

令和7年度第1回大阪府感染症対策部会 議事録

【日 時】令和7年8月15日（金）15時～17時

【場 所】国民會館12階 武藤記念ホール

【出席委員】大竹委員、掛屋委員、川井委員、桑嶋委員、佐藤委員、白野委員、多根委員、津田委員、道明委員、朝野委員、橋本委員、福島委員、宮川委員、宮本委員、八木委員、倭委員

【オブザーバー】大阪市消防局救急部長、大阪市保健所長、大阪府岸和田保健所長

【議事全文】

■審議事項1 部会長の選出について

- 委員により、朝野委員の推薦あり。
- 委員一同の賛成により、朝野委員が部会長に選出された。
- 朝野委員の指名により、掛屋委員が副部会長に選出された。

■審議事項2 大阪府感染症予防計画（第6版）に基づく取組状況について

- 事務局より資料1を説明し、欠席した忽那委員及び秦委員からの意見書（資料1-2及び資料1-3）を読み上げた。

○質疑応答

<朝野部会長>

はいありがとうございました。

簡潔にご説明いただきましてありがとうございます。

それでは、事務局のご説明に対して、ご意見等を頂戴したいと思います。

目次の順番で、まず一番の発生予防及びまん延の防止のための施策についてですが、大安研が関与していますので、一言申し添えますと、大阪・関西万博の感染症情報センターによるサーベイランス体制の強化を現在行っております。大阪府、大阪市、それから国立感染研と万博協会、大安研で様々な情報を集めてそれを毎日他の情報とも総合し、検討し、まとめをしています。

このような取組みを万博が終わったらすぐにやめてしまうというのは、もったいないと思います。9ページのところにありますけれども、こういうふうに強化サーベイランスやるのですが、終わったら止めるというのは良くないと思います。やはりこういう事業は万博のレガシーとして強化サーベイランスのあり方というのを残していく必要があるのではないかということを考えております。

例えばG20サミットやオリンピックのときに強化サーベイランス行いましたが、終わるとまた元のサーベイランスの体制に戻るといったところがあります。非常にもったいないと思います。これも大阪府の方でもお考えいただいて、強化サーベイランスを何らかの形でレガシーとして残せるやり方を実現していただければと思います。

2番の感染症及び病原体に関する情報の収集、調査及び研究で、大竹先生から今日資料をいただいておりますので、ご説明とご意見をいただければと思います。

<大竹委員>

ありがとうございます。

お手元に感染症発生届ナッジっていうのと、パンフレットと、それからQRコードの3枚あるんですけども、私のコメントは、この感染症サーベイランスについてなんですが、その中で感染症届を医師があまり提出してないという大きな問題があります。

その実態を厚労省の事業費の中で計測した結果を示した書類が感染症届出促進ナッジと題されたものです。そこでいくつか届出率が低いと推測されている感染症についての調査を全国の1,100人について調査しました。例えば、診察した医師が全員届け出ないといけない感染症が結構多く定められてるんですけども、その中でウイルス性肝炎は診察しても届け出てない医師が7割ぐらいいますし、急性脳炎も6割、梅毒や急性弛緩性麻痺だと4割、侵襲性肺炎球菌とか劇症型溶連球菌感染症だと3割は届け出てないということです。

その原因を調べたところ、多くが義務であることを知らない医師がいて、それから知っていたとしても届出基準を知らないということがわかりました。どんな間違いをしてるかということ、届出が任意だとか努力義務だと思っての人が結構いて、そういう人たちが届け出てません。

それから、年齢でいうと50歳以上の方が届け出てない。それは感染症法が制定される前に医学部卒業されているのだ原因だと推測しています。

あともう一つは電子カルテがない病院の医師も届出をしていないということです。この研究では、どういうメッセージ出せば効果があるのかという分析もして、その成果を踏まえてこのパンフレットを作成しました。

これは現在、その後にあるQRコードのところで公開していて、厚労省でも今後展開していく予定になっておりますので、ぜひ大阪府でも活用していただきたいということです。

メッセージの効果検証をしたのですが、情報提供した直後には医師のみなさんの届出意欲が上がるんですけど、3ヶ月後には消えてなくなることもわかっています。

ですから、検査機関からの検査結果通知書に届出義務があるという表記をすることが、一番効果的だろうと思っています。

それからFAXでというのが先ほどのコメントにもありましたけれども、やはり電子化を進めていくということも、負担を減らすという意味では大事だと思っています。

あともう一つ意見があります。下水サーベイランスの話です。

下水サーベイランスはエキスポそれから関空で採り、実証実験されているというのは非常にいいと思います。

私は、内閣官房のコロナ室で行われた下水サーベイランスの実証実験の委員やったので、メリット、デメリットについてある程度把握しました。いいところは確かに病院にかからないような外国人感染者が多いとか、潜伏期間が長い感染症とか、日本の医師が診断に慣れてない感染症というのを下水サーベイランスでは把握しやすいということがあります。

一方で、潜伏期間が短いとかすぐに発症するタイプの感染症というのは、必ずしも下水サーベイランスに依存しなくてもいいので、そこを上手く活用する必要があります。つまり、どういうタイプの感染症でこれを行なっていくのかというのは考えていく必要があると思います。

下水サーベイランスで一番お金かかるのは下水を採り出して運搬するところなんですけれども、

そこを頻繁にやればやるほどすごくお金がかかってしまっています。自動的に採取できるようなところだとその費用は比較的安くなります。非常にエキスポとか関空は向いているところだと思いますけど、他のところに広げていくと、一般にやっているとところもいくつかの都市であるんですけれども、対象をうまく考えていかないと、その費用対効果が良くないケースもあるので検討いただければと思います。

以上です。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

まず届出について、宮川先生、医師が届出をしないという点について、先生はどのようにお考えですか。

<宮川委員>

今、大竹先生からのご指摘の通りだろうと思いますね。基本的には。

ただ確かに、まず一つはD X化ということだと思うんですけど、先ほどの委員の話にはありましたけど、コロナが始まるまで、実際F A Xで十分じゃないかという世の中の流れもあったかと思っています。

我々のパソコンを使ってやりなさいっていうのも、そういう声が全然出てなかったと。

実際F A Xの便利さっていうのは、当然保健所さんとそれなりに顔が見えないにしても、普段からの「顔が見える」お付き合いの中で、通常は数的にもそんなに膨大じゃないですから、一定やり取りができやすいというメリットがあったと思うんですね。

