

第5回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議 議事録

日 時：令和4年6月14日（火） 18時00分～20時00分

場 所：大阪府庁本館一階第一委員会室

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5回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議を開催いたします。委員の皆様におかれましては、ご多忙のところご出席を賜り誠にありがとうございます。また、本日は大阪大学感染症総合教育研究基盤特任教授の大竹様に関係者としてご出席をいただいております。

それでは初めに知事より一言ご挨拶申し上げます。

■吉村知事

本日は朝野座長をはじめとしまして、大阪府の専門家会議の皆様、また大竹先生、本当にお忙しい中お時間をくださいます、また、ご参加いただきましてありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症が府内で確認されまして、そこから2年以上が経過をいたしました。この間、未知のウイルスから始まって、医療従事者の皆さん、本当に難しい状況の中で、多くの府民をお守りいただいたことに、まずこの場を借りて改めて、医療関係者の皆さんに感謝申し上げたいと思います。ありがとうございます。また府民の皆さん、事業者の皆さんにも様々なご協力もいただきました。この場を借りて感謝を申し上げたいと思います。

本日の専門家会議で、ぜひご議論をお願いしたいなと思うところがあります。これは何かといいますと、この間、昨年のデルタ株までと、この第六波、オミクロンになってずいぶん状況が変わってきている部分はあるのではないかなというふうに思っております。また2年間という期間が経過する中でワクチンも開発され、そして今となってはもうワクチンが余るような、余って廃棄するような状態ぐらいにまでなっています。そして多くの方がワクチンを打ちたければ十分打てるという環境にもう既にあります。そして薬も開発されまして、一定限定はありますけれども、高齢者の方やリスクの高い方には飲み薬や様々な薬・治療法も一定確立されて参りました。その中でオミクロン株が今年、変異株として流行したわけではありますが、感染拡大力が非常に強い、だけれども、その重篤度という点でいくと、やはり現役世代中心に見ても重症化率は極めて低い状況、これは事実だと、致死率も含めてそういう状況でもあります。

どうしても高齢の方で、持病をお持ちの方とか、要介護度が高い方、感染してしまうと厳

しい状況になることがあります。このコロナ肺炎そのものが、本当に若い人も含めて極めて驚異的な未知のウイルスである状況が今も続いているかということ、そうではないのかなというふうにも思っております。だけれども、この対応につきましては、基本的には変わっていないと。その中でやはり、様々な働く世代あるいは子供たち、社会活動というものについては 2 類相当と、新型インフルエンザの特措法の適用があるわけですが、そこから変わっていない。エボラ出血熱の次ぐらいにリスクの高いウイルスだということで今も維持されているという状況であります。果たしてこれが正しいのかなという問題意識を持っています。

とりわけ今日は 2 点、ぜひご議論をいただきたい。またそれ以外でもご意見あればぜひ、専門家の皆さんにご意見いただきたいと思っています。

一点目は、濃厚接触者についてです。濃厚接触者は今なお陽性でもない、症状も出ていない、けれども濃厚接触というだけで 7 日間仕事や生活や学ぶ機会が完全に拘束されてしまうという状態が続いている。果たしてこれは正しいのかということをご専門家の皆さんにご意見もいただきたいと思っています。

もう一つは医療体制です。どこで感染してもおかしくないぐらい広がってきている。最初、未知のウイルスで分からないというときに、感染症の専門家の皆さんが対応する、防護服も着て PPE も着て対応する、未知のウイルスというところのスタート、これは間違いなかったと思いますが、今オミクロン株になった上でどこで感染してもおかしくないと、実際第六波ではそういう状況にもなりました。であるならば、やはりこれはオール医療で、身近なところで、もう普通の病気と同じように対応できるようにしていくべきではないかと私自身は思っています。しかし厚労省の通知も含めてそうはなっていないというのが現実であります。

このあたりを、このオール医療体制そして濃厚接触者のあり方、私自身はこの二つについて肝の部分ではないかなと思っておりますので、専門家の皆さんの意見をお聞きして、そしてそれをもとに大阪府の今後のコロナ対策の参考にしていくとともに、このコロナ対策というのは、国で決めている部分も多くありますから、国に対して要望すること、国でできないことについては、大阪府の考え方として国に対して要望をしていきたいと思っています。今日は忌憚なきご意見を、ぜひいただきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

■事務局

ありがとうございます。

本日ご出席の方々につきましてはお手元の出席者名簿のとおりです。なお、忽那委員は所用のため少々遅れて Web にてご参加いただく予定になっております。

それでは以後の議事進行につきましては、朝野座長にお願いしたいと思います。朝野座長、どうぞよろしくお願いいたします。

■朝野座長

大阪健康安全基盤研究所の朝野でございます。どうぞ皆さんよろしくお願ひいたします。

本日は、今知事からもお話がございましたように、非常に難しい問題を議論しようということになります。また国もなかなかこの先といいますか、これを解決するとは言っていますが、皆さんのご意見をお聞きしながら、コンセンサスとまではいかないと思うのですが、こういう意見・見方があるというようなことを、ここで議論していきたいと思ひます。それではまず事務局の方から、議題に関する資料をご説明いただけませんかでしょうか。

■事務局

<資料1から資料3について説明>

■朝野座長

ありがとうございます。

それではまず論点1のところから議論を始めたいと思ひます。論点1は濃厚接触者の特定範囲、あるいは待機期間、行動制限ということについて現在のところ、先ほどの資料2の2ページ目にあるような、今の現状ですね。陽性者のうち、同一家族内に陽性者がいた場合には7日間で4日目、5日目に抗原検査をやって5日目から解除という方法、このどちらかを選ぶということですね。このような制限があるところはあと保育園、幼稚園あるいはハイリスクの方のいらっしゃる場所や会食などということになりますが、このことがおそらく、非常に社会の活動を逼迫させてしまうのではないかなというようなことを、多くのデータで示されているということでございますので、この辺りをどうすればいいか、どのようにこれを緩和できるのか、緩和してはいけないのか、エビデンスは何なのか、もちろんエビデンスベースじゃないと議論は進みませんので、どのようなエビデンスでこれをどのように緩和できるかできないか、というような議論を進めてまいりたいと思ひます。皆さんそれぞれにご意見あると思ひますので1人1、2分程度でご意見を順番に述べていただければと思ひます。

まず、大竹先生よろしくお願ひいたします。

■大竹特任教授

ありがとうございます。大竹です。

濃厚接触者の扱いについては、実は2月24日の厚労省のアドバイザリーボードで、阿南先生が資料を提出されています。私も提案者の1人になってはいますが、大阪府の資料2でも近いものはありますけれども、資料の中に例えば神奈川県のコロナ患者受入病院における欠勤者の8割が濃厚接触者関連だったということで、かなり医療逼迫にも影響するというふうなことがあります。この濃厚接触者を特定して行動制限をすることで感染を防ぐことができるということが大きければ、それをする価値がある。

しかし一方で、今申し上げましたとおり、濃厚接触者が社会的な活動ができなくなるというものの損失もあります。どちらが大きいかということで、濃厚接触者の特定と行動制限を課すことというのが正当化できると思います。これについて、オミクロン株では、感染した人が別の人に感染させるまでの期間、世代時間というのが2日だということが分かっています。この資料にも書いてありますけれども、潜伏期間も3日であると。そうすると、濃厚接触者を特定して行動制限をし始めた頃には既に感染者が発症して別の二次感染をしているということが、実態になっているということです。そうすると、それまでの例えばデルタ株やアルファ株であれば、世代時間が長いので、保健所が濃厚接触者の特定し、行動制限することで感染拡大を抑えるという効果はある程度期待できたんですけれども、オミクロンではそれはできないということです。もちろん家庭内濃厚接触者への行動制限というのは有効なんですけれども、ただ、そこから広がるという可能性がそれほどないので、自発的にある程度行ってもらおうということで十分ではないかというふうに思います。

それで、人々には、同居者が感染した場合は感染する確率が高いこと、あるいは重症化リスクが高い人には対策が必要だということを広く知っていただくということ、そして、うつらない、うつさないという心掛けや換気を良くするといった対策が重要で、感染抑制対策として効果が小さい濃厚接触者の特定、そして特定して行動制限をするということ自体には、必要性が低いのではないかと考えております。

ただ2月24日にADBにこういう趣旨のことを出しましたけれども、知事から説明あったとおりそのときの政府の対応というのは、それほど大きくは変わってないというのが実情だと思います。以上です。

■朝野座長

ありがとうございます。それでは茂松先生いかがですか。

■茂松委員

大竹先生が今、基本的なことを言われたのですが、私はやはり社会活動される方、必要な方については、やはり抗原テストをしっかりとやってもらって、それで陰性であれば動いていただくと。抗原テストは簡単にできて、意外と信頼度が高いのではないかなと、経験的にはそう思っているの、その辺のことも加味したらどうかと思っております。

やはり基本的にこの原則7日間待機というのはあんまり崩せないのかと思っておりますが、やはり社会活動をする方についてはもう毎日検査しながら動いてもらうということで、やっぱり社会活動を止めないようにしていくことも非常に大事かと思っております。

■朝野座長

ありがとうございます。木野先生お願いします。

■木野委員

民間病院の経営者の立場から言いまして、我々は全て国、あるいは大阪府が提示されたガイドラインに沿って向き合い、きっちりと対応してまいりました。そのおかげもありまして、我々のところではクラスターも発生せず、日本全体のデータを見ても、これは欧米に誇れる素晴らしいデータだろうと思うのですよね。対人口当たりの感染者数であるとか死亡者数、最近になって少し死亡者数が増えてきましたが、全体を見れば、国民の健康を守るという観点からの対策としてとられた厳しい対策は、やっぱりそれなりに成功していたのだらうと思います。

ただ最近になってこの感染症の形が当初とはずいぶん変わってまいりましたし、これは知事が先ほどおっしゃった通りです。我々も第六波のピーク時のときに、職員が濃厚接触者となったため、実際に感染した人の倍ぐらいの濃厚接触者で、本当に健康で働けるのに自宅待機をした人があって、そのために一時期病床運営に支障をきたしたことがありました。そうなったときに、正直に申し上げて、何で2類から5類にできないのかという気持ちになったのは、全くその通りです。最近特に治療法も開発されましたし。

今はそういう2類から5類にするかどうかの判断をする時期なのかなと思うのですが、私自身はそういったエビデンスも全く持っていないので、やはり国民の安全を最優先するのか、あるいは経済社会活動を最優先するのか、どちらかを取るとするか、どちらに重点を置いていくかということになってきますので、これは政策決定されるころの非常に難しい判断じゃないかなと思います。

