

〔令和2年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和2年7月6日 開催

【令和2年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和2年7月6日 開催

1. 開 会

○江口課長：定刻となりましたので、今年度第1回目の東京都地域医療構想調整会議、区西北部につきまして開催をさせていただきます。本日はお忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長をしています江口のほうで進行を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

本日は新型コロナウイルス感染拡大防止のため、Webでの会議形式となっております。通常の会議とは異なる運営となっておりますので、最初に連絡事項を申し上げます。

まず、Web会議の参加に当たっての注意点となります。

1点目、会議中はマイクを常にミュートにしておいてください。マイクアイコンが赤色になっていれば、ミュートの状態となっております。

2点目、ご発言の希望がある方はマイクアイコンを押して、黒色の状態にしてお待ちください。

3点目、座長から指名を受けるまで、ご発言はなさらないようお願いいたします。

4点目、座長から指名を受けた方は、ご所属とお名前をお聞かせいただいたあと、ご発言をお願いいたします。他の方が指名された場合には、一度ミュートの状態に戻してください。

5点目、退室される場合には、退室ボタンを押して、退室をお願いいたします。退室ボタンは赤色のバツ印のアイコンとなっております。

注意点は以上となります。ここまでよろしいでしょうか。

続きまして、資料の確認となります。

本日の配布資料につきましては、事前にメールにて送付をさせていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

また、事前にいただいたアンケートにつきましては、資料ナンバー1-4、「審議事項に関する事前アンケートまとめ」として取りまとめをしておりますので、こちらのほうについてもメールにて送付させていただいております。各自でご用意いただければと思います。

それでは、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会のほうから、土谷理事、お願いいたします。

○土谷理事：皆さん、こんばんは。日中のお仕事のあとご参加いただき、どうもありがとうございます。

きょう審議事項がいくつかあるのですが、特に1番ですね。「感染症の視点を踏まえた医療連携と役割分担の課題」ということで、1番を重点的にお話しいただきたいと思っています。

今回のコロナの感染において、感染症はこんなに地域で連携しなければいけないのだということが、皆さん、改めて実感されたことと思います。

その感染のためにどういうふうに地域で連携するか、今まで構築なされていなかった地域もあるかもしれませんが、多くの地域では、感染症のための連携をどういうふうにやっていくかというのは、何もなかったところから始まったところもあると思います。今回、もしかしたら急場しのぎでつくったところもあるかもしれません。

今後またコロナが拡大していったときに、どういうふうに連携していくのか、今回明らかな課題がいくつか見えてきていると思います。そういうものをどういうふうに解決していくのか、きょうの議論の中で深めていただければと思います。

しかも、この話は別に感染に限った話ではなくて、例えば、災害が起きたときに、区内でどうやって連携していくかということにもつながりますし、ある

いは、もっと5年とか10年とか先に、地域でいろいろな話し合いをしなければいけないかもしれません。

そういったときに必ず有効な手段となると思いますので、きょうはどうぞ活発なご議論をお願いしたいと思います。どうぞよろしく申し上げます。

○江口課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都福祉保健局、中川医療政策担当部長よりご挨拶申し上げます。

○中川部長：東京都福祉保健局医療政策担当部長をしております中川です。先生方におかれましては、お忙しい中ご参加いただき、まことにありがとうございます。また、日ごろから地域の医療、東京の医療を支えていただいていることに、心から御礼申し上げます。

ここ数日、東京の新型コロナウイルスの新規陽性者数が3桁を超える状況が続いております。緊急事態宣言解除後、一旦落ち着いたかなというふうに見えました状況は、またここ数日、そういうふうな状況になってきて、予断を許さないといったような状況が現状ではないかと思っております。

これまでの皆様方のご経験を踏まえた上で、今後どのように取り組んでいくべきか、何をすればいいのか、土谷先生からも今お話があったように、地域の中でどういうふうに連携をしていけばいいのか、こういったことを、まさに今だからこそご議論いただく時期ではないかと考えております。

ぜひ具体的で前向きな意見を交わしていただければと考えております。よろしく願いいたします。

○江口課長：本会議の構成員につきましては、名簿をご参照いただければと思います。

なお、今年度よりオブザーバーとしまして、「東京都地域医療構想アドバイザー」となっております、一橋大学及び東京医科歯科大学の先生方にも、会議にご参加いただいておりますので、お知らせをいたします。

また、本日の会議につきましては、会議形式の関係上、傍聴は取りやめておりますが、会議録及び会議資料につきましては、後日公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、次第に基づきまして、本日の議事を進めてまいります。次第のほうをご参照ください。

まず、審議事項は3点ございます。既にご案内のとおり、この内容の説明につきましては、動画をご用意させていただいておりますので、こちらのほうでご試聴いただいているかと思えます。

このため、本日の会議におきましては、説明は省略とさせていただき、審議にそのまま入らせていただきますので、ご了承ください。

次に、報告事項につきましても3点ございます。こちらも同様に動画を説明を既に行っております。まだ動画をご試聴いただいていない方につきましては、後ほど各自でご試聴をお願いいたします。

それでは、これ以降の進行につきましては増田座長にお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

2. 審 議

(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

○増田座長：こんにちは。座長の、北医師会の増田でございます。

ただいま事務局から説明がありましたように、本日の審議事項に関する説明については、事前に動画でご確認いただいたかと思えますので、早速審議に入らせていただきます。

まず最初、1つ目は「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」です。資料1-1と1-4を基本に、参考資料1を使いながら進めていきたいと思えます。また、事前に多くの先生からアンケート結果をいただきましたので、それは資料1-4にまとめてあります。

去年までこの会議は、地域医療構想調整会議ですので、感染症をほとんど視野に捉えずに、つい半年前まで話し合ってきました。驚くような変化で、結局ここで、特に現在コロナですが、コロナ感染症を視点に入れて考えなければいけない。

そうになると、我々の医療機関も大きな変化にとらわれていますが、こういったことを決めるのにどのくらいのスパンで決めていけばいいか、今までそういう視点を持っていなかったと思うのですね。

パンデミックの時期にはどうするか。ただ、いつまでもパンデミックが続くわけではないですから、3年後、4年後、ある程度コロナが終息した時点でどういうふうにやっていくか。

今バタバタした時期にそれを話し合うと、どうしてもコロナ中心、今の大変な体制をやり切ることが中心になってしまうと思いますが、先生方にはもうちょっと長いスパンも含めて、いろいろご意見を伺いたいと思います。

