

専攻医のための公衆衛生ウィンターセミナー

専攻医に伝えたい日本の高齢者施策

－ 医療と介護の連携をさらに進めるために －

2023年12月9日（土）

厚生労働省

老健局老人保健課長 古元 重和

本日の内容

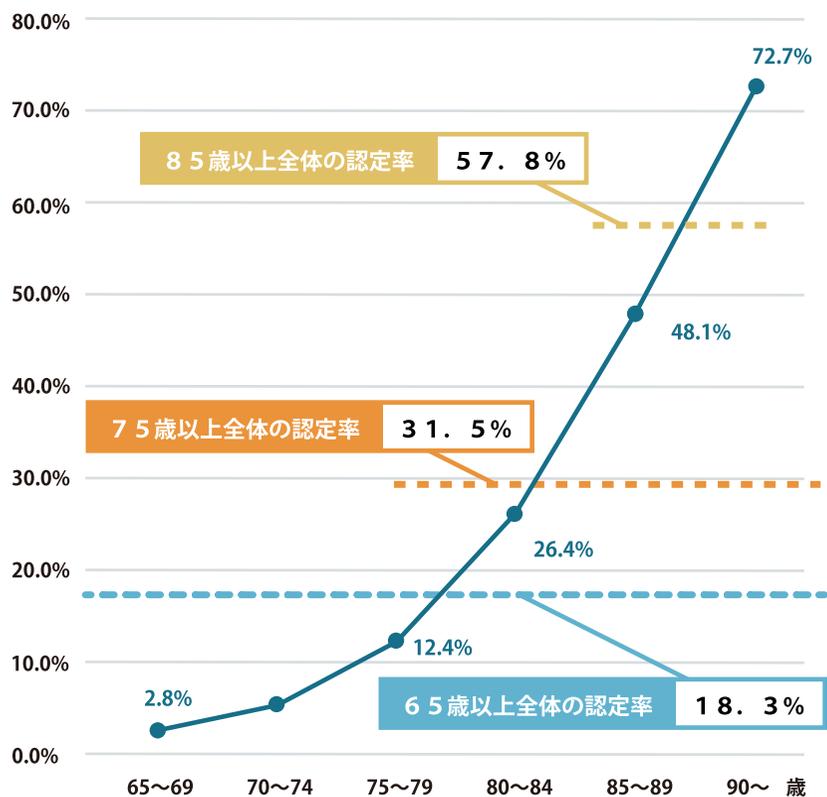
- 医療と介護のニーズの高まり
- 医療と介護の連携
 - ①リハビリテーションについて
 - ②高齢者施設と医療機関の連携強化について
(参考：地域包括ケア見える化システムのご紹介)
- 令和6年度 報酬改定
- まとめ・みなさんへのメッセージ

医療と介護のニーズの高まり

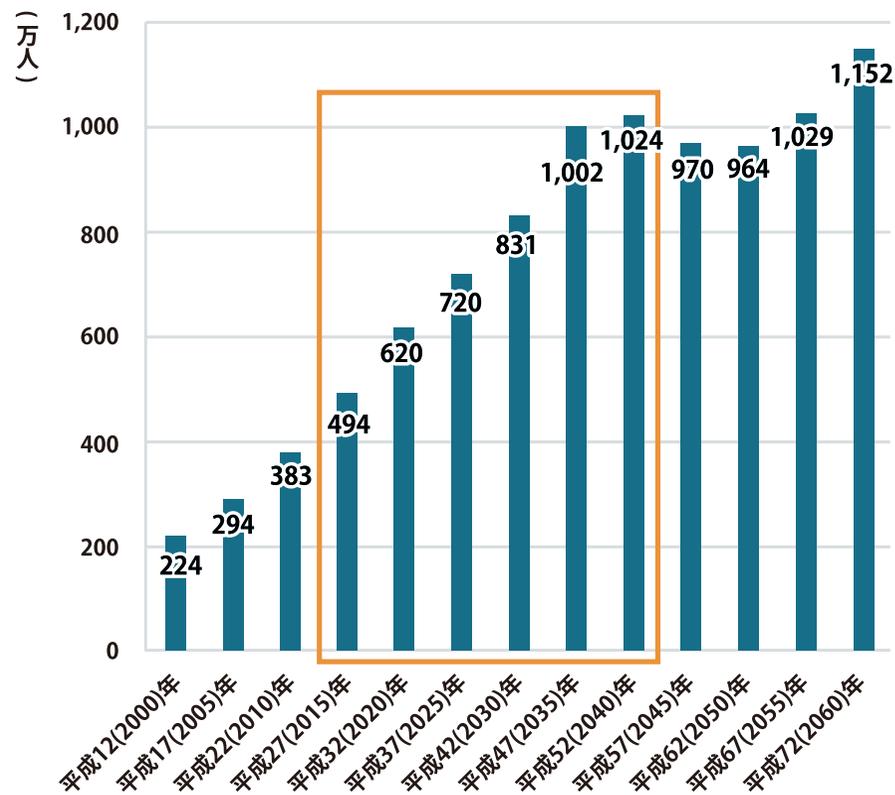
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典

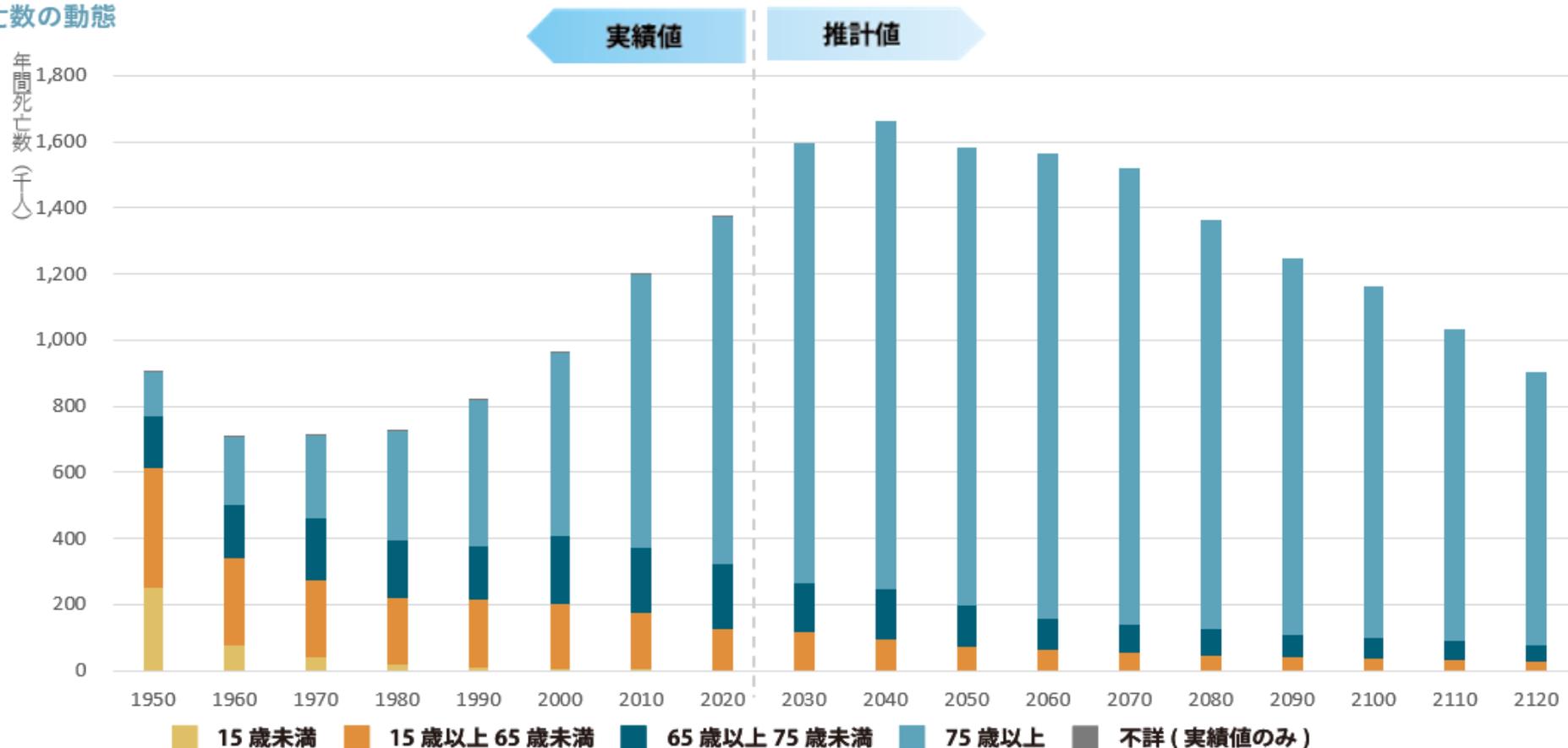
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

死亡数が一層増加する

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



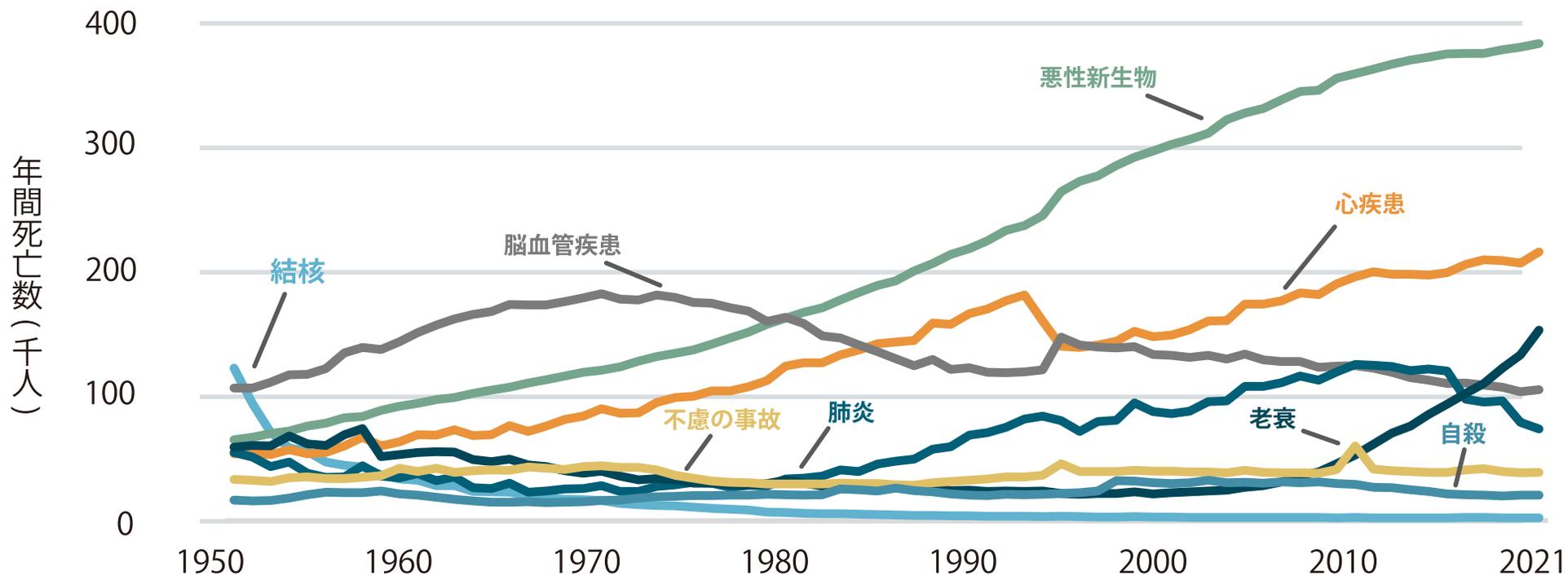
出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」
2030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（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

