

## 第11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6月9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

これより「第11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。委員の皆さま方におかれましては、お忙しい中ご出席いただき、誠にありがとうございます。まず、吉村知事よりごあいさついたします。

### ■吉村知事

皆さま、いつもありがとうございます。大阪府知事の吉村です。感染症対策協議会、私自身は今回初めて出席させていただきます。これは、実務者の会議になりますので、本来は藤井部長。大阪府代表として、実務の総責任者なので藤井部長でお願いするというので、そのスタンスは変わらないわけですが、今日は特別に参加させていただきました。

理由は二つありまして、一つ目は、本当にこの第四波の中で極めて厳しい状況になりました。その中で、本当に医療従事者の皆さんに、これまでにない府民の皆さんの命を救う活動をしていただいたということに感謝を申し上げたいと思います。直接お礼を申し上げたいと思って、まず今日来させていただいたのが1点です。新規感染者数は少ない状況になりつつありますけれども、ただ厳しい状況が続いていますが、4月から5月にかけて、本当に救急車の行く先もないような状況になっている中で、皆さんが府民の命を守る活動をしていただいたことに直接のお礼を申し上げたいと思って今日来させていただきました。

もう一つが、この第四波を踏まえて、非常にわれわれが今まで経験したことがないような大きな波を経験いたしました。これは、第五波も十分来る可能性があるということを示していることだとも思っています。というのも、デルタ株がもうすでに大阪の中に入ってきているという状況でして、これは東京でも兵庫でもそうですが、インド株が入ってきています。そして、感染力はN501Yより1.5倍強いのではないかという、そんな確たるものではないですが、そういった専門家の意見もあるということで、第四波が生じたときと非常に状況が似ているなど思っているんです。だから、第五波に対する備えは、本当に厳しいいろんな策を、医療従事者の皆さんは大変な状況だと思うんですが、やっぱり府として考えていかなければならないと思って、今日は参加させていただきました。

第四波が来たときに、ちょうどN501Yがあるんじゃないかという状況と、もう一つは3月の末から4月にかけて人の動きが大きく動くんじゃないかという時期と、感染者が非常

に減ってきて、第三波が治まったじゃないかという時期。今まさにそれに近い状況になっているんじゃないかと僕は思っています。つまり、感染者はこの間府民の皆さん、事業者の皆さんのご協力で、いっとき1200人を超えて、1000人を超える日が3週間続いたわけですが、今は100人台になって下がってきている。でも、人手が少し出始めているというような状況でもあります。ある意味、リバウンドが非常に起きやすいような状況になっているのは、第三波が終了したときと非常に似ていると。

そして、昨年7月の末に第二波が起きました。第一波は4月の初旬に起きました。第四波は4月の初旬に起きています。7月の末ぐらいには大学生も夏休みに入り、学生も夏休みに入って、人の行動が大きく変わるとき。つまり、また人流が非常に活発化する可能性が高いのがやっぱり7月末だと。そして、新しい感染力の強いデルタ株が入ってきていると。

専門家によると、感染者が減ってきたときに株の置き換えが進みやすいという意見もありますが、非常に三波から四波に移行するときと、今というのが非常に似ているのではないかという危機感を持っています。

そんな中で、感染症対策。これは、府の本部会議でやっていくんですが、医療提供体制をどうしていくのかということについては、やはり災害医療並みのことを想定する必要があるのではないかと考えています。今日さまざまなご提案もさせていただきたいと思っています。これは、大阪医療関係者の皆さんの総意がないと、なかなかできないことですので、大阪府としての考え方を今日お示しさせていただきたいし、議論もさせていただきたいと思っています。

災害時並みの状況になったときにどう対応していくのか。これは、重症病床もそうですし、中等症軽症もそうですし、ホテルや自宅療養もそうですし、それぞれの分野において、それぞれ医療体制を強化していかなければ耐えられないと思っていますので、そのあたり、かなり詳細な案というのもつくってまいりました。今日皆さんと一緒にご議論させていただいて、来る可能性が非常に高い第五波に対する大阪の医療体制の強化、対策、これをしっかりと皆さんとつくり上げていきたいと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## ■事務局

本協議会の会長につきましては、本年4月28日に書面開催いたしました第10回協議会の際に、各委員の皆さま方にご意見を伺いまして、本年度より掛屋委員にご就任いただくこととなりました。掛屋会長、一言ごあいさつをお願いいたします。

## ■掛屋会長

はい、大阪市立大学臨床感染制御学の掛屋と申します。座ったまま失礼いたします。前会長の朝野和典先生がご退官をされ、その後任として本会議の会長を務めさせていただきます。よろしくお願い致します。

5月のゴールデンウィークの前後では、大阪府下で今知事もおっしゃいましたが、連日1

000名を超えるコロナの新規患者さんが出て、病床が足りなくなり、医療を十分に提供できない状態が発生しました。救急車での長時間の待機、入院がかなわず、自宅やホテル、高齢者施設で医療を受けられずにお亡くなりになった方も複数いらっしゃいます。国民皆保険を行っている近代の日本ではあり得ないことが大阪で起こったということは、大変ショッキングなことでした。

ワクチン接種が進んでいく中で、接種者が増えていけば、その効果によって新規患者も減っていくことが期待されますが、今知事がおっしゃったような新規の変異株の影響が危惧されます。そのような状況の中で、今回の大きな第四波がやや終息に向かっている途中であり、いまだに200人前後の患者さんが出ている状況であります。人が動けば再流行が起こります。

昨年は8月に大きな波がやってきました。本日は知事もおっしゃっていましたが、次の第五波の準備として、大阪の医療体制をどうやって確保していくのかを議論したいと思えます。よろしくお願いいたします。

#### ■事務局

ありがとうございました。本日もご出席の委員のご紹介につきましては、恐縮ですが委員名簿及び座席表の配布をもって代えさせていただきます。

それでは、以後の議事進行につきましては、掛屋会長にお願いしたいと存じます。掛屋会長、よろしくお願いいたします。

#### ■掛屋会長

よろしくお願いいたします。それでは、次第に従いまして議事を進めてまいります。では、議題1、病床の確保計画の見直し、議題2、今後の医療提供体制について、まとめて事務局より説明をお願いいたします。

#### ■事務局

<資料2、3-1、3-2について説明>

#### ■掛屋会長

はい、事務局の皆さんご説明ありがとうございます。本日は、大きく三つの論点がございます。論点の1が中等症・重症一体型病院の新規の設定です。論点の2が目標病床数3500の設定と許可病床数の一定割合に応じた病床の確保の要請、そして、論点の3が宿泊療養、自宅療養体制の強化の方針であります。それぞれについて、時間を区切って議論をしたいと思います。

病床確保計画(案)は、資料3-1の今後の医療提供体制の方針に踏まえて作成されておりますので、資料3-1を中心に論点を絞ります。まずは病床確保について、協議に入りま

す。

まず、一つ目の論点として資料3-1の22ページ目ですが、方針1、医療機能分化の推進についてです。23ページに基本的な考え方が整理されていて、先程説明がございました。府としては、重症拠点病院や、軽症中等症病院に加えて、新たに中等症・重症の一体型病院を設定することを検討されています。この点に関して、まずご質問等がありましたらお願いします。茂松先生。

#### ■茂松委員

その前に、今回大阪で**N501Y**の急速な感染拡大があったと。その中で、やっぱり全国的に見て東京と比べてもそうなんですけど、これだけ重症を増やして感染者も多かったということで、ここまでこじれたという検証というのをされましたでしょうか。だから、それについてそれを克服するためにどうすべきかという議論をすべきだと思うんですね。

それで、頭ごなしにベッドをこれだけつくってつくってじゃなくて、今回困ったことについてどう対応していくかという議論が一番必要ではないかと思います。

やっぱり、対応できているところは公立病院で、大きな病院を三つ四つコロナ病院専門につくって、患者が出たときにすぐ入院させているということがありますね。そこで、やはりそんなに重症化していないということもあります。

それにおいて、大阪はその辺の、ある程度治療も遅れている、入院も遅れたということもあるんで、その辺の検証はどういうふうにされているのかということで、その検証についてどういう改善をしていくべきかということが一番大事なと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

#### ■藤井部長

よろしいでしょうか。はい、ご意見ありがとうございます。今おっしゃるように、病床が重症、中等症とも逼迫したというのが今回の第四波で生じた事態です。重症病床については、4月13日あたりに用意していた確保病床数を上回る重症患者が発生したと。

それで、重症患者が中等症病床にあふれ出したことで、中等症の入院調整が非常に厳しくなって、その後およそ1週間もたたないうちに中等症についての入院調整が非常に厳しくなったということです。

茂松委員がおっしゃっていただいたように、まず一つには患者の急増に対して大阪府が確保していた病床数が不足していたというのがまず前提にあると思います。もちろん、その前に感染の急拡大について、対処について十分であったかどうか。これについては、対策本部会議の方で自粛要請等について今後検証したいと思っております。だから、本日のこの協議会では、発生した患者に対して確保病床が圧倒的に足りなかったということが1点。

それと、非常に重症患者が多く発生したということなんですけど、重症患者が多く発生する際に、中等症から重症に、これまで病院間を移動して重症患者対応をしていただいております。

したが、今回中等症から連続的に重症患者対応をしていただくことで、非常に患者さんに対しても、医療の確保という意味でも、大変な努力をいただきましたが、効率的に対応をいただいたということで、今回ご提案させていただいている内容は、病床に関する第四波における反省と教訓を踏まえての提案だとお考えいただければと思います。

#### ■茂松委員

そのお答えが出ていたと思いますが、やはりこれは無理矢理患者さんをそこで受けて、中等症で重症を診ないといけないと。そういうことで、結局やっとベッドが手配できたということなのですね、基本的には。これは本当に医療従事者の現場での第一線の先生方のおかげだと思っております。

そうじゃなくて、コロナ専用の病院をわれわれ5大学とか、コロナ専用の病院の十三市民病院とか、自治体病院、府立病院、市立病院の長からやっぱりコロナ対応の専門病院を、大きなところをもう少しつくったらどうだというふうなことを、これはやっぱり今すぐ対応できるかどうか。それは難しい話かも知れません。

