

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

平成30年6月20日 開催

【平成30年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

平成30年6月20日 開催

1. 開 会

○花本部長：定刻となりましたので、区西部地域における東京都地域医療調整会議を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、また、お足元の悪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。

私は、福祉保健局医療政策担当部長の花本と申します。議事が始まるまでの間、司会を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいいたします。

本日の配付資料ですが、会議次第の下段に四角で囲った中に一覧を記載しております。資料1から7までと、参考資料1から3までとなっております。落丁等がございましたら、事務局までお申し出いただきたいと思ひます。

1点お願いがございます。後ほど、質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお願ひできればと思ひております。

また、本日は傍聴席にも構想区域内外の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、同様に、先にご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願ひしたいと思ひます。

次に、東京都医師会より開会のご挨拶を申し上げます。猪口副会長、よろしくお願ひいたします。

○猪口副会長：東京都医師会副会長の猪口です。

きょうは、雨の中お集まりいただき、どうもありがとうございます。

この調整会議は、2年目、3年目になろうとしておりますが、今までは、地域医療構想というものはどういうものかということをお互いに知識を深めていくというか、確認をしているような会議だったと思いますが、これからは本番に入っていくと思っております。

というのは、この調整会議は、東京では余り目立っておりません。東京での将来必要な病床数の推計は、8000床増えるとなっております。現実には、今回の保健医療計画においては、基準病床が約2800床増えたわけです。

ですから、地方では、公立病院の再編成を行ったり、人口減少によって医療需要が減ってきているところのベッドの効率的な運用を図るために、この調整会議が使われていますが、東京では、ベッドが減らない見込みになっておりますから、余りそういうことには使われなだらうと思われます。

もちろん、効率的な連携を取らなければいけないということについては、地方も東京も全く同じでありまして、急性期の病院にあっては、平均在院日数を縮めていくと、どうしてもベッドが空いてしまいます。

そこで、その稼働率を上げていくためには、急性期なら急性期に集めていくとか、そのあと、平均在院日数を縮めていくためには、ポストアキュートを診ていただくところとどうやって連携を取ればいいのかとか、慢性期のクリニックとか在宅とどうやって連携を取ればいいのかという話し合いが非常に大事になってきます。

ただ、病床機能報告制度で出てきている病床数には、現実的ではない数字が出ていますので、これにだまされないようにして話し合いをする必要があると思っております。

病床機能報告で見ると、回復期病床が圧倒的に少なく、急性期以上が多いような印象を受けますが、実は、2013年をもとにして2025年をつくっておりますので、現実的には、2013年の比率で本来は回復期があるわけです。

しかし、それが少ないものとして考えてしまっ、皆さんで回復期ばかりつくってしまうと、回復期を担当している、ほぼ中小病院の方々が過当競争に陥ってしまう可能性も十分あります。

ですから、皆さんが現実的に「足りない」という感覚を大事にさせていただいて、「こういう連携の仕方をすればいいんだ」ということで、高度急性期、急性期の病院さんからすると、「ポストアキュートを診るところが少ない」という意見が出るかと思います。

しかし、自らが急性期を名乗りながら、ポストアキュートを担っていると思われる病院さんに対して、「我々がやってるし、こういう連携の仕方をしてくれば、絶対できるんですよ」みたいな話をしていかないと、高度急性期から回復期の構成比がおかしなことになってしまう可能性がありますから、慎重な議論をしていただき、実感に合わせたような議論をしていただきたいと思います。

ことしの第1回目の会議ですので、ちょっと長くなりましたが、こういうお話をさせていただきました。よろしくお願いいたします。

○花本部長：ありがとうございました。

本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、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、これ以降の進行を黒瀬座長にお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成29年病床機能報告速報値について

○黒瀬座長：新宿区医師会の黒瀬です。よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

まず、(1)平成29年病床機能報告速報値についてです。東京都より説明を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○事務局：それでは、資料1、平成29年病床機能報告（速報値）についてご説明いたします。まず、1枚目をご覧ください。左上に、東京都全体の集計結果をまとめております。

東京都全体の報告病床数は、平成28年が10万4317床でしたが、平成29年は10万6109床となっております、前年に比べて1792床の増となっております。

これは、新規開設分に加えまして、昨年度の報告に不備があった医療機関の分が加わったことによります。

これを機能別の増減で見ますと、高度急性期機能が2996床減少している以外は、急性期機能が3351床、回復期機能が1103床、慢性期機能が334床、それぞれ増加しております。

高度急性期の減と急性期の増については、平成28年に高度急性期と報告していた病院が、急性期に報告を変更したことによる影響が特に大きくなっております。

回復期機能については、病院の開設や増床などが、増加の要因の一つとなっております。

続いて、資料1の2枚目をご覧ください。こちらは、4機能別の許可病床数の割合について、平成29年度と平成28年度の報告結果を比較したものです。

左上に、東京都全体の機能別の割合を示しております。高度急性期については22.7%ということで、前年より3.3%の減、急性期は44.9%で、2.4%の増、回復期は、前年比で0.9%増の10.0%、慢性期は、前年と同じく22.4%という結果となっております。

資料の3枚目は、多摩地区の各構想区域の割合を示しております、4枚目が、区西部の状況をまとめたものとなっておりますので、これをご覧ください。

まず初めに、掲載しているデータについて簡単にご紹介いたします。

左上の①は、4機能別病床数の推移です。平成27年度からの4機能別病床数と全体に占める割合の推移をまとめております。

②は、病床稼働率と平均在院日数の推移です。こちらは、4機能別の病床稼働率と平均在院日数を、3か年比較したものです。

③は、入院料と機能をクロス集計したもので、入院料ごとに、どの機能で報告いただいたかを集計しております。

病院ごとに機能の選択が比較的異なる入院料をピックアップすることで、地域における病床の役割について考えていただくきっかけになればと思って集計しております。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合を、機能別に集計したものです。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合となっております。

また、参考資料1として、集計結果の元になる病床機能報告の対象病院、診療所の個別の報告内容を記載した一覧を、参考資料2として、東京都全体の結果を掲載しておりますので、適宜ご確認いただければと思います。

それでは、①から順に区西部の集計結果の内容についてご紹介いたします。資料1の右下のコメント欄を見ながらお聞きいただければと思います。

まず、①の4機能別病床数の3か年推移でございます。

一番下のグラフは、地域医療構想で算出した2025年の病床の必要量の推計です。こちらはあくまでも推計値ですので、参考としてご確認いただければと思います。

高度急性期の病床数の割合が年々増加している一方で、急性期のほうは、27年から28年にかけては減っておりますが、29年には増加しております。

これは、前年度に高度急性期と報告していた一部を、急性期と報告した病院があった一方で、その逆の報告をした病院もあったため、その差し引きの結果となっております。

急性期では、前年に未報告だった病院分が上乗せされた影響もございます。

回復期については、割合としては横ばいですが、病床数は、前年と比較して増えております。

これは、回復期リハビリテーション病床の増床によるものです。

慢性期は、前年と比較して減少しております。

②は、病床稼働率と平均在院日数の3か年推移です。棒グラフのほうは病床稼働率で、折れ線グラフのほうは平均在院日数をあらわしております。

急性期と回復期で、平均在院日数は3年連続で短縮しましたが、病床稼働率は前年に比べると下がっております。

また、慢性期は、3年連続で平均在院日数が短縮するとともに、病床機能報告のほうも上がっております。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したのですが、こちらは、地域包括ケア病棟の入院料のほうをご確認ください。

区西部では、急性期、回復期の2つの機能でのご報告をいただいておりますが、急性期の割合のほうが高いという結果になっております。

この入院料は、急性期と回復期の割合が均衡だったり、急性期から慢性期までが3つの機能で報告があるなど、地域によって届け出の状況がさまざまとなっております。

後ほど、2025プラン等の説明のときにも、地域包括ケア病棟をどのように活用しているかについての説明をしていただく予定となっております。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合です。

回復期で、「他施設で在宅医療を提供する予定の患者」の割合が19.7%と高くなっております。ただ、東京都平均が19.9%ですので、ほぼ同じぐらいの割合となっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合ですが、こちらは73.2%ということで、前年度よりも62.8%から10%以上も上がっております。また、都平均の62.2%と比べましても、大幅に高いという結果になっております。

説明は以上となります。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

病床機能報告の結果について何かご質問、ご意見等はございますでしょうか。私から一つ伺ってよろしいでしょうか。

4ページ目の②についてです。急性期と回復期の、特に急性期の機能のほうですが、平均在院日数が短縮したにもかかわらず、病床稼働率が低下しているというのは、統計的に何か特別な要因がなくということでしょうか。

○事務局：個別の資料も当たってみましたが、誤差の範囲といたしますか、「特にここが」ということは、いただいた結果からは読み取れませんでした。

○黒瀬座長：大きな問題ではないということですね。

○事務局：はい。

○黒瀬座長：ほかにいかがでしょうか。

この退院調整部門を置いている病院が、明らかに増えてきていると思いますが、先生方の中で、「退院調整部門がうまく機能してないな」とか、逆に、「こういう工夫によってうまくいくようになった」というような話がありますでしょうか。

