

第6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10月14日（水） 18時00分～20時00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

それでは定刻になりましたので、第6回大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会を開催させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、夜間の時間帯にもかかわらずご出席いただきまして、誠にありがとうございます。本日もご出席の方々は、お手元の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。

では、まず初めに健康医療部長よりご挨拶を申し上げます。

■藤井部長

本日は遅い時間に大変お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

前回、本協議会を開催させていただいたのが7月の下旬ということで、その直後に大阪モデルに従いまして黄色信号を発出して、次の第2回目の大きな波を迎えたところでございます。

8月7日に、255名という新規陽性者が確認されました。その後、様々な取組み、ご協力によりまして、感染者が減少しておりますが、実はこの3週間、1週間当たりの感染者がほぼ同数という下げ止まりの状況にあります。

また一方で、第一派と第二波と比較いたしますと、重症化率が大きく改善する、あるいは死亡率が大きく改善するという明るい材料も出てきているところでございます。

本日は、秋冬の季節性インフルエンザの流行に備えた大阪府内の検査体制、および第二波の経験を踏まえました病床運用計画の運用基準の見直しについて、ご議論をいただきたいと考えております。

忌憚なくご意見いただきまして冬に向けました体制の整備を急ぎたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

■事務局

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。会長、よろしく願いいたします。

■朝野会長

どうも皆さん、本日はお忙しい中ありがとうございます。今日は今度の冬に向けてのインフルエンザ同時流行について、主には医師会の方のお仕事になると思いますので、これをどのように乗り越えていくかということも議論していきたいと思います。また病床についても議論がございます。

今回はこの第二波でありましたけども、下がり止まりってというのが今起こっています。東京でも下がり止まって、ちょっと増えているような状況がございます。

いわゆる想定していた山が来て下がるというような想定ではないことが起こっている。これも当然、感染症ですので、何が起こるかわかりません。むしろ起こったことに対応していくことの方が重要じゃないかと思います。

考え方としては、下がらないことをやっぱり下げた方がいいのは事実ですけども、下がらないけど増えないのだったらいいかもしれないというのも一つの考え方だと思います。つまり経済を回し、Go To トラベルとかで経済が少し動き始めても増えないということは、かなり皆さんが新しい生活様式で自分の身あるいは相手を守りながら、生活しているということにも繋がるんじゃないかと思います。増えないことがまず第一の条件であって、それで下がらないということは少し残念ですけども、このくらいのが定常的に起こるのではないかという想定もする。そうすると、病床のことにしても、重症のベッドにしてもそれから検査にしても、それに応じた対応をしていかないといけないということになるかと思いません。

従いまして、こういう想定でこうなりますというのをおそらく臨機応変に変えていかなければならないだろうと思っております。その点についても、忌憚のないご意見や、あるいはアイデアを出していただければと思います。

それでは、次第に従いまして議事を進めて参ります。協議事項 1 番の検査体制整備計画について、案でございますけども事務局から説明をお願いいたします。

■事務局

<資料 1 について説明>

■朝野会長

どうもありがとうございました。それではこの検査体制について、ということで議論をしてまいりたいと思います。まず、ご質問ございませんでしょうか。

■茂松委員

2 ページ目、検査体制整備に向けた方針というところで、発熱等の症状がある場合、身近な医療機関に相談できる体制を構築すると記載されています。確か国から出てきたポンチ

絵では、かかりつけ医を持たないものについては受診相談センターで対応するという事になっていていると思います。かかりつけ医だけの対応じゃないですよ。

■藤井部長

はい、8 ページをご覧ください。保健所の受診相談センターの機能は維持されます。ただ、今あらゆるご相談を、保健所経由ということになっておりますが、かかりつけ医さんにも検査のご相談を受けていただくことで、休日夜間である場合とか、どうしてもかかりつけ医さんがいらっしゃらない場合の相談体制の受けとしては機能を維持いたします。

■茂松委員

では、昼間でもそれは受けていただけるということですね。

といいますのは、我々が聞いている限りでは、かかりつけの患者さんは診ますよという声が多くて、かかりつけ医を持たない人たちをどうするのかということが問題になっている。国のポンチ絵では相談する医療機関が不明の場合は、受診相談センターに相談することではっきり書き込まれておりますので、必ずしっかりと対応いただきたいというのが一つであります。よろしくお願ひしたいと思っております。

それから、抗原の定性検査を最大限活用ということですが、これは鼻水が取れない場合もあつたりするので、PCR 検査とか、ルミパルスをもつと活用するとかしてですね、数をしっかり増やしていただきたい。検査分析を外注委託してもらつていいんですよ。

■藤井部長

先ほど検査計画の余力のところの説明がありました 5 ページですが、PCR 機器整備が非常に進んでおまして、分析実施能力としては大阪府内でかなり力があります。かかりつけ医さんで唾液の検体とられて、それをPCR 検査が実施できる民間会社に委託されるということも想定されますが、その場合には検体を収集して民間検査会社で検査を回してクリニックの方に帰るまで 2 日前後の時間がかかるということで、その間ですね、発熱患者さんが、結果を待つということになりますので、このあたり十分その患者さんの状況に応じた対応が必要になるのではないかと。

■茂松委員

医療機関としては、治療を先にするという事もおもっておりますので、検体を外注の検査分析に回しておきつつ、治療は先にやつていく、発熱患者に対しては薬を使つていく、インフルエンザだったらインフルエンザの治療もしていきます。それは全然できる問題で、要は唾液で検体を取つたときにきちつと対応していただけるということがわかつていれば、かかりつけ医としてはやつていけるということなので、そこの了解をお願ひしたいというふうにおもっております。

■ 倭委員

今、茂松委員からご発言ございましたけど、現状今でもかかりつけ医の先生、大阪府と契約して唾液の PCR の結果を出していただけていますが、やはり週末にかかったりしますと、遅くなる。例えば、月曜日に結果出ますっていうのは正直火曜日になってしまう場合があって、その結果が出る前に呼吸がしんどくなってくるケースが散見されます。酸素が必要だったり、食事がとれない、呼吸が苦しいということもあるので、もう少し早く結果が出てくれたらよりいいということがある点はつけ加えさせていただきます。

■ 佐々木委員

先ほど茂松先生がおっしゃったこの相談体制のところですけど、この 8 ページを読むと、これ基本的にはかかりつけ医がやると、書いてあるのですよね。

この受診相談センターというのは後方に控えていて、基本的にはかかりつけ医ができない、休日とか、どうしても迷ったときに動くという理解でいいのですよね。診療・検査医療機関と受診相談センターが並んでいるわけじゃないんですよね。