まず最初の点について、どなたかご発言ございますでしょうか。各医療機関の役割分担ということで、資料1-1で掲げていますが、いかがですか。

現時点で、最初のころはやはり感染症指定病院ということで、ある程度公的な病院にというので始まって、そのあと、もっと専門性の高い大学病院とかも加わっていただくような体制で乗り切ってきたと思うのですが、最初の段階のスタートと、それから1か月、2か月たって、かなり状況が変わってきた。

変わってきただけではなくて、いろいろわかってきたことも多いと思うのですが、どなたかご意見はいかがですか。

では、初めに医科歯科の先生、初めのころはやはり感染症指定病院中心で、大学病院というのはどうしてもこれからという感じだったと思うのですが、その後非常に熱心に参入されたというか、協力いただいたのですが、その辺で院内でのいろいろ努力があったと思うのですが、何かご参考になることがあったら教えていただきたいのですが。

○山内（東京医科歯科大学）：参考と申しますか、まさに清水の舞台を飛びおりるような、そういう覚悟で病床を空けて待っていたというのが現状かなと思います。

今回、たまたまそれほどひどくならず、ある程度下がってきたという現状はありますが、やはり今後のことに備えても今準備はしていますし、ただ、経営的にもいろいろ厳しいものもあるかなということを思いつつも、何とかその使命を果たしたいと考えているのが現状かと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

経営の話が出ましたが、どの病院も、コロナを診ているところは当然、診ていないところもかなり厳しいというお話を聞いていますが、どうしても病床のことが話題にはなるのですが。

土谷先生、お願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

地域内の連携に絞ってお聞かせいただきたいと思うのですが、ここの構想区域には今4つの区があります。その中でそれぞれの区が、多分、2次医療圏を考えて連携していたというよりは、それぞれの区の中でまず連携していたことが多いのではないかと思います。

つまり、1次医療圏での中での連携が、端的に言えば、うまくいったのか、いかなかったのか、具体的にどういうふうに、連携をするに当たって、会議を集めて、人を集めてやってきたのか。それとも、こういうふうにWebでやっていたのか。その辺りを聞かせてもらいたいと思います。

Webについては、やはりコロナの第1波のときは感染者が急速に増えていて、集まって話し合うという場もなかなかとれなかったわけです。中には、Webで会議することで、それは区全体でやらなくても、病院同士という小さいコミュニティでもいいと思うのですが、Webでやっていたところは非常に有用だったという話は聞いています。

もしこの圏域の中でWebを用いてコロナに対応していたという区があれば、そちらについても教えていただきたいと思います。

○増田座長：1次医療圏で各区ということになりましたが、かなり驚いたのが、それぞれの区のPCRセンターに関しても、医療体制にしても、全く違うものができ上がっていたのですね。

多分その理由は、横の連携をとったり、隣の区と力を合わせてやっていくようなゆとりもないタイミングで、4月の下旬ぐらいから一気に行ったということと、あと感染の規模がある程度大きいので、それぞれの区で対応して、十分な患者数と需要があったということだと思いますが、それぞれの区の代表の先生で、では最初に指名させていただいていいですか。

では、板橋区の齋藤先生からお願いします。

○齋藤英治（板橋区医師会）：板橋区医師会の齋藤です。

板橋区の場合、最初に会議をしたのが3月の終わりぐらいになりますが、大病院と、あと中小の病院の先生方、保健所を含めて、お集まりいただきました。

そのときにお話をお伺いすると、やはりどこの病院も自分の病院の状況が、もう本当にてんやわんやという感じで、なかなかその連携というところで、ほかのところのことまでなかなか考えられないというのが、3月の現状だったのかと思います。

特に中小病院に関しては、やはり動線が分けられないということで、感染症の受け入れをするということがまずちょっと厳しいと。

入院をするにしても、個室といってもトイレがついていなかったり、エアコンの配置とかにしても、なかなか独立していないということで、中小の病院で今回のコロナの患者さんを診るというのは非常に厳しいということがわかりました。

そう考えると、これまで築かれていた医療連携というのが、本当に使えない状況で、転院というのも難しいし、救急車の受け入れも2次救急の病院でも難しいというのが、最初の現状でした。

その後、何回か会議を、4月の初めまでは集まっていたいただいて会議をしましたが、最終的にやはり4月の中旬前ぐらいには、大学病院あるいは公的な病院を含めて、5つの大きな病院の院長先生にお集まりいただきました。

そして、その受け入れについて、どういうふうにしていくかというところでお話をしていったところで、それぞれの病院で受け入れの仕方を構築していただいて、診療所なり病院からの紹介状を持って、あるいは電話をかけていただければ、コロナ疑いの方も直接診ることができるというような状況が、やっと構築されてきました。

それから少しずつ、今度PCRセンターの話になって、PCRも希望すれば区のほうを煩わせることなく、自分たちの中でできるようになったということで、やっと落ち着いてきたのが5月の初めぐらいかなと思います。

ですから、中小の病院のアンケートを我々はとって見たのですが、やはり自分のところに来た患者さんが発熱をしていたら、その中で少しPCRを行いながらトリアージをすることができるということなのですが、最初から肺炎が疑われる患者さんを救急車で受け入れることができるかというのと、なかなかそれは難しかったというのが現状です。

そういう意味では、特に大学病院は東京ルール則ったような形で、かなり受け入れを無理してとっていただいていたというのが、4月ごろの現状だったのかなと思います。

ですから、やはり今回も若い方中心に増えている状況なので、どうにか今のところは落ち着いているのかなと思いますが、高齢者の方が感染していくような状況になってくると、急激にまたベッドの状況とか、救急車の受け入れとかというのも、問題になってくるのではないかと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

土谷理事からご質問が。

○土谷理事：先生、ありがとうございました。お聞きしたいことがあるのですが、連携に絞って聞きたいと思います。

先生のところでは会議を集まってやっていたということだったのですが、集まるときに誰が音頭取りをしたのかなと思うのですね。

それは3つぐらい考えられるのですが、まず1つは医師会が声かけして集まった。あるいは、保健所が地区によってはその胴元になってやる。あるいは、

病院間の個別的にネットワークができて、それにほかの病院がどんどん入っていったというような、3つぐらいがあるかなと思っています。

板橋区では誰が主導してそういった会議を行っていたのか。これは、では今後の会議をどういうふうに変えていくかといったときに、誰がやるのかということになると思うのですが、その辺りはいかがでしょうか。

○齋藤英治（板橋区医師会）：最初、3月の終わりに集まっていたときは、これも医師会の主導で病院の先生方と保健所を含めて参加していただいたということでした。

その後も医師会のほう音頭取りで集まっていたいて、1度だけ板橋区のほうの主催で会議が行われましたが、基本的には全ての会議を、板橋区よりは医師会のほうの主導で行ったということです。

