

令和7年度
第2回福岡市地域包括ケアシステム推進会議
議事録

1 日時 令和8年2月17日(火) 16時00分～17時30分

2 場所 TKP エルガーラホール (中ホール1)

3 出席者 委員 計8名

4 報告・協議内容

議題(1) 地域課題の検討について

議題(2) 2025年に向けた地域包括ケアの取り組みの評価(最終報告案)

事務局

(資料1、2、参考資料①～⑤について説明)

【意見交換】

委員

まず資料1の住まいの問題について。各団体や住民によって意見が大きく異なっている。これはおそらく調査の方法によって、対象者が見ている課題や考えている内容が異なっていることが影響しているのではないかと。市として住まいの問題を地域包括ケアシステムの中にどのように位置付けて考えるのかが課題である。しかし、現状の記述は、住居を探すことが困難な人に対する「住まいの確保」という観点にとどまっているように見受けられる。現在問題になっているのは、単に住まいを確保することではなく、その住まいがどのような福祉環境や保健環境の中に置かれているのかという課題に答えるために、住宅部門がどのような取り組みを行うべきか、というものである。

例えばアメリカでは、CCRC(継続的ケア付き高齢者コミュニティ)のように、介護が必要な段階に至るまでを見据えた一貫した住環境整備が進められている。また、NORC-SSP(生活支援サービスプログラム)のように、自然発生的に高齢者が集まる地域に対してどのような支援を行うべきかという政策的取り組みも行われ

ている。放置すると、都市部ではジェントリフィケーションの問題も顕在化している。富裕層が都市部に居住する一方で、元来スラムであった地域が再開発されることによって居住環境が大きく変容していくという現象である。こうした課題を踏まえ、深掘りしないといけないのではないか。

資料1の13頁の「自分で決める人生ガイド」に関連して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は医師が主導することが多いが、成年後見制度や遺言、遺産相続などの問題は弁護士など司法関係者が関わる領域である。これらを放置して十分に整理しないまま制度を進めていくと、死後処理や権利調整の場面で大きな混乱を生じる可能性がある。多死社会に入っていくことを踏まえると司法との連携を含めた制度設計を行わなければ、結果として課題がこじれ、前に進まない状況を招きかねない。2040年を見据えれば、この問題はさらに大きくなると考えられ、次の時代へのリレーとして、今の段階から問題意識を持って深く検討すべきである。

さらに、複合課題への対応について、近年の骨太の方針でも示された「アドバンスト・エッセンシャルワーカー」の育成が重要である。ICTなどの新しい技術を戦略的に活用できる専門職の養成がなければ、これらの課題は解決しない。単なる人員確保ではなく、新しい技術を理解し活用できる高度な人材の育成が不可欠である。新しい技術と専門職養成の視点についても述べておく必要があるのではないか。

委員

まず住まいについて。医療機関にとっては、退院先が確保できないという問題は以前から大きな課題であった。特に高齢者の場合、家賃の支払い能力や亡くなった場合の対応といった問題があり、「部屋を貸したくても貸せない」という状況がある。そうした中で、法整備が進み、行政が制度に基づいて居住サポート住宅の登録や整備を進める仕組みができたこと自体は評価できる。また、医療法人がこうした分野に参入してくることも良いと思うが、昨今のホスピス住宅のように必ずしも理念や体制が十分とはいえない住宅も存在しており、医療保険制度や在宅医療や訪問看

護との連携を含めた質の担保が課題である。それが実際にどの程度進んでいるのかを把握したい。登録住宅がどの程度あり、そのうち法人が担っている割合はどの程度なのか。

次に、認知症ケアパスについて。グループホームの運営に関わる立場から申し上げますと、問題の本質は中核症状そのものよりも、むしろ周辺症状への対応にある。多くの場合、妄想などの周辺症状は不安に対する防御反応として生じる。その不安に対して施設や家族がどのように配慮し、環境調整を行うかが重要である。周辺症状は一人に一度生じると、次から次へとグループホーム内で連鎖的に拡大・伝播していく傾向があり、入院につながってしまう。したがって、認知症ケアパスの中に、周辺症状への具体的な対応を組み込むことができれば良いと思っている。

さらに、医療の問題がまだまだある。訪問診療や訪問看護が拡充されているが、それがどれだけ生産性を持っているのかを検証する必要がある。生産性やアウトカム評価を明確にし、入院予防や入院代替が実際に機能しているのかを確認しなければならない。そうしなければ、地域包括ケアの根本的な目的の成就が難しいのではないか。現実には孤独死が増加している。訪問看護事業所は増えているものの、入院予防や入院代替に対して関心がないというのでは、問題は解決しない。

