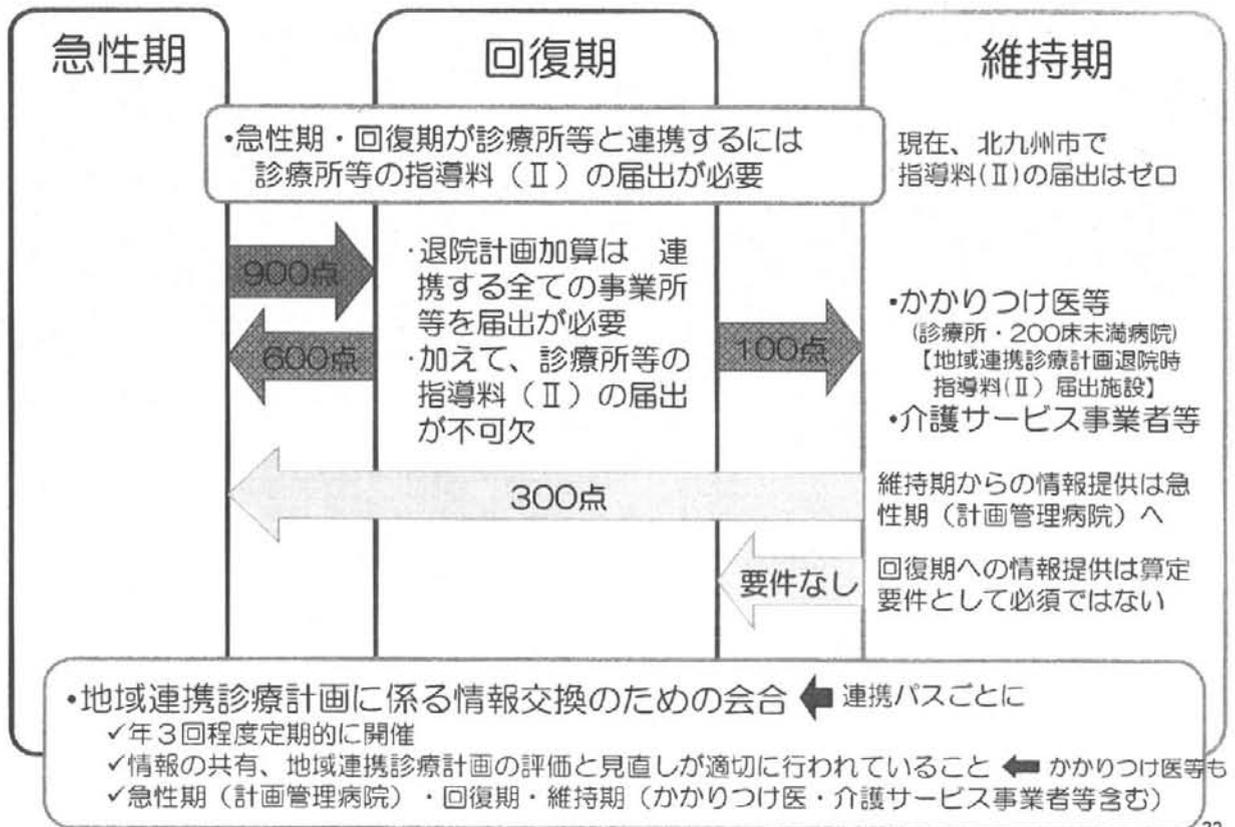


連携パス等診療報酬上のシステムと問題点



22

「包括的な在宅リハ提供拠点のあり方に関する研究」

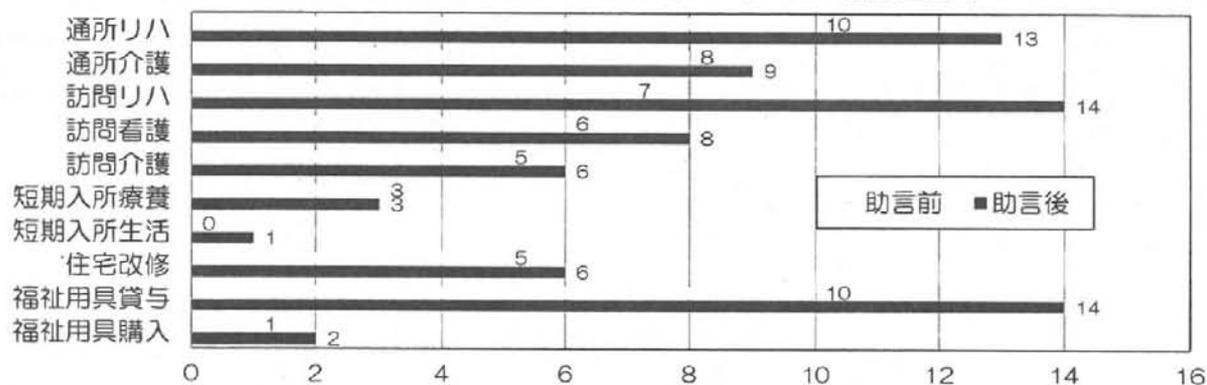
ケアマネジャー支援モデル事業フロー図

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

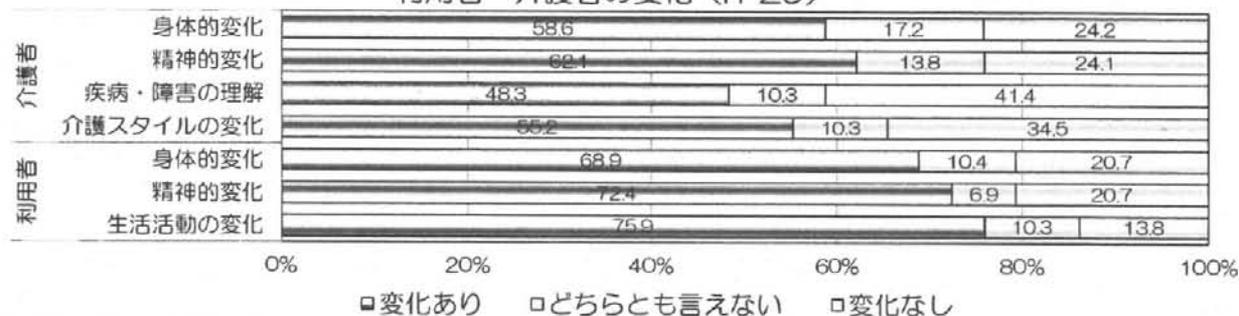
23

ケアマネジャー支援モデル事業結果

助言前後でのサービス種別の変化 (n=29 複数回答)



利用者・介護者の変化 (n=29)



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

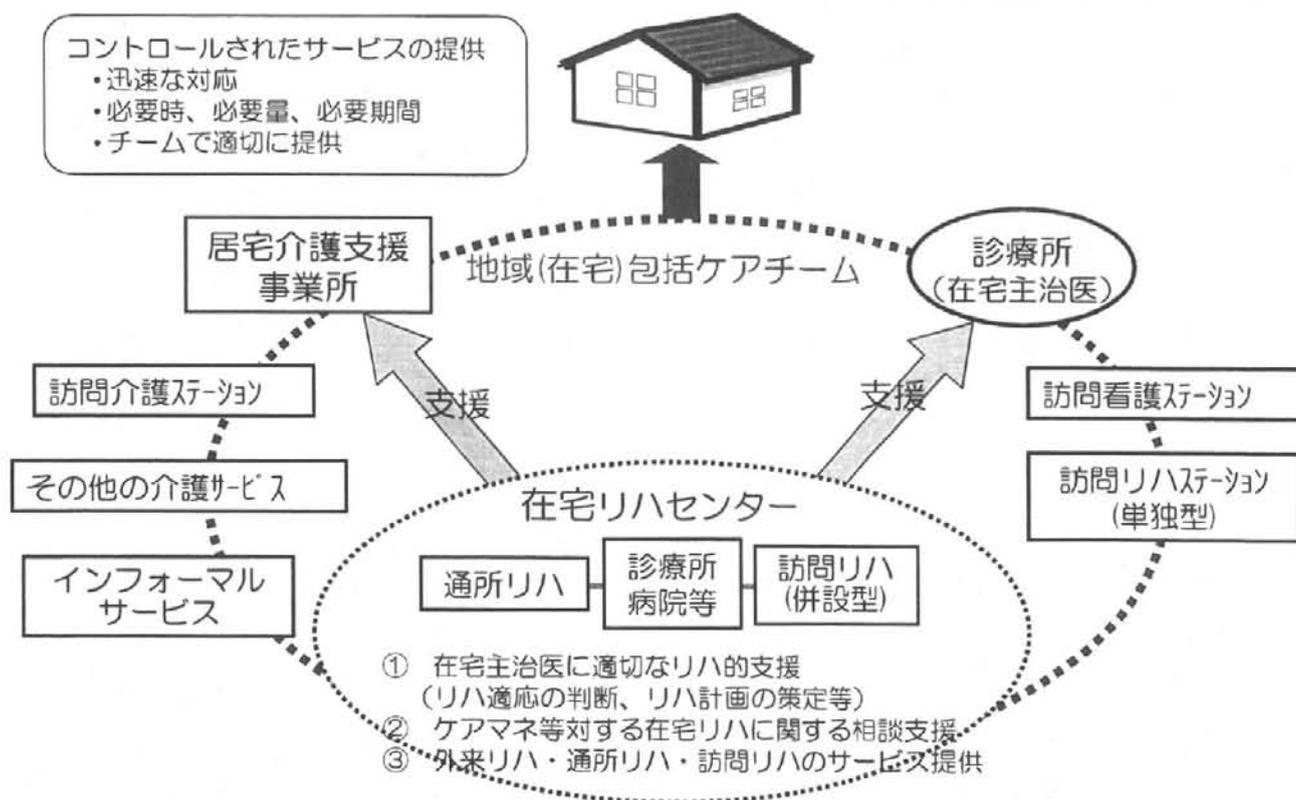
(日本リハビリテーション病院・施設協会 1991)(2001改定)



- 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

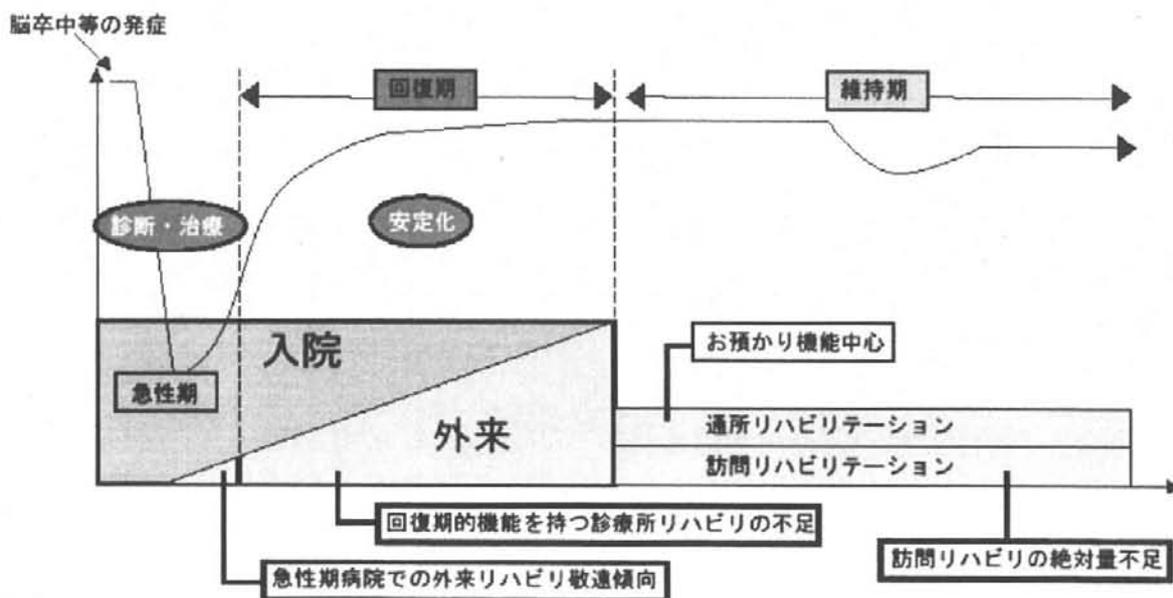
— リハビリ専門職(PT・OT・ST)の視点から —

(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)

