

令和7年度

第1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7年11月6日（木） 16時00分～17時30分

2 場 所 アクロス福岡 608会議室

3 出席者 委員 計8名

4 協議内容

議題1 2025年に向けた地域包括ケアの取組みの評価(進捗報告)

事務局 (資料1 P2～P21「1. 評価の全体像」「2. 分野別評価」について説明)

【意見交換】

委員 統計資料を見ても、福岡市の介護予防についての効果はかなり上がっており評価できる。しかしどう次につなげるのか、予防段階から要介護への移行をどう認識して対策を講じるかを考える必要がある。地域医療は医療側で進めているため、治療後に介護が必要な人へどうサービスをつなげるかが課題である。イギリスでは治療後にリンクワーカーにつなぎ、社会資源を活用してメンタルだけではなく社会的ウェルビーイングを確保するために、生活支援、住宅問題への対応、博物館や美術館の活用を通じて回復を支援する仕組みがある。こうしたつなぎをどうするかという課題がある。

関連して、この間、外生要因としてコロナがあった。ポストコロナについて分野別評価にどう反映させるかを検討する必要がある。例えば介護施設入所者がコロナに感染した場合、医療にどうつなげたか、治療後に施設に戻すことができたかなどの問題がある。在宅の場合も地域に戻すための取組の有無など、専門職からの意見を集めなければポストコロナの評価にならないのではないか。

委員

介護分野について、介護事業者の立場で意見を述べたい。関係団体の取組み自己評価スコアでは医療、介護分野が低く、専門職からの評価では介護人材の確保が 12.8%と最低の評価になっている。人材不足はどの事業者でも話題になっており、業種を問わず大手企業の賃上げに連動して中小企業や公務員も給与が上昇し、最低賃金や初任給も上がっているので、特に若手人材の確保が介護分野で大きな課題になっている。上昇傾向が収まる兆しへ見えず、次期介護報酬改定への期待はあるが、福岡市としてどのような対応が可能かは悩ましいところである。介護従事者向け研修は手厚く、オンラインも含め実施されているが、研修に参加する時間がないといった課題もある。人材確保は引き続き課題として残るため、対策が必要になる。

委員

予防については色々な団体が取り組んでいるが、エビデンスがほしい。後期高齢者健康診査ではフレイルの質問項目があるので、それを利用して経年、性別、年齢別の変化を分野別に整理してエビデンスを示せるとよいと思う。

介護分野について、リンクワーカーの話が出たがイギリスの社会的処方が日本の介護保険でも導入されているが、どの程度の利用があるのか、地域の支援団体につながっているかなども重要な視点だ。

医療分野について、在宅医療が進んでいるが看取りや 24 時間対応については難しい現状がある。開業医も 1 人で対応するのは大変で、水曜・木曜に訪問診療をしていても、19 時以降は救急車を呼んでくださいという対応になり、地域包括ケアの理念と乖離する。医師や看護師のマンパワーには限界があり、訪問看護も 24 時間対応や看取りの対応が厳しい。

住まい分野について、福岡市では高齢者向け住宅整備が進み、色々な団体が取り組んでいるが、実態を見ると地域包括ケアシステムの満足な体制ができているとは言い難い。認知症になると精神病院が第一候補になっていて、地域包括ケアシステムの理念と離れていると思う。

委員

生活支援分野について、ふれあいネットワークが各地域でできつつあると思う。私の地域では 7 ~ 8 年前に 6 町でネットワーク

を作った。最初は各町内だけでやっていたが、他の町内にも行き来するようになった。最初は参加者 10 数名だったが、横のつながりができて 20 数名になった。面白いことをやっていると口伝えで広がり、なかなか外出しない人も来るようになった。そうしたところに力を入れる必要がある。私の校区では公民館に歩いて来た人にスタンプを押す取組みを行っているが、サロンに参加する人も増えてきた。少しずつ町内ごとに横のつながりができてきて、広がりつつある。民生委員も参加するようになり、中心的にやってもらえるようになった。民生委員の紹介で来る人もいる。毎回参加する人が欠席したときは「家で転んで入院したそうだ」など情報がすぐに入るようになった。そういうところから地域包括ケアを広げていく、気軽に出ていける仕組みづくりをしていくはどうかと考えている。

