

2025年に向けた対応方針について（北多摩南部）

～各医療機関の対応方針の策定・検証・見直し～

東京都福祉保健局医療政策部

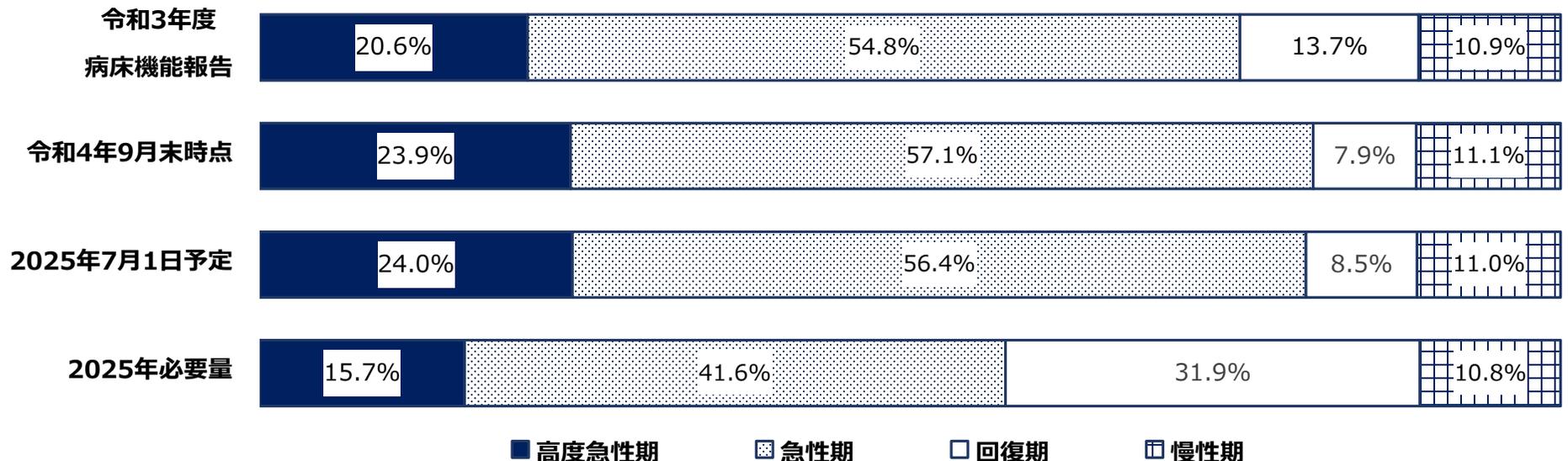
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	2,562	2,528	849	1,327	7,266
令和4年9月末時点	2,591	2,231	845	911	6,578
2025年7月1日予定 (A)	2,665	2,031	901	884	6,481
2025年の必要量 (B)	1,429	3,087	2,637	1,551	8,704
(A) - (B)	1,236	△1,056	△1,736	△667	△2,223

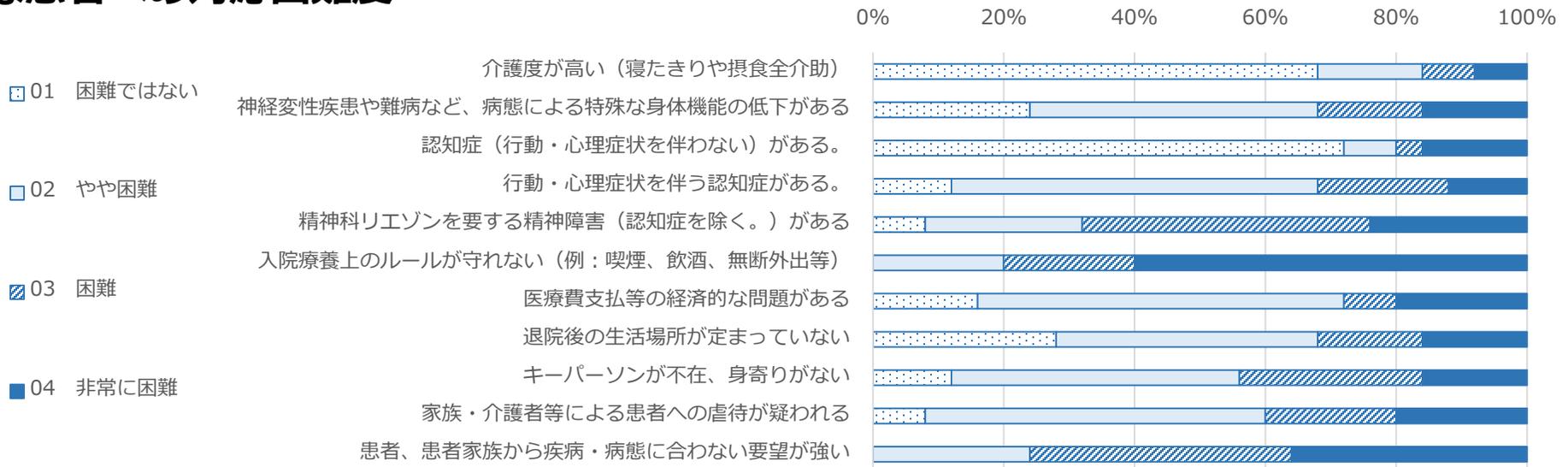
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

北多摩南部
n=25



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（北多摩南部）

- ・医療機能やスタッフの体制が伴わない。環境が整備されていない。難病や精神障害は症状による。
- ・身寄りなく精神疾患や認知症の患者で、判断能力の低下がある場合は、成年後見制度等を利用するなどして地域移行を進めていくが、手続きにも時間を要し、費用的にも困難となるケースが多い。
- ・本人及び家族のいずれの場合も入院についてのルールが守れないと受け入れは難しい。またDNRを前提とした受け入れのためご家族がDNRに納得していない場合も受け入れ困難となる。
- ・患者・ご家族から病態に合わない退院先を要望されることで、退院先との合意がとれず退院支援が難渋するため
- ・地域包括支援センターと連携をし、可能であれば受け入れている。
- ・精神科標榜、医師の配置がなく認知症含め精神疾患による薬剤調整が難しい。
- ・病棟の構造からも行動観察が必要な方の対応が難しい。
- ・キーパーソン・身寄りがない場合、成年後見制度の活用が必要になるが、時間がががり急性期の入院期間にそぐわない。
- ・患者・家族の要望がかたくなで病状と社会資源（病院や施設等）のマッチングが困難となる。
- ・民間病院なので医療費支払いは赤字/病院の存続に直結する。

意見交換①「2025年に向けた対応方針」

- 下記方向性のもと、**公立・公的・民間各医療機関の2025年に向けた対応方針を確認し、「圏域としての2025年に向けた対応方針」として合意することとしてよろしいか。**

◆ 方向性

第1回調整会議で合意したとおり、**原則として各医療機関の対応方針を尊重**する。

ただし、

- ① 未配分の増床や現時点で承認・指定等を受けていない役割は、情報共有の取扱いとする。
- ② 確認票未提出の病院の対応方針については、今回の合意に含めない。

※有床診療所に限り、確認票が未提出の場合であっても、令和4年度病床機能報告において機能別病床数を報告している場合は、令和4年度病床機能報告での報告内容を持って確認票提出があったものとみなし、今回の合意に含める取扱いとする。

◆ 参照資料

- 資料1-1-1 2025年に向けた対応方針について スライド5
- 資料1-1-2 2025年に向けた対応方針について（圏域別） ※本資料 スライド1
- 資料1-2-1 各医療機関の2025年に向けた対応方針一覧（病院）
- 資料1-2-2 各医療機関の2025年に向けた対応方針一覧（有床診療所）

【キーワード】社会機能上の課題への対応を含む「治し、支える医療」

- 2025年以降、2040年に向けて、東京の高齢化は更に進展し、複数の基礎疾患を持つ高齢者の急性期症状への対応（「治し、支える医療」）を、地域の医療機関が協力し担っていく必要性が高まる。
- 入退院を繰り返し地域で暮らす高齢者に対する医療の提供に加え、高齢者のみ世帯・単身世帯が多い東京においては、キーパーソン不在等の社会機能上の課題への対応力を各医療機関が高め、地域全体での対応力を向上させていくことも求められる。



地域での対応力を高めるために、医療機関は、どのような工夫が考えられるか。
既に行っている取組には、どのようなものがあるか。

◆ 参照資料

- 資料1-1-1 2025年に向けた対応方針について スライド6
- 資料1-1-2 2025年に向けた対応方針について（圏域別）※本資料 スライド2
- 資料1-3-1 地域連携に係る調査票集計結果一覧（各医療機関の強み・特色のある診療分野）

