

第4回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議

日 時：令和2年10月2日（月） 13時15分～15時30分

場 所：大阪府庁本館1階 第一委員会室

出席委員：別紙名簿のとおり

■事務局

それではただいまより、第4回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議を開催いたします。委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところご出席をいただき、誠にありがとうございます。初めに知事より一言申し上げます。

■吉村知事

大阪府知事の吉村です。

本日は朝野座長また専門家の委員の皆様お忙しい中、お時間をいただきましてありがとうございます。感謝を申し上げます。大阪の感染状況ですけれども、7月の下旬、8月の上旬、この辺りは非常に右肩上がりの状況になっていました。ただ、市民・府民の皆さん、それから事業者の皆さんの協力もありまして、何とかこの右肩上がりというところは一旦ピークアウトし、何とか山を抑え込んでいるのかなというふうに思います。ただ最近を見ますとこの下げ止まりの状況というのが続いておりまして、50名から100名ぐらいの数で推移して、それが止まっているような状況だと思えます。この間このコロナの陽性の皆さんの検査であったり、治療であったり、本当に医療機関の皆さんにそういった治療行為で命を守っていただく、そういったことをしていただいていることにも関係者の皆さんに感謝を申し上げたいと思えます。

ただですね、この冬に向けて、インフルエンザが流行ってくるシーズンにもなります。これから秋冬特にインフルエンザが流行るシーズンでのコロナとインフルエンザのダブルの流行、この可能性も当然視野に入れなければなりません。今、何とか抑え込んでいる状況ですが、またいつぐつと頭をもたげてくるかもわからないという状況かと思えますし、当然その可能性というのは考えてやっていかなきゃいけないと思っています。

その中で今後の検査体制は強化していく必要があるだろうと1日にピーク時には2万件の検査ができるぐらいの体制が必要じゃないかというふうにも思っています。そのときにどういうふうな検査体制でやっていくのか、そしてそのときにいわゆるその保健所の業務としても重点化を図っていかなきゃいけないんじゃないか、今までと同じやり方はなかなか難しいんじゃないか、とそういった現場の実務のところも踏まえた上です。この秋冬に向けたインフルとコロナとのダブル流行に備えた体制というのを今のうちに整えてそして府民・市民の皆さんの

命を守るということをしっかりやっていきたいと思いますので本日、朝野座長を中心に様々な現場の意見も含めてですね、ご意見をいただけたらと思いますし、大阪府としての方向性を決めてまいりたいと。最終的には専門家が、大阪府のコロナの対策本部会議で決めるわけですが、専門家の皆さんの意見を踏まえた方向性というのを一定程度、判断してまいりたいと思いますので、どうぞよろしくをお願いします。

■事務局

本日まで出席の方々につきましては資料2枚目の出席者名簿の通りとなっておりますので、よろしく願いいたします。それでは、議題1、第一波と第二波の分析検証について、事務局より説明させていただきます。

<議題(1) 第一波と第二波の分析・検証について>

■事務局

(資料1に基づいて説明)

■藤井健康医療部長

これらの感染状況の取りまとめにつきまして、先生方からご意見等いただけたらと思いますのでよろしく願いいたします。

■朝野座長

朝野でございます。第一波、第二波を比較して、第二波では、数が急激に増えたということがありますが、重症者の数は第一波と第二波はどうだったでしょうか。

■藤井健康医療部長

すいません、27ページをご覧ください。27ページの右と左で重症者数のカウントをしております。27ページ、第一波では147名、第二波では204名となっております。数自身は多いですが、40代の陽性者に占める割合は5.8%、全体の陽性者に占める割合がさらに下がりました、8.2%から2.5%ということで大きく改善をしたところでございます。

■朝野座長

数的に言うと多分、2倍以上3倍近く患者数は増えていますが、重症者は1.5倍ぐらいなので、おそらくかなり検査数が増えて見つかった人が多かった、重症者の数は多分見つけなくても見つかって変わらないと思いますので、そういう意味で言うと、第二波はかなり検査数

が増えて、数が増えているけれども、重症者的にはその**1.5倍**ぐらいということなんですね。

現場の感覚でいくと、重症者がピークで**72**まで大阪府で上がりまして第一波のときが**60**ぐらいまでだったですかね。それをちょっと超えたんですけども、その後は順調に第一波と同じように下がってきております。ただし、今重症病床も下げ止まりですけど、この原因というのがですね、一つは慢性化された方が入院されているってことがありますので、このあたりを今後の課題として、重症者はどんだん今先ほどお話あったように短期化してもうすぐに退院というか転院できるようなレベルまで改善されることが多かったし入院期間が短くなっております。ただし、残った方は気管切開をしたりして長期化される方がいらっしゃいます。そういう意味で言うと、重症のベッドの中にどういう人がこれから入院すべきかというところを今後は大阪府としても議論していただいて、慢性化された方はできれば急性期のICUじゃないところでケアできるようなシステムを作っていただきたい。なぜ慢性化しているのに専用病床にいらっしゃるかという、どうしてもPCRが陰性化しないんですよ。もう1ヶ月以上、PCRが陰性化してないんで、急性期の病院でどうしてもベッドが少しずつ埋まってしまっているという現象があって、東京都みたいに次の山が来て重症者が増えてくると問題になりますので、ご検討いただければと思っております。

それから非常に解析していただいて今回**20代**が多かったですよね。最初の出だしが**20代**が多くて、東京都は**20代**、**30代**が多かった。大阪は**20代**と**10代**が結構多かったんですね、スタートが。ということは、これは何かその大阪と東京の違い、あるいは大阪の第二波のスタートは何がきっかけとなって、スタートしたというふうにお考えになっているんでしょうか。

■藤井健康医療部長

はい。この**10代**、**20代**の感染者が多かったというのは、傾向としては、**10代**の例えば高校生の方でもリンクレスの方が一定数大阪ではいたということと、**20代**以上の方につきましては、やっぱり夜の街の滞在歴、そこで飲食をされたとか、そういった方が多かったということが併せ持った傾向だと思っております。

■朝野座長

ですけども、9ページとか**10**ページにありますようにピークがずっとずれていくんですね。**20代**、**30代**から**40代**、**50代**そして高齢者の方にずれていくんですけど、これは例えば、いろいろクラスターサーベイランスとかやっていて、この世代の移りゆきというのは何か説明できるような現象はございますか。

■砂川オブザーバー

全国的な傾向としては、例えばホストクラブであるとか、そういった接待飲食業に従事され

る若い人たちの間で感染が静かに広がっていく中で、徐々にそれが年齢の高いところに推移しているというのが全国的な傾向で見られており、我々の方も大阪でも同じような状況があったのではないかと考えております。

■朝野座長

移る場所はどこですか。

■砂川オブザーバー

大阪の細かい情報を私は見ておりませんので、そこはなかなかはっきりとしたことは申し上げにくいんですけども、あくまで例示として示しますとですね、いわゆる接待飲食業の話ですけども、東京では、ホストクラブであればその中でウイルスが循環して感染規模が大きく面として時間をかけて広がっていくのが特徴でしたが、キャバクラであれば、以前はお客さんの中には年齢が高い人がいたりしましたので、高齢世代に直接広がる場合もありました。地方になってくると、今度はキャバクラで勤務されていて感染してしまった方にシングルマザーが多かったりして、留守中にお子さんの面倒をみているご高齢のご家族に感染が伝播することがあります。この場合は短期間で感染が高齢者に伝播するのですが、私は大阪は、そのちょうど中間ぐらいの形なんじゃないのかなと見ております。繰り返しますが、詳しく大阪に特化して分析はしておりません。

■藤井健康医療部長

大阪につきましては東京ほど、特定の接待のある業態で感染が広がったというよりも、例えば若い方が行かれるいわゆるクラブですね、大勢の方が集われるクラブで若い方の中で感染が広がって、その後市中感染、リンクレスの市中感染が見つかる、あるいは初発は若い方で、勤務先であるとか家族、その濃厚接触者の中での感染が確認されるというケースも非常に多かったです。

■朝野座長

一波、二波を解析する目的は次の波をどう止めるかっていうことだと思います。今わかったことからどういう対策を立てればいいのかっていうことが大事だと思いますので、世代を渡らないようにするとか、あるいは最初の発火点のところを止めるとか、そういうことをこの経験から大阪府としても、あるいはどこでもそうですけども見つけていって、この第二波、第三波、第四波というのを起こらないようにすることが必要だと思っております。その点でいくと、一番発火点を止める、あるいはブレーキをかける最も良い方法は何だというふうに解析結果から読めますでしょうか。

■藤井健康医療部長

感染が拡大してから7月16日に、いわゆる夜の街に滞在歴のある方で少しでも症状がある方は検査に来てください、という臨時的検査場をミナミに作りました。だいたい陽性率が2割を超える時期もありましたので、ここでかなりの感染者の方を特定できたと思っています。検査場については常設をしていこうと思っているんですが、夜の街に滞在歴がある方、あるいは勤務の方、若い方を含めて、その検査に来ていただくという機運が下がらないということが非常に大事なと思っています。そこは検査を受けて陽性になることが風評被害等含めてマイナスにならないという機運というのもこれから大事になるとしています。それともう1点はやはりクラスター対策の強化というのが二つ目のポイントになるとしています。

■朝野座長

発火点になるようなところでは気楽にアクセスできるような検査体制をとっていただくということで、あるいはバスでそういうところにどんどん出張して検査が簡単に受けられるようにというのも、また今後工夫していただければ、発火点のところから広がるっていうところを止めることもできるかなと思っています。他に何かご質問ないですか。

■砂川オブザーバー

僭越ながら、忘れないうちに2点感じた点を申し上げます。まず1点目なのですが、東京の状況の中で言いますと、新宿の歌舞伎町とかそういった辺りでは、特に若者の関心が急速に下がっています。あれは風邪でしょうと、自分たちはどちらかという被害者だという形で、対策意欲が薄らいで来ているので、これは非常に大きな問題だと思っています。そういった点と、実際に対策をやっていく中で、お店の経営者の方々の協力を得ることが非常に重要だと、つくづくいろんな東京での対策を通して感じているところであります。大阪の今回のミナミで取られた対策について、経営者の方々との意思疎通を盛んに実施していただいて、ぜひ機運の盛り下がりを防いでいただいて、次の対策に繋げていっていただきたいと思います。検査スポットの増加というのは、それはそれでいいんですけど、そもそも何で検査とかの対策をするのかを理解していなければ、なかなか効果に結びつきません。国の歓楽街のワーキングでも、理解を進めてもらうことこそが重要な課題だな、とっておりますので、ぜひ本質的な関心を高めていただきたいと思います。

