

〔平成30年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成30年5月31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』

〔区東部〕

平成30年5月31日 開催

1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、区東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日付で着任いたしました東京都職員を紹介させていただきます。

医療政策部長の矢沢です。

医療政策担当部長の花本です。

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

本日の配付資料は、次第の一番下の四角に囲ったところに配布資料一覧を記載しております。資料1から6までと、参考資料1から3までです。落丁等がございましたら、その都度、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。その際のご発言のときには事務局よりマイクを受け取りになり、先にご所属とお名前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。

では、議事に先立ちまして、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。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ございます。

今年度最初の調整会議ということで、ちょっとお話をさせていただきます。

この調整会議は去年からやっておりますが、病床転換だとか、病床を今後つくっていかうということに関して、いろいろ発表があつて、それに対して、ここに出てこられている方々がそれぞれ意見を述べるということに関しては、まさに、本番を迎えてきているなと思います。

きょうは、公的、公立病院の方々が発表されますが、その病床を転換していくということなどがございましたならば、この調整会議で意見を言えることになっております。

それから、この区東部は、皆さんご承知のことと思いますが、基準病床数におきましては、600床以上のベッドが新規に認められる可能性があるという状態です。

そうすると、新たな展開を計画されるところが、当然出てまいりますので、それが、この区東部にとって必要な機能の病床なのかということ、皆さんで話し合つて、将来をつくっていかなければいけないということなのです。

そこで重要なことですが、今から3年前の27年6月の「地域医療構想策定部会」におきましては、将来の必要病床数というものを、2013年をベースにして推計しております。

この区東部におきましては、医療機関所在地ベースでは、75床足りないという推計でしたが、何と、今度の基準病床では、600床以上のものが既に出てきています。

これは、患者所在地ベースでいくと、2000床足りないというような話だったものですから、恐らく、推計値が、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの間の振れ方をしているのかなと思っています。

お年寄りが増えておりますので、地元の中で完結しようというものが望まれといるのかなと思います。

そこで、では、地元に着するような回復期とかの病床が必要なのかと、推計と病床機能報告で見ますと、回復期が特に足りないように見えてしまいます。

実は、将来の推計を見ますと、高度急性期、急性期、回復期のうち、区東部は、高度急性期と急性期の患者を区中央部に送っている関係上、それぞれが依

存しているというか、高度急性期、急性期に関しては、区中央部に送っているわけです。

ただ、回復期であっても、やっぱり足りないという数字になっているわけです。要するに、医療資源投入量だけから考えると、それぞれが等比率ぐらいで足りないわけです。

ところが、病床機能報告で見ますと、回復期が飛び抜けて足りないように見えますが、実は、回復期の医療をやっているにもかかわらず、この足りない部分の600床を全部回復期にしようというような形になると、かなりいびつな形に、病床の提供体制が崩れてしまう可能性がございます。

ですので、皆さんの実感として、何が足りないのか、本当に足りない病床は何なのかということ、ここでご議論いただいて、その上で、どういう連携を取ればうまくいくのかということを考えていただきたいと思います。

公的な病院、大きな病院がございまして、診療圏が非常に大きいので、私のほうから注文をつけておりまして、皆さんの診療圏はどの範囲なのかということ、わざと聞いております。

どの病院も、近場の医師会、近場の関係では、顔の見える関係として、非常にいい連携体制を取っておりますが、遠方のところとの連携体制はどうするかということが決められていないと思っています。

東京は患者さんが非常に入り乱れておりまして、きょう発表される公的、公立病院などは、非常に広い診療圏を持っていますから、今後の連携を考える上では、ぜひ遠隔地との連携もうまくいくように考えていただきたいと思いますので、今回のご発表でそういうことが入ってなくても、将来的に考えていただきたいと思います。

きょうはよろしく願いいたします。

○千葉課長：猪口先生、ありがとうございました。

次に、矢沢医療政策部長よりご挨拶を申し上げます。

○矢沢部長：皆様、こんばんは。医療政策部長の矢沢でございます。

この調整会議ももう3年目に入りました。地域医療構想をつくる時の意見を聞く場というところから考えますと、もう4年目ということでございます。

その間、この地域の現状の分析とか課題の抽出をやってまいりまして、グループワークなどで議論をかなり深めてまいったところでございます。

きょうは、公立病院、公的医療機関の方々から、2025年に向けたプランをそれぞれご発表いただきます。

特に、医療連携の部分とか、その地域にどんなことを望んでいくかとか、地域包括ケア病床をどう使っていきたいかというようなことについてのお話を中心に、お聞かせいただくこととなります。

ですので、それを踏まえまして、この地域で何が足りないのか、どんな取り組みが必要なのか、そのためには何があったらいいのかというようなことまで、議論を進めていただければいいなと思っております。

ぜひ活発な意見交換をお願いいたします。きょうはどうぞよろしくお願いたします。

○千葉課長：本日の会議でございますが、会議、会議録及び資料につきましては、公開することとなっておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、これ以降の進行を湯城座長にお願いしたいと思っております。よろしくお願いたします。

2. 議 事

(1) 平成29年病床機能報告速報値について

○湯城座長：皆さま、こんばんは。座長の湯城です。

議事として、(1)平成29年病床機能報告速報値について、(2)新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランについてというのが、本日の主な議事になっております。

それぞれプレゼンをしていただいたあとに、質疑応答の時間を取りたいと思います。

それでは、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。

○事務局：それでは、平成29年病床機能報告速報値につきまして、速報値ではございますが、集計いたしましたので、ご説明いたします。

まず、資料1の1枚目をご覧ください。左上に、東京都全体の集計結果をまとめております。

東京都全体の報告病床数は、平成28年が10万4317床でしたが、平成29年は10万6109床となっております、前年に比べ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分が加わっているということによります。

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。

回復期機能につきましては、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。高度急性期につきましては、22.7%ということで、前年より3.3%の減、急性期は44.9%で、2.4%の増、回復期は、前年比で0.9%増の10.0%、慢性期は、前年と同じく22.4%という結果になっております。

資料の3枚目は、多摩地区の各構想区域の割合を示しております、4枚目が、区東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せでしょうか。

まず、こちら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していただければと思っております。

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。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、そちらのほうも適宜合わせてご確認くださいと思います。

それでは、①から順番に区東部の集計結果についてご紹介いたします。資料1の右下のコメントも併せてご覧になりながらお聞きいただければと思っております。

まず、①の4機能別病床数の3か年推移についてです。

一番下のグラフは、地域医療構想で算出した2025年の病床の必要量の推計値を、参考値として表記しております。

3か年の推移を見ますと、4機能ともに、割合病床数にそれほど大きな変化はございませんが、急性期と回復期は、前年に比べ病床数が増えておまして、中でも回復期は、この3年で、病床数、割合ともに増加しております。これは、回復期リハ病床が増えたということによるものです。

②ですが、病床稼働率と平均在院日数の3か年推移です。棒グラフのほうが病床稼働率で、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、4機能ともに、前年に比べると微減しておりまして、平均在院日数は、高度急性期と急性期で横ばい、回復期が前年と比べると微増となっております。

慢性期の平均在院日数が大幅に短縮しておりますが、これは、昨年、日数が長いと報告していた医療機関が、今年度は、報告不備で、現在含まれていないというところが、大きく反映された結果となっております。

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

区東部では、急性期、回復期、慢性期の3つでの報告がございますが、回復期での報告割合が最も大きくなっております。

この入院料は、例えば、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お持ちの医療機関さんから、具体的にどのように活用しているかについて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」の部分で、慢性期の割合が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、区東部では、51.9%と、他の構想区域と比べても、最も高くなっております。

ただ、昨年度は、回復期も41.3%と、かなり高い割合でしたが、今年度は9.2%と、東京都全体の13.2%と比べても低いという結果となっております。

⑤の、退院調整部門の設置割合をご覧くださいますと、前年度よりも約6%高くなっております。

ただ、東京都平均の62.2%に対しては、区東部では57.7%ですので、昨年度に引き続き都平均と比べて下回っている状況でございます。

資料1の説明については以上です。

○湯城座長：ありがとうございました。

今の報告に関して、ご質問等がありましたら、挙手をお願いしたいと思います。
す。特にございませんか。

なければ、次に進ませていただきます。

(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

○湯城座長：それでは、(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。

本日、それに該当する医療機関の代表にプレゼンをお願いしたいと思います。

その前に、東京都のほうから、プランの説明やポイントについてご説明をお
願いしたいと思います。

○事務局：それでは、資料2をご覧ください。

1枚目には、構想区域の地図がございますが、特定機能病院、救命救急セン
ターや、プラン策定病院が、構想区域のどの辺りに位置しているのかというこ
とがわかるように記しております。

