合わせて診断していくことになります。

経過ですが、これもデルタ株までの経過になります。一般的にいうと、発症ゼロ日目がここですね。ここに書いてありますように、人によっては発症前からウイルスが立ち上がってきていると。大体1週間ぐらいするとこれが減ってくるのですけれども、この1週間ぐらいした後に8割以上の方はよくなってしまうということです。ただ、残りの2割の方は、1週間ぐらいしたところから酸素投与が必要な状況になります。すなわち入院しなければいけないような状況になります。そして、その後もまた1週間弱ぐらいして、その4分の3ぐらいの方はよくなっていくけれども、残りの4分の1ぐらいの方は重症、すなわち人工呼吸器が必要な状況になってしまう。その半分ぐらいの方が非常に致命的というのがデルタ株までの状況でした。

では、これがオミクロン株になるとどうなのかということなのですけれども、これは広島県のデータで、国のアドバイザリーボードで出されていたデータですが、広島県において、これは第5波、ほとんどがデルタ株ですね。これ見るとどの時点で中等症Ⅱ以上、すなわち、絶対入院しなければいけないような状況になるまでの日数というのをここに書いてあるのですが、ピークが7、8、9日ぐらいで、やはり1週間ぐらいして状況が悪くなっているという方が多いというのがわかりますが、実はオミクロン株になってこれが大きく変わっているのです。これは数が全然違いますので、非常に暫定的ではありますが、3日目ぐらいにやはりピークが来ているというのが見てとれるかと思います。

これは、ちょっとスライドが戻りますけれども、デルタ株まではこの最初がウイルスによる悪さ、その後免疫の反応、免疫の嵐によってこの重症化というのが起こっていたわけです。この正体というのは、デルタ株までは特に肺炎が多かったわけですが、この肺炎の正体というのはウイルス自体による肺炎ではなくて、免疫介在性の炎症による間質性肺炎というのが実態であります。ただ、それがやはりオミクロン株になって大きく変わ

っているようで、どちらかというと肺炎を起こして悪くなるというよりも、感染自体で悪くなったり、感染によって持病が悪化して重症化したりするという方が多いというのがオミクロン株の大きな違いです。

重症度分類はこのようにされておりますが、基本的に中等症Ⅰというのは、間もなく酸素投与が必要になりそうな状態、中等症Ⅱというのは、もう絶対酸素を投与しなければいけないような状態ということです。

実はメディアでもよく使われていますけれども、時々一般の方々との認識の乖離というのがあります。ここに表示させていただきましたけれども、多くの方は中等症だと息苦しさなだけとか、重症だと入院しなければいけないのかなというイメージをお持ちの方もいらっしゃるかもしれませんが、先ほどお伝えしたように、中等症というのは、もうまず絶対的に入院しなければいけない、酸素投与が必要という状況です。重症というのは、医療上は集中管理が必要な方ということになりますので、要するに生死をさまよう状況というのが重症という患者さんになります。ですので、逆に言えば40度ぐらい熱があっても、何とか飲み食いできる、自分で歩くことができるという方であれば、医療上は一応軽症というような分類になります。

治療は、ここに書かれているとおりではあります。抗体カクテルがここにありますけれども、これは実はデルタ株までの話で、オミクロン株には使うことができない。オミクロン株で今使っている中和抗体というのは、ここにあるソトロビマブというのを使っております。飲み薬のほうはモルヌピラビルというのがあります。

そして、新型コロナウイルス感染症の問題となるのは後遺症です。ここに書いたようにいろいろな後遺症が認められて、オミクロン株はまだどうなるかわからない、これはデルタ株までの状況ではあります。全体で見ると実は1年後でも本当に10人、11人に1人の方が何らかの後遺症に悩まれているというのが新型コロナウイルス感染症のポイント、厄介さの一つです。

急性期の症状は、多くの方は1年後になるとさすがになくなってはくるのですが、やはり有名なのは長く続くもの、おくれて出てくるもの、記憶力とか集中力の低下、これはよく英語の文献だとロングコビッドとか、ブレインフォグという表現が新聞でも使われていますけれども、このような症状というのは、20人に1人ぐらいの方が実は1年後になっても認められるというのがあるところです。

少し細かい話になりますが、事前に診断のところのPCRとCt値ということで御質問いただいております。

検体検査にはPCRや抗原検査の定量とか定性のいろんな検査があるのですが、まず抗原検査の定量というのは抗原の量を測るということです。定性というのは、そこに反応するものがあるかないかと、抗体に反応する抗原があるかないかだけを見ているので、どうしてもちょっと結果に幅が出てくるというのが抗原検査の定性であります。抗原検査の定量というのは、比較的PCRと似たような位置づけで私たちも認識しております。

PCRという言葉もメディアで非常に取り上げられて有名になりましたけれども、検体の中にいろんな遺伝子の破片があるわけですから、それだけだとちょっとわからないわけです。ですので、それを増幅させるのですけれども、特徴的なプライマーというのを——これは開発しなければいけないのですけれども——これをくっつけて反応させることによって同じDNAをつくるのですけれども、これを何回増幅したら検出されたかというのがCt値です。新型コロナウイルス感染症はRNAウイルスですので、RNAからDNAに変えてこの作業を入れるというもう一個作業があるのですけれども、そのときには何回増幅させたかというのがCt値になります。数が増幅された回数が少ないほどそこには粒子はそれなりの量があったということになりますし、たくさん増幅しないと出てこないというのはそんなに量がなかったということになります。ただ、これは本当に量が検体の中でまあまああったか、あまりないかという違いだけであって、検体というのは人から採取しておりますので、当然誤差というものもあります。ですので、例えばたまたまウイルスがたくさんそれなりに出しているけれども、取れていないだけという場合もやはりあり得ると思います。

PCR検査が不検出だったのに後で陽性になるのはどういうことかという御質問も事前にいただきました。症状もなくウイルスも出していない潜伏期間の前半はPCRで幾ら検査しても不検出なわけです。ただ、ここで発病、すなわちウイルスが出てくるとウイルスを拾うことができますので、この期間は陽性ということになります。ここで発症し症状が出れば、自覚をすることができるわけです。当然ここでPCR検査をすれば陽性になるわけです。ただ、9日とか10日すると症状が軽快してウイルスは出さなくなるわけですから、これは遺伝子を検出しているわけですので、症状がなくなってもしばらくの間は残骸が残っているわけです。ですので、ここでやってもPCR検査は陽性になるのです。ただ、10日以上たっていますし症状もないので、ほかの人に感染させる可能性はないということです。

流行が始まった2年前は、どれぐらい感染させるのかというのがわからなかったもので、この退院基準というのをPCR検査で陽性が出なくなるまでというところに定めざるを得なかったのですけれども、今はもう10日とわかっております。今でも会社とかでやっぱりPCR検査で陰性を確認してから出勤しなさいと言われて困られている方から連絡あったりもしますが、基本的にはこれも感染させるおそれはないという話をさせていただいております。

人によって数週間、一番長い方ですと10週間後とかでもPCR検査で陽性になった方もいます。それも全部残骸です。残骸を拾っているだけということになります。

Ct値との関連、先ほどお伝えしたようにCt値の数が高いということは、それだけたくさん増幅させなければいけなかったということなので、ウイルス粒子が少ないということになります。大体9日を過ぎるとやっぱり30とかを超えてくるのですけれども、これを見ると30を超えると遺伝子も結構ばらばらになっているのです。ばらばらになっていると

