
健康・医療クラウドWG 第2回サービスSWG

2011年11月8日(火)

KDDI株式会社

本日のアジェンダ

- 1) **武藤先生 講演**
-地域連携、在宅医療、介護の状況等
- 2) **前回の振り返り**
- 3) **高齢者と取り巻く環境等**
- 4) **ユースケースのご説明、まとめ**
- 5) **ディスカッション**
- 6) **まとめ**
- 7) **次回へのアクション**
- 8) **今後のスケジュール**

前回の振り返り (前回サマリ)

第1回SWGの振り返り

前回振り返り(その1)

➤ 高齢者におけるユーザビリティ

➤ **タブレットに関する調査結果は、教える人がいれば使ってもらえる。カロリー入力アプリの経験からは携帯電話を使った入力は無理そう。よいと思えば継続して使ってもらえる傾向。**

➤ **継続には同じリズムでいる仲間が大事**なのではないか。テニスコート利用などもそういった仲間同士でくる場合が多い。興味範囲(距離)は狭く、1km-2km程度。

➤ SNSからは抜けてしまった。**リアルとバーチャルをうまくリンク**させるのが大事ではないか

➤ お金の流れ(収益モデル)

➤ これも**大きな課題**。本人からなのか、国からなのか、広告モデル等なのか。

➤ 生み出し、提供した価値によって、どこから取るかは変わるのではないか。

➤ 胎内から墓場までの的なユーザ(本人)から取るというのも一つの方向性。

➤ 継続性について

➤ 特定健診の経験でいうと、医師や保健士師が計画を立てても食事や運動の提案がないと、うまく継続につながっていない

➤ 成功する人と断念する人との差は**仲間と楽しくやっているか**といった**要素の有無**に見える。一人ではないということは**必要な要素**

➤ 放っておくことの**怖さを伝え続けることも重要**であり、伝え続けることが重要。

第1回SWGの振り返り

前回振り返り(その2)

➤サービスモデルについて

- 仕組みだけ提供し、**使い方はマーケットにお任せするのもあり**。我々が想像しない使い方も。
- 店頭における「コンシェルジェ機能」を検討したことがあったが、情報提供なのか継続的PGMなのか、今だに成功モデル見出せていない。
- 日本では自分が飲んでいる薬すら知らない状況。集計データと本人データから、各個人が必要に迫られて実施できるような**環境づくり**が必要なのではないか。自分のレセプトさえ、電子的に入手できない状況。**制度面での提言もしていくべき**ではないか。

➤ターゲット層について

- 40-60歳代だと、長いと20年先のことになるので自分ごとになりにくい。また、**特定健診制度も変わる可能性があり60歳超の高齢者をターゲットにした方がよい**のではないか
- ロコモや認知症など、いかに**予防できる**などもテーマになるのではないか
- 健康でいる人が得をする仕組みを作れるとよいのではないか。
- ITは下支え**、データを集めて提供(販売)する方向か、利用者に情報提供していく方向かも検討する必要があるのではないか。

第1回SWGの振り返り

前回振り返り(まとめ)

