

介護保険対策協議会

日 時：令和5年2月11日（土） 16：00～18：00
場 所：ホテル日航大分オアシスタワー 3F「紅梅の間」
大分市高砂町2番48号 TEL097-533-4411

〔次 第〕

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協 議

- (1) 新型コロナウイルス感染症クラスター発生時における特別養護老人ホームの配置医師の役割について（長崎県）
- (2) 介護保険制度の新たなサービス体系（複合型サービス）に対する国の考え方について（熊本県）
- (3) 在宅看取りへの対応の充実及びACPの推進に向けた取組みについて（福岡県）
- (4) 介護認定審査会の簡素化について（鹿児島県）
- (5) 療養病床の「介護医療院」への転換支援について（佐賀県）
- (6) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行に伴う介護サービスの格差について（宮崎県）
- (7) サービス提供体制強化加算について（沖縄県）

4. 閉 会

**九州医師会連合会 令和4年度第2回各種協議会
介護保健対策協議会（報告書）**

日 時：令和5年2月11日（土）16:00～18:00

場 所：ホテル日航大分オアシスタワー 3F 紅梅の間

参加者：（役員）涌波理事
（事務局）宮城

1. 開会

大分県医師会の井上常任理事より開会が宣言された。

2. 挨拶

大分県医師会の植山副会長並びに日本医師会の今村常任理事より挨拶が述べられた。

3. 座長選出

慣例により担当県である大分県の植山副会長が座長に選出され議事進行が行われた。

4. 協議

日本医師会の今村任理事より中央情勢報告を含め下記の説明があった。

（1）新型コロナウイルス感染症クラスター発生時における特別養護老人ホームの配置医師の役割について（長崎県）

【提案要旨】

以前から指摘されているように多数の基礎疾患をもつ重度の要介護老人が密に生活する場となっている特養は、クラスターが起りやすい環境であり、放置されると死亡者も多い。かといってコロナ対応病院への搬送が常態化すると病院側の業務に支障を来すため、国は施設内での対処を念頭に高額な抗ウイルス薬を使用できるようにしたり、施設側に高額な補助金をつけたりしている。もちろん現場のスタッフの大変さは容易に想像できるが、対応せざるを得ない配置医師への配慮は現時点ではみられない。

日頃から多くの先生方は日常業務に追われながら特養の入居者の健康管理を行っていると思えないが、クラスター発生時には病院の病棟担当医師以上の労働負荷がかかると思われるし、治療責任も一人の肩に重くのしかかる。

施設側と日ごろ交わしている契約での報酬ですべて賄うべきものとも思われないが、現状のままで、あくまで配置医師が治療を行うのが国の方針なのかが分かればご教示頂きたいし、日医の考えも伺えれば幸いである。

<九州各県回答>

熊本県：配置医師の役割については、職員の健康管理も契約の中に含まれており、大変ご苦勞されている。是非とも検討いただきたい。

福岡県：健康管理から医学管理へと実態は大きく変化しており、労働負荷や治療責任などの限度を超えた負担がかかっている状況を早急に検討いただきたい。

鹿児島県：事前回答記載通り

佐賀県：配置医師は全て感染症専門医ではないため、負担軽減を考慮していただきたい。

宮崎県：事前回答記載通り

大分県：事前回答記載通り

本県：本来、特養は療養を提供することが目的としているが、本来の業務を明確化すること、今後の新興感染症への配置医師の役割について改めて検討いただきたい。

【日本医師会より見解】

特養の配置医師の役割について、配置医師の主な業務は基本的には健康管理を主としており、医療を行うことを業務として考えていなかった経緯がある。

しかし、特養のみならず、今日までの高齢者施設においては、医療と介護の両方が必要な利用者が居る場合に配置医師の役割について大きく問われると感じており、次回の介護報酬改定の課題として提起させていただく。

また、高齢者施設等でご尽力された配置医師の先生方へちゃんとした報酬が支払われているか確認させていただき、今後、新たな新興感染症が発生した際に、配置医師の役割についてしっかりと体制整備していきたい。

