

公務出國或赴大陸地區報告（出國類別：考察）

臺中市政府衛生局  
日本長期照顧業務參訪報告

服務機關：臺中市政府衛生局

姓名職稱：徐局長永年、蘇股長聖惠

派赴國家：日本

出國期間：105年7月5日至9日

報告日期：105年10月6日

## 目 錄

壹、摘要 .....	1
貳、出國人員名單.....	1
參、目的 .....	1
肆、過程 .....	2
一、 行程內容.....	2
二、日本介護保險制度參考資料.....	2
(一) 制度沿革.....	2
(二) 組織結構.....	3
(三) 服務流程.....	4
(四) 介護狀態的區分 .....	5
(五) 照顧人力.....	5
三、 參訪單位簡介： .....	6
(一) 大阪市政府.....	6
(二) 大阪府立住吉綜合福祉中心.....	9
(三) 清潔消毒公司：ROUTE 21 .....	12
(四) 神戶幸福村.....	14
(五) 京都大學.....	17
(六) 京都市政府.....	21
(七) 照顧機構：微微風(中譯).....	24
(八) 照顧機構：延命莊、清和苑.....	25
伍、心得 .....	27
陸、建議 .....	31
柒、參考文獻.....	31
捌、附件 .....	33
附件 1：相關照片.....	34
附件 2：京都市政府簡報資料.....	40
附件 3：京都大學文學研究科安里和晃教授簡報資料.....	51
附件 4：京都女子大學太田貞司教授簡報資料.....	56

## 壹、摘要

日本由於第二次世界大戰後之嬰兒潮，出生在 1947 年至 1949 年的人們，已經邁入 65 歲以上，近年來，更因生育率降低、醫療品質提升等因素，使日本成為世界上人口老化程度最高的國家之一。依據今年(平成 28 年)6 月統計資料，日本 65 歲以上人口之比率高達 27.1%、15 歲以下人口卻僅占 12.6%[1]，該等高齡少子數據，均屬全世界名列前茅，而日本為了因應高齡化社會，經過多年的努力，逐步規劃完善的老人照顧制度，更是本市前往觀摩學習的主因。

就我國之人口老化情況來說，我國於 1993 年老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化 (ageing) 社會；預計於 2017 年此比率將超過 14%，成為高齡 (aged) 社會，2025 年此比率將再超過 20%，成為超高齡 (super-aged) 社會。由於少子化及高齡化趨勢，2010 年老化指數 (或稱老少比) 為 68.4%，即社會中老年人口與幼年人口之比約為 1：1.5；2060 年老化指數將高達 441.8%，即老年人口約為幼年人口之 4 倍 [2]。而臺灣與日本一樣，正面臨高齡化及少子化雙重問題，面對高齡化社會的來臨，目前世界各國皆不斷強調「在地老化」、「居家照顧」之重要性，藉由此行之參訪，發現日本除了有完善的介護保險制度外，充滿人性化及生活化氛圍之機構照顧模式，更是未來臺灣在推動長照保險及發展長照護業務，頗值得學習之處。

## 貳、出國人員名單

出國人員一：徐永年局長

出國人員二：蘇聖惠股長

## 參、目的

長期照顧服務法於 2015 年 5 月 15 日由立法院完成三讀，並於 2016 年 6 月 3 日總統華總一義字第 10400064391 號令公布，依本法 66 條將自公布後 2 年（2017 年 6 月 3 日）施行，爰，藉由此行前往日本參訪。

- 一、瞭解日本介護保險政策及內容。
- 二、瞭解日本老人照顧機構之實際運作。
- 三、觀摩日本老人照顧設備之清潔消毒方式。
- 四、交流日本最新介護政策。

## 肆、過程

### 一、行程內容

天數	日期	預計行程
第一天	7 月 5 日(二)	14：20 搭乘華航班機飛往日本大阪
		18：05 抵達大阪辦理入境
第二天	7 月 6 日(三)	上午：大阪市政府
		下午：大阪府立住吉綜合福祉中心
第三天	7 月 7 日(四)	上午：ROUTE 21
		下午：神戶幸福村
第四天	7 月 8 日(五)	上午：京都大學
		下午：京都市政府
第五天	7 月 9 日(六)	上午：微微風
		下午：延命莊、清和苑
		21：05 搭乘華航班機抵桃園機場

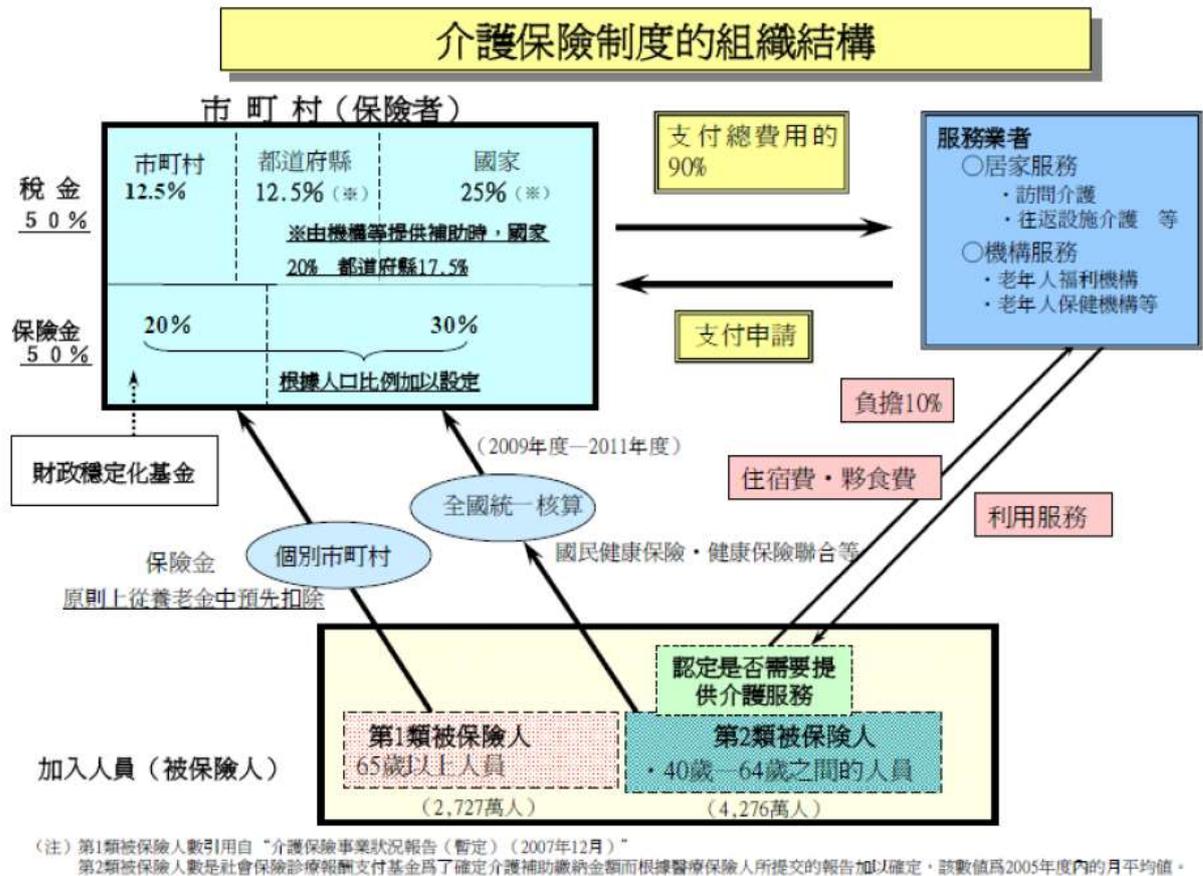
### 二、日本介護保險制度參考資料

#### (一) 制度沿革

日本於 1994 年舊厚生省（現改為厚生勞動省）內設置了「高齡者看護對策本部」，開始著手進行檢討新的高齡者照顧系統的成立。1995 年針對高齡者照顧指出「今後高齡者照顧服務的提供，其財源主要應來自公共介護保險的保險費」。1996 年彙整出高齡者介護保險有關的報告書，公共保險制度的建立由此開始真正啟動。1996 年 11 月提出介護保險有關的三法案（介護保險法案、介護保險法施行法案、醫療法的部分修正），1997 年 12 月公告，正式施行日期為 2000 年 4 月 1 日，關於日本介護保險制度的設立過程如表（陳玉蒼，2005）[3]。

時間	制度設立過程
1994 年 4 月	厚生省設立高齡者看護對策本部
1994 年 12 月	高齡者看護、高齡者自立援助系統研究會報告書 基於「高齡者自立援助」的基本理念導入社會保險制度
1995 年 2 月	老人保健審議會開始審議
1995 年 7 月	審議會提出「公設介護保險制度的創立」
1996 年 4 月	審議會提出「關於公設介護保險制度的創立」最終報告
1996 年 11 月	介護保險相關三法案提出
1997 年 12 月	法案部分修正後成立並公告
2000 年 4 月	法案實施

## （二）組織結構



(資料來源[4]: 周毓文等人, 2009年4月)

### (三) 服務流程

1. 申請: 市町村為介護保險之負責窗口, 申請手續乃是本人、家族、指定居宅介護支援事業所、介護保險設施、地域整合支援中心等申請。
2. 調查員的訪問: 依據基本調查與特記事項(調查員認為特別重要之事項)調查利用者的身心狀態。
3. 一次判定: 依據調查表及醫生的意見書之判定。
4. 二次判定: 透過介護認定審查會, 基於一次判定、特記事項、主治醫生的意見, 考慮時間與狀態等的維持改善之可能性之判定。
5. 認定: 介護 1~5 級; 援助 1~2 級。

(參考資料[5]：陳素春等人，2007年10月)

(四) 介護狀態的區分

需要照顧狀態之區分	心身狀態	可利用之服務	因應之照顧
需要援助1級	在要介護狀態尚輕微者，但要改善生活機能可能性極高者	預防給付	不需要日常生活護理，但在家務或日常生活需要支援
需要援助2級			
需要介護1級	依據介護保險規定的服務內容，給予需要生活機能的維持、改善的人	介護給付	基本上具有日常生活能力，沐浴方面則需要部份支援
需要介護2級			自行站立或步行有困難，排泄、沐浴方面需要部分照顧
需要介護3級			無法自行站立或步行，排泄、沐浴、穿衣等方面需全部照顧
需要介護4級			排泄、沐浴、穿衣等日常生活活動均需照顧
需要介護5級			意思傳達困難，生活各方面均需要照顧

(資料參考[6]：陳仲良等人，2015年)

(五) 照顧人力

日本介護福祉士國家證照考試的照顧專業，係依據1987年5月21日「社會福祉士及介護福祉士法」規定所產生，於1990年

實施。起初，照顧是由無證照的介護從業者擔任，經過多年介護服務後導入證照取得資格，有介護經驗（介護現場工作）3年以上或從高中的福祉科（1,190 小時）畢業後，通過國家考試（包含筆試與術科）便取得證照。另一方面，從養成機關，包括專門學校、短期大學、大學（2、3、4 年均可，需 1,650 小時）畢業後直接取得證照[7]。

日本政府也經嘗試引進外籍看護，但是即便採取放寬介護福祉士證照考試(試題的難度)，仍然因為看不懂日文試題，也僅有少數人通過，而實際執業的也很少，或服務短期就會離職，以致人力培訓並不太有經濟效益[7]。

### 三、參訪單位簡介：

本次日本參訪活動安排於大阪、神戶、京都等地，作為見證日本長照保險、長期照顧制度、照顧機構及機構內設施設備清潔消毒之學習參訪點。除了從日本地方政府大阪府、京都府等，瞭解介護保險制度之推動情形；再到幸福村、住吉綜合福祉中心、微微風、延命莊等不同類型之照顧機構，不同規模逐一巡訪，實際見證並瞭解日本在老人照顧服務的方式及成效；並前往清潔消毒公司，體會日本對照顧機構設備之清消等處理方式；更赴京都大學與聽取安里教授、太田教授等學者對最新介護政策之分享及進行交流，實屬難能可貴。

#### （一）大阪市政府

##### 1. 大阪簡介：

大阪府為都道府縣中的一個府，面積約 1,899 平方公里，占整個日本國土的 0.5%，劃分為 33 個市、9 個町及 1 個村。市政辦公樓竣工於昭和 61 年(西元 1986 年)，大廳裡

還裝飾著舊辦公大樓使用過的雕刻及彩繪玻璃。本次參訪由該府福祉局高齡者施策部河野部長、高齡福祉課及介護保險課等同仁接待及進行相關說明，部長表示於平成 26 年(西元 2014 年)，大阪市 65 歲以上高齡者大約 66 萬人，佔總人口數 24.9%；而依據平成 27 年(西元 2015 年)統計資料，高齡者已攀升至 25.6%，於 2017 年照顧人力缺口大約不足 3,000 人，並推估至 2025 年高齡化率將達 27%。

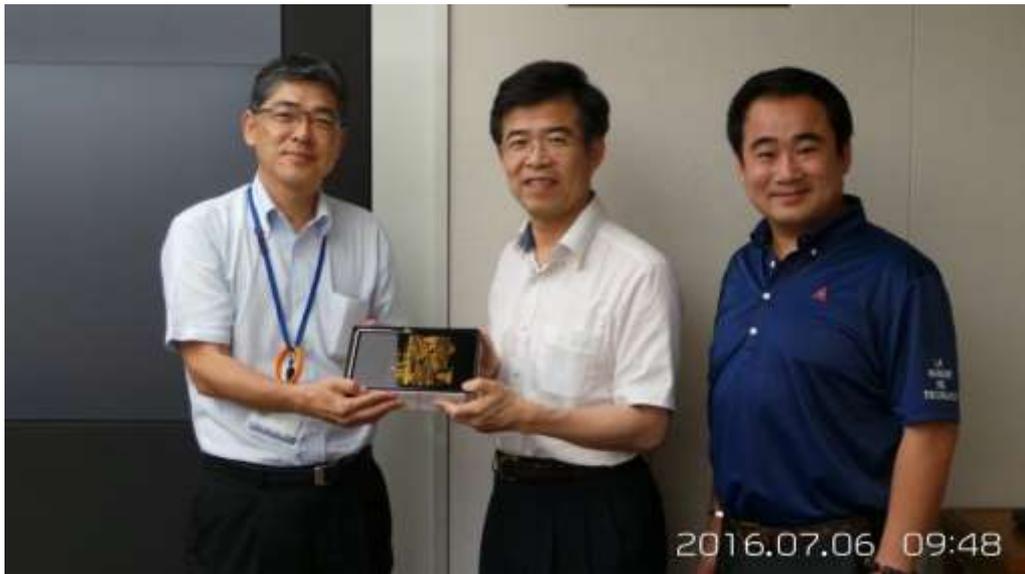


圖 1 本府衛生局局長、本市長期照顧發展協會理事長代表  
致贈河野部長紀念品

## 2. 參訪說明：

大阪府之健康局及福祉局二者係各自設置未合併，福祉局於平成 27 年(2015 年)之預算數為 5,355 億(日幣)，用於高齡者福祉之預算佔 9.5%(507 億日幣)。而日本於平成 12 年(2000 年)4 月開始實施介護保險制度，大阪市每 3 年為 1 期進行制定，目前第 6 期計畫(平成 27 年度至 29 年度)。以大阪市而言，護理支付費用的來源 50%為公費(國家、大阪市、大阪府共同負擔)；其餘 50%則來自保險費(由被保險人負擔)，而被保險人的負擔比率，第 1 號保險對象