➤まとめ

- ターゲット層は60歳超の高齢者として考えてみる。キーワードは以下のとおり。

60歳超の高齢者

仲間、実在の人

ITが下支え

制度面での提言

高齢者を取り巻く環境

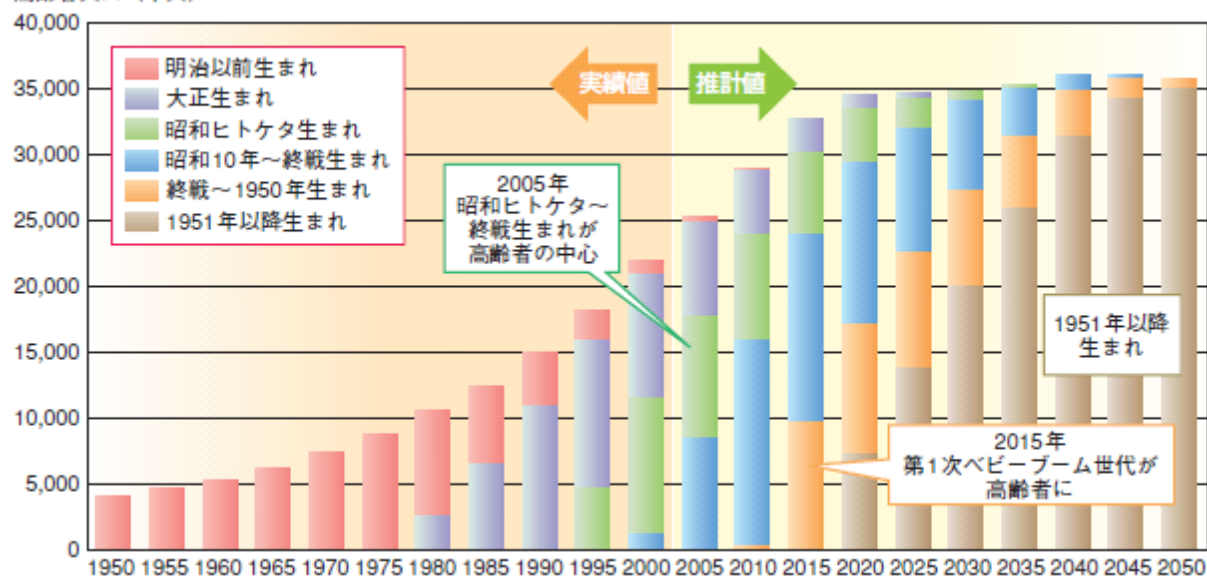
高齢者を取り巻く環境

1-1. 高齢者増加と介護保険

➤ 高齢者増加と国の対応

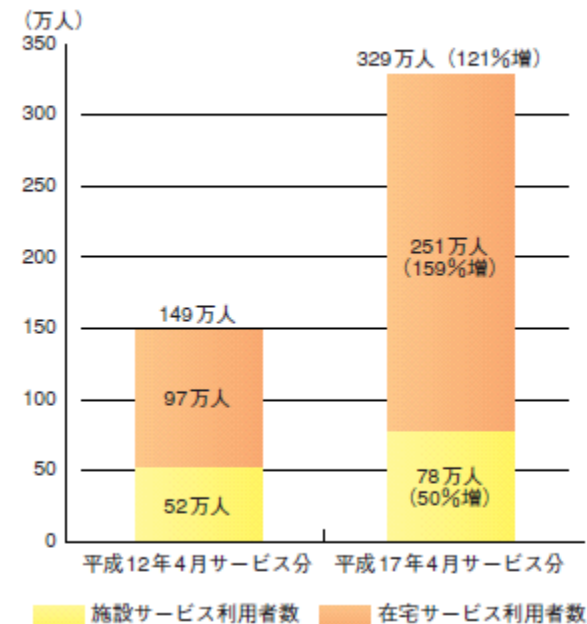
- 2015年には「ベビーブーム」世代が高齢期に到達し、**2025年には、後期高齢期を向かえ、日本の高齢化はピークを迎える。**認知症や一人暮らしの高齢者の増加も見込まれている。
- 一方、平成12年「介護保険制度」がスタートし、在宅サービスを中心に、利用が拡大するなど「介護保険制度」は老後の安心を支える仕組みとして一定の定着を見せている。

高齢者人口（千人）



資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」

■ サービス利用者数の推移



出典：介護保険事業状況報告

高齢者を取り巻く環境

1-1. 高齢者増加と介護保険

➤ 介護保険制度の改正

➤ しかし、制度の定着とともに、介護保険の負担額の増加により「制度の持続性」が困難な状況になっていた。

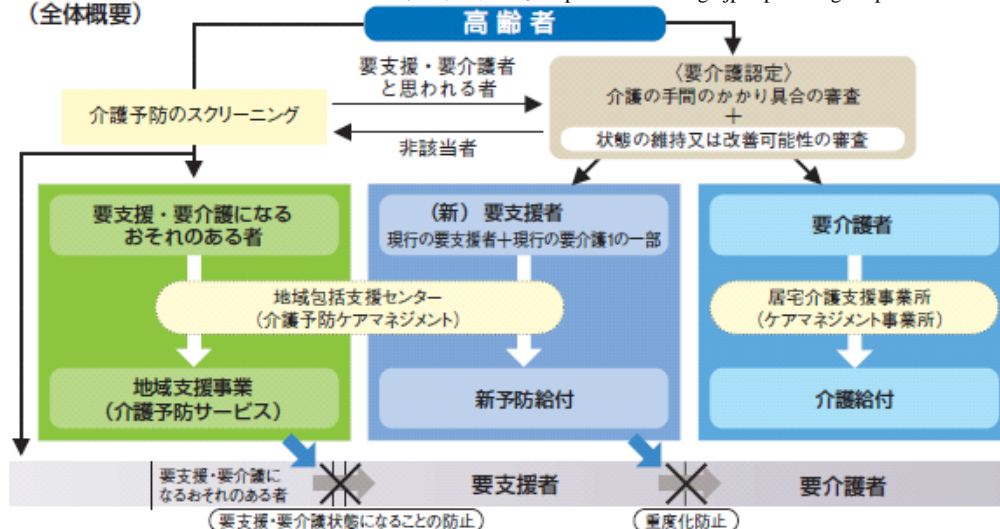
➤ これら課題を解決するために平成18年「介護保険制度」の改正が行われている。

➤ 改正の骨子は以下のとおり

- 1) 予防重視型のシステムの確立(介護予防の重視)
- 2) 施設給付の見直し(居住費・食費は保険対象外に)
- 3) 新たなサービス体系の確立(地域密着型サービスの創設、地域包括支援センター創設)
- 4) サービスの質の確保・向上(介護サービス等の公表の義務付け)
- 5) 負担のあり方・制度運営の見直し(費用負担割合等の見直し)

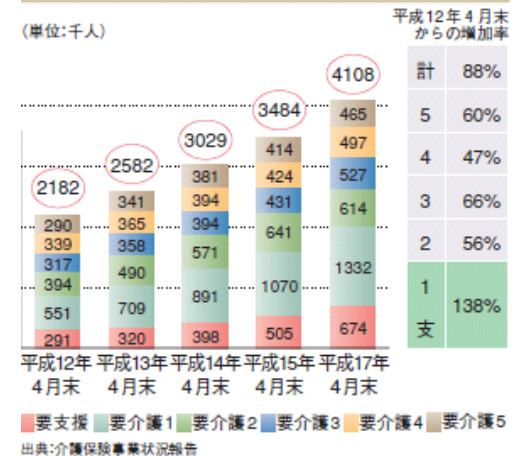
■ 予防重視型システムへの転換 (全体概要)

出展: 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>



■ 要介護度別・認定者数の推移

要介護認定を受けた方は5年間で約193万人増加(88%増)
特に、要支援・要介護1の認定を受けた方が大幅に増加(138%増)



高齢者を取り巻く環境

1-2. 参考:介護保険制度の経緯

介護保険制度を巡るこれまでの経緯

	1997年(平成9年)	12月	介護保険法成立
第1期	2000年(平成12年)	4月	介護保険法施行
第2期	2003年(平成15年)	4月	第1号保険料の見直し、介護報酬改定
		5月	社会保障審議会に介護保険部会設置 ・・・「施行5年後の見直し」について検討開始
	2005年(平成17年)	6月 (10月)	介護保険法等の一部を改正する法律(※1)成立 ・改正法(※1)の一部施行(施設給付の見直し)
第3期	2006年(平成18年)	(4月)	・改正法(※2)の全面施行(予防給付、地域密着型サービス創設等) 第1号保険料の見直し、介護報酬改定(4月施行分)
	2008年(平成20年)	5月	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律成立
第4期	2009年(平成21年)	4月 (5月)	第1号保険料の見直し、介護報酬改定(4月施行分) ・改正法の全面施行(業務管理の体制整備、サービス確保対策等)

