

令和 7 年度 介護老人保健施設経営セミナー

# 地域包括ケアシステムにおける これからの老健施設の役割



公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎



ROKENくん

# 新たな地域医療構想等に関する検討会 等



# 新たな地域医療構想等に関する検討

令和6年度

令和7年度

令和6年

令和7年

令和8年

3月 4月

12月

3月 4月

7月

9月

12月

3月

## 新たな地域医療構想等に関する検討会

- 新たな地域医療構想に関するとりまとめ⇒●
- 医師偏在対策に関するとりまとめ⇒●

3/29



12/18

構成員に初めて **介護団体** が入った

東 憲太郎

## 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

- ガイドライン及び医療計画指針の策定⇒●

7/24

9/24

年度内

在宅医療及び  
医療・介護連携

救急医療等

小児及び周産期  
医療の提供体制

災害医療・  
新興感染症医療

WG

# 医療の課題

(高齢者救急搬送・認知症 等)

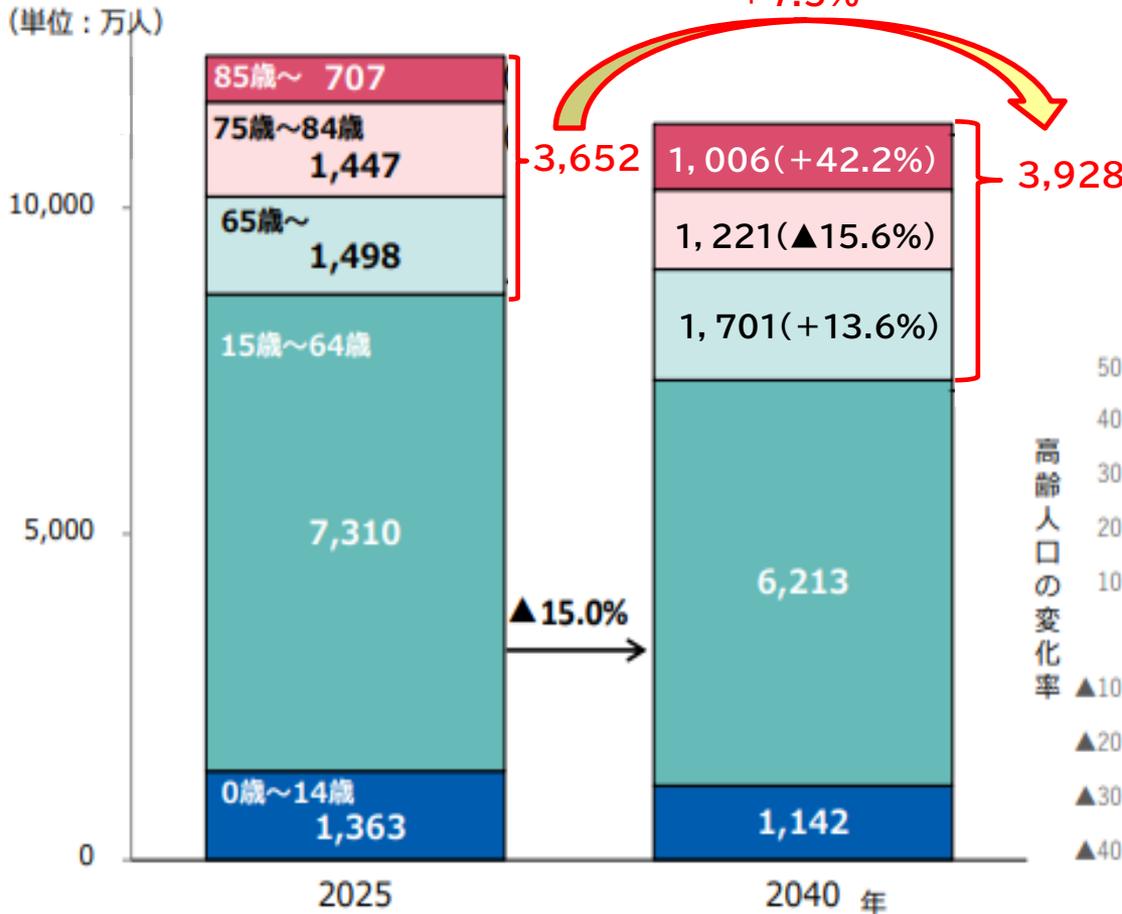


