

〔平成 30 年度 第 2 回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区南部〕

平成 3 1 年 2 月 1 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』

### 〔区南部〕

平成31年2月1日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区南部地域におけます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、大変お寒い中ご出席いただきまして、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（区南部）と書いたものがございます。それから、グループワーク用メモ（区南部）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、本日の会議が終了後に、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。鈴木先生、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

○鈴木座長：大森医師会の鈴木でございます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

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います。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、今年度も行っておりますので、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。

続いて、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、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、都道府県あてに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ので、ご覧ください。

区南部の圏域の結果は、1枚目の3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年病床機能報告というのが、その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。

区南部においては、ほとんど結果は変わらないという形になっておりまして、これは、東京都全体でも同じ傾向となっております。

こういった結果も踏まえまして、東京都では、PTを設置して検討しております。ここで定量的な基準等が決まりましたら、調整会議のときなどに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、区南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月に通知を行っております、そのご案内となっております。

東京都からの報告は以上となります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、続いて、東京都医師会からご報告がございます。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

「東京総合医療ネットワーク」についてご説明いたします。青いパンフレットをご覧ください。

これは、異なる電子カルテ間の情報を相互に参照できるという連携システムです。

富士通とNECのそれぞれの電子カルテにデータセンターがありますが、その間に、別のサーバーを立てずに接続することが可能であることが実証されて、昨年11月1日から、本格運用を開始しております。

初期の段階では、8つの病院間で開始しておりますが、現時点では、13病院ほどに拡大しております。

現在では、この2つの電子カルテを結んでおりますが、ことしの9月には、ソフトウェアサービス（SSI）の電子カルテも加わって、3つの電子カルテが相互に参照できるようになる予定です。

このネットワークをつくった理由は、東京都では、この地域医療構想では、病院の統廃合であるとかいうことはキーワードではありませんで、東京都の場合のキーワードの一つは「連携」ということです。

これを支える仕組みとして、東京都医師会がこれを事業として、東京都の補助のもとに開始をいたしました。

ぜひこのツールを使って、地域医療構想、地域包括ケアネットワークの達成にこれを利用していただければと思っております。

なお、この冊子の中に、アンケートが入っております。お帰りになる際にぜひお出しいただければと思います。

もう1枚は、このネットワークのメールマガジンの登録に関するものです。ご興味のある方、入会をご検討いただける方は、この登録をしていただき、参加をご検討いただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○鈴木座長：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。

新井先生、この東京総合医療ネットワークというのは、それぞれの病院のカルテが閲覧できるというようなシステムでしょうか。

○新井理事：はい。自分の病院の電子カルテが、例えば、富士通であったとしても、その画面の中で、別の病院のNECのカルテの内容が見られるということです。

もちろん、患者さんの同意を得た上でのことですが、名寄せをして、処方内容、検査データなどが閲覧できるということです。

○鈴木座長：「あじさいネットワーク」などと近いものと考えてよろしいでしょうか。

○新井理事：今ご説明した図の下に、その「あじさいネットワーク」に当たるようなところが、診療所と病院との間のリンクというのがありますが、いずれは、ここまで拡大して、診療所のデータも見られるし、診療所から遠い病院のカルテも見られるようになると思います。

あと、追加させていただきます。

最近、東京都での救急搬送は、80万件を超えていて、拡大の一途ということですが、高齢者の医療情報というものが、救急活動の中でも非常に重要になってきております。

東京都消防庁のほうでは、ITツールを使って患者情報を集約して、それを救急活動に使おうという取り組みを、つい最近始めております。

その中で、電子カルテを利用して、救急隊のほうも見られるようにしようとか、患者さん自身の個人的なヘルスレコードを、例えば、スマホなどを見ることによって、救急活動の時間を短くしようという取り組みです。

まさしく、この東京総合医療ネットワークの場合は、この取り組みに相当するものですので、今後は、そういう形で、救急活動のほうでもこれが活用されるように進んでいくものと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今のお話で、富士通とNEC以外の電子カルテの件を、もう少しお話しただけででしょうか。

○新井理事：今申しましたように、ことしの9月をめどに、ソフトウェアサービス（SSI）の電子カルテとも可能になる予定です。これは、多摩地区の病院さんが結構導入されていて、この3社で8割ぐらいの電子カルテを網羅できるのではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

あと、東京都のほうのご説明のところ、病床ごとの集計で、区南部としては、ほぼ従前どおりという内容かと思うんですが、2025年の病床配分に向けて、実際にどう動くのかという議論というのは、出てきているのでしょうか。

