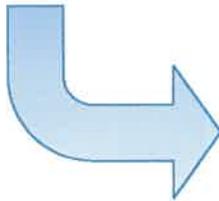


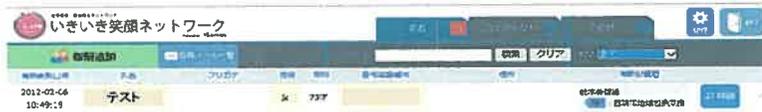


患者
一覧



詳細

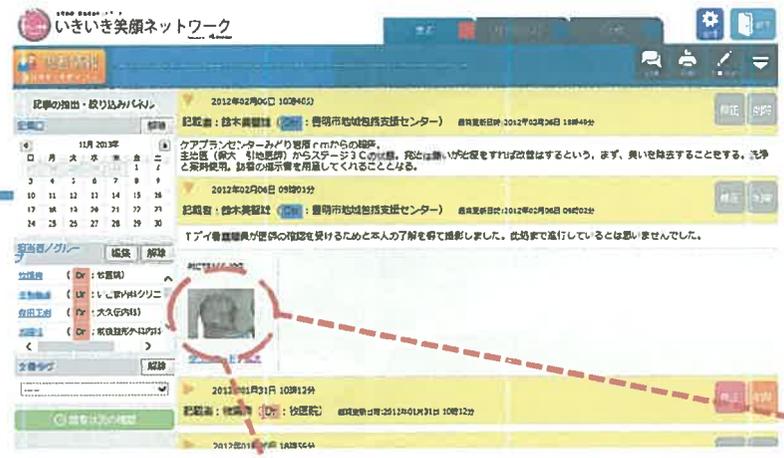


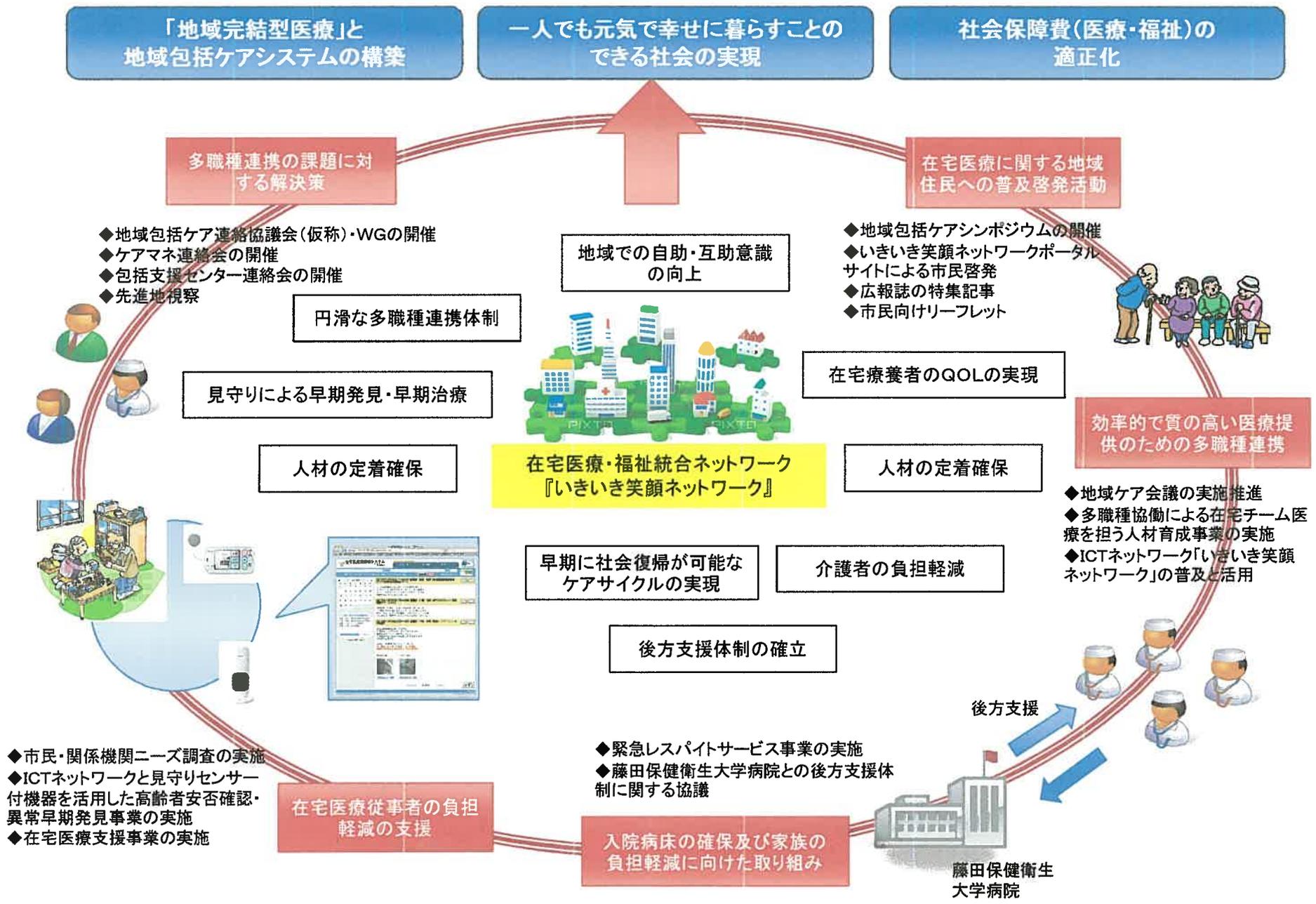


患者
一覧