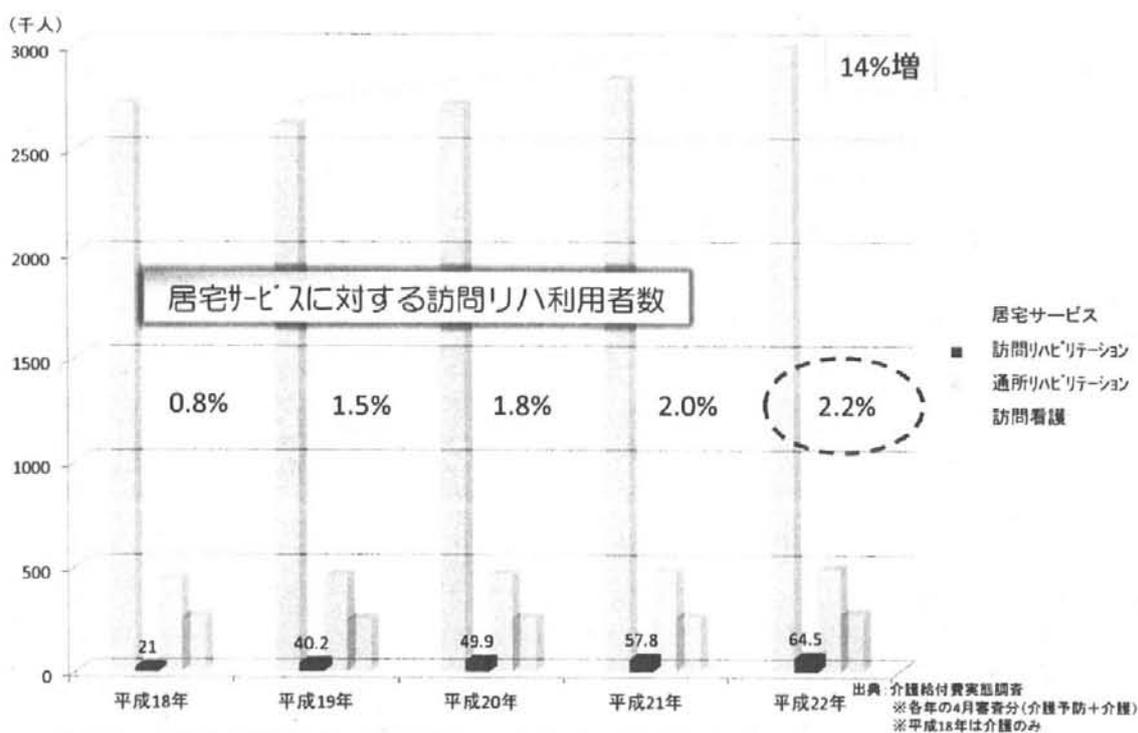
- 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリ医療が十分行われていない。
- 長期にわたって効果の明らかでないリハビリ医療が行われている。
- 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- リハビリとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリとケアが混在して提供されているものがある。
- 在宅におけるリハビリが十分でない。

＜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？

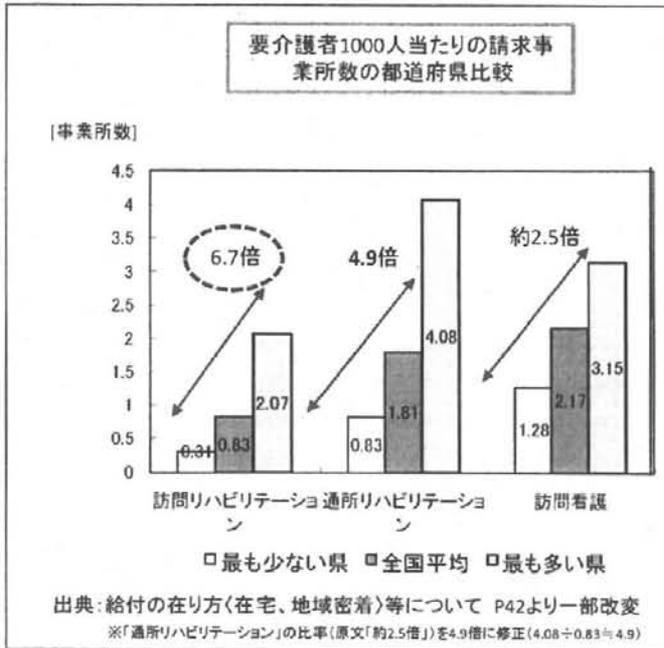


絶対量が少ない在宅でのリハビリサービス

都道府県別在宅サービスの比較

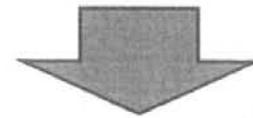
(第29回社会保障審議会介護保険部会資料より)

【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

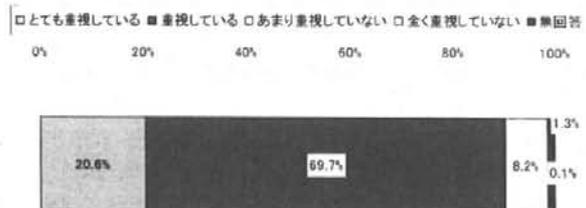
介護支援専門員への訪問リハに関するアンケート

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



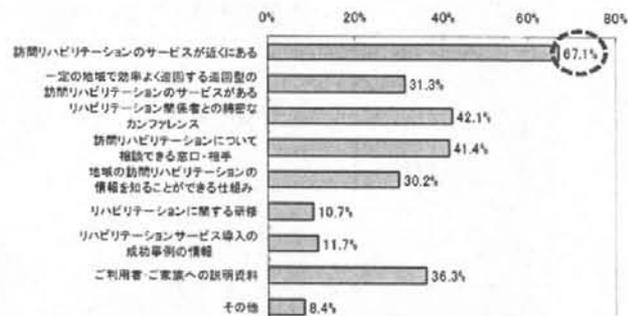
リハビリテーションサービスの重要性



導入が適切にできていない理由



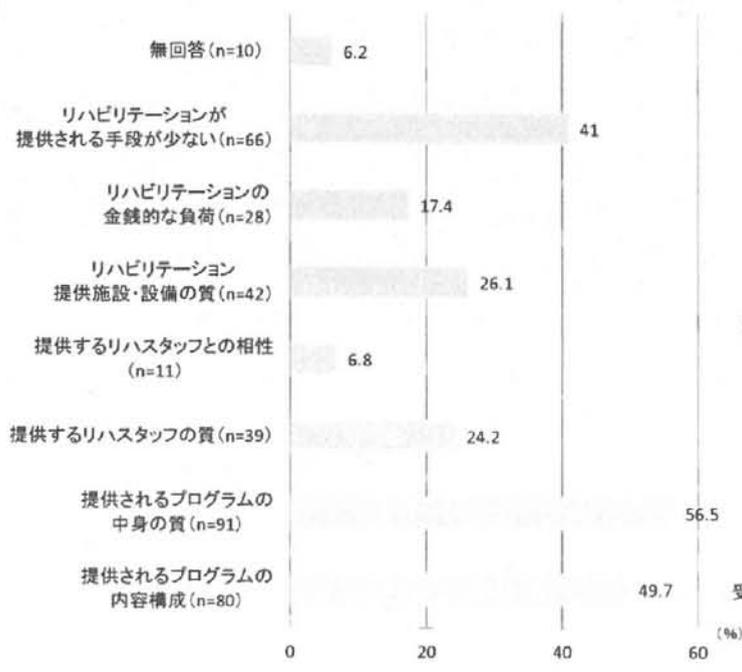
リハビリテーションサービス円滑導入のため必要な施策



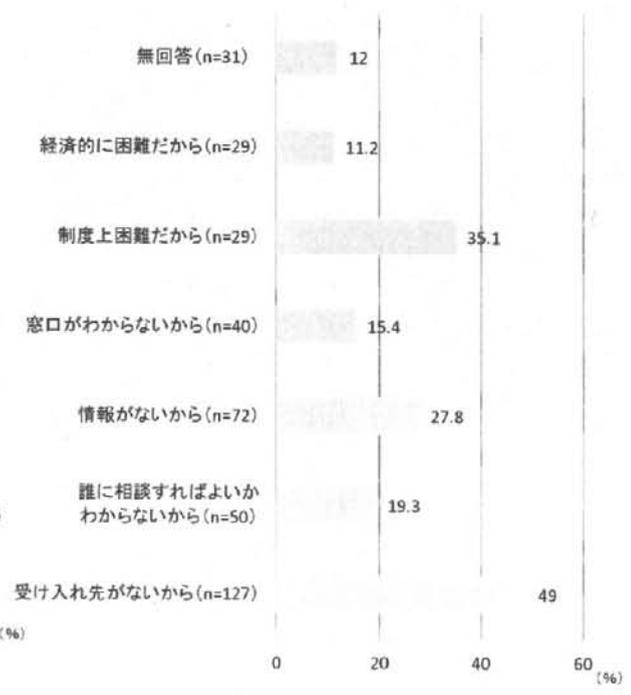
社団法人日本理学療法士協会の調査(平成22年1月)
「訪問リハビリテーションの設置」および「医療・介護保険制度の連携」に関する制度改正への提言に向けた調査 より

