

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成30年7月4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』

〔区中央部〕

平成30年7月4日 開催

1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、区中央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、大変お暑い中をご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

まず最初に、本年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、係員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場合には、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猪口副会長、よろしくお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

お忙しい中、夕方にお集まりいただき、どうもありがとうございます。

この地域医療構想調整会議は、今年度に入って最初の会議ですが、いよいよ地域医療構想というものを調整していく本番に入ってきたという印象を持っています。

きょうも皆さんに発表していただく公立病院、公的病院のプランについては、地方においては、公立病院が率先して病床機能の統廃合の中心的な存在になっていくわけですが、東京においては、将来の病床推計がトータルで8000床ぐらい足りないという状況の中では、統廃合というのは、なかなかすぐわないだろうと思っています。

ただ、この区中央部においては、基準病床数と比べても9000床以上多いという地域ですので、高度急性期が集積しているこの地域が、東京にとっての高度急性期の病院が集まっている地域ということ、ちょっと意識しながらうまくやっっていかなないと、東京全体の医療がうまくいかなくなるということでございます。

そのため、区中央部の高度急性期の病院のあり方を、東京全体も見ながら進めていただきたいと思います。そこで、お手元の資料3のところ、プランを発表していただくキーワード的なことの説明方法が書いてありまして、点線の四角の中に関しては、これまでの地域医療構想のプランは発表のときに出てきた質問をまとめたものです。

その中に『「地域」の考え方と連携』ということがあります。今まで、こういった会議で「地域」というと、二次医療圏のことを指しておりましたが、区中央部の高度急性期の公的病院の皆さまは、23区全体を診療圏としているところも多いでしょうし、場合によっては、関東はもちろん、日本全体というところもあります。

そこで、そういったところとどのような連携を取ればいいのか。遠いところほど連携が難しいわけですが、この地域医療構想は、連携によって、効率的な入院医療提供体制をつくるのが目的ですので、遠くのことはどうでもいいという話ではありません。

今まで連携を取るために画一的なことをやっていたかもしれませんが、今後に関してどう考えるかということを示していただきたいと思います。

そして、高度急性期があると同時に、回復期とかの病床も必要ですが、皆さまの中で、もし地域包括ケア病床とか回復期というような提案を、自ら申告なさっているところがありましたら、それは、どういう目的のものなのかということですか。

例えば、自院完結型のポストアキュートをやっていくつもりなのか、そうではなくて、高度急性期の先端的医療をやっているにもかかわらず、在宅等のものを受けるとりなのか。また、同じ地域内のところのほかの病院に対してどういう配慮がなされているのか。

こういうようなことが、質問として出ているわけですので、今回の発表の中でそういうことを盛り込んでいただきたかったのですが、3分間の中ですから、そういうことは入っていないだろうと思います。

しかし、今後の地域医療構想調整会議においては、そういう立ち位置も意識されていくということも、ちょっと理解していただきたくて、こういうキーワードを敢えて残しているところがございます。

きょうはそういうご発言にはなかなか至らないと思いますが、今後は真剣な会議になっていくと思います。いろいろな病床転換をするにあたっては、ここで発表して、認めていただくという手続きが必要になりますので、今回から本番になるということで、ぜひよろしく願いいたします。

○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：医療政策担当部長の花本です。

この調整会議もことしで3年目になりました。今年度の第1回目は、プラン策定病院から、地域医療構想を踏まえて、今後の取り組みや方向性について説明していただきまして、意見交換を行っていただいておりますが、ほかのいろいろな構想区域でも会議を行ってきました。

構想区域ごとに医療資源はさまざまですが、具体的にちょっとご紹介いたしますと、ある構想区域では、「そもそも大病院が地域包括ケア病棟を持ち、自院のポストアキュートとして使用するのには、本来のあり方ではないので、急性期を脱した患者は、早い目に地域に戻してほしい」というような意見も出ました。

一方で、ある構想区域では、「急性期を脱した患者を早い目に戻したいが、地域で回復期、慢性期の施設がなくて戻せない」という意見もありました。また、「在宅で急変したときに受け入れてくれる施設が見つからない」というご意見が出たところもございました。

さらに、地域包括ケア病棟を持つ病院からは、「サブアキュートを受け入れた際に、想定と違った患者さんが来て、そのあと、受け入れを渋るようになった」という意見が出たところもありました。

地域によって状況はさまざまだと思いますが、本日も説明いただくプランを踏まえて、この地域で何が足りないのか、具体的にどういう取り組みをすればいいのかということ、今年度の2回目の調整会議での具体的な議論に結びつくような意見交換が、本日もなされていけばありがたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○千葉課長：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、ご了承をよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を佐々木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

○佐々木座長：こんばんは。ことしも座長を務めさせていただきます、浅草医師会の佐々木でございます。

先ほど、猪口副会長からお話があったように、この区中央部は非常に特異的なエリアだと思いますので、なかなか議論が活発に進まないところがあると思いますが、ぜひともいろいろな意見を出していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

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、東京都よりご説明をよろしく願いいたします。

○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、前年に比べまして1792床の増となっております。

これは、新規開設分に加え、昨年度の報告に不備があった医療機関の分が加わったことによります。

これを機能別の増減で見ますと、高度急性期機能が2996床減少している以外は、急性期機能が3351床、回復期機能が1103床、慢性期機能が334床、それぞれ増加しております。

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

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

続いて、資料1の2枚目をご覧ください。こちらは、4機能別の許可病床数の割合について、平成29年度と平成28年度の報告結果を比較したものです。

左上に、東京都全体の機能別の割合を示しております。高度急性期については22.7%ということで、前年より3.3%の減、急性期は44.9%で、

2. 4%の増、回復期は、前年比で0.9%増の10.0%、慢性期は、前年と同じく22.4%という結果になっております。

資料の3枚目は、多摩地区の各構想区域の割合を示しております、4枚目が、区中央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いただければと思います。

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です。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合となっております。

また、参考資料1として、集計結果の元になる病床機能報告の対象病院、診療所の個別の報告内容を記載した一覧を、参考資料2として、東京都全体の結果を掲載しておりますので、適宜ご確認ください。

それでは、①から順に区中央部の集計結果の内容についてご紹介いたします。資料1の右下のコメント欄を見ながらお聞きいただければと思います。

まず、①の4機能別病床数の3か年推移でございます。

一番下のグラフは、地域医療構想で算出した2025年の病床の必要量の推計です。こちらはあくまでも推計値となっておりますので、参考としてご覧ください。

高度急性期と急性期は、報告数、割合ともばらつきがございますが、これは、未報告だった病院分の数値が上乘せされたことや、高度急性期と急性期の間で報告区分を変更した医療機関があったことによります。

全体に対する割合はほぼ一定ですが、回復期の報告数は年々増加し、慢性期の報告数は減少しております。

回復期においては、地域包括ケア病床の増床によるもので、慢性期においては、病床規模を縮小した病院があったことによります。

②は、病床稼働率と平均在院日数の3か年推移です。棒グラフのほうが病床稼働率で、折れ線グラフのほうが平均在院日数をあらわしております。

病床稼働率は慢性期で上昇し、回復期でやや減少と、若干の動きはございますが、データ上有意な差はございませんでした。

平均在院日数は、慢性期で大きく下がっておりますが、在院日数が1000日を超えていた病院が、報告対象外となったことによります。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したのですが、こちらは、地域包括ケア病棟の入院料のほうをご確認ください。

区中央部では、急性期、回復期、慢性期の3つの機能での報告がございますが、回復期の報告割合が大半を占めております。

この入院料は、急性期と回復期の割合が均衡していたり、こちらの区中央部のように、急性期から慢性期までの3つの機能での報告があるなど、地域によって届け出の状況がさまざまとなっております。

後ほど、2025プラン等の説明時にも、地域包括ケア病棟をどのように活用しているかについてのご説明を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。

急性期と回復期で在宅医療を必要としない患者の割合が高く、それぞれ全構想区域で最も高くなっております。

また、高度急性期で、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」が12.9%となっており、こちらも全構想区域で最も高い数値です。

⑤の、退院調整部門の設置割合は、65.2%となっております。こちらは、都平均が62.2%ですので、こちらよりも高い数値となっております。

説明は以上となります。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま、平成29年度の病床機能報告の結果についてご説明がありましたが、ご質問、ご意見等はございませんでしょうか。

本日は、次のプランのほうでたくさん議題がありますので、ご質問等がありましたら、後ほど、遑ってでも結構ですので、次に行きたいと思います。

(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

○佐々木座長：次に、「(2) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プラン」についてです。

前回の調整会議で、「公的医療機関等2025プラン」を参考資料として配布いたしましたが、今回は、プラン策定対象病院から、プランに記載した方向性と、構想区域の課題等を結びつけながら、それぞれご説明いただきます。

その後、そのプランについてご意見をいただくとともに、プラン策定対象病院の取り組みや方向性を踏まえた課題や、地域の医療機関の役割等について、議論を深めたいと思います。

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を配布し、ことしの4月には、地域の医療機関に対して、プラン策定対象病院が説明するという機会を設けたところです。

今回の調整会議で、改めてプラン策定対象病院にプランをご説明いただき、その内容を共有するとともに、各構想区域における課題の解決等に向けた議論に役立てていければと考えております。

時間が限られておりますため、今回は1病院当たり3分の説明時間となりますので、ポイントを絞って、事前提出資料の作成をお願いしております。その内容が、事前提出資料の内容として記載している項目になります。

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2枚目の左上に、区中央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、「地域包括ケア病床が増えているものの、他病院等からの転院割合は低い」、「急性期機能以降、退院調整部門を持つ病院が減る」、「他の構想区域で、区中央部に流入した患者の退院連携を求める声」といったものがあります。

