

令和5年度第2回在宅医療推進懇話会（令和5年10月10日開催）議事概要

議題 協議事項

3. 議題

(1) 第8次三重県医療計画（在宅医療）の中間案

① ロジックモデルについて

めざす姿と最終アウトカム指標の目標値設定について

② 積極的役割を担う医療機関の位置づけについて

③ 中間案の記載（在宅医療の現状及び課題、めざす姿、取組方向、取組内容）について

(2) 第9期三重県介護保険事業支援計画・第10次高齢者福祉計画

医療・介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 第8次三重県医療計画（在宅医療）の中間案 ロジックモデルについて

- ・ 事務局：資料1-3、資料1-4、資料2-1、資料2-2 説明
- ・ 委員：数値の目標の出し方ですが、今の状態から比例的に予測してこれくらい上がるだろうということ、目標値を立てると理解したのですが、その理解でありますか。それが本当に目指すべき数値なのかということに関しては、どのように考えたらいいのかと思っておりますが、もちろん上がるだろうという予測はいいのですが、それが本当に必要な数値なのか、何か他に予測するものはあるのでしょうか。
- ・ 事務局：高齢者の人口増加、特に75歳以上の人口がこれから増えていくということ、それと指標に挙げてある、数値につきましては、ほとんどの利用者が高齢者であり、ニーズ的には伸びていくということで、このような推計となっております。
- ・ 委員：今の伸び率で出すのではなくて、例えば全人口の推計から見たパーセンテージとかが必要になるのではないかと思うのですが、それは大体、その予測と同じような推計となるので、それでいいと見ているのか、どうでしょうか。
- ・ 委員：小児に関しては多分潜在ニーズがある状況なのかなと思っておりますが、数が少ないので、比例って言っても非常に難しく、数字の計算が難しいのかな、誤差も大きいのかと思っておりますがそのあたりはどうなのでしょう。
- ・ 事務局：小児についてはサービスを受けている方が非常に少ないということ、高齢者のサービス利用者が圧倒的に多く90%台を占めているので、推計すると、高齢者の数字引っ張られてしまうというのが現状でございます。また、推計はあくまで人口的なもので推計しておりますので、必ずしも、ニーズがそこまで伸びるかどうかっていうのは不透明な部分ありますが、今の段階で推計できる根拠は人口になります。今回は人口の伸びをベースに今後の伸びを考えて数値を出しております。

- ・ 事務局：小児在宅というのは医療政策課が担当なので補足します。小児の在宅医療のニーズが上がるのは、我々としてもそう思っています。多分、医療的ケア児が増えてきていて、減ることは逆にはないだろうと思っています。なのでちょっと分かりづらかったかもしれないですが、指標として件数とかは把握できる範囲で把握していきます。これが件数なのでファクトかもしれないですけど、下がっているとか、逆にすごく多くなっているから、これは別の対策が必要なんじゃないかという風なことがあればそれを把握していきますが、目標値みたいな形で設定はしません。小児医療対策の側からは、そういうものが目標値として、適切ではないのかなと思って、そういう判断をさせていただいていますが、把握はしていきます。

小児医療との住み分けも必要ですが、例えばレスパイト医療の話や目標値等の検討はしております。目指すべき姿みたいなものが目標値だと思いますので、小児医療部会で検討を進めさせていただきたいです。

- ・ 委員：やはり、小児在宅は人数が少ないので一人一人丁寧に見ないとわからないというところがあるのかなと思います。
- ・ 委員：成人と小児を分けて考えていらっしゃるのであれば、方法論が少し違うということであればすごく理解できると思っています。はい成人の方に関してはごめんなさい。私の比例的に見ていますというのが、過去の伸び率からの比例的というよりも、人口の増加を加味した割合で考えていらっしゃる、ということの良いということですね。
- ・ 事務局：基本的には過去の伸びをそのまま伸ばしています。ただそのニーズとして裏付けとして、人口の伸びというのもありまして、今までの伸びとその辺が比例しているのので、そのまま使わせていただいております。
- ・ 委員：先ほどの委員と似たような質問にはなりますが、資料 2-2 で小児の訪問件数はデータが少なく目標とするにはデータ量が必要というのと、訪問看護のところでは小児の訪問看護件数は推計できないというところが、どういう意味か質問しようと思ったのですが、小児は、目標値は設定しないということになるわけですか。
- ・ 事務局：小児に関して、件数とかの目標値を比例で伸ばすというのは、そもそもニーズを考えると不適切だと思うので、ニーズ自体が把握できている部分と現状値として把握できていない部分があるので、現時点では備考の書き方が将来目標値にするみたいな書き方をしていますが、それは正直言うと最終的にはあるかもしれませんが、現時点で先ほど申し上げた通り、数は絶対把握する必要があると思います。小児在宅の目標値みたいなことは別の視点から考える必要があると思っています。小児看護の方は多分これ数字の取り方の問題なので、下の方の部分は改めて確認させていただきますが、数が少ないので実態が追えていないのも事実としてあるので、少しそこは考えたいと思います。