(2) 介護保険制度の新たなサービス体系（複合型サービス）に対する国の考え方について (熊本県)

【提案要旨】

現在、コロナ禍での臨時的な特例措置として、通所介護事業所による訪問介護サービスの提供が認められているが、通所介護と訪問介護は各々の事業所で運営されていることが一般的であり、この特例措置の実態および効果などは不明である。

こういった中で社会保障審議会・介護保険部会において、在宅サービスの基盤整備として、複数の在宅サービス（訪問や通所）を組み合わせる複合型サービスの類型などを設けることが検討されている。

介護現場では、これまで介護ニーズや介護報酬を踏まえ、介護事業所自らが介護サービス提供事業を選択して地域包括ケア体制を構築してきた経緯があり、各々の介護サービスの特徴と役割は明確であるべきである。今回の提案も、通所、訪問の複合に加え、自費サービスの宿泊を利用できる事業所が出来てしまえば、それは小規模多機能型居宅介護事業所とほぼ同一となる。これらは、ケアマネージャはもとより、医療機関での退院支援にかかわる職員、さらに患者さんやご家族も、各事業所の役割や存在意義が不明確になり、混乱をき

たしてしまうのではないかと思うが、九州各県のご意見と日医の見解を伺いたい。

<九州各県回答>

長崎県：事前回答記載通り

福岡県：事前回答記載通り

鹿児島県：事前回答記載通り

佐賀県：事前回答記載通り

宮崎県：介護保険の財源や人材確保の問題解決の見通しが立たない中、質を落とさずに効率的な運用を検討願いたい。

大分県：事前回答記載通り

本県：住宅型、有料、サ高住等においては、特養と同じくらいのケアが必要な方が利用されているが、それに見合った介護報酬は不十分なままとなっている状況であり、早急に対応いただきたい。

【日本医師会より見解】

昨年、12月に開催された社会保障審議会介護保険部会にて、「地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的なサービスの整備を進めていくことが重要である」、「例えば、特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービスを組み合わせて提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適用である」ということが明記されている。

日本医師会としては、複合型サービスについて慎重に検討していくこととしている。

(3) 在宅看取りへの対応の充実及びACPの推進に向けた取組みについて（福岡県）

【提案要旨】

本県では、平成28年以降、毎年県と本会が共同で在宅医療に係る調査を実施しており、在宅看取り患者数については例年増加傾向にあったが、主に増加しているのは高齢者施設での看取りであった。しかし、令和3年度は自宅での看取りが大きく増加していた。その要因として、新型コロナウイルス感染症による介護施設の面会制限や集団感染のリスク等により在宅医療そのものを自宅で希望される患者・家族が増えたことが一因と考える。

今後、本県でも在宅患者数は2040年以降にピークを迎えることが見込まれており、それに伴い、在宅での看取りもさらに増加することと考えられ、家族介護者及び介護施設の従事者等の看取りへの理解促進と対応のさらなる充実が求められている。

このようなことから、本県では県行政において平成28年度に介護施設の入所者の家族及び従事者向けのパンフレットを作成し、施設看取りに関する理解促進を図り、本会においても、今年度の第1回本協議会においてご紹介した「介護現場のための感染症対策ガイドブック」を作成し、その中で介護施設におけるACPの進め方の具体例やACPを行う上での注

意点などについて掲載し、高齢者の意思決定支援を推進しているところである。

また、今般の在宅医療の自宅への回帰傾向を踏まえ、現在では、県行政と本会共同で家族向けの自宅看取りのパンフレット及びACP普及啓発のチラシを作成中である。

コロナ禍により人生の最期をどう迎えるかについて更なる関心の高まりが予想されるが、各県において特に在宅看取りへの対応の充実及びACPの推進に向けて取り組まれていることがあればお伺いしたい。

