

第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会（第24期第5回）

議事要旨

日 時 令和2年6月19日（金）10:00～12:00

会 場 ビデオ会議

出席者

（分科会委員、敬称略）磯部、糠塚、秋葉、宇田、小松、高井、田中、徳田、平井、舘田
（参考人及び説明者）加藤茂孝先生、岸玲子先生、三嶋廣繁先生、
中川晋一先生、郡山千早先生
（オブザーバー）石川第二部長、東野輝夫先生、杉山雄大先生

1. 三嶋先生からの御講演

ウイルス性肺炎の原因としてのコロナウイルスの説明。もともとは家畜のウイルス。今回は調理場で感染が始まったと中国は分析している。

海鮮市場との関係があるのかどうか。もともと関係のない症例もあった。海鮮市場にいた動物が原因ではないか。

高齢者が重症。2割が重症化。18歳以下は感染少ない。若年者の重症の例も少なくない。若年者にもリスクはある。

小児に少ない理由としては細胞表面の状態（AC2）が大人と違うからではないか。

高齢者の致死率が高い。

基礎疾患との関係は呼吸疾患との関係は大。その他は心疾患、糖尿病、高血圧。血管内皮障害が関係ある。

臨床症状としては、発熱、咳、筋肉痛倦怠感。

病態として血栓がある。血管内皮障害との関係。血栓が多発して出血する。剖検：日本では十分ではない。しかし、約6割に血栓が見られる。若年脳梗塞が7倍に増加という報告あり。予後不良因子とも血栓は関係ある。

肺炎診断はCTがよい。日本放射線医学会ではスクリーニングに使うことに反対。被爆を危惧しての反対。

抗体検査は疑問。

PCR検査は唾液検査でも制度に問題はないという結果を出している。無症候でも使えるのではないかと考える。使いたい。

抗原検査は感度が悪い。偽陰性の問題。

抗体検査の結果からいえるのは、日本は集団免疫の段階ではない。日本は第二波には最も弱い国。

日本感染症学会も出しているが、抗原検査とPCR検査を組み合わせ対応すべき。

COVID19を画像で判定することはできない。

COVID19は重症化が問題。救命が重要。

サイトカインストームが確認されている。

重症者にはできるだけ早く対応すべきということが指摘されている。

ワクチンは、遺伝子変異で無効化の可能性が大。変異が頻繁であるというデータと指摘あり。

治療薬としては抗ウイルス薬とサイトカイン関係。

抗ウイルス関係では、特効薬はないが臨床経験からいうと治療方法は確立されてきている感覚はある。複数薬の併用。単独の薬で困難ではないか。

ワクチンは国産化が重要。

感染対策では、無症候からの感染が難しさ。接触感染予防が進んでいないのではないか。糞便からの感染＝洋式便所はリスク。トイレの管理は重要。症状の5日前からウイルスが排出されている。マスクは有用。大声での会話はよくない。BCGは関係ないのではないか。

下水汚泥から分析する、地域の流行予測をする案は十分考慮に値する。

三密は評価されている。スタンダードな生活様式となる。

秋葉委員長

川崎病的な症状が指摘されている。

三嶋先生

まだ論文がないが、血管内皮障害との関係ではないか。

血管内皮障害は重症死亡者で確認されている。

秋葉委員長

症状が出ない理由は？

三嶋先生

そこはわからない。

秋葉委員長

インフルエンザとの関係ではどうか？

三嶋先生

インフルエンザの方が空気中での生存が短い。

秋葉委員長

CTの線量はどの程度なのか？ 肺がんと比べてどうか？ 回数は？

三嶋先生

線量は肺がんとは同程度。回数は増える傾向。

中川先生

国内侵入当初での有用なメディアは？

三嶋先生

一般の医師からのメール等での問合せが最初。その後に発表や論文が出た。症例から学ぶのが大きかった。

最初に気づいたのは救急医ではないか。

中川先生

情報提供のやり方として示唆があった。メールベースではなくて、全国規模でできればよいのではないか。

三嶋先生

日本感染症学会の取り組みがよかったということ。大変に効果があった。世界に先駆けての取り組み。死亡が少ない原因ではないか。海外では治療に消極的であったが、国民皆保険の日本は積極的な治療ができています。ここに死亡が少ない要因があると考えます。

