

〔平成 30 年度 第 1 回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔北多摩西部〕**

平成 3 0 年 6 月 2 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』

### 〔北多摩西部〕

平成30年6月26日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：定刻となりましたので、北多摩西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。

本日はお忙しい中ご参加いただきましてありがとうございます。

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。どうぞよろしくお願いたします。

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。落丁等がございましたら、事務局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、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、ご発言をお願いいたします。

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

○新井理事：東京都医師会の新井でございます。

きょうは、皆さまお集まりいただきありがとうございます。

この調整会議もいよいよ3年目に入りました。昨年までは、その地区の課題とかについてアンケート調査をしたり、グループワークをしたりして、意見を出し合っていたいただきましたが、より具体的な内容に入ってまいりました。

本日は、「新公立病院改革プラン」及び「公的医療機関等2025プラン」をもとに、いろいろなご意見を出していただくという会議であります。

国のほうからの地域医療構想の進め方というのが、ことしの2月に示されましたが、その調整会議の中において、今言った、病院のプランというものをもとに、将来の各医療圏での病床機能について議論をしていくということが示されております。

そこで、その調整会議の中で意見を出していただいて、そこで一つの合意をつくり上げて、それを、東京都が行う保健医療計画の中に、きちんと地域医療構想の章が設けられておまして、記載されておりますので、それに落とし込んでいくというようなことが、これから先に行われるわけであります。

したがって、きょうは4病院のほうからいろいろプランが示されるわけですが、ご出席の4機能のそれぞれの代表者の方々、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会の代表の方々、さらに、保険者の代表の方や行政の方々に、それぞれこの圏域での将来の必要病床について、それを踏まえた上で、この地域はどうあるべきかということ、議論していただければと思っております。

もう一つ追加で、この場を借りてお話ししておきたいのは、皆さん既にご存じだと思いますが、将来の必要病床数というものは、国が計算式を出しまして、東京都で推計をしておりますが、これは、あくまでも2013年病床稼働率をもとに計算したものでありまして、これがきちんと2025年にあてはまるというものではございませんで、あくまでも推計値でございます。

これは、患者数ベースの数字であります。それに対して、病床機能報告というものは、まだまだきちんとデータが出ているわけではありません。毎年精度が上がってきてはおりますが、全ての病院が病床機能報告をしているわけではありません。

そして、その4機能の中でも、高度急性期や急性期の中に、回復期の患者が入っているところでも、高度急性期、急性期として報告をしているところがございます。

ですから、そのところを十分踏まえた上で、この医療圏での医療需要というものは、皆さまが実際に診療している中で、日々の実感というものが一番正確なものをあらわしていると思われまますので、そういうことを踏まえた上で、より積極的にご議論していただければと思います。

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。

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、ご了承ください。

それでは、これ以降の進行を香取座長にお願いいたします。

## 2. 議 事

### (1) 平成29年病床機能報告速報値について

○香取座長：立川市医師会の香取です。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

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、東京都より説明を受けたいと思います。お願いいたします。

○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床となっております、前年に比べて1792床の増となっております。

これは、新規開設分に加えまして、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特に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、北多摩西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簡単にご紹介いたします。

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としていただければ思いまして集計いたしました。

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から順に北多摩西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。

前年度と比較しますと、高度急性期は、割合、病床数ともに減少しておりますが、急性期、回復期、慢性期につきましては、ともに増えております。

高度急性期の減と急性期の増については、前回、高度急性期と報告していた病床の一部が、今回は急性期として報告されたことによるものです。

回復期の増のほうは、回復期リハ病棟の新設によるもの、慢性期の増は、回復期から慢性期への報告区分変更によるものです。

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。

高度急性期は、平均在院日数は横ばいながら、稼働率が前年に比べて下がっており、急性期も、平均在院日数は横ばいで、稼働率も前年に比べてわずかに下がっております。

回復期は、平均在院日数が前年より短くなっておりますが、稼働率もやや下がっておりまして、慢性期の平均在院日数は微増傾向ですが、稼働率は横ばいです。

高度急性期の稼働率の減が、昨年度、100%超えと、極端に高かった病院が、今年度は100%未満になっていることが影響していると思われれます。

平均在院日数に統計的に有意な差はございませんでした。

それから、回復期の平均在院日数が下がっておりますのは、昨年度、日数が長かった病院が、今回対象外となったため、こちらについても、前年の値と比較して、有意な差というのはございませんでした。

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。

北多摩西部では、急性期、慢性期の報告もありますが、回復期での報告割合が最も大きくなっております。

こちらの入院料は、急性期と回復期の割合が均衡していたり、急性期の割合が最も多いといったふうに、地域によって届け出の状況がかなり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、地域包括ケア病棟をどのように活用しているかということについて、説明をしていただく予定になっております。