○土谷理事：わかりました。

増田先生がおっしゃるように、区ごとに多分、全然違うと思うのですよね。では、今後また医師会が主導してやっていくことになりそうですか。

○齋藤英治（板橋区医師会）：そうですね。行政が担当すると、どうしても調整するのに結構時間がかかってしまうというのがあったので、その辺りを医師会が担当させていただくというか、主導していただくほうが、ちょっと皆さん無理をしていらっしゃるのかもしれませんが、割合開きたいときに開くということができたのかなと思います。

○土谷理事：大変重要な意見だと思います。ありがとうございました。

○増田座長：区西北部でも、板橋区は大学病院と大きな病院がいっぱいありますし、北区はほとんど大きな病院がないので、その中でどうやって区単位でやっていくかということで、では北区の現状を、前田保健所長がよろしいですかね。お願いします。

○前田（北区保健所）：北区保健所の前田です。

本来、増田会長がお話しになるべきところだと思いますが、座長をさせていただきますので、私がお答えさせていただきます。

北区では、従来から北区の感染症地域医療連携協議会というものがございまして、今回も区の設置した感染症医療連携協議会が主体となって調整を行いました。

もちろん、開催するに当たっては、かなり北区医師会と密に連絡をとりながら開催するという形で、2月の下旬から大体2週間から3週間に1回ぐらいの単位で、この協議会を開催して、現在まで7～8回、10回近く、この協議会を開催するというを行っております。

その会議の開催ごとに、それぞれの体制についての状況を確認し合うということで、北区内には中規模の病院、きょうも両病院からご参加いただいておりますが、2か所が従来からの感染症診療協力医療機関という位置づけでしたので、まずこの2か所が新型コロナ外来を設置しました。

それから、さらにもう1か所の中規模の病院が新型コロナ外来を設置したという形で、漸次感染症の体制を強化してまいりました。

また、その3つの病院を核として、そこがある程度検査、あるいはその後には、あといくつかの中型の病院も加えまして、入院医療体制を構築したり、その辺の連携というのは、この協議会での合意事項をもとに構築していくという内容でやりました。

そういう意味では、北区は、そうした中小病院プラス診療所の小規模な集まりではありますが、比較的その中規模の病院が数多くあるということと、日ごろから中規模の病院と区内の診療所の連携体制がよく整っているということで、この感染症についてもかなり連携については円滑に、それは比較の問題ですが、円滑に進んだのではないかと考えています。

当然、いくつかトラブルはありましたが、それを超えて、連携を構築できたと考えているところです。

ですので、今お話に出ていますPCRの検査センターにつきましても、区内の医療機関に立地しておりますし、これから構築される唾液での検査というよ

うな外来診療体制につきましても、こうしたネットワークの中で医師会と連携して構築していくということになります。

ただ、北区として最も困難であった点は、北区内には、先ほど言いましたように、大病院がございませんので、重症の患者さんにつきましては、区内で受け入れることができないということでもありますので、保健所で患者の発生届が来る際に一番苦慮したのが、この重症患者の医療の受け入れ先を探すということでもあります。

これが、4月の下旬に東京都が集中的に重症者の医療調整を行う体制をつくるまでの間は、非常に苦慮した点でございます。

北区につきましては以上でございます。

○増田座長：音頭取りといっても、必要なことは次々に生じてきて、これは急いで決めなければいけないとか、これを立ち上げたいとか、PCRセンターをゴールデンウィークの前にどうしても立ち上げるとか、全自動の測定器を買えとか、プレハブを建てるとか、無理なお願いがいっぱいあるのですが、

前田所長には、毎日のように脅迫めいたLINEを送って、うちの診療所と保健所は10秒ぐらいなので、しょっちゅう、昼、ちょっと時間ができるので、前田所長に相談して、全員を集めるというようなことをしていました。

ですので、その辺でやはりトップ同士が綿密な連絡をしながらでないと、音頭取りというのはできないと思うので、その辺は今回非常にありがたかったと思います。

○土谷理事：協議会ももともとあったのですね。

○増田座長：協議会はもともと、新型インフルエンザのころからもうずっと続いているのですが、やはり今回非常に活発に。

中核病院の院長にはオブザーバーとして出ていただいたり、正式な委員以外にもオブザーバーの先生に加わっていただいて、いろいろなことを決めていくという形でした。

しよっちゅう北医療センターの宮崎先生とかを引っ張って、一緒に保健所に行ったりとか、こまめに連絡をとっていたので、医師会の中はイントラネットがありますが、区にはまた別な連絡方法が必要かなと思いました。

豊島区は平井先生ですか。お願いします。

○平井（豊島区医師会）：豊島区医師会の平井です。

北区のお話が今あったように、豊島区もやはり大きな大学病院がないので、行政と地域立の支援病院である大塚病院とで、新型コロナ対策協議会というものを、やはり同じように医師会が主体となって発足させました。

3月中旬ぐらいだと思うのですが、その中で豊島区内の病床が今どういうふうになっているのかというのを、ある程度は把握できていました。

ただ、皆さんに集まっていただく機会がなかなかなかったので、その辺の細かい区内全体の病床の把握は、なかなか難しかったのが現実かなと思います。

あと、4月になると、もうほとんどがPCRセンターを早急に立ち上げなければいけないことで、そちらの話し合いがメインになって、連携という意味ではなかなか、かかりつけ医と病院との連携に踏み込んで話し合いは、できなかつたかもしれないと思っています。

もちろん同じように、豊島区でも板橋区とか文京区とか新宿区の指定病院さんに、かなりお世話になって、それは保健所が主体になって連携をとっていただいて、重症の患者さんを受け入れていただいたという状況だと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

練馬区は齋藤先生ですか。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

練馬区は大きい病院は一応3つ、練馬光が丘病院と順天堂練馬病院と練馬総合病院の3つあるのですが、具体的に関係した病院、あとクリニック、医師会が集まって、4月6日に1回、現状をみんなで把握するということだけだったかなと思います。

ただ、PCRセンターについては医師会の会長が主導して、行政を通して、5月8日から始めたのですが、短い時間の間に頑張ってやったということです。

それ自体は比較的スムーズに、練馬区の場合、PCRセンターはドライブスルー方式を原則にしたのですが、ウォークスルーも含めてということで、実際には半分以上ウォークスルーだったのですが、それ自体はうまくいったです。

ただ、残念なことに、6月30日で、その場所の都合で中止になってしまって、今は医師会を中心とした唾液のPCRを積極的に進めようとして、現段階で、多分25診療所ぐらいが東京都に申請をしています。

