

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

平成30年7月11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』

〔区東北部〕

平成30年7月11日 開催

1. 開 会

○花本部長：それでは、定刻となりましたので、区東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担当部長の花本でございます。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。

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、事務局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願い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、よろしくお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。東京都医師会の猪口です。

この地域医療構想調整会議は、この区東北部にとっては、今年度の第1回目ですが、ことしからこの調整会議を行う意味合いというものが、かなり実質的になっておりまして、本番というふうに捉えています。

地方においては、公立病院、公的病院がプランを作成しまして、それをもとにして、統廃合、機能の整理といったことが、現実的に行われるようなスキームになっております。

しかし、東京の場合においては、将来的に8000床ぐらい欲しいというような見込みになっておりますから、統廃合みたいな形で、ベッドを減らしていくという理屈には、なかなかないだろうと思います。

しかも、区東北部に限りましては、きょう見ていただければおわかりのように、公立病院、公的病院の数が非常に少ないので、それをもって、統廃合するということは、なかなかないだろうと思っています。

ただ、この地域医療構想的な発想をすれば、病気というものが高度急性期、急性期のところから始まっていくとすると、こうした公的病院が元になります。

こういう基点となる病院が、どういう連携を望んでいて、それ以外の医療機関においては、どういう連携を取るとうまくいくんだというようなところを区東北部としてはどういうことを望むか。

それから、大事なものは、私は区東北部だからよくわかっていますが、区中央部にかなりディペンドしているということで、区中央部とともにあるような医療圏ですので、例えば、区中央部に対しては、こういう形の連携の仕方をしてもらいたいというような話が、ここで出ても、それはそれでありだと思います。

なぜかという、この区東北部の会議に対して、東京都全体の医療機関に、きょうの会議があることはお知らせしてありまして、区東北部の方々だけが後ろにいらっしゃるわけではありません。多分、区中央部の方々も結構いらっしゃると思いますが、そういうところで話をして、区中央部は区中央部でまた話をするという形になっていけばいいなと考えているからです。

そこで、資料3を見ていただきますと、点線で囲ってある部分というのは、公立病院、公的病院とか、急性期をやっている病院に対して、連携のためのキーワードということになっています。

今までのプランの作成でいうと、「地域」というのは、二次医療圏、ここでいうと、葛飾区、足立区、荒川区でどういう連携を取りましようかという話になりまして、大きな病院にとってはこういうところが中心になりますが、実際

には、回復期とかをやっているところというのは、区中央部との連携が多くなります。

ですので、本当の意味の診療圏がどこなのかという気づきを、ぜひ持っていたきたいと思っています。

それから、地域医療連携システムとか地域医療構想というのは、顔の見える関係だけで成立する会ではなくて、遠くの患者さんであったとしても、同じようなサービスを受け、連携を持てるということを目指していくというものであります。

ですから、遠くのほうに対しては、特別なシステムが必要だろうと思っています。つまり、インテンショナルな連携が必要になってくるだろうと思いますので、そういうようなことに気づいていただくというようなことで、こういうことが書いてある次第で、これは、質問の中で、こういうことが大事だということを入れてあります。

それから、資料1の4ページの左上には、27年から29年までの病床機能報告と、4つ目のグラフは、2025年の将来推計を挙げて、それらを比較した図になっています。

これで見ますと、回復期というのが現在非常に少ないので、「回復期を育てなければいけない」というような議論にどうしてもなるかと思えます。

ところが、この2025年の将来推計というのは、2013年の現状を引き延ばしただけですので、それが現在もそうであったとしても、この2025年の比率は2013年のときと変わらないということになっています。

何が違うかということ、回復期相当の診療をやっている病院が、「自分たちのところは急性期である」というふうに思っているということもあるということなんです。

ですから、この区東北部において、回復期が足りないということで、回復期ばかり呼び込んだとしたら、これから我々の区東北部は570床、ベッド数が足りないということで、基準病床が増えたわけですが、その570床を回復期としてつくってしまったら、この地域は回復期が過剰になってしまうということです。

だから、何が足りていて、何が足りないのかということや、我々が医療連携としてどういうものが望ましいのかということは、ここにいらっしゃる現場感覚を持った皆さんの議論によるところが非常に大でありますので、いろいろな数字に惑わされないで、実感を持った、実質的なお話をさせていただくことを、本当に望んでおります。

では、本日はよろしくお願ひいたします。

○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、よろしくお願ひいたします。

それでは、これ以降の進行を木村座長にお願ひいたします。

2. 議 事

(1) 平成29年病床機能報告速報値について

○木村座長：荒川区医師会の木村でございます。

この地域医療構想調整会議において、ぜひいろいろご意見を言っていたきたいと思ひます。

これからの医療について皆さんの意見を聞いてやるぞという姿勢を、東京都のほうが見せているわけですので、我々のほうも、これについてぜひ積極的な意見を述べていって、望まれるような地域医療体制をつくっていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思ひます。