(65 歲以上)占 20%，第 2 號保險對象(40~64 歲)占 30%。保險對象為 40 歲以上國民皆須加入介護保險，區分如下：

- (1) 65 歲以上老人，為第 1 號被保險人。
- (2) 40-64 歲中，患有癌症(僅限已到沒有恢復可能性的狀況,為 2006 年 4 月起實施的附加條款)、風濕性關節炎、肌萎縮性側索硬化症、後縱韌帶骨化症、伴有骨折的骨質疏鬆症、早老性癡呆症、帕金森氏病、脊髓小腦變性症、脊柱管狹窄症、早衰症、多系統萎縮症、糖尿病性神經障礙(腎病、視網膜病變)、腦血管疾病、閉塞性動脈硬化症、慢性阻塞性肺疾病、變形性關節炎等 16 種特定疾病者，為第 2 號被保險人。

	加入的方法	利用介護保險服務的方法
第一號被保險者	65 歲以上者	需要介護者、需要援助者
第二號被保險者	40 歲以上至 64 歲 醫療保險加入者	因患有由衰老化所引發的疾病(16 種疾病)，而需要介護或援助者

資料來源：大阪市介護保險手冊，2015 年 4 月

另，介護保險總體財務結構的組成，90%是由國家稅收(占 45%)與保險費(占 45%)負擔，而保險對象利用者須自付 10%費用。因民眾對於介護保險所提供的完善給付內容與服務，使用經驗似乎呈現非常滿意的狀態，而導致日本正面臨大量服務的被利用而致財務的壓力，因而，日本政府不得不朝向調升受益者負擔比例的方向前進，自 2015 年 8 月 1 日調升利用者的自付費用比例為 2 成，規定 65 歲以上老年人其年收入所得在 160 萬日圓以上者，單身年收入 280 萬日圓以上者、夫婦 346 萬日圓以上以上者，保險對象負擔費用自付比例調升修正為自付 2 成(大阪市介護保險手冊，2015 年

4月)。



圖 2 參訪同仁與大阪府福祉局部長等人合影

另，日本依據社會福祉法第 111 條，設有全國社會福祉協議會，並提供日常生活支援事業、福利服務評鑑、服務人力確保等事項；同法第 110 條都道府縣社會福祉協議會，促進地區福利服務如福利資訊的提供、地區社會福利團體的聯繫、合作，福利使用者問題解決、生活福利資金貸款、日常生活自立支援事業，及社福團體的支援，包含人才培育、單位經營支援等；再依同法第 109 條，市村町社會福祉協議會，辦理鄉鎮市地區福利資訊、生活支持、在宅福利事業的運作等輔導及推展。綜上，大阪府社會福祉協議會係依此運作，並由該會定期召開會議，追蹤大阪介護保險制度之執行情形及進度。

## (二) 大阪府立住吉綜合福祉中心

該中心於 1986 年開館，為 2 層樓設施，屬大阪住吉區之地區型綜合服務中心，自 2003 年 4 月由社會福祉法人生活支持協

會接受委託經營至今，機構內提供居家服務、日間照顧、短期居住等多項服務，服務對象包括老人與一般身障者，屬小規模多機能的照顧機構。



圖 3 住吉綜合服社中心外觀

原田館長表示設立初期附近居民並不認同，甚至反彈排斥，經過多次溝通協調，並由機構提供社區托兒服務及學童免費於課後、周末假日或暑假期間學習各項才藝課程等，逐步建立良好互動，始漸漸取得社區居民認同。此外，機構內亦開設有關於志工服務及社會福利等人才培育資格取得之講習，目前擔任志工者，也有許多是以前上才藝課程的學童或參加講習課程之學員，且機構也廣納附近住民成為員工，藉由多種互動，讓機構與當地住民的交流益發活絡。



圖 4 參訪同仁與住吉綜合福祉中心原田館長合影

福祉中心在照顧老人方面的巧思及用心，由許多小處可見端倪，舉例來說，於日間照顧的休息區內，除了設有傳統的休息床位外，還添購讓長者休憩放鬆的電動按摩椅；也眷養著象徵長壽的寵物烏龜；浴室內為考量日本長輩泡澡的傳統習慣，也設有泡澡用的浴池，讓人體會充滿人性化的老人照顧模式；浴所除無障礙設施外，加設桌板方便長輩起身；而為提升身障孩子的未來謀生能力，特別附設有拉麵館提供實作經驗等；消防滑梯也採戶外固定式的實用設計。這都是臺灣的照顧機構可以參考的。



圖 5 住吉綜合福祉中心廁所之無障礙設計及逃生滑梯

### (三) 清潔消毒公司：ROUTE 21

成立於平成 14 年的 ROUTE 公司，營運項目包括一般貨物運送、介護設備運送、介護設備洗淨消毒及販售(含新品及中古)、家具寢具清潔修繕等，目前全日本共有 3 家分公司，分別位於大阪府(八尾市，本次參訪點)、愛知縣、埼玉縣，總員工數約 50 人，每年營業額共約 7 億(日幣)。而創辦人兼現任社長宮城悟先生，原是位貨車司機，從事空調機具、一般貨物、家具寢具之組裝及運送等工作，有鑑於環保再利用的精神並考量介護產業之需求，而成立此公司，創辦理念為「Speed&Safety」，對照顧機構及輔具中心之設施設備提供組裝、清潔、消毒、運送等多項服務，目前同類型且規模相近的公司在日本僅有 4 家、另較小型者約有 20 家。



圖 6 ROUTE 21 之清潔及裝修作業

針對照顧機構之電動床、床墊、輪椅等設備，ROUTE 21 係依回收、檢查、洗淨、消毒、修理、保管、交貨等步驟，訂定標準作業流程逐一處理。洗淨過程先以小蘇打與清潔劑混合噴洗，而消毒過程原則採臭氧殺菌處理。每次清潔消毒期程約需 2 至 7 天，而費用則依設備之品項計價，以輪椅為例，每次清潔消毒約需 5,500 日幣、電動床約需 2,700 日幣，惟目前日本介護保險尚未開放補助此費用。依據業者的統計，照顧機構的設備若經過妥適的清消處理，電動床約可延長 7 至 8 年的使用年限、一般床墊則可延長約 2 年，除符合回收再利用的惜物原則，對於照顧機構內交叉感染的預防也頗有助益。



圖 7 參訪同仁與 RUOUE 21 宮城社長等人合影

#### (四) 神戶幸福村

1. 幸福村隱身於依山傍水的神戶市北區，於 1971 年由當時神戶市長參訪北歐後開始規劃興建，1989 年神戶市建市 100 週年時開始啟用，全區打造為無障礙空間，佔地共計 205 公頃，其中社會福利設施佔 46.1 公頃(約佔全區 22.5%)，其他公園區域及相關設施佔 158.9 公頃(約佔全區 77.5%)。區內現有設施共計 34 處(如下表)，可區分為 3 類，目前委託神戶市民福利振興協會等經營管理。

項次	類別	設施數	內容
1	社會福利 相關設施	10	工作之家明友、明友區域交流所、 工作之家綠友、綠色之家平成、 神戶明生園、神港園幸福之家、 笑咪咪醫療中心、湊川附屬醫院、 神戶康復醫院、Liha 神戶
2	學習交流設施	7	宿泊館、蒲公英之家、

項次	類別	設施數	內容
			保養中心、露天活動中心、 溫泉健康中心、進修館、老人大學
3	戶外體育及 娛樂休閒設施	17	露營設施 3 處、運動樂園、 草坪廣場、網球場、 高爾夫球場、足高爾夫球場、 騎馬場、射箭場、 日式庭園、果園、藥用植物園

幸福村設施(資料來源：幸福村提供之文宣)



圖 8 幸福村模型圖

2. 神戶老人大學位於幸福村東側，於 1993 年創校，1995 年 1 月發生阪神大地震時，該大學暫時關閉作為地震救災物資的分配基地，同年 11 月後再度復校，占地約 30,000 平方公尺。目前為第 23 屆，約有學生 1,100 位，入學資格僅限年滿 57 歲，且居住於神戶市市民。創校目的在於提供退休長者社會學習的機會，並延續健康生活，入學學程為 3 年制、每學期僅收 420 位入學生，且沒有學分或學位認證。上課學費為每年 50,000 至 56,000 日幣不等，且材料費交通費都需

自費，另計課程大致分為以下 5 類。

項次	課程類別	課程內容	學費(日幣)
1	健康福祉類	健康營造、照顧技術、體操等	50,000
2	國際交流類	英文會話、世界歷史、中文、點字等	50,000
3	生活環境類	水質、生物、土壤調查等	50,000
4	綜合藝術類	繪畫、陶藝、園藝等	56,000
5	共通學習類	合唱團、體育(打擊樂、射飛鏢、太極)等	-

神戶老人大學學習課程類別(資料來源：幸福村提供之文宣)

3. 神港園幸福之家是幸福村內的社會福利設施之一，與幸福村同於 1989 年開幕，是一處針對失智老人的照顧機構。可收容 100 人(床)，設有單人房、3 人房、4 人房等房型，目前計有 86 位女性、10 位男性入住，另有提供短期住宿(20 床)、日間照顧居家服務等，由於目前希望入住但仍在等候的長輩眾多，市府規定經評估為重症而使用居家服務需求度較高者，能優先予以入住，費用則由介護保險給付(民眾需自付 10%)。

神港園幸福之家的規劃是以 10 人為 1 單位照顧區，並以失能狀況予以分級，1、2、3 樓分別各有 2、4、4 個照顧區，1 樓收容較重症的個案，2、3 樓則屬身體機能較好者。住民可在機構內自由走動，機構內還眷養了一隻可愛的陪伴犬「幸太郎」，除了深受入住長者的喜愛，對失智老人的療育也頗有助益。



圖 9 參訪同仁與神港園幸福之村副館長合影

#### (五) 京都大學

1. 京都簡介：京都人口大約 147 萬人，是日本人口數第 8 多的都市，區分為 11 個行政區，1795 年到 1868 年間日本建都於此，京都造鎮係摹擬中國唐朝洛陽的建築格局及道路規劃，到處充滿著古色古香的歷史氛圍，且由於京都並未曾受到戰亂的侵襲，校內建築物保存大致都算完整。市內共有 37 所大學，每百萬人口平均擁有大學數量在日本大都市中居首，而本次參訪的京都大學位於日本京都市左京區，屬國立研究型綜合大學，京都大學前身是日本第 2 所舊制帝國大學—京都帝國大學，亦為京都學派的發源地，也是目前日本第二學府。



圖 10 本府社會局局長與衛生局局長於京都大學合影

2. 參訪說明：本次參訪安排由京都大學文學研究科安里和晃教授及京都女子大學太田貞司教授進行講座，簡報全文詳如附件 3、4。

(1) 安里教授分享「照顧機器人制度」的最新資訊，摘錄內容如下：

日本預估至 2030 年，因為高齡化及少子化的雙重影響，造成勞動人力嚴重不足，缺口約達 10 萬多人，且目前日本外籍看護的比例仍偏低僅佔 0.1%，政府的解決之道除了鼓勵離職的介護人力復職，重回職場外，並提供在校生獎學金，俾達鼓勵選擇介護相關科系之效，但即使如此，各校每年約可培養 3 萬名之介護人力，但入校就讀人力卻僅 1.5 萬人(50%)，爰，仍無法解決未來人力不足的問題，日方於是已將意識改革列為目前努力的重點。

照顧機構的介護人力，因長期需要搬運被照顧者或幫忙

翻身等因素，普遍均有腰痛等困擾，目前已有 5 種型號機器人應運而生（佐賀新聞，2013 年 9 月 24 日），大致工作內容為輔助移動(協助介護人力最費力的工作項目)、失智照顧(加裝特別感應器)、步行支援、入浴如廁、對話溝通等。但據統計，目前實際運用「照顧機器人」之照顧機構僅佔 1.3%，主要原因包括操作方式不熟悉、價格高經費不足、會操作機器人的勞動人力不足、照顧內容複雜度高非單一機型可解決、意識型態根深蒂固(多數高齡者仍偏好由真人提供服務)、經營者無法具體評議使用效益等，都是目前所面臨的問題，仍有待解決。



圖 11 本府社會局局長、衛生局局長、本市長期照顧發展協會理事長與安里教授、太田教授合影

(2) 太田教授分享「地域系統導向的日本最新介護政策」，摘錄內容如下：

日本自 2000 年 4 月開始實施介護保險制度，早期先由採

收容照顧集體管理的大型機構照顧模式；逐漸發展為老人與介護保險機構簽約，以在地老化及團體家屋為中心的照顧方式；至 2011 年，修正為與「區域」為中心，演變為與在地社區結合的「地域密合型」服務方式；2014 年更於「醫療介護總合確保法」第 2 條首次律定，進一步修正強化保險以外的生活支援，由在地的住民共同參與協助老人購物、就醫等需求，期以居家服務、在地服務，讓老人過自立正常的生活，以取代老人入住機構的需求。