あともう1点なのですが、死亡者が増えるところについて、非常に特徴的だなと思っているのが、療養型医療機関・高齢者施設等で、対応がうまくできなかったときに非常につらいことになってしまうことを全国で度々見ております。こういった事例の発生を防ぐことが大事というのはその通りですが、一生懸命防いでいてもですね、どうしても入ってくる場合があることを痛感しております。予防も一生懸命やるんだけど、入ってきたときに、これをいち早く

探知して、どういうふうに対応するか、特に陽性者の搬送とか、そういった辺りはとてもクリティカルな問題で、搬送がうまくできなくて、籠城作戦になってしまうケースが全国的にもあって、そういった場合には重症度が上がってしまいます。一つは療養型医療機関・高齢者施設における予防対策の点検と、あと発生時の搬送といった、発生を早期に探知して迅速に必要な対応を取ることをもう1回確認して次に備える、というのが、直接に重症者を減らす、死亡者を減らすという点で重要なんじゃないかなと思います。

■藤井健康医療部長

方針としましては、今までクラスターが発生したときに積極検査っていうのはすでにやっているんですけども、これまでは例えば同室の方から検査をして、その次にそのフロアに広げるという、積極的疫学調査のセオリーに則った検査というものを進めている保健所もあります。これを1例でも発生したときに、できるだけ幅広く検査をするということを保健所長とも共有して進めていきたいと思っています。

■掛屋副座長

今、砂川先生にご指摘いただいた高齢者施設等のクラスターを起こした病院に複数訪問させていただきましたが、基本的な感染対策が十分ではなくて、感染が拡大したのだろうと推察されました。第一波のときのように个人防护具（PPE）が全くないという状況ではないようですが、それでも十分ではない施設が多いのが現状です。患者の転送を目的にDMATのスタッフにも一緒に訪問いただき、大阪府から不足のPPEを入れていただいています。院内感染が起こる前にはPPEが十分ではなかったという施設が多く、事前の対策が求められます。

■倭委員

現場で重症及び中等症の重症化する前の患者さんの対応をしております。詳細なデータを知っているんですけど、ここではエピソードという形でちょっとお伝えさせていただきますと、やはり重症化、今手引きにも載せていますように抗ウイルス薬としてはレムデシビルがございしますが、東の方のある都道府県だったりとか、あるいはかなり南の方の都道府県であるとか、そういった先生方に伺っての感覚と、私のところに来るような患者さんを見ていますと、やはり軽症中等症の初期の段階での治療がまだまだ不十分だってことは強く感じます。今言ったような東の方や南の方の先生方の話を聞いていると、そういった患者さんが手遅れになっている方は少ないよという感じでして、現状見ていると、重症になってから重症病床の医療機関に転送されてからの治療は大阪はかなりきっちりできてますので、そこからの死亡率はかなり下がっているんですが、高齢者施設の方の場合ですと、人工呼吸器等の治療を望まれない方もいらっしゃるんです。そういった中でやはり初期の治療がまだまだ不十分で、我々のように重症

を診るような病院の前の段階での治療を、もう少し行政として何らかのボトムアップを図る必要があるんじゃないかと。

これをまた別の見方で、先ほど朝野先生が非常に鋭いご意見をおっしゃっておられましたが、例えば当院の場合ですと、2週間ぐらい経ち、また抗ウイルス剤を使っていると、もう先にウイルスが消える、つまりPCR検査で陰性になります。例えば人工呼吸器の使用を望まれない方は残念な結果に、それも患者さんや本人がご納得されてのことなんですけど、コロナウイルスによる肺炎が進行し、繊維化が残って、呼吸状態が厳しいことになります。しっかりと初期に抗ウイルスのお薬を使っているとウイルス自体消えますからPCR陰性となり、隔離解除されて一般病棟に移りますので、コロナを見る病棟がそのまま満床になるってことはないんですよ。病床という観点からは、一旦隔離病棟に入って、新型コロナに対して治療できているってことになりますので、まだきちんと初期の対応を行えば、まだまだ改善の余地があるんじゃないかなというふうに思っております。

■朝野座長

医療技術がかなり進歩してきて、患者さんに対するやり方っていうのは統一されてきていると、重症のところはもうどこも統一されてきたと思うんですけども、先生おっしゃるように中等症軽症のところの医療・診療のあり方っていうのをもう少し統一する方が良いという、これについてはやり方のガイドライン的な手引きはもちろん出てはいますが、重症化させないようなやり方っていうのを広げる試みというのは大阪府としてはいかがですか。地域差が出ないようにするというのは。

■藤井健康医療部長

公立病院私立病院含めてかなり幅広い病院に軽症中等症受入協力をしていただいていますので、治療ノウハウについて、重症を診ていただいている先生方のご協力を得て共有のためのネット上のビデオを作成して共有しようということを進めているところでございます。

■吉村知事

僕も重要なところだと思うんですけど、砂川先生にお伺いしたいんですけど、東京は感染者数でいくと圧倒的に多いわけですけど、重症者数はそこまで多くないんです。明確にわからないところもあるんですけど、重症に行く前の治療のあり方みたいなのは、東京の中で何か共有されているのか、どうなのか。さっきの倭先生の意見にも関連するんですけど、そのあたりはどうなんですか。

■砂川オブザーバー

東京の方の、私はクラスターの発掘とか、そういったところに従事しておりますので、ものすごい勢いで若い人たちのクラスターの検査が進んでいった現場を知っているんですが、臨床に関するところでは、臨床の先生方のご意見を参照すべきだと思います。

■倭委員

エピソードっていう観点での発言で控えさせていただきますが、やはり今出たような東の方の県だったり南の方の県ですと、話を聞いている限りでは重症化しそうなフェーズになるようなときにはやっぱりレムデシビルをかなり積極的に使われているという印象があります。大阪は私が知る範囲では、まだまだどうなのかなという、印象は強く持ちます。それが全ての答えになったかどうかわかりませんが、やっとECMOネットのデータで大阪と東京で今日重症者の数が22人でやっと同数になりましたね。

■吉村知事

治療の範囲、やり方とか中身は僕は素人なんで、これは先生方にお任せするしかないんですけど、情報の共有とか治療のやり方っていうところのある意味重症化の手前のところ、重症化させない治療の共有を西村大臣にも言ったんですけど、東京でもしそういうのがあるんだったら大阪と共有させてくれと。大臣に言って、「わかりました」と言ってくれているんですけど、重症になる前の治療のやり方とかマニュアルがあるのか、僕も専門的なことがわからないけども、そこを強化しなきゃいけないんじゃないかなというふうに思っているんですけど、そのあたりはどうですか。

■藤井健康医療部長

診療の手引きにつきましては倭先生も入られて、実はもう専門の先生方でできているんです。それを現場で臨床の一線で治療にあたっていただいている先生方、受入病院の先生方に共有するということが大事だと思いますので、これはすいません、専門会議の先生方のご協力もいただいて、共有に向けて着手しているところでございますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

■白野委員

私どものところも、基本的に国立国際医療研究センター、感染研が作った手引きに基づいてやっていますので、特別東京と比べて何か違うことをやっているっていうことは決してないとは思っております。当院も、最初のうちはそんなに重症の方はいなかったんですが、大阪市内の各医療機関や高齢者施設でクラスターが発生し始めてから、重症患者が増えましたので、東

京に比べるとクラスターが多かったというのが重症化した原因であって、治療方針はだいたい標準化されているんじゃないのかなと。むしろその患者さんの背景の問題だったんじゃないかなという印象は持っております。

■吉村知事

昨日小池知事も話されたと思うんですけど、東京は第一波で非常にお亡くなりになる方が多かった。第二波はそれほど多くない。東京の分析では、第一波は非常に施設内感染が多かった、というような分析をされていたので、もう逆に言うと、大阪の方が逆に第二波で施設内感染が多いので、施設内感染を減らす、あるいは出たとしてもすぐ抑え込める、先ほども少し議論ありましたが、そこがある意味重症化とか命を守るという意味では非常に重要なと思うんで、ここは僕らも力入れているところではあるんですけど、より一層問題意識を強く持ってやっていきたいと思います。

あと治療のところは僕もわからないところではあるんですけど、標準化というか、さっきの白野先生の話では、変わらないということですけども、いろいろ情報共有しながら進めていけたらなと。病院ごとの情報共有がどこまであるのかっていうと、なかなかそういうのはあんまりないですか。

■白野委員

例えば我々感染症内科同士は近い存在ですので、かなりいろんなところで相談しあいますし、もちろん集中治療の先生方もネットワークはありますし、結構共有できていると思います。

■吉村知事

軽・中も含めると75医療機関があるじゃないですか。そこでのお医者さんの中での治療方法についての手引きがあるのは知っていますけども、具体的な、この時期にこの薬を使うとか、そういう実践的なものがあるものですか。

■白野委員

全て漏れなく皆が共有するマニュアル的なものがあるわけではありませんし、そこは限界があるかもしれません。

■倭委員

今白野先生がおっしゃったように、我々感染症指定医療機関の感染症の専門医がいるところは、情報共有なり治療も標準化できており、問題ありません。入院療養重症204名からの死亡は29名、これはかなりすごいと思うんですよ。ですから、重症を診るような、我々や白野先生

のところの病院の方では、聞いてましても非常にしっかり治療できているんですけど、今知事が仰られたようにいろんな多くの医療機関でご協力いただいて患者さんを診ていますので、そういうことを踏まえてやはりやっていくのには、今まで努力が足らなかったんじゃないかなと思います。今知事が仰られましたように。引き続き頑張っていきたいと思うところでございます。

■砂川オブザーバー

治療ではないんですが、クラスター対策の観点でいくと、まずは特に高齢者施設で発生した場合に、陽性でかつ重症度の高い人からどんどん外に出して、できるだけ負荷を軽くしてですね、残る濃厚接触者に対してゾーニングとかでしっかり対応しなければならないわけです。これらの感染対策をどんどん進めていって、鎮火していくのを待つという形が一般的です。患者搬送の部分についても、より有効な治療の普及啓発強化に努めるのとプラスして強化していただくことが非常に大事だと思うので、強調しておきたいと思います。

■吉村知事

さっき東京で最初の火を消すときに、最近のこの飲食店とか若い人たちの中で、むしろ自分たちが被害者だと。そこに対する検査に行ってもらう機運であったり、そういったものが一つ大きな問題点になっているっていうのは、それに対しての策は、今の段階ではあるんですか。大阪では先ほど朝野先生がおっしゃった通り、最初の段階で火をできるだけ消していくっていうのは非常に重要で、話をいろいろ聞くとやっぱり飲食はマスクもできないですし、感染者の意識も下がってくると、どうしても若い世代でまずは火がつきやすいと。そこを押さえてもらうというのは、行政でも非常に重要な役割にはなってくるわけなんですけど、東京で多分そこは先行した問題点としてあるのかなというふうに思うんですけど。

