

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成30年6月28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』

〔北多摩南部〕

平成30年6月28日 開催

1. 開 会

○千葉課長：定刻となりましたので、北多摩南部地域における東京都地域医療調整会議を始めさせていただきます。

本日はお忙しい中、また、大変暑い中をご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

まず最初に、この4月1日付で新たに着任いたしました東京都職員を紹介させていただきます。

福祉保健局医療政策担当部長の花本です。

私は、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。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、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

最初に東京都医師会の土谷理事、よろしくお願いいたします。

○土谷理事：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷と申します。どうぞよろしくお願いたします。

この地域医療構想調整会議もいよいよ3年目になりました。これまでは、調整会議と銘打っていても、「地域医療構想とは何か」というような、漠然とした話が多かったと思うのですが、これからは、より実地的なものになっていきます。

と申しますのは、地方によっては、皆さんご存じのとおり、人口減少によって、病院の統廃合を進めていかなければいけないという地域も出てきているわけですが、東京においては、今後も人口が増えていくことが予想されています。

つまり、医療需要者も増えていくわけですので、病院の統廃合というような、ぎすぎすしたお話にまではならないと思っています。

本日の主な議題としては、急性期を担っていただいている公立病院、公的病院さんからプレゼンテーションして、今後の方向性を示していただき、それについて皆さんで議論していくということになります。

国の方針としては、高度急性期、急性期の病院は、そのまま特化して頑張りたいという意向があるようですが、本日は、それぞれの病院でどのように考えておられるかということが明らかになっていくと思っております。

それから、東京都医師会からもう1点お話しさせていただきますと、病床機能報告についてです。後ほど、東京都からお話もありますが、病床機能報告の数字を見ると、急性期が今後過剰になって、回復期が足りないのじゃないかという数字になっています。それは、一見するとそういうふうに誰でも感じるようになります。

それは、病床機能報告と言いながら、“病棟機能報告”になっているわけです。つまり、どういうことが起きているかといいますと、急性期と報告してはいるものの、ほとんどはもしかしたら回復期かもしれないのに、一応、急性期を担っているということで、急性期として報告しているところが結構あります。

ですから、実際にやっていることと報告されている数字との乖離が出ていると思われまして、これは、国も認めているところです。

そこで、この会議の場でお話ししていただきたいのは、実際の数字と、実際にやっていることが、皆さんそれぞれの病院で、隣の病院はどのようにやっているかということは、何となくわかっていると思うんです。

ですので、この地域での実際はどうなんだというということなどを、この会議の場で、顔の見える場で、皆さんでディスカッションしていただきたいと思います。

本日は、活発な議論が行われるよう、どうぞよろしく願いいたします。(拍手)

○千葉課長：ありがとうございました。

続きまして、医療政策担当部長の花本よりご挨拶を申し上げます。

○花本部長：皆さん、こんばんは。

本年でこの会議も3年目になります。昨年の第1回目は、課題を抽出し、11月ごろからの2回目の会議では、課題を踏まえて、グループに分かれてディスカッションして、より議論を深めていくことができたと思っております。

そして、今年度は、土谷先生が今おっしゃったように、本日は、公立病院、公的病院のプラン策定病院から、地域医療構想を踏まえた今後の取り組みや方向性について、お話をしていただきまして、それについて意見交換をし、もし意見がなければ、この圏域ではそのプランについては合意したものということになりますので、活発な議論をしていただければと思っております。

ちなみに、他の構想区域でどういったお話が出たかといいますと、例えば、「大病院は高度急性期、急性期に特化してほしい。大病院が地域包括ケア病棟を持って、ポストアキュートとして使うのはいかがなものか」といった意見が出た圏域もありました。

また、中には、「在宅の患者さんが急変したときに、受け入れていただくところがなかなか見つからない」というような意見が出たところもありました。

圏域によって課題はさまざまですが、この圏域においてはどのような課題があって、それに向けてどういう仕組みが必要かということについて、第2回目の調整会議で行うためのとっかかりとなるような、何が足りないのかというよう

なことについて、今回の会議で意見交換ができればありがたいと思っております。

構想区域における課題解決に向けて、一步でも二歩でも前進していきたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしくお願いいたします。(拍手)

○千葉課長：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、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を齋藤座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成29年病床機能報告速報値について

○齋藤座長：こんばんは。お暑い中お集まりいただきありがとうございます。

小金井市医師会の齋藤でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

きょうから話題がかなり具体的なことに移っていきますし、「公的医療機関等2025プラン」と「新公立病院改革プラン」の対象病院というのは、地域の中核病院でありまして、まさに、地域医療の要ですので、それぞれの病院がどのような体制になっていくかということは、皆さん、非常に興味があるところだと思っております。

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です。

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して、4枚目が、北多摩南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思います集計しております。

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、機能別に集計したのになっております。

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、こちらのほうも併せてご確認いただければと思います。

それでは、①から順に北多摩南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、参考としてご覧いただければと思います。

前年度と比較しますと、高度急性期と慢性期は、割合、病床数ともに減少しておりますが、急性期と回復期については、ともに増えております。

高度急性期の減と急性期の増は、前回、高度急性期と報告していた病床の一部が、今回は急性期として報告されたことによるものとなっております。

回復期の増は、急性期から回復期へ報告区分の変更があったことと、回復期リハ病棟の新設によるもの、慢性期の減は、病床の休止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。

