

第5回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7月10日（金） 10時30分～12時30分

場 所：大阪府庁新別館南館8階 大研修室

出席委員：別紙名簿のとおり

■事務局

（開催挨拶）

また委員につきましては、配付させていただいております名簿の通りですが、7月3日付けで大阪府薬剤師会の藤垣様に代わり、新たに乾会長にご就任いただきましたので、ご紹介させていただきます。

<乾会長ご紹介>

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思います。

朝野会長よろしく申し上げます。

■朝野会長

おはようございます。また、よろしくお願いたします。

大阪府も検査陽性患者数がどんどん増えてきております。東京都も驚くことに200人を超えてしまうという、第一波とは少し違うメカニズムで増えてきており、広がっている年齢層とか、原因がまた第一波と違います。

原因は違っても、同じような現象で増えてきておりますので、第一波のときとはまた違う対策でやっていかなければならないと思います。

ただ、やはり医療側としては同じ患者さんの数が増えているわけですので、前回と違うところは若年層が多いということで、若干まだ余裕があるんですけども、そうは言っても、年代が次の世代、次の世代と移って行って、50代60代から80代70代になると、また前回と同じように重症患者も増えてくることとなりますので、そこに至らないように大阪府としても、ぜひここで世代を超えないように止めていただくということが求められる。

そうは言っても、やはり医療側は常に体制を整えて、そういうことが起こった場合には、次にすぐに対応できるということが必要だということになりますので、今日はその点について皆様とご議論をさせていただいて、大阪府の指標を作っていただきたいと思っております。それでは早速、協議事項の1番で、病床確保計画（案）につきましてご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料1に沿って説明>

■朝野会長

ありがとうございました。

今回、第一波の反省から、第一波を経験して、このようにフェーズごとに可変的に病床を変えていく、数を変えていくということでございます。

ご質問ございませんでしょうか。

まず、上り坂のフェーズはあっても下り坂のフェーズはないんですね。

■酒井課長

下り坂につきましては、今のところ基本的には現在運用しているような、あの可変的運用という形で改めてまたタイミングを見て、我々の方で通常医療に戻していただくというようなことを、各医療機関の皆様と相談しながらやっていきたいと考えております。

■朝野会長

ちょっとずつ落ち着いてきますので、そこはもうゆっくりでいいと思います。問題は上り坂のところということになります。

■茂松委員

病床の確保自体はいいんですけども、第一波を経験して医療機関がかなり疲弊をしている中で、経営もかなり赤字経営が出ている。東京女子医にしても400人の看護師さんが辞めるといったことも出てきて、大阪の医療機関についてはそういう傾向はあるのでしょうか。その辺を含んで、この話が進んで持っていけるのかどうか、この辺りが一番問題点ではないかと思うんです。

ただ第一波を経験して、第二波時はこれでいけるのかどうかというのが私ども現場としては一番不安に思うところで、医療機関の経営自体が本当に大変なことになってきているのが現状であります。このままで続いてやっていけるかということをやっと議論していただきたいと思うんですが。

■朝野会長

その点については、その次の資料2のところの、緊急包括支援事業というのが新たに、一波よりもより厚く支援をするということがございますので、その点についてはまた先生後ほど始めたいと思います。基本的なフェーズの分け方、病床の確保ということについてご質問ございませんでしょうか。

■佐々木委員

フェーズ1というのは現状の病床から減らすという方向ですよ。

私もつい先日までは、かなり患者数が減っているの、極端なくらいに減らしてもいいかなと思っていましたが、最近また非常に患者が増えてきて、近い将来に患者数が急増する可能性もあるわけですが、このフェーズとこれからの確保病床数の策定というのは、例えば昨日あたり急にその患者が増えたといったような急増することも想定内の策定なんですか。

■酒井課長

実は昨日現在でこの基準に照らしますと、直近1週間で、例えば軽症中等症であれば36人の方が新たに運用されていると。重症につきましては1人ということですので、今のところまだ次のフェーズ2へ移っていくような事態ではないのですが、ただ特に軽症中等症については患者数が増えていきますと、もう言っている間に、フェーズ2への移行、今日ご論議いただきまして、一定この確保計画でということになれば、それに基づいて直ちに進めていくということにはなるのかなと思っています。あと併せて、今軽症中等症でいうと可変的運用で560床ぐらい今のところまだ確保できている状態になっています。これはあくまで計画ですので、今現在のその可変的な運用であるとか、ここ数日のまた新たな患者さんの発生状況も踏まえまして、ただ考え方としてはこういった形で準備している病床数の40%を超えてきたら次へとか、70%を超えたら次へということは維持していきたいと考えています。

■佐々木委員

重症病床数を、215確保しておくということですけど、なかなかこの数の確保は大変ですよ、215というのは。今で188確保できているといっても、実際の運用病床数は80床くらいですよ。

前回の時にも議論がありましたけど、1施設当たり50床ぐらいという話もあって、なかなかこれ大変な数だと思いました。軽症に関しては、ほとんど手間かからないので、何とかなるかと思うんですが、この重症病床215床というのは、確保の見込みもあるんですか。

■藤井部長

前回188まで確保ができました、この188という数字も三次救急のそれぞれの先生方も大変なご努力、統合覚悟で確保ができたと思っていますので、188を確保する中で、例えば夜間の救急受け入れを一時停止する病院が出たのも事実でございます。

これはここから後、30弱ですけども、上積みするときに、次回のときには三次救急の救命救急の受け入れの機能分化も含めて、積み増しと重点化の議論をする必要があると思っています。あと、30弱わずかのように見えますけども、おっしゃるように、積み増しをするというのはかなりの拠点の重点病院との調整が必要だと考えています。

そのための様々な支援の方で、後ほど議論していただきますが、大阪府としての支援、しっかりしたいと思っています。

■茂松委員

例えば重症センターを作るにしても、スタッフをどこから持ってくるのかという問題があります。重症用自体大変なのに、その重症用をまた作ったら、そのスタッフをどこから持ってくるのでしょうか。それから先ほど財源っていう話をしましたが、財源の問題よりもみんなの意識ですよ。こんなに働いて、ボーナスも何も出ないわで、みんなのモチベーションが低下してきている中で、これだけのことがちゃんと揃えるのかどうかという、もうちょっと危機感持っていないと、ただ数だけ揃えたからいいという問題ではないと思うんです。

それともう一つはやっぱり地域医療の問題です。コロナでない人たちの医療も、今回は民間の先生方の病院が本当に頑張っていたいて、何とか成り立ったが、そういう地域医療を乱さないようにやっていけるのかどうか、これも議論しておかないといけないと思うんです。

今だと思えますよ。とにかく今体制整えておかないと、いつ何どき出るかわからないので、コロナとコロナじゃない医療のあり方というものも、きちっと考えておいてもらわないといけないのかなと思うのですが。

■藤井部長

今、茂松委員の方からご指摘あったのは2点だと思います。第一波のときにあの医療機関の方でかなりのご負担、献身的なご努力によって、第一波を何とか乗り越えることができた。これに対しまして第一波につきましても、まだ今回とは別ですけども、様々な支援、例えば院内感染対策のための機器整備とか、空床補償とかそういったことを進めていきます。また、医療従事者の方への感謝の気持ちということで、様々な給与面での病院が支援なさる場合の補助であったり、基金を活用した医療従事者の皆さん等への支援等をしたところでございます。

こういったことを踏まえて各病院で次の第二波のときにまた改めて、コロナ医療に従事していただける方を確保いただけるのかどうか、これにつきましては病床確保計画、これは総論でございます、目標数に向けて大阪府として病床を確保するというマクロの計画ですが、本日も議論いただいて、この計画を策定した後、それぞれの病院とまた再び調整をスタートいたします。

