

介護保険対策協議会（報告）

日 時：令和 6 年 10 月 5 日（土） 16:00～18:00

場 所：ホテル日航熊本 5 階 阿蘇

出席者：涌波常任理事、崎原

1. 開 会

熊本県医師会 松本武士 理事より開会が宣言された。

2. 挨 拶

熊本県医師会 中村英一 理事、日本医師会 江澤和彦 常任理事よりそれぞれ挨拶があった。

● 座長選出

慣例により、担当県の中村英一 理事が座長に選出され議事に入った。

3. 議 事

（１）要介護認定の適正な実施に向けた取組について（福岡県）

【提案要旨】

要介護認定を適正に実施するためには、介護認定審査会委員や主治医の資質向上が不可欠である。本県では「主治医研修事業」や「認定審査アドバイザー派遣事業」を通じて、適正な要介護認定を目指している。また、主治医意見書の記載レベル向上を図るため、平成 25 年に作成したガイドブックを本年 7 月に改訂し、医療機関へ配布する予定である。さらに、一部地域において保険者と審査会の定期的な協議が行われていないことも課題としてあり、各医師会と保険者の連携強化が求められている。ついては、各県の取り組みや課題について伺いたい。

【各県回答の概況】

- 各県の取り組みでは、要介護認定の適正な実施に向けた研修会や主治医意見書の記載方法の改善が進められていた。一方、主治医意見書の記載内容が適切にケアプランに反映されているかどうかについても重要な課題として挙げられ、医師会と自治体間の連携強化の必要性が指摘された。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 運用上、一定要件を満たせば審査会の簡素化が可能となっているが、留意事項として、主治医意見書の特記事項等が機械的に流れる可能性もあるため、この辺りは医師会と自治体でしっかりと協議をお願いしたい。また、主治医意見書の記載内容が適切にケアプランに反映されているかどうかについては、常に厚労省に対しては全国的に大きな

調査を実施するよう求めているので、進展があれば情報提供したい。

- コロナ禍で介護認定審査会の開催においては、ICT等を活用した合議が可能であれば、特定の場所に集まらずに実施できることになっている。この取り扱いは、介護認定審査会の業務効率化や日程調整等の事務負担軽減の観点から、コロナ感染症対策に限らず、今後も実施できることが、令和５年５月に厚生労働省老健局老人保健課より事務連絡が発出されている。

（２）地域リハビリテーション広域支援センターの役割について（鹿児島県）

【提案要旨】

地域包括ケアシステムの構築において、地域全体で取り組む地域リハビリテーションは重要で、地域リハビリテーション広域支援センターが果たす役割は大きい。当県では９医療圏に１６のセンターが指定されているが、活動内容が地域によって限られ、活動がセンター所在地に偏る問題がある。また、介護予防リハビリを独自に実施する市町村との連携が不十分との声もある。市町村単位でのセンター設置が理想と考えるが、各県のセンター設置状況や課題について伺いたい。

【各県回答の概況】

- 九州各県でも当センターの設置や運営状況については、地域ごとに異なる取り組みが見られた。福岡や大分、長崎では、県や市町村が医療機関等と連携し、リハビリ専門職の派遣等、連携強化が図られていた。一方、佐賀や熊本では、地域ごとの偏りや派遣調整に課題があり、旅費や謝礼の問題が指摘された。また宮崎および本県では、センターの設置は未整備であるものの、宮崎では各施設が独自にリハビリの取り組みを行い、本県ではリハビリ専門職協会協議会がこれ等に取り組んでいることを報告した。全体として、リハビリ体制の強化は進んでいるが、地域格差や人材不足が共通の課題として挙げられた。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 地域リハビリテーション広域支援センターは、補助金が無くなって以降、多くの地域で取り組みが停滞しているが、活発な地域も存在する。第９期介護保険事業計画では、初めて地域リハビリテーションが国の指針に位置づけられた。このため、都道府県もその重要性を認識し、取り組む必要がある。広域支援センターの設置に際しては、都道府県医師会や地区医師会との連携が不可欠であり、行政だけでなく関係団体を含めた議論が重要である。また、専門職の派遣費用の捻出については、基金の活用や市町村地域支援事業の中で協議の余地がある。

