

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成30年6月6日 開催

【平成30年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成30年6月6日 開催

1. 開 会

○花本部長：それでは、定刻となりましたので、北多摩北部地域における東京都地域医療調整会議を開催いたします。

本日はお忙しい中、また、お足元の悪い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。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策担当部長の花本が進行を務めさせていただきます。

本日の配付資料は、次第の一番下に「配布資料」ということで、四角の囲みがありますが、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。落丁等がございましたら、事務局のほうにお申し出ください。

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を取らせていただきますが、ご発言の際には、事務局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にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、同様に、先にご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

では、まず、東京都医師会より開会の挨拶を申し上げます。東京都医師会の新井理事、よろしくお願いいたします。

○新井理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の新井でございます。

地域医療構想調整会議は、今年度で3クール目となりまして、いよいよ本番に移ってきました。

きょうは、「公的医療機関等 2025 プラン」と「新公立病院改革プラン」の内容をもとに、ご議論をしていただくということでございます。

その前に、昨年から東京都医師会がご説明していることですが、もう一度確認をさせていただきたいと思います。

その一つは、2025年の将来推計ということですが、これは、2013年の資料をもとに2025年の将来を推計したもので、あくまでも推計値でございまして、正確な数字ではないということで、この数字だけに捉われないということ、もう一度確認しておきたいと思います。

それと同時に、病床機能報告ですが、これも、高度急性期の中に急性期やポストアキュートの患者さんが入院しているとか、急性期の病棟においてもわかりでございまして、そういうことを確認した上で、実際の医療需要というものは、やはり、現場の先生方が実感として持っているのが、正しいのではないかと考えております。

そういうことを心にとめて、ぜひ積極的な議論をしていただきたいと思いますと考えております。

そして、この調整会議でご意見を出していただいたことが、ひいては、東京都の医療計画の土台になり、反映されることとなりますので、きょういろいろプランが説明されると思いますが、活発な意見を出していただきたいと思います。

何もおっしゃらないで、それをそのままオーケーとしてしまうようなことになってしまうと困りますので、いろいろご意見を積極的にいただきたいと思います。

それから、プランを発表されるのは、きょうは3病院ですが、ご自分のところで治療する医療圏というものを、より具体的に示されて、今後の方針にそれをどう活かしていくかということも、説明していただければと思っております。

それでは、よろしく願いいたします。

○花本部長：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申し上げます。

○矢沢部長：皆様、こんばんは。医療政策部長の矢沢でございます。

新井先生からも、先ほどお話が出ましたが、3年目ということで、これまで、この地域の現状とか分析、あるいは、課題の抽出などを、グループワークを交えながら進めてまいりましたので、議論は大分深まってきたところだと思っております。

きょうは、「新公立病院改革プラン」と「公的医療機関等 2025 プラン」についてご発表いただきまして、そのことについて、皆さんと意見交換をしたいと思っております。

そして、病院側からは、この地域に望むことなどがお話に入りますので、ぜひフロアの先生方も含めて、逆に、発表された病院側に、どういうことをしてほしいということなどがあれば、ご発言いただければと思います。

そこで、この地域で何が必要なのか、今何が足りないのかというところまでいければと思いますので、ぜひ活発なご議論をお願いいたします。きょうはどうぞよろしくをお願いいたします。

○花本部長：本日の会議でございますが、会議、会議録及び資料につきましては、公開となっておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を石橋座長をお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成29年病床機能報告速報値について

○石橋座長：東久留市医師会の石橋でございます。本日の座長を務めさせていただきます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、(1)平成29年病床機能報告速報値について、東京都より説明を受けたいと思います。よろしくお願ひします。

○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1792床の増となっております。

増加の要因としては、新規開設分が加わったこともございますが、昨年度の報告に不備があった医療機関分が集計数字に加わったことが大きいと考えられます。

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、それぞれ増加しています。

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。

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。

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

左上に、東京都全体の機能別の割合を示しております。高度急性期については22.7%ということで、前年より3.3%の減、急性期は44.9%で、2.4%の増、回復期は、前年比で0.9%増の10.0%、慢性期は、前年と同じく22.4%という結果となっております。

資料の3枚目は、多摩地区の各構想区域の割合を示しております、4枚目が、北多摩北部の状況をまとめたものと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を集計しております。

病院ごとに機能の選択が比較的異なる入院料をピックアップすることで、地域における病床の役割について考えるきっかけになればと思います集計いたしました。

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となっております。

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から順に北多摩北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ですので、参考としてご覧ください。

3か年の推移を見ますと、高度急性期機能が減少する一方、急性期、回復期、慢性期の3機能が増加傾向にあります。

高度急性期機能の減少は、報告内容を高度急性期機能から急性期機能に変更した医療機関の影響が大きいと言えます。

回復期機能の増は、一部の医療機関で地域包括ケア病床を整備し、病床機能の転換を図ったことによります。

慢性期機能が大幅に増加しておりますが、こちらは、報告に不備があった医療機関分が加わっていることによります。

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、急性期機能以外の3機能で、前年と比べて減少しております。

慢性期機能も大きく減少しておりますが、こちらは、前年度の報告不備により集計に含まれていなかった施設の分が、こちらに計上されたことによりです。

参考までに、昨年度、こちらの報告不備で報告されていない施設を除いた慢性期機能の病床稼働率を申し上げますと、91.5%となりまして、ほぼ変わらない水準となっております。

