

出國報告（出國類別：考察）

2023 日本社區整合照顧參訪報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：政務次長 李麗芬

長期照顧司 司長 祝健芳

專門委員 王齡儀

派赴國家：日本

出國期間：112年2月12日至2月16日

報告日期：112年3月1日

摘要

日本人口結構高齡化快速，少子化問題嚴重，全國總人口已經連續十年自然減少。長壽卻少子化的結果，使得日本社會面臨極大挑戰，青年人口減少、勞動力短缺、長照需求人數持續增加，整體社會安全體系面臨超乎想像的壓力。因此，日本在 2000 年實施介護保險，並制定每三年一次改進計畫；另為舒緩住宿型機構大量等待入住人數，積極推動各種社區式照顧服務；近年更積極研發智慧科技，輔助減輕照顧負荷；對於區域人口嚴重外流、經濟衰退及長者、身心障礙及育兒等各多元需求，推動共生社區，為近年台灣產、官、學、研各界取經、仿效之創新制度。

本次參訪重點為日本社區整合照顧模式及推動共生社會經驗，走訪春日台センターセンター(中心中的中心)、株式会社あおいけあ蔡照護 Aoi Care、厚生勞動省、醫療法人社團悠翔會及社會福祉法人福祉樂團附設住宿型機構杜之家，瞭解日本推動社區共生理念與實際執行方法，以及小規模多機能與團體家屋等社區照顧服務模式；對於智慧科技在照顧現場運用的目的與現況，以及長期照顧政策現況等，從公、私部門的觀點進行互動交流。

本次赴日參訪，對於日本社區式照顧、地域共生及相關整合式服務模式有更深入的學習，借鑒日本經驗，對於當前台灣布建長期照顧服務資源及提升服務品質等提出建議，包含(一)結合空間設計專業，融和長照機構與社區，翻轉一般社會大眾對於長期照顧機構刻板印象；(二)長照機構人力議題，思考先僱後訓法規調適之可行性；(三)透過公私協力，提倡個別化照顧計畫理解與實踐；(三)地域共生社會之創建，有賴由下而上社區意識凝聚，服務空間規劃與提供需導入社會設計之重要性；(四)科技輔具導入照顧現場，減少工作人員在行政庶務處理時間，增加專業工作者與服務對象，提升服務品質。

目錄

壹、 目的.....	1
貳、 過程.....	2
參、 心得與建議.....	35
參考文獻.....	38
附錄一、日本小規模多機能設置標準.....	39
附錄二、主治医意見書.....	42

壹、目的

日本從 1970 年代初，便步入高齡化社會，日本 65 歲以上老人占整體人口比例為 7.1%。經過 40 多年發展，至 2022 年，日本 65 歲以上老人人口數量已超過 3,800 萬人，這個數字佔日本總人口約 30%，隨著醫療與經濟進步，日本預期平均餘命仍不斷延長，推估到 2060 年 65 歲以上老人將接近全國總人口的 40%。

除人口結構高齡化快速外，日本少子化問題亦十分嚴重，全國總人口已經連續十年自然減少。長壽卻少子化結持續果，使得日本社會面臨極大的挑戰，青年人口減少、勞動力短缺、長照需求人數增加，整體社會安全體系面對超乎想像的壓力。因此，日本在 2000 年實施介護保險，並制定每三年一次改進計畫，並為舒緩住宿型機構大量等待入住人數，積極推動各種社區式照顧服務模式；積極研發智慧科技，輔助減輕照顧負荷；面對區域人口嚴重外流、經濟衰退及長者、身心障礙及育兒等各多元需求，推動共生社區，更為近年台灣社會產、官、學、研各界取經、仿效之制度。

台灣老年人口預估在 2026 年將突破 21%，亦是聯合國定義超高齡社會，故本次考察目的即是期待能透過參訪借鏡日本推動經驗，如何因應不同人口結構或社會問題，本次參訪目的如下：

- (一) 瞭解日本推動社區共生理念與實際執行方法。
- (二) 瞭解日本在宅醫療推動現況。
- (三) 瞭解與交流台日社區式照顧服務模式，包含小規模多機能及團體家屋。
- (四) 瞭解智慧科技於照顧現場運用之目的與方法。
- (五) 瞭解當前日本長期照顧政策規劃與推動方向。

貳、過程

一、參訪行程

日期	參訪行程	位置	參訪/交流重點
2月13日	春日台センターセンター	神奈川県愛甲郡 愛川町春日台 3- 6-38	共生社區 團體家屋 日間照顧服務 身心障礙支持應就業 服務
	株式会社あお いけあ葵照護 Aoi Care	神奈川県藤沢市 亀井野4丁目1 2-9 3	共生社區 團體家屋 日間照顧服務
2月14日	厚生労働省	日本台灣交流協 會東京本部東京 都港区六本木 3 丁目 16 番 33 号	長期照顧服務制度規 劃與執行情形交流
	醫療法人社團 悠翔會	東京都港区新橋 5-14-10	在宅醫療、醫師意見 書
2月15日	福祉楽団-杜の 家なりた	千葉県成田市下 方 686 番 1	住宿式長照服務 日間照顧服務 臨時/短期住宿服務 失智症照顧模式
	恋する豚研究 所	千葉県香取市沢 2459 番 1	共生社區 身心障礙支持性就業 服務

二、參訪人員

序號	姓名	職稱	機構
1	劉建國	立法委員	立法院
2	邱泰源	立法委員	立法院
3	李麗芬	政務次長	衛生福利部
4	祝健芳	司長	衛生福利部
5	王齡儀	專門委員	衛生福利部
6	侯靜怡	副主任	數位發展部資策會台日中心
7	王貞予	研究員	國家衛生研究院
8	陳宏儒	博士後研究	國家衛生研究院
9	廖咨詠	博士後研究	國家衛生研究院
10	李品萱	博士後研究	國家衛生研究院
11	張維擘	議員	雲林縣議會
12	張庭綺	議員	雲林縣議會
13	蔡永富	議員	雲林縣議會
14	陳進堂	榮譽院長	秀傳醫療體系
15	涂心寧	理事長	社團法人台灣居家服務策略聯盟
16	潘政聰	理事長	台灣長期照顧發展協會全國聯合會
17	林文雄	副理事長	台灣長期照顧發展協會全國聯合會
18	陳柏同	執行長	立法院厚生會
19	羅寶珍	主任	彰化秀傳醫院附設護理之家
20	蔡育真	課長	台南市立醫院
21	劉季衡	會長	雲林國際青年商會

三、日本相關制度介紹

(一) 團體家屋

根據聯合國世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比率達到 7%時稱為「高齡化社會」，達到 14%是「高齡社會」，若達 21%則稱為「超高齡社會」；日本在 1970 年代左右邁入高齡化社會，之後醫療技術進步和經濟發展，平均壽命逐漸延長，1994 年日本 65 歲及以上人口占總人口的比例已經達到 14.1%，並於 2007 年首次超過 20%，為因應人口老化所需要的長期照顧服務，日本於 2000 年開辦介護保險。

依照介護保險法規定，介護服務(在台稱長期照顧服務)以實物給付為主，分為「住宿式機構照顧體系」與「居家及社區照顧體系」，前者包括老人特別養護之家、老人保健設施、照護強化型療養病床等 3 種住宿式服務類型，提供包含居住、照護、生活支援等 24 小時全日型服務；老人特別養護之家目前僅允許社會福祉法人營運，老人保健設施、照護強化型療養病床等必須由醫療法人經營，民間營利企業僅可參與居家及社區照顧項下各類服務。

日本長者需長期照顧時多選擇入住住宿型服務機構，由於住宿型服務機構床位有總量管制政策，機構床位長期不敷使用。據各都道府縣 2010 年 12 月統計，約 42.1 萬人排隊申請想要住進老人特別養護之家。

日本政府為儘快緩解住宿型服務機構床位不足現象，自 2006 年起，致力於普及化創設「社區緊密型服務」，其中包括團體家屋（group house）、自費老人之家（附照護）、照護住宅（收容身體機能降低且無法自炊的低收入需照護者，care house）等 24 小時對應的居住型服務以及彈性多樣化小規模多功能社區照顧服務設施。其中，團體家屋定位為「失智症對應型共同生活照護」。

團體家屋為提供具行動能力失智症者 24 小時照顧的社區型服務設施，考量失智照顧特殊性。團體家屋照顧服務人力經常性配置比 1:3，人力配比和大型機構規定一致，且對從事照顧服務的專業人員特別要求需具備失智症照護專業領域知識及能力。台灣在 2007 年試辦團體家屋服務模式，並於 2015 年訂定長期照顧服務法時，納為社區式長期照顧服務提供方式之

一，自 2017 年 6 月 3 日長期照顧服務法實施迄今，全台已設置 29 處團體家屋。

(二) 小規模多機能服務

在日本，小規模多機能服務（Small Scale Multifunctional Facilities）是指提供居家服務、夜間住宿和日間照顧服務的社區型照顧機構，其服務理念是為讓需要照顧的失能長者能在家中生活，且經常可以在社區中走動，設定在 30 分鐘步行可及距離範圍內設置，服務規模以 30 人為上限；此外，雖然同時提供居家服務、日間照顧及夜間住宿三種服務項目，但強調「以同一組照服人員來照顧同一組服務對象」，也就是在長者熟悉的社區環境中，以熟悉的專業人員提供照顧服務，是一種失智者照顧的最適模式。

