

社会保障審議会介護給付費分科会(第77回)議事次第

日時：平成23年 7月28日(木)
13時30分から16時30分まで
於：グランドアーク半蔵門(華の間(3階))

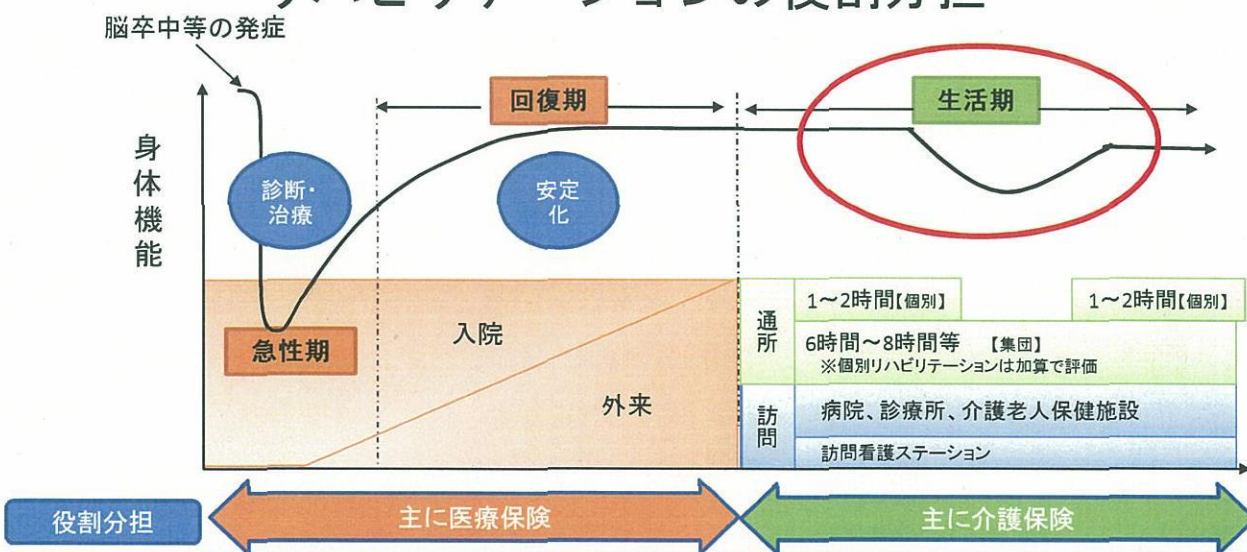
議 題

1. リハビリ・軽度者(予防給付)について
2. 福祉用具について
3. 地方分権一括法の成立・公布に伴う基準省令改正について
4. その他

リハビリ・軽度者(予防給付)について

(1) リハビリについて

リハビリテーションの役割分担



| 役割分担 | 急性期 | 回復期 | 生活期 |
|------|----------------------|--------------------|---|
| 心身機能 | 改善 | 改善 | 維持・改善 |
| ADL | 向上 | 向上 | 維持・向上 |
| 生活機能 | 再建 | 再建 | 再建・維持・向上 |
| QOL | — | — | 維持・向上 |
| 内容 | 早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防 | 集中的リハによる機能回復・ADL向上 | リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上 |

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

介護保険法 第一条

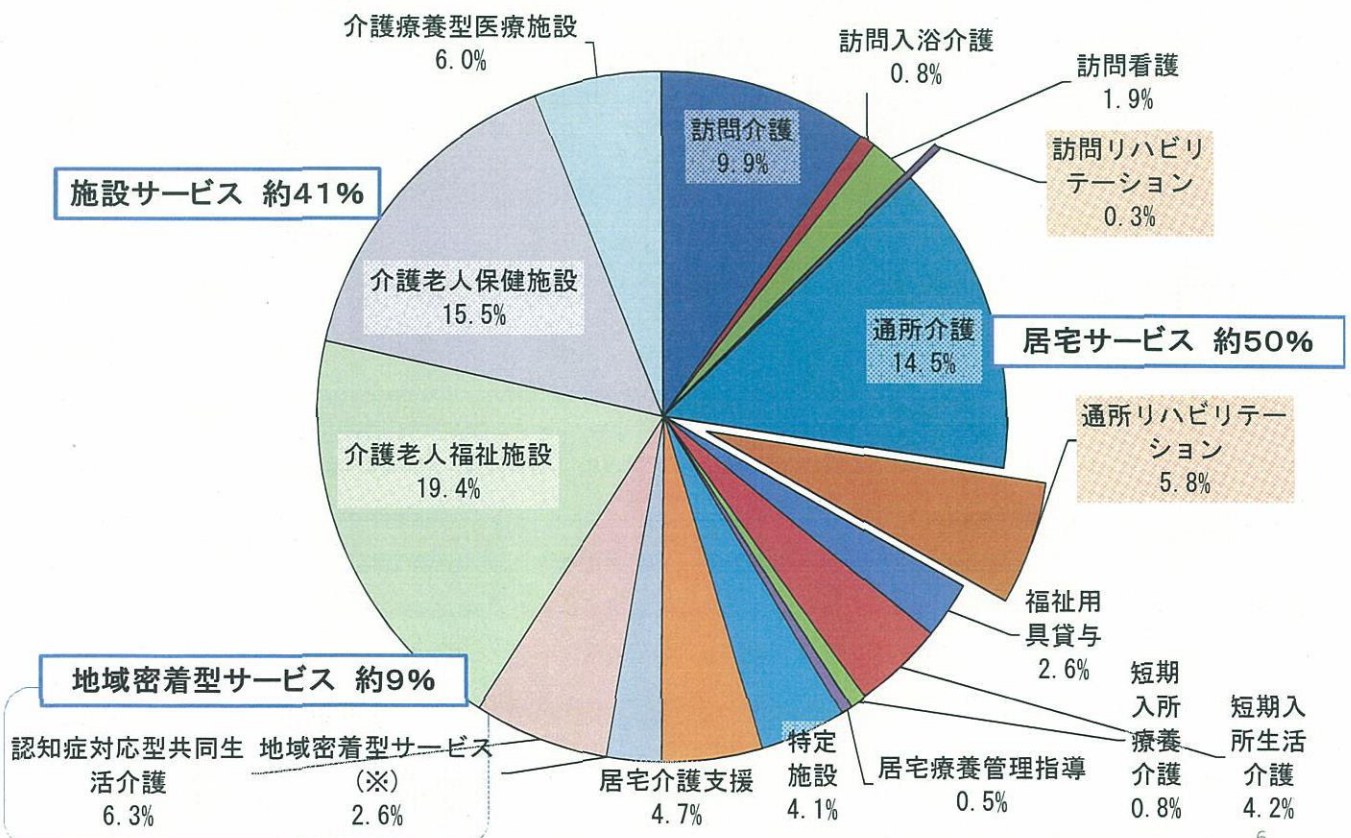
この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、**機能訓練**並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法 第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、**進んでリハビリテーション**その他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする**。

5

介護サービス種類別の給付費について



※認知症対応型共同生活介護を除く

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年度)

リハビリテーション専門職の勤務状況について

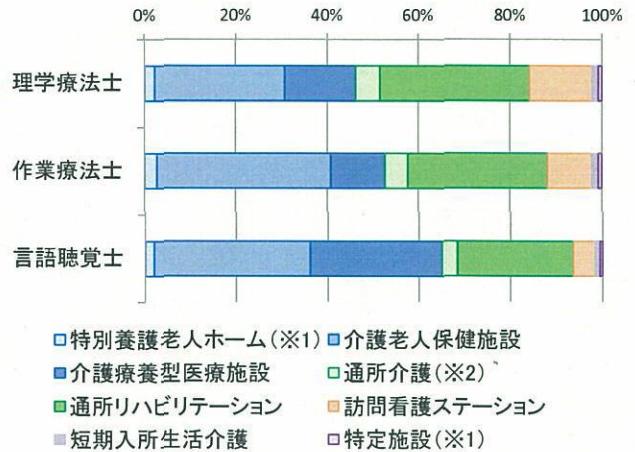
- 約3万人のリハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が介護保険サービスに従事している。
- 介護老人保健施設及び通所リハビリテーションに多く分布している。

表.介護保険サービスにおける常勤換算従事者数

[単位:人]

| | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 総数 |
|---------------|---------|-------|-------|-------|
| 計 | 16793 | 11120 | 2005 | 29918 |
| 特別養護老人ホーム(※1) | 387 | 304 | 40 | 731 |
| 介護老人保健施設 | 4761 | 4227 | 683 | 9671 |
| 介護療養型医療施設 | 2611 | 1332 | 582 | 4525 |
| 通所介護(※2) | 892 | 554 | 67 | 1513 |
| 通所リハビリテーション | 5500 | 3390 | 505 | 9395 |
| 訪問リハビリテーション | (データなし) | | | |
| 訪問看護ステーション | 2280 | 1066 | 94 | 3440 |
| 短期入所生活介護 | 229 | 158 | 22 | 409 |
| 短期入所療養介護 | (データなし) | | | |
| 特定施設(※1) | 133 | 89 | 12 | 234 |

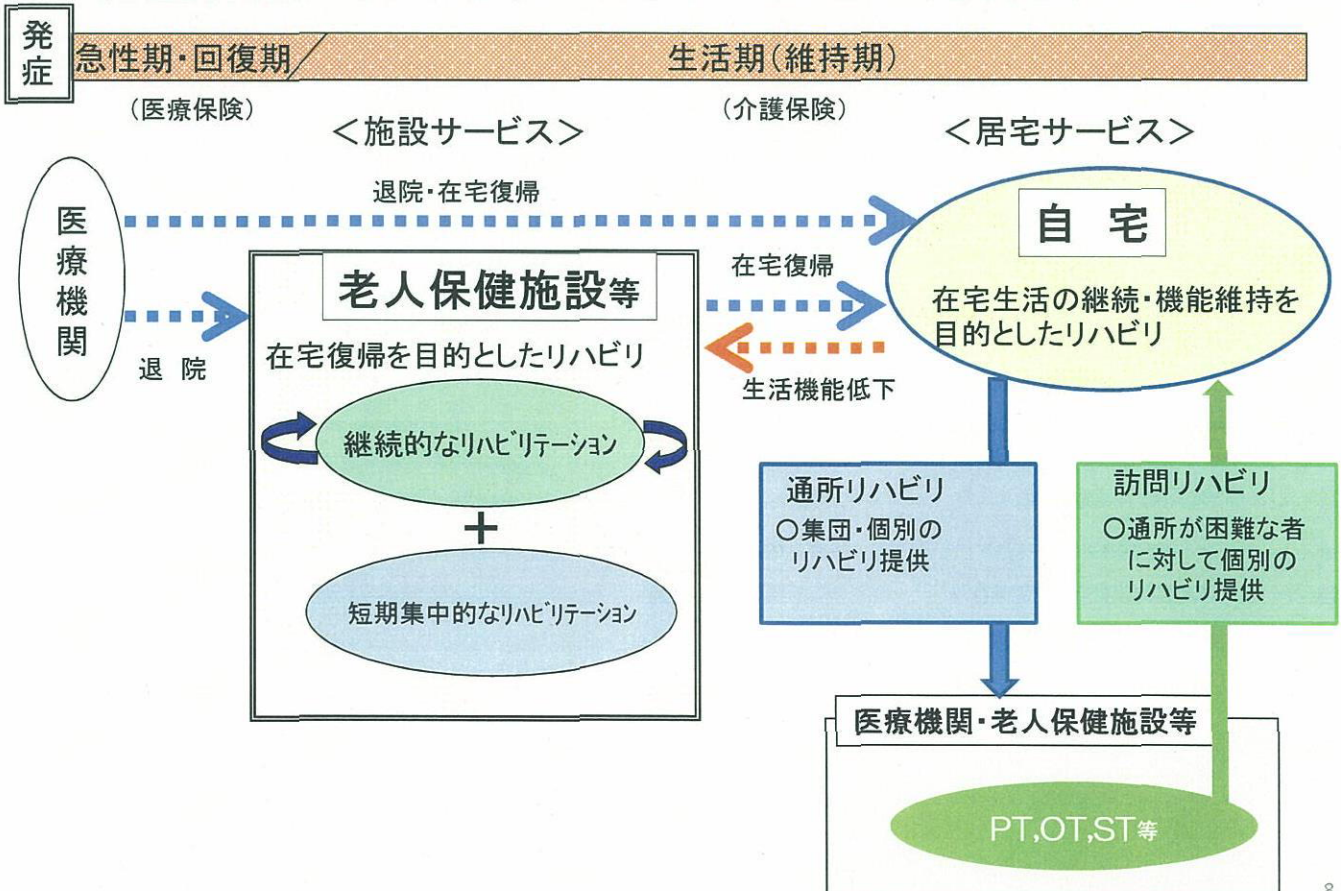
図.資格毎の勤務場所の分布



注1:回収率はサービス種別毎に異なる
 注2:(※1)地域密着型サービスを含む
 注3:(※2)認知症対応型通所介護を含む
 注4:訪問リハビリテーション・短期入所療養介護はデータ無し

出典:厚生労働省「介護サービス施設事業所調査」(平成21年度)

介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



介護老人保健施設における リハビリテーション

介護老人保健施設について

(定義)

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第25項)

(基本方針)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護老人保健施設とリハビリテーション

○介護老人保健施設におけるリハビリテーションの提供について

介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行わなければならない。(注1)

- ・介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士、言語聴覚士の指導のもとに計画的に行う
- ・訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにする
- ・機能訓練は、入所者1人について、少なくとも週2回程度行うこととする (注2)

注1) 平成11年3月31日厚令40「介護老人保健施設の人員、施設および設備並びに運営に関する基準」

注2) 平成12年3月17日老企44 「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」

11

介護老人保健施設のリハビリテーション職種の配置について①

1. 配置基準

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上

2. 配置状況(全体)

全国平均では、定員100人当たり約3人の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が配置されている。

| | 常勤換算従事者数 | 1施設当たり 常勤換算従事者数 | 定員100人当たり 常勤換算従事者数 |
|-------|----------|--------------------|-----------------------|
| 理学療法士 | 4,761 | 1.4 | 1.5 |
| 作業療法士 | 4,227 | 1.2 | 1.3 |
| 言語聴覚士 | 683 | 0.2 | 0.2 |
| 計 | 9,671 | 2.8 | 3.1 |

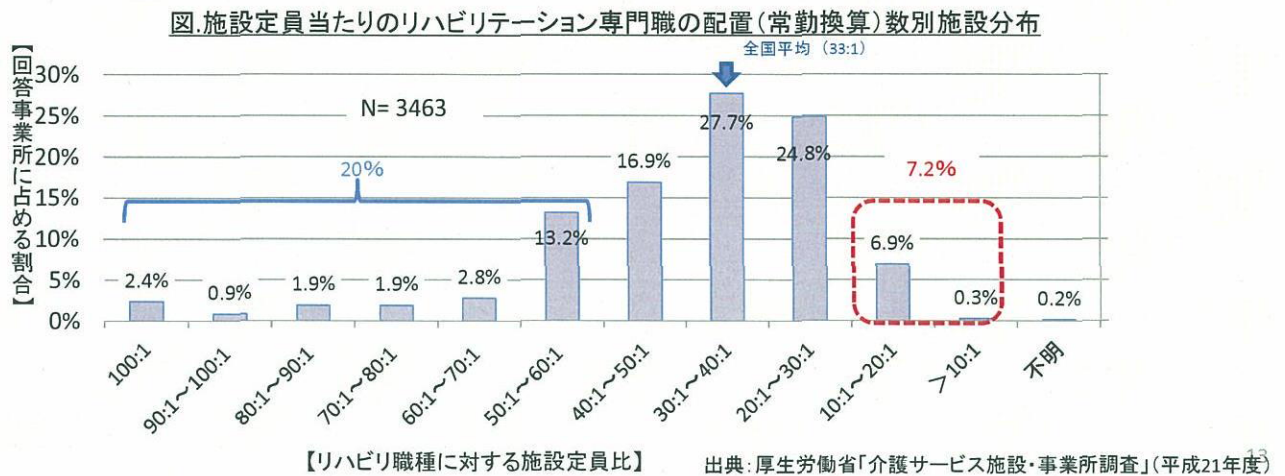
介護老人保健施設のリハビリテーション職種の配置について②

3. 配置状況(施設別)

- ・定員当たりの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、施設間でばらつきがある。
- ・計算上、入所者全員に1回20分以上の個別リハビリテーションを週2回行う場合に必要人数※1に満たない施設は、約20%。
- ・また、回復期リハビリテーション病棟の人員基準※2と同程度以上に配置している施設は約7%あった。

※1: 従事者1人当たり1日18回(1回20分以上)個別リハビリテーションを提供した場合、常勤換算で45:1(定員100人当たり2.3人)

※2: 回復期リハビリテーション病棟の配置基準は、60床を標準とする病棟において専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上



介護老人保健施設の併設事業所の状況

- 介護老人保健施設であって、訪問リハビリテーション事業所を併設している施設は16%であり、通所リハビリテーション事業所を併設している施設は63%である。

| 併設事業所 | 施設数 | 割合 |
|-----------------|------|------|
| 総数 | 3463 | 100% |
| 介護老人福祉施設 | 334 | 10% |
| 介護老人保健施設 | 688 | 20% |
| 介護療養型医療施設 | 312 | 9% |
| 介護療養型以外の病院・診療所 | 1075 | 31% |
| 訪問介護事業所 | 777 | 22% |
| 訪問看護ステーション | 900 | 26% |
| 訪問リハビリテーション事業所 | 565 | 16% |
| 通所介護事業所 | 502 | 14% |
| 通所リハビリテーション事業所 | 2170 | 63% |
| 短期入所療養介護事業所 | 1938 | 56% |
| 居宅介護支援事業所 | 2463 | 71% |
| 認知症対応型共同生活介護事業所 | 567 | 16% |

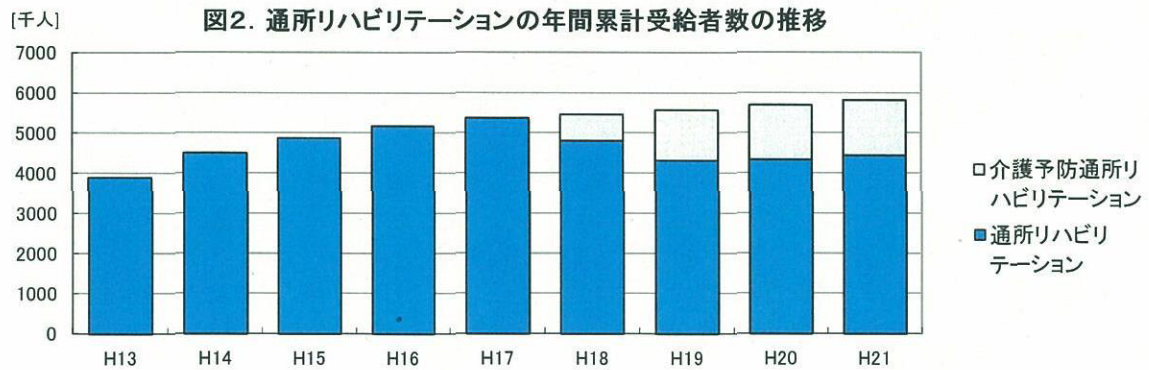
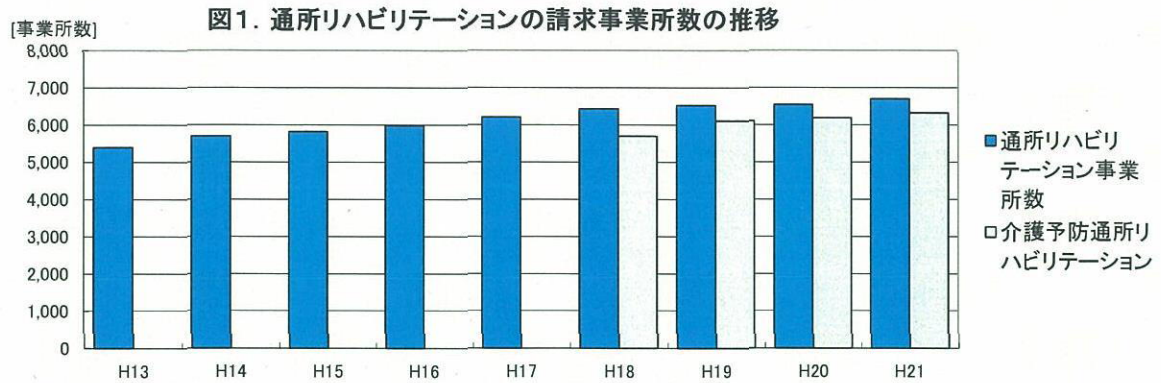
通所リハビリテーション

通所リハビリテーションの施設基準等

| | | | |
|--|--|---|--|
| 開設者 | 老健・病院・診療所(病院・診療所は法人格不要) | | |
| | | 診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合) | |
| 設備 | ・専用の部屋等 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可) | | |
| 人員配置 | 医師 | 専任・常勤:1人以上 | 専任:1人以上 (医師1人に1日48名以内) |
| | 看護職員 介護職員 PT・OT・ST | 利用者10人に対し、専従で1人以上 | 専従で1人以上 |
| | | 専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上 | 専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0.1人以上 |
| ※ 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等を含めることができる | | | |

通所リハビリテーションの利用状況

○ 通所リハビリテーションの受給者数、請求事業所数は、近年では横ばいである。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

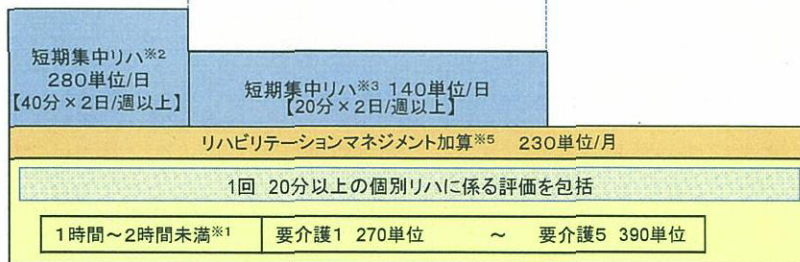
通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価(イメージ)

退院(所)日等： ～1ヶ月

1～3ヶ月

3ヶ月～

1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション※1
(短時間個別)



通常の通所リハビリテーション
(長時間滞在)



個別リハに係る加算
本体報酬

※1: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る。(平成21年度改定で新設。個別リハ加算は算定できない)
 ※2: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※3: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※4: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。月13回まで。
 ※5: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

通所リハビリテーションの所要時間について

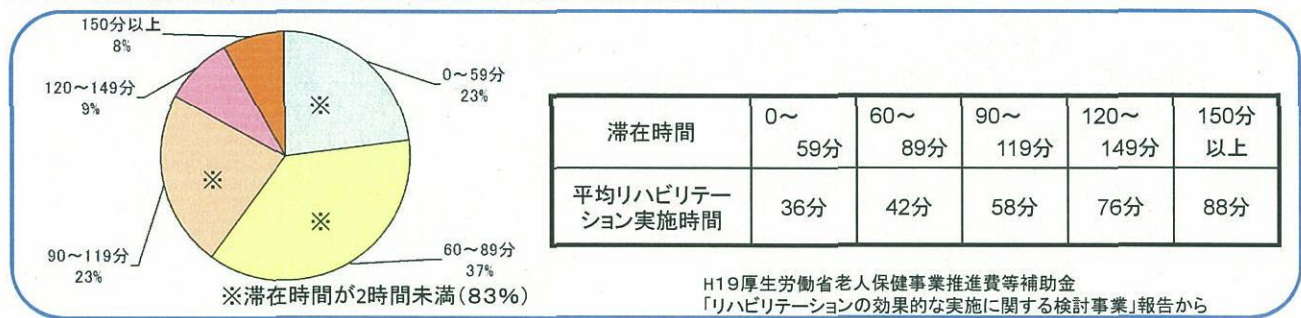
- 通所リハビリテーションと通所介護は、利用者の所要時間は同程度である。
- 医療機関の外来でリハビリテーションを受ける場合の滞在時間は概ね2時間以内である。

通所介護と通所リハビリテーションの所要時間別利用回数の割合

| 所要時間 | 通所介護 | 通所リハビリテーション |
|--------------|-------|-------------|
| 1時間以上～2時間未満 | — | 0.6% |
| 2時間以上～3時間未満 | 0.5% | 0.6% |
| 3時間以上～4時間未満 | 2.2% | 3.0% |
| 4時間以上～6時間未満 | 12.0% | 11.3% |
| 6時間以上～8時間未満 | 84.5% | 84.3% |
| 8時間以上～9時間未満 | 0.4% | 0.2% |
| 9時間以上～10時間未満 | 0.4% | 0.1% |

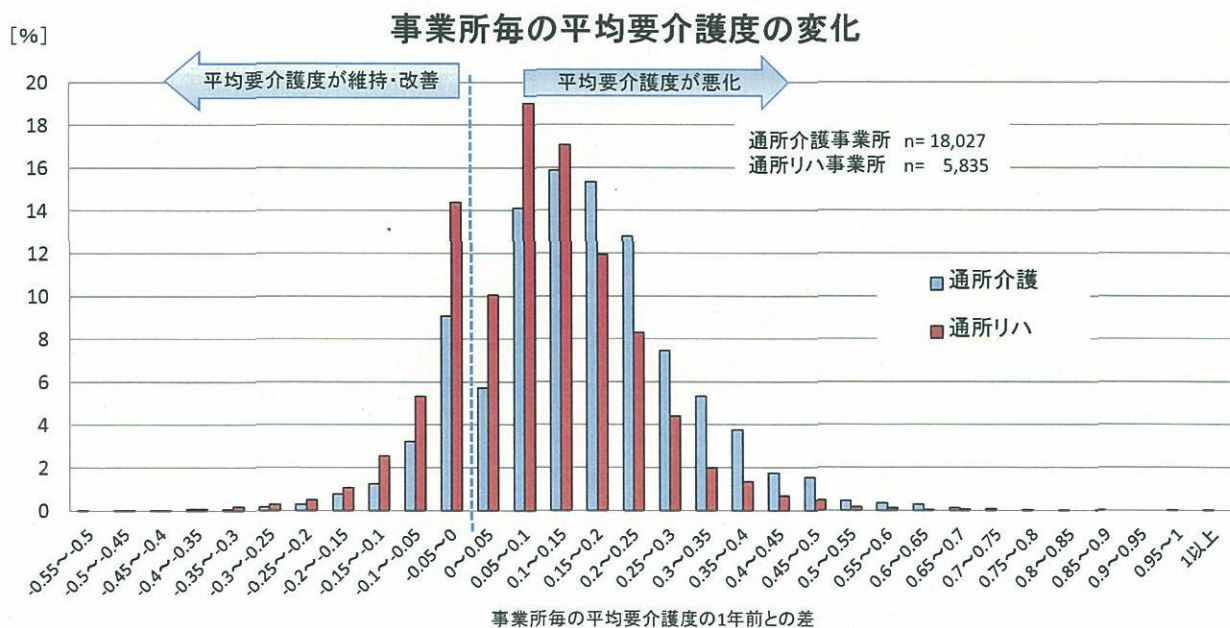
(参考) 医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間

出典：介護給付費実態調査(平成21年度)



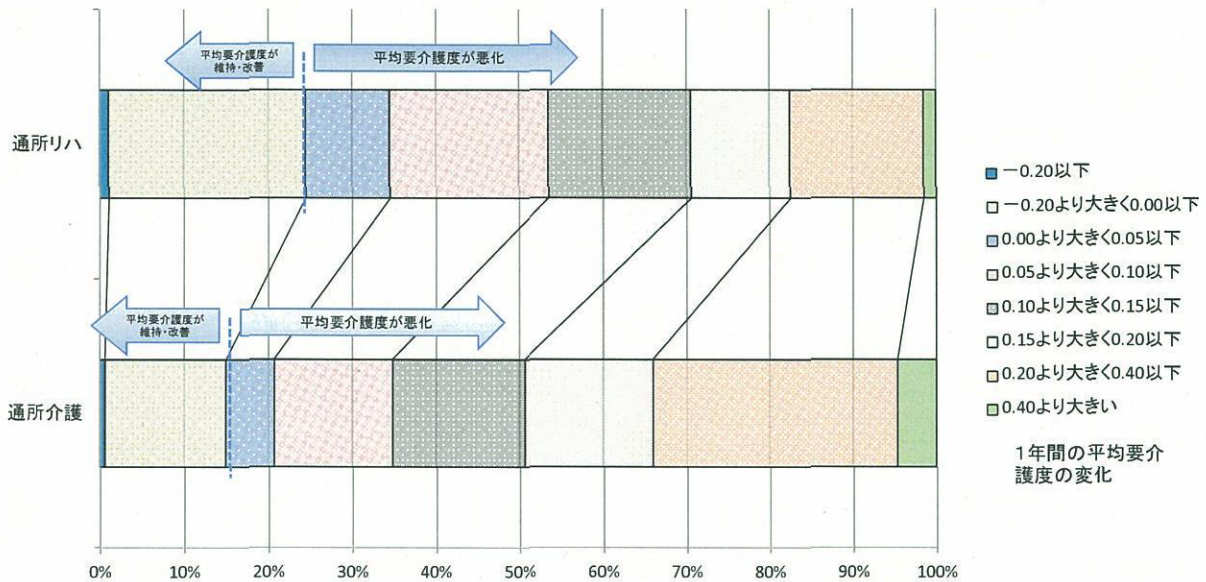
通所リハビリテーションと通所介護における事業所毎の1年間の平均要介護度の変化

- 1年間の平均要介護度の差については、改善している事業所と悪化している事業所のばらつきが大きい。



通所リハビリテーションと通所介護における事業所毎の1年間の平均要介護度の変化

○通所リハビリテーションは通所介護と比べ平均要介護度が改善している事業所の割合がやや大きい。



通所介護事業所 n= 18,027
通所リハ事業所 n= 5,835

21

注) 対象事業所: 1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成20年5月審査分、平成21年4月審査分)

通所リハビリテーションのリハビリテーション職種の配置について①

1. 配置基準

専らリハビリテーションの提供に当たる専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が、利用者100人に対し、1人以上

2. 配置状況(全体)

全国平均では、利用定員100人当たり約7.9人の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が配置されている。

| | 常勤換算従事者数 | 1施設当たり 常勤換算従事者数 | 利用定員100人当たり 常勤換算従事者数 |
|-------|----------|--------------------|-------------------------|
| 理学療法士 | 5500 | 0.9 | 4.6 |
| 作業療法士 | 3390 | 0.6 | 2.9 |
| 言語聴覚士 | 505 | 0.1 | 0.4 |
| 計 | 9395 | 1.5 | 7.9 |

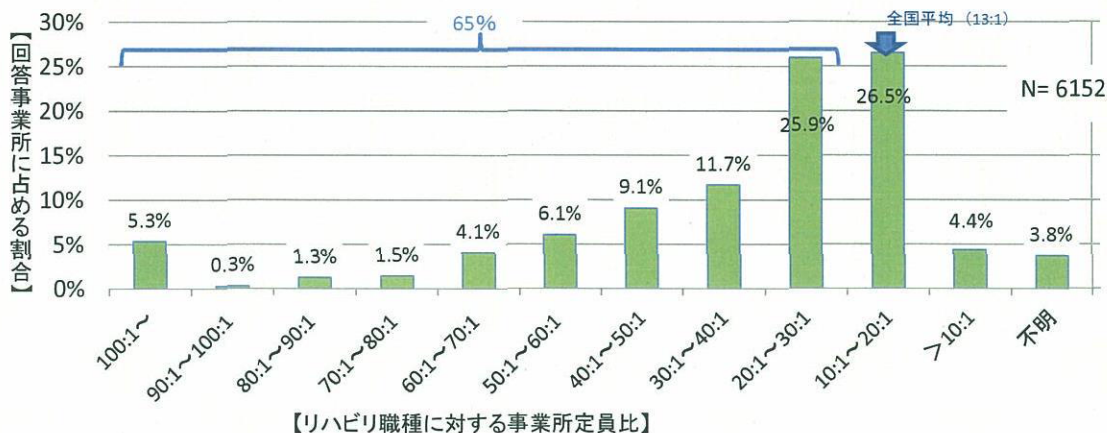
通所リハビリテーションのリハビリテーション職種の配置について②

3. 配置状況(事業所別)

- ・定員当たりの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、施設間でばらつきがある。
- ・計算上、定員全員に1回20分以上の個別リハビリテーションを行う場合に必要な人数※に満たない施設は、約65%。

※:従事者1人当たり1日18回(1回20分以上)個別リハビリテーションを提供した場合、常勤換算で18:1(定員100人当たり5.6人)

図.事業所定員当たりのリハビリテーション専門職の配置(常勤換算)数別施設分布



出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成21年度)」

(参考)通所リハビリテーションに係る調査の概要

- 通所リハビリテーションの実態を把握するため、以下の調査を実施している。

【目的】

通所リハビリテーション及び通所介護におけるサービス提供の実態を把握する。

【調査対象】

通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所

【調査時期】

平成23年7月

【内容】

- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の職員配置体制の調査
- ・個別リハビリテーション及び機能訓練の提供実態調査 等

訪問リハビリテーション

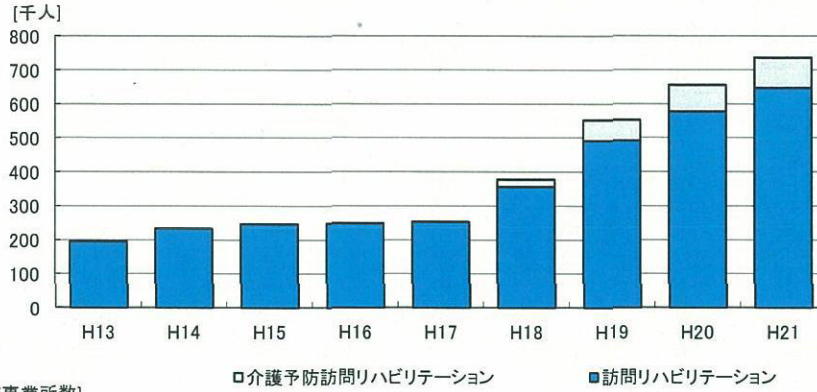
訪問リハビリテーションの施設基準等

| | 訪問リハビリテーション | 訪問看護による理学療法士等の訪問 (訪問看護ステーションの場合) |
|-----|---|--|
| 開設者 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所(みなし指定) ・介護老人保健施設 | 法人 |
| 人員 | <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者……常勤・専従の保健師又は看護師 ・保健師、看護師又は准看護師 ……2.5人以上(常勤換算) ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数 |
| 設備 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営に必要な広さの区画 ・訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等 | <ul style="list-style-type: none"> ・必要な広さを有する専用の事務室 ・訪問看護の提供に必要な設備及び備品等 |

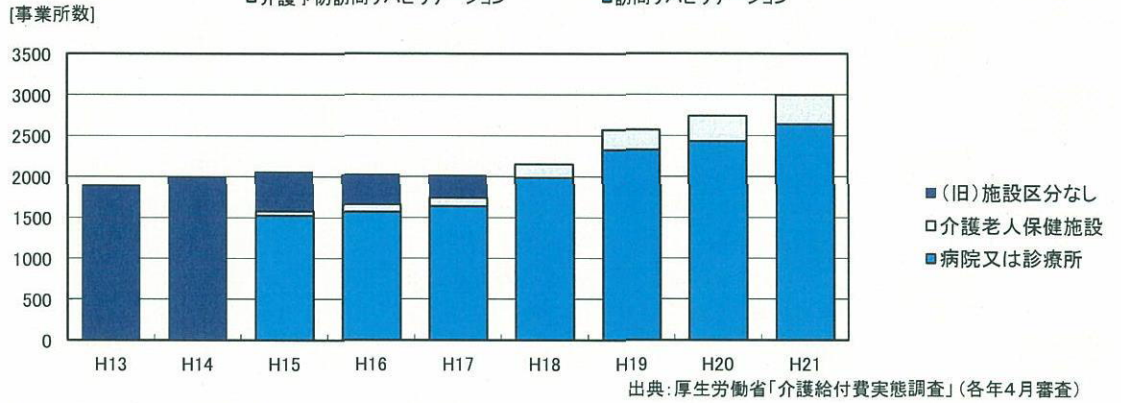
訪問リハビリテーションの利用状況

○ 訪問リハビリテーション(予防も含む)の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。

年間累計受給者数



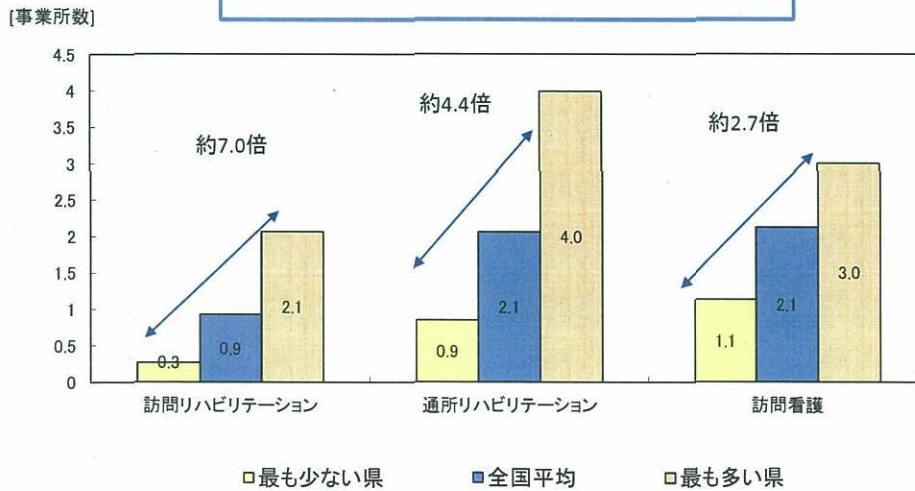
請求事業所数



訪問リハビリテーションの利用状況と課題

○ 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差がある。

要介護者1000人当たりの請求事業所数の都道府県比較



その他の介護保険サービスにおける リハビリテーション・機能訓練

利用サービス毎のリハビリテーションの保険給付の状況

| 生活の場 | | 保険給付されるリハビリテーション | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|----------------|---------------------|------------------|----------------|---|
| | | 施設等の類型 | リハビリ職種等の 配置基準 | 医療保険 | | | 介護保険 | | |
| 疾患別 リハ ¹ | その 他 ² | | | 訪問 リハ ³ | 施設内リハ | 通所 リハ | 訪問 リハ | | |
| 自宅 | | — | ○ ⁴ | ○ ⁴ | × | — | ○ | ○ | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | — | ○ ⁴ | ○ ⁴ | × | 〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕 | × | ○ ⁵ | |
| 特定施設 | 外部サービス利用型以外 | 機能訓練指導員 ⁶ 1以上 | ○ | ○ | × | 〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕 | × | × | |
| | 外部サービス利用型 | — | ○ ⁴ | ○ ⁴ | × | — | ○ | ○ | |
| 特定施設以外の福祉施設・高齢者住宅 | | — | ○ ⁴ | ○ ⁴ | × | — | ○ | ○ | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | — | ○ | ○ | × | — | × | × | |
| 介護 保険 施設 | 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 機能訓練指導員 ⁶ 1以上 | ○ | ○ | — | 〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕 | × | × | |
| | 介護老人 保健施設 | 介護療養型 従来型 | PT、OT、ST 100:1以上 | △ ⁷ | △ ⁸ | — | 基本施設サービス費に 包括 | × | × |
| | 介護療養型医療施設 | — | PT、OT:適当数 | × | △ ⁹ | — | 特定診療費(出来高) | × | × |

1.心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション
2.摂食機能療法、難病患者リハビリテーション料等
3.在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
4.同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可
5.居宅に訪問した場合に限る(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)

6.理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者
7.脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは算定できない
8.摂食機能療法、視能訓練は算定できない
9.視能訓練及び難病患者リハビリテーション料に限り算定できる(認知症病棟の病床を除く。)・30

リハビリテーション関連サービス以外のサービスにおける リハビリテーション専門職の配置等の評価について

| サービス類型 | 配置基準 | 主な加算・要件等【配置に係る要件部分を抜粋】 |
|---------------------|----------|---|
| 訪問介護 | — | (なし) |
| 訪問看護 | —※ | (なし) |
| 通所介護 | △ | ◇個別機能訓練加算(Ⅰ) [27単位/日] 1日に120分以上、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること 等 |
| | | ◇個別機能訓練加算(Ⅱ) [42単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること 等 |
| 短期入所生活介護 | △ | ◇機能訓練指導員の加算 [12単位/日] ・常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること ・機能訓練指導員を常勤換算方法で100:1以上配置していること 等 |
| 短期入所療養介護 | 介護老人保健施設 | ○ ◇リハビリテーション機能強化加算 [30単位/日] ・常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を1名以上配置していること ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を常勤換算方法で50:1以上配置していること 等 |
| | 医療機関 | ○ 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置していること 等 [35単位/回] ※それぞれ、特定診療費としての理学療法(Ⅰ)、作業療法、言語聴覚療法を行った場合に限り。 |
| 居宅療養管理指導 | — | (なし) |
| 認知症対応型共同生活介護 | — | (なし) |
| 小規模多機能型居宅介護 | — | (なし) ※機能訓練指導員:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者 |
| 特定施設入居者生活介護 | △ | ◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること 等 |
| 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | △ | ◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること 等 |
| 介護療養型医療施設 | ○ | 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置していること 等 [35単位/回] ※それぞれ、特定診療費としての理学療法(Ⅰ)、作業療法、言語聴覚療法を行った場合に限り。 |

【配置】 ○:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置基準あり、△:機能訓練指導員の配置基準あり、—:いずれも配置基準なし
※訪問看護ステーションについては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数配置

地域包括ケアを支えるリハビリテーションの在り方について

地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

【リハビリテーション関連部分抜粋】

- リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。
- 「維持期リハビリテーション」という言葉を「生活期リハビリテーション」に改めて、自己能力を活用し、在宅生活を自立して過ごせるようにするためのサービスであることを広く国民に徹底する。

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」(抜粋)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

(1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

(リハビリテーションの推進)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

33

主な論点

1. リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点をどのように整備・推進していくのか。
2. 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるが、サービス提供のありかたについてどう考えるのか。
3. 訪問リハビリテーションの果たすべき役割についてどう考えるのか。また、リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方などについてどう考えるのか。
4. 論点1-3においてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

34

(2) 軽度者（予防給付）について

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

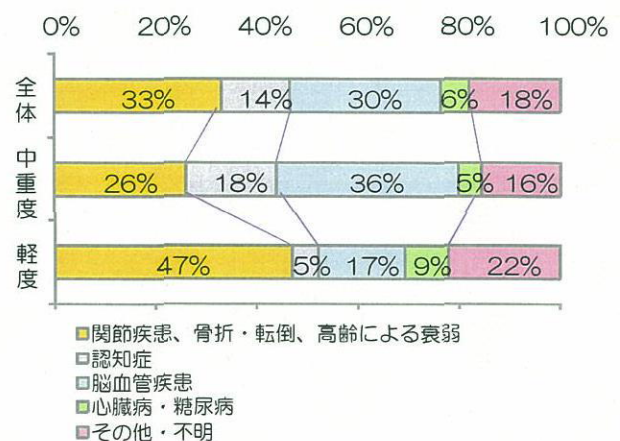
- 軽度の認定者（要支援・要介護1）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！

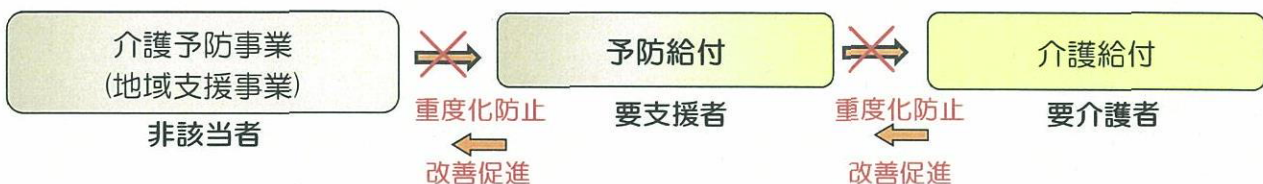
要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」



平成18年度導入時の予防給付に関する基本的な考え方

(H17介護給付費分科会介護予防WTにおける検討結果等より抜粋)

介護保険制度の基本理念である「自立支援」の視点に立ち、①できるだけ高齢者が要支援・要介護状態にならないようにすること、また、②軽度者については、重度化を防ぐことが重要であり、こうした観点から、制度全体を介護予防を重視したシステムとしていくことが必要。



- ◆ 新予防給付における主なサービスと考えられる「介護予防通所介護」「介護予防通所リハビリテーション」、「介護予防訪問介護」を中心に検討
- ◆ 新予防給付のサービスは、日常生活の活発化に資する通所系サービスを中心として、生活機能の向上を図ることが基本的な利用形態
- ◆ 介護予防訪問介護は、生活機能の改善を図りつつ、利用者ができる行為は利用者が行うことを基本に提供

平成21年度改定時の予防給付に関する基本的な考え方

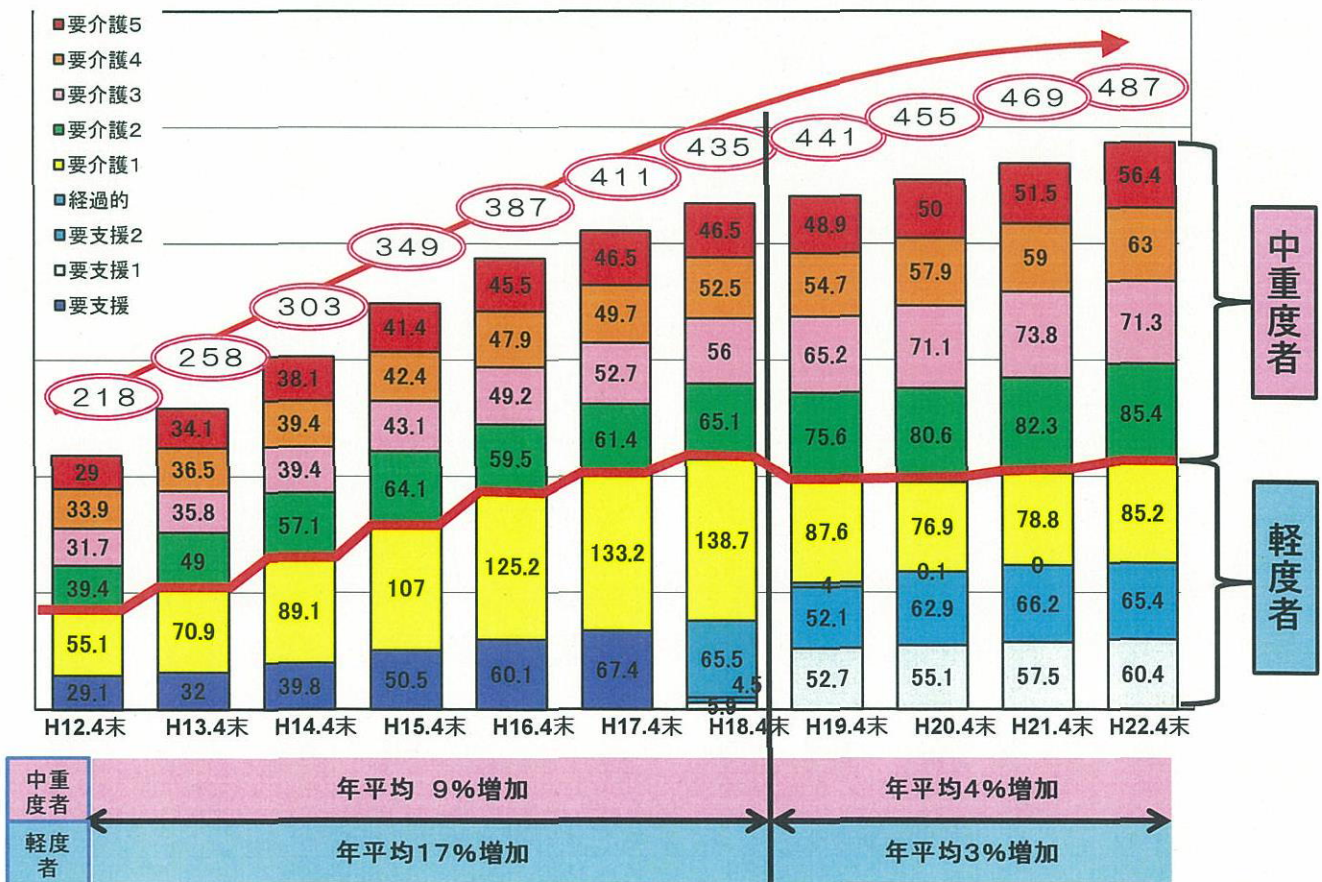
(H21介護報酬改定に関する審議報告より抜粋)

- ◆ 平成18年度からの新サービスについて、効果、効率性、普及・定着度合い等を把握し、より効果なサービスの在り方について検討を行う。

37

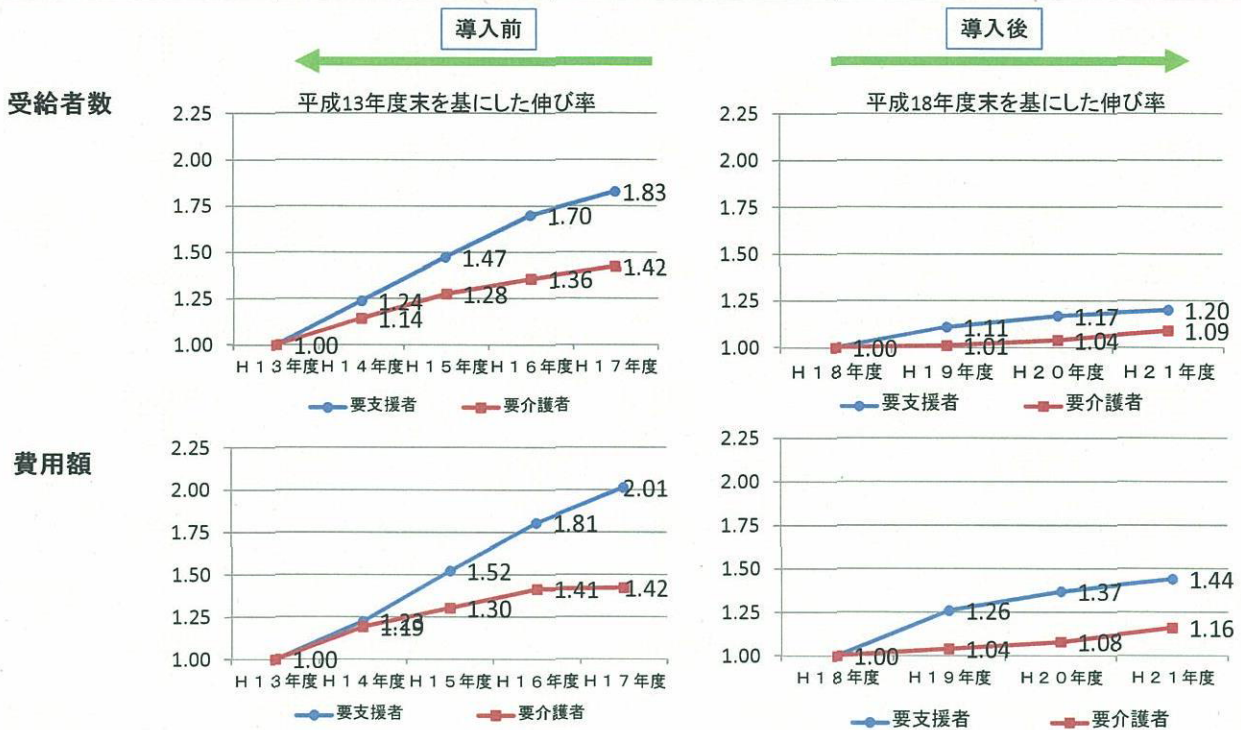
要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)



平成18年度の予防給付導入前後の要支援・要介護別の受給者数及び費用額の伸び

要支援・要介護別の受給者数と費用額の伸びは、平成18年度の予防給付導入後、要支援及び要介護のいずれも、ゆるやかな伸びとなっている。



資料出所:厚生労働省「介護給付費実態調査」

予防重視型システム導入後の課題

課題

平成18年度以降、軽度の認定者数、サービス受給者数、費用額は、ゆるやかな上昇に転じているものの、今後さらなる高齢化の進展とともに、再び増加率の上昇が見込まれるため、予防給付の効果を更に高めることが求められる。

予防給付の主な論点

予防重視型システム導入時の基本理念に立ち、比較的軽度のうちに、状態の改善を図るサービスの提供の在り方について検討すべきではないか。

予防給付のサービスの種類

| | |
|--|---|
| <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p> | <p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス） ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護（デイサービス） ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 |
| <p>市町村が指定・監督を行うサービス</p> | <p>都道府県が指定・監督を行うサービス</p> |

41

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける選択的サービス加算等について

| | | | |
|-------------|------------------------|------------------|------------------------|
| 介護予防通所介護費 | 要支援1 (1月につき2,226単位) | 介護予防通所リハビリテーション費 | 要支援1 (1月につき2,496単位) |
| | 要支援2 (1月につき4,353単位) | | 要支援2 (1月につき4,880単位) |
| アクティビティ実施加算 | (1月につき53単位を加算) | 運動器機能向上加算 | (1月につき225単位を加算) |
| 運動器機能向上加算 | (1月につき225単位を加算) | 栄養改善加算 | (1月につき150単位を加算) |
| 栄養改善加算 | (1月につき150単位を加算) | 口腔機能向上加算 | (1月につき150単位を加算) |
| 口腔機能向上加算 | (1月につき150単位を加算) | | |

○運動器機能向上加算 理学療法士等の関係職種が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○栄養改善加算 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○口腔機能向上加算 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等の関係職種が共同して利用者の口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○アクティビティ実施加算 利用者に対して、計画的にアクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう)を実施した場合に加算する。

42

事業所評価加算について

【事業所評価加算】 100単位/月

【要件】

1. 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること
2. 利用実人員数が10名以上であること
3. 以下の数式を満たすこと※

$$\frac{\text{要支援度の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内(前年の1~12月)に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

※平成21年度報酬改定における計算式は、全事業所の10%程度が加算を算定できる計算式を設定。

参考) 平成20年度までの計算式

$$\frac{\text{要支援度の維持者数} + (1\text{ランク改善者数}) \times 5 + (2\text{ランク改善者数}) \times 10}{\text{評価対象期間内(前年の1~12月)に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} > 2$$

43

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける各種サービスの利用状況①

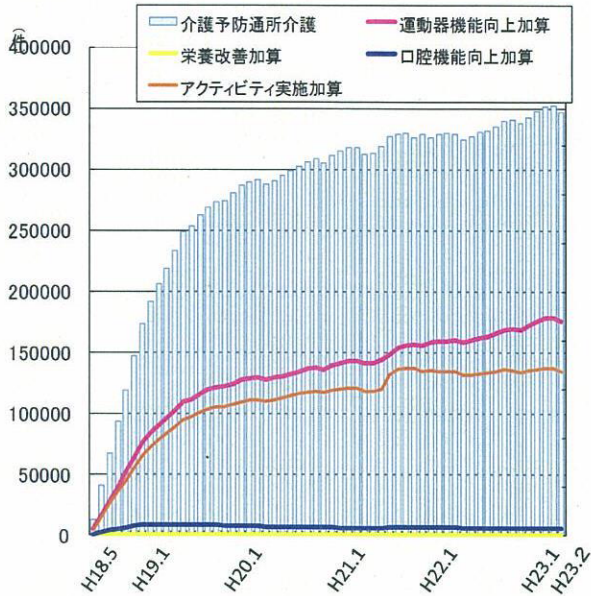
- 介護予防通所介護費を算定している事業所数のうち、運動器機能向上加算を算定している事業所の割合は45.1%であるのに対し、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している事業所は、0.2%、4.2%と低調である。
- 介護予防通所リハビリテーション費を算定している事業所においても、同様の傾向である。

| | 介護予防通所介護 | 介護予防通所リハ |
|---------------------|-------------------|------------------|
| 算定事業所総数 | 24 926 | 6 436 |
| アクティビティ実施加算 (割合) | 12 503 (50.2%) | — — |
| 運動器機能向上加算 (割合) | 11 237 (45.1%) | 5 486 (85.2%) |
| 栄養改善加算 (割合) | 57 (0.2%) | 62 (1.0%) |
| 口腔機能向上加算 (割合) | 1 059 (4.2%) | 415 (6.4%) |
| 事業所評価加算 (割合) | 2 041 (8.2%) | 1 471 (22.9%) |

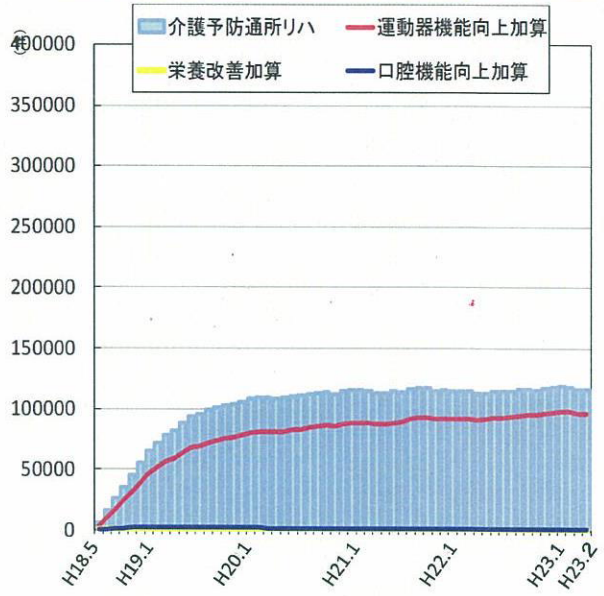
介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける各種サービスの利用状況②

○ 介護予防通所介護、介護予防通所リハの算定件数の増加に伴い、運動器機能向上加算、アクティビティ実施加算の算定件数は増加しているが、栄養改善加算・口腔機能向上加算の算定が低調である。

介護予防通所介護における算定件数の推移



介護予防通所リハにおける算定件数の推移



((出典)介護給付費実態調査)

アクティビティ実施加算について

- アクティビティ実施加算は、利用者の心身の状況や希望等を踏まえて作成した計画に基づき、アクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練）を行った場合に算定できる。
- その効果について、評価等を求める規定は定められていない。

| | アクティビティ 実施加算 | 運動器 機能向上加算 | 栄養改善加算 | 口腔 機能向上加算 |
|------------------|---|---------------|--------|------------------|
| サービス提供者 の条件 | 特になし | 理学療法士等 | 管理栄養士等 | 言語聴覚士、歯 科衛生士等 |
| 計画作成の要 否 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 定期的な記録・ 評価の要否 | × | ○ | ○ | ○ |
| その他 | 運動器機能向上・ 栄養改善・口腔機能 向上加算との同時 算定不可 | | | |

事業所評価加算の現状①

- 事業所評価加算の届出※を行っている事業所のうち、基準適合事業所として認められた事業所は約50%となっている。
- 介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションでは、介護予防通所リハビリテーションの方が基準に適合する事業所の割合が高い。

※選択的サービスの加算の届出を行い、介護予防通所サービスを提供している事業所において、翌年度から事業所評価加算を希望する場合には、届出を行う必要がある。

○届出事業所における、事業所評価加算の算定事業所と非算定事業所の割合

| 年度 | 予防通所介護 | | | 予防通所リハビリ | | |
|-----|--------|-------------|--------------|----------|-------------|--------------|
| | 届出事業所数 | 算定事業所数 (割合) | 非算定事業所数 (割合) | 届出事業所数 | 算定事業所数 (割合) | 非算定事業所数 (割合) |
| H23 | 5714 | 2453 (43%) | 3261 (57%) | 3154 | 1604 (51%) | 1550 (49%) |
| H22 | 5413 | 2310 (43%) | 3103 (57%) | 3093 | 1595 (52%) | 1498 (48%) |
| H21 | 6702 | 2368 (35%) | 4334 (65%) | 3789 | 1661 (44%) | 2128 (56%) |
| H20 | 5675 | 53 (1%) | 5622 (99%) | 3231 | 44 (1%) | 3187 (99%) |
| H19 | 5026 | 103 (2%) | 4923 (98%) | 2822 | 80 (3%) | 2742 (97%) |

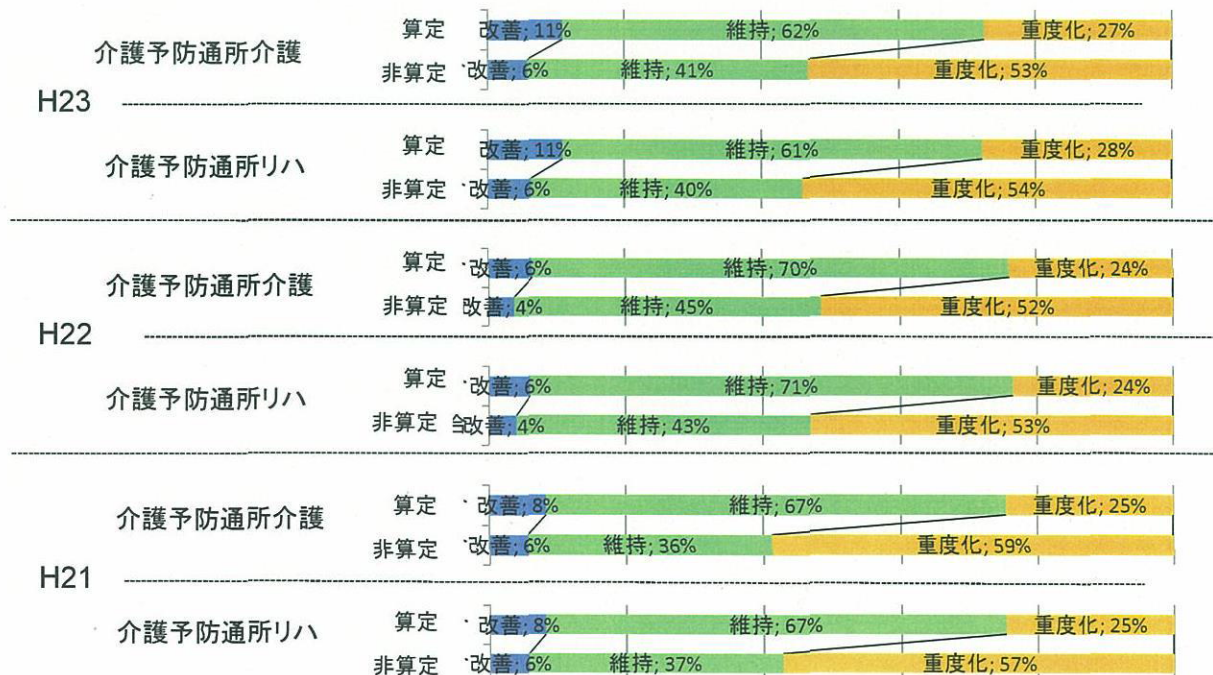
(事業所評価加算算定基準適合一覧から集計)