前回確保いただいた病床をお願いできるのか、またそれ以上にお願いできるのかという調整を各医療機関と進めさせていただきましますので、その際に十分各医療機関のご事情、職員の確保であるとかモチベーションの問題等を含めて十分ご議論させていただきたいと思っております。

それと 2 点目の医療従事者の確保とりわけ臨時医療施設に関する医療従事者の確保につきましては、現在ハードの整備に向けた調整にあわせまして、そのマンパワーの確保に向けての調整もすでにスタートをしております。関係の医療機関の先生方あるいはコアになる診療科の先生との調整、また看護協会さんの方で重症を見ていただける看護師さんの養成ということで大変なご協力いただきまして、養成事業の方も間もなくスタートをする予定ですので、そういったことを全体のマンパワーの確保といったことも含めて取り組みを進めたいと考えています。

■ 倭委員

ありがとうございます。

1 点確認ですが、重症のところの、いかにフェーズ 1 からフェーズ 2 に持ち上げるところが最初一番重要かと思うのですが、このフェーズ 1 の 30 床から 85 床というのは医療機関の数を増やすのか、あるいはある程度決まってる医療機関でのベッド数を増やすのか、それか両方でしょうかね。

■ 酒井課長

増やし方というのはそのスライドの 8 の、先ほどちょっと一覧表の方にも書かせていただいているのですが、重症の場合はできたらフェーズ 2 については、いわゆるそのフェーズ 1 から準備いただく拠点の医療機関とあと併せて緊急時の支援病院ということで、重症今確保いただいている医療機関全てで基本的には一定の数をご準備いただきたいというふうに思っています。

■ 倭委員

つまり両方ということですね。

■ 酒井課長

そうです、はい。

■ 倭委員

それからあと、先ほど茂松先生のお話にもありましたが、前回は、どれぐらいどうやって医療機関側から希望を聞いて、それに対して調整すると今部長のお話ありがとうございましたけれども、病院によってはいろんな考え方があって、これぐらいしか無理なのでということでも、もう少しお願いできますかって場合もあれば、やはり大阪府の方から強く、これぐらいお願いしたいと要請があれば、病院として幹部の先生方も、それだけ大阪府から要請があればふやしますという感じになる場合もありますので、そのところは強く、逆に指示を出していただいた方がやりやすいという面もございますので、そういうことを踏まえて、よろしくお

願いたします。

■生野委員

民間病院の立場からお話させてもらいますと、今このフェーズ1、フェーズ2、これに協力をもちろんするわけですが、民間病院でもそこへ入って行って、突入して治療する病院はたくさんあります。

でもそれを支える、それ以下の病院が、例えばですけど、いわゆる重点拠点病院と協力病院とその他、その他のところが、全然議論されないんで、本当は困る、その定義が欲しいなと。明日からやれよって言っても、スタッフもトレーニングもできてないメンバーできないよということ。例えば、一般病棟といいますと、一般病床とそれから次にある疑似患者も、どうも疑いがあるぞとか、あるいは本当に熱でこうなんだという人を入れる病棟が、まず1個はっきりとしてあるということです。

それからコロナが陽性であると拠点病院。それからICUと。我々は4段階を作って病棟を分けてフェーズを分けてやってるんです、治療ね。そこでどの病棟、それを全部網羅するところと、前だけするところと、後ろだけするところと、あるいは外来だけ、と、この定義付けが、もう一つはっきりしない。重点と協力しかわかってない。で、我々すぐやれって言ったって、これ無理なんでね。みんな協力したいしたいって言うんですけど、どこで協力するのか、それぞれの機能、役割がもう一つ明確でないんで、それをはっきりしていただいたら、それを目指して、もう緊急でもやると、ただここまでしか出ないよと。

でも第一波はそれで済んだんですけど、第二波に、これ調整しておかないと第三波、次のときはもうまた難しいということですので、ぜひ、救急病院270はやっぱり控えております。

そして患者を診ます。これに対して、外来であるトリアージも全てやっていくんですけど、ここの指針がはっきりしない。で、今日もこの上の重症者の患者についてはよくわかるし、これをこのフェーズでいけばいいなというのはいいいんですけど、その下で支える我々の方の基準をもうちょっと明確にしていきたい。

分類も、だから、あなたのところはどんなことができますかという質問も欲しいなあと。私のところでここまでしますよ、ここまでやりますよと。ただ4段階で、これやっぱり重症者とやっば軽症者と一緒で、この辺をはっきりしてほしいなと。その統計も取りたいなと、我々協会は。という考えで、ぜひこの分類を明確にしてほしい、わけてほしいというのが希望です。

■朝野会長

疑い症例はやはり一番大きな集団になってまいりまして、そういう方たちが病院、近くの病院に行かれるっていうことで、その部分も実は陽性患者だけではなくて、そういう疑い患者をどうするかっていうところからたたき上げていかないと、きちんとした制度にならない

いということで、これについてはまた先ほどの次の資料の中にも少し触れられていくと思いますので、その支援の仕方ですね。その中で先生おっしゃるようにどの病院がどこを、どの人たちを診てもらえるか、とかコロナの患者だけじゃなくて、コロナを疑う患者も診られますよってというようなところもアンケートでとっていただきたいということと、それから倭先生のおっしゃったように、それは病院単位で増やしていくのか、病院の中で増やしていくのかってということもあります。

例えば、そのICUを最初5床、増えてきたら10床にするっていうふうに、段階的に増やしていくことが、各病院は計画しているところもございまして、よく何床を受けられますかっていうアンケートが府庁からくるのですけれども、その時にもあなたの病院だったら何床から何床というふうに段階的に、大阪府はフェーズに合わせて、各病院で段階的に増やすことができますかっていうようなことも聞いていただくと、病院が増えるっていうことと、あの病院の中でのベッドが増えるという二つのことが把握できるということ。それから茂松先生おっしゃったように実は医療っていうのはその疑いも含めて、コロナの患者だけ診ている人たちが医療やってるわけじゃなくて、地域医療を支えてる全体がコロナを支えてるっていう考え方はこれ非常に重要な視点だと思いますので、そのあたりも何らかの形で配慮していただくということも必要ではないかというふうに、今までのご意見を聞いて思いました。

■佐々木委員

6病院となっていますが、大阪府内に感染症指定病院は11病院あるのではないですか、私の勘違いかな。

■朝野会長

倭先生、指定医療機関としてその重症のベッドは常に置いてらっしゃるわけですね。大阪府全体で重症ベッドは、指定医療機関でどのくらいあるんですか。

■倭委員

今、佐々木委員からもご質問がございましたが、全ての感染症指定医療機関6病院、それに加えて11病院、結核の病院も入れて先生先ほどおっしゃっていたと思うのですが。

■佐々木委員

例えば羽曳野呼吸器アレルギーセンターは結核だけど感染症も扱っているでしょう？

■倭委員

あそこは感染症指定医療機関の第二種まで入ってるんですけど。今朝野先生が言われたように、全ての感染症指定医療機関に救命センターがあって、重症を診療できるという

形になってないことは第一波のときも全く一緒ですので、今後感染症指定医療機関の中で重症まで見れるところをどれぐらい地域ごとに決めていくかというところが、やはり茂松先生の先ほどのご発言もあって、当院がどうなのかと見たときに、当院の実情を申しますと、実は先ほどそういう病院もあるって言うのは当院なのですけれども、もう医療者のモチベーションはかなり高い、僕も含めて、重症をもっと診たい、救命センターの先生も全く同意見なのですが、ただもう相当の赤字で、昨日も試算でも月2億円、4月5月で合計4億弱出ているわけで、それに対する補填、また後で話があると思うのですが、そうすると、理事長、院長の方から、いつまでもそれにベッドを空けられませんかから、今はとにかく中等症までで抑えて、もうとにかく救急再開してベッドでその分補填をまずふまえて、その間に何とか赤字を抑えてお金を蓄えて次に行かないといけないというのが実情で、もう幹部の方もよくわかっておられるのです。病院の実情を合わせると、今はもう、そこはなかなか担当するのが厳しいという実情があります。

