

人口

総人口減少

- 高齢化の速度は都内平均だが、15歳未満の人口割合が低い
- 2025年に向けて総人口が減少

医療資源

高～回：流入(出入り型)

慢：流出(出入り型)

地域間連携(西南、西北)

高度急性期機能

急性期機能

回復期機能

慢性期機能

区西北部・区西南部から流入

区西南部・区西北部と相互依存

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

(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 他

(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 他

(地域が考える患者像)  
 療養病棟入院基本料  
 介護療養病床 他

- ・特定機能病院が3施設
- ・病床稼働率は都平均(88.1%)に比べ低い(84.3%)
- ・全ての病棟を高度急性期機能としている病院も存在

- ・高度急性期機能から引き続く入院も存在
- ・7対1病床、10対1病床が全て急性期機能で届出
- ・退院調整部門を置いている割合が都平均(62.3%)に比べ高い(78.6%)
- ・家庭への退院割合は都平均程度の75.3%
- ・退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は3.9%と低い。
- ・平均在院日数は都平均と同じ11.2日

- ・回復期機能の8割を回リハ病床が占める
- ・病床稼働率は都平均(87.4%)に比べやや低く(84.2%)余力がある
- ・院内からの転棟の割合が高く(39.5%)、他病院・診療所からの転院割合が低い(33.4%)。
- ・家庭への退院割合が高く(74.8%)、高齢者施設も含めると85%を超える。

- ・病床稼働率は都平均(90.8%)に比べ低く(87.0%)余力がある
- ・高齢者人口10万対の介護療養病床数が多い
- ・他の病院／診療所から入院する割合が高く(55%)、家庭からの入院の割合は少ない(9.6%)
- ・死亡退院の割合が都平均(32.9%)と比べ非常に高い(59.8%)

病棟単位での機能分化の余地あり?

ポストアキュートを担っている?

看取りの機能を担っている?

(自己申告した主な病院／H28報告)  
 ・国立国際医療研究センター病院 68床  
 ・東京女子医科大学病院 1,314床  
 ・東京医科大学病院 988床  
 ・総合東京病院 16床  
 ・河北総合病院 20床 他

- ・退院調整部門を置いている割合が都平均(74.4%)に比べ高い(81.8%)

現在、サブアキュートを担っている病床は?

その他

- ・成人肺炎の自圏域完結率が低めで、隣接区域に依存している。
- ・圏域内の区ごとの医療資源の状況に差がある

・退院後に在宅医療を必要とする患者の割合がいずれの機能も1割を下回る

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1.63倍と推計

**入院医療機関の状況**

<不足している医療>

- ・地域包括ケア病棟 ・小児科病床 ・周産期センター(中野区・杉並区)

<充足している医療>

<その他>

- ・精神の身体合併時に身体の治療が落ち着いたあとの精神科病院とのNWを広げて欲しい。・病床数は充足しているが、3区間の格差がありすぎる。
- ・周囲の医療圏との流出／流入が多いことから、周辺医療圏を含めた広域的な医療機能の確保を考えていく必要があるのではないか(不足している回復期／慢性期機能)

高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能
<ul style="list-style-type: none"> <li>・充足している(杉並区)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊な基礎疾患を有する患者の回復期・慢性期機能への移行は困難</li> <li>・地域包括ケア病床の活用によりほぼ充足(杉並区)</li> <li>・急性期医療の提供能力は高い。(新宿区)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの地域でも回復期の適応疾患であれば、充実している。</li> <li>・回復期リハの対象疾患外の患者を在宅に帰す機能が不足(中野区)</li> <li>・高度急性期／急性期機能から在宅に移行するまでの病床の不足が予想</li> <li>・回復期リハは不足気味(杉並区)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険外費用を理由に利用しにくい状況(中野区)</li> <li>・在宅へ移行するための慢性期病床の不足(杉並区)</li> <li>・療養病床は全国平均と比較して不足</li> </ul>
<p>&lt;地域が求める役割&gt;</p>	<p>&lt;地域で求める役割&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアとの協働</li> <li>・本来の機能に加え、一定程度、在宅へ移行するための機能を担うべき。</li> </ul>	<p>&lt;地域で求める役割&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期機能への移行のタイミングは患者の状態優先で決めるべき</li> </ul>	<p>&lt;地域で求める役割&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院が必要となった時に容易に受け入れてもらいたい(在宅を行う診療所からの意見)</li> </ul>

・回復期機能／慢性期機能の病院の数が少ないため、在宅医療にしわ寄せがきている(新宿区)  
(在宅医療を行う診療所からの意見)