47

事業所評価加算の現状②

- 事業所評価加算の算定事業所の評価対象受給者における要介護度の改善等の割合は、改善が1割、維持が6割、重度化が3割となっているが、不適合事業所（計算式が0.7以下）では、重度化が半数以上となっている。

○事業所評価加算の算定事業所と非算定事業所における改善等の割合



(事業所評価加算算定基準適合一覧から集計)

48

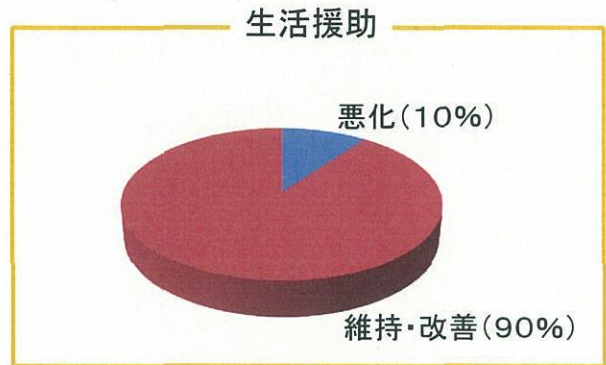
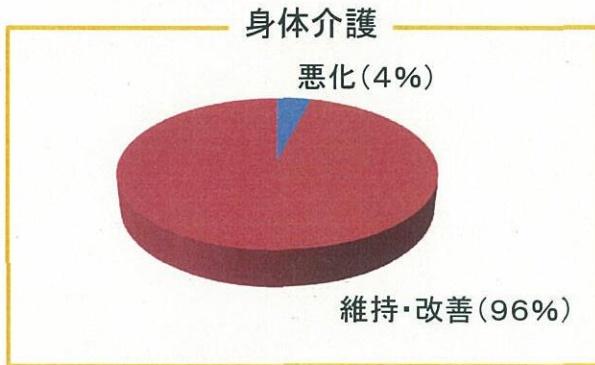
平成22年度財務省予算執行調査結果①

調査内容

身体介護を中心とした予防ケアプランを使用している利用者と生活援助を中心とした予防ケアプランを使用している利用者の、1年前から現在までの要支援度を比較。
各利用者について、サービス行為内容別のサービス提供時間数と、当該サービスの目的(位置づけ)を先に調べた要支援度等の改善状況と対照し、分析する。
(対象調査件数 537件)

調査結果及びその分析

- 主として身体介護をおこなっているもの=28件、生活援助をおこなっているもの=509件
- 1年前と現在の要支援度を比較したところ、下記のとおり



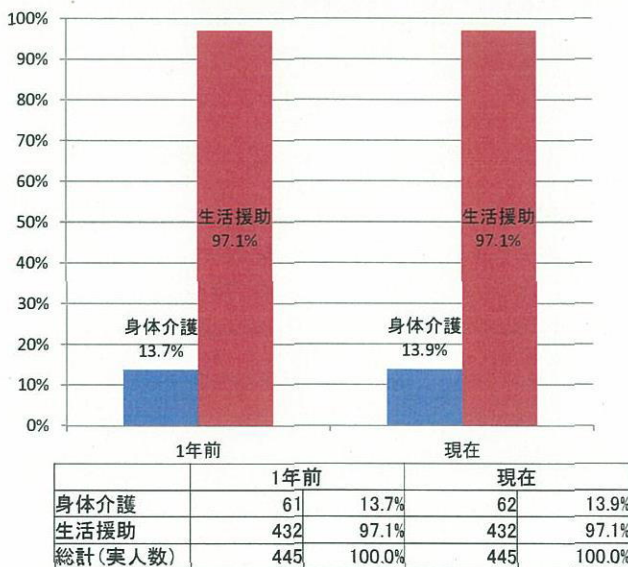
介護予防訪問介護で提供しているサービスの大半は、「掃除」「買い物」「調理」であった。
(194件中120件「掃除」29件「買い物」19件「調理」)

平成22年度財務省予算執行調査 49

平成22年度財務省予算執行調査結果②

- 445名(男性63名、女性256名、不明126名)のデータを分析した。
- 身体介護は全体の約14%が利用、生活援助は約97%が利用していた。
- 介護予防訪問介護の提供時間に占める生活援助の割合は約93%となっている。

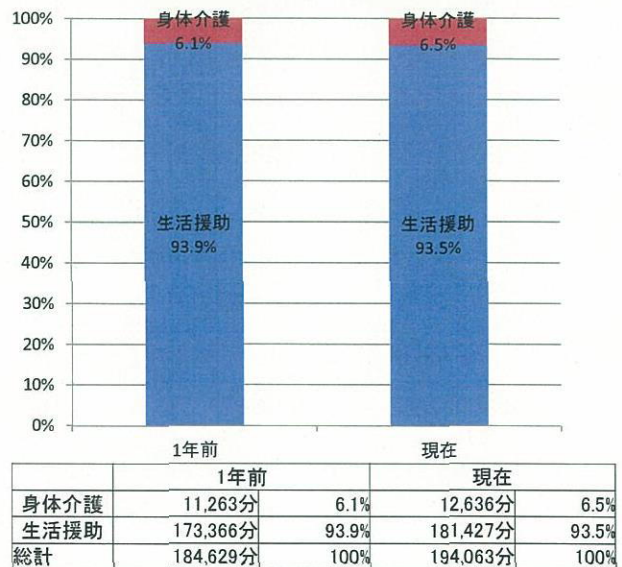
行為区分別利用者数



(参考) 1人当たり提供時間(実利用者ベース)

| | 1年前 | 現在 |
|------|-------|-------|
| 身体介護 | 3.1時間 | 3.4時間 |
| 生活援助 | 6.7時間 | 7.0時間 |

行為区分別提供時間数



(参考) 上記の時間換算

| | 1年前 | 現在 |
|------|---------|---------|
| 身体介護 | 188時間 | 211時間 |
| 生活援助 | 2,889時間 | 3,024時間 |

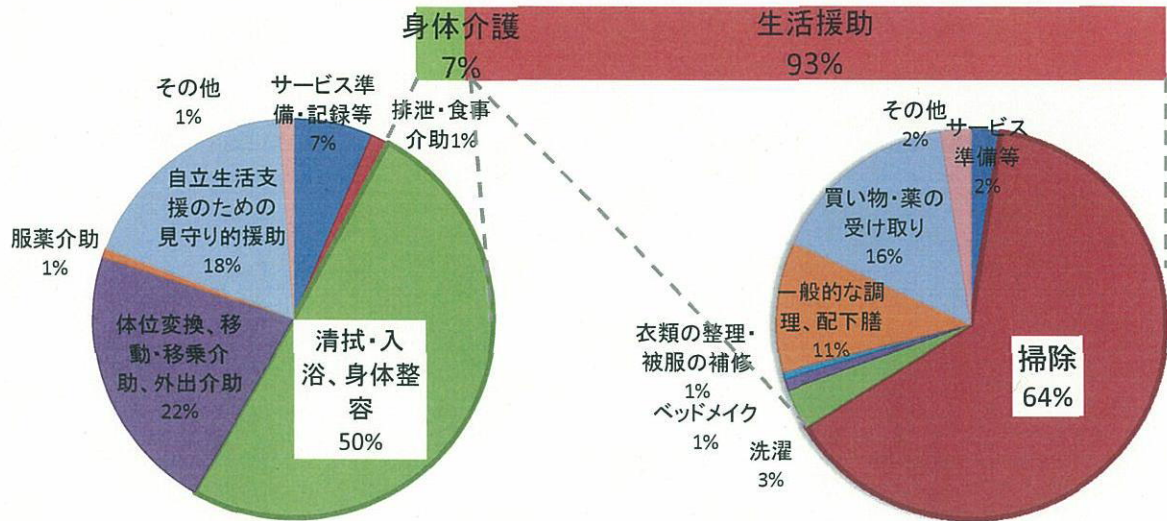
平成22年度財務省予算執行調査結果③

介護予防訪問介護の提供内容

- 生活援助が93%、身体介護が7%
- 生活援助は、「掃除」64% 「買い物・薬の受け取り」16% 「一般的な調理、配下膳」11%
- 身体介護は、「清拭・入浴・身体整容」が50%

利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)

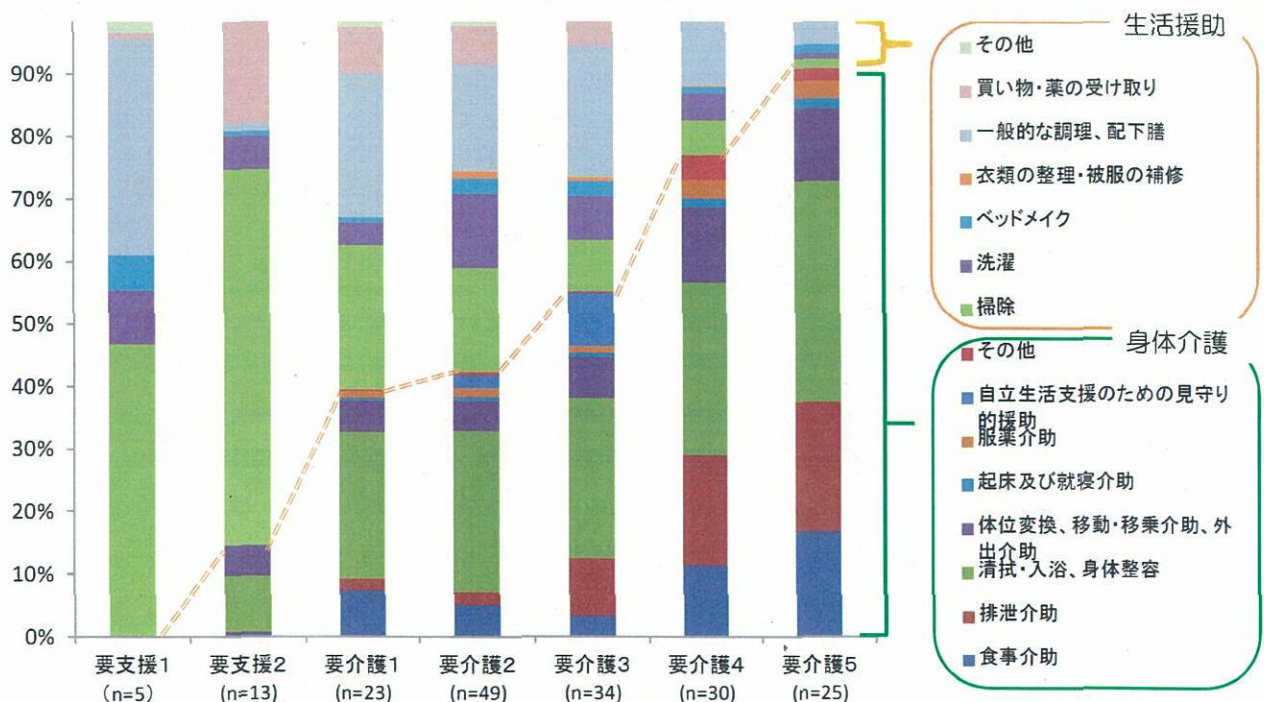


平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計 51

要介護度別の訪問介護(身体介護・生活援助)の利用状況～行為別～

- 要支援者に対する訪問介護サービスのほとんどは生活援助であり、要介護1・要介護2の場合でも、身体介護よりも生活援助を実施している時間の方が長くなっている。
- 軽度者については、掃除を行っている時間の割合が大きい。また、要支援者から要介護3の者までについては、調理・配下膳を行っている時間の割合が高い傾向にある。

要介護度別・行為別の介護時間(身体介護・生活援助)の構成比



(注) nはサンプル数を表す。

(資料)株式会社三菱総合研究所「訪問介護の実態及び効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書」(平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)に基づき作成。

主な論点

- 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価すべきではないか
- 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供の在り方を検討すべきではないか
- 自立支援に資するようサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントの在り方を検討すべきではないか

(参考) 訪問介護の介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

指定訪問介護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

| | | | |
|---|---|---|------------------------------|
| サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費 | | 利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算 | |
| 30分未満 | 身体介護：254単位 | 身体介護に続き生活援助の提供 (30分を増すごとに+83単位, 249単位を限度) | |
| 30分以上1時間未満 | 身体介護：402単位 生活援助：229単位 | ①介護福祉士等の一定割合以上の配置 ②重度要介護者等の一定割合以上の利用 + 研修等の実施 (+10%~+20%) | |
| 1時間以上 | 身体介護：584単位に30分を増すごとに+83単位 生活援助：291単位 | 初回時等のサービス提供責任者による対応 (200単位/月) | |
| ※身体介護：排泄・食事介助、清拭・入浴、外出介助等 生活援助：掃除、洗濯、一般的な調理等 | | 中山間地域等でのサービス提供 (+5%~+15%) | 緊急時の対応 ※身体介護のみ (100単位) |
| 通院等乗降介助 | 100単位 | | |

指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

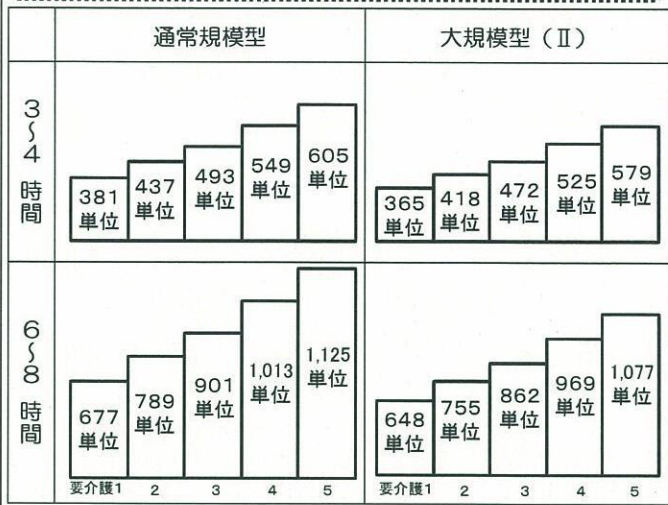
| | | | |
|------------------------------------|---------|----------------------------------|------------------------------|
| 標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費 | | 利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算 | |
| 週1回程度 | 1,234単位 | 初回時等のサービス提供責任者による対応 (200単位) | 中山間地域等でのサービス提供 (+5%~+15%) |
| 週2回程度 | 2,468単位 | | |
| 週2回を超える程度 (※ 要支援2のみ) | 4,010単位 | | |

(参考)通所介護の介護報酬について

指定通所介護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費 (例)



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

| | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 入浴介助を行った場合 (50単位) | 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理 (150単位) |
| 個別機能訓練の実施 (27単位、42単位) | 口腔機能向上への計画的な取組 (150単位) |
| 中山間地域等でのサービス提供 (+5%) | 介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置 (12単位、6単位) |
| 定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (-30%) | 事情により、2~3時間の利用の場合 (3~4時間の単位から-30%) |

指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

要支援度に応じた基本サービス費

要支援1
2,226単位

要支援2
4,353単位

ニーズに応じた選択的サービス

・運動機能の向上 (225単位)
・栄養状態の改善 (150単位)
・口腔機能の向上 (150単位)

利用者の状態改善に取組む事業所の評価

要支援度の維持改善の割合が一定以上 (100単位)

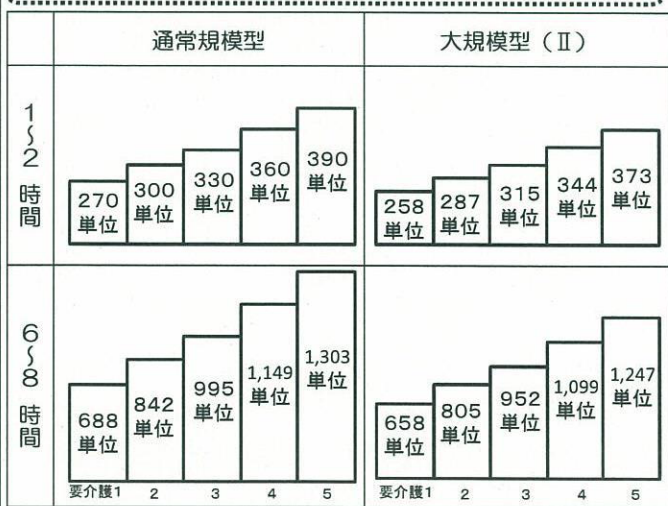
55

(参考)通所リハビリテーションの介護報酬について

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1回あたり)

※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 短期集中的なリハビリテーションの実施 (140~280単位) | 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理 (150単位) |
| 個別リハビリテーションの実施 ※1 (80単位) | 口腔機能向上への計画的な取組 (150単位) |
| 中山間地域等でのサービス提供 (+5%) | 介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置 (12単位、6単位) |
| 定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (-30%) | 看護師等による機能訓練の提供 ※2 (-50%) |

※1: 1~2時間のサービスについては算定不可 ※2: 1~2時間のサービスのみ

指定介護予防通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1月あたり)

要支援度に応じた基本サービス費

要支援1
2,496単位

要支援2
4,880単位

ニーズに応じた選択的サービス

・運動機能の向上 (225単位)
・栄養状態の改善 (150単位)
・口腔機能の向上 (150単位)

利用者の状態改善に取組む事業所の評価

要支援度の維持改善の割合が一定以上 (100単位)

56

(参考)介護予防事業の概要

- 要介護状態等ではない、高齢者に対して、予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のために必要な事業として、市町村が実施。
- 事業は、要介護状態等となるおそれのある高齢者とその他に分類してサービスを提供している。
- 平成22年度予算額 176億円（国費ベース。国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料（1号2/10、2号3/10））

一次予防事業 (旧:一般高齢者施策)

【対象者】
高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業
 - ・講演会、介護予防教室等の開催
 - ・啓発資材等の作成、配布 等
- 地域介護予防支援事業
 - ・ボランティア育成
 - ・自主グループ活動支援 等

二次予防事業 (旧:特定高齢者施策)

【対象者】
要介護状態等となるおそれのある
高齢者

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
 - ・運動器の機能向上プログラム
 - ・栄養改善プログラム
 - ・口腔機能向上のプログラム 等
- 訪問型介護予防事業
 - ・閉じこもり、うつ、認知症への対応
 - ・通所が困難な高齢者への対応 等

福祉用具について

介護保険における福祉用具のサービス

| | 福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 |
|---------|---|--|
| 事業概要 | 福祉用具を指定事業者から貸与 | 入浴や排せつ等に用いる福祉用具(特定福祉用具)の購入(償還払い)。 (H18年より指定制度導入) |
| 対象種目 | <ul style="list-style-type: none"> ・車いす(付属品含む) ・特殊寝台(付属品含む) ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・認知症老人徘徊感知機器 ・移動用リフト(つり具の部分を除く) | <ul style="list-style-type: none"> ・腰掛便座 ・特殊尿器 ・入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室いすのこ、入浴用介助ベルト) ・簡易浴槽 ・移動用リフトのつり具の部分 |
| 支給限度基準額 | 要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内において、他のサービスと組み合わせ | 10万円 ※要支援、要介護区分にかかわらず定額 ※同一支給限度額管理期間内 (4/1~3/31の1年間)は、用途及び機能が著しく異なる場合、並びに破損や要介護状態の変化等の特別の事情がある場合を除き、同一種目につき1回のみ支給 |
| 給付割合 | サービス利用料の9割 | 購入費の9割 |
| 給付額 | 現に要した費用(実勢価格) | 現に要した費用(実勢価格) |

介護保険制度における福祉用具の範囲の考え方 (第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会提出資料 (H10.8.24))

介護保険制度における福祉用具の範囲

- 1 要介護者等の自立の促進又は介助者の負担の軽減を図るもの
- 2 要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの (例えば、平ベッド等は対象外)
- 3 治療用等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの (例えば、吸入器、吸引器等は対象外)
- 4 在宅で使用するもの (例えば、特殊浴槽等は対象外)
- 5 起居や移動等の基本動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの (例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)
- 6 ある程度の経済的負担があり、給付対象となることにより利用促進が図られるもの (一般的に低い価格のものは対象外)
- 7 取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの (例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)

居宅福祉用具購入費の対象用具の考え方

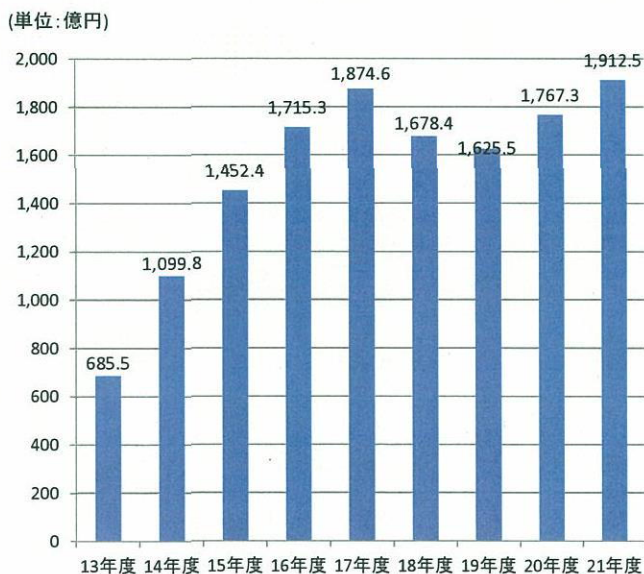
- 福祉用具の給付は、対象者の身体の状態、介護の必要度の変化等に応じて用具の交換ができること等の考え方から原則貸与
- 購入費の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として対象用具を選定
 1. 他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの (入浴・排せつ関連用具)
 2. 使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの (つり上げ式リフトのつり具)

2

福祉用具の保険給付の状況 (1)

- 平成21年度の福祉用具貸与費は約1,912億円(対前年比8.2%増)である
- 貸与事業所数及び1事業所あたりの平均額は、概ね横ばいである

福祉用具貸与の費用額の推移(介護予防を含む)



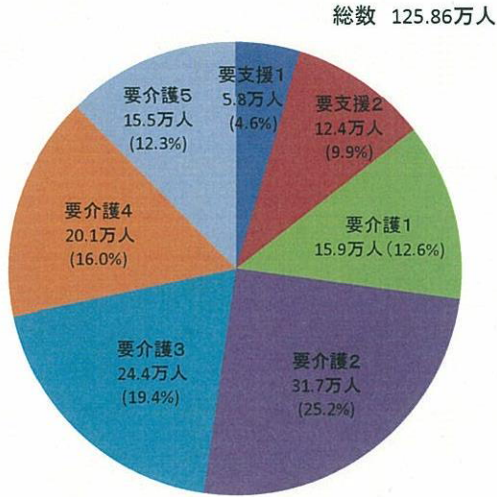
福祉用具貸与事業所数及び1事業所あたり平均額の推移



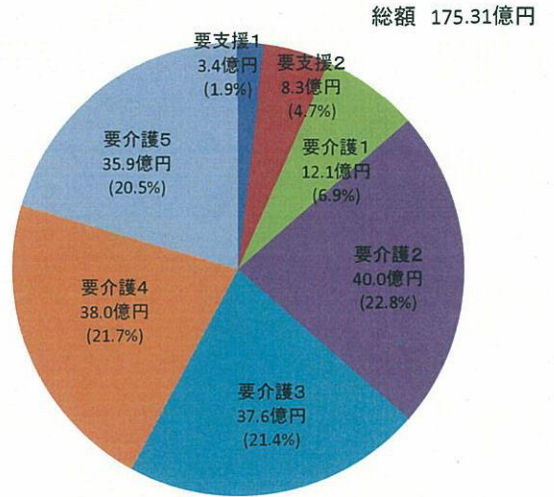
福祉用具の保険給付の状況（2）

- 福祉用具貸与費の受給者数は、全体で125.8万人である。(H23.2サービス提供分)
- 福祉用具貸与費の費用額は、全体で175.3億円である(同)

要介護度別受給者数



要介護度別費用額

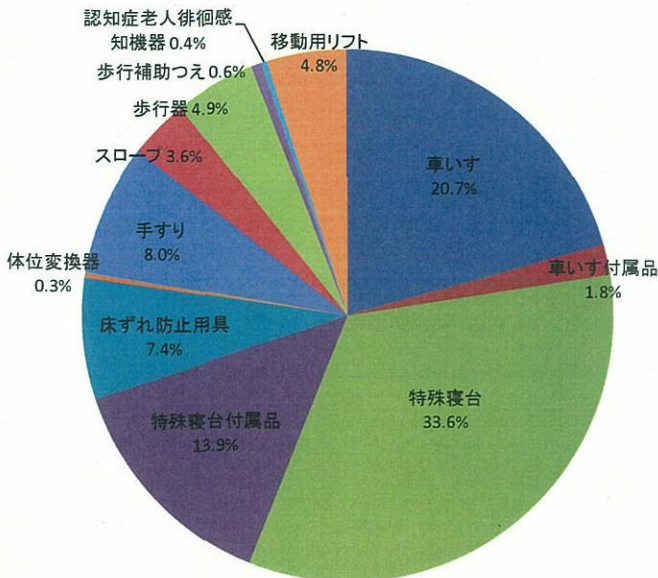


(介護給付費実態調査(平成23年2月サービス提供分))

福祉用具の保険給付の状況（3）

- 福祉用具貸与の種目別の利用割合(単位数)は、車いす(付属品を含む)と特殊寝台(付属品を含む)で全体の7割を占める。

福祉用具貸与の請求内訳(単位数)

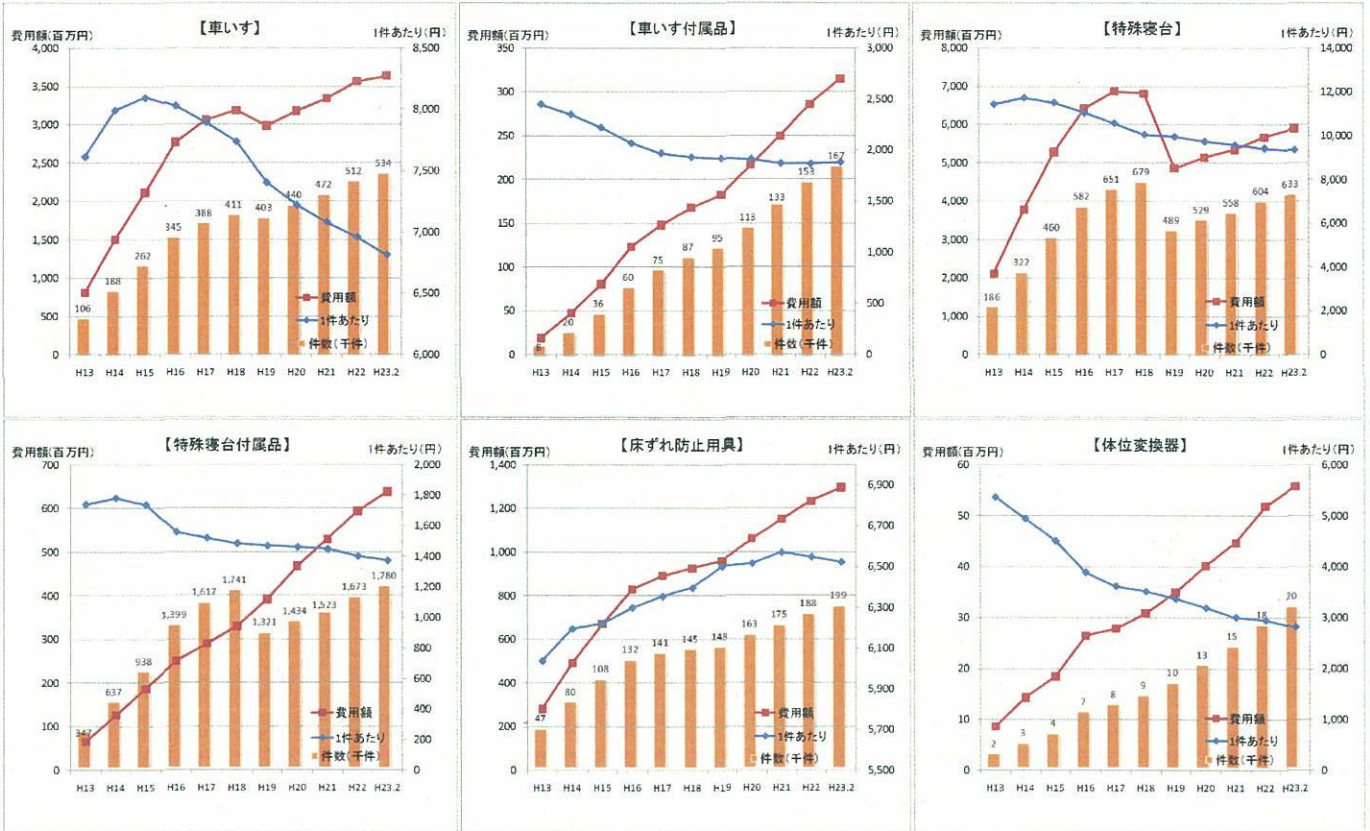


福祉用具貸与費の要介護度別・種目別の利用割合(単位数)(平成23年2月サービス分)

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 総数 |
|--------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 車いす | 3.4% | 7.2% | 7.6% | 22.0% | 20.6% | 21.0% | 18.3% | 100% |
| 車いす付属品 | 0.7% | 2.3% | 3.8% | 14.7% | 19.3% | 28.0% | 31.3% | 100% |
| 特殊寝台 | 0.5% | 1.9% | 4.5% | 25.9% | 23.8% | 22.8% | 20.6% | 100% |
| 特殊寝台付属品 | 0.4% | 1.8% | 4.6% | 26.7% | 25.9% | 24.0% | 16.6% | 100% |
| 床ずれ防止用具 | 0.1% | 0.3% | 1.3% | 7.2% | 11.6% | 26.5% | 53.0% | 100% |
| 体位変換器 | 0.0% | 0.3% | 0.7% | 3.7% | 6.3% | 19.6% | 69.3% | 100% |
| 手すり | 6.0% | 13.9% | 20.1% | 27.0% | 18.7% | 11.0% | 3.3% | 100% |
| スロープ | 0.2% | 0.8% | 2.4% | 10.6% | 20.6% | 33.6% | 31.9% | 100% |
| 歩行器 | 9.0% | 19.7% | 20.3% | 26.7% | 15.1% | 7.3% | 1.9% | 100% |
| 歩行補助つえ | 5.7% | 15.7% | 17.5% | 29.4% | 19.5% | 9.9% | 2.3% | 100% |
| 認知症高齢者徘徊感知機器 | 0.0% | 0.1% | 2.9% | 14.3% | 35.9% | 33.8% | 13.2% | 100% |
| 移動用リフト | 0.5% | 2.3% | 4.5% | 20.3% | 22.8% | 25.1% | 24.4% | 100% |

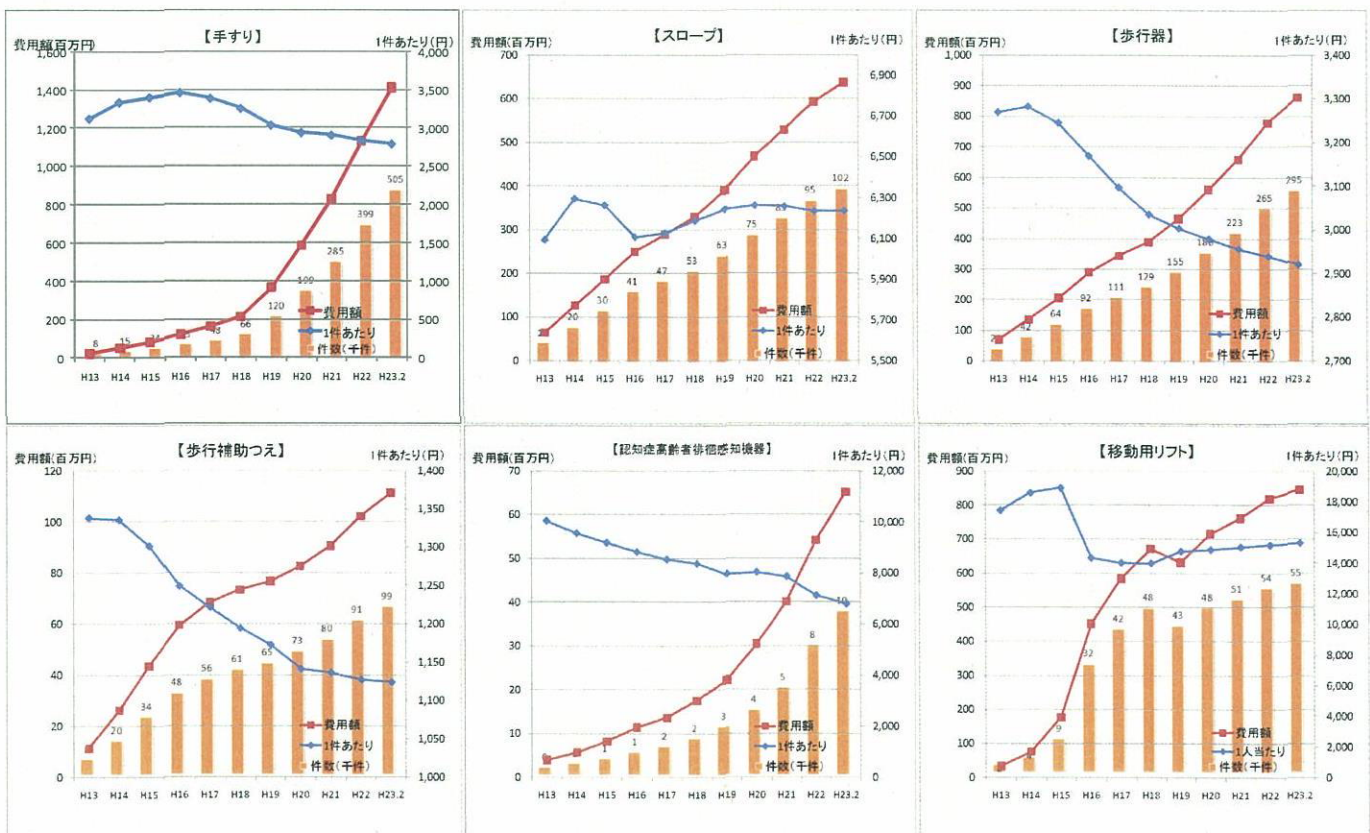
(介護給付費実態調査(平成23年2月サービス提供分))

福祉用具貸与費の推移（種目別）①



出典：介護給付費実態調査月報（各年4月サービス提供分）

福祉用具貸与費の推移（種目別）②

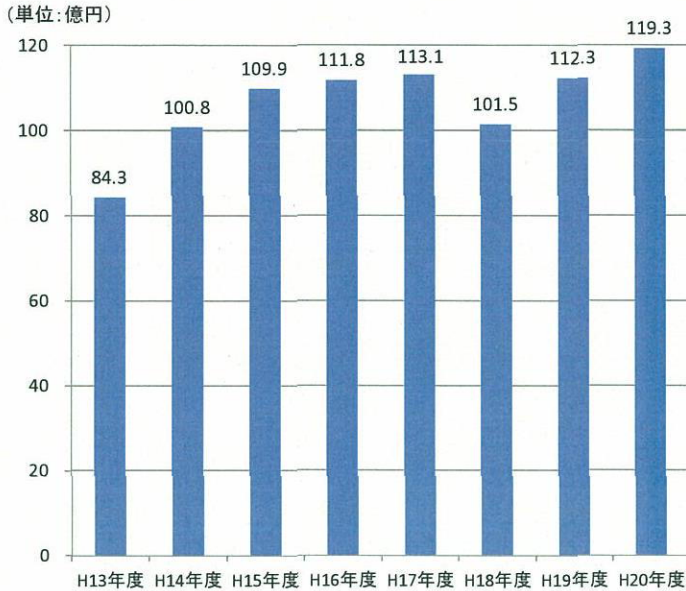


出典：介護給付費実態調査月報（各年4月サービス提供分）

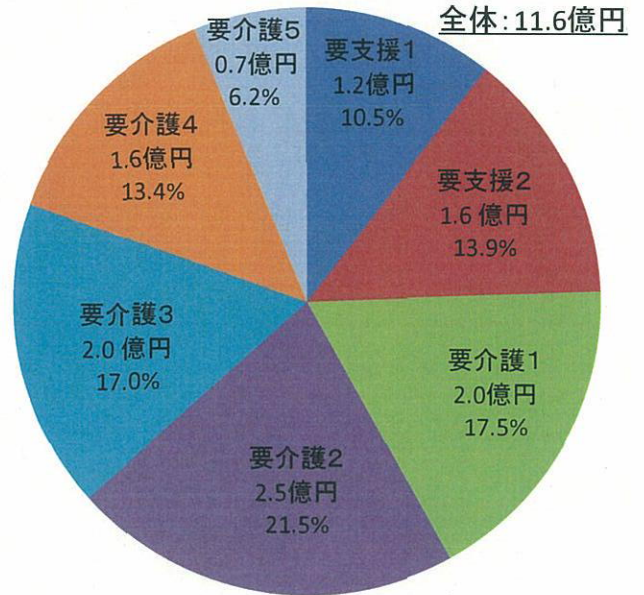
福祉用具購入費の状況

- 特定福祉用具購入に係る給付費は、年間119.3億円である(平成20年度)
- 要介護度別では、要介護度2以下の者が給付費の約6割である。

特定福祉用具購入費の給付費(介護予防含む)



特定福祉用具購入費の給付費
(平成22年11月支出決定分)



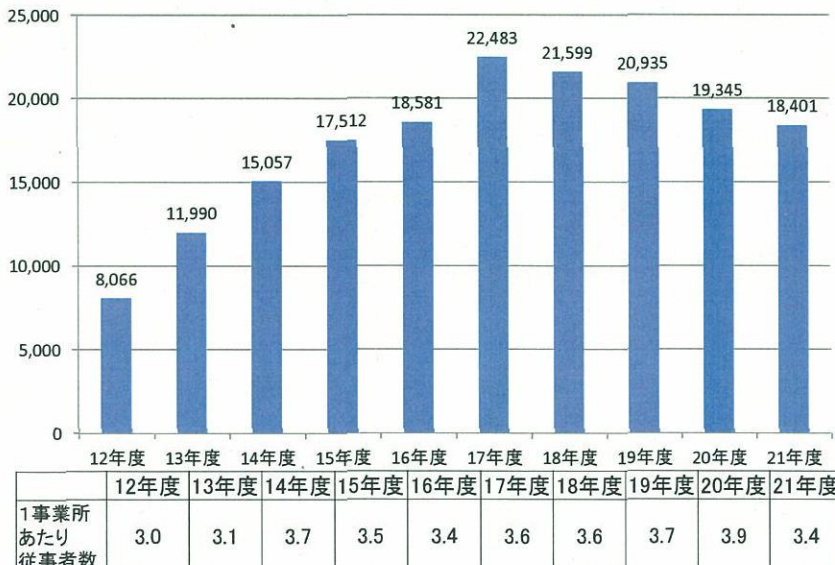
(※) 給付費 = 自己負担分を除く。

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

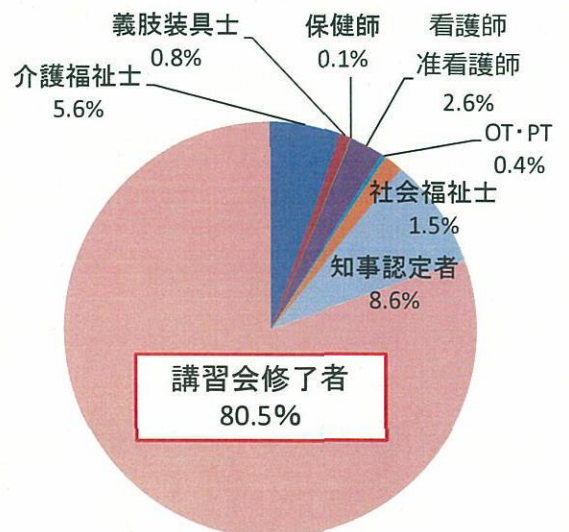
福祉用具専門相談員の状況

- 福祉用具貸与事業所に従事する福祉用具専門相談員数は、平成17年を頂点として減少傾向にある一方、1事業所あたりの従事者数が増加傾向にある。
- 福祉用具貸与事業所に従事する福祉用具専門相談員のうち、約8割が指定講習会(40時間)修了者である。

① 福祉用具専門相談員従事者数



② 福祉用具専門相談員資格内訳



出典: 介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日現在)

メンテナンスの実施状況

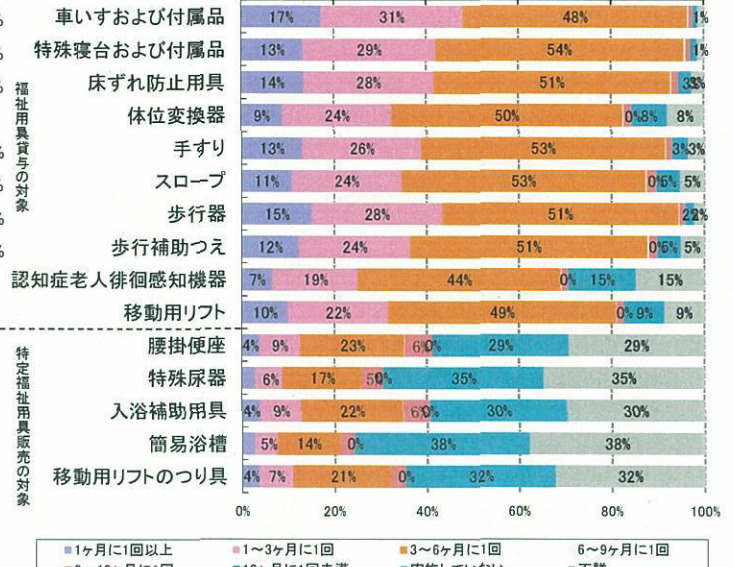
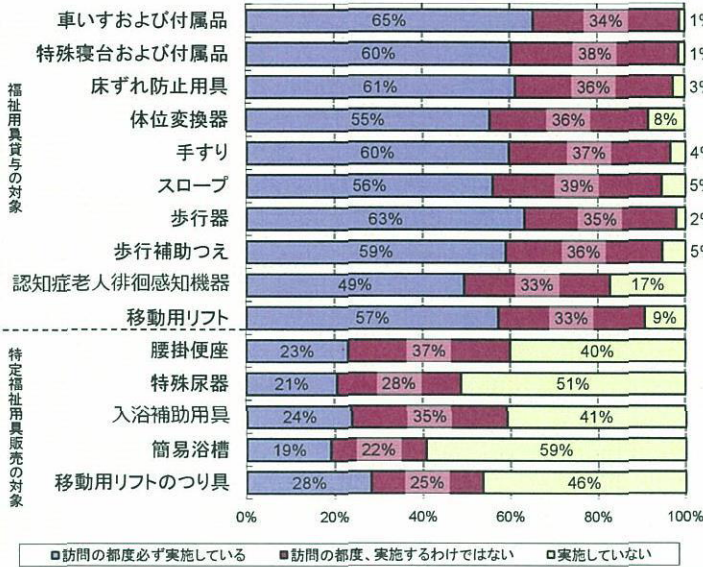
- 実施状況は、貸与種目においては約6割、販売種目では約2割が、訪問の都度必ず実施されている。
- 実施頻度は、貸与種目においては約6割の事業所が6ヶ月に1回以上実施しているのに対し、販売種目では約3割の事業所が実施していない。
- なお、実施状況及び頻度について、貸与種目内・販売種目内の差異は見られない。

① メンテナンス実施状況(種目別)

n(事業所数)=1,187

② メンテナンス実施頻度(種目別)

n(事業所数)=1,187

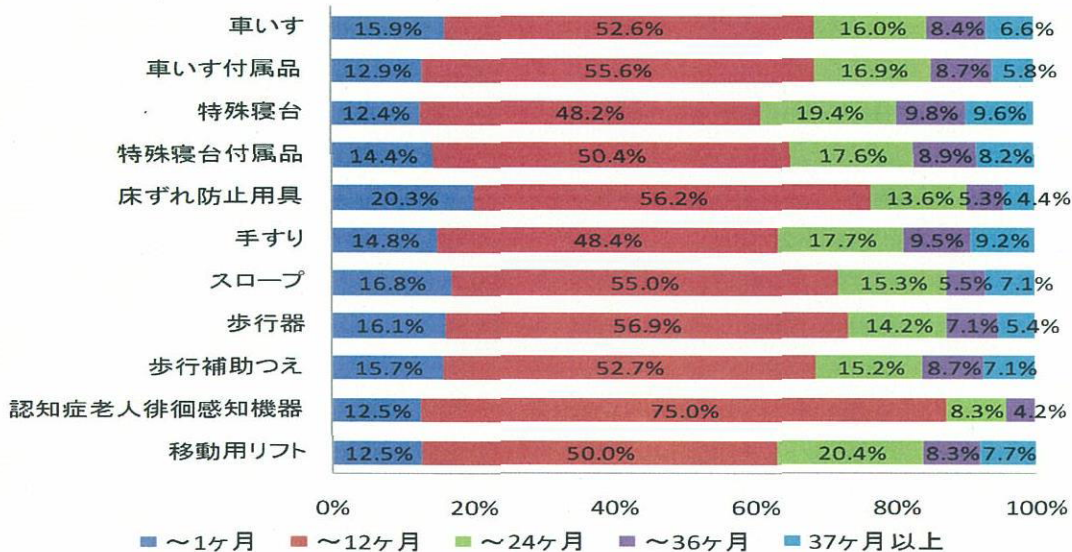


出典:介護保険における福祉用具サービスの利用実態及び有効性に関する調査研究(平成22年(財)テクノイド協会)

福祉用具の利用期間の状況

- 同一の福祉用具を利用する期間は、各種目とも平均12ヶ月前後であり、種目の違いによる利用期間の格差は見られない

同一の福祉用具を利用する期間



出典:介護保険における福祉用具サービスの利用実態及び有効性に関する調査研究(平成22年(財)テクノイド協会)

福祉用具の主な改正内容について

○平成18年度

(1) 軽度者に対する福祉用具貸与の見直し

- ・ 軽度者(要支援1～要介護1)の状態像を踏まえ、利用の想定しづらい車いす、特殊寝台等の8種目を原則給付の対象外とする見直しを行った。
- ・ なお、福祉用具を必要とする状態であるにもかかわらず利用出来ない者があったため、一定の場合には給付対象となるよう、平成19年度に再度見直しを行った。

(2) 特定福祉用具販売を行う事業者に係る指定制の導入

- ・ 指定された事業所で販売される特定福祉用具を購入した場合に限り、福祉用具購入費の支給対象とする見直しを行った。

○平成21年度

(1) 価格の分布状況の公表等

- ・ 製品毎等の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅等の通知を可能とした。
- 国保連合会介護給付適正化システムの改修に伴う積極的な活用を要請(平成21年6月17日付事務連絡)

(2) 福祉用具の追加

○福祉用具貸与

起き上がり補助用具(体位変換器)／階段移動用リフト(移動用リフト)／離床センサー(認知症老人徘徊感知機器)

○特定福祉用具販売

自動排泄処理装置(特殊尿器)／入浴用介助ベルト(入浴補助用具)

12

福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会

○ 趣旨

介護給付費分科会において審議を行うための論点の整理及び技術的な事項の検討等を行う。

○ 検討会メンバー

| 氏名 | 所属・役職 |
|--------|-----------------------|
| 畔上 加代子 | 全国福祉用具専門相談員協会 副理事長 |
| 池田 省三 | 龍谷大学 教授 |
| 石川 良一 | 全国市長会 介護保険対策特別委員会 委員長 |
| 一瀬 正志 | 財団法人 テクノエイド協会 常務理事 |
| 伊藤 利之 | 横浜市総合リハビリテーションセンター 顧問 |
| 木村 憲司 | 日本福祉用具・生活支援用具協会 会長 |
| 木村 隆次 | 日本介護支援専門員協会 会長 |
| 久留 善武 | 社団法人 シルバーサービス振興会 企画部長 |
| 高智 英太郎 | 健康保険組合連合会 理事 |
| ◎ 田中 滋 | 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授 |
| 東島 弘子 | ジャーナリスト |
| 山内 繁 | 早稲田大学 研究推進部 参与 |
| 山下 一平 | 社団法人 日本福祉用具供給協会 理事長 |

◎:座長

○ 検討経過

| 開催日 | 議題 |
|----------------------|---|
| 第1回 (平成19年9月3日) | 福祉用具の保険給付の在り方に関する課題の整理・明確化とその改善のための論点について |
| 第2回 (平成19年10月22日) | 福祉用具の保険給付の在り方に関する改善のための論点について |
| 第3回 (平成19年11月22日) | これまでの論点整理について |
| 第4回 (平成21年8月7日) | 福祉用具サービスの利用実態及び有効性等に関する調査の実施について |
| 第5回 (平成22年7月27日) | 「福祉用具サービスの利用実態及び有効性等に関する調査」結果について |
| 第6回 (平成23年4月25日) | 介護保険の福祉用具における議論の整理について |

13

福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会

「議論の整理」(概要) (平成23年5月19日)

福祉用具における保険給付の在り方に関して、社会保障審議会介護給付費分科会において審議を行うための論点の整理及び技術的な事項の検討等を行うために設置。今般、主に3つの論点について、今後の方向性を整理。

論点1 いわゆる「外れ値」への対応について

- ☆ 福祉用具貸与価格について、同一製品であっても平均的な月額と比べて、非常に高額な請求が行われているケース(いわゆる「外れ値」)があることが指摘されている。
- ☆ 平成21年8月の国保連合会介護給付適正化システムの改修により、介護給付費通知書に福祉用具貸与価格分布状況を掲載して発出可能となり、516の保険者において発出されるなど、一定の効果が報告されている。

- 保険者(市町村)は、引き続き福祉用具の価格の実態についての公表・情報提供を促進するとともに、分析・検証を行い、**給付の適正化のための取組を行うことが重要**。
また、こうした**情報を利用者やケアマネジャーが活用できるようにすることも必要**。
- その際、介護報酬の請求に際して記載する**商品コードの統一化を検討**するなど、保険給付の明確性、透明性を一層推進することが必要。
- 情報公表制度において、都道府県が介護サービスの質に関する情報を公表するように配慮する旨の規定(介護保険法改正案)を活用することも有効。
- **介護給付費通知書等の取組が全保険者に普及するよう推進**するとともに、利用者の反応や介護支援専門員等の意識や行動の変化、福祉用具貸与価格への影響等を検証していくことが必要。

14

論点2 比較的安価な福祉用具の取り扱いについて

- ☆ 価格が比較的安価で、軽度者の利用が多く、結果的に長期間の利用となる福祉用具種目(歩行補助つえ等)については、貸与という給付方式に馴染まず、「貸与から販売の移行」、または「貸与と購入の選択制」を導入してはどうかという意見がある。
- ☆ 一方で、仮に販売制度を導入するとした場合、貸与事業者が保守点検(メンテナンス)、製品の安全性について責任を持って実施する仕組が担保されなくなる等の問題点が指摘され、慎重に対応することが必要との意見がある。

- 今後ともこれらの種目の利用実態、モニタリング、メンテナンス等のサービスの具体的な実施状況、安全性の担保等の観点から、**調査・検証を継続**することが必要。
- その際には、**専門職の関与と適切なアセスメント・マネジメントが担保される仕組みの確立と併せて実施**することが必要。

論点3 専門職の関与と適切なケアマネジメントの推進について

- ☆ 福祉用具は、導入時に適切なアセスメントを行うとともに利用者の状態像を考慮したマネジメントを適切に行う必要があるが、他のサービスと異なり、個別サービス計画の作成が位置付けられておらず、「個々の利用者の状態像や生活環境に応じた福祉用具の選定」、「関係者間での情報の共有」、「継続的にモニタリングを行う仕組み」が不足しているのではないか等の指摘がある。
- ☆ 専門職の役割を明確化するなど、適切なアセスメント、マネジメントの仕組みについて検討する必要がある。

- **個別援助計画の作成を指定基準において明確に位置づける**ことが適当。
- 介護支援専門員がケアプランを作成する際に、専門性に基づく選定が出来るよう、医師、看護職員、OT、PT等が支援する仕組みの導入。
- 福祉用具導入時のサービス担当者会議に福祉用具専門相談員等の専門職の関与を促進。
- **福祉用具専門相談員や介護支援専門員の研修カリキュラムの見直し**。

15

地方分権一括法の成立・公布に伴う基準省令改正について

地方分権改革推進計画と地方分権一括法に基づき、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で定める際の基準を、今回の省令改正により定める。

○地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で定める際の基準（諮問事項）

- ① 厚生労働省令で定める基準に従うこととされているもの
 - ア 介護サービスに従事する従業者に係る基準及び員数、居室等の床面積、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準
 - イ 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の定員に関する基準
- ② 厚生労働省令で定める基準を標準とするもの
 - ・ 利用定員に関する基準（①イを除く。）
- ③ 厚生労働省令で定める基準を参酌することとされているもの
 - ・ ①、②以外のその他の設備及び運営に関する基準

○特別養護老人ホームの定員について（諮問事項）

参酌すべき基準とされている介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準において「4人以下」から「1人」とする。「省令が施行の際現に存在している特別養護老人ホーム（基本的な設備が完成しているものを含み、省令の施行後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く）については、4人以下とする」経過措置を設けることとする。

従うべき基準とされた基準（諮問事項）

1. 人員配置基準

- 従業者及びその員数：全サービス
- 介護（介護職員一人以上常勤）
 - ：指定介護老人福祉施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護
- 管理者：全サービス
- 代表者：指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ユニット型施設・事業所における従業者の勤務体制
 - ：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 具体的取扱方針（サービス提供時の介護職員及び看護職員の配置）
 - ：指定訪問入浴介護、指定介護予防訪問入浴介護、基準該当訪問入浴介護、基準該当介護予防訪問入浴介護

2. 居室面積基準

- 居室・病室・療養室の利用者・入所者（入院者）1人当たり面積基準
 - ：指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定療養通所介護、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、

3. 適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準

- 内容及び手続きの説明及び同意：全サービス
- サービス提供拒否の禁止：全サービス
- 身体的拘束等に係る規定：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護
- 秘密保持等：全サービス
- 事故発生の防止及び発生時の対応：全サービス
- 診療の方針：介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 主治の医師との関係：指定訪問看護、指定介護予防訪問看護
- 同居家族に対するサービス提供の禁止・制限
 - ：指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問看護、指定介護予防訪問看護、指定夜間対応型訪問介護、基準該当訪問介護、基準該当介護予防訪問介護

4. 利用定員及び登録定員に関する基準

- 指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護

標準とされた基準（諮問事項）

利用定員：指定療養通所介護、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

その他（諮問事項以外の事項）

地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）に基づき、

- ・ 指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員について、それぞれ29人以下、30人以上の範囲とすること。
- ・ 指定居宅サービス等の法人格の有無に係る基準について、厚生労働省令で定める基準に従い条例を定める。厚生労働省令では、「法人であること」と規定する。

3

地方分権改革推進計画（平成21年12月15日閣議決定）

【老人福祉法】

- 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(17条2項)を、条例(制定主体は都道府県、指定都市及び中核市)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の職員の資格に関する基準に係る規定、配置する職員の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに施設の利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、施設の利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする。

【介護保険法】

- 指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定介護予防サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者の員数に関する基準(74条1項、78条の4第1項、115条の4第1項、115条の14第1項)並びに当該サービスの事業の設備及び運営に関する基準(74条2項、78条の4第2項、115条の4第2項、115条の14第2項)を、条例(制定主体は、指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの基準については都道府県、指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスの基準については市町村)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の従業者の資格に関する基準に係る規定、配置する従業者の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする(ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の定員に関する基準に係る規定は、「従うべき基準」とする。)

- 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設が有する従業者の員数に関する基準(88条1項、97条2項(ただし、医師及び看護師を除く。)、110条1項)並びに当該施設の設備及び運営に関する基準(88条2項、97条1項(ただし、療養室、診察室及び機能訓練室を除く。))及び3項、110条2項)を条例(制定主体は都道府県)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の従業者の資格に関する基準に係る規定、配置する従業者の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに施設の利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、施設の利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする。

地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）

○ 介護保険法（平9法123）

- ・ 指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準（70条2項1号、115条の2第2項1号）を、条例（制定主体は都道府県、指定都市及び中核市）に委任する。

条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。

- ・ 指定地域密着型介護老人福祉施設の指定に関する基準のうち、指定対象となる施設及びその入所定員に係る基準（78条の2第1項）を、条例（制定主体は市町村）に委任する。

条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。

- ・ 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準（78条の2第4項1号、115条の12第2項1号）を、条例（制定主体は市町村）に委任する。

条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。

○ 平成22年9月21日「一部ユニット型施設の基準等に関するとりまとめ」

- ・ 地域主権改革推進一括法案の成立・施行後においては、生活保護受給者も入所できるような実態となることを前提に、「参酌すべき基準」と整理されている介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準においては「1名」とするよう検討すべきである。

5

地方分権一括法成立後の介護報酬の考え方①

○ 義務付け・枠付けの見直しに関する大臣政務官折衝

（平成21年11月12日）

（山井政務官）異論があるのかもしれないが、基準を緩めて、基準を低くされる場合に関しては、条例委任を認める前提として、標準、参酌すべき基準の場合、国の基準を下回るサービスをするのであれば、サービス水準に応じた老人福祉の介護報酬等を設定すると。これは、狭い部屋や或いはサービス水準を下げるわけなので、費用が少なくなる場合があるので、サービスを下げて、コストが減るにも関わらず、同じ介護報酬だとサービスを下げた方が地方自治体が得をするというモラルハザードのようなことになって駄目なので、そういうことにならない範囲で、こういう配慮も必要なのではないかと考えている。

6

地方分権一括法成立後の介護報酬の考え方②

○ 介護報酬改定の際の検討事項

- 1 都道府県又は市町村が条例で独自に基準を定めた際に、その内容が著しく均衡を失する場合、介護サービスの質の確保等の観点から、あらかじめ、提供されるサービス水準に応じて介護報酬を設定することを検討する必要があるのではないか。

(参考1) 今までの介護報酬は省令で定める基準に基づき、一定以上の質が担保されていることを前提に、介護サービスに要する平均的な費用の額を勘案して算定してきたところである。今後は、「標準」「参酌すべき基準」とされた事項については、都道府県又は市町村の条例で独自に基準を定めることが可能となる。

このため、通常は独自基準を定めた場合、地方分権一括法が施行される来年4月以降、介護サービス事業者の指定を通じて、継続的に費用が変動し、介護報酬に反映されることになる。

(参考2) 現行の人員基準欠如の減算規定

指定基準に定める人員基準を満たしていない場合、所定単位数70%を算定

- 2 上記の観点に立てば、例えば、ユニット型の施設基準において、「参酌すべき基準」とされている部分については、報酬告示においてユニット型の介護報酬を支払う場合を明確に規定しておく必要があるのではないか。
- 3 また、居室定員は参酌すべき基準となっているため、
 - ①居室定員が1名（場合によっては2名）の施設
 - ②居室定員が4名以下の施設（①に該当する施設を除く）
 - ③居室定員が5名以上の施設のいずれの施設も存在し得ることとなるが、これらについて異なる報酬を給付することとしてはどうか。特に③については、報酬上強い減算規定を置くこととしてはどうか。

今後のスケジュール

- 第1次一括法及び第2次一括法の施行に伴う政令・府省令の改正等の留意点について

(平成23年4月5日 内閣府地域主権戦略室 事務連絡)

平成24年4月1日施行のもの及び平成25年4月1日施行のものについては、政令・府省令の整備を受けて、地方自治体が条例整備や体制整備をするための期間を確保するために一定の期間を置いて施行期日を定めているものであることから、他の政省令整備を要する事項と同様に、原則として公布後3月以内に行っていただきますようお願いいたします。

(第1次一括法：5月2日公布、改正介護保険法等：6月22日公布)

- パブリックコメントなど所定の手続に従い公布、平成24年4月1日施行

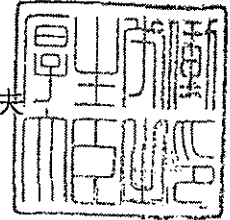


厚生労働省発老0728第1号
平成23年7月28日

社会保障審議会
会長 大森 彌 殿

厚生労働大臣

細川 律夫



諮 問 書

(地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正について)

介護保険法(平成9年法律第123号)第74条第3項、第78条の4第3項、第88条第3項、第97条第4項、第110条第3項、第115条の4第3項、第115条の14第3項の規定に基づき、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第39号)、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)を別紙のとおり改正することについて貴会の意見を求めます。