■朝野座長

ありがとうございます。それでは白野先生お願いいたします。

■白野委員

まず参考資料2-2にありますけども、諸外国における経済再開の動きのところでも米国やイギリスでは濃厚接触者について、どのような対策をとっているかというところは参考にしたのですが、アメリカではワクチン接種済みか未完了かで、隔離不要かどうか整理している。ただ、オミクロンになってからやっぱり感染力が非常に高まっていることと、ワクチンの効果が、特に感染予防効果が薄れてきているということから、アメリカがこうしているから、すべて隔離不要にしてしまうというのはやり過ぎなんじゃないかなと考えています。

一方でやっぱりゼロコロナというのは難しいですし、現状では若い人なんかは下手に検査を受けて、陽性になったら隔離になるから、もう検査を受けないでおこうという人もかなりいると思われる中で、検査で分かった人の濃厚接触者だけを厳しく隔離するのもどうなのかなと思います。

あくまで私の考えですけど、やっぱり一般と、特にハイリスクな人に接する医療介護従事

者とはやっぱり分けて考えるべきかと思っけていまして、一般的にはもう厳しい対策をするのではなくて、自主的な隔離、同居者が高齢者であるとかそういう人はもう自主的に隔離していただいて、原則としては厳しい制限は設けない、と。医療現場も一律に医療介護の現場だからきっちりというんじゃなくて、むしろ医療現場だからこそ厳しい対策をとれる場合もあります。私どもの方でも、濃厚接触者にならなくても、可能性がある人は孤食黙食を徹底するとか、マスクをしっかりと着用する、もちろんのことですけれども、ハイリスクな患者さんのケアは避けるとか、そういった対策を個別に考えながら、緩めていってもいいんじゃないかなと考えております。以上です。

■朝野座長

倭先生いかがですか。

■倭委員

ありがとうございます。

26 ページにも、効果的かつ負担の少ない医療介護場面における感染対策ってありますけれども、病院であるとか高齢者施設であるとか、やはりリスクの高い方がいらっしゃる場所では、毎日検査をして陰性だったら勤務する、あるいは、当院でも5日目に陰性だったら勤務するという形は続けた方がいいんじゃないかと思うんです。

一般社会におきましては、やはりここにありますように、感染者であっても無症状であれば、マスクをして、相手もマスクをしていればまずうつることのリスクはかなり低いわけで、現実今のオミクロンの場合で、濃厚接触者でももちろん症状がない方に、症状があればもちろん検査して、この適用はないと思うのですけれども、無症状者で感染していたとしてもそういう状況でいけるということですので、濃厚接触者でまだ感染もちろんしてない、症状もない方につきましては、マスクをしっかりとしている状況で、職場でのマスクあるいは、環境、それから換気等、そういった感染対策をしっかりとしているのであれば、別に家で隔離して仕事ができない状況にしなくてもいいのではないかというふうに考えます。以上です。

■朝野座長

ありがとうございます。掛屋先生お願いします。

■掛屋副座長

大阪公立大学の掛屋です。様々な意見があると思うのですが、一律に決めてしまうのは難しいのではと考えます。医療現場には高齢者や基礎疾患を持っている方がいらっしゃいますので、高齢者施設や病院では少し慎重な対応を行うべきだと考えます。

一般社会においては、健康な人が多いので、オミクロン株であればと申し上げますが、少し緩和しても良いのではと考えます。一方、国も慎重になっているのは、次のウイルス変異

株が何なのかの様子を見ているのではないかと考えます。このままオミクロン株が続く、ということであれば、考えも変わってくるものと思います。

一方、家族内感染も家庭の状況によって異なっています。例えば小さい子供と母親では、高率に感染が伝播しています。発症者がある程度の年齢で、家庭内隔離がきちんとできると家庭内感染伝播は少ないです。

また、ワクチン接種が2年前の状況とは違っていますが、両親がワクチンを接種している場合と片親だけが接種している場合では、子供への感染伝播率が違っています。両親が2回とも接種していると子供にもうつる確率が低いというデータがありますので、家庭内でのワクチン接種の環境を整えるということも重要です。

■朝野座長

今、様々な意見をお聞きしました。慎重な方がちょっと多いかなとも思ったのですが、ただ茂松先生がおっしゃるように抗原テストを繰り返しながら社会機能を維持するという方向性の一つをお示しいただきましたし、また家庭内であっても小さいお子さんなのか大きなお子さんなのかによってもまた違う。でもそこを区別するというのはなかなか難しくなってきた、そこまで細かくやるのはちょっと社会的にどうかということもありますので、もう一つは白野先生おっしゃったように、アメリカ・イギリスはもう既に濃厚接触者の隔離はしていますと、でもそれは、アメリカの場合はワクチンがあるという、ワクチンを3回ブースターまで打ったということ前提として、隔離しなくてもいいということ。

CDCの色んな文献を読みますと、やっぱりワクチンの効果というのは5割ぐらいだけど、重症化は抑制するという、オミクロンであっても3回打っても5割以上の効果はあるが、重症化については9割方ある、入院も8割方抑えるという、つまり、発症したとしても大丈夫という考え方で、それは感染拡大ということにはなかなか通じていないということ。感染拡大はもう既にアメリカはマスクも全部廃止しているぐらいですので、そこまでやらなくてもオミクロンはいいだろうということですね。というようなことが言われていますけれども、一方でやっぱり医療職やリスクのあるところで働く場合には、それは茂松先生がおっしゃったように、抗原検査を繰り返して仕事をしているという状況です。ただ抗原検査がどれだけ普及しているか、本数があるかということと、それをどのように運用していくかという問題はまた残るので、大量に今度は消費されていくということにもなります。

例えば、私の考えも専門家の一員ですのでお話をさせていただくと、まずこれは状況によって効果があるときとないときがあるだろうと思います。というのは、例えばオミクロン株の始まりの頃、水際をやって、1人でも入ってきたら見つけて何とかする、というような状況でした。つまり少しでも広げてはいけないという状況の場合には、例えばもしかしてスルーして入ってきた場合に広がる可能性もあるので、その時は、オミクロンの始めの頃、患者数が少なかった。だから濃厚接触者の疫学調査もできたし、そういう状況ではおそらくこういう濃厚接触者に待機していただいて、数が少ないから社会的機能もちゃんと維持されている

と思いますので、そういう状況では、広がる、次の流行が来るまで、新しい変異株の流行が来るまでは、濃厚接触者も待機していただくというのも一つの手と思います。

じゃあいつまでと言われたら、オミクロンのときに皆さんもご存知のように、世界各国からさまざまなデータが出てきました。弱毒ではないか、前のデルタやアルファ株に比べれば弱毒だというような話が出てきて、それで少しずつ緩和していった今のような大きなピークになってしまった。それは仕方がなかったと思います。水際対策の効果とは一定程度、私はあったと思っています。ですから、フェーズによる組み分けというのは一つの考え方ですね。もう一つは、これは倭先生もおっしゃったのですけれども、医療現場では相手が陽性でもマスク・マスクで対応してれば、低リスクになって休まなくていい。ということは、逆に言うと、濃厚接触者が職場で発症してもマスクを常につけて感染対策をしていて、お互いマスクをしていれば濃厚接触者にならないのです。だからその人が発病するかもしれないから休むのではなく、発病してもマスク・マスクでやれば濃厚接触者の定義に当たらないというのが現在の状況ですので、そ感染対策をしっかりすることを前提として、家庭内であってもどこでもそうですが、どういうシチュエーションでも、自分が濃厚接触者であっても感染対策をしっかり守るのであれば、これは別に待機したりする必要はないという考え方、これは感染対策上の考え方ということになります。

それから、例えば今、無料検査場というものがあって、完璧に無症状の人とは限らないのですが、2%ぐらいの陽性が1月ぐらい前から続いて、6%とか8%とかになってきた。それは社会にかなり蔓延しているかということです。例えば2%とはどういうことか、これは単純な計算でありますので確実じゃないですけども、50人に1人です。ということは一つの職場に1人いらっしゃるってことです。そのような人がいらっしゃる時に濃厚接触者、多分家庭内感染は3割方発病するかもしれないと言われておりますので、そういう人たちを3割発病するかもしれないと言って、自宅待機していただくのと、もう既に1人いる。つまり社会の感染状況によって、それは考え方が変わってきますよねというふうに考えますので、そのあたりを加味してこれからやっていく必要があると思います。

忽那先生、ご意見をお願いします。

■忽那委員

議論の途中からですが、途中までは私もお伺いしていたのですが、私も基本的にはやっぱり病院の、例えば高齢者とかハイリスクの方が周りにいるような状況と、一般社会の例えばサラリーマンのような方とは少し分けて考える必要があるのかなというふうには思います。病院の中では職員が感染して、患者さんに広がるとやっぱり大変です。それは高齢者施設とかでも同じなのかなとは思いますが。

一方でサラリーマンというか、一般社会の方で周りに重症化リスクのない人ばかり、という方の場合には、濃厚接触者として自宅待機、おそらく先ほど朝野先生が少しおっしゃられていましたけど、多分濃厚接触者と認定されてない実際に感染しているような人が、かなり

周りにいるような中で、だんだんと濃厚接触者を周りに作らないような基本的な感染対策を一般の人に浸透させる、ということの方が大事になってくるのかなとは思っています。

ですので、一般の社会については社会の機能を維持することを優先して、少し緩和をしていくという方向に関しては私もそれがいいのかなと思います。一方で病院職員とか、ハイリスクの方が周りにいるような方は少し切り分けて考える必要があるのかなというふうには思います。以上です。

■朝野座長

ありがとうございました。

ハイリスクの方がいらっしゃる場所では待機なり、あるいは毎日検査して社会機能を維持していくということが必要かと思っておりますので、あとは感染対策をしっかりやればということは前提になって性善説でいくのか、やっぱりそういうところは漏れるところもあるよねという考え方をするのかということになるかと思っております。

どなたか追加のご意見いかがでしょうか。知事いかがでしょうか。

■吉村知事

僕自身も先生方のご意見をお伺いして、どんな意見が出るのかなと思っていたんですけども、非常にクリアになったなというのが、僕の率直な印象です。僕自身もやはり考えたのがですね、これからコロナとどう向き合うのかというときに、やっぱり非常にリスクの高い人と、そうでない人というのが明確に分かれてきたと思うんです。特にデルタ株までは若い人だって自宅でお亡くなりになる人がたくさん出た。そして自宅でもコロナ肺炎になる人が出た。もうそれは絶対防ぎたいという思いで、この間もずっとやっているわけですけども、オミクロン株になって、それが明らかに変わったなというのが実態として思うんです。

数字で見ましても、この重症と死亡のデータが、18、19 ページを見ますと、死亡率でいくと50代で0.06%です。これは大阪の実数です、0.06%。で、40代以下に至ってはもう0%なんです。もちろん高齢の方になると、80代90代で、4%、6%となっていますけども、やはりこのリスクの高い方というのがもう明らかに見えてきていると。