特にないようでしたら、次の議題に移りたいと思います。

(2) 新公立病院改革プラン及び 公的医療機関等 2025 プランについて

○黒瀬座長：次は、「(2) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン」についてです。

前回の調整会議で、「公的医療機関等 2025 プラン」を参考資料として配布いたしました。今回は、プラン策定対象病院から、プランに記載した方向性と、構想区域の課題等を結びつけながら、それぞれご説明いただきます。

その後、プランについてご意見をいただくとともに、プラン策定対象病院の取り組みや方向性を踏まえた課題や、地域の医療機関の役割等について、議論を深めていきたいと思っております。

それでは、各病院からプランをご説明いただく前に、東京都のほうから、プランの説明の方法やポイントについてご説明をいただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○事務局：それでは、資料2をご覧ください。

1枚目には、構想区域の地図がありますが、特定機能病院、救命救急センターやプラン策定病院が、構想区域のどの辺りに位置しているのかがわかるように記載しております。

左下には、2025年の4機能別の医療需要を、右下には、平成28年度の病床機能報告の結果について、参考として記載しております。

次に、2枚目をご覧ください。

左上には、昨年度までの調整会議における議論の到達点と、そこから導き出される「解決に向けたキーワード」を記載しております。これについては次の資料で詳しくご説明いたします。

その隣には、「地域医療構想推進事業」を活用して整備された病床について記載しておりますが、こちらの圏域では該当はございません。その下には、「プラン策定対象病院」の持つ機能等について記載しております。

続いて、資料3をご覧ください。こちらにはプランの説明方法について記載しております。

プラン策定病院には、この資料3を事前にお送りして、資料4の「事前提出資料」を作成いただいております。

昨年8月に、厚生労働省が、プラン策定対象病院に対して、プラン策定の依頼をした文書の中で、「プランを策定の上、調整会議に提示し、具体的な議論を進める」と記載されております。

これを受けまして、昨年度の2回目の調整会議でプランの配布を行い、ことしの4月には、地域の医療機関に対して、プラン策定対象病院が説明する機会を設けたところです。

今回の調整会議で、改めてプラン策定対象病院さんにプランをご説明いただき、その内容を共有するとともに、各構想区域における課題の解決等に向けた議論に役立てていければと考えております。

時間が限られておりますため、今回は1病院当たり3分の説明時間となりますので、ポイントを絞って、事前提出資料の作成をお願いしております。その内容が、事前提出資料の内容として記載している項目になります。

このうち、「構想区域別キーワードを踏まえた自院の方向性や取り組み等について」とありますが、このキーワードというのが、昨年度、2回目の調整会議の議論の到達点から導き出された各構想区域の課題解決に向けたキーワードとなっております。

資料3の2枚目の右下に、区西部のキーワードが導かれるまでの流れを記載しております。「地域の特徴」として、「急性期機能、回復期機能において退院調整部門を置いている割合が高い」、「退院調整を求める地域の診療所の声」、「在宅に帰すための機能が不足しているとの声」があります。

そこから、「課題」として、「在宅移行をする際の情報共有・連携の取り組みを強化することが必要」、「高度急性期・急性期と回復期・慢性期における病院間の入退院調整の取り組みを充実させることが必要」の2点が挙げられております。

ここから、「ICT・ネットワーク化」と「顔の見える関係・連携」という2つのキーワードを設定しております。

この2つのキーワーにつきまして、各プランを踏まえながら、どのように取り組んでいくのか等を記載していただいております。

プラン策定対象病院の皆さまには、短期間で事前提出資料の作成にご協力いただきまして、ありがとうございました。

資料4として作成いただいた事前提出資料を添付しております。

また、プラン本体につきましては、参考資料3として配布しておりますので適宜ご確認いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

○黒瀬座長：それでは、資料4の順番に従って、対象病院からのご説明をお願いいたします。

説明の際には、前に出てきてください。1病院当たり3分ですので、資料のポイントのみを簡潔にご説明をお願いします。

では、まず、大久保病院さんからお願いいたします。

○板倉（大久保病院）：大久保病院の板倉と申します。

当院は、地域の急性期医療を担う中核病院として、従前から培ってまいりました医療連携を、さらに充実、強化するとともに、在宅患者の急性増悪時の円滑な受け入れ等の在宅療養支援や、地域の医療機関、福祉・介護施設への支援などに取り組んでおります。

当院の2025プランでは、地域医療構想を踏まえまして、今後の取り組みといたしまして、まず、地域包括ケアシステムへの貢献、医療連携のさらなる充実、強化、そして、地域に必要とされる医療を提供することを目指してまいります。

具体的には、在宅患者の円滑な受け入れのためにも、在宅医と情報共有を図り、医療連携をより一層推進するために、新宿区で導入されておりますネットワーク化された医療連携システムの「新宿区医療連携システム（新宿きんと雲）」に参加する予定です。

さらに、顔の見える関係や連携を進めていくために、新宿区医師会との定期的な意見交換会や、新宿区内の基幹病院や小規模病院との連絡会などを通じまして、顔の見える関係を築いております。

また、4月から人員体制を強化いたしまして、「患者支援センター」を開設しました。

MSWや看護師を中心に、地域包括ケア支援センターや訪問看護ステーションなどと連携した、円滑な入退院支援、また、在宅療養への移行支援などに取り組んでまいります。

今後とも引き続き地域包括ケア病棟を活用いたしまして、在宅患者の急変時の受け入れに取り組んでまいります。

次に、構想区域外の練馬区、豊島区、渋谷区、世田谷区などの地域の医療機関とも積極的に連携を図っておりますが、特に、当院の重点医療である腎医療では、合併症である患者に対して透析、腎移植など、通常の医療機関では対応

困難な症例を受け入れておりました、構想区域以外の医療連携にも積極的に取り組んでおります。

最後に、病床機能ですが、今後も、区西部の高齢化の伸展、脳血管障害、循環器疾患、がん等が増加する状況でありまして、現状の当院の急性期機能といたしまして、一般病棟244床、高度急性期機能として、ICU、NICUが11床、回復期機能として地域包括ケア病床49床を有しております。

今後の動向や地域ニーズを踏まえまして、検討していくべきと考えております。

当院では、今後、改修工事を予定しております、その際に、改めて当院の病床機能を再評価することとしております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

次に、東京山手メディカルセンターさん、お願いいたします。

○中村（東京山手メディカルセンター）：東京山手メディカルセンターの中村と申します。

まず、当院の今後の方向性ですが、構想区域における必要病床数の将来推計や当院の患者数の動向から、地域における急性期医療の提供体制を、今後も継続していくことが必要と考えております。

そこで、当面は、高齢化への対策、がん診療機能の充実、精神科医療の充実を図りつつ、地域の急性期医療のニーズに応えていき、将来に予測される医療需要の変化と増加に対しては、現在運用していない病床を回復期機能に提供できる病床に転換整備することで対応していくという方針でございます。

それから、「キーワード1：ICT・ネットワーク」につきましては、現在、先ほどお話が出ましたICTクラウド「新宿きんと雲」に参加しております、在宅療養支援診療所と患者情報を共有し、緊急時の入院対応を行っております。

また、今後は電子カルテの導入が予定されておりますので、関係機関との情報共有の推進を模索していきたいと思っております。

次に、「キーワード2：顔の見える関係・連携」についてです。

現状は、医療機関や介護施設、訪問看護ステーションへの訪問、介護・福祉・在宅関係従事者を対象とした公開講座や情報交換会等を行っております。

また、地域の医療従事者向けの講演会や、地域の医師会との共催による「連携の会」の開催などを行っております。

今後は、入退院支援における入院前支援の強化の推進等を中心に、関係機関との連携を深めていきたいと思っております。

それから、当院の「地域」としては、特定の診療科を除いては、構想区域内とその隣接地域が中心でございます。

特定の診療科の大腸肛門科や炎症性腸疾患を除きますと、今申し上げた地域で8割近くになっております。

その連携方法については、先ほど申し上げたような、関係機関への訪問、登録医制度、連携の会、広報誌等の配布、情報交換会、医療従事者の研修などの取り組みを行っておりますが、登録医制度、情報交換会、研修については、近隣の関係機関との連携が中心となっております。

現状、地域包括ケア病棟は持っていませんが、将来に向かって、高齢者の急性期医療の需要の増加が予想されておりますので、こういう高齢者の急性期疾患については、誤嚥性肺炎や心不全の急性憎悪など、サブアキュートの疾患が多いと想定されます。

そのため、当院においては、将来的に、このようなサブアキュートの患者の増加に対応するため、先ほど申しましたように、今使っていない病棟を利用して、地域包括ケア病棟等の回復期病床の整備を考えております。

それから、病床機能を分類するに当たっての根拠や理由については、当院の重症度、看護必要度、平均在院日数などを根拠にしております。

ICUが高度急性期ということで6床、それ以外は、337床が急性期としております。

あと、先ほどお話ししたように、地域の連携を推進していくことが重要と考えておりますので、近隣の医療機関との当院の連携活動に積極的に参加をお願いし、また、ご意見等をいただければありがたいと考えております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

