

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、民間病院は軽症患者又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】

- ・重症・中等症患者への対応

【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】

- ・重症・中等症患者への対応
- ・感染症重症患者の入院治療
- ・稼働率が低い公立病院について、エクモや人工呼吸器などを配備してコロナ専門病院に転換し、第二波に備える。
- ・コロナ終息後は、将来未知の感染症が急増した時に即時患者を収容できるような「感染症専門病院」として、最低限の機能を維持できるような状態に変更

【民間病院の役割として取り組んでほしい事項】

- ・軽症患者への対応
- ・軽傷患者への対応や患者のスクリーニングを行う

【かかりつけ医の役割として取り組んでほしい事項】

- ・保健所とともに地域住民からの発熱相談などを受け、発熱外来やPCR検査センター、しかるべく病院に紹介
- ・軽傷患者への対応や患者のスクリーニングを行う
- ・発熱患者や肺炎患者

【その他】

- ・入院受入困難な病院においても、PCR検査を可能とし、外来や訪問診療等で検査が迅速にできる体制の整備が必要。迅速な検査によって、入院受入病院等との密な連携により、速やかに入院か自宅待機等の指示を仰げる連携体制構築が必要
- ・患者の重症度・緊急度における役割分担と感染症管理としての役割分担を明確にした方が良い。今回の新型コロナウイルス感染症では、隔離としての施設なのか、重症対応の施設なのか、分離しているようであったが、実際には重症化が早く、そのような分離がうまく機能しなかったと思われる。
- ・患者を隔離することはどの病院でも同じであるが、病院によって格差があり、どこまでの対応が必要かが明示されず、このことを明示されないと役割分担に関しては一概に言えない。
- ・受け入れ依頼する医療機関の順位を明確にして対応する必要がある。
- ・500床規模の病院で重症患者を診療できるICUと豊富な人員を有する医療機関が重症患者の受け入れを行い、中等症・軽症患者や重症状態から軽快した患者はそれ以外の病院が責任を持って診療する体制が望ましい
- ・重症患者を一律で各病院に分散して診療させようとしている今のシステムでは医療資源が勿体ない。
- ・施設状況に応じた役割分担を、日中や休日夜間に分けて柔軟に設定して、多くの医療機関が協力して東京都の補助金援助も受けられるシステムにすることが理想的
- ・既存の役割分担がこれまでの新型コロナの対応でどの程度実行されたのかを検証する方法はないか？例えば、診療協力病院の受け入れ実績に極端な偏りがないか？
- ・役割分担の実績を事後で評価し財政的にも社会的貢献度としても評価する仕組みを検討する必要もあるのではないか。

(2) 患者の受入・転院など医療連携についてどう考えるか。

【情報共有の流れの統一が必要】

- 病院-病院間の連携
  - ・コロナ感染の可否、擬陽性も含む患者のトリアージが必要
  - ・コロナ受入困難病院は、コロナ感染以外の患者の入院を可能な限り、引き受けることが重要
  - ・重症患者を診療できる病院と、中等症・軽症を診療する病院間を容易に連携して相互に患者搬送できるシステムが必要
  - ・慢性期病院、精神科病院では高齢者が多く、発症した場合は院内感染の拡大が避けられず、発生時に早急に受け入れていただける病院の存在が必要
  - ・中等症や重症化の可能性がある患者は円滑に専門機関に紹介できる医療連携の構築が必要
- 病院-診療所間の連携
  - ・PCR検査を優先し、迅速にかかりつけ医が判断できる体制が急務
- 病院-行政間の連携
  - ・パンデミックになった場合は、介入・指導等以外は、対応困難であることも踏まえ、病院-病院、病院-診療所の連携と迅速な検査が必要
  - ・今までに築いてきた地域連携・機能分担の考え方を踏襲すべき
  - ・病院-病院、及び病院-診療所間での受入調整には長時間を有する事例も報道されている。そのため、最初の段階で、受け付けた患者のトリアージを、保健所が行うべき。現場任せとしないことが必要であって、緊急事態宣言が発令された場合には、強制措置により対応すべき。
  - ・行政が中心となって連携が機能するスキーム作りが必要