- ・ 委員：数で言えば小児の訪問診療件数が609件で、今回目標値になっている退院時共同指導件数が100台の数字なんですけど、これはデータ量としては十分なのではないでしょうか。
- ・ 事務局：小児の訪問看護提供件数が0,0,0という形で小児の訪問看護件数の推移が確認できないという形で書かせてもらっているんですけども、NDBの性格上は一定数以下の人数はデータが示されませんので、数値の把握ができず、難しいと考えております。
- ・ 委員：資料2-1の最後のページ、目標値として、例えば在宅医療の質の向上を目指す項目として、退院時共同指導件数、在宅ターミナルケアといったものがありますけれども、増えるのは当たり前の項目ですよ。国の政策からして、これが質の向上になるなり得るのでしょうか。どんな回復をしたかとか、どんな質の在宅をしたかというのを評価にしなければいけないのに、これは数を追っかけているわけですよ。それでいいのか、というのが質問です。
- ・ 事務局：ご指摘いただいた部分はずっともの部分です。実際、退院時共同指導やターミナルケアを受けた方々が実際受けたサービスの中身まで把握できるのであれば、それが理想だと思っております。ただ、現時点でそれを把握するためのデータを持ち合わせておりませんし、それを医療機関や関係機関の皆様に負荷をかけずに今そのデータを取る手法を持ち合わせていないところです。質ということで、退院時共同指導研修と在宅ターミナルケアを受けた患者数を設定させていただいているのは、ご指摘のあった理想的な質を評価する部分からは離れておるのですが、やはり在宅医療でこのような部分の加算をとられるところが、増えてくることで完全に質は評価できないのですが、それだけ在宅の医療サービスが充実しているのを側面的に見ることができるのではないかとということで、この2つの目標指標として設定させていただいているところです。
- ・ 委員：本当に大変だということがよく分かるのですが、そもそも増えるものを評価の方法に据えるというのは、割合を考えない限り無理ですよ。例えば強制的に在宅に移行するわけですから、在宅療養で、例えば1年とか2年とかで再度入院する率がどれくらいあるのか、リハビリテーションがケアプランに記載されている割合がどれくらいあるのか、地域で工夫をして評価をすることができる項目がいくつかあるのではないかと思います。この数字が増えていくのを前提とした目標を指標として設定するのはすごく違和感があると思います。
- ・ 座長：今委員の発言も、自然に増えるサービス量ということと、質の評価がこれでいいのか、というところもあります。ただ事務局の発言から何か目標値の指標は欲しいこと、指標を何かつかめるものとして、2つの指標を出しているのだと思いますが、このままでいいのか、もっと具体的なことをこれから出していかないと、本来の意味の質の評価にはならないと思います。

- ・ 委員：4つの最終アウトカムを設定してあり、その中で量と質の指標を上げてありますが、私は薬剤師なので、訪問薬剤管理指導の算定数が増えれば質を上げることになります。訪問リハビリも一緒に、なぜ、中間アウトカムに記載されているのか、最終アウトカムではないのか、ちょっとわからないところです。
- ・ 委員：地域の現状を把握する指標として、訪問診療に関する医療機関、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤、訪問リハビリというのと地域連携に関する指標を定めようかという記載になっていますが、実際これが進んだからといって、結果の最終アウトカムにつながるのかというところは分かりづらい。結果、質を上げるために、例えば訪問薬剤管理指導、訪問歯科をする方向性というの、当然あってしかるべきなのかなと思います。前回のロジックモデルでは訪問歯科診療や訪問薬剤指導も最終アウトカムに入っていたので、結果、みんなが頑張っ、質を上げていこうという目標の最終アウトカムだったんだなと思っていました。今回のロジックモデルの最終アウトカムが4つになって、訪問薬剤指導が中間アウトカムになることによって、薬剤師からすると最終アウトカムじゃないのか、という思いを感じました。先ほどの質の話ではないですが、質にはいろんな考え方があって、患者さんが在宅サービスを受ける上で、在宅医療の質を上げるために、訪問薬剤師を上手に利用していただきたいと思います。それを最終アウトカムにさせていただいてもよかったのではと思いました。
- ・ 事務局：ロジックモデルは他の疾病や事業と合わせて、ある程度最終アウトカムに置くもの、中間アウトカムに置くもの、個別施策に記載するものを、県庁内で整理をさせていただくことになり、今回このような形になっております。確かに最終アウトカムにはなっておりませんが、訪問歯科、訪問薬剤、訪問栄養指導が合わさって在宅利用が成り立っているものです。当然、数字を把握していく部分と、それを受けてどのようなサービス提供がされて、どのようにサービスの質が高まっているかというの、計画を定めたら、その後進捗管理をしていく必要があると思っています。先ほどご指摘いただいたとおり、指標の位置についていろいろご意見はあると思っておるのですが、県として計画を管理していく中では、最終アウトカムだけを把握するわけではなくて、中間アウトカムであっても個別施策の指標であっても同じように把握し、より在宅医療が良くなっているかどうかを図り、その時点で足りないものがあれば、またどのようなことを県が取り組んでいくかを考えていきたいと思っておりますので、このロジックモデル上でいろいろ皆さんのご意見の通りに反映されていない部分もありますが、そういう形で整理をさせていただいておりますので、ご理解いただければ幸いです。
- ・ 事務局：医療計画全般で統一が取れていないのが恐縮なんですけど、最終アウトカムの指標に関する説明は先ほどの説明のとおりです。ただどれを目標にするかは、別に中間アウトカムから目標にすると検討しているものもあります。指標と目標と