基本的には感染性がほとんどないので、そしてこれを見ても 30 後半になってくると基本的にはウイルスは分離されない。ですので、恐らくは 35 あたりを超えてくると多分感染性はないであろうというのが言えるわけですが、ただやっぱり C t 値だけを見ているわけではなくて、大事なのは接触のタイミング、発症のタイミング、経過、これに C t 値も組み合わせた上で、ある患者さんが経過の中のどこにいるのかという判断をするのです。なので、C t 値だけを見るということはないのです。

逆に言えば、C t 値が高い、要するにウイルス量が少ないというのは、実は立ち上がりを見ている場合もあるのです。ウイルス粒子を出し始めているこの立ち上がりのところも低い。低いというのはウイルス粒子が少ない、すなわち C t 値が高い場合もあり得ということです。それに C t 値だとちょっと V 字型になるのです。C t 値だけで判断するということは基本的にはないということになります。

では、ちょっと話を戻しまして、なぜ新型コロナウイルス感染症は感染対策がしにくいのかというお話になりますが、幾つかありまして、まず潜伏期間が非常に厄介です。オミクロン株は短くはなっているのですが、2 週間という幅があって、やはり 7 日間で切っても 20 人に 1 人ぐらいはその後に出てくる方もいらっしゃいます。

二つ目として、無症状にもかかわらずウイルスを出している方がいたり、今発症している方も数日前からウイルスを出している方がいたりというのが非常に厄介です。

そして、三つ目として、ほとんどの方は確かに軽症で済むのですが、重症化率もやはり低いとは言えないというのが厄介なところになります。

これは流行の初期のスライドですが、例えば S A R S。同じコロナウイルスなのですが、S A R S というのは重症化率が非常に高かったもので、症状が重症化しやすい、症状が出やすいとなるとやっぱり皆さん医療にかかるのです。医療にかかれば診断に至るチャンスがふえますので、診断に至れば、そして疫学調査すればやっぱり結構追えるのです。あのときも実は期間的にはもう中国まで追うことができたという状況だったわけです。今回同じコロナウイルスですが、新型コロナウイルス感染症の場合は、やはり無症状や軽症の方がほとんどであるがゆえに、連鎖が非常に見えにくいというのが厄介なところ。場合によっては感染した重症化しやすい方が受診する、重症化して初めて探知されるという場合もあったわけです。ですので、ここは大きな違い、そして新型コロナウイルス感染症の難しさになります。

そして、先ほどお伝えしたように、この軸はうつりやすさ、これが重症化のしやすさなのですが、大体はどちらかというのが多かったわけです。重症化しやすいとそこまでうつりやすくない、うつりやすいものは風邪とかいろいろありますけれども、そこまで重症化しない。この新型コロナウイルス感染症というのは、ちょうどその間なのです。うつりやすいけれども重症化率もそんなに低くないというのが非常に厄介なところ。

患者さんから見て、新型コロナウイルス感染症と診断されるとこのような流れになっております。

そして、御存じのとおり、疫学調査というのが保健所の役割として大きいところになります。これは何のためにやっているかというところを改めておさらいしますが、患者さんが探知されて、まず前向きですね。例えば感染可能期間に一緒にマスクなしで御飯を食べたりした方というのは濃厚接触者になるわけです。そこまで濃厚でない場合は、岩手県でも接触者というふうに言っていたりしました。ただ、これはいわゆる前向きですね。この方がうつし得た方。同じぐらい重要なのが実はさかのぼりです。全ての方は誰かにうつされているわけです。ですので、この見つかった患者さんは誰にうつされたかということを調査することが同じぐらい大切です。よく犯人捜しのように捉えられてしまうのですが、この方を見つけることによって、この方がうつし得た方々を見つけ、またこの方にうつした方を見つけることによって、ここにまた一つの小さいクラスターが見えてくるわけです。ですので、この方の調査だけではここは出てこないわけです。この前も後ろも調査しながら一つでも多くの連鎖集団を囲い込んでいくことが、古典的でも一番有効であるということを経験から我々は学んでいるところです。

ただ、オミクロン株については今このような現状ですので、実はこのさかのぼりというのはほとんどできておりません。濃厚接触者または集団感染に転じやすいリスクがある集団については丸ごと調査、検査をしておりますが、個別の範囲ではちょっともう感染源まで調査することができないという状況です。

退院期間はここに書いてあるとおり、症状があれば10日、また無症状であれば4日目で帰るということになっております。

これは以前から厚生労働省が示しているものですが、自宅療養もありますし、また濃厚接触者がいるという場合がふえておりますが、対策として八つのポイントというのがあります。部屋をわけるといってあったり、世話をする人を限ることだったり、マスクをつける、小まめに手を洗う、あと換気をする、手で触れる共有部分はしっかり消毒する、汚れたリネンとか衣服というのはしっかり界面活性剤を使って洗濯する、ごみは密閉して捨てる、これらは厚生労働省で出しているものです。

新型コロナウイルス感染症の予防についてですが、ここで先ほどお伝えした感染症が成立するための3要素というのが改めて出てきます。予防のために何をすればいいかということです。病原体、感染経路、そして三つ目に感受性宿主というのがありました。

病原体、要するにウイルスやばい菌ですけれども、やっつけばいいわけです。どうやってやっつけるかということ、まず手洗い、しっかり界面活性剤の石けんを使えば破壊することができます。また、手洗いができないときは手指消毒です。

あとは感染経路を遮断することです。飛沫感染についてはマスクをするとか、距離を空けるとか、接触感染については節目の手洗いだったり手指消毒であったり、そして空気感染と言ったりエアロゾル感染と言ったりしますが、三つの密であったり大声を避けるということになります。

そして、感受性宿主というのは、すなわち抵抗力を高めるということになりますので、

ワクチンを打つということであったり、基礎疾患をコントロールすることだったり、そしてやはり日々の生活を整えるということが抵抗力を高めることにつながります。

手洗いは、ここに書いてあるように非常に大切です。手洗いができれば手指消毒は要らないです。逆に言えば、できれば手洗いのほうがよくて、今だと冬ですけれども、ただいまノロウイルスが流行していますが、アルコールが効かない病原体もありますので、やっぱり万能なのは手洗いです。

消毒は煮沸やハイターなどを使うといいです。

あとマスクの効果です。みんなマスクをしているのがもちろん有効なものです。一番効果が高いのは、感染してウイルスを出している方がマスクをすることだということがわかっておりますが、やはりいつ誰がウイルスを出しているかわかりませんので、ユニバーサlmasking、すなわちみんなマスクをしましょうということです。この 70%というのは、粒子をどれぐらい減らすかという効果が示されているものです。

あと、マウスシールドというのを時々見ますけれども、どうでしょうか。隣、横、大きければですけれども、比較的小さいと横にたくさん空間が空いていますので、そこから当然飛沫というのはふわふわと漏れていきますので、やはりマウスシールドよりはある程度密着するマスクが一番いいということになります。

そして、今までの経験から感染リスクが高まる五つの場面というのがわかっております。一番多いのは飲食の場面であって、ワイワイ、ガヤガヤしたり、また共同生活であったり、あとは節目、節目でマスクを取ってしまって接触する場面はいつかということです。ですので、休憩室、更衣室、喫煙所というところから感染した例も今までたくさんあります。

そして、実際にこれは盛岡市で去年感染が広がった場面ですけれども、やはり記載のとおりなのです。いずれにしろきっかけはどうであれ、飲食がある場合、あとは共同生活、スポーツもベンチとか着がえ、移動中、スポーツ後の飲食というのがやはりリスクが特に高いところになります。

