

〔平成30年度 第1回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区西北部〕

平成30年7月6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』

### 〔区西北部〕

平成30年7月6日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区西北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、悪天候の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、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願います。

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。不足等がございましたら、事務局までお申し出ください。

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、係員よりマイクをお受け取りになり、先にご所属とお名前からお呼びできればと思っております。

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も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、ご発言をお願いいたします。

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、よろしく願います。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。東京都医師会の猪口です。

この調整会議は、この調整会議はもう3年目になりまして、今年度の第1回目ということですが、今回から本番ということになるかと思えます。

それはどういうことかといいますと、きょうは、公立病院、公的病院の皆さんからプランを発表していただきますが、その具体的な機能をここで共有して、連携体制をしっかりと構築していくということになるからです。

人口が減少していく地方においては、公立病院、公的病院のプランの発表をもって、そういった病院の統廃合につなげていくというのが大きな目的になっています。

しかし、東京の場合は、今度の基準病床数を見てもおわかりのとおり、また、推計を見て、将来もまだまだベッドが必要だということになっておりますので、統廃合していくということには使われません。

ただ、医療人が少なく、すぐに病院ができるわけではないので、実際には病床稼働率が上がっていないのではないかという状況の中においては、こういった調整会議をもとにして、連携体制をしっかりとつくっていくということが重要になってくると思っています。

きょうご発表になる公立病院、公的病院の皆さんの多くは、高度急性期から急性期を担う、患者さんの出どころになる、基点となる病院です。

そういう病院が、回復期、慢性期、在宅と連携するにあたって、どのような方策をとったら、我々はうまくいくのかというようなことが、この調整会議でしっかり話し合われることが大事だと思っています。

その中で、資料1の4ページの左上グラフに出ていますが、病床機能報告制度では、将来の推計に合わせると、回復期が非常に少なく見えます。推計では31.7%が必要だということに対して、十数%ということが書いてあります。

ただ、将来の推計というのは、2013年の医療資源の投入量によって決められた数字ですから、2013年においては、この31.7%という数字で、回復期が存在していることになるわけです。

そこで、ここの議論の中で、うまく連携していくためには、この回復期が絶対必要なんだということ呼び込み過ぎますと、回復期が増加し過ぎてしまうということになってしまうわけです。

ですから、皆さんが医療をやっておられる中で、本当に必要なものは何かということ、この会議の中で議論しないと、いびつなものができ上がってしまう可能性もありますので、その辺も気をつけていただきたいと思います。

それから、資料3のキーワードに基づいて、公立病院、公的病院にきょうはお話いただくわけですが、キーワードの上のところに点線で囲ってあるところは、これまでの調整会議で出てきたワードです。

例えば、「地域」というものを考えたときに、通常、プランを書くときには、二次医療圏を中心に書かれているところがほとんどだろうと思いますが、実は、大きな病院ばかりですので、二次医療圏を超えて、いろいろなところの患者さんを集めておられるわけです。

ですから、そういったところとの連携をどうするのかということで、医師会とか開業医さんが、どういう希望を持っているのかという、そういう聞き取り的なことをきちんとされているとか、どういう方策をされているかということに気づいていただくための設問をつくってあります。

もちろん、きょうの発表の中では、そういうことはなかなか盛り込まれていないかもしれませんが、そういうことを意識していただいて、連携を深めていただくように、この会議によって発展させることができれば幸いです。

では、本日はよろしく願いいたします。

○千葉課長：ありがとうございました。

なお、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に使用する資料につきましては、公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を水野座長にお願いいたします。よろしく願いいたします。

## 2. 議 事

### (1) 平成29年病床機能報告速報値について

○水野座長：座長を今回引き受けました、板橋区医師会の水野と申します。よろしく願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

(1) 平成29年病床機能報告速報値について、東京都よりご説明をよろしく願いいたします。

○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、前年に比べ1792床の増となっております。

これは、新規開設分に加え、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、急性期と報告を変更したことによる影響が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、区西北部の状況をまとめたものに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、どの機能でご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るきっかけになればと考え、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、適宜ご参照いただければと思います。

それでは、①から順に区西北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となっておりますので、参考としてご覧ください。

高度急性期が減少し、急性期が増加しております。こちらは、報告区分を高度急性期から急性期に変更した医療機関の影響によります。

回復期の増加は、回復期リハビリテーション病床の増床によります。

慢性期の増は、前年度未報告だった医療機関分が上乘せされたためです。

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

病床稼働率は、高度急性期でやや減少し、それ以外の3機能では上昇していますが、ほぼ横ばいと言えます。

平均在院日数は、全機能で短縮していますが、特に慢性期で大きく短縮しています。こちらは、一部の在院日数が長い病院で大幅に短縮されたことが要因と言えます。

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覧ください。

区西北部では、急性期、回復期、慢性期の3つの機能での報告がございます。回復期の報告割合が最も高いですが、急性期の割合も比較的高いと言えます。

この入院料は、急性期と回復期の割合が均衡していたり、こちらの区西北部のように、急性期から慢性期までの3つの機能での報告があるなど、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プラン等の説明時にも、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ご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。

回復期で在宅医療の実施予定の不明の患者の項目の割合が高くなっておりまして、全構想区域で最も高い数字となっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合は、58.4%となっており、前年度から4.5%減少しております。都平均が62.2%ですので、こちらよりもやや低い数値となっております。

説明は以上となります。

○水野座長：ありがとうございました。

今の病床機能報告の結果についてご質問、ご意見等はございませんでしょうか。

特にないようでしたら、後ほどでも結構ですので、議事を進めさせていただきたいと思います。

## (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

○水野座長：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ご説明いただきます。

その後、その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、東京都から、プランの説明の方法やポイントについて説明をいただきますので、お願いいたします。

○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、プラン策定対象病院が、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、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」を作成して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を配布し、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という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となります。

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です。

資料3の3枚目の左上に、区西北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、「高度急性期から慢性期機能まで全ての機能で流出」、「中小病院の割合が高い」、「回復期機能において病床稼働率が低い」、「急変時やレスパイトの受け入れを求める声」といった4つの点が挙げられております。

そこから、「課題」として、「限りある圏域内の医療資源を活用していくため、圏域内の連携を強化する取り組みが必要」といった内容が挙げられています。

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

この2つのキーワードにつきまして、各プランを踏まえながら、どのように取り組んでいる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を作成していただきまして、まことに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、プラン本体は、参考資料3として配布しておりますので、よろしくお願いたします。

説明は以上です。

○水野座長：ありがとうございました。

### 【 対象病院からの報告 】

○水野座長：それでは、資料4の順番に沿って、対象病院からのご説明をいただきます。

ご説明の際には、前の演台のところでお願いします。1病院当たり3分しかありませんので、資料のポイントのみを簡潔にご説明をお願いいたします。

それでは、まず、大塚病院さんからお願いいたします。

○富山（都立大塚病院）：都立大塚病院の富山でございます。

「キーワード1：ICT・ネットワーク化」については、ICTを用いて、地域医療機関から急変患者のスムーズな受け入れや、急性期後の退院、転院、在宅医療へのスムーズな流れを、地域医療機関とネットワークシステムを構築することによって、大塚病院が地域医療に貢献したいと考えております。

