令和３年　神奈川県議会本会議　第１回定例会　厚生常任委員会

令和３年１月 19 日

亀井委員

宿泊療養施設での死亡事案について伺います。レンブラントスタイル本厚木で療養されていた方が、パルスオキシメーターで血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）を測定したところ 86％であり、再測定すると 89％という測定値でした。さらに測り直すと 98％だったので、その数値を信頼し、その後、待機していたら亡くなってしまったという事例でした。

今回、亡くなられた大和市の自宅療養者は 60 歳の方で、血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）が 79％でした。令和３年１月８日の記者発表資料では、その前の１月１日にも肺の肺炎像が出ていて、両肺に肺炎があったようです。前回の当委員会でも、先ほどの 93％という血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）の値について、93％以上と以下で、対応が大きく異なるという答弁でした。今回、血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）が 79％という報道があり、さらに肺炎の疑いがあること、自宅療養ということを勘案すると、宿泊療養施設で経過観察を行うよりも、かなりリスクは高いと感じます。今回の事故を見ると、前回、当委員会で私が行った質疑は何だったのかと疑問に思います。まだ対応方法が確立していなかったということかもしれませんが、当委員会の質疑に重要な意見があったと思うのですが、今回の事案に対して、どのように考えているのか伺います。

医療危機対策本部室長

宿泊療養施設と自宅療養での死亡事案は、いずれも血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）が正確に測定できなかったという反省があります。

今後は自宅療養、宿泊療養のいずれもパルスオキシメーターを貸与することで、この数値に着目し、数値が低い場合、測定できない場合は、電話連絡を行い、電話連絡の結果、様子がおかしい場合は、医師につなぐことを徹底していきたいと思います。今までは測定できなかった場合に、現場の推測で動いていたところもありますが、今後は数値が低い、あるいは測定できない状態で、すぐ電話連絡を行い、状況によって医師につなぐことを徹底したいと考えています。

亀井委員

再測定を行い、高い数値が測定されるとそちらを優先してしまうことがありました。今回のケースは異なりますが、ぜひ対応を徹底していただきたいと思います。パルスオキシメーターを不足なく配付し、使用できなければ意味がないので、しっかりとフォローアップしていただきたいと思います。

確かに、病院や宿泊療養所で新型コロナウイルス感染症により亡くなる方もいらっしゃいますが、一番リスクが高いのは、自宅療養の方です。病院や宿泊療養所以上に注意しなければ、同じ事例が起こってしまうので、ぜひ注意してください。

答弁を伺っていると、ベッドの数と新型コロナウイルス感染症の感染者数について、需要と供給のバランスではありませんが、新型コロナウイルス感染症の感染者のほうがずっと多くなってしまっているということでした。現在、入

院待機者は何人いるのでしょうか。
医療危機対策管理担当課長
　令和３年１月 17 日時点では、入院待機者は 92 名です。
亀井委員
　宿泊療養所への入所を待っている方は何名ですか。
地域療養担当課長
　本日時点では 17 名です。
亀井委員
　入院待機者が 92 名という話ですが、知事は災害医療ということをおっしゃっていました。92 名の入院待機者の中には、万が一の事態があるかもしれない方もいると思いますが、リスクの高い方々に災害医療、自衛隊の派遣など、いろいろな方策を考えなければいけない中で、どのような形で待機していただくかということが大切だと思います。どのようなことを検討していますか。
医療危機対策本部室長
　自宅療養の見直しの中で、パルスオキシメーターを貸与するということで、40 歳以上、あるいはハイリスク者ということで自宅療養の方にＡｉコール、ＬＩＮＥで、健康観察を行っています。今回、入院待機者についても、このハイリスク者と同様の扱いで健康観察を行う予定です。
亀井委員
　現行の自宅療養者の扱いとあまり変わらないと思います。昨日の神奈川県感染症対策協議会の話の中では、自衛隊の医務官、看護官の手助けも必要だという話もあり、途中で酸素を提供するホットステーションの話もありました。県として、新しい神奈川モデルの構築など、何らかの形で対応が必要だと思います。血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）が 79％という数字が検出されたことは、かなりハイリスクな事例だと思います。ハイリスクな方々への対応が必要と考えますが、いかがでしょうか。
医療危機対策本部室長
　パルスオキシメーターで血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）を中心に見ていくという話をさせていただきましたが、今現在、搬送も含めて医療機関は病床が逼迫しており、すぐに搬送できるかということが大きな課題になっています。悪化した数値だけを見て、運ぶ病院がないという事態は本人が不安になるだけなので、神奈川ＨＯＴセンターの設置場所、設置方法についてはまだ構想段階ですが、病院につなげる手前の、病院に行くまでの間、急激な血中酸素飽和度（ＳｐＯ２）の悪化が起きないような形で対応することを検討しています。
亀井委員
　知事も、今は災害時だと言っていますが、現状の体制とのギャップを感じるので、しっかりとフォローアップを行わなければ、県民の信頼は勝ち得ないと思います。ぜひ厚くフォローしていただくことを要望して私の質問を終わります。