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正

- 「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第37号)の施行に伴い、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準を以下の通りとする。

1 厚生労働省令で定める基準に従うもの

① 人員配置基準

- ・従業者及びその員数：全サービス
- ・介護（介護職員一人以上常勤）
：指定介護老人福祉施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・管理者：全サービス
- ・代表者：指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ・ユニット型施設・事業所における従業者の勤務体制
：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- ・具体的取扱方針（サービス提供時の介護職員及び看護職員の配置）
：指定訪問入浴介護、指定介護予防訪問入浴介護、基準該当訪問入浴介護、基準該当介護予防訪問入浴介護

② 居室面積基準

- ・居室・病室・療養室の利用者・入所者（入院者）1人当たり面積基準
：指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定療養通所介護、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

③ 適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準

- ・内容及び手続きの説明及び同意：全サービス
- ・提供拒否の禁止：全サービス

- ・身体的拘束等に係る規定

- ：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

- ・秘密保持等：全サービス

- ・事故発生の防止及び発生時の対応：全サービス

- ・診療の方針：介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護

- ・主治の医師との関係：指定訪問看護、指定介護予防訪問看護

- ・同居家族に対するサービス提供の禁止・制限

- ：指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問看護、指定介護予防訪問看護、指定夜間対応型訪問介護、基準該当訪問介護、基準該当介護予防訪問介護

- ・入所者の負担による当該施設以外の者による介護・看護の禁止

- ：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護

④ 利用定員及び登録定員に関する基準

- ：指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護

2 厚生労働省令で定める基準を標準とするもの

- ・利用定員：指定療養通所介護、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

3 厚生労働省令で定める基準を参酌するもの

1、2以外のその他の設備及び運営に関する基準

○ 厚生労働省令で定める基準を参酌する指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設の居室定員については、1人とする。

リハに係わる諸問題と 介護報酬改定の要望

介護給付費分科会ヒアリング資料

日本リハビリテーション病院・施設協会
浜村明徳

介護保険制度の見直しに関する意見とリハに係わる要望事項

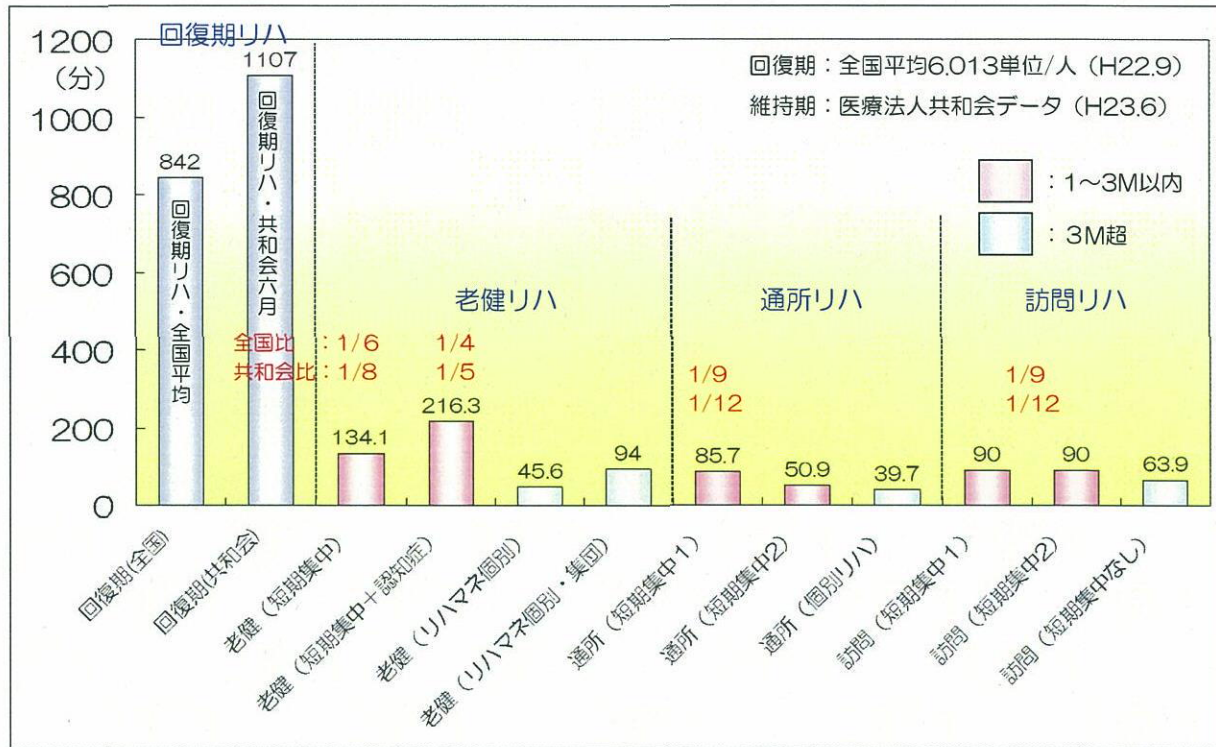
2010.11.30 介護保険制度の見直しに関する意見
(社会保障審議会介護保険部会報告書) より

- リハについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハ前置の考え方によって提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハが提供されていることなど、十分にリハが提供されていない状況にある。そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハ専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハを包括的に提供できる地域のリハ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

リハに係わる介護報酬改定
要望の基本事項

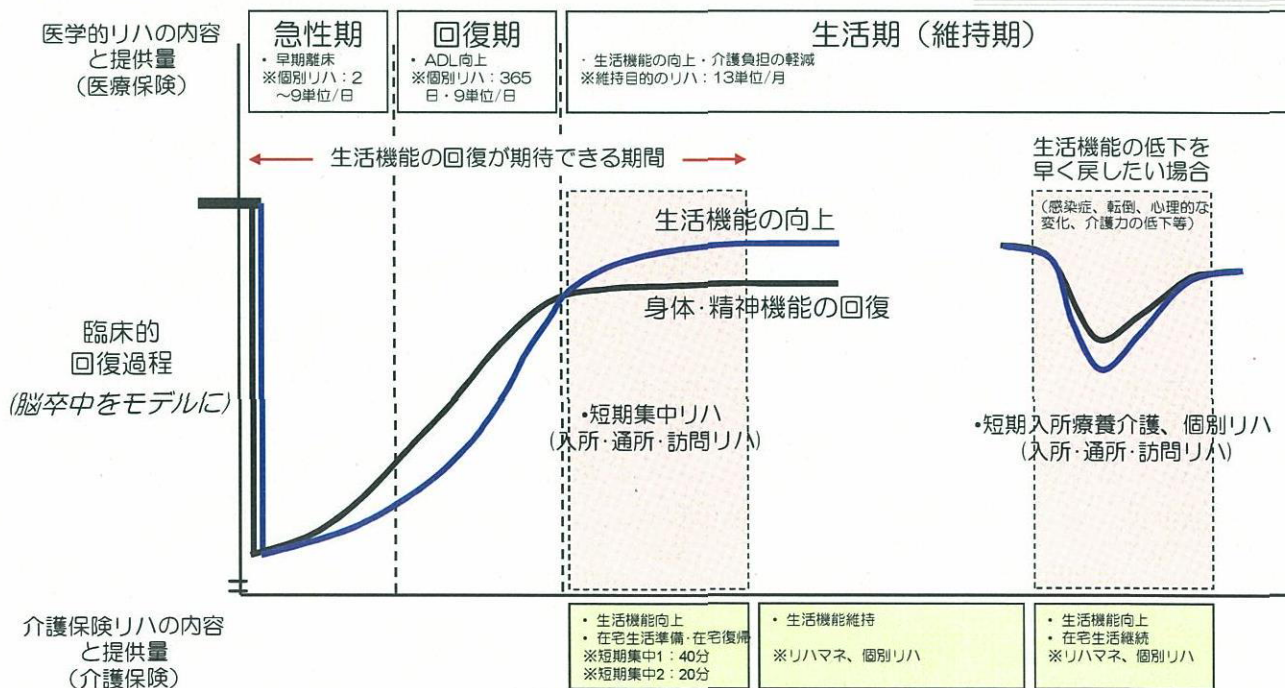
- リハにおける医療と介護の連携を推進すること
- 生活期リハの充実により、介護度の悪化を予防し、在宅生活の継続に寄与すること
- 通所リハの質を向上すること
- 訪問リハの普及を推進し、質を向上すること
- チームアプローチを推進すること
- 地域のリハ拠点を整備し、地域包括ケア体制づくりに寄与すること

利用者1人当たり平均リハ提供時間（1週間換算）



2

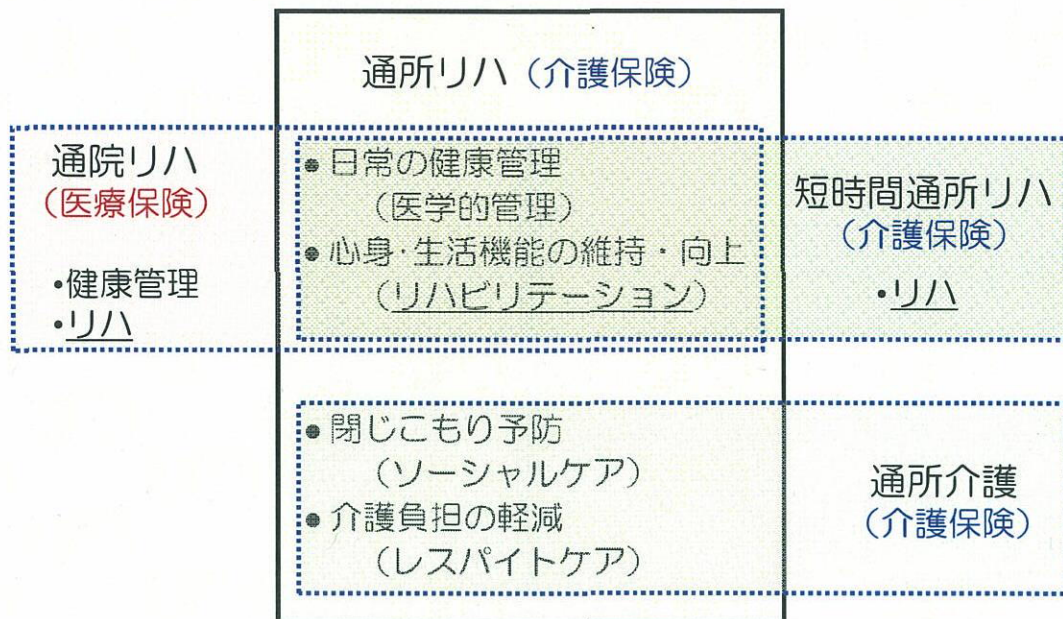
生活機能の変化と改善への提案



提案

- 【退院・退所直後のリハ】
 - ・短期集中リハの提供量を増やせないか
- 【維持目的のリハ】
 - ・医療保険と同等の13単位/月を保証できないか
- 【改善目的のリハ】
 - ・短期入所療養介護の個別リハの提供量を増やせないか
 - ・短期集中的に関われるリハを創設できないか

3



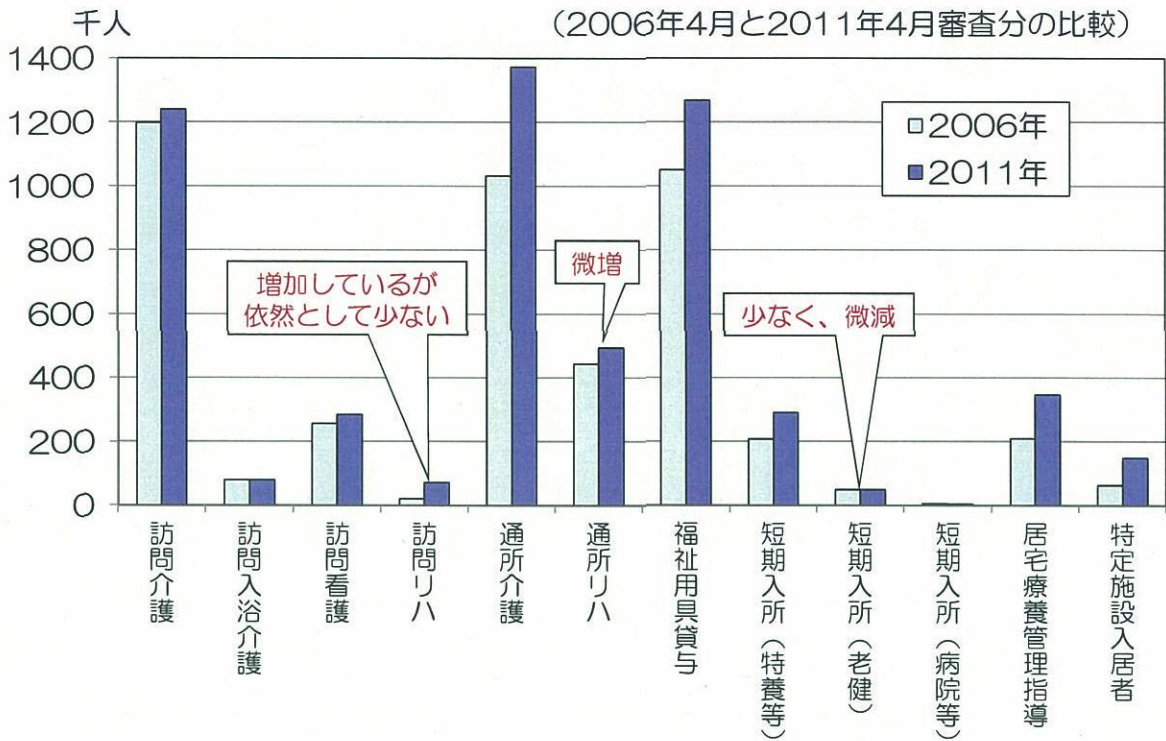
4

通所リハの質の向上を目的に

- 現状は、通院リハ・通所リハ・通所介護の機能が重複している
 - 通所リハと通所介護のベースは共通
 - 長期的には、機能の整理が必要ではないか
 - ・ 多様なニーズに応えるためサービスの充実を図っている事業所もあり、質の向上に向けた努力が報われる報酬体系が望ましい
 - ・ 通所リハを利用していても、サービス内容が通所介護と同様であれば、通所介護の報酬にすべき
- 短時間通所リハの提供時間を見直し、リハに特化した通所リハとしてはどうか
 - 通院リハと短時間通所リハのリハ提供時間等には差異がある
 - 短時間通所リハの提供時間が増えると通院リハから移行しやすい
- 通所リハの機能強化を図ったらどうか
 - 健康管理等の機能強化のため、医師の月1回の診察（評価）を義務化したらどうか
 - ・ 通所介護との根本的な違いは、医師が従事していること
 - ・ 携わる医師の研修も義務化
 - 訪問によるサービス（居宅療養管理指導等）を新設し、チームアプローチを推進したらどうか
 - 生活機能が低下したときに、短期集中的にリハを提供できないか

5

介護保険におけるサービス種類別居宅サービス受給者数



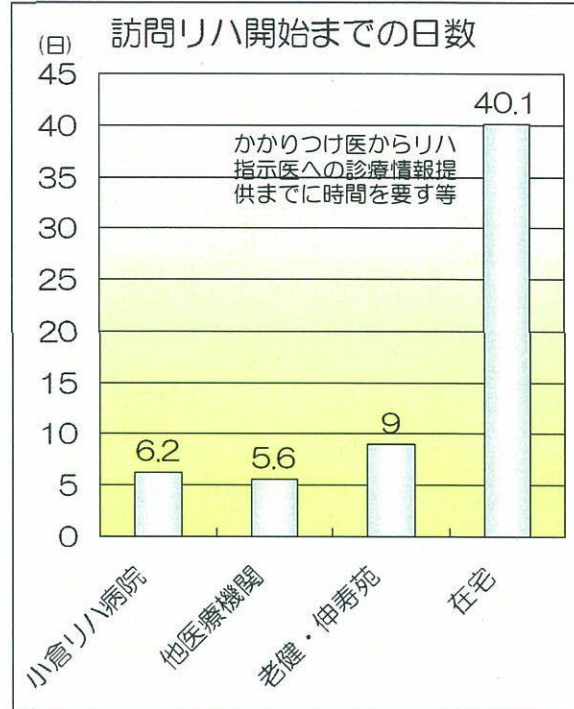
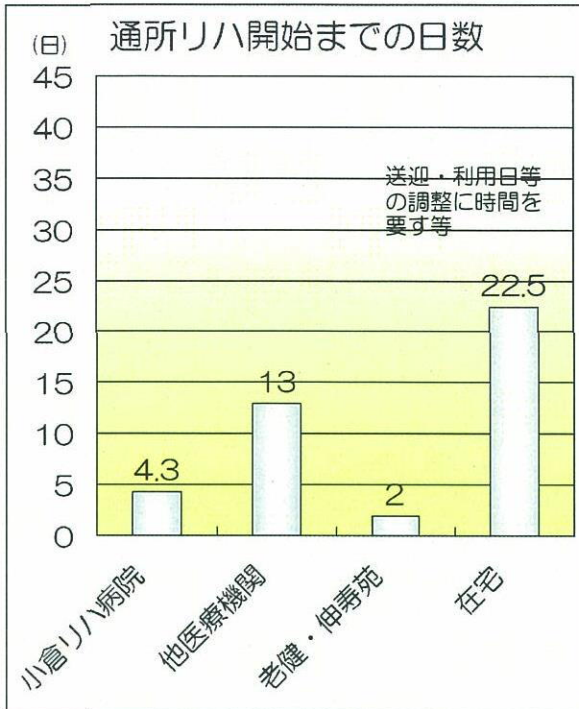
6

訪問リハの普及を推進し、質の向上を目的に

- 訪問リハの普及・推進を目的に
 - 訪問リハビリステーションの名称を新設したらどうか
 - ・ 訪問リハの実施事業所を利用者等に明示するため
 - ・ 常勤の訪問リハ専従のPT・OT・STを2名以上配置などの条件をもとに
 - ・ 病院・診療所・訪問看護ステーション・老人保健施設に限定
- 訪問リハの質の向上を目的に
 - 指示と実施結果の報告の流れを見直し、運用しやすくしたらどうか
 - ・ 医師に対する訪問リハ実施計画書、実施報告書の1回/月の提出を義務づけ
- 在宅医療におけるチームアプローチの推進を目的に
 - 訪問看護と訪問リハのセットで訪問し、効果を高めるようにしたらどうか
 - ・ 利用者に対し、必ず、訪問看護1回/月以上の訪問を実施
 - 包括ケアチームへのリハ評価・助言の機能も付加し、チームアプローチを推進したらどうか

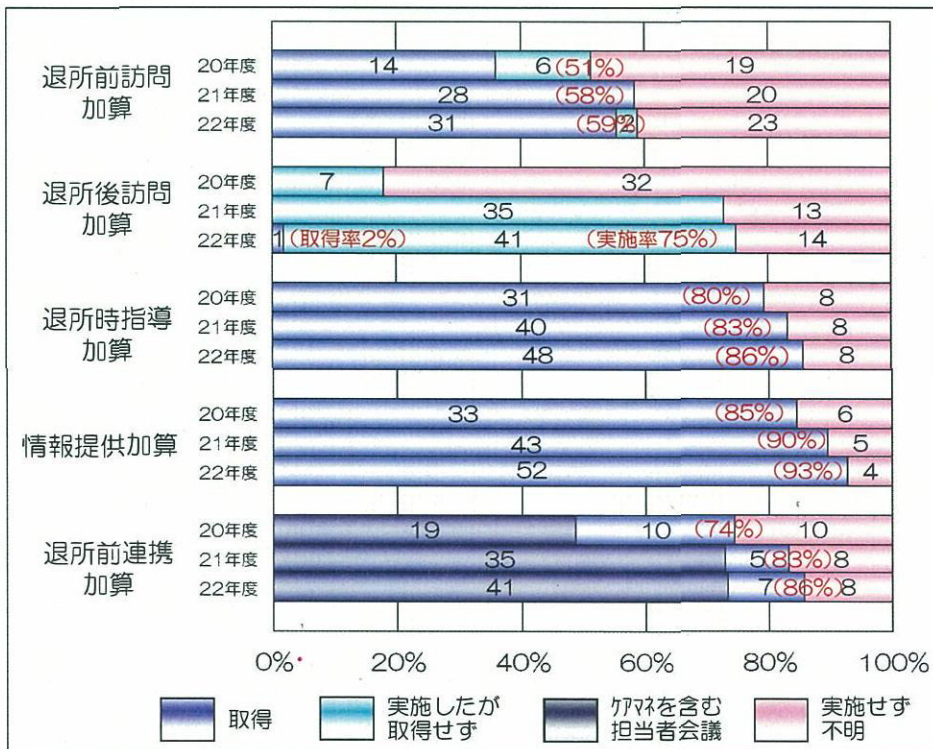
7

退院・退所日から通所リハ・訪問リハ開始までの日数



- 在宅からのサービス利用に時間がかかっている
(理由：申請後に担当者会議実施、日程調整等時間要す)

老健伸寿苑における自宅復帰者の地域連携



- 在宅系施設への入所の場合、実施されていないことが多い。
- 再利用者は退所前より退所後訪問が多い。

- 「退所後にお金を取るの？」と言われ、算定し辛い。
- 在宅系施設への入所の場合、実施されていないことが多い。

- グループホームの場合は取得できない。

- 1か月未満入所は取得不可。

- 計画的な退所の場合はほぼ全員に実施。
- 70%はケアマネも参加し担当者会議
- グループホーム・1か月未満の場合、取得不可。

医療と介護の連携に関する提案

現状

- 脳卒中連携パス（地域連携診療計画）は、生活期まで普及していない
 - ・ 算定要件や手順が煩雑
 - ・ とくに、かかりつけ医の参加が得にくい
- 在宅からの通所・訪問リハへの導入に時間がかかっている
 - ・ ケアプランの作成と利用準備に手間取る
- 老健から自宅復帰する際の地域連携は円滑に行われている施設もある
 - ・ 全国の実態は不明、調査中

連携に関する提案

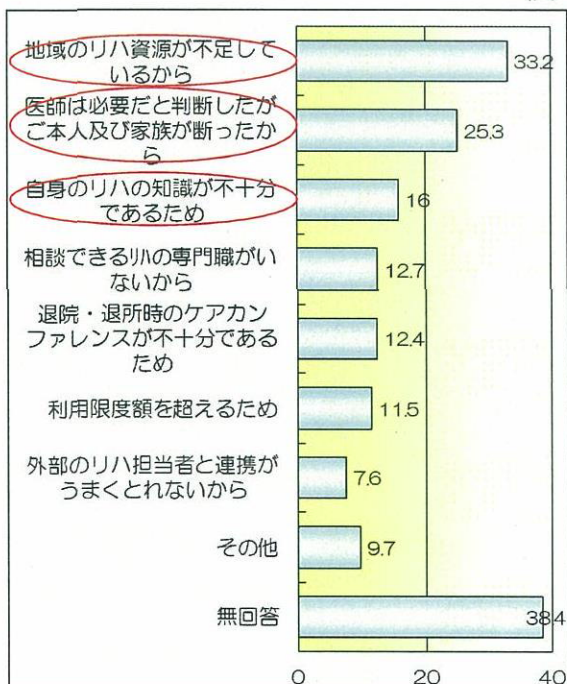
- 脳卒中連携パスの算定要件を簡略化し、かかりつけ医の参加を容易にしたらどうか
- ケアマネジャー等によりハ的支援が可能な体制を創設し、連携の強化、専門性の向上、チームアプローチの発展につなげたらどうか
- 将来的には、医療と介護の連携を図るため、両者に存在するリハ・サービスの評価（報酬など）を同等にすべき

10

ケアマネジャーのリハ活用困難理由と活用に必要なこと

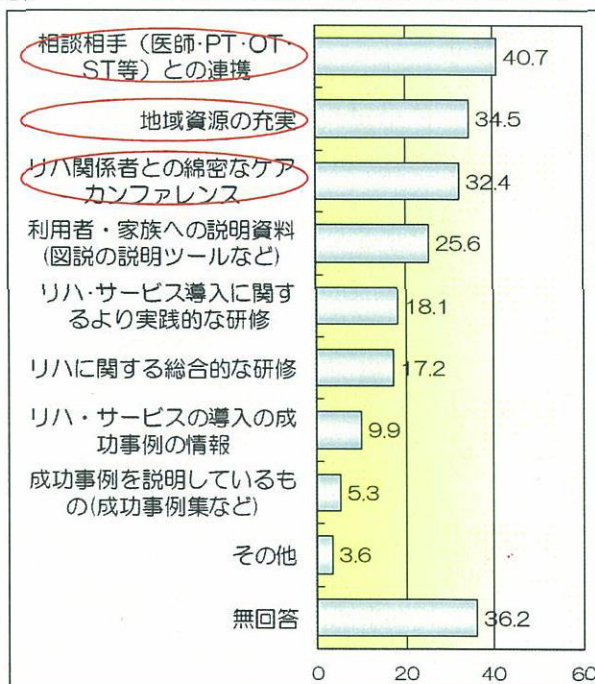
《リハ・サービスの導入が適切にできない理由》

(N=850)



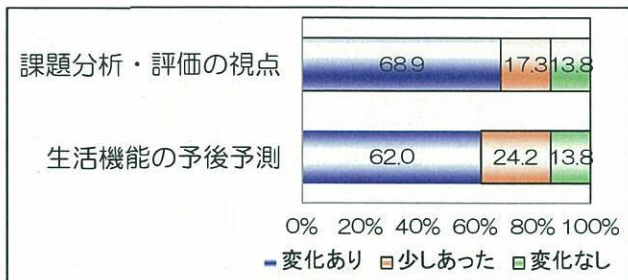
《リハ・サービスを円滑に導入し

効果的に実施するために必要なもの》

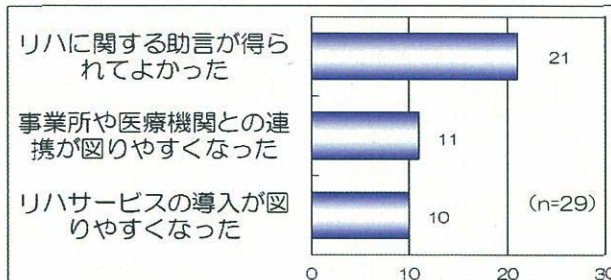


ケアマネジャー支援モデル事業における変化・感想・まとめ

ケアマネジャーの意識・視点の変化



モデル事業に参加したケアマネジャーの感想



まとめ

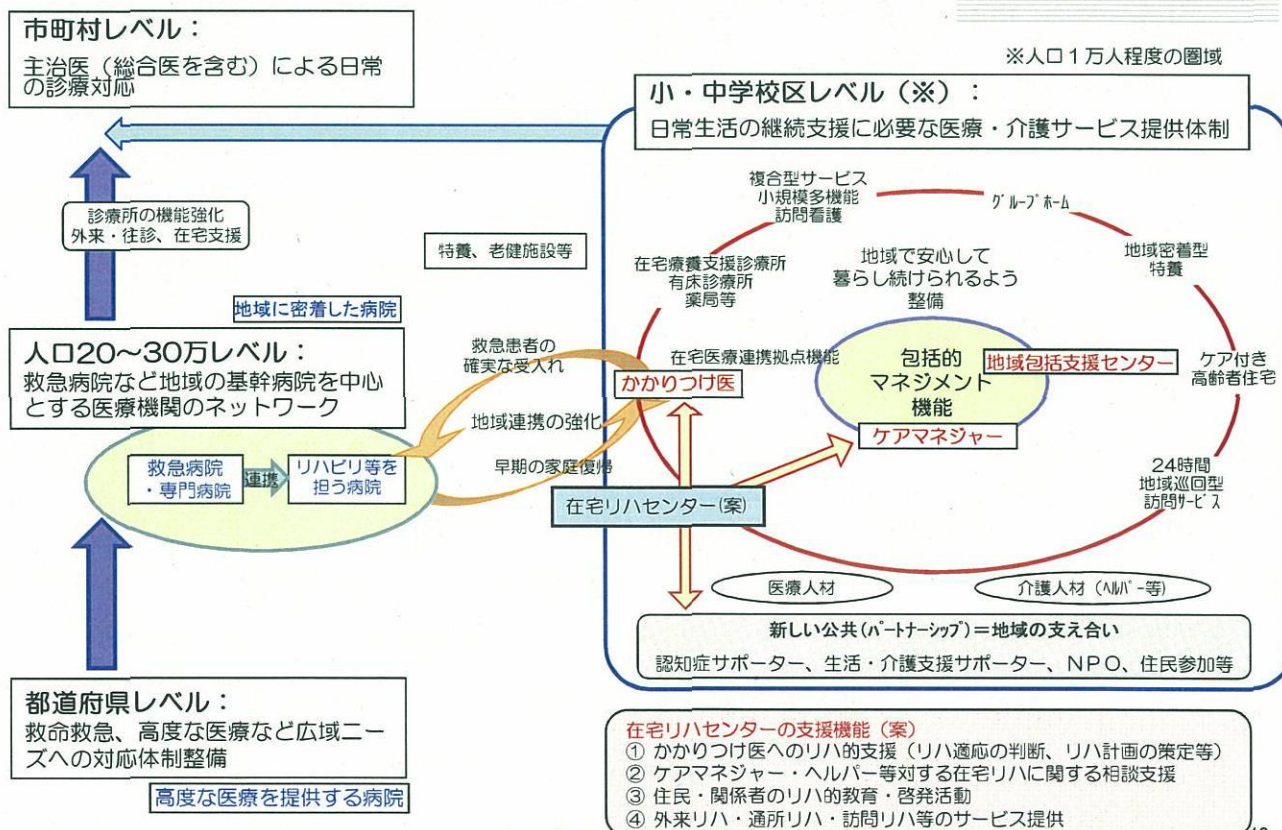
- リハに携わる医師・PT・OTの助言は、介護支援専門員だけでなく要介護者や家族に対しても効果があり、このようなリハ専門職を配置した在宅のリハ拠点施設を整備することは、地域包括ケアシステムを構築・推進するうえで有効。
- 介護支援専門員に助言等を行うPT・OT等は、居宅介護支援への理解が必要不可欠であり、このような観点から当該資格を有する必要がある。
- リハに携わる医師等が関与することで、かかりつけ医と介護支援専門員の連携が円滑となり、チームとしてのサービス提供がより推進される。

検討事項

- リハに携わる医師やPT・OT等の助言については、内容・タイミング・効果の予測など、より詳細な検討が必要である。

平成22年度「包括的な在宅リハビリテーション提供拠点のあり方に関する研究」（厚労省補助金事業）12

医療・介護の供給体制とリハ支援機能、地域包括ケアチームの活性化



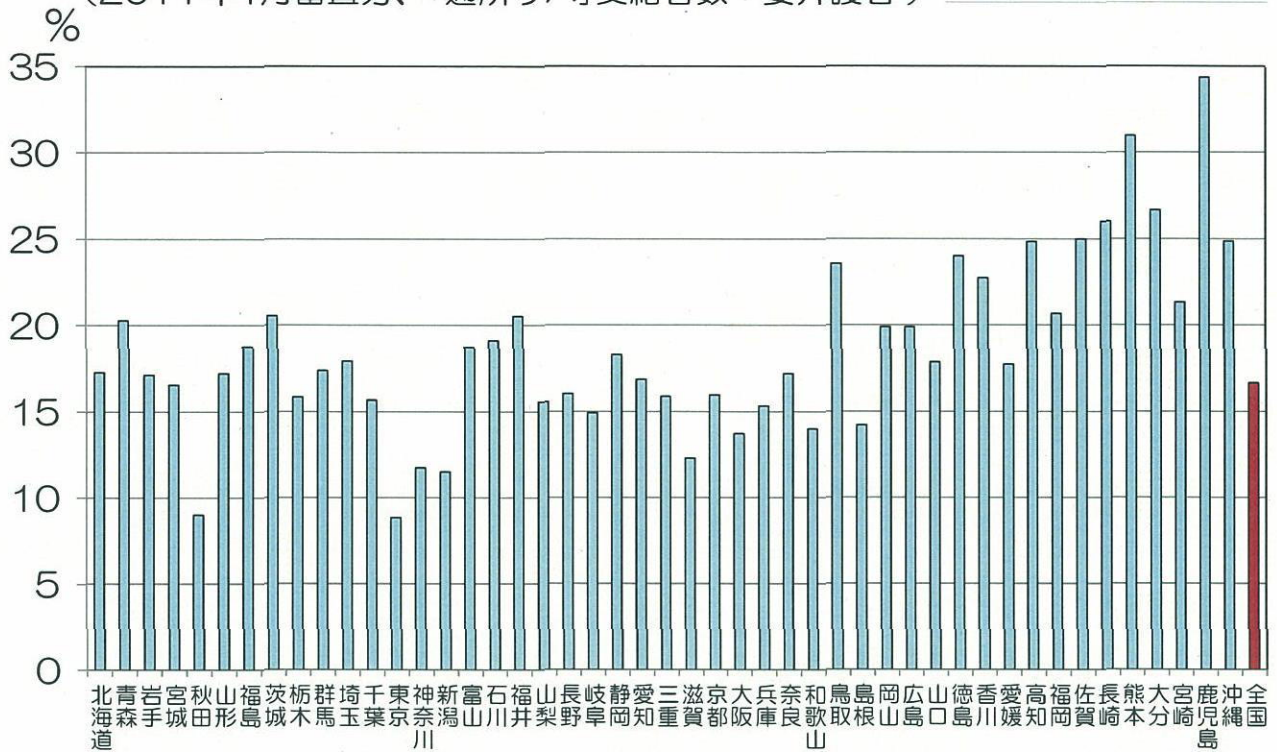
参考資料

研究会報告「高齢者リハの現状」とその後の主な改定内容

| 高齢者リハの現状 (04年、高齢者リハ研究会) | 1. 急性期リハ医療が不十分 | 2. 長期間、効果が明らかでないリハ医療が行われている | 3. 医療から介護への連続するシステムが機能していない | 4. リハとケアとの境界が不明確(リハとケアの混同) | 5. 在宅リハが不十分 |
|----------------------------|---|---|---|--|---|
| 06年診療報酬改定 | <ul style="list-style-type: none"> 医療保険では、急性期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハを行なう 疾患別リハ施設基準 個別リハの実施時間2時間/日 → 3時間/日 標準的算定日数上限の設定 | | | | |
| 介護報酬改定 | <ul style="list-style-type: none"> 介護保険では、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持・向上を目指したリハを行なう 地域医療連携バス新設(大腿骨頸部骨折) 集団リハの廃止 | | | | |
| 08年診療報酬改定 | <ul style="list-style-type: none"> 早期リハ加算の新設 | <ul style="list-style-type: none"> 回復期リハに質の評価(アウトカム指標)の試行的導入 | <ul style="list-style-type: none"> 連携バスの対象疾患に脳卒中追加 | <ul style="list-style-type: none"> 短期集中リハ加算 リハマネ加算 老健に認知症短期集中リハ加算新設 | |
| 09年介護報酬改定 | | <ul style="list-style-type: none"> 通所リハ短期集中リハの3ヵ月超の廃止 → 個別リハ加算(3ヵ月超)新設(月13回まで) | <ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算、退院・退所加算の新設 | <ul style="list-style-type: none"> 通所リハと介護療養に認知症短期集中リハ加算新設 老健短期入所に個別リハ加算新設 | <ul style="list-style-type: none"> 短時間通所リハ新設 訪問リハ・通所リハにサービス提供体制加算の新設 訪問看護7の50%制限撤廃 |
| 10年診療報酬改定 | <ul style="list-style-type: none"> 早期リハ加算、脳血管リハ料の引き上げ 運動器リハ料Ⅰの新設 癌患者リハ料の新設 亜急性期病棟のリハ提供体制加算の新設 | <ul style="list-style-type: none"> 回復期リハに質の評価(プロセス指標)の追加導入 365日リハ実施体制(休日加算) 1日6単位以上を評価(充実加算) | <ul style="list-style-type: none"> 地域連携診療計画退院計画加算、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱの新設 介護支援連携指導料の新設 | | <ul style="list-style-type: none"> 維持期の月13単位までのリハを継続 STに限り医療機関の併用を認める |

都道府県別、通所リハ受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

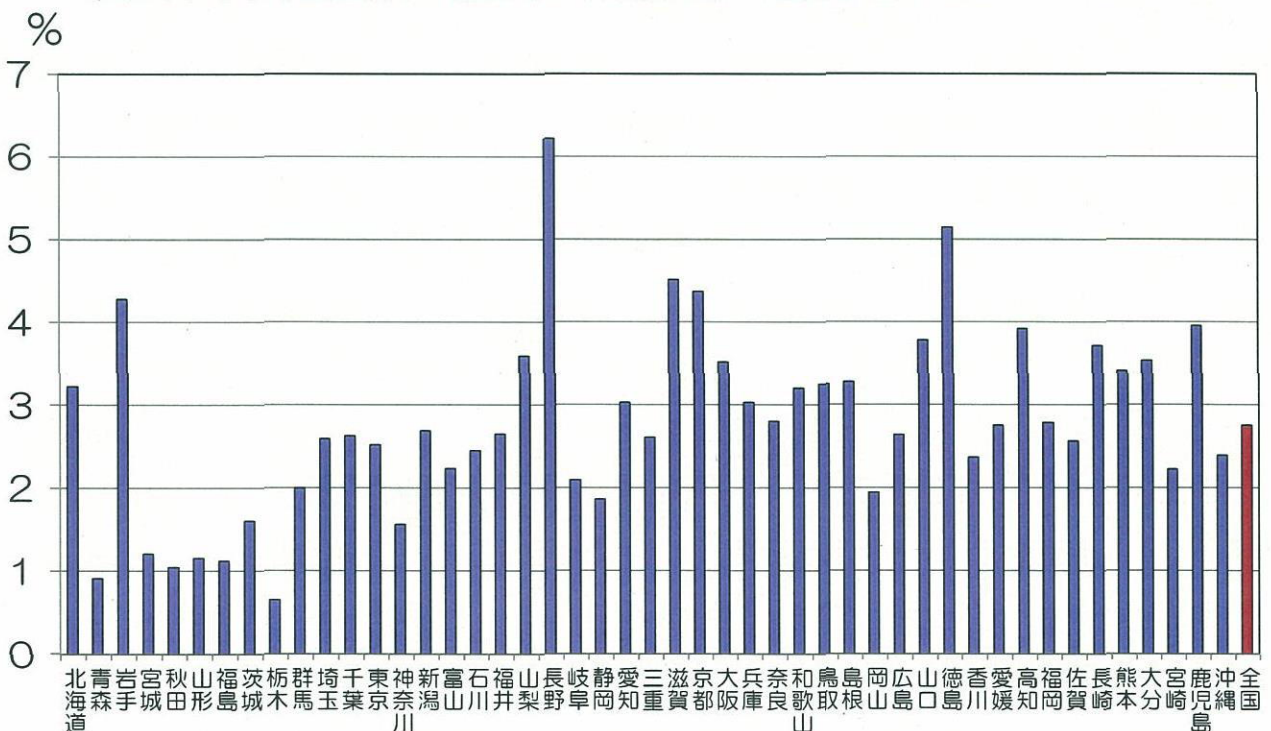
(2011年4月審査分、「通所リハ」受給者数：要介護者)



※ 通所リハの都道府県格差は4倍

都道府県別、「訪問リハ」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

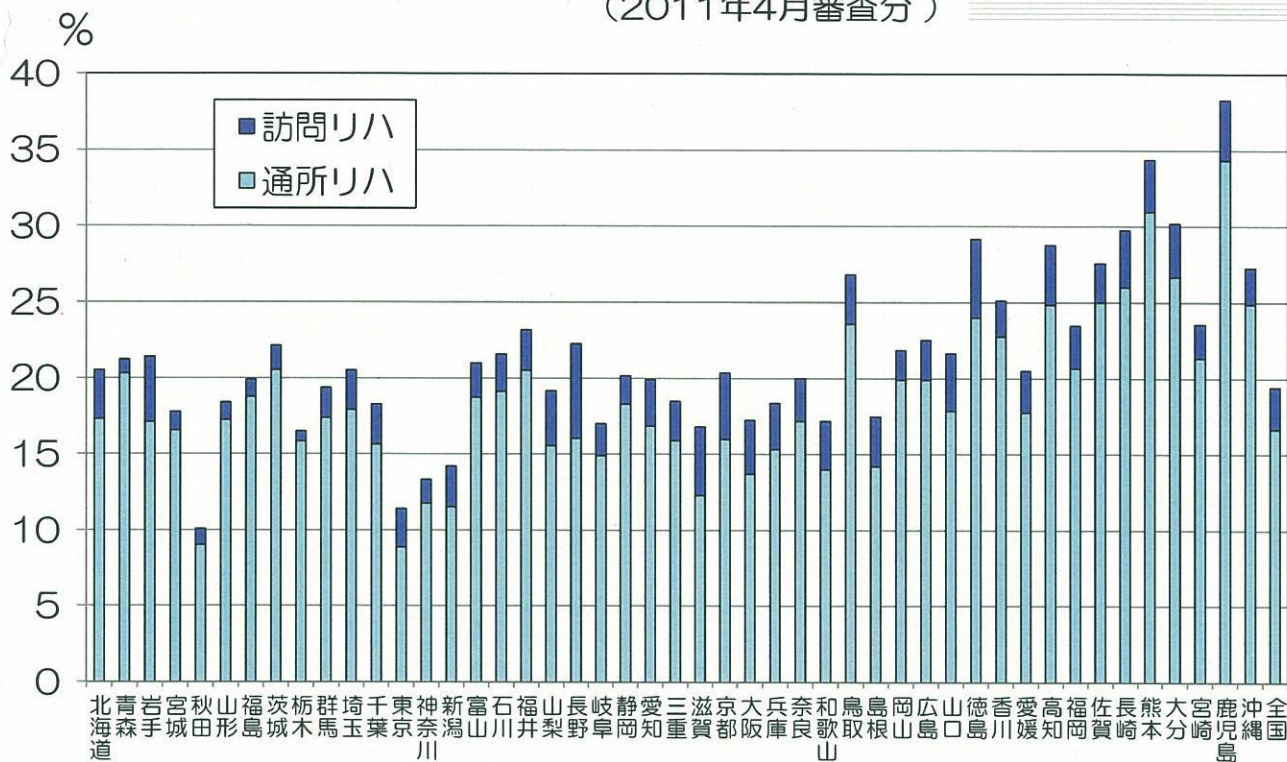
(2011年4月審査分、「訪問リハ」受給者数：要介護者)



※ 訪問リハの都道府県格差は10倍

都道府県別、「通所リハ+訪問リハ」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

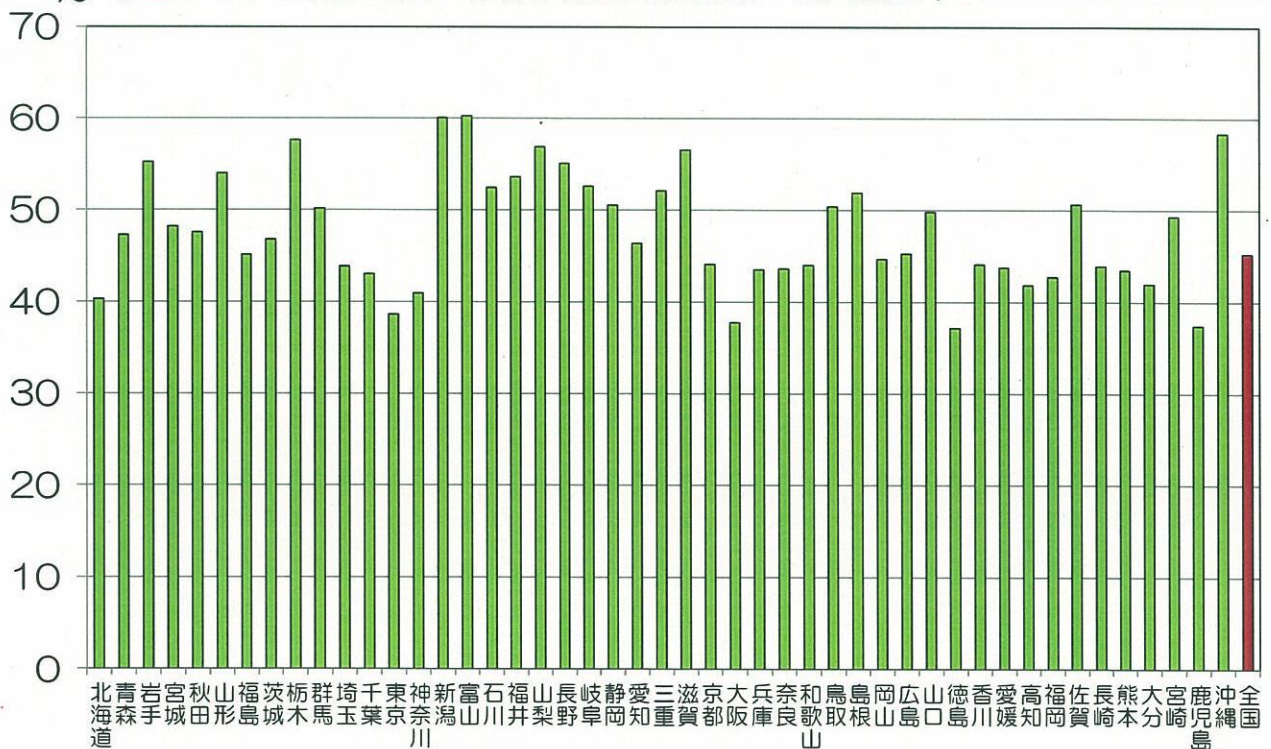
(2011年4月審査分)



※ 「通所リハ+訪問リハ」の都道府県格差は3.8倍

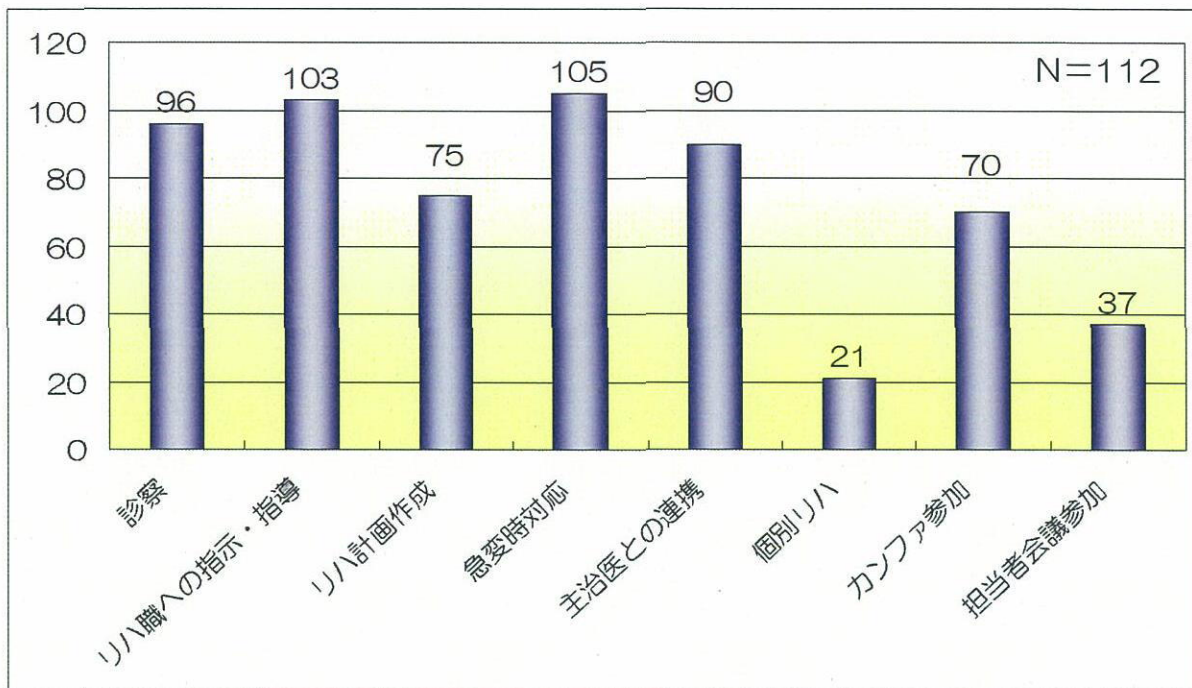
都道府県別、「通所介護」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

% (2011年4月審査分、「通所介護」受給者数：要介護者)



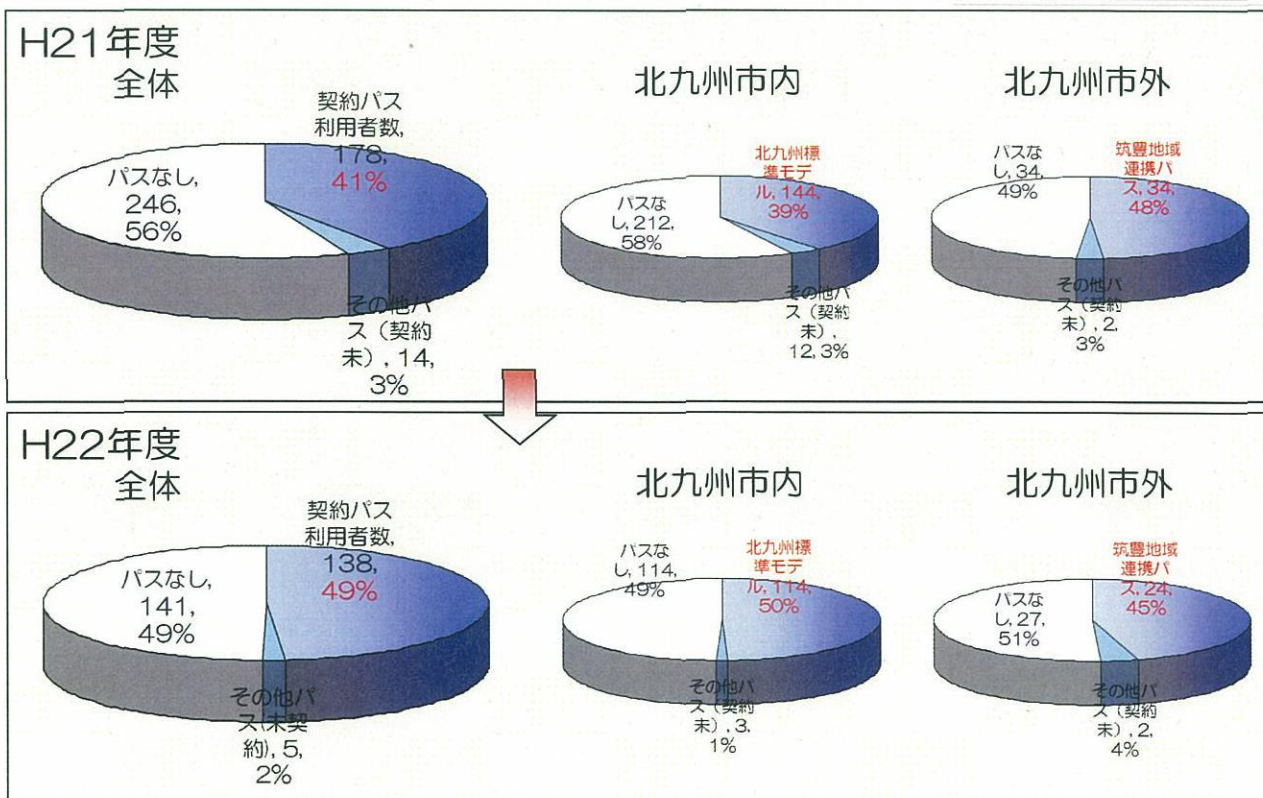
※ 通所介護の都道府県格差は1.6倍

研究事業結果に見る通所リハにおける医師の業務内容



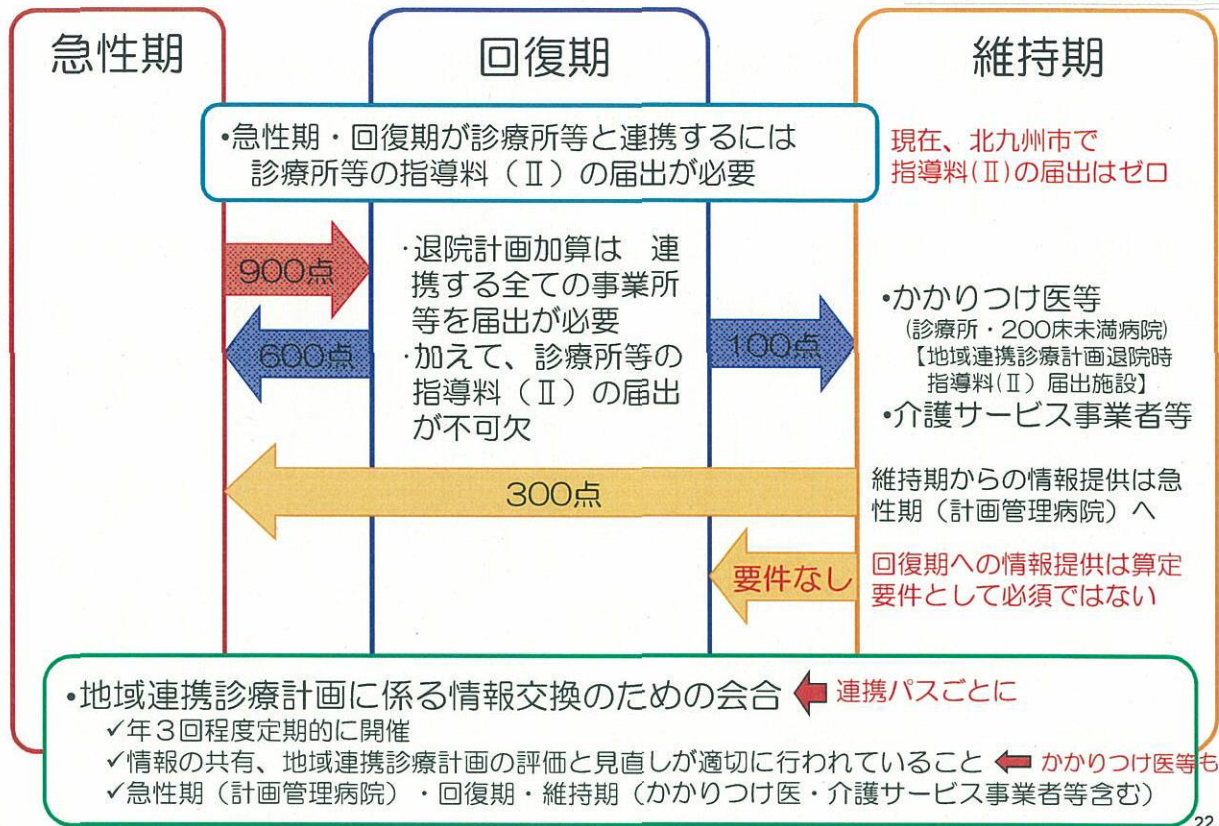
平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業分）
リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業
「通所系サービスにおける専門的リハビリテーション提供のあり方に関する研究」

小倉リハ病院における脳卒中連携パスの活用状況



・ 50%がパス利用（説明が間に合わず、病状が重い など）

連携パス等診療報酬上のシステムと問題点

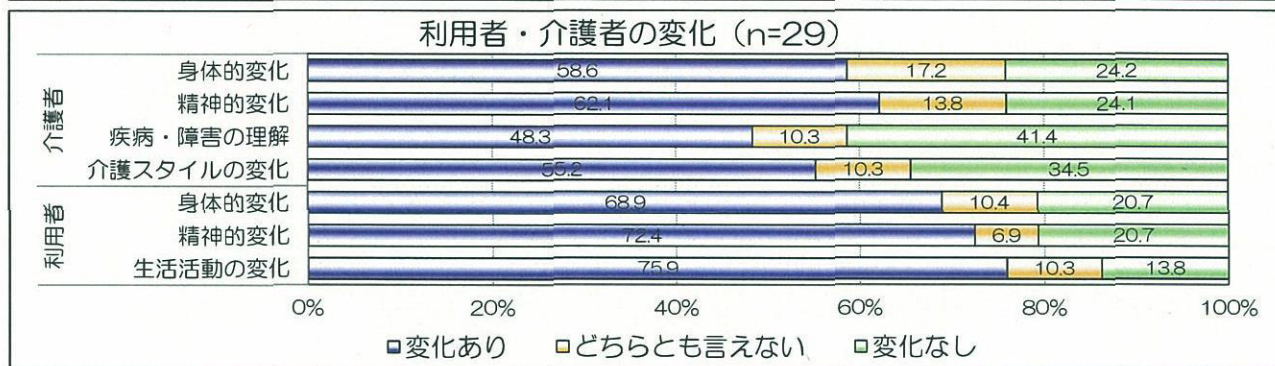
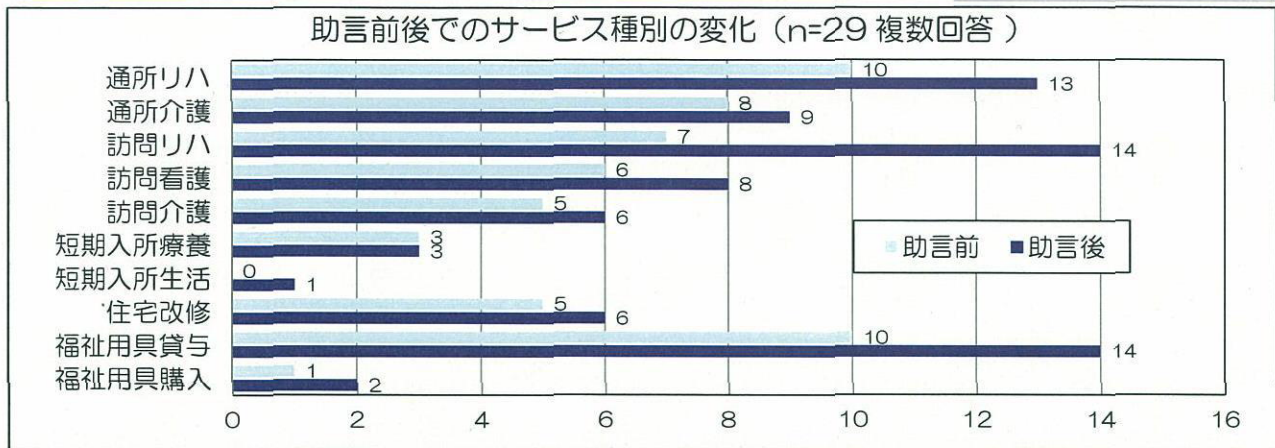


「包括的な在宅リハ提供拠点のあり方に関する研究」

ケアマネジャー支援モデル事業フロー図

| 実施内容 | 実施者 | |
|------------------------------|-----------|-----------|
| | モデル支援施設 | 居宅介護支援事業所 |
| 居宅介護支援事業所・かかりつけ医へモデル事業の説明と依頼 | 委員 | |
| ↓ | | |
| モデルケースの抽出 | | 介護支援専門員 |
| ↓ | | |
| 居宅サービス計画原案の作成(助言前) | | 介護支援専門員 |
| ↓ | | |
| モデルケースの診察・評価 | リハ医・PT・OT | |
| ↓ | | |
| 介護支援専門員への助言 | リハ医・PT・OT | |
| ↓ | | |
| 居宅サービス計画原案の作成(助言後) | | 介護支援専門員 |
| ↓ | | |
| サービス担当者会議の開催 | 委員(原則参加) | 介護支援専門員 |
| ↓ | | |
| 居宅サービスの提供 | | |
| ↓ | | |
| モニタリング | | 介護支援専門員 |
| ↓ | | |
| モデルケースの再評価 | PT・OT | |
| ↓ | | |
| 介護支援専門員へのヒヤリング調査 | 委員 | 介護支援専門員 |

ケアマネジャー支援モデル事業結果



平成22年度「包括的な在宅リハビリテーション提供拠点のあり方に関する研究」(厚労省補助金事業)²⁴

地域リハビリテーションの定義と推進課題



地域リハビリテーションとは、
 障害のある人々や高齢者およびその家族が、
住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、
いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活
にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの
立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

1. 直接援助活動
 1. 障害の発生予防の推進
 2. 急性期～回復期～維持期リハの体制整備
2. 組織化活動(ネットワーク・連携活動の強化)
 1. 円滑なサービス提供システムの構築
 2. 地域住民も含めた総合的な支援体制作り
3. 教育啓発活動
 1. 地域住民へのリハに関する啓発