■ 藤井部長

はい、もうここに記載の通りでございます。症状が悪化した場合、いわゆる急を要する場合のセーフティーネットとしての相談体制を維持したいというのが基本でございます。ただあの茂松委員からお話があったみたいに、即座にかかりつけ医さんの方ですぐに相談体制が取れる体制に移行できるかという、これは今ご意向を聞いて順次ですね、相談を受けられるところ、またその相談能力もですね、だんだんと経験を積んでいただいて、お熱があるという相談に対して検査ができる医療機関に繋いでいただける。医療機関、診療所、クリニックの方で即座に繋いでいただける、あるいは受診機能付きの地域外来検査センターやっただいてますけども、そういったところに繋いでいただく。医療機関同士で、その流れが完結する姿を、患者が非常に多くなった場合にはめざしながらやっていきたいなと思っています。即座に全てを診療所、クリニックの方に相談をお願いするということは私どもも想定しておりません。

■ 佐々木委員

これは多分電話相談なんですよ？電話相談というのは、かかりつけ医の先生はお金が取れるんですか、あるいは無料のサービスになってるんですか。

■ 藤井部長

ここで言います相談といいますのは、どちらで検査を受けていただくかという相談なりますので、今おっしゃった診療報酬上の点数が取れるかどうかというのは、そこから診療に

繋がるのももちろん報酬に繋がるのですが、そこで電話が終わった場合の相談料というのは想定をされていないと思います。

ただあの相談を、相談体制をとっていただくことに対する行政サイドの補助ですね、補助制度を今回新たに整備いたしますので、その行政としての支援メニューでその費用を賄っていただく、できる範囲で賄っていただくということになります。

■佐々木委員

その診療・検査医療機関でのこの抗原検査は、行政検査ということですね。

■藤井部長

そういうことです。

■佐々木委員

ということは、患者さんは無料ということなんですか。そういうことですね。

■鳥井課長

行政検査としまして、診療・検査医療機関と大阪府の方とまた契約を結んでいただくということになります。

■佐々木委員

わかりました。

■茂松委員

ただいま集合契約の話が出ましたが、大阪府医師会ではこれを結べるように、大阪府さんに協力いただいて、本当にありがたいと思っております。

それともう一つは、我々かかりつけ医に、普段から普通の患者さんが電話してきて相談してくるんですね。そのような中でまた電話を受けないといけないということがあって、ひょっとするともう1本電話回線を増設しないといけないようなことも出てきたりもするんですね。だからその辺は徐々に様子を見ながらということをお願いしたいなというふうに思っております。

さらにもう一つは公開のことなんですが、これは全面的に公表にするのか、それとも横の連絡だけで公表するのか、全くしないのか、という三つ程度の選択肢を設け、同意確認のときに併せて確認していただければ助かるんですけども、その辺はお願いできますでしょうか。

■藤井部長

はい、現在ですね、診療・検査医療機関にその手を挙げていただけるかどうか調査をしています。この中で診療・検査医療機関になっていただけるとご回答いただいた医療機関の方には、府から改めて調査票、意向の確認を、公表についての意向の確認をさせていただこうと思っています。診療機関名、診療所名を公表しても良いというお返事と、それと医療機関内での検査しても良いというご意向と、この2パターンぐらいを考えているんですけども、全く誰にも公表しないというのはちょっと想定しにくいかなと思うんですが、いかがでしょうか。

■茂松委員

公表のときにどれを選ぶかわからないんですけども、ちょっと間口を広くしていただけておく方が私は、我々も乗りやすいのかなあと考えてますので、その辺をよろしく願いしたいと思っています。

できるだけ我々もかかりつけ医が話に乗っていただくように、常に集まったところでお話をして、できるだけ手を挙げていただきたいというふうに思っています。もしこれが少なければという懸念もあるため、我々も即座にインターネットを用いてアンケート取るようにしております。

だから医療機関の本当の気持ちを確認するアンケートを考えておりますので、それもあわせながら、できるだけ協力してまいりたいというふうに思っております。

■生野委員

一つだけ教えて欲しいんですけど、9ページ。救急病院で発熱で入院を必要とする人にまず抗原をすると、PCR検査がちょっと遅れるんですね。今抗原検査は不確定だと言われるのなかで混乱してるんですけど、先生いかがなんでしょうか。

■朝野会長

これについては、一応今のところ抗原の特異度がかなり高いということになっていますが、ただ偽陽性問題があって処理の問題で偽陽性になりやすいというのがあります。そこが今の問題点になっていて、よく粘液成分を混ぜないと偽陽性が出てきやすいということなんです。これについては大阪府の方でどのくらいの頻度で出るかっていうのは把握されてますか。

■浅田課長

この件につきましてはですね、9月の連休のあたりから小児の例で少し気がつきまして、今ちょうど整理をしているところでございます。大半は小児なんでございますけども、成人例でも数例あります。

全部で今約30例ぐらいですが、いろいろな課題がありそうでして、ラインの判定もかなり

薄かったり濃かったりもあるようでして、その辺りも医療機関さんにちょっと今個別に聞き始めているんですけども、場合によっては薄いのが2回出たら陽性になっているところであったり様々な感じもありますので、ちょっとできるだけ今収集に努めているところです。

■倭委員

いろんな陽性陰性例を写真で全部撮っていますのでそういった情報を共有して、改善策ですか、例えば今、朝野会長からお話ございましたけど、サンプルの粘性が強かったりしますと偽陽性となったりします。手順について今一度、注意喚起の文書を作ってください。インフルエンザの迅速検査が導入された初期の頃にも同じような問題があったとのこと。それから後、朝野先生がおっしゃっておられましたかわかりませんが、特異度が、例えば添付文書に載ってるデータで、ある医療機関の、例えば98とかですと、1万件2万件あって特異度98でしたらかなりの偽陰性ですね、たくさん出るという問題があるのはもう事実なんですけども、やはりそこは多くの方をまず検査して医療機関の方では医療機関はやはり偽陽性偽陰性は必ずありうると考えながらやっていくというスタンスでやらないと、100%の検査は絶対ありませんので、慎重にまた症例を集めて検討したいと思います。ありがとうございます。

■生野委員

ありがとうございます。我々はですね、もう抗原よりもPCRの結果を待つという方向です。

■倭委員

これは病院でPCRが鼻咽頭検体でできるところなら、あくまでもやはりインフルエンザとの同時流行のときに、かかりつけ医の先生方にご尽力いただくときの検査手段っていうご理解がいいかなというふうに思っています。それから、当院で後で鼻腔のデータを取るときに、抗原定性検査をエスプラインで施行していますが鼻咽頭のデータで当院では1例も偽陽性はございませんでした。それを付け加えさせていただきます。