(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お願ひいたします。

○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、区東北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るきっかけになればと考え、集計いたしました。

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、適宜ご確認ください。

それでは、①から順に区東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。

前年度と比較しますと、高度急性期は減っておりまして、一方で、急性期と回復期は増加、慢性期は横ばいとなっております。

高度急性期の減と急性期の増は、報告区分を高度急性期から急性期に変更した医療機関があったことによります。

回復期の増は、回復期リハビリテーション病床の新設によるものとなっております。

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、高度急性期と回復期で前年よりも高くなっておりまして、一方で、急性期のほうは低く、慢性期のほうは横ばいとなっております。

平均在院日数は、慢性期以外は、この3か年は横ばいで、慢性期も、前年と比べると横ばいとなっております。

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グラフをご覧ください。

区東北部では、急性期、回復期の2つの機能での報告があり、やや急性期が多いという結果になっております。

この入院料は、急性期と回復期が均衡していたり、または、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。

人数で見ますと、急性期で、自院または他施設が在宅医療を提供する予定の患者が多くなっておりますが、割合で見えていきますと、「他施設で在宅医療を提供する予定の患者」が19.9%と、比較的高く、これは、都平均と同じ割合となっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合は、前年度より約2%高い、62.7%となっております。都平均が62.2%ですので、都平均とほぼ同じぐらいとなっております。

説明は以上でございます。

○木村座長：ありがとうございました。

ただいま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。傍聴席のほうからでも結構です。

では、私のほうから少しお聞きしてもよろしいでしょうか。

資料1の1ページ目の真ん中の上に「結果の概要」とありますが、これは、病院別にとっているものでしょうか。それとも、病床別にとっているものでしょうか。

○事務局：病院別にご報告いただいているものです。

○木村座長：ということは、1つの病院が高度急性期を選んだとしたら、その病院は全部、高度急性期ということになるということですか。

○事務局：いえ、病院ごとにご報告いただいておりますが、区分は病棟ごとにということです。

○木村座長：病院の中の病棟ごとということですね。

○事務局：はい。そうです。

○木村座長：そうすると、その病棟の中では、例えば、大きな病院であれば、いくつかに機能が分かれていることもあるけれども、余り大きな病院でないと、その中には急性期と回復期が一緒になってしまっているということもあり得るということですね。

○事務局：そうですね。1つの病棟の中で、主に担っている機能について、その機能でご報告いただくことになっております。

○木村座長：その辺が、猪口副会長が先ほど言われたように、急性期の中にも回復期が混じっている場合があるということじゃないかと思います。

高度急性期にしても、高度急性期と急性期が混じっているということも、十分考えられるということですね。

例えば、ICUとかCCUだったりすれば、そこは高度急性期しかないわけですが、一般病棟の中では、高度急性期と急性期が混じっているということも、十分考えられるということだと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾区リハビリテーションの永島でございます。

資料1の4ページの左上の①についてです。

2025年の将来推計の根拠というのが、どのような根拠でこういうような数字が出たのか。その辺を教えてくださいと思います。

○花本部長：この2025年の将来推計というのは、2013年の入院患者の受療動向を、2025年の人口に引っ張ってきているわけです。

そのため、あくまでも推計ですので、患者さんの受療動向が変わったりとか、医療が進歩したりということで、いろいろな不確定要素があると、この推計は大きく変わるような数字になっています。

ですので、あくまでも参考という形で見ただけだと思います。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：余りにも急性期がぐっと減って、慢性期が2倍以上に増えていますので、これだけの数字を出すには何らかの根拠があったのかと思っただけでした。ありがとうございました。

○木村座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：東京女子医科大学東医療センターの内潟です。

今の先生のご質問に続けてですが、この2013年のデータから引っ張ってきたということですが、この数字はまた見直しをされるのでしょうか。それとも、ずっと2013年の数字を使っていかれるのでしょうか。

○新井理事：東京都医師会理事の新井です。

先日、厚労省の研修会があったのですが、私も同じことを質問しました。

このデータを出すためには、いろいろなデータを調査して出したということで、非常に手間がかかったということでした。

本来ならば、先生がおっしゃるように、直近のデータで推計するのが一番いいのですが、余りにも労力がかかるということで、厚労省としては見直しはしないという答えでした。

ですから、あくまでも現場の実態感覚というものが一番大事かなと思っております。この数字に惑わされると、別の方向に行ってしまう可能性があると考えています。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：先ほどの木村座長のご質問にあったように、例えば、ある病院が高度急性期だったら、その病床は全部高度急性期に入っているわけですね。