その辺の東京都としてのお考えをお聞かせいただければと思いますが、

○千葉課長：参考資料2でお示ししたアンケート結果というのは、定量的基準に基づくものではなくて、現状の病床機能報告の中で、病棟別で報告いただいていたのを病床別でやったらどうなるかという、予備調査的なものの結果でございます。

定量的基準については、今検討している最中ですが、ある程度一定の基準がいいだろうとなったときには、もちろん、試算をしてみますので、その試算結果によって、また「ずいぶん違うな」とか「同じぐらいだな」とかが、出てくると思っていますので、それをもとに、また調整会議等でご議論いただきたいと思っております。

○鈴木座長：それが出てくるのは、いつごろでしょうか。

○千葉課長：一応、今年度中には、定量的基準を決めたいと思っておりますので、来年の春の調整会議では、何らかの議論ができるようにしようということで、今準備中でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかに何かご質問とかはございませんか。

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

○鈴木座長：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、話し合いをしたいと思います。

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、区南部の個別テーマといたしましては、「急変時の受入など、病院と在宅医との連携強化の取組」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なっております。A班とC班がテーマ1で、B班がテーマ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、仮の進行役となつていただいて、1人ずつ自己紹介を行っていただき、進行役、書記、発表役を決定してください。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、これにとらわれずに、自由に意見交換していただければと思っております。

なお、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。よろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○鈴木座長：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、ご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。よろしくお願いいたします。

### 〔グループワーク〕

○鈴木座長：それでは、議論は尽きないと思いますが、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。

○A班：まず、Aグループですが、こちらは、座長が発表役ということになってしまいました。

一つの課題としては、在宅の患者さんが、例えば、かかりつけ医が紹介して、脳卒中を起こしたから入院させるということで、急性期病院に入院すると、2週間後には、回復期に転院するわけですが、そうなると、もう行方不明になってしまって、かかりつけ医から追いかけれられないということになるということでした。

また、高度急性期のほうでも、自院の中で全部やるのは難しくて、ほかの回復期なりに移したいけれども、たとえば、その病院で治療を継続できるかどうかという、医療ギャップの問題もあるというお話も出ました。

逆に、患者さんをそういった慢性期に紹介したりすると、患者さんの自己負担も増えるという、経済的な問題も出てくるということです。

そういうことで、シームレスにというわけには、現状はなかなか行っていないということですが、シームレスにやらないと、患者さんのためにならないというお話も出ました。

それで、一つのアイデアとして出たのは、例えば、地域包括ケア支援センターみたいなところで、そこには社会福祉士が必ずいますので、自分の担当の患者がどこに入院しているのかということ、そこが把握できるようになればということです。

それがもっと進めば、「この病院にはこういう機能があって、高齢者の誤嚥性肺炎の場合は、地域包括ケア病床のほうがいいよ」というような話になれば、入院コンシェルジェ機能みたいなものもつけられないだろうかというお話も出ました。

もちろん、先ほど示された電子カルテを閲覧できるような機能が、全医療機関に広がれば、そういったものは必要なくなるかもしれませんが、診療所では、まだまだ紙カルテの先生も一定数おられますし、システム上でつなげられないというような医療機関もたくさんあるでしょうから、当面は、そういったところが一つの課題解決なのかなということをお話し合いました。

それでは、同じテーマで話し合いをされたC班のほうからお願いいたします。

○C班：田園調布医師会の成瀬です。

まず、どういうことで困っているかということで、お話を始めました。

急性期の場合、退院した患者さんを受け取ってもらえるような病院も増えてきて、環境がよくなってきたけれども、それを探するのが大変だということでした。

自分のところの病院で、入院したらすぐに、次のところを探していかなければいけないので、それがなかなか大変だということでした。

また、急性期から回復期に入った場合でも、急変したときには、また元の病院に返していけるという関係ができればいいのではないかというご意見もありました。

あと、急性期のほうで困っているのは、高度急性期、急性期という名前はあっても、実際には、例えば、結構高齢で、もう治療をしなくてもいいと、本人や家族が思っているけど、救急車が運んでしまうと、治療しなければいけなくなってしまう。そうすると、それからあとに、行き場所がなくなってしまうという場合が結構あるんじゃないかということでした。

