

令和 7 年度第 1 回医療提供体制検討部会 議事録

1 日時 令和 7 年 5 月 27 日（火） 18 時 30 分～19 時 30 分

2 開催方法 Teams によるオンライン開催

3 出席者

【委員】（7 名出席）

会場 : 赤羽委員、石北委員

オンライン : 丸木委員、清田委員、樽本委員、坪井委員、倉島委員

【オブザーバー】星 永進 氏（元新型コロナウイルス感染症県調整本部長）

【事務局】本多参事、谷口感染症対策課長及び担当者

【傍聴者】一般の傍聴希望者なし

4 議題

（1）医療提供体制検討部会について

（2）入院調整及び協定の要請の切り替えについて

（3）埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画ガイドライン（医療分野）の素案について

5 内容

・協議会設置要綱第 6 条第 3 項の規定に基づき、連携協議会の金井会長により、部会長に丸木委員が指名された旨が報告された。

（1）開会

（2）議題

ア 医療提供体制検討部会について

資料 1 に基づき事務局より説明した。

【質疑・意見等】特になし

イ 入院調整及び協定の要請の切り替えについて

(7) 資料 2-1 に基づき事務局より説明した。

【質疑・意見等】

○ オブザーバー

- ・ コロナ禍では病床確保計画のフェーズによって病床を確保したとあるが、実際は、この計画に定めた病床数の 6 割から 7 割程度で、ほとんどの医療機関は「当院は満床である」という状況だった。今回、流行初期と流行初期以降ということで各医療機関に協力を求めて病床を確保しているとなっているが、コロナの時と同じように、実際に使える数と乖離があるとすると非常に困る。病床の数が、実際に使える数として勘定していいのかを把握しておかないと、非常に困るという面があると思う。
- ・ コロナの病床確保について、1 週間から 2 週間でフェーズを上げる手はずだったという事務局の説明があったが、実際のところは、1 週間から 2 週間で病床のフェーズを 1 ランク上げるというのはできていなかった。1 か月たっても「準備中です」という場面もあった。感染状況が悪化するスピードはかなり早いので、本当に 1 週間で実際に増やせる病床数を正確に、協力してくれる医療機関に確認しておくというのが必要になるのではないかと思う。

○ 委員

- ・ 病床の確保について、看護部と調整していくのは難しかった。
- ・ コロナの医療と、通常の医療（普段の予定の手術や医療）と、コロナ以外の救急医療の 3 つをどう三立させていくかというところが一番苦労した。
- ・ 当院では感染者数のトレンドを見てフェーズが上がる時期を予測し、事前に看護部と調整していたが、すべての医療機関がそこまで想定して事前に動いているとは限らず、フェーズ移行の要請を受けてから動き出すというところもあると思う。
- ・ 入院調整のリスク表は良いとは思いますが、実際、入院する人が多くなってくると、全員調整しなければならなくなる。その中で、調整本部を見ていると、結局一つひとつを医療機関へ連絡し、医学的な状況や要介護状況など、付随する状況がある中で入院できるところを

探すというというのが非常にアナログで、一番問題だったと思う。

- ・ 最終的には、介護施設の中で悪くなってきた人が入院できず介護施設に留まることが多くなってきた。これについては、介護施設で様子を見るという形にならざるを得なくなったというところも多かったのではないかと思うが、入院調整について、介護施設と高齢者に対する対応は同じでよいのかという議論は出てくると思う。

○ 委員

- ・ さきほどもあったように、協定で確保している病床数が実動と乖離しているのではないかということは危惧される。特に、働き方改革の関係で時短勤務などが調整されている中で、実際に入院調整が始まったらどのように兼ね合いをつけるのかということを、それぞれの施設で決めておくべきだと思う。例えば、夕方の時間に入院が発生したとなると、毎回超過勤務で対応するということになり、職員の疲弊につながるので、ICT の活用など検討していかないといけない部分もあると思う。
- ・ いろんな施設に断られて当院に紹介されるというケースは多々あった。かなり遠い場所から重症でもないのにずっと断られてきた患者もいた。断った医療機関はどこなのかという声が内部であがるくらいのこともあったので、そういったところを透明化することが、もしかしたら良いところもあるのではないかと思う。

○ 委員

- ・ 重症支援コーディネーターをやっていたが、さきほどもあったように、コロナの時、病床については、思ったよりもぜんぜん数はなかった。また、土日に関いているはずなのに開いていないと言われたことが結構あった。
- ・ 入院のリスク評価はすごく大事だと思いながらも、忙しいときは紙に書いてあるもので全部トリアージして最終的に決めていくという形になっていた。感染が拡大してくると、全員がリスク表の基準を満たしているので、その中でさらにトリアージしていくという形になった。
- ・ 消防からの連絡と保健所からの連絡が同時に入ってきていた。消防のほうが緊急性高いことが多いが、保健所からの連絡も緊急性が高い時もあり、そうした場合は、消防は消防署に戻って酸素投与しているということが結構多かった。消防や保健所といった、何系統

かある入院の依頼をどう調整していくのか、どういうふうに解決していくのかというのは、新興感染症が出た時の鍵だと思う。

- ・ 感染が増えてきたら、事前に病院と交渉して、あらかじめベッドを開けておくよう努めていた。しかし、そういった事前に先手を打って動いていない病院、つまり、看護部と病院と実動部隊でうまく連携できていないところは対応が後手に回り、結局ベッドが開かないということになるので、ベッドを開ける訓練の実施や基準・方法を平時から詰めておくことは必要である。ただし、緊急時にコロナの患者だけに対応できれば良いということではなく、普通の患者にも対応しなければならないので、そういった通常の医療との両立も考慮しておかなければならない。