参考人から「新型コロナウイルス感染症に係る県と公益社団法人神奈川県病院協会との連携について」意見聴取

長堀　薫　　（公益社団法人神奈川県病院協会　副会長）
三角　隆彦　（公益社団法人神奈川県病院協会　常任理事）
小池　美智子（会員病院　副院長兼看護部長）
渡邊　輝子　（会員病院　看護部長）

亀井委員
　今日は、長堀先生、そして三角先生、また小池看護部長、渡辺看護部長におかれましてはお忙しい中、本当にありがとうございました。また、新江先生の急逝におかれましては、本当に驚きました。衷心より御冥福をお祈り申し上げます。
　まず、下り搬送について、上り搬送は公費負担、下り搬送は自己負担ということで、さらに下り搬送を受け入れる病院には非常に不安感があって、なかなか進まない状況です。下り搬送の自己負担については、厚生労働省に要望するなど、我々も努力しなければならないと思っています。
　頂いた資料の９ページに地域医療連携協定病院があり、横須賀市アライアンスのお話がありました。現在のアライアンスは新型コロナウイルス感染症のためのアライアンスではないと思いますが、実際このアライアンスにより下り搬送しやすくなったということはあるのでしょうか。このような部分を踏まえた上で、どのようにスキームづくりを行えばよいと思いますが、いかがでしょうか。
長堀参考人
　これは地域医療構想そのものだと思っています。機能分化、ネットワーク化を行い、病状に応じて治療を受けることができますが、アライアンスを組み、毎月のように担当者が集まって話しているので、患者の受け渡しは非常にスムーズです。例えば、横須賀市民病院はアライアンスに含まれませんが、今回、新型コロナウイルス感染症の影響により、密に連携せざるを得なくなったことで、非常によいネットワークが構築できたと考えています。また、先週、三浦半島の新型コロナウイルス感染症対策会議を行い、下り搬送についてお願いすることで、二、三の病院は前向きになっていただきました。
　平時から意思疎通があり、市民のためという大義もあるので、さらに財政的支援があれば、より確実な連携体制になると思います。
三角参考人
　私も、全く同じ考えです。現在の危機的状況は、地域医療構想を進めるチャンスであると思っています。横須賀三浦地域ほどうまくいっていませんでしたが、横浜市全体はかなり大きく、今までしっかりと機能区分することは難しく、横浜市内をさらに七つの地域に分けて、それぞれの地域医療構想を進めている状態でしたが、思うように進んでいませんでした。今、ピンチがチャンスにつながる可能性があり、今は急速に地域医療を進めなければ、地域として患者を受けられない状況なので、私どものところでも横浜市の東部地域だけ集まって

