

# 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17日（月） 午後1時31分から  
午後2時57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、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

## 4 欠席した委員の氏名

末宗秀雄

## 5 出席した委員外議員の氏名

高橋肇、守永信幸、小嶋秀行

## 6 出席した執行部関係者の職・氏名

病院局長 井上敏郎 ほか関係者

## 7 会議に付した事件の件名

別紙次第のとおり

## 8 会議の概要及び結果

- (1) 新型コロナウイルス感染症第7波の対応等について、執行部から報告を受けた。
- (2) 今後の委員会スケジュール及び最終報告書作成について、内部協議を行った。

## 9 その他必要な事項

なし

## 10 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17日（月）13：30～

場所：第3委員会室

1 開 会

2 病院局関係

13：30～14：30

（1）諸般の報告

① 新型コロナウイルス感染症について

3 内部協議

14：30～14：45

4 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、都合により末宗委員が欠席していません。

また、委員外議員として高橋議員、守永議員、小嶋議員が出席しています。

さて、井上病院局長をはじめ、病院局の職員の皆様方におかれては、第7波でのオミクロン株B A. 5の影響でかつてない規模の感染拡大により、大変厳しい状況の中、県民の命を守るため昼夜を分かたず御努力いただき、心より感謝申し上げます。

前回、局長に説明いただいたのは昨年9月でした。防護服の着脱が大変危険ということ、病床が足りずにほかの病棟を潰して増やされたこと、感染症専門医が少ないことが大きな問題であると御提言いただきました。亡くなった方の顔を最後に御遺族にお見せした話も印象に残っています。

前回、局長が第5波、第6波も来るでしょうと仰っていたら本当に第7波まで来てしまって、これからどうなるのだろうと思っています。

本日は前回伺ったことをベースに新型コロナウイルス感染症第7波の振り返りということで、現場の意見を交えて報告いただきたいと思えます。よろしくをお願いします。

**井上病院局長** 本日は県立病院の新型コロナウイルス感染症に対しての対応で、この1年間の変化について御報告申し上げる機会をいただきありがとうございます。

お手元の資料に沿いながら、できるだけ分かりやすく説明したいと思います。どうぞよろしくお願いします。

まず、i P a dの2ページ目をお開きください。

県立病院の概要です。県立病院はここにあるように、一般病床、精神病床、感染症病床の三つからなっています。

一般病床の中には、救命救急センターや新生

児I C U、総合周産期母子医療センターがあります。

感染症病床は、感染症指定病床としては12床です。これは三養院と呼ばれる本館に隣接する部分にある6床と、5階の東病棟に6床、合わせて12床です。

病院全体の職員はここにあるように1, 100人余です。御覧の職種以外もありますが、主な構成は医師、看護師、助産師などです。

ここで申し上げるのは、県立病院の医師数、看護師数は他の病院に比べると、県内ではかなり恵まれている方ですが、他県の県立病院の状況と比べると決して多くありません。平均よりやや少ないと認識しています。そういう精鋭の中でいろんな役割を担っています。

枠囲いの中の新型コロナ入院患者に対する医師・看護師の診療体制は、受け入れるまでの体制です。受け入れた後には、もちろん看護師や医師が患者に対応するわけですが、患者が入ってくるまで、あるいは問合せがあったときの状況では感染管理室がコントロールするわけです。そして、実際には呼吸器内科医を中心とした医師と救命救急センターの医師がバックアップし、さらに足りないときには、応援部隊として内科系、外科系などいろんな科の医師たちがバックアップしていく形になっています。

3ページをお開きください。

これまでの経緯と病院の主な対応について列記しています。

御存じのとおり2020年1月に初めて国内で感染確認されてから2年半、年を超えれば3年になります。主に第6波のことを一番右下に書いています。第6波は年明けからだらだらと続いた感染でした。ここで実はクラスターが発生してしまったんですね。第6波に関してはこれがちょっと残念でした。一生懸命クラスター発生防止をしていますが、これはたまたま医療従事者の具合が悪くなり、その人が陽性だと分かって、調べてみたら既にこれだけの人間が感

染していた。つまりいつの間にか見付かったクラスターですが、比較的早く終息させることができました。これが主な第6波の対応です。

4ページを御覧ください。

第1波から第7波まで受け入れた患者の内訳の数字を出しています。

第7波は現在も進行中です。確かに受け入れた患者数は125人とここに書いていますが、これは9月いっぱいまでで、7月、8月、9月で125人です。患者数としては多いです。

第5波、第6波のところと比べていただくと、それまでの波に比べて明らかに重症者は少ないですね。中等症の数もそれほど多くはない。若い10歳未満が多いということ。それから、下の方を見ていただくと、妊婦、小児病棟（新生児・小児）、精神医療センターと書いていますが、こういう特殊な領域の患者さんの受け持ちが明らかに増えています。これが第7波の県立病院の特徴です。