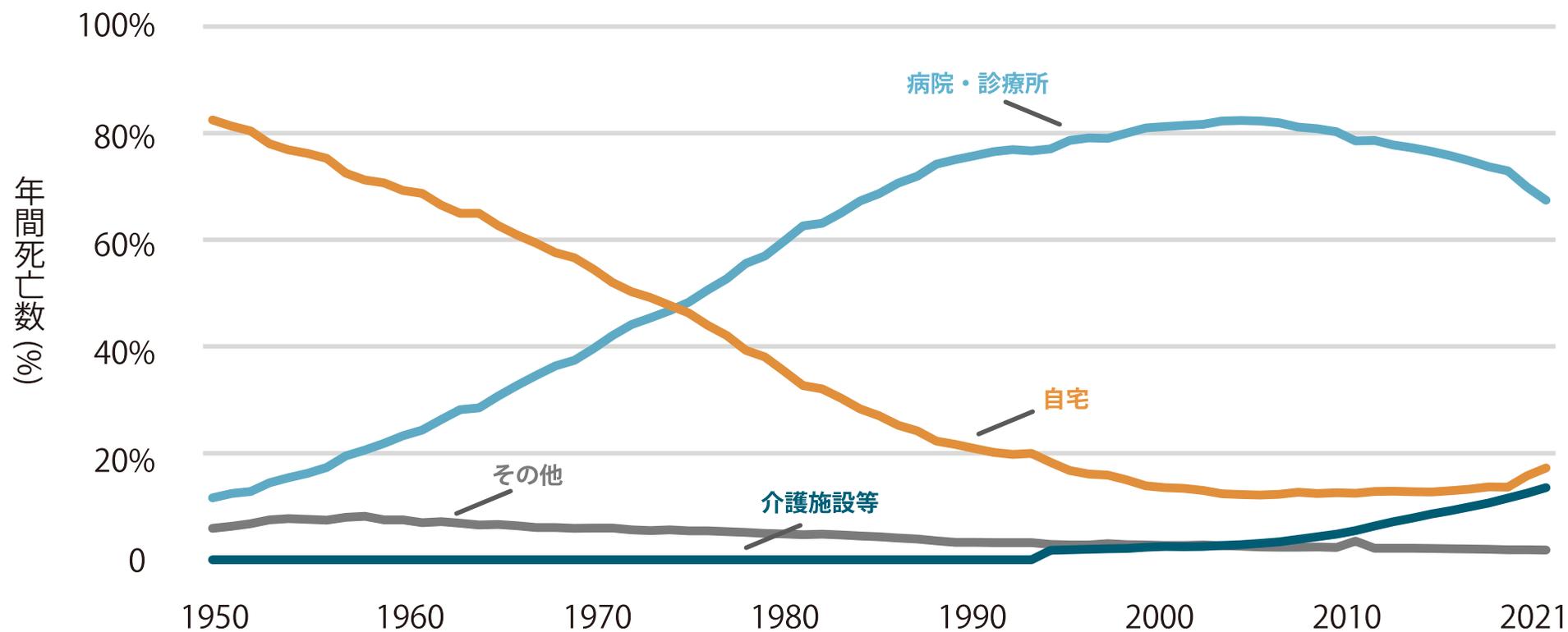
死因の推移



死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

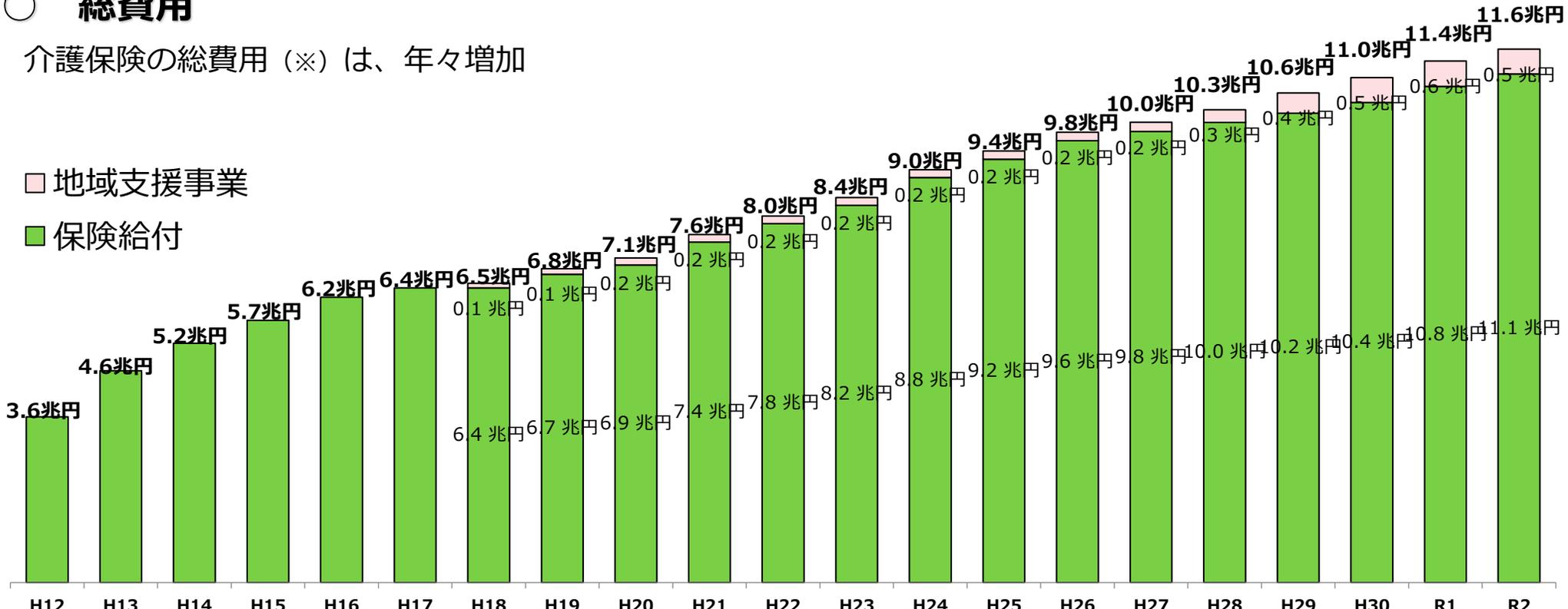
死亡の場所の推移



介護費用と保険料の推移

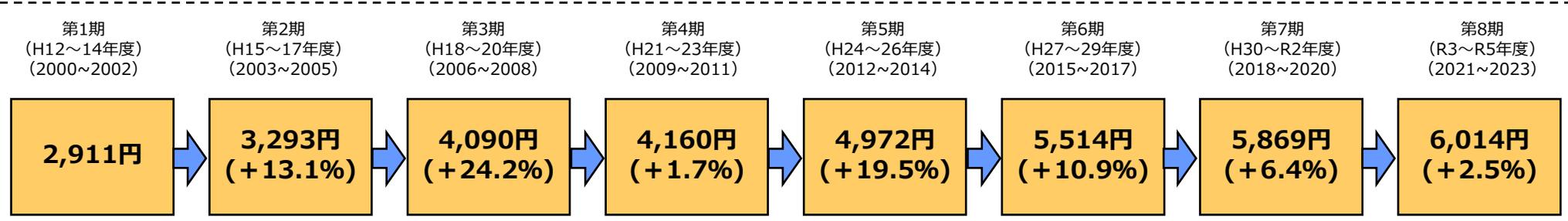
○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



※ 1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。
 ※ 2 地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



介護保険の財源構成と規模

(4年度予算案 介護給付費：12.3兆円)
総費用ベース：13.3兆円

保険料 50%

公費 50%

第1号保険料
【65歳以上】
23% (2.8兆円)

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

国庫負担金【調整交付金】
5% (0.6兆円)

・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間(3年)ごとに、人口で按分

国庫負担金【定率分】
20% (2.3兆円)

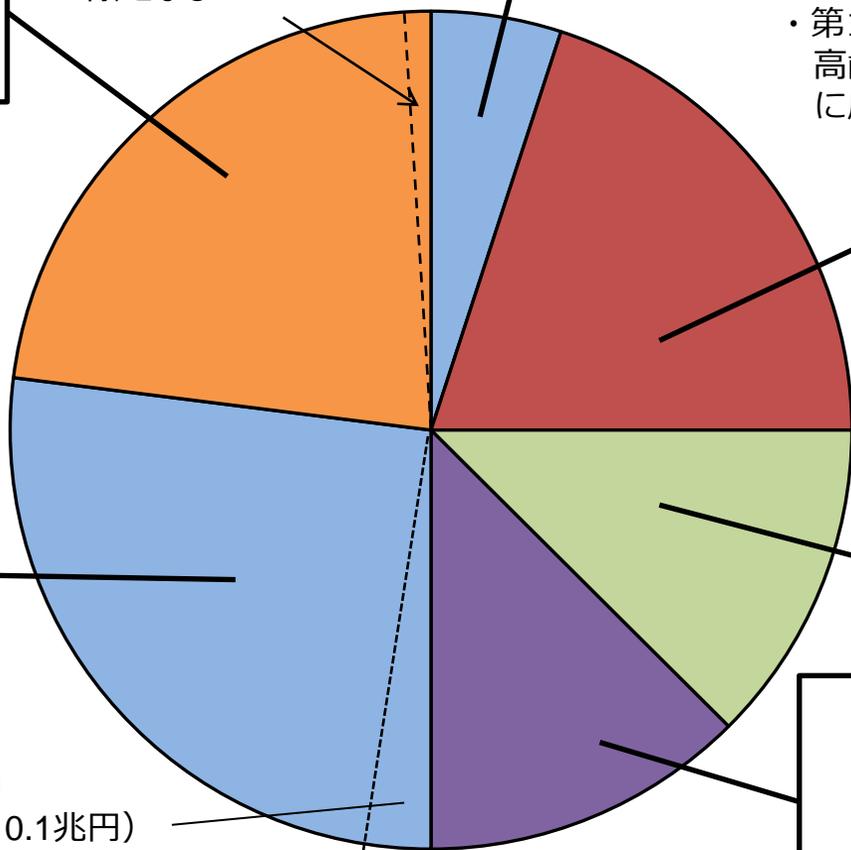
・施設の給付費の負担割合
国庫負担金(定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

第2号保険料
【40~64歳】
27% (3.3兆円)

都道府県負担金
12.5% (1.7兆円)

・第2号保険料の公費負担(0.4兆円)
国保(国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)

市町村負担金
12.5% (1.5兆円)



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

医療と介護の連携

令和6年度介護報酬改定に向けて

○高齢者の方(特に85歳以上の方)は、介護と医療の両方のニーズを有するため、医療と介護が境目なく提供される仕組みが求められます。

○本日は、

①リハビリテーション

②高齢者施設と医療機関の連携強化

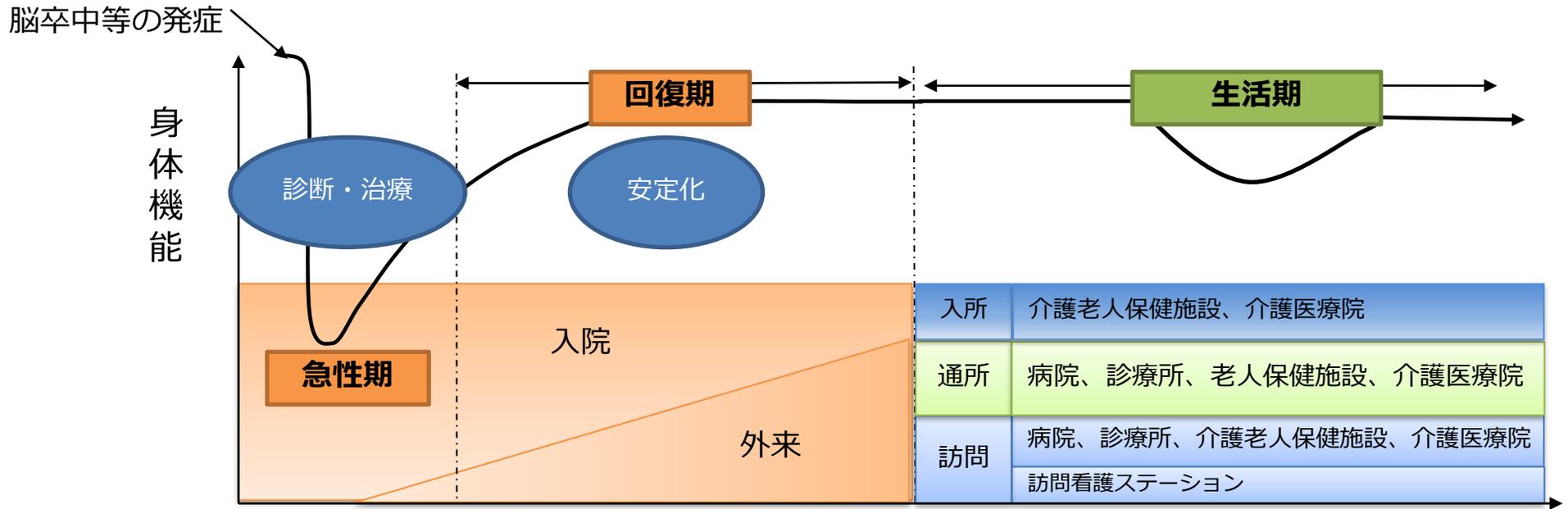
を例にお話したいと思います。

① リハビリテーションについて

① リハビリテーションについて

- 脳卒中などで入院した方は、入院中にリハが行われます。
- 退院後も必要な方には速やかに介護保険によるリハが行われることが望ましいのですが、必ずしも行われないケースがあります。
- 退院後速やかにリハが行われるための仕組みに向けて、検討が進められています。
- また、リハビリテーションとあわせ、口腔、栄養についての取組の推進も課題です。

