

第7回東京都新型コロナウイルス感染症 モニタリング会議

次 第

令和2年8月20日（木）13時00分から
都庁第一本庁舎7階 大会議室

- 1 開会
- 2 感染状況・医療提供体制の分析の報告
- 3 意見交換
- 4 知事発言
- 5 閉会

感染状況・医療提供体制の分析（8月19日時点）

区分	モニタリング項目 ※①～⑤は7日間移動平均で算出	前回の数値 (8月12日公表時点)	現在の数値 (8月19日公表時点)	前回との比較	(参考) 緊急事態宣言下での最大値	項目ごとの分析※4
感染状況	①新規陽性者数	312.7人	256.3人	→	167.0人 (4/14)	総括コメント 感染が拡大していると思われる
	潜在・市中感染					新規陽性者数と接触歴等不明者数は高い水準を維持している。 都全域、リスクの高い高齢者に感染が広がっている。 個別のコメントは別紙参照
	②#7119（東京消防庁救急相談センター）※1における発熱等相談件数	86.9件	81.7件	→	114.7件 (4/8)	
	③新規陽性者における接触歴等不明者	数 200.9人	157.6人	→	116.9人 (4/14)	
	増加比 (※2)	95.6%	78.4%	↘	281.7% (4/9)	
医療提供体制	検査体制					総括コメント 体制強化が必要であると思われる
	④検査の陽性率（PCR・抗原）	6.6% (検査人数3,775.0人)	5.5% (検査人数4,036.0人)	→	31.7% (4/11)	
	受入体制					重症患者数の増加に伴い、医療機関への負担が強まっている。 個別のコメントは別紙参照
	⑤救急医療の東京ルール※3の適用件数	63.6件	75.9件	↗	100.0件 (5/5)	
⑥入院患者数（準備病床数）	1,659人	1,614人 (2,500床)	→	1413人 (5/12)		
	⑦重症患者数 人工呼吸器管理（ECMO含む）が必要な患者（準備病床数）	21人	32人 (150床)	↗	105人 (4/28,29)	

※1「#7119」…急病やけがの際に、緊急受診の必要性や診察可能な医療機関をアドバイスする電話相談窓口

※2 新規陽性者における接触歴等不明者の増加比は、絶対値で評価

※3「救急医療の東京ルール」…救急隊による5医療機関への受入要請又は選定開始から20分以上経過しても搬送先が決定しない事案

※4 分析にあたっては、上記項目以外にも新規陽性者の年齢別発生状況などの患者動向や病床別入院患者数等も参照

モニタリング項目	8月20日モニタリング会議のコメント
<p>① 新規陽性者数</p>	<p>(1) 国の新型コロナウイルス感染症対策分科会（第5回）（8月7日）で示した指標及び目安（以下、「国の指標及び目安」という。）における、8月11日から8月17日の感染の状況を示す新規報告数は、人口10万人あたり、週13.0人となっており、国の目安及び指標におけるステージⅢの15人を下回り、ステージⅡ相当の数値となった。（ステージⅡとは、感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階）</p> <p>(2) 新規陽性者数の7日間平均は256人であり、増加比は82.0%と前週と比較し僅かに減少傾向にある。第一波では、新規陽性者の増加を招いた院内感染による大規模なクラスターの発生がみられた。現在は、院内感染の防止対策、PCR検査の増加による陽性者の早期発見と感染拡大防止、都民の協力、業種別ガイドラインの徹底等、様々な取組が功を奏している可能性がある。</p> <p>(3) しかし、無症状や症状の乏しい感染者の行動に影響を受けて、感染経路が多岐にわたり、また、感染経路が不明になっている。</p> <p>(4) 8月11日から8月17日までの報告では、10歳未満2.2%、10代4.4%、20代32.7%、30代22.3%、40代14.4%、50代10.7%、60代5.8%、70代4.6%、80代2.6%、90代0.3%であり、20代及び30代の割合が減少する一方、40代以上と10代以下の割合が増加している。感染年齢層に変化が生じており、今後の推移に注意する必要がある。</p> <p>(5) 8月11日から8月17日までの濃厚接触者における感染経路別の割合は、全世代合計で、同居する人からの感染が40.9%と最も多く、次いで職場が15.8%となり、会食は11.7%に減少し、接待を伴う飲食店等9.1%、施設5.9%の順であった。同居する人からの感染が前週より11.8ポイント増加した。</p> <p>(6) 年代別で見ると、8月11日から8月17日までの濃厚接触者における感染経路別の割合は、10代以下は、同居する人からの感染が70.6%と最も多く、次いで施設での感染18.8%であった。20代及び30代は、同居する人からの感染が23.3%と最も多く、次いで職場での感染が23.1%であった。40代及び50代は同居する人からの感染が55.2%と最も多く、次いで職場での感染が11.9%であった。60代は同居する人からの感染が52.3%と最も多く、次いで職場での感染が13.6%であった。70代以上は同居する人からの感染が61.7%と最も多く、次いで施設での感染が15.0%であった。40代以上の世代では、同居する人からの感染割合が50%を超えている。</p> <p>(7) 少人数であっても、人と人が、密に接触する環境で、マスクを外して、会話をしながら飲食を行うと、感染のリスクが高まる。このような環境を避けることが新規陽性者の発生の減少につながる。</p>

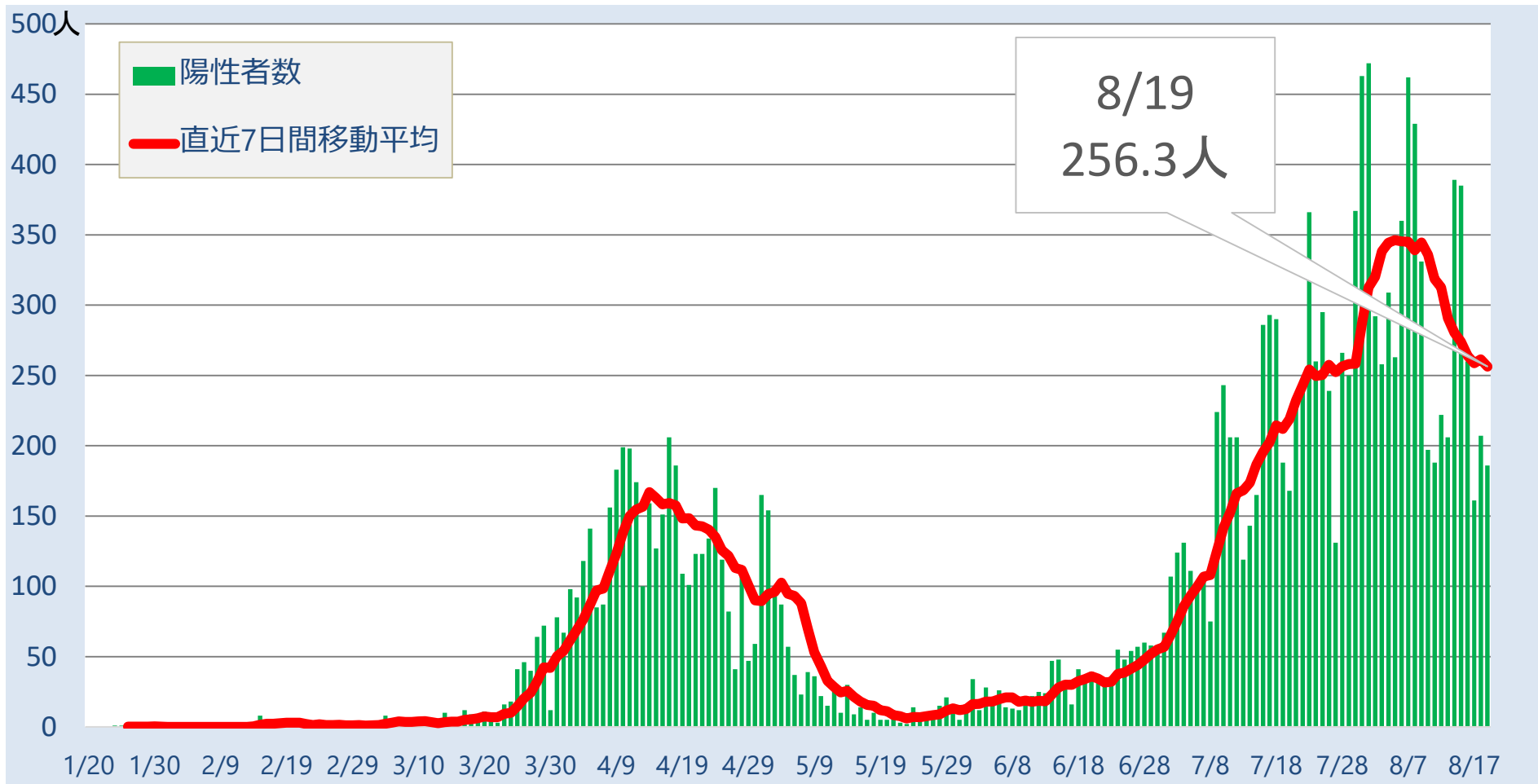
モニタリング項目	8月20日モニタリング会議のコメント
① 新規陽性者数	<p>(8) 今週は、同居する家族からやシェアハウス等での感染が報告されており、日常生活の場における基本的な感染防止対策の徹底が重要である。</p> <p>(9) 学習塾や部活動における感染例も報告されている。</p> <p>(10) 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、デイケア施設、訪問看護、病院等、重症化リスクの高い施設において、無症状や症状の乏しい職員を発端とした感染が見られており、引き続き、医療・介護施設内と業務における感染防止対策の徹底と検査体制の拡充が必要である。</p> <p>(11) 新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）による通知を契機として、陽性が確認された事例が2件あった。</p> <p>(12) 8月11日から8月17日までの新規陽性者は1,811人で、保健所別届出数は港区が167人（9.2%）と最も多く、次いで新宿区155人（8.6%）、世田谷区132人（7.3%）、中野区97人（5.4%）、大田区94人（5.2%）の順であり、依然島しょを除く都内全域に広がって新規陽性者が発生している。</p>
② #7119における発熱等相談件数	<p>(1) #7119は、感染拡大の早期予兆の指標の1つとして、モニタリングしている。第一波（3月1日から5月25日の緊急事態宣言解除までと設定）では、患者の急速な増加の前に#7119における発熱等の相談件数が増加した。</p> <p>(2) #7119の7日間平均は81.7件と、先週と比べ減少したが、引き続き今後の推移を注視する必要がある。</p>
③ 新規陽性者における接触歴等不明者数・増加比	<p>(1) 感染経路不明な者の割合は8月19日時点で61.5%となっており、国の指標及び目安における、ステージⅢの50%を超える数値となっている。 （ステージⅢとは、感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階）</p> <p>(2) 接触歴等不明者数は7日間平均で158名と前週と比較すると減少しているものの、依然高水準であり、接触歴を調査する保健所への支援が引き続き必要である。</p> <p>(3) 新規陽性者における接触歴等不明者の増加比は、100%未満であることが減少傾向の指標である。8月19日時点の増加比は、78.4%であった。</p>

