

令和５年度 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議

第１回 調整会議 議事録

1 開催日時

令和５年８月１０日（木） 19時00分～20時30分

2 開催場所

北九州市役所本庁舎３階 大集会室

3 出席者等

(1) 構成員（7名／7名）

安藤構成員、伊藤構成員、今村構成員、木戸構成員、中村構成員、長森構成員、橋元構成員

(2) 事務局

保健福祉局長、総合保健福祉センター担当理事、地域福祉部長、地域リハビリテーション推進課長、認知症支援・介護予防センター所長、長寿社会対策課長、地域福祉推進課長、地域支援担当課長、介護保険課長、介護サービス担当課長、健康推進課長

4 議事内容

次期高齢者プラン（(仮称)第3次北九州市いきいき長寿プラン）の基本的な考え方について

5 意見交換等

【資料2-①、資料3に基づき、事務局より説明】

(代表)

非常に具体的に北九州市の現状等含め、資料2、3について事務局からご説明いただきましたが、構成員の方で何かご質問ございませんか。

(構成員)

もしわかれば教えていただきたいのですが、資料3の9ページ「6 平均寿命と健康寿命」で、男女とも年数を経て改善している、健康寿命が伸びていると北九州市の状況を見ています。この部分に関してそれ以外のデータはそんなに良くないが、健康

寿命が上がっている。これはどう関連しているのか、見ていらっしやいますでしょうか。

(事務局)

今、「6 平均寿命と健康寿命」についてお尋ねがありました。確かに今回の健康づくり推進プランの評価の中でも健康寿命については男女ともに延伸をしていますが、より詳しい検診の有所見率や肥満の割合を見ると、新型コロナの影響もあり悪化が見られたということもあります。今後もこの延伸が続くように、また、平均寿命と健康寿命の差で示される不健康な期間については女性 11.43 年、男性 8.5 年となっておりますが、これを短くしていくことが大切と考えています。

(構成員)

私の発言の趣旨ですが、北九州市の福祉に関する仕事に長く関わる中で、とても皆さんが頑張っておられる市民の方たちの活動を支えており、その成果としてこの健康寿命が短くなっているのかもしれませんが、それがどこに示されているのかよく分かりませんでした。その点はより推進すべきところであり、的が当たらないからと様々なことを仕掛けるより、確実に効果が出ているとしたら、その理由を明らかにする方が、評価すべき部分が見えてくるのではと思います。これは市民の努力かもしれませんが、その辺りが分かりにくいので今後見られたらと思います。

(代表)

平均寿命と健康寿命が狭まっているということは非常に良いこと。その根拠をもう少し明確に出した方がより効果的になると思う。我々の感想としては、北九州市で行っている健康づくり事業が成果を出していると言うにはもう少しエビデンスが欲しいということですね。

(構成員)

この前のビジョンの検討会の際も、出てくるデータが「他の政令市に比べて最も悪い」「医療費が高い」等いわゆる負のデータが多く、良いデータが埋没していると感じました。様々な関係機関の職能団体とも連動して市民の健康を支えており、特に私はこの介護予防に関する部分を検討するため、ぜひその辺りの確認が出来ればと思います。

(代表)

前年度に比べ、平均寿命が下がっており、コロナの影響とされています。平均寿命と健康寿命のデータは令和元年までのため、平均寿命が前年度に比べて短くなった関係はデータには反映されていないように思います。

介護保険の認定で、男性の場合は脳血管障害とメタボが多く、女性の場合は、関節疾患、ロコモであるということがわかっています。高齢者になればなるほど、認知症、そして運動低下によるフレイル、そうしたデータが報告されています。

他に質問ございませんでしょうか。

介護予防等の成果、エビデンスについて含めてのお話だったと思いますが、また後で、まとめのところでご意見等ございましたらお願いします。

それでは次の議題で、資料 2-②について、事務局ご説明お願いいたします。

【資料 2-②、資料 1、参考資料に基づき、事務局より説明】

(代表)

資料 2-②について、ご説明いただいたところですが、何かございませんか。今、前段で説明しましたような、フレイルの言葉や認知の言葉が出てきております。

(構成員)

資料 1 にあるように、介護予防活躍推進に関する会議でのご意見の中に『非常によく使う「フレイル」や「ロコモ」という言葉の意味を関係者は共有していますが、一般の方たちの認知度はまだまだ低い』というところがあります。「言葉だけが先走るのではなく、その内容を市民の方々にお知らせしないといけない」というようなご意見がありました。