重症化率を見ても、40代以下はもうほぼ0%です。50代が0.1%ですね。そうするとやはりリスクの高い方を守ると。そうじゃない人はできるだけ活動するという、そっちの方向じゃないかなと僕は思っています。

そうすると、濃厚接触者の考え方についても、今日専門家の先生方で一番多く出た意見だと思うんですけども、高齢者施設とか、あるいは医療機関では、今の対策はやはり続けていくべきだろうと。ただ、そこと一般社会は別に考えるべきではないかというのは、もう僕の中で胸にストンと落ちたご意見だな、というふうに思っています。

お亡くなりになった人が元々どこにいたか、というのを大阪でも分析したんですけども、全体の中の60%が元々高齢者施設にいらしゃった方か、あるいは病院で入院されていた

方、別の理由で。そうじゃない方は40%なんです。でも高齢者の人口230万人いますから、割合でいくとやっぱり圧倒的に多いのが高齢者施設、あるいは別の病気で、何らか入院されておられた方で、そこでクラスターが発生したりして、どうしてもお亡くなりになってしまった方が60%。そう考えるとやはり病院とか高齢者施設、ここは対策はやはり維持していく必要があるだろうと、リスクの高い方が多くいらっしやると。でも若い人は先ほど申し上げたとおり、重症化率にしても、極めて低い状況ですし、やはり社会が止まってしまう。場合によっては仕事も行けなくなって収入も途絶えてしまう。若い学生に至っては勉強も、やっぱり学習の機会も奪われてしまうと。やっぱりそれは回避すべき状況にもなっているんじゃないかなと。とりわけ濃厚接触者の場合は、症状が出ていない、症状が出たらもうこれは陽性のリスクが高いわけですから、あくまでも前提として症状が出てない人、まだ陽性と判断されていないいわゆる元気な人ですから、そういった人を一律に一般社会においても拘束する、言い方は悪いですけど拘束するというのを行政として制度で決めていくというのは、ちょっともう違うだろう、というふうに改めて今日の先生方の意見を聞いて思いました。

それともう一つはやはり、朝野座長がおっしゃったとおり、もう世の中に感染した人もいるんじゃないかと、マスクしている人同士だと濃厚接触者にならないじゃないかと。濃厚接触者の人って、自分が濃厚接触者だと認識していますので、自分がかかっているかもしれないと思っているときと、そうではないときって、そうではないときの方が人にうつすリスクは普通に考えたら高いと思うんですよ。どなたか専門家の先生がおっしゃいました、朝野座長でしたか、マスクをちゃんとすると濃厚接触者の期間中は飲み会は控えるとか、学校とか仕事に行って、最低限の行動にして、ちゃんとマスクはするとかすれば、自宅で隔離というのはもうやり過ぎなんじゃないかなと。逆にそうすることで、ある程度感染自体は、感染が広がるのを防ぐことが目的ですから、自分が濃厚接触者と分かっている人間が最小限の行動をして、感染対策をして、そこから広がるリスクって、僕はそんなに高くないと思うんですよ。症状が出たらそれは休むというのは、陽性のリスク、陽性の可能性が極めて高いので。だから症状もない濃厚接触の状態だけの人については、もうやはり、自宅で隔離を強制するというのはやめるべきだと思います。

ただそのリスクの高い場面、高齢者施設、医療機関においては、引き続きやはりクラスターが発生した時のリスクが高いですから、リスクが高い方がいらっしやるのがもう明らかなので、そういったところでは、現在の対策を維持する。これが大阪府の方針としてすべきだろうと、今思っております。

座長の最後のご意見があれば、ここで決定できるのかな、ここは政策企画部も健康医療部もいるから、できないのかな、手続き的には。国への要望は当然するけど、大阪府も基本的にその方針でできるところからやっていく、というのでいいんじゃないでしょうか。

■藤井健康医療部長

基本的には、国の通知に則って大阪府の最大限の裁量を発揮しているということですので、国の緩和の通知が必要だというのが基本的な考え方になります。

■吉村知事

大竹先生、報道で僕は見たレベルなので正しいかどうか分からないんですけど、国のアドバイザリーボードで、濃厚接触者についてもワクチンを2回打っていたら、外すべきじゃないかという報道がちょっとあって、厚労省の圧力で無くなったみたいな記事に書いていたんですけど、アドバイザリーボードの議論とか、国の情報ってありますか。

■大竹特任教授

ワクチンを条件にするかどうか検討余地はありますが、いずれにしてももう少し緩和してもいいのではないかというのは、アドバイザリーボードから元々2月24日の段階でも原案としてはもっと緩和していいのではないかというのは既に出ていましたが、国の通達の部分は変わってない。ですから、藤井部長がおっしゃったとおり、その部分は要望を強く出していくというのが、方向性としては正しいかなとは思いますが。

■吉村知事

わかりました。今日の議論をまとめて大阪府の考え方として国に要望しますので、至急まとめてもらいたいと思います。あと大阪府の考え方として、先生方の意見を聞いて府で決めるということになるとと思いますので、そういった方法で進めていきたいと思っています。

座長何かご意見があれば。

■朝野座長

そのように今たくさん意見をいただきまして、非常に有益な意見もたくさん出ましたので、それを基に大阪府の意見としてまとめていただいて、そして国がそれをどう受け止めるかというのを、また国のアドバイザリーボードや分科会の役目だと思っていますので、そういう形で少しずつ建設的な議論を進めていければと思います。

■吉村知事

これ際々のところでいくと、趣旨としたらやっぱり命を守る。元々は人間の行動って自由なはずなので、それを強制的に抑える、これは感染症法上の「できる」規定を使っているので本来2類5類は関係ない話だと思うんですけども、今はそういった形で、この規定も使って、自宅で隔離しなさいということをやっているわけですけど、趣旨として、先ほど申し上げた通り、やっぱり高齢者の方とか病院で入院されている方、リスクが高い人を守るという趣旨を徹底すれば。

もう一つあるのが、感染対策を取れない人たちがいるグループ、保育所とか、障がい者施設。障がい者施設でも、やっぱり厳しい状況になってしまう高齢者の方がいる障がい者施設と、あとは、体が元気で若い世代だけでも感染対策はなかなか取りにくいという障がい者施設もある。保育所なんか小さい子はマスクもできないですから。でも趣旨として考えたら、じゃあ病気として見たときに、明らかに陽性でもなくて濃厚接触という段階で、そういった人と対応する施設として、何か拘束すべきかということ、先ほど申し上げたような重症化率もほぼ0%、死亡率も0%の施設だと、そう見たときに保育所とか、そういったコロナで見てリスクが高いとは判断されない障がい者施設、でも感染対策をとりにくいところは、もしその人が濃厚接触者でコロナ陽性だったら、広がる可能性はある。

さっき僕が言った前提としての普通、誰もそうですけど、濃厚接触者だと自分が分かれば、人にひょっとしたら症状はないけどうつしちゃうかもしれない、それを防ごうよというので、最小限の行動をとるのが普通のパターンだと思うんですけど、それが取れないような場面でも、対象者は病気として見たときにハイリスク者ではない、というところってどうなるのかなというのはちょっと思うところではあるんですけど。

■朝野座長

私もそこは、感染対策を前提として濃厚接触者の行動を広げるということを考えたときに、できないところはやはり保育所なんですよ。だから保育園の場合は、保育所の判断に委ねるしかないと思います。というのは保護者の方で、やっぱりそれはちゃんと自宅待機させてくださいという意見が多ければ、なかなかそこは国がこう言ってるからという話にはならないので、そういう形の方がいいと思います。

■吉村知事

わかりました。やはりリスクの高い高齢者施設、それから医療機関、入院施設については、やはりリスクの高い方がいらっしゃるので、今までの濃厚接触者の対策は維持する。ただ、それ以外の一般社会においては、これはもう隔離というのはもうやめて、そしてそれぞれがマスクとか飲み会をできるだけ控えるとか、基本的な対策をとって、行政から強制的にもう自宅から出るなというようなことはもうやめましょう、というような方針で、まとめたいと思います。

■朝野座長

ありがとうございます。インフルエンザと比べて、というのはこの前厚労省から出ていて、2倍ぐらいオミクロンでも死亡率が高いというのが出ていたのですが、あのデータをもとに年齢別に区切って見てみたら、50歳未満の人たちはむしろインフルエンザの方が致死率が高いという状況ですので、インフルエンザで隔離しないのに、濃厚接触といって自宅待機しないのに、コロナではどうですかってもちろんそこからより高齢の方にうつるという可能

性を危惧すれば、それも合理化できると思いますが、そのことも事実ですので、知事がおっしゃったように、年齢による重症度というのは全然違うんだということです。インフルエンザと比べましようって大きく比べればそうかもしれないけど、年齢別に比べたら若い人たちはインフルエンザの方がまだ致死率が高いという、インフルエンザのデータさえも今しっかりしたものありませんので、ただ暫定的なデータとしてはこの前厚労省が出したデータをそのままやってみたら、小さいお子さんたちや若い人にはむしろインフルエンザが怖いということで、それもやはりちゃんと認識しておく必要があると思います。

ということで、あとは今までのご意見をいろいろとおまとめいただければと思います。

■茂松委員

話の腰を折るわけじゃないんですが、最近発熱外来をしていますと、かなりコロナに慣れてきておられるんですね、患者さんが。だからこちらが一生懸命注意をしても、意外と緩くなっていると。だからやっぱりそこだけはしっかりと高齢者などのハイリスク、ここのチェックだけは絶対入れておかないといけないのかなという感じを受けています。それだけです、社会活動を動かしていくことは大事かなと思っています。

■朝野座長

むしろ、メリハリのある対策というところに繋がってきて、そこは頑張っってしっかり対策してください、飲み会にも行かないでくださいということに、よりメリハリをつけることができるのではないかと思います。

それではちょっと時間の都合もありますので、次に、論点 2 のオール医療体制構築に向けて必要な事項についてということで、まず入院以外のところで少し議論を進めてみたいと思います。検査とかあるいは治療薬の普及、病院・診療所の状況ですね。そして基本的にはオール医療ですので、大阪府の考え方としては全ての病院の 10% の病床を確保してくれ、そして検査も非常に増えてくる可能性があるのも、もっとたくさんの検査医療機関を増やしてくれということになると思います。

前提として、インフルエンザの問題があります。今皆さんご存知のようにオーストラリアでは季節外れにインフルエンザが急激に増加してきています。アメリカでも季節外れにインフルエンザが出てきている。当然水際対策を緩和すれば、インフルエンザは世界からどんどん入ってきて、あっという間に増えます。ラグビーのワールドカップのときも 9 月にインフルエンザがちょっと流行ったのですね。あれもやはり南半球からのインフルエンザシーズンから日本の北半球に来て、でもその時は季節性のこともあって大きくは流行りませんでした。