高度急性期と急性期は、病床稼働率と平均在院日数ともに横ばいです。

回復期は、前年に比べて平均在院日数が短くなっている一方で、病床稼働率も低くなっております。慢性期は、前年に比べるとともに横ばいです。

数値の増減理由は、報告医療機関数のそもそもの増減などが影響していますが、統計的に見て、特に有意な差というのは見られませんでした。

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。

北多摩南部では、急性期、慢性期の報告もありますが、回復期での報告割合が最も大きくなっております。

この入院料は、急性期と回復期の割合が均衡していたり、急性期の割合が最も多いなど、地域によって届け出の状況がかなり異なっております。

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ということについて、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。

回復期機能のほうをご覧くださいますと、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」の割合が、34.2%と高くなっておりまして、これは、他の構想区域と比較しても、最も高い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、前年度よりも約5%高くなっております。都平均が62.2%ですので、ほぼ同じ割合と言えるかと思えます。

説明は以上となります。

○齋藤座長：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、ご意見等があればお願いします。

特にございませんでしょうか。

北多摩南部では、2025年の推計に少し近づいているという見方でよろしいでしょうか。

特になければ、次に進みたいと思います。

(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

○齋藤座長：「(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、それぞれご説明いただくこととなります。

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、議論を深めていきたいと思っています。

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説明をお願いいたします。

○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、救命救急センターや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4枚目の左下に、北多摩南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、慢性期機能の病床稼働率が低い」、「退院後に在宅医療を必要とする患者割合が高い」、「回復期・慢性期機能において退院調整部門を置く病院の割合が低い」となっています。

そこから、「課題」として、「地域の中で患者を受け取められるよう、入退院調整の取り組みを充実・強化することが必要」、「患者の状態、医療機関の対応可能な機能など、さまざまな情報を地域の中で共有することが必要」ということが挙げられました。

ここから、「役割分担」と「情報共有・ICT」と「人材育成・確保」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、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

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

説明の際には、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説明していただきたいと思います。

それでは、まず、武蔵野赤十字病院さんからお願いいたします。

○嘉和知（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の嘉和知と申します。

まず、「キーワード1：役割分担」についてです。

当院は、高度急性期病院として、救急車の応需率が悪いということで、東京都からいつもお叱りを受けておりますが、救急搬送の依頼を可能な限り受け入れて、対応しようと考えております。

昨年度の救急車の応需件数は1万500件でしたが、ただ、当院には精神科病棟がないため、それには対応できていませんでしたので、今後は対応できる体制をとればと考えております。

一方、地域がん診療連携拠点病院として、高難度ながんの治療もしております。現状は、手術室は9室しかないため、年間8000件の手術を行うのはかなり厳しい状況ですので、今後は、新棟を建築して、手術室を増やして、件数を増やそうと考えております。

次に、「キーワード2：情報共有・ICT」と「キーワード3：人材育成・確保」についてです。

ICTは技術革新によってさらに発展すると考えておりますので、必要に応じて検討していきますが、現状では、地域の急性期病院や回復期、包括ケア病院などと一緒に、顔の見える連携をしていって、地域の中で患者さんの診療を完結できるようにしようと考えております。

それから、「地域」としては、この北多摩南部地域が主たる地域と考えております。そして、構想区域内・外を問わず、連携していただいている病院の先生方とは、顔の見える環境を構築しております。

そういうことで、昨年度、転院をお願いした患者数は約2500人ということで、連携が非常にうまくいっているのではないかと考えております。

それから、病床機能についてですが、救急車を多く受けるために、一般病棟に患者を受け入れているという形をとっていますので、現状では、高度急性期の病床ということになっております。

そして、地域の病院とうまく連携を取って、転院の受け入れをさらに強化していただき、今後とも地域完結型の医療ができるようにしていきたいと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

全ての病院さんに発表していただいてから、そのあと、1つずつの病院についてディスカッションしていければと思っています。

では、続きまして、杏林大学付属病院さん、お願いします。

○市村（杏林大学付属病院）：杏林大学付属病院の市村でございます。

「キーワード1：役割分担」ですが、引き続き、多摩地域で唯一の特定機能病院として、高度な医療を今後とも提供していきたいと考えております。

「キーワード2：情報共有・ICT」については、従来からいろいろ試みてきてはおりますが、各病院のシステムの違いとかもありまして、簡単には進まないかと思っております。

ただ、急性期の治療を終えた患者を受け入れていただけるような医療機関の情報などがスムーズに共有できるように今後はなるべく進めていきたいと考えております。

「キーワード3：人材育成・確保」については、当院は、初期研修医を116名、新専門制度の専攻医を61名、ことし採用いたしまして、若手医師の人材育成を図っております。そして、こういう地域で活躍していただける人材を今後とも育成していきたいと考えております。

次に、「地域」としての範囲についてですが、昨年度の北多摩南部圏域の入院患者は53%ぐらいでした。隣接する世田谷区、杉並区の患者もそれぞれ8%程度でした。

今後は、特に、この世田谷区と杉並区の医師会とは、連携に関する会合等を予定しております、この連携を進めていきたいと考えております。

なお、外来も大体同じようなパーセントとご理解いただきたいと思います。

それから、近隣の医療機関と遠方の医療機関については、近隣か遠方かにかかわらず、同じような紹介及び逆紹介を行っているため、医療機関の遠近による連携方法等の違いはございません。

それから、病床機能を分類については、特に、救命救急病棟やICU等のクリティカル病棟だけを高度急性期といたしまして、内科系や一般外科系のほうを急性期とすると、届け出たような感じになると思っております。