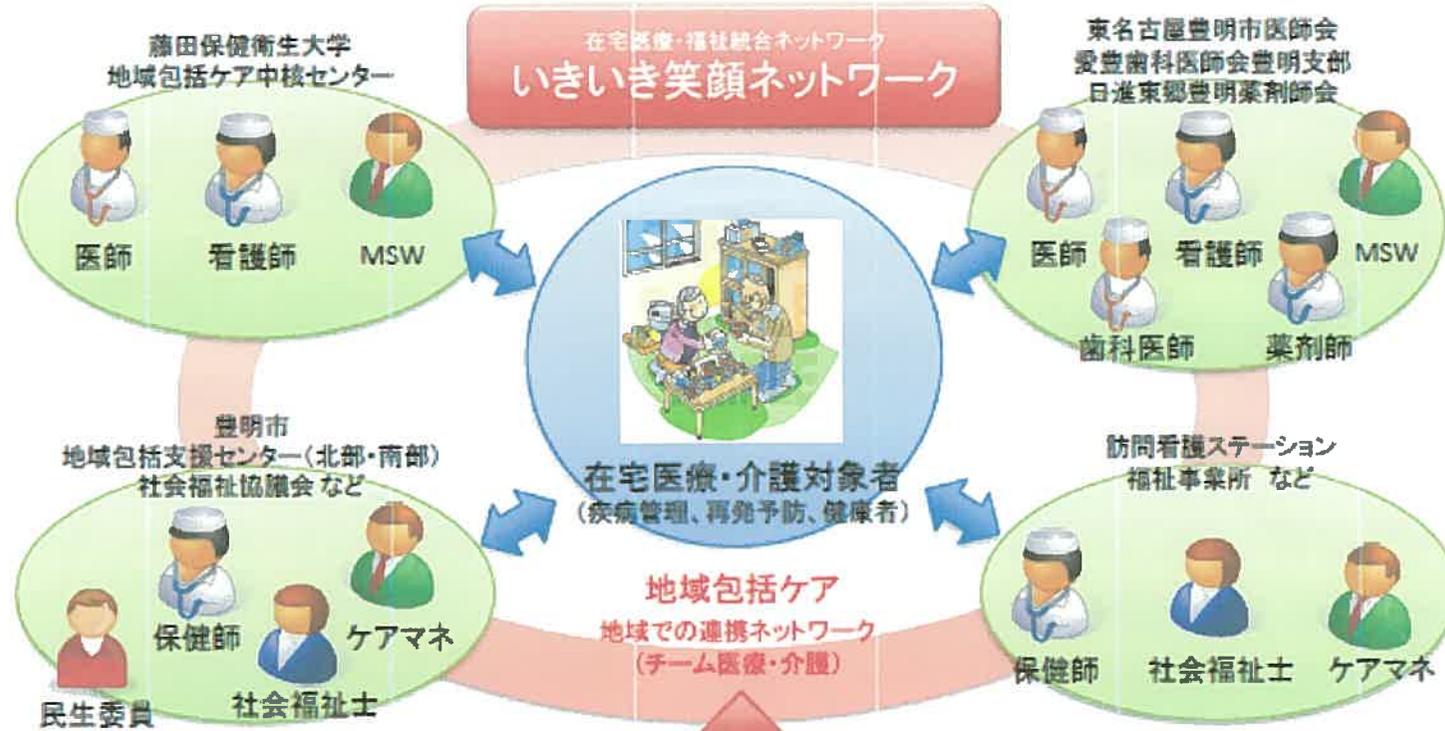
詳細





在宅医療・福祉統合ネットワーク「いきいき笑顔ネットワーク」概略

在宅医療・介護サービス提供者をサポート



システム・技術支援: 名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センター

電子@連絡網システムでかんたん&セキュアな情報共有
誰が、いつ、何を、どうしたかを共有できる!!

