

令和元年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会及び神奈川県地域包括ケア会議  
議事録（令和元年9月5日開催）

**○事務局**

ただいまから、令和元年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会及び神奈川県地域包括ケア会議を開催いたします。本日はお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。私は本日の進行を務めさせていただきます神奈川県高齢福祉課の金井でございます。よろしくお願ひします。まず始めに、高齢福祉課長の山本よりご挨拶申し上げます。

**○山本高齢福祉課長**

高齢福祉課長の山本と申します。この6月から高齢福祉課長になりました。どうぞよろしくお願ひいたします。本日は、委員長の大道先生をはじめ、委員の皆様方には、たいへんお忙しい中お集りいただきましてありがとうございます。さて、市町村の在宅医療・介護連携推進事業は、地域の医療資源の把握や課題抽出など国が示す8項目全ての取組が全市町村で開始されまして1年が経過したところでございます。

市町村では、地域の実情に合った在宅医療と介護の連携の推進のため、PDCAサイクルを回しながら連携体制の構築・充実を図っていくことが期待されております。一方で県に対しましては広域的、専門的な観点から市町村の取組を支援することが求められており、本日は広域的な連携を進める上での効果的な支援方策や、継続して議題となっております入退院支援につきまして、ご議論をいただきたいと思ひます。

皆様方のご助言を踏まえまして、市町村や関係機関を支援する取組を進めていきたいと考えておりますので、限られた時間ではございますが、どうぞ忌憚のないご意見をいただきたいと存じます。

また県の動きですが、直近では昨年度で県の総合計画の「かながわグランドデザイン第2期実施計画」の計画期間が終了いたしまして、第3期実施計画をこの7月30日に策定したところです。本県はご承知のとおり全国屈指のスピードで高齢化が進んでおり、新しいグランドデザインでも23プロジェクトがございませうが、「医療」「高齢者」をプロジェクトに掲げ、「地域医療の推進」や「地域包括ケアシステムの推進」に取り組んでいくこととしております。

また併せて「地域コミュニティの再生」についても県として重点的に取り組んでいくこととしております。地域包括ケアシステムの推進につきましては、まさに地域の力を結集し力を合わせて取り組んでいくものと考えており、皆様には2025年、またその先を見据えて引き続きご支援を賜りたいと存じます。

## ○事務局

続きまして委員の皆様をご紹介します。本日の出席者は、お配りいたしました委員名簿のとおりです。今年度から変更になった委員の方をご紹介します。

神奈川県歯科医師会から大持委員に、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会から藤田委員に、神奈川県社会福祉協議会から渡邊委員に、神奈川県訪問看護ステーション協議会から横山委員に、横須賀市地域医療推進課から渡邊委員に、藤沢市地域包括ケアシステム推進室から三ツ井委員に、茅ヶ崎市高齢福祉介護課から田淵委員、以上7名の方々に御就任いただきました。今後ともよろしく願います。なお、本日は神奈川県歯科医師会の大持委員の代理として堀様に、神奈川県病院協会の窪倉委員の代理で篠原様に、綾瀬市基幹型地域包括支援センター石原委員の代理として西山様に、相模原市地域医療課の増田委員の代理として水谷様に御出席いただいております。なお、神奈川県看護協会の長場委員、神奈川県高齢者福祉施設協議会の山本委員、横浜市高齢在宅支援課の本間委員、神奈川県立保健福祉大学の大島副委員長、名簿では出席となっておりますが茅ヶ崎市の田淵委員につきましては本日は所用によりご欠席のご連絡をいただいております。

本日の会議は公開とさせていただいており、事前に開催予定を周知いたしましたところ、1名の傍聴の方がいらっしゃっております。なお、審議速報及び会議録は発言者にお伝えしたうえで県のホームページに公開させていただきます。本日の資料は、机上にお配りしているとおります。

それではこれからの議事進行は大道委員長にお願いいたします。

## ○大道委員長

委員長の大道です。早速議事に入ります。まず議題の「(1)平成30年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標の該当状況結果について」事務局から説明を願います。