「キーワード2：顔の見える関係・連携」については、大塚病院では、院幹部による医師会訪問や、各診療科医師が紹介元等を訪問しております。例えば、平成29年は147件訪問してございまして、顔の見える連携を実践しております。

また、医科、歯科、薬事連絡会・研修会を開催しております。また、「大塚モデル」というのは、産婦人科の地域連携システムのことですが、この「大塚モデル協力医連絡会」というのも、年2回開催して、地域医師会の先生方と当院医師とで情報共有や意見交換を行っております。

次に、課題1の、「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、関係機関等と連携するための取組を何か行っていますか。」についてです。

一般的には、区西北部としての、豊島区、北区、板橋区、練馬区を考えていますが、当院は文京区と隣接しており、文京区は豊島区に次いで患者さんが多いため、文京区も重要と考えております。

そのため、文京区を含む5区の地区医師会、歯科医師会、薬剤師会と医療連携に関する協定を締結しております。

それから、先ほども申しましたが、当院の特徴である、「産婦人科地域医療連携システム（大塚モデル）」では、医療圏外の文京区や足立区医師会とも協定を結んでおります。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれについて連携方法等の違い」についてです。

近隣の関係機関としては、豊島区医師会との連携が強く、「豊島区在宅医療連携推進会議」に委員として参加するとともに、「豊島区小児救急事業」、「在宅医療相互研修事業」等を連携して実施しております。

遠方関係機関については、各医療機関の医療機能等の情報を収集して、患者の状況に合わせた紹介、逆紹介を中心とした連携を図っております。

「3. 地域包括ケア病棟」については、該当しません。

「4. 病床機能を分類するにあつたての根拠や理由」についてです。

当院は、高度急性期・急性期病床を中心に考えております。その根拠としては、病床機能報告において「高度急性期」に分類されるICU、NICU、MF-ICU等が、計59床ありまして、総合周産期母子医療センターとして機能していることです。

また、入院の約半数は救急入院でありまして、急性期治療や手術後は、早期に退院、転院していただいております。

「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」についてです。

先ほど言ったように、総合周産期母子医療センターがありますので、地域と役割分担しながら、やっていきたいと思っております。

また、総合診療基盤として、がん、難病にも対応できますので、地域医療機関には、がん患者、リウマチ膠原病患者を、多く当院に紹介していただきたいと思っております。

そして、在宅患者の一時入院や、重症心身障害者の短期受け入れなども、引き続きやっていきたいと考えております。

さらに、救急診療にも力を入れておまして、在宅患者の急変も積極的に受け入れていきたいと考えております。

その意味でも、医師会や在宅医とICTを用いた情報共有や、地域医療ネットワーク構築に向けて、地域医師会と連携したいと考えております。

また、当院では、「緊急診療依頼直通電話」という、“ゴールド電話”と呼んでいますが、地域医療機関から直接、当院の担当医につながるシステムもありますので、これももっと活用していただいて、地域医療に貢献していきたいと思っております。

○水野座長：ありがとうございました。

質問等はあとでまとめてお伺いさせていただきます。

それでは、次に、豊島病院さん、お願いいたします。

○市岡（豊島病院）：豊島病院の市岡でございます。

まず、「キーワード1：ICT・ネットワーク化」に関しては、圏域の病院や診療所との情報共有を目的として、「東京総合医療ネットワーク」への接続に向けた整備を進めております。

これは、東京都保健医療公社の第4次中期経営計画の中で、6病院ある公社病院の中の1つの豊島病院が、まず先行して参画するという形で、予算も計上されております。

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。

豊島病院は、平成22年に地域医療支援病院を取得しておりますので、地域に根ざした病院ということで、連携医向けセミナー、合同カンファレンス等を

開催したり、医療機関訪問なども、以前から積極的に行ってきました。そして、地域包括ケアシステムへの貢献を果たすため、より一層進めていきたいと考えております。

それから、以前は、退院支援とか転院の調整とかに重きを置いていましたが、これも、公社病院の中で、うちと大久保病院が、「総合患者支援センター」というものを、この4月から設置しました。

そして、これまでちょっと弱かった、入院前のサポートを充実させて、入院から退院、転院まで、一貫したサポート体制を構築しております。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識しているか」というところです。

当然、板橋、豊島、北、練馬区の4区を考えていますが、どこから来られるかを見ますと、板橋区の方々が6割強となっております。

あと、もう一つは、交通手段というものが大きく影響しますので、東武東上線沿線にあるため、その沿線も主要な「地域」となります。

さらに、赤羽駅から池袋に通じるバス路線がありまして、当院のそばを通っているため、北区からの患者さんも来られていますが、それよりも、東武東上線沿線の埼玉県の志木市や和光市からの患者さんのほうが多いという実情があります。

ただ、紹介患者に限りますと、やはり、北区からのほうが埼玉県民より多いということになっております。

こういった形で、遠いところに関しては、事務的な連携はしてできていますが、「顔の見える関係・連携」までには至っておりません。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関との連携方法等の違い」については、患者の受け入れに関しては、全く関係なく受け入れております。

しかし、近いところであれば、顔の見える連携が取りやすいということがありますが、遠方の医療機関とは、連携がうまくできていないという状況にあります。

「3. 地域包括ケア病棟」については、現時点では、今後有する予定はありません。

次に、4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてです。

当院には、ユニット系の病床がありまして、これを高度急性期と区分しております。その他は急性期ということになります。

なお、新しく病院を建て直したときに、緩和ケア病床として20床の個室を設けました。ただ、普通の緩和ケア病棟と違って、看取りの病棟ではなく、かなり早期から症状の軽減に努めるという形で、例えば、必要に応じて放射線治療を実施するなどして、症状緩和に努め、在宅復帰を目指しています。

救急で来る方も多いですが、一旦は入院して、そういう症状を取ってあげて、在宅に復帰していただくということで、4割から4割5分ぐらいを目指してやっております。

あと、精神科病棟についても、スーパー救急を実施しておりますので、これも急性期として運用しております。

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」についてです。

DPC等のデータではわかりにくいような、それぞれの医療機関の「得意分野」について、目に見えないところがありますので、そういったところの情報交換、情報共有をしながら、相互理解をしていく必要があると考えております。

また、先ほど言いましたように、当院は、地域医療支援病院、急性期病院として、紹介、逆紹介に関してかなり高い率を保っておりますが、こういった形で機能分担と連携を、今後も継続していきたいと考えております。