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。

慢性期のほうをご覧くださいますと、「在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）」が少なく、「自院が在宅医療を提供する予定の患者」の割合が高いことが、ほかの構想区域とは違う特徴の一つとなっております。

前者の値は、ほかの構想区域と比べて最も低く、後者のほうの割合は最も高くなっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合ですが、前年度よりも8%高くなっております。都平均が62.2%ですので、こちらと比較しても約10%高くなっております。

説明は以上となります。

○香取座長：ありがとうございました。

病床機能報告の結果についてご質問、ご意見等がありますでしょうか。

特になければ、次の議題に進みます。

## **(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**

○香取座長：「(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、東京都のほうから、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4枚目の右上に、北多摩西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、「急性期機能及び回復期機能の病床稼働率が低い」、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い」、「急変時対応を求める地域の診療所の声がある」となっております。

そこから、「課題」として、「地域内での連携を深め、入院・退院調整を円滑に進めていくための取り組みが必要」、「地域の中で在宅患者を支えるため、病院・診療所間の連携・支援の取り組みが必要」が挙げられております。

ここから、「後方支援」と「ICT・ネットワーク化」という2つのキーワードを設定しております。

この2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く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、プラン本体につきましては、参考資料3として配布しておりますので、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

## 【 対象病院からの報告 】

○香取座長：それでは、資料4の順番に従って、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分ですので、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。

では、まず、立川病院さんからお願いいたします。

○三田村（立川病院）：立川病院の三田村と申します。

立川病院は、国家公務員共済組合連合会の病院の一つでありまして、7対1で急性期主体の総合病院であります。

そして、精神科のほか、HCU、NICUといった設備も持っていて、地域医療支援病院でもありますし、地域の周産期母子医療センター、認知症疾患医療センター、第2種感染症指定病院、そして、最近ですが、東京都の災害拠点病院にも指名されました。

「キーワード1：後方支援」については、どちらの病院も同じだと思いますが、新しく病院ができて、特に、入退院センターを整備しております。

そして、早期介入を実施しておりまして、ケアマネジャーや認定看護師による研修会とかいった、認知症や緩和ケアの研修会等に、かなり力を入れておりまして、地域の皆さまとの連携に努めております。

「キーワード2：ICT・ネットワーク」については、当院では、平成22年から、近隣の32の医療機関で、主にクリニックが多いですが、実際にネットワーク化を行っています。

データの閲覧とかに使用されていましたが、実は、そのときの感想を申し上げますと、なかなか一般のクリニックではこのICTがうまく活用されなかったというのが実情です。

といたしますのは、恐らく、地域の先生方が忙しい合間に、このICTに入って、病院のデータまで見るということが、少なかったのではないかとということで、そのままではなかなかうまくいかないのではないかと感想を持っています。

また、新しいシステム導入に関しては、当院の電子カルテのシステムが、「SSI（ソフトウェア・サービス）」という、やや特殊なベンダーのものということもあって、現段階では、東京総合医療ネットワークのシステムへの加入ができていません。

富士通とNECが先行しているようですが、「SSI」が可能になれば、加入して、今後はうまく運用できるようになればと思っています。

次に、設問1の「地域」についてです。

これは、立川市が中心になりますが、近隣の地域とのシームレスな連携ということに重点を置いています。

また、周産期医療、精神科の身体合併症に関しては、二次医療圏のみならず、それよりも遠いところとの連携も図っております。

これは、2番目の内容とも関連しますが、疾患によって、連携の密度、距離というものが違ってくるということです。

3の地域包括ケア病棟については、持っておりませんし、今後も持つ予定はありません。

ちなみに、当院は、入院患者の95%が自宅に帰っています。そして、その患者さんの中の2.3%が、在宅医療を受けているというような実態です。

そういう意味では、在宅医療に依存するところは、比較的少ない施設かなと感じています。

また、施設からのサブアキュートでの入院は、全入院患者の2.3%という低い数字になっております。

4の病床機能の分類にあたっての根拠、理由についてですが、非常に難しく、私自身も答えを持っていません。

診療点数での評価ではなくて、さらに、重症度とか在院日数等も加味したものというのが求められるのではないかと感じています。

高度急性期を中心とした総合病院として、ハイリスク患者から緊急入院患者、手術対象患者等について、特に、昨年から緊急科を新設しており、積極的に救急車の受け入れに努めております。