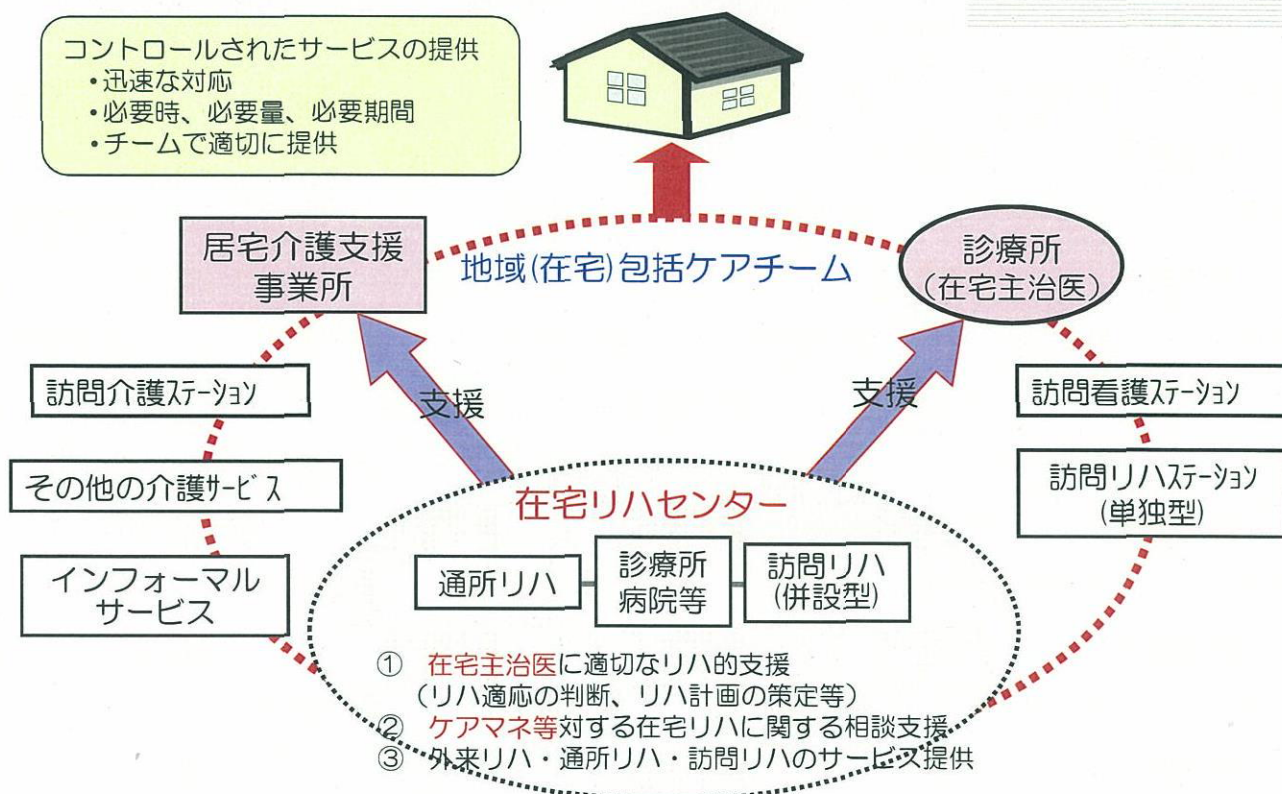
(日本リハビリテーション病院・施設協会 1991)(2001改定)



- これらの目的を達成するためには、障害の発生を予防することが大切であるとともに、あらゆるライフステージに対応してリハビリテーション・サービスが継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。
- ことに医療においては廃用症候の予防および機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーション・サービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。
- また、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できる限り社会参加を促し、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう専門的サービスのみでなく地域住民も含めた総合的な支援がなされなければならない。
- さらに、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。

(日本リハビリテーション病院・施設協会 2001改定版)

今後の在宅リハ推進：在宅リハセンター案



(『高齢者リハ医療のグランドデザイン』日本リハ病院・施設協会 2007年、三輪書店)

介護保険におけるリハビリ提供量の 拡大について

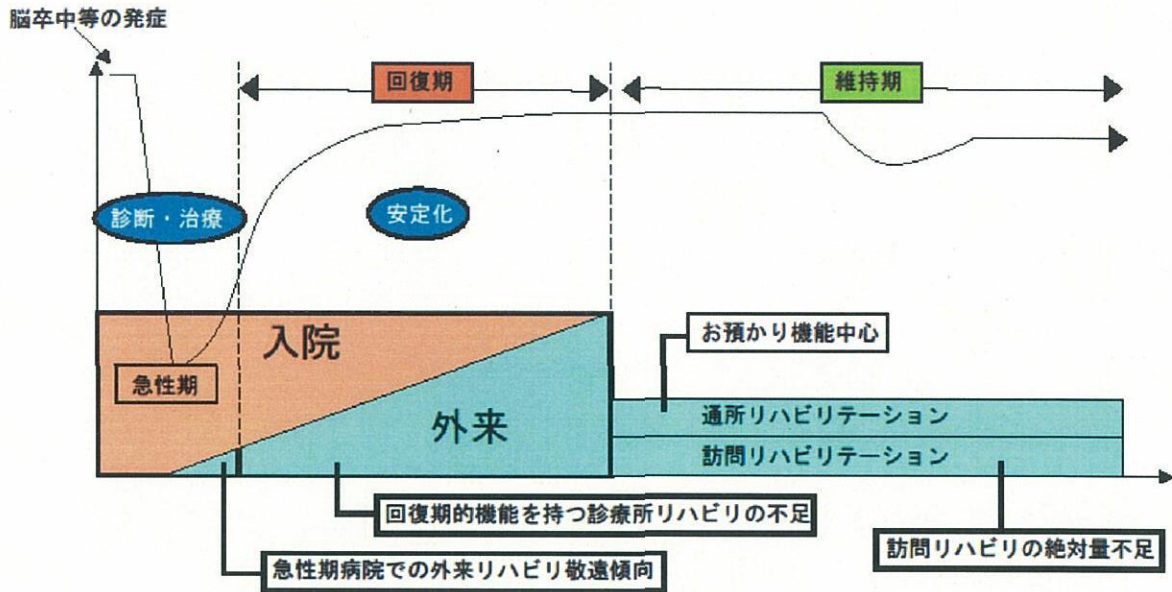
— リハビリ専門職(PT・OT・ST)の視点から —

(社)日本理学療法士協会
(社)日本作業療法士協会
(一)日本言語聴覚士協会

高齢者リハビリ研究会報告(平成16年)

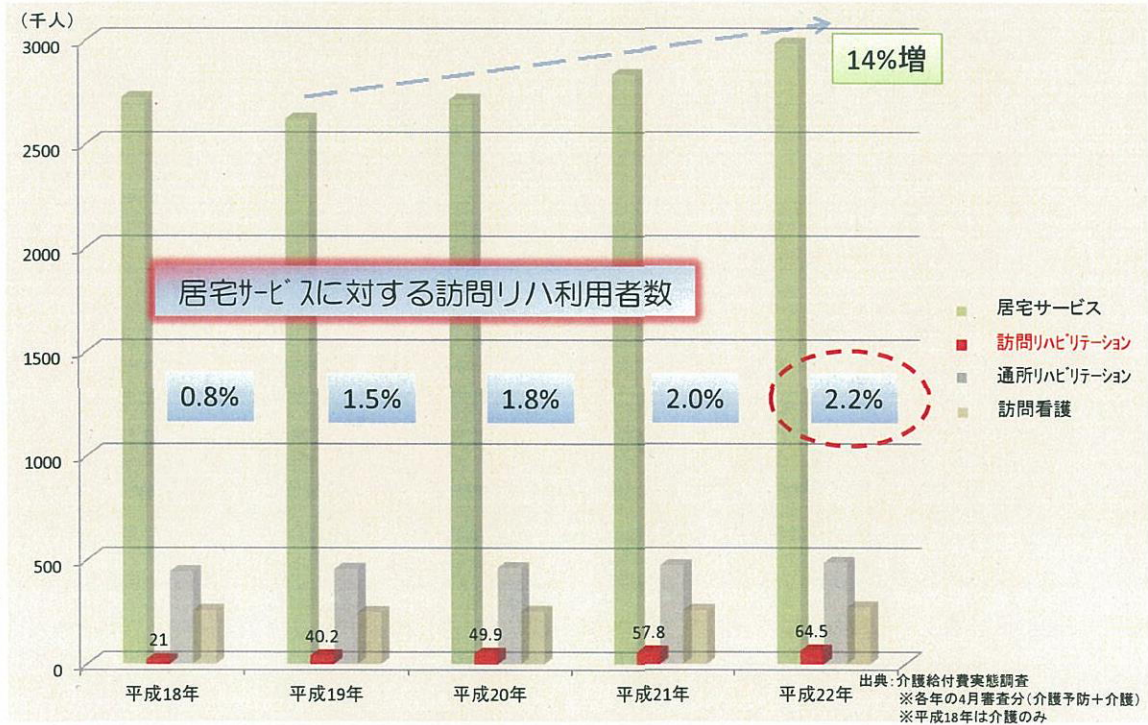
- 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリ医療が十分行われていない。
- 長期にわたって効果の明らかでないリハビリ医療が行われている。
- 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- リハビリとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリとケアが混在して提供されているものがある。
- 在宅におけるリハビリが十分でない。

＜在宅者へのリハビリテーションの役割分担と現状＞



医療保険・介護保険ともに、在宅者へのリハビリ提供量が欠如

リハビリ前置主義による介護保険の効率化は？

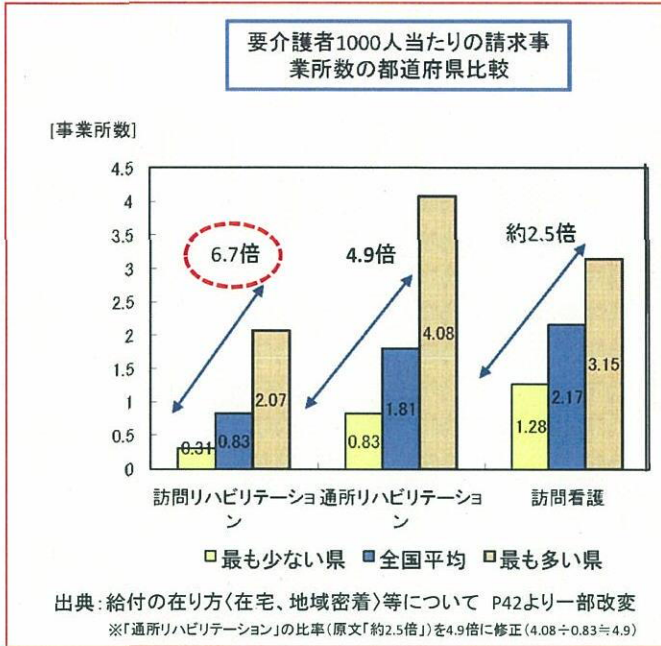


絶対量が少ない在宅でのリハビリサービス

都道府県別在宅サービスの比較

(第29回社会保障審議会介護保険部会資料より)

【訪問リハの利用状況と課題】



【利用状況と課題】

1. 訪問リハビリの受給者数、事業所数は増加傾向
2. 都道府県ごとに設置状況に差があり、十分にサービスが提供できていない



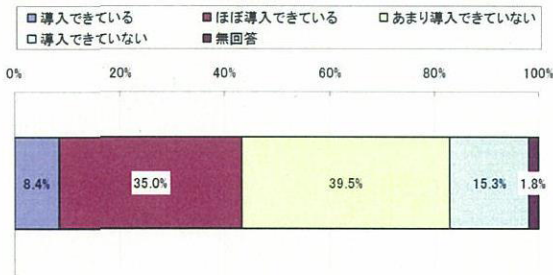
〈論点〉

訪問リハビリの大きな地域格差

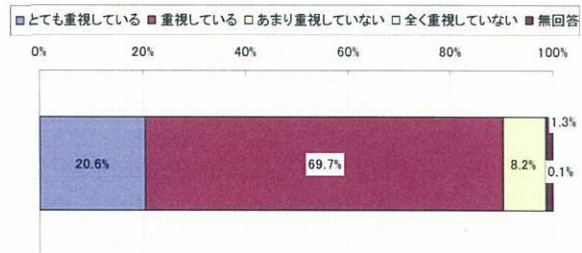
介護支援専門員への訪問リハに関するアンケート

発送数5000 回収数1388(27.8%)

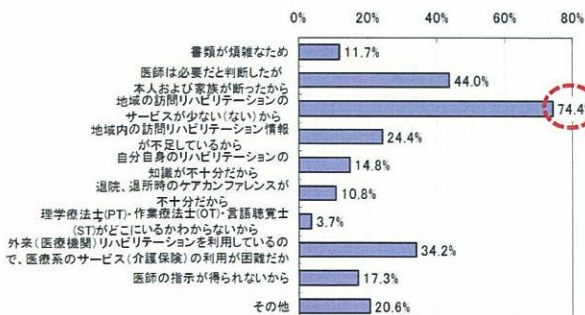
リハビリテーション必要者への適切な導入



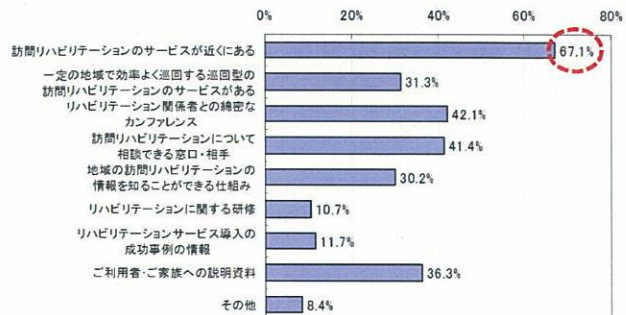
リハビリテーションサービスの重要性



導入が適切にできていない理由

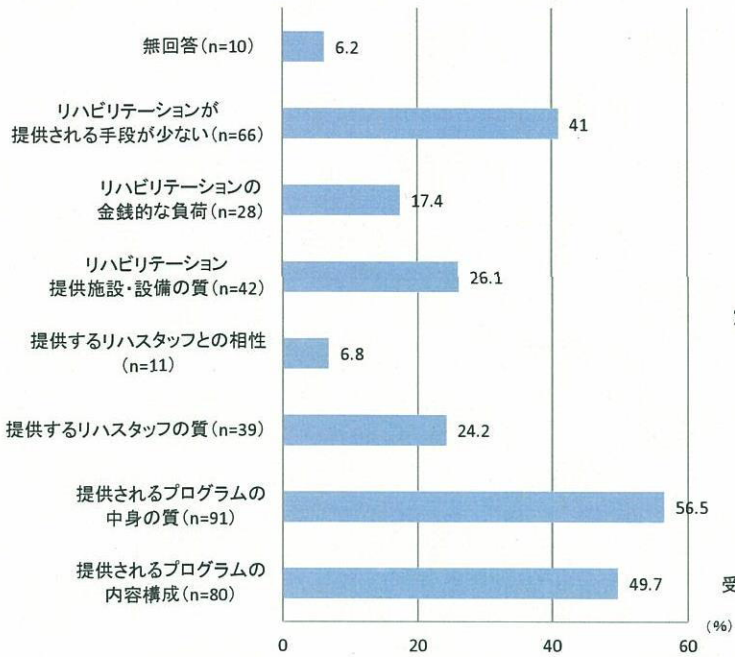


リハビリテーションサービス円滑導入のため必要な施策

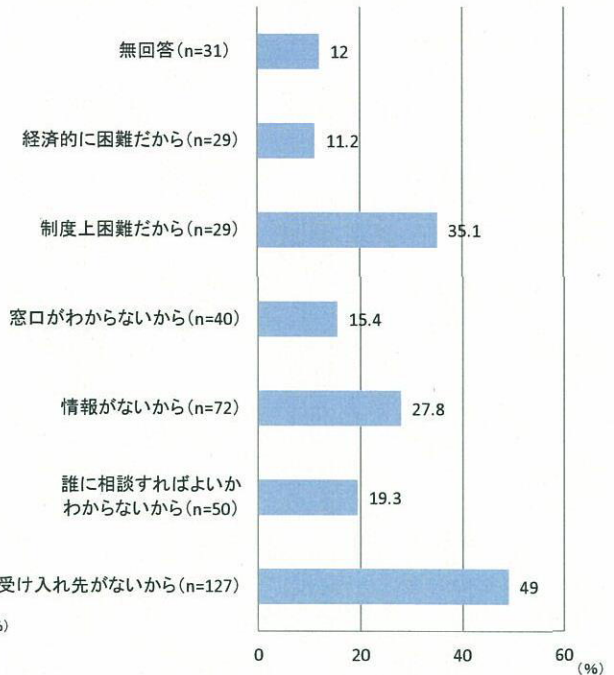


介護保険のリハビリテーションに関する利用者調査

リハビリテーションに対する患者の不満
(介護保険)



必要にもかかわらず、リハビリテーションを受けていない理由
(介護保険)



平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業
医療保険と介護保険における効率的・効果的リハビリテーション連携のための調査
社団法人日本理学療法士協会

リハビリ提供体制に対する現状認識

[介護保険部会での意見(22年度)]

- ・リハビリテーションについては、(中略)活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- ・しかしながら、(中略)十分にリハビリテーションが提供されていない状況がある。

[地域包括ケア研究会報告書(22年)]

- ・(前略)、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリが提供されていない。
- ・在宅生活を支える他の訪問系サービスとの連携が不十分であり、一体的な提供ができていない。

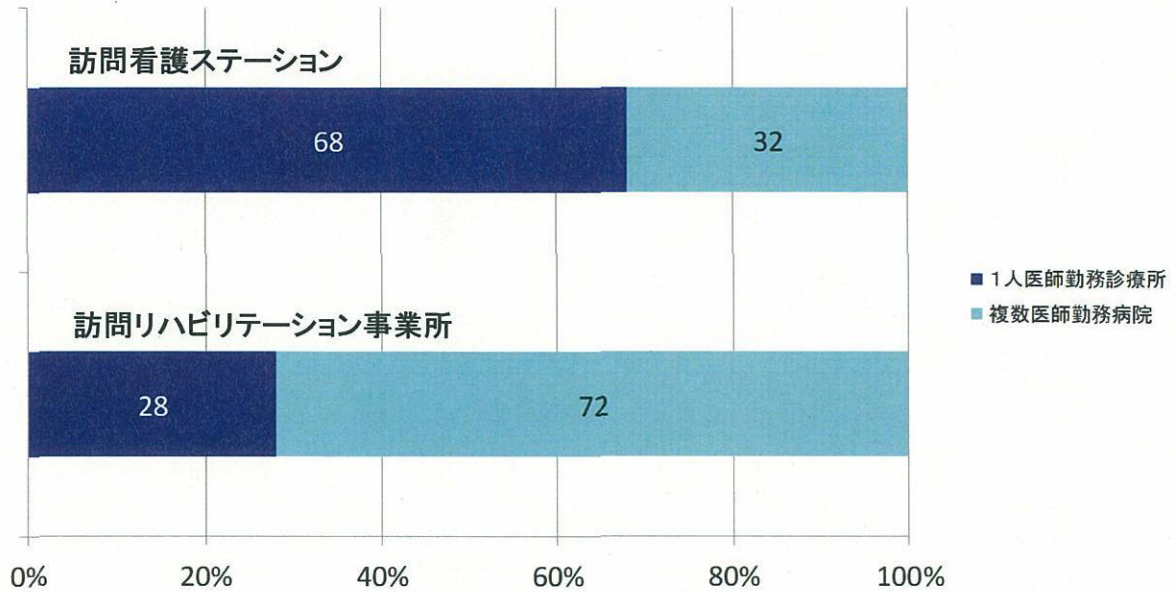
リハビリ提供量拡大のための具体的な提案

1. 老人保健施設
 - ・ 短期集中リハビリテーションの機能強化
 - ・ 個別リハビリテーションの重点化による老健機能強化
 - ・ 訪問リハビリテーション期間の6か月までの延長
2. 訪問リハビリテーション事業所
 - ・ 指示書体系の簡素化による効率化
 - ・ 訪問リハビリ事業所のステーション化による重点化
3. 訪問看護ステーション
 - ・ 事業名「訪問リハビリテーション」の明記 = 「見える化」
4. 共同利用型の訪問リハビリステーション
 - ・ 数の確保による絶対量と地域格差の是正

共同利用型の訪問リハビリステーションの理念

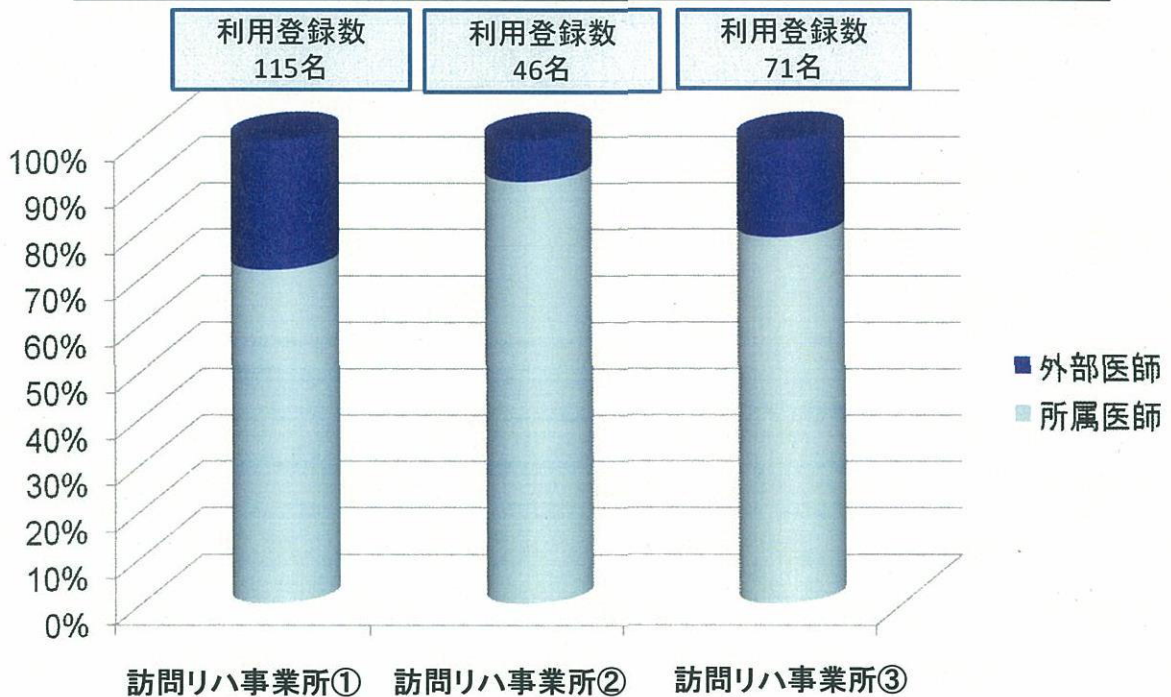
障害者や高齢者が、住み慣れた地域において、**尊厳のある自立した生活**ができるよう、**医師の指示**に基づき、訪問看護や訪問介護との**一体的連携**の下に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者の生活の場において、**心身機能の維持・向上**や**生活活動の維持・拡大**等に関する**包括的機能**を持つ専門機関です。

訪問リハビリテーションの指示書について (医師の勤務先属性別にみた指示書数：医師数47名：H22年)



訪問Sのリハビリは、訪問リハビリ事業所に比べて地域の医師から広く共同利用されている。

訪問リハビリテーション事業所 外部医師からの指示書割合 (H22年)



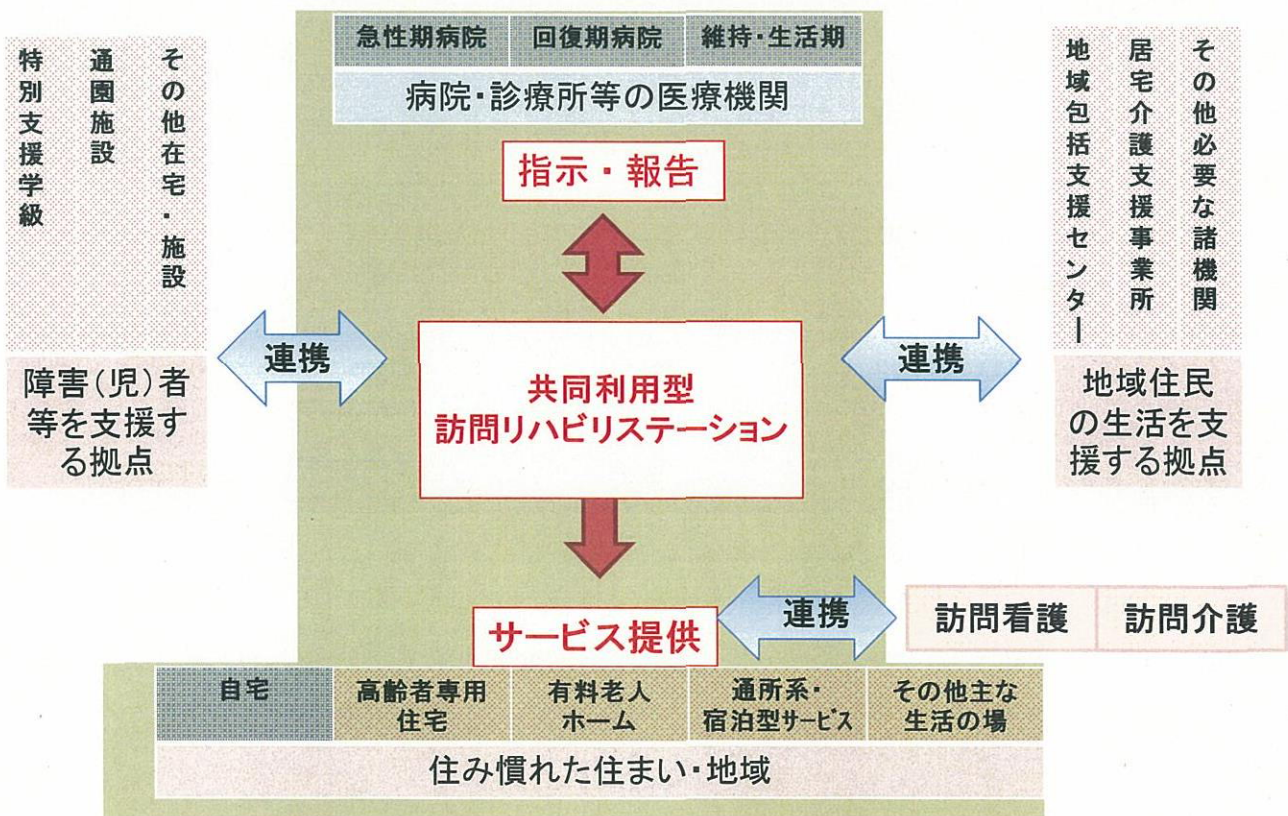
利用者の多くが自院患者で占められている

共同利用型訪問リハビリテーションの機能

1. 訪問看護・訪問介護との一体的連携によるサービスの提供
2. 生活機能・障害のアセスメント
 - ・地域包括ケアを自立支援の視点よりマネジメント
 - ・予後予測によるリハビリテーションニーズの把握
3. 心身機能へのアプローチ
 - ・心身機能の改善
 - ・廃用症候群の予防と改善
 - ・認知症の予防と改善
4. ADL・IADLへの実践的アプローチ
 - ・生活場面における尊厳ある自立を目標
5. 社会参加拡大へのアプローチ
 - ・社会資源活用の援助に関する助言
 - ・家族及びヘルパー等に対する介助方法等の指導・助言
 - ・補装具・福祉用具利用・住宅改修に関する指導・助言

13

共同利用型訪問リハビリテーションの機能



共同利用型訪問リハビリステーション設置基準

設置主体：法人格を有すること

管理者：原則として常勤のリハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

人員基準：リハビリ専門職を3.5人以上配置

：1名を常勤配置(管理者含めて2名)

：リハビリ専門職すべて配置(言語聴覚士については時限的に対応)

資料1

訪問リハビリテーションに関わる各研修会

中央での研修

訪問リハビリテーション管理者研修会

Step1 : 3日間

Step2 : 3日間

Step3 : 3日間

→ 9日1クール

Step1 : 1119名

Step2 : 669名

Step3 : 162名

訪問リハ地域リーダー育成研修

・ 全都道府県士会より推薦された指導者
となり得るものを対象とした研修

324名

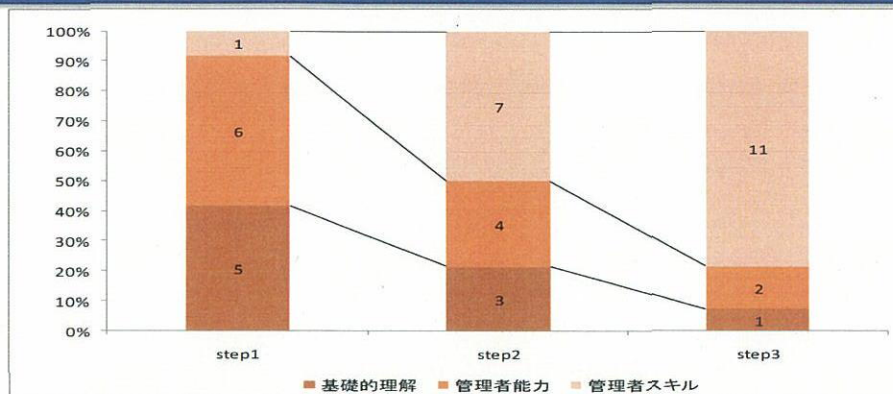
各都道府県単位での研修

訪問リハビリテーション実務者研修

・ 訪問リハビリテーションに従事する、
実務者を対象とした研修

5939名

管理者研修会項目別分布と内容



管理者研修会
3日間×3回
(STEP1・2・3)
39単位(90分/単位)



管理者研修講義種別及び講師

| 講義種別 | 講師 | 講義種別 | 講師 |
|---------|-------------------|------------|--------------|
| 制度論 | 主務官庁 | 専門知識技術論1 | リハビリテーション専門医 |
| 方針論 | 全国リハビリテーション病院施設協会 | 専門知識技術論2 | 在宅医 |
| 連携論 | 関連職種 | 支援論 | 介護支援専門員 |
| 効果論 | 全国訪問リハビリテーション振興会 | 経営実践論 | 公認会計士 |
| 技術論1 | 3協会 | 組織運営管理論1 | 3協会 |
| 期待論 | 3協会 | 組織運営管理論2 | 3協会 |
| 技術論2 | 在宅医 | プレゼンテーション論 | 社会福祉系教職員 |
| 管理運営論 | 社会保険労務士 | 判断方針論 | ワークショップ |
| 人材育成論 | キャリアカウンセラー | 訪問リハ哲学論 | 3協会 |
| 事業展開論 | 3協会 | リスクマネジメント論 | 保険会社 |
| 経営労務管理論 | NPO全国在宅リハ考える会 | 救急救命論 | 在宅医 |

- ・コンプライアンスの遵守
- ・医学的リスク管理
- ・経営的リスク管理
- ・管理能力の向上

STEP3最終日
筆記試験

通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションサービスのあり方について

一介護予防、地域支援事業に関して一

(社)日本理学療法士協会
(社)日本作業療法士協会
(一)日本言語聴覚士協会

現状:介護予防、地域支援事業の課題

- 短期的な効果は認められている
しかし、要支援、要介護者の増加している
- 獲得した能力が、生活の中で活かされていないのではないか？
- サービス形態が、ニーズ優先でなく、施設のプログラム優先ではないのか？
- 生活課題に焦点をあてた、取り組みは、要支援、要介護者の縮減に効果があるのではないか？

平成20年～平成22年 老人保健増進推進等事業

「生活行為マネジメントを活用した総合サービスモデル
のあり方研究事業」を通して

対象:通所リハビリテーション参加者

- 介入群:87例
個別の生活課題(調理、買い物、掃除など)の改善を
目的に、利用者参加型のアセスメント、プログラム立案、
実施を行なった。
- 非介入群:86例
従来の方法で実施

(介入群、非介入群の対象者は、ほぼ、同じ特性)

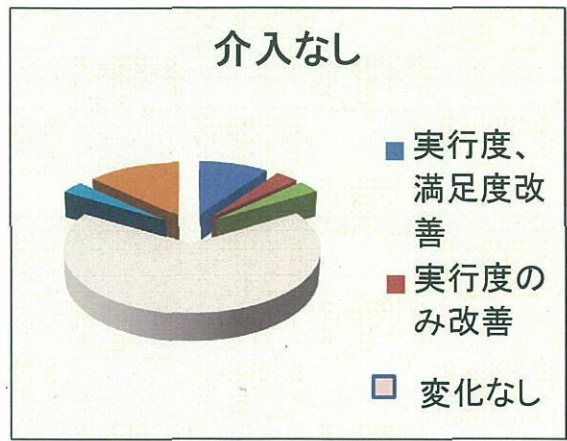
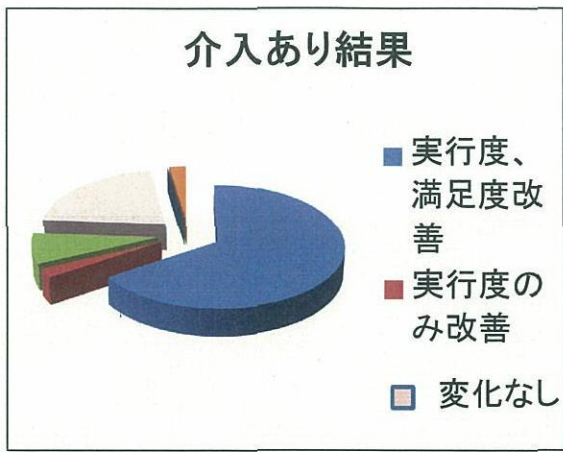
具体的生活課題の改善を中心とした取り組み
3か月間 介入内容

○ IADLなど生活課題への対応:(55名 70.5%)

| 種目 | 料理 | 買い物 | 畑 | トイレ | 洗濯 | 階段 | 入浴 | 外出等 |
|----|----|-----|---|-----|----|----|----|-----|
| 件数 | 12 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 |

ADLへの対応(62名 79.5%):歩行、ADLなど

身心機能への対応(72名 92.5%):筋力、関節、座位、立位

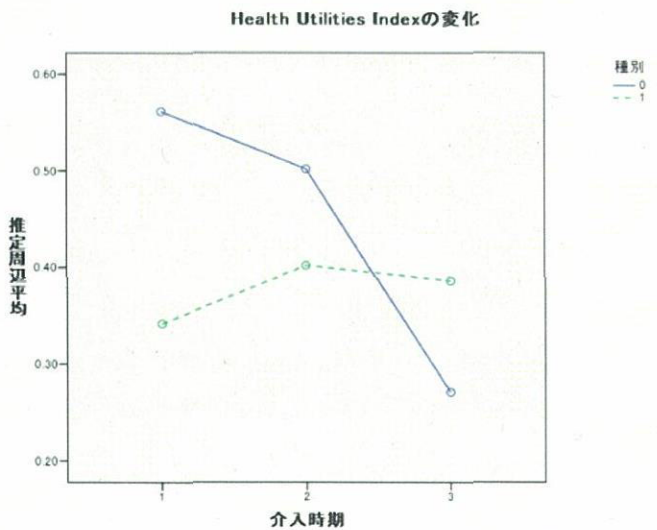
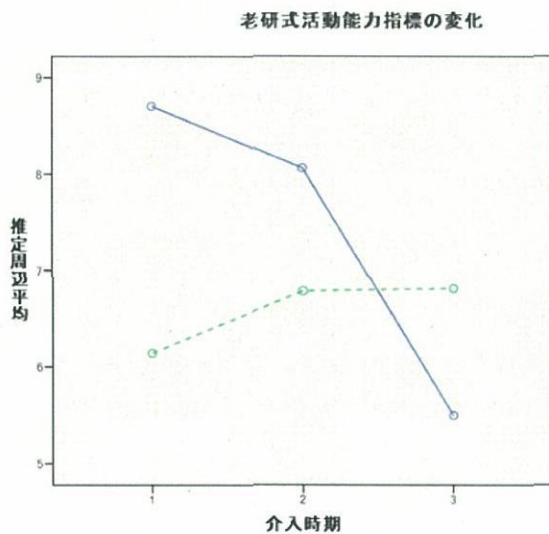


| | | | |
|--------------|-------|------|--------|
| 介護認定調査票での改善度 | 身体・基本 | 4.2名 | (1.6名) |
| | ADL | 3名 | (0.8名) |
| | IADL | 5.4名 | (1.9名) |

老健式活動能力指標
どの改善度

| | 改善 | 維持 | 悪化 | 合計 |
|-----|-------|-------|-------|------|
| 介入 | 29 | 36 | 11 | 76 |
| | 38.1% | 47.4% | 14.5% | 100% |
| 非介入 | 18 | 35 | 23 | 76 |
| | 23.7% | 46.0% | 30.3% | 100% |

1年後の変化



介入例: 42例 非介入例: 11 介入例、維持している

平成21年度介入者へのアンケート調査

(平成22年10月～12月実施)

対象:87名 アンケート回収67名(77%)

| | | | | |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| 昨年実施した 生活課題への 意識 | いつも意識 | 時々意識 | あまり意識し ない | まったく意識 しない |
| | 29 (43,3%) | 23 (34,3%) | 13 (19,4%) | 2 (2,9%) |

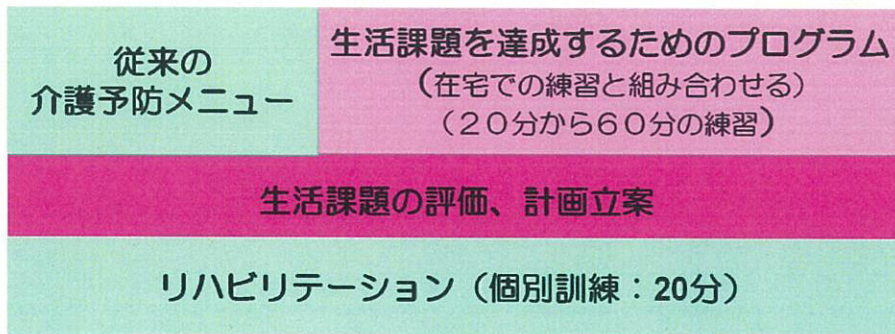
| | | | |
|------------------------|------------|------------------|------------|
| 新たな生活課 題への取り組 み: | 取り組んでいる | 以前は取り組み、 今は無し | 取り組んでいない |
| | 28 (41,8%) | 8 (11,9%) | 31 (46,3%) |

| | | | | | |
|--------------|----------|------------|------------|-----------|----------|
| 1年後の 体の変化 | 良くなった | 少し良い | 変わらない | 少し悪い | 悪い |
| | 5 (7,5%) | 17 (25,4%) | 37 (55,2%) | 7 (10,4%) | 1 (1,5%) |

| | | | | | |
|----------------|----------|------------|------------|----------|----|
| 1年後の気 持ちの変化 | 良くなった | 少し良い | 変わらない | 少し悪い | 悪い |
| | 3 (4,4%) | 24 (35,8%) | 35 (52,2%) | 4 (5,9%) | 0 |

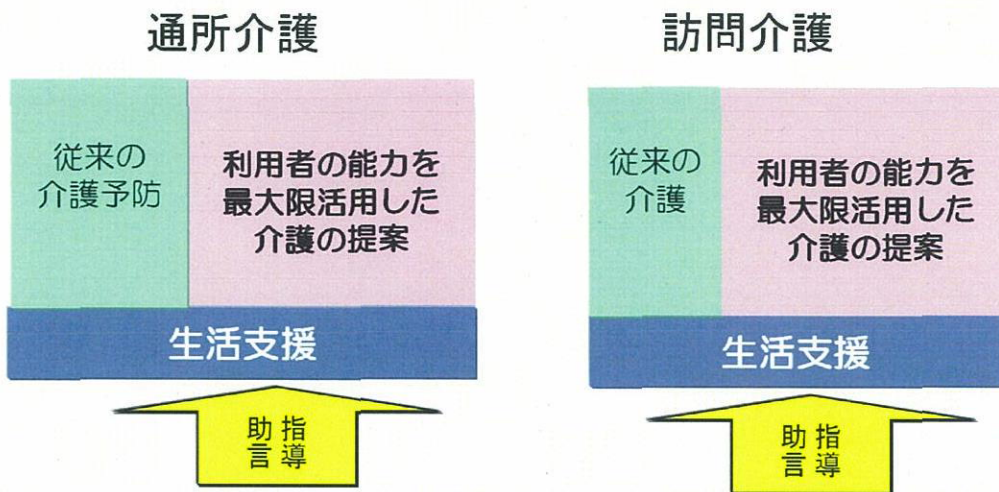
提案 1

通所リハビリテーションでの提案



通所リハビリテーションにおいても、**在宅で生活課題(社会適応練習)**の練習が出来る体制の整備をお願いしたい。

20分1単位から3単位まで、目的に応じて柔軟な対応が可能な体制



- 訪問介護との連携における自立支援の課題**
- 家事援助を受けている軽度認定者に対し、リハ専門職の専門性が活かされていない。
 - ヘルパーとの同行訪問による支援は効果的である。
 - 出来る能力についての「見きわめ」が大切。

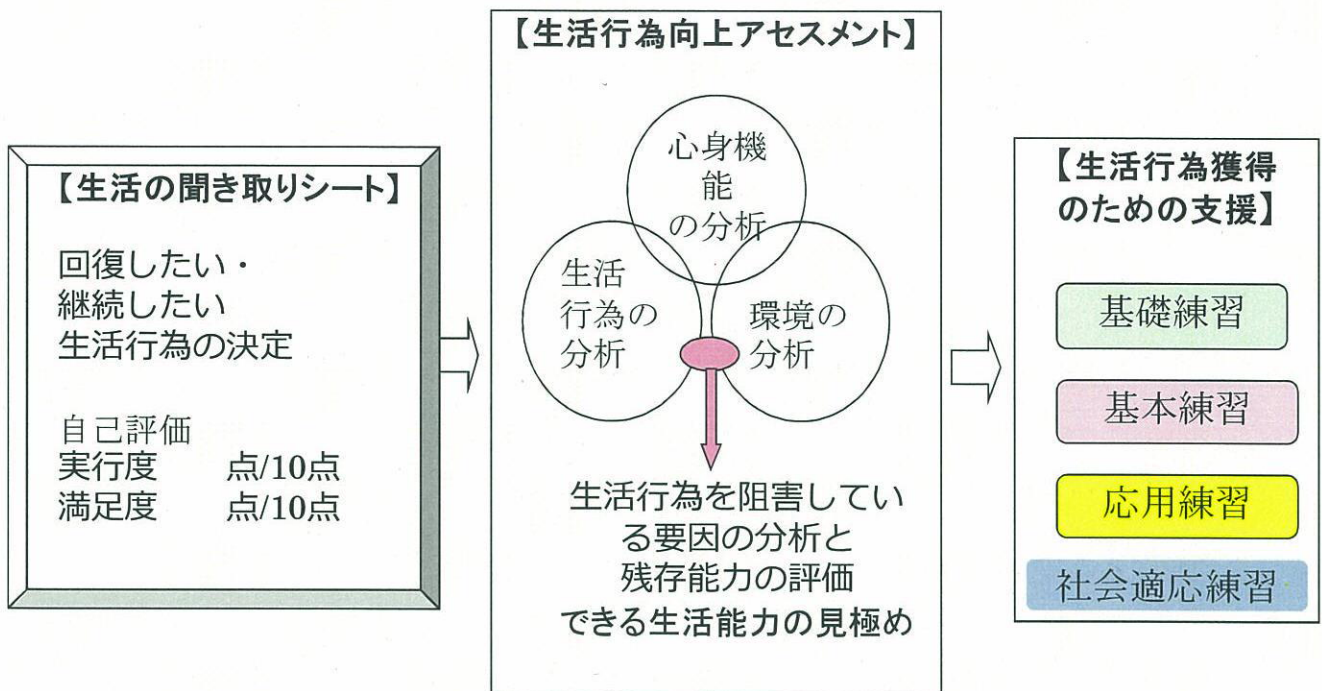
地域包括支援センターへのリハ専門職の配置促進

地域支援事業、及び、介護予防事業において、具体的な生活課題の達成に向けた支援を行ない、維持改善を図れる

要介護者の縮減に効果がある



介護保険費用を抑制できる



目標生活行為の種類と内訳

基本的ADL: 15種目

| | |
|--------------|---|
| 歩行 | 8 |
| 排泄 | 6 |
| 衣服の着脱 | 2 |
| 階段昇降、入浴、会話など | 1 |

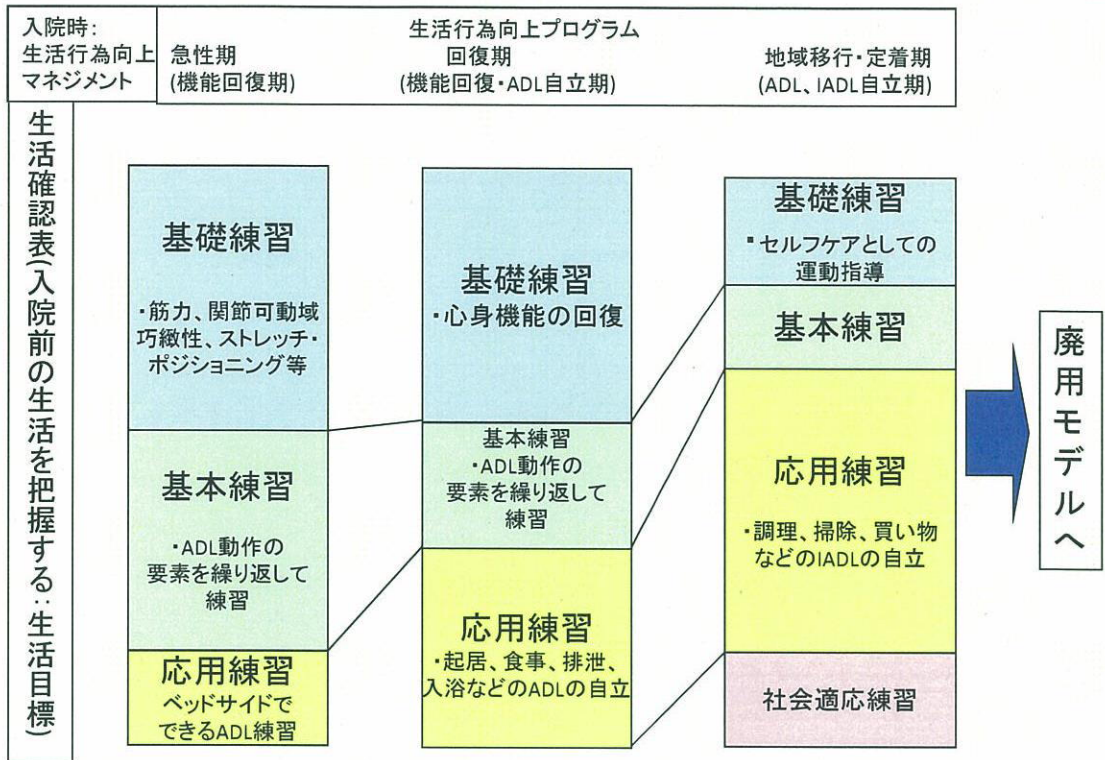
手段的ADL: 30種目

| | |
|-------------------|----|
| 料理 | 17 |
| 買い物、外出 | 12 |
| 犬の散歩 | 4 |
| 植木の手入れ、洗濯、畠仕事、ミシン | 3 |
| 食事に行く、パソコンなど | 2 |
| 草むしり、フランス料理を作る など | 1 |

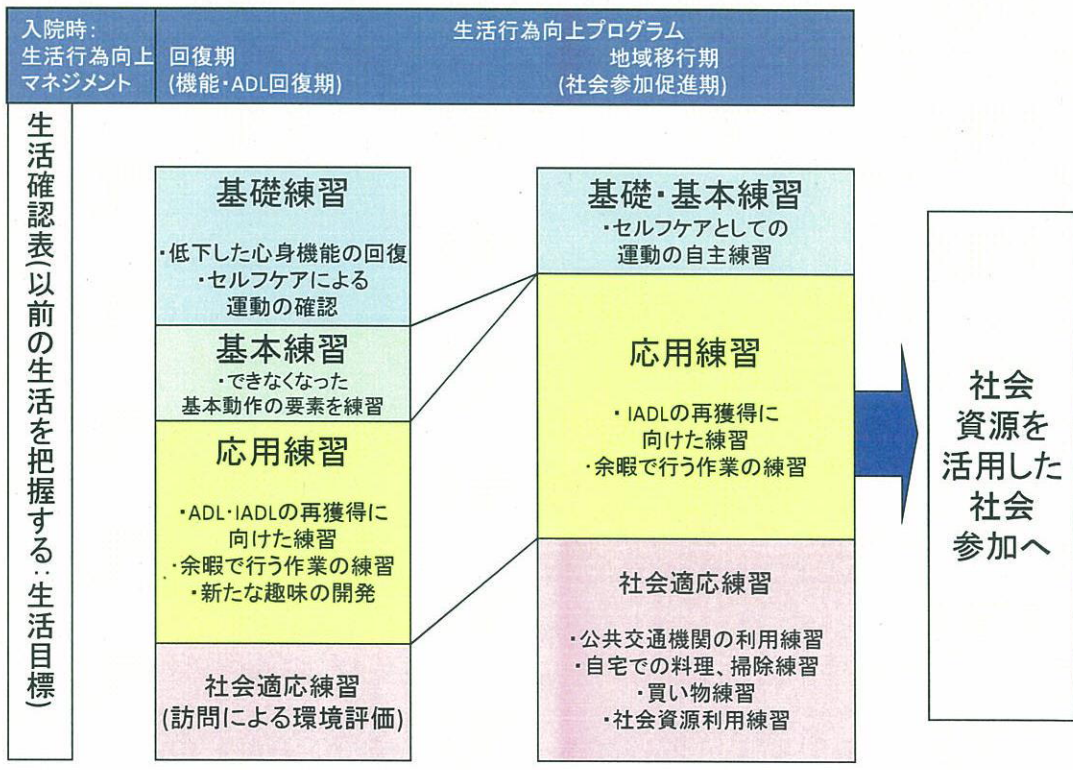
趣味・社会参加: 38種目

| | |
|--|----|
| 散歩 | 17 |
| 旅行 | 7 |
| 書道 | 6 |
| 花の世話、ボランティア | 3 |
| カメラ、グランドゴルフ | 2 |
| 編み物、将棋、囲碁 折り紙、絵画、カラオケ、社交ダンス、日曜大工、同窓会出席 孫に会いに行く | 1 |

脳卒中モデル【例】

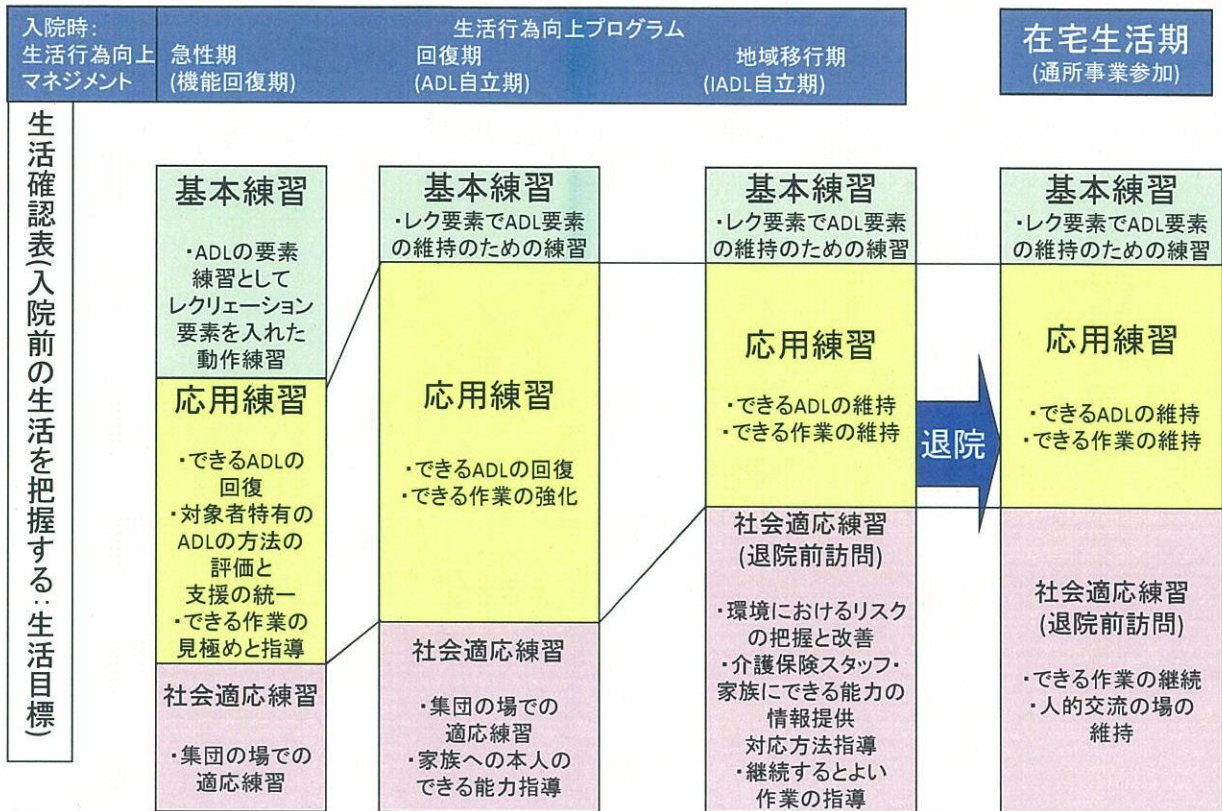


廃用症候群事例モデル【例】



認知症事例モデル【例】

資料 5



介入1年後の変化

資料 6

生活行為向上マネジメントの介入を3ヶ月実施した群を介入群とし、従来の支援を提唱した群を対照群とし、介入1年後対象者の状況を調査した(平成22年度)

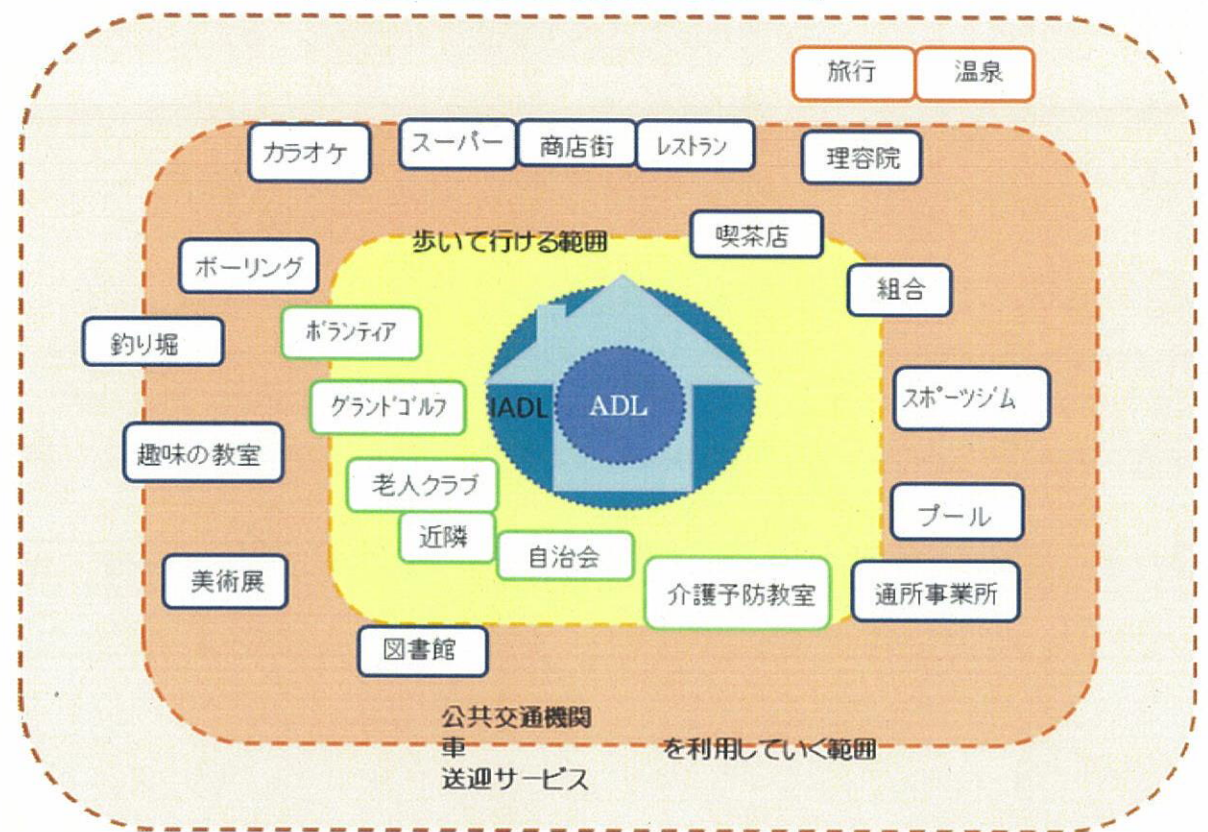
(1) 対象者基本情報

| | 介入群 (n=42) | 対照群 (n=11) |
|----|------------|------------|
| 年齢 | 73.1 ± 9.6 | 85.1 ± 5.2 |
| 性別 | 男23名 女19名 | 男4名 女7名 |

介入群において有意に維持 対象群で悪化

| | 介入 n=42 | 介入1年後 リハ回数2.1 | 非介入 N=11 | 非介入1年後 リハ回数2.2 |
|------|------------|------------------|-------------|-------------------|
| 要支援1 | 3 | 3 | 2 | 0 |
| 2 | 8 | 8 | 4 | 3 |
| 要介護1 | 5 | 8 | 2 | 4 |
| 2 | 11 | 11 | 2 | 3 |
| 3 | 13 | 8 | 1 | 1 |
| 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | 2 | 0 | 0 | 1 |

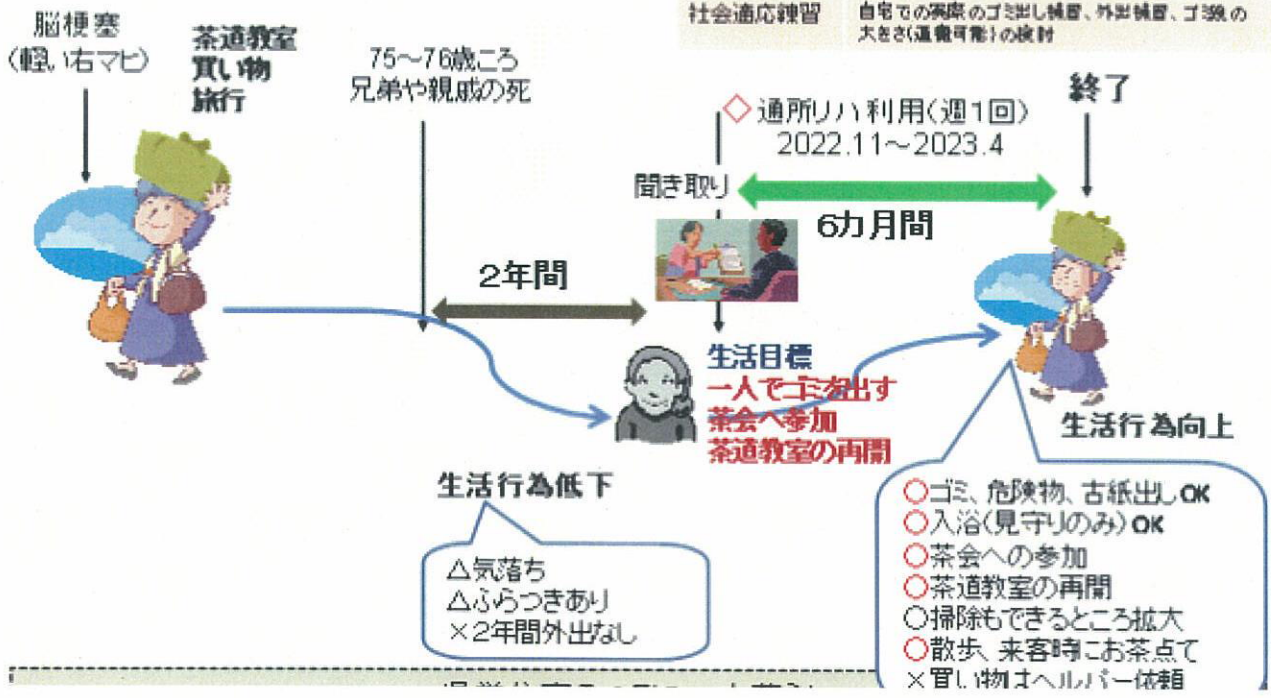
1年後の活動の広がり



6 支援事例の実際

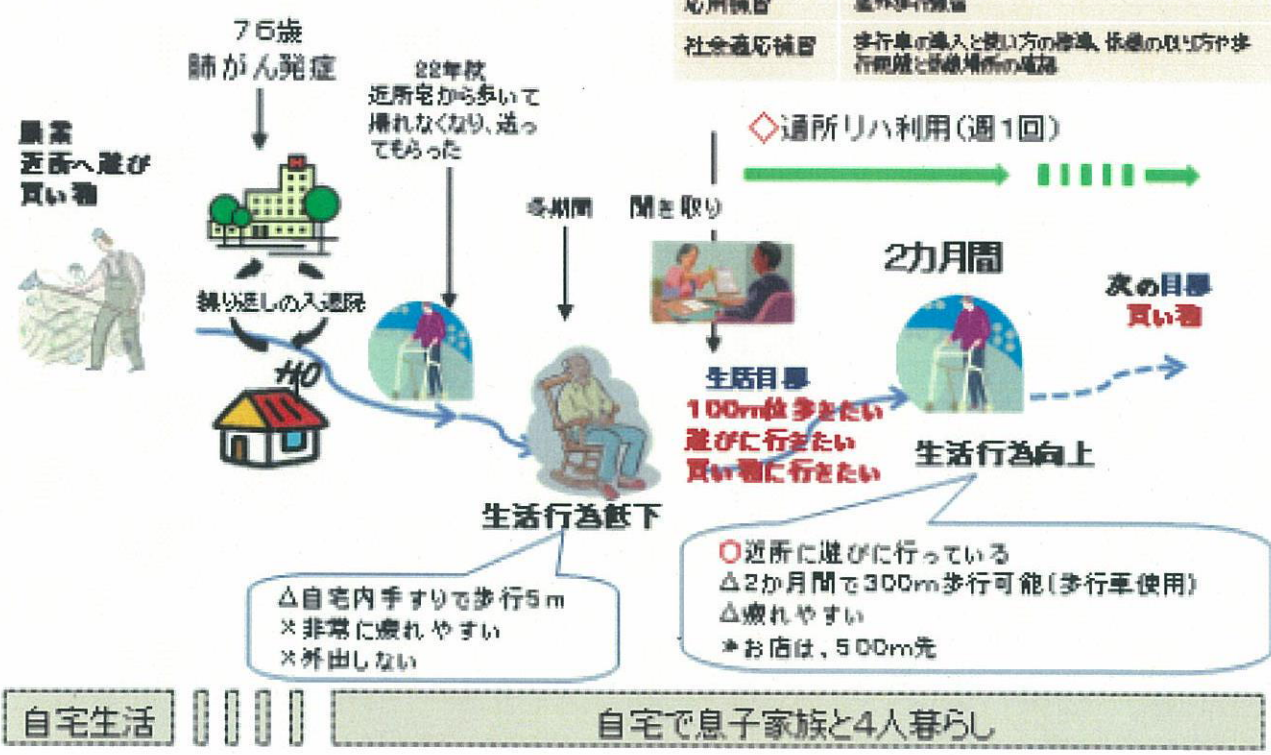
事例1.
6カ月間で元気な生活を取り戻した、
一人暮らししている79歳の女性

| 通所リハで実施した内容 | |
|-------------|-------------------------------------|
| 基礎練習 | 筋力トレーニング、バランス練習、他者との交流 |
| 基本練習 | 床からの立ち上がり練習、屋外歩行練習、階段昇降、物の運搬練習 |
| 応用練習 | ゴミ袋を持つての歩行や階段昇降、お茶入れ |
| 社会適応練習 | 自宅での実際のゴミ出し練習、外出練習、ゴミ袋の大きさ(運搬可能)の検討 |