委員

明らかに入院患者は減っている。コロナ禍以降、病院に行くという行動様式そのものが変わったことが背景にあると考えられる。日本全体として入院患者数は10%減、外来も8%減少している状況である。そのうちの大部分をカバーしているのが訪問診療や訪問看護である。そして看取りもだいぶ減っており、病院外で亡くなるケースも増えている。数値ではそうした傾向であるが、内容がどうかということについて明らかにする必要があるのではないか。

委員

先ほどの委員の意見に共感したが、住まいの問題に関しては、確保そのものだけでなく、住み続けるための支援にももう少し目を

向ける必要があるのではないか。単に居住の場を提供するだけでは、生活の安定にはつながらない。

具体的には、安否確認の仕組みや日常生活の支援、必要に応じた就労支援など、包括的な支援体制を整えることが重要である。そうした支援がなければ、居住は継続できない可能性がある。また、入居者本人の生活不安だけでなく、大家側の不安も解消されない。そのような観点からの支援のあり方を検討すべきである。

委員

他に意見はないか。なければ 2025 年までの取り組みの評価やその内容、2040 年に向けてのアクションプランへの取り組みについてご意見をいただきたい。

委員

評価については、一定の進展は見られるものの、単なる実施状況の確認にとどまらず、アウトカム評価を念頭に置いたプロセス評価であるべきである。実施しているという事実だけではアウトカムにつながるかどうかは分からないため十分ではない。それが地域包括ケアシステムの理念に沿った成果につながっているかを見極め、その結果を踏まえて介入を継続・修正していかなければ、実効性のある施策とは言えない。

例えば、医療分野においては、本人が望むケアが実現できているのかどうかを評価する必要がある。孤独死などは誰も望んでいない。こうした事象を定量的に把握し、介入すべきと思う。

介護分野では、脳卒中後遺症よりもフレイルや廃用症候群が増加している。フレイルの状態を定量的にモニタリングする仕組みが重要である。また、フレイルや廃用症候群と判断されている中に、パーキンソン病の初期症状などが見逃されている可能性もある。痙直や不随意運動など専門的観察を要する症状は、現場の介護職では気づきにくい場合がある。その結果、個別対応ができず、適切な自立支援が行われていない懸念がある。この点は是正していく必要がある。

共生社会の実現という観点では、いわゆる 8050 問題が存在する。50 代の子が社会参加できず、親が高齢化する中で支えている

委員

状況である。背景には発達障がい、とりわけ学習障がいの見逃しが多いのではないか。学習障がいは外見上分かりにくく、長年見過ごされてきたケースが少なくない。前頭前野機能の問題などに対して適切な介入がなされなければ、能力は十分に発揮されない。また、軽度ではあるが脳性麻痺が合併していることが非常に多い。脳性麻痺で低酸素血症を引き起こしたときに、前頭前野が損傷を受けている可能性が高い。自治体での体系的スクリーニング・アセスメントが必要である。

全体として、各分野に関する記載は概ね整理されていると感じている。その上で、総合評価の文言配置について、修正を検討してはどうかという点を申し上げたい。

まず、めざす姿①の「多様な主体による支え合い、助け合いの実現」の項目に記載されている「推進会議の主な意見」のところ、「退院時や支援の切り替え時に地域につながらない人が孤独・孤立に陥りやすい」という表現についてである。この項目は、どちらかという②の「一体的で切れ目ない支援による住み慣れた地域での暮らしの実現」の項目に位置付けた方が、文章として適切ではないかと考える。退院から自宅へ戻った後がなかなか上手くいかないのが現状であり、途切れることのない支援というシームレスケアの意味合いから、切れ目ない支援の問題である。したがって、当該意見は②の項目に整理する方が趣旨に沿うのではないか。

一方で、②「他分野の幅広い知識と調整力を持つ人材」や「アドバンスト・エッセンシャルワーカー等」といった人材に関する記述については、②の項目よりも①の「多様な主体による支え合い、助け合いの実現」に位置付ける方が妥当ではないかと考える。アドバンスト・エッセンシャルワーカーの概念は、コロナ禍においてエッセンシャルワーカーが注目された流れの中で、医療・介護職に、より高度な技術力や対応力を求める趣旨で提示されたものである。また、リンクワーカーといった概念も見られる。こうした「支える人材」に関する議論は、地域全体で支え合う仕組み