ですから、いろんな病院さんがあると思いますが、スタッフがモチベーションがないということはむしろ、当院に関しては全く逆で、僕も含めて救命センターの先生方も、もう重症はどんどんたくさん診療したいという意見があるのは全く事実ですけれども、それに対する診療報酬とか補填がないから、そこに踏み込めない。ですので、むしろ大阪府の方からこれだけお金の補填もこうですと、強く例えばりんくうだったら20人、30人重症診療してくださいと強く言っていただいたら、幹部の先生方も、わかっていただけだと思いますので、そこかとも思いますので。

その実情のところを全てを一緒にすると、ちょっと違う場合もあるかもしれません。りんくうと同じ考えで皆やるともちろん思いませんので、そういうところかと思えます。

■朝野会長

確かに現場の先生たちや看護師さんは、もう本当にモチベーション高くやっていたいっているというのは事実でございます。

ただし、病院側としては、それは困るということもありうるのですね。

あなたたちが頑張れば頑張るだけ赤字になりますよってというのがあるわけですよ。これも現実ですから。その辺りも少しやっぱりどこの業種もこれはもう皆さん困ってらっしゃって、皆さん困窮してらっしゃるわけで、他の業種も同じで病院だけが困ってますって話にはならないわけですが、実はやっぱり現場と経営ということで、ちょっと齟齬が出てきているところは実際聞いております。

そういうところもございまして、そういう点についてもやはり行政の細かな視線で見ていただくということが必要かと思えます。今日はいかにそのコロナの陽性者を診るかということの議論でございまして、やはりそれは根底にある医療全体でそれを支えているということは、やはりもうこれはもう常に持ちながらのお話ということになると思えます。それではちょっと資料2についても、ご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料2に沿って説明>

■朝野会長

ありがとうございます。

空床確保料っていうのは今までもございましたけども、何か変化がございますか。

■黒田副理事

はい、5ページをご覧くださいますと、非常に今までの、言えば3倍、ICU、HCUにつきましても約3倍のような値段になっております。

その他の受け入れ医療機関につきましても、非常に9万7000円ということで高い金額という形になっております。

■朝野会長

ということで、手厚く空床確保に対して行政の方から補助が出るという計画になっております。遡及しないというのは、追加については遡及しないのですけども、初めの部分についてはどこまで遡及するという意味なんですか。

■黒田副理事

4月1日まで遡及をさせていただきます。

■朝野会長

ずいぶん前まで普及するということですか。

■黒田副理事

ですからこれまでね、補正予算で今も医療機関様と調整しておりますが、第2次の補正、大阪府の補正予算で確保しております空床確保量は速やかにお支払いする予定になっておりますので、この金額上がったものの差額について、また4月1日にさかのぼってですね、お支払いをさせていただきたいというふうに考えております。

■朝野会長

はい、ありがとうございます。ご質問ございませんでしょうか。

■佐々木委員

完全に理解ができてないのですが、重点医療機関と協力医療機関の空床確保に対する補

助の上限額は同じ金額ですよ。

重点医療機関と協力医療機関の補助金額に差がないことはわかりましたが、この指定要件の中身は、基本的にどこが違うのですか。

■黒田副理事

4ページ、資料2の4ページをちょっとご覧いただきたいんですが。重点医療機関というのは病棟単位が基本、最大時に病棟全てを空けていただくのが基本になっております。協力医療機関は疑い患者ということですので、病室を個室で確保していただくというのが基本なんです。

重点医療機関につきましては更にですね、いわゆる休床病床というものも対象に、病棟単位で病床確保していただくと。そのために休床をせざるを得ない病床、それについても補償させていただくというもの。

■佐々木委員

普段は病棟の全ての病床を確保しない場合もあれば、病棟の全ての病床を確保するけども、一部を他に運用する場合がありますよね。そのことについては重点医療機関も協力医療機関も同じなんですか。

■黒田副理事

重点医療機関で病棟単位の最大時、やはり病棟を全部っていう形になるんですが、最大時でない場合は病院、医療機関様と調整した上で、その病棟の中のここまでをコロナ専用、それ以外は一般という要請数を決めさせていただきますので、その要請数を確保するための病床を、その要請数を確保するための休床もあれば、そこまでは補償させていただくんですが、一般の患者様を受け入れていただくというところは補償の対象外という形になります。

■佐々木委員

それはわかるんですけど、空床に対する補償は重点医療機関も協力医療機関も同じなんですか。どうも根本的なそのところがわかっていません。

■藤井部長

はい。少し補足させていただきますと、病棟単位でまず、重点は病棟単位で確保していただくということで。例えば総室をですね、1室だけコロナのために確保していただいて後の3ベッドに患者さんいれられないので、そのまたデッドベッドに対する補償もこの重点医療機関に対してはさせていただくということが一点ですね。協力医療機関の方は病室単位ですので、基本的にはそのデッドベッドになるような、あえて空けておかないといけないベッドがないという前提ですので。

■佐々木委員

基本的には、協力医療機関での病床確保は個室でなければ駄目ということなんですか。

■藤井部長

病棟で空けていただいているところは、この2ページ見ていただきたいんですけども、2ページの重点医療機関の指定方針を見ていただきますと、②のところなんですけども、病棟全体、例えば50の病棟全体を空けているけども、コロナ患者さんを受け入れる病床は、例えば2だけということになりますと、50分の2ということで非常に効率が悪い病床確保になりますので、あの病棟全体空けていただくのと同時に、その3分の1はコロナ患者用ベッドとして確保していただくということが前提になるということで、もう一点先ほど佐々木委員からご質問があった可変的運用で一般医療に戻す動線を確保できるということで、50の病棟を、例えば25は一般医療、25をコロナ患者用とされるときには、25に対しても看護体制を別途整えていただいて、残りの25、コロナの患者さん用の看護体制を整えていただくということが前提になるというのが2ページの①のアスタリスクに書いてある基準でございます。

■佐々木委員

そうしますと、重点医療機関ではコロナ用病床というのは、確保病床のうち空床のところは、空床のまま置いておかないといけないということですね、50床の病棟を、例えば25は一般医療、25をコロナ患者用、25で申請したとき、コロナ用の25が空床であれば、その時は別途看護体制はいらないのでしょくか？

■黒田副理事

考え方として、まず前提が看護体制を確保するというのが空床確保量の基準になってますので、それがないとやっぱり保障ができないということになります。

■佐々木委員

なるほど、なんとなくわかりました。

■朝野会長

看護師さんがどうしてももう患者さんいなくても、看護師さんもそこに配置せざるを得ないので、そういう体制を整えているということが、空床確保になるということですね。

なかなかちょっと難しいところがいろいろあるので、個別に細かく聞かないとわからないところもありますね。自分の病院だったらこういう状態だけどうだろうっていうのが、また大阪府の方で聞き、教えていただかないといけないと思います。