それはあのビックリするようなコロナにおいては需要の増大があって、それに対してもD Xでないと処理できないという、その通りだと思うんですけど、それは現場ではなかなか追いつけないというのは一つの事実。それと二つ目がルールですけど、おっしゃる通りで今年もルールが変わったわけですけど、定点報告のルールも変わりました。さらにコロナ下では頻回にルールが変更されました。

基本的には、令和7年度から急性呼吸器感染症を届け出なさいという話になってるわけですがけれども、当然、通知通達を出してるわけですがけれども、どこまで出さなくちゃいけないかということが一般会員のところまでなかなか周知がいつてないっていう部分もあると思いますし、それと、皆が皆感染症を診てるわけじゃないという、どうしてもあまり自分と直接感染症患者さんと接することはほとんどないという感覚の部分で対応している医療機関もあるかと思いますので、ですから大阪府さんとまた協力しながら、やっぱりしっかりと周知は進めていきたいなと思います。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

白野先生は感染症の専門医ですが、届出について、例えば医療センター全体でこの感染症は届け出なければならないというのは誰が判断して、忘れていたらそれを伝える人がいるのでしょうか。

<白野委員>

私どもは、まず一類から二類感染症に関しては、もうほぼほぼ感染症内科もしくは小児救急・感染症内科で診ますので、これらの診療科の医師は一通り届出が必要な感染症を把握している。

救急部門で診断されるケースもあるんですが、そこも感染症内科に相談があったりとか、救急部

門の患者さんを常に共観しているので、届出感染症の発生があれば連絡を受けるようになっております。

三類感染症に関しては消化器内科等で見ることもあるので、たまに届出が抜けていることがあるんですが、培養等で検査確定した時点で、その検査部から結果報告とともに、これは届出感染症ですっていうコメントが入るようになっております。

なので、やっぱり漏れがあるとしたらたとえば梅毒などです。RPR が陽性というだけでいちいち警告が出ないので。五類感染症の一部はちょっと漏れがあると思います。

<朝野部会長>

検査部の方から届出感染症ですと伝えと、無症候性保菌のときはいいのですが、診断が伴うときはそのこと自体が診断になるので、そこは医師がやらないといけなくなるという問題があって、なかなか検査部の方も溶連菌が血液から出たぐらいじゃ届出ですと言えない。劇症型かどうか診断がないといけない。そこは医師の診断が入るところがありますので、その辺りが検査部から出すということの難しさはあると思うのですが、診断したら届出してください程度に言わないと、何で検査部が診断したのですかと、医師法違反とか言われることもあるので、その辺り注意が必要だと思います。

<白野委員>

わかります。

ちなみに当院の場合、コメントに「感染症であれば届出対象です」と表示されます。だから、結局そこは医師の判断により任されてるということです。

<朝野部会長>

無症候性で保菌でも届け出ることがありますので、そういう場合は、届出感染症ですと言っていいと思うのですが、そういう法律の中にあるニュアンスの違いも必要になってくるかと思います。他に何かご意見ございませんか。

宮川先生どうぞ。

<宮川委員>

先ほどのご意見もございましたけれども、やはり我々これ届出して書いてますように、ウイルス性肝炎もそうですけど、最初の我々が仮に検査で出したとしても、それが本当にアクティブに今のウイルス性肝炎なのかどうかってなかなかこれ診断が難しく、大抵その場合は大きな病院さんをご紹介させていただいて、そこで確定診断をつけていただくというケースが結構あるんですよね。

そういう意味から言えば、この中の梅毒もそうですけれども、なかなか今検査項目が難しく、検査そのものが一時否定されるような、保険でもまず認められないような状況があって、かかりつけでほとんど検査はやれなかった状態があって、ただ大阪府さん大阪市さんそれぞれこの10年ぐらいやっぱり梅毒がすごく大事ですよってことで、我々もなるべく検査をするようにしようという流れがなって。ただ、かなり検査項目が多くて、本当にアクティブなのかどうかってなかなか難しい診断なので。もちろんご専門の泌尿器科とか、それから婦人科さんなんかもやっておられるんですけど、どの段階で診断が本当に確定して、まあ早期にしないといけないわけですけど、その辺のものと本当にアクティブなものでちょっと時間的に余裕のあるものと、この辺

混在されてるっていう部分もあるし、最終的には病院さんで診断してもらうのが大体筋だろうっていうのが割と多いので、やはり専門の先生方が増えて、一定のところに我々としたら紹介しやすいような仕組みなりやっていただければさらにありがたいかなと、その辺は関連してるのかなというふうに思います。

<朝野部会長>

三類、四類は多分専門の病院にご紹介されると思うので、五類ですね、問題は。

その辺りをどう届出に向けてナッジを効かしていくかっていうナッジの工夫も必要じゃないかと思います。またいろいろとご検討いただいて、教えていただければと思います。

それからご質問のあった下水に関してですが、おっしゃる通りで、先ほどから議論されている定点報告や全数報告の疾患サーベイランスが今の感染症サーベイランスです。

そこで何で下水サーベイランスをやるかという、疾患サーベイランスでわからないところを埋めるために下水サーベイランスをやるという考え方です。疾患サーベイランスでわかることは疾患サーベイランスでやるべきだと思っております。

どんなときに下水サーベイランスが有効かと今エビデンスを集めている最中ですが、例えば、百日咳が今年になって流行していますが、下水で見たら1年前から流行っていたのです。

診断バイアスや受診バイアスのあるような疾患は、いくら疾患サーベイランスをやっても、特に百日咳の場合は、診断する先生が疑わない限り診断しないのです。

そういう診断バイアス受診バイアスのあるような疾患は下水サーベイランスでより早くアラートを出せることと、それから麻しんなども感度の問題があると思います。1人でも疾患サーベイランスならわかるけど、下水サーベイランスは数学的に言うと10万人あたり100人ぐらいないと見つからない。ところが、実際やってみると、10万人あたり1人の報告でも見つけることができますので、そういうエビデンスを積み重ねていって、下水サーベイランスの有用なところ、疾患サーベイランスが少し弱点にしているところをやっていくべきであると、それが費用対効果として見合うかどうかっていうのは行政の判断ということになるわけです。研究であれば、研究者の考えで自由にやっていいと思います。

という考え方をして進めておりますので、またいろいろとご意見いただければと思います。

掛屋先生、関空の方お願いします。

<掛屋副部会長>

11ページの下水サーベイランスの取組みについて、大阪府市内や万博会場は、大阪健康安全基盤研究所や大阪大学のCiDERが関与されていますが、関西空港は、大阪公立大学のりんくうキャンパスの獣医学部の先生方が下水サーベイランス研究を担っております。関西空港は西の玄関でありますので、この事業が今後も継続していけるように大阪府からもご尽力を賜ればと思います。