<参考>

他圏域の状況

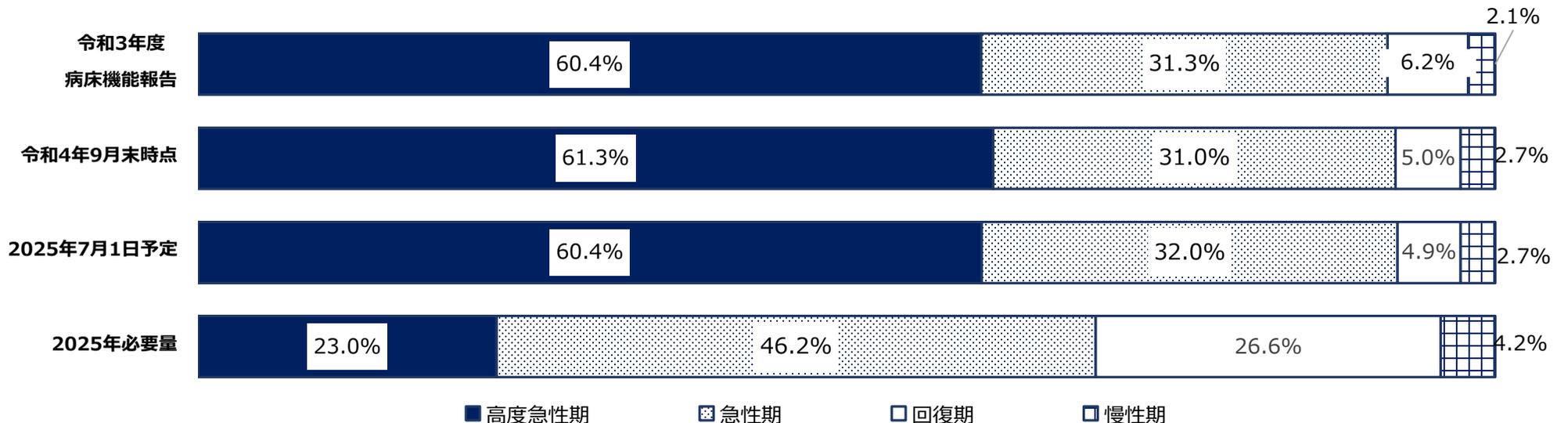
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	7,692	3,989	793	266	12,740
令和4年9月末時点	7,701	3,896	631	336	12,564
2025年7月1日予定 (A)	7,594	4,028	612	336	12,570
2025年の必要量 (B)	3,331	6,682	3,848	608	14,469
(A) - (B)	4,263	△2,654	△3,236	△272	△1,899

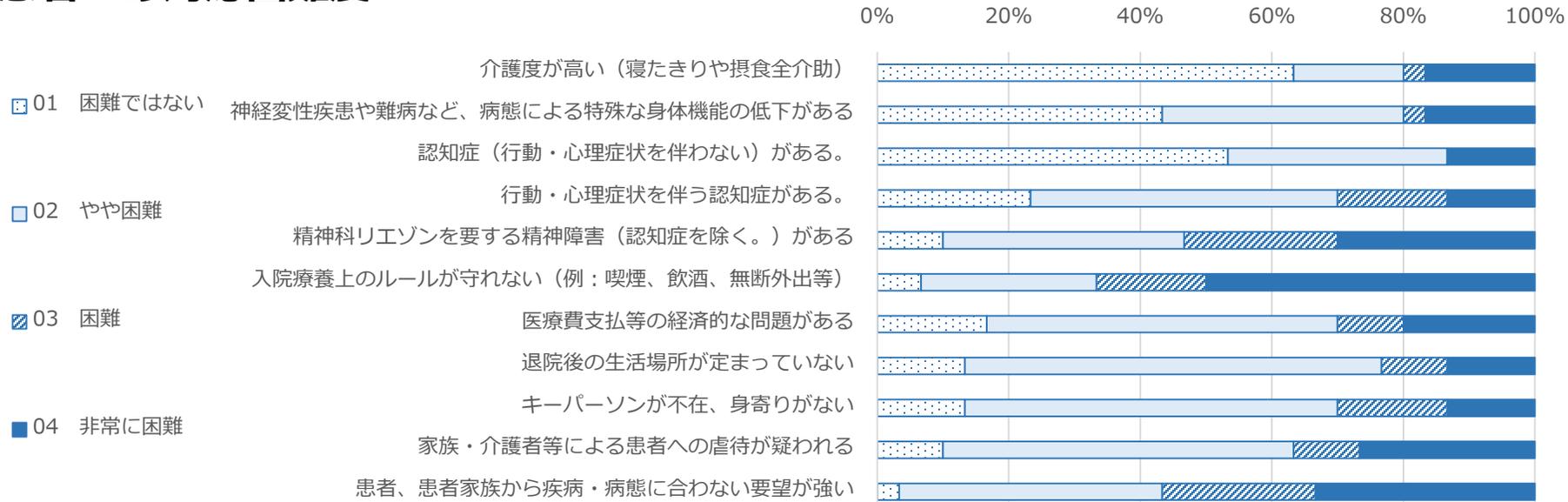
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

区中央部
n=30



◆ 対応困難の理由

（区中央部）

- ・ 対応に労力や時間を要する
- ・ 認知症ケアの専門医、看護師が不在である。
- ・ 疾病により呼吸器管理が必要となった場合対応が困難。
- ・ 高齢者の入院患者が多数のため、夜間帯における多動性のある患者さんの受け入れは人間的にみても非常に困難。
- ・ すべてが対応困難な要因にあたる。ひとつではなく多問題を有する患者も多く、入院期間が長期化しやすい。
- ・ 精神科専門医が常駐していない。
- ・ 精神症状、特に暴力行為がある患者は精神病院に措置入院となるが、家族の理解を得ることが困難。
- ・ 虐待事例は行政のバックアップや協力がないと介入は困難。
- ・ 入院療養上のルールは他の入院患者、職員の安全確保面からも必須。
- ・ 社会機能面についてはMSWの人手不足により、やや困難な事例がある。
- ・ 社会機能に問題がある場合は、金銭管理や身元引受けに関し退院支援が難航するケースが多い。
- ・ 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い場合、転院前に情報共有されないケースは対応に困る。

※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

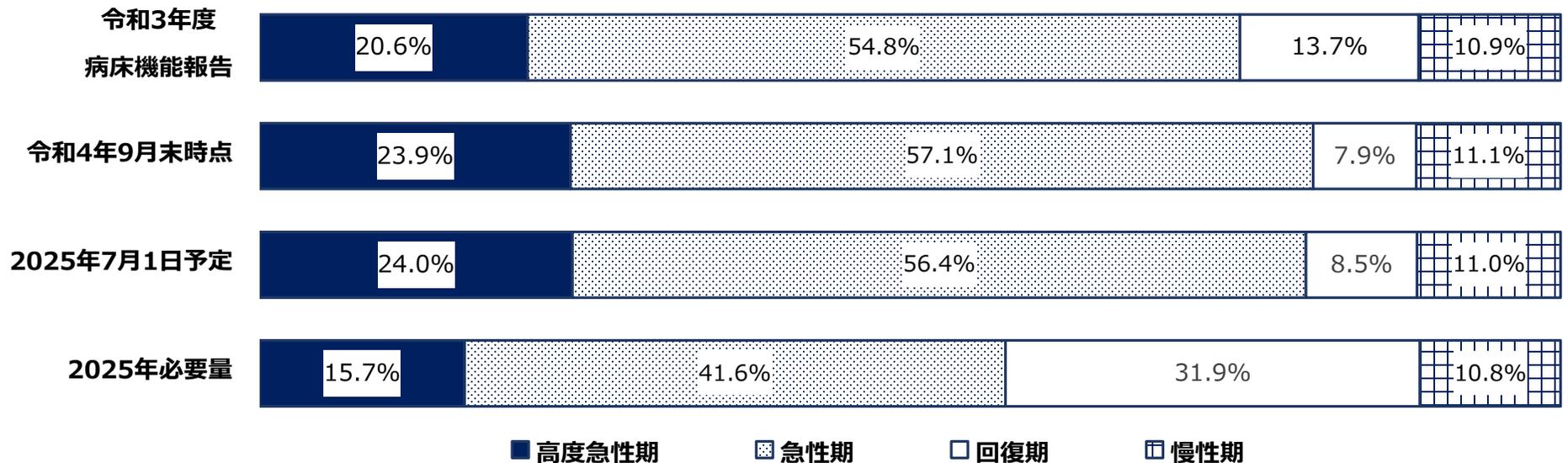
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,533	4,077	1,022	812	7,444
令和4年9月末時点	1,563	3,733	517	726	6,539
2025年7月1日予定 (A)	1,581	3,708	561	726	6,576
2025年の必要量 (B)	1,349	3,564	2,730	927	8,570
(A) - (B)	232	144	△2,169	△201	△1,994

※病院のみ

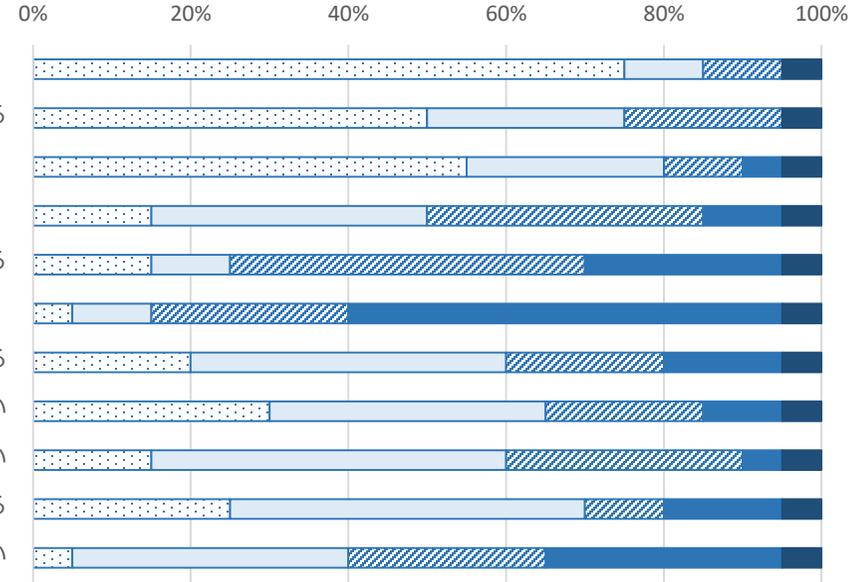
※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

