

第7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11月18日（水） 16時30分～17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

定刻になりましたので第7回大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会を開催いたします。委員の皆様方におかれましては、急な開催にも関わらず、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

本協議会の委員はお手元の名簿の通りでございますけども、大阪府歯科医師会の太田会長におかれましては、所用により欠席となっておりますことをご報告させていただきます。

それでは、まず冒頭、健康医療部長、藤井よりご挨拶申し上げます。

■藤井部長

健康医療部長の藤井でございます。

本当に急な開催にも関わりませず、お集まりいただきましてありがとうございます。非常に皆様それぞれ大変お忙しい中でございますので、短時間で要点を絞ってご議論をいただきたいと思っております。大変急な感染拡大が生じております。医療体制につきましては、日々の入院調整を行う方、あるいは宿泊調整を行う方、これまで経験のしたことのない、人数の方の入院調整、宿泊療養調整を行っているところでございます。極めて厳しい状況にあるという認識をしております。

また、このまま感染拡大が続いた場合、病床確保計画で想定して準備している病床を上回る可能性も念頭に置かなければならないと考えております。これらを踏まえまして、どういった感染防止対策、全体的な府のコロナ対策本部会議としての取り組みを行うかにつきましては、知事とも相談しておりますが、今週中にも対策本部会議を開いて取り組みについては府として協議をしてまいりたいと考えております。

一方、この医療の提供体制コロナ医療に対する対応でございますが、できる限りの対応を医療提供体制として準備をしていきたいと考えております。そのためにも、まず本日1点目として、シミュレーションを踏まえて、重症・軽症中等症も含めて、フェーズ4への移行についてご意見をいただきたいと考えています。

また2点目といたしまして、非常に、入院調整を行う病床の確保、あるいは日々の入院調整、大変窮する事態となっております。こういった中で各医療機関にどういう要請をすればいいのかということにつきまして、ご議論できる限りの対応をするといった視点で、どうい

った取り組みがまだできるのかということについてご意見を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。

■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、よろしく申し上げます。

■朝野会長

はい、よろしくお願いいたします。今日はお忙しい中、ご参集いただきましてありがとうございます。今、お話がございましたように、今までに見ない厳しい状況になってきております。これをどのように医療側として支えるかということをして今日は議論していきたいと思っておりますので、従来のやり方ではなく、抜本的に変えていくような考え方を今打ち出さないと、おそらくあっという間に医療は逼迫してしまうということがありますので、皆様のご意見等をお聞かせいただきながら、より良いものをこれから計画していきたいと思っております。

それでは議題 1 の協議事項、入院療養体制について、事務局からご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料 1-1 から 1-3 について説明>

■朝野会長

はい。ありがとうございます。それでは、今ご提案いただきましたことを、順番に皆様のご意見をお伺いしたいと思います。

まず、明らかに、今の状況のまま患者が推移して横ばいになるのは、よほどのことがない限りないので、1.2 倍、1.5 倍というふうに上昇してくると、だいたい 12 月の初めから中頃に病床がパンクしてしまうということになってまいります。ということでフェーズを一つ上げるとのことと、運用するフェーズ 3 ですけれども、運用病床を一応目標としているものにまだ到達してないということです。

これはもちろん、例えばその病棟に一般の入院患者さんがいらっしゃって、その方を移してそこを専用病床化していくということがありますので、決して今日からすぐにそれができるというわけじゃないということはおもう事実です。

すでにフェーズ 3 になって 10 日経ちますが、まだまだフェーズ 3 の運用病床に到達してないということについて、運用のできる目標の病床数まで上げていただくということ。これは当然フェーズ 3 になっておりますから問題ないかと思っております。もう一つは、これからしばらくしてからフェーズ 4 にしたら、またそこからまた時間かかって病床が作られる、用

意されるということになりますので、2週間程度前倒しですけども、フェーズ3を乗り越えてもフェーズ4に向かって病床を用意した方が良いのではないかというふうなご提案だったと思います。実際用意したけど、結局何も起こらなかったじゃないかっていうこともありうると思うんですけども。今そういう状況とはちょっと違うような、フェーズが変わったというか、どんどん増えてきて東京今日500人程度までなってますので、まだまだブレーキのかからない状態だということで、医療側としてはもうフェーズ4の準備を進めるべきじゃないか、つまりフェーズ4宣言をすることで、フェーズ3までの運用+ α を用意していこうじゃないかというご提案なんですけど、これについてご意見いかがですか。

■佐々木委員

今回の事態というのは緊急の事態で、このまま放置することはできない状態になりつつあると思いますね。至急にコロナ用のベッドを増やすということは、絶対に必要じゃないかというふうに思っていますけど。

