

1. 「感染症医療の視点を踏まえた医療連携と役割分担の課題」について

(1) 各医療機関の役割分担についてどう考えるか。

○各医療機関の役割の必要性については、多くの委員から提出された。

○「感染症患者への対応については、感染症指定医療機関及び公立・公的医療機関が中心となり、民間病院やかかりつけ医は他の疾患の患者への対応を行う」という意見が多く出された。

【感染症指定医療機関の役割として取り組んでほしい事項】

- ・感染症指定医療機関を重症度別(①重症:人工呼吸器が必要②中等症:人工呼吸器は必要無いが、点滴やモニターが必要③軽症:経過観察だけで隔離必要など)にベッド数を明らかにする。リアルタイムで空き状況が分かるようにする。
- ・重症～中症の入院を伴う患者への対応
- ・感染症に特化して診断治療を集中的に行えるような体制が必要。感染症の専門医も出来れば複数人集める必要がある。
- ・入院が必要な中等症以上は感染症対応の病床を持つ病院に入院
- ・COVID-19の患者が急速に増加した場合は、感染症指定医療機関に、人員、物資、資金を集めてCOVID-19(疑似症例を含めて)に特化して外来と入院の診療を実施する。
- ・感染症指定病院の収支は悪化するので、その分は自治体・国が補填

【公立・公的等医療機関の役割として取り組んでほしい事項】

- ・公立・公的医療機関に引き続き感染症指定医療機関の役割を担っていただきたい。

【民間病院の役割として取り組んでほしい事項】

- ・民間の血管系疾患(脳卒中や心臓疾患)救急に長けた病院群で疑似症例トリアージを行い、確定症例は速やかに指定または公的に転送が必要
- ・他の疾患の患者への対応

【かかりつけ医の役割として取り組んでほしい事項】

- ・他の疾患の患者への対応
- ・在宅での療養が必要であれば、PCR陰性化後にかかりつけ医に戻す。

【その他】

- ・感染症医療については、「東京都保健医療計画」・「東京都感染症予防計画」では感染症指定医療機関、協力医療機関を中心に対応し、都内発生期においては感染症入院医療機関を含めて医療を提供することになっている。公的医療機関・民間病院というカテゴリーで役割分担を考えることは意味がないのではないかと考える。
- ・第2波、第3波に備え、役割を負った医療機関単独での対応には限界があり、医療全体としての資源(人的、物的)の柔軟な投入と支援の方法を考えておく必要がある。
- ・軽症者、軽快者はできれば、自宅なりホテルなどの施設への入所で、長期の入院による廃用障害のある場合は、リハビリ病院への転院を考慮
- ・行政は、入院調整、ホテルへの入所調整などのコーディネートが必要であるが、保健所は区単位であるので、圏域としてどのように対応するか、広域な対応ができるのか議論が必要
- ・法的なしばりと、今回の実対応のギャップについて整合性をとれるよう、もう少し再検討が必要
- ・診療所及び病院外来の役割分担が全くできていない。入院医療も重要だが先ず外来診療そして入院。「東京都外来医療計画」を練り実践させ、医療の偏在を是正したいのであれば、今こそ、外来診療を充実させるべき時ではないか？そうすれば帰国者・接触者外来、その後の感染症指定医療機関、公立公的医療機関、診療協力医療機関などもスムーズに業務がこなせる。そのためには先ずPPEなど医療従事者を守るための対策など診療所や一般病院外来において感染対策が十分に徹底された診療ができる必要がある。
- ・急性期検査と急性期治療ができる病院が完全公開されていない。

(2)患者の受入・転院など医療連携についてどう考えるか。

【情報共有の流れや情報共有ツールの統一が必要】

○病院-病院間の連携

- ・調整は保健所などの行政を介するよりは、受け入れ病院のリストを提示してもらうことで当該施設がより高度医療機関へ直接連絡することの方が情報共有できる。
- ・患者の受入れ等については、通常の医療と同様に、地域的な連携、顔の見える関係づくりが必要とは考える。しかし、コロナ疑い患者が、原則的には公共交通機関や一般のタクシー利用を控えると考えたとき、受け入れ医療機関の地理的な偏在は大きな問題であると考える。
- ・医療連携は信頼関係に基づき行われると考えます。上記のように、役割分担をしたなら、感染症指定医療機関から、民間病院、診療所へ転院する場合は、PCRなどから、感染性が低いと判断していただいたうえで、転院とし、受け入れる側も最大限協力することが重要