平均在院日数は、慢性期機能で10日ほど延びていますが、その他の3機能では余り変わらない水準にあり、高度急性期で微減、急性期で微増、回復期ではやや減少しております。

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、地域包括ケア病床の結果をご覧ください。

北多摩北部では、急性期、回復期で報告がありますが、回復期での報告割合が大きくなっております。

この入院料は、急性期機能の割合が高かったり、急性期と回復期が均衡しているなど、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、地域包括ケア病床をどのように活用していくかについての説明をしていただく予定となっております。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合です。

「在宅医療の実施予定が不明の患者」の割合が、急性期、回復期、慢性期で高く、特に慢性期機能で高くなっております。

これについて、東京都全体では、19.7%であるのに対して、北多摩北部では、37.1%と、構想区域全体で2番目に高くなっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合をご覧くださいますと、68.8%と、前年度よりも約7%高くなっております。

東京都平均が62.2%となっており、こちらを上回り、構想区域全体でも2番目に高い数値となっております。

説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございました。

それでは、今の病床機能報告の結果についてご質問等をいただきたいと思えます。

今ご説明がありましたように、病床数が増えているとか減っているという問題よりも、報告の機能が変わってきているということが、①等に反映されているわけですが、ご報告がなかったところの数が含まれると、また数値が変わってくるということになります。

同じように、将来推計に関しても、これが必ず当てはめられるというわけでは決してありませんので、こういう方向に進んでいくであろうという推計でございます。

こういうものを参考にしながら、この北多摩北部地域をどういうふうにしていくかということになるわけでございます。

ただいまの東京都からのご報告について、何かご質問はございますでしょうか。

ご自分のところで感じていらっしゃる実感と、若干違うというご感想もあるかと思いますが、特にないようであれば、次に移っていきたいと思います。

(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

○石橋座長：次は、「(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、策定対象病院から、プランに記載した方向性と、構想区域の課題とを結びつけながら、ご説明いただきたいと思えます。

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、そして、地域の医療機関の役割等について、議論を深めたいと思えます。

それでは、各病院からプランをご説明いただく前に、東京都のほうから、プランの説明の方法やポイントについてご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、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機能別の医療需要を、右下には、平成28年度の病床機能報告の結果について記載しています。

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、昨年度の2回目の調整会議でプランの配布を行い、ことしの4月には、地域の医療機関に対して、プラン策定対象病院が説明する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4枚目の右下に、北多摩北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、「高度急性期機能、急性期機能の病床稼働率が低い」、「急性期機能が不足しているとの声」、「地域包括ケア病床が少ない」といったことがございます。

また、「課題」としては、「医療連携を進める上で、各医療機関が担う機能についての情報共有を進めることが必要」といったことが挙げられ、ここから、「役割分担」、「ツールの共通化・ICT」、「顔の見える関係づくり」という3つの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、短時間で事前提出資料を作成いただきまして、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、よろしくお願いたします。

説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

○石橋座長：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、前に出てきてください。1病院当たり3分ということで、大変短い時間で申しわけございませんが、資料のポイントのみを簡潔に説明していただきたいと思います。

それでは、まず、公立昭和病院さん、お願いいたします。

○上西（公立昭和病院）：公立昭和病院の上西でございます。

当院は、今までやってきた5疾病5事業の中において、特に、がんの専門医療をやるということと、もう一つは、三次救急病院ですので、北多摩北部をある程度超えた部分もありますが、脳卒中とか急性心筋梗塞等の救急医療についても、引き続きやっていくということで、高度急性期医療をやるということ、基本的なミッションとしております。

もう一つは、地域との連携ですが、私どもの圏域では、「北多摩北部病病連携会議（北北病病連携会議）」というものがあまして、この圏域の41病院と5つの医師会が集まって、連携会議をやっております。

この中で、いろいろな医療状況とか診療報酬改定だとか、それこそ、地域医療構想を含めた形でのいろいろなディスカッションをしております。

なるべくいろいろな部分で均てん化を図るということと同時に、患者さんをスムーズに入退院させるために、この会議の下に、実際の事務をされているのは、連携職の方々ですから、そういう人たちが集まって、お互いに情報交換をして、言葉は悪いですが、患者さんのやり取りをスムーズにさせるというシステムをつくっております。

そして、そういう中で一つ問題になっているのは、耐性菌を持っている患者さんは非常に問題になりますので、こういう患者さんの情報のやり取りをするという部会を設けて検討しております。

もう一つは、今後は高齢者がどんどん増えると思いますが、そういう方々の栄養の管理というのは、非常に難しいところがあります。そういう栄養についても、例えば、食べ物の形状では、刻みとかとろみとか結構やっていますが、各病院によって全然違うわけです。

ですから、こういうことも均てん化して、どういう患者さんがどういうものを食べているかということ、共通の場で話し合っておいて、その中でスムーズに入院、転院をやっていくということが大事だということで、そういう格好で実質的な連携をやっていきます。

さらに、今後も問題になるのは、精神科を持った患者さんのやり取りですが、当院は、“東京ルール”に関して、「地域救急会議」というものをやっております。

そして、その中に、東京都病院協会の精神領域の代表として、きょういらっしやっている、山田病院の山田先生を含めて、圏域の精神科の先生も入っただいて、精神科の病気を抱いていらっしやる身体合併症については、スムーズに治療して、それが終わったあとすぐに、精神科の病院さんが引き取ってくれるという、非常にいい関係をつくっております。