あとは、アンダーラインを引いている『「働く場」と「介護予防」を組み合わせた新たな取り組みを。』というところで、様々な形でされているのですが、どちらかというと地域の健康づくりや生きがいくりの範疇にとどまっているようで、やはり先ほどの家族構成も考えると、本当に働く場、収入を得る場としての希望もかなりある。それと介護予防を新たに組み合わせて、官民協働の対応ができないかというような話も出てきています。

(代表)

今ご発言のあった「働く場」ということですが、これは以前から、いわゆる完全雇用なのか、或いはプチ雇用なのか、様々な雇用形態があり、それを進めるにはどういったシステムづくりが必要なのか、細かいことがたくさん出てきます。雇用という形

になれば、保険や時間の件など取り組まないといけないことが多くあります。それが北九州市の状況で可能なのだろうか。高齢者が働く場を求めて継続する、そうすると、その反作用的に若者が仕事に就けないというような問題も出てくるかもしれない。企業の拡大をどう進めるのかというような雇用環境づくりも考えなければなりません。事務局何かございますか。

(事務局)

今仰っていただいたように、これから現役世代が減少していく中で、高齢者に限らずあらゆる人々が社会との繋がりを実現させていく。その中の一つが就労という形になると思います。そういった意味での地域共生社会づくりというのが、これからの北九州市にも非常に求められていくところだと思っています。

その中で、縦割り行政であった、例えば労働行政と、先ほど言われた福祉の要望と就労の場のマッチングなどはしっかり我々も今後の計画の中で、労働部門、私どもの産業経済局になります。そういったところとしっかりタグを組んでやっていきたいと思っています。実際にシルバー人材センターなどでは全国各地でも福祉部門と連携して事業を進めている事例もございます。それを踏まえ、今後も取り組んでいきたいと思っております。

(代表)

ありがとうございます。

私は農業のことは分かりませんが、昔学んだ方法に二期作、二毛作というものがあります。私ども医療職は、自分の持っているリハビリの仕事で現役を退いてもそれに関係するような形で継続する二期作、或いは全く違う領域で二毛作的に違う分野でやりたいという方もいるかと思えます。そのためには、いきなり次につなぐわけにいかない。また、陸上競技のリレーという種目で考えるなら、次にバトンを渡すには必ず併走するバトンゾーンというものがあります。いきなりバトンラインではなく、ゾーンがあるはず。そのゾーンをいかに構築していくかということも一つの方策ではないか。仕事を辞めてすぐに次からこの仕事、と言ってもなかなか慣れない。それがキャリア教育の中でシステム化できるか、いわゆるバトンゾーン、医療で言うと、急性期から回復期、回復期から生活期というものがありますが、医療と介護を結ぶ時、いきなり介護が主体になってしまったら、医療ケアが必要なのに介護に押し付けられているのではないかと。もっと医療との連携、医療ケアというような形も構築する必要があるのではないかと強い意見が出されました。そういう意味を含めて、いわゆる併走するバトンゾーンという構築も必要じゃないかと思う。

構成員で、何かご発言ございませんか。

(構成員)

今のお話、なるほどというふうに理解しておりました。

認知症に関してですが、オレンジ会議の部分に関して、まだまだ認知症の現実的なものということがそういった状況にならないと分からないと言いますか、分かることが出来ない、という意見があったかと思えます。

ですので、市民の方々のご意見を聞いていく時に、まとめの方にも少し書いてありますが、リクエスト的な内容よりも具体的な案を欲しいということで、こうなった場合にどうするのかというハウツー的なものが必要になるのではと感じるところです。

その中で、人材の確保もよく言われることですが、地域共生の部分との関連性の中で、データの的にも、例えば民生委員が減少・高齢化している、もしくは福祉協力員が減少している、数的なものは微減だと思いますが、そういった理由で上手く繋がっていないのではないかということで、連携の重要性を今一度具体的に考える必要があると感じています。

(代表)

今ご発言いただいた内容は次期プランの中で非常にウェイトの大きい領域かと思いますが、他にご質問ございませんか。

よろしいでしょうか。そうしましたら、次の領域に入ります。

それでは資料 2-③について、ご説明いただければと思います。

【資料 2-③に基づき、事務局より説明】

(代表)

次期高齢者プランの骨子について説明がありましたが、それぞれ三本柱のまずは 1 ですが、健康で長生きというタイトルがついております。その点から、先ほどから出ている就労の問題やボランティアの問題、合わせて、互助、そしてメインである健康づくりというようなことが謳われていますが、何かご意見等ございませんでしょうか。介護保険に関する会議でも、この問題について当然介護保険料や負担金などお金の問題も出てくるのですが、その前段で介護不足、人の問題をどうするかというような議論もされているところですので。ご意見ございませんか。

(構成員)

