

令和5年度第1回在宅医療推進懇話会（令和5年8月29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（在宅医療対策）の策定について
  - ・ 概要、スケジュール、圏域設定 資料1、資料2、資料3
  - ・ 第7次医療計画（在宅医療対策）評価 資料4
  - ・ 第8次医療計画（在宅医療対策）素案、ロジックモデルについて  
資料5-1、資料5-2、資料5-3
  - ・ 在宅医療及び入退院支援に関するアンケート調査結果 資料6-1 資料6-2

4. 報告

- (2) 次期外来医療計画における地域で不足する外来医療機能の設定について 資料7
- (2) 第9期三重県介護保険事業支援計画・第10次高齢者福祉計画について 資料8

議題 協議事項

概要、スケジュール、圏域設定

- ・ 事務局： 資料1 資料2 資料3 説明。
- ・ 圏域に設定について特に意見なく、「8つの地域医療構想区域を中心にして実際に事業を実施する際には、圏域にこだわらず、必要に応じて市町単位等で各市町の分析や医療と介護の連携体制の構築を実施していく」事務局案が承認される。

第7次医療計画（在宅医療対策）評価

- ・ 事務局：資料4 説明
- ・ 委員：訪問診療を実施する病院・診療所数が減って、訪問診療件数そのものが増えてきたということから役割分担が進んだ、とそれはその通りですが、医科の訪問診療の現状として、訪問診療を行う病院・診療所数が430から403に減っていますが、回っているのか、滞っているのか、スムーズにっていない部分があるのか、どのような評価でしょうか。
- ・ 委員：在宅を専門にする医師が実際に増えているのだと思います。
- ・ 事務局：地域の郡市医師会の方々と意見交換させていただいた時に、地域で在宅医療を必要とする方がいるので、そういう人たちをしっかりと支援したいという熱い思いを持った開業医の先生たちが各地域におり、地域で在宅医療を必要とする方たちに対して自分たちが支援しないとその人たちが在宅で生活できないので、頑張っている在宅医療をやっているのを聞いておりますので、それが実情と考えております。
- ・ 委員：その支援が十分に行き届いているのでしょうか。

- ・ 事務局：統計的に足りているか足りていないかは、データが取れておらず、回答ができず、申し訳ございません。ただ、県に「在宅医療が受けられず困っている」という相談をいただいているので、今の時点では地域で必要とされている在宅医療がある程度届いていると考えております。
- ・ 座長：やはりコロナ3年間で、実際私も在宅医療をしておりますが、在宅医療に浅くではなく、深く今まで以上に在宅医療をやろうという先生が各地域で増えていると思っております。市町によって、アンケート等もやっておりますので、その結果が全部まとまったら、報告もここまでもできるかと思えます。
- ・ 委員：小児在宅に関しては数が少ないので、これから、児から者に移る障害の方の寝たきりの方々の医療度が高くなってきて、移行期医療における在宅医療を誰が見るかというのが大きな課題になりそうだと思います。この数字を県としては危機感として持っていたきたいと思えます。一つは、一つの診療所に在宅の専門医が増えてきている。集合型になっていて、強化型になっている。診療所と病院の評価数、医師数を分けてみてはどうか。
- ・ 委員：診療件数、訪問看護ステーション数も、本当はもっとあるんだけどこの数字で留まってしまっているのか、この数字が逆に軽傷の人まで入れてこうなっているのか、そういった評価は非常に難しいと思うのですが、そういったものを評価するのは、おそらく要支援、要介護度の数字を並列するような形で載せるか、要はこの数字だけで県が足りている、足りていない、機能が分化して良くなっているかもしれないとかいう文書の割り方では5年先、計画として困るだろう。また減ってきたとか、増えてきただけで終わるんじゃなくて、質を評価の中に入れてるようにするといいかというふうに感じました。
- ・ 委員：今後は在宅の方々、サルコペニアを含めて、相当数の高齢者の方々の機能が落ちていて、それを介護の事業者が頑張っていて支援していると思うのですが、やはり、管理栄養士が在宅に栄養ケアステーションをしながら関わっていく機能がまだまだ足りていない。三重県の栄養士会もこれからの課題だと思うんですけども、そういった指標として今後入れていけるといいと思っています。もう少し質を捉えた指標を次期計画で示せると良いかないと思いつつ、この数字を見ていきたいと考えています。
- ・ 委員：栄養ケアステーションも栄養士会だけではなく、各地で立ち上がってきており、整備が進んできた。これからは実動させていただく、栄養士一人ひとり「在宅で困っている方がいて、退院時にお家に帰してこの人たちどうなるんだろう」と、病院の栄養士も心配していますが、その後在宅で関わる栄養士がいなかった、ということがあります。栄養士会の方でもいろいろ研修し、栄養士が育ってきて連携もできるようになっていきたいと思えます。
- ・ 委員：資料4 1ページのところで、24時間体制の訪問看護ステーションの従事者の24時間体制をとる看護師数について、数が増えているとの評価がされていますが、実際の訪問看護ステーションは「24時間体制をとっています」と届出をしながら、管理者だけが連絡用の電話を持っているという体制のステーションが結構多い。そういう中身・質を、しっかりと見ていく必要があると感じております。
- ・ 委員：資料4 3ページの訪問看護ステーションが非常に増えている。令和になってから70～80ステーションが増えています。その中身として、令和4年度に訪問看護ステーション管理