あとは、マスクをしていても密閉された車内で1時間とか2時間の移動中ずっとしゃべったりしていつつたという方もいらっしゃいます。

飲食店の選び方ですけれども、例えば清潔というのは大事なことです。スタッフがマスクを着用している、テーブルが広い、広いというのは距離があるということです。天井が高い、換気ができている、あとはワイワイ、ガヤガヤしていないところが比較的安全ということになりますし、飲食時のポイントは、ここに書いてあるとおりです。ポイントは、やはり会話をするときはマスクを着用するということになります。

あと、旅行ですね。やはり移動だけで人に感染するというのはまずないです。飛行機に乗るとか、電車に乗るとか、バスに乗るだけで感染することはないです。やはりそこにマスクなしの会話とか、移動した先でマスクなしの会話とか、飲食とかというのが入ると、それが感染のリスクの場面になるということになります。

そして、安全に買い物をするにはですけれども、買い物というのは基本的には感染する

リスクというのはほとんどないです。入店時は皆さんマスクをして手指消毒もされておりますし、接触感染といってもたくさんの商品がある中で手指消毒もしていますので、何かの商品にウイルスがついていて自分がそれにさわってしまって、かつその手で自分の口とか鼻をさわってしまうという確率は極めて低いかと思いますので、基本的には買い物で感染するというのはまずないのです。

あと、安全に人と集まるためにはと書いてありますが、御存じのとおり、少人数とか、マスクをして手洗いとか、手指消毒はそのとおりですし、とにかくやっぱり飲食などマスクを取ってしゃべってしまう場面をいかに減らすかというのがポイントになってきます。

最近学校や保育園での集団感染の事例がふえておりますけれども、これは文部科学省で出しているものです。これは学校のパターンですけれども、ここに書いてあるように、いかにしてマスクを取って接触してしまう場面を減らすかということです。やっぱり自分たちではちょっと気づかないところとかもあるのです。例えば学校だと、合唱はもう2年前から海外でも大規模な集団感染をしておりましたし、吹奏楽とか、あと調理実習、やっぱり味見しながらつくったり、しゃべりながらつくったりというのはやはりリスクがあるのです。あとは、やはり密接するスポーツはリスクが高くなってきます。保育園はここに書いてあるとおりですが、やはり接触が多いですので、どうしてもリスクが高い場面ということになります。

次に、ワクチンのほうに話を進めさせていただきたいと思います。ワクチンの効果といいますけれども、もう少し言い砕くと、ワクチンの効果が95%とか90%とはどういうことかといいますと、例えば本物のワクチンを打った方は偽物のワクチンを打った方と比べてどれぐらい感染者が少なかったのか、95%減らしたというのがこの95%効果というふうに表現されます。ですので、例えばファイザー社製ワクチンを接種して3カ月後とかにこの接種した集団からは1人しか感染者が出ませんでした。接種しなかった集団からは、この期間20人出ましたと、20人が1人になりましたので、95%減という状況になります。

ワクチンについては、これもデルタ株までということになるのですが、非常に効果が高いというのがわかっております。感染予防効果もそうですし、重症予防効果も非常に高いということがわかっておりますが、最近やはりわかってきたのは、時とともにその効果はだんだん弱まってくるということがわかっております。特に感染予防効果というのはやはり落ちていくのが早い。重症化予防効果はもうちょっとゆっくり落ちてきますが、こっちはほうはまだ残っているというのがわかってきております。

副反応のところです。モデルナ社製のほうがやっぱりちょっと多いというのがわかるかと思います。実は半分以上ですね、3分の2とか4分の3ぐらいの方々がこのように発熱する方がいらっしゃいます。ファイザー社製と比べると倍ぐらいです。

あと、重篤な副反応としてアナフィラキシーがありますが、これも一般的なインフルエンザとかのワクチンよりはちょっと高いですけれども、やはり10万から20万接種に一人程度です。

あと、日本で使われておりますけれども、岩手県では少ないウイルスベクターワクチン、アストラゼネカ社製については 50 歳以下の女性でまれに血栓性血小板減少症が起きるということで、対象は 40 歳以上となっております。あとは比較的有名なのが、モデルナ社製、ファイザー社製のメッセンジャー RNA ワクチンでも時々起きるのですが、若い男性で特に心筋炎、心膜炎というのがまれに起きるというのがわかっております。若い方については、ファイザー社製のほうが頻度は少ないということで一応ファイザー社製を推奨するという形にはなっています。

予防接種健康被害救済制度の御質問もいただきました。簡単な資料であります。まず御家族の方とか御本人が申請をされて、市町村で受け付けて、そこで審査されて第三者の委員を含めて審査されて、その後国に進達をされて、国のほうでもまた審査会にかけて決まっていくという流れになっております。

これは、本当に一般的な資料にはなるのですが、臨時接種とか A 類疾病の補償のところだとこのようになっております。新型コロナウイルス感染症については、現時点でいろんな申請が上がってきておりますけれども、一番多いのはやはり即時型、アナフィラキシーまでいかないですけれども、そういう即時型の反応によるものというのはたくさん上がってきて、既に全部そういう明らかなものについてはどんどん処理が進んでおります。その他についてはまだまだいろいろわからないところもありますので、恐らく国のほうで時間をかけて保留になっているのかなと思っております。

オミクロン株のほうに少し話が行きますけれども、これはちょうどことしの 1 月のデータで、先週のアドバイザリーボードに提出された資料になります。多くの方が 3 回目のワクチン接種がまだなわけですけれども、2 回目までで、実際第 6 波というのはどのような状況なのかということです。これ見ますと、日本人の方でざっくり 8 割ぐらいの方はもう 2 回目の接種まで終わっております。当然接種している方のほうが多いので、ブレークスルーという接種した方でもかかるというのは当然なのですが、でもここを見ると、直接人口補正をすると、2 回接種している方のほうがやはり少ないのです。もちろんこれは 1 月の状況ですので、2 回目を 12 月に接種した場合と去年の 7 月に接種した場合とでちょっと違うのですが、総じて見ると特に分母が多い世代、20 代や 30 代を見ますと、やはり 3 分の 1 や 4 分の 1 ぐらいにリスクは減っているというのが見てとれるかと思えます。

では、追加接種するとどうなのかというところでは、これはイギリスのデータですが、中和抗体を測ったものです。だんだん下がっていくけれども、3 回目を打つとこうやってぴょんと中和抗体の数値は上がる。これは若い方と高齢者ですが、同じように、若い方のほうがもうちょっと反応するのかなという印象はありますが、高齢者も 3 回目の接種をすると、やはりこのようにぴょんと中和抗体の数値は上がるというのがわかると思います。

こちらが更新したデータで、これもイギリスのデータになりますが、これは次の

スライドと合わせてなのですが、これはファイザー社製を打った場合と、ファイザー社製の追加接種と、これはモデルナ社製の追加接種をした場合のワクチン効果、どれぐらい感染する人が減ったのかということなのですけれども、これを見てもやはりブースター、追加接種をすると効果がぴょんと戻るというのがわかると思います。ただ、これはモデルナ社製のほうの効果が少し高めになっていることがわかるかと思いますが、これは日本の50ミリリットルではなくて実は100ミリリットルですので、モデルナ社製のイギリスの場合は1回目、2回目と同じ量で接種されているデータになります。

これは、モデルナ社製を接種して追加でファイザー社製と、追加でまた同じモデルナ社製を打った場合がこちらになっております。同じようにやはりふえています。なので、全体的に今までのデータを見てもそうなのですが、多分モデルナ社製のほうが若干少し長く効果が続くのかもしれませんが。少しと言っても数週間とか1カ月ぐらいの差があるのです。