高齢者が多いので、そういう人たちには、意思表示を前もってしていただくようにする必要があるのではないかということです。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とか“人生会議”とか言われていますが、家族の間でしっかりしておいていただいて、大学病院とかに行かなくてもいいような救急車があるのではないかということで、できれば、同じようなフォームをつくっていただけると、高齢者の方が高度急性期や急性期にかからなくてもいい場合が多くなるのではないかという意見がありました。

あと、慢性期のほうとしては、回復期リハが増えてはきましたが、急性期と回復期のつながりが、まだまだうまくいっていないところがあって、退院したあと、どこで診てもらえばいいかわからないことが多いということでした。

そのため、退院したらどこに行くのか、在宅に帰るのか、もともとの主治医は誰だったかということ、しっかり申し送れるような関係がつけれるといいんじゃないかというご意見も出ました。

また、在宅については、訪問医療をやっている先生方の中には、医師会に入っていない方々が多く、“なぞの先生”が多く、なかなか信頼ができないということになっているので、医師会が中心にならないといけないかと思いますが、在宅をやっている先生方と患者さんと、急性期の病院とが、一緒になって診ていく必要が、これからは今まで以上に大切になってくるのではないかということも、話題になりました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、次に、B班からお願いいたします。

○B班：品川区医師会の酒寄です。

我々のところでは、病院と在宅医の連携ということになるのかなということで、そっちに絞って話し合いをしました。

病院のほうでは、救急はもちろん受けるのですが、その方が、独居だったりすると、その方の情報が少ないということで、困ってしまう場合があるということでした。

また、どこまで治療していいのかということもわからないという課題もあるので、その辺がうまく対応できるようになればというお話がありました。

看護師さんのほうからは、そこをつなげるのが看護師さんの役目かなということですが、病院看護師さんと訪問看護師さんがございますので、病院看護師さんのほうに、在宅医療の内容がどういうものかという知識が不足しているという課題があるというお話でした。

保険者のほうからは、独居患者の情報不足で、うまく回っていかないということが、ワーキングのほうであったということです。

区のほうからは、入退院の課題の抽出をする会議をしたり、在宅の患者さんの支援をするためには何が課題なのかを議論したり、在宅医と病院と情報共有をするために、ノートで患者さんの情報共有をするということ、今後進めていくというなお話が出ました。

あと、回復期や慢性期病院の先生方のお話というのは、どちらかというと、

かかりつけ医との連携というよりは、病病連携のところからの患者さんのやり取りが多いということで、この病病連携の進展が課題であるというお話が出ました。

それぞれの課題をまとめますと、患者さん自身の情報が共有できていないので、それをどのようにするかというと、情報の共有は、域内である程度統一性のあるフォーマットがあればいいのではないかと。そして、その内容は、簡便なものがよろしいということでした。

それと、安定期の患者さんに関しては、3か月一度の情報の更新というようになりませんが、その場合でも、お医者さんがそこに携わる部分と、ケアマネ同士でやる、あるいは、退院調整を看護師さん同士でやる部分というように、簡便なものにしておいたほうがいいのではないかとというご意見がありました。

また、理想としては、ITを使ったネットワークで、診療所と病院双方のカルテベースのものを閲覧できるようになれば、非常に連携がうまくいくようになるというお話でした。

あと、これは、開業医さんへのリクエストなのかもしれませんが、病院側からのお話としては、ACPですね。在宅患者のACPについても、情報として病院側で見られるようにしていただければありがたいというお話も出ました。  
○鈴木座長：ありがとうございました。

B班とC班でACPの話が出ていましたが、A班でも話題になっていました。

ただ、こういうACPという紙を配って、「あなたは、今、どういう気持ちですか」とやるのは、非常に危険だと思っています。

そのとき、そのときの患者さんの気持ちに寄り添いながら、例えば、がんの治療で抗がん剤をやっているのに、進行してしまったというような場合、ACPのことなど考えたくないという時期があるわけですね。

そんなときに、無理やり将来の話をする、すごい拒否反応が出たりすると思いますので、そういったときには、その話は出さなくて、本人が、ぼそっと将来の話なんかをしたときに、「これから先のことをどうしたいの」というふうに話をしていくのが、一番いいACPだろうと思っています。

嫌な話をどう伝えていくかということが、医師の間でほとんど教育されていないという状態で、こういうACPを行うというのは、非常にリスクだろうと、個人的には思っています。

もちろん、それができる人たちも一定数いますが、例えば、かかりつけ医が、外来診療の中で、家族も本人とも強い信頼関係がある中で、それをやるというのは、意味があるけれども、入院したときに、紙を配って、それをやるというものではないと思っています。

