

令和7年度第3回大阪府感染症対策審議会 議事録

【日 時】令和8年2月 25 日(水)14 時 00 分～15 時 23 分

【場 所】大阪赤十字会館3階 302 会議室

【出席委員】乾委員、衛門委員、加納繁照委員、加納康至委員、掛屋委員、木野委員、河面委員、清水委員、白阪委員、寺内委員、朝野委員、弘川委員、深田委員、向本委員、山口委員、倭委員

【オブザーバー】大阪市保健所長

■審議事項1 大阪府エイズ対策基本方針の改定について

○事務局より配布資料について説明

○質疑応答

<朝野会長>

ご説明ありがとうございました。

まずは白阪委員、エイズ対策及び医療連携推進部会の部会長として、今回の基本方針の変更点、あるいはこの重点的な部分についてご説明をいただきたいと思います。

<白阪委員>

非常に丁寧なご説明、ありがとうございました。部会の意見もかなり盛り込んでいただいている重複になりますけれども、ポイントをもう 1 回、私なりに簡単にご説明したいと思います。

今回新たな用語として、U=U と PrEP がありました。

それから今回の改正では、最初に人権を持ってこられたというのは非常に大きな意味があります。

例えば具体的に言いますと、HIV陽性であるからということで介護施設になかなか入れない方がいらっしやるとか、就職の問題であるとか、いまだにHIVについてのいわれのない偏見差別の具体的な例を私も聞いておりますし、そういうことは実際にあるということがございます。

なかなか公にはされないのですが、現場ではそういうことがいまだに起こっておりますので、そういう意見が部会でも強く出て、国としても人権というのを最初に持ってこられたという経緯がありますので、大阪府におかれましても、HIVに限りませんが、そういった身体障がい等をお持ちの方の、人権を尊重していただくという姿勢が一番大事だと思います。

今回大阪府から具体的な案をお示しいただいておりますけれども、例えば啓発であるとか、研修であるとか、そういうのはもう今までも十分にやってきていただいておりますが、果たしてどれだけ効果が上がっているかということはお考えいただいた方がいいかなと。この啓発であるとか研修にいくら力を入れても、その偏見差別が果たしてなくなるかどうかということがポイントとなりますので、もう一歩思い切ったことが必要じゃないかと。

あまり参考になりませんが、例えば海外、アメリカでは、もう何十年も前、私が聞いた事がありますのは、診療所の例ですけれども、HIV陽性者が受診した時にHIVであるという理由で診療を拒否され、裁判所に訴えて、診療所の方が負けました。陽性者があえて自分は陽性だと言って受診し、断られたら訴える、ということが、続いたようです。

それはあまり好ましいことではありませんけれども、ごく普通にHIV陽性であるからということで施設等に入れないとか、あるいは就職ができなかったということは起こらない方がいいと思いますので、府におかれましても、HIV 感染症は国の身体障害制度の対象疾患でもあり、HIV 陽性者の対応で、HIV 陽性という理由でお断りするのとは間違っていると認識戴ける様に、もっとお考えいただけたらと思います。治療で U=U である事は医学的、科学的にも証明されています。

あともう一つ、21 ページをご覧くださいと、連携の強化による良質かつ適切な医療・福祉提供体制の充実というところで、具体的に書いていただいております。それぞれのところでの連携を進めていただいているというのはよく存じておりますし、それはさらに進めていただきたいと思います。

今回課題といえますと4番で、拠点病院間及び拠点病院と地域の一般医療機関との診療連携の推進及び充実です。

HIV診療は、どこの診療所でも手軽に診ることができるとするのが理想ですが、それはなかなかやっばり難しく、例えばHIV陽性の方の確認検査でも、一般の診療所でやるのは、もし陽性であればその患者さんの動揺にどう対応しようかとか。大阪府におかれてはカウンセラーの派遣とかございますけれども、間に合わないことも多いわけですから、そういうことを考えれば、全く経験のない先生は確かに難しいと思うんですね。ですけれども大阪府・大阪市におかれては、6ヶ所以上のHIV経験がある医師があって、診療所もありますので、そういうところが例えば連携していくというのは可能です。