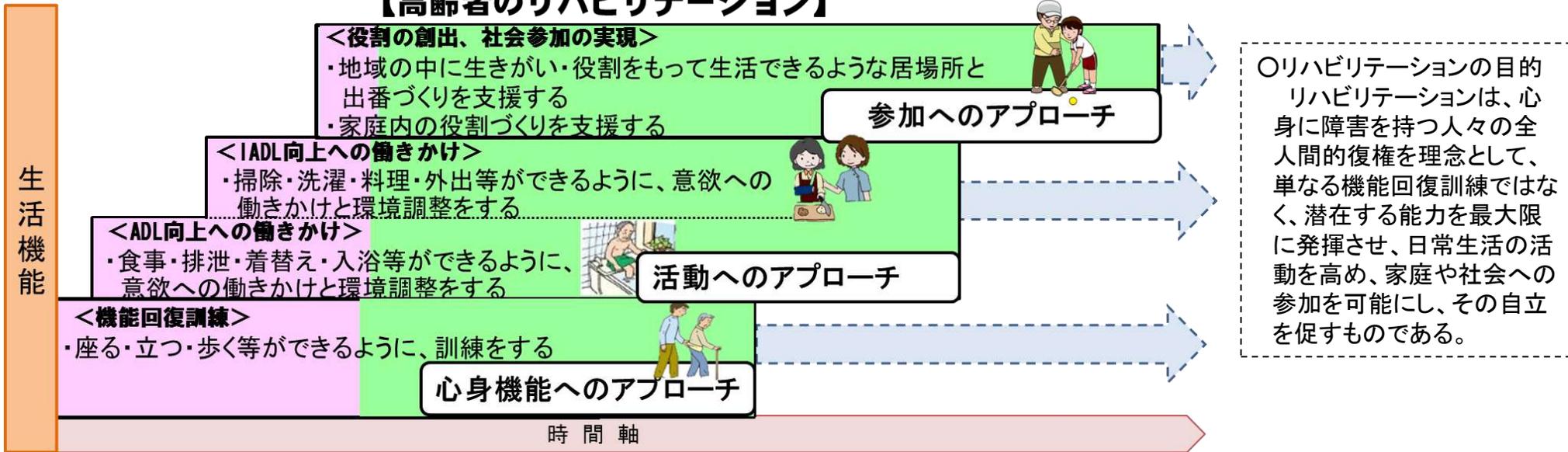
リハビリテーションの役割分担（イメージ）



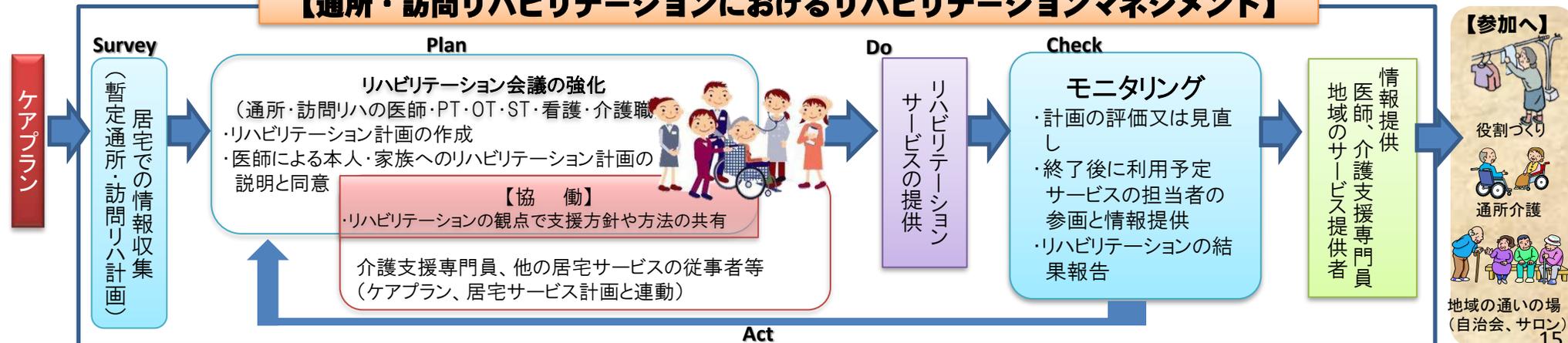
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

○ 「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

【高齢者のリハビリテーション】



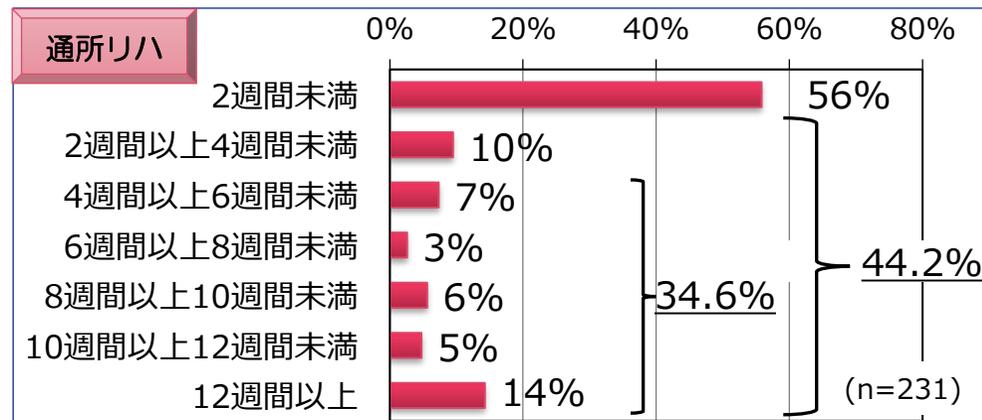
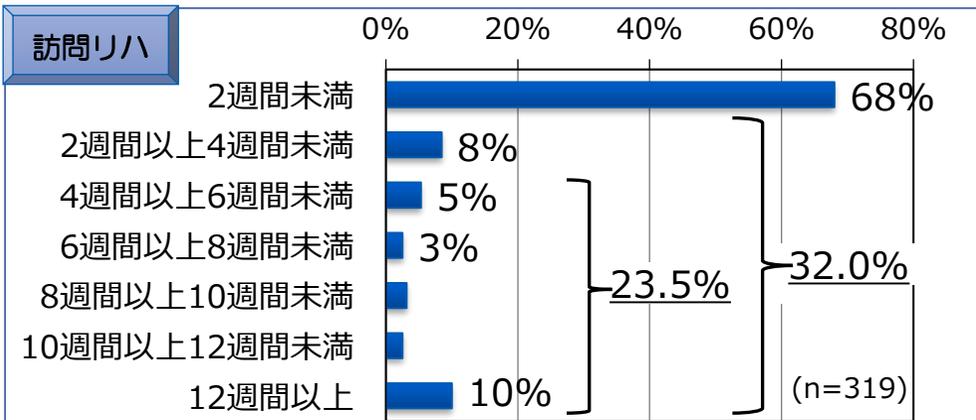
【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



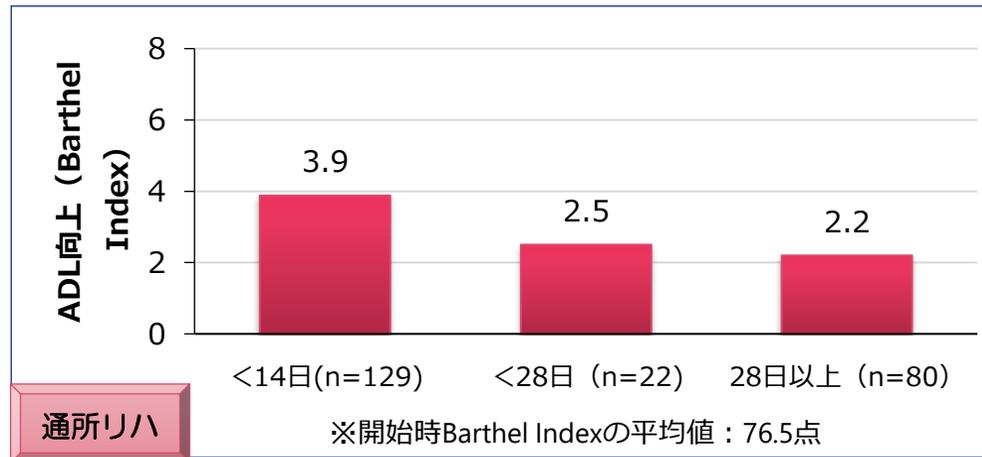
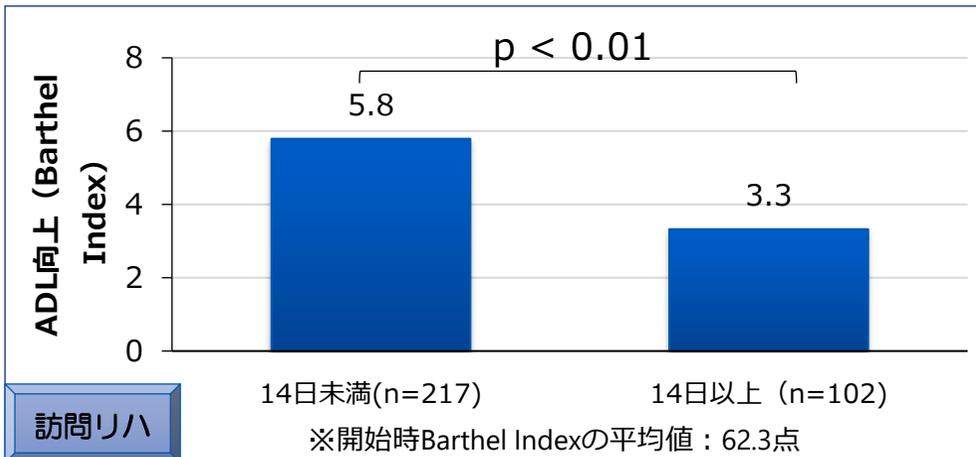
退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



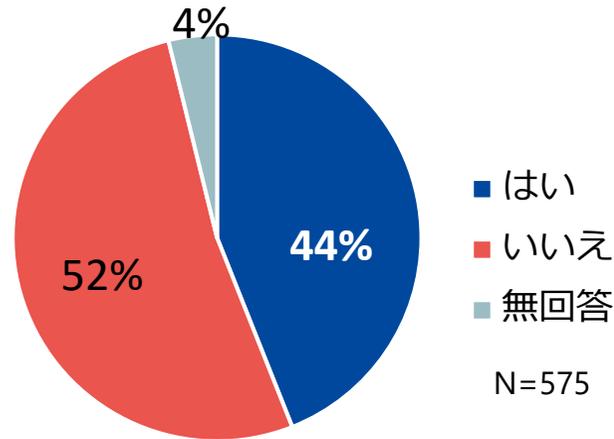
■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



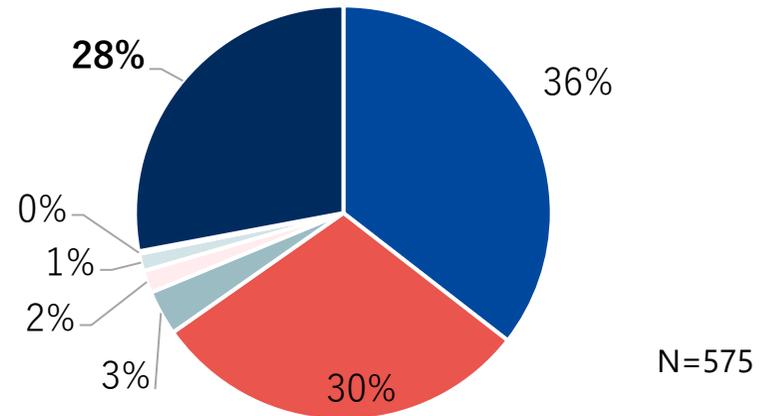
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