この辺について、私の意見を言わせていただきましたが、今までの3つのグループの意見を通じて、テーマは違いましたが、ほとんど同じような話になってきていたかと思います。

これに関して、皆さんのほうから何かご意見はございませんでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

病院の4つの機能分類について、利用者である患者さん、都民、区民の人が、全く理解できていないのに、制度が先行しているということがあると思っています。

また、どういうケースは、どういう病院に行って、どういう治療を受けたいかというような、モデルケース、模範ケースを、都や国が示していないと思われまます。

在宅でひとり暮らしの人、介護施設にいる人、訪問診療を受けている人などが、急変したときに、どういう対応をするのが望ましい診療かという、例えば、訪問診療の先生のところに真っ先に連絡するのがいいのか、救急車をすぐに呼ぶのがいいのか、訪問診療で一晩待って、慢性期や地域包括ケアのような、高齢者などを専門としているところに行くのがいいのか、というような、お勧めバージョンのものを、国も都も示してくれていません。

だから、「病院の機能はこうです」と言っても、説明を受けた患者さんが、「回復期って何ですか」とか、「慢性期ってあるんですか。病院というのは、全部急性期だと思っていました」ということで、「どんな病院も、何でもやっ

てくださる」と思っている人が非常に多いのが現状だと思っていますので、いくら機能分類の話をして、無理ではないかと思っています。

これが理解されたとしても、地域包括ケアというのは、基本的に機能の棲み分けですから、普段の患者さんの病状がよくわかっているような患者さんまで、高度急性期の病院に救急車で運ばれていくのが理想なのかということです。

だから、ACPというような言葉を使わなくても、患者さんや家族は、そういうような話をしているはずなんですけど、急変した場合など、それが通らなくて、救急車を呼んだ場合は、救急隊は最も短い時間で受け取る病院に行くのであって、機能で分けるということはしないと思います。

救急隊にそういう機能分類のことをよく理解してもらうのは、我々の仕事ではないので、行政にお願いする必要があります。

そういうことも踏まえて、制度をきちんと充実させてもらわないと、我々がやっていることには限界があるのかなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。まことにごもつともなご意見だと思います。

それぞれの人に、医療コンシェルジュみたいな人がいて、「あなたにとっては、こういう医療を受けることが最善である」ということを言ってもらえる人がいると思います。

それは、かかりつけ医のような人が、自分の地域の中の医療機能を把握していて、「あなたはこの病院に行ったほうがいい」とか、外来診療の中で、家族との意見の整合性も取れていて、「この病院に行くのがいいんじゃないですか」という形で進めるのが、理想かと思っています。

ただ、そういうことが、国民の間に浸透していないというのは、確かにそのとおりだと思いますので、今後の課題だろうと思っています。

地域包括ケアの住民啓発ということも、なかなか進んでいません。医師会で、そのためのイベントをやっても、なかなか集まってもらえないですし、そうかといって、各地区の自治会単位で開催するというのは、時間も人手も足りないということもあって、そこをどのように進めていけばいいか。

これは、東京都というよりも、各区市町村のほうで考えていただく必要があるのではないかと考えています。

ほかにご意見はいかがでしょうか。どうぞ。

○中瀬（大森赤十字病院）：大森赤十字病院の中瀬でございます。

制度の中では、在宅療養、後方支援病院というのがあって、大田区では、牧田総合病院さんになっておられますし、私どもも認定を受けています。

ただ、その場合、それぞれの患者さんと適切な病院とのひも付けを一つ一つやっていって、そういうご希望を聞いて、3か月ごとにリニューアルしながらやっていくという、かなり手間のかかる、理想論というか、理想的な形でのひも付けをやっていこうということになるかと思えます。

ですから、逆に言うと、地域包括ケアの病院の方々も、そちらの病院に運んでくださるようなご希望の患者さんとのひも付けをすとか、いろいろな形でのひも付けがあると思えますので、そういった形で、ご希望がはっきりしている方からやっていくというのが、余り混乱しない、あるいは、不満の出ない方法ではないかと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

“かかりつけ病院”といったらいいでしょうか、入院すべき病院を、後方支援病院の中で決めておくということも、ただ、200床以上じゃないとできないので、その辺の制約は出てくるかと思いますが、一つの解決策であろうと思います。

ほかにいかがでしょうか。会場からでも結構ですが。

よろしいでしょうか。

では、このグループワークはこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。

それでは、次に進ませていただきます。

## 4. 病床配分希望について

○鈴木座長：次に、「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出されております。

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、まず、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くというように考えております。

