

第3回 神戸圏域地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会

日時：平成29年11月6日（月）13:30～

場所：三宮研修センター 1005会議室

会議次第

1 開会

2 議事

(1) 兵庫県保健医療計画と神戸市介護保険事業計画との整合について

(2) 認知症の人にやさしいまちづくりの推進について

資料1 委員名簿

資料2 兵庫県保健医療計画と神戸市介護保険事業計画との整合について

資料3 認知症の人にやさしいまちづくりの推進について

参考資料1 第2回 神戸圏域地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 議事要旨

参考資料2 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針<抜粋>

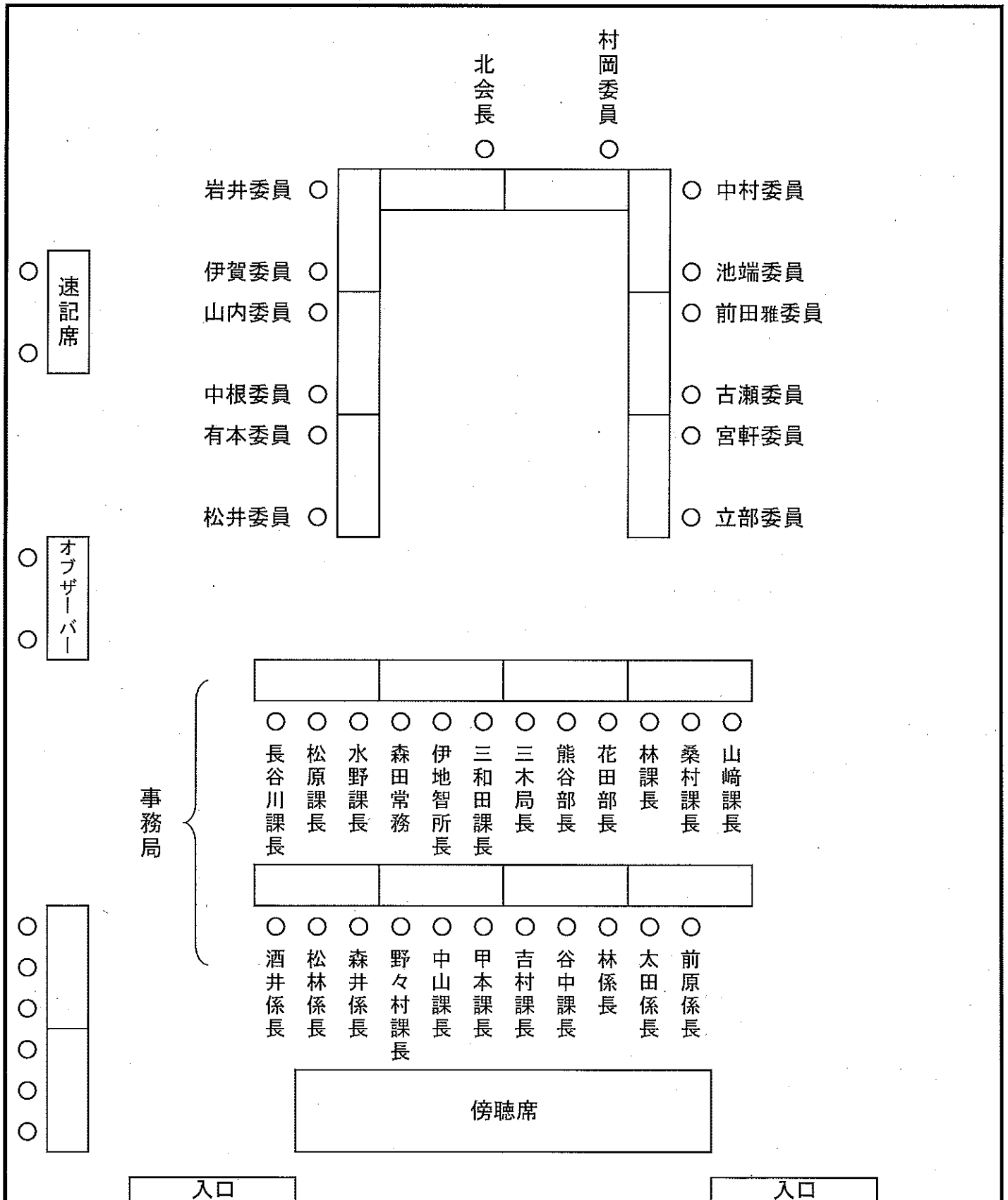
参考資料3 地域包括ケア推進部会 運営要綱

参考資料4 神戸圏域地域医療構想調整会議 傍聴要綱

神戸圏域地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 座席表

日時:平成29年11月6日(月)13:30~

於:三宮研修センター 1005会議室



神戸圏域地域医療構想調整会議
地域包括ケア推進部会 委員名簿

北 徹	神戸市医療監 (※)
村岡 章弘	神戸市医師会副会長
中村 治正	神戸市医師会理事
池端 幸成	神戸市歯科医師会常務理事
日比 高志	神戸市薬剤師会副会長
前田 雅道	神戸市民間病院協会理事
古瀬 繁	神戸市民間病院協会監事
宮軒 將	兵庫県精神科病院協会理事
立部 巴	兵庫県看護協会神戸東部支部地区理事
松井 年孝	神戸市老人福祉施設連盟理事長
有本 雅子	神戸介護老人保健施設協会会長
中根 義信	神戸市シルバーサービス事業者連絡会会長
山内 賢治	兵庫県社会福祉士会地域包括支援センター支援委員会委員長
伊賀 浩樹	神戸市ケアマネジャー連絡会代表理事
岩井 信彦	兵庫県リハ3士会地域支援推進協議会代表
澤村 誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター名誉院長
前田 潔	神戸市認知症対策監

(※) は会長

(敬称略 順不同)

神戸圏域地域医療構想調整会議
地域包括ケア推進部会 事務局名簿

三木 孝	神戸市保健福祉局長
熊谷 保徳	神戸市保健福祉局健康部長
伊地智 昭浩	神戸市保健福祉局保健所長
花田 裕之	神戸市保健福祉局高齢福祉部長
水野 進太郎	神戸市保健福祉局健康部健康政策課長
三和田 智子	神戸市保健福祉局健康部地域医療課長
山崎 初美	神戸市保健福祉局保健所調整課長
中山 裕介	神戸市保健福祉局保健所保健課長
甲本 博幸	神戸市保健福祉局保健所薬務担当課長
桑村 佳孝	神戸市保健福祉局高齢福祉部施設整備調整担当課長
林 秀和	神戸市保健福祉局高齢福祉部介護保険課長
吉村 千波	神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢在宅支援担当課長
長谷川 典子	神戸市保健福祉局保健所認知症担当課長
松原 雅子	神戸市保健福祉局保健所認知症・介護予防担当課長
野々村久実枝	神戸市保健福祉局障害福祉部障害福祉課担当課長
谷中 俊宣	神戸市住宅都市局住宅部住宅政策課長
森田 文明	一般財団法人神戸在宅医療・介護推進財団常務理事

