

# 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4年10月19日（水） 午後2時00分から  
午後3時07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、今吉次郎、森誠一、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

清田哲也、阿部長夫、太田正美

## 5 出席した委員外議員の氏名

高橋肇、守永信幸、小嶋秀行、吉村哲彦

## 6 出席した執行部関係者の職・氏名

な し

## 7 出席した参考人の職・氏名

社会医療法人三愛会 理事長 三島康典

## 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

新型コロナウイルス感染症第7波への対応等について、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	主査	吉野美穂
政策調査課調査広報班	主任	麻生ちひろ
政策調査課政策法務班	副主幹	志村直哉
議事課委員会班	主査	吉良文晃

# 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4年10月19日（水）14：00～

場所：第3委員会室

1 開 会

2 参考人からの意見聴取

14：00～15：00

（1）「新型コロナウイルス感染症第7波の影響について」

参考人 社会医療法人三愛会 理事長 三島 康典 氏

3 閉 会

## 会議の概要及び結果

**平岩委員長** 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。

本日は都合により、清田委員、阿部委員、太田委員が欠席しています。また、委員外議員として、高橋議員、守永議員、小嶋議員、吉村議員が出席しています。

ただいまから、参考人招致を行います。

まず、私から御挨拶を申し上げます。大分県議会新型コロナウイルス感染症対策特別委員長の平岩純子です。本日は、「新型コロナウイルス感染症～第7波の振り返り～」と題して、御意見を伺いたく、社会医療法人三愛会理事長三島康典様に参考人としてお越しいただきました。

三島様には、大変お忙しい中、また昨年度に引き続き当委員会へお越しいただき、誠にありがとうございます。前回お越しいただいたのは1年以上前になりますが、あのときは地域の病院がなかなかコロナ患者を受け入れないということで、三愛会では地域の人を守ろうと大変な御苦労をされたとのことでした。そのときの話の中で、看護師の方から「ほんの少しでいいから休ませてください」と言われた話が本当に忘れられなくて、一体どれほどの御苦労をされてきたのかと思っています。本日はそのことも踏まえて、新型コロナウイルス感染症の第7波の振り返りについて、御意見いただきますようどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、委員と委員外議員の自己紹介をお願いします。

〔委員及び委員外議員自己紹介〕

**平岩委員長** それでは三島様から自己紹介と、引き続き、本日のテーマについての御説明をお願いします。

**三島参考人** 本日はお招きいただきありがとうございます。

昨年8月だったかと思いますが、第5波の希望と課題について話し、それから1年以上が経過して、事情が少し変わってきたところを含め、第7波を振り返りながら、今後の問題点等をお

伝えできればと思います。

こちらは大分県の感染状況になります。第1波——2020年4月あたりから大騒ぎをした中で進んでいきましたが、こうやってグラフにすると今やその辺は全く見えない。さざ波以下になっているんですね。

一方で8月の第3週あたりで3千人の感染者を出す状況になったのは記憶に新しいところだと思っています。

これまで大分県は、感染者は全て入院という方向からホテル療養、自宅療養と随時変更していった、感染者3千人の対応もしてきました。私としては、大分県のコロナ政策は比較的うまくいっているのではないかと考えています。

この赤いラインは当院のその当時の確保即応病床です。当初5床ぐらいから始めて、第2波の頃には8床ぐらいまで増やしました。当院がクラスターを出した関係もあり、増やしたり減らしたりを繰り返していくわけです。11月ぐらいから始まった第3波のときに、2回目のクラスターまがいのことが病棟で起きました。そのときに、さきほど平岩委員長からも話がありましたが、看護師がちょっと休ませてくれということで一旦病棟を閉鎖しました。

第3波は大体3月いっぱいまでかかりましたが、そのときは10床ぐらいの運用で何とかいけていた時期なんですね。これが第4波になって——4月に入ってすぐは病床を閉じていたが、急増してきたのですぐに開けてくれと言われました。しかしそう簡単に開けられるものではありません。一般患者が入っているので、その方々を全て退院させ、コロナ用の病床に変えていかないといけない。なかなかの作業でしたがこれも1週間ぐらいで完了し、そこから受入れを始めました。個人的にはこの第4波が最も重症の要素が強かった時期だと思います。後でデータをお示しします。

第4波の終盤から既にデルタ株が出てきていましたが、7月ぐらいからわっと増えてきて、

当時の菅内閣がワクチン1日100万本という政策を立ち上げ、最終的には150万本ぐらいを打ったと思います。これが功を奏したのか、第5波はあるときから急速に沈んでいった。それが終わって年明けから、第6波、オミクロン株の流行が始まりました。

オミクロン株の流行が始まって徐々に減衰していくわけですが、ゼロになることはなく、いわゆるオミクロン株のBA.1とBA.2からBA.2とBA.5にチェンジしていきました。