高齢者を取り巻く環境

1-3. 参考: 要支援・要介護状態例

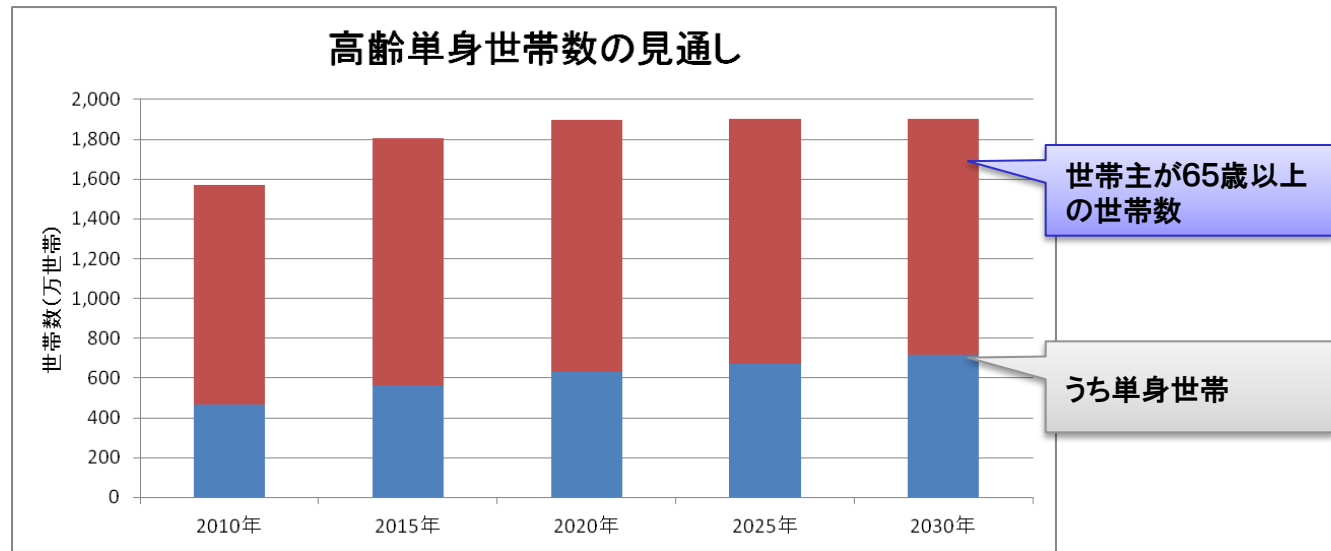
区分		身体状態(例)	受けられるサービス(例)	月支給限度額
要支援	1	日常生活の一部に介護が必要だが、介護サービスを適応に利用すれば心身の機能の維持・改善が見込める。	目標を設定してそれを達成するための「介護予防サービス」が利用できる。	49,700円
	2			104,000円
要介護	1	立ち上がりや歩行が不安定。排泄や入浴などに部分的介助が必要。	訪問介護・訪問看護・通所リハビリテーションなど	165,800円
	2	立ち上がりや歩行などが自力では困難。排泄・入浴などに一部または全介助が必要。	週3回の訪問介護または通所リハビリテーションなど	194,800円
	3	立ち上がりや歩行などが自力ではできない。排泄・入浴・衣服の着脱など全面的な介助が必要。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど(1日2回程度のサービス)	267,500円
	4	日常生活能力の低下がみられ、排泄・入浴・衣服の着脱など全般に全面的な介助が必要。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど(1日2~3回程度のサービス)	306,000円
	5	日常生活全般について全面的な介助が必要。意志の伝達も困難。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど(1日3~4回程度のサービス)	358,300円

実質負担: 自己負担率1割、介護保険による給付分: 9割

高齢者を取り巻く環境

2-1. 高齢単身世帯数の見通し

➤ 高齢者の増加に伴い、**高齢者世帯**、**ならびに、ひとり暮らしの高齢者も多くなっている。**



日本の世帯の将来推計

(単位：千人、千世帯)

	1990年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
人口	123,611	126,926	127,768	127,176	125,430	122,735	119,270	115,224
一般世帯数	40,670	46,782	49,063	50,287	50,600	50,441	49,837	48,802
単独世帯	9,390	12,911	14,457	15,707	16,563	17,334	17,922	18,237
世帯主65歳以上の世帯		11,136	13,546	15,680	18,028	18,992	19,012	19,031
うち単独世帯	1,623	3,032	3,865	4,655	5,621	6,311	6,729	7,173
世帯主75歳以上の世帯		3,944	5,539	7,041	8,267	9,427	10,845	11,097
うち単独世帯	640	1,393	1,967	2,504	2,960	3,417	4,023	4,286

(資料：国立社会保障・人口問題研究所)

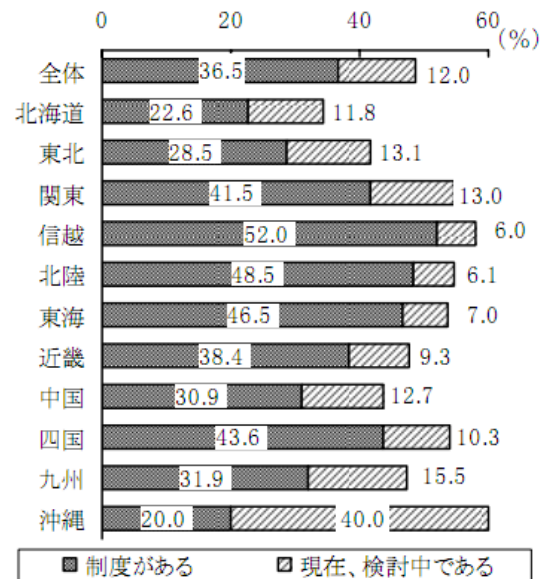
高齢者を取り巻く環境

2-2. 高齢世帯における介護度の状況

➤ 高齢者のみ世帯の社会的孤立を防ぐことを目的として、高齢者のみ世帯の健康状態や緊急連絡先などの情報を登録する制度(情報登録制度)を設ける自治体があるが、**まだ十分には浸透をしていない。**