○病院-行政間の連携

- ・地域においては保健所が連携の要でしたが、急性増悪患者などの緊急場面で連絡が取れないこともあった。地域でのコーディネートの強化が必要
- ・BCポータルへの入力や都が収集する感染症医療に関する診療情報の提供等を徹底させる必要
- ・早期に調整本部を立ち上げ、情報ルートを一本化する必要がある。
- ・役割分担ごとの医療機関の状況を瞬時に確認できるようICTの活用が極めて重要
- ・症状に応じた患者の転院調整などをスムーズに実施する機能もシステムチックに行うことが必要であり早急に整備が必要
- ・転院の受け入れ：今回のコロナ感染症について、福祉保健局の入院調整部署から入院依頼があり、その後保健所から再度依頼される形ですが、もう少しシンプルにできないか。
- ・他院への転院調整：自院のネットワークで行った場合のほうがスムーズな場合もあるので臨機応変に対応できないか。
- ・管理するリーダー病院と保健所を軸として、各医療機関の担当者が、Zoomなどで連日時間を決めて会議を行い調整を行う。
- ・かかりつけ医など診療所、在宅医に関しては各区医師会で担当理事が調整会議に参加し各区医師会圏域の居宅～宿泊施設の感染患者(軽症～無症状)の把握と管理を行う
- ・外来を行う医療機関への感染症対策に係る支援が必要。入口である外来診療をガッチリ固めてトリアージ/スクリーニングができる状態を作れば、PCRも多くこなせて、かつ軽症・中等症・重症の診断も、多くの人出により速やかにできる。
- ・各地域での流れが完全公開となっていない

2. 「感染症患者等を重点的に受け入れる医療機関への病床の優先配分方法」について

(1) 優先配分を行うことについて、どのように考えるか。

○多くの委員から賛成の意見がある一方、どちらとも言えない又は反対意見もあった。

○賛成意見(13名)

- ・当然の事と考えます。
- ・ある程度の空床確保が必要であると思うから。
- ・ドイツのように緊急時のためのベッドを確保すべき。感染症だけでなく災害時にも活用
- ・感染症蔓延に先立って病床を感染症用に確保されるならば優先配分しても良い。
- ・今回のコロナウイルス感染拡大により、今までの必要病床の考え方が変わったと思う。増床すべきは感染拡大時にスムーズに稼働できる病床だと思われる。
- ・院内感染を防ぎ、マンパワーを集中させて、感染症を専門的に診る体制を整える意欲のある病院には、優先的な病床配分は必要
- ・重症患者が急増している状態と現在の様に減少傾向にある時では柔軟な対応が必要
- ・コロナ感染の終息後の感染症対策として病床確保・活用をどうしていくかは、役割分担と連携を整理する中で検討する必要がある。

○どちらとも言えない(5名)

- ・今の感染症患者等も重点的に受け入れる医療機関として想定されているのは、確定症例を受け入れることに見える。実際の現場では、疑似症例は確定症例と同様に個室に隔離され確定するまで、完全予防策が講じられる。確定症例は大部屋にコホートも不可能ではありませんが、疑似症例は必ず個室が必要。重症例を除けば、疑似症例の方が現場負担は大きい。
- ・病床優先配分よりもっと患者の精神衛生、環境をもっと改善すべきと考える。入院した患者が精神的に入院がトラウマになった方を聞いている。そのうえで、重症(レスピ、ECMO)、中等症患者の数から必要病床を導き、この調整会議でされたように検討してはいかがか。
- ・感染対策が可能な医療機関をピックアップし地域の入院拠点として行くことは、周囲の外来医療を中心とする医療機関とリンクしていれば非常に有効。一方で、パンデミックと言う一時的問題に対して「病床配分」という恒久的な対応をした時、将来の医療構想を歪めてしまう可能性がある。特に通常体制における地域医療の歪みや偏在を助長する可能性がある。

