

第 1 回大阪府感染症対策審議会感染症部会 議事録

日 時：令和 5 年 6 月 19 日 13 時から 14 時 45 分

場 所：大阪赤十字会館 301

出席委員：生野委員、乾委員、掛屋委員、木野委員、忽那委員、白野委員（オンライン）、高井委員、朝野委員、弘川委員、深田委員、倭委員

オブザーバー：茨木保健所長、大阪市保健所長、大阪市消防局救急部長

議題（1）会長の選任

- 委員より感染症対策審議会の会長を務めている朝野委員に推薦あり。
- 委員一同の賛成により、朝野委員が会長に選任された。
- 会長の職務代理者には、新型コロナウイルス感染症対策協議会の会長を務めている掛屋委員が指名された。

議題（2）大阪府感染症予防計画に向けた今後の進め方

議題（3）医療機関への事前調査について

- 感染症対策企画課長より資料の説明
- 質疑応答

◆朝野部会長

それでは、資料 1「感染症予防計画改定に向けた今後の進め方」について議論を進めて参りたいと思います。

その前に、参考資料の 1 をご覧ください。先ほどご説明がありましたように、5 月 31 日の第 1 回大阪府感染対策審議会の議論をまとめたものでございます。そこでも予防計画の数値目標について、いくつかの議論をいたしましたので、共通の認識として持つ必要があるかと存じますので、説明させていただきます。まず、1 番上の○ですが、どのような感染症が出てくるのか不明なので、目標を掲げて整備することが必要という意見。これについては上から 2 番目の○現時点では、病原性、感染経路、致死率、感染力が新型コロナ並みであれば対応できるように整備するということになりますので、それ以上のものそれ以下のもの、色々あると思うのですが、今議論すべきは新型コロナに準ずるものという考え方になります。例えば、空気感染はどうですかと言われると、新型コロナはエアロゾルですから、想定範囲はエアロゾル的なもの、あるいは病原性についてですが、例えばオミクロンであれば新興感染症としていいのかという議論が最初に出てきます。インフルエンザと比べてどうかという話になると、法律のたてつけとして、それよりも病原性が強いものということになる。オミクロンぐらいが出てきたときに、最初は病原性や感染症の影響を見るために指定感染症等になるかもしれませんが、2009 年のインフルエンザのように普通の季節性感染症と同じだとすれば指定から外されてくるということになります。まずは新型コロナウイルスの時のことを思い出していただくと、初期の頃は非常に肺炎を起こしやすく、全体で 5 %程度の致死率、特に高齢者の方については 20%以上の致死率であったということを皆さん覚えていらっしゃると思うのですが、このぐらいの病原体が来てても対

応ができるという考え方になると思います。

致死率は第一波の時は5%、第二波が3%、それから2%に落ちて、ワクチンが出て1%以下に落ちてきました。しかし、ここで注意しなければいけないのが高齢者の致死率と50歳代以下の方の致死率は全然違ったということで、医療職の方も高齢の方が対応される場合と、若い人が対応される場合は違う。その時出てくる感染症によってどうかということになりますが、高齢者の方が亡くなりやすいというのが感染症一般ですので、次に来る感染症も同じようなものではないかと思います。このように「新型コロナウイルス感染症を念頭に」と言っても、流行の時期や患者の年齢などによって病原性は異なります。

それから上から3番目の○の数値目標に関する議論ですね。数値目標は勝手に独り歩きするのではなく、実現可能な中身付けをしていかないといけないだろうということで、ただ、数値目標は先ほどご説明がありましたとおり、まずはアンケート調査をして、そして積み上げていくというのが1つの方向性です。それに国の目安のようなものがあり、目安に対してどこまで積みあがっていくか。数値目標は積み上げていきますので、実現可能なものをカウントしていくのがまず主旨だと理解しておりますので、国がこう言っているのでそれに合わせて作りましょう、というものではないということが前提にあるということになります。

上から5番目の○は最初の病原性や感染経路と同様で、大体の性状が分かってくれば協力いただけるかどうか。つまり感染症指定医療機関と公的病院・公立病院あるいは地域医療支援病院がまず最初に対応し、その間に情報を集めて病原性や感染力や感染対策が分かってきた段階で次々に医療機関に参入していただくこととなりますが、その次の○にあります、いきなり診療所に対応するのは厳しいというのは先ほどからお話しているとおりで、全く未知のものに対して感染対策の専門でもないところの医療機関で対応するのは難しいだろうけれども、遅くとも6か月目までには様々なことが分かってきて対策がされるようになってきて今までの最大値、つまり3年間でやったことを半年間で確立して整備していきましょうという考え方になりますので、時間感覚としてはこのような感覚で、すでに一度経験していますのでコロナと同じくらいのもので来た時には3年かかってやってきたことを半年で対応しましょうという考え方になるのではないかと、個人的には思っております。