もう一度現時点の整理ですけれども、オミクロン株に対しては、デルタ株までと比べるとちょっと低下はしておりますが、ただ効果はしっかりと、そして重症化予防効果についても効果があるというのはわかってきております。

元をたどりますとメッセンジャーRNAワクチンというのは、大きな意味では生ワクチンではありません。生ワクチンというのは基本的には弱毒化されたウイルス自体を打つというのが生ワクチンなわけですが、それ以外は全部非生ワクチンです。生ワクチンというのは、もちろんウイルスに感染しますので、副反応等のリスクというのも当然出てくるのですけれども、うまくいけばかなり長い間免疫が保たれます。非生ワクチンというのは、生ワクチンよりも安全性がより高いのですけれども、その分ウイルス自体を打っているわけではないので、免疫反応というのは惹起されますが、ある程度限定的といいますか、基本的に非生ワクチンというのはコンセンサスとして何回か打たないと、時とともに効果というのはだんだん落ちていくというのが基本的な考え方になります。

追加接種における交差接種について、これも国が出したデータですけれども、ブースターでファイザー社製を打った場合、モデルナ社製を打った場合にどういった副反応が出てきたかというのが書いてあります。特に大きな違いはないというのが見てとれると思います。

これは盛岡市のワクチン接種状況ですが、全国8割という中で市民、県民の方々の本当に御協力、また関係機関の御協力も加わってこのような高い水準になっております。今3回目接種の立ち上がりはこのような形になっております。

これは全国ですけれども、今後を考える上で重要になってくるところですが、この紫の線が全世代の2回目のワクチン接種率になります。これがちょうどデルタ株です。デルタ株の流行がなぜ収まっていったか、もちろん一つの因子ではなくて複数の因子なのだと思いますが、特に一番大きいのはやはりワクチン接種ですね。大体50%から60%ぐらいになったあたりからかなり下がっていった。特にオミクロン株は感染性が高いというのもありますし、ワクチンの感染予防効果というのは、特にオミクロン株に対しては5カ月ぐらいするとほとんどなくなってしまうというのがわかってきておりますので、それがちょう

ど今ぐらいのタイミングということになります。

実は似たような国がイスラエルです。これはアルファ株で、波の構成は少し違うのですが、ここでも、ここでわっと上がって、その間に接種が進んでいくわけですが、やはりこれも50%とかになってきたころから大分下がって、やはり四、五カ月は低い状態がキープされるのです。また今度デルタ株が入ってくるとまた上がってきています。ただ、さらに追加接種をすることでまた下がっていったら、今オミクロン株というような状況になってきております。まだ4回目接種というのは世界で標準化されてはおりませんが、イスラエルは4回目接種を進めようとしている状況です。

これは盛岡市保健所でホームページに出している信号というものですけれども、流行状況に応じて信号の色を、今は先ほどお伝えしたように140人とか150人という人数です。ずっと黒という状況ですけれども、なるべく状況がわかりやすいような形にして注意喚起をさせていただいております。

最後の部分になります。ここは少しざっくりとした話も入るのですが、新型コロナウイルス感染症からの学びです。実は私、赴任したのが2020年の4月だったので、現場の司令塔は誰か、この業務を担当しているのは誰なのか、自分は何をすればいいのか、やるべき業務は何なのか、その業務はどうすればいいのか、優先順位はどうなのか、また職員それぞれが何をやっているのか見えない、本庁からは情報が来ないと電話が頻繁に鳴る、課題は見えてきたけれども人も物も不足して対応できない、事務のほうは夜中まで残業しているけれども自分の課は定時で退庁しているとか、職員がそれぞればらばらに動いている。災害が発生したときの状況というのはこのような状況になっているのですけれども、まさにそのような状況になっておりました。

DMAとかの災害の研修でもよく出てくるのですが、インシデントコマンドシステムです。災害等も含む危機時の大事なことで、呪文のように私たちは唱えていますけれども、CSCAと言います。CSCAのCというのは、コマンド・アンド・コントロールです。まずやはり指揮命令系統の確立。誰が何を判断して誰に指示をするのか。要するに、指揮命令系統の確立というのは、役割の分担と明確な指揮命令系統の確立です。そして、セーフティー。新型コロナウイルス感染症においてもやはり職員の安全というのが非常に大切です。そしてコミュニケーション。どうやって所内で、保健所と本庁で、また盛岡市と岩手県でどのように連絡を取っていくかとか、この役割を決めていくということです。そしてアセスメント。そこで初めてアセスメントというのに取り組むことができる。アセスメントよりも前にまずCSC、それを踏まえてアセスメントをするということが危機時には非常に有効です。

危機時のマネジメントですけれども、求められている役割はもう三つ、これも危機時は全て共通するところです。やはりまず情報収集をして、それに基づいて分析評価をする、その評価に基づいて指揮をする、調整をするので、このグループですね。これがやはり危機時のマネジメントに求められている大きな役割になって、それを実践しようという

のを学んでいます。これを実践するために、平時の組織ではなくて、全所を挙げたいいわゆる災害時の危機対応的な組織に再編しております。これは2020年の11月ですけれども、あれからいろいろな波を越えて、今これぐらいまで膨れ上がっておりますけれども、このように班を分けて役割を分けて実施しております。例えば朝の時点でこの対策会議をして、その日の受診・相談センターの役割とか、疫学調査とかも今はどうしても1日おくれになっていますので、例えばきのうでできた80件はその次の日にやるというような状況ですので、その80件の割り振りとか進捗管理、集団の管理ですね。学校だとか高齢者施設の集団管理、ここが一番の業務となっております。

一方で、付随してその後の受診調整があつて、診断された方々の入院調整や入所調整、療養調整のほか、退院や退所の手続も県の入院等搬送調整班とやり取りをすることとなっております。

あとは、中核市として盛岡市も県と一緒に連携しながらやっておりますが、あとは検体を搬送したり移送をしたり、または救急車の消毒をする班もあります。そして全体を統括する統括班という形で動いております。

これが保健所の中での様子ですけれども、これは2週間前ぐらいの様子になります。朝の対策班の中核的な打ち合わせです。中核的な打ち合わせは朝やって、夕方に全体の会議をして、朝は統括班と中心的なミーティングで、午後は全班のミーティングをしながら、その日の活動状況の振り返り等により調整しなければいけないこと、その後の夜行わなければいけないことや次の日の調整というのを夕方の全体会議で毎日行っております。

この辺はスペースの都合もあるのですが、疫学対策班のほうで疫学の人員としてシフトしてきた職員に割り振りをしているところであったり、ここが患者さんを管理して割り振ったりして、こっちはここに隠れていますけれども、入院している患者さんの管理をここでしております。

あと、中核市ということで、よく岩手県と一緒に3時のメディアブリーフィングもさせていただいておりますけれども、マスコミの方々といろいろ一緒にさせていただく機会も非常に恵まれておまして、これはアメリカのCDC（アメリカ疾病予防センター）で出しているものなのですけれども、私もなるべくマスコミの取材を受けながら、現状とか事情を市民や県民にできる限り理解をしていただくことで、御協力をいただくチャンスになると思っております。そのときに取材やメディアブリーフィングで私がいつも心にかけていることというのがここに書いてあるようなものなのですけれども、まずここです。Be First、とにかく速やかに共有する。おとしの7月に初めて新型コロナウイルス感染症の感染者が県内において確認されたときも心がけたのですけれども、まずやはり速やかに情報共有すること、そして正しい情報ですね。ただ、わかっていることもあれば、当然わかっていない部分もある。ここをやはり明確にするということです。わかっていることはこうで、わかかっていないことはこれであるというようにですね。そして信頼を得ること。しっかり科学的根拠に基づいた情報を発信すること。そして、患者さん