登録・閲覧は携帯・スマートフォン/PCを利用

様々な機能の付加が可能

- ・高齢者見守り
- ・生体情報管理(血圧・脈拍・SpO2等)
- ・画像画像情報(DICOM等)

Nagoya-RHIE基盤による
セキュアネットワーク

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン4.1版」に準拠しています。

いきいき笑顔ネットワーク連絡協議会 構成

いきいき笑顔ネットワーク連絡協議会 構成

平成25年 9月 5日現在

	氏名	所属	
1	牧 靖典	愛知県医師会社会福祉専門委員会委員	協議会長

協議会員は、いきいき笑顔ネットワーク利用規約第二章に定める利用施設責任者により構成される。

いきいき笑顔ネットワーク運営委員会 構成

平成25年 9月 5日現在

	氏名	所属	
1	牧 靖典	愛知県医師会社会福祉専門委員会委員	委員
2	隈部 泰男	東名古屋豊明市医師会長	委員
3	生駒 善雄	東名古屋豊明市医師会在宅医療推進委員会委員	委員
4	嘉戸 竜一	東名古屋豊明市医師会代表	委員
5	松森 正起	愛豊南科医師会豊明支部長	委員
6	三浦 英樹	愛豊南科医師会豊明支部副支部長	委員
7	太田 清	豊明市薬剤師会会長	委員
8	森 道成	日進東郷豊明薬剤師会会長	委員
9	都築 晃	藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター代表	委員
10	松山 佐波	杏掛訪問看護ステーション代表	委員
11	山本 正幸	豊明市北部地域包括支援センター代表	委員
12	田中 貴教	豊明市南部地域包括支援センター代表	委員
13	原田 一也	豊明市健康福祉部長	委員
14	加藤 育子	豊明市健康推進課長	委員
15	浅田 利一	豊明市高齢者福祉課長	委員
16	水野 正明	名古屋大学医学部附属病院教授	オブザーバー
17	近藤 勝弘	中部テレコミュニケーション株式会社	オブザーバー

豊明市高齢者世帯の状況

■ 豊明市の高齢者世帯の状況（平成17年、平成22年）

	豊明市			
	平成17年		平成22年	
	世帯数	割合	世帯数	割合
総世帯	25,176	100.0%	26,838	100.0%
65歳以上高齢者のいる世帯	7,283	28.9%	9,145	34.1%
高齢者夫婦世帯	2,344	9.3%	2,445	9.1%
高齢者単身世帯	1,187	4.7%	1,761	6.6%

資料：国勢調査

■ 全国、愛知県の高齢者世帯の状況（平成17年、平成22年）

	愛知県			全国		
	平成17年 世帯数	平成22年		平成17年 世帯数	平成22年	
		世帯数	割合		世帯数	割合
総世帯	2,724,476	2,929,943	100.0%	49,062,530	51,842,307	100.0%
65歳以上高齢者のいる世帯	846,253	991,869	33.9%	17,204,473	19,337,687	37.3%
高齢者夫婦世帯	223,567	222,963	7.6%	4,487,042	4,339,235	8.4%
高齢者単身世帯	167,609	217,326	7.4%	3,864,778	4,790,768	9.2%

資料：国勢調査

市として優先して取り組むべき施策

【H20豊明市アンケート】

豊明市内に在住する18歳以上の方の中から2,000人の方を無作為抽出し、アンケート調査を実施した所、多数の方が下記赤字に施策を希望されている事が明らかになった。

- 地域活動やNPO・ボランティアなどの参加促進や活動支援
- 身近なところでの相談窓口の充実
- 介護が必要になっても在宅生活が続けられるサービスの充実
- 保健福祉に関する情報提供や制度案内の充実
- 健康診断・がん検診などの保健医療サービスの充実
- サービス利用者などを保護する権利擁護や苦情対応などの取り組み
- 福祉教育の充実
- 高齢者・障害者の入所施設の整備
- 保育サービスや自動福祉施設の充実
- 低所得者の自立支援