兵庫県保健医療計画と神戸市介護保険事業計画 との整合について

兵庫県保健医療計画と神戸市介護保険事業計画との整合について

1. 地域医療構想の策定

団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて、都道府県保健医療計画の一部として「地域医療構想」が作成されている。

「地域医療構想」は、2025年の各地域の必要病床数を医療機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に推計し、現状の病院機能報告制度に基づく病床数と比較し、余剰または不足が見込まれる機能を明らかにすることで、各地域にふさわしい病床の機能分化・連携を進めることを目的としている。

また、限られた病床を効率的に活用しながら、高齢化により増大する医療需要に対応するため、医療の必要度が相対的に低い入院患者は在宅医療もしくは介護施設等へ移行していくことを基本としている。

2. 兵庫県保健医療計画と神戸市介護保険事業計画との整合

県が策定する「保健医療計画」と市が策定する「介護保険事業計画」が、平成30年度に同時に改定時期を迎える。

そのため、国からは、これらの計画を一体的に作成し整合を確保できるよう、「医療・介護協議の場」を設け、病床の機能分化・連携に伴い生じる今後の在宅医療等の需要に対し、訪問診療や介護施設等でどのように対応していくのかを検討し、保健医療計画において掲げる在宅医療の整備目標と介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標を整合的なものとするよう求められている。

平成28年10月に策定された兵庫県地域医療構想によると、神戸市では在宅医療等（訪問診療、介護施設等）を必要とする患者数が、平成25年(2013年)の16,765人から平成37年(2025年)には26,547人へと、9,782人増加すると推計されている。

3. 在宅医療等（訪問診療、介護施設等）を必要とする患者数の推計と対応

				(人/日)	
		H25 (2013年) 現況	H37 (2025年) 推計	現況 との比較	
高齢者の自然増に伴う需要		14,514	23,279	+8,765	
訪問診療		11,366	16,981		
	老健施設等	3,148	6,298		
療養病床等から在宅医療等への移行に伴う需要		2,251	3,268	+1,017	
療養病床	医療依存度が相対的に低い患者（注1）	558	862	合計 2,062	
	人口10万人当たりの入院患者数の地域差是正（注2）	796	1,200		
一般病床	医療依存度が相対的に低い患者（注3）	898	1,206		
在宅医療等 合計		16,765	26,547	+9,782	

		(人/日)	
		H37(2025年)の対応	H37(2025年)推計
高齢者の自然増に伴う需要			23,279
訪問診療			16,981
	老健施設等		6,298
療養病床等から在宅医療等への移行に伴う需要			3,268
介護医療院（注4）			335
介護施設（老健・特養）			1,295
訪問診療			432
外来医療			1,206
在宅医療等 合計			26,547

3対1
(注5)

国から示された地域医療構想の推計結果では、高齢者の自然増に伴う需要増に加え、療養病床から在宅医療等への移行に伴う需要増が2,062人、一般病床から在宅医療等への移行に伴う需要増が1,206人と推計された。

