

第1回開催

介護保険対策協議会

日時：令和5年10月14日(土) 16:00～18:00
場所：ホテルニュー長崎 B1F・海鳳の間
長崎市大黒町14番5号、電話 095-826-8000

< 次 第 >

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協 議

- (1) 2024年介護報酬改定における今後の議論について（佐賀県）
- (2) 特別養護老人ホームの入所について（福岡県）
- (3) 介護施設間の連携及び医療介護の連携について（宮崎県）
- (4) 介護従事者の処遇改善（基本報酬の増額）について（鹿児島県）
- (5) 新型コロナウイルス対策補助金に関して（沖縄県）
- (6) 認知症施策関連の受託事業（研修など）について（大分県）
- (7) 地域包括ケアシステム構築における課題と国の施策に対する取り組みについて
(熊本県)
- (8) 介護施設におけるACPの取り組みについて（長崎県）

4. 閉 会

<涌波理事印象記>

第1回 介護保険対策協議会

理事 涌波淳子

令和5年10月14日に九州医師会連合会の第一回各種協議会介護保険対策協議会が開催された。8題の協議事項があったが、その内3つは、介護従事者の処遇改善、新型コロナウイルス感染症補助金、物価高騰対策を含む2024年の介護報酬改定に絡む内容であったため、一括での質疑応答がなされた。

(1) 2024年介護報酬改定に関して

各県とも苦しい胸の内が報告されたが、日医としても苦しい戦いを強いられているようで、今村常任理事からは「診療報酬も介護報酬も財務省主導で動いており、今のところ、上げる気配がない。

物価高騰に関する支援については医療介護関係団体連名で要望書を出したところ、認められそうな感じであるが、1回限りとなっては困るので主張し続けていく。処遇改善に関しては、一般企業が3.7%の賃上げに対して、医療は1.9%、介護は1.4%であり、これまでの介護従事者の離職者は、同じ介護事業所への転職であったのが、現在は50%が他職種への転職というショッキングなデータがでていますが、今のところはゼロ回答に近い。

今年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2023(いわゆる骨太の方針)」においては「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定に関しては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスを受けられるよう、必要な対応を行う」と明記されているので、それを元に地元の政治家に働きかけ、政治マターとしての解決を行わないといけない。全体的にプラス改定にもっていかないと結局は何かを上げるために何かを減額するという事にしかならない。消費税は15兆円にも上がるが、5兆円が軍事、3.5兆円が子供関連になっているので、それ以外は全て本来の目的である社会保障費として活用できるようにしないとけない。そのためにも各県医師会も政治家への訴えをお願いしたい」と報告された。

(2) 特別養護老人ホームの入所に関して

ある県から「要介護3以上とすると空きベッドが出ているところもあり、有効活用できるようにしてほしい」という意見があった。それに対しては、今村常任理事からは、「指針が『特例入所の対象者は、地域の実情を踏まえて(空床状況や地域のニーズ等を含め)、各市町村が十分に考慮する』と改定されているが、これらが、十分に伝わっていないのかもしれない。日医からも再度、厚労省に現状を伝えるが、各県医師会からも行政の方に確認をしていただきたい」と言われた。

(3) 介護施設間の連携及び医療介護連携について

各県でも試行錯誤がされている。今村常任理事からは「介護側からの医師へのハードルは少しずつ下がってきているが、医師自体の参加率が低いのが課題であり、また、ITの活用が欠かせない。日医としては、オンライン診療に反対しているわけではなく、面としてのかかりつけ医機能を進めていく方向で動いている。

また、今回のトリプル改定の中で、国としては、この医療介護連携に関して力を入れていくと言っている。」と報告されたが、その他にも医療にも介護にも関わっている医師会がコーディネーターとなり、行政を巻き込んでいけるといいのではないかと、郡市医師会レベルではまだ範囲が広いので地域包括ケアシステムとして地域包括支援センターと医師会の医師が協力体制を取れるといいのではないかと、老健は大体中学校区に一つなので老健を中心にまとまるといいのではないかと等様々な意見がだされた。

沖縄県医師会としては、県から委託されている在宅医療支援事業を活用し、各地区医師会の在宅医療・介護連携推進事業と連動させながら進めていきたいと考えている。また、新型コロナウイルス禍で作られたネットワークや介護施設向け相談会、医師向け研修会を連携のためにも活用できればと考えている。

(4) 認知症施策関連の受託事業に関して

今回「認知症対策基本法」も決定され、ますます重要な課題であるが、様々な研修があり、一度立ち止まってスリム化する必要があるのではないかとという意見があった。国では「認知症疾患センターの在り方」についても検討が始まっていると今村常任理事からは報告があった。

疾患センター、専門医、かかりつけ医、認定看護師、保健所等関係者が協力した研修会やネットワークづくりが必要と思われる。沖縄県では、コロナ禍で研修そのものが止まってしまった経緯もあり、県とともにもう一度課題を整理して、どのような形ですすめていくのかを確認していきたい。

(5) 「地域包括ケアシステム構築」に関して

各県とも縦割り行政の中で試行錯誤している。「行政の中の縦割りはどうしてもできないので、医師会が横ぐしをさすことで共有化できるのではないかと」という声があり、確かにその通りだと感じた。

私も担当理事として様々な会議に出席しており、ジレンマを感じていたが、「医師会だからこそ横ぐしをさせる」と腹をくくって内容を整理していくことが大切だと感じた。

(6) 「介護施設におけるACP」に関して

単なるDNA Rの問題ではなく、どのように人生を過ごしていくかという文化の醸成が大切で、トリプル改定の医療介護連携の一つのポイントとなっていると今村常任理事から報告があった。一般市民、病院、在宅、施設等、それぞれ立場が異なるとみている景色も異なってくる。共通言語で語れるような仕組みと研修を続けていきたい。

提 案 事 項

(1) 2024年介護報酬改定における今後の議論について（佐賀県）

＜提案要旨＞

現在、来年度の介護報酬改定に向けた議論が行われているところであるが、新型コロナウイルスが5類感染症に移行したことや、2025年問題が目前に迫っていることから、今回は重要な改定であると認識している。

近年の光熱費や食材費等の高騰は介護事業所の経営困難に拍車をかけており、このままでは多くの事業所が行き詰まることが予想される。また、今年の手続き企業の賃上げ率は約30年ぶりの高水準となっており、多くの業種で賃上げが実施されているが、介護分野は総じて賃金水準が低いため、3年に1度の介護報酬改定だけでは他業種との賃金格差は広がる一方である。

そのような中、8月7日に開催された厚生労働省社会保障審議会・介護給付費分科会では、江澤日医常任理事をはじめとする各委員が基本報酬の増額を要求しており、今後の議論が良い方向へ向かうことを期待している。

日医には、同改定について、報酬の増額について更なる働きかけをお願いしたい。また、議論の現状と今後の展望をお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本	<p>貴見のとおりである。 介護事業所運営の死活問題である。 介護従事者の処遇改善、光熱費、食費・居住費等、インフレ経済下における報酬改定の在り方についてしっかり対応して頂きたい。</p>
福 岡	<p>貴見の通り。日医の見解をお伺いしたい。</p>
鹿 児 島	<p>貴見のとおりであり、本県からも介護従事者の処遇改善（基本報酬の増額）について協議（4）でご提案したところである。 民間を含めた介護関連の事業所は都市部を中心に微増しているが、地方においては人口減に伴う利用者の減少や職員の高齢化など、高齢者施設等を取り巻く環境は一層厳しさを増している。 安定した介護サービスの提供には、経営の安定化が不可欠であるが、国は財源確保の難しさを理由に介護報酬の引き上げに消極的な姿勢で、このままでは近い将来介護事業そのものが立ち行かなくなる可能性さえある。 日医におかれては、引き続き関係団体と連携のうえ、国に対し介護報酬引き上げを要望していただきたい。</p>

各 県 からの 回 答

佐 賀	<提案県>
宮 崎	貴見に賛成である。
沖 縄	<p>本県も、全国より緩やかながらも確実に高齢化が進んでおり、2018年に高齢化率が21%を超え、2025年には、県民のおよそ4人に1人が高齢者になる事が見込まれている。</p> <p>労働人口の減少、多業種との競合等により、介護分野における更なる人材不足が予想されることから、貴見のとおり大変重要な課題であると認識している。一方で、光熱費や食材費の高騰は高齢者の生活にも大きな影響を与えており、介護保険料の上昇は、県民所得の低い当県では、介護サービスの利用控えにつながり、介護離職、介護うつや不適切介護につながりかねない。介護保険とは別枠での「介護従事者確保」としての政策を検討していただきたい。</p> <p>九州各県および、日医の見解についてお伺いしたい。</p>
大 分	<p>貴見の通り、広汎な物価上昇と賃金上昇圧力は収入の多くが公的保険で賄われる医療介護分野において大きな問題であり日医のお考えを伺いたい。</p>
長 崎	<p>貴県のご意見に賛成である。</p> <p>今後の介護事業継続には、基本報酬の増額が必須と考え、日医の更なる働きかけを要望する。</p>

提 案 事 項

(2) 特別養護老人ホームの入所について (福岡県)

<提案要旨>

特別養護老人ホームについては、介護の必要度がより高い要介護者を支える機能を重視する観点から、2015年の介護保険制度の改正において新規入所の対象が原則、要介護3以上の者とされた。特例として、認知症や単身世帯などの様々な事由により居宅において日常生活を営むことが困難な場合は、要介護1、2でも入所できる措置があるが、その運用については、保険者によりばらつきがあると聞いている。

入所対象者の制限は、当時の入所待機者が多い状況を解消することが目的の一つであったと考えるが、本県の入所待機者数は、2014年の1万8,000人超から現在は約7,900人とその半数以下となり、さらに施設によっては空床が出ているところもあると聞く。

一方で、要介護1、2の高齢者が、特例入所措置の要件に該当せず、かつ他の高齢者施設も利用困難な場合には、入所先がなく、家族の介護離職等につながることもあると考える。

今後、医療と介護の複合的ニーズを有する85歳以上の人口が増加することを見据え、特別養護老人ホームの入所対象者については再検討も必要であると考え。各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

本県でも施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、要介護1、2であっても特例的な入所を認めることとされているが、市町村の関与にはばらつきがあるようである。また、本県の特別養護老人ホームの入所待機者数も、2019年の4,572人から2022年は3,333人に減少しており、都市部を中心に空床が発生している施設も出ていると聞いている。熊本市のみのデータだが、令和5年1月時点の特別養護老人ホーム入所者実態調査によると、待機期間の平均は約8.5か月(平成29年調査は約15ヶ月、令和2年調査は約11.7ヶ月)で明らかに短縮しており、期間の内訳は、1ヶ月以内で入所できた待機者が約28%、3ヶ月以内が約50%、半年以内が約65%、1年以内が約79%であった。

老人福祉施設協会会員からは経営安定化のために増床やショートステイの転換希望が上がっているが、県や熊本市では特別養護老人ホームの待機者は存在するものの一定期間で解消が図られており、現時点においてさらなる整備の必要性は低いと考えられている。

ご指摘の通り制度の硬直化や地方行政現場での諸事情で介護難民が生じてくることは避けなければならないが、一方で吸痰や経管栄養対応などの資格研修制度の導入も関連して老人福祉施設の医療対応力にも変化が

各 県 からの 回 答

生じ、稼働率の低下の一因となっていることも否めない。

本課題は介護老人福祉施設の話題であるが、国においては来春の介護報酬・介護保険制度の改訂検討に際して、今一度、利用者ニーズと介護サービス提供体制の円滑な運用を踏まえた柔軟な制度設計の見直しをお願いしたい。

福 岡

<提案県>

鹿 児 島

本県においても同様に入所待機者は全体として大きく減少している中で、生活施設に介護医療院が新たな選択肢として増えたことも影響し、空床が出ている施設も一定数あると認識している。

そのような中、本年4月に「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針」（平成26年厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）が改正され、要介護1、2の特列入所の対象者について、地域における実情等を踏まえて必要と認める事情があれば、各自治体はそれも考慮することとされた。

また、関係自治体と関係団体が協議して、施設入所に関する（地域独自の）具体的な指針を共同で作成することが適当である」とされていることから、県内の各地域において、それぞれの実情に応じて柔軟に対応できるような独自の指針が作成されるように、できる限りの協力をしたいと考えている。なお、鹿児島市老人福祉施設協議会は、本年6月に鹿児島市当局と協議し、新たな指針を共同で作成することになったと聞いている。

日医の見解をお伺いしたい。

佐 賀

本県における特別養護老人ホームの入所待機者数についても、2014年には4,304名だったが現在は1,400名と減少している。

貴見のとおり、現在では空床が出ている施設があるにも関わらず、要介護1、2の高齢者で行き場がないケースが多く見られることから、要介護3以上という入所条件を見直す段階にきていると考える。

各 県 からの 回 答

宮 崎

本県の特別養護老人ホームの入所待機者数は、2014年4月1日時点の4,088名から1,855名に減り半数以下となっている。空床については、本年7月1日時点の総定員数5,248人の内497床（空床率9.5%）で、貴県同様の状況と考える。

また、要介護1、2に限らず介護認定が必要な人数は増えており、都城市の介護認定審査会では、これまで8合議体だったものを1つ増やすことが決定したところである。

本会としても特別養護老人ホームの入所対象者の再検討は必要と考えており、日医の見解もお伺いしたい。

沖 縄

本県では、2015年の介護保険制度の改正に伴い、沖縄県にて作成された「沖縄県特別養護老人ホーム入所指針」に準じて、入所検討委員会を開催し入所順位を決定している。その為、保険者によるばらつきはなく、統一されている。

本県における要介護3以上の入所待機者数は、2013年度の1,034人から、2016年には695人にまで減少したものの再度増加に転じ、2022年（令和4年）4月1日づけで800人になっている。これは、県内の特別養護老人ホームの定数の15%を占めている。一方で、養護老人ホームに関しては300床のうち56.3%と低位で推移しているため、第9期介護保険事業計画では段階的に特別養護老人ホームへの転換計画を検討していく予定である。

本県では、有料老人ホームが多く、要介護1、2の方の入所先の確保はそれほど課題とはなっていないが、有料老人ホーム+通所サービス利用による介護保険料の増大や、介護は軽くても「医療依存度」が残っている高齢者や、看取り期になっている高齢者をどこで支えていくのかが課題となっている。本県では、2040年まで高齢者数の増加が予想されているため、養護老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護医療院の使い分けや、施設数の調整、介護施設全体の介護の質の向上、そして看取り力の強化について、第9期介護保険事業計画や第8期医療計画を活用しつつ検討していく必要があると考えている。

九州各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

大 分

本県における特別養護老人ホーム入所待機者の状況は、
2014年4月1日現在 6,227人（改正前 要介護1～5）
2022年4月1日現在 2,077人（要介護3以上） 530人（要介護1・2）
計 2,607人である。

貴見の通りで介護の要求度が必ずしも介護認定の要介護度に反映されていないケースも多く、特別養護老人ホーム（以下「特養」）の入居条件については見直しも必要と思われる。

