

〔平成30年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成31年1月17日 開催

【平成30年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成31年1月17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ます東京都地域医療調整会議を開会させていただきます。本日は、お忙しい中、また、大変お寒い中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉が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。

まず、本日の配付資料の確認をさせていただきます。資料につきましては、机上にお配りさせていただいております。

上から順に、ご出席者名簿です。そして、グループワーク名簿（区西北部）と書いたもの。グループワーク用メモ（区西北部）と書いたもの。こちらは、A班とC班の方にはテーマ①と書いたもの、B班とD班の方にはテーマ②と書いたものをお配りしております。

それから、本日の会議次第がございまして、その下に四角で囲ったところに、配布資料の一覧を記載しております。資料1から6-3までと、参考資料1から5までございます。

さらに、その下に、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書いた紙がございまして、こちらは、会議が終了後に、追加のご意見等がございましたら、後日、これを東京都医師会にご提出いただき、その後、東京都のほうに提出していただくことになっております。

さらに、その下に、「東京総合医療ネットワーク」のパンフレットを付けております。

なお、「東京都地域医療構想」の冊子を2冊ずつ、閲覧用に各テーブルごとにお配りさせていただいております。

資料の不足等がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

また、後ほど、質疑や意見交換のお時間がございます。ご発言の際には、挙手の上、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いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内外の医療機関の先生方等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、挙手の上、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。

最後に、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、よろしくをお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を座長をお願いいたします。水野先生、よろしくをお願いいたします。

2. 報 告

- (1) 在宅療養ワーキングの開催について
- (2) 定量的な基準の導入に向けた検討について
- (3) 地域医療構想推進事業について
- (4) その他

○水野座長：板橋区医師会の水野でございます。

それでは、早速議事に入っていきたいと思っております。

まず、東京都より、報告事項を4点まとめて説明を受けたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。「在宅療養ワーキングの開催について」です。

昨年度から開始いたしました「在宅療養ワーキング」を、今年度も実施しておりますので、それのご案内となっております。後ほどご確認いただければと思います。

それから、資料2は、「定量的な基準の導入に向けた検討について」です。

昨年8月に、厚労省のほうから、都道府県あてに、地域医療構想調整会議の活性化のために、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいということで通知がございました。

病床機能報告というのは、病棟単位で、定性的な基準に基づいて、4機能をご判断いただいて、ご報告いただいておりますが、地域の実情に応じた定量的な基準を今後は導入するということになっております。

これを踏まえまして、東京都では独自に、昨年9月下旬から10月にかけて、病床単位での病床機能報告をいただくとうなるかということで、調査をさせていただきました。都内の医療機関さんにご協力いただきました。その結果を、参考資料2として付けております。

区西北部の圏域の結果は、1枚目の下から2つ目のグラフになります。棒グラフが3本並んでいて、一番上の平成29年度病床機能報告というのが、その結果の4機能の割合です。真ん中が今回の調査の結果で、一番下が2025年の将来推計の4機能の割合が示されております。

区西北部においては、東京都全体でもそうですが、4機能においてそんなに大きな差は出なかったという結果になっております。

こういったことも踏まえまして、東京都では、PTを設置して検討しております。これが決まりましたら、来年の調整会議のときなどに、またご報告等をしていきたいと考えております。

それから、資料3は、医療介護総合確保基金で行っている事業ですが、今年度、区西北部の区域でこの事業を活用していただいた医療機関について、資料を添付しておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

最後に、参考資料3です。病床数が全て稼働していない病棟を有する医療機関の病床の稼働についてということで、昨年4月に通知してはおりますが、再度、昨年の11月に通知を行ってございまして、そのお知らせとなっております。

東京都からの報告は以上となります。

○水野座長：ありがとうございました。

では、続いて、東京都医師会から資料の説明をお願いいたします。

○目々澤理事：東京都医師会で医療情報を担当しております目々澤でございます。

「東京総合医療ネットワーク」というパンフレットをご覧ください。

この言葉を聞いたことがあるという方がおられましたら、手を挙げていただければありがたいと存じます。

どうもありがとうございました。

実は、テスト運用から実運用に至ったという段階でございます。

東京の医療圏は結構特殊なところがあり、急性期には患者さんが都心部に集まってくるけれども、慢性期になると、都の端のほうに移っていくということが、今までのデータではわかっております。

そこで、電子カルテをつなぐにあたっては、地域ごとにやるよりは、東京都全域でやるほうがいいのではないかという構想に基づいて始めた事業です。

都内の病院を調べてみますと、大きな病院で持っている医療連携システムの8割が、富士通とNECになっていました。最近では、ソフトウェアサービス(S S I)という連携システムも普及してきていますが、とりあえずは、この富士通とNECを結ぼうということで、仕事が始まりました。

これをデータ間接続というつなぎ方をすると、特殊なサーバーとかコンバーターとかを利用しなくても、データの相互閲覧が可能になるということで、去年の初めまでに準備を行い、都内の8病院をモデル病院ということにして、この接続試験を行いました。

その中には、きょうお越しになっている花と森の東京病院さんも入っていただいております。

そして、データがきちんと流れるということが確認されましたので、昨年7月に実運用が始まりました。このときは、どちらかのシステム間だけでしたが、その後、文書等の整理を行ってから、11月より2つのシステム間でデータが流れるようになりました。

ただ、画像までは流れるようにはなっていないくて、投薬とか注射のデータとか病名ぐらいが共有できるようになったということですが、これが流れることによって、これから共有が進んでいくと考えられます。あとは、国の規格が決まり次第、摘要範囲を広げていくという予定でおります。

最終的には、各病院が用意する開業医の先生、中小病院などへの連携も、どんどん進めていくという仕組みをちゃんとつくっていく予定でございます。

ポスターも作成して、これを運用している病院にはお配りいたしました。さらには、個人情報保護法に基づくような情報も書き込まれているポスターも貼っていただいております。

そして、実際の取り決めとかをやっていただければ、特に新しい装備、例えば、閲覧用のPCとかタブレットを用意しなくてもつながるという仕組みでございます。

さらに、現在、このソフトウェアサービスも我々の仲間に迎え入れようという準備をしております。

皆さまがこの事業にご参画いただけるようお願いいたします。

なお、アンケートのお願いをしておりますので、ご記入の上、帰りにご提出いただければありがたく存じます。

また、このネットワークの情報を皆さまに取っていただくためのメールマガジンのご案内もさせていただいておりますので、よろしければ、こちらにもご参加いただければ、我々のほうからの情報をご覧いただけますので、よろしくようお願いいたします。

○水野座長：ありがとうございました。

ただいま、東京都と東京都医師会よりご説明がございましたが、何かご質問をお受けしたいと思います。いかがでしょうか。どうぞ。

○宮崎（東京北医療センター）：東京都病院協会の立場で出ております、東京北医療センターの宮崎と申します。

参考資料2で説明がありましたアンケートの結果についてですが、29年と30年の比較がされています。今の説明ですと、定量的なもので、29年のものとは違うと思うのですが、結果としては余り変わっていないということでした。

