

人口

ゆっくり高齢化

○区西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

流出・流入ともに多い

出入りは均衡

地域間連携(区西部)

高度急性期機能

流出入均衡(近接圏域と相互依存)

(地域が考える患者像)  
 一般病棟7対1入院基本料  
 新生児治療回復室入院医療管理料  
 救命救急入院料  
 特定集中治療室管理料 他

- ・隣接する構想区域に高度医療提供施設が多数存在
- ・流出している患者の約2割はがん患者
- ・全ての病棟を高度急性期機能と届けた病院はない
- ・院内の他病棟への転棟割合が都平均(26.7%)に比べ高い(38.3%)

院内での役割分担が明確化されている現れ?

(自己申告した主な病院/H28報告)  
 ・東邦大学医療センター大橋病院 374床  
 ・東京医療センター 291床  
 ・国立成育医療研究センター 77床  
 ・都立広尾病院 88床  
 ・日本赤十字社医療センター 328床

急性期機能

区中央部・区西部に流出

(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  
 小児入院医療管理料 他

- ・高度急性期に引き続き隣接区域の医療機関に入院する患者が多く存在する
- ・7対1病床数が多い地域
- ・多くの患者が流出(1,000人/日以上)
- ・稼働率は都平均より低く、余力がある状況

地域包括ケアを支える病床としてより活用できないか?

・全ての病棟を急性期機能と回答している病院も存在

病棟単位での機能分化の余地あり?

機能分化?

回復期機能

流出入均衡(区西部と相互依存)

(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  
 有床診療所入院基本料 他

- ・300床規模のリハ病院の新設により、流出入の状況は変わったものと考えられる

区中央部、区西部からの引き受けは増加したか

- ・地域包括ケア病棟の導入が進んでいる
- ・他の病院・診療所から入院する患者が半数以上(51.3%)

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?

- ・退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が1割を超える
- ・退院調整部門を有する病院の割合が高い(81.8%)
- ・有床診療所の数が多い

慢性期機能

南多摩へ流出

(地域が考える患者像)  
 療養病棟入院基本料  
 介護療養病床  
 障害者施設等入院基本料 他

- ・病床稼働率が高く(92.2%)、周辺区部から患者を受け入れている一方で南多摩へ流出
- ・平均在院日数が都平均に比べ長い(207.2日)
- ・死亡退院割合が高い(45%)

看取り機能を担っている?

- ・家庭へ退院する割合は非常に低く、施設等を含めても2割強
- ・退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が5.3%と低い

在宅医療との連携は少ない?

その他

・全病院に占める中小病院の割合は低い地域

・急性期機能～慢性期機能における、退院調整部門持つ病院の割合は都平均より高い。

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1.47倍と推計  
 現在でも訪問診療の受療率の高い地域

**入院医療機関の状況**

<不足している医療>

- ・緩和ケア病床
- ・休日夜間など、時間外診療が可能な病院
- ・在宅患者の運動期機能をフォローアップする外来リハ
- ・精神科入院者の身体リハ対応病院(病棟)
- ・小児在宅医療の機能
- ・小児に対する訪問リハビリ、訪問看護ステーション
- ・小児期発症の寝たきり患者、小児期発症の成人患者の受入医療機関

<充足している医療>

- ・退院先を見つけるのが非常に難しいという状況にはなく、それなりに充足している
- ・大病院は充実

<その他>

- ・24時間介入する訪問看護ステーションを開設する看護管理者が増えている。
- ・認知症、精神疾患を受け入れる病院はあるが、スムーズな受け入れ体制ができていない。
- ・精神科病院の偏在

**高度急性期機能**

- ・世田谷区にはなく、近隣の区に依存

・高度急性期病院からの転院受け入れの際、今後の方針を伝えず転院させていることが多い(急性期病院からの意見)  
 ・在宅移行する高齢者に毎週通院の必要がある先進的医療等を施している。高齢者の治療の在り方について検討頂きたい。(急性期病院からの意見)

**急性期機能**

<地域で求める役割>

- ・高度急性期では診きれないが、回復期等では診れない患者層に対する医療の提供

**回復期機能**

- ・回復期病院は充実(世田谷区)

<地域で求める役割>

- ・高度・急性期を脱した患者の受入。医療を診れる範囲の拡大
- ・患者、家族が入院を希望した際の受入れ

**慢性期機能**

- ・療養病床が不足(目黒区)
- ・療養型病院が充実(世田谷区)
- ・急性期を脱した後、継続的に療養できる質の確保された病院が不足(渋谷区)