ですので、今後もどんどん増やして行って、緊密にやっていきたいと考えております。

このようにして、当院としては、その他の急性期、回復期の病院と話し合いをして、スムーズに機能を分けて、患者さんをきちんとケアをするということを、主なミッションとさせていただいております。

○石橋座長：ありがとうございました。

ご質問があるかと思いますが、3病院のご発表のあとでさせていただきます。

続きまして、多摩北部医療センターさん、よろしく願いいたします。

○松本(多摩北部医療センター)：多摩北部医療センターの松本でございます。

まず、「キーワード1：役割分担」ですが、当院の役割は、地域の急性期機能を担う中核病院としてやっていきたいと思っております。特に、「病病連携」、「病診連携」のみならず、在宅との連携も強化していきたいと思っております。

「キーワード2：ツールの共通化・ICT」については、当院では、かなり前から電子カルテが入っておりますが、これで、患者さんの情報を地域で共有する試みは全くなされていないという状態です。

ですので、これを今後進めていく必要がありますが、どのようにしていけばいいかについては、まだ考えが進んでいない状況になっております。

「キーワード3：顔の見える関係づくり」は、当院の「医療連携室」を中心として、医師、MSW等が同行しての訪問を、今かなり行っております。

また、コメディカルを中心とした研修会を行っております、定期的に連携を図っております。

次に、質問事項についてですが、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。

我々の「地域」としては、二次医療圏かと思っておりますが、立地条件から、ちょっと離れた西東京市の患者さんは少なめになっています。

一方、埼玉南部の所沢市、新座市は位置的に近いので、ここからの患者さんはある程度来ておりますが、この地域との連携、調整は全くされていない状況です。

「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。」についてですが、遠近に関係なく、医療機関の機能に応じて、当院の役割を説明しております。

次の、「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、地域包括ケア病棟はありませんし、今後もつくる予定もありません。

「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、基本的には我々の病院は急性期機能だと思っております。

特に、ユニット系病床と無菌室を保有している血液内科の病棟に関しては、高度急性期として届け出ております。

最後の「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、当院の強み、弱みをもっと積極的に発信していきたいと思っております。また、どこの診療科が混んでいるか、どこの診療科であれば余裕があるかということについて、リアルタイムでの発信を強化していきたいと思っております。

そして、ほかの医療機関にも、そういうリアルタイムな情報を発信していただくような方策を考えていただきたいと思っております。

○石橋座長：ありがとうございました。

続きまして、東京病院さん、よろしく願いいたします。

○當間（東京病院）：国立病院機構東京病院の當間でございます。

事前提出資料を3分でご説明できませんので、順序はこのとおりにお話ししますが、そのエッセンスをお話ししたいと思います。

まず、「キーワード1：役割分担」ですが、指定を受けていることから見ても、地域医療支援病院、二次救急医療機関、がん診療連携協力病院としての役割分担を持っています。

病床機能としては、4つ持っていますが、さらに詳しく言いますと、回復期リハ、障害、緩和ケアのほか、きょうは関係ないかもしれませんが、結核病床が100床あります。

主に呼吸器系で、ドクターの半分が呼吸器内科、呼吸器外科ですが、その他、急性期を扱う診療科もあります。

「キーワード2：ツールの共通化・ICT」は、全く参加しておりませんが、例えば、東京総合医療ネットワークなどが稼働していくということであれば、積極的に協力したいと考えています。

「キーワード3：顔の見える関係づくり」に関しては、当院が開催する「東京病院医療連携推進委員会」とか、連携交流会のとき、あるいは、地域の医療機関を積極的に訪問して、顔の見える関係づくりをしております。

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。

「地域」としては、北多摩北部を意識しておりますが、隣接する埼玉県の所沢市からの受診も多くなっています。

それから、呼吸器系に関しては、医療体制が充実していることから、大局的に言えば、東京全域、埼玉県、神奈川県まで及ぶと考えています。

構想区域以外の関係機関との連携に関しては、特別な取り組みは行っておりません。

「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、特に違いはございません。

次に、「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。

地域包括ケア病棟は現在ございませんし、今後も予定はありません。

「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。」
についてですが、ICUが4床ありまして、それが高度急性期病床。急性期が228床で、二次救急の医療機関の指定を受けております。呼吸器が主になりますが、消化器、循環器、泌尿器科などで対応しています。

慢性期は60床で、そのうちの20床が緩和ケア病棟で、残りの40床が障害者病棟になっています。この障害者病棟は、主に神経難病に対応しています。

なお、緩和ケア病棟は、30床に増床することが決定しており、新病棟の建設を始めておりまして、平成32年3月には供用開始予定です。

回復期の50床に関しては、脳血管障害、整形外科疾患、廃用症候群等で、急性期を脱した患者さんに対応しています。

最後に、「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、当院は、地域医療支援病院、二次救急医療機関、地域災害拠点病院、エイズ拠点病院や、各種協力病院（がん診療連携、難病医療）となっておりますので、その医療機能上の役割を理解していただきたいということがあります。

それから、急性期から慢性期まで幅広い診療機能を有しておりますので、それらを利用していただくことで、効率的かつ良質な地域医療に貢献したいと考えております。

さらに、新専門医制度で、内科専門研修プログラムの基幹施設に認定されていますが、全ての内科系の診療科があるわけではありませんので、当院で研修できない診療科に関して、研修の受け入れをお願いしたいと考えております。

