

新型コロナウイルス感染症対策特別委員会会議記録

新型コロナウイルス感染症対策特別委員長 平岩 純子

1 日時

令和3年9月24日（金） 午後1時31分から
午後2時58分まで

2 場所

第3委員会室

3 出席した委員の氏名

平岩純子、衛藤博昭、吉竹悟、清田哲也、今吉次郎、阿部長夫、太田正美、麻生栄作、
木田昇、二ノ宮健治、原田孝司、馬場林、戸高賢史、堤栄三、末宗秀雄

4 欠席した委員の氏名

なし

5 出席した委員外議員の氏名

森誠一、大友栄二、木付親次、三浦正臣、高橋肇、守永信幸、藤田正道、小嶋秀行、
尾島保彦、玉田輝義、吉村哲彦、猿渡久子、小川克己

6 出席した執行部関係者の職・氏名

大分県立病院副院長兼看護部長 小畑絹代

7 出席した参考人の職・氏名

病院局長 井上敏郎

8 会議に付した事件の件名

別紙次第のとおり

9 会議の概要及び結果

(1) 県立病院における新型コロナ感染症に対するこれまでの取組と今後の課題について、
参考人から意見聴取を行った。

10 その他必要な事項

なし

11 担当書記

| | | |
|------------|-----|------|
| 政策調査課調査広報班 | 副主幹 | 矢野順子 |
| 政策調査課調査広報班 | 主任 | 佐藤千種 |
| 政策調査課政策法務班 | 副主幹 | 安達佑也 |
| 議事課委員会班 | 副主幹 | 白岩賢一 |

新型コロナウイルス感染症対策特別委員会次第

日時：令和3年9月24日（金）13：30～

場所：第3委員会室

1 開 会

2 参考人からの意見聴取

13：30～14：30

県立病院における新型コロナウイルス感染症に対するこれまでの取組と今後の課題

参考人 病院局 局長 井上 敏郎 氏

3 閉 会

会議の概要及び結果

平岩委員長 それでは、これより新型コロナウイルス感染症対策特別委員会を開催します。

今日は委員が15人、委員外議員が13人参加しており、少し密かなと思いますが、まず御挨拶します。

大分県議会新型コロナウイルス感染症対策特別委員会委員長の平岩です。

本日は、「県立病院における新型コロナウイルス感染症に対するこれまでの取組と今後の課題について」、御意見を伺いたく、病院局、井上敏郎局長に参考人としてお越しいただきました。また、小畑副院長にも来ていただき本当にありがとうございます。お二人には大変お忙しい中にもかかわらず参加いただいたことに心より感謝申し上げます。また、2人の事務局の方もありがとうございます。

本来なら、私どもが県立病院にお伺いして御指導を受けなければならないところですが、わざわざ足をお運びいただいたことに、委員会を代表し御礼申し上げます。どうぞよろしくお願い致します。

時間の関係で、委員一人一人の自己紹介は省かせていただきます。

まず、井上局長から自己紹介、引き続き今日のテーマについての御説明をお願いします。

井上参考人 お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

まず、自己紹介を少しさせていただきます。

私は生まれは大分県ではありません。実は福岡県の南に柳川市というところがあり、その生まれ、出身です。

県立病院には昭和63年に派遣され、大学の医局から1年か2年行ってこいと言われましたが、何の御縁だったんでしょうか、34年近くになってしまいました。

自分でもどうしてこんなに長くなったのか、よく分かりませんが、3月までは6年間、県立病院の院長をさせていただき、4月からは病

院局長という職を拝命しています。

今日はこれまでの新型コロナ感染症に対し、県立病院の取組を振り返り、そして、課題に感じたことをあげさせていただき、これからの対応に役立てたいと思っています。貴重な意見をいただけるのではないかと思いますので、どうか今日はよろしくをお願いします。

それでは早速ですが、スライドで説明します。

県立病院は御案内のとおり、500床を超える基幹病院で、一般病床、精神病床、それから、感染症病床を持っています。

感染症病床は、これまで何度も申し上げてきましたが、合わせて12床持っています。名目的にはエボラ出血熱などの最高レベルの感染症に対応する第1種感染症2床、その次に2類を想定した感染症10床、合わせて12床ですが、現在は全てをコロナ感染症対応としています。

職員数は資料のとおりですが、この中で新型コロナの入院患者に対応する職員は、呼吸器内科医がメインになります。それから、集中治療その他で、救命センターの救急医がバックアップをします。また、呼吸器内科医を助ける形で各診療科の先生方が、内科系、外科系それぞれ1人、最高でも2人ずつ、計4人まで応援を週ごとに組んでいます。

ここに感染管理室があります。これが実は非常に大事な役割をしている職員で、3人のうち1人はもともと呼吸器内科医で、感染の管理を専門にやります。それから、看護師が2人いますが、これは感染の管理の認定を持っている看護師が1人、1人は現在研修で院外に出ています。認定を取るのに約1年ぐらいかかります。

これは何をするかというと、日頃この人たちは、病院の中で感染症が広がらないよう指導、管理、教育を全部します。コロナがないときは何が中心になるかというと、院内感染症です。多剤耐性菌というのをお聞きになったことがあ

ると思いますが、薬を乱用すると、どんどん細菌は耐性化し、効かなくなるわけです。薬が効かない菌をできるだけつくりないように管理をする、薬の使い方を指導する、それから、いろんな患者に広がらないようにすることをメインにやります。

現在の新型コロナ感染症に対しては、患者の管理、感染が院内に広がらない、感染症病床からも広がらない、それに従事する職員にも感染させないということをどうしたらいいかという、簡単に言えば、防護具の着脱から全てを指導します。

実は、こういう医師は簡単には手に入らない。育たない。実際、私が知るところでは、専従は大分大学に1人と、県病に1人しかいない。兼任はどここの病院もたくさんいます。ところが、ある程度の病院のレベルになると、専従でないと手が回りません。診療の片手間にやったのではなかなかできないです。こういう人がいるということが実はものすごく助かっているということを強調させてください。

これから写真がたくさん出てきます。できるだけ写真を見せた方が分かっていた方がいいかなと思いましたので。

これは院外にある三養院と昔呼ばれていたところで、ここに6床の感染症病床があります。ここがさきほど第1種、第2種ということでした、第1種を主に見るところ。つまり、極めて重症な患者をここに入れ、何とかここで食い止める、そういう治療の施設で、6床あります。そのうちの2床が第1種。

中はこのような感じで、バス、トイレから何から全部付いていますが、こういうところに医療ガスの配管、電気の非常電源から何から全部あり、いろんな医療機材、人工呼吸器、その他いろいろ装着が可能になっています。