<九州各県回答>

長崎県：高齢者施設等における施設看取りも一部の施設では積極的に行われているが、ACP普及啓発ではなく、在宅医療連携の推進を図る目的で検討していただきたい。

熊本県：ACPについて、医療職、介護職が患者本人の心理変化や医師意向を汲み取るために人生の最終段階における医療の決定プロセスへの理解が重要と認識している。

鹿児島県：高齢者施設等を対象にACPに関する取組状況調査、課題整理、分析を行い、県行政や関係団体と連携して更なる普及啓発に努めたい。

佐賀県：事前回答記載通り

宮崎県：事前回答記載通り

大分県：事前回答記載通り

本県：事前回答記載通り

【日本医師会より見解】

松本会長の所信表明にて、人生の最終段階の普及啓発に取り組むことを表明している。

今後の具体的な対策までは検討に至っていないが、各県の取組が異なっており、方向性を統一する必要がある。

また、国民が人生の最後について考える機会を増やさないといけない。一方的な意見を述べてしまうと、ACPではなくなり啓発にもならない。

一方で現場の悲鳴に対しても真摯に対応し、日本医師会として検討していく。

(4) 介護認定審査会の簡素化について（鹿児島県）

【提案要旨】

令和4年11月に開催した郡市医師会長連絡協議会において、「介護認定審査会の在り方」が議題として提案された。会員数の少ない医師会では審査員の後任が見つからず、長い期間担当せざるを得ず、会員も高齢化する中で大きな負担となっている。国が積極的に医療関連のデジタル化を推進する中、AIによる判定の導入を検討するよう働きかけて欲しいとの提案であった。

介護認定審査会の業務の簡素化については、「平成30年4月1日以降の要介護認定制度等について」(厚生労働省老健局老人保健課長平成29年12月20日付事務連絡)において、

審査対象者の増加を見据え、予め定められた条件を満たした場合は審査業務を簡素化することが可能であるとの取り扱いとされている。

県が令和3年7月に取りまとめた情報では、県下の17審査会のうち、簡素化を「導入している」のは10件、「導入していない」・「検討中」が7件であった。また全国では「導入していない」が44%と、過半数近くが従前の審査会形式を継続しているとのことであった。

本会では、今回の提案を受け、郡市医師会に対して介護認定審査会の簡素化についての調査を実施した。認定審査会の簡素化については自治体との協議を行っている医師会が、17医師会中3医師会のみであった。協議済みの医師会では、更新期間の延長や、更新審査の簡素化で業務負担が軽減されたとの回答を得た。一方、協議を行っていない医師会においても、グループを作り持ち回りで担当することで業務負担の平準化を図ったり、介護事業所を運営する会員には必ず審査業務に協力していただく体制を構築するなど、医師会独自に取り組む医師会もあった。

上記を踏まえ、本会から郡市医師会に対して、より多くの会員に審査委員の協力を要請することに併せて、業務の簡素化に向けた審査会事務局との協議していただくこと、更新時期の延長や、更新申請分の審査の簡素化、ペーパーレス化やコロナ禍で導入されたオンライン形式による審査会継続を提案した。

高齢化が進展する中で、介護認定審査会の負担も増すものとする。各県におかれては、審査業務の簡素化に向けた好事例があればご教示願いたい。また日本医師会におかれては、審査員の確保が難しい状況を国へ伝えていただき、持続可能な審査会運営のためにも、デジタル化の積極的な導入を求めている。

<九州各県回答>

各県概ね同様の意見であるが、デジタル化に伴う機器の不慣れに対する不安もあった。

【日本医師会より見解】

日本医師会としては、医師が関わらない認定審査会はあり得ないと考えており、今後も医師が関わるように推進していきたい。

一方で人材不足も顕著となっており、今後の効率化を検討していきたい。

(5) 療養病床の「介護療養院」への転換支援について（佐賀県）

【提案要旨】

要介護者の長期療養・生活施設としての機能を持つ「介護医療院」が2018年に創設されて、介護療養病床からの転換が推し進められている。2022年9月末時点の「介護医療院」の施設数は、739施設、療養床数は4万4000床となり、厚労省は転換が着実に進んでいるとの認識を示している。更に前回の介護報酬改定（2021年度改定）では、「介護医療院」の転換を後押しするため、最大90日まで算定できる「長期療養生活移行加算」が創設され、

