富山県新型コロナウイルス感染症対策協議会WGミーティング

2020.6.8

厚生部長挨拶

21日間発生ゼロ。今が次に備えた時期。厳しい時期の体制から平時に戻りつつあるが、今後の初動体制、医療体制、検査体制、物資をどうするかを検討したい。

特に本日は第2波に備えた病床体制についてご意見伺いたい。

報告事項

1. 妊産婦・精神・小児・透析患者にかかる医療提供体制について

・小児について：covid@小児科ML５月上旬の資料提供。

無症状感染者について責任医療機関が最後まで責任を負って経過観察する。

・妊産婦　５月28日に富山大学が感染症指定医療機関となる前のまとめではあるが、感染した妊婦がローリスクの場合には５つの感染症指定病院で対応する。ハイリスクは県中。

新生児搬送に対応する医療機関として、コロナ陰性は富山大学、陽性は県中で対応。

・精神疾患患者でコロナ陽性判明した場合

自宅療養可能か、ホテル療養可能かを精神科的見地から確認する。コロナ軽症から中等症で精神疾患が重度の場合は県中・富山市民・高岡市民病院・砺波総合病院・上市総合病院での対応となる。

1. クラスター発生時における初動対応体制の整備

・社会福祉施設での発生を受けて準備した。感染症＆DMATで対応にあたる。初動の助言、ゾーニング、濃厚接触者特定など。

・感染症対応は３医療機関３チーム（大学、厚生連高岡、県中）。既存のDMATにも協力依頼。22チーム。

資料３　国の一次、二次補正について

・一次補正の負担割合は国と県が1/2ずつ。事業メニュー13。

二次補正は額が大きく拡大された。新規事業の追加。

補助率10/10で都道府県の負担はない。

・18p空床確保に対する支援。重点医療機関において空床確保料について相当額を補助するもの。

・高度医療向けの整備に対しての支援。

・20p 対応従事者慰労金交付事業：5万円〜最大20万円の慰労金。

・救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策①設備整備等の補助と②支援金の支給：院内感染防止対策を講じながら診療体制確保をするため必要な費用を補助。新型コロナ受け入れ加算。

・22p動線確保、院内の取り組みを行う対策に要する費用を補助。

・23p介護への支援メニュー：

介護サービス提供のための感染対策の徹底20万

ケアマネによる利用再開支援

・児童福祉施設にも相談窓口の設置、備品整備に対する支援が盛り込まれている。

【委員からの意見】

（川根先生）初動でDMATが感染トリアージに行けるか？可能であれば経験あるスタッフ、先生から感染症に対するDMATへの研修を行ってほしい。

（県）DMATでは年間2回研修会を行なっている。事前に廣田先生、若杉先生とも相談し研修を計画しているところ。

（DMAT廣田先生）感染症チームの指導を受けながら一緒にやっていけるのではないか。

地元の医療圏で患者発生したら、地元のDMATがいく、その後の継続的支援は地元DMAT以外でも繋ぐようにする。

（臼田先生）災害と感染のDMATは違うので、研修を受けてほしい。また派遣元が傷んでいる状態なので、円滑な運営をどうするか検討してもらいたい。地元ではない別のDMATが良いのではないか。砺波で多くの患者が発生すると、砺波総合病院からDMAT出せるか？

（瀧波先生）福祉施設にはいろんな形態があり介護老人施設では医師がいるが、医師も看護師もいないところもある。DMATが施設内の患者に24時間対応できるのか？そこで患者をみるみない、入院させる判断は誰がするのか？早い段階で病院に搬送するかどうかは誰が判断するのか？