なお、結核についてですが、近年は患者数が逓減傾向にあるということを考えまして、東京都を交えて、近隣の関係病院と今後の結核医療のあり方について議論を深めていきたいと考えております。

○石橋座長：ありがとうございました。

上西先生、松本先生、當間先生、短い時間で簡潔にご発表いただきましてありがとうございます。まだまだ言い足りないことがあるかと思いますが、こういうことを加えたいということがございましたら、議論の中でご発言いただければと思います。

それでは、3病院の説明が終わりましたので、これから、皆さまとの意見交換をしていきたいと思っております。

まずは、各病院ごとにご意見、ご質問をお受けしたいと思っております。

公立昭和病院のプランについて、ご意見、ご質問はございますでしょうか。また、追加がございましたら、どうぞ。

○上西（公立昭和病院）：では、ちょっと追加させていただきます。

「キーワード2：ツールの共通化・ICT」に関してですが、当院では、ID-Linkを使って地域連携ネットワークを構築しつつあります。

今はとりあえず、限定した開業医の先生方と話し合いをしておりますが、今後はどんどん広げていきたいと考えております。

○石橋座長：ありがとうございます。

ご質問等はいかがでしょうか。どうぞ。

○丸山（田無病院）：田無病院の丸山でございます。

上西先生から今もお話があったように、今後、在宅も含めて、ICTの活用は非常に大切で、将来を見据えた部分で、地域医療構想をやっていくに際しても大切だと思っております。

ただ、今の3病院が同じシステムを使っていたら、この地域全体で同じシステムを使っていけるようになって、非常にまとまりがよくなると思うんですが、そのような方向性はあるのかということをお聞きしておきたいと思っております。

我々の西東京市では、1つのシステムを使ってやっていますが、全く別になってしまいますと、またやりにくくなりますので、その辺はどのような形を考えておられるでしょうか。

○石橋座長：それでは、まず、上西先生からお願いします。

○上西（公立昭和病院）：本当は病院同士でもやりたいんですが、基本的なところをある程度つくらないといけないので、病院側ではコストがかかるんです。開業医の先生方はほとんどコストはかかりません。

ですから、ほかの病院がどう考えるかということについてご相談をした上で考えないといけないと思っています。

また、東京都も動いていますので、そのうち、一緒につなげるようになると思うんですが、病院同士をつなぐというのは、今のところはハードルが高そうなんです。

○石橋座長：では、今の点について、新井先生のほうから、東京総合医療ネットワークについてご紹介いただけるでしょうか。

○新井理事：ID-Link の話が今出ましたが、NECのID-Link 同士はつながりますし、富士通のHumanBridge 同士もつながります。

実は、7月1日から、先ほどからお話が出ている「東京総合医療ネットワーク」で、ID-Link 同士、HumanBridge 同士の実運用が開始されます。

そして、数か月の遅れだと思いますが、ID-Link と HumanBridge とも相互に連携できるというふうに持っていきますので、もうすぐできると思っています。

もちろん、それは病院同士の話ですが、先ほどのお話の在宅のところとかは、病院同士のネットワークのまた下にあるネットワークという形で、いずれはそれもつながるという形になりますが、今のところ、東京総合医療ネットワークは病院同士のつながりということになっています。

各地域で、開業医の先生と病院、在宅のところと病院とかいうのは、個々に、ローカルで少しずつネットワークはありますが、そういうのを利用して、病院同士のネットワークにまたつなげていこうという方向性は、今出ていますが、とりあえずは、まず病院同士で始めるというところでは。

○石橋座長：ありがとうございました。

こういう東京都医師会としてのネットワーク構築というのがありますが、今の件に関して、松本先生、當間先生のほうはいかがでしょう。どういう現状でしょうか。

○松本（多摩北部医療センター）：私どもの病院は、東京都保健医療公社という公社の病院で、都内に6病院あります。電子カルテは全部同じものが入っておりますが、1病院単独でこういったシステムを新たに構築するということは、実際上できない状態で、公社全体でどうやっていくかということを考えていく中で、我々の病院がどうなるかということになります。

ですので、今すぐ、こういった取り組みに積極的に参加していくというのは、なかなか難しいと思っております。重要性は重々承知していますが、東京都福祉保健局とかで考えていただいて、公社として取り組んでいきたいと思っております。

○石橋座長：何を今使われているのでしょうか。

○松本（多摩北部医療センター）：NECです。

○當間（東京病院）：現在、幹部会議等で結論を出したわけではありませんが、何も始まっておりません。ですから、東京総合医療ネットワークがスピーディに進めていただく様子を見せていただいて、一日も早く参加するのがいいのかなと考えております。

なお、使っているのは富士通です。

○石橋座長：ありがとうございました。

病院間のネットワークは、今後つくっていきやすいということだと思いますし、3病院さんが参加されれば、この地域の中で広がっていくことは、十分考えられると思います。

それから、公立昭和病院さんで計画されているのは、診療所と結ぼうということで、MCS（メディカル・ケア・ステーション）をお使いになる予定というふうに聞いております。

西東京さんが、MCSで医療・介護の連携をつくろうとされているかと思いますが、そういうものを使いながら、医療と介護の連携をしていこうという動きがあります。

ただ、今の東京総合医療ネットワークは、電子カルテをお互いに見られるというシステムですので、これがMCSと完璧に結ばれることはないので、ネットワークの一部が見られるとか、情報をもらえとかいうような形での、医療と介護のネットワークということになるかと思えます。

