

〔平成30年度 第1回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区南部〕

平成30年5月30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』

### 〔区南部〕

平成30年5月30日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、区南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。

まず最初に、4月1日付で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。

医療政策部長の矢沢です。

医療政策担当部長の花本です。

最後に、私、計画推進担当課長の千葉でございます。議事に入りますまで、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の配付資料は、次第の一番下の四角に囲ったところに配布資料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までです。万が一落丁等がございましたら、お気づきのときに手を挙げていただき、事務局までお申し出ください。よろしくお願いいたします。

後ほど、質疑や意見交換のお時間を用意しておりますが、ご発言のときには事務局よりマイクを受け取りになり、先にご所属とお名前を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場合には、挙手の上、同じく事務局よりマイクを受け取られ、先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。

では、議事に先立ちまして、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。まず最初に、東京都医師会の猪口副会長、よろしく願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

最初にちょっとだけお話をさせていただきます。地域医療構想はいよいよ本番を迎えたという印象を持っています。それは、今度の保健医療計画で、基準病床の見直しが行われまして、東京全体としては、島しょを除いて2600床ぐらいの基準病床が増えております。

そうすると、新たな計画を持って、それぞれの地域に病床の展開をするという話が、かなり現状味を帯びてくると思います。

そのときに、今まで我々がやってきた地域医療構想に基づいた病床をうまくつくれるかどうかということが、この調整会議にかかっているわけです。

区南部については、四十数床ですので、それほど大きな影響はないとは思いますが、区南部は、2年ぐらい前でしたか、地域医療構想策定部会の第4回ぐらいのところで出ている資料によると、区南部に対する出入りというもの、出ていくのと入ってくるのが同じような感じで、高度急性期にしろ、急性期にしろ回復期にしろ、ほとんど2013年と2025年のところは、相似形なんです。

だから、高度急性期も急性期も回復期もどれもちょっとずつ足りないので、それを非常にバランスよく育てなければいけないということが、数字としては出ています。

一方で、病床機能報告制度と比べてしまいますと、今度は、回復期だけがものすごく足りなくて、高度急性期と急性期が非常に多く見えてしまいます。

という具合に、地域医療構想というものは、数字に非常に惑わされてしまいますので、だからこそ、現場で実際に医療を提供している人たちが、実感として、「こういうものが欲しいんだ」という話を、この地域医療構想調整会議でしないと、数字だけに惑わされてしまいますと、いびつなものになってしまいますので、ぜひ自分たちが実感として何が足りないかということを優先しながらお話しいただきたいと思います。

そして、いろいろな計画を、この調整会議の場で意見を言わないと、例えば、きょうは公立病院さんと公的病院さんにお話しいただきますが、その中で疑問に思ったことに反応しないでいると、それはそれで通ったという話になってしまいます。

それは、新設の病院が出てきても、同じように、計画としてこの地域に認められたということになります。

ということで、ここに新設されている方たちは、これからは本番だということで、今までは、病床というものを東京都に全部任せてきましたが、今度は、調整会議に出ている方たちが、当事者意識を持って、チェックをしいかないと、その地域の医療がいびつになる可能性がございます。

ですので、前置きとしては長いですが、これからそんなことを言うつもりはありませんが、本当に最初の最初ですので、話をさせていただきました。よろしくをお願いします。

○千葉課長：猪口先生、ありがとうございました。

続きまして、矢沢医療政策部長よりご挨拶を申し上げます。

○矢沢部長：皆様、こんばんは。きょうは、お足元の悪い中、わざわざお越しいただきまして、ありがとうございます。

調整会議ももう3年目になります。意見を聞いた場から数えると4年目ということで、かなり成熟してまいりました。

これまでは、現状分析、課題の抽出というところまでは来られたと思います。

そして、今回は、グループワークを交えながら、それぞれ実施をいたしました。

今回のこの会では、「公的医療機関2025プラン」と「新・公立病院改革プラン」をおつくりになってくださった病院の方々から、ご発表いただきます。

実は、その前に、病院の皆さまと2回ほどやり取りをした上でのきのうのものでございます。ぜひよくお聞きいただきたいと思います。

そして、それをもとに、この区南部の医療圏、あるいは、その域を超えて、どんな取り組み、どんな仕組みが費用かとか、何が不足しているかといったところを、ここで考えていきたいと思っております。

また、どうすれば連携や機能分化が進むのかといったことを、皆さんと一緒に考えて、一つ一つ実現したいと考えておりますので、ぜひ活発に意見交換していただきますようお願いいたします。きょうはどうぞよろしくお願いいたします。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に関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、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思います。鈴木先生、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

○鈴木座長：鈴木でございます。それでは、早速議事に入りたいと思います。議事の1つ目、平成29年病床機能報告について、東京都より説明を受けたいと思います。よろしくお願い致します。

○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、資料1の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。

この増は、新規開設分に加えまして、昨年度、この病床機能報告に不備があった医療機関分がありましたが、この医療機関分が加わっている影響が大きいという結果になっております。

これを機能別の増減で見ますと、高度急性期機能が2,996床減少している以外は、急性期機能が3,351床、回復期機能が1,103床、慢性期機能が3,34床、それぞれ増加しております。

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

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

続きまして、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。高度急性期につきましては、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%という結果になっております。

資料の3枚目は、多摩地区の各構想区域の割合を示していきまして、4枚目が、区南部の状況をまとめたものになっておりますので、これをご覧いただければと思います。

まず、こちら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が、4機能別病床数の推移です。平成27年度から4機能別病床数と全体に占める割合の推移についてまとめております。

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か年比較したものとなっております。

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について集計しております。

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

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合を、機能別に集計したものになっております。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合です。

また、参考資料1として、集計結果の元となる、病床機能報告の対象病院、診療所の個別の報告結果を記載した一覧を、それから、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、適宜そちらのほうもご確認いただければと思います。

それでは、①から順番に区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も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か年推移についてです。

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を、参考までに記載しております。

それでは、3か年の推移を見てみますと、高度急性期の病床数の割合が年々減少している一方で、急性期の病床数については増加しておりまして、割合も増加傾向にあります。

回復期についても、病床数、割合ともに増加しております。

内容を確認しましたところ、高度急性期と急性期の報告内容については、平成27年度から28年度にかけては、大きな変動はございませんでしたが、28年度と29年度では、高度急性期が減って急性期が増えております。

これは、高度急性期から急性期へ報告を変更した医療機関の影響による部分が大きくなっております。

また、回復期については、回復期リハ病床と地域包括ケア病床が、昨年比去年に比べて増えているという結果でございました。

②ですが、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。

こちらは、高度急性期機能の稼働率と平均在院日数が微減、急性期機能の稼働率は、28年から29年にかけて上がっておりますが、平均在院日数のほうは延びております。

回復期機能の稼働率は、28年から29年にかけて上がっておりまして、在院日数のほうも短縮しております。

慢性期機能の稼働率は、上がるとともに、平成29年度の平均在院日数が大幅に短縮しております。これについては、平均在院日数がこれまで1000日を超えていた医療機関が、全て600日程度に日数が短縮されたというところが、要因となっております。

続きまして、③の入院料と機能をクロス集計したのですが、こちらは、地域包括ケア病床のグラフをご覧ください。

区南部では、急性期と回復期の割合が均衡しております。この入院料は、急性期機能の割合が高かったり、回復期機能の割合が高いなど、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、地域包括ケア病床をどのように活用しているかについて説明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。

「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」の項目で、回復期の割合が高くなっております。

⑤の、退院調整部門を置いている病院の割合をご覧くださいますと、前年度よりも約9%高くなっております。

ただ、東京都平均の62.2%に対しては、区南部では、58.1%ですので、下回っている状況でございます。

資料1の説明については以上です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今の件に関して、ご質問、ご意見等はございますでしょうか。どうぞ。