これはPPEと呼んでいます、個人の防護具の着脱訓練をしているところで、これはコロナの前から、エボラが入ってきたときにはこういう着脱の訓練をしておかないといけないということで、そんなに大量の職員にはしていなかったですが、ある一定の数でコンスタントにや

っています。

これは一言で言うと、着るときは全然大丈夫ですけど、脱ぐときに危ないです。脱ぐときに職員が汚染される可能性がある。だから、そのやり方を事細かに説明しているところです。

それから、県立病院は検疫関係の患者発生から受入れというのも実は役割があって、空港、港、それから外国船その他で発生した患者を受け入れるということがあって、こういう合同訓練をしていました。

これは患者が入ってきて、実際に非常に重症で、これは人形を使っていますが、患者を受け入れた、そして、入院させた、治療した、残念ながら患者が亡くなって、葬儀社に御遺体を渡すという流れの訓練をしています。

実際、患者がお亡くなりになると、簡単に御遺体を茶毘に付すわけにはいかないです。法的にちゃんとバッグ——納体袋と呼んでいます、これを二重にした上で、ちゃんと訓練を受けた業者に引き継いで御遺体を運んでいただくことになります。

コロナの場合はこういう二重バッグですが、エボラは、患者は親族であっても近寄ることはできません。ただ、コロナの場合はちゃんと顔が見える形のバッグで、もちろん立ち会っていただくことができます。東京都は全然だめで、非常に厳しくて、遺骨になってからしか会えなかったということがあり、あれはちょっと本来のやり方ではない。やり過ぎですね。あれはエボラと同じ扱いをしているわけです。

これは県立病院が1年半ぐらい前から対応してきた流れです。それを御説明します。

1年半ぐらい前に最初の事例が確認されました。それから、当院では神経内科に別の病気で入ってこられた方が、実は陽性者と接触があることが分かりました。そういうことで調べてみたら、実は陽性だった。この人は一般病棟に入っていたということで、ちょっと色めき立ちました。当然、医療従事者も接触していますから調べたら、1人は感染が既に起こっていたということで、関係した神経内科の外来、呼吸器内科外来、病棟も一部閉鎖しました。この後、も

のすごく患者が減って非常に苦労しました。

第2波は、去年のお盆の頃に当院の、主に1階の受付関係、外来関係の従事者がばたばたと陽性が分かり、これは病院の中で感染したのではなく、外で感染して家族内で広がったということが続きました。

クラスターになりかけましたが、一旦止まって、またしばらくして、ちょっと違う部署の方、これは職員同士で広がりましたが、これもぎりぎりクラスターにならずに、ほっとしたところ です。

その間、沖縄県に看護師を2人派遣しました。

それから、クラスターになりかけたということで、記者会見を、当時、院長だったのでしましたが、この時期、実は胃がきりきりしていました。本当、正直なところ、何とか収まってほしいと願うばかりでした。

それから、ちょうどその1か月後に精神医療センターが開所し、この時期とも重なりました。無事に開所してスタートするのが大事なことでしたので、それにも非常に気を遣いました。

それからちょっと患者が減ったので、院内の陰圧化——感染防止に非常に大事な空間をつくるということですが、さっき示した専用の病床、(三養) 院内の病床は完全な形での陰圧ですが、(本) 館内の部分はあまり嚴重な陰圧ではないです。陰圧に準ずるといふ形のもが多かったので、できるだけこのときに陰圧化を広げよう、拡充しよう、強化しようということで、いろんなところをやりました。これは後でお見せします。

こういうところにどんどん陰圧の工事をやり、患者が病院に着いたときに、待合室で他の患者と一緒にするわけにはいかないので、それまで実は専用のトリアージ室と呼ぶところ、控えていただくところが1室しかなかったので、プレハブを四つ、それから、館内に1室から、三、四つまで広げて、いろんな形でハードの整備を進めました。

それがやっと終わったと思ったら、今度は第4波がゴールデンウィーク後ぐらいに来ました。このときに初めて12床の感染症専用病床では

足りないということで、一般病床をつぶして8床、計20床にしました。

このやり方のために、どうしても一部の患者の予定を少し延期しながら、制限をするという形をせざるを得ませんでした。

後で、どういうやり方で職員を配置転換したかということの説明します。

第5波、やっと今少しずつコロナの患者が減ってきてほっとしているところですが、2回目の20床、一般病床を転用したということです。以上がこれまでの流れです。

主に中等症以上、中等症、重症の患者を県立病院は受け持つようにという役割が、最初からそういう主張をしていましたが、県もそういう役割分担を県病はやるべきということで、振り分けられるときにそういう形がだんだん定着しました。

御覧のとおり、全部で121人をこれまで受け入れています。

特徴的なところを少し申し上げると、第5波は60歳以上の人が極端に減ってきました。若い人がどんどん増えていくという傾向です。これはうちの病院の入院でも、中等症以上の患者でもはっきりしています。

あとは特殊な医療領域の患者の感染者を受け持たなければいけない。特に精神医療センターができましたが、実は1床だけ陰圧室をつくっていません。これはコロナを想定したわけではなくて、結核を想定していました。精神科の医療患者の結核というのが、実はあまり実数は把握されていない。ところが、長期入院の中には絶対にいるんだと私は思っていたので、ぜひ1室つくってくれということで、費用は高くなりますが、それが役に立ちました。1室あるので、そこに精神科の感染者を収容しました。

それからもう一つは、総合周産期センターで、最後の周産期のハイリスクの妊婦を受け入れるところで、こういう方たちにも感染が起こる可能性があるわけです。そういう方たちは県内の他の周産期センターと分担しながら患者を受け入れるというのが大分の流れで、県立病院もそういう役割を担っているんで、現在までに3人

入院し、うち1人は出産をしました。当然、赤ちゃんにも感染が及ばないかどうか、観察を経て、赤ちゃんは別のところに収容しますが、無事、感染がなく終わりました。

それから、ここには出てこないですが、小児の患者を、10歳未満に入りますが、これは小児病床に一部入れたりとかいう状況も考えています。

こういうなかなか他の施設では受け入れていただけないような、重症ではなくても受け入れられないような患者を受け入れないといけない、そういう認識で対応しています。

さきほどのPPEの個人防護具の訓練、これは実はある一定の数で定期的にやっていましたが、これでは間に合わないということで、急いで職員にこの訓練を広げました。どんどん広げていって、やっと300人ほどの看護スタッフに訓練を受けていただいています。半分強の看護師さんは訓練を経験したことになります。

個人防具は御覧のように、こういうゴーグルをつけたり、マスクをつけたり、手袋をつけて、ガウンをつけてというのが普通ですが、これにフェイスシールドがゴーグルの代わりになる場合もあります。