妊婦はどこもコロナの感染者になると受け入れ難いので当院に要請が来ます。

小児もある一定の年齢以下、あるいは基礎疾患を持った子どもとなると、他の病院ではまず受け入れてもらえないので、県立病院がその役割を果たさなければいけません。

精神医療センターに関しては、陰圧室を1室持っているのですが、重症の精神疾患がありコロナ陽性であると、その1室を使って受入れをします。

こういう形で少し患者さんの内容や背景が違います。これが特徴と言えるかと思います。

5ページを御覧ください。

これは感染症指定病床で、さきほど言った12床のうちの1床です。実はお産が始まっている状況です。子どもへ影響ができるだけないようにと考えると、帝王切開で産んでいただくのが一番の鉄則なんです。ところが、やはりそういう原則をつくっても、どうしても飛び込みがある。陣痛が始まって、その場で産むしかない。手術室を準備するまでもたないことがあると、こういう形で分娩を病床で行わざるを得ないので緊張して職員が対応するわけです。

6ページを御覧ください。

生まれた新生児を保育器の中に入れ、小児の病棟に陰圧室があるので運びます。何をするかというと、赤ちゃんを48時間ぐらい追跡して、無事に陰性であることを確認します。今までのところ県立病院では陽性化した赤ちゃんはいません。ただ、無事陰性が確認できるまでは厳重な管理をします。

7ページを御覧ください。

これは手術室で整形外科の個室の患者さんの手術をしているところです。見ていただくと分かる通り、お年寄りも転倒して大腿骨を骨折することが非常に多いですね。そうすると骨折の手術、処置をしないとイケませんから、当然整形外科に入院します。そのときにはコロナの陰性確認を必ずするわけです。ところがその後、1日、2日経って熱が出てくることがあるわけで、こういう嚴重な形で手術となります。

1点で陰性を確認するのが非常に難しいのがこの感染症の厄介なところ。潜伏期間があるところですね。

8ページを御覧ください。

これは病床の確保の状況変化を示しています。

第4波以降第6波まで、実は一般病床も駆り出して合わせて20床でやりました。第7波に関しては、さらに20床では足りずに、さきほど言った小児病棟とか産科、あるいは精神科とかも含めると、最大25床まで使いながら今までのところやっています。

9ページを御覧いただきたいですが、これはさきほどお伝えしたコロナの専用病床、三養院と5階東はそれぞれ6床ずつあります。それから、一般病床のある8床をコロナ病床に転用して、20床です。それに応じて、看護師をどう捻出していくかを書いています。

一番右上の方の看護師確保の右、一番端を見てください。三養院だと重症患者なので6床ですが、1日20人ぐらいは配置しないと対応できません。次に、5階の東はやや重症度が下がります。中等症を中心に回しているのでも17人です。そして8床に関しては15人で、20床だと合わせて52人の看護師が必要です。

そうするとこの赤字のところに書いていますが、この52人を捻出することは、看護師全体の約1割を割くことになります。大体1病棟が24人から28人ぐらい看護師がいるので、52人割くことは、約2病棟分消えてしまいます。これが現実です。非常に効率が悪いと言ってしまうとそれまでですが、こういう言い方をしているのかもしれないですが、20人のコロナの患者を扱うためには、2病棟分——1病棟は大体50人ぐらい患者が入院するので、2病棟分の約100床弱ぐらい使えないことになってしまいます。

真ん中より少し下の方を見てください。

加えて第7波では、小児病棟への新生児と年少小児の受入れやさきほど第6波で言いましたが、感染者がいつの間にか病棟に紛れ込んでしまうときの対応ですね。

それからもっと深刻だったのは、看護師の家庭での感染があり、看護師自身が濃厚接触者の判定を受けてしまう。つまり待機しないといけなくなることで、隣にいる小畑看護部長も本当に頭を悩ませながら、毎日やりくりしたわけです。

最大1日何人ぐらいの看護師が待機したり勤務できなくなったりしましたか。

**小畑看護部長** 幼稚園でクラスターが発生したこと等が非常に大打撃を受けて、多いときは50人ほどの職員が勤務できませんでした。

**井上病院局長** 50人は看護師が感染症病棟に行っています。また別の50人が一般病棟でいなくなると本当に痛いんですね。それで、もちろん国のルールを守りながら、濃厚接触者であるけれども、毎日検査し陰性確認をしながら何とか勤務してもらうということですね。勤務直前検査をやって勤務してもらう。

あれは1日何人ぐらいでしたか。

**小畑看護部長** 3月が非常に多かったですが、1日30人ほど検査して出勤してもらうケースがありました。

**井上病院局長** そういうあらゆるあの手この手を使いながら何とか回してやっていました。

何とかやりくりをしても、どうしても県立病

院は感染症医療だけをやっているわけではありません。いわゆる感染症を除く一般医療にどんな影響があったかという、これが一番下の枠囲いでポイントを書いています。一部の診療科の制限です。

これは呼吸器内科医が当然コロナ感染症にウエイトが入っていくので、どうしても呼吸器内科の診療は制限せざるを得ないことになります。これはやむを得ないところです。

それから、不急の予定入院、予定手術を若干延期せざるを得ない。これはできるだけ避けたかったですが、急ぐ患者さんは別として、大体7月から8月で延期した件数が27件ほどあります。

それから、紹介患者さんに対して、不応需、要するにお断りせざるを得なかった。通常、大体1月に10人、1週間に2、3人ぐらいはどうしてもいろんな理由で急患その他、お断りせざるを得ません。