なぜこんなことを言うかということ、今HIV感染症は慢性疾患となって寿命が伸びました。ということは、毎年の新規発生の数はだんだん減ってきている傾向がありますが、累積していきます。皆さん加齢していき、それぞれの拠点病院ももう満杯になってきておりますので、やっぱりある程度は診療所の先生方が、安定している患者さんについては診ていただける方向に進むのがいいと思います。自然にそう進めばいいんですけど、大阪府や行政におかれても、診療所がHIVを診やすくなるような工夫がないとなかなか大変と、実際に思っております。

それから、介護施設との両方向の連携です。研修や啓発だけではどうも何か足りないような気がいたします。実際、B型肝炎や結核に関しては、もう感染性のない方は普通に診ていただいていると思います。しかし、HIVに関しては、治療状況の良い人はうつらないということ(U=U)が世界的にも確立して約10年経ってますけれども、いまだに日本においてはHIV陽性だというだけで感染のリスクがあるので云々と、なぜそうなっているかということですがそれはご本人の考え方の問題じゃないかなと思いますね。そこはまさに偏見差別じゃないかと思うので、そこはもうはっきりと、HIVだけじゃありませんけれども、そういう考え方を是正していただきたいと思います。

最後に一点付け加えます。今、拠点病院の先生方、一生懸命対応していただいておりますが、いかせん私もそうですけれども、みんなだんだん年をとっています。もうそろそろ定年退職という方も多いです。その中で、後進はなかなか育っていません。いないわけじゃないんですけども、これからこの患者数を支えるだけの医療従事者が保てるかどうか、本当に危惧しております。HIVだけではなく、感染症全般そうかと思いますが、そういう後進育成についてもご配慮いただきたいと思います。

<朝野会長>

それでは大阪府の方から、もしお答えができるようであればお願いいたします。

<事務局>

確かに、白阪委員おっしゃるように、啓発や研修をやっていく中で、なかなか響かないというところがありますので、やり方をどう工夫したらいいのかということだと思っております。引き続きまた先生方にも相談しながら進めていきたいなというふうに考えております。

また、U=Uという新しい考え方を介護施設の方等に広く周知していく等、引き続き啓発に努めていきたいと思っております。

医療提供体制につきましても、自宅近くの医療機関で診療できるという有効だと思っておりますので、そういった取組についても引き続き取り組んでいきたいと思っております。

<朝野会長>

今までもHIVで何回かこういう基本方針がたてられました。書いてあることは正しいけれど、それを実行するにはどうしたらいいかということ、本当に細かな対応が必要です。また、医療あるいは介護の現場で差別なく診ていただけるようにするにはどうしたらいいかは、非常に重要な問題だと思います。

<白阪委員>

PrEPについてです。曝露前予防内服、つまりHIVではない方が、もし陽性者の方と性行為をしてもHIVに感染しないために、PrEPという薬を事前に飲んでおけば、HIV感染しないというエビデンスがあり

ます。ただしこれは、受診をして検査を受けて処方を受けるというような、定期受診や、医療機関にかかることが必須です。日本では、PrEP のツルバダという承認されている薬はございます。これは予防投薬ができます。治療薬であるツルバダを予防薬として内服することは可能ですが、保険は使えません。自費で、一錠約 2400 円ぐらいかかります。毎日飲むのがより有効とされ、毎日飲むと月に約 7 万 3 千円程となり高額です。必ずしも皆さんが手が出る、ということにはなりません。

ではどうするかというと、いわゆる海外からの後発医薬品を輸入して使っておられるようです。未承認薬ですので、何か起こっても日本は全く補償はしていただきません。勝手に飲んでるわけですし、医療機関も、場合によっては責められる可能性もあります。今、日本ではこのような危険な状態にあり、これを国として良しとしてはいただけません。研究を進めておられますが、一般の方々を待たず、このような実情があるようです。なかなか公には動きにくいと思いますが、大阪府におかれましても、そういう実態がありそうだということに関してどうするかということは、検討はしていただきたいです。ただ、これは国が示さないと府は動けないと思うんですが、国が示してから動くのでは遅いとも思います。トランスジェンダーも同じで、国が示してから府が動くのが筋だとも思いますけれども、その場合時間差が出ます。認識は持っておいていただいた方がいいと思います。

<朝野会長>

PrEP は、検査をして感染していないことを確認してから投与しないと、耐性化して耐性菌のウイルスが広がるということがあり、きちんとした検査を繰り返し繰り返し行う必要があります。ところが、それをやるには正規の薬でないといけません。薬事承認されていますが保険はききません。