目前全日本共有 1,500 個「以地域為中心」的自治體單位，每個自治體的人口數不等，分布於 1,000 人至 300 多萬人數之間，而隨著高齡人口增加，介護保險需求也逐年提升，政府以提高保險費、增稅及儘量以提供居家(在宅)服務來因應。太田教授最後並提出，日本目前所推動的「地域系統導向的介護政策」，仍面臨出院後在地化醫療支援體系的提供、政府官員及地域民眾如何有效執行等挑戰(附件 4，太田貞司，2015)。



圖 12 參訪同仁於京都大學合影

## （六）京都市政府

京都市政府竣工於 1927 年，本身就是個歷史建築，而在京都府內，健康局及福祉局已合併為保健福祉局。本次參訪由京都市長壽社會部部長、長壽福祉課課長、照護保險課課長等人進行接待及簡報，簡報全文詳如附件 2，摘要內容如下：

根據學術調查的結果顯示，日本的失智症發生率，65 歲以上約佔 15%，失智症高齡者約有 460 萬人，京都市目前失智症高齡者約 6 萬人，推算 10 年後約達 9 萬人。預測 2025 年需要被支援的高齡者會急速增加，因此現在就必須做好萬全準備工作，俾迎接 10 年後的到來，這是要建立「地域總體照顧系統」（地域包括ケアシステム;community care system）的原因。

地域總體照顧系統大致是以中學學區為單位，為提供無間斷的醫療、照顧、預防、住宅、生活支援服務，京都市在西元 2013 年針對高齡者進行問卷調查，調查結果 70% 以上需要被照顧者希望能在自宅接受照顧、50% 以上希望在人生末期能在自宅接受照顧。統計資料顯示，1950 年代，在自宅死亡約 80%、醫院死亡約 10%；但近年，約 80% 在醫院死亡，這並不符合高齡者的期待。因此，按照地域總體照顧系統的建構，盡可能讓他們居住在習慣的處所，特別是大多數期待想繼續留住自宅的高齡者。關於長照業務，目前京都市府執行重點如下：

### 1. 持續推動地域總體照顧系統

京都市以小學學區、中學學區、行政區域、全市區域為單位，地方自治團體 3 年 1 次訂定照護保險事業規劃，目前第 6 期照護保險事業規劃期間，京都市的地域照顧則是由醫療、照顧、行政部門及與高齡者相關的產業別所組成的會議，作為地域總體照顧系統的基礎單位原則是中學學區為單位，市內目前設立 61 所地域總體支援中心（地域包括支

援センター;Community General Support Center) 營運。地域照顧會議主要是從高齡者個人的案例進行有關地域問題的協議，舉例說明，若高齡者已無法外出購物，其原因如果是身體功能降低的話，這屬個人問題；但如果想在附近購物卻沒有可購物之處，這就不是個人問題，是地域整體的問題。有關這樣的議題，由醫師、護士、藥師、照顧人員等要面對協商的。同時，透過協商，醫療專業人員及照顧專職人員的關係也會因彼此見面開會而更趨密切。

## 2. 強化失智症高齡者及獨居高齡者的地域支援

2015 年 1 月，中央政府訂定「失智症施政（推動）總體戰略」，京都市也因應訂定相關政策。從 2016 年起，開始進行失智症早期診斷、早期介入，初期支援團隊於似失智症早期就與家屬接觸，推薦診療或支援醫療、照護服務的專職團隊，中央也期待在自治體單位推動的內容，擴大於京都市進行示範。另，2017 年 4 月，國際阿茲海默病協會的國際會議暫訂於京都市召開，期待這個會議的召開，能與提升失智症對策與普及有所連結。

## 3. 充實高齡者生活支援服務

根據 2015 年照護保險法修訂，將一直是由照護保險預防給付給居家服務及日間服務的移轉給地域支援事業。因此，除照護保險外，還必須透過地域自治體提供看護、配膳等生活支援服務。京都市為迎接將從 2017 年起實施，在 2015 年即著手進行高齡者的支援需求調查，同時也對提供生活支援服務的 500 間非營利團體（NPO）機構進行實況調查，並預定在 2016 年度規劃出提供生活支援服務的新體制。

舉例而言，高齡者一般在家裡一個人的生活比較適應而持久，但會漸漸失去與外界的關係，容易閉門不出。照顧預防

重視恢復個人機能的訓練，並再加入社會參與的議題。因此，京都市認為充實高齡者與鄰近可以往來的地域自治體內之社交場所，是相當重要的。

#### 4. 持續推動第 6 期介護保險計畫

在照顧服務上所支出的費用(保險給付費)狀況，平成 25 年(2013 年)日本全體約 8 兆 5,121 億日圓，平成 26 年(2014 年)攀升至 8 兆 9,005 億日圓，比前年增加 4.6%。而京都市於平成 25 年度為 1,056 億日圓，平成 26 年度 1,115 億日圓，比前年增加 5.6%。因此，京都市的保險給付費用攀升率超出全國平均，主要是因為使用照顧服務的人數增加，從另一個觀點來看，也是因為可使用的照顧服務很充裕。京都市 65 歲以上老人的照護保險費，基本額是 1 個月 6,080 日圓，超出全國平均 5,514 日圓以上。基本上，目前日本的保險制度是一個照護服務充裕、使用服務多，保險費就變高的機制。至第 6 期保險事業規劃最終年度為止(平成 29 年、西元 2017 年)，京都住宿型照顧機構的目標數量，特別養護老人中心 6,105 床(人)、照顧老人保健機構 4,426 床(人)、失智症高齡者團體住宅 2,299 床(人)。

第 6 期計畫的主要施政是為了建構地域總體照顧系統，充實在地域扎根的小規模多機能服務機構為重點，目前正朝此方向努力推動。小規模多機能定位為「在地老化型服務」，只有住在服務據點所在的市町村住民可以使用，一個據點登錄人數至多為 29 人，期以小規模服務延長原本家庭內所提供的生活環境。京都市現有 75 所小規模多機能機構，1 年計 10,300 人使用，未來京都市仍將強化此類型照顧機構，來穩定需要被照顧的高齡者生活。



圖 13 參訪同仁於京都市政府合影

(七) 照顧機構：微微風(中譯)

微微風是以公司型態經營的老人照顧機構，在日本已成立 41 年，該機構是以類似便利商店的型態複製經營，總員工數高達 2,226 人，資本額 86 億日幣，目前全國共有 271 處據點，堪稱全國第 1，大阪府內就有 6 處據點。



圖 14 溫馨的單人房規劃及無障礙浴室扶手設計

本次參訪的大阪城南微微風，係以小規模多機能型態經營，為 5 層樓建築，服務項目包括自費老人日間照顧（位於 1 樓，服

務量 27 人)、團體家屋(位於 4、5 樓,每樓限收 9 人,共計服務量 18 人)、居家訪視等。在微微風裡有自設的廚房,豐富多元的飲食料理為機構特色,除針對糖尿病、腎臟病住民可特別提供客製化餐點外,也可依住民的吞嚥狀況、鹽分攝取及飲食分量等偏好,特製個別化調理餐食供選擇,同時兼顧長者的飲食習慣及營養狀況,讓高齡者享有活力的老年生活。



圖 15 參訪同仁於於微微風建築物前合影

#### (八) 照顧機構：延命莊、清和苑

以社會福祉法人型態經營的延命莊、清和苑,屬 2 層樓的建築,服務宗旨為「和顏愛語」。延命莊屬自費老人住宅,不收容需使用輪椅住民,機構內附設診所,由醫師定期支援(每週 3 次),可為老人看診,且 24 小時都有護理人員值班提供服務。而清河苑共規劃 28 室,提供 30 人服務量,計有單人房 26 間、雙人房 2 間,可收容使用輪椅之住民,每間房室內空間約 3 坪,費用均可由長照保險給付,惟電費、伙食均須另計。機構特色如下:

1. 單人房設計依長輩習慣規劃西式及和式房間供選擇。



圖 16 清和苑和式的單人房設計

2. 眷養陪伴犬蜜桑(中譯)，讓喜愛寵物的長者也能享有如在家般，與動物共同生活的樂趣與氛圍。
3. 為訓練老人自立行走並多活動，鼓勵機構內長者使用步行輔助用品(步行車)，該步行車結合助行器、休息座椅及購物車等 3 大功能，機構內可見許多長者人手 1 台，間接提高了長者步行的樂趣。
4. 雖是小型機構，卻重視人力培訓，自訂有介護員考評要點及考核表單，並定期實施。



圖 17 參訪同仁與清和苑理事長及工作人員合影

## 伍、心得

在傳統的印象裡，日本是一般人認知中的最長壽國家，但日本政府於 2016 年 7 月 27 日公布數據顯示，去年的日本女性平均壽命已不及香港，只屈居全球第 2 名，且香港男性平均壽命又再蟬聯第 1 名，正式擠下日本成全球最長壽的地區。日本厚生勞動省於 7 月 27 日公布 2015 年全球平均壽命的數據，香港人的平均壽命，女性為 87.32 歲、男性為 81.24 歲，雙雙排名世界第一。日本的女性平均壽命為 87.05 歲，排名從前年的世界第一跌至第 2 名，男性則為 80.79 歲，排名從前年的第 3 名跌至第 4 名。

日本女性壽命從 1985 年至 2010 年間，連續 26 年為全球排名之冠，但在 2011 年受日本東北大地震影響，當年排名落後香港位居第 2，2012 年重回第 1 名後便連續保持 3 年[7]。雖說去年日本的女性平均壽命，已跌至全球第 2 名，但參訪期間，在日本照顧機構中所見長者們充滿活力及光采的容顏，仍是未來我們期待本市能提供高齡者幸福的安養或照顧環境，可以學習的目標，本次參訪心得摘錄如下。

## 一、社區化低樓層的照顧營運模式

本市護理之家共計 64 家，機構床數大多介於 80 至 99 床之間，約有 1 成的機構位於偏高樓層(5 樓以上)，相較於本次參訪日本之照顧機構，均屬低樓層的社區化營運模式，收住人(床)數也多數於 50 人(床)左右，此類小規模低樓層型態較能延續家庭的氛圍，且部分設備(逃生滑梯)兼具實用性及設計感，也較能在緊急災害發生時發揮逃生實效。而以本國現行「護理機構設置標準」或「護理機構設置或擴充許可辦法」，並未規範或限制設置樓層及床數，業者為土地及房舍取得之成本考量，目前申請新設置之機構位居高樓層、大型化者，仍屢見不鮮，惟高齡者為逃生避難弱勢，且國內有關幼兒園、兒童福利機構、早期療育機構及托嬰中心等，均對設置樓層有所限制，惟護理機構及老福機構未見類似規定，參訪期間更適逢新北市樂活老人長照中心(位居 8 樓)因火災釀禍，致長輩傷亡，爰，此議題值得我們重新思考。

## 二、人性化生活化的高齡者照顧環境及空間規劃

日本的照顧機構的規劃以單人房居，多除營造團體家屋的設計概念，也重視長輩的個人隱私，並讓長輩有機會運用巧思練習自己動手布置房間，多數的床位也採靠牆擺放，尊重長輩的個人性格及入睡習慣，惟本國現行的護理機構設置標準明確規範 2 側床邊與牆壁距離，均至少需為 0.8 公尺，相較於日方較無彈性選擇。此外，機構內眷養陪伴犬及寵物等，讓喜歡動物的長輩有所心靈寄託。參訪期間所見日本的機構，所感受到的是長輩生活化的入住場域，而非刻板的照顧機構，就像生活在家中一樣，度過一般日常生活。而且機構內多數空間明亮，環境清潔無異味，浴廁除基本的無障礙設施外，考量日本傳統泡澡的習慣，貼心設有泡澡池，都能體會到日方對高齡者照顧，除了考量基本需求外，更多了一份用心。

### 三、照顧人力的培訓制度及替代方案

為了解決介護人力不足的問題，日本政府廣為提供在校生獎學金，鼓勵畢業後投入照顧市場，且介護福祉士係屬國家證照考試的照顧專業人員，更於 2012 年時修正法令，規定自 2015 年 4 月起，修法介護福祉士通過約 50 小時的訓練與登錄後，可執行抽痰行為，間接提升了介護福祉士之專業性及市場競爭力，也可在傳統的生活照顧之餘，實際協助分擔護理人員的專業工作，紓解部分護理人力不足的瓶頸。此外，推動「機器人介護機器開發五年計劃」，期發揮替代照顧人力之效。而隨著人口高齡化，在臺灣亦將面臨照顧人力短缺的問題，在未來推動長照保險前，日本的作法或許值得我們參考學習，甚或，長照替代役也是未來可規劃的方向。

### 四、照顧休假制度的意識形成



圖 18 日本經濟新聞頭版

本次參訪最末日(2016.07.09)，日本經濟新聞以頭版頭條刊載有關日方照顧休假制度的變革，主要是將原本需要被照顧的程度 2—3 級，修改為即使是 1 級輕度者，也可取得休假(由步行、吃飯、穿脫衣、沐浴等 12 項進行評估)。照顧休假最長可取得 93 日，以分 3 次

為限，並因應三代同堂家庭數銳減，配合廢止要照顧與之「同住」的祖父母或兄弟姊妹為條件，由明年 1 月開始實施。且自今年 8 月開始，將照顧休假的薪資給付，由 40% 提高到 67%，促使日本政府實踐以照顧為理由辭職的人數減為零的目標。在臺灣照顧長輩的責任，傳統以來即由女性擔任，而由於家庭結構的改變，目前雙薪家庭的增加，讓職業婦女對長輩的照顧總感力不從心，長期的照顧重擔及壓力，也讓自殺案件偶有所聞。為了增加長輩與家人互動的機會，本市也有護理之家試辦家人至機構探視次數達定額，照顧費用可獲部分優免的鼓勵措施，而日方的照顧休假制度或許也是未來值得持續關注的課題。

## 五、照顧設施的再利用

臺灣由於缺少輔具及照顧設施的清潔消毒機構，零件修理費用也略偏高，以輪椅為例，新品 1 張約 3 千元至數千元不等，惟修理費係以單項計價，修理單輪市價約需 800 元、剎車約需 400 元，所費不貲，造成照顧機構業者多以直接汰舊換新為處理原則。而日本注重乾淨、愛物惜物的國風，也使專職照顧設施清潔消毒業務的公司應醞而生，且不可忽視的是，清潔消毒等步驟，在降低感染的預防性措施中，確實佔有重要角色。在未來長照服務需求提高的同時，期待國內也能有提供此類服務的機構，以提升照顧設施的潔淨度及再利用率。