ということで、参考資料1の下から4つ目～6つ目の○は医療体制をどのように組み立てますかということですが、先ほど説明がありましたとおり初めに公立病院・感染症指定医療機関から始めて専門で対応しながら、次々に専門ではなくとも対策や診療体制が分かってきて、もしかするとワクチンができてきて、遅くとも6か月以内に今までの最大のやり方をやりましょうと、重症病床で言えば2年目のゴールデンウィークに最大値まで持っていきまして、1年半で重症病床を立ち上げた。これを6か月程度までに頑張らしましょうということですね。これが第1回大阪府感染症対策審議会の議論の中身ということになり、認識間違い等はないでしょうか。

◆感染症対策企画課長

先ほど部会長からご説明していただいた内容で結構です。

◆朝野部会長

それでは、感染症予防計画改定に向けた今後の進め方ということで、このようなシナリオで出てきたわけ

ですが、本日の部会の後でおまとめいただいて、先ほど説明いただいたようなアンケートを取っていくということで、連携協議会というのは感染症法の改正によって法的に位置づけられたものですので、これを感染症対策部会で読み替えていきます。これは都道府県だけではなくて、保健所設置市でも同様に予防計画を策定していくということになりますし、このような筋書きで進めていきますということ、そして先ほどのスケジュールのように11月、12月頃に予防計画の案を完成させる。この予防計画の案には先ほどお話しした数値目標が入ってきて協定を結び、来年の3月にはこの予防計画の改定が行われて、その後には予防計画の協定に基づいて大阪府として感染対策をとっていくということになると理解しております。これについて今までのところで何かご質問やご意見いただければと思います。

◆深田委員

1点お教えいただきたいのですが、前段の予防計画が、総合的な推進を図るためという文言があるのですが、感染予防という直接的な要因、それは記載されている通りだと思いますが、間接的な部分で前回歯科クラスターは1件も出しておりませんが、間接的な場合に歯科はここに入らないでよいのかどうか、感染症だけのことで他とはクロッシングしていないものかもしれないですが、防護具の備蓄等にも入っておりません。そして配慮が必要な部分は、口腔内の骨折で病院歯科に発熱外来に入れ、ベッドを空けてもらわなければならないがそういった部分がここには全くないので、総合的な推進というのを本来の目的から考えたときに、記載されていないのかどうか、お教えいただきたい。

◆感染症対策企画課長

予防計画の策定に関しての指針がここに示されておりまして、総合的な推進というのは国がガイドラインや指針で定めた中のもので進めていくということになります。感染症予防ということですので、実際には起こってからの様々な医療提供体制等が規定されています。それまでに備えて協定を結ぶということになりますので、「総合的な」というのは国が示した基本的な指針の中の範囲内での計画となります。

◆深田委員

コロナで何を学んだのか、都道府県知事が国に提言されておりましたよね、十分ではないと。国が示した指針に則ってやっておりますというお答えでしたが、大阪府は本来の総合的な推進を作っていただければと思います。

◆健康医療部長

ありがとうございます。今おっしゃったようなコロナの検証というものも、この間、第八波まで課題を挙げて検証しているつもりです。そして次の計画も、総合的な観点から盛り込んでいくことについては順次取り組んでいく方針であります。

本日は具体的な協定等が議論の中心ですが、今後計画の具体的な中身についてもご議論いただく予定ですので、総合的な観点からご意見いただければと思います。

◆深田委員

ありがとうございました。その前段の調査に全く入っていなかったので、何のための調査かというところで一度お考えいただきたい。

◆朝野部会長

歯科診療というのはコロナの患者を診ることもあるし、コロナの時には診ていただいたということもありますので、必要であれば感染症の患者さんを診療するという立場にもなり得るということですね。

◆深田委員

原則はコロナの患者さんは診ておりません。発熱外来を通して医療を先に受けていただきたいという対応をしております。

私達が感染源になる可能性があるので、歯科をこの中で重要視してくださいという部分ではなくて、現状調査という中で、ご理解いただいているかと思いますが、調査の中に全くなかったのどうなのかなど。また、病院は歯科を除くとあったので、現状は違うのではないかと。そういった部分でも対応していただけるとありがたいと思っています。

◆朝野部会長

他にございませんか。

◆弘川委員

質問です。資料 2-1 の 3 ページになりますが、計画を進める上で数値目標を設定するとお話を聞かせていただきました。表の中の 5 番の人材の養成及び資質の向上の中で、保健所設置市が数値目標を定める事項というところで記載があるのですが、人材養成の数値は、人数をそれぞれの保健所設置市で目標を立てると解釈してよろしいのでしょうか。それとも大阪府の中で全体的に要請数が定められていて、それをそれぞれの保健所設置市で数値目標を設定していく流れになっているのか、どのようにお考えか教えてください。