<地域で求める役割>

- ・長期入院への対応

<地域が求める役割>

- ・24時間の救急の受入並びに、診療密度の高い医療の提供

**病院側**

- ・小児が可能な医療機関に負担がかかり質と量の確保ができない。
- ・療養病棟の入院患者の退院先の確保が不十分(世田谷区)
- ・終の棲家となる施設の不足

**在宅側**

<急変・病状変化時の受入>

- ・近隣病院の緊急時受入は問題ない(渋谷区)
- ・状態悪化時の円滑な受入(渋谷区、世田谷区、目黒区)
- ・病状悪化した患者を持ち回りで入院受入するなどの体制を整えてほしい(渋谷区)
- ・在宅での看取りを希望していてもいざとなると心変わりすることがあり、そのような患者の受入(渋谷区)
- ・(超)高齢者、独居、認知症だと断られるケースが多い。(渋谷区、世田谷区)
- ・休日・夜間の対応が十分でないことがある。(世田谷区)
- ・地域包括ケア病床が少ない中で、在宅医療の後方ベッドが少ない。(世田谷区)
- ・差額ベッド代がない又は安い病床が少ない(世田谷区)
- ・入退院を繰り返すことが多いため、短期入院がスムーズだとよい(世田谷区)

<レスパイト>

- ・軽い症状でも窓口を広くしてほしい。(世田谷区)
- ・慢性期病院にレスパイト入院の受入を検討してほしい(世田谷区)
- ・慢性期を担う病床の減少により、家族の負担が増している。(目黒区)

<在宅移行・退院支援>

- ・スムーズな移行のための病診間の連携、情報共有の強化(世田谷区)
- ・慢性期をもう少し早く手放してほしい(世田谷区)
- ・退院時カンファを病院側の都合で決めないで欲しい。(明日など)(世田谷区)
- ・末期、看取り予定の方の十分な退院時カンファ(世田谷区)
- ・退院後のフォローのための情報が必要。かかりつけ医と連携を進めてほしい。(世田谷区、目黒区)
- ・急性期病院は、急性期を脱した後、すぐ自宅に帰すのではなく、慢性期病院やリハビリ病院への橋渡しを考慮してほしい。(世田谷区)

**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

医療資源

各機能において流入・流出ともに多いが、出入りは比較的均衡 / 地域間連携(区西部)

地域の特徴

- 急性期機能において7対1病床数が多い
- 全ての病棟を急性期機能と届けている病院もある
- 急性期機能の病床稼働率は低い

- 急性期機能における地域包括ケア病床の割合が低い
- 急変時の受入を望む地域の診療所の声
- 退院支援の充実を求める声
- 将来に向けて回復期機能の不足

- 慢性期機能の平均在院日数が高い
- 慢性期病院からもう少し早く在宅に戻してほしいとの声
- レスパイト受入機関が不足しているとの声

論点

病床を最大限活用するための方策

地域包括ケア病床の整備・活用

慢性期病床を効果的、効率的に活用するための方策

調整会議での意見

- ・ 稼働率が低いのは、急性期病院は救急の受け入れや、紹介を受入れなどのために、あえてベットを空けていることも要因の1つ
- ・ 患者にはそれぞれ特性があり、それを医療機関がお互いに地域の中でしっかり情報共有をしていくことが重要
- ・ 在宅医でも、どこまで対応可能なのか、急性期病院でも、どこまで、どういったことを得意にしているかなどを、お互いに情報共有することが必要
- ・ 病院、在宅医など地域の情報把握が不足している。自分から直接情報を取りに行くことが重要
- ・ 入院患者には認知症高齢者も多く人手がかかる
- ・ 中小病院の利用価値を考えていく必要がある
- ・ 稼働率が低いのは平均在院日数の影響だろう。今後、病床数の多い病院は何らかの転換が迫られるのではないか

- ・ サブアキュートを地域包括ケア病棟で受け入れるというのが課題の一つ。そのためには、在宅医が地域包括ケア病棟で受入られる患者かを十分踏まえたうえで入院させることが重要
- ・ 急性期病院でも、中小病院は、急性期機能と地域包括ケアのような機能の両方を持っておかないと維持が難しくなる

- ・ 緩和ケア病床は持っていないが、機能としては十分持ち合わせている病院も多くある。こういった情報をもっと出していく必要がある
- ・ 在宅医は、看取りまでやるのか、最期の看取りは専門の医療機関にお願いするのかということ、家族に話しておくことが重要
- ・ 在宅に帰すためには、地域の中でそれを支えるシステムが必要であり、慢性期機能の病床を活かすためには、その地域とのネットワークを確立することが必要
- ・ レスパイトで受けても、そのまま看取りとなるケースがほとんどである
- ・ 費用面を理由に慢性期病院への入院ではなく、在宅へという患者も存在する

- ・ ターミナル期の患者が、在宅に戻ってきた際に、緩和ケアを在宅で安心して行うための後方支援病床の確保が課題
- ・ 精神の合併症患者の受入先を確保するのが困難

- 👉 地域の中で医療機関等の情報を共有するための取組が必要
- 👉 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