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。

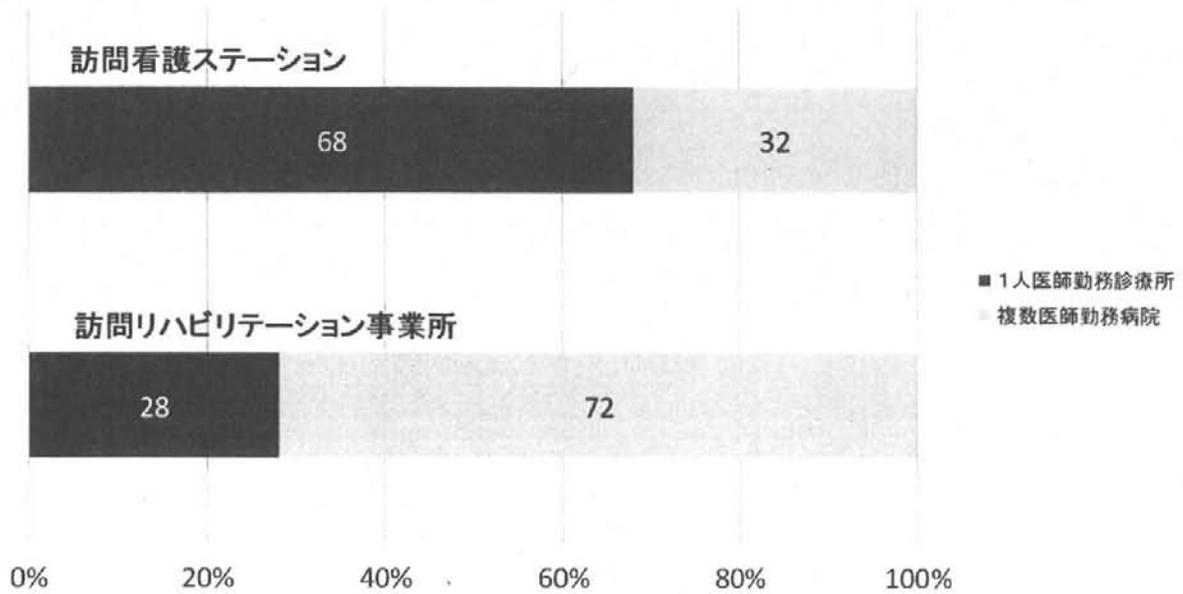
リハビリ提供量拡大のための具体的な提案

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

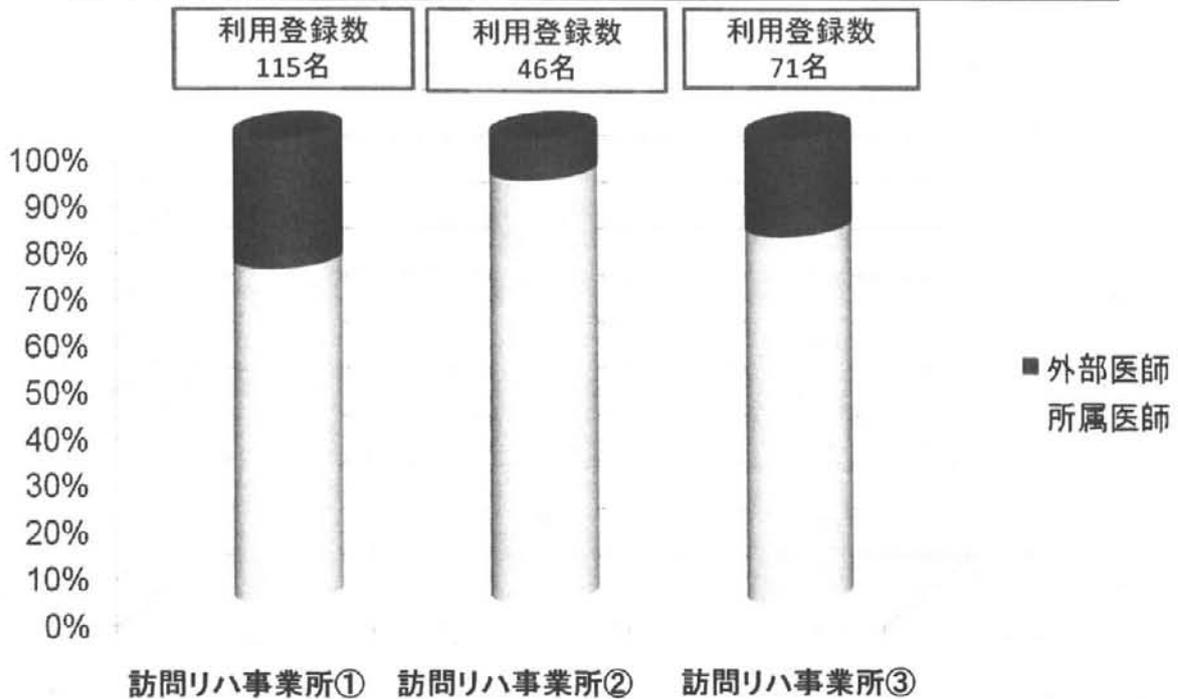
障害者や高齢者が、住み慣れた地域において、尊厳のある自立した生活ができるよう、医師の指示に基づき、訪問看護や訪問介護との一体的連携の下に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者の生活の場において、心身機能の維持・向上や生活活動の維持・拡大等に関する包括的機能を持つ専門機関です。

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)



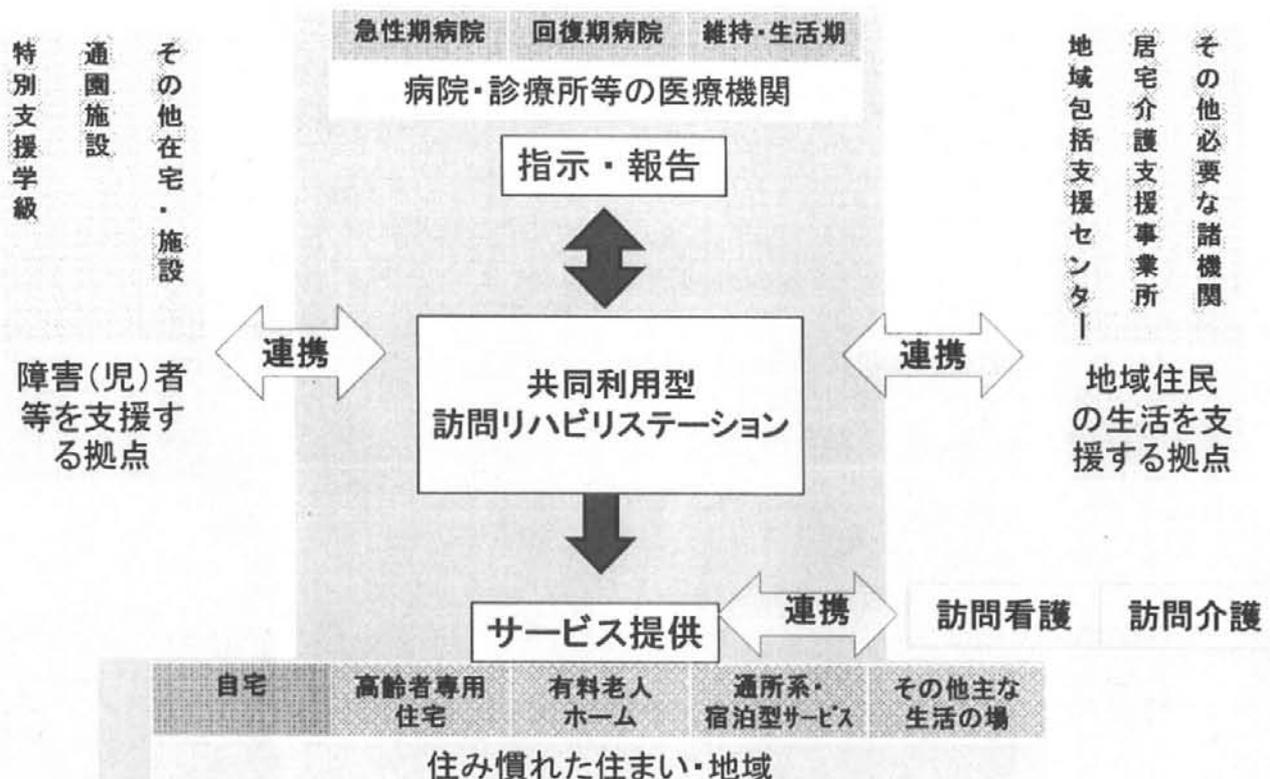
利用者の多くが自院患者で占められている

共同利用型訪問リハビリステーションの機能

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ステーションの機能



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)

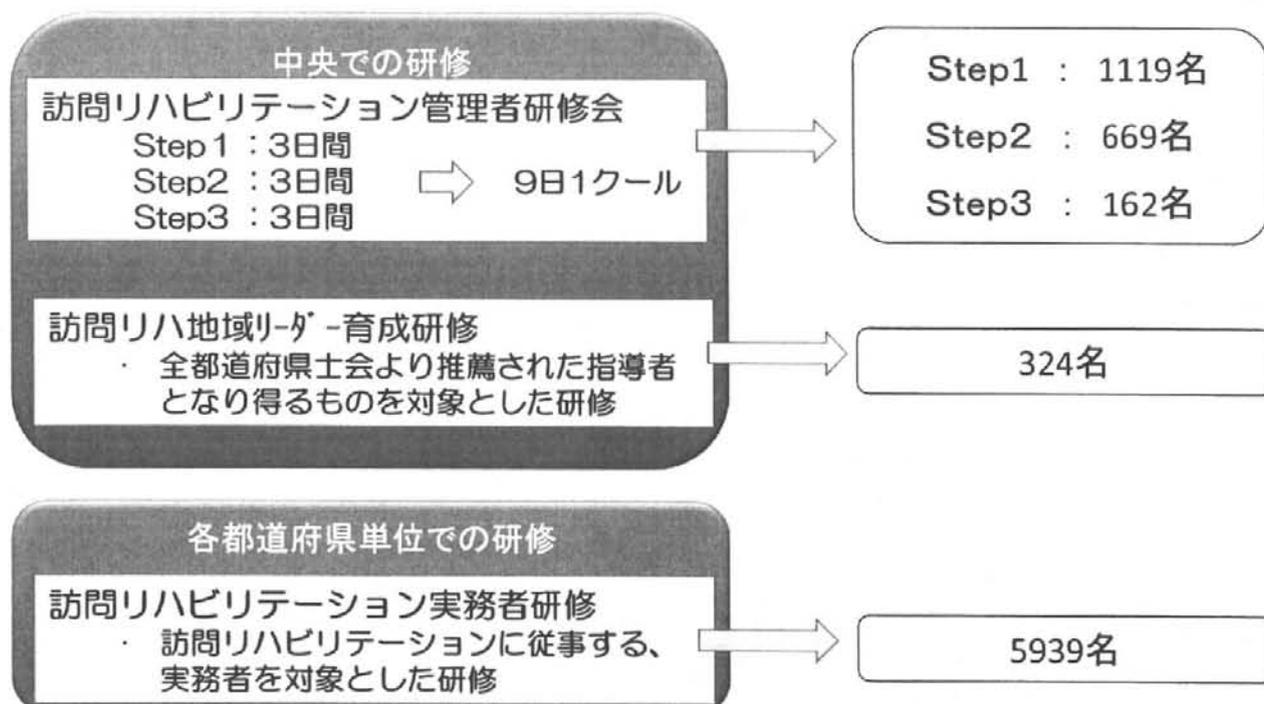
人員基準：リハビリ専門職を3.5人以上配置

：1名を常勤配置(管理者含めて2名)

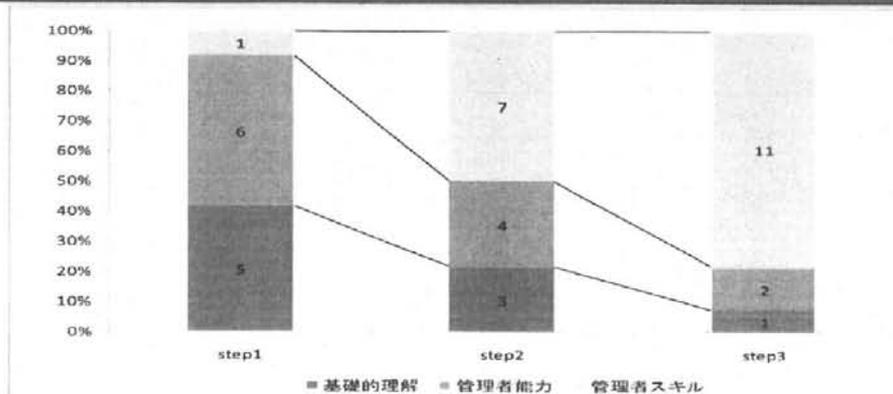
：リハビリ専門職すべて配置(言語聴覚士については時限的に対応)