**病院側**

・在宅が難しい患者を受け止める施設がなく、入院が長期化 ・回復期機能から在宅医療への移行のタイミングは患者の状態優先で決めるべき。

**在宅側**

<急変・病状変化時の受入>

- ・急変時／病状変化時の入院受入れを円滑にして欲しい(新宿区・杉並区・中野区)
- ・緊急時の入院受入れについて迅速に対応していただいている(新宿区・中野区)
- ・在宅へ送り出した医療機関が責任を持つという風潮があり、高度急性期機能をもつ病院同士の連携・助け合いが少ないように感じる。(新宿区)
- ・認知症があると受入れが難しいことがある(杉並区)
- ・軽度の異常の場合に2～3日でも入院を受入れて欲しい(中野区)

<その他>

- ・身体合併症の精神疾患の患者の受入れがスムーズになればよいと思う(新宿区)
- ・診断困難なケースに対し諸検査を実施し、診断と治療方針の教示をして欲しい(杉並区)

<レスパイト>

- ・認知症の症状によってはレスパイト入院が断られることがある(新宿区)
- ・レスパイト入院の受入れ医療機関が少ない(新宿区・中野区)

<在宅移行・退院支援>

- ・逆紹介にあたっては、薬の数を前もって調整して欲しい(新宿区)
- ・入院受入れが充実している分、より積極的な退院支援が必要でないか。(新宿区)
- ・開業医との連携をより一層進めて欲しい(新宿区)
- ・退院調整時は積極的にカンファレンスに呼んでほしい(杉並区)
- ・退院カンファには病棟主治医もできるだけ参加して欲しい(杉並区)
- ・退院調整にあたっては、疾病の完全なコントロールよりも在宅での継続実施可能性について配慮して欲しい(杉並区)
- ・在宅医療が必要な状態の患者にも関わらず、退院時に病院からの調整がないことがある(中野区)

**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

# 区西部 課題の整理

## 医療資源

☛ 高度急性期～回復期：流入型（区西北部・区西南部から流入）／☛ 慢性期：流出型（区西北部・区西南部と相互依存）

### 地域の特徴

- 7対1、10対1病床の全てが急性期機能と届出
- 急性期機能において家庭への退院割合は都平均程度
- 急性期機能、回復期機能において退院調整部門を置いている割合が高い
- 退院調整を求める地域の診療所の声

- 回復期機能において病床稼働率が低い
- 回復期機能の中で回復期リハ病床の占める割合が高い
- 地域包括ケア病床があまり増えていない
- 在宅に帰すための機能が不足しているとの声

- 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死亡退院の割合が高い
- 慢性期機能が不足しているとの声

### 論点

**急性期機能の病床において、サブアキュートの受入れを行っていると考えられる。今後の急性期機能の検討**

**病床稼働率を上げるための回復期機能の有効活用**

**区西部における慢性期機能が担うべき役割**

### 調整会議での意見

- ・ 独居老人や家族の介護力が弱い場合の退院調整は困難が多い。退院調整部門が深く関与して行っているが、どこかで行政にも関与してほしい。
- ・ 患者を元のかかりつけ医に戻せない場合は、かかりつけ医にひと声かけるなどの対応があれば問題ないのではないか。在宅を支えるチームというものも考える必要がある。
- ・ 退院調整については、患者家族の希望もあるので難航することも多い
- ・ 回復期リハ病棟に送ることが難しい患者もおり、慢性期は病床が少ないため送れず、そのまま患者を抱えることもある。

- ・ 回復期機能の不足は承知している。病病連携、病診連携で受け入れた患者については、患者情報をきちんとやりとりしないと、退院がスムーズにいかなくなるのではないかという懸念がある
- ・ キーパーソン不在の患者については、地域のケアマネに入ってもらってもなかなか退院が難しい
- ・ 高度急性期・急性期機能の病棟でも、回復期機能の患者を診ている病床がある

- ・ 医療療養病床で医療必要度の高い人を受け入れていると、死亡退院数は多くなる
- ・ 急変時の受入れは恵まれていると思うが、認知症のレスパイトについては苦勞している
- ・ 慢性期の病院としては、レスパイト入院とかで役立てるのでは

- ・ 回復期・慢性期との連携をきちんと行わないと出口が詰まってしまい、高度急性期・急性期が受けられないという事態も考えられる。
- ・ 複数疾患を抱える患者の増加が見込まれる中で、4つの機能がうまく連携していく必要がある。

- ☛ **在宅移行をする際の情報共有・連携の取組を強化することが必要**
- ☛ **高度急性期・急性期と回復期・慢性期における病院間の入退院調整の取組を充実させることが必要**
- ☛ **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**