ただ、板橋の在宅医療の患者さんが急変した場合には、当院の高齢診療科が受け入れ体制をとっているということもありまして、このクリティカル部門以外に、高度急性期の医療を受け持っているということですので、実際には、ベッド数に関しては増減があるのではないかと、個人的には思っております。

あと、こちらからお願いしたいことというのは、特に、我々の急性期の医療が終了した患者さんの受け入れを、積極的にお願いしたいと思っております。

特に高齢者で医療区分が低い患者さんや高額な薬剤を投与している患者さんも、受け入れてくださる医療機関を探すのがなかなか困難ですので、引き続き、その辺の情報提供もぜひお願いしたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

次に、榊原記念病院さん、お願いいたします。

○佐藤（榊原記念病院）：榊原記念病院の佐藤と申します。

「キーワード1：役割分担」についてですが、当院の病床数は320床で、内訳は表のとおりで構成しております。

退院された患者さんの、延べ7万人の内訳は、円グラフに示したとおり、北多摩南部医療圏が3割で、隣接する区域が3割、東京23区が2割、千葉、神奈川のほか、山梨、新潟まで広がりますが、それが2割ということになっております。

外来患者さんは、延べ8万人おられますが、北多摩南部が4割、隣接する区域が3割、東京23区が1割で、その他の千葉、神奈川、山梨などからが2割ということになっております。

そして、東京都CCUネットワーク及び急性大動脈スーパーネットワークの重点施設として、24時間365日の体制で救急対応をしております。さらに、自衛隊によるヘリコプターでの搬送も含めて、調布飛行場を経由した重症患者さんの受け入れにも対応しております。

それから、紹介、逆紹介に関しては、紹介率が84.6%で、逆紹介率は163.5%ぐらいの数字を、毎年維持させていただいております。

医療機関は、本日もご参加になっている、自構想区域の大学病院及び大学病院に準ずる機能を有する病院だけではなく、隣接する区域はもちろん、多摩、新宿、埼玉、立川などにある高度急性期を有する病院からも、転院を受け入れております。

また、入退院調整に関しては、入院経路も退院先も9割方が自宅ということになっております。そのため、当院の医療連携室が、開業医の先生方と情報共有しながら、遅滞なく対応することができております。

次に、「キーワード2：情報共有・ICT」については、当院は、基幹システムを独自開発しております。

部分的なものは既製品等を組み合わせながら取り入れて、光ファイバーによって、有線、Wi-Fiを用いて、院内ネットワークを構築しております。

また、データの保存についても、独自対応ということもありまして、1PB（ペタバイト）を超えるデータを保存しております。

そして、データの共有に関しては、標準の項目と標準の形式で対応することができる感じになっております。

それから、「キーワード3：人材育成・確保」については、地域医療支援病院ということもありまして、地域の医療従事者を対象とした、医師向け、看護師向けなどの研修会を、定例的に開催しております。

そして、多摩地区だけではなく、広域の医療人材の育成支援と医療水準の向上に貢献しております。

次に、近隣の医療機関と遠方の医療機関との連携方法についてですが、昨年9月末の時点で、地域医療支援病院の登録医として、167機関184名の方々に登録していただいております。

自構想区域だけでなく、隣接の川崎市、国分寺市、世田谷区、多摩市、新宿区、港区にも登録医がおられます。

そして、当院の高額医療機器の共同利用等の紹介をさせていただいており、年間200回ほどご利用いただいております。

また、連携方法としては、本日の会場の府中市医師会さんとは、2007年に、「府中市循環器疾患連絡協議会」を発足させていただき、近隣の医療機関の先生方と循環器の地域医療連携パスを作成・運用させていただいております。

それから、病床機能についてですが、当院は、320床全てを高度急性期という形で申告させていただいております。

患者状態として、開胸手術や救命等に係る内科的治療、点滴ライン、心電図モニター、シリンジポンプ、輸血・血液製剤、昇圧剤・抗不整脈・抗血栓塞栓薬の注射や点滴が多く、入院診療では1日平均入院診療単価は、高度急性期の基準の目安と言われる3000点をはるかに超えております。

さらに、病床稼働率として、1床当たりの手術件数は、年間1400～1500件行っておりまして、1床当たりの手術件数は、目安は2回転以上と言われておりますが、当院の場合は、4回転、5回転行っております。

最後に、他の医療機関に求めることなどについてですが、当院は、おかげさまで、多くの地区から、緊急手術等の受け入れをさせていただいております。

ただ、救急搬送によって当院で高度急性期の手術を終えた患者さんを、紹介元に戻して、うまく対応していただくと、当院の病床が空くことが可能になりますので、緊急手術等で手術された患者さんが、紹介元にスムーズに転院して

いただけるシステムの構築が不可欠だと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、府中恵仁会病院さん、お願いいたします。

○花田（府中恵仁会病院）：府中恵仁会病院の花田と申します。

まず、「キーワード1：役割分担」についてです。

北多摩南部医療圏での当院の役割は、地域密着型のケアミックス病院として、超急性期・急性期から回復期の医療ニーズに応え、さらに地域医療支援病院として、診療所や施設からの紹介患者を受け入れをすることだと思っております。前年度よりも多く受け入れております。

次に、「キーワード2：情報共有・ICT」については、医療連携室を持つ病院間の連携ネットワークで情報共有を行っているのが現状です。

ICTの取り組みといたしましては、訪問看護ステーションとは、在宅医療の先生方と、「メディカル・ケア・ステーション（MCS）」というソフトを使用して、情報共有を行っているという段階で、今後については、具体的には未定となっております。