なお、19床以下の増床希望については、事務局のほうから一括して説明することにさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

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となっております。

それでは、その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にてご説明いたします。

区南部医療圏におきまして、今年度、病床配分のご希望は、6団体、7件で、希望ベッド数は、資料の一番下の欄にあります。合計137床でございます。

この圏域で配分できるベッド数の上限は、暫定値ですが、43床となっておりますので、希望数を下回っているということで、十分配分できない可能性もあるということです。また、確定値までにこの数字が増減する可能性もありますので、ご了承をお願いいたします。

それでは、申請の概要を読み上げます。まず、20床以上からです。

1番。増床の案件です。医療法人社団京浜会が運営する、京浜病院です。療養病床30床の増床を希望しており、全て慢性期として利用したいということです。

現在、開設者は、71床の京浜病院と、道路を挟んで向かいにある、72床の新京浜病院を運営しており、括弧で書いてある部分は、この新京浜病院の数ということですが、今回、この2つの病院を統合するというご計画をお持ちということです。

30床の配分が認められましたら、2つの病院のベッド数の143床に、この30床を加え、173床の新しい京浜病院として、本年8月着工し、34年3月から稼働予定ということです。資料には「31年8月」となっていますが、ご訂正願います。

稼働率は、現在、85%となっており、30床の増床について、「十分に稼働できるか」とお伺いしたところ、「慢性期のニーズがまだまだ見込める」ということで、このように判断したということです。

2番。増床案件です。社会医療法人財団仁医会が運営する、牧田総合病院蒲田分院です。療養病床60床の増床を希望し、全て回復期として利用するということです。

回復期リハビリテーション病棟を高い稼働率で運用しているため、現在、事務フロアとして、管理用に使っている4階部分を改修し、新たに回復期リハビリテーション病棟を1病棟増やす計画と聞いております。

こちらは、33年11月稼働予定と聞いております。

次に、19床以下の案件を申し上げます。

1番。移転に伴う増床です。同じく、社会医療法人仁医会が運営する、牧田総合病院です。一般病床6床を増やし、回復期として利用したいということです。

このたびの移転で、耐震化の課題を解決し、地域包括ケア病棟も整備し、一般病床290床の病院として開設したいという計画です。

東京都のほうで、2点補足させていただきます。

牧田総合病院さんは、大森から、平成32年11月に蒲田に移転する計画を進めておられ、工期を遅らせることなく、6床分については、計画変更で対応可能ということでございます。

また、現在、あとでまた説明があると思いますが、慢性期病棟38床が非稼働となっておりまして、病院全体の稼働率も、昨年3月現在で75%と、低くなっております。

先ほどもお話があったように、東京都では、非稼働病棟については、一刻も早い再稼働、もしくは、返還をお願いしているところがございます。開設者といろいろお話をしているところです。

東京都で聞いた説明では、32年11月の移転まで、あと2年弱、この非稼働病棟の稼働を待つてほしいという説明を受けております。

こういう非稼働病棟があり、稼働率が低い中での増床の希望について、いろいろご意見もあろうかと思っておりますので、後ほど、直接、開設者から説明を受けたのち、フロアーからご発言をいただければと思います。

2番。同じく移転、増床の案件です。医療法人社団七仁会が運営する、田園調布中央病院です。建物の老朽化に伴い、多摩川駅近くに病院を移転する計画です。その際、回復期リハビリテーション病棟をつくるため、病床が不足するというので、9床申請されております。

ここからは、読み上げのみです。

3番。新規開設です。医療法人社団SSCが運営する、スリープ・サポートクリニックです。一般病床3床を希望しております。昨年9月に、無床の診療所として既に開設しております。

当該診療所では、睡眠障害の診療、診療内科、精神科診療に取り組んでいらっしゃるということです。

病床機能区分ですが、こちらのベッドは、終夜睡眠ポリグラフ検査に対応するためベッドを設けるということで伺っておりまして、回復期というのには違和感があるかもしれませんが、東京都と話をし、医療度、看護度が高くないということと、在宅復帰に向けた治療ということで、回復期と定義しておりますが、もしご意見等がありましたら、後ほどお聞かせいただければと思っております。

4番。新規開設です。医療法人社団永康会が運営する、(仮称)糀谷じんクリニックです。療養病床19床を希望しており、慢性期として利用します。

申請書は、東京23区の中でも、大田区は、生活習慣病を持つ方の割合が多く、大規模病院の受け皿となる余地があるということで、透析専門の診療所が必要であるという分析をされております。