「1 健康で長生き」というよりも、3 番のテーマですが、今の人づくりという件にも関わりますが、介護の人材確保、質の向上。ここで、現場や協会で様々なアクションを起こす中で、課題になるのはやはり在籍職員の人材育成教育。そこがないと、就労しても辞める、の繰り返しとなる。そこにある経営者の意識改革との言葉が入っているように、人材育成教育も、実は法人それぞれの課題であり、経営者の課題である。そこがないと人材確保の安定はないと思っています。「人材育成教育」という言葉をぜひ入れて欲しいと思います。就労の確保が受入側の側面として安定したものが出来上がると考えていますので、よろしく願いいたします。

(代表)

3 番目の人材の確保、質の向上も併せてご意見いただきましたが、この3つの枠でご意見等ございませんでしょうか。

(構成員)

教えていただきたいのですが、現在ここに健康で長生きで多様な就労というのがありますが、実際本市は他の政令市と比べて、先ほど代表が言われたように二期作二毛作というふうな就労形態をとるにしても、そういう高齢者が就労できる場、就労率は他の政令市に比べてどうなのでしょう？

(事務局)

先日、市内部の会議に出席したのですが「場はあるが、なかなかマッチングというところが難しい」という話は聞いております。少し話は変わりますが、政令市の中で北九州市は、高齢者の就労率で言いますと比較的低い状況にあると聞いています。その理由を聞いた時に、求職者が少ないという話もあり、理由は詳しく聞いておりませんが、そのような実態が昔からあると。ただ、この何年間かで就労率の伸び率というのはかなり増えてきているので、今後それを進めていくように担当部局の方も努めています。受入側の企業としては、高齢者を雇用したいという気持ちはあるし、その場もあるようには聞いております。

(構成員)

ありがとうございます。

やはり受入側自身も意識改革を行い、この高齢者の状態に合わせた、例えば就労時間等、どういったものを提供できるかということを行行政側が経営者側にも働きかける必要があると思います。当然、今取り組まれていると思いますが、先ほどの二毛作

二期作で、例えば今までの仕事とは違う転職や挑戦をしようとした時に、スキルアップの機会の提供も行政で一度考えていただければと思います。

(代表)

他にご意見等ございませんでしょうか。

(構成員)

2番目の地域の支えについてです。非常に重要で、地域包括ケアや地域共生社会の部分に関連するところであり、地域包括支援センター等もあるかと思いますが、ソーシャルキャピタルという表現がここにされておりますが、どの程度浸透しているのかなど。我々は使うことが多く、国の施策など様々なところで出てきますが、具体的な説明があった方が、我々は社会資源とか資本とか、学生に教える際にはそう言いますが、ひっくるめて政治や経済も合わせると大変幅広くなってくるのではないかと思います。それが一政令市の方でどこまで行動するのかということですが、そのようなことを含めて、やはり孤独と孤立は非常に重要で、障害の部分もですが、特に着目されているところです。これが、北九州市も一早くスタートしているところがあるので、高齢者の分野にも今以上に前面に出していくことが必要になってくるかと思えます。

(代表)

以前から、言葉の使い方で、「独居」「孤立」「孤独」はイコールではないといわれています。独居が徐々に増えてきていますが、全員が孤独なのかというとそうではないでしょう。それをどう支えるかが今後の大きな課題だと思います。

貴重なご意見をいただきましたが、3番の「在宅医療・介護連携の推進」で今回新しく人生会議(ACP)という言葉が今回のプランニングの中で初めて出てきます。そのような観点についてご意見ございましたらお願いします。

(構成員)

ACPというのは、最終的にどうするかという話なのですが、本人の意思を尊重した形で最終的に延命措置をするかどうか、そのようなことを決めておきましょうというのが基本的なACPの考え方となります。それがはっきりしてないと、施設入所者などは急に状態が悪くなると救急病院に搬送されてしまう。搬送されると治療をせざるをえず、それが本人にとって本当に望んでいることなのかという観点から、医師会はACPの推進を進めています。それは救急医療にも影響することです。救急病院にとってそのような高齢者が搬送されてきたら皆治療しないといけない。救急医療

の方の負担軽減にも繋がるよう ACP を推進しています。

(代表)

ACP(アドバンスケアプランニング)、こういう言葉がいきなり出てきて、様々なガイドラインが出てきた時、高齢者の多くは言葉の意味さえ分からない。日本語で人生会議などと言われ、「自分の将来をどう考えますか」と問われても、なかなか自分の考えを言える方は少ないと思います。もしこういう言葉を導入するのであれば、わかりやすく言葉の定義を行う、ましてや高齢者を一つで括るのは非常に難儀です。65歳の方と75歳以上の人、ましてや85歳。俗に言う、戦前の方たちと戦中の人と、75歳の人たちはほとんど戦後の人ですから、同じレベルでは語れません。「次期高齢者プラン」と一括りでするのは無理が出てくる時代ではないかと思います。