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

それから、2枚目をご覧ください。

左上には、昨年度までの調整会議における議論の到達点と、そこから導き出
される「解決に向けたキーワード」を記載しております。こちらについては、
次の資料で説明をいたします。

その隣には、「地域医療構想推進事業」を活用して整備された病床について。

その下には、「プラン策定対象病院」の持つ機能等について記載しておりま
す。

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

プラン策定病院さんには、この資料3を事前にお送りいたしまして、資料4として付けております「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まして、このプランの策定依頼した文書の中で、「プランを策定の上、調整会議に提示し、具体的な議論を進める」と記載されております。

昨年度の2回目の調整会議でもプランを配布しましたり、ことしの4月には、地域の医療機関に対して、プラン策定対象病院が説明する機会を設けたところですが、今回の調整会議で、改めてプラン策定対象病院にプランを説明していただきまして、その内容を共有するとともに、各構想区域における課題の解決等に向けた議論に役立てていければと考えております。

時間が限られておりますため、今回は1病院当たり3分程度で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たところでございます。その内容が、事前提出資料の内容ということで、資料3に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となっております。

資料3の3枚目の左下に、区東部のキーワードが導かれるまでの流れを記載しております。「地域の特徴」といたしまして、「中小病院の割合が高い」、「全機能において退院調整部門を置いている病院の割合が低い」、「全機能において流出超過」、「丁寧な退院調整を求める地域の診療所の声」があります。

そして、「課題」としては、「退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実・強化させるための取り組みが必要」、「高度急性期から回復期まで各機能間の連携を強化するための取り組みが必要」の2つが挙げられました。

そこから、「MSWの役割」、「人材育成・確保」、「在宅医との連携」という3つのキーワードを設定しております。

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

資料4として、策定いただいた事前提出資料を添付しております。

また、プラン本体のほうは、参考資料として今回配布しておりますので、よろしくお願いたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

【 対象病院からの報告 】

○湯城座長：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したいと思います。

説明の際には、前に出ていただいて、1病院当たり3分ですので、簡潔に要領よく説明していただければと思います。

では、まず、済生会向島病院さんからお願いいたします。

○名古屋（済生会向島病院）：済生会向島病院の名古屋と申します。

まず、「キーワード1：MSWの役割」としては、当院の大きな事業の一つとなっております「無料定額診療事業」ということで、退院後等の相談を主として行っております。

入退院調整を充実・強化させる取り組みとして、「入退院支援室」の創設を進めております。そこで、MSWを初めとする関係スタッフの、退院支援やベッドコントロールを担当する者との横のつながりの中での、シームレスな情報共有と、効率的な業務運営と患者サービスの向上に向けて、現在検討を行っております。

「キーワード2：人材育成・確保」については、対応云々というよりも、問題提起みたいな内容になってしまいました。

中小病院という限られた人員の中で、より一層の人材育成を進めるにあたっては、育成に費やす業務負担等について一定の配慮が必要になるというところでは、

また、人材確保については、時期によっては、最終的に紹介会社に頼らざるを得ないということで、一般募集ではなかなか人材が得にくいという状況になっています。

「キーワード3：在宅医との連携」では、当院では、墨田区を中心とした53施設の診療所等と登録医として連携を図っています。

その中に、在宅医ということで、在宅を対象にした診療を行っている先生方も多くいらっしゃいますので、入院加療を要する際の入院受け入れ先として、積極的に連携を図っております。

次に、「1. 地域としてどの範囲を意識していますか。また、その範囲が構想区域外に及ぶ場合、関係機関と連携するための取り組みを何か行っていますか」ということです。

区東部から区中央部への流出が多くなっていることから、区中央部との連携にも配慮していく必要があるということで、流出した患者の急性期医療後から在宅復帰までの機能回復を行う受け皿として、より一層の医療連携を進めたいと考えております。

なお、現在できることとしては、区中央部にある同系列の病院との連携を進めているということで、定期的な連絡会議等を開催し、情報共有を図っているところです。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」は、空欄になっております。

近隣の関係機関との連携としては、同地区間の研修とか講習の場を利用しているほかは、特にこれといった連携方法ということはないということです。

また、近隣とか遠方とかの違いとか、連携方法はないということなので、空白にさせていただきました。

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。」です。

当院は51床有していますが、受け入れや収容が可能であれば、ポストアキュート、サブアキュートといった病態にかかわらず、特に制限は設けていないといった状況です。

今後についても、特に方針の変更は考えておらず、常に柔軟な受け入れ体制を維持していきたいと考えております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」ですが、当院は小さい病院でありながら、区中央部における内科系に特化した二次救急を担う急性期病院としての使命を、継続して全うしていきたいということで、急性期機能の病床を一定程度維持していく必要があると考えており、その一部を急性期機能ということで分類しております。

それ以外の病床については、当院における急性期治療を脱した患者さん、あるいは、近隣の高度急性期病院等からの、いわば後方支援的な要請に応えていきたいということで、きめ細かい在宅復帰支援等の機能を有した回復期機能ということで、病床機能の分類を図っております。

「5. 自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めることについて記入してください。」は、空欄ということにさせていただきました。

○湯城座長：ありがとうございました。

次は、都立墨東病院さん、お願いします。

○上田（都立墨東病院）都立墨東病院の上田でございます。

まず、「キーワード1：MSWの役割」についてですが、入退院センターがございまして、ナースが8人、MSWが4人おります。

地域医療機関における機能分化と連携を推進して、中核的な役割を果たすためには、効果的にMSWが働いてくれるのが重要ですので、これからも、看護師とかも含めてMSWを増強して、入退院支援を行っていく必要があると思っています。

「キーワード2：人材育成・確保」は、地域の医療水準の向上や、地域包括ケアシステムの担い手となる関係機関との技術支援を視野に入れて、院内だけでなく人材育成や技術支援に、今後も貢献していきたいと思っています。

また、看護部による地域の訪問看護ステーションへの出前研修や、地域医療機関を含めた「感染管理カンファレンス」、「周産期研修」は既に実行していますが、今後は、ほかの医療機関も含めて拡大して行っていきたいと思っています。

「キーワード3：在宅医との連携」ですが、在宅患者の受け入れについては、地域医療機関において対応困難な在宅療養患者の急変や増悪に対して、積極的に対応しております。

それについては、連携医に登録されている施設、3医師会が中心になりますが、その先生方との連携も積極的に取りながらやっております。

また、患者の実態に応じた適切かつ円滑な在宅医療への移行を、継続的に実施するため、多職種による転院、退院の支援を行うとともに、多様な関係機関との連携を進めています。

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」ということですが、当院に入院されている患者さんの4分の3が、3医師会、墨田、江東、江戸川区の患者さんで、葛飾区を入れると、8割から9割になります。

意識しているのは区東部が中心になりますが、高度救命救急センター、母子周産期センター、精神科救急については、都全体ということになっておりますが、実際に来られる患者さんの多くは、この3医師会あるいは近隣の地区から来られている方々が多い状況です。

その他の総合診療基盤に基づいて提供する医療機能については、区東部全域と区東北部と区中央部の一部を「地域」として認識しております。

次に、「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。

先ほどの猪口先生のお話を聞いて、ちょっとまずいなと思ったのですが、うちは、墨田区、江東区、江戸川区を中心にやっておりまして、その患者さんを中心に積極的に受け入れています。

そして、遠方だからといって、連携を取ることを積極的にやるということは余りなくて、葛飾区とか中央区の医師会については、勉強会とかいう形で、連携を少しずつ取るようにしております。

それから、「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。」です。

当院には、地域包括ケア病棟はなく、今後も取るつもりはございません。

「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、現在、病床機能報告では、高度急性期は464床、急性期は265になっております。

これは、診療密度、医療資源の投入量、それから、ユニット系病床等を鑑みまして、高度急性期病床については、診療密度が高いユニット系病床、救命救急後方病床、循環器病床等で構成しています。