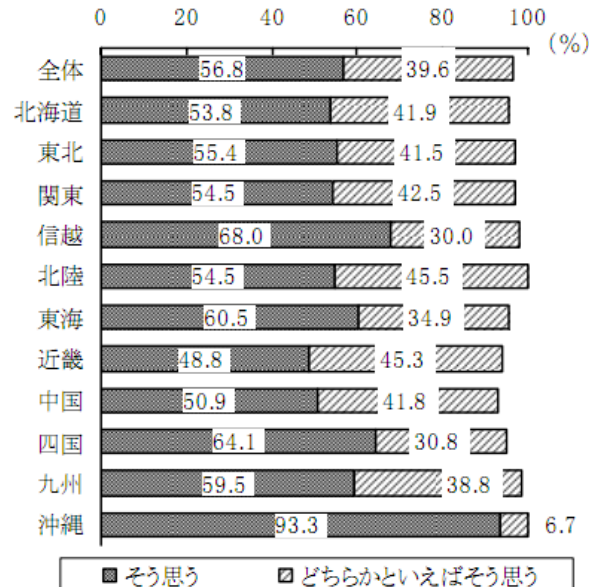
➤ また高齢単身世帯で介護保険を利用していない高齢者の健康状態や緊急連絡先なども状況把握していく必要性については、**9割以上の自治体が必要**と考えている。

図表7 情報登録制度の有無(全体、地域別)



注:「制度はない」「無回答」は省略

図表8 介護認定を受けていない高齢者世帯の情報把握の必要性(全体、地域別)



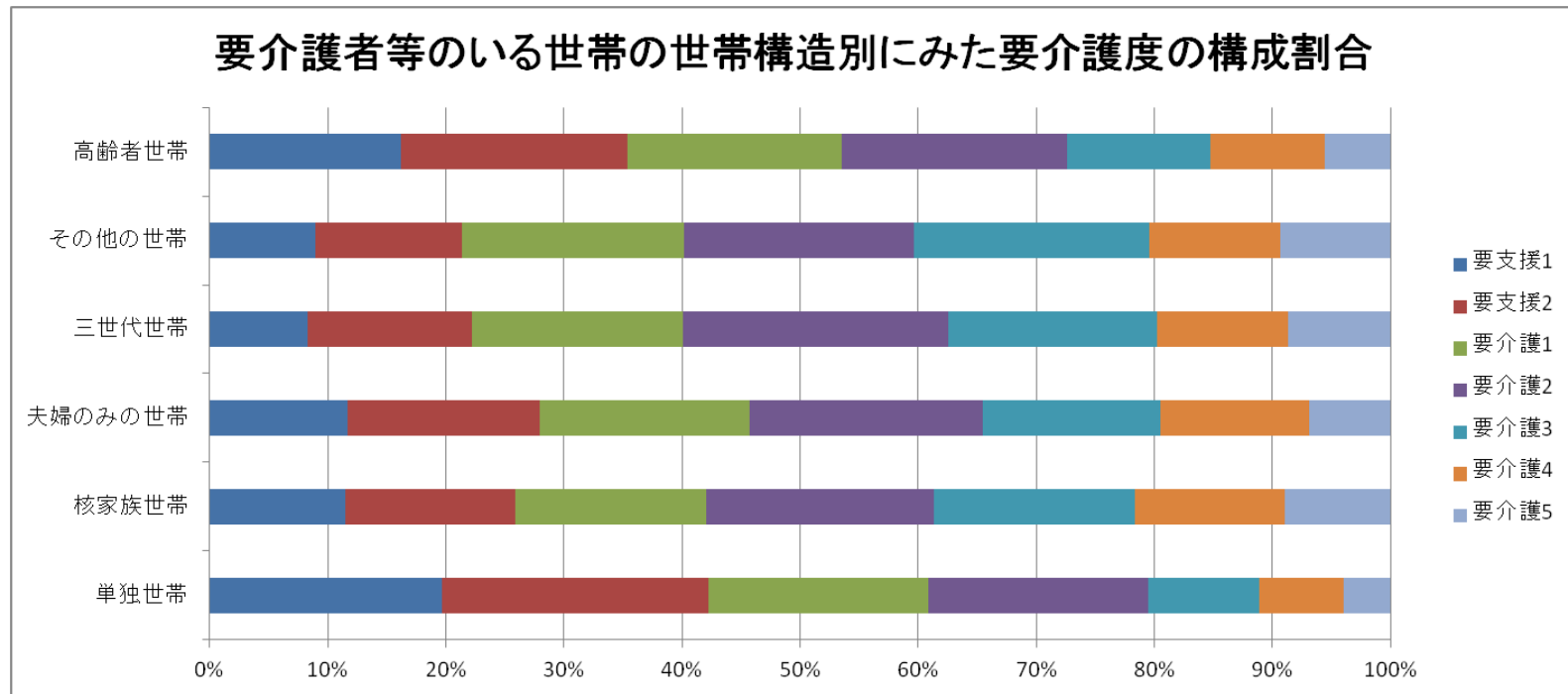
注:「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」「無回答」は省略

(出所)「高齢者見守り研究会報告書」平成22年12月高齢者見守り研究会

高齢者を取り巻く環境

2-3. 高齢世帯における介護度の状況

➤ 単独世帯では、要介護度の低い者のいる世帯(軽度:要支援1・2)の割合が多く、「核家族世帯」「三世帯世帯」では要介護度の高い者のいる世帯の割合が高くなっている。