それから、そういうICT以外にも、ケアマネさんと病院との情報交換というのも進んでおりますので、そういうものが徐々に、この北多摩北部でも進んでいくと期待しております。

それでは、公立昭和病院さんに対するご質問等はよろしいでしょうか。

では、次に、多摩北部医療センターさんについてのご質問、ご意見などございますでしょうか。

それでは、私のほうから少しお伺いさせていただきます。

地域医療支援病院として、共同利用等をされていると思いますが、その辺の実績だとか、今後についてのお考えとか、「病診連携」等を進めていく上で非常に重要かと思いますが、いかがでしょうか。

○松本（多摩北部医療センター）：細かい数値は覚えていませんが、医療機器の利用状況は漸減の方向にあると思っています。

それぞれの地域で、画像専門のクリニックなどができているような状況とか、我々の病院の立地状況が患者さんにとってすごく便利というわけではないというようなこともあると思います。

高度医療機器に関しては、CTは昨年新しいものを導入して、MRIはことし入れる予定になっておりますので、これらをぜひ利用していただきたいと思っております。

○石橋座長：そういうものに対して、こういうふうに工夫していきたいとか、先生方にアピールをされることとかはございますでしょうか。

○松本（多摩北部医療センター）：一つは、予約システムをインターネットを介して運用しておりますが、これをもう少し使いやすいものにしていきたいと思っています。

実際に使っていただいている開業のクリニックの先生方もいらっしゃると思いますが、電話とかFAXで依頼されてくる先生も多いので、なかなかそのところで、予約を取る時間がかかったりしているということがあるのではないかと考えています。

○石橋座長：それから、東村山市といっても、清瀬市に若干寄っているかと思いますが、黒田先生、東村山市の医師会としては、地域連携ということを考えたときに、どのような役割を果たしてほしいとか、期待するようなこととかございますでしょうか。

○黒田（東村山市医師会）：東村山市医師会の黒田です。

先だって、昭和病院での連携会議のとき、「東村山市の方々は昭和病院を余り使っていない」という報告がありました。

ただ、立地の関係で、小平市に近いところの昭和病院にお願いすることが多いでしょうし、清瀬市でも多摩北部医療センターに近いところはここをお願いすることが多いということで、“北北”の5市でうまくできればと思っています。

実際になくはない病院なので、みんな集めてうまく回っていけばいいなど、個人的には思っています。

○石橋座長：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。

○桑名（東京都病院協会）：東京都病院協会の立場で来ています、清瀬市の信愛病院の桑名です。

少し立ち入ったことを伺うことになるかもしれませんが、資料2の1枚目の28年度の病床機能報告と、2025年の医療需要を見ますと、将来的には高度急性期と急性期が減るであろうという推定がなされています。

もう一つの資料3の4枚目の「北多摩北部」というところでは、「高度急性期機能、急性期機能の病床稼働率が低い」ということと、それと相反することですが、「急性期機能が不足しているという声があった」ということが書いてあります。

そこで、お三方の先生方に、病床稼働率が低いと感じておられるか、そんなことはないと感じておられるか、その辺はいかがでしょうか。もし差し支えなければお伺いしたいと思います。

○上西（公立昭和病院）：基本的には、診療報酬改定によって在院日数を下げろということになったことが大きな要因の一つだと思っています。だから、10年ぐらい前の在院日数は15日ほどでしたが、今はもう10日前後ですから、それを考えると、病床稼働率は当然下がってしまいます。

ですから、場合によっては、今後は病床を少し減らすということも、十分あり得ると思います。ただ、実情は、在院日数を短くする、DPCの2期でなるべく退院させるようにする必要がありますが、そのためには、周りとのコミュニケーションというか、連携が非常に大事ですので、そういう努力はさせていただいて、その結果がそういうふうになっていると思います。

こういう要因によって基本的にちょっと下がっているということがありますが、財政的にいうと、単価がかなり上がっていきますので、経営的には厳しいところはありますが、病床稼働率が下がっているのは、この在院日数の縛りがかなり大きいのではないかと考えています。

○松本（多摩北部医療センター）：我々の病院は、救急入院が45%ぐらいです。季節変動がかなりあります。具体的には、夏はもちろん、冬の1月か

ら3月ぐらいまでは、病棟が非常に込んでいますが、今のような時期はすいています。

だから、すいているときを見れば、確かに、病床稼働率は悪くなって、要らないということになるかもしれませんが、混んでいるときは95%以上入っていますので、こういう状態の中で、どうして空いていると言えるのかは、ちょっと難しいと思っています。

病院によって、予定入院が多いところは調整が可能かと思ひまして、そういうところは、コンスタントに入れば、空いていれば減らすということ是可以かもしれません。

ですから、我々のように、半数近く救急を取っている病院は、こういう状態はやむを得ないのかなと思っています。

○石橋座長：東京病院は、かなり稼働率を増やしてこられたと聞いておりますが、いかがでしょうか。

○當間（東京病院）：必ずしもそうではありません。原因の解明までは至ってなくて、地域として病床稼働率が全体的に落ちているのか、ベクトルが変わってきているのか、その辺はよくわかりませんが、近年の夏ごろから、それは事実であって、明らかに急性期のほうの稼働率は落ちてきています。

ですから、高度急性期から急性期、回復期、慢性期までという4つを準備している病院であると、先ほど言いましたが、果たして急性期の病床数が適切かどうかというのは、考えなければいけないところもあります。