それから、地域包括ケアシステム実現のため、在宅移行を積極的に進めておりますが、我々が理想としているところまでは行っていないので、今後とも連携をさらに強化していきたいと思っております。

○水野座長：ありがとうございました。

次に、日大板橋病院さん、お願いいたします。

○徳橋（日本大学医学部附属板橋病院）：板橋病院の徳橋でございます。

まず、「キーワード1：ICT・ネットワーク化」についてです。

私どもの病院も非常に大事なこととして、取り入れるように急いでおります。

ただ、残念なことに、私どもは学校法人でございまして、いろいろな意味で個人情報の扱いということに関して、かなり厳しい規定がございまして。

それともう一つは、その個人情報のセキュリティに関して、いくつかの事件が起きたという事例もありまして、電子カルテを直接結ぶということは、今の時点ではなかなか難しいので、それ以外でのICT化を、今一生懸命検討して、導入を図っております。

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。

私どもは、近隣の医師会のほうからもいろいろご指導を賜っておりまして、かなり改善しております。

当院の財産は、非常に多様な診療科を持っているということですので、それに関する講演会、懇親会、セミナーという形で、顔の見える連携に努めております。

もう一つは、各医師会や連携医療機関への訪問ということも、今始めました。「遅い」といってお叱りを受けてはおりますが、今後ともより一層の連携を深めていきたいと考えております。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識しているか」に関しては、もちろん、区西北部でございまして、特定機能病院ではありますが、地域に密着した特定機能病院というのが、私どもの歴史でございまして、その辺はさらに強化していきたいと考えております。

さらに、地域柄、埼玉県の一部の、東武東上線沿線の朝霞地区の和光市、朝霞市、志木市、新座市などからの流入患者、受け入れております。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関との連携の違い」に関しては、埼玉県の救急のほうと約束がございまして、埼玉県の東上線沿線の人たちの急患の場合は、埼玉県で受け入れられないときは、こちらで受け入れるということになっております。これについては、消防署と連携を取って、やっております。

「3. 地域包括ケア病棟」に関しては、該当はございません。

それから、「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてです。

高度急性期というのは、普通のところではできないような、診療密度が高いものということでありまして、救命救急、特定集中治療室、総合周産期特定集

中治療室管理料を取るようなもの、新生児治療回復室入院医療管理料という形で、高度急性期医療の定義付け、かなり厳しく変更させていただきました。

従来は「全部」という話だったのですが、今は急性期とかなり区分しております。さらに、この高度急性期の機能を活かしていきたいと考えております。

「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」については、私どもの病院には回復期、慢性期の機能がございませんので、そういった形での地域連携を進めていくということに努めております。

特に、顔の見える連携ということで、やっと、「2人主治医制」というものを導入しまして、皆さんのところの現場に、主治医の顔が見えるような形になるように努めていきたいと考えております。特に、紹介状の返送については、かなり強力に努力させておりますので、よろしくお願いいたします。

○水野座長：ありがとうございました。

次に、帝京大学医学部附属病院さん、よろしくお願いいたします。

○佐野（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学病院の佐野と申します。

今回の私どもの資料がかなり冗長で、皆さんのようなまとまったものに比べますと、6枚に及んでしまったことをおわびいたします。

まず、今回のキーワードは、「ICT・ネットワーク化」と「顔の見える関係・連携」ということですが、我々に関しましては、とにかく、「顔の見える関係・連携」というのは目的でありまして、信頼関係を築く上で非常に大きなポイントです。

それに対して、「ICT・ネットワーク化」というのは、ある意味では手段でありまして、信頼関係を得る一つの手段であると考えております。

そういうことを念頭に置きまして、1番からいろいろ考えてまいりました。

まず、1の「地域」についてですが、当然、区西北部を意識しておりますが、医療資源が不足ぎみである区東北部、あるいは、埼玉県からの患者さんの搬送も、積極的に受け入れるような役割を持ちまして、都全体に広がるような、構想区域外との連携を構築しております。

それは、次の2番にもつながりますが、遠方の関係機関との連携に関しては、そういった形で、役割分担をしっかりと設定することで、関係を築いておりますが、近隣の関係機関としては、さまざまな機会をつくりまして、とにかく信頼関係を築く努力をしております。

近隣の医療機関の皆さまが困ったときに、いかに我々はその手助けになるかということが一番を考えて、いろいろな対策を立てております。

続きまして、「4. 病棟機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてです。

当院では、高度急性期を1007床、急性期を24床として、高度急性期の患者さんに対する役割を果たすために、病院を運営しております。

ですので、急性期機能病院や回復期機能病院と連携し、それらを併せて、地域としての大病院のような関係を構築したいと考えておりまして、そのためにも、とにかく、信頼関係を築くということを、大前提としております。

そこで、「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」についてです。

当院では、講演会、セミナーなどをいろいろ開催しておりますが、とにかく、顔の見える関係、連携を、他の医療機関に求めるというよりは、こちらが、それに対して、信頼に足る姿勢を見せるということで、我々としては、転院、在宅を導入した患者さんに関しては、急変した場合には、どんなことがあっても受け入れるということを、職員全員に通達しております。

我々としては、「院内発生と同じような、患者さんの受け入れとしない」というふうに、指導してまいっております。

それから、通院患者さんに関しては、以前から「2人主治医制」をとっております、うちで抱え込まずに、地域の先生方と一緒に患者さんを診るということにしております。

また、入院患者、転院患者、あるいは、在宅導入の患者さんに関しては、先ほどお話ししたように、一つの大病院というような形で、相互の患者さんの交流が非常にスムーズに行くように、顔の見える関係を築いていくように努めております。

I C T、ネットワークはあっていいのですが、それよりも、まず先に、信頼関係を築くということを大事に考えております。

○水野座長：ありがとうございました。

それでは、次に、東京都健康長寿医療センター病院さん、お願いいたします。

○吉野（東京都健康長寿医療センター病院）：東京都健康長寿医療センターの吉野と申します。

まず、「キーワード1：I C T・ネットワーク化」については、当院では、地域医療連携システムの「C@RNAConnect」を導入しております、他の医療機関からの画像診断や診療予約のオンライン予約に対応しております。

医療機器の共同利用にもつながるものですので、今後も利用を促進してまいりたいと考えております。

「キーワード2：顔の見える関係・連携」については、日々の診療においては、近隣の医療機関の皆さまとともに、紹介、逆紹介といった形で、地域連携を強力に推進させていただいております。

また、日常の診療とは別に、連携医療機関の皆さまとの連絡の会議とか、公開C P Cなどの開催や、研修会等の開催を通じまして、単なる紹介状のやり取りにとどまらず、実際に足を運んで、顔を合わせて、信頼していただける医療機関になるような取り組みをして努力しております。