他、ご質問ございませんか。

■茂松委員

例えば、診療報酬で感染防止対策加算1、2っていう項目があって、それを取ってる病院はほとんどコロナを受け入れていただいているんでしょうかね。

■朝野会長

多分私達の地域でいくとそうでもございません。

■茂松委員

ですから、こういう対策加算とっておられるところに頑張って、協力していただくように進めていくのも一つなのかなと思うんですね。

そのために加算1を取っていただいているので、そういうことも大切かなと思うんですね。

■朝野会長

加算1を取ってるところは専門家がいらっしゃいますので、そういう意味で言うと少しそういう専門家を活用して、コロナ対策しながらの診療というのをお願いすると。今やっていないところは、そういう方向性もあると思います。

■藤井部長

あと、新しく受け入れ病院になっていただく病院の開発という意味では、そういった視点も大事にしたいと思います。加算1を取られている病院には、いわゆるコロナ患者を受け入れてらっしゃらない病院での院内感染というのが非常に問題になっておりますので、加算1を取られている病院を中心に地域の医療機関への指導ですね、院内感染対策の指導という役割を果たしていただけないかという調整もあわせて進めているところでございます。

■朝野会長

よろしければ、そこにも少しこういう補助ですね、そういう病院にはちょっと補助をするとかいうこともあってもいいかと思えます。どうしても自分の病院じゃないところに職員を派遣してそこを改善、支援をしていくこととなりますので、個人的というよりは病院としてのそういう役割を担っていただくということも必要じゃないかと思えます。もちろん加算1の中に地域連携加算入ってますので、もともとあるんで、それでもいいと思うんですけども。

■倭委員

感染症指定医療機関の立場から申しますと、いろんな面でどちらかというところちょっと感

感染症指定医療機関にとっては不利という言い方はきついかわかりませんが、例えば感染症指定医療機関の病床っていうのは、本来であればもともと空いているというところなので、空床の補填料はもちろん出ないという形ですよ。

実際そこに患者さんが入りますと、看護師も軽症中等症だと7対1ぐらいで担当しますし、実際ICUじゃないですけども、当院の場合は国からお金が、補助が出て、ICUの機能を持った部屋もございます。そこに患者が入っても、基本的にはICU扱いにはならないということになりますので、今のお話からいくと、看護師はいろんな病棟を閉じて、感染症病床に持ってこなきゃならない、第一でね、派遣元の病棟では患者さんを診療できなくなります。

でもそれに対する補填が全くないんですよ。だから、何度大阪府の方に確認してもなかなかそこは無理ということなんですけど、いわゆる全体的に感染症指定医療機関に対して非常に不利な形で、それはもちろんそれ以外の協力の医療機関に本来であれば感染症指定医療機関だけでも診療するような指定感染症にも関わらず診療していただいているので、ご協力をいただいているというスタンスから行けばもちろんそうですし、普段から国なり府から補助金をいただいているからそれで何とかしろとおっしゃるかもわかりませんが、あれぐらいの補助金でも全く、普段の訓練とか防護服とかすぐ消えてしまいますので、非常にはつきり言ってしまうと損なんですよ。感染症指定医療機関で患者を診るということ自体が。そこをもうちょっと何とかしていただかないと、病院としては非常に厳しいということなんですけど、いかがでしょうか。

■黒田副理事

また確認させていただきたいと思うんですが、今回の重点医療機関と協力医療機関につきましては、感染症指定医療機関であっても、重点医療機関というふうに指定すれば、この重点医療機関の空床補償を行わせていただくのが原則になっているはずですので、再度そこはちょっと確認させていただきます。

■藤井部長

そうですね、感染症指定病床と倭先生がおっしゃる本体、りんくうの本体からの応援部分、をどうするかっていうことになりますので。

■倭委員

変な言い方なんですけども、感染症病床の10床、つまり設備的にも感染対策がしっかりできている病床で診ずに、あえて感染対策の設備が不十分な部屋を10床空けて、そこで診療した方が、病院として得だけどそれではやってるかわからないと、そういう結論になってしまうんですよ、非常に矛盾なんですけど。

■藤井部長

そこを制度を作る中でりんくうセンター、センター全体として大変なご支援いただいておりますので、何か非常に交付金の、国の交付金の要綱の縛り等もございまして、何か読み取れる方法がないかというのは、すいません、いろいろとさせていただきます。

■倭委員

無理な要求ばかりに対してきちっとご対応していただきまして、本当申し訳ございませんが、よろしく願いいたします。ありがとうございます。

■佐々木委員

先ほどね、拠点病院として、専門病院である十三市民病院や阪和第二病院、感染症指定病院、さらに公立病院も含むというのはわかります。公立病院も当然積極的に協力したいと思っておりますが、この中で公立病院は、拠点病院の中で重点医療機関になるのか、協力医療機関になるのか、どちらを想定されているのでしょうか。

■酒井課長

それぞれのご事情あると思うんですけども、基本的には重点医療機関。当然、指定要件がございまして、その指定要件を満たしていただくということが条件にはなりますけれども、我々としては重点でぜひお願いできないかというふうに思います。

■佐々木委員

では協力医療機関というのは、どういう病院を想定されているのでしょうか。

■酒井課長

いや、もう指定要件に記載している通りでして、疑い患者の方が・・・

■佐々木委員

拠点病院の中で、重点医療機関の指定要件を満たさない、あるいは満たせない病院が、協力医療機関であると考えて良いのでしょうか。

■酒井課長

重点を満たさないケースであれば、必ず協力医療機関かということ、そうでは当然ないわけで、もちろん重点でも協力でもないという医療機関も出てまいりますので、それはお示ししている指定要件にそれぞれの病院さんがどこに当たるかということになってくるかなと思っております。

■佐々木委員

各病院に、府の方から、問い合わせといたしますか、そういった打診があるわけですか。

■酒井課長

先ほどのスケジュールでもご説明しましたけれども、この確保計画なり、重点医療機関、協力医療機関の指定要件が本日のご議論を踏まえた上で決定した後に、各医療機関さん宛に調査といたしますか、ご案内をさせていただきたい。

それを踏まえて、我々としてどちらになるのか、どちらにもあたらないのかっていうのはやらせていただこうと思っております。

■佐々木委員

わかりました。

■黒田副理事

先ほどの倭先生のお話なんですが、感染症病床が病床確保、この事業の病床確保の対象になるかということについて、厚生労働省の Q&A の方では、感染症指定医療機関の感染症病床については、本事業の病床確保の対象となります、と。なお、本事業により新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っている期間、この期間は従前の医療施設運営費等補助金の対象にはなりません。

ですから二重にはならないんですけども、こちらの方の今の交付金の方の事業になるということであれば、医療施設運営費等補助金の交付申請には、本事業の対象とした期間を差し引いて申請をしていただきたいと。ですから、感染症に基づく補助金と、この交付金と二重には出ないので、感染症の方で機関の公金の、補助金を申請していただいている場合は、その分を申請していただかなくて、こちらの方の空床確保として申請をしていただく。

■倭委員

年度ごとに何千万かいただいている部分を放棄して、こちらの方が多かったらそうした方がいってことでしょうか。

でもそれは違いますよね。だって、もともと毎年いただいている部分っていうのは普段患者が出てない時から訓練したりいろんなことでやっているわけなので、その分のお金なので、ちょっとおかしいと思いますよね、考え方が。

■黒田副理事

国を通じて一応そうなるんで、今先生おっしゃられてる意味はわかりますので、それをまた国の方に確認してまいります。

■倭委員

なるほど。わかりました、はい。ありがとうございます、詳細調べていただきまして。

■茂松委員

ちょっと教えていただきたいんですけど、二次補正でコロナの専門の病院とか、協力の病院とかに、支援策が用意されましたよね。それはそれなりにちゃんと下りてくる、ですよ。