その主なものについては、理由をちゃんと確認しており、急患対応で、今、現実に対応している患者さんがいるので、あわせては無理です。ちょっと待っていただかないと無理ですということでお断りせざるを得ない。あるいは手術中で手が離せない。そういった誰が考えても納得せざるを得ない理由でお断りしているのが週に大体2、3人です。

そういうケースはどうしても起こります。そうすると、月に10人ちょっとはお断りせざるを得ない状況です。もちろんこれは他の病院をあたっていただくので紹介するわけです。それが大体3倍から4倍ぐらいにお断りせざるを得なくなりました。ですからおおよそですが、月50件ほどになってしまいました。これは避けたいことですが、どうしてもそれが現実です。

10ページを御覧いただきたいと思います。

これは前回のコロナ特別委員会で申した課題です。四つの課題を挙げましたが、この中でだいぶ時間が経ってきて、いろんな形で少しずつ緩和された課題もあります。

この課題そのものは完全に解決されているわけではないですが、例えば、二つ目のポツです

ね。医療機関の機能分化と医療機関相互の連携は、同じコロナを受け持つにしても、役割認識はだいぶはっきりしてきました。もちろん行政の患者の配置というか、患者をどの病院にと、取りあえずやる部分も慣れてきた部分もあります。簡単に言うと、非常に重症な患者は県立病院か大分大学医学部附属病院に運ぶ。中等症であれば、例えば大分市内だと日赤病院とか三愛病院とかに運ぶとか、役割分担がだいぶできてきた。病院同士のお互いの連携はやりやすくなりました。

それから、三つ目のポツですが、さきほど申したような診療スタッフのやりくりに関して、かなり上手になったというか、慣れてきた部分もあります。前は本当に四苦八苦だったのが、以前の経験をいかしながら、少しずつ回し方がうまくなったと。少し収まったら、一般病床を縮小し、感染症の12床に絞り込んでいくとか、患者の入院、手術が延期できる人を上手にピックアップするとか、いろんな工夫をしています。できるだけ急患を断らない、重症急患を断らないところ1点に絞っていく意識が浸透していったということですね。これは一部の人間が理解しているだけでは病院は変わらないんですよ。病院全体がそういうコンセンサスを共有しないとかなかなかうまく回らないです。

そういった少し解決することも見えてきましたが、やはり第7波を経験して、今日一番申し上げたい結論になります。

新型コロナも長期間に及んできました。3年近くなってきて、本当に第7波で痛感したことです。特に一般医療と感染症医療を両立させる二律背反というか、この役割二つを担うことが、通常の人材だけではなかなか足りないことを痛感しています。

ここに書いておられるとおりですが、感染がない時期、拡大していない時期から人材を確保しておくこと。今後も県立病院が担わなければいけない役割を果たしていくために、一般医療と両立させると。さきほど言った患者をお断りしないで済むような流れをつくっていくためには、こういうことを考えなければいけないのではな

いかなと痛感しています。

これをどう人材確保していくかに関しては、皆さん苦労しながらいろんなことを考えていると思います。一番、理想的には、ある地域で全体として少しゆとりを持っておく。人材をどこかに集結させながら、こういう感染症のパンデミックなどに対応していく考え方もあります。実は国はそういうことを考えていると思います。はっきり国に聞いたわけではないですが、恐らくそういうことを考えています。

ただ、それぞれの病院は今あっぴあっぴなんですね。実は本当にスタッフはぎりぎりであっぴあっぴながらやっているところに、少しずついいからゆとりを持ちなさいと言われても、そう理想的にはなかなかいかないと思います。

そうすると、まずは県立病院のような施設がある程度人材のゆとりを持って、最初の部分を受け持っていく姿勢を見せることで、それぞれの医療機関が少しずつスタッフのゆとりを持つようという流れをつくっていくのが一番受け入れやすいかなと、私自身は思っています。

こういう部分に関しては、少しずつ具体的な検討をやっています。もちろんこういう形でこんな内容でということはまだここで申し上げる段階ではありませんが、そういう流れの中で考えていったらどうかなという案を持っています。もしそういう計画を委員の方々にお示しできる時が来たら、ぜひ御理解をいただけたらと思っています。

一応30分なので、私からの報告は終わります。あとは前回もたくさん質問が出たので、できる限りお答えします。どうぞ御質問いただければと思います。

**平岩委員長** ありがとうございます。短い時間でしたが、とても重たいことを突きつけられました。

ここで、委員の皆様から御質問をお願いします。

**原田委員** 今日はありがとうございます。今話を聞いて、本当に皆さん方大変な思いをされてきたんだなとつくづく感じました。本当にありがとうございます。

昨年9月にこの委員会で局長に第6波は起こりますかと聞いたら、それは起こりますと断言されました。それもコロナは弱毒化し、重症化は少なくなるが、患者数は圧倒的に増えるだろうという話が正にそのとおりになったと思います。

それから考えると、これからの感染についてどのように考えているかお聞きします。またあのとき言われたように、さらに弱毒化が進み、感染者数が増えた場合、この前も3千人、4千人とか大分県内出ましたが、本当に手が付けられない状況までの患者数になるのではないかなと思います。そのときの対応はどのように考えているか、ぜひお聞かせください。