ちなみに、当院では、29年の報告では、病棟別でしたので、高度急性期と急性期で全部出していましたが、定量的でやった場合は、半分が回復期と慢性期ということになりましたので、そのように報告させていただきました。

それを受けて、この結果を見ると、アンケートに答えてくださった施設が、こちらの意図とする定量的な結果を回答したとは、ちょっと思えませんので、このデータをもって、回復期が足りないというように判断されているのは、本当にそれでいいのかなと思いました。

これは、あくまでも推測ですが、そういう意見を言わせていただきました。よろしく願いいたします。

○水野座長：ただいまのお話で、ほかの病院でもそういうことがありましたでしょうか。もしそうだとしたら、ご発言いただきたいのですが。

なければ、東京都のほうからお願いいたします。

○千葉課長：参考資料2の真ん中の「平成30年病院全体」と書かせていただいているのですが、今回調査させていただいたものですが、定量的な調査ということではなくて、現状の病床機能報告と同じ基準で、病棟単位ではなく、病床単位でお答えいただけないでしょうかということ、調査をさせていただいた結果でございますので、これが定量的な基準に基づいた結果とは思っておりません。

病棟単位でやっても病床単位でやっても、余り変わらなかったということ、今回お示しさせていただいたところでございます。

国から指示をいただいております、各都道府県ごとに定量的な基準を設けて議論を進めなさいという際の定量的な基準というのは、まさに今検討している

段階でございます。それをういたあとに、いろいろ試算したらどうなるかというの、まだまだこれからでございます。

ですので、それができましたら、また調整会議等で皆さまにご覧いただくということをやっていく予定でございますので、我々のところでは、この定量的な基準というのはまだつくっていないという状況でございます。

○水野座長：東京都としては、とりあえずこういう結果が出たということの報告ということでよろしいですね。

○千葉課長：はい、そうでございます。

○水野座長：ほかにご質問等はないでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、次に、グループワークのほうに移らせていただきます。

3. グループワーク

地域の課題解決に向けて

○水野座長：それでは、「地域の課題解決に向けて」についてです。

前回の、今年度1回目の調整会議では、公立病院と公的医療機関からプランを踏まえて、役割や今後の方向性について発表していただき、またそれを踏まえて、地域の課題や機能について議論を深めてまいりました。

本日は、前回の調整会議で整理したこの地域の課題について、どのように解決していけばよいのかということ、それぞれの立場で取り組めることについて、話し合いをしていただければと思っております。

それでは、グループワークに入る前に、具体的な進め方等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4、「＜グループワーク＞各構想区域のテーマ一覧」という資料をご覧ください。

今年度1回目の調整会議の議論等を踏まえまして、東京都のほうで、グループワークのテーマを設定させていただいております。

共通テーマは、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」で、区西北部の個別テーマといたしましては、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」となっております。

「グループワークメモ」というのを、各班に配布しております。今回は、どちらか1つのテーマについて、40分の中で意見交換をしていただく形にさせていただきます。A班とC班はテーマ1で、B班とD班はテーマ2ということになっております。

グループワーク名簿の右端に番号が書いてありますので、1番の方が、仮の進行役となっていただいて、1人ずつ自己紹介を行っていただき、進行役、書記、発表役を決定していただきます。それ以降の進行は、進行役の方をお願いできればと思います。そして、テーマごとに意見交換を進めていただきたいと思います。

想定の流れを記載していますが、このとおりでなくても自由な形で意見交換していただければと思っております。

各班ごとにホワイトボードも準備しておりますので、そちらのほうもご活用いただければと思います。よろしく願いいたします。

説明は以上でございます。

○水野座長：ありがとうございました。

傍聴席にいらっしゃる方で、グループワークへの参加を希望される方がおられましたら、お席を用意いたしますので、遠慮なく挙手をお願いいたしますが、よろしいでしょうか。

それでは、グループワークを進めていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

〔グループワーク〕

○水野座長：それでは、時間になりましたので、各グループから発表をお願いしたいと思います。3分ほどでご発表をお願いしたいと思います。

まず、Aグループからお願いいたします。

○A班：練馬健育会病院の酒向と申します。

急性期の場合は、そこから回復期、慢性期、維持期というように流れる中で、急性期だけでは、いつ起こるかわからないということを考えると、1つの区で完結できるかというのと難しいのではないかと。区西北部だけでももしかしたら難しいかもしれない。

だから、いつ起こるかわからないということを考えて、急性期はやはり、ちょっと広い範囲で考えなければいけないのではないかとという意見が出ました。

そのあと、急性期の先生が、患者さんを回復期に戻すときに、どこでも回復期という考え方ではなく、在宅ということを考えたときに、患者さんのおうちの近くの回復期に戻して、回復期病院は、回復期の機能として、退院したあとのフォローアップというものをしっかり考える機能が必須ではないかという話が出ました。

さらに、そのあと、慢性期になったときに、慢性期病院に入って、そこにずっといて、看取りまで行く方と、慢性期病院でよくなって、おうちに帰るというパターンもあります。

きょうのこちらでの慢性期の先生は、自宅退院率が80%という、すごい慢性期病院ですので、そういう慢性期病院もあります。

また、かかりつけ医の先生の考え方からすると、診ている患者さんが、在宅診療とかしていて、だんだん弱くなってきたときに、頼るものとして、慢性期病院に頼れるか、療養型の老健とかに頼れるかというのと、なかなか頼れない。紹介したら、それで終わりになってしまっていて、おうちに戻ってくるという認識は余りないという声が聞こえました。

しかし、こちらの班での、長期療養型の老健の場合も、在宅復帰が6割ぐらいあるという状況があって、かかりつけ医の先生と在宅に戻すという機能を持

った施設が、ある程度その機能がわかった上で連携していく必要があるだろうということでした。

つまり、急性期、回復期、慢性期がそれぞれの機能をきちんと使い分けて連携していくという、顔の見える関係にならないといけないということが基本だということでした。

あと、老健や慢性期病院は、お薬が丸めになっているために、きちんとしたお薬が使えないという状況が起こる場合もあるので、そこは、やはり、医療費の問題ですね。もう少し踏み込まないといけないのではないかという考え方も出されていました。

○水野座長：ありがとうございました。

次に、C班からお願いいたします。

○C班：練馬総合病院の柳川です。

急性期から在宅等への移行というのは、比較的スムーズじゃないかということになりました。

ただ、そのキーポイントとしては、顔の見える関係と、連携室がキーで、この連携室の機能をしっかりやっつけていかなければいけないということでした。ですので、ケアマネジャーなどがしっかり対応し、退院カンファレンスも行うようにしていく必要があるということでした。

そのため、このケアマネさんの資質が非常に重要だということになりますが、一方で、送りやすいところに送ってしまうという傾向が見られ、偏りがあるように思われ、病院側にしろ、在宅にしろ、受けやすいところに流していくということになりやすいので、病院もそういう面では努力しなければいけないと感じました。