地下に潜ってしまうとかえって HIV の状況を悪くするということで、どうしたらそれが表できちんとできるようになるかというのは非常に大きな課題です。大阪府だけでできることではありませんけれども、ご認識いただければと思います。

それから、U=U という新しい概念を広げていくことが非常に重要だとも思います。私も例えば医療スタッフは、針刺しをしたらどうしようという懸念を持っていらっやいます。針刺しをしても、かなり感染率は低いです。0.3%ぐらいです。それでもやっぱり暴露後予防をした方がいいと言われてます。以前は 2 時間以内だったと思いますが、一般の医療機関で針を刺したので検査をし、薬を処方しましょうとなった時に、2 時間以内ではできないわけなんです。ですからちょっと私のところでは…というのはこれも当然のことだとも思います。

今は 72 時間以内だったら何とか効果あるだろうと言われてます。感染確率は非常に少ないんですけど、医療スタッフとしては、針刺しをした時にどうやってスタッフを守るかという問題も解決しないといけません。その点の仕組みはどうなっておりますでしょうか。

<白阪委員>

この 10 年以上の間に、医療事故等の針刺しで感染された事例の報告はありません。

大阪府医師会ではマニュアルを作ってくださいと、大阪府のホームページにも、HIV 陽性の方で針刺し起きた場合に診てくださる施設や具体的なマニュアル等も掲載していただいていると思いますので、参考にさせていただけたらと思います。

2 時間は、確かに理想的な値ですけども、実際は 3 日ぐらい経って飲んでる方もいます。

U=U の意味で言いますと、基準値以下の患者さんでは性行為においてはもううつらないということはわかっています。

危険な言い方ですけども、多くの人は針刺し起きてもううつらないだろうということも言われております。

他国においては予防内服はしなくていいということを言っているところもあるようですけれども、それは少し危険なので、やはり飲んでいただいた方が安心だとも思います。例えば以前、当院では、HIV 陽性の方を他院で診療をしていただく時には、その方のお薬とは別に、針刺しに備えた分もその方に持っていただく、という工夫をしたりしていました。

おそらく、もう暴露後予防内服の PEP はほとんど必要ないぐらいになっていますけど、やっぱりそうじ

やないと皆さん安心できないと思いますので、大阪府のホームページなどを活用していただければと思います。

<朝野会長>

いわゆるセクシュアリーな問題ではなくて、医療の現場においても、U=Uでは針刺ししてもうつる確率はさらに低くなるという考え方、これについてはエビデンスがありますよね。

<白阪委員>

はい。朝野会長のおっしゃる通りだと思います。

<朝野会長>

今まで、医療側において、受け入れられなかったというのは心情的にはわかります。針刺したらどうしようか、看護師を守らないといけないということで、なかなか受け入れができませんでした。しかし、新たな概念であるU=Uが出てきました。

また、PEPは2時間以内に、というのがあり、それは難しいこともありました。これまでの前提から変わるエビデンスが出てきています。

そういう意味で言うと、やはり医療機関あるいは介護施設に丁寧に説明して、現状について、エビデンスをもとに理解していただいで進めていくことが、最も実効性を生むことではないかと思いました。

<弘川委員>

15ページに戻ります。知識の普及に関してですが、やはり発症年齢が、10代・20代が半数であるという状況は非常に大変な状態であると思います。この点に関しましては、教育庁、学校との連携が必要です。性教育や命の大切さについてお話するため、助産師が学校を訪問しているのですが、助産師からは、学校からの制限はかなり厳しいと聞いています。話したいことが話せないことが多い、ということです。昔の知識を持っていると、授業の中に取り入れることに抵抗がある方もいらっしゃると思いますので、教育庁と連携をとっていただき、普及の促進をお願いします。また、そのために、助産師を大いに活用していただければと思っております。

<事務局>

若い頃からの普及啓発というのは大事だと考えておりますので、教育庁でも色々と取組をしておりますけれども、やはり性教育では、いわゆる学校側のはじめ規定と言われるものがありますので、制約があると認識しております。ただ一方で、新しい概念というのができている中で、それを知らないということは、それはそれでまた別の問題かなと思いますので、教育庁と連携しながら進めていきたいと考えております。

<朝野会長>

随分長い間議論されてきたことなんですけれども、新たな概念を取り入れて、実効性のある対策、どうしたらこの現状を打開できるか、ということ、ぜひ考えていただきたいです。