多元與彈性是日本發展小規模多機能中心的最大特色。因為法規鬆綁，跳脫住宿型機構模式，不需社福法人也可申請，建築設備規範放寬，許多社區裡的小規模多機能中心甚至是從民宅改造而成，且為了便於居民可及性，一定會設在社區內。由於有照顧需求的老人多，但進入正式長照機構的排隊時間長，許多老人就選擇社區裡的小規模多機能事業所，來解決照顧需求，日本小規模多機能服務設置標準如附錄 1。

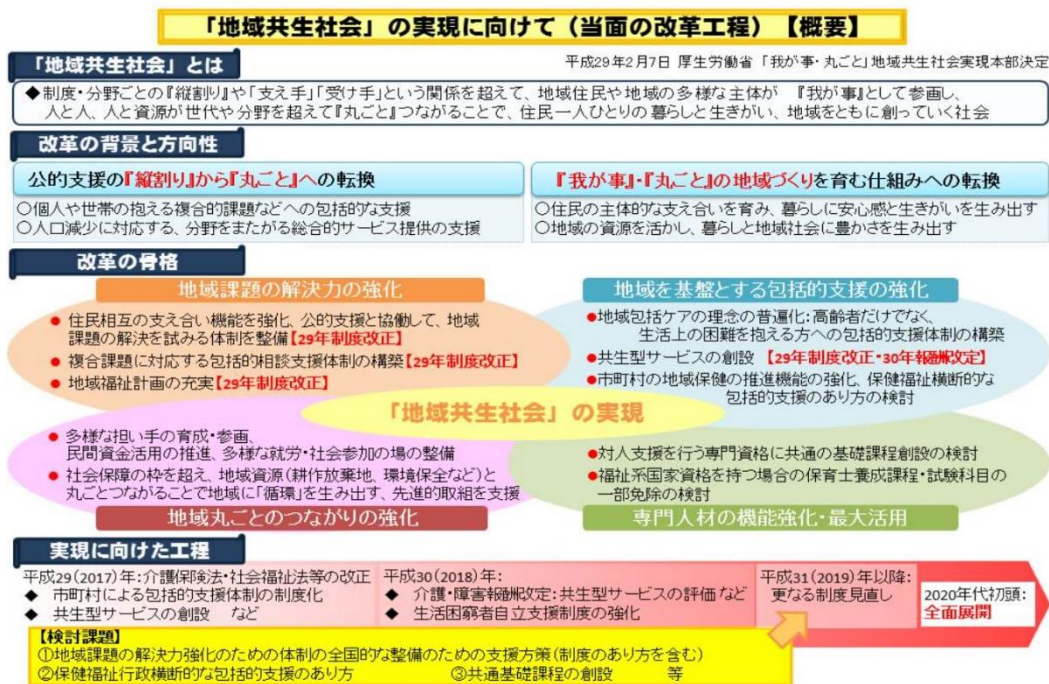
台灣在 2015 年引進試辦小規模多機能服務，後於 2015 年訂定長期照顧服務法亦將小規模多機能服務納為長期照顧服務法所定社區式長期照顧服務方式，長期照顧服務法自 2017 年實施，小規模多機能可申請設置單位，除試辦計畫時期由非營利組織，進一步開放個人及營利事業可申請設立。

(三) 共生社區(地域共生社會)

日本前首相安倍晉三執政時，在於 2015 年提出「地方創生」經濟政策，期待透過地方經濟的振興、平衡區域發展，吸引人口移居，並於 2016 年提出「地域共生社會」政策，並成立「社區共生社會本部」（地域共生社會本部），打破服務場域中的人劃分為「需要照顧者」與「照顧別人者」兩類的分野，而是視每個人為互相協助的「公民」，讓每個人都可以活用自身能力，以公共福祉服務為支援，共同創造「地域共生社會」，

企圖喚起個人在社區營造中的角色，並非全然依賴專業工作者或把責任推給他人。

厚生勞動省在實現地域共生社會方面，強調採取由下而上的推動模式，2017年2月推出以「強化解決地區問題能力」、「強化與地區整體聯繫」、「強化以地區為基礎的綜合支援」、「加強和最大限度地利利用專業人力資源」為主軸的各項改革措施。



來源:厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>

1. 強化解決地區問題能力

(1) 修訂社會福利法及介護保險法，以解決當前制度難以解決的問題，例如對存有複雜問題個人與家庭的支持、不同制度產生差距、能將地區居民相互支持與公共支持串聯的綜合社會福利制度等強化以社區基礎照顧服務體系。

(2) 成立「地域力強化検討会」，由日本福士大學校長顧問原田政樹擔任主席，就如何加強居民解決區域問題能力、建立制度、建設綜合諮詢支持體系等問題進行了討論，制定並公布相關調查報告。

2. 強化與地區整體聯繫

2017 年實施「地域づくりに資する事業の一体的な実施について」、「社会福祉施設等の職員が行う地域活動の推進について」，以同時振興當地經濟活動、改善參與者健康和支助自力更生的項目；並且發布使市町村與提供社會福祉相關法人或團體，更容易進行社區營造或建設工作行政措施；在 2018 年 6 月 28 日，也為加強進行兒童食堂相關機構間的合作，及加強營運安全管理，發布相關營運管理注意事項。

3. 強化以地區為基礎的綜合支援

為使高齡者和身心障礙兒童更容易在同一所接受服務，進行介護保險法部分修正，使在介護保險或身心障礙福利下指定的機構更容易被在其他系統獲得指定。此外，因地域共生服務對象涉及長期照顧、身心障礙服務及育兒等不同領域，現行制度下，三類服務對象各自有其人員配置及設備標準，為能整合提供服務，制定[提供因地制宜綜合福利服務指南](#)，使得現行制度能兼容各類服務人員配備及設置標準的規定。

4. 加強和最大限度地利用專業人力資源

為使專業人力資源進行最大利用，在保健、勞動與福利學專項中，刻正研議保健、醫療和福利共同基礎課程的理想形式；此外，針對具有具有福利專業人員相關國家資格者，部分免除保育員培訓課程和保育員考試科目，作為共同基礎課程完成規劃前的臨時措施。

從 2018 年起，擁有國家福利資格者（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士），在保育員考試中 9 個科目中的社會福利、兒童和家庭福利、社會護理得免試；介護福祉專門學校畢業生在指定保育員培訓設施進行學習，得免除 6 個必修科目(10 學分)之修習。

(四) 身心障礙就業支持性服務

日本身心障礙者福利服務中有四種與就業關係較為密切的服務型態，包含(1)就業移行支援事業、(2)就業繼續支援 A 型事業、(3)就業繼續支援 B 型事業、(4)就業定着支援事業(2018 年創設，功能類似穩定就業後支持服務)。這四類事業單位都有被規範配置一定比例工作人員，包括職業指導員

(類似職訓人員)、生活支援員、就業支援員、服務管理員(類似個管人員)、就業定着支援員(類似就業服務支持人員)。

在「就業繼續支援 A 型事業」身心障礙者是以簽訂勞動契約的勞工身分在該單位就業及進行職業技能訓練，薪資需符合當地最低基本工資水準¹；「就業繼續支援 B 型事業」與「就業移行支援事業」的身心障礙者則是以服務使用者身分在該單位從事生產活動及/或職前準備。因此，身心障礙者是採領取獎勵金，故不受限於最低基本工資規範、亦不需簽訂勞動契約；「就業定着支援事業」則是日本 2018 年公告的就業服務方案，提供成功進入職場達 6 個月的身障者職場適應支持服務，

Save 障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス(1)				
	就労移行支援事業 (過渡至就業支持方案)	就労継続支援 A 型事業 (持續就業支持方案A型)	就労継続支援 B 型事業 (持續就業支持方案B型)	就労定着支援事業 (穩定就業支持方案)
事業概要	對於被認為可能到一般企業就業的障礙者， 提供(1)從事生產活動或職場體驗的機會、就業必要的知識與能力等訓練，(2)求職活動的支援，(3)協助開發適性職場，(4)就業後職場穩定適應的諮詢。	對於被認為到一般企業就業有困難、但有可能基於勞動契約而就業的障礙者， 提供從事就業及生產活動的機會、提供就業必要的知識與能力等訓練。 ※需與個案簽訂勞動契約	對於被認為到一般企業就業有困難、且也難以基於勞動契約而就業的障礙者， 提供從事就業及生產活動的機會、提供就業必要的知識與能力等訓練。 ※不需與個案簽訂勞動契約	經過過渡至就業支持方案持續就業支持方案、生活照顧方案、自立訓練方案而成功被一般企業雇用，且前述方案內已提供達6個月的職場適應支持， 為協助其繼續就業，由雇主、障礙福利服務單位、醫療機關等協調提供其就業相關的日常或社會生活層面諮詢、指導及建議及其他必要支持。
服務期限	原則兩年，經市町村審查後最多可延長1年	不限	不限	3年
適用服務對象	期待到一般企業就業者。 (2018年4月起取消65歲年齡上限)	(1)已接受過渡至就業支持方案但未能於一般企業僱用者。 (2)特教學校畢業後展開就業活動但未能於一般企業僱用者。 (3)有就業經驗但目前沒有僱用關係者。 (2018年4月起取消65歲年齡上限)	(1)有就業經驗但年齡或體力難以被一般企業僱用者。 (2)50歲以上或領取1級障礙基礎年金者。 (3)除了(1)(2)之外，經過過渡至就業支持單位評估，充分掌握其就業面的問題者。	經過過渡至就業支持方案持續就業支持方案、生活照顧方案、自立訓練方案協助後已進入一般企業僱用達6個月者。