次は、新宿メディカルセンターさん、お願いいたします。

○溝尾（新宿メディカルセンター）：新宿メディカルセンターの溝尾と申します。

私は、地域連携室を担当して18年目になりますが、その間、ずっと責任者としてやってまいりましたので、当院の地域連携の流れも大体存じております。その中でお話しさせていただくと、ちょうど私が地域連携室を担当したときに、当院は、急性期の病院からケアミックス病院に移行しました。

520床の病院ですが、78床の回復期、それから、お手元の資料には18床になっているかと思いますが、慢性期の緩和ケアを20床で現在運営しております。

当時、このようなケアミックス病院に移行した理由ですが、先ほど、副会長からもお話がありましたように、実感として、患者さんを診させていただいて、高齢化に伴って、肺炎、骨折、脳卒中がだんだん増えてきましたので、回復期がとても必要になったにもかかわらず、新宿区ではその機能が非常に乏しいものですから、当院で始めたということでございます。

そして、新宿区医師会とも協力しながら、患者アンケートなどを行いまして、情報共有の重要性も認識しておりまして、10年ぐらい前から、お手元の資料には書いていませんが、「SASTIK（サスティック）」という当院のカルテを、開業医、地域の先生方にオープンにしておりまして、とても好評でして、それに伴って、また紹介患者数が増えたという経緯もございます。

これは、「病診連携」によるICTのツールですが、地域との多職種との連携は、大久保病院や山手メディカルセンターでも出ました、「きんと雲」という、新宿区医師会が運営しているICTの連携に参加しております。

恐らく、今後も、情報共有においては、この2つのものが必要になってくるかと思えます。

今後、我々は、ケアミックスということで「病病連携」もかなり重要視しなければいけないのですが、これにあたっての情報共有システムは、現在はございませんので、これから始まりつつある「東京総合医療ネットワーク」に非常に期待しております。

そして、今後とも、今の医療需要に鑑みて、地域包括ケア病棟と回復期、緩和ケアは、このまま維持していく予定です。

それから、あと、コミュニケーションが今までちょっと不足していたのではないかということで、高度急性期の地域連携室を訪問して、顔の見える関係づくりにも努めております。

今後は、こういう「病病連携」のほか、地域の多職種との連携をどのようにやっていくかということが、大きな課題になってくるかと思っております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

続きまして、東京医科大学病院さん、お願いいたします。

○藤平（東京医科大学病院）：東京医科大学病院の藤平と申します。

まず、「キーワード1：ICT・ネットワーク」についてですが、当院は、「東京都総合医療ネットワーク」事業に正会員として参画し、病院としても準備中で、中長期目標では、病院の電子カルテ情報の双方向情報共有、ネットワーク化を構想しているところです。

「キーワード2：顔の見える関係・連携」についてですが、当院も医療連携に非常に力を入れており、「顔の見える関係」構築に向けて、医療連携登録医制度を発足させておりまして、現在、530施設830名の登録をいただいております。

また、「新都心医療連携懇話会」というものも順次開催しておりまして、次回で第47回を迎えます。年に4回ぐらい開催しておりまして、次回は7月5日にまた開催の予定です。

そういう中で顔の見える関係の連携の構築を目指しております。

今後は、ポストアキュートの医療機関との連携をさらに強化しようということで、医療連携協力病院のネットワーク化を準備しているところです。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」についてです。

当院は、新宿・中野・杉並の区西部圏域からの患者が全体の6割ぐらいを占めておりまして、区中央部に次いで多くの流入患者が存在するのは、区西部圏域の新宿区の特徴であると思っております。

したがって、医療連携登録医・新都心医療連携懇話会の働きかけについては、都内全域を意識して行っております。

さらに、大学病院として高度先進医療を担当しておりますので、がん治療・手術を初め、疾患によっては、全国から患者の紹介をいただいております。

次に、「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」についてです。

近隣の関係機関とは日常的な紹介・逆紹介をしておりますので、連携懇話会や各地区医師会等の働きかけがしやすいと思っております。

遠方関係機関とは直接連絡して情報交換しておりますが、やはり、地域の基幹病院の医療連携室を介して、先方の地域の医療・介護の情報を紹介いただいております。

3つ目の地域包括ケア病棟は有しておりません。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」についてですが、当院は、来年7月に新病院を開院となっております。

現病院と比較しますと、精神病床の27床を入れてですが、一般病床では、988床から885床にダウンサイジングいたします。しかし、高機能病棟の新設、再編を考えております。

そこにお示しするように、MFICUの新設とか、SCUの新設とか、NICU、GCU、ICU、CCU、EICUの増床と、高機能の病棟編成になっていくという構想をしております。

手術室も16室から20室に拡充いたしますし、一般病床が103床減るわけですが、その中で、高機能病棟の新設とか再編を行う中で、診療密度はさらに高まっていくと考えております。

病院全体としては、高度急性期病床615床と急性期病床270床の2区分になると思われまます。

最後、「5. 自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めることについて記入してください。」についてです。

区西部圏域には3つの大学病院と国立国際医療研究センターという超急性期を担う病院が併存しておりますので、超急性期の医療機関相互の連携のあり方を模索することは、中長期の課題であると思っております。

急性期病院としては、ポストアキュートを担う医療機関との連携を強め、サブアキュートに対応する地域包括ケア病床の充実も、圏域内としては非常に大事だと思っております。

あと、在宅医療に関しては、当院は、大体9割の患者さんが在宅に戻られますが、地域を支える病床機能をさらに維持していくことが大事だと思っております。

そして、連携においては、いつも言われることですが、特定機能病院からの一方的なお願いということではなくて、地域の関係の先生方、医師会の先生方も含めて、Win-Winの関係となるように構築していくことが、より活性化につながると考えております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

続いて、国際医療研究センターさん、お願いいたします。

○須貝（国際医療研究センター）：国際医療研究センターの須貝と申します。

当院は特定機能病院になりますが、その中で、病床は、7対1の入院基本料590床がありまして、そのほかに10対1の結核病棟が40床、そして、精神科の病棟が38床、さらに、特定感染症医療機関としての病床が4床ございます。

この辺の最近の病院の動向としましては、特に、入院基本料についての部分の一般病床に関しては、資源投入量をかなり濃くして看護重症度といったところも濃くしていく方向で、特に、特定入院料と重症の患者さんの手術を多くしたいというようなことで進んでおります。

また、最近、結核病棟に関しては、東京に結核患者さんが多くなって、特に若い外国の方も増えておりますが、こういう患者さんを長く置くのではなく、短く置いて、転院を考えたいということで、できるだけ高機能を維持した上でと考えております。

さらに、外国人の患者さんも、インバウンドとかで、非常に多くなっている関係で、自由診療病棟をある程度独立させていくことも必要ではないかということで、その検討に入っております。

この辺のところを踏まえまして、特定機能病院としての機能と、高度急性期医療を中心とした地域医療といったものを考えつつ、情報システムについても構築していきたいということで、ネットワーク化を考えております。

ちょっとこの話とは違いますが、病院内のIT化に関しては、電子カルテのリプレースと併せて、画像診断加算3という、救急のときに、放射線医のほうに画像を夜間でもつなぐというシステムも配置しまして、現在、そちらのほうは稼働しております。

そういうことも踏まえまして、この「キーワード1: ICT・ネットワーク」については、新宿区医療連携システム「新宿きんと雲」への参加の部分と、「地域域連携画像システム「カルナコネクト」という、これは、病院内の放射線による画像検査の予約システムですが、こちらの運用については、読影も含めて、年間250施設の方々にご利用いただいております。

また、東京都医師会の「東京総合医療ネットワーク」への参加も現在調整中でございます。

それから、「キーワード2: 顔の見える関係・連携」についてです。

登録医制度を実施しており、約600人の登録をいただいております。一般的には、FAX紹介を中心に行っていますが、そのほか、「病病連携」においても、7施設の病院の方々と顔の見える連携になるようにしております。

また、「リトリートカンファレンス」というものを月一回開催して、勉強する場をつくっております。

次に、「地域」としてどの範囲を意識するかということですが、地域への高度医療の提供に基軸に置きながらも、国立高度専門医療センターとして、国際感染症対応やトラベルクリニック、糖尿病診療、エイズ治療、救急医療等について、国内外に展開していくということを考えております。

三次救急、二次救急、“東京ルール”といったようなものも踏まえまして、地域医療との関係もそこにしっかり構築してまいりたいと考えております。

それから、病床機能を分類するにあたっての根拠ということですが、これは、はっきりした根拠をもってやっていきたいと考えております。

手術数は現在、年間5000件ちょっとですが、これを7000件まで増やしていきたいということで、診療の内容も、DPCデータ等を使って、全病床の延べ患者数の3割ぐらいまで、現在は22%ですので、資源的に高度急性期に持っていきたいと考えております。

それに伴いまして、平均在院日数の適正化と患者さんの特定入院料の、ICUの部屋からの転出といったところもしっかり考えて、病院の運用を行っております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

