

		区中央部			区南部		区西南部		
医療資源		○高度医療の集積 ○高度急性期～回復期:広範囲から流入 ○慢性期:区部を中心に広く流出			○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		○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)		
課題	地域の特徴	①	②	③	①	②	①	②	③
		<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハなど回復期機能が少ない 療養病床が少ない 回復期機能の患者を7対1で受け入れているとの声 急性期から早期に直接在宅へつなげているとの声 	<ul style="list-style-type: none"> 成人肺炎などの完結率が低い 急性期、回復期機能の稼働率が平均より低い 地域包括ケア病床が増えているものの他病院等からの転院割合は低い 在宅を担う診療所から急変時対応を求める声 	<ul style="list-style-type: none"> がん患者の流入が多い 急性期機能以降、退院調整部門を持つ病院が減る 退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が急性期機能で1割超 他の構想区域で、区中央部に流入した患者の退院連携を求める声 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期機能の7割が7対1入院基本料の病床 退院調整部門を置いている割合が低い 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 家庭からの入院割合/家庭への退院割合が高い 在宅医との連携に課題を感じる病院の声 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期機能において病床稼働率が高い 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平均在院日数が長い 慢性期機能において死亡退院の割合が高い 慢性期機能の病院への受入れを希望する声 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 退院支援の充実の充実を求める声 将来に向けて回復期機能の不足 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能の平均在院日数が長い 慢性期病院からもう少し早く在宅に戻せないかとの声 レスパイト受入機関が不足しているとの声
	論点	回復期、慢性期機能の医療提供体制	都全域の高度医療を支える一方で、地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制	流入している患者の退院調整部門の充実	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	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		<ul style="list-style-type: none"> 独居の患者だと、帰ろうと思っても帰れない場合がある。結果、近くに慢性期病院がないため、他県等に流出している 地域によっては、地元意識が高いことから、構想区域内でも転院が困難な場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟をもっているが、院内移動がほとんど。在宅や急性期病院からの患者を地域包括ケア病棟に受け入れられるよう、病院や診療所との連携の仕組みができないか 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整がうまくいけば、いろいろな所が詰まらずにうまくいくのではないか 退院調整部門が地元へ帰すことを目標にして、もともと送ってきた先生のところへ帰す仕組みが必要 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医からの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ならないとの認識は持っている 中小病院の役割は重要であり、在宅医側も各中小病院がどこまで対応できるか理解することも必要 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能について、空床があるにも関わらず流出しているのはもったいない。 慢性期でもサブアキュートの対応が可能な症状がある。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 	<ul style="list-style-type: none"> 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情報共有していくことが重要 急性期病院は救急の受け入れや、紹介の受け入れなどのために、あえてベッドを空けていることも稼働率が低い要因の一つ 	<ul style="list-style-type: none"> 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ことが課題の一つ。そのためには、在宅医が地域包括ケア病棟で受け入れ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 	<ul style="list-style-type: none"> 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い。こういった情報をもっと出していく必要がある。 レスパイトで受けても、そのまま看取りとなるケースが多い。
		<ul style="list-style-type: none"> 区中央部は多くの病院があるが、お互いの病院がどのような機能を持っているか、お互いに知って、相互で利用できるような仕組みがあると良い 			<ul style="list-style-type: none"> 地域で必要なものがあれば転換を考えるが、それと同時に収益も重要であり、診療報酬の動向が課題 		<ul style="list-style-type: none"> 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 		