¹ 考量城鄉差距，日本規定各都道府縣可各自制訂當地適用的基本工資水準

四、參訪單位及內容

(一) 春日台センターセンター

1. 接待者：社會福祉法人愛川舜寿會常務理事 馬場拓也

2. 單位介紹：

- (1) 位於神奈川縣相川町の春日台センターセンター，由社會福祉法人愛川舜寿會經營團體家屋、小規模多機能服務、身心障礙兒童課後照顧、身心障礙就勞繼續支援 A 型及 B 型；春日台センターセンター左測為一處社區活動中心，後方為歇業的商店街。春日台センターセンター與商店街之間的大樟樹周圍空間，曾經是這個區域的中心，人口老化與外移後，大樟樹周邊的商店紛紛倒閉歇業，馬場先生回到自己自小成長的社區，凝聚社區居民對於這個曾是地區中心場域再次重生的想像，透過多次社區居民會議、交流、活動、講座與反覆對話，誕生了春日台センターセンター，提供高齡與身心障礙者服務外，透過洗衣、可麗餅等社區居民能共同交流的活動與記憶，將春日台中心再次成為社區居民交流互動的中心，也就是中心中的中心(センターセンター)
- (2) 春日台センターセンター目前有 70 名工作人員，其中 40 名為專業工作人員；在整體興建費用來源，中央補助地方政府約 1 億日圓，社會福祉法人愛川舜寿會自籌 1 億日圓，另有 3 億日圓為銀行貸款；最近一年收入約 4 億日圓，淨收入約 3 千萬日圓。

3. 服務項目：

(1) 小規模多機能服務

- 提供居家服務、日間照顧及夜間住宿服務；日間照顧服務規模 25 人，夜間住宿 8 床。
- 目前使用日間照顧服務長輩失能程度平均為「要介護²2.3~2.5」，失能及失智長輩均有；空間設計採開放式設計，夜間住宿 8 床並非以

² 日本介護保險將需要照顧等級分為「需支援」及「要介護」2 類，需支援共分 1、2 兩級，屬於失能前期，需要預防及延緩失能/失智等預防措施介入程度；要介護共分 5 級，屬於需要長期照顧服務者，數字越大表示失能/失智(即須依賴他人照顧)程度越高。

台灣所見有固定隔間圍起之寢室空間及放置照顧床，而是以沙發床或其他形式設置。

(2) 團體家屋

春日台センターセンター所設置的團體家屋，雖以服務失智長輩為主，但不限定只服務失智者；目前設有 2 單元，每一單元 8 人，服務規模上限為 16 人。

(3) 身心障礙者服務

- 「春日台 Dekobo 文化教室」提供 7-18 歲身心障礙兒童課後照顧服務，所需費用可由介護保險支應。
- 春日台センターセンター的洗衣文化研究所、春日可樂餅及便當販售，分別屬於提供身心障礙就勞繼續支援 A 型及 B 型服務。

(4) 社區交流空間

春日台センターセンター二樓設有一處社區居民共享空間，多空能用途可以做為兒童學習空間、舉辦各式講座或社區活動，打造一個社區居民可以相互交流的空間。

4. 服務特色：

- (1) 洗衣文化研究所設置社區居民可自助投幣使用的洗衣設備，形成社區居民進到春日台センターセンター最好的入口與交流活動空間。洗衣文化研究所除了自助洗衣設備外，也到社區中需要的長輩或身心障礙者家中收取衣物到中心，清洗過後再送還的服務；除服務個別家庭外，春日台也提供機構住戶洗衣服務，馬場先生特別提到這樣由身心障礙者提供的 B to B 及 B to C 的服務模式，在日本屬於少見。
- (2) 洗衣文化所旁就是春日可樂餅販售處，這也是社區居民的兒時回憶，吸引居民自然地接近春日台中心，洗衣文化所前的一整排的座位，高度適合長輩坐下與起身，提供社區居民足夠交流與休憩場所，並與身心障礙就業服務設施自然融合。
- (3) 小規模多機能服務中心前空間設有冰淇淋櫃，下午附近小學放學前，工作人員會將五顏六色的零食櫃設置在冰淇淋櫃旁，由在日間照顧服務的長輩經營下午限定雜貨店，學童放學經過春日台センターセンター，腳踏車與嬰兒推車停滿小規模多機能中心前專屬停車場，打破「照顧者」與「被照顧者」界線，是來日間照顧服務接受照顧的長輩，在

協助照看學童，又或是學童在參與照顧日間照顧長輩的活動，打破「照顧者」與「被照顧者」清楚界線，正是地域共生社區主要精神。

- (4) 最主要的長期照顧服務理念為「依照長輩想要的方式過生活」，參訪所見，無論是日間照顧或團體家屋長輩，想參與活動，就與工作人員一起準備午餐，或聚在一起聊天；也可以在角落打盹，或看著爐火發呆；但春日台センターセンター的工作人員是隨時關注者每個長輩，在角落邊，或不參與團體活動的長輩，仍馬上可敏銳觀察長輩情緒變化，適時上前關心。
- (5) 春日台センターセンター稱為春日台「中心中的中心」，從圖 1-2 可清楚看見，春日台センターセンター位處社區里相對中心位置，小規模多機能服務中心與團體家屋中間，空出廊道空間(黃色標線)，加上原本商店街的動線(綠色標線)，形成一個十字型的動線，使得四周社區居民無論是從春日台センターセンター的任何一方外圍，都可以容易進入照顧場域，是社區與照顧設施共融的社會設計典範。

圖 1-1、春日台センターセンター地域共生相關公、私協力單位



圖 1-2、春日台センターセンター動線設計通往社區四方，使社區居民容易進入



圖 1-3、參訪春日台センターセンター



日文有「鐵門街」一詞，象徵商店街 80 年代因購物中心興起、人口外移，大量倒閉後市街空洞化的社會現象



鐵門街對面超市，重建為春日台センターセンター，圖為洗衣文化研究所



小規模多機能外走廊巧遇長輩到來，照顧服務員請我們搭起橋樑，歡迎長輩



洗衣文化研究所內，可供自助洗衣空間



販售可樂餅的外帶料理亭



可樂餅旁的休憩座位

圖 1-4、參訪春日台センターセンター

	
<p>日間照顧工作人員在一旁觀察長輩情形</p>	<p>團體家屋內打盹的長輩</p>
	
<p>身心障礙者製作的可樂餅便當</p>	<p>日間照顧服務交通車</p>
	
<p>二樓供社區居民交流空間</p>	<p>等待午後放學孩子來光顧的零食攤</p>

(二) 葵照護 Aoi Care

1. 接待者：株式会社³あおいけあ 加藤忠相 公司代表人/法人代表
2. 單位介紹：

株式会社あおいけあ「葵照護 Aoi Care」是日本 2001 年 3 月 1 日開設的知名社區式照顧服務模式。創辦人加藤忠相致力於打造能讓失能、失智長者自立支援的社區照顧模式。在不上鎖、沒有圍牆和時間表的機構中，失智長者也能保有生活的樂趣與尊嚴。葵照護所打造的創新照護模式不僅在 2012 年獲得「第一屆神奈川福祉服務大賞」，且被改編為電影「照護人，有你真好」，深獲好評。

本次參訪，除原有一處團體家屋、三處小規模多機能服務設施外，加藤忠相先生在前述四處社區照顧設施距離 10 分鐘路程，設有一處老人公寓，老人公寓採青銀共居方式，一樓設有在宅醫療診所、居家護理所、自助洗衣坊及照顧咖啡館。



³ 株式會社（株式会社／かぶしきがいしゃ *kabushikigaisha*），是日本商法定義下一種商業公司（會社）類型，其立法為參酌德國法例，引進其股份有限公司型態，譯為「株式會社」

3. 服務項目：

(1) 團體家屋

- 與大型住宿型服務長照機構設施不同，2000 年介護保險開始實施，加藤先生以此為契機開設團體家屋，一開始每個單元只允許 6 位長者入住，後續擴充至可容納 9 位，每月費用約 18 萬日圓；日本介護保險屬以多元保險人性質，保險給付入住機構費用是以當地「住民票」為限，也就是設有戶籍者。葵照護的團體家屋服務模式獲得許多長輩認同，有許多長者特地遷戶籍至當地等待入住團體家屋，目前待排入住長者約 30 人。
- 葵照護團體家屋的寢室皆為一人一室，與國內團體家屋最大不同，葵照顧的團體家屋提供空的房間，長輩所需要的床、桌椅、櫃子、寢具等等都需要由家中自行帶來，若長輩有寵物也不會禁止飼養，落實讓長輩如同在家一般自在生活的照顧理念。

(2) 小規模多機能

葵照護 20 多年前設立是以一所團體家屋與一所日照中心為起點，機構外觀與社區住家無異，之後在加藤忠相先生家旁新增設立兩所小規模多機能，並將原有日間照顧中心改為小規模多機能服務。葵照護強調不在機構與社區間設立圍牆，與周遭社區完全沒有界限，因此社區中任何人，包括孩童，都可以利用機構的公共空間，包括階梯、陽台、走道、書法教室都提供社區居民利用，目前學習書法小朋友約有 130 位。下課時間家長接送情況非常熱鬧。

(3) 老人公寓、在宅醫療診所、居護所、洗衣坊及照顧咖啡館

- 加藤忠相先生在四處社區照顧設施 10 分鐘路程距離，新設一處六戶的老人公寓，其中提供青壯年可採青銀共居方式，提供回饋共同居住在老人公寓中的長輩相關的服務，可以優惠價格入住公寓。
- 老人公寓一樓左側設有為在宅醫療診所及居護所，右側為照顧咖啡館及洗衣坊，在宅醫療診所就近提供葵照顧入住長輩醫療照護，照顧咖啡館由專業販售咖啡業者進駐，加藤先生以低於市價行情的租金給予業者使用，條件是咖啡館需定期辦理或提供社區居民、老人公寓長輩相關交流活動。