○木村座長：病棟ごとだそうです。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：それも動いていきますよね。だから、結構アバウトな数字ということですね。

○花本部長：例えば、どの機能でご報告いただくかというのは、明確な定義というものがまだ示されておりませんので、正直、医療機関さんごとに違ったりはしています。

確かに、同じ病棟の中で患者さんが入院していても、最初は高度急性期で入ってから、症状がよくなってくれば、急性期寄りになってくるということもあります。

ただ、急性期状態の患者さんが高度急性期病棟に入院していたとしても、その病棟に対しては、主に高度急性期の患者さんを対象に使われているということであれば、その病棟に関しては、全て高度急性期ということでご報告いただくということになっています。

ですから、例えば、その病棟が30床あったとして、全部が完全に高度急性期として使われているかというのと、必ずしもそうではないという現状はあるかと思えます。

○木村座長：ほかにご質問、ご意見はございますか。どうぞ。

○伊藤（等潤病院）：等潤病院の伊藤です。

質問というわけではないんですが、木村先生がご質問になったのは、すごく大事なことで、今まで厚労省が先進事例として示している県で、病院ごとで決めてしまっているところがあるんですね。

それを、先進事例として出しているようなところがありますが、あくまでも病棟ごとに機能を考えていくのが、地域医療構想の根本ですので、そのところを十分、皆さんにご理解いただきたいと思います。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、先に進みたいと思いますが、あとでまたご質問いただいても結構です。

(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

○木村座長：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が、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たいと思います。

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お願いしたいと思います。

○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枚目の右上に、区東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、「中小病院の割合が高い」、「退院調整部門を置いている割合が低い」、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い」、「丁寧な退院調整を求める地域の診療所の声」というのがございます。

そこから、「課題」としては、「医療機関と介護施設間の退院調整に向けた連携を強化する取り組みが必要」、「中小病院間の顔の見える関係を構築し、情報共有・連携を強化する取り組みが必要」の2つが挙げられております。

ここから、「顔の見える関係」、「情報共有にあたってのルールづくり」、「住民理解」という3つのキーワードを設定しております。

この3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。

○木村座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

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

まず、東京女子医科大学東医療センターさんから願いたします。

○小林（東京女子医科大学東医療センター）：東京女子医大の東医療センターの小林と申します。

まず、「キーワード1：顔の見える関係」については、私どもとして、一番焦点を当てているところです。

入院前から患者情報を把握して、在宅医療、介護や他医療機関との連携を強化すべく検討を行っております。仮称ですが、「患者支援センター」という名前のものを設けて、それらの機能を一本化することを考えております。

併せて、シームレスな連携ができるように、介護側や開業医を初めとした他医療機関とのコミュニケーションを促進するとともに、退院後の介護や在宅移行のフォロー体制を強化してまいりたいと考えております。

さらに、回復期病床、慢性期病床を持つ医療機関への患者さんのスムーズな移行を推進してまいります。

それから、「キーワード2：情報共有にあたってのルールづくり」については、この「患者支援センター」において、連携する施設に必要な情報を事前に把握していただき、退院後の情報の提供を十分に行うことができる体制を、充実させていきたいと考えております。

「キーワード3：住民理解」については、住民のための勉強会やホームページや冊子によって、早期退院や、介護施設などの他医療機関への転院について、広報活動を推進してまいります。

次に、1の、「地域の考え方と連携」についてです。

前回もご説明させていただきましたが、私どもの患者さんは、診療科の特性によって患者さんが来られているエリアがかなり異なっております。

埼玉県在住の患者さんもかなりいらっしゃるということもありまして、区東北部のほかに、埼玉県の医療施設との連携も必須と考えております。

2の、「近隣と遠方の関係機関連携」については、患者住所地の医療機関や介護施設との連携が非常に多くなっておりますので、遠方地であっても患者さんのニーズを把握し、連携に努めていきたいと考えております。

4の、「病床機能の役割分担」についてですが、私どもの病院に関しては、高度急性期医療に特化するということを考えております。

特に、高度手術や集中治療の部分で最適化を図ってまいりたいと思っております。手術室の増室、集中治療室等のユニット系の治療室の比率を高めていきたいと考えております。

併せて、三次救急に関しては、区東北部で唯一ということでもありますので、救急医療の対応を充実してまいりたいと考えております。

それから、5の「他の医療機関に求めること」ですが、私どものほうから2点ほど提案をさせていただきたいと思っております。

1つは、かかりつけ医と当院の「2人主治医制」の推進でございます。もう1つは、高度急性期医療後の回復期患者、慢性期患者のスムーズな移行について、地域連携を含めて、推進していきたいと思っておりますので、この辺についてのご協力をぜひいただければと考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