## 六、地域總體照護系統的推動

日本地域總體照護系統的基礎單位是以中學學區為單位，以京都為例，設有 61 所地域總體支援中心（地域包括支援センター; Community General Support Center）營運，而臺中市計有 29 區區公所、69 個國中學區[8]，學區數與京都不相上下。目前相關的福利服務普遍以各區公所為提供中心，未來為增加高齡者使用或諮詢長照服務之可近性、便利性及利用率，可借鏡日本的經驗，以中學學區

為單位，甚或以更綿密的社區照顧關懷據點、里辦公室為網絡，都是可以逐步考量或推展的努力方向。

## 陸、建議

### 一、加強多元化及社區式照顧服務

以本市護理之家及老福機構而言，大多數機構的營運模式仍以提供住宿式服務為主，惟考量未來家庭功能因少子化式微，為了協助需要被照顧的高齡者能繼續住在習慣的地域過生活，除充實醫療、照顧服務等，若能提供多元化及混合性服務，高齡者將更具選擇之彈性，爰擬持續強化本市多元化照顧服務，並鼓勵本市各醫事公會、醫院、護理之家、老福機構、居家護理所、鄰里網絡等共同參與長照 2.0 計畫，俾利長者多元利用及落實在地老化政策。

### 二、組織調整及建立夥伴關係

目前衛生局之長期照顧業務分屬醫管科及保健科權理，為利提供整合性之長照服務，或可將長照業務之組織進行調整，並與社會局建立夥伴關係，除業務科室彼此間定期召開會議研討長照業務外，二局主管也積極對談未來方向，俾本市長照服務更臻周全及完善。

## 柒、參考文獻

1. 日本總務省統計局平成 28 年(西元 2016 年)6 月報  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201606.pdf>
2. 行政院經濟建設委員會：中華民國 2010 年至 2060 年人口推計  
[http://iknow.stpi.narl.org.tw/Post/Files/policy/2012/policy\\_12\\_017\\_1.pdf](http://iknow.stpi.narl.org.tw/Post/Files/policy/2012/policy_12_017_1.pdf)
3. 陳玉蒼(2005 年)日本介護保險之介紹。社區發展季刊 110 期。

- 4.周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋（2009）。日本介護保險制度之研究。
- 5.陳素春、李光廷、吳玉琴、廖慧媛、蔡芳文、劉仁海等 22 位（2007）。96 年度赴日考察失智症老人照顧及老人住宅推展情形計畫。
- 6.陳仲良等人（2015）。日本長期照顧制度之重要運作與變革。
- 7.朱日僑（2015）。日本介護保險制度之重要運作與變革。
- 8.自由時報(105.7.28)
- 9.臺中市政府教育局 <https://www.tc.edu.tw/school/area>

## 捌、附件

### 附件 1：相關照片



上圖：大阪市政府提供資料



上圖：住吉綜合福祉中心提供資料

## 事業内容

ルート21は、従来の物流の形にとらわれない幅広い視点でお客様のサポートいたします。



### 一般貨物運送

※ 店舗間、工場間、卸売店、卸売店からの運送業務  
 ※ 店舗間、工場間、卸売店からの運送業務  
 ※ ショッピングセンター、スーパー、コンビニエンスストア  
 ※ 卸売店からの運送業務



### 介護部門運送

※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド、車椅子用トイレ）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド、車椅子用トイレ）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド、車椅子用トイレ）



### 介護関連用品販売

※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）



### 施設向けサービス

※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）



### 廃棄

※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）  
 ※ 福祉用具（車椅子、電動ベッド）

## 福祉用具洗淨・消毒代行

電動介護ベッド、マットレス、車椅子、その他福祉用具の洗淨・消毒・メンテナンス業務、保管・保管業務



お客様からのご依頼を受け、福祉用具の洗淨・消毒・メンテナンス業務、保管・保管業務を行います。洗淨・消毒は、福祉用具の衛生を確保し、感染症の予防に貢献いたします。また、福祉用具のメンテナンスも承ります。



洗淨・消毒業務の様子。福祉用具を洗浄機で洗淨し、消毒を行います。



電動ベッドの洗淨・消毒の様子。



メンテナンス業務の様子も承ります。



ベッドにマットレスを合わせて洗淨します。



電動ベッドの洗淨・消毒の様子。



洗淨・消毒業務の様子も承ります。



洗淨・消毒業務の様子も承ります。

## ルート21が施設のご入居(ご退去)に伴う一連の業務をトータル的にサポート



2016.07.07 13:27

上圖：ROUTE 提供資料



上圖：神戶幸福村提供資料



上圖：微微風提供資料

## 人事考課実施要領

社会福祉法人 さつき会

上圖：清和苑人事考核資料

## 高齢者福祉施策のあらまし



京都市長寿社会部

## 2025年の高齢者の姿①

- 本市における高齢者人口は、団塊の世代(戦後の第一次ベビーブーム世代)が75歳以上となる2025年(平成37年)には43万人を超え、高齢化率は30.4%となる見込みです。
- 75歳以上の人口の割合は19.4%となり、およそ5人口人が75歳以上になると見込まれています。

### ■ 総人口及び高齢者人口等の今後の推計

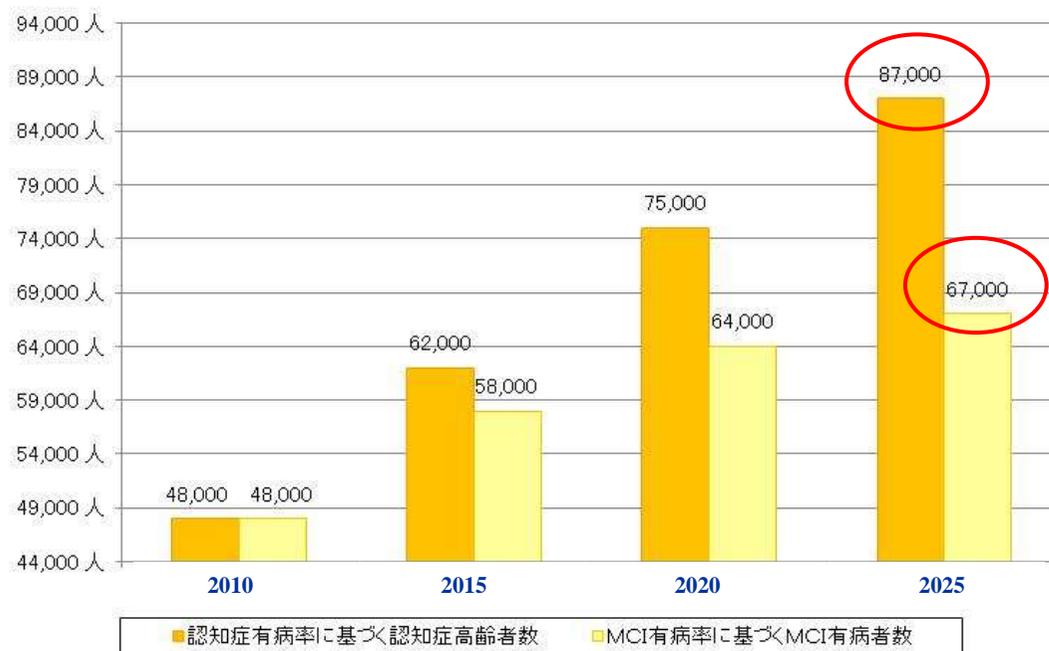


資料：推計人口 京都市総合企画情報化推進室情報統計担当（平成26年10月）  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月）」（平成27年、32年、37年）  
 平成28年、29年は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月）」を参考に、京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課において推計

## 2025年の高齢者の姿③

- 2025年(平成37年)の本市における認知症高齢者数は約87,000人、また、MCI(軽度認知障害)有病者数は約67,000人と推計されます。

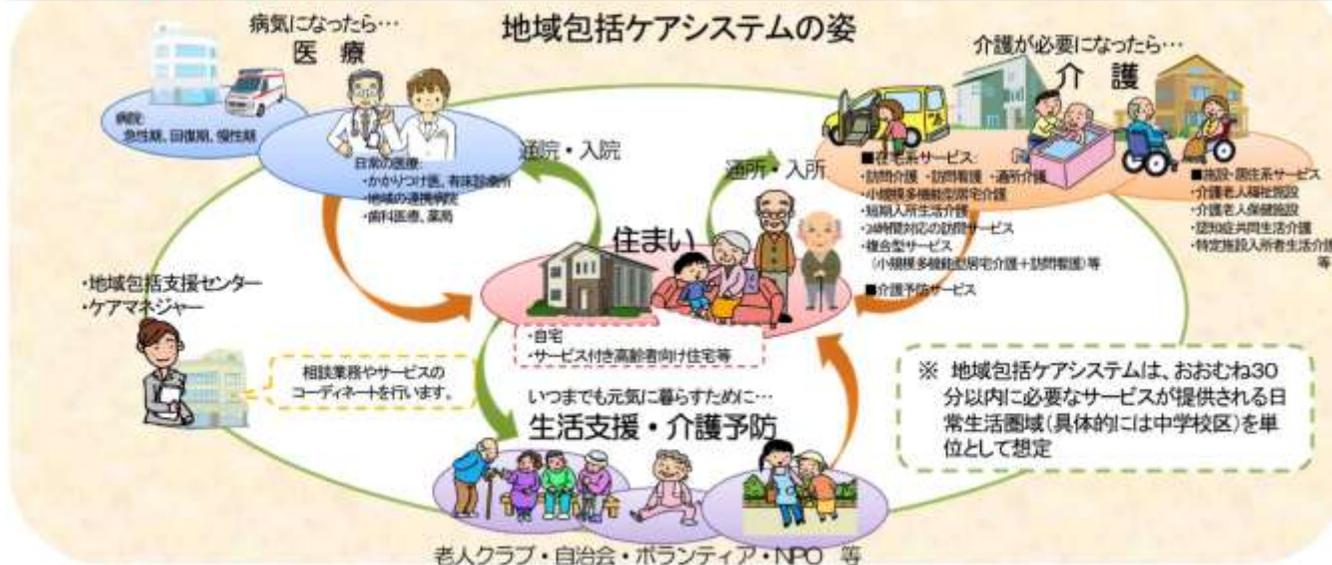
### ■ 認知症高齢者数の推移



注：厚生労働省研究班の「都市部における認知症有病率と認知症生活機能障害への対応」（平成25年5月）による高齢者の「認知症有病率」及び「MCI有病率」に基づく試算

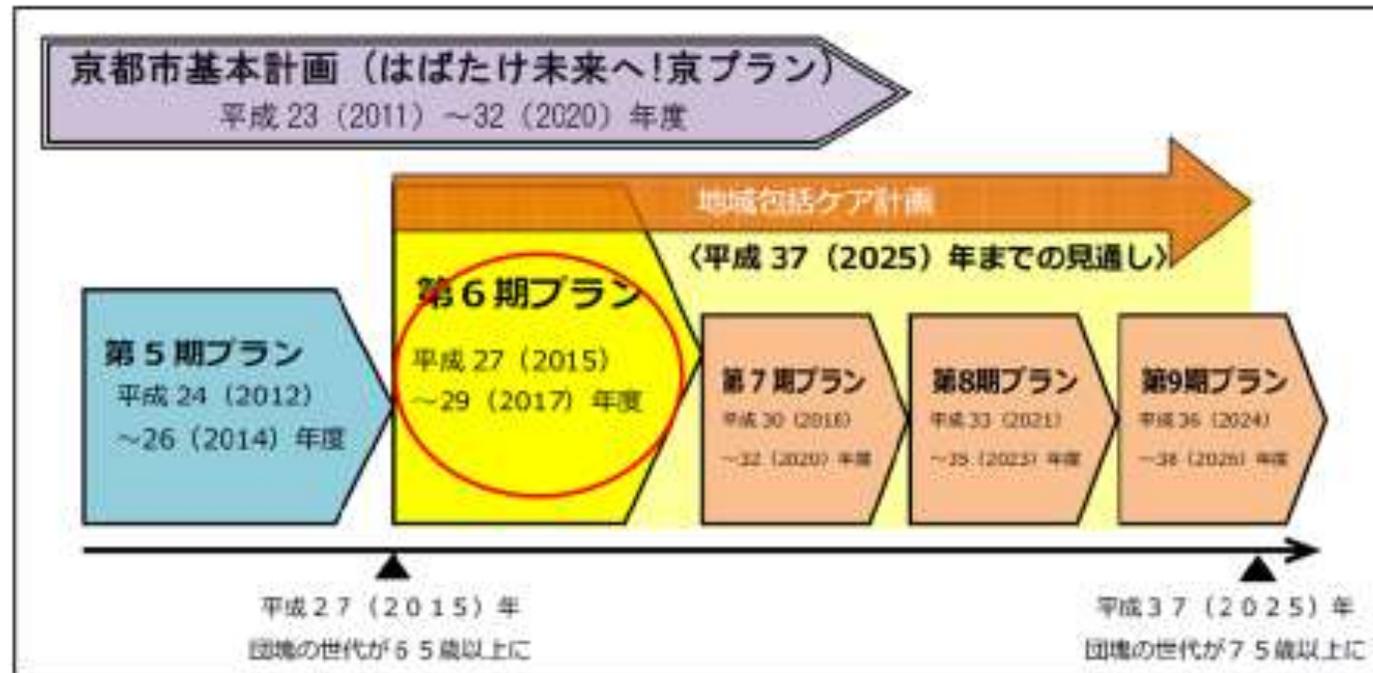
# 地域包括ケアシステムの構築

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



## 第6期京都市民長寿すこやかプラン (高齢者保健福祉計画+介護保険事業計画)

- 本市では、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体的に「京都市民長寿すこやかプラン」として策定しています。2016年は、第6期プランの計画期間に当たります。