者研修（新規開設事業所）を実施しました。その時のアンケートで、ステーションの経験のないもの、管理者経験のないものが80%くらいと結果が出ております。全く訪問看護の経験なく管理者でやり始めましたという方々が多いため、やはり2.5人の人数が満たされていけばやはり開設がすぐできることに、課題があると思っております。増やすことも大事なんですけども、やはり質ですねなので、現在増えているステーションの管理者等の質の向上というところには非常に力を注がなければいけないと思います。

- ・ 委員：訪問看護ステーション数のことなのですが、令和5年度の236事業所となっておりますが、ここで10事業所は休止状態にあり、実際稼働しているのは今のところ226という状況になっていると思います。
- ・ 委員：前回会議でも議題にあがりましたが、薬局の場合、薬局数を評価にしているので目標値と乖離がある、という結果だったと思います。薬局の場合、かかりつけ薬剤師の制度自体が24時間対応しているとか、あと地域連携薬局を取った薬局が在宅も対応していこうということが目標にはなっている。今後、薬剤師会として考えているのは、薬局が1人でも訪問薬剤指導を増やしていくために、薬局間の連携と病院の薬剤師の間の連携を進めながら、1人でも対応ができる薬局が、1つでも薬局の数を増やしていきたいというのが今の目標になります。なので第7次計画の評価で、目標値で居宅療養管理指導算定数薬局数はあまり変わらないが、患者数が増えているので、患者数で評価しながら、結果としては訪問できる薬局を増やす方針で考えさせていきたい。
- ・ 座長：在宅医療の質の問題が変わってきているし、統計を取るのも今までの状況とは違うのではないかと意見が出ました。第8次医療計画の時にはそれを踏まえて、変えていくというか、少しバージョンを変えていくべきだと感じました。
- ・ 委員：最初に出ていた診療所や病院の数と実施の件数のところに関しては先ほどのご意見が出ていたのに加えて、おそらく1カ所の診療所を賄える医療機関に複数の医師が在席するという方が増えてきているのではないかと思います。多分1人で診療所を運営して訪問に行くより、複数医師でみた方が足し算ではなくて足し算プラスアルファでケアしやすくなる。その質に関しても、維持しやすくなるのかな、と思っております。
- ・ 委員：各職種、栄養士、薬剤師、訪問看護の話もありましたけれども、連携をしていく上で、やはり質は非常に互いに気にしていると思っております。ですので、おそらく自分たちがどの医療機関と一緒にやっていくかの判断の際に、やはり質が高いところと連携できれば、質の高い医療を提供したいというのは、皆さん似た思いなのかなと思っております。先ほど薬剤師さんの話にありましたが、診療所は診療所同士の連携が公に認められる形になってきていますから、そういった取り組みが他の医療の分野でもうまく使えたと、非常にいいなと思ってお話を聞いておりました。
- ・ 委員：訪問診療と訪問診療件数がペアになって示されていますが、看取りの診療病院の数と、それから実際のみとり数というのはどのような実績になっているのでしょうか。
- ・ 事務局：資料5-3の裏面に記載があります。在宅ターミナルケアを受けた患者の数を平成27年から令和3年までの各年の数字を上げております。ターミナルケアを受けている患者数は増え