続きまして、1の「地域としての範囲」と、2の、「近隣と遠方の関係機関との連携方法の違い」についてです。

当センターは、高齢者を対象とした急性期医療を中心にやっておりますが、特に、患者さんの平均年齢が77歳と非常に高く、65歳以上の患者さんが9割となっております。

そういう状況も影響しているのかもしれませんが、当院の患者さんは、板橋区内、とりわけ、立地している東上線の「大山」駅の近隣にお住まいの方が多いという特徴がございます。

そういった中で、地域連携の方法といたしましては、距離によって特段の差を設けるということはいたしておりません。区西北部内の連携医療機関の皆さま

ま向けに、各医療機関の所在地をまとめた連携医のマップを作成し、配布させていただくというようなことに取り組んでおります。

それから、3の「地域包括ケア病棟」に関してですが、当院では、地域包括ケア病床を37床運用しております。

そして、ポストアキュートかサブアキュートかということに対して、明確な方針は定めてはいませんが、現状では、ポストアキュートの患者さんの入院が非常に多いという実態です。

それから、4の、「病床機能の分類」についてですが、こちらは、厚労省のほうから示されております、診療報酬の点数による基準を踏まえた上で、各病棟の実際の投入状況をもとに、各機能を分類させていただいております。

最後に、5の、「他の医療機関に求めること」についてです。

当院は、設立当初から、多くの高齢者の方々に特化して、高度な医療を提供させていただいております。

また、もう一つの特徴として、老年学、老年医学をターゲットとした研究所を併設しておりますので、高齢者医療に関しては豊富なノウハウがあるというところが特徴かと自負しております。

そうしたノウハウにつきましては、近隣の医療機関の方々と共有しつつ、私たちが学ばせていただきながら、地域における医療連携を推進し、貢献させていただければと考えております。

○水野座長：ありがとうございました。

最後に、順天堂大学医学部附属練馬病院さん、お願いいたします。

○児島（順天堂大学医学部附属練馬病院）：順天堂大学練馬病院の児島でございます。

最初に、「キーワード1：ICT・ネットワーク化」についてです。

当院では、平成26年より、富士通のHumanBridgeという医療連携システムを使って、院外医療機関と連携しています。

現在では、診療所・クリニックの約20施設、有床病院の施設、院外薬局の6施設、訪問看護ステーションの4施設と協定を交わして、当院のカルテや画

像、投薬状況を公開し、閲覧するという、一方通行の仕組みですが、そういう連携を取っております。

それから、順天堂の本院と、江東高齢者病院という病院とは、相互にカルテが見られるような連携の仕方をしております。

今後の展開としては、日本医師会の医師電子認証システム（HPKI）を活用して、診療情報提供を行っていくことを推進しております。現在、「医師資格証」を取得している医師が22名おまして、このシステムを使って、電子的に診療情報提供を行い始めたところでございます。

次に、「キーワード2：顔の見える関係・連携」についてです。

当院としては、医療連携の会を、年に1度開催していますが、その他、各診療科で、年に数回、紹介、逆紹介の医療機関の先生方と連携を図っています。

また、「ねりまケアネットワーク」というものを、年に6回、当院の在宅医療ナースを中心にして、地域のケアマネ、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの方々と、情報交換を行っています。

それから、「医療連携フォーラム」は、2か月に1回、当院の診療のトピックを発表いたしますが、地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーションの方々などにお越しいただいております。

あと、練馬区医師会が年1回開催されている「練馬医学会学術集会」に、もう13年になりますが、参加させていただいて、医師会の先生方と顔の見える関係を維持しております。

続いて、1の、「地域としての範囲」ですが、当院は、区西北部の中で南西の端に位置しております。したがって、西武池袋線や環八通りに沿った連携が発展しています。

地域連携パスとしては、「脳卒中パス」は清瀬市の医療機関と、「大腿骨骨折パス」は練馬駅の周辺医療機関と、「児童虐待の対応」では杉並区の医療機関と連携を図っています。

2の、「近隣と遠方の関係機関の連携方法の違い」については、差はございません。

3の、「地域包括ケア病棟」は持っておりませんし、今後も持つ予定はございません。

4の、「病床機能の分類」ですが、現在は400床で、ICUが10床で、これが高度急性期です。他の390床は急性期です。

なお、2021年4月から、490床に増床する計画が進んでおりまして、その際は、ICU・CCUが12床、NICUが6床、GCUが12床、HCUが11床で、計41床が高度急性期になる予定です。

5の、「他の医療機関に求めること」については、急性期病院ですので、慢性期、リハビリ等の医療機関と連携を進めたいと思っております。

なお、現在、感染対策の地域連携、あるいは、医療安全の地域連携を、練馬区内の病院と進めております。

○水野座長：ありがとうございました。

これで、全てのプラン策定対象病院からのご説明が終了しましたので、これからは、質疑応答、意見交換を行いたいと思います。

傍聴席からのご意見をいただいてもよろしいので、挙手の上ご発言いただきたいと思っております。

それでは、まず、大塚病院のプランについて、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

特にないということでしたら、次に、豊島病院のプランについてのご質問、ご意見がございましたら挙手をしていただければと思います。

次に、日本大学医学部附属板橋病院からのプランについてのご質問、ご意見はございませんか。

特にないようですので、続いて、帝京大学医学部附属病院からのプランについてのご質問、ご意見はございますか。

それでは、次に、東京都健康長寿医療センターからのプランについてのご質問、ご意見がありましたら、挙手をお願いいたします。

新井先生、よろしくお願いいたします。

○新井理事：東京都医師会の新井でございます。

皆さまからご意見がないということですので、私から一つお聞きしたいと思います。

この調整会議で、今回は、公立病院、公的病院の2025年に向けてのプランを、皆さんに聞いていただいて、それに対して、そのプランでいかどうかということ、皆さんでご議論いただくということになっています。

そこで、私のほうからお聞きしたいと思います。この圏域では、高度急性期とか急性期において流出が多いとなっています。

そういうときに、例えば、長寿医療センターの場合は、37床が地域包括ケア病床になっていて、現在は、ポストアキュートとして使われているというお話でした。

この圏域の皆さんとして見れば、そういう使い方よりは、高度急性期や急性期を担ってもらって、ほかの医療機関がポストアキュートを受け入れるということをお望みかどうかというご意見がもしあれば、特に、地区医師会の先生とかほかの病院の先生から、そういうご意見をお聞きしたいと思います。なければそれで結構ですが、いかがでしょうか。

○水野座長：今の新井先生からのご質問に対していかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤（大泉生協病院）：大泉生協病院の齋藤と申します。練馬区の回復期の代表で出ております。

長寿医療センターさんには、うちの病院を初め、練馬区の病院からかなり利用させていただいていますが、この長寿医療センターというのは、高齢者に対するかなり高度な急性期の患者さんを受け入れておられます。

例えば、90歳、100歳近くの方に対しても、大動脈を置換するような急性期の医療をしていただけるわけですが、ある意味、かなり無理をしてでもやっただけというイメージがあります。