ということはつまり大阪にもやってくる可能性があって、そこについて、今解はないという状況なんですかね。何かこういうふうにして対策を取ろうというのはあるんですかね。

■砂川オブザーバー

新宿区においても国のワーキングにおいても、一つこれは重要じゃないかと言われているのは、よく情報をしっかり伝えて、理解をとにかく深めてもらうことです。新宿区の対策には私も何回か参加しましたがけれども、10回にも及ぶぐらいの事業者の人たちを対象にした説明会を開催しています。これは強制的でなく、さらに、お店を回ったりするなかでのいろんな意見交換、情報交換を事業者と直接行うことについて、新宿区はかなりまめにやっていました。

ただ、東京で流行が発生していたときには、その発生数が、これらのじっくりとした政策で抑制するにはもう間に合わないぐらい出てはいました。今になって、意思疎通がある程度は進

んでいるので、事業者の問題意識もこちらに伝わってくるし、今後は非常に有効に働くのではないかなと思っております。そういった点では、平時に理解を進める政策と、有事にはその理解を踏まえてのちょっと厳しい政策と、両方必要なんじゃないかなと感じています。

■朝野座長

飲食店への対策を立てるところっていうのを、今やっているところですか。

■藤井健康医療部長

これにつきましては、休業要請等あるいは相談対応等をして担っていただいている危機管理がいわゆるチームを作って感染対策の指導等、今見回りをしていただいています。ただいわゆる事業者組合さんの代表さんとのやりとりの機会は持たせていただいているんですけども、こないだ私も新宿区の実態を聞いて、かなり業態ごとの代表者とまさに地域に根ざしたコミュニケーションを取られているという実態をお伺いして、これが大阪でできるかどうかというのは大阪市ともよく相談をしたいと思います。

■朝野座長

若い人たち、現場で働く人たちの、これは何でもないとじゃなくて非常に重要なことだという意識を持っていただくということが必要なんで、そういう啓発を続けていく必要があると思います。

■茂松委員

医師会の茂松ですけども、大阪においては高齢者施設、いわゆる老人保健施設などで起こったときに、積極的な治療をどこまでされているのか、それが東京と大阪でどう違うのかということなどによって、重症数とか死亡数が変わってくるのかなと思うのですが、その辺はどうなっているのでしょうか。

■朝野座長

29ページにありますように、これ結構私も新聞社の方から聞かれたんですけども、前回の専門家会議でもちょっとお話したんですけども、いわゆる重症からの死亡者っていうのは少ない。これは先ほど倭先生おっしゃったように、重症の患者さんに対する医療というのはかなり医療技術が上がってきているっていうことは事実です。問題は重症にならずに、この場合の重症というのは挿管するという、コロナ特有の重症の定義なんですけれども、こういう方たち、重症にならずにお亡くなりになった方たちは、どのくらいの程度を診ておいでなのか、あるいは急激に悪くなって、重症を経ずにお亡くなりになったかかっていうことの把握はいかがでしょ

うか。

■藤井健康医療部長

これ知事からも宿題いただいているんですけども、基本的にはもちろん診断された時点でもうかなり短い期間でお亡くなりになった方も数名いらっしゃいますけども、基本的にはご家族あるいはご本人との話し合いで、挿管をされずに亡くなられた方、この中で非常にご高齢の方あるいは療養型の病院、緩和ケアの病棟等に入られていた患者さんというのがどのぐらいいるのかというのは、分析を試みようと思っています。

■朝野座長

60代でももちろんご病気が進行されている方もいらっしゃいますし、そういう場合もありますけれども、もう少し詳しく、重症化せずというか、その重症という定義が本当COVID専用の重症なんで、いわゆるその重症化にならないうちに亡くなられた方はどういう方なのかってのは一度調べていただいた方が、吉村知事からもそういうご指示があったのであればよろしくお願ひしたいと思います。

それから、軽症中等症から重症にしないっていうエビデンスが今のところないので、何でも投与するっていうのは大事です。可能性があるものをとにかくチャレンジするってことは大事ですけども、これはっていうことがないので、多分手引きは全国统一でお使いになっていると思いますし、専門の病院はそういうのを見てらっしゃると思いますけども、何らかもし重症化を抑制する可能性があるのであれば、それは使えるようにしていただきたいと思います。

■茂松委員

医師会にも、やはり重症を扱う病院から「診る限り軽症中等症で、どうしてこれが重症の病院に送られてきたのか」との声が届くことがある。聞いてみると、やっぱり悪化するのが怖いとのこと。しっかり治療ができてないのかな、というふうに思うんです。ですから倭先生が言われた意見が本当に問題になっており、研修会とか、周知する機会を設けないといけないと思われるので、大阪府でどうぞよろしくお願ひしたい。

■佐々木委員

それもありますけど一つは今の療養型の施設と高齢者の施設の感染対策、これをもっと徹底すべきだと思います。クラスターが起ってしまったからでは、PPEをいくら与えても遅いわけです。コロナを扱っている病院は感染対策がかなり厳重にできていると思うんですけども、逆にコロナを扱っていない施設の方が、まだまだ甘いところがあって、コロナの感染が蔓延しや

すい条件になっていると思うんです。**PPE**が、クラスターが起こったときに足りないという話がありましたけど、その前にそういう施設に、**PPE**を十分与えて、感染予防策を十分とってもらおう。同時にものを与えるだけでなく教育も必要だと思います。今そういうことが一番大事じゃないかと思います。

■朝野座長

全くその通りで、多分大阪府の方は福祉の方でそれやられていますよね。

■藤井健康医療部長

福祉施設に対しましては福祉部がやっておりますし、医療機関に対しましては保健所を核にして、全病院にですね、感染対策を朝野先生のご協力も得て、感染対策の研修をしたところです。ただ継続する必要がありますので、地域の感染に関する拠点病院を中心に、やはりそれぞれの圏域で全医療機関での感染対策、対応力みたいなものを上げていただく必要があると思います。

■朝野座長

あとは、検査ができるっていう病院だったら検査は割とやりやすいんです。施設の方も検査にアクセスしやすいようにしといていただければと思ひまして、もっともっと進んでくると、例えば定期的に検査ができるとかですね、そういうふうな状況も作れるかと。今のところまだ**PCR**はとにかく症状のある人たちに優先的っていうことでございますけども、そういうことも将来的には視野に入れて、もちろん検査だけでは駄目でやっぱり日ごろの感染対策、教育そして**PPE**という、やっぱりこの3点セットでやっていくべきかと思ひますので、どこか欠けたら必ずまたアウトブレイクというかクラスターが出る可能性があります。

■砂川オブザーバー

私、歓楽街ワーキングで昨日一昨日と沖縄の方に行っておりました。沖縄の方で特筆すべき点は、向こうも歓楽街でスタートしたんですけども、社交飲食業組合とか、そのような代表の方々と、県とか市の医師会の方々とが直接やりとりをして、それらが行政に働きかけて、数千人規模の大規模な検査の実施とか、町を挙げての対策をした、ということでした。なぜかという、観光で成り立っている地域なので、地域のイメージが悪くなったらアウトだということで、必死でやっている状況がありました。ぜひ大阪の、観光業が盛んな地区などでも、いろんな業界の代表の方々とともに問題意識とともに連携を強化していただき、地域は連携して対応しているという前向きな良いメッセージを出していただきたいなと思ひます。

■朝野座長

第一波、第二波の解析から、次の一手というのが大事で、解析することよりは、次に何をやるかっていうことが大事ですので、ここからわかったことをもとに、重症化予防も含めて、あるいは重症の人をレスキューするということも含めて広げない。夜の街、あるいは施設、そういうところで広げない実際の方策というのをぜひ考えていきたいと思いますので、大阪府でもそこを実現できるようにいろいろと進めていただければと思います。

<議題（2） インフルエンザ流行に備えた体制整備について>

（1）今冬に向けた検査体制整備計画の基本的な考え方

■事務局

（資料2、3に基づいて説明）

■朝野座長

1点、これは非常に重要な問題なんですけれども、検査は安全キャビネットの中でやらなければならないというふうにされております。クリニックには安全キャビネットがありませんので、ここにございますように駐車場等の外気中で、**N95**マスクとかにして検査するのはよろしいんです。室内での検査は安全キャビネットがない場合は、インフルエンザの抗原検査にしても、コロナの抗原検査にしても、やらない方がよろしいということになります。

■藤井健康医療部長

簡易の現在販売されている2種類の簡易キット、抗原定性検査につきましては、バイオハザード対策を講じてください、と添付文書にはあるんですが、感染研等にも問い合わせましたところ、検査の実施にあたって安全キャビネットの必要はない、というご回答をいただいております。これから診療所等で簡易キットで検査をしていただくにあたって、安全キャビネットを必須にいたしますと、いわゆる両方の検査というものができないのではないかと思うので、専門家、国等にも問い合わせをさせていただきましたら、その必要はないというご回答をいただいているところでございます。

■茂松委員

安全キャビネットがあるかないかよりも、もし患者さんが1人来たらその診療所はそこをまた消毒しないとイケないんです。その中で1日5人や**10人**、**20人**を診るということは、これは一つ問題点です。

これは鼻かみ液で両方やっていいということなんではないでしょうか。鼻腔拭い液ということは鼻か

み液で両方やって良いということでしょうか。

■倭委員

私の研究でございますので話させていただきますと、今回の検討では、鼻かみ鼻汁はまだそこまで症例が集まっていませんので、鼻腔、鼻の手前です。ただ、鼻かみ鼻汁が取れている検体で鼻水が十分に出るような場合でありましたら、鼻かみ鼻汁が出ているものについても同じような結果が出ているんですが、まだ鼻かみ鼻汁検体までを認める方針までは厚生労働省としてはしていないということでございます。鼻の手前という形でございます。

それから患者さん自身に取っていただけることが利点があります。唾液はもちろん患者さんが自己採取できるんですが、抗原キットを使えないというデメリットがありますので、鼻腔検体は鼻咽頭と唾液の間という感じでございます。