でも今回はこの冬、ほぼ確実に、インフルエンザがこれまで以上に増えてくる。今まではインフルエンザと一緒に来たらどうしようというシミュレーションをしていましたが、多分今まで水際はしっかりやっていたので、そういうのが入ってこなかったが、今年はほぼ確

実にインフルエンザとコロナの流行が重なる可能性、特に1月2月は第3波、第6波の山を作りましたので、これがインフルエンザのちょうどシーズンですので、もしインフルエンザシーズンに重なってもう一度あの山が来たら、おそらく大阪府ではインフルエンザ4万人とコロナ2万人位以上、だいたい6万~7万の発熱患者が、起こるわけです。そうするとインフルエンザの対応だけじゃなくてコロナもやらないといけないっていう状況になるので、この辺り茂松先生、クリニックにはたくさんの患者さんが今度いらっしゃると思うのですね。この体制なかなかもう受け止めきれないぐらいの状況になってくると思うのですけども、ちょっとそのあたりのご見解を。

■茂松委員

それを言われますとなかなかつらいんですけども、大阪の現状を見たときに公費の請求を見たら、検査をですね、去年の8月ぐらいで22万件ぐらいが上がってます。ただ今回1月2月では48万件まで伸びてますので、検査としてはかなりできる状況になってきています。

ただ今議論の中にあつたように高齢者とかハイリスクというのは診療所に来ておりますから、その部分を時間的空間的にどう分けるかということが一番の問題点かなと。そこを今は分けながらやっているわけですけど、ざっとこられたときにどうするかというのが一番の問題点かなと思っています。そこだけは不安なところですね。かなり検査ができるようになっておりますから、そこはなんとかこなしていけるんじゃないかと思っていますけど。

■朝野座長

だいたい1日どのくらいのキャパが可能でしょうか。インフルエンザとコロナが一緒に来たときは両方検査しないとイケなくなるのですけども。

■茂松委員

そうですね、診療所によって全然違います。病院はやっぱり100件200件できると思いますが、診療所においてはやっぱり20件30件が精一杯かもわかりません。だけどやっぱり医療機関自体が多いので、そこを分けて来ていただくと結構こなしていけるかなと。

■朝野座長

ということは先生、今コロナの外来診療をやっていただくところ、診療・検査医療機関で今2400ですね。でもインフルエンザのときは多分もっともっとたくさんのクリニックの先生方にご協力いただかないとなかなか難しいのではないかと思うのです。そこをどのくらいまで増やせますか。

■茂松委員

ちょっと計算したことがない、どれぐらいですかね。

■朝野座長

インフルエンザを診れるところはどのくらいあるんですか。

■茂松委員

インフルエンザを診れるところは多分 5000 医療機関ぐらいはあるかと思いますがね。コロナを診れるのが 3000 件弱だと思います。3800 件かな。

■朝野座長

余裕ってわけじゃないですよ。

■茂松委員

あと、眼科とか耳鼻科とか違う科のところでインフルエンザを診てもらっていますので、そこがコロナを診ていただけると一番いいかなと思うんですけど。

■朝野委員

倭先生、コロナとインフルエンザって区別つかないですよ。

そうするとインフルエンザ、多分ですね、この 9 月ぐらいに一遍小さい山が来るんじゃないかなと思っていて、その時に多分またコロナと被っちゃったりすると、もう発熱患者は両方の検査をしないといけなくなって、インフルエンザしか診ませんという話にはもう難しくなりますので、その辺りをどれだけ広げられるかと思い、準備しとかないといけないと思います。

■茂松委員

それにつきましてはアンケートをしっかりとって、どれぐらい広げられるかということで、今度の冬をどう迎えるかということはしっかり準備をしていきたいと思っています。

■吉村知事

そういうのって、発熱だからわからないじゃないですか。どう対応されることになるんですかね。インフルエンザなのかどうか。

■茂松委員

一応やはりコロナ前提にして、普通の一般の患者さんと会わないようにして検査します。ですから駐車場に来てもらうとか、一つの部屋を立ててそこでやるとか、テントを前に引き

詰めてやるとかそういうことで対応しています。

■吉村知事

いや、インフルエンザかどうかはわからないわけなので。

■茂松委員

一般のハイリスクと高齢者の人と一緒にしてしまうとこれは大変なことになりますので、そのところを分けてやらないといけません。

■吉村知事

患者さんの属性で分けるということになるんですかね

■茂松委員

時間帯を分けるとか空間を分けるということで、車で来てもらう患者さん、テントに来てもらう患者さん、例えば個室があれば個室に来てもらう患者さん、出入り口が別のところにあると思うんですね。それは診療所によって違いますので、そういう対応をしているんですね、今。

■吉村知事

インフルエンザがもし同時流行した場合は、その人がインフルエンザというのはわからないわけですから。

■茂松委員

コロナを対象にまずして両方検査をするということです。

■吉村知事

インフルエンザのとき診れていた数は診れなくなっちゃうんじゃないですか、逆に言う

■茂松委員

そこは医療機関の努力によると思います。

もう一つ言わせてもらうと、例えば今後ですね、診療所が例えば建て直すとちょっと変えたいとかいうときに、例えば大阪から補助金を出してね、感染症を診るから補助金出すよと言っていていただくと恐らく医療機関はそういう体制は整えてくれるんじゃないかと。おそらく病院もそうだと思うんですね。だから感染症診れる状態を作っていただくことは非常に大事だと思うんです。そういうところに例えば補助金をちょっとつけてもらうとかいう

ことを考えていただくと、かなり我々としては動きやすいなというふうには思っています。

■吉村知事

整備補助金っていうのは今あるんじゃないですかね。

■藤井健康医療部長

波の始まりのときに補助を出していただきました。検査体制を整備するときに、出していた補助金があります。

■茂松委員

出来上がっているものじゃなくて、例えば部屋をリフォームするときに感染症を診れるようなシステムにするんですね。それをやるから補助金を出してくれということであれば医療機関は乗りやすいなというふうには思ってるんですけど。これどこかで一度言わないといけないと思っていたんですが。検査をしているから補助金じゃなくて、今後建て直すときにも感染症を診るような医療機関で、ちゃんと作っていただくとかなり有効にいけるのかなと。

■藤井健康医療部長

ありがとうございます。将来の感染症対応力を上げるという意味で、次の対策として今茂松先生におっしゃっていただいた、感染対応力の強い医療機関をつくるという意味で今の論点はあると思います。

朝野座長におっしゃっていただいたこの秋から冬にかけて、いかに検査数を増やすかというのは、もう目の前の課題ですので、いかに臨時的な対応も含めて検査力を上げるかというのが課題になると思います。

■吉村知事

今、朝野座長が問題提起されたのは、今まではインフルエンザが流行らなかったから、コロナだけだったじゃないですか、みんなこうやってマスクしたりいろいろ。なんで流行らなかったかもよくわからないんですけど、本当にインフルエンザはほぼゼロでこの2年間来た。諸外国を見るとインフルエンザが上がってきているので、だいたい日本もそうなるだろうと僕もそう思います。

それとインフルエンザの4万とコロナがミックスになったときというのは、対応できなくなるんじゃないですか、普通。だってインフルエンザだけで5000医療機関やって、今コロナで2000医療機関で、2000医療機関もあくまでインフルエンザ流行っていなかったからできたわけで、もしそれが同時に流行ったとすれば、熱がある人は、例えば僕がインフルエンザかどうかかわからないわけで、診てくれるところが2000しかなかったら、そもそも

5000 で対応していたとか、もうわからなくなっちゃいますよね、自分で自己検査するしか。

■茂松委員

基本的にその診療所以外のところにテントを立てる、車で来てもらう、個室のあるところはそれ用にするといったことで医療機関は対応しているんですね。だから、今後冬に向けてはそういうことで対応していかないといけないということで、それをできるかどうかというの、またアンケートをとりながらそれぐらい努力してもらえるかどうかを見て、どれぐらい診てもらえるかいうのをちゃんと試算していきたいと思います。

■吉村知事

やっぱり今のコロナの対応の仕方っていうのを前提にしてる限り、茂松委員がおっしゃったような対応になる、それが果たしていいのかっていう論点があるんじゃないですか。

■大竹特任教授

発言してもいいでしょうか。私もそれは思ひまして、インフルエンザ並みの対応でよければもっと多くの診療所が対応できるということだと思うんですね。現状は時間的空間的に分離しないとコロナの発熱外来ができないという状況を続けているということです。茂松委員がおっしゃるとおりなんですけど、そこまで本当にオミクロン株で必要なかどうかというのが論点だと思います。だから季節性インフルエンザ並みの検査体制で、感染対策でいいということであれば新型コロナを診る診療所は広がるんじゃないかとふうに思います。いかがでしょうか。

■茂松委員

一般の診療所、抗がん剤治療している患者さんから重症度の悪い患者さん、やっぱりいろんな人来られているんですね。それと一緒に診るということが、我々が感染を広める。今議論があったようにやっぱりハイリスクの人と高齢者、これはきっちりと分けておかないといけない、ということがやっぱりこれは専門家では絶対そう言われるはずなんですね。その中でインフルエンザを診てくださいと言われても、コロナも入ってくると、なかなかそう診れない。患者さんにもうつしてしまったらどうなるかというのが我々にとっては一番不安なことなので。それがやはり単純な診療所で診れない一番の原因なんです。

■大竹特任教授

おっしゃることよくわかるんですけど、インフルエンザは診れるという状況というのは、時間的な空間的な分離の厳しきの程度はおそらく新型コロナの方が厳しくされているから、診れるところが少ないということだと思うんですね。だから、インフルエンザ並みの分離の程度でいいということにはできないのかということなんですけど。

■茂松委員

高齢者の方ハイリスクの方に一緒になってもいいということであればやりますよ。ただ、そこはやっぱり我々譲れない。これが診療所で診れなかった一番の原因なんです。今まで小さな診療所でしか診療してきていないですからみんな、感染症には全然対応できてないですね、診療所自体が。そこに一番の問題点があって手がつけられなかったというのは、それがだんだん慣れてきて、1ヶ月8000件あったものが今15万件まで広げる、それはみんな手探りで広げてきたというのが現状なんです。ですから今後、感染症を診れる医療機関があればそこに補助金を出してもらってちゃんと分けられるような体制を作ってもらえたらみんなやってくれるんですね。そういうことがやっぱり今後ちょっとお願いしたいなというところです。

■吉村知事

補助金の制度であれば、今までいろんな仕組みを作ってやってきたので、多分できると思うんですけど、ただ、なかなかクリニックとしても小さかったり動線がないとか、看護師さんがすごい少ないとか、いろんな理由で、全体で茂松先生の言うように5000医療機関、我々では把握しているのが8000医療機関ぐらいですかね。8000医療機関で検査今やっていたているのが2400。なので、補助金で広がるのであればやろうと思うんですけど、違う理由なんじゃないかなという気もするんですけど。