それから、「キーワード3：人材育成・確保」については、看護師確保のため、復職支援による採用を行っております。また、24時間の保育施設を設置し、子育てと両立しやすい環境を整備するということで、人材確保に努めております。

次に、1の、「地域」としての範囲についてですが、当院の所在地が、多摩市・日野市・稲城市と隣接している関係もありまして、北多摩南部の市のほかにこれらのところも「地域」の範囲と考えております。

また、多摩南部医療圏としては、医療連携室を持つ病院間で連携ネットワークの会の事務局として7年間担っております。会合を重ねながら共通する地域課題やICT利用も含めた連携のあり方などの情報交換を行ってきています。

ただ、こういう連携室レベルでのネットワーク化はしておりますが、少し離れた医療機関との連携というのは、なかなか難しいと思っております。

そういう意味において、遠方の関係機関との連携については、SNS等を利用しながら、ベンチマーク等を行っております。

近隣の医療機関については、地域連携室の担当者が相互に訪問をして、顔の見える連携を行っております。

それから、3の、地域包括ケア病棟についてですが、当院には地域包括ケア病床が34床あります。現在は、主に自院の急性期病棟から転棟のポストアキュートとして使用しているような状況です。

今後の使用につきましては、引き続き自院からの転棟によるポストアキュートとしての使用を考えておりますが、在宅加療中の患者さんとか他の急性期病院からの受け入れとかで、サブアキュートについても今後の課題として考えております。

それから、4の、病床機能を分類についてですが、ハイケアユニット（HCU）に関しては高度急性期。根拠としては、脳卒中や急性心筋梗塞等の超急性期医療を提供しているためです。

一般病棟入院基本料（7対1）に関しては、急性期機能と分類しました。根拠としては、当院の一般病棟は、救急搬送患者や手術患者の急性期医療を提供しているためです。

そして、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟に関しては、回復期機能と分類しました。根拠は、急性期を経過した患者や脳卒中・大腿骨頸部骨折の術後患者のリハビリ等を提供しているためです。

最後に、5の、他の医療機関に求めることですが、当院は、急性期病床機能以外に「地域包括ケア病棟」と「回復期リハビリテーション病棟」がありますが、まだまだ地域に浸透していませんので、急性期経過後のポストアキュートの症例の受け入れについてご相談いただければと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、続きまして、多摩総合医療センターさん、お願いいたします。

○近藤（都立多摩総合医療センター）：多摩総合医療センターの近藤でございます。

3分しかありませんので、できるだけ紙に書いてあること以外のことで少し申し上げたいと思います。

当院は、隣に都立小児総合医療センターがあるということで、小児科はありません。789床のうち、精神科と結核病床も持っていますが、それは、この病床機能報告には含まれていない領域で、それを除くと705床という形になりますが、地方の大学病院と同じぐらいの規模ではあります。

特徴としては、精神科救急ができるということと、母体救命に対応できるということで、先端的な救急医療をやっておりまして、三次救急は97～98%の応受率となっております。

そのかわり、二次救急については、恵仁会さんとかが引き受けてくださり、施設がございますので、日中で、そういうところがお受けになっていけば、私どもは受けないで済みますが、当直体制に入ったというときには、私どものほうで一旦お受けし、その後、二次救急を主にやっておられる施設に、休み明けに転院をお願いしたりするというような連携も取っております。

月間で1600人から1700人が入院されますが、そのうちの87～88%が、在宅も含めて自宅に帰られています。死亡退院は2～3%ありますが、それ以外の10%ほどが、転院をお願いしているということになっております。ですので、1日に50～60人入院するわけですから、退院のうちの5～6人は、転院をお願いしているということになります。

人材育成とか確保に関して、私どもが力を入れているのは、在宅への支援とか、在宅のときに必要なスキルを、コメディカルのレベルに伝えていくとか。

また、うちの入院患者の3割はがんの患者さんですが、ほかに移っていただくのが難しい方や、先ほど、杏林大学のほうでおっしゃっていましたが、医療区分の低い高齢者のがんの方がおられます。

それから、難病も、膠原病もたくさん扱ってしまして、非常に高いお薬を使っている膠原病の患者さんが、感染症等の合併症のあとに、パフォーマンスステータスが落ちて、次の二次医療機関にお願いしたいときに、その医療機関が

経済的にちょっとペイしないということで、なかなか受けていただけないというような問題も抱えています。

そこで、そういうところでも診療レベルを上げたいということで、うちの膠原病科は、冊子を出して、「こういうお薬も使えます」というようなことをやって、地域の難病の診療レベルを上げるということを、人材育成の中で力を入れているところでございます。

それ以外の点は、時間がないので省略させていただきますが、提出資料をご覧いただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、都立小児総合医療センターさん、お願いいたします。

○廣部（都立小児総合医療センター）：都立小児総合医療センターの廣部でございます。

まず、「キーワード1：役割分担」についてですが、当院は、小児救急医療、小児精神科医療、周産期医療等の行政的医療を、安定的かつ継続的に提供して、地域医療機関では対応困難な小児重症患者や小児精神疾患患者等を、積極的に受け入れております。

さらに、地域医療機関と連携し、在宅療養への移行等を推進することが大事だと考えています。

「キーワード2：情報共有・ICT」は、小児在宅医療における包括的なケア体制の構築に向けて、福祉、教育、行政とのコーディネート機能確立することが大事ですので、ICT等を活用した患者の状態管理や情報共有の仕組みづくりを検討しております。