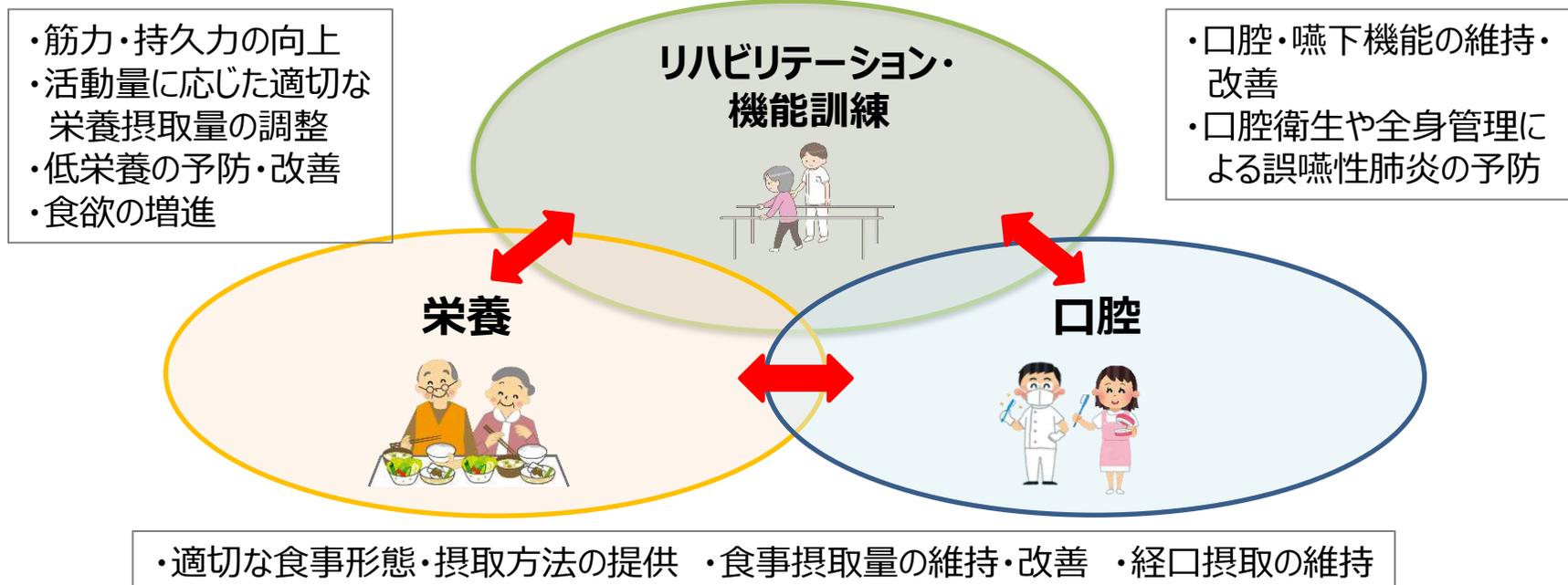
		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<0.001
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

- 脳血管疾患等リハビリテーション
- 運動器リハビリテーション
- 廃用症候群リハビリテーション
- 心大血管疾患リハビリテーション
- 呼吸器リハビリテーション
- がん患者リハビリテーション
- 分からない

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

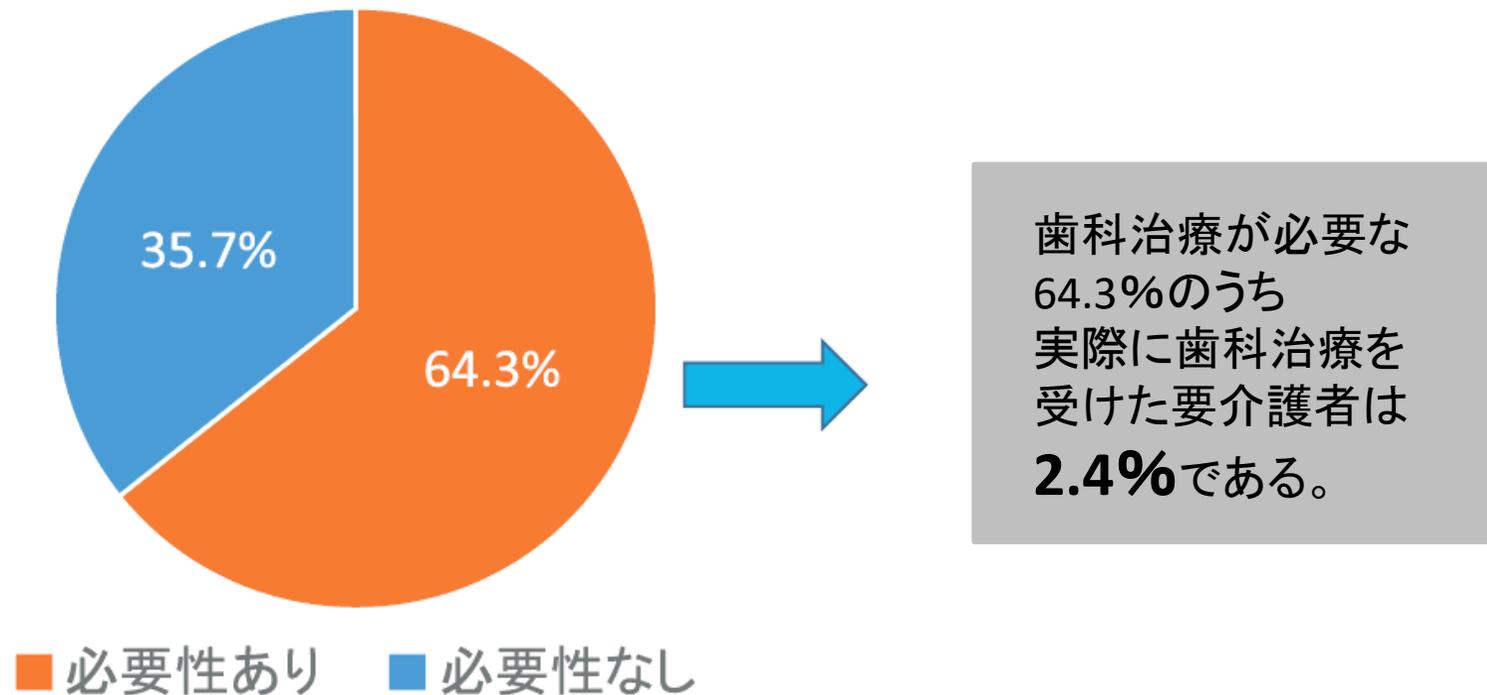
リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。

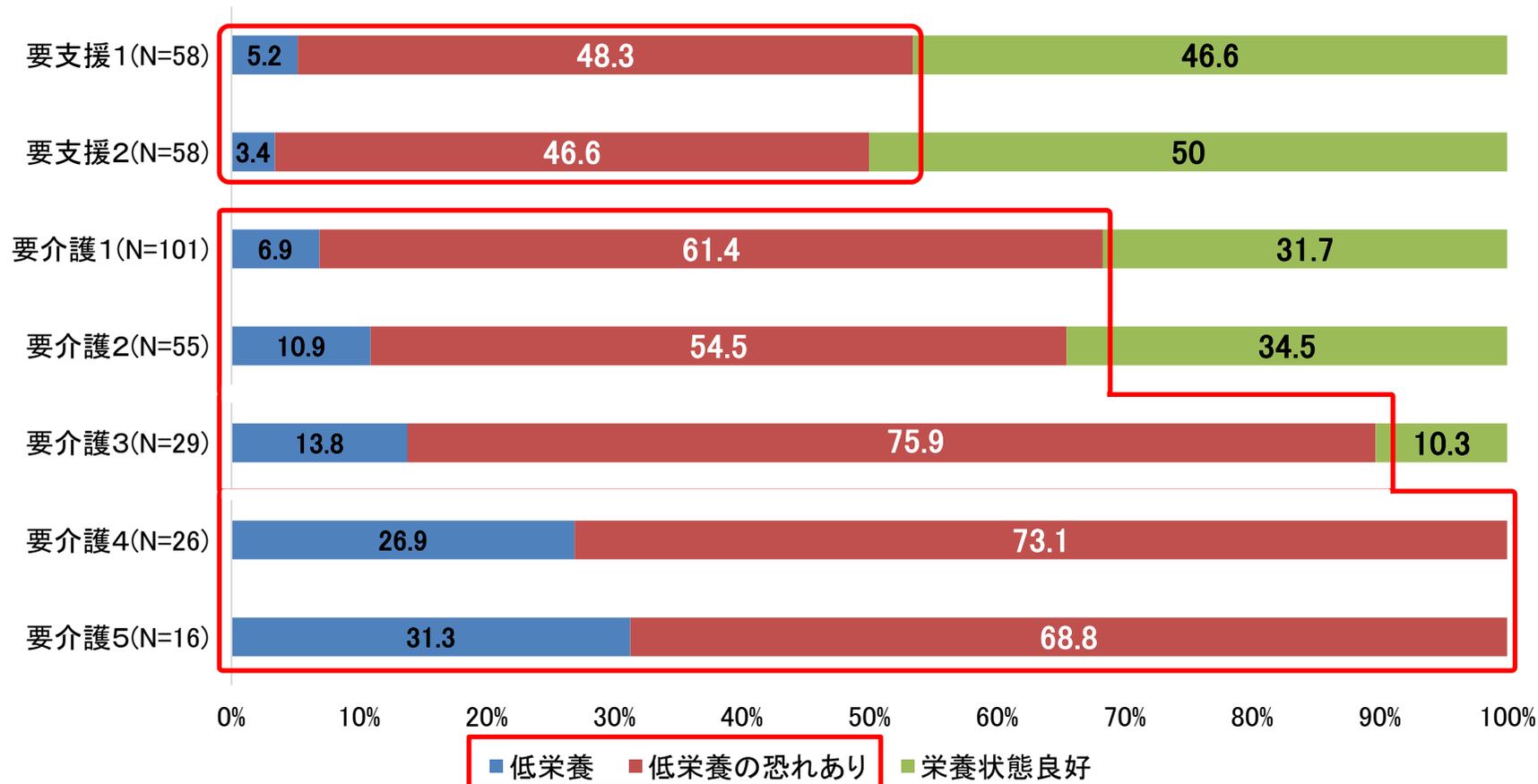


※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者:特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

在宅要支援・要介護者の栄養状態

- 「低栄養の恐れあり」および「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者は50%以上、要介護者は70%以上であった。



対象者：通所サービスや居宅サービスを利用する65歳以上の高齢者343名

本調査では、身体・健康の質問※及びMNAIによって栄養状態を判定

※「食事量減少の有無」「過去3ヶ月間での体重減少の有無」「自立歩行の可否」「過去3ヶ月間での精神的ストレスなどへの罹患経験の有無」「神経・精神的問題の有無」の5項目

② 高齢者施設と医療機関の連携強化について

② 高齢者施設と医療機関の協力体制の強化について

○高齢者は、救急病院などに入院すると、環境の変化等によりADLが低下するリスクがあります。

(みなさんも新型コロナで経験されたことと思います)

○高齢者施設に入所している方が、ふだんから医療機関と連携することにより、

① 相談を受けられる体制

② 診療を受けられる体制

③ 入院治療が必要な場合は、より適切な医療機関に入院できる体制

などをすすめていく必要があります。

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchear ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