公立病院は、フェーズ2とフェーズ3は同じ病床数の確保を要請されていて、すでにフェーズ3体制になっています。さらにフェーズ4に対しても、公立・国立病院には病床数に応じてコロナに対する病床数の増床の要請があって、それに応じた確保をしているはずですよ。と言いながらも、まだフェーズ4まで間があるということで、確保していると言いながらも、すぐに運用できない病院があるので、この際フェーズ4用の運用できる体制にもっていく必要があるだろうと思います。

あと、もう一つは公立・国立はそういう要請がありましたけども、それ以外の病院についてはまだそういった要請を府からしてないと思います。まさにもう非常事態に近い状態だと思うので、公立・国立病院以外の病院に対しても、同様の要請をするべきではないかと思えます。

■生野委員

民間のコロナ受入病院としても、フェーズ4での病床確保が必要と考えます。病院や老健でクラスターが発生していますが、一度の多数の入院は断らざるをえません。特に老健は医療スタッフが十分でなく、施設内で入院待ちすることも感染拡大につながり、危険な状態です。軽症・中等症の入院ベッドと言いましても、短期間で対応できるわけではなく、当協会の病院でもすぐ手を挙げられる状況でないようでした。今受入れを行っている病院が増床するしかないと思われます。

■佐々木委員

それともう一つは、第二波のときは夜の街なんかで感染してくる若い人が多かったのですが、入院してもほとんど手がかからなかったです。ところが、今回はちょっと違ってきて、高齢者が非常に多くて、そういう人は当然重症化しやすいですし、仮に重症化しなくても、もと

もとある合併症であるとか、高齢であるために介護が必要であって、コロナで入院されて2週間を過ぎても退院できないという患者さんはたくさんおられます。これらの患者さんを後方病院というか、別の病院へ移すようなシステムを作らないと、すぐにコロナ病床が一杯になってしまいますので、そのシステム作りをやらないといけないのではないかと思います。

■朝野会長

その点については、先ほどの資料1-3のところでもご説明があったように、このところですね、長期入院患者の転院退院に向けてということで、これやっぱり陰性化したらコロナ専門でなくてもいけますので、そういう病院を準備いただくということで、やはり急性期の患者さんを中心に、コロナ専用の病院は対応して行って、少し回復されてもまだご高齢の場合はすぐに退院というわけにはいかないのです、その方たちを療養していただけるような病院も用意するというのも必要ですので、これ全体に考えないとこの病床をフェーズ4の病床これだけですと言っても、そのもう一つ、外側の病院というのも同時に考えていただきたいと思いますので、そこも府としても広げていただければと思います。

■茂松委員

今してる議論は以前に一度やってるんですよ。

高止まりしている状況下で流行れば、当然の如く多くなってしまう。早く体制を整えようって言って、今、この状態ですよ。これをどう考えるのかということ、もっと反省しないといけないと思います。

これだけ増えるのは当然のことで、今日も東京では500人近く出てます。GOTOキャンペーンなどにより人々の行動を促し、社会や経済を動かそうとするのであれば、国ももう少し指導性を発揮し、国公立病院や公的病院のベットを確保するなど、準備策を講じてもらわないと、大阪府だけで対処しろと言われても、なかなか難しい問題かなと思うんですね。

重症センターを作るって言ってますが、すぐにはなかなか動けないと思うので、政策医療でありますから、国公立と公的病院には、しっかりと積極的にベットを空けていただくかですね、きちっと役割を受けていただくようなことを、もっと決めておかないといけなかったんだろうと思うんですね。

こういう反省を踏まえて、適格な体制を整えるということが非常に大事じゃないかなと思うんです。

■朝野会長

ありがとうございます。これをもう一つの側面としては、医療側はもちろん準備をするよ、だけど社会のブレーキもちゃんとこれも大阪府の方の責任になると思いますので、社会的なブレーキを効率よくかけられるという、もちろん経済を全部止めてしまうってのは一番

簡単な方法だけど、そうではなくて、そうではない方法で社会にブレーキをかけるということも、これは大阪府としてもお考えいただくということと、もう一つは先生おっしゃったように根本的なところで病床はどうなんですかという問題あります。

ただ今からそれを政府に行って政府が国立病院のベッドをもっと増やしてというのはなかなか先に進みませんので、でもそれは考慮すべきだと思いますので。今あるところのベッドを大阪府でどう利用するかということになると、問題は結局広げたけど、閑古鳥じゃないですかということも危惧して、なかなか踏み込めなかったんですけど、今の状態であれば、フェーズ 4 にして運用数を増やして準備をするってということには、これは合理的な理由があるんじゃないかと思いますので、そのような方向で、今はそれでまず解決しようと思ってます。