唾液については、きょうの段階で2つのクリニックが具体的に始めているのですが、医師会もクリニックの先生方を中心に、PCRについては積極的にかなりやると。

ちなみに、PCRセンターは140名の先生方が参加していただけるということで宣言していただいたので、その辺はよかったかなと思っています。

ただ、病診連携についてはなかなか難しく、練馬区の場合は特に一番ピークが入って、いよいよというときに、練馬光が丘で院内感染が起きたということで、残念ながら、あそこがPCRセンターとかコロナ外来をやる予定だったと思うのですが、それがうまく機能しなかった。

順天堂の高野台の附属病院が大分受けてくれたのですが、ピークのときにはやはり順天堂だけでは常に満床で、実際、中等症、重症の患者さんを受けられる病院を練馬区内で探すのは非常に難しかったです。

先ほど平井先生も言っていましたが、中小病院で中等症以上を受けるとするのは、感染対策が非常に困難を伴うし、人手がない。だから、非常に難しかった状況があります。

そこにさらに、練馬総合は一応何とかできていたのですが、すぐ近くの中野のほうで院内感染が発生したりして、ちょっとあおりを受けるような形もあったので、練馬区内は具体的に患者さんを入院させて診ることが、かなり難しかったかなと思います。

あと、協議会的なものについては、医師会の理事会の中でコロナの協議会は8回ほど開いているのですが、これもクリニックと医師会本体とをつないで情

報交換をするという意味では、まあまあ役に立っていたのかなというところだと思います。

第2波に関して言うと、より危惧しているのは、やはり発熱の人を診る医療機関というのは、非常に限定されている状態なので、増えると、特定の医療機関に集中する可能性が非常に高いです。

なので、アンケートにも書いたのですが、リスクを持っている先生方に診ていただくのは難しいと思うのですが、自分自身の感染リスクが少ない医療機関については、可能な限り多くの医療機関でまず外来診療をしなければいけないと思います。

そこでトリアージをするというのがすごく大事で、トリアージをして、重症者、中等症者をきちんと見分けることで、うまく病床を使えるかなと思っているのですが、まだそこまでは行っていないということです。

○増田座長：かかりつけ医の役割も大事だということで、今回、各医療機関の役割分担についてということもお話ししていただきたいのですが、土谷理事、よろしくをお願いします。

○土谷理事：齋藤先生、ありがとうございました。

私から質問があるのですが、特に入院先を見つけるのが大変だったというお話がありました。

これは今後も今のままではもしかしたら難しいままかもしれないのですが、では、地域の中でのベッドコントロールは練馬区においては誰がやったらいいですかね。

それは医師会がやるのか、保健所がやるのか、あるいは病院同士で独自のネットワークをつくっていくのか、その辺り、齋藤先生はいかがでしょうか。それとも、このままで大丈夫でしょうか。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：このままではかなり厳しいです。ベッドコントロールについては、いくつか問題点があると思うのですが、中等症や重症者だ

けが入院するというパターン、本当は、現状、この間の第1波のときみたいになった場合には、そういうことを考えたほうがいいかなと思っています。

そうすると多分、順天堂練馬さんとか練馬光が丘さんとか練馬総合病院さんの病床で、練馬区内だけだったらクリアできる可能性が高いと思うのですね。

なので、今まで軽症者も指定感染症というのは入院せざるを得ないというところが、ベッドをつぶして、一番病院の感染があるので、そこを何とかしなければいけないかなと考えてはいます。

あとは、コントローラーはなかなか、この間の1波のときも、入院、特にコロナの診断がついた人のコントローラーについては、東京都がやるということで、コーディネーターとして入ったのですが、それが結局うまくいかなかったのではないかなと思っています。

それと、東京ルールが始まりましたが、疑いの方をどういうふうに見るかというところをどうするかなのですが、やはり練馬区は、多分、順天堂とかを中心に情報を集中していくというのが、一番やりやすいのかなとは思っています。

○土谷理事：ありがとうございます。その病院を中心に、病院の中でそれぞれ情報共有できたら、うまくいく可能性があるかなと思って聞きました。

これは今回、最初に話しましたが、感染だけではなくて、熊本でも川の氾濫があったように、災害にも応用できる話だと思います。

そのときに患者さんをどこに移動させるか。一応、2次医療圏で災害の訓練はされているところではありますが、区内でもそういったネットワーク協議会とか、ベッドのコントロールをできるようなものが、より重層的にあったほうが、またいいのかなと思います。どうぞよろしくお願いします。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：よろしくお願いします。

○増田座長：今、練馬区の齋藤先生のお話にあったように、かかりつけ医もどうするかというのは結構問題になったと思うのですね。

保健所のほうで相談センターは当然あるわけですが、結局、かかりつけ医は熱のある人を診てくれなかったり、あと、PCRセンターに回すほどの発熱で

はないということで、“発熱難民”みたいな方が、陽性者はともかくとして、陽性以外の“発熱難民”の方がかなりあふれたと思うのですね。

PCRセンターが充実してきて、いろいろよくなってきたかなと思うのですが、その辺で保健所の電話の対応が非常に大変だったのも、本当に感謝しています。

北区では、PCRセンターを立ち上げて、ちょっとゆとりができたところで、保健所の相談センターを通さないで、かかりつけ医がきちんと診た人は、PCRセンターに直接電話でお願いすることができるようになったのですね。

それでかなり保健所も負担が減ったし、医者の方もやりたいのにできないというようなことがなくなったので、ストレスが減ったのですが、その辺についてアイデアを出していただいたのは、北医療の宮崎先生なのですが、宮崎先生、これがよかったとか、もっとこうしたらよかったとかございますでしょうか。

○宮崎（東京北医療センター）：東京北医療センターの宮崎です。

PCRセンターの立ち上げのときに、ドライブスルーとか、いろいろ話があったのですが、今度夏場に入ったらどうするかとか、そういったことがあって、やはり病院の施設でやるのが一番いいだろうと考えて始めたのがよかったのではないかと、結果的には思います。

同時に、新型コロナ外来も併設しておりましたので、最初懸念していたのは、その検査だけやっても、実はちょっと具合が悪かったりする方が出るのではないかとということも考えると、やはり病院がいいかなというふうに考えて、実際にはそういう人はいなかったもので、よかったのですが、そういったことで始めたのがよかったのではないかなとは思っています。

それから、実際にPCRセンターを始めたころには、もう患者さんは減ってきて、陽性になる人はほとんど出なくなっていたのですが、また近ごろ出るようになってきまして、先ほど、かかりつけ医の役割というふうなことが出ましたが、そこら辺の先生方の安全対策というのが、一番大事なのではないかと常に思っています。