資料1

訪問リハビリテーションに関わる各研修会



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

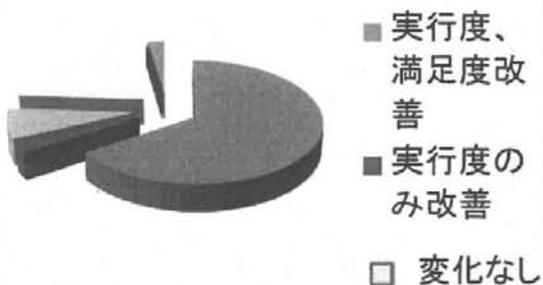
○ IADLなど生活課題への対応:(55名 70.5%)

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

介入あり結果



介入なし



介護認定調査票: 身体・基本: 4.2名 (1.6名)
での改善度

ADL 3名 (0.8名)

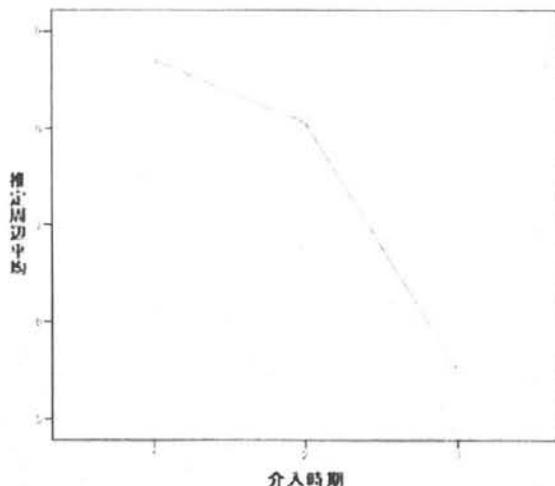
IADL 5.4名 (1.9名)

老健式活動能力指標 での改善度

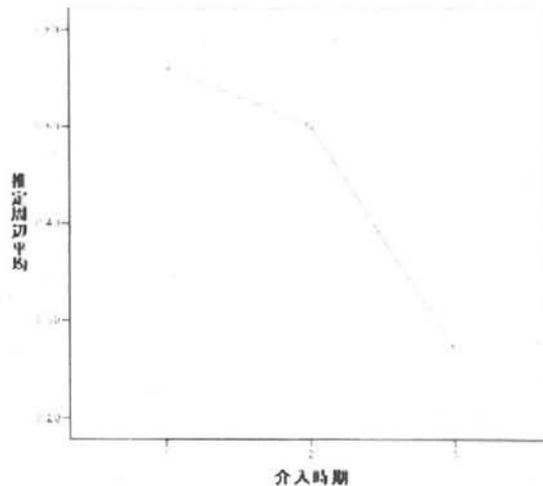
	改善	維持	悪化	合計
介入	29 38.1%	36 47.4%	11 14.5%	76 100%
非介入	18 23.7%	35 46.0%	23 30.3%	76 100%

1年後の変化

老健式活動能力指標の変化



Health Utilities Index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

従来の
介護予防メニュー

生活課題を達成するためのプログラム
(在宅での練習と組み合わせる)
(20分から60分の練習)

生活課題の評価、計画立案

リハビリテーション (個別訓練: 20分)