それから、「キーワード3：人材育成・確保」については、都内の小児医療水準の向上に貢献するため、専門医を育成することに力を入れております。

さらに、地域における小児在宅医療の水準向上させるために、訪問看護ステーションや介護施設等の職員などを対象に、高度な技術やノウハウに関する講習会や研修会を実施しております。

次に、「地域」として意識する範囲については、多摩地域全域及び23区西部を中心にしておりますが、例えば、こども救命においては、国立成育医療センター、日大、東大の4病院で、都内では分担しております。

さらに、小児がんの拠点病院として、都内では本センターと成育医療センターで分担しております。

それから、「病床機能を分類するに当たっての根拠や理由」ですが、高度急性期においては、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室に加えて、小児入院医療管理料1を取っている病床を算定しております。

そして、7対1病床等は、急性期病床としてカウントしております。

最後に、「自院の持つ機能を活かすため」ということについては、今後とも、重症患者に対応するとともに、小児在宅医療の提供体制の整備等や、より一層の地域連携の推進が大事と考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

最後になりますが、都立神経病院さん、お願いいたします。

○磯崎（都立神経病院）：都立神経病院の磯崎でございます。

まず、「キーワード1：役割分担」に関してですが、当院は、神経系の難病を中心に扱っている病院でございますので、一般医療機関では対応困難な急性期から回復期まで、かなり広くカバーしております。

そして、遺伝子診断、免疫学的診断、高精度画像検査などにより、早期かつ正確な診断ができるように努めております。

さらに、専門的・先駆的なリハビリテーションにも力を入れておりまして、ことしの10月からは、ロボット・スーツの「HAL」を導入予定です。

もう一つの特徴として、開設以来、在宅難病患者的の訪問診療を行ってまいりました。ただ、今までと同じ形では難しいと思っております、我々だけではフォローしきれませんので、地域の先生方にどのようにお願いしていけばいいかということ、鋭意検討しているところでございます。

次に、「キーワード2：情報共有・ICT」ですが、当院は、入院専門病院ですので、外来については、隣の多摩総合医療センターでやっております。

そのため、前方連携が必ずしも十分でなかったということがありますので、今後は関係機関に対する情報発信を強化し、情報共有を推進していきたいと考えております。

また、今後はコンサルテーションの対応ということを検討しております。これは、重症の神経難病の患者さんを地域にお返ししなければいけないため、少しでも我々のノウハウを提供して、「こういうふうによればうまくいきます」ということをお教えできれば、地域との連携が進んでいくだろうということで、このコンサルテーションの対応をしていきたいと考えております。

それから、「キーワード3：人材育成・確保」については、地域全体の対応力を高めることが最も大事だと考えております。

そのため、神経難病地域リハビリテーション研修会や訪問看護ステーション連絡会等を開催しておりますし、昨年度は、脳脊髄・神経MRI技術研究会を立ち上げました。

また、認定看護師による出張セミナーを今年度から実施するとともに、医師による出張カンファレンスも実施を検討しております。

次に、1の「地域として範囲」については、神経系難病については、構想区域内で自己完結することは困難ですので、東京都難病診療連携拠点病院として、都内全域を対象と考えております。

そして、2の「近隣や遠方の医療機関との連携方法」についてですが、全く同じで、紹介と逆紹介を推進して、連携を深めておりますが、特に、遠方の医療機関に対しては、「アウトリーチ型の医療連携」を考えております。

これは、つまり、我々のほうから地域に出向いていくという、地域の中心的な医療機関に対する外来診療の協力、医師の移動ということで、このような表現にしております。

それから、3の「地域包括ケア病棟」はございませんし、今後も有する予定はございません。

それから、4の「病床機能の分類」については、高度急性期が8床です。

急性期は、急性期一般入院基本料1の脳神経内科と脳神経外科が76床で、小児入院医療管理料3が32床です。

回復期は、いわゆる回復リハは持ってありませんで、障害者施設等入院基本料の10対1が188床です。

最後の、5の「自院の持つ機能を活かすため」ということですが、先ほども申しましたように、難病医療を着実に進めていくためには、地域の対応力を高めるということに尽きると思っております。

一般医療機関と専門医療機関との機能連携が極めて重要ですので、そのための技術支援や人材育成支援に対してこれまで以上に取り組んでまいります、専門医療機関である当院を積極的に活用していただきたいと思っております。

○齋藤座長：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説明が終了しましたので、続いて、質疑応答、意見交換に入りたいと思います。

ここでは、プラン策定対象病院に対して質問や意見、それから、これらの病院の方向性や取り組みを踏まえて、地域の医療機関等が担うべき役割や課題について、討論をしていただければと思います。

一つ一つの病院ごとにディスカッションしていきたいと思いますが、まずは、武蔵野赤十字病院さんのプランについて、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、ぜひご発言いただければと思います。

特にございませんか。

では、私から少しお伺いします。ICTについては、現在は、他の病院との連携には用いていないということよろしいでしょうか。

○嘉和知（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の嘉和知です。

通常の病床の空き具合とかについては、端末を使っている程度で、それ以外の高度な連携は行っていませんで、それよりも、顔の見える関係を深めるという形で地域と連携しているというところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