続きまして、慶應義塾大学病院さん、お願いいたします。

○佐藤（慶應義塾大学病院）：慶應義塾大学病院の佐藤でございます。

まず、「キーワード1：ICT・ネットワーク」についてですが、当院では、2012年に電子カルテを導入いたしました。その関連システムである地域連携システムを利用して、都内の近隣医療機関さんとの情報共有を企画しております。現在、30ほどの医療機関と契約を結んでおります。

このシステムを使って、Webで予約が可能であるとか、紹介状や返書なども作成できるとか、診療情報の画像や検査結果の閲覧が可能なシステムを介した情報共有ができる環境をつくっているところです。

次に、「キーワード2：顔の見える関係・連携」についてですが、昨年6月に「医療連携推進部」というものをつくりました。

それまでの、病床運用の円滑化とか、転退院の円滑化を図ることを目的とした「入退院センター」というものに、前方連携の機能を加えまして、拡大発展させたものが、この「医療連携推進部」です。

これまで、地域の先生方との顔の見える関係が十分できたなかったという反省がございますので、医師だけではなく、看護、事務を含めて、多職種にわたり転院先医療機関の先生方、看護師さん方と面談して、実務的な課題などにつ

いて、率直な意見交換を図るということをやっております、昨年末から順次、医療機関を拡大して行っております。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」についてです。

当院は、二次医療圏に限らず、都内、関東近県並びに全国から多くの患者さんをお受けしておりますが、かかりつけ医療機関の契約を締結しているクリニックが約800ございますし、病院として相互の連携を図っている関連病院会というものもございます。

また、大学医学部卒業生の独自ネットワークとの定期会議も開催しておりますし、地元の医療機関との定例会やセミナーの開催等も開催しております。

そして、それぞれの連携関係の維持、向上に向けて取り組んでおります。

ただ、先ほど申しあげましたように、地元の先生方との顔の見える関係づくりがまだ十分できてなかったということもありますので、この「医療連携推進部」の開設を機に、この5月に新しい病院棟ができましたので、そのご紹介も含めて、二次医療圏の先生方に対してフォーラムを、この8月末に開催し、それを基点にして、地元の先生方との顔の見える連携のさまざまな取り組みをしていきたいと考えております。

次に、「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」についてです。

近隣のクリニック等医療機関とは、診療情報提供書、返書の交換ということが、現実的な日々の情報交換ということになりますが、どうしても、広域な関係がございますので、それには、先ほど申しあげたような、さまざまな会の定期的な会合や、診療科教室における医師間の人的ネットワークを通じて、情報交換が行なわれているという状況です。

3の地域包括ケア病棟は、当院はございませんし、また今後も予定がございません。

次に、「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」についてです。

これは、重症度や手術の有無、医療・看護必要度等の情報とともに、病棟ごとの1日当たりの診療報酬の点数も参考にして、総合的に判断しております。

ただ、今後も高度急性期を中心に対応していくことを希望しておりますので、そのためにも、連携をさらに拡大し、推進していきたいと考えております。

なお、医療資源の高度急性期への選択と集中ということも考えておりますので、現在、ダウンサイジングを検討しております。

最後の、「5. 自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めることについて記入してください。」についてです。

今回お配りしている資料には、前方連携の部分しか書いていませんで、かかりつけ医の先生方と個別に、円滑に迅速に対応できるように、連携先の医療機関の処置、検査等に対してどのような機能を持っていらっしゃるかということを確認させていただいて、連携の契約を締結しております。

一方、転退院に関しては、急性期医療の受け入れということで、希望としては、円滑に、迅速にお受けいただける医療機関と連携を図るということで、力を入れております。

その場合、地域連携パスを構築して、お互いにWin-Winの関係になるような体制を構築していけるように対応しているところでございます。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

以上が新宿区の6医療機関でしたが、続きまして、杉並区の荻窪病院さん、お願いいたします。

○村井（荻窪病院）：荻窪病院の村井でございます。

当院は、ICUが8床で、一般病床が244床で、合計252床の急性期の病院として運営しております。

まず、「キーワード1：ICT・ネットワーク」についてです。

東京総合医療ネットワークへの参画準備を進めるため、当院の電子カルテのシステム変更が必要であり、現在ペンダー側で対応中でございます。

システム変更完了後は、当院の電子カルテと外部ネットワークを結ぶゲートサーバーの設置を予定しており、最終的には、地域全体で双方向の情報共有ができるような形を望んでおります。

「キーワード2：顔の見える関係・連携」に関しては、「病診連携」、「病病連携」、救急隊等で、患者さんを紹介しやすい関係をつくるため、症例検討会等を年14回実施しております。

また、区と医師会で開催されている「在宅医療地域ケア会議」への参加も行ってまいります。

それから、在宅医やケアマネージャーとの情報共有するため、河北総合病院、佼成病院、荻窪病院が中心となり、急性期病院との連携における課題について話し合う機会として、「医療と介護の連携の会」というものを、2年前から年3回、持ち回りで行ってまいります。

なお、当院は、病病間の感染ネットワークを構築しておりますが、昨年度から、介護施設とのネットワークを構築するために、当院のICTの担当者が介護施設等に赴いて、勉強会を開催することなども行ってまいります。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」についてです。

当院は、患者様の住所地は、一般診療、救急診療ともに、杉並区が最も多くて5割を占めておりますが、区西北部医療圏の練馬区も多くて約4割を占めております。ですので、区西部のみならず、練馬区のほうも「地域」として強く意識して、連携の活動を行っております。

次に、「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」についてですが、これは、差はございません。

3の地域包括ケア病棟は、当院は有しておりません。

近隣の城西病院が25床、東京衛生病院が23床、浴風会病院が100床、そして、練馬区の大泉生協病院が47床持っておりますので、密に連携して、ポストアキュートは、地域包括ケア病棟のほうへの転院をお願いしております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」については、自院レセプトデータから算出した医療資源の平均投入量(点)と境界点によって、分類しております

当院の2017年の照合結果は、入院期間1が6790点、2が2037点で、急性期で申請しております。

最後に、「5. 自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めることについて記入してください。」ですが、当院は252床しかないため、さらに受け入れを強化するため、昨年、地域医療支援病院に認定していただきましたので、脳卒中医療を展開するため、現在、日帰り手術センターの準備を進めており、脳卒中医療の受け入れ体制、周知体制を整えているところでございます。

現在でも252床で、ポストアキュートの連携が喫緊の課題になっておりまして、近隣の地域包括ケア病棟並びに地域の在宅医の先生方に大変お世話になっておりますが、今後は、ICTによるネットワーク化を急ぐということも、喫緊の課題だと考えております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

最後ですが、河北総合病院さん、お願いいたします。

○杉村（河北総合病院）：河北総合病院の杉村でございます。

最初の「キーワード1：ICT・ネットワーク」ですが、当院では、2004年から、「河北地域連携の会（Kawakita Health-care Collaborations）・KHC」という会を発足し、近隣の約250施設のクリニックの先生方と連携を進めています。

そして、当院で使っている電子カルテを、そのうちの40施設に導入していただきまして、同意を得られた患者さんに限りませんが、当院での診療内容、検査データの全てが、連携診療所で参照できるようになっています。また、調剤薬局も20施設ございます。

それから、2016年から、総務省が公募した「クラウド型EHR（医療情報連携基盤）高度化事業」に手挙げをしまして、「東京区西部ネット」事業を立案しました。

これは、クラウド技術の活用で、患者さんのデータをクラウドに入れまして、それを、病院、診療所、薬局、介護施設などのさまざまな医療施設で、双方向にデータを利用して、患者さんの医療情報をみんなで活用しようという活動に参加しております。

次に、「地域」としての範囲についてですが、当院の場合、入院患者さんも外来患者さんも、杉並区民が75%です。続いて、隣の中野区が12~13%です。

一方、同じ区西部でも、新宿区からはわずかに0.5%ということで、半径5キロ以内に80%の患者さんが集中しています。

ところで、この区西部で見ると、高度急性期と急性期病床が多いですが、杉並区の患者さんも高齢化が進んでいまして、2025年には、15万6000人が65歳以上ということで、ほとんどがお2人の“老老介護”の患者さんです。そういう患者さんが新宿区まで行けないという状況が想像されます。

そのため、区西部の中でも杉並区の病院として、高度急性期、急性期を引き続き担っていきたいと考えております。

現在は、当院のICT、NICU20床を高度急性期と数えて、残りを急性期で報告していますが、当院も、建物が老朽化しているため、2022年を目標に病院の建て替えを考えておりますので、そのときには、高度急性期をもう少し増やしていきたいと考えております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

これで全てのプラン策定病院さんからの説明が終了いたしました。

それでは、続きまして、質疑応答、意見交換を行いたいと思います。

まず、大久保病院さんのプランについて、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

それでは、私のほうから少しお聞きしたいと思います。

新宿区の基幹病院さんが「新宿きんと雲」のことを取り上げていただき、非常にありがたいと思っておりますが、新宿以外の医療機関の情報というのは、どの程度具体的に集めていらっしゃるって、どういう困難を感じていらっしゃるかということをお教えいただければと思います。