モニタリング項目	8月20日モニタリング会議のコメント
<p>④ 検査の陽性率 (PCR・抗原)</p>	<p>(1) PCR 検査件数のうちの陽性者数の割合は、8月19日時点で5.5%となっており、国の指標及び目安におけるステージⅢの10%を下回っている（ステージⅡ相当）。</p> <p>(2) PCR 検査の陽性率は、検査体制の指標としてモニタリングしている。迅速かつ広く PCR 検査等を実施することは、感染拡大防止と重症化予防の双方に効果的と考える。</p> <p>(3) 8月11日から8月17日までの検査件数は、28,466件で、前週の28,761件及び前々週の32,873件より減少したが、祝祭日とお盆休みの影響と考えられる。</p> <p>(4) 今週は、7日間平均の検査数は前週と同様に少なかったが、陽性率は僅かに減少している。</p> <p>(5) 十分なPCR検査等を行うためには、引き続き検査体制の強化が求められる。</p>
<p>⑤ 救急医療の 東京ルール の適用件数</p>	<p>(1) 東京ルールの適用件数は増加しており、8月17日は82件となった。</p> <p>(2) 7日間平均の件数も、先週に比べ増加し、75.9件となった。</p> <p>(3) 第一波では、患者の急速な増加に伴い、東京ルールの適用件数も増加した。救急受入れ体制への負荷が懸念される。</p>
<p>⑥ 入院患者数</p>	<p>(1) 国の指標及び目安における、病床全体のひっ迫具合を示す、最大確保病床数（都は4,000床）に占める入院患者数の割合は、8月19日時点で40.4%となっており、国の指標及び目安におけるステージⅢの20%を超えているが、ステージⅣの50%未満の数値となっている。また、同時点の確保病床数（都は2,500床）に占める入院患者数の割合は、64.6%となっており 国の指標及び目安におけるステージⅢの25%を大きく超えた数値となっている。 (ステージⅣとは、爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な段階)</p> <p>(2) 病床の稼働には、人員確保、患者の移動、感染防御対策の拡充を含め2週間程度要する。新規陽性者数の動向を踏まえ、救命救急医療やがん医療などの通常の医療も維持できるよう配慮しながら、病床確保を進める必要がある。</p> <p>(3) 入院患者数は依然として1,600人を超え、高い水準となっており、収束の兆しが見えない中、医療機関への負担が強まっている。</p> <p>(4) 8月11日から8月17日の新規入院患者数が515人、退院者数が275人となっている。また、陽性者以外にも、陽性者と同様の感染防御対策と個室での管理が必要な疑い患者を、1日当たり、都内全域で約150人から200人受け入れている。</p> <p>(5) 入院調整本部の対応件数のうち、約9割以上が無症状の陽性者及び軽症者であった。</p> <p>(6) 陽性患者の入院と退院時には共に手続き、感染防御対策、検査、調整、消毒など、たとえ軽症者であっても、通常の患者</p>

モニタリング項目	8月20日モニタリング会議のコメント
⑥ 入院患者数	<p>より多くの人手、労力と時間が必要である。煩雑な入院と退院の作業が繰り返されることも、医療機関の負担の要因となっている。確保病床数は、当日の入院できる病床患者数ではない。病院ごとに当日入院できる患者の数には限りがある。</p> <p>(7) 宿泊療養施設の運営にあたる医師等もまた、通常の医療現場から苦勞して確保している。</p> <p>(8) 8月11日から8月17日までの陽性者1,811人のうち、無症状の陽性者が17.0%を占めている。宿泊療養施設を増やす中、8月19日の宿泊療養施設の利用者は279人、自宅療養者は571人である。</p> <p>(9) 宿泊療養施設の利用者や自宅療養者の状況を把握・分析し、入院、宿泊及び自宅療養の緊急度・重症度判断基準を明確にし、重症化リスク者に該当せず、入院が必要でない医師が判断した者に対する宿泊療養・自宅療養の要件を定める必要がある。そのうえで、都、保健所、宿泊療養施設の医師等が共有し、統一した運用を進めるとともに、療養中の健康観察モニタリングや、症状が変化した時の搬送基準、搬送方法についても検討する必要がある。</p> <p>(10) 自宅療養の対象者は、外出しないことを前提に独居で自立可能である者とする。安全な自宅療養の環境整備に向け、配食サービス、療養者のフォローアップ、症状が変化した時の受入れを地域医療が担う体制などを確保するとともに、ITを活用した健康観察システムの導入など、保健所業務を支援する体制を早急に確保する必要がある。</p> <p>(11) 保健所から入院調整本部への調整依頼件数は、1日80件程度で推移しているが、軽～中等症患者のなかでも、より入院を急ぐ必要のある患者や、重症化に伴う転院など緊急性の高い患者の依頼件数が増加している。</p> <p>(12) 入院調整の結果、入院先医療機関が決定した後に、症状の改善や患者の希望でキャンセルする事例が1割から2割程度発生している。</p>
⑦ 重症患者数	<p>(1) 国の指標及び目安における、病床全体のひっ迫具合を示す、重症者用病床の最大確保病床数（都は500床）に占める重症者（ICU入室または人工呼吸器かECMO使用）の入院患者数の割合は、8月19日時点で8.2%（41人、うち人工呼吸器又はECMO使用は32人）となっており、国のステージⅢの指標及び目安の20%よりも低い数値となっている。また、現時点の確保病床数（都は150床、前週と比べて50床増加）に占める重症者数の割合は、27.3%となっており、国のステージⅢの指標及び目安の25%を僅かに上回っている。</p> <p>(2) 東京都は、その時点で、人工呼吸器又はECMOを使用している患者数を重症患者数とし、医療提供体制の指標としてモニタリングしているが、前週と比べ増加した。</p> <p>(3) 8月19日時点の重症患者数は32名で、年代別内訳は40代が1名、50～60代が16名、70代以上が15名であり、性別では、男性25名女性7名であった。</p>

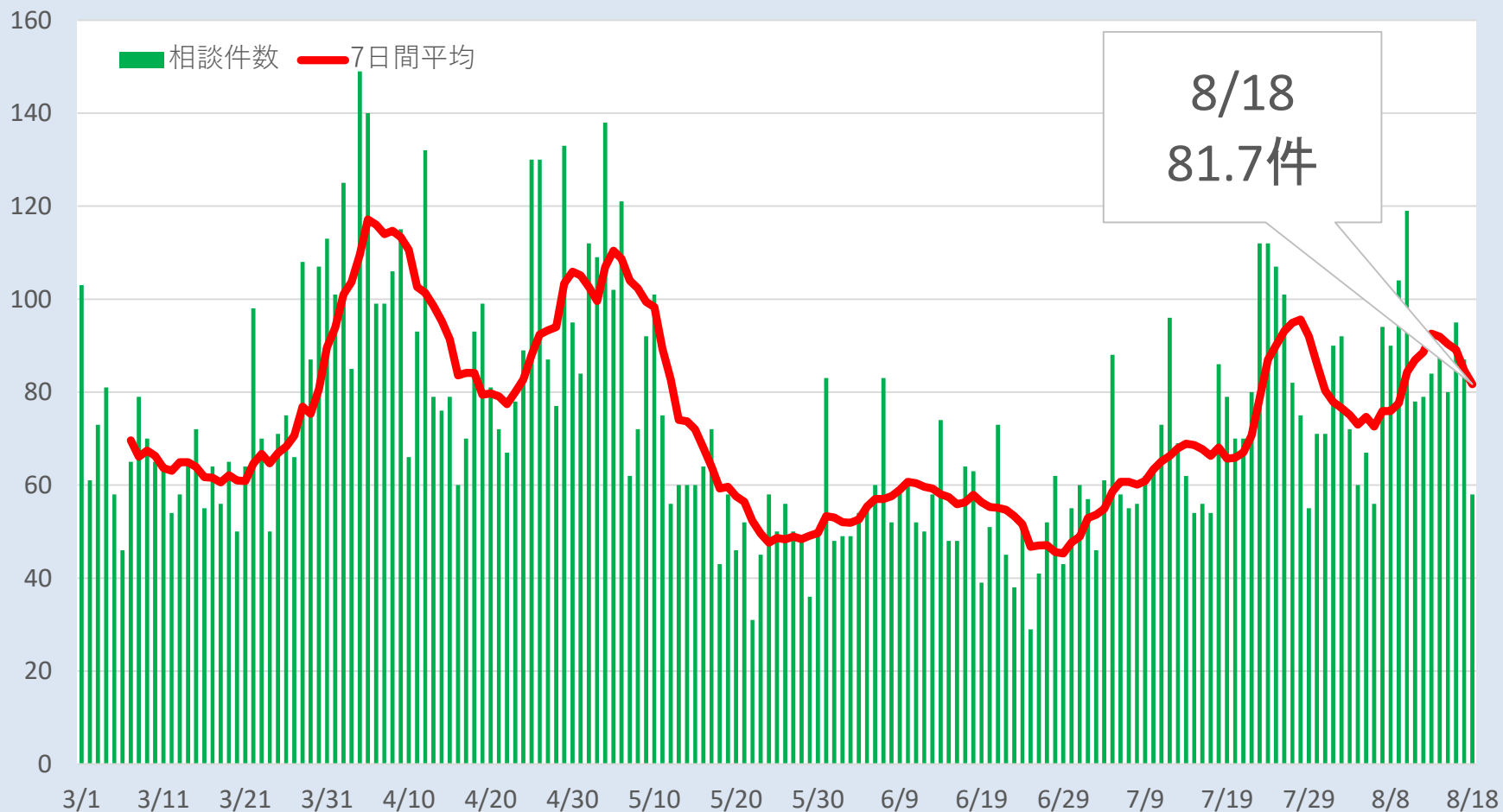
モニタリング項目	8月20日モニタリング会議のコメント
⑦ 重症患者数	<p>(4) 陽性判明日から重症化までは平均 4.2 日で、軽快した重症患者における人工呼吸器の挿管から抜管までの日数の中央値は 7.5 日であった。</p> <p>(5) 第一波では、新規陽性者数の増加から約 14 日遅れて重症患者数が増加した。新規陽性者数は僅かに減少傾向がみられたが、依然、高止まりの状況である。一方で、重症患者数の増加は加速しており、引き続き高齢者施設における施設内感染等への警戒が必要である。</p> <p>(6) 重症患者においては、集中治療室等の病床の占有期間が長期化することを念頭に置き、新型コロナウイルス感染症患者のための医療と、通常の医療との両立を保ちつつ、重症患者のための病床を確保する必要がある。一方、レベル 2 の重症病床（300 床）を準備するためには、医療機関は第一波のピーク時と同様に、予定手術や救急の受け入れを大幅に制限せざるを得ないとする。</p>