「5. 自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めることについて記入してください。」ですが、当院の機能、役割を、皆さんに十分ご理解いただいて、どんどん活用していただきたいと思っています。

また、当院は積極的に地域に出ていって、情報発信を行うつもりです。

墨東病院は、三次救急、高度救命救急センターがある病院で、東京都全体を担わなければいけないのですが、まず、地域を支えていかないと成り立たないと思っていますので、これからも地域を支えて、東京都を支える墨東病院でありたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

次に、東京都リハビリテーション病院さん、お願いします。

○新井（東京都リハビリテーション病院）：東京都リハビリテーション病院の新井でございます。

「キーワード1：MSWの役割」についてですが、当院は、脳梗塞とかの高次脳機能障害の方が多く、その家族からの相談が多いです。また、特殊な疾患

の小児もいますので、その復学支援や家庭支援などを、多岐にわたって支援を行っております。

また、平成29年4月より退院支援の取り組みを強化し、(旧)退院支援加算Ⅰの基準に基づいた退院支援の取り組みを開始しており、退院後における療養や生活に関する自己決定の支援にも取り組んでおります。

さらに、ことしの4月からは、院内委員会として「地域医療福祉連携・療養支援委員会」を設けましたし、院内組織として「療養支援室」を設置しております。

「キーワード2：人材育成・確保」ですが、職員臨床研修の充実や、学会への論文発表に積極的に取り組むとともに、医師主導の治験を、具体的に言いますと、慶應大学のリハビリとパナソニックの治験を現在実施しておりますが、職員のスキルアップにつなげております。

併せて、理学療法士、作業療法士を訪問リハビリテーションや研修会などに派遣して、地域のリハビリテーションの充実に取り組んでいます。

なお、ことしの4月からは、他院との間で療法士の派遣研修の検討を開始しております。

「キーワード3：在宅医との連携」では、社会福祉士や看護師など多職種による退院支援を実施しており、引き続き支援内容の充実に取り組んでおります。

平成28年度からは、区東部保健医療圏の3区(墨田区、江東区、江戸川区)において、「在宅リハサポート医ステップアップ研修会」などを実施し、医師のスキルアップに貢献しております。

さらに、墨田区在宅リハビリテーション支援事業で認定されたサポート医に対して、在宅リハビリテーションへの理解を深める研修会を実施しております。

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。

当院は、都が指定した地域リハビリテーションセンターとして、区東部保健医療圏内に所在する関係機関への技術的支援を通して、地域のリハビリテーション力の向上に取り組んでいくということです。

そして、引き続き、都が設置した専門病院として、都内全域を対象とした事業展開に取り組んでいきたいということです。

「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。」については、特に記入はありませんが、上記1の考え方に基づいた運営を行っているというところです。

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

次に、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。

直近の病床機能報告（平成28年7月1日時点）では、高次脳機能障害、復職支援、自動車運転など、回復期リハビリテーションの機能が充実しているため、全165床を回復期病床として運営していくということです。

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。」についてです。

年間を通して、回復期リハビリテーションによる効果が期待される患者を紹介いただきたいということで、急性期の病院からの紹介を待つという形です。

また、当院に入院後に急変などによる対応困難な患者を受け入れていただく体制を構築していかなければいけないということです。

それから、療法士等を相互に派遣研修する仕組みを整備していきたいと考えておまして、これは、これからの課題です。

最後に、入院患者が退院後、地域で必要な支援が受けられるサービスを提供していくように、これから努力していきたいということでございます。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、次に、昭和大学江東豊洲病院さん、お願いします。

○石崎（昭和大学江東豊洲病院）：昭和大学江東豊洲病院の石崎と申します。

まず、「キーワード1：MSWの役割」についてですが、こちらは、東京都さんからご説明もあったように、平成29年度までの調整会議の議論の到達点の課題として、転退院の調整部門の充実が問われているというところからのテーマになっていると思います。

ただ、私どもは、こういった点で中心的な役割をするのがMSWだという認識をしておりますし、高度急性期病院という立ち位置を持っていますので、常勤のMSWを配置して、早期の転退院のためにMSWが積極的に入院から関与しております。

これによって、患者さんの病院に対するニーズに応えることができていると、私どもの病院としては思っているところでございます。

「キーワード2：人材育成・確保」については、私どもの病院は、ご存じのとおり、大学の付属病院ですので、当然、病院として診療を行っておりますが、同時に、教育と研究という三本柱で運営しております。

特に、人材育成のところでは、当然、学部を持っておりまして、医学部、歯学部、薬学部のほか、コメディカル養成のための保健医療学部を持っておりまして、“本邦唯一の医系総合大学”と銘打っておりますので、そういった意味での医療人の人材育成を行っているというところなんです。

また、キーワード1と3に絡めて、MSWの入退院支援や在宅医との連携ということでは、転退院調整部門の充実が求められている今、この4月から、「入退院支援加算」というものが、入院時からの関与ということで創設されておりますが、この中には、十分な経験を有するMSWやよくわかっている看護師の配置が必要であるということが求められております。

ですので、こういった人材育成というところにも力を入れてまいります。既に、4月から、私どもの入退院の調整部門がございまして、そちらのほうに、看護師も常勤で10名配置いたしまして、引き続き、人材育成を図りながら、入院、転退院等の支援を進めていくための人材育成も行っていく予定です。

「キーワード3：在宅医との連携」では転退院を進めていくにあたっては、特に、転院する病院さん、あるいは、逆紹介ということになりますと、医療機関の先生方との協議が必要になってまいります。

特に、先ほどの「入退院支援加算」におきましても、あらかじめそういった地域の医療機関とも協議をしなければいけないということも記載されていますので、こういった地域の医療連携は不可欠であると考えております。

なお、先ほど申しました、常勤のメンバーを揃えている部署は、「総合サポートセンター」と呼んでおりまして、これは、4年前の開院時から、既に入退院までをサポートする部署をつくっておりますので、こちらを活用しながら、地域医療連携を推進して、在宅医の先生方とも連携を取りながら、高度急性期の病院としての役割を果たしていきたいと考えております。

それから、「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。

私どもの地域の範囲として主なところは、当然、区東部の3区を想定しておりますが、川を渡りますと、中央区の月島が近いため、中央区も含めて、「地域」として認識しております。

昨年度の外来の患者さんの比率では、区東部で72%余り、中央区の方が8%余りということですので、この4つの区で8割ぐらいの方々が私どものほうに来ていただいておりますので、そのような認識になっております。

なお、中央区は構想区域外ですが、講演会等の出席のご案内を医師会経由でお出ししたりして、連携を進めております。

次に、「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。

近隣と遠方との連携方法の違いは、特にはございませんが、近隣の医療機関の先生方であれば、私どもがその医療機関等を訪問させていただいたりというところで、より円滑な連携を取ることができるよう心がけております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」については、私どもは大学病院というところですので、高度急性期病院と位置づけをさせていただいております。

多くの診療科もございますし、ICU、CCU、NICUなどの特殊な病棟もございますので、こういった病床機能に分類させていただきました。

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。」についてです。

既に、紹介率が90%になっておりますし、逆紹介も進めておりますので、私どもの病院のほうにニーズがあるという患者さんがもしいらっしゃいましたら、これまで以上に医療連携を進めてまいりたいと思いますので、そういった患者さんのご紹介をいただければ、私どもの機能も十分活かすことができるのではないかと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、次に、東京城東病院さん、お願いします。

○森田（東京城東病院）：東京城東病院の森田と申します。

当院は、独立行政法人地域医療機能推進機構という名前のとおり、地域医療と地域包括ケアに重点を置く団体に所属している病院でございまして、地域との積極的な連携によりまして、予防から急性期、回復期、在宅まで、シームレスな医療、介護を提供して、地域包括ケアの構築に資する運営を行うことを課せられた病院でございます。

特に、当院は、JCHOという名前のグループで、その中にあっても最も小さい病院ですが、健康管理センター、100床の介護老人保健施設と、ステーションは設置していませんが、訪問看護の実施、居宅介護支援事業所、さらに、江東区から受託しています地域包括支援センターなど、予防から急性期、回復期、在宅までのシームレスな医療、介護の提供に必要な資源を揃えているということで、グループの中でもフルスペックに近い病院というのが、当院の売りでございます。