いうのは別なので、指標はとにかく把握していった方がいいと思います。それは他の疾病とか事業でも、経年変化を把握していこうとしています。そこはまさに把握できるものではないときついで、医療機関等にご負担をかけるようなものは極力減らしたいと思っています。目標値というのは最終アウトカムのもの、最終アウトカムの指標が目標としてはちょっとまだ違うんじゃないかというものも、他の疾病事業では我々のほうにメインとしている事業ではありません。中間アウトカムの下に書かれている指標で、アウトカムとっているのは上の文章のことなので、下のものがアウトカムではないので、指標の部分を目標として掲げるかが検討の余地があると思います。

- ・ 委員：最終的に最終アウトカムや中間アウトカムとして、薬剤師や薬局が薬剤管理指導件数を増やしていく、というのが当会の目標として進めている部分があります。在宅医療で質を上げていこうという話になる時に、質をどう評価するかの視点は、例えば医療だけではなく介護施設の介護職や、リハビリ、訪問歯科を含めてサービス提供することによって結果、質が上がるという評価に繋がるのであったら、それが最終アウトカムでもいいんじゃないかと思いましたので、それが中間アウトカムでも同じように質を上げる、最終アウトカムも関係なく行えるということでは全然それは問題ないと思います。質を上げる指標として、退院時共同指導件数と、在宅ターミナルケアを受けた人数ということだけだと、どうやって質を評価しようという話になってしまうので、今ある在宅サービスを利用して医療サービスを利用して質を上げる、件数を上げることによって質の評価になるんじゃないかと思いましたので、意見をお聞かせいただきました。本当によく分かりました。
- ・ 委員：本当にこの質の評価って難しいと思うんですけど、私も同じように件数イコール質ではないと思います。でも指標を置かなければならないところで、この件数を把握することも大事ですけども、質を見ようとすると利用者の満足度調査や、それから自施設の利用者の自己評価をしているかどうかとか、そういう視点も入れていかなければいけないと思います。
- ・ 委員：質の評価の仕方が難しいというのは皆さん大前提だと思うんです。なるべく新しい負担をかけないようにという配慮もすごくよく分かります。数に関しては把握しやすいし、分かりやすい。ただどれにしても件数はうまくいかないのではないかと思います。件数自体は増えるので、やはり必要な分のどれだけ充足しているかとか割合とかなら分かるんですけども、ただ数だけではどちらにしても指標にならないのではないかなと思うので、把握する項目自体はいいと思うんですけども、どう評価するかというのは件数そのもので難しいのではないかなと思います。先ほどの皆さんがおっしゃった通りで、ロジックモデルを最初に提示していただいて繋がりがあ、という説明だったと思うんですが、結局整合性をとるために逆に整合性がとれないというか、都合のいいところに動いてしまうという感じがあ

って、県民の皆さんとかが見て、ピンと来ないのではないかな、と感じたのですがこの辺は良い方法はないでしょうか。

- ・ 事務局：質の評価の部分ですと、おっしゃる通り、この数字だけ把握していても、全てが評価できないというのは承知しております。当然、数値の評価をしていくときにどこまで他の数字が把握できるかわからないですが、数字が達成しているだけの評価すべきではないと思っております、そのときに他の取り組みとか把握できる数字がどういうものを取れるかどうかは別として、単に数字を評価するのではなくて、各取り組み状況とか利用者の意見とか把握できるものの範囲でそういうのを加味して評価をしていくことで、数字をこういう形で置いておりますが、単純に数字評価をするのではなくていろんな視点を入れて評価していくことで在宅医療の質の部分を見ていきたいと考えております。
- ・ 座長：先ほど委員も言われましたが、県民が見たときに施策と目標のつながりが見れるのか、理解していただけるか、というところがありますね。質の向上を目指す、質の評価として、これだけで本当にいいでしょう。
- ・ 委員：介護支援連携指導に関する患者数、それから退院時共同指導件数に関してですが、これまでは実施されている医療機関の割合のみが掲載されていたが、これを実際の実施件数を掲載してはどうか、また介護支援連携指導や退院時共同指導件数を入れてはどうかと意見のべさせていただきました。それと同時に、介護支援専門員としてもこの2つの加算において介護報酬で合致しますのが、「退院・退所加算」というのがありますが、実はそちらも算定割合が非常に低い状況です。そういうところの照らし合わせというのが必要ではないかと考えます。退院時共同指導件数の部分でその件数だけではなくて、ここはやはり医療介護の連携がどう取れているかが重要になると思います。例えばどのような職種がどの程度入っているのか、どういう職種が入っているのか、例えば在宅におけるかかりつけ医師が参加した場合とか、そういうところである程度、質の評価まではいかないかもわかりませんが、前向きに連携しているというところが捉えられるのではないかと思います。多職種連携における質の評価は非常に難しいなという実感でございます。
- ・ 委員：皆さんがおっしゃる通りだと思います。例えば先ほどから出ている薬剤の管理、訪問管理指導は数が増えるということは絶対的に評価としてプラスですよ。あるべき状態を考えるのであれば、同じ数値が上がっていくものの中でも、どれだけ意味があるのかというのを、やはり検討した方がいい。そもそもこの会議に私が誘われて出席した理由は、在宅医療に関して地域医療構想の中で検討するという項目があり、それは物理的に不可能なので、この会議が在宅医療専門に特化した会議で、ここで掘り下げてほしいという思いで出席させていただいております。
- ・ 座長：この場が一番皆さんで議論して、在宅医療について決めていく、考えていく場ですので、そういうことでアドバイザーに参加していただいているところです。