①新規陽性者数（報告日別）



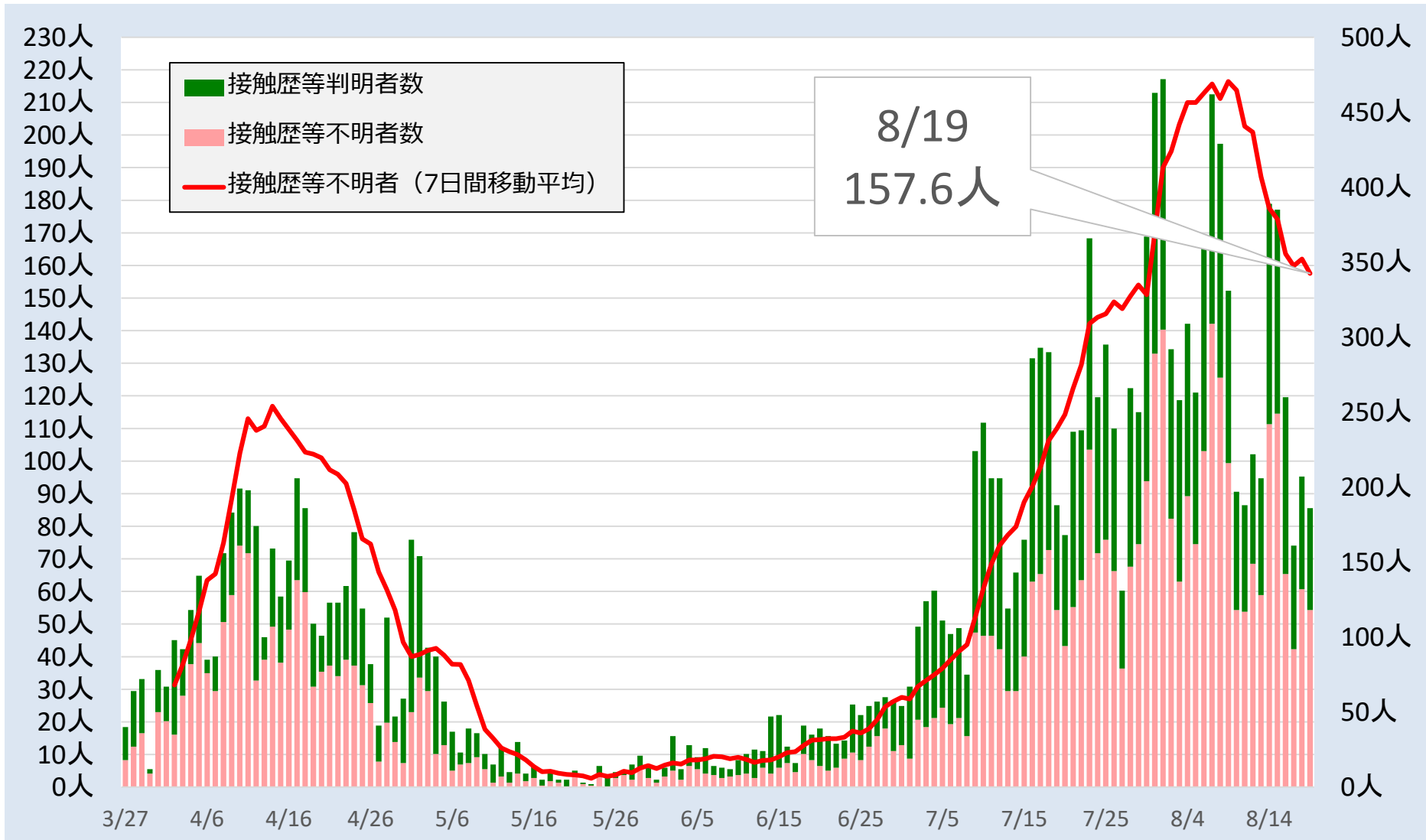
(注) 集団感染発生や曜日による件数のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値を陽性者数として算出

② # 7 1 1 9 における発熱等相談件数



(注)曜日などによる件数のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値を相談件数として算出

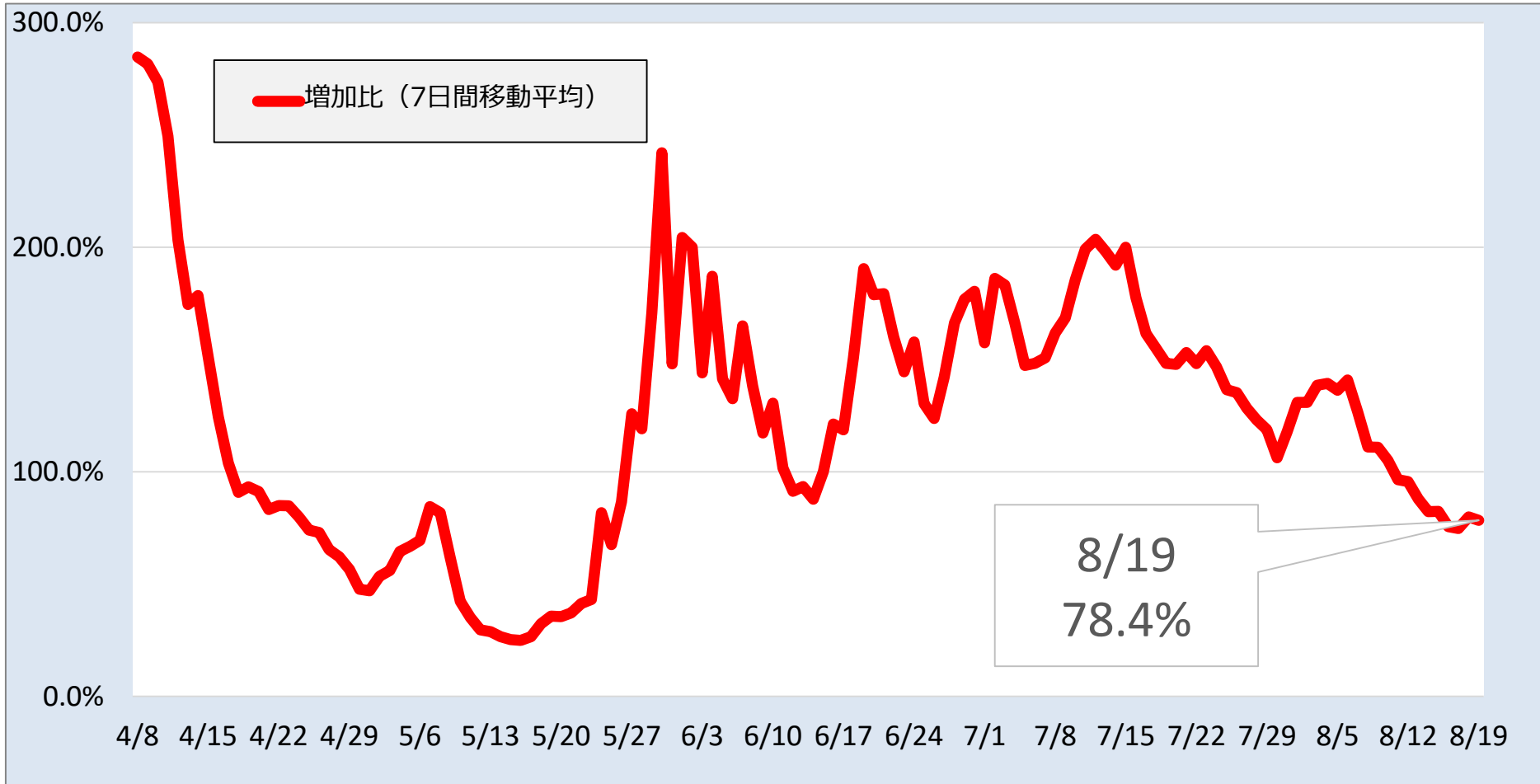
③新規陽性者における接触歴等不明者（数）



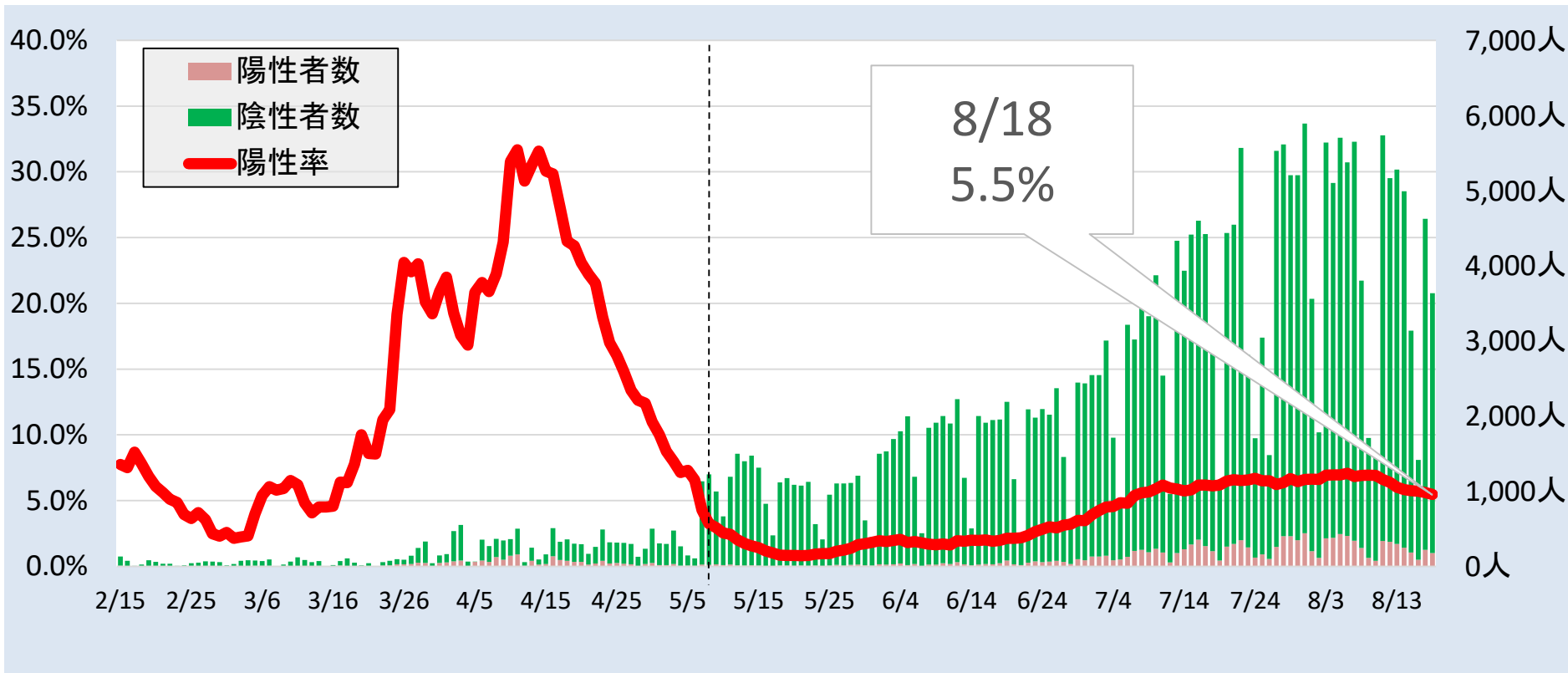
(注) 集団感染発生や曜日による件数のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値を不明率として算出