それで、比較的問題になっているのは、急性期側からも慢性期側からも出た話ですが、高齢のために重症化してしまって、急性期に送られてきたけれども、とても診られるような状態じゃないということがあるということです。

その一つの要因としては、誤嚥性肺炎が重症化して、送った先で診られないという場合があります。その予防の一つとしては、歯科のほうで、誤嚥のこと

をやらしてもらえばいいのですが、そういったところの連携がまだしっかりできていないのではないかというお話もありました。

○水野座長：ありがとうございました。

次に、B班からお願いいたします。

○B班：北区医師会の増田です。

急性期と慢性期の先生と、私のような、地域のかかりつけ医というメンバーの中で話し合いをしました。比較的流れはうまくいっているのかなと思ったけれども、その中で、阻害要因としてはどんなことがあるかということ挙げてみました。

急性期病院では、入院前にきちんと把握して、初めから、支援センターとかで、入院前から退院後の話を始めているということで、心強く思ったのですが、いろいろなハードルがあるということです。

例えば、急性期病院から在宅に直接行く方もいますが、在宅に移れなくて、慢性期の病院に一度行って、そこから在宅に移るということがあります。そういう場合、経験が豊富な先生は、「これは在宅で大丈夫」という判断ができますが、急性期病院の比較的若い先生は、在宅医療に対する経験とか知識の不足があって、介護保険のシステムの理解も少ない人が多いです。

あと、メディカル的にも介護的にも、「これは、十分家で診れるよ」という人であっても、医者の方で、「ちょっと難しいかな」ということを、最初に考えてしまうようなところが、ハードルの一つになっているのではないかと思います。

大きな病院であれば、研修医も抱えていますし、主治医制ではなくチーム制で診ているところもあるので、若い先生は、外来診療の経験も豊富じゃないし、専門医指向も強いので、退院後の在宅医療ということに関して、研修教育の中で、この点を充実させていく必要があるという意見もありました。

それから、情報共有が大事なので、看護師さん同士で「看看連携」ということで、病院と訪問看護ステーションで連絡を取り合って、「この方は、退院の

あとにこういうことができるよ」というようなことを、やっていただいているところもあります。

ですから、医師主導というのではなく、退院後の在宅ということで、こういうことができれば非常にいいと思っています。

あと、急性期病院からいきなり在宅に移す必要があるかという点、慢性期病院でしっかり診て、自信をつけていただくことや、受け入れの準備の時間も要りますし、問題点の抽出もあると思われますので、ワンクッションを入れて、在宅に行っていただくのがいいのではないかと思います。

そして、在宅に帰ったあとも、その慢性期病院にいつでも、困ったら戻れるとか、急変したら急性期に戻れるということで、常にそういう安心感を持たせることは、在宅へのステップかなと思っています。

また、入院困難事例という話がありましたが、地域が抱える問題としては、高齢化だけではなく、独居の問題もありまして、特に、日中独居の方が多いです。

自営業の方は、家で仕事をしながら介護ができるかもしれないですが、会社に勤務している人は難しいので、その辺で、家族に足かせになっているのと、ちょっと言い辛いのですが、経済的な問題もあります。

この経済的な問題は、金銭的なこともそうですが、当然、それにまつわる人的な介護に割ける人数ということがあります。それが足りないと、介護のために離職しないといけない場合が出てきますし、最悪の場合は、“介護心中”ということもあり得ます。

ですので、その辺を地域でどれだけ支えていくかということで、そういったハードルを乗り越えていくと、「この方は、退院困難事例でも、メディカル的にも介護的にも、将来、家で診れるよ」ということに近づけていけ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。

では、最後に、D班からお願いいたします。

○D班：花と森の東京病院の小平です。

私たちのグループでは、問題点とその対策を議論しました。

その一つは、在宅復帰が困難な症例で、その出口が問題となると、受け入れの門も狭くなるということでした。

あと、患者、家族、急性期のスタッフの間で、病床機能についての認識が不十分なのではないかということが、問題になることが多いということでした。

あるいは、時期によって偏りがあって、病床運用の差が大きくて、それが難しいところであるということも問題であるということでした。

そして、最後に、介護支援とか後方支援事業など、いろいろな仕組みはあるけれども、うまく利用されていないのではないかとということも、問題として挙げられていました。

その対策としては、地域包括ケア病床の利用が基本になるのではないかとということでした。

それから、出口の問題です。これはなかなか難しいのですが、在宅への連携や介護療養施設との連携をしっかりとすることが大事で、同じグループにそういうものを持っているぐらいのほうが望ましいというようなご意見もありました。そのためには、院内の退院支援のチームの強化が必要だろうということです。

あと、問題点としては、病床機能の理解についてですが、丁寧な説明や行政的な努力も必要ではないかという意見が出ていました。

そして、こういった介護や後方支援といった資源について、ICTでの連携がうまくできるようになれば、もっと利用できるはずだということでした。ただ、そのためには、使いやすいことが大事で、いろいろな手続きが簡単になるともっといいのかなという意見も出ていました。

○水野座長：ありがとうございました。

4つのグループからそれぞれ発表していただきましたが、ご質問などがございましたら、挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。どうぞ。

○宮崎（東京北医療センター）：東京都病院協会から出ております、東京北医療センターの宮崎です。

先ほど、B班の増田先生から、急性期の病院の若い医師が在宅のレベルを余り知らないというお話がありました。「これは無理だろう」と思って、在宅になかなか持っていけないというようなことでした。

当院でもそういう傾向がありますが、昨今では、在宅の先生方も、医療必要度がかかなり高い患者さんの受け入れも、整備されてきたような印象もございますので、その辺についても重要な教育の一つじゃないかと、私も思っております。

○水野座長：ありがとうございました。

大学病院でなく、研修医を受けておられるところに、研修に行くこともあると思います。そのときには、そういう若い先生にとって、勉強になるようなところがあるのではないかと思っております。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○増田（北区医師会）：この場ではなくて、医師会の間で話題に出ているのは、かかりつけ医として、在宅とか外来で診ていた方が、急性期に入院して、退院するときに、何の連絡もなく、ほかの在宅のグループに行ってしまったということが、結構あるということです。

もしかしたら、患者さんの家族が、「あの医者じゃ嫌だから」ということで、ほかに行ったケースがあるかもしれないですが、そのつもりになれば、家も近所だし、退院後もずっと診られたのに、連絡がなかったということです。

ですから、情報の不足というか、入院してしまうと、MSWが関与してくると思いますが、入院前の情報というものを把握していないと、帰すときに難しいのかなと思いますので、その辺の情報共有がスムーズに行けばと考えています。

○水野座長：今の点について、何かご意見はございませんか。どうぞ。

○金丸（明理会中央総合病院）：明理会中央総合病院の金丸です。

今のご意見は、本当に直接話し合うのが大事じゃないかということが、ここでも同じことでお話が出ました。

逆に、慢性期の医療機関に急性期の医療機関から、連絡なしに重症患者さんが送られてしまうというケースがありまして、「それはおかしいから」ということで、お互いに話し合っ、顔が見えるというか、直に話し合うことによる連携が構築されれば、そういった問題も減っていきたく思います。