■茂松委員

国公立病院と公的病院でどれだけのベッド数があるんですかね。それと、国公立・公的病院と民間病院で、実際に重症が取れるのは。

■藤井部長

この重症病床につきましては、いわゆる三次救命救急センターですね、基本的にはこの病院さんにご協力をいただいております。民間病院も含めてご協力をいただいております。その中で三次救命自身が、府域全域が機能停止してはいけないということで、全体三次救急の受け入れが停止しないように、全体の受け入れ数のバランスを大阪府全体トータルでチェックしながら、受け入れ数のお願いをしているところでございます。現段階のフェーズ 3 の本来の目標数であります 163 の運用をフルでしていただいた場合にも、三次救急には経営体制には基本的には影響がないと思っております。従いまして今国立と公立、民間という意味では、重症病床についてはもちろん今回コロナ重症センター、府立急性期でありますとか倭先生とのりんくう等ですね、公的病院が中心となって受け入れていただくという基本線もありながら、ただ民間の大学病院法人であったりとかも相当なご努力をいただいているということで、ここを私自身、設置団体、公的をまず優先してそこが圧倒的に病床取るべきだということでは今回のコロナ病床の確保はできないのではないかなと。あのステージに至るとその方法では必要病床数の確保ができないのではないかなと考えているところです。

■茂松委員

実際のところは三次救命救急センターがほとんど受けてると理解をしてるんですが、となると、国公立と公的病院がですね、どれぐらい関与していただいているかっていうことを、国にも示していかないといけないと思うんですよ。そういう意味ではしっかりその数字を出してもらおうということが大事かなと思います。三次救命救急センターがどれぐらい引き受けている、国公立・公的病院がどれぐらい引き受け

ているのか、その辺の明確な数字を出してもらいたい。地域で頑張れって言ってもなかなか難しいことが、恐らく数字として出るんじゃないかと思うんですね。そういうことはしっかり国に上げていく、これが大事じゃないかと思うんですね。

■藤井部長

国立という意味では、もちろん国立の病院にも重症病床の受け入れ引き受けていただいております。ただ国立につきましても独法になられているということで、国が国立の独法に対して、特に強制力をお持ちのわけではないと考えておりますので公的病院としてしっかり役割を果たしていただくべきだというご意見についてはその通りだと思います。

■朝野会長

第一波のときに三次救急が制限されたことがあったんですよ。三次救急で亡くなる人だって出てくるわけですから、それをどう維持するかっていうのは全体でやっぱり協力しないといけないということで、機能を維持しながら何とかこのコロナを乗り越えるということで、今までのご議論の通り、もうフェーズ4の準備をすることが、皆さんご同意いただきたいと思いますので、まずでもフェーズ3の運用を、まず目標としてた運用まで持ってきてそれからもうフェーズ4ですよと宣言してあと2週間後にはフェーズ4ができますよ、そういう前倒しでいきましょうという意味でのフェーズ4宣言だと思います。

■藤井部長

実はフェーズ3の差ですね、計画数との差というのは実は数病院の医療機関が計画に対してまだ確保運用が難しいということで、このうちのほとんどは12月1日までに開けていただくというお返事をいただいておりますので、あと数病院について設置団体へのご要請も含めてしっかりと取り組んでまいります。

■朝野会長

一点申し上げますとフェーズ4になると、ある程度医療の制限が入ってくる。例えば、阪大病院であれば手術室を減らしますとか、そうするとそこを犠牲にしてやらないといけないという、そこまでの状況であるということをご理解いただかないといけません。

やはり何らかの開ければいいというわけではなくて、開けるときには必ずそれに対する犠牲、代わりを用意しないといけないということで、多くの病院がICUや救命3次救急や手術というものの制限をできるだけやらない状況でやっていくということで、そういう意味でその運用数にギャップが生まれているっていうのはそういう面もあるということもご理解いただきながら、でもフェーズ4を今日から準備いたしましょうということで宣言していただくということについては問題ないかと思えます、倭先生それでいいですか。

■倭委員

ドクターはなんとかなるかわかりませんが、看護師さんのローテーションや勤務表を組むのに時間かかったりしますので2週間で考えると厳しいんですね。

現状当院の場合ですと、今日もベッドも全部埋まっている状況なんですけども、そこへ重症4床か5床ですけど大阪府内ですが遠方からの搬送の方が多いので、地元の患者さん例えば先ほど先生がおっしゃられたように、近くの病院、例えば当院もそうなるかもわかりませんが重症化したときに入れるベッドがないという事態が起きるかと思しますので、僕はちょっとこの2週間まだ待ってっていうのは少し甘いんじゃないかなと思います。

もう直ちにフェーズ4宣言してですね、きっちり206なり215なりを本当に診れるんだと。例えば今も70%でレッドっていう大阪モデルがありますけど106に対して今70ですか。