## ○事務局

資料1-1、1-2、1-3、1-4、参考資料1説明

## ○大道委員長

ただいま、事務局からの説明で広域的な医療介護連携に関する取組の底上げ、充実について、この会議でご意見をいただきたいということです。

先ほどから説明しているように、保険者機能の評価について、7項目あるうち、

第6項目の広域的な医療介護連携が全国平均に及ばないようですが、県の立場では大変気にしていられさるようです。これについて建設的なご意見をいただきたいと思えます。

具体的な中身や、他県の例などの説明がございました。資料にお目通しいたいて、今まで全く行っていないわけではありませんが、こういうことができるのではないか、他の県でこういうことを行っていると評価が高いけど、ここで行えばよいのではないかなどのご発言をお願いいたします。県病院協会から何かございますか。

### ○窪倉委員代理篠原氏

都道府県の大きさによってかなり違って来ると思えます。神奈川県は二次医療圏として9つあります。それぞれ考え方も違います。広域とはどこまで含めるか難しいです。二次医療圏だけでもかなり広いですし、それぞれ地域医療構想の中の病院群で実力にはかなり差があります。そこで一次、二次、三次の輪番制があり、入退院調整を県と一緒にやっているところですが、その人材が足りません。MSW、退院調整看護師、二つの職種が全く足りません。なかなか追いついていかないのが現実です。二次救急輪番制が崩壊しつつあります。そういう中で、今後、高齢者救急を立ち上げようと模索の段階で、急に全国レベルに追いつくのは、ちょっと難しいと思えます。

### ○大道委員長

議論の出発点、論点の始まりとして良いご意見でした。確認しますが、広域的な連携とは、介護保険の保険者が市町村となっていますから、保険者としての役割を大いに発揮して欲しいということが、国の事業の趣旨です。広域の意味合いは、基礎自治体である市町村の枠組みを超えたものを広域という考え方をしてよろしいのかなという気がします。

今、篠原先生のご指摘は病院からすると病院の診療圏とは、市町村を複数またいでいるわけですから、そもそも広域なのです。従って、先ほどの事例にもありましたように、退院調整ルールが共有化されていると、広域的な連携になっているので評価が高いのではないかとということです。医療側から見るとそうですが、介護側から見ると必ずしもそうでないところがあるので、広域的な視点・観点からの取組を十分していないと回答してしまうと、全国平均よりもかなり下回った結果が出てしまいます。この問題の趣旨はご理解いただけたかと思えます。

### ○久保田委員

神奈川県の中で市町村単位や区ごとに医療と介護の連携推進センターに取り

組んでいます。上手くいっている県と神奈川県を比較すると、市町村の単位の中では連携はできていますが、おそらく二次医療圏や保健所圏の中で複数の市町村の医療と介護の連携推進センターが集まるような場で、資源についての共有を図ることが欠けているというデータが示されていると感じました。市町村単位で作られている医療と介護の連携推進センターが個々に動いていて、二次医療圏や保健所がそれを束ねて、情報共有することが少なくとも私の周りではあまり見られません。そのあたりがヒントになるのではないのでしょうか。市町村の中では分からない広域のことや、特養や入所介護施設などを、保健所管内の中で情報共有しながら利用できるようなチャンネルが出来上がっている、そういった機能を加えれば良いと思います。

### ○大道委員長

大事なお意見をいただきました。ぜひ、今のご意見をしっかりと受けとめたうえでのご議論をいただきたいと思います。

### ○丸山委員

保健所の役割ということでご指摘がございましたが、お手元の資料の1-3をご覧くださいますと、保健福祉事務所で実施を予定している会議等々の一覧があります。各センターごとに会議実施の有無のところ、ほとんど実施と書いてありますが、これが保健所管内における、各市町村を統括した会議を実施しているということです。今のそういう意味では議論をする場としては毎年設定しておりますが、おそらく久保田委員のご指摘は、もう少しその議論の内容を充実させて、より情報共有感を高めるように会議の仕方を工夫すべきではないかというご指摘と承りましたので、全所長にも徹底をしていただいて、もう少し会議の中身の充実を含めた検討が必要かと思えます。