- ・ 委員：質のお話が出ていますが、お話を聞いている中で質の定義がよくわからないので在宅医療の質の考え方ですが、例えばシームレスにサービスが提供できるというのも、見方によれば質になってきます。患者満足度というお話もありましたけど、それも当然質になってきます。どこの質を見るのかがわかりにくいので、その点が明確になってくると、〇〇の指標があると分かりやすいと思いました。
- ・ 委員：あともう一点、人口の変化に合わせて数値目標を立てたということですが、おそらくこの先、地域の格差が広がると思います。県として全体的な目標を上げる必要性というのは分かるのですが、地域に落とし込んでいく中で、格差が広がっていく中で、そこら辺の整合性としてどの市町でも同じような目線で向かっていける目標になり得るのか、その視点での整合性をどう保つのかをお聞かせください。
- ・ 事務局：指標の推計した部分は全県的な数値で出しておりますので、地域の市町のもの積み上げたものではありません。当然今後は地域において格差が出てくる可能性はあると認識しております。その辺も、今後どのように数字を把握していくのか、地域の状況を把握する必要はあります。課題のある地域、進め方の地域の違いについて、今後は把握し、整理をしていきたいと考えております。
- ・ 委員：目指す姿であり、目指す数値を掲げていくので、全ての県民全ての市町が同じ方向を向かないといけないのかな、という気がします。そこが全ての市町が同じ方向に向いていける数字であれば、全然問題ないと思うんですけどもその辺は少しいかがでしょうか。
- ・ 委員：質のところは気になるところです。先ほどの医療機関に負担をかけないような形でデータを取れると言われておりましたけれども、やはり質の評価するのは住民の側というか、受ける側の方が評価すると思います。ちょっと難しいと思いますが。
- ・ 委員：三重病院での業務から思うところですが、15歳以上30歳ぐらいになっても、三重病院（小児科）通院している方について、訪問診療につながるために親御さんと相談をするのですが、往診であればいいが、訪問診療につながっていない在宅生活を送る方がいます。例えばNICUから出てくる子供たちを訪問診療につなげるのと、今すでに在宅療養生活をする中で酸素や呼吸器がついている人たちと、小児の問題って違うのかなと思うところがありました。
- ・ 委員：統計の取り方ですが、外国人というのは統計に入っていないのでは思いました。また、e-モニターの調査ですが、家で暮らしたいことについて、男性と女性では思い違ふかもしれないと思いました。そのアンケート調査が男女別で取ったのか、否か。北勢地区の方と南部の地域の暮らし方の違いもあると思います。その点も踏まえたほうがいいと思いました。
- ・ 事務局：冒頭の一番最初の質問は、大学病院や三重病院なりから、いわゆる移行期の方々というか、移行期ってどこまで指すのかわからないですけど、小児から成人

に体や年齢はなっていますが、実際に小児科医が診ていて、親御さんの意見も強いという方がいるのは承知しています。実は小児からの移行期医療をどういう施策を進めていくのか、まだ大学病院と意見交換しているさせていただいている状況で、小児医療の方では問題意識が非常に強いので、何かやりたいというのは書きたいと思っているんですけど、これをどういうそもそも指標も測りかねていて、個別具体的に全く違う部分だったので、どういふもので実態が客観的に把握できるのかということと、仮に目標が置くのであれば目標がいいのかと考える必要がありますが、多分その実態を把握するのが、医療計画の策定に間に合うかどうか、間に合わないような気がします、目標というのはちょっと難しいのですが、三重病院の谷口先生含め、いろんな方からご意見は聞いていて、身に染みて感じているところで、小児医療部会で議論はさせていただきたいと思います。

- ・ 事務局：e-モニターのアンケートの男女の比率ですが、男女別の集計もしておらず、男女の数、比率もはっきりしておりません。三重県に住んでいる外国人が回答しているか否かは把握しておりません。
- ・ 座長：最終アウトカム、質の評価でいろんなご意見があったと思います。どのようにするか私も座長として取りまとめが難しいような気もしますので、この件につきましては、もう一度、事務局と座長で、調整というかお話をし、そして会議をもう一回開くというのはなかなか現実的に難しいので、皆様の方に何らかの方法で連絡するとか、そういうやり方で調整したいなと思います。そういう形でここはまとめさせていただいてよろしいでしょうか。