北九州市の介護保険で、いわゆる第1号被保険者で介護保険の認定を受けている方は、65歳から74歳で5.5%です。それも非常に軽い方たち。75歳から84歳までの人で約21.7%、22%いかない。

そうすると、85歳を超えてしまったら約65%、3人に2人が介護保険のサービスを望んでいる状況となります。これからして65歳から74歳までの人をどう社会参加につなげていくか。75歳以上の人とはやはり少し違うのではと思います。

同じ高齢者でも65歳の人たちの健康づくりのあり方と、75歳、ましてや85歳の人たちの健康ヘルスケアの対応プログラムは当然違ってくる。それを一つにはできない時代になっている。そういう区分も必要かと考えております。

在宅医療、介護の連携と言われてもう久しいですが、その推進、特に特養等における看取りも大きな話題になっておりますが、その点に関してご意見がありましたらお願いします。

(構成員)

この在宅医療の介護連携推進というのは、医師会も以前から取り組んでいますが、地域包括ケアシステムの要というのは当然、在宅医療があるので、それに関連する先ほどの報告の中で在宅看取りについては、政令市の中で低いということもありましたが、北九州市の中でも在宅、居宅での看取りやその特養、高齢者施設での看取りというのも数としては増えてきています。

ただ残念なことに、それに携わる医療従事者等が増えない。そのため何とか関わる人材を増やそうと、医師会では様々な勉強会を開催する等の取組みを行っています。また先ほどお話のあった人生会議や看取りに関しても、これは高齢者施設等を含めて、医師会が中心となるのではなく、多職種の方々と共同で話し合いを進め、情報共有

を行い、高齢者施設等で看取りがあっても多職種が携わり、情報を共有し対応出来るような形のシステムを構築出来るよう取り組んでいるところです。今回、行政も在宅医療に対してある程度予算をつけていただいたので、今後は様々な研修会等を行いながらシステム作りを進めていこうと思っています。

(代表)

例えば、北九州でずっと募集していてなかなか出来ない施設は、地域密着型の看護センターです。様々な環境や財政的な問題があると思いますが、これは北九州市では0です。施設に入らざるを得ない、在宅で医療の継続になっているという大きな問題もありますが、構成員、現状についてご紹介いただけますか。

(構成員)

看取りについて、例えばこういうケースがあります。私たちの場合、近くの開業医の先生が夜中でも駆けつけてくれる。だから看取りが出来ている。医療の充実が図られている。それからもちろん、施設長も含めたところで、介護現場、看護等が看取りについて十分精通している。伝統的にやっているということもありますが、結局、スタッフが理解し、医療も応援があるということで看取りが出来ている。

一方で、看取りが出来ないケースとはどのようなケースか考えると、ドクターが駆けつけてくれない、或いは駆けつけてくれるドクターと提携してない、協力を結んでいないということが大きな要因としてあります。結局、特養の場合は、勤務医でなく嘱託医であるため、そこが非常に弱点としてあり、市の行政も含めたところで医療との連携をどう上手く図るかということが、看取りに繋がる。

しかし現状、なかなかそうはいかない。そのため、私のイメージでは、特養が協会の加盟で約60施設ありますが、おそらく看取りをしているのは3割もないのではと思います。だから、看取り、それから医療連携がまだまだ大きな課題として残っているというのが現状ではないでしょうか。

(代表)

他にご意見ございませんか。

6ページをご覧いただきたいのですが、一番上に「次期高齢者プランの骨子(案)」とあり、その下の枠組みの○。何か良いネーミングはないかとプラン名がブラインドになりました。現「いきいき長寿プラン」、次期高齢者プランでこれをキャッチフレーズにしたらどうかと投げかけられていますが、どうでしょうか。こういう考えが必要、というアイデアで良いのですが。

(構成員)

我々もいずれ高齢者になっていくということで、住み続けたいというようなことを考えていくなれば、何かそういったものがあればと漠然と思っていますが、今は出てきません。

(代表)

いきなり言われても難しいですね。安心、自分らしく、等がよく出ますけどね。

(構成員)

先ほど言われた、段階的に老いていく過程の中で他者の力を借りざるをえない状態へ徐々になっても安心して暮らせる北九州。先行きが不安だと苦しいと思う。だから、最後まで安心して暮らせる北九州のまちというのは、市民は安心できるかと思えます。