ており、ターミナルケアを在宅で受けている環境が徐々に広がっている状況になっております。

## 第8次医療計画（在宅医療対策）素案、ロジックモデルについて

事務局：資料5-1、5-2、5-3 説明

- ・ 委員：使い方というか考え方ですが、右から考えていきます、というようなお話でしたけれどもこの矢印は左側に進んでいるのですが、最初に右を考えてこれは左に戻っていくような考え方ということなんですか。
- ・ 事務局：今回の医療計画で、三重県でこのロジックモデルを5疾病6事業でこれを使っていきます。まず県民のあるべき姿が一番右端の最終アウトカムになります。この在宅医療に関して県民がどういう状態になるのが最善かということで整理をしたのが先ほど申し上げた、「できる限り住み慣れた地域で・・・」という部分と、「災害発生新興感染症発生時にあっても、サービス提供ができる状態を目指す」となります。最終アウトカムの状態になるためには中間アウトカムがどういう状態になっている必要があるか、それぞれ整理がしてあり、そのためには具体的にどういう取り組みが必要かということで個別施策に戻っていく。

流れとしては個別施策をすることで最終的に県民の目指す姿になるということで、矢印は左から右に流れるのですが、考え方としてはまず県民のあるべき姿に持っていきたい。そのためには何をしたらいいか、そのためにはどういう状態になったらいいか、そのためにはどういう施策を組んだらいいかということで考えていくことになる。

- ・ 委員：右からというのは指標が右から行ってるのではなくて、できる限り住みなれた地域でというこの目標・あるべき姿から考えて左に行くという形ということで分かりました。
- ・ 委員：最終アウトカムの中で、薬局の居宅療養管理指導の人数を上げているのですが、居宅療養管理指導に絞ってしまうと、介護度を持っている人だけの把握のみになり、小児在宅医療に参画している薬局の数がつながらない指標になってしまう。小児在宅、医療保険を使う基準を加えていただくと小児在宅医療の参画できるという目標になると思います。
- ・ 委員：資料5-3にあります、目標指標と確認指標で、訪問指導件数、レセプト件数とか訪問指導が目標項目としてあって、資料5-2を見ますと、それが指標という言葉が使われているんですけど、第7次計画のような形で目標として設定になるのでしょうか。
- ・ 事務局：最終アウトカムの指標については、目標とすることを考えております。
- ・ 委員：第7次計画評価での在宅の医療がうまく回っているという記載がございました。その中で、高齢者が増えてくるから指標件数が増えて当然ではないのでしょうか。自然増という感じもしているんですが、いかがでしょうか。
- ・ 事務局：お示したものは、あくまでも事務局案としてお出ししております。評価に入れておく指標がある、評価の視点についてご意見いただければと思います。
- ・ 座長：もう一度会議がありますので、それまでにご意見をいただくことでよろしいですか。ここで全部の指標を検討することは難しいと思うのですがいかがでしょうか。