介護、医療、教育現場等色々なところとの連携も必要ですので、多角的にやっていきながら、この基本方針を実現させていく必要があると思っておりますので、ぜひご努力をお願いしたいと思います。

<山口委員>

U=UやPEPが、一般的な常識になっているかということ、医療者の中でもおそらく全く知らない人が多いのではないかと思います。感染者の人権を守ることからすると、まずはやっぱり医療者に、最新の情報を伝えていくことが急務であると思いました。

それに加えて、若い世代の20代30代で半数を占めているということからしますと、こういった世代を対象にしているのか、です。先ほど、トランスジェンダーの話があったんですけども、おそらくトラン

スジェンダーについては若い人の方が理解があると思うんですよね。一定年齢より上の方がなかなか理解ができないということもありますので、若い人から人権という意識を植えつけていくといいと思います。

学校での抵抗感、性教育自体もできないという話は、私も聞いています。学校現場や保護者に、きちんと理解しないと感染がなくならないということも含めて、啓発していく必要があると思いました。資料にある「学校」とは、どういうところをターゲットに、どういう形で行っているのか、現状を教えてくださいたいです。

<事務局>

現在、中学校及び高等学校を中心に、教育庁と連携しながら取組を進めているところでございます。冊子を配付し、それをもとに行っています。小学校には対しては行ってない形になっております。

<朝野会長>

白阪委員は学校に行かれていますよね。

<白阪委員>

以前は大阪府医師会の事業の一環として行っておりましたが、最近は大阪府の養護教諭の方へお話をさせていただいています。

<山口委員>

HIVがかなり流行り始めた頃に、東南アジアだったと思いますけれども、性行為が当たり前になる前の年齢である10代前半の人たちに教育をしたことによって感染者が増えるのを抑えられた、という話を聞いています。やはり、早い段階で正しい知識を得ることがとても大事だと思いますので、そのような観点でぜひご検討いただければと思います。

<朝野会長>

保護者の方等、色んなご意見があるかと思いますがなかなか難しいと思いますが、どうしたら啓発できるか、具体的に取組んでいただければと思います。

<白阪委員>

平成14年度～16年度の文部科学省エイズ教育推進地域学校の指定を茨木市立北陵中学校と記憶では茨木市立忍頂寺小学校が受けられた時に、学校から声をかけていただき、HIVの話をしたことがあります。その際は、校長先生等からご依頼をいただき、その先生方とまずお話をし、次に教職員全体、次にPTA、というように、一緒にこの問題に取り組んで、どう進めるか話し合いました。具体的には、どのような言葉を使うか、スライドはこれで良いか等も含め、十分議論してお話をさせていただきました。そのようなやり方は可能だと思います。非常に効果があったと聞いております。ご参考いただけたらと思います。

<朝野会長>

ぜひそのノウハウをまた生かしていただいて、大阪府、あるいは文科省と、一緒に広げていただければと思います。

加納委員、医師会として今のお話はいかがですか。これからの高齢化で、何かあの障壁等がございますでしょうか。それとも全然問題なくやっつけらるでしょうか。

<加納康至委員>

問題の有無については何ともいえませんが、普及についてはもっともだと思います。

皆さんが思い込んでいることって色々ありますよね。それを覆していくことはなかなか難しいというこ

とを、常日頃から感じています。啓発活動を繰り返し頻回に行うということは、当然、少しは効果あるだろうと思うんですけど、みんなが思い込んでいることについて「違いますよ」というのは、「新しい事実が出てきたんです」というご説明で意外と対応できるのかなとは思いますが、とても難しい問題だと思っています。ただもちろん真剣に取り組んでいきたいと思ひますし、みんなにこういう新しいことを知っていただくというのが、まずは大事だと思ひておひります。

<朝野会長>

今回のこの基本方針を読ませていただいて、調べてみたら、私が大学にいた頃とは違う考え方になってきています。医療も介護もより安全に、一般生活は本当にほとんどリスクはないように変わってきました。やっぱりこの概念を皆さんに知っていただくと大きく変化するんじゃないかなと思ひますので、ぜひ医師会やあるいは病院協会で、最新の情報を紹介できるような時間を作っていただければと思ひました。