○前田（大久保病院）：大久保病院の前田と申します。

新宿区以外の区の情報というのは、地域連携室とかからの情報集めに頼っているのですが、ICTとかの関連での情報集めは、まだ具体的にできていないのが現状だと思っております。

○黒瀬座長：区西部の特徴というのは、大久保病院さんに限らずですが、新宿駅がターミナル駅で、そこから中央線、西武新宿線で串刺しになっているような感じで、中野区、杉並区とつながっているため、中野区、杉並区の情報というものが、各医療機関にとってなかなか集めにくいと思っています。

例えば、同じ新宿区の中で、新宿メディカルセンターさんとか山手メディカルセンターさんとかいったところと、在宅医だけではなく、その地域の診療医のどういうところでどういうフォローアップができるかというような、情報共有化ということはされているでしょうか。

○前田（大久保病院）：まだ具体的にはないと思います。

私たちとしては、まだやってないことがいろいろあって、我々が、中野区とか杉並区のほうに、顔の見えるという意味では、出ていかなければいけないと思っています。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

ほかにご質問、ご意見などございますか。どうぞ。

○杉村副座長（河北総合病院）：河北総合病院の杉村です。

大久保病院も山手メディカルセンターも新宿メディカルセンターも、地域包括ケア病床のことをお話になっていました。大久保病院は現在もお持ちでしたよね。

この区西部でも、新宿と杉並では特徴がかなり違うのかなと思うんです。

荻窪病院も急性期をやっつけていかれるということで、当院もそれを考えていますが、新宿という土地柄は、余り慢性期を受けてくれる病院がないということなんでしょうか。

○前田（大久保病院）：その辺は、新宿メディカルセンターの溝尾先生がお答えになったほうがいいかと思いますが、やはり少ないと思います。それは、中小の病院が少ないからじゃないかと思います。

私たちのところには、地域包括ケア病棟が49床ありますが、実際の使い方としては、どうしてもポストアキュートが多くて、サブアキュートが少ないというのが現状です。

それを持ちながらも、うちの病院から慢性期になった人をさらに送る病院がなかなか見つからないというのが現状だと、我々の実感としては、そういうふうに思っています。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

地域全体の課題については、またあとで意見交換をしたいと思います。

大久保病院さんに対してほかになれば、山手メディカルセンターさんに対してご質問、ご意見はございますか。

それでは、私のほうから少し質問させていただきます。

山手メディカルセンターさんは、地域的には大久保とか高田馬場の近くになると思いますが、そのあたりで何か、新宿全体と違うような患者さんの移動の仕方とかはあるのでしょうか。

○矢野（東京山手メディカルセンター）：山手メディカルセンターの矢野と申します。

この4月までは国立医療センターにいたんですが、そこともちょっと違うんですね。病院の前は“病院前通”というのがありまして、北側は、公務員宿舎とかマンションとか、研究施設とかもあります。南側は、外国人が多く住んでおられて、2つに分かれているんです。

そういう中で、地域の先生方は点在してやっておられますが、この区西部には若い人たちが結構多く、高齢化率はまだ、全国と比べるとそれほど高くないですし、若い人たちの流入も結構あります。

そして、冬場などは急性期のところは非常に忙しくなって、ベッドが満床になってしまう場合が多いので、急性期病院をやり続けられないといけない地域だと思っています。

そうすると、在宅との間の中小病院が少ないということは、皆さん、実感されていて、在院日数が長くなっている方とか、送る先がなかなかなくて、国立医療センターにいたときも、「困ったな」というところがありました。

ですから、そういうところをつくったほうがいいかと思うんですが、実際に地域包括ケア病棟をつくったら、完全に埋まらないような気がします。

大学病院以外は、総合入退院加算を取るか地域包括ケア病棟をやるかのどちらかを選択したら、収益から考えると、総合入退院加算を1、2、3とかを取っていたほうが、収益が上がるわけで、地域包括ケア病棟をやってしまうと、はっきり言って収益は落ちます。

だから、そこが難しいところで、一般病院は急性期をやっているほうが収益が全然違うんです。どちらでもいいようにしてもらって、いつでも転換できるのであれば、みんなやると思うんですが、「どちらかを選べ」と言われると、選択がなかなか難しくなります。

○黒瀬座長：先生のおっしゃるとおり、季節によって、必要な機能病床が変わってくるというのが現実で、それが、現場の先生方の実感だと思います。

先ほどの杉村先生のご指摘のように、新宿区は高度急性期、急性期のボリュームが大きくて、逆に、慢性期を診てくれる病院が非常に少ないということは、我々開業医にとっても実感としてあります。

そういう中で、新宿区内では、「基幹病院の会」といって、大きい病院の皆さんが集まっていたいて、熱心に連携を取っていただいています。それとは別に、「中小病院の会」というものを新宿区医師会で作りました。中小病院同士の連携を進めるという会をつくっております。

ただ、今度は、大病院と中小病院との間の「病病連携」が必要になってくると思いますので、積極的にご参加いただいて、この「病病連携」に関していろいろなご意見をいただければと思っております。

ほかに、山手メディカルセンターさんについてご質問、ご意見などはございますか。

溝尾先生は、ずいぶん前から「病診連携」を非常に熱心に推進していただいております。新宿区にはなくてはならない存在なんです。先生にちょっとお聞きします。

地域連携室同士の交流で、「病病連携パス」をつくられているということですが、これは、あくまでも、医療センターさんとか東大病院さんとかだけの「病病連携」のパスなんでしょうか。

○溝尾（東京新宿メディカルセンター）：データ上、「病病連携」をずいぶんやっているところにパスをつくっています。

もしネットワークで情報共有ができるのであれば、地域連携パスなんて必要はないと思っています。

○黒瀬座長：「病診連携」で「新宿きんと雲」を非常にバックアップしていただき、感謝していますが、ああいう「きんと雲」が新宿区内だけではなくて、中野区、杉並区はもちろん、文京区とか千代田区のところとも、同じシステムで動いて、情報共有ができるシステムがあるといいなと思うようなことはないでしょうか。

○溝尾（東京新宿メディカルセンター）：豊島区もそうなんです。文京区ではメディケアステーションをやっている、私も参加させていただき、情報共有をさせていただいております。

○黒瀬座長：「きんと雲」も、機能の中で、例えば、クリニックの中でどれくらいのところが看取りができるかどうかとか、訪問リハビリができるかどうかというのを検索できるような機能を拡充していると思います。

例えば、中野区とか杉並区からの患者さんをお戻しするときに、参考にできるツールはあるのでしょうか。

○溝尾（東京新宿メディカルセンター）：私の知る限りはないと思います。西のほうからは余り患者さんがいらっしゃらなくて、東のほうの文京区とかからが多いものですから。

○黒瀬座長：ありがとうございました。
ほかにいかがでしょうか。

○溝尾（東京新宿メディカルセンター）：追加してよろしいでしょうか。

当院は地域包括ケア病棟を持っていますが、いろいろなことを計算して、数字で出しております。

例えば、肺炎で入院した方の在院日数、平均点数なども出しております。急性期の若い人の肺炎であれば、入院期間は1週間から2週間で、もちろん、急性期病棟でやったほうがいいわけですが、実は、誤嚥性肺炎の場合は、平均すると2か月近くになって、まさに地域包括ケア病棟の在院日数になってしまうんですね。

しかも、計算すると、急性期病棟に置いておくよりも地域包括ケア病棟のほうが、病院の利益になります。もちろん、病院全体で考えるとどうなるかは、さまざまなことが関わってくるので、はっきりとはわかりませんが、急性期に現在入っている患者さんが、実は、回復期病棟の適用の患者さんがかなりいるのではないかと思っています。

そうすると、そちらに入院することによって、リハビリも進んでいきますので、そういうことも検討していただけるかと思っています。

○黒瀬座長：ありがとうございました。
ほかにいかがでしょうか。

続きまして、東京医科大学病院さんのプランについてご質問、ご意見はございますか。

では、私からまたお伺いしたいと思います。

東京医大さんは、女子医大さんもそうですが、「病診連携」の会を熱心に行っていておまして、新宿区だけではなく、中野区、杉並区の先生方にもお声がけいただいて、本当にしょっちゅう「病診連携」の会をやっていただいています。

ただ、そういう会に行ったときに思うのは、講演を聞かせていただいて、非常に勉強になりますが、そのあと、病院側のニーズがわかるんですが、我々が、例えば、「このクリニックでこういうことができるんですよ」とか、「うちの院長はこういうのが得意なんですよ」とかいうことを、病院側に逆にお伝えできているのかなということなんです。

連携の会と言いながら、情報が一方向に流れているような印象を受けますが、その辺はいかがでしょうか。何か工夫とかはありますでしょうか。

○藤平（東京医科大学病院）：東京医大の藤平です。

連携の会をかなりやってきておまして、最初は、疾患別に講演をして、そのあとは意見交換会ということにしております。

今後は双方向の情報交換の会にしていきたいと思っておりますので、地域の先生方からのプレゼンを受けるとかも、今後検討していきたいと思います。

今の段階では、その会が終わったあとのほうが大事だと思うんですが、意見交換会をかなり活発にやって、名刺交換もして、顔の見える関係づくりを目指しております。

そういうことの中で、地域の先生方が、「こういうことを今考えている」とか、「こういう状況ですよ」とかいうことは、個別では意見交換しておりますが、全体の会の中でそういう双方向の連携のプレゼンができるような形も目指していきたいと思っております。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

