

第3回大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会 議事録

日 時：令和2年5月20日（水） 14時00分～15時30分

場 所：大阪府庁本館5階 正庁の間

出席委員：別紙名簿のとおり

■藤井健康医療部長

（開催挨拶）

■事務局

ご出席委員につきましては、配布しております名簿のとおりでございます。次に、配布しています資料の確認をさせていただきます。

<配布資料の説明>

それでは、以後の議事進行につきましては、朝野会長にお願いしたいと存じます。朝野会長よろしく申し上げます。

■朝野会長

それでは、次第に従いまして議事を進めてまいります。報告事項である、議題1「検査体制について」、事務局から説明をお願いします。

■事務局

<資料1-1から1-4に沿って説明>

■朝野会長

ご説明ありがとうございます。事務局からの説明に関してご質問等がありましたらお願いします。

■茂松委員

資料1-2のイメージ図ですが、地域の診療所等とは、たとえば普通の診療所で、時間を区切ってとか、個別の部屋があるところが受入れをなさいます、やってもらっていいという解釈でよろしいですか？

■田中室長

検体を採取するのは地域外来センターの方で行うため、かかりつけ医の先生方で検体採取はしません。

■茂松委員

かかりつけ医がとるのではなくて、センターの方に連絡するということですか。

■田中室長

そのとおりです。

■佐々木委員

検査キャパ目標2000検体、これはPCR検査だけなのか、抗原検査も含むのか。

■田中室長

行政検査を想定しており、PCR検査・抗原検査を含みます。

■藤垣委員

地域の診療所での検査の情報はどういうふうに府民に伝わるのか。どこの診療所にいつでもできるとか、どの医師でもでもやってくれるという認識が府民に出てくると思うが。

■茂松委員

基本的に今まで保健所に電話をして、ある程度断られていたのを、センターで努力していこうということ。PCR検査を増やすためにセンターを受け皿のようにしていこうということ。今まで保健所は、あなたは受ける必要ないですよとなっていたものも、かかりつけ医がすべて調整するというのでやっていくということか。

■田中室長

そのとおりです。

■藤井部長

保健所を経由してのみということが、保健所の負担にもなっていた。かかりつけ医の先生に総合的に症状等判断していただいて、外来センターに直接検査の予約を取っていただく仕組みができたというところ。

■茂松委員

地域外来センターは電話を何本もつないで、いつでもつながり、すぐに受診できる体制ができるという理解してよいか。

■田中室長

センターには電話は複数になると思うが、連絡していただくのは、地域の先生方になります。

■茂松委員

今まで保健所には、電話がつながらないことが多かったが、このセンターは電話がつながる、調整できると理解してよいか。

■田中室長

そうなることを願っています。

■朝野会長

センターでやってもらうのが1日160検体ですか。

■田中室長

表の下に記載しているとおりの160検体。

■朝野会長

大阪府として、保健所で検査しているが、かかりつけ医の先生にいったとき、疑わしいというときには迅速に検査結果ができるということでありがたいシステム。もっと数を増やす必要があるのでは。東京都は23区全部でできているが、大阪府はどうか。一番遠いところでどれくらいかかるのか

■藤井部長

地域外来検査センターは、保健所を経由しないセンターは府内では1か所もない。各地区医師会の協力で10ヶ所程度の各圏域での検体採取の場所の設置はできている。検体採取の件数は資料(1-1)に記載のとおり。府保健所80検体、政令・中核市80検体。外来センターのネックは設置主体。運営してくれるところを見つけること。運営費用は行政から委託するかたちで、自律的に運営していただく。検査センターが各圏域に広がるように努めていきたい。

■茂松委員

東大阪で夜間休日休業を使ってやっているセンターがこの地域外来センター、そうすると、その地区の電話がかかるが、他の地域からの電話がかかりにくい。各ブロックに何か所かず設置が必要。