(注) 濃厚接触者など、患者の発生状況の内訳の公表を開始した3月27日から作成

③新規陽性者における接触歴等不明者（増加比）



④ 検査の陽性率



(注)陽性率:陽性判明数(PCR・抗原)の移動平均/検査人数(=陽性判明数(PCR・抗原)+陰性判明数(PCR・抗原))の移動平均

(注)集団感染発生や曜日による数値のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値をもとに算出し、折れ線グラフで示す(例えば、5月7日の陽性率は、5月1日から5月7日までの実績平均を用いて算出)

(注)検査結果の判明日を基準とする

(注)5月7日以降は(1)東京都健康安全研究センター、(2)PCRセンター(地域外来・検査センター)、(3)医療機関での保険適用検査実績により算出。

4月10日～5月6日は(3)が含まれず(1)(2)のみ、4月9日以前は(2)(3)が含まれず(1)のみのデータ

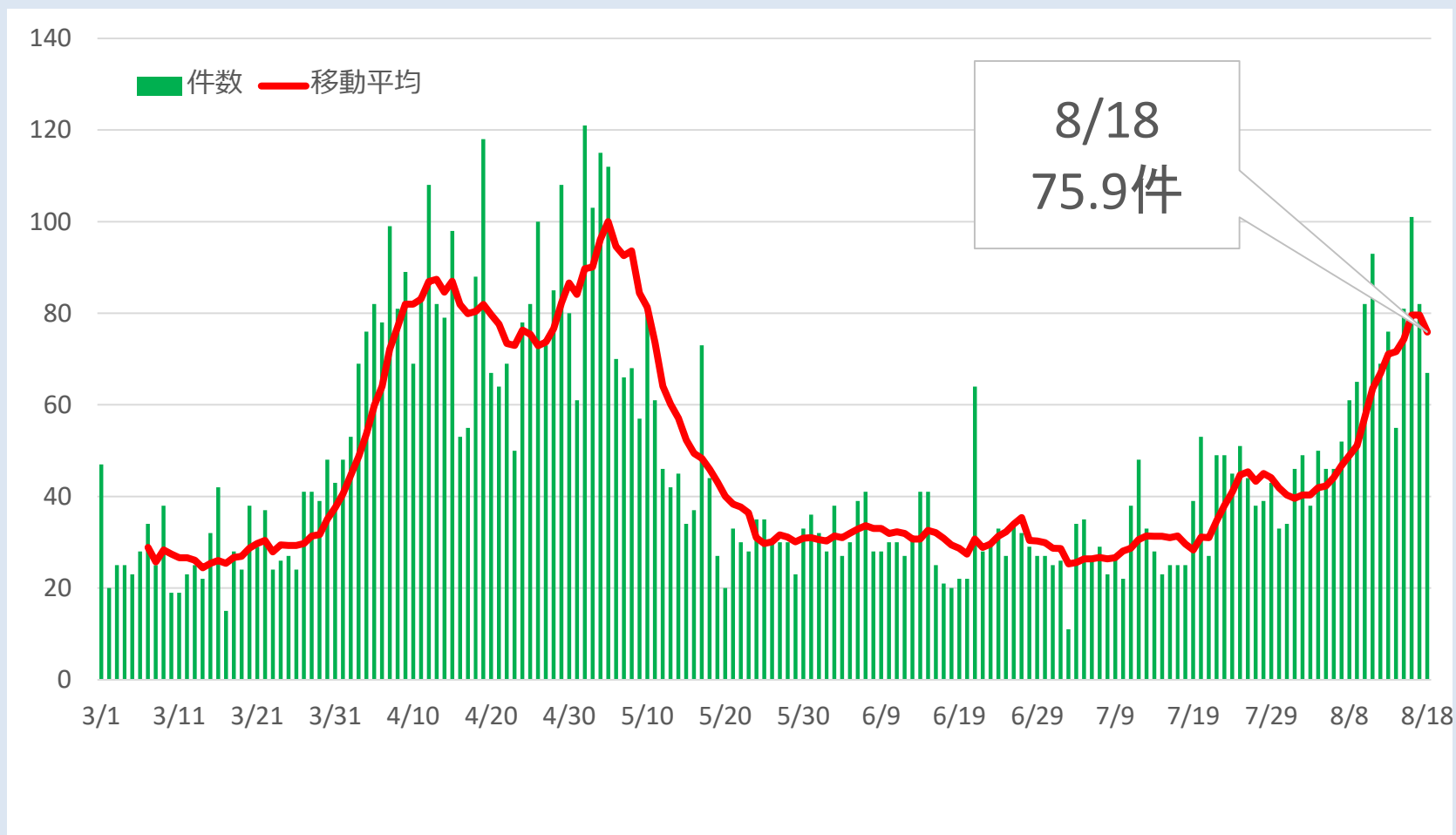
(注)5月13日から6月16日までに行われた抗原検査については、結果が陰性の場合、PCR検査での確定検査が必要であったため、検査件数の二重計上を避けるため、陽性判明数のみ計上。6月17日以降に行われた抗原検査については、陽性判明数、陰性判明数の両方を計上