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

通所介護

訪問介護

従来の
介護予防

利用者の能力を
最大限活用した
介護の提案

従来の
介護

利用者の能力を
最大限活用した
介護の提案

生活支援

生活支援

助指
言導

助指
言導

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。

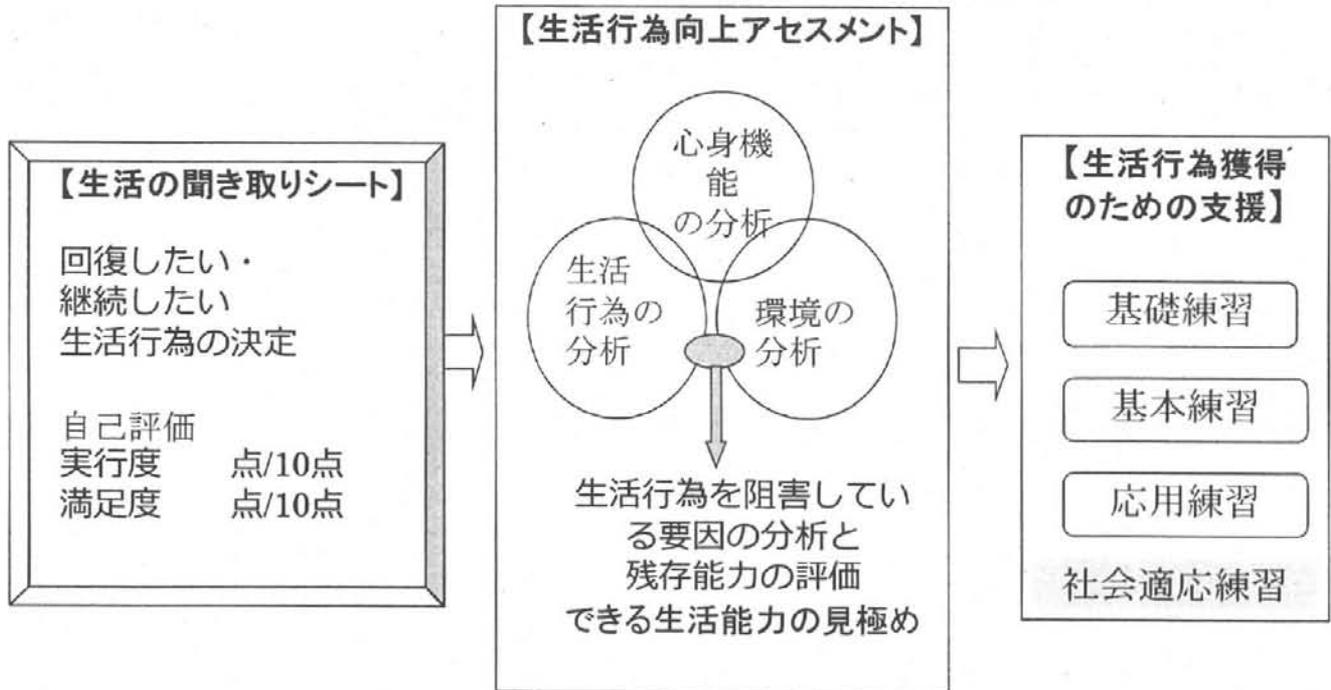
地域包括支援センターへのリハ専門職の配置促進

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

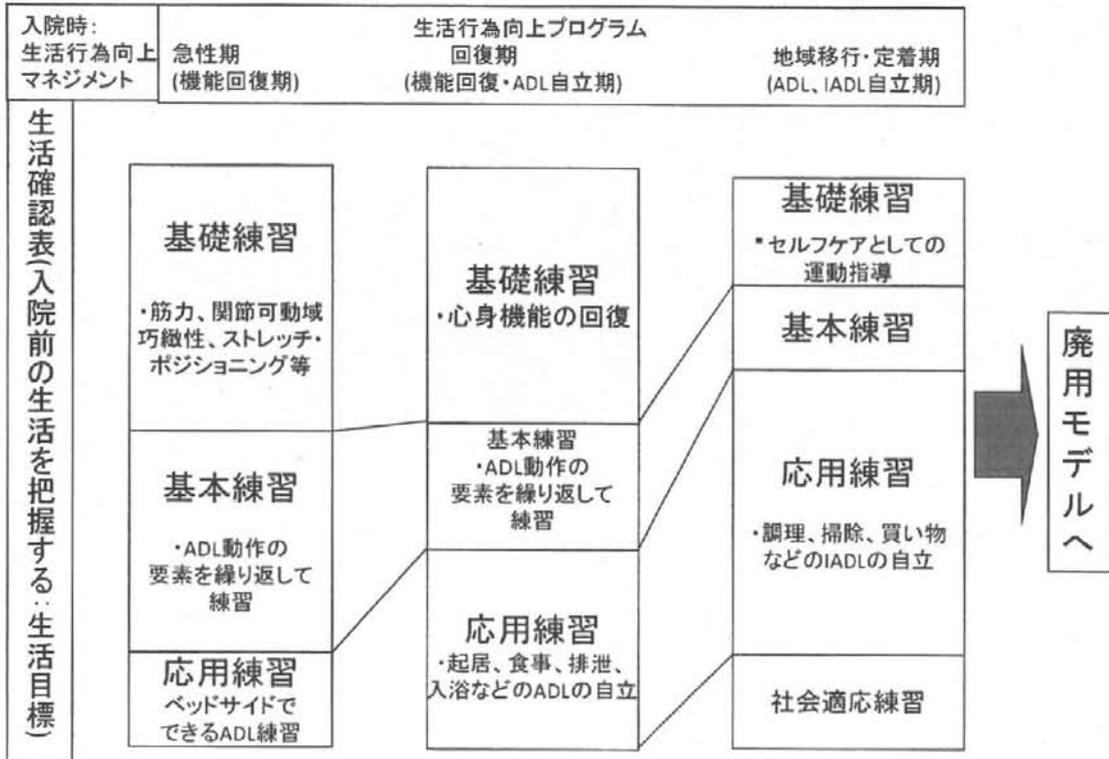
手段的ADL: 30種目

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

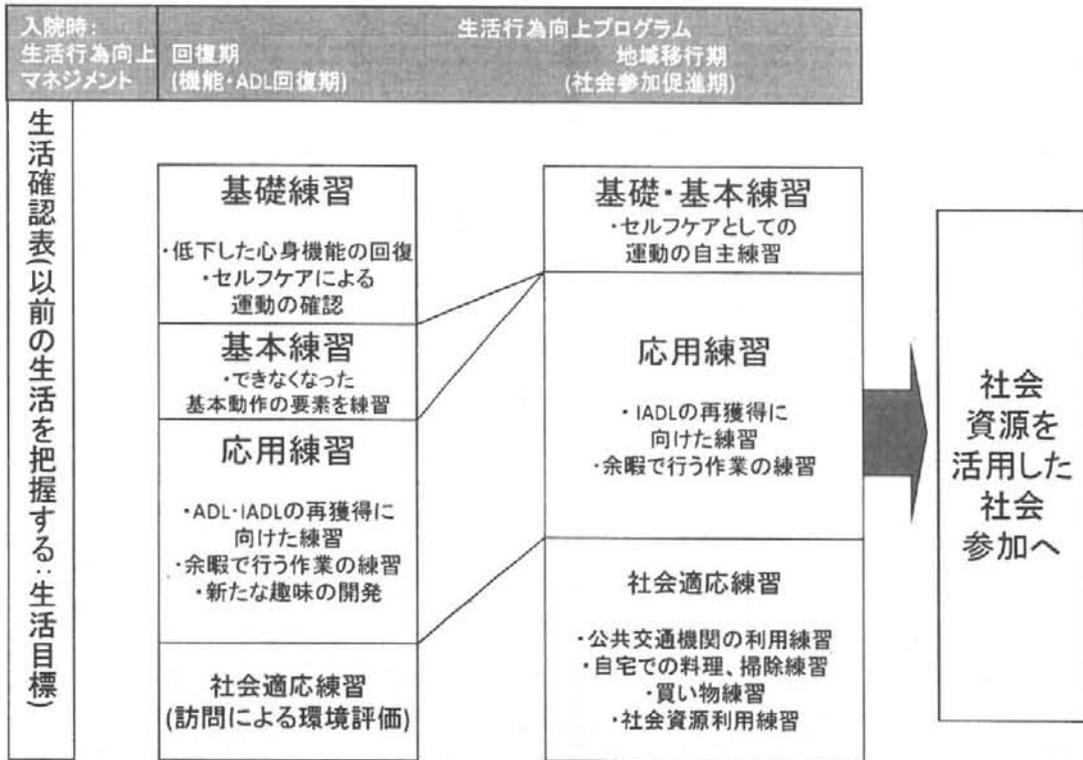
趣味・社会参加: 38種目

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】

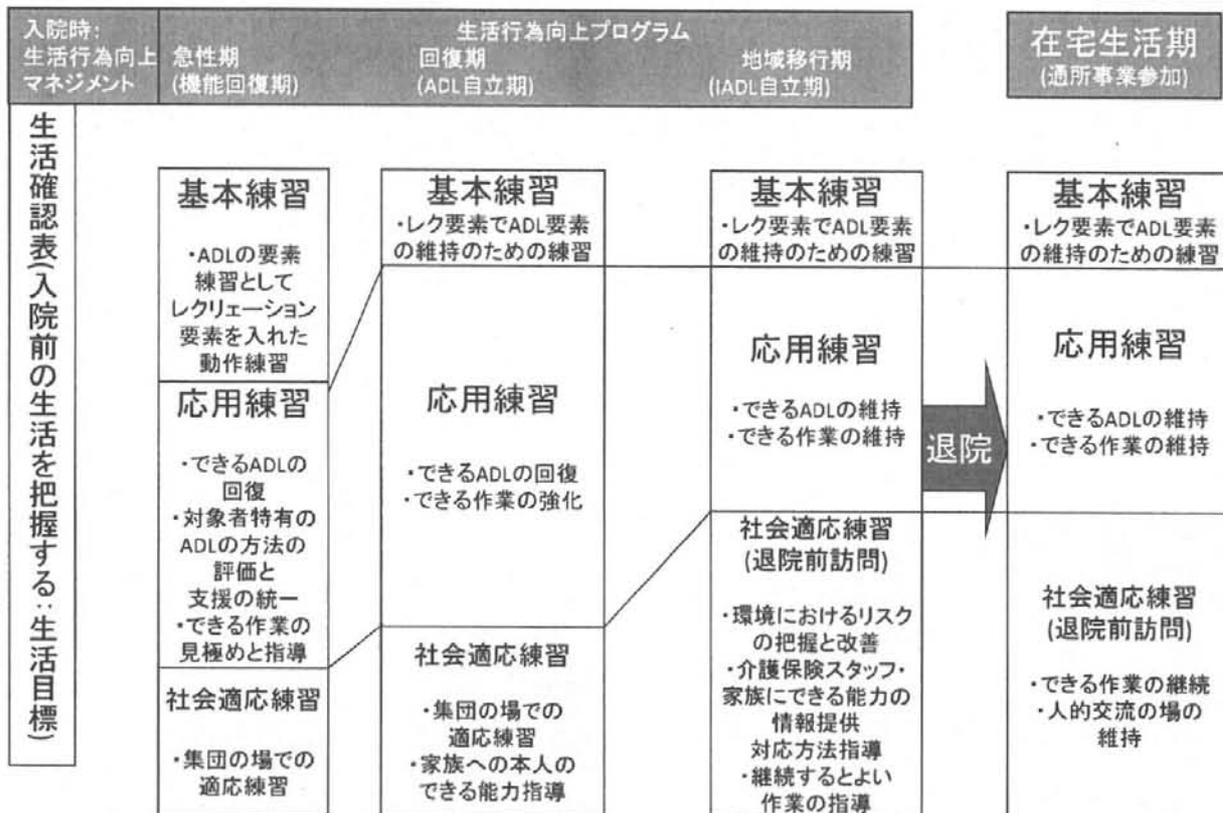


廃用症候群事例モデル【例】



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)