委員

評価スコアを見ると、つなぎにあたる取組みや人材確保などで評価が低い。リンクワーカーの話が出ていたが、地域につながっている人、そうでない人がいる。退院時などにどこにもつながっていない人をどうつなげるかが共通の課題だと思う。

委員

リンクワーカーという言葉が共通で出てきている。

委員

地域包括ケアシステムはシームレス化を狙いにしていて、医療サービス、介護サービスなどの色々なサービスを途切れることなくシームレスにつなぐことを目的としている。リンクワーカーはリンクを張る、ネットワークを作る人を指す。元々は社会的処方といい、医師者が身体面、メンタル面の処方に加えて社会的に活動できるよう仕上げていく、そのためにサポートする役割を担っている。例えばある人が社会に復帰できない状況になったとき、本人の趣味に沿って、美術館で活動するグループに中継ぎをするなど地域の色々な場面につなげる。社会福祉協議会でいうコミュニティソーシャルワーカーの仕事のひとつだが、リンクワーカーは得意分野を持ち、生活支援コーディネーターよりも専門的で、今後の展開が期待される。日本では制度はあるが普及しておらず、課題だと思う。

委員

地域包括ケアの各分野を誰が統合するのか、日本では非常に遅れている。高齢者が地域で生活しながら生活支援、予防、福祉、権利擁護のサービスを受けつつ、介護が必要になると介護サービスを受け、急性期には病院で治療を受けリハビリをして地域に戻る。これを統合するのは日本ではケアマネジャーと地域包括支援センターだが、機能していない。イギリスではナショナルヘルスサービスが中心になり、主治医のもとで、診療報酬を得られるリンクワーカーが役割を果たしている。ナショナルヘルスサービスは知識と権限があるが、ケアマネジャーにそれだけの知識と権限があるかというと難しい。

日本では厚労省が主治医制度をつくろうとしているが、日本医師会は難しいと話している。中小病院は後方支援をするが統合は難しい。プライマリーケアをやりつつ、必要に応じて予防、介護、急性期、リハビリなどを調整していくには責任が生じ、24時間対応の仕組みも必要となるためうまくいかない。色々な取組みは進んでいるが、結果的には在宅死の約半数が孤独死であるし、多くの認知症高齢者が行方不明になっている。誰が責任を取るのか明確にしない限りこの問題は続く。介護や医療は経営が伴うため診療報酬が中心になる。責任を取ることが収益にならない仕組みが一番大きな問題だと思う。

委員

入院中のサポートやペットの世話などの隙間の支援はケアマネジャー、町内会長、民生委員、近所の方など無償のボランティアに支えられているが、単独世帯が増える中、負担は重くなっている。もし報酬を支払うと膨大な費用がかかるところをボランティアが支えており、今後どう維持していくかが課題である。

委員

今、かかりつけ医は医師個人ではなく機能でみる、全体でカバーするという流れになっている。一人の主治医が責任をもってみるのは現体制では難しい。福祉制度で検討いただけたらと思う。

委員

連携によって診療報酬が増えるが申し送りにとどまっていて統合ができていない。急性期病院からリハビリ病院に転院し、3ヶ月入院すると診療報酬が減るため次は療養病床、介護施設に移るといった流れになるが、退院時に十分な申し送りがなくその後

は関心が薄れるという状況に報酬を払う仕組みはいかがなものか。統合どころか連携すらできていない。病院のデータも共有されていない。それで機能するはずはないと思う。どのようにインセンティブを与え、患者を最後まで統合でき、看取りまでできよかったですと思える人を増やしていくかが大きなポイントになると思う。