ROKENくん

# 2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

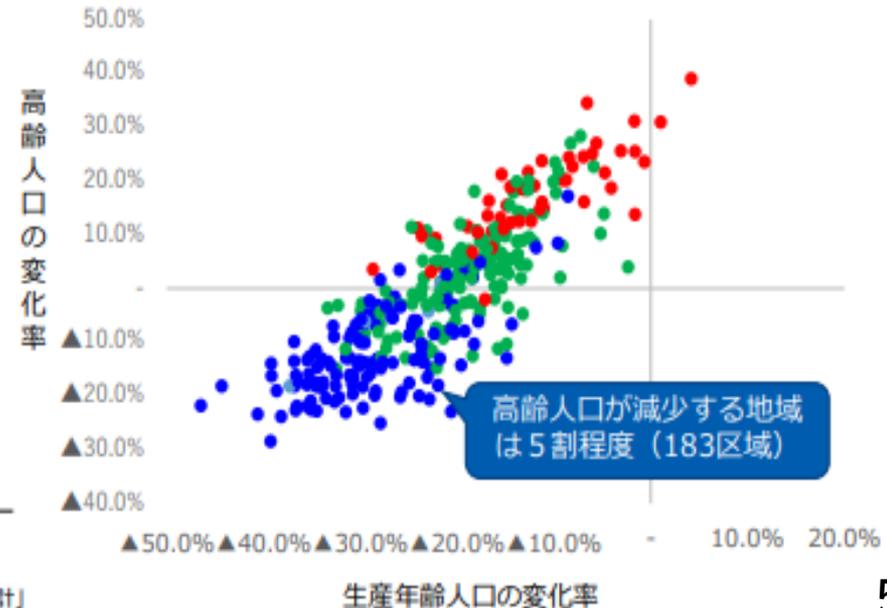
## <人口構造の変化>



## <2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

|         | 年齢区分別人口の変化率の平均値 |        |
|---------|-----------------|--------|
|         | 生産年齢人口          | 高齢人口   |
| ● 大都市型  | -11.9%          | 17.2%  |
| ● 地方都市型 | -19.1%          | 2.4%   |
| ● 過疎地域型 | -28.4%          | -12.2% |

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

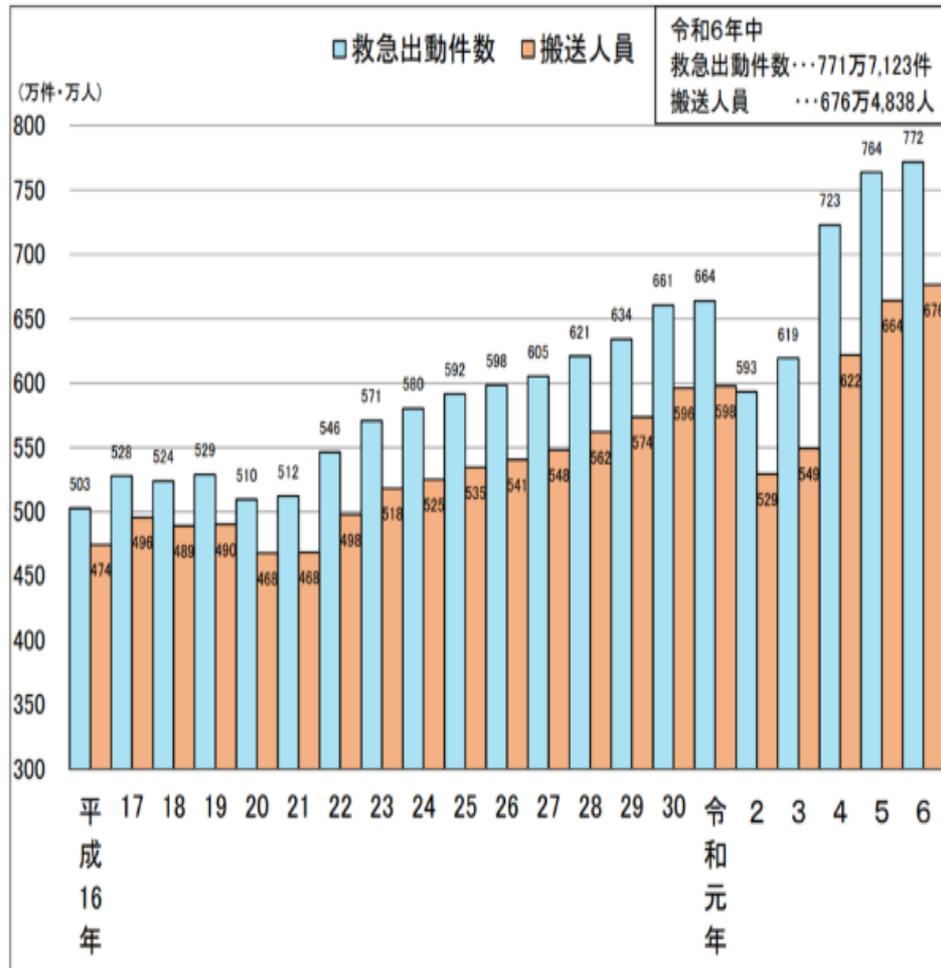
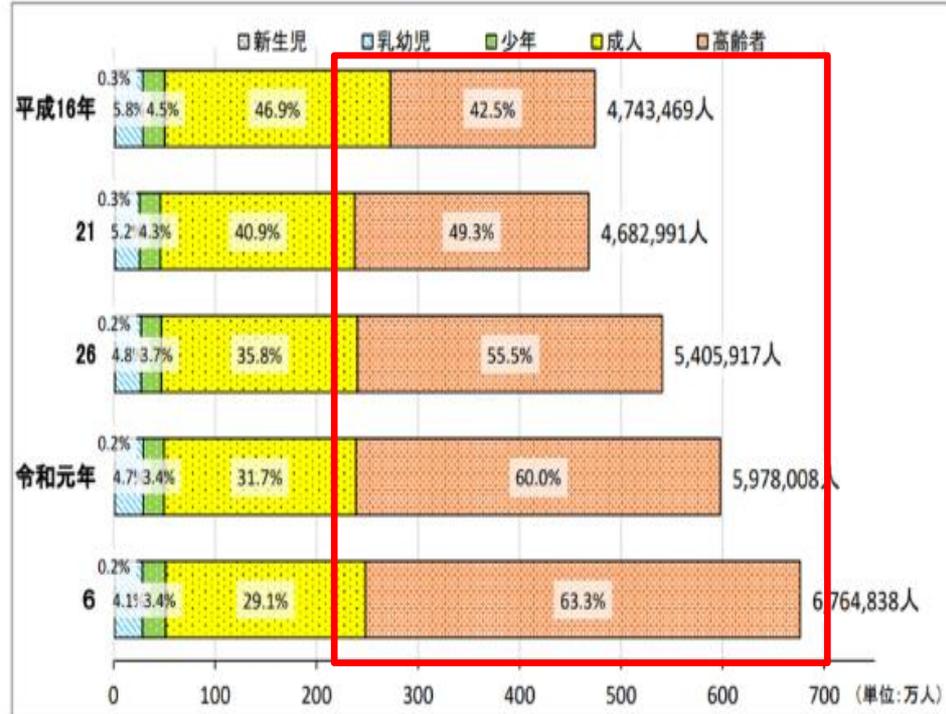