4. 服務特色

- (1) 加藤忠相先生的葵照護模式，主張最好的照顧「不是」無微不至的照顧，而是每個長者進入葵照護時，照顧服務人員都會根據長者的個性、人生經歷及在家的生活環境等，擬定個人化的照顧計畫。表面上看起來，這樣的照顧方式耗時費力。但加藤忠相先生認為，了解長輩的生命歷程與生活習慣，是找到長者「開關」的方式，也就是掌握照顧這個人的要領，之後的照顧工作不僅會變輕鬆，甚至可以讓長者反過來幫助工作人員。
- (2) 在葵照護生活的失智長輩從外表看不出來是失智症者，因為長者從外觀上，看起來生活行動輕鬆自如，自己可以做飯、洗澡、購物，有時甚至會讓人誤以為是在此工作的老人家；失智長者雖然會忘記周遭或近期的人、事、物，但是對於這一生一直在從事的工作或是專長的技藝，已經是屬於身體記憶，並不會輕易地忘記。因此，在葵照護的長者們，專業人員會依照每個人的才能及興趣，給予適當的任務，幫忙機構裡的生活瑣事，也讓長輩有機會活化身體機能。
- (3) 葵照護在社區新設的老人公寓，創造不同世代交流互動的空間，綜合設置 6 戶老人公寓、居家護理所、在宅醫療診所、自助洗衣坊及咖啡館，讓老人公寓一樓的場域透過自助洗衣坊及咖啡館吸引居民及年輕人能接近，使得居住老人公寓的長者與社區居民自然融入、交流。

圖 2-1、參訪株式会社あおいけあ鄰近老人公寓



圖 2-2、參訪株式会社あおいけあ團體家屋



慷慨讓參訪團拍攝的奶奶，家具、椅子及收納箱都是從家中搬進團屋裡



照服員要求長輩幫忙按摩，形成被照顧者照顧工作人員有趣現象，實則為鼓勵長者多活動



記錄每位長者的生日



準備給新入住長者寢室為空屋，家具等相關用品由長輩自行準備



團體家屋客廳



團體家屋餐廳

圖 2-3、參訪株式会社あおいけあ小規模多機能、照顧咖啡館



小規模多機能的奶奶熱情與參訪團話家常



與社區一般住宅相同外觀的小規模多機能服務中心，拾級而上是社區學童書法教室



加藤先生在說明老人公寓提供服務



小規模多機能服務長輩美麗的作品



參訪團與加藤先生合影



衛福部李麗芬次長致贈禮物

(三) 厚生勞働省

1. 接待者：眾議院哇元将吾議員(厚生勞働大臣政務官)、厚生勞働省官員

2. 單位介紹：

厚生勞働省(簡稱厚勞省)是日本中央省廳之一，相當於他國福利部、衛生部及勞動部的綜合體。省名中的「厚生」出自中國古代《書經·虞書·大禹謨》篇大禹所說的「正德、利用、厚生、惟和」，意謂「厚民之生」，意即使人民生計溫厚，衣食豐足。2001年1月中央省廳再編，把厚生省與勞動省合併為厚生勞働省。主掌健康、醫療、兒童、育兒、福祉、長期照顧、雇用、勞動、年金等政策領域，主要幹部為厚生勞働大臣、厚生勞働副大臣(2人)、厚生勞働大臣政務官(2人)、厚生勞働大臣補佐官(1人、非必要)、厚生勞働事務次官、醫務技監、厚生勞働審議官、厚生勞働大臣秘書官。

3. 交流重點：

(1) 國立長壽醫療研究中心 (National Center for Geriatrics and Gerontology, NCGG)

- 中心沿革

長壽醫療中心目前主要有兩個主要單位 - 研究所與醫院 - 所組成 其中醫院創建於平成 16 年 3 月 1 日，位於日本愛知縣大府市，屬於醫院結合研究單位，目前醫院職員人數為 656 人，病床數 383 床 (開放床位 301 床)。

- 設置目的

由於日本國內高齡人口增加，長壽議題受矚目，長壽中心研究所於 1995 年正式成立，於 1999 年長壽議題更顯重要，如何因應長壽醫療已成為國家高齡政策的重要目標，因此該中心被定義成為國立專門研究中心，於 2010 年行政改革命名為國立研究開發法人，並賦予研究開發的責任 (法人化，國家授權民間)。理事長由厚勞省部長直接任命，中長期目標由厚生勞働省來設定，計畫則由研究中心來做執行規劃，在厚生勞働省的認可下實施。

- 預算以及與厚勞省之關係

厚勞省每年都會召開審議會評鑑研究中心當年度之研究執行結果，預算是針對研究的部分 (2023 年預算為 29 億日圓)。醫院預算由保健制

度的經費支付，此部分類似台灣現況，至於研究人員自行發起之研究計畫，相關費用由研究人員自行申請募集。

(2) 介護保險制度

● 概況

日本於 2000 年開辦介護保險，被保險人分為第一類（年齡大於 65 歲）及第二類（40 至 64 歲，已加入醫療保險者）兩大類，兩類被保險人均須負擔保險費用。第一類被保險人保險費用，由市、町、村（相當於我國的鄉鎮）負責收取，是由 65 歲以上國民的國民年金中扣繳；第二類被保險人保險費（40-64 歲者）則是被保險人與雇主各負擔一半，根據被保險人以已加入的醫療保險計算保費，並且與醫療保險費用一起繳納，由於職業薪資不同，每人繳納金額不同。目前全日本人口為一億兩千萬，第一類被保險人共 3,579 萬人，第二類共 4,190 萬人。

第一類被保險人給付資格，須符合「需要介護」（如臥床、失智）或「需支援」（日常生活需要照顧）兩種狀態，目前給付人口數為 669 萬人，佔總投保人口的 18.7%。第二類被保險人給付較為嚴苛，必須符合老化相關疾病所引起的被照顧需求，因此目前給付 13 萬人，佔投保人口的 0.3%。

● 申請程序

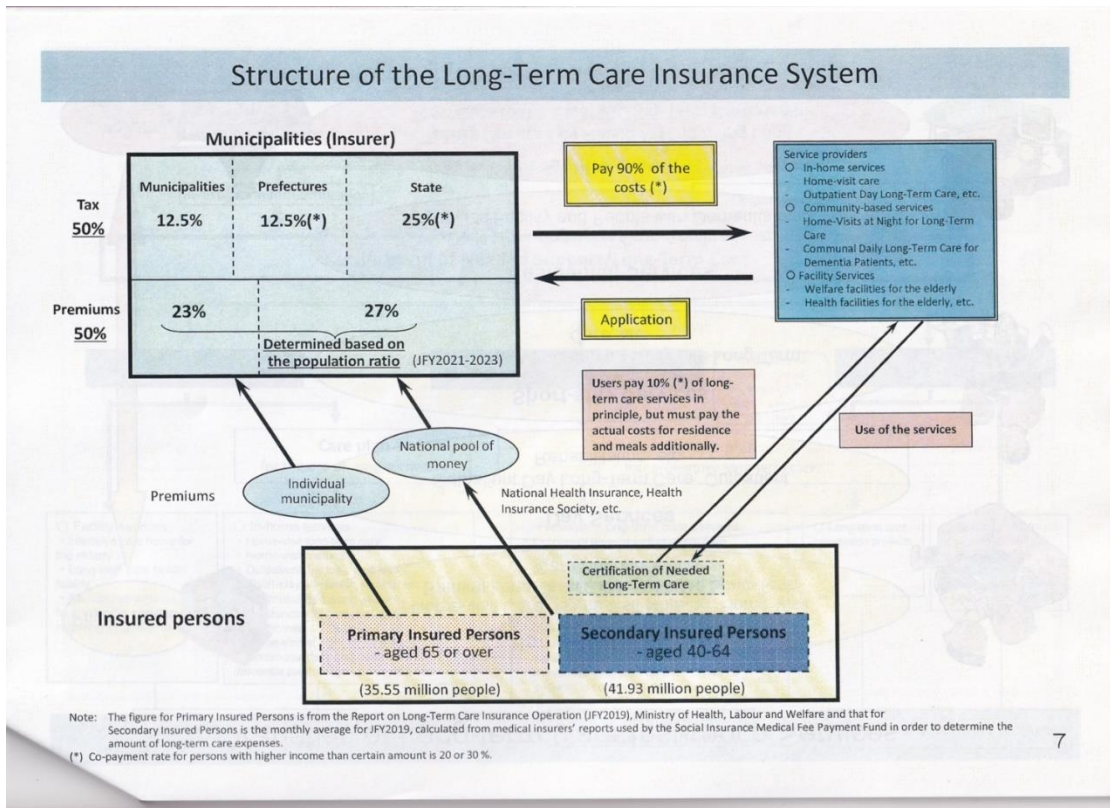
欲使用介護保險者先至各市、町、村的諮詢窗口提出申請，經過訪查與醫師診斷後，綜合審查評比個案的服務需求程度，分為 1-5 級的「要介護」、1-2 級的「需支援」。個案管理師會按照服務對象需求等級及需求，訂定不同照顧計畫。

● 介護保險經費運作

介護保險的經費運作，可以分三個角色來說明：被保險人（服務使用者、接受服務者）、投保人（市、町、村）、業者（服務提供者）。被保險人需繳納保費以提供財源，第一類被保險人透過扣繳年金的方式繳納，第二類被保險人除醫療保險外，需再繳納介護保險費。當業者提供服務時，會向使用者收取 10% 的部分負擔，其餘 90% 向市、町、村申請給付。