マスクは使い分けます。通常はサージカルマスクとあって、通常の不織布の手術用のマスクがありますが、こういう危険な状態に対応する場合は、もともとは結核なんかの患者の対応に使うN95マスクというのを使います。

これで十分ですが、実はもっとワンピースの、つなぎの形で、しかもソックス型のやつをちゃんとはいて、完全な形でやる方がよりいいので、ちょっとお高いですが、これを当院では採用しています。

おとなしく入院していただける方ばかりではなく、いろんな病気もお持ちで、他のことも検査をしなければいけない、手術もしないといけないということも想定しているので、こういういろんな部署でコロナの患者が来たときにはどういう手順でやると。例えば、手術室はこの部屋を使う。しかも、他の患者に影響がないように、できるだけその日の最後に使う。

それから、お産での流れを、感染防止の対策の観点からこういう形でというようなこと、それから、赤ちゃんのところ、小児のところ、胃カメラや大腸カメラなんかをやるところ、血管造影、心臓血管撮影、それから、透析室、こういったところでどういう流れでやらないといけないのかというのを確認しています。

これがアイソレータというもので、コロナの患者を安全に移動させるためのものです。車椅子タイプのもの、それから、ストレッチャータイプのものがありません。

ハード面でやったことを一覧表にし、列挙すると、こうなります。外来の正面玄関の向かって左手に、三つほどコンテナのトリアージ室を設けました。それから、裏のほうにも1室造りました。それから、外来トリアージ室を増設しました。これは一つだったのを四つまで広げました。それから、陰圧化を集中的にやりました。もともとは6床、感染症病室として使っていたものをさらに強化しました。それから、救命センターもそうです。それから、小児病棟にも広げました。それから、人工透析室、1室完全な陰圧室を造りました。周産期センターエリアのところも造りました。検査室のところも一部しました。

これがプレハブのところ、現在撤去していますが、こういうものを造って、一時的に検査で陽性、陰性確認ができるまでここにいてもらうとか、そういったこともしました。

トリアージ室を広げたところ、ここに待機していただく。これは院内で、さきほどのトリアージ室、プレハブは冬寒く、夏暑いので、冷暖房もしますが、できるだけ中にいていただける範囲は、院内を使うということです。

ということで、さきほどからの話もお分かりと思いますが、もともとは三養院という院外にある6床と、それから東病棟の5階——本館の中の6床、これが合わせて12床ですね。

さきほど申しました第4波、第5波のときに、一般病床8を加えて計20床まで広げたところ、この三つ、三養院、5階東、一般病床、これを病状に合わせて患者を動かします。なぜ

かという、ここの病床が一番重症を扱える空間がそろっている、ここをふさいでしまうと、次に来られた方が困るわけです。だから、症状が安定した方はできるだけこちに動かしたり、またこちに動かしたりしながら、常にここを必ず1床空けておくという運用をしないと重症の方を受けられないということになるので、そういう運用のやり方をしました。

これは実際の20床、こういうふうにつくるわけですが、もともとこの感染症病床には専用の医師も専用の看護師もいないです。したがって、そこに患者が入ったときに初めて医師を動かし、看護師を動かしということをするわけです。

この三養院の6床の分だけだと、呼吸器内科の医師が2、3人入って、それから、看護師を最大20人ほど、いろんなところからかき集めてくるんです。看護部長がここにいますから、非常に頭を悩ませながらやりますが、6床までだったら、何とかこういうかき集めの形でできます。ところが、5階の東にあと6床あるから、ここまで広がると、さすがにかき集めるだけでは間に合わない。そうすると、ある病棟をつぶして応援を出さないといけなくなります。

ここの重症には大体2対1の看護師配置、ここは大体4対1の看護師配置ということになります。この一つの病棟をつぶして、20人、17人としていくわけです。結局、一般病床まで入れると、こういう患者に全部付けると2病棟分看護師がいなくなります。ここに書いてあるように、52人の看護師を再配置しないといけない。医師はさきほど示したように、呼吸器内科の6人はかかりつきりです。それから、他の診療科から応援し、こういった形になっています。簡単に言えば、10%の看護師がいなくなって、2病棟がつぶれることになります。20人の20床を新型コロナで運用するためには、こういう犠牲を払わないといけないです。

したがって、さきほど申したように、一般診療の一部は、予定できるものは少し遅らせていただくしかない。待っていただけない医療、例えば、救急医療、救命センターの患者に関して

は、その看護師を配置をはばむわけにはいかない、そこは回すと、そういうめり張りをつけるしかないと思ってやっています。

一般病床をコロナの患者に使う場合は、どういことを考えないといけないかと言うと、できる限り空間を取ることです。密にすることはいけないということです。通常の方でも密にすると、これはうつりますよね。コロナだからいいではないと言われるとあれですが、スタッフを守らないといけないということです。いくら防護具を着けていても、やっぱり安全ではないので、できるだけ空間を空けて、緩衝地帯を設けるというのを原則にしています。

だから、こういうふう空間をどんとつくっていくわけですね。一般病床ですから、1病棟が大体40人か50人近く入院できるわけです。ところが、空間をどんどんつくって行って、こういう前室と呼ばれるようなものをブロックごとにつくります。前室は何をするかという、ここで着替えをするわけです。通常の着替えから完全なPPEの防護具に着替えて、それを脱いでということ繰り返すので、こういうゾーンが必ずあります。

個室が原則になるので、もったいないですが、4床室を1人の患者に使う、こういった形で、たった8床かと言われるかもしれませんが、そういうふうに使えば8床ぐらいしかつくれないです。

そして、詰所からかなり離れてくるので、いろんなモニター類をしっかりとつくらないといけません。こういう画像がちゃんと見られるものから、そういうものを全部使って、常に見られるようにしていかないといけないということです。

治ってくると患者はうろろしたりするわけですから、勝手に外に出られたら困るし、ちゃんとモニターに出していただかないといけない。

ここからは対応してきて少し見えてきた課題とか問題点を少しあげます。

結論から申しますと、私の考えでは、こういうパンデミックに対応するために、既存の医療資源や人的体制にはもともと余裕がありません

でした。何とかなると、こういう言い方をしたら行政の方に怒られるかもしれないですが、そういう設定になっていました。

新型インフルで大体想定されていました。1類、2類というのは、1類は御存じのように、エボラ出血熱やペストみたいな極端なものです。2類というのは新型インフルを想定していました。一番起こるであろうということを想定していて、実は想定は、これは私の個人的な考えで、国、厚労省から怒られるかもしれませんが、初期の段階は感染症指定医療機関、つまり県立病院のところでやれ、そして、新型インフルであれば、その後はあつという間に広がるから、それこそ今、第5波があつという間に広がったとおっしゃいますが、インフルエンザというのはもっとスピードが速いです。