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

成人：満18歳以上満65歳未満の者

高齢者：満65歳以上の者

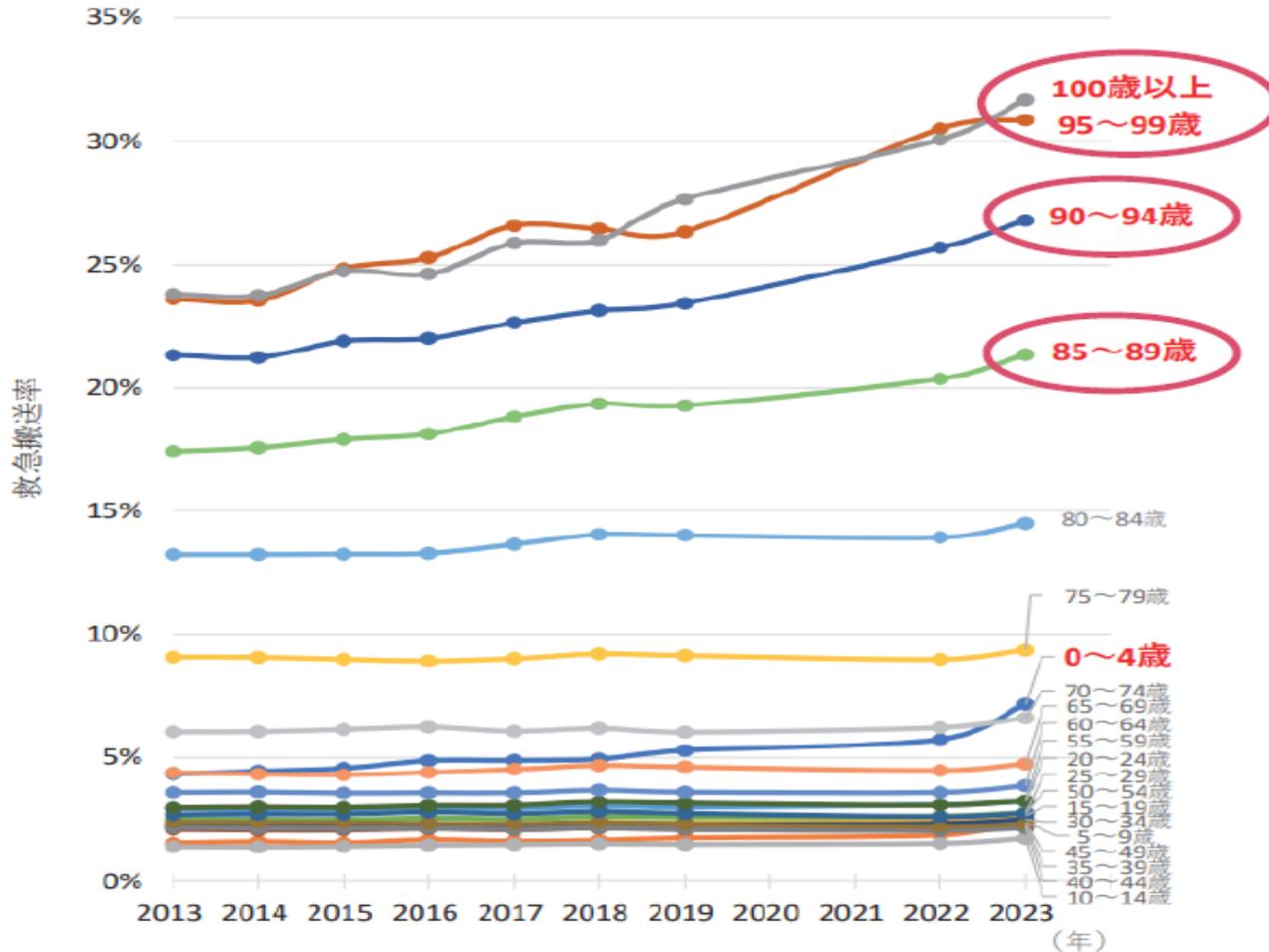
# 高齢者の救急搬送の増加

○ 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

## 年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020, 2021年除く）



出典：令和6年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書 p75を一部改変

(救急年報報告より作成)

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例もある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

## 介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

| 入院料               | 症例数     | 各入院料に占める割合 | 平均年齢 | 救急車による搬送割合 | 救急入院割合 | 死亡割合  | 24時間死亡割合 | 平均在院日数 |
|-------------------|---------|------------|------|------------|--------|-------|----------|--------|
| 全入院料（入院料問わず）      | 661,008 | 100%       | 85.5 | 35.2%      | 52.2%  | 15.4% | 3.1%     | 20.7   |
| 急性期一般入院基本料料1～7    | 492,744 | 75%        | 85.8 | 36.3%      | 56.4%  | 13.1% | 2.6%     | 18.8   |
| 急性期一般入院基本料1（再掲）   | 291,957 | 44%        | 85.3 | 45.2%      | 65.1%  | 12.2% | 2.9%     | 18.1   |
| 急性期一般入院基本料2～7（再掲） | 200,787 | 30%        | 86.5 | 23.4%      | 43.8%  | 14.3% | 2.3%     | 19.9   |
| 特定機能病院入院基本料（一般病棟） | 7,332   | 1%         | 78.9 | 0.4        | 0.4    | 0.1   | 0.0      | 15.4   |
