

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】

- ・感染症確定患者、重症患者への対応

【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】

- ・感染症確定患者、重症患者への対応

【民間病院の役割として取り組んでほしい事項】

- ・疑似症の診療。入院治療を行うが診断が確定したら転院とする

【かかりつけ医の役割として取り組んでほしい事項】

- ・感染症以外の患者への対応
- ・新宿モデルのようにトリアージを含めた対応
- ・近隣のPCRセンターに輪番制で協力する体制

【その他】

- ・新型コロナ感染症専門医療機関の選定が必要
- ・感染症医療に対して医師としての義務を可能な範囲で果たすよう意識啓発が必要
- ・あらかじめ各医療機関と保健所や消防庁との役割分担・連携方法の策定が必要
- ・新型コロナウイルス感染症のスクリーニングとしては行政レベルでのPCR検査・症状のトリアージを行うのはどうか

(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
 - ・重症度に応じた病院-病院間の患者の受入・転院のシステムを構築することが望ましい
- 病院-診療所間の連携
 - ・病院からかかりつけ医に診療が終わった発熱患者の逆紹介は進んでいなかった
 - ・東京都多職種連携ポータルサイトの活用は有効

【受入・転院のルールが必要】

- ・軽症化に伴う転院時の検査のルール策定が必要
- ・医療機関同士の患者搬送は保健所が管轄しているが、感染拡大を考慮して、他の手段の検討が必要
- ・かかりつけ医で診察を受けた疑似症患者の精査は感染症指定病院や公的病院でなく一般病院へ紹介する。一般病院で診断の確定した患者は、感染患者の入院を少数の中核病院に集約させるため、転院を促進する。
- ・役割分担を基本としつつ、今までの蓄積してきた繋がりを基に、各施設独自の判断である程度、柔軟に受入・転院などが出来るようにする必要がある

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。

○賛成又はどちらとも言えないとの意見に分かれた。

○賛成意見(8名)

- ・医療効率、院内感染予防効果のために患者を集中して診る医療機関を絞る事がよい
- ・感染症患者診療に協力的な医療機関が少ない中、都民に必要な医療(感染症入院医療)を提供するためには、協力医療機関に病床を優先的に配分することは必然
- ・多くの病院で少人数の感染症患者の入院治療を行うのは、スペース、医療従事者、感染防護備品などの点で無駄が多い。
- ・複合災害を考慮した場合でも、感染症対応の優先配分は効果的
- ・感染後の受入れには平時のネットワークの延長が不可欠な為、マンパワーの重点的な投入・維持・PPFの配分を含め、圏域にバランス良く配置されている必要がある
- ・病院の機能によって受け入れのキャパシティが異なることから、各病院の事情に応じた配分が必要

○どちらとも言えない(5名)

- ・病床の確保が容易になるとしても、マンパワーの確保が非常に困難。また第一波終了後も一般病棟入院患者数の回復が得られていない
- ・必要性は理解出来るが、病床が優先的に配分されても、人員、設備が十分に確保していないとそれを活かさないこと、COVID-19を嫌がった患者が入院を避けることによって、病床が結果的に余ることが予想される
- ・東京の民間病院は、病床の増加を望んではいても、公立病院のように、豊富な敷地内に公的資金で増床ができるというわけにはいかない。不公平感が生じてしまう。
- ・「災害医療体制」の整備に必要な特例配分(案)の枠内で優先配分を行うのか別枠で行うのか分からない
- ・今回のコロナ対応でどのような事態が発生していたのか情報を得ていないため判断できない

○反対意見なし

(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】

- ・隔離管理しやすい病院自体の構造や体制を持っていること。
- ・感染症の流行状況(行政からの要請)に即応して、決められた感染症病床数を準備すること及び感染症外来診療に協力すること、以上2点が少なくとも必要
- ・原則病棟(またはフロア)単位。重症度別の病床数の設定やICUまたはハイケアユニットの利用についての情報
- ・看護単位の点からは、病院の構造にもよるが病棟単位での病床利用が好ましい
- ・入院区画については、病棟単位、フロア単位が望ましいが、そのために病床の縮小を余儀なくされる。その点をどのように考えるのが課題