そういう意味で、長寿医療センターさんの地域包括ケア病床というのは、自院内の急性期が落ち着いた方のポストアキュートということだろうとっていて、ほかからの受け入れではないと思います。

もしそうであれば、この地域は地域包括ケア病棟はそれほど多くないと思いますが、近隣の回復期を担う病院で、しっかりリハビリができる、ポストアキュートが診れるところに、37床ぐらいということですので、らせていただい

て、その分も含めて、高度急性期をしっかりとやっていただくというほうが、地域の連携としては理想的かなと思います。

ただ、練馬区的にはちょっと遠いので、ワンクッション置いて、地域に戻ってこざるを得ないという側面はあると思いますが、新井先生が言われたような方法というのは、非常にいい方法かなとは思っています。

○水野座長：ほかにご質問、ご意見はございますでしょうか。

この地域は、病床数がちょっと足りないという話もありますが、齋藤先生からも今お話がありましたように、エリアによっては、ちょっと遠いという印象の中で、病院に行きにくいというようなエリアもあるかと思っています。

特に、練馬区はそのように感じていらっしゃる先生が多いのではないかと思っております。

私のところは板橋区ですが、板橋区は医療機関が相当ありますので、余り困るということがなくて、逆に、健康長寿医療センターのような、高齢者を扱う病院ということで、高齢者自身が行きたがるというようなところもありますので、ご紹介するようなことも多くなっているのではないかと思っております。

エリア的な問題もありますが、逆に、「板橋区はいいんじゃないか」とか「ほかの区はもっと苦労してるんだ」というようなお話があればお聞かせいただきたいと思います。

副座長の宮崎先生、いかがでしょうか。

○宮崎副座長（東京北医療センター）：北区の高度急性期の、東京北医療センターの宮崎と申します。

新井先生から先ほどお話がありましたように、この医療圏は高度急性期と急性期の流出が多いということでしたが、疾患別に見ると、がんとかは流出が多いですが、心筋梗塞とか脳卒中というような、本当の意味の救急の対象になるような疾患の流出は、そんなに多くないと思われまます。

そういう意味では、実際の診療で高度急性期と急性期が足りないというような印象は、皆さんは持っておられないのではないかと思っております。

北区には、隣に板橋区の病院がありますので、北区ではそんなに困っているという感じはないのですが、練馬区とか豊島区とかはいかがでしょうか。

○齋藤（大泉生協病院）：練馬区の大泉生協病院の齋藤です。

今のお話で、練馬区にそれを適用すると、実は、非常に困っている状況です。

昨年までは、練馬区で起きる救急搬送の数が、大体半分は区外に行っていたんですが、昨年度はもっと多くなってしまいました。区内で見ると、30～40%になっています。

ほとんどの急性期が外に出ていて、練馬区の特徴としては、三次救急が実はないんですね。

順天堂練馬さんが、今度、高度急性期を取られますが、三次救急がないので、救急車は、それが三次救急のレベルと判断すると、練馬区は素通りしてしましまして、そもそもそういうシステムになっていますので、そういう意味では、練馬区は、急性期は非常に足りないと思っています。

ただ、今ある医療資源を上手に使いえば、かなり吸収できるかなと思っているんですが、急性期の病院を敢えて増やす必要はなくて、順天堂練馬さんとか練馬光が丘さん、練馬総合病院さんの病床を上手に使うことによって、それは可能だと思っています。

ですから、区西北部医療圏で見ると、普通の急性期の流出は少ないと思いますが、練馬区だけで見ると、急性期の流出が多いと思います。

これは、区として調べられているので、確かそうですね。その点、森田副座長さん、いかがでしょうか。

○森田副座長（練馬区）：練馬区の地域医療担当の森田です。

救急ということではないんですが、入院をされている方の6割とか7割は区外の病院にというデータも出ています。

人口が今73万人いますが、それに対して、この圏域の中の配置状況で見ると、病院の数が少ないということは、確かにあると思っています。

○水野座長：ありがとうございました。

公立病院、公的病院におけるプランの提示があったわけですが、そういうところに対して、我々の要望が通るかどうかは、また別の問題かと思えます。

練馬区の齋藤先生からも今お話がありました。地域の問題が問いただされてくるのではないかと考えております。

それでは、長寿医療センターのプランに関しては、ひとまず置いておいて、6番目の順天堂医学部練馬病院さんのプランについて、ご質問、ご意見などはございませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、次のステージに行こうかと思えますが、発表のあったプランを踏まえて、地域の課題などについて、ご質問、ご意見などをここで伺いたいと思えます。

具体的には、例えば、ICTの活用の問題などがございました。日本大学板橋病院でも、セキュリティの問題ということがありましたが、各自治体でのセキュリティの問題とかがいろいろあると思えます。

そういうことも踏まえた形で、フロアーの先生方からご質問、ご意見などがありましたらちょうだいしたいと思います。いかがでしょうか。

高度急性期や急性期の話は、地域の先生方では、知っていながらも、口を出すことはなかなか難しいというところで、実際に、「こういうふうにつなげてもらいたい」というような、ご要望とかがあるのではないかと考えています。

また、「こんなふうにつなげて、うまくいっている」というような例などがありましたら、お話ししていただくと、非常に参考になると思えます。

先ほど、東京北医療センターの宮崎先生からもお話がありました。流出の多いがん患者さんなどについては、また地域に戻ってくるということがあるわけですね。

特に、緩和ケアなどに関しては、そういった部分に連続性があったほうが、医療を受ける方にとっては非常によろしいのではないかと考えています。

その辺に深く関わっていらっしゃる先生などからご意見をいただければありがたいと思っております。いかがでしょうか。

要町病院の吉澤先生、いかがでしょうか。

○吉澤（要町病院）：豊島区の要町病院の吉澤です。

豊島区では、大塚病院が唯一の拠点病院になっていまして、大塚病院さんとは、豊島区医師会を通して、MCS（メディカル・ケア・ステーション）を通して連携を取るようになってきたので、それで十分連携を取れるようになってきています。

あと、大塚病院さんのほうも、医師会との連携を重視していただいています。が、それ以外のところも、日大、帝京さんとか、豊島区の場合は周りに頼れる病院がいっぱいありますので、大塚病院を軸に、豊島病院もそうですし、健康長寿もそうですし、どこでもお願いできるという、大変恵まれております。

だから、区西北部の中で一番、いろいろなところに、順天堂練馬さんにもお願いしていて、きょうお話を伺った公的病院さんには全てお世話になってます。

そういうところとも、いろいろな連携で、MCSなどを通して、先生方とも連携できるような工夫をするようにしています。

なお、がんの緩和の患者さんに関しても、拠点病院と常に24時間対応で連携が取れますし、また、都島病院のPCU（バリアティブ・ケア・ユニット）に関しては、具合が悪ければ、一度入院しておけば、夜でも日曜日でもいつでも受けもらえるという、非常にありがたい体制が、以前からできていますので、その点は、区西北部のとてもすばらしいところだと思っています。

