

人口

ゆっくり高齢化

○区南部は東京都全体に比べると高齢化がゆっくり進む地域。(高齢化率25%を超えるのが5年遅い)

医療資源

自圏域完結型

慢性期：流出

高度急性期機能

(地域が考える患者像)
 特定機能病院入院基本料
 一般病棟7対1入院基本料
 小児入院医療管理料 他

- ・特定機能病院が2病院存在
- ・流出／流入の均衡が取れている
- ・全ての病棟を高度急性期機能としている病院も存在
- ・家庭への退院割合が都平均(66.2%)に比べ高い(71%)

(自己申告した主な病院／H28報告)
 ・東邦大学医療センター大森病院 912床
 ・昭和大学付属東病院 199床
 ・昭和大学病院 815床 他

急性期機能

(地域が考える患者像)
 一般病棟7対1入院基本料
 一般病棟10対1入院基本料
 一般病棟15対1入院基本料 他

- ・家庭からの入院割合が都内で最も高い(84.7%)
- ・家庭への退院割合が都平均(76.8%)に比べ高い(81.1%)

サブアキュート機能を担っている？

- ・中小病院の割合が約7割
- ・退院調整部門を置いている病院の割合が都平均(62.3%)に比べ低い(50%)。

在宅医療との連携は十分か？

回復期機能

(地域が考える患者像)
 回復期リハビリテーション 病棟入院料
 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料

- ・回リハ病床が8割弱を占め、高い病床稼働率(93.2%)
- ・家庭からの入院割合が都平均(22.4%)に比べ、非常に低い(6.7%)
- ・地域包括ケア病床のうち約45%が回復期機能と回答

現在はどのような使われ方をしているのか。ポストアキュート？サブアキュート？

- ・退院調整部門を置いている病院の割合が都平均(74.4%)に比べ高い(83.3%)。
- ・退院後に在宅医療を必要とする割合は2割弱と高い。

慢性期機能

区西南部・神奈川県への流出

(地域が考える患者像)
 療養病棟入院基本料
 介護療養病床
 有床診療所入院基本料 他

- ・病床稼働率は都平均(90.8%)に比べ低い(86.1%)
- ・平均在院日数は都平均(152.1日)にくらべ長い(236.9日)
- ・家庭からの入院割合が低く(16.8%)、転棟／転院が8割を超える。
- ・死亡退院の割合が都平均(32.9%)に比べ高い(46.0%)

看取り機能を担っている？

- ・中小病院が多く、退院調整部門を有する病院が少ない(26.3%)

その他

- ・がん、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折を見ても、いずれも自圏域完結率が高い

- ・慢性期機能で死亡退院率が高く、また、退院調整部門を持つ医療機関が少ない

在宅医療等

※各区市町村の在宅療養推進協議会等で描く在宅像

※圏域としては、在宅医療等の内、訪問診療が2013年の1.67倍と推計

入院医療機関の状況

<不足している医療>

・周産期、小児医療 ・小児救急入院の受入れ先 ・医療的ケア児 ・地域包括ケアを担う病床 ・在宅療養患者の急性増悪時の医療体制、医療機関 ・精神科医療 ・感染症医療・専門性が求められる在宅医療(小児・障がい・精神等)

<充足している医療>

・推計では不足となっているが、現実には病床に空きがあるように思う(品川区)

<その他>

・地域包括ケアシステムの正確な理解不足

高度急性期機能

・複数診療科の関与する病態の場合、急性期を脱した後も高度急性期病院に入院していることが多い。
・充足している(大田区)

急性期機能

・急性期病院でも高齢者の入院が多い(品川区)
・充足している(大田区)

回復期機能

・回復期リハ病院の待機患者が多い(大田区/品川区)
・隣接区域を含めると9割近い完結率
・少ないと感じる(大田区)

慢性期機能

・慢性期は空いている(品川区)
・医療/介護療養施設の不足(大田区)

・病床利用率が減少傾向かつ、構想区域完結率が高いため特段の対策は不要

・療養型の病院が患者を受け入れてくれず、退院調整に苦勞することが多い。(急性期病院からの意見)

<地域が求める役割>

・3次救急
・複数診療科の関与する病態

<地域で求める役割>

・2次救急(休日・全夜間の救急を担う中小病院へ)