実は、1病棟、48床は休棟しているという状況があつて、なおかつ、先ほど申し上げたように、緩和ケア病棟に関しては、新築して、20床から30床にするという形になりますので、そうすると、全体で増えるのかというと、そうではなく。休棟している48引く10で、38床になるわけです。

そして、そこの取り扱いをどうしようかということ、真剣に今議論しているところです。

○桑名（東京都病院協会）：ありがとうございました。

先ほどの資料で、稼働率が低いけれども、急性期機能が不足しているということがあったので、これは、連携をもう少し密にしていけば、この問題はWin-Winの解決につながっていくのじゃないかと思いました。どうもありがとうございました。

○石橋座長：それでは、続きまして、東京病院さんに対するご質問、ご意見などはございますでしょうか。

東京病院さんは、地域の先生方との連携を深めるために、いろいろ努力をされているかと思えますし、また、東京病院さんを活用するためということだと思いますが、清瀬市医師会のほうでも、地域医療のより発展のためにさまざまな手を打たれていると思えます。

その辺について、平野先生、今いろいろ取り組んでいらっしゃるのと、今後、地域の中で東京病院に果たしていただきたい役割とかいうことについて、ご意見があれば教えていただきたいと思えます。

○平野（清瀬市医師会）：清瀬市医師会の平野です。

地域連携ということで、連携医の集まりみたいなことを、ここ四、五年かかって行いました。そして、最初は数十人だったのが百人、二百人と増えるような状況にだんだんなってきました。

これは、どちらかという、医師会というものが、地域包括ケアの中で、行政と一緒に、いろいろな仕事をやりつつ、輪が少しずつ広がってきたなということで、いわゆる地域医療構想と地域包括ケアと結びつつあるような動きをした結果、今のような状態ができ始めたのではないかと考えております。

これは、行政もそうなりますが、我々が地域でグループワークをやるときに、例えば、かかりつけ医の先生を呼んだ場合、どの地域でもそうだと思いますが、かかりつけ医の先生というのは固定化されていて、ほとんどリピーターの先生しか来てくれません。

これは、いろんな委員会をやっても、固定したメンバーになってしまう場合が多いので、こういう状態でやっていっても、疲弊するだけだなと感じたもの

ですから、逆に、発想を変えて、「地域のほうから病院に行こう」というふうなことで、ここ数年間行いました。

つまり、地域から病院に行くことによって、地域はかかりつけ医が余り参加できなくても、病院には、お医者さんも多職種の方々もたくさんいらっしゃるのです、こういう問題に対して気持ちのある方々を少しずつつないでいくということを考えております。

そこで、清瀬市の地域包括ケアの中では、各病院を回らせていただいて、各病院の先生方に講義をしていただいて、そこでグループワークをやるということで、年間のスケジュールの中で少しずつ回ってきましたので、そういうことがつながってきたのではないかと考えております。

○石橋座長：ありがとうございました。

病院の先生方と地域の介護スタッフとの連携というのは、少しずつ進んでいるかと思いますが、病院の医療関係職種の方々と地域の医療関係、介護関係職種の方々ととの連携が、なかなか進んでいないかなと思います。

そういう意味で、平野先生のところでは、「病院に出かけていこう」ということで、やっていらっしゃるということが、少しずつ連携を強めているのかなと考えております。

こういうことに関して、當間先生、医療と介護の連携ということに関して、東京病院として何かお考えのことはございますでしょうか。

○當間（東京病院）：4つの機能を持っているというところがあるので、その中での連携というものが必要になってくると考えています。

ですので、適時、適切な病棟の機能に応じてということになりますが、どうしても在宅との絡みというものが必要になってきます。

特に、今後さらに高齢化が進んでいくようになりますから、その辺が非常に大事になってきますが、まだまだ在宅との連携の仕組みが不十分だと思っております。

例えば、緩和ケア病棟に関しても、必ずしも連携がスムーズでなかったりするところもあるようですので、その辺のところ、連続的にシームレスな感じ

で、いつでも連携ができる、連絡ができるという体制にしていくことが、非常に大事だろうとっております。

そういう意味では、地域包括ケア病棟はありませんが、今後非常に大事になってくるだろうとっております。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、3病院の先生方にご質問させていただきたいと思います。

3病院とも、病院のある地域だけではなく、遠方からも患者さんが来ておられるかと思いますが、そういう方々をまたそちらのほうに戻すということが必要ですし、早く戻さないと病床稼働率も悪くなるわけです。

ただ、近隣の方々と比べると、なかなか戻しづらいところがあるのではないかと推測していますが、その辺について、お困りのことや、工夫していることなどがございましたら、各先生方に教えていただきたいと思います。

上西先生のところはいかがでしょうか。

○上西（公立昭和病院）：比較的うまくいっているとは、うちは思っております。

入院するときに、患者さんの背景がどうだとかいうことを、きちんと聴取することが大事ですし、国のほうでも、「今後は退院ではなく、入退院をしっかりやれ」ということですので、うちの病院もその予定にしています。

入院前に、家族環境だとか、施設だったらどういう施設かとか、それから、来たときに、「治療が終わったら、また元に戻りますよね」という話を、基本的に最初にさせていただくと、比較的理解はしていただけます。