現在、クリニックを建設中であり、31年4月ごろの開設を予定しているということで、配分を受ければ、有床診療所として開設するということです。

5番。こちらも新規開設です。社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会が運営する、(仮称)障がい者総合サポートセンター診療所で、一般病床10床を希望しています。

大田区では、在宅の重症心身障害者、発達障害児と、その家族をサポートする事業を行う、複合施設の「大田区立障がい者総合サポートセンター」、愛称「さぼーとぴあ」を、本年3月に開設します。

この診療所は、重症心身障害児(者)の医療型短期入所を行う医療機関ということで、大田区の意向を受けまして、この施設を借りて、併設クリニックとして、有床診療所を開設するというものでございます。

31年5月ごろから、重症心身障害児(者)の短期入所事業として、診療を行うということをお伺いしております。

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、開設者様には、計画の説明をしていただき、その後、フロアーの先生方と意見交換をしていただきます。フロアーから出たご意見につきまして、計画を変更するという場合には、来週

の2月7日(木)までに、事前相談の計画変更を受け付けますので、ご検討いただければと思っております。

病床配分につきましては、3月末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。

○鈴木座長：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に基づいて、説明を行っていただきますが、時間が限られていますので、1病院当たり3分程度でお願いいたします。

では、1番の京浜病院さんからお願いいたします。

○京浜病院：京浜病院の熊谷です。

今ご説明いただきましたように、6メートルの道路を挟んで、71床の京浜病院と72床の新京浜病院の2つの病院を運営しておりますが、新京浜病院のほうが耐震工事の必要性があり、さらに、優先道路の拡幅工事に伴っての工事も必要になったため、この際、建て直しをして、1つの病院をつくりたいと計画しております。

そして、京浜病院のほうは、現在、医療療養型から障害者一般病棟に変わっております、これを、行く行くは地域包括ケア、特に、ポストアキュートよりもサブアキュート、在宅、介護の受け入れ病院ということで、在宅療養の応援、また、在宅診療の後方支援病院という機能を果たしたいと考えております。

介護療養型の72床は、全て、医療療養型への転換に向けて準備中で、そのうちの42床は既に転換済みですが、医療療養型のほうが少なくなってしまうので、さらに30床増やして、医療療養型が100床で、行く行くは、一般病床から地域包括ケアが71床という体制をとればと希望しております。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、牧田総合病院さんから、蒲田分院のほうをお願いいたします。

○牧田総合病院蒲田分院：牧田総合病院の荒井でございます。

このたび、蒲田分院の60床の申請をさせていただいております。現在、回復期リハビリ棟、療養型がほぼ100%の稼働率で回っていきまして、半数以上は本院からの回復期リハの転院ですが、1か月以上待っていただいております。

大田区内は、回復期リハ、特に、脳卒中治療、運動器リハが不足しているという現状ですので、増床によって、回復期を120床、療養型を60床で運営していきたいと思っております。

あと、透析のリハビリとかの専門的なりハビリも導入していきたいと考えております。

そういう状況で、稼働率が100%で上回っておりますので、60床増やしても、100%で十分回れますし、この二次医療圏の回復期の患者さんをより多く受け入れられるようにさせていただきたいと考えております。よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございます。

次に、移転の件について、19床以下のほうの1番の、牧田総合病院から、本院のほうについてお願いいたします。

○牧田総合病院：続けて説明させていただきます。

東京都のほうから、先ほどご説明いただきましたように、平成32年11月に、大森にある病院を全て蒲田のほうに移転する計画でございます。

実は、38床を休床にしておりますが、6年前に蒲田に療養型の分院をつくりましたので、もともとあった療養型を運用していましたが、かなり老朽化しておりまして、患者のメンテになれないということで、38床が休床という中で、実際の休床分を除くと、稼働率はほぼ90%以上ということになっております。

救急車も、年間6000台ぐらい受け入れておりまして、240床ぐらいで運用しておりますので、かなりぎゅうぎゅうの中でやっております。

このたび、蒲田に移転する予定ですが、その一番のウリということでは、産婦人科を再開させていただきたいと思っております。

大田区内では、6000人ぐらいの新生児の届け出がありますが、大田区内では3000人ぐらいしか産めていないという現状です。もちろん、里帰り出産という場合もありますが、ほぼ半数は大田区外で産まざるを得ないということになっております。