		区西部			区西北部			区東北部		
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)			○中小病院が多い ○全機能流出型だが比較的自圏域完結型 ○地域間連携(区西部)			○中小病院が多い ○高度急性期～回復期:区中央部を中心に流出 ○慢性期:均衡型		
課題	地域の特徴	①	②	③	①	②	③	①	②	③
		<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期から慢性期機能まで全ての機能で流出 全ての機能において都内隣接区域も含めた完結率は高い 他の病院等からの転院の割合が高い 中小病院割合が高い 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病床は都内構想区域で最も多い 回復期機能において病床稼働率が低い 回復期機能において死亡退院割合が高い 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床は増えつつあるが、不足しているとの声 急変時やレスパイトの受入れを求める声 慢性期機能において埼玉県への流出が多い 	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期～回復期機能流出 中小病院割合が高い 病床稼働率が低い機能がある 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床は少しずつ増えている 中小病院割合が高い 急変時対応を求める地域の診療所の声 	<ul style="list-style-type: none"> 独居高齢者の割合が高い 退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い 退院調整部門を置いている割合が低い 丁寧な退院調整を求める地域の診療所の声
	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	今ある医療資源を最大限活用させるための方策	回復期機能病床のさらなる有効活用について	地域包括ケアシステムの構築に向けた、高齢化する地域住民の医療体制について	病床稼働率を上げるために、今ある医療資源を最大限活用させるための方策	地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制	独居高齢者割合が高いことに加え、退院後に在宅医療を必要とする患者も多い。在宅に向けた退院調整への取組。
調整会議での意見		<ul style="list-style-type: none"> 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。 回復期リハ病棟に送ることが難しい患者もあり、一方で、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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懸念がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 慢性期の病院としては、レスパイト入院などで役に立っているのではないかと 	<ul style="list-style-type: none"> 機能を整備すれば需要も増える。救急においても循環器を強化すれば救命率が上がる。急性期機能はまだ充実すべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急の受入れに苦勞することがあり、後方病床の不足感は否めない。回復期機能の病床を増やして欲しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急受入れで苦勞することもあり、後方病院が足りないと感じる。地域としてもまだ整備が必要 地域の患者について、圏域における急性期から慢性期の連携で、看取りまで含めて考えられるシステムが大事 	<ul style="list-style-type: none"> 病床稼働率を上げるためには、急性期・回復期・慢性期の病床の連携がもっと推進されなければならない。 区中央部や区西北部から戻ってくる際の後方病院としての役割を高めていけばよい 	<ul style="list-style-type: none"> 治療後、在宅にすぐ移行できない患者の受入機能がない。地域包括ケア病棟の機能をうまく使って、急性期・慢性期・在宅への流れを作る必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅移行に向けては、MSWを置くことが大事 施設に入所している方が、入院された後、なかなか施設に戻れないことが多く、退院調整を複雑化させている要因の一つ
		<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 			<ul style="list-style-type: none"> 地域医療といっても、住民が十分に理解しているのかという点もある。大学病院やブランド病院に一次から行ってしまいう患者もあり、住民に対する地域病院についての啓発も必要 			<ul style="list-style-type: none"> 介護施設が多いため、他地域からの入所者も多いことから、こうした入所者に対する急性期のニーズは今後も高まる 		

		区東部			西多摩			南多摩	
医療資源		○中小病院が多い ○全機能で流出超過(高度急性期～回復期:区中央部、慢性期:区東北部)			○自圏域完結型 ○慢性期:都内全域から流入 ○療養病床、精神病床、特養・老健が多い			○高度急性期:北多摩南部に流出 ○急性期～回復期:流出型だが、自構想区域完結に近い(自圏域完結率70%前後) ○慢性期:都内全域や神奈川県から流入	
課題	地域の 特徴	①	②	③	①	②	③	①	②
		<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期機能から回復期機能まで流出 中小病院割合が高い 病床稼働率が低い機能がある(高度急性期機能、回復期機能、慢性期機能) 	<ul style="list-style-type: none"> 全機能において退院調整部門を置いている病院の割合が低い 回復期機能において、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い 丁寧な退院調整を求める地域の診療所の声 かかりつけ医、ケアマネとの連携が不足しているという病院の声 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床の導入が進んでいる 中小病院割合が高い 急性期後の在宅復帰に向けた機能が不足との声 急変時対応を求める地域の診療所の声 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能において、都内全域から患者受入れ 慢性期機能において死亡退院割合が高い 入院患者減少という地域の声 医療必要度が低い患者が入院しているとの声 地域包括ケア病床が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期機能・回復期機能において、病床稼働率が低い 急変時対応を求める地域の声 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化の進行が速く、高齢者夫婦のみ世帯の割合が高い 退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い 退院調整部門を持つ医療機関の割合が低い 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能において、都内全域だけでなく他県からの患者受入れ 慢性期機能において平均在院日数が長く、死亡退院割合が高い 慢性期機能において、退院調整部門を持つ割合が低い 早期の在宅移行を求める地域の診療所の声 	<ul style="list-style-type: none"> 75歳以上の医療需要の伸び率が都内で最も高い 回復期リハ病床等回復期機能の病床が少ない 休日、夜間の軽症者一時診療施設が不足しているという声 急変時の受入れを積極的に行ってほしいとの声
	論点	今ある医療資源を最大限活用させるための方策	在宅に向けた退院調整への取組	地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制	地域包括ケアシステムの構築が進む中での、西多摩の慢性期機能が担うべき役割	地域包括ケアシステムの構築に向けた急性期機能の検討	高齢化の進行の早さに加え、退院後に在宅医療を必要とする患者も多い。在宅に向けた退院調整への取組。	療養病床が多く流入患者が多い中で、南多摩の慢性期機能が担うべき役割	地域包括ケアシステムの構築に向けた、高齢化する地域住民の入院医療体制
調整会議での意見		<ul style="list-style-type: none"> 病院の各機能間での調整がうまくいっていないことも流出の一因ではないか。 在宅復帰率の要件を満たすために、できるだけ速やかに在宅に帰した結果、病床稼働率が下がってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> 中小病院が多く、退院調整部門を置ける所が少ない。 連携をスムーズにするためには、顔の見える関係づくりが大切 		<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床などの回復期機能を誰が担っていくのか。 重症度の高い患者については、慢性期・在宅へ移行しても急性期に戻ることが多いことから、慢性期病院及び在宅での医療機能を上げることが重要 	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援を強化して、退院や転院、在宅等へつなげていくことが必要 サブアキュートに対するシステムをどう構築していくのかも、在宅医療の裾野を広げるための重要なポイント 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時から退院後を見据えて調整を行っており、在院日数が比較的短期間で推移している 医師や看護師の配置など、病院と施設とでは管理能力が異なるため、施設に復帰しても、短期間で急変し、急性期病院に戻ることもある 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能になってから流入している南多摩においては、在宅に帰るといってもどこへ帰るのか。退院調整部門の充実のみで解決する問題ではない。 回復期・慢性期からの出口を作るには、医療と介護の連携が不可欠 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床がポストアキュート・サブアキュートの役割を果たすなど、非常によく機能している
		<ul style="list-style-type: none"> 区中央部に流出した患者を構想区域内の回復期・慢性期で受入れるためには、区中央部一区東部双方の退院調整機能を充実させることが必要 			<ul style="list-style-type: none"> 公立病院と民間病院との連携、役割分担等を含めた多角的な議論をしていきたい 			<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院でも、医療連携室のマンパワーが不足しており、転院その他でコミュニケーションが上手くいっていない 	