【受入・転院のルールが必要】

- ・転院先の選定にあたり行政の強い関わりが必要
- ・感染症患者の診療所もしくは行政から病院への受入要請に関して、ある程度事前にルート整備されていれば、連携が進む
- ・受入時・転院時の連携体制を構築するためにも、感染症指定医療機関から、感染症への対策等の情報提供が必要
- ・新型コロナウイルス対応は、①感染伝播抑制対応と②重症度治療(例えばECMO)の2側面がある。感染は重症度による階層構造ではないので、従来のような重症度による上り搬送・下り搬送の医療連携だけではうまく機能しない。感染伝播性を持つ患者の隔離機能・能力による医療連携が必要
- ・疑似症や合併症の有無に分けて搬送や受け入れ先を調整していくことが必要。救急車の手配についても変わっていくので、一定の指標なども必要
- ・南多摩医療圏では急性期病床が少なく、しばしば他圏域の医療機関に搬送されている。さらなる連携、病床確保の充実が必要
- ・宿泊や自宅療養も含めた、かかりつけ医や病院の医師間での病状変化時の患者搬送・受け入れ体制のネットワーク再構築が役割分担の効果的・効率的稼働には必要

## 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、賛成意見又はどちらとも言えないという意見有

○賛成意見(10名)

- ・現在のところ、最優先すべき課題であると考え
- ・病床については確保がされているが、外来診療が滞っている部分があり、充実が望まれる。
- ・既存の病棟で感染区画を作るには時間を要す。他病棟への患者転床のベッドコントロールを行って、大部屋の個室利用など空床を多数作る必要があり、病院運営上かなりの負担。補助金を付けた病床優先配分は非常に助かるが未だ不十分。
- ・感染病床増設予定の医療機関で、感染症に特化した病棟を作って新型コロナ患者を受け入れるなら、その部分には積極的に新たな病床優先配分が必要。しかし、感染病床も作るからとの理由で、感染病床以外の一般病床を新設の病院に合わせて配分するのは不適切
- ・感染症患者受け入れによる損失の補填の意味では、優先配分を充ててよい。しかし基本的には、行政が財政的な補償をするべき
- ・やみくもに準備や対策ができていない病院に要請があっても対応ができないため。
- ・感染対策室のような感染に特化した部門があり、対応できる状態でなければ対応は困難と考える。しかし、本来の救急医療や、高度手術などにも影響が出て、先々の病院経営にもかなりの影響は出ている状況。
- ・①感染症患者受入病床の優先配分は不可欠であること ②これまでの地域医療の過不足な内容(回復期機能、2次救急機能、在宅医療機能等)についても、優先配分をすべきと考える。さらには、感染症受入重点病院に対しては、大幅に減収した経済的な補填を含め、経営の継続性を担保する財源保障が不可欠である。

○どちらとも言えない(7名)

- ・covid-19の患者さんを病院が受け入れる場合、その治療にかなりの医療スタッフを振り分けなければならない、かなりの通常診療を休止せざるを得ない状況であった。医療スタッフが増えない状態で病床数を増やしてもその分患者さんを受け入れることは不可能ではないか。
- ・多少の病床のゆとりは必要かと思うが、常に使うとは限らない病床を配分するのはどうかと思う。
- ・基本的には賛成だが、病床の優先配分の内容について、具体的な数字を示すなどもう少し詳しい説明が必要
- ・地域医療構想は、今後の高齢者の増加を見据えて、回復期、維持期の病床を確保することが大きな目的であると理解しているが、感染症病床を優先的に増やすことで、これまでの議論と矛盾しないかどうか、地域での意見調整が必要
- ・現時点までの新型コロナの経験を踏まえて、新型インフル関連計画で想定していた事態と現実との乖離を再検証はできないか。不採算医療である感染症対応に加え、かつてない受診者減を経験している病院が優先配分に対してどう考えるのか？優先配分された病床の実績見合いの事後評価など病院経営の視点での議論も重要
- ・救急告示医療機関など救急医療体制を通常から整備している医療機関への配分となる懸念がある。
- ・高齢化を踏まえた転院調整や、圏域内収容など地域で診ることができる体制を崩す可能性もある。
- ・感染症患者を受入れていただくインセンティブになるか不明
- ・病床を多く配分しても、その病院でクラスターが発生して機能が止まれば、その病床を配分した意味がなくなる。その意味では、有事のときだけ機能する感染症専門病院つくったうえで、専門病院で受け止められない部分に対しては、できるだけ多くの病院に感染症に対応できる病床をもってもらうことで対応する必要があるのではないかと。