（３）（４）については、関連議題につき一括協議が行われた。

(3) 2024年介護報酬改定の評価について（佐賀県）

(4) 特別養護老人ホームの入所基準の見直し及び介護職員の処遇改善について（宮崎県）

【提案要旨】

今回のトリプル改定で診療報酬と介護報酬が引き上げられ、看護職員等の賃上げや介護報酬の処遇改善加算の一本化が行われた。しかし、コロナ禍や物価高騰の影響で介護事業所の経営は厳しく、今回の改定では根本的な改善には至っていない。人材不足の解決も進まず、地域包括ケアシステムの維持が困難との懸念がある。また、地方では独居老人の増加や将来的な高齢者の減少を見越して、特養の入所基準の緩和の検討と、介護職員の給与引き上げが必要と考える。日医及び各県の見解を伺いたい。

【各県回答の概況】

- 各県共に、処遇改善加算の一本化は一定の評価は出来るものの、基本報酬の引き上げが不十分で、介護事業所の経営や人材確保には大きな課題が残っている。他業種との賃金格差を縮めるためには、さらなる報酬の引き上げが不可欠であるとの意見が相次いだ。日医には、これらの課題に対応するため、国との協議を通じて具体的な支援策が講じられるよう、引き続き働きかけをお願いした。
- 特養の入所基準に関しては、福岡では、要介護1、2の軽度者を入所させると収益が減少するため、施設運営が困難との指摘があり、鹿児島では、特例入所の基準が地域により異なることが問題視され、柔軟な運営が求められるとした。また本県では、現状独居老人の問題は表面化していないものの、要介護3以上の入所待ちが多く、特養側は要介護度の高い入所者を優先にする実情があることを報告した。熊本からは、特例入所の要件で対応できない要介護者に対して、地域の実情に応じた入所要件の拡充が必要であり、利用者の自己選択の機会を増やすためにも柔軟な対応が求められると意見した。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 今回の介護報酬改定の改定率は+1.59%。そのうち+0.98%が介護職員の処遇改善に充てられた。令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップが求められている。具体的には、令和6年度に7500円、令和7年度には1万3500円のベースアップとなり、2年間の合計で2万1000円。1年分では1万500円となる。またこれは常勤の介護職員1人に対する金額のため、事業所内で公平に配分するとさらに少なくなる。6000円台が多いと見ている。
- 昨年の春闘では産業界での賃上げ率が+3.58%、今春は5%に達する見込みで、介護業界との格差は広がっている。他産業への職員流出が止まらない。令和4年の時点で約7万円の賃金差がある。現在、施設系では、老健や特養の約4割から5割が赤字経営の状況にある。給料が上がらないことが分かっている、さらに倒産のリスクがある職場に就職しようとは思わない。介護報酬については、施設系では6割から7割、訪問系で

は 7 割以上が人件費に消費されている状況にある。まずは報酬の本体部分をしっかりと引き上げ、経営基盤を支えた上で処遇改善を進める必要があるため、今後もしっかりとロビー活動を含めた議論を続けていきたい。

- 過去 5 年から 10 年の間で、介護 3 施設の稼働が徐々に低下し、これが経営悪化の主要な要因となっている。特養でも地域によっては空きが出ており、老健の全国平均稼働率は 85%で、常に 15%のベッドが空いている状況では経営が成り立たない。2005 年から 2020 年の間に高齢者人口は 1000 万人増加し、要介護認定者も 250 万人増加したが、入院患者数は 2005 年をピークに減少しており、病院経営も深刻な状況にある。入院患者の減少に伴い、介護需要が増加すると予想していたが、実際には介護も減少している現状は、当初の地域医療構想では予測できなかった。特別養護老人ホームや老健が倒産する事態は誰も望んでいない。社会保障費の確保が急務であり、今後もしっかりと議論を進めていきたい。

