

令和6年度 第2回徳島県地域介護総合確保推進協議会
議事概要

1 日時・場所

令和6年11月19日（火）午後3時10分から
ホテル千秋閣 7階 鳳の間

2 出席者

委員30名中23名出席（代理出席含む。）

阿部明美委員、伊勢佐百合委員、上田輝明委員、遠藤彰良委員（代理）、
大下直樹委員、岡田あかね委員、喜多一之委員、酒巻英紀委員、田蒔正治委員、
田村修司委員、手束直胤委員、中谷哲也委員、中村忠久委員、松下恭子委員、
南礼子委員、三宅武夫委員、保岡正治委員、柳澤幸夫委員、山口貴功委員
（代理）、山口浩志委員（代理）、横山敦子委員（代理）、吉田貴史委員（代理）、
米本正志委員

3 議事次第

- （1）令和6年度介護現場革新部会の開催結果について
- （2）地域医療介護総合確保基金（介護分）令和6年度県計画（案）について
- （3）地域医療介護総合確保基金（介護分）県計画に関する事後評価（案）について
- （4）その他

4 議事概要

（1）～（3）に関し、配付資料により事務局から説明したあと、次のとおり
意見交換が行われた。

【委員】

資料8ページにある事業概要の1の「④介護施設の看取り環境の整備事業」と
いうのは、どのような内容なのか。

【事務局】

最期を迎えようとする入所者とその御家族の方だけで利用できる部屋を整備
して、最後の看取りの場を設けるための取組に対して補助を行うものである。

【委員】

今の傾向として、介護福祉施設で最期を迎える人は多いが、医療の現場では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）やDNR（蘇生措置拒否）といった患者の意思決定に係る新しい考え方が出てきており、施設での看取りにおいてはそうした考え方も整理しておく必要がある。

徳島県慢性期医療協会では職員の研修が大事と考えており、新型コロナが流行する前は毎年5、6百名を集めて研修会を開催していたが、新型コロナ禍以降はスタッフの人手不足など様々な理由により、開催できていない状況にある。

単独での事業実施が難しいことから、資料10ページウの「①福祉・介護人材キャリアパス支援事業」にあるが、県総合確保法連携協議会を10年前に県内の関係団体で立ち上げて交流会や研修会を実施しており、今年度開催した研修会も色々な団体から参加者があったので、来年度以降も仲良くやっていきたい。

他に困っていることでは、在宅の高齢者に対する救急医療がある。医療機関においてポイントとなるのは地域連携室であるが、地域連携室の活動にも色々な現状があり、かかりつけ医から病院、病院から施設といった連携のキーパーソンとなる人が重要と考えている。もっと広域に民間の病院や診療所も含めた連携を考えているので、支援をお願いしたい。

【事務局】

県としても、新型コロナで参加者を集められないというところで、Web形式と対面形式を併用して研修会を行ってきた。それによって、Web会議の導入が進んできた部分もあると思う。

地域連携については、医療と介護の連携ということで地域包括ケアシステムの構築を進めてきたところ。研修会や勉強会についても、引き続き関係機関の皆様とも相談しながら、より良いスキルアップにつながるようなやり方を目指して参りたい。

【事務局】

地域連携や医療と介護の連携、特に退院調整にかかるところで、高齢者の方の救急が本当に大きな課題となっており、日本救急医療学会を含めて様々なところで全国共通の課題となっている。救急搬送というところでは、徳島県の方でもメディカルコントロール協議会において、消防や市町村、救急病院等と一緒に県も議論しているところ。県の危機管理部と保健福祉部でACP等含めたDNRについて、かかりつけ医の先生と御家族、御本人が最期を地域で過ごすあるいは入院するといったことを一緒に話し合う。最終的に決めるところまでいく場合もあるかと思うが、日頃から話をしておきましょうという普及啓発を市町村や県、各種団体、専門職種の皆様も協力しながらやっていこうというところなので、ゼ