だけど、先を見込んで、そういう対応をしていただいて、まず防波堤をつくっておかないと、ぱっと出たときに入院できる体制をつくると。

だから、患者さんを重症化させないためには、まず入院させてあげることが一番大事で、そのためのベッドづくりを無理やりつくっていくのではなくて、最初からこうしていこうと。そして、その病院には人材を集めるとか、そういうことを議論しながら。うまくやっているところは、そういうふうによく。

例えば、都立公社病院13のうち11を全部専門病院にして、その人材を全部集めて動かしていますよね。ああいうふうな考え方というのは、すごく大事なかなと思うんですね。

だから、公立公的病院が感染症政策医療として、そういう専門のコロナ病院をつくっていただくということが、本当に今後に向けて大事ではないかなと思うんですが、今日吉村知事が出ておられますので、その辺のお考えはどうかなと思うんですが、いかがでしょうか。

#### ■吉村知事

まず、例えば東京都でいくと、今東京都の確保病床、重症病床は370床です。今大阪でも350床まで確保していると。1400万人、つまり1.5倍の人口のところで確保できる重症病床というのは、やっぱりそれだけ。それだけというか、一生懸命確保してそうなんですね。会長がおっしゃる専門病院をつくっても、やっぱりそういう状況。

つまり、それぞれの力のある病院で一定数の重症病床を確保していくということの方が、僕は重症病床の全体の確保にもつながるし、他の治療もありますので、そういうことを考えると、例えば府の急性期の医療センター。あそこを全部コロナ病院にしたとして、じゃあ病床がどれだけ増えるのかと考えたときに、そこまで増えないんですね、コロナだけで。それ以外でやっている命を救う活動がまったくできなくなってしまうと。あんまり効率的では

ないと思うんです。

なので、例えば今回の病床でも許可病床に合わせて2%とか、ものすごく大きな数。これは、他の病気も普段満杯で診ているからなかなか簡単にいかないかもしれませんが、それぞれの力のある病院で少しずつ取った方が、大阪のようなエリアでいくと、全体としての重症病床は増えるのではないかと考えているので、何か大きな公立病院をつぶせば重症病床がいっぱい増えるのではないかとというのは僕はちょっと違うのではないかと考えています。ここは、医療の専門家の、現場の先生に聞いた話ですが。

#### ■茂松委員

つぶすのではなくて、その人材をそこへ集めてやるというふうなこともできるんですね。やっぱり中で異動させていただいているみたいです。だから、ドクターがここで勤務するのが嫌だったら、違うところの公立病院で働くということで、それが宿泊療養に関与したり、また別の医療にしたりということで対応されているみたいで、看護師さんは全然辞めておられないということを聞いておりますので、やっぱりやり方をちょっと考えていただいて、そういう防波堤が先にできるということをまず考えていただくことも大事なのかなと思うのですが、これは今すぐやれというのは非常に難しい話だと思うのですが、今後に向けてまた一度検討していただければと思います。

#### ■吉村知事

いや、じゃあちょっと論点を整理した方がいいと思います。例えば大阪市大病院で、コロナ重症病院に会場を合わせるようなことができるのであれば、これは大阪市大も大阪府大も設置者は大阪市と大阪府なんで、そっちの方がコロナ治療にとっていいんだということであれば、松井市長と相談して大号令を掛けることも考えますが、実態の命を救う活動からするとどうなんですか、そのあたりは。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。実際、それは難しいというのが現状です。現在、多くの様々な患者さんがいらっしゃいますし、それを全員他の病院に移っていただくということもできません。私たちの病院は、九百何十床の病院ですが、全部コロナを診療しなさいと言われても、それは難しいです。コロナを診る専門の医師も限られます。

ですので、知事がおっしゃるみたいに、いろんな病院から少しずつ努力いただくのは一つの方法だと私は思います。

#### ■吉村知事

だから、コロナ治療ができる人を増やしていくというのは重要だと思うんですが、どこかに単純化してまとめたら、それで病床が増えるというのは、ちょっと違うんじゃないかなと

思います。

#### ■茂松委員

よろしいでしょうか。大学病院は別の話です。これは教育機関でもありますし。ですから、公立公的病院で、自治体病院の先生方が言われるのですよ。やはり、幾つかを専門病院にして、そこへ集中させたらどうだというふうなことを、われわれの医療提供側の医師会主催でやった会議が二つありますが、二つの中で必ずその意見が出てきて、大阪府に言いなさいと言われましたので、やっぱりそれを何回か提案させていただいているのですが、一度検討していただければと思います。これは、現場の自治体病院の先生、府立病院協会、市立病院協会、そして、コロナを診ている病院三次救急、二次救急の先生方からのご意見なのです。

われわれも、やはり一つの病院をコロナの専用にして、他のところから人を入れて、そこで働くのが嫌だという人は、違う自治体病院でその期間はまた働いていただくということで、うまくやれないかということの一つの提案でありまして、これは今後の感染症に向けて一度考えていただいたらどうか。これは、実は5大学、今言いました病院の先生方からのご意見をいただいて提案をしたんです。今で2回提案させていただきまして、知事の方から発言も何もなかったもので、ちょっと今日言わせていただきました。

#### ■吉村知事

いや、だから今具体的に例えば、茂松会長はどこの病院をどうするというのがイメージであるんですか。

#### ■茂松会長

ですから、自治体病院で300床、400床の病院を二つか三つですね。そこをコロナ専用にして、300床ぐらいに少なくして、人材をそこに重点する。そして、他からもちょっと来ていただくと、有事のときに。そこに働いている医師は、ちょっと違う自治体病院に行っていて、そこで有事の間だけは自分たちの医療をしていただく。協力していただける医師は、専門のところで働いていただくというようなことで。

例えば、十三市民病院のように、もうここでコロナだけとやってしまうと、みんな医師が辞めちゃいます。看護師も辞めたところがありますし。ただ、それはうまくそこを活用できるように考えていただければというふうに思っております。

時間を取りますので、こういうことをわれわれ医療提供側が議論したということで提案をさせていただきたい。今後、また考えていただければと思っております。

#### ■藤井部長

ありがとうございます。茂松会長がおっしゃる大学病院の先生方、あるいは三次救急の先生方も含めまして、どのような重症病床の確保ができるかということをお大阪府としても日

ごろから意見交換を十分にさせていただいていると思います。茂松会長のおっしゃったような中期的に将来のパンデミックに備えてそういう体制をつくるというご意見としていただきたいと思います。

といいますのは、重症病床の確保と中等症病床の確保と少し区分けをして考える必要があります。重症病床を空ける際には、例えば最大48床の重症病床を空けていただいている、これは急性期ですが、空けておりますが、院内のICU対応が可能な看護師をほぼそこに集約して、それでようやく48床が空くということですので、いくら一つの病院をつぶしても、重症ベッドをそれ以上増やすというのは現状の制度では無理でございますので、はい。

#### ■茂松会長

ええ、自治体病院のそれぞれのところから職員を集約していくということですね。そこだけの人材を使うのじゃなくて、自治体病院全体として、そこから異動して、有事ですから、有事のときはそのように集約をしていただいて、働いていただくということをしていただくと、医師も看護師も辞めずに、そういう対応がしていけるんじゃないかということであります。そういうことも少し考えていただきたいと思います。

これは、大阪の医療提供体制を考える中で、皆から意見が出てまいりましたので、その意見を提案させていただいたということであります。

#### ■吉村知事

皆からの意見というか、ここにある意味オフィシャルの場であるので、そう考えると、例えば、大阪府の急性期の医療センター。これは僕もどうやったら重症病床が増えるかなと常に考えているんです。だから、べつに委員の意見に反対とかではなくて、公立である急性期の医療センター、これは、大阪府がある意味管轄しているわけだから、ここでもっと重症がある意味専門にできないかということを考えたり。これはもうやっています。

現実問題、48床までほぼ全てそこに移行しても、そういう状態でそこから誰かが来ると、これが病床がものすごく増えるという構造に、やっぱりなっていないんですね。大学病院と違うといっても、そんなに違うわけではなくて、かなり高機能の対応をしまして。

だから、大学病院とは違うというのもまた僕は違うと思うし、でかい病院を専門病院にすればいいというのは僕もぱっと思んですが、現実問題それがなかなか。それで病床が増えるというよりは、それぞれの病院でちょっとずつ増やしてもらう方がトータルとしての医療機能としては高くなるし、維持できるんじゃないかというのが僕の今の到達点だし、それがいろんな人から聞いてもそういう意見なので、単純につぶしてやるというのはちょっと違うんじゃないかなと思います。

#### ■茂松委員

はい、分かりました。一応私たちのところでそういう意見が挙がったことをお伝えしたい

と思っております。自治体病院の先生方からも、その意見が挙がりました、実際に。

■吉村知事

それは、例えば、じゃあその自治体病院が、どこか分かりませんが、例えば八尾市民病院とか、そういうところだとすると。

■茂松委員

いや、自治体病院の院長からその話が出たので、私はそれを今報告していると。これは、市立病院協会、府立病院協会の先生方もその場にはおられましたので、きちっとそういう意見が出てまいりましたので、そういうことも一遍考えていただいと。これは、平時と有事に分けるといことでもありますので、その有事のときに、そういう人の異動もしながら、みんなをうまく利用。利用と言ったら怒られますが、協力をいただいて体制を取っていくということも一つの考え方なのかなと。

これは、今後パンデミックでぱっと、また新興・再興感染症が出たときに、今のように何床つくって、じゃあなくて、まずそこがその感染症の専用を診るといことであれば、そこである程度の感染の広がりを止められる可能性があるんですね。だから、そこにベッドがあるといことは、そこへ入れられますので、いったん止められるという意味では非常に僕は大事なことではないかなと思っております。ただ、有事と平時に分けてそういうことを考えていただければというふうに思っておりますので、今後検証していただければというふうに思います。

■吉村知事

いや、なので今ここで代表者が出ているので、方向性を決めていきたいんですけど、今まさに有事のことを僕は議論したくて。災害時医療事態です。ですので、有事のことを想定して、最も適切な方向で進めていきたいと思っておりますし、それが認められる方向性であれば僕はやりたいと思っております。