理想を言えば、病院の先生方が退院調整をするときに、例えば、患者さんの住所と、してほしい医療行為を入力すると、グルナビのように、「この辺りに

こういうクリニックがありますよ」とかというような、共通のデータベースがあればと思っています。

そういうものを新宿区内の基幹病院、大学病院の先生方がお持ちになっていただいて、特に、新宿区以外の中野区とか杉並区に患者さんをお帰しするときに、何か役に立つのじゃないかと思っています。

できれば、特に東京医大さんは、OB会が活発ですし、多くの開業医の先生方をお持ちですので、そういうデータベースをほかの基幹病院さんにも共有化していただくということは、今後可能でしょうか。

○藤平（東京医科大学病院）：大学としても、やっと「情報を地域のネットワークと接続していいですよ」という決定が、昨年ぐらいにオーケーになったばかりで、これからは、ICTを通じての情報共有ということが展開できるような環境に、やっとなってきたと思っておりますので、今後の課題と思っております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。新井先生、どうぞ。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

東京医大さんの発表、ありがとうございました。

私からのお願いですが、国が全体で出している調整会議での考え方の一つで、公的医療機関のプランは、この調整会議で説明して、その上で、調整会議での意見をもとに進めていくということが言われています。

ですから、ここでのご意見が公的医療機関の今後の進め方にかなり反映されるという方向ですので、ぜひ積極的なご意見を言っていただきたいと思います。

きょうの東京医大さんのご発表は非常にわかりやすく、国のほうは、高額の医療機器を設備して、高度の急性期医療を担えるような病院は、その方向性で特化して行ってほしいということです。

これは、全国の方角性ではあります、そういうことに合致した、非常にわかりやすい発表だったと思います。

先日、区西南部でも同じような調整会議がありまして、東邦大学の大橋病院さんが、同じようにダウンサイジングして、高度急性期機能を担っていくというようなことが、プランとして示されていました。

そのときの調整会議のご意見の中で、「現実の問題として、救急患者の受け入れを要請しても、なかなか受け入れてもらえないケースが多い」というようなお話がありました。

東京医大さんとしては、その辺の現状はどういう状態でしょうか。大橋病院さんは、周りの関東病院さんとか厚生中央病院さんをお願いして、そちらのほうに回ってしまっているという話もございましたが、この圏域ではいかがでしょうか。

○藤平(東京医科大学病院)：東京医大は三次救急を中心にやっております、かなり充実した状況にあるかと思っておりますが、課題は二次救急だと思っております。

脳卒中のほうは、24時間受けているところがありますが、最近の課題としては、「働き方改革」ということで、この1月から、時間外の夜間の当直体制を大きく改革しました関係で、十分なニーズにお応えきれない状況もあるのかなと思っております。

その辺の「働き方改革」との関連で、さらに救急を充実させていくという意味では、新病院では、総合診療科と救命救急の部門のほうでタイアップして、二次救急、三次救急を総合的に受けていくという構想も、今準備しているところですので、救急についても地域のニーズにしっかり応えていきたいと考えております。

○新井理事：ありがとうございました。

そういうことで言いますと、人的な確保ということもございませうし、病床数でいうと、「病病連携」等をより密にして、この圏域で患者さんをスム

一ズの回していくということも大事だと思いますので、よろしく願いいたします。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

ないようでしたら、次に、国際医療研究センターさんのプランに関して、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

先ほど、将来推計についてご説明がありましたが、手術件数の増加と在院日数の適正化によって、高度急性期の割合を引き上げていこうということだったと思います。

そうすると、下流はもっと増えるわけですね。要するに、ポストアキュート以降のところ、転院先を探していく必要がありますが、その辺はいかがでしょうか。今でもお困りになっていると思いますが、何か工夫をされているでしょうか。

○須貝（国際医療研究センター病院）：国際医療研究センターの須貝です。

地域連携が特に弱いと言われていて、急性期機能をどんどん上げていくと、その部分が足りないということで、入退院支援センターというところで、なるべく早く退院してもらうために、患者さんには丁寧な説明をしております。

その分、一般病床の患者さんたちに対しては、特定入院料の部屋のほうに、患者さんの容態が悪くなってから入れるのではなくて、あらかじめいろいろなことをチーム医療でやっていくとか、その辺のところはずいぶん重点を置いて考えております。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

「病病連携」と「病診連携」がまだまだ今後の課題だと思いますが、院内でいろいろな工夫をされているということでした。

ほかにいかがでしょうか。

では、慶應義塾大学病院さんのプランに対してご質問、ご意見はございますでしょうか。

慶應もOBの方々がたくさんおられますが、そういう方々をデータベース化されたものはあるのでしょうか。

○佐藤（慶應義塾大学病院）：慶應義塾大学病院の佐藤です。

現状では、特にデータベース化したものはございません。

○黒瀬座長：今後はそういう予定とかはないでしょうか。また、近隣の病院にもそういうデータを配っていただくということを考えていただくと思うのですが、

○佐藤（慶應義塾大学病院）：現状はデータベース化ができてなくて、情報冊子等でのご案内というレベルでございます。

○黒瀬座長：ほかにいかがでしょうか。

よろしければ、続きまして、荻窪病院さんのプランに対してご質問、ご意見はございますでしょうか。

荻窪病院さんも、急性期にもう少し力を入れようというお話があったと思いますが、そうすると、転院先を探していかなければいけないと思います。

その辺で、今後こういうことをして、何とか確保していこうというような話はございますでしょうか。

○村井（荻窪病院）：荻窪病院の村井です。

252床の病院でして、2017年度では、平均在院日数が8.7日で、稼働率が93.4%でございますので、院内での完結は不可能と考えております。

さらに、この状況の中で急性期の受け入れを強化する計画ですので、当然、後方との連携を強化しているところで、何といたっても、慢性期に送るというよりは在宅に送る方向にシフトしているということです。

もちろん、在宅に無責任な渡し方はしたくないので、ポストアキュートで在宅に行く方には、当院で訪問診療科を立ち上げておりまして、ポストアキュー

トに限って、長期的なものではなく、往診という形で行かせていただくという体制を、昨年から構築しております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

申し遅れましたが、傍聴席の方からも、ご質問、ご意見がございましたら、積極的に手を挙げていただきたいと思いますと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○白井（東京警察病院）：東京警察病院の白井でございます。

荻窪病院さんのお話が、我々が日常困っていることに対して、非常に参考になるお話でした。

患者さんの住所というものが、ポストアキュートで移るときに大事になってきます。私はずっと杉並区に住んでいましたので、城西病院とか東京衛生病院とか、先生の病院とかの位置関係も含めて、頭に入るので、比較的移りやすい病院なのかなと思うんです。

ただ、実際問題として、こういうポストアキュートで移さなければいけない患者さんが、こういう形のネットワークでどのぐらいのパーセンテージで、どのぐらい期間で移せているのでしょうか。

それから、密な関係を保つために、先ほどからいろいろな工夫をしているというお話が出ていますが、具体的に密な関係に保っていくための方法があれば、教えていただければありがたいと思いますが、

○村井（荻窪病院）：いえ、特別な方法はございません。双方の地域連携室が顔の見える関係を強化していくという程度に留まっています。

例えば、誤嚥性肺炎で一度レスピレーター（人工呼吸器）を使ってしまって、気管切開までしてしまうような方に対しては、もう行き先がほとんどございませんので、当院で、もう一度食べられるようになるまで、2か月も3か月も治療を続けるか、近隣の衛生病院や城西病院の先生方と相談させていただいてということになったりします。

さらに、回復期に関しては、きょうも出席されている、杉並リハビリテーション病院の門脇先生にお願いしたりしております。

そして、こういう4病院連携とはまた別に、病院の幹部が集まって会をやったりして、顔の見える関係づくりをしているということで、特別なことではございません。

○白井（警察病院）：現実的には、先生方がそういう関係を持っていても、移すのが難しい場面がたくさんあるということでしょうか。

○村井（荻窪病院）：もちろん、そういうことは日常にございます。

○白井（警察病院）：ありがとうございました。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

中小病院さん、慢性期病院さんから、ご要望とかご意見はございませんか。よろしいでしょうか。

それでは、最後ですが、河北総合病院さんのプランに対してご質問、ご意見はございますでしょうか。

河北病院さんは、ずっと前から「KHC」ネットを独自に開発されて、活用されていますが、参加されている医療機関は順調に増えてきているのでしょうか。

○杉村副座長（河北総合病院）：河北総合病院の杉村です。

ここまで来てからは、そんなに増えていませんで、大体この辺で定まったという感じです。

○黒瀬座長：今度できる「東京区西部ネット」の事業とかとは、どういう立付けにするかということを考えていらっしゃるのでしょうか。

○杉村副座長（河北総合病院）：この「区西部ネット」は、うちの病院のデータが地域の先生にというだけではなくて、地域の先生も、同じ電子カルテを使

って、診療していくというものですので、これが広がっていけばいいなと思っております。

ただ、広げようという活動はしていますが、理解を得られた患者さんにしかできないということと、近くの診療所の先生方の理解を得られるまでに、もう少し時間がかかりそうだというところです。