■藤井部長

今日本日でですね、参考資料1として、医療提供体制等、健康医療部の方で確保した全体の事業費の一覧をつけさせていただいております。

後ろから四つ目ぐらいにあるんですが、今回国の二次補正も踏まえて、すでに大阪府の方では補正予算、右下にあります、補正、七号補正として、2025億円を知事専決として計上をさせていただいております。

これまでにすでに337億円の補正予算を計上いたしておりますので、トータルで2350億という府の予算としては破格の予算で、表にありますようにまず医療提供体制の確保、一番上にあります、今議論させていただいております空床確保に関連する経費でございます。また医療従事者の支援ですね。基金も含めた医療従事者の支援、あるいは3.院内感染対策の強化ということで、この中では地域の医療機関も含めた院内感染対策への支援を行ってまいります。また、検査体制の充実ということで、この中で各医療機関へのPCRランプ等の検査機器、全ての医療機関への検査機器整備の支援等も含まれているところでございます。二次補正で国が追加的に計上なされた分は、このように府の方でも予算計上いたしまして、7月中には国に交付金申請を行い、それと並行して関連機関への府の要綱を作った上で、関連機関への交付申請等の手続きを、いずれの事業も速やかに進めたいと考えています。

■朝野会長

よろしゅうございますか。

■生野委員

資料3の空床確保支援のところ、今後のスケジュールのところですが、病床確保計画の右側に、病床確保計画策定、その下に空床確保支援あるんですけど、その下の方で重点医療機関と協力医療機関、ここまでは定義、かなりはっきりしてきてるんです。二次救急とかそういうところで、今やってるんだけどここも漏れてたんだと。

次の応募は、この7月中にあるのかなと、8月に、今お話聞いてたら。それが手を挙げたらできるのか、あるいは聞いてもらえるのか、あるいは手あげるのか、この辺が知りたい。もしそうでないとしたら、もう一段落、重点医療機関、それから協力医療機関、それからその他ではないけど救急医療機関、実際やってるので、こういう三段階でいろんなことを検討し

ていただけたら嬉しいなど、こう思ってるんですが、この辺いかがでしょうか。

■酒井課長

今のお話へと追加指定の部分にもなってくるかと思うんですけども、少し、そう、おっしゃっていただいているように、今我々確保計画をベースで積み上げをするための重点、協力というのをまずやりたいと思っておりますけれども、おっしゃっていただいたように救急、二次救急なんかを中心に、そういう医療機関ですでに実はやってるんだけどもってというのは、少し期間は分けてはやりたいと思っておりますので、それはこの一番下のアスタリスクに書いてる、追加で指定が生じた場合のやつとはまた少し分けて、これっていうのは本当にこれからやろうと思ってるというところで、追加で手を挙げていただくという整理にしますので、その辺り実は今すでにやってるよっていうところについては少し丁寧に我々もお話をお聞きして、その状況が今の我々が考えている指定要件に当たるのかどうかっていうのを踏まえた上で、やらせていただこうと思っております。ただ今のこのスケジュール的には、その確保計画を作っていくためのものですので、それは確保計画、今要請をかけている今現在要請をお願いしている病院さんを中心にまずはやらせていただこうという形で考えております。

■茂松委員

少し細かいことになるかもわかりませんが、大阪府で基金などを作って医療従事者に贈呈をするというシステムを用意していただきましたよね。今度、国の二次補正で各個人に 20 万 10 万 5 万という慰労金が用意されましたが、これは重複してもらえらるっていうことで考えてよろしいですか。

■藤井部長

その通りです。大阪府は先行して助け合い基金ということで、非常に多くの方から 28 億円のご寄付をいただいてもうすでに執行しておりますが、それとベッドの国のスキームができましたので、重ねて支給をさせていただきます。

■朝野会長

ということで、今の支援、補助のことも含めて、病床確保に関する計画ということでフェーズ分けをして前倒しでベッドを確保していこうという計画でございます。

特に無理はないと思うんですけど、やはり重症のあと 30 床というのはめっちゃ大変だと思うんですけども、それ以外のところは何とか目処が立つんじゃないかと思いますが、問題はやっぱり重症の 188 からさらに上増しでこれから確保すべき、すると予定している重症のベッドというものの問題がこれはもうぜひ府の方で努力をしていただかないといけませんし、また臨時の医療施設につきましても、これは緊急事態宣言が発出されないと稼働で

きないですね。これは発出されてから作るのですか、一応作っておいて・・・？

■藤井部長

もう作ってもう完全に準備をしておきます。ただ医療施設として使う場合は、緊急事態宣言がなされて、あの知事が特定都道府県知事になった場合に運用できるという法の規定になっておりますので、その緊急事態になった場合に医療施設として運用するという想定をしております。

■朝野会長

そういう作り立てになっておりますので、臨時の医療施設を作ったからすぐに使えるというわけではなくて、状況としてはもう緊急事態宣言がでて臨時の医療施設が使える状態になって初めて使えて、それでももしかして緊急事態宣言が解除された場合は、それは臨時の医療施設は継続できるんですか、法律的には。

■藤井部長

実はその問題、神奈川で同様の問題が起こっております。神奈川が中等症の臨時の医療施設を整備中、間もなく完成で整備されておるんですけども、解除されたということで、これが法上運用できないかという要望を国になさっている状況で、西村大臣が検討したいというコメントっていうのはニュースに流れていたところでございます。

■朝野会長

というような法的な立て付けもあった上での臨時の医療施設の人材確保という一番大きな問題なんですけども、人材確保の方が法的な問題よりも大きいということになりますが、このようにフェーズを分けて病床確保の計画を立てるということについて、よろしゅうございますでしょうか。この方向性で進んでいただきたいということでございます。

それでは次の検査体制についてということでございます。これは報告事項になりますか。はい、説明よろしく願いいたします。

■事務局

<資料4に沿って説明>

■朝野会長

はい、ありがとうございます。この高性能の検査機器って何な具体的に何なんですか。

■藤井部長

探査とPSSということで、かなり自動化がされた機器というふうに今伺いしており

ます。

■朝野会長

自動機器ですね、はい。

■藤井部長

はい。

■朝野会長

検体を入れたら自動的に結果が出てくる機器ですね。

■藤井部長

そうですね、非常に処理時間が短いので。

■朝野会長

技師さん、熟練した技師さんがいなくてもできるという。

■藤井部長

一部、前処理が必要だと伺ってるんですけども。

■朝野会長

はい、ありがとうございます。あと院内感染対策というのはもうご存知の通り、第一波のときに亡くなった方の半数近くが院内、施設内感染の患者さんだったっていうことで、重症患者さんをできるだけ減らすっていうことになるやっぱり院内感染対策が重要だろうということ、この医療従事者の方で具合が悪いときにはすぐに検査ができるようにして、院内感染を防ぐという目的になっております。地域外来検査センターというのは現在で何か所あるんですか。

■田中室長

すいません。地域外来検査センターの中でドライブスルー方式のものはですね、数か所稼働してるんですけども、こういう受診調整機能持ってるところにつきましては、まだ実現できてません。ただ、もうすでに契約段階に至ってるものがございまして、7月中には10ヶ所っていう形で今進めているところでございます。

■朝野会長

これ茂松先生、各地域医師会の方で運用していただけるってということなんですか。

■茂松委員

いや、例えばですね。今ちょっと質問しようと思ったんですが、受診調整機能付きの地域外来検査センター、全然行政がかかわらないことになっているんですね。これはやっぱり未知のウイルスへの対応として、ありえないことではないかなと思ってます。