それを支えるプランというか。老いていく過程を最後まで元気でいてくださいとは思えない。だからその仕組みを作ろうとしているので、元気なときは元気なままで良いのですが、老いを受け入れてくれるようなまちに私は住みたいと思います。

(代表)

難しいですね。安心の定義というのは経済的な安心なのか、肉体的な安心なのか、それとも社会的安心なのか、様々なことを議論するときに、すぐ安全で安心な、という言葉を使いますが、高齢者で一番不安なことは将来食べていけるかというような不安を解消出来たら安心出来るというような現実的なこともあります。

少し時間もありますので、少し各論的な議論を進めたいと思います。先ほど出ましたが、3の「介護の人材確保、質の向上」というところで、北九州市がここ10年ほど進めています、「北九州モデル」というロボット等を含めた、「介護人材の確保、質の向上」について何かご意見ございませんでしょうか。

(構成員)

介護ロボットという言葉があります。「介護保険に関する会議」の4ページの下から5行目に「ロボットと聞いただけで冷たいイメージなどがある。」とありますが、確かにそうですね。私も「ロボット」という命名を聞いた時に、介護事業とロボットか、或いは介護現場とロボットか、ちょっとおかしいよね、という印象を持ちました。

しかし、取り入れていくうちに、よく巷で言われる、介護の現場業務は、例えばシ

ーツ交換、入浴、記録、行事やスケジュール、会議等色々とあり、その間接的な業務は5割と言われてはいますが、この間接的な業務の5割にロボットを使うということが多いいあって良いっていう話ですよ。

しかし、現場にあるロボット、例えば利用者の方を喜ばせる動きをするロボットがありますが、私は賛成しません。あれは、取り扱いのあり方としては、馬鹿にしているのではないかというイメージが少しあります。だから、ロボットはあくまでも介護の事業や現場で考えると、ものとして有効に活用するということが非常に大事だと思いますが、実はそこに力を入れないといけません。今でも足りない状況がありますが、2025年、32万人の介護職が足りないと言われてはいますので、その充実はやはり、人に代わる、しかも利用者と直接関わるような心を通わすようなものではなく、ものとして使うところの充実が図られるべきだと思っています。

そしてもう一つの課題は、経営者がそこにしっかりと意識を持っているか。例えば、社会福祉法人の理事長、そのような人たちがしっかりと意識を持っているかというところは実はまだそこが弱い。協会もですが、経営者がそこに目を向けるように仕向けるよう行政とタッグを組んで拡充していく必要があると思っています。

(代表)

令和5年度の北九州市の予算案を見ても、この北九州モデルに対して何千万と予算付けがされ、進められているように市政だよりで見ましたが、非常に北九州市で期待されている領域です。

(事務局)

人材確保のことをお話すると、介護保険に関する会議の中での構成員から「実際に人材確保という中でこういった知見をお持ちですか。」という中で、実際にいわゆる労働力として出てくるのは就業していない中高年者の方、在家庭で就労していない女性の方。就業時間や仕事内容を示して募集をかけると意外と応募があるというお話をいただきました。私もその後、製造業の話ですが、岐阜県のプレス工場のような生産現場で、65歳以上と限定して募集を行い、作業工程の中で高齢者にもやさしい職場を作ると、実は若い人も含めて生産性が上がったという話を聞きました。人材に関してだが、生産年齢人口が減る中、20歳の人間が急に出てくるわけではない。もしそれを望むというのであれば、外国人労働者となる。それから、パズルのピースのようなものを根気よく一個一個組み合わせ、一つの仕事として成立させる必要があると考えております。

そして、健康で長生きという、そのボランティアという話の中で、介護保険でも介

護支援ボランティアというものがあり、ちょっとした意欲付け、意識付けの中でポイントを付与するというものもあるのですが、このようなものを、研究を重ねてボランティアと就労の間のようなところを少し探れないかと検討しております。ただ、人手不足に関しては、特効薬はない。経営側として、稼いで経営基盤を強化し、それを再投資するというのが望ましいかと思えます。

現在公開されている介護保険事業状況報告などで、政令市の1回当たり給付額で施設等を見ると、決して北九州は高くない。単価が高いユニット型の整備状況によるのか、高い収益となるような事業モデルなのか、まだ研究が必要なのですが、一般的に経営側の稼ぐ力、人材の確保、ボランティアを含めた人材の活用が可能かどうかなど、こういったことを考えながら進めると良い方向に行くのではないかと考えております。

(代表)