当院は、最大確保病床を一応25床としていましたが、第5波ぐらいから20床運用を常にしなれない状況になってきました。最終的には23床まで即応病床を増やしましたが、一時的には26人から27人の患者が入っている状況でした。先日の井上病院局長の話にもあったかと思いますが、看護師のマンパワーが圧倒的に足りなくなった時期がこの第7波だったと思います。

では、私見を交えながらですが、第7波を振り返っていききたいと思います。

ここに8項目掲げています。まず、入院患者の高齢化が非常に顕著だったことです。これは第1波、第2波は入院患者が少な過ぎるので、あまりデータとしてはふさわしくないと思いますが、第3波あたりは入院患者が60歳ぐらいだった。第3波というと、2020年の冬ぐらいに始まりました。第4波はアルファ株が猛威を振るった頃です。カラオケクラスターで高齢の患者がたくさん増えたにもかかわらず、入院患者は60歳ぐらいでした。さらに第5波、これは恐らくワクチンの効果だと思いますが、高齢者にワクチンが速やかに行き届いたお陰で、高齢者の感染者がそこまで出なかった。反対にデルタ株にかかった若者の症状が比較的重かったのが第5波です。

第6波になって、入院患者が70歳、80歳代になってきます。まだ原因はよく分かりません。個人的にはオミクロン株に効かないワクチンだったので感染したのではないかと思います。

第7波になると、これは中央値で出していますが、女性の場合は86歳です。86歳の方が

もう息も絶え絶えでやってくる状況が第7波だった。

特徴的なのは、各波において必ず最初にスタートになるのは低年齢層です。若年者がまず感染し、それから高齢者に広がって入院してくる傾向にあるわけです。

第5波も第6波もそうですが、最初に来たのは症状が重い20代ぐらいの方が入院するケースでしたが、第6波の中盤ぐらいから高齢者に移行し、第7波のときにはずっと高齢者ばかりでした。

なぜかという、恐らく自宅療養をきちんとできるようになったことと、オミクロン株による症状がそこまでひどくないので、入院があまり必要なくなった。若年者が入院せずに自宅で療養できるようになったことが一つの特徴だと思います。いずれにしても、高齢者に厳しい病気だと思います。

第6波と第7波は高齢者が多いという話をしましたが、第7波に特徴的なのは圧倒的に自宅からの入院が多かったことです。

少しわかりづらいですが、縦軸のグレーの線が自宅からの入院の割合で、折れ線グラフが年齢の推移です。例えば、今年の第1週は若年者しかいなかったもので、100%自宅から入院する。これが年齢が上がるにつれて自宅からの入院が減ってくる。自宅からではないということは、つまり施設から入院してくるということです。高齢者施設でのクラスターが1月の第3週から4週頃より多発して、私が担当する特別養護老人ホームでは40人から50人のメガクラスターを出しました。要はクラスターを出した施設からの入院が増えたので、自宅からの入院が減って患者の平均年齢が上がったのが第6波です。

行政は、特に大分市はそうだったと思いますが、施設の患者は施設で見てくださいと方向転換しました。それで徐々に施設からの入院が減って、相対的に自宅からの入院が増えたということです。

では、自宅と施設ではどういう差があるかと言うと、施設の場合、例えば特別養護老人ホーム

ムには必ず配置医という医者がいます。そして、常勤の看護師がいます。介護老人保健施設にも必ず常勤医と看護師がいます。有料老人ホームも看護師を抱えていて、入所者には大抵訪問診療医がいます。かかりつけ医がいるんです。必ず訪問に来てくれる医師がいるので、施設では療養が可能でしたが、自宅にいる患者はそういった訪問診療医もいない方、また、後ほど事例を出しますけれども、介護保険すら持っていない方がいわゆる老老介護をしているケースがたくさん出てきました。

第7波になると、施設からの入院はほとんどなくなって、80歳ぐらいの患者ばかりが自宅から入院をしてきたことになります。

去年までは恐らく、大分県での死者は百数十人でしたが、今年に入り第6波、第7波で約270人の方が亡くなっています。第7波は感染者の数が多かったこともありますが、高齢者が多かったことがあって、やはり死亡率が高かったです。当院の入院患者の例で言うと第3波は死亡率が0%、第4波は入院患者の6.3%が亡くなりました。これは結構高い数字だと思います。しかも60歳代の若い方が亡くなったのが第4波のアルファ株で、本当にひどい時期でした。第5波のデルタ株は若年者が中心で、かなり軽症化してきていることがあり、死者は1人で死亡率は0.63%。第6波は240人の入院患者がいましたが死者は4人で死亡率は1.67%。第7波は入院患者の約5.1%が亡くなりました。時期としては8月の中旬から終盤にかけて毎週誰かが亡くなる状況でした。これは亡くなるには亡くなるの理由があって、コロナ肺炎では亡くならないんです。その原因はほとんどの場合、老衰だと私は思っています。それは症状に特徴的に現れていて、入院患者の特徴はまず脱水なんです。脱水、呼吸困難、意識障害が起きたことで慌てて自宅で救急車を呼んで搬送されるケースです。