ですから、必ずここはね、保健所が関わってもらわないと、我々できないと思ってます。この地域外来検査センター自体はむしろ公立公的病院の外来を中心にですね、やっていたらそこへ我々医師会は協力することも全然やぶさかでございます。

だから、そういう起点を、拠点をきっちり作っていただきたいなど。この地域外来検査センターをあまり保守的なものにしてしまうと、コントロールが全然効かなくなると思ってます。

訳のわかってるウイルスであればいいんですけども、わからないものについてやはり行政、保健所がかんでいただくということは、これは必要ではないかと我々は思っているところであります。

■藤井部長

はい、今ご指摘の、まずこの受診機能付調整機能付地域外来検査センターなんですけども、医師会の方からもかなり保健所に検査調整をしてもなかなか検査に繋がらないと言うご意見かなりずっといただいたところなんですけども、今地域外来検査センター、大阪府の方で契約を進めております地域外来検査センターは、基本的にはこれまで帰国者接触者外来をやっていただいていた地域の検査の拠点病院の方に個別にお願いをしております。保健所を介して受診調整、診療時間の中で受診調整をさせていただいておりましたが、その検査調整の機能を持っていただいて、外来、診療と検査と併せてやっていただくと。それをご要望があったようになりつけ医の先生方クリニックの方で、どうもコロナ疑いがあると、相談したいということがあれば帰国者地域外来検査センターの方に検査予約を取っていただいて、できるだけ早く検査をしていただくということを想定しています。医師会にご協力をお願いしておりました、いわゆるドライブスルー型の地域外来検査センター、ここは診療を行わずに鼻咽頭拭いをどんどん短期間に医師会と看護協会のご協力をいただいて、開設をしているところでございますが、現在唾液の検査が可能となっておりますので、唾液中心にドライブスルー型、ただまだ濃厚接触者が鼻咽頭拭いをする必要があるということで、医師会の方にはこの鼻咽頭拭いでドライブスルー型を運用する場合には、場合によってはご協力をお願いすることもあるかなと考えております。

■茂松委員

我々としては、保健所が間やかんでおいていただかないと、やっぱり管理といいますかね、コントロールというのはやっぱり必要なことであろうと思うんです。ハーススがあっても

今あまり動いてないということもありますし、やはりここはかかりつけ医とその地域外来検査センターが繋がるのはいいんですが、やっぱり保健所の管理のもとでというようなことがないと、なかなか機能しにくいのではないかと。

確かに保健診療で外来でもできますが、なかなかそれができにくいというのも一つあります。例えば唾液の検査の場合、トイレ内で唾液吐いてもらって検査に出します。そうすると、そのトイレ、後からチェックすると唾液を出しただけでも唾液散ってるんですね。

そういうこともありますので、なかなか唾液というだけでも危険もあるのかなというふうには思ってるところで、我々としてはわかっているウイルスであれば、これは全然問題なく、インフルエンザのようにできます。ですけども、やはりわからないウイルスについては、きちっと保健所の管理のもとで、ということをお願いをしたいと。

ただかかりつけ医とこの地域外来検査センターがひつつくのはいいんですけども、それをきちっと保健所で管理をしていただくことが必要だと思ってるんですね。

■藤井部長

1点ですね、現況申し上げますと、実はかなり医療機関の方でのPCRの検査機器能力と対応力が非常に上がっているということで、現在診療に訪れられた患者さんが、もうそこで鼻咽頭拭いなり唾液検査をされて、病院の方から直接発生届が出るという患者さんも非常に増えております。

基本的には茂松委員ご心配のあの感染症対策がきちんとできている病院で、地域外来検査センターにやっていただいて、そこでももちろん陽性が確定した場合には、あの発生届出していただいて発生届け出た場合にはもちろん保健所等連携するということになりますので、保健所が管理しないところで陽性患者が確定していくということにはならないと考えておりますので、よろしく願いいたします。

■茂松委員

その部分がはっきりしてれば全然問題ないのと、やはり公立公的病院がきちっと病院で全部できるような形をとっていただく、そして手上げの民間病院にもやっていただくという環境の中で、人が必要だったら、医師会から出ていくという形で我々は考えているところでもあります。

■藤井部長

ありがとうございます。受信機能付きの地域外来検査センターは別の都道府県では医師会中心に運営されてるところもあると思うんですが、先ほど申し上げました大阪府では帰接外来、帰国者接触者外来を設置している病院を中心にお願いしているということと、それと一部の地区医師会で自主的にこういうセンターを持ちたいというお申し出をいただいている市もあるところでございます。

■ 倭委員

もうどんどん検査体制を拡大していただきまして、本当ありがとうございます。昨日 750 ですから、最大ということで、また今後、昨日もかなり大阪も増えてますので、接触者、保健所さん、本当にもうかなりご尽力されていますが、どんどん検査を増やしてやって欲しいと思います。私がお聞きしたいのは、こないだ先日に加藤大臣が成田空港検疫所に行かれています。関西空港検疫所の笠松先生に一昨日お話をさせていただいたときに、明日って言うっておられたのでおそらく昨日ですかね、厚労省の方が関空にも来られていると思います。先日、吉村知事も行かれましたけども。今後の入国出国者、つまり出国と入国ですよね、数を増やしていくのでPCRセンターをつくるということで、成田と関空と羽田とそれから都内と府内1箇所ということで、おそらく大阪府内でもお話が来ていると思うのですが、これは具体的にどこに作ってどのように運用していくかということは何か決まっていますか、これプラスの組織になるという理解でよろしいのでしょうか。

■ 藤井部長

そういう要望して、非常に検疫所の検査体制が重要だということで、大阪府から要望しますのでPCRセンターを作るというお話だったんですけども、具体的な内容についてはまだ伺っていないところでございます。

■ 倭委員

その府内に作るっていうのは、まだちょっと決まってない、検疫所に作ることはもう決まっていると思う、決まったテーマで実際場所の選定とかをやられているのですが、あとそれ以外に都内と府内にも出国前のセンターを作るという話がありました。それは具体的にはまだ国の方からそういう話は聞いていなくて、もしあれば、これ以外のところになる可能性がまたあるということでしょうか。

■ 藤井部長

そういうことです。大阪府としての検査体制の強化ですので、検疫の検査というのは数的には・・・

■ 倭委員

検疫ではなく出国前の検査で、検疫関係ではないです。

■ 藤井部長

なるほど、出国前のPCR検査。

■ 倭委員

これをやって確認していただければ、はい。

■ 藤井部長

そこはいわゆる自由診療といいますか、症状がない方の証明検査ということになると思っていますので、出国前の。この検査体制についてはまだ十分議論ができていないところがございます。

■ 倭委員

はい、わかりました。

■ 茂松委員

これから秋冬に向けてインフルエンザが出てくると思うんですね。そのために、コロナの検査が簡単にできるという体制を作っておいていただきたい。そこで私どもはガイドラインを作ろうと思ってるんですが、かかりつけ医が直接診るパターンと、やはりコロナ接見しに行っておそこから診るパターンと、これは両方作らないといけないと思ってるんですけども、できるだけやっぱりPCRできやすいように、数は3500件と言わずもっとできる体制を作っていただければと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

■ 佐々木委員

この地域外来検査センターというのはもともと、医師会と看護協会で作るっていう話になってきたかと思うんですが、最近、公立、公的機関でということになってきて、それならそれで、そういう方向で協力させていただくつもりでおります。ただそういった場所が10ヶ所計画されていますが、それで足りるのかなと思います。それから、足りないとされているドライブスルー型の地域外来検査センターに関して、ここにはさらに拡充を図ると書いてありますけど、本当に拡充が図れるのでしょうか。