○亀山(N T T東日本関東病院)：N T T東日本関東病院の亀山でございます。

平成29年度の速報値ということでお示しいただきましたが、この区南部、特に品川区においては、4月1日に、皆さんご承知のとおり、東芝病院さんがなくなって、きょう、瓜生田院長が見えている東京品川病院が開設されました。

その状況をよく知りませんが、300床のうち何床が回復期リハ病床になっているのでしょうか。

○瓜生田（東京品川病院）：今は100ぐらいです。

○亀山（NTT東日本関東病院）：それから、品川リハビリテーション病院の渡辺院長も見えていますが、6月1日から、「品川リハビリテーションパーク」というものが開設されて、そこにおきまして、回復期リハ病床が130というふうに聞いていますが、

○渡辺（東京リハビリテーション病院）：回復期は84床です。

○亀山（NTT東日本関東病院）：あと、医療療養は50ぐらいですか。

○渡辺（東京リハビリテーション病院）：46です。

○亀山（NTT東日本関東病院）：ですから、2つの病院の回復期リハ病床だけで200以上になります。ですから、平成29年度の速報値といっても、大幅に状況が変わっていますので、最初、猪口先生もおっしゃっていましたが、この区南部においては、回復期が非常に少ないとなっているが、それは、あくまでも、この地域医療構想が検討されて、最初の材料が集まった平成27年の状況でもっての判断でして、今は、恐らく、平成29年の回復期が841床となっていますが、1100床ぐらいになっているわけです。

これは、東京都の平均を大幅に改善している状況が、既につくられているわけです。

そうはいつでも、慢性期病床は非常に少ないというのは事実ですが、区の中央部は当然少ないです。それから、西のほうに行けば、当然ながら、もっとアップします。ですから、その中間ぐらいです。

ですので、まだまだ療養の部分では若干不足があるかもしれませんが、私自身が考えているのは、この区南部においては、回復期のところは全く問題がないというか、数の上では、病院の4つの機能分類というものが、十分機能している状況になっているのじゃないかと思っています。

むしろ、あとのほうでいろいろ議論になるかもしれませんが、品川区においては、地域包括ケア病床がゼロというふうなところが、非常に問題になっていて、病院と在宅を直接つないでいくところが、まだまだ不足しているというのが現状です。

ですので、都のほうでいろいろデータをまとめていただいて、平成29年度の速報値ということで出してもらっていますが、それは既に昔の話でありまして、議論する以上は、新しいデータに基づいて、事実に基づいて判断して、議論しないと、何を議論しているのかわからないということになりますので、そこは、きちんと情報を提供して、認識していただくべきだと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ご指摘のとおりだと思いますが、この点について東京都の皆さんから何かコメントはないでしょうか。

○矢沢部長：特にございません。

○鈴木座長：では、平成30年度以降、また診療報酬改定に伴って、また病床機能が変わってくるところも必ず出てくると思いますので、その部分も見据えながらの議論というような形にさせていただければと思います。

ほかに何かご質問、ご意見はございますか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄でございます。

解釈をお聞きしたいのですが、④の、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合についてです。一番左の枠の「在宅医療をしない患者」というのは、「死亡」はもちろん含みますが、それ以外に何かあるのですか。

その次の、「自院が在宅医療を提供する予定の患者」というのは、「入院していた病院が在宅医療を提供する」ということでいいんですね。

○事務局：はい。

○酒寄（品川区医師会）：そうすると、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」というのは、その病院ではなく、在宅専門の人とか開業医さんとかが、在宅をやるという解釈でよろしいんですね。

○事務局：そうですね。

○酒寄（品川区医師会）：そうすると、一番左の「在宅医療を必要としていない患者」というのは、そのまま帰ってしまったという人ですかね。

○矢沢部長：通院している方とかですね。在宅医療というのは、あくまでも在宅で医療を受けている方と考えておりますので。

○酒寄（品川区医師会）：そうすると、通院に戻ったという解釈ですね。

○矢沢部長：おうちから通えるまでに回復してから帰るということです。

○酒寄（品川区医師会）：わかりました。

○鈴木座長：ほかにご質問、ご意見はございますか。

この部分につきましては、病床機能報告と地域医療構想の中で論じられる、それぞれの病床機能というのは、微妙に違ってくるところで、混乱を起しや

すいところですので、わかりにくかったら、また改めてお聞きになっていただければと思います。

## (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

○鈴木座長：では、議事を進めさせていただこうと思います。

次の議事は、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、公的医療機関等の 2025 プランを、参考資料として配布しましたが、今回、プランの対象病院から、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、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います。

これから、各病院にプランを説明いただく前に、東京都のほうから、プランの説明やポイントについてご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、構想区域の地図がございますが、特定機能病院、救命救急センターや、プラン策定病院が、構想区域のどの辺りに位置しているのかということがわかるように記しております。

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

それから、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。ここについては、次の資料で説明をいたします。

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。

その下には、「プラン策定対象病院」の持つ機能等について記載しております。

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

プラン策定の対象病院には、この資料3を事前にお送りしまして、資料4の事前提出資料を作成いただいております。

昨年8月に、厚生労働省が、プラン策定対象病院に対しまして、このプランの策定依頼した文書の中で、「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」と記載しております。

昨年度の2回目の調整会議では、プランを配布いたしましたり、ことしの4月には、地域の医療機関に対して、プラン策定病院がプランを説明する機会を設けたところですが、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説明していただきまして、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。

今回、時間が限られておりますため、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っております。

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2枚目の右上に、区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」といたしまして、「退院調整部門を置いている割合が低い」、「慢性期機能の病床稼働率が低い」、「在宅医との連携に課題を感じる病院の声」がありました。

そして、「課題」としては、「急変時の受け入れなど、病院と在宅医との連携強化の取り組みが必要」、「顔の見える関係を構築し、圏域内の医療機関の情報共有を進める取り組みが必要」の2つが挙げられました。

そこから、「後方支援体制」と「顔の見える関係づくり」というキーワードを設定しております。

プラン策定対象病院の皆さまには、短期間に事前提出資料を作成していただきましてありがとうございます。

資料4として、策定いただいた事前提出資料を添付しております。

また、プラン本体については、参考資料として配布しておりますので、よろしくお願いたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

### 【 対象病院からの報告 】

○鈴木座長：それでは、資料4の順番に沿って、対象病院からの説明をお願いいたします。

説明の際には、前に出ていただければ幸いです。1病院当たり3分ですので、資料のポイントのみ、簡潔に説明をしてください。

では、まず、昭和大学病院さんからお願いいたします。

○板橋（昭和大学病院）：昭和大学病院の板橋でございます。ポイントだけになりますが、ご説明させていただきます。

「キーワード1：後方支援体制」については、総合患者サポートセンターの中に、調整部門を置いております。また、来月からは、退院調整専任のナースを病棟に置くという予定にしております。

それから、入院前に、退院困難のリスク要因を抽出するという作業もして、それに基づいて介入を考えるようにしております。

次に、「キーワード2：顔の見える関係づくり」については、病院の事務、医師が、近隣の医療機関を訪問しております。

また、年に1回、クリニカルセミナーを開催し、直接お話をする機会があります。

その他、小児救急に関しては、品川区のバックアップも得て、準夜帯の救急をやっております。

それから、ここには書いていませんが、我々の病院の特徴としては、大学病院ではありますが、ウォークインの患者さんがすごく多いものですから、その中で、二次、三次の救急の受け入れが、特に困難になるというケースもありますので、そのあたりをどう分担するかということ、医師会の先生方や品川区を交えて、相談がスタートしたばかりというところです。