【院内感染対策】

- ・感染症対策として病床優先配分(増床)の為の、いわゆる施設基準等を検討するよりもマンパワーの確保の方が重要
- ・感染症患者受け入れを365日24時間体制を維持することと、満床以外では、拒否できないような要件が必要
- ・感染Iを取得しており、圏域内の人材育成や発生時支援でコアとなって活動、支援できる体制があること(=研修の実績等を含む)
- ・院内に感染制御チームがある事が絶対的な条件。加えて個室数がある程度確保できることが必要であると考え。また看護師の人員配置数も必要
- ・ICNを中心として感染対策や感染制御を組織的に(ICT)運用しており、行政との連携が可能であること

【実績・経験値】

- ・感染症医療への経験値があること
- ・院内感染対策が構築され、感染症患者の十分な受入れ実績があることが必要
- ・都、二次救急指定で、現実に発熱や呼吸器感染症に対し、一定の応需率の実績があること

【その他】

- ・重点的な特殊医療が提供できる(難病・精神・小児との合併など)こと
- ・東京ルールその他の調整困難に際し、可能な範囲で応需できる(夜間・休日含む)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。

○多くの委員から、どちらとも言えないという意見有

○どちらとも言えない(10名)

- ・今回の新型コロナウイルス感染拡大の経験を各施設がどう捉えているかで基準が違ってくる
- ・上限を定めることには賛成だが、50床の根拠がわからない
- ・受け入れ可能な医療機関においては、50床を超える病床を確保してもらっても感染症医療体制を充実させる面で良い
- ・マンパワーが確保されている状態であれば、50床は妥当と考えるが、実際にその病床数のどれくらいを稼働させ、どれだけの人員が必要になるかを考えると判断できない
- ・フロア単位ではあるが、50床を上限とすると、看護師の人員配置数は7対1の人員配置であってもその1.5倍強の人員が必要であり、いずれにしても一部の病棟を閉鎖する必要がある。また患者の重症度によりその人員数にも影響があると考えられる。
- ・医療圏に合うバランスでの設定が必要
- ・各圏域の全体の病床数、現行の感染症診療協力病院等勘案する必要がある
- ・病院の状況を把握できておらず判断できない

○賛成意見(1名)

- ・多くの施設では、1フロア以上の感染専門病棟を恒常的に維持する体力は無いと思われる

○反対意見(2名)

- ・一病棟単位での増床ではなく、病床数単位での増床も考慮していただけると、多くの民間病院でも手を挙げやすい。一病棟単位での増床や増築には敷地的、建築制限的に無理な民間病院が多いと考える。

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)

- ・地域医療支援病院は地域における病院－病院間、病院－診療所(かかりつけ医)間の連携の要
- ・紹介・逆紹介や救急医療は多かれ少なかれ、ほとんどの病院が行っているものであり、地域医療支援病院としての特性を明確にするためには、災害や感染症対応など含めた、より広範な役割をもって貢献することを要件とすべき
- ・今回の緊急時には、サポートする医療機関として協力していただきたい
- ・災害等発生時に必要な医療資源の保有状況が明確になるとともに地域間の患者の流出入の調整も可能となる
- ・「災害医療」、「感染症医療」で必要なことのかなりの部分を地域内で賄うことができることが今後は求められる
- ・災害と感染症が同時期に発生することも想定できるで、そのようなケースも考慮しての検討が必要

○反対意見(1名)

- ・求められる要件として、さらに災害拠点病院としての条件、感染症医療としての条件が加われば、ハード面で、民間病院では対応が困難になる可能性があり、公立病院でなければ敷地や資金面での問題で全ての機能を提供する能力を新たに持つ事が困難になる可能性がある。

○どちらとも言えない(なし)