私たちの医師会のほうでは、MCS（メディカル・ケア・ステーション）というシステムを使って連携を行っています。私は循環器ですが、循環器の先生

方には、「このICTと一緒に入りましょう」という話をしているところですが、そういった各科別の連携も考えていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。土谷先生、何かございますでしょうか。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。プレゼンテーションをありがとうございました。年間で2500人も転院をお願いされているということで、非常にご苦労されているんだなと思いました。

地域包括ケアにおいては、遠くから来た人が、地域に戻って、そこでまた生活し続けていけるようなシステムをつくっていきたいという考えに基づいていますが、他の地域から来た人が、本当に地元に戻れるのかということが、他の地域の調整会議でよく問題になっています。

武蔵野赤十字さんの場合も、かなり遠くから救急車で搬送されてくる患者さんがおられると思いますが、遠くの医療機関さんとの連携については、どのようなことを心がけておられるのでしょうか。

○嘉和知（武蔵野赤十字病院）：当院の救急入院の50%ぐらいは近隣からで、おっしゃるように、北多摩南部以外の地域からいらっしゃる方もありますが、連携センターがしっかりしていて、極力、地元の地域と連携を取って、そちらにお帰りいただくように努力しております。

○土谷理事：ほかの病院も同じかもしれませんが、「ひと通り治療が終わったけれども、帰るところがない」ということを、東京都医師会としても、そこはすごく問題だと認識していて、そこで、ICTを用いたシステムがうまくできるようになればと考えていますので、こういった問題点等を考えていただければと思っています。

○嘉和知（武蔵野赤十字病院）：治療が終わってから、地域に戻っていただくとうすると、受けていただく病院が余りありませんので、治療が終わる前に他の病院に移っていただくということを考えています。

例えば、お年寄りの肺炎とかが多いですが、治療が終わってから帰ろうとすると、帰るところがないので、治療が残っているうちにということで、平均在院日数は11。いくつかということで努力しております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、次に、杏林大学医学部附属病院さんに対してはいかがでしょうか。

多摩地区唯一の特定機能病院で、高度急性期を中心に活躍していただいておりますが、ポストアキュートの受け入れがうまくいっていないというようなお話もございました。

受け入れる側の病院としてご質問、ご意見はございませんか。吉田先生はいかがでしょうか。

○吉田（三鷹中央病院）：三鷹中央病院の吉田でございます。

杏林大学病院の内村院長は整形外科ですが、慢性疾患の治療で手がいっぱいだと思うんです。特に、骨折した高齢者で手術を急ぐような場合でも、積極的に行っていただいておりますし、整形外科との連携が一番いいかと思いますが、他の科との連携も結構うまくやっているとっております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。櫻井先生は何かございますか。

○櫻井（櫻井病院）：府中市の、櫻井病院の櫻井と申します。

当院は、回復期、慢性期ですので、基本的にはある程度落ち着いています。急性期を終えて、1週間ぐらい入院治療したいというような方々は受け入れられています。

そして、我々のところは、内科とリハビリが中心ですので、そちらに合ったような患者さん、あるいは、緩和ケアみたいなことで対応できるような患者さんに関してもお受けしています。杏林大学さんからもご紹介いただいております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにございませんか。

土谷先生のご質問にあったような、遠くから来る方々ということも、杏林大学さんの場合は多いと思うんですが、そういった場合のご苦労というのはいかなるものでしょうか。

○市村（杏林大学医学部附属病院）：杏林大学医学部附属病院の市村です。

当院の場合、実は、遠くからの方の率は数%ぐらいではないかということで、それほど多いということではないと思っています。

ですので、遠くからの場合というのは、恐らく、決まった科とか、当院しかできないような、特定疾患の「肺高血圧症」のような特殊なケースになりますので、そういう場合は個々に対応しているというのが実情だと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、次に、榊原記念病院さんのプランについて、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

榊原記念病院さんの場合は、循環器に限られているということですので、ポストアキュートの病院といっても、かなり高度な入院ということになると思いますが、そういった病院とのネットワークはできていらっしゃるということでしょうか。

○磯部（榊原記念病院）：榊原記念病院の磯部です。

「基本的に紹介されたところに戻す」ということを原則にしております、ネットワークのような形では今のところやっておりません。

府中や調布などの近隣から救急車で来られる方々が半分ぐらいいらっしゃるので、そういう方々については、先ほどご紹介した登録医制度で、地元のかかりつけ医の先生方をお願いするというように努力しておりますが、なかなか難しいケースもございます。

○齋藤座長：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。

○梶原（北多摩医師会）：北多摩医師会の梶原でございます。

ご質問ではなくて、お願いというか、ご相談させていただきたいことがあります。

循環器疾患に特化されているということで、それだけ重症患者さんが多く、合併症になったりとか、術後が心配な方々がすごく多いと思います。

退院先の半数以上の方々がご自宅ということですが、具合が悪くなられた方は、プライマリ・ケアの開業医のところに、とりあえず相談に来られる場合が多いと思います。

そういう場合、榊原病院さんでの治療に関連するものかもしれないということで、ご相談させていただきたいと考えたりするんですが、これだけの重症患者さんの治療をされて、それを維持されていくためには、一度治療を終わった、ポストアキュートの方の対応は、とりあえずよそでやっていただきたいというようなことになりかねないかとも思います。

そうなりますと、私たちの判断で、高度急性期ではなく、急性期や回復期の病院にその方をお願いすることになりますが、そういうことがどんどん続いていきますと、「またですか」というような形になる場合が多くなってきます。