(出所)厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査 要介護者等のいる世帯の状況より

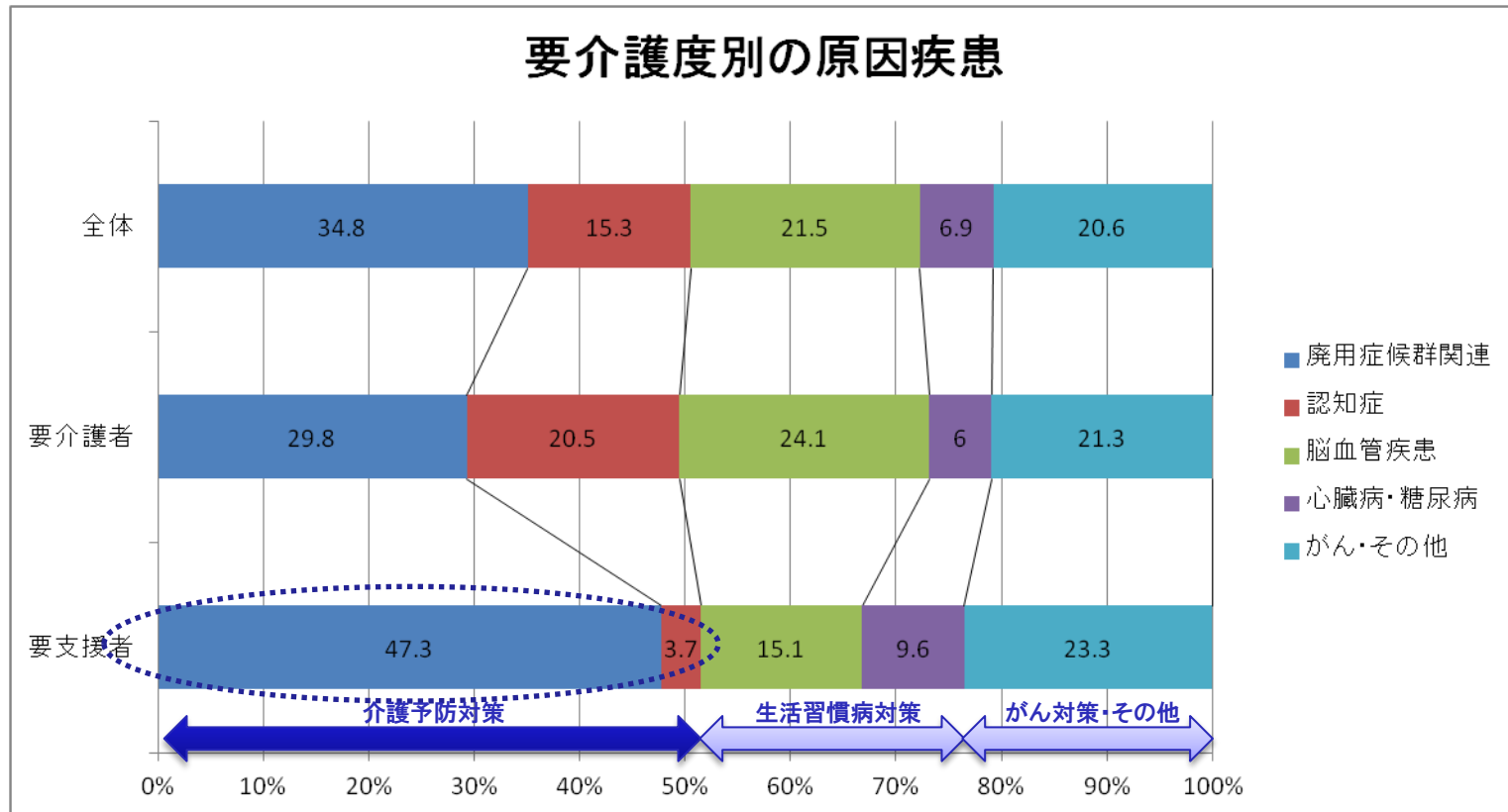


軽度(要支援1・2)の原因疾患を次ページにて把握する

高齢者を取り巻く環境

2-4. 要介護度別の原因疾患

- 軽度認定者である要支援者(要支援1、要支援2)では**廃用症候群(高齢による衰弱、関節疾患、骨折・転倒)**と認知症で51%を占めている。
- **廃用症候群**については、運動器の機能向上プログラムや栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラムなどにより**有効性が検証されている**。



(出所)厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査

「要介護者等の状況」の「表24 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合」を改変

高齢者を取り巻く環境

2-5. 高齢者層の要支援・要介護者割合の予測

▶ 高齢者層に対する要支援・要介護者割合の将来予測

表6：将来推計人口に占める要介護高齢者の割合

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
前期高齢者 (65-74歳)	4.60%	4.60%	4.50%	4.80%	4.80%
後期高齢者 (75歳以上)	28.80%	29.70%	31.00%	31.70%	31.40%
年齢計 (65歳以上)	15.50%	16.60%	17.40%	18.60%	20.20%

表5：要介護高齢者の将来推計：2005-2025年

(単位：千人)

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
65-69歳	210	232	267	231	199
70-74歳	431	451	499	575	498
75-79歳	725	816	857	952	1,103
80-84歳	956	1,201	1,360	1,436	1,603
85歳以上	1,599	2,101	2,703	3,245	3,618
計	3,922	4,802	5,686	6,440	7,020

出典：エイジング総合研究センター

65歳～全体

健全者
(アクティブエルダー)

特別高齢者

要支援1

要支援2

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

2025年には、80%未満へ

2025年には、20%超へ

高齢者を取り巻く環境

3-1. 『一人暮らし高齢者』と介護保険の利用

- 介護保険を利用するには、利用者もしくは利用者の代理人(家族など)から**認定申請がなされなければならない**。
- 以前は、民生委員がこれらの役割(『一人暮らし高齢者』宅への訪問、安否確認や、簡単なお世話、必要によっては認定申請等)を担っていたが、**民生委員自体も高齢化しており本制度は機能しなくなっている**。
- **介護保険を利用できる状態であるにもかかわらず、認定申請ができていない場合があるのではないか**。

3-2. 介護サービス事業者、介護従事者の状況

- 介護保険制度で決まっている流れや書類に沿ってケアマネージャーがプランし、介護サービス提供事業者がそれに沿って計画書を作成し実施している。
- 書類や**日常の記録などはまだまだ手書きで作成する部分が多く、手間とコストがかかっている**。
- 事業者から自治体への介護保険請求はシステム化(製品として売っている)されている場合もあるが、日常の記録などとは連携しておらず、効率的ではない。
- **訪問介護従事者においても、記録は手書きで行うケースがほとんどであり、請求とはリンクされていない**。