#### 第8次医療計画（在宅医療対策）在宅医療における積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて

##### ②積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて 資料3

事務局から説明する

- ・ 委員：実際には、居宅療養指導を算定せずに訪問診療を提供している医療機関が圧倒的に多いので、これら医療機関が適当か僕も判断に困るというのは正直なところです。これから先、在宅療養する患者が多いということを考えた時に、この在宅療養支援診療所の条件をクリアできる医療機関というのは正直極めて少ないと思っています。
- ・ 委員：積極的な役割を担う医療機関の名簿は参考資料2の一番右の欄に書くという形でいくと、その表自体は在宅医療を担う医療機関名簿として作られていて、その一番右に在宅医療に積極的な役割を担う医療機関として重複するというか、7列目に丸がつき、在宅療養支援医療機関として丸がついている医療機関もあって、それが手上げ性というか、名簿に乗せてくださいと言えば、さらにこの現在の名簿には

載っていないけれども、一番右の7列目だけ丸がつく医療機関があるかもしれないという考えでいいですか。この名簿を見る方というのは誰を想定しているんでしょうか。

- ・ 事務局：県のホームページで公開しており、広く県民、取り組んでいる医療機関の皆様に見ていただくために公開しております。
- ・ 委員：例えば、患者さんや利用者さんが、自分がどこにお願いしたいかというときの参考にするとか、ケアマネジャーさんが参考にするのだと思うのですが、言葉の定義、どのような医療機関が7列目に入るのかがはっきり分かるということが大前提と思いました。実際には7列目、どれぐらいの医療機関が7列目に記載を希望するか、まだ分からないのですが、せっくなので、どの制度に則っているかにかかわらず、在宅医療を行う医療機関のことが目に見える、というのは県民や利用者からすると良いように思います。
- ・ 座長：どちらにしても丁寧な説明がいきますよね。
- ・ 委員：在宅医療を担う医療機関名簿の7列目のところで記載されるということですが、例えば高齢者が見て、「近所の〇〇病院（診療所）は在宅医療をやってないのか」と、この名簿にとらわれてしまうような気がしまして、その辺がちょっと心配です。この名簿には記載がないけれども、ちゃんと丁寧に見てくれるなど、このところを丁寧な記載がいます。
- ・ 委員：積極的な役割を担う医療機関の位置づけに関するアンケートの回答で、診療所の126施設中99施設は可能。病院の場合は、52病院のうち、15病院が可能答えています。診療所についてはかなりの部分が手を挙げている。回収率が少ないですけど、もある程度役目を果たせると思いました。
- ・ 座長：積極的な役割を担う医療機関名簿を県民に提示することはもちろんいいことだと思います。先ほど委員がおっしゃったように逆に丸ついていないと「えーっ」というのもあるか分かりません。やはり、それぞれの医療機関がきちんとこれ分かっていたら出すということがすごく大事なかなと思います。
- ・ 委員：参考資料2の一番右の端にそのラインが登場すると先ほどお話ししてきたように、うちのこの病院はダメじゃないかとかいろいろなこの記載される方法論をご説明すると、多分反応が49から一気に100%に上がるとか、そういう旨を明確にすれば可能じゃないかなと思います。ご辞退される病院もあると思います。申請するのがこの期日に間に合っていないのでここに載ってきません。別に載せてほしいというわけではないんですが、情報としては患者様からは間違っただけの情報になってしまうので更新のタイミングが年1回とか、そういう辺が少し問題になるかもしれないということと、この記載方法資料の3の7ページのところにこういう対象を幅広く取られて、今後こういう方針で載せていくためにご回答ください。的なアンケートの幅がないとフェアじゃないように思いますので、また見る側にとっても

より信憑性があるんですから、そういう信頼度を上げるためにもその辺だけお気遣いいただければありがたいかな、と思います。

- ・ 事務局：調整会議という話があったので補足させていただきます。実はここにも書いています。参考資料2の地域医療構想会議で扱えとなっていますが、今日、ご出席の委員の皆様も地域医療構想調整会議の委員になっていただいた方が多いと思いますが、今方向性の話を各地域でこういう方向で、県全体として丸付けというか公表していきたいということ、あとは個別の医療機関名の、個別の医療機関名は多分時間がかかるとは思います、今の話ですと手挙げというか、アンケートみたいなことが取れたと思うので、その2つともですね。調整会議で実際に図ることになっています。それでは地域の中でこの病院は、本当は手挙げてほしいんじゃないかとかという話は多分議論としては出るとは思います。8地域の方に今の方針を議論として共有させていただいて、各地域でまたご議論いただくことになると思います。
- ・ 委員：歯科医師会の中では訪問歯科に対応できるというような名簿を作って検索できるようにしているんですけども、歯科医師会とか、リハビリ、薬局に関しても、こういうリストを作るようなことというのは可能でしょうか。
- ・ 事務局：他の業種もデータがあれば、積極的に公表したいと思いますので、ご相談させていただきます。