こういう点は連携において非常に大事なところだという意見が、A班では出ていました。

○水野座長：ありがとうございます。続いてどうぞ。

○吉澤（要町病院）：要町病院の吉澤です。

うちは、高度急性期、急性期から紹介されてきたときに、「うちの近くにかかりつけ医がいる」ということを、家族から聞いて、こちらから、その先生に、「今こういう状態だけど」ということで、問い合わせるということがあります。そして、その先生が診てくれるといたら、その先生にお願いしたりしています。

大学病院とかから「当院を」ということで紹介されてくるときのほとんどが、何かあったときに、大学とかそっちに戻らないで、「サブアキュートもそっちで診てよ」というためも含めてなので、後方病院という形も含めて、こっちに送られてくるという場合があります。

あと、大学病院で多いのは、病棟の担当が、大学病院の先生がいると言いにくいのですが、ころころ変わりますよね。そうすると、入院したときと担当医が違うので、代わった先生が、知っている先生に紹介してしまうというケースがあるみたいです。

ですから、高度急性期の病院のほうでは、MSWとかの窓口で、そこをちゃんと押さえるというシステムづくりをしていただけると、そういうことはなくなっていくと思います。

○水野座長：お2方からご意見がございましたが、ほかにいかがでしょうか。

高度急性期、急性期から回復期、慢性期に行った際に、在宅に戻っていくということが、ちょっとやむやになってしまうというか、問題になってくるといことは、各地域で起こっています。

それをコーディネートするのが、MSWであったり、ケアマネさんだったりということで、そこが、顔が見えるはずが見えなくなってしまう原因の一つかもしれません。

その辺は、こちらのほうでしっかりアプローチしていくということが、一つのやり方ではないかというご意見だったかと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学医学部附属病院の坂本です。

「大学病院の先生は」というお話が出ましたので、ちょっと申し上げます。

患者さんが急変されたときに、大学病院で引き受けるかどうかということですが、慢性期なり回復期に行くときに、そちらの先生と、そのことに関して、患者さんによって病態が違いますので、「看取りまで含めて、そちらのほうで対応していただきたい」とお願いする場合があります。また、「急変したら、もう一度こちらに戻してください」という場合もあります。

例えば、私どもの病院では、「必ず戻してほしい」という患者さんに関しては、「診療応需」というマークを付けて、電子カルテを開いたら最初のページに出てくるようにしています。

先ほどのお話のように、受け持ちがころころ代わったり、「私は受け持ちじゃないよ」ということではなく、その日の当直が、「この患者さんは急変したら、うちで受けなければいけない患者さんだ」ということがわかるようにしています。

そういう患者さんが、1200人ぐらいおられまして、そういう形で対応させていただいておりますが、全てが大学病院に戻ればよいということではないと思いますので、その病態に合わせてということだと思います。

あと、かかりつけの先生に情報をきちんと返さなければいけないというのは、先ほど、増田先生がおっしゃっていましたが、私どもも、よくしかられる立場でございます。

「逆紹介も含めて、かかりつけの先生に情報を入れましょう」ということもございますが、一方で、いきなり在宅になる前に、慢性期の先生に一旦お預けして、そこから、もともとのかかりつけの先生の情報ちゃんと慢性期の先生にお伝えして、情報を共有するのが一番重要かと思っております。

ただ、かかりつけの先生に、すぐに戻さないといけないとなると、お互いに負担が強くなってしまいかとも思っております。

○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。

○増田（北区医師会）：北区医師会の増田です。

問題提起をもう一つしてもいいでしょうか。地域包括ケアとかいろいろなプランがありますが、一般的にいうモデルが、街が中心にあって、周りに家があって、中核病院があってという形ですが、東京の場合は人口動態が全然違いますよね。

北区には大学病院がなく、大きな病院もありません。東十条病院がいきなり閉まったときに、「もう完全に地域医療崩壊というのはこういう状況なんだろう」と、2年ぐらい辛い思いをしました。

北医療センターが、規模が大きくなって、そして、明理会にお願いして、東十条病院の跡に明理会病院をオープンしていただき、さらに、印刷局病院が花と森の東京病院に生まれ変わって、マンパワーが増えて、やっと、病床数とか医療が提供できる体制になりました。

そうはいつでも、東京の場合はもうちょっと広い範囲で、患者さんが行き来するので、3区か4区ぐらいで、もうちょっと顔の見える連携のようなシステムがつくれたらいいかなと、かねがね思っております。

医師会単位では、スローガンとして「区内の医療機関は1つのチームだと思って仕事をしよう」ということを掲げてきました。経営母体は違っていても、医療資源的にも、人的にも、1つのチームとしてやっていこうということです。

そういうつもりでやっていかないと、こういう問題はなかなか解決しないと思うんですが、もうちょっと広い範囲でできたらいいかなと思っています。

その辺に関して、いいセッションがあればお願いしたいと思います。

○水野座長：特に指定はないようですが、帝京大学の坂本先生、いかがでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部付属病院）：おっしゃるとおりです。

帝京大学は、板橋区の端にあって、北区との区境にありまして、30%ずつぐらいが板橋区と北区からで、20%は埼玉県からで、あとは、練馬区、豊島区からということですので、1つの区の中だけで考えられる問題ではないです。

一方、うちからお願いしている病院も、一番多いのは北区の病院で、2番目が豊島区の病院ということですので、逆紹介のほうも区内で完結しているわけではありません。

ですから、二次医療圏ということもありますが、もう一つは、患者さんの動線を考えると、例えば、うちの場合は、埼京線があるので、埼玉県から20%ぐらい来られますし、通いやすいということもありますので、その辺は、医療圏を柔軟に考えていかないと、対応できないのではないかと考えております。

○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。

○増田（北区医師会）：もう一つ、今の件に関して、東京都の方にお伺いしたいのですが、区単位とか医療圏単位で考えているんですが、強毒性の鳥インフルエンザがはやったときに、「どうしよう」みたいな話になると、「産科は新宿区辺りに専門病院がたくさんありますので、産科とインフルエンザ以外の小児科はそっちに行ってもらって、区内の病院はこうしよう」みたいな話になって、それ以外は余り思い浮かばなかったんですが、そういった患者さんの動線という、区単位ではどうしようもないんですね。

東京都として、災害もそうですし、感染症もそうですが、そういうときに、どの辺まで、区境を越えて、いろいろな指導を考えていらっしゃるでしょうか。

○千葉課長：医療圏というお話でいいますと、例えば、入院診療とかは二次医療圏単位でということを考えておりますが、小児、周産期、感染症というのは、二次医療圏単位でやっているわけではなくて、エリアをもう少し大きく、都内を4つに分けたり2つに分けたりして、計画等を立てて、行政を行っているところでございます。