次に、課題についてですが、病床機能としては、大学病院ですし、高度急性期医療をやるに十分な人数と設備を整えているというところです。

今後、我々に大学病院としてのパフォーマンスを活かすためには、一次救急についての棲み分けと、急変した患者さんに対して、ICUを28床に増床する予定ですので、重い患者さんを積極的に受け入れていきたいと思っております。

その反面、退院を円滑にするというところが大きな課題と思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

議論の時間は後ほど取りますので、まずは、病院さんのほうからの説明を優先させたいと思います。

次は、荏原病院さん、お願いします。

○松浦（荏原病院）：荏原病院の松浦と申します。

まず、「キーワード1：後方支援体制」ですが、連携の先生方との窓口、あるいは、患者さんの退院支援等については、地域医療連携室が中心となっております。

それから、当院の後方支援として事前から行っている医療連携を充実、強化するということです。

また、在宅患者さんが急性増悪したときに、円滑に受け入れられるよう、在宅支援等を行っております。

「キーワード2：顔の見える関係づくり」については、ここには記載していませんが、当院では、大田区入院医療協議会に参加しまして、区内の病院や医師会の先生方、行政の方々との情報交換を行わせていただいております。

また、地域包括支援センターを訪問させていただいて、地域包括ケア病棟のご案内をしております。

それから、区南部医療圏で行っている、地域リハビリテーション支援センター、認知症疾患医療センターなどの事業を通じて、顔の見える関係づくりを行っております。

次に、それぞれのご質問についてご説明いたします。

まず、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」についてですが、基本的には、区南部の医療圏の大田区、品川区と隣接する目黒区、世田谷区が範囲と考えております。

また、「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」については、連携医の先生方、あるいは、協定を結んでいる病院との関係になりますので、近いか遠いかということは、余り関係はありません。

「3. 地域包括ケア病棟を有している、または、有する予定の場合、ポストアキュートとして使っているか、サブアキュートとして使っているか、さらに、今後どのように使用していく予定かについても記入してください。」については、「院内転棟」を含めて、ポストアキュートの活用をしております。

今後は、在宅患者さんの急性増悪時の受け入れ、地域の医療機関、福祉・介護施設を支援していくために、サブアキュートとしての受け入れにも、力を入れていきたいと考えております。

先ほど申し上げましたが、地域医療連携室の医療相談係の職員が、地域包括ケア支援センターを訪問させていただいて、脳卒中、後遺症に対するリハビリ、あるいは、「拘縮治療」などの患者さんを退院支援とした地域包括ケア病棟のご案内をさせていただいております。

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

「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記入してください。」といたしましては、当院の医療資源を利用させていただく

とともに、患者さんが安心して安全な医療を受けられるよう、地域医療連携室を活用していただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続きまして、東京労災病院さん、お願いいたします。

○高橋（東京労災病院）：東京労災病院の高橋と申します。

まず、「キーワード1：後方支援体制」についてですが、当院では、平成27年度から、「入退院支援センター」ということで、入退院の調整部門を立ち上げておまして、現在、6名の看護師を専従で配置しております。

また、ソーシャルワーカー3名が、介護老人保健施設や療養型施設との連携を図っておりまして、今後とも、地域の在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等を通じて、急性期病院として地域の在宅医療を支えていきたいと考えております。

「キーワード2：顔の見える関係づくり」については、この地に開院して69年経過しておりますが、その間に構築してきた関係性をさらに充実するということに合わせ、入退院センターを通じて、地域の訪問看護師、ケアマネの皆さんとも連携を深めていって、地域の在宅患者の情報を共有して、急変時は当院が受け入れ、病状が落ち着いたら戻すというサイクルが、円滑に行えるように、院内の体制を充実していく予定にしております。

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

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

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」は、遠方についてはなかなか顔を合わせる機会がありませんので、今後はそういう機会を設けるようにできればと考えております。

「3. 地域包括ケア病棟を有している、または、有する予定の場合、ポストアキュートとして使っているか、サブアキュートとして使っているか、さらに今後どのように使用していく予定かについても記入してください。」は、当院は、1病棟52床有しておりますが、現在は、院内対象のポストアキュートに限定しております。

今後もこの運用を継続していく予定としております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」は、ご覧いただければと思いますが、診療報酬上の区分に沿って分類しております。

「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記入してください。」は、当院としても、急性期病院としてこれまで蓄積してきたスキル等もございますので、そういったところを地域の医療機関のニーズに合わせて、活用できるように、地域の医療機関の皆さんと交流できるような場を設けることができると考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、大森赤十字病院さん、お願いいたします。

○中瀬（大森赤十字病院）：大森赤十字病院の中瀬でございます。

「キーワード1：後方支援体制」については、従来から行われてきていた地域医療連携室とともに、入退院センターを立ち上げて、円滑にできるように取り組んでおります。

また、退院時の、地域の多職種によるカンファレンス等の回数も増やして、在宅医療へのスムーズな流れができるように心がけております。

一部の在宅医の先生方のネットワークにも参画させていただきまして、在宅の方々とも緊密な連携を保つようにしております。現在、入院患者さんの半数は、地域の先生方のところに直接かかっていたという形の体制を堅持しております。

「キーワード2：顔の見える関係づくり」は、診療部長や看護師長等が、地域の連携医療機関を訪問する活動を、定期的に行っておりますし、年に1回、「連携のつどい」を開催しております。

また、この地域では各種の勉強会が多く開かれておりますので、そういうところに積極的に参画して行って、関係づくりを深めていくようにしております。

さらに、どこの病院でもやっていると思いますが、救急隊員の方々とのカンファレンス等も行っております。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」については、当院は地域医療支援病院ですので、二次医療圏の中が多いですが、構想区域外においても、同じ連携ができるように取り組んでおります。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」は、双方変わらぬ対応をしているつもりです。

特に、救急での転入院に対しては、断らないように心がけております。

「3. 地域包括ケア病棟を有している、または、有する予定の場合、ポストアキュートとして使っているか、サブアキュートとして使っているか、さらに、今後どのように使用していく予定かについても記入してください。」については、これを持つことができていないので、そこは、本当に残念なところでございます。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」については、ICU、CCU、HCUのユニットは、高度急性期が18床で、その他の一般病棟は急性期326床になっております。

医療・看護重症度のところで40%を超しておりますので、やや在院日数が長いですが、これでいいのではないかと考えております。

「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記入してください。」ですが、ポストアキュートの受け入れのところ、ちょっと滞っているところがあって、地域包括ケア病棟がもう少し多ければ嬉しいなと考えております。

回復期に乗らない疾患の方も結構いらっしゃいますので、そういったところをお願いしているところです。

一方、高齢者の終末期医療に対する、看取り等の要請については、慢性期の病院の先生方が本当によくしていただいて、円滑に運用されていると考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、東京蒲田医療センターさん、お願いいたします。

○菅原（東京蒲田医療センター）：東京蒲田医療センターの菅原と申します。

「キーワード1：後方支援体制」ということですが、当院においても、地域連携室を窓口として行っております。

また、平成26年度から、在宅療養後方支援病院として在宅療養患者の緊急時の受け入れを行ってまいりました。この機能については、当院の非常に重要な使命であると認識しておりますので、これまで以上に、在宅医療機関との連携を強化していく方針であります。

「キーワード2：顔の見える関係づくり」については、先ほどの地域医療連携室を中心に、ドクターを同行して、関係機関を訪問させていただいております。

また、これまで、医師を対象とした地域医療連携セミナー等を開催し、一定の効果は得られましたが、顔の見える関係といったところまではまだなっていないのが現状です。

今後は、医師も含めて、看護師、コメディカル等を対象とした研修会等を開催し、さらに情報を共有し合っ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ますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか。」についてです。当院があるのは大田区内ですが、大森、蒲田、田園調布の3医師会がありまして、当院は蒲田医師会に属する地域を想定、特に、近隣の萩中班、糎谷班、六郷班、羽田班の地域を中心に考えております。