そこで、榊原病院さんとしても、ほかの急性期や回復期病院などの方々と、連携をより深めていただけると、「榊原病院でこういう治療をされた方ですが、一度そちらで診ていただけませんか」とお願いするときに、スムーズに対応していただけたらと思っています。

ですので、榊原病院さんと私ども開業医と、ポストアキュートを受け入れてくださる病院との関係づくりについて、もう少し意識していただけると、すごくありがたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○磯部（榊原病院）：ありがとうございます。

先生のご指摘ととおりで、私どもも苦勞しているところでございます。

特に高齢者の場合、肺炎が起こったり、嚥下やじょくそうの問題が起こるとい
うケースが、結構ありますので、私どもも、急性期や回復期はもちろん、長
期に診ていただける施設を常に探しているところをごさいますて、そういう中
間的な医療機関、施設と、より密な関係をつくっていく努力を今後ともしてい
きたいと考えております。

なお、十年、二十年前にバイパス手術をしたという方が、80歳、90歳、
100歳になって、心不全を起こして、こちらに来られるという方が激増して
おりまして、戻っていただいて治療していただいたりしております。

ただ、慢性心不全で再入院を繰り返される場合などでは、地域の在宅の先生
方と連携を取って、場合によっては、私どもの医療を採用することによって、
地域で高齢の心不全の患者さんのケアをしていくための、お役に立ちたいとい
うことも、検討しているところをごさいます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

主治医制のような形をとって、地域の在宅医のコンサルテーションをしたり、
指導していただくというようなことを、ぜひやっていただければと思いますの
で、よろしくお願いいたします。

ほかにいかがでしょうか。

では、次に、府中恵仁会病院さんに対してのご質問、ご意見などがあればお
願ひします。

高度急性期、急性期から回復期までをカバーする地域医療支援病院で、訪問
看護ステーションもお持ちで、そこでは、MCSを使って在宅医との連携をや
っていただいているということですが、何かご質問、ご意見はごさいますでし
ょうか。

地域包括ケア病棟をお持ちの唯一の病院ということですが、ポストアキュー
トとして使われていて、地域に開かれたものにしていくとか、在宅医療に参入
していくようなお考えはお持ちでしょうか。

○花田（府中恵仁会病院）：府中恵仁会病院の花田です。

地域包括ケア病棟をスタートした目的としては、ポストアキュートに使うためでしたが、在宅からの受け入れができるようにすることが課題としてはあります。

ただ、最初に地域包括ケア病棟に入れてしまうと、ほかの疾患がわからなかったりとかで、多くの検査ができないということがありまして、まずは、急性期病棟に入れてから、地域包括ケア病棟に入れたあとに在宅復帰ができるという目途がついてから、地域包括ケア病棟に移るというようにしております。

ですので、最初から地域包括ケア病棟に入れるとなれば、在宅医の先生方と密に連携を取って、「ここまでよくなったら、先生のところにお戻ししますよ」というような例を増やしていったり、経験値として積み上げていきたいというのが考えですが、具体的にいつから始めるというところまでは行っていないのが現状でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、次に、都立多摩総合医療センターさんへのご質問、ご意見があればお願いいたします。

小金井リハビリテーション病院の川内先生、何かご意見はございますでしょうか。

○川内（小金井リハビリテーション病院）：小金井リハビリテーション病院の川内でございます。

多摩総さんということではないんですが、我々が一番困るのは、いくつもの病気を持っている患者さんがおられまして、そういう方々の過去の病歴の情報を取るのが難しかったです。

ただ、最近は、例えば、榊原さんからは、十年前の資料を出して下さったり、多摩総さんの場合は、外来で一度診て、対応した上で、相談に乗っていただいたりして下さるようになって、そういう地域の急性期病院さんのバックアップに支えられて、回復期をさせていただいているという気がしております。

ですので、患者さんの古い情報が入ると、患者さんがもっと動きやすくなるのではないかと考えていますので、急性期の病院の先生方にはそういう点をよろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

非常にうまくいき始めているということによろしいでしょうか。

○川内（小金井リハビリテーション病院）：はい。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

次に、多摩総合医療センターさんについてはいかがでしょうか。

調布市医師会の佐々木先生、ご要望とか何かございませんでしょうか。

○佐々木（調布市医師会）：調布市医師会の佐々木でございます。

私は小児科なので、都立小児のほうは、いつも勉強会を開いていただいたりして、大変お世話になっておりまして、感謝しております。

○齋藤座長：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。

○田原（武蔵野市医師会）：武蔵野市医師会の田原でございます。

多摩総合医療センターは、北多摩南部の災害拠点病院になっているはずで、北多摩南部の災害コーディネーターがいらっしゃると思います。

各市の災害拠点病院との連携は、どのように考えておられるかをお聞きしたいと思います。

○齋藤座長：多摩総合医療センターさん、いかがでしょうか。

○近藤（多摩総合医療センター）：多摩総合医療センターの近藤でございます。

発災時の病院間での患者さんの搬送などについて、ぜひ必要ということで、シミュレーションをやっておりまして、まだ机上ではありますが、合同で訓練まで始めているところです。そして、災害拠点病院同士でも連携をやっているところでございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

図上での訓練をやっていただいていますし、コーディネーターの方も、地域の医師会に来ていただいて、いろいろご指導をいただいております。

それでは、次に、都立小児総合医療センターさんについてご質問、ご意見がございましたらお願いします。

小児在宅をやる方がなかなかいらっしゃらないので、小金井市でも非常に困っているところですが、小金井の小林先生、同じ小児科ということで、何かご意見、ご要望がございましたらお願いいたします。