また大竹先生がお話された感染症の届出に関して、日本臨床微生物学会では外注検査会社に届出が必要な感染症には表示をつけて結果報告をいただくように依頼をしております。

もちろん先ほどお話にありましたように、届出が必要かどうかは臨床医の判断になるわけですが、検査会社からもアラートを出していただくように工夫をお願いしております。

<朝野部会長>

ありがとうございます。他に今のところでご意見ございませんか。よろしいですか。

はい。それでは次のところで医療体制や検査体制ですけれども、この点について、どなたかご意見ありませんでしょうか。

今計画している数は十分大阪府は達成できているということですが、検査の方もPCRをできるように堺市や東大阪市も含めて地方衛生研究所で、人員の配置や機器の更新等も順次行って、計画通りの体制を整えていこうと思っております。

医療側の方はいかがですか。多根先生、病院の病床の準備の具合いかがでしょうか。

<多根委員>

一応コロナのときのことを踏まえて準備はしておりますけど、ずっと空けておくことはもちろんできませんので、起こったら準備すると、そういう状況だと思います。

<朝野部会長>

訓練や感染対策の研修とかもやってらっしゃるのでしょうか。

<多根委員>

そこまで私ちょっと存じ上げておりませんが、おそらく感染症の専門医もいますが、ナースもおりますので、その2人中心にまだ計画段階だったら定期的に。それを研修と呼んでいいのかウェブで視聴する。そういうのはやっておりますけど、実際の研修というところまではまだ至っていないと思いますけど。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

なかなか次に新興感染症が来ないと本気にはなれないと思うのですが、ぜひ実践型の訓練などに参加していただければと思います。

病院としても、病院協会としてもそういうものを定期的に計画していただければと思います。

よろしくお願いいたします。

はいどうぞ。

<宮川委員>

研修に関しましては、多根先生のところは直接ではないと思いますが、地域それぞれ基幹となる病院さんとかかりつけ医との間での研修会は確実にやっておりますので、協力機関として参加されていると思います。

今回診療報酬上もそうなっていますので、多分感染症の専門の先生方おられるところはかなり負荷かかってるんだろうと思うんですけど、公立大学の方も相当お願いして、近隣の医師会で集まって勉強会をするのを定期的に年に数回やってますので。

我々も、いろんな地区から隣の地区から案内が来て参加しませんかみたいな案内が必ず来ますので、そういう意味でも、研修は進んでいると思います。

また、日本医師会レベルでも普段感染症に対応するコーディネーターを育成するという研修会がございまして、大阪府医師会も昨年度4~5名の先生方に出てもらって、その先生方は地域で今度また研修のコーディネーターをやっていくという考え方で今進み出したところですので、そういうのをやっております。それが一つですね。

それとサーベイランスにも関わるんですけど、もちろん多くの医師が当然届出しなくちゃいけないんですけど、まず定点の先生方、本当に医療機関は大変だと思うんですけど、特に小児科はや

やっぱりどうしても、感染症の定点報告数が多いので、ご承知の通り小児科の先生には本当に負担がかかっております。

これも感染症が多いときにさらに負担がかかって、多くないときは少しは軽減されると思いますが、だから多いときに多くの仕事をこなさなくちゃいけないことになるので。

ですから、そこに対する様々なサポートを、小児科医会の方からもしっかりと大阪府さんの方にしてほしいという要望もございますので、その辺しっかり話をしながら、やっぱり忙しいときに忙しい仕事が重なるというのは、常にそれを想定してのスタッフがいるわけではありませんので、先ほどお話もありましたけれども、どこで線を引くかって難しいですけど、やはりそういうときのサポートはやっていかないことにはしっかりした情報を得られないと考えます。

もちろん、小児科の先生方は割と比較的若い先生方もおられますから、相当DX化が進んでると思うんですけども、やっぱりそういうのも含めて全てにおいてやっぱりサポートが重要です。病院さんも一緒だと思うんですね。

感染症が多くなったら仕事が増えるので、ぜひその辺お願いしたいなと思います。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

宮本先生いかがですか。

<宮本委員>

コロナの時に専用の部屋を用意してくれと言われて、補助金をいただいていろんな空調設備をお金をかけて作った部屋がいくつもあるんですが、今ちょっとそんなに患者さんもいないし、病棟の再編をしようとしてるんですけども。

そうすると、その部屋をまた潰してしまうのは勿体ないし、勝手に潰したら怒られるし、置いといたら今何の補助も出ないし、どうしようかなって今悩んでるところなんですけども。

そういうふうに関、病院経営非常に厳しいんで、部屋のことを何とかせないかんと思ってる病院はいくつもあるんじゃないかなと私は思ってるんですが、ちょっとそれは少しずれますけども、今一番喫緊に考えてるのは、あのコロナ部屋をどうしようかな、これから、でも完全に無くすわけにはいかん。

コロナの前みたいに数減らしてしまったんでは、またすぐに用意せえと言われても時間かかってしまうし、どこまで残しとかなあかんかなってというのが、気にしてるところです。

<朝野部会長>

大阪府さん、いかがですか今のご意見とか。

<事務局>

病床確保に関しての部分ですかね。

<宮本委員>

感染症がまた爆発したときのために部屋確保しておかないといけないということでずっとしてて、現在は全然入ってない部屋が開いた状態で、以前は補助金を頂いてたんで気にしてなかったんですけども、一切なくなってしまって部屋を開けっ放しでずっと置いてる状況があるということだけ、ちょっと後ですぐにまた別に補助金をくれと言うてるわけじゃないですけど。

<事務局>

大阪府の医療措置協定につきまして、コロナのときのように専用病床として確保いただくというより、有事から2週間でベッドを空けていただいて、新たな新興感染症患者さんを入れていただくというスキームの中で、各医療機関様のご協力をお願いしている状況ではございます。

多根委員がおっしゃったように、平時から空けていただくというよりは平時は日常に使っていただいて、また感染症のパンデミックが起こった際には大阪府から要請が入りますので、そのときに一般の医療の方を寄せていただいて、感染症患者さんのためにベッドを空けていただく。

こういう運用を大阪府として考えております。

<宮本委員>

結構、換気の機械、馬鹿でかくて部屋のかなりの面積を占めてまして、個室なんかで感染の何もない人にとっては邪魔なだけなんですよ。

結構、現実はこれなんですか？元々感染の部屋ですわというふうな感じになっちゃうというのもあるって、ちょっと。

でも、とっばらうわけにもいかんし。何も決めてないというか、どうしようかなというところですよ。

<掛屋副部長>

大阪公立大学病院でも各病棟に空気調節できる部屋を作っています。大きな装置が入ってるわけではないので、部屋が狭くなっちゃいますが、陰圧室で感染対策をすると1日200点の保険点数が付きますので、感染対策が必要な発熱患者に対して陰圧室を上手に活用していただけたらと思います。