季節性のインフルエンザでも、潜伏期間は大体1日か2日でしょう。そうすると、隣に患者がいる、発生した、熱が出たといったら、自分も次の日は熱が出るんです。そうすると、ものすごいスピードで広がっていくので、想定は、その後は全ての医療機関が対応せざるを得ないという設定だったんだと私は思います。

ですから、民間の開業医の先生方も全部総動員でオールジャパンになるんだと、そういう設定になっていました。ところが、実際は特定の医療機関に対応が集中し、オールジャパンにならなかった。

一つは、コロナがだらだら続くこと、それから、無症状の方でウイルスを持っている方がいっぱいおられること、これが新型インフルと全然違うんですね。

インフルエンザは、ウイルスを持っていても症状のない方というのはごく僅かです。ほとんどが症状が出る。したがって、分かりやすいわけです。ところが、コロナは分からない。症状のない方がだらだら続き、いつの間にかどんどんそれも感染に絡んでくるということで、想定と違ったんです。長く続く、しかも変異株が出てくる、そういう流れで、対応が想定と違ったというのが一番大きかったのかなと私は思っています。

医療機関側からすると、今、医療連携というのは当たり前で、例えば、県立病院は高次医療を求められるので、診療所レベルで患者が見つかった、疑いを持たれたとき、もっと詳しい検査をして確定をする。あるいは病気が確定しているので、手術、治療してほしいという役割分担がしっかりしています。急性期は、私どもの病院で、ある程度手術や治療のめどが立って、終わったら、次の回復の部分はまたお願いして患者を戻すという役割がしっかりしています。

ところが、こういう感染症は勝手にできないんですね。行政がちゃんと振り分け、しかるべく流れをコントロールするのを前提にしています。

一挙にこういうふうに出る患者が出て、しかも長期間にわたってというのを想定していないので、行政の振り分け機能が麻痺してしまった部分があります。だんだん分厚くはなってきた、慣れてきてというのも出てきましたが、当初は本当に大変だっただろうと思います。

それから、さきほど言ったこの感染症に対応できる、常に教育したり、指導したりする、そういう管理スタッフですね、これは僅かにこれだけしかいないです。県内にも本当に少ないです。日本中にも本当に少ないです。もともと感染症は何で専門がこんなに少ないんだと、多分、委員の先生方お思いと思いますが、感染症を専門にするのは非常に難しいという背景があります。なぜか——たくさんはやらなければ、スタッフはいらないです。流行がなければいらない、そういうところにあえて専門家として手をあげて、勉強して、研修して、あるいは病院がそういう専門医を抱え切れるか——抱え切れません。では、日頃、何をさせたらいいのかということですね。

だから、感染症そのものに、例えば、医学部を卒業した医師の中でもあんまり手をあげません。私が卒業したときでもそうでした。特に成人は感染症がどんどん少なくなっていましたから。昔は結核はたくさんあったわけです。ところが、結核はどんどん減って、今でも完全に根絶はできませんが、昔のように医者はいない

んです。そうすると、細々とある特定の施設で専門医が必要と、その段階に収まるわけです。そうすると、そういう志向を持つ、あるいは需要度もないということになりますから、今回のような形になると、本当にいないですね。

内科の中でも、今回のような感染症は呼吸器が主になるので、呼吸器内科医が感染症医という形で診るとというのが実は自然なんですね。もちろん、結核を診る機会も多いというのものもあるし。

ところが、内科の中は本当にたくさん専門分野、分化していますね。だから、内科の先生でもそういうのにタッチできない人がいくらでもいます。これは専門医をつくり過ぎた弊害です。

一方、私はもともと小児科医ですが、子どもは感染症になるのが当たり前です。だから、小児科の専門、例えば、心臓の専門、あるいは神経の専門、いろいろありますが、小児科は感染症を全て診るとするのは当たり前になっています。これの違いがあるんですね。

だから、一挙に感染症の医者を増やそうと思っても、これはなかなかうまくいきません。一人前になるのに、やはり5年、10年とかかります。だから、今慌てて医学部にそういう枠をつくらうと思っても、5年後か10年後です。そう簡単にいかないというのが現状です。

県立病院では、実はこういう次の医師を育てようと思って一生懸命探しています。なかなか見つかりません。2人いてほしいと思っていますが。

看護師は、2人のうち1人は既に認定を持っていますが、もう1人、今現在修行に出している状況です。医師も看護師も2人体制は最低いるのかなど。というのは、いろんなことがあったら休めないんですね。いつ倒れるのかと思って、本当にひやひやしていますが、そういうことです。

それから、さきほど申した2病棟つづして50人近い看護師を配置しないといけない。それから、医師もそちらにやらなければいけないということで、一部の制限、こういったことをせざるを得ない。これをうまく伝えないと、何を

やっているんだと怒られるし、本当に難しいところですが、現実はこちらです。

次に行きます。経営のことを簡単に申し上げます。

県立病院は1年前、元年度は医療収支レベルで1億9千万円余りの黒字を出していました。ところが、昨年度、5億円近い、その1年前に比べたら、医療レベルでの収入の減です。これはもう本当にこたえました。

ただ、こういういろんな補助のおかげで、僅かですが、何とか経常的に黒字を保ったということがありました。これは本当、臨時避難的な措置が幸いして助かっています。これはこのぐらいにしておきます。

最後に、まとめになりますが、パンデミックというのは一種の有事だと私は思っていますが、災害有事にあたる、その部分に対して、余りにもみすばらしい制度設計ですね。万が一のためにどこまで、どうしておくというのが、一応ぎりぎり形をつくっておいたというのが現状で、それを超えてしまった。地震よりはもっと想定はしやすいはずなんですね。だから、もう少し想定を細かにして、恐らく感染症法も見直しがあると思います。地域医療構想も別途ぎりぎり効率よく削減して、役割分担とありますが、こういう有事の部分の特にどこにどう残すか、この議論があると思います。

それから、感染症が発生したときの役割の集約化、分散化。この集約化というのはある程度できていると思います。例えば、県立病院は中等症と重症、大学も同じ。例えば、国立大分医療センターや日赤は中等症までと、そういう役割ができています。そういう集約化は大体できていると思いますが、あと分散化という部分は、広く浅く患者を診るといって、つまり、民間の部分の体制づくり、こういう部分をできるだけオールジャパンになるように仕組みをつくっておかないといけない。何となくなるのではないかと考えていたんだろうと思いますが、医者だから、最後は手をあげてくれるのじゃないかという前提だったと思いますが——常任委員会でも私、末宗委員から御質問があったときに説明し