このような使命から、「キーワード1：MSWの役割」については、地域連携室が非常に重要であると心得ております。

MSWは、この地域連携室に2名、介護老人保健施設に1名と、計3名を配置しております。MSWを初めとした看護師や事務職を配置した地域連携室の活動が、これからはますます重要になってくると思っております。

「キーワード2：人材育成・確保」については、こういった方針の病院団体ですので、グループでの人材育成に非常に力を入れております。

中央により研修ということで、1病院ではなかなか企画できないような研修とか、グループ内での人事交流などによりまして、スキルアップを図っております。

ただ、一方で、独立行政法人のため、職員が定数制になっておりますので、職員の確保については、院長の裁量で簡単にできないところがありまして、それがジレンマでもあります。

「キーワード3：在宅医との連携」については、ドクターと地域連携室から成るチームを組んでおりまして、近隣の訪問を積極的に、定期的に行って、情報共有に努めておりまして、その結果を、管理者を初め、院内でも共有しております。

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。

正式には、区東部の二次医療圏ということになりますが、イメージといたしましては、当院を中心に半径2キロぐらいを考えております。

なお、次の「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。」と関連しますので、併せてのご説明となります。

小さい病院ですので、構想区域外に出ていくということは余りありませんが、遠方の関係機関との連携の必要が生じた場合には、近隣、遠方の区別なく、積極的に対応しております。

また、都内や近県にもグループ病院がありますので、それらとの連携もごさいます。

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、平成28年3月、急性期の病棟の一部を地域包括ケア病棟に変更いたしました。現在、37床を有しております。

老健施設もありますので、サブアキュートの患者さんもおりますが、どちらかといいますと、ポストアキュートのほうが多い状況です。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」については、当院は、昭和31年に、社会保険病院として、公的病院としてスタートした時点から、急性期病院として機能しております。

内科、外科、整形の3科ではありますが、高齢化の著しい地域でもありますので、急性期のニーズは依然としてあると思っております。

ただ、今申し上げましたとおり、一部の病床を地域包括ケア病棟に変更するなど、地域のニーズに応じて、地域医療構想に先駆けた対応も行っているところでございます。

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。」については、コンパクトな病院ではありますが、急性期も引き続き積極的に受けていきたいと考えております。

地域包括ケア病棟もあれば、介護老人保健施設もございます。地域にあつて、地域包括ケアの構築に資することを課せられているので、地域の皆さまとの連携をよろしくお願い申し上げたいと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、引き続きまして、がん研究会有明病院さん、お願いします。

○水越（がん研究会有明病院）：がん研究会有明病院の水越と申します。

まず、「キーワード1：MSWの役割」については、MSWは7名が退院とか転院調整を行っております。そして、患者さん、家族のみならず、地域医療機関にも配慮できるような体制の強化を図っていきたいと考えております。

「キーワード2：人材育成・確保」としては、地域の医療機関との交流や情報共有が推進できる人材が必要と考えておりますので、その育成方法を検討して、今後、確保に努めていきたいと思っております。

「キーワード3：在宅医との連携」については、お互いの連絡窓口、役割分担を明確にして、情報共有を推進し、地域における診療・ケアの質向上を目的とする協働体制強化したいと考えております。

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

うちのほうで一番重要なことだと思いますが、うちの入院患者さんの居住区でいきますと、二次医療圏からは15%ぐらいで、その他の都内からが37%で、これがメインになっていますが、神奈川県から15%、千葉から12%、埼玉から11%と、この3県で4割弱になります。さらに、その他の県からが10%ぐらい、ご紹介いただいた患者さんが入院しているという割合になっています。

そのため、うちの「地域」というのは、全国区かなというふうに考えております。

そして、関連機関等との連携のため、地域医療連携システム「がんけんキャンサーねっと」というものをつくりまして、当院のカルテ情報をネットワーク経由で、連携している他の医療機関からも確認できるようにしております。

ただ、今後は、今パイロット的に数施設から開始していると思われまます「東京総合医療ネットワーク」にも参加していくことで、うちの患者さんのカルテが見られるようになればと考えております。

なお、連携を行った各地域の医療機関等の情報を集約して、院内関係者では共有できる体制はとっております。

それから、「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。」ですが、この違いは特になく、迅速な情報共有を図っていると思っております。

ただ、遠方の場合は、状態の悪化時等で、緊急にうちのほうに来られない場合も考えまして、近隣の方々より早めに連携構築を開始しております。

「4. 病床機能を分類するにあたっての根拠や理由について記入してください。」については、当院は「がん克服をもって人類の福祉に貢献する」という使命でやっております。特定機能病院とがん拠点病院の指定も受けております

ので、その役割から、今後も高度かつ先進的な医療を患者さんに提供していくためには、高度急性期医療を継続させていただきたいと考えております。

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。」については、うちの窓口の明確化・一本化を図って、体制の強化を進めていきますので、今後とも連携強化をお願いしたいと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、江戸川病院さん、お願いします。

○加藤（江戸川病院）：江戸川病院の加藤でございます。

まず、「キーワード1：MSWの役割」では、現在8名おまして、医療福祉相談室、がん相談支援室、退院調整室に配置しております。

また、長年やっています「無料定額医療事業」も強化していく予定です。

「キーワード2：人材育成・確保」については、労働環境の見直しとか、職員の再教育を行っております。

それから、ストレス対策とかいった目的で、「キャリアサポートグループ」なる人材チームを運用しております。

「キーワード3：在宅医との連携」は、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院とのご協力をいただき、連携を強化していくことは、当然、非常に重要な課題です。

地域包括ケアシステムの実現においては、在宅医療の推進は必要で、情報共有できるシステム等を構築しようとしております。

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。

当院の診療圏の構成比は、江戸川区内が78.7%、葛飾区が8.7%、墨田・江東区が2.0%で、市川市・船橋市・松戸市が4.2%ということで、江戸川区内が8割弱を占めておまして、そのうちの9割以上が江戸川区北部の小岩近郊エリアです。

したがって、「地域」としての重要意識範囲は、江戸川区内と葛飾区の一部ということになります。

ただ、提供する医療の高度化に伴いまして、インバウンド需要等も起きておりますので、連携室の強化や外国語の対応の強化もしております。

それから、「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、同じようなこととなりますが、地域医療支援病院として、紹介率、逆紹介率が70%以上、99%を実績で得ております。

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。

「地域包括ケア病棟を有する予定はない」と書かせていただいておりますが、これは、江戸川病院単体としてございまして、仁生社法人としては、法人内の別病院で、先般、獲得させていただいた「江戸川メディケア病院」さんのほうで、53床程度を予定しております。

それから、「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、高度急性期病床や急性期病床を何床にするかということは、なかなか難しいところがありますが、30年度実績に基づいて、また区分を検討していきたいと考えております。

一方で、HCU (High Care Unit) と今なっていますが、地域医療支援病院の策定要件にも入っておりますので、ICUとして強化しようとしております。

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。」については、地域医療支援病院は、基幹病院としての自負を持っておりますので、円滑な連携をさせていただきたいと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、最後になりますが、東京臨海病院さん、お願いします。

○小林（東京臨海病院）：東京臨海病院の小林でございます。

前回欠席したものですから、最初に自院の方向性と取り組みについて書かせていただきました。

江戸川区は、区東部医療圏の中でも、400床以上の大きな病院が非常に少なく、先ほどの江戸川病院さんと当院の2つということになります。

その中で、高度医療機器の導入に努めて、診療科の増加、充実、あるいは、医療スタッフの増員を当院では行っており、適切な医療連携を構築しつつあり、より高いレベルの医療を提供したいと考えております。

そのことによりまして、急性期患者さんを区域外に流出させないというふうにしていきたいと考えております。

最近力を入れておりますのが救急医療ですが、どこの病院さんもそうだと思いますが、高齢患者さんの割合が急増しております。

当院では、これを受け入れて、迅速かつ適正な医療を提供し、回復期や慢性期に移行した時点で、それぞれの患者さんに適した医療・介護・療護施設、あるいは、在宅に戻すという、言わば地域包括ケアの中のハブ病院として機能していきたいと考えております。

そこで、まず、「キーワード1：MSWの役割」についてですが、当院も3名の常勤がいて、非常勤を1名加えて、4名体制でやっております。

日常の業務として、個々の患者さんの生活状況を把握して、可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、適切な生活支援、福祉サービスの紹介や斡旋をしているということです。