○水野座長：ありがとうございます。

今お話があったMCSについてですが、これについて、ほかの地域で不具合があるとか、問題があるとかといったお話はないでしょうか。

セキュリティの問題については、SNSなので、いろいろ問いただされる部分もあるかと思いますが、いかがでしょうか。

行政のほうからということで、豊島区のほうからお願いいたします。

○榎原（豊島区）：豊島区の保健福祉部の榎原と申します。

私、まだ不勉強ですが、MCSは非常にうまくいっているということは、医師会のほうから報告を受けておりました、在宅医療の連携の会議の中でも、「これのおかげで多職種でうまくいっている」という話を聞いております。

そして、「SNSだから、セキュリティ上で問題が」という話は、今のところは聞いておりませんで、うまくいっているほうだと考えております。

○水野座長：ありがとうございました。

森田副座長、いかがでしょうか。

○森田副座長（練馬区）：練馬区でも、ことしから、東京都さんから補助金をいただいて、MCSと特定はしませんが、MCSのようなものを使って、医療・連携をされるというところに関して、初期の導入費用の補助をするという事業をしております。

これも、医師会のほうで、モデル事業を先行してやっていただいて、それが大変有効だということで、その取り組みを広げていこうというところなんです。

ですので、練馬区の中ではそれを広げていこうとしていますが、かかっている医療機関も練馬区内だけとは限らないので、医療圏内とか近隣の自治体なども、同じような形で連携が進んでいけばいいなと思っているところです。

○水野座長：ありがとうございました。

ICTの活用ということで、MCSが今出ていますが、これは、あくまでも地域での連携です。病院との連携は、先ほどのプランの中でもいろいろな形でされていますが、今後、それに期待する部分について、地域の先生方はいかがでしょうか。どうぞ。

○伊藤（練馬区医師会）：練馬区医師会の伊藤でございます。

ICTの活用ということで、先ほど、森田副座長がおっしゃったように、練馬区では予算付けされて、新規でICTのツールを使って連携を取ろうとする医療機関には、最大5万円の補助を出すという形で、実は、その説明会を開きました。

ただ、このMCSというツールの理解度というのが、在宅と非在宅の先生方の間に非常に溝がありまして、在宅の先生方にとっては当たり前の話で、そういう連携も当然で、先生方のところで、事前にそういうのを持っておられる方が多いわけです。

iPhone を使ったり、iPad を使ったりして、ある程度のコミュニケーションが取れている中で、一般の開業医の先生方が医師会にはおりますから、非在宅の先生方にも広げていって、いろいろ取り込んでいこうという狙いもあったわけです。

ところが、せっかく説明会を周知して、全医師会員に周知して、その5万円の補助金が出るということもあったのですが、何と応募者は1名しかありませんでした。

それぐらい、非在宅の先生方にとっては、ICTもMCSもそれほど興味がないというのが現実なんじゃないかということです。

区のほうで、せっかく医師会館を予約して、FAXも全会員に送ったのですが、その説明会は流れてしまったということが、数週間前にありました。

ですので、正直なところ、在宅医療というものは、全ての医療の中のある一部分でしかないのであって、ほかの医療機関に関して、特にMCSのようなソフトに関しての周知は、なかなか難しいのかなという印象を受けました。

○水野座長：ありがとうございました。

急性期の病院から、「在宅で診てくれる先生がどのぐらいいらっしゃるのか」という質問が、以前出たことがあります。伊藤先生がおっしゃるとおり、病院から退院した人がみんな在宅医療が必要になるかということ、そういうわけではないけれども、一部の患者さんはどうしても在宅医療に移行せざるを得ないわけです。

そういう中で、今の伊藤先生のお話は、練馬区の“縮図”であって、そのぐらいで十分なのかなとも思います。

もちろん、はっきりしたことはわかりませんが、何とも言えませんが、逆に、大きな病院からすると、MCSを使っている先生方は在宅をやっているということがわかりますので、ある意味では、そういう先生方にご紹介いただけ

ると、在宅医療のスムーズな連携ができる可能性が高くなってくるかなということも考えています。

いろいろな形で、我々からの情報と大きな病院からの情報をちゃんと合わせていかないと、地域包括ケアということに関しても、うまくいかないのかなと思っております。

ICTばかり話していてもいけませんので、地域の中小病院、診療所、関連施設などから、プラン策定対象病院への要望などがありましたら、また改めて挙手していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。傍聴席からいかがでしょうか。

宮崎先生、どうぞ。

○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。

発表を聞かせていただいて、全ての病院から、受け入れることに関しての対策を中心にして、発表されていたように感じました。

しかし、後方ということがかなり重要だと思われまますので、その辺のところを要望として、うちなんかもそうですが、後方の回復期、慢性期の病院にどうやって戻すか。

それから、在宅の必要な人をどうやって在宅に戻すかというようなところのプランが、ちょっと少なかったように思いますので、その辺のところをもう少しこれから考えていただきたいと思います。

特に、在宅に関しては、地域医療構想は、皆さんご存じのとおり、かなりキモの部分ですので、それと急性期病院が連携していくために、どうやって理解を深めていくかということですが、実際に在宅でどういうことをやっているかということ、病院の先生方が余りにもご存じないという状況だと思っております。

研修事業というものが今度始まりますが、それは大変いいことだと思いますので、そういう方向性をこれから取り入れていただけるといいかなと思っております。

○水野座長：ありがとうございました。

私の知る限りでは、豊島病院がそのような取り組みをされていて、病院の先生方に、在宅医療では何をやっているかを知っていただくために、在宅の先生がお話をするという場を設けていただいたりしています。

そういうことを今後、地区医師会でやっていければと思いますが、練馬区でもそういうことについていかがでしょうか。

○伊藤（練馬区医師会）：既にかなりやっております。

在宅を標榜して、非常に大きなバックグラウンドを持った在宅の先生も参入されています。

ただ、一般の内科の先生が、ちょっと話がずれますが、医師会自体の年齢も高齢化が進んでいて、内科を標榜している先生が必ずしも在宅の患者さんを抱えているというわけではありません。しかし、最低でも、往診の形で、何とか持っていこうという話を、みんなで話してはおります。

ですから、新たに参入されてくる在宅の医療機関に、期待するところも大ということもあります。

○水野座長：ありがとうございます。

今のお話のように、開業の先生方が高齢化しているところもあります。

板橋区のほうでは、在宅部というところがありますが、在宅医会というものをつくってございまして、そこで、できるだけ若い先生方にも在宅をしていただくための場を設けようということで、フリーに参加していただくような形をとっております。

いずれにしても、我々も延々と若くしていただけるわけではないので、後継者をつくるという意味合いも持って、医師会としての働きかけをしているというような形でございます。