ましたが、民間がなかなか参入できない、尻込みする理由は、実際に感染者を診るようになったら、アフターコロナ・ポストコロナのときに、元の医療、診療に戻れるのかということです。破綻してしまうのではないかと、そういうのが一番私は不安に思っておられる元凶だろうと思います。

それから、日頃そういうことを想定していないという準備不足、経営への不安、そういうのも大きいのではないかな。医師会の先生たちが面と向かって、いや、もう経営が不安でというもなかなか言いつらいですよ。でも、あえて言わせていただくと、私はそういうものではないかと思えます。

私どもの病院でも、機動的に一般病床を感染症病床にするための候補病床というのを、この病床を、こういう条件に一番近いところを使う。実は、第4波、第5波のときに同じ一般病床を使ったわけではないんですね。そのときに条件に一番近いところをコロナ病床にすると一応決めていて、それはなぜかという、これは内輪的なことを申し上げると、やはり自分たちが一番使っている病床がそういうふうになると、非常に不便を感じる診療科は当然出てきます。そこを納得させないといけないです。何で急にそんなことになるんだ、何で自分たちの病棟がそうなるんだと、こうなるから、そういう理屈づくり、ルールづくりをしておかないといけない。でも大体出来上がっているんで、うちは機動的に院長がこの病床を、こういう理由であるというのを説明してやっています。こういう機動的なルールづくりがいるのではないかなと思えます。

それから、そのときの医師、看護師の応援体制、その他をルール化しておくということです。

それから、さきほども申しました感染症病床の人材を育てていくというのは、医師、看護師も含めて、やはりある程度のインセンティブを与えないといけないかな、できれば、そういう医師、看護師を抱える部分は一般病床の部分とは別に、その人的補償の部分をしていただければ、

病院運営、経営にとってはありがたいと思います。

ただ、たくさん抱えると、これは余剰と言われるので、ある程度までは、指定感染症病床を持っているところは許していただけたらと思います。全てやっぱりひっくるめた人員配置ということになるので。

それから、一般診療が制限されます。さきほども申したように、手術予定、検査予定の方にちょっと待ってくださいという話になります。こういう診療機能は残す——例えば、さきほど申した、県病は救命救急医療、それから、小児、周産期、精神、この部分は残すとやってきたので、どういう部分を待っていただくのかを県民の皆さんに了解していただける広報はある程度いるのかなと思っています。

それから、あとは経営の支援をしていただけると本当に助かります。今でも感染症レベルに応じて診療報酬が設定されていますが、これは時限的な話なんですね。だから、今後こういう感染症が発生したらこうするというのは、ある程度速やかに設定していただければと思います。こういう法的な支援の部分も、今回のことを含めて、政府も含めてルールづくりをしていただければと思います。

ちょっと話が長くなりましたが、以上が委員の皆さまに分かっていただきたい情報です。

持続可能なという言葉を最近よく使うと思いますが、医療に関しては持続可能な、ではだめなんです。進歩し続けられるというのが医療の役割なんですね。同じレベルをずっと維持しても、それで皆さんに納得していただけるわけではない。やはり次に進歩していける人材も育て、知識や経験も増やしていき、いろんな医療機器も入れていきと、そういう面で経済的な部分の回転、こういったものを支える経営の内容でないといけないと思います。こういうことも職員は十分分かっていて、今努力しているところです。

そういう経営努力の上に次の医療があると。次の投資をして、いろんな形で次の新しい医療局面を迎えていきながら、こういう突発的な有

事に対応できる範囲でということですが。

幸い、職員が非常にモチベーションが高く頑張ってくれています。もちろん、労働時間をちゃんと見ながら、過剰な労働にならないように配慮もしながら、今現在やっています。いろんな意味で、私どもの病院が先頭を切ってやるとまでは、全てできるわけではありませんが、先頭集団の中にはいて、県民の方々に安心感を与えられるようにという思いでやっています。今後ともどうか御理解、御支援をいただければと思います。

ありがとうございました。

平岩委員長 局長、本当にありがとうございました。この壮絶な1年半の内容をととても冷静に、わずかな時間でお伝えいただいて、私はその内容を聞きながら、本当に胸が痛くなる思いをしています。これからの課題についても言及していただきました。

これからは皆さんの御意見をお聞きしたり、また、御質問を受けたりしたいと思います。堅苦しくならずにごっくばらんに行きたいですが、まず、委員の方から御質問、御意見がありましたら、どうぞ手をあげてください。

堤委員 本当に病院局長の話は、身につまされる——我々、現場はなかなか分からない部分もありますが、非常に分かりやすく、また、何が課題かを本当によく認識することができました。

その中で、さきほど看護師体制について、やはりコロナ対応の場合にはかなり人的な移動をさせないかんという話がありました。当然、県病の看護師の体制の定数も決まっていますでしょうけれど、現状として看護師をあとどれぐらいプラス定数があればいいのかなど。感触的なところでもいいかと思いますが、感染症の医師の場合は、5年から10年かかるというお話を聞きました。すぐにはということで、研修も含めてやっていこうと思っているという話があったので、そういう人的な増員について、現場としてはどのように考えているのかが1点。

あと、パンデミックになる前に、PCR検査が非常に大事だと思います。PCR検査をすることにより、初期であればホテルだとか、宿泊

療養で解決することもできる。中等症であれば病院になると。PCR検査の体制について、早期に発見するには具体的にどうなるのが一番いいと思われているか、あれば教えてください。

井上参考人 PCR検査の方から。PCR検査をどう活用するかと、いろんな意見があります。広く浅くやれば、もっと有効に患者を掘り起こして、もっと早期に隔離ができるのではないかとこの考えがあると思いますが、もしやるとすれば、定期的に週に2回とか3回、全部やれる体制でないとは私は意味がないと思います。

だから、理論的にはたくさんやればいいとなりますが、中途半端なやり方はかえって費用対効果も悪いし、私権を制限すると言うか、疑いがある人を押さえ込んでしまうとか、いろんな問題があると思います。やるなら徹底的にやれる体制をつくらない限りは——投げ網をかけるようなやり方ではなくて、今の日本のようなきめ細かなと言いますか、日本のやり方が妥当なのかなど。

ただ、これにも問題点があるのは事実だろうと思います。徹底的にやるならば——と言うのは、ワンポイントで陰性、陽性を見ているだけなんです。経時的に見ないと何の意味もないです。連続的にですね。

だから、例えば、今度ワクチンパスポートとか検査パスポートを作ろうとされていますが、せいぜい遡っても2日前か3日前までしか有効ではないですよという、安全領域はそこになるんですよね。そうすると、週に2回ぐらいは絶対やることになりますよね。そういった体制ができるかできないかだと思います。これはどこまでの対象をどうするかもあると思うので、現実的な選択になるのかなと思います。