あとで、各病院ごとにご質問、ご意見を受けたいと思っております。

では、続いて、東部地域病院さん、お願いいたします。

○丸山（東部地域病院）：東部地域病院の丸山でございます。

各キーワードに対する取り組みなどをお話しさせていただく前に、当院の2025プランの基本的な考え方について、簡単にお話をさせていただきます。

先ほどから、高度急性期とか急性期とかいろいろなお話がございましたが、当院は、標準的な医療を安全に地域の皆さまに提供できる急性期病院としてやっていきたいと考えております。

特に、がん医療におきましては、現状では、装置がございませんので、放射線治療の装置を揃えまして、緩和ケアとか、合併症の多いご高齢の方のがん治療にも対応できるような病院としてやっていきたいと考えております。

そこで、「キーワード1：顔の見える関係」についてです。

当院は、開院時より、連携医の先生方との共同診療が可能な、オープン病院として運営してまいりまして、連携医療機関の定期的な訪問、連携医の先生方との交流会等を通じまして、これまでも顔の見える医療連携を模索してまいりました。

また、先ほどありました退院調整の部分におきましても、現在では、特に「患者支援センター」という組織はまだできていませんが、退院調整カンファレンスにはかなり力を入れております。

入院前から、看護師、MSWなどが適宜介入して、必要に応じて在宅の先生方、ケアマネジャー、介護事業所、訪問看護師の方々等を含めて、退院支援カンファレンスや定期的な意見交換会を実施して、顔の見える関係を構築し、円滑な在宅への移行支援を目指して活動しております。

次に、「キーワード2：情報共有にあたってのルールづくり」についてです。

この情報共有という意味は2通りあると思います。1つは、当院の地域医療支援病院という性格上、病院の実績、活動の情報につきましては、年4回開催される「6地区医師会連絡協議会」や、年2回開催しています、当院の運営協議会等を通じまして、6地区医師会の先生方や行政の方々、医療機関の代表の先生方と情報を交換し、当院の基本方針については随時ご承認をいただきながら、病院運営を行っております。

もう1つは、例えば、患者の個人情報共有という課題については、まだ医師会の先生方と協議を始めている段階ではございませんで、今後の課題として受けとめております。

ただ、都立病院との連携の充実という観点から、三次救急である墨東病院さんとは、いろいろお願いするケースも多いものですから、画像の共有をして、ご指示をいただくなり、あるいは、転院の方向を決めていただくような観点から、現在協議中でございます。

次の、「キーワード3：住民理解」についてです。

これは、講演会、セミナーや、「看護の日」のイベントなどを通して、地域住民の皆さまに情報提供を随時行っているつもりでございます。

ただ、この「住民理解」ということに関係するかわかりませんが、きょう一番申し上げたいことは、現在のDPC制度のもとでは、標準的な急性期医療の地域での完結というのが、日本の医療費削減の最大のポイントになるのではないかと考えているということです。

なかなかおわかりいただけないかもしれませんが、例えば、胃がんの標準的な手術を、区中央部の特定機能病院に2週間入院して行った場合と、当院で行った場合とでは、1回の2週間の入院について、4万5000円ぐらいの差が生じますので、地域での標準的医療の完結というのは、日本の医療費を削減する最も有効なものではないかと考えております。

次に、1の「地域としてどの範囲を意識しているか」についてです。

区東部のほかに、近隣の江戸川区、墨田区、江東区を加えた6地区で、この地区の医療連携の推進のため、年4回、先ほども申し上げましたが、「6地区医師会連絡協議会」を開催しております。

2の、「近隣と遠方の関係機関との連携方法等の違い」については、今のところ、特に違いはございません。

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。

それから、4の、「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。

これは、先ほどから話題になっておりますが、これは、定義が全くないので、余りディスカッションしても意味がないかなと思っておりますが、私どもとしては、今回は、特定入院基本料算定病棟を高度急性期病棟、そのほかの7対1の入院基本料を算定している病棟を急性期病棟と区別いたしました。

当初、厚労省の、38万床ある7対1ベッドを、2025年までに18万床に減らしたいというところに端を発していて、いろいろなことが行われているのだらうと思いますが、ここで、高度急性期、急性期をディスカッションするよりは、私どもとしては、先ほどお話ししましたように、標準的な医療を安全に提供できる急性期病院としてやっていきたいと考えております。

最後の、5の、「他の医療機関に求めること」については、特にございませんが、できることであれば、各病院も、こういうプランに似たような、どういうお考えなのかということ、ある程度示していただいて、再度ディスカッションさせていただいて、お互いに分担できる部分を的確に決めていければと思っております。