構想区域外では、一部の専門領域ですが、最近では、川崎のほうからも患者さんがお見えになるということもありまして、その辺についても、当院へのご要望をお伺いしながら、連携していきたいと考えております。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」については、原則、地域医療連携室を窓口としておりまして、違いはございません。

なお、トピックスとしては、羽田近郊に位置しているため、空港利用者の方で二次医療が必要となる場合などの、緊急の受け入れをたまに行っております。

また、当JCHO本部がこういった協定を結んで、全国的な連携をやっているということで、ご紹介させていただいております。

「3. 地域包括ケア病棟を有している、または、有する予定の場合、ポストアキュートとして使っているか、サブアキュートとして使っているか、さらに、今後どのように使用していく予定かについても記入してください。」についてです。

これまでは、当院の入院患者のポストアキュートとしての転棟がほぼ9割、在宅や介護施設等からの患者さんの入院が約1割ということでしたが、今後は、サブアキュートの患者さんも、利用状況を踏まえながら増やしていきたいと考えております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」は、診療報酬の体系を基本としておりますので、ご覧いただければと思います。

「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記入してください。」は、高度急性期機能病院さんとの連携強化ということで、当院から高度医療が必要な患者さんを紹介する場合に受け入れてもらったり、高度急性期病院さんからの急性期を脱した患者さんを受け入れといった、相互連携をしていきたいと考えております。

また、同じように、慢性期機能病院さんとの相互連携を行っていきたいと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

最後に、東邦大学医療センター大森病院さん、お願いいたします。

○盛田（大森病院）：東邦大学医療センター大森病院の盛田でございます。

「キーワード1：後方支援体制」についてですが、まず、課題に挙げられている「在宅患者の急変」における「後方支援体制」というのは、本院にとっては、いわゆる前方の話です。

「時々入院、ほぼ在宅」ということの実現のため、地域包括ケア病棟がサブアキュートの患者さんを取っていただくことが期待されていると思います。

ただ、当院としては、多くの医師や総合力がございますので、そういった病床がうまく機能を発揮できない、日曜などの時間帯においては、求めに応じて、サブアキュートの患者さんも積極的に取ってるという実情がございます。

次に、本院にとっての後方支援体制については、当院は特定機能病院であり、高度急性期、急性期に特化している病院ですので、現状は、8%程度いる長期入院患者さんを、どのようにして後方に受け取っていただけるか。さらには、新規の発生をどのように抑制するかということが、重要なテーマになっております。

そのためには、Patient Flow Management に基づいて設置された「マイステーション」という部署が、入院する前から、患者さんの入退院支援を行うという活動を通じて、その強化をしております。

それから、外来の機能分化に資するため、「かかりつけ医案内窓口」を設置して、そこに、外来患者さんの転院の相談に乗ってもらっているという機能を、2年前から強化いたしました。

また、「大田区入院医療協議会」に参画することによって、入院機能を持っている病院が、できること、できないことの情報共有することによって、適切な病院に転院を図っていくことを心がけております。

さらに、何よりも大事なことは、そういったことを円滑に受け入れていただくための患者さんへの意識を高めるということですので、「患者啓発活動」として、「最善の医療を最適な場所で」という標題で、紙を配ったり、ポスターを張ったりしながら、患者さんへの協力を求めるという活動も行っております。

「キーワード2：顔の見える関係づくり」については、まず、私どもでは、10年以上にわたって、開業の先生のご協力のもと、大森病院において、開業の先生に執務していただき、「大田区子ども平日夜間救急室」、いわゆる“大田

子ども”という事業を、平日の18時から22時までやっただいております。まさに、これは、顔の見える連携ができております。

そのほか、もとより、さまざまなセミナーも開催しております。

次に特徴的な点は、「本院を対象にしたCS調査」というものです。我々の顧客は患者さんであることはもとよりですが、ご紹介いただく病院であることは間違いありませんので、その病院に、本院に対するCSのアンケートを行って、「返信がなっていない」とか、「何やってるんだ」というお言葉に対して、私どもがPDCAサイクルを回しているということです。

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

当院は、特定機能病院ですので、その有している医療総合力を活かして、「複雑な病態」や「高リスクな病態」を安定化するために必要な医療を提供するとともに、人材育成と研究開発を重視するという立場です。

そのため、まず、ポストアキュートの患者さんがシームレスな医療を提供していただけるような後方支援体制、サブアキュートとしては、高齢者はもとより、いわゆる移行期医療、すなわち、小児期発症疾患を有する患者の移行期の医療も、非常に重要なテーマだと思っております。

このあたりの診療機能も請け負っていただけるようなところが増えてくると、大変ありがたく思います。

また、経済的部分としてですが、当院から転院するにあたって、特に高齢の方におきましては、自己負担額が増加することが、患者さんの転院の障害になっているケースがあります。これについて、受け取っていただく病院の自己負担額を上げてほしいということを申すことはできませんが、何とぞさまざまな制度を用いて、そういったことの格差の縮小に努めていただければ、大変ありがたく思います。

それから、人材育成についてですが、これは、特定機能病院である特徴のために、患者さんのごくわずかな病気の期間しか診ることができません。これでは、きちんとした医師や看護師が育つはずがありません。

したがって、患者さんを最期まで診るという能力を養えるようにしていただけるのは、地域の先生方と考えておりますので、人材育成においてもご協力をいただきたいと思ひます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

以上で、全てのプラン策定対象病院からの説明が終了いたしましたので、これからは、質疑応答、意見交換をお願いいたします。活発なご議論をお願いしたいと思ひます。

この地域医療構想の会議が、地域の医療の、高齢社会に向けての総力戦を機能させるためというところを踏まえて、いろいろな意見を言っただけであればと思ひますので、よろしくお願ひいたします。どうぞ。

○高野（東京都病院協会）：東京都病院協会の高野と申します。

今発表になりました公的医療機関が、地域包括ケア病棟を運営することがありますので、発言したいと思ひます。

東京都地域医療構想というものが、冊子によって、本日も配布されていますが、ここにもございますとおり、東京の地域特性として、中小病院や民間病院が多いということがございます。実際、東京都病院協会は、そういった民間病院の多くが会員で構成されている協会です。

一方、公的医療機関は、地域の大病院、基幹病院と言われるような病院であることは、皆さまご存じのとおりです。

そういったいわゆる大病院が、地域包括ケア病棟を運営しますと、こういう地域包括ケア病棟が設置される以前よりも、入院患者さんの流れが変わってきているということを実感しています。

つまり、大病院でしかできない医療を大病院に求めたいということが、私どもが求めているものですが、民間病院でも対応できるような患者さんの、具体的にはポストアキュートの入院医療といったことを、基幹病院が行うことに関して疑問を感じます。

もちろん、今の発表の中では、「地域の医療機関にそれらを求めます」という発表もありましたし、病院それぞれの事情があることもよくわかりました。

ただ、地域包括ケアと地域包括ケア病棟の運営というものが、どうも混同されていて、大病院だからこそ地域包括ケア病棟を運営するということが、必ずしも地域包括ケアにつながるかどうか。そこに疑問を感じておりますので、発言させていただきました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

これに関して、ご発表になった病院の方々はいかがでしょうか。よろしいですか。それでは、そのほか、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄でございます。

発表された病院を見ますと、6か所のうちの5か所が大田区ということで、昭和大学さんの所在地は品川区ということです。

品川区として急性期病棟が、感じとして足りているかいないかと言われると、どちらかというところ足りてないという感じになってしまいました。これは、旧東芝病院の部分もちろんあるかと思いますが、そういう状況になってきたということです。