## 第6期プラン策定に当たっての課題と方向性

地域ケア会議を軸とする地域包括ケアシステムの構築

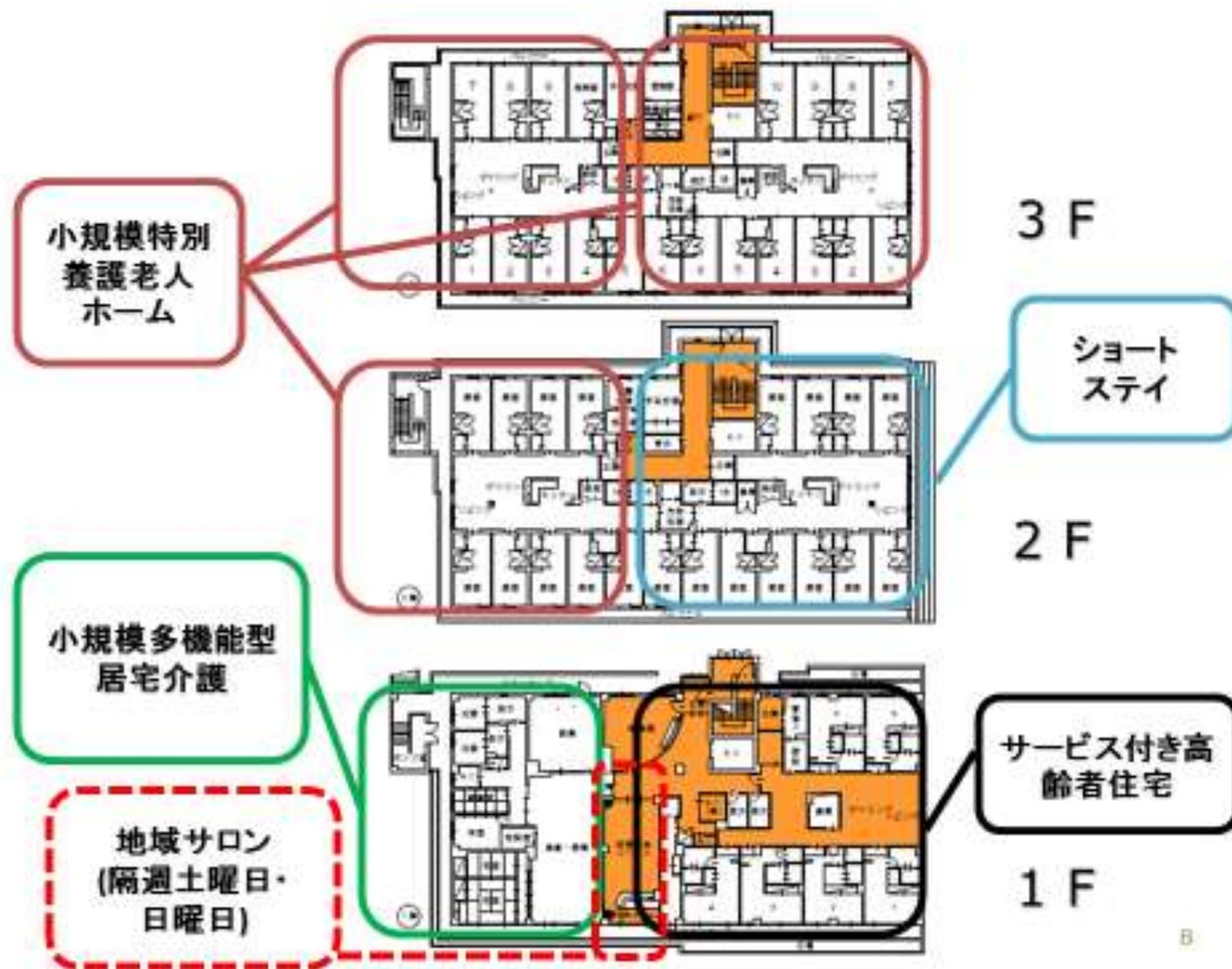
認知症高齢者やひとり暮らし高齢者等が地域で暮らし続けられる支援の充実

高齢者がいつまでも健康で生きがいを持ち、意欲や能力を生かせる環境づくり

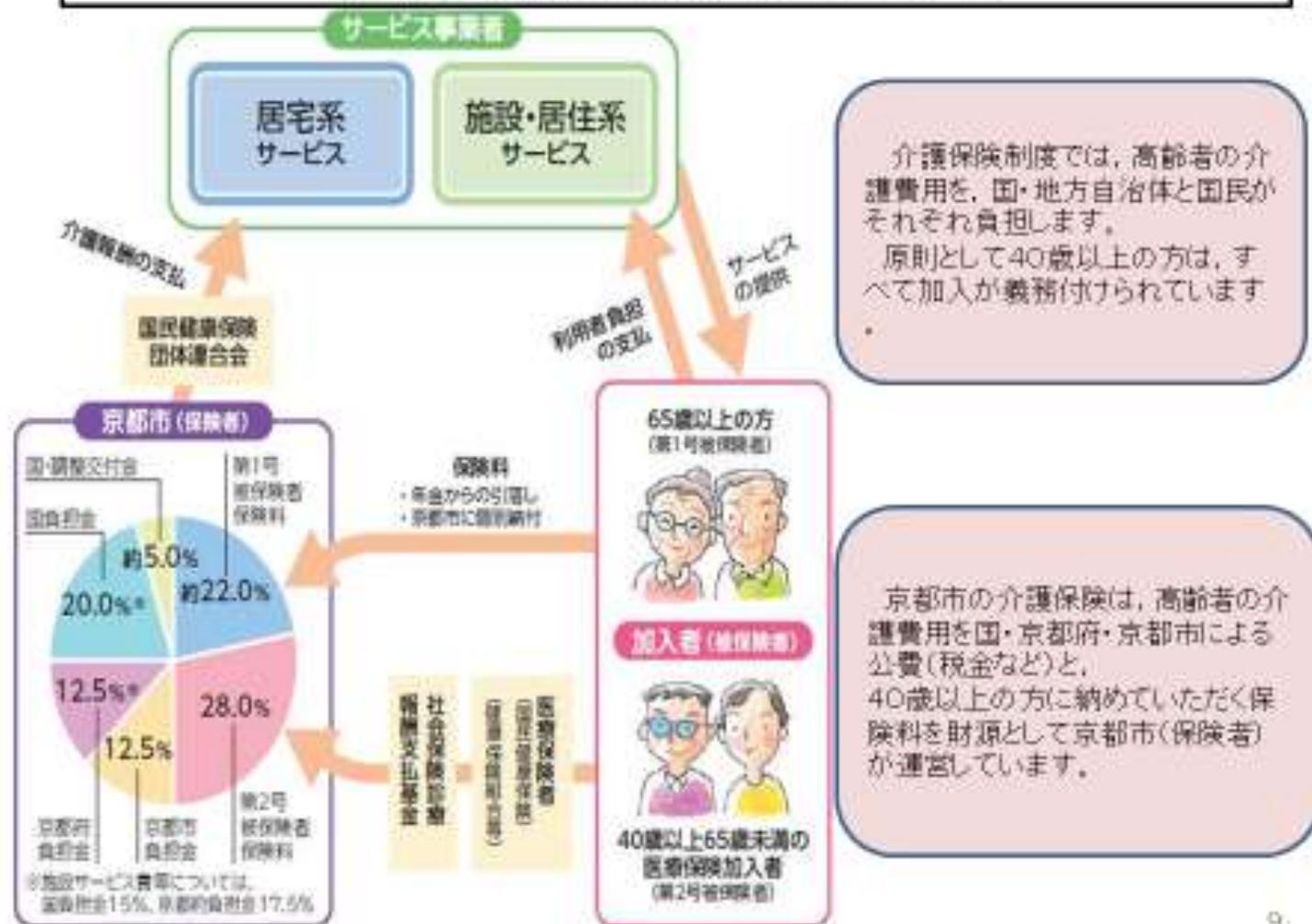
住み慣れた地域で暮らし続けるための医療・介護・生活支援サービス等の充実

高齢者福祉施設の例(きたおおじ)





# 介護保険制度のしくみ



介護保険制度では、高齢者の介護費用を、国・地方自治体と国民がそれぞれ負担します。  
原則として40歳以上の方は、すべて加入が義務付けられています。

京都市の介護保険は、高齢者の介護費用を国・京都府・京都市による公費（税金など）と、40歳以上の方に納めていただく保険料を財源として京都市（保険者）が運営しています。

## 介護サービス基盤の充実

○ 京都市民長寿すこやかプランに基づき、介護を必要とする高齢者が地域で安

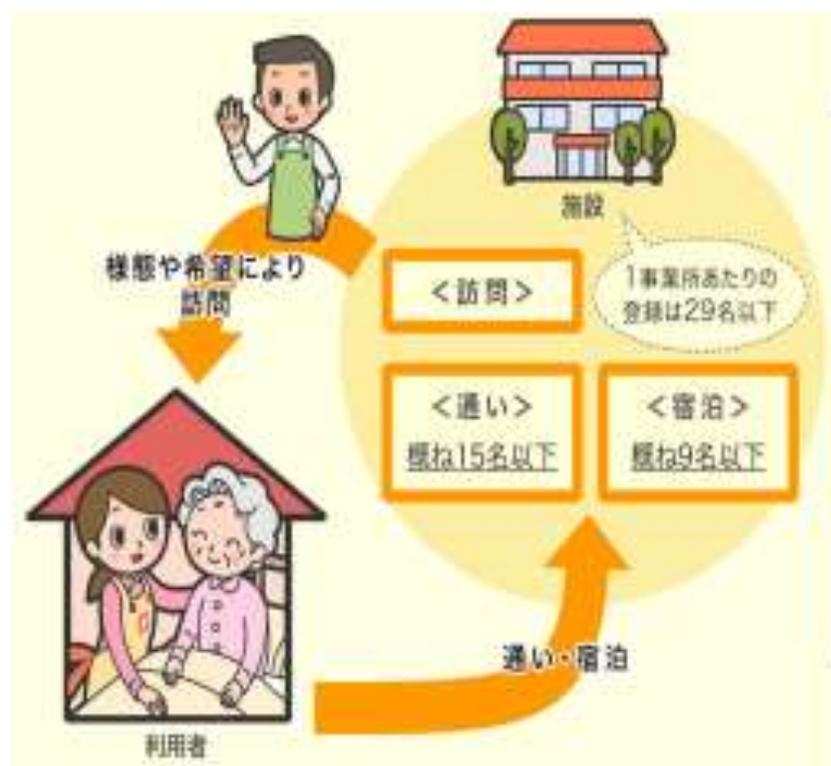
心して生活できるよう、特別養護老人ホーム等の介護サービス基盤整備を進めています。

(参考) 介護保険施設の整備等目標数

目標指標	平成27年度 (実績)	平成27年度 (目標)	平成28年度 (目標)	平成29年度 (目標)
特別養護老人ホーム	5,667人	5,783人	5,964人	6,105人
介護老人保健施設	4,292人	4,292人	4,426人	4,426人
認知症高齢者グループホーム	1,804人	2,065人	2,191人	2,299人

## 「小規模多機能型居宅介護」の整備について

- 要介護高齢者の在宅生活を支えるため、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合わせたサービスである「小規模多機能型居宅介護」をはじめとした居宅系サービスの整備を着実に進めています。



### 小規模多機能型居宅介護 事業所数の推移

平成19年4月 介護保険法改正  
【地域密着型サービスの創設】



平成27年12月末現在  
小規模多機能型居宅介護事業所数  
75箇所

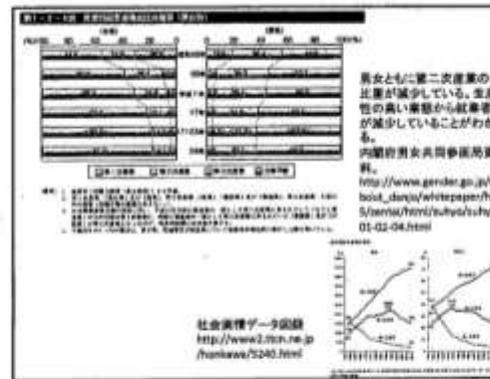
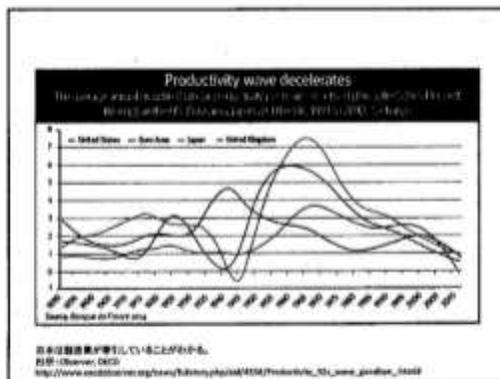
2016年7月8日  
会中者社会局訪問

## 高齢者介護政策と介護 の「生産性向上」

京都大学文学研究科  
安里和晃  
asatowako@gmail.com

### 日本の労働生産性

- より短い時間で、より楽に多くを産出する。
- 労働生産性: 1人当たりのアウトプット(産出量)
- 一人当たりの労働生産性: 一人当たりGDP/就業者
- 労働生産性の国際比較: 一人当たりのGDP(PPP調整済)/就業者数
- 一時間当たりの労働生産性: GDP(PPP調整済み)/労働総時間数
- 労働時間が短い国々の順位が高い? 近年の日本も労働時間の短縮が労働生産性の向上につながっていると指摘される。



## Robot revolution

### 「日本再興戦略」改訂2014 ー未来への挑戦ー

2014年6月24日 閣議決定

#### ◆ロボットによる新たな産業革命の実現

グローバルなコスト競争に晒されている製造業やサービス分野の競争力強化や、労働者の高齢化が進む小規模事業者や医療・介護サービス現場、農林・建設分野等の人材不足分野における働き手の確保、生産の効率化などの課題解決を迫られている日本企業に対して、ロボット技術の活用により生産性の向上を実現し、企業の収益力向上、賃金の上昇を図る。

このため、日本の競争を加速し「ロボット革命実現会議」を立ち上げ、現場ニーズを踏まえた具体策を検討し、アクションプランとして「5カ年計画」を策定する。また、技術開発や技能開発、標準化により2020年までにロボット市場を製造分野で現在の2倍、サービスなど非製造分野で20倍に拡大する。さらに、こうした取組を通じ、様々な分野の生産性を向上させ、例えば製造業の労働生産性について年額2%を上回る向上を目指す。