■茂松委員

やっぱり感染症を診れない建て方をしていますので、もう昔からみんな小さい診療所ですから。そこをどう診れるようなことに作りかえられるかというのが一番の問題点だと思います。ちょっと議論がずれてると思うんですけども。

■朝野座長

専門の先生方で、今のコロナとインフルエンザは一緒に診られるかという問題、外来ですね、外来の話なんですけど、どなたか意見ありませんか。白野先生お願いします。

■白野委員

大竹先生がおっしゃっていただいたように、確かに2019年までのインフルエンザ診療はかなり混雑した外来で待っていたりとかという状況だったと思うんですね。そのときのよ様な状況にするのがいいかって言われたら、このコロナ禍でせつかくできた感染対策っていうのは、やはり維持していくべきだと思いますし、茂松先生がおっしゃったような、ある程度その時間的空間的に分けるっていうのは、やっぱり今後もやっていかないといけないのかなと思います。

一方で今後発熱患者さんがぐっと増える中で、やはりもううちは（発熱患者を診療するの

は)無理ですっていうわけにはいかないのかなと思うと、どっかその落としどころを見つけないといけません。完全に時間的空間的に分離するのは無理でも、十分な換気をするとか、パーティションで仕切るとか、できる範囲でやっていけることはあるんじゃないかなと思います。

今回ですね、診療報酬改定で外来感染対策向上加算が新設されましたが、それも一つの追い風ですので、感染症の専門がいろんな施設からちょっとその出向いてこういう対策をしたらどうでしょうってアドバイスをするなり、そういったことをしながら、何とかクリニックで診れる患者数を底上げしていく必要があるんじゃないかなと思います。

■朝野座長

他にいかがですか。

■掛屋副座長

今、白野先生がおっしゃったように、外来の感染対策向上加算に保険点数がつけられました。今回、一部のかかりつけ医の先生方が外来感染対策向上加算に手を挙げていただいています。多くのかかりつけ医は手を挙げていません。その理由としては、保険点数が魅力的じゃないのかもしれませんが、まだまだコロナを診療することに不安があるのではと考えます。私達は大阪市内で感染対策の地域支援をしていますが、私達が出向いて行って、感染対策の知識を広げる活動をしています。

■朝野座長

木野先生いかがですか、病院の立場から。

■木野委員

我々民間病院として、コロナの対策で発熱外来として日常的に取り組んでおります。それをどうするかというと、空間的・時間的にうまく分けるということで、病院の場合はほとんど大きな敷地を持っていますので、我々のところでは外来の駐車場のところに、仮設の診療所みたいなものを三つほど作って、発熱の可能性のある方はそこでまず検査すると。そのときにコロナだけじゃなくって同時にインフルエンザもできるわけで、実際に何例もやっております。ですから、そこでですね、インフルエンザもコロナもどっちかで引っかければ、今度の中に入って診察するなり、それなりの体制で対応できると思います。

それと先ほどおっしゃった地域で取り組みというのは、各それぞれの場所である医療事情が異なるかわかりませんが、たまたま我々の病院の高槻市周辺の二次医療圏では、病院も揃っていますし、診療所の先生方もよく揃っておられるので、医師会が中心となってですね、今おっしゃったので、今度の新しい診療報酬体制を地域ぐるみで感染対策をやっていこうという体制が整っております。それを実際やりだしていますので。ですから、診療所にとっ

てやっぱり一番のネックは、やはり診療所の建物の形体から見たときになかなか病院と同じように、外来で患者さんを分けてできるっていうスペースがないんですよね。そこが一番大きいんじゃないかなと思います。ですからそこは別の形で診療所の先生方には協力していただいて、そういった検査は我々が病院がやるというように、地域全体でね、役割分担を考えれば、これじゃ可能じゃないかなと思いますけど、それぞれの地域地域で多少異なるとなると思いますけどね。

■朝野座長

ありがとうございます。やっぱり病院では駐車場もあってキャパをちょっと増やしていただいて発熱外来を確実に受け止めていただくということがまず病院の役割じゃないかなと思います。

それプラス、クリニックのかかりつけの先生、皆さんそちらに行かれますのでできるだけ安全な感染対策をして、どんどんクリニックの数を増やしていくという。それはもちろん掛屋先生おっしゃったように、専門家の先生方がクリニックに出向いて、先生とか看護師さんとかに、ゾーニングとか、時間的区分とか助言していただく。ただビル開業をされている方はなかなか難しいと思うので、もう一つ考え方としては、医師会でどこかそういう発熱の外来みたいなもの、ドライブスルーでも結構ですし、そういうものを何か所か作っていくというふうな取り組みもやっていかないと、前も新型インフルエンザのときはそういうこともずっと議論されてきました。もし自分のところで、なかなか発熱外来が無理だけど、そういう場所だったらいけるよというふうな方がいらっしゃったら、そういうところはいかがですか。

■茂松委員

それは一緒にやってきたんですよね、ドライブスルーを多くする。同じような体系でしてもらったら、我々はそこへ参加します。それも人数は結構おりますから。

本当に医療機関でゾーニングしろというのは出入り口が一つで無理なんですね。中で部屋を分けるなんて絶対無理なので、この日は発熱の人しか来たら駄目ですよって言うてやらないといけない。だけど何か緊急で起こった人が来たときとかありますのでね、なかなか難しいんですよね、そこは。

■朝野座長

ぜひ医師会であるいはその保健所も含めてですね、

■茂松委員

それは行政と前も実際にやってきましたから、やっぱりそういう体制をもし必要ならばすぐに作れるようにやりますので。

■朝野座長

今回のインフルエンザと一緒に来たときの大阪府内で1日7万人から8万人の発熱患者をどう外来で対応するかということは、これはかなり、課題として解決しなければなりませんので、あと半年ぐらいしかありませんので、これも医師会の先生方が中心となってやっていただかないと、あと入院の方はもうどんどん病院の方で引き受けていく形で。

■茂松委員

大阪府さんとそれは協力してやるということでやっていただければ我々ちゃんと協力をしていきます。

■倭委員

茂松先生大変ご苦労されてありがとうございます。今回の新型コロナで、要するに、鼻腔検体ですね、自己にてやはり毎日調べると。要は、鼻腔検体であれば1回の検体でインフルエンザとコロナとできますので、もう思い切って、要するに自宅でやっていただいて、その結果だけわかっていれば陽性の方だけに薬だけ処方する形でまとめてやるのであれば、すごくいいと思うんですけどね。せっかくそういう自己にて迅速検査をやるっていう仕組みができましたのでそれをもっと有効に活用したらどうかなというふうに思います。

■茂松委員

そのシステムを大阪府で作ってもらったんですけど、検体の数が集まらないんですね。実際にやりましたよね、保健所とかセンターとかで。けどなかなか集まってこないの、やっぱりなかなか自分の鼻にこう突っ込んで、というのが本当にできてるのかなという不安を覚えますけどね。我々はやっぱりしっかりと奥突っ込んでやりますので。

■倭委員

そうですね、あの鼻腔でも私の研究の結果ですけども、鼻腔でやればそこそこ感度良く、特にそれで迅速検査できるレベルであれば、少なくともウイルスの量が多い方はそこで判定できますが。

■茂松委員

だいたいやっているところはみんなのテント前にも立ててそこへ来て持ってもらってやってるそうですね。

■倭委員

その場所が難しければということで。せっかく自宅隔離ということもありますし。

■茂松委員

ありがとうございます。

■吉村知事

倭先生の今のご意見なんですけど、もうこれ自宅で、自分で検査しようよということですかね。それってできないんですかね。もしバーっと増えてるときには、若い世代にとっては現実的な方法かなという気もします。全員が病院に行くと、やっぱキャパの問題というのは必ず出てくるじゃないですか。だってそうじゃなくても今別に使わないと駄目だ、動線があると、クリニックが5000ぐらい8000ですけど、2000ぐらいしかできないと。前提としてそれを、いやこれコロナもインフルエンザも一緒のやり方でやろうよというのがコンセンサスを取れるのであれば、それでもまだあの二重に重ねているわけですけども。いやこれはやっぱりコロナはちょっと特別な、感染症としてちょっと外でやらなきゃいけない、あるいはもうこのうちのクリニックでは無理だと、動線上無理だというのであればかなり検査能力がどう考えても下がるので。であればもう、自宅で若い人なんか家で検査するっていう方法もとってもいいんじゃないかな。それはできないんですかね。抗原検査で出る人はものすごい出るので、やっぱある程度、自己検査っていうのも、展開していかないと。検査行きたいのに行かれへんやんっていうあの状況にまでなるんそれが一番僕ちょっと危惧してるんですよね。

結局、病院行きたいのに、あるいは検査したいのに、なんかどこに連絡しても断られるとか。やっぱり、皆保険制度をとっているわけですし、それこそみんな税金であったり保険料というのを払って国民皆保険というのを作ってるのにもかかわらず、行き先がないっていうのはやっぱりちょっと違うと思うんですよ。なので、倭先生おっしゃるとおり、今のコロナの扱いをインフルと同じように検査できないっていうのであれば、もう自己検査も含めた仕組みって作れないのかな。そうしないともたないんじゃないんですかね。臨時検査場を作ったって、結局山できると一挙にできるじゃないですか。

■藤井健康医療部長

コロナの検査体制としては、集中的な検査センターも含めてかなり整っているんで、そういう意味で倭先生おっしゃったことは、あとそこでインフルの検査ができるかどうか、診療所だけではなくて集中的にやられているところがたくさんありますので、そういうところも含めての検討になるのではないかと思います。ただ、診療検査医療機関今2400ですけども、ここを拡充したいということで、少なくとも3100を目標にしてという計画を立てて、今医師会の方にもお願いをしているところで、その裾野を広げるといふのと、今のあのコロナの検査領域でインフルの検査ができるかという検討が主軸になるのではないかなと思います。

■吉村知事

これ逆に、医師会のお考えとすればどういう状況になれば、例えば今までインフルエンザも感染症ですけど、それと同じような扱いで診れるようになるのか。

■茂松委員

インフルエンザにつきましては、すぐに検査をして発熱があればすぐ薬出したらもう1日2日で下がるわけですよ。それだけのしっかりした薬ができてるっていうのが、あるわけですよ。今それが無いんです。

点滴をするか、飲み薬もありますけどどんだけあるか4割かとか言われてますから、それがしっかりともう飲んだら1日2日に下がるんですという薬が出てきたらそれも当然そういう形になっていくと思うんですね。

ただそれが無いので、今そうなることかなと。それでやはり高齢者に行ったときにやっぱり死亡に繋がっていくということがあるので、それがはっきりしたらもう全然5類で問題ないとは思いますが、そこはなかなかやっぱり専門家としてはだからそこが譲れないところがあるんじゃないかと思うんですけど。