そこから、「課題」として、「地域包括ケアを支える病床を効率的かつ効果的に活用するための方策」、「入院患者を地域のかかりつけ医に円滑に戻すための

取り組みが必要」、「圏域内の医療機関の医療機能を把握するなど、連携を強化する取り組みが必要」といった3点が挙げられます。

ここから、「多くの流入患者」と「情報共有」と「かかりつけ医との連携」という3つのキーワードを設定しております。

この3つのキーワードにつきまして、各プランを踏まえながら、どのように取り組んでいるのか等を記載していただいております。

プラン策定対象病院の皆さまには、短期間で事前提出資料を作成していただきまして、まことにありがとうございました。

資料4として、作成いただいた事前提出資料を添付しております。

また、プラン本体は、参考資料3として配布しておりますので、よろしく願いたします。

説明は以上です。

○佐々木座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

○佐々木座長：それでは、資料4の順番に沿って、対象病院からのご説明をいただきます。

ご説明の際には、前の演台のところをお願いします。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ご説明をお願いいたします。

それから、今回は15病院と大変多いですので、5病院ずつご説明をいただいて、それについてのご質問、ご意見等を受けていきたいと思っておりますので、よろしく願いたします。

それでは、まず、三井記念病院さんから願いたします。

○小林（三井記念病院）：三井記念病院の小林と申します。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」についてですが、入院患者のうち、自圏域の患者は3割程度で、全体の5割の患者は隣接圏域を中心とした他圏域

の患者です。また、千葉とか埼玉とかの他県の患者も2割程度入院されています。

「キーワード2：情報共有」については、区中央部に限らず、区東部や区東北部とかのいくつかの病院さんと、定期的に会合を持って、それぞれの病院が得意な分野は何かとか、共通の課題と一緒に取り組めないかとかの情報交換をやっております。

「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、当院は、“二人主治医制”という合言葉のもとに、積極的に地域に患者さんを逆紹介しようという努力をしております。

そして、紹介されてきた患者さんは、当然、紹介元にお帰ししますが、そうではなく、いきなり当院に来られた患者さんで、なおかつ、かかりつけ医を持っていないという患者さんに対しては、全ての診療科ではないですが、いくつかの診療科で逆紹介先のデータベースを作成して、患者さんの症状に合った医療機関にお帰しするように努めております。

次に、設問1の「地域」の範囲ですが、冒頭に申し上げましたように、区中央部は3割ぐらいで、あとは、区東部と区東北部の3つの圏域で7割程度の入院患者を占めていますので、この3圏域を主に「地域」として認識しています。

そして、また、これらの区東部と区東北部の医療機関と連携するため、当院の登録医制度を積極的にご紹介しています。この結果、現在、区東部の医療機関は約3割、区東北部の医療機関は約2割ぐらいになっていただいています。

それから、2の、「近隣の関係機関と遠方の関係機関の違い」ですが、特段、当院では違いはありません。

3の、「地域包括ケア病棟」はありませんし、今後も持つ予定はございません。

4の、「病床機能を分類場する際の根拠や理由」については、診療報酬上の看護配置、入院基本料を除く患者別日当点の構成割合、入院患者の病棟別手術割合、病棟別の重症度や医療・看護必要度、救急医療管理加算の病棟別算定状況などを、総合的に判断して、区分いたしました。

最後に、5の、「他の医療機関に求めること」については、当院は、循環器は得意ですが、それ以外でも、糖尿病や透析等、併存症のある患者さんの治療を多くやっております。

ですので、そういう併存症等によるリスクのある患者さんで、治療の時間的余裕が少ない患者さんは、ご遠慮なくご紹介いただければと思います。

また、急性期病院として治療後は速やかな退院・転院をお願いしておりますので、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟を持つ病院さんや、かかりつけ医や在宅医療を担う医療機関さんには、今後とも引き続き連携をお願いしたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続きまして、九段坂病院さん、お願いいたします。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井でございます。

当院は、この15の病院に比較して、非常に弱小な病院でありまして、どうやって生き残っていくかということをいつも考えております。

1980年ごろから、整形外科のうちでも特に脊椎を主に展開してまいりまして、患者さんの3分の2はそういう脊椎の患者さんです。

整形外科の手術は、年間1000件を超えますが、そのうち、脊椎以外の手術は6例とか7例とかで、院内で転んだ頸部骨折の方とかぐらいですので、極めて特殊な医療をしていると思っております。

それを可能にするのは、私どもの整形外科は東京医科歯科大学などの近隣の関連病院と、関節の患者さんとかを交換したりしてきておりますので、基本的には、今後とも、そういった形で存在の意義があるのではないかと考えております。

一方、このたび、約2年半になりますが、千代田区の区役所の跡地に移転いたしましたして、千代田区医師会、神田医師会のご尽力を得ながら、新しい病院を建てることができましたわけです。

そこで、千代田区民の病院として、私たちも意識していかなければいけないということで、外科とか内科とか、地域包括ケア病床のサブアキュートも診る

ような体制をつくって、現状はポストアキュートというところが多いですが、千代田区民の皆さんと地域の連携を図りながら、もう一つの診療の柱としてやっていこうかと考えております。

「多くの流入患者」については、脊椎のほうは全国から来られますが、病院の中での割合は資料をご覧ください。

「情報共有」については、先ほどの地域包括ケア病棟を有しておりますので、在宅医療を支えている医師会の先生方と緊密な連携を取るように、地域連携の係がっております。

「かかりつけ医との連携」については、区民のための医療ということに関しては、非常に密接に医師会の先生方と連携し、かかりつけ医に戻すということをやっております。

そして、この脊椎に関してはフォローが重要なので、どんなに遠い人でも10年以上のフォローアップを続けているという状況で、そういう中で、保存治療とかは、もちろん、かかりつけ医の先生と連携するということですが、これは、特別な方法はなくやっております。

それ以外のことについては、事前提出資料をご覧くださいと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、次に、聖路加国際病院さん、お願いいたします。

○石松（聖路加国際病院）：聖路加国際病院の石松と申します。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」についてです。

当院がある区中央部は、特定機能病院やがん診療連携拠点病院等の高度医療提供施設が非常に多いのですが、一部の地域に集中しており、中央区内で救命救急センターや周産期母子医療センターを保有する施設は当院のみです。

また、その立地上、区東部から流入する患者が多く、2017年度の当院の入院患者のうち中央区在住者が25%、区中央部全体では32%でした。一方、江東区在住者が16%、区東部全体では21%、その他の圏域47%となっております。

特に、がん診療においては、区中央部は19%ですが、区東部からは16%、世田谷区が7%、千葉県が10%、神奈川県が8%、その他府県が12%など、他の圏域からの患者が多いのが特徴です。

これ以外に、外国人患者が入院患者の4.6%を占めており、海外からの患者受け入れも非常に多い病院となっています。特に救急患者の流入は多く、2017年度に救急車による搬送で入院した外国人の患者は1923名ありまして、区中央部以外からの受け入れは67%に上っていました。

次に、「キーワード2：情報共有」についてです。

退院調整部門を中心に、地域の医療機関やケアマネジャー、訪問看護ステーション等と顔の見える関係を構築する目的で、定期的に連携会議を開催し、連携上の問題点などの情報共有を行っております。

具体的には、中央区内のケアマネジャーとの連携会議が年2回、中央区内の在宅に関連する看護師の会議が年4回、当院と連携実績のある病院との連携会議が年1回、地区医師会を初めとする合同カンファレンスが年4回などです。

次に、「キーワード3：かかりつけ医との連携」についてです。

当院では、医療連携をよりスムーズに行うために、かかりつけ医を連携先として登録する「登録医制度」を設けています。現在、1000名以上の登録医と連携していて、そのうちの58%は区中央部以外、さらに、そのうちの10%は東京都外の登録医であり、広域での医療連携を推進しております。

また、登録医に限らず、連携実績の多い医療機関とは、合同カンファレンスやがん診療の合同勉強会等を開催するとともに、当院が新しく始める治療の案内や外来一覧表等の刊行物を、定期的に送付するなどして、緊密な連携を心がけております。

次に、1の「地域」としての範囲についてです。

先ほどお話ししたように、入院患者の53%が区中央部及び区東部の患者で構成されており、そのうち、中央区及び江東区が41%を占めることから、区東部についても当院の「地域」として認識しております。

2の、「近隣と関係機関との連携方法等の違い」についてです。

近隣の関係機関とは顔の見える関係を構築できますが、遠方の関係機関については情報が少ないため、当該地域における中核病院から情報を収集し、患者

の希望に応じて適切な医療機関・関係機関を紹介するなど、臨機応変な対応を心がけております。

それから、4の、「病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてです。

当院が高度急性期病床を選択する主な理由は、まず、東京都地域がん診療連携拠点病院、東京都地域周産期母子医療センター、東京都災害拠点病院、東京都難病指定病院など、政策医療の役割を担っているためです。

また、年間1万台を超える救急車の受け入れを行う救命救急センターを保有し、入院患者のうち約25%が救急外来経由の入院であることからです。

それから、年間9693件の手術件数のうち、全身麻酔下が5608件、ロボット支援下手術が162件、悪性腫瘍手術が約1700件の手術があることからです。

さらに、一般病棟における重症度・医療看護必要度を満たす患者割合が約40%であり、重症度の高い患者が多いこともあります。

最後に、5の「他の医療機関に求めること」についてです。

急性期治療終了後の地域包括ケア病床や回復期病床等との後方連携を推進するということが、当院のテーマとなっております。また、かかりつけ医との機能分担を推進していきたいと考えております。