を初めとして、全ての方に思いがある中でかかわっておりますので、それぞれの気持ちや視点に寄り添いながら情報を伝えるということ。そしてPromote Actionとありますけれども、例えばメディアを通して聞いてくださっている市民、県民の皆様にごのようなことをお願いしたいのか、どのように理解していただきたいのかというのは、できる限り明確にすることを心がけております。最後にShow Respectです。かかわっている全ての方に対してその立場であったり、状況であったりというのは、やはり尊重しながらしっかりと伝えていく。この辺を半分チェックリストのような形にしていつも心がけているところになります。

私が言うのもあれですけども、岩手県は総じてうまくいっているのではないかと思います。私が勝手に岩手モデルと、はてなをつけて勝手に呼ばせてもらっていますけれども、やはり幾つかの成功要因というところもあれですけども、うまくいっている背景というところがあるかと思います。

まず、岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会というのを県で設置していただいておりますけれども、これでやはり医療体制、医療機関ごとの役割分担であったり、あとは配慮しなければいけない特性、例えば透析治療中の方であったり妊婦など、特に県では妊婦の方が受診するところをなかなか見つけられなくてという痛ましいこともありましたが、そういうこともバタバタの中だと非常に難しいのです。岩手県では幸い7月まで発生しなかったというこのタイムラグを生かしながら、全国での状況を見ながら、こういう患者さんが出たらどこが診るというのを県が中心に調整をずっとしてきたというのが非常に大きいところかと思っております。

そして、新型コロナウイルス感染症対策専門委員会、これは医療機関もそうですけれども、国からいろんな通知が出てくる中で、やはり保健所でも非常に悩ましい事例があります。基本的に地域によって資源も違えば流行状況も、今は大体同じですけども、デルタ株までは地域によってちょっとずつ違いましたので、それを状況と照らし合わせて国の通知も踏まえて、では県としてどうするのか、それは各保健所がやるというよりは、ある程度県が専門委員会の中で考え方をまとめたというの、県としてまとめることに寄与したのではないかと考えております。

そして、県に入院等搬送調整班というのが設置されています。これは非常に大きいです。一部の他県では、例えば本当に中核市のあるところも含めてそれぞれの保健所が調整しているところもありますけれども、岩手県の場合はここでしっかりと医療機関の役割を決めた上で、割り振る役、特に中核市、盛岡圏域以外はもちろんそれぞれの保健所とその圏域の病院とやり取りをされておりますけれども、この中核市の盛岡市保健所と県央保健所という二つの保健所があって、そして医療機関もすぐあるという圏域において、この入院等調整班を通して役割を決めた上で、この調整班を通じて患者さんの割り振りをしてくださっていることで、非常に入院、入所がスムーズに進みました。これによって、私たちもデルタ株までは保健所でないとできないような、すなわち疫学調査とその患者さんのウイル

スの囲い込みということに専念することができました。本当にこの入院等搬送調整班の存在は大きいと考えております。

そして、いわて医療福祉施設等クラスター制御タスクフォースですね。例えば、通常ノロウイルスの集団感染とかであれば、やはり保健所で調査しに行っているいろいろな助言、指導をしたりするのですが、新型コロナウイルス感染症は数も多いですので、なかなか全部行くことができないという場合があって、DMATやICATと一緒に入りながら施設を守っていくと。これは私どもも非常に心強いですし、助かっているところです。

そして、軽症者宿泊施設の拡充。デルタ株の重症化率も低くないのですが、全体で見たときにやはり軽症の患者さんが多いということで、岩手県では軽症者宿泊施設を早期から拡充したというのは、これが功を奏してデルタ株までは全例入所または入院という体制が取れたということになります。それによって、自宅療養というのが出てくると、保健所のキャパシティというのがどうしても削られてしまいますので、軽症者宿泊療養施設や入院等搬送調整班の存在のおかげで、他県と比べて保健所では調査や囲い込みに能力をかなり割くことができたと考えております。

あとは、御存じのとおり、県と中核市でいつもいろいろ話し合いながら足並みをそろえて、やはり市民であろうと県民であろうとその方から見れば行政ですので、整合性を取って、一緒に考えていこうとすることを心がけております。

あと、ここに書いていないのですが、岩手県に来て私が感じているのは、例えば医師会であったりいろいろな関係機関がありますが、もちろん細かいそのとき、そのときだと小さいすれ違いがあったりすることもありますけれども、岩手県は総じてやはりみんなと一緒にしながらこの危機を乗り越えていくという雰囲気といいますか、連帯の機運というのは非常に協力的な雰囲気、協力体制が強いのではないかという印象を持っております。きのうも県主催のもと盛岡圏域の医療の調整の会もありましたけれども、非常にみんな協力しながら限られた資源の中で頑張っていこうというポジティブな雰囲気があります。それも実はすごく大きいと思って、そういう雰囲気のもとこういう対策をする中で今まで乗り切っていくことができたのだと思っております。

これは、いわて医療福祉施設等クラスター制御タスクフォースのツールです。

ここから最後のまとめに入っていきますけれども、これは保健所としてまたは一専門職として新型コロナウイルス感染症の対応に当たりながら感じている、考えているようなことを少し話させていただければと思います。

私たちは積極的疫学調査をするのですが、その中で調査というのは、人と人との接触を聞いていきますので、かなりプライバシーにも入っていかないといけないのです。患者さん自身がこの新型コロナウイルス感染症に感染して一番困っている立場にありますので、その中で信頼関係を築いていくという一方で患者さんに協力していただきながらいろいろ教えていただく、対策に御協力をいただくという考え方になります。場合によっては、それが難しいこともあるわけです。先ほどお伝えしたように感染源の調査というのは

特に難しいこともありました。犯人捜しのように捉えられる、また、人との接触を聞いていきますので、この人と会っていたということをやっぱり知られたくないという場合もあります。ですので、届きそうで手が届かないという事例もありました。

あとは、今もそうですけれども、対応の長期化と集団感染に対しての膨大な業務です。これに応じてやはり組織の規模を柔軟に変えていく、場合によっては先ほど組織を改編したように業務の流れを変えていくことが必要であり、この辺が学んだところになります。

そして、疫学調査の中身のところですけども、新型コロナウイルス感染症というのは今までどうしてもはざまであったり、必ずしも光が照らされていなかったり、目をそむけていたところにいるいろいろ光を照らしてくれているとも捉えております。例えば高齢者施設では集団感染が起きていますけれども、これはもう前から起きております。なぜ起きやすいのかということですね。例えば感染管理の知識を持つスタッフが少ない、急速に高齢化が進む中、介護保険の制度も比較的短期間で立ち上げられて、日本と国外の介護職を比べると、やはり圧倒的に受けているトレーニングであったり社会的地位だったり、待遇も違うわけです。その中の一つとして感染対策の知識を持つスタッフが少なかったり、ふだんからぎりぎりの職員数で運営をしていたり、そしてそもそも介護ですので、職員と利用者が密接に接触する機会が多いとかですよね。やはり利用者は高齢者ですので、基礎疾患を持つ方も多いですし、入所となれば集団生活になりますし、場合によっては無届けの施設で集団感染が起きたというところもあります。無届けだと行政の通知文書などの送り先にも入っていなかったり、把握がされなかったりして、こういうことが重なるとやはり新型コロナウイルス感染症が広がりやすいというのを感じます。

