

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軽症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】

- ・重症患者の受け入れ
- ・まずは感染症指定医療機関で一時収容・対応するべき。ある程度感染経路、臨床経過が明らかになった時点で民間病院、診療所等と役割分担を行う。
- ・ECMOや防護衣および感染症専門医などの物的・人的医療資源を集中させる。
- ・警戒期(Alert Phase)では、感染症指定医療機関が中心となった患者収容

【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】

- ・重症患者の受け入れ
- ・患者数が増加して感染症指定医療機関の病床では対応しきれなくなった場合には、公立・公的医療機関が収容
- ・ECMOや防護衣および感染症専門医などの物的・人的医療資源を集中させる
- ・一部公的医療機関で200床以上のところは軽症のコロナ患者を収容し、感染症専門医を派遣して指導を受けながら診療
- ・パンデミック期では、感染症指定医療機関以外の病院のそれぞれの役割を明確にして、感染拡大をできるだけ少なくする努力をする。

【民間病院の役割として取り組んでほしい事項】

- ・地域支援病院や特定機能病院は中等症以上の重症者対応に専念
- ・中等症～軽症患者を対応可能な民間病院が引き受ける
- ・軽症者～中等者への点滴や酸素投与などを実施
- ・軽症下りへの対応
- ・200床以上の病院は軽症のコロナ患者を収容し、感染症専門医を派遣して指導を受けながら診療
- ・民間病院で、産科や透析、また同一建物内に老健を併設しているなど、その施設によって条件がそれぞれ違うのですべてが同様の役割にはなれない。

【かかりつけ医の役割として取り組んでほしい事項】

- ・軽症者や無症状の濃厚接触者の検査を担当
- ・陽性者は保健所が宿泊施設あるいは民間病院に紹介
- ・かかりつけ医で可能な検査は制限をかけることなくできる限りの検査を行えるような体制が望ましい。
- ・地域の発熱外来やPCRセンターを作り、そこに交代で出務

【その他】

- ・1施設に軽症や中等症・重症者を含めた患者が集中すると、癌、周産期、心臓や脳神経疾患、救急医療が制限されるため、この機能をどの医療機関が担うのかを考える必要がある
- ・各病院の特徴や地域特性などを明確にした上での役割分担を設定すべき
- ・軽症者が重症化することに慣れていない医療機関が急性期診療を担うとリスクが高くなるため、急性期診療も治療経験のある医療機関が望ましい。
- ・軽症例及び軽症化した患者の受け入れ、また高齢者等の宿泊施設対応が難しい患者を受け入れる医療機関を圏域内で拡充、調整していく必要がある。
- ・診療所や小規模病院において非感染患者さんと分離した診療は極めて困難。疑い患者については、対応可能な医療機関へ直接受診可能な受け入れシステムが必要
- ・患者と医療資源を、集中させる方向がのぞましい。

(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
- ・通常の診療時間外などでもホットラインのようなものを活用し、緊急時(軽症者の症状悪化時)には連絡がとれるような体制が望ましい。
- ・コロナ陽性が判明した患者の紹介がスムーズに行えるような仕組みの充実が望まれる(夜間・休日など)
- ・入院可能な病院を各医療機関に通知し、スムーズな受け入れ態勢、連携を図るべき。

○病院-行政間の連携

- ・医療資源や病院の受け入れ状況について、随時情報公開すべき
- ・重症度に応じた受け入れ体制を構築するため、保健所が地域の司令塔を担うのが望ましい。
- ・指定感染症の場合、受け入れ・転院に保健所が関わるケースが多いため、保健所の機能をより拡充する必要がある
- ・BCポータルでの正確な情報共有が必要
- ・入院受け入れは、ピーク時は、BCポータルに登録していても要請が来ないことがわかり、北多摩南部は三鷹、調布、府中の一部は、医療機関同士で直接患者の転院を連絡しあった。普段からの顔の見える関係が大切

【受入・転院のルールが必要】

- ・フェーズや地域によって、行政関与型の転院と病院主導型の転院とが明確な基準なく行われた印象がある。フェーズや感染症医療の充実度合いの地域性を勘案した緩やかなルールを示してはどうか。
- ・緊急時の応援体制の組み方も仕組みづくりが必要
- ・受入・転院などがスムーズとなるよう、ある程度のきめ細かな予めの手順策定、患者、住民への案内が必要

【その他】

- ・すべての入院医療機関が陰圧室ないしは陰圧テントなどを備えられるような公的補助も必要

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。

○主に、どちらとも言えない又は賛成意見に分かれた。

○どちらとも言えない(11名)

- ・人員に関する外部からの応援体制が必要
- ・医療機関の医療従事者の確保ができない状況が生まれないように条件設定等が必要
- ・病院側が重点的に受け入れる意向があればよいが、都からの強い意向で優先配分の体制をとることに對して、経営や風評被害など様々な影響に対する補償があるかどうかにもよる。
- ・あまりに数件の医療機関に配分すると、1~2医療機関でクラスター発生時に、他で対応しきれないので、あまり限定しないほうがいいのではないかと。
- ・今回の陽性者発生人数あたりでの、必要医療機関数を計算してみてもどうか。
- ・感染症患者の受入のみが病床確保の問題ではないため、その他の状況を把握し、総合的判断が必要
- ・高度急性期医療機関や急性期医療機関にコロナ患者受け入れのための優先配分を行うことについて必要だと考えるが、これまでの地域医療構想調整会議における議論内容にどう組み込まれていくのか整理が必要
- ・具体的なイメージがわからないため判断できない。