○反対意見(2名)

- ・これまでのコロナ対応の総括や感染症予防計画の見直しを経ずに優先配分を行うことは、場当たり的な印象を受ける。
- ・感染症患者等を重点的に受け入れる医療機関に病床を優先配分するということは、結果として高度急性期・急性期の病床を増やすことになり、将来的な医療需要と相反する。
- ・病床は、基礎的自治体ごとの医療機能の配置状況や人口規模を勘案し、病床偏在の是正に配慮して配分すべきである。
- ・感染症を重点的に受け入れる病床では、人員は4倍必要とされており、同じ人員数ならむしろ病床は余る。仮に、優先配分しても、人員を通常の4倍そろえなければ実際には使用できず、感染症流行がおさまった時に、一般病棟として使用されるのでは、何のために優先配分したのか、本来の目的が果たせないと考える。又、集めた人員の人件費の維持は大きな負担となる。

(2) 優先配分についてどのような要件が必要と考えるか。

【施設・設備】

- ・感染症に対応できる病床の設計が為されているか
- ・感染防止の基本的な対策(別導線の確保等)は必須
- ・感染症に対する入院環境が整っていること

【実績・経験値】

- ・救急での疑似症例対応数が多い施設。確定症例でも中等症以上を多くみている施設
- ・陰圧室設置、2次救急受け入れ態勢、東京ルール対応、災害拠点病院など。
- ・それぞれの地域(必ずしも二次医療圏に捉われない、区単位や場合によっては都道府県を跨いだ地域、実質的な医療圏)の中で地域医療の中核を担う病院であることを条件として配分が必要

【人員】

- ・医師、看護師などの医療スタッフの確保と、感染症への体制がある。
- ・感染症治療に関する専門医がいること
- ・感染症専門医・専門看護師等のスタッフを確保できる感染症指定医療機関
- ・医療資源(物的・人的)が充実していること
- ・十分な人員、呼吸器、ECMO等

【その他】

- ・今回の疾患発生の際の地理的分布を分析して各医療圏での配分を考えることが必要
- ・病院機能として、隔離と重症治療の面から優先配分先での期待される機能を明らかにすべき
- ・優先配分より重症度基準を策定し、患者重症度でどの医療機関に入院していただくか、軽症になったときに軽症施設に転院させるコントローラーが必要と考える。優先配分を考えるなら、患者環境にも一定の基準を設けるべき。
- ・パンデミックに対する緊急対応ということであればゾーニングや増床分に対するスタッフ増加も必要で、場合によっては病床面積の基準や建築基準法などによる敷地面積の法的基準の緩和なども必要かもしれない。また増改築を伴う可能性があり、相当な資金援助も必要
- ・感染症の流行のために、空床として待つことが出来るだけの財政的な余裕があるか
- ・平常時の使用と感染症などの使用とでコストに差をつける。
- ・有事に迅速に対応すること。

(3)1病院あたりの申請上限(病棟(フロア)単位での受入体制を想定し、50床を上限とする)についてどのように考えるか。

○ほとんどの委員から、どちらとも言えないという意見有

○どちらとも言えない(11名)

- ・重症患者、少なくとも中等症以上を診るための必要ベット数と現状の指定、公的医療機関でのベット数がマッチしているなら良いが、ここが不足しているなら上限を設ける必要は無い。一方で、その他の医療機関で疑似症例のトリアージを専門的に行う施設での不足があるなら申請は必要。マンパワー的にも上限50で十分。
- ・感染コントロールという観点ではゾーニングが望ましいと思われるので病棟単位が良いが、実際に人員の確保という観点からみると病棟内で流動的な運用が現実的であり人員の有用活用になる。
- ・院内クラスターの発生防止策を講じたうえで受入体制は決定されるものであるため、申請上限を設ける必要はない。
- ・医師、看護師だけでなく環境面の配慮など、配分された施設では困難が多い。
- ・受入れ可能な病院数・病床数がわからないため判断できない。
- ・それぞれの地域の事情によって相当に大きな差がある。概ね50床を上限として柔軟な対応が必要と思われる。なお、パンデミック医療に対し、先に述べたように「外来医療計画」が十分に発揮されれば、おそらく50床も増量する必要はない。この対応と、診療所・保健所による経過観察体制を整える(ICTを最大限に使用)ことで病床の対応は最小限とし、中等症、重症に専念した医療が可能と思われる。