以前の「移行定着支援加算」と比べて減額とはなったが、支援加算が残されている。

このような状況にも関わらず、本県の転換状況は順調とは言えず、地域医療介護総合確保基金を活用した支援等も行っているが、2022年9月末時点で「介護医療院」は12施設・427床に留まり、未だ介護療養病床・医療療養病床25：1を持つ医療機関も多数あることから、県担当課としても「着実に進んでいるとは言い難い状況」とのことであった。介護療養病床の廃止期限も迫っており、今後の医療計画及び介護保険事業計画にも大きく関わることから、本県でも更に転換を進めていく必要があるため、支援策を模索している。

各県では「介護医療院」への転換の進捗状況についてどのような認識か、また、どのような支援を行っているか（未転換の施設に対して何か個別に働きかけを行っているか等）お伺いしたいと共に、日医にはこれからの方向性や展望についてご教示いただきたい。

<九州各県回答>

各県ともに具体的な支援策については検討状況であり、日本医師会の見解について確認したいとのことである。

【日本医師会より見解】

転換支援については、現時点ではかなりの数が転換されているが、令和6年3月の締切まで残り約1年で300弱施設となった。

期間の延長はないことが予想されるため、残り施設への転換について日本医師会として検討していきたい。

(6) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行に伴う介護サービスの格差について

(宮崎県)

【提案要旨】

令和4年度第1回の本協議会で、熊本県からの提案事項として挙げた介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）について、11月に開催した本会介護保険委員会でも協議を行ったところ、総合事業へ移行する動きについて各委員（各地区からの選出）の認識が薄く、移行に伴う懸念事項や課題を各地域で協議する段階には至っていない状況であった。

今後、要介護1、2の方々が総合事業へ移行された場合、市町村の財政状況や介護度の違いによりサービス利用の格差が生まれ、必要な方へ必要なサービスが行き届かない可能性が出てきている。また、主治医の立場からも介護サービスの内容把握がしにくく介護と医療の連携が難しくなることが予想される。

日医で何か対応策を検討されているか、また、各県医師会には、格差を埋めるための取組や自治体が行う好事例サービスについて把握していればご教示願いたい。

<九州各県回答>

長崎県：要介護1、2の方へのサービスが地域支援事業にそのまま移行された場合、心身

機能に合わせた適切なケア、自立支援サービス提供不足が懸念されることから早急な対応を検討いただきたい。

熊本県：独自で運動器機能評価の分析業務を受託し内容を把握する方向である。

沖縄県：本内容は LIFE 事業と合わせて調整が行えないか、検討いただきたい。

【日本医師会より見解】

本内容については、社会保障審議会の場において調査、検証を行っていない段階での移行については時期早々であると主張しており、第 10 期医療計画（令和 9 年度）の改定に向けて検証実施、また、格差が生じているか検討することとしている。

（7）サービス提供体制強化加算について（沖縄県）

【提案要旨】

本加算は、介護施設職員の介護福祉士の割合や勤続年数から、質の高いサービス体制を提供する体制にある施設に対して評価する加算であり、該当する介護サービス種別や要件が様々となっている。

しかし、その分母は「職員数」となっており、元々、加配して職員数を増やしている場合は、増員分も含めての分母となる。

加配している事自体が、「利用者満足の追求」や「職員満足の追求」に繋がり、より質を高めたサービス体制を目指せることとなることから、「法定人数」に対する介護福祉士の割合での評価が出来れば、「質の高いサービス体制」への評価ができるのではないかと考えている。

日本医師会並びに各県のご意見をお伺いしたい。

<九州各県回答>

各県ともに本制度に対する評価の見直しについて同意見であり、日本医師会への見解について伺いたいとの回答であった。

【日本医師会より見解】

現時点での厚生労働省老健局としての考え方としては、質と量のサービスについては別認識として考えている回答であった。

令和 3 年度の介護報酬改定の際にも意見を述べたが、壁が厚く、引き続き、加配の手当に関しては、日本医師会もからも要望していきたい。

4. 閉会

大分県の井上常任理事より閉会が宣言された。