■茂松委員

となるとやっぱり、かかりつけ医に対応を求めるのは、非常に難しいということになります。それから保健所の重点化と言われますが、新型コロナは第Ⅱ類感染症相当です。指定感染症であるということは、保健所の対応が一番大事になります。確かに手が足りない、人数が足りないことはわかっているんですが、そこは患者さんにもし何か起こったとき、すぐ保健所に介入していただけるという保証があれば、我々はすぐに携われるということでありまして。私たちはとにかく市とも府ともしっかり契約を結んでですね、そこは行っていきたいと考えています。ここに保証が何もなければ、おそらくかかりつけ医は手を挙げません。何千件、**1700件**、**2000件**の手を挙げなさいということを言われていますが、なかなか挙がってこないんじゃないかと思えます。もうちょっと議論させていただかないと、非常に難しいんじゃないかなと。医療関係者そういうふうには考えていると思えますね。

今開業している人は医師ドクター1人、看護師1人でやっているところもありますし、ビル診療でやっているところもあります。ちょっと離れたところであれば、これは駐車場もあり、診察室も広くあり、個室を取れるといったところもありますし、出口入口がありますからそこでなんとかカバーできるんですけども、入り口一つというところで、分離を実施するということは、時間的に分けても、もし看護師一人でたら、その消毒どうするのということにもなってきます。そうなるとなかなか手は挙げにくい。私たちは秋冬に向けては、これはもう本当に医療機関全部一致団結して協力していかなければならないと思えますが、フォローがないことにはなかなか難しい部分があります。これは藤井部長ともお話をずっとさせていただいて言ってきたことでありますので、一方的にこれやりなさい、手を挙げなさい、と言ってもなかなか挙げにくい問題があるのかなと。ここはもう少し詰めていただければなというふうに思うところがあります。

■吉村知事

倭先生にちょっとご質問したいんですけど、抗原検査、これは国でも**20万**準備している。この抗原検査は患者さん本人が自分で鼻にちょちょっと入れてやるのか、お医者さんがそういう防護服を着てやるのか、その検査の具体的な方法としてはどうなるんですか。

■倭委員

これは何も抗原定性検査だけに限ったものではなくて、鼻の手前の鼻腔の検体を使用できるということです。もちろん鼻腔検体を、抗原定量より感度の高い検査を行うために**PCR**に回しても結構です。それがまず一点確認です。

それから、鼻の手前から2センチほど入って、今実は、昨日厚生労働省とそれからメーカー側と動画を我々今作成しております、それを見ていただき、患者さんに自ら検体を取っていただく。2センチほど入れてそこで5回転程して5秒程静置します。いわゆる検体をしっかり採れているかどうかということには手順をしっかりとすることが大事なので、一番のポイントはやっぱりインフルエンザとの鑑別ですか。インフルエンザとコロナの症状の違いを一つだけ何とか無理矢理あげろと言われてたら、その鼻水の強さ、出るか出ないかかと思うんですが、インフルの患者さんだと鼻水がかなり出ることが多いですが、コロナの患者さんですとなかなか鼻水が出にくい面もあります。鼻水の症状がある方については本当に簡単に鼻腔検体を採取できるのではないかと思うんですけども、自分で2センチほど入れて5回転して検体を採る。ただそのときに、勝手に患者さんがやるともちろん鼻をこすりますので、血が出ることもありますから、今は医師など医療従事者の監督のもとでということですけど、厚生労働省もここはきちっとやっぱりかかりつけの先生方にしっかりと監督までやっていただきたい、広めたいという必要がございますのでメーカーとそれぞれ別々ですけど、動画を作ってという形でやっていくところが今現状でございます。

■吉村知事

かかりつけ医の先生に監修をしていただきながら、患者さんがやったり、赤ちゃんと小さい子はお医者さんがやるんだと思いますけど、それはもちろんそうだと思うんですけど、ここで国の方針でも示されていますし、それから秋冬同時のインフルエンザ対策という、インフルエンザとの同時流行というのであれば、同時に検査しないとやっぱり意味がないし、そういった意味では、ここはかかりつけ医の中で全員ではなくても、やっぱ協力していただけたところには協力していただかないと、この検査数には到底達しないし、目的も達成できないのかなというふうに思うんですけど。

■茂松委員

そういう意味ではですね、我々考えているのは、まず患者さんが来られたら鼻かみ液でインフルエンザのテストをします。そしてこれはインフルエンザかなとなれば治療していくということと、もしそこにコロナを疑うということであれば、朝野先生からご指導いただいたんですが、綿花を口に入れて唾液を染み込ませた後、それを注射器の中に入れて、絞り出した液をPCRの抗原定量、またはPCR検査へまわすということを考えています。その1日2日の間に結果が出てくるので、その結果が出てきたら、保健所に通知をして、その後の対応をしていただくということを考えています。

患者さんが診療所の中にそんなに入らなくても何とかいけるところは、しっかり手挙げをしていただくということを考えています。これは行政検査ですから、一応契約を、集合契約を結んでいただく。医療従事者に負傷とかそういうことがもし起これば、お互いに協議をして対応していくということと、医療機関名は非公開という契約内容にしたい。これを公開にしますと、かなり混乱が出てまいります。ですから内輪で知っていて、横の連携を取れるのはいいんですが、一般の市民にどこがやっているということがわかれば、混乱が起こることがあるだろうと思うので、その方向で大阪府さんをお願いしているんです。

医師会としては、この方向であればリスクもある程度我慢できますし、何とかいけるんじゃないかなということで、おそらく入口出口が分かれているとか、部屋がなんとか一つ取れるといったところは手を挙げていただいて、できるだけ協力していこうということで対応してるんです。そういう方向でいってどうでしょうかね。

■倭委員

感染症学会のこのCOVID-19とインフルエンザの同時流行に向けての対策っていう提言が出ておりますが、そこにも複雑なフローチャートがありまして、今先生がおっしゃられたように、インフルの検査は鼻かみ鼻汁が使用できます。同時流行もいろんなデータに幅がございしますが、2%から40%との報告があります。平均5から10ぐらいありうると思うんですけども、それでまずはインフルエンザの検査を行って陽性が出て、様子見ると。陰性だったときコロナの検査を行う検体として唾液でも全然いいと思います。鼻汁が出るのであれば、その鼻かみ鼻汁で十分抗原キットを使えると思うんですが、これは私の今後の努力で、まだ研究を引き続きインフルエンザの流行の時期になったときに検討を行います。もうしばらく厚生労働省に認めていただくデータが出るまでお時間いただけますでしょうか。

■佐々木委員

それはインフルエンザとコロナと同時に検査できないと難しいと思いますね。二度手間、三度手間が起こるようなことでは、なかなかスムーズに体制が組めないと思います。

一番気になっているのは、院内でも感染対策委員会をしょっちゅう開いているのですが、コロナの抗原検査は疑陽性が結構多いので、抗原検査で測って陽性と出ても、必ず**PCR**検査をするということが昨日の院内感染対策委員会で決まったんです。コロナの抗原検査というのは、まだまだ疑陽性が多くて当てにならないんじゃないかと昨日議論されたばかりなんですけど、今日厚労省の方で抗原検査**OK**となったらしいんですけど、本当に大丈夫なんですか。

■朝野座長

有症状で9日以内のときは大丈夫だと。

■佐々木委員

それは分かっているんですけど、特に子どもの場合は、陽性と出ても実は疑陽性が多いと。

■藤井健康医療部長

その抗原検査で国が承認した場合には、逆にですね、抗原検査で届出陽性として確定して良しとなっていますので、逆に抗原検査をして、**PCR**を念のため検査、行政検査でない病院負担の検査としてされるっていうのもあるかもしれないんですけども、行政検査としてはどちらか一方になります。

■倭委員

我々の病院であれば、先生のところの病院も、もう鼻咽頭1回で、1回の検体で、もちろんインフルエンザとそれからコロナも同じ1回の検体でできますし、それは鼻腔の鼻の手前でも全く一緒なので、二度手間になるということは全くございませんから。1回で済みますので、そこはお間違いのないように。1回で、同じ液で、同じレーンではできませんけども、インフルエンザの方とコロナの方とピッ、ピッと2回別々に液を落としていただきますとそれで測定できますから、そこは二度手間にはなりません。

ただ茂松会長がおっしゃられたように、鼻汁を持ってきていただいて使って、まだそれが今正式に認められてないのでコロナに唾液を使うとなると二度手間になると。ですから鼻腔の一番の最大のポイントは、感度が若干落ちることにあるんですけども、医療者が**PPE**の問題を少なくできて、実際見ているわけですから。ビデオ動画も普及させますし、**PPE**を使わなくて済むし暴露も抑えられる。1回で済んで、インフルエンザとコロナを同時にできるっていう一番折衷した案になっているというメリットがございます。

■吉村知事

僕もやっぱり、インフルエンザとコロナっていうのは同時に検査するっていうことにもものす

ごく重要な意味があるのかなというふうに思っていて。今、先ほど倭先生も少し話ありましたが、お医者さんに二次感染するリスクっていうのは、最大限抑えるっていうので監修もしていただきながら基本的に本人で採ってその場で検査が出来てですね、そしてその国の基準でもそれが認めるということであれば、その唾液による検査でまた何日かかけてとかではなくて、その抗原検査キットでかかりつけ医の先生方に見ていただければ、これ同時検査もできますし、そうじゃないと現実的になかなか難しいんじゃないかなと思うんですけど、そこは医師会でお願いできないものなんですか。

■茂松委員

要は検体を採るときにリスクがどの程度あるかということで、鼻の手前で鼻水が出て取れるということであれば、それで検査をしていくようにはしますから、2日から9日の間とかいろいろありますし、症状があつて検査すればそれはいけると思うんですけども、感染した先生方のお話聞くと、本当に何で感染したのかよくわからないというドクターもおられる。2週間休まないといけなかったと。何の補償もなく休んだので、大変だったと聞いておりますので、それが広まってしまうとみんな手が挙げにくいということがあります。やっぱりきちっと医師の裁量権でどちらでやるのか任せてもらいたい、鼻かみ液でやるか、唾液で採るか。唾液を採るのも外でやってもらって注射器に入れてもらって絞るだけですから、そうリスクはないと思うんですね。だから、結果は1日2日かかるにしても、やっぱりきちっとそれを検査するわけですから、やっぱりその対応も大事かなと思っています。

何も同時に採らなければならないということではないと思いますし、小児科については、おそらく子どもさんについては、お家の家族の方々に発熱者がいなければほぼ問題ないということで、今小児科でも鼻腔の拭い液を取って検査をしてもらっていますので、多分その方向はいけると思うんですね。ですからそれを考えると、ただ我々が心配しているのは、検査しました、患者さんにも治療しました、ただ夜間に悪化したときに電話がかかる、それがどっかの病院に紹介しないといけないんで家族に指導しないとイケない。これは我々にとっては非常に厳しいんですね。