支撐介護保險的經費來源，除了被保險人繳納的保險費之外，還有國家的稅收，各佔 50%。自 2000 年介護保險實施以來，給付費用逐年成

長。第一類被保險人（65 歲以上）的每月平均保費，也以三年為週期做檢討，並逐漸調漲。



● 未來政策走向

因應老年人口逐年增加，尤其是 75 歲以上老人人口，可預期將來介護保險的支出負擔也會越來越沈重，但是年輕勞動人口卻是持續減少（藍色）。所以在每三年的檢討週期中，會依照三個方面討論保險費的調整：(1)是否能確實提供所需的服務，包括業者是否善盡共生社區概念的實施，(2)確保照顧人才的培育，以及將 ICT 技術運用到照顧場域，(3)努力確保保險財源無虞。

(3) 共生社區

共生社區，又名「地域共生社會」或「在地共生社會」，被日本厚生勞動省定義為「由當地居民和不同的社區參與者組成的和諧社會，共同創造每個居民和社區的生活和動機」，旨在建立讓每個人都能發揮角色任務的共存社會，社會主要包含個人生活和社會經濟活動，透過尊重多元和關懷關係來達成人與人之間的和諧，居民提供勞動力以有效利用地域資源，

社會經濟活動創造就業和社會參與的機會，民間企業加入生活支持，而積極的社會參與則有助於建立有安全感的個人生活。

為擴大社區互助互動的範圍，共生社區不僅止於打造無障礙空間，也要從社會心理層次著手，實踐方向包括(1)建置多世代共生條件、(2)打破機構建築和日常生活的隔閡、(3)擴大公共服務範圍，不只延伸互助的廣度，也讓社區居民享有更大的公共區域，例如共用的廚房和洗衣設備，創造高齡者與社區居民自然相遇、交流互動以及互助共生的環境。中央政府制定制度後，給予補助金並賦予地方政府權責，目前有 189 個地方自治體在執行，未來也希望能擴充，有更多的基層行政機關可以加入。

4. 提問與回答：

(1) 介護科學推動現況? 日本介護保險三年一次檢討，請問今後檢討方向為何?

【日方回復說明】

目前機構有需多運用 ICT 技術及智慧科技輔具照顧，在介護保險檢討方面，尚未有具體規劃。

(2) 台灣目前正在建置高齡醫學暨健康福祉中心，今日所介紹的日本長壽研究中心任務以研究及醫療服務為主，想進一步了解長壽研究中心所進行相關研究，對於厚生勞動省制定政策前或是正在推動的政策，關聯為何? 或是長壽研究中心在日本衛生福利政策推動所扮演角色為何?

【日方回復說明】

長壽研究中心的經費來源，除了政府會有編列預算補助外，還有很大一部分，是由研究中心以提出研究計畫的方式來獲取經費，因此，政府部門有需要，也可以提供經費委請研究中心做研究；如果是與政府部門合作的計畫，相關結果會做為推動參考。

(3) 在台灣的長照給付及支付制度，係採長照需要等級越高，給付額度越多的設計；然有民間提出，如若長照服務介入後，使得長輩需支援程度減輕，業者能申報費用反而減少，不具鼓勵服務提供者在提升被照顧者自我能力恢復誘因，請教日方在制度設計上，有哪些鼓勵業者協助介護對象減輕長照需要等級措施?

【日方回復說明】

確實在日本介護保險的設計，是失能等級越高，給付金額越高，沒有聽到日本的業者提過，如果積極給予復能訓練，降低失能等級後應該給予獎勵的訴求，但目前介護保險則是有留任照顧服務人力相關措施與給付加算的獎勵。

- (4)日本介護保險採多元保險人方式，也就是多仰賴都道府縣(地方)政府執行，請問對於配合程度低或消極不作為的地方政府，厚生勞動省有甚麼樣的輔導措施或鼓勵機制?

【日方回復說明】

由於介護保險費用是由地方政府收取，以中央的經驗來說，地方政府都非常配合，確實在推動初期有遇到地方政府不願意配合的狀況，但也是早期的情形，目前沒有。

- (5)醫療與介護保險所提供的給付，會否有難以區分其屬性，或可能有其重疊性問題，日方是怎麼區別及處理?

【日方回復說明】

日方表示日本介護保險與醫療保險都已經實施很多年，如何區分很清楚，大致上來說，長期照顧服務是解決生活上的需求，醫療則是另是解決疾病問題，基本上沒有區別上的困難。

- (6)針對被保險人 2 的 40-64 歲國民，因保費需要由自己支付，如遇有欠費部分如何因應? 會否持續提供服務?針對經濟弱勢(如低收入家庭)有無特殊協助措施?

【日方回復說明】

基本上，保險的精神就是要有繳納保費才有服務，如果沒有繳納保費就無法提供服務；介護保險目前除了針對經濟弱勢的低收入戶，或因為生活困苦有一些減免措施外，凡介護保險被保險人都需要繳納保費。介護保險第一類被保險人為 65 歲以上老人，費用是直接由年金扣除；第二類被保險人為 40~64 歲國民，是隨以加入醫療保險收費，較可能欠繳，使用者付費機制仍是必須遵循

(四) 醫療法人社團 悠翔會

1. 接待者：醫療法人社團悠翔會 佐佐木淳 理事長暨診療部長

2. 單位介紹：

悠翔會為 2006 年設置在宅醫療所，提供醫師訪問和往診的服務，未設置長照機構，目前在東京都有 8 服務據點、埼玉縣 3 處、神奈川縣 3 處、千葉縣 4 處、愛知縣 1 處、鹿兒島縣 1 處、沖繩縣 1 處，共 23 處，提供精神科醫生和皮膚科醫生等科別在宅醫療，提供在宅牙科治療、口腔衛生指導、管理、營養指導及護理指導等相關服務，以滿足所有居家醫療需求。

3. 在宅醫療服務對象：

根據悠翔會官網所示，該會在宅醫療對象為因身體狀況等原因無法自行前往醫院就診，且需要持續醫師診療者，且未有年齡、疾病類別或嚴重程度限制，以下列類型為主

- (1) 失智症或臥床者。
- (2) 因癌症等疾病需要在家接受長期治療者。
- (3) 患有帕金森症。
- (4) 需要在家使用醫療設備者。
- (5) 居家安寧者。

4. 交流重點：

- (1) 悠翔會中，每位患者都有一名主治醫師，基於與患者家人的信任關係，提供持續和有計畫的醫療服務，悠翔會主治醫師提供一般初級保健，在超出主治醫師能力的情況下，整個團隊充當助理主治醫師。支持主治醫師的醫療救治。醫生們不斷磨練他們的醫術，悠翔會作為一個企業，繼續努力提高整個團隊的醫療服務反應能力。於 2021 年開設多個新的醫療中心，並加強現有中心的功能。於 2020 年相比，2021 年增加 10 名新醫生，大大提高了悠翔會的臨床能力。總醫師數 96 人，43 位全職醫師，53 位兼職醫師；其中夜間、假日值班醫師 21 人。
- (2) 悠翔會服務超過 6,000 名病患，需要更有效率的工作才能負荷更多病患，悠翔會自行獨自開發 HOMIS 的電子病歷系統，減輕醫師臨床工作之外的負擔。不只悠翔會，其他使用 HOMIS 系統的診所，在宅個案總數超過 6,000 人。佐佐木理事長認為從事在宅支援的關鍵，是夜間臨終照護需有

醫師人力可供支援或調度，悠翔會所屬醫師及相關專業人員，樂意支援夜間值班，每天晚上有兩家診所，2 位醫師（及小組）同時值班，可應對超過 6,000 位個案。

- (3) 佐佐木理事長提及循證醫學(EBM, Evidence Based Medicine)與敘事醫學(NBM, Narrative Based Medicine)。EBM 是指綜合判斷“科學證據（evidence）”、“專家（醫生）的經驗和知識”、“患者的價值觀”三要素來確定治療方針，實現以患者為中心的醫療。在世界範圍內作為一個概念傳統的醫療服務主要依靠“專家（醫生）的醫學知識和經驗”，但在強調流行病學研究和經過驗證的“科學證據”之後，其理念是為患者提供最好的醫療服務。而 NBM 是指“medicine based on narratives and dialogues”，通過患者講述的“故事”，醫生不僅可以了解患者的病情，還可以了解患者的個人背景和人際關係。精神的、心理的和社會的）。基於“科學證據”不一定是適用於所有患者的唯一方法的前提，在決定治療策略時試圖尊重患者的主觀主張。根據患者不同情況，用 EBM 或 NBM 理念調整治療計畫。
- (4) 我方詢問在日本介護保險失能等級判定前，均需由主治醫師開立主治意見書，台灣長照 2.0 亦有設計居家醫師開立醫師意見書，佐佐木理事長分享目前日本介護保險醫師意見書格式(如附錄 2)，意見書當中會提醒需要照顧事項及建議照顧措施，在花費填寫時間方面，初次撰寫約十幾分鐘，熟悉後，目前每份約耗時 5 分鐘，申報費用為 5,000 日圓。

(五) 社會福祉法人 福祉樂團

1. 接待者：社會福祉法人福祉樂團 飯田大輔 理事長

2. 單位介紹：

社會福祉法人福祉樂團於 2001 年成立時名稱為社會福祉法人豐和會，2005 年改名為福祉樂團，寓意為表達對未來實踐各種具創造性福利服務的決心。樂團是指是管弦樂隊，因為在管弦樂隊中，需要有各種樂器的演奏者，且各種樂器都有其需發揮的作用，這表達了法人對於兒童、身心障礙者、老人、社區居民及機構工作人員都能作為個體受到尊重，但也能享受共同演奏時的自然與和諧。