■乾委員

発熱患者さんということで、インフルエンザの患者さんや、一般の風邪のような微熱の患者さんは、基本はかかりつけ医にご相談されると。ただ、かかりつけ医を持っておられない、方もいらっしゃるんです、そういう方の相談を地域の薬局、薬剤師が受けることが現状でも多いわけです。店内、店頭へ来られてご相談されるんですけども、その際、かかりつけ医や近隣の診療所を紹介しても混乱するのではないかと思います。地域の医師会、薬剤師会、歯科医師会の三師会で、しっかり連携を密にして情報交換が必要かと思います。ぜひ、発熱患者対応の今後のフローをお示しいただき、特に地域住民、府民にわかるように啓発、周知

していただければ、我々薬局、薬剤師もしっかりとその方針に従って進めることができますし、またお手伝いができるのではないかと考えております。

それと夜間休日等の対応についても、本来普通に考えると、地域住民は休日急病診療所を受診するということがあるわけですがけれども、この新型コロナになってからは休日急病診療所では受診しないで紹介するというような形になっています。今後、夜間・休日対応についてはどう考えておられるのか教えていただければなと思っております。

■鳥井課長

まず医療機関内の情報共有としまして、どちらが診療検査医療機関になってるのかっていうところを地域の医療機関で情報共有しまして、患者が医療機関を円滑に受診できるようにそこは取り組んでいきたいとは考えております。

また休日夜間についてはまず今のスキームで行きましたら、8ページにあります通り、受診相談センターに連絡をしていただいて、迷いはる患者の方についてはそこに相談をしていただいて、休日に受診可能な医療機関を案内させていただくというあのスキームにさせていただきます。

■乾委員

ありがとうございます。本当にそういう患者さんが少なければいいなと思いながら、非常に多くなった場合に、対応が大変だなと思います。我々薬局、薬剤師もしっかりとその対応の力になればと考えております。また今のお答えであれば、来局患者への対応については、地域の医師会と地域の薬剤師会が連携を取って、そういう情報共有をして進めるということですね。

■茂松委員

今、乾委員が言われましたように、院外処方率が非常に高くなっていますが、どの患者さんなのかということは薬局ではわからない場合もあるので、何かコメントを載せるとかそういうことをすると連携もしやすいということですね。だからそういうことを地域の医師会とかで連携を図っていく必要があるというふうに思っております。

それとここには出ておりませんが、診療・検査医療機関への補助金の問題がありますよね。診察するほど受給額が減少していく形態になっている。例えば、20人診ると事前申請し、実際に5人診察した場合、15人分相当の給付がなされるというふうな計算式になっています。主旨がさっぱり僕らには理解できないところがあるんですね。

だから、どういうことを言わんとしてるのかその辺がよくわからないんですね。それとやっぱり国民にこういう仕組みをきっちり周知していただくかが非常に大事ななと思ってますので、その辺ももしわかれば、また教えていただければと思います。

■藤井部長

20人という国予算、直接国から執行するということですが、検査に20人中例えば5人来られたら、その5人の検査実施分につきましては検査にかかる診療報酬を含めて、検査費用を含めてご請求いただいて、ただ検査体制を整えているのに、その分20人に備えていたのに15人分診療の空き時間ができてしまうやないかと、ということに對しまして、その空き時間分に対して空床補償のような形で補助が入るというスキームです。このあたり基本は20人を前提にしながらスキームが組まれているようでございますので、またしっかり情報提供をさせていただきます。

■佐々木委員

2ページのところで「診療所や帰国者・接触者外来等を含め『診療・検査医療機関』として指定する」とありますが、この帰国者接触者外来という名前はもうなくなるんですか、帰国者接触者外来をやっているところも診療検査医療機関と指定されるわけですね。この帰国者接触者センターはなくなるというのはわかりましたけど、この帰国者・接触者外来というのは、同時に存在するんですか。

■鳥井課長

特に国の方からは帰国者・接触者外来がなくなるっていうのは聞いておりませんので。また帰国者・接触者外来等とあと、例えば受診機能付きの地域外来検査センター、こちらでもですね、診療検査医療機関として指定の方もさせていただくこととなりますので並行してあるのかなと考えております。

■佐々木委員

今まで帰国者・接触者外来をやっているところは。保健所からの依頼の患者も検査すれば、かかりつけ医からの依頼の検査をするという両方見るとそういうことになるんですかね、その場所が、一方は帰国者・接触者外来であって、一方は診療検査医療機関ということになるんですか。

■藤井部長

今想定しておりますのは、1日例えば2万人の検査需要が出てきた場合には基本的には医療機関から医療機関で検査の申し込み、府民の方が熱があると来られたときに、検査できる医療機関に保健所を介さずに繋がるという体制を目指したいと思っています。

ですから帰国者・接触者外来、今やっていただいている診療機関でもこの診療検査医療機関に手を挙げていただいた場合には、府民の方がいらっしゃる時に直接検査をしていただきますし、また地域のクリニック、自院で検査をされないところから直接ご紹介があって検査をするというルートもできるということです。保健所の方の検査実施は各保健所ドラ

ドライブスルーの検査場をそれぞれ設置しておりますので、ドライブスルー検査場の運営というのが今後主軸になっていくと想定をしております。もちろん一部保健所からお願いする枠も残りますが。

■佐々木委員

一般的には診療検査医療機関に指定されると、保健所からの依頼はほとんどないということになるんですね、休日に保健所から依頼で検査をやってくれという依頼はあるかもしれませんが。

■藤井部長

調整が必要です。全医療機関がしまつて休日の検査体制がないということになりますと、休日のドライブスルーの唾液で取れない患者さんの対応というのは残りますので、ここは一部保健所からお願いする患者さんも残ってきます。

■朝野会長

休日夜間はやらないんですか。休日夜間は診療体制の中には入ってないんですか。

■藤井部長

この診療検査医療機関の休日夜間検査を行うということについては、条件になっておらないですね。この資料の11ページですが、診療・検査医療機関の条件は発熱患者の相談対応と診察、コロナとインフルエンザ両方の検査を、感染対策を講じた上でしていただける医療機関という条件になっております。

■朝野会長

もし休日夜間の先生方がやってもいいよと言ったら、それでも駄目なんですか。

■藤井部長

もちろんやっていただくのは非常にありがたい話です。

■朝野会長

それ医師会の方で相談されることですね。

■茂松委員

はい。休日急病診療所につきましては、一般の患者さんが救急で来られてて、そこでコロナを診てるとなると、患者さんへ影響を与える恐れがある。また、そこへ出務される先生方がコロナを診ないで済むから来てもらえてるということもあったりですね、この辺はやっ