■倭委員

僕の二つの一つは先ほど申しましたように、自分で迅速キットでやっていただいて結果もわかった状況でクリニックで薬を取りに行ってもらって。もう一つは、おそらく先生方がなぜインフルエンザOKでコロナが怖いかという、インフルエンザはオセルタミビルという予防にも適応のある薬があるからなんです、コロナにはそれが無いということなんです。ホテルとかそれからドライブスルーでタクシーで連れて行くという形で今3種類ですね、早期の重症化リスク因子のない方であっても早期に飲める薬の、もう全て報道にも出ている通りで治験が行われています。あるメーカーのものでは私も日本で一番たくさん症例を登録していますが、治験をやっています。

もうすぐ今月の終わりの方で審議される薬もあるというふうには聞いておりますが、そういうもののどれか一つが実際に使える、その中には例えば重症化リスク因子のある方には既に適用されているものの、ローリスクの患者さん向けの治験を今継続しているものもありますけども、それができればかなり先生方の、あるいは一般の方々の考え方も変わるのではないかというのが一点。

それからもう一つは、重症化リスク因子のある方で今ローリスクの治験を施行している薬で濃厚接触者の治験も当院でも組み入れし、世界でやりましたけれども、そちらは有意差が出なかったです。今後他の薬で予防としての適用が出るような内服薬の治験もあるというふう聞いています。そういうものがですね、今後出てくれば少し皆さん方の考え方も変わるんじゃないかと思うのですが、そこにはまだ少し時間かかるのでこの冬に間に合う可能性は薬としては間に合うかもわかりませんが、予防適応までは間に合わないかもわか

りませんが、そういったことも水面下では進んでいますので少しずつ前へ進めばいいかなというふうに思っております。少し付け加えさせていただきます。

■朝野座長

自己検査というのは知らないのので教えていただきたいのですが、それは薬局で買うという意味ですか、それともクリニックで配布していただけるということですか。

■倭委員

キットは、例えばコロナの場合は行政で例えば用意された、あるいは薬局で売ってあれば、自分で鼻汁でもいいと思うんですね。鼻汁か、あるいは鼻の入り口から2センチほど入れて鼻腔ぬぐい液を取って、自分で自己のキットでできる方、ちゃんと説明書を見てできる方は、薬局できちっと認可されたお墨付きのものを売ってあればそれを買うか、あるいは行政がある程度出して無償で配布するか、そのような形であれば、本来はクリニック等でやる、数は用意すべきですから、それをクリニックで時間的空間的に難しければ、自宅で一部できる方はそれでやれば大分楽ではないかなということ。そういう風に考えています。

■朝野座長

それを薬局じゃなくてクリニックで、外来に来られたら中に入っていたかなくて発熱の方はこれで検査してください、というと、これは保険診療として成り立つのですか。

■茂松委員

いや、それが実際にそれできちっと取ってもらえていたらいいなと思いますけど、そこが問題ですね。だから本当に鼻腔の奥まで行った時と、手前の鼻前庭で行った時とで、ちょっと差があるんじゃないかなという気はしているんですけども。

■倭委員

おっしゃる通りですね。僕のデータでもだいたい8割から9割ぐらいです。ただ、鼻汁がしっかり取れていれば、それ程、感度は変わらないのではないかなとは思いますが。

確かに朝野座長がおっしゃるように保険点数とかいろんなことを考えると、いつまでもこういうパンデミックな状況でひょっとしたらこういう風に両方とも入るかも分からないし、どっちかからしか入らないかも分からないので、行政の保障・補填だけで無理であれば、何らかの保険適用の仕組みを考える形があるかと思えます。

これを私が言っているのは、時間的空間的に厳しければ医学的にはそういうのもありかなということで、お金の問題もまたその中で考えていく形かと思えます。

■朝野座長

玄関という入り口で、発熱の方はまずこの検査を家に帰らなくてもどこか公園のベンチでもできますので、それで写メを撮って送ってください、のような形で。

■茂松会長

やる場所は皆、携帯のテントを立てて、もう前でやっておられますね。結果が出るまで待っていて、という感じで、うちもそうですけど。皆、だいたいそういう手でやってると思っていて、それで検査がかなり増えていると思っています。

■朝野座長

そういう工夫、いろんな工夫ができると思いますので、もうここは課題としては、とにかく1日7万件から8万件の発熱患者を、どう病院と協力しながら、発熱患者さんをどう診療するかっていうことの解決策を、もうこれ半年ありませんので医師会の方でもご議論いただければと思います。

■朝野座長

よろしいでしょうか。

■吉村知事

19 ページの応召義務のところなんですけど、国の厚労省が出している、新型コロナが出始めた頃の3月11日の通知なんですけど、発熱があることのみを理由にして診療を拒否することは、正当事由に該当しないと。ただ、診療が困難である場合は少なくとも帰国者接触者外来、あるいは新型コロナが診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること、これが2年前のコロナが出始めの頃の通知が、まだ今も生きているんだと思うんですね。今のこの議論の中でも、やはりこれが前提になっていると思うんですね。今オミクロンになった状態でもやっぱりこれは、妥当なんですかね。府民の立場からしたら、だってこれは、保険料も当然ずっと支払いで、医療費は半分税金、40兆円のうち半分税金がかかり、40%税金が入り、50%保険料で10%が患者負担で、40兆のこの医療の中でやっぱり皆、皆保険としてやっていこうというのが今の日本のコンセンサスだと思うんですけど。

これでいくと、あぶれてしまう人がいるということが、そもそもちょっと問題なんじゃないかと思いますし、当初、未知のウイルスで非常に感染性が強いと、であればやっぱりこれは専門的な医療機関とか専門的な先生だけしか見れないから仕方ないんです、というのであれば分かるんですけど、2年経ってこの状況の中で、この通知が今も生きているというのは、医療界としては妥当だということなんですかね。僕は府民の立場からすると、いやもうちょっと同じように見てくれないかな、近いところとか、身近なところで見てくれないかなというふうになっていると思うんですけど、このあたりは。

■茂松委員

今、かかりつけ医の制度化とかいろんなことに繋がってはいっていますけども、結局それを診るということは、一類二類の感染症をもし診たとして、知らない間に罹って患者さんにまたうつしているということが起こる可能性があるわけですよね。そういう場合は阻却されるはずなんです、これは絶対。だから別に患者さんにうつっていないですよ、というのだったら僕らはなんぼでも診るわけです。でもそれが駄目だから絶対診ないようにしているんです。やっぱり患者さんに広げないように、やっぱり高齢者とか基礎疾患のある患者さんは僕らずっと診ているわけですから、そこにうつさないようにしていかないといけない、これも守っていかないといけないところがあって、そこが難しいところで、この応召の義務というのは昔の戦後の医療機関がないときに作られた法律ですから、今は考え方がだいぶ変わってきているんです。これはもう弁護士さんも言われてきていますけども、だからやっぱりそこを言われるよりも、むしろやっぱり感染症であるということはどう対応していくのかということをお皆で考えなければいけないと。

こんな小さな診療所で診るというのを、本当に診療所を見てもらうと分かりますが、2畳、3畳のところでは診察室があるというのは、本当に待合室が3畳4畳のところまで待っていて、ここでやれというのは本当に厳しい状況になるんですね。

そして、感染症の対策の加算がつかしました。我々についているのは6点です。6点ということは60円です。しかもそれを取るためには、いろんな病院との連携を図ったり、講演を聞いたり、抗生物質を出したりとか、いろいろしないといけない。ハードルがものすごく高いんですね。そこまでして皆やるかということ、なかなかそこまで実はしないです。

やっぱりその問題で、今のこの診療所のあり方というものが、こういう作り方を昔からしてきたと、皆保険制度をとったこと。どこでも診療ができるんだ、どこでも入院できるんだとあって、中小病院の狭い、ベッドの少ないところをたくさん作ってきました。全部民間に預けてきたんですね、国が。そのときに感染症という考え方は全くなかったんですね。だからそれが今、完全にもう医療費の抑制とそれによって診れなくなってしまったというのが今の現状ですから、やっぱりそこを根本的に考え直してもらえないと、病院も診療所も一緒だと思うんですよ。新しく建てたところは皆、隔離もできるような部屋も作っているし、感染症を診れるようにも作ってきていますけど、今なかなか民間もそこまでできていない。その中でどうするんだ、ということをするのだったら、やっぱり診療所を変えていく、病院を変えていくところには、そういう補助金を出して感染症を診れるようなシステムをつかって欲しいなど、言っていきたいなという風に思うわけですね。

■忽那委員

よろしいでしょうか。大阪大学の忽那です。

少し議論が違うところかもしれませんが、一つはオンライン診療をもう少し活用しても良いのかなと思います。例えば基礎疾患のない若い方の場合は、コロナであれば処方

の対象にはならないんですよ。インフルエンザも処方しても良いのですが、処方しなくてもほとんどの場合良くなりますから、本当に検査がひっ迫するということであれば、検査をしないということも一つ選択肢だと思います。ですので、本当に診断が必要な層に集中してそこはしっかりと検査をするというような考え方で、あとは若い方に関しては、コロナは唾液でも検査できますし、結局医療機関を受診しないといけないのは鼻咽頭の検査をするかどうかという場面で、やっぱり医療従事者が必要という場面が、中々患者さん自身で鼻前庭で採取するのが難しいので、そういう意味ではコロナかどうかだけでも診断をして、そこは侵襲のない唾液で採取する、というようなことをすると、医療機関の負担が少なくなるのかなと。ですので、ある程度インフルエンザかコロナかということを厳密に区別するというのはある程度患者の対象を絞ってやった方が医療機関の負担は少なくなるのかなと思います。

もう一つは、そういった基礎疾患のないような若い方に関しては、オンライン診療とかである程度検査を省略できるところは省略して、解熱薬だけ処方するとかそういうようなことも考えていった方が良いのかなというふうには思います。

■朝野座長

唾液だったら玄関で渡して持ってきて、あとはオンライン診療でできますよね。

■茂松委員

そういうシステムは作ったのですが、患者さんがなかなかそれを持ってきてくれないですね。だから、多くなれば多分持ってこられると思いますけども、そういうシステムの保健所を作ってやったのですが、保健センターを使ったり。だけどあまり数が増えなかった。

■朝野座長

インフルエンザは唾液では検査できないので、そこがまた問題になりますけど、インフルエンザは放っておいても、こういう言い方はあれですけども、自然に治るとというのが前提ですけれども。

■吉村知事

これは健康医療部的に朝野座長がおっしゃったような、コロナが2万、インフルが4万の1日6万の発熱患者が大阪府で出たときというのは、どうなると想定して、どう対応すべきだというのはありますか。

■藤井健康医療部長

今、今回の6波の経験を踏まえて、1日あたりの検査の計画目標数が約5万5000件。コロナについては、検査をできる体制を整えようということで、先程、検査医療機関の積み増