できるだけ地区医師会でいろいろな活動をしていただければと思っております。

それから、先ほど、宮崎先生からもお話がありましたが、各病院から在宅に下ろすときの流れが、先ほどのプランからはちょっと見えない部分があったので、具体的にどういう流れになっていくかということが、もう少しわかりやす

くなればいいのかなど、今後の課題として出していただけるとありがたいと思います。

各病院には、立派な医療連携室があって、素晴らしいのですが、立派過ぎて、ちょっとわからないところがあるということもあります。

逆に、先ほどお話があったような“ゴールド電話”でしたか、ああいった形で、電話一本でというような形のほうがよろしいのかなと思います。これも、個々にやると、帝京大学でも各先生に直接電話すると、取ってくれたりとか、豊島病院でも健康長寿でもあります。

ですから、ちょっとわからない先生方にとっては、「こういうものがあるよ」ということがあれば、わかりやすいのかなというのが、私の印象でございます。

ほかに何かご質問、ご意見などございますでしょうか。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：北区の慢性期の王子生協病院の今泉と言います。

各特定機能病院が高度になって、科別になっていくのはいいんですが、在宅とか高齢者が、逆に、熱が出たらどこに紹介したらいいのかということがわからないケースが多々あります。

ですので、窓口を広げて、どういう患者さんでも受け入れてくれるような、総合窓口みたいな機能が、各病院にあると、送る側からは非常に助かりますので、よろしく願いいたします。

○水野座長：ありがとうございました。

今のご意見に対して、各病院からお答えいただけるでしょうか。どうぞ。

○佐野（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学病院の佐野です。

今泉先生がおっしゃったことは、我々のところでも、数年前に非常に大きな問題になりまして、病院内でいろいろ話し合いました。とにかく窓口を医療連携室1つにしようということにしました。

どこの科に話を持っていくかということが、例えば、ある科では外来であったり、ある科ではドクターだったりということで、非常に煩雑だったので、それぞれの科で、それぞれの曜日で、全部決めまして、タイムラグなく、お電話

いただいたときに、必ず当日受診の相談、当日転院の相談ができるように、それぞれの科でそれぞれの曜日で決めておりました、何とか皆さまにお待たせしないで、しっかり受け入れができるように努力しております。

○水野座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○徳橋（日本大学医学部附属板橋病院）：日本大学板橋病院の徳橋でございます。

今のお話は、皆様のご要望が一番強い部分でありまして、「紹介状の返事を出してください」というのと、「患者さんを受け入れてほしい」ということがあります。

私たちのほうでは、「救急担当医長」ということで、電話を受ける人を毎日決めております。そして、その人が内容を聞いて、しかるべき科に必ず紹介するというので、事務を通さないでやるという形にして、今やっております。

また、夜間は夜間で「管理当直」という形で、必ずそういう医師が当直しておりますので、受け入れるようにやっております。

そうしますと、入院してくる重症の患者さんがだんだん増えてきたというのは、私たちはいい傾向ではないかと思っております。

代表電話で、「救急担当医長へ」と言っていたいただければ、すぐ対応いたしますので、ご活用いただければと思います。

○水野座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○丸山（関町病院）：練馬区の慢性期の関町病院の丸山です。

ここでのディスカッションとは違うとは思いますが、先週、ある医科大学の教授とお話ししましたとき、政府の働き方改革で、超勤が45時間以内ということで、その医科大学では、私は整形ですが、整形の医者が週に1回も当直

できない状況だという話でした。そうすると、急性期の医療が崩壊してしまうのではないかということでした。

そして、一つの手術室は、麻酔科の医者が超勤になったため、閉鎖してしまったという話を聞きました。

ですので、急性期を担っている病院では、そういう問題はないのかどうかについてお伺いできればと思います。

○水野座長：ありがとうございました。

非常に大事なところで、皆さまのところでどのような対応をされているかお聞きしたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○徳橋（日本大学医学部附属板橋病院）：日本大学板橋病院の徳橋です。

丸山先生、どうもありがとうございます。

そのことはやはり大きな問題ですが、現時点での特定機能病院に義務づけられているのは、実は、タイムレコーダーなんです。この「タイムレコーダー」がキーワードでして、これによって、超勤のことをちゃんと支払っていると、お目こぼしがあって、今のところが大丈夫というのが、正直な現状です。

ですから、45時間以上働いている方々が、残念ですが、いっぱいおりますが、「タイムレコーダーによって自分たちが働いている時間を管理してください」というのが、今のところの、国の要求の第一歩ですので、そこで今は救われているというのが正直なところです。

しかし、いつまでもそんなことは続きませんので、今やっている試みとしては、当直業務の見直しなんです。

私どもの大学病院というのは、実は、東京で一番当直医の多い大学病院だったので、そういう当直医の数を減らして、「オンコールで済む科はオンコールにしよう」ということで、当直体制の見直しによって、業務改善を図っております。

それから、研修会や講習会とかを全部eラーニングにして、超勤になるような会議をやめようということも努力しております。

診療以外の部分で減らしていかないと、うまくいかないというのが現状ですので、そういった努力を今しているというご報告をさせていただきました。

○水野座長：ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

医師の働き方改革については、非常に大きな問題になっておりますが、なかなか難しい問題でございます。

それでは、今の件でなくて結構ですので、ご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○小平（花と森の東京病院）：北区の花と森東京病院の小平と申します。

公的医療機関の先生方の改革プランをお聞きしたんですが、皆さん、高度急性期、急性期を目指されるということでした。

ただ、高度急性期といっても、非常に医療必要度の高いところから、そうでもないところまで、幅広くあると思うんです。

そこで、さらに踏み込んで、非常に医療必要度の高いところをやるんだという病院さんとか、あともしばらく診るんだという病院さんとか、いろいろな方針とか考え方がおありになると思いますので、もう少し踏み込んだ形でお知らせいただければ、急性期病床数をどうやって考えたらいいかということが、私たちの圏域でわかるのではないかと思います。

○水野座長：ありがとうございました。

高度急性期、急性期でも、例えば、入院期間が1週間から2週間で退院する患者さんが多いとか、うちの場合はもうちょっと長くなってしまう人がいらっしやるとか、そういう話かなと思うんです。

実際に、医療の内容も、高度急性期の医療ということになるかと思いますが、これは、病院によって大分変わるかと思うんです。

例えば、健康長寿医療センターでは、ちょっと違うのではないかと思います。いかがでしょうか。

○吉野（東京都健康長寿医療センター）：健康長寿医療センターの吉野です。

おっしゃるとおり、先ほどもお話しいただきましたように、80歳、90歳の方にオペをやるようなことがございまして、病院の考え方としては、高度急性期に特化していきたいというところがありますが、通常の医療区分でいいますと、単純に、特定の疾病に対してオペをやって、出すということになります。