ばり検討余地があるかと思っております、はい。

■朝野会長

休日夜間に多分発熱患者さんかかりつけ医がないところに行かれると思うので、多分休日夜間に来るのはお腹痛いとかもありますけども、発熱の患者さんも多いんじゃないかと思えます。結局目の前に発熱の患者さんが来られることになるんじゃないかと思えます。

■茂松委員

ですから動線を分けれるように、事前に電話をかけてきてもらうとか、そういう対応をきっちり考えていかなければならないと思っております。

■朝野会長

そうですね、休日夜間にもちょっと対応をやっていただければと。

■茂松委員

それは考慮して、はい。どうもありがとうございます。

■鳥井課長

今回の調査につきましてもですね、解答用紙の中に各曜日ごとに対応可能な曜日ということで記載いただく形をとっております、土曜日や日曜祝日も対象に入れさせていただいております。そこを可能なところについては選択いただくという形になるかと思えます。

■朝野会長

あと抗原検査の偽陽性の問題ですけども、現場で大きな問題なんですね。これどう考えても偽陽性だろうという、でもそれを行政って言い切る根拠がないんですね。例えば疑わしいときはPCRまでやっていただけるかどうか、例えば主治医の先生がどう考えてもこれ偽陽性ちがうかな、抗原検査でやったら陽性と出たけど全然症状的に違うんじゃないかなっていうときに、相談したら、そういう行政検査をやっていただける、追加で行政検査をやっていただけるというような仕組みはございますか。

■藤井部長

すいません、実は抗原検査、偽陽性の問題があるんですけども、抗原検査をもって陽性確定、発生届を出すべしという、現時点で国の考え方になっておりますので、その確認検査というものが行政検査の費用負担の対象にできるかどうかというのが、現時点では○(マル)という回答いただいてないので、少し国の考え方を確認いたします。基本的には、抗原検査の一度の検査で、行政検査、陽性判定という通知になってるところです。

■浅田課長

すいません、先ほどにちょっと申し添えますけれども、我々が把握してます約30例につきましては、少なくとも濃厚接触の明らかな歴はないケースばかりです。子供は7割8割がかなり5歳未満だったりとかで、家族、親御さんとか家族に発熱者はいなくて、その方だけが熱があって、例えばレントゲン撮っても胸の所見ないってというようなケースが多かったので、ちょっと気づいたってということもありまして成人例につきましても、我々が把握しているものについては接触歴はないので、そういったものを型に使うことがどうなのかなっていうことを考えるべきなのかもしれないと思っていますところですよ。

■朝野会長

小児の場合はもちろん接触歴でかなり区別がつくんですけど、成人の場合はこれ偽陽性かなと思っても、その偽陽性って判断したのはやっぱり追加の検査で判断したんですか。それとももうこれは違うだろうと言って判断できたんですか。

■浅田課長

何例かは、例えば術前検査で、突然の小腸石とかそういったことで、緊急手術の前に検査されて、呼吸の症状はないものだ、であったりとか、そういうのが数例ありました。本当かなっていうことで確認をされたようなことになってます。

■朝野会長

多分そういうときには病院であれば術前検査とかでやった場合、術前検査でできる場所は多分自分のところでできる場所が多いと思いますので、どうしてもそこは確認の検査をやります。だけど、それは一応保険にも認められていませんけれども、何かこの偽陽性問題っていうのは病院のボランティアの活動みたいなものなんですよ。

やはり、そのところもちょっと難しい問題ですけど、「あるんだ」っていうことを認識していただいて、多分医療機関の方に、例えばクリニックで陽性になると医療機関なりホテル、ホテルになった場合はもうこれしょうがないんですけども、医療機関なんかで入院されるとおそらくもういっぱいやられることが多いのではないかと思います。そういう形で偽陽性問題を解決していかなければなりません、子供さんの場合は明らかに接触歴、家族歴が非常に重要ですので、そこは何とかクリアできると思います。成人の場合はなかなかそれも難しいんじゃないかと思って。これも何をやって難しい話なんで、解決法はありません。

ただ、それが「あるんだ」ということをやはり皆さん認識した上で、やっていただくということになると思います。よろしゅうございますか。どうぞ先生。

■生野委員

先ほど言われた休日夜間、これは救急病院で受け入れ病院は必ずやっていますんで、絶対必要だとお医者さんが、あるいはセンターが言ってくれば、必ず休日もしていますしね。その体制をとってるし、今度第3波が来てもその準備をするということはもう覚悟して今やっております。

■朝野会長

ありがとうございます。医師会でやってる休日夜間もあるんですよ。そういうところの場合はその検査ができないところもあるということでございます。

それからこれ三つ丸をつけたら契約結ぶわけですけども、もし自分のところはインフルエンザも、これインフルエンザっていうのは治療しなくても治る病気であるというふうにお考えの先生もいらっしゃると思うんです。

当然日本ではもう検査してタミフル投与してっていうのが考え方なんですけど。もし、いや、自分のところはもうコロナさえ鑑別すれば、大きな問題ではないと。例えばコロナだけは鑑別したいというふうな場合、検体を出すというような場合には、契約してないからそれは医療費としてはやっぱり払わないといけなくなるんですか、患者さんが。

■藤井部長

コロナの検査を確実にやっていただくっていうのは非常にありがたいお話ですので、その場合にはこの集合契約の中で偽陽性検査をやっていただく診療機関として契約させていただきます。で、基本的にはコロナ検査していただけるということであれば、診療検査医療機関として手を挙げていただけることになるのではないかなと思います。インフルエンザに対する検査、検体とって一つの検体で両方検査できるということですので、治療法まで縛るものではございませんので、そういった医療機関にはこの診療検査医療機関になっていただけたらと思います。

■朝野会長

それを例えばPCRを出すということでもいいんですね。唾液じゃなくて鼻咽腔拭いの。

■藤井部長

はい、コロナの検査をしっかりやっていただくと。

■朝野会長

抗原検査じゃなくても、コロナの検査を唾液で外注で出しますよ、でもちゃんと行政検査として認めていただけるということで、そういう意味ではいろんなオプションを設けていいということになりますね。全部揃えないといけないうつていうのか。

■藤井部長

インフルエンザ両方の検査っていう3の条件をですね、インフルエンザの検査をするというハードルがそんなに高いという認識を持っておりませんでしたので、インフルエンザの検査はどうしてもしないんだという医療機関が出た場合にはちょっとご相談をさせていただきたいと思います。