しをしようということを進めています。ただ、ここにインフルエンザが重なったときに、インフルエンザとコロナ両方を検査していただけるかという調整になると思います。それと6万件ということであれば5万5000件目標で、少し積み増しが足りないのもう少し増強は検討したいと思います。

それと問題になるのが、休日の検査体制がまだかなり不十分です。休日夜間のとりわけお子さんを中心に、休日の検査体制が不十分ですので、休日診療所等含めて休日の検査体制を確保、というのも重要なポイントになります。

■吉村知事

倭先生も忽那先生もおっしゃいましたけども、非常事態みたいになってきたときに、自分で、リスクの高い高齢者の方とかは、かかりつけのクリニックに行く、と。ただ僕らみたいな若い世代がそうなったときは、もうそういうときは、オンラインとか、あるいは自分で検査してくださいという仕組みを作って、薬が処方されるなどの対応が必要なんじゃないかなと。じゃないとやっぱり不安になって救急車を呼んだりもすると思うのですよね。救急車を呼んだら救急隊員が大変だし、そりゃ救急病院も大変になります。特に土日に検査も少ないと。

でも自分が何の病気かだいたい分かって、これインフルエンザだなど、あるいはコロナだなど。コロナけども、自宅療養しようとかか、不安というのが解消されるかどうかというのもずいぶん違うと思うんです。そこでお医者さんとちょっとでも接触できたら、不安はかなり解消される。

それがどうしても行き場がない人が救急車を呼んだりとか、それと同じようなことがまた起きるんじゃないかと思うので、さっき医療部で今検査体制強化しているということですが、若い人は、それを上回ることが生じるときの対策は、自分でやって欲しいと。じゃないと、この厚生労働省の通知が来て、コロナの薬ができない限りはなかなか医療の現場としてもクリニックの現場としても難しいということがあるのであれば、難民みたいな人が増えてきますよね。実際に発熱難民みたいな人が。結局救急車を呼んで救急隊員が非常に困るということになるんじゃないでしょうか、救急病院とか。

■藤井健康医療部長

忽那先生におっしゃっていただいたオンライン診療という意味では、無料検査場で今どんどん検査していますけれども、その後、オンライン診療機関も含めて発生届を出していただいているということで、コロナについては、かなり簡便にどんどん検査ができる態勢は整いつつあると思います。ただインフルエンザの検査が、鼻咽頭に入れるということでそれをご自分でということがクリアできないので、今知事がおっしゃっていただいたような検査体制というのは、コロナについては今地盤はできつつあると思います。かなり簡便に検査できるようになっていると思います。インフルエンザについてはそこはハードルがあります。

■吉村知事

茂松先生、もし国が5類にしますと宣言して、もうインフルエンザと同じようにやってくれと国が号令をかけたなら、医師会としてどうなるんですか。

■茂松委員

5類にされると、我々はやっぱり診ないといけません。やっぱり困った患者さんを診ないといけません。ただそれが本当に、高齢者とかハイリスクの人に広がらないのかというところを考えていただきたい。今国が悩んでいるのはそこだと僕は思います。

■朝野座長

感染対策ができるということを前提としてならば、先生方もしっかりと診ていただけるということですので、そういう状況を作り出すことが必要ではないかということと、若い人は自己で検査をしたり、あるいはある程度在宅にいていただくとかいうことで、リスクのある人を優先的に診療していただくということになるかと思います。でもこれは本当に喫緊の課題として医師会の方あるいは病院の方で、想定される流行の重なりというのを今からどうするかということを議論していただければと思います。

時間的问题がありますので、次に入院について、オール医療体制の入院ということについて、これも議論を深めていきたいと思います。全体としては今4000床ですか。入院ベッドの確保は4000床で、大阪府のベッド数が10万いくつです。いろいろと計算してみたら、大阪府というのは人口規模で言うと東京都の63%です。ところが、とにかく70歳以上の方が亡くなるのです。70歳以上の方の人口比は大阪は東京都の77%。70歳以上の陽性者の数は東京都の90%あるのです。ということは、お年寄りが多い、かつ、お年寄りが感染しやすい、そして亡くなる人が多くなるというのが大阪府の現状であると。

では、確保しているベッド数はどのくらいあるかということと東京都の5割ぐらいしかない。ということは、少なくとも第6波においては、これは第6波の成績で計算してみたので、第6波においては少なくとも東京都の9割方のベッド数が必要になったかというふうに考える。

そうすると、必要なベッド数はいくらぐらいだろうということになってきて、命を守るためには今度はもう入院というのはかなり重症の方が入院されることになると思うのですが、大阪府としてどのくらいを想定されますか、必要なベッド数は。藤井部長いかがでしょうか。

■藤井健康医療部長

東京都との比較との想定ではないんですけども、今元々ありました4000床に対しまして、全病院の10%程度ずつ、非常事態・緊急事態用の入院病床を備えていただきたいという要請を出しているところです。目標は1000以上の積み増しという高い目標なんですけど、どこまで確保できるかというのは未知数でございます。

■朝野座長

病床の10%であれば、今10万いくつありますから1万ぐらいのベッドになりますね。

■藤井健康医療部長

はい。その中でも例えば精神科病床とか、特定の診療科の病床は除いておりますので、概ね4000床から最大で1500床程の積み増しを目標にするという内々の目標を立てております。

■朝野座長

ということで、多分8000床とかそのくらい。今の2倍ぐらいは必要になってくるのではないかと。ご高齢者の命を守るという意味では、8000床ぐらい必要になってくる。やはり、10%ぐらいの病床をすべての病院で、今はクラスターが出たら、それこそ施設でもクラスターが出た場合は施設で診療していただくっていうふういろいろな体制を整えていただいています。やっぱり施設の方が住み慣れたところで療養したいというお考えもありますので、そういう意味でも施設で発生したクラスターはそこでできるだけ医療のスタッフを派遣しながら診ていただくということになっている。そうであるならば、病院でも全ての病院でクラスターが出たら、やはりそこで診ていただく。重症化したりした場合にはもちろん専門の病院に移っていただくということです。そういうことをやるときの障壁というか、障害というのは何を解決すればそれが実現するのでしょうか。木野先生いかがですか。

■木野委員

今病院はですね、藤井部長がおっしゃったように10%増やしてくれという要望に応じて、連日のように皆話し合いをしております。

その中で2点、どうしてもこれは分かっていたきたいことがあるんですけど、まず一つは施設の問題なんですよ。個室を確保して、陰圧装置をつけるということが前提ですよ。陰圧はいらないですか。個室を確保するという事なんですけど、そのときに大きく分けて民間病院と例えば公立病院と比較しますと、民間病院の場合はだいたいコロナ病床を受ける前はだいたい85%から90%の病床利用率で運営していたんです。ところが大きな病院というのはだいたい70%が75%ぐらいで運営されておられて、多少の赤字が出て、補填されているという現状がございます。ですから、民間病院で10%増やすということになると、85%から90%のところをさらに同じ10%増やすということになると、我々の病院もそうなんですけど、今よりもさらに増やすとなると壁をぶち抜いたりすることが必要になるんですよ。ですから、民間病院にとってそれは大変厳しい判断。というのは、このコロナというのは一時期の問題なので、これが終われば一般の通常のお患者さんも受け入れなければならない。ですからそういったことを見越した上で、最終的にどこで工事を入れて、そういったことを取り組むかということが一つ非常に大きな悩みなんです。

もう一つはご存知のように、コロナでどの病院もそうなんですけど、だいたい 20%近く以上収益が落ちていますし、我々の民間病院でも、この 2020 年、2021 年というのは大きな赤字なんです。我々はコロナの対策に対して、積極的にやっついこうということは、これはもうどこのどの公立病院の先生方も負けずにそういう強い思いを持ってやっついこうと、コロナに対して思いまして、そのときに多額の借入金を入れたんですよ。

当然コロナを受け入れるにあたっては赤字を覚悟でやろうと。ちょうどそのときに無利子無担保の制度を作っていたので、これはありがたいということで、限度額まで借りました。そういう体制でやって、最終的には、病床の空床補償というようないろんな制度を考えていただいて、それを補填するようなものを作っていたので非常に安心したんですけど、これからですと、コロナに対して民間病院がそういう状況ですと、やっついこうとなると、本当に今までのような補助を受けてやっついこうのかどうか、それがなくなればたちまちのうちに赤字になってしまうんです。ですからそれは民間病院としては耐えられない。

ですから、そこのところはやっぱり公立公的病院と我々民間病院と十分に連携を取りながら役割分担すればいいんじゃないかなと思うんです。例えば、オール医療という場合に、コロナを積極的に受けている病院もあれば、コロナを受け入れる病院を支援する病院、後方支援ですよ。一番問題なのは、コロナの患者さんというのは、ある一定期間 1 週間とかあるいは 2 週間程度でどんどん回転していきますから、その受け皿となっていていただく病院が病床をしっかりと確保すれば、ある意味、限られたところのコロナの感染病床で十分対応できるんじゃないか。あるいはそれに関わらなくても、一般コロナだけじゃなくて一般の患者さんもたくさん我々対応しているわけで、そういった患者さんに対応する病院もあっていいんじゃないかと。ですから、一律に 10%ということ求めておられるんでしょうけど、もうちょっとその個別に病院毎の状況に応じて対応できるんじゃないかなと思います。そういった意味で私は、ほとんどの病院の経営者は非常に積極的に民間も公立も同じように積極的にコロナに対して対応していこうという気概はあると思います。

ですからあともうちょっとその辺のところを個別に対応していただければ、最終的に 10%プラスというのは、トータルでやったらできるんじゃないかと、個別に 10%を求めると、これは先程言ったような形で非常に難しいなと思います。

■朝野座長

ありがとうございます。一番大きな問題は先程の、病棟を改築したりというふうな問題です。ただ基本的には個室隔離でいいのです。個室の数が足りないということはありますけれども、あとゾーニングをどうするか、個室隔離をどうするかという問題が、コロナ専門で受け入れているところは、ゾーニングをするために病棟を一つ区切って使っていますけれども、スポラディックにポンポンポンと出てくるときには、病棟全体を遮蔽することはなく、一つの個室を確保するだけでよろしいと思いますので、そういう状況ですので、あまり

改築とか何かが必要にはならないのですけれども。

■木野委員

ただ病棟で、先生も今おっしゃったような個室 1 室を確保するとなると、その動線はどう分けていったらいいのでしょうか。

■朝野委員

部屋ごとにちゃんとグリーン、レッド、イエローを作って、それは感染対策をやる専門家の先生達にお聞きになれば良いと思いますけど、掛屋先生、そういう経験はいかがですか。

■掛屋副座長

地域の病院でクラスターが起こったときに、感染対策支援に行かせていただきます。感染対策のノウハウの話をして、指導させていただいていますが、一部の施設では基礎知識が十分ではなくて、過剰に対策をやっている施設もあります。