### ③中間案の記載（在宅医療の現状及び課題、めざす姿、取組方向、取組内容）について 資料4

#### 事務局から資料の説明

- ・ 座長：皆様のご意見をお聞きしますけれど、たくさんありますので、ここで全部意見が伝えられない場合は、後日、事務局の方へ意見をお聞きさせていただけたらと思います。
- ・ 委員：いくつかの指標にご意見させていただいたものが反映されていたので感謝しています。小児に特化ですが、これは次期計画でもいいんですが、三重県はこういった在宅医療の会議に小児を含めていただいていることは、県としても意義を感じられていると思います。各医療団体も小児在宅の重要性を考えてここで意見交換できていると思っています。ただ残念ながら在宅医療は介護保険の中での枠組みを脱してこなくて、これ大事なことだと、常々この表を見て計画を思い出すことは確かに医療機関、拠点を充実しますは良いのですが、一番大事なのは、地域包括ケアセンターが充実するような、組織として統括していくということが多分描かれていると思うんですけど、その中にやはり、医療保険の中の小児も議論が入るような仕組みを作っていくと、いわゆるケアマネジャーで動いていく、介護保険で動いていくという医療の体制を充実させていくという方向

は、三重県は小児も一緒に入れていくんだというのが見える図が描かれるといいと思います。残念ながら、まだこの図だけ見ていると分断されているように見えるので、もう一步、踏み込んだ小児在宅を三重県の在宅医療の中に取り組むという視点が残念ながら足りていないと思います。なので、これを担う拠点となる包括ケアシステムの中に小児という枠組みをどう入れるかというのは、明文化できるように次期計画でもいいので、考えてほしいと思いました。

- ・ 委員：もう一点はご存じのように、小児の医療は成人と比べて医療度が高いというのが特徴で、人工呼吸器使用者が 300 人弱で、医療的ケア児の 100 人ほどを占めるというのは 30%の人工呼吸器の方を占めるという。大人の在宅医療ではあまり考えられないんですね。なぜかというそれは成長していくということもあります。それとともに医療をつなぐ担い手が非常にコアな病院を起点に動いているというのが、小児在宅医療の課題ではあります。超重症児という言葉が厚生労働省からも謳われているのですが、この中に超重症児という言葉がない。医療的ケア児の訪問診療において超重症児、小児において何人、そのうちの超重症児はどのくらい占めているかというのは分かるようにしていただきたい。医療的ケア児のうち 100 人弱が人工呼吸器＝超重症児です。その人たちの何割ほどが在宅医療のサービスを受けているのかは、大きな指標として捉えてほしいと思いました。一方、訪問看護は決して医療がなくても入れるんです。医師の指示で訪問看護が入ってほしい。例えば、社会的背景があって虐待（ネグレクト）になりかねないというお子さんに対して、医師が指示を書いたら、訪問看護サービスの提供ができるわけです。訪問看護師の小児の割合を見ても、これは質を評価するのは非常に難しいとは感じています。訪問診療においては、小児訪問診療の中の超重症児の割合がどれくらいいるか、これはレセプトにも書くので、そういう面では拾ってくるような指標かなと思って聞いておりました。ぜひこの会議で、小児が介護保険と言われる地域包括ケアシステムの中に組み込まれるような発想を少し入れていただけるといいなと感じています。
- ・ 委員：重症児の在宅管理を看れる訪問看護ステーションが少なく、少し困っているところがあり、在宅で気管切開をして人工呼吸管理をしているようなところもあります。もう少し拡充できるといいと思います。災害時に対する対応、教育を受ける機会の文言を入れていただけたらいいなと思っています。
- ・ 委員：ロジックモデルで退院時共同指導の件数を増やすというのがあるんですけども、めざす姿のところに退院時共同指導の文章があまりないような気がしてまして、退院時共同指導を増やすような記載があると、それをするイメージが湧くと思いました。その中で、薬剤師会も、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携を進めていまして、退院時共同指導を行う時に病院薬剤師と連携をしてもらいたいで、そのような一文も加えていただけるといいと思いました。課題のほうで入退