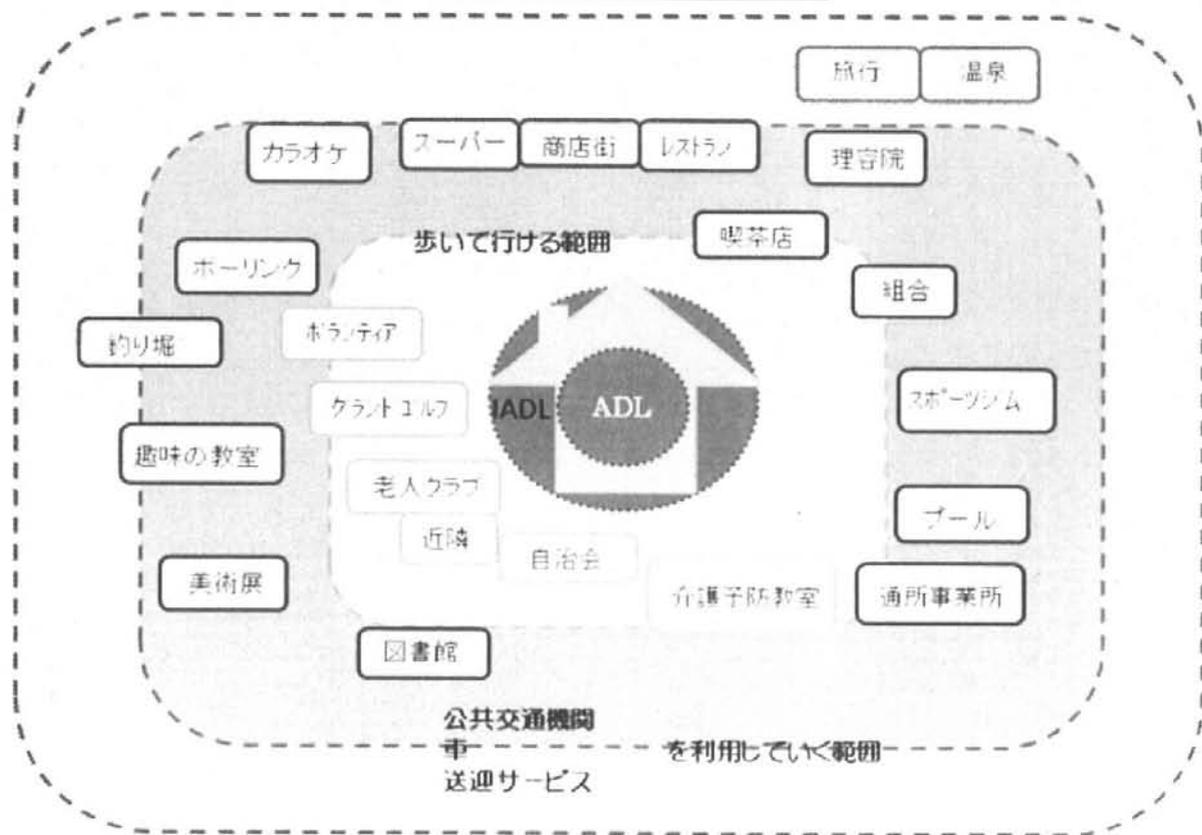
(1) 対象者基本情報

	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

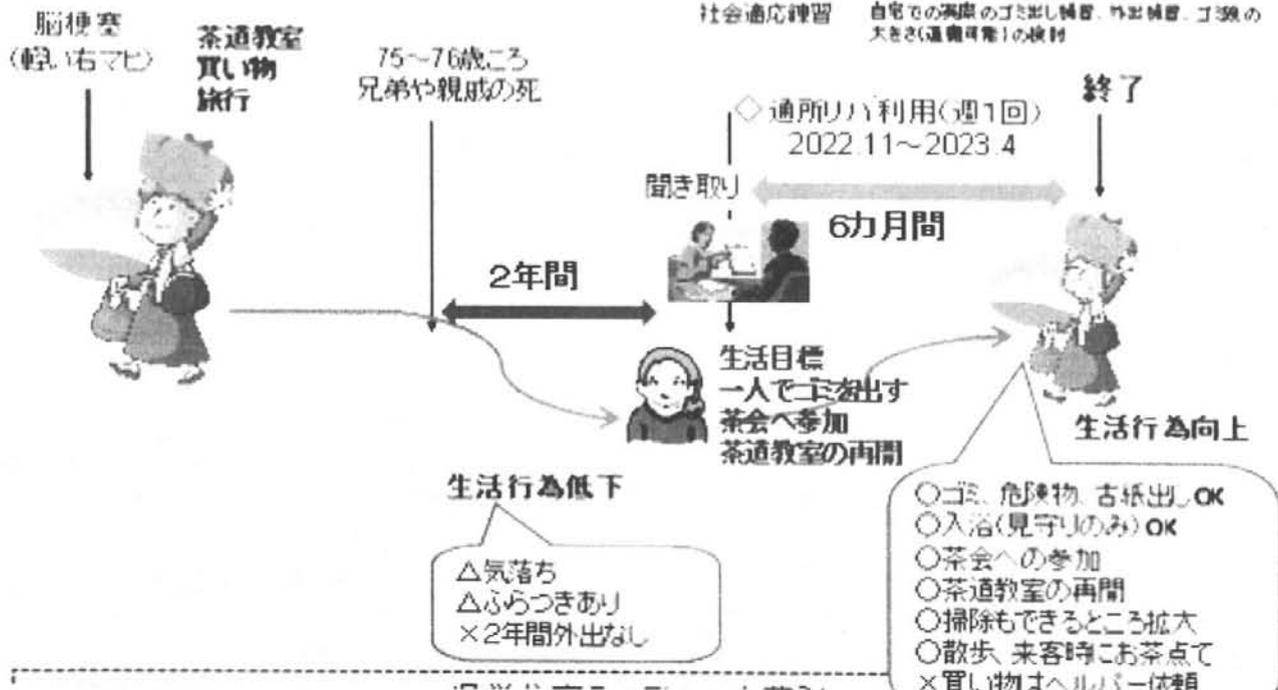


6 支援事例の実際

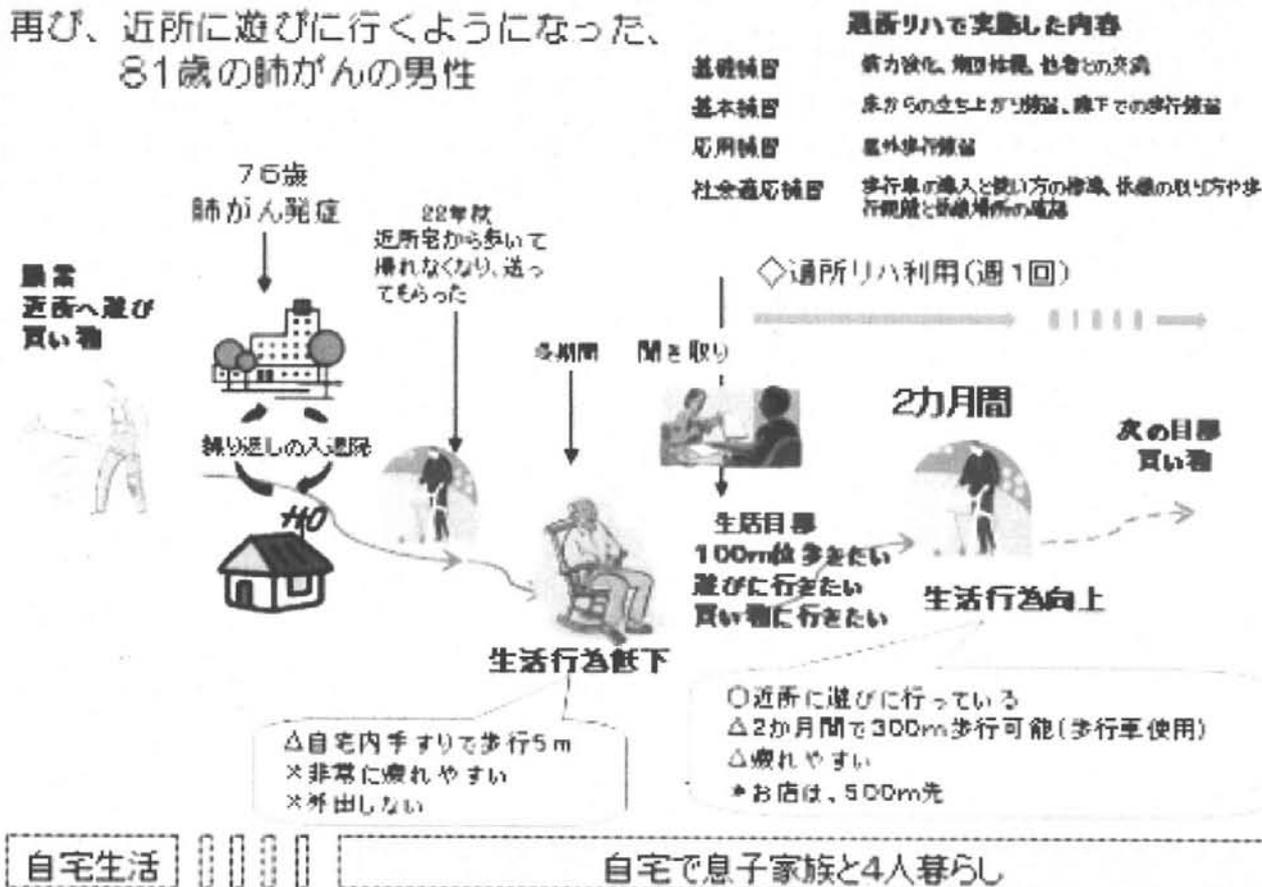
事例1.
6カ月間で元気な生活を取り戻した、
一人暮らししている79歳の女性

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、履物多行練習、階段昇降、物の運搬練習 |
| 応用練習 | ゴミ袋を持つでの多行や階段昇降、お茶入れ |
| 社会適応練習 | 自宅での満員のゴミ出し練習、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



訪問介護におけるリハ職の関与の効果

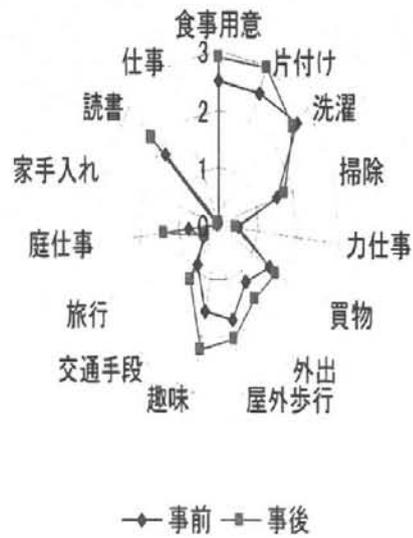
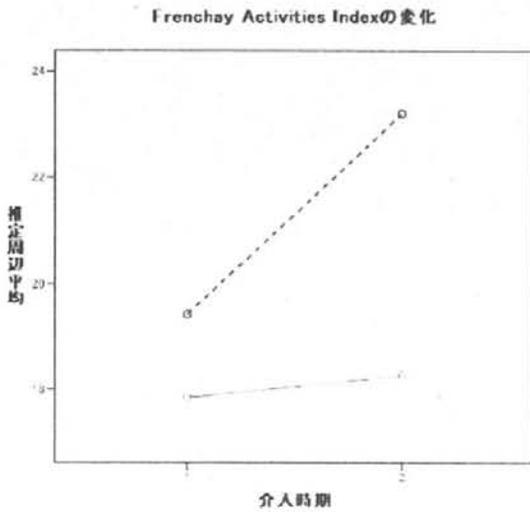
訪問介護による家事援助を受けている者に対し、作業療法士が生活行為向上マネジメントを実践、ヘルパーに生活行為向上プログラムを助言・指導、訪問介護時にプログラムを週1回、計12回の実践を行った。

(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%)
	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になります。

(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】

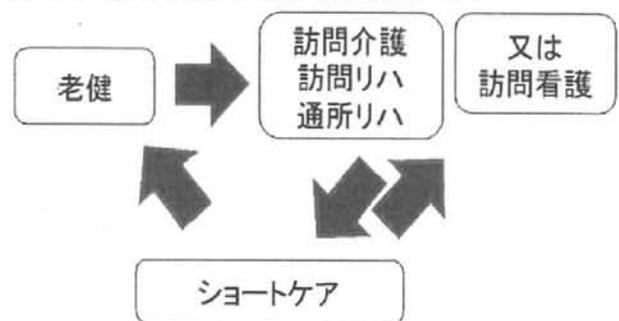
(1) 介護サービスの充実

- 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
にゆだねて充実を図る。
※ 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の連携

(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

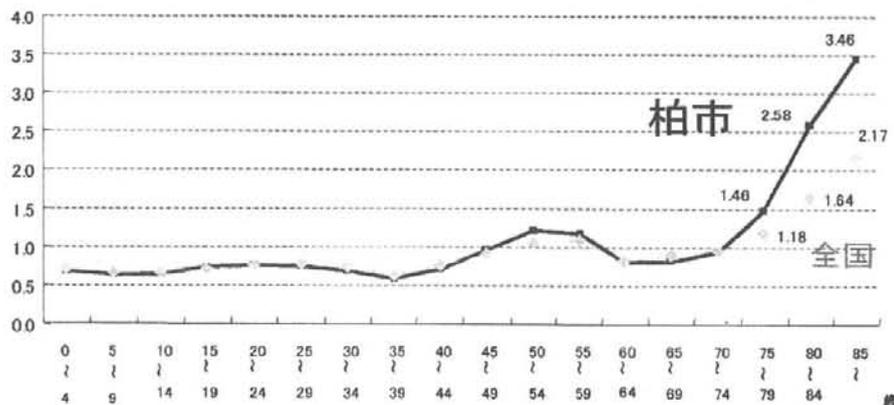
1

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

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%

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)	(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

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	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

↓

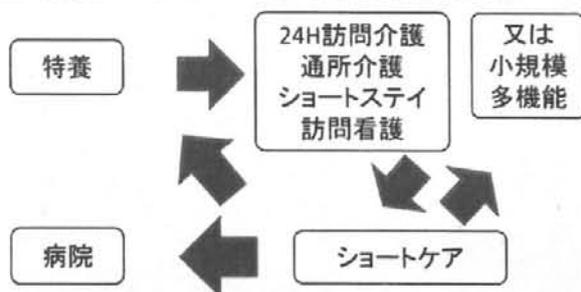
豊四季台地域のプロジェクトは、
これらに焦点をあてて、まちづくりを具現化

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。

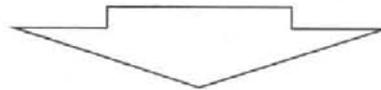
8

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回土曜日午後に、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

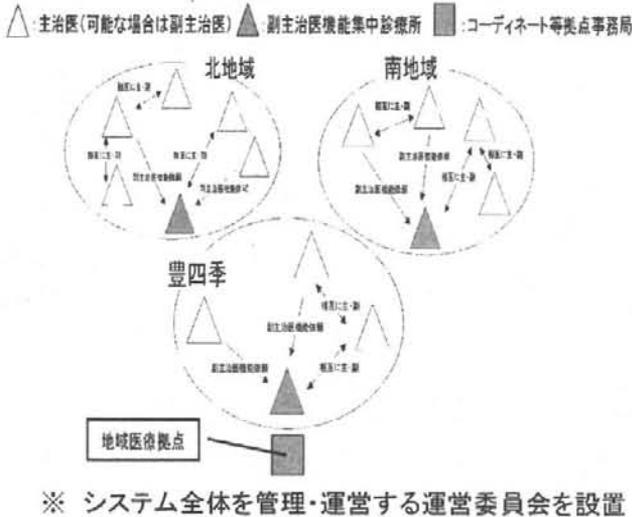
→ (1)~(4)を実現する中核拠点(地域医療拠点)の設置

10

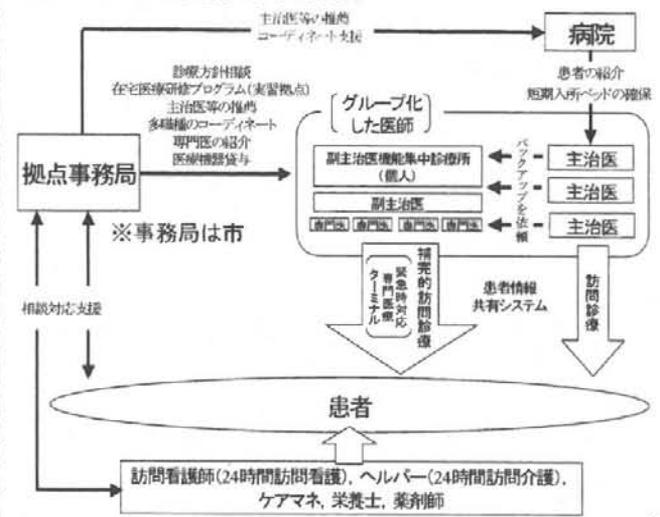
(参考①) 在宅医療に係る負担軽減システム

- 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案し、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>