特に、施設間同士だと、相手は割とスムーズに返すことができますが、ネックになるのは、本人、家族の意思ですよね。中には、「面倒を絶対みたくない」という家族もいて、「何かあっても、絶対に連絡しないでくれ」というような家族もありまして、高齢者が多くなると、そういう方々が今後は増えてくると思っています。

もう一つ大変なのは、老人の独居とか、“老老介護”をされている方々を、どうやってサポートしていくかということです。これは、行政にかなり頑張っていていただかなければいけないので、私どもだけの努力ではなかなか難しいと思っています。

ですので、そういう背景を含めて、入院されるときにきちんとアセスメントするというので、何とかやっているというのが現状です。

○石橋座長：ありがとうございました。

松本先生はいかがでしょうか。

○松本（多摩北部医療センター）：遠方からというのは、診療科である程度偏りがありまして、特定の診療科で、その医師の出身とかもあるかと思いますが、遠方からくる患者さんが来る診療科は決まっています。

そして、それは前からなので、その遠方の、埼玉の南部から中部あたりが多いのですが、それなりの関係の構築が、もうできているんだと思います。

それより遠いところからくる患者さんというのは、ほとんどおりませんし、それに対しては、個々の患者さんに対応することになっています。

そういうことから考えると、当院では、遠方だから大変で、近場のほうがスムーズにいくというような感じは余り持っていません。

○石橋座長：ありがとうございました。

當間先生のところはいかがでしょうか。

○當間（東京病院）：遠方というか、それこそ、海外から日本に来られて、2週間で結核と診断したという方がいたりして、コミュニケーションもなかなか難しかったりということもあります。

もちろん、そういう方々はそんなに多くはなくて、全体的には遞減傾向だと思えますが、そういう場合に困ることがあります。

ただ、高い意識を持って日本に来て、日本語を勉強して、いろいろ手に職をつけてというような方々が多かったりするので、その辺でトラブル的なものは

ないですし、ある一定の期間入院して、治療していただければ、ほぼ治るわけですから、そういう意味では、困ることは余りありません。

それ以外の疾患に関しても、遠方だからということは、余り頻度は高くはありません。時々、重症ぜん息の方々に気管支の治療を何回かやって、それで完結するというのが、遠方からの患者さんであることもありますが、それは、大体短期的な入院で済むようなことですので、そのあとは、また元に戻られるということです。

問題になってくるのは、この近辺でいうと、“老老介護”の方々や、それがいずれは独居になっていくという方々が入院したときに、どうやってお帰しすればいいかということで、連携プレーをちゃんとやっていけるようにならないといけないだろうという予感は、大いにしています。

○石橋座長：ありがとうございました。

北多摩地域では、この地域の方々ですと、入院時にケアマネさんから情報してもらい、退院時には、ケアマネさんも入ったカンファレンスをするという形が、少しずつでき上がっているように聞いておりますので、こういうことも、地域に帰すというところで有効になってくるかと思っております。

それでは、ほかの先生方にもお聞きしたいと思います。回復期機能が不足していると言われていますが、実際のところはいかがでしょうか。先生方の実感として、北多摩北部地域の回復期は足りていると思われるでしょうか。

回復期を担っておられる先生方がたくさんいらっしゃいますが、この地域について、将来も含めてどのようにお考えでしょうか。どうぞ。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院）：小平中央リハビリテーション病院の鳥巢と申します。

石橋先生が今おっしゃった回復期としてというよりは、まずは、矢沢部長にちょっとお聞きしたいと思います。

この地域医療構想というのは、2025年問題に当たって、東京都とその他のところでは違うのではないかと思っています。

北多摩北部に関して言えば、医療の充実度というのは、結構いいと思っておりますが、地方には、一極集中で、公的病院や公立病院が1つしかないところに、重症患者がみんな集まってしまって、ほかのところには専門医もいないということで、どんどんたらい回しになってしまうということも多いと思っております。

それに対して、東京都というのは、そういう意味では充実しているのではないかと考えていますので、この地域医療構想自体が、この東京都に関しては心配することは余りないと思っております。

いろいろな意味で回復期もちゃんとやっていますが、急性期が回復期を担っているところもあると思うんです。それは、そういうふうに標榜せざるを得ないということもありまして、上西先生が先ほどおっしゃったように、稼働率を上げるためには、入院期間をどんどん短くしなければいけないわけです。

しかし、うちは慢性期もやっていますが、療養の患者さんで重症の方も受けざるを得ないわけですが、地方の場合は、そういうことができないところが多いんじゃないかと考えています。

そういう点について、東京都にはほかのところの情報がいろいろ入っていると思いますが、その辺のところはどうなっているのでしょうか。

○矢沢部長：まず、東京都と地方が違うというのは、そのとおりでして、先生方も実感されていると思いますが、1つの病院中心にできている場合と、いくつかの病院があって、いろいろな機能を持っているという場合は、全く違うわけです。

もちろん、地方の中でも、都市型のところとは若干似ていまして、大阪などとは似ているところがあると聞いています。

あと、充実しているというところの実感をどうするかということですが、病床機能報告において、高度急性期が全床と出している病院が、まだ数病院残っている状況の中で、高度急性期と急性期のところがちょっと不透明な状況です。

また、急性期の中に回復期が少しあると考えている病院があるということも、そのとおりでして、そこもまだ不透明な状況です。

そういう点についてもう少しきれいになってくれば、地域医療構想で言っている、「高度急性期が何%」というような割合については、ほとんど現状で満たしているのではないかと考えております。