ひそのツールというか考え方の一つとして、ACP人生会議をちょうど11月30日がまさにその人生会議の日（ACPの日）ということで、厚生労働省の方で決めている日なので、こういった日も会として活用いただければと思う。少し長くなるが、実は色々な計画がありまして、基本法があるが、循環器病の方で特に脳卒中と心臓について県の循環器病の対策の協議会と計画を作っているが、そちらで委員長をしていただいている徳島大学循環器内科の佐田教授や委員をしていただいている脳神経外科の高木教授の方から、大学や医師会としても介護の現場から要望があれば、循環器病に関する研修の講師を派遣したいとおっしゃっていただいております、医療と介護の連携の研修の場として、講師としてお願いしていけるかと思うので、情報提供しておく。

【委員】

私からは労働環境の処遇の改善ということで、今月から最低賃金が昨年と比較すると84円引き上げられたが、介護職員処遇改善加算というのは通常の賃金に含めることはできるのか。そもそも処遇改善加算の趣旨を踏まえて、最低賃金を満たした上で賃金の引上げを行うよう、助言や指導をお願いしたい。

【事務局】

新聞でも介護職員の処遇改善で期待したとおりの金額ではなかったといった報道がなされているところではあるが、県としては、基本的には国が決めた介護報酬と今回のような特別な処遇改善としての加算の上乗せという形で、なるべく多く加算をしていただいて、介護職員や介護現場で勤めている方の賃金アップを図っているところである。確かに全産業と比べると、令和4年度時点で6万とか7万とかの開きがあることは承知しているので、引き続き、全産業平均との差の解消に向けた国への提言等を行って参りたい。

【委員】

代替職員のことでも少しお願いがある。今回7名で未達成ということだが、実際に福祉の現場の実情として、1週間や2週間の代替の職員を見つけることは難しい。正規でもパートでも採用しようと思って新聞に求人を出しても、1人も手が上がらないような状況で、1週間や2週間ではなかなか来てくれない。この事業も4、5年続けて実施しており、今回7名ということで目標に達していないということだが、過去には2名とか3名とかの年もあり、この4年ぐらいたった中で7名というのは多分1番多い人数ではないか。資料10ページのウの「資質の向上」の「⑤介護職員研修代替要員支援事業」のことかと思うが、1,184万円の予算である。この事業は派遣事業をしている会社に委託していたかと思うが、

その会社は福祉の事業所もしており、今回の7名の実績のうち数名については、この事業所で働いているため、自分のところで自分に紹介している人も7名の中に含まれている状況にある。今年度の事業については言わないが、7年度の事業については未達成が4回も続いているので、1度考えてやめるということも検討してもらえればと思う。1,000万も出せば、どこか大きなホテルに福祉施設を集めてブースを作って募集をかけてといったこともできると思うので、もっと違う方向で検討してもらいたい。

【事務局】

この事業については、なかなかマッチングが難しいところがあり、代わりになる方と同等の能力を持った方を探すのがまず困難であること。その職場の方にお任せできる人が派遣されるかというところで御意見いただいたところは承知している。今年度から認知症の研修が義務化されたので、認知症の研修も対象に追加しており、一定数は代替職員のニーズが上がってくると考えている。ただ、費用対効果については代わりの職員を見つけるのが難しいというところもあるようなら、別の事業も含めて今後検討していければと思う。

【委員】

介護支援専門員協会においては、主任介護支援専門員の資質向上事業を行っているが、実績の数値が上がっていなくて非常に肩身の狭い思いをしているところ。委員の皆様が言われている施設での看取りや在宅での看取り非常に増えており、ACPの場面にケアマネージャーが関わることで、連携がうまくいくケースも非常に増えている。先程の提案にもあった医療と連携して研修を行う場面も是非ともケアマネ協会としてはお願いしたいところで、医師と訪問看護、ケアマネの3者で一緒に研修を行うことで、ACPにケアマネがどんどん参加させていただければと思っている。あとケアマネの業務が数値化しにくいところも実はある。ケアマネとしては面接技術に非常に比重を置くところがあると思っており、高齢者の方が在宅で亡くなるときに御家族さんも含めて、安心して穏やかな気持ちで最期の看取りの時間を過ごすところにケアマネとしては携わっていきたいと思っているので、そういった人材を育成する意味で今、協会の方も努力しているところなので、是非とも医療業界の方も一緒にご指導いただけたら非常にうれしいと思う。なので、数字としては上がっていないが是非来期も継続させていただければと思う。