(5) 喀痰吸引等の補助について（沖縄県）

【提案要旨】

高齢者施設での看取りが増えない要因として、夜間の喀痰吸引の整備が図られていない施設が多と考えている。現在、本県では年 2 回、定員 35 名の介護職向け喀痰吸引研修が行われているが、認定特定行為業務従事者認定証交付数は 5,018 件（取得率 23%）と低い。取得率が低い主な原因は、人手不足による受講困難や研修費用の高さがあると考えている。については、各県での研修費補助や県独自の好事例等があれば伺いたい。

【各県回答の概況】

- 喀痰吸引等研修の取得率向上に関する課題として、共通して挙げられたのは、県独自の研修費用の補助がないこと、また受講時間や費用の確保が難しいとのことであった。福岡では、講師養成を通じた指導者の育成が進んでおり、宮崎や大分、長崎では厚生労働省の助成金（人材開発支援助成金）を利用した研修が行われていた。また熊本では人手不足や研修費用の負担が大きく、取得率が低い現状が報告された。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 喀痰吸引等研修にかかる経費に関しては、地域医療介護総合確保基金による補助がある。平成 27 年度以降の新卒介護福祉士は座学を修了して卒業しているが、実習がないまま卒業するケースもあり、実習の場をどのように確保するかが課題である。また、中高年職員向けに座学の簡素化や自己学習の機会、e ラーニングの導入も求められているが、国のハードルが高い。この仕組みが出来た際、喀痰吸引を介護職員が実施したいかどうかについても議論があった。現状では手当が殆どついていない。また、介護施設が対応できる医療行為の範囲は慎重に考えていく必要がある。看取りに

においては、本人の意思を尊重することが最も重要で、自宅で行うか施設で行うかの選択は、本人の意思に基づいて決定されるべきと考えている。

(6) COVID-19 に係る感染症法上の位置づけの変更に伴う介護現場の対応について（大分県）

【提案要旨】

COVID-19 の感染症法上の位置づけが 2 類から 5 類に変更されてから 1 年以上が経過し、医療機関では感染防止策も見直されているが、介護現場では依然として 2 類時期と同様の対応を行っている施設がある。感染者へのサービス提供について、事業所ごとに対応が異なるため、対応に苦慮することもある。各県での対応状況や問題点などについて伺いたい。

【各県回答の概況】

- 九州各県の介護施設では、COVID-19 の 5 類移行後も、高齢者の重症化リスクやクラスター発生の懸念から、2 類相当の厳戒態勢を継続する施設が多く、感染対策の負担が続いていた。医療機関が関与する施設では対策の緩和も見られたが、対応に差があり、面会制限や利用者の精神的不安、家族の感染対策に対する認識の違いによるクレーム対応などの問題も報告された。また一方、研修（本県）やガイドブックの作成（福岡）を通じてスタッフの知識向上と対応の統一化や、ワクチン接種（鹿児島）も有効な手段であるとの意見があった。日医には、感染対策への費用助成や BCP 策定の支援を国へ要望していただきたいとの意見もあった。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 今回の同時改定により、特養、老健、介護医療院は、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ病院と連携することが義務化（経過措置 3 年間）された。これにより、当該施設はいつでも相談や受診が可能で、入院体制の確保が図られることになる。一方、特定施設やグループホームは努力義務となっている。また、高齢者施設等における感染症対応力の向上に関する加算については、第二種協定指定医療機関との連携や研修への参加が必要である。医療機関から感染対策の基本的な指導を受けることが重要である。さらに、BCP（事業継続計画）の未策定事業所には減算が導入されるため、速やかに策定を進める必要がある。

(7) 療養病床から介護医療院への転換について（長崎県）

【提案要旨】

令和 6 年 3 月 31 日まで介護療養病床や医療療養病床から介護医療院への転換が無条件で認められていた。しかし、4 月以降は、介護保険事業計画に沿った転換でなければ、県から