そして、なるべくその方向で、私どもも各地域の医療のニーズや、先生方のご意見を伺いながら、またいろいろと考えていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○木村座長：ありがとうございました。

続きまして、葛飾赤十字産院さん、お願いいたします。

○糸魚川（葛飾赤十字産院）：葛飾赤十字産院の糸魚川と申します。

まず、「キーワード1：顔の見える関係」についてです。

当院は、産科・婦人科・小児科の病院でございますので、地域の医療機関等の皆さまとは良好な関係にあると考えております。

ただ、現在、院内の組織として地域医療連携に関する担当部署というものはっきりしておりませんので、今後、担当する部署を設置して、顔の見える関係づくりを一層目指してまいりたいと考えております。

2番目の「キーワード2：情報共有にあたってのルールづくり」についても、今後、構想区域を初め、各医療機関との情報、連携を密にしながら、策定を目指してまいりたいと考えております。

3番目の「キーワード3：住民理解」については、地域の方々に当院を理解していただくとともに、当院が地域の状況を理解し一層の貢献ができるように、今後とも努めてまいりたいと考えております。

特に、赤十字の産院として、周産期医療、災害医療への貢献を積極的に果たしてまいりたいと考えております。

次に、1の「地域としてどの範囲」についてですが、主に、足立区、荒川区、葛飾区、江戸川区を意識しております。当院が所在する区東北部以外の江戸川区については、個別の医療機関との連携が中心となっております。

2の、「近隣と遠方の関係機関の連携方法等の違い」については、直接訪問することもあります。現状では、連携方法に大きな違いはない状況です。

3の、「地域包括ケア病棟」については、有する予定はございません。

4の、「病床機能の分類」については、2025年に向けて、許可病床数を104床にすることを予定しております。3年後に移転を考えておりまして、現在は113床ですが、高度急性期を36床、急性期を68床にする予定であります。なお、高度急性期については、NICUが12床、GCUを24床を予定しております。

5の、「他の医療機関に求めること」については、今後は、顔の見える関係を構築して、情報共有に努めてまいりたいと考えておりますので、今後とも忌憚のないご意見、ご指導のほどよろしくお願いいたします。

○木村座長：ありがとうございました。

これで、3つのプラン策定対象病院からそれぞれのプランを発表していただきましたので、それに対して、質疑応答、意見交換をしていきたいと思えます。

それでは、順番に行きたいと思えますので、まず、女子医大東医療センターさんに対してご質問、ご意見を出していただきたいと思えますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○寺西（足立区）：足立区保健所の寺西と申します。

前回、プランを聞いたときには、総合周産期医療センターを目指されると聞いておりました。

足立区は、ご存じのように、病院の産科がなくなってしまった関係で、恐らく、1割ぐらいしか区内で出産できなくなるのではないかと考えておられます。

そのため、東医療センターさんには、周産期医療の面で相当期待しているのですが、いかがでしょうか。

○木村座長：東医療センターさからご回答をお願いします。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：東医療センターの内潟でございます。

おっしゃるとおりですので、できるだけご期待に応えたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○木村座長：病院が移った場合、実際にやられるということでしょうか。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：はい。そのとおりでございます。

○木村座長：何床ぐらいお考えでしょうか。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：M F I C U（母体胎児集中治療室）については3床を予定しております。

○寺西（足立区）：M F I C Uは3床ということですね。

○木村座長：大分期待されていますので、よろしくお願いします。

ほかにいかがでしょうか。

私のほうからもちょっとお聞きしたいと思います。

事前提出資料の「1. 地区の考え方と連携」の中に、「全体としては区東北部の患者が中心であるが、診療科の特性によって、受診患者の地域特性が異なっている」ということで、埼玉県の方からも来られるということが書いてありましたが、この「診療科の特性」ということを、もう少し説明していただけるでしょうか。

○小林（東京女子医科大学東医療センター）：女子医大東医療センターの小林です。

全国から来られるという診療科もありまして、例えば、耳鼻科、脳神経外科、新生児科などです。

併せて、私どもの病院は、どちらかというと、埼玉県にも近いため、埼玉からの患者さんが一定数いらっしゃいますので、そういう意味で、埼玉も1つの医療圏と考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

診療科の特性というのは、例えば、その科で特殊な治療をやっている先生がおられるというようなことでしょうか。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：はい。そういうことです。

○木村座長：そうすると、その先生がおられなくなってしまうと、なくなるといふことでしょうか。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：ただ、その先生のご指導がやはりありますので、そういう先生がまた育っていきますので。