医療を必要とする患者さんに対しての、地域での医療機関との「つなぎ」の役割ということです。そして、この役割は、先ほど申しました「地域包括ケアのハブ病院」として機能する上で、極めて重要です。

また、「在宅生活を選択することの意味・困難さについて、本人及び家族を啓蒙する仕事は非常に大変だということを、ぜひ言ってほしい」ということを、うちのMSWが言っております。

また、当院のMSWは、江戸川区主催の医療福祉連絡会の研修の立案・運営・進行を担当し、介護系職種と医療職の垣根を取り除く努力をしております。

「キーワード2：人材育成・確保」ですが、当院の医師は、ほぼ100%、大学医局からの派遣で補っております。より高度な医療を提供する目的で、各医師に対して、専門医、指導医の取得、更新を推奨しておりまして、そのための学会やセミナーへの参加を奨励して、その費用の支援を行っております。

また、看護師の確保ですが、実習の受け入れ、インターンシップ、病院見学などを行い、幸い、毎年多くの応募者に恵まれております。

さらに、専門認定看護師取得のための育成の補助、あるいは、看護教育プログラムの充実、院内資格の取得や学会・セミナーへの参加を奨励して、資金的な援助を行っております。

次に、「キーワード3：在宅医との連携」についてですが、退院前カンファレンス、地域ケア会議、医療機関訪問などで、いわゆる顔の見える医療連携を心がけております。

また、昨今の在宅診療所では、複数の在宅医が在籍して、MSWがマネジメントをするところが多くなってきていて、介護依頼、入院相談が非常にスムーズに行えるようになってきています。

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。

区東部医療圏を基本として考えておりますが、実際は、江戸川区在住の患者さんが8割も占めています。また、構想区域外の医療機関であっても、当院の登録医制度などを用いて、病院の状況をお知らせしたり、当院主催の地域連携の会などで、顔の見える連携を心がけております。

「2. 近隣の関係機関と遠方の関係機関、それぞれにおける連携方法等の違いについて記入してください。」については、これは大変難しいところがありまして、遠方の医療機関とはなかなか顔の見える連携ができません。

ですので、現在では、電話とかFAXといった方法で、なるべく綿密な連絡を取るようになっておりますが、今後は、東京都の地域医療連携ICTシステムの整備支援事業に参画しようとしております。

これが入ってきますと、ウェブを使うことによって、近隣と遠方の医療連携格差を解消できるのではないかと考えております。

「3. 地域包括ケア病棟を有している、または、有する予定の場合、ポストアキュートとして使っているか、サブアキュートとして使っているか、さらに、今後どのように使用していく予定かについても記入してください。」についてですが、現在は保有しておりませんし、今後も保有の予定はございません。

「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、最初に申し上げましたように、江戸川区の南部に位置しており、周りには大きな病院はございません。その中で、高度医療機器を揃えて、さらに今後も医療機器の整備を検討しております。

診療科についても、大学からの派遣によりまして、ことしも腎臓内科を増やしましたが、医療スタッフの充実を図っているところです。

小児・周産期医療にも力を入れております。地域内には中小病院が多く、回復期、慢性期に対応できるように、病床の変換も検討していると聞き及んでおります。

当院は、そういう中小の病院と競合することなく、「地域包括ケアのハブ病院」として、急性期に特化して、病院をレベルアップしていく必要があるのではないかと考えております。

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。」については、地域の医療機関とは、今後も医療連携を深め、回復期患者さんの円滑な受け入れを引き続きお願いしたいと考えております。

また、当院も、急性期患者さんが発生した場合に迅速に受け入れて、円滑に退院させる体制を強化しようということで、本年4月から、「地域医療連携室」というものを、「地域医療・入退院支援室」と名称を変更いたしまして、今まではMSWがやっていたところを、新たに看護師長をトップにして、中堅の事務員を増員し、今後、退院調整部門として発展させる予定です。

○湯城座長：ありがとうございました。

これで、8つのプラン策定対象病院の説明が終了しましたので、引き続き、質疑応答などに移りたいと思います。

今のご説明に対する質問や意見、もしくは、それを踏まえての地域の医療機関が担うべき役割とか、関連することでしたらどんなことでも結構です。

ここの代表医療機関の皆さまのみならず、フロアーのほうからも、ご意見、ご質問などがありましたら、積極的にご発言いただきたいと思います。

いかがでしょうか。どうぞ。

○竹川（愛和病院）：愛和病院の竹川でございます。

江東区の慢性期病院ですが、今まで、中心となる病院からの説明をお聞きしました。

やはり、急変とかいうところを重要視しておりまして、高齢者の方の感染症とかいったところを診ていくような感じになっていき、その一部を診ていくという形になっていくのかなと思っております。

例えば、病院ではなくて施設でも、介護老人保健施設の所定疾患療養費などがありますので、そういうところで、急変がある程度診ていけるという形になっていくかと思います。

今の話と直接関連はしないかもしれませんが、全体で見たときに、病院だけではなく、施設とかといったところも踏まえて、ある程度連携しながらやっていくのがいいのではないかと考えました。

○湯城座長：ありがとうございました。

今のは、特に質問ということではないですね。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

それでは、今の8つのプラン策定病院のうち、高度急性期の3つの病院の、都立墨東病院、昭和大学江東豊洲病院、東京臨海病院から、それぞれプレゼンをしていただきましたが、それ以外の、例えば、急性期病院から、賛育会病院の鈴木先生、藤崎病院の藤崎先生から、もしよろしければ、ご意見などをいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○鈴木（賛育会病院）：賛育会病院の鈴木でございます。ご指名ですので、一言発言させていただきます。

今ご発表していただいたのは、この区東部の中心の施設ということですが、済生会向島病院は、我々と大体似たような感じの病院だという形です。

実際、我々のような100床から200床ぐらいの病院で、今度の医療法の改定で、急性期を維持するというのは、かなり難しいということが出てきたときに、我々もある程度そういう回復期の病棟もつくらなければいけないというような形があるんです。

猪口先生が先ほどおっしゃったように、回復期病棟というのは、この地区で本当に足りているのかという点に関しては、我々もこういう医療改定が来ると、急性期がまだまだ多いという形だったら、回復期に移らなければいけないということも、我々は検討はしています。

我々ぐらいの病院では、回復期の病棟を皆さん持っていらっしゃるという形で、これからそれをさらに増やしてもいいのかどうかというのも、我々もいろいろ検討しているところですが、その点はいかがでしょうか。

○猪口副会長：私が答えるのがいいのかどうかはわかりませんが、病床機能報告制度と将来推計を比べてしまうと、回復期が少なく見えてしまいますが、実際には、2013年の引き延ばしで推計を出しておりますので、本当に少ないかどうかはわからないというのが、私の意見なんです。

ここ数年、回復期が足りないという傾向が出ているものだから、回り回るといろいろなものがどんどん地域でできてしまって、今後そのまま回復期ばかり増やしてしまうと、この辺の医療圏の病床機能の比率みたいなものが、求められているニーズと乖離していってしまう可能性がありますから、気をつけてくださいというのが、私の発言です。

○鈴木（賛育会病院）：でも、実際、急性期というのは、このエリアでは減らさなければいけないということですよ。

○猪口副会長：いえ、そうではないと、先ほどから言っているんです。

2013年を2025年にあくまでも引き延ばしていますので、比率的に言うと、今の2013年と将来の比率は全く同じなんです。

それなのに、病床機能報告制度だけで見ると、回復期が少なく見えてしまうわけです。それはどうしてかという、自分たちが回復期を診ているにもかかわらず、「急性期」と名乗っている病院が非常に多いからということなんです。

ですから、全体像として、本当に回復期が足りないのかということ、皆さんで話し合っ、それでも足りないということであれば、増やせばいいと思います。

また、先ほど「ハブ病院」という話がありましたが、高度急性期、急性期から地元に帰る、地域包括ケアに戻るためのワンクッションの役目をやっていたような病院というのは、機能的には回復期なわけです、ポストアキュートとして。

それから、地域包括ケアから直接受けるという、サブアキュートのことをやっている病院は、急性期と名乗っていても、本来的には回復期の仕事をしているわけです。

だから、そういうところを自覚して、「そういう病院は周りにたくさんあるんだよ」と言えば、回復期は強引にどんどんつくっていく必要はなくなってくるだろうと思います。

ただ、それは、地元の皆さんでしかわからないので、惑わされないで話し合ったほうがいいんじゃないですかというのが、私の意見でございます。

○鈴木（賛育会病院）：でも、実際、看護必要度を30%維持するというのは、急性期病院としては厳しいですね。

○猪口副会長：難しいですね。だから、「維持できないところは、本来的にはどっちなんですか」と問われているわけです。病床機能報告制度にかかわらず、それが維持できないということは、回復期である可能性が非常に高いわけです。

