

【第14回新型コロナウイルス感染症対策会議】

R2.6.4 PM2:00～

5F 大会議室

出席者；金井会長、湯澤・神田副会長

廣澤・水谷・松本・徳竹・丸木・登坂・松山・長又・桃木常任理事
県行政（保健医療部 唐橋副部長）

金井会長

今回14回目となる。患者は減少している状況である。まず、唐橋副部長から現状について説明いただきたい。

唐橋副部長

資料の1/6と2/6は、6月1日に、コロナ患者を受け入れていただいている57の病院に集まっていただき、説明したときの資料となる。

現在患者数は落ち着いており、この1週間で6人で、感染者が確認されたり、されなかったりという日が続いている状況である。縮小期に入ったという認識で、一旦、確保病床数を減らそうというものである。現在602床の病床をお願いしている。これを縮小期ということで240床まで減らそうというものである。超重症・重症については、現状のまま60床とする。これは、重症患者について重点的に対策をするようにという国の方針もある。中等症と軽症を400床、140床のところをそれぞれ135床、45床に減らす。合計240床にするという考えである。基本的に民間医療機関については、全て0にし、更に公立・公的病院も一部縮小することとなる。右の欄は参考であるが、陽性者患者が最大に発生した時の状況である。240床の積算基礎は、資料の上の部分の四角で囲んだ部分となる。各病院の割り振りは、個別に病院に通知し、現在調整中である。

再度拡大をした場合には、病床の確保をお願いすることとなる。240床体制を2回に分けて、まず420床までに戻し、更に600床まで戻すこととする。まず、公立・公的病院を戻し、更に民間病院を戻すものである。一番右は国がピーク予想しているものである。再拡大のタイミングは、それぞれ病床利用率が50%に達したときとする。

次に退院基準及び濃厚接触者に対する検査等の見直しについて（資料の3/6と4/6）である。5月29日に国で専門家会議が開かれ、それに基づき厚労省から事務連絡が発せられたものである。退院基準についてはこれまで原則的に退院時に2回のPCR検査を必要としていたが、改正後は、原則として発症日から14日間経過、かつ軽快後72時間経過で退院が可能となる。PCR2回の要件がはずれている。ただし書きで一部PCRの要件が残っている。

宿泊療養等の解除基準も退院基準の①と同様で、発症日から14日間経過、かつ症状軽快後72時間経過で解除可能となっている。症状軽快の定義や発症日の定義は注記のとおりとなる。

積極的疫学調査における濃厚接触者への検査については、これまで、濃厚接触者についてはPCR検査を行うのは、決まりとして、原則有症状の者に限っていた。埼玉県の場合にはかなり広く、家族や院内の濃厚接触者については、無症状の場合でも検査を行っていた実態がある。改正後は国の考え方においても、濃厚接触者については、速やかに検査対象とすることとした。

埼玉県では、資料5/6のとおり一部埼玉県独自の対応をとっていたが、改正後は国と同様とした。

最後のページであるが、自宅療養の体制強化となっているが、現在、自宅療養は1人となっており少ない状況であるが、再拡大期に入ったときに、原則、軽症者はホテルとなり、自宅は例外であるが、やむを得ない理由により自宅療養を選択する場合もあるため、患者が増えると若干、自宅療養も増える可能性がある。現在、自宅療養者全員にパルスオキシメーターを配布している。また、サイボーズキントーンを活用し健康観察を実施している。今後新たにオンラインによる医師の健康観察を実施したい。これは、患者の安心を担保するという観点もある。オンライン診療をする医療機関に健康観察を委託することになるが、この医療機関については、今後先生方に相談のうえ、検討する。