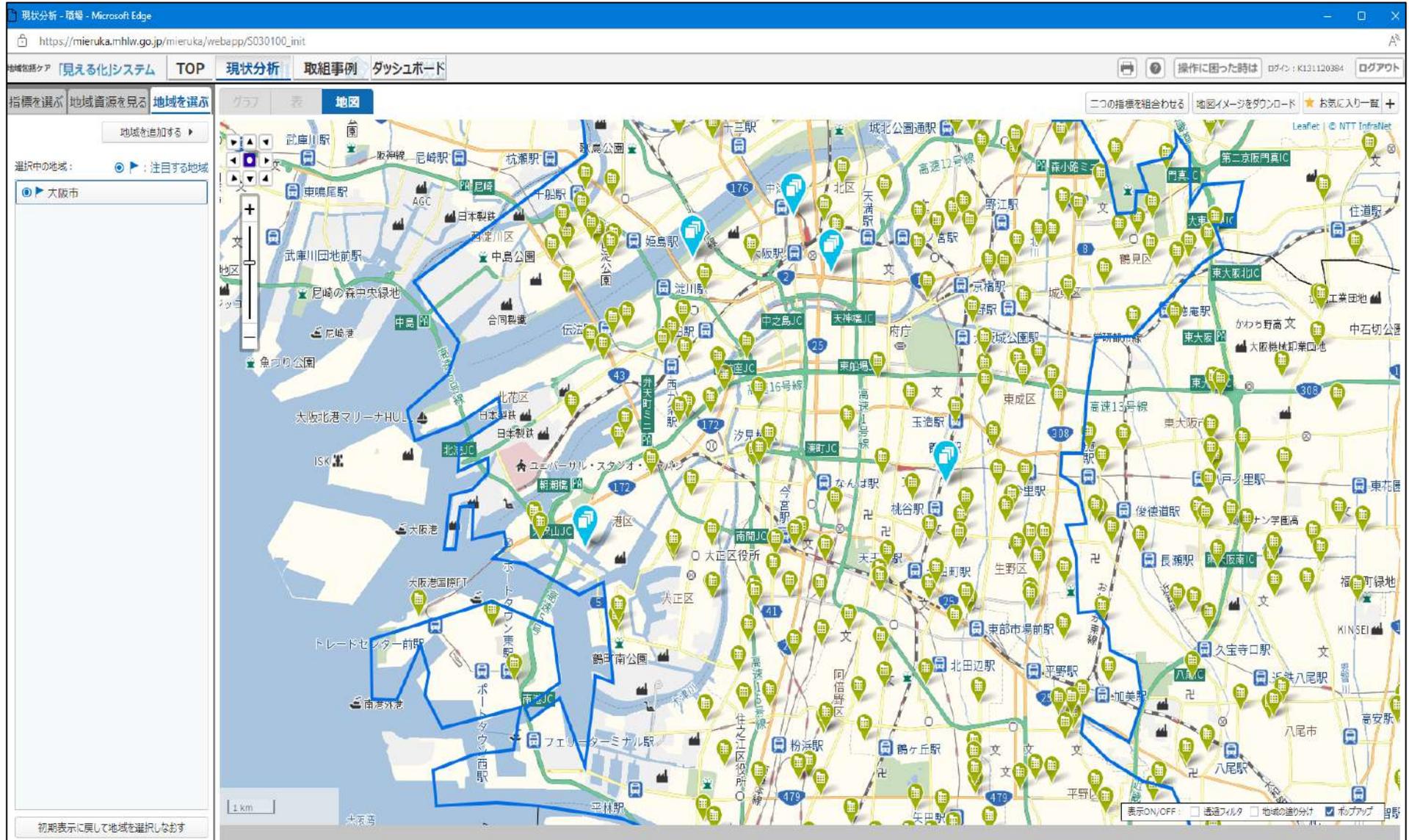
介護保険施設の比較

			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格			要介護高齢者のための 生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し在宅復帰を目指し 在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の 長期療 養・生活施設	医療の必要な要介護高齢 者のための 長期療養施設
定義			老人福祉法第20条の5に規定する 特別養護老人ホームであって、当 該特別養護老人ホームに入所す る要介護者に対し、施設サービス 計画に基づいて、入浴、排せつ、 食事等の介護その他の日常生活 上の世話、機能訓練、健康管理及 び療養上の世話を行うことを目的 とする施設	要介護者であって、主としてその 心身の機能の維持回復を図り、居 宅における生活を営むことができ るようになるための支援が必要で ある者に対し、施設サービス計画 に基づいて、看護、医学的管理の 下における介護及び機能訓練そ の他必要な医療並びに日常生活 上の世話を行うことを目的とする 施設	要介護者であって、主として長期 にわたり療養が必要である者に対 し、施設サービス計画に基づいて、 療養上の管理、看護、医学的管理 の下における介護及び機能訓練 その他必要な医療並びに日常生 活上の世話を行うことを目的とす る施設	療養病床等を有する病院又は診 療所であって、当該療養病床等に 入院する要介護者に対し、施設 サービス計画に基づいて、療養上 の管理、看護、医学的管理の下に おける介護その他の世話及び機 能訓練その他必要な医療を行うこ とを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）
施設数※2			10,896 件	4,221 件	734 件	277 件
利用者数※2			638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人
居室 面積 ・定員数	従来 型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
	ユニッ ト型	面積／人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3			19.7%	53.3%	71.9%	78.9%
平均在所(院)日数※4			1,177日	310日	189日	472日
低所得者の割合※4			68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準			必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）
※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2 及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