それから、看護体制をどこまでゆとりを持って配置、抱えたらいいのかという御質問ですね。これは看護部長が私の後に意見を言うと思いますが、私は、感染症の最初の6床は、何とかいろんな病棟からかき集めて看護師を配置できます。次の6床——7番目から12番目に患者を入れるためには……。その部分ですね。十何人分というのが出ていたと思いますが、その

部分をゆとりを持って抱えさせていただければ、これは12床は常にいつでもどうぞと言えらると思ひます。

それから、医師の養成に關して5年、10年かかる、すぐはできないと申しました。では、それまで指をくわえるのか言われたら、私の考えでは、今すぐにでも、もっと内科の医師全体の感染症に対する研修レベルを上げる、認識を上げる。私は心臓しか見ません、私は消化器しか見ません、そういうことを言わないように。それから、医学部の中でも、やはり感染症の講義のレベル、その他を増やす。恐らくものすごく少ないですよ。私のときでもそうでしたから。「かつての病気」みたいな教え方をしていたから。

ところが、海外に行った医師は、開発途上国なんか行きますと、昔あった感染症がいっぱいあるわけですよ。それから、例えば、地名をあげて悪いんですけど、アフリカに行けば寄生虫がいるような状態なんです。これから医療貢献をしていかなきゃいけないとか、そういったレベルでの海外研修をさせるしかないと思ひています。

今、日本にはいないんですよ。そうすると、感染症に興味なくなる、需要なくなるということになります。やはりもう少し需要があるところ、患者がいるところで医学部の学生に研修をさせるとか、そういったことをすれば感染症が必然的に身近になる。私は内科に感染症に關する裾野を広げる、専門医を育てるのには時間がかかるから、そういうことをすべきではないかと個人的には思ひています。

大学にはいろんな事情があるでしょうし、文科省も考えがあるでしょうから、難しいかもしれませんが、それができればと思ひます。

あと、看護師の配置については看護部長から。**小畑大分県立病院副院長兼看護部長** 看護部長の小畑と申します。どうぞよろしくお願ひします。

局長も言っていました、まず、5階東病棟の7床目から12床目に關して、本当に全く看護師の配置のめどが立たないので、その4対

1の15人はもちろんいただきたい部分ですが、実は第4波のときは、高齢の感染者が非常に重症化して、三養院は6床ですが、5人ほど人工呼吸器を付れたり、三養院に収まらず、さきほどの5階東病床にも呼吸器装着中の患者がいたりしたこともあって、実は本当に三養院、1対1の看護体制を組まざるを得ない状況にもなりました。

常に一般病棟から応援は出して、三養院を成り立たせてはいますが、一般病棟から捻出するのはかなり難しい状況にもなりました。看護師の士気が高いので、何とかみんなで乗り越えてはいましたが、三養院に必要な看護師丸々とは言わないですが、半分ぐらいの人数は望んでいます。5階東病棟の分と合わせると、30人弱ぐらいいたら有事には十分対応できるかなと思ひています。これが正確かどうか、帰ってみないと分からないですが、今の率直な私の意見としてはそのように思ひています。

平岩委員長 ありがとうございます。そのほか。

原田委員 今日はありがとうございます。また、本当に医療関係者の方々の御尽力で、今、社会が成り立っているなとつくづく感じました。

質問ですが、大分県でもワクチン接種が進みました。しかしながら、片方ではブレークスルー感染と言われる、昨日、群馬県でしたか、病院のクラスター、25人中24人がブレークスルー感染だったと言ひています。

県内の今の入院患者も含めて、ブレークスルー感染がやっぱり多いのではないかと思ひています、以前とまた違うのではないかなと思ひますから、実際に症状としては重症化は本当にしていないのかを含め、ぜひ教えていただきたいと思ひます。

それともう1点、簡潔に言えば、第6波は起きるのかどうかを、局長、どうお考えか教えていただければと思ひます。

井上参考人 ブレークスルー感染は私どもも非常に気にしています。職員がいち早くワクチンを受けましたから、もうそろそろ切れていることは十分考えられます。

私ども、中等症以上の患者を受け持ちますが、今回の第5波でブレークスルーがはっきり分かったのは数人でした。したがって、どんどん増えていくかどうか分からないですが、そういうのが実際あることは間違いないと思います。

第3回目の接種があるのかないのかといったところですが、常任委員会で申しましたが、恐らく医療従事者と高齢者にもう一回やると言うのじゃないかなと思っています。実際はそれしかないのです。

それと飲み薬の開発を早くやれば、もっと負担がかからなくてできるなと思います。

第6波は、私、尾身先生ではないので、なかなか見通し切れないですが、やはりもう1年ぐらいいあるのではないかなと。来年の春ぐらいいまではあるのではないかなと思っています。ただ、波の大きさがどれくらいとか、もちろん分かれば準備しますが、もう一回はあるのではないかなと。

今回のデルタ株がやはり非常に立ち上がりが高く、すぐ下がってきて、どっと減ってくれているように見えますが、恐らくもっとだらだら続くのではないかなという印象を私は持っています。

そのうち、もう一回変異株が南米から入ってきたりすると、もっと厳しいことになるのかなと見ていますが、それ以上、尾身先生から怒られるかもしれませんので申せません。

平岩委員長 ありがとうございます。他に。
麻生委員 臨床のとりでとして御尽力いただいていることに対し、敬意を表して感謝申し上げます。

その上で、今、抗体カクテル療法が軽症の現場では導入されているということですが、50歳以下については、まだ抗体カクテル療法はなかなかできていないと。診療所とか軽症を受け入れている先生方、何とか抗体カクテル療法をやっている、重症化を防ぐように御尽力いただいていると聞いています。県病が今回第5波で、121人の方を受け入れ、60人前後の方々が50歳以下の方だと思います。抗体カクテル療法をするのがちょっと遅かったとか、その辺、

非常に言いにくい部分かもしれませんが、軽症患者を受け入れている病院の先生方が、50歳以下もカクテル療法をできる形を早くつくる必要があると思います。そこについての、重症患者を受け入れている県病としてのスタンスとか、実情を言える範囲で言っていただければというのが1点。

それから、121人受け入れて、さきほどコロナ患者の最期のみとりをされている部分を見て、東京なんかは、テレビ報道でいくと、一切御家族がみとりもできない状況だったのに比べ、大分はよくやってくれているなど痛感しました。何人ぐらいいみとられているか、言える範囲で構わないですが、教えてください。

それから、さきほど5階の東病棟、ここが三養院とちょっと離れているところで、動線でちょっと苦労されているのではないかな。もっと近い動線でコンパクトにやるような抜本的な対策が、かなり落ち着いた段階でしかできないでしょうけれども、そういった必要性についてどのように感じているか。