薬剤師会の方では服薬指導等はどのようにされていますか。

○乾委員

患者さんに関しては、研修を受けた薬剤師のいる、指定を受けた薬局が対応しています。専門薬剤師制度、まではまだなっていませんけれども、今後そうなるのではないかと思ひますし、各地域で、大阪の拠点病院中心からスタートして進んでいるところです。どうしても治療薬等の備蓄等の関係もありますので、そういう形で進んでいるところでもあります。

<朝野会長>

各団体が協力し合ってやっていかないといけませんので、その時にやっぱり新たな知識を取り入れながら、より良い方向に進めればと思ひます。

掛屋委員は実際に患者を大学で診られていますか、ご意見ございますか。

<掛屋副会長>

大阪公立大学病院では、人数は限られておひりますが HIV 患者を診させていただいておひります。多くは安定している患者さんでありますが、何か難しいことがありましたら白阪委員のところにお尋ねしたいと思ひます。

U=Uについては、私たち感染症を扱っている者にとっては聞いたことのある言葉ではありますが、一般の医師、大学病院にいる若い医師ですら、まだ知らない方がたくさんいらっしゃるかと思ひます。院内の感染対策講習会等で伝えていくのが私たちの仕事だと思ひました。

<朝野会長>

深田委員、歯科の方の現状はいかがですか。

<深田委員>

HIV 陽性者の方で、自覚しておられる方と自覚しておられない方がいます。

自覚しておられない方は、通常通り歯科医院に来られます。その方々に対しては、スタンダード・プリコーションつまり標準予防策で十分な対応をしているという現状があると思ひます。

次に、自覚しておられて陽性だと申し出された方についてです。歯科の特性としてエアロゾルという問題があります。医療人ではない、歯科助手が、バキュームのため対応します。その方々が、帰宅して親御さんに今日 HIV の方が来たという話をしたら、すぐ辞めるように言われるそうです。現状はそんな状態なんですね。

ですから私たち歯科医院の医師に対してしっかりとレクチャーしていくことも必要です。ただ、全ての歯科医院で対応していただくことは無理なので、スペシャリストの方々としっかりと育てて対応させていただく、拠点病院から歯科医師会へ照会があれば協力歯科診療所を紹介させていただく、協力歯科診療

所の方々には、従業員含めしっかりと勉強・理解いただくという体制をとっています。将来、高齢化の時に、自宅訪問まで対応できるのかは、非常に難しい問題があるかもしれません。そういった時には、拠点病院の口腔外科で対応いただくか、どうしてもマンパワー的に無理であれば、私たち歯科医師会の夜間診療対応をすることになるかと思えます。夜間、というと、夜中までやっている診療所、というイメージを皆さんお持ちですが、拠点という意味合いで今後も考えていきたいと思っております。全ての方々に対応できるような拠点を作っていきたいと思っております。

<朝野会長>

AIDSだから、肝炎だから、というのではなくて、全ての人が高リスクのあるものとして対応する、そのための標準予防策をやっていくということになっております。リスクがわからない人がいたとしても対応できるように、特にバキュームの場合は目の粘膜を守るためにゴーグルを全ての患者に対してつける等の、感染対策の標準予防策という概念を広げていただければ、粘膜からの暴露は針刺しよりもさらに低い確率ですし、安全に医療をしていただけるかなと思いました。

<加納繁照委員>

先ほどのお話の中にあつた高額な薬ですが、ジェネリックはまだないのでしょうか。

<白阪委員>

PrEPとしては、我が国で承認されているジェネリックはまだございません。現在手に入るのは、他国から個人輸入して使っているもので、日本が承認しているものではございません。

<朝野会長>

だから危ないんですね。個人輸入で自分の判断で飲まれると、感染が起こった時、あるいはもう既に感染している時に飲まれると、それこそ大変なことになります。耐性菌、耐性ウイルスをすぐに作ってしまい、それにより広がっていくとまた治療が難しくなってくるという問題があります。コロナの時も個人輸入という問題がありました。やはりきちんと専門の先生にご相談いただきながら安全に進めていくということが必要ですけど、そこにお金がかかるという大きな問題があるということですね。安全のために負担すべきお金というのはあるということは、当然皆さんご理解いただけますので今後検討を重ねていただければと思います。

修正を求めのご意見はなかったと思いますので、今後パブリックコメントに移り、大幅に変わるものでなければ私にご一任いただいて、今回の基本指針について答申したいと思いますが、よろしいでしょうか。