**井上病院局長** これは福祉保健部がお答えになることなのかもしれません。少し越権行為になるかもしれませんが、私の今持っているイメージを申します。

委員が言われたように、本来、ウイルスは生き延びていくために、取り付いてしまったホスト、つまり人間がどんどん死亡していくような強毒になると、自分自身も絶えてしまうわけですね。だから、存続というか生き長らえるためには、ある程度のところで平行になろうとするわけですね。それは弱毒化の道を選ぶと。これは考えてやっていることではないですが、そういう道を選びながら生き残っていく。時々、突然変異が起こる。そうすると、また強毒化し、ホストの人間がどんどん亡くなっていく。そうすると生き延びられなくなる。これを繰り返すんですね。これはインフルエンザでも同じように繰り返していくわけです。今は弱毒化して、オミクロンという非常にかかりやすいけど、重症化はあまりしない。これはウイルス自体が弱毒化したことと、免疫をワクチンで持ったり、集団免疫で持ったり、いろんな形で対抗できるようになってきたからだと思いますが、短期的に言えば、今、少し小康状態でかなり減ったと思いますが、これから冬にかけては恐らくまた増えるのではないかなと予測しています。

その理由は、一つは寒くなっていくと、どうしても部屋を閉め切ります。この閉め切るのが

一番悪いんですよね。今までは結構気温が高いので窓を開けっ放しにするのは抵抗ないですよ。ところがそうではなくなっていくので、やはり換気が悪くなる環境が増えればまた少し患者が増えるのではないかなと思います。

それからもう一つは、インバウンドが増えてくるので、それらの影響による部分でまた若干増えていくのかなという二つの理由で、これから冬に向かって若干増えると思います。

そこで非常に厄介なのは、当然インフルエンザとかぶりますよね。去年、インフルエンザのことも多分聞かれたのではないかなと思います。一般的にはウイルスの干渉があって、一つのウイルスがものすごくはやっていると、他のウイルスは駆逐されて流行できないのが今までの一般的な常識とされています。

それほど流行しなかったら、どっちも流行するのが答えに近くなるのかなと思います。今回は去年とは違って、インフルエンザも流行があるのではないかなと思っています。コロナもインフルエンザも両方混在するのではないかなと思っています。

そうすると、発熱した人はどっちか分からないんですね。問題は熱が出たときにどれぐらい検査で引っかかるかです。少しずれた状態で、特にインフルエンザは発熱が最初にあって、一般的には6時間から12時間ぐらいしないと陽性にならない。熱が出続けてマイナスは信用できない。だから、2回検査するのが保険診療上でも一応認められています。ところが、コロナは比較的是っきり熱が出ている人の場合は、かなりの率で陽性が分かります。インフルエンザでないことが言えるのはちょっと難しくなる部分がある。そういう診療上の厄介なことが今年の冬は起こるのではないかなと思います。

県立病院は基礎疾患がある方がインフルエンザまたはコロナで、もともとの病気が悪化する形で入院するケースを想定しておかないといけないだろうと思っています。

ただ、感染防止の意味で、入院した後の陰圧室の状況とかは同じですが、インフルエンザに関してはそこまで本当はする必要はないですよ

ね。新型インフルエンザでない限りはですね。5類ですからする必要はないですが、分からないうちは、やはり2類扱いに準じた形で対応することになるかと思います。

これから長期的にどうなっていくかですが、私個人的にはコロナは消えないだろうと。このままだらだら続くだろうなと思います。ある意味、それに慣れていかざるを得ないだろうと。そこそこあるのは普通の状況で、特別扱いをしないようにならざるを得ないのではないかなと。むしろ突然変異をしたときの対応のことを準備しておく必要があるのかなと。簡単に言えば強毒化したときですね。インフルエンザも強毒化したときに例えば、死亡者がこれぐらいの率になるだろうとかが出てくる。コロナも同じだと思います。

それから、全く違う形のウイルスが出現してくるかもしれません。こういうものもないとは言えない。そういったことに対する対応を常に考える。微生物との戦いは人類の歴史です。今までの何もなかったことが当たり前ではなく、いろいろなウイルスや微生物と闘いながら人類の歴史があるわけです。必要なのは、やはり最悪に強毒なウイルスが出たときに最小限の被害で済むようにという考え方ですね。これには今度のコロナ対応で蓄積された対応策、どういう行動制限をすとか、どういう感染拡大防止をすとかいった行政的な判断ももちろんありますが、医学的にもできるだけ有効な薬剤と思われるものを早く掘り出して、できるだけ治験ができるような形、つまり試験的に使えるような流れをつくっておいてほしいなと医療者としては思います。

その流れが日本の場合はいぶ変わってはきたが、非常に複雑なんですよ。時間がかかる。安全には安全を期しては非常にいいのかもしれませんが、どちらかというと、緊急を争うときに非常に弱いですね。間違いがあってはいけないという日本人独特の文化かもしれませんが、そうは言っておれない部分がやはりあるのも事実ですよ。