区南部
n=20

困難度	理由
01 困難ではない	介護度が高い（寝たきりや摂食全介助） 神経変性疾患や難病など、病態による特殊な身体機能の低下がある
02 やや困難	認知症（行動・心理症状を伴わない）がある。 行動・心理症状を伴う認知症がある。
03 困難	精神科リエゾンを要する精神障害（認知症を除く。）がある 入院療養上のルールが守れない（例：喫煙、飲酒、無断外出等）
04 非常に困難	医療費支払等の経済的な問題がある 退院後の生活場所が定まっていない
未回答	キーパーソンが不在、身寄りがない 家族・介護者等による患者への虐待が疑われる 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（区南部）

- ・ 院内ルールに従えない患者の入院は不可能。
- ・ 施設の機能、ハード、また人員、スキル、体制など総合的に判断して難しいと感じる。
- ・ 医療費支払いの問題を抱えている場合、転院先の選定が困難となり、在院日数の制限が影響
- ・ 接触全介助の方、難病患者、認知症の周辺症状が出ている方、長期入院が必要な精神障害の方は転院先を見つけることが困難。
- ・ 療養上のルールが守れない方は当院での入院継続も困難であり、他院を紹介することは困難である。
- ・ 退院後の生活の場が定まっていない場合、急性期医療機関の治療期間だけで解決することが難しいことが多い。
- ・ キーパーソンが不在、身寄りがない場合、保証人がいない等の理由で受け入れを断られることがほとんどで、転院や施設入所が難しい。
- ・ 虐待が疑われるケースについては、院内にCAPSや虐待チームがなく、対応に苦慮することが多い。
- ・ 患者・家族から疾病・病態に合わない要望が強い場合、理解に努めるが対応に苦慮することは多い。

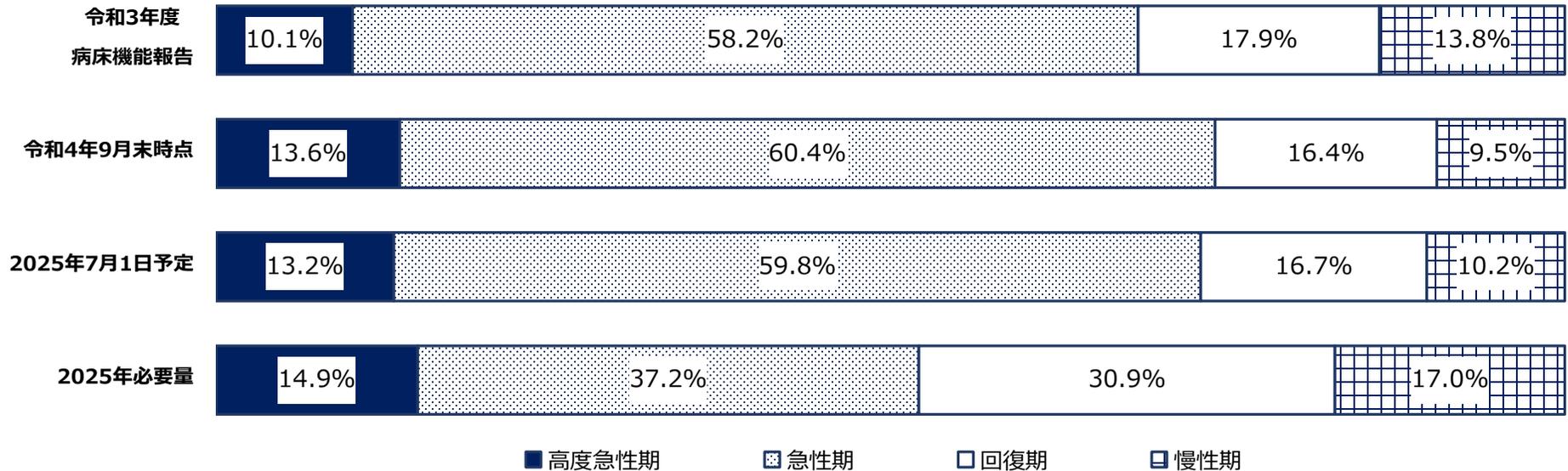
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	910	5,233	1,607	1,236	8,986
令和4年9月末時点	1,014	4,498	1,223	707	7,442
2025年7月1日予定 (A)	1,009	4,579	1,282	784	7,654
2025年の必要量 (B)	1,492	3,710	3,080	1,701	9,983
(A) - (B)	△483	869	△1,798	△917	△2,329

※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計

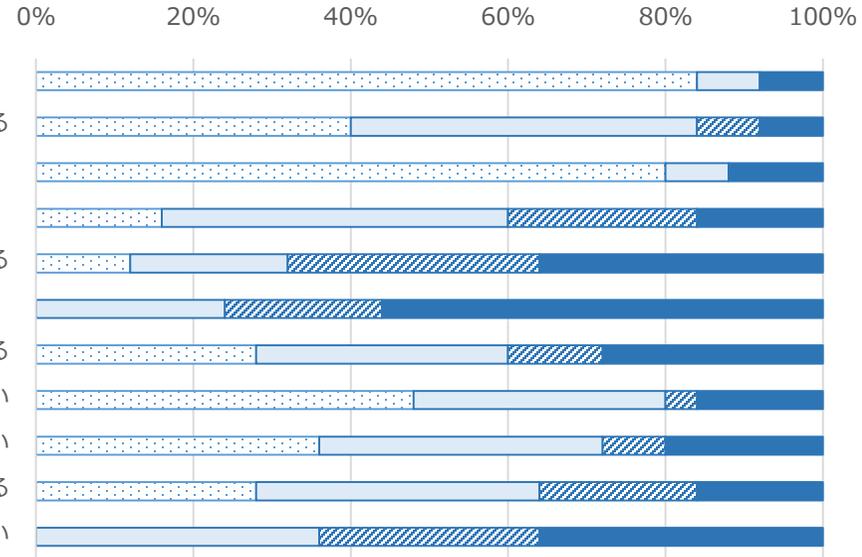


◆ 様々な患者への対応困難度

区西南部
n=25

- 01 困難ではない
- 02 やや困難
- 03 困難
- 04 非常に困難

介護度が高い（寝たきりや摂食全介助）
 神経変性疾患や難病など、病態による特殊な身体機能の低下がある
 認知症（行動・心理症状を伴わない）がある。
 行動・心理症状を伴う認知症がある。
 精神科リエゾンを要する精神障害（認知症を除く。）がある
 入院療養上のルールが守れない（例：喫煙、飲酒、無断外出等）
 医療費支払等の経済的な問題がある
 退院後の生活場所が定まっていない
 キーパーソンが不在、身寄りがない
 家族・介護者等による患者への虐待が疑われる
 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い



◆ 対応困難の理由

※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
 ※回答数が少ないため、参考値として示す

（区西南部）

- ・急性期病院として、入院患者の数も多く、通常に対応の中で、病院ルールが守れない、家族との関係性が構築できないケースには対応をし続けることは難しいため。
- ・精神科対応の医師、病棟が無いと適切な治療・ケアが困難。ルールが守れない場合は治療の継続ができない等で適切なサービスにつなぐことが難しい。支払いができないと受け入れ先も見つからない。
- ・医療連携室に医師の配属がないため患者家族からの想定外の要望に向き合える時間が十分に取れない。
- ・病院の機能上、診療報酬制度の平均在院日数からも長期（最長で90日程度）の医療提供が行えない。患者本人の特殊性や患者家族の協力が得られないケースで「困難」となる事が予測される。また、精神疾患領域の医師を週1回非常勤で配置しているが、行動・心理症状・精神障害が強い患者へのハード面の整備が弱い（隔離病室（床）などの設備が無い）
- ・退院支援に相応する部署が無いため
- ・精神機能に関しては、患者及び家族を含む周囲の者の安全が確保できるかが課題になる。在宅療養に移行する場合は、家族及び地域の状況によって、対応の難易度が変わる。転院の場合は、受け入れ先がなかなかみつからない事が多い。また、単科の精神病院では、入院の適応（任意や措置等）の課題や身体状況によっては受け入れが困難な場合がある。
- ・社会機能に関しては、医療費の支払い等では、当院のみで済むのであれば対応を検討するが、転院となると生活保護等の基盤が整ってからでないと受け入れ先が見つからないことが多い。キーパーソンが不在の場合も、後見人等が決まってからでないと難しい事が多い。患者家族の現状理解が進まない場合は、次の療養先に移行することを了解されないことも多い。
- ・要望が強い患者・家族の場合、退院後に受け入れてくれる施設、医療機関、在宅サービスが少ないため、退院調整に難渋することが多い。

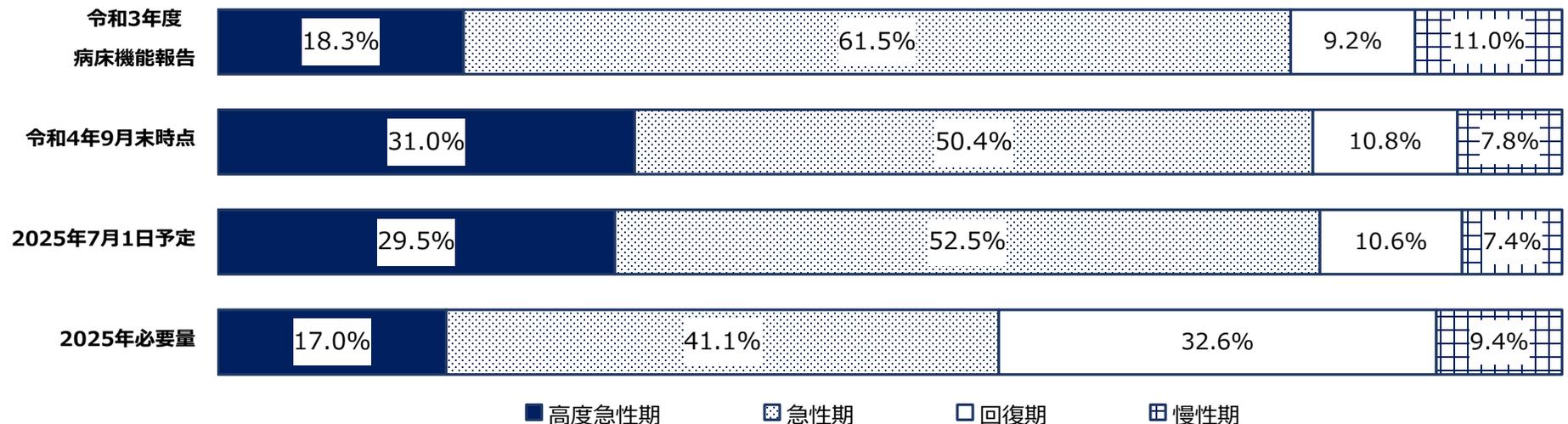
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,769	5,959	894	1,061	9,683
令和4年9月末時点	2,861	4,655	994	718	9,228
2025年7月1日予定 (A)	2,645	4,701	948	667	8,961
2025年の必要量 (B)	2,056	4,982	3,944	1,134	12,116
(A) - (B)	589	△281	△2,996	△467	△3,155