- ・ 事務局：第7次の評価をさせていただいた際に、この6年前に定めた目標値という形で置いておりましたが、6年たって、質を評価できるような仕様にすべきという意見をいただいたところです。現状では、あくまでも定数的なものしか管理できていないので、その辺りこのようなご意見をいただいて、こういう指標であれば、もっと質も評価できて、「県民ができる限り住み慣れた地域で・・・」、「QOLの維持向上・・・」という部分に反映できる、把握できる指標のご意見をいただければ、次回の中間案でお示しさせていただけるかと思います。
- ・ 委員：ロジックモデル詳しくないのですが、先ほどのご説明だと、結局は最終アウトカム項目を達成できたか否かの判断になると、その中間アウトカムの意味があまりないのかな、と思うのですが、いかがでしょう。確認項目の目標値を設定しないのであれば、最終アウトカムだけで十分じゃないかと思うんですが、どのように中間アウトカムを捉えたらよろしいですか。
- ・ 事務局：指標の項目については、意見をいただきながら検討を進めますが、最終アウトカムをまず目標値として定めて、そこに至るためには、どういう状態になっているかという中間アウトカムの状況を把握する必要があります。中間アウトカムの中にあります資料については係数としては6年間管理をしますが、具体的な方向をどうしたいかは、一番右側の最終アウトカムの指標を用いたいということでございます。
- ・ 委員：数字だけでなく、そういった中間アウトカムでの評価を踏まえて、総合的に最終的なアウトカムは判断されることで、わかりました。
- ・ 委員：訪問リハビリの関連のことですが、今、診療報酬・介護報酬のトリプル改定で、訪問看護ステーションからの訪問リハビリの適正化をしないといけないという議論が上がっております。以前の県の資料で訪問リハビリが充足してきているというのはわかるんですが、病院診療所等からの訪問リハビリが充足してきています。訪問看護ステーションからの訪問リハビリのカウントを継続していただきたい。病院診療所からの訪問リハビリに行けるのは介護保険対象の方だけになり、小児や若い難病の方は全て訪問看護ステーションから訪問リハビリに行っております。制度がどう変わるかわからないし、制度がややこしく、不安定な状況です。ぜひ訪問看護ステーションのリハビリとして注視して欲しい。以前の診療報酬改定で軽症の方は理学療法士が訪問に行く数を減らしなさい、という改定になっていますので、それだけで医療保険だけで1人分の理学療法士の仕事が確保できればいいですが、おそらく小児を見ながらお昼からは介護の方を見て、という形で仕事を組んでいる現状で、かなり現場の者たちも危惧しておりますので、ちょっと注視をしていただければと思います。
- ・ 委員：Aの個別施策のところに訪問・栄養・食事指導をする栄養士の人材育成と記載してもらえないかと思います。現状在宅に訪問するのは施設や病院の栄養士は難しいので、在宅でも活動できる栄養士を育成することが必要になってくるので、施策に入れていただく方がうまく動くと思います。
- ・ 座長：人材育成の言葉をぜひ、入れてほしいです
- ・ 委員：今回、小児の訪問診療を実施している病気・診療所や、小児の訪問看護を実施している指標の記載がありますが、小児の訪問薬剤管理指導を算定している薬局の指標があると、薬局としてモチベーションが上がるのかなと思いました。結果としてあまりいい結果につながらな