ただ、率直に申し上げて小田原の管内では2月に小田原と足柄上地域で合同実施、と書いてありますが、これとは別に地域医療構想サイドの保健医療推進会議があり、その中のワーキングを8月に行いました。そうしたワーキングの場においても、小田原で言いますと足柄上郡と足柄下郡のその二つの医師会の在宅医療支援室やあるいは基幹病院の在宅医療の支援する方々に現状や課題をお話しいただいて情報共有をしています。この会議以外にもいろいろな機会をとらえて情報共有には努めている現状があります。

### ○大道委員長

小田原保健福祉事務所はそういうことだそうです、政令市の横浜市ですと、区で調整的な部署があるというご説明でした。政令市とそれ以外とは少し違う

のかもしれませんが。今の小田原の状況はよく分かりました。

### ○久保田委員

どういふ方々を呼んで、どういふ方々が束ねているのかということです。市町村ごとにできている医療と介護の連携推進センターのコアになる方々を保健所で束ねる時間はあるのかどうかだと思います。会議や研修を行っていると思いますが、その市町村にできている医療と介護の連携支援センターを広域に集めて、地域の課題を保健所で指導あるいは管理、把握する場面が必要なのではないのでしょうか。保健所が市町村で行っている医療と介護連携支援センターが集まる場を設けたことがあったのでしょうか。

### ○大道委員長

小田原保健福祉事務所はそれを行っているということでしょうか。

### ○丸山委員

昨年度まで鎌倉の保健福祉事務所におり、同様の会議を行っていました。鎌倉では本日の構成メンバーに相当するような方々に集まっていたいはおりました。昨年度、鎌倉で行ったのは先生がご指摘のように、ケアマネジャーの方、あるいは在宅介護をサポートするような方々に現状や問題点をご発言いただいて、そういう点での情報共有をしておりました。ただやはり限られた時間であったので、なかなかその議論がもう一歩先に進むことはなかったのです。そういう反省点もございました。年に1回の会議では十分語り尽くせなかったという反省点もあります。

### ○高井委員

入退院調整ルールは三次救急を行っている大きな病院から、慢性期の病院まで非常に幅広く、それぞれ必要な情報が違います。例えば、先進的な群馬県はかなり細かく分かれていて、それがいいことかどうかはまた別ですが、特に神奈川や東京など、非常に医療機関の多いところで統一したものは無理だと思います。横浜市は作っていますがそれが十分に活用されているかというところではない気がします。病院協会でひな型を2つとか3つ作っていただいて、それを利用するような形にし、どこそこの病院はそういうルールを作っているということ把握するのは、医療介護の相談支援センターが地区ごとに完全に把握するように、どこかの市町村に行く時には、その市町の相談支援センターの方に連絡が行くようにするということが必要だと思います。

前にこの話をしたときに提案したのですが、各病院のどういふ入退院ルール

を挙げているかを県などのホームページで開示するのです。例えばケアマネジャーがこの病院のルールはどうなっているのかが分かるようにしていくことが良いのではないかと思います。

### ○大道委員長

結論ではありませんが、入退院調整ルールが広域の医療介護連携としては取り組みやすいところだと思います。先ほどの事例にも出てきています。今日の会議では入退院調整ルールを検討することは議題2に入っておりますので、そこで改めて県内の地域の実情をお伺いしたいと思います。

まず最初の議論は、広域的な保険者機能の強化という観点からの相互連携が神奈川県は十分ではないのではないかという評価が国から出されたので、入退院調整ルールはもちろんしっかりやりますが、それだけではなく在宅の医療介護それぞれの立場が相互に連携して支援し、情報共有する取組を具体的にこういうことをやったらいいのではないかという提案をいただきたいと思います。

小田原の話、あるいは前任の鎌倉のお話を聞いて、保健福祉圏域が複数の市町村にわたっている場合については一定程度の枠組みはありますが、時間の制約はあるというご発言でしたが、政令市の横浜市や川崎市は実情が違うのではないかと思います。いずれにしても市町村基礎自治体を超えた形での取組、医療介護連携の取組をもう少し具体的に違うことでやっているという趣旨のご紹介なり、ご意見があれば、お願いいたします。