最後の、5の他の医療機関に求めることとしては、繰り返しになりますが、入退院支援がスムーズに行えるようにということと、当院の特性を活かすという意味では、認知症を含めた後方支援が可能な施設であり、地域に出張して患者さんに対応するというも行っておりますので、医療機関のみならず、福祉関係、行政機関とも連携を取って、活動していければと思っております。

そして、病院としては、急性期を中心とした病院で、特に、緊急場面での受け入れにさらに努力し、そういう場面でICTが、急な入院依頼に応えられるようなシステムができると、非常にスムーズに使えるのではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

続きまして、災害医療センターさん、お願いいたします。

○伊藤（災害医療センター）：災害医療センターの伊藤でございます。

当院は、1995年に設立され、現在、23年目に入りました。「災害」という名前は、政策医療の観点からつけられたものでございます。

当院の入院患者さんは、通常は8000点ですが、今月は9000点を超える状態です。紹介率は70%で、逆紹介率は130%という状態で運営がなされております。

まず、「キーワード1：後方支援」に関しては、もともと三次救急を積極的にやっておりますので、急性期後の後方支援の施設は非常に大事だと考えております。

本日も、私、東大和市方面に出向かせていただきましたが、医療機関の方々と情報交換をして、連携を強め、入退院調整が円滑に進められるように、積極的に活動しておりますし、今後ともやっていきたいと考えております。

「キーワード2：ICT・ネットワーク」は、先ほどの三田村先生のお話とかぶりますが、地域に患者さんを戻すにあたって、ぜひ必要ではあります。

現場の方々に使いきっていただくということには、どうしても歯がゆい点がございませぬ。

さらに、システム自体の構築に費用がかかりますし、非常に煩雑であるということですので、何らかの公的措置が必要ではないかと思っております。

次に、1の「地域」についての考え方ですが、6市町村を持つ北多摩西部医療圏が中心で、立川市は最も人口が多いわけですから、我々の診療の重点はここに置かれています。

ただ、構想区域以外についても、地域以外の施設訪問も積極的に行っております。

3の地域包括ケア病棟に関しては、現在も持っておりませぬし、将来構想もございませぬ。

4の病床機能についてですが、当院は、三次救急でありますし、国指定の地域がん診療連携拠点病院であります。

また、基幹災害拠点病院であり、東京都CCUネットワーク加盟施設であり、地域医療支援施設としての役割も担わせていただいております。

今後とも高度急性期機能をさらに発展させることに精進したいと思っております。

それから、5の「他の医療機関に求めること」については、地域連携をより強化させていきたいと考えておりますので、当院の特性をご理解いただいて、紹介、逆紹介にご協力いただければと思います。

今後ともよろしく願ひいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、東大和病院さん、願ひいたします。

○直井（東大和病院）：東大和病院の直井と申します。

当院は、許可病床、実稼働284の民間病院でありまして、地域医療支援病院ということで説明させていただきます。

「キーワード1：後方支援」についてですが、武蔵村山病院という、療養型等の、ケアミックスの病院がありますので、そこの連携ということで、後方支援をまず一つつくっております。

さらに、当施設内に、介護老人保健施設が100床ありまして、ここで、短期入所、通所リハ等のサービスを提供しておりますので、当院からの退院先として、あるいは、他施設からの入所先として、月に10名前後の移動等がございます。

さらに、法人の中に、「在宅サポートセンター」と申しまして、訪問診療、訪問看護、訪問介護、居宅支援事業所等の、地域に根付いた看護サービスを提供する部門もあります。

ですので、まずは、一つの法人の中で、高度急性期から在宅までという形をつくっております。

一方、逆の見方としまして、当院が後方支援として何ができるのかということで、診療報酬上の後方支援病院の基準等を、どのように受け入れていくかということも、そろそろ検討を始めております。

次に、「キーワード2：ICT・ネットワーク」に関しては、当院も「SSI」の電子カルテを使っていますが、ご希望があるクリニックとか訪問看護ステーションや、介護施設も一部ありますが、そういうところと、Web上で閲覧が可能なシステムを導入しておりまして、情報共有に努めております。

ただ、課題としては、最近はその数が伸び悩んでおりまして、19施設までは来ましたが、新たに導入するということはございません。

次に、1の、「地域」としてどの範囲かということに関しましては、やはり、北多摩西部医療圏を中心に考えておりますが、当院は、脳卒中と大腿骨骨折の地域連携パスの事務局も兼ねておりまして、西多摩、所沢、北多摩北部等との連携の会を、年3回開催し、連携を密にしております。

2の、近隣と遠方の関係については、特に違いはありません。

なお、近隣というわけではありませんが、年に6回ほど、症例検討会を実施しておりまして、東大和市、武蔵村山市、小平市、立川市、東村山市等の約150の医療機関さんに通知を出して、ご参加いただいております。