○木村座長：ほかにございませんでしょうか。
大澤先生はいかがでしょうか。

○大澤（平成立石病院）：平成立石病院の大澤でございます。

女子医大東には、救命救急センターがあると思いますが、向こうに移られても、救命救急センターを充実させるということになると思います。

そのあとの荒川区のほうがどうなるかということが、ちょっと気になるころではあります、救命救急センターというか、急性期医療に関してですが。

○木村座長：女子医大がいなくなると、三次救急も向こうに行くと思うんです。

ただ、現在、三次救急は足立区が一番多くて、荒川区からも三次救急でそちらに行くと思いますので、その点では余り変わらないと思うんですが、急性期については、残った病院が頑張らなければいけないかなと思っています。

その際には、平成立石病院にもお世話になると思いますので、よろしく願いします。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○賀川（苑田第一病院）：苑田第一病院の賀川と申します。

足立区は、68万人の中で、小児の方が7万人ぐらいいらっしゃいます。二、三年前から、東医療センターさんと、小児救急について、一次、二次を含めて、一緒にさせていただくということで、いろいろ意見交換が始まっております。

その中で、足立区には、公的な夜間診療所もありますし、夜間救急、小児救急を少しやっつけていらっしゃる病院もありますが、足立区の中には小児科医会もありますので、そういう先生方も含めて、より一層関係を密にしていきたいと思っていますので、ぜひよろしくお願いいたします。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：こちらこそ、ぜひよろしく願いしたいところです。ありがとうございます。

○木村座長：ほかにございませぬか。どうぞ。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾リハビリテーション病院の永島と申します。

キーワード1の「顔の見える関係」というところで、ちょっとお伺いしたいと思ひます。

回復期の立場から申し上げさせていただくと、基本的には、「患者支援センター」というものがあって、入院前から患者情報を把握するということですが、回復期のほうに回っていく場合もそうしていただければ、間際になって、「何とかしてくれ」というようなことをしないで済むと思ひんです。

ですから、この辺を強化することが、そのあとの、いわゆる出口に向かっただの“交通整理”というものを、入り口のところでやっておいたほうが、出口を整理するためには非常にいいのではないかと思ひていますし、回復期にとっても、そちらのほうが望ましいことだと思ひております。

「患者支援センター」というものを考えていらっしゃるということですので、ぜひ具体化していただければ、こちらとしても非常にありがたいと思ひますので、ぜひよろしくお願ひいたします。

○木村座長：ありがとうございます。

それでは、次に行きたいと思ひます。東部地域病院に対してご質問、ご意見を願ひしたいと思ひますが、いかがでしょうか。

では、私のほうから少しお伺ひします。キーワード3の「住民理解」の中に、「最新の医療事情をもとに、地域住民に役立つ情報を提供し、併せて当院の役割やシステムの周知を図る」とありますが、これは、手術件数とか平均在院日数とかいう情報などをお知らせしていくということかと思ひますが、どのような形で周知されるのでしょうか。

○丸山（東部地域病院）：東部地域病院の丸山です。

やはり、ホームページを通してしかないだろうとは思っていますが、なるべく、公開セミナーとか、イベントを数多くやっていきたいと考えております。

○木村座長：ホームページというのは、若い人はいいんですが、お年寄りの方は余り見なくて、印刷物が好きな人も多いんですが、

○丸山（東部地域病院）：あと考えていますのは、小さなパンフレットを、各診療科ごとにつくりまして、病院に置いたり、いろいろな先生方のところにお配りしたりして、私どもが今やっていることを理解していただけるようなものを作成しているところです。

○木村座長：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。

○太田（足立区医師会）：足立区医師会の太田です。

先生のところでやっている「6地区協議会」のときに、私は、地区の病院の代表で出させていただいていますし、猪口先生も前に出ていらしたです。

先生の先ほどのご説明の中で、それぞれの病院のプランを出して、そこでお互いに理解とか調整を図ればというお話がありましたが、具体的にそれをどういう形で進めようと考えていらっしゃるのでしょうか。

○丸山（東部地域病院）：私は、この調整会議そのものが、ある程度そういう方向に行くのかなと思っていましたので、私どもだけのものではなく、もう少し細かいところまで、各先生方の意見をお出しいただいて、それで調整させていただくのがいいのかなと思っているわけです。

この会議自体が大き過ぎると言えばそれまでですが、実務担当者を含めて、いろいろなご意見を出していただいたりしてはどうかとも思っています。

個々の病院でいろいろご意見を伺うことはありますが、あくまでも、私どもの病院の設立の主旨というのは、地区の医療ニーズに応えるということなので、

その辺で、葛飾区、足立区の先生方となるべく多く話せる機会が持てればいいなど、漠然と思っているところです。

○太田（足立区医師会）：この東部地区病院に限った話ではないんですが、例えば、二次医療圏という中で、それぞれの病院がプランを出していただいているんですが、その中で連携の調整をするとか、あるいは、病院同士で調整をするということになっていくのでしょうか。