【事務局】

ケアマネについては地域包括ケアシステムの絡みがあり、本来業務と周辺業務

の区別もつけづらい中で業務負担の方もかなり増えている。その中で研修を通じてスキルアップしていただいて医療との絡みなど広い知識の習得に努めていただくというところで、引き続きお願いしたい。

【委員】

施設や病院で働く薬剤師が少ない。施設や病院で薬剤師として活動して欲しいと思うが、薬学部を卒業してもほとんどが調剤薬局に行くため、参加してもらえない。また、医療介護の体制を確保することは我々の仕事と考えているが、特に高齢者を対象とする医療について厚生労働省からなぜ加算を取らないのかと言われる。加算を取るために必要な基礎認知症のデータを取るのを続けられないとはっきりと言われている。慢性期医療の病院はある程度は加算を取らないと潰れるので加算を取っているが、これは色々な意味で地域の医療体制の崩壊に繋がると思う。また、身体拘束は減算になるが制度が厳しい中で皆様方の力を借りながら色々と頑張っている。あと施設の入居者の4～6割はサ高住なので、サ高住の状況を把握しておかないと、議論しても実数値に基づく答えがあがってこなくて困るので理解いただければと思う。

【委員】

介護保険については、評価加算を取らないと施設を回すこと自体が非常に困難な状態にある。地方の法人は評価加算を取らないと駄目だと思う。今年4月の介護報酬改定でも加算がついているが、なかなか介護人材が集まらない。例えば外国人介護人材だが、うちの施設に3人来てもらっていて今年度5人入るので、8人になる。外国人介護人材に入ってもらうための1番の大きな壁はやはり言葉だと思う。言葉の壁が解消できなくて困る。何かもう少しあれば機械や学習面で日本語教育に力を入れていただくことが必要と思う。

地域医療構想が2026年で次の新しい制度に入る。現在は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4段階になっているが、大きな課題が7対1でやっている一般病棟入院基本料。また、今回から新たな概念として地域包括医療病棟ができた。病床オーバーの分を本当は地域包括ケア病棟でやろうとしたが、看護基準が3対1で絶対に地域包括ケア病棟で救急を受けられないということで、地域包括医療病棟は10対1なので10対1でないと無理だろうと病院団体も反対した。

病院には業績評価があって新たに3つ出ている。一つは在宅で徳島県のデータを見ると在宅医療が大きな割合を占めている。もう一つが高齢者救急で医師の働き方改革にも関わってくるが、地域でやっている。ある程度急性期をもっているところでやって欲しいという考えになる。

あと、これから大事になるのは医療と介護の接点。老施協や老健協、グループ

ホーム協会にケアマネさんにも入ってもらって勉強会を行っているが、それだけでなく、成果と言ったらおかしいが関係団体間の会議で具体的な医療と介護の接点を一緒に勉強していければと思う。

【事務局】

外国人介護人材については、基本的にある程度日本語能力のある即戦力になる人が介護現場に入ってきているところだが、こちらが期待するほどの日本語学習能力を持った人でないという話も聞いている。今年度から外国人介護人材の定着支援ということで、コミュニケーション能力向上の面から、本県の風土や文化、方言などについて学ぶ集合研修を新たに開催しており、穴吹学園において授業を開始したところ。穴吹の学生で介護施設での実習を受けている外国人の方もいるので、そういった経験も活かして新たに徳島で介護職員として勤められる方にも就職や定着に結びつくような支援ができるのではないかと考えている。