例えば、その専門病院をやるというんだったら、もう市大病院さんが来ているわけですから、市大病院さんでやるというんだったら、もうこれは僕も方向性を決めていきますよ。でも、やっぱり現実にやろうと思ったら。

■茂松委員

でも、大学病院は先生、別です。

■吉村知事

でも、他の病院だって高度な治療をしていますから、そこは先生。

## ■茂松委員

いやいや。というより、大学病院は他にいろんなことをしないといけないことがありますので、そこに振るといのは難しい。ただ、自治体病院で、そういう大きな病院である程度感染症ができるのであれば、そこを少し有事のときにはコロナ専用に変えていただく、感染症の専用に変えていただくということもありなのかなと。これは現場の先生から挙がった意見なので、私もそうじゃないかと思って発言しております。

## ■吉村知事

じゃあ、例えばりんくうの倭先生、今の現場の、まさにそういった病院でやられているわけですが、そこはどうなんですか。

## ■倭委員

僕は茂松会長の意見とはちょっと違って、東京のように中等症病院で幅広く見て、やることには賛成なのですが、今知事がおっしゃいましたように、大阪は本当に東京が **370** 幾つ重症病床を集められている一方、大阪が東京に対して人口比が3分の2ぐらいにもかかわらず **350** 床の重症病床を集めて、本当にすごい努力を大阪府がされて、また、大阪の全ての病院さんのご理解とご尽力があったかと思うのですが、大事なところは、やっぱり中等症病床をいかにたくさん広げるかということが一番大事であります。しかし、そこで初期の患者さんを幅広く対応しても、有事になると、もうその一つの病院だけに集めても絶対無理だと思うのです。

例えば、これはちょっと語弊がある言い方も分かりませんが、実際に自治体の公立病院が、例えば患者さんが入って、そこで重症になった患者さんの治療ができるかという点、正直今回できなかつたわけです。語弊があつたら失礼ですけど、りんくう総合医療センターとはそこが決定的に違うのですよ。

それで、東京が大阪と違うのは、中等症病床がたくさんあって初期に入れられるから同じぐらいの重症病床が、ある程度大阪ほど多くなくても、重症患者数が **60** 人、**70** 人で済んでいるということですので、やはり基本的には幅広く軽症中等症の **3000** 床の確保を十分に広げて、そこに初期段階で患者さんに入院していただいて、その中でやはり重症になるのは重症病床に入院していただくという対応が大事です。

それで、今後この感染症に関しては、ワクチンが進めば重症化も予防できますし、やはり僕は在宅医療であるとか、中等症病床の裾野をしっかりと広めた上で、その中でしかるべき重症化する患者さんは重症病床に転院していく対応とするのが重要かと思えます。

それから、りんくう総合医療センターが今回うまくなぜ対応できたかという点、やはり今まさに大阪府さんが言われているような中等症・重症一体型病院ですよね。もう当院は、本当に病院の中でシームレスにやっていたので、すごく患者さんがスムーズに病床を移動でき対応できました。

それから、これは吉村知事が今日いらっしゃいますので、少しデータを申しますと、りんくう総合医療センターで中等症病床への入院、中等症だということで来られた方の30%以上が重症化しています。最近その率がどんどん下がってきましたので、そういうふうに見ると、やはり先ほどございましたように数字を裏返しにすると中等症と重症の病床の比率がだいたい3倍ぐらいと。バランスも大事なので、僕はやっぱり裾野を広げるための初期の在宅診療も必要かと思えます。これらに関しては、今まさにりんくう総合医療センターでも今後に向けた初期の経口薬の抗ウイルス薬とか幾つか治験を行なっていますし、ワクチンがあれば重症化も抑えられますので、一つの病院に入れてしまって、そこがすごく重症者の対応までとことんできる力があればいいのですが、実際大阪の公立公的病院を見せていただいて、そこまでの力は今回の波において僕はあんまりなかったのではないかなというのが正直なところで、りんくう総合医療センターとは少し違うのではないかと思います。はい。

#### ■吉村知事

実際、十三市民病院をコロナ専門病院に初期にやったわけですが、今も活躍していますが、重症はやっぱり診られません。それで、220床の病院だったんですが、実際診ているのは60床ぐらいです。やはり、どこかの病院に集約すればそれが足りるというのは、ちょっと僕は違うんじゃないのかなと思っています。やっぱり重症化をできるだけさせない、早い段階で治療の手を差し伸べていく。これが非常に重要ではないかと思うんです、それぞれのタームにおいて。

そうすると、今回のようにわっと感染が増えてしまうと、例えば自宅療養者で1万5000人になりました。さまざまな入院待機を含めると、だいたい1万9000人。

となると、やっぱり最初自宅療養でなかなか入院ができなくなって、治療もそこでもなかなかされていないというので重症者が増えてきて、どんどん悪循環になっていく。となると、自宅療養のところ、できるだけ往診体制とか、お医者さんが診られる体制をつくる必要が非常に重要じゃないかと思うんです。じゃあそのあたり、日中の往診というのをかかりつけの患者さんだけじゃなくて、医師会で責任を持ってその地域で診るということを会長、ちょっとやってもらえないですかね。

#### ■茂松会長

はい、そういう意味では、今の病床については、何も一つ二つじゃなくて、三つ四つぐらいの、300床、400床ぐらいの病院ができればと。これは今言われている中等症・重症の一体型病院、これをそれに充てていただいたらなというふうに思って発言をしております。ただ、倭先生もああいう意見ですが、われわれが行ったときには、自治体病院からもそういう意見が挙がったので、それをお伝えします。それと、大阪府医師会の方では。

#### ■掛屋会長

茂松先生、医師会の往診のことは、また後の議論でいかがでしょうか。

#### ■吉村知事

すみません、中等症・重症の一体型病院というのは、かなり現場の実務には合っているんじゃないかと思うんです。結局、今回重症224床の確保の中で、それを超える重症者が出てしまって、どういう状態になったかという、じゃあ最後誰が診たんですかとなると、力のある中等症病院で、実際にもうその重症の治療をしていただいた。この実態に、ちょっとこれは本当にお願いになって申し訳ないんですが、そういったところについては中等症・重症一体型病院として、そのまま今回現実には起きたような形のもっときちんと制度化をして、中等症の許可病床が600床以上のところであれば、例えば中等症から重症になったときは、もうそこで診ていただく。ここをきちんと制度化することによって重症病床を増やすということが、非常に僕は実態に合っているんじゃないかなと思っていますし、医療の、命を救うというのでも必要なんじゃないかなというのが僕の意見です。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。知事がおっしゃったように私たちも実感しているのは中等症患者を早期から治療すると改善していく人が多くいます。今回の第4波で、軽症・中等症担当の病院で重症まで診療する経験をしました。そして、次は重症まで診療できるという体制が整ってきつつあると思いますので、今後は軽症・中等症病院にプラス重症患者を診療していただくというのは一つの方針と思います。また先程、倭先生がおっしゃいましたが、コロナ患者を中等症～重症病院で一緒に診ていくというメリットを私たち医療現場も感じています。佐々木先生、お願いします。

#### ■佐々木委員

今、茂松会長のおっしゃった自治体病院で、コロナ専門病院にしろという話。頭の中では選択として考えられることは考えられると思います。しかし、現実的になかなか難しい。これは、有事のときにすぐにできるというものではないので、長期的な視点に立ってやらないと。まだ、やれるとすれば、自治体病院でよりコロナ病床の比率を増やすことでしょうか。それはある程度可能ですが、これはやっぱり勝手に、自主的にやれと言われても無理で、行政等からのかなり強い要請とか命令とかがあればそういう方向に進むことはあり得ると思います。

ですから、コロナ専門病院化は、今現実的にすぐそうしろと言ったって、なかなか難しいと思います。例えば次の医療計画の中で考えるのはいいと思います。

もう一つ、この中等症・重症一体型病院という話ですが、実際4月の末から5月の初めぐらいに、本来中等症だけを診るという病院に、重症患者が入ってきて、そのまま診てくれということで、実際連続してみるという状態になっていたわけですね。その時の病床確保に

難渋したことに懲りて、最初から決めて、一体型病院にしようという話だと思うのですが、これは医療機能分化という考え方からすると、この中等症・重症一体型病院というのは、機能分化とはちょっと違うのではないかという気がします。本来なら重症、中等症、軽症、アフターコロナと分けるのが機能分化だと思っていて、それが私はベストだとは思っています。だけど、患者が増えてきたら、中等症を診る病院で重症を診ざるを得ないということは現実にあるわけで、それはもう切羽詰まった状態では、そうせざるを得ないかなと。実際に、どの中等症を診る病院も重症患者があふれた際にはそういうことをしてきたわけですね。

例えば中等症・重症の一体型病院の②に相当する病院の中には本来重症を診る実力のない病院も多くあるわけで、こういう病院で中等症を診ていて重症化した時にそのまま診るとなるので、それなら、最初から軽症中等症のみを診る病院のグループに入る病院が意外と多いのではないかと。つまり、実力以上のことはできないという病院が結構中等症・重症の一体型病院の②に含まれているんじゃないかと思うんですね。

それで、さっき倭先生がおっしゃった、りんくうのような、要するにもともと重症も診ていて、中等症も診ているといった実力のある病院は最初から一体化病院としてやっていけると思います。本来重症が診られないという実力の中等症病院に、中等症・重症一体型病院になれと言ったときに、どれぐらいの病院が手挙げできるかと。そこは、まだまだ議論が要ると私は思います。

#### ■掛屋会長

佐々木先生、ありがとうございます。

#### ■吉村知事

その点についてなんですけど、例えば許可病床が300床以上の病院で見たときに、今は仮にその実力がなくても、例えばいろんな実力のある病院からいろんな研修を受けるだとか、そういうことをすることによって実力を付けていくことも重要なんじゃないかなと思うんです。今回、もう状況的にどうしても診ざるを得なかったというので、現場で実力を付けたところも当然あると思いますし、そうじゃなくて、さらに重症。これは市大病院とか阪大とかいろいろ経験も、レベルの高い先生方に教えてもらいながら、その実力を付けていくということも非常に重要じゃないかなと思っていて。