3の、地域包括ケア病棟については、ことしの3月に、284のうちの26床を使いまして設置いたしました。

これを設置するきっかけというか、背景には、高度急性期病院としてやっていく上でも必要性を感じたからでございます。

そういうこともありまして、当面、ポストアキュートとして使っているという状況ですが、今後はサブアキュートの部分をどのように取り入れていくか、少しずつ考えているところです。

4の、病床機能の分類に関しては、月間450台ぐらいの救急車の受け入れをしており、ICU、HCU、SCUなどのユニットも備えておりますので、我々がやっていくべきものは、高度急性期と急性期を中心に考えていくべきではないかという判断になっております。

5の、他の医療機関に求めることは、当院の次のステップの回復期、療養、在宅、さらに、もしかすると、介護保険サービス等につながるような連携を密にして、また、そこからの急変時の入退院等についても強めていきたいと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

では、最後に、村山医療センターさん、お願いいたします。

○朝妻（村山医療センター）：村山医療センターの朝妻と申します。

当院の組織としては、独立行政法人国立病院機構の一員で、災害医療センターと同様の範ちゅうに入っております。

病床数は303床で、回復期ということになっておりますが、混合的な診療と申しますか、急性期が139床で、回復期が164床ということで、複合的な診療機能を持っております。

診療科としては、骨・運動器疾患に関する医療を行うということで、整形外科、リハビリテーション科が中心になっております。

そういったことで、特殊な診療形態を持っているというようにご理解いただければと思います。

「キーワード1：後方支援」に関しては、これは、地域医療連携室の退院調整職員が中心となっておりまして、入院時から計画的に退院支援を実施しております。

また、病棟専従の退院調整職員が、地域の関連機関と連携して、退院前カンファレンスを開催したり、退院前訪問も行っております。

「キーワード2：ICT・ネットワーク」に関しては、地域における医療連絡会、合同カンファレンス、講座、懇親会に参加する等、顔の見えるような関係の中で、情報を共有していくことが重要と考えております。

また、今後は、東京都医師会で進められている「東京総合医療ネットワーク」に参加することも考えております。

次に、1の、「地域としてどの範囲を意識しているか」ということですが、基本的には、北多摩西部医療圏の6市を「地域」と位置づけております。

ただ、構想区域外からの紹介患者さんも多数受けておりまして、紹介元には診療情報提供等を必ず返信するようにしております。

また、当院の機関誌を発送するなどして、関係性を保つための工夫をしております。

次に、2の、近隣と遠方の関係機関のところですが、基本的には、連携方法には大きな差はないと考えておりまして、地域医療連携室の看護師、MSWを窓口にして、FAX通信で情報を共有しております。

3の、地域包括ケア病棟についてですが、当院は44床を持っております。現在は、主に、急性期の治療を終えた患者の継続的治療は、リハビリテーションを中心とするポストアキュートが中心になっております。

本来は、サブアキュートの受け入れをすることが大事だと考えており、門戸を広げてはおりますが、レスパイトを含めて、在宅の患者さんや施設の入所の患者さんの受け入れが、実際まだ少ないため、この辺が今後の問題だと思っております。

ただ、診療機能とすると、内科、外科等の総合的な全身管理が難しい患者さんに関しては、対応がなかなか大変だということで、これが今後の私どもの課題と考えております。



次に、4の、病床機能の分類に関してですが、一般床の周術期を急性期とし、急性期を経過して在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能として、回復期リハビリテーション病棟と、地域包括ケア病棟のほか、主に脊髄損傷の患者さんを治療する障害者病棟を回復期と考えております。

最後に、5の、他の医療機関に求めることは、当院では、一般病院では対応が困難な脊髄損傷や骨・運動器疾患に対して、非常に複雑な治療を行ってまいりまして、早期の社会復帰を目指して、リハビリテーションに至るまで、一貫した医療を行っております。

また、リハビリテーション科では、脳血管障害の後遺症に対するリハビリも行っておりますので、当院の特色を活かし、今後とも「病診連携」の強化を図っていききたいと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

これで、全てのプラン策定対象病院からの説明が終了しました。

続いて、質疑応答、意見交換を行いたいと思いますが、“呼び水”として、副座長の先生にまずお願いしたいと思います。

まずは、最初の立川病院さんに対して、渡邊さん、お願いいたします。

○渡邊副座長（都保健所）：多摩立川保健所の渡邊と申します。この圏域には初めて参加させていただきます。

立川病院さんは、機能として、周産期とか精神科の身体合併症、救急等は、圏域で立川病院さん以外にはないという特色を持っていらっしゃるの、高度急性期、急性期以外のところはないというところは、十分周知しております。