■朝野会長

医師会の皆様の協力を得て、アクセスのよいところにそれぞれにつくっていただくように、医師会もお願いします。

■朝野会長

前回保険が適用になって、病院で必要だと判断すれば、PCR をやってよいとなった。たとえば、手術前に検査してよいと保険適用になった、そうするとスクリーニングの PCR と、何らかの重症者の PCR というのは基本的には分けて集計されるべき。PCR 陽性率はスクリーニングが入ってくると下がってくる。たとえば、全身麻酔する人1日20人検査する。それで保険がとおる。PCR の検査件数にのせると今までのパーセンテージとは違う情報が出てくる。府としてどう把握するのか。

■朝野会長

行政検査でなくても、症状があつて病院で疑いがあつて、検査をする場合もある。その場合の件数がどのくらいになるのか。もちろん、行政検査となると保健所経由のものは大阪府でしっかり把握ができる。今後、PCR 検査の件数がいろんなものがバラバラに混ざった場合、どういう風に集計するかを検討していただいて、病院で手術、検査、例えば内視鏡をすると、全く無症状の方を検査した場合でも保険がおりる。これまでの PCR の対象が変わってくる。そのときに PCR 陽性率がいくらかこれまでと比較にならなくなるので、(件数の把握については) 検討いただきたい。

■藤井部長

現在大阪府が出している陽性率は、コロナの疑いがある方の保険適用の病院で実施している PCR 検査についても件数の母数・分子にも含めている。手術前検査、分娩前検査で保険適用されることになると、総数把握が難しくなってくる。現在、大阪府で整備している患者情報管理システムで、各病院で検査総数を入力してもらえないかという新しいシステムの開発に着手している。このシステムで病院の検査数を把握できるかどうか検討している。また、指標にしている陽性率が、積極的データに、症状がない方も含めた検査になった場合に現在の7パーセントでよいのか先生方の意見を伺いたい。

■朝野会長

陽性率が高くなったときに見逃さないためにも、そのあたりを整理する必要があるので準備をお願いします。

■朝野会長

抗原検査が8～9割は高すぎる。7割くらいではないか。PCR 7割、抗原が PCR 陽性の7割だとすると陽性患者全体のうちの5割しか見つけられないことになる。抗原検査をど

ここで使うのが難しいところ。たとえばクラスターが発生した病院は、陽性確率が高くなるから、迅速に対応して陰性の方には PCR を受けていただくのは良いと思うが。一般診療として疑いをもってこれをやってもあまりメリットはないのではないかと考えるが。どのように使っていくとよいかご提案はありますか。

■ 倭委員

データにつきましては、厚生労働省の HP、治療の手引きにのっている。閾値が、本当にウイルス量が低い検体についてはほとんどでない。

ですので、使うときに、厚生労働省に申しましたのは、救急の現場で本当に短い時間で判断する時の使用が大切だ。その時にウイルス量が少ない、陽性に出るか出ないかわからないような患者ではまず陽性に出ない。使うときは、陽性であればいいが、陰性の場合必ず PCR で確認しないと間違えて診断してしまう。最初にこれを使う場合は、PCR 検査ができる医療機関でやるのが大事。そのようなことがわからない状況で、一般医療の先生方に抗原検査キットが配られると、心配。

■ 朝野会長

簡単だからといって、一般で使うには少し難点がある。精度があがれば信頼性も出てくるが。今の段階では解決すべき問題がある。もう少しこの場面で使うと有効かを考える必要がある。クラスターの場所で早期に陽性者を見つけるため、陽性確率が高いところでやるというのは 1 つの方法であると思う。使いどころを考えることが必要かと思う。

■ 朝野会長

それでは、議題 2 「受入病床に係る今後の確保方針について」に入りたいと思います。事務局から説明をお願いします。

■ 事務局

<資料 2-1 及び 2-2 に沿って説明>

■ 朝野会長

ご説明ありがとうございます。次の専用病院の話ともつながると思うが、陽性率がとても少なくなると、府内の患者をそこだけで見られるようになると思うが、専用病院をどれくらい確保するかという話にもなる。まずは自分の病院のコロナ病床をいくら動かすかとなる。可変性はよいが、最小単位は残さないといけない。最小単位は残したうえで、少しずつ広がったところを狭めていく。阪大も大きな問題にぶつかっており、病棟を区切ると、一般患者が入院しているところのとなりにコロナ病棟がある。そこを区切ると、なんで区切っているのかと疑問に思う。すると、向こう側はコロナの病棟、こちらは一般病棟ということが、果