地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向

■地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築。

地域のすべての住民

- 地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含む、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民の関わりにより実現。
- 市町村が、地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要。

- 介護の社会化がさらに進展しても、介護者支援は不可欠。
- 介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべき。

- 異業種も含め、地域の事業者も地域包括ケアシステムの重要な主体として活動に参加していただくことが重要(NPO、社協、老人クラブ、自治会、民生委員に加え、商店、コンビニ、郵便局、銀行なども)。
- とりわけ都市部では、企業・団体の組織力や機動力も重要。

- 高齢者はサービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体。
- 自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方、「高齢者の社会参加」が重要。地域の支援の担い手となり、高齢者自身の生活意欲向上と介護予防の効果もある。
- 今後は、いかにして本人の生活に対する意欲を高めるかということにより重点をおいたサービス提供や予防事業を検討すべき。

- 地域包括ケアシステムの構築・運営で中心的な役割。介護保険だけではカバーしきれない部分についても、様々な財源、方法で問題解決を図ることが重要。
- 潜在的な地域資源を発見し、互助を含めて地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要。
- 介護保険事業計画は、都道府県の策定する高齢者居住安定確保計画や医療計画などとの整合性の確保が必要。
- 在宅医療・介護連携の促進を市町村が主体となって取り組めるような制度的・財政的なあり方の検討が必要。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。

- 多職種が提供するサービスをいかに切れ目なく統合的に提供するかが重要。
- 事業者間の業務連携や法人間の連携などによる複数サービスのネットワーク化を国の政策として積極的に推進すべき。
- 介護保険施設はその人材やノウハウの活用により在宅生活の継続や拡大を具体的に支援し、地域の拠点機能を発揮すべき。
- 一定水準以上の品質でサービス提供されることが必須であり、職業能力評価を介護現場に普及させていくことが必要。

- 人的・物的資源や、構築に向けた取組の進捗状況など、地域差を意図した自治体支援が重要(工程表などのプロセス提示や、全国の様々な優良事例の発掘、提示)。

- 市町村間のデータの比較分析による相対的な位置付けの把握など、市町村に対する後方支援を行う役割を期待。
- 広域的かつ中長期的な視点で介護人材確保・育成の取組を主導(介護人材の需給予測と中長期的な介護人材戦略)することを期待。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。



地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基礎として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年頃では、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。

●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

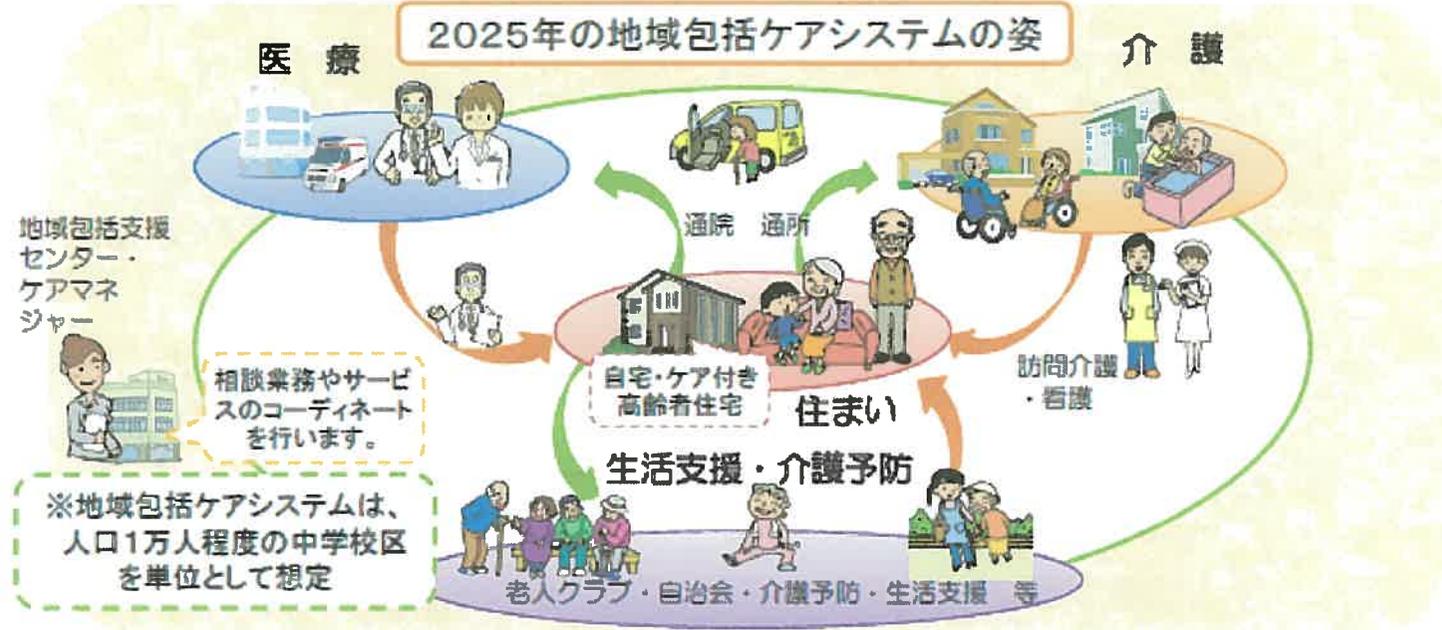
介護の将来像(地域包括ケアシステム)