◆感染症対策企画課長

資料 2 - 1 の 3 ページの 5 番、人材の養成及び資質の向上につきましては、協定締結医療機関や保健所職員を含みますが、それぞれの機関が研修等を通じて資質向上をしていくということなので、ここでは研修や訓練の回数を規定していきます。保健所の体制については 6 番のところになります。業務量に対応する人員確保数等を規定することとなっています。保健所業務の体制については、大阪府の 18 保健所長と協議を始めたところで、次回の部会にはある程度のお考え方を示せるかと思えます。

◆弘川委員

ありがとうございます。

◆高井委員

資料 2 - 2 の 4 ページの医療機関への事前調査に関して、結果取りまとめ後の対応は、地域のバランスを考えながら医療機関に対し個別に協議を行うということになっていますが、ぜひ地区の医師会が関与するかたちで協議、調整をお願いしたいです。協定の締結に関してもやはり、地区の医師会が関与する形で、協定締結に持って行っていただきたい。そうでないと地区の医師の会員に情報が届かなかったり、問い合わせに対して十分にお答えできないということもありますので、地区医師会の関与をお願いする次第でございます。

それからもう一つ、個人防護具の備蓄を各医療機関で行うという趣旨と思われませんが、予想がしづらい点ですので、行政の方でもある程度備蓄をして、ご支援いただくような体制を取っていただきたいと思っております。以上 2 点でございます。

◆感染症対策企画課長

最初の地区医師会との連携というところですが、おっしゃる通りかと思えます。実際に進めさせていただきます際に改めて協議を進めましてどのように連携するのがよいかご相談させていただきます。

備蓄に関しては計画に記載するのは各医療機関の備蓄数になります。都道府県がどれくらい備蓄するのかについては別のものとして検討が必要と思っております。コロナの時もそうですが、ひっ迫するというようなことで十分に供給できない時には大阪府や国が動いたということもありますので、国の動きを注視しながら検討していきたいと考えております。

◆倭委員

資料 2 - 2 の 14 ページの検査のところですが、今回 PCR の機器もかなり診療所に備蓄されたが、3 か月程度では抗原検査はまだ間に合わない、診療所の 5 人以上と書かれているのは、PCR だけでもこの人数可能な状況ということでしょうか。

◆感染症対策企画課長

流行当初は難しいところもあります。しかし実際、2020 年の 5 月くらいであれば診療所であっても件数の概ね 15,16%は診療所でやっていただいたということもございます。今回新型コロナウイルス前提ということなので、診療所について最初から規定しないということにならず、5 人以上という人数を一定おいて調査させていただこうということです。

◆倭委員

抗原検査しかできていないところへ、PCR への補助等を今のうちから固めておくということによろしいでしょうか。

◆感染症対策企画課長

実際にはどのようなウイルスが発生して、どのようになるのかというのがあると思いますが、新型コロナが前提ということなので、そういうことです。

◆朝野部会長

検査について最初はやはりリアルタイム PCR です。そして 14 ページに記載があるように、自院で PCR が可能な場合というのは、キットが出ないと自院ではできないので、様々な試薬メーカーがキットを作り、自動で機械に挿入するとデータが出てくるというものが出てきたところを想定してくださいということで、半年ぐらいだと思います。流行初期はリアルタイム PCR から始まります。

◆倭委員

PCR がキット化されるまで時間がかかるので 3 か月はどうかなと思いますので、一部の大きな病院でリアルタイム PCR をやることになるのかなと思いました。

◆朝野部会長

初期には地方衛生研究所や大学や研究所がまずリアルタイム PCR を手作業で行った上で、早期からキット化されていきますので、そのような状況が前提です。

◆忽那先生

新型コロナを想定してということですが、完全に新型コロナと同じような重症度の感染症が今後流行するというのが、ある程度 SARS ぐらいの重症度のものが流行するかもしれませんし、エボラや重症度が高いものが流行するかもしれないのですが、今回病床数を 30 床確保すると回答した時、SARS のような致死率 10% ぐらいの感染症が流行した場合これは適用されるのか。どれぐらいまでがこの計画で想定されている感染症なのか、新型コロナを想定というと、どれぐらいの振れ幅で計画を考えていらっしゃるのでしょうか。医療機関としても、30 床で回答していたがウイルス性出血熱等診るつもりはなかった、とになってしまうのではと思いましたので、どれぐらいまでがこの計画が適用されるのか、国の方から指針等出ているのでしょうか。