ですけど、先生が危惧されているように、施設によっては、コロナ患者を診るのは難しい施設があります。例えば、築 50 年以上の病院で、ゾーニングが難しい病院があるのも、事実ですね。

■朝野座長

ただ、工夫すればゾーニングは何とかなりますかね。

■掛屋副座長

はい。

■木野委員

そういうお話を聞かせていただいたら一つ参考になりますので、それぞれの病院でもう少し柔軟に考えてもいいかなということはあると思います。

ただどうしても我々は非常に、動線を分けなきゃいけないし、個室管理であるとか、それも今はいいと思っています。それまでは陰圧装置をつけるとか、そういったことをやってきましたので、その辺はアドバイスしていただければ少しは改善されるかなと思います。

■朝野座長

陰圧が必要なのは ICU とか人工呼吸器をつけている、エアロゾルが出るところというふうに定義されていますので、軽症中等症の患者さんの場合は陰圧までは要求しないで換気を良くしていただくということが前提で、感染管理はできますので、大きな改築や壁を立てるとかいうことは特に必要ございません。

これは感染対策の向上加算の中で、地域連携の中でということも一つありますし、大阪府の場合は保健所が中心となって、こういう専門の基幹病院から専門の人達がそれぞれの病院に支援に入ることもできますので、そういうことを利用していただいて、自分のところでクラスターが出たらどうすればいいんだということをもっとシミュレーションしておいていただく方がよろしいかと思えますけれども。

■木野委員

わかりました。そういったことも、ぜひそれではお願いしたいなと思います。

■大竹特任教授

関連情報ですけど、資料3の26ページ、最後のページに、6月8日のアドバイザリーボードに館田先生が提出されたものがあって、右側の一番下のところに専用病棟、病棟全体のゾーニングが基本的には不要だという指摘があります。ですから、今朝野先生がおっしゃった通りに病室単位でゾーニングをしていって、先程の議論と似ているんですけどインフルエンザの対策と似たような方法で、ゾーニングをしていくということで病床確保をしていく。そういう方向を打ち出していくというのは必要ではないかというふうに思います。

■掛屋副座長

先生ありがとうございます。民間病院も基幹病院も感染対策の基礎知識を皆で共有していくことが大事だと考えます。

今回の診療報酬改定で感染対策向上加算3が新設されました。中小規模施設がコロナ患者を診るという条件で、保険点数がついたのですが、多くの施設が手を挙げていていません。やはりコロナを積極的に診療することに前向きではありません。コロナ診療の基礎知識が普及していく必要があると感じます。その知識が普及すれば、多くの施設でコロナ患者を安心して診療できることが分かってくるものと考えます。

■木野委員

そうですね。今お話聞かせていただいたら、そういう点もあると思いますので、それはぜひ病院協会でも進めていきたいなと思います。わかりました。ありがとうございました。

■吉村知事

それぞれの地域で今日話した内容のことを、感染対策の2でしたかね、地域の医療の病院とその主導的な病院、加算2の病院と地域の病院と連携してやっていこうということに今なっているじゃないですか。

だからその、それぞれの主導的な病院とその地域にある病院がうまく連携して、やっている地域も当然あるのですけれども、こういうゾーニングでこうやれば、今のこのオミクロ

ン株であればこういう形でできますよというのをシステムティックに、これは保健所毎にやるとは僕も聞いているんですけども、もうちょっとシステムティックに作って、今は大阪には500しか病院がないわけですから、そしてコロナ治療されているは200の病院、そして300が非コロナ病院になっているのですけども、数も高齢者施設の3600があるわけでもないで、もうちょっとシステムティックにやって、こういうふうにしたらできるんじゃないかというのを、感染が落ち着いている今のうちに何か出来できないですかね。これは保健所ではできているという話でしたよね。保健所単位で出来ているし、今話を聞いているときていないという感じがするんですけども。

■藤井健康医療部長

これは圏域によって、掛屋先生とか朝野先生、忽那先生に取り組みいただいていますけども、このあたりの取り組みは様々だと思うのですがいかがでしょうか。

■朝野座長

忽那先生いかがですか。

■忽那委員

吹田地域に関しては定期的に全ての病院が参加するような会議を開いて、治療とかクラスター対策等の勉強会をやったり、感染の支援に行ったりしています。ですので、しっかりできているのかなと思います。そこはやっぱり保健所のリーダーシップというところが大きいかなと思います。保健所の方々から号令をかけていただいて、全ての病院に声をかけて定期的に勉強会をしていますし、すぐに支援が入れる体制を整えていますので、そのあたりは保健所の方にしっかりやっていただいていると思っています。

■掛屋副座長

大阪市内には約180の病院があって、それ以外に老健施設等も非常に多くて大変ですが、医療圏を東西南北に分けて、それぞれの地域で代表の基幹病院が地域をまとめていく体制を取っています。大阪市保健所が中心となって活動しています。今この流行が落ち着いている時期にやらないと、知事がおっしゃったように流行が始まってしまうと動けなくなりますので、今の時期に体制を整える必要があると考えます。

また大阪府看護協会も非常に頑張って頂いており、多くの老健施設等を訪問してご指導いただいています。

■朝野座長

そういうサポート体制もできておりますので、専門的な知識も取り入れながら、少しずつ自分の身を守りつつ、感染症も治療・診療できるような体制を整えていただければ良いと思

います。

■木野委員

さらに 10%増やすという段階で、それぞれの病院でもうちょっと工夫できるかなということはあるかもわかりませんので、それは各個別にぜひご協力いただければお願いします。

■白野委員

今の 10%の話に繋がるのですけども、当院は公的病院でして、もちろん公立病院がある程度多くの患者さんを受け入れるべき使命であるのは間違いないのですが、一方で、やはり当院も救急だったりとか他のがん拠点だったり、様々な機能を持っておりまして、病床の 10%を確保するという事は、単純にそこを当てたらいいというわけではなくて、やっぱりそこに人も割かないといけないと。看護師さんの 10%をそこで働いてもらったらいいか、とそういう単純なものでもなくて、やはりコロナ病棟で働くとなると、マンパワーも必要になりますし、またそんな状況になったらおそらく世の中でかなり感染しているということで、一番最初の議論に戻りますけど、やはり濃厚接触者である職員も増えて、かなりマンパワーも不足すると。ですので、これからは本当に一つの病院に偏るのではなくて、もうそれぞれの病院で、一律に 10%は無理にしても最低限は受け入れるようにして、それぞれの病院の機能を落とさないようにすることも大事なかなと思います。

第4波とか、もちろんコロナで重症化して亡くなる人が多かったのも反省点なのですが、そのことによって救急、ICUがストップして、救急患者さんの行き先がなくなったとか、癌とか急がない手術とはいえ、そういう手術が延期になったりとかしたことはなるべく避けたいといけないのかなとは思っております。以上です。

■朝野座長

よろしいですか、議論は。どうぞ。

■大竹特任教授

いろんな病院が受け入れにくいことの一つとして、標準防護策を取らなきゃいけないというのがあるかと思いますが、そこについて、サージカルマスクでの防護を基本にしても大丈夫ではないかという議論も感染症の人達からも聞いているのですけれども、そういう取り扱いを柔軟にしていくことで、受け入れ可能な病院が増えてくるのではないかというふうに思いますが、その点いかがでしょうか。

■掛屋副座長

N95 マスクは、エアロゾルが出る場合の感染対策です。通常の患者ケアでは、患者に接触しますので、ガウンを着用し、サージカルマスクを使用しますが、換気を良くすることが

ポイントです。感染対策についてはいくつかのガイドラインもありますので、そのガイドラインを普及させていくことや、専門家が現地に行って指導することが必要ではないかと考えます。文章だけでは難しいので、今議論にありましたようにネットワークで、ICN（感染管理認定看護師）やICD（インфекション・コントロールドクター）が現場で指導することが、より不安をなくす、あるいは過剰な感染対策を防ぐことに繋がるものと考えます。協力体制を地域、圏域ごとで築いていくことが重要です。そこには保健所が重要な役割を担っています。今までも保健所はとても忙しかったのですが、今後はHER-SYSも少し簡略化されるということですし、地域・圏域の感染対策に寄与するという点で、保健所に全体を統括していただきたくことを期待しています。

■朝野座長

よろしいでしょうか。

ちょうど予定していた時間になりましたので、このオール医療については、まず外来についてとにかく茂松先生、あと病院もそうですけれども、一緒になって多くの発熱患者さんを診療できる体制、それでもオーバーフローしたときには自己診断というか、あるいはオンライン診断とかそういうことをやっていくということを前提として、医師会の方でも、あるいは病院協会の方でも、この冬に向かって早急にいろんな対策を立てていただければと思います。

それと、国の方とか政府の方にもインフルエンザワクチンがかなり競争になってきてまた足りなくなるという話が出てくると思いますので、インフルエンザワクチンとかあるいは抗原キットですね、自己キット、自分でできるようなものの供給もこれも多分取り合いになってくると思います、インフルエンザが出てくると。そういうところの供給もしっかりとさせていただくということと、それから薬の方の開発の方も、しっかりと前に進めていただくということが必要かと思えます。

また病院に入院については、これはやはり経験がないと怖いと思うので、しっかりとネットワークを通じて、しかも保健所をハブとしたネットワークを通じて、全ての病院がそこに参加できるような、加算というと加算を取ったところしか来ないんですよね。だから加算を取ってなくても自分のもの、自分のこととして、準備しなければならないというようなことが、そういう意識が必要かと思えますので、ぜひ地域、圏域毎にそういうネットワークを構築していただければと思いますし、また病院とか基幹病院の先生方とかは、施設も含めてしっかりと感染症の診療も進めていただきたいと思いますので、治療法、治療薬の確保もしっかりとまた大阪府の方でもお願いしたいと思います。今日は長時間にわたってありがとうございました。

最後に知事何か一言ありますか。

■吉村知事

今日は本当に長時間にわたりましてありがとうございました。先生方、本当に普段からですね、コロナ、またコロナ以外の医療も含めて医療従事者の皆さん、府民を守っていただいているということに感謝を申し上げたいと思います。今日、専門家会議の皆さんのご意見を取りまとめて、大阪府で反映すべきところは、コロナ対策として反映してまいりたいと思いますし、国に要望すべきところは国に要望していききたいと思います。

また来るべき、いつ大きな波が来るかもわからない、またインフルエンザと重なるようなことも非常に危惧されるという中で、引き続き大阪府として府民を守ることに力を入れていきたいと思いますので、医療関係者の皆さんのお力をお借りしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

■事務局

朝野座長ありがとうございました。ご出席の皆様、本日は長時間にわたりご議論をいただき誠にありがとうございました。これをもちまして第5回大阪府新型コロナウイルス対策本部専門家会議を終了いたします。ありがとうございました。