そして、他区域からの流入患者が多いため、区中央部に限らず、広域での連携を行っていききたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

次に、国立がん研究センター中央病院さん、よろしくお願いいたします。

○西田（国立がん研究センター中央病院）：国立がん研究センター中央病院の西田でございます。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」ですが、私どものところは、流入患者が非常に多く、東京都内では約5割で、そのうちの5%だけが区中央部ということです。そして、関東圏からが4割あって、残りの1割がそれ以外の県からということです。

これは、がんセンターという特殊な状況がございますので、こういうことになっているかと思っております。

なお、特に最近力を入れております希少がんに関しては、全国区の比率がもっと高く、2割から3割になっています。

「キーワード2：情報共有」に関しては、医師会の方々や近隣の病院の皆さんと定期的に会議を開くように努めておりますが、こういう広い範囲を全部カバーすることはできませんので、ごく近隣の病院とだけでございます。

ですので、こういう患者さんを全国に、がんセンターの治療が終われば、スムーズに戻っていただくということで、ことしの初め、JCHO（地域医療機能推進機構）と包括連携をして、その関連病院と連携を強めていこうという、システマティックな方法を考えております。

それから、「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、先ほど申しましたように、東京都の中では、医師会の先生方と直接お話しして、医師会の窓口を使わせていただいて、患者さんの情報を共有するようなシステムをつくっていきたいと考えております。

なお、先ほどの「情報共有」の中で言い忘れましたが、私どもは、開発的な医療をやる病院ですので、ちょうど今取り組んでおりますのは、電子カルテでの情報共有ができるシステムをやっていきたいということで、そのシステムを構築中でございます。

次に、1の「地域」としての範囲ですが、先ほど申し上げたような患者さんの分布ですので、東京都を中心として、千葉、埼玉、神奈川県が、我々にとっての「地域」かなと考えております。

したがって、それぞれの地域にハブとなるような病院として、一緒にやっていただけるような病院をつくって、我々のところでがんの特殊な治療が終わったら、地域で治療していただくような構想で、今取り組んでおります。

それから、2の、「近隣と遠方との病院との関係」についてですが、近隣との関係については、私どもはがんの特化した病院ですので、総合的なことはできません。

ですから、高齢者が増えている現在、心臓疾患や糖尿病などがある場合、我々のところでは十分な医療ができませんので、このあと登場される、済生会とか

高輪とかと連携して、そういった合併症のある患者さんは、そちらのほうで治療してもらい、がんの特殊な状況のところだけ我々のところでやるというような、近隣との共存を図っております。

遠方に関しては、先ほどお話ししたハブ病院構想でっております。

それから、4の、「病床機能の分類」についてですが、私どもは、高度医療を提供する機関として、高度急性期に特化した病院であると考えております。

特に、普通の病院が対象としないような難治がん、希少がんという、特殊な領域のがんに関しては、国の政策を反映して、我々のところでやらなければいけないということでっておりますので、少し特殊な病院ではないかと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

次に、済生会中央病院さん、お願いいたします。

○高木（済生会中央病院）：済生会中央病院の高木でございます。

「キーワード1：多くの流入患者」については、当院も、今までご発表の病院と似ておまして、港区の患者さんは3割、それ以外の区中央部の患者さんは1割ぐらいですので、区中央部の患者さんは4割ぐらいということになります。

そして、区中央部以外の東京都、主に23区内も4割ぐらいということになりますが、診療圏に関してはかなり特徴があります。つまり、区中央部でも北側には大きな病院が多いということもあまして、私どもの病院は、どちらかというと、区南部とか区西南部というような、南から流入の患者さんが多いというのが特徴だと思っております。

ただ、アクセスもいいということもありますので、私どもは、区中央部というか、医療圏を意識しているということは、余りありません。

それから、「キーワード2：情報共有」については、ここでは、患者情報の共有のことを書いていますが、東京総合医療ネットワークを計画されて、進行しているということですので、私どもとしても、それに積極的に参加して、患者さんの情報共有をしていきたいと思っております。

なお、私どもは脳卒中もやっておりますが、画像情報の共有が非常に重要ですので、慈恵医大とか虎の門と一緒に、「Join」という名前の汎用画像診断装置用プログラムを利用しております。

それから、「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、私どもも、ほかの病院と同じように、登録医の制度をつくっております、「病診連携」事業については、古くから取り組んできております。

専従の部署、係員を置いて、電話やFAXが主ですが、それ一本で患者さんの受け入れができるような体制をつくっております。

また、定期的な医療連携の情報交換会や勉強会を開催しております、常に顔の見える連携というものを推進しております。

次に、1の、「地域」としての範囲については、先ほどお話ししたとおりで、港区が中心ですが、近隣の区南部や区西南部からの患者さんとの連携が多いです。

特に、私どもが最近力を入れているのは、「病診連携」ではなく、「病病連携」ということで、この地域医療構想のこともありますが、この近隣の区域も含めて、先ほどもお話がありましたが、私どもは総合病院ということの一つの強みとしておりますので、総合病院と高度な専門病院との連携によって、より治療レベルを上げていくような連携に力を入れています。

さらに、後方のベッドということで、地域包括ケア病棟を持つ、この区域の連携とか、回復期リハの病院との連携についても、病院同士で連携の協定を結んだ上で、連携を進めております。

最近、近隣に回復期のリハビリのベッドが増えてきたので、以前は回復期リハへの転院にかなり苦労していましたが、その辺は余り苦労しなくなりました。

2の、「近隣と遠方の医療機関との連携」については、私どもは高度急性期が主で、三次救急や重症患者の受け入れを積極的に行っておりますので、近隣の医療機関とは、そういう患者さんを受け入れて、急性期の治療後には、在宅療養の前段階としての地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟への転院をお願いしております。

ただ、この地域は、長期療養のための慢性期のベッドが極端に少ないということもありますので、そういう患者さんで在宅が難しい場合は、遠方との医療機関との連携が必要になってくることもあります。概ね、退院調整室やケースワーカー等を介して、スムーズにいつていることが多いと思っております。

3の、地域包括ケア病棟は持ってありませんし、今後も予定はありません。

4の、「病床機能分類」についてですが、平成28年度まで、当院では、高度急性期と急性期をどのように区分けするかがはっきりしてないということもありましたので、高度急性期は、いわゆる特定入院料を算定している、ICUとか救命救急のベッドだけを高度急性期としていました。

ただ、今度の7対1のベッドでも、一部は高度急性期に該当するというようなことがありましたので、今回は、前の診療報酬改定の看護必要度の基準が30%を超えているような病棟は、一応、高度急性期として出しましたので、今回は、どちらかという、535床のうち、高度急性期が326床というふうに増えた次第です。

最後の、5の、「自院の持つ機能を活かすために、他の医療機能に求めること」については、これまでお話ししてきたとおりで、当院の強みは、総合病院の機能を有している急性期の病院ということですので、重症の患者さん、三次救急の患者さん、合併症を持っていて手術が難しい患者さんや治療が難しい患者さんを、積極的に受け入れていくという方針です。

そして、古くから地域の中核病院としての実績がありますので、地域包括ケアを土台から支えるような役割もしていきたいと思っております。

それから、もう一つ、これは、済生会としての使命といいますか、特徴ですが、以前、東京都立の民生病院という、都内のホームレスの患者さんのための専用の病院があったのですが、その機能を継承した病棟を、今持っております。ホームレスの方は専従で入れるようになっておりますので、そういう患者さんの受け入れに困っているときには、当院へ依頼していただければと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

これで、最初の5つの病院からのプレゼンテーションをいただきましたが、これらの病院について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

傍聴席の方々からはいかがでしょうか。

また最後にまとめて、質疑応答、意見交換の時間も取っておりますので、後ほど、全て聞いてからでも結構ですので、またご質問、ご意見をいただければと思います。

それでは、続きまして、次の5つ、6番目から10番目までを進めたいと思います。

では、虎の門病院さん、お願いいたします。

○中山（虎の門病院）：虎の門病院の中山と申します。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」についてです。

当院の外来患者の地域分布を見てみますと、東京都の患者が61%で、次いで神奈川県14%、千葉県10%、埼玉県10%の順となっております。

そして、東京都の患者のうち、区中央部の患者というのは18.4%で、東京都区内の患者は67.3%で、その他が14.3%ですので、区中央部の患者が占める割合は非常に少ないというところです。

一方、紹介元医療機関の紹介分布を見てみますと、東京都内の医療機関からの紹介は全紹介患者数の79%ですが、そのうち区中央部の医療機関からの紹介は47%と、半分にも満たないような割合となっております。

こうした実績を見ていきますと、区中央部は、勤務地として昼間人口が多いことや、交通アクセスの影響で、構想区域外の患者が多いと考えております。

次に、「キーワード2：情報共有」についてです。

当院では、患者情報の共有化ということで、登録医制度もありますが、近隣の17医療機関と「虎の門病院医療情報共有ネットワークシステム」（MIN Tシステム）を活用し連携しております。

ただ、来院患者の広域化に対応するために、東京都内の大病院相互の診療機能情報や患者情報の共有化を図るための「病病連携」の推進が必要と考えております。

それから、「キーワード3：かかりつけ医との連携」についてです。

当院は、総合的病院ということもありまして、外来診療において、複数の診療科を併診する患者が非常に多く、急性期から慢性期に移行しても、紹介元の医療機関に戻る患者は少ない傾向にあります。

こうした状況に対し、当院としても、地域の「かかりつけ医」に逆紹介することを推進しておりますが、当院の複数診療科間の連携不足や、患者の大病院志向ということもありまして、なかなか進まないのが現状ではないかと思っております。