<地域で求める役割>

<地域で求める役割>

・慢性期救急の機能

病院側

・病院での「看取り」を希望する際の受入れ
・在宅や介護施設入所者の病床変化・急変時の受入れ先の不足
・在宅等の急変時に突然受入れをお願いされても、検査結果等の情報が乏しく受け入れが難しい。(大田区)
・急性期病院の医師の在宅への理解が全般的に浅い(大田区)
・在宅等で療養している患者は病態が複雑であり、様々な検査・加療の必要性から高度急性期～急性期病院に搬送されている(大田区)
・在宅専門医と病院との関係が希薄。(信頼のおける在宅医が少ない。)・在宅での看取りが増加しない。

在宅側

<急変・病状変化時の受入>

・急変時/病状変化時の受入れ先病院を探すことが大変(大田区・品川区)
・急変時の暫定的な入院を含めて受け入れてもらっており、助かっている(大田区)
・複数疾患を抱えている場合、短期間の入院が必要でも断られることがある(品川区)
・急変時/病状変化時に対応する後方病床を確保して欲しい(品川区)
・急性期病院の受入れはよい(品川区)

<在宅移行・退院支援>

・患者側の視点にたった退院・転院を考えて欲しい(大田区)

<その他>

・慢性期病院の充実をお願いしたい(大田区)
・終末期対応の受入れをしてほしい(品川区)
・的確な情報提供をして欲しい(品川区)

在宅医療の課題(例)

・在宅医療を受ける側の課題として、家族の介護力(老々介護や認知介護)や独居の場合の対応
・在宅医療を提供する課題として、24時間対応や、多様化する患者ニーズへの対応、介護事業者との連携 など

※詳細は、訪問診療実施診療所向けアンケートの集計結果へ

区南部 課題の整理

医療資源

☛ 高度急性期～回復期:自圏域完結型(自圏域完結率75%前後) / ☛ 慢性期:区西南部・神奈川県への流出

地域の特徴

- 急性期機能の7割が7対1入院基本料の病床
- 退院調整部門を置いている割合が低い
- 急性期機能の病院であっても高齢者の入院が多いとの声
- 家庭からの入院割合／家庭への退院割合が高い
- 在宅医との連携に課題を感じる病院の声

- 回復期機能において病床稼働率が高い
- 慢性期機能において病床稼働率が低い
- 慢性期機能において平均在院日数が長い
- 慢性期機能において死亡退院の割合が高い
- 慢性期機能の病院への受入れを希望する声

論点

区南部における急性期機能の医療提供体制

慢性期機能は看取り機能を担っている。区南部における回復期、慢性期機能が担うべき役割

調整会議での意見

- ・ サブアキュートは、どこで悪くなろうが急性期に来れば診ている。自宅であろうが施設であろうが同じ患者であり、受ける段階での振り分けは難しい
- ・ 在宅医から急変時の受入れについては、どの医療機関も協力しなければとの認識は持っている
- ・ 在宅の誤嚥性肺炎を受入れ、リハビリ、在宅へ帰すなど、中小病院の役割は重要。在宅医側も中小病院で何をやっているのか(どこまで対応できるのか)理解することも必要
- ・ 病院に入院させた患者が、元のかかりつけ医に戻るのではなく、退院時は在宅の専門医につながってしまうなど、連携が不十分

- ・ 慢性期の受入先が見つからない
- ・ 高度急性期・急性期から回復期・地域包括ケアへ移ってくるが、大部分が入院して1～2か月で亡くなるなど、重症化した患者が転院してきている
- ・ 慢性期機能について、空床があるのにも関わらず、流出しているのはもったいない
- ・ 診療報酬との兼ね合いで、医療区分Ⅰの患者を断ることがある
- ・ 慢性期の病床稼働率は90%だが、独居、老々介護などでなかなか自宅に帰せず、そのまま病院で看取りとなるケースが多い
- ・ 最初は在宅を希望するも、家族へ説明すると、吸引等の負担もあり、入院を継続するケースも多い
- ・ 慢性期は診療報酬が低いが、人員体制は急性期に近いかたちでやっており、在宅から誤嚥性肺炎を引き受けてといわれても、手が回らないのが現状
- ・ 慢性期でもサブアキュートの対応が可能な症状もある。病院、在宅の双方の理解、周知でカバーできる部分もあるのでは
- ・ 人材が不足しており、慢性期の病院同士で連携していくことも必要

- ・ 高度急性期から慢性期までという流れが前提となっているように見えるが、がん患者が家庭から入り、家庭へ退院していくなど疾患によっては流れが違う。
- ・ 地域で必要なものがあれば転換も考えるが、収益も重要であり、診療報酬の動向が課題。

- ☛ **急変時の受入れなど病院と在宅医との連携強化の取組が必要**
- ☛ **顔の見える関係を構築し、圏域内の医療機関の情報共有などを進める取組が必要**
- ☛ **地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策**