委員

今の意見は実に大きな課題である。福岡市の人口構成を見ると少産少死の時代は過ぎ去り、生まれる子どもの数よりも亡くなる人の数の方が多い多死社会になっている。今後は医療、介護の課題は死期につながる問題になる。ACP、遺産相続、成年後見制度にも関係し、誰が責任を持ってガイド役になるかが問題になる。地域包括支援センターには保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーがいるが、その役割を果たせるのか。弁護士や医師が個人の人生の最後まで責任を取る体制をどう構築するのか、行政はどこにその拠点を定めるのか。ニーズは増えており大きな課題として浮き彫りになっている。福岡市だけでは解決できないが、問題を認識して現場の意見を聞き、国に対して早期の方針策定を提言したり、プロジェクトを組んで先進的な取組みを始めた方がよいのではないか。

委員

住まい分野について、関係団体の自己評価スコアは進展しているという良い評価であり、取組み団体のうち福岡市社会福祉協議会の住まいサポートふくおかは全国的にも評価され本当に良い取組みであるが、その他の取組み団体はURだけである。介護保険で住宅改修や介護ベッドが利用できるといった住まいに関する情報が評価に反映されていない。

専門職からの評価スコアは低く、おそらく専門職や介護事業所が訪問して住宅を見るとひどい状況なのだろう。特に経済困窮者や身寄りがない人の住まいの確保がマイナス評価になっている。住まいには大きな課題があるが取り組む団体も少なく、実際には地域の工務店や大工などが住宅改修をしている。資料のアンケート自由記述に記載のとおり、住まいから色々な生活課題、複合課題が見えてくる。住まいは現状把握のうえでも大事だが、建築などの専門職が関わっていないため、住まいを訪問するヘルパーや

ケアマネジャーからの評価が低くなっている。住まいに関する正しい評価が得られていないのではないか。

委員

福岡市では地域包括ケアの住まい分野を住宅都市局に丸投げのような状態で、本来の地域包括ケアシステムでの評価や進め方の波長が合っていないようであり、連携を強めてほしい。住まい分野の問題は生活支援分野から浮かび上がることが多く、例えばゴミ屋敷、孤独死などの問題に地域の人は非常に困っているが、そうしたことが評価に現れていない。住宅都市局の視点だけでは課題が前面に現れないため、連携して共同で取り組まないといけない。福岡市社会福祉協議会が居住支援法人として進めている取組みは一つのモデルになっており、居住支援に関心を持つ他の団体などに広げるとよい。

委員

生活支援分野について、先ほども意見があったが、サロン等の気軽に誰でも参加できる、立ち寄れる仕組みが必要で、そのためには趣味や世代を超えた多種多様な方が気軽に集まれる居場所づくりを広げる必要がある。我々は南区の若久で遺贈物件を活用し、様々な方が気軽に立ち寄れるカフェをモデル的に実施している。子どもが学校帰りに寄ったり、バリアフリーで障がいがある方でも入りやすいようにしております、気軽に話ができ茶菓子等も購入できて、非常に好評を得ている。こうした場所を積極的に広げないと、気軽に集まれる場所は広がらないのではないか。また、生活支援のグループが地域で立ち上がっているが自ら発信することが難しい場合もあるため、活動そのものを知ってもらい、後押しする支援も必要ではないか。こうした支援により利用者増加や活動への参加促進が期待できる。

委員

交通問題が非常に大きな課題になっている。特に高齢者が運転免許証を返納後、公共交通機関の利用が非常に不便になっている。新しい交通手段も開発されているが、都市の道路事情が非常に危険で、例えばシニアカーでは交通事故に遭う危険性も高い。地域によっては交通空白地域が深刻化している。今の評価項目では交通問題が抜けてるので、評価に加えることを検討してほしい。