本当だったら70ギリギリですよ。今日か明日ぐらいにってことですので206か215でやるからいつも20とか30の数字になるんですけど、現状的にやはり宣言はしていただくということが病院の幹部の先生にとってもですね、なんていうかもうそこはもう待たないとか、体制上のみんなの指揮命令系統、もう本当に思っている以上に病棟空けて看護の体制等を作るってことは時間がかかりますので、僕自身はやはりもう直ちにフェーズ4宣言すべきんじゃないかなというふうに個人的には、それは強い危機感を持っておりません。はい。

■朝野会長

高橋先生いかがですか。

■高橋委員

倭先生ありがとうございます。ナースの配置って非常に難しいんですね。それぞれやっぱり子育て中であつたりとか家族のことがあつたりとか、コロナ病棟を作るって言ったときに、看護師総入れ替えをする可能性もあります。

そういったときに、たった1週間やそこらではできないといったところがありますので、早め早めに言っていただいて、備えていただく。ただ今までの過程でそれぞれの病院がそれぞれやってきたという自負がおありなので、なかなか踏み切れないところもおありかもしれないんですけども、やっぱり今のこの数字を見て非常に怖くなりますし、患者と医療者にとって本当に安全で、そういった大きな波をうけて立つための万全な体制を作らないといけないと思います。公的私的、そんな関係なしにですね我が事として大阪全体で一丸となってこの体制を整えていくっていうところで、この数字以上にコロナのベッドをしっかりと作っていくっていうことが大事かなと思います。

■朝野会長

医療側としてはフェーズ4ということで、準備もちろんフェーズ4宣言してフェーズ4の実現に向けて運用を開始すると。ただしそのときにできるだけそれ以外の医療に影響が出ないような工夫は各病院で行うということになるかと思います。

それから次の論点といたしましては、資料1-3のところでは65歳以上93%から96%肺炎の所見があるとこれはもちろんもう入院になると思うんですけども、その下のところのその他中等度以上の基礎疾患等又は合併症によって入院を、つまり基礎疾患があるそのために入院しなければならないということが多いと思うんですね。その部分で無症状であれば、宿泊施設で経過を見るということが可能であるかどうかとこの条件を少し緩和していいのではないかというご意見ですけども、現実問題としてまず問題は、その宿泊施設にいても増悪したときにすぐに拾い出せますかという問題、これについてはいかがですか。

■黒田副理事

宿泊施設の方には看護師を24時間常駐させておまして、急変した場合にはすぐ看護師さんの方ではですね、レッドゾーンの中にまで入って実際にサチュレーションであるとか、そういった状況を踏まえて、必要に応じて私どもの24時間入院フォローアップセンターのドクターの方に繋いで入院を必要であれば入院をさせると、そういう体制をしっかりと取らせていただいております。

■朝野会長

今までにそのホテルに宿泊された方で重症化されて、少し時間が経ってしまったというような事例はございましたか。

■黒田副理事

ホテルの方ではできるだけ早く入院を判断としてですね、させるようにしていますので、基本的に重症化したっていうのは今聞いておりません。ただ、反対に早く入れてるので、比較的この最近毎日100人ぐらいホテル入っておられる状況の中では、1日に1人2人がホテルから入院される方が出ると、そういった状態になっています。

■朝野会長

ぜひその余裕持って入院していただければよろしいかと思えますし、この前言ったサチュレーションモニターぜひたくさん用意してください。呼吸状態が悪くなるっていうことを見つけるにはやっぱりサチュレーションモニター必要ですので、ホテル行ったとき1個だけ用意してあったんで、これが足りないなと思ったんでそのあたりをよろしく願います。

ではこのような案について特に問題ございませんでしょうか。これ保健所長さんが主に

判断されるということになりますね。その判断は医師としては保健所長さんということになりますね。いやもっとベッド増やせばいいじゃないかって話になってくるわけですね。

一方で、ベッドをできるだけ増やしていくという方向について、この辺りはいかがですか。今重症のところは先ほど言いました。フェーズで上げていき、あるいは中等症ももちろんある程度 900 何床と今来ていますけども、これをもっと増やす可能性はあるのか、今まで手を挙げていただかなかったところが手を挙げていただくようなことはあるのかということはどうでしょうか。

■酒井課長

軽症中等症の病院につきまして、もともと計画上の 1400 床というところに届いていない確保の数になっています。先ほどの資料でいきますと、1199 床 1200 床をフェーズ 4 で確保お約束いただいておりますので、まだ足りない部分ここについては先ほど少し佐々木先生の方からお話ありましたけれども、公立病院の方に今以上にフェーズ 4 の段階になったときにですね、さらなる上積みができませんかということで、それぞれのお持ちの病床数に合わせてお願いをしたという経緯があります。一定医療機関の方からはさらに積み上げでご回答いただいておりますので、そういったものを集計して積み上げていきたいと思っています。なかなか、ただその 1400 床をさらに大きく超えて確保できるのかと言われると今の現時点ではそこまでのものっていうのは正直ないということになります。