例えば、300床の許可病床がある病院で、今回お願いしようとしているのは民間でいくと0.75%。一般病床の0.75%ですから。ここの病床数ぐらいは何とか診られるぐらいのことを目標にして、じゃあそれが足りない。動線とかで足りないとかというんではないでしょうから、その力不足だというんだったら、コロナの治療はこうやってやるんだよということを研修したり、支援をするという体制を整えて、今すぐに500床というのは難しいかもしれませんが、そういうふうにして積み上げていくことをやらないと、全体としては増えないんじゃないかなとは思うんですけどね。

今の段階でできることとできないことと割り切ってしまうと。それぞれの病院が、コロナと向き合う中でちょっとずつ負担をし合うというのが一番いいんじゃないかなと思うんですけどね。

#### ■佐々木委員

吉村知事のおっしゃることも藤井部長のおっしゃることも、よく理解はできるのですが、私は医療現場で、本来、軽症・中等症を診るといふ病院の第一線で働く医師が、重症患者がどんどん増えてきた時の高ストレスというか、パニック状態になるのを見てきています。たぶん行政の方は、そんなもん大したことないではないかとお思いでしょうし、実は私もそう思うところもあります。管理している医師からすると、大したことないだろうと思うんですけど、実際に人工呼吸器を使ってコロナの治療をするということをやったことのないような医者にとっては、すごいストレスになっているようです。

#### ■藤井部長

すみません、先生よろしいですか。ありがとうございます。今先生がおっしゃっているのは形式的な病床規模、300床、600床で重症を診ろと言われたら、病院によってはおそらく重症患者を診るのが難しいという病院があるというのは、今回重症患者をお願いしたことで、かなりそれぞれの病院の重症患者対応がどの程度できるのかということについて、実は大阪府側もかなり情報が共有できるようになっております。

これは、例えば救命の先生がいらっしゃるか、あるいは呼吸器の内科の先生がいらっしゃるかとか、それぞれの病院のご事情というものがありますので、形式的にお話しするのではなくて、そこはもちろん今知事がおっしゃっていただいたように、研修等で大阪府としても最大限の支援をいたしますが、具体的にそれぞれの病院のご事情はお伺いしながら500床に向けてご相談したいと思っています。

このあたり、生野先生がかなり中等症から始めて重症患者の受け入れを頑張っていたいて、相当な受け入れをしていただきましたので、ご経験等をお話しいただければと思います。

#### ■生野委員

はい、ありがとうございます。民間病院の立場でお話しさせていただきます。まず、コロナを診る病院は病院単位ではなく、病床単位で検討していくべきです。その病床がどんな機能、役割を持っているかが大切です。

地域医療構想は、病院単位ではなく病床単位で話し合われており、大規模の病院でも、機能を果たしていない病院もあります。小規模の病院でも、機能を果たしている病院もあります。大阪は小規模の民間病院が9割もある中、民間病院の力を発揮させなければならないと思います。

府の指導により、民間病院もゴールデンウィーク前には、多くの病院が軽症・中等症受入病院に手を上げました。まだ実力を持った病院がたくさんありますので、重症受入れも行っていくと思います。

ゴールデンウィークでは、大学病院等が重症患者の多くを診てくれました。府の要請があったからでしょうけど、民間病院は助かりました。ただ、しかしながら、在宅で亡くなられた患者がおられたことから、反省すべきことがありました。

第五波を目前に、コロナ患者受入病床をもっともっと増やしていかなければなりません。救急病院もあるしDPC病院で機能が高い病床を持っている病院が数多くあります。地域では公立よりも高い病床機能を持った病院もあります。それがなかなかコロナ病床にならなかったのは、タイミングがなかったんです。でも、今度は本当に行くと思いますね。みんな真剣に考えています。そして、第五波に備えています。

公や民やと議論するより、地域をどうしていくか。**ECMO**を動かす病院は三次医療圏ごとに考える。重症を診るのは二次医療圏で全部診ていかなければなりません。病床機能報告で高度急性期をすと言っている病院は、コロナを診るべきです。

重症病床は500床は当たり前です。ゴールデンウィークに重症**400**床以上使用した可能だと思います。コロナ突然死を考えると、このような患者をどうしても救わなければなりません。第五波に備えて、頑張りたい。

病院の機能はどのような機能の病床がいくつあるかで判断してください。そのデータは全部大阪府が持っています。

地域医療構想を進めて2025年にどういう医療提供体制をつくるのか。ここでは感染が大きい問題となり、今から取り組んで、いいと思います。頑張りたいと思います。以上です。

#### ■掛屋会長

生野先生ありがとうございます。先生がおっしゃったように、中長期的に考えていく問題であると思います。すでに議論は論点の2の方まで膨らんでいます。病床確保数3500の設定、そして、許可病床数の一定割合に応じた病床確保の要請に関して、追加のご質問がございましたらお願いします。佐々木先生。

#### ■佐々木委員

特に重症病床に関しましては、前回の第四波のときに449まで重症患者がいったわけですから、500の設定目標というのは当然で、これぐらいのことをやるべきだと思います。

目標はこれでいいですけど、単に病床の確保だけでなく、同時に医療体制も整備するということを一緒に考えていかないと、運用が困難になります。

このマンパワーの確保で、前から思っていることですが、呼吸器内科医だとか、感染症専門医が、有事の際の感染症を担う病院に必ずしも配置されているというわけではないです

よね。大学の医局人事で、ある病院にはたくさんの呼吸器内科が送られているけど、地域の有事に中核を担うはずの病院のところには、一人もそういうふうな配置がないということが現実にあるわけです。だから、この際、大阪府と大学病院とが一体となって、その部門のマンパワーの人事まで考えてもらいたいと思います。

#### ■掛屋会長

はい、ありがとうございます。マンパワーと佐々木先生におっしゃっていただきましたが、本当に重要な問題です。実は大阪府は感染症専門医が非常に少なく、人口割合にすると、都道府県で下から10番目ぐらいです。ですので、中長期的に感染症を担うドクターを育てていくという目標をたてて、大阪府とも相談をさせていただいております。ありがとうございます。その他にいかがでしょうか。茂松先生。

#### ■茂松委員

22ページですけども、病床運用に必要なマンパワーの確保というところで、重症対応、看護師、研修への支援といったことが人材バンク機能ってあるんですが、大阪府医師会でも感染区域での医師、看護師の研修というのがもうそろそろ立ち上がって実習に入れる準備が整いつつありますので、その辺を大阪府にもご支援いただいて、毎年その研修をやっていくということで、いざといったときにやっぱり感染症の管理区域に入れる医師、看護師を育てていくということで、それをやっておりますので、また今後ともその辺のご支援をよろしくお願いしたいと思います。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。今回の感染症は、私たちにとっても全人類にとっても初めてのことばかりでした。最初はどうか分らず手探りのところから始まりました。初めはみんな怖くて近寄れなかったわけですけども、まずは専門家が診療をしました。そして、だんだん多くのスタッフが診療できるようになってきた。この1年半にその経験を積んできたと思います。ですので、ご開業の先生も、地域の看護師さんもコロナ患者を診療できるようになる 때가、もうすぐではないかなと思っています。ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。知事、お願いします。

#### ■吉村知事

やっぱり重症病床500床を確保する、軽症中等症3000床確保を目指すということは、この第四波を踏まえてそこはいくべきではないかというのが、たぶんこの会議の、先ほど佐々木会長のご意見もありましたけど、コンセンサスにはできるのかなというふうには思います。ただ、じゃあそれにどうやってたどり着くのというところが、非常に容易ではないんじゃないかなと思っています。

この350床というのも、本当にこの医療現場の皆さんが命を救う活動をやろうというので今回そこまで運用して、これは確保計画にも載せることができるようになりました。350床といたら東京とほぼ同じ数なので、先ほど言いましたけど1.5倍の1100万都市で、医療機関も圧倒的に多い東京と同じだけをやっていると。ものすごいことをこれは、大阪の医療機関の先生方は350の重症病床をその中で確保していただいている。さらに、そこから150床を上乗せしていこう。500床というのはかなり。じゃあ、どうやって進んでいくのというところを僕としてはぜひ詰めたと思うんですね。詰めたというか、そこをよく考えないとできないんじゃないかなというふうに思っています。

一つは、こうやってやはり人材、マンパワーが重要になってきますので、ここにあるような制度を使って、できるだけできる方を増やしていくということが非常に重要だと思っているのが一つと、あと、もう一つは、やはり何らかの基準をつくって、そこにはお願いするというのを行政としても方針を示さないと、なかなか500床には僕はならないんじゃないかと思うんです。

実際この第四波が来る前の大阪府の確保病床は224床でした。これは第四波が来る前です。その224床も、これはそれ以上増えたら、通常医療が大きく抑え込まないといけない。大阪におけるマックスは224床だということをいろんな議論の中で、僕もそういうふうに思っていたんですが、この第四波がなかったらたぶん350床にはなっていなかったと思うんです。

そうすると、今度500床も、平時の段階で500床を確保していこうとなると、そこは先ほど生野会長もおっしゃいましたけど、僕は何らかの基準をつくってこの病院にはこの何床を確保すると。やっぱり、ある程度これはやらないと、その病院の経営者の方針とか、そういったところに委ねてしまうと確保できないんじゃないか。

例えば、第五波が重症者700人ぐらい出たら500病床いくかもしれませんけども、そのときは遅いわけで。今の段階で150上乗せするとなる、その具体的な方策として、われわれが考えるのは許可病床数とか病院の規模に応じて一定の基準をつくって、先ほど藤井部長からあった中でも、その中でやっぱり病院のいろんな個別事情があるから相談しながら進めていくということなんですけど。

やっぱり何か基準をつくってやらないと、全員が全員生野会長のようにやろうということではないわけで、500人に達しないんじゃないのかなと。それで、第五波はひよっとしたら、もう7月末には来るかもしれません。インド株もすでにあるわけなので。そういった意味では、その基準化と進め方というのをある程度決めないと、500と3000というのはここで決めたとしても、その具体をちょっと掘り込んでいかないと、進まないんじゃないかなというふうに僕は思います。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。茂松先生。