社會福祉法人福祉樂團目前設有 8 處社會福利、長期照顧或身心障礙支持性就業設施，包含千葉縣 6 處、埼玉縣 2 處，服務項目包含特別養護老人福利設施(住宿型長照機構)、失智症照顧、居家服務、日間照顧、兒童課後照顧、脫貧服務(生活窮困者自立相談支援事業)、特定對象職業訓練、身心障礙就勞繼續支援 A 型、B 型事業等，服務對象涉及長期照顧需要者、身心障礙者、經濟弱勢需扶助者及兒童等，2022 年總體收入為 30.84 億日圓，支出為 30.43 億日圓，收益約為 4,000 萬日圓。

杜の家くりもと



所在地：〒287-0102
千葉県香取市若部869番60
TEL：0478-70-5665
FAX：0478-70-5666

実施事業：特別養護老人ホーム/ショートステイ/認知症グループホーム/デイサービス/訪問介護・居宅介護/居宅介護支援・相談支援/配食サービス/福祉有償運送/学習支援事業/企業主導型保育事業
開設日：2003年3月1日

杜の家やしお



所在地：〒340-0802
埼玉県八潮市鶴ヶ巻根567番1
TEL：048-999-7657
FAX：048-999-7668

実施事業：特別養護老人ホーム/ショートステイ/訪問介護・居宅介護/居宅介護支援・相談支援/配食サービス/学習支援事業/企業主導型保育事業
開設日：2008年4月1日

杜の家なりた



所在地：〒286-0005
千葉県成田市下方686番1
TEL：0476-20-7575
FAX：0476-20-7878

実施事業：特別養護老人ホーム/共生型ショートステイ/デイサービス/訪問介護・居宅介護/居宅介護支援・相談支援/児童デイサービス/就労継続支援B型/企業主導型保育事業
開設日：2016年4月1日

地域ケアよしかわ



所在地：〒342-0054
埼玉県吉川市吉川団地1街区7号棟107
TEL：048-984-2332
FAX：048-984-2333

実施事業：訪問介護・居宅介護/居宅介護支援・相談支援/みんなの食堂
開設日：2014年4月1日

地域ケアそうか



所在地：〒340-0802
埼玉県八潮市鶴ヶ巻根567番1
(仮設事務所)
TEL：070-2243-1616

実施事業：重層的支援体制整備事業における参加支援事業及び地域づくり事業
開設日：2022年10月12日

香取CCC



所在地：〒287-0002
千葉県香取市北3丁目2番地13
TEL：0478-50-1919
FAX：0478-50-1414

実施事業：千葉県中核地域生活支援センター事業/千葉県生活困窮者自立相談支援事業/学習支援事業
開設日：2017年4月1日

栗源協働支援センター



所在地：〒287-0105
千葉県香取市沢2459番1
TEL：0478-70-5234
FAX：0478-70-5235

実施事業：就労継続支援A型/相談支援/生活困窮者認定就労訓練
開設日：2012年9月1日

栗源第一薪炭供給所



所在地：〒287-0105
千葉県香取市沢2452番1
TEL：0478-70-5234
FAX：0478-70-5235

実施事業：就労継続支援B型
開設日：2018年3月1日

コーポレート統括部



所在地：〒261-7112
千葉県千葉市美浜区中洲二丁目6番地1
WBGマリアビースト12階
TEL：043-307-2828
FAX：043-307-4848

3. 參訪機構：杜之家老人特別養護之家(2016年6月1日設立)

4. 服務項目：

- (1) 住宿型長期照顧服務(可提供抽痰護理技術服務)
- (2) 短期及臨時住宿
- (3) 日間照顧
- (4) 居家服務
- (5) 居家護理
- (6) 照顧諮詢
- (7) 兒童課後照顧
- (8) 身心障礙持續就業支持 B 型
- (9) 企業托育服務

5. 服務特色：

- (1) 介護保險可使用住宿型長期照顧服務對象，原則上以 65 歲以上要介護 3 級以上為主，倘有特殊情形，例如老人保護需安置案件，亦收有要介護 1、2 級者。
- (2) 機構目前有 120 位工作人員，其中 10 位外國籍（包含印尼、菲律賓、級俄羅斯），平均每年會有 20 位新進人員，需實地見習約半年時間才能獨當一面。杜之家注重專業人員培訓，入職後須再次就（1）商務禮儀、（2）長照基本知識、（3）感控無菌操作和（4）身體結構生理學進行再訓練。對於員工的訓練重視，本、外籍並無區分，針對外籍照顧服務員但會盡量用淺顯易懂的方式做教導；此外，工作人員全部配有公司發展的專用應用軟體的手機，透過手機紀錄、聯繫、處理問題，與住民家屬間也有專用聯繫軟體，讓個案服務及管理、溝通更有效率。
- (3) 杜之家無設置圍牆，亦無設置電子圍籬，飯田理事長表示，杜之家的理念是不約束，長輩可自由在機構內走動，因為配置足夠工作人力提供照顧，2006 年開幕至今，僅有 1 位長輩走失，花 12 小時尋回。
- (4) 杜之家共有 4 棟建築體，相關空間配置包含工作人員辦公室（含日間照顧、在宅醫療診所及中央廚房員工）、保育所棟、機能訓練棟；另有一棟三層樓養護棟，養護棟採對稱設計，每個區劃可收住 10 床，中間以工作站連接，區劃內有寢室、客廳、餐廳、廚房、和室及工作人員放鬆休息室，長輩寢室門牌均為獨立門號，親朋好友直接按房間門號可郵寄書

信及物品，每層樓共 40 間個別寢室，三層樓共可容納 120 位長輩，每層樓及每個房間採光及透風均佳，居住環境舒適，空間設計充滿個別化巧思。

- (5) 在污物及醫療廢棄物處理設計上，杜之家污物處理空間為單獨於住民生活空間之外，並有專門運送污物電梯，即便在污物處理空間，亦無聞到任何異味。

圖 3-1、杜之家老人特別養護之家環境與設施

	
<p>全棟連結戶外設施</p>	<p>天井設計使每一個房間都有自然採光</p>
	
<p>工作人員辦公空間中央設置一處中島</p>	<p>機構設置廚房，投資購入需多專業設備可兼具美味及縮短料理時間</p>

圖 3-2、杜之家老人特別養護之家養護棟內照顧區環境與設施

	
<p>以工作站連接兩區照顧區</p>	<p>照顧區內廚房與餐廳</p>
	
<p>每一照顧區都設置廚房</p>	<p>起居室一隅設有和室空間</p>
	
<p>寢室為一人一室，寢具為長輩自行購入</p>	<p>無障礙浴室</p>

圖 3-2、杜之家老人特別養護之家養護棟內照顧區環境與設施

	
<p>從外側拍攝工作人員辦公區</p>	<p>從機構內向外望，與外界環境景色連接</p>
	
<p>機構監視設備</p>	<p>照顧區設置洗手設備</p>
	
<p>企業托兒設施</p>	<p>工作人員專屬休憩、放鬆空間</p>

(六) 株式會社恋する豚研究所、栗源第一薪炭供給所

1. 接待者：株式會社恋する豚研究所 飯田大輔 公司代表人/法人代表

2. 單位介紹：

(1) 恋する豚研究所

飯田大輔理事長同時也是株式會社恋する豚研究所公司法人代表，飯田先生的祖父，即為千葉縣養豬戶，恋する豚研究所養殖約 8,000 頭豬隻，並有屬於自己的屠宰場，屬於具規模的大型養殖事業；恋する豚研究所同時身心障礙者持續支持就業 B 型服務設施，其工作人員中約有一半為持有身心障礙手冊者。

恋する豚研究所的工作人員將相關工作流程加以拆解，從準備器具到每一個工序一一拍成照片，做成操作手冊，以協助身心障礙者作業順利；飯田理事長表示，拆解工作流程不僅對於支持身心障礙者職場就業有幫助，對於一般員工工作效率及品質提升，也十分有助益。

恋する豚研究所一樓為豬肉處理的作業工廠，二樓為販售涮涮鍋餐廳、小農市集、恋する豚研究所相關豬肉生鮮與加工食品販售，恋する豚研究所生產豬肉亦在東京都內各大百貨公司均有販售。

(2) 栗源第一薪炭供給所

栗源第一薪炭供給所屬於身心障礙者持續支持就業 B 型服務設施，飯田西先生依照每個不同工作者，給予不同顏色帽子區分工作內容與工作者，橘色帽子為身心障礙者，白色帽子為一般工作者。當地因人口老化及外移，多數擁有林地及農地地主年事已高，多無力維護或耕種，因此，供給所木材來源為鄰近林園地主無償出借。

與恋する豚研究所相同，因有提供身心障礙者支持性就業，栗源第一薪炭供給所的相關工作程序也都加以簡化、逐步拆解，例如秤量番薯大小磅秤，磅秤上並無數字刻度，而是以色塊區分大、中、小，以使身心障礙工作者更容易辨識。

栗源第一薪炭供給所主要生產為木炭、木製兒童固齒氣(附近區公所定期訂購，送給轄內新生兒家庭)及提供附近露營區柴火，其中木製兒童固齒器為身心障礙者手工製作，杉木做成甜甜圈造型，十分圓滑精緻。