◆感染症対策企画課長

資料 2 - 1 の 6 ページ目、新興感染症の性状のほか、その対応方法を含めた最新の知見等は国が収集します。それが協定締結や数値目標の前提と大きく異なる場合は国がその判断を行い、機動的に対応します。協定の締結にあたっては都道府県で行うが、実際の状況に応じた機動的な対応を行うことを前提にやっていただくというのが国の考え方になります。どのような新興感染症が起こるのかは分からないので、あくまで新型コロナを前提にしますが、実際に起こった時にはウイルスの性状や致死率等を踏まえ、国が判断し、前提と異なるということであれば、7 ページ目の 4 番のところになりますが、こちらに書かれていることになろうかと思います。

◆忽那委員

これは国が判断するということですね。

◆感染症対策企画課長

はい、まずは国が判断することになります。

◆朝野部会長

一番問題となるところで、医療側としては致死率5%ぐらいまで頑張りましょうという話だと思いますが、感染経路にもよりますけれども、どこまでいけば国が想定外と言ってくれるかという言質は取れないです。取れない状況で締結してくださいと言っているのが今回の1つの問題点です。新型インフルエンザ等特措法にしてもパーセンテージをほとんど定義していません。緊急事態宣言を出す際も致死率が10%なのか20%なのか5%なのか2%なのかは全く無いわけです。今回も言うのは難しいと思います。こちらが国の立場なら何パーセントから何パーセントまでが想定内ですかと言われても、分かりませんとしか言いようがないので、どこまでいっても平行線になるのですが、条件としては機動的な対応を行うというのが重要で、例えば10%のものが起こっているのに半年後に10%でしたという話になってはいけないと思います。もっと早く機動的に病原性をきちんと評価することが国の責任であることを大阪府としては言っていたきたい。その上での予防計画にしないと、国が判断するのを待ちますねというほどの余裕は医療側にはないと思いますので、そこは1つ追及をさせていただかないと、今回の予防計画の締結において、医療側は想定するものとしてコロナの初期の一波、二波ぐらいまでは何とか持ちこたえましょうということ。しかしそれ以上は医療職が危険にさらされてしまうということは事実なので、非常に重要な点ですが答えは出ませんという現状です。

◆忽那委員

国が判断するということが、病院側の考えた想定していない重症度があると思うが、国が一方的に判断してよいのかということもあり、一方的にならないように病院側にも配慮していただけるとありがたいと思います。

◆朝野部会長

資料2-1の7ページに書いてありますように、協定が履行できない正当な理由は3つ挙げられています。1つ目は感染拡大によって医療職が足りない場合です。2つ目がウイルスの性状等が協定締結時に想定していたものと大きく異なり、患者一人あたりに必要となる人員が異なる場合。つまり、これは想定外ですという根拠は何かというと患者一人あたりの人員がコロナの重症だと5、6人必要でした。そのような人員的なものを考え、キャパがこれ以上は無理ですというのが正当な理由です。3つ目が興味深いのですが、大災害があれば想定外ですという縛りがありますので、例えば病院側がこれは想定外ですという根拠としては、患者一人あたりに必要となる人員が異なる場合というのを1つの目安にもらえるといいのではないかと理解しています。よろしいですか。

◆感染症対策企画課長

資料 2 - 1 の 7 ページ、正当な理由の例示につきましては、「※」にありますように国は都道府県や医療機関からの情報が蓄積され次第、協定が履行できない正当な理由の範囲についてできる限り具体的に示していくと書いてあります。情報が遅くなるのは具合が悪いですので、国に対しても早期に判断を開始するよう要望していきたいと思っております。

◆ 倭委員

資料 2 - 2 の 32、33 ページの人材派遣のところ、DMAT があると思うのですが、これは各病院で人材を派遣できる中で DMAT をどれぐらい派遣できるかという理解でよろしいでしょうか。

◆ 感染症対策支援課長

今おっしゃったとおりです。

◆ 倭委員

前回の親会の時もそうでしたが私が 1 番心配するところで、例えばダイヤモンドプリンセス号の時は DMAT が派遣されていました。ご存じのように DMAT のなかに新興感染症部門ができて、クラスター研修も行っていました。本年度どういったかたちで研修しようかというところで検討を進めているのですが、そうすると忽那先生がおっしゃったように、想定がどうなるか確認する時に、国からの指名で DMAT が出勤し、状況を確認することがあるので、それと同じようなことが大阪府の災害拠点病院の人たちには、協定締結の想定を外れた感染症対応についても訓練の想定として研修を実施しておかなければいけないのかなと思いました。