の構築という文脈に属するものであり、①の項目との整合性が高いと考える。

いずれにしても、2040年に向けて地域包括ケアシステムを一層推進していくうえで大事なことは、施設ケアよりも住み慣れた地域で暮らし続けて色々なサービスがそこで得られる方が望ましいと、住民自身が実感できる仕組みを構築することである。そのためには、住民が困ったときに助けてほしいと声を上げやすい社会にしないと、地域包括システムは前に進まない。

これらの観点を踏まえ、次期計画に向けて文言を整理していく必要があると考える。

委員

2040年を見据えて総合評価を捉え直す必要があると考える。

まず、看取りを含めて在宅で最期まで暮らしたいという市民の意向がある。その意向を実現できる仕組みづくりが重要である。特に住環境の整備は極めて大きな要素である。

そのためには、住み続けられる家、今後、一人暮らしの高齢者が住宅に住みながら最期まで暮らすことを想定すると、例えば、訪問看護や訪問介護が夜間に対応する必要が生じた場合、単なるバリアフリーにとどまらず、夜に安全に人が出入りできる住宅構造や防犯への配慮、ご近所の応援、マンションでの夜間ケアのあり方などを含めて考える必要がある。住まいそのものだけでなく、地域を含めた住環境づくりを包括的に進める視点が不可欠である。

そのためには、建築やまちづくりの分野での助言をできる専門職を、地域ケア会議の個別支援会議の構成メンバーに加えることを検討してはどうか。個別支援の場において、建築や地域づくりの実践力のある専門家が参加し、具体的な住環境整備について議論できる体制があつてこそ、地域包括ケアの理念が実現に近づくと考える。

次に、2040年に向けて後期高齢者が大幅に増加することが見込まれる。これに伴い、認知症の人も増加する。資料にもあったように、一般市民の認知症に対する理解や気づきは変わってきてい

る。「あの人ちょっと危なっかしい、迷っている」など、一般市民が認知症の入り口の人に気づくようになってきている。ただ、そのような人への対応策は分かっていない。したがって、認知症になっても大丈夫な地域づくりを具体的に進めることが重要である。住まいとの関係で言えば、認知症を理由に転居や施設入所を行うと、症状が進行することも少なくない。住み慣れた環境に留まることの方が、長期的には認知症を受け入れて穏やかな生活を継続できる可能性が高い。そうした視点を踏まえ、資料2の72頁の「2040年を見据えた新たな目標・課題」の「現在の取組みの発展」という項目に、「認知症になっても大丈夫な地域づくりの推進」を加えて、具体的に進めることが重要ではないか。

医療分野では、認知症サポート医や認知症相談医などの体制整備が進んでいる。しかし、そのことを一般市民がどれだけ認識しているかは疑問である。自分の住んでいる中学校区などの医療機関にそうした専門医がいるのか、多くの市民は把握していないのが実情である。制度や専門職の整備が進んでいるだけでなく、それが市民に伝わり、市民が活用し、協力できる仕組みにしていく必要がある。

さらに、調査結果では高齢者の外出機会が減少していることも示されていた。気軽に立ち寄れる居場所づくりが重要である。特別な介護相談に行くなどの介護サービスの場ではなく、自然に人と会話ができる場所が地域に存在することが大切である。地域には、外国人労働者や新たに転入してきた外国人、不登校の子ども、不安を抱える高齢者など、多様な人々が暮らしている。こうした人々が気軽に立ち寄り、誰かと接点を持てる場所をつくることで、地域共生社会の理念にもつながる。多世代・多様な人が出会うことで、気づきが生まれ、その気づきが専門職へのつなぎにもなる。そうしたことを、地域共生社会の視点と結びつけながら考えていくことが重要であると考えます。

委員

病気や障がいのある人を長期間病院や施設に入れ続けること自体に課題があると考えます。例えば回復期リハビリテーション病

棟では、概ね3か月程度の入院が一般的である。しかし、長期入院そのものが認知機能低下や認知症様症状の発生要因となる可能性がある。自由がなく、上から言われ続け、束縛されることが多い。環境の制約や夜の院内環境により夜間の不眠などが影響しているのではないか。本来は、CCRCのように本人の自由や自立を尊重しながら支援する形が望ましい。適切な訓練を受けた支援者は、本人の言動を安易に否定しない。しかし病院では、そういう訓練をしていないので症状がはっきりしていなくても認知症と一括りにされることがある。中核症状が明確でなく、記憶に問題がなかったとしても、被害妄想や防御反応、攻撃性などの周辺症状のみで評価され、薬物療法が行われる場合もある。こうした対応は認知症を悪化させる。この点は慎重であるべきである。