たして受け入れられるかどうかという問題がでる。非常に悩ましい。1病棟は50床くらい各病院であるが、1病棟全部ならいいが、このうち25床だけコロナとかにすると、理想的だが、現実的に難しいということに、ぶつかっている。

■佐々木委員

ゾーニングの問題は難しい。1病棟を丸々コロナ病棟としているときに、どこまでレッドゾーンを縮小していくか難しい。現在検討しているが、間に緩衝ゾーンをおいて、中間ベッドみたいに開けておく必要がある。ここまでがコロナで、ここからは一般と隣通しにするのはなかなか難しい。疑似患者のベッドがいつまでも残る。発熱があり、コロナかどうかわからない患者について隔離したベッドをコロナ病床の中につくるのも、非コロナの中につくるのも問題であり、検討しているところ。

■朝野会長

各病院でやらざるを得ない。コロナが少なくなっても、発熱や肺炎で疑いとなると、病院の中で疑いの人をどこに入院してもらうのか。全ての病院の問題。うちはコロナ患者を診ないからという状況にはならない。ウィズコロナの時期には、隔離する必要がある。これはすべての病院で必要になってくる。台湾からのデータでは、発病の5日前から感染力があるというデータもある。院内感染は、無症状の人が5日間の間に移すということ、避けられない問題で院内感染対策もしっかりやる必要がある。肺炎、発熱患者には疑いとして隔離する病床が必要。すべての病院が注意する必要がある。コロナ受入病院では病床の可変的に動かす等、様々な課題があるという現状を府とも相談しながら解決していきたい。

■倭委員

りんくうでは第二波、第三波に備え軽症、中等症もみている。院内感染のリスクもあるので、感染症指定医療機関を中心にやる必要がある。いつなるとき疑いの患者が来たときに、そういった場合の避難の病床はもっていただく。軽症・中等症は感染症指定医療機関で完全に隔離する。重症は仕切りをして隔離している。精一杯のゾーニングをするという話。

■朝野会長

数が少なくなってきたら、病棟をどう区切るかは非常に難しい。

■茂松委員

感染症は政策医療であり、公立病院を中心に対応のベッドを持っていただくことが大事。民間病院にこれをやれというのも厳しい。怪しげな症状の人は公立で抑えるということを考えていただくことが大事。公立と民間のすみわけはこういう時にきちんやっておくことが大事。政策医療としての重責を担っている公立病院として、考えてもらいたい。実際現場ではできないので、役割をしっかりと与えるのが地域医療構想ではないかと思う。

■生野委員

民間病院かどうかは関係ない。民間病院でもコロナみているところはある。院内感染をするところがどういうところか、施設基準をある程度つくらなければ、院内感染が起こる施設はこうであるという、連携する材料にしなといけない。重症であればICUに入れるという構造は民間も変わらない。そんなに心配してもらわなくても耐えられる病院はたくさんある。

■朝野会長

保健所の立ち入り等でも、院内感染がおこらないような状況がどうか、重点的にみていただき、何かあればご指導いただく形がいいと思う。吉村知事が国のICUを作ってもらいたいという要望も出している。今回は（重症病床）188で乗り越えることができたが、次の波がくれば足りないので、ICUの拡充も努力してやっていく、コロナが流行っていないときには一般の方にICUを使うことも考える必要があるが、大阪府として考える必要があると思います。重点医療機関についても関連があると思いますので、議題3「重点医療機関について」事務局より説明をお願いします。

■事務局

<資料3-1及び3-2に沿って説明>

■朝野会長

ご説明ありがとうございます。2つの病院は大変な思いをしている。専門病院として開院していただいている。職員もいろいろと悩んでいる。しかしながら、士気は高いと聞いている。職員の安全安心を確保していただきたい。重点医療機関としてのあり方、今の流行が過ぎ去った後において、どのような位置づけとして府として考えるのか。専門病院は府のコロナ医療体制の中でどう位置付けるのか。