それと、今は病床別に分けて検討していますが、それ以外に、今までも出てきたように、例えば、救急、災害時医療、周産期、小児とかいった切り口で、それぞれが調整をしていくということを、行政としては考えていらっしゃるのでしょうか。

○花本部長：きょうご発表いただいたのは、ほんの触りの部分ですが、参考資料3で、それぞれプランをつくっていただいて、構想区域での課題ということで、救急医療をどうするかといったようなことも含めて、圏域内での病院同士の連携もありますし、高度急性期と急性期を担う病院と慢性期を担う地域の診療所との連携もあると思います。

そういった圏域内での連携の仕方を考えたり、あと、区東北部の場合は、特に、高度急性期から回復期まで、隣接する区中央部にかなり患者さんが流れていると思いますので、そうすると、圏域内ではなく隣の圏域との連携をどうするかということも重要になってきますので、そういったことも含めて考えていく必要があります。

ですので、今回発表していただいたプランを、まずはこの圏域の皆さんに説明して、例えば、回復期や慢性期を担っている先生方から、「これらのプラン策定病院に行ったけれども、なかなか地域に戻ってこないの、こういうふうにしてほしい」とか、きょうの説明を聞いて、連携の仕方について何か意見があれば、それを言っていただいて、きょう出していただいたプランを、もう一度、策定病院がきょうの意見を持ち帰って、自主的に修正するというのを、きょうはまずやりたいなと思っております。

そして、きょう話をする中で、圏域内の共通の課題とか、隣の圏域も含めてやらなければいけない課題も出てくると思いますので、それを、今年度後半の調整会議でさらに、具体的に、どういう仕組みがこの圏域で必要かというところに、話を進めていきたいと考えております。

この参考資料3はちょっと分厚いのですが、既に、この4月の説明会で発表していただき、それを聞きに行かれた先生方もいらっしゃると思いますので、この内容についての質問とか要望をこの場で言っていただいて、このプランをもう一度見直していただきたいと思います。

ご意見がないと、そのまま合意されたものとして確定するという形になりますので、具体的な要望等があれば、ぜひ言っていただければと思っております。

○太田（足立区医師会）：その要望を出したり、議論をする場に関して、ここにも医師会の代表の先生方もたくさんいらしていますが、それについて、医師会とかがどこまで関わってやっていくというお考えなのでしょうか。

要するに、この会議がトップの会議だとして、その下の会議をどのような形で考えていらっしゃるのでしょうか。

実際に話をするという中で、例えば、東部地域病院さんがなさっているような、6地区の医師会の代表が集まって話をするといった形にすることもできると思うんですが、医師会が主導してそういうことをしていくべきなのかというような点でのお考えはいかがでしょうか。

○花本部長：基本的には、地域がどう考えるか、地区医師会がどう考えるかということですので、東京都が、「このやり方をしてください」ということを押し付けるものではないと思っています。

先ほど、東部地域病院さんが6地区でやっているということでしたが、それも一つの方法だと思います。

そして、やっていないところにおいては、やっているところのやり方を参考にして、「じゃ、うちもそういうふうにやってみようかな」とか、「ちょっと難しいから、地区医師会と一緒にやってみようかな」とかいう形で、やっていただければありがたいなと思っております。

○木村座長：ありがとうございました。

東部地域病院についてほかにはないようでしたら、次に行きたいと思います。

では、葛飾赤十字産院について、ご質問、ご意見をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

診療科も産科、婦人科、小児科ということですので、一般病院とはちょっと違いますが、そういうところに期待することとか、また、わからないところもいろいろあるかと思いますが、いかがでしょうか。

では、私のほうからちょっとお聞きしたいと思います。

キーワード1の「顔の見える関係」のところで、特に、どんな人たちとどんな関係を深めていこうとお考えでしょうか。

○糸魚川（葛飾赤十字産院）：葛飾赤十字産院の糸魚川でございます。

地域の産科、婦人科、小児科を標榜されている病院との連携を一層進めるということに尽きるのですが、地域医療担当部署が、残念ながら、まだはっきりした部署になっていませんので、院内で早急にこの部署を立ち上げて、各地域の先生方と、まさに顔の見える、例えば、懇談会とかの開催を検討しているところですので、引き続きよろしく願いいたします。

○木村座長：普通の病院であれば、内科とか外科の診療所と連携しいけばいいのですが、こういう3つの科しかないということですので、そういう科がある病院と連携するというのでしょうか。

○糸魚川（葛飾赤十字産院）：院内的には、地域医療連携室のような部署を設置するというを予定しております。

また、各病院の先生、看護師さん、助産師さんと連携を密にするということですので、地域医療連携の部署をお持ちの病院さんにつきましては、そちらのほうとコンタクトを取りながら、進めていきたいと思っております。