○住まい・医療・介護・予防・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実現により、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になる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)



3つのポイント

- 24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスを創設ー滞在型の在宅ケアから定期巡回型の住宅ケアへー
- 複合型サービスを創設ーより医療的なケアにも対応ー
- 介護予防・日常生活支援総合事業についてー地域実情に合わせたキメ細かな取組みー

改正の趣旨

今回の改正の趣旨は、

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう
- 医療、介護、予防、住まい、生活支サービスを切れ目なく提供する
- 『地域包括ケアシステム』の実現に向けた取組を進めることにあります。

その中では、「地域包括ケアシステム」がキーワード、『目玉』となっています。このため、2012年を「地域包括ケアシステム元年」という方もいます。

2012年介護保険改正の概要

■はじめに

介護保険制度は、制度施行後12年が経過しました。そして、サービスの利用者数が施行当初の約3倍になって400万人を超えるなど、高齢者の暮らしを支える制度として定着しています。

一方、今後の急速な高齢者の進行に伴い、医療ニーズの高い高齢者や重度の要介護者の増加、単身・高齢者のみ世帯の増加への対応、介護人材の確保などが喫緊の課題となっております。

こうしたことから、これらの諸課題の解決に向け、新しい介護保険制度（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）が2011年6月22日に公布されました。この法律は、2012年4月1日から施行されています。なお、その一部については公布日から施行されました。

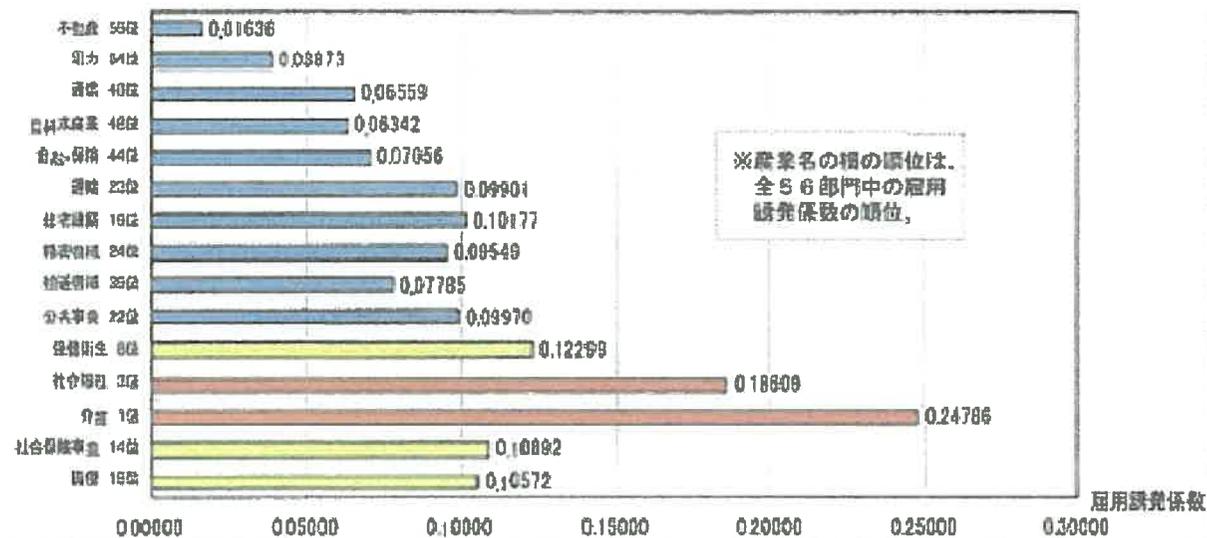
社会保障分野の雇用誘発効果について

社会保障分野の雇用誘発効果について

(参考5)