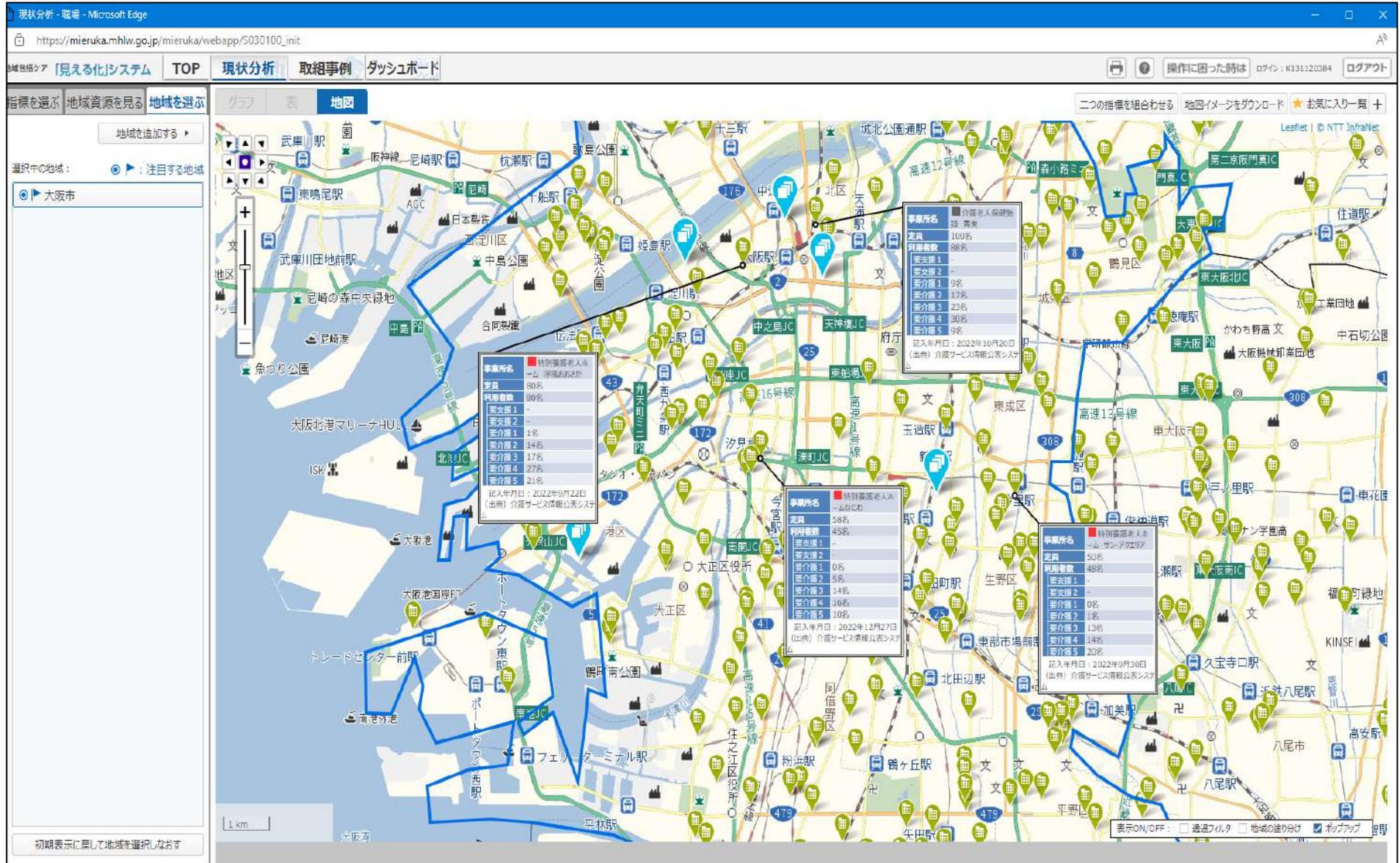
厚労省の地域包括ケア「見える化」システム

一 地域の介護サービスを地図上で一覧にできます（大阪市内の介護保険施設の例）



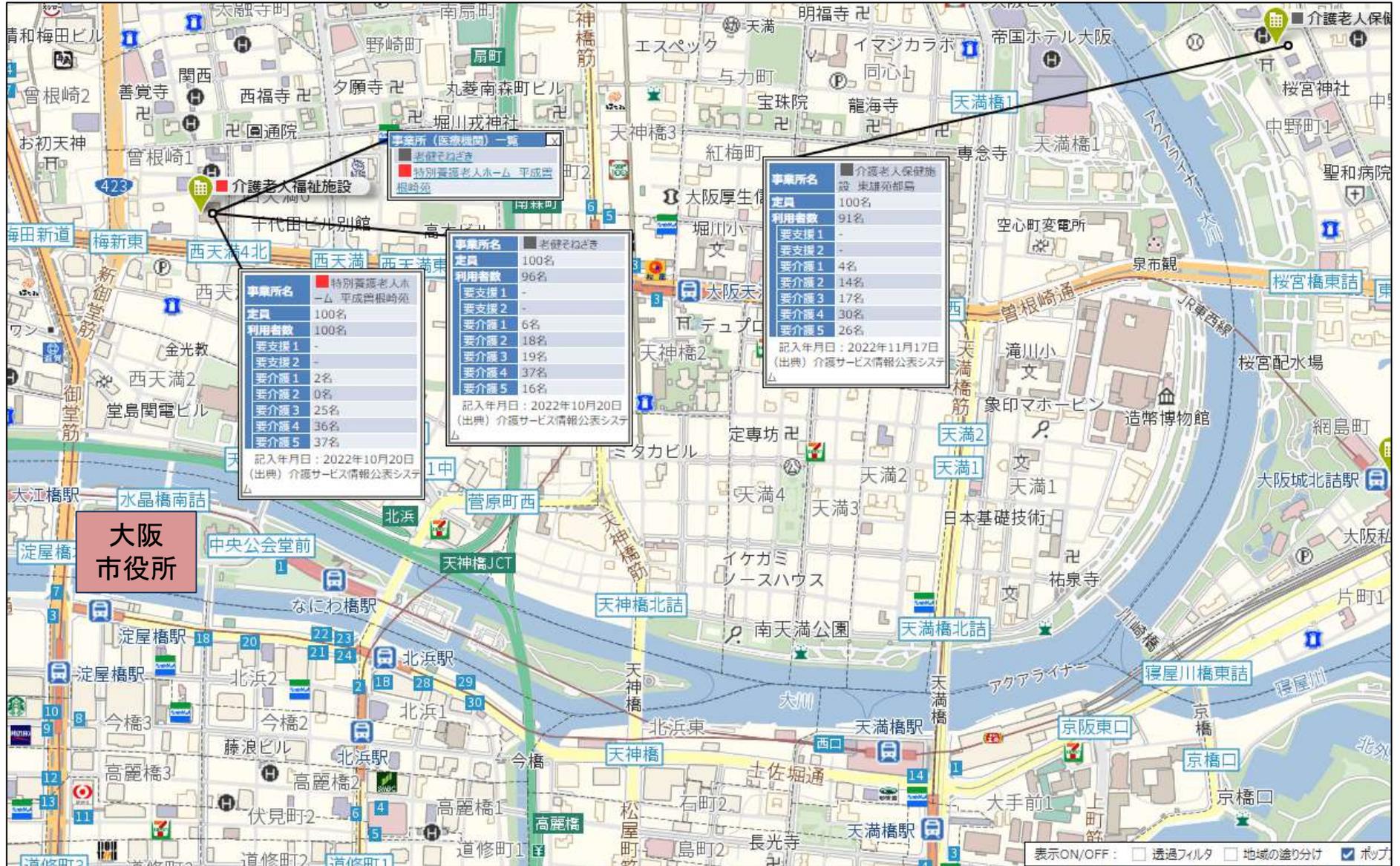
厚労省の地域包括ケア「見える化」システム

一 地域の介護サービスを地図上で一覧にできます（大阪市内の介護保険施設の例）



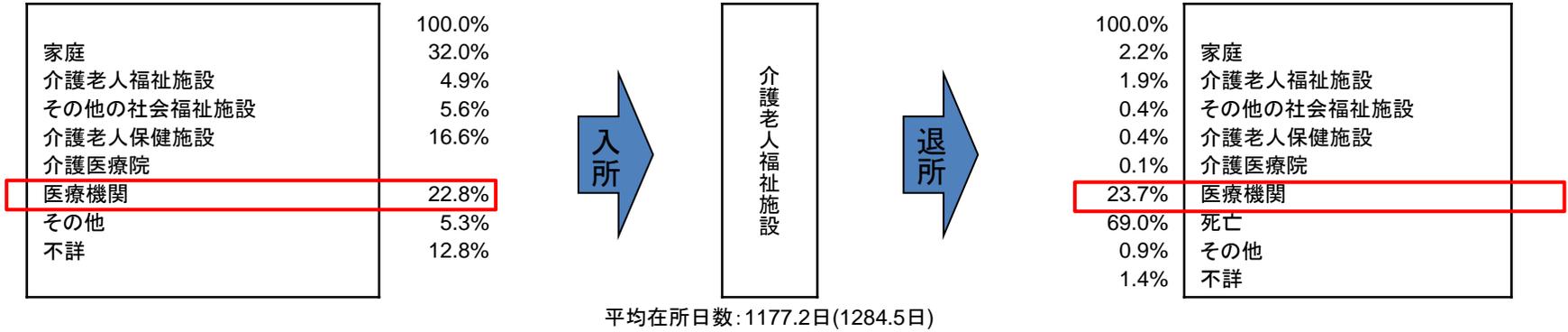
厚労省の地域包括ケア「見える化」システム

－たとえば、大阪市役所周辺の施設を知りたい場合は、こんな感じ

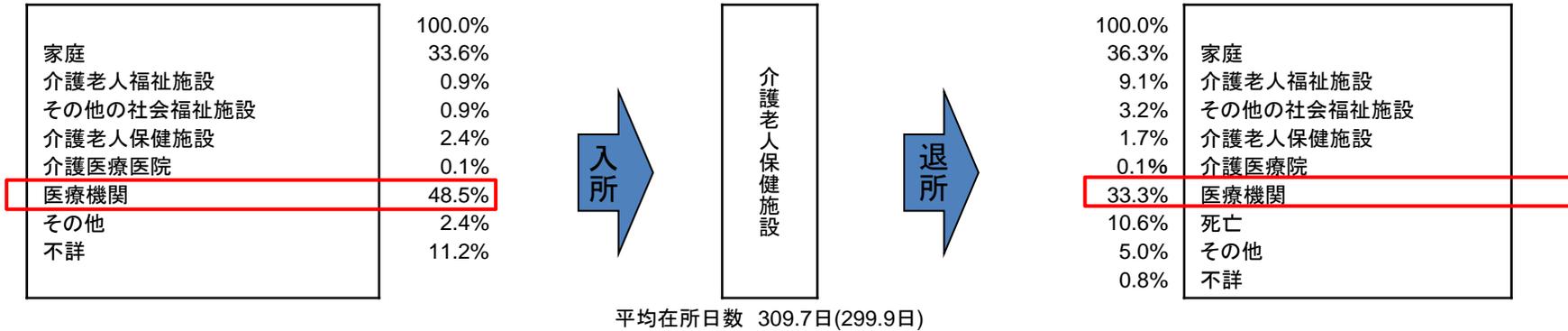


介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

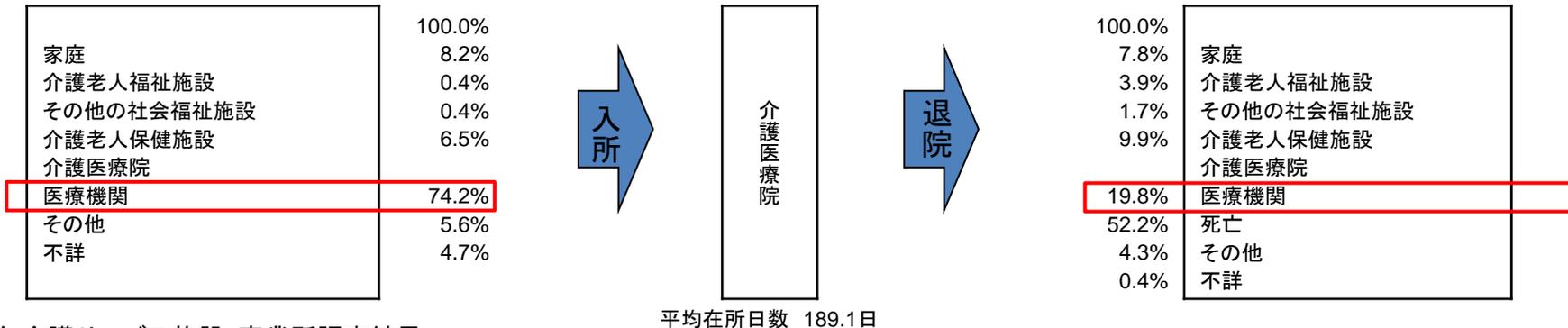
(退所者数:8,018人)



(退所者:23,106人)



(退所者:1,184人)



特養、老健、介護医療院

入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力病院を定めておかななくてはならない

特定施設、認知症GH

利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料－1
参考（一部改変）
R 5 . 4 . 1 9

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○ 特定施設

第九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

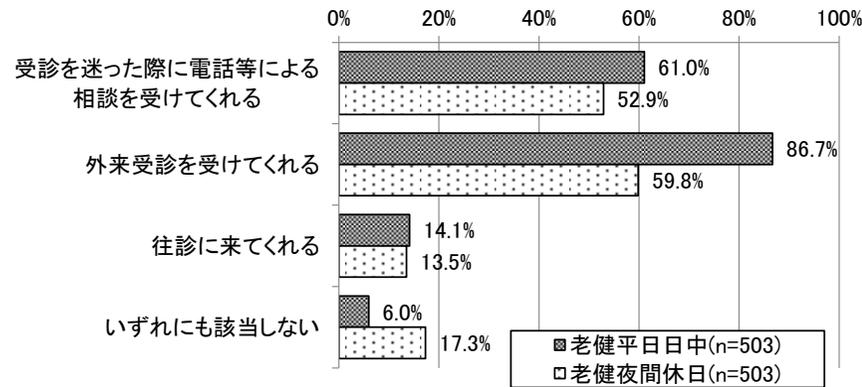
出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

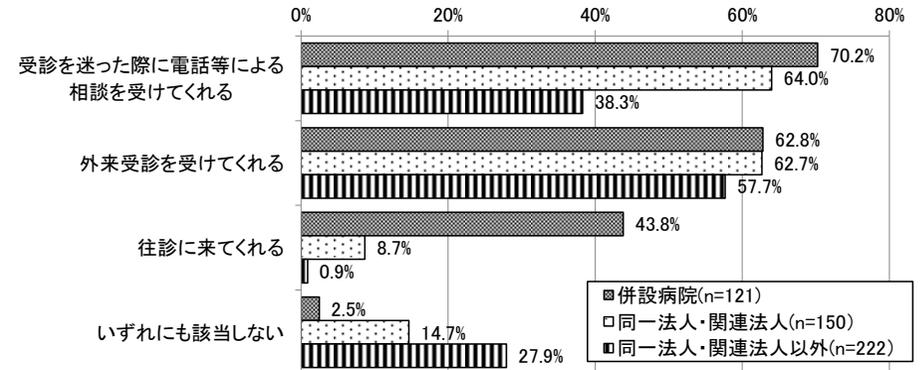
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の対応について、老健の平日日中では「外来受診を受けてくれる」が86.7%、夜間休日では59.8%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が70.2%であった。
- 介護医療院では平日日中は、「外来受診を受けてくれる」が57.8%、夜間休日では「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が48.3%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「往診に来てくれる」が62.1%であった。

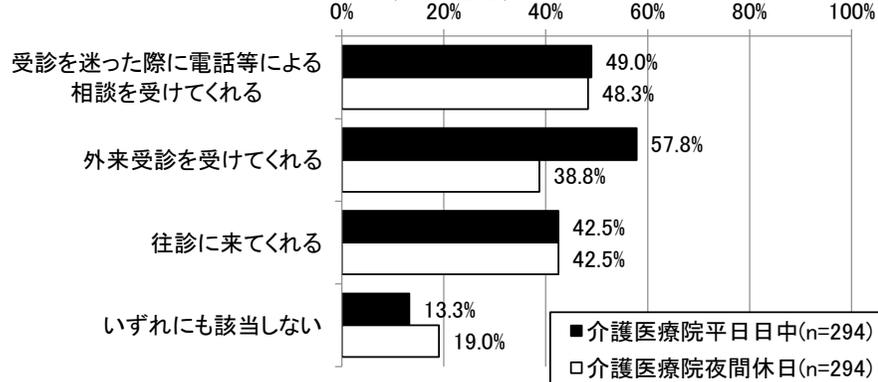
図表11 【老健】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



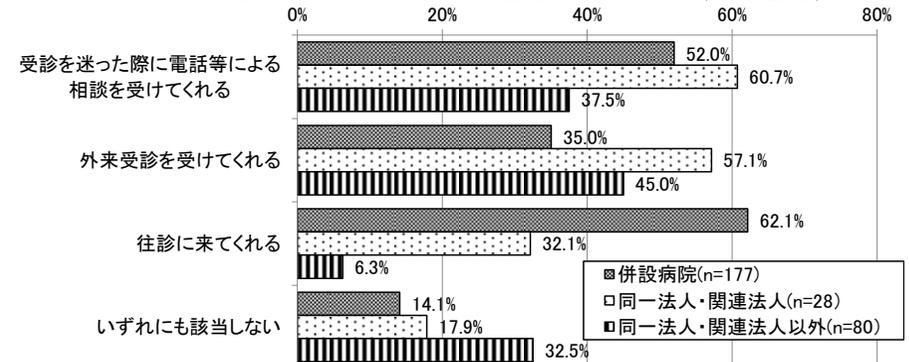
図表12 【老健・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表13 【介護医療院】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表14 【介護医療院・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）

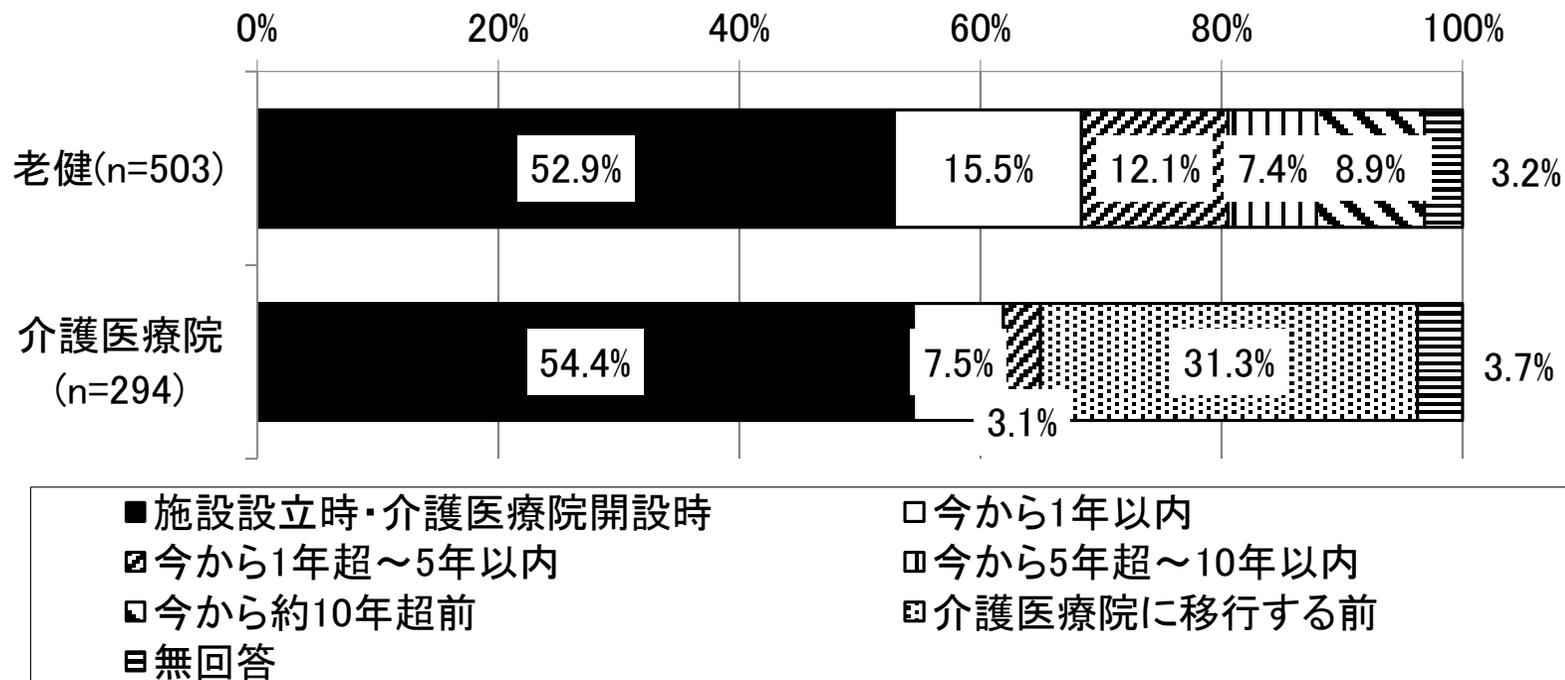


介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

○入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期は、老健では「施設設立時」が52.9%、介護医療院では「介護医療院開設時」が54.4%であった。