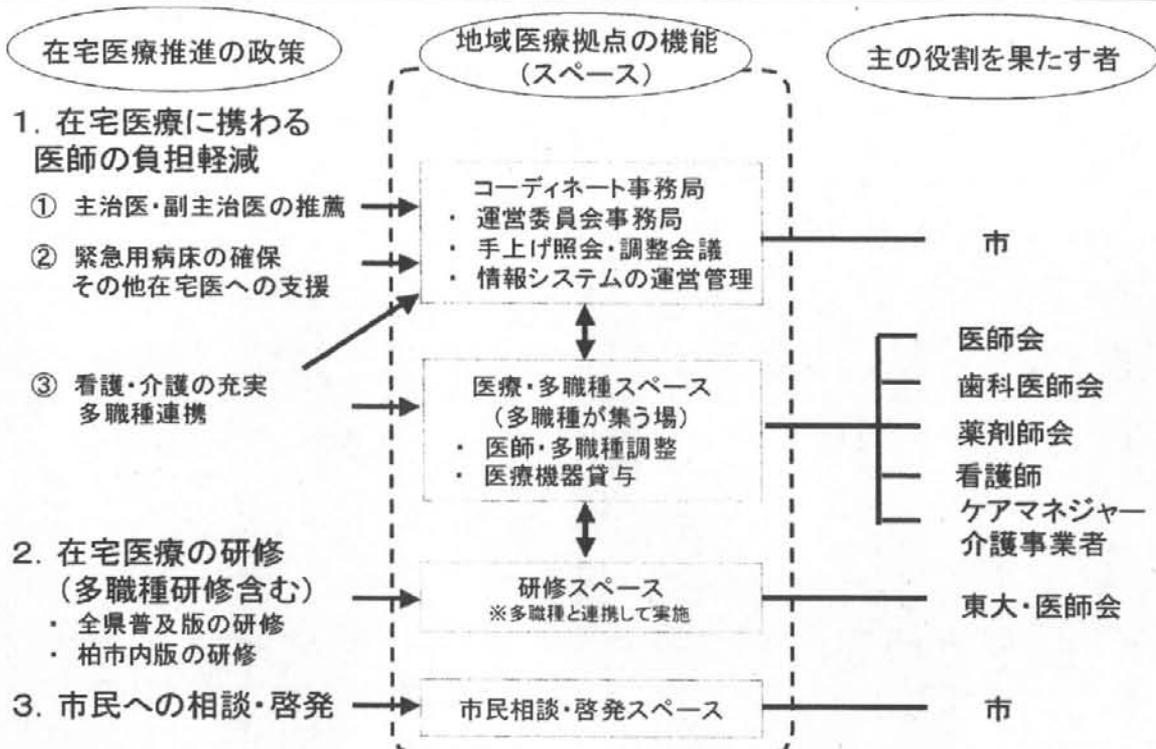


<システムの具体的な動き>



(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

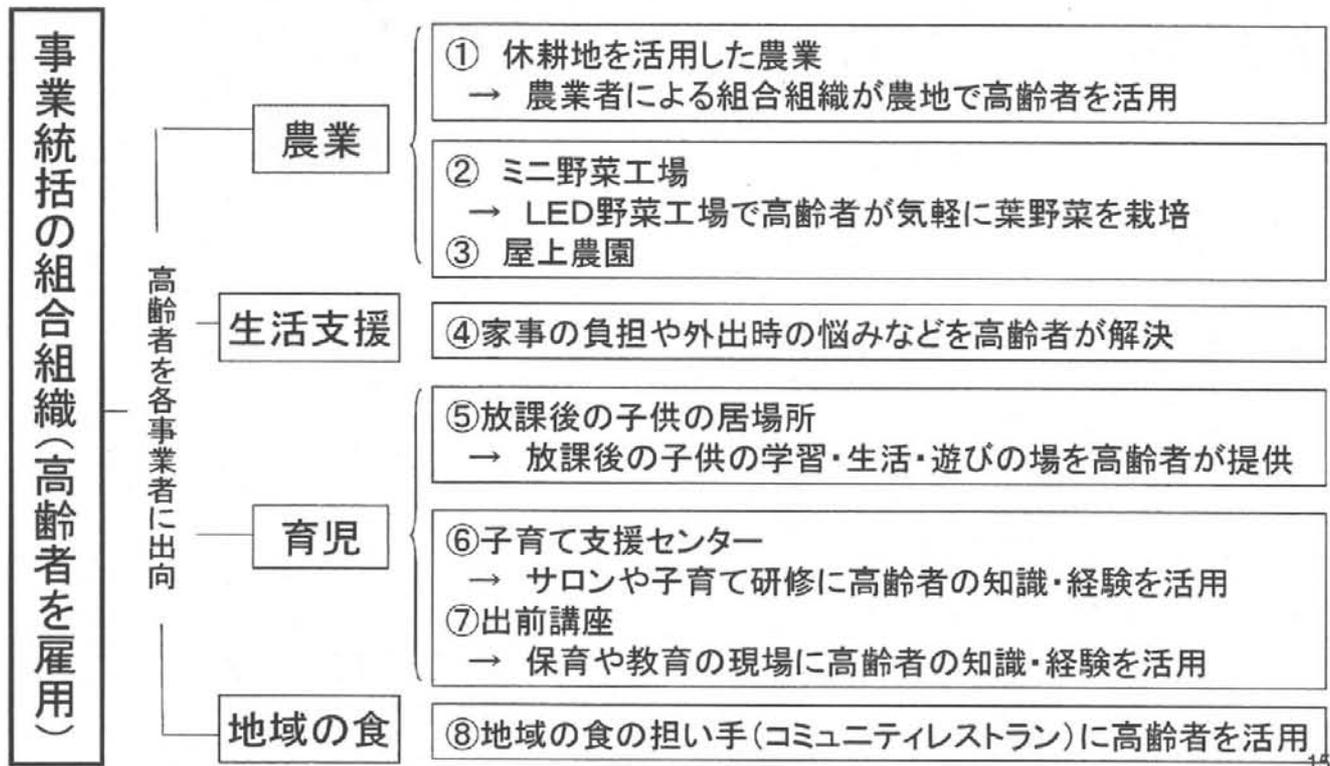


リタイア層が慣れ親しんできた「仕事・就労」というかたちをとりつつ、セカンドライフの要望に応じたフレキシブルな働き方を可能に、同時に、働くことで地域の課題解決に貢献できる場

(参考) 高齢者の生きがい就労の全体像

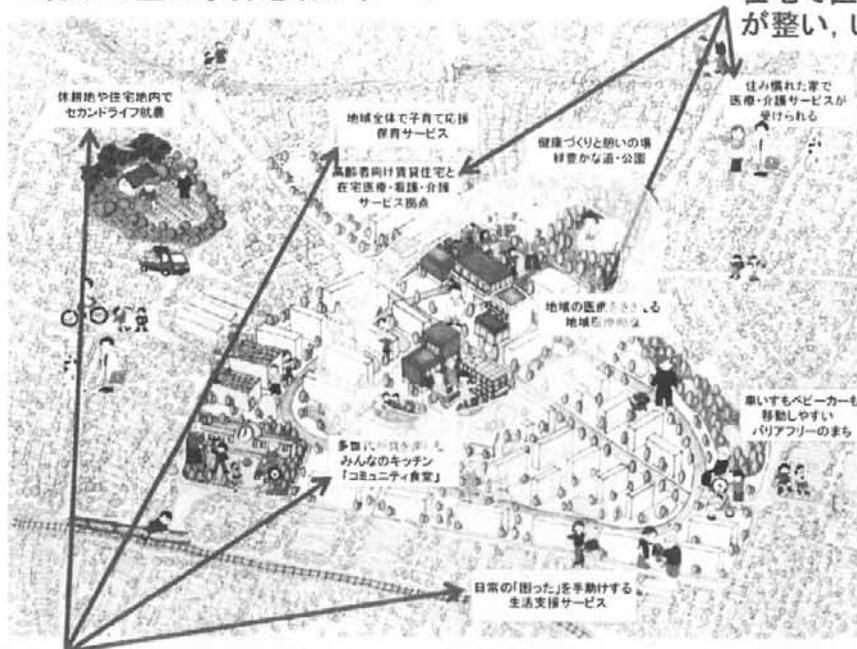
高齢者の生きがい就労は、4分野8事業(6~7事業者)

→ 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くら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。

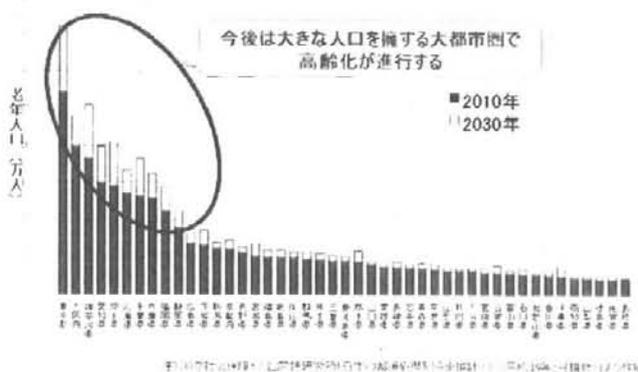
○研究会のもとに「在宅医療委員会」「人と人委員会」「住まい・移動委員会」の3委員会および各ワーキンググループを設け、超高齢社会・長寿社会に対応したまちづくりの具体化をすすめています。

柏市および豊四季台地域について

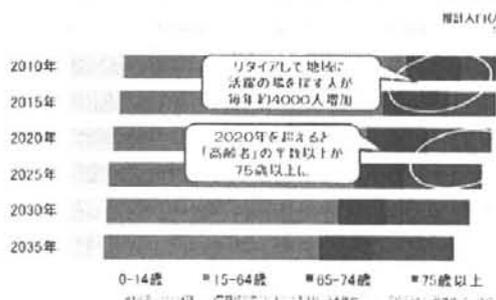


背景と課題

- 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。



柏市はこれから20年で・・・
65歳以上の割合は19.5% (約8万人) から32.4% (約11.7万人) へ
中でも75歳以上の割合は7.6% (約3万人) から20.7% (約7.5万人) へ



- 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14区	柏市
人口	6,028人	401,706人
高齢化率【75歳以上高齢者割合】	10.6%【18.0%】	19.5%【7.6%】
要支援・要介護認定者	1,076人【240人】	32,177人
要介護4・要介護3の者の割合【(要介護4・要介護3)等18歳以上の者】	14.0%【12.0%】	21.7%【8.0%】
要介護4・要介護3認定者における、団塊世代・団塊前世代の割合	団塊世代 44% 団塊前世代 56%	団塊世代 44% 団塊前世代 56%

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。

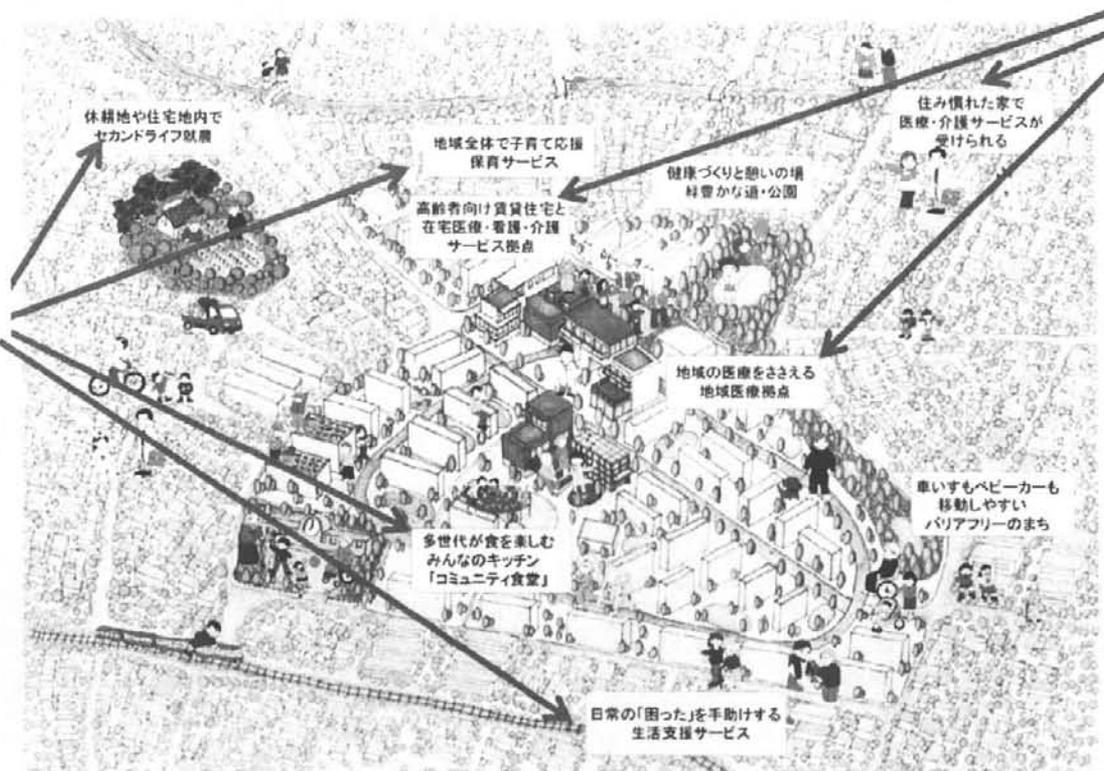
- (1) いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち
- (2) いつまでも元気で活躍できるまち