事例2.
再び、近所に遊びに行くようになった、
81歳の肺がんの男性

| 通所リハで実施した内容 | |
|-------------|----------------------------------|
| 基礎練習 | 筋力強化、期回体操、世帯ごとの交流 |
| 基本練習 | 床から6m立ち上がり練習、廊下での歩行練習 |
| 応用練習 | 屋外歩行練習 |
| 社会適応練習 | 歩行車の導入と使い方の指導、休みの取り方や歩行距離と歩数増の記録 |



訪問介護におけるリハ職の関与の効果

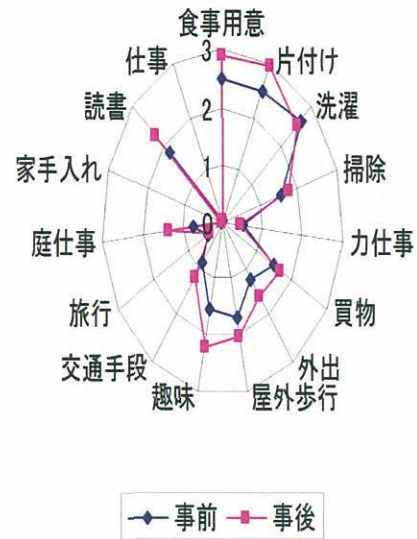
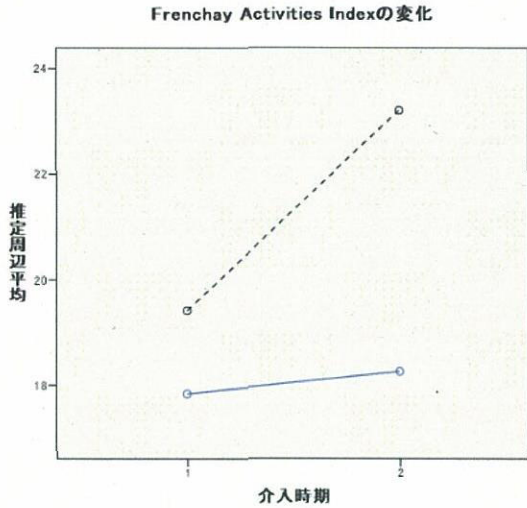
訪問介護による家事援助を受けている者に対し、作業療法士が生活行為向上マネジメントを実践、ヘルパーに生活行為向上プログラムを助言・指導、訪問介護時にプログラムを週1回、計12回の実践を行った。

(1) 対象者の基本情報

| | 介入群 (n=19) | 対照群 (n=19) | p値 |
|------------|------------|------------|-------|
| 年齢 | 81.0±5.8才 | 83.8±4.3才 | 0.088 |
| 性別 (男性/女性) | 1名/18名 | 5名/14名 | 0.180 |
| 要介護度 | | | |
| 要支援1 | 10名(52.6%) | 9名(47.4%) | 0.168 |
| 要支援2 | 6名(31.6%) | 7名(36.8%) | |
| 要介護1 | 3名(15.8%) | 3名(15.8%) | |

(2) 家事等IADLの評価(Frenchay Activities Index)の変化

家事等IADLの評価では、対照群に比較して介入群に有意な改善が得られた ($P<0.05$)。介入群において特に趣味・庭仕事の項目に有意な改善がみられた。



平成 23 年 7 月 28 日

第 77 回社会保障審議会介護給付費分科会における意見書

日本福祉用具・生活支援用具協会 (JASPA)

日本福祉用具・生活支援用具協会 (以下 JASPA という) は、福祉用具の製造事業者を中心に、流通及びその他関連する事業者で構成されている協会です。2003 年 4 月に設立されました。JASPA では、福祉用具の JIS 規格策定等、福祉用具について更なる安全な製品を開発する仕組みづくりの活動等を行っています。

次期の介護報酬の見直しに当たっての JASPA としての意見・要望は下記の通りです。

1. 「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」で報告された財団法人テクノエイド協会の利用実態調査において、福祉用具が自立支援に有効であり、利用効果と利用者満足度も概ね高いという結果が出ております。改定に当たっては、このような福祉用具の有効性等を踏まえて、議論していただきたい。
2. 現在、介護保険対象種目になっている福祉用具は、消費生活用製品になっており、平成 19 年の消費生活用製品安全法 (略称：消安法) の改正により、製造事業者及び輸入事業者が自社製品の重大事故を知った場合、10 日以内に消費者庁に報告するよう義務付けられています。また、重大事故報告は速やかに公表されるよう制度化されました。
消安法の福祉用具重大事故情報は、再発防止のための資料として活用されておりますが、利用者の身体状況や 5W1H を付加させることにより、更に有効に活用できると考えております。
このような観点から、福祉用具貸与における個別援助計画が導入された場合には、重大事故発生時の要因分析のための記録としても活用できるよう検討していただきたい。

以上

福用協一第29号
平成23年7月28日

社会保障審議会
介護給付費分科会
会長 大森 彌 殿

社団法人 日本福祉用具供給協会
理事長 山 下 一 平



福祉用具における保険給付の在り方に関する要望

平成12年に施行された介護保険制度に、画期的ともいえる福祉用具貸与の仕組みが導入されたことにより、福祉用具の普及と認知度は大幅に広がり、居宅介護サービス受給者の約4割という多くの方が福祉用具貸与を利用されています。なお、(公財)テクノエイド協会が実施した、「介護保険における福祉用具サービスの利用実態及び有効性に関する調査」においても、福祉用具貸与による利用効果や利用者の満足度が高いこと等が明らかにされており、高齢者の日常生活に欠かせないサービスとなっています。

平成8年に設立した(社)日本福祉用具供給協会は、福祉用具流通の国内唯一の公的に認められた業界団体であり、協会傘下の事業所ではそれぞれ職員の資質の向上を図り、きめの細かい福祉用具サービスが提供できるよう努めると共に、多くの方に福祉用具を正しく認知されるよう普及活動等を行っています。

当協会として、介護保険制度における福祉用具については、下記1.及び2.の理由並びに現在貸与を主軸にした流通ネットワークが構築されており、更に利用者にも支持されていると思料されるので、貸与を原則とした現行制度を継続し、サービスの質の確保と更なる向上を目指すべきと考えています。なお、具体的な要望事項は3.のとおりです。

1. 福祉用具の有用性

(1) 自立支援と介護負担の軽減

福祉用具は、介護保険の基本理念となっている、要介護者等の自立を支援し、介護者の介護負担を軽減させる上で極めて大きな役割を果たしています。介護者の高齢化がより深刻化するなかで、介護者の負担を軽減することは必要不可欠となり、福祉用具の役割が一層高まると思われます。

(2) 生活の質(QOL)の向上

要介護者等が車いす等の福祉用具を利用することで、地域社会で活動することを可能にするなど、「生活の質」を向上させるためにも重要な役割を果たしています。また、身体機能の低下などで状態像が悪化した場合においても、福祉用具を活用することで、「生活の質」を維持することができます。

(3) 身体機能の維持・向上

要介護者の身体機能の低下を補うために、福祉用具を活用することで、ADLを維持・向上し、生活ニーズを拡大することができます。平成21年度に当協会で実施した、「状態像に応じた福祉用具の交換利用効果に関する調査」においても明らかになっています。

(4) 介護従事者の確保と腰痛予防等への寄与

介護サービスへのニーズが拡大することに伴い、介護従事者の確保が深刻な問題となっており、介護保険部会等でも検討課題として議論されているところです。福祉用具を有効活用することで、介護サービス従事者の介護負担の軽減や介護作業の省力化にも役立ち、介護従事者の腰痛予防等の環境整備に寄与できます。また、マンパワーの代替が可能となり、介護費用の削減効果も期待でき、持続可能な制度の構築につながります。

2. 貸与制度の有用性

福祉用具は、利用者の状態像の変化、環境の変化、介護者の状況等によって、変更することが多く、その変化に合わせる必要があり、加えて利用者へのモニタリングや福祉用具のメンテナンス等による安全性への対応が必要となるため貸与制度が原則とされており、飽くまでも購入は例外的な対応になっています。購入の場合にはこのような変化等に対して適時適切な対応ができないこと、並びに再度購入し既存の用具は廃棄処分せざるを得ず既存商品のリサイクルにつながらないこととなります。

(財)テクノエイド協会の調査においても、ほぼ全ての事業所で概ね6カ月に1回以上のメンテナンスが実施され、福祉用具の返却理由の約53%が利用者本人の状態像の変化・介護環境の変化等によるものであり、また、利用期間の約70%が利用開始から1年未満となっていることから、貸与制度が有効活用され、利用者の状態や意向の変化等に応じた柔軟な変更が行われていることが明らかになっています。貸与制度の利点は次のとおりです。

(1) 必要に応じて何度でも適合調整するために、返却・交換することができます。

(2) 種目内での交換や他種目間での交換をすることができます。

(自走式車いすから介助式車いすへの変更、車いすから歩行器への変更)

(3) 必要な時に必要な期間だけ使用できます。

(4) 不要になった時は、返却・交換ができます。

(リース契約では貸出期間は固定となり、容易に返却・交換が出来ない)

(5) 福祉用具の納品後も、常時、利用者へのモニタリングや福祉用具のメンテナンス、商品やサービス内容の継続的な情報提供が受けられ、安全性が確保されます。

(6) 廃棄物の排出抑制、資源消費の節約につながります。

3. 福祉用具制度への要望

(1) 軽度者への福祉用具の適用

平成 18 年度の改正により、軽度者の方については福祉用具の利用が制限され、自立に向けての拠り所をなくし不自由を余儀なくされています。福祉用具が必要か否かは介護度や疾病等だけではなく、身体状況、環境等も判断基準に加え、真に必要な場合には、軽度者であっても給付対象とされますようご検討をお願いいたします。

(2) 対象種目の追加

現行の貸与種目では、介護予防と居宅介護を促進するには不十分であると思われます。例えば、自立支援のための用具、身体機能の維持・向上や機能回復訓練のためのリハビリ用具、外出を支援し転倒を防止する歩行補助用具、介護従事者の腰痛予防等の介護負担の軽減に寄与する用具、介護力の省力化につながる用具、安否確認を行う見守り用具などを積極的に対象種目に取り入れていただきますようお願いいたします。

(3) 病院・施設の利用者への福祉用具貸与の適用

地域包括ケアで掲げる入院・退院、入所・退所、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供を行うためには、病院・特別養護老人ホーム等の施設と在宅との環境の共有化は不可欠と思われます。病院や施設への福祉用具貸与を適用することで、地域・在宅ケアとの連続したサービスが可能となり、利用者の自立・生活支援が促進されます。このため病院・施設の利用者に対しても福祉用具貸与サービスが適用されますようご検討をお願いいたします。

(4) 消毒設備(衛生)基準等の見直し

居宅サービス等の運営基準第 203 条に、「回収した福祉用具を、その種類、材質等から見て適切な消毒効果を有する方法により速やかに消毒・・・」とされていますが、事業者ごとに大きな違いがあるのが現状です。利用者の安全性を確保するためにも、より具体的な消毒内容並びに工程等を明確化されますようお願いいたします。

(5) 訪問による利用確認状況の見直し

福祉用具貸与の利用効果を高めるためには、原則として 6 ヶ月に 1 回以上の訪問による利用状況の確認・用具点検・安全指導等が必要と考えます。訪問による確認・用具点検・安全指導等を義務付けていただきますようお願いいたします。

(6) 介護給付費通知におけるサービス内容の明記

介護給付費通知を実施する場合、利用者の正しい選択のためには、単に価格のみの通知ではなく、事業者、事業所によりサービス内容に差異がある旨の記載もあるべきであると考えます。サービス内容に差異があることについても明記されるよう保険者への指導をお願いいたします。

(7) 福祉用具貸与サービス計画の作成

居宅サービス等の運営基準第199条により、福祉用具貸与サービスもケアプランに基づき行われる以上、ケアプランの目標・目的に沿った計画と評価が伴います。福祉用具利用の必要性や適応については、福祉用具専門相談員が判断し、その根拠を記録し、ケアマネジャーと共有すべきと考えます。サービスの質の向上のためにも、他のサービスと同様に、事業者や関係者の業務負担が過重にならないよう配慮され、福祉用具貸与サービス計画の作成を運営基準に明記されるようお願いいたします。

(8) 福祉用具専門相談員の質の確保

利用者へのより質の高いサービスが提供できるよう、当協会では福祉用具専門相談員の資質の向上のために「福祉用具選定士認定研修」を実施しておりますが、福祉用具専門相談員の質にばらつきがあることが指摘されていますので、福祉用具専門相談員のレベルアップのために、福祉用具専門相談員指定講習（いわゆる40時間講習）の終了後の試験制度の導入及び高度かつ専門的知識、技能等を備えた専門従事者（上級福祉用具専門相談員、主任福祉用具専門相談員等）の制度化、並びに福祉用具選定士等の資格保有者を介護支援専門員の受験資格である「実務の経験を有する者」として認定されること等についてご検討いただくようお願いいたします。

以上

柏市における取組について ～長寿社会のまちづくり～ (説明資料)

平成23年7月28日
千葉県柏市

1. 課題と背景について【別添資料集2ページ～6ページ】

① 高齢者人口、要支援・要介護高齢者の増加

柏市の人口は、今後、75歳以上のみ増加し、柏市の高齢化のスピードは、全国水準を上回る。また、この20年で要支援・要介護高齢者数が2.6倍に増加。

② 手厚い介護が必要と考えられる者の増加

- ・ 2030年時点の要支援・要介護高齢者のうち独居高齢者(一人暮らし)数は、2010年の要支援・要介護高齢者の全数を超える。
- ・ 2030年時点で、自立度Ⅲ以上の認知症患者が3,000人を超える。

③ 介護サービス充実の必要性の高まり

- ・ 居宅で暮らしている特養待機者は2010年4月時点で710名。2030年時点で、施設ニーズは2000人を超える。
- ・ 一方、柏市の高齢者の半数は、自宅で暮らし続けたいと考えている。
- ・ 高齢化に伴い、要支援・要介護認定率は必然的に上昇。しかし、5階建てエレベーター無しの団地では、暮らすことができないため、認定率は低い。

④ 医療資源の不足

柏市の一般病院病床数は全国と比較して少なく、病床利用率、平均在院日数は厳しい状況。また、診療所数も少ない。

※ 2025年には入院数は現在の1.4倍になると推計。病院は一層深刻化。



基本方針【別添資料集7ページ】

1. 手厚い介護が必要な者に対するサービスの充実
2. 要支援・要介護状態にある者の状態維持・改善に資するサービスへの対応
3. 元気な高齢者が生きがいを感じて暮らすことができる仕組みの構築

豊四季台地域のプロジェクトは、
これらに焦点をあてて、まちづくりを具現化

2. 柏市の具体的取組の方向【別添資料集8ページ】

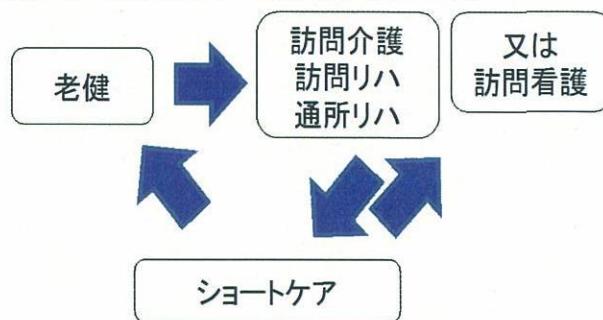
(1) 介護サービスの充実

- 在宅介護サービスを一体的に提供可能とし、介護保険施設並の安心感を提供。
→ 在宅サービスと施設サービスの循環提供を可能とする。
※ 状態が安定したら、家族ががんばれる状況になったら、在宅に戻ることができる環境構築
- 「施設と在宅」の2分化ではなく、利用者のニーズや家族のニーズに応じた施設サービスと在宅サービスの組み合わせによるサービス提供の効率化を図る。
→ 「費用＝報酬×人数×期間」であり、期間の短縮による費用削減分で在宅充実を図る。

【特別養護老人ホームの場合(例:廃用症候群)】



【介護老人保健施設の場合(例:脳卒中)】



- 状態が悪化した場合や認知症になった場合でも、在宅で暮らすことを可能とするため、高齢者の住まいの充実を図る。
※ 上述のサービス循環提供とも連携。

(2) 在宅における医療サービスの充実

- 在宅医療を推進し、医療が必要になっても在宅で暮らすことを可能とする。
→ 主治医・副主治医の医師2名体制の構築、在宅医療の研修推進を図る。
※ 入院、外来、在宅を利用者が状況に応じて選択でき、安心して在宅で暮らすことを可能とする。

(3) 状態維持・改善に資する介護サービスへの対応

- 状態改善に資する取組を介護予防施策の柱にする。
※ 医療資源が不足している中で、状態維持・改善に資するサービス充実により、高齢者の状態悪化防止、要介護の必要度の高まりの防止に努める。
- また、生活支援サービスは、介護保険制度と市の役割を整理しつつ、主に民間事業者によだねて充実を図る。
※ 生活支援ニーズは高まる一方、市の単独事業は、収支が非常に厳しい。

3. 豊四季台地域のプロジェクト【別添資料集10～15ページ】

プロジェクトが目指すものは、以下の「まち」

○ いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち

○ いつまでも元気で活躍できるまち

→ ①地域包括ケアシステムの具体化、②高齢者の生きがい就労の創成、に取り組む

→ 25年度から本格稼働(23年度から、試行稼働等も試み、可能なものから順次実施)

1. 地域包括ケアシステムの具体化【別添資料集10～13ページ】

○ 医療を必要とする者に対応するため在宅医療を推進し、真の地域包括ケアを実現。

→ 地域の診療所が抱える課題・不安の解消が必要

① 24時間の在宅医療体制構築による肉体的・精神的負担、② 外来診療に支障が生じること、

③ 在宅医療のやり方への疑問・不安、④ 効率的経営の可能性

→ 上記課題を解決するため、以下の取組を実施。

(1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

① 主治医と、主治医が負担になる訪問診療をバックアップする副主治医の医師2名体制を構築

→ 在宅医療を行う敷居を低くして在宅医療を行う医師を増やす。

② 病院の短期受け入れベッドの確保

③ 24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実と多職種連携

(2) 在宅医療の後押しを図るための研修プログラム

・ 在宅実地研修 (在宅医療に興味のある医師)

・ 多職種連携研修 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、理学療法士等)

(3) 情報共有システムの構築

(4) 市民への相談、啓発

→ これらの政策を実現するため、柏市は医師会と協力して、地域医療を支える拠点を作る。

○ 要介護度が重度になったとしても団地内で可能な限り在宅での生活を送ることを可能にする。

→ サービス付き高齢者向け住宅を中核とし、以下の実現を図る。

・ 在宅に必要な高齢者の住まう環境の提供

・ 医療・看護・介護の一体的在宅サービスを地域に提供

・ 医療・看護・介護の関係者による拠点を活用した連携

2. 生きがい就労の創成【別添資料集14ページ, 15ページ】

○ 各事業者と雇用契約を締結し、労働力として地域に貢献。

→ 善意の自己犠牲のボランティアとは異なる。

○ 4分野8つの事業を実施。全ての事業は、専門の民間事業者が実施。

① 農業： 組合組織による休耕地を活用した農業、ミニ野菜工場、屋上農園

② 育児： 放課後の子どもの居場所、子育て支援センター、出前講座による保育充実

③ 生活支援： 家事など高齢者の日常生活を支援

④ 地域の食の支援： コミュニティ食堂(配食サービス含む)

→ 各分野の課題を、高齢者の経験を活用して解決する。

柏市における取組について ～長寿社会のまちづくり～

(別添資料集)

平成23年7月28日
千葉県柏市

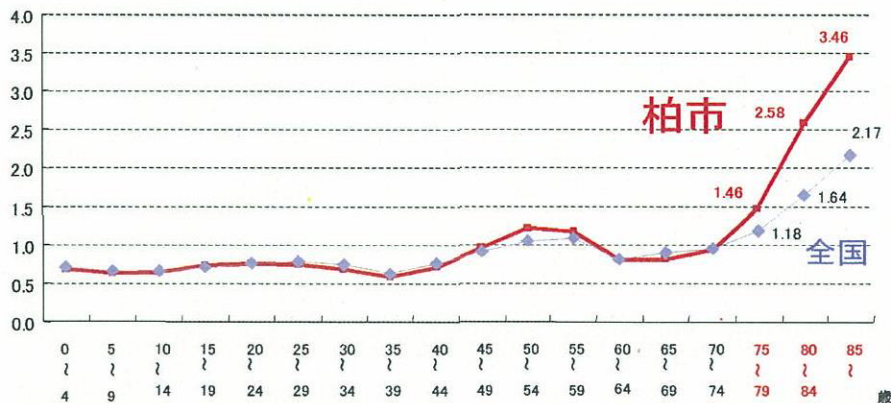
1

1-1. 柏市の高齢化の状況

○ 柏市の人口は、今後、75歳以上のみ増加する。その増加率は全国を上回る。
→ 柏市の高齢化のスピードは、全国水準を上回る。

○ 柏市の人口増加率(2010年から2030年)の推計

2010年人口を1.0とした場合の2030年の増加率



○ 高齢化率・75歳以上人口割合の変化

| | 高齢化率(%) | |
|----|---------|-------|
| | 2010年 | 2030年 |
| 全国 | 23.1 | 31.8 |
| 柏市 | 19.5 | 32.4 |

| | 75歳以上人口割合(%) | |
|----|--------------|-------|
| | 2010年 | 2030年 |
| 全国 | 11.2 | 19.7 |
| 柏市 | 7.6 | 20.7 |

資料:国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口(2008年12月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2

1-2. 増加する高齢者の状況

- 柏市は、高齢化に伴い、この20年で要支援・要介護高齢者数が2.6倍に増加。
→ 2030年時点の要支援・要介護高齢者のうち独居高齢者（一人暮らし）数は、2010年の要支援・要介護高齢者の全数を超える。よって、手厚い介護サービスが必要となる。
- 2030年時点で、自立度Ⅲ以上の認知症患者が3,000人を超える。
→ グループホームの充実などでは限界がある中で、認知症高齢者対策が喫緊の課題。

○ 柏市の要支援・要介護高齢者数の増加について

| | 2010年 | 2030年 |
|------------|---------|----------|
| 要支援・要介護高齢者 | 10,101人 | 約26,300人 |
| うち、独居高齢者数 | 3,966人 | 約10,300人 |

○ 認知症高齢者の推計

| | 豊四季台団地 (240人のうち) | 2010年(推計) | 2030年(推計) |
|---|---------------------|-----------|-----------|
| 自宅で独居していることが困難及び独居同居に関わらず在宅が困難と考えられる者 (自立度Ⅱの一部+自立度Ⅲ以上) | 55人 | 約2,300人 | 約5,900人 |
| 独居同居に関わらず在宅が困難と考えられる者 (自立度Ⅲ以上) | 29人 | | 約3,200人 |

3

1-3. 介護を受ける場所

- 居宅で暮らしている特別養護老人ホームの待機者は2010年4月時点で710名。
- 一方、柏市の高齢者の半数は、自宅で暮らし続けたいと考えている。
→ 必要な施設整備は行う一方、利用者の在宅ニーズに応えるための介護サービスの充実が課題。

○ 特別養護老人ホームの待機者

| | 2010年 | 2030年 |
|------------------|-------|---------|
| 居宅で暮らしている特養待機者 | 710名 | |
| うち、要介護4及び5の方 | 259名 | 673名 |
| 特養入所者 | 879名 | 約2,300名 |
| (参考)うち、要介護1及び2の方 | 122名 | 約320名 |

2030年までに
喫緊で必要とされる
施設整備量は
最大で約2,100名分

約1,400名分
の施設整備

○ 自宅での介護希望について

| | 要支援・要介護高齢者のうち サービス利用者 | 要支援・要介護高齢者のうち サービス未利用者 |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 在宅介護サービスを使いながら、自宅で暮らし続けたい | 64.0% | 44.6% |

4

1-4. 柏市の医療機関の状況

○ 柏市の一般病院病床数は全国と比較して少なく、病床利用率、平均在院日数は厳しい状況。また、診療所数も少ない。
 → 2025年には入院数は現在の1.4倍になると推計されており、病院の状況は一層深刻化する。

① 人口10万対病床数

| | 病院 | 病床数 | | | (再掲) 一般病院 | (再掲) 救急告示病院 |
|----|--------|-------|-------|-------|--------------|----------------|
| | | 精神病床 | 療養病床 | 一般病床 | | |
| 柏市 | 1097.1 | 338.8 | 120.9 | 637.3 | 814.4 | 482.2 |
| 全国 | 1260.4 | 273.6 | 265.8 | 712.2 | 1057.9 | 680.5 |

② 病床利用率

| | 病床利用率(%) | (再掲) | |
|----|----------|-------|------|
| | | 精神科病院 | 一般病院 |
| 柏市 | 87.4 | 94.3 | 85.0 |
| 全国 | 81.7 | 91.5 | 79.9 |

③ 平均在院日数

| | 平均在院日数(日) | | |
|----|---------------|--------------|--------------|
| | (再掲) 精神科病院 | (再掲) 一般病院 | (再掲) 一般病院 |
| 柏市 | 32.4 | 575.9 | 23.7 |
| 全国 | 33.8 | 349.4 | 28.2 |

④ 人口10万対医療施設数

| | 一般診療所 | | |
|----|-------|-----|------|
| | 有床 | 無床 | |
| 柏市 | 58.9 | 3.8 | 55.1 |
| 全国 | 77.6 | 9.0 | 68.6 |

⑤ 柏市の在宅医療サービス提供機関

| | 柏市(人口約40万人) | 松戸市(人口約49万人) |
|------------|-------------|--------------|
| 在宅療養支援診療所 | 15箇所 | 27箇所 |
| (参考)一般診療所数 | 231箇所 | 276箇所 |
| 訪問看護ステーション | 12箇所 | 22箇所 |

①~④:平成21年地域保健医療基礎統計(厚生労働省) 5

1-5. 高齢者の住まう環境(例: 柏市豊四季台団地)

○ 高齢化が進むと、要支援・要介護認定の認定率は必然的に上昇する
 → 豊四季台団地では、75歳以上高齢者の割合も高いが、認定率が低い。
 → 5階建てエレベーター無しの団地では、暮らすことができず、移住する。
 → 高齢者が安心して住みなれた環境で暮らすことを実現するための住まいの充実が課題。

○ 柏市の年齢階層別要支援・要介護認定率

| 年齢階層 | 要支援・要介護認定率 |
|---------|------------|
| 65歳~70歳 | 2% |
| 71歳~75歳 | 5% |
| 75歳~80歳 | 12% |
| 81歳~85歳 | 26% |
| 85歳以上 | 58% |

○ 柏市と豊四季台団地の比較

(平成22年10月1日時点)

| | 豊四季台団地 | 柏市 |
|--------------------------------------|--------------|----------------|
| 人口 | 6,028人 | 401,706人 |
| 高齢化率 | 40.6% | 19.5% |
| 75歳以上高齢者割合 | 18.0% | 7.6% |
| 要介護・要支援認定率 | 10% (240例) | 12% |
| 要介護4・要介護5の者の割合 【医療処置(胃ろう等)をしている者】 | 15% 【15%】 | 21% ※ 全国平均:25% |

2-1. 柏市が自治体としてとるべき基本方針

1. 手厚い介護が必要な者に対するサービスの充実
 - 在宅医療を含めた在宅サービスの充実
 - 家族介護の負担を軽減する仕組みの検討
2. 要支援・要介護状態にある者の状態維持・改善に資するサービスの充実
3. 元気な高齢者が生きがいを感じて暮らすことができる仕組みの構築

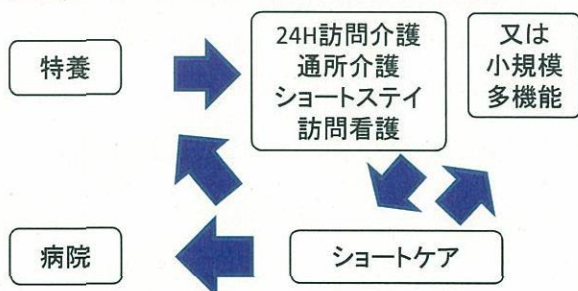
豊四季台地域のプロジェクトは、
これらに焦点をあてて、まちづくりを具現化

7

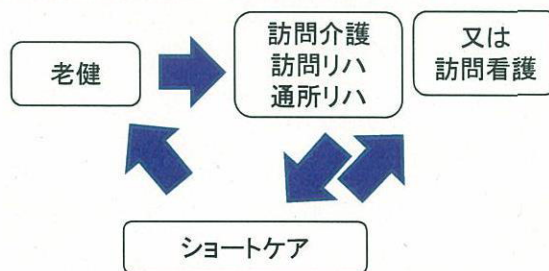
2-2. 柏市が今後目指す具体的介護サービス提供体制

1. 在宅介護サービスを充実し、介護保険施設並の安心感を提供。
 - 状態が安定したら、家族ががんばれる状況になったら、在宅に戻ることができる環境構築
 - 在宅サービスと施設サービスの循環提供を可能とする。

【特別養護老人ホームの場合(例: 廃用症候群)】



【介護老人保健施設の場合(例: 脳卒中)】



2. 病院の限界が近くなっている中、在宅医療を推進し、医療が必要になっても在宅で暮らすことを可能とする。
 - 主治医・副主治医の医師2名体制の構築、在宅医療の研修推進を図る。
3. 状態が悪化した場合や認知症になった場合でも、在宅で暮らすことを可能とするため、高齢者の住まいの充実を図る。(1. のサービス循環提供とも連携。)
4. 状態改善に資する取組を介護予防施策の柱にするとともに、生活支援サービスは民間事業者にゆだねて充実を図る。
 - 医療機関が少なくとも、状態改善に資するサービスを一体的に提供可能とする。

8

3-1. 豊四季台地域でのモデルプロジェクトについて

- 柏市のこれからの高齢化に備え、豊四季台地域でモデルプロジェクトを実施
→ 以下の取組を、柏市、東大、URの3者が25年度本格稼働を目指して推進

超高齢・長寿社会に対応したまちづくりの観点から、
以下の方針を実現する。

- (1) いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち
- (2) いつまでも元気で活躍できるまち



(1)(2)を実現するために

- 地域包括ケアシステムの具現化に取り組む。
- 高齢者の生きがい就労の創成に取り組む。

9

3-2. 地域包括ケアシステムの具現化について

- 医療必要度が高い方への対応が不十分ならば真の地域包括ケアシステムは実現しない。
→ 在宅医療を推進するために、以下の4つの施策を具体的に取り組む。

(1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

- ① 主治医と、主治医が負担になる訪問診療をバックアップする副主治医の医師2名体制を構築
→ 在宅医療を行う敷居を低くして在宅医療を行う医師を増やす。
→ 増えた医師のグループ化を図り、相互支援システムを構築。
- ② 病院の短期受け入れベッドの確保
- ③ 24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実と多職種の連携

(2) 在宅医療を行う医師の増加及び質の向上を図るシステムの構築

- 在宅医療の後押しを図るための研修プログラム(千葉県地域医療再生プログラムにて5月から実施)
 - ・ 在宅実地研修 (在宅医療に興味のある医師 6名)
: 医学生、研修医の在宅研修で実績のある診療所で実施月2回以上、半日の実地研修を行う
 - ・ 多職種連携研修 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、理学療法士等計24名)
: 月1回土曜日午後、医師を含めた多職種で講義・グループワークを実施する。

(3) 情報共有システムの構築

(4) 市民への相談、啓発

→ (1)~(4)を実現する中核拠点(地域医療拠点)の設置

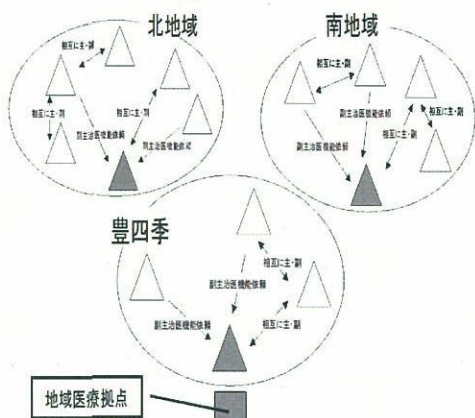
10

(参考①) 在宅医療に係る負担軽減システム

- 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供。
 - 主治医(△)が増えて相互協力ができるまで、副主治医を集中して担う医師(▲)が地域毎に必要。
- 市が事務局を担い、医師会を中心とした多職種による委員会が主治医・副主治医・多職種を推薦。
 - ※ 退院する患者が在宅を希望した場合、病院のSWが拠点事務局(柏市)に連絡
 - 患者の住まい等を勘察し、手上げ方式又は多職種による委員会でパッケージを決定。(パッケージで決定される職種：主治医、副主治医、歯科医師、薬剤師、訪問看護、ケアマネ)
 - 拠点事務局から病院のSWに連絡し、退院調整カンファレンスを行う。

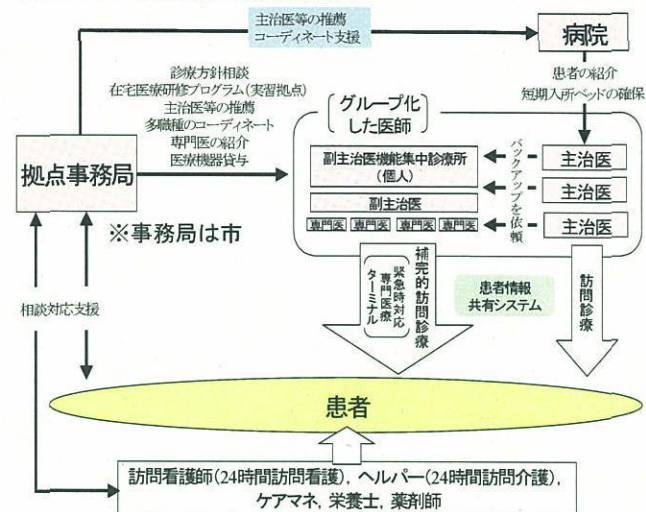
<柏市全域での動き>

△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局



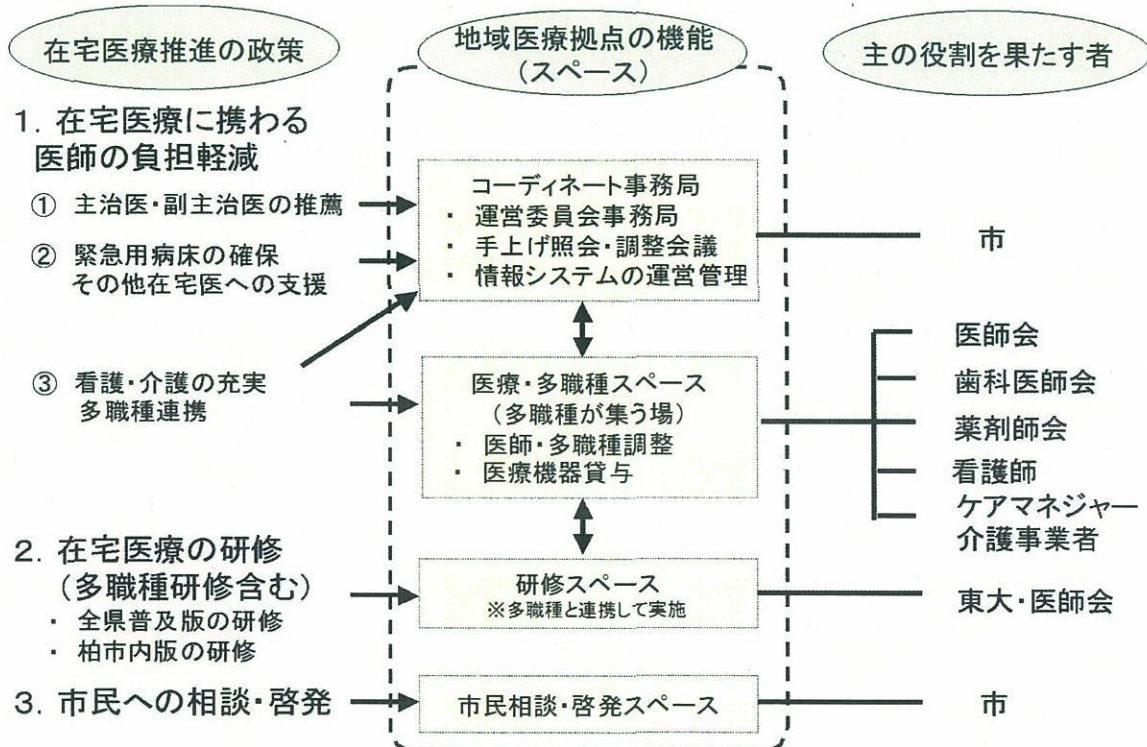
※ システム全体を管理・運営する運営委員会を設置

<システムの具体的な動き>



(参考②) 地域医療の拠点について

- 在宅医療を推進するための政策を具現化するため、地域医療の拠点整備を行う。
 - 多職種の連携をより効果的に推進し、在宅医療を安定的に供給する体制を構築する。
- 在宅医療に限らず、市民の医療に関する相談・啓発を担う拠点とも位置づける。
- 平成25年度中の本格稼働を予定。



(参考③) 超高齢社会における看護・介護と高齢者の住まい

【基本方針】

- 高齢者の住まいとしてサービス付き高齢者向け住宅の整備を進める。
→ 施設並の安心感を提供するためにも、小規模多機能型居宅介護を併設する。
- 24時間対応可能な訪問看護の体制整備を図る。
- 24時間訪問介護の整備を進めるとともに、訪問看護との連携を図る。

医療・看護・介護を一体的に提供するサービス付き高齢者向け住宅

1. 基本コンセプト

- 高齢者本人の希望により生活機能が低下し始めた段階から亡くなるまで住める。
→ 必要なサービスを建物内に併設し、地域の在宅医療対応の診療所と連携して在宅での生活を支える。
- 地域の医療・看護・介護の包括的サービス提供の拠点となる。

2. 併設サービス

- ① 生活支援サービス
- ② 訪問看護ステーション, ③ 小規模多機能型居宅介護, ④ 24時間の訪問介護
※ ②～④については、介護保険制度改正後の新サービスの可能性も検討
- ⑤ 在宅療養支援診療所(豊四季台地域の副主治医機能集中診療所), ⑥ 地域包括支援センター,
- ⑦ 放課後の子どもの居場所サービス
※ 居宅介護支援及び認知症対応型共同生活介護の併設、障害者の住まいのあり方については可能性を検討

3. 時期 : 平成25年度中に運営開始を予定

13

3-3. 高齢者の生きがい就労について



- セカンドライフを豊かにする活動
- 無理なく、楽しく、出来る範囲で
- 地域や社会に貢献したい

セカンドライフの「生きがい」を求めるニーズ、現役時代と異なる目的・働き方へのニーズに一致する



- 地域活動に飛び込むのは敷居が高い
- 「働く」は慣れ親しんだ生活スタイル
- 明確な自分の居場所・役割が提供される

地域から離れて働いてきた人にとって、抵抗感なく参加でき、地域に交わるきっかけにもなる

「生きがい」と「働く」を両立する「生きがい就労」事業の創造を提案

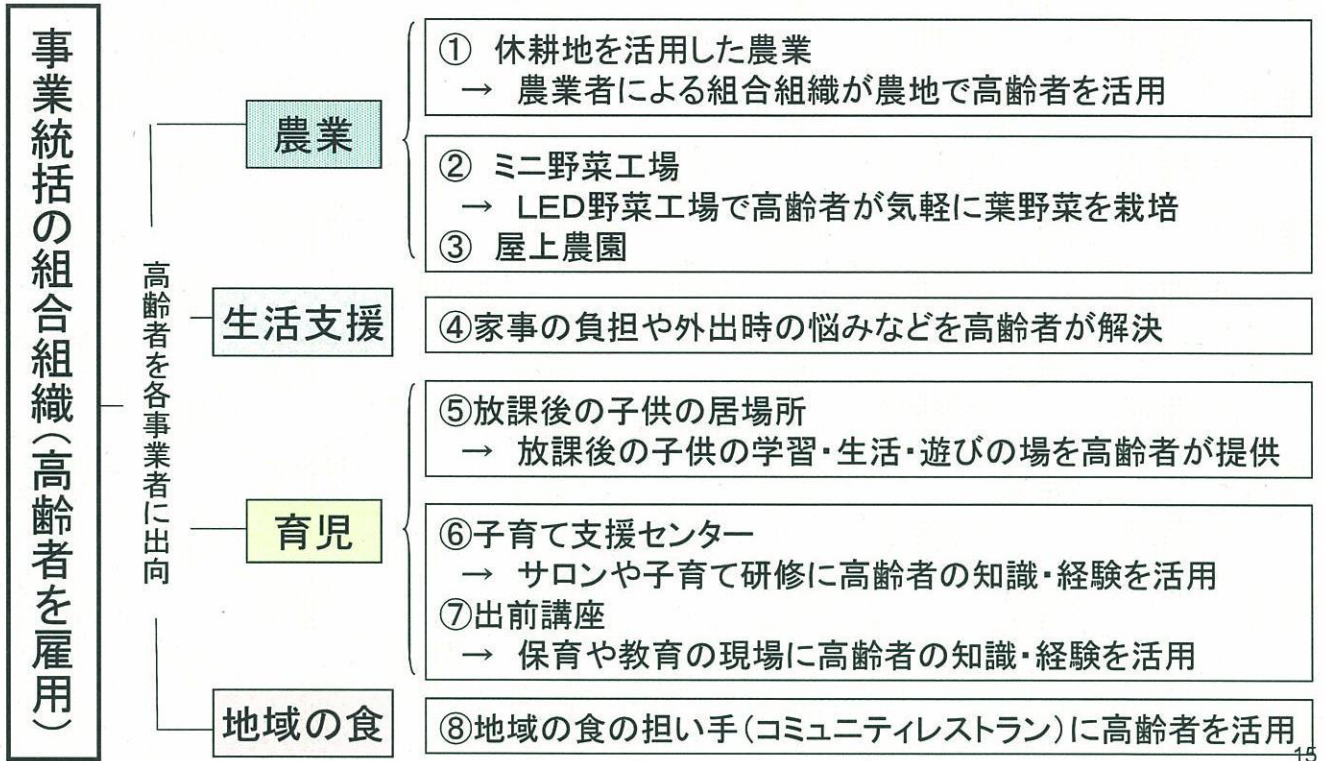


リタイア層が慣れ親しんできた「仕事・就労」というかたちをとりつつ、セカンドライフの要望に応じたフレキシブルな働き方を可能に、同時に、働くことで地域の課題解決に貢献できる場

(参考) 高齢者の生きがい就労の全体像

高齢者の生きがい就労は、4分野8事業(6~7事業者)

→ 事業者は全て決定。平成23年度中に「地域の食」以外の事業は開始予定。



3-4. 生まれ変わる柏市・豊四季台地域の暮らし

■将来の豊四季台地域のイメージ



地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる

在宅で医療、看護、介護サービスが受ける体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる

■建替を進めている豊四季台団地内の土地利用計画



在宅医療・看護・介護サービスの導入、生きがい就労の創造を進めるとともに、これらの地域展開を受け止める住まいの構造、公共スペース(公園や広場)等の空間計画を検討

長寿社会のまちづくり

～柏市・東大・URの取組について～

【概要版】

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会とは

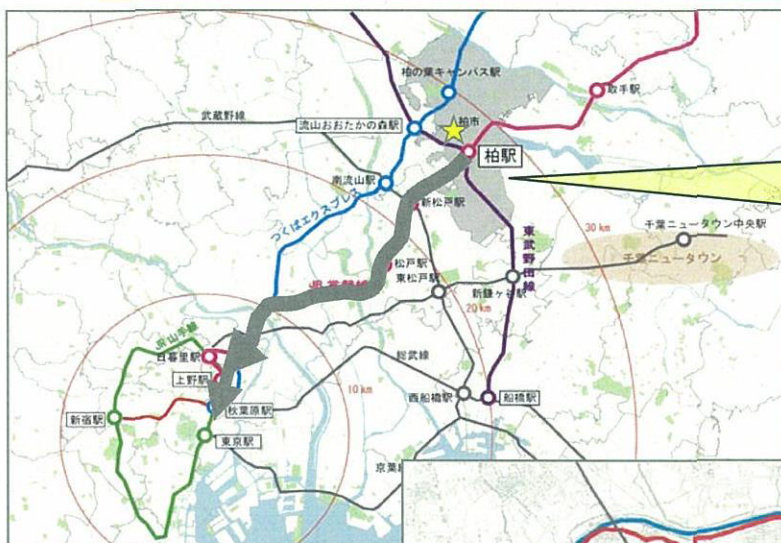
○柏市において、今後日本の各都市で進行する急激な都市高齢化に対応した、誰もが安心して元気に過ごすことができるまちづくりのあり方を検討し、その具現化を推進する研究会です。構成員は柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、及び独立行政法人都市再生機構の3者です。

○2009年6月に立ち上げ、研究会及び市民向けシンポジウム等を開催。1年後の2010年5月には具体的な施策を進めるため三者協定を結びました。

○柏市の中でも突出して高齢化の進む豊四季台団地及びその周辺地域(豊四季台地域)を中心に活動しています。

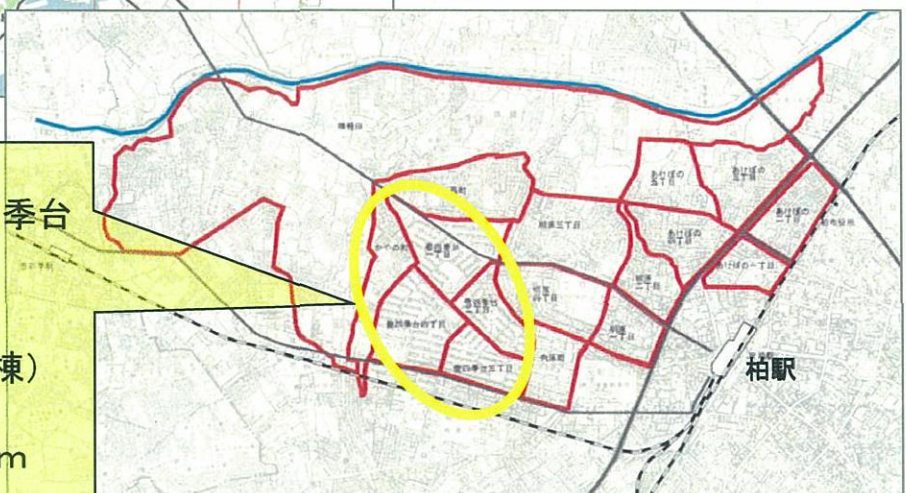
○研究会のもとに「在宅医療委員会」「人と人委員会」「住まい・移動委員会」の3委員会および各ワーキンググループを設け、超高齢社会・長寿社会に対応したまちづくりの具体化をすすめています。

柏市および豊四季台地域について



柏市
 ・JR柏駅から
 上野駅まで約29分
 東京駅まで約40分

← 柏市の位置

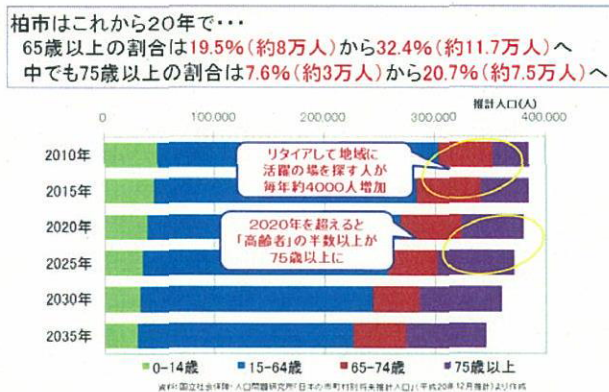
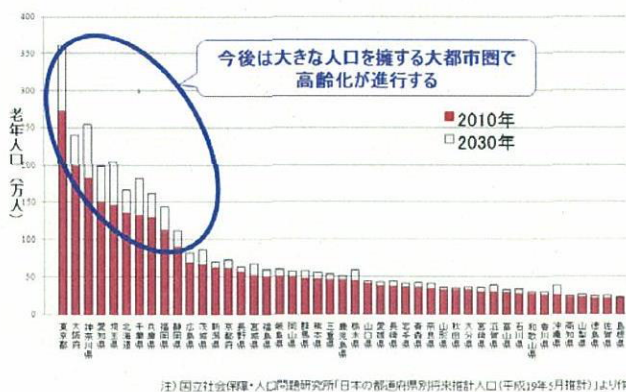


豊四季台団地
 所在地:千葉県柏市豊四季台
 規模:約32.6ha
 管理開始:昭和39年度～
 建替前戸数:4,666戸(103棟)
 柏駅⇔豊四季台団地
 直線距離:約900～1,700m
 徒歩:約12～20分
 循環バス:約5分(8分ごと)

↑豊四季台地域(赤線で囲んだ地域)および豊四季台団地(黄色で囲んだ部分)

背景と課題

- これからの日本は、都市部において急激に高齢化が進みます。柏市も例外ではありません。
- 団塊世代が65歳以上に達するため、今後5年ほどは現役から退きセカンドライフの活躍の場を地域に求める人々の増加が見込まれます。
- また2020年を超えると、特に75歳以上高齢者の割合が高まることが予測されます。



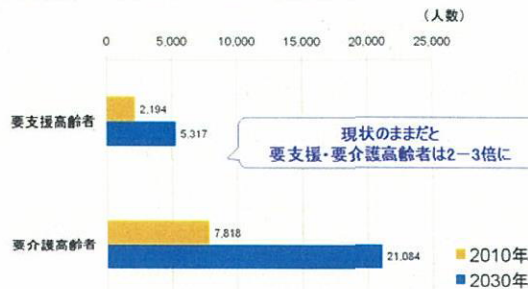
- 現状のままでは、高齢人口の増加は要支援・要介護者の増加に結びつくことが懸念されます。
- 支援や介護を必要とする高齢者を減らすための取り組みをすすめるとともに、支援や介護、医療が必要でも住み慣れた環境で自分らしい生活を営めるシステムづくり、まちづくりが必要です。

柏市と豊四季台地域（豊四季台団地の場合）の状況

| | 豊四季台団地 | 柏市 |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 人口 | 6,028人 | 401,706人 |
| 高齢化率【75歳以上高齢者割合】 | 40.6%【18.0%】 | 19.5%【7.6%】 |
| 要介護・要支援認定率 | 1.0% (240例) | 1.2% |
| 要介護4・要介護5の者の割合【医療処置(褥瘡等)をしている者】 | 15%【15%】 | 21% ※ 全国平均:25% |
| 要介護・要支援認定者のうち、独居世帯・夫婦のみ世帯の割合 | 独居世帯 : 45% 夫婦のみ世帯 : 31% | 独居世帯 : 38% 夫婦のみ世帯 : 22% |

(平成22年10月1日時点)

柏市の要支援・要介護高齢者数の増加の予測



研究会が目指すまちの姿

超高齢・長寿社会に対応したまちづくりの観点から、
以下の方針を実現する。

- (1) いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち
- (2) いつまでも元気で活躍できるまち

(1)(2)を実現するために以下2点に取り組む

- 地域包括ケアシステムの具現化
- 高齢者の生きがい就労の創成

在宅で医療、看護、介護サービスを受けられる体制が整い、
いつまでも在宅で安心して生活できる

いつまでも元気で活躍できる
地域の中に多様な活躍の場があり、



↑ 将来の豊四季台地域のイメージ

地域包括ケアシステムの具現化について

➤ 在宅医療を推進するための具体的取り組み

(1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

- ① 主治医の訪問診療を補完する訪問診療を行う診療所
- ② 病院の短期受け入れベッドの確保
- ③ 24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実と多職種連携

(2) 在宅医療を行う医師の増加及び質の向上を図るシステムの構築

- 在宅医療の研修プログラム(東京大学の事業)
 - ※ (1)①の医師を増やすためのプログラム

(3) 情報共有システムの構築(東京大学の事業)

(4) 市民への相談, 啓発

→ (1)~(4)を実現する中核拠点(地域医療拠点)の設置

➤ 超高齢社会における看護・介護と高齢者の住まい

○高齢者の住まいとして医療・看護・介護を一体的に提供するサービス付き高齢者向け住宅の整備をすすめる

○24時間対応可能な訪問看護の体制整備を図る

○24時間訪問介護の整備を進めるとともに訪問看護との連携を図る

1. サービス付き高齢者向け住宅の基本コンセプト

- 高齢者本人の希望により生活機能が低下し始めた段階から亡くなるまで住める。
→ 必要なサービスを建物内に併設し、地域の在宅医療対応の診療所と連携して在宅での生活を支える。
- 地域の医療・看護・介護の包括的サービス提供の拠点となる。

2. 併設サービス

- ① 生活支援サービス, ② 訪問看護ステーション, ③ 小規模多機能型居宅介護, ④ 24時間の訪問介護, ⑤ 在宅療養支援診療所(豊四季台地域の副主治医機能集中診療所), ⑥ 地域包括支援センター, ⑦ 放課後の子どもの居場所サービス
- ※ ②~④については、介護保険制度改正後の新サービスの可能性も検討
- ※ 居宅介護支援, 認知症対応型共同生活介護の併設, 障害者の住まいについて可能性を検討

3. 時期 : 平成25年度中に運営開始を予定

(参考) 在宅医療に係る負担軽減システム案

○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築。

○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

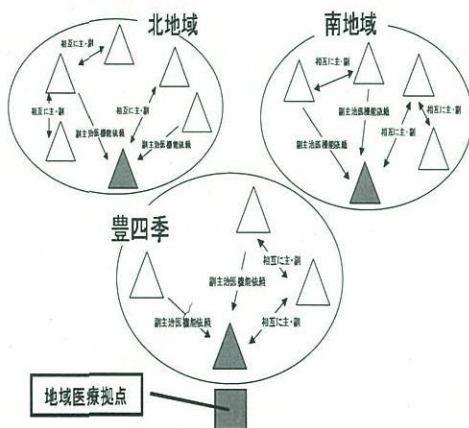
→ 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供。

○ 地域医療拠点で地域の医療を支援

→ 市民への相談・啓発, 診療の支援, 在宅医療の研修, 主治医・副主治医のコーディネートを実施。

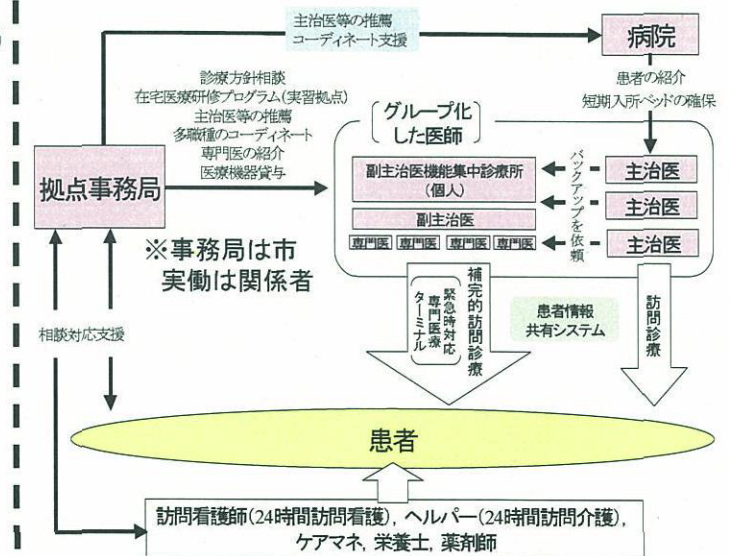
< 柏市全域での動き >

△: 主治医(可能な場合は副主治医) ▲: 副主治医機能集中診療所 ■: コーディネート等拠点事務局



※ システム全体を管理・運営する運営委員会を設置

< システムの具体的な動き >



高齢者の生きがい就労の創成について

- 「生きがい」と「働く」を両立する「生きがい就労」事業を地域につくり、リタイア層を雇用。
- 高齢者個人の生活を充実させ閉じこもり予防、健康維持をはかると同時に、高齢者の能力と技術を活かし地域の様々な課題を解決する。

※「生きがい就労」とは

リタイア層が慣れ親しんできた「仕事・就労」というかたちをとりつつ、セカンドライフの要望に応じたフレキシブルな働き方を可能に、同時に、働くことで地域の課題解決に貢献できる就労



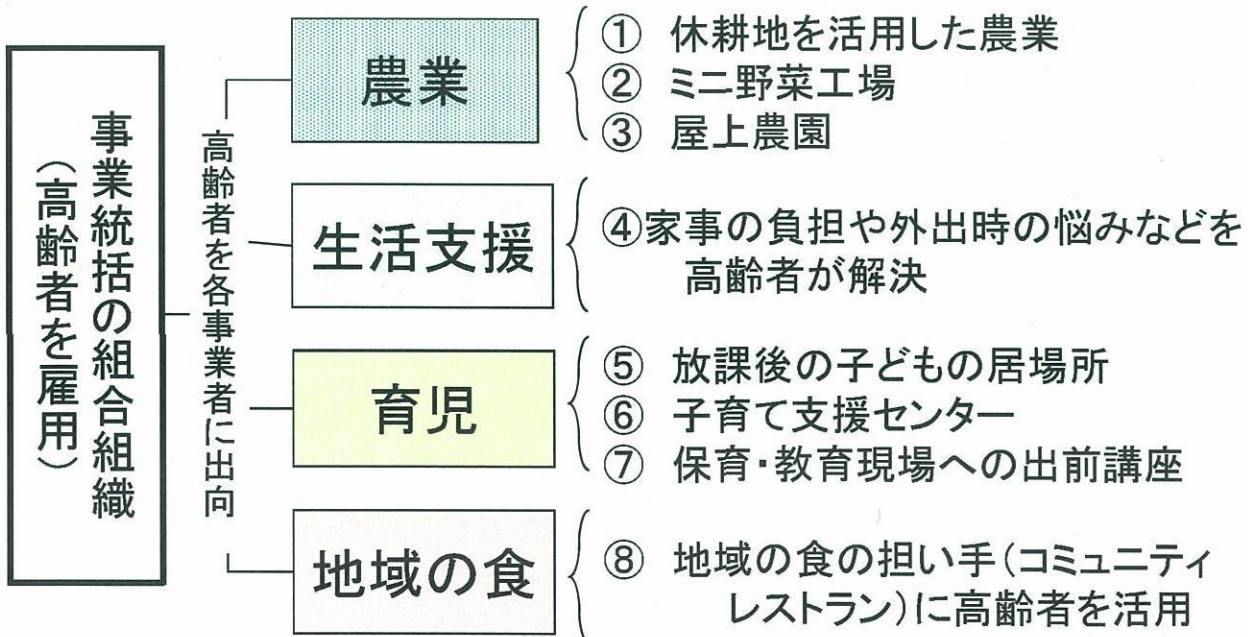
- セカンドライフを豊かに過ごしたい
- 無理なく、楽しく、出来る範囲で
- 地域や社会に貢献したい

- 地域活動に飛び込むのは敷居が高い
- 「働く」は慣れ親しんだ生活スタイル
- 明確な自分の居場所・役割が提供される



➤ 高齢者の生きがい就労の全体像

4分野8事業(6~7事業者)で高齢者の生きがい就労を実現



豊四季台地域における事業の展開

➤ 事業スケジュール

| | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 27年度 以降 |
|---------------|--------------------------|---------------|------|----------------------|---------------------|
| 在宅医療 看護・介護 | 在宅医療推進システム 試行運用 | | | ★ 地域医療拠点 本格稼働 | |
| 高齢者の 就労 | ★ 農業組合組織 稼働 | | | | ★ ミニ野菜工場 本格稼働 |
| | ★ ミニ野菜工場 試行稼働 | | | ★ 放課後の居場所 本格稼働 | |
| | ★ 放課後の居場所 試行稼働 | | | | |
| | ★ 子育て支援センター 出前講座稼働 | | | | |
| | ★ 生活支援試行稼働 | ★ 生活支援本格稼働 | | | ★ コミュニティ食堂稼働 |