<朝野部長>

他にいかがですか。医療体制についてよろしいですか。

はい、白野先生どうぞ。

<白野委員>

私も感染症指定医療機関の立場での意見ですが、どうしても私達がまず最初のケースを受けることになると思います。

感染症指定医療機関で頑張って持ち堪えてるうちにやっぱりだんだん数が増えていって、一般の医療機関の方々にもお願いするということになると思うんですが。新型コロナも新型インフルエンザもそうです。

やっぱり初期の頃は重症例も多いですし、しかもその時点での重症度とか、感染力の強さとかよくわからないのでどうしても過剰に対応しがちで、そこにスタッフや物品もつぎ込むことになるので、なかなか理論通りの病床が確保できるとは限りません。コロナの初期の2020年3月、4月ぐらいにはかなり早い段階で、感染症指定医療機関ではない一般の医療機関で受け入れていただいて、本当にずいぶん私達は助かったんですが、この数がこれだけあるから安心というんじゃないくて、本当に初期は特に計算通りいかないっていうことを知っておいていただけたらなと思います。これは意見です。お願いします。

<朝野部長>

数は確保したけども、それがうまく動くかどうかっていうのはまたやってみないとわからないの

ですが、病床数は一定確保できているという状況です。

そこから訓練も必要ですし、あとはその補填の問題があって。さすがに機械が病室に設置されている場合患者さんにこれはなんですか？と聞かれたら、感染症専用の部屋ですよと言うと、少し患者さんも嫌かなと思いますので、その辺り難しいですね。

<宮川委員>

宮川ですけれども、病院の先生方がおっしゃった通りだと思います。

今マスコミの方でも言われてますように、やっぱり病院の経営はかなり厳しいと。急性期病院は特にカツカツに病床利用してるんで、利用率は100%に近いというもので通常でも9割を超えるようです。

もちろん患者さんの波がありますから、当然患者さんが増える少ないってあります。また、全国的にいくつかデータが出てるようですけれども、基本的には病床がかなり減ってきていて、ほぼ満杯に近い状況で、病院の患者さん、地域とかうまく連携して関連病院と連携しながら一生懸命病床を上手に使ってると思います。

ですから、新型コロナのときのように、圧倒的な入院需要が増大したときには相当病床の確保は厳しいだろうというのはいろいろな病院現場がやっぱり認識があると思います。その中でも当然社会的責任を果たさねばならないから、何とか頑張っていこうというところですけども、ただ相当厳しいと、カツカツであるという、これはもう一つの事実だと思いますので、それを踏まえた上でやっぱり行政なり国なりですね、考えていただけるかということですね。

だから、圧倒的に需要が増大したときには相当厳しいとやっぱり認識せざるを得ないのかなと感じています。

<朝野部会長>

この点について、大阪府の方のご意見はいかがですか。

<事務局>

おっしゃる通り国全体でも病床削減というそもそも分母を減らす動きもございまして、一般医療の制限をかけてコロナのときは対応したんですけれども、次も同じ対応を取るのかという話は出てくるかと思います。

その中で言いますと、今大阪府として、どこまでいきまして、先ほどの医療措置協定を締結した医療機関様に対してお願いしてる病床を一定期間で開けていただく。ただし前回と異なりまして、公立公的病院など一定役割を、優先順位を決めまして、まず先に対応していただく病院、そこから先にまたステージが変わったときに、病床広げていただくという段階的に進むのかなというのもございまして。次の感染症の特徴次第とはなるとは思うんですけども。

大阪府としては、引き続きまた病床の確保に向けまして医療機関に働きかけを行っていきたいと考えております。

<朝野部会長>

今の医療の現場の非常に厳しい状態を考えながら、やはりそういうところも加味しながら進めていただければと思います。なかなかいいアイデア出てこないのですが。

次に先ほど忽那先生もご意見いただいた人材の養成という点についてですけども、大阪府としてはいかがですか。

<事務局>

事務局です。

大阪府といたしましては、なかなか東京都の制度と比べますと、組織が違う、例えば、大阪府の場合は直営病院がなく地独の病院ですが、全く別の組織に属している方の人件費を持つというのが正直制度上は厳しいということもございます。

加えまして、例えば自治医大のように、研修が終わったらまた大阪府に留まっていたらという保証があるのであれば、何かしら制度としてはあり得ると思うんですけども。

おそらく東京都もそうなんですけど、研修をして終わった後に別の場所に行かれてしまうという可能性がありますので、なかなか大阪府の公金を投入する意義は説明しにくいというのが正直ございます。

大阪府に関して言いますと、今年度から大安研とも連携しまして、行政医師ですとか公衆衛生医師みたいなものをネットワークを繋いだり、ICN の感染症の認定看護師などを対象にして、専門医ではないんですけども、人材育成というものを今年度から強化してまいりたいと考えております。

なかなか直接的に忽那先生からご提案いただいております人件費をそのまま大阪府が支給してというものの実現は正直難しいかなと考えております。

<朝野部会長>

やはり税金を投入するわけですので地域枠みたいにそのまま大阪にいてくださる人材を育てるということであれば納得もできるけど、専門になったらよその県に行くとなるとその税金をなぜ使ったと言われそうで、そのあたりどうでしょうか。

<事務局>

保健医療室副理事の柴田でございます。今の医師確保の部門も担当しております。

今担当から説明がありましたように、この東京都の制度は人件費を持つというところで、雇用するとなってるんですけども、お話のありました地域枠につきましては、その学生期間、学生の間の6年間修学資金を貸与してその1.5倍の、その9年間、大阪府内の指定された病院で働くというシステムになっておりますので、こちらとの整合性を考えても、東京都の制度をそのまま大阪府に当てはめるっていうのは非常に難しいと考えております。

そのかわり総合診療を目指す方々への支援とか、感染症に関するセミナーの開催等については、大阪府としては専門の先生方と協力して進めていきたいと考えております。

以上でございます。

<掛屋副部会長>

数年前まで宮園先生が大阪府（本庁）にいらっしゃったときに、大学病院や白野先生、倭先生にも参加していただき、大阪府の感染症専門医育成に関する会議を年に数回開催いただいております。宮園先生が異動してから、会議も無くなってしまっています。継続が重要と思いますので、ぜひ復活していただきたく存じます。