これらの在宅医療等の需要増に対しては、国から示された方針に基づき、療養病床から生じる需要増は、まず介護医療院への転換で対応し、残りは介護施設（老健・特養）と訪問診療とに3：1で按分して対応することとする。また、一般病床から生じる需要増は外来医療で対応することとする。

（注1）療養病床入院基本料における医療区分1の患者の70%。医師等による常時監視・管理を実施していない患者で、経管栄養、1日7回以下の喀痰吸引、癌ターミナル等の患者が該当。

（注2）入院受療率（人口10万人当たりの療養病床の入院患者数）が最も低い自治体の入院受療率を目標として地域差を縮小し、在宅医療等へ移行する入院患者数。

（入院受療率 最大：高知県614人、最小：長野県122人、兵庫県：223人）

（注3）患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数で換算した値が入院基本料を除き175点（1,750円）未満の患者。

（注4）日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れと看取り・終末期ケアの機能と生活施設の機能を備えた、介護保険法に基づき設置される施設。335床は療養病床をもつ医療機関への調査から推計。

（注5）平成26年厚生労働省患者調査における医療療養病床からの退院患者の退院先の比率。

4. 今後の対応

介護施設の整備計画については、介護保険事業計画の策定審議を行う神戸市市民福祉調査委員会の「介護保険専門分科会」において、今後、具体的な検討を行う。

訪問診療の確保計画については、当部会の中の「医療・介護連携のあり方専門部会」において、今後、具体的な方策の検討を行う。

5. 参考

(1) 訪問診療サービス量総数

区分	(人/月)		
	自然増分 ①	新たな需要分 ②	訪問診療総数 ①+②
H25(2013年)	11,366	0	11,366
H29(2017年)	12,066	0	12,066
H32(2020年)	13,470	162	13,632
H35(2023年)	14,874	324	15,198
H37(2025年)	16,981	432	17,413

1.4倍

※自然増分は国の地域医療構想推計ツールにより算定

(2) 療養病床等からの移行により生じる訪問診療等の需要量

区分	介護医療院	介護施設 (老健・特養)	訪問診療	新たな需要計
H32(2020年)	0	486	162	648
H35(2023年)	335	971	324	1,630
H37(2025年)	335	1,295	432	2,062

※H32(2020年)の介護施設、訪問診療はH37値の3/8を想定

※H35(2023年)の介護施設、訪問診療はH37値の6/8を想定

6 2025 (平成 37) 年の必要病床数等推計結果 (28、30~32 頁)

- 2025 年の必要病床数、在宅医療需要の推計は次の表のとおりとなる。
- 現況と比較しつつ、各病床機能と在宅医療の体制を整備していく必要がある。

2025 (H37) 推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計 (床)	在宅医療需要 (人/日)	
神戸	H37 必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647	H37見込	26,547
	H26 病床機能報告	2,137	8,380	1,307	3,207	15,031	H25現況	16,765
	差引	63	2,470	△ 3,725	576	△ 616	今後の増加	9,782
阪神南	H37 必要病床数	1,279	3,468	2,859	1,664	9,270	H37見込	17,836
	H26 病床機能報告	1,221	4,727	605	2,327	8,880	H25現況	10,722
	差引	△ 58	1,259	△ 2,254	663	△ 390	今後の増加	7,114
阪神北	H37 必要病床数	497	1,890	1,718	2,465	6,570	H37見込	11,554
	H26 病床機能報告	25	3,461	391	2,815	6,692	H25現況	5,832
	差引	△ 472	1,571	△ 1,327	350	122	今後の増加	5,722
東播磨	H37 必要病床数	730	2,229	2,115	1,380	6,454	H37見込	7,844
	H26 病床機能報告	707	3,448	529	1,645	6,329	H25現況	4,509
	差引	△ 23	1,219	△ 1,586	265	△ 125	今後の増加	3,335
北播磨	H37 必要病床数	234	988	889	1,257	3,368	H37見込	3,057
	H26 病床機能報告	126	1,625	447	1,362	3,560	H25現況	2,308
	差引	△ 108	637	△ 442	105	192	今後の増加	749
中播磨	H37 必要病床数	658	1,959	1,901	752	5,270	H37見込	6,031
	H26 病床機能報告	790	3,134	536	1,104	5,564	H25現況	4,140
	差引	132	1,175	△ 1,365	352	294	今後の増加	1,891
西播磨	H37 必要病床数	145	708	900	468	2,221	H37見込	2,939
	H26 病床機能報告	6	1,654	253	737	2,650	H25現況	2,312
	差引	△ 139	946	△ 647	269	429	今後の増加	627
但馬	H37 必要病床数	133	541	476	250	1,400	H37見込	2,167
	H26 病床機能報告	18	932	210	314	1,474	H25現況	1,917
	差引	△ 115	391	△ 266	64	74	今後の増加	250
丹波	H37 必要病床数	52	236	204	339	831	H37見込	1,402
	H26 病床機能報告	4	612	44	468	1,128	H25現況	1,063
	差引	△ 48	376	△ 160	129	297	今後の増加	339
淡路	H37 必要病床数	99	328	438	559	1,424	H37見込	1,881
	H26 病床機能報告	19	774	184	832	1,809	H25現況	1,474
	差引	△ 80	446	△ 254	273	385	今後の増加	407
全県	H37 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	H37見込	81,257
	H26 病床機能報告	5,053	28,747	4,506	14,811	53,117	H25現況	51,040
	差引	△ 848	10,490	△ 12,026	3,046	662	今後の増加	30,217