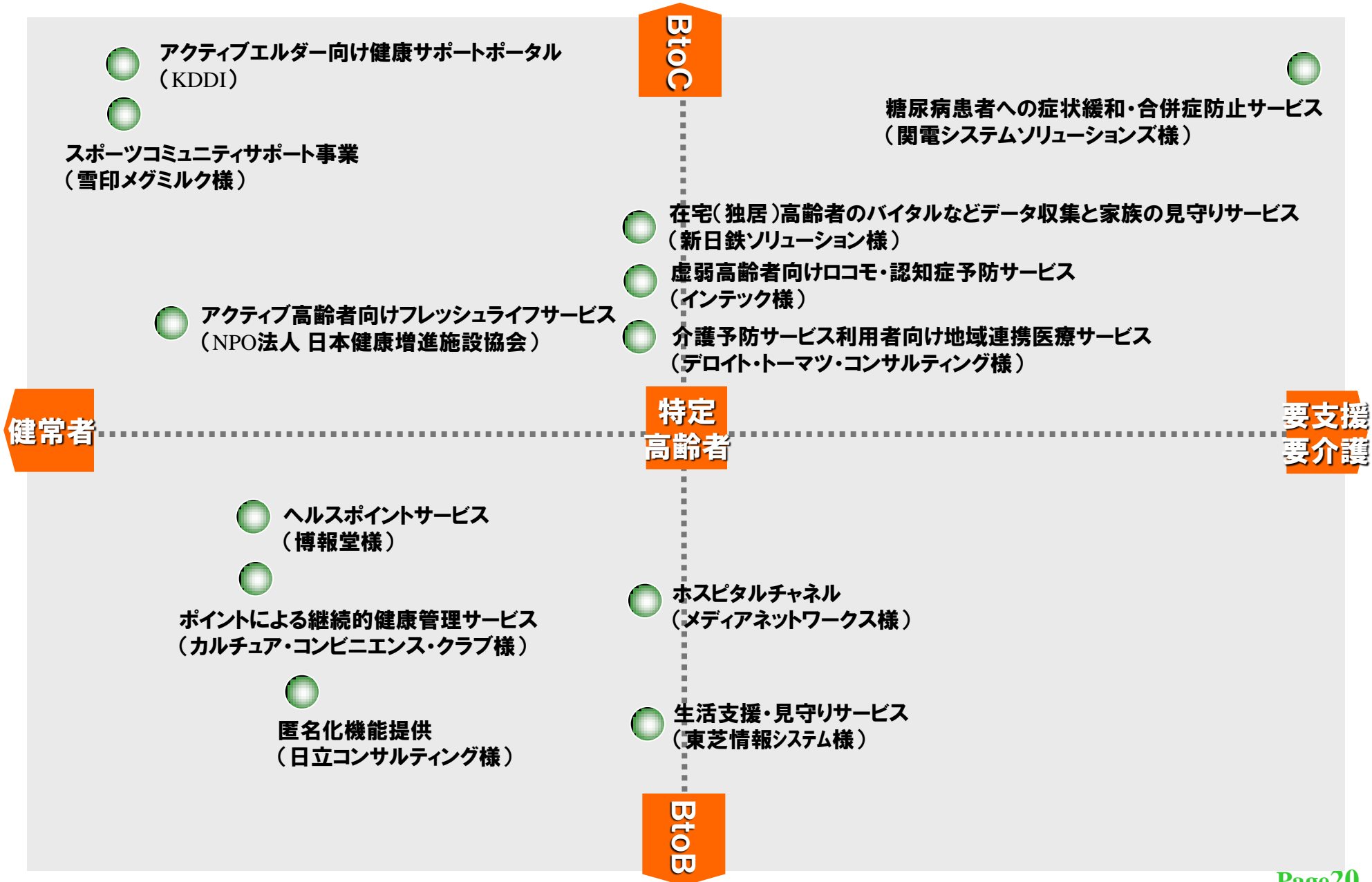
高齢者を取り巻く環境

まとめ

- 高齢者介護のための「**介護保険制度**」は一定の成果をあげている。
- 介護保険負担増等の解決のため、平成18年「**介護保険制度**」の改正が行われ、**予防重視型のシステムの確立(介護予防重視)**や、**新たなサービス体系の確立(地域密着型サービス創設、地域包括支援センター創設)**などがうたわれており、**要支援・要介護予防にも公的サービスが受けられる状況**となっている。
- 高齢者の増加に伴い、**高齢者世帯ならびに一人暮らしの高齢者も多くなってきている。**
- 各自治体は、**高齢者世帯の社会的孤立を防ぐための「情報登録制度」の必要性を感じており制度を設けているところもあるが、十分浸透していない。**
- 軽度認定者である**要支援者(要支援1、要支援2)**では、**灰用症候群が原因であることが多いが、改善プログラムの有効性が検証されている。**
- 高齢者(65歳以上)の状況を見ると、**要支援・要介護の割合があがる傾向にあり、2025年には健常者(アクティブエルダー)と要支援・要介護者の割合が8:2まで上がると予想されている。**
- **介護保険制度は申告制であり、本人や家族、代理人からの認定申請が必要であるため、必要なサービスを受けられる状況であるのに、申請できていないケースも多いのではないか。**
- **介護事業の現場(施設、訪問とも)での日常の記録やまだまだ手書きのケースが多く、効率化されていない。**

ユースケースの検討 (前回宿題事項)

サービスモデルの検討(各社様まとめ)



サービスモデルの検討

4-1. ターゲット層とサービスモデルの整理

利用者(アクティブエルダー)

- B to C (B to B to C)
- 要支援、要介護予防
- 灰用症候群予防、ロコモ予防



健康・医療クラウド



- B to B to C
- 公共サービス事業者向けに、サービス提供
- 遠隔コミュニケーションツール、業務効率化等

利用者(非アクティブエルダー)

市町村窓口

認定調査

医師の意見書

要介護認定
医師、看護職員、福祉関係者による

非該当

要支援1,2

要介護1~5

介護予防ケア
プラン

介護サービスの
利用計画

市町村による
介護保険事業
外のサービス

介護予防事業
(地域支援事
業)