■朝野会長

ご協力をいただくようにまたご尽力いただければと思います。

この資料 3 の裏面の重点化というのは非常に重要なポイントで、私達の病院でも長期になられる方がやはり基礎疾患によって肺炎は治ったけど、後遺症もあるし、人工呼吸器が外れないっていう方もいらっしゃるって、そういう重症なんですけど、コロナは何とか克服された方を診ていただけたところがあると、そのベッドを急性期の病床としてまた活用させていただけるっていうこともありますので、この点についてもちょっと大阪府の方でやっぱりその重症ベッドを増やすというよりも重症ベッドをできるだけ効率よく活用させる方向として、そこから次の病床というのを考えていただくということが大事じゃないかと思えますので、増やす増やすではなくてそこにあるベッドをどう利用するかということの方のこともやっていただく、これが重点化だということでございますので、ぜひご尽力いただければと思います。

先生どうぞ。

■茂松委員

人工呼吸器だけを用いているのが重症というだけではないと思うんですね。人工呼吸器を用いてなくても余計管理が大変であって、重症病床で診ていけないといけないという患

者さんも多いと思われるので、その辺はきちっとした対応が求められ、ちょっと気になるところがあります。

それとやはり療養で診ても、急変する可能性がかなりあると思うんですね。だから救急搬送体制をきちっと準備してもらいたい。ただ、今すぐにはなかなか入れない状況でありますから、あらかじめ疑わしい人はチェックしておいて、救急時にはすぐに入れられるという枠組みの用意をお願いしたい。何かトラブルが起こったときに、遅くなっちゃいけないので、そこは注意をしていただきたいなと思います。

■朝野会長

佐々木先生どうぞ。

■佐々木委員

中等症病床受入機関に重症患者の受入を要請するという話がありますが、今の重症の定義は今茂松先生がおっしゃったように人工呼吸器に乗っている患者とICUに入っている患者ですよ。この中等症病床受入機関で受け入れられる重症患者っていうのはどういふのを想定されているのか。例えば、人工呼吸器はいらなくてもICUには入らないといけない患者でしょうか？ただこれも実は結構問題があります。ICUにコロナの患者と非コロナの患者が混在して入るのは難しいところがありまして、ICUには、陰圧の個室部屋もありますので、それは問題にとしても、その動線等を考えると、コロナの患者が一人でもICUに入ってしまうとICU全部をコロナ専用病床にしないとしょうがないようなことになってしまう可能性があるのですが、そういったところをどうしたらいいのかなと大阪府がどう考えておられるのかなと思って。

■浅田課長

入院フォローアップを担当しております浅田と申します。

今のご質問に対してですけれども、ちょっと明確にここっていう線の引き方は意外と難しいんですけども、結局、これまでもそうなんですけど、酸素需要が始まって、そしてそれが上がっていく途中で、やはり病院さんの方のご判断もちょっとまちまちなところもございまして、例えば酸素が極端に言えば1Lでも重症の病床に出してくれというふうにおっしゃる軽症中等症の病院様もありますし、2、3Lでっていうこともございますし、もちろん8Lとか10Lでとなればもちろん重症病床の方をお願いしている状況ではあるんですけども、そういったところを今まであまり人工呼吸器が必要になるまでの期間がですね、ちょっと少し余裕があるなって思われるような方も、今まで転院も重症軽症病床の方からご依頼あれば受けていただくところもございまして、そのあたりを少しご相談させてもらいながら判断していきたいというふうなことでもございます。

■佐々木委員

今までは、酸素が必要になった時点で、これは近いうちに挿管しなければならない可能性があるという患者さんを早めに重症を扱う病院に送っていましたが、そのような患者さんを、もうちょっと中等症を扱う病院で診ろということでしょうか。そのような患者さんを診られる病院はいいですけど、実際には、能力的にそのような重症を診られない中等症を扱っている病院もあるわけで、そのような病院で重症を扱って、結果的に手遅れになってしまうことになる、かえって具合が悪いことになります。同じ中等症の病院といっても、どの程度の患者まで診られるかという評価をして、病院を振り分けてもらわないといけないと思います。

■浅田課長

すいません、ここの資料にもございますように、中等症軽症受け入れ医療機関の一部にというふうにかかせていただいていたしまして、全てにというつもりはございません。

おそらくその時々にご相談とか、これまでも例えば専門の先生がいらっしゃらないとか、例えば土日の体制であったりとか、宿直とかそういう先生がたまたまちょっとそういう専門でないとかいったこともご相談の上で判断はして参りましたので、全てにという意味ではございませんけども、ご協力をお願いしたいということです。