これではいけないということで、大田区からも蒲田医師会からも、ぜひ産科を再開してほしいというご要望が強くありましたので、新病院移転の際には、年に約1000件のお産を目指す、周産期センターを開設する予定にしております。

そこで、今まで休床させていただいていた分を戻して、この産科病棟という形で運用することにしたいと考えておりますが、1000件やるためには、50床から60床ぐらいが必要です。そうすると、急性期のほうをかなり圧迫するということがありますので、急性期をなるべく早く回転して、できれば、先ほどの蒲田分院の60床増やした所にも、患者さんを移送しないと、本院の290床だけでは、産科病棟をかなり圧迫して、急性期医療がうまく運営できなくなるだろうということで、総合的に判断して、分院のほうの回復期60床もお願いしたいという次第でございます。よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

もう1つの移転の申請の、2番、田園調布中央病院さん、お願いいたします。

○田園調布中央病院：田園調布中央病院の成瀬でございます。

本院は、90床ぐらいの小さな急性期病院ですが、田園調布医師会の領域には、荏原病院と東急病院とうちの3つしかございません。

今回、老朽化に伴って建て替えを考えたのですが、田園調布というところは建築条件が非常に厳しくて、今の場所には病院が建てられません。かといって、田園調布の中には土地は全く見つかりませんで、非常に難儀しましたが、やっと土地を見つけることができました。

今のところからはちょっと離れますが、同じ田園調布の中で、新しい病院を建てることのできるようになりました。ただ、この場合も建築条件が非常に厳しくて、なかなか大きな病院を建てることはできませんが、田園調布の区域内に病院がありませんので、ぜひ継続してやっていきたいと考えております。

今はかなり老人が多くなってきていますが、田園調布医師会の中には、回復期リハという病床がありませんので、そういうこともやりながら、急性期病院をやっていきたいと考えております。

うちは90床ですが、月に300名ぐらいの紹介がありまして、そのうち、90名ぐらいの紹介入院を受け取っております。また、救急車は、年に1000台ちょっとぐらい受け入れておりますが、そのような中でしております。

地元のことで、地域包括を考えまして、回復期リハを入れて、それでも、急性期をやらざるを得ません。大学病院と診療所の受け渡しをするような、急性期の病院も絶対必要ですので、そういうことをやっていきたいということを考えております。

ただ、建築条件が非常に厳しくて、ベッド数がこれ以上増えないような建物にしかありませんので、9床増やしていただいて、100床ということで、田園調布の中で地域医療をやっていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

対象の医療機関からの説明が終わりましたので、質疑や意見交換に移ります。

今のご説明を踏まえてご質問などありませんか、というところですが、まずは、その皮切りに、私のほうから意見を述べさせていただきたいと思います。

こういう協議を行うことに対して、多少の違和感を持っております。というのは、東京都地域医療構想の中で、平成28年に出たものの中では、「この地域は増床が必要である」ということが、明確に打ち出されていたにもかかわらず、今回、厚労省の指導ではありますが、医療計画の43床に限るということの中で、増床の配分をどうするかを議論しなさいと言われても、このところは、ちょっと本末転倒ではないかと思えます。

もちろん、厚労省のほうからの圧迫でございますが、東京都の場合は、ほかの都道府県と事情がかなり違うということを踏まえて、東京都の皆さんはそういうことも織り込み済みであろうと思いますし、プロジェクトチームのほうで、東京都独自の計算方式をつくるということですので、そちらのほうに期待しております。

それと、この新たな増床計画というのは、いつごろから実際に使えるようになるのか。各医療機関は、それなりのコストを投資して、病院なり病床をつかっていくわけで、病院の生命線がかかっているわけですから、そここのところはできるだけ早くしていただきたいと思っております。

また、この地域医療構想会議の議論というのは、やはり、高齢化というものに向けた議論ではありますが、今回の病床の中に、重症心身障害児の病床も含まれています。これは、医療的ケア児が、この10年間で約10倍に増えているという現実を踏まえて考えますと、極めて重要な病床ではないかと、個人的には思っております。

ただ、そここのところというのは、この地域医療構想の中では、高齢化を含めた病床再編ということを考える上では、ちょっと違和感もあるかなとも思っております。

それでは、ご意見をお伺いしたいと思います。どうぞ。

○高野（東京都病院協会・高野病院）：東京都病院協会から出ております、高野病院の高野でございます。

個人的な意見ではございません。今回、「地区医師会との調整状況」という欄がございますが、ただいまご説明いただきました3医療機関のうちの2医療機関は、蒲田医師会の管内にございますので、蒲田医師会から託された調整状況に関してご報告いたします。