何もコロナやインフルエンザだけじゃないんですよ。他に糖尿高血圧、循環器など色んな患者さんを診ていますので、その中でそういう患者さんに対応するのはなかなか難しい。ですから、保健所か保健所に準じた機能を作っていただいてフォローしていただくと、患者さんが夜間に症状が悪化したときに、そこへ電話したら入院できますからという対応をしていただければ、そういうので後押しをしていただいたら、私たちは手を挙げやすいということなんです。だから、そういうことの対応をできるだけお願いしたいなと思うところなんです。前から大阪府さんにもお願いをして、お話をさせてきてもらっているんですけども。

■藤井健康医療部長

6ページをご覧ください。自宅療養者の条件で、例えば若い方で症状が軽い方、基礎疾患がない方には自宅療養という伝達をかかりつけ医さんからしていただいて、その症状が悪化した場合の連絡先として、いわゆる緊急相談センターというものを行政の方で設置をしてフォローをしようと考えております。ということで今茂松会長がおっしゃった、自宅療養者のその後の健康観察までかかりつけ医が見るのはいかがかという点につきましては、行政の方でも一歩踏み込んで対応させていただきたいと考えています。

ただ1点、先ほど茂松会長がおっしゃった、先にインフルエンザの検査をしてその結果が出てからということなんですけども、万が一陽性の方の場合インフルエンザの検査をするだけでもいわゆる感染リスクはありますので、今ご意見がありました同時検査の効率性とかというのはあると思うんです。インフルエンザの検査をするだけでリスクが上がるということで、逆に発熱患者さんがインフルエンザの検査も受けられない、コロナの検査も受けられないという事態にならないようにぜひその検査方法について、簡易キットではなくて唾液を採るというかかりつけ医さんが出る場合もこれはあると思うんです。念のために、時間はかかるけどもそれを検査会社に出してPCRで検査するという診療所さんもあると思うんですけども、ぜひ同時に検査をするということのご理解をできるだけ幅広くいただけたらなと思います。

■茂松委員

精度ですよね。鼻かみ液でいけるのか、鼻をちょっと採ったやつで本当にOKなのかは、まだそこまではわかってないですし、今までのニュースを見る限り、精度は落ちるといふように報告されていますので、そのところちょっと医師の裁量権としてはなかなか難しいかなという話です。

■倭委員

コロナの場合ですと、やはり鼻汁っていう症状が本当に出にくいんです。ですから本当は鼻がカピカピに乾燥していても、思っている以上に陽性が出るなっていうのが実感でして、鼻水が出るような、あるいは鼻汁液で採れるような患者さんは、実は全てまた今回データとオープンにはしていませんが、陽性がきちんと出ます。ですからインフルエンザとの鑑別に使うような患者さんであれば、鼻の手前も鼻汁でも全然問題ないと思います。

あと1点、感染症学会からの提言にありますけど、今茂松会長がおっしゃられたような、インフルエンザが十分に流行している状況であれば、先にインフルエンザを測って、違えばコロナっていう流れになっているんですが、インフルエンザはおそらく今回南半球の推移だったり、あるいは現状の北半球の推移から見ていると、皆さんご存知のようにもうほとんど抑えられてますでしょう。

マスクなどの感染対策だけじゃなしに、ウイルス干渉の問題もあるのではないかと考えられています。そうすると**COVID-19**が流行るので、まず**COVID-19**を疑って検査、それが陰性であった場合に疑陰性なのかあるいはインフルなのかということになるので、鼻汁からインフルの検査をして、それで陰性の結果でまた唾液採取しますとなると、時間のロスとなります。大阪でも第二波では診断から入院までが**6.1日**で第一波の**7.8日**より減っていますが、**NCGM**、国立国際医療研究センターから出ているデータを昨日ですが見ていると、発症から診断までが**5.1日**ですから、国に比べて1日遅いんです、大阪は。そうすると**6.1日**ですと、潜伏期間が5から6ですから、もうその人がわかった時にはもう隔離がどうこうの時には、二次感染していますとその人はもう発症している状況になっています。いつまで経っても感染の連鎖を止められないですよ。意外とやっぱり1日2日って大きいので、そういった流れと、もう一つは感染症学会のホームページをご覧いただければ分かりますけど、両方流行っているときにやはり同時に検査することになるので、極力やっぱり、ほぼ同時にやっていただく方でご苦労いただいたらどうかなって感じはいたします。お願いいたします。

■茂松委員

今言われたように鼻水でね、ある程度採れるということであれば、それは両方一緒にやれたらいいと思います。それが**OK**であればそれでやっていきますけども、ただインフルエンザが流行るかどうか経過を見たらわかりますのでね、本当はインフルエンザが流行らないかもわからないです。そういうこともわかっていますので、それはやっぱり患者さんを診て、医師が普段の診療を、例えば今までやってきたことを普通にできるようにしたいわけですね。医師会としては、かかりつけ医がインフルエンザの感染者、発熱の患者に対して、今までやってきたことが普通にできればいいと、それであれば手挙げをするということで進めています。ですから、今言われたようにインフルエンザが流行ってなければ、そんなことをする必要がなくて、ずっとコミットで回したらいいわけです。今ルミパルスの検査機器が手に入れば、1時間か2時間もすれば結果出てくるわけです。

■倭委員

ルミパルスですと、今回私のデータでも鼻咽頭と鼻腔の抗原定量検査での一致率は9割ですので、ルミパルスはかなり感度いいですよ。

■茂松委員

そうですね。そのルミパルスは今大阪に**35**台ほど入っています。そのうち多分**20**台ぐらいやってもらっていると思うんですけど、それを全部使える方向にしようとしてこう抗原の定量検査はできるのではないかというふうに思うんです。それも結果は、本当に数時間で出る

と言っていますから。報告に1日2日かかるだけで、そこを何とかうまくやればですね、短くできるんじゃないかと。だからそんな5日も6日もかかるわけじゃないので、やっぱりその方向でいけないかなと思うんですね。それは制度の問題で。

■ 倭委員

先ほど佐々木先生もご心配されていた疑陽性の問題ですけど、これ実は厚生労働省や富士レビオの方と協議を重ねていますが、インフルエンザのキットが初期にでたときに同じような問題があったということで、やはり手技の問題があるんですね。しっかり検体を流すまでの。そこについてはまた更に注意喚起の文書を近々メーカーから出すというふうにお答えをいただいていますし、また疑義が生じるような症例があれば検体を送っていただきましたら十分に中和抗体等で検査をして、本当にどうなるかどうかを調べていただけます。僕が大阪府さんからご相談を受けた症例ではやはりある病院の小児のデータでも何例か、全てエスプライン陽性でしたけども、蓋然性が低い方で発熱患者で全て検査をされています。これらの検体をルミパルスで測定しますと全部陰性っていうことですから、やはり非特異的な交差をしていると考えます。何らかのものが手技的なものなのかわかりませんが影響していると思いますが、ルミパルスだとそれはないんですが、現状大阪府さんですぐにルミパルスの検査をして結果が出るのは難しいんじゃないかと。我々の病院だとすぐできるんですが。

■ 朝野委員

ルミパルスは不活化しないで測っちゃうんですね。測定って結構リスクがあるんですね。だから検査室もしっかりした検査室じゃないとできないんですね。先ほどの本当に安全キャビネットを使わなくていいって急に今お聞きしたんですね。昨日までは国からは返事がなかったんですね。

■ 藤井健康医療部長

簡易キットの方ですか。

■ 朝野座長

簡易キットで抗原検査で安全キャビネットを使わなくていいっていうお返事を今いただきました。根拠は必ずしっかりと確認した方がいいと思います。私が危惧しているのはやっぱり医療職の方、特に看護師さんが検査にあたられるんですね。WHOも、それから臨床検査医学会も安全キャビネットの中で抗原検査はやれって、WHOのガイダンスでも言っているんですよ。それが厚労省に私が聞いたときでも、安全キャビネットの外でやっていいとは言えないというご意見を今まで聞いていたのが、今日急に安全キャビネットなくてもいいよっておっしゃ

っているとしたら、その根拠はしっかりとやっていただかないと、私はやっぱりやっていただく看護師さんを守る必要がありますので、検査技師さんとか、そういう方をしっかりと守る必要がありますのでそこはもう確実に、本当に安全キャビネットなしでやっていいという根拠はどうなのかっていうのを確認していただければと思います。

さらに先生、綿球よりもですね、ストローでやったらもっと早く採れます。もっと安全に採れる方法があります。工夫次第で唾液を採ろうというのは唾液を喀出するとか排出するっていうのは結構飛び散るから嫌だと。でも確かに飛び散る。綿花法っていうのを最初提案させていただいたんですけども、今阪大はストロー法にしています。タピオカ用の大きなストローをくわえて試験管の中に唾液がダラッと流れていくようにすると、ほとんど汚染せずにとれますので、唾液はそれでいかれたらいいかと思います。

もう一つは同時にやることの意義と、1日2日遅れることの意義ということもあります。今コロナは実際に1日2日遅れて診断しております。そうすると7日目ぐらいに診断されてしまって、もう**10日**すると普通は、症状なければもう特に隔離する必要はなくなるということで、診断をできるだけ早くした方がいい。それが1日2日早いことが意義があるかっていうことですね。もちろん感染を起ささないようにするためには、1日でも2日でも早く見つけた方がいいと思います。同時にやるときのメリットは、1日2日の短縮っていうことのメリットがどの程度あるのか。現在は今すでに**PCR**は外注、あるいは自分の病院でやるときでも1日ぐらいかかって結果を出しているっていうことがありますので、そのあたりが本当に早い、同時の方がいいのかどうかっていうこと。

ただ今日お聞きしていて、いろんな方法があるなっていうのがわかったっていうのが、逆に茂松先生、自分のところはこうするよ、他のところはこうしていいよ、という選択肢があるっていうことが僕はむしろ大事なのではないか、今いろいろ議論されていて鼻かみ液、鼻腔、唾液というふうないろんなもので、いや鼻かみ液がいいんだ、唾液がいいんだ、鼻腔がいいんだ、という議論ではなくて、それぞれのクリニックで自分に合った方法で参画していただくっていうことが、むしろいいのではないか。そういう意味でいうと今日いろいろご意見があって、様々な方法がいろいろある、唾液の採り方も工夫次第ではすごく安全に採れることもありますので、自分のクリニックでできることっていうのを医師会の方でやっていただくということが大事なんじゃないかなと思っております。

■茂松委員

ありがとうございます。医師会としては常にそういうことを考え併せて、自分のところの医療機関の環境に応じてできる範囲で手を挙げていただければよいと思っています。その中できちっと行政検査の集合契約も交わしていただいて、そこでこれでできますよ、ということであればみんな手を挙げてくれると思いますし、我々としては普段やっている診療がそのままできる