一方、特養の空床については施設職員が不足するためという話を聞くこともあり人口減少など構造的問題もあると考える。中長期的に見ると地方都市では早晚介護需要が減っていくとの予想もあり、今後の介護施設の在り方について日医のお考えをお聞きしたい。

長 崎

特別養護老人ホームの入所対象者について最大の問題と思われるのは、医療必要度が考慮されていないことだと思われる。医療必要度と介護度の高い利用者が医療設備の不十分な施設で医療的に重症化した場合、場合によっては救急病院に搬送せざるを得ず医療コストは跳ね上がり、今回のコロナ感染症で露呈したように救急体制の崩壊の一因になりかねない。それを回避する為には、日頃から特養の医療のバックアップ体制を構築しておくか、根本的な対策として医療的必要度の高い利用者を医療療養病床に誘導する法の整備が求められる。現状中途半端になっている配置医師の役割の明確化、利用者や家族へのACPの徹底、特養と療養病床や介護医療院等との機能的な棲み分けが望まれる。

長崎県においては特養の入所待機者は令和4年4月時点で約3,700名とここ5年で変化は無く、内訳も在宅と医療機関、施設でほぼ3分割されており大きな変化はみられない。

現在有料老人ホームが増加し相対的に特養のニーズが減ってきたように見えるが、将来の年金給付事情を考えると多床室の特養のニーズが高まる可能性もあるのではないかとも思われるがこの点について日医の見解をお伺いしたい。

提 案 事 項

(3) 介護施設間の連携及び医療介護の連携について（宮崎県）

＜提案要旨＞

2024年に行われる介護報酬改定に向け、様々な準備をしておく必要がある。

現在、厚労省が検討している複合型サービス類型の新設は、複数の在宅サービス（訪問・通所）を組み合わせて提供するものである。周辺施設との連携強化が必要となるが、施設ごとの横のつながりは強いとは言えず、患者や利用者の個人情報保護の問題もあり、なかなか進んでいない。

地域ごとの小規模な施設間での症例検討会や、各施設の取組み紹介等の発表の場があると良いが、日常業務で手一杯の施設職員に、これ以上の負担をかけるのは難しいと考えている。

介護保険サービスが複雑化していく中、どのような場面においても医療と介護の連携は重要であるが、介護施設間の連携及び医療介護の連携について、各県で取り組まれている好事例があれば教えていただきたい。また、日医の見解をお聞きしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

貴見のとおり、地域包括ケアシステム構築においては、医療看護介護福祉関係者の平素からの連携活動は必要不可欠である。また、ご指摘の複合型サービス類型の新設についても、その必要性と期待する点に於いて十分な議論が重ねられているとは言えないようである。社保審の介護給付費分科会に於いても団塊ジュニア2040年問題を予測して、訪問介護利用150万人、通所介護300万人など20年間で30%増加、しかし介護人材は明らかに不足、また都会では新規通所施設を建設する余地は困難と考え、平成9年介護保険法第8条に記載の地域密着型サービスとしての複合型サービス（現時点では訪問看護＋小規模多機能居宅介護）を活用強化すること居宅要介護者の様々な介護ニーズへの柔軟な対応を期待すると示している。

元々、地域包括ケアシステムでは概ね2,3の小校区、中学校区1つをイメージした地域空間を生活圏域として地域包括支援センターを設置している。顔の見える関係づくりはこの程度の空間であれば現実的に可能であり、地域住民活動にも互いに参加している実態も少なくはない。この生活圏域を一つの枠組みとして捉え、地域包括支援センターと市町村や地域医師会との細やかな連携活動も重要であろうと考える。

お尋ねの介護施設間並びに医療機関との連携も、比較的小規模の県内各地で地域医療のリーダー的医師と地域の多職種との協働が展開しているようである。これらは、本会に設置されている熊本県在宅医療サポートセンター事業の中で活動報告を求めている。また同じく熊本地域リハビリテーション支援協議会、熊本県訪問看護ステーション連絡協議会なども本会

各 県 からの 回 答

が事務局として連携しており、地域包括ケアシステムを支える参加者の連携を促す環境をさらに整備していく予定である。

福 岡

本県では、小規模事業所において自事業所の課題解決や他事業所との情報交換が困難である状況を受け、介護施設間の連携を促進するため、小規模事業所連携体制構築支援事業（介護ネットワーク・ゼミナール）が行われている。これは、複数の事業所が連携・協力し、働きやすい職場づくり、人材育成を行うことにより、個人の成長と事業所の課題解決を図るとともに、事業所間で日常的に情報交換や相談ができるネットワークを構築することを目的とした事業である。毎年設置される課題解決及び情報共有の場には多くの介護職員が参加していることから、顔の見える関係づくりが進んでおり、事業所間の連携強化に繋がることを期待している。

また、医療介護の連携については、各郡市区医師会において、市町村の地域支援事業や地域医療介護総合確保基金を財源とした県の在宅医療提供体制充実強化事業にて、顔の見える関係づくりや様々な情報共有等に取り組んでいる。本会では県より委託を受け、これらの各地域の取組みを他地域の参考となるよう情報交換会の開催や、在宅医療のデータ分析を踏まえた課題や必要な取組み等について情報提供する等、地域の医療介護の連携を推進させるべく支援を行っている。

鹿 児 島

事業主体が医療機関等であれば、県主催の会議などを通じ、また郡市医師会などのネットワークにてある程度の連携は構築できていると思われる。しかし、業種による高齢者施設等との連携は、新型コロナウイルスの事例においても医師会からの呼びかけに対し何ら反応しない施設が有るのが現状であり、どのように連携すればよいか苦慮している。

各県の状況と、日医の見解をお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

<p>佐 賀</p>	<p>本会では、県より「在宅医療・介護連携サポート体制強化事業」を受託し、在宅医療・介護連携の促進のための会議及び研修会の開催、事業の推進に必要な助言や情報提供を行っている。また、ICTシステム（カナミックネットワーク）を用いた在宅医療・介護連携の推進にも取り組んでおり、県内の医師や看護師、薬剤師、ケアマネージャー、介護士などの多職種が、利用者（患者）の基本情報や日々の健康状態など、クラウド上で共有することで切れ目のないサービス提供に繋げている。しかし、別のシステムを使っているという医療機関や、電話・FAXでやり取りしているという施設があることから、近年は利用率が伸び悩んでいる。</p> <p>各県の好事例を参考にさせていただきたい。</p>
<p>宮 崎</p>	<p><提案県></p>
<p>沖 縄</p>	<p>本会では、沖縄県より委託を受けた「新型コロナウイルス感染症対策業務」の一環として、「高齢者施設向け新型コロナウイルス感染症対策相談会」を月1～2回のオンライン開催で実施してきた。医師や感染対応専門ナースからの感染症の講義に加え、行政からの施設支援の情報提供や施設での取り組み事例の共有のあと、医師や行政を交えての質疑応答、活発な意見交換が行われており、介護施設間の連携、医療介護の連携の場となっている。令和5年9月時点で12回開催しており、平均で62施設、150名の方が参加している。今後はこの相談会の内容を拡大していきたいと考えているが、課題としては、その運営にあたるスタッフや医師などの業務量の調整と確保、費用である。</p>
<p>大 分</p>	<p>貴見の通り介護施設間の連携はひいては地域の介護レベルの向上にも繋がるものと考えているが、その方策はなかなか難しい。</p> <p>一つの方法として地域における医療・介護連携のツールを通じて介護職の連携を助けられないであろうか。回答者の地元(人口7万人台)では医療介護連携ツールとしてMCSを行政主導で導入しているが既に介護職、看護職を中心に130名を超える登録者があり、これを一つのコミュニティとして事業所の枠を超えた相互の情報交換、業務連携、スキルアップが出来ないかと考えている。</p>

長 崎

今後、地域密着型サービスとしての小規模多機能居宅介護サービス・看護小規模多機能居宅サービスは重要な役割を担っていくものとする。然しながら、他事業所の介護サービス等が受けられない事はデメリットとなり得る。

提案で示された様に、今後地域で要支援・要介護者を支え地域包括ケアシステムを機能的に動かす為には介護施設間および医療介護連携の推進が必須である。当県においてはケアマネ等の職種別での研修会他は行われているが、広く施設間での症例検討会等を行われていない。現在の取り組みとして、施設に限らず医療・介護・福祉の連携を目的とし、テーマを設定した症例検討会等の開催は一部で行われ、多くの多職種が参加している。

今後、在宅介護の推進、介護施設の支援、感染症・災害を含めたBCP構築の為にも医療・介護・福祉（行政も含めた）連携推進が必要と考える。

提 案 事 項

(4) 介護従事者の処遇改善（基本報酬の増額）について（鹿児島県）

＜提案要旨＞

政府が本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2023」（いわゆる「骨太の方針」）において、次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定に関しては、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスを受けられるよう、必要な対応を行う」と明記され、改定にあたっては、「令和6年度予算編成に向けた考え方」（社会保障費の実質的な伸びを高齢化の伸びに収めるとともに、経済・物価動向等も踏まえて検討するという考え方）を踏まえつつ、検討するとの考えが示された。

少子化による働き手不足が全産業的課題となっている中、UAゼンセン日本介護クラフトユニオンの調査によると、介護職員の2021年の平均年収は全産業平均と比べ約75万円低く、給与格差は依然として大きい。経費増加分を販売価格に転嫁できる一般の企業体とは異なり、収益の大半を国が定める介護報酬が占める介護事業所において、賃上げは容易ではなく、人材不足も相まって、介護事業所の運営はますます厳しくなることが予想される。

専門職の加配等を要件とした処遇改善加算では、深刻な人材不足の改善及び経営の安定化につながらない。これまででも要望され続けてきたことであるが、来年度の介護報酬改定では、処遇改善に関する加算による対応だけでなく、基本報酬の増額が不可欠だと考える。各県には本件に関するご意見を、日本医師会におかれては介護報酬改定に対しての要望事項等をご教示いただきたい。

各 県 から の 回 答

熊 本	協議（1）で回答したとおり。
福 岡	<p>これまでの処遇改善加算による対応は加算がいつ中止されるかわからない状況であると同時に、加算の対象が介護職員のみを対象としていることにより、看護職員や栄養士等の他の職種との給与格差が生じる懸念があるため、根本的な処遇改善を実施できている施設は少ないことが想定される。</p> <p>貴見のとおり、根本的な解決を目指すには、介護職員の処遇改善において介護報酬本体での対応が必要であると考えます。日医の見解をお伺いしたい。</p>

各 県 からの 回 答

鹿 児 島	< 提案県 >
佐 賀	貴見のとおりである。(1)で提案したように、加算のみならず、基本報酬も含めた全体的な報酬の増額がなければ、介護分野における賃金の底上げに繋がらない。日医には、今後の議論の展望についてお伺いしたい。
宮 崎	貴見のとおり、来年度の介護報酬改定では、基本報酬の増額を強く要望する。 介護従事者の人材不足は、給与が低だけでなく、「きつい」「汚い」「危険」と厳しい職場であることも要因とされ、人材不足の解消のためには労働環境の改善も重要である。介護ロボットの活用による肉体的な負担の軽減やペーパーレス化の取組みによる業務効率化など、介護DXの推進も望まれる。しかしながら、それらの導入には多大なコストがかかる。一部補助があったとしても残りの費用を施設で負担する余裕がなく、導入が困難な施設が多いのが現状である。 今後の超少子高齢化の時代に向けて、限られた人材を活用し効率よく業務を行える体制をあらかじめ整えていく必要があると考える。
沖 縄	提案事項(1)と同様の見解である。 介護報酬改定に対する日医の見解について、ご教示いただきたい。
大 分	貴県の挙げられた問題点は、介護事業所のみならず医療、介護、福祉全般に亘るテーマであり、来年のトリプル改定に向けて日医がどのようなスタンスを臨まれるか是非ご意見を伺いたい。
長 崎	貴見の通り、経費増加分を速やかに収入に転換する事が出来ない介護事業所は、慢性的な人手不足と水道光熱費等の物価高騰により運営が厳しく、今後安定した経営継続が難しい状況になると予想される。 また、日常の介護業務は専門職だけで行われているわけではなく、事務、食事提供を始め、掃除、洗濯などを受け持つ多くの職員が専門職をサポートする事により介護業務が成り立っている。このため専門職の加配を要件としない、物価高騰に連動した処遇改善加算が必要であり、来年の介護報酬改定では基本報酬の大幅な増額が必要と考える。 日医の意見をお伺いしたい。

提 案 事 項

(5) 新型コロナウイルス対策補助金に関して (沖縄県)

<提案要旨>

新型コロナウイルス感染症は、5類になったとは言え、発症してからの隔離と予防投与により感染拡大が防げるインフルエンザとは異なり、発症前からの感染力の強さによって、今後も容易に施設内クラスターが起り、しかも職員も巻き込んでしまうという感染症で、施設にとっては、経済的にも心情的にも非常に難しい感染症と考えられます。元々脆弱で小さな事業所にとっては死活問題ともなり、今後もかかりまし経費、施設内療養補助金は必要と考えております。

一方、コロナ禍で、医療介護連携の重要性がクローズアップされ、「施設内療養補助金」が、①ワクチン接種、②医療機関との連携、③感染対策勉強会と実施訓練の実施が要件と課されたのは、今後の新興感染症対策にとっても大切なことだと考えます。

今回は、唐突に要件が出されしかもその準備期間が約1か月と短期間であり、よりサポートが必要な小さな事業所においては準備が間に合わず、沖縄県では877施設のうち418施設(47.6%)しか要件を達成できませんでした。九州各県の状況はいかがでしたでしょうか。

また、これらの補助金の継続と、それを今後の新興感染症対策における医療介護連携の一助として活用できないかと思いますが、日本医師会としての方向性を教えていただきたいと思っております。

各 県 からの 回 答

熊 本

本県では1,666施設のうち、「施設内療養補助金」の要件を満たしている施設は1,265施設(75.9%)である。しかし、令和4年度(第7波～第8波)の申請件数は600件強にとどまっている。その背景には審査業務の負担増等並びに申請から支払いまでの半年以上の期間を要することを考慮して申請に至っていないことも考えられる。

また、令和5年10月以降も国からの補助金は継続されることになっているが、施設内療養の補助が2分の1になるなど、かなり厳しい内容となっているようであるが、今後の方向性について日医の見解をお願いしたい。

各 県 からの 回 答

福 岡

本会がコロナ禍に実施した介護施設等に対する感染症対策調査結果においては、特に医療機関との連携が図られていない施設の感染症対策の脆弱さが明らかとなったことから、貴見のとおり、今後の新興感染症の発生に備えて、介護施設における医療機関との連携や感染対策に関する研修等は大切であると考えます。

施設内療養補助金の追加要件に関する調査については、県担当課に確認したところ、4月と6月に県内の介護施設に対して調査が行われ、対象3,428施設のうち2,179施設（63.6%）が追加要件を満たしており、また、現時点までに追加要件を満たせず補助対象でなくなった等の相談は受けていないとのことである。