※ H26 病床機能報告における病床機能は医療機関の自己申告であること、H37 必要病床数の将来推計は一定の仮定のもとでの試算であること、両者の病床機能の定義が異なり単純には比較できないことなどから、数値は今後、精緻化が必要である。

※ 推計はあくまで、医療需要の将来像を展望するためのものである。過剰になると見込まれる機能の病床については、必要な機能への転換を支援する。また、不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。 【必要病床数等に関する留意事項は本編 31 頁】

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料 1

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

【算定要件】

25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

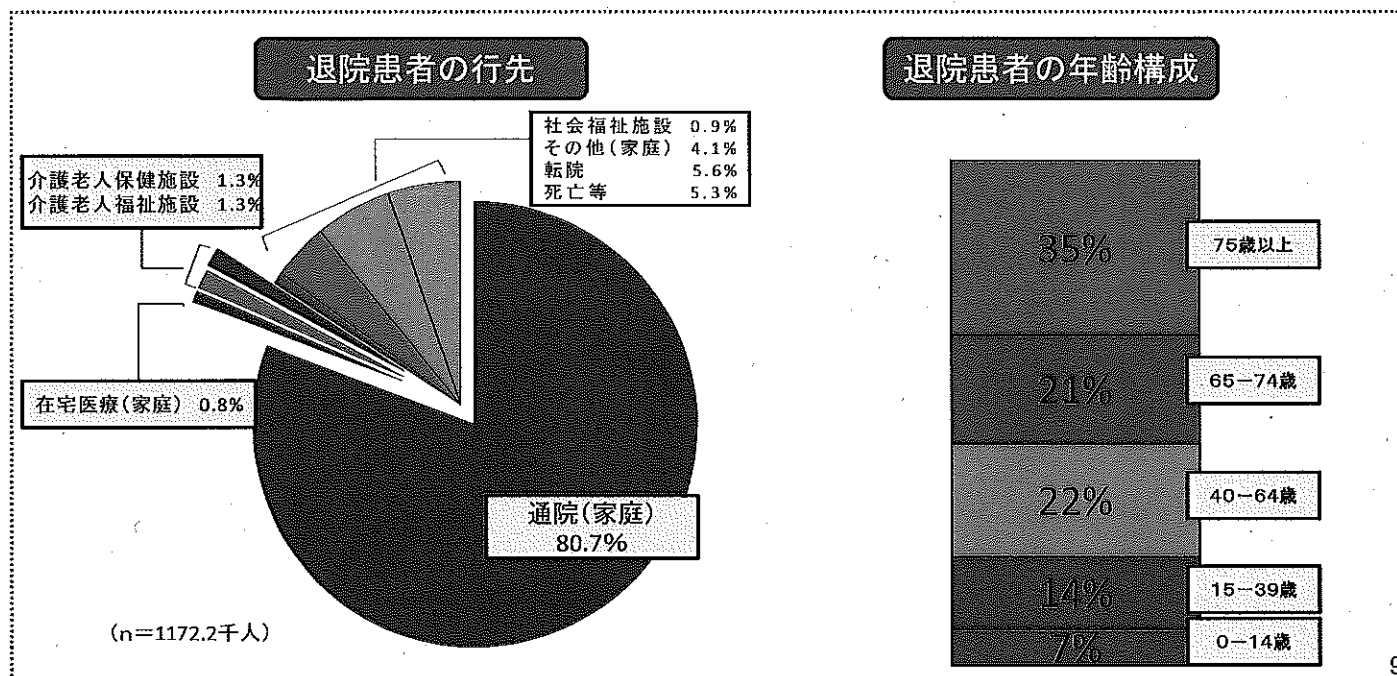
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

医療区分

医療 区 分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療 区 分 2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

一般病床における退院先等の状況

- 平成26年患者調査において、調査対象期間中(9月1日～30日)に一般病床から退院した患者の行き先等の状況は以下のとおり。
- 一般病床退院患者の年齢構成は、65歳以上が約半数を占めるものの、退院した患者の多くは、通院による医療を受けている。



9

一般病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量について

- 直近の6年間において、平均在院日数は約1割減少してきている他、今後は、策定された地域医療構想に基づき、地域ごとに病床機能分化・連携の取組が更に推進される。
- その結果、一般病床の医療需要は
 - ・ 高齢化の進展により入院が必要となる高齢者の数は一定程度増加するものの、
 - ・ 病床機能の分化・連携により、入院外での対応が進むことで
 一般病床の効率的な利用が行われれば、総体としては、減少することになると想定される
- また、現在の医療提供体制においても、一般病床から退院する患者については、約8割が退院後は外来医療に移行している。