※病院のみ

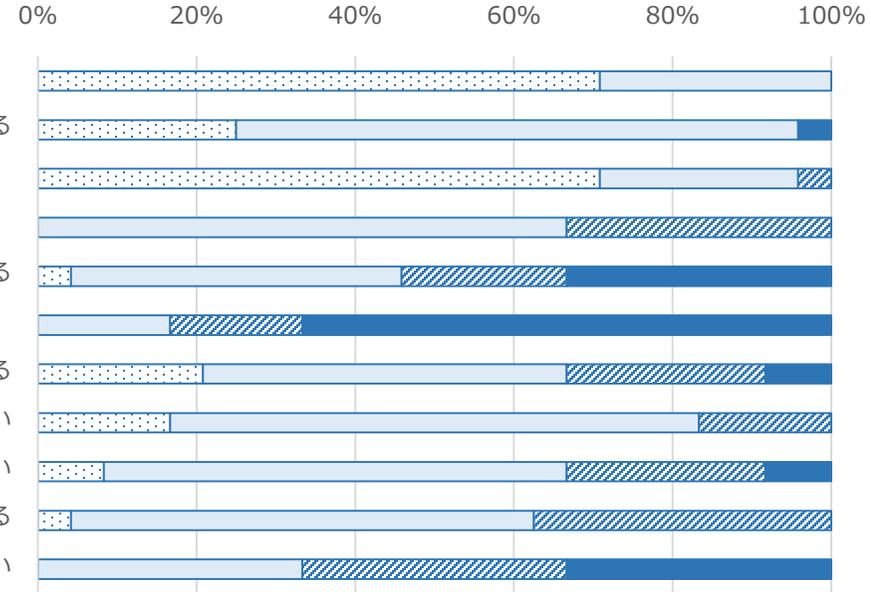
※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

区西部
n=24

困難度	理由
01 困難ではない	介護度が高い（寝たきりや摂食全介助） 神経変性疾患や難病など、病態による特殊な身体機能の低下がある 認知症（行動・心理症状を伴わない）がある。
02 やや困難	行動・心理症状を伴う認知症がある。 精神科リエゾンを要する精神障害（認知症を除く。）がある 入院療養上のルールが守れない（例：喫煙、飲酒、無断外出等）
03 困難	医療費支払等の経済的な問題がある 退院後の生活場所が定まっていない
04 非常に困難	キーパーソンが不在、身寄りがない 家族・介護者等による患者への虐待が疑われる 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

- （区西部）
- ・精神科医が常駐しているわけではないため、建物の構造上、管理の点で困難
 - ・精神機能：リエゾナーズがいないため。社会的機能：病棟人員不足等により、業務に支障をきたすため。
 - ・喫煙、飲酒、無断外出等、病院の規則を守れない方は信頼関係を築くことが困難。
 - ・転院・施設入所等で調整するのに難渋する。受け入れ先を選定することが困難である。
 - ・休日・夜間において精神科医がいないことや昼夜問わずリエゾナーズがいないため。
 - ・急性期離脱後、他院への転院調整をする際に、身寄りがない場合は行政との調整となり、病院間での調整だけでは退院調整が進まないため。
 - ・ルールが守れない方・経済的に困難な方・キーパーソンが不在な方の場合、施設から受け入れ困難といわれることが多い。自宅退院の際も訪問診療等を担当してくれる医療機関の選択が困難。
 - ・生活場所が定まらない方（ホームレスやアパートを追い出された等）は、行政介入に時間がかかり、治療が終了しても退院までに時間がかかる。

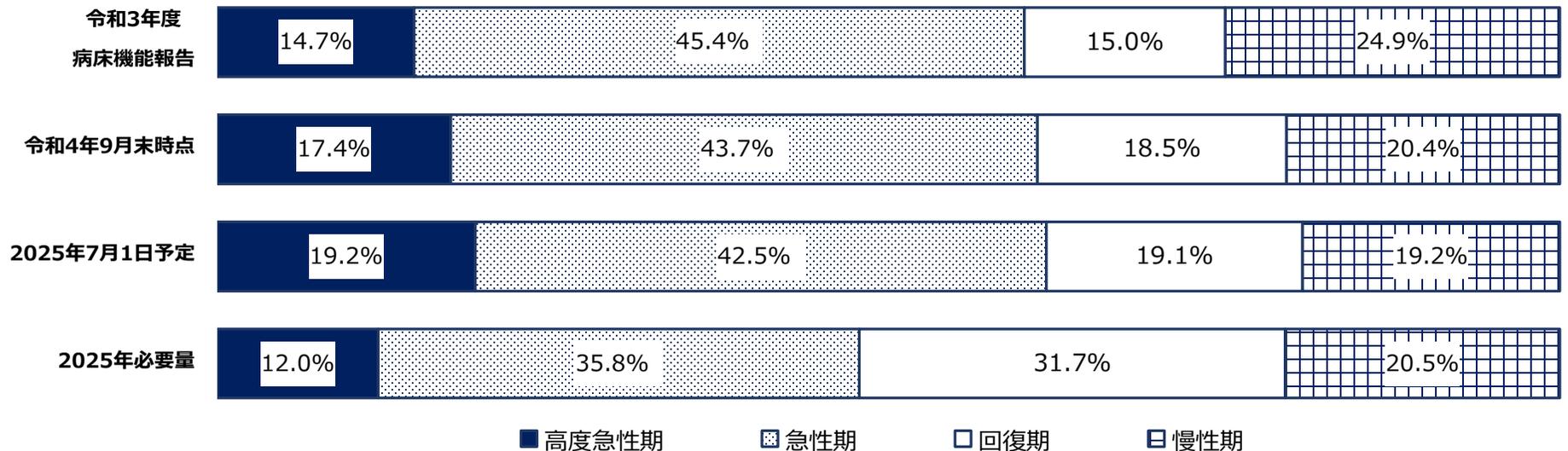
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,970	6,104	2,012	3,346	13,432
令和4年9月末時点	1,888	4,745	2,014	2,211	10,858
2025年7月1日予定 (A)	2,088	4,623	2,074	2,083	10,868
2025年の必要量 (B)	1,845	5,513	4,879	3,147	15,384
(A) - (B)	243	△890	△2,805	△1,064	△4,516

※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計

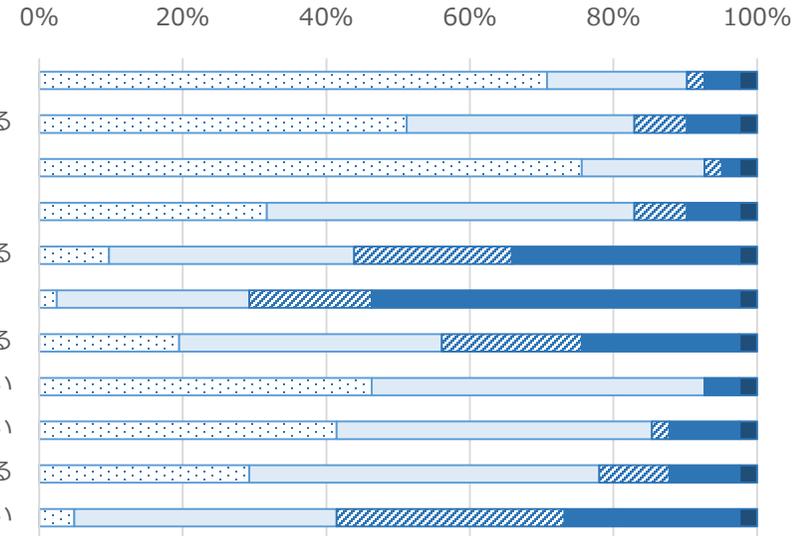


◆ 様々な患者への対応困難度

区西北部

n=41

困難度	理由
01 困難ではない	介護度が高い（寝たきりや摂食全介助） 神経変性疾患や難病など、病態による特殊な身体機能の低下がある
02 やや困難	認知症（行動・心理症状を伴わない）がある。 行動・心理症状を伴う認知症がある。 精神科リエゾンを要する精神障害（認知症を除く。）がある
03 困難	入院療養上のルールが守れない（例：喫煙、飲酒、無断外出等） 医療費支払等の経済的な問題がある
04 非常に困難	退院後の生活場所が定まっていない キーパーソンが不在、身寄りがない
未回答	家族・介護者等による患者への虐待が疑われる 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い