ようにしたいんですね。やっぱりその余分なことをさせられるとなると、これはどうもみんなその保健所の機能を肩代わりされているとか、そういうふうに考えてしまうので、そこはきちっと診療にその精神を集めていきたいということで考えていますので、その辺はよろしく願いしたいと思っています。

■吉村知事

保健所の重点化の議題をあわせて議論した方がいいんじゃないかなというふうに思います。保健所もある意味マンパワーが無限にあるわけではないので、2万件の検査をするっていうときに、あれもこれも保健所にやれと。それで人数を我々は増やしてやっていってますけども、外注したりもいろいろやっていますが、感染というのはコロナは結構右肩上がりです。早く拡大していきますから、結果もしそれでオーバーフローしたときに、誰が一番困るかという僕は市民であり府民だと思うんです。市民なり府民が一番困らないようにする体制を、我々は保健所を強化していきますし、あわせてやっぱりここは医師会もそうだし、大阪全体の医療機関という医療体制である意味コロナから市民・府民を守るということをやらないと、僕はいけないんじゃないのかなというふうに思うので、何でもかんでも保健所というのも僕も正直違うかなというふうに思うし、保健所でやらなくてもいいことはやっぱりそれは削っていかないと、実際問題ではできないことをやれっていうのも違うと思うので、そこはちょっと座長にもご意見をいただけたらなというふうに思います。

■朝野座長

ついでに一言言っておきますと、実はこの2万検体の中で**6000**いくらはPCRでできるんですけど、残りの部分っていうのは実は抗原検査をカウントしているんですよ。ですから唾液で出すとなると、実はこの**6000**検体とかそのPCRの検体が増えてしまうんですよ。その点も解決しないといけなくなるんですね。そうすると保健所の方にまたちょっと手を煩わせることにもなるかもしれません。

■吉村知事

あと議論の整理でいくと、まずこの数でいうと今2万というのを前提に言っているんですが、さっき事務方からもありましたけど、国のいわゆる基準というか、去年のインフルエンザの超えたシーズンでいくと**3万4000**というのが出ているんですけど、ここは府の案としては2万ということで考えています。ちょっとここは専門家会議の皆様にも方向性も決めていただけたらなというふうに思います。

■朝野座長

今、オーストラリアではかなりインフルエンザは出ていません。検査してないから出てないんだらうという意見もあります。ところがオーストラリアとか海外は、どういうふうにしてインフルエンザをカウントしているかっていうと**ILI (Influenza Like Illnesses)**、インフルエンザみたいな症状のある人のカウントをしているんですよ。**S**それでも症状のある人もほとんどいないんですよ。ということは検査数が足りないから数が少なく見えるんじゃなくて、発熱者も少ない。つまり、マスクと手洗いというのが、おそらくはインフルエンザも同時に数を少なくしているんだらうと思います。

で、今回の何万にするかっていうことはもちろん多いに越したことはないんです、体制としては。オーバーシュートが来るかもしれないからということで、ものすごくその医療機関も**300**だ**400**だって話をしましたけども、でもそこは現実問題として、今まで通りのインフルエンザが来るっていうのは想定できないと私は思っておりますので、2万というのは妥当な線じゃないかと思って、2万でも多いんじゃないかとむしろ思うくらいで。そういうふうな認識、オーストラリアとかの様子、世界の様子を見ていたときにそういう状況だと思えます。

(2) 保健所業務の重点化等について

■事務局

(資料4に基づいて説明)

■藤井健康医療部長

それぞれこれを実現するためには、例えば診療検査医療機関数を十分に確保することでありましたり、フロー図についてしっかりとマニュアルを整備して、共有すること。実現するための課題はございますが、こういった考え方で、さらなる感染拡大時には保健所業務を重点化していきたいと考えております。ご意見いただきたいと思えます。

■白野委員

ちょっと前提として質問させていただきたいんですけども、先ほど2万件検査したら1日**1000**件ぐらい陽性が出る。その中で抗原検査だと結構な割合で偽陽性かもしれませんが、その時点では見分けがつかないので同じように陽性者として対策するっていうことでよろしいでしょうか。もし例えば、仮に次**PCR**に進んで陰性となったならそこからもう追跡はやめるみたいな感じで。

■藤井健康医療部長

修正されるかどうかは分からないんですけども、現時点では抗原検査の陽性をもって陽性と確定する、という国全体の立てつけになっておりますので、その時点で陽性患者としての登録になってまいります。

■白野委員

国に聞くべきことなのかもしれませんが、もし今後検討が進んでⅡ類相当じゃなくなった場合にも、そしたらやっぱりそこは変わる可能性はありますか。

■藤井健康医療部長

はい。Ⅱ類から感染症の位置づけを見直すべきではないかという議論が一時期、8月の末に報道等でありましたが、国のワーキングで議論がされまして、そこで示されました論点としましては、あんまり大きな変更はありませんで、例えば疑似症患者の届け出、今検査をするだけで全数届出いただいているんですけども、入院をした疑似症患者さん、検査をした患者さんだけ届け出をしていただくということと、それと全員を入院させるのではなくて、リスクがある方と重症患者さんだけを入院させるという見直しを行われるということで、この後半の方はすでに大阪では早い時期から入院患者の重点化をしていますので、あまり現時点では大きな見直しがなされない見通しになっています。

■吉村知事

白野先生の質問に関連するんですけど、やっぱりこれ大阪だけで起きていることではなくて、国全体でこれをどうしようかっていうふうに動いて行って、いろんな基準も出来ているわけじゃないですか。その中でいろんな検査方法にしても何にしても、**100%**っていうのはやっぱりない中で、でもどっかで線引きしようというので、国で線引きをしてやっている。線引きした一つとしてやっぱり検査をもっと増やしていかなきゃいけないねっていうので、早く結果がわからなきゃいけないねっていうので、抗原検査キットでその場でわかるっていうのが、ある意味これを国として認証し、そしてそれによって陽性になればもうこれは陽性と。疑陽性というのはこれはゼロじゃないんでしょうけども、それは一定の質的な検査もした上で、**100%**じゃないにしても国としてはそこはそれでコロナの陽性と判断すると。そしてその場でも判断できる。

そして医師の監修のもとで本人でも採れるというのが認められて、それで**20万**ということなのであれば、やっぱりそれを基本的なベースとして大阪も考えるべきじゃないかなというふうに思っていますし、それ以外でも当然唾液とか色々な方法があるわけですけども、いろんな方法を自由にやりましようよとなると、そもそもこの検査を対応する、こなすっていうこと自体

が成り立たなくなってくるんじゃないかなと思うんですけど。そのあたりは茂松会長、どうなんでしょうか。

■茂松委員

というよりも国はですね、やっぱり保健所機能が非常に低下しているということで、このままではPCR検査もできないということから、保健所の機能をちょっと外していこうという話が非常に多いんだろうと思うんですね。その中でこういう結果が出てきて、保健所機能の一部分をちょっとかかりつけ医に回せよ、というようなことになっているんだと思います。ですからその考え方をどうするんだって、僕らはすごく気にしているんですね。

これは本当に保健所機能が1994年からドンと財源削られて、どんどん縮小してきたというところに一番問題があって、だからそれを今の間に保健所機能をもっと充実させて欲しいってずっと以前から言っているが、何もそれが変わらない。ただ業務委託とかで広がっているだけのことであって、本当に保健所で働いている人たちに本当にご苦労かけていると思うんですね。やっぱりそういうところをもっと増やして欲しいので、末端の僕らから意見を上げていけないといけないんじゃないかなと思うんです。国から言われているのは、これで良かった、これでいいじゃないかというふうな、ちょっと曖昧なところから出てきていると僕らは思っています。だからそういうところも加味しながら、ちゃんと議論していかないといけないんじゃないかと思っています。

■吉村知事

1994年ぐらいから国の大きな方針で、この保健所というのが衛生が整ってきているような中で縮小してきた。これは大阪だけの問題というよりも国の問題としてやってきた。これをどうするかという大きな議論の話は当然これはあると思うんです。

でも今はコロナという緊急事態が発生して、今の状況の中でどうしていくかっていう判断をしていかなきゃいけない。その中でも保健所もかなり人員を2倍3倍と増やしなごうですね、やるべき仕事もやっぱりこれは国一律で決めているわけじゃないですか。濃厚接触者はこうやって調査して要請をかけるとか決まってやっていく中で、今のどんどん増やすのは増やしていくんですけど、今の体制の問題で何をやるかっていう問題と、日本の保健行政の大きな話というのは、ごっちゃにして議論するんじゃなくて、今の体制の中で、この冬にどうするかって考えたときには、やっぱりかかりつけ医の先生の協力もなければ、なかなか府の中でも全体の検査数も増やすことはやっぱりできないし、そのための二次感染を防がなくてはならない。全体を守っていかなくちゃいけない。

そうなったときに検査のやり方は、今までだったら鼻咽頭拭いで奥まで突っ込んで、というやり方で二次感染のリスクあるよねって話でしたけど、いろんなやり方も国でも検討して、抗

原検査で手前で取るといようなものができてきて、これを認めるようになってきたわけで。となるとそれを使えばインフルが流行れば同時検査もできるし、それだけでも簡易検査もできるし、ただそういうのを、ある意味使いながら広げていかないと、この検査を大阪府全体で広げるっていうのはできない方向になってくるんじゃないかな。それはだから医師会の皆さんと協力しながら僕らはやらないとできないわけなんですけど、そこはちょっとご協力いただけないかなと思うんですけど。

■茂松委員

協力はもちろんするつもりでいるんですけども、ただ、そういう条件が1日1日で変わってきたり、今鼻の手前の液で構いませんよとボンと出てきたり、安全キャビネットは関係ないんですとかですね、急にこういうことが出てくることは、我々科学者からしたら理解ができないんですよ。何のためにここが許可になったのか、ということが我々としては知りたいところがあって、それが確実に大丈夫ということであれば、手を挙げてやる覚悟なんですね。その決め方がどうも、非常に曖昧に見えているなと思うんですよ。そこがやっぱり一番の問題点かなと。

■倭委員

追加よろしいですか。おそらく数日中に国から出ると思うんですけども、実はあの急に決まったわけじゃなくて、厚生労働省の方で研究グループが別にあるんですけども、病原体の今言ったことも、疑陽性の問題も入れて、病原体の検査の指針の第1版というのを実は今ドラフトが作られていてもうすぐ通知が出ると思います。そういったところで、今までのいろんな意見をまとめて出ますので決して一朝一夕でできたわけでは全くなくて、そのグループの先生方は今の問題を水面下ではずっと検討されていますので、そこは誤解のないようにだけ、すみません。

