

# 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)

<p>地域の特徴</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7対1、10対1病床の全てが急性期機能と届出</li> <li>○ 急性期機能において家庭への退院割合は都平均程度</li> <li>○ 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</li> <li>○ 退院調整を求める地域の診療所の声</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期機能において病床稼働率が低い</li> <li>○ 回復期機能の中で回復期リハ病床の占める割合が高い</li> <li>○ 地域包括ケア病床があまり増えていない</li> <li>○ 在宅に帰すための機能が不足しているとの声</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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死亡退院の割合が高い</li> <li>○ 慢性期機能が不足しているとの声</li> </ul>
<p>論点</p>	<p><b>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</b></p>	<p><b>病床稼働率を上げるための回復期機能の有効活用</b></p>	<p><b>区西部における慢性期機能が担うべき役割</b></p>
<p>調整会議での意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>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</u>。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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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ある</li> <li>・ 回復期リハ病棟に送ることが難しい患者もあり、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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、<u>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</u>いう懸念がある</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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労している</li> <li>・ 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</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>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う、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。</u></li> <li>・ 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。</li> </ul>			

- 👉 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