ですので、そういう特別なものに関しては、二次医療圏ではない、違う診療圏を設定して対応しております。

○水野座長：ありがとうございました。

いろいろお話があるかと思いますが、言い足りないことなどがありましたら、最初にご説明がありましたように、このFAX用紙をご利用になって、東京都医師会まで送っていただきたいと思います。

それでは、次に議事に進ませていただきます。

4. 病床配分希望について

○水野座長：「病床配分希望について」です。

厚生労働省では、去年の2月に、今後新たな療養病床及び一般病床の整備を行う際には、当該医療機関が地域医療構想調整会議に出席し、新たに整備される病床が担う予定の機能や整備計画について説明を行い、協議するようにと、各都道府県に通知し、都からその旨、去年の5月に、都内の医療機関に対して通知がなされております。

今回の調整会議での協議を踏まえて、東京都医療審議会において議論を行い、年度末までに病床配分が行われる予定でございます。

本調整会議では、移転または新規開設、もしくは、20床以上の新たな病床配分を希望する医療機関に、本日も説明をいただき、その後、意見交換を行いたいと思います。

それでは、19床以下の病床配分希望を含めた、全体の配分希望状況について、東京都からご説明をよろしくお願いいたします。

○事務局：それでは、病床配分について、資料6-1をご覧ください。

座長からも今ご説明いただきましたが、厚生労働省から、昨年2月に通知が出まして、病床の整備等について、地域医療構想調整会議で協議することとされました。

これを受けまして、東京都では、20床以上の増床または、病院の新規開設、これは、移転に伴う新規開設を含みますが、こちらを希望する申請者から、事前提出資料に沿って、1病院当たり3分程度で病床の整備計画や雇用計画等について、ご説明いただきましたあと、出席者の皆さまからご意見をいただきたいと考えております。

基準病床等の状況は、資料6-1の下の表にありますとおりで、区西北部の圏域につきましては、475床不足しているという形になっております。

それでは、希望されている概要を説明させていただきます。

○西塚課長：それでは、資料6-2をお開きいただきます。

区西北部医療圏におきまして、今年度、病床配分を希望する開設者さまは9団体でございまして、希望ベッド数は、資料の一番下の欄にありますが、合計527床の希望が出ております。

先ほどお話ししたとおり、4月1日現在、こちらの医療圏では、お配りできる病床数の上限を475床としておりましたが、6月に都条例を改正し、既存病床数を直近で補正しております。現在、この圏域で配分できるベッドの予定数の上限は485床ということを見込んでおります。つまり、この485を上限に9者で分配する予定となっております。

その内訳は、新規開設が3件、移転を伴う増床が2件、現地での増床が4件となっております。

それでは、申請の概要を簡単に読み上げます。

20床以上の申し出5件の1番。移転増床の案件です。医療法人社団博栄会が運営する、赤羽中央総合病院です。49床の増床を希望しておりまして、内訳は、一般4、療養45床となっております。現在は、急性期150床で稼働しております。

増床する49床のうち4床は、急性期として、救急のベッドに、残る45床を慢性期として、医療療養病床を新設するという計画です。

なお、本移転事業につきましては、北区の学校跡地利活用計画として、公募で選ばれたということで、地域の医療ニーズに即した内容になっているというご報告です。

本年12月に着工、2021年7月ごろの開設を目指しております。

2番。増床の案件です。医療法人杏林会が運営する、リハビリパーク板橋病院です。増床を希望する療養100床につきまして、このうち36床は、現在の建物の2つの慢性期病棟を拡張するというので、改修でできるということで、残る64床は、回復期として利用し、新たに回復期の2つの病棟を増築するという予定です。

そのため、36床分は本年5月ごろ稼働、残る64床分は、増築が完了する2022年4月ごろ稼働を目指しているということです。

なお、都のほうで、事前に確認しているところですが、昨年3月時点の稼働率が23.4%ということで、「増床しても大丈夫か」ということについて、既に確認しております。29年4月に開設して間もないということで、現在は徐々に稼働率が上がっているというご説明をいただいておりますので、後ほど、詳細なご説明を直接お聞きいただければと思っております。

3番。新規開設で、医療法人社団焔（ほむ）が開設する、（仮称）おうちにかえろう病院です。一般病床120床の病院を開設し、全て回復期として、地域包括ケア病棟を、3単位整備するという計画です。

本年11月に着工し、2021年1月ごろ開設予定です。

なお、雇用計画ですが、医療法人社団焔として、同じ板橋区内で「やまと診療所」を開設しているということで、こちらの職員の異動で、一部賄うということ聞いております。

4番。新規開設と、別の病院からベッドを一部移転させるという計画です。

医療法人社団慈誠会が開設する、（仮称）慈誠会練馬高野台病院です。配分希望数は108床で、一般50床、療養58床です。

これに加えて、同じ圏域内にある板橋区の慈誠会記念病院から、110床をこちらの病院に移転させ、今回配分できる病床と併せ、最大ですが、合計218床の病院として開設するという計画です。

回復期が3病棟、158床、慢性期が、1病棟、60床として利用するというご報告です。

2020年4月に着工、2021年10月ごろ開設予定ということです。

雇用のほうでは、一部の医療従事者は、法人グループ内から確保するということです。

なお、この事業は、練馬区による病院の誘致に協力する形で、慈誠会が一定の条件で区有地を借り受けたスキームとなっておりまして、区の意向を反映した病院の病床数や病床機能になっているということです。

5番。移転と増床です公益社団法人地域医療振興協会が運営する、練馬光が丘病院です。一般115床の配分を希望しており、増床分のうち15床を高度急性期、残る100床を回復期として利用するというものです。

今回の移転と併せた増床により、救急医療を拡充ということと、新たに、地域包括ケア1病棟と回復期リハ1病棟を整備するという計画です。

2020年3月に着工、2022年4月ごろ開設予定ということです。

雇用のほうでは、一部の医療従事者は、法人内の他施設から確保したいということですが。

なお、この移転は、練馬区が昨年3月に策定した、練馬光が丘病院改築基本構想に基づくもので、区立中学校の跡地を区から貸し受けて、医療機能など、区が要望する機能を提供するということです。

続きまして、19床以下の配分希望でございます。

1番。増床案件です。一般社団法人巨樹の会が運営する、赤羽リハビリテーション病院です。希望配分数は、療養6床で、回復期病床の拡張に利用するということです。

この病院は、25年4月に開設していて、当時から、もともと240床入る施設を整備したということで、配分ができれば、5月にも稼働できるということです。

増床する目的について、法人は、都内において、回復期リハ病棟が大幅に不足しており、北区の高齢化率は23区で最も高くなっており、今後も回復期リハの役割がますます重要になり、現在、この病院の稼働率は99%、在宅復帰率90%以上を維持しており、今後も地域医療に貢献していきたいということを述べられております。

2番。新規開設です。医療法人メディカルフロンティアが開設する、(仮称)田端整形クリニックです。一般19床の有床診療所を開設し、全て急性期病床として利用するというものです。