ただ、「キーワード1：後方支援」のところで、「地域医療連携センターが窓口となり、状態悪化により治療が必要な場合は、当院で受け入れることとしている」ということは、立川病院さんにかかっていた患者さんに限るといような感じなのでしょうか。

○三田村（立川病院）立川病院の三田村です。

そういうことはありませんで、全くかかったことがない患者さんであっても、地域医療連携センターのほうに連絡が来た場合、そこから情報を担当医師のほうにつないで、緊急であれば、すぐに来ていただくとか、救急外来に来ていただくとか、そういう流れをつくっています。

そういう意味で、普段からかかっている人とか、以前かかった人に限ったことはないという理解でよろしいかと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかの方々から、立川病院さんについて何かご質問、ご意見等がありますでしょうか。傍聴席の方も、何かあれば、挙手をお願いしたいと思います。

特にないようでしたら、何と言っても立川が中心になりますので、立川に関係の深い、薬剤師会から根本先生いかがでしょうか。

○根本（東京都薬剤師会）：東京都薬剤師会の根本と申します。

この調整会議では、まだ病床区分等の話の議論を多くしていただいています。が、薬剤師会として、これから、薬剤師が地元も在宅をやりながら、“かかりつけ薬剤師”として活動していく中で、まだまだ踏み込めてないところが、「退院時共同指導」のところなんです。

その部分に関して、薬剤師会もできる限り動くようにはしていますが、開局しながら、自分の今の外来の患者さまを見ながら、「退院時共同指導」の時間帯に動くというのは、なかなか難しいというのが現状です。

ただ、これからは、外来で薬局に来ている患者さまが、入院されて、ある程度安定したところから、地元に戻るときの「退院時共同指導」のところで、薬局の薬剤師を呼んでいただけるように進めていただければと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

副座長として、三田村先生、お願いします。

○三田村副座長（東京都病院協会）：立川病院の三田村です。

退院時の薬事指導は、非常に重要だと思っておりますが、薬局が固定していない患者さんが多く、また、同じ患者さんが、ある病気はこの病院にかかって、ある病気はこっちの病院にかかっているというような方が結構多くおられますので、その辺を含めて、薬剤の指導をしなければいけないのかなと思っております。

それを、今後どのように解決していくかということに関して、先ほど、ICTのネットワーク化の話がありましたが、一つの方向性としては、個人的な意見ですが、患者さんの薬剤は、ネット上に患者さん自身が保管して、服用している薬が全てそこにあって、それを、特定の薬局にかかるときに開示して、その薬が適切かどうかという判断をしていただく必要があると思っております。

ただ、そのときに、病名を開示するかどうかというのは、また微妙な問題で、本当は病名がわかったほうが、薬剤の指導はしやすいですので、将来的にはそういう方向になったほうがいいのではないかと考えています。

○香取座長：ありがとうございました。

立川病院は、市立ではないのですが、市民病院的な存在でありたいと、常々おっしゃっていて、行政との関係も大事かと思っておりますので、行政の立場から、横塚さん、いかがでしょうか。

○横塚（立川市）：立川市の横塚でございます。

立川病院さんには、特に、認知症の関係で、市と連携を非常に強めていただいて、大変ありがたいと思っております。

在宅療養の中でも、認知症の患者さんがいろいろな課題を抱えていて、それを多職種でどう支えていくかということが、一つの大きな課題だと思っておりますので、そういう意味でも、立川市にとっては、立川病院さんが、常に支えてくださっており、大変心強く感じております。

○香取座長：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、災害医療センターさんについてのご質問、ご意見で、まずは、副座長のほうから、“呼び水”をお願いしたいと思います。

○渡邊副座長（都保健所）：災害医療センターさんも、三次救急受け入れ施設に特化した病院ですが、逆に、災害医療センターさんで高度急性期、急性期で受け入れた方を、逆紹介する場合、次の転院先病院が決まらないとかいうようなご苦労とかはあるのでしょうか。

○伊藤（災害医療センター）：災害医療センターの伊藤です。

はっきり言って苦労しています。入院前からアプローチしていかないと、侵襲の大きい治療のあと、自宅に帰れる人たちも多くいますが、どうしても次のオプションを選んでおかないとまずいという事例が多いです。私は、立川市に20年ほどいますので、本当に身にしみています。

ただ、退院支援をやってくれているスタッフが、入院前から関わるという形をとってくれているので、そこに光明が差しています。

そういう意味では、救急で来る患者さんが一番困ります。困るというのは、転院先を探すときにという意味ですが、入院した晩とかは無理であっても、翌朝にはMSWが介入するようになっているのが現状です。