・介護予防サー
ビス
・地域密着型
介護予防サー
ビス

施設サービス

・在宅サービス
・地域密着型
サービス

地域支援事業

予防給付

介護給付

サービスモデルの検討

4-2. 高齢者向けサービスモデル

- 厚生労働省によると、2011年度に介護サービス市場は8.3兆円に達する見通し(介護保険制度が始まった00年度の2.3倍に相当)
- 訪問介護の09年度市場規模は06年度比2.6%にとどまったのに対し、デイサービスは33%増加。デイサービスは初期投資が1000万程度で済み、また一箇所ですべてサービスを行うために収益性が高く、新規参入企業が多い。しかし供給過多となった都市部においては、競争の激化によってサービスの多様化(幼児施設と一体化展開、認知症向けドリル作成など)が広がる。(日経産業新聞 2011年9月14日朝刊)

デイサービス

デイサービスとは、「要支援・要介護の方を対象に、食事、入浴、レクリエーション、排泄、機能訓練を行う介護施設サービスのことを言う。自宅に閉じこもりがちな要介護者がデイサービスを利用することで、心身状態の維持や向上が図れる他、要介護者の家族の介護による心身の負担を軽減させることを目標」とされている。

現在全国に約28,000ヶ所あるデイサービスの多くが上記目標を前提に作られているため、入浴・給食設備を整えた比較的重装備の施設。(最近是一般の住宅を転用した「民家型デイサービス」もあり。)また、大半の施設が軽度から重度の利用者すべてを対象とし、同一施設で営業。

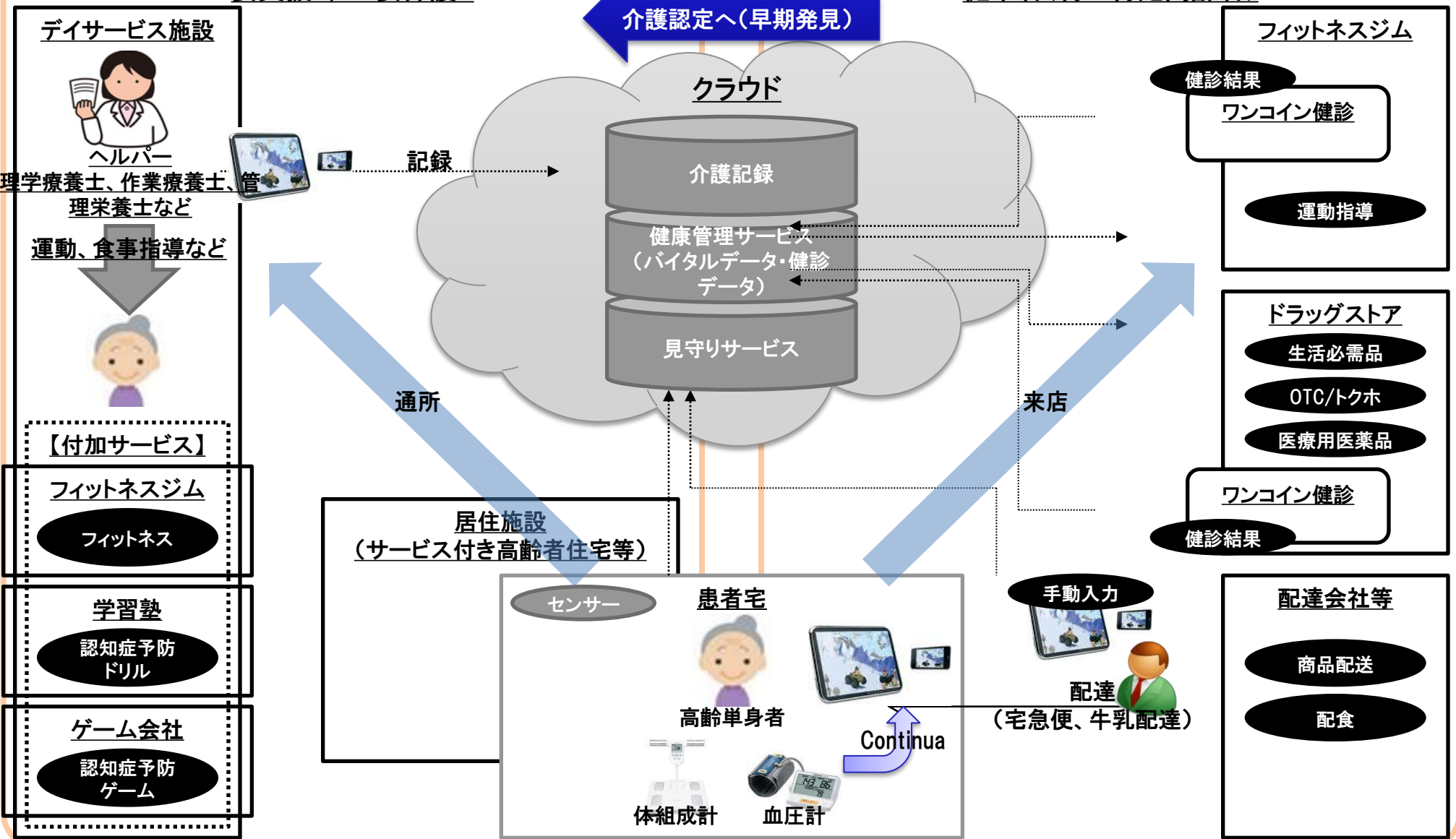
介護予防にフォーカスをし、見守りサービスとの連携をしたサービス(要支援の手前での発見から介護予防へ)は運営コストの圧縮とより高い効果を狙えるのではないか。

サービスモデルの検討

4-3. 考えられるサービスモデル

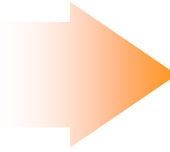
要支援1/2・要介護1

健常者(特に特定高齢者)



スケジュール

11年4Q:サービルモデルの決定
11年4Q:ミドルウェア要件着手



12年1Q:ミドルウェア要件の決定(目標)
12年1Q:インフラ要件の決定(目標)