■茂松委員

ありがとうございます。ですからそれがきちっとしたら、それでやっていきたいと。そういうことであれば全然問題ないことだと思っています。協力は惜しまず、やっぱり市民の健康ですから、やっぱりそこは惜しまずやっていきますので、それは信頼していただければと思います。

■吉村知事

大阪府で独自にですね、国基準を超えてお願いしますとか基準を作ったりしているっていうわけではないと思うんです。さっきのキャビネットの専門的な話もありましたが、この大阪府

で考えてやっているというよりは、国からの話でそうになっている。全国的にこの冬に向けて、今のこの検査の体制というのはやっぱり不十分だよねと。広げる可能性があるよねと。その時には、新しい検査キットを使い、そして仕組みとしてもかかりつけ医の先生もちょっとご協力をいただきやらないと、市民、府民、国民から見たときには十分な検査体制ってなかなか難しいよねってという大きな国方針があって、今この大阪府の会議があると思うので。だからそういう意味で、大阪府で独自にこれをお願いするというわけではなくてですね。そこは逆にいうとあまりハードル上がっていくと、大阪だけできないようなことになってもよくないし、それは最終的に市民府民を守るっていうのが、多分医師会の目的でもあり、大阪府の目的でもある。それは共通している話なので、そこはお願いできないかなというふうには思います。

■朝野座長

茂松先生が、唾液と鼻かみ液というのは、これ鼻腔でインフルエンザとコロナが同時に両方できなかったの、今苦肉の策でこの検体この検体でやっていきましょう、安全に採るにはこうしましょう、ということを議論してきたわけです。

ところがまさに今日、鼻腔で両方できますよというのが出て来て、それももちろんちゃんと科学的なエビデンスを集めて鼻腔で両方できますよというエビデンスが出てきたということで、決してその医師会の先生方がこの唾液と鼻かみ液が絶対なんだっておっしゃっているわけじゃなくて、それしかなかったからこういう議論をしてきたわけで、これが鼻腔になった、安全キャビネットはなくてもよくなった。でも唐突ですよって感じは僕たちは持つわけですけども、それがちゃんとした安全性が担保されて鼻腔を自分で拭いたらくしゃみも出にくいでしょうとか、そういうことで疑陽性、疑陰性問題も克服できますよという科学的なエビデンスがあれば、おそらく医師会の先生達もそれでいきましょうとなるわけなんですね。

ただ、今までまさに僕も昨日まで厚労省に聞いていて、安全キャビネットがないって大丈夫ですかって言ったら、大丈夫とは言えませんって言っていたのが、今日ここで大丈夫ですって言われて、何がその途中であったんだろう、その科学的なエビデンスは何だったんだろうということちょっと疑問に思っているだけです。そこがちゃんとエビデンスとして出てくれば、医師会の先生方も納得されると思いますので、そこが決して大阪府独自でという意味じゃなくて、大阪府の医師会はその許容された範囲で一番安全にやるにはどうしたらいいかっていうことを考えてこられたということで、決してそれがやらないって言っているわけじゃないということをご理解いただければと思います。

■吉村知事

国でこういうふうにしていこうみたいなところの共通認識のところがちよっとまだ今日確立されていない感じはするんですけど、そのあたりはどうなんですか。倭先生も国にも関与されて

いますけど。

■藤井健康医療部長

茂松先生は検査方法であるとか安全キャビネットの問題も含めて、検査方法の優位性の考え方についてきちんと医師会の先生方にもご理解いただけるように、府の方で考え方を取りまとめ、倭先生のご指導もいただきながら取りまとめてお示しするというのと、やっぱり検査についてご協力いただけるということは茂松会長もずっと一貫しておっしゃっている。診療所によって検査方法を決め打ちではなくて、いろいろなパターン分けがあるということを理解いただきたいというご意見だと思うんですけどいかがでしょうか。

■茂松委員

その通りに思っています。それとですね、もう一つ言いたいのは、9月4日に国から出た通達です。これは保健所を外してかかりつけ医で全部しろと。そういう通達なんです。だから全国の都道府県の先生方は、あれ保健所の機能はどこに行ったのかということが一番の問題点に考えているんですね。国が出してきたことが本当に一番、とはみんな思っていないんです。あそここの部分が、保健所とかかりつけ医はちゃんと車の両輪で働いていったら何とか住民を守れるよねっていうところで考えたいんですよね。それがどうも保健所の機能がどっかに隠れちゃって、消えてしまってるんですよ。そこが一番の問題点があって、大阪府さんもそれに合わせてこられたんで、ちょっと僕らは「えっ」ということになったと理解いただければと思います。

僕らは協力していくつもりです。住民を守っていかないといけないので。やっぱり医療機関に合わせてどういう検査をしていくか、どういうことをしていくかをきちっと契約に乗せてやっていきたい。安易に例えばアンケートで「はい、手を挙げてください」というようではちょっと困るんですね。だからそういう細かいことを詰めていただいて契約させていただければというふうに思っています。

■吉村知事

今日大阪市の保健所と大阪府の保健所長も来てくれているんですけど、ここの保健所の業務のことに書いてもらったことを見てもらったらわかる通り、かなり広範な業務をしています。保健所にかかる負担っていうのはかなり強い負担で、一生懸命皆仕事をやってくれて、僕らも当然そこに人を増員させたり、外注したりっていうので、本当に試行錯誤しながらですね、保健所機能をどんどん強化して対応しているの、保健所の機能がなくなるとか見えなくなるというのとはちょっと違うのかなと。

ただ検査が増えればですね、今までの検査数でいいですよっていうのであれば、これは今までのやり方でいけると思うんですけど、僕も最終のトップの立場から考えるとですね、検査数

だけ2万件ぐらいになって、保健所の仕事はそのままやれていうのはさすがに僕もトップとしてね、それは言えないなど。やらなくていいことはやっぱり削っていかなきゃいけないし、ある意味それだけ検査をフルにするのであれば、少しここは身近なかかりつけ医の先生にもこれまで保健所がやってきたことでも少しこの部分をお願いしますよということもお願いして、そういう意味での協力関係でやっていかないと、この検査はクリアできないなど。そういうふうに思うんです。公務員は真面目ですから、やれと言ったら一生懸命やるんですけど、どっかでその業務量がオーバーヒートすると、オーバーヒートして最終的に誰が不利益を被るのかと言ったら、府民市民が被るわけなんで、だからできないことをずっとやり続けろっていうのはやっぱり言えないし、そういった意味では、一部そこはかかりつけ医の先生にも、2万件ぐらいになってくるとですね、お願いしなきゃいけない。

これは国でも一定そういう方向性も出ているのであればですね、ある意味国と日本医師会でこれはやっぱり違うよねってなれば、それは僕らもそうなるんですけど、一定出ている以上、そこはちょっとある意味保健所でやっていたことも、例えば陽性の告知とかね、そういうことも含めて、かかりつけ医の先生に、感染症対策をとりながらですけど、お願いをしていかないと成り立たないんじゃないかなと思うんですけどね。

■茂松委員

おそらくここはですね、効率よく役割分担することだと思います。ですから何でも削っていく、一元化するとかじゃなくて、やるべきことはやっていただきたいということで。実は第一波のときにですね、いろんな問題が起きたんですね。保健所が全然機能していないので、我々が検体運びに行ったりとかですね、いろんな実は問題が起こったんです。してはいけないことをさせられたんですよ、実はそのときに。こういうこともあったので、なかなか医師会としてですね、全て100%聞くという対応がちょっと今できてないところがあるんですね。だからそれを打ち消していきたいんですよ。きちっとこういう役割分担してここまでは我々やりますよと。ですからここからあとは保健所機能でお願いしますねっていうことでやっていきたいので、今発言をさせていただいているんです。

ですからここで例えばフォローアップセンターとかいろんな役割調整とかありますよね。こういうことはある程度やっていただかないと我々は全然できませんので。患者さんがこじれた時にすぐに入院施設のチェックをしていただくとかいうことがね、業務委託でどっかにしていただいても結構ですし、きちっと役割が回るようにしていただいたらと思うんですね。クラスターチェックも上手に保健所が業務委託を使ってやるとかですね。やっぱりそういうことをうまく機能できるようにしていただきたいなというふうに思うわけです。しっかり協力してやっていきたいんで本当に車の両輪で同じ回転でやっていきたいんですよ。そこのご理解をいただきたいと。

■倭委員

私、発言を1点ちょっと訂正させていただきますと、先ほど申しました病原体検査の第1版、これも本日付で厚生労働省から通知がすでに出ています、ここにはきちっと書かれています。国立国際医療研究センター、国際感染症センターが作成した新型コロナウイルス感染症に関する感染管理がこういう形で新しく発展的な解消をして改定という形になっていますので、本日付でこれも出ていますのでこれをまた先生方に熟読していただいて、僕も発出された第一版がどうなっているかみたいと思います。追加させていただきました。

■佐々木委員

確かに今見ているとね、保健所はすでに大変負担が大きいと思いますね。これでさらに第三波みたいなものが出てくると、とてももたないだろうと思いますね。そしたら、その役割を誰が代わりにするのか、そこが今なかなかきちっと議論ができてないところで、いきなり振られてもできないということになっていると思います。だけどこのまま今の保健所の業務をずっと保健所にやってもらうのも確かにちょっと無理があるかなと私も思っているんで、我々もできるだけ協力したいという方向ですが、もう少しきちっと詰めるべきところを詰めないとなかなかうまくいかないんじゃないかと思います。

それから、この診療検査医療機関というのは、これは要するに発熱外来ですよ、基本的に。発熱外来ですからその導線は別にしなければならないし、人も別途いると思うんですよ、そうなんです。一般の1人でやっておられる診療所だと確かに難しいところがあると思います。ですから診療所の中でできるかどうかというのをお聞きになって、できるところにやってもらうということになると思います。設備と人のある病院ならできるかと思いますが、病院は病院でコロナの重点医療機関だとか、協力医療機関になっていて、さらにこれ以上手が回るかという話もあります。我々病院はそこはやっぱりこういう一大事ですから、もう全て協力してやらないかんという気は大いに持っています。例えば相談を受けて、自分のところではコロナの検査をしないけども、医療機関を案内するといったことは多くの診療所の先生はそれほど難しくないとと思うんですが、診療検査医療機関、つまり発熱外来のところはもう少し規模の大きなところでないとなかなか受け入れるのは難しいかなという気はしていますけど。

■藤井健康医療部長

ありがとうございます。実は大阪府は最大**3000**件の検査を1日しているんですけども、すでにですね、その6割は診療報酬を取って、一部クリニックも含めて病院です。通常患者さんが来られて、検体を取ると。保健所からお願いするということもあるんですけども、そういったかなり保健所が指示してドライブスルーで取るという以外の、医療機関で病院で検査を自律的にしていただいているっていう方が、今非常に増えています。ここについてはかなり病院