一旦ゴーサインを出した後にストップと言

にくい行政の流れがあるのかもしれないが、それはある程度改めるべき。やはり今はこれがベストというのであれば、それにゴーサインを出して、セカンド、サードの選択肢にあったときにまた変更すればいい。個人の判断ではなかなか難しいのかもしれませんが、柔軟にする覚悟をすべきかと思っています。

いろんな予測を私のような立場の人間がするわけにはいかないところもありますが、私個人としては、さきほど申したように、この冬はコロナがある程度増えるのではないかとこのと、インフルエンザが混じるのではないかと予想しています。これは外れるかもしれませんが、そのときはどうかお許しいただきたいです。

**堤委員** お疲れ様です。本当に切実な話をありがとうございました。

話の最後で、やはり人の確保です。これはずっといろんな人に聞いてみると、県病で看護師をされている方が定年まで勤めないでその前に辞めてしまう。なかなか現場が大変だという話をよく聞きます。今回の場合は特にまた家族との関係で本来休まないといけないけど、出ざるを得ない状況。医療スタッフがかなり過酷な中で、精神的にも肉体的にも大変な状況で勤めてきたと思います。

そうすると、今、若干落ち着いているときに、本来はここに書いているとおおり、第8波、第9波に備えて人を増やさなければいけないが、減ってしまう状況も考えられるのか。その対策をやはり取っていかねばいけないと思います。

よく聞くのが、看護師資格を持っている方々を潜在看護師として発掘し病院に来てもらうと。それもなかなか来手がないのが実態という話も聞きます。そういう点で、ここの人材確保が重要と。量と質と書いていますが、そこら辺の御苦労とか、現状の看護師の状況が分かれば教えてください。

**井上病院局長** 大変大事な質問をしていただいたなと思っています。

医師、看護師を含め、医療の中心的な役割を担う二大職種に関しての人材確保は永遠のテーマです。大変厳しいストレスをかけられた状況



で、くしの歯が抜けていくように人材が減って  
いって大変ではないかという御心配だろうと思  
います。

特に看護師に関しては、幸い県立病院は応募  
もかなり潤沢です。病院としてやっていること  
は、毎年、見込みで辞めていく人がこのぐら  
いで採用はこのぐらいたく考えるわけですが、それ  
を早めにしながら、採用したらできるだけ早く、  
例えば、4月採用ではなくても働ける人は先取  
りで働いてもらうとか、工夫しながらやってい  
ます。

それから、医師に関して言えば、院長以下、  
いろんな形でモチベーションとか意識を高  
めていく。常にこの病院で働いていることに誇  
りを持つ。私の院長時代もそうでしたが、あり  
がたいことに県立病院はそれに応えてくれる医  
師が多数を占めています。そういう方が多いの  
で、今は佐藤院長が意識をずっと引っ張ってい  
ると思います。

それから、看護師の離職に関しては、看護部  
長が実態を知っているのでどうぞ。

**小畑看護部長** 質問ありがとうございます。

看護師の離職については、例年20人前後と  
なっていて、ここ数年変わらない数字になっ  
ています。今年度も今のところ申出の範疇を考  
えると、20人を超す退職の見込みになるかな  
と思います。

ただ、委員が言われたように、過酷な精神的  
状況は続いていると私も感じています。しかし  
急性期病院、基幹病院である県立病院の使命は  
常々スタッフと共有しながら、きついながらも  
使命を果たしていこうという気持ちで今、前  
に進んでいます。

そういった中でもなるべく負担を軽減するた  
め、局長及び事務局とも協力、連携し合っ  
て、短時間のパート看護師の採用であるとか、看護  
補助者のパートを募集しています。看護補助者  
もなかなかフルだといませんが、3、4時間等、  
働く形態を工夫して今採用を募集し、少しずつ  
応募がある状況です。私たちも何かしら看護師  
の負担軽減のために努力していきたいと考えて  
います。

**井上病院局長** 看護師の離職に関してですが、  
今、看護部長が申したとおりですが、これは他  
の医療施設に比べるとはるかに少ない離職率で  
す。500人近くいて20人ですから、かなり  
低いと認識しています。

それに、コロナが流行し出してから離職がば  
っと増えたことはないということ。ただ、でき  
るだけいろんな配慮をしながら疲弊を防ぐ、そ  
してモチベーションを持ち続けることを常々看  
護部長は看護師に対して伝えているし、考えて  
います。いろんな処遇に関してでもできることは  
これまでもやってきたし、これからもやってい  
かなきゃいけないと思っています。

**堤委員** ありがとうございます。

この前の決算特別委員会で看護師の超勤がな  
いと聞きました。医師の方は結構100時間を  
超えることはあると聞きたけれども、モチベ  
ーションを上げるために、俗に言う危険手当はあ  
りますか。下世話な話ですみません。

**井上病院局長** コロナに関しては、実は設定し  
ています。それまで結核に対しての危険手当  
みたいなものはありましたが、それを見直して、  
やはりコロナに従事する職員に関しては手当  
を出しています。日当でしたかね。

**渋谷総務企画監** 看護師については、コロナ患  
者に接した場合、人工呼吸器等の方を担当した  
場合は4千円で、通常の患者については3千  
円とか、間接的な場合は2千円とかいった形  
で1回の勤務に対して手当を計上しています。

**井上病院局長** それからそういうコロナ従事だ  
けではなく、こういう急患を扱うような病院で、  
看護師の処遇対応については国も対応を見直  
しており、昨年からは補助が出ています。今年10  
月からは保険診療でそれが認められるよ  
うになっているので、看護師1人当たり月1万円強  
ですかね。そういう改善もしていています。