あわせて、拠点病院ですから、入院患者の入院時の一時観察のスペースと言いますか、他の病院もかなり御苦労されているし、そういった部分についての問題認識があれば、この際ですから、要望があればお出しただければと思います。

井上参考人 まず、カクテル療法についてですが、委員が御指摘のとおりで、もう少し年齢の制限のことを考えなければ、基礎疾患ありだから、これは少しやっておけばと実際感じる場合があります。

一番、私個人で思ったのは、高度な肥満、糖尿病の方はやはり危ない。ほぼ高流量の酸素が必要になり、もう少しで人工呼吸器ということになりかけた人はいくらでもいます。こういう方は、やはり年齢よりも基礎疾患の重さを優先できるようになればなという思いがあります。

それから、死亡者に関しては8人見送りました。東京都と違い、御家族にちゃんと出棺のとき来ていただけるように、そういう配慮はしていただいているつもりです。

それから、5階東の環境ですが、委員が言われるとおり、動線が変わらないのかについては、可能な限り変わらないように、エレベーターのところから別にしています。これをもっと良い形にできるかどうかは、今の建物の造りでは難しいのではないのでしょうか。どうしてもどこの病院もエレベーターの専用化という工夫だけで終わっているところが多いと思います。本当は別館で、入口も外から入るような形の、完全な形の建物に造れば、ものすごくそれは感染症対策としてはいいですが、なかなか難しいですね。

そのため、もう一つトリアージ室、最初の待機場所に関しては、これは従来は1室しかなかったものが、今、館内に4室ありますし、外にも臨時避難的にコンテナのようなものを造りました。こういったものをどこまで、どう造ればいいのかは、本当に難しいです。

日頃、館内にある4床に関しては、他にも感染症——例えば、水ぼうそうだ、おたふくだとかで使っているの、そこを使うことはできるのですが、やはり爆発した場合には、臨時避難的なトリアージ室を造るしか、今のところはないのではないかと、それが一番現実的かなと思っています。

麻生委員 ありがとうございます。大分県で亡くなられている方が79人いるわけですから、他の県下の一般の受入病院とかにも情報共有していただき、できるだけ御家族にとっていい形でみとりができれば幸いではないかなと思います。

それから、基礎疾患の話、抗体カクテル療法含め、最近聞いているのが、若くて基礎疾患が全くないにもかかわらず、ホテル療養などに回され、そこで悪化して肺炎になって軽症病棟、あるいは重症、中等症と回される、移行される話をよく聞きます。連携をしっかりと、軽症段階で治療できるものは早めにやっていたら重症化が軽減されるのかなと思いました。その辺、いろんな形でもっと、医療現場で情報共有するために公表するだとか、医療内部だけでも何かできる仕組みづくりが必要かなと痛感しました。

末宗委員 局長、今度のコロナのときに、行政は保健所が自宅療養とか、宿泊療養とか、入院をするとか、いろいろ判断をしていったと思うんよ。それで、大分の場合は大分市保健所と県病があるからいいだろうけど、宇佐の場合は保健所が廃止されていて、ないわけよね。

そして、この2年間近く、国では、与党も野党も行政改革のときに保健所をたくさん廃止して、それが非常に悪かったという話をしよるんよ。そのことについて、2日前に常任委員会で聞きました。そしたら、県は保健所がなくなっても一つも影響がないというわけよ。広瀬知事がなくしたので、広瀬知事を部長がかばう気持ちは分かるけど、例えば、部長の理屈を言えば、効率性を言うわけよ。そして、職員は減っていないと。それだったら、大分市保健所もいなくなるでしょう。極端に効率だけ求めたら、全部どこか一つに集中してしまえば終わるわけだから。

そういう県の考え方がある中で、いろんな会議があったときに局長は意見を求められることもあると思う。実際に私たちが生まれてから、安心と安全は保健所という観念が頭にこびりついてるんよ。その保健所がなくなって当たり前だと、そういう理屈を——だから、あまり長く知事をやると、そういう間違いが起こるだろうけど、そういう意見もあるから、局長、そこあたりの見解をお聞かせいただきたい。

それと今、宇佐は抗原検査とか、いろいろやっています。そして、ワクチンがあと1か月か2か月でほとんど、日本は島国だから、80%以上いくと思います。結局、抗体はずっと減少していくから、どのくらい残っているか。今からは逆に抗体検査が主になるのではないかと、抗原検査ではなくて抗体検査。コロナのワクチンが有効かどうか。今は抗原検査ばかりしているんよ、県も国も。だけど、抗体検査の時期に来てるのではないかな。それによってブースターで打つ回数を決められるという判断がいくらか出てくるのではないかなと思ってるんだけどね。

それともう一つは、余談ですが、広島大の医学部の人が、たばこがコロナに感染しない、そ

して、抑制する、重症化も防ぐという論文を出して証明されています。この前、福祉保健部藤内理事に聞いたら、あの人は都合の悪いことは読まんのや。局長として御見解をお願いします。

井上参考人 末宗委員には毎回厳しい質問をされて、なかなか返答に窮するところですが、できるだけお答えします。

保健所に関して、感染症法に規定される、特に生命に関わる1類、2類、また、3類まで——3類というのは、大体O157とか、サルモネラとか、あるいは腸チフスです。そういうものに関してのある一定の検疫と言いますか、保健関係の行政機関がタッチして感染を広げない、その他の役割は当然あるわけです。

それがきめ細かに保健所が配置されないといけない、保健所が廃止されたところは非常に不安だという御意見はもっともなところがあるのかなと思います。ただ、今回のような形で、想定していない感染症がどんどん広がった場合に、果たして保健所数がたくさんあれば、より機能したのかどうかはちょっと疑問かなと思います。1か所でもてんでこ舞いして、かなり大きな組織であつてもてんでこ舞いしたわけです。やはり小さな保健所であれば、それが十分できたかどうか、本当に難しいだろうなと思います。むしろこういうシナリオをどう行政がトリアージしていくか、病院も患者も含め、こういうのを日頃から想定していなかったことの方がもっと問題だと思います。

こういうのを想定して実際やっておけば、机上訓練ですね。防災でも訓練をやるではないですか。ああいったことをしていないことの方が我々としては問題だろうと思います。保健所の数よりは、そういう部分をまずやってみて、それから数の議論ももう1回考えてみるのはどうかと私自身は思っています。

それから、抗体検査が主流になるんじゃないかという話ですが、これは他の感染症においても、実際にオーダーメイドでこの方がこの抗体量が減っているからブースターワクチンをする、しないとやるのが理想です。しかし、ものすご

く費用と時間がかかります。だから、ある一定の集団で下がっていることが証明されれば——仮に抗体が比較的ある人でも、ブースターを打って何も問題ないので、実際もっとたくさん抗体が生産されるだけですから、そういう大きな集団として捉えながら、ワクチンをやるべきだろうと私は思います。