一般病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量については、基本的には、外来医療により対応するものとして見込むこととしてはどうか。

患者調査の活用

- 医療療養病床から退院する患者の退院先の状況について、患者調査の結果をみると、以下のとおり。
- 自宅で在宅医療を受ける患者と、介護施設を利用する患者との比率は、約1:3となる。

(千人)

	H20	H23	H26
総数	37.7	38.5	44.1
家庭	19.1	18.3	21.2
当院に通院	10.1	9.1	9.6
他の病院・診療所に通院	6.2	6.7	8.8
在宅医療(訪問診療・訪問看護等)	1.3	1.2	1.5
その他	1.5	1.3	1.4
他の病院・診療所に入院	5.3	4.7	5.0
地域医療支援病院・特定機能病院	0.8	1.1	1.2
その他の病院	4.3	3.5	3.7
診療所	0.1	0.1	0.1
介護老人保健施設に入所	2.9	3.0	3.1
介護老人福祉施設に入所	1.6	1.4	1.7
社会福祉施設に入所	0.8	1.3	1.4
その他(死亡・不明等)	8.1	9.9	11.7

在宅医療:介護施設
=1:3

認知症の人にやさしいまちづくりの推進について

1. 条例制定の趣旨（(仮称)認知症の人にやさしいまちづくり条例）

高齢化が急速に進む中、今後一層の認知症高齢者の増加が見込まれ、誰もが認知症になりえる認識を持つことが求められる。

G7保健大臣会合（2016年9月）の「神戸宣言」を踏まえながら、市独自の認知症対策の新たな試み（認知症の人の起こした事故に関する救済制度）や医療産業都市の推進との連携などによって、認知症になっても住み慣れた地域で安心して過ごすことができる「認知症の人にやさしいまちづくり」を推進していくため、条例の制定を検討している。

参考：神戸市の状況（平成29年3月末現在）

高齢者人口	41.8万人	認知症高齢者 日常生活自立度Ⅱ以上	46,509人
-------	--------	----------------------	---------

2. 検討状況

平成29年3月より「認知症の人にやさしいまちづくりに関する有識者会議」を設置し、議論を行っている。また、有識者会議の下に「事故救済制度に関する専門部会」と「認知症初期集中支援事業運営関連部会」を設置し、より専門的な議論を行っている。

事故救済制度については、認知症の人が起こした事故に関する救済制度の創設を目指しており、「認知症と診断された方」を対象とすることなど、検討しているところである。（診断をどの機関で行うか、認知症検診制度の導入など検討中）

また、「認知症の人の運転免許返納促進」についても検討しているところである。

3. 今後のスケジュール

- ・11月18日 有識者会議において条例案を中心に議論予定
- ・12月中下旬～ 条例案のパブリックコメントを実施予定
- ・今年度中の議会上程を目指す

4. 添付資料

- ・有識者会議・有識者会議部会 委員名簿
- ・(仮称)認知症の人にやさしいまちづくり条例の論点整理

認知症の人にやさしいまちづくりに関する有識者会議委員名簿

(50音順)

敬称略

	岩佐 光一朗	神戸市自治会連絡協議会会長
	置塩 隆	神戸市医師会会長
	河西 美保	認知症の人と家族の会兵庫県支部代表
《座長》	北 徹	神戸市医療監
	窪田 充見	神戸大学大学院法学研究科教授
	幸寺 覚	兵庫県弁護士会弁護士
	古和 久朋	神戸大学大学院保健学研究科教授
	桜間 裕章	神戸新聞社常勤監査役
	玉田 はる代	神戸市婦人団体協議会会長
	前田 潔	神戸市認知症対策監
	松井 年孝	神戸市老人福祉施設連盟理事長
	松原 一郎	関西大学社会学部教授
	祐村 明	民生委員児童委員協議会理事長
	吉川 敦	兵庫県精神科病院協会医師

事故救済制度に関する専門部会委員名簿

(50音順)

敬称略

	河西 美保	認知症の人と家族の会兵庫支部代表
《部会長》	窪田 充見	神戸大学大学院法学研究科教授
	古和 久朋	神戸大学大学院保健学研究科教授
	手嶋 豊	神戸大学大学院法学研究科教授
	名倉 大貴	兵庫県弁護士会弁護士
	前田 潔	神戸市認知症対策監
	水上 然	神戸学院大学総合リハビリテーション学部准教授

認知症初期集中支援事業運営関連部会委員名簿

(50音順)

敬称略

	池田 学	大阪大学大学院医学系研究科教授
	伊藤 米美	認定 NPO 法人認知症予防ネット神戸理事長
	奥西 栄介	福井県立大学看護福祉学部教授
	川島 恵美	関西学院大学人間福祉学部准教授
	河西 美保	認知症の人と家族の会兵庫県支部代表
	久次米 健市	神戸市医師会監事
《部会長》	古和 久朋	神戸大学大学院保健学研究科教授
	種村 留美	神戸大学大学院保健学研究科教授
	坪井 桂子	神戸市看護大学看護学部教授
	山内 賢治	兵庫県社会福祉士会地域包括支援センター支援委員会委員長