今後の医療介護連携の推進に向けては、このような補助金がある有事のみならず、平時から病院、診療所及び介護施設等が感染症対策に係る情報を共有し、研修や訓練を通じて、地域全体で感染症対策の向上を図ることが重要と考えることから、引き続き行政や関係団体と協議しながら取り組んで参りたい。

鹿 児 島

貴見のとおりである。

本県に関する施設内療養補助金（本県では「介護事業所等サービス継続支援事業」）の調査結果については、調査対象1,407施設に対し、回答総数1,365施設（回答率97.0%）、うちすべての要件を満たしたのは1,261施設（達成率89.6%）であった。

コロナ禍では高齢者施設と医療機関との連携が課題として浮き彫りになった。本調査結果をもって要件を満たさない施設については内容や理由を把握し、補助金の為だけの調査結果にとどめず、新型コロナウイルス感染症をはじめ、今後の新興感染症に平時から対応するための体制構築が重要だと考える。

日医の見解をお伺いしたい。

佐 賀

本県では、「新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業補助金」の「施設内療養費」の補助対象となる高齢者入所施設・短期入所施設820施設のうち、797施設（97.2%）から回答があり、599施設（回答施設の75.2%）が要件を満たしていた。

貴見のとおり、今年も秋から冬にかけて感染者が増加し、施設内クラスターが頻発することが予想される。今後もこれまで同様の規模とはいかないものの、少しでも補助金が継続することが望まれる。

各 県 からの 回 答

宮 崎	<p>本県において、施設内療養補助金の3要件を満たした事業所数は、1,109施設中1,062施設（95.8%）であった。</p> <p>県によると、厚労省の「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査」において、回答の無い施設には県が1件ずつ電話をかけ聞き取りを行い、1,109施設中1,107施設（回答率99.8%）から回答を得たとのことであった。その中で要件を満たした施設が先に延べた1,062施設である。</p> <p>本県としても補助金の継続をお願いしたいと考える。</p>
沖 縄	<提案県>
大 分	<p>貴見の通り。日医のお考え並びに情報提供をお願いしたい。</p> <p>大分県における「施設内療養補助金」の要件実施施設の状況は、1,070施設のうち704施設（65.8%）。</p>
長 崎	<p>貴見の通り新型コロナ対策補助金の継続は必要と考えている。</p> <p>施設は介護を行う事を目的としており、新型コロナウイルス感染症のような予防投薬が無くクラスターを起こし重症化し易い多くの基礎疾患を持つ高齢者疾病の治療、療養は基本的に医療機関で行われるべきで、今回のような新型コロナウイルス感染症の爆発的発生により、入院療養が出来ない為に行われる介護施設での治療、療養を行う事にかかりまし経費、施設内療養補助金の支払は当然と考えている。</p> <p>今後も医療機関への入院困難時、利用者の施設内療養に関し一定の要件を満たした施設に対し、治療、療養に関するかかりまし経費の支払いは必要と考える。日医のご意見をお伺いしたい。</p> <p>資料として、厚労省が実施した①ワクチン接種、②医療機関との連携、③感染対策勉強会と実施訓練の実施についての調査結果を添付します。</p>

高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査結果 (都道府県別) ②

	全施設数	回答施設数	回答率	医療機関の確保		感染症予防等の研修		感染症予防等の訓練		ワクチン(1回目)の接種			ワクチン(2回目)を接種予定			すべての事項を実施			
				実施率	実施率	実施率	実施率	施設内接種	住民接種	実施率	施設内接種	住民接種	実施率	施設内接種	住民接種	実施率	施設内接種	住民接種	実施率
三重県	1297	1297	100.0%	1170	90.2%	1104	85.1%	908	70.0%	1071	166	95.4%	913	292	92.9%	842	64.9%		
滋賀県	639	561	87.8%	529	94.3%	527	93.9%	435	77.5%	459	79	95.9%	402	105	90.4%	388	69.2%		
京都府	1205	1170	97.1%	1112	95.0%	1133	96.8%	1093	93.4%	1045	107	98.5%	954	185	97.4%	1036	88.5%		
大阪府	4647	4647	100.0%	4566	98.3%	4583	98.6%	4559	98.1%	4288	301	98.8%	3865	744	99.2%	4449	95.7%		
兵庫県	2657	2608	98.2%	2569	98.5%	2480	95.1%	2133	81.8%	2237	300	97.3%	1802	527	89.3%	1940	74.4%		
奈良県	778	778	100.0%	726	93.3%	734	94.3%	712	91.5%	674	68	95.4%	614	115	93.8%	696	89.5%		
和歌山県	823	814	98.9%	814	100.0%	791	97.2%	695	85.4%	731	83	100.0%	675	139	100.0%	693	85.1%		
鳥取県	478	463	94.8%	443	97.8%	449	99.1%	450	99.3%	368	83	99.6%	366	86	99.8%	442	97.6%		
鳥根県	642	621	96.7%	598	96.3%	600	96.6%	574	92.4%	535	75	98.2%	500	107	97.7%	555	89.4%		
岡山県	1463	1392	95.1%	1300	93.4%	1300	93.4%	1025	73.6%	1164	174	96.1%	1057	253	93.9%	927	66.6%		
広島県	1907	1537	80.6%	1517	98.7%	1493	97.1%	1389	90.4%	1357	150	98.0%	1280	211	97.0%	1332	86.7%		
山口県	1189	1189	100.0%	961	80.8%	974	81.9%	905	76.1%	960	60	85.8%	930	81	85.0%	859	72.2%		
徳島県	557	557	100.0%	557	100.0%	557	100.0%	554	99.5%	507	50	100.0%	462	95	100.0%	554	99.5%		
香川県	739	739	100.0%	739	100.0%	738	99.9%	737	99.7%	666	73	100.0%	605	134	100.0%	737	99.7%		
愛媛県	1033	1033	100.0%	951	92.1%	979	94.8%	926	89.6%	916	117	100.0%	903	139	100.0%	870	84.2%		
高知県	567	541	95.4%	482	89.1%	498	92.1%	407	75.2%	432	80	94.6%	400	95	91.7%	359	66.4%		
福岡県	3428	2874	83.8%	2560	89.1%	2744	95.5%	2390	83.2%	2489	288	96.6%	2287	587	100.0%	2179	75.8%		
佐賀県	820	797	97.2%	772	96.9%	746	93.6%	646	81.1%	660	96	94.9%	600	135	92.2%	599	75.2%		
長崎県	1258	1254	99.7%	1147	91.5%	1134	90.4%	951	75.8%	1035	158	95.1%	947	214	92.6%	863	68.8%		
熊本県	1666	1659	99.6%	1444	87.0%	1595	96.1%	1459	87.9%	1433	156	95.8%	1417	169	95.6%	1265	76.3%		
大分県	1070	1070	100.0%	984	92.0%	995	93.0%	806	75.3%	899	132	96.4%	753	212	90.2%	704	65.8%		
宮崎県	1109	1107	99.8%	1094	98.8%	1077	97.3%	1066	96.3%	818	279	99.1%	777	314	98.6%	1062	95.9%		
鹿児島県	1407	1365	97.0%	1365	100.0%	1287	94.3%	1287	94.3%	1147	182	97.4%	1062	267	97.4%	1261	92.4%		
沖縄県	877	555	63.3%	503	90.6%	473	85.2%	447	80.5%	413	109	94.1%	366	155	93.9%	418	75.3%		

※回答があった施設のうち、要件を満たすものの割合

提 案 事 項

(6) 認知症施策関連の受託事業（研修など）について（大分県）

<提案要旨>

認知症対策については行政から様々な研修会等を委託実施されている医師会が多いと思われる。主に厚労省が作成した研修資料が使われると思われるが、数年にわたって主な改訂もなく現場で苦慮することも少なくない。

当県では大分オレンジドクター登録制度としてかかりつけ医で認知症に対応可能な医師を登録しているがその要件として認知症かかりつけ医専門研修を受講することとしている。

当県ではその他に大分オレンジドクターフォローアップ研修、認知症サポート医フォローアップ研修、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を県から受託実施している。一部リモート研修でグループワークを取り入れるなど工夫しながら実施しているが、研修内容の検討など頭を悩ますことも多い。

国の施策が認知症施策推進大綱から認知症基本法へと移行する中で今後も行政からの委託事業が続いていくと思われるが、各県での認知症関連の行政受託事業についての現状と課題についてお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

認知症対策について、本会では、熊本県・市からの委託により「かかりつけ医認知症対応力向上研修（基礎編）」を国のカリキュラムに基づき実施している。認知症サポート医養成講座や熊本県、県看護協会、本会の共催で行っている「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修（オレンジドクター、オレンジナース）」等もあり、講師の選定や受講者の確保に苦慮することも少なくない。オレンジドクター、オレンジナースにおいては県内の全病院修了を目標に平成26年度から実施しており、本会も講師派遣や医療機関への周知等を行っているが、令和4年度時点で未修了病院が41件（全病院203件）と未だ目標達成には至っていない。

認知症関連は行政から様々な相談を受けるが、県内で実施されている各種講座等をスリム化できればと考えている。

各県からの回答

福岡

本会では、県から委託を受け、かかりつけ医認知症対応力向上研修及び認知症サポート医フォローアップ研修を実施している。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した事業として、郡市区医師会及び認知症医療センターにおいて、かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修や地域住民・家族介護者を対象とした認知症公開講座を実施していただいている。

本会が実施する研修については、貴県同様に、例年、厚生労働省作成の資料を活用した講演や認知症サポート医による講演を実施しており、今後の研修内容の充実は課題と考えている。

今後、高齢化に伴い認知症患者の増加が見込まれる中、認知症支援体制におけるかかりつけ医や認知症サポート医が担う役割は大きいと考えている。かかりつけ医の認知症対応力の向上とともに、毎年養成される認知症サポート医を有効に活用し円滑な連携体制を構築することが重要であるため、各県の取組みを参考にしながら、認知症に係る医療提供体制の更なる機能充実・強化に向け、研修を含む取組みをさらに充実した内容として参りたい。

鹿児島

本県では、認知症施策関連の事業として、例年県から「認知症サポート医フォローアップ研修事業」を受託している。また、県からの依頼に基づき、会員の中から認知症サポート医養成研修受講者を推薦し、本年7月現在、318名の医師が認知症サポート医に登録されているほか、12の医療機関が認知症疾患医療センターの指定を受けている。

しかしながら、認知症サポート医数は年々増えているものの、サポート医としての活動実態がみえず、サポート医フォローアップ研修自体も地域における認知症の人への支援体制の充実・強化につながっているとは言い難い。

昨年度の研修会におけるアンケート結果では、9割近くの受講者が「参考になった」と回答していることから、研修会自体の質は担保されていると思われる。研修を研修で終わらせない為に、自治体とサポート医の一層の連携・協力体制の構築が求められると考える。

各県の現状や抱えている課題等を参考にし、本県の認知症施策の推進に努めていきたい。

各 県 からの 回 答

佐 賀

本県では、かかりつけ医認知症対応力向上研修は認知症疾患医療センターへ委託され、認知症サポート医フォローアップ研修は県が実施しており、本会では認知症関連の事業は受託していない。

本年6月に認知症基本法が成立したことから、今後、施策に向けた様々な取り組みと予算設置が行われることが想定されるので、他県の状況を参考にさせていただき、県行政と連携のもと対応していきたい。

宮 崎

本会が県から受託している事業は以下3つの研修事業である。また、認知症疾患医療センター運営事業にも参画している。

- 1) かかりつけ医認知症対応力向上研修会 (年1回)
- 2) 認知症サポート医・かかりつけ医スキルアップ研修会 (年4回)
- 3) 医療従事者向け認知症対応力向上研修会 (年1回)

1) は国が作成したテキストやビデオに基づき認知症疾患医療センターの医師が交代で講義を行っている。貴県の指摘のとおり研修資料の改訂がないため、一度受講した医師が再受講することは少なく、新たな工夫が必要だと認識している。

3) も同様に国が作成したテキストに準拠した講義が行われているが、逆に受講者は増えている。コロナ禍でオンライン講義となったことで多くの医療従事者が受講しやすくなったことが理由と考えている。

2) は、当初、認知症サポート医のスキルアップ研修会として始めたが、かかりつけ医、サポート医、専門医が顔の見える関係を築くため、事業名を変更し広く案内するようになったこと、また、年4回の内1回は症例検討会として認知症疾患医療センターから症例を持ち寄り、より専門性の高い議論を行うとともに最新の知見も紹介されることから、常に一定の受講者が得られている。

熱意を持った認知症疾患医療センターの少数の医師がリーダーシップを持って事業を進め、事業の発展を促していると思われる。一方で、新たな認知症薬の出現をはじめ学ばなければならない知見は増えており、国の作成するテキストのバージョンアップは必要だと考えている。

各 県 からの 回 答

<p>沖 縄</p>	<p>本県では、沖縄県より委託を受け、平成30年度より「沖縄県かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」、平成28年度より「認知症サポート医フォローアップ研修」を実施していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度より実施出来ていない状況である。</p> <p>今年度は、開催に向けて沖縄県と協議を重ねているところである。</p> <p>九州各県の状況を参考にし、今後の取り組みについて検討していきたい。</p>
<p>大 分</p>	<p><提案県></p>
<p>長 崎</p>	<p>本会が委託を受けている事業は、かかりつけ医認知症対応力・連携推進研修と認知症サポート医等フォローアップ・連携推進研修の2つの事業のみであり、サポート医に関しては名簿を作成し開示している程度で貴県のようにオレンジドクターとして認知症対策に活用されているとは言い難い状況である。</p> <p>将来活躍する機会を得る為にも他県の好事例を参考にさせて頂きたい。</p>

提 案 事 項

(7) 地域包括ケアシステム構築における課題と国の施策に対する取り組みについて
(熊本県)

<提案要旨>

地域包括ケアシステム構築にあたっては、システム構築に向け、医政局、健康局、保険局、老健局から様々な施策が検討されており、また、医療介護の現場では人材不足、医療と介護の連携不足、地域格差など様々な課題を抱えながら、関係者が知恵を振り絞り取り組んでいる。

現在、第8次医療計画策定に向け、県庁内でも様々な会議が次々と立ち上げられ、議論が開始されているところであるが、議論の重複や他の施策との連携など地域が計画を進めるにあたってわかり辛いのではないかと懸念しているところである。

特に地域保健医療介護福祉という政策の受益者である住民個々の生活は将に一つであり、その一つの人生に寄り添う私ども関係者は、健康作りも疾病予防も傷病治療も日常の楽しみもQOLも一連の関わりとして、目標に向かって常に一体的に取り組んでいる。この様に一体的総合的に模索思考しながら一人の患者さんに関わっている私どもにとって、縦割りの委員会や審議会、連絡協議会など複数の会議に臨む際に、「この議題はどこかで議論したな」「一方で得たデータを他方にも活かしたらわかりやすかろう」など感じるものである。

県が在宅医療を推進する在宅医療連携体制検討協議会や地域リハ活動を検討する高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画検討する審議会、市町村が行う在宅医療介護連携推進事業などあげれば限りがない。