この法人は、横浜市瀬谷区で、無床診療所を運営していて、田端地域では、首や腰を手術できる施設がないということで、今回、脊椎や神経障害の手術、リハビリを提供する有床診療所を開設しようということにしたということです。

理事長がこの施設の管理者を務め、このほかに、整形外科医3名も確保済みということでした。

土地は、北区東田端2丁目に、700平米の借地を確保しており、建物は自己所有するということです。本年8月に着工し、2020年7月ごろ開設予定と聞いております。

なお、地区医師会への調整について、開設者から、既に調整済みという回答を、都のほうでいただいております。

3番。増床案件です。医療法人財団朔望会が運営する、リハビリテーションエーデルワイス病院です。現在、この病院は、地域包括ケア30床、回復期リハ53床、療養54床の、計137床で稼働率88%、全て近隣の医療機関からの紹介患者受け入れとなっているということです。

今回、一般8床を増床して、これは、回復期病床ということで、全て地域包括ケア病棟の拡張に利用するという申告です。

特に、近隣の2つの特定機能病院の支援ということで、地域包括ケア病棟の受け皿として、増床して、役割を果たしていきたいという申告です。

なお、地区医師会との調整は済んでいるとの回答をいただいております。

最後に、4番。増床案件です。医療法人社団さくら景星会が運営する、さくら景星会桜台病院です。現在、この病院は、86床全て医療療養病床として稼

働しており、今回、空き部屋を利用して、療養病床2床を拡張し、慢性期として利用したいということです。

なお、地区医師会との調整は済んでいるとの回答はいただいております。

雑ぱくですが、資料6-2の説明は以上となります。

なお、開設者の皆さまに事務連絡です。後ほど、20床以上の開設者様には、計画の説明とフロアーと意見交換をしていただきます。フロアーからいただいたご意見につきましては、できるだけ計画に反映するようご検討をお願いいたします。

本日の調整会議を踏まえて、開設者から、再度、計画変更を受け付けます。期限は、来週の1月24日（木）までとなっておりますので、ご注意をお願いいたします。

もし、本日の調整会議で要望や問題点が出て、それに対応していただいた場合には、改めて、医師会や自治体に、改善点などをご説明していただくように、重ねてお願いいたします。

なお、病床配分は、3月に予定している医療審議会に報告した上で、公平、公正に行う予定でございます。

それでは、マイクを座長にお戻しいたします。

○水野座長：ご説明ありがとうございました。

それでは、対象の医療機関から、資料6-3に基づき、順に説明を行っていただきます。時間が限られておりますので、1病院当たり3分をお願いいたします。

それでは、1番からお願いいたします。

○赤羽中央総合病院：赤羽中央総合病院の池田と申します。

地域医療構想に基づきまして、今後の当院のあり方について、再構築したところ、北区の高齢化に伴う療養病床の不足、あるいは、急性期の都心部への集中などから、急性期の病床の絞り込みなどが必要ではないかという結論に達しました。

そうした状況の中で、北区は、今回、公募型プロポーザル方式による、学校施設跡地利活用計画というものを公募され、これに応募したところ、十数団体の中から私どもを選択いただきまして、北区のご要望に沿って、今回、新しく病院を新設させていただくことに決定いたしました。

ちなみに、北区が公募いたしましたこの計画のコンセプトは、安全で災害に強く、誰もが生き生きと健やかに暮らせる街。基本方向としては、介護と医療機能の確保。誰もが安全、安心に住み慣れた街で、その人らしく、充実して、元気で暮らせるよう、介護と医療連携の機能を有する病院など、医療機関や老人保健施設などの高齢者施設の誘致などです。

これに、私どもの今後の方針がぴったりとマッチした結果かと思っております。

現在、当院では、急性期病棟床として、150床で運用しております。今回、これを見直しまして、北区並びに地域住民の皆さまのご要望を配慮し、また、北区医師会との調整によりまして、急性期病床を100床に絞り込み、50床を回復期病床、地域包括病棟に転換いたしまして、さらに、医療療養病床を45床確保し、地域の療養病床不足や合併症を抱えた透析患者さまの療養治療ニーズにお答えしてまいりたいと考えております。

さらに、新病院では、救急科を設置する予定でございます。北区を中心に救急医療が必要な患者さまを24時間受け入れることを想定し、そのための病床として4床の増床をお願いしております。

設備計画などは省かせていただきますが、特に、アンギオ装置とかハイブリッド手術室などのハイグレードな設備の計画も立てております。

雇用計画ですが、救急科のほか、小児科、婦人科の併設も考えております。そうした中で、医師は現在20名ぐらいで稼働しておりますが、30名規模に増員を予定しております。多くは、法人内のクリニック、あるいは、関連の病院から新病院のほうに統合して、この不足分を補うということを考えておりますが、さらに、日本大学医学部、東京女子医大、東京医大などの関連大学病院医局との連携ができておりまして、各医局の内諾は済んでおりまして、新病院への医師派遣の了解を得ております。

さらに、地域との関わりあいを強化するために、地域連携室の人数を5名程度に増員を予定し、地域の先生方、病院との連携を深めていきたいと考えております。

○水野座長：ありがとうございました。

次に、2番、お願いいたします。

○リハビリパーク板橋病院：リハビリパーク板橋病院の岡崎と申します。

当院では、29年4月に開設以降、回復期病棟を整備してまいりましたが、地域連携の中で、脳卒中パス、骨折パスで、合併症や精神疾患を持つ患者さまが、当初の想定より非常に多くございまして、回復期の補完的機能を担う療養病棟を並行して整備してまいりました。

当初、非常に苦戦をいたしまして、3月末は、23.4%という、非常に低稼働だったわけですが、この補完的機能を担う療養病床を並行して整備したことによりまして、11月末には80%、12月10日現在、92%、そして、12月末では100%、さらに、この1月末には120%を確実にオーバーする予定で推移しております。

そして、現在頂戴しております184床についても、この4月に達成の予定で、計画的な進行をしております。

今後は、回復期機能病床の不足や、脳血管疾患患者さまの急性期以降のリハビリ需要が高い現状を踏まえまして、急性期病院さまからのポストアキュート機能をさらに強化してまいります。

加えて、系列の老健が、同じ区西北部医療圏の中に2つありまして、北区に「リハビリパーク滝野川」150床、通所リハ20床と、練馬区に「リハビリパーク練馬区」、150床、通所20床を備えた老健との連携を強化しております。サブアキュート機能についても、在宅復帰機能を持った介護事業者さまとの緊密な連携をもって、積極的に対応してまいりたいと考えております。

地域ニーズに適切、かつ的確にお応えするため、今般、回復期64床、療養36床を希望しておりますが、この療養36床は既存の建物の中で賄わせてい

ただきたいと考えております。回復期64床については、同じ敷地内に増築をしたいと考えております。

雇用計画についても、私どものグループの中で、新横浜こころのホスピタルという精神科病院も持っておりまして、特に、精神疾患を持つ患者さまの受け入れニーズが非常に強く、ここに対して強みを発揮していきたいと考えております。