		北多摩西部		北多摩南部		北多摩北部		
医療資源		○高度急性期～回復期:少し流出(北多摩南部への流出、南多摩からの流入) ○慢性期:出入型、少し流出(隣接多摩地域への流出と都内全域からの流入)		○高度急性期～急性期:北多摩西部、南多摩を中心に隣接区域から広く流入 ○慢性期:主に南多摩へ流出		○高度急性期～回復期:少し流出(北多摩南部・北多摩西部を中心に流入) ○慢性期:少し流入(都内隣接圏域から流入、埼玉県へ流出) ○各機能とも流出入が比較的均衡		
課題	地域の特徴	① ・急性期機能及び回復期機能の病床稼働率が低い ・回復期リハに対し整形疾患の受入れを求める声 ・大腿骨骨折の自圏域完結率が低い ・大腿骨骨折の患者数は将来に向けて増加	② ・退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い ・慢性期機能において、家庭からの入院割合/家庭への退院割合が高い ・地域包括ケア病床は増えつつある ・急変時対応を求める地域の診療所の声	① ・急性期機能の病床稼働率が低い ・地域包括ケア病棟は全て慢性期機能と報告 ・慢性期機能の病床稼働率が低い ・地域包括ケア病床の整備を求める声	② ・退院後に在宅医療を必要とする患者割合が高い ・回復期・慢性期機能において退院調整部門を置く病院の割合が低い ・丁寧な退院調整を求める診療所の声 ・急変時の受入れを求める声	① ・高度急性期機能・急性期機能の病床稼働率が低い ・急性期機能の平均在院日数が長い ・急性期機能が不足しているとの声	② ・人口10万対の回復期リハ病床は多い ・回復期機能では死亡退院割合が高い ・回復期機能では平均在院日数が長い ・地域包括ケア病床が少ない	③ ・自構想区域患者割合が50.6% ・慢性期機能において家庭からの入院割合が高い ・慢性期機能において家庭への退院割合が高い
	論点	北多摩西部区域において、回復期機能が担う役割	現在は慢性期機能の病床が在宅療養を支える病床として活用されていると考えられる。地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制	地域包括ケアシステムの構築に向けた、高齢化する地域住民の医療提供体制	在宅療養に向けた退院調整への取組と急変時の受入れ体制の充実	北多摩北部圏域の強みなどを踏まえた、急性期機能の検討	北多摩北部圏域において回復期機能が担うべき役割	慢性期機能において家庭からの入院・家庭への退院割合が高いことから、地域包括ケアを支える病床になっている。北多摩北部圏域における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"> 回復期に転院させるため、退院支援をフル回転で行っているが、なかなか転院が進まない ハードを作るよりも、退院支援を強化して、稼働率を上げていくことが重要 整形だけではなく、高齢者というキーワードがつくことで、総合的な機能を有している病院でないと受けづらくなっている 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療は行うが、看取りまでは難しいという在宅医も多く、バックアップの病院があれば、在宅医が増えるのではないかと 緊急入院・レスパイト入院の受入れ先がないので、在宅が進まない 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期機能の病院として、もっと高度急性期・急性期病院から患者を受入れなければならないと思うが、力不足で受け入れられていない。 どういう疾患・状態なら受け入れられるか、ネットワークを構築して、地域で共有できれば望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整部門として置いていなくても、誰かがその役割を担っているはず。そういう人を中心にして、横の連携を強化していくことが重要 退院のみでなく、入退院調整をやっていないと患者は回らない 	<ul style="list-style-type: none"> 大病院志向により、公立病院に行く患者が多く、まだまだ努力が必要 急性期機能と申告していても、緩和ケアの機能など様々な機能を扱っていると思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期機能とそれを支える在宅医療、その在宅を支える医療機関がネットワークをつくる必要がある 地域包括ケア病棟も、地域の在宅の医療機関との連携をもっと密にして、情報交換しながらうまく回転するような形を作っていく必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の患者のうち、最期の数日間の看取りの部分だけ、病院にお願いするという形もあるのではないかと
		・入院した時から、退院支援を始めないと、実際にリハビリが終わった段階で上手く退院ができない。入院時からいかに上手く退院支援を行うかがポイント		・流出した患者がどういう病床へいつているのかがわかると、地域でどういう受け皿が足りないのかを考える際の参考になる。		・認知症・精神疾患のある患者の在宅ケアについては、今後も充実させていく必要がある		