この資料にお書きいただいている病院もありますが、要は、大田区も病院の中で、どの辺までを自分のところの圏域といいますか、含めるのかということです。

労災さんとかでは、大田区中心ということですので、そういうふうに宣言してもらえば、それはそれで全然、私どもとしては構わないのですが、要は、「この辺のところ」ということで、ちょっとぼやけて書いてあるところがあるものですから、具体的に「ここら辺」という格好のイメージでいただければと思います。

蒲田センターさんなどは、こうやって具体的に書いていただいています。大学病院さんはそんなに問題はないと思いますが、ほかの急性期病院さんでもそういう規定というか、中での決めごとみたいなものがあれば、お知らせいただけるとありがたいです。

○鈴木座長：ありがとうございました。

品川区だと、人口規模も違うし、病院の数が圧倒的に違いますので、当然、大田区の病院とも一体として議論しなければいけない問題だろうと思います。

このあたりについて何かご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：ということで、この資料をもとにして、会員の先生方にお話をするという格好になります。どちらかというと、患者さんの流れを考えますと、大田区のほうに行く流れというよりは、品川区は、どちらかというと、港区などの中心部に流れる“くせ”がありますので、その辺のところもご了承いただければと思います。

○鈴木座長：どうぞ。

○中瀬（大森赤十字病院）：東芝病院から東京品川病院に変わったところで当院として感じていることというのは、診療科によってかなりでこぼこができてしまったということを感じています。

血液内科のドクターから、かなりの患者さんの引き受け依頼が来て、とてもできないということで、オーバーフローしてしまって一時的に新規の患者さんの受け入れをストップせざるを得なくなった、キャパシティを超えてしまったという分野もあります。

あと、消化器内科が非常に強い病院だったのが、今はちょっとでこぼこができたということで、そういった患者さんの流れがあったということは事実ですが、現実的に見て言って、先ほどからお話になっていたみたいに、品川区の患者さんは都心のほうに向いている方が多くて、それほどこちらのほうに向いてきている印象は、私どものところではありませんが、一部の疾患においてはそういった影響があったということです。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかはいかがでしょう。どうぞ。

○荒井（牧田総合病院）：牧田総合病院の荒井と申します。公的病院ではありませんが、うちの病院は、大田区と品川区のちょうど境目ぐらいにありまして、救急車は、年間で6000台来ますが、その半数は品川区からなんです。

うちでは、救急に非常に力を入れていて、実は、入院患者さんの3分の2は、救急患者さんというか、救急車絡みなんです。ですから、医療圏というのは、自分たちで決めるというか、救急車の方が運んでくれるかによって、ほぼ決まってくるわけです。

東京品川病院がオープンになった途端に、やはり、品川区からの救急車は圧倒的に減りまして、半分以下になってしまいました。そうすると、医療圏も大田区になってくるというわけです。

ですから、病院の特徴にもよると思いますが、救急隊がどの病院に運んでくれるかで、医療圏が決まってくるような気もしていますので、どの病院も、救急車を満遍なく受け入れれば、おのずと医療圏も決まってくるような気もしています。

○鈴木座長：ありがとうございました。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会、京浜病院の熊谷です。

議論の整理をしたいと思います。地域包括ケアというのは、地域においての、狭域圏での、在宅からサブアキュートの意味での業務の地域圏ですね。

一方、今おっしゃった高度急性期病院の医療圏の話というのは、いわゆる広域医療圏の話であって、地域包括ケア病棟の地域包括ケア医療圏とはちょっと話が違うので、これを同時に話をすると、広域医療圏に関しては高度急性期で、これをどこを医療圏とするかという議論は、余り意味がないと思っています。

ですので、荒井先生が今おっしゃったように、患者さんが来れば、どこからでも飛び越えてくというのが高度急性期であるし、どこからでも受けるというのが高度急性期の使命ですから、東京23区内のように、交通の便のいいところでは、東京全域もしくは南半分ぐらいを1つと考えてもいいと思います。

もう一つ地域包括ケアという考え方は、在宅患者さんが、通院であるとか、かかりつけ医にお願いすることができなくなったときに、訪問診療の人に専ら

診ていただきながら、万が一の場合に、ポストアキュート、サブアキュートのものを、その地域の病院の中で診て、高度急性期病院の手を煩わすことなく、そのエリアで治療して、帰すということを狙ったものが、地域包括ケアシステムだと理解しています。

その場合、そこで診る病院の地域包括ケア病棟というのは、高度急性期病院の中に置かれる病床機能ではなくて、本来は、街の病院である、民間の中小病院が担うべき機能であって、そこが本来の地域包括ケア病棟を取って、そこで自己完結して、地域包括ケアのエリアが完結するというのが、本当に理想なんですよ。

ところが、この地域包括ケア病棟が今から何年か前にできたとき、7対1の在宅復帰率とその基準を満たすため、病棟数の縮減、削減のために、7対1の病棟から10対1、13対1の地域包括ケアのベッドにすることの、ベッドの移動によって、実は、7対1を活かすというために、ポストアキュートの病棟を自院内で持つということで、この移動が起こったわけです。

ですので、現在、この6病院のように、五年前、十年前は高度急性期一本でやってきた病院の中に、地域包括ケア病棟ができています。

そして、このアンケートの中に見られるように、ほとんどの病棟はポストアキュートを診て、サブアキュートは余り診ておられません。

そこで、ことしの4月の診療報酬改定で、その比率を変えないと、点数が下がるというふうになったわけです。つまり、「地域包括ケア病棟に求められているのは、ポストアキュートではなくサブアキュートが中心ですよ」ということが、明確に示されたわけです。

それから、各病院は報告をするときに、地域包括ケア病棟は急性期に入れられていたのか、回復期に入れられていたのかというと、国は回復期なんですけど、今回、これが初めて、回復期としてカウントするようにされたので、回復期の中に地域包括ケア病棟が入ったわけです。

ところが、この回復期の病棟が地域包括ケア病棟の業務を果してないのは事実で、地域包括ケア病棟と回復期病棟は、今は全く異なる業務をしています。

それが、同じジャンルの中に今入っている状態ですので、そうすると、品川区においては、ほとんどの病院が回復期で、大田区においては地域包括ケア病

棟ということになって、同じ回復期という数字のどちらもいっぱいあるように見えるけれども、全然機能が違うわけです。

このように、理解するときに、全く違う機能を担っているということをわかっていないと、数字だけはぴったり合っているという格好になってしまいます。

そういう意味で、地域包括ケア病棟とかいう理解をもう一つ確認させてほしいと思いましたがので発言しました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

この辺については、東京都のほうで数字として出せるのでしょうか。

○矢沢部長：いえ、報告の中身ですので、それは難しいです。

○鈴木座長：実際のところは、はっきりとは出せないということですね。

その辺のところは混同しやすいところですが、ただ、地域包括ケアと地域医療構想というのは表裏一体だと思っていて、ここの医療体制というものがうまく分担できなければ、当然、いろいろなゆがみが出てくると思いますので、そういう意味では、大田区、品川区全体の地域包括ケアの構築のためには、この地域医療構想の議論は必ず必要になってくるだろうと思っています。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山でございます。

今の熊谷先生のご発言にちょっと似ていて、荒井先生のご意見もわかるのですが、結局、ポストアキュートとサブアキュートを混同されるというか、本来はサブアキュートとして入ってくるべき人が、急性期の救急に回ってしまって、サブアキュートとして来ないで、救急車で大病院に運ばれてしまって、そこに地域医療構想があれば、ポストアキュートとして使われて、それから、地域に戻るということになるかもしれません。

ですから、大元をただすと、患者さんのフローにゆがみがあると思っています。

それに関して、先ほどの昭和大学さんのご発表の中に、「入院前情報取得」というのがありました。これについて、前回、私も発言させていただきましたが、在宅で診ている患者さんが具合が悪くなったら、その患者さんをどうするかというコンセンサスが、どこでも一致していませんね。