(注)陰性確認のために行った検査の実施人数は含まない

(注)陽性者が1月24日、25日、30日、2月13日にそれぞれ1名、2月14日に2名発生しているが、有意な数値がとれる2月15日から作成

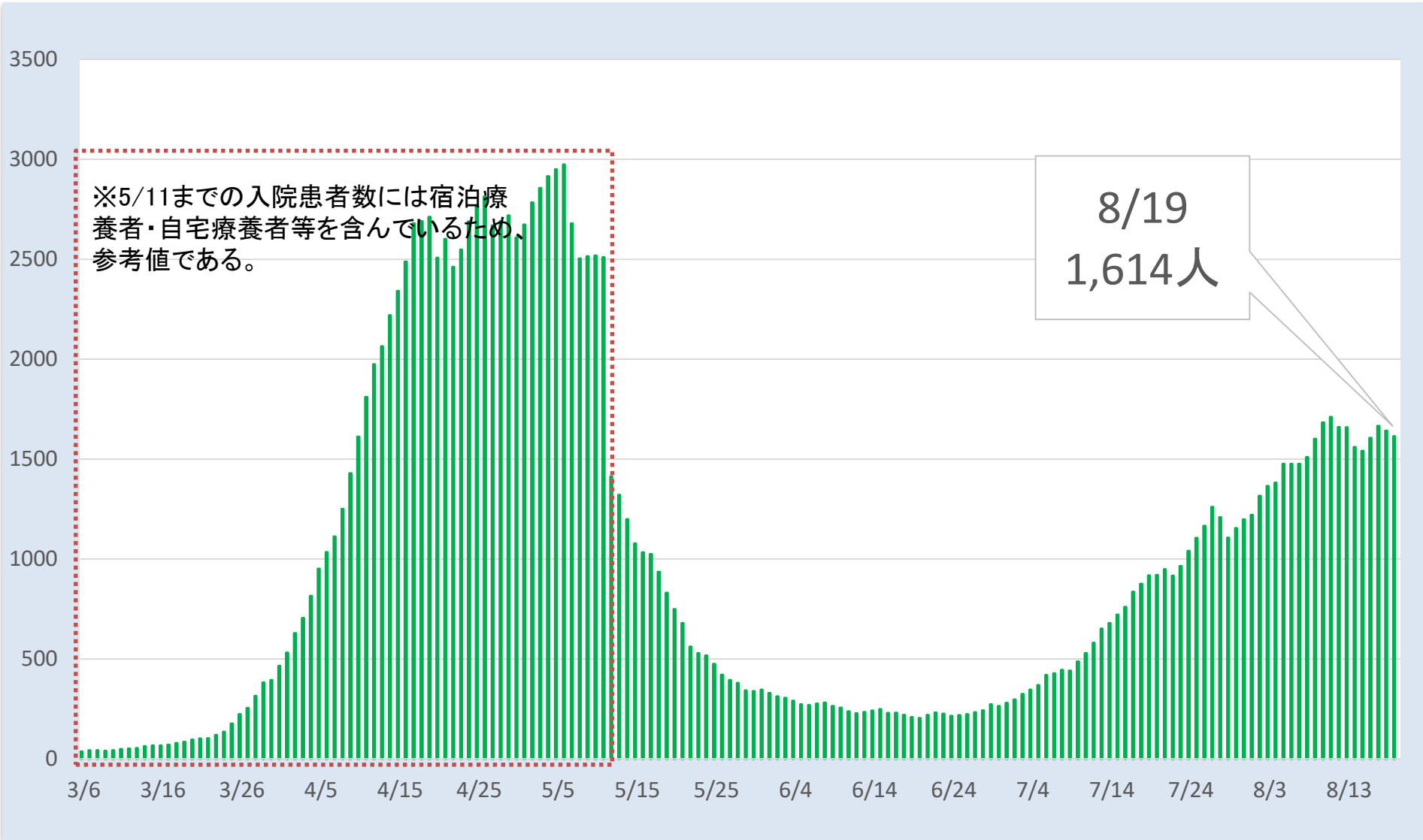
(注)速報値として公表するものであり、後日確定データとして修正される場合がある

⑤ 救急医療の東京ルール件数



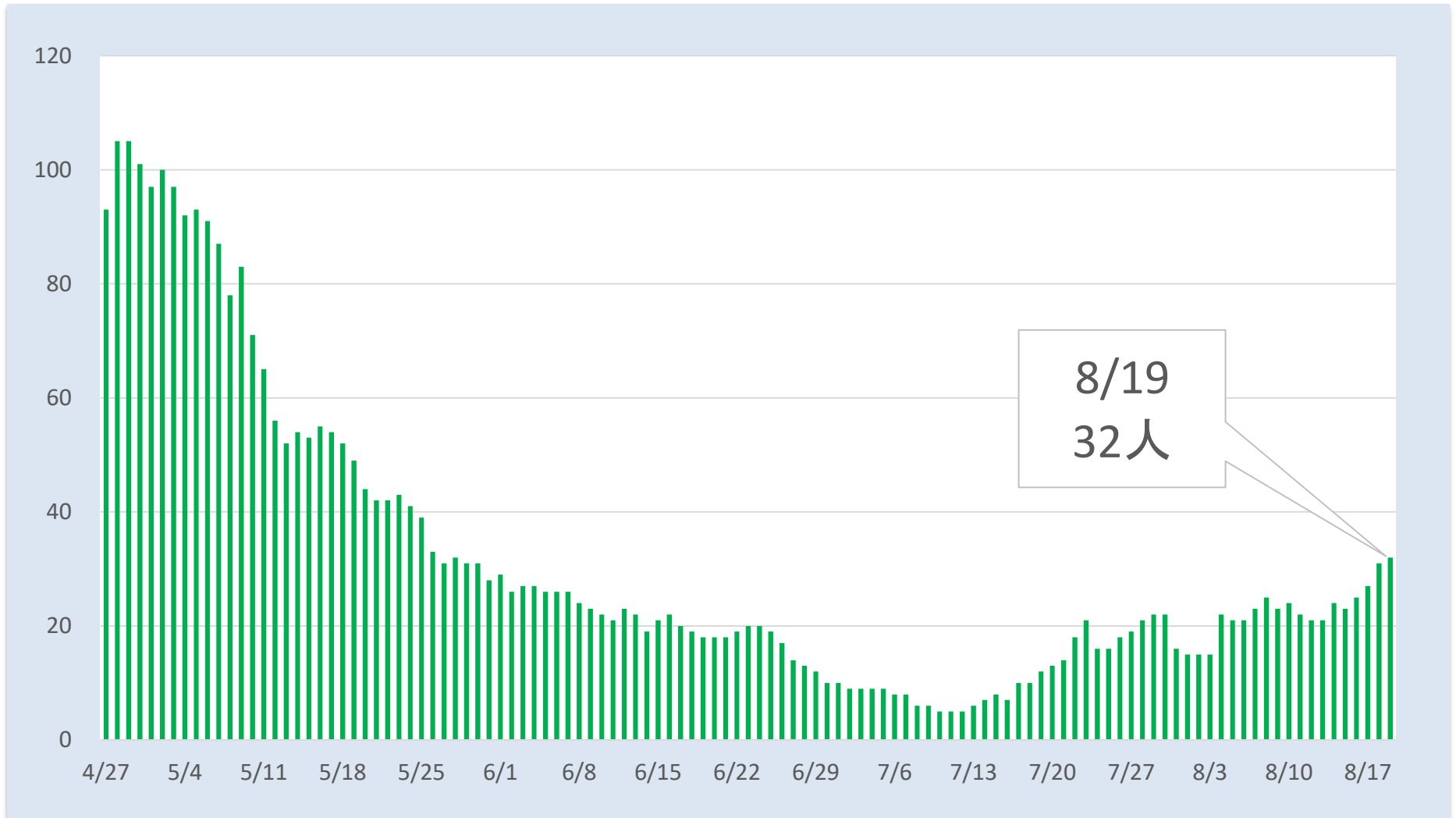
(注) 曜日などによる件数のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値を相談件数として算出

⑥入院患者数



(注)当サイトにおいて入院患者数の公表を開始した3月6日から作成

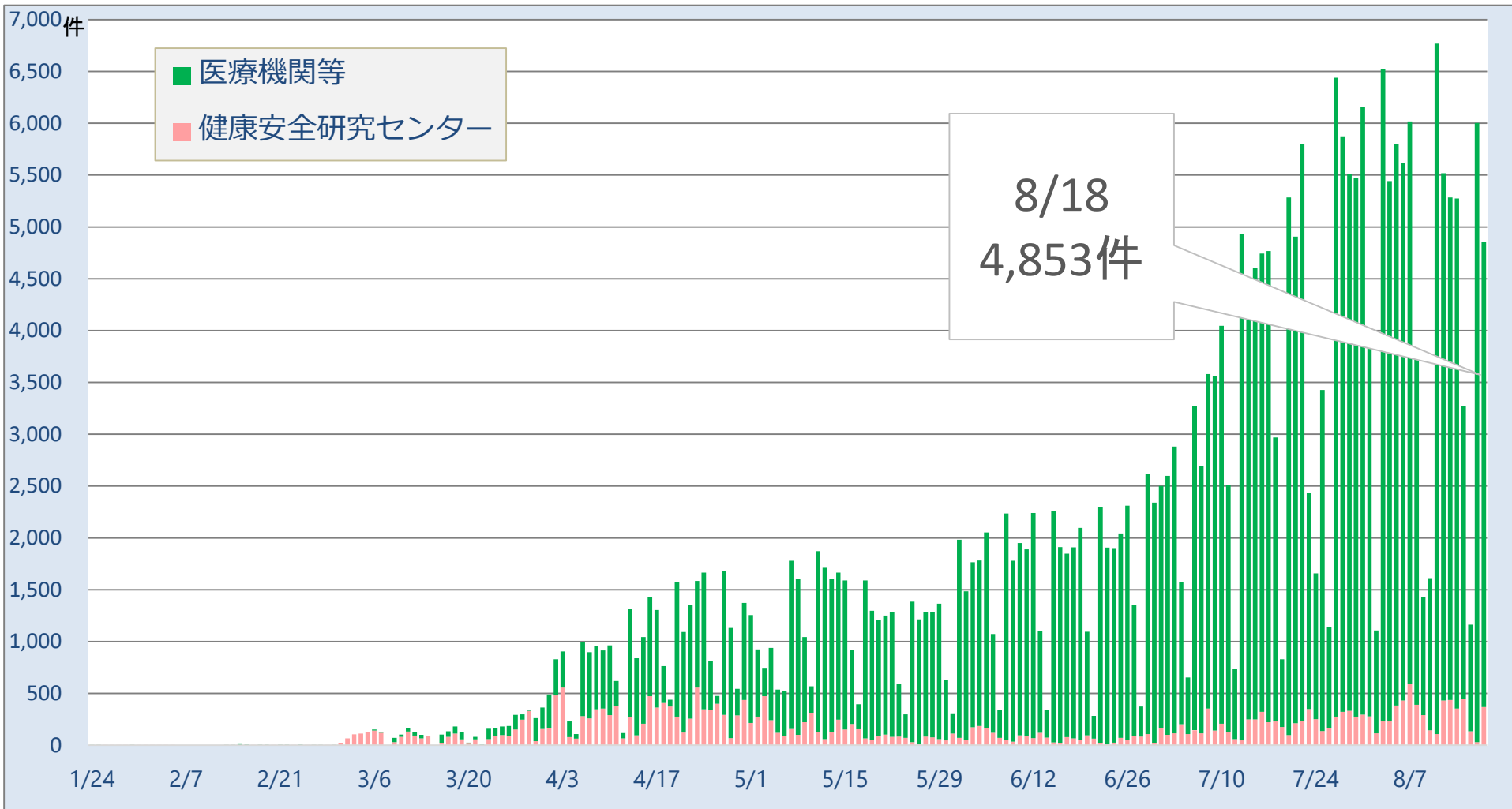
⑦重症患者数



(注)入院患者数のうち、人工呼吸器管理(ECMOを含む)が必要な患者数を計上

上記の考え方で重症患者数の計上を開始した4月27日から作成

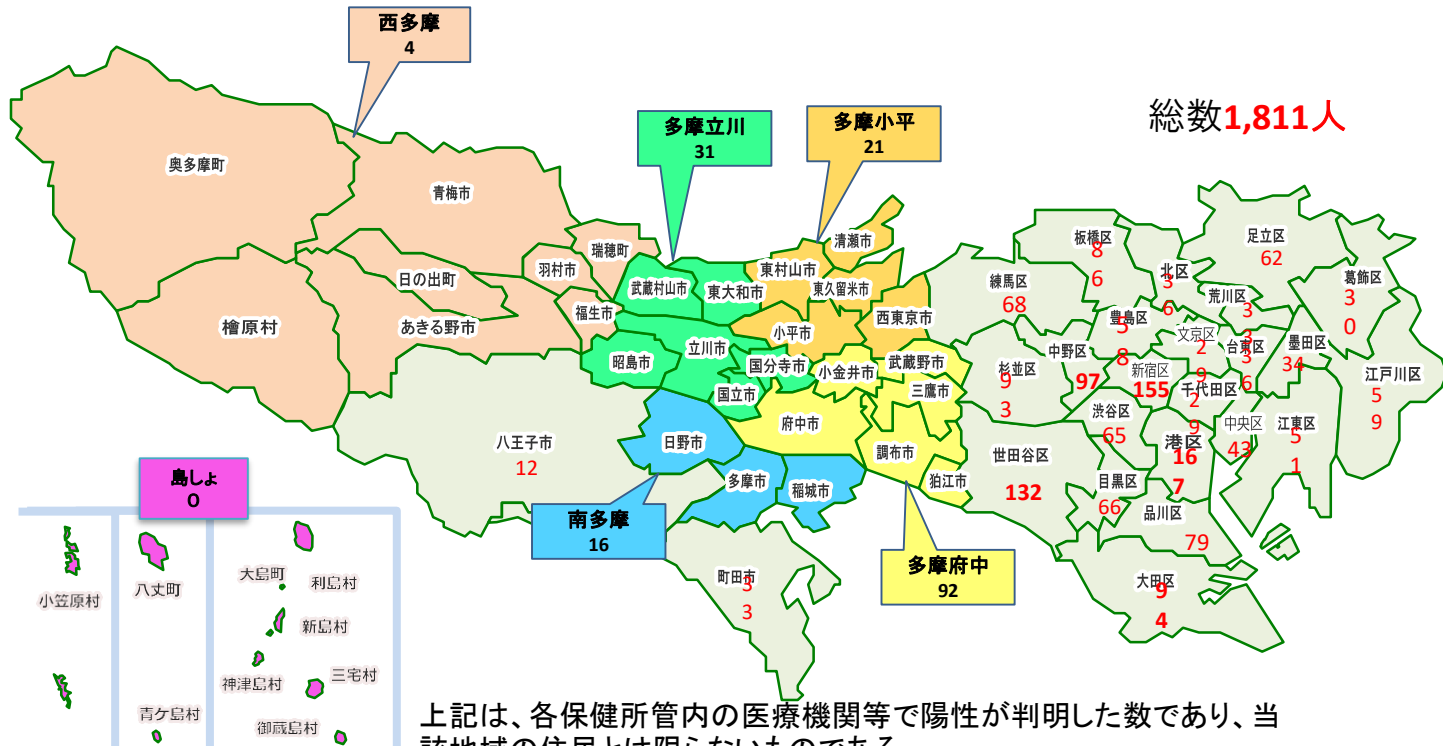
⑧検査実施件数



注) •検体採取日を基準とする。ただし、一部検査結果判明日に基づくものを含む

- 同一の対象者について複数の検体を検査する場合がある
- 5月13日以降は、PCR検査に加え、抗原検査の件数を含む
- 速報値として公開するものであり、後日確定データとして修正される場合がある

8/11-8/17新規陽性者数 (届出保健所別)