◆ 木野委員

人材派遣について確認させていただきたいのですが、医療機関と協定を締結しますよね、その時の条件として人材派遣も含まれるのですか。それとも別の要件ですか。

我々民間の地域の支援病院でなくとも診療に関しては積極的に受け入れていこうという姿勢ではあると思いますが、その時同時に人材派遣もしてくれと言われると民間病院も含めて難しい。協定を締結する際は別々に締結するのでしょうか。

◆ 感染症対策企画課長

医療機関と協定を締結する際に、入院受入れや外来受入れと一緒に締結するかというご質問ですね。項目として人材派遣も入っておりましてお聞きもするのですが、必ずセットで結んでくださいということではありません。例えば、うちは受入れに集中するので、派遣ができませんというのはあるかと思います。

◆ 木野委員

分かりました。それであれば民間病院もできると思います。

◆弘川委員

人材派遣の件で質問します。事前調査で医療機関に調査すると思いますが、資料 2-1 の最後の 10 ページ、改正医療法に基づく人材派遣にかかる協定締結についての説明がありますが、事前説明の時に説明していただけるのかと、木野先生がおっしゃったように病院の考え方として人材派遣はどう考えたらよいのかをお聞きしたい。今回、看護師は特にだが、確保が非常に大変な現状がありまして、ここをどういう風に考えて数を入れればよいのかがそれぞれの医療機関で困るところだと思います。ただ、どこも 0 というわけにはいかないと思いますので、そういう意味では感染症の一部改定と医療法の改定を両方とも一貫して派遣を考えるなど、そのような国の考え方は説明していただけることになっているのかお聞きさせてください。それによりどう考えたらよいかかわかるとはと思いますが、どうでしょうか。

◆感染症対策支援課長

まず人材派遣に関して、先ほど説明した通り、今回かなり多くの病院に受け入れしていただいたので、受け入れしていただいた病院から人材を派遣してもらうのは大変難しいと承知しています。協定を締結させていただく時に、それでも人材を派遣できるという医療機関がいらっしゃれば入れていただきたいという考え方でやっています。医療法に関しては調べますので、後日回答させていただきます。

◆乾委員

資料の 2-2、5 ページの事前調査及び協定締結のスケジュールのところ、先ほど高井先生からもお話がありましたけれども、6 月 26 日に事前調査して審議が 1 4 日というタイトなスケジュールだと思われるし。例えば、薬局であれば全 4500 の保険薬局に個別に配布かメールされると思われるが、各薬局がしっかりと主旨を理解できるようにぜひ丁寧な案内等をしていただきたいと思います。多くの薬局が参加できるように我々薬剤師会としても広報啓発して進めたいと思っていますので、よろしく願い申し上げます。

◆感染症対策企画課長

ぜひご協力よろしくお願いたします。薬局に関して、最初はおよそ 4500 あります。今のところ新型コロナの実績があるところについてはメールがわかるころはメールをお送りさせていただきます。それ以外のところは郵送となってしまいます。できるだけ詳しく説明文をつけてメールや郵送する予定です。集まり具合を見ながら薬剤師会様には追加の働きかけなどご協力をよろしくお願いたします。

◆乾委員

もう 1 点よろしいですか。35 ページの備蓄対象物資のところ、薬局は対象物資は任意と書かれていますが、大阪府もそういうかたちで、事前調査は薬局に対しても行うということでよいですか。

◆感染症対策企画課長

それも含めて調査させていただきます。

◆朝野部会長

関連の団体の皆様には周知をよろしくお願ひしたいと思います。

それではまず、病院の意見をお伺ひしたいと思います。倭先生、最初の頃は感染症指定医療機関が指定病床及び一般病床も含めて、病床を準備することになっているがこれは問題ないですか。

◆倭先生

うちは今まで通り、感染症センター10床には一般患者は入院せずに開けている形になっているので、それプラスコロナの時と同じような形での調整になると思う。感染症センター以外の一般病床にも広げていきますので、コロナの時のその時期を目途にというふうには考えています。

◆朝野部会長

特定機能病院で掛屋委員、公立大学はどうでしょうか。

◆掛屋委員

当院も努力したいと思います。診療報酬が文章の中には書かれていない感じがするのですが、これは考えられていることと理解してよろしいでしょうか。

◆朝野部会長

法律で決まっています。診療報酬等の財政的処置というのは感染症法できちんと書かれています。

◆感染症対策企画課長

資料 1-1、8 ページをご覧ください。時間の関係上割愛しましたが、流行初期医療確保措置のところ、流行初期にお答えいただく際に、9 ページに参考資料を載せています。これまでの一般医療との差について国からの財政措置を行い赤字がないようにすること、それから流行初期以降について、感染対策や補助金、診療報酬が充実するという前提で国の考え方として書かれています。