○賛成意見(10名)

- ・第二波、第三波の到来に備え、受け入れ体制の整った医療機関の病床を確保することは必須
- ・病床数の多く、マンパワーの多いところである程度の患者(中等症、軽症者上り)を引き受けることで、より医療資源を有効につかえる。
- ・二次医療圏以外の患者も受け入れることが予想される2つの感染症指定医療機関だけでは対応が困難と予想されたため、患者を分散させずに受け入れ可能な医療機関にある程度まとめて優先的に配分する必要がある。
- ・公立・公的等医療機関に加えて要請に応じて感染症患者等を重点的に受け入れる意向のある医療機関に対してのみ病床の優先配分を行うことは問題ないと考え
- ・受け入れ病床数が増加する。
- ・感染リスクの低減。
- ・役割分担が明確になる。

○反対意見(1名)

- ・重点医療機関に患者が集中してしまい、癌や周産期医療、心疾患や脳血管疾患の治療が後回しになってしまう。

(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】

- ・呼吸器や透析器などの資材の量
- ・感染症指定医療機関であること
- ・地域医療支援病院であること
- ・災害拠点病院であること

【人員】

- ・専門職員の配置
- ・対応可能な医療従事者の確保
- ・臨床診療ができる専門医や専門看護師などの職員配置など基本を抑える必要がある。
- ・定期的に研修等を実施する。

【院内感染対策】

- ・十分な院内感染防護体制の構築

【実績・経験値】

- ・今回のコロナウイルス感染症での診療実績(受け入れ患者数・院内感染予防対策の成功など)を評価
- ・救急医療・災害医療・専門性など
- ・急性期の患者には治療経験のある医療機関の対応が望ましい。
- ・今回目覚ましい活躍をした医療機関に病床配分し、新型コロナウイルス感染症の第二波・第三波や未知なる感染症が日本に持ち込まれてしまった場合の感染症治療のリーダーシップを取ってほしい。
- ・①重症患者のADL低下が問題となっているため、リハビリに特化した病院を設けてもらう。②家族内感染を考慮し、小児と成人をセットで入院可能な病院を作る。③ホテルで受け入れ困難な高齢者・基礎疾患のある患者が急性期を過ぎた場合に患者の転院を受け入れる病院を作る。

(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。

○主に、どちらとも言えない又は賛成意見に分かれた。

○どちらとも言えない(10名)

- ・PCR検査が必要に応じて実施できるようになったことで、無症状や軽症の患者も増えていることや退院の要件からPCR検査の陰性が必須でなくなったことが、患者の受入れにどのように影響するのかわからないから。
- ・患者の重症度により受け入れ患者数は大きく変わる。
- ・重症患者を受け入れる病院では、50床は難しい。
- ・何を基準に50床という案が出されているのかわからないため。

○賛成意見(9名)

- ・きちんとした体制を構築できるよう、上限を設け、受入体制に応じた病床数配分が適当と思うから
- ・経営や通常の診療とのバランスを考えた場合に50床(1フロア)が限界と考えられる。
- ・自然災害や院内感染・クラスター発生などで医療機関が診療休止になるリスクを想定して、一か所に集中配分するよりは、一施設当たり20～30床程度でそれぞれの圏域内の複数の医療機関に配分することがより安全

○反対意見(3名)

- ・1看護単位で診療できるのは20例が上限と思われる。20症例以上になると、2病棟以上をコロナ感染症用に配置する必要があり、1病院では負担が大きすぎる。20床を上限として、受け入れる病院数を増やす方がよい。
- ・基幹病院では100床程度は可能かつ必要なのではないか。
- ・病院規模、医療資源も含めた医療提供体制には当然差があり、一律の病床数では既定しにくい。

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(15名)

- ・災害医療、感染症医療の提供は地域医療支援病院に不可欠な機能
- ・災害医療、感染症医療を担う裾野を広げるため、必要なことであると思う。
- ・感染症医療、災害医療に対応してこそ、地域医療支援病院として地域医療を担う病院として相応しいと考える。
- ・重症になった場合に保健所の指導のもと円滑に地域中核病院と連携がとれて、転院できる体制にすることが望ましい。
- ・50床程度であれば、非常時発生の際には、平時の入院患者の速やかな転院転棟が可能。初動体制として対応していくためには、多すぎてもよくないと考える
- ・休日・夜間においても発熱患者のスムーズな受け入れが可能な外来機能を提供できる能力が求められる。
- ・コストを診療報酬などに上乗せすることは必須

○どちらとも言えない(6名)

- ・求めることは当然であるが、受け入れ側の態勢整備(人員、備品)も必要
- ・災害医療は逆にプライマリケアに尽きると思うので、すべての入院医療機関が災害医療に備えられるよう援助するほうが良いのではないかと考える。集約化した場合、その医療機関が災害時に機能できない場合も想定すべき。
- ・承認要件を求めるならば、研修や補助金等を充実させる必要がある。
- ・200床クラスで算定している施設に、大規模病院とは違いそこまでを総合して要件付けるのは難しいのではないかと考える。
- ・高度な感染症医療を提供する能力は、簡単には準備できない。

○反対意見(1名)

- ・災害医療と感染症医療を併用に求めることに疑問を感じる。対応するための準備の違い・感染のリスク有無・対応すべき期間・対応地域の限定的と全国規模と異なる点が多い。災害医療と感染症医療を分離して検討すべきと考える。地域支援病院といってもその役割は一律ではなく、特殊性や役割分担があることに配慮して承認要件を考慮する必要がある。