上記は、各保健所管内の医療機関等で陽性が判明した数であり、当該地域の住民とは限らないものである。

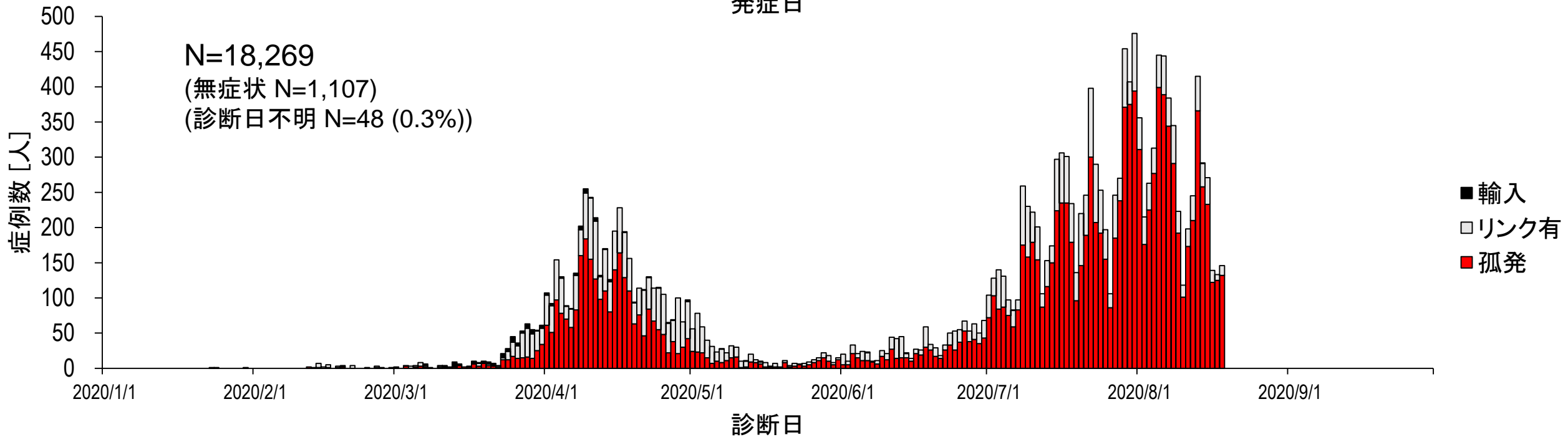
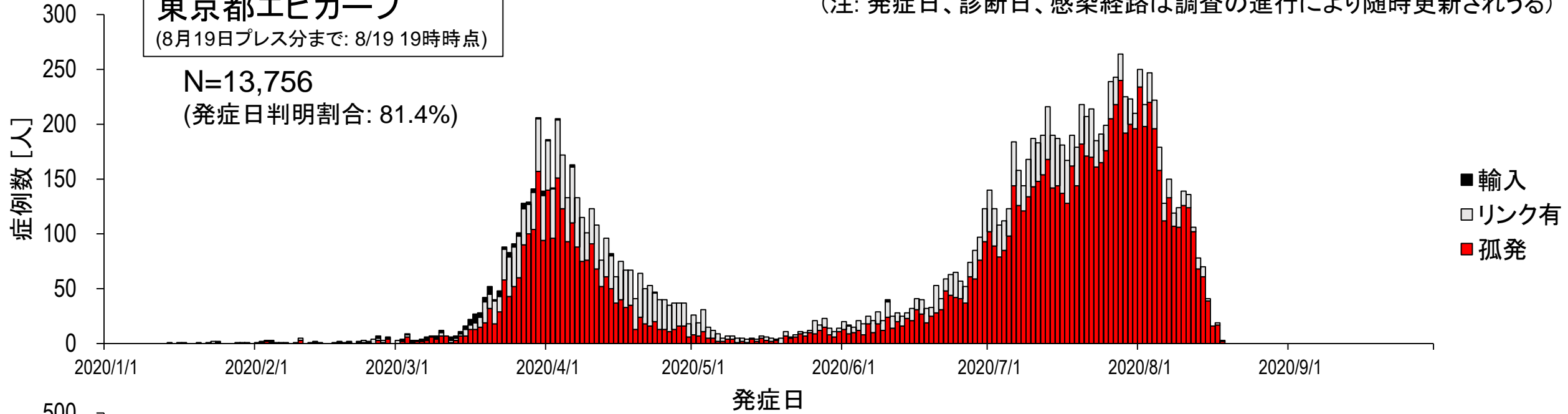
東京都エピカーブ

(8月19日プレス分まで: 8/19 19時時点)

N=13,756

(発症日判明割合: 81.4%)

(注: 発症日、診断日、感染経路は調査の進行により随時更新されうる)



モニタリング分析における「重症患者数」の考え方について

都においては、重症病床を戦略的に把握して運用するため、人工呼吸器・体外式心肺補助（ECMO）管理下にある「重症患者数」をモニタリング指標として活用している。

その理由は以下のとおりである。

- ・ 病院によって集中治療室（ICU）等の入室や退室の基準が様々であっても、人工呼吸器管理や ECMO 導入は、医師や病院による判断の差が生じにくい。そのため共通の基準で重症患者数を数えられ、トレンドを知ることができる。
- ・ 重症化リスクの高い患者も ICU で管理する病院や、流行拡大によって ICU や HCU をコロナ専用とする病院があり、必ずしも ICU へ入室した患者が重症患者とは限らない。人工呼吸器管理を必要としない ICU 入室患者を含めないことで、何をモニタリングしているかが明確になる。
- ・ 人工呼吸器管理の開始は、人工呼吸器などの資器材、医師や看護師だけでなく、臨床工学技士などの人員も必要とするため、医療提供体制への負担の大きさの目安としてわかりやすい。また、患者の回復に伴う、資器材や人員等のリソース再利用についても把握しやすい。
- ・ 患者が入院してから重症化して、人工呼吸器管理や ECMO 導入となるまでの期間を知ることができる。また、人工呼吸器や ECMO からの離脱の報告によって、重症から回復傾向となっていることが迅速に把握できる。

なお、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等に関する調査において、ICU 等での管理、人工呼吸器管理又は ECMO による管理が必要な患者の数を重症患者数として報告するよう、各都道府県に依頼している。都は、ICU 等での管理状況についても合わせて、厚生労働省に報告することとしている。

重症基準について

都の基準

人工呼吸管理または ECMO を使用している患者

- ・ 専門家の意見も踏まえ、現場の実態を反映している基準
- ・ 4月27日から開始

⇒ 今後も基準に変更なし。モニタリング指標として引き続き戦略的に活用

継続する主な理由（現場の実態に即している点）

- ・ ICU在室者の全てが、必ずしも重症でない
- ・ 人工呼吸管理下の重症患者が必ずしも、ICUに入室していない
- ・ 集中治療の基準が病院によって異なる可能性がある
- ・ 人工呼吸器やECMOの導入は、判断の差が出にくく、基準が明確

今般、厚労省から集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者についても含めて報告するよう依頼があったため、依頼に基づいた患者数を参考値として提出する。

（参考）

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 令和2年3月19日付事務連絡

「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について」

「重症者」とは、「集中治療室（ICU）等での管理又は人工呼吸器管理が必要な患者」のことである。なお実際には、その患者の状態に基づき、医師が入院治療や重症管理の要否を判断されるものであることに留意されたい

「第7回東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議」

令和2年8月20日（木）13時00分
都庁第一本庁舎7階 大会議室

【危機管理監】

それでは、第7回東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議を開始いたします。

本日は、感染症専門家の先生といたしまして、国立国際医療研究センター国際感染症センター長でいらっしゃいます大曲先生にご出席をいただいております。よろしくお願いいたします。

会議の次第につきましては、お手元に配布をしております資料の通りに進めて参ります。

3項目目の意見交換につきましては、いつものように、感染状況・医療提供体制の分析の内容と、それに基づく都の対応という二つに区分をして実施いたしますので、よろしくお願いいたします。

それでは早速ですが、「感染状況・医療提供体制の分析」につきまして、大曲先生からご説明をお願いいたします。

【大曲先生】

国際医療研究センターの大曲と申します。

8月19日時点の感染状況・医療提供体制の分析結果をご報告いたします。

まず、「感染状況」であります。全体としての総括のコメントであります。「感染が拡大していると思われる」と、4段階の一番上のところ赤印ということにしております。

もう少し具体的には、「新規陽性者数と接触歴等不明者数は高い水準を維持している」ということ。もう一つは、「都全域、リスクの高い高齢者に感染が広がっている」という点であります。

医療提供体制でありますけれども、こちらに関しては、総括としては、「体制強化が必要であると思われる」としております。橙色、上から2番目であります。

もう少し具体的には、「重症患者数の増加に伴い、医療機関への負担が強まっている」ということで判断をしております。

少し具体的なところは、資料ごとに説明をして参ります。2枚おめくりください。別紙1でありますけれども、今回の指標に関しての解説がございます。

まず、感染状況の指標の1番の「新規陽性者数」でございます。

国の新型コロナウイルス感染症対策分科会（第5回）、8月7日に行われました。

ここで、国の指標が示されております。この指標及び目安における、8月11日から8月17日の感染の状況を示す新規報告数、これは人口10万人当たり週13人でありました。

国の目安及び指標におけるステージⅢは、15人でありまして、今回の東京の状況は、ステージⅡ相当の数ということでもあります。

ステージⅡではありますが、これは「感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階」と定められております。

2点目ではありますが、新規陽性者数の7日間平均は、256人でありました。これは、前回の数値との増加比は82%ということで、わずかに減少傾向にございます。

第一波ですけれども、第一波では新規陽性者数の増加を招いた院内感染による大規模なクラスターの発生が見られました。

要は、一つのクラスターで多くの方が発生して、それが続くと大きな患者数になるというところでもあります。

ただ現在はどうかといいますと、院内感染の防止対策、PCR検査の増加による陽性者の早期発見と感染拡大の防止、そして都民の皆様方の協力、そして各業界の業種別ガイドラインの徹底、こうした様々な取り組みが、功を奏している可能性があると考えております。

一方で、しかし、無症状や症状の乏しい感染者の行動に影響を受けて、感染経路が多岐にわたって、また、感染経路が不明になっているという状況もございます。

年齢別の分布ではありますが、8月11日から17日までの報告では、10歳未満は2.2%、10代は4.4%、20代は32.7%、30代は22.3%、40代は14.4%、50代は10.7%、60代は5.8%、70代は4.6%、80代は2.6%、90代は0.3%でありました。傾向としまして、20代及び30代の割合は減少しています。一方で、40代以上、10代以下、この階層の割合が増加しています。

感染年齢層と言いますか、どの層に患者さんが多いのかという形では変化が生じておりまして、今後の推移に注意する必要があります。

感染経路のお話ではありますが、同じく11日から17日までの濃厚接触者における感染経路別の割合ではありますが、全世代を合計しますと、同居する人からの感染が40.9%と、実は一番多いという状況でありました。これに次いで職場が15.8%であり、会食は今回11.7%と減少しておりました。接待を伴う飲食店等は9.1%、施設が5.9%という状況でありました。

前回との大きな違いは、同居する人からの感染が11.8ポイント増加したという点でございます。

これをさらに年代別で見ていきますと、濃厚接触者における感染経路別の割合は、10代以下では同居する人からの感染が70.6%と最も多く、次いで施設の感染で18.8%でありました。20代、30代になりますと、同居する人からの感染が23.3%と多く、次いで職場が23.1%でありました。40代、50代になりますと、同居する人からの感染が55.2%と最も多く、次いで職場での感染が11.9%でございました。60代になりますと、同居する人からの感染が52.3%と最も多く、次いで職場での感染が13.6%でありました。70代以上になると、また少し変わってきまして、同居する人からの感染が61.7%と最も多いわけですが、あと