○鳥巢(小平中央リハビリテーション病院): どうもありがとうございました。

○石橋座長: 先生の実感としては、回復期は足りているだろうということでしょうか。

○鳥巢(小平中央リハビリテーション病院): 足りていると思っています。

うちの病院に関して言えば、どちらかというと、慢性期がもう満床なんですよ。というのは、在宅のほうに、行政というか、国のほうは持っていかなせるようにしているわけですが、慢性期でも、ほとんど重症の慢性期を扱っているものですから、在宅まで行くにはなかなか難しいというのが現実なんです。

だから、在宅を担っていただく開業医の先生方が、重症の患者さんを診るといのは、結構なストレスになってしまうのではないかと思いますので、この地域医療構想というのは、特に、都市部に関しては、根本的に考えなければいけないのではないかと考えています。

例えば、北海道のように、何も無いところにポツンと1つあって、ほかは何キロも離れているというような場合は、しょうがないかと思うんですが、東京都の場合はちょっと違うとっております。

それから、西多摩はデータ的には減ると思いますが、ほかのところは、東京都内に関しては、2025年になっても、患者さんは増えると思っています。

ですから、行政の方々はもちろんそういうことを考えていらっしゃるわけですが、その辺のところまでを我々が考えると、これからの療養型や慢性期というのは、重症を扱わないと、とてもじゃないけれどもやっていけないと思っています。

その辺が一番大事だと思っていますが、専門医制度がまたいけないですね。どうしても大きな病院じゃないと、専門医を取れないという状態になっていま

すから、こういう問題に対しても再検討していただく必要があると思っています。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

この地域は比較的バランスが取れた地域ということですが、今言われたように、慢性期の重症の方に対しては、耐えられないのじゃないかというご意見もございました。

そして、家族の問題とか地域の中でどう支えていくかということなどを考えていくと、なかなかおうちに帰れないという方がたくさんいらっしゃると思います。

そういうところを地域の中でどうサポートしていくかということが、地域包括ケアであると思いますし、その中で、いろいろな役割というものが、今後もっと分化していくということが行われると、ここで言われる高度急性期、急性期、回復期、慢性期というものが、うまく分かれていくのかなと思っています。

こういうことを今後進めていく上で、東京都という括りには、多分、北多摩北部地域は、23区とはちょっと違うということになるかと思っていますので、この地域ではどうしていくかということを、この地域医療構想会議で皆さんと議論していきながら、「今後どうあるべきか」というところまで、話が進んでいくといいのかなと思っています。

そういう意味で、今後とも皆さまから活発なご意見をいただければ、よりよい地域になっていくのかなと思っています。

そろそろ時間ですが、「ぜひこれを言っておきたい」というようなことはございますでしょうか。

特にないようでしたら、本日は活発なご議論をありがとうございました。次回以降の調整会議でも、いろいろな課題の解決に向けた議論を重ねていければと思っています。

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

○石橋座長：それでは、議事の「3. 報告」というところで、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、よろしくをお願いいたします。

続いて、報告事項(2)の病床配分等についてですが、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」に記載のある圏域です。北多摩北部地域では87床の病床配分が可能です。

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回となりました。

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。

こちらも、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、有効に活用するため、非稼働病棟について、来年の3月末までに、当該病棟を再開するか、病床稼働までのスケジュールや、医療従事者の確保方針等の、病棟再開に向けた具体的な対応方針を、東京都に提出するようにお願いしております。

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

説明は以上です。

○石橋座長：ありがとうございます。

この調整会議の一つの目的で、病床の配分に関して、決定権はございませんが、意見を述べるという場になっております。こちらのほうでの皆様のご意見を東京都の委員会に送り、どうするかを検討するということのようにございますので、今後そういうものが出てまいりましたら、皆さまのご意見をいただければと思います。

また、今後、この地域の病床のあり方だけではなくて、地域包括ケアに関しても含めて、各市と連携を取りながら進めていく必要がありますので、そういう点についても、この場で議論をしていただければと思っております。

この調整会議は、お集まりいただきました先生方と情報を共有する場ですので、「今後こういうことをやっていきたい」とか「こういうふうにしていきたい」というような、情報提供などがありましたらいかがでしょうか。

特にございませんでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上でございますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○花本部長：ありがとうございました。

最後に、事務連絡が5点ございます。

1点目ですが、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となっております。

本日の議論を踏まえて、プランの内容を修正する場合には、7月31日までに東京都にご提出いただければと思います。

2点目、今後、病院がこれまで担ってきた機能を大きく変更することを予定し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を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、本日の議事録ですが、会議の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で掲載させていただきます。公開された議事録についても修正等が必要な場合には、東京都までご連絡いただければと思います。

4点目、地域医療構想調整会議につきましては、圏域ごとに行っておりますが、今後の議論をより深めていく際には、隣接する圏域や他の圏域の状況や議論の方向性についても、重要な要素になると思っております。そこで、皆さまに他の圏域の会議にもご出席いただければ、本圏域での議論もさらに充実するものと考えております。

お忙しい中お手数とは思いますが、他の圏域の調整会議のご出席についてお考えいただければ幸いです。各調整会議の日程等につきましても、東京都福祉保健局のホームページに記載しておりますので、ご参照いただければと思います。

それから、5点目、本日、閲覧用の「地域医療構想」という冊子を、机の上に配付しておりますが、そのまま机の上に置いておいてください。

それでは、以上で北多摩北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なご議論をいただき、どうもありがとうございました。

(了)