次に、設問1の、「地域」としてどの範囲を意識していますかについてです。

先ほども言いましたように、当院の外来患者分布を見ていきますと、東京都内の患者は全患者数の約60.6%で、このうち都区内の患者は52.3%で、それ以外は39.4%ということになっています。

ですので、「地域」としては、当院の所在地である港区の患者数が一番多いのですが、都区内全体の患者数で見ると、区中央部の患者は21.3%に過ぎず、それ以外は78.7%となっています。

中でも、世田谷区、杉並区、江東区、大田区、練馬区の患者が多くを占めています。これは、区中央部が勤務地として昼間人口が多いことや、交通アクセスの影響が要因と考えております。

このように、当院の「地域」としては、港区を中心とした区中央部ということになりますが、患者分布からすれば、東京都区内と広範囲であるということになります。

次に、2の、「近隣と遠方の関係機関との連携方法等の違い」についてです。

当院の医療連携部を中心として連携を行っていますが、特に、近隣の関係機関と遠方の関係機関と異なる連携方法は行っておりません。

3の、「地域包括ケア病棟」に関する設問は、該当しません。

次に、4の、「病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてです。

分類にあたっては、医療需要推計及び病床機能報告を参考にしまして、特定集中治療室を利用した診療科を「高度急性期」とし、それ以外の診療科を「急性期」としてみました。

来年の5月に、新築移転しますので、現在は868床ありますが、830床程度に規模を縮小するという事で、高度急性期520床、急性期310床というあたりで考えております。

最後の、5の、「他の医療機関に求めること」についてです。

当院は、高度な先進医療を担う総合的な急性期病院でありまして、専門性の高い診療科には、区中央部のみならず、東京都内、関東地方、全国、さらに海外在住者の方もいますが、そういうところからの患者が非常に多いです。

そこで、当院の医療機能を有効に活用するためには、区中央部では急性期以降の回復期機能や、在宅機能を持つ施設の充実が必要でありまして、区中央部以外では、急性期以降の患者を受け入れる施設の情報が必要と考えております。

また、東京都内の大病院などとの診療機能情報や、患者情報の共有化を図るための「病病連携」の推進が、今後とも必要であると考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続きまして、東京高輪病院さん、お願いいたします。

○橋本（JCHO東京高輪病院）：東京高輪病院の橋本と申します。

まず、当機構が、平成26年4月に発足しましたが、まだ馴染みがないため、いわゆる「JCHO」と聞かれてもピンと来ないと思いますので、この機会を利用して、当院の知名度が少しでも上がればと思っております。

「キーワード1：多くの流入患者」については、他の地域と同じように、当院の位置する港区の患者割合は、入院・外来ともに約30%程度で、残りの7割が流入の患者さんであるということです。

また、当院も地域包括ケア病棟を49床持っておりますが、他病院等からの転院割合は比較的高くて、29年度は約60%で、本年度も同じような割合で推移しております。

「キーワード2：情報共有」については、受け取め方を狭義に理解させていただいて、院内での情報共有ということで書かせていただきました。

院内には、「医療連携・患者支援センター」がありまして、そちらが中心となって、医師、看護師、MSW、事務職、国際部、訪問看護ステーションが、1か所で情報共有できるチーム医療体制をとっております。

この国際部というのは、余り聞き慣れない部署ですが、主に医療コーディネーターを行っている部署です。また、この6月に訪問看護ステーションを開設したばかりです。

「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、前方、後方とありますので、まず、前方のほうのお話をさせていただきますと、当院では、近隣の高度急性期病院の3病院様と連携協定を結んでおりまして、これからも少しずつ増やしていきたいと考えております。

一方、後方連携については、こちらには書いていませんが、現在、500を超える医療機関様と登録をさせていただいておりますので、私どもの病床機能の病期を過ぎた方は、そちらを通じて受け取っていただいているという状況です。

それとは別に、先ほど申し上げたように、この6月から訪問看護ステーションを開設しましたので、在宅医療機能との連携も今後は重要であるということで、取り組んでまいりたいと思っておりますが、まずは実績を挙げてからの話になりますので、次回以降、ご報告させていただきたいと思っております。

続いて、1の、「地域としての範囲」ですが、私どもでは、品川区、大田区も「地域」として意識しております。

ただ、病院が建っているところの地域は、警察、消防のほか、入国管理局や検疫所などの公的機関がたくさんございます。また、品川駅に最も近い場所であることから、交通機関や大型のホテルなども隣接しておりますので、それらとも連携しております。

また、地域を超えた医療機関との連携については、各病院様が主催される医療連携の会へは積極的に参加して、特に、転院等に関わっていらっしゃるMSWや看護師の方々との、顔の見える連携を目指しております。

ちなみに、29年度の紹介患者内訳は、港区が約40%、品川区が30%、大田区が約10%でありました。

続いて、2の、「近隣と遠方の関係機関との連携方法の差」については、特に差はございません

ただ、近隣の医療機関においては、医療者同士の顔の見える関係が、比較的作りやすいということに対して、遠方の医療機関では、なかなかお互いを知らない間での連携を図ることになりますので、なかなか情報共有は難しいというのが実情です。

そのため、後方連携の場合で、退院調整部門との連携が難しい場合においては、患者さんの居住する地域の地域包括支援センターや、在宅医療を行っている関係機関などとも、より多くのパイプをつくりまして、それらを通じて連携を深めていけたらと思っております。

3の、「地域包括ケア病棟」については、当機構の理念の一つに「地域医療の提供と、地域包括ケアの要としての役割を果たす」というのがございますので、当院においても、平成27年10月から、地域包括ケア病棟を49床開設いたしました。

現在でも、港区では、私どもの病院以外に2つの病院しかないとお聞きしていますが、そういった関係から、当初からこういった病床を持っているわけがございます。

この地域包括ケア病棟の使い方ですが、急性期を脱した患者さんを、院内の転棟で受け入れていることと、連携協定を結んでいる病院様からの受け入れが大半です。

ただ、地域の高齢化が進むとともに、今後は在宅医療との関わりが深くなってまいりますので、必然的にサブアキュートとしての使命も、今後増えていくと思われまじし、訪問看護ステーションも開設しておりますので、こういった需要が高まっていくと思っております。

それから、4の、「病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」については、こちらはちょっとピントは外れているかもしれません。

まず、私どもの病院が建っているところの地域は、高度急性期を有する大病院様がかかなりたくさんありまして、私どもは、この地域では高度急性期に積極的に取り組むという意義は薄いと認識しております。

しかし、品川の地区を中心とする品川区、港区というのは、労働者や旅行者など、昼間の人口が圧倒的に多い地域ですので、この地域においては、ロケーションから考えても、急性期の機能は必ずいると考えております。

病床機能としては、HCUが6床ありますので高度急性期で、地域包括ケア病棟が回復期で49床、残りが急性期ということで186床という分類で考えさせていただいております。

最後の、5の、「他の医療機関に求めること」については、皆さまの病院のホームページを全て見たわけではありませんが、一般論として述べさせていただきます。

患者さん向けのホームページの構成がほとんどだと思いますが、私どもの病院も含めてですが、そういったホームページの中に医療機能同士の情報交換のページがあれば、お互いにどのような医療が得意なのか、不得意なのかというようなことが情報共有できて、お互いの機能を双方で認めつつ、どのような連携が取れるかのヒントになるかと思っておりますので、このあたりを考えさせていただいたところでは。

○佐々木座長：ありがとうございます。

次は、東京慈恵会医科大学附属病院さん、お願いいたします。

○横山（東京慈恵会医科大学附属病院）：東京慈恵会医科大学附属病院の横山と申します。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」についてですが、これは、自院のというよりは、構想区域のことで書かせていただきました。

流入超過というものは、しばらく続くと思っております。そうすると、大幅な病床過剰状態が当面続くと思われれます。

現在、既存病床数が基準病床数を相当上回っておりますので、この構想をまとめるときに、この病床数をどう考えるのか。この辺をご教示いただければありがたいと考えております。

「キーワード2：情報共有」についてですが、これは、収容条件とか空床状況というものが、システムティックに把握できて、そういったプラットフォーム

ムが構築できれば、医療連携の一層の推進が期待できるのではないかと考えております。

ただ、最終的には、フェイス・トゥ・フェイスということで、医師対医師といった CONTACT が大事だと考えております。

「キーワード3：かかりつけ医との連携」ですが、これについては、当院は連携の取り組みがずいぶん遅れました。それで、いろいろご意見を伺いますと、救急で受けてもらえないとか、返書がないとか、患者さんが戻らないといったご意見を伺っております。

それを解消するために、取り組みをいろいろ始めたところで、返書の管理とか救急の受け入れに関しては、ワンストップで収容ができるような体制の整備を行っているところでございます。

次に、1の、「地域」の考え方ですが、これについては、自院から30キロ圏内で80%の入院患者さんということですので、かなり広域です。

習志野、越谷、横浜、立川というところが、半径30キロ圏内ということになりますが、ここについて連携の利便性ということを考えつつ、自院の診療情報を一層提供できる機会を、情報交換の場として策定して、実行しようと考えております。システムの、「Web予約」といったものを構築しております。

2の、「協力と遠方の関係機関との連携」についてですが、これは、特別な区別はございません。

3の、「地域包括ケア病棟」については、特定機能病院として、規則でできませんので、今後も開始する予定はございません。

4の、「病床機能の分類」ですが、疾病構成、医療看護必要度といったものを総合的に判断し、約1000床ありますが、高度急性期と急性期の割合を6対4ということで届け出をしております。

5の、「他の医療機能に求めること」ですが、先ほども申し上げたとおり、当院は医療連携の取り組みがずいぶん遅れました。したがって、今後、一生懸命頑張りますので、顔の見える連携の実現に向けてご支援をお願いしたいと思っております。