しかし全員がそうではありません。治療の選択肢が増えました。飲み薬は2種類ぐらい増えました。また、これまでは中等症以上にしか使えなかった点滴の薬が使えるようになった。

オミクロン株はやや軽症の方が多く、多くの方が生き延びたわけですが、私としては今回の特徴はやはり、高齢者の脱水、呼吸困難などだと思います。

一つ一つひもといていくと、感染するとまず発熱します。それから体がきつくなって倦怠感や食欲減退。これは高齢者に特に特徴的な症状でした。あとは咽頭痛です。これらの症状がそろそろから、食事ができなくなるわけです。真夏でも熱が出て悪寒がするとエアコンを切ります。部屋の中は蒸し風呂状態です。あれは6月か7月のことだったと思いますが、倒れているので来てくれと言うので往診に行ったら、患者は寒くてこたつに入っている。体を触るととても熱いわけです。そういう状況の方がたくさんいました。入院の時点で高齢者特有の誤嚥性肺炎を起こしているし、細菌性肺炎も起こしている。恐らくここまで小さなコロナ肺炎も入っているだろうとは思いますが、第4波のときほどの大きなコロナ肺炎はほとんど見なかったと思います。これらの条件がそろそろと廃用症候群という寝たきりの状態が出来上がってしまうわけです。

少し治療のことを話しておきます。

さきほども話しましたが、昔はレムデシビルは中等症にしか使えなかった。これが軽症にも使えるようになりました。第5波の頃にすごく活躍した抗体カクテル療法や中和抗体、そこに飲み薬としてパキロビッドとラゲブリオが入ってきました。ところが抗体カクテル療法は第6波には効かないということで第6波の時点でなくなりました。ソトロビマブ、ゼビュディという薬です。これをせっせと使っていましたがBA.5には効かないということで使えなくなりました。ですから、今、抗体療法は行っていません。

そこで登場したのが飲み薬です。パキロビッドとラゲブリオという薬です。ただ、パキロビッドは薬との飲み合わせがすごく悪いんです。降圧剤とか高脂血症の薬を飲んでいる方はパキロビッドの適用にはなりません。有効性は非常に高く、9割ぐらい効くと言われていますが、

そういった意味で処方しづらい薬です。

ラゲブリオは有効性が30%程度とやや低くはありますがあまり制限がないので、ある程度リスクがある方も飲める大変便利な薬です。ただ、カプセルが大きいので飲み込みづらく、高齢者にはあまり向かない面もありました。

これは典型的な一例です。90代の女性で、自宅でいわゆる老老介護、認認介護をされていて、主に御主人が寝たきりに近い奥様を介護していました。

あるとき、御主人に発熱と麻痺が出たんです。脳梗塞じゃないかということで近隣の病院に運ばれ検査をしたらコロナ陽性だった。即入院となり、介護を受けていた奥様が一人ぼっちになってしまったので娘さんが引き取られました。ところが2日後には発熱したということで当院に搬送され、検査をしたら、案の定、コロナ陽性でそのまま入院となったわけです。

当院に来たときは酸素が必要な状況だったので、点滴と抗ウイルス薬の点滴、それから抗生物質の点滴をし、数日で意識障害もなくなり、熱も下がり、呼吸困難もなく酸素も外れました。しかし食事ができない。これはコロナの特徴だと思うんですが食事ができないんです。若い人でも食欲がなくなります。消化器症状があるとかではなく、食欲がなくなる。この方は90代後半でしたが、90代後半の方が数日食事をとらなかったら、どんどん衰えていきます。この方は比較的体格の良い方でしたが、それでもちょっとこのままでは家に帰れなくなった。娘さんたちも、いやもう無理ですとなる。介護施設を探そうとしても、介護保険が申請されていないので行き先がないわけです。病院に置いておかざるを得なくなってくる。近隣の後方支援病院も探しますが、後方支援病院もいっぱいになっているわけです。引取先がない、そしてコロナ病床に空きがなくなる事態になるんです。退院させられるのに、退院させられない事情が発生してしまう。もちろん原因はこれだけではありませんが、こういったことも含めて、一時期コロナ病床がパンクした時期があります。このとき一体何が起こったのかと言うと、救急医療

体制が崩壊し始めたということです。これはすごく深刻な問題だったと思っています。いわゆる救急搬送困難事例——医療機関への受入照会を4回以上行い、かつ、現場に30分以上滞在したケースを言います。患者の重症度は問いません。そうした事案が多く発生するようになりました。

大分県の場合は、8月の第3週が一番ひどかったです。ちょうど第33週とか第34週あたりが全国的にも感染者のピークで大分県もそうでした。この青い線が搬送困難事案で、赤い線が感染者数を示していますが、このピークに合うように搬送困難事案も増えていきました。第6波のときも37件ぐらいありましたが、今回は1週間で48件の搬送困難事案が発生したということです。