■ 田中室長

地域外来検査センターの方ですけども、こちらの資料の方にもありますように、7月中には10ヶ所なんですけども、目標としましては1医療圏に保健所圏に1ヶ所で、大阪市内には4ヶ所作っていかうという目標設定を、21になります。

それからドライブスルーにつきましても、やっぱりまだ無症状の方を受けるにあたっては、やっぱりこのドライブスルー方式っていうのが有効かなというふうに考えておりますので、これも拡充していきたいなというふうに考えております。

■ 佐々木委員

医師会の方は、このドライブスルー型の地域外来検査センターについて、協力というか、拡充の方向で動いておられるんですか。

■茂松委員

やってるんですが、大阪市の方はもういいという話も出たり、やっぱりその辺がなかなか難しく、こっちは組んでるんですけども、開けててもゼロというのもあるんですね。だからその辺がなかなか難しいので、医師会としては対応していきたいと思ってます。

■朝野会長

実は問題はインフルエンザのシーズンですね。もう先ほど茂松先生おっしゃいましたけれども、インフルエンザのシーズンに発熱患者が、爆発的に増えます。

みんなコロナ疑いなっちゃって、インフルエンザじゃなければコロナですかっていう話になってきて、けど例えば、もう検査できないからインフルエンザの薬出して改善しなければコロナかもしれないっていうやり方も一部取ったところが、今年の冬にありました。

ところがそういうことやって、途中で重症化したときの責任という問題も出てくるわけです。

しっかりとインフルエンザは診断できるのに診断しないということは、問題が出てくるし、熱があったらやっぱりコロナはこの時期絶対外せないということになってくると、何千万人っていう方がいわゆる1シーズンで2000万人ぐらいの方がインフルエンザになるわけですから、+αどのくらいかわかりませんが、大阪府でそれが例えば200万人とか、10分の1だったら200万人ぐらいの方がシーズンで12月から2月の3ヶ月で発熱するわけです。その中にインフルエンザが200万人いるとすると、その人たちをPCRできますかっていう話になってくるので、これも本当に非常に重大な問題で、もう早く、12月からどうするかっていうことを今こういうふうに、今は平時ですけども、今まで通常期の発熱患者の対応ということでPCRをこの程度やりましょうって言ってますけども、実は10月11月12月になったときに、この体制ではとてもじゃないけども対応できない、じゃどうするかっていうことを、これも医師会の先生方も病院も考えないといけないところにも来てるんですね、ギリギリなんですよ実は。

今から考えておかないと多分12月には間に合わないんです。検査を3500やっててもこれとてもじゃないけど間に合わない。インフルエンザのシーズンになると、どのくらい患者さんが大阪府内で出るかって考えていただくとわかるんですけども、大変なことが起こるんですね。全部PCRしますかっていうことになるし、それまでに良い方法が出てくればもちろん検査法を開発するっていうことも大事ですし、抗原検査の方にするなど対応を考えたことが必要です。例えばインフルエンザとコロナでも一緒に抗原検査やって、インフルエンザでもないコロナでもない、あるいはインフルエンザだ、あるいはもうインフルエンザじゃなければコロナPCRに回してしまうとか、そういうことをもう今から計画しておかな

いと間に合わないと思います。この議論というのは今の段階では特に問題ないかと思えます。けれども、実は12月に向かって何をやるかっていうことも、今やっておかないと、多分10月ぐらいになってそろそろ考えようかでは間に合わないの、これ医師会の先生方も含めて、どうすべきか、これもずっと本当に具体的に考えていただかないと、非常に大変なことが起こると思います。

妊婦さんの場合には、PCRをやらないと駄目ですよという説明をしたら駄目です。妊婦さん本人が私は心配なので、検査ができますかって聞かれたときに、「そうですね、検査しましょう」となります。ところが検査するときは、必ず説明をしないとイケないんですね。

偽陽性の問題についてはもうしっかりと説明して、万が一偽陽性の場合には、もしかしたら帝王切開を選ぶかもしれないし、赤ちゃん抱っこできないかもしれないわけです。こういう問題をきちんと説明した上で、ご本人が希望された場合はこの妊産婦のPCRはやりましょうと、これは保険適応通ってますので、1回だけできます。

だけど、医師会の先生方も病院の先生方もそうですけども、やらなきゃ駄目ですよっていう説明は間違ってるっていうことは、くれぐれも広報していただければと思います。

その上で、12月のことをそろそろ考えないと、もはや間に合いません。ということも、実は現実問題としてはそっちの方が非常に重要であって、検査は増やしていくのはもちろん重要です、個別にこの検査に対しても注意事項が必要です。けれども、実は12月に対してはもうこれじゃとてもじゃないけど間に合わないということです。

■ 倭委員

今、茂松先生とそれから朝野先生からこの冬に向けた大変重要なディスカッションがございました。ちょっとお話をさせていただきますと、実は我々の方で国から要望を受けまして、この冬に向けて、その前に一つ確認ですが、ルミパルスは大阪府の検査機器に入れるようなことはないですか、検疫所はルミパルスをいれるという方向性で今後行きますが、当院も入れるんですけども、それとか考えてないですね。

抗原検査の迅速でPCRとほぼ同等という見解を厚労省は出していますが、それは大阪府としてはいいですね、はい。それで当院は入れますし、検疫所に入れるんですけども、実は当院で8月からやる臨床研究なんですけども、いわゆるこの冬で唾液で、発熱の方に唾液でコロナを調べられますけれども、本当にインフルで唾液でいいのか、迅速検査化ってことがありますので、ルミパルスをベースに唾液あるいは、厚労省は必要に鼻かみ液にこだわってるんですが、鼻かみ液どうやって採取するのかなと思いつつながら、それがいわゆる鼻咽頭と全く同等だということ、できれば唾液でみんながよく使う抗原キットで、コロナが陰性の場合にインフルでどうかっていうことを、ベースをルミパルスで、コロナをまず取り出すけど、それをきちつといわゆる唾液や鼻かみ液でインフルエンザのキットは鼻咽頭と同じ、比べてどうかっていうことを、まずコロナを検査して、コロナ陰性の方に実際インフルを調べるというのを早急にちょっとやっていただきたいというのがあって。それをまずこ

の冬までにはもう速攻でまとめて国から提言を出して特に会議の先生に。当初我々もルミパルスを使ってしっかりと定量の抗原でやりたいってことを言ったんですけど、やはり当院だけでできることは駄目なので、一般の、茂松先生が気にされてるような実地医療の先生方ができる場所でなんらかのガイドラインを出していくという形で今臨床研究も計画立ててやる場所ですので、そういうのがちゃんと出せばいいかなと思ってます。

例えば抗原でしっかりとコロナとインフルエンザ迅速で、しかも唾液で見るか、鼻かみ液でみるか、鼻咽頭以外の検体を取ることをちょっと調べて、必要だと思いますので、一応付け加えさせていただきます。

■朝野会長

ぜひそれは研究していただいて、そうするとクリニックとかでももちろんその機器が問題ですね、機器を購入しないといけないんだね。結構高いですよ。

■倭委員

コロナと、コロナの抗原検査とインフルエンザの一般の抗原検査で実際に唾液とか、鼻かみ液でどれぐらい感度特異度が出て有用性かどうかということを使えば、1回の唾液を取っていただいて、一つのキットでインフルエンザとコロナ両方ね、やるってことはちょっといろんな問題、技術的に無理なので、検体だけは一回取っていただいたら二つ出さないといけないと思いますけども、それが実際この冬に備えて有効なのか、あるいは使えないのであれば、やはり先ほど先生が危惧されてますようにやはりPCRをやったということにも手間もかかるし、医療者リスクもかかりますので、できるだけ手間もなく医療者のリスクも減らして、迅速に診断ができるような方法、何とか模索していくのが狙いかと思います。一応付け加えさせていただきます。