個人個人のオーダーメイドでやったら本当に切りがない。それは理論的には正しいです。抗体が一番下がって、これ以下になっている人を次にやる。高い人はやらなくていいと分けられればいいですが、時間的、費用的に非常に大変です。これは実際的ではないかなと私は思います。

それから、たばこのことで、喫煙者の方が自分をお守りになりたい気持ちはよく分かります。確かに委員が御指摘の喫煙者にコロナのウイルスが侵入してくる部位の酵素に関して、その酵素を減らす力があるのではないかと、ウイルスが細胞内に侵入しにくいということがある程度証明されているのは漏れ聞いています。

ただ、当然喫煙者はある一定の長い期間吸っていると、例えば肺気腫とか、慢性肺疾患になるわけです。そうすると、比較的肺機能が保たれている人は恩恵を被るかもしれないけど、ある一定以上、肺機能が阻害された人は、これは間違いなく人工呼吸器になります。実際そうなるので、あまりいい例えではないかもしれませんが、百害あって一利あるかなぐらいの状況かなと私は思って見えています。

ただ、ACE2と呼ばれるレセプターですね、酵素に関わる治療薬の見解とか、そういったものは今後もっと進んでいくと思います。そこはやっぱり一つの鍵になっているので、そういうことだろうと思っています。

平岩委員長 皆さんの御意見をたくさんお聞きしたいですが、予定された時間をもう過ぎているので、あとお一人だけ、委員外議員の方でも御質問がある方どうぞ。

高橋委員外議員 今日はありがとうございます。

今回、第5波でデルタ株がはやっています。このデルタ株は子どもたちにすごく感染しまし

た。従来株は小さい子どもたちはかからない、かかっても重症化しないと言われていましたが、今回、デルタ株で非常に子どもたちに感染が広がりました。今後、次の株が、いわゆるそういう小さな子どもたちを狙って、感染力が強い株が増える可能性はないのか。

それから、そういう子どもたちはワクチン接種ができないリスクがあります。

もう一つ、今後、季節性のインフルエンザ、昨年は幸いにしてほとんどインフルエンザがはやりませんでした。では、今年も同じようにはやらないかという、それは誰にも分からない。もしインフルエンザがはやった場合、このコロナの流行とインフルエンザの流行が重なった場合の予想される状況、課題、それから、その対処はどういうものが考えられるか。今現在、局長のお考え、想定されるものがあればお聞きしたいと思います。今、少し落ち着いた状況なので、そういうことが起きたとき、どう対応するのかを早急に考えておかないといけないのではないかなと思います。

井上参考人 なかなか難しい質問だなと思って聞いていましたが。子どもの感染に関してのこれからの展開に関しては、ワクチンが普及してきて、子どもが取り残され、そこをターゲットにウイルスが広がっていくという側面が一つあるだろうなと思います。若年化していると。

一方、子どもにはあまりひどい肺炎が起こらない、起こりにくい、全然ではないですが。こういう個体の、これは免疫反応とあって、病原体を排除する反応の個人差があって、それが非常に激しく起これば、これがもう非常に強い肺炎になると。子どもは比較的免疫力がまだ低いので、これは実際、年齢が下がれば下がるほど弱くなるので、そういうのが起きにくいのではないかと一応思っていますが、今後、新たな株がはやったときに、ターゲットは小児になるというのは十分考えられると思います。

やれることは、何歳まで安全にワクチンができるかを確立すること。

それからもう一つは、大人がかからなければ、子どもの隔離は比較的しやすいですが、例えば、

教育の現場とか保育の現場とか、そういったところを集団にさせないということだけでも——家族の中で広がらなければ起こらないわけですから、私はそういう部分で大人が持ち込まない状況ができれば、かなりリスクが低減できるのではないかなと思っています。

それから、インフルエンザと一緒にやったらどうなるのかはなかなか描きにくいですが、私が常識的に考えていたのは、ウイルスはある種のウイルスがはやると、他のウイルスは撃退されてしまうという——干渉と呼んでいます、こういう原則があるんだと習いました。

実際、去年の冬はほとんどはやらなかったですね。これがコロナがはやって、他のウイルスを抑えつけてしまったのか、皆さんが感染防止に非常に積極的で、手を洗ったり、うがいをしたり、マスクをしたりして、相当機会を減らしたのか分かりません。その二つのことから考えると、また今年も同じような状況であれば、インフルエンザは大きな変異がなければ、私はそんなにはやらないのではないかなと思います。

ただ、皆さんインフルエンザのワクチンもしていて、そういうことが去年起こらなかったわけだから、同じ条件でということなので、皆さんができるだけやはりインフルエンザもワクチンを打つという状況があってという前提で私は考えています。

平岩委員長 ありがとうございます。皆さんお話を聞いて、たくさんのお話を聞きたいと思いますが、すみません、局長も次の予定がありますので、今日はここで終わらせていただきます。

最後に一言お礼を申し上げますが、本当に今日は貴重なお話を聞かせていただいて、ありがとうございました。

今まで本当に私は、感染症の専門家について、あまり耳にしませんでした。感染管理認定看護師がいることを知りませんでした。ですから、本当にいろんなことをこのコロナで学ばせていただいています。私たちは医療従事者でもないし、行政職員でもありませんが、でも、県民が安心して安全に暮らせるために、私たちは何

を伝えていかなければいけないのかをこれからも学びながら、今日お伺いしたことをいかしていきたいと思います。

またこれからも御尽力いただきたい、教えていただきたいと思います。

そして、この1年6か月、どれだけ県病の方たちが御苦勞されてきたのか、時には本当に見えないところで涙を流されたのではないかと思います。どうぞこれからもお元気で、そして、皆さまにくれぐれもよろしくおっしゃってください。

また、これからもいろいろみんなで一緒に歩いていくことができればと思っています。今日は本当にありがとうございました。

〔参考人退出〕

平岩委員長 では、皆さんに御連絡します。

今回は10月25日月曜日、13時30分に参考人としてよろず支援拠点チーフコーディネーター関谷忠さんに来ていただきます。

第5波がピークを迎え、第6波にならなければいい、何とか抑えていきたい。でも、第6波が来るかもしれないという大変な状況だと思います。昨日の常任委員会の中でもこの話題で持ち切りでした。そのため、これまでの第5波までの対応、執行部から報告を受ける形で、この次は福祉保健生活環境委員会と合同委員会をできればと計画しているので、また皆さんに御連絡します。

それから、9月8日にお渡ししていたアンケートは回収している分があったら、どうぞ事務局にお渡しください。

それでは、これで委員会を終了します。