

第9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3年3月10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、ただいまより第9回大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会を始めさせていただきます。委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところご出席いただき、誠にありがとうございます。

本日の協議会の委員の方々についてはお手元の名簿の通りでございますので、そちらのご確認をよろしくお願いいたします。それではまず初めに、健康医療部長よりご挨拶を申し上げます。

■藤井部長

健康医療部長の藤井でございます。大変ご多忙な中、また夜遅い時間にお集まりいただきましてありがとうございます。

さて、第3波でございますが、2月末に緊急事態宣言解除によりやく至りました。その後もリバウンドを防ぐために府民へのお願い、飲食店の事業者さんに対する時短のお願いを継続しているところでございます。

この第3波に関しましては、10月の中旬に入りましてからおおよそ100日間、入院患者さん、主要ベッドが増加し続けるという非常に規模が大きく、長い波となりました。この間、大変なご協力、医療関係者の皆様、公民合わせた各医療機関の皆さんに大変なご協力をいただきました。

大阪府、日々ですね、11月の末あたりから非常に病床運用が緊迫してまいりまして、毎日残る病床の確認と、この週末を乗り切るかどうかという確認で、本当に日々肝冷やすすいでもございましたが、多くの方のご協力、民間病院含めて多くの受ける病院に手を挙げていただいたこと、あるいはあの緊急のお願い、あの計画を上回るお願いにも答えていただいたことで、この3波を何とか乗り切ることができたと本当に心から感謝いたします。おかげさまをもちまして、計画を上回る病床が確保できました。

本日の議題2点目に議題とさせていただいておりますのは、新たな病床確保計画、実は大阪府内でも変異株の方、かなりの数確認をされております。

また足元1週間では、感染者数前週比1を上回るという下げ止まりの傾向が出てきておりますので、国が新たに病床確保について方針を示すという報道もありますが、大阪府にお

きましてはその国通知に先んじて、一刻も早く新たな確保計画あるいはフェーズ以降の基準について、本日議論をお願いしたいと考えております。

また、議題の1点目はワクチンについてでございます。当初3月中に医療従事者31万人の接種を終了する見通しでしたが、供給量が思ったよりも後ろ倒しになりました。が、一方で、4月末にはかなりのワクチン供給があるという見通しになっております。この接種の方針について委員の皆様方にご議論いただきたいと考えております。その他、検査でありますとか、退院の基準等につきまして、最新の事項についてご協議いただければと考えております。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、朝野会長をお願いしたいと思います。会長よろしくお願ひいたします。

■朝野会長

こんにちは。大阪大学の朝野です。

皆さん、お忙しい中、またこの第3波も何とか乗り越えてきたかなと思って、ただ下げ止まりが来ておまして、今、週平均70人ぐらいから80人ぐらいになって、10月ぐらいが50人ぐらいだったのですが、急激にまた上がってくるかもしれません。できれば50人以下を目指してぜひ医療体制の維持を頑張ってくださいと思います。病床の確保も可能であったということで、皆さんのご協力のおかげかと、特に民間病院がかなり病床を増やしていただき、生野先生どうもありがとうございます。

みんなで協力して大阪府は頑張ってるってことです。特にこの医療関係の皆さん。ワクチンにつきましてこれからまたお話し合いをさせていただきますが、ワクチンの本数が十分あれば、こんなことを言わないでポンポン打っておけばいいと思いますが、やはりワクチンの本数が徐々に来るので、順番に打っていくということになります。その順位付けがどのようにあるべきかということでお互いに譲り合いながらも、とにかく医療者を守りながらやっていければと思っています。

それでは議題に従いましてお話し合いを進めさせていただきます。まず、協議事項でございます。1番、新型コロナウイルスワクチン医療従事者等への接種方針についてということ、事務局の方からご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

ありがとうございます。お伺いしたいのですが、医療職が終わってから高齢者というので

はなくて、高齢者も同時に走らせるっていうことですか。

何月ぐらいから高齢者の接種の方に移る、同時並行になるのですか。

■藤田課長

高齢者の接種につきましては、4月から限定的ではございますけども、府内の高齢者の約1%分のワクチンの供給がスタートして参りますので、そこで並行して接種をしていく形になると思います。

■朝野会長

ありがとうございます。ということで医療者、医療職と、あと救急の方々とか、そういう方々を行いながら高齢者の方にだんだんに広げていくっていうことになるということなんです。何か今のところでご質問や、あるいはこの順番について、いやここはこうした方がいいんじゃないかみたいなお話を、ご意見ありますか。

■茂松委員

大阪府ですけれども、今日会議がありましてちょっと地区から言われたんですが、地区で、例えば発熱外来とか、それから病院に応援に行ってるとか、そういう先生方はどこに入るんですかという質問があって、おそらく検査診療医療機関のところでしようという話をしたんですが、それでよろしいですかね。

■藤田課長

はい。その通りでございます。

■茂松委員

それとアンケートを取られるっていうのをお聞きしてるんですが、ワクチン接種のところですね、集団とか個別に。それはアンケート取られるのですかね。

■藤田課長

集団接種とかに出務いただいている先生方へのアンケートということでよろしいでしょうか。

はい。4番の高齢者接種協力医療機関につきましては、まだ我々も市町村から情報を得てませんので、今後市町村であったり、郡市区医師会さん等々に調査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、よろしく願いいたします。接種をしていただく先生方にできるだけ接種をしてか

ら打っていただくということですね。

それから、太田先生、歯科の方はちょっと順番的に言うとこれでいきますと6番、第6位ってということになりますますがそのあたりの先生ご意見をいただければと思います。

■太田委員

確かに診療科の中では、患者さんがマスクを取り、あるいはマスクをしないで診療する等々、危険度は高いとは思いますが、だから最優先にと我々は考えておりません。府が一番効率よく接種できるという形に協力していきたいと思います。

■朝野会長

歯科の先生で発病された方っていうのは、どのぐらいいらっしゃるんですか。

■太田委員

歯科医師で発病された方は、今一桁台です。診療所そのものに集団感染した例は1例もありません。

■朝野会長

幸いなことに、いつか知事も言われましたように、歯科医師さんっていうのが一番危なそうですが、きちんと防御されているっていうことです。

■太田委員

H I Vから数えてもう30数年、もう歯科医療というのは感染対策そのものだということはずっと会員指導してまいりましたので、何とか今のところは凌いでおりますがこれからも続けていきたいと思っております。

■朝野会長

ありがとうございます。歯科が一番最初の頃危険だなと思っていたら、かなりきちんと対応されているっていうことが、特に歯医者さん行ったら最初にうがいをして殺菌してから治療されます。飛沫がよく飛んでるようですが、あれはほとんど外から入れた水が飛んでる。内側の唾液が飛んでるわけじゃなく、少し混じってるけど希釈されてるんでしょうね。

■太田委員

今の歯科治療、歯を削るときに当然唾液を一緒に巻き込みますが、それをすぐ横で口腔内バキュームという吸引の装置で、もうほとんど90数%吸込み、飛沫の部分についても、いわゆる感染をするほどの量はないということが、歯科医学会ではすでに承知されております。

■朝野会長

ありがとうございます。非常に注意深く且つ科学的にも安全が保障された状態で治療をされてるということです。

それから、病院単位でワクチンを配布するわけですが、コロナ患者を診てる病院でも患者を診てない部署があります。基本的には病院はコロナ患者を診ている部署だけじゃなく、みんなで協力してコロナ診療をやっていますので、そういう意味で言うと、むしろ病院というのは全体でコロナを診てるということにおいてみんなで支え合ってるっていうふうにお考えいただければと思います。診ている病院あるいは発熱外来をされてるところ、看護師さんも事務の方もみんなやはり対応されてるというふうに理解しております。病院単位であるということは、1番をコロナの受け入れ病院としますと、その病院の中にも診ていない部署もいっぱいあるじゃないかという話になりますけども、そうではなく、みんなで力を合わせてやってるっていうふうにご理解いただければと思います。