また、看護部長が申したように、看護補助者  
にいろんな仕事内容を移譲しながら看護師の負  
担を減らすことも少しずつやっています。

そういうことですが、医療はやはり人が人  
に対してやることなので、全ては人の心持ちが  
一番大事です。使命感を持ってやれるような状況

をつくり、気持ちが切れないように周りの管理する人間が心配りしていく思いで病院を動かしているつもりです。全て満足していただけるわけではないですが、少なくともそういう思いは持っています。職員はやはり非常に大事です。患者も大事ですが、それに対応する職員も人間なので、人間対人間をできるだけ考えながらいろんなことを決めていっています。

**馬場委員** 7波のときの部分を伺って、非常に大変だったんだと思いますが、11ページの課題のところで、医師にしても看護師にしても、本当に県立病院の使命を持って取り組まれ、支えていただいていると思います。ただ、他県状況に比べると、県立病院の職員数は少ないという話もありました。それからクラスターが発生した場合もあり得ると思いますが、どこの病院もぎりぎり余裕がない中で行っているときに、どのようにして人材確保するかです。地域で人材を確保しておいて、その部分を異動する話だと思いますが、その辺もう少し詳しく話していただければと思います。

**井上病院局長** 具体的な数字をあげたりこうしたいなと申し上げたりする段階ではないですが、例えば地域の三つの病院で何人ずつ増やそうよという話合いがすぐできるといいですが、やはりそれぞれの病院で事情があるのでなかなかまとまらないし、時間がかかると思います。ということで、まずは県立病院がこういうふうにして少し余裕ができたよ。職員に対して、雇用が続けられるような診療内容をバックアップできますよと示せば、他の医療機関がそれに追従してくれるのではないかなとも思っています。

全面的に公的な資金で人材を増やす分を全部バックアップしていただくのは、継続の意味でも非常に難しいので、やはり雇用継続が可能なバックアップの根拠をちゃんと積み上げていく部分を今探しています。

それしかちょっとお答えができないですが、もし具体的に皆さんに御説明できる段階になれば、もちろん説明をちゃんとしたいと思います。

**衛藤副委員長** 昨年、インフルエンザとの同時

流行はほとんどなかったですが、今年は国境が開かれている中で可能性は昨年よりかなり増すことが想定されるのでしょうか。

それと、質とスタッフの確保ですが、現実に可能かどうか分からないですが、やはり病院経営があるので、なかなか増やすのも限界もあると思います。あるいは公的な病院で拠出しやすいスタッフを常時どこかに確保しておいて、こういったときに応じる。通常時の運用をどうするかということがあるんですが、そのように公的な病院が拠出し合って体制確保することができるのか教えてください。

**井上病院局長** インフルエンザに関しては、インバウンドが増えることが一つのきっかけになるのかなと。コロナに関してですが、人が移動することは感染症のリスクを増やします。これは何に対してもそうです。

もう一つそういう中で、今、強毒化したコロナではないので、流行がコロナ一色になってしまうことが今年の冬は多分ないだろうと。他のウイルスの流行を許す余地があるので、他のウイルスはやはりインフルエンザになるだろうということです。同時流行が起り得るのではないかと。去年のようなコロナ一色で、インフルエンザはほぼゼロというストーリーにはならないかと思います。

それから、公的な病院でスタッフをお互い融通し合う柔軟な発想ができればいいですが、さきほど申したとおり病院それぞれの事情があるので、同じようにこうしましょうよと言っても、したいけどなかなかできない事情があるんだよと言われたら話がそこで頓挫します。したがってさきほど言ったように、県立病院が先鞭をつける役割があるのではないかと私自身は思っています。そう甘くはないよと言われたらそこまでですが、まずは県立病院がゆとりのある人材をある程度確保し、感染症がまた広がったり、新たな感染症が出てくるときでも、今までよりは対応しやすくなったよと。一般医療の制限も、少しでも緩くなって制限なくて済むようになりましたよというふうには、希望的な観測、個人的な希望も含めて熱望しているところです。そ

れしか言いようがないのですみません。

**今吉委員** 医療現場は今回もパニックで大変ですが、一般医療と感染症医療の両立ですが、感染症は歴史的に見て、100年に1回ぐらいの確率で来るのか。以前、インフルエンザは毎年出ていましたが、ワクチンを打っていたし、そんなにパニックまで起こっていなかったと思います。去年はコロナでインフルエンザは隠れてしまっただけで出なくなった。スペイン風邪もありますよね。ずっと続くことになるのか、やはり100年に1回ぐらい繰り返す歴史になるのか。そこは現実にならぬのかなと思います。

**井上病院局長** それを見事に答えられたら、私は自分を褒めてあげたいのですが、委員が御指摘のように、ウイルスで言えば大きな流行は大きな突然変異なんですね。それは数十年に1回ぐらいのタイムスパンで起こっています。それは30年とか50年に1回とか、そういう中で繰り返し起きていくと考えるべきだし、これからはそうだろうと考えるべきではないでしょうか。ある意味エンドレスですが、それを上手に乗り越えてきたのが人類の歴史だと思います。