○黒瀬座長：先生のところは多くの救急患者さんも引き受けていらっしゃると思うんですが、そのあとの、いわゆる退院後の引き受け手になる慢性期病院さんとか、在宅医療の先生方に何か望むところというか、「こういうところをちょっと考慮していただきたい」とか、ご要望は逆にはないですか。

○杉村副座長（河北総合病院）：当院にも慢性期の病院に移っていただきたいなという患者さんが多いので、そういう患者さんの数に対してベッドの数が少ないということが、困っているところではあります。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

これで、8医療機関さんのプレゼンに対するご質問、ご意見をいただきましたが、ほかに何か追加でご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○溝尾（東京新宿メディカルセンター）：新宿メディカルセンターの溝尾です。

新宿区はますます慢性期、療養型病院が不足しておりまして、今年の12月、療養型を持っていた大きな病院がなくなりました。

私も地域連携室を担当しているものですから、本当に行き先がなくなってきたということですので、それぞれの病院からFAXで時々いただいておりますが、できれば、療養型の病院の情報を一括してネットで見られるようになればと思っております。

「ここは何床空いています」とか、「こういった患者さんなら受け取れます」というような情報を、みんなで共有できればいいなと思っています。

先ほど、黒瀬先生から、「診療所の情報を」というお話がありましたが、慢性期の病院の情報もいただけるとありがたいと思っております。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

今回の調整会議では、急性期の病院さんのプランが議題になっているわけですが、出口問題と申しますか、「どこに出したらいいのか。その情報がほしい」ということで、「それを構築することはできないのですか」というご意見が、他の地域でもありました。

今回のご質問の中にあつた、「近隣の医療機関と遠方の医療機関とどうやって分けていますか」というのは、実は、そこが質問の意図だったわけです。

特に、遠方に行ってしまうと帰ってこれないという方々に対して、そのマッチングをどうしたらいいかということで、私たちも大きな問題だと思っております。それを解決できるような仕組みを考えているところです。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

先日の新宿区の基幹病院の会の際に、猪口先生もいらっしゃっていて、そういうお話もちょっとお聞きしていました。

できれば、東京都医師会全体でやっていただくのが一番いいのですが、区西部の中だけでも、それをまず解決できればと思います。

我々医師会も、杉並区医師会の甲田先生もいらっしゃるので、協力させていただいて、何とか区西部でそういうシステムがつかれないかとかを検討させていただきたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。

新井先生、どうぞ。

○新井理事：基準病床数の話は本日は全然出ていませんが、この区西部というところは、今年度の4月1日のデータをもとに、東京都が基準病床数を算出すると、病床が過剰という区域ということで、病床をこれ以上増やすことは、当面できません。

そうすると、この中でやっていかなければいけないということになると、先ほど、新宿区のほうは慢性期が少ないということですが、中野区、杉並区と併せて考えて、先ほど、土谷理事が説明したようなシステムが、近々できる予定ではありますが、そういうものを利用した上で、慢性期の病棟との連携というものもやっていただければよろしいかと思っています。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

新井先生がちょうどおっしゃっていただいたので、発表のあったプランを踏まえて、地域の課題等について、これから皆さんと意見交換をしていきたいと思えます。

まず、この地域全体を通して、「こういう問題点がある」とか、「こういうところでこういうことをしたらいいのじゃないか」とかいった、前向きのご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○大沼（東京都看護協会）：東京都看護協会の大沼と申します。

東京都看護協会では、地域包括ケアシステムの推進というところを目的に、平成29年度から活動しております。

今回の地域医療構想調整と、地域包括ケアの推進というのは、車の両輪であると思っておりますが、こちらでは、看護協会、看護連盟、訪問看護ステーション連盟という3団体で、この圏域の地域包括ケアをいかに推進するかという話し合いを行っております。

昨日もありましたが、その中で出た話の中では、地域包括ケア病棟を持っている病院や、回復期や慢性期の病院の管理者のご発言ですが、そういうところに来る患者さんというのは、急性期からそこに一旦行って、在宅に戻るための、あくまでもワンクッションであるということでした。

例えば、地域包括であれば60日の中で、在宅にどう持っていくかということ、訪問看護ステーションの方々と協働しながら、連携を進めていくということが、非常に大事になるわけです。

ただ、これは、ちょっと言いにくいことですが、急性期からそういう地域包括とか回復期、慢性期に移行するときに、先生がご家族に「ずっと入れますからね」というお話を、どうもされてしまうということでした。

そうすると、“終のすみか”だと思っている患者さんとかご家族が、行った先で、「え、またなの？」ということで、なかなか急性期から移行できないという話がありました。

確かに、区西部での回復期とか慢性期の病床数は、若干少なめだと思うんですが、本当の意味の高度急性期、急性期と回復期、慢性期との連携がうまくいって、在宅にスムーズに移行できるようになれば、今の病床数でも何とかなるのではないかと考えております。

それから、訪問看護ステーションでは、レスピレーター（人工呼吸器）が着いていたりしても、「患者さんに、帰りたいという思いがあれば、いくらでも対応ができる」という、非常に強い言葉をいただきました。

ですので、急性期としては、在院日数とかの縛りもありますので、本当の意味での急性期の治療が終わったら、在宅に行くためのワンクッションという考えのもとにできればいいのではないかと考えております。

看護の視点から発言させていただきました。よろしく願いいたします。

○黒瀬座長：非常に貴重なご意見をありがとうございました。

新井先生も先ほどおっしゃったように、パイは増えないけれども、その比率は変わっていくというところですが、実際に病院の先生方がお感じになっている機能と、ベッドの利用され具合に乖離があるのではないかとということが、猪口先生もずいぶん心配されているところだと思っております。

「その現状をしっかりと把握した上で議論を進めていかないと、違った方向に行ってしまうよ」というお話だったと思いますし、「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」という設問は、そういう意図があつてのものだったと思います。

実際に理由を書いていた中で、臨床の現場でのベッドの使用の仕方と、届け出ている機能別の病床数というのは、各病院さんでかなり違いがあるとお感じになられているところがあるでしょうか。どうぞ。

○白井（警察病院）：警察病院の白井です。

ご質問の主旨はよくわかりますが、病院を経営していると、病床というのは、一年を通じて平均的に動くわけではないわけです。

乖離があるかないかということ言えば、うちの病院なんか、昨年もそうですが、11月ごろから2月、3月ごろまでは、本当に手いっぱい、大変な状況になるんです。

ですから、記憶違いだったら申しわけないですが、高度急性期病院の稼働率が75%で、急性期病院は78%の稼働率というような数字を、以前の資料でいただいたように思います。

新井先生から、区西部の病床は余っている状態だというお話をいただきましたが、先ほどいただいた資料について、稼働率で見ると、区西部の高度急性期機能は80%台で、急性期機能も84.6%ですよ。

ですから、データの的には「そんなに余っているのかな」という印象がありますが、実感はどうかというと、なかなか難しいという感じです。

そういう意味で、経営の話も先ほど出ましたが、病院を経営している者としては、経営の話を抜きにすることはできません。

前の会議でもお話ししましたが、どの病床数に合わせて固定費を設定するかということも、非常に難問なんです。

ですから、先生のご質問に対して、「一概に、こうです」というお答えは、なかなかできないのじゃないかと思っています。

○黒瀬座長：一概にお答えいただく必要は全くなくて、そういうご意見をいただきたいということです。

要するに、「実際は余っているように、統計的には見えていても、全然余っていないというのが実感なんだ」とか、「季節によって必要病床数が違っている」というような具体的なお話を、この場で話し合っていこうとしているわけですが、

○白井（警察病院）：先生、申しわけないんですが、この調整会議にずっと出ていて、不満的なことをお話ししてしまいますと、この病床機能の高度急性期、急性期の数の問題も、調べるたびに変動していて、その中身によって報告の数字が違うということですが、そういうような数字をもとに議論していてどうなのかと思うところがあります。

恐らくどの病院の先生方もわかっていることは、ポストアキュートをどうするかということで、きょうのキーワードも「地域全体でのネットワークの形成」なのか、それとも、「もう少し小さいネットワークの形成」なのか、「個々の病院でのネットワークの形成」なのか。そして、そういうものをどう指導してもらえるのかということに、もう尽きているのじゃないかと思うんです。

この会議に何回も出ていますが、いつも同じところで皆さんが引っかかっているのが、もう見えているのじゃないかと思うんです。

生意気なことを申し上げましたが、それが率直な気持ちです。

○黒瀬座長：ぜひそういうところもお話したいので、お聞きしているわけですが、ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○山本（中野共立病院）：中野共立病院の山本です。

うちの病院は、一般病棟と回復期リハビリ病棟と地域包括と、3つ持っていますが、季節によって埋まり具合も違います。

東京のこういう地域だと、稼働率でしかなかなか収入が上がらないため、そういう意味で、最近の流れでは、回復期病棟も在院日数を減らそうとしています。空いたときに、紹介があるんだろうかという不安が、もう一方であるわけです。