乾先生どうぞ。

■乾委員

歯科医師と同様に、我々薬剤師もしっかりと感染対策しながら、特に診療検査医療機関、発熱外来をされてる医療機関の処方箋の応需を行っています。PCR 検査等を行っている医療機関からの新型コロナウイルス感染の疑いのある患者さんの処方箋を受けている薬局も多く、本会にて調査したところ 4 割近くの薬局で応需しているという結果が出ています。新型コロナワクチンの優先順位について、アトランダムに順番がまわってくるということですね。はっきりと日がわかれば、薬局薬剤師もより安心するのではないかと思いますので、もう少し具体的にわかり次第、早急に教えていただきたいと思います。

それと高齢者への集団接種についてもですね、大阪府医師会にご配慮いただいたこともあり、我々薬剤師も各地域で協力させていただくこととなっております。特にワクチンの希釈充填、お薬を服用されている高齢者も多くいらっしゃると思いますのでそれらの事前の予診票チェックなどで協力させていただく予定ですが、そういう薬剤師出務者についてもワクチンの優先接種について同様の取り扱いを是非していただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

■朝野会長

ここに高齢者接種医療機関というふうに 5 番に書いてある。この中には、例えば薬地で打とうというときには、薬局の方の薬剤師さんにやはり希釈それから分注していただかないといけないので、そういう方はここに入るということでよろしいでしょうか。

■藤田課長

はい。高齢者の集団接種会場等に出務いただく薬剤師の方であったり、看護師の方だったり、そういった方々についても調査して、ここの順位のところでは接種いただけるように、予診票を準備していきたいというふうに考えております。

■朝野会長

ありがとうございます。様々にご配慮いただいておりますので、この順番ということで。ワクチンが入り次第ということになりますけれども、とにかく早く入ってくればよいなというふうに思います。生野先生どうぞ。

■生野委員

民間病院は老健、特養との連携が深い。私どもの医療法人はこれらの老人施設を運営していますが、第三波ではクラスターを発生してしまいました。ワクチン接種を老健、特養で優先していただけたらと思っていまして、この4ページでは、老健であっても医療機関と同一敷地内である要件が付いています。敷地内に病院がある老健は医療も行き届いている可能性が高いですが、敷地外の老健の方が優先すべきだと思います。特養は医療から離れており、クラスターの発生もあり死亡率も高かった。このような老健、特養のワクチン接種の順番はどうなっているのでしょうか。

■藤田課長

医療従事者等の優先順位の考え方につきましては、国が定めることとなっております、都道府県の裁量というのとはございません。

高齢者施設等につきましては、市町村が接種を実施していく中で、大阪府としましては、2月3日の連絡会議で区内、各市町村高齢者への接種と同時に、従事者の方にも接種いただくようにご検討いただくようお願いしているところでございます。

■朝野会長

どうもありがとうございます。ただやっぱり老健は危ないですね。老健で起こると本当にたくさんクラスターが出てしまうので、そこを早く守ってあげないといけないと思います。可及的速やかに接種ができるようお願いいたします。はい。これはそのような順番でよろしくお願いいたします。

次に議題2でございまして、病床確保計画の見直し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2について説明>

■朝野会長

ありがとうございました。とにかく経験したので、この経験を生かしてよりフィットしたフェーズに移行していくっていうのは当然のことだと思います。何も経験してないときは一応机上でこういうふうにフェーズ移行しようかということやってきたのですが、今回はまずこの経験を生かしてフェーズ移行を5段階にしてよりスムーズにご移行しているということになりました。この点については特に問題ございませんよね。これはまた次の経験によってまた変わってくるかもしれません。今の経験値で最も良い方法というのを採用されたということですので、この運用をしっかりとやっていきたいと思っております。

さて一番最後のページの問題点ですが、重症病床を厚労省は、第4波については第3波の2倍程度を想定しろということですので、重症病床例えば187だったので、400近くのベッドを重症として用意しなければならないと、第4波もし変異株できて、より重症化しやすくなればそういうことになるわけですので、そういう意味で言うと、かなりハードル高くなってまいります。ただその前にその一番後ろのページの一つ目の黒丸のところの1割程度1日あたりの受け入れ患者は1割以上ということで、これは何とか生野先生この辺りぐらいだったら何とかいけそうですか。

■生野委員

自施設から考えますと、1日あたりの受け入れ、1割以上は可能な数字です。

■朝野会長

ありがとうございます。これは、佐々木先生はどうでしょうか。受け入れの1割ぐらいずつ入れ替えをして10日だからということなのですけど。

■佐々木委員

可能だと思います。いろいろ現場の方からクレーム出るかもしれませんが、理屈の上でも可能だと思います。

■朝野会長

一番大事なことは、そのの良くなった方を後方の方に常にアフターコロナの病院を用意してた。これは次の議題で出てまいりますので、アフターコロナの方にスムーズに移行していただければ、急性期の人たちを見ることができるということですね。

■佐々木委員

入院の依頼の時間を、ばらけさせてもらった方がいいという意見が出ています。例えば午前午後に分けて依頼をしてもらった方が、現場で対応しやすいということです。いっぺんにその1割、例えば30人中3人いっぺんに見るというよりも、同じ3人なら、午前と午後

分けて依頼してもらった方が良いと思います。

■朝野会長

だいたいフォローアップセンターって病院の受け入れ依頼が1巡して次のまた1巡できますんで、だいたい多分午前、午後でわかれてくると思いますが、それで、そういう感じですよ。今フォローとセンターでは重症はよく一巡して、また1巡ってという感じで、1日多いときは3巡ぐらいいきますよね。

■浅田課長

すいません。そういったこともありますけれども、基本的に検査の結果がある程度まとまって出てくるのが、午後になりますので、午後ってというか3時ぐらいとかになりますので、そこから患者さんと情報収集した上で療養方法は決定されて、私達の方に申請が上がってくるという流れになっております。

その時点でその日のうちに入院が必要な人については、すみません、ちょっと遅い時間になることがあるんですけども、そこをお願いしてまして、翌日で大丈夫な方については翌朝からの入院調整というふうに一応振り分けさせていただいている次第です。ですのでちょっと患者発生が多くなりますと、どうしてもやや遅い時間に少し固まってお願いすることが生じてしまうという現状でございます。

■朝野会長

できるだけ配慮していただいて、同一医療機関に同じ日にご紹介いただくときには少し時間を空けていただければと思います。あと重症病床の8割これは前に決まりました。85%超えても逼迫状態が厳しいときには、元の病院中等症軽症で重症化された方はそこで診ていただく。ただこれは原則ベッドが空けば重症に移すという原則でしょうか、それとももうずっと見てくださってという意味でしょうか。

■酒井副理事

ここに記載しております通り、もう85%程度ということで、あくまでも臨時的なものですので病床が入ってくれば、当然ずっとということではなくて、我々としてもある一定期限は第3波のときも切った上で、こういう運用もお願いしてたと思いますので、期限を切ることと、85%っていう一定の目安、そういったものも見ながらあくまでも臨時的にということを考えております。