○鈴木（賛育会病院）：そうすると、回復期にしないで、減らしたほうがいいということですか。

○猪口副会長：減らす必要ではなくて、回復期として意識して、高度急性期や急性期病院との連携とか、地域包括ケアのところから患者を受け入れることを積極的にやる。

そういうことを積極的にやるための設備投資であったり、そういうためのシステムづくりということで、例えば、連携の仕方が、開業医さんと密着してやるとか、高度急性期の病院と敢えて連携を取るとか。

そういうことはなさってなかったかと思いますが、回復期としての仕事が最近、明確になってきたから、そういう病院はそういう仕事に特化して、どんどんやっていったらどうでしょうかという話です。

○鈴木（賛育会病院）：どうもありがとうございました。

○藤崎（藤崎病院）：それでは、ご指名ですので、藤崎病院の藤崎です。江東区の急性期病院です。

このプランと直接関係ないというか、一般論になってしまうかもしれませんが、行政は、「平等でなければならない」というような、基本的な考え方があると思っています。

ただ、こういった民間病院と公的病院と一緒に、ある意味、競合する部分があって、公的病院は公的資金が入ってきているという状況において、どうやって行政のほうでは、その辺の釣り合いを考えておられるのでしょうか。

今回発表された内容とは直接関係ないかと思いますが、その辺のバランスをどういうふうに取っていくかということ、ちょっとお聞きしたいと思います。

○矢沢部長：民間と公的病院のどこがどう競合しているということでのご発言でしょうか。その辺がちょっとはっきりわからなかったものですので、

○藤崎（藤崎病院）：患者さんを診療して、報酬を得ているという点では、急性期にしても慢性期にしても、民間病院も公的病院も同じだと思います。

ただ、公的病院については、公的資金が導入されていますが、民間病院にはそういうわけではないので、その辺で、全く同じ土俵で競合してしまうと、行

政は平等であるという原則から非常に離れてしまう可能性があるのではないかと考えています。

ですので、その辺のバランスをどうにかして取っていく必要があるのではないかと考えています。具体的でなくて、一般論になってしまって、申しわけないですが、

○矢沢部長：まず、公的病院と公立病院はイコールではないですね。公的病院というのは、例えば、日本赤十字社といったところの病院も入るので、一緒に議論はできないと思います。

今おっしゃっているのが、都立病院などの公立病院についてのお話でしたら、補助金のことをおっしゃっているのかもしれませんが、補助金は、医療に対しての補助金ですね。例えば、何も起きていないのに、災害に対する備えをするとか、感染症がまだ起きていないのに感染症の病棟をずっと持っておくとか、そういうところに対して、公の金が入っているわけです。

ただ、皆さんの目から見て、適正か適正でないかという議論はあると思いますが、原則的には、そういう目的があって、補助金が入っていると考えております。

それから、一般病院でも、感染症をやっていたり、災害対策をやっていたら、私どもは補助金をお出ししていますので、そういうところでは、公立病院だからというところの議論は、今ここですることは余り必要はないかと考えています。

どちらかという、病床をどうやって使っていくかというときに、それがもし公的病院とどこか競合しているのであれば、そこに対して具体的なご意見をいただいたほうがクリエイティブかなと思います。

○藤崎（藤崎病院）：ちょっと一般的な話じゃなかったもので、申しわけありません。

それと、もう一つ、今回、印象としては、こういった情報開示というのでしょうか。小池知事になってからということもあるのかもしれませんが。「1丁目

1番地”は情報開示である」ということもあったかと思いますが、病棟配分のことなどいろいろなデータが出てきました。

今まではこういうものが余りオープンになっていなかったのも、非常にいいことだと思っていますので、今後もぜひよろしくお願ひしたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにご意見とかご質問はいかがでしょうか。

特にないようでしたら、回復期の病院でご発言いただいていない、江戸川区の東京脳神経センター病院の堀先生はご欠席ということですので、墨田区の中村病院の中村先生はいかがでしょうか。

○中村（中村病院）：中村病院の中村でございます。

お年寄りで、急変時の患者さんが、救命救急センターに運ばれたりしていますが、そうではなく、本来回ってきてもいい、慢性期あるいは回復期に行って、最期まで手厚い看護をしてもらおうようになって、救急のほうは本来の救急のほうで頑張っていた方がいいと思っています。

○湯城座長：今のお話は、地域における高齢者の方の救急というか、状態が悪化したときの取り扱いの問題ということでよろしいでしょうか。

○中村（中村病院）：はい。

あと、老健等の施設での看取りを、もっとはっきりやる体制をとったほうがいいと思っています。そうなれば、救急に回ってこないで済む患者さんもいるわけですが、老健にいた患者さんが、いざとなったときに診断書を老健の先生が書かないから、亡くなってから救命救急に運ばれるということもあって、無駄な事例もあります。

ですから、老健施設で最後まで看取りをするということをもっとはっきりさせないといけないのではないかと考えています。

手が少なく、看護師がいなくて、ヘルパーしかいないところで亡くなった

ときに、その老健施設が、「いざとなったら、すぐ運べ」ということで、救急車を依頼するということをしないで、老健施設で対応できるようにしていく必要があると思っています。同じ患者さんが何回も救急車で運ばれてきているという状況もあります。

「この人はもう食べられないですよ」という場合でも、「最期は施設で見ましょう」という形で帰っていただいても、熱が出るとまた救急車を呼ぶというようなことがありますので、「それぞれの施設で見てください」ということを、施設にしっかり認識してもらおうようにしたほうがいいのかなと思っています。

○猪口副会長：猪口です。

きのう、区南部の会議がありまして、そこで、ポストアキュート、サブアキュートという話が結構出ました。

ポストアキュートで出てきた話は、「以前は公立病院で今は公的病院になっているような病院で、地域の高度急性期なり急性期を担うという歴史の中で、地域包括ケア病床を持って、ポストアキュートを持って、自院の完結性を高めてしまうと、連携体制の中にはないのじゃないかということで、そういうポストアキュートのあり方はどうなんだ」という議論が一つありました。

もう一つは、サブアキュートとして、今のようなお話がありました。「地域包括ケアの中で見て、予期される範囲の病変に関しては、高度急性期病院なり急性期病院に行くのはどうなんだ」ということです。

地域包括ケアを支えている回復期的な病院が、急性期で診てもいいのですが、回復期と連携を取って、地域包括ケアに帰していくためには、かかりつけ医がしっかりその患者さんを把握する必要があるという話です。

そして、「老健施設に入っていたり、特養に入っていたりするところには、施設医もいるでしょうし、かかりつけ医もいるでしょう。そういうところが、あらかじめ準備をしておくべきではないか」という議論がありました。

それに対して、医師会と病院の先生方とで、「そういうのはいいね」みたいな話で、盛り上がっていました。

ですから、この調整会議は、そういう構想区域内でいろいろなシステムをつくっていくということに発展させていってもいい会議体ではないかと思えます。

きょうお出になっている公的病院の大きなところで、急性期を中心としている病院にとっては、非常に大変なことだと思いますので、地元のほかの病院さんがどうやって受けていくか、そのためにはどういう情報が必要なんだということを、ぜひ議論を深めていただけると、すごくありがたいと思います。

○湯城座長：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。

○竹川（愛和病院）：愛和病院の竹川です。

区東部のキーワードの「MSWの役割」というのは、今お聞きして、よくできてきているのかなと思いましたが、「人材育成・確保」のところでは、それぞれの病院が苦戦をされているのかなと感じました。

例えば、このような公的病院で人材育成をしていただいて、我々のような民間の病院に、その方と連携を取れるように、出向とかまで考えていただけるのでしょうか。

確保については、人材派遣会社がとんでもないマージンを取っていますので、我々はみんな苦労しているところだと思います。

これを根本的になくすことはできないとは思いますが、それぞれがある程度確保したら、研修に行かせていただいたりするというシステムを、この区東部の中で今後つくれたらいいと思うんですが、それについて、育成をしていただける立場からいかがでしょうか。