の方が陽性確定までしていただいていると。

これが保健所の業務を楽にするというよりも、おそらくそのニーズの方がですね、府民の発熱患者が冬に向けて検査をしてほしいというニーズが圧倒的に増えるので、その受け皿の保健所を楽にするというのは、その受け皿を病院だけではなくてかかりつけ医の診療所も含めて大きく広げないと、おそらく熱が出て検査をしてほしいという患者さんがどこかで目詰まりする、あるいは行くところがなくなるという懸念のもとでの今回の提案でございますので、ぜひそれは今佐々木先生がおっしゃったように、感染対策が取れるかどうかスタッフの問題もあって、手が挙がる場所手が挙がらない場所っていうのはあるっていうのは重々承知です。

病院さんにおいても帰国者・接触者外来をやっていただいているのは500病院中、現在100弱ということで、それはそれぞれの体制の問題があると思っていますので、この裾野を診療所の方も含めて広げるということをぜひご理解いただいて、まずですね、可能かどうかということも含めて、全医療機関に状況のご意向の確認をするということを進めさせていただければなと思っています。

■茂松委員

ちょっと誤解を与えたかもわかりませんが、我々は昨年と同じように発熱外来をするわけです、かかりつけ医として。だから今普段来ている患者さんは全部診ていきます、大概は。ただやっぱりいろんなことで手挙げをして、はい、医療機関の指定はこれですよって言われるとちょっと億劫になるんですね。だけど、手を挙げないけどもみんな診るんですよ、きちっと現場では。これがかかりつけ医なんです。そこのところの理解をしていただきたいんです。我々は昨年までと一緒に、発熱の患者を診ていきたいんです。ただそこにいろんなことを課せられてしまって、手を挙げて指定の医療機関になりなさいって言われると、ちょっと手を挙げないところが出てくるんじゃないかと。だけど挙げないところもきちっと発熱の患者さんを診るんですよ、今までかかっている患者さんは。そこのところは理解をしていただきたいというふうに思うところです。

ですから、いろんな医療機関が、その環境に応じてどれだけできるのかを考えてやっていくのは間違いありません。ただここで指定の医療機関になるかどうかと言われたら、いろんなものが条件でついてきたら、ややこしいからやめておこうと。だけど普段来ている患者さんはきちっと診ていきますという、これはもう当たり前のことなので、これは基本中の基本なんです。これをしっかりできるように我々はしたいということなんです。ただそれだけなんです。

ですからきちっとそれは保健所とも車の両輪でやっていきたいということです。これをご理解いただきたい。何か誤解がちょっと生じているのかなと思ったんですが、昨年同様に発熱の患者さんはきちっと診ていきますし、そこは全然間違いのない話なんです。これを理解していただきたいというふうに思っております。

■吉村知事

まさにかかりつけ医と保健所と大きな病院と、ある意味三者一体になって進めていかなきゃこのコロナって乗り越えられないかなというふうには思っています。その中で、さっきも部長からも少し話ありましたが、意向の調査ですよね。まず病院っていうのは**500**ぐらい、大きな病院は**500**ぐらいあって、大阪府下にはクリニックとか診療所が**1万**あるというのも聞いています。1万全部が当然手を挙げるわけじゃないと思うんですけど、意向の確認、調査、これについてはさせていただきたいと思うんですけど、それは大丈夫ですか。

■茂松委員

ですから条件と、どういうふうにするかということのある程度の幅を設けていただくということであれば、それは全然問題ないと思っています。それはまた協議していただければと思っています。やらないというわけじゃ全然ありませんので、ただ我々は例年通りの発熱の患者さんをきちっと診ていくということなんで、いつも通り来ている人はきちっと診ていくんですね、皆。それはもう自分の責務だと皆思っていますから、皆の健康を守るために。ただそこにコロナが入ってきているのでどう考えるかというところを理解していただきたい。やっぱり1人の医師で1人の看護師でやっているところもあるわけで、そこにいろんなことを課せられると、できなくなることもあるということをご理解いただきたいということでもあります。

■朝野座長

保健所さんの方もご意見ちょっと伺えればと思います。

■吉村知事

保健所の職員も現場で起きていることで思っていることを言ってください。職員は真面目なんで、保健所がどれだけ大変かということも含めて、やっている業務の実態を伝えてもらった方が僕はいいと思う。

■森脇保健所長

発言の機会をお与えいただきましてありがとうございます。和泉保健所の森脇と申します。コロナに関しましては、8月の最盛期、保健所は本当に大混乱と言っては言葉がよくないんですが、もう毎日保健師にも夜の**10時**、**11時**まで残ってもらいましたし、私も泊まり込みをしたことも、何日かございます。そういった中でですね、先ほどからの医師会の先生方には、私も本当にいろいろと助けていただいたなというふうには思っておりますし、病院の先生方、もう頭の下がる思いで本当にいっぱいでした。無理をしてでも患者さんをとっていただいたりということもございました。

ただこれから先ですね、先ほど知事、部長の話にもありましたが、この比ではない新たな患者さんが多数出たときに、どこまで保健所の業務を保てるのか、それは非常に危惧はしているところです。先ほどからの話の資料の中でもございます通り、保健所の業務をいかに効率的にするか、重点化していくか、こういったことは当然やっていく必要もございますし、医師会の先生方にもいろいろとご迷惑、あるいはいろいろな業務を一部ですね、お願いしなきゃいけないところも多々出るんじゃないかなというふうに思っています。もう本当に人間関係でお願いしているところもいっぱいありますので、私どもとしてはそういった先生方の力もいただきながら何とかこの冬を乗り越えたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

■吉田保健所長

大阪市保健所長の吉田でございます。先生方、本当にお世話になってありがとうございます。我々も第一波、第二波を経験いたしまして、特に第二波のときには、大阪府は最高で1日**255**人の陽性者が出ましたし、大阪市では最高**131**人の陽性者が出ました。1日**100**人以上の患者さんが出た場合に、1人1人に当然陽性告知をして、それで入院が必要か、あるいは宿泊療養でいいのかとかいう判断をしないといけない。それが朝からずっとやっても、もう**100**人を超えるのが1週間も続くとどうしても1日で終わらなくて、翌日に積み残してしまうということもありますし、それから今陽性者の濃厚接触者も全員検査しないといけないということですね。計画調査もきっちりやって、それで全員の濃厚接触者の検査をするということもしないといけないですし、それから陽性患者さんも当然のように医療機関への搬送をしたりとか、宿泊療養先に搬送したりとかってあるので、その調整もあります。ですからもうそのピークのときかなりそういう状況で、本当にどこの保健所もそうだったと思いますけども、夜遅くまであるいはもう終電でも帰れないというような状況のことも多々ありました。それがもしこの冬にインフルエンザの流行の時期と重なると、もう第二波のピークよりもさらに倍とか3倍ぐらいの患者さんが出る可能性があるという状況ですので、先ほど保健所が動きが見えなくなるとかいう話もありますけど、そうじゃなくて、今まで通りの体制でやっていたのでは患者数が2倍3倍になったときに、同じような体制では絶対無理になってくるということになります。

しかしやはり我々の使命としましては、その重症化する方をなるべく防ぐということをお願いしたいので、これまでやっていた中で、やはり重点化という先ほど話もありましたけども、重症化する方をなるべく減らす、それで重症化する方をなるべく早く医療機関に繋ぐ、入院の方に繋ぐということに重点化していくということが必要かなというふうに思っていますので、そういうところではやはりしっかりした疫学調査と判断をしていきたいと思っています。

あともう一つ、クラスターの対策ということ、クラスター潰しということもやはり保健所としては今までのノウハウを持っていますし、それは誰にでもできるということではございませんので、そのあたりで我々としての役割を十分果たしていきたいというふうに思っております。

ので、どうしてもオーバーフローしてしまった部分の患者さんの陽性告知ですとか、あるいは自宅で療養をお願いすると指示をしていただくなど。その部分に関しては医療機関に少しでもお手伝いしていただければ我々としては非常に助かるなというのが本音でございます。

■朝野座長

ありがとうございます。やはり保健所というどっちかというともうやっぱり繋がりで、医療機関と保健所さん保健所の方達との繋がりで保っているところもありますので、保健所という業務と医療機関という業務だけじゃなくて、そういう繋がりのところでかなり保健所長さんのご依頼であればということで私たちもよくそういう面では協力させていただいておりますので、その点重々理解しております。

もちろんキャパオーバーになればもうできなくなるのは当たり前なので、やれって言ったってもう無理だと思います。だから省略できるところは省略し、外注できるところは外注し、ただしどうしても必要なところでキャパオーバーになったら、これはまたもう崩壊してしまいますので、医師会や病院が協力してやっていくことはなんらもうこれは皆さん特に問題ないと思いますので、そこを明確にさせていただいてここはもう省略しましょう、ここは外注しましょう、だけどここの部分というのは保健所じゃないとできません、だけどこは医師会の先生や病院の方にもお願いしたいというふうに具体的に明確にして、お示しすることで、何でもかんでも保健所が隠れてしまうみたいな、そういうことではないと思いますので、そういう形でぜひ私達も協力していけたらなと思います。

また、先ほど言いましたようにまず第一に、安全第一ですのでもう一度そのところ検査の方法につきましてもご確認をいただくということ、そして今多分国はもう苦肉の策で鼻腔でやりますよって言い出したと思いますので、それはもう今までの議論よりも少しまた違うシチュエーションになっておりますので、医師会の先生方も、じゃあ鼻腔だったらどうだろうという、それも採用しようという形で議論していただければと思います。

何よりもでも患者数が少ないのが一番ですので、これは大阪府の行政として、こういう対策を立てて少なくする。少なくすれば特にオーバーフローすることもありますので、まずはそこが1丁目1番地で、とにかく患者さんのピークを減らす。これはもう1丁目1番地の行政あるいは大阪府の役目だと思います。その結果として、数が増えてきたときはお互いに協力してやっていきたいと思います。もう誰も手を抜いているわけじゃございませんですね。これはもうもちろん皆さんそう思ってるんじゃないかなと思いますので、自分達ができることは何なのかっていうことでこれから考えていく必要があると思います。検査についてももっと柔軟にやっていけると思いますので、多分国はもう苦肉の策で出していると思いますが、それでも安全を担保しながらこれからやっていくということで、もう一度先生検討し直してやっていってもいいかと僕は思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

■事務局

本日は委員の先生方、長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。これをもちまして第4回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議を終了いたします。