◆ 対応困難の理由

※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

（区西北部）

- ・入院療養上のルールが守れない方は安全の確保ができない。
- ・精神科専門医師が不在の為/当院の整備体制で応えられる範囲に限界があるため
- ・家族とコンセンサスをとって治療を計画、実施していくため、対応できない強い要望がある場合困難。
- ・限られたスタッフと、限られた機能であるため対応できない。家族、患者さんとの信頼関係が築くことが難しい患者さんは困難。
- ・徘徊や大声を出すなど、他の患者に影響を与える方は受入れが難しい。
- ・民間で有るので支払い不可能な患者様の受け入れはしていない。
- ・未収になる恐れや家族・身寄りが協力的でないで退院後の生活が見えないと受入れが難しい。
- ・医療費支払いが困難な程経済的に困窮している場合は生活基盤が崩れており、社会的調整に時間を要するため。
- ・疾病・病態に合わない要望が強いケースは治療に対する信頼関係が築かれずスムーズな退院支援となりづらい。
- ・急性期医療機関としての役割の範疇で出来得る限りの支援を実施している。対応に大変苦慮するケースもあるが多職種連携の上調整している。
- ・医療費支払いや身寄りなし等については、生活保護受給の有無で対応が異なる。身寄りなし生活保護受給者等は受入している。
- ・慢性期の機能として入院期間も長い方も多く、ご家族との関係構築が難しいケースは対応が困難です。
- ・地域の特性から独り身の方が多く、精神科の病院への転院時に家族同意が得られないことで区長同意に切り替えるため、転院調整に時間を要することが多い。

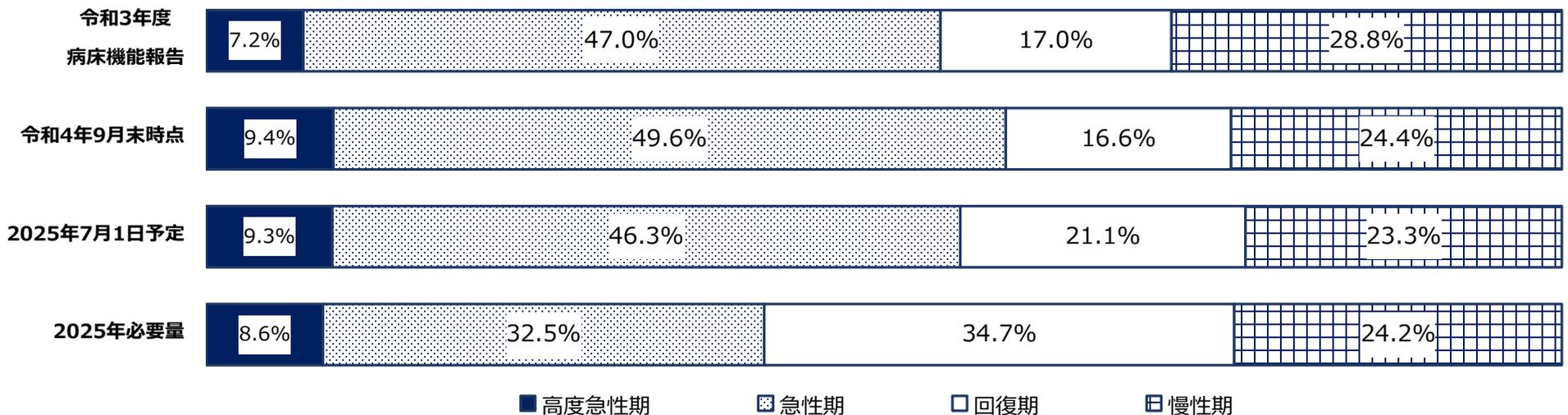
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	678	4,452	1,615	2,728	9,473
令和4年9月末時点	612	3,233	1,084	1,590	6,519
2025年7月1日予定 (A)	634	3,157	1,435	1,590	6,816
2025年の必要量 (B)	837	3,162	3,370	2,347	9,716
(A) - (B)	△203	△5	△1,935	△757	△2,900

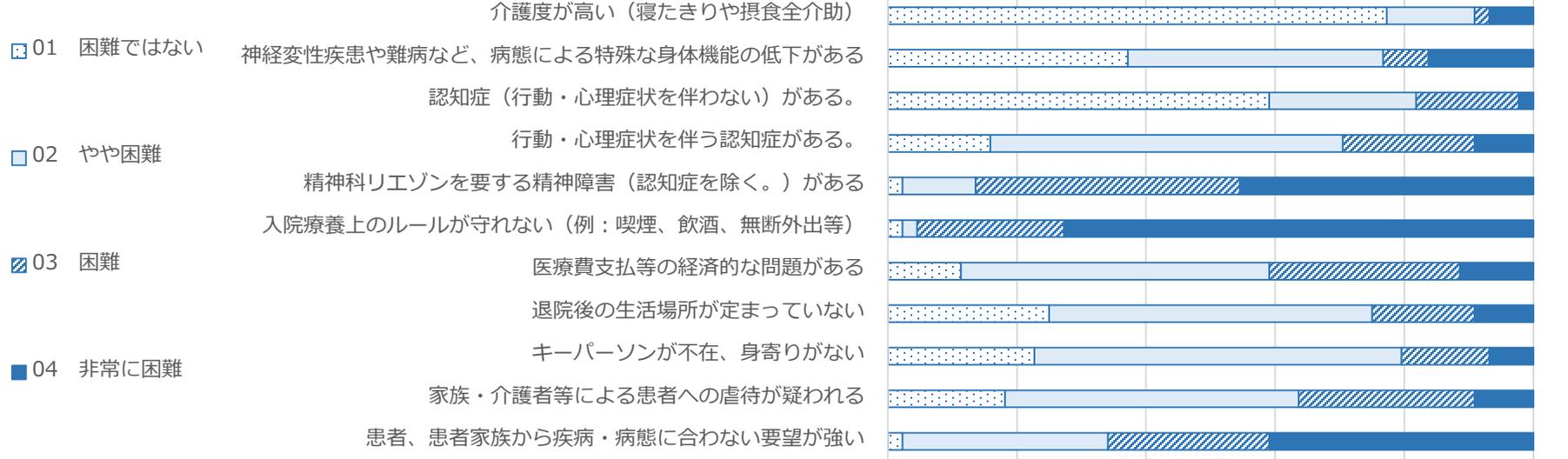
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

区東北部
n=44



◆ 対応困難の理由

（区東北部）

- ・ 専門職員がいない、または少数のため。
- ・ 病院規則を守れない方々の受入れは困難。双方の信頼関係の上に最良の医療が提供されるため。
- ・ 精神機能：当院精神科が無く、対診してくれる精神科も無い為。またルールが守れないと治療契約が結べない為。
- ・ 社会機能：医師との信頼関係が築けない恐れがあり、その場合治療契約が結べない為。
- ・ 身寄りなし、ご家族のいない方は、施設等の契約ができないため、施設すら入れないため退院に難渋する。
- ・ 保証人がいないと話が進まない場合が多い。
- ・ 障害者病棟は重傷者が多いため、身体活動の活発な認知症や精神疾患患者の受け入れ対応は厳しい。
- ・ 無断外出や飲酒等入院ルールを守れない患者は看護職員の負担が増大するため受入不可。
- ・ 人員不足、リエゾンチーム不在、スタッフの精神的疲労
- ・ 患者・家族からの疾病・病態に合わない要望が強い場合には、理解してもらえるまでに多くの職種と時間が必要になるため支援が非常に困難と感じる。
- ・ キーパーソンや入院費支払いのご家族様を通じて患者の情報や状況をお伝えしているので、その部分が定まっていないと受入れ困難
- ・ 民間医療機関のため、支払い困難者は生活保護を除き難しい。
- ・ 行政の応援が無いと困難
- ・ 社会面に関してはフォローは可能だが、家族やキーパーソンになる方の協力を得られず入院を継続するのは困難。虐待に関しては行政機関などの協力がなければ困難。

※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

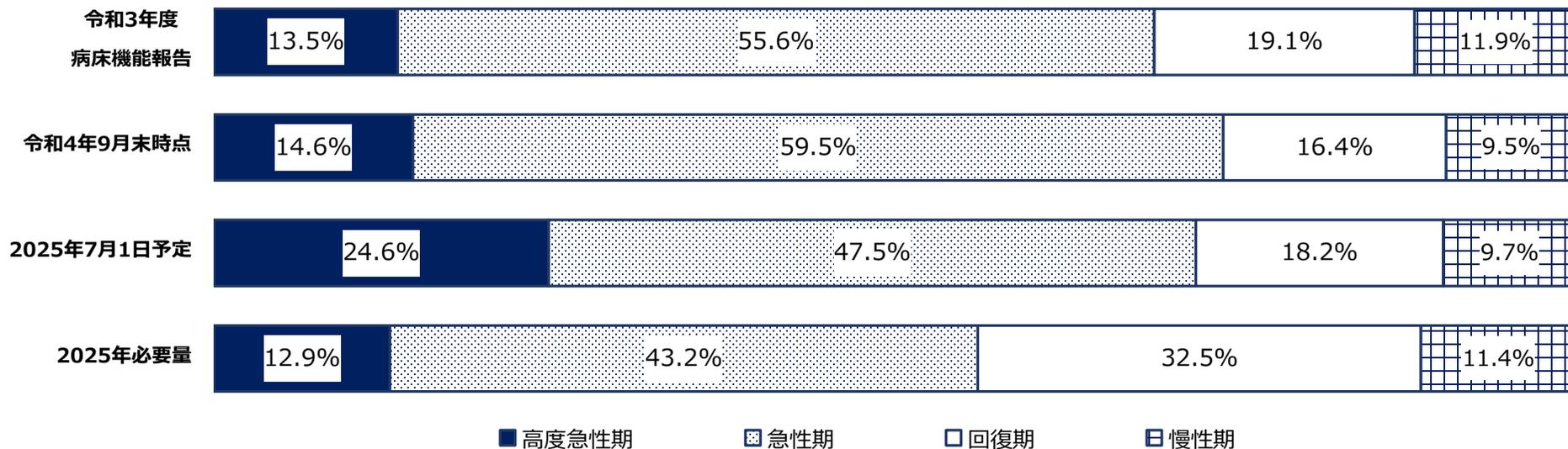
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,130	4,654	1,599	993	8,376
令和4年9月末時点	923	3,756	1,034	601	6,314
2025年7月1日予定 (A)	1,584	3,064	1,170	628	6,446
2025年の必要量 (B)	1,088	3,633	2,739	957	8,417
(A) - (B)	496	△569	△1,569	△329	△1,971