➤ 建替を進めている豊四季台団地内の土地利用計画



高齢者が元気に暮らすことができるために

平成23年

柏市保健福祉部福祉政策室

高齢者が元気に暮らすことができるために
(概要)

高齢者が元気に暮らすことができるために（概要）

平成23年
柏市保健福祉部福祉政策室

1. 柏市の状況※

※ 推計は、現在の柏市や豊四季台団地の要支援・要介護高齢者の発生率等を基に、単純比例倍で試算したもの

(1) 高齢化率、人口状況

| | 2010年 | 2030年 |
|---------|-------|---|
| 高齢化率 | 19.5% | 32.4% |
| 人口の増加状況 | | 75～79歳 : 1.46倍 80～85歳 : 2.58倍 85歳以上 : 3.46倍 |

(2) 要支援・要介護高齢者、独居高齢者

| | | |
|------------|--------------------|----------------------|
| 要支援・要介護高齢者 | 2010年10月 : 10,101人 | 2030年(推計) : 約26,300人 |
| うち、独居高齢者 | 2010年10月 : 3,966人 | 2030年(推計) : 約10,300人 |

(3) 要支援・要介護高齢者の状況

| | 豊四季台団地(240人のうち) | 2010年(推計) | 2030年(推計) |
|------------|-----------------|-----------|-----------|
| 歩くことができない | 42人 | 約1,800人 | 約4,700人 |
| 週に1回も外に出ない | 79人 | 約3,300人 | 約8,700人 |
| 起き上がりができない | 36人 | 約1,500人 | 約3,900人 |

(4) 認知症高齢者の推計

| | 豊四季台団地 (240人のうち) | 2010年(推計) | 2030年(推計) |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| 自宅で独居でいることが困難及び独居同居に関わらず在宅が困難と考えられる者 | 55人 | 約2,300人 | 約5,900人 |
| 独居同居に関わらず在宅が困難と考えられる者 | 29人 | | 約3,200人 |

(5) 居宅で生活している特別養護老人ホームの待機者

2010年1月:710人 → 2030年:2,000人～2,100人程度

(6) 病院及び医療機関等の状況

| 一般病床 | 患者の病床利用率 | 平均在院日数 |
|--------|----------|--------|
| 3,192床 | 85.0% | 23.7日 |

→ 2025年には入院総数が1.4倍(千葉大学による推計)

→ 2025年には患者の病床利用率は120%程度になる。(2010年から7年後に100%を越える可能性)

(7) 在宅医療の環境

| 在宅療養支援診療所 | 訪問看護ステーション |
|-----------|----------------------|
| 15箇所 | 12箇所(常勤換算看護職員数:3.4人) |

2. 必要な施策と検討が必要とされる課題

高齢者のニーズに合致した生活を提供するために必要な施策は以下の6つ

- ① 医療提供体制の充実
- ② 看護・介護サービスの充実
- ③ 医療・看護・介護における多職種連携
- ④ 生活支援サービスの体制強化
- ⑤ 住まいの提供
- ⑥ 健康であり続けるための仕組み作り



データを踏まえると、施策を実現するために対応すべき課題は12存在する。

- (1) 救急医療の限界及び病院医療の限界が限りなく近いこと
- (2) 高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズの増大への対応
- (3) がん患者の看取りへの対応
- (4) 在宅生活を支えるための訪問看護の充実
- (5) 在宅生活を支えるための24時間の訪問介護サービス及びレスパイト機能を有するサービスの充実
- (6) 医療・看護・介護を安定的に利用者に提供するための多職種の連携
- (7) 必要な者に必要な施設サービスの提供
- (8) 認知症高齢者へのサービス提供
- (9) サービス付き高齢者向け住宅の整備
- (10) 生活支援サービスの充実
- (11) 高齢者の健康づくりの推進
- (12) 高齢者の就労の推進と孤独化防止のためのコミュニティの構築

3. 課題と対応方針 ①

- 市町村の高齢者施策として展開が望ましいと考える施策方針を提示
- プロジェクトでの実現を図るとともに、第5期介護保険事業計画に反映していく。

(1) 救急医療の限界及び病院医療の限界が限りなく近いこと

- 病床数が少ないことは、高齢者のみならず、小児の救急搬送もあり、喫緊の課題。
→ 病院の役割分担の明確化に向けた議論が必要。
- 病床利用率が増加し(20年後の病床利用率は120%超)、退院先の「他院への転院」が困難。
→ 在宅での療養を必要とするケースが増加。
→ 在宅での療養環境整備が必要。また、病院は患者の療養環境に配慮した対応が必要になる。

(2) 高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズの増大への対応

- 在宅医療を推進。そのため、4つの方針による取組を実施。
 - ① 市民への在宅医療の周知・啓発
 - ② 地域の診療所のグループ化により在宅医療を支える体制の構築
 - ③ 地域の診療所の訪問診療を補完する体制の構築
 - ④ 在宅医療の研修

(3) がん患者の看取りへの対応

- 在宅療養等に関する相談の増加傾向。
→ 在宅医療推進にあたり、がん患者への対応も含めた体制を検討。

(4) 在宅生活を支えるための訪問看護の充実

- 個々の訪問看護ステーションの負担過多を解消する施策を展開。
 - ① 訪問看護師の確保、育成
 - ・ 訪問看護の周知の徹底(周知・広報、体験フェアの実施)
 - ・ 訪問看護師の研修の充実(潜在看護師向け、現職の訪問看護師向け)
 - ・ 保育サービスの充実など、労働環境の改善
 - ② 訪問看護ステーションの大規模化

(5) 在宅生活を支えるための24時間の訪問介護サービス及びレスパイト機能を有するサービスの充実

(6) 医療・看護・介護を安定的に利用者に提供するための多職種連携

- 在宅での生活を可能とするため、施設並の安心感を提供。
→ 高齢者の住まいを整備し、医療・看護・介護を一体的に提供する多職種連携を図る場を設ける。
 - ・ 医師、看護師、ケアマネジャーが一同に会して情報共有する場
 - ・ 個別患者毎に、在宅で生活を送るための療養・介護の方針、必要となるサービスを考える場
- 在宅介護サービスの充実を図る。
 - ・ 24時間の訪問看護及び定期巡回・随時対応型の訪問介護の整備
 - ・ 訪問系・通所系・短期滞在系サービスを一体的に提供する小規模多機能型居宅介護の推進
→ 施設と在宅を、利用者とその家族の状況に応じて選択が可能となる環境を整備。

3. 課題と対応方針 ②

(7) 必要な者に必要な施設サービスの提供

- 居宅で生活している特別養護老人ホームへの待機者は710名。
→ 徹底した高齢者の状況把握及びニーズ把握を行って、施設の必要量を精査して整備。
- 一方で、施設に入所したまま在宅に戻ることができない環境は利用者のニーズに依拠していない。
→ 在宅サービスの充実を図り、施設と在宅を、利用者とその家族の状況に応じて選択可能として、施設と在宅を行き来して医療・看護・介護を提供する循環型サービス提供の体制を整備。

(8) 認知症高齢者へのサービス提供

- 認知症患者の状態経過等に応じたサービス提供を可能とする体制が必要。
- 認知症患者へのケアに必要なサービスを充実。
 - ・ グループホームの整備
 - ・ 生活支援サービスが併設している高齢者のケア付き住宅を核とし、24時間の訪問介護、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護といったサービスの充実
- 早期発見して症状の進行を遅らせる医療の整備とその医療提供を可能とする在宅医療の推進。

(9) サービス付き高齢者向け住宅の整備

- 豊四季台団地の状況を踏まえると、高齢者の住まう環境がなければ在宅で暮らすことは不可能。
→ 高齢者の住まう空間として、生活の不安を解消するため、サービス付き高齢者向け住宅の整備が必要。
 - ・ 生活支援サービスが提供される住宅
 - ・ 24時間対応、利用者の状況に対応する介護サービスが併設されている住宅
 - ・ 訪問看護や訪問診療といった医療サービスが併設されている住宅

(10) 生活支援サービスの充実

- 高齢化に伴いニーズの増大が見込まれるところ、民間参入を促し、安定提供を可能とする。

(11) 高齢者の健康づくりの推進

- 運動器リハ、口腔ケア、栄養ケアの一体的提供機関の整備を検討。
- 医療資源が乏しい柏市にあって、リハビリを充実させる方策を検討。
- 高齢者の身体的変化によるQOL低下への医学的処置の周知を図る。

(12) 高齢者の就労の推進と孤独化防止のためのコミュニティの構築

- 地域における高齢者の就労の場を確保。
→ 会社によるコミュニティに類似したコミュニティを作り、そこへの参画機会を提供し、地域における人とのつながりを自然な流れで構築することを可能とする。

4. 豊四季台地域のプロジェクトについて

プロジェクトが目指すものは、以下の「まち」

○ いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち

○ いつまでも元気で活躍できるまち

→ ①地域包括ケアシステムの具体化、②高齢者の生きがい就労の創成、に取り組む

→ 課題の(1)の一部、(7)の一部、(11)を除いたもの全てに一定の解決を図る

(1) 生きがい就労

○ 各事業者と雇用契約を締結し、労働力として地域に貢献。

→ 善意の自己犠牲のボランティアとは異なる。

○ 4分野8つの事業を実施。全ての事業は、専門の民間事業者が実施。

① 農業：組合組織による休耕地を活用した農業、ミニ野菜工場、屋上農園

② 育児：放課後の子どもの居場所、子育て支援センター、出前講座による保育充実

③ 生活支援：家事など高齢者の日常生活を支援

④ 地域の食の支援：コミュニティ食堂(配食サービス含む)

→ 各分野の課題を、高齢者の経験を活用して解決する。

・ サービスの充実(サービスの質向上)

・ 新サービス創設によるニーズ対応

(2) 地域包括ケアシステム

○ 医療を必要とする者に対応するため在宅医療を推進し、真の地域包括ケアを実現。

→ 地域の診療所が抱える課題・不安の解消が必要

・ 24時間の在宅医療体制構築による肉体的・精神的負担

・ 外来診療に支障が生じること

・ 在宅医療のやり方への疑問・不安

・ 効率的経営の可能性

→ 千葉県地域医療再生プログラムと連動した政策を実施。

① 在宅医療に携わる医師の負担を軽減するシステムの構築

・ 主治医・副主治医による地域で在宅医療を担う体制構築

・ 緊急用病床の確保など在宅医師の支援

・ 看護・介護の充実及び多職種連携

② 在宅医療の研修(多職種研修を含む)の実施

③ 市民への相談・啓発

→ これらの政策を実現するため、柏市は医師会と協力して、地域医療を支える拠点を作る。

○ 要介護度が重度になったとしても団地内で可能な限り在宅での生活を送ることを可能にする。

→ サービス付き高齢者向け住宅を中核とし、以下の実現を図る。

・ 在宅に必要な高齢者の住まう環境の提供

・ 医療・看護・介護の一体的在宅サービスを地域に提供

・ 医療・看護・介護の関係者による拠点を活用した連携

高齢者が元気に暮らすことができるために

～豊四季台地域高齢社会総合研究会によるプロジェクトを受けて～

「高齢者が元気に暮らすことができるために」の構成

| | |
|--|--------|
| 0. 豊四季台地域高齢社会総合研究会によるプロジェクトの意義と今後の展望について | p. 1 1 |
| 1. 前提となる現状データ | p. 1 2 |
| 2. 医療を取り巻く環境 | p. 1 5 |
| 3. 看護・介護を取り巻く環境及び高齢者の住まいを取り巻く環境 | p. 1 7 |
| 4. 生活支援サービスを取り巻く環境 | p. 2 1 |
| 5. 健康であり続けるための仕組みを取り巻く環境について | p. 2 2 |
| 6. 2. ～5. で整理された課題及びその対応方針について | p. 2 4 |
| 7. 豊四季台地域のプロジェクトについて | p. 4 4 |
| 8. 最後に | p. 5 7 |

高齢者が元気に暮らすことができるために
～ 豊四季台地域高齢社会総合研究会によるプロジェクトを受けて ～

平成 23 年
柏市保健福祉部福祉政策室

0. 豊四季台地域高齢社会総合研究会によるプロジェクトの意義と今後の展望について

今後の日本が抱える最大の課題は、超高齢社会である。

高齢者の増加により、高齢者の生活を支える医療や介護のサービスニーズの増加はとどまることを知らず、これに伴い、医療保険や介護保険に要する費用も増加している。この一方で、高齢者の心身が健康な期間の暮らし方についても様々な指摘がされてきている。

特に、東京、千葉、神奈川、埼玉、大阪といった都市部における高齢化は、人口が集中しているため急激に進み、都市部にある自治体はこの高齢化により大混乱に陥ることとなると推察される。

今後、日本が抱える超高齢社会にあって、高齢化対策の必要性が声高に謳われ、対応が急務とされる地域は、こうした都市部であり、柏市はまさにその真っ只中にある。

こうした中、今回、都市部として典型的な立地及び典型的な人口規模の街として、東京都のベッドタウンと言われる人口 40 万人の柏市においてモデルプロジェクトを実施した。

柏市には、豊四季台団地という昭和 39 年に特殊法人日本住宅公団（現在の独立行政法人都市再生機構）が建設した団地がある。この団地は、平成 22 年 10 月 1 日時点で高齢化率 40%という超高齢団地であって、これからの日本の都市部が見舞われる状況を既に体現し、かつ、現在日本全国の都市部にある昭和 30 年から昭和 50 年頃に作られた団地が現在及び今後直面する課題が集積された団地である。

このため、柏市のこの豊四季台団地において、この団地の建替事業に伴い、全国のモデルとなりえる超高齢社会におけるまちづくりを考えることとした。

具体的には、今後の都市部の自治体が直面する超高齢社会に対するまちづくりについて、自治体である柏市、東京大学高齢社会総合研究機構及び独立行政法人都市再生機構が共同して、全国で初めて本格的に検討し具体策に落とし込む。

こうした一つの課題への解決策を基本路線としてまちづくりを行うこと及び地元自治体を中心となって、また、産官学が一体となって、このようなまちづくりを考えることは、全国的にも非常に貴重な事例である。

また、この取組を全国のモデルとするためにも、汎用性を有したまちづくりを進めることに留意しているところである。

このモデルとなるまちづくりは、これからの超高齢社会にあっての一つの「まち」の姿

を提示するものであるから、高齢者を対象として、

- ・ いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち
- ・ いつまでも元気で活躍できるまち

を基本方針としている。

柏市は、今後、豊四季台地域において確実な具体的事業の展開を図り、このプロジェクトの成果を柏市全域に展開していくことを考えている。

よって、この報告書作成を以て、このプロジェクトの成果を次期介護保険事業計画等の基本的な方向性に反映することについて柏市健康福祉審議会でご議論いただき、このプロジェクトが今後の柏市における高齢者施策の一定の方向性の検討に貢献することを期待するものである。

また、厚生労働省が提示している、参加型社会保障（ポジティブ・ウェルフェア）への取り組みの第一歩になればとも考えている。

なお、この報告書に記載している 2030 年時点等の推計値については、柏市又は豊四季台団地における現在の高齢者全体や要支援・要介護高齢者全体に占める割合（発生率）を 2030 年時点においても基本とし、高齢者の増加率や要支援・要介護高齢者の増加率によって単純比例倍したものである。

1. 前提となる現状データ

高齢化率・高齢者数等

日本全国の高齢化率は平成 22 年時点で 23.1%であるが、今後、高齢者は、日本全国でさらに増加することが見込まれ、2025 年には団塊の世代が 75 歳以上高齢者となり、2030 年には高齢化率が 31.8%にも達する。

特に、総人口は減少する一方、65 歳以上高齢者が増加し、75 歳以上高齢者は 2005 年時点の約 2 倍の数となる。

一方、柏市では全国よりも一層の高齢化が進むことが予想される。高齢化率は 2010 年 10 月 1 日時点で 19.5%で全国平均を下回っているものが、2030 年には 32.4%と全国平均を上回る。つまり、柏市の高齢化のスピードは全国を上回る。また、2030 年には、柏市においても総人口は減少するが、75 歳以上高齢者数にあってのみ著しく増加し、85 歳以上高齢者数は、2005 年時点の約 3.5 倍にもなる。【資料 1】

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（2008 年 12 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

こうした高齢者の世帯状況としては、独居や夫婦のみ世帯の高齢者数が増加することが予想されている。

高齢者の自宅での生活希望とそれを実現する施策

今後増加が見込まれる高齢者は、自宅での生活を希望しており、このことは、以下のデータからも言うことができる。

- 55歳以上高齢者のうち約55%が、最期を迎える場として自宅を掲げている。
→ 最期を迎える場として自宅を掲げている者は、平成19年時点で65歳以上高齢者の約55%、平成14年時点では、65歳以上高齢者の約51%。【資料2】
- また、55歳以上高齢者のうち約42%が介護を受けたい場所として自宅を掲げている。
→ 75歳以上高齢者では約45%が介護を受けたい場所に自宅を掲げている。【資料3】
(出典)平成19年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(内閣府)
- この傾向は、柏市内でも同じである。在宅介護サービスを使いながら、自宅で暮らし続けたい者は、要支援・要介護認定を受けてサービス利用者の64.0%、要支援・要介護認定を受けてサービス未利用者の44.6%。【資料4】

こうした高齢者の希望通りに、自宅での介護や最期を迎える生活を可能とするためには、一般的には、

- ・ 医療が必要な時に提供される環境整備
- ・ 看護による継続した医療的ケアの提供
- ・ 24時間のケアを支える介護サービスの充実
- ・ 医療・看護・介護を相互に組み合わせて効果的に提供するための多職種の連携が必要とされている。

介護サービス等に関する市民のニーズ

介護サービスの利用を考えている者及び在宅生活を支える家族は、現時点においても、医療・看護・介護の情報が不足している事態にあり、在宅生活そもそものイメージがつかない場合が多く、不安を抱えている。

また、柏市での調査では、施設に入所する理由として、家族への負担を掲げる者が35.7%、専門的な介護が受けられて安心して生活できるという者が25.0%となっている。

【資料5】

このため、在宅での生活を実現させるためには、在宅介護サービスの質を向上させて施設と同程度の安心感を提供することに加え、家族の介護への負担解消としての家族介護者のレスパイト機能の充実といったものが必要となってくる。

一方、柏市における、要支援・要介護認定者でサービスを利用している者のうち、介護以外に希望するサービスがあるかという問に対して、現行の生活支援サービスや介護サービスで足りているとする者が 27.8%いる一方で、外出支援を求める者が 23.8%も存在している。【資料 6】

よって、先述の医療や介護サービスに加え、高齢者の希望通りに、自宅での介護や最期を迎える生活を可能とするためには、日常の生活を支援するためのサービスも必要と思料される。例えば、配食サービス、外出支援のサービスなどである。

これらのサービスは、独居高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が、三世帯世帯などと比較して利用割合が高い。例えば、配食サービスは、独居高齢者世帯で 12.3%，夫婦のみ世帯で 7.8%が利用しているところ、三世帯世帯では 1.8%しか利用していない。【資料 7】

(出典) 平成 19 年 国民生活基礎調査

今後、独居高齢者や高齢者のみ世帯が増加することに伴い、こうした生活支援サービスのニーズが増加することが考えられる。

また、この自宅で生活を送るという点について、独居高齢者は増加し、その高齢者は A DL が低下するといったことがある。このため、従来そのままの家では生活が困難といった状況や従来家の維持が非常に困難という状況になってくる。

こうした中、バリアフリーのための住宅改修を行って、自宅を介護仕様にすることは考えられるところであるが、65 歳以上の世帯員のいる世帯数のうち、一定のバリアフリーが行われている世帯は約 37%，高度のバリアフリーが行われている世帯は約 8%と、非常に限られた世帯にしかバリアフリーが成されていない。

(出典) 平成 20 年 住宅・土地統計調査 (総務省統計局)

また、今回のプロジェクトの地域である豊四季台団地は、エレベーターの無い 4 階や 5 階建ての住宅団地であるところ、データから、介護が必要となる状態又は重度の要介護状態になるとこの団地で暮らし続けることは困難になっていることが言える。

こうしたことから、安心して暮らすことができる「住まい」について検討が必要である。

高齢者の健康維持の状況

こうした医療や介護のサービスを充実させる中であって、65 歳から死亡するまでの期間は約 20~30 年であるが、この 1 割しか介護を必要としない期間である。

残りの 9 割の期間を自宅で有意義に生きがいを感じて充実した生活として送るためには、この期間、健康であることが最低条件となる。なお、心配事や悩み事として、健康を上げた方は、75 歳以上高齢者の約 41%である。【資料 8】

(出典) 平成 19 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果 (内閣府)

柏市内での高齢者の聞き取り調査にあっても、健康が第一であると答える高齢者が多い。

なお、要介護状態がよくなった要因として、「自分でできる限り動くようにした」を掲げた者が要支援・要介護認定を受けてサービス利用者の 44.3%，要支援・要介護認定を受けてサービス未利用者の 58.8%を占めており、健康の維持は、身近な生活習慣による

ものと考えられる。【資料9】

以上のデータを踏まえると、高齢者のニーズに合致した生活を提供するために必要な施策は以下の6つが考えられる。

- ① 医療提供体制の充実
- ② 看護・介護サービスの充実
- ③ 医療・看護・介護における多職種連携
- ④ 生活支援サービスの体制強化
- ⑤ 住まいの提供
- ⑥ 健康であり続けるための仕組み作り

以下、2. から5. において、上記①から⑥の各々について、データとともに分析し、①から⑥までを実現するための課題を洗い出すこととする。

2. 医療を取り巻く環境

病院の状況

今後の高齢化の進展に伴い、入院数や死亡数は増加することが見込まれる。

柏市の現在の一般病院の病床数は3,192床であるところ、患者の病床利用率は85.0%と全国平均79.9%を上回っている状況である。この一方で、一般病院の患者の平均在院日数は23.7日と全国平均の28.2日より非常に短い。【資料10】

(出典)平成21年 地域保健医療基礎統計(厚生労働省)

こうした中、千葉大学の推計によると、入院患者数は、2005年時点と比較して2025年時点には約1.4倍に増加すると予想されている。このように入院患者数が増加し、病床数及び平均在院日数が現在の水準で推移すると仮定すると、2025年の柏市内の一般病院の患者の病床利用率は100%をはるかに上回る数値になることが予想される(今から7年後には患者の病床利用率が100%を超えると単純推計される。)

現在は、退院先として「他の病院・診療所への転院」があるが、今後の患者の病床利用率が100%を超える中においては、この退院先の1つである「他の病院・診療所への転院」という選択は必然的に減少する。こうしたことから、病院からの退院患者の療養の場を確保するため、在宅における療養環境の整備が必要になる。

在宅での医療処置を必要とする者の数

豊四季台団地の要支援・要介護高齢者240名のうち、在宅で経管栄養などの医療処置が

必要な者は 37 名で、全体の 15%を占めている。【資料 11】

豊四季台団地と同様の割合であると仮定して試算すると、柏市全域の要支援・要介護高齢者のうち在宅で医療処置が必要である者は、要支援・要介護高齢者数 10,101 名（平成 22 年 10 月 1 日時点）のうちの 1,515 名と推計される。

2030 年時点では、要支援・要介護高齢者数は 2.6 倍になると仮定すると、単純に比例倍すると、柏市の要支援・要介護高齢者のうち在宅で医療処置が必要である者は 3,939 名と推計される。この数字は、現在の一般病院の病床数すらも超えた数字となっている。

死因別の状況（がんの状況）

また、柏市内の死亡数は、全国水準と同様に、死因別に見るとがんが多く、約 32%を占めており、この直近の 10 年で 1.4 倍の 850 件に増加している。三大疾患の中でも、増加率は最も高い水準を示している。【資料 12】

こうした中、55 歳以上高齢者のうち約 55%が、最期を迎える場として自宅を掲げているところ、この直近 10 年のがんの死亡数の増加を踏まえると、自宅でがん患者を看取る環境についても整備が必要である。

在宅医療を支える診療所の状況

一方、在宅での生活を支えるという視点に立って、在宅医療を行っている診療所の状況を見ると、24 時間対応を行う在宅療養支援診療所は、平成 22 年 11 月時点で、柏市では一般診療所の 6.5%で 15 箇所あるが、近隣の松戸市では一般診療所の 9.8%の 27 箇所である。【資料 13】

訪問診療専門の診療所の最大患者数は、全て軽症の患者と仮定すると、70 名/月と考えられており、単純推計すると、1,050 名の患者しか診ることができず、全て重症の患者と仮定すると、35 名/月と考えられており、最大患者数は 525 名という水準になる。

（出典）明日の在宅医療第 7 巻 在宅医療の経済的基盤（中央法規出版）

この水準では、自宅での介護を希望する方の医療処置への対応及び現行のがん患者の在宅での看取りに加え、病院から退院した後に療養が必要な方への対応などはできない。

柏市は現在の千葉県内ではそこまでの医療過疎地域ではないことにかんがみると、こうした現象は千葉県全域で起こり得ると言うことができる。

以上のことから、現行の柏市の医療基盤では、以下の事項が喫緊の課題であることが考えられる。

- 救急医療の限界及び病院医療の限界が限りなく近いこと
- 高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズ増大への対応
- がん患者の看取りへの対応

3. 看護・介護を取り巻く環境及び高齢者の住まいを取り巻く環境

要支援・要介護高齢者の状況と推計

要支援・要介護高齢者は、平成22年10月1日時点で10,101名のところ、団塊の世代が80歳を超える2030年では、2.6倍の約26,263人になると推計される。

この要支援・要介護高齢者のうち、平成22年3月末時点で、
要支援1・要支援2は2,245名
要介護1・要介護2・要介護3は5,577名（居宅：3,951名、施設：774名）
要介護4・要介護5は2,056名（居宅：826名、施設：828名）
である。

2030年時点では、単純に比例倍すると、それぞれ
要支援1・要支援2は5,837名
要介護1・要介護2・要介護3は14,500名
要介護4・要介護5は5,346名
となり、要介護1から5の要介護認定者だけで現在の要支援・要介護認定者の全体を2倍した数になる。【資料14】

こうした要支援・要介護高齢者の状態を具体的に見るため、豊四季台団地で暮らしている240名の在宅の要支援・要介護高齢者を分析すると、当該者のうち、

- ・ 42名が歩くことができない、
- ・ 79名が週に1回も外に出ない、
- ・ 36名が起き上がりができない、

者となる。これを柏市全域で同じ割合で考えると、現行では

- ・ 1,818名が歩くことができない
- ・ 3,333名が週に1回も外に出ない
- ・ 1,515名が起き上がりができない

者となる。2030年には、こうした者が柏市全域でさらに増加することが見込まれ、以下のとおりとなる。

- ・ 4,727名が歩くことができない
- ・ 8,667名が週に1回も外に出ない
- ・ 3,939名が起き上がりができない

こうした者の生活を支えるためには、在宅介護サービスの充実が必要である。特に、要介護状態が重度となると、昼夜を問わず介護の必要が生じることから、24時間対応が可能な訪問介護サービスが必要とされるところである。

要支援・要介護高齢者の独居世帯割合と推計

なお、こうした要支援・要介護高齢者の世帯構成についても見てみると、柏市全域の要支援・要介護高齢者の独居世帯は、38.37%であるところ、独居高齢者が2030年時点で10,312人になり、現在の要支援・要介護高齢者の全数が独居状態であるような事態になる。

要支援・要介護高齢者のうち、医療処置が必要な者の状況

また、要支援・要介護高齢者のうち、医療処置が必要である者は、柏市全域では現在1,515名のところ、2030年時点には3,939名と推計される。【再掲】

こうした医療処置が必要な者の家族の負担は大きいものと思料される。しかし、柏市内の在宅療養をしている者の中で医療依存度が高いことが理由で、短期入所生活介護や短期入所療養介護が利用できないでいる方は多い。

例えば、柏市内の12の訪問看護ステーションのうち10の訪問看護ステーションについて、柏市内の訪問看護ステーションが調査・確認したところ、平成22年10月1日時点では、利用者618名のうち、医療機器使用等の理由により短期入所生活介護や短期入所療養介護の利用が出来ていない療養者は116名もいたと聞いている。

結果的に在宅における訪問看護ステーションのニーズが高まっていると推察される。

また、在宅での生活については、「2.」の在宅医療の充実も必要であるが、訪問診療の際の訪問1回当たりの滞在のための所要時間は軽症患者で20分、重症患者で40分とされるところ、継続的な療養サービスは訪問看護によるサービスが中核となる。

(出典) 明日の在宅医療第7巻 在宅医療の経済的基盤 (中央法規出版)

こうした中、平成22年10月時点で稼働している柏市の訪問看護事業所・ステーション(以下「訪問看護ステーション」という。)は12箇所である一方、松戸市は22箇所あり、柏市内の訪問看護ステーションの整備水準は低く、訪問看護サービスの充実が必要である。

認知症高齢者の推計

これらに加え、看護・介護サービスの充実を考える上では、高齢者の増加に伴う認知症患者の増加についても考察する必要がある。

豊四季台団地の要支援・要介護高齢者240名のうち、認知症患者は123名であって、このうち、独居状況などを加味した上で、自宅で独居でいることが困難(自立度Ⅱの一部)及び独居同居に関わらず在宅が困難(自立度Ⅲ以上)であると考えられる認知症高齢者は、55名と全体の22.9%と推計される。

自宅で独居でいることが困難(自立度Ⅱの一部)及び独居同居に関わらず在宅が困難

(自立度Ⅲ以上)な認知症高齢者は、柏市全域で同様の割合であると仮定すると、平成22年10月1日時点では約2,273名と推計され、この数字が、2030年には約5,909名になると推計される。また、このうち、独居同居に関わらず在宅が困難(自立度Ⅲ以上)な認知症高齢者は約3,173名になると推計される。

認知症高齢者は、環境が変わると症状が悪化する傾向にもあることから、認知症高齢者へのケアの充実については、

- ・ 住み慣れた地域で認知症患者が暮らすために必要な在宅サービス
- ・ 認知症患者へのケアに必要とされるなじみの関係を有したグループホームなどの居住系サービスの整備

など、サービス提供体制の確保は喫緊の課題となる。

こうした中、柏市では、グループホームは18箇所あり、今後も増設する方向にはあるが、6,000名にまで膨れる自宅で独居でいることが困難(自立度Ⅱの一部)及び独居同居に関わらず在宅が困難(自立度Ⅲ以上)な認知症高齢者への対応は、グループホームの建設のみで対処することは非常に厳しい。

なお、こうした認知症高齢者への介護サービスの対応として、特別養護老人ホームの建設ということも選択肢としてはあるが、いくら100床程度の特別養護老人ホームを建設したとしても、現行の施設よりも30から60施設程度建設しなければならない状況となる。

このように莫大な水準にまで増加する認知症高齢者全てに対する施設サービスや居住系サービスの整備は困難を極めることが予想される。こうしたことから、住み慣れた地域で認知症患者が暮らすために必要な在宅サービスの充実とそのための環境整備が求められる。

こうした対策を考えるにあって、在宅での負担を軽減するためにも、認知症高齢者の症状の進行を遅らせて安定した状態を可能なかぎり維持して生活を送ることを可能とする方向の対策も必要と考えられる。

認知症患者に対しては、早期発見と早期の治療により、症状の進行を遅らせることができることから、早期発見・早期治療のための医療機関の整備が必要である。

6,000名もの自宅で独居でいることが困難(自立度Ⅱの一部)及び独居同居に関わらず在宅が困難(自立度Ⅲ以上)な認知症患者に地域で真に対応していくためには、上記のような認知症に対する医療サービスと介護サービスを住み慣れた地域で提供する体制の確保が必要である。

しかし、こうした包括的なサービス提供体制が柏市においては、全く進んでいない。

介護保険施設利用者等の状況と推計

こうした認知症高齢者を含め、看護・介護を必要とする方への対応が必要とされる中、

特別養護老人ホームへの待機者は存在している。この詳細については、以下のとおりとなっている。

- ・ 居宅で生活している特別養護老人ホームの待機者は 710 名
- ・ この待機者のうち、要介護 4 及び 5 の方は 259 名
- ・ この待機者のうち、独居・夫婦のみ世帯の方は 316 名
- ・ この待機者のうち、独居・夫婦のみ世帯であって要介護 4 及び 5 の方は 98 名

このデータを踏まえると、喫緊に特別養護老人ホームへの入所が必要と考えられる方は、現行では 200～300 名程度と推察される。施設整備が現状のままと仮定した場合、2030 年時点には、居宅で生活をしている要介護 4 及び 5 の待機者は 673 名と推計される。

また、現行の特別養護老人ホーム入所者 879 名と同程度の状態像の方も要介護高齢者の増加に伴って増加するところ、これらの者に施設サービスが必要であると考ええると、約 1,400 名分の施設の建設が必要となる。

つまり、2030 年時点には、合計約 2,000～2,100 名の特別養護老人ホームへの喫緊の入所ニーズがあるものと推察される。

高齢者が抱える生活への不安

また、多くの高齢者が希望する自宅で生活を送るという点について、独居高齢者は増加し、その高齢者も ADL が低下するといったことがあるため、従前のままの家では生活が困難及び従前の家の維持が非常に困難となってくることは皆が感じている不安となって表れている。

高齢社会と核家族化にあって高齢者のみ世帯、高齢者の独居や高齢者夫婦のみ世帯が増加することが言われている中、将来の生活への不安を感じている高齢者は多い。

「将来の日常生活全般への不安」について尋ねたところ、総数では「多少不安を感じる」が 48.2% と最も高く、「とても不安を感じる」が 14.8% となっており、「とても不安を感じる」と「多少不安を感じる」の合計は 63.0% に達する。【資料 15】

同居形態別にみると、単身世帯では「とても不安を感じる」と「多少不安を感じる」の計が 70.4%、二世帯世帯では 66.3% と高くなっている。一方、三世帯世帯では「不安は感じない」と「あまり不安は感じない」の計が 46.7% と高くなっている。【資料 16】

(出典)平成 21 年 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査結果(内閣府)

こうした高齢者の生活の不安解消としても、生活支援サービスなどのケアがしっかりと付いて 24 時間自宅での生活を可能にする住宅の建設は、まさに多くの高齢者が求めていると思料される。

こうした不安の解消のため、ケア付のマンションとしてサービス付き高齢者向け住宅の建設が昨今伸びてきているところ、柏市内でも 7 箇所のサービス付き高齢者向け住宅がある。

なお、施設増加などには限界がある中で、先の認知症患者への対策の一つとして、認知症患者の状態に応じ、認知症患者であっても住まうことをある程度可能とする高齢者の住まいを考える必要があり、昨今整備が進んでいるサービス付き高齢者向け住宅がどこまで対応できるかといった検討が今後必要になると見込まれる。

なお、高齢者の住まいとしては、バリアフリー化の推進という施策もあるが、65歳以上の世帯員のいる世帯数のうち、一定のバリアフリーが行われている世帯数は約37%、高度のバリアフリーが行われている世帯数は約8%にとどまっている。【再掲】

以上のことから、現行の柏市の看護・介護基盤では、以下の事項が喫緊の課題であることが考えられる。

- 在宅生活を支えるための訪問看護の充実
- 在宅生活を支えるための24時間の訪問介護サービス及びレスパイト機能を有するサービスの充実
- 医療・看護・介護を安定的に利用者に提供するための多職種連携
- 必要な者に必要な施設サービスの提供
- 認知症高齢者へのサービス提供、医療の提供
- サービス付き高齢者向け住宅の整備の推進

4. 生活支援サービスを取り巻く環境

豊四季台団地における240名の要支援・要介護高齢者の具体的な現在の状況と、これを参考に用いた柏市全域での要支援・要介護高齢者の具体的状況の推察については、3.に記載したとおりである。

また、要支援・要介護高齢者の世帯構成についても見てみると、柏市全域の要支援・要介護高齢者の独居世帯は、現在38.37%であるところ、同じ割合と仮定すると、独居高齢者は2030年時点で10,312人になり、現行の要支援・要介護高齢者の全数が独居状態であるような事態になる。【再掲】

要支援・要介護高齢者の生活支援サービスの利用割合は5%である。現在の柏市の要支援・要介護高齢者10,101名のうち約500名程度と推計されるが、2030年では単純計算でも1,300名程度の利用が見込まれる。

生活支援サービスの利用は、独居高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が、三世帯世帯などと比較して利用割合が高い。例えば、配食サービスは、独居高齢者世帯で12.3%、夫婦のみ世帯で7.8%が利用しているところ、三世帯世帯では1.8%しか利用していない。【再掲】

2030年には要支援・要介護高齢者のうち独居高齢者が10,312名にもなり、また、一般高齢者のうちの独居高齢者も22,344名になると試算されている。このため、生活支援サービスの利用が一般高齢者の独居高齢者にも拡大すると考えると、上記試算よりも更に利用ニーズが増すことが考えられる。

しかしながら、柏市内の現行の生活支援サービスは、多くを社会福祉協議会と柏市非営利団体連絡会を構成する10の助け合い事業の団体が支えているという状況である。

このことは、サービスに対する価格設定が介護保険制度の訪問介護の1割負担分の額などに影響を受けて下げ止まり、ボランティアや社会福祉協議会しか参入が難しい価格設定で生活支援サービスが利用者に浸透してしまっているということが考えられる。

各ボランティア団体や社会福祉協議会は、人件費を抑制したり補助金を活用して利用者の1時間当たり利用料金を1,000円未満にする苦勞をしている。一方、民間企業による家事を支援するサービスの利用料金は、1時間当たり3,500円程度が相場となっており、こうした民間企業による家事支援サービスの利用者は収入に余裕のある層に限定される。

このように、現在の生活支援サービスは、補助金などを活用した価格設定である1,000円未満でサービス提供する形態と、収入に余裕がある層のみを利用者として高額でサービスを提供する形態との2つが主であるが、今後増加する利用者の状況などにかんがみると、きめ細かい対応が必要であるにもかかわらず、非常にアンバランスな状況になっている。

今後の高齢化を考えると、社会福祉協議会等だけでは支えることはできない。また、年金のみの収入による世帯にとって、保険料などの支払いに加えて1時間当たり3,500円程度を支払うことを考えると、民間企業が提供するサービスの利用が増加することも考えにくい。

利用者がコスト意識を持つ必要があるとともに、利用者の状況に照らしつつ、生活支援サービスを安定的に提供できるシステムを、検討する必要がある。

5. 健康であり続けるための仕組みを取り巻く環境について

高齢者の活動への参加について

「この1年間において、グループや団体で自主的に行われている活動へ参加したことがあるか」について調査したところ、総数では、何かに参加したことがあるのは、60.2%となり、最も高い回答は、「健康・スポーツ（体操、歩こう会、ゲートボール等）」の28.9%であった。【資料17】

時系列にみると、時代とともに、活動への参加が高まっていることが示されている。何

らかの活動に参加したことがある比率は、昭和63年調査では36.4%であったが、平成10年調査では43.7%となり、平成19年調査では59.8%である。参加が特に高まっているのは、「健康・スポーツ（体操、歩こう会、ゲートボール等）」で、昭和63年調査では16.4%であったが、平成10年調査では18.3%となり、平成19年調査では28.7%である。【資料18】

（出典）平成19年 高齢者の健康に関する意識調査結果（内閣府）

このように、高齢者の意識も、介護予防や健康への思考が高まっており、こうした取組の推進は、行政としての取組が必要と考えられるところである。

一方、柏市の調査では、要介護状態がよくなった要因として、「自分でできる限り動くようにした」を掲げた者が要支援・要介護認定を受けてサービス利用者の44.3%、要支援・要介護認定を受けてサービス未利用者の58.8%を占めている。【再掲】

外出状況と健康維持について

また、スポーツに参加するまではいかなくとも、日常生活の中でいかに健康を維持する機会を提供するかも大切である。

現在収入ある仕事をしている人に仕事のために必要な外出について、「どのくらいの頻度で外出しているか（仕事のために必要な外出）」について尋ねたところ、「ほぼ毎日」が57.2%と最も高く、「週に3～4日程度」が18.8%、「週に1～2日程度」が8.9%、「ほとんどしない」が7.5%、「1か月に1～3回」が4.2%となっている。

現在の収入別にみると、収入が高くなるにつれて「ほぼ毎日」が高くなっている。

一方、余暇などのための外出について、「どのくらいの頻度で外出しているか（余暇などのための外出）」について尋ねたところ、「ほとんどしない」が27.6%と最も高く、「1か月に1～3回」が26.0%、「週に1～2日程度」が22.6%、「週に3～4日程度」が11.9%、「ほぼ毎日」が10.8%となっている。

健康状態別の外出頻度については、健康状態が良い方では「ほぼ毎日」は68.3%であるのに対して、良くない方では42.2%と低くなっている。【資料19、資料20、資料21】

なお、仕事のために必要な外出は、健康状態が良い方は「ほぼ毎日」が59.6%だが、余暇などのための外出は、健康状態が良い方でも「ほぼ毎日」が11.9%にとどまる。

（出典）平成21年 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査結果（内閣府）

病気の治癒などを除き、出来る限り動くようにするといった日常生活の行動により健康状態は改善されると考えられるところ、健康状態が良い方は仕事にしろ余暇にしろ外出に対する意欲が旺盛であることを見て取ることができる。これは、外出への意欲があるからこそ健康であるように健康状態を保つ努力をしているとも考えることができる。

一方、収入ある仕事をしている人はほぼ毎日外出する機会があるが、余暇による外出で

はほぼ毎日外出する者は1割程度でほとんど外出の機会はなく、個人の余暇の取組による差が著しい。

このため、高齢になってからも外出を促して健康につなげるためには、高齢者になったとしても、自らの生活スタイルの範囲内で収入ある仕事を持つことが効果的であると思料される。

孤独死への不安

また、昨今話題になる孤独死について、「孤独死（誰にも看取られることなく、亡くなったあとに発見される死）について、身近な問題だと感じるか」について尋ねたところ、都市規模別にみると、規模が大きくなるほど「非常に感じる」と「まあまあ感じる」の計が高くなっており、大都市では46.7%に達している。同居形態別にみると、単身世帯では「非常に感じる」と「まあまあ感じる」の計が64.7%と高くなっているのに対し、三世帯世帯で29.7%と低くなっている。【資料22、資料23】

孤独死を身近な問題と感じると答えた人に、その理由を尋ねたところ、「一人暮らしだから」が30.1%と最も高く、「ご近所との付き合いが少ないから」が26.1%、「家族・親戚と付き合いがないから」が10.5%、「あまり外出しないから」が8.4%となっている。

【資料24】

（出典）平成21年 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査結果（内閣府）

高齢者のみ世帯のうち独居高齢者が増えるという状況及び団塊の世代の大量退職時代に伴う特に地域との付き合いがなかった男性高齢者の増加という状況においては、孤独死を身近に感じる機会が必然的に増加することとなる。

よって、これからの超高齢社会におけるコミュニティの構築は、孤独死の対策の一環としても重要になると思料される。

このため、健康であり続けるための仕組みとして、以下の事項を検討することとする。

- 高齢者の健康づくりの推進
- 高齢者の就労の推進と孤独化防止のためのコミュニティの構築

6. 2. ～5. で整理された課題及びその対応方針について

＜整理された課題＞

高齢者が元気に暮らすことができるために検討が必要とされる、2. ～5. で提示された課題は以下のとおりであり、それぞれについて、望ましい対応方針の検討を行う。

なお、この検討結果を踏まえ、柏市で作成する第5期介護保険事業計画等での議論に適

宜反映を考えていくこととする。

- (1) 救急医療の限界及び病院医療の限界が限りなく近いこと
- (2) 高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズの増大への対応
- (3) がん患者の看取りへの対応
- (4) 在宅生活を支えるための訪問看護の充実
- (5) 在宅生活を支えるための 24 時間の訪問介護サービス及びレスパイト機能を有するサービスの充実
- (6) 医療・看護・介護を安定的に利用者に提供するための多職種の連携
- (7) 必要な者に必要な施設サービスの提供
- (8) 認知症高齢者へのサービス提供
- (9) サービス付き高齢者向け住宅の整備
- (10) 生活支援サービスの充実
- (11) 高齢者の健康づくりの推進
- (12) 高齢者の就労の推進と孤独化防止のためのコミュニティの構築

< (1) 救急医療の限界及び病院医療の限界が限りなく近いこと >

1. 及び2. にあるとおり、今後の高齢者増加に伴う入院ニーズの上昇は急激であり、柏市の医療体制は、病床数という意味での限界は近い。

特に、救急告示病院の病床数については、高齢者のみならず、小児等高齢者以外の救急搬送による入院もあることから、喫緊の課題である。

救急告示病院については、救急時に対応しなければならないため、高齢化による患者増加に対応するためには病床の回転率を現行よりも引き上げざるを得ない。しかし、病床の回転率の引き上げにより患者を対処療法的に処置することになると、結果として適切な対応をすることができず、他の救急告示病院や一般病院の入院患者をさらに増加させ、長期的な入院を余儀なくさせることにつながる。このため、救急告示病院は一定の質を保ったまま、病床の回転率を引き上げていかざるを得ない。

救急告示病院は、総合病院としての機能を有するものとそうでないものがある中で、すべからず救急対応が要求される場所、病院として専門としている疾病でない場合には、一義的な処置は可能であっても完全な対応ができないことも予想される。結果として、救急対応に時間を要したり、転院させる必要が生じるといった事態が想定される場所である。

このため、救急告示病院は、各々の病院毎に重点を置いている診療標榜科を明らかにし、疾患別に最優先で搬送する病院を明確にしていくことが望ましい。例えば、循環器系疾患に強い又は消化器系疾患に強いという病院で連携関係を作り、この連携病院に優先的に患者を搬送するという環境にした上で二次応需病院間の役割分担を明確にしていくというこ

とである。

これにより、救急搬送が必要な時に、より効率的かつ効果的な医療を提供できる環境となるのではないかと推察される。この際、専門的知識に則って病院を選択し、搬送先を決定する管制機能の充実が必要となると思料される。

柏市では、救急告示病院を中心とした病院間の連絡会議を昨年度創設したところであり、こうした場を活用して柏市内の救急告示病院とも議論し、課題の共有化を図るとともに、今後、可能な限り早期に、具体的な対応策を検討していく必要がある。

上記に加え、一般病院の病床にあっても、高齢者の増加に伴う入院数等の増加により患者の病床利用率が上昇して100%を超えるものと推察される。その結果として、病院からの退院先として位置づけられている「他の病院への転院」が困難になり、在宅での療養が必要となるケースが増加する。結果として、病院は、退院後の患者の療養環境に配慮した対応が必要となる。

具体的には、病院は、患者の退院に当たり、在宅医療を推進している診療所や訪問看護ステーションなどと退院する患者の退院後の療養方針について退院前に調整することが必要となる。なお、この結果、診療所の医師が病院に赴くこととなり、病院と診療所の連携は一層進展し、病院から診療所への紹介はもちろん診療所から病院の紹介といったことも促進されるものと考えられる。

こうした、在宅医療を推進し、病院が退院後の療養環境を整備することについて、今回のプロジェクトで対応を図ることとする。

< (2) 高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズの増大 >

在宅医療推進の必要性は、1. 及び2. のデータでも提示したとおりであり、今後ますます高まるものと推察される。

仮に、在宅医療が推進されない中で今後の超高齢社会が到来した場合の患者が置かれる状況は、例えば以下のとおりになると思料される。

- ・ 入院期間が短くなり、自宅での療養を余儀なくされ、その期間が長くなる。
- ・ 在宅の医療資源が不十分な中、患者及び患者の家族は療養生活の展望に不安が生じ、また、実際の療養生活では患者の家族に負担がかかる。
- ・ こうした中、自宅での生活を選択して退院したとする場合、在宅での医療処置が必要であるにもかかわらず、在宅医療資源がなく、何らかの手法で診療所に行かざるを得ない。

現在、市民を取り囲む医療環境は外来診療中心となっており、結果として市民も医療は外来診療であると思っている。

しかし、先の1. 2. 6. <(1)>に記した今後の超高齢社会の医療の状況にかんがみると、医療が外来診療中心のままでは、患者の必要とする医療に応えることができなくなり、上記のような状況に患者が置かれることとなる。このため、在宅医療の推進に早期に取り組んでいかなければならない。

なお、在宅医療が一般的な医療として受け入れられていない中であっては、突如在宅医療を提起したとしても、患者及び患者の家族は混乱に陥ることが予想される。この点について、施策の展開及び事業の実施の際は十分な配慮が必要となるところ、市民の在宅生活に関する相談機関や情報が得られる機関の設置も考える必要がある。

こうした患者が置かれる状況の一方で、柏市における24時間対応を行う在宅療養支援診療所は、平成22年11月時点で、柏市では一般診療所の6.5%で15箇所あるが、近隣の松戸市では一般診療所の9.8%の27箇所である。【再掲】

在宅医療が進んでいる長崎市の対人口10万の診療所数は128.8となっている。長崎市は坂が多いという地理的要素及び診療所の数が多くあることにより、在宅医療を行うことに医師は躊躇ないところである。一方、柏市は、一般診療所の数についても、対人口10万での比較では、全国平均77.6のところ、柏市は58.9と著しく少ない。

柏市は、今後の高齢化に伴い、外来診療数の増加とともに、在宅医療ニーズも増加することが考えられる。こうした中であって、今後、診療所が在宅医療に負担なく取り組んでいくことを可能にするための政策を検討する必要がある。

この政策を検討するにあたっては、診療所の数が少なくても、診療所が在宅医療と外来診療とを両立させ、患者のニーズに沿った医療提供を可能とする効果を図ったところである。

昨今の診療報酬改定を経て、訪問診療を外来診療と併せて行くと、診療所の経営は非常に効率的になるところであるが、在宅医療は進んでいない。これは、診療所として訪問診療を行おうにも訪問診療に携わることを躊躇させる課題が存在するためである。

在宅医療が進まない課題は、柏市の医師との議論においては、以下のとおりと考えられている。

- 在宅医療が24時間体制を必要とすることによる診療所の精神的・身体的負担
- 在宅医療を行うことによる外来診療への影響
- 在宅医療の普遍的な方法が全国的になく、現に在宅医療を提供する方法に不安
- 市民が有する固定観念（医療は外来であるという認識及び在宅医療は困難を伴うという意識）

今後の市民、病院、診療所が置かれる状況にかんがみると、これらの課題をシステムティックに解決し、迅速に在宅医療を推進する政策が必要とされることである。

そこで、上記の課題を解決し、超高齢社会における患者の医療ニーズに対応する在宅医療推進を実現するため、以下の4つの方針による取り組みが必要と史料される。

① 市民への在宅医療の周知・意識啓発

市民に、医療に関する教育、在宅医療を含めた医療・看護・介護サービスの内容の周知及び相談体制の整備を図り、超高齢社会における医療のあり方を市全域で考えていく仕組み及び在宅医療を提示された際に患者や患者の家族が抱える不安を解消する仕組みを構築する。

② 地域の診療所のグループ化により在宅医療を支える体制の構築

患者の状態をすべからく把握しているのは地域の診療所であるところ、患者の訪問診療のニーズに対しては地域の診療所に第一線で支えていただくことが望ましい。

一方で、1. 2. 6. <(1)>にある高齢化に伴う今後の在宅医療ニーズの増加を踏まえると、1つの診療所が地域の在宅医療を支えることは不可能である。このため、地域の診療所の多くに訪問診療に携わっていただき、増加する在宅医療ニーズに地域の診療所で相互に支え合って応える体制を構築する必要がある。

③ 地域の診療所の訪問診療を補完する体制の構築

地域の診療所が基本的には主治医として患者への訪問診療を行うが、地域の診療所が24時間の訪問診療を実現するにあたり困難であると考えられる夜間の訪問診療などを代替して対応する、いわゆる副主治医の機能の役割を有する診療所を設け、主治医の訪問診療を補完するシステムを構築する必要がある。

上記のシステム構築により、夜間の訪問診療ニーズなどに体制が不十分であって対応できないケースや看取りのケース、外来診療中の訪問診療の依頼といった、地域の診療所が訪問診療を行う際に負担が大きいと感じる訪問診療のケースを下支えすることを可能とする。

なお、在宅医療を行うためには、医師は患者の症状はもちろん、生活の状況についてもある程度把握できていなければならない。このため、市民には主治医を設ける必要性を理解いただくとともに、主治医のない市民には、病院から在宅医療を前提として退院する場合や療養期間中に在宅医療が必要となった場合に、主治医及び副主治医を推薦する仕組みを構築する必要がある。

④ 在宅医療の研修について

臨床の医療や昨今の専門分野に分かれた医療提供では、総合医としての判断が求められる在宅医療の提供は困難である。このため、外来診療の医師が在宅医療を提供することに抵抗を感じることも少なくない。こうしたことから、在宅医療の提供にあたっての普遍的な手法や対応方針、多職種との連携などについて研修を行い、各医師の在宅医療の知識や具体的な手法を充実させ、在宅医療に携わる医師の増加を図ることが必要である。

この必要とされる4つの方針について、今回のプロジェクトで対応を図ることとする。

<(3) がん患者の看取りへの対応>

柏市内の死亡数は、全国水準と同様に、死因別に見るとがんが多く、約32%を占めてお

り、この直近の10年で1.4倍の850件に増加している。三大疾患の中でも、増加率は最も高い水準を示している。【再掲】

柏市には、がん専門病院の国立がん研究センター東病院があり、また、東京慈恵会医科大学附属柏病院が平成20年2月8日に地域がん診療連携拠点病院に指定され、高度ながん治療が行われている。しかし、高齢社会の進展によるがん患者の増加が見込まれており、病院の病床数の限界は1.2.6.<(1)>にあるとおりである。

また、がん患者の相談について、都内の病院での治療を終えた患者の継続医療や在宅療養等に関する相談の増加傾向が見て取れる。

(出典) 柏市保健衛生審議会がん対策専門分科会報告書(平成22年1月)

よって、6.<(2)>に記載した在宅医療の推進や市民の相談体制にあっては、がん患者の医療提供や看取りまで含めた体制についても考えなければならない。

なお、在宅医療の最先端として取り上げられる長崎市医師会による「ドクターネット」も、がん緩和ケアを在宅で行うことを端緒に開始されているところである。

がんの緩和ケアは、疼痛コントロールや在宅酸素などであるところ、訪問診療及び訪問看護による在宅医療の提供が必須となるものである。こうした処置は、症状が安定している時点では1週間に1~2回程度であるが、看取り期間になると24時間体制の確保が必要となる。

このため、6.<(2)>でも記載したとおり、1人のかかりつけ医では対応しきれないケースも増加することから、夜間などの訪問診療を補完して行う支援体制の構築が必要である。

こうしたことから、今回のプロジェクトでは、がんの緩和ケアにおける在宅医療の提供状況なども精査し、対応を図ることとしている。

<(4) 在宅生活を支えるための訪問看護の充実>

3.に記載したとおり、在宅医療ニーズに対応するためには、医療だけではなく、看護も必要である。

訪問診療の際の訪問1回当たりの滞在のための所要時間は軽症患者で20分、重症患者で40分とされるところ、継続的な療養サービスは訪問看護によるサービスが中核となる。

【再掲】

例えば、がん患者の看取りの際の訪問看護の役割は、実例に基づくと、バイタル状態観察、排便コントロール、日常的なセルフケア確認・指導、身体の清潔の担保、精神的サポートと多岐に渡る。

今後、在宅医療を推進するためには、2.及び3.の在宅医療ニーズ及び訪問看護の必

要性にかんがみると、24時間の訪問看護が必要となる。

しかしながら、平成22年10月現在で、柏市で稼働している訪問看護ステーションは12箇所しかなく、個々の訪問看護ステーションの負担は大きい。

これらの訪問看護ステーションには、平均して常勤換算で3.4名の訪問看護師が配置されているところ、経営は黒字経営を行っているが、1事業所当たりの延べ訪問回数は約350回/月程度であるが、訪問回数の多い訪問看護ステーションで約570回/月もの訪問を行っている。

全国的な訪問状況は、常勤換算職員数が3.9人（看護職員常勤換算数は2.7人）で延べ訪問回数は242.7回/月であり、こうした状況と比較すると、柏市の訪問看護ステーションは、現在の訪問看護ニーズに応えることで精一杯の状況である。【資料25】

（出典）平成20年介護事業経営実態調査（厚生労働省）

今後、訪問看護のニーズが高まることを考えると、柏市の訪問看護の体制が現行のままでは、各ステーションの状況は一層厳しくなるものと推察される。

また、柏市の訪問看護ステーションは、多くが夜間にも対応できる体制を取っているが、手法はオンコール体制である。

緊急訪問が必要だったケースは、平成22年10月の1ヶ月では柏市全域で15件しかないが、夜間の負担は、実際の訪問に対する負担だけではない。

緊急訪問を行うに至るまでには、まずは利用者からの電話があり、それから緊急訪問が必要かどうかの判断を行う。このため、こうした電話対応も夜間の訪問と同様に訪問看護師の負担感に結びついている。1事業者の平成21年12月からの1年間の状況を例にとってみると、夜間に緊急訪問の約3～4倍に当たる電話がある。こうした毎日の夜間の電話への備えについても、訪問の必要性を判断するため、訪問看護師の常勤換算3.4名の中で賅われている。

こうした現状にあって、24時間の訪問看護を可能とするためには、訪問看護ステーションの1箇所当たりの負担過多を解消する必要がある。このため、

- ① 訪問看護師の確保、育成
- ② 訪問看護ステーションの大規模化

といった対策を行い、訪問看護サービスの提供を充実させる必要がある。

また、訪問看護が看護業務以外の対応に追われているという現状もあり、例えば薬剤管理などは、訪問薬剤の積極実施などにより訪問看護師の負担を軽減することも考えていく必要がある。

訪問看護に従事する看護師の不足は、看護師全体の不足による全国的な課題となっている。平成23年5月の保健師、助産師、看護師（含パート）の有効求人倍率が2.36となつて

いるところ、ナースセンターの平成20年の調査によると、看護師のうち訪問看護ステーションに就職を希望する者の割合は、病院や診療所への就職の希望と比べても非常に低い水準となっている。

(出典) 一般職業紹介状況(平成23年5月分)(厚生労働省)

訪問看護に従事する看護師の増加を見込むことができなければ、訪問看護ステーションの規模の拡大はもちろん、訪問看護ステーションの新規創設も不可能となる。よって、訪問看護に従事する看護師の確保策については早急な検討が必要である。

訪問看護師の確保については、様々な課題を抱えている。現在、柏市の訪問看護ステーションと議論を重ねているところ、次のような課題が上がり、対策を検討している。

一つには、訪問看護師の仕事についての周知が不足しているということがある。

この周知不足は深刻な課題であり、潜在看護師や病院から退職する看護師が訪問看護の業務を知らないため、訪問看護の求人があったとしても訪問看護の厳しい労働環境等しかイメージができず、結果、訪問看護の業務に就くことを敬遠することが考えられる。

このため、市も含めた関係機関の広報の徹底は早急に行う必要があるが、これに加えて、看護師に仕事として訪問看護を選択することを促すためには、目に見える形での認識・体験が必要となる。よって、訪問看護の業務を看護師がより具体的に理解するため、広報の他に、潜在看護師や病院を退職する看護師に向けた訪問看護業務体験フェアの実施なども効果的ではないかと検討している。

具体的には、病院が看護師を募集する場合に潜在看護師等に対してきめ細かい就職説明や職場を知る体験などを実施するのと同じく、各訪問看護ステーションにおいて、訪問看護の仕事をもっと理解して就職へのきっかけとなるよう、就職を考えている看護師が訪問看護師に同行して訪問看護の仕事の魅力を体験する機会を可能にするものである。

この体験については、ブランクを感じている潜在看護師などが訪問看護に就く後押し研修の意味合いや病院の現職の看護師が病院から退院した患者がどのように在宅の生活を送っているかを知るための研修としての意味合いも有することができればと期待している。

次に、看護師を確保する大前提としての看護師の労働環境の改善である。

潜在看護師になる要因としては、子育てとの両立が困難であることが考えられる。仕事と子育ての両立に必要な保育所や学童保育所の利用が困難な状況は看護師として働くためには喫緊の課題とも言える。看護師の子育て支援についても、訪問看護の充実施策として検討していく必要があると考えられるところである。

こうした確保策を進める一方で、これからの高齢者の増加に伴って在宅医療・看護・介護の必要性が増加し、1事業所当たりの利用者数はさらに増加することから、サービスの質を落とさないためにも訪問看護ステーションでの研修が一層必要となる。しかしながら、この研修については個々の事業所で個々に負担しながら個々に行っていて、非効率になっている部分がある。

また、潜在看護師についても、採用しても育児期間などの業務のブランクがあることで活用できないなどの課題があるところ、この点は事業者側も潜在看護師側も不安に感じる

ところである。このため、現場復帰にあたり研修が必要と考えられる。

こうした様々な研修を一元的に行える仕組みを考え、訪問看護師の確保策とともに、人材育成を支援していくことを考えている。

この研修内容については、訪問看護は、臨床の看護とは異なった能力が求められるところ、医療技術・看護技術に加え、患者の在宅でサービスを提供するという面からの技能について一定の習得が必要になる点に留意しなければならない。

柏市内の訪問看護ステーションは、前述のとおり、常勤看護職員数3.4名という小規模であり、最も大きな訪問看護ステーションであっても常勤看護職員数が5名を少し上回る程度である。

小規模のサービス事業所であることは、

- ・ 1事業所当たりの負担とその事業所内の1名の訪問看護師の負担は重くなる、
 - ・ 訪問件数は必然的に減少して収支が悪化、
 - ・ 研修などに時間も費用も割くことが困難になる、
 - ・ 結果的に人の確保が困難になり、小規模事業所であることから抜け出せない、
- という負の連鎖を引き起こすこととなる。