大安研で公衆衛生医師を作っていくというのも重要なことだと思いますが、私達臨床の現場にいる者としては、忽那先生の意見もありましたが、臨床現場を預かる感染症専門医を大学病院や倭先生や白野先生がいらっしゃる基幹病院で、連携して育成していこうと話が進んでおりましたの

で、ぜひ行政のお力添えをよろしくお願いいたします。

<朝野部会長>

大阪にいてくれるっていう人じゃないと難しいかと思うのですが、専門医を育てて日本のあちこちに行ってもらえれば、それはまた全体としてはいいことじゃないかと思います。

その場合でも大阪府の税金投入するのはちょっと難しいかなと思います。

公衆衛生医師については、大安研の方で今何人か新たに公衆衛生医師のポジションを作りまして、大阪府大阪市とも相談しながら、大阪に残ってくれる公衆衛生医師というのを複数名これから来ていただければということを相談しているところであります。

そういう形で1人でも感染症の専門医や公衆衛生医師というのを増やしていければと思っております。

また感染管理の認定看護師の育成については看護協会が休校されているので、公立大学の方でできれば育成をしていただくことになっています。

来年度から神戸の研修所が閉校し、30人分の研修ができなくなり、関西では京都で15人しか感染管理の認定看護師を1年間に育成できないということになります。その点が非常に弱点になっていました。なぜその感染管理の認定看護師さん必要かという、加算の1を取得したら自動的に病床確保することになるからです。

そういう意味で、一病院でも多くの加算の1あるいは2の病院が増えてくれたらというところの一番のボトルネックになっているのが、感染管理の認定看護師ということで、公立大学で養成ができないか、今色々と検討をさせていただいているところです。

また大安研としても感染管理の認定看護師とアジアの国に研修に一緒に行って、国際感染症とか、アジアの国の感染対策とか勉強していただいて、新興感染症に備える方法を学んでいただくような計画もしております。

看護協会として今後の展望を教えてくださいたいと思います。

<桑鶴委員>

ありがとうございます。

朝野先生からご説明ありましたように、大阪府で2年前までは感染管理の認定看護師教育課程をやっておりまして、その頃やはり全般にICNが必要ということで全国でも非常に教育機関が増えました。

それ以降、当初の応募人数よりも少し応募が減ってきたということもありますし、ある程度全国的に教育機関も含めて充足したということで、ちょっと昨年度からは休講したというところになっております。

あとICNの活動につきましてはいろいろ協力もいただいております、今大阪府下の社会福祉施設だとか中小企業の病院にラウンドさせていただいて、やはりそれぞれ病院施設で基本的なスタンダードプリコーションからできていない現状がありますので、それは1回2回行っただけではなかなか浸透しないというところもありますので、支部の方のICNの協力をいただきながらネットワークを作って、活動しております。

これにつきましては大阪府からも支援をいただいて活動、また来年度も継続していくという予定でやっております。

<朝野部会長>

加算1病院は、2022年から25年にかけて大阪府内で10病院増えました。

やはり看護協会のご努力のおかげと思っております。大阪府では70%ぐらいの病院が加算を取っていて、残り30%を何とか加算3や2を取っていただければと思っております。病院協会の方でも是非加算を取っていただきたい。感染管理の3は医師と看護師さんが専任でいることで、先ほどの感染症の届出の方も、病院でもICTがこの感染症は届けられないといけないというのは検査部と相談しながらやっていて、届出ができるだけ漏れないようにというのもICTの役割としてやっていますので、そういう面でも専門のスタッフを配置するということはメリットがあります。残り30%の病院が加算を取っていただいて、感染管理のネットワークの中にどんどん入っていく取り組みをしていただければと思いますし、看護協会もCNIC認定看護師のその後の教育などもしっかりとやっていただいておりますので、みんなで力を合わせて、少しでも感染管理に関する病院の対応というものを上げていっていただければと思っています。

大阪は、その点では加算を70%の病院がとっているというのは全国平均以上です。その点は非常に良い傾向ではないかと思っております。

それからもう一つ感染症に関する啓発および知識の普及について、少し議論させていただきたいと思います。

この点、八木先生からちょっとご意見を伺えればと思います。

<八木委員>

今皆様のお話を聞きながらいくつか考えていたのですが、啓発普及とちょっと別のところですが、最初の朝野先生がおっしゃっていた万博のサーベイランスみたいな話は、一般的には知らないですね。報道もされないですし、そういう形で情報が出てこないの。

でも、「起こったこと」にどうしても私達は目が行きがちですし、起こらせてないように、実はどのように日々努力されてるかということの啓発普及が本当は大事で。よく私達の分野で言うのは、マンホールがズレていて、マンホールの下に人が落ちるとニュースになるけど、それを予防して誰かが戻していれば、ニュースにならないみたい話をするのですが。多分見えてないところでやられてるものの発信を、もっと行政で、やっていくことが大事だなと思いながら今お話伺ってたところです。

もう一つは、この新しい部会になって思うことでもあるのですが、やはりあまりにも今までコロナに目が行きがちだったので、一般の目線からすると感染症イコールまた同じようにコロナが来ると思っていると思うのですが、実際は多分違うものが来るんですね。

あまりうまく言えないのですが、感染症というのは一体どういうもので、感染症を予防するということは、やっぱり一般的に言うと、ワクチンを打つというのは自分のためなんです。自分がかからないために打つと思ってるけども、そうではなくて、それ以外の効果がある場合があるみたいなことも含めた感染症の考え方というのが定着してないなっていうことを今回すごく感じたところがあって、リスクコミュニケーション的な形でいくと、実は今やるべきは、本当はそこなんじゃないかと。

要は次が起こったときに、必ずしも同じものが来るわけではないので、もっとベーシックな考え方みたいなものを普及することが大事なんじゃないかなと考えています。

余談かもしれないんですけども、例えば、ここには医療者の方がたくさんいらっしゃるからお話をたくさん伺っていますが、社会一般から見ると感染症を防ぐのは医療者だと思いがちなんですよね。でも、本当は、多分それぞれがワクチンを打つことも多分そうでしょうし、何かがあったときに、この程度だったら例えば慌てて受診をしないとか、医療が逼迫するとこんなことが起こるとか、そういうことの府民の理解が進むことで本当はたくさんあるはずなんです。しかしつい、皆さん（医療者）にお任せというモデルになってるものが、もう少し何か知識の普及とか啓発の中でうまく変容できるように、今の「風」な時間が使えたらいいのかなということも思いながら、お話伺ってました。