また去年、おとしとか、いわゆる夜のお店で集団感染がたくさん起きたというのは御存じのことかと思います。電話をいただく住民の方からも、何でこんなにはやっているのにスナックに行くのだとか、何でキャバクラが開いているのだとかというお話もありましたけれども、そこがむしろ重要なのです。なぜかというところですね。すごく流行しているような状況でも例えばスナックの従業員の方々を見ると、そのお仕事を生きがいになされている方、またはその仕事しか選択肢がないような方もいます。例えばそれこそシングルマザーであるという方もたくさんいましたし、また一方でお客さんを見ても、結構単身の方や単身赴任をされている方とか、それぞれそこにいなければいけない、そうさせてしまう因子が背景にあって、そのようにさせている因子は何かと、そこに切り込んでいくと。そこで差し伸べられる手は何かというのは、やはり地域で考えていくというのが重要だと思っております。

これは外国人労働者です。都会でもそうですけれども、日本人と外国籍の方を比べると、実は外国籍の方々のほうが新型コロナウイルス感染症の罹患率が高いのです。それはなぜかということです。今都会のコンビニで働いている方のほとんどが技能実習制度や日本語学校の留学生の方々なのでありますが、その方々がどのような生活をしているかですね。帰れない中で身を寄せ合って、いわゆる日本で言えば昔のALWAYS三丁目の夕日みた

いに生活をしているので、非常に広がりやすいというのもあります。

健康はもちろんそうですし、感染症はとりわけ地域の方、またはお隣さんが危険にさらされていて、自分は安全ということはやはりないので、その地域で感染リスクがあるところ、または感染しやすい方、健康リスクがあるところというのをやはり考えた上で、地域として手を差し伸べていくということが、その人を手伝っていくということにつながります。それが結果的にやはり自分やまちを守ることにもつながってくる。それは本当に感染症だとより顕著に明らかに見えるところで、痛感しているところです。これは、国連の事務総長が言っておりましたけれども、None of us is safe until we all areという、私たち全てが安全と言えるまで私たち誰一人として安全と言うことはできないという話をされましたが、特に健康、とりわけ感染症については、本当にそのとおりでなと思っているところであります。

では、以上になります。長い時間になりましたが、御清聴ありがとうございました。

○高橋はじめ委員長 矢野様、御講演大変ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまの御講演に関しまして質疑、御意見等ありましたら、お願いをいたします。

○神崎浩之委員 事前に質問を出させていただいた神崎です。よろしくお願いします。

矢野所長さんに県議会に来ていただいて、2年間の御奮闘にぜひ敬意と感謝をしたいなという思いで、実は昨年も環境福祉委員会でお呼びしようと思いましたが、市議会ということでちょっとタイミングが合わなかった。今回も昨年にもう新型コロナウイルス感染症もそろそろ終わりということでオーダーを出したのですが、今こういう状況の中で来ていただいて本当にありがとうございました。

三つに絞って質問させていただきたいと思います。

一つは、就任後間もなく世界でも日本でも何で岩手県は出ないのだという中で、第1号が岩手県の盛岡市で出たということで、そのときの所長さんの状況とか、それから部下の動揺とか、その辺りのことについてお聞きしたいのが一つであります。

それから、二つ目は、先ほど県のほうから多大なる支援というようなことをいただいたのですが、まだまだやはり細かい部分では支援が届いていないと思っております。それを邪魔しているのが個人情報の関係、それから縦割りの関係、中核市と県行政ということで、なかなか情報共有してそれに対して一丸となって県もバックアップできる体制、今はそれどころではないのですけれども、そういうものができなかったということでこういう今回の新型コロナウイルス感染症、風評被害もある中で、やはり個人情報の壁、それから縦割りの壁、中核市、それから県の壁ということがあったと思いますが、これらの困難を開關する方法はあるのかなということで、関係機関が連携して総動員で事を乗り切っていくことに対して、今回はなかなか厳しかったと思っておりますがどうでしょうか。

それから三つ目は、保健所支援ということをみんな言っているわけなのですが、10年前も保健所支援の体制を取ろうと国は言いましたけれども、なかなかできなかったというこ

とであります。今回保健所支援ということで言われておりますけれども、これらについて保健所支援の重要性と、それから国の感染症対策に対する見直しやあるべき方向等御示唆いただければと思います。よろしくお願いします。

○矢野亮佑参考人 御質問ありがとうございます。

1点目、おとしの7月ということですが、私たちとしては、この方は多分そうなのではないかと思った方は、それまでもたくさんいらっしゃいましたので、そういう意味では、確認されたらやることというのはもうある程度決まっておりますし、行動もある程度決めておりましたので、もちろん職員はそれぞれ緊張感を持ったりとかはあったと思いますけれども、やることは決まっておりますし、あとやはりいかに患者さんであったり関係者を守るかということだと思いますので、あまり心に何か焦りや困難というのはそんなになく、やるべきことをしっかりやるというのと、あとは私としては状況だったり、正しいことをしっかり市民や県民の方々に説明し御理解いただきながら御協力いただくためにどうすればいいのかということを考えておりました。

2点目は、中核市、私が言うと盛岡市が怒るかもしれませんが、根本的なところから言いますと、中核市という体制、体系といいますか、それ自体がちょっと中途半端といいますか、本当に中核市になったことによって市民にとってメリットがあったような中核市にならなければいけない。これはもう盛岡市がどうということではなくて、全国の中核市の課題というのがあると思いますので、中核市としての人材の措置であったり、予算措置であったりというのが、やはり必要だろうと思っております。

その上で、私から県に対してというよりは、むしろ中核市なのだからもっとしっかりしなければいけないというような思いで盛岡市の本庁にお伝えさせてもらっていますけれども、その中でもやっぱり法体系として人材とか予算とかはあまりないけれども、県と同じような権限が与えられているという、ちょっと中途半端なのが中核市だと思うのです。私もここに来るまでは県型保健所にて、青森県八戸圏域の三戸地方保健所というところにも八戸市という中核市がありますので、その中で今度県の立場として中核市と県との連携のあり方というのは常に考えさせられておりました。それも踏まえて、特にここだと県庁所在地ですし、やっぱり県とある程度一体的に動く必要があるというのは、最初から肝に銘じていたところではありますので、それを意識していたということになります。

どうすればいいというのは根本的な法的なところがありますので、すぐには解決できないこともあるのですけれども、それを踏まえた上で、今までのように情報共有をしながら、対策を相談しながら考えていくという体制をやはり取ることができると思っておりますので、実はこの2年間でそれこそ岩手県との連携で思うことは、先ほどお伝えしたように、やはり一緒に動いている人に助けられていると思っております。

個人情報についてもそんなに壁というものはなく、それこそ今、疫学調査はなかなか一人一人を追うのが難しいですけれども、当然患者さんの生活圏というのは、盛岡市と県北部との往来や盛岡市と沿岸部との往来など、それなりに広いですので、例えば途中からは

しっかり疫学調査や集団の情報などもかなり早期から共有しておりましたし、お伝えしたように、盛岡市の本庁でちょっと先に何か言っていたとか、決めていたとか、また県のほうでちょっとこの部分も決めたとか、まだ決めていないというのがあったような、細かいところはもちろんそれぞれ違う場所で仕事をしていますので、その時差というのはありましたけれども、基本的にはお互いに確認しながらさせていただいておりますので、連携の上で何か悩んでいるとか、問題に思っているということはほとんどといいますか、基本的にはない。なので、全国を見ると、県と中核市の関係が悪いところもたくさん見ているのですけれども、それと比べるとやはり岩手県と盛岡市で私もそのような意識というのは職員にも伝えて共有しておりますし、中核市と県の連携というのは可能な範囲で新型コロナウイルス感染症対応については比較的うまくいっていると思っており、むしろ私としては県から盛岡市がどういうふうに見えているのかというののもちょっとお聞きしたいところになります。