現在の柏市内の訪問看護ステーションの体制で夜勤を負担なく行うことは到底不可能である。また、各訪問看護ステーションの訪問地域についても、重複があり、サービス提供も非効率になっていると思料され、柏市内の訪問看護ステーションはまさしく負の連鎖に入り込んでいる。

こうした中、柏市内の訪問看護ステーションを大規模化するためには、訪問看護師の数が著しく不足している状況にかんがみると、一元的に人材を募集・育成し、数箇所の個別事業所に特化して入職することも考えていかなければならない。この場合にあっては、資源が限られている中において大規模化される訪問看護ステーションは、夜間対応や重度患者の対応、24時間の対応などを安定して提供するために創設される。このため、大規模化した訪問看護ステーションは地域の訪問看護ステーションの中核として位置づける。また、上記研修にあっては、この大規模化した訪問看護ステーションで現場の研修を行い、訪問看護として大切な現場での看護業務のレベルを向上させることを考えている。

こうして、大規模訪問看護ステーションは柏市内の中核ステーションとして、夜間の訪問看護や重度の訪問看護を提供する役割を担い、それ以外の訪問看護ステーションは日中の訪問看護の安定的提供を図る役割を担う、という訪問看護ステーション間での役割分担が図られることとなり、訪問地域の見直しも期待されるところである。

こうした、訪問看護ステーションへの支援については、柏市内の12の訪問看護ステーションと議論を重ねるとともに、千葉県、柏市、千葉県看護協会、柏市内の訪問看護ステーション、東京大学及び独立行政法人都市再生機構の6者で会議を開催して検討しており、議論の進捗状況を踏まえて、今回のプロジェクトと連動させて実証的に行っていくことを

考えている。

- ＜（５） 在宅生活を支えるための 24 時間の訪問介護サービス及びレスパイト機能を有するサービスの充実
（６） 医療・看護・介護を安定的に利用者に提供するための多職種の連携＞

これからの高齢化に備え、住み慣れた地域で在宅での生活を可能とするためには、医療・看護・介護を充実させ、在宅での生活において施設並の安心感を提供することが求められる。

また、このことは、6. ＜（７）＞で後述するように、施設サービスに依存し続けず、状態が安定した場合や家族が要介護者を支えることが可能となった場合に、利用者の在宅ニーズに則って在宅に居る（戻る）ことを可能とするためにも必要である。

柏市としては、介護施設の居室をサービス付き高齢者向け住宅の一戸や高齢者の自宅に見立て、施設職員の介護サービスを短時間で巡回して必要があれば随時訪問する形で提供される訪問介護サービスに見立て、さらには、施設で提供される医療サービスを訪問看護や訪問診療に見立て、在宅生活を可能とするために必要とされるサービスを考えるところである。

まず、こうしたサービスを提供するためには、高齢者の住まいの整備を行うとともに、医療、看護、介護を一体的に提供可能とする多職種の連携が必要となる。こうした多職種連携と言った場合に、介護サービスはケアマネジャーが一元的にサービス内容を管理しているところ、医師と看護師とケアマネジャーの3職種の連携が可能となる環境整備が最も重要となる。

- こうした医療・看護・介護の連携がないと、次のような事象が容易に想像できる。
- ・ ケアマネジャーと訪問看護事業者との間でサービス内容の共有が不十分であったことから、訪問看護サービスがより効果的である利用者に対して、訪問看護サービスをケアプランに盛り込まなかった
 - ・ 医師とケアマネジャーとの間で十分な連携を取ることができず、在宅生活を送るも、介護サービスが不十分となり大半の介護を家族で支えてしまい、家族が疲弊する

多職種の連携を可能にするため、まず第一に、医師、看護師、ケアマネジャーが日常的に一堂に会して情報を共有する場を設け、お互いの顔が見える関係を作ることが必要となる。

その上で、個別の患者や利用者毎に、関係者間で、在宅での生活を送る上での療養・介護の方針及びそのために必要となるサービスを考える仕組みを作ることが必要である。

こうした仕組みの構築について、今回のプロジェクトで取り組んでいる。

上記の連携関係を構築する一方で、在宅生活を支えるための在宅介護サービスの充実が必要である。特に、要介護度が高くなった場合には、昼夜を問わず、排泄介助等が頻繁に必要となり、また、今後の高齢化に伴う増加が見込まれる医療ニーズが高い介護者については、医療・看護と介護とが一体的に対応する必要がある。このため、24時間在宅生活を支える訪問看護及び訪問介護のサービスが必要とされる。

訪問看護サービスの充実については、6. の〈(4)〉で記載しているとおりであるが、訪問介護については、24時間対応するサービスが必要とされる。

現在の訪問介護は、決まった日の決まった時間にサービスが提供されるため、訪問介護の時間数は非常に限定的になる。これでは、要介護度が高くなった場合の昼夜を問わずに要求される介護ニーズに対応することは到底不可能である。こうしたことから、現在、厚生労働省で検討を進めている、「定期巡回・随時対応型訪問介護」が求められるところである。

このサービス類型については、事業性等にかんがみると、一定地域に1事業所という単位となると考えられるところ、柏市内でも、日常生活圏域などの状況に照らし合わせて、事業者の参入について検討が必要である。

また、在宅で介護を行うには、家族の負担感についても考慮しなければならない。

1日のうちの介護の負担を軽減するという意味では、通所介護事業所がその機能を果たすが、柏市を含め、全国で、通所介護事業所は過当競争の状況にあり、サービス提供が行き届かないという深刻な状況にはない。

この一方で、一定期間の家族介護の負担を解消するための、短期入所生活介護や短期入所療養介護といったレスパイト機能を有するサービスについては、整備の検討が必要となる。しかし、この短期入所生活介護及び短期入所療養介護については、基本的に、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、介護療養型医療施設の整備状況と関係を有することから、一概に増床を考えることはできないところである。これは、ベッドの確保と安定的な運営を考えると、短期入所生活介護のみの事業展開というのは事業者にとっては非常に非効率であって、事業者の参入を見込むことは非常に困難であるためである。

こうした中であって、利用者の生活状況に照らして、必要な訪問サービス、必要な通所サービス、必要な短期入所サービスを臨機応変に提供する小規模多機能型居宅介護の一層の推進が課題解決につながるものと思料される。

小規模多機能型居宅介護は、介護保険制度上は地域密着型サービスであるとされており、日常生活圏域という住み慣れた地域での在宅生活を支えるサービスとして整理されているところ、加えて、サービス利用を希望する登録者に対し、訪問・通所・短期入所という3種類のサービスを、利用する者の状況に合わせて提供することができるため、在宅介護サ

サービスを提供する程度にまで充実させるという観点から、中核的なサービスになると考えることができる。家族介護の負担軽減、一定期間の負担解消という意味からも、通所サービス及び短期入所サービスを併せ持っていることから、十分に機能すると思料される。

柏市内には3箇所の事業所があるところ、上記の観点から、更なる整備を進めることが必要である。【資料26】

なお、小規模多機能型居宅介護にあっては、普及に当たっていくつかの課題を有している。

サービス提供の面からは包括的であることから利用が容易になるが、利用者の介護サービスを計画するケアマネジャーは、幅広く多職種との連携を図る一般的ケアマネジメント事業所のケアマネジャーではなく、小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーとなるところ、利用者に訪問看護が必要となった場合、このケアマネジャーと訪問看護師との連携が密に取ることができるか否かが課題となるところである。

また、小規模多機能型居宅介護を利用している者が訪問看護を利用する場合の介護報酬上の支給限度基準額（利用者負担が1割負担ではなく全額負担になる介護報酬の基準額）との関係については、制度上の見直しが必要である。

いずれにしても、介護保険施設から在宅に退所して安心して暮らすことを可能とするためには、高齢者の生活への不安を解消するためにも、在宅での生活を支える看護・介護サービスの充実を図り、施設並の安心感の提供が必要である。

よって、どのサービス種類のサービス提供量の水準が充足していないのかなど、現在のそれぞれのサービス提供量等を加味しながら精査し、第5期の介護保険事業計画策定において、今後の柏市における介護サービス整備の基本方針を決めていかなければならない。

<（7）必要な者に必要な施設サービスの提供>

平成22年4月時点で、柏市の特別養護老人ホームは13箇所、介護老人保健施設は7箇所あるところ。

一方、居宅で生活している特別養護老人ホームへの待機者は710名になっているが、この詳細については、以下のとおりとなっている。

- ・ この待機者のうち、要介護4及び5の方は259名
- ・ この待機者のうち、独居・夫婦のみ世帯の方は316名
- ・ この待機者のうち、独居・夫婦のみ世帯であって要介護4及び5の方は98名

【再掲】

上記の待機者の解消については、特に状態が厳しく独居等の状況にある方については喫

緊で必要と考えているが、すべからく特別養護老人ホームの建設で対応することは非常に厳しいものであると考える。

一方で、施設に入るとそのまま施設で暮らし続けるという状況は、在宅での生活を希望するという利用者ニーズには応じていない。このため、状態や家族の状況に応じて、サービスを選択し、施設と在宅を行ったり来たりして、利用者本人や家族が望ましいと考えるところで暮らすことを可能とする必要がある。

これを実現するためには、

- ・ 6. < (5)、(6) >での在宅サービスの充実を図るとともに、
 - ・ 施設でのサービス内容を見直しつつ、施設と在宅との緊密な連携体制を構築し、
 - ・ 施設を適正な水準で整備
- することが必要である。

施設から在宅へ行き来することを可能とするためには、利用者の状況に適した在宅サービスの提供を検討する観点において、また、家族の在宅生活への理解を促す観点において、介護保険施設に入所した段階から如何に在宅での生活を念頭に置いて施設でのサービス提供の内容やサービス提供に関する計画を考えるかが重要となる。

このため、介護保険施設の事業者在宅に向けた視点を有していただき、施設内のサービスについて、特別養護老人ホームであっても在宅に戻ることを可能とするための状態改善的要素を含めたサービス提供を行う等の検討が必要である。一方で、6. < (5)、(6) >に記載した連携システムの中に、施設サービスについても組み込み、医師、看護師、ケアマネジャーだけではなく、介護事業者も共に、利用者の在宅での生活を考える体制整備が必要と考えている。

また、利用者の家族に対しては、6. < (2) >の利用者の家族向けの在宅医療に関する勉強会と同様に、地域医療の拠点により、在宅での生活に関する相談や勉強会の開催なども提供していくことができると考えているところである。

また、施設整備については、居宅で生活を送っており要介護4及び5の方などは、家族の状況や所得の状況などにかんがみると、特別養護老人ホームによって対応することが望ましい面もあり、特別養護老人ホームへのニーズを精査した上で、必要量の建設を行っていくことが必要である。

第5期以降の介護保険事業計画策定においては、徹底した高齢者の状況把握及びニーズ把握を行って、柏市における施設の必要量を検討し、施設整備を計画していく必要がある。

< (8) 認知症高齢者へのサービス提供 >

認知症患者へのサービス体制の整備の前提として、認知症患者は急激な環境変化により

症状を悪化させることから、住み慣れた地域での暮らしを可能とするための介護、医療、地域の緊密な連携を確保することが重要である。

この上で、認知症患者の対策を施設整備などで安易に対処するのではなく、認知症患者の状態経過等に応じたサービス提供を可能とする手法の検討が必要である。

・認知症患者で自宅で独居でいることが困難（自立度Ⅱの一部）及び独居同居に関わらず在宅が困難（自立度Ⅲ以上）な認知症高齢者は、5,909名のところ、いくら特別養護老人ホームを建設したとしても、現行の施設よりも60施設程度建設しなければならない状況となり、現実的に不可能である。【再掲】

認知症高齢者のうち、独居同居に関わらず在宅が困難（自立度Ⅲ以上）な認知症高齢者は3,173名であり、問題行動の有無によって左右されるとはいえ、喫緊の入所ニーズがあるとされる者への特別養護老人ホームの整備や、認知症患者へのケアに必要とされるなじみの関係を有したグループホームの整備による対応がまずは考えられる。

一方、認知症患者の状態経過に応じて、在宅で認知症患者の介護を行うためには、一般的には、認知症患者の問題行動などに対応するために、24時間の介護や生活支援サービスが必要と言われている。

このため、特に在宅での対応は可能であるが独居が困難な者への対策については、問題行動の有無や程度が異なるため一括りに対応を考えることはできないが、認知症患者が在宅で生活することを可能とするため、認知症患者に必要とされる生活支援サービスが付いたサービス付き高齢者向け住宅を核とすることを考えている。

そして、24時間訪問介護や小規模多機能型居宅介護、医療的に状態を把握するための訪問看護などの在宅介護サービスの充実を図りつつ、家族介護の毎日の介護におけるレスパイトの機能を確保するという意味から認知症対応型通所介護や短期入所生活介護も活用し、その上で、こういった課題が浮かび上がるか検討が必要であると考えている。

こうした環境整備が図られれば、認知症になっても、先述の在宅と施設を行き来することも実現できるのではないかと考えている。

こうしたことから、今回のプロジェクトで、サービス付き高齢者向け住宅を建設するところ、これに併設する介護サービスとして、訪問看護、24時間の訪問介護、小規模多機能型居宅介護を整備して、在宅での生活を提供する。そして、可能であれば、この併設事業所に、グループホームも整備し、状態が悪化した場合の居住系サービスも確保することを考えており、認知症になっても住まい慣れた地域で暮らすことを可能とするサービスについて、検証することを考えている。

こうした莫大な水準まで認知症高齢者が増加することへの対策の一方で、認知症高齢者の症状の進行を遅らせて、いかに自分らしく生活を送ることを可能とするか、という視点からの認知症高齢者への対策も必要とされる。

認知症患者に対しては、早期発見と早期の治療により、症状の進行を遅らせることができることがわかっている。6,000名もの認知症患者に地域で対応するためには、認知症専門医療の提供を行う認知症サポート医や認知症疾患医療センターの整備についても検討を進める必要がある。

また、認知症患者は環境の変化から病院での治療になじみにくいといった傾向もあり、在宅での生活を支える今回の在宅医療の推進の対象になりえるものと考えられる。今回の在宅医療の推進では、医師、看護師、ケアマネジャー、介護事業者など多職種連携を考えているところ、こうした連携システムの中に認知症患者のケア方針の検討の場も加え、認知症患者に対する医療の提供機会を幅広く拡充していく必要がある。

< (9) サービス付き高齢者向け住宅の整備 >

柏市では、これからの超高齢社会に在宅での生活を支える看護・介護サービスの充実を図って、施設並の安心感を提供する体制を構築し、施設と在宅を行き来できる医療・看護・介護体制を整備することを今後の基本方針とすることを考えている。

このためには、在宅介護を支えるサービスの充実が最も大切である。また、これに加えて、緊急時の見守りが無い等の理由により自宅で介護を受けることが困難なケースへの対応が必要となる。特に、要介護度が高い場合や医療ニーズが高い場合には、24時間在宅生活を支える看護や介護が連携してサービスを提供することが必要とされる。

しかしながら、たとえ在宅介護を実現するサービスがあったとしても、高齢者の住まう環境が整っていなければ、現実として、在宅で暮らすことを継続することはできなくなる。

例えば、現在の柏市全域において、75歳未満は、2～5%程度の要支援・要介護認定率であるが、75歳以上80歳未満になると約12%、80歳以上85歳未満では約26%、そして、85歳以上になると実に約58%の要支援・要介護認定率になる。このように、高齢になるに伴い、要支援・要介護認定率は高くなることから、結果として、高齢化率が高く75歳以上高齢者も多く暮らしている地域にあっては、要支援・要介護認定率が高くなる場所である。

しかしながら、現在の豊四季台団地の状況をみると、高齢化率及び75歳以上高齢者の割合は柏市全体の水準よりも高いにもかかわらず、要支援・要介護認定率と要介護4及び5の者の割合は柏市全体の水準よりも低い。つまり、介護が必要となる状態や重度の要介護状態になると、この4～5階建てでエレベーターのない団地で暮らし続けることが困難になって移住していると考えられる。

こうしたことから、高齢者が介護を要しても在宅での生活を可能とするためには、高齢者の住まう空間を整備していかなければならない。

高齢者の住まう空間としては、高齢者が感じる生活の不安を解消するため、

- ・ 食事や掃除・洗濯といった日常の生活を支えてくれる生活支援サービスが提供される住宅、そして、
- ・ 24時間の介護サービスや認知症にも一定程度対応可能なサービスが併設されている住宅、さらには、
- ・ 訪問診療や訪問看護といった医療サービスが併設されている住宅、

といった、いわゆるサービス付き高齢者向け住宅の建設が必要となっているところである。

この場合、24時間の介護サービスについては、次の介護保険制度改正で検討されている定期巡回・随時対応型訪問介護看護も効果的であるし、通所介護、訪問介護、短期入所生活介護が一体となっている小規模多機能型居宅介護があると、介護サービスを一体的に提供することが可能となり、望ましいものと考えることができる。

なお、サービス付き高齢者向け住宅は、柏市内で7箇所244戸あるところであるが、上記の医療サービスを併設しているサービス付き高齢者向け住宅は未だ建設されていないところである。

これからの高齢者の増加と在宅介護の推進という柏市の基本方針にかんがみると、さらなるサービス付き高齢者向け住宅の建設が必要とされるところ、生活支援サービス及び介護サービスだけではなく、医療サービスを併設しているものについても建設を進めていくことが必要と考えている。

こうした生活支援サービス、介護サービス、医療サービスを併設したサービス付き高齢者向け住宅の建設については、今回のプロジェクトで実現を図ることとしている。

なお、今回のプロジェクトでは、サービス付き高齢者向け住宅の位置づけについて、単なる介護サービスが併設された、高齢者のためだけの住宅というものに限定することとはしない。

超高齢社会にあってはサービス付き高齢者向け住宅の整備が必要となるところであるが、当該住宅は高齢者のためだけの住宅という位置づけに限定すると、現在の多くの介護保険施設のように、「まち」から孤立することになりかねない。まちづくりの中にあっては、高齢者のみならず子育て世代への対応や多様な状態にある方の住まう空間の確保も必要となる。

よって、今回のプロジェクトでは、当該住宅に、子育て支援のサービスを併設し、子育て世代が当該住宅に居住していなくとも集まる取組を図り、多世代交流を実現するという考え方も内包し、サービス付き高齢者向け住宅が「まち」から孤立するのではなく、「まち」の中のサービス拠点、交流拠点といった要素も有することを検討している。

< (10) 生活支援サービスの充実 >

4. にあるとおり、高齢者のみ世帯の増加により、医療・看護・介護のサービスに加えて、掃除や洗濯といった家事をサポートして日常生活を支えるサービス、いわゆる生活支援サービスについても必要とされる場所であり、これからの超高齢社会にあってはより必要性が増す場所である。

一方で、これからは、子育て世代の育児時間の確保などを理由とした生活支援へのニーズも高まると考えられる。

しかしながら、現在の柏市の生活支援サービスは社会福祉協議会や助け合い事業の団体を中心に支えられているところ、これらの主体による生活支援サービスは、経営の観点からも担い手の観点からも非常に厳しい状況であり、利用者のニーズ全てに対応はできない。

こうした中において、生活支援サービスを利用者のニーズに沿ってより効率的に提供していくためには、生活支援を事業として成り立たせることで、民間事業者の生活支援サービスの市場への参入を図り、生活支援サービス事業者の数の増加を図る必要がある。これにより、市民で生活支援サービスを求める人が適正な価格でサービスを受けることを可能にすることができる。

なお、生活支援サービスが事業者数の増加により現在よりも普及すれば、生活支援サービスは介護保険サービスの利用前にも必要となることから、高齢者と密に接することができ、介護保険制度の対象となる前に高齢者の状況を把握することが可能となる。

このため、こうした生活支援サービス事業者においては、ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携を可能とすることができれば非常に望ましく、こうした機関との連携・協力について、今後、具体的に検討していく。

こうした中において、民間事業者の生活支援サービスへの新規参入を期待するところであるが、現状では、民間事業者は、介護保険制度による訪問介護サービスの提供に伴い、介護保険対象外の家事支援部分や外出支援を提供するにとどまっている。

民間事業者の生活支援サービスは、介護保険制度によるサービスに加えて、利用者の生活の質を向上させるために提供するものが一般的である。このため、介護保険制度を利用している者を主な対象として生活支援サービスを提供しており、利用希望者への普及は限定される。こうしたことから、生活支援サービスと言え、市民には、社会福祉協議会やボランティア団体によるものと認識されているのが現状である。

このため、民間事業者の生活支援サービスを普及させるためには、

- ・ 介護保険制度利用者に限ることなく、生活支援サービス単独でもサービス提供を

行うよう、民間事業者の市場参入を検討、

- ・ 現在の利用希望者が最初に訪れるのは地域包括支援センターや社会福祉協議会、市役所などであり、こうした機関からも民間事業者の生活支援サービスの紹介・周知を行う、といった取組が必要となる。

また、社会福祉協議会によって運営されている生活支援サービスは、多額の補助金による利用料の下支えの上で実施されている。助け合い事業の団体の生活支援サービスにあっても、ボランティアという性質から人件費は負担として必要がないことから低額の利用料で実施可能となっている。こうした中において、民間事業者の市場参入に必要な適切な価格競争を要求することは非常に厳しい。

この状況は、これからのニーズ増加に対応することが不可能な状況であるだけでなく、公費を投じて実施することが適当とされるサービス提供の範囲以上のサービスが提供されていることが考えられる。

このため、助け合い事業の団体はその事業の趣旨に沿った範囲でサービスの提供範囲を検討いただき、また、社会福祉協議会の生活支援サービスについては、市の単独事業とともに公費を投じるに適当とされる対象に範囲を限定することが必要である。

こうして、生活支援サービスの価格競争を実現し、

- ① これからの高齢社会におけるこのサービスの展開可能性
- ② サービスの対価として利用者が支払うことができる価格
- ③ 事業として成立することが可能となる価格

を検証して実現を図り、民間事業者が生活支援サービスの中核を担うことを基本とする必要がある。

今回のプロジェクトでは、高齢者の生きがい就労の実現の分野において高齢者を活用した民間事業者による生活支援事業を考えているところ、上記の生活支援サービスの市場形成についても、同事業で検討することとしている。

< (11) 高齢者の健康づくりの推進 >

高齢者の健康づくりという観点では、介護予防への取組がまず考えられる。

このうち、介護予防については、平成18年の介護保険制度の見直しに伴い、介護保険制度に介護予防サービスとして位置づけられたところであり、運動機能向上、口腔ケア、栄養ケアの3つがある。

このうち、運動機能向上は、介護予防サービスや訪問リハビリ、通所リハビリなどで普及している。

しかしながら、医療資源が少ない柏市にあっては、訪問リハビリや通所リハビリは診療

所などの医療機関による開設が必要となるところ、リハビリ資源も限定される。これからの高齢者の増加に対応するための適切な運動器リハの充実などを考えると、様々な観点からの施策を考えていかなければならない。

このリハビリ体制の充実が図られないと、介護老人保健施設で提供されていた状態改善に資するサービスが、在宅に戻った際に継続して提供されることが実現困難になる。このことは、介護老人保健施設が施設と在宅との中核的位置づけであること及び状態改善の状態にある高齢者の6. <(7)>に記載している施設と在宅との行き来を実現することが困難となることが考えられる。

このため、柏市は、リハビリ体制の充実に向けた取組が必要とされる。

一方、口腔ケアについては、柏歯科医師会は、訪問歯科診療による歯科治療の取組を行う一方で、今後の高齢化時代における歯科医師及び歯科衛生士の求められるサービスとしての口腔ケアの必要性を十分に認識しており、歯科衛生士が不足する中で、地域の歯科診療所の協力を得て行う歯科介護支援センターの運営しているところである。

栄養ケアについては、個別事業所という形でサービスされていないところ、上記運動器リハ、口腔ケアと一体的に介護予防として提供される仕組みで推進することも一案と考えている。

また、一定程度健康体にあつての健康づくりということは徐々に一般的になりつつあり、一方で、医療の高度化による人間の長寿化が飛躍的に進んでいるところである。

この長寿化した人間の生活にあつて、実に退職後は20年あまりの期間があり、このうち元気で不自由なく暮らすことができる期間をいかに作り出すかという視点も必要である。

こうした視点に基づくと、高齢になるに伴い生じる体の変化によるQOLの低下が見られるところ、この体の変化に対して昨今では医学的処置を行い、QOLの改善を行う治療が成されている。このことの必要性は、今後の高齢化時代には高まっていくものと考えられる。

例えば、高齢女性に一定割合見られる内臓下垂による排尿排泄機能の低下という症状に対する泌尿器科的医療処置はその最たるものと考えられる。

人間の生活の中にあつて、排尿排泄機能というものは生活環境に大きく影響を与え、日常生活の質(QOL)を低下させる大きな要因となる。

このような高齢になることによる体の変化、そしてそれに伴うQOLの低下への医学的処置及びその研究は、今後の高齢社会にあつては推進すべきものと思料される。

<(12) 高齢者の就労の推進と孤独化防止のためのコミュニティの構築>

この長寿社会にあつて、日本人の死亡時年齢の最頻値は男性85歳、女性90歳であり、65

歳を基点とした場合、男性は20年、女性は25年あるが、この期間のうち2～3年のみ介護を要する期間であり、これ以外の期間において、いかに健康で有意義に生きがいを感じながら暮らすことができるかという点を考える必要がある。

5. でも記載しているところであるが、出来る限り動くようにするといった日常生活での行動により健康状態は改善されると考えられる。

こうした中、収入ある仕事をしている人はほぼ毎日外出する機会があり、高齢者になつたとしても、自らの生活スタイルの範囲内で、収入ある仕事に就いて、外出を促すことが、最も健康につながるものと思料される。

加えて、高齢者のみ世帯は増加し、また、地域における人と人とのつながりの希薄化も進んでいると言われる中、東京23区内で孤独死した65歳以上独居者の数は、2002年で1,364名のところ2008年には2,211名まで増加している。柏市内の団地内でも孤独死は起きている。

しかし、大量退職時代にあつて、会社を中心とするコミュニティを40年近く構築していた者に、退職を期に、地域におけるコミュニティの一からの構築を求めることは大変厳しいものと考えられる。

このため、地域における就労の場を確保して現役時代の会社中心のコミュニティに近いコミュニティへの参画の機会を提供し、地域における人と人とのつながりを築ききっかけを作る必要がある。このことにより、孤独死を少しでも減らすきっかけにする必要がある。

また、団塊の世代が退職世代になることにより、大量退職時代の到来が予想され、柏市では、地域に活躍の場を探す人が、2015年までの5年間で、相当程度増えることが予想される。

こうした多くの高齢者が仮にそのまま地域社会から孤立してしまった場合、地域社会にとっては、これらの経験・知識・スキルを蓄積した高齢者という貴重な社会資本を活かす前に流出することになる。

このため、地域が抱える課題に対して高齢者の経験や労働力を投入し、高齢者が地域の支え手として課題解決を図るよう、高齢者の地域の中での就労を可能とする必要がある。

例えば、現在の農家が抱える課題として、休耕地等を活用して事業規模拡大を図ろうにも労働者の確保とその質が問われている。埼玉県上尾市ナガホリ農園の取組からも自明であるが、優良な労働力である高齢者を活用して各農家の事業規模拡大を下支えし、休耕地解消にも一翼を担うことを期待している。

また、育児分野にあつても、子育て経験者の経験を活用して、放課後の子供の居場所の確保や子育て支援といった分野での活躍を期待するところである。

これらの高齢者の就労の場を確保する取組について、孤独化を防止するためのコミュニ

ティ構築のきっかけとして、今回のプロジェクトで対応を図ることとしている。

7. 豊四季台地域のプロジェクトについて

2009年6月から東大、柏市、URの3者で構築された豊四季台地域高齢社会総合研究会（以下「研究会」という。）では、2010年5月に締結された協定書に基づき、豊四季台団地の建替事業に伴い、豊四季台地域における長寿社会に向けたまちづくりという観点から、以下のコンセプトによるまちづくりを提唱する。

- ① いつまでも元気で活躍できるまち
- ② いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち

この①及び②は、1. のデータに基づいた分析の下、2009年度中に研究会で決定され、2010年11月6日の豊四季台地域みんなのまちづくり会議でも提示されたものである。

上記①を実現するため、高齢者が生きがいを持って働くことを可能とする事業を展開する。この事業により、高齢者の就労機会を確保し、そして、コミュニティも構築することを考えている。このため、4分野8つの事業で就労機会を確保することとした。

これら全てに事業者が存在し、高齢者は各事業者と最低賃金を保証する雇用契約を締結した上で労働力を提供することとなる。よって、善意の自己犠牲を伴うボランティアによる就労とは一線を画するものである。

この高齢者の生きがい就労については、厚生労働省が提示している参加型社会保障（ポジティブ・ウェルフェア）を具現化する方策の1つと考えており、高齢者の就労促進を図ることで、「高齢者＝社会保障の受益対象」という既成概念を変革するものと考えている。

また、この4分野8つの事業における就労は、これからの超高齢社会が直面する課題や自治体が抱える課題を解決する手法としても位置づけており、よって、就労している高齢者が生きがいを持つということも事象として起これば望ましいと考えている。

この4分野8事業については、以下のとおりである。

(ア) 農業分野

- 休耕地を活用した農業
- ミニ野菜工場での就農
- 屋上農園での就農

(イ) 地域の食を支援する分野

- コミュニティ食堂での就労（高齢者等の食を支える配食サービスでの就労含む）

(ウ) 育児分野

- 子育て支援センターの運営
- 保育園などへの出前講座
- 学童保育と学習塾の一体型サービス

(エ) 高齢者などの世帯の日常生活を支援する分野

また、上記②を実現するため、地域包括ケアシステムの実現を政策として考えており、具体的には、以下の事項を実行する。

- (オ) 在宅医療の推進
- (カ) 在宅での生活を可能とするための看護・介護サービスの充実と多職種の連携
- (キ) 高齢者の暮らしやすい住まいの提供

具体策の（ア）から（エ）により6. で整理した課題の（12）に対する解決策として、（オ）から（キ）により6. で整理された課題の（1）の一部、（2）から（6）、（7）の一部、（8）から（10）に対する解決策として考えている。

よって、以下に、（ア）から（キ）の具体的な検討結果及び事業内容について記載する。

<（ア）農業分野について>

柏市の農業者は生産量の拡大のため、土地の確保による事業拡大を考えているが、1軒1軒の単位で農作物を作っている農業者は様々な課題を抱えている。

- ・ 農業労働者の不足
- ・ 事業拡大のための土地の確保
- ・ 経営の安定化

といったことがある。

また、大手の量販店が自ら農地を借り上げて自ら農作物を作る動きが日本全国でも進んできており、加えて、TPPの動向もあるところ、これらは柏市においても例外ではなくなっている。この一方、1軒1軒の単位で農作物を作っている農業者は、価格競争や事業拡大の面で困難な状況にあり、昨今の動向にも大きく影響を受けている。

こうした中であって、農業政策として、強い農業者の育成を図るため六次産業化等を謳っているが、農業者が農業を行いつつ加工等の多角的な経営を考え、雇用調整を実施するといったことは非常にハードルが高い。

このため、農業者が、自ら所有する土地を基本に個々に農業を行う形は維持しながら、相互に連携して困りごとを支え合う組織を作ることにより、国が示す農業の六次産業化や農業の産業としての基盤強化に向けた取組が少し容易となるのではないかと考えている。

具体的には、この組織が、農業に従事する人の確保や土地の確保、経営の安定化に向けた取組を行い、農業者が農業に集中できる環境を作ること支援する。

特に、農業者の組織化にあっては、農業労働者の確保という観点からは、非常に有意義である。農作業は繁忙期と閑散期の差が大きく、通年で雇用を維持する必要はないが、繁忙期にはどうしても雇用確保が必要となる。また、農業者が採算を確保するための事業規

模拡大を考えたとしても、労働力不足などを理由に思うような事業展開ができないといったことを現場の農業者は抱えている。

農業者は、雇用した場合は煩雑な事務手続きが必要となる上に、現在、地域の知人を介した求人等、個々で人を集めているところ、非効率な手法で労働力を確保しており、若い人や高齢者の農業への関心が高まってきているにもかかわらず、うまくその力を活用することができていない。農業者は常に労働力に関する課題に悩まされているというのが現状である。

よって、農業者が集結して構成した組織が労働力の確保や管理を一手に担い、農業者を支援することとする。このように、労働力を一元管理することにより、集結した農業者間での相互の労働力調整や人材育成が可能となり、農業分野において一定の質を有する労働力を通年で確保し、効率的に事業を推進することができると思われるところである。

こうしたことから、柏市の農業者が抱える課題の一つである人員の確保という課題に対する一助として、上記の組織を通して、農業者の休耕地を活用した事業規模拡大に伴う農作業に高齢者の力を活用することとした。

一方、こうした農業者の状況に対し、果たして就農が高齢者がコミュニティを作りながら働くという働き方として可能なのかという疑問も呈される場所である。

しかし、この点については、埼玉県上尾市のナガホリ農園が典型事例として取り上げることができる。ナガホリ農園では、高齢者を優良な農作業員として考えており、実に労働者のうちの大半が65歳以上の高齢者というのが現状である。

こうした農業労働者の不足という減少に加え、経営の安定化にもこの農業者の組織化が貢献できると考えている。

農業者が事業規模拡大に伴い、農作物の販路を拡大させるために加工品等販売といった農業経営を行うとしても、農作業の傍らで行うこととなり、競争が激化している食品加工業等において十分な利益を生じさせることは困難となる。

このため、加工品等販売といった事業には当該組織に加工事業を行う担当を設け、農業者は農業に集中するといった環境を作ることとし、役割分担に応じた集中的な労働資源の投下を行うものである。この集中的労働資源投下により、事業競争力を高め、効率的な農業による収益確保といったことが可能になると思料される。

よって、農業者の課題解決を図るため、今回のプロジェクトは、具体的には、以下の仕組みで実施する。

- ① 複数の農業者が出資を行って組合組織を作り、当該組織の事務局がこの組織の事務を一括して担う。
- ② 各農業者は、組合組織と円滑化団体としての市役所を活用して休耕地等を確保し、事

業規模拡大を行う。そして、事業規模拡大に伴って確保した農地で行う農業に、必要となる農業労働者として高齢者を雇用するもの。

- ③ 当該組織の事務局が農業者の雇用業務を支援する。具体的には、農業者は高齢者の労働分に相当する賃金を組合組織に支払うのみであり、雇用調整等は当該組織の事務局が行う。
- ④ 当該組織の収益事業として、組織自体が周辺の農地を使って行う農業、体験農園・観光農園の運営、農作物の加工品販売等を行い、ここで得られた収益で事務局の運営及び農業者への還元を行う。

上記の農家の休耕地を活用した事業規模拡大に伴う農作業への就農のほか、作業負担が小さくて安心安全な農作物を作る「屋内苗場工場」への就農及び身体機能が一定程度低下したとしても就農可能な屋上農園への就農についても検討を行っている。

このうち、「屋内苗場工場」については、平成23年度中に開始する予定で検討している。

< (イ) 食分野について >

これからの超高齢社会にあっては、この高齢化に伴って65歳以上人口が増えることを要因として、0歳から15歳までの若年層と65歳以上の高齢者層といった地域密着人口が増加することが一般的に指摘されている。

こうした中、この地域密着人口の構成は、1990年から2000年の間に、若年層と高齢者層の構成比が逆転して大きく変化する。このため同じ地域密着人口といっても、1950年の地域密着人口と2030年の地域密着人口とが持つ意味は大きく変わる。

例えば、地域密着人口の移動圏域などが変わる。

若年層が多い場合にあっては、移動圏域が家族単位での移動手段に左右されるところ、自動車の活用等により移動圏域の拡大があったところである。一方、高齢者が多い場合にあっては、移動圏域が家族単位で考えたとしても、結局のところ高齢化に伴う単身高齢者世帯や夫婦のみ世帯が増加することにかんがみれば、極端に移動圏域が狭まることが推察される。

このことは、超高齢社会にあっては、65歳以上高齢者の増加するというだけでなく、高齢者のうち75歳以上高齢者の割合が増加すること及び豊四季台団地における要支援・要介護高齢者の71%が歩けない又はつかまれば歩けるという状態にあることを考えれば、深刻なものと言わざるを得ない。

こうしたことから、日常的な生活をサポートするサービスについては、基本的に地域密着型の提供が必要となるところである。

こうした中、人間の生活の非常に根幹を占める食生活について考えると、現在の食生活はあらゆる世代において、外食産業や惣菜などの中食産業に依存することが多く、その理由としては、食事の準備に関する手間を省略するというものである。

これからの超高齢社会にあっては、1. や2. で記載したとおり、人口の35%は高齢者になり、夫婦のみ世帯又は独居世帯となる上に、高齢者の約15%が要支援・要介護高齢者となる。状態像としては、歩くことが非常に困難になり、料理などの生活動作についても、どの世代と比べても、非常に困難な状況になるものと推察される。

特に、独居高齢者や夫婦のみ世帯の場合、食事の準備が大変であることに加え、食事量も減り、結果として、偏った食事やバリエーションに富まない食事、深刻な場合は、欠食をするといったことも多くなる。【資料27】

しかしながら、地域の食を支えている外食産業は、駅前型や郊外型の事業展開を図っており、現役世代の世帯を中心に考えられているところである。駅前型はオフィスワーカーに対する効率追求型や休日の家族向け大衆食堂型のサービス展開であり、郊外型についても同様の大衆食堂型のサービス展開である。

一方、これからの超高齢社会にあっては、上記のような食生活に課題を抱える高齢者への対応、移動圏域が極端に狭まる高齢者へのサービス提供や事業展開を食分野にあって考えていかなければならない。

人口の35%を占める高齢者の「食」に関するニーズや必要性に合致したサービス提供を考える必要がある。

具体的には、外食産業については、食の準備が煩わしくなるという高齢者の状態にかんがみ、家庭の栄養までを考えた家庭の中の食生活に関与するサービスを提供する、地域の食を支える拠点としてのレストランといった考え方を作り出すことが必要となってくる。

こうした地域の食の拠点となる新たな形態のレストランを民間事業者の力を活用して今回のプロジェクトで実施することを考えている。

また、超高齢社会の到来に備え、上記の食のあり方の考察のほか、高齢者のコミュニティのあり方についても検討を行っているところである。

6. < (12) >にあるとおり、退職直後の高齢者で特にホワイトカラーの高齢者は、日常生活の中で「会社」という社会とのつながりがなくなり、地域に居場所を直ちに造ることができず、結果、社会とのつながりを失う状況に陥る。また、単身世帯は外と関わるものがなくなる傾向にあることは、平成19年版国民生活白書でも示されており、独居高齢者はさらに深刻な状況に陥ると推察される。最終的には、外に出る機会を失い、退職後直ちに、健康を維持した生活を送ることが不可能な状況になる。【資料28】

超高齢社会に向けたまちを作るという意味においては、高齢者が元気であり続け、健康を維持した生活を送ることを可能とする環境が必要となるところ、とにかく外出を促す環境を整備することを考えている。このためには、就労等様々な機会を捉えての高齢者のコミュニティの構築及び多世代が暮らすまちづくりにおける多世代のコミュニティの構築が

最も重要な事項と考えられる。

なお、コミュニティの構築は、5.でも記載したとおり、孤独死の事例を減らす策の一つにもなると思料される。

そこで、コミュニティを構築するため、今回のプロジェクトでは、食は人の行動の基本要素であるという点に着目し、食をコミュニティ構築の土台として捉え、コミュニティの場としての機能が付加された、いわゆるコミュニティレストランを作ることにしたところである。

なお、以上の①地域の食の拠点となる新形態のレストラン、②コミュニティレストラン、という2つの要素を加味したレストランを今回のプロジェクトで検討している。一般的なコミュニティレストランは、地元のNPOなどが作ったものが多く、確かに地域に根付いたコミュニティを構築することはできる。しかしながら、①の要素を満たすことは非常に困難であり、事業継続性も考えて、事業運営方法などについて、平成26年度の事業開始を目指し、民間の営利事業者により実施できる方向を検討していく。

< (ウ) 育児分野について >

今回のプロジェクトは、超高齢社会に向けたまちづくり、を基本として考えているところであるが、まちづくりという観点にかんがみると、高齢化と同様に大きな課題とされている少子化についても検討を重ね、高齢者のみならず、子どもや子育て世代を対象にした多世代の「まち」についても措置が必要である。

子育ての観点について言えば、柏市が抱えている課題は3つあると思料される。【資料29】

① 共働き世帯及び母子世帯の増加により、子どものみの時間が増加しているところ、柏市の学童保育サービスの対象が小学校3年生までとしていることから、放課後の子どもの居場所の充実が求められている。

また、子育てに十分な時間を確保することができない又は子育ての環境を十分に確保できない世帯の場合、子どもが学校等での授業等の内容を十分に受け止めることができるための基盤が育まれていないことが多い。一概には言うことはできないが、多くの場合のこのような世帯は、多くの時間を生計を得るための労働に費やされ、結果として余力がなくなり、子育てに十分な時間が確保できない又は十分な環境を整備できない、といったことが推察される。

こうした中、母子世帯の所得は非常に低く、また、柏市においても生活保護世帯が増加している。

このため、上記のような受け止めるための基盤が育まれていない子どもへの対応（一

般的に言われている貧困の連鎖に対する対応)についても、放課後の居場所の検討と合わせて考える必要がある。

- ② 保育サービスの目標、義務教育や学校の目標の十分な達成が求められる中であって、保育士の不足及び教師の業務量の増大により、個々の保育士や教師の負担が過多になっている。こうした中であって、保育サービスや教育サービスの充実は長年継続的に求められているところである。
- ③ 保育園や幼稚園等の施設の他に、子育てに関する相談を気軽に行うことができる施設の必要性が高まっており、子育て支援の一環から、子育ての相談支援や子育て世代のサロンの整備が求められている。

こうしたことから、高齢者の今までの就労経験や子育ての経験を活用し、次の事業を実施することとした。

① 放課後の居場所の確保

小学校1年生から中学校3年生までの生徒の放課後の居場所として、学習支援機能を付加した児童預かりサービスを実施する。

具体的には、受験対策のための学習支援や学校の授業のフォローアップはもちろん、地域で子どもの人間力を高めて子どもの情報等を受け止める力を醸成するため、農業や環境、国際関係、医療・介護などといった様々な体験メニューを、高齢者が今まで培ってきた経験等を活用して提供する。

なお、こうした居場所の運営については、一般的には授業料等の利用者の自己負担が必要となるところ、世帯所得がいかようであったとしても、子どもが望むのであれば提供を可能とする仕組みを考えているところである。

② 保育サービス事業所及び教育機関への出前講座

高齢者が講師として、各保育所、学童保育所、幼稚園、小学校に出向くことで、昔の遊びをする等を通じて、子ども同士等のコミュニケーションを一層深化させたり文化に触れさせる体験を提供する等、保育サービス等の充実を図る。

③ 子育て支援センター

子育て世代への子育てに係る研修や子育ての相談受付・サロン、子どもの一時預かり、高齢者等が保育業務に従事するための研修、といったメニューを行う子育て支援センターを創設する。

高齢者の経験は社会資源であり、子育てを経験した高齢者は子育て世代にとっても資源ではないかと考える。高齢者が地域課題の解決のために生き生きと働くことが子育て世代にも充実したサービスを提供できることにつながるのではないかと考えている。

< (エ) 高齢者の日常生活の支援分野について >

4. でも記載があるとおおり、高齢者の増加、高齢者のみ世帯の増加といったことから、

生活支援サービスの需要が増加する。

現在、主に、市、社会福祉協議会及び10の助け合い事業の団体により、柏市の生活支援サービスが提供されているところ、これらは、助け合い事業であることを以て労働者の賃金が低く抑えられている又は市の助成がある等を理由に低料金で提供されている。

しかしながら、社会福祉協議会及び助け合い事業の団体の両者の現状は、全身全霊で取り組んでいただき、市全域のニーズを支えているというものであり、これからの超高齢社会にあっては、一定の民間事業者による市場経済の中でのサービス提供が必要となるものである。

具体的には、社会福祉協議会や市の単独事業は低所得層を中心としたサービスに限定するなどの方針を掲げた上で、市民には、民間事業者の活用も選択肢があることをご理解いただくよう、現行の生活支援サービスを紹介する仕組みの見直しも必要であると思料する。

なお、助け合い事業の団体に依存した形で市の生活支援サービスの提供体制を考えることは不適當であるから、現在、サービス提供を行っている助け合い事業の団体については、個々の事業者のサービス提供に当たっての趣旨に照らして、妥當であるとされる範囲で、助け合い事業の効果を最大限発揮できる量のサービス提供に限定することが望ましく、各助け合い事業の団体についても、検討を促していくことを考えている。

こうした見直しについては、柏市、社会福祉協議会、助け合い事業の団体の組織により構成される会議で検討を行っている。

こうした中において、生活支援サービスのニーズは、要支援・要介護高齢者に対するサービスに加え、元気な高齢者に対する家事等のサポートや現役世代の家事の負担軽減・子育て支援といったことが考えられる。

特に、要支援・要介護高齢者の生活支援サービスの充実が、地域包括ケアシステムの具現化の観点からも重要課題であると考えており、3つの生活支援サービスのニーズのうち、この要支援・要介護高齢者の生活支援の充実を、第一に検討することとしている。

要支援・要介護高齢者の生活支援サービスは、介護に一定の知見がなければ、家事等のサポートとは言え、サービスは困難であると思料されるため、訪問介護事業所で介護保険対象外のサービスを提供している事業者を活用して、民間事業者による生活支援サービスへの本格的参入を図ることとした。

この際、生活支援サービスは家事の部分が非常に多いため、家事の経験を豊富に有する高齢者を活用し、生活支援サービスの充実を図るものである。

なお、元気な高齢者に対する生活支援サービスについては、市のボランティア講座等の様々な機会を捉えて周知を図ることを検討するとともに、現役世代への生活支援サービスについても、事業の進展を見極めつつ、ニーズ把握等から行っていくこととしている。

- ＜(オ) 在宅医療の推進
- (カ) 在宅での生活を可能とするための看護・介護サービスの充実と多職種連携
- (キ) 高齢者の暮らしやすい住まいの提供＞

課題・方針・政策について

現在、在宅医療は、各地域の医師の意識と行動に依存しており、進んでいる地域と進んでいない地域との差が顕在化しているところである。

在宅医療が進んでいない課題は、6. <(2)>で記載したとおり、以下の4つと考えている。

- 在宅医療が24時間体制を必要とすることによる診療所の精神的・身体的負担
- 在宅医療を行うことによる外来診療への影響
- 在宅医療が現場で判断が求められることによる在宅医療の実施方法
- 市民が有する固定観念（医療は外来であるという認識及び在宅医療は困難を伴うという意識）

この課題を解決して在宅医療の推進を実現させなければ、在宅医療を安定的に提供することは不可能となり、2. や6. の<(1)>で記載したとおり、在宅医療を必要とする患者の増加に対応できず、特に、病院から退院する患者が療養生活を送るには厳しい環境しかなくなり、結果として、医療機関の窮状を克服することができなくなる。

こうした課題を踏まえ、在宅医療の推進を実現するための方針は、6. <(2)>に記載した以下の4つである。

- ① 市民への在宅医療の周知・意識啓発・相談対応
- ② 地域の診療所のグループ化により在宅医療を支える体制の構築
- ③ 地域の診療所の訪問診療を補完する体制の構築
- ④ 在宅医療の研修の実施

この方針に則って、医師会などをメンバーとする会議において、具体的な政策として以下の①～③を実施することとした。

- ① 在宅医療に携わる医師の負担を軽減するシステムの構築
 - ・ 主治医・副主治医による地域で在宅医療を担う体制構築
 - ・ 緊急用病床の確保など在宅医師の支援（医療機器の貸与、診療方針の相談など）
 - ・ 看護・介護の充実及び多職種連携
- ② 在宅医療の研修（多職種研修を含む）の実施
- ③ 市民への相談・啓発

なお、千葉県地域医療再生プログラムにおいて、上記①～③を在宅医療推進のための政策として掲げているところである。

これらの政策は、在宅医療の推進を困難としている上記の4つの課題を解決する。

政策の①は、在宅医療が24時間体制を必要とすることによる診療所の精神的・身体的負担の解消と外来診療への影響の緩和を図るものである。

具体的には、主治医・副主治医が相互の訪問診療をサポートすることに加え、多職種が連携してサービスを提供することにより、医師1人で患者の在宅生活を支える必要性がない環境を作ることを目指している。また、医療機器の貸与を行うことによる外来診療では不要であるが在宅医療には必要となる医療機器を用意する負担の解消など、様々なサポートを実施して、外来診療だけを提供してきた医師が、外来診療を中心としつつも訪問診療も提供することを促すことを考えている。

政策の②は、在宅医療の研修を構築し、在宅医療に携わるにあたっての医療的知識や療養に関する知識、多職種の連携といったことを習得可能とすることで、在宅医療を初めて行うことの不安を解消するものである。

政策の③は、市民に対して、医療に関する相談の場、教育の場、意識啓発の場を提供することにより、

- ・ 在宅医療を含めた地域医療に関する理解を深める、
- ・ 医療・看護・介護の具体的サービス内容等を市民が求める時はいつでも情報提供するということを実現し、在宅での生活や今後の超高齢社会の医療・看護・介護の受け方等について、市全体で考えていくことを狙うものである。

地域医療の拠点について

上記①～③の千葉県地域医療再生プログラムとも連動している政策の実現にあたり、柏市は、医師会と協力し、地域医療を支える拠点を作ることとしている。

この拠点には、以下のものを設けることとしている。

- ・ 在宅医療に携わる医師の負担軽減システムの中核的な事務を担う事務局、
- ・ 医師、多職種のスペース、
- ・ 在宅医療に関する研修を行うスペース
- ・ 市民への相談や啓発を行うスペース

この拠点は、柏市医師会と協力して地域医療を下支えするものと考えており、在宅医療に限定せず、柏市全域の医師に対する診療支援、医療全般の情報拠点、医療全般に関する多職種の連携拠点といった性格を有することを考えている。

なお、在宅医療の観点からは、在宅医療の推進システムの運用、在宅生活に係る多職種連携、在宅医療の研修、市民への相談・啓発の拠点になることを目指している。

特に、団地の中心地に近い場で設置し、市民が気軽に医療・看護・介護について情報を得ることができる場とし、上記の政策の③に当該拠点を位置づける。

この拠点については、平成25年度中に運営開始することとしている。

在宅医療に携わる医師の負担軽減のシステムについて

在宅医療の推進を図るためには、在宅に携わる医師が抱える24時間対応による精神的・肉体的負担の緩和が重要である。

このため、今回のプロジェクトでは、主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが協力して訪問診療を提供する体制を構築し、地域の診療所の相互の協力による在宅医療体制を構築する。

具体的には、以下のシステムにより、各地域で主治医・副主治医により協力して在宅医療を提供する環境を作り上げていく。

- 地域の診療所が訪問診療に携わり易いよう、副主治医の機能を集中して担う診療所を柏市内の各地域で相談して定める。
- 地域の在宅医療を担う医師間で主治医・副主治医の役割分担を行い、訪問診療を実施。
- 診療所間で役割分担ができない環境にある又は環境になった場合は、副主治医の機能を集中して担う診療所が副主治医の役割を果たす。

また、主治医・副主治医が患者の紹介を受けて訪問診療を行うにあたっては、在宅医療の体制整備については病院からの退院後の療養環境の整備という観点もあることから、以下の流れを考えている。この流れの段取りについては、上記拠点にある事務局が行う。

- 患者が病院からの退院に際して在宅を希望する場合、病院から拠点内の事務局に連絡。
- 拠点内の事務局が主治医（副主治医含む）・担当する多職種を推薦。
- 病院が推薦を受けて患者・患者の家族と相談した上で、主治医（副主治医含む）・担当する多職種を決定。
- 病院が決定した主治医（副主治医含む）及び担当する多職種を参集し、在宅での療養・介護生活の方針及びサービスのコーディネートを実施し、退院調整を実施。
- 主治医が副主治医（副主治医機能集中診療所）、専門医と連携して訪問診療を行う。
※ 主治医が訪問診療できない場合、副主治医が補完する。
- 拠点内の事務局は、医療機器の貸与や訪問診療の方針相談などを実施。

なお、患者が在宅医療を受けずに在宅介護の状態にあって、関係多職種等が在宅医療を必要と判断して拠点内の事務局に連絡し、主治医（副主治医含む）の推薦を行うこともある。

この在宅医療を推進する拠点内の事務局は柏市が担うこととなるが、柏市医師会が在宅医療のシステム運用を含む地域医療の環境整備に係る実働面を主体的に担い、在宅医療を含む地域医療を支えることとしている。

また、この主治医・副主治医による在宅医療体制については、現行では、以下のような

課題があるところである。

- ・ 主治医と副主治医との間の在宅医療提供に係る役割分担とその具体的負担感
 - ・ 主治医は継続的訪問診療であることによる診療報酬請求が可能となる一方、副主治医は往診料の診療報酬請求となることの是正
 - ・ 主治医及び副主治医と多職種の具体的連携
- これらを23年度及び24年度の試行実施により検証を図っていくこととしている。

多職種の連携について

拠点内に多職種のスペースを確保しているとおり、地域医療を推進するためには、医科・歯科連携の歯科医師、医療と看護をサポートする薬剤師、看護師、介護関係者が連携することが重要である。

このため、今回の在宅医療推進システムを管理・運営する在宅医療運営委員会を設置し、常に関係者の顔が見える関係を構築することとしている。

こうした顔が見える関係の構築をした上で、個別患者のケースによる多職種の連携については、上記の在宅医療の流れに記載しているとおり、事務局となる市が患者を担当する主治医・副主治医及び多職種をパッケージで調整し、病院が医師や多職種を参集して行うコーディネートにより退院調整を図ることから、実現できると考えている。

こうした連携の機会を構築するとともに、この機会にあっては、上記の地域医療拠点を医療・看護・介護関係者が集う場として活用することとする。医療・看護・介護の関係者が連携を図る必要があれば、とにかく拠点に集い、連携を可能とするものである。

看護・介護サービスの充実と高齢者の暮らしやすい住まいについて

在宅生活を支えるためには、これまで記載してきたとおり、医療だけでなく、看護・介護サービスの充実が必要となる。また、医療・看護・介護のサービスの提供にあたっては、それぞれの関係者が連携した上で、可能な限り一体的に提供することが望ましい。

必要とされる訪問看護サービスについては、まず、6. の〈(4)〉で記載しているとおり、訪問看護ステーションの大規模化を数箇所のステーションに特化して実施する。

この一方で、柏市内の訪問看護ステーションの数を増やす必要があるため、今回のプロジェクトに関連し、訪問看護ステーションを一定規模で新設することを検討している。

介護サービスについては、6. 〈(5)〉で記載しているとおり、柏市内の一定の地域毎に、24時間対応の訪問介護サービスの参入を期待するところである。

この一方で、訪問・通所・短期入所サービスが一体となった、レスパイト機能の確保及び介護サービスの包括的提供を担保している小規模多機能型居宅介護についても介護サービスの中核として位置づけ、市内で提供を促進することを考えている。

また、看護・介護サービスの提供に加え、6. の〈(9)〉にあるとおり、在宅での生活を可能とするためには、高齢者の住まう環境整備についても力を入れる必要がある。このため、サービス付き高齢者向け住宅については、柏市内で建設を進めていく必要があると考えている。

こうした中であって、今回のプロジェクトでは、サービス付き高齢者向け住宅を豊四季台団地内に建設し、要介護度が重度になっても団地内で可能な限り在宅での生活を送ることを可能とする。このサービス付き高齢者向け住宅は、平成25年度中に入居可能とするスケジュールで建設される。

今回のプロジェクトでは、このサービス付き高齢者向け住宅を中核とし、

- ・ 在宅に必要な高齢者の住まう環境の提供、
 - ・ 医療・看護・介護の一体的在宅サービスの提供（認知症になっても対応できるサービスの提供）、
 - ・ 医療・看護・介護の関係者による拠点を活用した連携、
- を目に見える形で提言していく。

つまり、このサービス付き高齢者向け住宅が、この圏域の医療・看護・介護サービス提供の中核になり、この住宅に居住している人は、可能であれば看取りまで在宅で行うことも選択可能とするものを考えている。

このため、このサービス付き高齢者向け住宅の併設事業所には、

- ・ 訪問診療を専門とし、豊四季台地域の副主治医機能を集中して担う診療所
 - ・ 一定規模を有して夜間対応・重度対応が可能な訪問看護ステーション、
 - ・ 介護の包括的提供とレスパイトを可能とする小規模多機能型居宅介護
- を誘致することを考えている。

これらのサービスは、サービス付き高齢者向け住宅の住民への提供は自明として、当該サービス付き高齢者向け住宅を中心とした一定圏域に提供することも検討しているところである。また、可能であれば、ケアマネジャー、24時間の訪問介護サービス、グループホームについても、このサービス付き高齢者向け住宅を中心とする圏域でサービスを提供するものとして、誘致していくことを考えている。

なお、併設事業所として、医療・介護サービスの事業所以外に、高齢者の生きがい就労の子育て支援で実施する「放課後の居場所」を設置する。このことにより、併設事業所に子育て支援サービスを設置することで、多世代が交流する住宅の実現を図ることとしている。

また、このサービス付き高齢者向け住宅の居住空間にあつては、サービス提供の効率性等にかんがみ、自立型及び介護型として居住空間の違いを設けるところではあるが、基本的には、

- ・ 近隣から住み替えることを可能とする賃料に見合う居住空間
- ・ 元気高齢者であっても要支援・要介護高齢者であっても住まうことを可能とする空間により構成することを検討している。

8. 最後に

豊四季台地域高齢社会総合研究会では、上記7.にある事業を平成22年度の1年をかけて検討してきた。具体的には、豊四季台地域高齢社会総合研究会の下に、各ワーキンググループを作り、事業の具体的内容を検討してきた。

- 医療WG：医師会で構成されるワーキンググループ
- 連携WG：医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師、ケアマネジャー、介護事業者で構成されるワーキンググループ
- 就労WG：農業、育児、生活支援、食の4分野毎にワーキンググループを構成
 - ・ 農業WG：農業委員や農業者などで構成されるワーキンググループ
 - ・ 育児WG：教育委員会、学校長、園長などで構成されるワーキンググループ
 - ・ 生活支援WG：社会福祉協議会、NPO団体などで構成されるワーキンググループ
 - ・ 食堂WG：商工会議所などで構成されるワーキンググループ

豊四季台のプロジェクトは、超高齢社会が直面する課題をデータに基づいて整理し、望ましい方針と政策、これを具現化する事業を検討している。当該プロジェクトは超高齢社会の課題全てに解答するものではないが、7.に記載したとおり、課題とされる大半の事項に解答するものと認識している。

このプロジェクトは、平成23年度から可能なものは順次実施し、平成25年度には本格稼動することとしており、このプロジェクトで議論された内容は、第5期介護保険事業計画等に位置づけて、柏市全域で取り組めるものは順次実施する。

また、このプロジェクトで十分な対策ができていないと考えられる課題については、介護保険事業計画の検討機会等を活用して、柏市内で引き続き議論する。なお、今後、より重点的に検討が必要とされる課題は、(1)の一部、(7)の一部、(11)についてである。

こうした過程を踏まえ、

- 退職後も楽しく地域に貢献しながら地域で暮らすことができるまち

- 在宅で安心して暮らすことができ、状態や家族の状況に応じて施設と在宅を選択できるまち
を実現し、「柏市＝高齢者がいきいきと暮らす街」となることを目指していく。

(以上)

＜この報告に関する問合せ先＞

柏市保健福祉部福祉政策室

担当：野村晋，島澤智宏

Tel：04-7167-1171

Fax：04-7164-3917

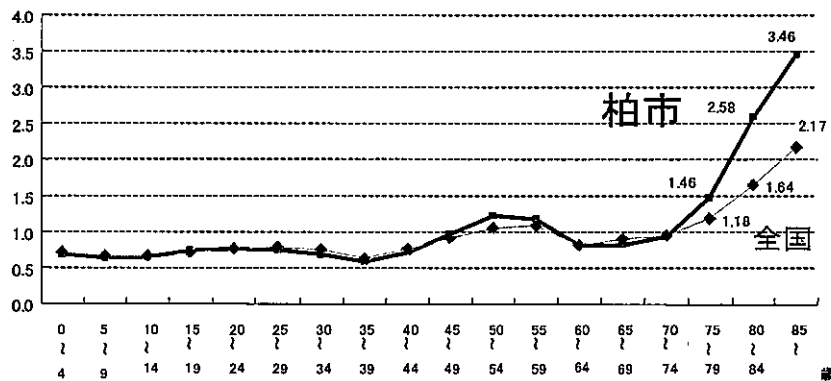
e-mail：fukushiseisaku@city.kashiwa.lg.jp