■朝野会長

1人の患者さんが例えば重症になられました、重症病床がもう埋まってしまってます。ただ、その重症のところは翌日退院されました。そこでベッドが空きましたのでそこに行っ

ていただくという、こういう流れでよろしいですね。

■酒井副理事

そこは患者さんの状況を見ながらにはなるとは思いますけれども、基本的にはそういう流れになると思います。

■朝野会長

この点は生野先生いかがですか。しばらくでも、もしかしたら長期化するかもしれないけども、生野先生のところ重症の方も見ていらっしゃるんですが、それ以外のところで重症見れないなって最初からおっしゃってるところで重症を診療するってのはいかがですか。

■生野委員

やっぱり不安で、重症になったらすぐ移せるという確約が必要です。重症化しても受け入れる病院があれば、積極的に診察、入院を行ってくれる病院は多いと思います。重症患者の受け入れ、重症病床の確保が望まれます。

■朝野会長

十分あればもちろん 85%ってのはかなりの一番ひどいときですね、3 波でも一番多いときですので。倭先生、中等症病院で重症を見るっていうことについていかがですか、その可能性ということについて。

■倭委員

ありがとうございます。やはり 85%を超えたときにですね、重症を診ている病院でさらにベッドを増やしますと、現実この第3波の終わりがごろ大阪全体での救急の応需率がかなり下がってるんですよ。

当院もそういった中で診療していますので、圏内の患者さん本当に限られた人数しか診れなくて本当申し訳ないなと思ってるんですけども。

やはりトータルの医療を考えたときに、やはりある程度は中等症病院でお願いしてですね、ベッドが空けばもちろん重症は引き取らせていただく形にしたいんですけども、大阪全体での他の救急等の割合や兼ね合いで考えますと、お願いしたいなというところが、なんていうか通常の救急と重症のコロナ対応の両方を担当しております我々としての心の思いですね。

■朝野会長

佐々木先生どうぞ。

■佐々木委員

一つはですね、ここに一定規模以上の公立病院等に限ると書いてありますけど、これは公立病院に限る、すなわち例えば今生野先生おっしゃった民間病院は基本的に入らないということなんですかねこれ。

■酒井副理事

ここに書いてある通り、一定規模以上のももちろん公立病院はある程度その向けていたきたいというのがあるのと、民間病院についても一定の規模、400床とかですね、そういった形一定規模お持ちの病院については、この対応をお願いしたいということです。

■佐々木委員

それともう一つね、前もこの話がありましたけど、重症を診る病院で重症のベッドが一杯で入院するところなければね、中等症を診る病院で診なければしょうがないと思っています。本来は役割分担して、重症を診る病院で診る方がいいと思いますが、緊急事態下では、中等症担当病院でも重傷を診なければと思いますけど、エクモを使わなければならないような重症化した場合に、重症担当病院ですぐ取っていただけるかどうか問題で前も中等症を診る病院間でも議論になったんですよね。中等症を診る病院では、重症化してあつという間にエクモを使わないといけないというな時にとっても対応できないので、そういうときにすぐ取ってもらえるのかどうか。そこが一番大きな問題だと思います。

■朝野会長

ある特定の病院しかエクモはできませんので、それは絶対取っていただかないといけないと思いますが、そのあたりいかがですか。

■酒井副理事

そういった意味も含めまして、85%ということにしておりまして、当然その全く受けられない状態になると、あの先生もご心配の通りに、本当にそこでしか見えない患者さんが出たときに対応できなくなりますので、一定の余裕という、言い方あれですけども、一定の数は担保しておいてその上で軽症中等症の病院で診ていただくということで85%ということの一つ目安にさせていただいているところではあります。

■朝野会長

ということでエクモができる病院はある程度1床2床は必ず空けておくってということですね。1床2床で足るかどうかわかりませんが、今だと倭先生、だいたい大阪府でエクモで最大10ぐらい？

■ 倭委員

10 ぐらいじゃないですかね、このデータですと。

あと一つちょっと先生に教えていただきたいのですが、第 3 波の時に現実にこれでどれぐらいの病床で運用されて、何日間くらいあるいはまた佐々木先生が今危惧されておられたなんてことが実際どうだったかとか、何か情報ございますでしょうか。

■ 酒井副理事

運用の期間としては確か 2 週間程度だったかなと。3 週間ぐらい、2 週間から 3 週間程度だったと思います。で、実数としてはちょっと……。

■ 倭委員

もう搬送を、実際そういう例があったかとか。

■ 茂松委員

実際にどうですか、越えなかったじゃないですかね。

■ 倭委員

ほとんど、あんまりなかったような気がするんですけど。

■ 酒井副理事

運用をお願いした期間は 3 週間ですが、85% 超えた日は数日だったと思います。最高で 87% ですね。実は運用的にはそれほど、実際なかったという理解で。

■ 浅田課長

エクモが間に合わなかったっていうケースはございませんし、ちょっと 2 次救急で留め置いていただいて見ていただいたケースが精緻な数ではちょっと統計がとれていませんので、まだお知らせできたらと思います。

■ 倭委員

ぎりぎりなんとかあったと。

■ 浅田課長

そうですね、それが間に合わなかったことはございません。

■ 倭委員

わかりました。ありがとうございます。

■朝野会長

基本的には重症病床を増やしてしまえばいいんですけどね、分母を空ければいいわけですけども、こういうことで85%を超えるっていうのは大変なときですけども、そういう前提で原則これでいきましょうということですね。

それとその次のところのですね、休床病床を、つまり80床を40床にしてコロナを見るということになると、あと40床は基本的にはまだ空いてるっことになって、ただそれは人員の問題とかで40床で受け入れるっていうことにされているわけですが、これも、増床の要請を3波のときに行いましたね、あれでも皆さん駄目ですっておっしゃったところがどのくらいあったのですか。

■酒井副理事

もうこれも実際には軽症中等症のところは85%、運用率でいっても超えた日は実際にはなかったんですけども、お声掛けをさせていただいたときには数病院はやはり人員の体制の関係なんかで、これ以上の受け入れが難しいというお答えをいただいて医療機関もございました。ここはもう我々もそこをどうしてでもというのはあれですので、そういうお答えいただいた病院も数病院あったと思います。

■朝野会長

そっちが多かったのかそっちが少なかったのか。

■酒井副理事

受け入れができないとお答えいただいている病院の方が数としても少なかったです。

■朝野会長

何とかそれで85%を超えてもそういう対応しながら、これもとにかく病床を増やしていくっていうことが前提ですけども、85%を超えるような第4波が来たら、この二つの原則でやっていくと。これはあの第3波のときの経験で私たちが身に着けたことで、これで何とか乗り越えようということになったわけです。

あと何かご質問やご意見ございませんか。

では、こういう非常に貴重な第3波の経験をこういう形で生かして私達も進んでいこうということになります。

それでは議題3につきまして今後の入院、療養体制についてということで事務局の方から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

はい。ありがとうございます。確認ですけれども、コロナ回復者受け入れに関わる診療報酬上の加算というのは、これがアフターコロナにも適用されるということによろしいですか。

■黒田副理事

はい。8ページに書いております診療報酬の加算というのは病床区分に関わりなく、加算されるものでございます。

■朝野会長

これずっと加算されるのですか。例えば、90日100日ずっと加算していただけるということですか。

■黒田副理事

いや8ページにちょっと書いてございますように、救急医療管理加算については最大90日ということになっております。

■朝野会長

救急じゃない場合には？

■黒田副理事

これは精神病院であっても一般であっても、管理料の通常救急医療管理加算っていうのはできないので、できるようにした上で最大90日になっているというふうになっております。