■佐々木委員

重症度の定義上、ちょっとサチュレーションが下がって酸素が必要なぐらいでしたらまだ重症にならないですよ。ICUに入る必要がなくて、人工呼吸器もまだ必要ないけど、酸素濃度をかなり上げないといけない状態というのは将来重症化するということで、患者さんのこと考えたら早めに重症担当病院へ送った方が良くと思います。

■藤井部長

もう佐々木先生のご意見もとてもなんですけども、病床に余裕がある場合は、念のため重症受入病院への転院というのが余裕を持って実施をできておりました。ただ先ほどから申し上げていますように、病床が完全に逼迫して日々の患者の受け入れについてかなり窮屈な状態になっております。大阪府の入院調整のいいところというのは入院フォローアップで入院要請がある患者さんの状況を一挙に情報を集めておりますので、どの方を重症病院に転院させるかという優先順位をですね、浅田課長以下で全体の患者の中で優先順位付けしながら、おっしゃっていただいた重症病院に送る必要のある患者さんからできるだけ迅速に判断をして定員調整をさせていただきたいと考えておりますので、どうしても患者数が増えますと、そのときに転院をさせていただける患者さんの層がどうしても基準が上がってくるということを、医療機関の皆様にご了解いただきたいと考えております。

■朝野会長

トリアージの問題ですね。余裕があればもちろん軽症、中等症で少し悪くなりそうだなっという人から重症病床の方に入っていただけるかということですが、ここで見ますように、25%の人は挿管しないで、結局重症ベッドに入ってらっしゃったっていう事実もございませので、もちろん病院の、これも重症に慣れてないところと重症に慣れたところがあって、挿管してから送っていただけるところもございませので、そういう意味で言うと、確かに病院の状況に応じて考えないといけないんですけども、その患者さんの病態を優先してトリアージをしていくということトリアージの司令塔が、フォローアップセンターで行っているということもございませ。もちろんもう本当にそういうことは実はもう何も選択せずに、どんどん入っていただくというのが一番いいんですけど、今のこういう逼迫した状況で、より必要な人に適切に病床を利用していただくということがこれからは必要になってくるということになります。倭先生その点はいかがですか。

■倭委員

おっしゃるとおりで、例えば標準的な治療をきちんとやっていただくと重症化しない。あるいは重症化したとしても、初期の治療をしていただいたら例え気管挿管され人工呼吸管理になったとしてもすぐ抜管できるというのが事実です。先日の大阪府主催の治療についてのwebセミナーでも、国の方で使えるお薬は有効に使うとある程度コントロールできることは症例報告しています。やはり一番大きな問題は、一般の方の意識が緩んでいるとか言われますけども、医療従事者自らの意識改革にあります。患者からしてみればやっぱり熱があってしんどくて呼吸が苦しいわけですから、最後までは例え診療できなくても、転送医療機関が決まるまでの間に初期の治療対応などができないのかとかいうこと自体が、僕は同じ医療従事者として甚だ疑問を感じています。やはり初期治療をしっかりやっていただいて、それでも重症になっている場合は初期対応がしっかりなされていると早く回復しやすいことは事実です。りんくう総合医療センターは治療に慣れているからそうしているだろうとのご意見もあるかもしれませんが、そこはいわゆる遠隔治療であるとか電話相談とかのサポートはしていかなければならないと思います。非常事態という場ですので、全ての医療従事者がやはり力を合わせて、少なくともリハビリを見ていただくとか、何らかの形でやっぱり貢献いただければと思いますので、そういった仕組みを早く動かしていただきたいと思います。

■朝野会長

ありがとうございます。中等症の病院で重症患者をみるという状況まで逼迫してきていますので、軽症の病院で経験のないような医療機関で、これはどうしようというときにすぐにサポートできる体制を作るということを、倭先生にぜひご協力いただきながらやっていただきたいと思います。そのあたりの体制も整備いただければと思います。より安全に患者

さんを診療できればと思います。

■生野委員

今、高齢者施設や医療機関でのクラスターがどんどん増えて、起り始めてもすぐに病院に移れない状況です。高齢者施設で1人発生した場合にすぐに支援に入らないと、あっという間に50人、60人発生しているのが500人ベースになると、間違いなくこのベースにいくと思いますが、現場は医療のこともわからない人が多いし、非常に難しいので、サポートチームがあって支援に入ってほしい。1週間も置いておかれたらみんな感染していく。サポート体制を作らなければ、あるいは他府県の感染者数がゼロの時には、他府県から支援が来るような仕組みが必要。