今、人材を含めてお話いただきましたが、北九州市ではどのくらいの外国人が働いているのだろうと思い、調べました。実は構成員からいただいた情報なのですが、今、北九州で介護、雇用という形で入っているのは、例えば特養で50施設強あるうち約30施設が外国人の方を雇用しています。実習生を含めて仕事をしていただいています。1人だと非常にストレス等の問題があるため、2人1組で雇用されています。30施設が雇用しているということは、北九州市では60人強の方が福祉の現場で働き、研修しているということになります。他の業種を含めると、北九州市では約200の方が居るといわれていますが、そのうちの60人ですから約3分の1の方が介護業務に携わっていることになります。どこの国の方が一番多いのかと言うと、インドネシア、それからベトナムが多い。以前はフィリピンの方が多かったのですが、今は少なくなっています。そうすると、語学研修や事前トレーニング等もシステム構築する必要があります。JICA等にご協力いただいている現状です。

外国人労働者が介護福祉士等の資格取得のために養成校へ入校する際、その学費等は福岡県介護福祉士協会から奨学金が出されています。免許取得後5年間の実務を経ると返還しなくて良いシステムになっていますが、資金援助等もより大々的に行えないかと思えます。

語学的な対応、経済的な対応も人材育成には欠かせない課題です。加えて、質の向上と言われておりますので、地域づくりにとっては非常に難しいこともあるということですね。

地域づくりに関して、キーワードが幾つか出されておりますが、先ほど「認知症に対するやさしいまちづくり」とは、構成員から意見を伺ったところですが、補足はご

ざいますか。

(構成員)

認知症に罹患された方はもちろん、それを支える方々のサポート体制もしっかりと構築する必要があると思います。どこに相談したら良いのかという声がありますので、普及啓発を今以上に行う必要性もあると思います。

加えて、人材育成についてです。専門職の育成もちろん必要で、地域の方は人材という訳ではありませんが、協力を期待してはいけないのでしょうか。民生委員、福祉協力員、町内会等の地域の方に協力していただくのは、なかなか難しいかと思いつつ、そうしないと地域で本当に支えることは出来ません。システムチックに持つてくのは簡単で、システム構築しただけでも統計は取れるかと思いますが、果たしてそれが本人達の望んだものなのかと思うところがあります。

(事務局)

地域共生社会という中では地域の人材が非常に大事な位置付けにあると思います。その中で、冒頭資料でもご説明させていただきましたように、自治会の加入率が6割近くということで、30年前に比べると30%も落ちています。この中で、地域と行政と企業と、或いはNPOやボランティアとどう連携をし、地域を支えていくかというのは非常に大きな課題になっています。先ほど構成員が言われたソーシャルキャピタルの充実というところでお話させていただくと、私どものソーシャルキャピタルの視点の中には、地域のNPO団体や民間企業等の社会的な資源が入っています。社会を構成しているあらゆる団体と地域と行政と、介護医療、福祉、すべての人たちが上手く繋がるような社会を作っていかないと、地域だけに頼るというのも非常に苦しいというのが実情ではあります。

それぞれ役割分担しながらどう進めていくか、しっかりと考えていきたいと思っています。

(代表)

北九州市には約30年前から各町内に福祉相談員、ニーズ対応委員がいます。民生児童委員とは別に、今ではいないところも多いかもしれませんが。

町内会自体が「そんなことまでするのであれば脱退する」と、組織率の問題にまで関わっていますが、実はそういう方たちに昔でいう色々なお世話に介入していただくこうと研修会を行う等、社協の仕事の一つとして広めた経緯もあります。

そういう活用は地域により温度差がものすごくあります。敬老会だけに徹してい

るところもありますし、そういう方を上手に活用することも必要かと思えます。家庭にいらっしゃる方がだんだん少なくなっている現状もあるのだと思えますが、おそらく、行政の方々でも、そのような制度があったことを知らない方も多くなっているのではないかと思います。

他にございませんか。

(構成員)

構成員からお話が出た、「地域の方への啓蒙啓発、理解を促す」という中で、どういった方にどういう知識を提供するのか、その辺りも少し整理する必要があるかと思えます。つまり、地域の中にはいろんな構想を持つ方がいますし、本当に積極的に貢献したい方には詳しい研修会が必要ですが、必ずしもそうではない。そこのメリハリをもう一度整理し直さないといけないのではないかと資料を見て思いました。それから、相談窓口の部分ですが、何年か前の調査で、認知症についてかかりつけの医者、ケアマネ等が重要だったと思えます。この認知症に関して、相談の裾野を広げるという部分もあるのですが、やはり相談のしやすさ、日頃の医療との繋がりも、改めてこの窓口を考える際に検討が必要なのではないかと思いました。

(代表)

続けて、地域包括センター等で業務の見直しという話も出ていますがご意見ございますか。非常に多岐にわたりすぎるのではないかと思います。

(構成員)

