

# 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	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 急性期機能の7割が7対1入院基本料の病床</li><li>○ 退院調整部門を置いている割合が低い</li><li>○ 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</li><li>○ 家庭からの入院割合／家庭への退院割合が高い</li><li>○ 在宅医との連携に課題を感じる病院の声</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 回復期機能において病床稼働率が高い</li><li>○ 慢性期機能において病床稼働率が低い</li><li>○ 慢性期機能において平均在院日数が長い</li><li>○ 慢性期機能において死亡退院の割合が高い</li><li>○ 慢性期機能の病院への受入れを希望する声</li></ul>
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	<ul style="list-style-type: none"><li>・ サブアキュートは、どこで悪くなら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</li><li>・ <u>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</u></li><li>・ <u>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</u></li><li>・ <u>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</u></li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 慢性期の受入先が見つからない</li><li>・ 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</li><li>・ 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</li><li>・ 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</li><li>・ 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</li><li>・ 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</li><li>・ 慢性期は診療報酬が低いが、人員体制は急性期に近い状態でやっており、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</li><li>・ <u>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</u></li><li>・ 人材が不足しており、<u>慢性期の病院同士で連携していくことも必要</u></li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul>	

- 👉 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