○反対意見(1名)

- ・平時におけるベッド配分と、感染症拡大局面における非常時のベッド配分は、分けて考えるべき。緊急事態宣言が発令された場合に、強制力を有する措置の観点から検討すべきであって、事前の役割分担の定めが不可欠

(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】

- ・感染対策と重症度治療が可能な施設が望ましい。感染面では陰圧室などのハード面だけではなく職員の技術能力も含めた感染防御能力、医療面ではいわゆる集中治療管理が可能な施設が望ましい。

【院内感染対策】

- ・優先配分するには、かなりの医療スタッフの拡充が必要であり、スタッフの確保がないままでの病床の配分は、院内感染や医療従事者の疲弊を招く危険がある。
- ・優先配分の中でも院内感染を防ぐ配慮が必要です。そのため、一般病室と感染区画の十分な分離、前室の整備、陰圧等の気流の調節、余裕のある看護配置基準、感染管理看護師が必要
- ・感染症患者様と一般の患者様が交錯しないようにできれば、ICU以外でもフロアの一部を入院区画として認めてもいいのでは？
- ・必ずしも病棟単位である必要はないと思うが、少なくとも患者の導線が分かれていることや、物理的なゾーニングが可能なことなどの要件は必要と考える。

【経験・実績等】

- ・感染症医療への経験と合わせて、夜間や休日などにも感染症患者を受け入れる体制が整っていること

【その他】

- ・①感染症等入院受入医療機能については、財源含め、高度集積なる体制がある病院と医療従事者への所得や労働災害補償等の要件が不可欠。 ②これまで地域医療構想会議で議論してきた「回復期機能、救急機能、在宅医療機能」についても、優先配分すべきであり、コロナ終息は、2年から3年掛かると思慮し、医療圏において、必要な機能を拡充すべきであり、その要件は、DPCデータや都データ、地域医療実態からの根拠に基づき決めるべき。
- ・優先配分を受ける病院の経営にも悪影響が出ることが予想されるため、資金的な援助も必要
- ・新型コロナ受け入れ重点病院、新型コロナ地域救急医療センターを優先すべきと考える。
- ・看護配置に関しても重症者に何名、中等症・軽症者に何名等の基準も必要
- ・①感染症患者の積極的な受け入れを半ば義務化することを考慮。 ②10年に一度のパンデミックとすると、感染症流行のない期間も医療機関からの依頼に積極的に応じてもらいたい。
- ・常に空床としておくのではなく、有事の際以外にも有効利用される病床であればいいのではないかと
- ・優先配分され確保されているため、病床を常に開け対応するが、陽性者が来ることは少なく、高齢の寝たきり状態で、誤嚥性肺炎からくる発熱呼吸器症状のある患者に対し、PCRを実施すれば、対応病棟の病床を使用してしまい、すぐに満床となってしまいます。その後も、結果が出ても対応病棟からの退院・転院であると退院支援も円滑に進まず、後方ベッドの確保も必要となる。優先配分の病院には、疑いが強い方を優先的に回し、別のランクの病院が、一時的なトリアージを行える体制が必要
- ・病院経営の視点での議論も含めた、現実的な要件の確認が必要
- ・実効性の担保を保証する制度の確立
- ・優先配分とするのではなく、非常時に備え、必要に応じて予め国や都が病床を指定し、病床改装などの経費を負担して、対応すべき

(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。

○多くの委員から賛成意見が有る一方、どちらとも言えない又は反対意見も有

○賛成意見(8名)

- ・病棟単位での申請は理にかなっている
- ・感染に特化した病床であれば50床を上限が妥当
- ・どの病院も新型コロナ患者だけを診療するわけでは無いので、1看護単位以下1フロア単位以下での受け入れ設定が望ましい。ただし、全病床を重症新型コロナ患者に充当する病院があるなら、申請上限を撤廃しても良い
- ・隔離が必要な病棟単位が最大であるとする。
- ・1病棟あたりが妥当である。但し、平時の利用方法について定めておく必要がある。

○どちらとも言えない(6名)