■朝野会長

やっていただけるのであれば、個別にコロナの検査私やりますよ。でもそれは唾液で外注でやりますよ、オッケーですよと、行政検査にしてくださいっていうような、やはり少し間口を広げた方がアクセスしやすいんじゃないかと思えますので、ご考慮いただければと思います。

■茂松委員

今のことについては、コロナ検査の取り扱いを表明した時点で行政検査の契約が成り立つというふうなことで、多分、日本医師会から報告が行ってるんじゃないかと思っております。だから、やればそれのできるということであって。

一つだけお伺いしたいんですが、国が用意した高齢者への検査助成事業ありますよね、コロナの検査の。高齢者が望んだらやっていいよという形式のもので、事業の実施主体は市町村になっていますが、大阪府さんとしてはどのようにお考えなんですかね。

それと今回の計画案上の検査数に入れるのか入れないのかとか、その辺はどんなことになってるのかなってちょっとお聞きしたいんです。

■藤井部長

そうなんです。国の補助事業はいわゆる老健局、高齢者対策を担っている厚労省の中でも予算計上されておまして、市町村が高齢者、この場合は全く症状がない高齢者ということです。症状がある方は偽陽性検査で通常のライン乗ってきますので、症状がない高齢者の方に対する検査を実施される場合には、その費用の2分の1を市町村に対して補助するというスキームです。これ今後、市町村の方にも情報提供をしてみたいんですが、大阪府として懸念いたしますのは、症状がない高齢の方ということです。症状がある方の検査体制に影響が及ばない方法ですね、市町村が自律的に検査を実施していただける方法を見つけていただく必要があると考えています。

■朝野会長

はい。インフルエンザ多分今年は流行らないと思いますので、そんなに要らないだろうなと思う、オーストラリアがそういう状況ですので、日本もマスク手洗いしっかり身につけて

きてますので、インフルエンザの数が増えることは想定がありませんが、一応体制だけはしっかり整えて、かつ発熱患者さんが迷わないようにですね、しっかりとした体制を整えていただければと思いますし、これも医師会のお力ということになりますので、ぜひ大阪府の医師会の皆さんで協力してやっていただければと思います。

■茂松委員

医師会だけじゃなくて、これ民間の病院との連携も非常に大事で、もうみんなで総合力でやらないといけないと考えており、どうぞよろしくお願ひしたいと思っております。

■朝野会長

何よりもまず感染対策は必要ですので、10 ページにあります、特に検査をしていただけるのはクリニックなんかではおそらく看護師さんとかがやっていただけると思うんですけども、ここに書いてあるように検査室では通常安全キャビネットの中でやるんですね。でもこれベッドサイドでの検査ですので安全キャビネットを持って回るわけにもいきませんので、その場合にはその検査をされる方はマスク、手袋、ガウン、これを飛沫が飛ぶかもしれないので、そういう面での対応をしっかりとさせていただくように各クリニックの先生方にもお伝えいただいて、もちろん検査室があるところは安全にやっていますけども、やはりクリニックでやるというような、インフルエンザ今までやってましたけど、あれ自身も実はきちんと感染防御をしてやらないといけないことだったんですけど、慣れてやっていますけどね、そういうところもしっかりとお伝えいただいて、しっかりと PPE をつけた上で、手洗いをしっかりとやっていただくっていうこと。そしてできれば、患者さんが出入りするところじゃないところで検査ができるように工夫していただければ、安心だと思っておりますので、その点も注意をお願いいたします。

■茂松委員

はい、ありがとうございます。それと防護具など医療用物資について不足が見込まれる場合は、G-MIS で要請しなさいと言っていますが、FAX でもいいんでしょうかね。

■藤井部長

FAX ということになると、なかなかあの管理が。今 G-MIS に登録していただいた必要数を結構自動的に供給するという仕組みになっておりますので、FAX で送っていただくとその集計部隊を作る、ベッドを作る必要が出てまいります。ちょっとご相談をさせて、できれば。

■茂松委員

高齢の方々がなかなか入力が難しいという問題があって、FAX でもいいかなという質

問が結構きています。

■藤井部長

そうですね、何らか集約して G-MIS 上の登録をという、ちょっとお互いに効率的なご相談をさせていただきたいと思います。

■佐々木委員

12 ページにありますね、この検体採取支援チームの編成というのがありますけど、これはどういうスタッフを想定しての話なんですか。

■鳥井課長

保健所の職員も入った形で、あとは例えば非常勤とか委託を行う派遣の職員とかも含めて、そのチームを作りまして検体採取に向かうと。

■佐々木委員

例えば、一般の病院とか診療所とかそういうところは関与しないチームということではないんですか。

■藤井部長

実は想定しておりますのは、医療機関で今回大阪府内で 30 以上のクラスター医療機関等の施設で起こりました。医療機関でも大規模に 800 検体ほど検査していただいた医療機関もあるんですが、その場合は医療機関ですから、採取ができる医師の方が十分いらっしゃるということでここは実はあんまり心配はしていません。

福祉施設で検体採取が必要になった場合にご自分で唾液を出せない場合に、鼻咽頭拭いを集中的にするチームがいるという想定です。この場合にはクラスターが起こっている圏域に、他の保健所からの応援体制も含めて集中的に最終チームを派遣するという想定です。

■佐々木委員

保健所の仕事と考えていいんですか。

■藤井部長

はい。

■佐々木委員

わかりました。

■太田委員

すみません。歯科の診療所については私の診療所を例にとりますと、全受診者に検温と酸素飽和度を測定します。不適切な数値が出れば当日は診療いたしません。その先の紹介先ですが、今後医師会さんがもし調査が終えられたら、いわゆる診療・検査医療機関の情報は教えていただけるようになるわけですね。

■茂松委員

それは横の連携が重要ですので、これはもうみんなで総合力でやっていく必要があると思っていますので、よろしくお願ひしたい。

■朝野会長

ありがとうございます。まさに総合力でみんなで助け合って協力して情報共有しながら進んでいく必要があると思いますので、前向きにとにかく府民の皆さんの健康のために前向きにできることをやっていくっていう形で進めていければと思っています。

それではこの議題はこれで終わりにいたしまして、次に第二番目ですね、入院療養体制等について事務局からのご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料2-1について説明>