いかかもしれませんが、少しでも小児の訪問薬剤指導をやっていただけるような方向性をつけていただけると、嬉しいと思いました。

- ・ 委員：24 時間体制で看取りを実施していく体制の確保に関しても、薬局も 24 時間体制で実施していく必要があるので、24 時間対応できる薬局の指標を入れていただけると助かると思います。
- ・ 委員：最終的には目標として、在宅医療を受けている小児の QOL を上げるということは一つの目標になるかと思うんですけど、その中で前回 5 年間の指標を見てみると、最近、医療的ケアを受けて学校に通学している人もいる中で、人工呼吸器が必要な方はあまり登校していないという実態もありますが、医療的ケア児が安全を確保した上で教育を受ける機会を確保していくということは一つの QOL につながるかなと思います。そういったところも中間アウトカムとしてはいかがでしょうか。
- ・ 委員：現行計画の目指す姿というところですが、「医療・介護・福祉が受けられて」という文章でぜひ「医療、療育、教育、介護・福祉サービスが受けられて」というもう少し三重県のオリジナリティ、小児在宅関係者も含め議論もしてきているので、療育教育というのも入れていただけるといいなと、あまり介護保険ばかりに注視されない三重県のオリジナリティがあるといいなと思いました。
- ・ 委員：資料 5-1 3 ページの三つ目のめざす姿ですが、「患者と家族を継続的包括的にサポートする」と書いてありますが、ケアマネージャーや相談支援専門員という、小児における包括的にサポートをつないでいく方々の数字というものが中間アウトカム、最後アウトカムにもないが、個別政策においてはいろんな人の人材育成をすることが示されているということで、ちょっとやっぱり実際の現場では、患者様とご家族は、ソーシャルスキルがある支援者と出会うかによって、処遇が変わる。そういったソーシャルスキルに関しての指標が全く出ていないのがこれは良くないと。これは三重県のオリジナリティとして、しっかりと打ち出してほしいと思います。
- ・ 委員：アウトカムの指標をそれぞれ小児の指標（訪問診療数や訪問看護師数）を、すべてカッコ付けでもいいので並列すれば相当充実したものになると思います。
- ・ 委員：中間アウトカムのところは、訪問診療を実施している病院・診療所を置くと、先ほどの話に戻りますが、医療機関数は減っているのに件数は上がっているという。そういうことに対して全くその流れがロジックじゃない。ここはちょっと見直さないといけないという。そういう視点でご説明をされるといいかなと思いました。
- ・ 委員：災害・新興感染症発生時の対策のところですが、最終アウトカムの指標、これから作っていくという意味で、今は設定しないということでしょうか。頭から設定しないというのはどうかなと思いました。それと最終目標は医療、介護福祉サービスと受けるということになっていきますけれど、その個別施策、中間アウトカムの指標を、その個別施策、中間アウトカムにおいてはすべて在宅療養の医療ということが出てくるだけなように思うので、介護福祉サービスに関する災害時復興感染時の記載も必要ではないかと思います。
- ・ 委員：ロジックモデルの沖縄県と大阪府のものを拝見していて、退院時共同指導を実施している診療所の数とかそういうのは上がってきているんですが、実際病院の中に入ると、退院時共

同指導料を算定しようと思うと、施設へ入所するための実態調査とかは算定していない場合が多くて、そのまま退院してくこともあり、介護支援連携指導料とかそういうのでしたらわかるんですけども、なかなかこの退院時、共同指導件数は、本来、指標として上げるべきものだと思うんですが、実際どうなのかと各病院に確認した方がいいと思います。

- ・ 委員：今、医療ソーシャルワーカーの成り手というのが本当になくて、そんな大変な仕事はしたくないと社会福祉士の資格を学生が取得しても病院職場への応募がない。以前は病院で医療ソーシャルワーカーを募集すると30人ぐらい応募があり、採用は1人だったのが、今は、募集をしても全然応募がよいような状況です。かつては三重病院もワーカーさん1人だったのが、今は10人ぐらいに増えている。それは入退院支援加算1の診療報酬のおかげです。医療ソーシャルワーカーも施設での勤務経験はあるが、病院での勤務経験がない職員もおり、入退院支援に関わる職員の研修を体験型、スキルアップできるような内容で協力していただきたい。
- ・ 委員：個別施策で訪問看護ステーション等への支援ですが、研修会や資質向上のために関わる内容がここに入ってくるという捉え方でよろしいですか。その研修をどのくらい実施しているか、認定看護師、特定行為を持った看護師数も指標にあると良いと思います。
- ・ 委員：訪問看護ステーションの事業所の自己評価をして、「自己評価のガイドラインに沿って業務を行っているか」に取り組めていないステーションは沢山あります。自己評価をすることによって訪問看護の質を高めていくこともでき、それが質の評価になると思います。
- ・ 委員：質の評価をどのように評価をしていくのかは難しいところだと思います。先ほどの委員が言われたように、特定行為を持つ看護師というのも、在宅の中では非常にいいケアができておりますので、認定や特定行為の資格を持つ看護師がどのような形で患者さんと関わって、認定や特定行為の資格持たない看護師と関わった時とどう違うのか、それは数字に出せないかもしれませんが指標にしていきたいと思います。
- ・ 委員：最終アウトカムで「できる限り住みなれた地域で自分らしい生活が実現できる」の、「自分らしい」の表現に着目をしました。どのように評価するのか、今後の診療件数等々、環境面における件数としてこれは表すものと思います。ACPの件数などを最終アウトカムに置くことで質の評価になると思います。ACP自体の幅が広いのですが、「ACPを本当に確認した上で看取りをした。」そういう件数が目標指標に置くことができれば、「自分らしい」につながるのではないかと感じました。
- ・ 委員：災害時の新興感染発生時の薬局の在宅医療提供について、どの圏域でいくつ対応できるかを入れていただけるとありがたい。
- ・ 事務局：質に関する指標に関してご意見いただき、今後6年間、進行管理をしつつ目標に向かって施策を進めていく必要があります。その中で、その件数が毎年きちんとデータが把握できるものでないと、なかなか難しいというところがあります。先ほどACPを確認した上での看取り件数というのが、データとして入手ができる、毎年きちんと確認ができるものがあればいいのですが、現実に計画の進行管理をしていく上で、先ほどいただいた意見をできる限り反映はさせたのですが、現実的に把握できるデータに置き換える部分がございますので、その点、次回の議題とさせていただく時に、ご意見をお伺いいただければと思います。