○賛成意見(6名)

- ・特定の基幹病院に患者が集中すると、その病院が疲弊して地域の医療崩壊を招く恐れがあるため、ある程度分散させるのが望ましい。
- ・余り多くても、診療体制の整備が難しい。
- ・規模は適当

○反対意見(1名)

- ・医師数、看護師数、医療水準で決めるべきではないか。そのあとで病床数が決まると考える。また重症が多く集まる指定医療機関～公的、公立医療機関では50床は厳しいのではないかと？逆に軽症を受ける医療、宿泊施設は、50床は可能

○無回答(2名)

3.「地域医療支援病院の役割」について

承認要件の中に「災害医療」、「感染症医療」を提供する能力を求めることについて、どのように考えますか。

○多くの委員から賛成の意見有

○賛成意見(12名)

- ・地域医療支援病院であるなら、災害医療、感染症医療を提供する必要がある。
- ・本来の目的のひとつと思われるから。
- ・ある程度医療資源(物的・人的)を有する病院でなければ、十分な支援ができない。
- ・「災害医療」と「感染症医療」では受入体制も異なるため、医療機関によりどちらかの役割を担い地域連携で受け入れる体制作りも必要
- ・地域医療支援病院がその役割を担うのは、地域にとっては有意義であるが、実践できるかは疑問
- ・普段から有事への準備を重ねて、各中核病院から地域への災害医療訓練や支援、また感染症医療支援で関係を積み重ねていくことが必要。そのためにも、評価・算定によって加算分の配分をより有効に行っていただくDPC制度への変更も必要
- ・医療機関任せとするのではなく、社会インフラの整備と同等に考え、国、都が財政支援を行い、非常用設備の整備拡充を誘導することが必要
- ・地域医療支援病院の役割としては当然と思われるが、パンデミックのような事態では人的、設備的に不足が生じると恐れ、それぞれの地域ごとに支援体制を検討しておく必要がある(医師会から応援に行く、地域の入院医療機関で一時的に公私の枠を超えた緊急的職員の再配分を考えるなど)

○どちらとも言えない(1名)

- ・地域医療支援病院では平常時にはフル稼働で一般診療を行っており、感染発現期や発災直後に速やかな一般診療の制限や有事病床への変換が難しいと考えられる。
- ・感染症や災害医療に関しては支援病院のような総合的な要件を満たさない小規模病院でも高い提供能力を発揮している施設もあり、別の指定が必要
- ・地域医療支援病院の承認を受けている医療機関の状況や意見等を踏まえ、決定すべきである。
- ・災害時対応と感染症対応は異なるため、両方への対応能力を求めるべきとは考えない。
- ・事前に段階的な役割分担を示し、各病院は、それに向けての教育、設備の整備を行う必要がある。
- ・感染症医療に関しては、上記の通り、アクセスを絞り、集中的に管理するほうが、人員、物資、資金の効率が高まり、ひいては、患者、医療従事者、自治体に有益と考える。
- ・災害医療に関しては、感染症医療とは異なり、患者の移動距離、病院機能喪失のリスク等から、より多くのアクセスポイントが必要と考えますので、地域医療支援病院が担うことが求められると考える。

○反対意見(1名)

- ・支援病院に災害、感染症医療を要件にすると地域支援の意味が違ってくると思う。地域医療で在宅医療を支援する、かかりつけ医を支援する、地域包括ケアを支援するのが中心的役割であり、その中に付加項目として災害、感染症医療支援も入れるなら良いと思うが、提供する能力を求めるとなると手数がまた減ると地域医療としては困るのではないかと。