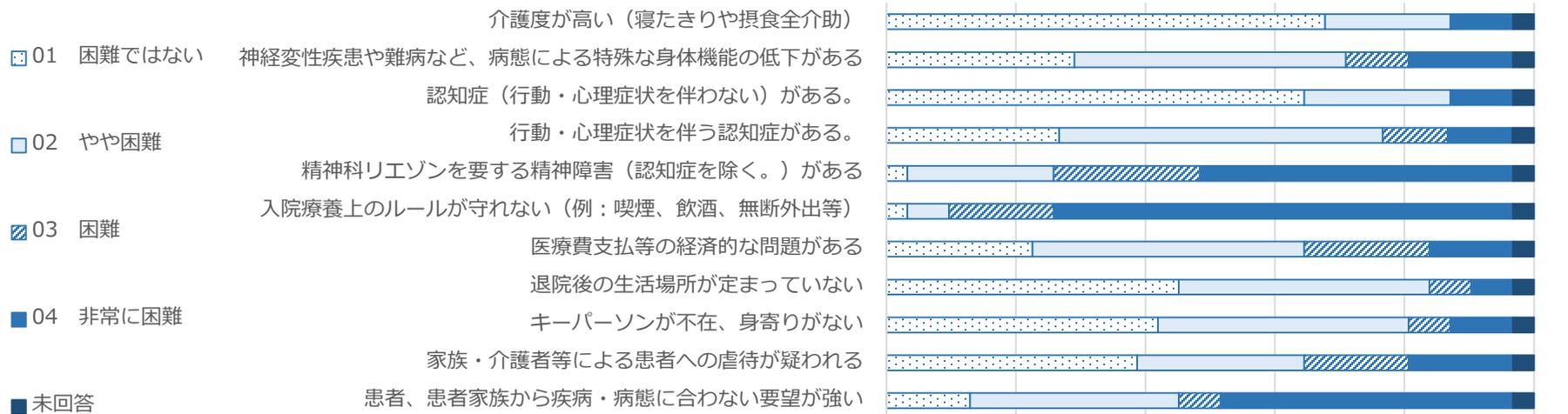
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

区東部
n=31



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（区東部）

- ・入院療養上のルールが守れないそれらの対応にて職員のメンタル面や業務に支障が生じる。
- ・病院のルールが守れない場合は、医師、看護責任者、医療安全等の複数名で判断し、強制退院もありうる。
- ・ルールが守れない、病態の要望は多職種で検討し、場合によっては、医療安全管理室や臨床倫理委員会で検討。
- ・要望が多すぎると、看護師が疲弊してしまい、退職につながる可能性がある。
- ・療養病床における看護配置基準では安全な看護体制がとれない為。
- ・キーパーソンや身寄りのない方の意思決定に難渋する(治療や住居の選択)、患者本人が望んでいない治療を医師や看護師に要求してくる家族への対応が難しいため。
- ・神経変性疾患や難病、精神障害（認知症を除く。）に対する専門医師がいないため。
- ・認知症専門医しか居ないため精神科リエゾンを要する精神障害の対応は困難
- ・精神科専門チームが配置されていない、他の患者に迷惑をかけてしまう恐れがある、病態に合わない要望により過去トラブルがあったため。

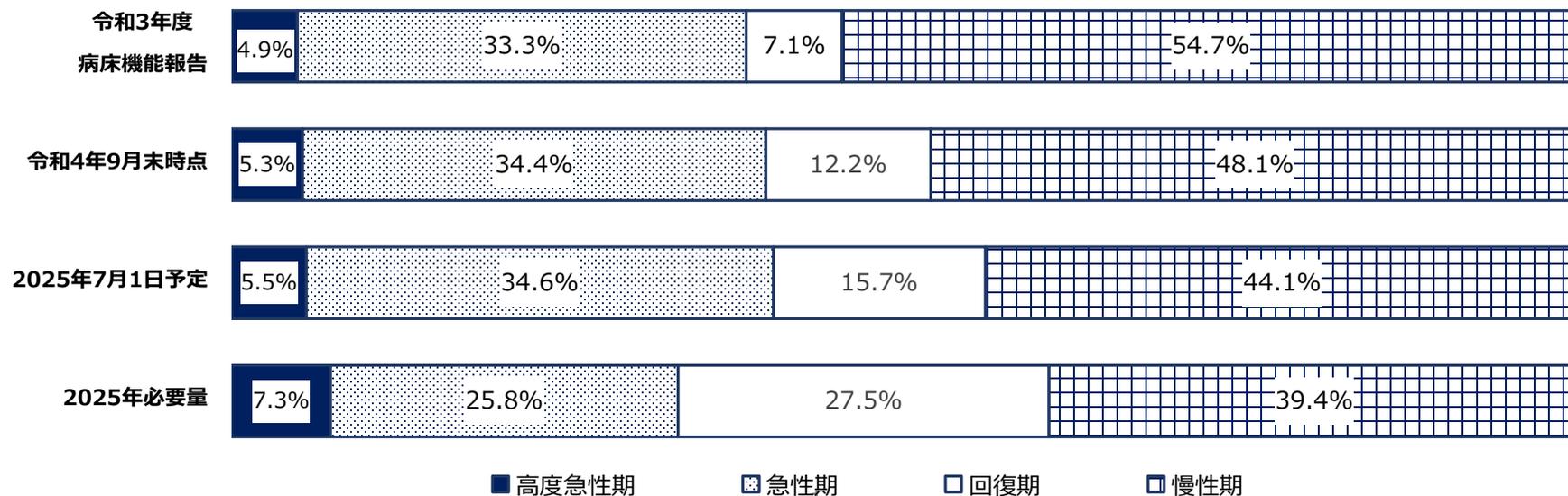
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	187	1,275	272	2,094	3,828
令和4年9月末時点	187	1,223	435	1,712	3,557
2025年7月1日予定 (A)	194	1,211	550	1,541	3,496
2025年の必要量 (B)	275	967	1,031	1,475	3,748
(A) - (B)	△81	244	△481	66	△252

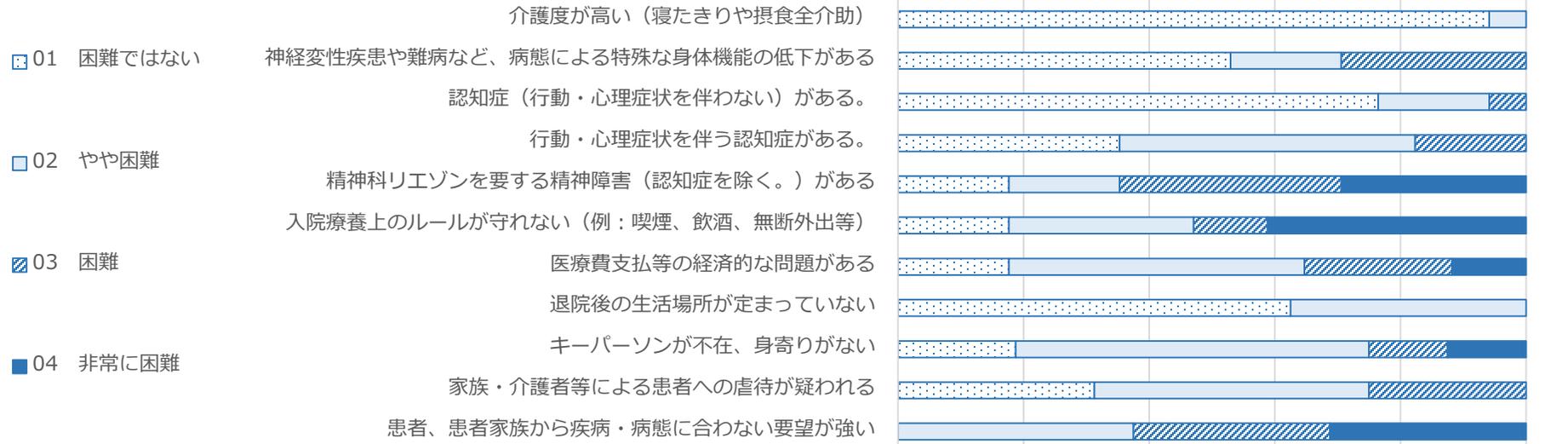
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

西多摩
n=17



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（西多摩）

- ・ 神経変性疾患や難病など、および精神疾患などは専門医不在のため困難。
- ・ 入院療養上のルールが守れない場合、医療者と患者および患者家族との信頼関係が築けず他医療機関および施設への紹介等連携が困難
- ・ 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い場合も連携が困難。
- ・ 家族や介護者等による患者への虐待が疑われる場合は、公的支援機関および警察などとの連携しているが、調整は困難。
- ・ 精神科病棟としての対応は困難。病態に合わない要望に関しては病棟の制度上、設備的、人員的、技術的に急性期的な対応は困難。病院特性と合わない。
- ・ 専門の対応や専用の薬剤が必要となる場合が多く、退院先として受入れ可能な施設がなく、退院調整の際困難。
- ・ 退院調整では家族の協力が必要となるため、対応できる人、その方の御理解が得られないと困難さを感じる。
- ・ 入院費の未収金が発生することが予測できる場合は受入れ困難。
- ・ 特殊な医療行為・処置がある場合や、精神と身体の合併症に対して対応できる受け先が実情少なく困難を感じる事がある。
- ・ 入院前には家族面談を実施しており、問題点に対しては出来る限り解決し入院につなげているが、家族に理解が無い場合には困難。
- ・ 療養型病院の機能、人員配置等の体制的な問題、設備的なハード面の問題による。
- ・ 長期療養、終末期医療の対応にあたり、キーパーソンがいない方、療養上のルールが守れない方の受け入れは難しい。