ですので、QOLなどを考えたときに、家に帰ってから歩けなくなったり、寝たきりになってしまうということがあるといけませんので、リハビリなどをやりながら、入ったときに狙っていた疾病とは全然違うところというか、ほかの疾病が合併している場合が非常に多いため、結果的にある程度長くなってしまいうのが、うちのスタンダードなところですよ。

そういった意味では、狙っているのは高度急性期ですが、通常の医療区分でいうと、比較的急性期もしくは、回復期に近いような、ちょっと長い目の方が多いというのが、うちの特徴としてあるのかなと思っております。

○水野座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○佐野（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学病院の佐野です。

どの病院でも、患者さんがいっぱいいらっしゃる時と、ちょっとすいているときがあると思いますので、どこかでバッファみたいな形が必要だと思っています。

病床数からいっても、例えば、回復期だとか慢性期の病床数さんがある程度受け入れてくださるときには、できるだけ積極的に出して、そちらのほうがいっぱいだという、特に冬とかで感染症がまん延しているときとかは、我々のところで、高度な急性期医療を保ちつつ、何とかその辺で病床を管理するということがございます。

あと、先ほどもお話ししましたが、合併症があったり、普通だったら厳しいような患者さんを、いかにお願いできるかというのは、急変があったときに我々が必ず受け入れるということで、本当に信頼関係というものも必要になってくると思っております。

そういったことも含めて、我々がバッファーとして働いているという部分もあるのではないかとということで、そういうあいまいな部分も、多少はあってもいいのではないかとというふうに、我々は思っています。

○水野座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○児島（順天堂大学医学部附属練馬病院）：順天堂練馬病院の児島です。

齋藤先生からも先ほどお話がありましたが、練馬区は区西北部の中では、ほかの3区とは、非常に立ち位置が違っております。

都平均では、10万人当たり800床弱というふうに記憶しておりますが、練馬区の場合は現在280床で、私たちが13年前に練馬区に来たときも、ほぼ同じで、全く増えていないわけです。

それから、三次救急の話も、齋藤先生におっしゃっていただきましたが、年間1000人ぐらいの三次救急対象の患者さんが発生するというふうに、練馬区の医療構想委員会でお聞きしました。

それは、日大板橋さんとか帝京大学さん、あるいは、武蔵野日赤とか、区外に運ばれるような状況で、高度急性期病院がない練馬区の住民の方々は、本当に困っていらっしゃると思うんです。

私どもは、490床の増床計画をスタートさせていまして、NICUを増やしたり、周産期センターをつくったり、血液疾患の無菌病床さえなかったのをつくろうとしています。

そして、その次のステップとしては、三次救急に手を挙げたいと思っておりますし、心臓血管外科も備えてということも、頭の中では考えておりますが、これは、東京都マター、あるいは、練馬区マターとなると思われます。

区民の方の要望は非常に強いと思いますので、増床が完成して、心臓血管外科を含めて、実績ができた上で、東京都医師会の皆さまにもぜひともバックアップをいただきながら、実現に向かっていきたいと思っております。

そういう意味では、2025年というのが、一つの目標でもございます。

○水野座長：ありがとうございました。

それでは、猪口副会長、どうぞ。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

実は、この話をしようと思っていたのですが、区西北部においては、練馬区さんは、医療環境における認識が違うと思います。

それは、先生が今おっしゃったとおりの事情に基づいていることで、この順天堂さんのように、規模拡大を図っていくというのは、一つの方法だろうと思っています。

だから、区外に流出しているということが、非常にストレスとなっている医療環境だということは周知しております。

ただ、足立区、荒川区、葛飾区という区東北部や、区西部においても杉並区さんたちは、流出しているということに対して、それほどストレスは感じていないと思われます。

それは、交通網の関係で、かなり簡単に高度急性期病院にアクセスして、患者さんたちはもちろん、紹介する側も患者さんたちにそんなに迷惑をかけているという意識がない状況で、医療が展開できているんだと思います。

それが、練馬区さんの場合は、高度急性期病院に対するアクセスの悪さとか、時間もかかるということがあって、一方、患者さんが流出して、戻ってくるときもうまく戻ってこないというような状況が、齋藤先生がおっしゃったような、高度急性期が非常に少ないという話になってくるのだらうと思います。

ですから、順天堂さんのように、内部において医療資源をどんどん、高度急性期なり急性期の医療資源をつくり出していくことができるのであれがいいんですが、現実的には、時間のかかる話でもあり、難しいことだらうと思います。

先生のような企画は、みんなでバックアップしなければいけないことだらうと思いますが、それ以外にも、現実的な話としては、どういう連携を取って、ストレスのない連携をつくり上げていくかということが、この会議の目的ではないかと思いますので、ストレスがないということは無理だと思いますが、ストレスを軽減するよう施策を考えていければと思っています。

ですので、例えば、練馬区さんからは、「こうしてくれると、もっとありがたいんだが」というようなことをぶつけていただいたり、高度急性期側さんからは、「こういうふうを受け取っていただけると、帰しやすいんだ」とかいうような会議になってくると、実りの多い会議になるのではないかと思って、皆さまのお話を聞いていました。

○水野座長：ありがとうございました。

時間がたってしまいましたので、今までの活発なご議論に対して、御礼申し上げます。

次回以降の調整会議でも、地域の課題の解決に向けた議論を重ねていければと思いますし、地域性はいろいろあることは、皆さんの共通理解になったと思っております。

### 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

○水野座長：それでは、報告事項が2点ありますので、東京都から説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、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を、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するものです。

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、よろしくお願いいたします。

続いて、報告事項(2)の病床配分等についてです。まず、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しております。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。区西北部地域は475床の病床配分が可能です。

今回からの変更点ですが、2枚目をご覧ください。3つございます。

1つ目は、従来は年2回だった配分を、原則的に、各年度の3月末の1回としたことです。

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たことです。

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。

次に、資料7をご覧ください。

こちらも、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、東京都に提出する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。

○水野座長：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ということで、先ほど、猪口副会長からもお話がありました。情報共有ということで、これからも調整会議を続けていきたいと思えます。

最後にぜひ情報提供を行いたいという方がいらっしゃれば、挙手をお願いしたいと思えますが、いかがでしょうか。

特にないようですので、それでは、本日予定されていた議事は以上ですので、事務局にお返しいたします。

## 4. 閉 会

○千葉課長：水野先生、ありがとうございました。

それでは、事務局より事務連絡を4点申し上げます。

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、プランの内容を修正する施設がございましたら、7月31日までに修正したものを東京都にご提出ください。

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等につきましては、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をしていただく機会を設けたいと思えます。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ください。

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修正等が必要な場合には、東京都までお申し出ください。

4点目、本日、閲覧用の「地域医療構想」という冊子を配付させていただいておりますが、こちらは次回も使いますので、机の上に置いたままにしておいてください。

それでは、以上で区西北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)