丸木常任理事

6月1日の会議では、病床を再度拡大する際、公立・公的病院は3日間で180床増やせというのは、かなり大変で現実的ではないのではないかとの意見があった。

厚労省から補正予算の話も全てしていただいたが、それでも経営が困難であるという意見もあった。

湯澤副会長

介護報酬においてデイサービスは加算がつくようになった。いずれ診療報酬も、もう少し加算がつけばいいと思う。

廣澤常任理事

オンライン診療については、電話ではだめなのか。

唐橋副部長

広い意味では、電話も含まれてくると思うが、患者の安心感を考えるとどうなのか、今後検討したい。

登坂常任理事

縮小期でホテル 500 部屋となっているが、今後もこれだけの数を保つのか。

唐橋副部長

現在、ホテル待機者は 3 人であるが、今後も保っていく予定である。

桃木常任理事

ホテルを再度増やす場合には、どうするのか。

唐橋副部長

やり方を考える必要がある。想定しているのは予め要請をしてから 2 週間で客室を空けていただき入居できるようにすることを条件に公募したいと考えている。まだ、検討中である。

金井会長

病院だと 3 日間で病床を空けるということがあったが、かなり厳しいのではないかと。

唐橋副部長

3 日間は確かに厳しいが、資料にも小さく記載したが、実際には、予告期間を設けて、全体として 6 日間くらいになると想定している。実際には、運用として、準備が整い次第開始することとなる。民間は要請から 7 日間としている。

金井会長

フェーズが変わる時の対応が大変だと思う。

唐橋副部長

一番難しいのは、急ピッチで患者が増えていく時期で、東京も

埼玉も6日間で倍になっていた。早い時期だと4日間で倍になっていたので、そのピッチに遅れないようにホテル、病床、搬送等について確保することが必要である。第2波に向け、対応が遅れないように検討している。

登坂常任理事

PCR検査センターについて、今後も続けていくのか。

唐橋副部長

10月以降も続けていただく予定で予算措置もする。一番大事なのは検査体制ということで国も県も認識している。

水谷常任理事

PCRが唾液OKとなり、検査数が増えると予想されるが、キャパシティがどれくらいあるか把握しているか。

唐橋副部長

まさに今、国から、能力と必要数を計算し、ギャップがある場合はそれを埋める対応を考えるよう宿題が出ており、19日までに回答することとなっている。今現在、計算をしているところである。

6月1日 病院長会議資料

縮小期から再拡大期を見据えた 確保病床の弾力的な運用について

1 発生者数縮小期の病床等確保数

縮小期の必要病床数は、外出自粛要請再要請の考え方や県の入院者実績などをもとにして240床を設定。

【240床の考え方】

県「自粛再要請の検討の目安」新規陽性者数週100人以上 \Rightarrow 14人/日 \times 0.4(入院割合) \approx 6人(入院者数) \times 20日 \approx 120人(床)
 必要調整において病床稼働率50%を超えてくると困難な実態があるため、120人 \div 0.5 \approx 240人を必要病床数とした。

病床種別	病床数の考え方	600床 (目標値)	病床確保数(案)	(参考) 最大罹患患者発生時 (4/26)の入院者数
超重症 重症	現状を極力維持 ※国専門家会議の方針「入院病床を重症化に重点化」	60	60	20
中等症	病床確保数240床から重症以上を除き、 目標値を参考に配分	400	135	233 ※合計から重症者数を 除いた数
軽症		140	45	
合計	-	600	240	253
ホテル		1,000 (=900+余裕)	500 (=360+余裕)	404 入院以外の患者数

※新型コロナウイルス感染症患者の受入に協力した医療機関が、病床転用を行ったことなどにより経営が厳しい状況が生じている。これらの協力病院の多くは、三次または二次救急医療機関であるため、『縮小期における病床確保』は要請に応じて速やかに受入れることを前提に救急患者への他利用も容認する。

2 再拡大時の病床等確保数

○縮小期から再拡大期（国ピーク予測まで）の病床確保数

・病床数を3つのフェーズ（240床・600床・2,400床）に分け、新規陽性患者の発生状況を踏まえて段階的に病床を確保する。

フェーズ 病床確保数	フェーズⅠ (縮小期)	フェーズⅡ (再拡大期)	フェーズⅢ (国ピーク予測)
病床確保数	240	420/600	2,400
超重症・重症	60	60	400
中等症	135	270/400	1,500
軽症	45	90/140	500
ホテル	500	1,000	10,000