- ・ 座長：指標について、次回会議の時にもう一度分析をするということで、それまでに事務局に意見をご連絡していただければと思います。

#### 次期外来医療計画について

##### 事務局から資料7説明

- ・ 委員：診療の偏りとか、内容に関して、総合診療医を育てることに関し、6年先に何科の医師になるかとか、そのような数字が出ていない現状で、現状の専門化している外来機能をどうやって見定めるかに関しては訪問診療数で少し広げようとしているのかなと感じました。
- ・ 委員：訪問診療の中には施設内訪問診療の数も入っていますか。いわゆる在宅訪問診療と施設内訪問診療は一緒になっているのか、ちゃんと分けて計算されているのですか。
- ・ 事務局：訪問診療件数は自宅への訪問診療と施設内訪問診療も含めております
- ・ 委員：外来機能を入れていいのかどうかは、レセプト上は入っていると思いますが、三重県の場合どうするか、視点としては忘れてはいけないと思いました。
- ・ 委員：死亡を含めてですが、高齢者の方々の死因で多いのはガンでしょうか。それとも疾患別にはどのような状態ですか。
- ・ 事務局：全死因の中で一番多いのが「がん」です。
- ・ 委員：在宅で診ていくときに、医療者は多分、麻薬をしっかり使って、痛みのない状況にし、QOLあげた状態にして、看取りの支援を行うと思うので、そういう面から麻薬の使用量、麻薬の使用実態は大事な指標ですが、数字化できていない。中間のアウトカムに外来診療の中にも麻薬の使用ができる診療所がある、というのがないとQOLが上がるだろうと思ったので、提案としました。
- ・ 座長：施設での在宅医療と、施設以外の在宅医療が一緒の統計になっています。それを区別していないと思います。最近は特に私も在宅療医師として思うのですが、なかなか在宅専門医というのは相当しんどい、家庭医は若い方はどんどん増えている。先ほどもあったチームでやっている方もあるんですけども、我々の年代のような、外来をやりながらお昼からとか、あるいは入院の患者さんの回診の後とかの訪問診療を行うパターンもあります。一概にどういう方が訪問診療を行っているのかは難しいと思います。現在、郡市医師会で統計を取っておりますので、またご報告できる機会があればと思います。

#### 第9期三重県介護保健事業支援計画第10次高齢者保健福祉計画について

##### 事務局から資料8説明

- ・ 昨日、ウェブで高齢者福祉分科会がありました。その時も介護人材の話はたくさん出て語り尽くせないくらい介護人材の不足についてはご意見がございまして、なかなか難しい問題だなと思いました。現在、第9期の介護保健事業計画を市町で策定していると思うのですが、1月に厚労省からのガイドラインが出て、指針が出て、それぞれ進んでいると思うのですが、市町さんの計画策定の現状はいかがでしょうか。