とりわけ、地域包括ケア、回復期、慢性期といった病床との連携を、私どもは希望しておりますので、どうかご協力のほどよろしくお願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続けて、順天堂大学医学部附属順天堂医院さん、お願いいたします。

○米澤（順天堂大学医学部附属順天堂医院）：順天堂医院の米澤と申します。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」については、2017年の集計では、全紹介患者さんのうち二次医療圏内在住の患者さんが26.3%ということになっております。

ですので、このことから、他圏域や他県から多くの患者さんが受診しているということになります。

「キーワード2：情報共有」ですが、2016年より、当院では、「連携医療機関検索システム」を構築して、約3200件の医療機関情報を院内で共有しております。

また、このシステムについては、ホームページ上に一般公開しておりますので、患者さんも閲覧できるような仕組みになっております。

さらに、退院支援先に特化した情報共有システムの構築も、現在検討しているところです。

それから、「キーワード3：かかりつけ医との連携」ですが、かかりつけ医への逆紹介については、病院を挙げて推進しておりまして、2017年の逆紹介率は70%を超えているという状況です。

また、この「連携医療機関検索システム」は、かかりつけ医のない患者さんが、近医を検索できるシステムとしても機能しております。

次に、1の「地域」としてどの範囲を意識しているかについてですが、23区を中心に首都圏近郊都市、つまり、電車利用で約1時間半圏内を「地域」として意識しております。

そして、関係機関と連携するために、医療機関登録の促進、各種連携の会ということで、前方連携中心、後方連携中心のほか、疾患領域別にも年6回程度の医療連携の会を実施して、連携を図っております。

2. の「近隣と遠方の関係機関の連携方法等の違いについて」ですが、近隣の先生方には、初診外来が予約制ではないため、すぐに紹介したい患者を当日に「診ていただきたい」という依頼があったときには、近隣の先生方には「ホットライン」ということで、専用の電話番号をお伝えしておりますので、特にプライムタイムの時間帯の受け入れについては、非常に好評をいただいております。

遠方については、当然、受診までに間隔が空くケースが多いので、その場合には、地域医療連携室を通した「初診専用紹介システム」というものをご利用いただいております。

そのほかにも、当院では、「教授外来」というものを行っておりまして、遠方の方から直接連絡があった場合、教授の外来についても、予約でかかれるようなシステムもつくっております。

3の、「地域包括ケア病棟」については、対象ではありませんので、割愛をさせていただきます。

4の、「病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてですが、当院は、大学病院の本院として高度な設備や機器及びスタッフを有しておりまして、近隣地区のみならず全国の方々に難度の高い治療を提供するという役割を担っていると自覚しておりますので、今後とも高度医療を提供していきたいと考えております。

5の、「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」についてですが、患者紹介にあたっては、紹介状を持参いただいて、急性期医療の必要性が高い患者さんを紹介していただければと思っております。

それから、急性期の治療を終えた患者さんの受け入れについて、スムーズな連携を今後もぜひ取っていただければと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

次に、日本医科大学付属病院さん、お願いいたします。

○加島（日本医科大学付属病院）：日本医科大学付属病院の加島と申します。

私ども、この1月1日に、新病院が立ち上がりまして、この7月1日から、877床という病床で、高度急性期ということで運用させていただいております。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」ですが、区中央部にありながら、区東北部のがん拠点病院ということになっております。

その拠点病院の申請のときも、患者さんの流入等を調べましたら、区東北部から45%から50%ぐらいの患者さんが流入しているということがわかりました。

現在、外来患者さんも、区東北部から46%、新入院患者さんも50%、紹介患者さんも35%ということになっております。なお、これらの数字には区西南部からの分も含まれております。

それから、「キーワード2：情報共有」と「キーワード3：かかりつけ医との連携」についてですが、私どもは一本と考えておりまして、開業医様、病院様、診療所様との情報共有だと思っております。

現在、電子カルテを利用して、IT連携を数十件の医療機関様と情報共有させていただいております。逆紹介いただいた患者さんの情報が、先生方の手元でも私どもの手元でも見られるような状態を構築しております。

今後は、東京都医師会様と協力して、IT連携を進めていきたいと考えております。

次に、設問の2の、「近隣と遠方関係機関との連携」ですが、近隣の医療機関との連携については、これは、「連携の会」というものをいろいろやっておられると思いますが、私どもの病院では、数年前から、「患者支援センター」というものを立ち上げております。

また、前方連携、後方連携においては、全部の看護職、事務職のほか、この4月から薬剤部が入りまして、さらに、この秋ぐらいから栄養課も入りまして、多職種で患者さんのフォローをしていこうと思っております。

そして、前方連携に関しては、従来どおり、先生方のところにお伺いして、ご挨拶をして、私どもに対する問題をお聞きして、それを改良していております。

後方連携については、うちのソーシャルワーカーとかが、毎月、いつかの医療機関様を訪問させていただいて、私どもの逆紹介でお願いした患者様の受けはどうだったかとかについて、お伺いさせていただいております。

3の、「地域包括ケア病棟」については、対象外でございます。

4の、「病床機能を分類するにあたっての根拠や理由」についてですが、私どもは、昨年10月から、高度救命救急センターに、SICU、NICU、CCUなどを全部一本にして、従来は47床だった救命救急センターの病床を60床に増やしております。

オペ室のほうも、新たにハイブリット型手術室を完備し、小児病棟にもNICU等を完備できまして、高度急性期に特化した病床の運用に持っていかっておりますので、私どもの病床のあり方については、高度急性期ということで考えております。

なお、1の「地域」としては、区中央部ではありますが、区東北部を中心とした医療を展開していくということになっておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま、6番から10番まで、特定機能病院が3つ、地域医療支援病院が1つ、それ以外が1つということでしたが、この5病院についてご質問、ご意見はございませんでしょうか。どうぞ。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

聞いていますと、区中央部ということになっていても、きょうの15病院は圏域は違うというふうに解釈できますよね。

この二次医療圏の範囲で、区中央部ということで考えた場合、こうした高度急性期とか急性期の病院に関しての情報を得ても、余り意味がないような気がするんですね。

対象が違いますよね、圏域が違うというか、むしろ、回復期とか慢性期とかがこの地域でどのぐらい満たされているかということを見ていくことが、やることとしては重要だと思うんです。

いろいろ説明を伺っても、ほとんど同じことしか聞けないし、どうしてこの15病院を選ばれたのでしょうか。

○佐々木座長：今回は、「新公立病院改革プラン」と「公的医療機関等2025プラン」の対象病院からということになっていますので、こういう形になっています。

これまでの地域医療構想調整会議でもたびたびあったように、この区中央部という二次医療圏と、各病院のあり方というのが、大きく違うということは、1回目から出ている意見だと思いますが、今回は、その対象病院がこうなっているということで、ご了解いただきたいと思います。

○中井（九段坂病院）：これは、義務づけられた会議ということなんですか。

内容そのものは、皆さん、時間の無駄だと思うんですよね。そういう会議をするということは、「そういうことをしたよ」という意味付けのためにやられているということなんでしょうか。

○花本部長：福祉保健局の花本です。

意味付けというよりも、プランを策定した病院から、そのプランの説明を聞いて、地域として意見を言って、このエリアでそのプランについて合意を得るための一つとして、この調整会議で意見を言い合うということなんですね。

○中井（九段坂病院）：ですから、その圏域が違うのじゃないかと言いたいわけです。区中央部だけで話すような内容ではないですよ、今までのお話を聞いていると。

その中でプランがあっても、この区中央部で何が決められるというのですか。対象の患者さんの8割以上が区中央部以外ですよ。ですから、区中央部のためのプランをどの病院だって出せないと思いますよ。

地域医療に関して、この15病院が出せることは何もないと思います。彼らの役割は違うわけですよ、お話を聞けばわかるじゃないですか。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

先生がおっしゃっていることはもっともで、そのとおりであります。

ただ、この地域医療構想というものが、地域医療計画に基づいて動いていて、この地域医療構想調整会議の進め方という指針の中で、公立病院と公的病院のプランを発表しなければいけないということになっているわけです。

そこで、このようにしてやっているんですが、東京にとっては大きな無駄であって、その圏域だけでやっているのは、本当にそれ以上進歩も何もないということで、我々東京都医師会の医療関係のほとんどのところは、東京の場合は、二次医療圏でいろいろなことを考えても無駄だから、もっと全都的な患者の流出入というものを考えながらやっていかなければいけないということです。

それで、この地域医療構想をよく読んでいただくと、病床を規定するのは二次医療圏にするけれども、事業を行う、要するに、患者のやり取り、連携をするとかいうようなことや、5疾病5事業についても、「事業構想区域」といって、流動的、有機的にいろいろ考えましょうということで、地域医療構想の中にしっかり入れてあります。

今回は、国の立てつけの中で、二次医療圏でやっておりますが、後ろ側におられるオブザーバーの方々には、東京全域に案内しています。

そして、この区中央部の病院の皆さまのご発表を聞きながら、例えば、日本医大のお話が今ありましたが、「我々は区東北部を意識している」ということであれば、区東北部の病院の先生方にも聞いていただき、医療機関の先生方も聞いていただいて、日本医大にとって連携というものを区東北部に対してどういうことをやっていただいているのかというようなことを、しっかり聞いていただいて、オブザーバーの方々にも発言をしていただくというような、東京独自の形をとっているわけです。

そういうようにして、東京都独自に努力をしておりますので、そういう視点を持って、東京全体の連携を図るためにはどうしたらいいんだという意見を、ここで聞かせていただけると、それを政策のほうに持っていけると思います。