雇用誘発係数を主要産業と比較すると、**社会保障分野(特に介護分野)**の雇用誘発係数は高い。

雇用誘発係数における主要産業と社会保障産業の比較



注1：雇用誘発係数… ある産業において生産額の増加に応じた雇用を生み出すのに、どの程度の雇用が必要であったかを示す指標が「雇用誘発係数」(単位は「人/百万円」)。グラフの数字は一次波及効果に対応するもの。

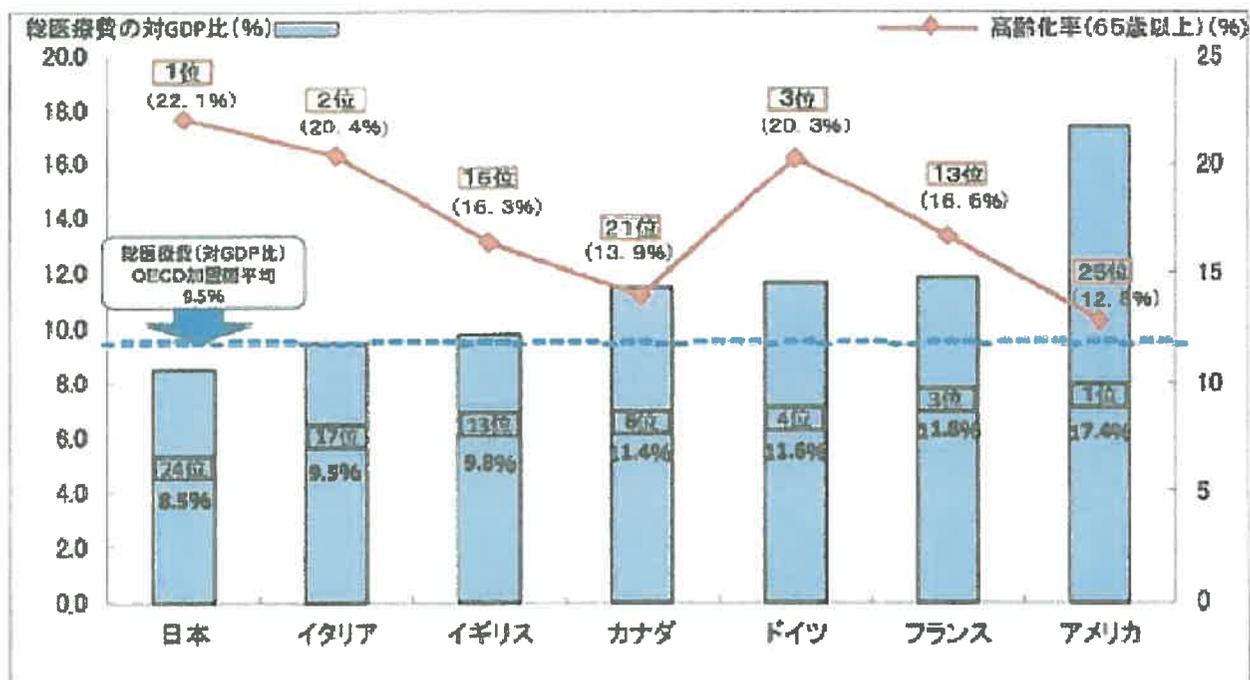
注2：医療は医療法人のみ、社会保険事業・社会福祉は国公立のみ、介護は居宅のみ。

出典：「医療と福祉の産業関連に関する分析研究報告書」(H16.12 財団法人医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構)より、厚生労働省社会保障担当事務局にて作成。

G7諸国における総医療費（対GDP比）と 高齢化率の状況

G7諸国における総医療費(対GDP比)と高齢化率の状況(2009年)

□ OECD34カ国内の順位



○ 出典:「OECD HEALTH DATA 2011」

○ OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部(介護保険適用分)、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれていることに留意が必要。

○ 日本の総医療費の対GDP比は2008年(平成20年)のデータ。