**今吉委員** それを繰り返すので、常時人を増やすのはなかなか大変だなと思うんですね。パニックのときはいいけど。インフルエンザも毎年8千人とか1万人死んでいたんですね。それは全然ニュースにもなりませんからね。何かちょっと予測できない病気かなと思います。

**井上病院局長** 御指摘のとおり、いつどれぐらいの感染が起きて、どれぐらいの患者が危険にさらされるとかは、全部予測できればいいですが、これはなかなか予測できないですね。だから、感染症がマックスではやったときに、フル回転で病院が動いたときにも対応できる人間をいつもそろえておくのは非常に難しいし、ある意味非効率的だと思います。ですから、第一陣にスムーズに動けるぐらいの人間がある程度いて、そして感染症がない時期には他の役割を担っていただく。つまり感染症がないときは何もしないのは、人材を活用するという点で非常に効率が悪いし問題があると思うので、人材配置の仕方を考えるべきではないかなと思っています。

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** 委員外議員の皆さんはありませんか。

**小嶋委員外議員** 今日は医学的な見地で伺いたいですが、さきほどの話を伺っていると、今後だらだら続くとか、インフルエンザと混在するのではないとか、厄介なことが今年は起こるかもしれないということでした。ただ、一方で特別扱いすることではないかもしれないと聞いています。そこでマスクの着用ですね。福祉保健部の立場では、そこは個人的に考えて付けばいい範囲の話でしたが、医学的にはいかなるものかというのが一つ。

それから、私の知り合いのドクターは、今は特別扱いする必要もなくなっているから2類から5類に変えて対応するのも方法ではないかと言っていました。公式ではないにしても、局長はどのようにお考えかお聞きします。

**井上病院局長** オミクロン株を経験して、重症者があまり出ない状況になって、2類を5類にしたらどうかという意見が国でも議論されています。

今のところ、やはりまだインフルエンザよりも約2倍の死亡率があるので、まだ時期が早いのではないかと伺っています。

これがさらに弱毒化していった場合、死亡率が新型や高病原性ではなく、通常の季節性インフルエンザと同じぐらいになれば、同じ扱いになるべきかなと思います。そういう意味では死亡率の推移を見るべきかと思っています。

それともう一つは、インフルエンザは抗インフルエンザ薬があります。ところが、まだ一般のコロナに対する飲み薬がないんですね。そこが出てくるか出てこないかが一つの大きな分かれ道になるかと思っています。インフルエンザと同等ではないかと議論しやすくなりますよね。

もう一つは、マスクに関して、これはある程度感染を防御する力があることは医学的に証明されています。ただ、使い方ですね。日本人のように律儀にずっとする国民は、一体いつ外し

ていいか分からなくなるんですが、むしろこういうときに使ってくださいとはっきり言う方がいいと思います。するのが普通で当たり前ですよとずっと言い続けたわけですね。そうではなく、こういうときにはしてくださいという言い方に変えていった方が私はいいのではないかなと。そう言われた方が励行しやすいし、変えていけたらいいと思います。一律にみんなこうしなさいと抑えつけたやり方をいつまでもやるのは、ある意味先進国として日本が意識しているならちょっと笑われるのではないかなと個人的には思います。皆さんの意識が変わっていく方が自然かなと思っています。

**高橋委員外議員** 1点、コロナが強毒化のときには感染力がそうでもなくて、子どもたちにはあまり広がらなかったのが、だんだんオミクロン株のように弱毒化すると感染力が強くなって、特に資料にもあったように小さな子どもたちに感染が広がりました。

これから寒くなって季節性のインフルエンザが重なると、幼児教育施設とか学校現場の子どもたちの間で爆発的にまた増える。そこが一つの元になって、家庭で大人へ広がることもまたあるのではないかなと。

いろいろと話を聞いてみると、やはり小さな子どもがいるところは、自分がかかるのではなく、子どもがかかったために仕事に行けないとか、外出できないことがかなり大きい負担になっていると聞いています。今後、インフルエンザの流行も考えたときに、子どもたちへ施設や学校現場はどういうことに重点的に気を付けていかなければいけないのか。あるいは家庭においてどういうことを重点的に予防するようにした方がいいか、何かあればお願いします。

**井上病院局長** 非常に難しい質問ですが、今コロナでやっていることは、実は感染症の基本です。それから、ウイルスが薄まるようにする。これは換気ですよ。できるだけ人と人との接触を少なくする。感染防止の基本的なことをやるのが一番ですが、子どもから子どもは非常に接触が濃厚で、一つの集団の中でいろんなことをするからどうしても感染症が広がりやすい。

これは他の感染症もそうですよね。子どものうちにいろいろな感染症を経験して、免疫を持って、大人になってかかりにくくなるのは、子どもの成長の中で一般的な姿です。そのためにはやはり安全なワクチンを開発していくのが一番です。