■朝野会長

ありがとうございます。

どうなるかわかりません。いや、一番最初の頃を思い出していただくとオーバーシュートって考えて、オーバーシュートしたらもうこんな数じゃないということで、大変なことが起こるぞってみんなでどうしたらいいんだらうっていうことを言ってたわけですね。だんだん一波二波乗り越えてくると、日本ではオーバーシュートは起こりにくいんじゃないかということがわかってきて、このくらいの数で想定をしておこうということで。先ほど言いましたように、想定は多分当たらないと思うんですけど、一応こういう想定が今はできると、経験値としてこういうのができるということになると思います。

重症の入院が201で、今回72がマキシマムだったんで、それよりも2倍3倍ぐらいの重症者が出るだろうというんで、結構これは倭先生きついですね。

■倭委員

救急を止めないでやるとなると、かなり厳しいですね。

■朝野会長

大阪府内で200でたら多分救急止めないといけないだろうなっていう感じがしてきます。想定はこうなんで、一応医療の範囲内に収まりますけど、もしこのマキシマムのところに来たら結構な医療の逼迫が起こるだろうなと。ただ、軽症者中等症の方、軽症者の方たちが病床の中にあんまり入ってこないだろうなと思いますので、そういう意味では、重症者に集中した病床を上げていくということが必要かと思います。それから、前からお話をさせていただいてますけども、とにかく急性期を脱した慢性期の重症者が行けるようなベッドも用意していただかないと、急性期の病床をとにかく空けていく、ICUを空けていくっていうのが患者さんの予後を改善するにはとても重要なことですので、そのベッドに救急で入ってこられた方を療養して診療して、そして良くなった方を次々にまた次のベッドへという形で、ただ残る患者さんもいて、そういうところでどうしても人工呼吸器を外せないという方がいらっしゃるんですね。

基本的には肺が元々悪い方、あるいは心臓のもともと悪い方っていうのは、これはもうぜひか感染しないような予防が第一ですけど、もしかかった場合にはかなり長引いてしまうことがございますので、そういう方たちのリハビリができる病院、病床というのもやっぱりもう一つ考えていただくということが必要で。この方たちがどうして長くなるのかっていうと実はウイルスが消えないんですよ、PCRがずっと続くんですよ。1ヶ月2ヶ月続きますので、実は感染力ないんだけど、やっぱPCRが陽性である以上は、専用の病床でっていうことになってきて、ちょっと埋まってしまう傾向が今出てきてますので、特に阪大はそれがちょっと多いので、そのあたりを今後考えていかないといけないなと思っております。

何か今のご説明でお気づきの点等ございますか。よろしゅうございますか。

■事務局

<資料2-2について説明>

■朝野会長

ありがとうございます。

ところで、この急変されて命に関わるような、急変をされた方がホテル療養者の中にいらっしゃいましたか、今まで。

■黒田副理事

入院されて酸素吸われた方いらっしゃいますけども、死亡された方ってのは1人もいらっしゃいません、はい。

■朝野会長

大丈夫ですね、はい。そういうのはあんまり急変って言わないですね。急変ってのは医学

的に言うと、かなり重症になったとき急変といいますので、酸素が落ちたっていう感じですかね。

■倭委員

事前にファイルで送っていただいた資料、パソコンで今、見ていますのと今直前にいただきました資料で、ホテルの方は先ほどパルスオキシメーターの増備っていうふうに書いてありますが、事前の資料では自宅療養環境の方にもパルスオキシメーターの増備とあるのですが、本日の資料では削除されていますのは、自宅でそこまでは厳しい、数が厳しいと、そういう理解でよろしいですか。

■黒田副理事

書面で落としておるんですけども、パルスオキシメーター少しちょっと予備を持っておきたいなど。

それで本当に自宅の患者さんが増えたときに、保健所と相談しながら他にちょっと活用が必要ならば配備をしたいなというふうに考えております。

■朝野会長

パルスオキシメーターって、一つのホテル 100 人とか 200 人とかに数個では困難です。パルスオキシメーターは熱を測ると同じぐらい配布すべきじゃないかと思います。例えば、その酸素が落ちる状態であれば、本人気づかないけども、重症っていうか症状が悪くなってるってことになりますので、できましたらパルスオキシメーターはたくさん入手して。例えば、ホテル療養でも 50 歳以上の方には持っていただくとかですね、そういう形で入院療養されてる間は持っていただいて、毎日測っていただくというふうなことができればいいと思いますし。もし可能であれば、もう在宅の場合でもそういうパルスオキシメーターは肺炎にとっては非常に敏感に反応しますので、そういうことをご考慮いただいて、あんまりたくさん仕入れると今度は他のところが品薄になったりしますので、手に入る分は入れていただいて、活用していただきたいと思っております。

他何かご意見ございますか、先生どうぞ。

■佐々木委員

この自宅療養の場合で、同居してる家族というのは濃厚接触者になるんですか。

自宅療養の場合は、例えば 10 日間、本人は 10 日間たてば自由に出れるわけですけど、その濃厚接触者になりますと、感染の機会がなくなったときからまだ 2 週間、自宅待機しないといけないわけで、濃厚接触者と家族が思われたら、3 週間ぐらい家にいなきゃならないということになるんですけど、これはその通りなんですか。

■黒田副理事

保健所の方で、最初家庭内でいらっしゃった方も濃厚接触者かどうかの判断されるんですが、濃厚接触者と判断されれば、今先生おっしゃったように、最終の接触時から2週間が健康観察期間になりますので、そういうお示しの期間であればそういった取り扱いになるかと思います。

■佐々木委員

いくらマスクをしてると言っても、ご飯食べるときとかね、マスク外すときも家庭内であるわけで、一般に家族というのは、濃厚接触者と認めるんですか、認めないんですか。

■黒田副理事

多分ですいません、多分になってしまうんですが先生、わかってからは多分ね、食事も分けられると思うんですよ。ただ、わかる前の期間ってのがあるんですね。発症前2日間がやはり感染力強いということも言われておりますので、家庭の中で最終PCR検査が出て、その後、仮に陽性だとわかったら、その前にその感染防御してたかと言われると、その時点での、やはり感染されてる可能性ってのは非常に高くなってくる。それからやはり気をつけられるっていうことが一般的だとは思いますが。

■朝野会長

ここ非常に重要ですね。本人はさっきおっしゃったように10日すると、もう外出もOKになるんですけど、患者さんの家族の方は接触をいつまでと見るかという問題が、それはどのように保健所では。例えばその陽性とわかって注意をし始めたところが最終接触になるのか、一緒の家にはいたからもう濃厚接触として10日目からまた2週間というふうにカウントするのか。