此外，燒製成炭的過程中，會產生大量的熱能，栗源第一薪炭供給所設置柴燒爐，一方面製炭，一方面供給整個園區所需的熱水，木柴燃

燒過後的灰燼，又能撒入田地作為肥料，是完全利用、無任何廢棄物，
人與自然環境永續共存的生活方式

圖 4-1、恋する豚研究所現場環境

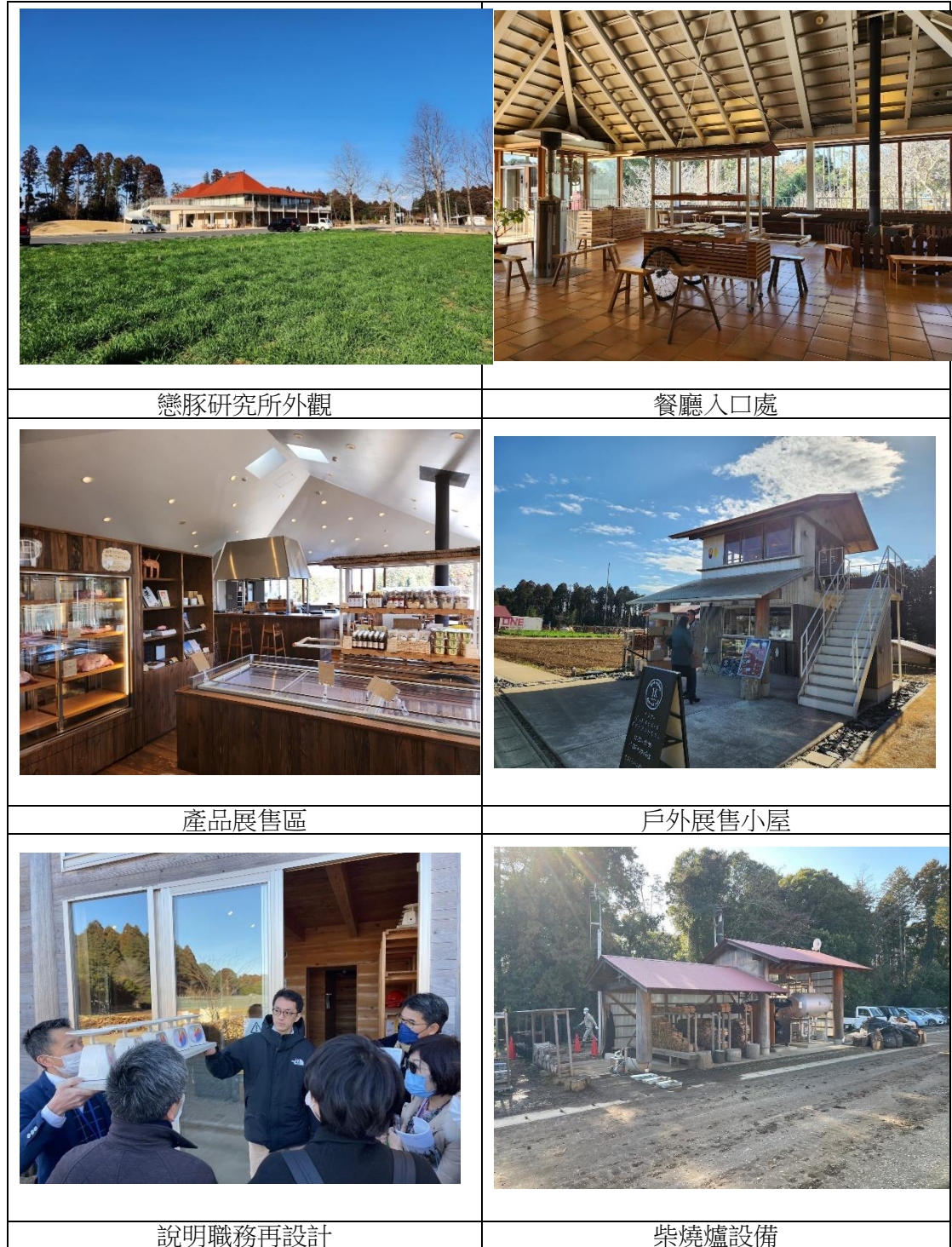


圖 4-2、參訪栗源第一薪炭供給所

	
<p>栗源第一薪炭供給所</p>	<p>已整理好木柴，準備銷售至附近營區</p>
	
<p>身心障礙者手工製作固齒器</p>	<p>員工熬製番薯泥</p>
	
<p>木製器材作業工廠</p>	<p>木材集中放置區</p>

參、心得與建議

日本自 2000 年實施介護保險以來，長期照顧制度無論在給付及支付、服務流程、各類服務資源發展，以及在長期照顧與醫療服務的分工與合作等機制可以說是相當成熟和完善；不僅是長期照顧制度，面對少子女化、勞動力下降、經濟衰退等社會問題，日本政府改變以往政策由上而下的規劃與實施方式，改為由下而上推出共生社區(地域共生)，以地方政府為主導，融合地方發展、社區照顧、育兒與身心障礙服務等需求，中央政府則進行法規調適，讓服務提供者如要提供不同服務對象服務，需符合各類對象人員規範與服務標準，可以共通性準則，共融設置及提供。

台灣很早就開始重視高齡化社會發展趨勢，早在 2003 年就開始推動照顧服務福利及產業發展方案，後於自 2008 年推動我國長期照顧十年計畫(一般稱長照 1.0)，2016 年實施長照 2.0，包括推動長期照顧給付及支付新制、提升照顧服務員薪資待遇、積極布建社區式照顧服務資源，如一國中學區一日照、小規模多機能服務與團體家屋納入正式法定服務項目等；在 2017 年 6 月 3 日實施長期照顧服務法後，借鏡日本，讓個人及營利事業參與其中，可設置及提供居家與社區式長期照顧服務機構。

然而，日本和台灣的在社會價值與法規政策制度也存在基本差異，例如，日本國民偏好入住住宿型長照機構，因此，日本各類住宿型機構等待入住者多數大排長龍，與台灣普遍對於入住機構，長輩多有子女不孝、被遺棄等刻板印象，而不願入住；在法規架構下，以長照設施設置標準無障礙規範為例，參訪過程與業者交換經驗，日本在中央層級係提供資購設置大方向及設計概念規範，並無細部規定(例如扶手需幾公分、門淨寬需多少)，若有需要規範，則屬地方自治範疇，可由地方政府及該地社福審議委員會決定是否規範。

本次赴日參訪，對於日本社區式照顧、地域共生及相關整合式服務模式有更深入的學習，借鑒日本經驗，提出以下建議：

一、長照機構社區融合策略

日本各類型長照機構都不再有圍牆，透過建築設計，讓機構樣貌融入社區、機構活動進行，從外部即可穿透；機構也保留一定空間供社區民眾使用，如何不著痕跡的吸引社區學童、家長參與機構活動、使用機構空間，讓尊重、理解、包容從生活中自然內化產生，進而談社區融合就較為

容易；台灣目前社區民眾仍然存有長照機構為嫌惡設施的概念，學習日本漸進融合作法應是當務之急。

二、機構長照人力議題

日本長照機構人力可採先僱後訓，與台灣長照機構須聘僱長照人員才能認列人力有極大的差異。如要比照日本模式，則需要修法才能做到。

三、個別化照顧計畫理解與實踐

日本在小規模多機能服務設置標準中，明確要求對於服務對象應有個別化照顧計畫，因此，在本次參訪的小規模多機能服務之日間照顧，沒看到台灣常見的照顧服務員團體帶操服務方式，工作人員可能在餐桌區，或在客廳沙發區與長輩圍坐一起，依長輩興趣玩益智桌遊、聊天，或邀請長輩一起協助工作人員準備午餐食材，不想參與的長輩，則可以依其意願在角落獨處，長輩看起來十分自在。

在一對多的社區式照顧模式中，非指長輩在日間照顧中只能按表操課，仍須依其個別差異擬定照顧計畫，也就是日本機構業者強調「依照長輩的興趣在過生活」。反思台灣設置的日間照顧服務中心，已有業者認同這樣的服務理念，也已經在實踐，但相較於團班排滿課活動方式，會讓多數子女感覺在長輩到日間照顧中才有滿滿收穫的感受，對於這次參訪所看到的社區式服務內的個別化計畫推動方式(或許家屬會有較無結構疑慮)，可思考如何推廣照顧理念，以使更多業者與家屬認同，提供長輩個別化需求的照顧計畫。

四、地域共生社會

在走訪幾處社區整合照顧模式中，不難看出日本民間與官方，對於地域共生社會的政策理念與推動方式，仍各有看法，無論公私部門各自定義為何，核心價值在於由上而下的凝聚社區意識，反思台灣社會，社區工作或社區營造其實相當成熟，但對於「社會設計」導入與服務連結之重要性，卻是較少看到的。

在春日台センターセンター及杜之家所看到的空間設計與美學，看見在場域打造的過程中，許多跨學科合作，例如社會學、經濟學、城市設計、空間設計，甚至是產品設計等不同領域的專業知識和技能，大大提高在場域之中生活質量和幸福感，反思台灣，在文化創意產業已看見有許多人投入，希望透過公、私部門對於設計與美學的重視，能將這樣的軟實力，轉進投入在長照服務領域。

五、科技輔具導入照顧現場

本此參訪台日雙方都對彼此在照護導入智慧科技情形很感興趣，經過進一步瞭解，日本機構業者引進智慧科技用途，在於減少工作人員在登打、紀錄、量測時間，希望現場工作人員能有更多與長輩面對面交流互動，因此，智慧科技導入，並非是減少現場的人力配置，而是期待增加人與人之間交流互動，也就是智慧科技導入，並非替照顧人力，而是提升人際互動的觀點與理念，值得台灣照顧現場學習。

參考文獻

厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/index.html>

春日台センターセンター <https://aikawa-shunjukai.jp/kcc/>

株式会社あおいけあ <https://aoicare.co.jp/ns/>

社會福祉法人福祉樂團 <https://www.gakudan.org/about/>

醫療法人社團 悠翔會 <http://www.yushoukai.jp/>

主治意見書 <https://www.town.mimata.lg.jp/contents/1385.html>

日本職業重建制度介紹 [日本職業重建服務制度介紹\(2\) \(ncuevrrc.wixsite.com\)](http://ncuevrrc.wixsite.com)

李光廷. (2013). 日本失智症老人團體家屋多功能變身計畫及啟示. 社區發展季刊, 141, 354–371.