県医師会の役割は、これら縦割りの会議に担当役員等を送り出すだけでなく、むしろ地域保健医療介護福祉に関するテーマを設定し、それに関係ある関連部署を一堂に会して議論するような場を県医師会主催または行政等との共催で進めていくことではないだろうか。縦割り組織を繋ぎ合わせる場所こそが県医師会ではないだろうか。

九州各県でこういった行政間の縦割りや市町村間の問題を解決するような枠組みを有する行政内や行政間の組織構成や会議体の事例等あればご教示頂きたい。

また、日本医師会においては全国で先進事例等把握出来ていれば教えて頂きたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

<提案県>

各県からの回答

福岡

本県には、在宅医療を中心とした地域包括ケアシステムに関する種々の協議、施策決定を行う福岡県在宅医療推進協議会があり、会長は歴代本会の担当副会長または担当理事が務めている。委員構成は医師会の他、多職種の関係団体代表であり、本県における在宅医療に係る親会議として開催されている。また、この協議会の下に福岡県小児等在宅医療推進検討会、その下に4つの地区別小児等在宅医療推進検討会があり、いずれの検討会の会長も本会及び郡市医師会役員が務め、本県の小児在宅推進事業について協議している。

さらに、本会には会内委員会として地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会があり、ここには県行政の医療介護関係部局職員が出席し、協議内容を共有することで、日頃より施策に齟齬が生じないよう綿密な連携を行っている。

加えて、平成28年度より、毎年本会と福岡県が共同で訪問診療調査事業を行っているが、内容は基本的な訪問診療患者数や看取り数のみならず、小児の在宅医療に係る内容や、多職種との連携状況、また医療計画策定、中間見直しの前年には今後の活動計画等折々に必要な内容も追加調査し、調査結果を行政と本会で詳細に集計、分析して種々の施策に反映している。先般、第8次保健医療計画の在宅医療関連の計画策定に向け、本会より県に提言を行ったが、本県では国の示すデータ以外に本県独自に集積してきたこれらのデータベースをもとに、会内委員会で十分な協議を行ったのち提言を行った。このように本県では、在宅医療に係る詳細なデータベースを県行政と共有するのみならず、二次医療圏毎の分析内容を地区医師会へフィードバック（地域医療構想調整会議でも使用）したり、医師会以外の多職種にもデータを積極的に開示しながら、多職種の施策にも生かしていただくよう活動している。なお、近年、医療・介護関連の計画策定等に必要な国のデータベースが入手しづらくなっており、困窮することが増えてきている。計画策定に必要な国のデータベース開示が適切に行われるよう日本医師会から国に強く要望していただきたい。

鹿児島

本県においても、一例をあげるなら「介護人材」に関連する県庁内の会議が開催されているものの、複数の担当部署が所管しており、協議内容の重複や情報共有されていないケースも散見され、県全体として目指すべき目標や方向性が定まっておらず、課題解決が遅々として進まない状況にある。

行政の「縦割り」体制による弊害を解消するための手立てが必要であるが、妙案が無いのが現状である。一方で、平時から医師会として政策提言できる体制整備も必要である。

各県の先進事例や効果的な取組等があればご教示いただきたい。

各 県 からの 回 答

佐 賀

本県では、九州厚生局佐賀事務所、県健康福祉部、県医師会、公的医療機関を構成員として、医療行政について意見交換する「佐賀県医療行政懇話会」を年に1回開催している。

貴見のとおり、会議による内容の重複や、関係部署で情報共有されていないことがあるため、改善の要請をしているがなかなか是正されないのが実情である。医師会が主導で取り組むにはかなりの労力が必要な問題と考える。

各県の事例を参考にさせていただきたい。

宮 崎

本県では縦割りを排した枠組みに基づく協議体や市町村が行う在宅医療介護連携推進事業を統括する会議体は存在しない。

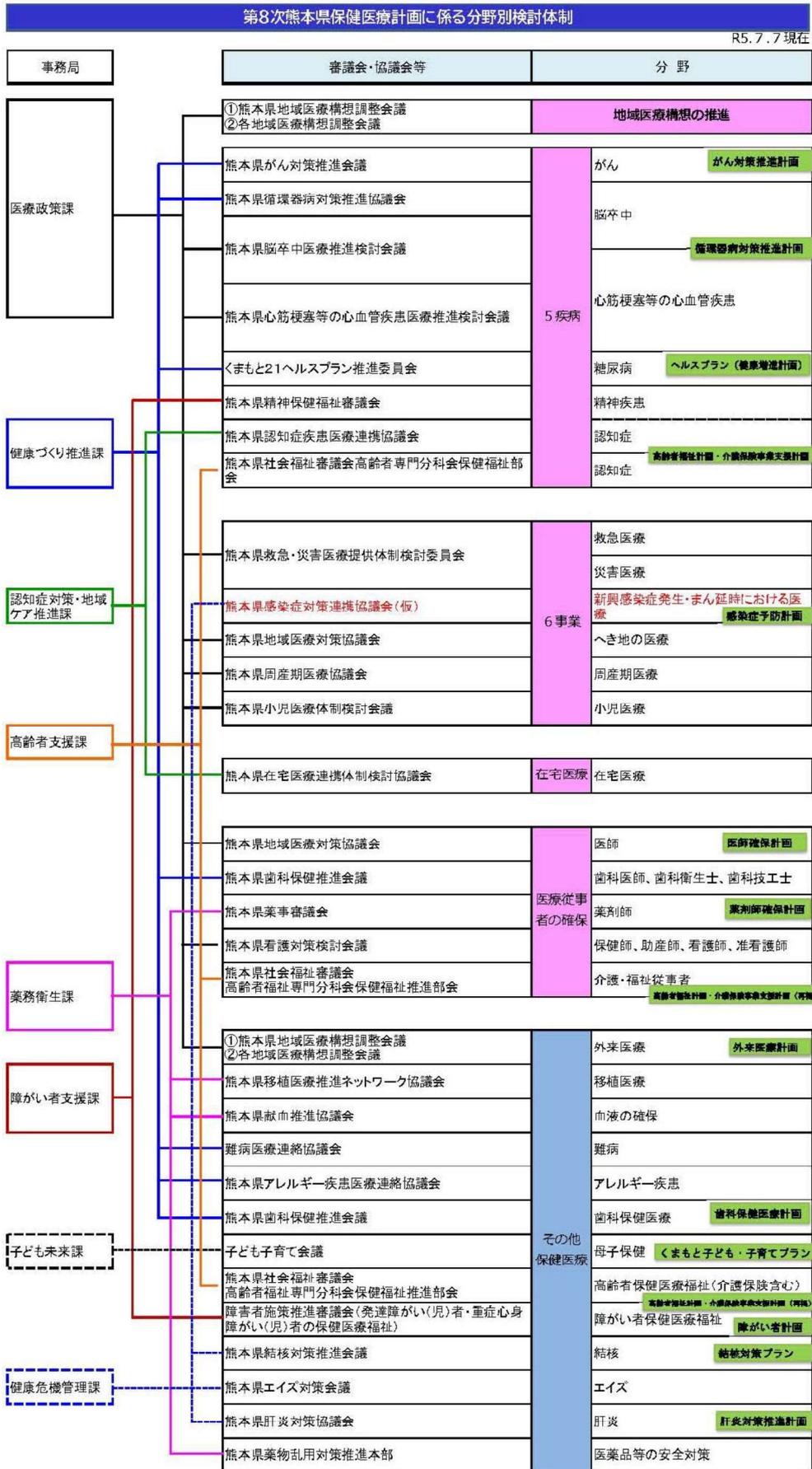
貴県の指摘のとおり、地域包括ケア構築のために行政が設置する協議会や委員会は多すぎると感じられる。部や課を横断して権限を持つ地域包括ケア推進部門がないことや、行政の責任者が2～3年ごとに変わることが原因と考えられ、この行政改革に関しては知事のリーダーシップに期待するしかない。医師会としては普段から知事へのアプローチを続けることが重要と考える。

8月26日に開催した本会在宅医療協議会研修会において、各郡市医師会から在宅医療をめぐる現状と将来予測について報告をもらったが、市町村行政では現状把握も将来予測もあまりできていないことが明らかになった。地域包括ケアは市町村が担う事業であるが、行政力の市町村格差を埋めるため、県や県医師会が果たさなければならない役割は大きいと考える。

日本医師会で把握できている先進事例があればぜひご教示いただきたい。

各 県 からの 回 答

沖 縄	<p>貴見のとおり、当県においても縦割り政策の中で、課題は大きいと感じている。</p> <p>数年にわたりその件を訴えつづけ、今年度は、沖縄県より業務委託を受けた「令和5年度在宅医療介護連携支援事業」の会議に保健医療部と子ども生活福祉部の担当班長等に出席いただき、医療計画の進捗、介護保険事業計画の進捗、その両面から本県の在宅医療介護連携の推進について協議を重ねているところである。</p> <p>福祉部門、障害部門、精神障害部門などとの連携も必要だと感じている。本来であれば県庁内での横ぐしが必要だと思うが、貴見の通り、それを県医師会が共に担っていく事は、様々な分野の現場に出ている医師会だからこそできる事かもしれない。</p> <p>九州各県の取り組みを参考に今後活かしていきたい。</p>
大 分	<p>貴見の通り県医師会役員としてカウンターパートである行政と接していると行政の縦割り機構に辟易とすることが多い。行政機構としては国の方針もありなかなか各部署の業務内容を越えた取組は難しいと思われる。</p> <p>当県の場合、県医師会の担当役員が県の複数の関連部局をカウンターパートとすることが多いため重複するようなテーマ、情報交換すべき事項などあれば積極的に行政側に提案するようにしている。</p>
長 崎	<p>本県では地域包括ケアシステム関連の部会として、地域包括ケアシステム構築支援部会、地域リハビリテーション推進部会、介護予防市町支援部会、認知症部会の4つが行われており、いずれも多職種の代表者や市町の担当者、住民のオブザーバーが参加するような形で運営されている。長崎県地域包括ケアシステム推進協議会がそれらを統括する形で設置されており地域や職種を超えて行政に意見を出せる場として活用されている。</p>



提 案 事 項

(8) 介護施設におけるACPの取り組みについて(長崎県)

<提案要旨>

今後の在宅医療の推進や、介護施設における医療提供・医療介護連携を進める為にも介護施設におけるACPへの取り組みが必要と考える。

現在、長崎県に於いては病院、医療関係者又最近では一般市民に向けてのACPへの理解と活用を進めるための研修会や講演会を通じて少しずつ理解が進み、医療現場でもACPへの取り組みが進んでいるが、介護施設におけるACPへの取り組みが中々進まない状況である。

介護施設におけるACPの取り組み、看取りの推進に関しては施設の開設者・責任者や介護職員にとって医療に対する取り組みや医療介護連携の推進が困難であり、施設によって意識が大きく異なる事も問題である。

長崎県下でも対応は様々で、積極的にACPに取り組み、施設での看取りまで行っている施設もあるが、多くはまだ取り組めていない状況である。

長崎県医師会としては長崎県と共同でACP推進事業を行っており、現在までにACPに係る教育資料の作成や専門職や一般市民向けの講演会、研修会への講師派遣等を行い、毎年テーマを決め令和3年は病院におけるACP、令和4年は一般市民におけるACP推進の為の動画作成他を行い、今年度は介護施設におけるACPをテーマに介護施設の開設者・職員を対象とした研修会を予定している。

地域医療構想、地域包括ケアシステム構築の整備や今回のコロナ過での介護施設の対応等、今後介護施設の役割は大きくなっていくと思われ、その一端として介護施設におけるACPの取り組みを進める事は重要と考える。

各県において、ACPへの取り組みを推進されている事は承知しているが、介護施設におけるACPの現状と今後の取り組みについてご教授頂きたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

貴見のとおり、在宅医療を推進するにあたり、ACPへの取り組みは大変重要な問題である。

本会でのACPへの取り組みは、本会が熊本県から指定された熊本県在宅医療サポートセンター(県補助事業)事業の柱として令和元年度から取り組んでいる。

ACPは、本人の意思決定を基本として進めることが重要であり、関係者の理解を深めるため、厚労省において平成30年3月に改訂された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プログラムに関するガイドライン」に基づく「意思決定支援教育プログラム(E-FIELD:Education For Implementing End-of-life Discussin)」を活用し、熊本大学大学院生命科学部生命倫理学講座 門岡康弘教授のご指導の下、まずは医師をは

各 県 からの 回 答

福 岡

じめとした医療従事者を対象に相談員研修会等を開始した。

貴県同様に、介護施設の関係者の理解を深めることの重要性から、令和3年度から在宅医療・施設ケア従事者を対象としたE-FIELD HOMEの相談員研修会を開催した。本研修は、全国区からファシリテーターをお願いし、7～8人構成のテーブルに1人のファシリテーターのもと研修を行うような形式で、コロナ禍ではリモート指導もしながら継続して開催している。

ACPについては、市町村が実施主体となる、在宅医療・介護連携推進事業におけるケアプランの中においても、非常に重要な事業として捉えられており、今後、郡市医師会、県行政とも連携し、取り組みを強化したい。

本県でも、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの民間事業者が運営する高齢者向け施設において、施設の開設者・責任者の意識の違いにより、ACPに限らず施設内での感染管理、認知症ケアなどの医療面の対応力に格差が大きいと考えている。

本県の在宅医療に関する調査結果によると、年々看取り数が増加しており、その要因として、県民や医療・介護従事者のACPに対する理解や取り組みが進んでいることも一因と考えられる。

本会では、地域医療介護総合確保基金を活用し、ACPを含めた意思決定支援に関する内容を記載した、介護現場における感染症対策冊子を作成している。また、県行政においては、医療・介護従事者に対し、ACPの基本を理解するとともに、医療・介護現場での取り組みを推進することを目的とした研修や、介護施設等の入居者本人や家族が看取りを希望される場合に、介護施設等において円滑な対応ができるよう支援することを目的とした介護スタッフ向けパンフレットの作成を行っている。

介護施設のACPに取り組む姿勢は、施設の医療面への対応力を知るための指標になり得ると同時に、介護施設に対してACPを普及・啓発することは、結果として施設の医療面での対応力向上を促すきっかけになり得ると考えている。

介護施設は、今後、看取りの場となっていくことが予想され、それと同時に終末期に向かう重症者の介護の場になることも意味する。医療者と施設職員との意思疎通はますます重要となる。そのような意味で施設における医療面での対応力は喫緊の課題であるため、今後もより一層ACPに対する理解が深まるよう取り組んで参りたい。

各 県 からの 回 答

鹿 児 島

本県では、昨年度、県主導のもと「医療・ケア意思決定プロセス支援事業」として、新たに医療・介護従事者向けのACP普及啓発パンフレットが作成されたほか、県内の高齢者施設に対して看取りの実績や取組状況把握を目的とした実態調査が実施され、報告書として取りまとめられた。