それで、いろいろなところに挨拶に行ったりすることもありますし、逆に、うちから長期療養型の病院に移動させていただくときには、ソーシャルワーカーが介入するわけですが、確かに効率が悪いんですね。

それで、二次救急指定病院の端末があると思うんですが、あの端末に、例えば、「うちの回復期病棟は、男性何床、女性何床空いている」とか、「地域包括

ケア病床は、男性何床、女性何床で、診療科目はこれです」というようなことができればと思っています。

つまり、あの二次救急の端末と同じように、各病院の先生方が入力して、リアルタイムに更新することができれば、探さなければいけないという作業が減って、受け入れが可能になっている病院に、ピンポイントで当たっていくということができると思います。

そして、これが、区西部なら区西部の連携で、「そういう端末をつくろう」という話になると、非常に効率がよくなると思うんですが、いかがでしょうか。

○黒瀬座長：そのとおりですね。それが、溝尾先生が先ほどおっしゃっていた話にもつながると思いますし、東京都医師会の土谷先生がおっしゃっていた話にもつながっていくと思います。

もちろん、ここは、「ネットワークをどうつくっていくか」ということを、具体的に話し合っていくような場ではないかと思いますが、我々医師会のほうでも、現場の意見として大切にしたいと思いますので、今のお話を持ち帰って、検討させていただきます。

それから、パイが増えない中で、いかに有効活用していくかというご要望とかご意見をいただくのが、この調整会議の場だと考えています。そして、東京都の方もそれを受け取ってくださっていますので、ぜひ忌憚のないご意見をいただければと思います。

ほかにご意見はございませんか。福江先生はいかがでしょう。

○福江（小原病院）：小原病院の福江と申します。

ポストアキュートから慢性期に移行する際の情報が得られにくいという話がよくありますが、慢性期の病院をやっている者としては、経済的な問題が非常に厳しいということがあります。

急性期からうちの病院に入院していただくにあたって、家族の方が来て、相談されるわけですが、慢性期の一番のネックというのは、例えば、本当に寝たきりで、あとどのぐらい生きるかわからないという場合です。

実は、これから1か月なのか、3年なのか、5年なのかわからないんですが、「1年ぐらいだったら、家族のほうでお金を払えるけれども、それ以上になると、もうここには来られません」ということになる場合は結構多いわけです。

そこで、家族の方々と、「このケースであれば、将来、在宅に持っていけるだろう」という話をしたり、「看取りだけでいいのか」ということをお聞きしたりして、じっくり相談しないと、なかなか引き受けられないわけです。

そういう状況を解決するにあたって、うちの病院としては、どういう形で情報を発信しているかと申しますと、うちの医療相談室からそれぞれの病院の相談室ということで、ドクター対ドクターということではなく、現場対現場ということで、ソーシャルワーカー同士でネットワークをつくってやっつけていこうとしています。

そして、年に1回、そういう窓口に当たる人たちだけに集まっていただいて、会議を行っていて、そこで、「うちの病院はどのような患者さんを受け入れて、どのぐらいの費用がかかって、どういう形で相談を受ければ、受けられますよ」ということで説明しています。そして、日常的にしょっちゅう連絡をするようにしています。

そういう形で対応していますが、最終的には、家族の方が来て、相談しても、うまく受けられないケースというのは、費用の点が一番の問題になるということです。

また、電子カルテのシステムを導入するには、療養型の病院としては、そんなに費用をかけられないので、結果的には、差額ベッドなどである程度収入を得ないとやっていけないというのが現状なんです。

そういう状況ですので、スムーズに回復期から慢性期への流れというのは、簡単にはいかないなということで、いつも模索しているのが現状です。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

ほかに何かご質問、ご意見はございませんでしょうか。

傍聴席の方々からも、「これだけは」ということがありましたら、ぜひご発言いただきたいと思います。

それでは、時間がオーバーしてしまいましたが、白熱した討論をしていただき、大変ありがとうございました。

次回以降の調整会議でも、地域の課題解決に向けた議論を重ねていきたいと思っておりますので、先ほどの白井先生のお話も含めて、「ここが問題なんだ」、「この論点はずれている」というようなご指摘もしていただきながら、お話を進めていきたいと思っております。

具体的な解決方法に向かって一歩ずつでも前進していきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

3. 報 告

(1) 地域医療構想推進事業について

(2) 病床の配分等について

○黒瀬座長：それでは、報告事項が2点ございますので、東京都より説明をお願いいたします。

○事務局：資料5をご覧ください。調整会議で毎回ご紹介させていただいておりますが、国の地域医療介護総合確保基金を活用した事業で、今年度も引き続き実施いたします。

資料の左側が、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に、病床の機能転換等を行う医療機関に対して、施設と設備の整備の補助を行うものです。

資料の右側のほうも、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換をする病院に対する補助ですが、「開設準備経費支援」として、病棟に配置する看護職員の人件費であったり、開設後の人件費支援として、医師やリハビリ専門職の人件費を補助するものとなっております。

構想区域内でこの補助金を活用する病院がある場合には、この調整会議でご報告いたしますので、よろしく願いいたします。

続きまして、報告事項(2)の病床配分等についてです。資料6をご覧ください。

5月10日付で都内の医療機関あてにお送りしておりますが、平成30年度の病院及び診療所への、療養病床及び一般病床の配分方法についてです。

平成30年3月公表の、第7次東京都保健医療計画の策定時に、新たな基準病床数を算定いたしました。平成30年4月1日現在、病床の配分が可能な圏域は、この「2. 病床配分の対象」に記載のある圏域です。区西部地域は病床過剰地域ですので、配分の対象とはなりません。参考までにご説明いたします。

今回からの変更点ですが、2枚目をご覧ください。

1つ目は、従来は年2回だった配分が、原則的に、各年度の3月末の1回となりました。

2つ目は、病床配分を希望される医療機関は、地域医療構想調整会議で説明を行い、協議することとなりました。該当の医療機関には、今年度2回目の調整会議でご説明いただく予定となっております。

3つ目は、病床配分に係る決定通知の有効期間の延長です。配分の決定から開設許可申請までの期間が、従来は6か月でしたが、これを1年に延長しております。

続きまして、資料7をご覧ください。

こちら、4月17日付で、都内の医療機関あてにお送りしておりますが、病床が全て稼働していない病棟、いわゆる非稼働病棟を有する医療機関における病床の稼働についての通知です。

配分されている既存病床を適切に稼働し、有効に活用するため、非稼働病棟について、来年の3月末までに、当該病棟を再開するか、病床稼働までのスケジュールや、医療従事者の確保方針等の、病棟再開に向けた具体的な対応方針を、東京都に提出していただくようお願いしております。

いずれかの対応がなされなかった場合には、非稼働の理由や今後の運用見通し等について、来年度の調整会議でご説明いただく予定となっております。

説明は以上です。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

この調整会議は情報を共有する場でもありますので、最後に何か情報提供したいという方がいらっしゃいましたら、傍聴席の方からでも、挙手をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

特にございませんでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○花本部長：活発なご議論を本当にありがとうございました。

この会議もことしで3年目を迎えます、先ほど、委員の先生方から、「毎回同じような議論になっている」というお話も出ましたが、私はこの4月からここに参加させていただいております。

全部の圏域の会議に出席させていただいておりますが、同じような課題を持っているところがございます。

行政としては、各圏域ごとの課題で具体的な取り組み方法、どういうふうに関解決すべきかということが見えてきた段階で、行政としてやるべきことがあるかどうかも含めて、検討していきたいと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

最後に、事務連絡が5点ございます。

1点目、全構想区域の調整会議が終了後、「公的医療機関等2025プラン」につきましては、東京都のホームページで公開する予定です。

本日の議論を踏まえて、本日発表いただいた病院さんの中でプランの内容を修正する場合には、7月31日までに東京都にご提出いただきたいと思います。

2点目、今後、病院がこれまで担ってきた機能を大きく変更することを予定している医療機関につきましては、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく機会を設けたいと考えております。ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出いただきたいと思います。

3点目、会議の冒頭でもお話ししましたとおり、本調整会議は公開となっておりますので、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載する予定です。公開された議事録について万一修正等が必要な場合には、私どものほうまでご連絡いただきたいと思います。

4点目、この会議は圏域ごとに行っていますが、今後の議論をより深めていただく際には、隣接する圏域から患者さんが流入したりするような病院もあるため、そういった近隣の圏域の状況とか議論の方向性についても聞くということは、すごく有意義なことだと思います。

他の圏域の会議にもご出席いただければ、こちらでの議論もさらに充実すると思っておりますので、よろしく願いいたします。

もし出席される場合は、東京都のホームページに他の圏域の開催日時等が載っておりますので、傍聴を希望される場合には、FAXでお申し込みいただければと思います。

最後に5点目ですが、本日、閲覧用の「地域医療構想」という冊子を配付しておりますが、机の上に置いたままにしておいていただきたいと思います。

それでは、以上で区西部地域における東京都地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたり活発にご議論いただき、どうもありがとうございました。

(了)