#### ■茂松委員

その人材を集めるとか、そういうことになる、医療資源のない中でどうやって医療体制をつくるかということになってくると思うのですね。ですから、コロナ専用で、そこに人材を集めると。集約化ということに。これは、医療側としてはほとんどそういう考え方をしてくるのではないと思うのですね。それが今できるかどうか分かりませんが、一度考えていただくということで、やっぱり集約化ということはすごく大事じゃないかなと。だから、そこでコロナの重症・中等症を診ていく。そこへ来た先生は、そこで研修をしていけるわけですから、そういう。やっぱり集約化ということも考えながらベッドを集めていくということも大事かなと思うのですが。

#### ■吉村知事

いや、例えばじゃあ、十三市民病院、今コロナ専門病院をやっていますが、その中等症で、その訓練というか、それをしてもらって、その病院に帰ったときに病床を増やしてもらおうとかというのはあると思うんですが、前提として、その病院がだいたい何床ぐらいかというのをつくらないと、そこになかなかとり着かないと思うんです。だから、病院の集約化というよりは、それぞれの病院のスキルをできるだけ少しずつアップしていきながらこの500床を確保していかないと、500床には僕は重症病床としてはたどり着かないんじゃないかと思います。

#### ■茂松委員

なかなか難しいと思うのです。十三市民病院が70床というのは非常に少ないベッド数ですよね。やっぱり300、400でコロナ重症中等症を診られるという病院を幾つかつくと、そこに人が集約化して、そこで研修を受けていける。それがまた散ったときに、またそこで広がるということがあると思うので、やっぱり一度はそういうふうな研修も必要ではないかなということを見ると、何かやはり、公立公的民間の大きいところでいいでしょうけども、そういう集約化できる病院をつくっちゃうということは、やはり防波堤をつくるということになると思うのですね。いったんそこで止め切れるのではないかということで、その間にもしできれば、また対応ができるということがありますので、一度そういうことも考えていただけたらと。

本当に医療資源のない中で、人をつくっていくということは、やっぱり研修をしていただくことも大事かなと思うのですけども。

#### ■吉村知事

いや、研修は研修でやったらいいと思いますし、その研修の仕組みというのは、これはつくりという仕組みなので、それはそれでやるべきだと思うんです。例えば、先ほど申し上げ

げた十三市民病院、これは早々に専門化したわけですがけれども、もともとは220床の病院が、今やっぱり70床しか診られないし、重症も診られない。これがやっぱり現実なんです。なので、重症病床を増やしていこうとなると、それぞれの病院で2%とか1%とか、これは基準をつくらせてもらって、この数字をこう変えるべきじゃないかと、この数字の中で得意な病院とそうじゃない病院があれば、個別に対応すべきじゃないかと、そういうのはあると思うんですが、やっぱり基準をつくっていかないと。結局波は7月に来るかもわからないわけですから。

#### ■茂松委員

今私がしゃべっているのは長期ビジョンでしゃべらせていただいていますし、ただ、やっぱり集約化したときにそこに専門家の先生、専門医、感染症とかコロナとか、そういう専門の先生がそこにおられて、そうやっていくことが、やっぱりそれが鍛えられていくということになって、そこで人材をつくっていくということになると思いますので、何かそういう考え方も先を見込むと大事かなと。

今、確かに言われるのは本当に難しいことだと思うのですね。今実際に中等症が重症を診て、やっとうちでもできるのじゃないかということが出てきたと思うので、これを今は広げていかないと仕方がないかなと思いますし、長いビジョンで見たときに、みんながそういう病院で勉強してやっていくんだというところの、コロナ専用の病院を三つか四つ、400床ぐらいのところをつくれたら、そこでまた研修もできるのじゃないかと思っていますので、長いビジョンで考えていただければと思います。

#### ■掛屋会長

倭先生。

#### ■倭委員

よろしいですか、知事。茂松会長のまったくおっしゃる通り、長いビジョンに関して新興感染症に対する備えとしての対応は、実は私は厚生労働省の研究班で、感染対策に留意した集中治療手技の対策を担当させていただいているところでして、**2019**年の**10**月の終わりの**2**日間で日本で初めての集中治療アドバンスワークショップコースを立ち上げて、りんくう総合医療センターの指導で特定感染症指定医療機関である **NCGM**(国立国際医療研究センター)と成田赤十字病院のチームに当院に受講に来ていただきました。それが今回の新型コロナウイルス対応に **NCGM** の先生からもすごくあのコース、集中治療アドバンスワークショップは役に立ったと言っておいただきました。他の第**1**種感染症指定医療機関向けの研修会で話させていただき、さあこれから進めていこうというところで、今回のコロナ感染拡大になってしまいました。このように長期ビジョンに関しては国の中でやっていくようなことですので、それは茂松会長のおっしゃるように頑張りたいと思います。

あと1点は、7月にはオリンピックもあって、夏休みもあって、おそらく第五波がインド株もかなり出てきていますので、どの程度抑えられるかは今後のワクチンの接種にもよるのですが、次の波の発生はあると思うのです。そうすると、もう今から指導とか研修といっても間に合わないと思うのですよね。

ですから、今直近で**500**床までをどうするかとなると、例えばりんくう総合医療センターは、新型コロナだけを診るのでしたらより多くの患者さんを診られるわけなんですけど、他の三次救急や二次救急に対応する必要がございますので、ぜひとも今知事がおっしゃっておられたように、もう行政の指導でここはこれだけ対応するよということ指導していただいて、プラス例えば、他の二次救急、三次救急をこの病院がこれだけ割り振って診てくださいということも一緒にセットで出していただくのがもう直近に必要です。そうしないと、もう間に合わないと思います。長期ビジョンと、7月末の第五波に向けてどうするかということについては、両方考えながらやっていただきたいと思いますので、ぜひともよろしく願いいたします。

#### ■吉村知事

はい、ありがとうございます。ここの病院でこれだけやってもらいたい。まさに、研修している時間がなかなかないかもしれないので、そのときに、じゃあどうやって病床を増やしていくかと考えたときに、なぜこの基準をつくっているかということに最後帰結するんですが、これは義務ではないじゃないですか、病院が受けるというのは。そうすると、これは本当にこういうことがあるんだなと思うんですけど、例えば、この病院でこれだけの病床しか受けていないから、うちはこれだけしか受けないとか、あっちがこれだけ受けたら私はこれだけ受けるとか、それぞれの個別の病院ごとのそういうことで病床を増やすのがものすごく難しかったりして、一定の基準か何かを客観的なものをつくらないと、結局はできるところだけをお願いしているみたいになってしまって、病床もそんなに増えないということになるので。

まあ確かに長期的に見て、いろんな研修をしてできる人を増やすというのは、りんくうなんかはまさに専門なので、それはお願いしたいと思うんですけど、じゃあ7月に来るかもしれない波にどう対応するかとなると、やっぱり何かしらの基準をつくってお願いしていかないと、実際増えないんじゃないかなと思うんですけど。

#### ■掛屋会長

はい、ありがとうございます。それで、24ページと25ページに、まだ受け入れが十分でないような病院への依頼に関して、この数値はいかがでしょうか。佐々木先生。

#### ■佐々木委員

この中等症・重症一体型病院の①の、重症患者受け入れのパーセンテージが、公立国立

2%、民間等が1%以上にはなっていますが、それに対して②の方は公立国立1.5%、民間等が0.75%であんまり差がないんですよ。私は、実力的にはこの23ページとか24ページの中等症・重症一体型病院の①の感染症指定医療機関。あるいは、一般許可病床数600床以上で、すでに重症を一部診ている病院と、②の現在は中等症しか診ていないような中等症・重症一体型病院とは、だいぶ実力差があるように思います。

この②の病院でも、4月の末から5月に初めにかけてそうであったように、いざというときには中等症に引き続いて重症を診なければならないとは思いますが、このパーセンテージはもうちょっと差を付けても良いのではないかと、すなわち①の方がもうちょっと診られる実力があるんじゃないかというふうには思いますけど。

#### ■藤井部長

このパーセンテージは、どちらかという当てずっぽうで出したパーセンテージというよりも、それぞれの区分の病院さんの取っていただいている重症患者の中央値が2%、あるいは1.5%となっております。ですから、すごくたくさん取っていただいている、もう5%程度まで取っていただいている病院もあれば、すごく少ない病院さんもありますが、中央値でご提案をさせていただいております。

先ほど知事からもありましたが、病院規模とか機能を見て、できるだけ公平に病床のご負担をいただけないかなというご提案となっております。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。佐々木先生。

#### ■佐々木委員

たぶん①病院と②病院では大分診療内容に差があるんじゃないかとは思いますが、それならそれでいいと思います。それから、話が若干戻りますが、要するにコロナ専門病院のことですが、例えばこういう有事ですから臨時的な病院みたいな、例えば、コロナ重症センターはアイデアとしては非常にいいと思いますけど、現実開けてみると、器はあっても人が集まらないというところがあって、なかなかうまくいかないですよ。ですから、今専門病院をつくるにしても、やっぱり器と人と両方考えると、現実的な問題として難しいところがあると思います。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。先生がおっしゃるように専門病院で働くスタッフをどう集めるかが一番の課題だと思います。25ページの受け入れをまだしていない病院にもお願いをしたいということですが、皆さんのご意見はいかがでしょうか。受け入れていない理由としては、スタッフが十分でないとか、ゾーニングのことがうまくいかないとか、きっと病院それ

ぞれの悩みがあるものと思いますが、私たちがやっていることを指導することで解決できるものと考えます。大阪府に協力をさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

それでは、三つ目の論点として、資料3-1の28ページの方針の4、5、6に掲げる宿泊療養、自宅療養、入院調整中患者への対応の充実強化策、そして、資料3-2の自宅療養者への日中の往診訪問診療体制の強化について議論させていただきたいと思いますが、ご質問等いかがでしょうか。高橋先生。

#### ■高橋委員

看護協会の高橋です。まず、四波において、本当に健康相談オンライン、それから薬剤の処方とか、パルスオキシメーター、ウェアラブルデバイス、それからAEDも用意していただいて、極めつけに酸素部屋用に在宅酸素療法のを各ホテルに4台ずつ、予備で1台で3台のお部屋をつくっていただいたことをすごく感謝しています。救急搬送の待つ間の安心、それからオーバーナイトの患者さんにとって、すごく貴重な状況をつくっていただいたことをまず感謝します。