院支援をあげてあり、その後で方針として退院時共同指導を受けていただけないので、入れていただけるといいと思います。

- ・ 委員：20 ページの基本指標の中で薬局に関する記載がたくさんありますが、中間案の20 ページの下で在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤指導を実施している薬局数や、あと TPN の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している指定薬も記載してありますが、先ほどの質の話のように、無菌調剤ができる薬局と麻薬ができる薬局数が分かれば、おそらく指標としては成り立つと思います。
- ・ 委員：もう一点、取組内容として最初に、課題として一番17 ページの下で、「高度な薬学管理等を充実させて多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を促進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理等の対応が可能な薬局を整備していく必要があります。」と記載があり、取組内容の22 ページの一番上のところですごく範囲を広げて、「在宅医療の必要な医薬品等の提供体制について、薬事審議会等を活用して把握・分析を行い、適切な供給体制が整えられるように取り組みます。」とざっくりした記載になっているので、課題の対応した薬剤の供給体制の整備と記載していただけると、ありがたいです。
- ・ 委員：小児には介護保険の枠に入らないというところが、うまく連携できていないというご意見があったので、もし、それに合わせて調整を加えるときには障がいの方々、精神も身体も、連携しづらい部分があり、介護保険で動いているのは結構うまくいくんですけど、それ以外のところでかなり困るので、それをうまく含んでいただきたい。
- ・ 委員：地域包括ケア病棟のところではベッド数だけを入れるのではなくて、やはりポストアキュートだけではなくてサブアキュート機能に関しても分かりやすい指標、目標を立てていただけるとありがたい。在宅介護医療の支援が今後ますます必要になってくる、特に医療依存度の高い高齢者の方に関しても、非常に重要な社会資源になると考えております。
- ・ 座長：地域医療構想調整会議との関係が出てきますね。
- ・ 委員：リハビリテーション提供件数で数字上げていただいている中で、うち小児の件数が全国の数字は出ているんですけど、三重県データなしというのはゼロ件なのか、データは取れないということですか。あともう一点は、ロジックモデルが最後のページでポンと出てきましたけど、この説明書きみたいなのは、最初の方にも掲載されるんですかね。この図だけポンと掲載される感じなのか教えてください。
- ・ 事務局：医療計画全体で、ロジックモデルを5 疾病 6 事業で、ほぼロジックモデル作っています。なので、ロジックモデル全体の説明はおそらく冒頭に書かないといけないなと思います。ただ、ロジックモデルの見た目の問題ですけど、縦長なのか横長なのかにもよって、計画のどこにどう置いていこうかは、今全体を見

ながらと思っています。一番は、やっぱり県民の皆さんにロジックモデルをご説明するの難しいですけど、見ていただいてこういう方向性なんだというのを示さないといけないと思っています。ロジックモデルの説明は冒頭に全部書くつもりではありますし、それぞれのロジックモデルをどう書くか、各計画の中に書くか、もしくは全部どこまで書くか、まとめるかは今全体を見ながら調整させていただきたいと思います。

- ・ 事務局：リハビリテーションの小児の提供件数でございますが、NDB データは秘匿値ということになっておりまして、件数が少なくて数字が公表されていないため、データが取れず、このような表記になっております。
- ・ 委員：16 ページからのロジックモデルを見ると、このようなことが盛り込まれていたと思い、理解できました。入退院支援のところで質の評価につながるかわからないですが、アイデアというか、普段感じていることですが、病院に入院する患者さんに対し、地域連携部門、入担院支援部門が入退院支援チェックリストで状況を確認します。何回も入院を繰り返している、貧困や虐待がある等の社会背景をチェックするものになっています。それで早期介入して退院につなげていくもので、医療全部ではないのですが、入退院支援チェックリストを上手に使わないいけないと感じております。在宅医療の質を上げる視点では地域と連携していくためには、大事なチェックリストだと思います。病院の地域連携部門、入担院支援部門で確認できるようなものが記載してらえるといいなと思いました。
- ・ 委員：この会議も他の会議もそうですけれども、国が要求してくる、あるいは提供してくるデータが膨大で、それを咀嚼するだけで会議が終わっていく、というのが現状だと思います。あくまでも三重県にとってどの道や選択肢としてベストなのかって考えるには、県全体は広すぎます。地域の構想会議をやるというのはシステムとしてはよく分かるんですが、時間も規模も構成メンバーも不十分である。繰り返しても以前からずっと言ってますけど、例えばデータベースはあります。それで、今後、三重県はどんどん少子高齢化が進んでいきます。地域によっては消滅する危機さえあるという中で、我々の地域構想会議単位の地域は何を目標とするのか、ということがこの美辞麗句では決められないので、この中でどれを選んで、どれを持って我々が生き残るかということを考える委員会が欲しい。地域構想会議で、事前に医療機関だけが集まって専門的な意見の交換はやらせていただけてますけど、それだけではなくて、地域の中核を担ういろんな分野の方で集まっていただいて、この地域構想会議は何を持って行くのか、どういうふうな戦略を合成するのかということ、時間をかけないと、ここで今話した内容は、膨大過ぎるとつくづく思いました。