<全委員>

(反対の意見なし)。

■報告事項1 大阪府感染症対策審議会 感染症対策部会の審議結果について

■報告事項2 大阪府感染症対策審議会 麻しん及び風しん対策部会の審議結果について

■報告事項 その他

○事務局より配布資料について説明

○質疑応答

<朝野会長>

麻しんが増えておりまして、アメリカは今年になって1,000例近く、カナダは去年2,000～3,000例出ています。麻しんの状況がずいぶん変わってきています。特にワクチン接種を95%以上の人にしていただくためのトラデジーも今後ますます必要になってくると思います。

感染症対策部会につきましては、コロナや万博の経験を踏まえて、より効率的あるいはより高度の感染対策をやるということになっております。大阪公立大学、大阪大学、大阪府、大阪市、そして大阪健康安全基盤研究所の5者でリスク評価会議というものをやっていき、もっと大きくできればと思っております。また、国立健康危機管理研究機構からも参加いただき、リスク評価を平時からやっていこうと考えておりまして、有機的なシステムを作っていくことに私たちも参加させていただければと思います。機会がありましたらご紹介させていただきたいと思っております。

倭委員、面会についてご見解をお願いいたします。

<倭委員>

お互いにきちんとマスクをしていけばいいのですが、うつっているケースというのは、症状があるのにマスクせず面会者が入ってきたりとか、患者がマスクしていない、というものです。

小児や高齢者の方にとって、面会は精神の安定上非常に重要です。それをないがしろにしてまで感染対策を過度にしななければならないという状況ではないと思います。病院の中だということをご理解いただいて、ちゃんとマスクする、症状があるなら面会を控える、ということをしていけば、うつるケースというのではないですね。

<朝野会長>

私も病院にいました。やはり責任があるものですから、安全に安全を重ねた上で病院の中で患者を守らなければならないという意識を持っています。特にコロナを経験して、過度になっているところはあると思いますが、5学会では、マスクはお願いして、他は制限をできるだけなくしていこうと言われております。

調べてみましたけれども、面会制限にエビデンスがあるかという、明確なエビデンスはございません。面会制限すると感染が減るという論文はあることはありますが、そうでないという論文もあります。そうすると、面会制限はエビデンスに基づいてやっているというわけではないということになりますし、面会を制限することは患者の回復の問題や精神的な安定にむしろデメリットであるという論文もあります。患者やその周りの患者を守りたい感染対策を扱う者としては、マスクは譲りたくないと思うんですね。そして、熱、咳、下痢等、具合が悪い時は面会をしない、ということです。感染前から、人にうつす確率に関してはコロナの時に既に指摘されています。

ですから、手洗いとマスクはしていただき、できるだけ制限はかけないようにしていこうというのがいいのではないかと思います。ただし、免疫が落ちていない人についてはきちんと隔離をしていただいて、面会もご遠慮いただくというのが当然の話です。

保健所では今地域ネットワークを作っておりますので、そこで議論したりエビデンスや学会のガイドライン等共有していくということが大事なのではないかと思います。自分たちで判断するとすると、それは無理だとなって、より保守的な方に行くということになってしまうので、地域ネットワークを生かして全体で議論をして、ここまでは感染対策を守っていただく、ここからは患者の精神的な問題等を含めると少し面会の制限をなくした方がいいのではないかと、等々の議論をするということです。そこには責任の問題があるのですが、マスクした上でインフルエンザが広がった場合、病院としては感染対策を遵守した上でのやむを得ない事態ではないかと、というふうに社会的に認めていただくということも必要ではないかと

と思います。
掛屋委員、感染対策に関していかがですか。

<掛屋副会長>

朝野会長のお考えに賛同いたします。

コロナが厳しい際には、厳しい面会制限をして、患者と家族が会えなくなったり、家族との意思の疎通ができなくなったり、色々なトラブルが起こったことも事実です。裁判になったきっかけとして、やはりコミュニケーション不足というものもありました。院内でコロナが広がることについて、面会制限もいくらかは役に立ったのかなとは思いますが。

「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針 2025」の感染対策の文言に関しては、感染症学会等の代表で集まって、私も携わらせていただいて、このような表現にさせていただきました。私たちの病院も、数年前まで15分という形でやっていましたが、今は、時間を無制限にするのもどうかと思いますので、30分ぐらいまででお願いしています。ベッドサイドまで近づいていただけます。マスク、体温チェック、体調チェックはさせていただいております。