### ○大川委員

茅ヶ崎市の場合は寒川町と協同して事業を進めている中で、入退院支援ガイドブック等を作成しています。

また、在宅ケア相談窓口における相談内容の中で、当地域の住民が近隣市町村の病院等を受診したり、逆に近隣市町村の住民が当地域の病院等を受診するケースが多くあったため、近隣市として、藤沢市、平塚市、海老名市、厚木市の同事業担当者に声をかけ、今年6月に情報交換を開催しました。当地域で行っていない取組も多くありましたし、逆に近隣市で行っていない取組もあったと思います。それらの情報交換を通して、相互理解を深めることができたと共に、近隣市と連携を図ることができたと感じています。また、10月に相談業務に特化した内容で情報交換を開催することを企画しているため、今後もそのような取組を進めていけると良いと考えています。

### ○大道委員長

先ほどの厚労省の取りまとめの評価は30年度、あるいは29年度までという

お話でしたので、今の話は今年度の話ですから、ぜひそういう事例を参考にしていただきたいと思います。

今の茅ヶ崎市のお話は非常に分かりやすいと思います。そういう集まりの協議体をたびたび開催するというものではありませんが、年数回やっただいて、その成果を取りまとめて、県あるいは関係団体に周知していただくことをぜひ、お進めいただきたいと思います。ありがとうございました。医療介護の広域的な連携という観点で他にございませんか。

### ○渡邊委員（横須賀市）

横須賀市は保健所の特例市で、独自で保健所を持っております。二次医療圏として連携をしないといけない市町は、鎌倉市、逗子市、葉山町は鎌倉保健事務所、三浦は三崎センターがあります。保健所単位での連携になりますと、横須賀市は外れてしまいます。横須賀市独自で他の二次医療圏の市町と連携した在宅医療介護連携推進事業の会議を年3回ほど行うようにしております。課題としては何が連携できるのかを持ち出して、情報交換・情報共有をするというところで終わっているのが現状です。少しずつその連携として進んでいる気はしますが、私どもが作成している成果物があり、それを二次医療圏で共有し使いたいと思い、他の市町にお声かけはさせていただいているところです。

今年動いているところは、横須賀市で作成した『リビングウィル』という冊子を参考にして、葉山町で終末期に関する冊子を作成しているところです。

また、横須賀市で在宅医療推進していただいている先生が逗子市に行って生涯学習の講座を開き、私どもで作っている『在宅療養ハンドブック』を講習の材料としてお使いいただいています。この市町が直接連携しているという形ではなくとも、圏域をまたがった先生方や専門職の方が他の市町に行って普及活動していただいているということは、そもそもの連携が進んでいると印象はあります。ただ、保健所で連携をなさいと言われても関わり難いので、県にもう少しリーダーシップをとっていただいて、市町村とまとめるような会議の設定をしていただけないかと要望しているところです。

### ○大道委員長

ありがとうございます。大変重要なご意見と受け止めました。退院調整ルールは先ほど申し上げているとおおり分かりやすく、手を付けられていると思いますので、後ほど議論させていただきますが、今の話は、どうしても保健所は前面に出ざるを得ないとなっておりますが、それでは別の制約があるので、むしろ現場の特に医師会サイド、医師の診療活動の中で、診療は本来圏域をまたいで当たり前という世界ですから、参考にしてほしいと思います。他の立場で何かご発言はあ

りませんか。

### ○相川委員

新しい視点で、今回の評価の中で、実は②も平均を下回っているので、⑥を行うには②がしっかりしてないと幾らルールを作っても、それをどう運用するかには繋がらないのではないかと思います。点数が低いということは、医療と介護の情報が集まっていないのではないのかと思います。そこを同時並行で進めないといけないと思います。

### ○大道委員長

保険者の機能をしっかりと発揮していただくという意味での入り込み方で⑥が喫緊の課題だと思えますが、そもそもその基盤となる②という実態として切れ目のない連携をしっかりしなくてははいけません。保険者の立場ですと距離ができるということで少し外れたのかかもしれませんが、ご意見はそのとおりでと思います。

確かに平均が5.8のところ、4.8ですからいま一つです。関係の発言があればいただきますが、今の点は、十分受けとめた上での今日の議論だとは思えます。

地域医療構想区域、実質二次医療圏、神奈川の場合は横浜は動かされていますが、その中で、病床機能を転換する、例えば地域包括ケア病棟にしようとする、地域包括ケア体制に繋がっている、地域医療構想調整会議でも、実は、医療介護連携は隣り合わせです。そもそもの病床機能の再編、整備はそこまで手が回っていないのかもしれませんが。小田原保健福祉事務所は作業部会があるのですか。