（意見交換）医療連携の強化・退院支援の充実**<テーマ1> 島しょ基幹病院（広尾病院）との連携を強化するための方策について****<テーマ2> 基幹病院との連携以外で、島しょの医療需要に対応していく方策について****<テーマ1>**

- 島しょの診療所は自治医大からの派遣の医師が多いことから、3月末で医師が変わる。その際に広尾病院に入院している患者であっても、医師間での引き継ぎ漏れがないよう、広尾病院からも3月末時点で島しょから受け入れている患者の情報を提供して欲しい。（新島）
- 広尾病院に定期的に受診している患者であっても、紹介状のやり取りをきちんとできればよい。（紹介状がないまま受診しているのか、受診中断となっているのかが把握できない。）（新島）
- 島しょで実施できない検査を、広尾病院に外来受診する際に一緒に実施できるような体制があれば助かる。（新島）
- 広尾病院から退院する場合、転院ではなく自宅退院扱いとなるため、看護サマリーがついていないが、島での在宅医療の提供方法を考えるためにも看護サマリーを提供して欲しい。（神津島）
- 代診医を広尾病院から積極的に派遣して欲しい。（青ヶ島）
- 広尾病院の各診療科の先生と直接連携を取ることで対応してもらえる手術や検査等があれば、定期的に情報提供をお願いしたい。（小笠原）
- 広尾病院からの退院時に、一度、内地で転院した上で島に戻ることもあるかと思う。島の診療所では、転院した事実がわからないことも多いため、広尾病院から転院した際に、情報提供してもらえると助かる。（小笠原）
- 青ヶ島には、ケアマネが不在で、かつ、介護認定を行う職員も他の業務と兼任している。広尾病院に入院中にADLが落ちると、介護認定等を行う体制を整えるところから対応しなければならないため、逐一情報提供いただきたい。（青ヶ島）

<テーマ2>

- 患者のかかりつけの病院等、広尾病院以外の病院へ搬送する際、島しょの搬送システムから説明する必要が生じ、時間がかかる。島しょの協力病院等に対して、島の患者搬送システムについて周知して欲しい。（小笠原）
- 障がいをもつ子供を島で診ることが増えてきた。医師以外の職種によるフォローが必要な場合も多く、広尾病院や小児総合医療センターに適宜紹介を行っているが、継続した診療が提供できていない状況ではない。障がいをもつ子供に対する継続した診療体制の構築に向けた検討をお願いしたい。（小笠原）