そのため、精神科医、そして、脳卒中に強いドクターの採用をし、看護、リハビリ職についても、系列間の異動によって、ある程度賄う予定でございます。

そして、ドクター、看護、リハビリの連携はもちろん、老健との間でも、ケアマネとMSWとの連携のため、連携室長のもとで、毎月2回ほど会議を行っております。

適切な対応をしてみたいと考えておりますので、ご指導のほど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、3番、お願いいたします。

○（仮称）おうちにかえろう病院：（仮称）おうちにかえろう病院の安井と申します。

当院は、2013年に、板橋区のほうで、在宅診療に特化した診療所を開設させていただきました。理念として、「自宅で自分らしく死ぬ。そういう世の中をつくる」ということを掲げ、主に、終末期の患者さんを最期まで支えるという、在宅医療を進めております。

現状は、板橋区と練馬区で、600名ほども居宅患者さんを診させていただいております。

今までの通算では、50%ががん末期の患者さんで、今年度は、恐らく250名ぐらいの方を、自宅でお看取りをさせていただくというような医療を行ってまいりました。

このたび、病床を申請させていただきましたのは、2つの機能を主眼にしております。1つは、そういう患者さまたちを、急性期の病院から在宅に直接ご

紹介いただいている状態ですが、先ほどの議論でもありましたとおり、急性期病院から在院日数を減らすために調整して、在宅に帰られるわけですが、在宅に帰るための調整がしっかりできれば、ご家族もより安心して家に帰ることができると考えております。

そのため、急性期から一度、地域包括ケアに転院していただいて、そこで、在宅療養の環境をしっかり整えて、引き続き、在宅で診させていただくことを目的としております。

また、現在診させていただいている患者さまの中で、サブアキュートの議論が先ほどありましたが、入院を必要とされる方というのが、月に平均30名程度おまして、高度急性期に再度お返しして、治療をお願いする患者さまもおられますが、高度急性期ではなく、地域で診られる患者さまもおられると考えております。そういう方々をサブアキュートとして受け入れる機能を持ちたいと思っております。

さらに、独居の方とか、老老介護をされている方のレスパイト、及び、基本的には在宅で最期までということを考えておりますが、在宅での看取り率は70%ぐらいで、3割ぐらいの方々は緩和ケア病棟や最期は入院を希望されるという方がいらっしゃいますので、そういった方も受け入れられればいいのではないかと考えております。

そして、在宅と地域包括ケア病棟をシームレスにつなぐという新しい仕組みを、我々のところで地域の先生方と協力させていただきながら、つくらせていただきたいというのが、今回の要望でございます。

整備の計画に関しては、あくまでも在宅に準じた病棟で、我々は在宅を中心に診ていきたいと思っておりますので、機器としては、レントゲンやエコーといった簡便なものを考えております。

雇用計画に関しては、現在、診療所のほうに常勤医師が9名おりますが、来年度、さらに常勤医師が3名ほど加わる予定がありますので、在宅と病棟の両方診るような体制で、ドクターを確保していきたいと考えております。

また、看護師に関しては、現在、法人内にはおりませんので、病院の開設が認められれば、2年間のうちに、訪問看護ステーションを併設するような形で、看護師やリハビリ師をともに働いてもらって、一緒になって、地域と病棟をつ

なぐという医療をつくり上げていきたいと考えております。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。

次に、4ばん、お願いいたします。

○（仮称）慈誠会練馬高野台病院：（仮称）慈誠会練馬高野台病院の大畑と申します。

私どもは、療養病床をメインに、サブアキュート、ポストアキュートの医療をさせていただいていますが、その中で、実際、板橋区で運営しながらも、練馬区からの依頼が多く、入院患者さんの2割ぐらいが、練馬区の患者さんでございます。

どうしても、練馬区での医療には薄い部分があるのではないかと感じまして、常日ごろから、何とかそういう機会がないかなと考えていたところ、練馬区さんのほうで公募があり、申し込みをさせていただき、このような機会が与えられたという形でございます。

場所は、石神井公園と高野台駅のちょうど中間辺りで、すぐそばに、順天堂練馬病院があるというところに計画をさせていただいております。そこで、このサブアキュート、ポストアキュートを精いっぱいやらせていただくという内容になっております。

その中で、回復リハを108床お願いしたいと考えております。そして、従来の私どものグループ内から110床、それは、地域包括の病床と慢性期病床で、これらを装備することによりまして、ポストアキュートの部分は、急性期の病院さんから積極的な受け入れ、また、シームレスな受け入れをどこまでできるか。また、サブアキュートに関しては、在宅の先生方、施設からのいろいろな形の受け入れをどのようにしていけるかということ、一生懸命考えていきたいと思っております。

そして、将来役に立てる病院になるよう考えておりますので、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。

それでは、最後に、5番、お願いいたします。

○練馬光が丘病院：練馬光が丘病院の川上と申します。

当院は、昭和61年に、練馬区医師会病院として開設され、平成3年からは、日本大学医学部に移管され、さらに、平成24年4月から、私どもの地域医療振興協会が引き継いで運営しており、342床の一般病床の急性期病院として稼働しております。

このたび、建物の老朽化に加えまして、急性期病院としての機能を全うするためには、いささか建物が狭いという状況があるものですから、近接の土地に新築移転を計画しております。それに合わせて、115床の増床をお願いしているところでございます。

その理由は、練馬区に2つしかない総合病院の1つとして、地域の医療にお応えするというところにほかなりませんが、特に、救急医療と、それに続く高度急性期疾患に対する対応を強化する必要性に迫られているからでございます。

救急の受け入れは、平成24年の私どもの運営開始以来、増加を続けておりまして、365日24時間の救急をやっておりますが、平成29年度には、休日時間外診療件数が1万9800と、2万件に近い症例を扱っておりまして、救急車も7600台を受け入れて、救急車からの入院が2400を超えております。

特に、循環器疾患については、東京都のCCUネットワークの急性大動脈スーパernetワークに加入しておりまして、大動脈瘤の手術例は、年によっても異なりますが、現在のところ、都内でも3位から4位の手術件数をこなしております。

しかし、現時点での建物におきましては、ICUが6床しかなくて、高度急性期、急性期病床を、現在の342床から15床増やして、ICU14床、HCU16床とすることを希望しております。

また、急性期を脱して、回復期に入った患者さまについて、リハビリテーションを含めて、近隣のいろいろな施設に多大なご協力をいただいておりますが、

地域としてはまだ回復期病床が不足しているという状況で、地域外の施設へのお願いもせざるを得ないという状況でございます。

それでも転院が円満に進まないことも多々ありまして、高度急性期、急性期、あるいは、救急の患者の受け入れに支障が出ているところですので、新たに回復期病床として100床の増床をお願いしているところでございます。