それで、ここですごく残念だったのは、ホテル利用の患者数が5月1日から2日がピークで、その後どんどん減っていくんですね。たくさん準備していただいたのに、なんでかなというようなところがありまして、いろいろ看護協会理事会の中で情報を共有しました。そうしたら、ちょうどそのころから一般病院の軽症から中等症の病院の病床も空いているのに入っていないというような声も聞かれました。つまり、そこで情報交換をしたときに何が問題かといったら、保健所の機能じゃないかということですね。

確かに、保健所の中での保健師さん、看護師さん、本当に疲れ切って、真摯に対応していただいている。これはマンパワーが絶対に必要だなというのがありますが、私は聞くとホテルは入れないという情報を患者さんに与えている。それっておかしいです。私たちは一切断ったことはない。もうどんどん運ばれてくる方は全部受け入れていた。なのに、なんでだろう。

それから、5月1日、2日以降でも感染者数はすごく多いんですよ。だから、どんどん入ってきて当たり前なのに、なんでどんどん減っていくのか。そこら辺も私はおかしいなといったところで、いかに保健所でのこういったホテルへの誘導であるとか、空いてきた病床に対して自宅の療養患者さんを誘導して入ってもらうというような機能が、本当に保健所にすごく必要となってくると思うんですね。

なので、できたら正しい情報を、電話対応をしている保健師さん、看護師さんに対して正しい情報をしっかり与えられて、それから、マンパワーも要るけど、そのパワーをコントロールして強化するような、マネジメント機能が絶対必要になってくるんじゃないかなと思います。

だから、それぞれの保健所で本当に努力されているんだけど、その看護師さんたち、保健師さんたちをいかにマネジメントしてあげて、いいような状態で自宅療養、宿泊療養の人た

ちがよりよく治療が受けられるようなところをするのが保健所じゃないかなと思っていましたので、ここを五波に向けて十分機能を強化するような取り組みをやっていただけたらなと思っています。以上です。

#### ■西野理事

ありがとうございます。会長おっしゃる通り、今回のホテル療養につきましては、当初は保健所の業務が逼迫したということで、なかなか療養の方につなげられなかったという課題もございます。行政側で時間がかかっていたところもありますし、われわれの搬送のシステムのところでも時間を要したというような課題がありまして、今回29ページにも書いています通り、原則、宿泊療養を行っていただくということを進めたいと思っております。その上で宿泊療養に係るさまざまな間に入っているところのシステムですね。そういうのをできるだけシステム化しまして、短縮を図っていくということも、しっかりと進めて検討していきたいと思っております。

だから、保健所の方の体制として、この辺のあたりの徹底ということにつきましても、これまでも何度か保健所長にも伝えているところですけども、改めてこの仕組みを徹底して、宿泊療養のところにつなげるような取り組みをしていきたいと思っております。

ただ、なかなか宿泊の療養というのが強制力を持ってやれるものではございませんので、どうしても今回自宅療養を選択するという方がいらっしゃったというのも現実ではあります。その辺は、保健所の方の説得の仕方といいますか、説明が若干不足していた部分はあると思いますし、療養者の方への理解も進めていかないといけないという課題も今回はっきり分かりましたので、その辺も含めましてしっかりと宿泊療養の仕組みをつくっていききたいと思えます。

#### ■高橋委員

ホテルのことなんですけれども、原則シングルのお部屋ばかりなんです。それで、家庭内感染だから自宅療養って。でも、自宅療養でも、自宅で療養される方は、しんどい思いをしながら家族の世話をしないといけない、お父さんとかお母さん。その人たちも、やっぱり休ませてあげないといけない。それであれば、例えばシングルではなくてツインのお部屋があるようなところも選ぶなど、同じ確保するのであれば、そういったところも工夫していただいたら、高齢のご夫婦でも一緒に入ってもいいわけですし、こういったところでまた工夫をしていただければなと思っています。

#### ■西野理事

はい、ありがとうございます。おっしゃる通りです。今回ホテルによってはツインの部屋があったりとか、まちまちなところもあったんですけども、できるだけ療養環境に配慮して、その辺のこともホテルを決定するときには考慮するようにそのセクションの方に伝えてい

きたいと思います。

#### ■吉村知事

高橋会長のおっしゃったことは非常に重要だと思います。まず、本当に看護協会の皆さんに感謝です。このホテル療養、非常に。ある意味本来入院すべきような方も入っていらっしゃるような状況の中で、非常に緊迫した状況で、看護師の皆さんが力を貸していただいたことに本当に感謝していますので、まずそこをお伝えしたいと思います。

僕も会長と同じ問題意識を持っていて、部局に指示もしているんですけど。結局自宅療養をもちろん選ぶ人もいるんですが、ホテル療養を選んでいた人も、やっぱりホテル療養になっていない人がいるんですね。つまり、行政側の問題で、待たせ過ぎて結局ホテル療養にたどり着くまで数日かかってしまって、それならもう自宅療養でいいわというような方もたくさんいらっしゃって、そのフローがやっぱり僕はちょっと問題なんじゃないかと思っています。

最初に発生届が出て、保健所がファーストコンタクトをします。それで、じゃあホテルですねと決定してから、その後のフローがあまりにも長過ぎて、ここに問題があるんじゃないかなど。どうしても、感染者が増えてくると、保健所は逼迫します。保健所の数も、もともと限られているので、もう増えれば必ず保健所は逼迫するんですけども、ある意味ガバナンスというか、そのルールががちがちになり過ぎて、実務的ではないことに問題があるんじゃないかなどと思っています。

発生届が出て、ホテル療養と保健師さんが判断したら、もうそこで電話1本したら、そのままお迎えが行ってホテル療養に行くぐらいのスピード感がないと、皆行かなくなってしまうし、じゃあそのルートはどうなってんのというと、そこからまた市の保健所からそういう方はちょっと連絡が遅くなって、決定してから次府のフォローアップに行くまでちょっと時間がかかってとかって。

それで、みんなが忙しくなっているので、重症の方に目が行っているうちにそっち側の方はたどり着くまで非常に時間がかかったりもすると。例えば、車を配置するのも、結局はこの専用の車を配置するのに1日以上かかったりとか、もうそこら辺にタクシーが走っているんだから、もっと簡単にできないのかなど。実際陽性者はそれまで普通に活動していたわけですから。急に陽性って分かった瞬間、がちと固められて、車が迎えに来るのもものすごく手配が大変になって。ここをもうちょっと柔軟な体制にしないといけないんじゃないかなあというんで、部局にも言っているんですけど、まあいろいろでも感染症として指定されているから、きちんとした車の手配が必要なんですとか。

僕なんか、そのまま行ったらどうなんですかと。歩いて行ける人は。近くにホテルが大阪市なんかたくさんあるので。その専用ホテルがね。そのぐらいのスピード感がないと、ちょっと利用されないし、感染者が急増したときは、もうホテル療養よりも自宅ばかり増えちゃって。本当に会長のおっしゃる通りの最初の保健所のフロー。ここをやっぱり大きく見直

さないといけないと思っています。

それで、保健所はものすごくやっぱり忙しくなっちゃうので、自宅療養の人に連絡したりだとか、いろんな仕事があつと増えてくるので、保健所に頑張れ頑張れというだけでは、この問題は解決しないなと思っているので、そのフローを大きく変えるべきだということを今部局とも話をしています。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。知事のおっしゃるのは大変分かるのですが、感染症の法律で決められている感染者ですので、簡単にタクシーにすぐに乗って行ってくれとか、電車に乗って行ってくれというのはできないのが現実でありまして、そこに保健所のジレンマもあったのではないかと思います。また、保健所のマンパワーを越える、予想できないぐらいの患者さんが毎日1000人ずつ発生したというのが事実です。

#### ■藤井部長

なるべく保健所でいったん滞留してしまいますので、保健所から直接。そこに本庁からの支援隊を検討いたしまして、直接ホテルに即流できるような体制を検討したいと思います。

#### ■吉村知事

会長、僕もそのまま歩いて行けとか、タクシーに乗って電車で行けとか、これは例えです。ちゃんと分かっているんですけど、そのぐらいの発想の転換で、早くこの業務フロー自体を変えていかないと、やっぱりホテル療養にたどり着くのがすごく時間がかかってしまって、現実問題第四波でも、特に大阪市保健所なんかを中心に連絡がすごく遅れてしまったというところもあるので。そのフローの根本的な見直しがやっぱり必要なんじゃないかなとはちょっとと思っています。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。

#### ■倭委員

よろしいですか。やっぱりワクチンですよね。ワクチンを打って、ワクチンパスポートみたいなものを進める形に制度が変わっていくということをぜひとも知事のご尽力でお願いしたいなと思いますね。

#### ■吉村知事

もうワクチンは絶対必要だと思っているので、職域接種にしても何にしてもがんがんやってくれと直接総理にもお願いして、いろいろ今やっています。ワクチンパスポートはちょ

っといろいろ議論があるみたいですけど、ワクチンを広めるというのは、とにかくこれが一番今重要だと思ってやっています。それと、インド株がどっちが早いかな。たぶんインド株の方が先に来そうですけども、できるだけまずは高齢者の接種を終えて、重症者、亡くなる方を抑えるというので。

今日の議論とは別ですけど、今僕が一番力を入れているのはワクチンなので、そこはしっかりやっていきたいと思います。

## ■茂松委員

今ワクチンが出ましたが、ワクチンは今医師会がしっかり頑張っておりますし、かなり広がってきていると。個別接種もかなり多くなっているということで、ご期待していただきたいと思います。もう一つは、やはり宿泊療養というのは原則ということですので、自宅療養がこれだけ増えたというのもちょっと問題があるのかなと思っていまして、そこからまた広がっているというのもございますし。

ただ、この自宅療養に対して、私どもが絵を描いているのが、先ほどの説明にありましたページ1の2番、自宅療養者の日中往診訪問診療体制の充実というところの次の図であります。資料3-2の2の②というやつですが、これは実は自宅療養者が、例えば重症になったときはすぐ救急車を呼ぶ。それで、葉と書いています、これは、オンライン診療で、われわれが取り掛かって480の医療機関で対応しているということで、実はここで治療もある程度してきているということがございます。