委員

発達障がいのある人が中高年期になると課題が生じてくる。場の空気が読めない、部屋を片付けられない、金銭管理ができないといった人が全体の7～8%程度に上ると推測される。生活支援で状況を改善するのは難しい。地域共生社会や共生サービスの取り組みは進んでいるが孤立する人が多い。福岡市社会福祉協議会の日常生活自立支援事業では金銭管理サービスがあり非常に助かるが、ゴミ屋敷の問題は難しい。ゴミ屋敷の原因は認知症の可能性もあるが、そうでない場合も多く、誰がどう介入していくか十分に対策できていない。将来的には孤独死のリスクもあり、その点も視野に入れた対応が必要ではないか。発達障がいのある人の増加は世界的な傾向で、背景には出産年齢の上昇や遺伝的要因など様々な影響が考えられ、前向きに対応を進める必要がある。

事務局

(資料1 P22～54「3. 全体に関わる評価」について説明)

【意見交換】

委員

これまでの人口構造ではなくなったという点を認識する必要がある。今後は晩年期の高齢者に関する課題が一層浮き彫りになり、行政は今までの地域包括ケアシステムで想定していた課題だけではなくより多様な課題への対応が求められる。最終段階では高齢者の権利擁護の問題が現れ、リビングウィル、ACP、成年後見人制度、遺産相続の問題が一挙に顕在化する。それらを地域で誰がどのように対応していくのか、現状では見取り図が全くないために色々な問題がこじれて地域の人も非常に困り、専門家の力も及ばず、次の段階に進めない。負債としての諸問題が取り残されていく。海外では医師・弁護士・行政がどう連携して対応するかを検討していて、日本の対応について問い合わせがあるほど重要な問題なので、もう少し危機意識を持って評価していただきたい。

人材確保が非常に大きな課題であり、従来の専門職型の人材では対応できず、他分野についての幅広い知識が求められている。ポストコロナの経験から骨太の方針でもエッセンシャルワーカーへの関心が高まり、様々な危機の中で暮らしを支える人たちの重要性が再認識された。医療・福祉分野の人たちにアドバンスト・エッセンシャルワーカーという新しい概念のもとで訓練を実施

し、訓練を受けた人には処遇改善を行うことが骨太の方針で示されている。こうした考え方を踏まえ、評価にあたってはアドバンスト・エッセンシャルワーカーという言葉だけではなく、どのような課題をどのような対象に対してどのような知識や技術で解決するのかということを具体的に示していただきたい。

委員

個別支援会議で取り上げられるケース傾向は資料の通りだと思う。ただ、認知症を含む様々な精神障がいは心の障がいではなく脳の障がいである。脳の障がいが中核症状で、周辺症状としてせん妄や幻覚、妄想、攻撃性などが現れる。それらは多くの場合、防御機能として自分を守るための攻撃や、不安の表現として現れる。虐待の講習では、やってはいけないことが説明されるが、実際に虐待や身体拘束が起きる背景には本人がパニック状態や攻撃的になるケースが多くある。統合失調症や発達障がいも同様で、中核症状ではなく周辺症状が関係し、人間の防御機能が絡んでいる。グループホームでは、個室の場合は入居者間のトラブルが少なく周辺症状の発生が明らかに減ると認識している。利用者同士のトラブルは周辺症状を起こす要因となるため、地域ケア会議参加者への周知が必要だと思う。

また、認知症と経済困窮が重なる場合、精神病院以外の選択肢がほとんどない。基礎年金のみで月1万5千円程度の負担であれば入院を継続できるが、特養や介護施設では月15万円程度の費用がかかるため利用は困難で、大きな課題だと思う。福岡市は多くの高齢者住宅があるが、低価格の施設ではケアのレベルが低く、質が高い施設は費用が高額で利用が難しい。例えばヨーロッパでは高齢者住宅に訪問看護ステーションを組み合わせ、所得に応じて入居できる。こうした対応を行わない限り、個別支援会議で個々のケースを議論しても、毎年、経済困窮や金銭管理の課題を挙げるだけで、根本的な課題は解決しない。