ご家族はこう思っているという場合でも、救急隊が来たら運んでしまう。どこに運ぶかという、例えば、直近の大病院だったりします。しかし、運ばれてきても、「この患者さんに何もしないじゃないか」ということがわかるという場合があるということで、前回、そういう意見が実際あったと思っています。

ですから、そういうことが起こってしまっているので、大病院としては、救急車がいっぱい来てということになっているわけですが、熊谷先生がおっしゃるように、中小病院では、サブアキュートとして受け入れて、それが9割を超えないと、診療報酬が改定された、という話なので。

その棲み分けというか、救急隊のせいにはしませんが、そういうコンセンサス、細かいことを言うと、在宅で診ている一人一人の患者さんをどういうふうにフォローするか、どういうふうに対応するかというコンセンサスを、一体化できるようなことができれば一番いいと思っています。

その一つが、入院前の患者さんの情報取得かと思っています、それを共有することが大切だと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。それも一つの解決策ですよ。

在宅の立場で少し発言させていただきますが、在宅患者の急変には2種類あって、例えば、認知症で、嚥下がそろそろ危なくなってきたという場合、誤嚥性肺炎を起こすのは当たり前なわけです。

ですから、そこで求められる入院機能というのは、その誤嚥性肺炎に対応できる医療器具があればいいので、それこそ、先ほどから議論に上がっているサブアキュートとかいったような機能で十分だろうと、私は個人的に思っています。

ただ、一方で、例えば、脳梗塞の人を在宅で診ていたときに心筋梗塞を起こしたといった場合には、高度な医療機関に送る必要が出てきますので、その場合には、高度な医療機関も必要になってくるというわけです。

問題は、在宅医がそのところを適切な病院につなげていただけるかどうかということです。先ほどの荒井先生のお話なども聞いていると、その辺のフローというのを、在宅医がちゃんとコントロールできていないという一面もあると思っています。

もちろん、それをやるのは非常に手間がかかるのですが、例えば、中瀬先生などはよくご存じで、私の患者さんなどは、赤十字病院さんに結構お世話になっていて、そのところで、「来たらよろしくね」というようなことを、事前に情報を流しておいて、救急室で受け取ってもらうようにしています。

また、東邦大学のほうでもそうですが、そういったような形で常に連携しながら、患者さんのフローをコントロールしているわけです。

ただ、そのところがうまくいっていないというのが、課題の一つだと思います。こんなことをここで発言するのはどうかとも思いますが、それぞれの医療機関でできる在宅医療の質というものが、少しずつ違っているのも事実だと思います。

例えば、高齢のかかりつけ医の先生が、80も過ぎてきたし、在宅もきついと思っておられるようなときに、その患者さんが夜中に高熱を発したというような場合は、「ちょっと入院してもらえないかな」というのは、情報をつないでいなくても「救急車を呼んでくれないか」ということになるのも、十分理解できると思います。

そういう点についても、この地域の課題でもあるのではないかと考えています。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄です。

皆さんのお話で、頭の中がよく整理できました。要は、サブアキュートと本当の高度急性期の部分の最初の入り口で、開業医さんがそのどっちかというのを、ある程度判断するという格好になるかと思います。

そうしたときに、在宅をやっているとかいけないとか、いろいろ先生がいらっしやるので、仮に、心筋梗塞であったり、誤嚥性の熱発だったりというように、

きれいに分かれる場合はいいんですが、グレーの部分はどうするかという話になってしまうと思うんです。

ですから、サブアキュートのイメージと、本当の高度急性期のイメージ、それも、病院サイドにおいては、「サブアキュートしか受けません」というわけにもいかないかもしれませんが、「サブアキュートをメインに受けます」とか、「うちは高度急性期を中心にやりたいので」というような、表明をしていただければ、我々のところである程度ふるいにかけての部分で、「それらにお願いします」というようなことはできるかなと思っています。

こういうことができるかどうかわかりませんが、区南部のローカルルールとして、そういうようなことができないかと思っています。

○鈴木座長：ご提案ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○中瀬（大森赤十字病院）：大森赤十字病院の中瀬です。

かかりつけの先生からのご紹介の場合には、重症度がある程度わかることが多いですが、一方で、救急車で搬送された患者さんというのは、来てしまわないと、サブアキュートなのかアキュートなのかわからない。

そして、ちゃんと検査をやった場合、本当に重症な方がかなりのパーセント混じっていますから、そういう方々は急性期のところで診ざるを得ないと思います。

問題は、そのときに、ご家族が一緒に乗ってきて、「DNR（蘇生処置拒否）です。何もしないでください。自然に」と言われた場合、僕らとしては、本当は転送したいのです。

あるいは、本当の急性期のときが過ぎて、ご家族のほうも手をかけることも余りないし、「寝たきりだし、自然な経過で」といったようなときに、地域包括ケアとかいったところの転送先が少ないわけです。

ですから、それを公的病院がやっているということよりも、全体のサプライの問題で、選択肢が増えてきたなら、そういったところに転送して、全体の急

性期でやっけていても、ダウンサイジングしたほうが、経営的にもメリットがあるわけです。

ですから、そういう病床が増えてきて、地域にあれば、別に自前で持つ必要はないという気がしていますから、「そういう病床が増えてほしい」というのが、私の願いでございます。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続いてどうぞ。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。

病院間での救急患者さんの受け渡し、そういう言い方が正しいかどうかわかりませんが、それは、私は根本的に大賛成です。病院間、患者さん、トランスファーマターであれば、全然問題はないと思います。

ただ、病院の経営マターで言いますと、真っすぐ入るとサブアキュートだから、診療報酬改定で、1割以上が在宅から直接となりましたので、その縛りをクリアできますが、病院から転送されてしまったら、ゼロです。残念なんです、この点はすごくリアルです。

我々は、患者さんを受けけることは当然で、お越しいただいて全然構わないのですが、我々規模の病院で地域包括ケアを運営している病院の経営マターで言いますと、それはまずいというのが、非常にリアルな部分です。

○鈴木座長：ありがとうございます。まさに、正直なところだと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

慢性期の療養型病床に求められている機能が、今後はサブアキュート機能にだんだん変更してくるという意味で、確かに、直入の搬送は、地域包括ケアはできないのですが、今度、療養型は在宅扱いになるということになったので、療養型に転送されても、療養型は今言った問題はクリアできるわけです。

もちろん、夜中の急変のときに、療養型の病院が24時間受けられるということになると、救急をやっているのと全く同じになってしまうので、それは、翌日なり週明けなりという、一日、二日の48時間なりをクリアしてもらえれば、それは、療養型の病院は十分受ける素地はあるわけです。

大田区内の療養型は、そんなに数はありませんが、みんなそういう方向に向かいつつあるので、当院も含めて、受けたいと思っています。

それをやれば、在宅で、あるいは、介護施設で、既に、それぞれの方の状態がわかっている、しかも、「何もしてくれるな、ナチュラルコースで」と言われながら、大森赤十字病院に運ばれてしまったという場合であっても、そこで、とりあえず日の出を待って、電話をしてくれて、転送ということになれば、今後は、療養型の病院は、なるべく早く、それを受け入れる準備に、多分なっていくと思いますし、うちもそういう方向で頑張ろうと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

猪口副会長、どうぞ。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

サブアキュートの話がかなり出てきていますので、東京都医師会の取り組みをちょっと紹介させていただきます。

東京都で行っている「東京都救急医療対策協議会（救対協）」のがあって、そこで、一つの答申が、「地域包括ケアと救急」というテーマで出ています。

それは、皆さんが今おっしゃっていたとおり、かかりつけ医の先生、もともと診ている先生方が、急変したときにどうするかということを、患者さんとよく話し合っておいて、行き先をいろいろ相談しておく。