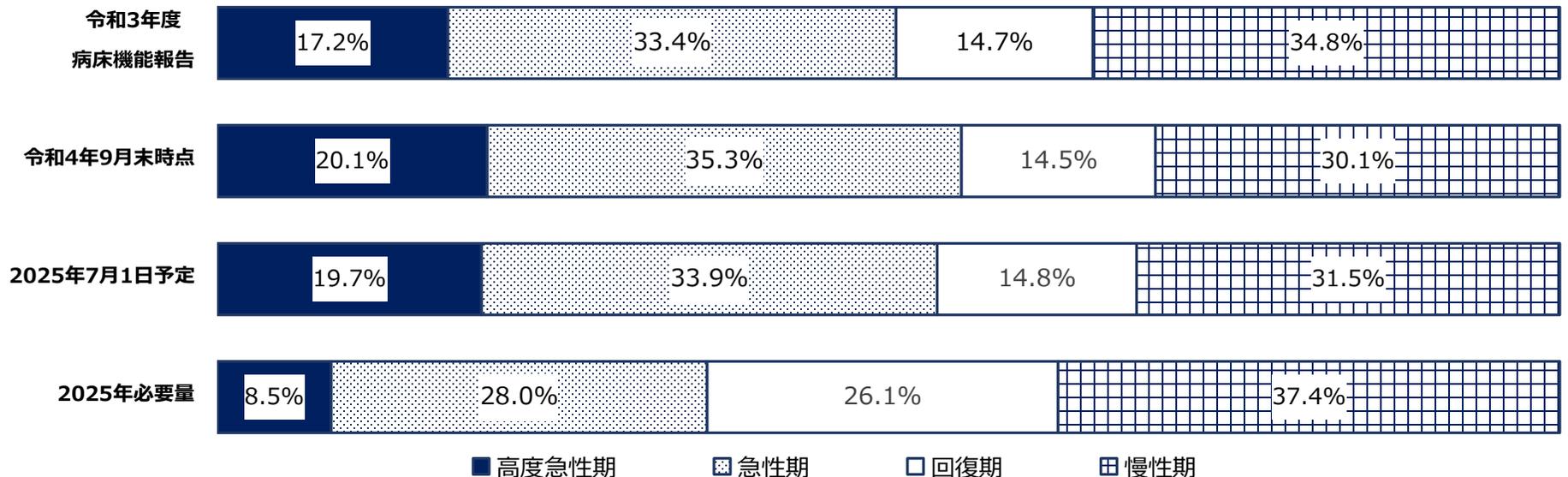
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,528	2,967	1,304	3,093	8,892
令和4年9月末時点	1,541	2,709	1,109	2,310	7,669
2025年7月1日予定 (A)	1,555	2,681	1,173	2,491	7,900
2025年の必要量 (B)	995	3,290	3,067	4,391	11,743
(A) - (B)	560	△609	△1,894	△1,900	△3,843

※病院のみ

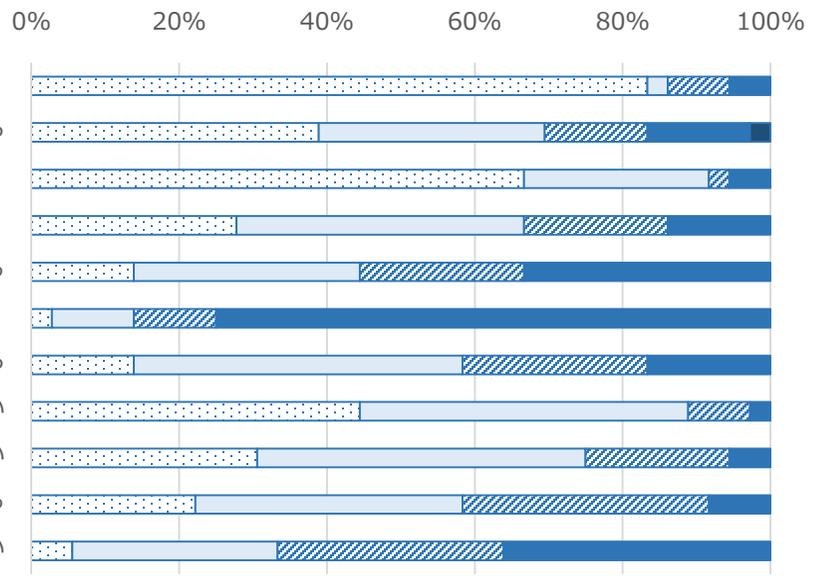
※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

南多摩
n=36

- 01 困難ではない
 - 介護度が高い（寝たきりや摂食全介助）
 - 神経変性疾患や難病など、病態による特殊な身体機能の低下がある
- 02 やや困難
 - 認知症（行動・心理症状を伴わない）がある。
 - 行動・心理症状を伴う認知症がある。
- ▨ 03 困難
 - 精神科リエゾンを要する精神障害（認知症を除く。）がある
 - 入院療養上のルールが守れない（例：喫煙、飲酒、無断外出等）
- 04 非常に困難
 - 医療費支払等の経済的な問題がある
 - 退院後の生活場所が定まっていない
 - キーパーソンが不在、身寄りがない
 - 家族・介護者等による患者への虐待が疑われる
 - 患者、患者家族から疾病・病態に合わない要望が強い
- 未回答



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
 ※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

(南多摩)

- ・入院療養上のルールを守れない患者は、入院後トラブルになるため受入れ困難
- ・対応するマンパワーが不足している。治療が終了しても社会的要因で退院困難になるケースが多い。
- ・救急病院であり受け入れの年齢層も大変高くなっており、認知症を含む他疾患併存状態の方が多数であり、非常に困難としているが、対応はしている。ただし、急性期の中での認知症のケアには困難が伴い、退院後の移行先も選択肢が多いわけではない。
- ・行政や後見人手続きなどに時間がかかるため。
- ・患者様にDNRの確認がとれない際に他にご相談できる方が予め不在であると治療方針や転院調整が困難なため。
- ・キーパーソン不在については次の療養先を選定するにあたり、困難が生じるケースがあり、調整に時間と労力を要する。
- ・虐待や患者、家族からの要望については細かなところまで非常に神経を使い対応にあたるため支援する側にもやはり負担がかかる。
- ・職員や他患者の安全管理のため。
- ・当院が提供する施設サービスの範囲を超える病状、家族の要望等には対応できないため。
- ・結果として病院側が危険にさらされることになる。

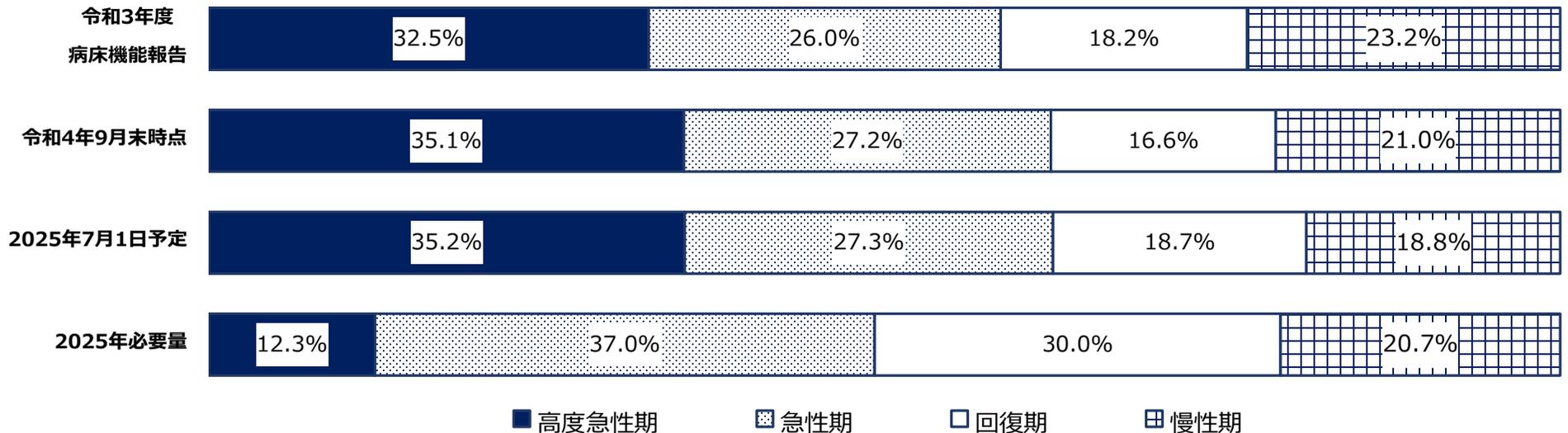
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	1,417	1,134	794	1,009	4,354
令和4年9月末時点	1,406	1,087	666	842	4,001
2025年7月1日予定 (A)	1,467	1,136	781	783	4,167
2025年の必要量 (B)	595	1,787	1,453	1,001	4,836
(A) - (B)	872	△651	△672	△218	△669