- 「介護は人の手により提供されるといった基本概念を維持しつつロボット介護機器の活用による業務の効率化・省人力化へとパラダイムシフトを支援」
- 「米IT企業であるGoogleは、一昨年12月、有望ロボット技術を有するベンチャー企業7社を相次いで買収(総額6千万ドル)し、世界の注目を集めている」。(日本経済再生本部2015:2)
- 「欧州においても、2014年に欧州委員会と約180の民間企業・研究機関が共同してロボット分野における研究・革新プロジェクト「EU SPARC Project」(日本経済再生本部2015:2)

- 安倍内閣が6月に発表した成長戦略第二弾(「日本再興戦略」改定2014)で、社会的課題の解決におけるロボット(robot)の活用が打ち出された。これを踏まえて、去る9月11日に「ロボット革命実現会議」の第1回が開催され、12月5日まで5回開かれていく。会議の趣旨は「ロボットを少子高齢化の中での人手不足やサービス部門の生産性の向上という日本が抱える課題の解決の切り札にすると同時に、世界市場を切り開いていく成長産業に育成していくための戦略を策定するため、ロボット革命実現会議を開催する」である。中野弘弘、2014「介護ロボットが普及するには何が必要か」

#### ③. 心懸課題

- ※ 実施目標 2020年に企業別ロボットの稼働稼働率500億円以上
- ※ 産業のロボット稼働率を向上させ、人々の働き方などの質的改善を実現する
- ※ 介護分野におけるロボット活用を促進し、介護サービスの質を向上させる
- ※ 介護分野におけるロボット活用を促進し、介護サービスの質を向上させる
- ※ ロボット活用を促進した製造業の労働生産性を2014年度(100%)より20%以上向上させる
- ※ 労働生産性の向上を促進し、賃金向上を促す

実施の概要	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
① 製造業	製造分野に導入したロボット稼働率の向上(ロボット稼働率向上・導入促進等、稼働率向上・導入促進等)				
② サービス業	サービス業におけるロボット活用促進(導入促進等)				
③ 介護分野	介護分野におけるロボット活用促進(導入促進等)				
④ 労働生産性の向上	労働生産性の向上(製造業)				
⑤ 賃金向上	賃金向上(製造業)				

## 介護医療分野におけるロボット戦略(日本経済再生本部)

- 販売目標として、2020年に介護ロボットの国内市場規模を500億円に拡大。
- 意識改革:介護をする際に介護ロボットを利用したいとの意向(59.8%)を80%に、介護を受ける際に介護ロボットを利用して欲しいとの意向(65.1%)を80%に(括弧内の数字については、内閣府世論調査「介護ロボットに関する特別世論調査」・調査時期:平成25年8月1日~8月11日)。
- Robot利用で介護者が腰痛ハイリスク機会をゼロにする。
- ロボット技術を活用し医療関連機器の実用化支援を平成27~31年度で100件以上実施する。

ロボット新戦略

日本経済再生本部  
2015年2月10日

Japan's Robot Strategy

ロボット新戦略



## 定義1:厚生労働省

- 支援対象とする「介護ロボット」とは、次の1から3の全ての要件を満たす必要あり。
- 1. 目的要件
  - 日常生活支援における、ア)移動介護、イ)移動支援、ウ)排泄支援、エ)見守り、オ)入浴支援のいずれかの場面で使用され、介護従事者の負担軽減効果がある。
- 2. 技術的要件
  - 次のいずれかの要件を満たす介護ロボットであること。
  - ロボット技術(※)を活用し、従来はできなかった優位性を発揮する介護ロボット
  - ※ア)センサー等により外界や自己の状態を認識し、イ)これによって得られた情報を解析し、ウ)その結果に応じた動作を行う介護ロボット
- 3. 市場的要件
  - 販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

介護ロボット等導入支援特別事業(平成27年度補正予算)  
「介護従事者の負担軽減に資する介護ロボット導入促進事業」における支援対象介護

## 定義

- 介護ロボット=「介護サービスを支援する先端機器・システム」の総称(公益社団法人がわ福祉サービス振興会2012)

### 1.介護サービス

- 利用者のニーズに応じ、サービスを提供し、介護サービスの質を向上させるためのサービス。

### 2.先端技術

- サービス提供の効率化、コスト削減、サービスの向上に資する技術。

### 3.ロボット・システム

- サービス提供、コスト削減に資するロボット・システム。



出典:サイバーダイネ社  
[http://www.cyberdyne.jp/products/lsmbar\\_CareSupport.html](http://www.cyberdyne.jp/products/lsmbar_CareSupport.html)

### Examples of robot

介護ロボットの主な例

移乗介助 (昇降型)

今後取り換いたいと考えるロボット介護機器等  
a) 認知症の方の見守り分野

認知症の方の見守り

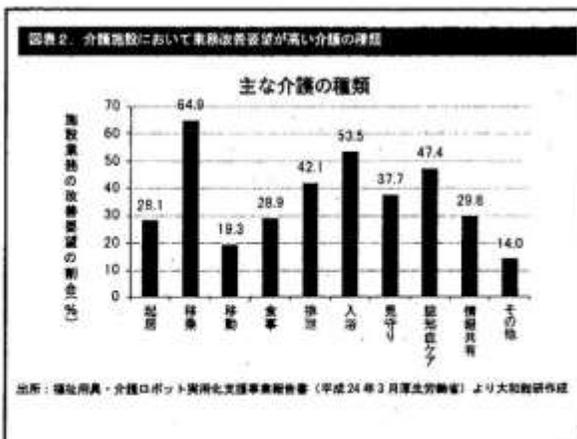
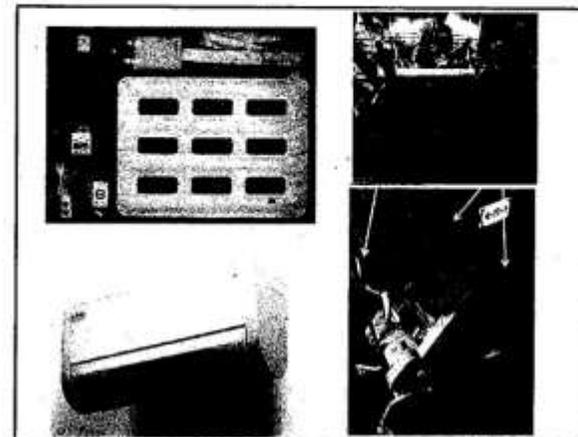
移乗介助 (併用型)

移動支援

介護せつ支援

PARO

出所：佐賀新聞2013年09月24日 <http://www1.saga.s.co.jp/news/saga.0.2554453.article.html> 大和ハウス工業株式会社HP <http://www.daiwahouse.co.jp/robot/paro/>



### 移乗、風呂介助における腰痛原因

表3 腰痛発症の原因と考えられる動作および負担動作

腰痛発症の原因動作		負担動作
介護従事者有職者	介護従事者有職者	
長時間座位	移乗時	移乗
不自然な姿勢	風呂介助時	おむつ交換
筋力低下	無理な姿勢	中腰動作
その他	その他	その他

数字は%

介護職員の腰痛調査  
研究 2  
鹿児島大学健康行動学研究所  
平成24年2月20日発行

## ただし、実態は・・・

- 普及は進んでいない。
- そもそもoutputは統一されておらず、介護労働は標準化されていない。
- 方法が多様で手を抜くことも可能。
- 実際に導入しているのは1.3%の施設
- 「誤作動の不安」「コストがかかり過ぎる」「人手が足りない」の3つ

## ロボット導入への問題点

- 省力、省時間、効率化、質の向上に寄与するのか
- 見た目、使用方法ともに簡単な製品
- 準備に時間がかかるロボット機器の普及は難しい
- 消毒や輸送などの手間・コスト、部品交換や時間といったメンテナンス負荷が高い。
- 操作のための職員研修といった人材育成コスト
- 介護業務においてその都度何度も介護ロボットを使うことは非効率
- 複雑な介護過程においてロボットは準備前のみ
- 局所的なメリットではなく、業務全体の効率化できるか
- 介護サービスは人の手でやるべきだという考え方
- ケアマネは介護職や看護職経験者が多く人的サービスが優れていると意識
- 従着、安全装置など装着が多く、ロボットに慣れない高齢者層、認知症保持者。
- 施設介護を対象としており、在宅は限られている。
- 労働集約か資本集約か。質は向上するのか。

## 問題点

- 多様な高齢者の状況(疾患、身体状況、介護環境等)にどう適合するか基準が見えていない
- ロボットの基準に高齢者を合わせることは困難である。
- 自動排液処理装置について、アセスメントが困難。
- ロボット介護機器を用いた新しいケアの方法等を検討
- ロボットを介護過程に取り込む作業が必要になる。
- 効率化しようとする施設はまだ多くない。コストをかけて効率化しようとする施設は少数。Outputが明確でなく安く行う事が出来ないとする経営者も多い。
- 高齢者に寄り添わない施設がロボット導入するとは思えない。労働者使い捨てもよい。
- 腰痛などは個人の問題だとすれば施設はロボット導入しない。
- 人型ロボットの開発は断念。
- 高価
- 技術者と介護者の考えていることにギャップ
- 徘徊・転床等のセンサー製品は、施設分野よりは、在宅分野での普及を予想。
- 入浴は「お湯に浸かりたい」「お湯に浸からなければならぬ」といったイメージが薄く

## 発話ロボットに対する不信と信認

- 発達障害の養育に関しては人と話すことができなくてもアンドロイドと話ができる。ロボットはうそをつかない、信頼できると思っている。自己の内面との会話が出来る自閉症克服のカギがある。(産業技術総合研究所) <https://www.youtube.com/watch?v=sKIEMPPDCbA>
- パロは心に働きかける。ロボットとして受け入れながらも心を開かせる。(産業技術総合研究所) <https://www.youtube.com/watch?v=sKIEMPPDCbA>
- 頻尿が治る。日中の覚醒でよく眠れるようになる(ただしこれは高齢者の社会的役割の創出という点で重要かも知れない)。認知症患者に対して、本人の経験や知識が引き出せるようになる。

### 最近の介護政策と地域包括ケアシステムの動向

2016. 7. 8

太田貞司  
京都女子大学教授  
京都府老人福祉センター長  
一般社団法人認定介護福祉士協会 代表理事 副理事長

### 厚労省「公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)」 高齢者保健福祉政策の流れ

年 代	高齢化率	主な施策
1980年代 高齢者福祉政策の創設	5.7% (1980)	1983年 老人福祉法制定 ○特別養老ホーム創設 ○老人保健福祉法(ホームヘルパー) 創設
1970年代 老人医療費の拡大	7.1% (1970)	1973年 老人医療費新制
1980年代 社会的孤立防止策の創設 老人の社会的参加	9.1% (1980)	1982年 老人福祉法の制定 ○老人保健費の一定額減額の特典 1988年 ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十か年戦略)の策定 ○福祉制度整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1994年 新ゴールドプラン(新・高齢者保健福祉推進十か年戦略)策定 ○在宅介護の充実 1995年 独立行政法人高齢保健推進機構の設置 介護保険制度創設に関する「研究会」の設置 1997年 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の創設	17.3% (2000)	2000年 介護保険施行

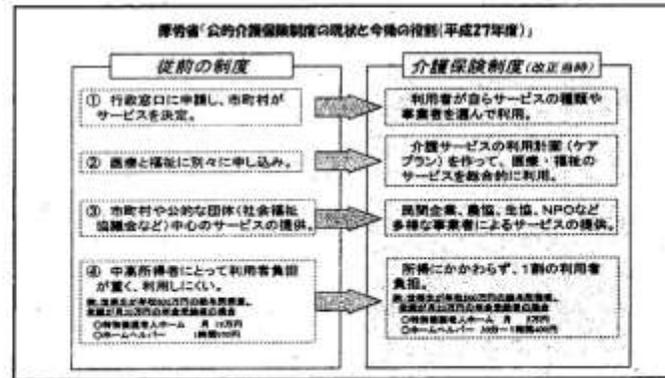
### 厚労省「公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)」 介護保険導入の経緯・意義

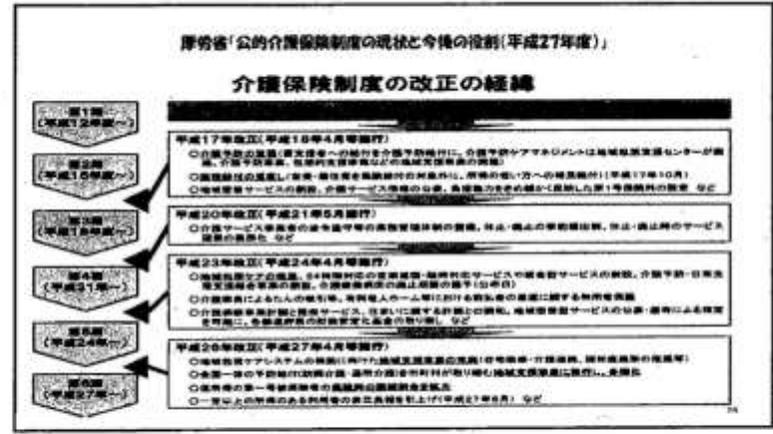
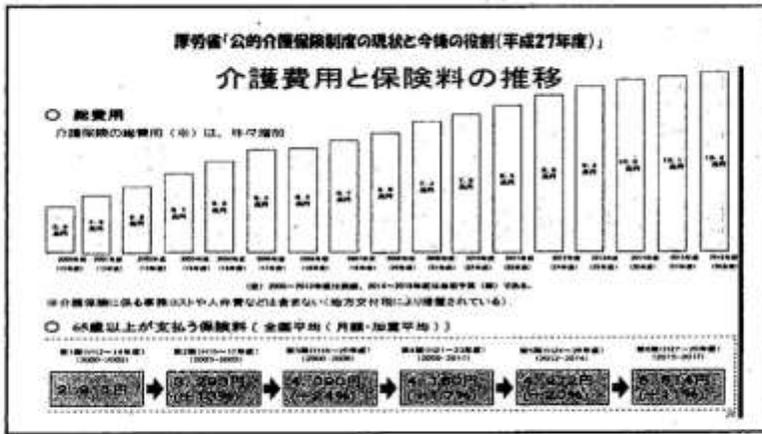
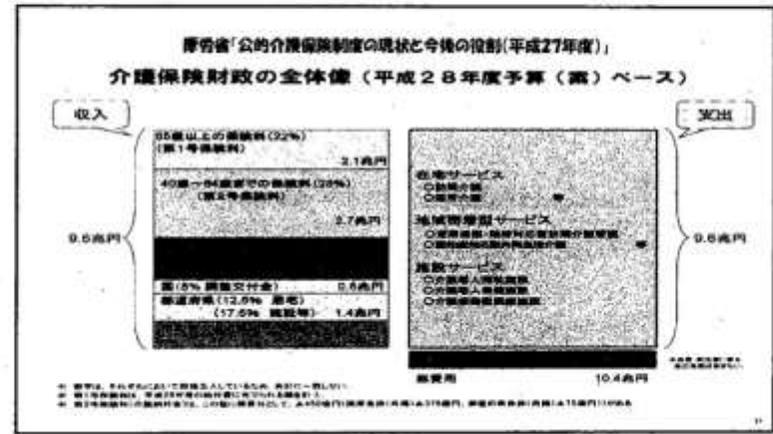
- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。