第2回 神戸圏域地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 議事要旨

1. 日 時 平成29年8月30日(水) 13:30~15:30
2. 場 所 三宮研修センター
3. 議事内容

【専門部会の設置について】

- ・「介護予防」、「医療介護連携のあり方」、「在宅療養者の服薬管理のあり方」、「看取り支援」の各専門部会の概要、現状及び課題、主な検討項目の説明
- ・各専門部会の座長、構成員、アドバイザーの説明

【地域医療介護総合確保基金事業にかかる意見・提案】

- ・新規事業16件、過年度採択事業4件、合計20件の説明・意見聴取

4. 主な意見

【専門部会の設置について】

- 4つの専門部会については良いことなので、ケアマネ連絡会としても協力させていただく。提案だが、あんすこセンターの職員が介護予防に積極的に取り組まれているので、介護予防専門部会の委員に入っていたらどうか。また、医療介護サポートセンターの役割が重要視されており、サポートセンター職員も積極的に取り組まれているので、医療介護連携のあり方専門部会の委員に入っていたらどうか。(伊賀委員)
- 本来、介護予防を進めるには地域住民が主体性を持つべきだと思うが、神戸市ではまだ少ない。西区でいきいき百歳体操の指導をコミュニティの中に入り込んでやっているが、効果が出てきている。地域住民がいきいき百歳体操を通じて介護予防に取り組み、そして友達をつくったり生きがいを見つけたりして、本当の意味において温かい社会を作ることが大変重要である。(澤村委員)
- 医療介護連携のあり方専門部会の課題5つ目で、「看護師のサマリーに必要情報が記載されていない」とある。リハ職に関しては、患者が在宅に帰る際、病院でリハを担当した者が、ケアマネやデイケア・デイサービスの担当者等にリハの目標や運動機能などは情報提供するが、障害の理解度や介助する際に気をつけるべきことなど、在宅で診るときに本当に必要な情報が提供されていないとよく言われている。リハ職が必要な情報を提供しているかという点もしっかり議論していただきたい。(岩井委員)
- 患者が老健へ移る際、医師や看護師がサマリーを書くが、病院のサマリーとしては通用しても、もらう側に必要な情報が書いていない。もらう側を優位に考えて書いていただきたい。必要な内容をできるだけ数値化してもらうことが必要ではないか。(前田委員)
- 専門部会で話し合っ、人の問題と財源をどう担保されるのか。新しい提案をしても果たして実行可能なのか、ということを懸念している。(前田委員)
- 4つの専門部会すべてについてお願いしたいが、例えば医療介護連携のあり方専門部会の1つ目の課題は、「問題」であって、この背景に見え隠れしているものが「課題」なのではないか。また「連携のための統一様式が作成できていない」とあるが、当初から連携が必要と言っているのに、作ってこられなかった背景にはどんな問題があるのか。そういっ

たことを含めて検証し、実効ある内容にしていきたい。(山内委員)

○医師会と病院協会で作った患者のシートがあるが、電子カルテに取り込めない。すべて電子カルテに取り込めることを基本にしていきたい。バイタルリンクは介護にとっては非常にいいが、これを医療にどう取り込むかは問題点。将来的には1患者1IDで全て統一したいが、前段階で可能な限り電子化して情報共有できるようにしていきたい。(古瀬委員)

○精神・神経に関わる専門医、精神科以外の脳神経外科や神経内科の専門医も専門部会に必要ではないか。(宮軒委員)

○対象となる人は高齢者が中心だが、ソーシャルインクルージョンが大きな問題になっているので、障害者も含めすべての住民を対象とすべき。当部会の事務局メンバーにも障害者関係部局を入れるべき。(澤村委員)

【地域医療介護総合確保基金事業にかかる意見・提案】

○神戸市提案のICTの活用について、具体的にはコーディネーターが活用するのか。従来のシステムとの整合性はどうなっているのか。初めて聞いた話なので医師会の会議で詳しく説明していただきたい。(村岡委員)

○基金事業として提案が通っても、初期費用のみでメンテナンス費用は出ないことが多く、作ったものの使われていないという事例が各地である。そのため医師会ではバイタルリンクに積極的ではない。事業提案されるなら医師会に事前説明をしていただきたい。(中村委員)

【その他】

○調剤薬局は処方箋しか情報がないので、ICTをうまく使って患者情報を共有できたらいいと思う。部会でしっかり議論していただきたい。また、薬剤師が在宅に入る意義がまだ理解されていないので服薬支援のあり方についても部会で議論していただきたい。(日比委員)

○地域包括ケアシステムが推進されているが、地域住民は知らないので丁寧に説明していかないといけない。(中根委員)