附録一 日本小規模多機能設置標準

○小規模多機能型居宅介護の指定基準について

【別紙2】

・概要

要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

サービスは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止のための目標を設定し、計画的に行われる。事業者は自らその質の評価を行うとともに、定期的に外部による評価を受けて結果を公表し、常にその改善を図ることがもとめられている。

・取扱方針

- ・利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行う。
- ・利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。
- ・小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- ・サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行う。
- ・サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
- ・通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いてはならない。
- ・登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話による見守り等を行う等登録者の在宅生活を支えるために適切なサービスを提供する。

・地域密着型サービスの運営基準（共通的事項）

(1) 内容・手続の説明と同意	あらかじめ利用申込者または家族に対し、運営規程の概要等サービス選択に関係する重要事項を文書で説明、同意を得て、提供を開始する。
(2) 提供拒否の禁止	正当な理由なくサービス提供を拒んではならない。
(3) 受給資格等の確認	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無や有効期間を確認する。被保険者証に認定審査会意見の記載があるときは、それに配慮してサービスを提供する。
(4) 要介護認定の申請の援助	認定申請を行っていない利用申込者の申請（必要な場合の更新認定の申請）を援助する。
(5) 利用料等の受領	法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、サービス費用基準額から事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受ける。 法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際の利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにする。 あらかじめ利用者・家族に対し、サービスの内容・費用について説明を行い、利用者の同意を得て、利用者負担させることが適当と認められる費用（サービス種類ごとに定められている）の支払を利用者から受けることができる。
(6) 保険給付の請求の証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払をうけた場合、内容、費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付する。
(7) 利用者に関する市町村への通知	利用者が正当な理由なく指示に従わず要介護状態の程度を悪化させたときや不正な受給があるとき等は、意見を付け市町村に通知する。
(8) 緊急時等の対応	サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医・協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じる。
(9) 管理者の責務	管理者は、事業所の従業者・業務の管理を一元的に行い、規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
(10) 運営規程	①事業・施設の目的・運営の方針、②従業者の職種・員数・職務内容、③サービスの内容・利用料等の費用の額、④緊急時等における対応方法・非常災害対策、⑤その他運営に関する重要事項などについて、規程を定めておく（定めるべき事項はサービスにより異なる）。
(11) 勤務体制の確保等	適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、資質の向上のために、その研修の機会を確保する。
(12) 定員の遵守	災害等のやむをえない事情がある場合を除き、利用定員を超えてサービス提供を行わない。
(13) 非常災害対策	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報・連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

(14) 衛生管理等	設備と備品等について、衛生的な管理に努める（サービスにより、従業員の健康管理・感染症予防のための規定あり）。
(15) 協力医療機関等	あらかじめ協力医療機関を定め、あらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努める。
(16) 掲示	見やすい場所に、運営規程の概要、勤務の体制等利用申込者のサービス選択に関する重要事項を掲示する。
(17) 秘密保持等	サービス従業者（であった者）は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らしてはならない。 事業者は、正当な理由なく秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じる。 サービス担当者会議等で利用者等の個人情報を用いる場合は、利用者等の同意をあらかじめ文書により得ておく。
(18) 広告	広告をする場合、その内容が虚偽または誇大なものとしてはならない。
(19) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。
(20) 苦情処理	利用者・家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付窓口を設置等し、苦情の内容等を記録する。 市町村からの文書等の物件の提出・提示の求めや質問・照会に応じ、市町村・国保連が行う調査に協力するとともに、市町村・国保連から指導または助言をうけた場合は、必要な改善を行う。 市町村・国保連からもとめられた場合には、その改善の内容を報告する。
(21) 事故発生時の対応	サービス提供により事故が発生した場合は、市町村・家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況・事故に際して採った処置について記録する。 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償をすみやかに行う。
(22) 会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、各介護サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。
(23) 地域との連携等	サービスの提供に当たっては、利用者・家族・地域住民の代表者・事業所が所在する市町村の職員または地域包括支援センターの職員・知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対しサービスの提供回数等の活動状況を報告し、評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設ける。 運営推進会議での報告・評価・要望・助言等について記録を作成し公表する。 事業の運営に当たっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携と協力を行う等の地域との交流を図り、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談・援助を行う事業等に協力するよう努める。
(24) 記録の整備	従業者・設備・会計に関する諸記録を整備する。 利用者に対するサービス提供に関しては、①個別サービス計画、②提供した具体的なサービスの内容等の記録、③市町村への通知の記録、④苦情の内容等の記録、⑤事故の状況・事故に際して採った処置についての記録を整備し、完了の日から5年間保存する。

・人員基準、設備基準、運営基準（固有的事項）

従業者の員数	(1) 介護従業者	①日中：常勤換算方法で通いの定員に対し、3：1の人員配置+1人（訪問担当） ②夜間・深夜：夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜勤1名と宿直1名の配置（宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜勤及び宿直勤務を行う介護従業者を置かないことができる。） ③介護従業者のうち1以上が常勤 ④介護従業者のうち1以上が看護師又は准看護師
	(2) 介護支援専門員等	①事業所ごとに専従（管理上支障がない場合は、その他の職務に従事できる） ②必要な研修を修了しているを修了している
管理者	(1) 事業所ごとに常勤専従（管理上支障がない場合は、その他の職務に従事できる） (2) 特別養護老人ホーム・老人デイサービスセンター・介護老人保健施設・指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者・訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、必要な研修を修了している	
代表者	特別養護老人ホーム・老人デイサービスセンター・介護老人保健施設・指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者もしくは訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、または保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験を有し、必要な研修を修了している	

定員	(1)登録定員：25人以下 (2)通いサービス：利用定員は登録定員の2分の1から15人の範囲内 (3)利用定員は、通いサービスの利用定員の3分の1から9人の範囲内
設備・備品等	<p>居間・食堂・台所・宿泊室・浴室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備・その他サービス提供に必要な設備及び備品を設ける</p> <p>(1)居間・食堂 機能を十分に発揮しうる適当な広さを有する</p> <p>(2)宿泊室 ①定員：1人（利用者の希望等により2人可） ②床面積：7.43㎡以上/1部屋</p> <p>(3)台所・浴室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等 専ら事業の用に供する</p> <p>(4)立地 住宅地の中又は住宅地と同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中</p>
サービス提供困難時の対応	サービス提供が困難である場合は、適切な他の小規模多機能型居宅介護事業者等の適切な措置を速やかに請じる
心身の状況等の把握	サービス提供に当たっては、利用者の心身の状況、環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める
居宅サービス事業者等との連携	(1)利用者の健康管理を適切に行うため、主治の医師との密接な連携に努める (2)サービス提供の終了の際には、利用者又は家族に対して適切な指導を行うとともに、利用者に係る居宅介護支援事業者等に対し、密接な連携に努める
身分を証する書類の携行	利用者が安心して訪問サービスの提供を受けられるよう、職員が身分を明らかにする証明書や名札等を携行し、家族から求められたときは提示する
サービス提供の記録	サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録し、提供日、内容等について、居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載する
利用料等の受領	食材料費・理美容代・おむつ代・日常生活費等の支払を受けられる
居宅サービス計画の作成	(1)管理者は介護支援専門員に登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させる (2)介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所と同様の業務を行う
法定代理受領サービスに係る報告	事業者は毎月、市町村(国保連)に給付管理票を提出する
利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付	登録者が他の事業者の利用を希望した場合は、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付する
小規模対応型居宅介護計画の作成	(1)管理者は介護支援専門員に小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を担当させる (2)介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努める (3)利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護計画を作成し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせ合わせた介護をする (4)小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得る (5)介護計画を作成した際には、小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付する (6)介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、サービスの実施状況や利用者の様態の変化の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う
介護等	(1)利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行う (2)介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない 食事その他の家事等は、可能な限り利用者と介護従業者が共同を行う
社会生活上の便宜の提供等	利用者の趣味嗜好に応じた活動を支援する 利用者・家族が必要な行政手続等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行う 常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保する
調査への協力等	市町村が行う調査に協力し、指導・助言をうけた場合は必要な改善を行う
居住機能を担う併設施設等への入居	利用者が併設施設等へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設への入所等が行えるよう努める

附録二、主治医意見書

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	令和 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.(に記入)及び発症年月日)			
1.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状名: (専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無)

(5) 身体の状態 ←

利き腕 (□右 □左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少) ←

□四肢欠損 (部位:) ←

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) ←

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重) ←

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左 ←

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重) ←

4. 生活機能とサービスに関する意見 ←

(1) 移動 ←

屋外歩行 ← □自立 □介助があればしている □していない ←

車いすの使用 ← □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している ←

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) ← □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用 ←

(2) 栄養・食生活 ←

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助 ←

現在の栄養状態 □良好 □不良 ←

→ 栄養・食生活上の留意点 () ←

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ←

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊 ←

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 () ←

→ 対処方針 () ←

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ←

□期待できる □期待できない □不明 ←

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) ←

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導 ←

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導 ←

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス () ←

□特記すべき項目なし ←

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載) ←

□血圧 () □摂食 () □嚥下 () ←

□移動 () □運動 () □その他 () ←

□特記すべき項目なし ←

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) ←

□無 □有 () □不明 ←

5. 特記すべき事項 ←

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。) ←

(令和3年度改訂版) ←