資料編

資料1 柏市の高齢化の状況

○ 柏市の人口増加率(2010年から2030年)の推計

2010年人口を1.0とした場合の2030年の増加率

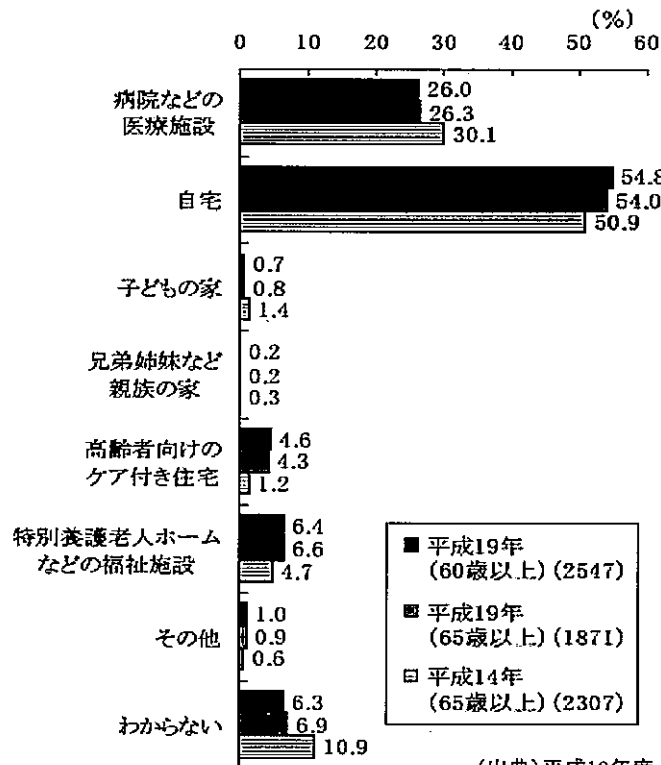


○ 高齢化率・75歳以上人口割合の変化

| | 高齢化率(%) | | | 75歳以上人口割合(%) | |
|-----|---------|-------|-----|--------------|-------|
| | 2005年 | 2030年 | | 2005年 | 2030年 |
| 全国 | 20.2 | 31.8 | 全国 | 9.1 | 19.7 |
| 千葉県 | 17.6 | 31.9 | 千葉県 | 7.1 | 19.9 |
| 柏市 | 16.4 | 32.4 | 柏市 | 6.2 | 20.7 |

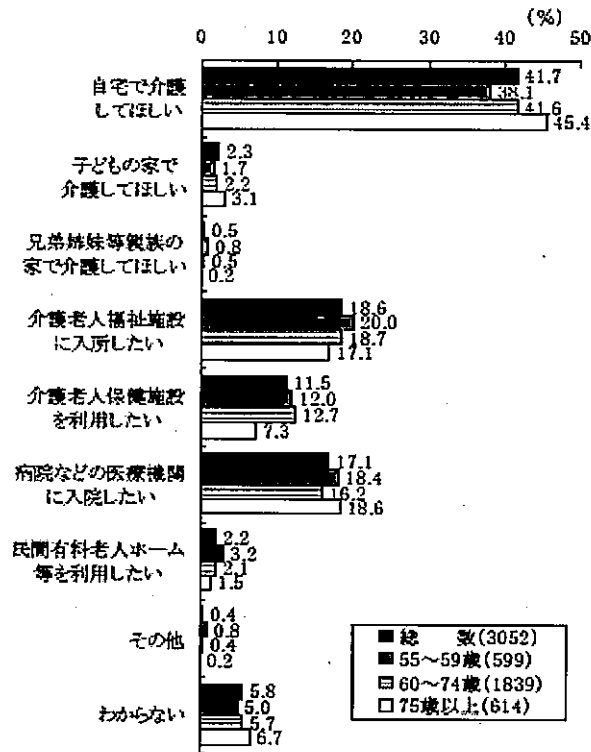
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口(2008年12月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

資料2 時系列にみた最後を迎えたい場所



(出典) 平成19年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(内閣府)

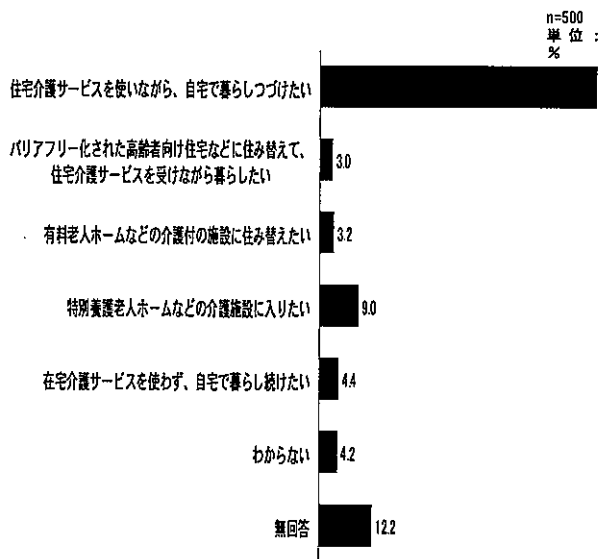
資料3 年代別にみた介護を受けたい場所



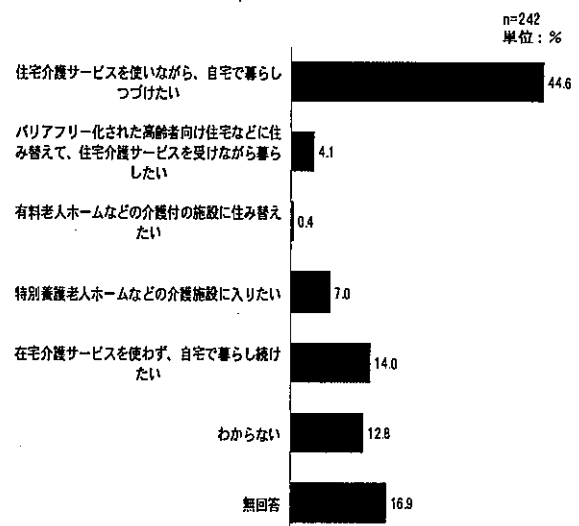
(出典)平成19年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(内閣府)

資料4 自宅で介護希望について (要支援・要介護認定者)

〈サービス利用者〉



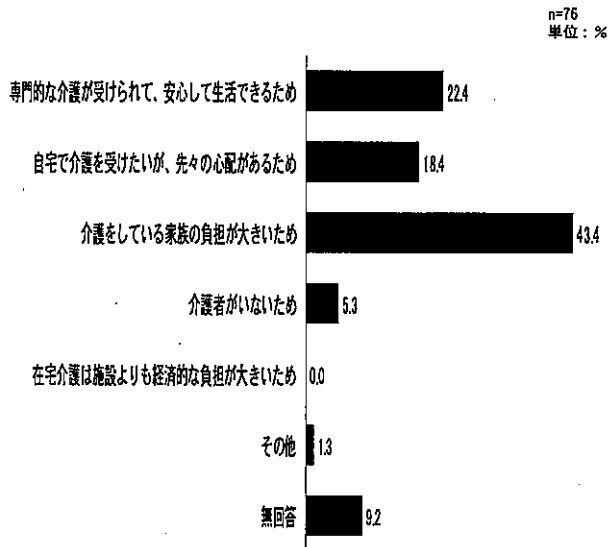
〈サービス未利用者〉



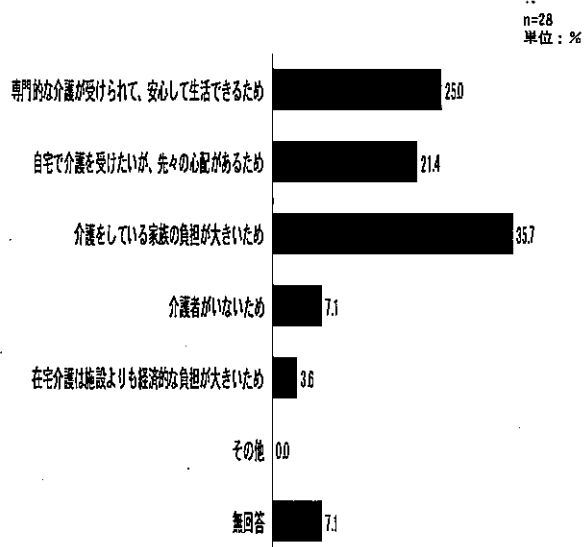
(出典)第4期柏市高齢者いきいきプラン21策定のためのアンケート報告書

資料5 施設での介護を希望する理由 (要支援・要介護認定者)

〈サービス利用者〉



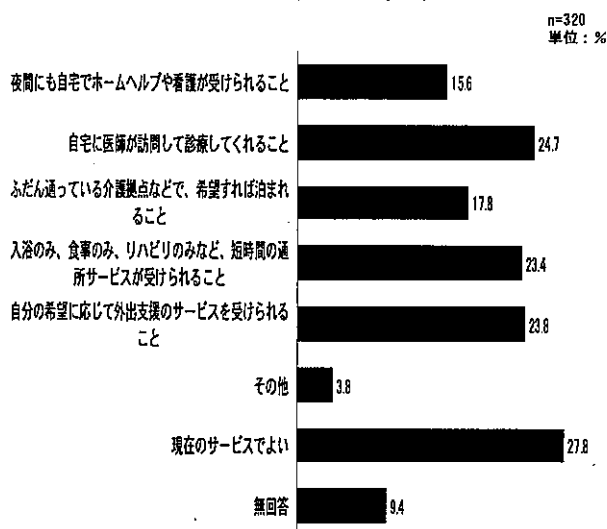
〈サービス未利用者〉



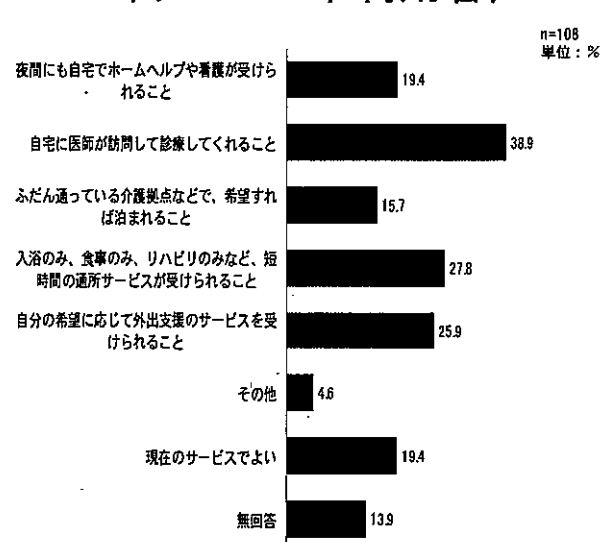
(出典) 第4期柏市高齢者いきいきプラン21策定のためのアンケート報告書

資料6 現在の介護サービス以外に必要なと思うサービス (要支援・要介護認定者)

〈サービス利用者〉



〈サービス未利用者〉



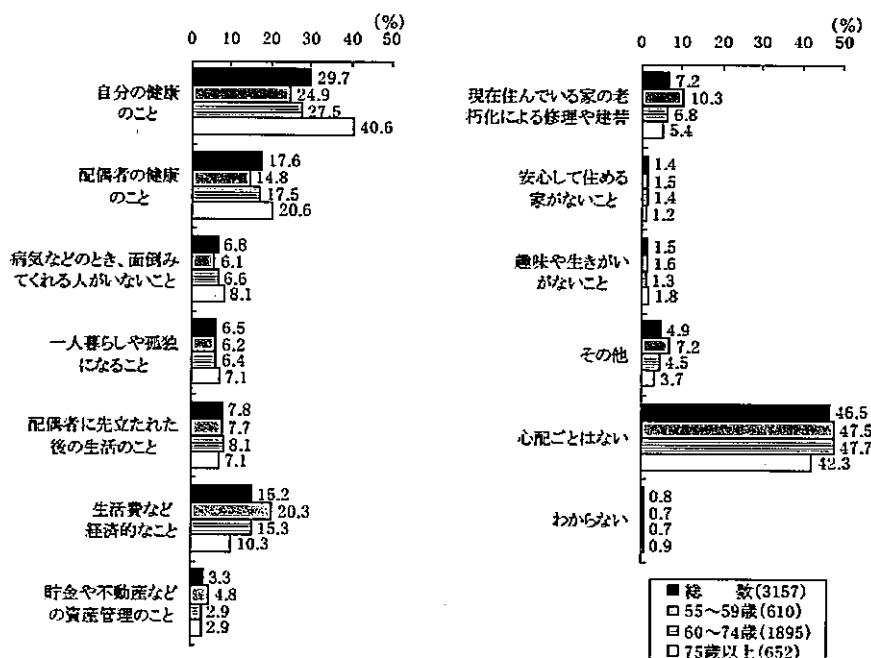
(出典) 第4期柏市高齢者いきいきプラン21策定のためのアンケート報告書

資料7 世帯構造別にみた居宅サービスの利用状況

| (単位:%) 利用の有無 居宅サービスの種類 | 総数 | 単独世帯 | 核家族世帯 | (再掲) 夫婦のみの 世帯 | 三世代世帯 | その他の 世帯 | (再掲) 高齢者世帯 |
|------------------------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|------------|---------------|
| 総数 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 利用した | 76.4 | 85.2 | 71.1 | 71.2 | 75.4 | 76.5 | 78.7 |
| 訪問系のサービス | 58.4 | 77.8 | 52.9 | 52.7 | 50.7 | 54.3 | 65.6 |
| 通所系のサービス | 42.4 | 29.8 | 39.4 | 39.4 | 54.4 | 47.9 | 34.9 |
| 短期入所サービス | 10.0 | 2.5 | 6.6 | 6.8 | 16.7 | 16.3 | 6.3 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 3.0 | 8.6 | 1.0 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 5.1 |
| 配食サービス | 6.3 | 12.3 | 6.8 | 7.8 | 1.8 | 3.6 | 10.0 |
| 外出支援サービス | 3.5 | 4.3 | 3.6 | 4.1 | 2.9 | 2.9 | 4.1 |
| 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.2 | 0.5 | 1.7 | 1.3 |
| 利用しなかった | 23.6 | 14.8 | 28.9 | 28.8 | 24.6 | 23.5 | 21.3 |

(出典)平成19年 国民生活基礎調査(厚生労働省)

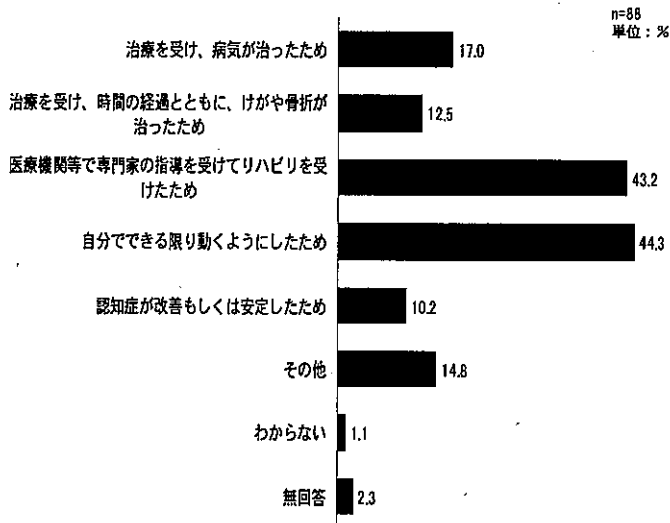
資料8 日常生活において高齢者が感じる心配事や悩みごとについて



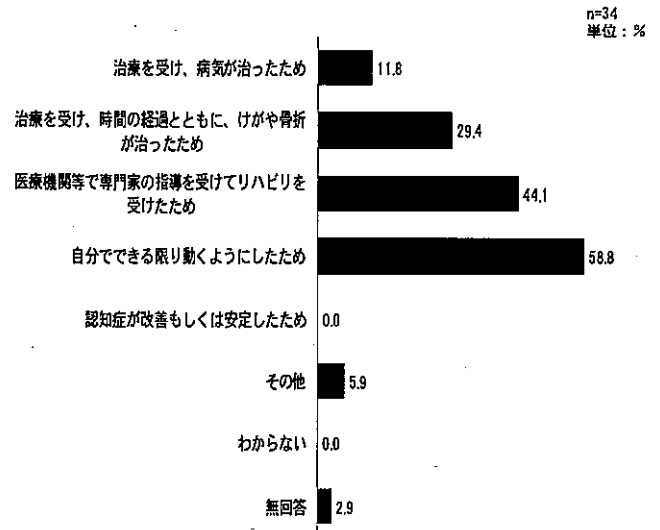
(出典)平成19年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(内閣府)

資料9 要介護状態が良くなった理由 (要支援・要介護認定者)

〈サービス利用者〉



〈サービス未利用者〉



(出典)第4期柏市高齢者いきいきプラン21策定のためのアンケート報告書

資料10 柏市の病院関連データ

○ 人口10万対病床数 (出典)平成21年地域保健医療基礎統計(厚生労働省)

| | 病院 | 病床数 | | | (再掲) | (再掲) |
|-----|--------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | 精神病床 | 療養病床 | 一般病床 | 一般病院 | 救急告示病院 |
| 柏市 | 1097.1 | 338.8 | 120.9 | 637.3 | 814.4 | 482.2 |
| 全国 | 1260.4 | 273.6 | 265.8 | 712.2 | 1057.9 | 680.5 |
| 千葉県 | 922.7 | 213.7 | 156.9 | 547.2 | 765.5 | 511.3 |
| 千葉市 | 944.4 | 158.3 | 117.5 | 662.8 | 802.0 | 529.9 |
| 船橋市 | 718.1 | 225.6 | 51.0 | 440.7 | 492.5 | 327.9 |

○ 病床利用率

(出典)平成21年地域保健医療基礎統計(厚生労働省)

| | 病床利用率(%) | (再掲) | |
|-----|----------|-------|------|
| | | 精神科病院 | 一般病院 |
| 柏市 | 87.4 | 94.3 | 85.0 |
| 全国 | 81.7 | 91.5 | 79.9 |
| 千葉県 | 80.0 | 91.3 | 77.8 |
| 千葉市 | 77.8 | 81.3 | 77.1 |
| 船橋市 | 82.0 | 93.2 | 76.9 |

○ 平均在院日数

(出典)平成21年地域保健医療基礎統計(厚生労働省)

| | 平均在院日数(日) | (再掲) | |
|-----|-----------|-------|------|
| | | 精神科病院 | 一般病院 |
| 柏市 | 32.4 | 575.9 | 23.7 |
| 全国 | 33.8 | 349.4 | 28.2 |
| 千葉県 | 30.6 | 435.2 | 25.0 |
| 千葉市 | 26.1 | 226.8 | 22.4 |
| 船橋市 | 26.5 | 292.2 | 17.6 |

資料11 柏市と豊四季台団地の現状について

| | 豊四季台団地 | 柏市 |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 人口 | 6,028人 | 401,706人 |
| 高齢化率【75歳以上高齢者割合】 | 40.6%【18.0%】 | 19.5%【7.6%】 |
| 要介護・要支援認定率 | 10% (240例) | 12% |
| 要介護4・要介護5の者の割合 【医療処置(胃ろう等)をしている者】 | 15% 【15%】 | 21% ※ 全国平均:25% |
| 要介護・要支援認定者のうち、独居世帯・夫婦のみ世帯の割合 | 独居世帯 : 45% 夫婦のみ世帯 : 31% | 独居世帯 : 38% 夫婦のみ世帯 : 22% |

(平成22年10月1日時点)

(参考)豊四季台団地の要介護・要支援認定者240例の詳細

| | | | | | | | |
|---------|------------------|--------------------|------------------|------|--------------------|--------------------|-------------------|
| 起き上がり | …できる : 60 (25%) | …つかまれば : 144 (60%) | …できない : 36 (15%) | 歩行 | …できる : 70 (29%) | …つかまれば : 128 (53%) | …できない : 42 (18%) |
| 両足で立位保持 | …できる : 119 (50%) | …支えが必要 : 88 (37%) | …できない : 33 (14%) | 外出頻度 | …週1回以上 : 161 (67%) | …月1回以上 : 31 (13%) | …月1回未満 : 48 (20%) |

- 要介護・要支援高齢者のうち、認知症高齢者は123例(約51%)。
- ・ 独居可能な自立度Ⅰ : 39例 在宅は可能だが独居は困難な自立度Ⅱ : 55例。
 - ・ 在宅が困難な自立度Ⅲ以上は、29例。

資料12 柏市の主要死因別死亡状況

| 順位 | 平成20年柏市 | | | | | 平成10年柏市 | | | | |
|----|-------------|-----|-----|-----|------------------|---------|-----|-----|-----|------------------|
| | 死因 | 総数 | 男 | 女 | 率 (人口十 万対) | 死因 | 総数 | 男 | 女 | 率 (人口十 万対) |
| 1 | 悪性新生物 | 850 | 544 | 306 | 216.9 | 悪性新生物 | 604 | 375 | 229 | 164.4 |
| 2 | 心疾患 | 463 | 239 | 224 | 118.1 | 脳血管疾患 | 319 | 152 | 167 | 86.8 |
| 3 | 脳血管疾患 | 297 | 138 | 159 | 75.8 | 心疾患 | 283 | 158 | 125 | 77.0 |
| 4 | 肺炎 | 250 | 123 | 127 | 63.8 | 肺炎 | 133 | 63 | 70 | 36.2 |
| 5 | その他の呼吸器系の疾患 | 104 | 63 | 41 | 26.5 | 自殺 | 73 | 55 | 18 | 19.9 |

(出典)平成22年1月柏市保健衛生審議会 がん対策専門分科会報告書(平成10,20年人口動態統計)

資料13 柏市の診療所・訪問看護ステーションの現状

| | 柏市(人口約40万人) | 松戸市(人口約49万人) |
|--------------------|------------------------|-----------------------|
| 在宅療養支援診療所 | 15箇所 ※ 一般診療所数の約6.5% | 27箇所 ※一般診療所数の約9.8% |
| 一般診療所数 【対人口10万】 | 231箇所 【58.9箇所】 | 276箇所 |
| 訪問看護ステーション | 12箇所 | 22箇所 |

(参考)人口10万対医療施設数(平成21年地域保健医療基礎統計(厚生労働省))

| | 一般診療所 | | 病院 | | | | | |
|-----|-------|-----|------|---------------|--------------|----------------|--------------|-----|
| | 有床 | 無床 | | (再掲) 精神科病院 | (再掲) 一般病院 | (再掲) 救急告示病院 | (再掲) 療養病床 | |
| 柏市 | 58.9 | 3.8 | 55.1 | 4.3 | 0.5 | 3.8 | 2.3 | 1.5 |
| 全国 | 77.6 | 9.0 | 68.6 | 6.9 | 0.8 | 6.0 | 3.1 | 3.2 |
| 千葉県 | 59.5 | 5.0 | 54.5 | 4.6 | 0.6 | 4.1 | 2.2 | 1.8 |
| 千葉市 | 67.4 | 6.0 | 61.3 | 4.9 | 0.6 | 4.2 | 2.1 | 1.6 |
| 船橋市 | 58.3 | 2.9 | 55.4 | 3.9 | 0.7 | 3.2 | 1.2 | 0.8 |

資料14 要介護等認定者数

○要支援・要介護認定者数(平成22年3月末現在)

(単位:人)

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| 要介護(要支援)認定者数 | 1,199 | 1,046 | 2,048 | 1,929 | 1,600 | 1,062 | 994 | 9,878 |

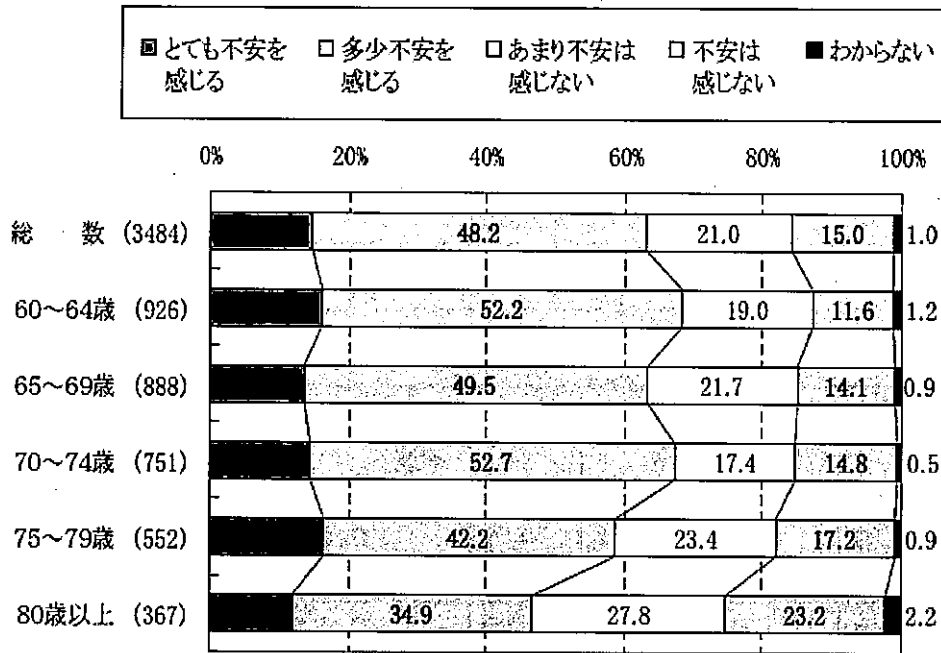
○介護サービス受給者数

(単位:人)

| | 予防給付 | | 介護給付 | | | | | 計 | |
|---------------------|-----------|------|-------|-------|------|------|------|-------|-----|
| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | |
| 居宅介護(介護予防)サービス受給者数 | 588 | 616 | 1,576 | 1,425 | 950 | 476 | 350 | 5,981 | |
| 地域密着型(介護予防サービス)受給者数 | 4 | 1 | 52 | 87 | 102 | 53 | 35 | 334 | |
| 施設介護サービス受給者数 | 介護老人福祉施設 | 0 | 0 | 22 | 95 | 247 | 251 | 226 | 841 |
| | 介護老人保健施設 | 0 | 0 | 47 | 145 | 212 | 168 | 141 | 713 |
| | 介護療養型医療施設 | 0 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 36 | 55 |

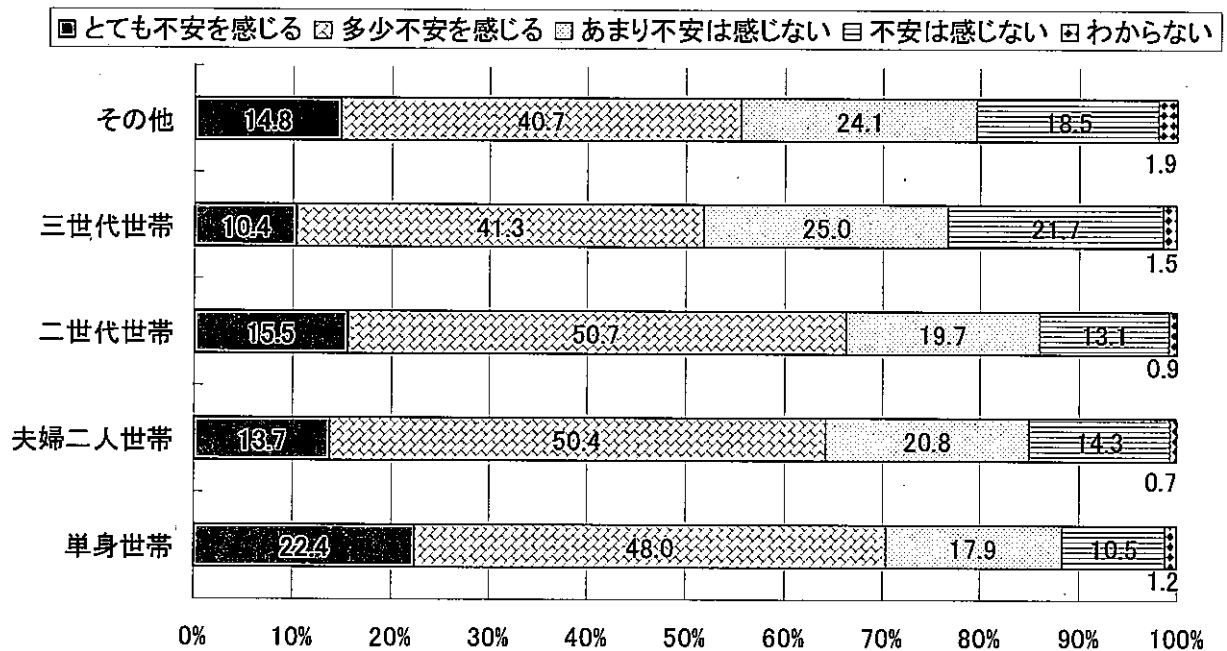
(出典)柏市介護保険事業実施状況(平成22年4月審査分)

資料15 世代別にみた将来の日常生活への不安について



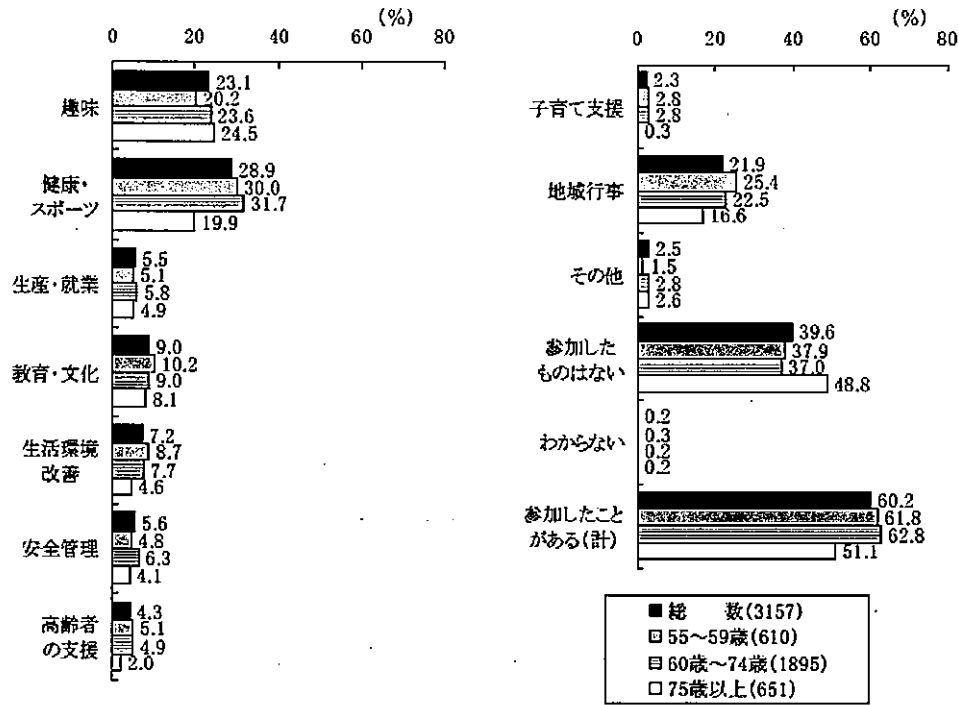
(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料16 同居形態別にみた将来の日常生活全般への不安



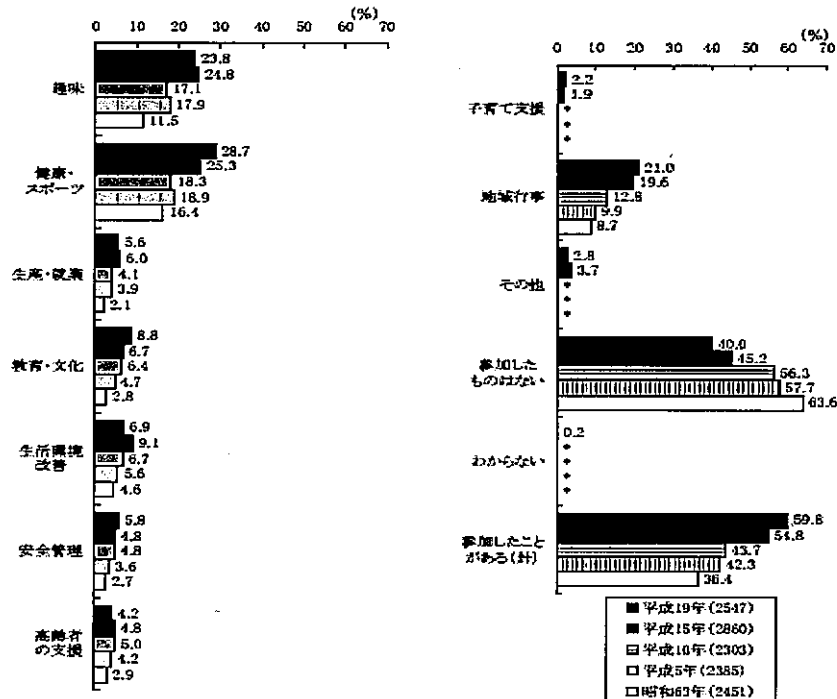
(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料17 自主的に行われている活動への参加について



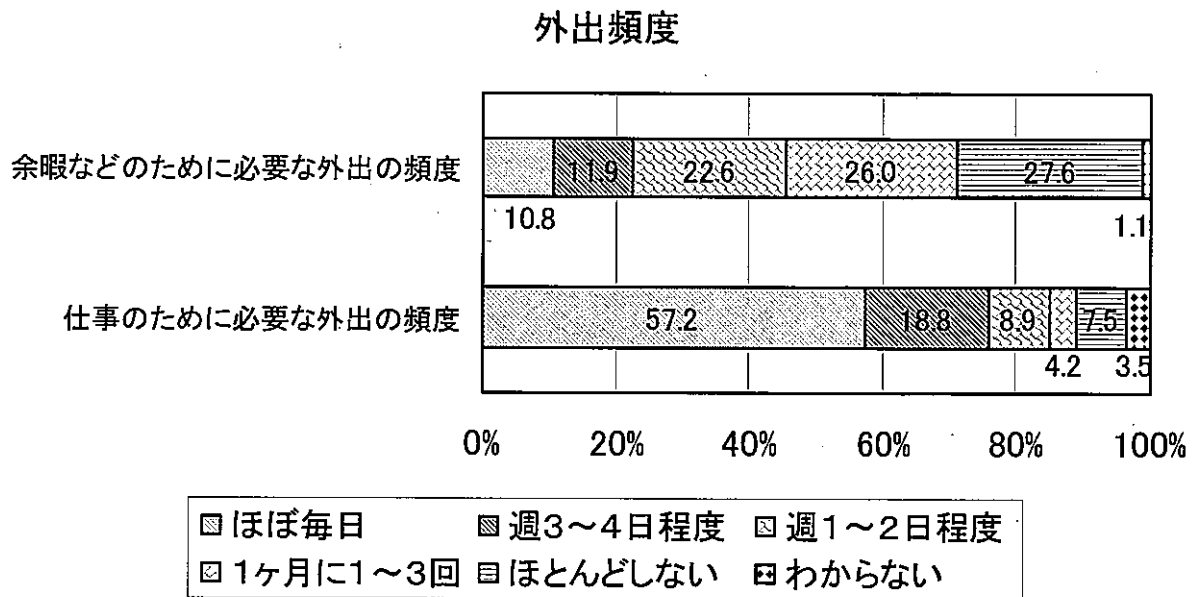
(出典)平成19年高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)

資料18 時系列にみた自主的に行われている活動への参加について



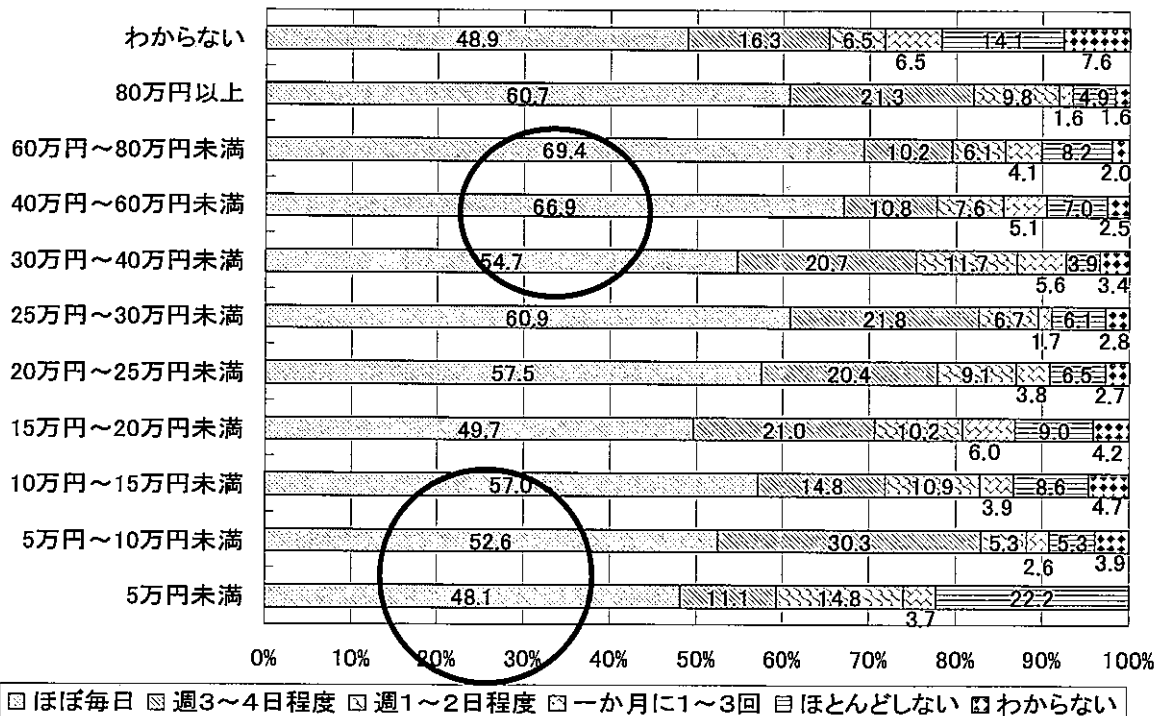
(出典)平成19年 高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)

資料19 仕事、余暇のための外出頻度



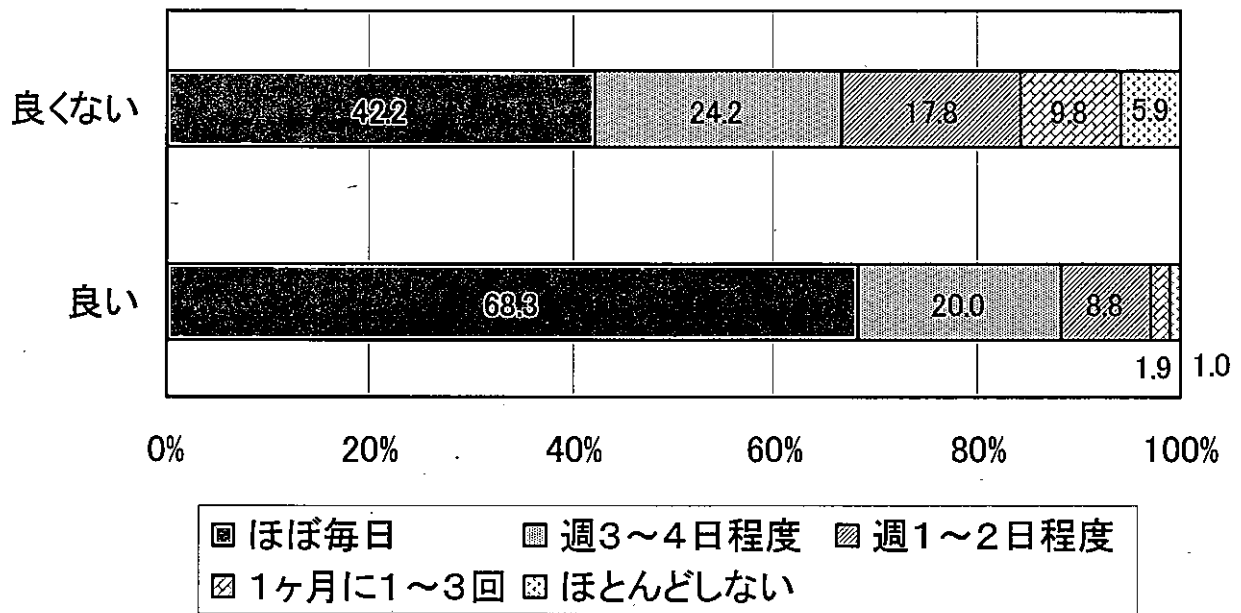
(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料20 現在収入のある人の仕事のために必要な外出頻度について



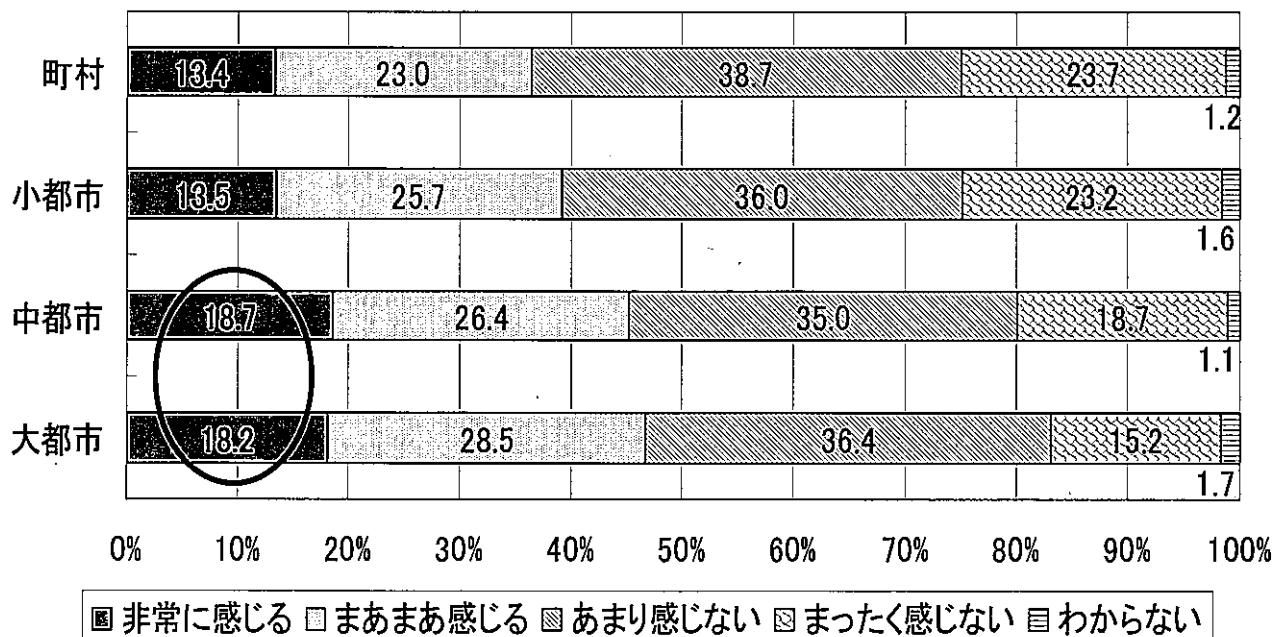
(出典)平成21年度 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料21 健康状態による外出頻度について



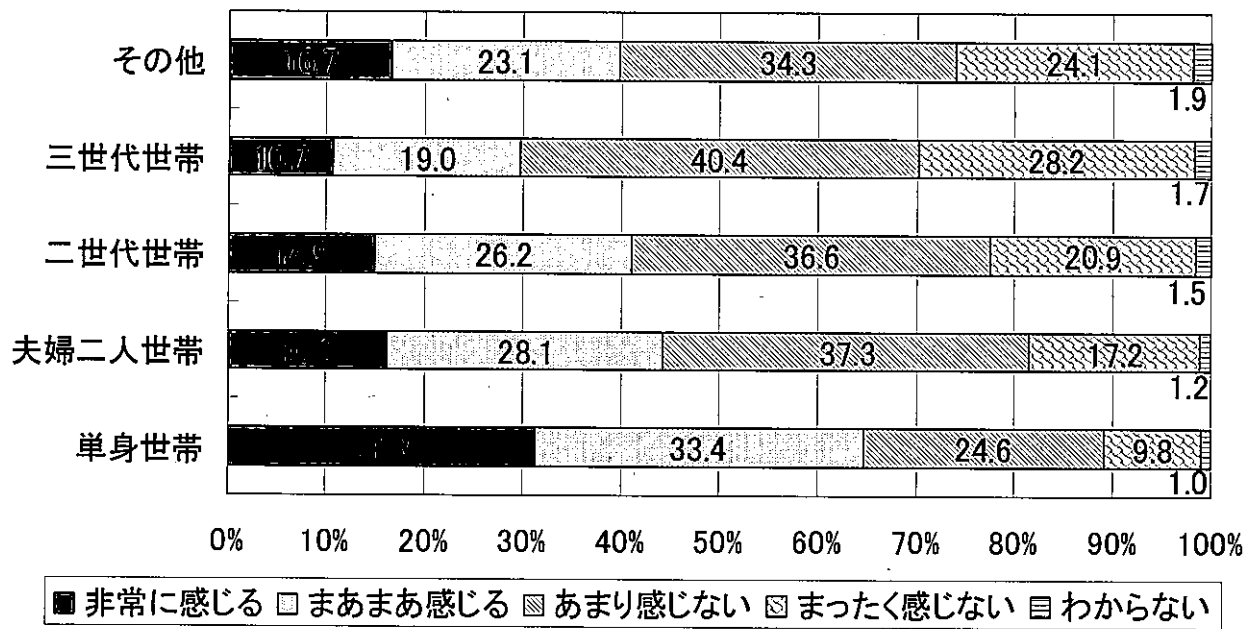
(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料22 孤独死を身近な問題に感じるかどうかについて(都市規模別)



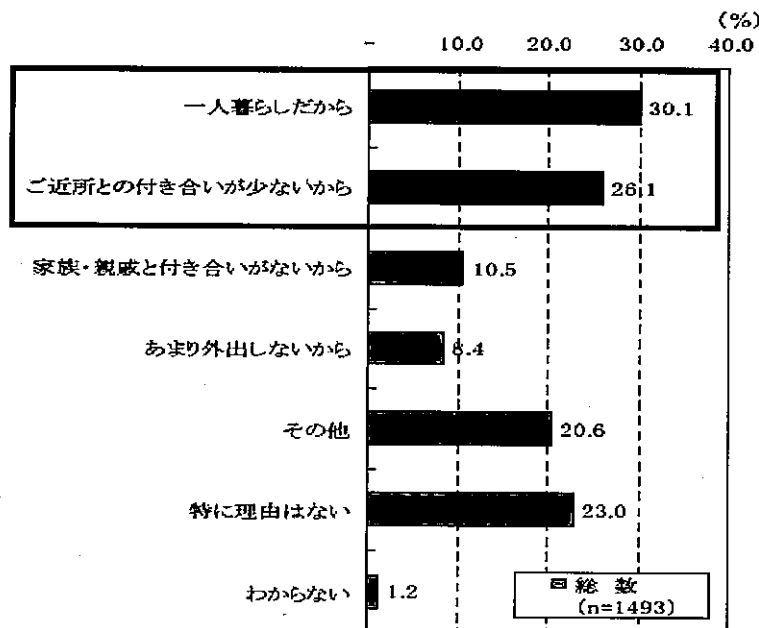
(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料23 孤独死を身近な問題に感じるかどうかについて（同居形態別）



(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料24 孤独死を身近な問題と感ずる理由について



(出典)平成21年度高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査(内閣府)

資料25 柏市内の訪問看護の現状について

柏市内で稼働している訪問看護ステーションは、平成22年12月時点で、12箇所。

| | 柏市内10訪問看護ステーションの状況 |
|------------------------------|----------------------|
| 看護師の配置(常勤換算) | 3.4人 |
| 事務員の確保 | 10箇所中8箇所が1名確保 |
| 夜間体制 | 10箇所中8箇所がオンコール体制 |
| 1箇所当たり延べ訪問回数 【延べ訪問回数の最大値】 | 351.2回/月 【566回/月】 |
| 夜間の1箇所当たり延べ訪問回数 | 1.5回/月 |
| 1箇所当たり利用者数 | 65.7人/月 |
| 利用者1人当たりの訪問回数 | 5.3回/月 |
| 1回当たりの訪問時間 | 61分(移動時間含む) |
| 1箇所当たりの収支 | 52万円黒字/月 |

(参考)

全国の訪問看護ステーションの状況(出典:平成20年介護事業経営実態調査)

- ・ 常勤換算職員数が3.9人(看護職員常勤換算数は2.7人)
- ・ 延べ訪問回数は242.7回/月

資料26 介護事業所数の整備見込み

(単位:か所)

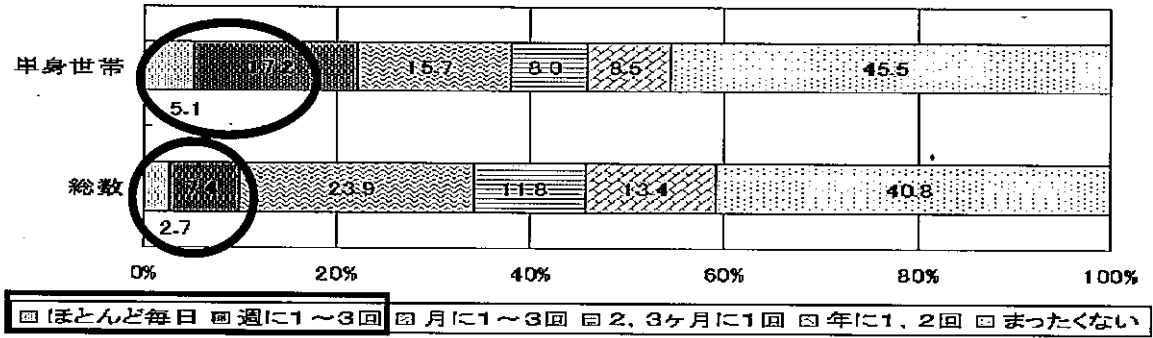
| | 平成20年度 | 平成21年度 | 平成22年度 | 平成23年度 | 現在の事業所数 (平成22年7月現在) |
|--------------|--------|--------|--------|--------|------------------------|
| 特別養護老人ホーム | 13 | 13 | 14 | 15 | 13 |
| 介護老人保健施設 | 7 | 7 | 7 | 8 | 7 |
| 介護付き有料老人ホーム | 8 | 8 | 8 | 9 | 7 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 17 | 18 | 19 | 20 | 18 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 3 | 5 | 7 | 7 | 3 |

(出典)第4期柏市高齢者いきいきプラン21

資料27 高齢者単身世帯の食事状況

単身世帯の場合、食事を欠食する回数が多く、また、外食などの利用も増える。

○ 外食・弁当・給食サービスの利用状況



(出典)平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果(内閣府)

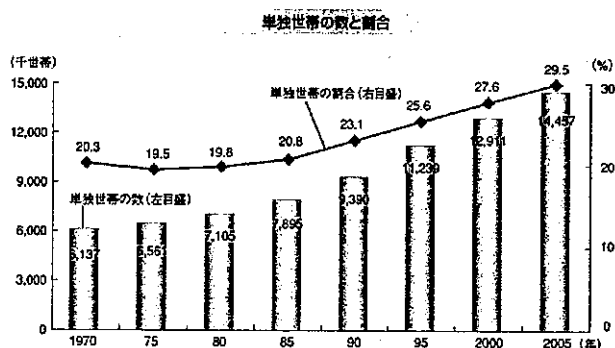
○ 食事の回数

| | 毎日かならず3食を食べている | 週に1~2食、欠食することがある | 週に3~6食、欠食することがある | 週に7食以上、欠食することがある |
|------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| 総数 | 90.7 | 6.3 | 1.9 | 1.1 |
| 単身世帯 | 80.4 | 13.8 | 3.9 | 1.9 |

(出典)平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果(内閣府)

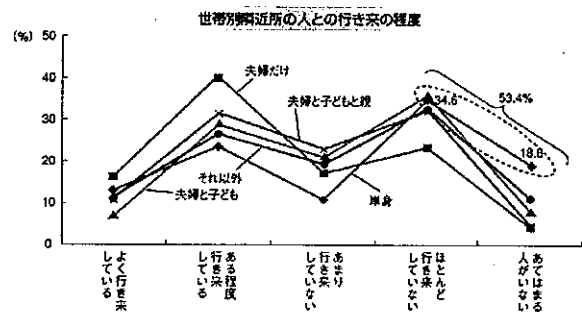
資料28 単身世帯のコミュニティ形成について

第2-1-40図 単身世帯数および割合は増加している



(備考) 1. 総務省「国勢調査」により作成。
2. 一般世帯における「単身世帯」の割合。

第2-1-38図 単身者は行き来程度の少ない



(備考) 1. 内閣府「国民生活意識調査」(2007年)により特別集計。
2. 【あなたは現在、次の「身近な場所の人」にどのような頻度で「会いに行き来していますか。」という問いに対して、回答した人の割合。
3. 【夫婦と子どもと親】とは、「夫婦と子どもと親世帯」と【夫婦と子どもと親と夫婦の兄弟姉妹世帯】とを合計したもの。
4. 調査者は、全国の15歳以上60歳未満の男女3,348人。

(出典)平成19年版国民生活白書

資料29 子育てを取り巻く環境

第1-特-17図 共働き世帯数の推移

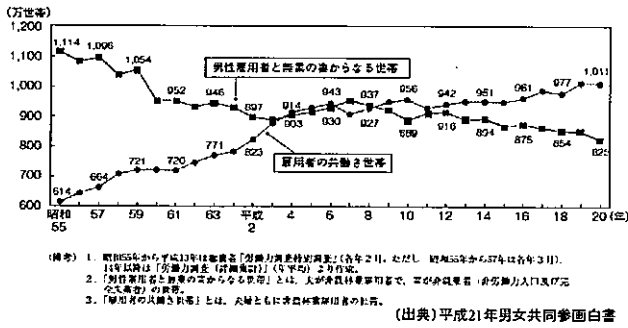
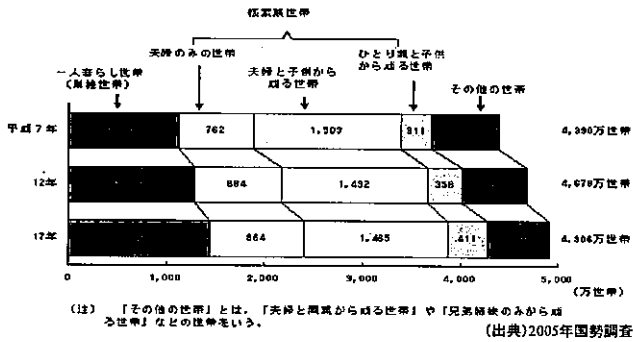
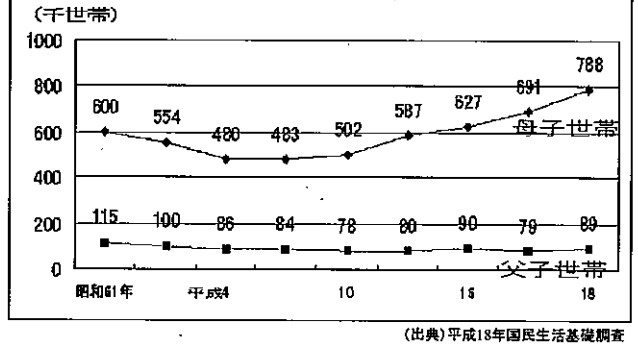


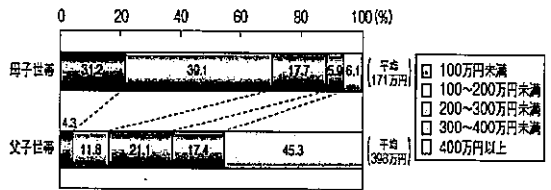
図4 一帯世帯の家族構成別世帯数の推移-全国(平成7年~17年)



母子・父子世帯数推移



第1-特-60図 母子世帯・父子世帯の年間就労収入の構成割合(平成17年)



平成 24 年度以降の介護職員の処遇改善について

急速に進む高齢化の中で、介護を必要とする高齢者の一層の増加が見込まれることから、介護サービスを担う人材を確保し、その定着促進を図ることが喫緊の課題となっている。

また、介護分野における質・量両面にわたる人材確保を図るため、他業種との賃金格差の是正や資格取得を進め、介護分野を専門性に基づく産業に成長させていくことが重要である。

こうした中、国は平成 21 年度介護報酬改定によって介護職員の処遇改善を図ったところであるが、更なる改善を図るため、国の介護職員処遇改善等臨時特例交付金に基づき創設された介護職員処遇改善交付金事業は、実施期間が平成 23 年度までとされていることから、平成 24 年度以降も確実に賃金の改善につながる措置を講じる必要がある。

そのため、来年度以降の介護職員の処遇改善について、下記のとおり申し入れる。

記

- 1 平成 21 年度介護報酬改定及び介護職員処遇改善交付金の効果と課題を十分に検証した上で、平成 24 年度介護報酬改定に当たっては、報酬改定による恒久的な処遇改善策を講じること。
- 2 その際、介護報酬の改定が確実に処遇改善につながることを担保されるよう、キャリアパスの定着、処遇改善状況の確認等の仕組みを構築するとともに、急激な保険料の上昇と地方の負担増を招かないよう、国が財政責任を果たすこと。
- 3 なお、こうした措置が講じられない限り、介護職員処遇改善交付金について、現行の課題等を見直した上で継続すべきであること。

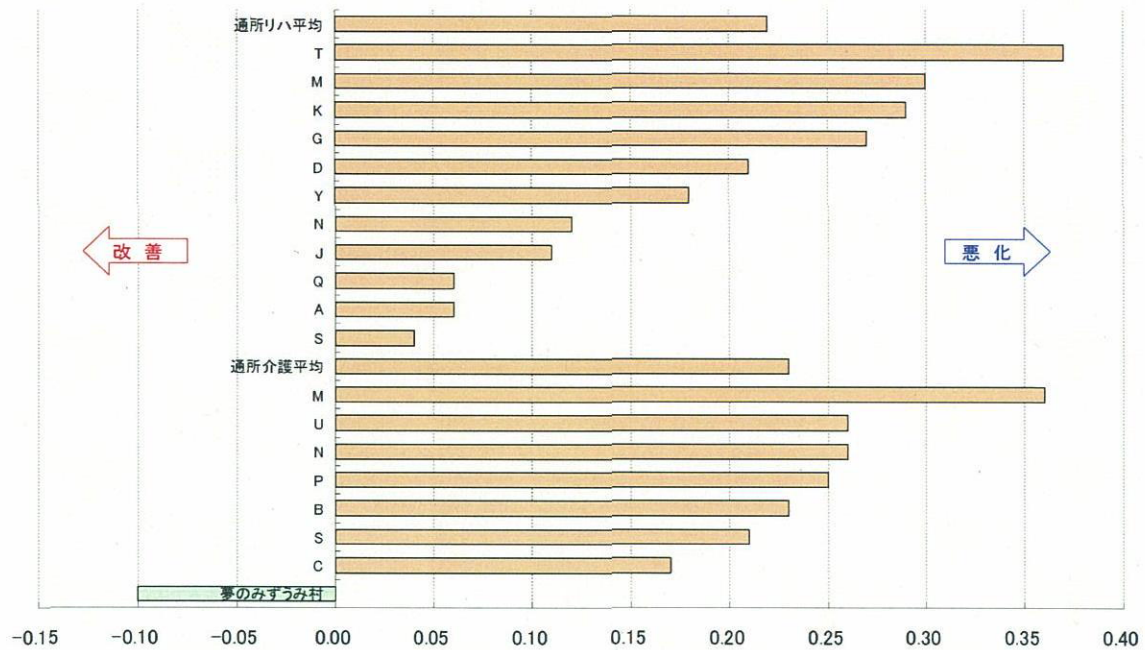
平成23年 7 月 4 日

全国知事会
社会文教常任委員会委員長
栃木県知事 福田 富一

通所系サービス利用の改善は、事業者によって、大きな格差がある

通所介護・通所リハの事業所別 要介護度の変化 山口市 平成16年

平成15年3月31日と平成16年3月31日における要介護度の変化を比較し、1段階悪化を+1、改善を-1とし、合算した数値を利用者数で除した数値である。



1. 改善はすべての要介護度において見られる

「評価加算」の全要介護度への適用の必要

2. 介護予防は必ずしも成功していない

エビデンスのあるリハビリは正しく介護報酬で評価の必要

「要介護高齢者預かり機能」と「リハビリ機能」の二階建報酬が必要

3. 要介護度の改善は介護報酬の減収をもたらす

改善へのインセンティブある介護報酬設定が必要

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

23.7.28現在

| 氏名 | 現職 |
|--------|---------------------------|
| 池田省三 | 龍谷大学教授 |
| 大島伸一 | 国立長寿医療研究センター総長 |
| 大西秀人 | 全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長） |
| ◎※大森 彌 | 東京大学名誉教授 |
| 勝田登志子 | 認知症の人と家族の会副代表理事 |
| 木村隆次 | 日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長 |
| 久保田政一 | 日本経済団体連合会専務理事 |
| 高智英太郎 | 健康保険組合連合会理事 |
| ※木間昭子 | 高齢社会をよくする女性の会理事 |
| 小林 剛 | 全国健康保険協会理事長 |
| 齊藤訓子 | 日本看護協会常任理事 |
| 齊藤秀樹 | 全国老人クラブ連合会理事・事務局長 |
| 佐藤 保 | 日本歯科医師会常務理事 |
| 志賀直温 | 千葉県国民健康保険団体連合会理事長（東金市長） |
| 篠原淳子 | 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長 |
| 武久洋三 | 日本慢性期医療協会（日本療養病床協会）会長 |
| 田中 滋 | 慶応義塾大学大学院教授 |
| 田中雅子 | 日本介護福祉士会名誉会長 |
| 馬袋秀男 | 民間介護事業推進委員会代表委員 |
| ※福田富一 | 全国知事会社会文教常任委員会委員長（栃木県知事） |
| ※藤原忠彦 | 全国町村会長（長野県川上村長） |
| 三上裕司 | 日本医師会常任理事 |
| 村上勝彦 | 全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長 |
| 村川浩一 | 日本社会事業大学教授 |
| 山田和彦 | 全国老人保健施設協会会長 |

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員
◎は分科会長

(案)

分介発 第 号
平成23年7月28日

社会保障審議会
会 長 大森 彌 殿

介護給付費分科会
分科会長 大森 彌

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正について（報告）

平成23年7月28日厚生労働省発老0728第1号をもって社会保障審議会に諮問のあった標記について、当分科会は審議の結果、諮問のとおり改正することを了承するとの結論を得たので報告する。