○老健施設は介護人材が集まらず人事的に困っている。(有本委員)

地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 構成員一覧

別紙

	健康寿命延伸のための「介護予防」専門部会	医療介護連携のあり方専門部会	在宅療養者の服薬管理のあり方専門部会	看取り支援専門部会
座長	千葉大学 近藤教授	北医療監	中央市民病院 橋田薬剤部長	神戸市医師会 中村理事
市医師会	肱黒 泰志	是則 清一	奥知 博志	松岡 泰夫
市歯科医師会	豊後 孝敏	本庄 健一	登利 佳央	橋本 猛央
市薬剤師会	安田 理恵子	宮内 智也	小塚 ひとみ 山本 智史	高見 良子
市民間病院協会		吉田 寛	古瀬 繁	前田 雅道
兵庫県看護協会	松本 多津子	福田 陽子	田中 明子	大路 貴子
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会		藤田 愛	加藤 美奈子	松本 京子
市ケアマネジャー連絡会	鶴本 和香 (あんしんすこやかセンター)	庄村 欣也 (居宅介護支援事業所)	山田 恵美子 (居宅介護支援事業所)	河井 真知子 (居宅介護支援事業所)
市老人福祉施設連盟				重光 雄明 (特別養護老人ホーム)
神戸介護老人保健施設協会				堤 裕紀恵 (介護老人保健施設)
兵庫県介護福祉士会		中口 明克 (サービス付き高齢者向け住宅)	林 洋子 (訪問介護事業所)	
兵庫県社会福祉士会			段 真奈美 (あんしんすこやかセンター)	
神戸市リハ職種地域支援協議会	山本 克己 (兵庫県理学療法士会)			
兵庫県栄養士会	榊 由美子			
兵庫県歯科衛生士会	上原 弘美			
神戸在宅医療・介護推進財団		中野 悦子		
アドバイザー	東京大学 飯島教授	東京大学 飯島教授		
その他				

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）

<関係部分のみ抜粋>

平成 26 年 9 月 12 日告示

平成 28 年 12 月 26 日一部改正

二 都道府県計画、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画の整合性の確保等

都道府県計画は、医療及び介護の総合的な確保に関する目標、当該目標の達成に必要な事業に関する事項について定めるものであることから、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画の考え方と整合性を図ることが必要である。

また、医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画については、平成 30 年度以降、計画作成・見直しのサイクルが一致することとなるが、これらの計画の整合性を確保するためには、当該年度を見据えつつ、それぞれの計画において、医療及び介護の連携を強化するための以下の取組を推進していくことが重要である。

1 計画の一体的な作成体制の整備

医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村における計画作成において、関係者による協議の場を設置し、より緊密な連携が図られるような体制整備を図っていくことが重要である。

2 計画の作成区域の整合性の確保

医療・介護サービスの一体的な整備を行う観点から、医療計画で定める二次医療圏（一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地理的な単位として区分する区域をいう。以下同じ。）と、都道府県介護保険事業支援計画で定める老人福祉圏域（介護給付等対象サービス（介護保険法第 24 条第 2 項に規定する介護給付等対象サービスをいう。）の種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域をいう。以下同じ。）を、可能な限り一致させるよう、平成 30 年度からの計画期間に向けて、努める必要がある。

また、病床の機能の分化及び連携を進めるに当たり、交通事情等の社会的条件、高齢者の増加、地域における患者の流出入の状況、医療資源の地域偏在等により、一の都道府県の区域内で必要な医療提供体制の確保が困難である場合には、近隣の都道府県や広域の区域と連携する方策等を検討し、所要の体制整備を図っていくことも重要である。

3 基礎データ、サービス必要量等の推計における整合性の確保

医療及び介護の連携を推進するためには、計画作成の際に用いる人口推計等の基礎データや、退院後に介護施設等を利用する者、退院後又は介護施設等の退所後に在宅医療・介護を利用する者の数等の推計について、整合性を確保する必要がある。特に、病床の機能分化・連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保が重要である。市町村が市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、都道府県が医療計画において掲げる在宅医療の整備目標とを整合的なものとし、医療・介護の提供体制を整備していく必要がある。

神戸圏域地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 運営要綱

平成 29 年 3 月 16 日
保健福祉局長決定

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、神戸圏域地域医療構想調整会議運営要綱（以下「要綱」という。）第 9 条第 1 項により開催する地域包括ケア推進部会（以下「部会」という。）の運営等に関し、同条第 3 項に基づき、必要な事項を定めるものとする。

(協議事項)

第 2 条 部会は、地域包括ケアの推進に必要な事項として、神戸圏域における次の事項について協議する。

- (1) 在宅医療・介護の連携推進に関する事項
- (2) 在宅医療提供体制の充実に関する事項
- (3) 地域医療介護総合確保基金の事業計画の検討（地域包括ケア推進に関する事項）
- (4) その他兵庫県地域医療構想及び地域包括ケアの推進に関する事項

(委員)