設備関係では、悪性腫瘍等の疾患においては、都心部の専門病院に移動するという患者さまも多々ありましたが、高齢化によって、地域の中で治療を完結してほしいという要望も増えておりますので、放射線治療を開始いたしまして、そういうご要望にもお応えしたいと考えております。

急性期疾患については、心血管疾患を中心に、現在の陣容では応えられないという設備的な問題もございまして、血管造影装置が1台しかないのを、これを3台にして、手術室も、現在の5室から8室を増やしたいという計画にしております。

雇用については、都のほうからご案内がありましたように、協会内の施設から調整をしていただくことを含めて、公募したり、大学病院等からの支援で充足することを計画しております。

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。

5つの医療機関からの説明が終わりましたので、質議や意見交換に移りたいと思います。今のご説明を踏まえて、ご質問、ご意見などがございましたら、挙手にてお願いいたします。いかがでしょうか。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。

リハビリパーク板橋病院さんのことでお伺いしたいと思います。この整備計画の中に、「4月に100%の予定」と書いてありますが、どういった根拠からでしょうか。もう一度お願いしてもよろしいでしょうか。

○岡崎（リハビリパーク板橋病院）：この12月ですと、急性期の病院さまを中心に、約45名の患者さまが入院されました。11月が35名でして、ご紹介をいただいている数が確実に増えております。

一方で、回復期から、系列の老健等も含めて、在宅にという患者さまも増えておりまして、結果として、月に確実に20の稼働ができるような体制ができ上がりつつございまして、この20ずつの稼働計画を確実に実施していきたいということで、このように書かせていただいております。

○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。

希望病床数は、5病院から492床で、19床以下が35床ですから、合計527床になっていて、485に合わせていかなければいけないということになっています。もちろん、これにきっちり合わせてということはないと思いますが、その辺を考慮していただいてお考えいただきたいというところもございまして。

それでは、ここで時間をいただいて、練馬区のほうからお話があるということですので、お願いいたします。

○森田（練馬区）：練馬区の森田と申します。

東京都さんのほうにご理解いただきまして、資料を机上にお配りさせていただいておりますが、ご案内のように、この区西北部医療圏の中で、先ほどからお話も出ておりますが、多くの患者を西北部の先生方に診ていただいているという状況でございます。

その中でも、練馬区の病床は非常に少ないということがございまして、3ページの上のところに、病院のほうの一般・療養病床数を、人口10万人当たりで割り返したものを書いております。

これをご覧いただきますと、もちろん、病院の配置状況が異なりますので、何とも申せないところではございますが、23区の中でも一番少ないということで、どうしても病床の偏在というものがある中で、先ほどからお話があるような診療の状況があると理解しております。

一方で、最初のページを見ていただきますと、練馬区の人口は73万人を超えておりまして、この圏域の中では最大でございます。その中で、病床が少ないということで、区有地を活用して、さまざまな形で病院の整備というものを、東京都さんのご理解をいただいて進めてきたところでございます。

今回ご説明をいただきました、区立運動場跡地を活用した高野台病院、それから、練馬光が丘病院の移転、改築による、高度急性期と回復期機能の病床増につきましても、練馬区の医療関係者の方々にもご理解をいただいて、区として進めている事業でございます。

この1ページと2ページは、区から東京都知事あてに、「特段のご配慮をお願いしたい」ということで、既に提出させていただいたものでございますが、2ページの「記」以下に書いておりますように、地域包括ケアシステムの確立が急務となっておりますので、二次保健医療圏内の自治体ごとの状況も踏まえた上での病床偏在の是正に、ぜひご配慮いただきたいということと、在宅療養を支えるという意味で、回復期、慢性期の病床の整備ということにも、ご配慮をお願いしたいということでございます。

それから、次の3ページ、4ページは、練馬区議会からも、同趣旨の意見書を、東京都知事あてに提出しているということで、これは、区、区議会、区民が一体となった、練馬区の悲願ということでございますので、こういった状況をぜひお汲み取りいただければということで、大変恐縮ではございますが、お願いをさせていただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○水野座長：練馬区からのご報告とお願いということでございます。

こういった地域医療調整会議では、医療機能の分化と、それに続く地域包括ケアシステムといったものに関して、円滑に進むことが、利用される患者さんにとっては非常にいいことだと思っております。

今はインフルエンザが流行していて、病院に行く方が多いと思いますが、そうでない状況のときに、急性期病院に病床が空いているとかいった問題が起こっていないのかも考えて、実際に運営がうまくいくかどうかということも、大きな問題になってくるかと思えます。

各医療機関では、いろいろな事情がありますので、そこまで突っ込んだお話はなかなか難しいのですが、その辺も踏まえて、今後の運営を含めた調整にあたっていただきたいというのが、この会の目的かなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

きょうもいろいろな情報がありましたが、そういう情報を共有する場でもございますので、最後に、今まであった情報以外に、この場で情報の提供を行いたいということがございましたら、挙手していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、東京都医師会からお願いいたします。

○新井理事：きょうは、長い間、活発にご議論いただき、どうもありがとうございました。いろいろな課題の抽出ができたと思います。

ここで話し合われた課題を、ぜひ持ち返っていただいて、各地域で、より連携を深めていただきたいと思っております。

この会議は今後も続きますので、また、その席で、「こういうところがよくなった」というようなことも、ぜひ示していただければと思います。

なお、参考資料5の3ページから、区西北部の全ての病院が載っているデータがございますので、そういうものと照らし合わせた上、そして、今のご議論の中では、連携ということが出てきましたから、この開設、新設する病院の中でも、回復期機能を増設するとか、急性期を増設するというお話がございましたが、それぞれの病院になると、この連携というところがなかなか見えてこないところがございますので、そういうことも含めて、地域の医療をつくっていただきたいと思います。

○水野座長：ありがとうございました。

最後に、ここでぜひ情報提供をしたいという方はいらっしゃれば、挙手をいただければと思いますが、よろしいでしょうか。

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、東京都にお返しいたします。

5. 閉 会

○千葉課長：水野先生、ありがとうございました。

最後に、事務局より事務連絡を4点申し上げます。

まず、1点目、調整会議に関するご意見を、冒頭でもお話しさせていただきましたが、追加でのご意見などがある場合には、お手元のFAXの用紙により、本日より2週間程度の間、東京都医師会のほうにご提出をお願いいたします。それをまとめていただき、東京都のほうにいただけるような仕組みになっておりますので、よろしくをお願いいたします。

2点目、今後、各病院さんがこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定されている場合には、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと考えております。ご希望の医療機関さんにおかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出をお願いいたします。

3点目、議事録についてでございます。冒頭でも申し上げましたが、本調整会議は公開となっております。議事録につきましては、後日、東京都のホームページに掲載させていただきます。よろしくをお願いいたします。

4点目、閲覧用の「東京都地域医療構想」という冊子は、机上に残したままにしておいてください。よろしくをお願いいたします。

それでは、これもちまして、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたるご議論、どうもありがとうございました。

(了)