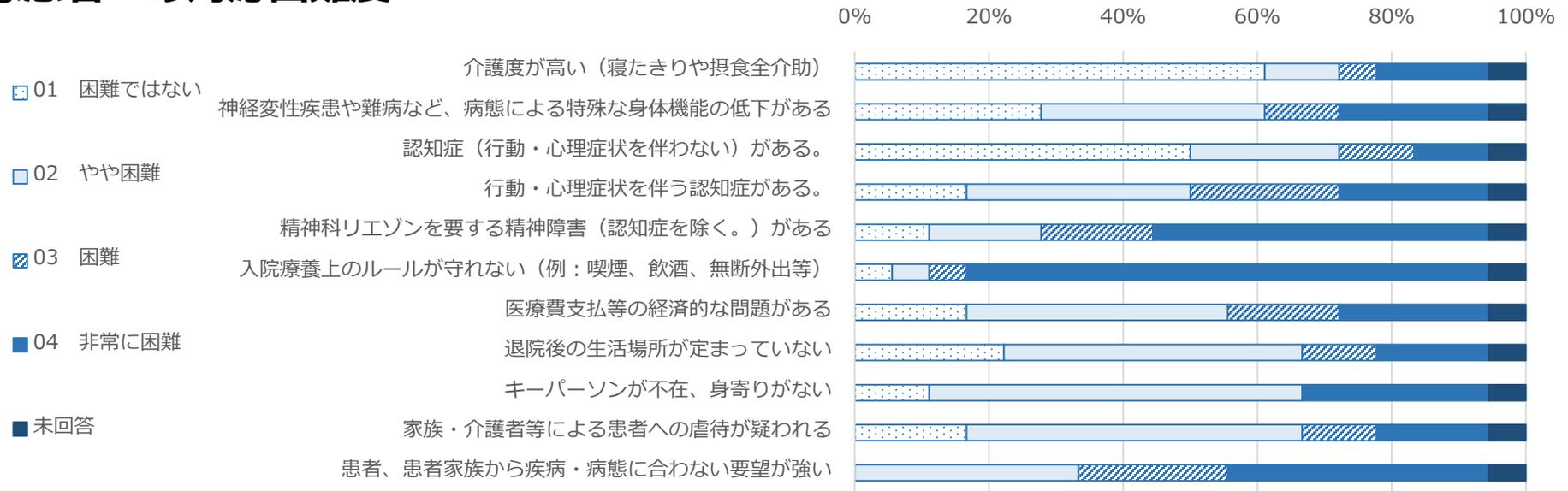
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

北多摩西部
n=18



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（北多摩西部）

- ・当院精神科がないため、専門治療が必要な人は受け入れ困難。
- ・急性期病院のため慢性期的な対応ができない
- ・精神科医・専門医不在のため、また、病床設備が認知症に特化していないため
- ・現状を打診先に伝えないわけにはいかず、様々な社会的課題があったり、家族の要望が現実とかけ離れていること、経済的課題が解決できていないこと等を伝えると受け入れ先はほぼない状況。
- ・精神科医の常勤不在の為、精神科リエゾンを要する場合は非常に困難。
- ・急性期医療を行っている為、ルールを守れない場合は、手術等の高度医療が成り立たない。
- ・高度急性期病院の為、診療方針がすぐに決まらないケースは非常に困難。（在院日数の問題等）
- ・入院療養上のルールが守れない患者さんは強制退院となる。
- ・患者、家族から疾病・病態に合わない要望が強い場合は、その要望に応えることができない可能性が高いため

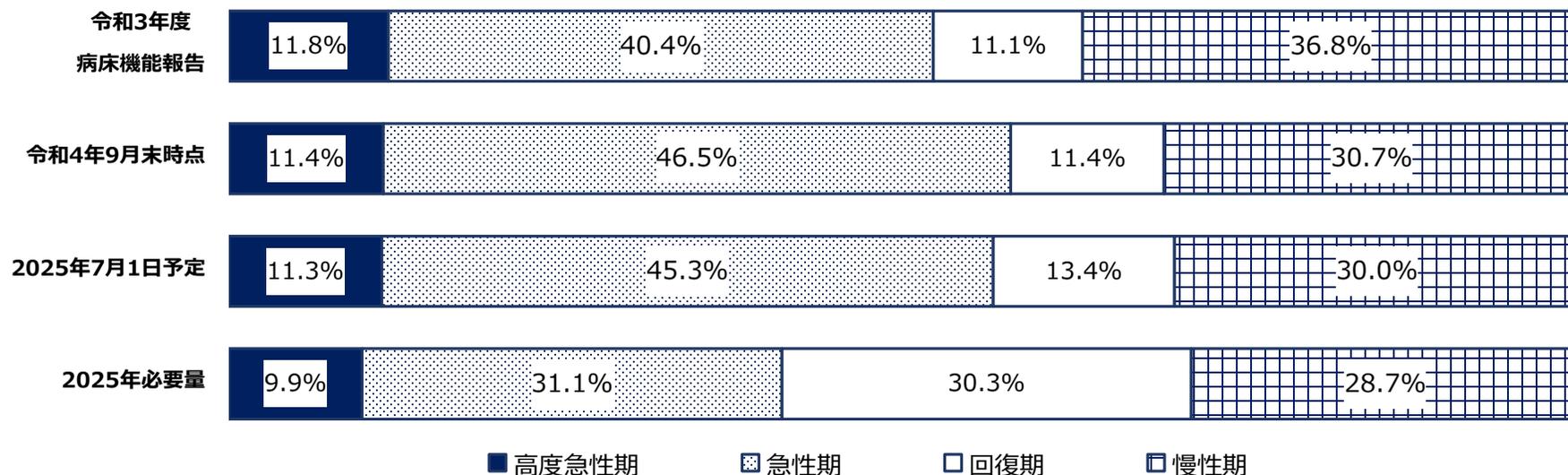
◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年病床機能報告	666	2,275	623	2,072	5,636
令和4年9月末時点	580	2,358	576	1,560	5,074
2025年7月1日予定 (A)	587	2,348	696	1,553	5,184
2025年の必要量 (B)	596	1,877	1,830	1,734	6,037
(A) - (B)	△9	471	△1,134	△181	△853

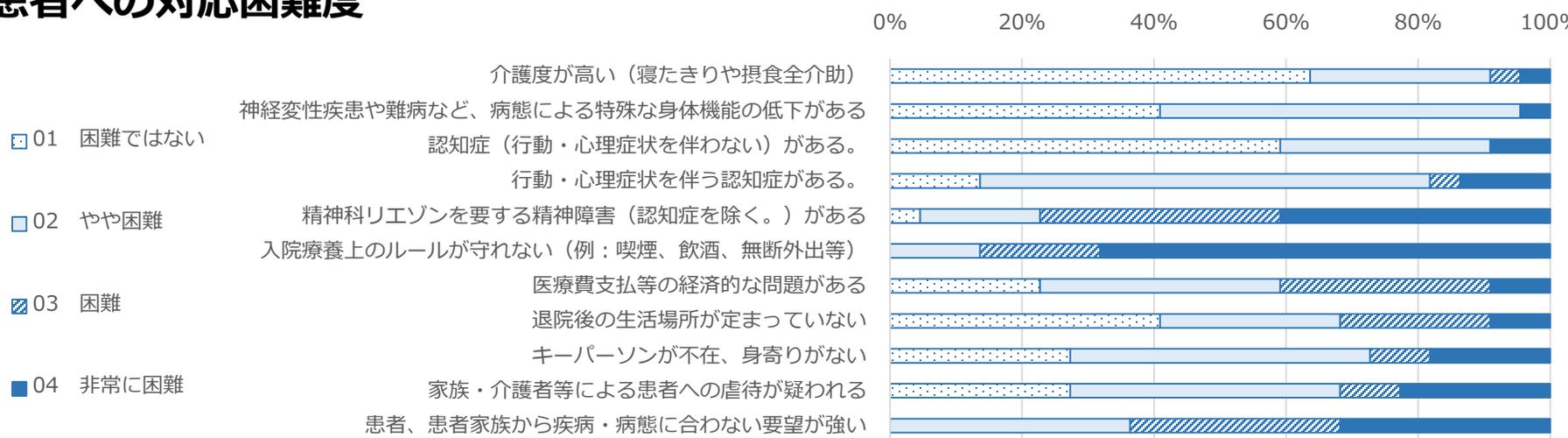
※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票（R4.12.22までに回答のあったもの）より集計



◆ 様々な患者への対応困難度

北多摩北部
n=22



※地域連携に向けた調査票の調査結果（R4.12.22までに回答のあったもの）から集計
※回答数が少ないため、参考値として示す

◆ 対応困難の理由

（北多摩北部）

- ・精神科や認知症を専門的に診ることができる医師及びスタッフが不在である。
- ・退院に向けて受け入れ病院や施設が限られている。在宅への場合も、事前に何ら手続きをされていない患者が多く、一から手続きをしていると、退院までに時間がかかる。身寄りがない方を受け入れてくれる施設は少なく、調整に難儀する。
- ・ルールを守れない患者は対応不能。
- ・いわゆる迷惑行為患者、クレーマーへの対応について当該患者だけでなく、他患者の治療、スタッフの安全な職場環境維持に支障をおよぼすため。
- ・調整が多岐にわたり、非常に時間を要する。社会資源が整っていないことも多く、制度の狭間に陥ることも多い。
- ・精神科への照会等を踏まえると退院支援としては困難ではないが、疾病や病態の理解が難しい患者や患者家族の方が自宅や施設への退院支援において理解を得られず困難。
- ・民間病院という形態上、支払いの見込みが低い患者さんの積極的な受入は困難。
- ・キーパーソンがいない場合、転院はお金の管理、亡くなった時の対応等々できる人がおらず、かなり困難。
- ・社会機能では医療費や入管での手続きなど外国人の対応について行政に相談しても解決できないことがほとんどで希少言語の通訳、NPO法人など専門家を探さなければならず特に困難を要する。虐待事例なども介護者によるものは退院先を決めるにあたって容易ではない。