※フェーズⅡの内訳は600床目標値。フェーズⅢは国ピーク時予測の患者数及びフェーズⅠの病床割合から積算。

3 フェーズの移行と病床確保のタイミング

○病床確保のタイミング

I → IIの場合：新規陽性者数が週70人以上又は入院者数が80床以上で予告、半分の120床(病床利用率50%)以上になった場合、医療機関に確保を依頼する。⇒公立・公的等は3日間で180床、民間は7日間で180床、合計360床を確保。(倍加時間6日間の場合)

II → IIIの場合：入院者数が600床の40%の240床以上で予告、半分の300床(病床利用率50%)以上になった場合、医療機関に確保を依頼する。⇒12日以内に次のフェーズの病床の追加分1,800床を確保。(倍加時間4日間の場合)

	フェーズⅠ (縮小期)	フェーズⅡ (再拡大期)	フェーズⅢ (国ピーク時予測)
病床確保数 (重/中/軽)	240床 (60/135/45)	420/600床 (60/270/90)/(60/400/140)	2,400床 (400/1,500/500)
フェーズ移行警戒人数等	120床 (予告 週70人以上又は80床以上)	300床 (予告 240床以上)	

退院基準及び濃厚接触者に対する検査等の見直しについて

退院基準・解除基準の改正

- ・国内外の研究によると、発症日から7日～10日程度経過した場合に培養可能なウイルスが検出されず、感染性がある可能性が低いと考えられる。
- ・これを踏まえ、発症日及び症状軽快からの時間経過を退院等の原則の基準とする。

退院基準について

【現行】症状軽快(注1)後24時間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査・陰性を確認できれば退院可能とする。

【改正後】

- ① 原則、発症日(注2)から14日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、退院可能とする。
- ② ただし、発症日から10日経過以前に症状軽快した場合には、症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認できれば、①の基準を満たさない場合にも退院可能とする。

* 核酸増幅法を含む。以下同じ。

※重症化リスクがない者等で、医師が必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した場合には、宿泊療養等で療養する。

宿泊療養等の解除基準について

【現行】症状軽快(注1)後24時間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認できれば解除可能とする。ただし、宿泊療養中又は自宅療養中の者にPCR検査を実施する体制をとることにより、重症者に対する医療提供に支障が生じるおそれがある場合には、宿泊療養又は自宅療養を開始した日から14日間経過したときに、解除することができる。

【改正後】

- 発症日(注2)から14日間経過し、かつ症状軽快後72時間経過後、宿泊療養又は自宅療養の解除を可能とする。

注1 症状軽快:解熱剤を使用せずに解熱しており、呼吸器症状が改善傾向である場合

注2 発症日:症状が出始めた日。無症状又は発症日が明らかでない場合には、陽性確定に係る検体採取日

注3 退院後に再度陽性となった事例もあることから、退院・解除後4週間は自ら健康観察を行い、症状が出た場合には、速やかに帰国者・接触者相談センターへ連絡し、その指示に従い、医療機関を受診する。

積極的疫学調査における濃厚接触者への検査について

- 国内外の研究によると、発症前(2~3日前)の症状が明らかではない時期から感染性がある。
- これを踏まえ、速やかに陽性者を発見する観点から、濃厚接触者については、PCR検査*を実施する。陰性だった場合、潜伏期間等であることも考慮し、14日間の健康観察は引き続き行う。

濃厚接触者への検査等について

【現行】

「濃厚接触者」については、発熱または呼吸器症状が現れた場合、検査対象者として扱う。ただし濃厚接触者が医療従事者等、ハイリスクの者に接する機会のある業務に従事し、感染状況の評価が必要と考えられる場合、クラスターが継続的に発生し疫学調査が必要と判断された際には可能な限り検査を実施する。

無症状病原体保有者の濃厚接触者については、積極的疫学調査の対象とするかは個別に判断する。

【改正後】

「濃厚接触者」については、速やかに陽性者を発見する観点から、検査対象者とし、PCR検査を実施する。

陰性だった場合にも、濃厚接触者は「患者(確定例)」の感染可能期間の最終曝露日から14日間は健康状態に注意を払い、自宅待機する。この際、健康観察期間中に何らかの症状を発症した場合には検査を直ちに実施する。