委員

病院の立場から意見を述べると、国は精神科病床を約30万床減らし、地域での受け入れに移行する方針であるが、今の委員の意見のように、本当に地域で受け入れられるかが最大の課題である。現在その役割を担っているのが精神病院であり、認知症の人も含まれている。

委員

高齢化と単身者の増加により、従来家族が担っていた機能が失われている。どう対応していくかが課題であり、分野横断的取組みとして終活やACPなど色々な取組みを行っているが、「自分で決める人生ガイド」は総合的な内容となっている。人生100年時代、自分らしく活躍できる社会をめざし福岡100の取組みを行っているが、取組みがバラバラだとの指摘もある。人生100年時代において、どう自分らしく生きるかを考えると当時に、どう周囲に負担をかけずに人生を終えられるかを一人ひとりが考えて、それを周りの関係者が支えるという仕組みが必要だと思う。支える側ではなく本人が、どのように暮らしどんな支援を受けたいかを考えられるとよい。例えば、虐待では、単身で身寄りのない方だけでなく、親子関係の悪化による施設とのトラブルが増えていく。こうした状況も踏まえ、家族も含めて将来のことを早い段階から考えていただけるよう、これまでの取組みをさらに統合して進めていきたい。

委員

住まい分野について。資料にあるとおり住まい分野の地域課題数は非常に少ない。地域ケア会議の出席者は医師、看護師、ケアマネジャー、介護サービス事業者、社会福祉士などが主であり、建築の視点から意見を述べる専門職が含まれていないため、必然的にこうした課題は挙がらない。地域ケアシステムが策定されたときに植木鉢の図で示されたように、鉢に当たる住まいが一番の基本であるが、建築分野の専門職が議論に参加していないのは今後の課題である。2040年に向けて地域ケア会議に住まいの視点から発言できる構成員を加えるのも一案だと思う。

9月にオランダやドイツのコ・ハウジングを視察した。ドイツでも高齢化が進み、孤立や介護人材不足など日本と同じ課題を抱えている。日本の地域包括ケアの取組みでは住宅整備の目的でサービス付き高齢者向け住宅、施設入所の一歩手前の段階の施設の整備を進めているし、住宅型有料老人ホームもある。しかし健康寿命が延びて介護認定を受ける年齢も遅くなつており、健康で自宅にいる時間が長いので、2040年に向かっては逆に自宅側からハウジングの選択肢を増やしていくことと、健康で自宅にいる間の住宅を充実させるという発想の転換が必要だ。

一つの視点としては、高齢者だけを集めるのではなく、子育て

世代やシングルマザー、高齢者が一緒に住む多世代型のコレクティブハウスが東京でも生まれている。ドイツでも多世代型の住宅が非常に多い。子育て世代は子育てに関して高齢者の見守りやアドバイスをもらって助かるし、高齢者も若い人の刺激を得て元気で過ごすことができる。高齢者だけを集めずに多世代型で住宅整備を進めていく。

サービス付き高齢者向け住宅では地域との接点がないが、ドイツのハウジングでは1階にカフェがあるなど必ず地域との接点を作っている。日本でも1階にクリニックがあり地域の人が診療に訪れたり、保育園など地域の交流拠点をハウジングの中に作っているところがある。また、どういうところに住みたいかという人生観が同じ人でコミュニティを作るために、ハウジングができる前段階でワークショップを繰り返しながら、こういう住宅だったらいいよねと自分たちのコミュニティを作っていく取組みもある。コーディネーターが支援しながら数年間かけて検討し、多世代型のコミュニティハウジングに入居すると色々な役割分担ができる、会計が得意な人は管理や財政を担当し、ガーデニングが得意な人は周辺環境の整備を担当するなど、コミュニティ維持のために皆が役割を持っていきいきと暮らしていく。こうしたことを踏まえると、2040年に向かっては自宅からの発想に切り替えることが必要だ。