■朝野会長

PCR陰性でもいいのですね。

■黒田副理事

PCR、いわゆる退院基準を満たした患者を受け取ったという形になっておりますのでPCR関係なく。

■朝野会長

それではこの2ページにありますように、この民間病院が、第3波でたくさんの病院

が手を挙げていただいて、病床数を増やしていただいた。これは生野先生、どういう経緯ですか？やらないといけないということなのか、あるいはもう、クラスターでたから慣れたからもう大丈夫ですよってということなんでしょうか。

■生野委員

1波2波の頃は、頼まれてない、積極的にやっていいのかという感じの民間病院が多かったと思います。第3波で病床逼迫となり、民間病院も自院も取り組もうと積極的な病院が増えてきました。どのようにして登録していいのかという相談も増えてきました。大阪府の依頼は民間病院のコロナ病床増床に拍車がかかりました。第4波に備えて、1~2床ではなくてもっと増やしてもいいよという雰囲気になっています。

■朝野会長

ありがとうございます。ご協力いただいて、たくさんの病院が手を挙げていただいて病床が増えたということで、大変心強いと思います。

それから透析病院、透析の病床が増えたっていうのも私たちも非常に嬉しいことで、一時逼迫しております、透析がもう外来透析しかできない、入院ができないという状況が起っていたりしたのですが、このあたりはどのような経緯で透析の病床が増えたのでしょうか。

■黒田副理事

透析につきましても、受け入れていただくための補助金の制度を新設させていただきまして、まず設備整備が必要な場合につきましても、1病院当たり1000万円を上限に設備整備をさせていただくとともに、透析患者を受けていただいたらお1人20万円を支給させていただくということで、ぜひ透析を受けていただきたいということで、非常にそこで広がったのではないかと考えております。

■朝野会長

透析の患者さんが行くところがなかったような状況もあったので、これも非常にありがたいと思います。透析の場合感染対策をしっかりやらないといけないので、そういう意味では設備が必要かと思います。そういう補助をしていただいたということで、大変良かったのではないかと思います。

それから地域ごとの偏りということで先ほどの圏域ごとで医療情報の交換とか、12ページですね。これが圏域での分担ということになると大阪市が取り残されちゃったりするか、大阪府全体で大阪市ちょっともう人口多いからまわりでベッド空いたら融通することでやっていくってということが一つの方向ですよ。

それとこの2次医療圏ごとに集まりましようっていうと、助け合いができなくなるんじゃないかと思う。医療圏内で助け合いももちろんやるのだけれど、医療圏の外とも連携する。

その場合、医療圏固まりましようというのが、少し齟齬が出てくるかなと思うので、こういう医療圏で実施するとしてもやはりもう医療圏を越えた診療とかコロナ対応ができるようにということやっていたことが、趣旨としては必要じゃないかと思う。そのあたりいかがですか。

■酒井副理事

この圏域ごとの会議って言いますと、当然メインは軽症中等症の病床の運用かなというふうに思っているんですけども、そういったことと先ほどのいわゆる後方支援病院、アフターコロナの患者さんを受けていただく医療機関、その連携をうまくしていきたいということがあるのと、我々このコロナ以外にも通常の一般医療の場合、医療構想というようなことで、各圏域ごとで病院さんにご参加いただく連絡会というのを持っておりますので、そういったものと同様に、それぞれの圏域の中で現実実態が今どうなってるんだろうかっていうのも、情報共有をまずはしていただいて、その中で病院連携なんかでうまく流れていくようなものが作ればなというふうに思っていますので。一方では先生おっしゃる通りその圏域越えて入院調整等をしないといけないケースは当然出てくると思いますので、それは実施をしていきたいと、それはそれで並行してやっていくということと、大阪市の圏域についても今思っていますのは、基本医療圏、大阪市を四つに東西南北に分けておまして、基本医療圏というのを持っておりますので、基本医療圏単位ぐらいで、この同じ二次医療圏と同じようなものが持てればというふうには考えてます。

■朝野会長

そのあたりの連携をよろしくお願ひしたいと思います。10 ページに第3波における自宅療養の状況というのがあって、電話等の診療および今後は訪問診療ということも考えるべきではないかということは、医師会としてこの辺りは、茂松先生いかがですか。

■茂松委員

今もう実際には呼ばれたときには行ったということは言われてますので、その辺は今後は実際に診療に行けるように頑張っていきたいとは思っております。実際には行ってるところもございますし、やっぱりそういうシステムをしっかり作っていくことが非常に大事ななと思っております。

今回大阪府医師会としては、300 いくつかの先生方にご連絡申し上げて、それがどの程度活用されたかというのがちょっとこちらに見えてないんですけども、その辺はいかがだったかなとちょっとお聞きしたいんです。

■黒田副理事

ちょっと手元に資料持ってないんですが、いろいろ保健所の方にお聞きして、どれぐらい

活用できてるか。

ただ 2 月時点でお聞きしたときはあまり活用できてなかったの、さらに保健所長会の方でぜひともやっぱり自宅療養の方のために活用していただきたいということでご案内をしたところでございます。

■茂松委員

実際に電話あったところで来て欲しいという依頼にはちゃんと応じてるというドクターからも連絡を聞いておりましたので、じわじわとそれは増えていくのかなと思ってます。できるだけしっかり対応していきたいと思ってます。

■朝野会長

ありがとうございます。それから薬剤師会の方でもその薬を配布していただけるっていうことで、実際にどのくらいかご存知でしょうか。

■乾委員

自宅療養者への対応として 1700 軒以上の薬局が手を挙げていただきご協力いただいているところです。現在、その利用状況について調査中でございます、処方箋応需を行っているのは間違いないようでございます。薬局より直接ご自宅にお届けいただいているようですので、今後数字がはっきりいたしましたら、ご報告できるのではないかと考えています。

■朝野会長

広報しないと患者さんも知らないかもしれません。府の方からもそのようにお伝えいただければと思います。

それから 11 ページのプレハブで新しくもうあと 30 床程度ということなのですが、もちろん一番大事なのはスタッフでございまして、高橋先生この辺りのスタッフ、今の重症病床センターですね、今看護師さんを派遣していただいたりしてるんですが、あと 30 床って言われたらどうでしょうか。

■高橋委員

非常に厳しいと聞いています。今現在はおかげさまで 30 床を回すだけの看護師数おりますけれども、倍になってきますので、30 床で 120 名ということは 240 名看護師が必要となりますので非常に厳しいとは思いますが、いろいろ工夫をする必要があるかなと思います。

■黒田副理事

すいません、この 11 ページの予算の方で書かせていただいております 15 億円 30 床程度につきましては、お手を挙げていただいた医療機関の方で建物の整備と人員の確保をしていた

だくということを今想定しております。

■朝野会長

なかなかそういうハードル厳しいですね。これ30増やしてそれで120ですよ、を集めるって医療機関だけでやるのはなかなか難しいかもしれないですね。

■黒田副理事

一応その想定としまして、ですからどちらかというと単独の病院というよりも、やはり一定のグループお持ちのような病院で採用もしていただきながらということをお願いできないかなというふうには考えております。

一箇所ではございません。これ10床程度で何床何ヶ所かということ今想定はしているところです。

■朝野会長

実現すると大変助かりますのでお話を進めていただければと思います。

他にご質問はありませんか。

救急の方もしっかり搬送が困難にならないようにする必要があります。やっぱり確かに発熱患者さんとか肺炎患者さん、急に診てくれと言われてたらやっぱりどうしても難しいということになりますけれども、このあたりいかがですか。救急対応されてる病院で、3次救急は、ピークのときやっぱり止めたりしたのですか。