そういう意味において、ご意見をいただき、本当にありがとうございました。そう言っていただけると、願ったりかなったりのところがあります。

○佐々木座長：私も、この会議に出ている、区中央部で、この二次医療圏で話しているだけでどうするんだろうと、常々感じていましたが、よく考えてみると、例えば、「この区中央部の高度急性期病床が多いから減らしましょう」となった場合、「そこに流入している患者さんはどうするのだろう」ということになってくると思います。

ですので、この区中央部で各病院がどういう医療機能を持って、それをほかの地域とどのようにすり合わせていくのかということをお話していくことは、非常に大事だと、だんだんわかってきた次第です。

傍聴席のほかの圏域の方々から、何かご質問、ご意見はございませんでしょうか。

また後ほど、トータルでご質問、ご意見をお伺いする時間がございますので、次に進めさせていただきたいと思っております。

では、11番の東京医科歯科大学医学部附属病院さん、お願いいたします。

○大川（東京医科歯科大学医学部附属病院）：東京医科歯科大学附属病院の大川でございます。

今の議論のあとで、また同じことを言うのは、大変心苦しいのですが、全く同じようなお話をさせていただきます。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」についてですが、都内全域から当院に来る患者さんは、6割から7割でありまして、二次医療圏からは、恐らく2割程度ということになっております。それ以外に、埼玉県から15%程度で、残りの20%は、千葉県や神奈川県などのほかの県からということになっております。

「キーワード2：情報共有」については、これは、各医療機関との連携ということであるならば、東京総合医療ネットワークに加盟する準備をしているところです。

それから、「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、私どもに患者さんをご紹介いただいて、登録いただけますと、院内のカルテを診療所で閲覧していただけるというシステムを取っております。

それ以外に、「医療連携支援センター」というものを設置しておりまして、地域といっても二次医療圏だけでなく、都内全域から先生方をお招きして、顔の見える連携に努めております。

また、緩和ケア病棟というものを一昨年にオープンいたしました。15床のみですが、緩和ケアの場合は、特に、地域の先生方と一緒にやっていく必要がありますので、その部分に関しては、定期的な会議を持っております。

次に、1の、「地域としてどの範囲を意識するか」ということですが、先ほどの日本医大さんと同じように、40%から45%超が区東部、区東北部からいらしていただいていますので、私たちの「地域」は“スカイツリーエリア”ということになっております。

それから、2の、「近隣と遠方の関係機関との連携方法の違い」ですが、これについては、特に区別はしておりません。

外来は、予約制を基本的にとっておりますが、それに関して、近隣だから優遇するとか、地方だからどうのということはしておりません。

ただ、先ほどの地域との関係性において、一言申し忘れてましたが、「プライオリティ・コール」というものを設定しておりまして、救命救急センターのほうで、こういった紹介患者さんとは別に、地域の医療機関でお困りの患者さんが発生した時点で、直接電話を入れていただいて、入院の適用があれば、救急車でなくても引き取るというようなシステムもっております。

3の、「地域包括ケア病棟」については有しておりません。

4の、「病床機能」に関しては、大学病院ということを考えますと、難病、難治性のがん、救命救急ということを中心とした業務としておりますので、全床が高度急性期と考えている次第です。

ちなみに、救急は、年間1万台を引き受けていますので、それに対するケアということも十分あるかと思えます。

最後に、5の、「私どもの機能を活かすため、他の医療機関に求めること」については、やはり、ポストアキュートの流れをうまくつくっていかねばいけないし、また、そういった制度があると、とてもありがたいと考えております。

いくつかの病院とは協定を結んで、私どもの急性期治療が終わったあとに、優先的にお願いするというようなことを試みてはおりますが、先ほど申し上げたとおり、流入が課題ですので、必ずしもそういった自助努力だけではなくて、制度的にそういったものが形成されるとありがたいと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

では、次に、東京大学医学部附属病院さん、お願いいたします。

○齋藤（東京大学医学部附属病院）：東京大学医学部附属病院の齋藤でございます。

まず、「キーワード1：多くの流入患者」ですが、当院の場合、23区内から約6割で、そのうち区中央部は約18%です。そして、区東北部、区西北部、区東部などさまざまな地域から患者さんが流入しています。

それから、近隣の埼玉、千葉、神奈川県などからは約27%の患者さんが流入しています。

「キーワード2：情報共有」ですが、「医療機関連携登録制度」を設けて、約450の地域医療機関と連携体制を構築しております。

また、「東大病院地域医療連携会」というものを年に1回開催しております。意見交換をしております。

「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、「地域医療連携サポート窓口」ということを、昨年設置いたしまして、患者さんの紹介・逆紹介を円滑に行うための窓口といたしました。

そして、これを一歩進めることを検討しております。ワンストップサービスの相談窓口となるような、仮称ですが、「総合患者サービスセンター」の構築に向けて、今検討しております。

次に、私どもにとって「地域」はどの範囲かということについては、今申したとおり、広い範囲に広がっております。

ただ、強いのは、区中央部を中心に、区東北部、区西北部、区東部などが多いということになります。

そして、今申しました「医療機関連携登録制度」や「東大病院地域医療連携会」、「地域医療連携サポート窓口」の機能強化をして、連携をさらに図っていきたくと考えております。

それから、近隣と遠方の関係機関との連携の違いは、現状では特段の違いを設けてはおりません。

また、地域包括ケア病棟は有しておりません。

それから、病床機能を分類する根拠は、これは、単純に数字で、日々の医療資源投入量を病床機能区分に分類して、各病棟で最も多い区分を選択したという方法をとっております。

あと、自院の持つ機能を活かすためのアピールポイントですが、高度な医療を行うというのが使命であることは、大学病院はどこも一緒だと思いますが、特に、最近のトピックスといたしまして、新しい入院棟ができて、そこに、小児医療センターや高度心不全治療センターなどができています。

来年度になりましたら、小児系のICUを倍増する計画がございますので、その辺のご活用をぜひいただきたいと思っております。

また、この6月に、がんゲノム医療連携中核病院に指定していただきまして、こういうがんゲノム医療についての役割を果たしていくということでございます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続けて、東京大学医科学研究所附属病院さん、お願いいたします。

○比田井（東京大学医科学研究所附属病院）：東京大学医科学研究所附属病院の比田井と申します。

今回のプランの策定にあたり、キーワードにつきましては、プランの重要なポイントであるというふうに、私どもは考えておりますので、それに沿って発表させていただきます。

「キーワード1：多くの流入患者」については、設問1の「地域としてどのような範囲を意識しているか」とも関係していますので、そちらを見ていただきたいと思っております。

当院は、研究所附属病院として研究内容と関連の深いいくつかの疾患に関する診療ということで、「プロジェクト診療」というものに重点を置いておりますので、地域が限定されず、患者さんは全国から紹介されてきています。

そのため、「地域」について深く意識することはありませんが、その一方で、多くの患者が流入する港区を初め周辺地区との連携の重要性は認識しておりまして、地域の患者の診療もできるだけ積極的に受けることについては、地域医療連携室を通じて前方・後方支援の強化に努めております。

また、広域の連携については、各診療科医師の個別の連携に委ねられており、特別に具体的に取り組みをしているわけではありませんので、今後検討していく必要があると考えております。

それから、「キーワード2：情報共有」については、これも、地域医療連携室を介して、前方支援では、医療機関からの電話による問い合わせに対応し、後方支援では、診療情報提供書を中心に連携を図り、情報共有に努めております。

「キーワード3：かかりつけ医との連携」については、設問2の「近隣と遠方の関係機関との連携」について関連がありますので、そちらをご覧ください。

近隣の医療機関というのは、当院にとってはかかりつけ医というところがありますので、事務レベルで紹介・逆紹介を行い、遠方の医療機関に関しては、医師間で調整しておりまして、受診日や入院日のみを事務で調整を行っております。

また、当院から退院する場合は、できるだけ地域のかかりつけ医につなぐようにしておりますが、地域医療支援病院ではないため、具体的な連携ルートが確立しているわけではありません。特に、治験など紹介元のある患者が多く、こちらについては、紹介元にお戻りするケースが多くなっております。

それから、3の、「地域包括ケア病棟」については、該当がありません。

4の、「病棟機能を分類」ですが、当院は、国立大学法人附置研究所附属の病院として、先ほど申しましたように、「プロジェクト診療」ということで、さまざまな難治性疾患の患者さんを対象としております。

その一方で、救急体制がありませんし、ICU加算等も取っておりませんので、急性期に該当すると考えております。

5の、「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」については、繰り返しになりますが、当院は、プロジェクト診療を行っているため、総合病院のような全ての疾患には対応しているわけではありません。

とはいえ、高齢化社会現象に伴う地域医療への貢献は不可欠であると考えております。

また、当院で診療できる疾患については、比較的じっくりと時間をかけて精査することは可能ですので、そうした患者さんの受け入れのためにも、他の医療機関と相互に情報共有を行っていくことを希望しております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

次に、都立駒込病院さん、お願いいたします。

○鳶巣（都立駒込病院）：都立駒込病院の鳶巣と申します。

ご存じのとおり、この区中央部の一番北の端になるので、また同じ話になりますが、「多くの流入患者」に関しては、足立区、北区、荒川区、板橋区、練馬区という、区西北部、区東北部からの入院患者さんが、50～55%を占めています。

ですので、文京区からは10%前後で、この区東北部からの患者さんは20%未満だろうと思います。

そのため、「地域としてどの範囲を意識しているか」と申しますと、基本的には、患者さんが来られる地域になりますから、病院の西北から東北方面を「地域」として考えているというところです。