みんなで会議を行い、患者をどうするか考えることを始めているので、チャンスに生かせればと思っています。
亀井委員
　地域医療構想に関しては、当委員会で何回も取り上げられていますが、机上の論理のようなところがあるので、今回はしっかりとてこ入れができると期待しています。
　現在、病床数が少なく、回転率も悪い中で、クラスターは絶対に起こしてはならないと思いますが、方策、心構えについて伺います。
長堀参考人
　私の病院では、院内感染はゼロです。要因としては三つあり、一つは感染防御のシステムです。私の病院では、呼吸器内科部長と感染管理認定看護師が非常に優秀で、各病棟全部について、初期のころから防護具の着脱の全員チェックを行っていました。
　二つ目は、今、新型コロナウイルス感染症の患者を診ることは大事だというメッセージを伝えられるかどうかです。
　三つ目は運だと思います。ＰＣＲ検査では３割が新型コロナウイルス感染症の偽陰性なので、陰性証明はできません。例えば、私の病院では手術患者全員にＰＣＲ検査を行っていますが、急患でＣＴを撮影したら影があり、新型コロナウイルス感染症の感染が疑われ、ＰＣＲ検査を実施したところ、陽性だったという方が２人いました。発見できる条件と運が必要だと思います。
三角参考人
　院内感染が発生すると一時的に機能を停止しなければならないので、非常に注意が必要ですが、当院は運悪く昨年 11 月から 12 月にかけて、大きなクラスターにはなりませんでしたが、院内感染が発生しました。
　クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号以来、患者を受けていますが、当初から当病院だけではなく、新型コロナウイルス感染症が陽性と分かっている患者から職員に感染したことはありません。危険なのは、新型コロナウイルス感染症に感染していることが分からない方です。
　ＰＣＲ検査では、新型コロナウイルス感染症を検出できる確率は７割であり、当初からＰＣＲ検査を中心とする検査方法に否定的な考え方を持っていました。基本的に、目の前にいる患者は全員、新型コロナウイルス感染症に感染していると思って接してくださいと言ってきました。昨年 11 月までは院内感染は起こらず、職員は一生懸命取り組んでおり、誇りに思っていましたが、これだけ市中で蔓延する状況では、常にクラスターが発生する可能性があります。多いところでは、病院でも 300 例を超すクラスターが起こっているので、平時から目の前にいる人が新型コロナウイルス感染症の陽性かもしれないと思って対応する体制がないと、大きなクラスターが発生する危険があると思います。クラスターはどこでも起きるかもしれませんが、起こったとしても最小限で抑えられる努力がふだんから必要であり、心構え以外の何物でもないと思います。
亀井委員
　病床数が足りない中、御努力いただければ県民も助かると思います。
　次に、年末年始で、神奈川県内のオンライン診療を行った医療機関が 31 件あ

ります。新型コロナウイルス感染症が収まった後のオンライン診療のビジョンについて、ポテンシャルをどのように考えているか、将来性を含めて伺います。
長堀参考人
　新型コロナウイルス感染症はなくならず、鎮静化するだけだと思いますが、その時代に非接触型社会は必須だと思っています。診療は人と接するものですが、接触を最小限にできるように、ＩｏＴ化、ＡＩ化を進めています。
　今、日本で内閣府のＡＩホスピタルプロジェクトが五つありますが、一つは、キーボードタッチを減らすための音声入力できる電子カルテの開発です。また、インフォームドコンセントのときに、ＩＴ機器で説明を行う、また、薬剤関連では入院時にＯＣＲで、画像認識で薬が分かるシステムを企業で開発しています。
　また、ＡＩ問診ｕｂｉｅを導入するほか、体温を測り、ＮＦＣで、電子カルテに転送するシステムのパイロットスタディを行っています。全部うまくいけば、システムが非接触型になり、看護師の働き方改革、労働力の削減になると思います。そのような技術革新により生じた余剰労働力を、新型コロナウイルス感染症対策や緊急時に投入できると考えており、３年程度で実現したいと考えています。
亀井委員
　３年と言うと、2024 年の働き方改革までに間に合うので、ぜひ、これからもよろしくお願いいたします。以上で質問を終わります。