舘田先生

実験では効果がなくても臨床で効果が感じられることがある。

変異の方向性として強毒化？ 弱毒化？

三嶋先生

変異は一般的には弱毒化。一般論。感染力は高まっても強毒化するかという疑問。ワクチンが効かなくなるリスクは常にあるので観察が必要。

舘田先生

第二波のダメージは？

三嶋先生

第一波での経験は大きい。生活様式の変化も大きい。ダメージを抑える大きな効果を出

すと考える。

舘田先生

医療への負荷は？

三嶋先生

例えば愛知と岐阜ではホテルの確保をしている。軽症者の収容はできる体制。今回の経験が活かされている。

徳田先生

日本感染症学会の情報共有の取組というのはどのようなメカニズムですか？

国際的には情報共有できたのか？

論文ベースでの共有ですか？

三嶋先生

舘田先生が理事長の日本感染症学会が症例ベースで軽い査読でサイトに上げた。一般公開した。誰でも見られたので役に立った。一番役に立ったといえる。

感染対策は看護師が主役。日本環境感染学会がガイドラインを出した。

海外とは不十分。WHO からの情報も来なかった。留学関係の仲間からの情報等にたよった。個々に情報収集していた。大きな問題点。

2. 宇田先生の講演

院内感染を分析すると、①早期探知の遅れ②介護度の他患者への対応の困難さ（介護による接触がある）③病院の構造（狭い）などが大きな要因か。

院内感染が発生した後に病院は厳しい状況になる。院内感染発生後に病院に支援に入った際には、職員から大変厳しい意見が出た。

クラスター班からの指導としては、基幹的な病院に COVID19 患者の紛れ込みは避けられないということを前提として。早期探知や対応力が必要。想定して準備が必要。

院内感染対策では管理部門のリーダーシップが重要。

クラスター班からの指導は大変有用であった。反省するべきは反省するとして、どんな病院でも起こりうるというスタンスでの指導は有効であった。マネジメントレベルへの指導が有効であった。

今後の課題としては、クラスター班を投入する判断や手続きの明確化が必要。

院内感染は病院運営に大きな影響＝入院患者の大幅減。院内職員の自宅待機や組織再編。収入が減る一方では支出は増える。

院内感染は、患者とその家族、医療従事者（自宅待機者と自宅待機者を補った職員）、地域（地域医療水準の低下⇒地域の健康状態の悪化）、医業（病院経営に大きな悪影響）に大きな負担。COVID19 による上記のようなインパクトに対する支援をどうするかという問題は大きい。

平井先生

介護施設の集団感染のリスク。高齢者の多い施設の対応が不安。

宇田先生

難しい点。介護施設は対応に苦慮したというのが実際。病院は医師看護師がそろっている。施設は生活の場であるので密着の度合いをコントロールするのが困難。医学的なコントロールが難しい。施設内隔離といっても、隔離するスペースがない。施設職員は福祉関係の職員であるので医療的な面では知識・スキルに問題。

デイサービス関係は COVID19 ブロックが難しい施設。そこが難しい点。

施設内での隔離がベストだが、施設の外に医療的バックアップのシステムを作ることが必要ではないか。

平井先生

地域医療再編などもあるが、システム的に見ていくことが必要。第二波が怖い。

秋葉委員長

介護施設では、濃厚接触者に対する対応・追跡等は？

宇田先生

医療機関でも感染予防の準備が不十分であった。介護関係では医療機関の比ではない不足。医療のバックアップ体制をグループの中でギリギリ組んだ。地域の中で体制を作ることが必要。

一朝一夕にはできないが、施設は個々の施設でやっているとはいっても院内感染を抑えるレベルには達していないであろう。研修は重要であろうが、病院に対するクラスター班のような外部の支援チームが必要。施設をバックアップする医療体制が望ましい。