は居住環境と言いますか、その変化を反映して、施設での感染が 15% となって参ります。40 代以上の世代では、同居する人からの感染の割合が 50% を超えているというのが、今回の特徴でございます。

少人数であっても、人と人が、密に接触する環境で、マスクを外して、会話をしながらご飯を食べる、飲食をすると、これは実は感染リスクが高まった状況であります。ですので、新規陽性者を減らすという観点からは、このような環境を避けるということが、非常に重要であると考えております。

次の点でありますけれども、今週の一つ特徴として、感染経路ですが、同居する家族からやシェアハウス等での感染が報告されておまして、やはり日常生活の場でも、基本的な感染防止対策を徹底するということが重要であるということを示唆しております。

また、学習塾ですとか、部活動といった、時間外活動と言いますか、そこでの感染例も報告されておりました。

施設に関しましては、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、デイケア施設、訪問看護、病院など、重症化のリスクの高い方が多くいらっしゃる場所でもありますけれども、こうした施設において、無症状あるいは症状の乏しい職員さんが発端となって、集団発生が起こるといった感染が見られております。

このような、いわゆる重症になる方を防ぐ、引いては亡くなる方を無くすという意味では、引き続き、医療・介護施設内、それと業務における感染防止対策の徹底と、そして何よりも早く見つけるということが大事ですので、このような施設の間でも、検査が速やかにできるように、検査体制を拡充するということが重要であると考えます。

もう一つ、今週ありました事例としては、「COCOA」ですね、新型コロナウイルス接触確認アプリがあります。国としても、携帯にインストールして、活用しようということと呼びかけられておるわけですが、要は接触アプリからアラートがかかって、「あなたは接触がありました」という通知を得たということを契機として、最終的に検査をして陽性だったという事例が 2 例あったそうであります。こうした事例も入り始めております。

地域ごとの陽性者数、同じく 11 日から 17 日までの新規陽性者数を見ていきますけれども、全体としては 1,811 人ですが、保健所別の届出数であります。今回、港区が 167 人、9.2% と最も多く、次は新宿区 155 人、8.6%、世田谷区が 132 人、7.3%、中野区 97 人、5.4%、大田区 94 人、5.2% の順でありまして、依然島しょを除く都内全域に広がって新規陽性者が出ているという状況でございます。

2 点目、「# 7 1 1 9 における発熱等相談件数」でございます。

こちらに関しましては、7 日間平均は 81.7 件となりました。先週と比べて減少はしておりますが、この指標に関しては、この指標が増えると、患者さん、陽性者の増加が見られるということを経験しておりますので、高い値を見ておりますので、引き続き今後の推移を注意して見ていく必要があると考えております。

3 点目は、「新規陽性者における接触歴等不明者数・増加比」であります。

感染経路が不明な方の割合でございますが、8月19日時点で61.5%でありました。

国の指標と比べて参りますと、ステージⅢの基準及び目安が50%となっておりますが、そこを超える数値となっております。

ステージⅢとは、「感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階」と定められております。

接触歴等が不明な方の数は、7日間平均で158名でありました。これは、前週の報告値と比較すると減少はしておりますが、数値としては非常に高い数値でありまして、これらを調査する、接触歴を調査する保健所への支援は、引き続き必要であります。

新規陽性者数の中の接触歴等の不明者の方の増加比は、100%未満ということを減少傾向の一つの指標としております。8月19日時点での増加比は78.4%でございます。

次に「医療提供体制」に話を移して参ります。

④の「検査の陽性率（PCR・抗原）」でありますけれども、PCRの検査件数のうちの陽性者数の割合は、8月19日の時点で5.5%ございました。国の指標でのステージⅢの目安は10%でございますが、これを下回っており、都としてはステージⅡ相当でございます。

PCR検査の陽性率は、検査体制の指標として私たちはモニタリングをしております。迅速かつ広くPCR検査等を実施することは、感染の拡大防止と、早く患者さんを見つけるということで、重症化の防止、この双方に効果的と考えています。

今回のモニタリング期間である11日から17日までの検査件数は、28,466件ございました。前週が28,761件、前々週は32,873件であり、今週の報告値は減少しております。これは、祝祭日もございましたし、ちょうどお盆の休みの時期もございましたので、その影響はあり得ると考えております。

今週ですけれども、7日間平均の検査数は前週と同様に少なかったですが、陽性率は僅かに減少しているという状況でございます。

やはり早期の発見ということでは、十分なPCR検査を行うためには、引き続き検査体制の強化をしていくということは、重要でございます。

⑤の「救急医療の東京ルールの適用件数」でございます。こちらは増加しておりまして、8月17日は82件ございました。

7日間平均の件数ですけども、先週に比べて増加しておりまして、75.9件でございます。

第一波では、患者さんの急速な増加に伴って、この東京ルールの適用件数も増えたということもあります。私たちは、救急受入れ体制の負荷を懸念しております。

⑥の「入院患者数」であります。

国の分科会が定めた指標において、病院全体のひっ迫具合を示す数値がございます。その一つに最大確保病床数があります。都は、最大確保病床を4,000床と定めております。この中に占める入院患者数の割合は、8月19日時点で40.4%ございました。これを国の目安と照らし合わせると、ステージⅢの目安が20%であり、これは超えております。ただ、ステージⅣの目安が50%ありますが、そこには至っていないというところであります。

また、現時点での確保病床数、都は 2,500 床に占める入院患者数の割合は、64.6%でありました。これは、国の指標と照らし合わせれば、ステージⅢの日安である 25%を大きく超えた数値となっております。ステージⅣですが、これは定義としては「爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な段階」と定められております。

病床を稼働させるためには、スタッフの確保が必要ですし、患者さんを病棟から病棟に移すということもあります。感染防御対策の準備、施設の中での改築等も場合によってございますが、これに 2 週間程度要します。

ということは、我々としては、新規陽性者数の動向を踏まえまして、非常に大事な救命救急医療、あるいはがん医療、こうした通常の診療も必ず維持できるように配慮しながら、一方で、コロナ、あるいはその疑いの患者さんを受入れることができる病床を確保する必要があります。バランスが必要でございます。

入院患者数でありますけれども、依然として 1,600 人を超えております。高い水準です。なかなか収束の兆しが見えない中で、医療機関への負担は強まっているという状況でございます。

今回のモニタリング期間の 11 日から 17 日で新規入院患者数は 515 名、退院者数は 275 名でございました。また、陽性者以外にも、陽性者と同様の感染防御対策と、個室での管理が必要な疑い患者を 1 日あたり都内全域の病院で約 150 人から 200 人受け入れているという状況でございます。

入院調整本部が活動しておるわけですが、その対応件数のうち、約 9 割以上が無症状の陽性者及び軽症者であったということでもあります。

ただ、重症、軽症にかかわらず、陽性患者さんの入院と退院時には、手続きですとか、感染防止対策、検査、入退院の調整、施設の消毒といった業務が生じます。ですので、たとえ軽症者であっても、通常の患者さんよりも多くの人手と労力が必要であります。

また、最近では非常に入院期間が短くなっております。これは、患者さんにとっては良いことだと私は思っておりますが、一方で、煩雑な入院と退院の作業が繰り返されるということも現実であります。これが医療機関の負担となっております。

確保病床数であります。空いているベッドが、その当日の入院できる病床数では必ずしもないということは申し上げておきます。病院の状況によっては、当日入院できる患者さんの数には限りがある場合がございます。

宿泊料施設に入っていただく方々がいらっしゃるわけですが、その運営にもまた、医師、あるいは看護師がかかわっております。彼らはどこから来るかと言いますと、通常の医療現場から来てくださっているわけでありまして、その確保にも苦労があるというところでございます。

調査期間の 11 日から 17 日までの陽性者数 1,811 人のうち、無症状の方が 17%でありました。宿泊料施設が増やされておりますが、8 月 19 日の宿泊療養施設の利用者は 279 人、

自宅療養者は 571 人でした。

宿泊療養施設の利用者や、自宅療養者の状況を把握・分析し、入院、宿泊及び自宅療養の緊急度・重症度判定基準を明確にして、重症化リスク者に該当せず、入院が必要でない医師が判断したものに対する宿泊療養・自宅療養の要件を定める必要があります。その上で、この基準を、都と保健所と宿泊療養施設の医師等が共有し、統一した運用を進めるとともに、療養中の健康観察モニタリングや、症状が変化したときの搬送基準、搬送方法についても検討する必要があります。

自宅療養に関しましては、その対象者は、外出しないことを前提に、独居で自立可能である者とする。安全な自宅療養の環境整備に向けて、配食サービス、療養者のフォローアップ、医学的なフォローアップですね、そして症状が変化した時の受入れを地域医療が担う体制などを確保するとともに、IT を活用した健康観察システムの導入など、保健所の業務を支援する体制、これを早急に確保する必要があります。

入院調整には保健所も関わるわけですが、保健所から入院調整本部への調整依頼件数が 1 日 80 件程度で推移しております。その中でも少し変化があるのは、軽症から中等症の患者さんの中でも、より入院を急ぐ必要のある方、あるいは重症化に伴う病院から病院への転院ですね、高度な医療を受けるための転院、こうした緊急性の高い患者さんの依頼件数が増加しております。

入院調整の結果、入院先の医療機関が決定した後に、患者さんの症状の改善、あるいは患者さんのご希望でキャンセルする事例が、1 割から 2 割程度発生しているという状況が続いております。

7 点目、「重症患者数」でございます。

国の指標及び目安における、病床全体のひっ迫具合を示す、重症者用病床の最大確保病床数、都の場合は、これを 500 と定めております。この中に占める重症者、この場合に使われる定義は、いわゆる厚労省の定義の「ICU 入室または人工呼吸器か ECMO 使用」、この入院患者数の割合は、8 月 19 日時点で 8.2% でありました。これは、実数としては 41 人です。つまり、「ICU 入室または人工呼吸器か ECMO 使用」が必要な方は 41 人でありました。そのうち、人工呼吸器又は ECMO を使用している方、これは今行われています、このモニタリングの会議で私たちが使っている指標ではありますが、これに換算すると 32 人です。

いずれにしても、国のステージⅢの指標及び目安の 20% よりも低い数値となっております。また、現時点での確保病床数であります。都は現在 150 床になりました。前週と比べて、各医療機関の協力によって 50 床増えております。ここに占める重症者数の割合は 27.3% となっております。国のステージⅢの指標及び目安の 25% をわずかに上回っているという状況でございます。

東京都ですけれども、東京都ではその時点で、人工呼吸器又は ECMO を使用している患者さんの数を、このモニタリングの指標としての重症患者数と定めております。

そして、それを我々専門家がモニタリングしておりますが、これに関しては、前週と比べ

て増加しております。

具体的には、8月19日時点での重症患者数は、都の指標によれば32名でありました。年代別の内訳は40代が1名、50から60代が16名、70代以上が15名でありまして、性別では男性が多く、男性25名、女性7名という状況でございます。