以上です。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

平時の今が一番大事だと思いますので、そのあたりをどう伝えていけばいいのかっていうのをまたアイデアをいただければと思います。

大竹先生、ワクチンについて何かご意見ございますか。

ワクチンを打つということについて。

<大竹委員>

新型コロナのときにワクチン関わるナッジの研究をやったんですけども、一番の問題は、多くの人が、例えば、感染予防効果と発症予防効果の違いもわかってないことです。

感染予防があれば、ワクチン接種は確かに人のためになります。発症予防しかない場合だと人に感染させるので、接種しても人に感染させないという効果はありません。もちろん重症化予防効果があれば、病床が足りないというときにはそれは大事です。本人の命を守るっていうのも大事なんですけど、人に感染させないという効果はありません。ただ誰に接種するかっていうときには、ワクチンの効能によって違ってくるんですけど、その理解が多分みんな多くの人にはないことが問題です。

だから、ワクチンの効果とワクチン接種政策の関係をもう少し認知をしてもらおうと、ワクチンに対する誤解も減るのかなと思います。

例えば、風しんなんかは麻しんもそうですけど感染予防まであるので、みんなが打つと他の人が感染しない。その場合は、打ってない人も守れるという意味はあります。しかし、新型コロナの特にオミクロン以降だと感染予防効果ほとんどないので、それはもともと重症化するリスクが小さい人に打ってもあまり意味がない形になるわけですね。そのあたりが多分混乱をしたままずっとワクチン政策が進んだので、打っても罹ったという経験をした人が多くなり、ワクチン不信に繋がったのではないかという気がします。

新型コロナのときはそれがどんどんどんどん変異株によって効能が変わってくることもあったので、そうしたワクチンの効能についての情報発信を正確にしていかないと、他のワクチンまで、ワクチン不信が発生してしまうと思います。そういう意味では、コミュニケーションを迅速にしていけることが重要かなと思ってます。

<朝野部会長>

福島先生、ワクチンについてご見解をいただければと思います。

<福島委員>

はい、ありがとうございます。

まず接種の啓発等について、本当に限られた予算の中ではあると思うんですけども、府市の皆様にこんなにたくさんの情報提供をしていただきましてありがとうございます。

特に定期の予防接種は予防接種法上、市町村事業というふうに位置づけられており、都道府県は必ずしも関与は求められていないところです。

私としては、これから日本はどんどん人口が減少していきますので、市町村事業だけでは成り立たないところも出てくるかと思い、都道府県の関与が必ず必要になると思っておりますので、このように大阪府市で一体化して接種事業を続け、啓発していくということをぜひ今後も続けていただきたいと思います。

一方、例えば今日の資料の中で、麻しんワクチンの接種率が95%を切っているといったようなデータもありました。

ページ数は42ページですかね。

麻しんワクチンの接種率は一応95%がラインになっておりまして、各種ワクチン、いろいろ賛否両論のワクチンがある中で、多分麻しんワクチンって、医療従事者であれば、絶対これは打たなければいけない、打った方が絶対良いワクチンであるにもかかわらず、93.5%になってるのは私はすごく危機感を感じています。

しかも1期ということで、1歳の赤ちゃんに打つすごく大事なワクチンです。

先ほどコロナの話も出ましたが、やっぱりコロナの状況はすごく特殊で、あれだけ当初有効率の非常に高いワクチン、95%のワクチンが出て、しかも社会のためにみんな打ちましょうというかなり特殊な状況で、日ごろワクチンを打たない大人の人が80%という高い接種率で打ったわけですね。その反動で今すごくネガティブな感情が渦巻いてしまってるので、この中でワクチンを推奨するのが非常にやりにくい状況でもあるんですけども、一般の方はしょうがないとしても、もしかしたら医師の方もワクチンについて患者さんと話し合うことができにくくなってるのかなと。

最近聞いた話によりますと小児科学会ですら、ワクチンの演題がすごく少ないみたいなんです。

私達にすれば、小児科医の先生ってすごくワクチンに関して意識が高いと思ってらるんですけども、小児科学会でもそんな状況であると。

日本の様々な調査で、ワクチン接種を受けるかどうかを最終決定するときに、医師の勧めというのが非常に大きいというのはわかっていますので、そういうところも影響してるのかなと思って、本日の状況を見て危惧しておりますが、ネガティブに振れるとまたポジティブに振れることもありますので、行政としては淡々と進めていっていただきたい。

そしてその財源、人員等も是非府市に確保していただきたいというのが私の願いでございます。以上です。

<朝野部会長>

大阪府の方もワクチンの啓発していただいております。

少しコロナワクチンで影響を受けているところあるのですが、やはりそういう意味でも日本は結構ワクチンを海外に比べると打っている方じゃないかと思います。アメリカはワクチンを宗教的

な意味で打たないという集団もありますので。

そのような例はあまり日本では大きくないので、そういう意味では日本はしっかりと打っていくし、今後もやっぱり行政としても自信を持って麻しんとか風しんのワクチンについては推奨を続けていっていただければと思います。

コロナについては、やはり大竹先生おっしゃったように細かなコミュニケーションを取り続けていくということが、その状況に応じたコミュニケーションが必要だったのではないかなというところもあります。

また、先ほど八木先生おっしゃいましたけれども、平時の今が一番大事なときで、感染症とは何かというのを私も考えております。感染症で亡くなる人たちや重症化する人は今病気の人たちなのです。

そのときに病気になったわけではなくって、今病気の人たちがたまたまパンデミックに出会って重症化したり、亡くなったりしていくわけです。

高齢は仕方がないけれども、基礎疾患やあるいは肥満、あるいは喫煙というようなものをできるだけコントロールしていくことによって、次に来るパンデミックのときに重症化しないという最も重要な部分があると思いますので。

平時においても一番パンデミック対策として大事なものは、健康増進、健康維持です。健康増進というのは個人の責任というような捉え方をされますが、実は健康増進法の中に国や地方自治体の責任として書かれております。個人の努力ももちろん必要ですが、地方自治体もそういう環境を作らなければならないというのがあります。平時において何をやるかということは、今日いろいろ議論したこと、プラス今の健康というのが次のパンデミックに備える最も重要な財産になることも、重要なことではないかと思っております。こういう点は、予防計画や行動計画作成のときに言及できなかったところですけども、そういうところも含めて、健康増進が実は感染症のパンデミックの一番の特効薬なのだということを言外に含みながら行動計画や予防計画を進めていただければと思います。