もちろん、分娩が中心になりますので、先生や助産師さんと直接、今ですと、電話での対応とか、こちらからお迎えしたり、お送りするというをやっております。

また、顔の見えるということと言えますと、できるだけ懇談の場などを設けていきたいと思っております。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにございませんか。どうぞ。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾リハビリテーション病院の永島です。

私のところは回復期なので、産科、婦人科ということではないんですが、この3つの科をそれぞれ同じように推進していかれるのでしょうか。それとも、3つのうちの、例えば、産科なら産科に特化していかれるのか、3つともバランスよく均等にやっけていかれるのでしょうか。

その辺で何かお考えがあるようでしたら、お教えいただきたいと思います。

○糸魚川（葛飾赤十字産院）：当院は、現在、東京都地域周産期母子医療センターになっております。分娩も年間2000件弱ぐらいということで、特に産科を中心にやっております。

なおかつ、NICU、GCUを設置しておりますので、まさに周産期というところに特化した病院ということで、移転後もそういった形で検討しておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：正常分娩を余りやらずに、異常分娩を中心にやるということとは違うのでしょうか。

○糸魚川（葛飾赤十字産院）：現状は、帝王切開の率が非常に高いです。お産をされる妊産婦さんの高齢化とかいうこともございますので、かなり難度の高

いお産を当院でもやっておりますので、それは、今後も引き続き中心にやっていくことを考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにございませんでしょうか。

ないようでしたら、以上の3つの病院のプランについてとか、全体的なご意見でも結構ですので、いかがでしょうか。どうぞ。

○伊藤（等潤病院）：等潤病院の伊藤です。

きょうは3病院からすばらしいプランを出していただきましたので、すごくよかったと思っています。

東京都のほうに質問ですが、実は、ことしの2月に、厚生労働省から、「地域医療構想の進め方」という文書が発令されて、「公立病院、公的病院のプランについては、調整会議でちゃんと調整して、そこで修正すること」ということで、今まさに、「ここで意見が出ないと、このまま通ります」というお話がありました。

もう一つ、その中に、「各病院の地域医療総合確保基金を含む、各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること」ということが載っていますが、それについて、今後出す予定があるのかどうかをお聞きしたいと思います。

○花本部長：今年度の2回目の調整会議が、この11月ごろから始まる予定ですが、そこで報告したいと思っております。

○伊藤（等潤病院）：ただ、先ほど、「もう決まってしまうですよ」というお話だったので。

2回目の調整会議でもう一度練る場所があるということですね。

○花本部長：プランではなく、基金についてですか。

○伊藤（等潤病院）：基金ではなく、プランを出したときに、「調整会議で議論する資料として、各病院の補助金、繰入金等について示すこと」というのが、厚生労働省の「地域医療構想の進め方について」という中に明記されてますので、それについての取り扱いをどうされるのかということですが。

○花本部長：その件については、今お答えできる用意がないので、検討中でございます。

○伊藤（等潤病院）：進め方においては、そういうことも含めて提示して、調整会議で議論するということになっておりますので、前向きに検討していただければと思います。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにございませんでしょうか。

この調整会議はこれからも続いていくものですので、東京都で、「これで決まってしまう」とおっしゃっていましたが、そんなことはなくて、これからも何回も繰り返していくということになると思っています。

ただ、何も言わないと、そのまま行ってしまうということにもなりますので、この際言っておかないとまずいかなと思います。

では、よろしいでしょうか。

いろいろご意見を出していただき、ありがとうございました。

今後もまたいろいろプランが出てまいりますので、それについてご意見をぜひ言っていただければと思います。

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

○木村座長：それでは、東京都から報告事項が2点ありますので、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ので、ご紹介いたします。

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。

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回だった配分を、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。

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。

○木村座長：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すので、情報提供を行いたいという方がいらっしゃれば、お知らせいただければと思いますが、いかがでしょうか。

特にないようですので、本日はこれで終わりたいと思います。

事務局にお返しいたしますので、よろしく願いいたします。

4. 閉 会

○花本部長：それでは、事務連絡を4点ございます。

1点目、本日が第1回目の最後になりますが、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場合には、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。

先ほど、「ご意見が特段出なければ、この調整会議でこのプランが合意を得たものとなる」というお話をしましたが、それで終わりではなくて、もし見直しをする必要があれば、その都度、医療機関側で見直しをしていただいて、またその際は、調整会議で協議していただくということになっておりますので、その点をつけ加えさせていただきます。

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います。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させていただきます。公開された議事録について修正等が必要な場合には、東京都までご連絡いただければと思います。

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、それは、そのまま置いておいてください。

それでは、以上で区東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)