（県）状況によりけりである。

（山本先生）リハビリテーションホームのように、患者を残すか送るかは医師の判断。感染症で悪いのか元疾患で悪いのかを感染症チームとDMATで判断する。

急変するような方でDNARが取られていなければ送ることになる。

施設入所している方が、今後どのような医療を望むのかを確認しておくことが必要である。

（臼田先生）事業所規模は様々で、小規模事業所のほとんどは医師看護師いない、というところは数多くある。その場でとどまる医療は難しく入院が基本になるのでは？事業所の規模や形態によってあらかじめランク分けしておき、どう対応するのが適切なのか県で考えておく必要ある。

（県）施設もいろいろ。今後検討したい。

（林先生）

空床確保について、コンテナ病床への支援はあるか？

→詳細どこまで認められるのかわからない。国からの詳細情報を待つ段階。どこまで対象になるかはそれから決まる。

（臼田先生）どこまで支援してくれるのかは、今後の対策を考えるところに大きく影響する。コンテナ病棟を増床と判断して手当してもらえるのか、現在の病床の中での空床が対象なのかで補助がつくのかどうかで大きく意味が異なってくる。この辺はまだわからないようだ。

（廣田先生）

抗原検査をしている。

クラスターになった時になるべく早く大量のスクリーニングをして、迅速な結果がほしい。

まずは抗原検査なのかPCRを待つのか？各病院では、衛生研究所や大学ではどのくらい抗原検査できるのか？

（大石先生）

衛生研究所にも一定数の抗原キットを置くが、抗原検査はできるが本来は病院、施設で行うものである。情報共有しながらやっていきたい。

（山本先生）

大学でも行っているが、症状が強い患者さん、本当の肺炎の人は陽性になる。

いわゆる濃厚接触者や症状がない人は陰性。

（臼田先生）

県内PCR数は増えている。検査については従来よりも充実してきている。

短時間で結果が出る抗原検査の運用については対策本部でも考えてほしい。

【議題】

資料４

5月26日現在病床確保数を示す。

その後縮小されていると思うが、今後一定数の確保が必要である。

参考資料１は北九州での再度のクラスターを示す。感染者急増し、1週間で100人を超えている。このようなことが起こりうることを受け止めての準備。

参考資料２医療提供体制の当面の対応

・即時受け入れ可能な病床数の確保100−140床。

・宿泊療養施設の確保。

・国の指針を踏まえて一定数確保が必要と考え、お示ししたものが即時受け入れ可能な病床として病院71+宿泊療養で30床。

・一定準備期間ののちに2−3日で可能であるもの124床とした。

・県内で最も病床が逼迫していたのは4月28日で124床埋まっていた。

【委員から】

・（山本先生）軽症療養ホテルはどうする予定か？

→オークスは６月末まで。継続する場合もありとしているし、そのほかの施設で願いできるように段取りしている。

・感染者が秋冬に増えてくる可能性がある。有事の時にまた借りる事はできるか？

宿泊療養施設の確保は必須であるので、今回のように時間がかかる事は避けてスピード感を持ってやってほしい。1週間で100名も増える感染者対応としてホテルがないと立ち行かない。PCR陰性確認がなくても自宅に帰せるようにはなったが、ホテルがあればあれほど逼迫しない。

→初めから大規模ホテルではなく、はじめは小規模なものでも良いと考えている。

・もう一つ。ベッド数だけの話ではない、人の手当てもある。病院の役割分担も考える。

・重症度も考慮。大学の７床のうち1は感染症病床、残り６はエマージェンシーケアユニット、重症を取ると考えてほしい。7から10に３床増やすためには一つの病棟を潰すしかない。一つの病棟を潰した場合は10ではなく25に増やすしかないと考える。

黒部

・16は集中医療、４は感染症病床。ICU 16床は今月いっぱいコロナ対応で空床として確保。半分をコロナ、半分を重症とする。

富山市民

・23床は感染６緩和ケア17、個室の多い小児科病棟を予定して41である。

高岡市民

・感染６結核12。疑似症は感染症病床使う。結核病床の横に30床の一般病棟がある。

砺波総合

・感染症４結核５。患者さんを断るつもりはなく、患者が増えたら結核の隣の一般病床を潰せば40。これは奥の手であり、自分たちがどこまで対応しなければいけないかによる。