結局、地域包括の性格上、地域の様々な困り事からやらなければいけないことが年々増えていく。さらに専門性も必要になることを踏まえたとき、どこまで地域包括が担うのか。専門性の高い部分についてはどこかにお願いする等、メリハリを整理しないと、何でも包括が行っては破綻することも考えられると思えます。

(代表)

もう一つ、次期プランの内容でご意見を伺いたいことがございます。介護保険サービスでは、訪問施設サービス、住宅改修等ありますが、施設の在り方について。例えば、特別養護老人ホームに入るのに待機期間や施設数の不足など様々な問題があります。また、特殊な特養の在り方等がありますが、その点についていかがですか。

(構成員)

先般開かれた会議で、例えば特養の利用者の入所率は約 9 割だと聞きました。これはおそらく平均となるのでしょうが、データが出ました。介護事業の経営的な観点でいうと、9 割はピンチだと言える。大体採算が取れるラインは、私が思うに 95%以上だと考えています。それを下回ると、例えばその施設を作るのに借り入れをしていると思いますが、それを払えるかどうかという問題に発展していきます。ですので、9 割が平均というのは厳しい状況です。しかも、それは職員が足りないというケースと、利用者が思ったほど入ってくれない、或いは待機者が少なくなっているというケース等様々。現実はこのような課題があり、結構悩ましい問題です。だから、例えば特養を増床して良いのかどうかと言う話だと、明らかに難しいというデータが出ている。

協会もそこは強く言いたいという部分があります。また待機者に関して、例えば私たちの場合、半年に 1 回待機者を決めます。4 月末に契約の申込みをした人が、6 月頭に入所している。つまり約 1 ヶ月半で入所しているケースがあるということです。入所までの待機期間は随分短くなっていますし、要介護度 3 以上の方が特養の入所の限定と平成 27 年に変わって以来、随分待機者の在所日数は短くなりました。

それから、入所者の退所後、空いた枠を埋めるために平均何人に声を掛けているかというと、6 人～8 人に声を掛けている。例えば 1 ヶ月に 2～3 人の退所者が出た時にそれを繰り返すと、待機者のほとんどが当たってしまう。そしてようやく埋められるという状況が現実のことになりつつあります。それを考えると、介護保険制度の中で事業経営のあり方は非常に厳しくなりつつあると言えると思います。

(代表)

介護保険に関してもう一つ重要なことで、介護保険料とサービス料の問題があります。これは事務局が今一番悩んでいることだと思います。介護保険料の段階は現在 13 に分かれています。このままで良いのだろうかという問題。それから、これは国の方向性を注視しつつですが、介護サービス料負担の問題。このような問題がここ 3 ヶ月ほどで見通しを立てないといけないという非常にハードなスケジュールで進んでいるということですね。

もう一つ、介護保険自体の問題ではないのですが、最初に構成員が言われた健康づくりの適正化事業ですが、これが果たして本当に有効に進められているのだろうか。今まで何度か検証され、事業そのものの有効性は示されていますが、それが本当に結びついているのか。この運動、エクササイズをすれば、下肢のどの筋肉が強くなった、歩行速度が上がった、というのがありますが、それが本当にいわゆる健康寿命に繋がっているのだろうか、生きがいになっているのだろうか。

色々なところでこういうお話をさせていただく機会があるのですが、「確かに色々な教室に通って健康になりました。」と聞くと、私は意地悪ですから参加者に「この教室にどうして参加しているのですか。」と問います。多くの方が「健康になるため」と答えられますが、「健康になってどうするの？」と問いますと、答えが返ってきません。その先が見えない。食指導、口腔、フレイルでもありました。食指導、料理教室に行って作れるようになったが、実際には料理を作って食べさせてあげる人がいない、その先が見えない。

それが実は、課題ニーズ調査でも出ている通いの場、或いは健康づくりをする場を実生活に結びつける場がない、歩けるようになったが行くところがない、というのが北九州の現状であるのではないかと思います。

これは保健福祉局だけの問題ではなく、建築や財政等も連携し、多職種、様々な分野が一つにならないとまずいのではないかと実感しています。ここ3、4年コロナで前に進めなかったこともあるのですがフレイルの問題一つにしても、筋肉の運動系だけの問題ではなく、一番の根本は食べるということ。それが、高齢者に「食事をとっていますか？」と聞くとほとんどの人は「取っています」と答えます。しかし、何を食べているのか見えないところがあります。ということで、約束の時間になりますので、最後にそれぞれ構成員から、このプランニング等を含めてポイントというのがございましたらご発言願いたいと思います。

(構成員)