秋葉委員長

クラスター班からの指導としての病院のマネジメントへの指導は？

宇田先生

病院の管理層に対する情報提供の指導があった。管理者から職員に対する情報提供の工夫を始めた。ITを使った職員への情報提供徹底。小さいながらも対策本部スペースを作ってそこに管理者が常駐する体制。朝晩の職集での徹底。など。

院内に感染症対策の司令塔組織が不可欠。院内司令塔組織は院内感染予防の必要最低限の組織。

中川先生

病院の感染症対策の施設認定のようなアイデアはどうか？

宇田先生

認定の更新を意味あるかたちでやるが必要で、院内で感染対策を常に進めておく組織を作るのがより有益。

徳田先生

介護施設の入所者と家族との関係。ITで連絡を取るなどできたのか？ できるのか？ 面会制限等との関係。

宇田先生

面会制限が必要。外部とはITでやるしかないが不十分ということであった。事前に準備をしておいて慣れていないと使えないのが実際。

徳田先生

タブレットでの接触感染の例もある。

秋葉委員長

舘田先生、指定感染症2類指定の点はどう考えるか？

舘田先生

新型感染症であるので全数把握をする必要というところであったが、やがては限定把握で十分ということに移行する。事態の推移に対応して全数把握はよいのではないかなという気もする。

現状ではクラスター対策であるので全数把握が必要。

秋葉委員長

病床確保の問題はどうか？

舘田先生

今回は走りながら考えてということであったが、今回は比較的方針転換は柔軟であったと思う。しかし現場まで伝わっていなかったのではないかという点はある。

糠塚先生

学会等のガイドラインの現場への浸透度合いはどうだったのか？ ハード面の不足はどうだったのか？

宇田先生

ガイドラインは有用であった。看護師・医師・事務・その他職員にも伝達はしたであろうが、どこまで徹底できていたのかは評価が困難。

ハード面とソフト面の評価については難しいが、ソフト面がより大きな要素であったような点はある。スキル、危機意識、対策への積極的な姿勢、などのソフト面。

平井先生

ガイドラインは平時では重んじられないという傾向。感染者が出て慌てて徹底されたのではないか。

舘田先生

院内感染・施設内感染は思ったより少なかったという印象があるがどう考えるか？

宇田先生

海外との比較は調べていない。現場レベルでは分析できていない。

実際の病院の現場では、運営レベルでの職員の危機意識の持ち方などで同じような病院でも結果に差が出ているのではないかと感じている。

3. 今後の進め方

秋葉委員長

第二提言を中川先生東野先生から骨子を説明お願いします。

中川先生

情報処理の点からの中心にして検討している。

感染拡大局面での対応。情報の提供収集と質保証の論点。

データセンターの機能としての調査機能と検証機能。レセプト等のデータを感染情報として使う際の論点。感染情報の即時性の確保と提供体制。

医療従事者での情報共有と活用のシステム。

トラッキングシステム。

大規模災害アーカイブ。

東野先生

感染症そのものというよりも、POST コロナの社会・経済を IT との関係でどう考えるのかという点から考えている。現在第三部で集中に相談を進めているので、次回に徳田先生とともに素案を説明してみたい。

今期のうちに提言のかたちにするというペースで考えている。

舘田先生

正しい情報が集まらないという問題。情報収集のシステムができていない。IT を活用した即時情報対応のシステムではなかった：例えば保健所から都庁への連絡が手書きのファックスであったなど、という点。

現場の状況把握に関しては、現状把握ができる感染症がわかっている医師が少ないという問題。感染症のわかる医師のプールと活用。

三嶋先生

感染制御専任医師は大学病院クラスでないといけない。基幹病院レベルでも配置が必要。高齢者施設も考えるべき。国としての条件の厳格化が必要ではないか。政策としてやるべきではないか。人員配置が必要。現場への支援としては最も重要な点。

秋葉委員長

法律面からの留意点ありますか？

磯部先生

次回までに用意します。

小松先生

看護師の役割は重要。

三嶋先生

専門看護師志向で認定看護師軽視は問題。

秋葉委員長

現場での対応については、情報とは別個の提言という案も考えられるので、次回に検討したい。