第 3 条 部会は、保健福祉局長が指名する委員、及び次に掲げる者のうちから、市長が委嘱し、又は任命する委員で構成する。

- (1) 保健医療関係者
 - (2) 介護関係者
 - (3) 前 2 号に掲げる者のほか市長が特に必要があると認める者
- 2 前項の規定により委嘱し、又は任命する委員の人数は、20 名以内とする。
- 3 議事について、特別な利害関係を有する委員は、その議事に加わることができない。

(任期)

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。但し、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任されることができる。

(会長の指名等)

第 5 条 保健福祉局長は、委員の中から会長を指名する。

- 2 会長は、会の進行をつかさどる。
- 3 保健福祉局長は、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、前項の職務を代行する者を指名する。

(関係者の出席)

第 6 条 保健福祉局長は第 3 条に規定する委員のほか、部会の運営上必要な者の出席を求めることができる。

(部会の公開)

第7条 部会は、これを公開とする。但し、次のいずれかに該当する場合で、保健福祉局長が公開しないと決めたときは、この限りでない。

(1)神戸市情報公開条例(平成13年神戸市条例第29号)第10条各号に該当すると認められる情報について意見交換を行う場合

(2)部会を公開することにより、公正かつ円滑な部会の進行が著しく損なわれると認められる場合

2 部会の傍聴については、神戸圏域地域医療構想調整会議傍聴要綱(平成28年9月14日保健福祉局長決定)を適用する。

(専門部会)

第8条 部会は、必要に応じ、専門部会を開催することができる。

2 専門部会は、保健福祉局長が指名する委員及びその他市長が適当と認める者のうちから委嘱し、又は任命する委員で組織する。

3 専門部会の運営に関し、必要な事項は、保健福祉局長が定める。

(部会の庶務)

第9条 部会の庶務は、保健福祉局健康部において処理する。

(施行細目の委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、部会の運営に関し、必要な事項は、保健福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成29年3月16日から施行する。

神戸圏域地域医療構想調整会議傍聴要綱

平成 28 年 9 月 14 日

保健福祉局長 決定

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、神戸圏域地域医療構想調整会議（部会を含む。）（以下「調整会議等」という。）の傍聴に関し必要な事項を定めるものとする。

(傍聴席の区分)

第 2 条 傍聴席は、一般席及び報道席に分ける。

(傍聴の手続き)

第 3 条 調整会議等を傍聴しようとする者は、傍聴章の交付を受け、着用しなければならない。

2. 傍聴章の交付を受けた者のうち報道関係者にあつては報道席で、その他のものにあつては、一般席で傍聴することができる。

(傍聴章等の交付)

第 4 条 整理券は、調整会議等開催の当日、所定の時間及び場所で配布する。

2 受け付け終了後、定員を超えた場合は、抽選により傍聴人を決定する。なお、定員に満たない場合は、先着順により傍聴人を決定する。

3 傍聴章は、傍聴整理簿に、氏名及び連絡先を記入することにより交付する。

(通用期日)

第 5 条 傍聴章は、交付当日に限り通用する。

(傍聴章の交付を受けて調整会議等を傍聴する者の定員)

第 6 条 傍聴章の交付を受けて調整会議等を傍聴する者の定員は、20 名以内を原則とする。

2 前項の定員は、調整会議等の開催の都度、会場に応じて、会長が決定する。

(傍聴章等の返還)

第 7 条 傍聴章の交付を受けた者は、傍聴を終え、退場しようとするとき返還しなければならない。

(傍聴席に入ることができない者)

第 8 条 次の各号のいずれかに該当する者は、傍聴席に入ることができない。

① 会議の妨害となると認められる器物等を携帯している者。

- ② 酒気を帯びていると認められる者。
- ③ 前2号に掲げるもののほか、会議を妨害し、又は人に迷惑を及ぼすおそれがあると認められるものを持っている者。

(傍聴人の守るべき事項)

第9条 傍聴人は、調整会議等の傍聴にあたって、次に掲げる事項を守らなければならない。

- ① 調整会議等における言論に対して、拍手その他の方法により公然と可否を表明しないこと。
- ② みだりに席を離れたり、不体裁な行為をしないこと。
- ③ 携帯電話、ポケットベル等を持っている場合は、スイッチを切るなど呼び出し音が鳴らないようにすること。
- ④ 前3号に掲げるもののほか、調整会議等の秩序を乱し、又は妨害となるような行為をしないこと。

(撮影等の禁止)

第10条 傍聴人は、調整会議等において、写真撮影、録画、録音、通信等をしてはならない。

ただし、特に保健福祉局長の許可を得た者は、この限りではない。

(傍聴人の退場)

第11条 傍聴人は、調整会議等を非公開とする決定があったときは、速やかに退場しなければならない。

(係員の指示)

第12条 傍聴人は、すべて係員の指示に従わなければならない。

(違反に対する措置)

第13条 傍聴人がこの要綱に違反したときは、保健福祉局長は当該傍聴人を制止し、その命令に従わないときは、当該傍聴人を退場させることができる。

附 則

この要綱は、平成28年9月14日から施行する。