そして、今在宅療養支援病院とか、民間の方で訪問とか往診をしていただいているので、まあ1回行って後はオンライン診療なのですよね。それで、基本的にそれが200回ぐらいしかないということでございます。ただ、われわれがやっていますのは、その右の横で、訪問看護ステーションと実は協力をし合って、連携があったときは必ずのぞきに行っている。それは、どこをのぞきに行っているかといったら在宅かかりつけ患者でコロナの患者さん。それと、急変をしたところには、行くことは行っています。ただ、そのシステムができていくかといったら、そこまではできていないのです。訪問看護ステーションの方々と医師とが協力し合っただけるときはのぞいているんです。

ただ、われわれがもし行ったとしても、患者さんが重症化して、パルスオキシメーターで本当にもう90を切ってしまうということを見届けて、もう肩で呼吸をしている、顔色が悪いといったら、もうこれは救急車を呼ぶしかないんですね。それで、例えばそれで救急車を呼んだとして、救急車が来ても連れて行ってくれない。酸素にも連れて行ってくれない。そういうことも経験しています。その中で、輪番で医師が行けと言われても、後方支援が定まっていなところになかなか行けないのは現実であります。

それで、われわれが行っても、重症化した患者さんは、もうほとんど酸素を吸わせて病院で入院してもらわないといけない。することが実はほとんどないんです。

ただ、患者さんとお話ができるということですので、そこは寄り添っていくということで

診てはいますけども。ただ、電話とかオンライン診療を使ってかなり活動したという結果が出ております。

例えば、昨年5月から今年の3月までのオンライン診療の数が、レセプト枚数で言うと1496件。これは、単に公費でコロナを診たという患者でございました。ただ、この4月を見てみたら1828件。1カ月で1カ月以上やっているんですね。

だから、オンライン診療で確実に薬もそこへ持って行って、僕らが直接持って行って患者さんに渡したりとか、いろいろしているわけですね。だから、それで結構カバーできているはずなのです。

今まで在宅で亡くなった患者さん。その検証があんまりされていないと。例えば、その治療とか、保健所が連絡しても付いていないということがあって。例えば、自宅で患者さんが困っているときに、電話相談があったんやとそれは言ってもらっていないとか、そういうことになって周知されていないのですよ、480のオンライン診療の。そういうこともあって、少し医者側もひいているところがあります。

もう一つは、私もそうですけども、薬を出して92歳でお年寄りを診て、もうこれは重症で **SpO2** が88であると。下がってきて救急車を呼んだら連れて行ってくれない。これは、もう連れて行くなと言われたと言われていました、救急隊がね。

そこで、われわれはどうしたかというたら、その人は自分の患者ですから、糖尿もありながら薬を出して、ステロイドを出して、よくなって、2週間、3週間たった時点で病院へ入院させたら、その病院に怒っていくところもあるんですよ、保健所としてね。どうしてこのような患者を入れたのかと。

そういうこともあったりして、やっぱり僕らとして後方支援がしっかりしていないとなかなか行けないのですよ。その中で輪番制と言われると、なかなかやっぱりシステムに組み込むのは難しいので、今はとにかく訪問看護ステーションの方々と協力し合っただけのぞけるときはのぞいています。だから、それを少しずつ広げさせていただきたいというのが医師会の思いであります。

というのは、われわれ在宅医療にしましてもそうですが、後方支援がしっかりしていないと、在宅医療ってなかなかできないですし、今7次の医療計画を大阪府で組んでもらっていますが、あの中で在宅医療で必ず後方支援の強化をしていく。これは目標になっているのですよね、まだ。そういう中で、ここだけ輪番でいけというのもなかなか厳しい問題があるというふうに医師会として思っていますし、何もやっていないわけじゃないのですね。

だから、1年分のレセプトを越える数をちゃんとオンライン診療で1カ月やっているわけです。そこに治療も届いています。ただ、亡くなられた方の検証をして何ができなかったのか。どうも、聞くところによると、やっぱり連絡がついていないということがあるようですから、そこはきちっとわれわれが。何か保健所から連絡をいただいたら、きちんとオンライン診療をしますので、その辺の周知をしっかり充実させていただいて、それでもできなければ僕らはまた考えますから、今はとにかく動いているところを少しずつ充実させてほし

いというのが医師会の思いであります。これは、会員みんなに相談もしながらやっていることですので。

今やっているのは、ワクチン接種に集団個別に行きます。それから、産業医の方の協力にも声が掛かってきていますし、検査医療機関でそれもやっています。産業医の巡視もしないといけない、学校医の健診もしないといけない。それで、在宅医療を昼間にしないといけない。その中でこれ以上課せられると、なかなかシステムで組めないというのが現状であります。

だから、そこはご理解をいただいて、とにかく充実をさせていきますから少し時間をいただきたい。今はワクチンもだいぶ開業医に打ってまいりました。2回目を打った人も出てきましたので、現場にもある程度行ける状態も出てきていますので、とにかくわれわれがもらって帰ってきて、自分の診療所に広めてしまうと駄目なんですね、もうこれで。亡くなられた方は11名おられます、医師で、今全国で。

やっぱり、そういうことの中で、9000人がコロナで医療従事者が関わって、6000人がもう支払い請求決定も受けていますし、やっぱりもらってくるということも、ワクチンが広がっても、抗体が90%から97%ぐらいとすると、やっぱりまだリスクがあると。

ということを考えて、なかなか直接自宅療養でコロナのところに行きにくいというのは現状としてあるということと、ただ、オンライン診療ではきちっと治療は届けています。それは、今回のレセプトの調査でも出ましたので、その中で死亡が出たという報告はございませんので、とにかく少しでも軽症化させて、悪化すればそれで入院していただくということで、とにかく倭先生の方に治療を続けてもらえるように、われわれも体制を整えてやっていますので、何とか輪番というのはいちよと抑えていただいて、とにかくきちっと訪問看護ステーションと協力しながら徐々に広げていきたいと思っていますので、その辺のご理解をいただければと思っています。そのために、この図を書かせていただきました。

これは、とにかくわれわれは後方支援というのが必要ですのでフォローアップセンターが必要であるということで、後ろに書かせていただいております。

もう一つは、退院調整チームというのを昨年12月につくられたと思うのですね。それで、今回それをセンターとしてつくり変えるようなことが書かれていますが、あのときからも調整して送っていましたよね、後方支援として。だから、働いてきているのですよね、機能としては。だから、今回なぜセンターにしたのかなと実は思っているのですが。

#### ■藤井部長

当時、退院調整、入退院を円滑にするために、受け入れ側のアフターコロナの受入病院の情報、どの病院が何床取っていただくという情報を把握して、コロナ病院の方にお示しするということが、長期入院患者さんの患者氏名を把握して病院と共有すると。大阪府がしたのは、ここまでの退院調整センターとして、情報をみんなで共有するところまでをやってきました。ただ、病院サイドから具体的に転院調整が、相手方のアフターコロナの病

院さんとうまくいきにくいというご意見がかなり出てきておりますので、そのこのマッチングまでシステムをつくって、大阪府の方で踏み出そうと思っています。そのための新しいセンターです。

#### ■茂松委員

ありがとうございます。知事の方としては、一度ご理解をいただければと思っておりますので、よろしく申し上げます。

#### ■吉村知事

さっきの退院・転院調整については、そういった、まだシステムとしてどこが何床空いているかをきっちり把握をして、そのマッチングまでは。情報提供はしたんですが、マッチングまではしていないので、われわれマッチングをしていこうと思います。それから、今日の僕も囲みの取材でも言ったんですけど、患者さん、それからご家族にもこれはご理解いただきたいという話をしました。つまり、その患者さん、ご家族は例えば大きな病院で治療を受けていたら、最後までそこでやってほしいという声もあって、なんで転院なのと、なんで途中で変わってんの。でも、コロナにはもう人に移す可能性はなくなってもADLが低下しているだとか、もともとの基礎疾患が重いとかで、なかなか退院にはならないんだけど、そこで受けているところからがと移動することの抵抗感というのも。

やっぱり、患者さんの思いとしてあると。でも、そこはもうコロナで患者さんが急増するときにはもう理解してくださいということは、一応今日の囲みでも言ったんですけど、ここは患者さん家族の理解プラス、あとわれわれもそのマッチングを積極的にやっていって、できるだけ転退院というのは増やしていこうと思います。

それから、自宅療養なんですけど、これはまず本当に医師会の皆さんにこのオンライン診療をこれだけやっていただいて、本当に感謝しています。これで、われわれも保健所から、茂松会長からまだ周知が不十分だったというお叱りも受けましたけど、順次どんどん全員に知らせていったりで、今はかなり周知機能は整っているという状況だと思います。

やっぱり、自宅療養者が数が多くなるんですね。2万近くに最後いきました。そのときに、保健所というのはもともと数に限りがありますし、マンパワーも限りがあると。クリニックは全部で9000ぐらいありますから。それで、病院は入院治療をしているというふうになってくると、結局どうしても自宅療養者が浮かんでしまうんですね。誰からも何の治療も受けられない。そして、オンライン診療はあるんですが、保健所からもどうしても連絡も、数が増えてくると順調に行かなくなったりする。毎日の健康調査なんかも、基礎疾患がある人とかそういう人は行ったとしても、そうじゃない人はちょっと結果待ち、向こうから待ちとか、いろいろ。自宅療養者と入院している人の差がものすごく激しくなってしまうんじゃないかと。ここを埋めなきゃいけない。

これは一つ、ホテル療養で埋めていく。でも、やっぱり自宅療養者が増えてくるときに、

ここにある、会長がつくっていただいた提案で、在宅のかかりつけ患者は診るとなっていますが、有事のときはかかりつけ患者以外の一般患者も診ていただけないかなあという。

#### ■茂松委員

いや、それは実際に診ているのは診ているのです。ただ、システムは組めていないのです。だから、急に電話がかかってきて、知らないところでも薬を持ちながら医者が行っています、現場に。それもやっています。ただ、何件やっているかと言われたら、そこはなかなか僕らも調整が入っていないので。ただ、レセプト診療を見たら、1カ月で結構枚数が多かった。1年以上はあるということですので、ここはその辺はご理解をいただきたいと思っています。そこから死亡が出たというのは聞いておりませんので。