◆朝野部会長

一般病床も公立大学ではやられていましたよね。

◆掛屋委員

院内発生の軽傷・中等症患者は診ていますが、流行状況に応じて対応したいと思います。

◆朝野部会長

忽那先生、阪大は重症病床のみで運用されていましたが、一般病床についてはどういう風にお考えでしょうか。

◆忽那先生

大阪府から要請が来ていた第七、八波ぐらいのときに重症病床が稼働していない時期に軽症中等症病床をやっておりましたので、その時のスキームはあるので、対応できるような体制にはなっています。

◆朝野部会長

積極的にやっていただけると非常に助かります。資料 2 - 2 の先ほどの議論ですが、4 ページに医療機関との協定は 1 ~ 6 の少なくとも一つ以上は協定を結んでくださいとあるので、外来をやるというのは特定機能病院では難しいかもしれませんが、広い敷地を持っていらっしゃるの、外来もやっていただければ助かりますが、病院のほうで議論をしてください。

木野先生、いわゆる公的病院と地域医療支援病院は義務が課せられています。この辺りは積極的な考え方ということで、今の状況はいかがでしょうか。

◆木野委員

基本的には積極的に受け入れていこうという姿勢ではあります。新型コロナの範囲内の感染であれば、対応してきました。ただ 1 点、民間の病院では地域支援病院等でなくとも手挙げをされることがあると思いますが、その時に心配なのが、これから秋から冬にかけて病院は一般患者でいっぱいになります。その時にかなり病床を空けなくてはなりません。医療補償や収益に対する補償を十分にやっていただかないと民間病院は立ち行かなくなりますのでその辺はきっちりやっていただきたいと思います。今までも何回もこのような話を聞かせていただいて、大方の病院は積極的に受け入れていこうという姿勢ではあると思います。

◆朝野部会長

医療の補償については決まりがあり、前年度の収益から落ち込んだ場合には補償をするという、これは法的な決まりですね、皆さんにもご説明いただければと思います。

生野先生、民間病院という立場ではいかがですか。

◆生野委員

3 年間一生懸命やってきましたので、この調査は十分答えられると思います。心配ありません。

◆朝野部会長

生野先生はいつも心強いお言葉をいただいているのでありがとうございます。
白野先生聞こえますか。

◆白野委員

聞こえています。海外の会議に出ているのでロンドンにいます。

◆朝野部会長

感染症指定医療機関として、一番最初に対応しなければいけない、これはもちろん感染症指定医療機関ですので、当然でございますけど、これが溢れてきたら、一般病床も含めて診ることは可能なのでしょうか。

◆白野委員

もちろん感染症指定医療機関の本来の原点に戻り、当初は感染症病棟で診ますし、今回のコロナに関しては当院は感染症病棟をはるかに超えて、一般病棟をいくつか潰してコロナ病棟にしました。そのノウハウや看護師を配置するというのも一回やっているんで、次また同じようなことをしないとイケないとなると、速やかにできると考えています。同様に集中治療に関しても、呼吸器感染、人工呼吸や ECMO を回すような感染症に関しては今回も一応流れはできたので、もし重症者が多くなった時に、他の医療機関が準備をするまで持ちこたえる間だけでも当院のようなところが病床を増やして、対応するというのは可能であると考えております。

◆朝野委員

ありがとうございます。頼りになるというか先生方の病院があることで大阪も助かってきているので今後もよろしく願います。そのうえで人材育成というのは常に人材をキープしないとイケないと思うますので、訓練や研修を3日以上やらないとイケないという規定があるので、訓練の方もよろしく願います。

高井先生、患者さんが感染し、具合悪いですと来た時に専門のところにご紹介しますといつつもそれを守らない方もいらっしゃると思うので、感染対策は平時から必要だと思うが、そのあたりの取り組みはいかがでしょうか。

◆高井委員

おっしゃるとおりで、ただ診療所では高齢の方も待合室でお待ちいただいています。ある程度スペースがあって空間分離がとれるようなところであれば、事前にご連絡いただければ対応できるのですが、実際はなかなかそういうのが難しいこともあります。医者一人で狭い待合室で診療しているケースも多々ありますが、事前に連絡をもらって各医療機関は対応が取りやすくなりますので、事前連絡を徹底していただきたいです。若年の方で事前連絡がないまま、高齢の患者と同じ待合室で待機するのはリスクが高いと思いますので、受診前の医療機関への連絡等について、大阪府でも繰り返し周知をお願いしたいと思います。

