

○ 埼玉県入退院支援ルール標準例の作成について

（1）埼玉県入退院支援ルール標準例（案）の概要

- ・ 要支援・要介護の認定を受けた方については、介護保険が優先されるが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表7）に該当する場合や急性憎悪により「特別訪問看護指示書」の期間にある方は、医療保険で訪問看護が提供される。案では、こうした場合の関係機関と連携の必要性についての記載がないので、記載していただきたい。
- ・ 「介護支援専門員」と「ケアマネジャー」が両方使われているので、統一表記とした方がよい。
- ・ P4「退院調整」の「必要に応じて、かかりつけ医・歯科・薬局に対して会議への参加を依頼」とあるが、「かかりつけ薬局・歯科の役割」欄が空欄になっている。文言をこの欄にも入れ、「必要に応じて」と補足してもらいたい。
- ・ P6【退院調整が必要な患者の目安】ア⑩「食事制限」は、地域包括支援センターでも食事制限のある方の情報は必要なため、共通項目の方に入れた方がいい。また、食事制限ではなく「食事療法」とし、「食事療法（塩分、水分、摂取カロリー、治療食等）」としてはどうか。
- ・ P6【退院調整が必要な患者の目安】ア⑪「住宅改修等環境整備が必要」は、退院後すぐにベッドや入浴用福祉用具等が必要となる方々はすぐに介護申請が必要とされるため、「福祉用具・住宅改修等環境整備が必要」とした方がよい。
- ・ P6【退院調整が必要な患者の目安】イ③「がん末期」は、「担がん患者」とした方がよい。
- ・ 多くの地域からこれは直したほうがよいという意見があがってくるようなことがあれば、改正を行える形とした方がよい。

（2）検討事項

① 入退院支援ルール作成の地域単位の考え方

② 地域での入退院支援ルール作成の協議の進め方

- ・ 郡市医師会に協力してもらわないと決してこれは動かないことなので、協力をお願いしたい。
- ・ 入退院支援ルールを含む在宅医療・介護連携推進事業については市町村が実施主体となっている。これまで市町と郡市医師会が協力して進めているので保健所がオブザーバーとなったり、地域で話し合いが進まない場合は、保健所が話し合いを設定するのは若干の違和感があるが、市町村単独ではなかなか難しい中であって、県内全地域で漏れなく取り組んでもらう意味では、保健所はチェック機能を果たす機関として位置付けるとよい。
- ・ 地域の実情に合わせて、郡市医師会と市町村がタッグを組んでやれるところはお任

せし、保健所はオブザーブ、進捗管理をしていただく。ただ、立ち往生する地域があれば、保健所が自ら主体となって協議の場を設定するなど、状況に応じて保健所にも先頭に立つてもらふことが必要かと思う。

- ・標準例というものをなぜ示すのか、どういうふうに活用していくべきなのか、地域での最初の説明について要請があれば、県医療整備課のバックアップをぜひお願いしたい。
- ・400床以上の大病院では入退院調整を積極的にやっているが、郡市医師会の地域を跨いで受け入れてるところが多く、郡市医師会単位では難しい。一方、200床未満だと退院調整はやっているが入院調整の取り組みの方は未だこれからと、規模によって進め方が違う。医療と介護の顔の見える関係というのも保健所が頑張っているのも、全体が均一にボトムアップするように保健所に調整してもらえるとよい。
- ・さいたま市は、在宅医療や医療介護の連携もそれぞれの医師会で別々にやっているが、これを機会にソフトな形で、入退院支援ルールは統一したものを目指すのがよいと思う。
- ・入退院支援ルールは、退院して在宅・介護施設等で療養を行っている患者が、症状の急性増悪時に医療機関が受け入れるサブアキュートに対しての適用を原則として想定しているということだが、サブアキュートの患者が対象であれば、話し合いのメンバーに「急性期、回復期などの病院機能を代表する者」は必要ない。
- ・救急で急性期病院に入院する患者へも適用してもらった方がよい。
- ・医療機関は、医師よりMSWが出る形がよい。
- ・話し合いのメンバーには、リハ職、栄養士、歯科衛生士等、実情に応じて専門職も入ってもらえるのが望ましい。
- ・話し合いのメンバーの選定は、地域に任せるという形にしてもらいたい。
- ・医師会の病院の医療機能の分化・連携等の会議において、こういう入退院支援ルールが話し合われているということを伝える機能はあった方がよい。