### ○丸山委員

ワーキンググループはすべての圏域の調整会議にございまして、ただ今回はテーマとして、在宅医療を進めていくことだったので、そういう点についてお話をしました。

### ○大道委員長

ワーキングの中で、広域的な連携と言いながら、地域医療構想の中で医療介護連携は当然広域的にならざるを得ないですね。分かりました。地域構想調整会議で情報提供があればいただきます。

### ○窪倉委員代理篠原氏

調整会議をやっていますが、結局、地域医療構想会議の本質は病床機能です。



ピラミッドがあつて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とありますが、基本的にはピラミッドの頂点の高度急性期は下流のところに関心がありません。実際に医療と介護の連携になると回復期になりますし、地域包括ケア病床がまさにそれで、慢性期は病床でも受け皿にはなりません。そこが、介護の方々の期待どおりに地域医療構想が動いていない、手をつけられていないというのが現実だと思います。

## ○大道委員長

国全体での状況がおっしゃるとおりのところがあり、国も何とか活性化しようとお対応しておられるのが実情のようです。今日はその議論ではないので措きますが、いずれにしても、保険者機能を発揮させるために、より広域的な市町をまたぐ医療介護連携の実を上げたいと、国の保険者機能に関する補助事業の中で可視化されたデータで結果が出たので、改めて協議をしています。大変ありがたいご意見が出ましたので、県として受けとめて今後の課題解決に役立てていただきたいと思います。

次に議題の「(2) 入退院調整ルールに係る検討状況について」事務局から資料説明をお願いします。

## ○事務局

資料2、参考資料2、参考配布「medical BIG net」説明

## ○大道委員長

入退院調整ルールについては、情報共有して、県内外の対応事例など伺ってきました。改めて、これまでの経緯を含めて説明がありました。神奈川県で入退院調整ルールを行政もしっかり関わる形で、どのように構築していくか、大変大事な時期だと思います。それぞれのお立場でご意見をいただければと思います。

## ○窪倉委員代理篠原氏

病院協会側からの考え方としては総論賛成です。賛成ですが自発的にそれぞれが代表者を出して動いて決めるということは難しいです。県主導で、横須賀市がうまくいっていますから参考にさせていただきたいと思います。参考例として東京都もできていますが、活用されているかどうかはまた別な話です。

現実として、病院にも差がありますから、それに対して人を割けないという病院、専門の部署がない病院があります。誰がやるかと言えば、病棟の師長、看護師で、ドクターは基本的には手を出したがりません。熱心な病院もありますが、やはり差があります。思い切ってやれば出来ないことはないと思いますので、大

きく主導してもらいたいです。私も会議に参加させていただきましたから声を上げてやりたいと思います。

### ○大道委員長

これは改めて、入退院調整ルールをある程度明確にして活用しますが、枠組みを作成したが使いづらい、または運用が実質困難で、なかなか本来の機能を果たしていないという事例はあります。できるだけコストをかけないように配慮をしながら行うのですが、誰がどうやって動かすか、運用の問題が一番難しいと思います。ネットワーク機能を活用した入退院調整の円滑化は、研究者は前から意識していますがなかなか思うようにいかないのが現状です。ただ一部地域、特に地方の県では、全県ではありませんが有名な地域医療ネットワークがあります。この神奈川という地域特性の中で入退院調整ルールをどのように活用するかご意見をいただきたいと思います。

### ○藤田委員

先ほど篠原先生は人材が足りていないと言われました。実際に足りていません。入退院支援はワーカーだけが行っているわけではありませんから、特に退院支援看護師が活躍している病院もたくさんあります。昨年度から、県の医師会の在宅医療トレーニングセンター研修の企画に参加させていただいております。やはりソーシャルワーカーもそうですが、特に看護師、できれば医師、いろいろな関係職種の方にも入っていただき、入退院支援に関する研修、入退院調整ルール作成自体にも意見を出し合えば、また地域ごとに特性もあるので、令和元年の3期4期は状況確認と意見収集と書いていただいているので、実情をまず把握して地域のご意見を集めていただいて、そこを比較検討して神奈川県として作り上げることがよいと思います。