今年度は、実態調査結果を踏まえ、ACPに関する一般県民向け及び医療・介護関係者向けの普及啓発媒体（動画等）の作成、高齢者施設職員等を対象に、①指導者養成研修、②専門職向け初心者研修、③専門職向け実践者研修の3つのレベルで研修会が実施予定である。

提案要旨のとおり、今後の在宅医療の推進や、介護施設における医療提供・医療介護連携を進める為に、高齢者施設等でのACPの更なる理解促進、そして実際の現場において使用されることが最も重要だと考える。

各県医師会の取り組みを参考にさせていただき、県や自治体等と連携を図っていきたい。

佐 賀

本県では、昨年度、ACPに関する知識の共有及び県民に対する普及啓発を推進するため、医療・介護関係団体、消防等を構成員として佐賀県ACP推進連携会議が設置された。現在、ワーキンググループが設置され、普及するための手段など、具体的な取り組みや全体像が協議されている。本会でも県より「アドバンス・ケア・プランニング普及啓発事業」を受託し、研修会を開催している。

地域医療構想調整会議分科会では、医療圏によっては施設（在宅）におけるACP、看取りの普及に関するテーマが設定されており、在宅医療・介護連携推進事業においては、各市町でACPに関してエンディングノート等の終末期に関連した媒体の作成も行われている。

介護施設における普及の取り組みの一つとして、患者や家族の希望に沿った在宅・施設看取りの増加を図ることを目的に、佐賀県看取り普及啓発事業が実施されている。看取りに至るまでの知識や技術習得を目的に、ACPに関する研修内容等も設けられている。現在、介護施設からの研修に関する問い合わせも増えているようで、今後も継続的に事業が行われる予定である。

各 県 からの 回 答

宮 崎

本県では、本会役員が参画する県ACP推進委員会で検討を重ね、県民向けにACP啓発のためのテレビCM放送、動画の制作・配信を行った。医療機関や介護施設等に対しては、啓発ポスターの配布や意思決定支援を実践する専門職を増やすためACP実践報告会を開催している。

医療機関では、かかりつけ医等が主体となって日常診療の延長で自然とACP活動が行われている。ただし、医師自身の思いや考え方によって患者さんへの対応の仕方は異なることから、医師に対してACPの基本的な考え方についての研修を行う必要性は感じているが、まだ具体化されていない。

介護施設におけるACP啓発の取組みについては、個々の施設内で行う研修会の中でACPがテーマに上がることはあるものの標準化された研修等は行われていない。

ACPは人間の普遍的な課題であると同時に、極めて個人的な問題でもある。施設単位ではなく医療介護の現場で悩む職員に対して、どのように対象者へアプローチすべきかなど、最低限のマナーや方法論を学んでもらう機会を設けることは重要だと考えている。県ACP推進委員会で取り組んでいきたいと考えている。

沖 縄

本県では、平成30年度に沖縄県より受託した「在宅医療介護連携支援事業」にて、意思決定支援パンフレット「命しるべ」を作成し市町村及び各関係機関へ配布し、ホームページ等へ掲載している。

各関係機関からの冊子の提供依頼等も数多くあり、各地区医師会においての「ACP（人生会議）市民公開講座」が毎年開催されていて、多くの市民、関係団体、多職種の方々の意識の向上につながっていると考えているが、まだまだ具体的に「我が事」としての普及には至っておらず、施設での看取りもばらつきが大きい。今後、施設向け研修会なども活用する予定ではあるが、他県の取組みについて拝聴し、参考にさせていただきたい。

各 県 からの 回 答

大 分

ACPについては我が県も条例(豊かな人生を送るために「人生会議」の普及啓発を推進する条例)を制定し官民で取組を行っているところである。しかしながら現時点では医療職、看護・介護職など専門職への研修、市民への啓発から取り組み始めているところで介護施設へのアプローチはまだ把握していない。

老人ホームなど介護施設の職員のなかには「人の死」という場面を経験していないスタッフも多く、看取りについての知識(末期の諸症状、死戦期の徴候など)、家族への接し方など実践面の研修を行うのも一つの方向かと思われる。

長 崎

<提案県>

第2回開催

介護保険対策協議会

日 時：令和6年2月3日(土) 16:00～18:00

場 所：出島メッセ 1F・107会議室

長崎市尾上町4番1号、電話 095-801-0530

《 次 第 》

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協 議

- (1) 介護認定審査会のリモート開催について（大分県）
- (2) 各県における在宅医療の普及・推進の取り組みについて（佐賀県）
- (3) 地域リハビリテーションの再構築について（宮崎県）
- (4) 高齢者施設における配置医師（嘱託医）を含む医療連携体制構築について
（鹿児島県）
- (5) 営利法人が経営する訪問看護ステーションについて（熊本県）
- (6) 急増する在宅医療、在宅看取りへの対応について（福岡県）
- (7) 介護施設における医療とその支援体制について（長崎県）

4. 閉 会

＜涌波理事印象記＞

第2回 介護保険対策協議会

理事 涌波淳子

令和6年2月3日長崎県出島メッセにて九州医師会連合会令和5年度第2回各種協議会介護保険対策協議会が開催された。協議事項は7題であったが5テーマに絞って各県からの報告の確認があり、日本医師会江澤常任理事から介護報酬改定とも絡めて報告と意見交換がなされた。

1) 介護認定審査会のリモート開催について

コロナ禍で急速に広がったテレビ会議システムにより、各県でも介護認定審査会のリモート開催が広がりつつある。しかしながら、リモート開催は、認定審査員の負担軽減につながるものの、保険者事務局主導になり、十分な審議がなされず単なる承認に終わってしまう危険性があることが共有化された。福岡県ではリモート審査会に関して①事務局主体ではなく、委員が主体となって進行すること、②ステップ1から3まで審査手順をしっかりと確認すること ③審議が十分に行われるよう委員が順に意見を述べるなどの工夫をすることを医師会から注意喚起をしたことの報告があった。介護認定審査会に医師が関与していることから各地区医師会は市町村任せにせず、市町村と医師会で確認しあって質の担保をする必要がある事が確認された。また、タブレット端末の導入などのハード面の財源確保に関しては、国が進める「デジタル田園都市国家構想交付金」等の活用を県から市町村に呼び掛けている県もあることが報告された。沖縄県でも13保険者中10保険者で導入しており、今のところ問題はないという保険者側からの報告であったが、上記課題については、各地区医師会と市町村で改めて確認が必要だと感じた。

2) 在宅医療、在宅看取りの普及・推進について

「県医師会在宅医療協議会」を設定して検討している県や郡市医師会が中心となって「在宅医療・介護連携推進事業」を行っている県、「在宅医療スタートアップ研修」を行っている県など各県ともいろんな取組がなされているが、現実的には、診療所医師の高齢化に伴い在宅医療を担う医療機関、医師が思うように伸びていないという状況があることが確認された。その中で、「在宅医療」とひとくくりにしているが、①高齢者施設を作ってそこに高齢者を集めての在宅医療と②外来診療の延長線上として高齢者をみていく在宅医療の二つのパターンがあり、地域によってそのボリュームが異なること、独居高齢者が増え、在宅医療は在宅介護の土台があって初めて成り立つこと、在宅医療を担ってきたクリニックの医師の高齢化により在宅医療に関する疲弊感がある一方、非会員で在宅専門クリニックを開院しているが、報酬の高い看取りの部分のみを担当し急変時は病院へ救急搬送して救急病院のひっ迫につながっているという課題も出された。江澤常任理事からは、今回の介護報酬改定でリハビリと口腔機能、栄

養を重点ポイントとしていることの紹介と医科歯科連携や在宅に関わる様々な組織や職種が役割分担と連携で地域を支えるしかないことが述べられた。また、日医総研が出している「在宅医療の提供量」「高齢者施設の提供量」等の指標と現在病院や施設などの稼働率がじわじわ下がっている現実を踏まえるとこれらを元にして作成した地域医療構想の見直しが必要であると言われた。日本医師会としては、それらに関して3月20日に日本医師会シンポジウム「在宅医療～住み慣れた地域の中で～」を開催し、かかりつけ医、小児在宅、在宅療養支援病院、訪問看護、都道府県医師会など様々な立場の方々のご意見を伺い意見交換の場を設ける事、また、厚労省も老健局や医政局が主催して都道府県や市町村の担当者を育成する研修会やグループワークを行っていることが報告された。また、在宅専門クリニックの問題に関しては、診療報酬の中である程度は良い方向にいけるように厚労省も考えている事が伝えられた。また、在宅医療体制には①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りという4つの医療機能があるが、今後特に③と④が課題になっており、第8次医療計画の見直しとして、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設置については市町村や地区医師会、住民らで協議して圏域を柔軟に検討して良い事となったと報告があった。様々な施策が生み出されても肝心の在宅医療に興味のある医師をどのように育成確保するかに関しては、これといった案はなく、何十年も地域医療実習として学生や研修医を受け入れて地道に後ろ姿をみせていくことで100名に一人ぐらいは在宅医療に興味を持ってくれた人がいたという報告のみとなった。沖縄県医師会でも「往診代診医師派遣事業」を通して、一人体制クリニックの負担軽減、若い医師の在宅医療への足掛かりを期待しているが、効果がでてくるまでには時間がかかりそうである。在宅看取りに関しては、2月2日に県医師会で開催した台湾の余尚儒先生のご講演（オンデマンド配信予定）にあった「スマートベッドやデータ送信できる自動血圧計」を自宅に運び入れて遠隔でモニターするシステムや必要時は入院できるシステムは非常に参考になるのではないかと思われる。いずれにしろ、「育成」「サポートシステム」「役割分担」「連携」を地道につくるしかないのかなと感じた。

3) 地域リハビリテーション事業に関して

各県においてもセラピスト派遣にはなかなか難渋している様子がうかがわれた。佐賀県からは、県から医師会、栄養士会、歯科衛生士会、薬剤師会、リハ3団体などに委託がされて、通いの場に医師やリハ職、栄養士、歯科衛生士、薬剤師などを派遣して、ここに包括支援センターも加わり、介護予防に取り組んでいること、セラピストを派遣した病院に補助金を出しているという報告やフランスでは退院して2週間は入院していた病院から訪問看護やリハを出して、その時は勤務とみなし標欠にはならないようにしているという報告もあった。江澤常任理事からは、都道府県リハビリテーション協議会や地域リハビリテーション広域支援センターの設置・充実に各県医師会が関与してほしいこと、また郡市医師会は市町村と連携して各医療機関や介護事業所から

の派遣を要請したり、セラピスト等に地域包括ケアシステムの視点を持つための研修をしてほしいと要望があった。また、今回の第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針として「地域リハビリテーション支援体制の構築の推進」という言葉が入っていること、また、診療報酬改定の中で回復期リハビリ病棟の評価の中に「地域支援事業に協力する体制を確保していること」が入っている事が紹介された。

4) 高齢者施設における配置医師（嘱託医）を含む医療連携体制構築について

江澤常任理事からは診療報酬からも介護報酬からも少しでも支援ができるように勧められてきている事の報告があった。具体的には、配置医師の緊急時対応加算に日中の往診時にも加算がついたこと、いろいろな条件はあるが、施設の協力医療機関になった医療機関に施設から入院した場合に特別な加算がつくこと、高齢者の緊急入院に関して、地域包括ケア病棟（13対1）だけではなく、地域包括医療病棟（10対1）が新設されたこと等で医療機関にも施設を支える意識や視点を醸成していく一歩になるのではないかと期待されるが、これに関しても各地域、各医療圏ごとに考えていく事となる。

5) 営利法人が経営する訪問看護ステーションの課題

これに関しては、営利、非営利問わず、今回の診療報酬改定の中で評価が始まっているとの事であった。

次年度は、トリプル改定、高齢者保健福祉計画、医療計画等、様々な見直しのスタートの年となる。高齢者は増加し、働く人は少なくなる中で、どのように地域医療と介護を守っていくのか、県と相談しつつ、医師会ができる事、果たすべき役割を確認して進めていきたい。

提 案 事 項

(1) 介護認定審査会のリモート開催について (大分県)

<提案要旨>

介護認定審査会についてはコロナ禍を受けてリモート開催を行っている自治体もあるかと思われる。認定審査委員の負担を減らす面からもリモート開催は有用だと思われるが実施内容については各自治体で差があるように見受けられる。リモート審査会の実施状況について現状と課題、医師会の対応など各県の情報をお聞かせ願いたい。

各 県 からの 回 答

熊 本	<p>介護認定審査会の簡素化について令和4年度第2回各種協議会において照会したが、その時点(令和4年8月)以降もリモート審査会の実施は県下17審査会中、2審査会(人吉市、天草広域連合)と増えていない状況であり、現在、1審査会(球磨郡介護認定審査会)が令和6年度からの導入に向けて整備中である。</p> <p>リモート実施が進まない要因の一つには、県内17の審査会事務局のうち半数以上が複数の介護保険者による共同設置であるためリモートに必要な機器の準備や費用等で都合がつきにくいことや、審査会事務局職員及び審査会委員側のパソコンリテラシーの問題、リモート開催の必要性(開催要望の濃淡)などがあげられ、実施に至っていないのが現状である。</p> <p>(県内介護保険事業の広域化:熊本市5区・4市町は単独で審査会を設置、8圏域40市町村が広域連合等による広域的な実施体制となっている。)</p>
福 岡	<p>本県においても、介護認定審査会の業務効率化等の事務負担軽減の観点から、介護認定審査会をリモートで開催している保険者があり、リモート開催での実施にあたっては、以下の考え方を郡市医師会に通知している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・導入は各保険者が決定することであるが、導入の是非については各団体及び審査会委員との十分な協議の後に決定すること。保険者のみで決定しないこと。 ・負担軽減のみの視点で導入しないこと。導入した場合は、定期的な評価分析が必要であること。 <p>また、本県の「認定審査アドバイザー派遣事業」において、本会役員が介護認定審査会に認定審査アドバイザーとして、審査会委員や保険者事務局職員等に技術的助言等を行っているが、リモート審査会実施における留</p>

各 県 からの 回 答

意事項として以下の点について注意喚起を行った。

- ①リモート審査会の進行については、保険者事務局ではなく、委員が主体となる必要があること。
- ②認定審査会の手順であるステップ1～ステップ3がおろそかになりがちであるため、審査手順をしっかりと確認する必要があること。
- ③委員間の意見交換が十分行われなまま進行してしまうことがあるため、委員が順に意見を述べるなど、審査会の進め方を工夫すること。

認定審査会は、審査手順通りに実施することが極めて重要であるが、特にリモート審査会の実施にあたっては、十分注意が必要であると考えます。

鹿 児 島

本提案事項については、本県からも令和4年度第2回各種協議会において、「介護認定審査会の簡素化について」と題し提案したところである。超高齢社会を迎えるわが国において、介護認定審査件数の増加に伴う業務量の増加も見込まれることから、認定審査会の簡素化や業務負担軽減に向けた対策は急務だと考えている。

県介護保険室へ確認したところ、本県では2つの介護保険組合が審査会の完全オンライン・ペーパーレス化を実施しており、実施後は委員や事務局の負担も大きく軽減され、対面しないことで懸念される審査会の精度（質）の低下についても、特段問題は生じていないとのことであった。