■審議事項 3 大阪府新型インフルエンザ等対策行動計画（第 2 版）に基づく令和 7 年度取組について

○事務局より資料 2 を説明した。

○質疑応答

<朝野部会長>

はいありがとうございます。

行動計画は予防計画をもとにして作っておりますので、大体同じようなパターンで書いてあります。

情報収集分析のリスク評価につきましては、私達大安研のところが少し関与させていただいておりますため、今年度中に、できれば大阪大学の感染症総合教育研究拠点 CiDER とそれから大阪国際感染症研究センター、大安研の 3 者と大阪府大阪市を交えて連携の協定が結べればと思っています。それによってこのリスク評価、経済学的な問題や社会学的な問題も含めた研究等を推進していただけるような体制を作っていって、情報収集分析の専門的な組織としての働きができれば

とされているところです。

双方向性のリスクコミュニケーションについて、もう一度八木先生ちょっとご説明いただけますでしょうか。双方向性ということの意味意義づけ、どうしたらいいかというのを今大阪府としても SNS を通じてとか、様々住民の皆さんのご意見もお伺いしながらということをやっているところですけども。

<八木委員>

前の部会のときも同じようなことを申し上げたと思うんですけども、双方向性は別にコミュニケーションをダイレクトに双方向にしろということを多分言っているわけではなく、府民の側から出てくる懸念を計画に反映させるっていうことなんですね。

だから、コミュニケーションだけを双方向にするのではなくて、SNS などいろんなもので発信したのに対して、いろんなフィードバックがあったときに、それをいかにあの計画に反映させられるかという観点で双方向性を担保していただければ良いと私としては思っているところです。あとは、これもちょっと前回の部会で同じことを申し上げてるんですけども、やっぱり府庁さんがいきなり府民に手を伸ばすのは、私は遠いなと思っておりまして。大事な試みです。やられるのがいいと思うのですが、むしろ多分それぞれこれだけ総合的な部署を持ってらっしゃるので、それぞれの部署の方が、業界団体とか、いろんなところに関係性をお持ちだと思うんですよ。福祉なら福祉の分野でもいいですし、観光なら観光の分野でもいいと思うのですが、そういう府庁の先に一步ある外の人たちにまずはご意見を聞いて、それを反映させることも並行してやられると。多分府民全般に広くやってしまうと、いろんな声が返ってきて、そこに多分相反するものもあったりして何に対応して良いかわからなくなるので、そういう考え方で進めていただければと思うところです。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

参考にさせていただいて、大阪府としても効率的なリスクコミュニケーションを進めていただければと思います。

全体について予防計画も含めてですけども、ご意見のある方いらっしゃいますでしょうか。

大竹先生どうぞ。

<大竹委員>

ありがとうございます。2 点申し上げたいと思います。

1 点は CiDER との連携。期待しております。ぜひ今年度中に具体的な連携の中身を詰めていただくと私自身も思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それから、63 ページぐらいに、府民生活、府民経済への影響を抑えるということが書いてあるんですけども。

少し違和感が若干あります。COVID-19 の反省としては、感染対策をやりすぎて社会経済への副作用あるいは教育への副作用を少し軽視してしまったところがあります。そのため、教育や学びの継続への支援というよりは、その悪影響、副作用を見ながら対策のレベルを決めていくという視点を入れていった方がいいと思いました。

ここではあくまでも感染対策は既に決まっていて、そしてその影響があまりないようにどう手当

をするかという視点で書かれています。

その感染対策のレベル自体も、やっぱりパンデミックの状況によりますけど、やり過ぎではないかどうかというチェック機能が必要なのではないか、というのを、ちょっと今回の新型コロナ対策を見て思いました。以上です。

<朝野部会長>

結果論としてそういうことが起こったということは評価できるのですが、リアルタイムでそういうことを評価できるか、そこを CiDER をお願いしたいと思います。

CiDER あるいは大阪公立大学の国際感染症研究センターで研究していただき、リアルタイムで評価しながら、対策と社会的負担のトレードオフの効果について評価していただきたい。

このことをやると感染症は抑えられるけど、もっと経済とか社会生活のダメージが起こっているということをリアルタイムで計測できるような指標ができますか。いかがですか。

<大竹委員>

ありがとうございます。

確かに瞬時に量的なエビデンスを出すのはかなり難しいです。

例えば子供の成績が下がるっていうのがわかるのは、しばらく経ってからなんですよ。

だけど、おそらく現場の人たちにちゃんとヒアリングしていくとどうもおかしいというのは、わかると思うのです。私、2020 年の夏から始まった内閣府男女共同参画局の「コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会」の委員をしていましたが、緊急事態宣言下で DV が起こってとか、女子高生の自殺が増えているというのは、結構現場の駆け込み相談の NPO の人たちはリアルタイムで把握されていました。統計情報になって出てくるのは遅れますが、やはりそういうところの人たちが持っている質的な情報でも、できるだけヒアリングをしていくのが大事だと思います。確かにそういうのは私達の研究者の役割かなとは思いますが、行政も仕組みとしてもっておくべきだと思います。このような感染対策の副作用についてのエビデンスは、感染者数が何人というようなエビデンスと同等のものはすぐには得られないとは思いますが。

だから、そのことはわかった上で、どういう影響がありそうかというのをできるだけ早く察知することが大事なかなと思います。

<朝野部会長>

今後、大阪府と大阪市と CiDER とそれから OIRCID と、大安研と一緒に研究連携を推進したいと考えています。

そこで研究していただいて、できるだけリアルタイムに近く評価ができるような指標を見つけていただきたいし、それが政策に反映できるようなものにしていけたら、次のパンデミックのときの社会的なダメージをより少なくできるのではないかと考えていますので、ぜひ CiDER や OIRCID によって生まれてくる新たなエビデンスを、あるいはその指標を示していただければと、それを期待しているところであります。

<大竹委員>

考えていきたいと思います。

<朝野部会長>

よろしくお願いします。

他いかがですか。

よろしいでしょうか。どうぞ先生。

<多根委員>

私立病院協会の多根ですけれども。

ちょっと教えていただきたいんですけども。

私今回が初めてこれ参加させていただいたんで、ひょっとしたらもう話が以前に出てもう終わってる話かもしれないんで、その場合はもうそうだよと言っていただけばいいんですけども、感染に備えて十分な病床を確保したと。

それ実際コロナのとき、我々私立病院協会がよく聞く話は、自分たちのところが 100%以上は患者さんが埋まっているのに、もうちょっと大きなところは 20%とか 30%とかそういうような状況が結構あったというふうな話を聞くんですけども。