あと、私は小児医療を専門としてやってきてワクチンは危険だと言う方もいましたが、小児科医が一生懸命ワクチンを接種して、相当貢献しています。安全なワクチンを開発して、できるだけ子どもにかからずに免疫を与える方法を進めていくことが一番いい部分だと思っています。もう一つは流行を防ぐための今の感染予防のやり方が特別なことではなく、ごくごく一般的に流行期を迎えた病気に対しては、同じ方法をやるんだよという流れをつくっていくことに限るのではないのでしょうか。

他には、あまりああだこうだというのはないと思っているし、幸いコロナは子どもには重症例はほとんどありません。コロナでいろんな合併症を起こしたという報道がありますが、これは前からインフルエンザでもありました。他のウイルスでもあります。一定数、いろんな合併症が出てくるのは仕方がない部分です。ただ、幸いにも子どもたちが命を奪われることは本当に少ない。結局高齢で体が弱く、持病を持った方が一番危険にさらされる。弱い人をどうやったら社会的に守れるかという観点もいると思っているので、自分がかからないだけではなく、弱い人にかからせない思想も絶対いるのではないかと。そういう社会であってほしいと思っています。

**守永委員外議員** 第1波から始まって、様々な偏見や差別を持っている方々がいると思いますが、第7波に至る現状として、そのような差別がまだ続いているのか、解消されたと捉えているのか、その様子を教えていただければ。

**井上病院局長** 感染症の最初の頃は、一体どんなものなのかよく分からないから、分からないものに対して人間は偏見を持つし、いろいろな不安や恐れを持ちます。これがだんだん分かってくると、何だ、そういうことかということ

偏見が減っていきます。

実を言うと、これだけ一般の方に感染が広がってしまうと、特別なことではなくなっているんですね。大体県民の20%弱ぐらいの方がかかったのではないのでしょうか。20万人くらいの方がかかったのではないかなと思います。そうすると、そんなに特別のことではなくなったので、当初にあった差別、偏見はかなりなくなってきたと思っています。

インフルエンザにかかったら、固定観念で偏見がないのと同じように、だんだん慣れてきたのではないかなと思っています。

**平岩委員長** よろしいですか。時間があつという間に過ぎますが、最後にありますか。

**戸高委員** 一つ最後にすみません。私もかかって、自宅療養していました。

全数把握が見直しになって3週間になりますが、県のホームページ等の出し方も非常に見づらくなって、県民の皆さんも分かりづらいうところとか、数字の出方がちょっと異常だなとかいったところがあったかと。最初の頃は把握の仕方が違ったのだと思います。医療機関における負担とか、無症状で、今までの就業制限通知を得る必要がなくなった人たちは報告をしないケースも出ていると思うし、職場に影響がなければそのまま出続ける状況も聞いています。現状をどう把握されていますか。

**井上病院局長** これは福祉保健部が答弁することかなとちょっと思いましたが、病院の職員がかかったのに症状がないから、報告せずにそのままにしておくことは恐らくないと思います。そういう職業意識のない職員はほとんどいないと思っています。

ただ、一般的に、かかって陽性が分かったのに、個人申告制みたいになっていますよね。それがうまくいかないのではないかということですが、私が今のところ聞く限りでは、かなり真面目に皆さん報告されているようです。ざっとした印象では90%以上の方がちゃんと報告しているのではないかなと思います。1割程度漏れているのかなと思っていますが、大勢は大きく変わっていないのではないかなと。日本人は

本当に真面目だなと思いますが、これからどうなっていくか藤内理事にもお伺いしないといけないかなと思っています。

**戸高委員** 病院側としての負担はどうですか。

**井上病院局長** 県立病院は本当に重症、中等症の入院患者を預かる場所なので、実際にたくさんの方が発生しなければ非常に重症、中等症の率としては少ないわけですよ。ですから、ベッドの占有率はどんどん減っていくので今のところあまり影響は受けていない状況です。

**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** まだコロナは終わらないと実感しました。これとどう向き合うのか、どう医療体制を守るのかとか、また、県民がどう自分を守るのかいろいろな課題をいただきました。

私たちもしっかりこれを突き詰めて勉強し、精査したいと思います。

病院局の皆さんは本当に御苦労されながらもモチベーションを下げない努力をされており、頭が下がる思いです。これからもどうぞよろしくお願い致します。

本日はありがとうございました。

では、これより内部協議を行うので、委員はお残りください。

〔委員外議員・病院局退室〕

**平岩委員長** これより内部協議を始めます。

まず、今後の委員会スケジュールと報告書の方向性について内部協議を行います。

報告書を提言とするか要望とするかの取扱いについて、年度当初の委員会でも御協議いただいたところですが、10月をめどに再協議を行うこととしていました。

内部協議資料を御覧ください。

スケジュール（案）について、事務局は説明してください。

〔事務局説明〕

**平岩委員長** ただいま事務局から説明がありましたが、最終報告書の取扱いについて御意見をお願いします。

〔協議〕

**平岩委員長** では、提言を来年3月の第1回定

例会で行うスケジュールでお願いします。皆様、御協力をお願いします。

これで内部協議は終了ですが、明後日も参考人招致を行います。御出席をお願いします。

そのほか何かありませんか。

〔「なし」と言う者あり〕

**平岩委員長** では、これで新型コロナウイルス感染症対策特別委員会を終了します。

お疲れ様でした。