他方、コロナ禍において現地とオンラインの併用開催を行っている組合は一定数あるものの、タブレット端末の導入費用の問題やICTに抵抗のある委員が一定数いること等を理由に完全オンライン化に至っておらず、提案要旨のとおり自治体で差が生じているのが現状である。

各県の現状をご教示いただくとともに、日本医師会におかれては、自治体によって差が生じないよう、国に対してハード面（タブレット端末の導入費用の補助）の支援や医療DXへの対応も含めたデジタル化の積極的な導入を求めている。

佐 賀

本県で介護認定審査会をリモートで実施しているのは、5つのうち1審査会とのことで、実施していない保険者ではリモート開催を要望しているものの、予算の都合上見送られているようである。貴見のとおり、委員の負担を減らすためにもリモートでの開催は有用であると考えます。

各 県 からの 回 答

宮 崎	<p>本県におけるリモート審査会の実施は、まだ限られた地域のみとなっている。</p> <p>県長寿介護課が昨年10月に、介護認定審査会の業務効率化・負担軽減に関する取組みについて、市町村に行ったヒアリングによると、コロナ禍の特例としてリモート審査会を開催していたが、今後は平時からリモート開催にシフトしていきたいと考えている市町村が少なくないとのことであった。一方で、職種によってはリモートでは対応が難しい場合もあるため、まずは医師からリモート参加を始め、他職種に広げたいとの考えを持つ市町村もあった。</p> <p>また、リモート開催の機材費などの財源確保を課題とする市町村もあり、県としては、国が進める「デジタル田園都市国家構想交付金」等を活用するよう市町村に呼びかけているとのことであった。</p> <p>本会としては、一斉に全てをリモート化することはあらゆる面で課題があるため、ハイブリッドでの開催が有用だと考えている。</p> <p>各県の状況をお伺いしたい。</p>
沖 縄	<p>貴県の通り、介護認定審査会のリモート開催は、各保険者によって開催時間帯が異なっていることから、委員を務めている医師の負担（診療時間や移動手段）を減らす意味でも大変有用であると考えます。</p> <p>本県における介護認定審査会のリモート開催を導入している各保険者について、確認したところ現時点にて（10保険者/13保険者中）であった。</p> <p>また、リモート開催による課題等が発生しているか確認したところ、特に挙げられていない。</p>
大 分	<p><提案県></p>
長 崎	<p>介護認定審査会のリモート開催は、認定審査員の負担を減らすことが出来る為、有用と考える。</p> <p>本県では、コロナ禍に於いて、19保険者の内、7保険者でリモート開催の実績があり、開催の課題として、「参集方式の際は、当日資料を数件追加できていたがそれができない」、「対面に比べ意思の疎通等が円滑にいかない点もある」という意見があがっている。</p> <p>また、主治医意見書には、住所、電話番号、認知能力等の機微な情報が多く記載され、一度に複数人の審査を行う上で、VPN等のネットの信頼性、ウイルス対策等の一定の基準が必要と考える。</p> <p>今後の日医の対応、ご意見をお聞きしたい。</p>

提 案 事 項

(2) 各県における在宅医療の普及・推進の取り組みについて（佐賀県）

＜提案要旨＞

我が国では2025年問題が目前に迫る中、超高齢社会において在宅医療と介護に対するニーズは日々高まっている。今後もニーズの更なる増加が予測され、高齢者が住み慣れた地域で暮らしを続けていくためには、在宅医療と介護の連携は必要不可欠である。

本会では、市町村で実施されている「在宅医療・介護連携推進事業」を支援するため、「在宅医療・介護連携サポート体制強化事業」を県より受託し、在宅医療と介護の連携促進のための事業に取り組んでいるところであるが、そもそも在宅医療を実施している医療機関自体が少ないとの声の一部の郡市医師会からあがっている。在宅医療を実施する医療機関の増加の足掛かりとなるような講演会を行ってほしいという要望や、地域医療構想調整会議分科会でこのことを問題視している地区もあることから、実施医療機関の増加のための取り組みが必要と考えている。

そこで、各県における在宅医療の普及・推進のための取り組みがあればお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

本会が運営している在宅医療サポートセンターでは、医療従事者が在宅医療を展開しやすい環境づくりや医師等の人材育成など在宅医療の普及啓発を行うため、「在宅医療スタートアップ研修」を平成30年度、令和元年度に実施した。

本研修は、在宅医療を開始したい医療機関や知識を深めたい医療機関を支援するため、在宅医療の実践に必要となる実務的・事務的知識や医学的知識を幅広く取り扱う双方向型による形式の研修であり、実際に在宅医療に携わっている医師等十数名に講師・タスクフォースをお願いし実施したが、参加者からは在宅医療を行うにあたって様々なノウハウが修得できたとのことで好評であった。

また、実施医療機関に加えて、訪問看護ステーションや地域包括支援センター等ともコラボレーションすることが在宅医療の普及・推進につながると認識しており、県内各圏域の18ヶ所に設置された地域在宅医療サポートセンターでは、各地域の在宅医療の中心的医療機関や多職種連携を意識し、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等も含めた共同作業を目的として活動しているところである。

各 県 からの 回 答

福 岡

提案事項（6）に提案させていただいているように、本県においては在宅医療の提供体制は保健医療計画よりやや上向きに整備されつつある。特に、コロナ禍になり在宅医療が急増している一方、ここ数年、在宅医療に携わる医師（在宅医）の世代交代が進んでおり、高齢の在宅医が今後さらに在宅医療から撤退することも予想されることから、今年度はすべての医療圏の地域医療構想調整会議で医療圏毎の在宅医療の現状と将来推計を報告し、しっかり現状認識していただくようお願いした。

さらに、次年度に向けては新たな視点での在宅医療入門セミナーや、二次医療圏を越えた広域交流会等を計画中である。他県の取り組みも参考にさせていただきたい。

鹿 児 島

本県では43市町村中23市町村が郡市医師会へ「在宅医療・介護連携推進事業」を委託しており、郡市医師会が中心となって事業を展開している。

今後は、コロナの影響もあり長らく開催できていなかった郡市医師会の在宅医療担当者との会議を定期的で開催し、地域の抱える問題を共有しながら研修会等を通じて普及・啓発に努めるとともに、県行政とも情報共有を密に行いながら県が実施する事業に積極的に協力し、県行政と医師会の両輪で在宅医療と介護連携の促進に努めたい。

また、県主催の会議において、市町村の在宅医療・介護連携事業への医師の参画が少なく、より多くの医師が関わっていただきたいとの意見が出された。各県の好事例を参考にさせていただくとともに、医師が参画しやすい環境整備、アイデア等があれば併せてご教示いただきたい。

佐 賀

< 提案県 >

宮 崎

本会では「県医師会在宅医療協議会」を設置して在宅医療の普及を図っているが、貴県同様、地域の事情が異なることから、協議会では、郡市医師会が行う在宅医療に係る研修会や推進活動を資金面で支援し、その活動報告を年1回の研修会を通して行っている。

本県では、数の上で十分な在宅療養支援診療所が確保できているのは宮崎市のみで、それ以外の地域はまだ不十分である。使命感を持って在宅医療に取り組む若い医師が少しずつ増えてきているものの、在宅医療が少数の医師の自己犠牲のうえに成り立っている場合、継続は困難だと考えている。

宮崎市においても、これまで先駆的に取り組んできた医師の高齢化や在

各 県 からの 回 答

沖 縄

在宅療養支援診療所（１）が増えていないことを鑑みると、今後の見通しは決して楽観はできない状況である。

ワークライフバランスを大切にする若い医師が参入しやすくなるためには、在宅療養支援診療所（１）に何らかのインセンティブを与えるなどの仕組みが必要だと思われる。

各県及び日医の見解をお聞きしたい。

本会では、沖縄県より受託している「在宅医療介護連携支援事業」の一つである「往診代診医師派遣事業」を実施している。これは、在宅医療に携わる医療機関（一人体制クリニック）の夜間・日祝の往診、夜間看取り等に代診医師を派遣し支援することで在宅医療支援診療所の負担を軽減できるかの試行と同時に代診医師を経験することで若い医師が在宅医療に興味関心を寄せ、将来的な在宅医を増やすことができることを期待している。

参考までに、現在までの実績を下記の通り記載させていただく。

さらに、各地区医師会からの担当会員で構成された「地域包括ケア推進委員会」を年に４回実施し、地域包括ケアシステムの充実や支援体制の諸課題の解決に向けた意見交換等を行っている。

今後、2025年頃には本県の高齢化率が約25%になることが予想されることから、九州各県医師会の取組を参考にさせていただき、対応について検討していきたい。

令和３年度の実績

代診日数：24日間（３医療機関より依頼）

代診実績：看取り４件（自宅２件、施設２件）、電話相談２件

令和４年度の実績

代診日数：62日間（４医療機関より依頼）

代診実績：看取り４件（自宅３件、施設１件）、往診３件、電話相談１件

令和５年度の実績（令和６年１月現在値）

代診日数：65日間（７医療機関より依頼）

代診実績：看取り４件（自宅４件）、往診７件

各 県 からの 回 答

大 分

貴見のとおり高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくために医療介護の連携が重要なことは論を待たない。当県では貴県のような事業について医師会は受託していないが、県の協議会や研修会には積極的に参加して関与している。在宅医療に関する講演会は定期的に行われているが、ややもすると先進事例の紹介に終わって必ずしも新規に取り組む医療機関の増加に繋がっていない印象がある。

在宅医療の質を上げるためには各種ポータブル機器やデバイスなどが必要であるが個々の医療機関で揃えることは負担が多く無駄も出やすい。在宅医療拠点事業では物品の共同購入などハード面の支援を行うとともに地域の情報交換などソフト面での充実が望まれる。

長 崎

当県に於いても、今後増大する在宅医療の需要に対する対応は大きな問題である。

各県でも同様の問題があると考えますが、在宅医療への取り組みに関しては地域に因る医療資源の偏在や地理的環境（特に離島等）によって個別の対応が必要となっている。

長崎県に於いて長崎市を中心に約20年前より、在宅医療の推進と医療介護連携に関し、有志（NPO法人）に因る取り組みが始まり、現在では医師会とも連携しながら在宅医療の推進・在宅医の養成、医療介護連携に係る研修会や講演会を行っている。幾つかの自治体に於いては医師会が主体となって「在宅医療・介護連携推進事業」として同様の事業を行っている。然しながら、離島や医療過疎地に於いては、診療所医師の高齢化や訪問看護の不足も大きな問題であり、病院からの訪問診療が大きな役割を果たしている地域もある。

新規開業が少ない事もあり、未だ訪問診療に取り組んでいない医療機関に研修会等を通じ、訪問診療への参入を促し、新規参入の医師に対しては既に訪問診療を行っている医師のサポート体制の構築等行っているが中々訪問診療を行う医師の増加には繋がっていないのが現状である。

最近の取り組みとしては、一部の地域で病院の訪問診療部と開業医間で複数主治医制と緊急時の地域包括ケア病棟等の活用が進められている。

提 案 事 項

(3) 地域リハビリテーションの再構築について (宮崎県)

＜提案要旨＞

地域リハビリテーションの再構築に向けて、国も制度の再設計を促すこととなった。過去の地域リハビリテーション事業がうまくいかなかった原因として、地域に実際にリハビリテーション専門職等を派遣できる施設が少なかったことが大きいと思われる。

今回の制度設計においても、リハ専門職等を派遣する施設として、訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション施設が想定されているが、どちらの施設も数は減ってきており、しかも赤字経営のところが多い。

訪問リハビリテーション事業所については、訪問看護ステーションからの訪問リハビリが増える一方であるため、事業所数の増加や大規模化は難しい。通所リハビリテーション施設においては、リハ専門職等を地域リハビリテーション事業に派遣したことで人員基準が満たせず報酬が減る恐れがある。地域リハビリテーション事業に協力した日は出勤扱いとすることはできないものであろうか。現状では、いくら地域リハビリテーション事業への協力を促されても応えられる施設は、急性期リハビリテーションに対応し、多くのリハ専門職等が所属する一部の大病院しかないと考えられる。

各県における地域リハビリテーション事業の今後の見通しについてお伺いしたい。また日医のお考えをお聞きしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

本県の地域リハビリテーションの推進体制は、各圏域に設置されている地域リハビリテーション広域支援センターと各地域で指定されている地域密着リハビリテーションセンター、介護サービス事業所等が連携を図りながら調整を行い、地域リハビリテーション活動支援事業等で支援を行っているところである。

各事業所において運営方法は様々であるが、事業所が実施する介護保険サービスと地域を支援する地域リハビリテーション活動支援事業などは、スケジュールや勤務体制を調整しながら何とか対応している状況である。

但し、今後、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の拡大があった場合に備え、連携する地域密着リハビリテーションセンターの増加を希望する声があがっているため、各自治体における総合事業の実態を把握した上で、今後の連携体制については、各センターと協議予定である。

各 県 からの 回 答

福 岡

本県における地域リハビリテーション事業については、基本的には、市町村が独自に医療機関やリハビリテーション専門職団体と契約を締結し、リハビリテーション専門職を派遣する仕組みが構築されている。

また、県行政においては、平成29年度より市町村が実施する介護予防事業を支援するため、指導、助言ができるリハビリテーション専門職を派遣する介護予防市町村支援事業が行われており、令和4年度は派遣可能なリハビリテーション専門職が467名登録され、派遣件数は24件とのことである。

さらに、同事業の一環として、県内4地区に設置されている介護予防支援センターでは、登録されたリハビリテーション専門職を対象に研修が実施されている。

今後、ますます高齢者が増加する中、地域リハビリテーションを含む介護予防はより一層重要となることが予想される。本会としては、引き続き、県が設置する「介護予防市町村支援委員会」において、市町村における効果的な介護予防関連事業の実施に向けた支援について協議検討して参りたい。

鹿 児 島

事業主体が医療機関等であれば、県主催の会議などを通じ、また郡市医師会などのネットワークにてある程度の連携は構築できていると思われる。しかし、業種による高齢者施設等との連携は、新型コロナウイルスの事例においても医師会からの呼びかけに対し何ら反応しない施設が有るのが現状であり、どのように連携すればよいか苦慮している。

各県の状況と、日医の見解をお伺いしたい。本県の次期県高齢者保健福祉計画（案）によると、本県の要介護等認定者1万人当たりの訪問リハビリテーション事業所数及び通所リハビリテーション事業所数は、全国平均と比べていずれも約2倍となっており、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションサービスの利用率も全国平均と比べて高く、訪問リハビリテーションにおいては年々増加している状況である。

本県では、9圏域で16病院が県地域リハビリテーション広域支援センターに指定されており、各地域において医療介護従事者や地域住民向けの研修会が開催されている（鹿児島県リハビリテーション施設協議会（県医師会が事務局）によると、令和4年度実績として、地域リハビリテーション広域支援センター6施設の主催で、のべ10回の研修会が開催）。