ただ、口で言うのは簡単ですが、後方支援を受けてくださる病院も、それぞれご事情がありますから、急性期を扱う病院も含めて、こういった問題がこの多摩地域の持っている大きな問題だと思っています。

もちろん、病院の問題だけではなくて、いろいろな社会的な要因、例えば、家族背景とかもいろいろありまして、それは、23区内の方たちとは大きく違っているところだと思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

では、コンセプトは少し違うかもしれませんが、本当に災害医療センターから歩いて数分のところにある立川相互病院の高橋先生、いかがでしょうか。

○高橋（立川相互病院）：立川相互病院の高橋です。

先ほど、8000点から9000点というお話を伺って、びっくりしました。我々のところは、災害医療センターのすぐ近くにあるおかげで、何とかやっているというような状況で、私の頭の中は、700人の職員をどうやって食わしていくかということで精一杯で、地域医療に関してどのように貢献するかというところまで、今はなかなか思いが至らないのが現状です。

もちろん、我々のところで手に負えない患者さんは、心よく受けていただいて、大変助かっております。

ただ、災害医療センターさんから我々のところに移ってこられる患者さんは、ほとんどおられません。我々のところでも、転院先を探すことに関しては苦勞しております。ほぼ同様の苦悩を持ちながらやっているところではないかと思っています。

そして、我々のところの患者さんのほうが、もっと高齢ですし、社会的背景ももっと弱い方々が多いので、その分、苦勞が大きいかとも思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

立川市歯科医師会の片岡先生、災害医療センターと立川相互病院との連携に関してご質問、ご意見等はございますでしょうか。

○片岡（立川市歯科医師会）：立川市歯科医師会の片岡でございます。

災害医療センターも立川相互病院にも口腔外科が入っていますので、我々開業医としては、かなりの人数を紹介していると思っています。

あと、歯科としては、がんなどの手術をされるときに、一般開業医のところに紹介していただくとありがたいと思っています。口腔ケア後に手術をしたほうが良いということがありますが、なかなかそれが進んでいないのが現状です。

また、退院後の方々の在宅の口腔ケアを、我々としては行いたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

あと、傍聴席等から何かご質問、ご意見等はございませんか。

それでは、今度は、東大和病院についてですが、まず、副座長の三田村先生、“呼び水”として、何かご質問、ご意見等をお願いいたします。

○三田村副座長（東京都病院協会）：立川病院の三田村です。

我々と同じ「SS I」の電子カルテを使っているというお話がありました。

我々も、以前、32施設で、そのときは「SS I」とは違うんですが、運用したことがあります。結局、最後までといたしますか、何年も運用して、コンピュータを使い続けた施設というのは、最終的には2つのクリニックになってしまったという経緯があります。

ほとんどの方は、コンピュータに慣れていないとか、時間がなくて、そこまで検索に行かないということが多かったようですが、実際に東大和病院でやられている19施設では、どういう役立て方をされて、それをどういうふうに地域として活用されているのでしょうか。また、うまくいっている点があれば、教えていただきたいと思います。

○野地（東大和病院）：東大和病院の野地でございます。

先ほどのプレゼンでご紹介したのが、19施設ということですが、今お話があったように、我々の場合も、実際に全部動いているかということ、そうでもないのが現状です。

最後まで残っている人というのは、比較的若い人で、東大和病院を退職されてから開業された先生とか、ある程度限定された形でやり取りができるという形です。

そして、最初は登録されていても、実際には動いていない施設が多くて、今しっかり動いているのは半分ぐらいじゃないかと思います。

そこで、これをどうやってうまくやっていくかということですが、開業医の先生方はそれなりにお忙しいので、普段の診療の中でこれを活用するというのは、なかなか難しいのかなと思います。

ですから、繰り返しになりますが、パソコンに慣れた方がささっとできれば、ある程度まではカルテが共有できますので、手術が目的で送ってこられた患者さんの情報がわかりますし、手術が終わった患者さんに対して、我々もレポー

トを出しますが、詳細は診てくださいということにすると、「こういう手術をしたんだな」ということを理解していただけます。

ですので、そういう手術の症例などについては有効ではないかと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、行政との関係も大事ですので、東大和市の志村さんのほうからご質問、ご意見をいただけますでしょうか。

○志村（東大和市）：東大和市の志村と申します。

東大和病院は、市内で唯一の病院ということで、市民の方々が非常に心強く、普段お世話になっていると思っております、感謝しております。

一つ質問ですが、3月から、地域包括ケア病床を26床運用しているということですが、急性期を脱したあとの治療等で、市民の方々が安心しておうちに帰るまでとか、転院先を見つけるまでということで、使っていただいていると思いますが、どのような形で実際に病床が稼働しているかについてお伺いできればと思いますので、よろしく願いいたします。