これは各消防本部からのデータですが、一番ひどかった8月の第3週には、大分消防局で21件の搬送困難事案があった。実はこの週、大分市は496件の出動があっています。496件中の21件だとそんなに多くもないじゃないかと思われるかもしれませんが、496件中の135件は不搬送なんです。行き先が見つからないから搬送するまでもないと判断されたケースもたくさんあります。もちろん不搬送の中には、夜に繁華街から電話があって行ったら誰もいなかったケースもあるわけですが、135件が不搬送でかつ搬送した中の21件が搬送困難事案だったと考えると、これが救急搬送全体の3分の1以上であることはかなり深刻な問題だと思います。普通に搬送ができない状況、つまり社会インフラの機能がほぼ失われているんじゃないかと思います。この大分市消防局の21件のうちコロナ疑い事例は14件、別府市消防本部の場合は10件中9件。要は、この当時は陽性率が8割から9割だったので、発熱というキーワードはすなわちコロナだということになるわけです。

さきほども説明したように新型コロナウイルス陽性者の増加に伴い、救急搬送困難事例も増加し、8月の第3週がピークでした。大分市、別府市が主でしたが、他の地域でも起こる可能

性があります。半数以上がコロナ疑いだったんです。黒い点で示しているのが県が発表している病床使用率です。これは各圏域ごとに示したグラフですが、東部、中部、つまり別府、大分は県の平均よりもずっと高い病床稼働率でした。8月の第3週は実は100%を超えていました。多くの医療機関がクラスターを起こしていたので患者を取れない状況にあったんです。

ではほかの圏域は良いのかと言うとそうではありません。例えば、豊肥地区は比較的下回っていますが、少しでもクラスターが出るとあっという間に平均を超えて100%になります。母数が少ないので少しのクラスターで完全に崩壊してしまう。恐らくこの時期に救急要請をしても、運ぶ先はなかったんじゃないかと思うくらいです。ですから、そういうリスクは各地域にあったと御理解いただきたいと思います。

次の事案は出しているのか少し迷いましたが、知っていただきたい事案なので説明します。50代女性が発熱してふらついて意識がなくなったと救急要請をされました。救急隊が現地に到着して調べると意識レベルはJCSⅢ-300と言って完全な深昏睡の状況。たたいても何をしても微動だにしない状況です。そして呼吸が1分間に30回ですから普通の呼吸に比べて倍ぐらいの数。酸素飽和度が下がり血圧も低下。脈拍は156回と異常な数になっていて、体温は40度。顔面紅潮が起こっている。こうした状況で救急隊員から連絡が入れば、コロナの可能性が高いと誰でもそう判断します。結果として、11件の病院に14回電話をしているんです。どの病院もそれなりの理由があったんだと思います。受入不可で、救急要請から1時間42分後に12件目の病院に搬送された。これは管外搬送です。そこで調べてコロナは陰性だった。さらに検査をすると、脳が腫れている状況で、ここではどうしようもできないということで、三次医療機関にその旨を説明して転送し、翌朝亡くなったケースです。コロナは陰性、死因は重症熱中症です。もちろん、発症したときからとても危ない状況で助けることは難しかった可能性もありますが、もっと早くに運んで全

身冷却の処置などを素早くできていれば助かったかもしれません。この方はコロナではなかったわけですから、コロナの時期でなければ助かった可能性がある。こういったことが8月の第3週に起きていたんです。

このとき電話をした11医療機関のうち、6医療機関がコロナ病棟に空床がないため受入不可としています。当時は多くの病院でクラスターが起きていました。私が問題だと思うのは、二次救急医療機関が全てコロナを受け入れる医療機関となっているんです。だから運びようがない。この間、県の医師会で各郡市の救急理事担当連絡協議会を行い、協議しました。このケースはコロナを否定できれば受入医療機関が見つかったのではないかと議論になりました。つまり受入医療機関として何が一番困るかと言うと、コロナかもしれないと言われるのが一番困るんです。むしろはっきり陽性だと言ってもらえれば、当時、当院には空き病床があったのですぐに取りれたんです。絶対に陰性だと言うのはなかなか難しいですが、そう言われれば取るところもあるかもしれません。やはりトリアージとして現場で救急隊が抗原検査が出来ていれば、その結果により、うちで取りますと言う病院がいくつかあったのではないかと思います。

今回の救急搬送困難事案の要因ですが、一つは新型コロナの陽性患者が急激に増えたこと。そして受入医療機関がクラスターを起こしていたこと。それから二次医療機関の多くがコロナの受入病院だったためにどちらもだめになってしまったこと。あとは季節的に熱中症が多かったこと。そのためにコロナの疑い症例が搬送困難になるといったことが起こったんだと思います。

対策としては、救急救命士が検査できれば一番良いのではないかと。それから、どこの病院が何床空いているかを救急隊がリアルタイムに知ることができれば、こんなローラー作戦みたいな電話をしなくていいわけです。そうした仕組みが今はない。そしてコロナだとなった場合、