○湯城座長：今のご提案に対して、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。

○上田（都立墨東病院）：都立墨東病院の上田です。

先ほどは、どちらかという、連携先の方々を育てるというお話をしましたが、当院とかでは、「医師アカデミー」という形で、後期研修医を育てるところまではできています。

そして、竹川先生のところにも、ある程度ご協力しながらやっていますが、実際、人材を派遣するということになりますと、今の東京都のシステムの中では、なかなか制限が多くて、大学病院のように、気軽にといえますか、それこそ、「きょうは出張日だから」とか、いろいろな格好でアシストするということは、なかなか難しい状況にあります。

ただ、今後、何らかの形で、教育とかいうところにも協力できればと思っていますので、今の都立病院で可能なところは、これからもやっていきたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

昭和大学の上條先生、いかがでしょうか。

○上條(昭和大学江東豊洲病院)：昭和大学江東豊洲病院の上條でございます。

教育機関なので、人材育成とか教育ということに関しては、ある程度使命を持っていますが、派遣するということになると、人材的にも、自分の病院で自由に考えて、出していくということが、なかなかできない状況にあります。

ただ、医師だけではなく、MSWもそうですし、リハビリの人とか放射線の技師の人とか、看護師さんとかを、地域の中で教育していくというのは、うちも墨東さんも、きっとこれから率先してやっていかなければいけないのかなと思っています。

もちろん、人を出すということが、すぐにはうまくいかないかもしれませんが、それは、私たちの使命かなと思っていますので、今後はそれに対して力を入れていきたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。猪口先生、どうぞ。

○猪口副会長：がん研有明さんのご発表で、「非常にいいな」と思ったのは、遠方こそ連携が難しいという話でした。

地域支援病院だとか、公的病院で認可が絡んでいるような病院に関しては、地域で運営協議会を開かなければいけないということになりますが、それが、二次医療圏ベースでやったり、場合によっては、本当に近場の医師会を呼んで、話を聞いているということなんです。

自分のところの診療のシェアが10%を超えるような区域があつて、それが二次医療圏外だとすると、そういうところの協議会に呼んで、連携がどうすればうまくいくかとかいうような話を、ぜひ聞いていただけるといいのではないかと、私は思っています。

要するに、遠方こそ連携は難しいけれども、東京では、その二次医療圏に縛られて、今まで会議をやってきたという、悪い歴史がありますので、そうではなくて、自分の診療圏はどこなのかということで、そこをきちんとカバーして、連携を取っていく必要があると思っています。

「こういう連携の仕方を相手は望んでいる」ということを聞いていただいて、ぜひやっていただきたいと思います。

これは、がん研さんの話を聞いて、非常にいい話だと思いましたので、発言させていただきました。ありがとうございました。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

それでは、活発なご議論をありがとうございました。

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

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

○湯城座長：それでは、議事の「3. 報告」というところに入りたいと思います。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で、今年度も引き続き実施をいたします。

資料の左側が、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に、病床の機能転換等を行う医療機関に対しまして、施設と設備の整備の補助をするものでございます。

資料の右側のほうも、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換をする病院に対する補助ですが、「開設準備経費支援」といたしまして、病棟に配置する看護職員の人件費であったり、開設後の人件費支援といたしまして、医師やリハビリ専門職の人件費を補助するものとなっております。

構想区域内でこの補助金を活用する病院がある場合には、この調整会議でご報告いたしますので、よろしくをお願いいたします。

続きまして、報告事項(2)の病床配分等についてですが、まず、資料6をご覧ください。

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

平成30年3月公表の、第7次東京都保健医療計画の策定時に、新たな基準病床数を算定いたしました。平成30年4月1日現在、病床の配分が可能な圏域は、この「2. 病床配分の対象」に記載のある圏域となっております。区東部も含まれております。

今回からの変更点ですが、2枚目をご覧ください。

1つ目は、従来は年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、病床配分を希望する医療機関は、地域医療構想調整会議で説明を行って協議することとなりました。

該当医療機関がある場合には、今年度2回目の調整会議でご説明をいただく予定となっておりますので、よろしくをお願いいたします。

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

続きまして、資料7をご覧ください。

こちらも、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て、有効に活用していくために、非稼働病棟につきまして、来年の3月末までに、当該病棟を再開するか、病床稼働までのスケジュールや、医療従事者の確保方針等の、病棟再開に向けた具体的な対応方針を、東京都へ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。

以上でございます。

○湯城座長：ありがとうございます。

最後に質問その他、質問でなくても、この調整会議は、情報を共有する場ですので、情報提供などがありましたら、どうぞ。

○竹川（愛和病院）：愛和病院の竹川です。たびたびすみません。

資料6についてです。ここには記載されていませんが、区中央部とかは2000床ほどオーバーしているわけですね。

東京都の特徴としては、交通機関がしっかりしているということで、きょうの話の中にも出てきたように、移動がすぐできるということです。

そうすると、急性期、回復期、慢性期もそうですが、全てにおいて、近隣のところがそれだけオーバーしているということであれば、一つ気になるのは、「652床つくれますよ」ということについては、既存の病院が増床するのは何の問題もないと思うんですが、地方から進出してきた病院が、どんどん新しくつくっていくということも考えられるわけです。

これは、東京都的には「もう、しょうがないですよ」ということになるんだと思いますが、今まで東京でやってきた病院としては、とても悔しい思いをする人たちも、多々いらっしゃると思うんです。その辺のところはどのようにお考えになっているのかということをお聞きしたいと思います。

それから、資料7つについてです。都内には稼働していない病床が実際に何床あるのか、また、区東部には何床あるのかということは、東京都のほうでわかるのでしょうか。

○矢沢部長：最初の652床の話については、東京都としては先生がおっしゃったような状況ではございますが、今回、この配分を年1回にした理由の一つには、計画をつくる時間を1年間延長させるためということもあります。

既存の病院が、「増やそうと思っているけれども、どうしようか」と考えておられるとすれば、その計画を立てる時間を少し長くしていただけないかという思いが、私どものほうにあったからでございます。その程度ではだめでしょうが、少しお含み置きいただければありがたいと思います。

それから、稼働していない病床数については、立ち入り検査で把握しているものと、「稼働していない」という病床機能報告でのものがございますが、その数については、ちょっと差し控えさせていただきたいと思います。

なぜならば、今回は自主的にお返しさせていただきたいと思っているからでございます。ただ、そうしていただけなかった場合は、その次の調整会議で、「どうして稼働していないか」についてお話ししていただかなければいけないこととなります。

もっとも、本来ですと、国から言われているのは、すぐにやらなければいけないのですが、「それは、ちょっとどうなのか」ということで、私どもは1年待つことにいたしておりますので、大変申しわけありませんが、数字の公表については差し控えさせていただきたいと思います。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○猪口雄二（東京都病院協会）：東京都病院協会の立場で来ています、寿康会病院の猪口です。

資料6で、今集まっている区東部地域で、さらに652床がつくれるということになるわけですが、この会議の非常に重要なところは、2ページのところで、まさにこの調整会議で、新たに手を挙げたところや増床したいところを、この会議が認めるかどうかということになるわけです。これは、そういうことが近々起きてくるわけです。

それに関してですが、2025年に予想されるベッド数でいくと、先ほども鈴木先生が言われていましたが、この地域は明らかに急性期が多いわけです。

ということは、この652床の中で手を挙げてきたところが、「急性期を増やそう」と言ってきた場合、「急性期は十分ありますから、それは認められません」ということが言えるのでしょうか。

もう一つ、そうなると、また回復期の話にも絡むんですが、ここは、定義がはっきりしないので、みんな悩んでいるところですが、回復期リハビリテーションがこの地域でそんなに不足しているのかという話なんですね。

我々の実感として、回復期リハビリテーション病棟はかなり整備されてきましたし、大きいところもできましたので、それはもう十分だから、それについては、「回復期としての病床数は少ないけれども、回復リハは要らないよね」ということを、この会議で言えるのかどうか。この点についても教えていただきたいと思います。

○矢沢部長：いつも同じ質問をお受けしますので、同じお答えをするのは申しわけないんですが、おっしゃっていただくことは全然構いません。先生方のご意見ですので、それは、おっしゃっていただく場だと思っておりますが、病床の配分については都知事の権限ですので、そのことについてはご理解いただきたいと思えます。