(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。

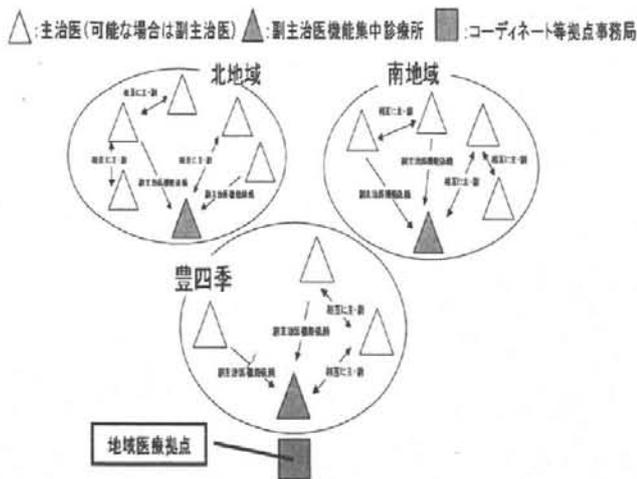
○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 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

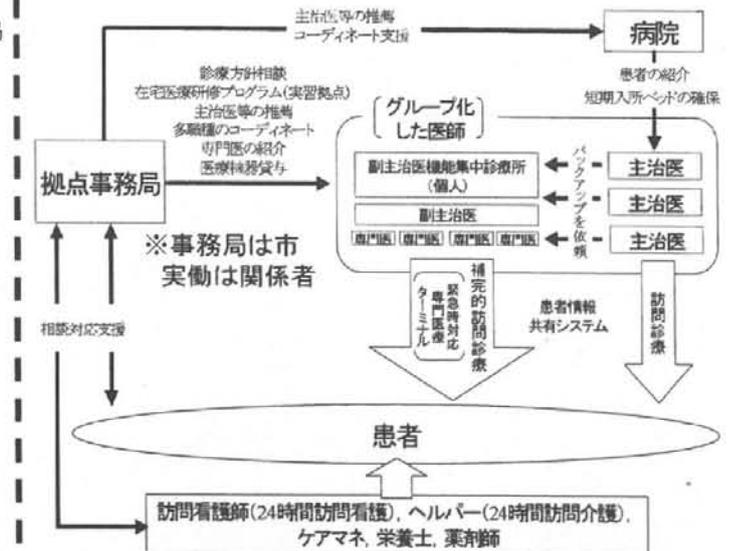
→ 市民への相談・啓発, 診療の支援, 在宅医療の研修, 主治医・副主治医のコーディネートを実施。

< 柏市全域での動き >



※ 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



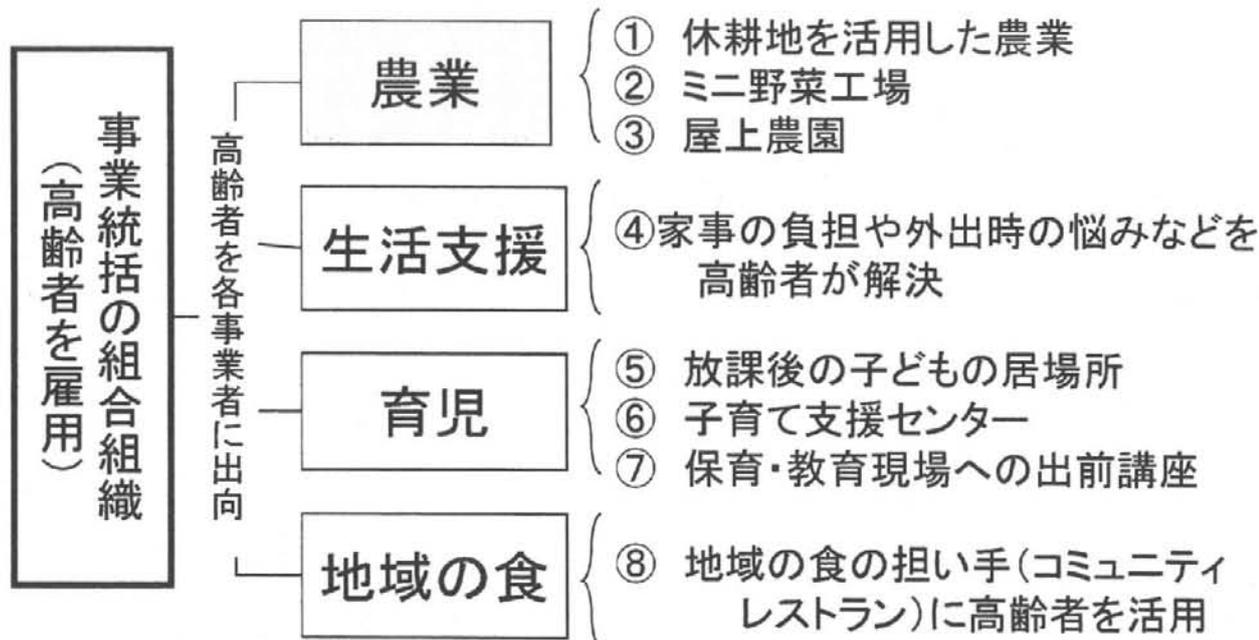
- セカンドライフを豊かに過ごしたい
- 無理なく、楽しく、出来る範囲で
- 地域や社会に貢献したい

- 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				☆ 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 試行稼働 ☆ 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		☆ ミニ野菜工場 本格稼働 ☆ 放課後の居場所 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



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。

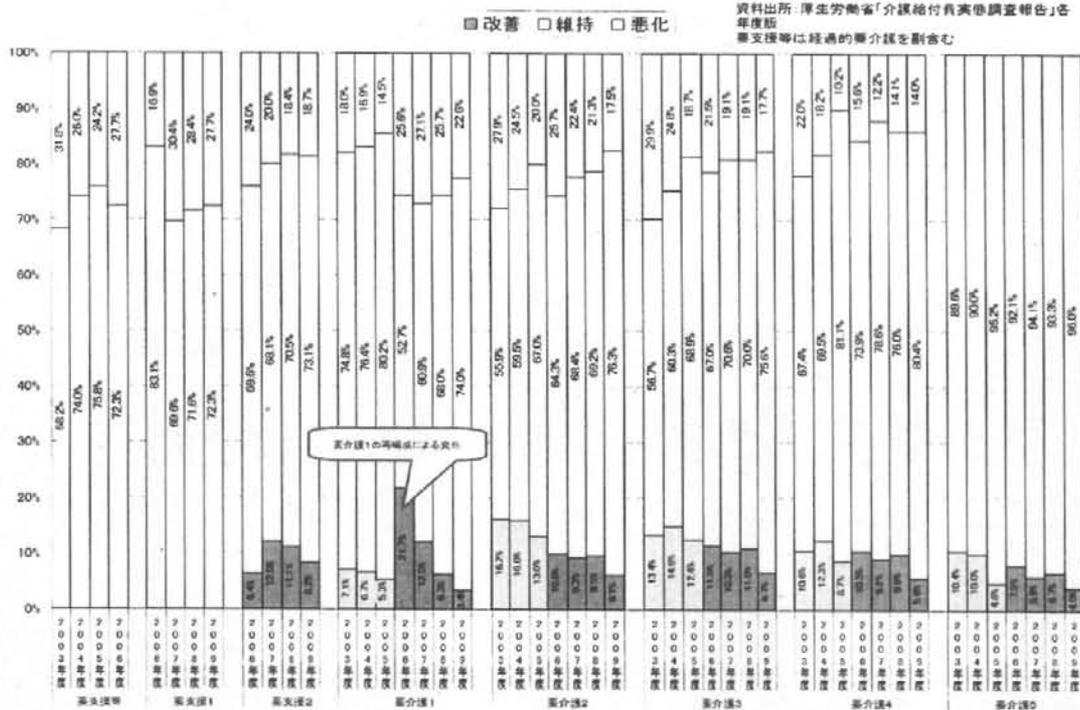
平成23年7月4日

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

介護保険サービスと要介護度の改善について

介護予防新設以降、悪化は減少しているものの、改善も減少傾向

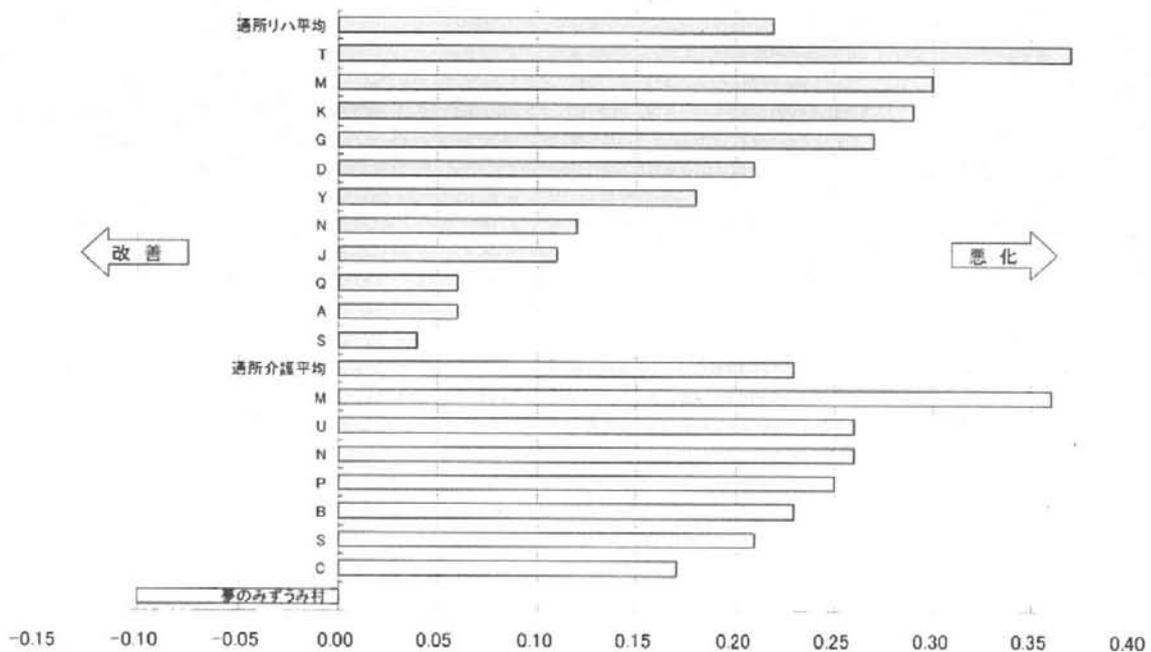
年間継続受給者の要介護状態の変化



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

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

(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。