我々病院としましては、実際に初診で来られる方はそんなには多くないと、コロナの陽性の方を受け入れるときには、もう最初からわかっていますので、いろいろな防護体制をとれるのですが、まず初診で診られる先生方の安全体制、あとは病院としましては救急のベッドの体制だと思います。

それと、ちょっとついでお話しさせていただくと、その連携が先ほどから出ていますが、当院のような中規模の病院としましては、大体中等症、軽症までなのですが、最初から重症とわかっている人はいいいのですが、

このコロナというのは、もう既に皆さんおわかりだと思っておりますが、軽症だと思っても、急に悪くなったりしますので、そのときの受け入れの連携が、その中等症までを受け入れる病院としては一番怖いところだと思って、そこをまず強調したいと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

この辺、どなたか、ぜひこれは言っておきたいという発言のある方はいらっしやるでしょうか。

○土谷理事：宮崎先生、ありがとうございました。

特に重症者、重篤な人、ECMO（エクモ・人工肺装置）を回すようになる、あるいは人工呼吸器も条件が悪くなってきたといったときに、一応と言ったら怒られますが、東京都で調整本部がつけられました。

これも本当にやりながらつくっていったものだったので、やはり都庁内は本当に混乱の極みにあった中でも何とかつくり上げたことだと思います。

第1波は今少し落ち着いているところなので、都庁内でも多分少しその辺りの整理はされていくのかなと思いますので、今後、地域の中で誰が重症を抱えているのか、それをはっきりさせてもらえば、特に重症者をもっと2次医療圏の中で、あるいはそれを超えてという話になれば、東京都がそういう機能をする仕組みにはなっています。それに期待したいと思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

患者の受け入れ、転院とか医療連携について、ちょっと話題になっていますが、北区でないのが残念なのですが、帝京大学の坂本先生が参加していらっしゃるので、板橋区で半分以上北区の患者さんを診ていただいている帝京大学、中核病院としてどういうふうな医療連携を考えていらっしゃるか、お話しただいてよろしいですか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学の坂本です。

帝京大学は、今回のコロナの第1波の受け入れについては、先ほどから話が出ている、東京都の調整本部を介しての患者さんがほとんどでした。あとは救急車でやって来て、疑い症例から本物の陽性患者になるような患者さんということで、診させていただきました。

調整本部から来る患者さんは、区西北部全般で、板橋区だけではなくて、池袋の保健所からの豊島区の患者さん、あるいは北区の患者さんも混ざっていました。

一応、我々は東京都からいただいた特定機能病院の上の役割として、やはり重症患者さんをきちんと診ることと、あとは、救急病院ですので、疑い症例に関しては、できるだけキャパシティの許す限り診るというポリシーでやらせていただきました。

重症患者に関しては、ピークのときには術後のICUを全て、10床をコロナ専用ということで用意したのですが、そのころから少し重症患者さんが下火になってまいりまして、実際には2名の人工呼吸患者をそこで診たということになっております。

疑い患者については、できるだけ受けていたのですが、疑いが解除できるまで数日間個室で管理しなければいけないということで、個室の数が非常に足りなくなっていました。

今回、ちょうどこの1波のあとに、救命救急センターのICUを6床、オープンスペースだったICUの病室を、陰圧個室に改造させていただいて、疑い患者が数多く来ても対応できるような体制を、今はとらせていただいています。

先ほど、板橋区の齋藤先生からもございましたが、私ども、途中からWeb会議に参加させていただいているのですが、Web会議を通して、区内の感染

症を診ている医療機関の病院長の先生方と、生の情報交換をして、受け入れ状況とか、あるいはPCR検査等についての意見交換をしたのが、非常に役に立ちましたし、また連携には非常に重要なかなというふうに思いました。

○増田座長：どうもありがとうございます。

練馬区の齋藤先生、お願いします。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

2つありまして、一つは外来の問題なのですが、実は外来の初診を診るクリニックが、病院の外来もそうですし、あと救急もそうですし、それ自体に対するいろいろな手当て、支援というのはほとんどないですし、あと个人防护服もそこには直接は行っていません。

なので、そこのところをもう少し手当てしないと、最初のトリアージが大変難しいのではないかなというのが一つあります。

もう一つ、調整本部のことなのですが、今回の第1波でいきなり重症というのが結構いたのですよね。いきなり重症と疑いの段階、けれども、CTなんかを見ると、これはほぼ確実にコロナですよ。

調整本部は、新型コロナとはっきりPCRでプラスになった人以外は調整してくれなかったもので、その重症疑いがすごく大変で、うちでは3例ぐらい、1日かけて病院を探した例があります。

保健所に言っても調整できないし、病院ではもう院内の人を全部かき集めて、東京じゅうに電話をかけまくってました。そこところは東京ルールが動き始めたので、多少いいのかもしれませんが、いきなり重症コロナ疑いというのを速やかに診るシステムをつくっておかないと、ちょっと問題があるかなと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

島本先生、お願いします。

○島本（大同病院）：大同病院の島本でございます。

豊島区は、2月ごろから3月までは、コロナ疑いの患者は少なかったのですが、ただ、うちの大同病院には、2月ごろに武漢から近い、中国のアモイから逃げてきた人がいたのですね。

「これはコロナだと困るな」と思ったのですが、その当時はPCRができないということで、とりあえずだけれども、息苦しいというので、個室対応で独自に入院させました。

ずっと具合が悪かったのですが、1か月以上入院していましたが、それは隔離の状態で対応したので、よかったなと思うのですが、元気になられて帰りました。

そのとき、豊島区の保健所さんにいろいろ聞いてみたのですが、豊島区では、その当時はまだとにかくどういうふうに対応するか、2月ごろはちょっとわからない状態で、指示待ちだったのです。

そうこうするうちに、もう全て、私のところの病院に来る患者さんで疑われる患者は、まず豊島区の保健所にどういうふうにしたらいいかという対応で、発熱の患者さんが来たときが一番怖かったのですが、クラスターになると大変だということで、まず入院はさせられないということで、非常に悩みました。

私のところでは、SARSのときですかね、一応、感染症対応病院に手を挙げていたものですから、その流れで、私のほうにも東京都から「診てください」という指令が来まして、それで診させてもらっておりました。

そういうことで、防護服とか何かも送っていただきまして、それから軌道に乗って、非常によかったわけなのですが、豊島区で都立大塚病院があるのですが、そこでたちまち職員にコロナ感染者が出てしまっていて、ちょっと閉鎖とかというようなことがありまして、結局、PCRをやるのは保健所と、それから私のところということで、やらせていただきました。