厚生連高岡

・重症症例をみることになっている。陰圧２で感染症及び疑似症をみる。挿管患者2名を超えた時点でECU６床をコロナに開放する予定。今後も継続する。

日赤

・協力病院として第1波では外科病棟を潰して感染症、疑似症受けいれた。

患者数増加に伴い協力病院に流れてくると思うが、どの時点で協力病院としての対応を始めるのか、いつ誰が決めるのかの判断が難しい。宿泊施設を早く有効に使って、感染症指定病院内での対応を行なってほしいが、そうならない場合には受け入れる。

県中

・一般病床を今年度は感染症用として一つ潰すこととした。70床の内訳としては緩和25、一般病床45としていたが、緩和ケアを希望する患者がいるので、今後は一般患者病棟一つ、今年度はすべてコロナ対応とする。個室15、それ以上増えたら4人部屋を使っていく、マックス45。できれば複数入れたくない。合計30まで取れる。ECU9 。重症者が多い場合はそこをコロナ対応にする。疑似症の取り扱いをどうするかが大きな問題。半分は空振りの患者さんであるが、CTを先にとるとすりガラス陰影、間質性肺炎があり疑似症とせざるを得ず、病床がかなり逼迫した時期があった。疑似症はすぐに感染症指定病院ではないところで、感染対策をしっかりとした上でみてもらえないか？いかがか？

（日赤・川根先生）

・疑似症を全て感染症指定病院、は難しいと思う。抗原検査を見て個室、陰圧室で陽性患者かもしれないと考えて対応していくことになると思う。

（臼田先生）

・ここにおられる病院以外に対しても対策本部からそのような指導、提言があってほしい。

（村上）

・介護への対応の問題。介護保険法関連事業に対しては医師会で研修会をできるだけ早く行いたいと考えている。老人福祉法関連事業に関して常任理事の種部先生が現場の声を拾いニーズを聞き取っている。行政、保健所、厚生センターの敷居が高いのが現状。間を取り持つアドバイザーについての検討が必要と考える。

（県）

・物資や研修会などはしていきたいと思う。何が必要になり、どのようなニーズがあるかをよせてもらって今後考えたい。

（大石先生）

・介護の方では消毒やPPEもないのが現状であり、次亜塩素酸を使っているところもあるので、その辺りしっかり指導してほしい。

（消防）

・３台のコロナ患者対応救急車を常備している、今後も継続。

・東京都内では搬送困難事例あったが富山ではなかった。

（瀧波先生）

・介護利用者がいろんなところを利用している。在宅での生活は入り組んでいるが、

利用者から介護職員に感染した例はなかった。介護職員も防具を取りながら現場で活躍されているのだと思う。

一方施設入所の方の発見が遅れると、クラスターになる。全て施設に対し、コロナ疑いが一人でもいたらすぐに報告してほしいと保健所からお願いしている。

（臼田先生）

・各病院では本日示された割り当てについて、異論はないか？よろしくお願いしたい。

・医療機関の役割分担についてもより明確に示すようお願いしたい。

精神科（鈴木教授）

精神科の特殊性と医療機関も感染症に対して脆弱であること。円滑に一人一人の患者さんがしかるべき治療が受けられるようにしてほしい。なるべく感染症指定医療機関で受けられるよう受け入れ側と送る側での話し合いをしていく。少数の患者で止まってくれれば良いがクラスター発生の可能性がある。一時的に多数の患者が出た場合には対応チームにおねがいしたい。少ないスタッフで対応にあたっており、感染症対応に対する教育、研修は精神科も対象としてほしい。PPEもあまり持っていない医療機関が多く対応をお願いしたい。

唾液検査について（大石先生）

症状がでてから9日程度の患者に行う。

単に濃厚接触者、症状のない人にやってもダメである。

唾液は遠心チューブに流涎法での採取が必要。