「無症状病原体保有者」の濃厚接触者についても健康観察の対象者とし、「陽性確定に係る検体採取日」の2日前からを感染可能期間として入院等されるまでの期間に接触した者を濃厚接触者とする。検査についても有症者の濃厚接触者と同様の対応とする。

* 核酸増幅法を含む。以下同じ。

新型コロナウイルス患者のウイルス量と感染性に関する国内外の知見

アメリカにおける知見(CDC)

- 上気道検体(鼻咽頭)中のウイルス量は、発症後低下する。
- 発症後9日以降から培養可能なウイルスは分離されなかった。統計的に発症後10日でゼロになると推計。
- ウイルス量が少ないが検出できるレベル(Ct値33-35)の場合、ウイルスは分離されない。
- 症状軽快後、ほとんどの患者は上気道検体のウイルス量は検出限界以下。引き続き検知される患者については、軽快後3日後ではウイルスが分離されないレベル。

日本における知見(PNAS: Matsuyamaら、2020年3月)

- 新型コロナウイルス感染症では、発症~7日でウイルス量は極めて低下する。(PCRでほぼ検出できなくなる)
- 発症から7日目においてウイルスがPCRで検出できる場合であっても、ウイルス分離はできない。
- Cq値*とウイルス分離には相関性がある。(※値が高いほどウイルス量は少ない。)
- リアルタイムPCRのCq値が概ね30以下でウイルス分離が成功。(Cq値<30の検体には感染能があるといえる。)(Cq値が30以下であっても必ず成功するわけではない。)

中国・武漢における調査報告(94例)(Nature Medicine: Xi Heら、2020年5月)

- 症状が出てすぐにウイルス量は最大となり、発症後21日まで検出可能(性、年齢、重症度による影響なし)
- 感染から発症までの期間:平均5.8日(中央値5.2日)
- 感染性開始:発症前2.3日前~0.7日前
- 発症前の感染:44%
- 感染性:発症後7日以内にすぐに低下

台湾における調査報告(患者100例、その濃厚接触者2761名)(JAMA: Hao-Yuan Chengら、2020年5月)

- 濃厚接触者の発症率は0.7%
- 2次感染率は、家庭(家族(4.6%)・同居人(5.3%))の方が医療従事者(0.9%)より高い。
- 発症後6日目以降の患者に曝露された濃厚接触者は発症していない。
- 発症前の患者に曝露された濃厚接触者の方が発症後の患者から曝露した場合と比べて発症率が高い。

宿泊療養・自宅療養の解除基準について

①症状軽快後24時間以上空けて2回連続PCR検査が陰性

②(原則)発症から4週間以上経過し、かつPCR検査が1回陰性
ただし、療養を開始した日から14日間経過し、症状の経過などから医師が周囲への感染の恐れが低いと判断したときは、PCR検査の実施を要しない

※②の適用については、宿泊・自宅療養者に対するPCR検査の実施が重症者に対する医療提供体制に支障が生じるおそれがある場合を前提とする

廃止

○国と同様の基準とする

・発症日から14日間経過し、かつ、
症状軽快後72時間経過

新型コロナウイルス感染症 自宅療養の体制強化

現状・課題

- 陽性者のうち、軽症で入院が必要がない者については、ホテル療養を原則としている
- しかし、同居の家族を抱える方など、事情を抱える方は自宅療養を選択しており、第2波を迎えると、その数が増加する可能性がある
- 自宅療養の場合でも手厚い健康管理ができる体制の構築が必要

対応策

- 自宅療養者の全員にパルスオキシメーターを配布
 - サイボウズのキントーンを活用し、保健所の保健師が1日2回、健康観察を実施(SPO2などの数値を確認)
 - 自宅では医師の目が届きにくいことから、週に1回程度、自宅療養患者とその同居家族に対し、オンラインで医師による健康観察を行う(保健所が必要と認められた場合)
- ⇒オンライン診療を実施する医療機関に健康観察を委託