■朝野会長

資料1-3の一番下ですけども、医療機関でクラスターが発生した場合には、引き受ける病院がなくなってきているわけです。そうすると、その病院で診ないといけない。逆に言うと、どこの病院でも診れるように体制を整えておかなければならないという時期になってきたと思いますので、院内感染対策加算1、2を取っているようなところは専門の方がいらっしゃると思うが、そうでないところはぜひサポートをしていただいて、自施設でクラスターが起ったら自施設で隔離してその専用病床を設けるということを計画していただくことが大事だと思います。発想を転換させて、専門病院をどんどん作っていくのではなく、各病院が、患者さんが出たら自分のところで隔離をする。その体制を整えていくということを今から計画しておかなければならないと思います。加算を取っているところ、専門家のいるところは、それは自分たちでできます。そうではないところには、ぜひ大阪府の方から感染対策のサポートチームを、大阪府でも各医療機関の病床が逼迫していますので、それは周りの、例えば大学とか他病院のICN(インфекションコントロールナース)とかICD(インフェクションコントロールドクター)と一緒にサポートするチームを作っていくということも必要ではないかと思っています。そういう意味で言うと、ここに書いてある「その他」のところの、「コロナ受入医療機関以外の医療機関でクラスターが発生した場合に、当該医療機関に専門家等の人的物的支援を継続しながら、病状に応じた転院調整を行う。」つまり、軽症であればそこで隔離をして広げないようにしていただき、みていただくということを、これをどこの病院でも起こりうることだということを認識していただいて、今日、明日にでもそういう体制を用意しましょうという形で、大阪府の病院協会さんとか、もちろん公立病院はもう加算1、2をほとんど取得していると思うのですが、コロナ非受入病院というのはこの波において存在しないというふうにお考えいただく必要があるのではないかとこの段階に来たんじゃないかと思うんです。

■佐々木委員

そのとおりだと思います。先生がおっしゃったように、すでにコロナを受け入れているところはもうかなり感染対策ができています。今クラスターが発生するのは、コロナを受け入れていない医療機関が圧倒的に多いので、前も言いましたけど、教育というか、単にコロナが発生したときに、その専門家を派遣するのではなくて、発生する前から感染対策教育をしっかりすることが重要だと思います。

■茂松委員

医療機関はいいと思うんですけども、やはり老健施設と高齢者施設が一番問題だと思います。起きたときに隔離できない場合は、転院を促していかなければならない場合もあります。そうなってくると、ACPのように積極的治療ができないということも起こってくるので、起こったときにどういうチームが対応するのかという、これもやっぱりチームとして組んでおかないといけないという気がします。みんなで協力しあってやっていかないとはいけませんし、よろしくお願ひしたいと思います。

■朝野会長

近所の施設でクラスターが発生した時は、保健所と一緒に阪大のチームが入っていきました。

■佐々木委員

保健所を中心にチームを作るという話がございましたですね。

■藤井部長

クラスターが発生したときの支援チームはできておまして、専門家の先生と保健所と地域の基幹病院と一緒に入らせていただいてサポートするといった取組みをしております。ただ、連続して日々医療機関や施設含めて複数件発生するという事態になっておまして、保健所の個別のサポートがどこまで対応できるかという事態になっております。現在の時点では1例でも発生したら関係者全員検査をするということにつきましては、18保健所で徹底できており、そこはしっかり粘り強く頑張りたいと思います。

■朝野会長

保健所と医療機関が協力してやっていかないといけない。感染対策の場合、地域ネットワークがありますので、そこを利用しながら保健所と協力してその病院のサポートに入ることになるかと思ひます。施設の場合にはなかなか隔離ができないので、そういうところのためのベッドを空けるためにも、各病院でクラスターが起こったときには、医療機関ですから自分たちで見るといふ体制をこれから構築して、非コロナの医療機関です、という状況はもうないのだというふうには、各病院それぞれが自分のこととしてお考えいただくよう

なフェーズに入ってきたのではないかと考えております。

ということで、今フェーズ移行につきまして、それから重点化、そして入院の条件の緩和、そして各クラスターが起こったときには医療機関に専門家を派遣するというようなことのご提案について、これは合理的な判断だと思いますし、これを了承して、私達もそのように進めていきたいというふうに考えております。

それでは議題の2 「大阪コロナ重症センター」の運営について、よろしく願いいたします。

■事務局

<資料2について説明>

■朝野会長

高橋委員、看護師さんの確保はいかがですか。

■高橋委員

なかなか難しいのですが、やはり、それぞれの病院が本当に切迫している状況で、1人出すというのが非常に困難な状況はお聞きしてはいますが、やはり大阪府下全体のことを考えたときに、一つの施設から1人出していただければ、全然違ってきます。病院の大中とか公的・民間とか関係なしに、とにかくお1人ずつ出していただければ。正直私達の間から見たら、看護師が1人感染を起こしてしまったら、ずっと休まれるわけです。大阪府下を守るためにその1人だと思って出してくれたらうまく運用していけると思うので、各病院せめてお1人出していただければと思っています。