◆朝野部会長

平時から感染対策をしっかりやっておくことが基本となりますね。

◆高井委員

構造上はなかなか難しいところもありますので、それぞれの診療所によってフロアで分けられるところや駐

車場のある診療所もありますが、全てがそうではありませんのでご理解いただきたいと思います。

◆朝野部会長

できることはやっていますので、あとはマナーを守った受診も大阪府としても広げていただければなど、あるいは保健所も含めてよろしくお願いします。

私たちは検査の立場になりますので、先ほど申し上げた通りリアルタイム PCR を回してということになりますが、かなり厳しい状況で最初は乗り越えてきたという経験があります。ただ、大阪の良いところはほかに研究機関があったり専門的な検査ラボがあったり、そういうところと協定を結んでやっていくということが可能だと思いますので、もちろん私たちも地方衛生研究所としてしっかりと対応することを前提とした上で、様々な支援を頂けるような協定を結んでいただければと思います。非常に優秀なラボが大阪府にはあるのでそういうところと協力してやっていこうと思います。

弘川先生どうですか。今回看護協会に非常に協力していただき宿泊施設でも人をたくさん出していただき、大変な数だったと思いますが、休職されている看護師の集まり具合や復帰された方とかそのような状況は今どうなっていますでしょうか。

◆弘川委員

大阪府看護協会では、委託事業としてナースセンターという無料職業紹介事業があるので、今回コロナで従事された方が登録されております。その人たちが復職できるような復職セミナー復職研修というのを継続的にやっていて復職につなげていく、もちろんマッチングがあればですが、そういう形で進めていっているのでそういう意味では、それぞれの医療施設で看護師不足というところには、今回のコロナの方たちを臨床の方に戻していくような支援というのは継続できていると思っています。

◆朝野部会長

人材派遣というところでぜひこれからもお助けいただければと思っていますので、人材育成とともに頑張っていたいただければと思います。

深田先生いかがですか。歯科が一番危ないと思っていましたが、感染された医療スタッフは多くなかったです。感染対策がしっかりできたということでしょうか。

◆深田委員

しっかり対応していただいたというのが原点だと思います。1点、厚労から出ている令和5年4月12日予防計画見直し等についての最初のほうで、都道府県及び、保健所設置市等が予防計画において定める事項の中に地域の実情に即した感染症の発生の予防及び、まん延防止のための施策に関する事項とあるが、歯科はまん延防止について間接的に関わっていました。一方通行ではなく、こちらからも言えると思いますが、地域の実情に即した記載をしてもらいたい。

もう一つが、感染症の予防に関する保健所の体制確保に関する事項というのも明記されていますが、記載はどのようになるかお教えいただければと思います。

◆朝野部会長

保健所については健康危機対処計画を立てるので、永井先生、保健所の状況と今後の展開について教えていただけますでしょうか。

◆茨木保健所長

府・市すべての保健所長と本庁で患者一人が発生した時にどれくらい的人员が必要であるか、過去の3年半の経験を活かしながら、当初にかかった時間や、どれだけ時間が短縮できたかなどを分単位で出している。業務量をつみあげ、そのためには何人分の職員がいるのか、職員が足りない場合はどこから派遣や人材確保するのかというのを考えております。各保健所ごとに対処計画ということで、危機管理のマニュアルのような感じの感染症版を策定することが定められているので、それを保健所ごとに作っていくことになると思います。現在、鋭意作業中でございます。

◆朝野部会長

保健所で対応マニュアルを作っていますので、とにかく保健所の人材をどう確保するのが重要です。健康危機対処計画は別立てで走っていますので、またご報告いたします。

◆深田委員

何か起こったら医療機関で対応してとなるので、保健所と連携をもっとしないといけない部分があると思います。これだけ見ていると体制整備できたでしょ、医療機関しっかりしてという見えなくもないです。

◆朝野部会長

保健所の方は、ベストを尽くしてやっていますのでまたご報告させていただきたいと思います。
中山先生いかがでしょうか。

◆大阪市保健所長

保健所業務の負荷もかかって来た事に対しては、この間 ICT 化や業務委託を進めて行くと共に、OIPC など他との連携も進めて来ました。そして、来たるべき予防計画についても、所内で検討しながら進めているところです。