■倭委員

基本的には止めてなかったですけど、第1波第2波の頃っていうのは、いわゆる緊急事態宣言下で人の出入りが少なかったので外傷が少なかったんですよ。ところがやっぱり年末断るわけにいきませんので、うちも本当に連日もうコロナ病棟だけが空いている現状が毎日続いてまして、もうこの週末明けて月曜日の朝なんて脳外のICU系、循環器やジェネラルのICU系、救命のICU系で全て満床で、今院内で急変起こったらどうすんだみたいな感じがあってですね、もうこれ以上現実には厳しいなっていうところで、それでもう応需率がかなり下がってるって、もちろん院長がかなり厳しく言っておられますので、一番知りたいのは今3週間たってフェーズをですね、今の重症病床をフェーズ4からもうちょっと下げるかどうかどのようにお考えなっているのか、ちょっと今日の議題とは違うのかもわかりませんがどこまで今3週間か4週間か、対策本部の議題かもわかりませんが、その方針って何か見えてこないのかなってことでちょっとかなり危機感を持っています。

■朝野会長

このあたりの救急対応についても工夫が必要かと思います。一方で、第1波、第2波の

時には外傷がかなり減ってきました。今回は緊急事態宣言とはいえ、少し慣れたっていうところがあります。

何かご質問やご意見ございませんか。生野先生どうぞ。

■生野委員

死亡者数が大阪で1000人超え、その7割が軽症・中等症の病院で亡くなってると言われてます。高齢者で重篤な合併症もあり、もうこれ以上医療をしないでくださいという人も多くおられたようです。しかし、重症病床の治療成績などが周知されていれば、積極的に治療を続けようという患者もいると思われれます。重症患者の治療成績を知りたいのですが、教えていただけないでしょうか。気管内挿管やエクモの治療成績を知りたいのですが。

■倭委員

先日の集中治療医学会でも呼吸療法医学会でも理事長会長、自信を持って言っておられますが、日本のエクモのデータは2009年の新型インフルエンザのときは散々でしたが、今世界一です。それぐらいエクモの成績が非常によくなっている。

なおかなり大阪も死亡率高いと言われてますけど、あと重症で、私もいろんな病院さんの治療をいろいろ聴かせていただいて、当院の反省する点も踏まえてですね、重症の死亡率をより低下させるためにはやっぱり伏臥位療法が徹底できてるかどうかでかなり差があるなってことを現実思いますね。

集中治療医学会でやっぱり重症診ていただいている、伏臥位療法が徹底されているご施設の話をお聴きしていると、かなり成績もいいですけど、そうすると何かっていうとそこにかける看護師さんのマンパワーであるとかが重要ですので、そこがやっぱり重症の救命率をさらに上げるためには伏臥位療法がまだ徹底できてないところがうちも含めてあるのではないかなと。そうすることによってエクモが必要になる割合がかなり下がります。

そうすればエクモの必要性も下がるし、エクモが本当に必要な症例にマンパワーも注げるので、より救命率が上がると思うのですが、重症のところの治療のところはかなり藤見先生が重症センターを運営されています。マンパワーをそこに届けるかどうか、おそらく阪大病院さんとかでしたらかなりマンパワー注げます、腹臥位療法はかなり徹底できると思うんですけどマンパワーがギリギリだと厳しいのでそこがまた課題として残ってるんじゃないかなと思います。エクモ自体の成績はもう非常に素晴らしいです。

■生野委員

ありがとうございます。救命率を上げなければなりません。助かる可能性のある患者が亡くなってるのも事実ですね。軽症・中等症を診ていくことになりますと、重症化したときの治療基準、受入れ先との病院連携等の参考にお聞きしました。重篤な重症患者が治療により社会復帰している患者も多く、成績を発表していただきたいと思っております。よろしくお願ひし

ます。

■茂松委員

実はその重症化してその治療に行かれた方の死亡率の非常によくなってる。ただその前に軽症中等症で入院してて、そこから亡くなってる人が非常に多いんですよね。これはもう高齢者が多いので、その検証が全然出てきてないなど。我々は看取り看取りとは言っているんですけども、その検証した部分が出てきてないので、そこはどうなっているのかなとお聞きしたいんですけど。

■藤井部長

これすいません、ちょっと大阪の死亡率、実はあの第3波におきましては、全国の死亡率はもう大阪府内の死亡率、残念ながら高くなっております。2%、2.5%程度ということで、全国の2%弱と比較すると高くなっております。先ほど生野先生からご質問ありました、重症化して大阪府内では気管挿管された方ということですが、気管挿管された、あのエクモに回された方のうちの死亡の割合は、おおむね18%程度ということになっております。この成績がですね、全国と比較して高いか低いかというのは実はここまでの経過も含めてデータを押さえてる都道府県と比較できる対象がなかなかございませんので。これは倭先生、先ほどおっしゃったように学会等でさらに分析をしていただいたらありがたいなと思っております。

ただ残念ながら死亡率が高いのは、実はあの施設内ですね、とりわけ今詳細の分析をしておりますが、医療機関内でクラスターが発生した際の死亡率、高齢の方の死亡者数がやはり多いのではないかと考えております。これも残念ながら他府県との比較がデータがそろいませんので、難しいのですが、今生野先生おっしゃった、あの施設内クラスター、とりわけ最後まで療養をお願いする医療機関内でのクラスター発生した場合の、治療を救命措置についてしっかり情報共有をしていく必要があるかなと考えております。

■朝野会長

はい、ありがとうございます。第1第2波に比べると、だんだんエクモまで行かなくても、人工呼吸器で救命できる方が多くなってきてるっていうのは、エクモネットデータにありました。

先ほどおっしゃった伏臥位療法、たくさんの方がいるんですけども、それをやることによって、かなり呼吸状態が改善されて、エクモまでいかないで、減ってきてるっていうことがあります。

それから人工呼吸器の致死率についても、エクモネットの全国のデータ見ると、エクモをやっている人は30%ぐらい亡くなってらっしゃるんじゃないかと思えます。人工呼吸器だと0%弱ぐらいになっていて、大阪府がもしエクモで18%というといい成績だと思います。

■藤井部長

全体重症化された、エクモと挿管合わせて 18%程度。

■朝野会長

大阪府で死亡者が多いのは東京都と比べて 10%ぐらい高齢者の割合多いので、どうしても、お亡くなりになる方が増えてくるって。なぜ高齢者が多いのかというのがまた問題であって、クラスターは作らないように頑張りましょうということになります。

ご高齢で今度は人工呼吸器とかエクモまではちょっと難しいですよってというのは、一番大事なのはご家族とご本人の生き方、ご意思が一番大事ですので、そこは現場の先生方がご家族やご本人の生き方というものを聞き取って、必ずしも人工呼吸器を望まれないということも、そのご本人の生き方として意思を尊重のが今の医療では一番大事と言われてます。もう助かりませんとか言う意味じゃなくって、いろんなことをちゃんと情報はお知らせした上で判断していただくということが重要だと思います。なかなか難しいところですが、現場の先生方はそういうことをやっていらっしゃると思います。

■茂松委員

今朝野教授が言われたように、まだその部分の検証が全然されてないなど。いわゆるきちっと ACP をして、そういうことになったのか、それとも治療がもう全くできなかったそうになったのか、その辺が全然されてないというデータが上がってないんですね。

だから亡くなられてるのはその部分が多いので、その部分をやっぱり、本当にちょっとどうなっていくのかというのをブラックボックスになってないかなという気はして、その部分をちょっと知りたいなと思って追記をよろしくお願ひしたいなと思ってます。