3点目としては、保健所の体制、これは一言で言うのはなかなか難しいのですが、保健所の現場としてはやはり今のように状況に応じて業務の優先順位を決めたり、人員の調整をしたりというのをやる。見えるところはそうなのです。それをやはり判断をするというのが必要で、県もそうですけれども、中核市、各保健所レベルでもそうですけれども、状況に応じて、また先を見越しながらいろいろ調整をしていくという能力が求められていると思っております。

ですので、今までいわゆる業務は保健所であっても行政だと比較的一定程度決まったこと、また決められたことを決められたようにやるというパターンが比較的多かったと思いますが、やはり危機というのはそうではなく、ボトムアップで現場を見ながら何が必要かというのをどんどん調整していかなければいけない。先ほどお答えした情報収集をして情報を分析評価して指揮を調整するということです。やはり人材育成も都道府県だったり、各保健所だったりというのはしなければいけないとは思っております。

また、国がどうかといいますと、今地方分権もありますし、ただ一方で国ではいろいろな議論があると思いますので、通知文書などを見ながらどういう意図なのかというのをひもときようとは思っているのですが、その中で、やはりどうしても国として決めてこうさせたいということと、こうはさせたいけれどもというところ、そのさじ加減といいますか、それはやっぱり通知だとわからなくて、自分たちで判断できるところと、国がしていいよと言いながら本当はそうはさせていないというところが、一言で表すのが難しいのですが、その辺どこまで判断をしていいのかいうところは、ちょっと都道府県また国でも悩ましいところがあるのかなとは思っております。

あとは、国を見てやはり思うのは一つ大きなこととして、リスク評価とリスク管理というのがちょっと今回の危機に対しては混同というのがあったのかなと思います。リスク評価をする機関がしっかりと独立をしていて、それに基づいてリスク管理をする国、行政というか、政治といいますか、そこはしっかりと分離されているというのがやはり重要だと

思っています。

2020年の初期のころを思い出していただくと、例えば国も最初1月とか2月はかなのころまで厚生労働省のしかも担当課を中心に踏ん張っていただき、その中で結局途中からは専門家の方々が結構出てきて、要するに評価に基づいて判断しているのが誰かというのが少し見えづらくなったがために、例えばメディアでの映り方として国民もあたかも専門家が意思決定したかのように見えてしまったというのはあったと思っております。これはやっぱりアドバイザリーボードの先生方もおっしゃっていて感じているところではありますので、このリスク評価とそれに基づいてリスクを管理するというあたり、特に欧米だと明確に独立しておりますので、思ったところとしてそんなところになります。

○高橋はじめ委員長 あと3名の方がいらっしゃいますので、最初に一括して質問をお伺いして、答弁していただければと思っております。

○工藤勝子委員 大変ありがとうございました。岩手県内でもオミクロン株による感染者が非常に多い中で、矢野所長さんにおいでいただきまして本当にありがとうございました。昼夜を問わず県民のために一生懸命電話の受け付けとか病院の手配とかもされているのだろうと思っております、改めて敬意と感謝を申し上げたいと思っております。

それで、非常に簡単な質問になりますけれども、ふだん疑問に思っていることで、新型コロナウイルス感染症が発生してから、次から次へと変異株が出てきて、今のオミクロン株は感染力が高いわけです。今後もさらに変異していくものなののでしょうか。例えばワクチン接種をしますよね。2回接種している。けれども、2回接種しても感染している人もいるわけです。そういう中において、それに抵抗する次の変異株がまた出てくるのかということ。そして、この感染症というのは、昔からの歴史を見ると、大体何年ぐらいで終息するものなのかというようなことをお聞きしたいと思っております。

それから、もう一つは、日本でなぜワクチンができないのかと、私は本当に疑問に思っているのです。日本製のワクチンができれば、多分日本人の方々は全員ワクチンを打つのではないかと思っているのですけれども、その原因は何なのかというようなことも聞いてみたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○佐々木朋和委員 私からも3点お聞きしたいと思います。

スライドの中に軽症者の一般のイメージと医師が持つイメージの違いということで、一般の方は風邪程度を軽症と思っているけれども、この資料でいうと酸素吸入が要らないというのが軽症だということで、まさにそのとおりだという中で、今無症状者、軽症者の方が岩手県でも1,300人超自宅療養されているということで、そのギャップというところで不安に感じている方も多いのだろうと思います。

そういった中で、病院あるいは宿泊療養施設での治療と、自宅での治療に違いがあるのかどうか。やっぱり自宅療養の方は自宅にいるから受けられるべき医療が受けられていないのではないのかというような不安があると思うのですけれども、この軽症者への新型コロナウイルス感染症に対する治療というのは、一般的にどのようなものがあるか教えていた

だきたいと思います。

あと、2点目が国の基本的な対処が変わりまして、保育園は原則開所してくださいと、また学校の休校も最終手段ですよというような方針が出されたと思うのですが、そうは言われてもという現場もあると思うのです。

そこで、所長さんがそういった保育園を開所していく、あるいは休校をなるべく避けていくためにどうすればいいのだろうというところを教えていただきたいと思います。

あと最後に、少し前のニュースでは、盛岡市の高齢者の方のワクチン接種率がなかなか伸びないという報道もありました。これから各地域も進んでいく中で、もしそういう傾向があるのであれば、全県的な課題にもなっていくのかなと思うのですが、今の盛岡市の高齢者のワクチン接種の状況がどのようになっているのか教えていただきたいと思います。

○斉藤信委員 私の第1点は、オミクロン株による感染の急拡大、デルタ株とはまた全く次元が違うぐらいの感染拡大だと思います。そして、特に教育、保育施設と学校、最近が高齢者施設でもクラスターが出ています。このオミクロン株による感染急拡大の特徴というのをどう捉えているのかというのが第1点です。

第2点は、盛岡市のきのうまでの発表を見ますと、2,268人の累計患者なのですが、現在入院中44人、宿泊療養中6人、自宅療養中が399人です。デルタ株の対応のときには、基本的には診察して入院、宿泊療養でした。今回は、基本的には自宅療養になっているのです。私は、家庭内感染を防ぐためには、もっと宿泊療養を活用してもいいのではないかなと思うのです。入院が必要な症状でなければ、入院はふやす必要はないと思うのですが、そういう点でオミクロン株に対応した方針だと思いますが、これは県も市も丁寧に説明していないと思うのです。自宅療養が基本になっているということ。そして、自宅療養の場合にはこういう体制、支援をしていますという、そこをもっと丁寧にやるべきではないのかと私は思います。これが第2点です。

第3点は、ワクチンの問題なのですが、今大船渡市が2月12日、19日と学校の先生、保育所関係、そして高齢者施設の従事者を含めて、緊急のワクチン接種優先を始めました。私は、こういうワクチン接種の優先順位を決めてやる必要があるのではないかと思います。違和感があったのは、盛岡市で集団接種やりましたが、予約が少なかったので接種券はなくても予約を受け付けたことです。私は70歳を超えているけれども、接種券は来っていないのです。そんなことをやるより、早く打つべき人をやっぱりちゃんと打つというようなことが、今求められていることなのではないのかと私は思います。

最後ですが、本部の体制80名ということで、私はそれなりの体制を取っていると思いますが、これで十分なのか、さらなる体制の強化が必要なのか、そのことをお聞きしたいと思います。