○小林（桜町病院）：桜町病院の小林と申します。

私どもは、小児科はありますが、入院病床を持っていないので、どちらかというと、産科で生まれて、お乳が出ない患者さんを、急ぐ場合は、迎えに来ていただいたりということで、一方的にお願いしたりしているのが現状です。

ですので、都立小児から、「こういう患者さんがいる」という場合も、なかなか受け入れられない状態で、本当に申しわけないと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、ここで、もう一度、佐々木先生、お願いします。

○佐々木（調布市医師会）：患者さんを1人、逆紹介で受けておりますが、開業の小児科医は在宅医療に入っていくことが、手いっぱいなので、できている者が少ないのですが、ごく近くのお患者さんであれば、診ていかなければいけないと感じております。

ですので、そういうケースがありましたら、ご紹介いただきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ちょっと戻りますが、事前提出資料の中に、「多摩キャンパスにある都立の3病院間で電子カルテを相互に参照できる取り組みを、ことしの4月から開始した」と書いてありましたが、北多摩北部とかは入っていないということですね。

○近藤（多摩総合医療センター）：はい。入っていません。

○齋藤座長：このシステムは、外に広げていくことが可能なシステムでしょうか。

○近藤（多摩総合医療センター）：東京都の病院ですので、都庁のセキュリティのガイドラインに沿って、条例で縛られているため、今のところ、一番遅れるのじゃないかと思っております。

○齋藤座長：わかりました。

それでは、最後の都立神経病院さんへのご質問、ご意見などがあればお願いいたします。

高度な神経難病に特化した病院で、連携のほうも一生懸命やっていたいただいているところだと思います。

西田先生、地域で難病の在宅をされていると思いますので、ご意見があればお願いいたします。

○西田理事：東京都医師会の理事の西田です。いつも大変お世話になっております。

最近、ALS（筋萎縮性側索硬化症）などの患者さんが非常に増えていて、ある程度安定した方を地域の医療機関にどんどん任せていくような方法を、さらに活性化していかれるのかどうか。先ほどもおっしゃっていましたが、再度お伺いしたいと思います。

それから、ほかの病院にも共通してお聞きしたいことですが、二次医療圏内で「病病連携」というものを考えていくときに、二次医療圏を超えてもそうですが、クラウド型のEHR（Electronic Health Record）をつないで、情報交換をするとか。

あと、「病診連携」を考えたとき、先ほどから何度か出ているMCSのような、この二次医療圏はほとんどこれだと思うんですが、そういったものに病院も参画していただいて、「病診連携」を活性化するというのもお考えなのかということをお聞きしたいと思います。

なお、一つお願いですが、退院前カンファレンスとか、入退院連携というものも活性化していかなければいけないと思いますが、診療所の医師が退院前カンファレンスに出ていくことが難しいので、診療報酬をつけても、実際にはなかなか行われていないようです。

これにテレビ会議という機能をつければ、この点は解決していくのではないかと考えています。

そういった、どちらかというところ、ICTに関する質問ですが、お答えいただければと思いますので、よろしくお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございます。では、まず、都立神経病院さんからお願いします。

○磯崎（都立神経病院）：都立神経病院の磯崎です。

ALSの患者さんは確かに増えていますが、問題は、固定器をつけた患者さんをずっと病院にいてもらうことは難しいので、自宅に戻そうとしていますが、どうしてもそれが難しい患者さんはどうしても一定数はおられます。

しかし、そういった患者さんを除いて、できる限り在宅に移っていただきたいと考えておりますので、そのための連携は非常に重要だと思っております。

もっとも、全部の患者さんをお引き受けしていただくことはできませんので、神経病院的な要素を持った病院さんとの連携を進めていく必要があると思っております。

そういう意味において、クラウド型のEHRを活用することは、在宅を進める上でなくてはならないものと思っておりますが、東京都はセキュリティが非常に厳しいという話もあつたりして、なかなか進まないのが現状ですが、必要性は非常に感じております。

それから、退院時カンファレンスについても非常に大事で、先ほども、「出張カンファレンス」と言いましたが、これは、看護だけではなく、コメディカルの方々に対しても、出張してカンファレンスをするということも考えておりまして、今後とも多くしていきたいと考えております。

なお、連携パスについても、実は、なかなか難しいところがありますが、これをうまく使えばスムーズに流れるため、今後ともこれも進めていこうと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ICTについては、都立病院の場合はなかなか難しいということがわかりましたので、びっくりしているところですが。

○近藤（多摩総合医療センター）：個人情報特定できないようにして、ベッド数がどうとかについての情報交換ができて、連携はできますが、患者の情報そのものを生で連携するということはできないという状況ですので、もう少しお時間をいただければと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、これで全病院のプランに対しての意見交換をすることができました。この辺でディスカッションを終わりとさせていただきます。ありがとうございました。

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

○齋藤座長：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：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、簡単にご説明いたします。

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、よろしくをお願いいたします。

続いて、報告事項(2)の病床配分等についてです。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。北多摩南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回だった配分を、原則的に、各年度の3月末の1回としております。

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、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に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ので、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○齋藤座長：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ておきたいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いしたいと思います。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ですので、事務局にお返しいたします。ご協力いただきありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：齋藤先生、ありがとうございました。

それでは、事務連絡を4点ほど申し上げます。

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

最後に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、こちらは机上に置いたままにしておいてください。

それでは、以上をもちまして北多摩南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)