それともう一つは後方支援のことなんですが、ここに書かれてる回復病棟とか地域包括ケア病棟とか、ここは患者さんが全部取ってもらってこの数ということなんですね。アフターコロナになって治られて、ここへ今のこの数が入れられたということなんですね。

■黒田副理事

これは手を挙げていただいたところの数。

■茂松委員

そうするとその後方支援に行かれた数というのはどれぐらいある？

■黒田副理事

今現在の補助金の方が申請ちょうど上がってきてまして、今ちょっと集計中のございまして、300人程度は12月だけで、この支援自体は1月からやってるんですけども、補助金

は12月からやっていますので、300人ぐらいは入っているというか、はい。

■浅田課長

すいません。入院フォローアップセンターを担当してます、地域保健課の浅田ですけども。先ほどの茂松先生のご質問に一部お答えになるかと思うんですが、私達転院調整をする際には中等症軽症に行かれる場合でも、重症に行かれる場合でも、要は延命治療を望まれるのか、非侵襲的な治療を選ばれるのかについてはいずれの方におかれましても、確認を取った上でご希望に沿うようにやってまいりましたので、実際問題94とか6とかの方でも挿管されたって、回復された方もいらっしゃいます。

■朝野会長

この部分って結構議論されずにきて現場任せになっているところがある。もちろん意思を確認されておられるのは全くその通りなんですけども、ここのところは実はですねプライマリーケアの先生たちの役割です。

つまり、かかりつけ医がその人をずっと診てきたわけですから、この方のACPはどうなったかっていうのは、プライマリーケアの先生方が最もよくご存知だと思います。

■茂松委員

やっぱり高齢者施設っていうのは、かかりつけ医で見たところを離れて施設に入っているんですね。

結局施設のドクターがどうされてるかっていうのが、そこがブラックボックスに実はなっていて、そこは一つ問題点かなというのとはわかってるんですけども、実際やっぱりちょっと看取りとかそういうことになってるのかなというふうに解釈をして、実はかかりつけ医としてはきちっと施設に入れると見ていけないといけないんですが、施設がそこに雇ってるドクターがもう見ることになるとう切れちゃうんですね。そこが我々にとって一番問題点かなあと思ってる所なんです。

■朝野会長

この問題は今の医療体制とかそういうものからちょっと離れるんですけども、ご高齢の方の診療方針というのは、それまで見てこられたかかりつけの先生が最もよくその方のお体の状態をご存知だと思いますので、施設に入られて長期的になった方について別ですが、そうでない方についてはぜひかかりつけの先生たちがこの人のACPはこうですよという、今からそういう時代になると思いますので関与していただければと思います。そのあたりも医師会の方で先生ご相談いただければと思います。

佐々木先生どうぞ。

■佐々木委員

2 ページ 3 ページのところに、この設置主体別の確保病床数だとか、機能別の受け入れ医療機関の状況というのがございますけど、厚労省の話によると、倍の病床確保ということになっていて、これからどういうふうにその病床を増やしていくのかという議論がきつと起こってくると思うのだけれど、ここに公立公的民間の割合が出ていますけど、どこの経営母体のところで増やして行こうという考えがおありなのか。

■藤井部長

厚労省の方の方針まだ詳細出ておりませんが、大臣の言い方によりますと、最大の今回の患者数の倍の病床と、という言い方です。大阪府の今回の3波の最大患者数は1200ですので、その倍ということになりますと、2400の病床を用意するということです。今回の計画が2021ですので、その方針通りであれば300強の上積みが必要ということになります。先ほど生野先生から力強いお言葉をいただきますが、今回多く参加していただいた受け入れ病院の中には、1床2床の受け入れ病床、まず参加していただいたという病院があります。軽症中等症につきましては、受け入れ病院として挙げていただいたそれぞれの病院での病床数を増やしていただくということを先行して始めれば、上積みもあの一定数可能ではないかと考えております。

あの難題は重症病床でございまして、先ほどの法人の方、病院の方をお願いする10床単位の重症センターで30あるいはそれ以上積み上がるといたしましても、これをですね、最大1180入って300台に乗せるというのは、ここは至難の技ではないかと思っております。

先ほど議論いただいた1案といたしましては、例えば軽症中等症とりわけ中等症になっていただいている病院の方で重症患者を診ることも可能だという、あのノウハウを積み上げていただいて、そういった病院、軽症中等症の中から重症患者を診ていただけるという方にシフトをしていただける病院があるのかどうかといったことも含めて緊急対応も含めて、議論をしていきたいと考えています。

■茂松委員

中等症軽症の病床を増やすというと、裾野を広げるという意味で民間病院にも1床なり2床なり、確保してくれという話がありましたけど、考えてみるとその1床2床とか非常に効率が悪いんですね。

極めて非効率な話なので、あのやっぱり5床ぐらいでやらないと、うまくコロナの管理もできないし、もう余分なスタッフというのがかかってしまいますので、もうちょっとその単位をある程度固まった単位で病床を確保するという方がいいのではないかと。裾野を広げる意味でいざというときに1床確保しておく方がいいんですけど、実際問題としては、やっぱりその5床なり10床なりの単位の方がいいのではないかとこのように思いますけど。

■藤井部長

さらなる上積み検討してまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

■朝野会長

1床2床から始めて増やしていくっていう手もあり、慣れたので、5床ぐらいいけるかなみたいな形で増やしていただくところもあるので、生野先生、その辺りもまたよろしくお願いいたします。

それでは今後の入院医療提供体制についてはこのように進めただけだと思います。

それでは議題4につきまして自主検査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4について説明>

■朝野会長

この4機関っていうのは、衛生検査所の登録はなされているのですか。

■鳥井課長

実はですね、この4機関についてはこちらの方も事前にアクションをさせていただいておりまして、しているところとしてないところ等ございました。

■朝野会長

なるほど。これは国が法律で決めるべきことじゃないのですか。何か都道府県が要請するような問題なのでしょうか。

■藤井部長

そういう面もあるんですが、ただ都道府県から個別に把握をして指導せよということでございますので、これもあのホームページ上で把握をした検査機関だけでございますが、各保健所単位で対応していきたいと考えています。

■朝野会長

これは行政の方の対応ですので、本来国が法制化してやるべきことだと思います。ただ検査する立場としては、やっぱり精度管理を適切に行うことが必要で、そういうこともきちんと衛生検査所の登録が必要だと思います。人の体の検体を使って診断するわけですから。都道府県に任せるのがちょっとどうも理解できない。

他何かご意見ございますか。

■茂松委員

やはりPCRの検査をもっとできればですね、こんなことができてこないんですよ。だからやっぱりそのところができないから、国も目をつぶってるところもあるのかなという気はしてるんですけども。

■藤井部長

茂松会長とこの医師会のご協力によりまして、大阪府内ではほぼ目標の検査体制 2 万 2000 件、1 日 2 万 2000 件という目標に近い検査体制が整っております。ですから、正直大阪府内ではこういう自費検査の検査機関の本来はニーズはないのではと思ってのるんですが、国にも要望してまいります。

■茂松委員

結局経済を動かすために自分が持っているか持っていないかという検査が簡単にできるんですよ、これは。だから、そういうところの検査ができてないというのはもう基本的に問題だと思うんです。