項目	11年度 3Q			11年度 4Q			12年度 1Q			12年度 2Q		
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
JCC 総会			◆12/22:JCC総会							◆7/上旬:JCC総会		
WG SWG		◆11/8:第2回サービスSWG	◆12/上旬:第3回サービスSWG		◆2/上旬:第4回サービスSWG			→			
			◆12/中旬:第2回ミドルウェアSWG		◆2/下旬:第3回ミドルウェアSWG			→			

參考資料

(参考)高齢者向け見守りサービス

- 高齢者向けの見守りサービスとしては、センサー・機器を使ったサービス(ガスや電気の利用状況、カメラやセンサー設置等)や電話オペレーターによる定時的な確認、メール等による確認サービスなど様々なサービスが提供されている。
- また安否確認とご用聞きを組み合わせたサービスなども展開されている。
※以下に展開されている見守りサービスの例を挙げるが、例えば東急セキュリティなどでは健康管理なども含めたサービスを展開。

センサー・機器見守り/安否確認

- ・みまも〜る(東京ガス)/東京ガス
- ・あんしんテレちゃん(NTTテレコン)/LPガス
- ・安心見守りサービス(九電ホームセキュリティ)/センサー・カメラ
- ・関電SOSホーム・アイ(関電SOS)/カメラ
- ・生活リズム見守りネット(アパイアシステム)/電気・センサー
- ・見守りトヨーくん(トヨーアクアテック)/トイレ水流

オペレーターによる電話安否確認

- ・いきいきコール(京都いきいきセンター)/専用通信機器による定期的な電話
- ・あんしんネットワーク(ブルージュ)/定期的な電話・訪問サービス
- ・あんぴー(セレンディピティー)/定期的な電話
- ・ふるさとコール(しあわせ家族)/定期的な電話
- ・ホットコール(ホットコール)/定期的な電話
- ・安否確認サービス(日本ライフ協会)/定期的な電話

複合サービス

- ・ファミリーガード アイ(セントラル警備保障)/緊急通報+非常通報+安否確認
- ・ALSOKシルバーバック(ALSOK)/緊急通報+火災感知+救急情報登録+見守り
- ・緊急通報システム(アイネット)/緊急通報+火災通報+安否確認
- ・在宅医療支援システム(在宅医療サポート協会)/在宅医療+緊急通報+安否確認
- ・ココセコム(セコム)/緊急通報+居場所確認
- ・シニアセキュリティ(東急セキュリティ)/緊急通報+安否確認+健康・生活サポート

オート電話・メール見守り/安否確認

- ・あんしん見守りコール(PLAN-NET)/コンピュータによる自動電話
- ・元気メールサービス(九電ホームセキュリティ)/専用機器ボタン(4つの体調)
- ・言の葉通信(セブンス・ポイント)/メール&必要に応じて電話フォロー
- ・あんびんぐ(あんびんぐ)/メール&未返信時に電話フォロー
- ・ふるさとメール通信(しあわせ家族)/メール&未返信時に電話フォロー

その他の見守り/安否確認

- ・『SOS』緊急通報サービス(九電ホームセキュリティ)/緊急通報ボタン
- ・安否確認訪問サービス(ハーベスト)/自宅へ訪問し
- ・言の葉通信(セブンス・ポイント)/メール&必要に応じて電話フォロー
- ・あんびんぐ(あんびんぐ)/メール&未返信時に電話フォロー
- ・ふるさとメール通信(しあわせ家族)/メール&未返信時に電話フォロー

(参考)地域包括支援センター

運営主体：市町村、在宅介護支援センターの運営法人（社会福祉法人、医療法人等）その他の市町村から委託を受けた法人

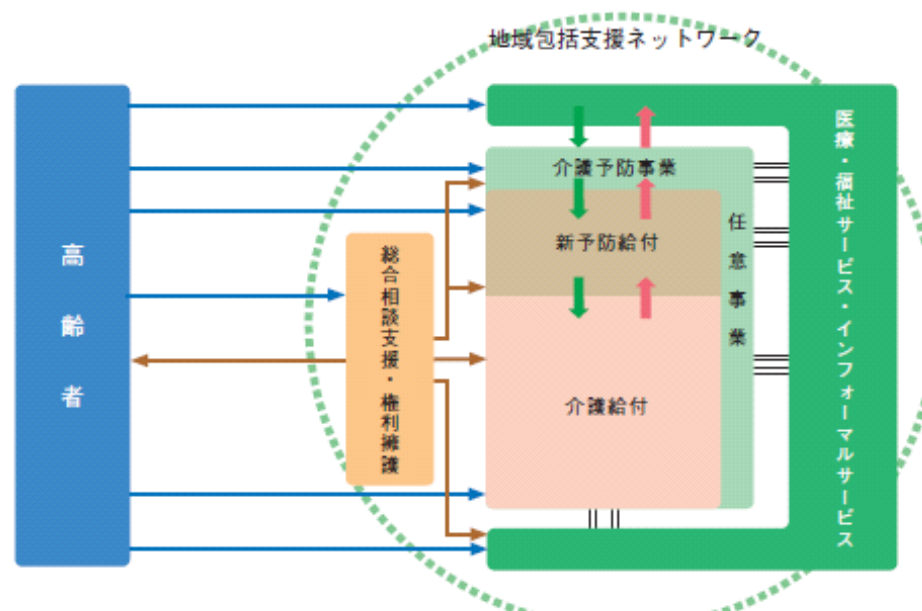
エリア：市町村ごとに担当エリアを設定。小規模市町村の場合、共同設置も可能。

職員体制：保健師（又は地域ケアに経験のある看護師）、主任ケアマネジャー、社会福祉士の3つの専門職種又はこれらに準ずる者

※65歳以上の高齢者3000人～6000人ごとに、3人の専門職種を配置。

■地域包括支援センターの基本機能

共通的支援基盤構築	地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。
総合相談支援・権利擁護	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。
包括的・継続的ケアマネジメント支援	高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。
介護予防ケアマネジメント	介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。



(参考)在宅における医療・介護の提供体制指針(医師会)

在宅における医療・介護の提供体制 －「かかりつけ医機能」の充実－ 指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。

4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

出展：日本医師会 <http://www.tokyo.med.or.jp/kaiin/handbook/linkdata/006-014.pdf>