- ・ 委員：これからアンケートを取っていく予定です。介護保険料も含めていろいろ決める必要があります。
- ・ 委員：高齢者施策と介護の次期計画策定を進めています。全4回の計画策定会議を予定してまして、そのうちの2回の会議を終えました。ニーズ調査は令和4年度に行い、今年はその調査を基に策定をしていく状況です。
- ・ 委員：私は介護の担当ではなく、在宅医療の担当課ですが、先日計画の総論の部分を含むケア推進協議会という形で開催しまして、大枠が決まってきましたので、次の段階では医療部会が招集されまして各論を検討していく、という段階になっております。
- ・ 座長：かがやきプランとそれぞれの市町の計画がうまく連動して並行して進んでいけばいいのですけれども、なかなかそれも難しいところもあるのかと思いますが、各市町でよろしく願いいたします
- ・ 委員：マイナンバーカードとかICTとかが、医療介護のデータの落とし込みが6年先に相当利用できるものかどうか、質問したいのです。県庁のデジタル局との連携とかナショナルデータを用いるというのもあるのですが、患者様たちがどのような事業所、どのような病院や介護施設や訪問看護を利用した、そういうデータが今後取れるようになるか。6年後の見通しを含めて聞きたいのですが、現状はどうなっているのでしょうか。
- ・ 事務局：委員の発言は確かにその通りだと思います。6年後には一定使える情報を集約でき、自分で見れるPHRの取り組みも進むと思うのですが、おそらく、いろんなところにまだ制約がある。それは制度的な制約もあると思います。マイナンバーに関する今の世間の動きの問題もあるので、今、積極的に三重県として独自に何かをすることは、全く考えていないのですが、おっしゃっている視点は確かにその通りだと思いますので、何かをやるということは多分医療計画全体でも書き切れないと思うのですが、今の問題意識は、私はその通りだと思うので、何か痕跡を残したいと思います。
- ・ 委員：地域包括ケアの中にICTというか連携システム、松阪はバイタルリンク、他の地域は違うシステムがあると思うのですが、ICTのシステムがリンクしていない。あるいはリンクさせてデータを抽出していくとか、もうちょっと県としてうまく使っていけないかという思いです。例えばなぜこんなことを言うかという、私は今、三重県の津市で開業を始めたのですが、松坂市の患者さんを多く見始めたところ、津市と松阪はICTのシステムが違う。そうすると津市の私が主治医になった時は松坂市の方々が招待して、そして連携し始める。こんなときに、津の地域包括ケアは「先生の患者さんは全部松坂の人ばかりじゃないですか。これどういうことですか。」と問われ、説明をしないといけないのです。一応納得していただきましたが、もうちょっとオール三重で、せっかく用いているICTシステムが違い、使えないという根本的な問題を上手に地域包括ケアを成熟させながら、もっと簡潔に、マンパワーが少ないので、データをうまく抽出して統制をとっていく、データを取っていくという風に考えられないかなと、テーマとしては面白いと思って提案です
- ・ 委員：県の医師会長会議というのがあり、ある地域の会長から、委員が言われるような提案があり、県内バラバラのシステムを扱っているのを、それを一元化する方法がないか、例えば医療確保基金を使うとか、そういうものを県と協力しながら一元化目指してやっていこうという

話は出ております。しかしこれを進めるに当たって、地域によっては既に構築されたシステムを再構築する必要がある可能性があることから、懸念を示す医師会も有り慎重に進める必要があると思います。

- ・ 委員：確認ですけれども、今回大きな議題だったこのロジックモデルの中間案に載せていただきたい、もしくは反映させていただきたい意見は、まだ言い切れていない部分もあるでしょうし、本日欠席の委員さんもいるので、県の方に直接お伝えすることで、もちろん全て計画に示すことができるわけではないけれども、早めにお伝えするということがよかったですでしょうか。
- ・ 事務局：直接おっしゃっていただければ、できるだけ早めにいただいて、反映できるものは反映して、なるべく反映できるように考えていきたいと思っております。早めにご意見をいただけると助かります。
  
- ・ その他 次回の会議は10月10日（火）18時30分から、場所は県庁講堂です。