■朝野会長

無症状の人で心配だからということでやられて行政検査の適用にはならない人たちですね。

だからしょうがないと思うのですよね。自費でやられるっていうことです。有症状でっていうことであれば、医師会のお手伝いもいただいて、十分できる体制は出来てと思います。それはあのほぼ行政検査にはではない対象者ですね。やるのならばきちんと法的に整備すべきであってここで要請しても多分そんな効果はあまり期待できないと思います。このあたりも行政的に対応していただければと思います。

それでは次に、議題 5 で報告事項についてよろしく願いいたします。

■事務局

<資料 5 - 1 ~ 5 - 3 について説明>

■朝野会長

ありがとうございます。変異株、増えてくると思います。置き変わっていくとしますので、問題はそれが感染力がどのくらいあるか、重症化がしやすいかということが問題ですので今後これは見ながらやっていきたいとします。

倭先生、これ何か感染力や重症化について情報ありますか。

■倭委員

ここに大阪府さんの資料もまとめていただいている通りなんですけども、イギリス株に関して用いられているように従来の 7 割増しで感染力が強いけども重症はそれほどないシワクチンも今の現行のものでいけるだろうということですが、あまりにも N501Y だけじゃなく E484K とか、あるいはその合わさったもので、東京でも出てるということなんですけども、これ大阪はほぼイギリス株ということでもよろしいんですかね。はい。

あとちょっと全体的にここに書かれている N501Y は重症度にどれぐらい影響するかというエビデンスはないのですが、僕が経験したことだけの症例ですと、1 月の初めにイギリス株の変異株も大阪府症例よりもうちは関西空港検疫所から来ますので対応させていただきましたが、その方は重症に全くならなかったですね。

あと最近パキスタンの方を紹介いただくのですけども、今週来られたパキスタンの方は、先日の日曜日ときにはまだ判明していませんでした。今日先ほど返事があって変異株でした。どの変異株かっていうことについてはちょっとまだ厚生労働省からも発表されていません。この症例は経過が悪化するかなと思っていましたら、今日実は重症化しましてですね、朝対応していました。なのでその症例がどの変異株かはちょっとわかりませんが、もう少しデータが集積しないとわかりません。他の病院ではどうですか。うち以外でうちは全部海外からの患者さんですけど日本大阪で変異株をたくさんご経験されている病院さんで重症はどうか何かデータございますか。どうですか。大阪での市中感染から症例で。主にイギリス株ですからあんまり重症度は問題ないですかね？

■藤井部長

今ですね、大阪のスクリーニングで引っかかった場合に、事例ということで捕まえておりますが、今のところ特にですね、過去の事例で重症化率が特に高いということはないと思われれます。ただ、まだここにありますように、スクリーニング陽性まで 85 件ですので、何か傾向がつかめるほどの母数ではないかなと思ってます。

■倭委員

わかりました。当院のパキスタンからの方がどの変異株かはわかりませんが。

■茂松委員

今回は小児への感染が結構多いと言われてるんですが、この 85 で 62 の中ではそういうのはどうなのでしょう。

■鳥井課長

今回のですね、確定しました 62 件につきましては、あの幅広い年代が多い状況です。一番多い年代の方が 10 代で、10 代が 23 件となっております。

■朝野会長

変異株についてはまだ十分な情報ありませんし、問題は変異株と分かるまで時間がかかりすぎるのがどうしてもネックになるので、大阪府としても、大安研等で遺伝子まで解析するのは、国立感染研に送らなくてもできると思うので、そこまでやっていただければと思うのですが。

■藤井部長

そうですね。大きな病院の倭先生ところも含めて、リアルタイムPCR検査機器をお持ちの病院に、できればそのCT値30未満の検体について回していただけないかとスクリーニングを回していただけないかというお願いをしているところで。そうしますと、非常に早く今全ての検体が大安健に回るわけでありませぬので、スクリーニング検査をしていただける、ぜひですね、医療機関のご協力をお願いしたいなと思います。そのことによって今ご心配のできるだけ早く捕まえるということができないのではないかと考えています。

■朝野会長

感染症学会から各大きな病院にはスクリーニングキットを使ってくださいっていうお願いも来てて、実際にやってるところもあります。大阪府と協力しながらやっていったら思ってます。

変異株は注意が必要だと思います。モニタリングですけども、結果返ってくるの1週間ぐらい後なんです。

それでは、モニタリングの異議について疑問です。それはつまり次の波が来るまで1週間待ってたらもう波来てる。モニタリングはそれを見つけるためのモニタリングだと思いますが、いかがですか。

■鳥井課長

国の方です、この資料にも書いてあります通りそのデータをまず分析をして、感染の拡大の予兆を早く探知して、早期に対応に繋げていきたいというふうに国の方からは聞いております。

■藤井部長

先生おっしゃるように1週間後に結果をお知らせいただいてもちょっとどうかという点もありますので、ここは国にもできる限り早く結果のお知らせいただくように要望していきます。

■朝野会長

12月の例見たら、12月とか1月4日ぐらいから急に上がり出して、あっという間に上が

ってしまったので、それを見つけるのに 1 週間後と言われたらもう下がってますというようなこともありうる。モニタリングの意義が予兆を早期に探知してというのであれば、1 週間後に返事もらってもそこはこの目的にそぐわないと思います。国の方にそのあたり言って、もう少し改善する必要があるかと思います。

■ 倭委員

ちょっと教えていただきたいんですけど、県の名前申しませんが隣の県です、某繁華街のところで結構配られてそれを取ってその県に検体を出されたんですけども、そのあたりどうやって保健所、今陽性だったんですよ、本人症状ないんですがその後の行政にどう言うかとか、どう医療機関受診するかとか、そういうのが全然その患者さんに情報がなくて結果、うちの保健所の管轄からこういう状況で診察お願いできませんかってことでまた来られて当院で検査をやるということで、ただ要するにやはり 1 週間かかることもある。この例だって陽性とわかっててもその本人がどうしていいかどうかってことが、その配ったらしい隣の県ですけども、わからなければ結構その辺りどんどん感染者からウイルスを広げることになってしまいます。

これは大阪の場合はちゃんと陽性とわかったら 1 週間後でもきちんと体制は大丈夫なんですよね。今日そういう事例があっぴびっくりしたんですけども。

■ 鳥井課長

陽性が判明しましたら検査会社の方が陽性者に対して、連携する医療機関を案内するというになっております。

■ 朝野会長

やっぱり陽性をお知らせされた患者さんが自主的に診療を受けないと、表に出ない。

■ 倭委員

ちょっと今日かなり疑問を感じてるんですけど。

■ 朝野会長

モニタリングですからその本人の病気よりも流行の予兆を見つけるという意味で、ご本人がちゃんと届けていただかないと効果がない。

1 週間後ではもう感染力なくなるかもしれません。本当に有効なモニタリングになるのかどうか、議論していただければと思います。

それから 5 の 3 のところで気になったのですが、まず免疫不全が記載されていない。免疫不全は、大阪府では、これ CDC の定義に沿って、重症もしくは免疫不全というのを入れた。

それが記載されていないということ。

そうすると免疫不全の人は何日かという疑問が出てくるってということ、それから人工呼吸器による治療を行った場合の④で、発症から 20 日経過して症状が軽快したら P C R やる必要なくなるのですがこの意味がよくわからない。

■鳥井課長

今回の国の見直しについては、人工呼吸器等による治療を行った場合は新たに追加しております、この人工呼吸器等といいますのが、国の方では、人工呼吸器等とエクモで治療を行った場合、その場合が新たに追加されてるという状況になっております。ですから免疫保全の基準というのが今回国の基準ではない状況です。はい。