「急性期が今足りているか、回復期が足りているか」という議論では、この病床機能報告からは、私どもは正確には判断できませんので、その状態で、「回復期が足りてない」とか、「回復リハがない」とか、「急性期はもう十分だ」という話には、ちょっとなりにくいと思えます。

例えば、急性期をつくって、そのおかげで、急性期の流出がとまる可能性もありますので、そうすると、構成がまた変わります。そういうこともいっぱい考えられる中では、ご意見は伺いますが、今回は、機能について配分を変えるということ、都としてやる予定はございません。

○猪口雄二（東京都病院協会）：竹川先生も先ほどおっしゃったことですが、この二次医療圏の人口の動態とか、高齢化率とか、そこでのいろいろな計算方法があるということは知っています。

その場合に、この地域は、非常に多くの患者さんが区中央部に流出しているわけです。そして、区中央部は、先ほど言ったように、何千床もオーバーしている状況ですから、そうすると、この不足分というのは、区中央部が十分それを担っているということが考えられるわけです。

ただ、計算上は、ベッド数の配分については、そこは考慮されていないということなんでしょうか。

○矢沢部長：人口でやっていますので、そこについて考慮するというところは、今回については一切していません。

ただ、今後、8000床増やすのかというところでは、病床を整備する役割である東京都が判断するときに、いずれあるかもしれないと思っております。

○猪口雄二（東京都病院協会）：そうすると、この調整会議で協議をするというのは、あくまでも調整会議の意見というものを出すだけであって、最後の「病床をどうするか」ということは、東京都の行政のほうで判断するということになるわけですね。

○矢沢部長：はい。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○藤崎（藤崎病院）：藤崎病院の藤崎です。

それに関連することで、急性期も在院日数がどんどん短くなっていますので、入院から在宅に患者さんが多く流れていくだろうということなど、いろいろな要素を加味したデータになっているのでしょうか。その辺のことについて教えていただきたいと思います。

○矢沢部長：基準病床数の算定に何が加味されているかをお聞きになりたいということでしょうか。

○藤崎（藤崎病院）：要するに、今後予想されることというか、現在起こっていることでは、急性期は特に在院日数が短くなっているかと思えますので、今後は入院患者さんが在宅に向かっていくという方向性も、恐らく国の方向としてもあると思われます。

そういった今後の患者さんの動きを加味したベッド数の数字なんですか。それとも、それは今後の課題ということなんですか。

○矢沢部長：基準病床数を出すためには、算定式というものがございまして、国が全国一律で定めているものです。

その中に、平均在院日数、病床利用率、患者さんの流出入などを加味することとなっております。

○藤崎（藤崎病院）：そうすると、加味されているわけですね。

猪口先生が先ほどおっしゃったように、単純に病床を増やしていくということが、本当にいいのかどうか。必要病床数というのは、ここで議論することではないのかもしれませんが、意見として、今後増やしていくことが本当に必要なのかどうか。

算定されている式ではそうかもしれませんが、その辺のことについてもいろいろ議論していく必要があるのかなと思っています。

○湯城座長：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。

○加藤（江戸川病院）：江戸川病院の加藤と申します。

地域医療の構想というよりは、国家戦略というか、そういう問題かもしれないですが、江戸川病院で働いていますと、独居老人とかが大変多くなってきていて、家族も余り支援ができないわけです。

そうすると、在宅への方向性というのは、医療経済の評価では、アクセス、クオリティ、コストとありますが、在宅にするというのは、アクセスもクオリティもコストも3つとも落ちてしまうわけですから、要するに、医療を余り受けさせないという方向性になるんだろうなと思うわけです。

今後もこの方向性でいくということは、在宅というのは、納税者として働いていただいて税金を納めるということのほかにも、介護もしなければいけないという非常な苦勞を、全員に背負わせていくことになります。

ですから、死生観とか家族観とかいったところまで、コンセンサスを醸成しないといけないと思いますが、果たしてこれでやっていけるのかということについて、どうしてもイメージができないものですので、今後もそういう方向性は変わらないのなかと思っています。

○湯城座長：今のは、先生の感想ということで、質問とかではないということですね。

○加藤（江戸川病院）：質問というか、急性期病床を減らして、在宅に切り替えていくということを、要するに、効率という意味では落ちるわけですが、それを本当に押し進めていくんですかということですか。

○湯城座長：そういう2025年問題ということも、この調整会議の主要なテーマになるのかなと思います。

○猪口副会長：中医協委員の猪口雄二先生が隣にいらっしゃるのに、私が発言するのもどうかとは思いますが、在宅を増やしていくというよりは、入院医療

としてふさわしくないという患者さんをたくさん診ているところの診療報酬が、多分下がっていくでしょうね。

今回の診療報酬の改定は、「地域医療構想により沿う」というような形で表現されていますが、地域医療構想を後押しするように、例えば、高度急性期と急性期を将来的にまとめるような形にして、患者さんたちの病態像に合わせながら、病棟の診療報酬が変わっていくとか、回復期リハビリテーションは、やはり、病態像に変えていくとか。

それぞれの病棟に、構想に合ったような患者さんがきちんと収れんして、入院していないと、診療報酬がきちんとついていかないというような追い込み方をしてくるような気がしています。

ですから、在宅に移行させることは、本当はよくないので、療養病床でなるべく診ていたいと思っても、今度は、療養病床がそういう患者さんを抱えていると、経営がうまくいかないとか、一般病床で診ているとうまくいかないとか、そういうような追い込まれ方をするのではないかと、私見ですが、そのように思っています。

そうすると、そうならないということであれば、それでいいんですが、それは、多分、医療費を効率的に動かそうということで、政策が組まれているので、この地域医療構想の場としては、連携だとか、平均在院日数をなるべく短くするとかいったところで、みんなで協力して、うまく効率を上げていかないといけないと思っています。

その場合、「在宅」という最後のキーワードがうまく育たないことには、我々がいくら頑張ってもうまくいかないということもわかっているつもりです。ですから、東京都医師会としても、東京都さんと一緒に、在宅を育てるということで、今一生懸命やっています。

先生がおっしゃっているとおり、個々の住宅に住まわれているという「在宅」だけではなくて、施設に入所している方々も「在宅」に含めて育てていかないと、うまくいかないだろうと思っています。

私が答える立場ではないのですが、私見として話をさせていただきました。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにご意見などございますでしょうか。どうぞ。

○竹川（愛和病院）：愛和病院の竹川です。何度もすみません。

確認ですが、資料6の「2. 病床配分の対象」の表の下のところに、「配分数（概算）は、基準病床数と既存病床数との差」と書いてあります。

ただ、もう既にいくつかの病院が、増床ということを出されていると思うんですが、それは公開されないのでしょうか。

○矢沢部長：公開といいますか、最初にご説明したつもりだったのですが、これからは、「病床を何床欲しい」といったところのデータについては、この調整会議でお出しをしますので、次の、秋の調整会議では、「どの病院が何床欲しい。何に使いたい」ということは出てきます。

それから、「ある一定以上の病床が取りたい」というところには、「どうして取りたいか」ということのプレゼンを、この調整会議でお願いし、それについてのご意見を皆さんが出すという場がございます。

ですから、ちょっと秋までお待ちください。締め切りが9月28日ですので、

○竹川（愛和病院）：早い者順というわけではないということですね。わかりました。

○湯城座長：よろしいでしょうか。

ほかになれば、議論のほうは終了ということで、事務局のほうにお返しいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：それでは、私のほうから、事務連絡を5点ほど申し上げます。

まず、1点目、全構想区域の調整会議が終了いたしましたら、今回ご発表いただきましたものも含めまして、全地域の「公的医療機関等2025プラン」につきましては、東京都のホームページで公開する予定でございます。

公的医療機関等の皆さまに関しましては、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ください。

2点目です。今後、病院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っております。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、本日の議事録でございますが、会議の冒頭でご説明しましたように、本調整会議は公開となっております。議事録につきましても、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修正等が必要な場合には、東京都までご連絡ください。

4点目、地域医療構想調整会議につきましては、各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存じますが、他の圏域の調整会議のご出席についてご一考いただければと思います。各調整会議の開催日時につきましては、東京都福祉保健局のホームページをご参照ください。

最後、5点目ですが、本日、閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、次回も使用いたしますので、そのまま机上に置いておいてください。

それでは、以上で区東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)