■黒田副理事

すいません、絶対ではないですいませんが、私が聞いている範囲では最終その方10日の患者さんの、いわゆる入院勧告解除になってから2週間。

■朝野会長

やっぱり24になるんです、先生。だから、結構濃厚接触者の家族の方が長く、例えばお仕事されてる場合ではもう3週間ぐらいお仕事ができないという状況になってしまって、これもうエビデンスがないんで、ここで切っていいよってエビデンスがないんで、なかなか難しいところなんです。

■佐々木委員

濃厚接触者の方が自宅待機期間が長くなってしまいうのが、ちょっと変かなと思っ
てはいるんですけど、もう少しうまく何かできないのかなと思って。

■黒田副理事

すいません、今申し上げたのは、わかってからも生活を完全に分かれてない場合はって
いう方なんで、生活を分かれられたら、分かれたときから14日間になりますので、それより
前にもなると。あと国からの通知としてはやはり自宅療養の対象者は、原則的には、所長い
らっしゃいますんで、ちょっと保健所長にお話いただいてもよろしいでしょうか。

■森協所長

恐れ入ります。和泉保健所長の森協でございます。

保健所の方で必ず濃厚接触者の陽性者が出た場合に必ず調査をいろいろさせていただい
て、仮に自宅療養という方向になった場合は自宅療養に対しての注意点、こういったことを
必ず説明をさせていただきます。

大概の場合は、皆さん調子が悪くなった段階で、自分でちょっと部屋にこもっておられた
りというふうな形で会わないように、例えば食事なんかも自分の部屋で取られるとか、それ
からお風呂とかそんなのも一番最後に入られる。こういった形でそういった隔離といいま
すか、もう本当家族の方と会わないようにされたり、そのときから一応14日間ということ
になりますので、本当に全くそういった体制をとらずにやられると、その人の感染期間10
日間あります、そこからさらに14日間、合計24日間というふうになってしまいますけど
も、そういったところまではいくことはほぼなくて、大概皆様がた、診断がされる前後から
はもうそれぞれ隔離といえますか、ほとんどわかれて暮らして下さってますので、そこか
ら14日間の外出自粛をお願いすると、そういった形になってまいります。
以上でございます。

■茂松委員

ちょっとお聞きしたいのですが、自宅療養で感染をどこかに広げた事例とか、そういうこ
とは今まで1例もないんでしょうか。

■森協所長

あります。ですので、できる限り宿泊療養をおすすめをさせていただいています。

ただ、どうしてもできないケースがあり、お母さまが感染され、お子さまの面倒を見る方
がいらっしゃらない。そういったところには、できる限り離れて、お部屋で分かれて暮らし
ていただくということをご説明させていただいて、14日間を乗り切っていただくというふ
うな形をお願いしております。

■茂松委員

ペット付きのホテルができたとは聞くんですけど、子どもを診る施設がついてるとか、そういうのはあまりないんですよね。最初の人に、そういうことが必要ではないかということはずっと言ってきたんですけど、そういう事はなかなか進んでいかないのですか。

■黒田副理事

お子さんが陰性でお母さんが陽性だった場合、お子さんだけを預かるホテルというのを福祉部でやっています。ペットにつきましても、環境農林水産部の方でペットを預かり、ご本人だけホテル入っていただくという仕組みは作っております。

■朝野会長

よく、病院とか会社とかで、濃厚接触者で何日お休みになるかがずいぶん話題になりますので、そのあたり保健所の方で判断していただいて、ここから何日間というふうにしていただければわかりやすいと思いますので、10日+14日にはならないようにできるだけ保健所の方で対応していただければと思います。

では続きまして、次の3番の議題、病床確保計画の運用見直しについてお願いいたします。

■事務局

<資料3-1について説明>

■朝野会長

これはフェーズが上がる時だけでなく、フェーズが下がる時にもこの基準でいけますか。

■酒井課長

基本的にはフェーズが下がる場合も同じ基準とっていますが、ただ一つ問題なのは、ずっと一定の数が出てきた場合にそれが実はあんまり広がらない、逆に下がるというときにどうするかということがあると思います。そこについては、先ほど申し上げました通り、状況を踏まえて医療機関の皆様とご相談しながら、基本的にはこの判断基準でフェーズも落としていこうと思っておりますけれども、そこは柔軟に対応したいと思っております。

■朝野会長

重症病床の場合、フェーズ1の設定病床数が30床から60床に上げていますが、これは、今までの経験で60床を確保するのはそれほど困難ではないという判断で上げられたのでしょうか。

■酒井課長

こちらにつきましては、病床確保計画を作った際、各医療機関様からそれぞれのフェーズで何床を運用いただけるかという運用計画書というものを各医療機関からいただいております。各医療機関からの運用計画で、フェーズ1の時点で「うちの病院はこれだけの病床を確保します」とおっしゃっていただいている数を積み上げて、そこから一定数逆に減じていきますので、60床は十分フェーズ1でも確保いただけるというふうに思ってこの数字にさせていただいています。

■朝野会長

ご質問ありませんか。

■高橋委員

この重症センターの看護師を集めるというところで非常に色々な課題が出てきています。宿泊施設とは違って、ICUということは言ってみたらスペシャリストを集めていかないといけないので、いざとなったときにはやっぱりそういった卓越した人たちをどこの病院も出さないといけないだろうなと思います。そうなってくると、若い看護師には一定のトレーニングなど、医療を提供するためにやっぱり準備期間が要ると思うんです。看護師を集める側として、トレーニング後にみんなが集まってすぐにできるわけではなく、看護師はチームで動きますので、こういった準備にかかるところもありますので、少しスケジュール感としてこんな感じっていうのがあれば教えていただければなと思っています。

■酒井課長

元々は緊急事態宣言下の臨時医療施設ということで考えておりましたので、その場合は当然設置主体が都道府県ということになるのですが、緊急事態宣言がおそらく今後どの時点が出るのかというのがなかなか読めない中で、宣言が出なくても運営したいということであれば、必ずしも設置主体が大阪府であるという必要はなくなってくるかもしれないということですから、いろんな運営手法の選択肢があると思っています。

ですので、実際に運営の手法をどうするのか、それからおっしゃっていただいているように一定の準備期間が入りますので、重症患者がどんどん増えていきなりここを運営させていただきますというのは、これは事実上できないと思っていますので、そこは実際には運営の手法であったり、それから感染拡大状況であったり、実際に医療従事者が確保できる目途であったり、そういったものを総合的に見ながらになります。ただ、せっかく建設をしていくものになりますので、そこについては上手な運用手法をぜひ相談させていただきながら検討したいと思っています。