大阪府看護協会も今、フリーランスでしかも人工呼吸器がきちんと使える人に対して公募をかけています。今11人が手を挙げて来てくれてはいますが、これも増えてきたらいいなと思っていますが、我が町を守るために、全病院がお一人出していただければうまく運用していけるので医療崩壊を防ぐためにもぜひご協力をお願いしたいと思っています。

■茂松委員

看護協会さんで研修をされましたが、何名の看護師さんが受講されたのですか。

■高橋委員

約140名以上の方に参加していただいています。その方たちはすごくやる気満々だったのですが、参加された方全員を重症センターの看護師として派遣していただくのはちょっとかなわない状況なので、ぜひ調整をし派遣をしていただければと思っています。

■朝野会長

次に議題3の診療検査医療機関の指定について、ご説明をお願いいたします。

■事務局

<資料3について説明>

■朝野会長

これにつきましては茂松委員にぜひご尽力いただいたので、お願いいたします。

■茂松委員

この資料3の表の図ですけれども、我々医師会への説明時の資料は、この図ではなかったんです。我々への提示資料は、保健所がきちんと大きく表示されている図で、保健所がフォローアップセンターと連携を図って患者さんの入院などをフォローするということが書いてあったんですが、この資料にはそれが出ていない。どういう差があるのか、一つお聞きしたい。

それと今回、大阪では診療・検査医療機関に指定された医療機関が少なかった。1割ぐらいの医療機関しか応募してない。これはなぜかという、国の方針では、検査を他医療機関へ依頼する医療機関も全部指定して構わないという位置づけになっているんですね。

自分のとこで検査しなくてもいい、検査できる医療機関に電話をすれば連携が取れるため、指定医療機関になれるというのが、国の示した方針であったにもかかわらず、大阪では必ず診療検査をしなければ指定医療機関になれないということを言われたので、みんな危惧してなかなか手を挙げてくれなかったということが一つあることは、ご理解をいただきたいというふうに思っております。

それから何か問題が起きたときに、ホットラインの電話というのがものすごく大事になります。今、大阪市ではドクター用のホットラインが設置されていますが、各保健所ではドクター用ホットラインがほとんどないように見えますので、そのあたりをきちんと構築を図っていただきたいなと思っております。何か連絡を取るときに、今ですと、連絡がつくまで、30分40分と時間がかかる場合があります。患者さんにもし何かあった場合に、すぐに連絡ができるようなホットラインだけはしっかりと作っていただきたいなというふうに思うところであります。

■藤井部長

資料3の図について、医師会の方にご説明した内容と全く変わっておりません。保健所が入院勧告や療養の決定、陽性者の健康観察を行うということを、保健所の役割の中に記載をしています。また、保健所のドクターへのホットラインについては、基本的に緊急電話を各保健所長が携帯しておりますので、いざというときの場合の連絡網について再度の徹底をさせていただきます。

■茂松委員

とにかく我々は保健所と車の両輪だと思っており、一緒に活動できるようお願いしたいと思っております。よろしくお願ひしたいと思っております。

■乾委員

医師会、かかりつけ医が中心になって診療・検査医療機関としての対応および府民の相談体制の整備等、通常の業務に加えて大変なご負担の中、進めていただいていることに敬意を表します。我々薬剤師会としても、府下にある4200の保険薬局にこの制度についてしっかりと啓発をさせていただいて、府民の混乱がないように進めたいと考えております。また、かかりつけ薬剤師として、地域でかかりつけ医の業務軽減になるようなことがあれば、ぜひとも協力させていただきたく、今後も医師会と連携をとって進めたいと思っております。

■茂松委員

今度、協議会が来週あるんですが、薬剤師さんとの連携も考えていきたいと思っておりますので、その辺はご理解をいただきたいと思っております。

それと自宅療養のオンラインの診療について、現在、大阪府医師会ではアンケートをとって協力医療機関を募っており、充実に向けて活動を図っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

■朝野会長

薬剤師会の皆様のご協力がないとなかなか前に進みませんので、ぜひよろしくお願ひいたします。

ちょっと時間がオーバーしてしまいましたけれども、本日の協議会はたくさんの前向きな意見が出てまいりましたので、非常に良かったと思っております。皆様のご協力のおかげとっておりますので、また今後とも、この難局をどう乗り越えるかっていうことと、医療を助けてほしいのは、やっぱり社会も一緒にこの難局を乗り越えるということが必要だと思いますので、大阪府としても大阪府民の方たちにできるだけ感染予防、感染対策をしていただけるように啓発を進めていただければと思います。

以上でございます。どうも皆さんありがとうございました。これで終わらせていただきます。