- ・ 座長：先ほど申し上げましたように、発言しきれない意見ご意見ありましたら、また事務局に伝えてください。

## (2) 第9期三重県介護保険事業支援計画・第10次高齢者福祉計画

### 医療・介護の体制整備に係る協議の場について

#### 事務局から説明資料5

- ・ 座長：事務局からコメントをください。
- ・ 事務局：今は十分には議論できていない。というのが正直に言うと私自身も含め、事務局の状況です。次の調整会議10月の調整会議は方向性だけだと思うのですが、実際に数字が整い報告させていただく場合に、どういうふうに報告させていただくかを含めてしっかり考えたいと思います。
- ・ 委員：これ議論ができていないというのはよく分かりますが、10ページ11ページですね。前も確認したと思うんですが、例えば松阪区域ですと、在宅医療が1日当たり55.8人、介護施設でケアする人数は1日当たり167人ということです。これが入院治療から在宅医療に移動してくる数とわかるんですが、これの対応できる戦力がその地域にあるかというのは一切検討されていないわけです。それを検討するためには増える在宅医療や介護施設の方たちがケアをするためには、どれだけの戦力が必要で、我々の地域にはそれがいいのかどうかということを検討する材料がないと先に進まないの、という材料があるかというのは難しいかもしれませんが、そういう問題という認識がないと先に進まないと思っています。
- ・ 座長：介護医療院の転換分は県内でも場所によって全然違いますし、追加的需要について、ご指摘されたように、それぞれの地域によって本当にそれを満たしてやっていけるのかどうかということは、全くここには記載されていないと思うんです。そういう内容だと思っておりますので、委員の皆様もこれについてなかなか難しいところもあると思うんですが、現在のお考えをお聞かせください。
- ・ 委員：今の時点で在宅を希望するけれども、在宅医療につなげられない、介護施設に入所したいけれどもできない方は、県として把握する手段はあるのでしょうかでしょうか。
- ・ 事務局：個々のニーズに対して受け入れができない人が実際どれだけのいるのか把握できておりません。
- ・ 委員：どう把握するのかが全然見えていなくて、県にお願いしたことなのかどうかかわからないのですが、今後はやらなければいけないということであれば、何かいいアイデアがあるのでしょうか。

- ・ 事務局：県で数字を拾い集める仕組みは持っていませんが、県の窓口とか市町の窓口に対してサービスが使えないんだけど、使えなくて困っているという声でしか把握する方法はないので、本当に困っている数＝実態ではないですし、把握できない、というのが実態です。市町には問い合わせ、どれくらいあるかと聞けばある程度、困っている数は把握できるのかなと思うんですが全ての声が届いているかどうかはわからないので傾向がつかめるくらい、というふうに認識しております。
- ・ 委員：どうしたらいいかわからない、ということが分かりました。
- ・ 座長：関係者による協議の場というのが、これが地域医療構想調整会議ということですね。地域医療構想調整会議の中で協議できますか？私は調整会議の会長ではないですが、何をどういうふうにしていくのか、それぞれの地域で調整会議が違うんですが、とても難しいので、やはり事務局が言われたように、調整会議に何を出していくのか、どう議論していくのか時間のないタイトな中で考えていただかないと、ここでこれを出して一応皆さんに見ていただいたので、次に調整会議で出ますよ、というのでは、ちょっと難しいような気がします。
- ・ 委員：地域医療構想調整会議の事前の説明を聞かせていただいたときに、これに関しては、本日の会議のあとで、市町でどうしたらいいのかを聞いてから帰ろうかなと思ったところです。多分この数字って今出てきたものではなくて、平成30年に市町別に法が示されたと思うのですが、前回の第8期介護保険計画の段階と同じやり方で、今回も介護保険計画の策定をするという考え方なんでしょうか。
- ・ 事務局：介護保険計画8期と9期の考え方は同じですので、同じように出させていただいております。
- ・ 委員：市町に介護サービス量を反映するか否かを確認するということで、介護の担当課と話していて、どのようにこれを調整していったらいいのかというのを教えていただいてからでないかと計画に反映していくのが難しいなというふうに思っています。
- ・ 委員：9期の介護保健事業の計画は今策定しているところなので、出来上がってからの話になると、別に設けないといけないと思っています。
- ・ 委員：広域で熊野、紀宝、御浜の三市町で計画を策定しており、進んできていると聞いております。また、そういった中で出来上がっても地域医療構想の数字とどう合わせるかというのを検討する必要があると思っています。
- ・ 委員：先ほど、質の問題と言われましたけれども、重症の小児を在宅療養から病院に、どのように現在分配されているのかということを知ることによって、これからどのような小児の在宅へ移行できるのか見れるかと思えますので、こういう考えを小児の重症児もあてはめて考えていただくのもいいかなと思いました。

- ・ 座長：私の考え方としてはもちろん、地域医療構想調整会が迫っておりますので、内容からしても協議の場は三重県医師会としても大事なことで、医師会としてもおそらくこれからいろいろ説明を受けたりしながら協議をしていくと思いますので、その辺も含めて短い時間になりますが、三師会やいろいろなところと相談しながら進めていくのかなと思います。
- ・ 委員：本当に難しいということを改めて実感させていただきました。地域によって全然違う中で、それぞれの地域がどうやっていくかということと、三重県全体をどう舵をとっていくかということが、全く違うように見えて、実は一つなんですよね。濃淡があるものを全体として見ていくのは県の仕事ですし、各地域で自分たちの地域がどうやって生き残っていくかを考えるということなんですけど、繰り返して座長も言われたようにディスカッションする時間がないとこれは無理です。だから今回、総判的な地域医療構造の結論になると思うんです。例えば容易に予想ができるわけです。在宅医療に関して各地域で出る結論はこんなの無理だよなって決まってるんですよ。無理だけど、どれだけ自分たちが最低限やらなければいけないかを見極めて、どういうふうな形で結らせるかを地域で絞り合うということがないと、本当につぶれてしまうので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

#### 4. その他

- ・ 意見なし