ちなみに、墨田区は人口27万人なのですが、110人の感染症対策の体制を取っていると言っていますので、80人というのはそれぐらいだと思いますが、その点お聞きをし

たい。

○高橋はじめ委員長　たくさんの質問が出て、大変申し訳ありませんが、ひとつ3分以内ぐらいで御回答をお願いできればと思います。

○矢野亮佑参考人　御質問ありがとうございました。

順番にですが、まず先ほど御質問いただいた終息、これは本当に難しいのですけれども、ただおっしゃるように変異しやすいですので、オミクロン株がやはりこれだけ数がふえる、変異というのはウイルスが感染して細胞の中でコピーができてくる中でミスコピーが起きるわけです。それがうつりにくいものであれば消滅しますし、うつりやすいものであれば変異株となってしまう可能性があるわけです。これだけ患者さんが出ているのを見ると、やはり新たな変異株が出てくるというのも可能性として十分考えなければならぬと思っています。

あと、ワクチンの製造について何か意見を述べられるほど知識がちょっと、不勉強でなかなか私からお答えすることができずに申し訳ありません。

あと、宿泊療養について説明が十分にできていないのではないかと御指摘もいただきました。おっしゃるように、オミクロン株になって私どもの戦いというのがやはり変わってしまったと考えております。非常に早いということと、やはり基礎疾患のない若い方が重症化することは極めてまれというのもわかってきておりますので、原則自宅療養となっております。ですので、実は自宅療養する場合も基本的には何か治療という特異的な治療はなくて、症状を和らげる、咳を和らげるとか解熱剤とかを使って自己隔離をしていたくというのが主な目的になっております。

ただ、リスクのある方については、今むしろ入院の数としてはふえてきておりますけれども、逼迫をしている状況ではありませんので、現時点で入院、入所、そして自宅療養というのをうまくトリアージをして、もしかしたら自宅療養と思えば浮かべると、どうしても去年の東京都とかの都市部のイメージがあるかもしれませんが、そうではなくて、やはりオミクロン株によって全く変わったということ。現時点で病床があふれて自宅療養になっているというよりは、むしろ医療が必要な方はもちろん入院させて、オミクロン株の特性やその患者さんの背景を踏まえて、その人にとってほとんど脅威がないという場合は自宅療養というふうに、トリアージをしているというような状況です。

そして、2点目として御質問いただいた保育園や学校でどのように患者さんを抑えればいいのかという御質問でしたでしょうか。

○佐々木朋和委員　原則退所、休校はできるだけしないという方針に沿うためにはどうするか。

○矢野亮佑参考人　私どもも現場で悩みながらですけれども、今までだとどうしても学校や保育園に兄弟がいたりとか、部活動や課外活動で一緒だったり、または児童センターで一緒だったりというような場合もありましたので、デルタ株までは1人出ればまず一旦全員足をとめて調査をして、また検査をしてという形でやっていたのですが、今はやはり検

査も県内だけではなくて全国的に逼迫しておりますので、検査もできる数が限られている、そして検査までも時間がかかる、そしてある程度社会も回していかなければいけないという中で、私どもも直接的な現場の工夫としては、患者さんが出てきましたら、この患者さんをまず端緒として、その患者さんが所属するクラスや部活動だけをとめて、それ以外の方々については、症状のある方だけはもちろん休んでいただきながら、ほかについては感染している可能性を十分踏まえていただきながら生活を続けていただく。ただ、もちろん調査や検査の進捗によっては、追加で声がかかる場合もあるというふうなことは理解をしていただいた上で回していくという体制にしております。

あとは、リエゾンとして例えば盛岡市保健所であれば学校、市の教育部局の方に入ってもらってまして、そこと学校でやり取りをしてもらいながら調査とかも学校、その方が学校にこういう調査をしてください、こういうところを調べてください、こういうことを聞き取ってくださいというのを学校にお願いしてやっているのですが、それによって実は保健所のキャパシティをセーブすることができました。それによってスピードを少し上げることができました。そのような工夫をしながら、今全体としてスピードアップと社会機能維持というのを何とか模索しているという感じになっております。

あと、盛岡市のワクチンについてですけれども、3点目の御質問が……

○佐々木朋和委員 高齢者のワクチン接種の状況が今上がっているのか。

○矢野亮佑参考人 おっしゃるように、特にオミクロン株になって、とにかく優先すべきなのは高齢者というのはわかっておりますので、高齢者の特に接種から6カ月以上たっている方について順次ワクチンは事務局で前倒しして接種券を発行して配っていると伺っております。

あと、リスクが高い高齢者施設については、今進捗を確認しているところなのですが、始められるところはどんどん始めております。ただ、やはり第5波で問題となった比較的小規模でちょっと孤立しているような施設で集団感染がありましたので、小規模で医療孤立している、孤立しているというのは協力機関も少なかったり、医療ともつながっていなかったりという施設で集団感染が起きましたので、そういうところも含めてやはり網羅的にワクチン事務局のほうで全高齢者施設の進捗を今回確認して、方針まで確認をするということを決めております。

あと、御質問いただいたところだと、ワクチンの接種券がまだ届いていないということですが、去年どのタイミングで受けられたかにもよるのかもしれませんが、いずれ前倒しをして6カ月以上たっている場合は順次届くはずだと伺っております。

あとは、基本的には予約しながら、直前でもどうしてもモデルナ社製の接種がなかなか埋まらないということがあったようですので、埋まらないけれども、一方で接種券が来ていないけれども早く打ちたいという声もたくさんあるという中で、タイミングを見極めた上でのかかなり大変な作業なのですが、接種券なしでも受けられるような形にしたと伺っております。ですので、基本的には高齢者施設もそうですし、高齢者の接種をとにか

くできる限り急ぐということはそのとおりで、それに沿っていくものと思っております。

小児についてももちろんワクチンが幾らでもあれば、またワクチンを打つ手がたくさんあれば、小児ということもあるのかもしれませんが、まずはオミクロン株のことを考えると小児や若い人が重症化することは極めてまれですので、やはり高齢者が最優先、まずは高齢者をいかに終えるかというのがポイントなのだろうと思っております。

何かもし答弁が漏れたところがあれば、御指摘いただけますでしょうか。

〔「保健所の体制は十分ですか」と呼ぶ者あり〕

○矢野亮佑参考人 体制のところ、失礼いたしました。今80名なのですけれども、それこそ80人がそろったのがきのうで、1月に13人入って、その後5人ぐらい入って、その後順次20人入ってということで、きのうまたトレーニングをしたり、流れを学んでいただいたりしながら、実はこのフルスケールできょうから初めてという状況ですので、それを対応しながらまたどこがボトルネックになっているのか、そこにまた医療行為職員を横滑りしながら、それでもやはり足りないということであれば、もちろん追加で調整をしなければいけないと考えておりますが、まずはこの80人で業務がどういう感じで流れるかというのを実際に評価したいと思っております。

○高橋はじめ委員長 矢野所長さんにはまだまだたくさんお伺いしたいこともあるかと思いますが、予定の時間を少し過ぎておりますので、以上をもって質問を終了させていただければと思っております。盛岡市保健所から見た新型コロナウイルス感染症については、これをもって終了いたします。

矢野様におかれましては、本日は貴重なお話をいただき大変ありがとうございました。さまざまなお話で私も勉強になりました。本当にありがとうございます。

矢野様におかれましては、今後とも盛岡市を初めとした県内市町村と県が協力し合い、連携を取りながら新型コロナウイルス感染症の対策に取り組んでいただき、中心となって御活躍いただければと思っております。引き続き御指導いただきますようお願いを申し上げます。本日の御礼の言葉と代えさせていただきます。

本日はお忙しいところ誠にありがとうございました。(拍手)

○高橋はじめ委員長 次に、その他であります、何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋はじめ委員長 なければ、以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。御苦労さまでした。