### ○大道委員長

現実的な対応策のご発言です。どうぞ、それぞれのお立場でお願いいたします。

### ○久保田委員

大道委員長から運用の問題だと言われましたが、私もそう思います。今までいろいろな地域で取り組まれた入退院支援ツールを、いろいろ紹介していただきました。それをどうやって運用するかは、私たち在宅医療として待ち受ける立場としていつも感じるのは、居宅のケアマネジャーがどうやって入院中の情報を取れるのかということです。聞くと敷居が高くてなかなか会えないと言われます。当該患者が入院でお世話になり、もともと介護保険を利用してケアマネジャ

一が決まっています、入院中に担当の先生などに面談をして状況を把握して退院直後からの介護計画が事前に立てられることが理想ですが、入院中に居宅のケアマネジャーが病院の内部に入って、どのように面談してどのように情報を取るのかが運用のキーステップです。それには、入退院連携フォーマットがいろいろあります。その中で居宅のケアマネジャーが、入院中どのように接点をとるのかは、特にケアマネジャーの団体の皆様はご苦労していると思いますので、そこについて、具体的にいくことが入退院支援ツールの運用を高めることにつながると思います。

### ○大道委員長

病院側は、この会議でもかなり敷居が高いという意見があります。いろいろな病院がありますから病院は様々な問題を抱えていますのでそう簡単にいかないということはわかります。今日はケアマネ協会の方もいらっしゃいますね。改めて、現段階でいかがですか。

### ○青地委員

現状は、平成 30 年度の介護保険の制度改正の中で、入院した時に担当のケアマネジャーの名前を伝えるよう法律で決まりました。

ケアマネジャーとしてはご家族を通じて、病院の方にケアマネジャーの名前を伝えていただくと同時に、担当しているケアマネジャーが、入院情報提供書を書面で病棟にお渡しする形で連携を取ろうとしています。実情、自分が担当していればご家族から連絡を受けましたら、ご家族、病院の了解を取って面会に行つて、ご家族に病状の説明する時にできれば同席する形を取って訪問するのが現状です。ICTを活用する、データで見るということは難しい現状です。退院時も同様です。

### ○大道委員長

現状の紹介でした。医療介護同時改定と称する診療報酬と介護報酬の改定がありました。入退院支援加算、退院支援加算Ⅰ、Ⅱ、入退院加算を付け加えています。

県にできることがあればお聞きしたいと思います。県全体のルールを作る事はなかなか難しいと思いますが、県で何が出来て、どう支援したらこれからの入退院調整の実を上げることができるかという趣旨のご意見をいただきたいと思っています。medical BIG net では、湘南西部の二次医療圏ベースでの具体的な取組を紹介いただいたのですが、まず ICT の力を借りるとあまり負担なくできる可能性がありますということでした。

ただこれも運用の問題で、使い勝手が悪くてうまくいかないということもあり得ます。目指す方向は、こういうことも考えて、入退院調整のための仕組みを二次医療圏ごとなのか、別の形なのか、いろいろな形があつていいと思います。そういう意味での発言があれば、有難いと思います。ところで、medical BIG netは運用面ではどこまで行っていますか。利用している方がどの程度でどういう中身で、このネットを使っていますか。

### ○久保田委員

私は平塚市で開業しています。二次医療圏の医療の情報網を作ることを8年間ほど行って来ましたのでご紹介します。各病院で、入退院を円滑にするために、診療所にアンケートを取りました。医師会員全員から外来の項目や在宅医療の情報を集めて、地域包括支援センターごとに区分けしてそれを各病院にお渡しし、市役所、保健福祉事務所、地域包括支援センターに配布しました。それを毎年3月31日に改定しています。医療面における資源について情報共有は8年ほど前からできています。紙ベースをウェブ上で管理し、範囲を大磯町に広げました。