■高橋委員

どこの病院も本当に大変なときに看護師を出していただきますので、できるだけうまく運用していきたいなと思います。ちょっと早い段階からいろんな医療機関から看護師を出してもらい、トレーニングしていけばいいのかなというふうに思います。こういったところもまたご相談させていただいて、より良く進めていただければと思います。

■藤井部長

ありがとうございます。大変なご協力いただいております。

11月30日に第一期工事が完了しまして引き渡しを受けます。この建物ができた後、想定では1月の中旬に患者が増えるのではないかという想定をしてるんですけども、それまでの間にどういう規模で、順次開所に向けた準備をすればいいのかというのを具体的にご相談をさせていただきたいと思います。急性期総合医療センター側のご意向もありますので、また具体的にご相談させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

■倭委員

基本的には215+30床というイメージで、どの医療機関も厳しい状況下で人を出すのは厳しい面もあると思うのですが、例えば、沖縄が夏頃に感染がかなり増えたとき、他の都道府県から応援に入るように、という国の指示がございました。

同じように、例えば今日本の47都道府県で全て大阪・東京のように感染が拡大していない地域の方から人を募る予定はない、という理解でよろしいのでしょうか。大阪の中でまずは人材を確保するというのでしょうか。

■酒井課長

まずはそうしたいと思っています。ただ、どうしてもということであれば、もちろんそこはおそらく国の方でも広域的な応援というのは状況を見て検討されると思うので、そうなってくれば広域で例えばお願いをするってことも全くないとは言えないですけど、まずは府域の中でやっていきたいと思っています。

■茂松委員

確かこの重症センターは60床との想定になっていたと思うんですが、当初、東京の派遣会社と契約をしたと聞きました。やはりそこからの人材もセンターには入るのでしょうか。

■藤井部長

MRTという医療職の人材斡旋の会社にご協力いただきまして、無料で医療職についてご紹介いただけるという協定は締結しています。ただ、この重症センターにつきましては、高橋委員からお話がありましたが、非常に高度な医療に携わっていただくということで、現

在は多少なりともご経験がある看護師さんも含めまして、トレーニングを一定受けた医療職の確保が必要だと考えております。

医師につきましては、三次救急医療機関からの応援予定ということでかなり具体的なお話が進んでおります。看護師につきましては、医療機関に意向調査を行いまして、派遣をしていただく医療機関からは人材を出していただきますので、府としてはそのことに対する支援制度をしっかりと構築したいと思っています。ぜひ何とか人材を確保して対応してまいりたいと考えています。

■朝野会長

考え方なんですけれども、最初は緊急事態宣言が出てからということで、後からこれを開くっていう考え方をしていました。でなければ、臨時の医療施設として使えない。緊急事態宣言が出るときは、かなり患者数が多いときで、その後から上乘せでいこうということで考えていたんですけど、今回これが緊急事態宣言がなくても医療施設として使えるという医療法上の取り扱いができるのであれば、後からじゃなくて前からやっていくっていう方法もあると思います。

そうすると、医療機関も、たくさん患者さんが出るときに、お医者さんやスキルのある看護師さんというのはなかなか出しにくいけども、最初はここで何とか重症患者を引き受けてがんばりますよ、だからそのときに応援をお願いしますということであれば、出しやすくなるし、そこに経験のある先生あるいは経験のある看護師さんが来ると、患者さんの予後も良くなると思います。今まで緊急事態宣言ということで、後ろに乗せてっていうことを考えていましたが、まず最初に重症患者さんをとにかく救命するというので、多くの経験ある先生や看護師に集まっていたらどんどん回転させていくっていう方法も一つの考え方だと思いますので、三次救急の先生や看護師さんがいろいろディスカッションされていると思いますが、緊急事態宣言の時からというたてつけでずっと議論してきたところを、宣言が出る前からというたてつけでも議論できるようになったということで、ここは展開するポイントかなと思いますので、そういう形で議論を進めていただければ、さらに可能性が出てくると思います。何よりもやっぱり経験が第一で、この病気は経験している人が診ることが第一ですので、そういう意味で言うと、ベテランというか経験を積んだ医療職の方がここに集まって、最初に救急の患者さんの症状をどんどんどんどん改善させていくという試みもすごく効率的な発想だと思いますので、そのあたりをまた議論していただければと思います。

■佐々木委員

朝野先生と同じ感覚です。例えば、中等症・軽症のコロナ専門病院として、十三と阪和第二病院があるわけで、この重症センターというのは重症患者を扱うコロナ専門病院という位置に置けば、もっと早くから重症患者をとれるというふうに思うのですが。

■藤井部長

今、朝野先生と佐々木先生のご意見は非常によくわかるんですけども、重症センターを作るにあたって、臨時の医療施設として最終のセーフティネットとして整備をするということで急性期総合医療センターのご同意をいただいているということがあります。全ての三次救急が重症患者の引受についてご努力いただいて、それでもなお足りない場合に、この重症センターを動かそうという前提でこれまでお話を進めてきた経緯があります。臨時の医療施設ではなくて医療法の範囲内でなんとか動かせるようにしようという条件が変わりましたので、各三次救急に重症患者の受け入れについて一定の努力をしていただいた上で、どの程度の患者が発生したときに、このセンターの運用を開始するののかという点について、急性期総合医療センターと協議を今進めているところでございますので、ぜひ各医療機関のご協力をお願いしたいと思います。

■茂松委員

私も昔は救急医療をやっていたんですが、すぐ集まってできるのかと実は思います。そう思うと、三次救命を重症センターに取っていただいて、地域医療は二次救急の民間の病院で診るというように、役割分担する方が現実的ではないかなという気がするのですが、その辺はいかがでしょうか。

■藤井部長

今回、重症患者 215 人を三次救急でそれぞれ負担していただくことにつきましては、それぞれの圏域で取っていただく、例えば 20 人取っていただいた場合に、各圏域での 3 次救急に与える影響というものを圏域ごとにチェックしております。一定の救急の受け入れを停止された場合に、二次救急で代替可能かということもチェックしておりますので、重症患者が増えた場合には、圏域によっては 2 次救急医療機関との役割分担等が現実問題として生じてくると思っています。

■朝野会長

それではこれで本日の議題は全て終了いたしました。
事務局より議事以外に関して報告事項等ございますでしょうか。

■事務局

<参考資料 4 について説明>

■朝野会長

ありがとうございます。

できれば、その時には見れない人もいらっしゃるかと思います。個人情報とか症例のこともあると思いますが、できましたら後日見られる機会を作っていただければと思います。では、今日はどうも長い間ありがとうございました。非常に貴重な意見をたくさんいただきました。また今後ともよろしく願いいたします。

では終了させていただきます。