↓

**高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)の創設**

- 自立支援…単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- 利用者本位…利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式…給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用





### 最近の介護政策

介護保険制度創設と介護政策・介護保険法改正

- 1997年介護保険法成立
- 2000年介護保険制度創設
- 2005年度介護保険法改正  
:予防重視型システムへの転換、新たなサービス体系の確立
- 2008年度介護保険法改正
- 2011年度介護保険法改正  
:地域包括ケアシステムの構築に向けて
- 2014年度介護保険法改正  
:地域包括ケアシステムの構築 医療・介護の政策へ  
①在宅医療・介護の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化

### 介護保険制度

(数字は2016年4月推定)

- 被保険者:市区町村等
- 被保険者:1号被保険者 65歳以上(3,387万人)、2号被保険者 40~64歳
- 1号被保険者の保険料は市区町村が決定(第6期全国平均月額5514円)
- 要介護認定 要介護Ⅰ~Ⅴ 要支援Ⅰ~Ⅱ  
(6215万人 65歳以上人口比18%)
- 在宅サービス受給者数 390.1万人
- 地域密着型サービス受給者数41.6万人
- 施設サービス受給者数91.7万人(「介護老人福祉施設」51.1万人、「介護老人保健施設」35.1万人、「介護療養型医療施設」5.8万人) \*65歳以上人口比2.7%

### 「地域包括ケアシステム」の展開

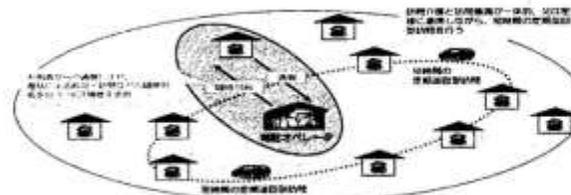
- 「総務の44高齢社会」<40%が高齢者である社会>へ(平成19年超高齢社会白書)
- 2006年:「地域包括ケアシステム」の考え方 地域包括支援センター、地域密着型サービスの創設(「考え方」は2009年「2015年の高齢者介護」で提示)
- 2012年:「地域包括ケアシステム 展開の強み」  
介護保険法改正 地域包括ケアシステムの構築を法定化  
医療政策が在宅医療重視に、「病院完結型」から「地域完結型」の医療へ  
「地域包括ケア研究会」(2010)等で検討 ⇒ 制度見直しへ  
「個別支援+地域支援」へ ⇒ 地域ケアマネジメントへ  
「地域包括ケア研究会」(2013.4)  
「地域包括ケアシステムにおける5つの重点」を強調!  
「介護・リハビリテーション」/「医療・看護」/「保健・予防」/「福祉・生活支援」/「住まいと住まい方」(>「住まいと住まい方」)「生活支援・福祉サービス」  
「介護・医療・予防」/「本人・家族の選択と心構え」
- 2013年「社会保障制度改革委員会報告」で地域包括ケアシステムと「医療機能の分化・連携」が明記。(二本立)
- 2014年「医療介護総合確保法」第2条で地域包括ケアシステムの定義  
地域ケア会議の法定化(自治体) 協働の重視  
介護職の確保が課題に 2025年に250万出ると、15が307万人不足。  
「量と質の好循環をつくる」 「障がいから富士山型へ」 介護職チームのリーダー職の創設へ
- 2015年 認定介護福祉士認証・認定機構の創設(2015.12)
- 2015年「新44総合事業」創設 介護保険制度の見直しへ

### 2011年度介護保険法改正

資料:厚生労働省HP「介護保険」

#### 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

○震災等その他のし、介護保険制度の在宅率を高めるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携して提供し、24時間の定期巡回訪問・随時対応サービス(要支援サービス)を実施する。



※ 1. この要支援サービスは介護・訪問看護が連携して提供される。なお、各都道府県は実施方針と実施方法を定めて24時間サービスを実施する。  
 ※ 2. 在宅生活支援等、24時間巡回訪問サービスは実施しない。  
 ※ 3. 要支援サービスとして介護予防、保健(「保健指導」)を実施し、働くことにより介護を予防するものとする。



2014年度介護保険法改正 資料:厚生労働省「介護保険」HP(2016/7/5収録)

### 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

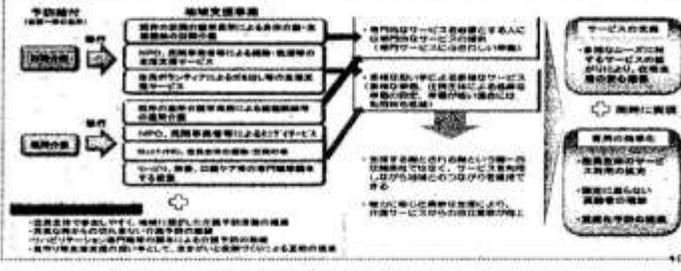
- 高齢者が増加し、支援を必要とする高齢者の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増大。ボランティア、NPO、民間企業、協賛企業等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生活がいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・高齢者の地域資源の活用やそのネットワークなどを特に「生活支援コーディネーター(地域支え手)職員」の記載などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



2014年度介護保険法改正 資料:厚生労働省「介護保険」HP(2016/7/5収録)

### 総合事業と生活支援サービスの充実

- 市町村のさらなる財政介護・活用介護について、市町村が地域の資源に合った態勢ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(2025年度まで)。財政負担は国と共同(国、都道府県、市町村、1号被保険者、2号被保険者)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は見えにくいところから。

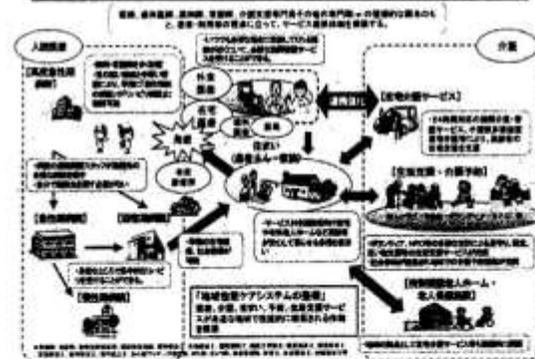


## 「地域包括ケアシステム」の定義

- 「地域包括ケアシステム」とは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」

(2014年「医療介護総合確保法」第2条)

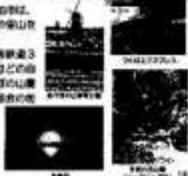
### 医療・介護サービスの提供体制改革の姿(サービス提供者から)



～自治体の概要～  
**千葉県柏市**

●自治体概要  
千葉県の北西部に位置する柏市は、千葉県の中心として発展する山手地区を形成する最新のベッドタウンです。また、つくばエクスプレス等鉄道3路線が通ることから、千葉県などの周辺地域、手先の自治体や隣接する山手地区との往來にも便利で、自然環境と自然の趣が感じられます。

●人口 404,949人  
●高齢比率  
65歳以上 21.86%  
75歳以上 9.03%



柏市における在宅医療推進の取り組み

在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と共に連携を構築し、推進することにより実現を目指す。

△推進体制

事務局	推進員	連携機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>健康・福祉・高齢政策課</li> <li>健康推進課</li> <li>健康推進課（在宅医療推進課）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会</li> <li>薬剤師会</li> <li>看護師会</li> <li>介護職員等総合的な関係機関連絡協議会</li> <li>在宅医療推進協議会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>千葉県医師会</li> <li>千葉県薬剤師会</li> <li>千葉県看護協会</li> <li>千葉県介護職員等総合的な関係機関連絡協議会</li> </ul>

△在宅医療推進を推進するにあたり取り組むこと

- 在宅医療推進協議会の発足（医師会・県医師会・県薬剤師会・県看護協会・県介護職員等総合的な関係機関連絡協議会）
- 在宅医療推進協議会の発足（在宅医療推進協議会）
- 在宅医療に関する関係機関への働きかけ
- 在宅医療に関する人材育成（在宅医療研修の実施）
- 上記を実施するための関係機関との連携



～取組の概要～ 在宅医療推進の取り組み

【推進体制】 柏市（健康・福祉・高齢政策課）が事務局となり、健康・福祉・高齢政策課、健康推進課、健康推進課（在宅医療推進課）が推進員として連携を構築し、推進することにより実現を目指す。

【推進体制】

- 健康・福祉・高齢政策課
- 健康推進課
- 健康推進課（在宅医療推進課）

【連携機関】

- 千葉県医師会
- 千葉県薬剤師会
- 千葉県看護協会
- 千葉県介護職員等総合的な関係機関連絡協議会

【推進体制】

- 千葉県医師会
- 千葉県薬剤師会
- 千葉県看護協会
- 千葉県介護職員等総合的な関係機関連絡協議会



在宅医療推進協議会の発足

● 医師会、薬剤師会、看護師会、介護職員等総合的な関係機関連絡協議会、健康推進課、健康推進課（在宅医療推進課）が連携を構築し、推進することにより実現を目指す。

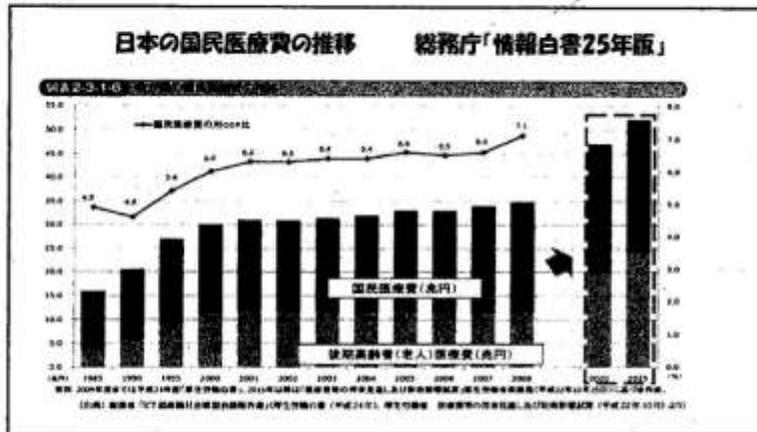
● 在宅医療推進協議会の発足（在宅医療推進協議会）

● 在宅医療推進協議会の発足（在宅医療推進協議会）

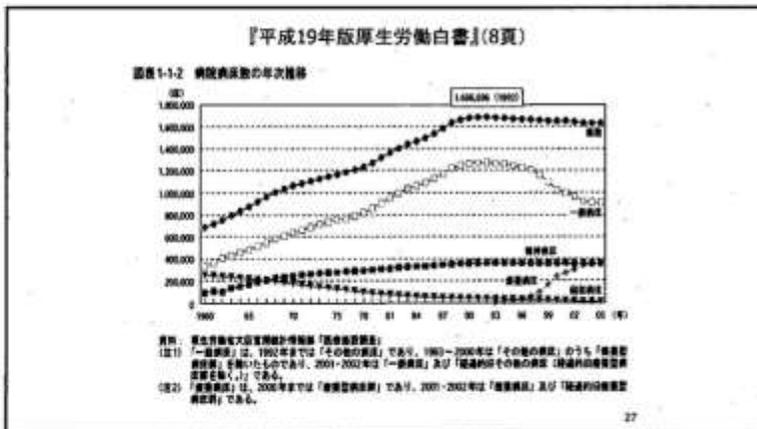
● 在宅医療推進協議会の発足（在宅医療推進協議会）

● 在宅医療推進協議会の発足（在宅医療推進協議会）





- ### 転換点としての2012年度
- 医療: 「新生在宅医療・介護元年」      介護: 「地域包括ケア元年」
- 2012年度・政策上、医療の側も介護の側も、地域に包括的なケア体制の構築。
  - 医療制度の「地域(包括)ケア体制」、介護保険制度の「地域包括ケアシステム」法律上も位置づけ。
  - 2012年 「5疾病・5事業及び在宅医療」(医療計画) 2011年 在宅医療連携拠点事業が10か所
  - 2012年 介護保険制度の見直し「地域包括ケアシステム」の構築



「地域包括ケアシステム」の構築の4つの「圧力」(本田2015)

- 「地域包括ケアシステム」の構築は国の政策
- 急性期医療改革(退院支援)の「圧力」
- 医療と介護 + α
- 自治体レベルの長期ケアの再編の「圧力」
- どう展開するか
- 制度の特続性の「圧力」
- 事実上の願望 政策の展開?
- 新たな社会に向けた「まちづくり」の「圧力」

「地域包括ケアシステム」の構築への転換政策  
何を実現? 5つの視点 (本田2015)

課題

1. 「退院支援の仕組みづくりなど、病院と地域の結びつきを強める」
2. 「地域の医療機関と介護サービスの結びつきを強める」
3. 「専門機関、専門職と地域の民生委員、町会等との結びつきを強める(フォーマルとインフォーマルのサービスを「結び付ける」)」
4. 「要介護者も、家族介護者も「日常生活」を営めることができる仕組みを促進する」
5. 「高齢者も、障がい者等も、誰もが住みよいまちづくりを促進する」

何を目標にするかで、「地域包括ケアシステム」の取り組みも違ってくる

「日常生活の営み」への支援

介護保険法の目的

「…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…」(第1条)

「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」(社会福祉法第3条)

注:介護実務専門員の位置づけ(介護保険法)  
「自立した日常生活を営むのに必要と認められる」(第24条)