今は市ごとに受入れのルールが少し違うんです。大分市については、県の感染症対策課長が本当に頑張ってくれて、彼女が全部コーディネートしていました。大分市以外は保健所すら介在しない。救急隊が自分たちで病院を探さないといけない状況です。ですから、こうしたルールを統一させるとコロナの管外搬送も可能になってくるかもしれません。

それからこれは井上病院局長も話をされたのではないかと思います。病院職員も感染します。今回のコロナの特徴は、日常生活が普通に動いていく中で過去最高の感染者が発生したことです。こちらの写真は当院で救急車が渋滞した様子です。取り手がないんです。そしてこちらの写真のように、毎日ではありませんが休みのたびに抗原検査をしないといけない。ですから職員が多く感染していく中、救急もやります、抗原検査もします、入院もやりますということには限界があります。

スライドに医療従事者も風邪を引くと書きましたが、当法人内ではこの第7波で117人が感染しました。つまりその数倍は濃厚接触者で欠勤になるということです。職員が10%ぐらい欠勤すると、400人の事業所の中で40人がいないわけですから、当然病院は機能を失います。コロナ病棟の看護師も50%ぐらいが感染しました。患者からうつったわけではなく、家庭内感染などがほとんどでしたが、そうやってコロナ病棟の看護師が一人ずつ離脱していくと当然病棟を100%回すことはできません。しかしニーズがあるから回さざるを得ない。たまたま一人ずつ感染したからまだ良かったものの、これが何人かまとめて離脱すると機能を失ってしまいます。

かなり高齢のコロナ患者の初期はすごく手がかかります。7対1看護では間に合わないぐらい。4対1看護をしないといけないぐらい手がかかる。そのため、病棟は空いていると言われても、看護師が準備できないので回せないとなってきます。このような状況で通常の医療機能を維持するのは極めて困難だということで、多くの病院では診療制限をすることになります。

これは致し方のないことです。このことについては市民の理解が必要だと思います。あまりにもこの当時の街のにぎわいと病院のにぎわいは異質でした。個人的には、今年の夏は祭りやいろいろな行事もあって、良い夏だったと思いますが、一方で医療従事者はこういう状況だったことは知っておいていただきたい。一時期、民間病院が全然頑張っていないじゃないかと、医師会は何をやっているんだなんてたたかれましたが、影でずっと真面目にやってきているんです。

あと、最後にワクチンの効果は限定的ではないのかという話です。

ワクチンを打ち始めたのが恐らく第3波の中盤ぐらいだったと思います。デルタ株の頃には1日150万回のワクチンを打ちました。この当時のワクチンはいわゆる武漢型をベースにしたワクチンだったので、アルファ株、デルタ株にはよく効いたと思います。第5波の収束にワクチンが果たした役割は非常に大きかったと思います。3回目のワクチンは去年の年末ぐらいから始まったと思います。今、4回目を打っていますが、果たしてこの3回目以降のワクチンは効いたのか。オミクロン株に武漢型は効かないと言われているのに武漢型のワクチンをずっと打ち続けてきたわけです。確かに重症化しないので、一定程度の効果はあるとは思いますが。欧米では当時、オミクロン株のワクチンを打っていたんです。それなのにどうして日本はこのようなワクチン政策なのかなと疑問を感じざるを得ない。今はオミクロン株対応ワクチンを打っていますが、この数か月間の4回目のワクチンは、果たしてどうだったのかという気がしています。これは私があえて口を挟むことではありませんが、ワクチンの政策については、やはり新しいものを使っていくべきじゃないかと思っています。

最後に、冬に向けての提言ということで話をします。インフルエンザとの同時流行に備えないといけません。南半球ではインフルエンザがはりました。日本でも少しずつインフルエンザが出てきています。日本では大体40週間か



らはやってくると思うので、そろそろ準備をしないとはいけません。ではそのときの検査体制をどうするのか。今は当院も入院がないので検査をやれと言われてたら出来るかもしれませんが、入院や救急が増えていくと検査までできなくなります。そこはそれぞれが分けてやるべきだと思いますし、救急医療体制の整備として管外搬送を想定した広域搬送の仕組みづくりが必要だと思います。

今、県内では入院病床を落としています。空床確保料は支払われないルールができた背景もあって、今は病床をあまり使っていないので少し落としましょうとなっています。当院も1桁台まで落としました。しかし、仮に今後、急にはやったときに元に戻してくださいと言われてもすぐには対応できませんから、見極めが必要です。