図表18 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期



伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」

在宅医療と介護の連携を図るため、伊勢地区医師会が伊勢市、玉城町、度会町、南伊勢町から委託を受けて、平成30年4月に伊勢地区医師会館内に開設。



出典：伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」 ホームページより

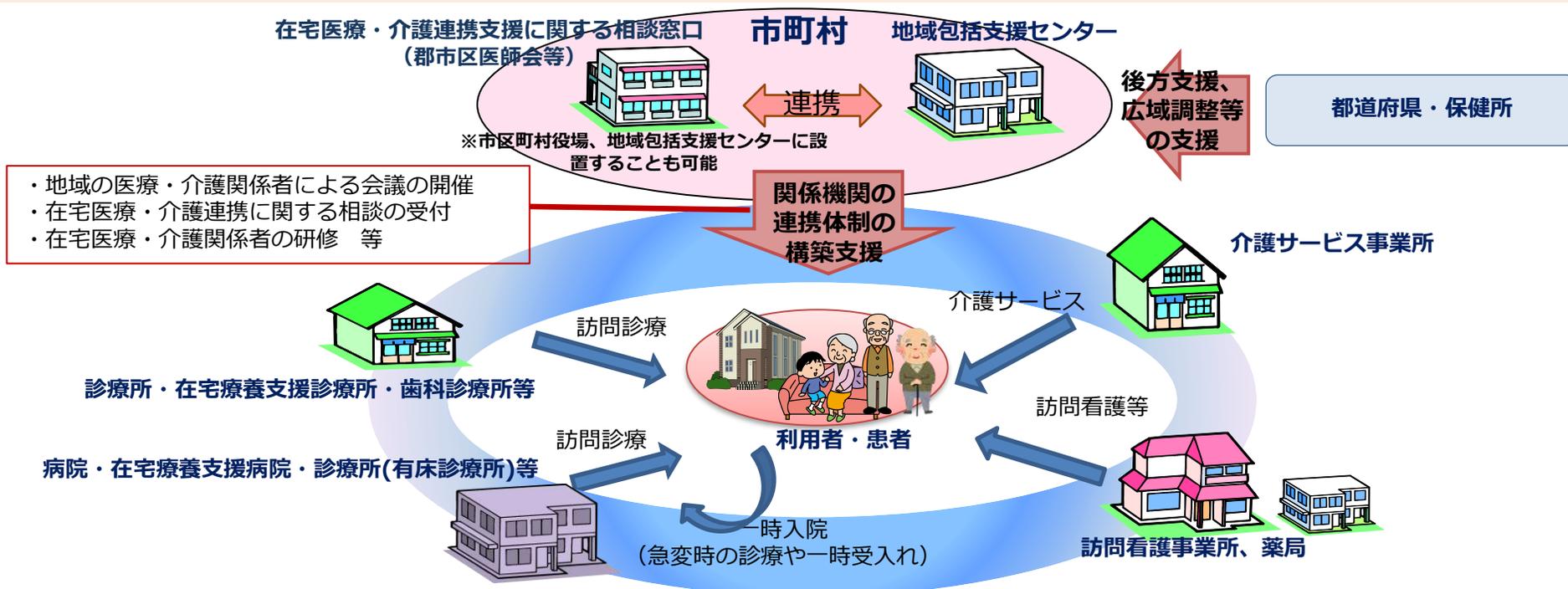
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



参考：地域包括ケア見える化システムのご紹介

地域包括ケア「見える化」システムについて（概要）

- 都道府県及び市町村は、介護保険法に基づき、3年ごとに「介護保険事業支援計画」及び「介護保険事業計画」を策定することとされている。
- 当該計画の策定のためには、各自治体の人口、高齢化率、要介護認定者数、各サービスの利用者数などについて、現状を把握するとともに、将来推計などを行う必要がある。
- 地域包括ケア「見える化」システムは、下記の4つの機能を有する。このシステムを活用することにより、都道府県・市町村の担当者は、正確なデータに基づき的確な計画策定を行うことが可能となる。
 - ①現状分析・・・各指標を一覧することができ、他自治体との比較なども可能
 - ②施策検討・・・先進的取組事例の検索・閲覧などが可能
 - ③将来推計・・・介護サービス見込み量などの将来推計が可能
 - ④実行管理・・・計画値と実績値の比較が可能
- また、このシステムは一部の機能を除き、誰でも利用することが可能である。そのため、住民を含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなる。

地域包括ケア「見える化」システムで提供する指標（例）

介護保険事業（支援）計画を策定するためには、以下のような指標（データ）が必要となる。
地域包括ケア「見える化」システムは、これらの指標を、自治体担当者などにわかりやすく提供することが可能である。

目的	区分	指標（抜粋）	元となる調査
現状分析	人口と世帯の状況	総人口、高齢化率、高齢独居世帯数（割合） 等	国勢調査 等
	被保険者及び認定者数	第1号被保険者数、要介護認定者数（率）、性・年齢調整済み認定率 等	介護保険事業状況報告
	介護保険料	第1号保険料月額、必要保険料月額 等	
	介護保険サービスの利用状況	介護サービス受給者数（率）、第1号被保険者1人あたり給付月額、性・年齢調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額、受給者1人あたり給付月額、受給者1人あたり利用日数・回数 等	介護保険総合DB 等
	医療	後期高齢者1人あたり医療費、受療率 等	後期高齢者医療事業状況報告、患者調査
	その他	リスク高齢者の割合、地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合、週1回以上の通いの場の参加率、介護人材の需給推計 等	介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 等
	地域資源の状況	介護サービス施設・事業所、在宅医療を行う医療機関の位置情報等	介護サービス情報公表 医療（薬局）機能情報提供制度 病床機能報告制度
実行管理	被保険者及び認定者数	第1号被保険者数、要介護認定者数（率） 等	介護保険事業状況報告
	介護サービス見込み量	介護サービス利用者数、利用者1人1月当たり利用日数・回数	
	給付見込み・保険料	総給付費、保険料基準額 等	

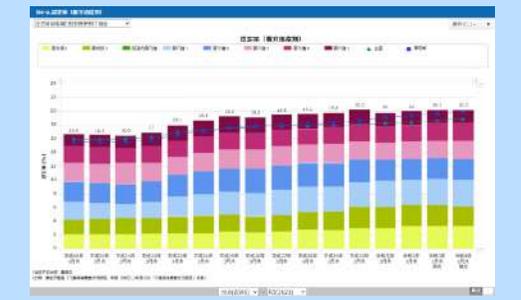
地域包括ケア「見える化」システムの主な機能・①現状分析

- ① グラフによる指標値の地域間比較や、同一保険者の時系列比較が可能。
- ② 地図画面で、選択した指標の値の多寡を視覚的に把握可能。
- ③ 地域の介護事業所や医療機関等の分布の地図上へのマッピングが可能。

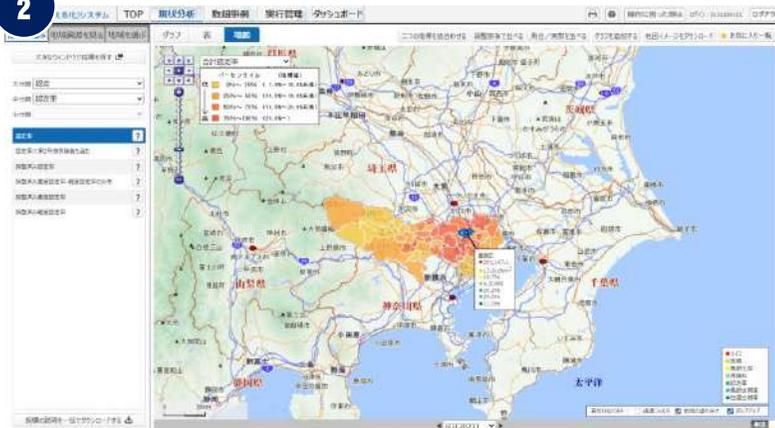
1



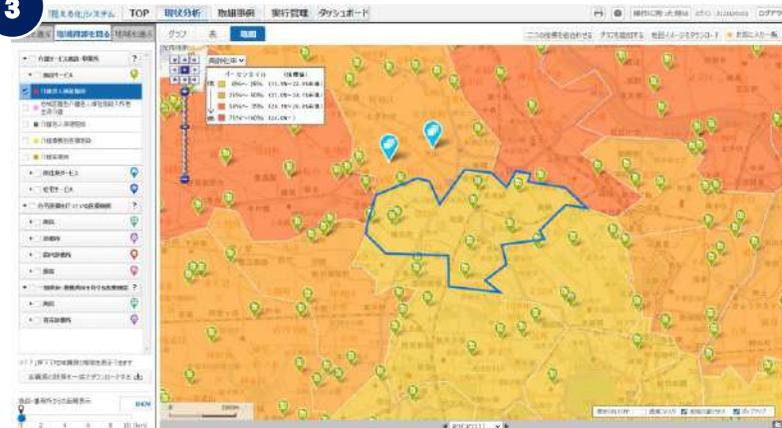
地域間の比較をするグラフから、同一保険者の時系列推移を確認するグラフに切り替えが可能。



2



3



地域包括ケア「見える化」システムの主な機能・・②施策検討

地域包括ケア構築に向けた先進的な取組事例について、現状分析から抽出された課題によるキーワード検索や、人口規模や高齢化率等の類似する地域への絞り込みにより、検索・閲覧することが可能。

The screenshot displays the '見える化' (Visualization) system interface. At the top, there are navigation tabs: '地域包括ケア「見える化」システム', 'TOP', '現状分析', '取組事例', '実行管理', and 'ダッシュボード'. Below the navigation, there is a search section with a 'キーワードで検索' (Search by keyword) input field and a '検索' (Search) button. A '検索キーワード' (Search keyword) field is also present. To the left, there is a '類似地域で検索' (Search by similar region) section with various filters: '東京都 豊島区', '人口規模が近い地域', '高齢化率が近い地域', '認定率が近い地域', and regional filters like '北海道', '東北地方', '関東地方', '近畿地方', '四国地方', '北関東地方', '中部地方', '中国地方', '九州・沖縄地方', '政令市', and '中核市'. The main content area shows a list of case studies. The first case study is titled '【あんしんリンク】と「地域ケアサポート医」で連携促進' (Promoting cooperation with 'Anshin Link' and 'Regional Care Support Doctors'). It includes a 'ブックマークした事例' (Bookmarked cases) button and a '公開日' (Publication date) of 2020.09.25. A callout box points to the 'ブックマークした事例' button, stating 'ブックマークした事例は、後からまとめて参照することが可能' (Bookmarked cases can be referenced together later). Another callout box points to the search filters, stating '前月に検索が多かったキーワードの一覧を閲覧可能' (It is possible to view a list of keywords searched frequently last month). A third callout box points to a 'ダウンロード' (Download) button in the detailed view of a case study, stating '詳細な資料（PDFファイル）のダウンロードが可能' (Detailed materials (PDF files) can be downloaded). The detailed view shows the title '【あんしんリンク】と「地域ケアサポート医」で連携促進', a description, and statistics: '人口規模: 720,780人', '高齢化率: 23.7%', and '認定率: 18.1%'. The 'ダウンロード' button is highlighted with a red dashed box.

地域包括ケア「見える化」システムの主な機能・③ 実行管理

- ① 実績の対計画比を表示。
- ② 各サービス毎に、詳細な指標について実績の対計画比を表示。
- ③ 計画値と実績値、及び対計画比（実績値/計画値）を期単位・年単位で表示。



全国の対計画比（計画値/実績値）の分布において、選択した保険者がどこに位置するかを表示。



地域包括ケア「見える化」システムの主な機能・④ 将来推計

介護サービス見込み量やそれに基づく保険料の推計を行うことが可能

(※) 第7期介護保険事業計画策定に当たり、それ以前は、Excelファイルで配布してきた将来推計ツールの機能を、「見える化」システム上に搭載し、保険者の作業負担・管理負担の軽減を実現している。

機能①：シミュレーション支援機能

施策反映の結果として推計される将来の保険料と自然体推計との差を常時表示

推計名： 将来推計Aボタン

保険料額(月額) 第7期 **5,182円** (-143円) 平成37年度 **6,507円** (-153円) 保険料額の更新 総括表

施設・居住系サービス利用者数の施策反映

自然体推計された施設・居住系サービスの利用者数について、平成30年度以降に施策の効果として見込まれる値を入力してください。

居宅サービス

			合計	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
H30	特定施設入居者生活介護	利用見込み人数	1,152	48	45	191	239	217	220	192
		現在分・今後整備分	1,152	48	45	191	239	217	220	192
		介護療養からの転換分	0	0	0	0	0	0	0	0
H31	特定施設入居者生活介護	利用見込み人数	1,225	52	47	203	254	231	234	204
		現在分・今後整備分	1,225	52	47	203	254	231	234	204
		介護療養からの転換分	0	0	0	0	0	0	0	0

グラフに入力値を反映 居宅サービス 特定施設入居者生活介護

利用者数(人) 利用率(%)