「地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」(第24条)

「地域包括ケアシステム」の構築をめぐる課題

- 施設整備を抑制し、地域ケアへの転換は可能か
- 地域ケアのサービス整備は可能か
- 地域ケアのマネジメントを創ることができるか
- 地域ケアを支える人材の育成は可能か
- 社会的ケアを担う介護職の育成は可能か
- 地域社会の理解は可能か
- 住民の参加は可能か

**表1 日本のケアバランス政策（高齢者施設整備目標）** 高齢者の住みかた（2013.10.31）

年代	高齢者人口（65歳以上人口）	備考
1990年代前半 (介護保険事業計画第1期)	高齢者人口の増加に伴い、施設整備が急務となっていた。	高齢者人口の増加に伴い、施設整備が急務となっていた。
2000～2002年 (介護保険事業計画第1期)	3.4% (介護保険施設等)	参勤講(厚生労働大臣)で決めた。施設整備目標達成。
2003～2005年 (介護保険事業計画第2期)	介護サービスVのうち37%以下(介護保険施設、グループホーム、有料老人ホーム等)	参勤講(厚生労働大臣)で施設整備目標達成を約束することやめ、市町村の状況に合わせて、参勤講の施設「数」を定めない状況で済んだ。
2006～2014年 (介護保険事業計画第3期)	市町村の判断	数値目標を示すことやめ、市町村の判断とする。

高齢者の中で「居住」している人の割合  
**各国の高齢者の居住(「施設」等)状況**  
低い日本の「居住」者

- 日本 4.4%
- スウェーデン 6.5%
- デンマーク 10.7%
- 英国 11.7%
- 米国 6.2%

2006年12月15日、社会保障審議会介護給付費分科会・第2回介護施設等のあり方に関する委員会資料(厚生労働省)。

**表 1990年代前半のOECD諸国の長期ケア需要利用者(高齢者比)**

6.9%以上	カナダ、フィンランド、ルクセンブルグ、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー
5.5～6.4%	オーストラリア、デンマーク、日本(高齢者の全入居者を含めた場合)
4.5～5.8%	オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、アイルランド、スウェーデン、イギリス、アメリカ
1.0～4.4%	イタリア、日本(高齢者の6ヶ月以上の長期入居者を含めた場合)、ポルトガル、スペイン
1.0%未満	ギリシャ、トルコ

出典：OECD、(1996) "Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution" Figure 3.1 を加工。



### 在宅支援の難しさ 3者の調整

在宅等介護者に対するケアマネジメントにおける相互関係  
利用者、家族(介護者)、社会資源 (太郎2011)

参考:  
太郎 2011 『地域ケアマネジメント』第2版、388頁  
太郎 2011 『在宅ケアマネジメント』第2版、100頁  
太郎 2011 『在宅ケアマネジメント』第2版、100頁  
太郎 2011 『在宅ケアマネジメント』第2版、100頁  
太郎 2011 『在宅ケアマネジメント』第2版、100頁

2013.3 第3回荒川区在宅介護連携推進会議  
聖隷大学病院医療福祉支援センター長 橋本先生

### 地域ケアへと向かう長期における「医療」と「社会的ケア」 (OECD1996等を参考に作成)

日本は「社会的ケア」がベースになっている介護職  
太郎 橋本編(2011)『地域ケアマネジメント』第2版、100頁、101頁(2014.3.21)

**「医療」**  
health care, medical care

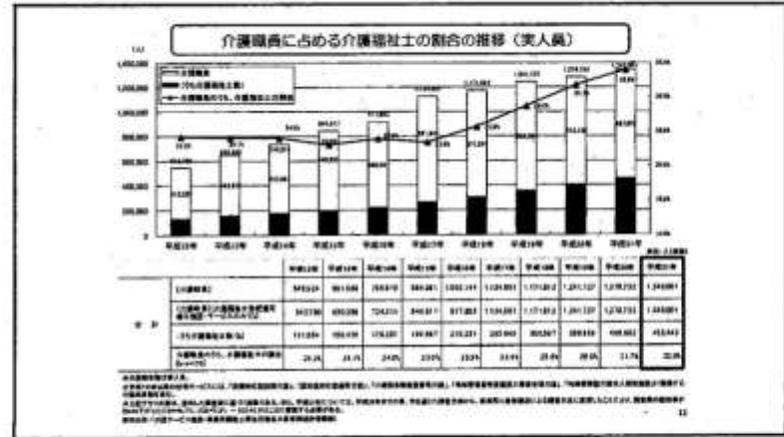
- ① 医療
- ② 看護
- ③ リハ
- etc

**「社会的ケア」**  
social care

- ① 身体介護
- ② 家事援助、生活援助
- ③ 社会的活動への参加促進

<+ 専門的な見守り>

\* 「医療」は「社会的ケア」の基盤が崩壊した社会ケア (aged care) へと向かっている。  
\* 高齢者の介護やケアのニーズは「医療」のニーズから「社会的ケア」へと移行している。  
\* 「社会的ケア」は「医療」よりも、より長期的な視点で取り組む必要がある。



## 介護職員の増勢と見通し

○ 介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、10年間で倍以上となっている。また、2025年には、介護職員は更に1.5倍以上必要と推計されている。

	平成12年度 (2000年度)	平成24年度 (2012年度) [推計値]	平成27年度 (2015年度) [推計値]	平成37年度 (2025年度) [推計値]
介護職員	95万人	140万人	167~176万人 (164~172万人)	237~248万人 (218~229万人)

○ 介護職員の増勢が介護サービス（介護）の増勢（需要）を反映している。

○ 注1 平成24年度、平成27年度、平成37年度の推計値は総務省「高齢社会の進展に伴う介護サービス需要の推計」に基づき推計されている。

○ 注2 平成27年度、平成37年度の推計値は総務省「高齢社会の進展に伴う介護サービス需要の推計」に基づき推計されている。

○ 注3 平成27年度、平成37年度の推計値は総務省「高齢社会の進展に伴う介護サービス需要の推計」に基づき推計されている。

介護職がいなければ、「地域包括ケアシステム」の構築は「絵に描いた餅」

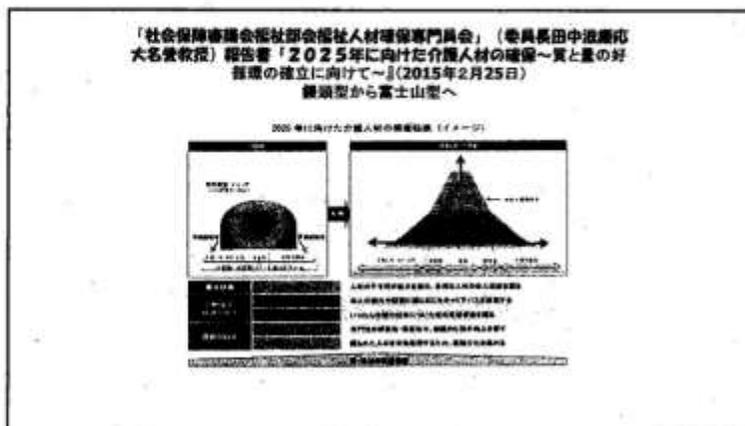
- 250万人必要（2025）。一万人に250人の介護職！
- 10年間で2倍の介護職の育成
- 自治体ごとに育てる仕組みを
- 介護職に入りやすい仕組み（誰でも）
- 向いている人には、介護福祉士に
- その中からリーダーを育てる
- 介護職の労働環境改善

### 介護職の「量」と「質」の確保が「カギ」 地域に、介護職の厚い層を創る

- 現在の倍を継続的に育てる
- 介護福祉士職等の定着させ、離職率を下げる
- ケアマネに転職しなければの「現実」を変える
- 地域の暮らしを理解し、地域の暮らしを支えている自覚を持つリーダーを育てる
- 地域に信頼され、後輩を育てられるリーダー層を育成する

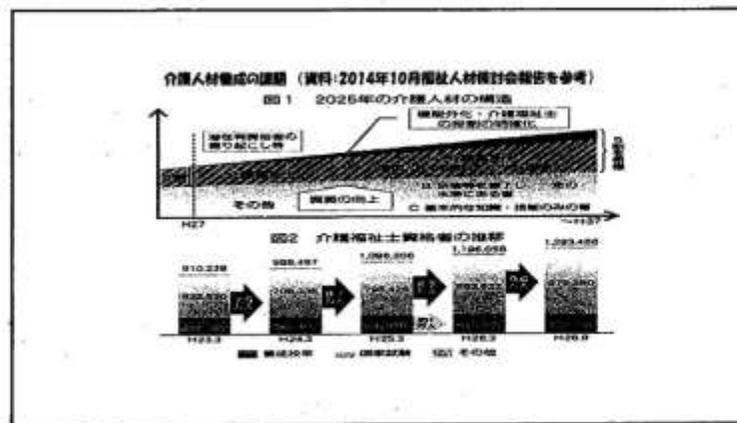
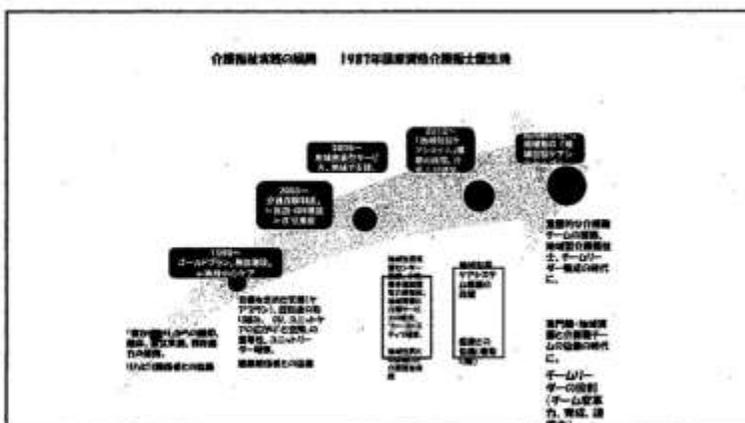
### 地域包括ケアシステムの構築の目標の いずれの場合も介護職が前提に

- 退院支援の仕組みを創る
- 医療と介護・福祉の協働を創る
- 事業所と住民の協働を創る
- 高齢者、家族介護者の「日常生活を営む」を創る
- 障害者等住民の「日常生活を営む」を創る



2025年 介護職250万人必要。「質と量の好循環」時代に  
鐘頭型から富士山型への転換

- 介護福祉実践の多岐 その意味を伝える大切さ！
  - 「日常生活を営む」ことを支援（生活支援）の対象に多岐で 介護福祉実践は何を  
創出した？  
「福祉、実践の意味  
」（「ペドから」移動の自由、の確保（「生活の自由」と言えばいい）から学ぶ  
「日常生活を営む」ことを支援（生活圏のケア、一歩介護）の意味を求めて、  
大きな職業集団に 質量的な介護職チーム  
中堅のリーダーの役割は
- 介護職チームの中堅リーダーを育成する！
- 認定介護福祉士（医師）の役割へ
  - 各地に育成が進むながら、経済的負担が重くなく、学べる仕組みも！！



**「世話」から「自立支援」  
（「新介護システム」1994）**

日常生活の営みの支援の歩み振り返る

広島県の特別養護老人ホーム・誠和園の実践  
1970年代から1980年代へ、1980年  
代から1990年代へ

村上邦廣等『懐たきり地獄はもう嫌じゃ』筑井書房、1994

高齢者施設での要介護高齢者等の  
「日常生活」を営むことへの支援の歩み

「日常生活を営む」への支援、援助の変遷

- 「ベッド上」⇒「部屋・施設内」⇒「地域社会」  
bed-bound chair-bound, house-bound
- 身体介護（介護）⇒利用者の関係性  
⇒家族、地域社会の関係性
- 各職種の役割変化と他職種との連携強化  
◆要介護者の「日常生活」の広がり、「生活主体者」へ

**おわりに**

- 日本の地域包括ケアシステムの構は、成功するか。
- その成功の条件は？

- ご清聴ありがとうございました。

太田貞司（おおた ていじ）

【略歴】現職：京都女子大学家政学部生活福祉学科教授。神奈川県立保健福祉大名誉教授。1947年北海道生まれ。保健所等で在宅ケアに従事後、広島女子大などを経て神奈川県立保健福祉大勤務、2012年定年退官。その後聖隷クリストファー大学勤務。2016年現職。北大文学部卒。北九州市立大学大学院社会システム研究科後期課程修了。専門：介護福祉論、地域ケア論。学術博士。国家試験介護福祉士試験委員、「認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会」委員長、「介護福祉士国家試験の在り方検討会」座長等を歴任。一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構副理事長（2015～）。日本介護福祉学会会長（2015～）。

【著書等】

- ・「在宅ケアの条件」（1992）
- ・「生活文化を支える介護」（1996、編）
- ・「ホームヘルプサービスと「医療対象者」—「医療対象者」へのホームヘルプサービス導入の経緯」（岡上和雄等編『精神障害者のホームヘルプサービス—そのニーズと展望』、2001）。
- ・「地域ケアシステム」（2003）
- ・「日本における介護福祉思想の起点」（『介護福祉思想の探求』（2006 共編）
- ・「地域ケアと地域福祉—介護福祉士養成の課題」（『介護福祉教育の展望』2008 共編）
- ・「フィンランドのラヒホイタヤークアワーカーの再考—」（2012）
- ・「介護教育からみた介護福祉士のキャリアアップ」（2012）ほか。
- ・「一番ヶ瀬社会福祉論と介護福祉論」岩田正美・田端光美・古川孝順編『一番ヶ瀬社会福祉論の再検討—生活権保障の視点と広がり』（2013）
- ・地域ケアシステム・シリーズ全4巻編集代表（2009～12）（『地域包括ケアシステム—その考え方と課題』『医療制度改革と地域ケア—急性期病院から慢性期病院へ、そして地域・在宅へ』『地域ケアシステムの変革主体—地域ケア・当事者・住民』『大都市の地域包括ケアシステム—「見えにくさ」と「描く力』』
- ・地域ケアを拓く介護福祉学全6巻監修（2014～15）（『地生活支援総論』『生活支援の基礎理論Ⅰ』『生活支援の基礎理論Ⅱ』『生活支援の実践』『介護福祉の組織・制度論』『介護福祉の総合演習』）。
- ・その他