それから、「かかりつけ医」や「情報共有」のところを合わせてお話ししてしまいますと、この地域に関しては、これまでも行き来の密度の高かったクリニックの先生方を中心に、連携医の登録制度を導入し、ホットラインを設け、なるべく患者さんのやり取りができるようにしています。

基本的に、紹介していただく患者さんが増えるということは余りないので、むしろ、顔の見える関係をつくるということが目的で始めた制度です。

そして、患者さんが帰っていくときに受け入れてくれる病院を探すのが大変ですので、今までもそれなりに受け取っていただけた病院がありましたので、

これまでは細々とやっていたのですが、ことしからは積極的に、患者さんが多く来ている、近隣の地域の病院を回りまして、「どういう患者さんが受け入れられますか」という話をやっています。

それから、情報共有に関しては、近くの地域の施設を中心に、勉強会、医療連携の会のほか、診療科のトップと医療連携のスタッフが訪問して、いろいろ情報共有したり、情報誌を配ったりしております。

次に、「近隣と遠方の医療機関との連携」についてです。

近隣に関しては、今申したとおりですが、敢えて申しますと、東京都内は、がんを主に扱っていますので、相談支援センターが各施設にあって、このセンター同士の横の連携や情報共有はかなり進んでいるので、東京都内に関しては、この相談支援センターを介して、患者さんのやり取りは密にできていると思っております。

ただ、東京都の外に出ると、あくまでもがんの拠点病院に関する連携の窓口が見えているだけです。実際のところは余り進歩していないところがございます。

それから、地域包括ケア病棟は持っておりません。

その次の「病床機能を分類するときの根拠や理由」については、国が示した医療介入の密度の3000点以上という、ユニット系というのが書いてありましたが、当院でそういう患者さんが大半の「移植病棟」とか「緩和ケア病棟」はここに入れました。そして、ユニット系を足して高度急性期としました。

急性期に関しては、600点から3000点未満の間で大半の患者さんがその治療をしていて、恐らく、そのあと、診療密度としては下がってくる患者さんが、どうしても退院までいるわけですが、そういう患者さんがいることは承知の上で、主に600点から3000点の医療を提供している病棟ということで、急性期病棟を選びました。

“隠れ回復期”という言葉を目にしたことがありますが、「どれぐらいの密度でないといけない」という国の基準が、もうすぐ決まると思っていますので、私どもの病院もそうですが、それぞれの病院から回復期の病棟がある程度あぶり出されるだろうと思っています。

ただ、そのときになれば、それに従って、回復期として機能を申告する形に、来年度からなるだろうと考えてはおります。

それに関連して、「他の医療機関に求めること」についてですが、がんの治療において、内服抗がん剤の治療が細々と続いているとか、かなり複雑な疼痛管理をしているとか、HIVのような複雑な感染症を持っているというような、受けにくい患者さんに関しては、なかなか行き先が決まらないので、これが、恐らくDPCの3と3超えを増やしている理由になっていると思います。

この部分は、お互いにどうやって患者さんのやり取りができるかということについて、地域の施設と一緒にになって相談しながらやっていく作業だと思っております。

ですので、先ほど、どなたからおっしゃっていましたが、それぞれの地域で、どういう条件ならどれぐらいの患者さんを受けていただけるかというような情報を、かなり共有できるようなネットワークができると、非常にありがたいと思っております。

がんの相談支援センターに関しては、お互いにある程度ネットワークがありますが、みんな大きな病院なので、なかなか難しいところです。

そういう中で、がんの拠点病院としても、患者さんが戻る先を見つけていかなければいけないので、これからも、私たちの病院の義務として、その作業を続けていきたいと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、最後に、台東区立台東病院さん、お願いいたします。

○山田（台東区立台東病院）：台東区立台東病院の山田と申します。

私どもの病院は、今までご説明があった14病院とは全く違って、急性期病院として開院されたわけではなくて、台東区民のための地域包括ケアの役割を担うという目的でつくられた、120床の小さい病院です。

そのため、与えられたテーマで説明すると、ポイントがずれてしまうようなところがあったので、皆さんのお手元にある事前提出資料は、様式が違っていることをご了承ください。

まず、「本施設の特徴」についてです。

我々の施設が10年前に開院しましたが、そもそも最初から、在宅へ帰す病院ということで、地域包括ケアの拠点ということ意識してつくられた病院です。

急性期が40、回復期が40、療養が40ということで、ケアミックスプラス老健が150ということで運営しております。

開設当初から、指定管理者制度で、病院の理念も、区内で全うできるということを実現してほしいということだったものですから、「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します、ということ掲げております。

そのため、当初から、地域連携室を重要視しておりまして、相談員5名、ケアマネジャー5名で対応しております。

そして、急性期と回復期のそれぞれの病棟がありますが、主に回復期のほうはポストアキュートの患者さんで、急性期のほうは、在宅患者及び区内の介護施設の急変時の受け入れということにしております。

もちろん、そんなに重症の方々をお受けできるわけではありませんで、肺炎や尿路感染、呼吸不全や心不全の悪化といったような患者さんを受け入れているという状況です。

そして、主に、十数名の総合診療医が中心に受けているということで、専門的な治療はできないけれども、在宅患者のバックベッドということで機能しているということです。

地域連携室は、前方連携としては、当然、区内外、特に区内の患者さんが急変して、区外の高度急性期を利用された患者さんの受け皿ということで機能しているものですから、前方連携は区内外の病院ということになります。

一方、後方連携としては、当然、区内の浅草、下谷両医師会の先生方との連携を密にしているというところです。

次に、「地域の特徴と取り組み」ということでは、キーワードごとに書いていますが、我々のところには流入患者はほぼいなくて、区内の患者さんが区外を利用した際のポストアキュートを受け入れるというのが特徴です。

そして、情報共有については、今申したように、浅草、下谷の医師会とは綿密に情報共有しております。あと、ほかの区とは違って、下町が多く、23区

で高齢化が最も進んだ区ですので、区内の永寿病院さん、浅草病院さん、浅草寺病院との4病院で、四半期ぐらいごとに会を開いて連携を密にしております。

それから、「在宅療養支援窓口」というものを、3年前から運営しております。かかりつけ医の先生が見つからないという患者さんの紹介を、主に私どもが、医師会の先生方の情報を集めて、ご案内しております。

次に、「連携に関する取り組み」については、今お話ししたとおり、これまでのことを主体にやってきているということです。

それから、「在宅療養に向けての課題と取り組み」についてです。

私どもの課題としては、このようにして機能してきた地域包括ケアの拠点病院ですが、在宅療養患者はなかなか増えてくれないというところがあります。

理由としては、医療依存度の高い患者を在宅で受け入れることがなかなか難しかったり、せん妄がひどいと、家族の人たちが拒否して、「在宅には帰してほしくない」と言われたりということがあって、そういうような課題を乗り越えなければいけないのかなと思っております。

最後に、「地域において今後担うべき役割」についてです。

これまでと同様、地域包括ケアの拠点病院としての機能を強めていかなければならないだろうということで、特に、先ほど言いました、訪問系のサービスをバックアップするような機能は、これからも強化する必要がありますので、訪問看護、訪問リハ、訪問診療の部分をよりしっかりバックアップできるような体制をつくっていこうと考えております。

また、人材育成ということで、総合診療医の研修基幹施設として機能していますし、それ以外にも、「ヘルスプロモーション」と書きましたが、地域と一緒にいろいろな啓発事業をして、区内で在宅療養が進んでいくようなことを推進していきたいと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

これで、全ての15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、意見交換を行いたいと思います。

ただいまの全ての発表を含めて、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

余り時間もないので、また話すのは、皆さんにご迷惑かと思いますが、地域医療構想の圏域が二次医療圏ということで言われていますのに、まさしく猪口先生が先ほどおっしゃったように、東京都では二次医療圏では語れないということです。

先ほども、特定機能病院の先生方から、「地域」としては区東北部もというようにお話が出ましたが、なぜかと言えば、西側の特定機能病院が入っていないからですよね。

これは、まさしく、高度急性期病院は圏域を超えているということだと思います。だから、その範囲で策定しなければ意味がないわけで、二次医療圏で分けて、高度急性期病院の数を云々したり、5疾病5事業の話も出ましたが、東京都全体の特定機能病院や高度急性期病院が集まって議論すべきだと思います。

一方で、回復期とか慢性期とか、実際に区中央部の医療圏で十分な行われていないという可能性が高いわけですから、そういうところを二次医療圏の中で詰めて、プランを練っていくというようにしていく必要があると思っています。

ですから、二次医療圏だけで考えるというのは、東京以外でも無理だと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今回は、こういうプラン策定病院からのプレゼンテーションでしたが、たびたび話が出ていたように、ポストアキュートをどうやっていくのかというようなことも、今後話をしていかなければならないと思っております。

この際、回復期とか慢性期の患者さんについて、この区中央部ではどうしていけばいいかということも、この場でご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○加藤（下谷医師会）：下谷医師会の加藤でございます。医療連携を担当しております。

ポストアキュートとかサブアキュートのことで、いろいろ意見をお伺いさせていただきました。

各病院の先生方の発表を伺って、連携に対して非常に積極的であるということを理解いたしました。我々開業医から申しますと、「登録医になりませんか」みたいなアピールをもっとしていただけると、連携がもっと深まっていくのではないかと考えております。

例えば、永寿病院さんの場合、今回、登録医制度を導入して、台東区の全医療機関にそういったお誘いをかけていただきました。

ですから、この二次医療圏全体の先生方に、そういった普及を積極的にやっていただけると、より一層連携が深まって、二次医療圏の連携のためになるのではないかと考えております。

あと、我々開業医から言わせていただきますと、先ほどから、いくつかの病院でおっしゃっていた、ワンストップで受けていただけるようなシステムがあればいいなと考えていますので、ぜひその辺をやっていただければありがたいと思います。