■朝野会長

感度が非常に問題になりますので。

■倭委員

そうなんですよ、はい。

■朝野会長

感度がPCRよりちょっと落ちるぐらいは別にいいんですけども、それができれば、クリニック等でも、安全に検査の時くらい思いますので。

■倭委員

もうコロナじゃないっていう、鼻咽頭でいって、偽陰性でコロナであった場合、大変なこ

とになりますので、はい。

■乾委員

今までのお話をお聞きしてですね、今年の冬もインフルエンザはもちろん一般的な風邪を引き起こす様々なウイルスがあるわけですが、発熱症状のある患者様は、通常なら普通の風邪かなということで薬局に来局され、薬局では薬剤師がご相談をお受けいたします。ただ、このような新型コロナウイルスが蔓延するような状況になったときに、全ての患者様に対して医療機関に受診してくださいとか、日曜、祝日の場合は休日急病診療所となると非常な混乱が起こるのではないかと。それをいかにトリアージ、振り分けることを、しっかりと我々薬剤師を含めた医療従事者が行い、また市民・府民にも啓発しなければならないと、今お聞きして、私、どうしたらいいかなと思いながら考えていた次第でございます。その辺についてしっかりと大阪府の方針を示していただければありがたいと思います。ここで議論いただきながら、やらないと大変だなと。感想に近い発言で申し訳ないんですけども、その辺、またいろいろ教えていただけたらと思います。

■朝野会長

それにしましても、今はそのPCRが迅速にできるような体制を整えていただいておりますので、もちろん軽症であればもしかしたらもうそのPCRまではしないという方もいらっしゃると思いますが、何よりもその重症化を見逃さないということが大事ですので薬局様におかれましても、息が苦しいとか意識が遠のいたとか、顔色が悪いとかそういうときはすぐに病院を受診してくださいと。治る風邪もたくさんございますので、治る場合もございませぬけれども、もう一つはもしかしたら軽症のままでも人にうつすこともあるので、マスク、手洗いはしっかりとくださいというふうなご指導をいただいて対応していただければと思います。本当にご心配ならPCRに、すぐに保健所に連絡してくださいというふうにご指導いただければと思います。

■乾委員

今回の第一波のときでも、来局された市民にはやはりそういうことをしっかりと啓発は当然ながらさせていただいてるところでございますけれども、引き続きそういうところはしっかりとやらせていただけたらと思っております。

■朝野会長

ありがとうございます。ということで、いろいろPCRにも問題ございません。数を増やすってことはもちろんこれは必要ですけども、その背景にいろんなまた、それから冬の問題についても、ぜひもう今から倭先生にもご指導をいただきながら、どうしたら安全にインフルエンザのシーズンを乗り越えられるかっていうことを、今年のシーズンは知らない

間にインフルエンザが少なくなってきたんですけども、今度はやっぱり準備した上で対応しなければならないというふうに思います。これ報告事項でございますので今のような議論を踏まえてご対応いただければと思います。

それでは4番目の十三市民病院の一般外来診療の再開についてということでご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料5に沿って説明>

■朝野会長

院内感染対策は大丈夫でございますか。

■酒井課長

そのあたりはこの間、専用、受け入れ専用の病院としてやっていただくときに、しっかり院内感染対策もさせていただいておりますし、一般再開するにあたっては、その資料の方にも書かせていただいておりますけれども、患者導線の方もしっかり分けていただいて、交差することがないようにということで実施をいただくということになってございます。

■朝野会長

外来診療される医療スタッフ等、入院診療される医療スタッフは分けていらっしゃるということでしょうか。

■酒井課長

基本的にはそう考えております。

■朝野会長

ご質問ございませんでしょうか。大変なお役目でございますけど。

■佐々木委員

病院での外来というのは、入院が前提にあっての外来診療だと思うのですが、外来診療だけするのは、地域の診療所の先生が診ている患者が十三市民病院へ流れてしまうといった地域の診療所と競合する恐れはないのでしょうか。外来診療だけするのは、民間の診療所の圧迫ということにならないですか。

■酒井課長

今ご予定されてるのは従来十三市民なんかにかかられておられて、ただ今回のその専用

病院化に伴ってですね、一定やむを得ず電話などでしばらくの間、薬の処方であったりそういう形でやっておられた患者さんなんかを中心に実際に外来に来ていただいて診療するという形で再開をしていきたいというふうにお聞きをしておりますので、当然全く新しい患者さんを受けないのかということそうではないと思いますけれども、基本的には従来十三市民の方で見られた患者さんについて中心に外来を再開していくというふうに聞いてございます。

■朝野会長

病一病連携がやはり必要かと思います。外来だけで病院というのはなかなか難しいかと思えますので近隣の病院、あるいは大阪市の病院機構等でちゃんと入院が必要な人はしっかりと入院をしていただいて、治療していただくということがやっぱり条件になるのではないかと思います。もちろんそれは十分に配慮された上だと思います。

何かご質問ございませんか。よろしゅうございますか。

できるだけ安全にとにかく院内感染等を起こさない、当然起こさない以上に非常にむしろ安全なほど注意をされてると思えますので、それ自体はこういう形で地域医療を継続していただくということは地域の皆さんにとっても大事なことかと思えますが、何よりもやっぱり安全を担保していただく、ということと、院内感染対策の専門の方はそこはいらっしゃると思いますか。加算は1ですよ。

■酒井課長

市立大学の先生なんかの支援も受け入れ、もともと専用の受け入れ病院になられるときに支援を受けていただいて実施をしていただいておりますので、それは引き続き実施をしていただくということになるかと思えます。

■朝野会長

市立大学の感染対策の先生たちや看護師さんが中心となってやっただいていてということをお聞きしておりますので、その点は安心かと思えます。

よろしゅうございますか。はい、どうもありがとうございました。

それではこれで一応用意いたしました議題は終わりましたが、何か付け加えることございませんでしょうか。

■太田委員

今日の資料の中で、今陽性者の3名の方が自宅待機をされてますが、この方々の行動管理はどのようにされてるのでしょうか。

■黒田副理事

保健所の方でしっかり毎日連絡を取って観察をさせていただいております。

■藤井部長

基本的にはホテルの方で宿泊療養を、軽症の方は宿泊療養していただいているんですけど、例えば介護が必要な方がいらっしゃるとか、お子さんがいらっしゃるとか、どうしても自宅を離れられないという方が、場合には自宅療養という配慮をしています。その場合には感染対策、家庭内での感染対策に配慮して、健康観察を保健所からしっかりするという形で対応しております。

■太田委員

まず先生、宿泊の方は余裕があるんですか。今 20 名の方が宿泊されてますが。

■黒田副理事

今現在 400 室を確保しておりますので、はい。まだ余裕はございます。

■朝野会長

はい。よろしゅうございますか。では、追加でご発言あれば、お願いいたします。どうぞよろしゅうございますか、大阪府の方からは。はい。

では、今日はちょっと時間をオーバーいたしました。非常に重要な点をいくつか議論することができました。ありがとうございました。それでは今日の議論に基づいて、大阪府としても病床を確保や検査の拡充についてぜひご努力いただければと思います。

それではこれで終わらせていただきます。どうもお疲れ様でございました。ありがとうございました。