この 20 日間経過以前に症状軽快した場合にというところですけども、結局 2 回陰性を確認したら解除ということになりますけども、その場合でも例えばもう発症日から 15 日経過をして、症状経過後は 70 時間経過しましたら 2 回目でも例えば陽性とかなりましても、もう退院解除ということになります。

■倭委員

朝野先生がご質問された、僕も全く同感なんですけども、ちょっと持って行き方が違うんですね。要するに重症と免疫不全のときにどれぐらいまでどうこうだのウイルス排出が遷延して、P C R せずに見ようと思ったら 20 日でいいだろうって。これ国の基準というのはいわゆるね、重症であってもこれまで 10 日しかなかったからウイルス排出が遷延しようが、そこは一切気にせずに、もう 10 日経ったらと同じ期間で O K じゃないかとして、隔離をしていたと。そうしていたら、そこから 2 次感染する例があるとの証拠もあるから、だから 15 日に伸ばしましょうという発想で来てるだけであって。だから大阪が決めているような諸外国や C D C のガイドラインから考えて、免疫不全まで考慮して 20 日だったらまず大丈夫でしょうってことと根本的な持っていき方が少し違うので、あんまり穿った見方をするとその逆の発想ですよ。なんかもう要するに重症のときにまだこれまで 10 日で隔離解除してたのかみたいな感じしたんですよ。だから免疫不全のことまで考えるような議論になってないんじゃないかと思うんですけどね。危ないと思いますけどね。

■朝野会長

大阪府が 20 日と決めて、そのときにもかなり国もそれを考慮してくださいってことは申し上げたのですが、ずっと今まで変更しなかった。国立感染研のホームページにやっぱり世界的なエビデンスと齟齬が出てきたってことで変えたってことが書いてある。変える必要があるってことは書いてある。

ただ免疫不全の記載がないので、世界的には免疫不全が入ってるのにそこを落とした理由についても気になる。先ほどの上は 10 日と書いてあるのに、何で人工呼吸器は 15 日と

20 日になったのか、もう一度整合性取っていただければと思います。よろしく願います。

■ 倭委員

後方支援病院にお願いするときに、15 日経ってるからもういいでしょうと思ったとしても結果的には※印で但し書きがあって、20 日目まではもっと詳しくきちんと元の文章を見ると、確か個室対応とかしなさいよってなってるので。また確認よろしく願います。

■ 朝野会長

よろしいでしょうか。はい。では先生どうぞ。

■ 茂松委員

ちょっとぶり返し申し訳ないですが、ワクチンのことなんですけども、高齢者への配送がかなり少ないですね。何本何本で。あのときにいわゆるその解凍しないままで、送れないのかという問題なんです。これをしてもらわないとなかなか高齢者施設回るにしてもいけないということがあって、どうもその国の方も大分その辺が甘くなってるんですけども、大阪府さんとしてはどういうふうにお考えかなと。

■ 藤田課長

4 月に届きます分は非常に限られた量でございますので、各市町村で 1000 回弱分、いわゆる一箱ずつお届けするということができないのが現状でございます。ここが十分になってまいりましたら、各市町村の方に一箱以上冷凍のままお届けする。そこでもう一つですね、大阪府の配送センターから冷蔵状態のままで、市町村にお届けする形と。あと市町村の選択次第ではですね、市町村の方が府の配送センターに取りに来ていただいて、そこから各高齢者施設に何ヶ所か、複数箇所届けていただくということも可能な仕組みにはしております。

■ 茂松委員

今回配送ですね。マイナス 15 度からマイナス 20 度でレートのままでいいということが出てますよね。そういう関係で配送ってできないんですかね。

いや、それができないと各市がその何本しか来ないのに、それが液できたらですね、解けてきたら全然使えないことになっちゃうんですね。そこを、その辺、考えが柔軟にならないかなという。どうも国の方とか日本医師会に聞くと、いや、それはかまわないという話が出てくるんですが、その辺ちょっと確かめてほしいなと思うんですけども。

■ 藤田課長

はい。また確かめてまいります。ただ、冷凍で小分け配布をした場合でも、そこらいわ

ゆる複数の施設に再小分け、再配送っていうのは今のところ認められていない状況でございますので、今後国の動きも注目していきたいというふうに思っています。

■茂松委員

その辺きちっとしてもらえると、ちょっとなかなかできないということ。と、それからファイザーから来た箱に入れて運んだらいいという話も言われてるので、その辺ちょっと柔軟に大阪府さんも考えて欲しいなと思ってるんですが、よろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございます。

■朝野会長

むしろあの解凍のところが難しいのですよ、先生、冷蔵庫の中でとかさないといけないので自然解凍しちゃ駄目なんです。だから大阪府は多分溶かした状態で運んでます。あれは、3時間以内だったですか。

■藤田課長

3時間以内に配送することとしております。冷凍庫から取り出してすぐに2度から8度の保冷ボックスに移送し、移し替えまして3時間以内の配送という形で今現在組んでるスキームを組んでおります。

■朝野会長

溶けた状態で運ぶって、振動が入る。それで劣化するって言われていて、そこはもう3時間以内の配送しか許されないんです。

■茂松委員

そのまま運ぶのはどうなんですか。

■朝野会長

冷凍のまま運ぶのが基本形で、溶かして、冷蔵ですか冷凍ですか。

■茂松委員

冷凍です。

■朝野会長

冷凍のまま運ぶというのが基本形で。

■茂松委員

今回の文章を見たらですね、マイナス 15 度からマイナス 20 度で運べばいいということはドライアイスに入れて、冷凍のまま運べることは可能だというふうに解釈してるんですけども、その辺ちょっと確かめてもらえますでしょうか。

かなりここが問題ですね、高齢者に打つのにかなり会員からも突き上げられておりますんで。

■市道推進監

はい。国からですね、流れてる通知の中では、今先生おっしゃられたように、私どもがやってる 2 度から 8 度で、冷蔵で運ぶ方法。そうすると、先生おっしゃってるように、あの国の言い方ではマイナス 60 度からマイナス 10 度の冷凍庫で、移送させる方法。で、もう一つはこれも先生おっしゃられたマイナス 90 度からマイナス 60 度で運ぶ方法。この三つのどの方法でやってもいいということは、国からは通知として流れております。

ただ、先ほど課長が申し上げましたように、一旦これで運んだ後にですね、例えば私共の方から、その市の方に一旦移した移送した後に、再度そこから、例えば高齢者施設とか、診療所であるとか、2 度目の移送は、今はいけないというお話をいただいているところ。

■茂松委員

ですから、冷凍のままドライアイスで運ぶというのは、理屈から言うと OK ならぬですか。

■市道推進監

この三つの方法はいけるんです。

■茂松委員

いけるんですよ。それは何本であっても OK なんですよね。その状態に合うドライアイスの中にきちっと入れていけば。

■市道推進監

その方法で移送するのは OK。国から通知流れています。

■茂松委員

それはそれで OK でよろしいですね。はい、ありがとうございます。

■朝野会長

そこもういっぺん進めといていただけますか。何か不都合があったらいけませんので、よろしいですか。

はい。どうも少し時間超過してしまいまして申し訳ございません。これで第 9 回の感染対策協議会を終了したいと思います。

どうも皆さん大変有意義な議論をさせていただきまして、ありがとうございました。また今後とも第 3 波がおさまってくれば一番いいのですが、またリバウンドを警戒しながらワクチン接種をやっていく。皆さんの力がないとできませんのでぜひお力をお貸しいただきながら、大阪府の医療対コロナ対策というのを進めていきたいと思ひます。本日はどうもありがとうございました。

長時間の議論ありがとうございました。これで本日の協議会を終了させていただきます。