- 利用者数合計(自然体推計値)
- 要介護5
- 要介護4
- 要介護3
- 要介護2
- 要介護1
- 要支援2
- 要支援1

機能②：自然体推計機能

推計に用いる実績値の伸びを選択することで将来の介護サービス見込み量、それに基づく保険料を自動で推計

機能③：エラーチェック・ワーニング機能

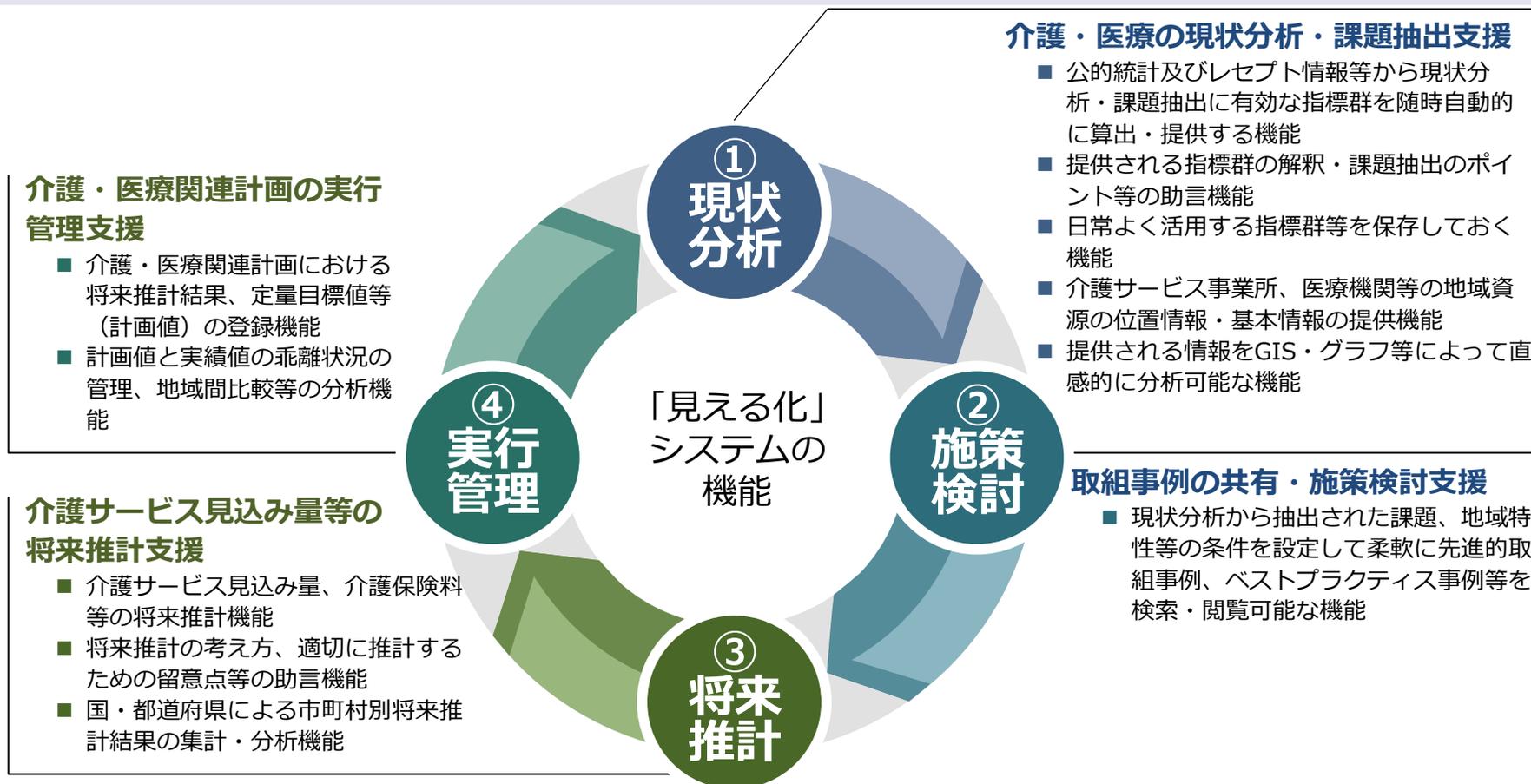
入力値、推計値に対してチェックを実施し、入力ミスや異常値の発生を防止

機能④：グラフイメージのダウンロード機能

グラフは表示範囲や凡例の表示・非表示を変更可能

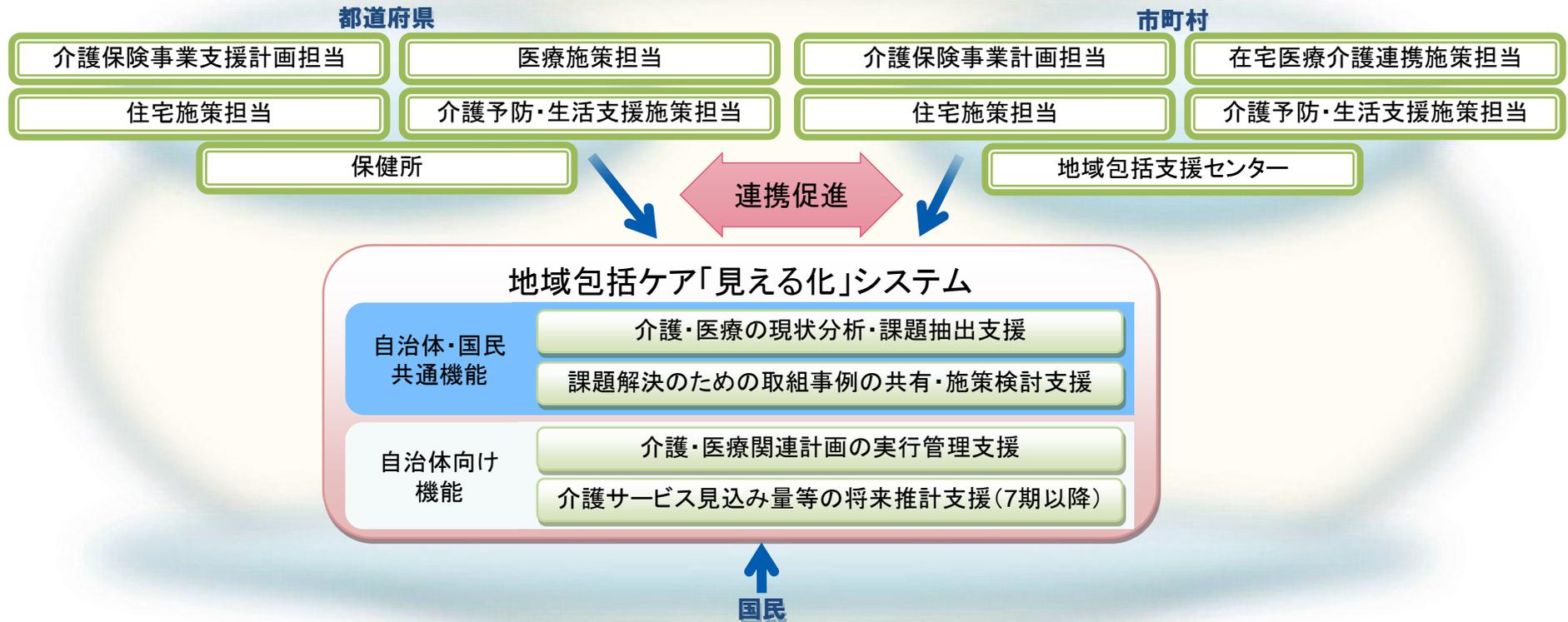
地域包括ケア「見える化」システムの機能（全体像）

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「①介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「②課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「③介護サービス見込み量等の将来推計支援」「④介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する。



地域包括ケア「見える化」システムの目的

- 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムである。
- これにより、都道府県・市町村は地域間比較等による現状分析から課題抽出が容易になり、同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参考にすることで、自らに適した施策を検討しやすくなる。
- また、都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を共有することで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携をしやすくなる。
- 加えて、担当者の人事異動による影響を効果的かつ効率的に補完することができ、スピード感をもって継続性のある施策を実行しやすくなる。
- さらに、一部の機能を除き、誰でも利用することができるようになり、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなる。

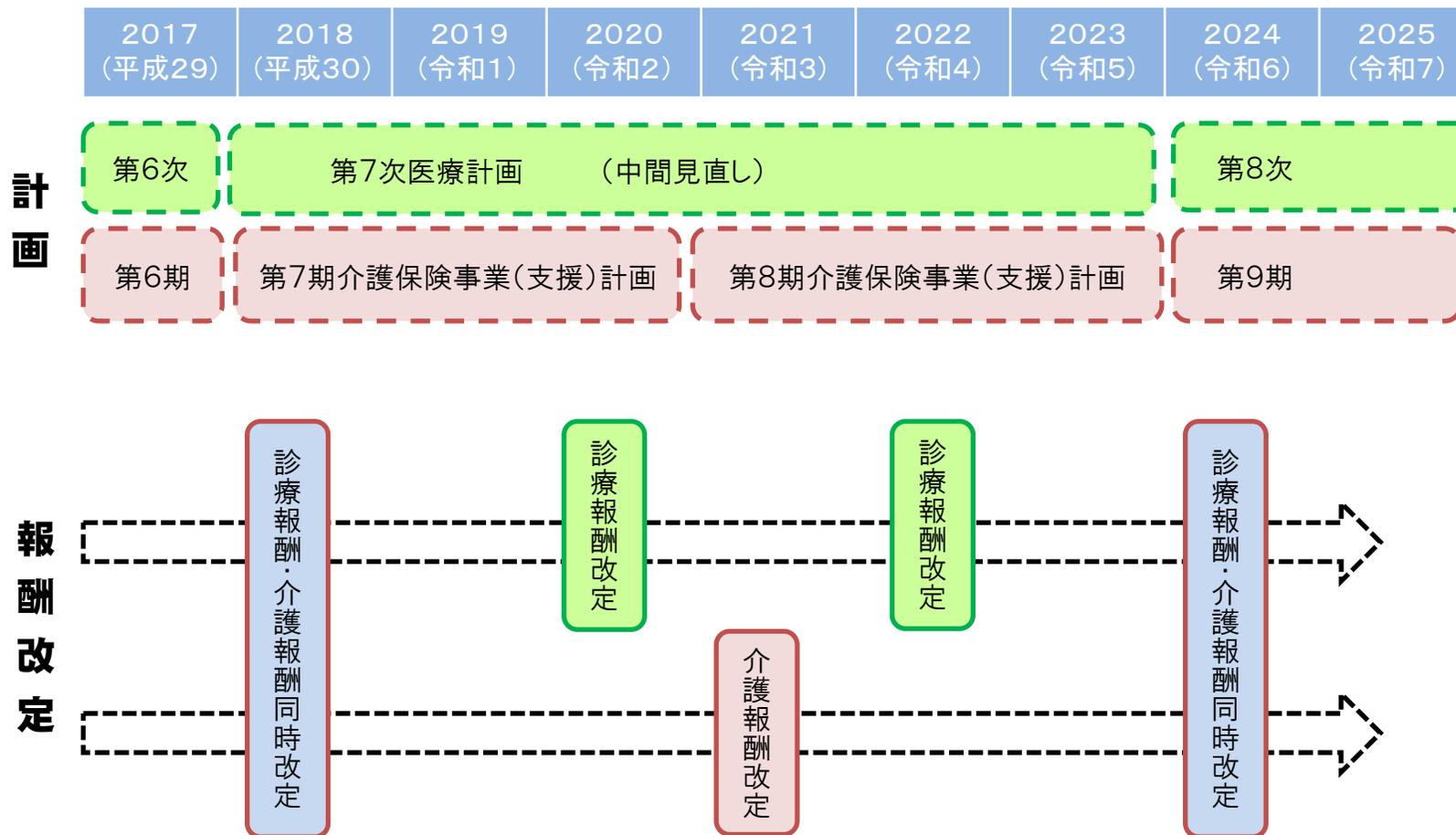


令和6年度 報酬改定

令和6年度 報酬改定について

- 診療報酬改定(医療)は2年に1回
- 介護報酬改定は3年に1回
- 来年の春は、6年に1回の同時改定のチャンス

(参考) 医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール



令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

令和6年度 報酬改定について

○医療・介護改定も、年末までにおおむねの方向を決定予定。

○審議会の資料は厚労省HPでダウンロード可能です。
また、会議はリアルタイムでyoutube配信しています。

①診療報酬改定(医療)

・中央社会保険医療協議会総会

②介護報酬改定

・社会保障審議会介護給付費分科会

まとめ・・みなさんへのメッセージ

○医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増えるなか、国民の皆様からみなさんへの期待はとて大きいと思います。

○さまざまな課題はありますが、たとえば本日お話ししたような

① 医療と介護における連続的なリハビリテーションの提供

② リハビリ、口腔、栄養対策の推進

③ 高齢者施設と医療機関との実効性のある連携

などの取組を皆さんの地域で前進させるために何ができるのか、考えてみましょう。

○国としても、引き続き人材育成や技術的な支援を進め、6年に1回の同時報酬改定の機会に、関係者の方のご意見もいただきながら、検討を進めていきます。

○力をあわせて、前を向いて取り組んでいきましょう。

ご静聴ありがとうございました