■藤井部長

2つの病院で重点化するという事で、病床の運用数を弾力的に縮小していく際に、病棟の運用が非常に難しいという意見があった。一部だけ病床を残し、全体の病床を開けるのは難しいと各病院から伺っている。一方、圏域ごとの病床のバランスは保つ必要がある。重点的な病院、重点的に病床を確保してくれる病院を一定確保しつつ考えていきたい。陽性者が少なくなってきたが、入院調整にあたって、それぞれ十三・阪和の受け入れ患者さんの特徴を踏まえた入院調整をしていきたい。

■佐々木委員

専門病院は非常にいい取組み。職員は気の毒だが。コロナが減ってきているので、近い将来、第一波が収束した段階で、重症を扱う病院は絶対必要だが、軽症・中等症病床をいろんな病院に2床3床置くのは効率が悪いし、医療資源の無駄使いにもなる。軽症・中等症はこの2病院とホテルと自宅でみられるのではないか。いざというときにはまた戻れるようにしておく。こういう方向性がいいのではないか。

■朝野会長

軽症・中等症が200くらいですかね。一部はホテルで見られるかもしれないが、フィードバックセンターの考えとしては今後、この病院を優先的に案内するのか、どう考えているのか。

■朝野会長

現在の患者数は、軽症・中等症が200くらいですかね。一部はホテルで診られるかもしれないが、フィードバックセンターの考えとしては今後、この病院を優先的に案内するのか、どう考えている？

■酒井課長

基本的には受入体制をみながら専門病院に入っていただくということになると思う。

■藤井部長

今回、終息期にあたるが、6月7月には、どういう小康状態になるのか、小さな拡大になるのか、どういう病床運用をするのかは、弾力的な運用と感染拡大状況、それぞれ状況をマッチングさせる必要がある。いったん閉めると結論付けるには、感染拡大の波と病床をうまくマッチングさせられるかを慎重に見極めたい。

■茂松委員

冬場になったときに、インフルエンザと両方の波がくるとなると、またベッドをこう変えてとするのではなく、すぐに切り替えられるようにすべき。コロナの重症で人工呼吸器をつけている方がなかなか退院できない。慢性的に人工呼吸器をつける人を見られる病院を見つけておく。重症の方の分は開けておかないといざとなったときに大変。「大阪モデル」の重症病床使用率60%未満は現場にとっては厳しいだろうと思う。

今の中に次がきたときにどうするか議論しておかなければならない。号令をかけたなら、ここはコロナを診てもらえるというように議論しておかないといけない。

■高橋委員

専門病院は先駆的な取り組みだと思う。看護体制は十三市民の場合、90床で5：1の想定。通常はICUなら2：1とされている。コロナは手がかかるとは思います、この5：1

の根拠はどこからきているのか。また阪和病院の24床からというのは、どのような体制で準備をされているのか。

■酒井課長

十三については、中等症の患者を想定しており、呼吸器など重症となれば、重症化の病院でみていただくように考えており、そういう意味で5：1。阪和は同様に、中等症でいけば、それを踏まえたうえでの看護体制を取ってもらいたい。

■高橋委員

これは患者の状態によって変化するもの。体制をどのように整えていくか、まず基準があればありがたい。

■朝野会長

とにかく職員の方の安全とメンタルヘルス、メンタルケアも含めて府で十分に対応していただきたい。

従事している方の健康第一で安全に運用していただきたい。専門病院について府の医療体制の中でどのように位置づけるか議論しながら、最も有効な活用をしていただきたい。

■朝野会長

では次に、議題4「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等の受入体制に係る意見交換について」です。個別医療機関による病床確保状況に関する内容について意見交換したいと考えます。個別医療機関の病床確保体制については、情報公開条例第8条に基づく情報に該当することから、非公開とさせていただきたいと考えますが、よろしいでしょうか。

<全委員同意>

なお、議題4の後はそのまま閉会しますので、閉会まで非公開とさせていただきます。では、傍聴の方及報道関係者におかれましては、ここで、ご退席願います。

事務局より資料4に沿って説明後、個別の医療機関における入院医療提供体制に関する意見交換を行った。

■朝野会長

これにて本日の議事はすべて終了いたしました。ありがとうございました。

■事務局

本日は長時間にわたり、ご議論いただきありがとうございました。これにて第3回新型コロナウイルス感染症対策協議会を閉会いたします。