同様の問題は精神障がい分野にも存在する。統合失調症や発達障がいのある人で、地域で生活できている人がいるにも関わらず、就労支援の場では単純作業を毎日行い、月額1万円程度の工賃にとどまる現状がある。例えば弁当箱の洗浄や単純な書類作成を続けているケースであるが、それが本人の能力を十分に活かした就労と言えるのか疑問である。統合失調症でも発達障がいでも生活できている人に1ヶ月働いて1万円というのはおかしいのではないか。

この実態は一般市民には十分知られていない。これは差別とも言えるのではないか。地域共生社会を推進するのであれば、こうした現状を共有し、障がいのある人がより生産的に働ける仕組みを考える必要がある。能力のある人であれば、適切な支援とマネジメントによって、より高い付加価値を生み出すことも可能である。きちんと指示があれば、清掃分野においても月額1万円以上の仕事はできるはずである。農業や地域サービスなど、多様な分野で活躍できる余地はあるはずである。具体的なプランを考えることが重要である。

単に事業者数を増やすのではなく、生産性のある仕組みを構築しなければ、公費が十分に活かされない。障がい福祉も医療・ヘルスケアの一部であり、財源の多くは公的資金である。OECD 諸国

の中でもアメリカに次いで、日本は医療・福祉分野への支出が大きい、その割に生産性が低い。この点については仕組みの再検討が必要である。背景には、医療や福祉に過度に依存する構造があるのではないか。医療従事者側の課題もあるが、現実を公開するシステムもなければ、家族や市民側が人生を医療任せにしてきた側面も否定できない。支援のあり方だけでなく、市民の意識の変革が必要である。医療従事者自身の意識改革も求められる。専門職が一方的に決定するのではなく、本人の尊厳や能力を前提に支援する姿勢を徹底しなければならない。

委員 現在、厚生労働省の大きな方針として、精神疾患を有する患者を地域へ移行させる施策が進められている。精神疾患で入院している患者の数は減っている。入院患者数が減った結果、地域でどのように暮らしているかが問題である。

委員 統合失調症の中核症状は、認知のゆがみや思考のまとまりにくさ、感情表現の困難さなどである。現実認識や判断、物事の組み立てに影響が及ぶことがある。しかし、こうした中核症状そのものだけでなく、それに伴う防御反応として被害妄想や攻撃性などの周辺症状が生じることがある。周囲がそれを十分理解しないまま対応すると周辺症状が強まる可能性がある。適切な理解と支援がなければ、症状が悪化したように見える状況を招きかねない。

また、発達障がいの場合には、誤学習が問題となることがある。例えば、叩くなどの行動によって周囲の注意が向く経験を繰り返すことで、その行動が強化される場合がある。これは意図的な問題行動というより、学習の結果である。そのため、支援の仕方を誤ると、行動が固定化してしまう。

委員 薬もかなり発達して、問題行動も大幅に減っている。認知症についても同様で、社会で考えていく必要がある。

委員 2040年まで残り約15年である。この15年という期間をどのよ

うに捉えるかが重要である。制度改革や施策の進展は想像以上に速く、今後は、10年分の変化が5年程度で進むような感覚ではないか。そうしたスピード感の中で、今後の方向性を定期的に検証していく必要がある。

地域共生社会の取組みについても、様々な活動が行われているが、実際には地域カフェやサロンを開催しても参加者が固定化し、年間で数人しか新たな参加がないという状況もある。取組みを続けながらも、どうすれば参加者を増やせるのかを工夫していく必要がある。

例えば、公民館まで歩いて来た人にスタンプを押すなど、まずは家から出るという行動そのものを促す仕組みを作ってきた。現在では100人近くが登録しているが、こうした小さな工夫が外出機会の創出につながる。介護や医療の前段階として、外に出ることを支える取組みはまだ可能性があると考えます。

また、15年という長期スパンの中でも、3年程度ごとに検証や見直しを行う仕組みが必要ではないか。5年、10年という単位では長すぎる可能性がある。

コロナ禍で一時減少した地域サロンも、ここ数年で徐々に増加している。こうした動きを確実に活かし、外に出る環境を整えることが重要である。サロンに参加することで、認知症の方が同じ話を繰り返すことに気づき、必要に応じて専門職へつなぐこともできる。そうした仕組みづくりなども今後重要だと考える。

委員

介護保険事業計画は3年、保健福祉総合計画は6年計画で、3年で中間の検証を行っていく予定である。また、公民館に新たな集まりや交流を生む取組みや、福祉の専門職の公民館への配置なども予定している。試行して評価・検討を行いながら進めていく。