○野地（東大和病院）：この3月から開始して、3か月ほどたちました。

通常の地域包括ケア病床に比べると、26床というのはちょっと少なめですが、全体が284床しかないため、その中で、「1割ぐらいが妥当かな」ということで始めました。

実際は、当院は急性期を中心に行っておりますので、どうしてもポストアキュートということで埋めております。

ただ、このポストアキュートでどのぐらい埋まっているかというと、20床ぐらいということで、5～6床はどうしても空いてしまいます。

そこで、3か月たちましたので、では、地域包括ケア病床をどうやって運用していくかということで、どういう患者さんをピックアップするかということを検討して、医師を確保して、地域包括ケア病床をスムーズに運用できるようにしていこうとしております。

この地域包括ケア病床をやるときに、最初、我々はわからなかったんですが、これをやるときに一番大切なのはリハビリだということがわかりました。

このリハビリの質が落ちてしまうと、全く意味がない病棟だと思っていて、リハビリをしっかりと行って、早くご自宅に帰っていただくということに努めております。

今後はサブアキュートの受け入れも検討しております、当院は、在宅とかのサポートセンターも持っていますので、そこからのサブアキュートやレスパイトということを考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

武蔵村山病院の香取(正道)先生、東大和病院と同じ医療法人ということで、その辺で、振り分けというか、どのような関係性を保っておられるのでしょうか。

○香取正道(武蔵村山病院)：武蔵村山病院の香取(正道)と申します。

大和会の法人には病院が2つありますので、補完的にやっていくということは、常々意識しております。

もちろん、圏域内全体としても考えなければいけないわけですが、大和会自体でもそれを考えなければならないということで、二重構造になっています。

我々の病院は、そういった観点からは、ケアミックスの病院であるということで、内訳は、144床の急性期と地域包括ケア病棟が52床、回復期リハ病棟が52床、医療療養が52床ということになっています。

特に、東大和病院との兼ね合いで言いますと、病院内でさまざまな病棟を利用することができるので、より高齢者で、より多疾患で複雑性が高い患者さんを優先的に診るような形で、なかなか難しい在宅への帰り方ではありますが、できるだけ早く在宅へということを目指して、病院としては運営しております。

そして、これを地域全体として考えても、武蔵村山病院の地域は、武蔵村山市、東大和市のほか、瑞穂町と立川市の北部を、「地域」として運営することができるのではないかと考えております。



特に、その地区にお住まいの方で、地域外の救急に行かれた患者さんのバックアップを、積極的にやっていくことが必要だと、病院としても機能できるのではないかと考えていますので、ケアミックスの中で、そういう患者さんを受け入れていきたいと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかに、傍聴席等からありませんでしょうか。

それでは、次に、村山医療センターさんについて、また“呼び水”として、三田村先生、お願いいたします。

○三田村副座長（東京都病院協会）：立川病院の三田村です。

村山医療センターには、いつも整形のリハビリでお世話になっており、ありがとうございます。

得意とする領域をお持ちなので、そういう点では、地域としては、「こういう病気だったら、先生のところをお願いしよう」という、そういう棲み分けはしやすいように感じています。

ただ、問題は、先ほどちょっとおっしゃったように、ポストアキュートのほうはいいんですが、サブアキュートのほうですね。

サブアキュートというのは、依頼する施設なり、あるいは、患者さん本人も、自分がアキュートなのかサブアキュートなのか、そもそもわからないし、それから、肺炎のように見えたけれども、入ってみたら、腎不全があったり心臓が悪かったりとかいうこともあるかと思います。

そういうような場面では、一旦、先生のところに収容されて、さらにまた、別のところに転院させるということもあるのでしょうか。その辺についてお聞かせいただければと思います。

○朝妻（村山医療センター）：村山医療センターの朝妻です。

サブアキュートを利用していただけていないのが現状です。

例えば、肺炎の患者さんとかいうのは、地域包括ケア病床にというのは、非常に有効な手段と思いますが、私どものところには、内科医が、呼吸器内科とリウマチ内科ということで、2名しかおりません。

ですので、地域の医師会の先生方や訪問看護ステーションにお伺いして、「こういう患者さんをお受けできます」ということをお示ししていますが、実際のところは、サブアキュートとして利用されていないのが現状です。

なお、先生がおっしゃるように、高齢の方で、全身状態が急に悪化したりしたという場合には、近隣の総合病院の先生方にまたお世話になるということは、当然考えられると思います。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、北多摩医師会の高木先生、医師会の立場からということで、ご質問、ご意見などをお聞かせいただけますでしょうか。