- ・今回の配分が、感染症病床のみの配分なら十分と考えるが、一般病床などを含んでの上限であるなら、検討の余地はある
- ・具体的病床数をベット数のみで考えるのか、感染症対応に必要な医療資機材もセットで考えるのかにも関連する。
- ・病院規模に因るが、1病院あたり50床は感染対策と集中治療から現実的な観点からは困難な数字であると思われる。民間の二次救急医療機関は人工呼吸器は5台前後保有、ECMOに至っては皆無の人材・機器・熟知が現状と予測する。
- ・病床増に伴う人員体制の拡充が地域の人的資源に影響を及ぼす可能性があるため、人材育成・確保と両輪で進める必要がある。
- ・判断できるだけの情報を持っていない。
- ・地域や病院の状況をみて、100床を上限としても良いのではないかと。

○反対意見(4名)

- ・感染症等受入体制を考えれば、50床程度が限界である。しかし、これまでの地域医療構想調整会議で必要とされる機能を有する機能は、果たして、50床(病棟1単位)で対応できるか。また、病院老朽化に伴う移転新築や新規に必要な機能と根拠がある医療機能(2次救急、回復期、在宅療養支援等)の場合、特例として、100床(病棟2単位)までは認めるべき。
- ・病棟単位・フロア単位とするのであれば、50床を超えるところもある。50床を上限とするのであれば、使用できない病床に関する補償を明示すべき。
- ・手上げ方式による申請を基に、優先配分を行うことに反対である。増床をするうえでは、医療従事者の確保が不可欠であって、50床指定してもそれに対応できる医療従事者を配置できるものではない。
- ・現実的には50床上限は妥当かもしれないが、各病院の診療能力によって個体差があるので特に決める必要はないと考える。

### 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、賛成意見有

○賛成意見(12名)

- ・地域医療支援病院は日常診療で紹介、逆紹介のやり取りがある、顔の見える関係にあるので感染症についてもこの関係が継続されることが望まれる。ただし、感染症医療の提供は医療スタッフ、病院経営にかなりの負担を強いることになる。地元医師会との共同の診療体制の可能性も検討すべき。病院経営に対する援助は必須。
- ・災害も感染も急性期医療。地域医療支援病院の役割に当然入っている。ただし、病院機能によって患者の重症度や疾患の受け入れに差異があるので、指定する内容は柔軟にすべき
- ・現在の指定病院にそれだけの提供能力があるか否かが不明。当然能力を求めたいが・・・
- ・後方支援病院として、機能できるように準備をしていただけると一部の病院に集中することを分散できる。
- ・地域医療支援病院の使命としては、必要であるため能力を求めてよいと考える。しかし、地域医療支援病院に役割的に集中してしまうため、近隣の病院の理解と、協力が必要不可欠
- ・地域医療支援病院は、災害医療・感染症医療を担うのが当然と考えます。
- ・現状として、既に、地域支援病院は、災害医療、感染症医療を提供する役割を担っていることから、現状追認の形になるのではないかと考える。
- ・災害医療、感染症医療の提供体制の確保には、承認要件は必要であると思う。
- ・原則賛成ではあるが、災害医療については5事業に含まれているため必須とするが、感染症医療については努力目標でもよいのではないかと。

○どちらとも言えない(6名)

- ・都立病院等は税金で経営が継続できると推測するが、民間や大学付属病院は、他人資本や都の補助金に依存する以外ないと考える。現在の病院経営が破綻寸前であることを踏まえ、都から税金等からの補助事業があり、災害・感染症等に対応できる財源が必要である。また、そこで働く従事者の理解は勿論のこと、何等かの給与保障＋特別手当を支給するべきである。
- ・災害医療と感染症医療は異なるものであり、どちらかの機能を選択させる方が望ましい。感染症領域は新興感染症や未曾有のウイルスを二次救急病院病院も担う事は救急医療崩壊や命の軽視と患者・遺族には感じさせて仕舞う。
- ・どこまでの能力を求めるのか？にもよる。今回は地元医師会が病院を拠点としたPCRセンターの運用に応援医師(診察や検体採取)として協力する話し合いまでは行われたが現実には実現しなかった。
- ・効率的な地域医療体制の構築にはかなうが、負担の偏重となる可能性もある
- ・災害医療については賛成。感染症医療については、通常の重症救急患者の受け入れに影響がないか慎重な判断が必要

○反対意見なし