地域医療構想調整会議殿

当一般社団法人蒲田医師会として、(1)京浜病院増床希望の件。

大田区も、高齢化が加速する一方で、独居高齢者、老老家庭が半数を占めるほどであり、認知症そのものの診断、治療や、認知症患者の急性期医療、慢性期医療の対応は、現状、十分とは言えません。

そういった状況の中で、認知症診断、BPSD（行動・心理症状）の治療に大変優れた実績を残している京浜病院、新京浜病院は、地域の病院、介護関係者、行政にとって、非常に役立つ病院であり、その増床は大いに必要であると認識しております。

(2) 牧田総合病院増床希望の件。

分娩問題がマスコミに大きく取り上げる契機となった、いわゆる“大野裁判”以来、分娩を扱う病院が大きく減少し、10年前から約5500人の出生児に対して、2700人程度しか区内で分娩できない状況でした。

医師会と大田区で協力して対策を練り、改善策を講じてきましたが、当時の人口69万人に対して、現在は73万人になり、出生数は六千数百人と増加や、さらに、隣の品川区の旧東芝中央病院の経営交代に伴う産科診療の閉鎖があり、大変困難な状況になっています。

その中で、牧田病院の移転新築に伴う産科診療の再開は、区民、医師会、行政にとり、大変希望のあることで、医師会として歓迎できる案件として、理事会で承認したところです。

以上が、蒲田医師会での調整状況でございます。

なお、座長の鈴木先生もおっしゃいましたが、障がい者総合サポートセンター診療所は、おっしゃるとおり、小児医療の病床になるかと思いますが、蒲田医師会管内で、小児医療の在宅診療にかかっている先生方は、こちらの診療所に大きな期待を抱いているということも、つけ加えてお伝えしたいと思います。よろしく願いいたします。

○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。

○南部（京浜病院）：京浜病院の南部と申します。

補足的なことになりますが、この資料では稼働率が85%となっていますが、昨年の10月以降は、満床を数回経験しておりまして、平均稼働率は98%です。

そのぐらい、医療療養のところのニーズが高いと、私たちは確認しております。今後は、高齢者に特化したサブアキュート機能もやっていきたいということと、4月からは、訪問看護ステーションと訪問診療も同時に進めていきたいという意向がありまして、小さいながらも地域包括ケアシステムを構築した病院を望んでいるというふうに理解していただければと思っております。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。

今のお話で、1つの病院で地域包括ケアというのは、ちょっとおかしな話ではないかとは思いますが、それはともかく、いろいろ議論されたと思います。医療介護院に転換するとかで、その部分で増床部分を賄うというような議論はあったのでしょうか。

○南部（京浜病院）：はい。その部分については、院内で何度も話し合いがありまして、介護療養病床の先を介護医療院にという選択を検討してみましたが、実際にまだやっているところが少ないということと、経営的なところで難しいのではないかという意見が多かったです。

今後進めていく上でも、医療療養のほうで存続の意義があるのではないかといいところですが、この介護医療院については、ほかに併設して建てるということを検討しております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

あと、牧田病院さんのほうに関しては、例えば、残念ながら、今稼働していない病床があるということですが、それが、新たな病院を開設する32年11月まで、非稼働病床が続くということですが、それまでの間に、新たに開設したいというところがあっても、この43床の縛りが入ってきてしまいます。

今ご説明いただいて、いたしかたない部分もあるかとは思いますが、その辺はどのようなご意見なのでしょう。

○荒井（牧田総合病院）：本当なら稼働したいのですが、今のアメニティとかハード面では、そこで病床としてやっていくのは不可能な状況でございます。

ですので、本当にお願いでしかなくて、新病院まで休床のままお願いしたいということでございます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：そのように伺いました。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、この増床に関してのお話はこれで終わりにしたいと思います。最終的には、審議会のほうで決定ということになるかと思えます。活発なご議論ありがとうございました。

次回以降の調整会議でも、地域の課題解決に向けた議論を重ねていければと思います。

なお、この会議は情報を共有する場でもありますので、ここでぜひ情報提供をしたいという方がいらっしゃれば、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、以上で本日予定されていた議事を終了といたしますので、事務局のほうにお返しいたします。

## 5. 閉 会

○千葉課長：鈴木先生、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、冒頭でもお話ししましたが、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1週間程度で東京都医師会にご提出をお願いいたします。

2点目、今後、病院がこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定されている施設につきましては、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。よろしくお願いいたします。

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)