恐らく、病院からすると、我々との連携においても、各医療機関の情報というのは、非常に少ないと思いますので、登録医制度をつくって普及していただければ、各医療機関がどういった機能を持っているかということが、よくわかると思います。

台東区の場合は、行政のほうが、浅草医師会や下谷医師会を含めた全医療機関のある程度の情報を持っていて、「ここは在宅をやっている」とか、「ここはどこまでのことができる」というような情報を持っています。

ほかの区においてもそういったことがあると思いますので、行政との連携も強化していただければと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今のポストアキュート、サブアキュートも含めて、情報連携のあり方などについていかがでしょうか。

傍聴席のこの圏域内の各病院の先生方、医師会の方々、行政の方々などからのご意見はございませんでしょうか。

それでは、ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○金（文京区医師会）：文京区医師会の金でございます。

この医療圏は外からの流入が非常に多いということは、以前から言われていることで、7割から8割が入ってきているということです。

高度急性期の先生方は、帰すときに、区東部に帰すのは困るとか、区西部に帰すのは困るとか、その辺もこれから問題になっていくと思うんですが、そういった二次医療圏を超えた調整会議というものを、都のほうでは考えていらっしゃるのでしょうか。

○花本部長：今後の調整会議の進め方については、前半をひととおりやったあとで考えていきたいと思っております。

ただ、そもそも、この構想区域については、東京都では二次医療圏ごとに決めましたが、事業によっては、例えば、精神科だったら、都内全域を1つの事業区域としていますし、周産期はまた別という形で、柔軟に捉えてはいます。

ですので、東京の場合は、他県からはもちろん、隣接するところから流入するというような、特殊な事情がありますので、そういったご意見を踏まえて、今後、方向性を決めるときには、1つの圏域だけでやるのではなくて、複数の圏域が集まって考えていくということも、一つの考え方かなと思っております。

ただ、まだ全体を聞いてから決めていきたいと思っておりますので、答えは保留にさせていただきたいと思いますが、区中央部だけでなく、ほかの圏域でも、疾患や病院によっては、他の圏域や他県から多く流入しているところが結構ありますので、そうしたところの状況も見ながら、今後の進め方については考えていきたいと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

「病病連携」とか「病診連携」などに関して、いろいろご意見が出た中で、一つおもしろいなと思ったのは、各地域においてハブとなる病院等をつくって、そことの連携をするというご意見がございました。

また、地域との医師会との連携という話もありましたが、金先生、医師会が連携の受け皿になるということに関して、ご意見はございますでしょうか。

○金(文京区医師会):高度急性期と急性期の病院が大変多いところですから、資料1の4ページを見てもわかるように、在宅をしている患者さんは1%に満たないわけですね。

ですから、我々は、紹介する上では非常に助かるのですが、受け入れるときに、高度急性期や急性期から直接来るということよりも、そういう受け皿としてのシステムづくりとか、回復期や慢性期から在宅にという患者さんが多いので、そちらとの連携がより重要になってくるのではないかと考えております。

○佐々木座長: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。

○遠藤(中央区医師会):中央区医師会の遠藤です。

金先生が今おっしゃったことと関連しますが、この表を見ていただければわかるように、中央区には回復期と慢性期の病院がありません。

先ほどから、「流入」、「流入」というお話がありましたが、中央区から流出しておられる患者さんもおられるわけです。それは、まだ入院が必要ということで、在宅で診られなくて、例えば、練馬区の病院に行ったり、他県の病院に行ったりという方もいらっしゃるわけです。

ですので、この地域医療構想においても、中央区の回復期や慢性期の病床をどうするかということについても、ベッドをつくるための経済的な理由もあると思いますが、こういうことに対しての補助金等を考えて、適正な配分をしていただければと思っております。

○佐々木座長:ありがとうございました。

私も、今回のプレゼンテーションをお聞きしておもしろいなと思ったのが、資料2の2ページをご覧くださいと、慈恵会病院さんが、回復期機能を50床つくっていらっしゃるのですね。

自院完結型というふうに考えると、自院でポストアキュートを持つというのもありなのかなと思われませんが、逆に、高度急性期とかで流入している患者さんの分が減ってしまうと困るのかなとも思われます。

この地域は病床過剰と言われていますが、回復期や慢性期の患者さんは、この地域から流出しているわけです。そこで、この地域で回復期や慢性期を増やしていくということが、今後の議論の中で可能なんでしょうか。

○花本部長：このエリアについては、既存病床数が基準病床数を上回っておりますので、新しく病院を誘致して増やすとか、増床することは難しいですが、例えば、今ある急性期の病院が、一部の病床を地域包括ケア病床にして、サブアキュートを受け入れるとかで、機能転換を図っていくことで、必要な機能を増やすということはできます。

あとは、例えば、多摩地域と違って、区内は交通網が発達していますので、このエリアだけで考えるのではなくて、回復期、慢性期については、もう少し広いエリア、複数の圏域で連携するというのも、一つの方法かなと思っております。

○佐々木座長：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。

○湯浅（永寿総合病院）：永寿総合病院の湯浅でございます。

今のご意見に関して、先ほどのプレゼンテーションをずっと伺っていて出た意見と同じですが、この中の特定機能病院とかいったところは、この区中央部の2、3割にかかわらず、この圏域の基準病床数に加えておくということはおかしいということ、みんな感じていると思います。

ですので、この部分を別にして、本当に必要な病床数はいくつかということ、ぜひ考えていただきたいと思います。

特定機能病院とか大学病院は、この圏域だけのためではなく、東京都全体はもちろん、東日本、日本全体のためにあるわけですから、そういう病床も加え

た上で、この圏域が過剰だと、まだお考えになっているというのは、私はちょっと理解できないなと思っております。

○花本部長：基準病床数の算定の方式については、全国一律の方式でして、本来であれば、東京都のように、他県からの流入が多いようなエリアについては、そういったことを踏まえた算定にしてほしいということは、都として国に要望しております。

ただ、一定数加味されてはいますが、余りにも流入が多いため、そういうのが反映できないような方式になっているというところがありますので、それについては、よしとしているわけではございませんが、今はそういうような算定方式で考えているという状況です。

○佐々木座長：ありがとうございました。

かなり時間も過ぎてしまいましたが、行政側からのご意見ということで、阿部副座長、何かございませんでしょうか。

○阿部副座長（港区）：港区のみなと保健所の阿部でございます。

港区にも、高度急性期、急性期機能が優れた病院がたくさんありまして、区民の方々から見ると、安心な状態ではありますが、ポストアキュートやサブアキュートの病床についてはどうかというところの問題もございます。

区民としては、高度急性期、急性期から、ワンストップで治療ができるような病院ができてくれるのが、区という非常に小さい単位としてはありがたいことではありますが、そのために、日本の最先端の医療の機能が少し弱まってしまふようなことは、余りよろしくないのかなということも思います。

ですので、そここのところをどのようにしていけばいいかということは、今非常に悩ましいところですが、行政としては、この状況の中では、目の前の問題としては、地域包括ケアでどれだけ連携体制をつくっていくかということが、まずは、行政の非常に大きな役割だなということを、改めて思いました。

それから、患者さんが外から入ってくるという話がいろいろありましたが、特に、港区の場合は、区民自体の転出入がとても激しい地域ですので、地域で

ネットワークをとっても、急に入ってきたばかりで、医療体制がよくわからないという方もたくさんいらっしゃいます。

また、人口もどんどん増えていますので、地縁血縁によらない方々への仕組みを、行政のほうで医療機関さんと連携してつくって、それを示していかないと、うまく利用していただくことも難しい地域だなということも、改めて思いました。

ですので、医師会の先生方や病院の先生方と、また区の中で話し合いをしていかなければいけないと思ったところです。どうもありがとうございました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今回は、病院のプランを中心にとということで、この地域の患者さんをどうするかという議論にはならなかったと思いますが、そういうことも含めて、今後また議論していきたいと思えます。

時間も迫ってきましたが、ほかにご意見がありましたらいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次回以降、地域の課題に向けた議論を重ねていければと思えますので、よろしく願いいたします。

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

○佐々木座長：それでは、報告事項が2点ありますので、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。

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。まず、資料6をご覧ください。

5月10日付で都内の医療機関あてにお送りしておりますが、平成30年度の病院及び診療所への、療養病床及び一般病床の配分方法についてです。

平成30年3月公表の、第7次東京都保健医療計画の策定時に、新たな基準病床数を算定しております。平成30年4月1日現在、病床の配分が可能な圏域は、この「2. 病床配分の対象」に記載のある圏域です。区中央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回としたことです。

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たことです。

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お願いしております。

いずれかの対応がなされなかった場合には、非稼働の理由や今後の運用見通し等について、来年度の調整会議でご説明いただく予定となっております。

説明は以上です。

○佐々木座長：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はいらっしゃいませんか。

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ですので、事務局にお返しいたします。よろしく願いいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：佐々木先生、ありがとうございました。

それでは、事務連絡を5点申し上げます。

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思います。ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

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する予定です。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きたいと思います。

4点目、本日、閲覧用の「地域医療構想」という冊子を配付させていただいておりますが、こちらは机の上に置いたままにしておいてください。

5点目、今回の調整会議は、あと2回予定されております。中央部に多くの患者さんがいらっしゃっている区西北部と区東北部が、今後予定されております。他の圏域の調整会議にもぜひご出席いただき、情報共有やご議論に加わっていただくよう、よろしくお願いいたします。

区西北部は7月6日（金）、区東北部は7月11日（水）に、それぞれ午後6時よりこの会場で行いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上で区中央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）