◆朝野部会長

乾先生、薬局の何割ぐらいが事業に参加していただけたら考えたらよろしいでしょうか。

◆乾委員

薬剤師会としてはすべての保険薬局に参加していただけるように啓発を進めていきます。具体で言うと半分ぐらいはやってくれるのではと考えています。

◆朝野部会長

大阪府と連絡を取りながらご説明いただければと思います。

山下様、救急において大阪市が1番大変だったと思いますが、何か提案はありませんか。

◆大阪市消防局 救急部長

資料の2-1、3ページをご覧くださいと、保健所の体制整備と書かれております。流行開始から1か月間において想定される業務量に関する人員確保とありますが、保健所にも移送車両が1台配備されており、その移送能力を超える部分に消防が協力をしてまいりました。しかしながら本来、感染症の入院措置の移送業務は実際消防局が対応する部分ではございません。病院の選定につきましては、病床確保していただけるという心強い形ではございますが、令和3年4月19日の事案で救急車の中に患者さんを46時間搬送できなかったという部分がございます。この件についても業務量に対する人員確保数という形に入れていただきながら、病院選定を速やかにやっていただいて、救急車が速やかに病院に運べる体制が構築出来たらよいと思います。

もう1点、3ページの中に宿泊療養体制があり、複数の宿泊療養所が大阪市内で運用開始されました。大阪市内に大阪府下から患者が来て、この患者を搬送して病院を決めるのは大阪市消防局になります。搬送するにあたって、南の阪南地区であったり、北の遠いところであったり、現在72台消防の救急隊で運用していますが、そこまで行って帰ってくる時間が長いので、次の患者を運べる状態に持っていけないというのが懸念材料でしたので、府内全域で宿泊療養体制を確保されるなどの対策をお願いしたいと思っております。

最後に、府・市・保健所に電話相談窓口としてコールセンターを設置していただいておりますが、3年かけてコロナ対応を構築してきたというのはわかるが、その電話がかからないから119番にかけた、電話がかからないから消防の安心センターにかけたので話を聞いてほしいというのが頻繁にありました。これらのことを宿泊療養体制や保健所の体制整備につきましてご一考いただければありがたいなと思います。

◆朝野部会長

宿泊施設は市外で作った方がよかったですが、規模など様々な条件が重なって、多くは確保できなかったというのもありまして、市内に大きなホテルがたくさんあるので市内となりました。大阪市消防局から行ってくださっていたのですね。本当は地元の方から連れて行ったらよかった。そのあたりも議論していただければと思います。

◆大阪市消防局 救急部長

ホテルの方から119番がありますと市内で受けますので、救急車を出して搬送ということになります。

◆朝野部会長

あとは連絡の面でコールセンターも色々課題があったかと思っておりますので、そのあたりも保健所や大阪府と

今回の経験を含めて、議論し解決していただければと思います。救急車に関してはホテルがあるところの消防が出勤できればよかったと思いますが、その点についても解決していただければと思います。

◆倭先生

うちはたまたま関空検疫所の契約のホテルが近くにありましたので、ホテルの医師からの依頼で当院の外来で診察や画像検査などをして入院の必要がないと判断した場合はホテルに返すことができました。その後、契約のホテルが大阪市内のみになってしまいました。中核となる病院はホテルの近くにあっていいですね。そこは変えるべきだと思います。

◆西野部長

ホテルはどうしても大阪市内が中心になってしまいましたけど、吹田や堺の一部ホテルを確保できまして、我々としても市外でもホテルを確保していかないといけないと思います。ホテルとも協定を結ぼうと思いますので、拡大ということはしっかりとやっていきます。消防の救急については非常にご迷惑をかけたと思いますが、保健所の業務もひっ迫したということ、民間救急というのは実は大阪には1か所か2か所ぐらいしか対応しているところがないという意見もありまして、救急を独自に開拓するというのは限度があったので、もちろん救急を開拓しないといけない状況になったのは事実です。感染症法上の制約もあって現実的には消防の皆さんに協力していただきながら進めてきたいというのがありましたので、もちろん計画のところにおいても一定のところをお願いすることになるかもわかりませんが、そのようなことを踏まえて計画を作っていくと思います。

◆高井委員

発熱外来の調査票に関して、府の基準では診療所5人以上とか病院20人以上というのがありますが、回答欄事態に記載がありませんので、その辺も具体的に記載いただければ理解が深まると思います。自宅療養や施設の療養に関しても、発熱外来は頑張るけど、様々な理由により在宅や施設の対応が困難な医療機関もありますので、調査票に「対応困難」という項目も入れていただければありがたいと思います。特に宿泊療養、高齢者施設におきましてはフォローアップセンター、保健所などのサポートをお願いしたいと思っております。よろしく申し上げます。

◆朝野部会長

ちょうど時間となりましたので、今日ここでご指摘等も受けましたので、関係医療機関の皆様にはご説明をしてできるだけ前向きに協定を結べる方向で進めていただければと存じます。次に結果等を見ながら数値目標を立ててそこに向かって協議を進めていって協定を結ぶというプロセスはございますが、様々な質問等を受け、大阪府にはお答えいただきながら進めて参りたいと思いますので、皆様よろしくお願ひしたいと思います。