#### ■吉村知事

死亡が出たとかではなくて、できるだけ。例えば、その初期のお医者さんがもし介入していただいたら、解熱剤であったり。場合によっては、ちょっと症状が進んでくるとデキサメタゾンであったり、いろんな対応の仕方はあると思うんですけども、そこがまったく受けにくいような状況に増えてくると、どうしてもなってしまう。

#### ■茂松委員

ですから、実はですね、話を割って悪いのですが、家族にお電話をしたり、オンライン診療でやったときに、やっぱり患者さんに寄り添えていますね、実際のところ。もう安心しましたと言われます、実際。もう電話だけでも安心しましたと。それで、お薬を届けて、それだけでも。ちょっと外から顔を見ただけでも安心しましたと。これは全然知らない患者さんのところですよ。そういうふうにならなければやっているつもりですので、ちょっと輪番制でシステムをつくれというと、これはなかなか厳しくなるなあと。今やっているところもちょっと手が引きそうな感じもありますので、できれば今やっているところをそのままじわじわ伸ばしていきたいというのが医師会の考えとしてご理解いただければというふうに思うところがあります。

#### ■吉村知事

また、保健所それぞれの圏域がありますので、ぜひそこは会長、お願いしたいと思います。なかなかこれは大変だとは思いますが、次いつ波が来るか分かりませんし、もし次にまた波が来たら2万人とかにもなるかもしれない。これはもうお医者さんにちょっと様子を見ていただくとかするだけで、気持ち的にもものすごく患者さんとしては楽になると思うし、ここからは素人なので分かりませんが、元気になって頑張ろうという気にも、不安が取り除かれてなるんじゃないかな。免疫力とかも上がるんじゃないかなと思うんですね。

#### ■茂松委員

いや、本当に薬を届けるだけで、玄関で顔を見るだけで、薬を渡すだけでも、本当に安心してもらえて、あと、電話でもつながっていますので、何か状態が悪くなれば救急車を呼んでねということになりますので、これは結構ありがたく思っていると思っています。

だから、そこはちゃんと今後訪問看護ステーションと医師会ときちっと連携を組みながら、できるところからやっていくと。まあ少し時間をいただきたいというふうに思っていますので、とにかく電話診療、オンライン診療で、今は何とかさせていただきたいと。とにかく自宅で亡くなる方を少なくしないといけないことと、自宅で悪化させないようにしないといけないと。それが治療につながっていると思っていますので、とにかくそこは責任を持ってやっていきますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

#### ■吉村知事

そこをぜひ検討していただきたいと思っして、電話からも一歩進んで実際に体調とかを見て、いろんな機械で測ったりしてやっていただいたら、ものすごくこれは効果的なことだと思いますし、重症者を防ぐという意味では、自宅療養に分かってから、そこからどんどん。対応が遅くなると、どんどん治療も後手後手に病院に入ってからになってしまうので、そうなる人を少しでも少なくするという意味では、自宅療養が一番最初の、そこから悪くなる人をできるだけ防ぐ出発点はものすごく重要じゃないかなと思っして、今医療従事者のワクチンも結構普及もしてきましたので、そういった意味では往診というのをかかりつけ患者さんだけじゃなくて、いろんな人も含めてですね、ちょっと。

#### ■茂松委員

それは、今かかりつけ医を中心にしていたのでこういうふうには書いていますけども、一般の方も実は矢印はあるわけですが、件数がやっぱりまだそんなに何百件とまではいきませんので直していませんが、それは徐々に増やしていただきたいというふうに。必ず患者さんに寄り添うということを医師会は守ってやっていますので、そこから在宅で亡くなったというのはないと思っています。ちゃんと調べましたが、ないようです。

ですから、十何件自宅で亡くなられたときは、電話とかああいう手が届いていない。医療が届く前に亡くなられているということですから、そこはやっぱりきちっとしていただければなと思いますし、連絡があれば、われわれはきっちりやることはやっていくと。

ただ、行って、もう本当に重症で、救急隊が来てほしいといったときに、ものすごく遅れてくるとか、なかなかもう年齢がいついたら連れて行ってくれない。もうここで辛抱してくださいと言われるのも現実があります。ですから、後方支援もしっかりやっていただきたいなと思っています。

■吉村知事

その後方支援のところで、救急隊員の人も本当にいろいろ頑張ってくれて、救急待機ステーションなんかもつくって。やっぱり患者がずっと急増してしまうと、自宅療養が悪化して、そこから運ばれるパターンがものすごく増えました。そこで行き先の病院がすぐ見つからないというんで、僕らは待機ステーションをがっつつくったわけですけど、急きょ。これは他の、例えば北海道でもつくったのかな、いろんな大阪の事例を参考につくられているんですが、患者が急増しちゃうとどうしてもそうなるんですが、救急隊もそうやって急増したときは、どうしてもこうやって対応すると。後方支援は、いろんな仕組みをつくりながら、こうやって100%じゃないにしてもやっていく。その中でできるだけ悪化する人を防いでいきたいという意味では、自宅療養で近くのお医者さん。やっぱりたくさんいらっしゃるんで、早めに診られるようにするというのが、そういったことを防ぐことにもつながるんじゃないかなあと思っているんで、何とかまた会長。

■茂松委員

はい、少しずつ積み重ねていきますので、よろしくお願ひしたいと思います。

■藤井部長

はい。すみません、かかりつけ医患者さん以外もご相談があればというありがたいお話をいただきましたので、これをシステムで輪番を組んでとか一気にというのは非常にハードルが高いと思いますが、保健所から見たときに心配なのが、健康観察をしながらでもご自分でオンライン診療にアプローチできない患者さん、アプローチしにくい患者さん。もし保健所から地域のクリニックにご相談させていただいたときに、往診に行ってあげるよというクリニックが少しでも、徐々にということでございましたが、増えていくと非常に体制としては充実するのではないかと考えておりますので。

■茂松委員

はい、そういうふうにしてこちらもやっておりますし、取りあえず保健所から電話をいただく。例えば診療機関ですね。そちらで一遍電話してみてくださいとか、その辺はまた訪問看護ステーション協会とも連携を組んで、きちっとやっていきたいと。これは、できているところはあるのですが、なかなか全部が全部、全部の地区に難しいという現状があります。ただ、少しずつは増やしていきたいと思っておりますのでよろしくお願ひしたいと思います。

■掛屋会長

生野先生。

■生野委員

はい、在宅医療では、在宅療養支援診療所が大阪では1800ぐらいあります。診療所の先生が1人で24時間365日できるわけがないので、チームを組まねばなりません。まず訪問看護ステーションです。さらに在宅療養支援病院(200床未満病院)が103施設あり、サポートすべきです。また、後方支援病院(200床以上病院)が30施設あります。地域で連携を取ることが必要です。茂松先生、診療所と病院の地域連携を実現させないと大変な問題になりますね。よろしく願いいたします。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。ぜひチームを組んで、皆さんの力で進めていただければと思います。乾先生。

#### ■乾委員

すみません、地域の薬剤師、薬局の立場から一言申し上げます。茂松会長から在宅療養の患者さんに対して、薬剤の供給等の話がありましたけれども、やはり地域の医療機関、診療所とかかりつけ薬局・保険薬局がしっかりと連携を取って進めております。かかりつけ薬局を持たない在宅療養者に対しても、先ほど資料にありましたように、大阪府で保険薬局が4100ほどありますが、その中で1730ほどの薬局が、そのかかりつけ薬局を持たない在宅療養者に対しても医薬品の供給をしっかりとやりますということで手を挙げていただいています、実際に供給もさせていただいております。

オンライン診療、電話での診療等もあると思いますが、診療後処方医から、あるいは患者さんから直接の場合もありますけれども、薬局へ調剤の依頼に関する連絡があります。多くの薬局薬剤師が処方箋応需後配送するだけでなく、その患者さんに対して電話をかけて、こういうお薬が出ているのでと先に確認した上で服薬指導を行い、実際にそのお薬を自宅まで届けております。

できるだけプライバシーを保護できるようにということで、十分注意して行っています。我々薬剤師が薬剤の供給を責任を持って進めており、服薬指導の際には患者の状況についても確認しており、医師、訪問看護師等と情報共有し少しでも負担を軽減できればと考えておりますので十分薬剤師を活用していただけたらと思います。ワクチンの大規模訓練のときに吉村知事からワクチン集団接種に我々薬剤師も協力をさせていただきますよということをお話しさせていただいたときに「普段の業務で非常に忙しいのではないか」と気遣いいただきましたが、今地域でワクチンの集団接種に関しては、医師会・行政と連携を取りながら、ワクチンの希釈充填、また、予診票の確認チェック、お薬の相談等をさせていただいておりますし、また、今週から始まっております大阪市の集団大規模接種、18日から大阪府による集団大規模接種についても地域薬剤師会を中心に多くの薬剤師が出務しているところです。

今後も薬についてはしっかり責任を持って供給ができる体制を整えてまいります。地域

の薬剤師はしっかりモチベーションを高く持って進めておりますので、また茂松先生、医師会ともぜひ引き続き連携を取らせていただけて進めさせていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。薬剤師の先生方も患者さんに直接お会いされると思いますので、ぜひそこでお声を掛けていただきますと患者さんの安心につながると思います。

なかなか議論も尽きないところでございます。もう時間も過ぎてまいりましたので、次の資料の説明をお願いできますでしょうか。

#### ■事務局

<資料4-1について説明>

#### ■掛屋会長

ありがとうございます。変異株のスクリーニングですね。デルタ株に置き換わる可能性がありますので、デルタ株のスクリーニングをやっていくということ。また、高齢者施設等の従業者への定期検査のPCRを引き続きやっていますが、現在の状況を見ますと、そのスクリーニングが非常に功を奏して、クラスターが減っているということで、今後も継続していただければと思います。この二つの説明につきまして、何かご質問はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。ぜひ、変異株のスクリーニング検査と高齢者施設を守るための従業者のスクリーニング検査を引き続きお願いいたします。

それでは、もうずいぶん時間も超過しました。時間の制約もありますので、質疑はこれまでとさせていただきます。これにて、本日の議事は全て終了いたしました。事務局に議事をお返しします。よろしくお願いいたします。

#### ■事務局

本日は、長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。これにて「第11回大阪府新型コロナウイルス感染症対策協議会」を閉会いたします。ありがとうございました。