本日の協議の中で、やはり認知症。高齢者には様々な段階があるので、代表も言われたように、大きくひとまとめにするのではなく分けて考えていかないといけない。高齢者にも様々な年齢の方がいるので、ある程度どういう方をターゲットにするのかというところを分けて考えていかないと、全体で正合性がつかないようになるのではないかと思います。認知症の方にとっても、認知症になる前段階の方から重度で施設に入らないといけない、医療が必要な方もいる。その人々を一つの目標で進めるのは非常に難しいことなので、様々な段階に分けた形で計画を作っていく必要があると思いました。以上です。

(構成員)

私も認知症ですが、社会の中でどう支えていくかということは今一度連携の中で考えていかないといけないと言われて久しいですが、具体的に検討を進めることが今後ますます必要になると思います。同時に、本日触れられることが少なかったかもしれませんが、意思決定支援のところ。当然大切なことですが、そこに関して権利擁

護、権利支援のところ。財産管理や身上監護等、成年後見だけでなく、様々なシステムを構築しながら、経済的な安心などをより具体性を持って出していくとあるように、北九州モデルと言うのですか、新しいプランの名前も考える必要があるでしょうから、そういったことを含めて進めていく必要性が今後あると思いました。

(構成員)

住み慣れた地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の支え合いが根本的に難しくなっているのは、昔と違い地縁組織が非常に希薄化してきているからだと思います。今は、新しく土地に入ってきた人でも自治会にもほとんど加入しない。昔のような地域の中での地縁組織的なものによる人と人との繋がり、隣近所の繋がりというものができれば、現在策定中の高齢者プラン等も進めていくことが出来るのではないかと思うのですが、なかなかそこが難しい。ではどうすれば地域の方々に自治会等に入ってもらい、皆で助け合っているような共生社会をつくれるのかということが一番大きな問題だと思います。そこへ働きかけ、出来る限り地域参加を促さないと難しいと考えています。

(構成員)

前回のいきいき長寿プランを参考にしながら、その引き継ぎになるかもしれませんが、医療の連携、人材確保、或いは質の向上、ここら辺は引き継ぎの課題として具体的に取り組んでいく必要があるのではないかと思います。そうしないと、介護事業も次の事業 3 ヶ年計画の終わり頃には厳しいところが出てくるという側面も十分考えられます。ですので、協会としても是非意識しながら形を構築したいと思っていますところでは。

(構成員)

先ほど代表のお話にあった、フレイル予防や予防の先を考えた時に地域の高齢者が本当にやりたいことをしっかり押さえないと、なかなかその予防や、健康寿命、QOLの問題に辿りつかないということを改めて感じています。

ですので、私たちも含めて本当は何がやりたいのか、それが地域の中で実現できるのかというところもあるかな、というのが感想です。

それからフレイルの問題、認知症の初期のMCIであるとか、この辺りがかなり混在していると思います。そうすると、確かに行政施策としてはわかりやすく整理して書くべきというところはあると思いますが、1人の人という観点から見たとき、その人がどういうふうにしてその施策に繋がっていけば良いのか、事務的な時間経過とともにどう

いう施策が並ぶのか、横断的でもあり縦的でもあるような見え方。こういった計画を策定する際の見え方という問題も整理するともう少しわかりやすくなるのではないか。つまり、「Aさんがどこに相談に行き、どのようなサービスが受けられて、最終的にはどのような支援に繋がっていくのか」ということがもう少し見える方が、計画としてわかりやすい、ということでした。

(構成員)

既に出た意見と同じですが、先ほどから議論している「何のために生きるのか」ということは、まさにヘルスプロモーションの原点。それぞれの人生の送り方というのは個々多様で、その手段として健康で住みやすいまちということがついてくるので、その辺りをどう作っていくかが大切だと思います。それが各構成員がおっしゃったように市民にイメージしていただけるようなプランになればと願っています。

(代表)

こういう高齢者プラン等というと、「多職種連携」や「異職種連携」という言葉がよく出てきます。「産学官連携」という言葉がもう耳タコですが。このプラン自体は誰のためのものなのかと言うと当然「市民」ですから、その中に産学官「民」という言葉が入ってないと意味がありません。

いわゆるピープルファーストという形を形成できればと思います。その一つのポイントとして大切なのは、我々が今、地域リハという中で取り組んでいるものですが「重層的な支援」。一つの支援が終わったらこれで終わりということではなく、第2波、第3波、第4波というように様々な支援を考え、それが安心安全に繋がる。一つが終わったらこれで終わりということではない。そういうものが構築できればと思っています。こういう意見もあるということがありましたら、ぜひ事務局に投げかけていただければと思います。

時間が来たようですので、お開きにしたいと思います。ぜひ、各会議で本日の内容等を反映していただければ幸いです。