| 地域一般入院料1～3        | 27,840  | 4%         | 86.4 | 12.8%      | 24.5%  | 18.1% | 1.5%     | 23.0   |
| 地域包括ケア病棟入院料1～4    | 48,313  | 7%         | 86.8 | 10.0%      | 12.2%  | 19.4% | 1.0%     | 29.6   |
| 療養病棟入院基本料         | 12,052  | 2%         | 87.3 | 2.6%       | 7.9%   | 41.7% | 2.2%     | 42.3   |

出典：DPCデータ

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

- ・ 多くの要介護高齢者が急性期病院に入院している実態がある。
- ・ 要介護高齢者の多くは、認知症を合併している。

## 高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。 **医療資源投入量は少ない**
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名 (注)

| 傷病名                          | 手術 | 割合   | 累積    | 病院数   |
|------------------------------|----|------|-------|-------|
| 食物及び吐物による肺臓炎                 | なし | 5.8% | 5.8%  | 3,726 |
| うっ血性心不全                      | なし | 5.1% | 10.8% | 3,350 |
| コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの | なし | 3.6% | 14.5% | 3,369 |
| 肺炎, 詳細不明                     | なし | 2.7% | 17.2% | 3,399 |
| 転子貫通骨折 閉鎖性                   | あり | 2.4% | 19.6% | 2,510 |
| 尿路感染症, 部位不明                  | なし | 2.3% | 21.9% | 3,399 |
| 大腿骨頸部骨折 閉鎖性                  | あり | 2.0% | 23.9% | 2,511 |
| 細菌性肺炎, 詳細不明                  | なし | 1.6% | 25.4% | 2,615 |
| 体液量減少 (症)                    | なし | 1.6% | 27.0% | 3,480 |
| 腰椎骨折 閉鎖性                     | なし | 1.4% | 28.4% | 3,540 |