その中で全く欠落していたものが、入所介護施設の情報です。入所介護施設はケアマネジャーだけが知っていて、例えば病院から施設に退院する際、施設の検索ができないので、それを何とかするために介護施設の情報を開示して共有しようと思ったのです。そういう状況で歩んできましたので、medical BIG netが成功するかどうかは、入所介護施設の情報を登録していただけるかどうかにかかっています。医療の情報はどこの病院で何をやっているか皆知っています。どこの診療所が何をを行っているかも共有しています。ないのは入所介護施設の情報です。胃ろう、気管切開、看取りなどが開示されていません。それを一つのテーブルに乗せてA病院から退院するときに検索して、胃ろうを行っているところをチェックして、そこに電話をして対応してもらえるかどうかアクセスするということを目指して作っています。入所介護施設の方の登録を徹底的に推進することが必要です。

### ○大道委員長

そこまで行っていることを知りませんでした。入所介護施設の情報共有などは、県の支援があればできるのではないかと思います。ただ、入退院調整は、地域特性で違うものですから、同じことが各地で当てはまるかどうかはわからないのでそれぞれ地域の実情に応じた形で対応することが本来の姿です。

医療資源である病院病床、在宅での医療の様々な資源を有効に利用し合う仕掛けを作っていないと、今後の高齢社会は持たないわけです。この会議は在宅

医療連携推進のための協議体ですから、仕掛けづくりのために各市町村は何ができるか、県は何ができるか、そのあたりを現実的に詰めていくという趣旨です。追加のご発言はございませんか。

### ○右田委員

昨年度の川崎市在宅推進協議会で、入退院支援ルールの作成に向けて協議してきましたが、市内には40病院あり、機能も統一ではなく、統一のルールを作るとは難しいため、入退院調整モデルを作りました。今はそれを基に各病院から地域ケア会議に来てもらっています。

介護側としては医療の機能が分かりにくいところや、聞いて良いことかどうかわからないこともありましたので、地域ケア会議に1病院ずつ来てもらい、入退院調整モデルと、入退院の仕方の違うところや同じところを説明してもらい、細かいことまで意見交換するところから始めています。

県にお願いですが、前回も言わせていただいたのですが、皆さんから入退院窓口一覧表が欲しいと言われます。退院調整看護師が増えてきていますが、不慣れな方もいらっしゃるし、実際に入退院調整を誰がやっているのか分からない病院もあります。川崎市のケアマネジャー事業者は400ありますので、窓口一覧表だけでも欲しいとの意見です。また、市内だけでなく東京、横浜、町田、相模原など乗り入れ合っているところが多く、他市からも問い合わせがあるのですが、窓口が分からない、この病院はどのような機能なのか等、照会があります。病院所在地の地域包括支援センターだけは分かるようにしておくのか、自治体が分かるようにしておくのか、とりあえず県内はどこに聞けば分かるのかというルールを県が作っていただければ助かります。

### ○大道委員長

前回もご発言をいただいた経緯がありますが、資料2のチャートが出ていますし、県も意識し始めていますので、川崎市で、ご経験のことを繰り返しおっしゃっていますが、地域包括支援センターの名前は知っているが、現実にどういうことを行っているのか分からないという人もいます。地域包括支援センターも病院の中の考え方は良く分からないところがありますので、このような要望は重要だと思います。

### ○窪倉委員代理篠原氏

病院から言うと上から目線と言われるかもしれませんが、病院側も入退院支援の担当の人も少しずつ増えて、意識も変わってきていることは事実なのです。

具体的な話をしますと、200病床規模の病院でMSWが4人いれば良いほうで

す。退院調整看護師が1人か2人ケアマネジャーがいる場合もありますし、いない場合もあります。200病床規模でMSWが50人くらい必要です。そういう中で常に100%対応は難しいですけど、職員は結構対応していると思います。しかし改善の余地はあると思いますから、頑張っていきたいとは思っています。

### ○大道委員長

半分できれば御の字だということが今の段階だと思います。地域と直接関わる病院の制約が大きいことは事実です。また、病院も地域も、連携を図る上での連絡機能を何とかしていきたいということは同じだということをもまず受けとめていただきたいと思います。

入退院調整ルールについては、県の医療課でスケジュールイメージが出ていますので、キックオフだと考えて引き続きよろしく願いいたします。この問題について追加でご発言はございませんか。