県では令和3年度から3か年の県単独事業として「リハビリテーション専門職派遣調整事業」を県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡協議会へ委託・実施しており、令和4年度の実績は9件（現地派遣7件、オンライン2件）だった。本事業の目的は「リハビリテーション専門職の確

各 県 からの 回 答

保が困難な市町村へのリハ専門職の派遣調整を行い、地域リハビリテーション体制の充実・強化を図る（事業実施要領より）」とされており、令和4年度の現地派遣が全て離島だったことに鑑みれば、本事業の目的を一定程度果たしているとは評価できる。

本県ではこれまでリハビリテーションに関する情報共有・意見交換の機会がほとんどなく、地域のニーズや課題の抽出等に苦慮していたが、次期県高齢者保健福祉計画（案）において、「県医師会をはじめとした関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉の関係者で構成される協議会を設け、地域リハビリテーションに関する課題や取組方針等の検討を行うとともに、地域リハビリテーション連携指針の作成に取り組みます。」と明記された。本会としても地域性等を十分に勘案し、限られた医療資源をいかに有効活用できるか、今後関係機関等と協議を進めてまいりたい。

佐 賀

本県の地域リハビリテーション事業については、昨年度より介護予防のための地域ケア会議や高齢者の通いの場を拡大して、地域のリハビリテーション専門職や医療専門職等の支援により実施している。貴見のとおり、地域リハビリテーション事業に対応できる施設は、リハ専門職が多数在籍する規模が大きい病院に限られるため、本県でも事業を実施する上で課題となっている。他県のご意見を参考にさせていただきたい。

宮 崎

<提案県>

沖 縄

本県は、沖縄県理学療法士協会、沖縄県作業療法士会、沖縄県言語聴覚士会が中心となって、「沖縄リハビリテーション専門職協会」を設置している。

専門職協会は、沖縄県から委託を受け、「地域リハビリテーション専門職等広域調整等事業」を実施し、研修会の開催とその研修を受けたリハ専門職員を人材バンクとして登録し、施設等からの依頼があった際に派遣を行っている。

現在は登録されている人材だけで補填しているが、今後、高齢者増加によるリハ専門職確保が急務となることから、九州各県の取り組みを参考にさせていただきたい。

各 県 からの 回 答

大 分

貴見のとおり地域リハビリテーションにおける最大の隘路はやはり人材の確保ではないかと考える。当県でも地域リハビリテーションについては動きが鈍い状況であるが、一つのヒントとして老人保健施設の活用が出来ないか模索している。老人保健施設の多くにはセラピストが配置されており在宅復帰・在宅療養支援として地域で活用できないであろうか。制度的な課題も含め日医のお考えも伺いたい。

長 崎

離島半島を多く持つ本県では、リハビリテーションを行う施設、専門職の地域偏在により、市町行政の「地域リハビリテーション」に対する考え方にずれが生じている。その為、市町に於いて、郡市医師会、リハ職の派遣を行う病院、介護施設への関わりに違いが見られる状況である。

一方、「地域包括支援センター」、市町が行っている「介護予防・日常生活支援総合事業」と「地域リハビリテーション」との関わりが、役割分担、圏域を含め理解、整理が充分されていない為、多職種連携が上手く機能せず、リハ職の効率的派遣が出来ていない状況となっている。

今後、再構築を行うにあたり、市町行政間の連携を強め、考え方のずれを少なくし、「地域包括支援センター」、「介護予防・日常生活支援総合事業」「地域リハビリテーション」との役割分担、圏域の理解、整理を行うと同時に、リハ職の所属施設の人員基準の弾力運用等を行い、効率的なリハ職派遣が行える改革が必要と考える。

日医の考えをお聞きしたい。

提 案 事 項

**(4) 高齢者施設における配置医師（嘱託医）を含む医療連携体制構築について
(鹿児島県)**

＜提案要旨＞

先般開催された本県の「在宅医療・介護連携推進協議会」にて、新型コロナウイルス感染症における配置医師の急患不対応などの問題が改めて指摘された。

本県においては、高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した場合に、病床のひっ迫状況や本人の症状によって、医師が施設での療養が望ましいと判断した場合は、施設内での入所継続を要望する可能性があること、その際は、協力医療機関や嘱託医を含む施設職員、かかりつけ医等による診察・往診等の対応が示されたが、その過程で医療体制を構築できていない施設が多数確認された。

医療系以外の民間事業所等が運営する高齢者施設においては、従前より嘱託医等との連携不足が確認されていたが、コロナによってその問題が表面化し、結果的に対応が後手にまわった反省がある。

厚労省は、次期診療報酬改定において、「感染対策向上加算」の枠組みに高齢者施設等を加えることを提案している。2023年12月11日付けメディアファクスによると、日医の江澤常任理事は厚労省の示した方向性に賛同する姿勢を示し、医療機関と高齢者施設の連携体制強化は、「新興感染症対策にも非常に有効に機能する」と説明されたとある。

新興感染症対策のみならず、超高齢社会を迎えるにあたって、医療・介護連携は更に重要性を増しており、まずは高齢者施設が自ら配置医師（嘱託医）を含む医療連携体制の構築・強化に着手する必要があると考える。医師会がどの程度関与できるか、どのような形で協力できるかは今後の検討・課題事項であるが、各県における現状や対応を、日医におかれては厚労省の方向性を踏まえたご見解を改めてお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

本県では、新型コロナウイルス感染症が発生した高齢者施設等の施設の配置医師を支援するため、本会が熊本県からの委託を受け、令和4年度より郡市医師会や保健所、医療機関や様々な関係者と連携し、保健所圏域ごとに感染制御・医療支援・業務継続支援に対応可能な医師・看護師等からなるチームの派遣体制を構築し、郡市医師会が窓口となり、保健所からの要請に応じて「熊本県高齢者施設等医療支援チーム」の派遣を行っている。本事業は令和5年度末で終了となるが、これまでに266チーム（R6. 1. 17時点）を派遣している

このようなコロナ禍での経験を踏まえ、高齢者施設等においては医療機関との連携体制強化の意識が高まり、県内約91%の高齢者施設が対応医療機関を確保済みとなっている。

また、貴見のとおり、今後、医療機関と高齢者施設等との連携体制強化はますます重要であると考えており、現在進められている改正感染症法による自宅、宿泊、療養者等への医療支援や医療人材派遣等の調整等に合わせ、高齢者施設等との連携体制もより実効性の高いものとなるよう検討していきたい。

福 岡

貴県のご意見の通り、高齢社会において医療・介護連携は必須であり、高齢者施設の適切な医療体制の構築は今後ますます求められる。特別養護老人ホーム等（以下、「特養等」）にとっては配置医師が必要であり、原則としてその配置医師が健康管理や健康診断を行う制度となっている。一方、特養等の入所者は定期的な医療を必要とする人が増えており、看取りなども行うようになってきている現状を踏まえると、現行の配置医師制度は限界であるとも考える。さらに、今回の新型コロナウイルス感染症パンデミック対応は現行の配置医師制度のみでは対応不可能であったと言わざるを得ない。

特養以外の高齢者施設においては、訪問診療を行う複数の医療機関が入りするところも多く、施設全体の統一した感染症対策を立てにくかったとの意見もある。

福岡県においては、令和2年12月に感染症対策のアンケート調査を高齢者施設等へ行い、職員や入所者の健康管理体制と発熱者への検査体制が脆弱なことや医療機関との連携にも課題を抱えていることが明らかになった。これを踏まえ、県医師会では、県と共催で県内の高齢者施設、入所系介護サービス事業者、郡市医師会及び市町村を対象に「新型コロナウイルス感染症対策オンライン説明会」を開催し、感染症対策に関する情報交換並びに医療機関（医師会）との連携について働きかけた。

高齢者施設の運営者は医療関係者ではないことが多く、どのように医師

各 県 からの 回 答

	<p>や医師会と連携を取っていか戸惑う面もあると考えられるため、引き続き、我々から積極的に高齢者施設に働きかけを行う必要もあると考える。</p> <p>この点について、日医に今後の対応策をご教示願いたい。</p>
鹿 児 島	<p><提案県></p>
佐 賀	<p>本県でも、新型コロナウイルス感染症の蔓延時に、高齢者施設と配置医師及び協力医療機関の連携が不十分だったため、配置医師及び協力医療機関に対して、施設との連携・支援体制の再確認を依頼した。</p> <p>配置医師については、健康管理の範囲が曖昧であることや、職務のほとんどが診療報酬の対象とならず、正当な対価が支払われていないこと等が課題となっているため、情報交換を行う場が必要と考える。</p>
宮 崎	<p>貴見の通り、高齢者施設と配置医師（嘱託医）との連携の密度は施設間差が大きいと感じる。</p> <p>今後、同様の感染症が発生した場合に備え、施設側がどの程度感染者の受入れが可能か（ゾーニングの可否や人員配置の状況等）、また、それに対し嘱託医がどこまで対応できるか（急変患者の入院受入れの可否等）の事前確認が必要と考える。</p> <p>また、嘱託医による対応が困難な場合について、コロナ禍において、県が「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」を活用し、医師のみもしくは医師・看護師のチームを組んで高齢者施設へ派遣する「高齢者施設等往診対応医療機関支援事業（令和6年1月末終了）」を行い対応してきた。</p> <p>こうした事業を活用しつつACPの普及に努め、入所者が看取りを含めどのような医療や療養を希望されるか、日頃から施設スタッフ、嘱託医、家族と話し合いを行う必要があると考える。</p>

各 県 からの 回 答

沖 縄	<p>本会では、沖縄県より「高齢者施設向け感染管理に関する相談会事業」の委託を受けて、毎月1回多職種連携（医師、看護師、高齢者施設関係者、県担当部署班長等）による講義と意見交換をオンラインにて行っている。毎回100～140人の参加者がおり、種々の感染対策の学びや医療介護連携の仕方、施設内での好事例の共有を図るとともに、諸課題の解決や行政からの施設支援の情報提供等にも機能している。これは、新型コロナウイルス感染症対策事業の一つであったが、今後は、このネットワークを活用し、他の感染症、BCP, ACP等施設が課題とする内容についても取り上げていく予定である。</p>
大 分	<p>高齢者施設、特に特別養護老人ホームにおける配置医師の役割、報酬等については以前から当県でもたびたび議論のテーマになっている。今後の方向性としては介護施設と連携する医療機関がある一定の要件（病院等の24時間体制）を求められるのか日医のご意見と情報提供をお願いしたい。</p>
長 崎	<p>県がコロナ感染症についての対応を県下127か所の介護老人福祉施設にアンケート調査を行ったところ、現状の配置医師や協力医療機関の協力のみでは不十分だと感じている施設が105か所にもものぼることが判明した為、行政が基金を用いて外注業者を利用したオンライン診療の計画を立ち上げた。</p> <p>本会としては、検討委員会で強く反対し対案を検討中であるが、現在既に関与されておられる先生方を中心に医療と介護の連携を強化していくことが望ましい姿だと考え、今度の診療報酬改定を契機に長崎県の医療団体が構成される「長崎県の包括的な地域医療を考える研究会」の中で特養の代表者にも参加して頂き具体的な対策の検討を行う予定である。</p>

提 案 事 項

(5) 営利法人が経営する訪問看護ステーションについて（熊本県）

＜提案要旨＞

訪問看護ステーションについては、営利法人が運営する重度要介護者や医療依存度の高い方を中心に受け入れる住宅型有料老人ホーム（入居金・敷金なし）と同法人が運営する訪問看護ステーションが連携し、入居者の状態が悪化し医療機関等に入院しても回復後には上記施設に戻って継続的な医療対応が行われているケースや、精神訪問看護に特化したステーションにおいては、身元保証人がいない生活保護等の患者に対し同法人が転貸契約を行い、入居サポートを行うなどのビジネスモデルもあり、本来の訪問看護の定義を考えると違和感がある。

実際に、会員からも、上記のようなステーションに患者さんが乗り換えたという報告を受けており、営利法人との患者の取合いに発展しつつある現状を大いに危惧している。

現在、熊本県訪問看護ステーション連絡協議会の会員事業所の約6割近くは営利法人であり、ステーションとしての本質をどのように担保していくべきか、各県のこのような状況並びに日医の見解などについてお伺いしたい。

各 県 か ら の 回 答

熊 本	＜提案県＞
福 岡	<p>令和5年12月時点で九州厚生局に届出を行っている本県の訪問看護事業所は968事業所であり、その中には、人材や資源が充実し、小児看護及び精神看護等が提供可能な事業所がある一方、小規模事業所も多く、24時間対応等の運営や人材確保が上手くいかず、閉鎖に追い込まれる事業所もある。さらに、それぞれの事業所において、サービスの質や技術の差、新人教育の体制等、様々な問題を抱えている。</p> <p>しかしながら、全ての事業所が地域包括ケアシステムの一端を担う存在であり、事業所存続のために諸問題の解決を図り、訪問看護サービスの安定的な提供体制を確保する必要がある。</p> <p>本県では、県医師会が福岡県訪問看護ステーション連絡協議会の事務局機能を担っており、本協議会では、訪問看護サービスの安定的な提供体制の構築に向け、県より委託を受けて、県内2事業所にコールセンターを設置し、看護ケア技術・処遇困難ケースの対応や、訪問看護ステーションの運営等について、事業所からの相談に応じる「福岡県訪問看護支援事業」を実施するとともに、訪問看護事業所間の連携や人材育成等に関する意見・情報交換会の開催や、地域内の事業所の訪問看護師に対して、同行訪</p>

各 県 からの 回 答

問研修を行う「福岡県訪問看護ステーション連携強化事業」を実施している。

今後も引き続き、県医師会主導のもと、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組みや連絡協議会の事業を通じて会員事業所のサービスの向上、医師あるいは事業所間の連携体制の構築に向けた活動を充実させ、現場の意見を反映しながら訪問看護を取り巻く諸問題の解決に向け取り組んで参りたい。

鹿 児 島

令和5年12月末現在の鹿児島県訪問看護ステーション協議会の会員事業所のうち、約4割は営利企業が運営主体である。さらに、直近5年間（令和元年～令和5年）の新規入会事業所のうち、営利企業の割合は実に7割弱にのぼり、その他法人等を含めると8割以上を占める。協議会の活動発展を見据えるうえで、新規入会件数の増加は喜ばしいことではあるが、質の担保は本県としても懸念事項として認識している。

訪問看護ステーション協議会の役員への聞き取りによると、提案要旨にあるような患者の乗り換えや取り合いといった状況は確認されていないが、今後の動向は十分注視していく必要がある。

鹿児島県訪問看護ステーション協議会では、質の担保の確保、抑止策の一つとして、新規入会の際に会員事業所からの推薦書の提出を要件としている。会員事業所とつながりのない事業所からの入会申込みについては県看護協会等と連携しながら対応している。

各県の状況や質の担保するための有効事例等についてご教示いただきたい。また、日医の見解をお伺いしたい。

佐 賀

本県では、訪問看護ステーション連絡協議会の会員の47%が営利法人だが、ここ数年の新規入会ステーションの8～9割は営利法人であり、その数は右肩上がりに増加している。