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合  
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名 (注)

| 傷病名                                     | 手術 | 割合   | 累積   | 病院数   |
|---|----|------|------|-------|
| 大腸<結腸>のポリープ                             | あり | 2.2% | 2.2% | 2,811 |
| 睡眠時無呼吸                                  | なし | 1.2% | 3.4% | 1,881 |
| コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの            | なし | 0.8% | 4.2% | 2,680 |
| 尿管結石                                    | あり | 0.8% | 5.0% | 1,138 |
| 穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患                     | なし | 0.8% | 5.8% | 2,603 |
| 乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1                 | あり | 0.8% | 6.6% | 1,129 |
| 急性虫垂炎, その他及び詳細不明                        | あり | 0.8% | 7.3% | 1,877 |
| 子宮平滑筋腫, 部位不明                            | あり | 0.7% | 8.0% | 840   |
| 一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの | あり | 0.7% | 8.8% | 2,141 |
| 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺            | なし | 0.7% | 9.5% | 1,055 |

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合  
30 28%

### 各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

| 年齢    | 入院中手術有 | 入院中1000点以上処置有 | 入院中手術又は1000点以上の処置有 |
|-------|--------|---------------|--------------------|
| 65歳以上 | 39%    | 7%            | <u>41%</u>         |
| 75歳以上 | 35%    | 6%            | 37%                |
| 85歳以上 | 27%    | 4%            | <u>29%</u>         |

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

# 在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている

## 在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

**年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因**

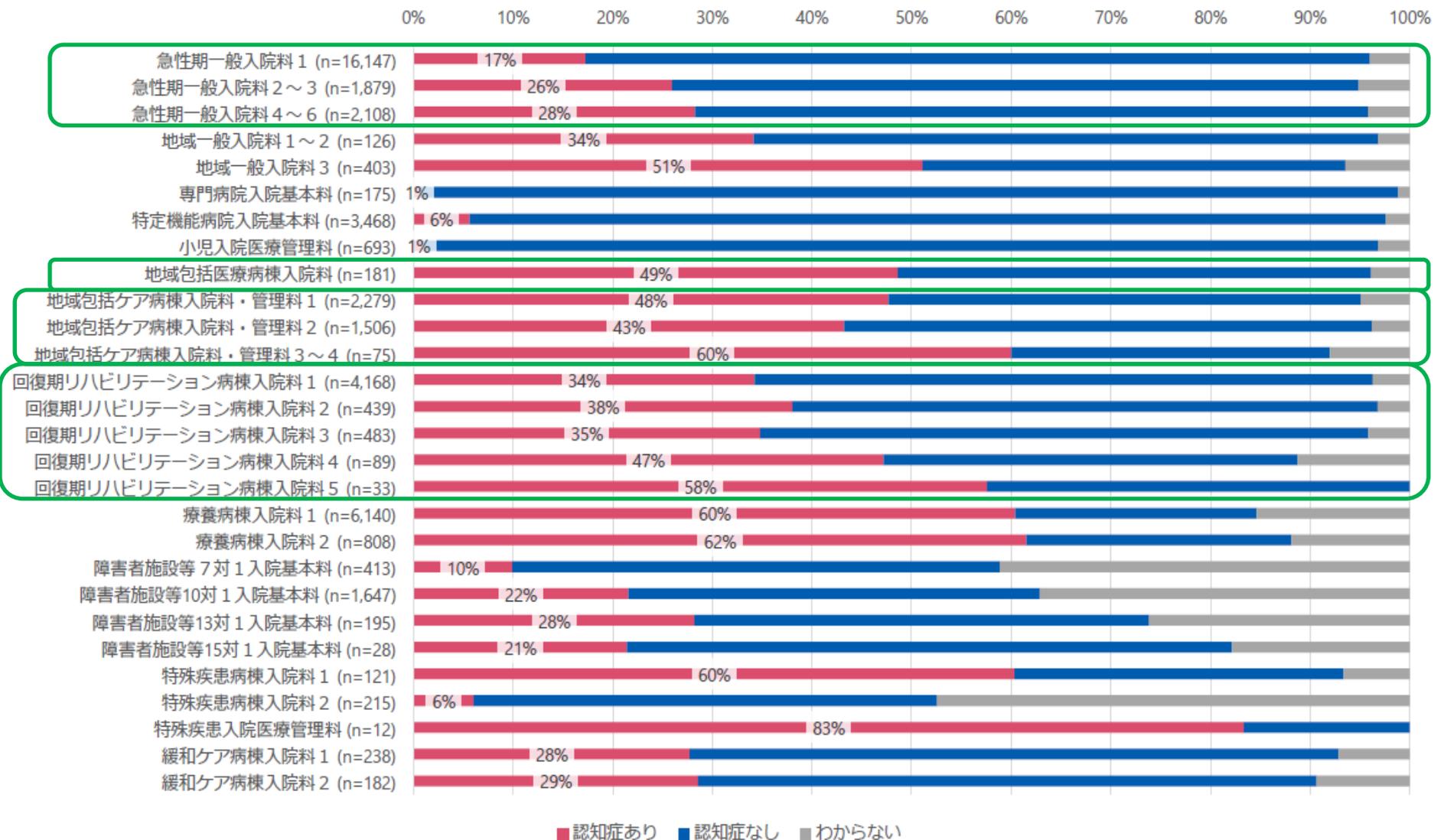
要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