関東ではコレクティブハウジングや異世代型シェアハウス、多世代型ケアシェアハウスなどの事例が多いが、関西、九州では事例がないので、福岡市で最初にこうした新しい取組みを発信できたらと思う。京都府は、昔の下宿に近いが、一人暮らしの高齢者の戸建て住宅の空き部屋を学生に貸して共に住み、高齢者は夜中に学生がいるため安心でき、学生は低家賃で住むことができ、双方にメリットがある次世代型シェアハウスという取組みを進めている。公営住宅の上階をサービス付き高齢者向け住宅とし、1階にコレクティブハウスや保育園を併設する自治体もある。先進事例を参考に福岡市でも住宅の選択肢を増やして、なるべく在宅に近い形で住まいを整備していくことを検討できるとよい。

委員

かつて厚生労働省と国土交通省の共同事業でシルバーハウジングが進められていた。自治体でも両方の関係者が連携し高齢者

を支える住宅のあり方や、福祉機能をどのように組み込むかを検討しているが、福岡市では実施がない。委員から意見があったように、多世代型のプランとして実施すると面白いのではないか。シルバーハウジングは公営住宅を高齢者に住みやすくするために、バリアフリー化を進め、ライフサポートアドバイザーと一緒に住み、相談に対応している。この仕組みが後に地震発生時に役立ち、地域包括ケアシステムの原型になった。住宅を中心に福祉機能を持つ機関を隣接させることによって地域包括ケアシステムの核となる仕組みを作ろうという取組みが、新潟地震後に長岡市のこぶし園から始まり、現在の地域包括ケアシステムの原型になっている。こうした事例を参考に、福岡市でも検討してみてはどうか。

委員

身寄りのない高齢者等への支援について、国では日常生活の支援の他に入所、入院等の円滑な手続き支援、死後事務の支援を主な内容とする事業を第二種社会福祉事業として実施する動きがある。こうした背景もあり福岡市社会福祉協議会では死後事務委任事業を独自に実施しているが、こうした背景もあり全国の自治体や社協から多くの視察を受けている。身寄りのない高齢者への支援は地域の中でも大きな課題となっており、今後この会議においてもしっかりと検討していく必要があると考える。

委員

C C R C の普及を目的に取り組んできたが、日本と欧米では社会的な価値観に違いがある。最近は建設コストが上昇して事業が難しい。売りに出された高齢者住宅を検討しても、スタッフの再教育が必要でかなり大変である。社会は急に変わらず、アメリカでのC C R C の成功事例を導入してもうまくいかない。アメリカでは入居者が主体的に活動し、語学を教えたり、サークル活動、掲示板への掲示、司書資格を持つ人が本を整理、ケーブルテレビ運営など自分たちで行うが、日本では老人ホームの入居者はお客様の意識が強く、自分たちでは動かない。掲示しているのは職員のみで、活動にはお金がかかる。日本で同様に浸透するまでにはかなり時間がかかるのではないか。そのため、日本では自立支援や望まない延命治療を避けることなどを地域包括ケアシステム推進会議で提案しながら、少しづつ自立的な活動を支援していく

ことが現実的だと考えている。

委員

行政と民間の活動をうまくつなげていく中間支援組織をつくることも有効ではないか。例えば空き家に学生が住む場合、相性をマッチングする人がいる仕組みなど。ドイツでは中間支援組織の入居費を政府が負担しているため実施できている面もある。空き家対策は深刻な住宅問題になっているが、東京ではシェアハウスやコレクティブハウスとして企業の社員寮や集合住宅を改築して多世代型の住宅に転換するなど、新築ではなくても成功している事例がある。

委員

委員からいただいた意見を踏まえ、さらに評価、分析を進めていただきたい。

(閉会)