それから、さきほど自宅からの入院が多いと言いました。介護施設で発生したコロナには介護施設で対応できるようになったことは良かったのですが、今後は自宅の患者をどう診ていくか。何千人という感染者が発生したときに、第7波のような状況ができるかという無理だと思いますので、自宅で診ていく仕組みづくりが必要だと思います。在宅医でもコロナと分かった瞬間に足が遠のくケースはあるんです。なぜかと言うと、コロナ患者を診て自分が感染したら、他に抱えているたくさんの患者を診れなくなってしまいますからです。ですから、訪問診療医が各々の患者を診ていくことも必要かもしれませんが、コロナの訪問診療チームのようなものを作って診ていく仕組みも必要じゃないかと思います。大分郡市医師会の取組などは今回結構うまく機能したと思うので、それを全県的に広げていく必要があると考えています。

今後への課題として、2000年代以降、SARS、新型インフルエンザ、そして今回のコロナと、4回目の世界的パンデミックが起きています。我々はこれからパンデミックと暮らしていかないとはいけません。コロナではなくて、病原性不明、致死率不明の新規パンデミックが起きた場合に、我々が職員を守りながら今と同

じ体制をすぐに構築できるかと言うと残念ながら無理です。いやいや、それだけの設備を整えたでしょうと言われるかもしれませんが、この2年間、少しずつ時間をかけて今の生活に戻ってきたわけです。ここでまた新しいものが出てきたら、すぐに対応することは無理だと思います。備えとして感染症への取組は継続していかなければならない。人類はもうパンデミックから逃れることはできません。今後もパンデミックと共に生きていくことになる。そのための準備は出来ていますか。これまでの2年半のデータに基づく科学的な振り返りが望まれるのではないかと思います。

少し長くなりましたが、第7波を経験して、私を感じたところをお話しさせていただきました。

**平岩委員長** これより意見交換に入りますが、ざくばらんに行いたいと思います。

御質疑や御意見など、何でも結構ですので、お願いします。

**原田委員** さきほど、現場での抗原検査が必要ではないかという話がありました。救急救命士が簡易検査キット等を使って行う方法もあるのではないかと思います。何かできない理由があるのでしょうか。

**三島参考人** 救急救命士ができる処置として規定されていないため、規定にないものはできないと言われます。しかしイギリスなどは、ある程度の講習を受ければ一般市民でもワクチンの接種ができたわけです。それくらいの柔軟性があって良いと思います。救急救命士が法律を守ることが大事なのか、それとも目の前にある命を救うことが大事なのかと考えたときに、大事なのはどう考えても後者です。ですからこれは今後の取組として、救急救命士が抗原検査ができる体制をつくるべきだと思っています。

**末宗委員** 2類と5類の問題について。世界の多くの国ではみんなマスクをしていなくて、やはりある程度はそこに合わせていかないと経済も回らないし、生活も本当に不便だしね。日本人の死亡者が100万人も200万人も増えたのなら別だけど。もうそのようにしていかないと

と世の中全く進まないんじゃないかと思う。そのあたりの見解をお願いします。

**三島参考人** 私に2類を5類に変える権限はありませんが、全体的に見渡してみると明らかに5類に近いんじゃないかと思います。ただ、では来月から5類にしますということにはなかなかならないらしく、政治の問題になってくると思います。あとは5類にしたときの社会の仕組みづくり、市民の理解もそうなんです、そういったところの整備が必要ではないかなど。しかしこれは日本の文化の悪いくせなのか、波が過ぎると一切議論が起きなくなります。本来であれば、今のうちにやらないといけないんじゃないかと思います。すでに議論しているのかもしれませんが、なかなかそういう声が聞こえてこない、5類の議論を今から加速させるべきだと私は思います。

**堤委員** 先日の井上病院局長の話の中で、人的確保が非常に大事で、できれば複数の病院間で、言葉は悪いけれど余剰の人員を確保しながら回していく体制が取れば良いという話をされていました。さきほどの話では、看護師がコロナになれば、濃厚接触の場合を含めて、かなり病床を削減しなければならない状況があるということですが、そこら辺は今後議論が大事になってくると思うのが一つ。

そして、今後への課題の中で、これからパンデミックがどういう形で出てくるのか分からない。ということは、この3年間の基礎研究はきちんとしながら、あわせて人的確保をしていく必要があるかと思います。その辺りの人員についての考え方はいかがでしょうか。

**三島参考人** コロナが起きた当初にそういう議論がありました。あまり積極的な会議なども持たれずに今に至っているのが現状だと思います。恐らく現実に看護師が余っている病院がないんだろうと思います。当院もコロナの中で看護師がだいぶ辞めて、一般病棟が1病棟動かせなくなるんじゃないかと思ったぐらいです。そういう状況で、あそこの病院で看護師が足りないのでも回してくれと言われても、恐らく多くの病院は余力がないんだろうと思います。

ただ、委員の言うように、人員をどう確保するのかという議論は今からしておかないと、第8波とか新しい感染症が出てきたときには間に合わないのではないかと思います。

**木田委員** インフルエンザとの同時流行に関して、医療費の取扱いについてお伺いします。患者が発熱で外来に来たら、一応コロナの検査もするでしょうが、結果としてコロナではなくてインフルエンザだったときは、コロナの検査料も点数に加わるのでしょうか。それとは逆の場合や両方にかかっている場合もあるかもしれませんが、そうしたときの医療検査の扱いはどうなるのでしょうか。