それから、心肺蘇生みたいなことをやるかやらないかというような、なるべく話し合っておいてください。

こういうような内容をまとめています。そして、そういう情報シートもつくっておきましょうということです。

もちろん、これは、なかなか進んでいかないと思いますが、この調整会議でこうやった話ができ上がってきていますので、ぜひこの議論を含めて、具体的

な取り組みに深化させていただければ、いろいろなところで困っている話が、かなりの解決されていくのではないかと思います。先ほどから聞いておりました。

それから、救急車が来る範囲で大体医療圏が決まってしまうから、近くも遠くも関係ないというお話がありましたが、先ほど来のいろいろ説明があった大きな病院さんは、地元の医師会さんとの連携会議とかはやっていらっしゃると思いますが、救急車はいろいろなところから来ます。

そのときに、大病院さんにとっては、ポストアキュートとして、どういうところに出していくかについては、地元は見えるけれども、遠くから来られた方たちに対して、どういう連携の方法で遠くのほうにお返しになっているんですかということがあります。

そういう点が聞きたくて、テーマとして私のほうから挙げさせていただいたわけです。

例えば、荏原病院さんの場合、連携医の方とか協定病院があるから、そこをやっているということですが、そうじゃないところから来る相手に対して、どういう連携の仕方をとっておられるのでしょうか。

診療圏の大きな病院さんばかりですから、その辺は、どういう試みをやって、東京の医療連携に対してどのように考えていらっしゃるのかなと思って、このようなテーマを挙げさせていただいたわけです。

問題の真意としてはそういうところにありますので、そういうことを気にとめてご発言いただけると、すごく助かります。よろしくお願いします。

○鈴木座長：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。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT関東病院の亀山です。

区南部でも、大田区のほうは、「病診連携」が非常にうまく機能しているように思われました。

品川区は、二次救急を担える病院もある程度限られていますし、先ほど申しましたように、地域包括ケア病床もないものですから、病院と在宅の間の部分が希薄かなと思われま

すので、地域の会合とかに出席しますと、問題となっていていつも提起されるのは、在宅医療を展開している先生方が、「急変時、おたくの病院はきちんと対応してくれますか。受け入れてくれますか」と言われます。

当院も、当然、断ることはありませんから、「どういう状況であろうと、まずは来てください」というふうなことを申しております。

そういった中で、品川区で二次救急をやっているのは、私のところと、東京品川病院と、第三北品川病院ぐらいですが、今後の状況によっては、なかなか受け入れが、マンパワーの問題もあって、大変なところもありますので、ポストアキュート、サブアキュートの入り口の部分の整理というのは、なかなか難しいところがございます。

ですから、とにかく、「在宅の先生方が困らないように受け入れることを、私どもの病院はやります」と、表明しています。

ただ、昭和大学さんは、小児の救急、産科の救急、三次救急もやっていただいて、地域として非常に助かっているわけですが、願わくば、二次救急の部分で、ポストアキュートの部分を一緒にやっていただければ、大変ありがたいと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、どうぞ。

○渡辺（品川リハビリテーション病院）：品川リハビリテーション病院の渡辺でございます。

先ほどから、ポストアキュート、サブアキュートの問題で、特にサブアキュートの患者さんの振り分けについての問題点ということは、重々わかりました。

亀山先生もおっしゃっていましたが、品川区において私が感じることと、こちらの資料にも書いてありますが、「回復期機能で、退院後に他施設で在宅医

療を提供する患者さんが多い」ということになると、今まで、入り口から回復期までの話のところであって、またぐるぐる回る話だったわけです。

猪口先生が以前、「二次医療圏では、回復期までは域内での完結率は高いけれども、回復期以降の維持期に行く、在宅に行くところが弱い」というようなことを言われていましたので、この回復期以降、療養に振り分けたり、在宅にお返しするときに、「地域のどの先生が診ておられたのか」というような情報が共有できると、よく回っていくのじゃないかと思いました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続いて、どうぞ。

○板橋（昭和大学病院）：昭和大学病院の板橋です。先ほど、NTT病院さんのほうからお話をいただきましたので、お答えをします。

先ほど申し上げましたように、本当に“ウォークイン”が多くて、大病院というよりは、一般病院、市中病院に近い状況です。その中で、スタッフが頑張っています。

救急のための病棟もちゃんと用意していますので、できるだけそこに入院させたいと思っています。当然、救急車で入って来られる患者さんの入院率は高いので、救急車を積極的に受け入れるということを、病院の方針としておりますが、物理的に難しいことがしばしばあります。

この“ウォークイン”をどのように分担していただけるかということも含めて考えなければいけないと思っています。

あと、直接は関係ありませんが、医師の働き方改革の中で、「大学病院だから、人がいるだろうから、何でも受けろ」というのも、ちょっと乱暴な話だとも、私たちは思っております。

地域の問題を考える上では、先ほど出ましたように、在宅をやっている患者さんが、本当に状態が悪い場合は受け入れなければいけないわけですが、来てみないとわからないので、ぜひ積極的に受けたいと思っております。

ただ、そのあと、「この方は、うちでなくても、ほかの病院のほうが適切だ」という場合に、どうスムーズに連携していくかというのが、我々の大きなテーマですので、そのフローが遠隔に行くようにしていく必要があります。

それとともに、“ウォークイン”を減らして、救急車を多く受け入れるという体制を、併せてやることで、もっとパフォーマンスがよくなるだろうと思っています。

ぜひそういったことを含めて考えていただきたいと思いますので、よろしくをお願いします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、どうぞ。

○亀山（NTT東日本関東病院）：板橋先生、どうもありがとうございました。

「何でもかんでも受け入れてください」ということではございません。先ほど、東邦大森病院の盛田先生からも、「在宅患者の急変については、状況に応じて受け入れる」というようなことをおっしゃっていたと思いますので、その部分も考慮していただければありがたいということでございます。

先生がおっしゃった“ウォークイン”の問題というのは、一般病院においても同じような問題を抱えておりますので、またよろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございました。

○鈴木座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：この前、板橋先生と、昭和大学のほうで、区の方々なども交えてお話をさせていただきました。

ただ、“ウォークイン”の患者さんの動きというのは、今は昭和大学に集中しているという状況かと思いますが、ほかの病院でも、一応、“ウォークイン”を受けるといふ体制ができているはずですが、そのばらつきがあります。

そのばらつきをどうにかしたらいいんじゃないかと思って、「病院間でお話をさせていただくことがあるのか」というような話をしましたら、「病院間ではそういう話をしたことがない」ということでした。

ですので、そこをちょっとまた改善していただいて、病院間でもお話をいただくというような形をとっていただければと思います。

それから、先ほど、渡辺先生がお話しになったように、今度は、受け入れ側の、後方のほうをどのようにしていくか。どこの在宅に持っていくかというようなことは、どちらかという、開業医さんと病院の退院調整の部門の親密さによる部分がありますので、そこは、品川区は改善の余地があると思います。

○鈴木座長：じゃ、私も、今のお話を受けて、

大田区にもまだ課題がありまして、特に出口の部分ですが、大田区には在宅医療の専門医療機関がある程度あって、そこと病院とのパイプが結構できて上がっています。

そのため、大田区にある「在宅医療連携調整窓口」の相談というのは、だんだん減ってしまっていて、もう病院からダイレクトに在宅医のところに行くようになってきました。

そうすると、どういうことが起きてくるかという、二十年、三十年その患者を診ていたかかりつけ医が外れてしまって、知らない間に在宅医が決まってしまいます。

ここに来られている先生方は、地域包括ケアの価値についてよくご存じで、よく勉強されていらっしゃるの、何の問題もありませんが、実際に病棟を回している若いドクターたちは、地域のことなどを余りよくわかっていらっしゃらない場合が多いです。