○高木（北多摩医師会）：北多摩医師会の高木です。

きょうの議題と直接関係するわけではないですが、これからの人口分布というものを考えると、全く違う国になってしまうような感じですよ。人口の3分の1が減ってしまうということになるわけですから、医療とか介護とかの手が、全く足りなくなってしまうというところがあります。

ですから、2025年に向けてというのは、こういう会議でやっていっていいと思いますが、その次の人材をどう配置していくかということ、今後考えていかなければならないと思っています。

「2050年には棺桶型の人口分布になる」と言われておまして、今のままだと、本当に人が入ってこなくなるので、医療も介護も全て、どうしようもなくなってくるということが、目の前に来ているということ、危機感として持っています。

それから、医師会の立場というか、地域として考えたときに、私は国分寺にいます、ここには急性期の病院はありません。

私がやっている国分寺病院は、地域包括を40床持っていて、地域医療構想のほうで申請を出していて、来年3月には40床増えて、全部で80床の地域包括ケア病棟になる予定です。

ただ、現在の40床は満杯状態で、ほとんどがサブアキュートで診ています。地区医師会の先生方から紹介をいただいたり、地域の老健とか特養とかから受けています。

しかし、在宅に帰すといっても、在宅の目線を患者さんが持っていなくて、それは、医者も同じなものですから、ことしの2月から、うちは訪問看護ステーションもありますので、病棟のスタッフを訪看にローテーションで順に出して行って、在宅に対する眼を養ってもらっています。

それから、地域包括だと、「2か月で帰す」といっても、「ある程度状態のいいときに帰さない」ということで、抗生剤を使って、リハビリを入れさせたりして、退院支援をやっていますが、まだまだその連携が悪くて、在宅に帰ったあとで訪問看護ステーションのほうで困ってしまうというところがあります。

病院で地域包括ケアということを考えたときに、医者もそうですが、看護師教育もやっていかないと、多分難しいと思います。

「地域包括ケア」ということがよく言われていますが、本当にこれを底上げしていくためには、そういうところの目線をしっかり持ってもらうようにしていく必要があると思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

これまで、医者の方からいろいろお聞きしてきましたが、看護師さんの影響も非常に大きいので、村山医療センターに対してだけでなく結構ですので、看護師の立場から、4つの病院に対してとか、その他、ご質問、ご意見を、看護協会の代表として、木村さん、お願いいたします。

○伊東（看護協会）：木村のかわりにまいりました、立川中央病院の伊東と申します。まさに、この地域の病院に勤務しております。

看護師の教育に関しましては、先ほど、高木先生からお話がありましたが、

この医療圏の中でも、“看看連携”ということで、訪問看護ステーションへの研修だったりということも、実際に行っております。

そこには、立川の保健所も一緒に入って、地域の中でそういった在宅に関しての、看護師のスキルを上げていこうということで、訪問看護ステーションと病院との“看看連携”ということを実施しております。

ただ、こういう研修に参加している施設さんが多いかということ、実際には、限られた医療機関さんだけが参加しているというような状況ですので、これからは、「地域に」ということで、看護協会でも行っていくようなことになっていきますので、その辺で、もう少しアピールできるようにしていく必要があると思って、先生方のお話を伺っていました。

あと、看護師も「役割拡大」ということが言われています。

特定行為ができる看護師がこの医療圏の中でどのぐらいいるかということ、今お示しできませんが、これからの超高齢社会に向かって、医師の往診も難しくなりますので、地域での看護師の活躍というところでは、訪問看護やそういった特定看護師が地域に出ていくということが、これからは必要なのかなと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。

それでは、そろそろ時間になりましたので、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、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

○香取座長：続きまして、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：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ので、簡単にご説明いたします。

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。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。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。北多摩西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回としております。

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ので、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○香取座長：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たいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いしたいと思いますが、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す。皆さま、きょうは本当にありがとうございました。

では、事務局にお返しいたします。

## 4. 閉 会

○千葉課長：座長、ありがとうございました。

それでは、事務連絡を5点ほど申し上げます。

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いただく機会を設けたいと考えております。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させていただく予定です。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ければと思います。

4点目、この会議は圏域ごとに行っていますが、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、皆さまには、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、お手数とは存じますが、他の圏域の調整会議の出席について、ご一考いただければ幸いです。

各調整会議の開催日程等につきましては、東京都福祉保健局のホームページをご参照の上、傍聴を希望される場合には、FAXでお申し込みください。FAXの様式もホームページに添付しております。

最後に5点目ですが、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いただければと思います。

それでは、以上で北多摩西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)