それから、私のところは一般の救急病院もやっているものですから、救急隊が連れてきたときに、発熱者は結局コロナの患者だともう入院させられないということがあって、それが一番困ったわけですね。

現在もやはり発熱患者については非常に苦労するわけですが、私のところはコロナの患者さんのベッドと、それからコロナ疑いの患者さんのベッドを分けて、個室対応でやっております。

ただ、これも、重症になりますとやはり人手が非常に大変ですから、そういう重症者は直ちに病院を探して、私のところの近くに国立医療センターがあるので、どうしてもそこへお願いすることになるのですが、そこがだめという場合は保健所で探してもらおうということが現状でした。

これからは連携といっても、中小病院の場合は大してお役に立てないかもしれないということがあるのですね。それは、やはり重症になったときにすぐ対応ができないという現実があります。そういうことで、コロナの扱いは今後結構難しいのではないかという感じを受けております。

○増田座長：ありがとうございました。

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

○増田座長：1の議題で、審議事項ではコロナ対応のお話になってしまったと思うのですが、今回新しく生じた審議事項の2つ目ですね。感染症患者など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という審議事項が上がってきました。

東京都では結局、昨年と全然状況が違うので、今年度の病床配分に関しては、感染症患者などを重点的に受け入れる医療機関への病床について、優先的に配分を行おうという案が出てきたわけです。

このような事態を契機として、今後ほかの感染症の発生や急速な感染拡大の事態、それから感染症指定医療機関などの医療機関だけでは、病床確保が困難になっていますので、感染症患者を重点的に受け入れていただける医療機関に関しては、病床を優先配分しようということを検討しています。

資料1と1-2にまとめて、アンケート結果は1-4にまとめてありますので、この辺の優先配分ということ自体の申請要件とか、あと1病院当たりの配分上限数などについて、ちょっとお話を聞かせていただきたいと思います。

ご意見、何かよろしいでしょうか。

今お話にありましたように、中小病院は非常に苦勞して救急の患者さんを診ていただいているのですが、やはり院内感染が起こると大変だということで、個室対応でうまく乗り切ったということでした。

では、練馬光が丘病院の光定先生、いろいろ苦勞されたと思いますが、何かご意見、よろしいでしょうか。

○光定（練馬光が丘病院）：練馬光が丘病院の光定です。

大変苦勞したわけですが、その後小児科の病棟の患者さんをほかに移して、そこにコロナの患者さんを集めて、同じフロアに持っていったりして、何とか対応していました。

当然、新病院も計画しているのですが、そこではかなり余裕もありそうですので、今後の対応についてもしっかり検討していきたいと思っております。よろしくお願いします。

○増田座長：ありがとうございます。

病床だけ配分すればコロナが診られるかということ、お金も装備も人も必要ですので、なかなかそれだけで片づく問題ではないと思うのですが、優先配分に関しては、賛成の意見がもちろん多いのですが、反対の意見も結構見られました。

反対の先生にご意見をお伺いしたいのですが、まず、要町病院の吉澤先生、この優先病床配分に関して、アンケートでは反対という意見をいただきましたが。

○吉澤（要町病院）：要町病院の吉澤です。

反対というよりも、感染症に限ってという形にすると、うちの病院は結構発熱外来的に診ていて、それでトリアージはしています。ただ、入院とかそういうので受けることはしていません。

うちは元来、がんの末期の緩和ケアの患者さんが6割、7割で、慢性呼吸不全の急性増悪の患者さんが2割、3割で、そうすると、もし感染症を受けたりして、中で感染症がはやると、もう一気にその患者さんたちが危ないわけです。

ので、やはり病院の機能区分的に、病院の疾患ごとの役割分担も必要だろうなと思います。

だから、うちの院長の兄と相談したのが、コロナをお手伝いするよりも、今診ているがんの患者さんとか慢性呼吸不全の患者さん患者さんたちの急性期病院として、対応しようという形にさせていただいているので、余りコロナとか感染症のみにという形を重点的にするのはどうかなという意味で、反対という形になりました。

あと、ちょっとここで1つだけ、在宅もやっけていまして、在宅でがんの末期とかを診ていますと、家族がお見舞いにも来るし、いろいろな人が出入りしていて、急に息苦しいという状況ががんで出ているのかどうか。ただ、ほとんど動かさない。PCRセンターに連れていくわけにはいかない。

僕たち自身の対応をどうしたらいいのかというのが、在宅ではかなり難渋することが多く、在宅の場合はどういうふうに対応したらいいかというのも、ぜひお考えいただきたいと思います。在宅連合学会では、ある程度、「日本在宅ケアアライアンス」とで指針的には出していますが、なかなか難しいのが在宅の現状です。

○増田座長：ありがとうございます。

それぞれの役割分担という点では、吉澤先生のおっしゃることが非常に心に響く部分があったのですが、関野病院の関野先生も反対の意見というか、先ほど申し上げた、「病床だけあればいいのではないか、何とかなるという話ではない」ということで、ご意見をいただいたのですが、関野先生、よろしいですか。

○関野（関野病院）：関野病院の関野です。

病床を優先配分しても、そこに充てる人員がそろわないと意味がないかなと思います。ここもそうなのですが。

むしろ、それでしたら、既存の施設に優先的に物資とかお金とか人を集めるほうがいいのではないか、そもそも増床する意味があるのかなと思っているわけです。

2点目は、これはコロナが終わったあと、その人員を抱えた病院にとってはとても経済的な負担になると思うのです。

そうしますと、やむを得ず一般床に変更ということになるのかと思うのですが、そうしますと、今回の趣旨とはちょっと違って来るのかなと思ひまして、反対ということで出させていただきました。やはり役割分担が重要になってくるのではないかと感じております。

○増田座長：ありがとうございます。

優先配分を行うかどうかはまだ決まっているわけではないのですが、行う場合にはどのような要件が必要かというふうなことです、これはぜひこの場ですぐ言いたいという先生はいらっしゃいますでしょうか。

では、ある程度の規模の病院ですが、スペースの問題、人員の問題、院内感染の問題がありますから、要件ということではかなり厳しくなってくるのかもしれませんが、明理会病院の金丸先生、優先配分や、その要件について、何かご意見をよろしいでしょうか。