貴見のとおり、本県でもサービスを過剰に提供し患者を囲い込んだり、経営悪化により急きょ休止や廃止する事業所を認識しているが、対策を講じ得ていない。他県のご意見を参考にさせていただきたい。

各 県 からの 回 答

宮 崎

本県の訪問看護ステーション連絡協議会には現在95施設が加入している。その内、営利法人は約半数の45施設あるが、情熱を持った看護師が自己犠牲的に活動している小規模ステーションも多くあり、営利法人だから良くないというわけではないと考えている。

問題は、本来の訪問看護の目的にはそぐわないリハビリ中心の訪問看護ステーションや、全国展開する大手の訪問看護ステーションにある。限られた医療資源である看護師がこれらのステーションに分散しすぎることにより、地域密着型で安定経営が持続できる理想的な訪問看護ステーションが増えず、規模拡大の妨げにもなっている。このままでは家事や育児との両立を目指す若い看護師にとって魅力のある職場にはならないと考える。

各県及び日医の見解をお聞きしたい。

沖 縄

本県でも貴県同様のケースが複数件確認され、1つのビジネスモデルとして構築されている状況である。同法人内で全てを対応するため、訪問看護の質の担保が不透明であることや、入居者の状態が把握できず、万が一悪化し医療機関等に入院してしまうと医療費ひっ迫にも繋がることから、沖縄県訪問看護ステーション連絡協議会内でも問題視している。

沖縄県看護協会では、今年度より訪問看護ステーションを総合的に支援する拠点として「沖縄県訪問看護総合支援センター」を設置し、訪問看護の質の向上を図ることを目的とした管理者向け研修会や相談会等を実施している。

今後も営利法人の参入が増加する可能性もあることから、日本医師会の方向性や展望についてお伺いしたい。

大 分

当県でも訪問看護ステーションの4割程度が営利法人の経営であるが貴県のようなケースについて会員からの報告は把握していない。経営主体によって訪問看護ステーションの質が決まるとは言えず個々のステーションの問題ではないかと考える。精神訪問看護に関しては特化した訪問看護ステーションもあるが入院医療から地域での生活に移行するという流れから一定の役割を果たしていると考えている。いずれにしても在宅医療で訪問看護ステーションはマストアイテムであり主治医、患者、ケアマネージャーが十分に話し合いステーションの決定に主治医が主体的に関与することが望まれる。

各 県 からの 回 答

長 崎

訪問看護ステーションの制度設立当初こそ、経営は医療法人に限定されていたが、介護保険制度開始時に、介護サービスと位置づけられ営利法人にも門戸が開放された。それがステーション数を増やす起爆剤となり、ステーションが少ない地域にとっては福音となったが、過剰地域にとっては必要以上の競争を招くことになっている。又、コロナをきっかけに地域によっては、疲弊して医療機関を退職する看護師の受け皿となることで医療機関の看護師不足に拍車をかける一因となっていることも現実的な問題である。本県ではステーションの75.6%が連絡協議会に入会し、その内、45.9%が営利法人であるが、医療サービスである以上、事業継続の社会的必要性を考えると、公共性や質を担保するために人的配置の厳格化や研修制度の義務化など、法的な関与がもう少しあっても良いのではないかと考える。

提 案 事 項

(6) 急増する在宅医療、在宅看取りへの対応について（福岡県）

＜提案要旨＞

本県では、毎年、本会と県行政が共同で在宅医療に関する調査を実施しており、訪問診療は第7次医療計画策定時の予測をやや上回って増加している。それに伴い、在宅での看取り数も増加し、特に直近3年間はコロナ禍の影響もあり急増している。一方で、訪問診療を担当する医師の高齢化や、在宅医療を専門として多くの在宅患者を抱えるも、看取りや夜間の急変時対応をしない医療機関が参入してきている地域もあり、既存の在宅医や看取り目的の救急搬送による救急医療機関への負担増大、検案担当医不足など新たな問題も発生している。

本会では、県行政と協力し「福岡県外来医療計画」で新規開業を行う医療機関に対して、今後担う予定の外来機能を県行政に予め報告することを求めており、当該医療機関が在宅関連業務を担う予定がない場合は地域医療構想調整会議へ招請し、今後担っていただくよう求めたり、また、在宅医療機関の裾野を拡大させるため、原点に戻って本会主催による在宅医療に関心のある会員等（関心のある病院も含む）を対象とした研修会の開催についても検討しているところである。

超高齢社会を迎え、今後予想される在宅医療、在宅看取りの急速な増加への対応について、各県の見解並びに独自に取り組まれていることがあればお伺いしたい。また、日医には、在宅医療、看取りの急速な増加への対応策や、第8次医療計画の在宅医療関係の指針の実効性についてどのように捉えておられるのかお伺いしたい。

各 県 からの 回 答

熊 本

貴見のとおり、在宅医療、在宅看取りについては、地域医療体制を構築する上で非常に重要な課題であると認識している。

令和4年度に行った在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設（249件回答／436件中）への調査では、訪問診療を実施（予定含む）していると回答した施設が91.5%であったが、8.4%の施設がスタッフや時間の確保、24時間体制の負担などの理由で訪問診療を行っていない。

在宅医療を推進するにあたっては、訪問看護ステーション等を含めた各事業所間の協力体制の構築や複数医師による連携強化、これらを実行するための患者情報の共有化など取り組むべき課題が山積する一方で、要介護度が高く入退院を繰り返す施設入居者等は積極的な医療を希望されないケースもあるため、ACPの普及啓発を含めてあらゆる視点から進める必要がある。

また、住民の理解も必要であることから、在宅医療サポートセンターを支援する熊本県在宅医療連合会（医療、介護、住民関係の団体及び行政の

各 県 からの 回 答

31団体で構成)では、各構成団体から在宅医療に関するテーマを募集し、それをホームページで公表し、住民団体が希望するテーマについて各団体が地域に出向いて講演を行う出前講座を令和4年度から行っている。

福 岡

<提案県>

鹿 児 島

本県の在宅医療の現状について、県公表のデータによると、在宅療養支援病院・診療所数(令和3年3月末時点)は20.8箇所(人口10万人対)で全国の13.3箇所より多いが、急変時における体制(在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れ・24時間対応可能な施設の有無)や終末期(看取り)における体制については、県内の9保健医療圏のほとんどが「やや不足」または「不足」と回答しており、在宅医療を担う医療機関数と在宅医療提供体制の相関関係に一定の乖離が生じている。また、本県のターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(人口10万人対)は全国を上回っているものの、訪問看護利用者は全国に比べて少なく、結果的に在宅で死亡する割合も低い状況にある。

なお、昨年3月に県が公表した「医療・ケア意思決定プロセス支援事業に係る高齢者施設等看取り実態調査」によると、看取りの実施状況について①看取り体制のある施設が73%、②利用者の看取りを実施している施設が73.3%、③利用者を看取った経験がある施設が77.0%となっており、高齢者施設においては比較的高い水準で看取りの体制が整備されてきている。しかしながら、看取りを実施している施設からは医療的ケアが可能な職員が常勤していないことや、医療的ケアの内容によって対応が困難であること、夜勤職員の負担増などが課題としてあげられている。

超高齢社会に加え、開業医の高齢化や医師の働き方改革、看護・介護職の人材不足等の山積する課題を踏まえると、医療機関や訪問看護ステーション、高齢者施設等が情報を共有しながら地域の実情に合わせた機能分化を図らなければ、今後ますます増加する在宅医療や看取りへ対応は困難になると思われる。地域間での在宅医療・介護連携の更なる推進が重要になるが、各県で実施された効果的な取組等があればご教示いただきたい。

各 県 からの 回 答

<p>佐 賀</p>	<p>本県でも在宅医療を実施している医療機関が少ない地区では、地域医療構想調整会議分科会等でその対応について協議している。また、今年度より新たに「佐賀県在宅医療有識者会議」が設置され、医療計画や今後の医療提供体制について協議されている。</p> <p>県内のある地区では、今後増加する在宅医療のニーズに対応するため、郡市医師会の主導により、主治医・副主治医制の導入を検討している。また、別の地区では、在宅看取りの増加に対応することが難しいとして、施設での看取りも進めており、理解を深めるために多職種向けの研修会を開催している。しかし、マンパワーや施設長の意向により職員が出席できない施設があり、対応可能な施設が思うように増えないことが課題となっている。</p>
<p>宮 崎</p>	<p>本県の状況は協議（２）の回答のとおりである。</p> <p>本県でも急変時に常時駆けつける医療機関は多くないようで、急変時には提携する入院対応医療機関に救急車で運ぶよう指示をしている在宅支援診療所もあると聞いている。</p> <p>しかし一方で、１人の医師が24時間365日対応することが大変であることは十分に理解できるため、複数の医師が交代で同じ診療に勤務する体制づくりが重要である。今後、急性期病院の若い医師が在宅支援診療所に魅力を感じるような仕掛け作りが必要と思われる。</p> <p>各県及び日医の見解を伺いたい。</p>
<p>沖 縄</p>	<p>本県における在宅医療、在宅看取りの急速な増加への対応については、提案事項（２）に示した通りである。</p> <p>また、本県の第８次医療計画の在宅医療部会について、沖縄県や本会が中心となり「現状と課題」、「目指す方向性」、「数値目標」について関係団体と協議を重ねている。</p> <p>さらに、本県の在宅医療の現状把握、課題の抽出の可視化を行うため、沖縄県国保連合会が保有する県内の医療・介護レセプトデータの分析を行い、数値化された内容を第８次医療計画に反映させる予定である。</p>

各 県 からの 回 答

大 分

在宅医療の支援については（２）の回答のとおりである。看取りについては介護施設における看取りも多くなってきており、このようなケースで満足な「end of life care」を提供するために介護職員に対する医療側からの情報提供・研修など、医師会等でサポートすることも必要ではないかと考える。

長 崎

今後の超高齢化に伴い、在宅医療の需要又在宅看取り（介護施設を含む）の推進は喫緊の課題と考える。本会では長崎県と協力しACP普及の為の事業を行っており、更に在宅医療における看取りを行う医師の教育・支援、介護施設等における看取り推進の為の医療・介護連携構築を進めていく予定である。

ACP普及事業としては毎年E-Field（「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」）研修を開催し医療・介護関係で多くの指導者育成を行っており、研修終了者を講師としたACP研修会を県内で開催している。又、本会では広報ツールとしての動画作成を行い①病院医師向け②一般市民向けの動画作成を行い、広く研修に活用されている。今回③介護施設向けの動画を作成中である。行政が主導する一般市民向けのACPに係る研修会への講師派遣等の援助も行っている。

又、各地の医師会では独自に市民向けのACP広報用の冊子等が作成され、積極的に活用されている。:

今後の大きな課題は在宅（介護施設を含む）看取りを進めていく為に大切な医療・介護連携、介護施設支援体制の構築と考えている。

提 案 事 項

(7) 介護施設における医療とその支援体制について（長崎県）

＜提案要旨＞

急速に進行する高齢化社会に於いて、高齢者救急や感染症対策として介護施設に医療支援や医療提供体制の整備、又介護施設での看取りも視野に入れた教育・研修が必要と考える。

今回のCOVID-19への対応に関しても、医療機関のみでなく介護施設から医療施設への入院や、介護施設での医療対応が大きな問題となった。

当県に於いても、地域によっては病院・診療所等との連携によって対応が有る程度有効であった地域と不十分であった地域が認められた。

今後、医療・介護連携構築の為の重要な課題と考え、各県での有効事例や今後の、介護施設との連携・対応に関しご教授下さい。

各 県 からの 回 答

熊 本

(4) で回答したように、県内で91%の高齢者施設が対応医療機関を確保済みとなっているが、形式的なものではなく、より実効性のある連携が可能となるよう、今後の制度改正や他県のご意見を参考に医療機関と高齢者施設の連携強化に努めていきたい。

福 岡

今後の医療介護連携の推進に向けては、令和5年10月14日開催の本協議会において回答したとおり、市町村の地域支援事業や各郡市区医師会の取組みにて、医療機関と介護事業所の顔の見える関係づくりや様々な情報共有が図られている。

また、感染症対策については、平時から病院、診療所及び介護施設等が感染症対策に係る情報を共有し、研修や訓練を通じて、地域全体で感染症対策の向上が図られるよう県行政と協議していくこととしている。

さらに、本会では、令和3年度に高齢者施設等で働く方々を対象とした「介護現場のための感染症対策ガイドブック」を作成し、介護現場における感染症への対応や地域医療との連携の大切さについても記載している。また、現在、高齢者施設等の利用者に異変が起こった際に、介護従事者が医療従事者とスムーズな連携を図り、適切な医療的対応が行われるよう、高齢者特有の疾患等に関する医療知識を習得することを目的とした冊子の作成に取り組んでいる。

今後も引き続き、行政や関係団体と協議しながら医療介護連携の推進に取り組んで参りたい。

各 県 からの 回 答

鹿 児 島	<p>貴見のとおりである。 本県からも提案事項（４）にて提案させていただいた。各県の取組事例や日医のお考えをお伺いしたい。</p>
佐 賀	<p>本県でも医療と介護連携が不十分だったことから、協議事項（４）で回答のとおり、新型コロナウイルス感染症の蔓延時には、協力医療機関に対して、施設との連携・支援体制の再確認を依頼した。平時においても連携体制が十分ではない施設もあることから、他県で有効な事例があれば参考にさせていただきたい。</p>
宮 崎	<p>協議（４）の回答のとおりである。 貴見の通り、施設での看取りの重要性は今後ますます高まっていくと考えている。 看取りに関し、積極的な施設が増えていると感じる一方で、急変時には救急要請をする施設もあり施設側への教育・研修が必要と実感している。 本県では、県の補助を受けて平成28年度から「人体シミュレータを用いた在宅医療研修会」を開催しており、近年では、在宅医療を支える医療機関、訪問看護ステーションからの参加者に加え、介護施設からの参加も増えてきている。プログラムは全14部門あり、「看取りの対応」の他、「急変患者の対応」、「感染症対策」などを実施している。今後、ACPの普及啓発も課題になると考える。</p>
沖 縄	<p>本県では、令和４年度に沖縄県が施設における看取りへの対応状況について調査した結果、7～8割の施設で看取りを実施しているが対応状況は多様であり、また、医師との連携や職員の体制等の面で課題があった。そこで、沖縄県より委託を受けて「特養向けの看取りに対する研修会」を開催し、入所者及び家族の意向を尊重する看取りの啓発に努めた。沖縄県では、今後更なる企画を検討している。 さらに、提案事項（４）に記載した相談会において、看取りについても研修を開催していく予定である。 介護施設との連携・対応については、介護関係団体が主催する諸会議へ本会担当理事を派遣し連携強化を図っている。</p>

各 県 からの 回 答

大 分

介護施設の医療に関しては嘱託医、配置医師単独では災害時や新興感染症発生時に対応は困難と考えられバックアップ病院などによる支援体制について平時から情報交換出来るような仕組みを構築できないか模索している。

長 崎

<提案県>