委員

資料を見て、介護分野のスコアが相対的に低いことが目立つと感じた。一方で、地域ケア会議などを通じた顔の見える関係づくりは進んできている実感がある。関係団体や企業との連携は一定程度構築されているが、質の向上という観点では、福祉・介護分

野で働いている方々に関して、研修等を通じて専門性を高めていくことも引き続き強化していく必要がある。

また、事業者の立場からどうしても申し上げなければならないのは、人材確保・担い手の確保の問題である。

現在働いている従業員の資質向上はもちろん重要であるが、それ以前に、福祉・介護分野に就職してもらう人材を確保すること自体が非常に厳しい状況にある。外国人材の活用も進んではいるが、その中で日本、さらには福岡市や各事業所を選んでももらうためのハードルは高い。2040年までの約15年を見据えると、福岡市を選んでももらうための対策が急務だと考える。

委員

人材確保の問題に関して、現場の実態について申し上げたい。

現場では様々な相談を受けるが、例えば精神障がいのある方への対応において、その方の状態が不安定な場合は、いくら丁寧に説明しても、やり取りが長時間に及ぶケースがある。そのような状況が繰り返されると、現場職員の負担や疲弊感が増していく。専門職間で連携する機会は設けられているものの、実際の現場で困ったときに、すぐに専門的助言を受けられる体制や仕組みが必要である。例えば、「このケースはどの部署に相談すればよいか」「どの専門職につなげばよいか」が明確であれば、現場の負担は軽減される。今後、地域包括ケアを多様な場面で推進していくためには、各専門職が相互に支援し合える体制を構築することが重要である。

委員

省力化と地域包括システムの課題について述べる。

出生数が年々5万人減少している現状を踏まえると、今後ますます人材確保は困難になる。介護や障がい福祉の分野では報酬体系や人員配置基準が制度で定められており、賃金水準を大幅に引き上げることは容易ではない。例えば、年収300万円程度を提示するのがやっとという状況では、人材が潤沢に集まるとは考えにくい。この構造のままでは、担い手不足は解消しない。従って、人員配置のあり方を含めて見直し、給与を引き上げられる環境整

備が必要である。

また、省力化の取組みも不可欠である。AI や RPA などの技術を活用し、診察前のカルテなどの情報整理、相談支援の話の要約、議事録作成、計画書作成などの事務的業務効率化の取組みは、医療だけでなく、介護施設や障がい福祉分野にも広げていく必要がある。

外国人材の活用については、単に賃金が低いからという理由で受け入れるべきではない。介護や障がい福祉はコミュニケーションが基盤であり、言語や文化の違いに十分配慮しなければ、支援の質が低下する可能性がある。

次に、地域包括ケアの実現を妨げている課題について。

一つは、「転倒させてはいけない」という考え方が過度に強まっていることである。もちろん安全確保は重要であるが、その結果、自由や自立が過度に制限され、却ってストレスや機能低下を招いている面がある。コロナ禍では皆行くところがなく、平均寿命や健康寿命も短くなった。回復期リハビリテーションであっても、訓練時間以外は動けない環境になっている場合がある。医療・介護の現場において、安全管理が優先され過ぎるあまり、生活の質が損なわれている可能性がある。

また、病院経営上、ベッドを埋めようとする動きも存在する。病床稼働率を維持しなければならない構造が、長期入院を助長する側面も否定できない。こうした制度的背景も含めて検討する必要がある。

地域側の環境整備も課題である。例えば、初期のパーキンソン病の人が外出しやすい道路環境になっているかという点、必ずしもそうではない。医療・介護の制度だけでなく、地域環境全体を視野に入れた支援が必要である。

委員

当初、地域包括ケアシステムは主として高齢者支援を中心に構築されてきたが、現在はそれだけでは不十分である。経済的困窮、障がい、外国人住民の増加、子どもの問題など、多様な課題を包含していかなければならない段階に来ている。これこそが地域共

生社会の理念であり、地域包括ケアシステムをより広い枠組みへと発展させていく必要がある。

これらの課題をどのように合理的かつ実効的に進めていくかが、2040年に向けた大きなテーマである。福岡市はこれまで「福岡100」などの先進的な取組みを進めてきた実績がある。そうした試行的な事業で蓄積されたデータを活用し、先進的な施策に積極的に取り組む姿勢が重要である。2040年に向けては、これまで出されてきた多様なアイデアを具体化していくことが求められる。

委員

委員からの意見を踏まえて、最終評価資料の取りまとめ、2040年に向けた取組みの検討、アクションプランの改定をお願いしたい。

(閉会)