それからさきほどのワクチンの効果について、第7波の前頃に急に医療従事者や福祉施設の方に4回目のワクチン接種をしなければいけないというふうに変わったと思うんですね。さきほどの話の中でオミクロン株対応ではなかったら打つ必要はなかったのではないかという話もありましたが、あのときはどのように対応すべきだったとお考えですか。

**三島参考人** まずコロナとインフルエンザの検査について、これは1週間くらい前に報道されていましたが、冬の同時流行のときは、まず自宅で自分でコロナの検査をして、陰性だったらそれはインフルですと。電話ないしオンライン診療で薬を処方してもらってくださいという方向になっていくと。ただ、実際にそうする人は少なく、病院に来る人が多くなるのではないかと思います。コロナとインフルエンザの検査を同時にできるキットがあるので、恐らくそれを使わざるを得ないんじゃないかと思います。ですからそのキットの確保が大事な問題です。確保できなければ、コロナとインフルエンザの検査を別々にしないといけなくなります。インフルエンザの場合も発症から2日以上たっていると保険適用にならないなどの細かいルールがあります。ですから、その辺をどう取り扱っていくか。コロナの場合、陽性であれば今のところは公費負担ですが、コロナとインフルエンザの検査を別々のキットでした場合、両方の請求が患者に行くことになると少し気の毒な気がし

ます。これについては今後国が方針を出すのではないかと思います、とにかく行政にお願いしたいのは、両方同時に検査できるキットを確保していくということです。

それから二つ目の質問について、4回目のワクチンの接種については正直いろいろな議論があります。私は効かないので打っていません。当院の様子を見ていると4回目のワクチンを打った人も結構入院してくるので、これは少し待った方が良くないかと思って打ちませんでした。ですから何が大事かという、株に合ったワクチンをきちんと打つことです。それを国が用意できるかという問題があると思います。

**今吉委員** さきほどの話の中であったように、人類はパンデミックから逃れることはできないし、共に生きるんですが、一番は今回の話のような現場の声をいかに国の施策に反映するかということだと思うんです。救急救命士の問題にしても、そういう部分を変えることを医師会などから国にどんどん上げてもらって、行動を起こしていかないと現場の声が通らないと思うんですね。そのためにはぜひ医師会としても全面的に進んで行ってほしいと思います。

**三島参考人** そういうやり方をぜひ教えていただき、一緒に行動してもらえればと思います。よろしくをお願いします。

**末宗委員** さきほどの質問に続いてもう1点良いですか。私は医師の本分は人の命を救うことだと思っている。さきほどはある程度世の中を動かしていかないとスムーズにいかないんじゃないかと思って2類から5類へという話をしましたが、医師の気持ちとしてはどうだろうね。人の命を救うという立場上、なかなか抵抗もあるかと思いますが。

**三島参考人** さきほども少し話しましたが、例えば、在宅診療医の場合、1人のコロナ患者の命を守りに行って自分が感染すると他の患者に迷惑がかかるといった、ある種のジレンマがあると思うんです。そこが2類から5類に変わったときに何か変わるかと言えば、あまり変わらないかもしれません。医療現場で2類と5類の隔たりをどう考えているかという、隔離が

必要だというのが2類の特徴だと思います。しかし、隔離を必要としなくても感染力が強ければ医療者として二の足を踏む人もいるでしょうし、踏まざるを得ない状況も出てくると思います。

**衛藤副委員長** さきほどのスライドの中で救急車の列と祭りの写真が並んでいるのが非常に印象的でしたが、私も介護関係者から大変な状況を聞いていて、その一方で経済を動かすという今の状況には非常にギャップがあると感じています。実際に医療現場など最前線で対応している方が本当に大変な状況のときは発信する余裕もないと思うんです。社会とのコミュニケーションと言うのか、状況がなかなか伝わっていないジレンマを私も感じていますが、これについてはきちんと行政なりが間に入っていく必要があると思います。第8波が心配される中、行政に対してもう現場は限界だと、行政から社会にもう少し現場の状況を伝えてもらえないかということについてはどうお考えでしょうか。

**三島参考人** これについては恐らく医師会からは何度か話があると思います。ただ、そうは言ってもそんなに重症者はいないというのが世の中の論調だったと思います。あのときに意識の違いをまざまざと感じました。ちょうど府内戦紙のときに商店街のアーケードを歩いて、今の世の中はこんな状況なんだと本当に驚きました。しかしそれは仕方ありません。我々は医療をなりわいとしていますし、仕方がないとは思っていますが、さきほどの救急搬送困難事例の話のように、一歩間違えばあなたの家族がああなっていたんだということは知ってほしいと思います。そこはどんな組織でも良いので伝えていただきたいと思います。