○金丸（明理会中央総合病院）：明理会の金丸です。

確かに、例えば当院のように本当にスペースがない病院、我々は駅前の病院なので、さすがにこれで突然スペースもないところにさらに増やしていくことの難しさがあります。

先ほどから話が出ているように、やはり今回のコロナにおける一番の問題点、難しいところは、最初の段階でコロナと診断されない発熱の患者として外来を受診したり救急で来たりするところだと思われま。

そういったところに使えるエネルギーが非常に大きくて、そういったところに対する配慮、及び、先ほど関野先生がおっしゃったようなマンパワーがなければ、とてもベッドだけいただいてもどうにもならないという現状でもあります。

ですから、こういったスペースの問題、マンパワーの問題、現実としてのコロナの難しさ、特に発熱の、いわゆる疑い症例の問題、こういった3点から病床のことは考えていかなければいけないのではないかと感じています。

○増田座長：ありがとうございます。

結局、パンデミックが終わったあとどうするかとか、あと経営的な問題では、それぞれの病院の先生が非常に苦勞されたのに、ボーナスが払えないとか、院長の給料をカットしたとか、いろいろなケースがあると思うのですが、

では、この件に関して、何かほかにご意見はいかがでしょうか。

齋藤先生、お願いします。

○齋藤英治（板橋区医師会）：板橋区医師会の齋藤です。

この優先的に病床を配分するというのが、どういうところから出てきたのかなというのがちょっとはっきりわからないところもあったのですが、病床が、そういう専門のものが増えるというのは、私としては賛成は賛成なのです。

ただ、皆さんおっしゃっているように、マンパワーを集中させて、感染症を専門的に診るような態勢が整っているようなところでないと、優先的に与えるといっても無理なのだろうと思います。

そういうところには、逆に言えばドクターが複数名、その専門の方がいらっしゃるとか、そういうところであれば、専門的な治療をするということでの感染症の病床があってもいいのかなとは思いますが。

ただ、こういう非常時であれば必要なものであるけれども、地域医療構想の中で急性期が多いのではないかという議論があったところで、また急性期の病床を増やすというのは、今までの流れからするとちょっと逆行するのかなと思われる。

確かに、このコロナのことで、当然そういう発想は必要なのかもしれません。が、やはりそのあと、空床としてそこを常に空けておく必要がある病床なのか、平時は急性期と普通の病床として使うのか、その辺りの議論は当然必要なのかなと思いますし、東京都がどういうふうにその辺りを考えているのかというのは、逆にちょっとお聞きしてみたいところかなと思います。

○増田座長：百年に一度の疫病ですから、それに対応するために急きよこの話が出たのですが、東京都のほうから、その辺、何かご説明いただけますか。

○江口課長：今回広くご意見をいただいた上で、どういう形で決めていくのかというところの意見聴取が、今回のメインになっています。ですので、皆様方の意見を聞いて、今後の配分のほうに活かしていきたいと思っておりますので、まだ結論が出ているわけではございません。

○増田座長：ありがとうございます。

(3) 「地域医療支援病院の役割 (災害医療・感染症医療) について

○増田座長：ちょっと時間も押してきましたので、優先配分の話が出ましたが、その次の3も同じ系統の話で、申請要件をフロア単位で50床についてどのように考えるか、それから、地域医療支援病院の役割についてというようなことで、一緒に話したいと思います。

結局、今の話だと、こういうふうな激しい状況の変化に対応するためには、非常に協力的で使命感を持っている先生方の病院が、非常に役に立ったというか、ありがたいと思っています。

ただ、結局、緊急時とか、状況が変わったとか、災害もそうですし、地震もそうですし、台風もそうですし、川の氾濫もそうですが、そういう緊急時の機能分化とか、あと病床とかスタッフ自体も、結局、それぞれの場合に対応していても、それが終わったらまた元に戻るというふうなことが、今後大事になってくるかと思うのですが、

その辺について、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」というふうなアンケートもさせていただいているのですが、ご意見はいかがでしょうか。

反対の先生に聞いたほうがいいですね。また吉澤先生が地域医療支援病院の役割について、こういう要件は一応、本当の反対かどうか分からないですが、反対と書かれています、吉澤先生、またよろしいですか。

○吉澤（要町病院）：要町病院の吉澤です。

これも先ほど言いましたのと同じで、地域医療の中にはがんの患者さんがいますし、慢性呼吸不全の患者さんもいますし、神経難病もいます。

そうすると、災害のほうは入ってもいいと思うのですが、その感染症医療のほうも地域医療病院の役割とするのは、地域医療ということの名目がちょっと違うかなと思ひまして、一応反対に1票入れました。反対ばかりですみません。

○増田座長：ありがとうございました。

では、行政のほうの意見もちょっとお伺いしたいと思いますので、豊島区の健康担当の榎原さん、よろしいですか。賛成されていますが、いろいろな状況に対応できるようにということだと思ひますが、よろしくお願ひします。

○榎原（豊島区保健福祉部健康担当）：豊島区の榎原でございます。

私はちょっと吉澤先生ほど深い知見もないものですから、私はどちらかというと、感染症よりも災害医療についてということで、機能的にはどうしても地域的に豊島区内には大きな病院が少ない、ほとんどないということで、都立大塚病院が災害時の中核的な病院になっているわけです。

それ以外の病院さん、いくつか中小ということであるわけですが、災害時に移動ができないということを考えると、やはり身近なところが災害時の医療をある程度担っていただくということが必要なのだろうなということで、私どもは賛成と書かせていただいております。

吉澤先生のように、普段からの病院の機能分化というようなことも含めて、深く考えていたわけではないですが、どうしても行政としては地域医療イコール災害時の医療も兼ねていただくというのが、理想的なのかなということで、ちょっと書かせていただいたというところでございます。

○増田座長：ありがとうございます。

齋藤先生、お願いします。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

確認ですが、今は地域医療支援病院についてですよね。地域の病院についてではない。地域支援医療病院は、診療報酬上特定の条件を持った病院、その病院がどうするかというお話だと思うのですが、それでよろしいですか。

○増田座長：はい、そうです。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：そうすると、今のお2人の話は若干違うのかなと思って、地域医療支援病院という診療報酬上のカテゴリーに入っている病院については、やはり災害とか感染とかについては、一定の役割を持つのは当然かなと思ったのですね。

ただ、多分、資源の問題とか人の問題とか、足りなくなるので、そこをどうするかということは考えなければいけないと思いました。

○増田座長：ありがとうございます。

宮崎先生、お願いします。

○宮崎（東京北医療センター）：東京北医療センターの宮崎です。

地域医療支援病院の中の東京北医療センターの立場からお話しさせていただきますと、やはりある一定の役割を果たすべきではないかと思っております。

といいますのは、やはり連携が一番大事ですので、今回の感染とか、もちろん災害もそうなのですが、これこそ連携なのかなと考えまして、うちでやるとか、そういう点だけではなくて、周りとの関係が非常に重視される分野かなと思っておりますので、余り要件、ハードルを上げるのもどうかとは思いますが、やはり必要ではないかなというふうには思っております。