| 説明変数                   | オッズ比<br>(OR) | ORの95%信頼区間 |        | p値     |
|------------------------|--------------|------------|--------|--------|
|                        |              | 下限         | 上限     |        |
| 年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳) | 7.94         | 5.48       | 11.51  | <0.001 |
| 年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)  | 76.50        | 50.61      | 115.63 | <0.001 |
| 糖尿病                    | 0.90         | 0.83       | 0.97   | 0.008  |
| 高血圧                    | 0.84         | 0.76       | 0.91   | <0.001 |
| 気分障害                   | 1.02         | 0.89       | 1.17   | 0.767  |
| 皮膚疾患                   | 1.29         | 1.20       | 1.38   | <0.001 |
| 関節障害                   | 0.81         | 0.73       | 0.89   | <0.001 |
| 骨折                     | 1.77         | 1.61       | 1.94   | <0.001 |
| 腎不全                    | 1.45         | 1.26       | 1.67   | <0.001 |
| 心不全                    | 1.24         | 1.13       | 1.35   | <0.001 |
| 肺炎                     | 1.50         | 1.35       | 1.67   | <0.001 |
| 悪性腫瘍                   | 0.97         | 0.89       | 1.06   | 0.489  |
| 認知症                    | 1.82         | 1.65       | 2.00   | <0.001 |
| 脳血管障害                  | 1.04         | 0.95       | 1.14   | 0.407  |
| 尿路感染症                  | 1.21         | 1.07       | 1.36   | 0.002  |
| 貧血                     | 1.36         | 1.24       | 1.49   | <0.001 |
| 一般病院入院(※)              | 2.72         | 2.48       | 2.99   | <0.001 |
| 外来受診                   | 0.81         | 0.74       | 0.90   | <0.001 |

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

# 入院料ごとの認知症の有無

- 入院料ごとの認知症のある患者の割合は以下のとおり。
- 療養病棟では、約6割の患者が認知症を有する。

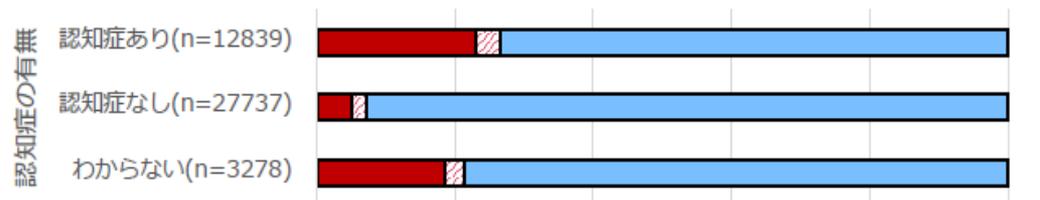


■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

# 患者の状態別の身体的拘束の実施有無

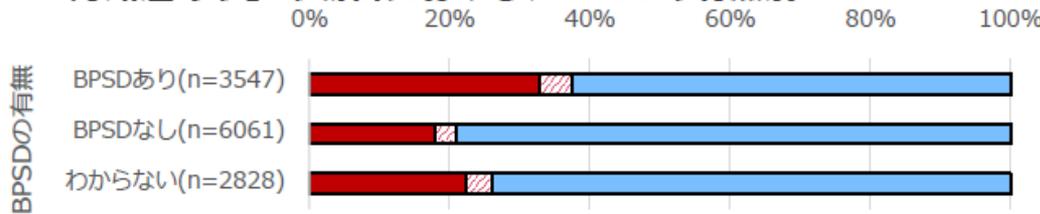
- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、支援が必要であるほど身体的拘束の実施率が高かった。

## ■ 認知症の有無別

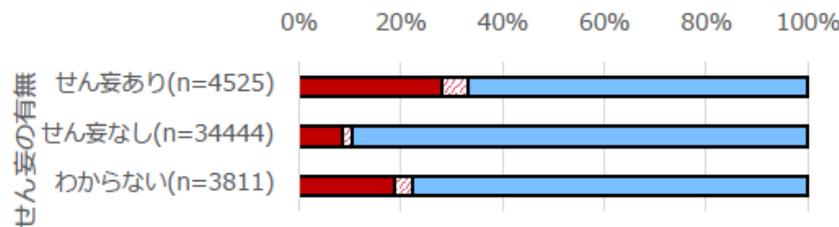


- 身体的拘束の実施あり 調査基準日時点で実施あり
- ▨ 身体的拘束の実施なし 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
- 身体的拘束の実施なし