そうすると、独居の認知症の患者さんが肺炎で入院したら、「もうあなたは家に帰れませんよ」ということを決めてしまって、その人は、泣く泣く施設に行かざるを得ないということにもなっています。

その人は、まだ判断能力があって、「家に帰りたい」と希望しているのに、いきなり、医療的な理由で、施設での療養を押しつけられてしまうというのは、ちょっとおかしな話ではないかと思っています。

そういうことで、大田区の中では、それぞれの病院と、できれば病棟の先生方と、かかりつけ医が話し合っ、て、どうい、うルールにしてい、くかとい、うことで、それぞれの病院ごとに回、ってい、こうとい、うよ、うな話にな、っています。

それから、かかりつけ医に帰、ってきた在宅患者を、自分で診、きれないとい、うことにな、ると、そのか、かりつけ医が、地域の在宅医に紹、介してく、れて、私のほ、うにも、地域の在宅医が紹、介してく、れて、か、かりつけ医のほ、うから紹、介されたり、「一、緒に診、てく、れ」とい、うよ、うな依、頼があ、ったりす、るこ、ともあ、ります。

そ、うい、う連、携があ、るん、でく、るのが、本、来であ、れば理、想な、のかな、と、個、人的には思、っています。

き、ょうは、入、り口の話があ、るん、で、出、口の話が余、りでき、なかつ、たで、すが、この出、口の部、分にも、い、ろい、ろな問、題を抱、えています。

た、だ、そ、うな中、で共、通してあ、るの、は、や、はり、ACP（ア、ドバ、ンス・ケ、ア・プ、ラン、ニ、ング）とい、うか、その人、がど、う療、養し、たいの、か、ご家、族はど、う療、養し、てほ、しいと考、えているの、かとい、うこ、とを、み、ん、なで話、し合、っ、て、手、間を、か、けて決、めてい、くプ、ロセ、スとい、うも、のが非、常に重、要で、そ、こ、のと、ころが一、つの仕、組、みにつ、なが、ってい、くこ、とがで、き、れば、この地、域はも、うち、よ、つとよ、くな、ってい、くの、で、はな、いか、と、個、人的には思、いました。

ほ、かにい、かがで、しょうか。時、間が押、してき、てい、ますの、で、よ、ろしいで、しょうか。

そ、れで、は、活、発なご議、論をあ、りがと、うご、ざい、ました。

以、降の調、整会、議でも、この地、域の課、題解、決に向、けた議、論を重、ねてい、ければ、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

○鈴木座長：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で、今年度も引き続き実施をいたします。

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まして、施設と設備の整備の補助をするものでございます。

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」といたしまして、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いたしまして、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。

続きまして、報告事項(2)の病床配分等についてですが、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いたしましたが、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」に記載のある圏域となっております。

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、病床配分を希望する医療機関は、地域医療構想調整会議で説明を行って協議することとなりました。

これにつきましては、対象医療機関がある場合には、今年度2回目の調整会議で行う予定となっておりますので、よろしくお願いいたします。

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

続きまして、資料7をご覧ください。

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

配分されている既存病床を適切に稼働して、有効に活用していくために、非稼働病棟につきまして、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、東京都のほう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。

以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございます。

この調整会議は、情報を共有する場ですので、最後にぜひ、情報提供を行いたいということでありましたら、挙手をお願いします。どうぞ。

○荒井（牧田総合病院）：牧田総合病院の牧田です。今の点で質問をよろしいでしょうか。

○鈴木座長：はい。

○荒井（牧田総合病院）：休床を届けた結果で、例えば、来年とか再来年に、病床の配分が変わるようなことも、ちょっと書いてありますが、それを見込んで、各病院の配分を変える予定なんですか。そういうことではないのですか。

○矢沢部長：休床を見込んで、この中にはもちろん入ってなくて、今は完全に基準病床の変化で生じた病床数です。

来年の3月末とかにもう一度出す、「今の空床はどのぐらいありますよ」と出すものには、返していただいたものが含まれることになろうかと思えます。

○荒井（牧田総合病院）：もうちょっと先でということですか。

○矢沢部長：そうです。今ではなくて、来年のということです。

○荒井（牧田総合病院）：もう一ついいですか。

先ほどの2025年の将来推計は、今よりも病床が400ぐらい増えると思いますが、今後はそれも配分に影響するんですか。

○矢沢部長：8000床増えるということですね。

それは、これまでもお話ししてまいりましたが、流出入があつたりしても、新たに病院ができようがなくなろうが、受療率が変わろうが、平均在院日数が短くなろうが、一切関係なくつくっている数字ですので、この8000という数字が本当に必要かどうかというのは、ゆっくり見ていかなければいけないと思っています。

○荒井（牧田総合病院）：わかりました。ありがとうございました。

○鈴木座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：酒寄です。

非常に単純なことを東京都の方にお聞きしたいのですが、病床の許認可をするときに、うちの品川区の中に、整形外科専門病院というのが、すぐ近くに2つあるんです。

整形外科専門の病院を、その範囲内で2か所設定するという、何か意味合いがあるのか。なぜその許認可を出されたのか。要は、どういう許認可の出し方をするのか。その辺がおわかりであれば教えていただきたいのですが、

○矢沢部長：まず、医師の自由開業性が認められていますので、どの診療科をどこでやるかということについて、医師全員が守られている状況の中で、そこを配分するということは、これまではやっていません。

それから、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、足りる、足りないということの話も、現時点では配分には影響させる予定はございません。

なぜならば、この病床機能報告の中で報告していただいているものが、本来は回復期であろうと思われるところが急性期で出ていたり、本来は急性期だと思われるところが高度急性期で出ていたりする部分が、まだ私どものほうからは見えないということがあって、「回復期が今足りないから、回復期をつくろう」とかいうことにはならないわけです。

整形外科についても同じことで、これから、「医師確保計画」というものを国が予定してまして、患者さんの流入出をある程度見た中で、「この近くは何科の医者が多い」とか、「すごく不足している」ということを、計画として出すことに数年後なります。

それが出た段階で、「この圏域はどのようになっているか」ということを見るのであって、「近いからだめ」ということにはならなくて、二次医療圏で見えていくことになります。

○鈴木座長：よろしいでしょうか。

それでは、本日は活発に議論していただいたので、座長として助かりました。

本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しいたします。

## 4. 閉 会

○千葉課長：座長の鈴木先生、どうもありがとうございました。

それでは、事務局から、事務連絡が4点ほどございます。

まず1点目ですが、全構想区域の調整会議終了後ですが、本日ご発表いただきました「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ございます。

本日の議論を踏まえて、プランの内容の変更または修正等をする場合には、7月31日までに東京都へご提出ください。

2点目ですが、今後、各医療機関さん、病院さんが、これまで担ってきた機能を大きく変更するなどの予定をされている医療機関につきましては、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供していただく時間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ご連絡をいただきたいと思います。

3点目、本日の議事録でございますが、既に冒頭でお話ししましたように、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で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、我々事務局のほうまでご連絡いただきたいと思います。

最後、4点目、本日、閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、そのまま机上に置いておいてください。よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：5点目がございました。

この調整会議には、この区域の方々に来ていただいておりますが、きょうのお話にありましたとおり、必ずしもこの医療圏で連携しているわけではない病院がたくさんございます。

そういったところで、もし時間をいただけるのであれば、ほかの区域の調整会議にもぜひご参加いただいて、ご自身の連携先とかの情報もお取りいただくと、また、より活発な議論が進むかと思っております。

日程については、既にお知らせしておりますし、ホームページのほうでも公開しておりますので、ぜひご覧いただきまして、ご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

○千葉課長：それでは、以上でございます。これにて、本日の東京都地域医療構想調整会議の区南部における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なご議論をいただき、ありがとうございました。

(了)