○増田座長：ありがとうございます。

ハードルの話が今出ましたが、確かに、感染症と災害というのは、対応することが違うけれども、それにいかに適応して対応できるかということだと思っています。

板橋区保健所の鈴木所長からは、この両者の対応能力を求めると、この地域医療支援病院の認可についてどうかというふうなご意見をいただいています。鈴木所長、よろしいですか。

○鈴木（板橋区保健所）：板橋区の鈴木です。

地域医療支援病院の中にはいろいろな機能を持っていただきたいとは思いますが、災害と感染症はやはりちょっと違うのかなと思って、「どちらとも言えないというふうにさせていただきました。

○増田座長：ありがとうございます。

もう時間もかなり過ぎていきますので、この件も含めて、前に戻っても結構ですので、何か「この意見だけは」という先生はいらっしゃいますか。

今泉先生、お願いします。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉です。

やはり、確定した患者さんならいいのですが、疑いの患者さんを診ている医療機関が、東京ルールでどうなるかというのが1点あります。

先ほど、吉澤先生から出されましたように、在宅の患者さん、特に在宅の患者さんが濃厚接触になった場合とかになると、どうやって支えるかということで、入院ということも必要になると、それは個室対応になってしまうので、そういう形での見方が地域の病院では必要かなと思いますが、個室が十分にあるかどうかという点もあります。

あと、透析の患者さんについては、別途、疑いとなった段階で入院治療が必要になったときに、受け入れがやはり少ないのかなと思います。

それから、地域包括ケアシステムの中では、高度急性期の病院からリハビリ等々で地域包括ケア病床とか、あるいはリハビリ病棟とかに来るのですが、そこでやはり感染症の患者さんが発生してしまう、持ち込まれてしまうリスクが

あると、どうしても流行期にはかなりその流れがとまってしまうような恐れがあるということで、いろいろ問題点がまだあるかなと思います。

以上のような問題がありますので、そういう点では連携がやはり重要なかなと思っています。

○増田座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。関野先生、どうぞ。

○関野（関野病院）：関野病院の関野です。

災害医療と感染症医療なのですが、これはやはり完全に分けないといけないと思うのです。

災害医療のほうは、災害時でアクセスが寸断されますから、各地域でアクセスを増やしたほうが良いと思います。

一方で、感染症治療のほうは、逆にアクセスを絞ったほうが良いと思うので、これは同列では考えないほうが良いと考えております。

○増田座長：ありがとうございます。

ほかにご意見はよろしいでしょうか。

ちょっと状況が揺れているところですので、意見をまとめづらいのですが、活発なご意見をありがとうございました。本日の議論の内容に加えて、ほかの圏域の調整会議での意見を整理し、次回以降の調整会議やさまざまな施策に活かしていきたいと思います。

本調整会議は地域の医療機能について情報を共有する場ですので、この場において情報提供を行いたいということがありましたらお願いします。

練馬光が丘病院から情報提供が1点予定されています。光定先生、よろしいでしょうか。

○光定（光が丘病院）：光が丘病院の光定です。皆様、お疲れのところ、どうも申しわけありません。

実は、ちょっとご報告になりますが、本調整会議で、平成30年に当院の新病院における115床の増床についてご検討いただき、昨年、福祉保健局から認められたわけです。

その中身として、急性期15床、回復期100床、うち回復期は回復期リハビリテーション50床、地域包括ケア50床となっております。

ところが、ことし4月に診療報酬改定がありまして、400床以上の病院は地域包括ケア病棟を持つことができないということになりました。

そこで、当院といたしましては、地域包括ケアに予定しておりました50床につきまして、現在の区内の人口増加傾向、高齢化傾向、それから医療の意義を勘案して、急性期45床、これは新病院で予定している新たな標榜科とか今後予定する診療科がございますので、この45床を急性期、それから回復期のほうを、50床の予定だったところを55床にさせていただければと考えておりまして、

現在、練馬区並びに練馬区医師会にご相談している最中ですので、本会議においてご報告させていただきました。どうぞよろしくお願いします。

○増田座長：ありがとうございます。

ほかに情報提供及び追加はよろしいでしょうか。

では、最後に東京都医師会のほうから、何かございますか。

○土谷理事（東京都医師会）：東京都医師会の土谷です。

時間も押していますので、手短に2点だけお話ししたいと思います。

1つは病床配分の話です。病床配分は、これはもう定めに従って配分されることとなります。

今回感染症の話で50床、これは病床配分が決まっている中でさらに50床というわけではなく、配分される中で感染を診てもいいよというところは、優先的に配分しますよということです。

そういうことで、ちょっと勘違いされている先生も、もしかしたらいらっしゃるかなと思って、お話しします。今まで以上にさらに増やすというわけではないです。

それからあと、帝京の坂本先生がおっしゃっていましたが、コロナだけではないですが、Web会議の効用についてです。

集まって話をしなくて、こういうふうにできるからいいというだけかと思っていたのですが、実際、ちょっと話しましたが、コロナの対応をいかに早く、スピードを持ってやらなければいけないというのは、皆さん実感されていたと思うのです。

それにおいてWeb会議というのは非常に威力を発揮します。帝京大学のあ
る板橋では、Web会議をなされていましたが、ほかのところではそこまでは話は聞いてはいません。

もしなければ、ぜひ今回を機に構築していただいて、繰り返しになりますが、感染だけではなくて、災害のときも、災害のときはインフラ自体が壊れてしま
うかもしれませんが、こういうふうにネットワークをつくっていくことは、非
常に有用だと思います。

医師会が中心になるのか、行政が中心になるのかわかりませんが、それぞれの
地域でこういったネットワーク、特にオンライン会議というものを構築して
いただけたらと思います。

○増田座長：土谷先生、ありがとうございます。

本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しします。

3. 閉 会

○江口課長：皆様、本日は活発なご議論をいただき、ありがとうございました。

最後に事務連絡がございます。

本で行いました審議事項の内容につきまして、さらに追加でご意見がある方
につきましては、アンケート用紙をお使いになって、東京都福祉保健局宛まで
お送りいただければと思います。

また、Web会議の運営方法等につきましては、「ご意見」と書かれた様式
を東京都医師会まで、終了後2週間以内にご提出をお願いいたします。

それでは、本日の会議はこれにて終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)