このような対策をしても、院内でインフルエンザやコロナのクラスターは起きますし、事実、色々な病院で起こっているのではないかなと思うんですね。インフルエンザのクラスターは予防投与ができますので、あっという間に終息します。ですがコロナは、1剤6万円、10万円して、保健所を通過していませんので予防投与が病院負担でできません。個室隔離、病棟の入院制限をすることになりますので、なるべく院内に持ち込んでほしくないのは事実なのですが、患者もしくは家族の人権・権利を守るためには必要だと、基本は思っております。

<山口委員>

私たち、電話相談を受けているのですが、実際に今でも、こんなに厳しい面会制限を設けているというご相談があります。1週間に2人まで、15分という制限があって、もう終末期で兄の最期だからとかなり遠方から面会に来たら、制限を超えているからと、最後に会うこともできなかった、という相談まで届いています。患者あるいは家族の側からすると、制限を緩めている医療機関はあるのにと不満にも繋がっていきますので、このような公的な見解をやっぱり広く知らしめていただくということが大事ではないかと思いました。

<朝野会長>

ぜひ、地域ネットワークの中で、患者の精神的な部分を考えた上での感染対策というものがどうすればできるかということを議論していただければと思います。

加納繁照委員、病院協会としていかがですか。

<加納繁照委員>

実は本日、私の特別養護老人ホームの方でコロナのクラスターが発生したという報告を受けました。また、介護老人保健施設の方でも、インフルエンザがA型もB型も混じって広がっていると聞いております。患者の家族からうつったのか、職員が持ち込んだのかは、なかなか難しいところもありますけれど、一旦クラスターを起こしてしまうと、やはり身構えてやらなくてはなりません。

あと、病院によつての違いというのがやはりあります。例えばマスクでも、確か大阪大学医学部附属病院は早々にマスク解除ということをされていて、「なぜ加納総合病院はマスクしなければいけないのですか」と言われたという話も聞いたことがあります。統一性を求めるのは難しいのですが、やはりここは、それぞれの地域の状況をよく見ながら考えないと仕方がないのかなと、私自身は思っております。当院ではないのですが、病院によっては、個室だと面会時間が長いということもあつたりするということも聞きます。

<倭委員>

確か、大阪大学医学部附属病院は、個室が多いのでマスク着用を自由というふうに踏み切れるということを知っていますが、そのあたりもまさに大事なところかもしれません。昔の建築ですと個室が少ない病院も多いですし、全て個室の病院でしたら、まさに加納繁照委員がおっしゃったように、もっと楽に緩和できるかなと思います。

<朝野会長>

加納繁照委員がおっしゃったように、外来や面会の人が持ってきたのか、職員が持ってきたのかという問題はありますので、面会制限なり何らかの感染対策を患者の家族やあるいは患者に取っていただくとするならば、当院ではより厳しい感染対策をやっているということを説明すれば、患者も納得するのではと思います。

感染対策はしっかりやる、ということは常に病院の中で徹底していただければと思います。手洗いが十分にできていない方もいらっしゃいますよね。そういうことも含めて感染対策全体を見ていって、その中で面会というものを考えていただいて、自分たちもしっかりと感染対策をやっていくという病院側の姿勢も必要ではないかと思っています。

木野委員、いかがですか。

<木野委員>

皆さんがおっしゃっていることについて、全くその通りだと思います。もう今はどの病院にも院内感染委員会が設置されておりますし、さらに地域において病院連携をやっていますので、こういった問題が出るたびに周知していくということで十分カバーできるのではないかなと思っています。

<朝野会長>

地域ネットワークは保健所単位でやっておりますので、HIVのこともそうですが、皆さんで知識を共有しながらよりよい医療というものを目指していくというのがやっぱりこの地域ネットワークの感染対策ネットワークの一つのあり方ですので、ぜひご活用いただきたいです。また大阪府としてもぜひ活動を支援していただければと思います。

本日もたくさんのご意見をいただきました。万博も無事に終え、ますます感染対策を確立していくことが必要ですので、ぜひ皆さんのご意見・ご支援をいただきながら、大阪府としても感染対策を進めていければと思いますし、次に来るパンデミックに備えていければと思っております。

以上