認可が下りなくなった。これにより、今後の転換には大きな困難が予想される。全国的に、急性期病床から回復期病床への転換は比較的容易だが、慢性期病床から回復期病床への転換は非常に難しい状況にある。中小病院の将来が危惧されるため、介護保険事業計画において介護医療院への転換を優先的に進めるべきと考えている。各県や日医の見解を伺いたい。

【各県回答の概況】

- 九州各県では、介護療養病床や医療療養病床から介護医療院への転換が進んでおり、福岡県ではほぼすべての病床が転換され、訪問診療患者の増加に対応する重要な医療資源として認識していた。鹿児島や佐賀でも、計画に基づく円滑な転換が進む見込みである一方で、宮崎や本県では転換のハードルが上がっており、柔軟な対応が必要となる。特に、本県では次期計画まで転換を待たなければならない可能性が指摘され、医療・介護資源の有効活用が課題として残った。今後、各県では地域の実情に応じた柔軟な対応と、医師会や自治体との連携が必要との考えが示された。

【江澤日医常任理事からのコメント】

- 医療療養病床から介護医療院への転換について、既にこの春で介護療養病床が廃止となっている。この背景を受けて、これまでは医療療養と介護療養から介護医療院への転換を希望する場合、自治体が拒否できない仕組みであった。しかし、今後は総量規制の対象となるため、転換に関する申し出があった際には、自治体としっかり協議を行い、前向きに対応するよう国から通知が出されている。また、医療療養病床については、現在、新たな地域医療構想検討会で議論が進められているが、治し支える医療の需要が増加しており、過去 10 年間で入院患者数は減少し、これまで想定していなかった変化が起きている。今後、医療療養病床の役割を検討する必要がある。2040 年に必要とされる病床数を踏まえ、議論していきたい。

（８）介護報酬の問題点（熊本県）

【提案要旨】

訪問看護による緊急訪問や頻回訪問などの過剰なサービスについて、問題視しているが確認する術がない。医療保険のように、返戻や査定といった保険請求の吟味が必要である。介護保険制度を持続可能性のある制度とするため、議論の必要性について日医の見解を伺いたい。

【各県回答の概況】

- 多くの県から介護保険制度に関する課題が指摘されたが、具体的な取り組みについての言及は殆どなく、日医に対し、介護保険制度の持続可能性を高めるための対策を求める意見であった。一方、鹿児島では「介護給付費適正化プログラム」によって約 2,500

万円の適正化に成功したとの報告があった。また、長崎からは、ケアマネジャーの独立性の欠如が適正なサービス提供の妨げになっているとの懸念が示され、沖縄からケアマネ教育の必要性を提起した。

【江澤常任理事からのコメント】

- 保険者が介護給付費適正化事業を通じて、不正請求や過剰請求をチェックし、介護保険の適正化に努めている。また介護サービス事業所等に対する指導・監査結果の状況について、令和4年度の監査実施の結果として、実施件数は1,335件で、昨年度の750件よりも増加した。監査後の対応結果は、行政指導による改善報告を求めたケースが487件と最も多く、次いで改善勧告が288件となっている。指定取消等の行政処分は合計86件で、内訳は指定取消38件、指定の効力の一部停止34件、同全部停止14件となっている。指定取消の事由としては、多い順に、不正請求、虚偽答弁、虚偽申請、人員基準違反となっている。また指定の効力停止の事由としては、多い順に、不正請求、人格尊重義務違反、虚偽申請、運営基準違反となっている。介護保険では、不正が発覚すると一発で取り消し処分が行われる厳格な制度で、医療保険よりも厳しい対応が取られている。人員不足があれば報酬が3割減算されるほか、不正があれば5年間遡って返還を求められる。また現在、NDBを通じて透明化が進んでおり、不正行為はすぐに明らかになる。厚労省も問題がある施設に対しては現場調査を実施するなど、適正化に努めている。

4. 閉 会

熊本県医師会 松本武士 理事より閉会が宣言された。