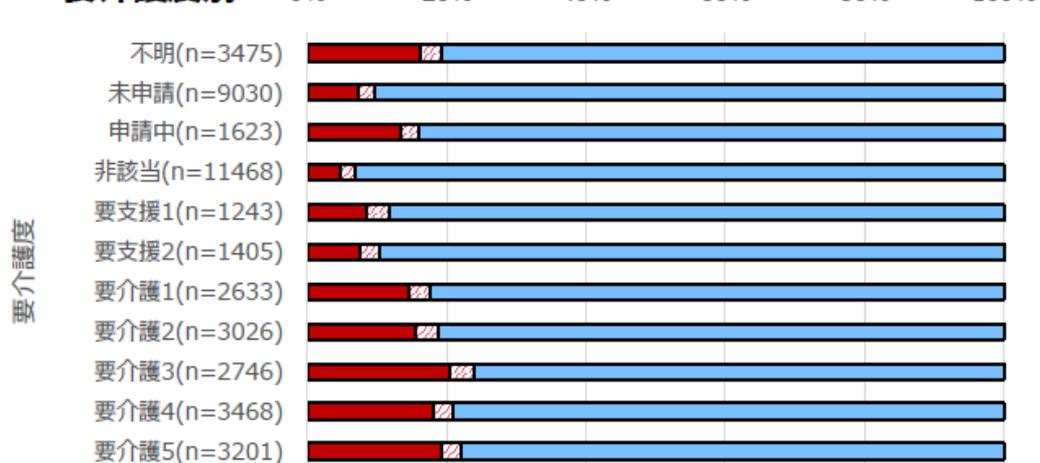
## ■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



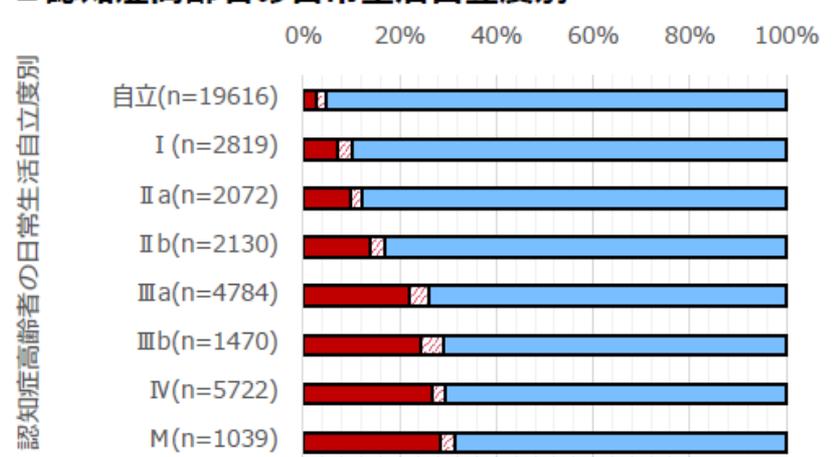
## ■ せん妄の有無別



## ■ 要介護度別



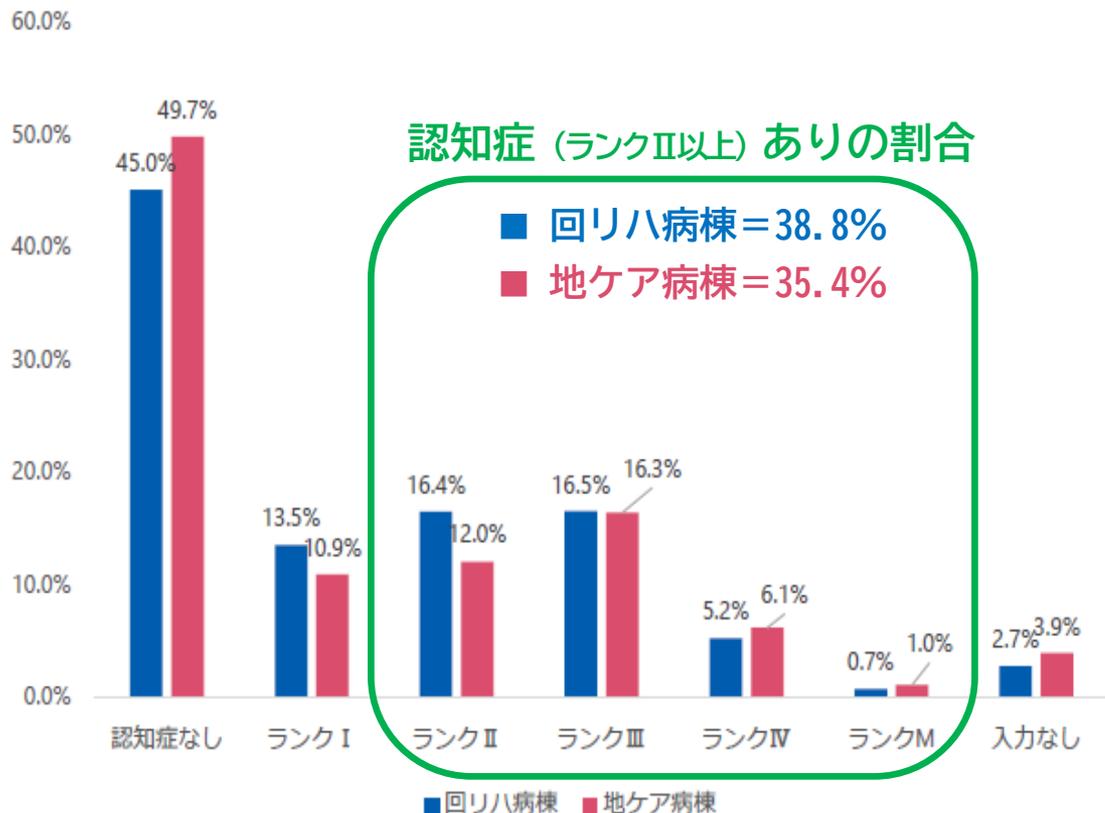
## ■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