その辺のところを単なる我々の僻みなのか、それとも別にそういう事実があったのか。

あったとすればなんでそういうことが起こったのか、それでもしそれがわかってるのであれば、どういうふうな対策をとられてるのかというのを教えていただきたいんです。

<事務局>

コロナ前半のお話をさせていただきますと、当時大阪府の方で府下全体の入院調整というものを行っていました。

通常であれば保健所がそれぞれバラバラやるところなんですけど、コロナのときは大阪府が全部握ってコロナを受け入れていただく病院のベッド数を把握して空きを把握してどこに送るかという調整をしていました。

その中で言いますと、例えば院内クラスターが起こったところについては一時的に入院を止めたこともございますし、基本的には空いてるところを、あと重症だとか軽中等症だとかそれぞれ役割がございまして、そこに応じた調整はしていたんですけども、実際院内の状況によっては止めざるを得なかった調整というのは正直ございます。

そこが例えば 20~30%がずっと空き続けてたかと言われますと、前半で言いますとそういう感覚はあんまりなかったという印象があります。

特に前半の場合、スタッフを含めて院内クラスターが結構頻繁に起こった記憶もありまして、その時に、入れたいけれども一時的にそのクラスターが収まるまでにはどうしても他の病院に入れざるを得ないという調整もございましたので、当時調整を行っていた大阪府としてはどこかに何か偏って入れていたという認識はあまりございませんでした。

<多根委員>

後半の方はどうだったでしょうか。

私も感触としては後半の方がそういう気持ちを持ってるんですけども。

<事務局>

後半も前半と基本的に一緒であります。

おそらくいろんな情報が錯綜した時代でもございますので、空いてたんじゃないかとか偏ってたんじゃないかというご意見もあるかもしれないんですけど、(後半の情報を把握しているのは)当時入院調整をしていた医師職の者なんですけれども、やはり空いてるところをちゃんと受け入

れられる状態のものをリアルタイムで毎日把握して、そこに対して適合する患者さんを運んでいたというのが実態となります。

<多根委員>

いろんな状況でいやうちはもう受け入れられませんよって言われれば、当然そちらにお願いしたいと思うんですけども、病院の体制というのはもちろん病院によっていろいろ違いますので、将来的に起こるであろうパンデミックに対する確保病床というのは、そういうバックグラウンド、各病院の十分な看護体制があるのかとか、そういったところを踏まえた上での確保なんですか。

<事務局>

今回、医療措置協定でお願いしております病床というのは基本的に使える前提で大阪府としても考えております。

例えば先ほど申し上げた、クラスターでどうしても一時的に入れないという事態は当然想定されると思うんですけど、いざパンデミックが起こったときに職員が不足すると言われますと、そこも含めて今医療措置協定で空けていただくという認識ですので、大阪府としてはおそらくコロナと同様に特定の、例えばその小児とか透析患者という特殊な患者さんは別にして、それ以外の一般の患者さんは重症であれば、重症病床の病院の中で。

当時も一部の病院に偏らないように、比較的均等に毎日運ばれるように調整自体はしていたので、おそらくそういう形になるんじゃないのかなと考えております。

<多根委員>

ありがとうございました。

<宮川委員>

よろしいですか。今に関連してですけど。

コロナの際にはやはり大阪府さん本当に頑張っていたいただいて、特に救急の先生方と毎夜に対応されてたということももちろん大阪府医師会で把握してますし、府医師会の大学担当の先生もそこに参加されたというのを聞いてますので。ですから、逆に言えば非常に大きいこれからのテーマだと思うんですね。

D X化で情報だけ与えて、かなり綿密な情報を仮に夕方 5 時の段階で与えたとしても、それ以降の時間にそこから様々に変化するというのを踏まえて、大阪府さん今回の病床をかなりコントロールできたのは、毎夜そこで専門の先生方、いわゆる救急の先生方がかなり参加してるんですね。そのメンバーが自分のところの病院とかあるいは近隣の病院の状況がわかってる。かなりわかっているメンバーが、ディスカッションして病床確保対応してたというので、その病院に行ける、あそこに行けるということで、ある意味で今までの顔の見える関係があったことが大切であった。

だからD X的な情報も多分一定あったけれども、やはりそこで最終的に顔の見える関係で、どの程度のレベルでどの程度のことをやれるんだということをかなり把握されて動いてたから、対応できたと思います。

であったとしても、一般のところの先生方にはその情報がなかなか下りてこないんで。

僕らも例えばその日にどれだけということはわかりませんが、大阪府さんかなり詳しいデータ

を出してくれてましたけど、公開されるデータを見ながらも我々も状況を把握して、またどう発信していくかっていうことはすごく大事な、次に繋がるというか、リアルタイムで繋がっていくために、やはり DX と顔の見える関係性両方が必要なんだろうなと。ただしデータ量が多くなればなるほど、そのための人的な負担は増えてくるのでその対策も重要となります。

先ほどの話も少しありましたが、G-MIS が出たときに一番初めには 1 人の患者さんに対して入力しなくてはならない項目が 200 項目ぐらいありましたよね。

FAX がと言われるかもしれないけれども、200 項目、G-MIS に先生が入力するっていうのは、とんでもない時間がかかって、集約された項目を手で書いて FAX する方と、どちらが合理的なんかって話になってくるわけで。途中から項目がすごく減ったし、これは我々が初めて経験したことですので、やっぱり何が良いとか何が悪いじゃなくて、良かった点悪かった点、その辺をしっかりと検証しながら、進めることが大切であり、簡単に一つの答えが出るものではおそらくないだろうと思います。

DX も進めなくちゃいけないし、やっぱり顔の見える関係もすごく大事だろうしというところをしっかりとやっていただければありがたい。

実際、今回はそもそもそういうことを実証されてきたと思うんですね。

ですから、それに基づいてしっかりとやっていただければありがたいかなと思います。

今回情報がまだちょっと出せてなかった部分があるので、次はそれがまた大事なことだと思うんですね。

協力してもらってる病院さん、特にリアルタイムに協力してくれてるところ、それからまた後方支援をお願いするとすれば、そこにもどう情報を出すかということは、また次の大きな大事な課題だろうと思います。

<朝野部会長>

ありがとうございます。

もう時間が来ましたので、今までにお話がありましたような新型コロナ対応の教訓を踏まえて、各団体を代表して来ていただいておりますが、平時から備えを行っていくことが大事だと思います。引き続き、次のパンデミックに備えて取組みを大阪府とともに、連携しながらやっていただければと思いますし、大阪府も今日のお話のあったところを取り入れながら、また新たな行動計画、予防計画の進展を図っていただければと思います。

■報告事項 1 市町村新型インフルエンザ等対策行動計画の変更について

○事務局より資料 3 を説明した。

○質疑応答

全ての委員から意見なし。