**平岩委員長** ほかにありませんか。

〔「なし」と言う者あり〕

**平岩委員長** では、委員外議員の方でどうぞ。

**小嶋委員外議員** 本日の内容からは少しずれるかもしれませんが、この1週間の大分県の感染者数は前週に比べてやや増加傾向にあります。全国的に増えてきていますが、これからさらに増加傾向になっていくのかどうか御所見をお尋

ねしたい。

もう一つは、さきほど株に相応するワクチンをといた話がありました。第8波がどういう株になるのかは分かりませんが、第8波に対応したワクチンの研究開発は進んでいるのかどうか分かれば教えてください。

**三島参考人** まず今後の傾向についてですが、増えていくとは思いますが、第6波や第7波のように急激には進まないかもしれませんが、正直何とも言えません。当然冬になるとウイルスは元気になりますし、感染しやすくなりますので、このままただ行くと可能性もあれば増えていく可能性もある。私は疫学者ではないのではっきりとは分かりませんが極端に減ることはないと思います。大体全国の推移に従って大分県も増えていくので、そういった流れになると思います。ワクチンの開発について、私は情報を持っていませんが、少なくとも国内ではワクチンができないということです。

**守永委員外議員** さきほど、感染は子どもから始まるということと第7波では高齢者が老衰に近い形で亡くなるケースが多いという話がありました。これまでもコロナにかかってから亡くなったという報告の中に、実際にコロナの影響で亡くなった人がどのくらいいるのかというのは非常に疑問に思っていたんです。確かにコロナによって体力が奪われ食事ができなくなって、老衰という表現に、なるほどと納得した部分もありますが、そういった方にうつさないためにも、まずは子どもがかからないように着目する必要があるのか。それがどのような手段になるかは政治的に考えていく必要があるわけですが、初期の頃に比べれば軽症者が増えている中、蔓延化が進んできた状況もあるわけですが、具体的にどうアプローチしていくのが良いのか非常に疑問なんですよね。高齢者で亡くなることを前提にしてしまうべきなのか、治療に当たる中でそれを防ぐ策について何か感じている部分があれば教えてください。

それからワクチンについて、今朝の報道で、これまでに2回接種した人でないとBA. 1、BA. 5のワクチンを打っても効果がないとい

う話で、2回打っていない人にはこのワクチンを打てないと聞きましたが、それについて何か情報をお持ちであれば教えてください。

**三島参考人** 1点目の質問については、高齢者をどう考えるかだと思います。やはり目の前でコロナで苦しんでいる人を見て、これは老衰ですからとはさすがに言えません。ですから治療はします。ではコロナで亡くなるというのはどういうことかと言うと、以前であればコロナ肺炎になって亡くなるということ。一方で今、私の感覚では、コロナになると体が弱って食事ができなくなって衰弱して亡くなっていく。これも捉えようによっては一つのコロナの病気の流れなのではないかと思います。ですから、高齢者がコロナにかからないようにすることが当然必要ですし、若年者からうつっていくのであれば、若年者にワクチンを打って、それで高齢者にもワクチンを打ってという作戦になっていくのかもしれませんが。しかし果たしてこれをつまみで打ち続けるのかについては議論が起きています。子どもにワクチンをどこまで打つかについては、あまりにもデータが少な過ぎる気がします。高齢者には積極的に打った方が良いかもしれませんが。高齢者を守るのであれば、適切なワクチン接種をして、病気になればそれなりの治療が必要になると。治療が長引けばある程度のところではいわゆるACP、人生会議を行ってどこまで治療を行うのかあらかじめ決めておかないといけません。非常に難しい問題です。

それから2点目の質問について、これは恐らく国から来た話だと思いますが、2回接種が終わっていない人には打たないでくれと我々も言われています。そうは言っても古いタイプがなくなっていく中、1回目、2回目が終わっていない人についてどうするのかという問題がありますし、なぜ効かないと言い切れるのかについては、申し訳ありませんが私は知識を持っていません。

**平岩委員長** ほかにありませんか。

〔「なし」と言う者あり〕

**平岩委員長** それではほかに御質疑等もないので、これで参考人との意見交換を終わります。

三島理事長、今日はありがとうございました。  
この委員会は、コロナ対策もしながら経済も回  
していかななくてはならないという両輪を抱えて  
います。今は大勢の方が旅行に行って、どこか  
浮き足立っている部分もありますが、病院、保  
育所、介護施設など、最前線で頑張ってくれて  
いる人がいることを私たちが発信していかなく  
てはならないと感じました。救急搬送の問題や  
コロナとインフルエンザの同時検査キットのこ  
とについてもしっかりと求めていきたいと思  
います。

これからもどうぞ体に気を付けて、病院関係  
者の方にもくれぐれもよろしくお伝えください。  
今日は本当にありがとうございました。

委員の皆さん、本日は内部協議はありません。  
前回の委員会で話し合ったスケジュールで進め  
ていきたいと思えます。お疲れ様でした。