○ 委員

- ・ 関東全域で呼吸器の常勤が非常に減ってきている。次にコロナのような事態が発生した場合に、呼吸管理をどうしていくのかという点について非常に不安に思っている。
- ・ 先日開催された自民党などの三党会議において、全国のベッド数を削減するという話があった。次のピークが来たときには、コロナの時に比べて、ベッド数そのものが減っているという可能性も不安に思っている。
- ・ 調整本部の仕事を見ていて、非常に大変だという印象を持った。G-MIS やマイナカードの医療情報など、さまざま電子化という話が今後出てくるかと思うが、調整本部の業務も人工知能などである程度サポートできるようになれば、次の感染症でも役に立つのではないかと思った。

○ 委員

- ・ 未知の病気に対してどう対応していけばよいのかについて、先進的に取り組んでいる医療機関の情報を、医療機関の間で情報共有するため、先生方の発案でオンラインによる症例検討会を開催した。時期に合わせたテーマを設定していただいたこともあり、対応できる医療機関が広がっていった。何か起こった際に、情報共有して一丸となれる埼玉の力を感ずることができた。
- ・ 準備していても患者を入れられないところには、院内で感染症が発生してしまっているところもある。感染症の対策を院内でもきちんと取れるような取組を進めていくことも大切だと思う。

○ 委員

- ・ 入院調整がアナログだったというのは、振り返ってみるとそのとおりだと思う。当時、私と事務職の2人がメインで業務を行っていたが、その2人しかわからない、「この病院ならこうした患者が入れる」といった情報でなんとか入院調整をしていた。
- ・ 何か所からも断られているケースが山ほどあり、対応に苦慮した。
- ・ ICT をうまく活用できればよいと思うが、保健所では、日々、他の感染症への対応をしなければいけない。そうした中で、コロナの患者の情報を早く入力しなければならないという事態になった場合、保健所としてどう対応できるだろうかと思うところもある。調整本部の ICT 化だけでなく、保健所の ICT 化も必要であると思う。

○ オブザーバー

- ・ ICT 化して人工知能を使ってできれば理想だとは思いますが、個人の情報をある程度把握して振り分けていたというのが実際なので、すべてを ICT 化して実施が可能かは難しい面もあるように思う。
- ・ 今回の新しい医療提供体制は、呼吸器の感染症をメインに想定されているが、腸炎などの消化器の場合についても想定しておく必要があるように思う。

○ 委員

- ・ 当初は物資が品薄になり、使用したものを洗って再使用するという形をとらざるを得なかったが、コロナの経験を経て、物資に関してはしっかり手に入るようになった。
- ・ 当院は感染症に対して無防備であったが、現在はスタッフの意識が高くなった。すべての医療機関の底上げがされたことは確かだと思う。新興感染症が発生した際に、かかりつけ医が後ずさりしてしまうとか、入院のベッドがうまく稼働しないのではないかなど、何が起こるのかということについては心配ではあるが、かつてよりは対応できるようになってきているように感じる。

(イ) 資料 2－2 に基づき事務局より説明した。

【質疑・意見等】

○ オブザーバー

- ・ 入院調整について、独自で行えるとしたらさいたま市くらいではないか。コロナの時と同じように、病床の手配については、全県を県が一括でやらないと難しいのではないかと思う。
- ・ コロナ対応では、重症を担当する病床、中等症を担当する病床、あるいは軽症を担当する病床というように、役割を分けていた。新しい感染症においても、各医療機関がどの病床を担当するのか、同じように役割分担を決めて、全員で協力していく必要があると思う。
- ・ オンコール対応でよいのかという点について、コロナ対応では、職員に非常に大きな負担があった。可能であれば当直体制を取るのが理想であるが、人員確保の面で難しいのであれば、外部委託も検討すべきだと思う。職員の身体を犠牲にした働きで夜間の調整が行われていたのは事実なので、それを今後においても同じように続けるのはどうかと思う。

○ 委員

- ・ 入院調整は、さいたま市でも独自に実施するのは難しいと思う。さいたま市は重症患者が送られてくることが多く、市が独立して実施するとなると調整が難しく、全県で一括して実施したほうが良い。県と市の行政の連動が非常に重要になる。
- ・ 消防との連携について、事務局説明で救急医療情報システムがあるという話があったが、平時においてもうまくいっていないケースはあると思う。疑い症例は消防に任せるという話もあったが、今回うまくいかなかったことを考えると、連携というか、どうやったら消防とうまくやっていけるのかを常に考えたほうがよい。
- ・ コロナ対応では、調整本部に消防関係の人は一人もいなかった。連携するのであれば、消防のことが分かる本部員がいたほうがよい。消防から調整本部へ依頼が来ても、職員ではどうしたいかわからないことが多く、代わりに私が電話に出て調整していたということもあった。やはり、感染が広がってきた場合には、消防関係の人にも参画してもらい、一緒に対応したほうがよい。
- ・ ホテルから調整本部へ連絡が来るなど、想定していなかった連絡が来ることもあった。外部委託するのであれば、しっかりとマニュアルを整備して、委託先の人でも対応できるような体制を取らないとうまくいかないと思う。

ウ 埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画ガイドライン（医療分野）の素案について

資料 3 に基づき事務局より説明した。

【質疑・意見等】

○ 委員

協定の中に人材派遣という項目があり、医療法の改正により DMAT の隊員をこれに充てるとなったわけだが、DMAT の訓練等にこの部分を入れ込んでおかないと、実動しないのではと思う。

○ 事務局

人材派遣で、DMAT の方々が実際にどういったことをやるのかについては、はっきりと決まっていないが、医療機関のほか入院調整本部や COVMAT などが派遣先になるかと思うので、ご意見を伺いながらどのように支援いただくかを決めていきたい。

（３）閉会