また診断ですね、陽性の判明から重症化までの時間は平均4.2日でありまして、軽快した重症患者における人工呼吸器の挿管、それから抜管までの日数の中央値が7.5日でございます。

第一波では、新規陽性者数の増加から約14日間遅れて重症患者数が増えました。

新規の陽性者数はわずかに減少傾向が見られてはおりますが、とはいえ1日当たりの報告数は非常に高い状況であります。この状況が続くと、重症の患者数はやはり減らないまま続いていきます。実際に、重症患者数の増加が加速しておりまして、引き続き、重症の方が生じ得る、重症になるリスクの高い方がいらっしゃれば、それは高齢者施設ではありますけれども、引き続き高齢者施設における施設内の感染等への警戒が必要でございます。

重症患者においては、集中治療室等の病床の占有期間が長期化することを念頭に置いて、大事なことは新型コロナウイルス感染症患者のための医療と同時に、通常の医療との両立を保ちつつ、なおかつ重症の患者のための病床を確保する必要があります。

一方で、さらに病床を確保すると、例えばレベルIIの重症病床、これは300床であります。これを準備するためには、医療機関は第一波で見られたように、この重症のコロナの患者さんを受け入れるために、これは本当にやむを得ずではあります。予定された大きな手術ですとか、あるいは救急の受入れを制限せざるを得ない。本来はこういう患者さん方は集中治療室に入るわけですが、集中治療室に多く、重症のコロナの方がいらっしゃると、そうはいきません。ですので、そのような制限が発生する、そうせざるを得ないと考えております。

コメントは以上であります。一つ、この時間をいただきまして、モニタリング指標について少し解説をしたいと思います。

モニタリングの指標で医療提供体制を示す中で、重症患者数がございます。こちらについては、モニタリングの過程、モニタリングの指標としてどのように選ばれて、使われているかということ、専門家としてご説明をしておきたいと思っております。

東京都においては、重症の病床を戦略的に把握して運用するために、人工呼吸器、体外式心肺補助、ECMOであります。その管理下にある患者数、これを重症患者数として、このモニタリング指標として、専門家が見ながら活用をしています。

この数値をあえて選んだのは、理由がございます。

この数値は、実は、使い始めたのは4月頃の話であります。その頃は、思い起こすに、都の全体の医療の状況を見渡す中で、どこに本当に重症の患者さんがいらっしゃるのか、それが何人いらっしゃるのか、その1人当たりにどれぐらいのリソース、具体的に言えば人工呼吸器であり、ECMOでありますけれども、それがどれぐらい都の中で使われているのか

ということが、なかなか見えにくいと思っておりました。その中で、ちゃんと見える指標をということで探してきたのが、編み出したのが今回の重症患者数であります。

理由でありますけれども、病院によって集中治療室、ICUですね、ここにいつ入っていたのか、あるいはいつ出ただくのかという基準があるわけですが、この基準は、病院の状況によって様々であります。

ただ、病院ごとでICUの入室や退室の基準が異なっている、人工呼吸管理を行う、あるいはECMOを導入するというのは、医師や病院による判断の差が生じにくいと考えています。そこで、これらは共通の基準で、重症患者数を数えられてトレンドを知ることができると考えております。客観性が高いということですね。

重症化リスクの高い患者もICUで管理する病院があります。あるいは流行拡大によって、ICUやHCUをコロナの患者さんの専用とする病院もございます。ですので、必ずしもICUに入院した患者さんが、重症患者とは限らないという事例もあります。具体的には、ICUには入っていらっしゃいますけれども、人工呼吸はしていませんとか、ICUが入っているけれども、ECMOは使っていないという患者さんも現実にはおられます。ということで、人工呼吸器の管理を必要としないICU入室患者を含めないことで、何をモニタリングしているか明確になります。

ここは私の補足であります。現実の医療の場では、必ずしもICUには入っていないけれども、人工呼吸を受けているという患者さんも現実にはおられますし、そういう方々もやはり我々としては重症と考えていますので、そうした方々は、人工呼吸器なり、あるいはECMOなりが装着されているので、我々東京都のモニタリングの指標としては、重症とカウントしております。

人工呼吸器管理をするということは、人工呼吸器などの資機材、あるいは診療ケアに当たる医師や看護師だけでなく、人工呼吸の呼吸器の管理に当たる臨床工学技士などの人員も必要とします。要は、様々なリソースが必要で、これは医療提供体制の明らかな負担となります。ですので、人工呼吸器管理開始ということは、医療提供体制への負担の大きさの目安として、私たちはわかりやすいと考えています。また、もう一つ大事なのは、患者さんが回復すれば人工呼吸器管理はしなくなるわけです。ですので、人工呼吸器管理の数を数えていけば、患者さんの回復に伴って、資機材や人員等のリソースの再利用についても、把握がしやすいと考えています。

都では、人工呼吸器の管理をいつ始めたのか、それはいつ終わったのか、ECMOをいつから使い始めたのか、ECMOをいつまで使っていたのかという期間を把握しています。その期間を知ることができます。また、人工呼吸器やECMOから外れましたと、そういう報告を受けることで、患者さんが、客観的に見ても明らかに回復傾向となっていることが把握できますという形で、都のモニタリング指標としての重症患者数の把握は行われて参りました。

なお、厚生労働省では、新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等に関する調査が行わ

れております。こちらでは、ICU等での管理、人工呼吸器管理又はECMOによる管理が必要な患者さんの数を、重症患者数として報告するよう、厚生労働省より、各都道府県に依頼がなされています。

東京都としては、ICU等での管理状況についても合わせて、厚生労働省に報告することとしていると伺っております。

長くなりましたが、私からの報告は以上でございます。

【危機管理監】

大曲先生ありがとうございました。

以上の重症患者数の考え方についてのコメントを今、先生からいただきましたけれども、それを受ける形で、資料を1枚おめくりください。

「重症基準について」ということで、都の方の考え方を、福祉保健局長からお願いいたします。

【福祉保健局長】

資料をご覧ください。

今、大曲先生の方からご説明があった通り、都では現在、人工呼吸管理又はECMOを使用している患者さんを重症患者さんというふうに位置付けております。

これはですね、4月26日までは、保健所を通じてICU、人工呼吸管理、ECMOの患者さんを聞き取って数を集計しておりましたが、その頃に合わせて、今、大曲先生からあった通り、専門家の先生方から、ICUをカウントすることは実態に即してない部分があるというご意見もいただきました。

また、保健所を通じて情報を取ることが、なかなか正確な数値が取りにくいという面もありましたことから、専門家の意見や、現場の実態を反映しているという基準であるという考え方から、人工呼吸管理またはECMOを使用している患者さんを重症患者という位置付けで、4月27日から開始しているところでございます。

この基準については、今後も変更なしということで、モニタリング指標として引き続き戦略的に活用していく考えでございます。

また、ホームページ等の公開情報についても、この数値を用いることといたします。

理由については今、大曲先生からございましたので、省かせていただきますが、今般厚労省から集中治療室、ICU等での管理が必要な患者についても、含めて報告するよう依頼がございましたので、依頼に基づいた患者数を参考値として提出することといたします。

私からは以上でございます。

【危機管理監】

ありがとうございました。

それでは、意見交換に移りたいと思います。

まず、先ほど大曲先生からご説明のありました、感染状況・医療提供体制の分析の内容につきまして、何かご質問等ございましたらお願いいたします。

よろしいですか。

知事からこの内容について、何かございますか。

【都知事】

今の考え方など、現場の声をよく承りました。

引き続きわかりやすく説明していきたいと思います。

ありがとうございます。

【危機管理監】

それでは、続きまして都の対応ということに関して意見交換をお願いしたいと思います。何かご意見・ご質問等ある方いらっしゃいましたらお願いします。

よろしいですかね。

それでは、モニタリング会議のまとめといたしまして最後に知事の方からご発言をお願いいたします。

【都知事】

大曲先生には、お忙しい中、またお暑い中ご出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

また、専門の先生方から、先週に引き続いて、感染状況について、医療提供体制も含めて、この分析をお願いいたしました。そこで、「感染状況」は最高レベルの4段階目、「感染が拡大していると思われる」ということで「赤」、「医療提供体制」は3段階目にあたる「体制強化が必要であると思われる」との、「橙」の総括コメントをいただいたところでございます。

感染状況であります。新規陽性者数について、前週と比較すると僅かに減少傾向にはあるけれども、依然高止まりの状況。また、都全域、重症化リスクの高い高齢者に感染が広がっているという事実。感染経路については、全世代の合計で、同居する方からの感染が最も多いこと、次いで職場、会食となっていること。

そして重症患者数であります。その増加は加速をしていて、かつ各年代にわたっている。引き続き警戒が必要である、とのご指摘をいただいたわけであります。

専門家によりまずご指摘等を踏まえまして、改めて都民、事業者の皆様方をお願いをしたいと存じます。

世代を問わず、同居する人からの感染が最も多いと、このことを踏まえまして、都民の皆様方には、家庭内に感染を「持ち込まない、持ち込ませない」ための取組をお願い申し上げます。

具体的に三つとしますと、まず、夜間の会食の際、防止策は万全に取ってください。帰宅後はすぐに手洗い、消毒をしてください。日用品は家族の中でも別にしてください。というこの三つ、徹底してほしいと思います。

重症化のリスクが高いご高齢の方と同居される方々、特にご注意をお願い申し上げます。それから、職場内の感染ではありますが、こちらも多く報告されております。

事業者の皆様方におかれましては、ガイドラインの遵守、ステッカーの掲示のお願い、また、ガイドラインの項目が守られているのかどうか改めて継続的な点検をお願い申し上げます。

都民、事業者の皆様方には、これまでも大変なご協力をいただいて参りました。感謝を申し上げます。そして、一方で、引き続きのことではございますが、ご理解、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

それから医療提供体制ですが、先ほどの専門家の皆様方のコメントを踏まえまして、引き続き体制の強化を図って参ります。

患者さんの受入れ体制ですが、2,800床の確実な確保に向けまして、先週、都内の医療機関に対しまして、改めて依頼を行ったところでございます。その結果、重症用は50床がプラス、中等症用が50床をプラスということで、現在は重症用が150床、中等症用が2,350床、合わせまして2,500床となっております。

そして、宿泊療養施設であります。先週開設した1棟に加えまして、今週月曜日に、改めて東京虎ノ門東急 REI ホテルを開設したところであります。これで合わせますと3,000室を超える体制が整って、更なる活用を進めて参ります。

また、自宅療養につきましては、安心して療養できる環境の整備ということがテーマでございます。

皆さんのより一層のご理解、ご協力をよろしくお願い申し上げます。第7回東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議のまとめとさせていただきます。

以上です。

【危機管理監】

ありがとうございました。

以上をもちまして、第7回東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議を終了いたします。ご出席ありがとうございました。