### ○青地委員

先ほどの川崎市の取組に追加ですが、ぜひカテゴリを分ける時に、ケアマネジャーとして一覧ができるのであれば、例えば県央地区、県西地区など地域に分けて大体どういう病院があるか、例えば急性期病院や、リハビリテーション病院、地域包括ケア病棟がある、まだ少ないですが、介護医療院であるといった一覧と地域連携室という窓口がある、ないとか、それくらいの程度の一覧があれば、問い合わせることができると思います。そして、地域と病院の機能とを分けての一覧があれば良いと思います。

### ○大道委員長

これはある意味では結果的にそうならざるを得ないのでしょうという気がいたします。改めてのご要望ですので、よろしく願いいたします。

もう一つ議題が残っておりまして、次の議題に移らさせていただきます。最後に若干の時間がございますので、追加のご発言をいただきます。次の「議題(3)その他」看取りの問題、或いはACPの問題についてです。

### ○事務局

資料3-1、3-2説明

### ○大道委員長

ACPと看取りに関連した研修事業の紹介でした。ACPまたは看取りに関連した取組があつて、この機会に情報提供したい、ご意見があればお願いいたします。

(特になし)

### ○大道委員長

ACP や看取りに関連したことはなかなかこちらの会議で議論する性格ではございませんので、医療現場では苦慮する問題も出てきております。そういうことは、折に触れて、もし議論の余地があればこの会議で取り上げさせていただきたいと思っております。

次に「3 情報提供」でございます。地域医療介護総合確保基金にかかる令和元年度神奈川県計画について、事務局から情報提供があります。よろしくお願いたします。

### ○事務局

情報提供 資料4説明

### ○大道委員長

ただいまの説明について何かご質問があれば承ります。追加のご発言がなければ以上で本日の議事は終了させていただきたいと思っております。長時間にわたりましたご協力ありがとうございました。

### ○足立原医療課長

県の医療課長足立原です。遅い時間の会議ではございますが、ご協力ありがとうございました。この会議は、事務局が医療側の医療課と介護側の高齢福祉課の共同で行っております。県もなるべく医療と介護を一体化して行っているところでございます。私から、最後の退院調整の話題も結構あがっていましたので、その関係でひとこと申し上げます。

この3年くらいで、退院調整は徐々に進んできたと思っております。ルールも出来てきましたし、行政側も入退院調整という意識ができてきたことがまず大きなことです。退院調整についていろいろな先生が発言されていましたが、退院調整ルールで行くと、ケアマネジャー、退院調整ナースがこういうところをチェックしたらよいというノウハウの話と、川崎市がおっしゃった「情報」、どの病院がどのような機能を持っていて、どんなものが得意で、何は受けないのか、そして担当は誰かという、この二つだと思います。ノウハウものは簡便であることが大事だと思います。今日はいらっしゃいませんが、横浜市医師会さんがチェック表を作って60点イメージでこれをチェックすれば大丈夫という、それが大事かなと思ひまして、なるべく簡便なものをどうやって普及していくかだと思います。

ルール自体については、前回私も地域で事情が違うのでローカルでよいのではないかと申し上げました。ただ、担当が申し上げましたが、県でまとめてほしい部分があれば、ご意見をいただければ検討させていただきます。

最後に「退院調整の担当者の一覧」を作成することについて、確かに 200 床規模あるいはそれ以上ですと、1 人では無理です。名前まで書けるかというところがあります。でも 2、3 人でもよいので名前を書いて欲しい、それだけでも違う。それから湘南西部地域の medical BIG net で行おうとしているのですが、これは受ける、これは受けない、入所介護施設で看取りをやる、やらない、それだけでも作っていかうと支援を始めましたので、medical BIG net がうまくいけば同じノウハウが使えますから、そういうところをぜひご利用いただければと思います。

いずれにしても委員の先生の方のご意見を、会議だけではなく、随時いただきながら、顔の見える関係を築きながら、またケアマネジャー、ドクター、ナース等がどうしたら楽になれるかも重要ですので、簡便に負担を減らしながら、こういった在宅医療や介護の連携が進むよう、県としても進めたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

## ○事務局

次回の会議は 3 月を予定しております。以上をもちまして会議を終了いたします。ありがとうございました。