## 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の認知症の状況

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に入院する患者における認知症高齢者の日常生活自立度

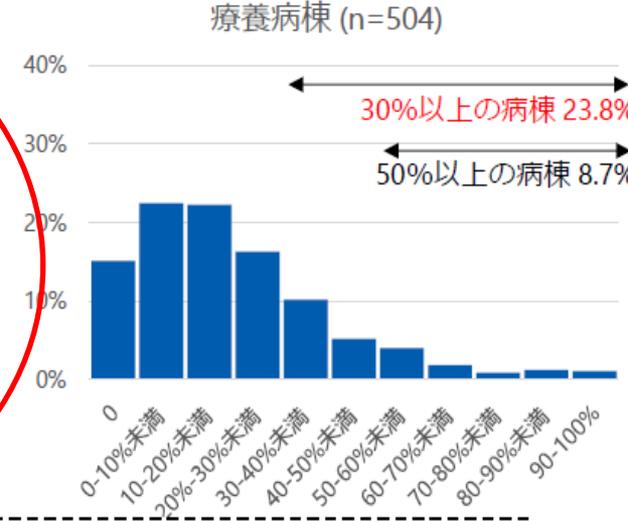
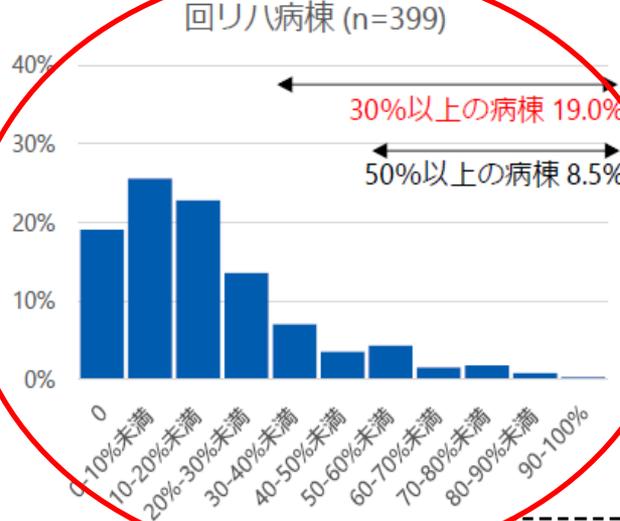
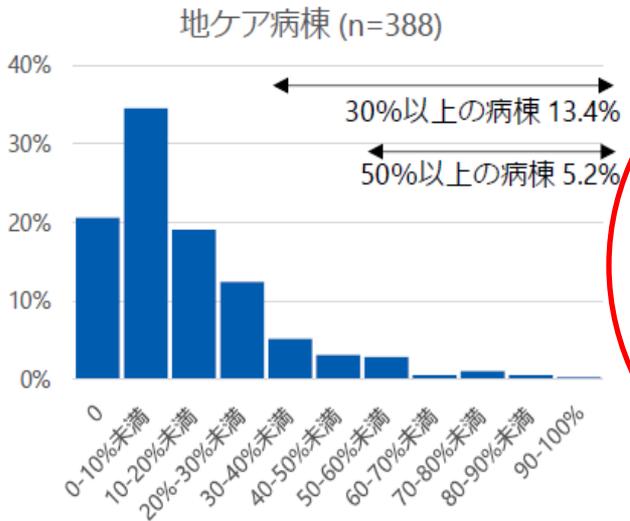
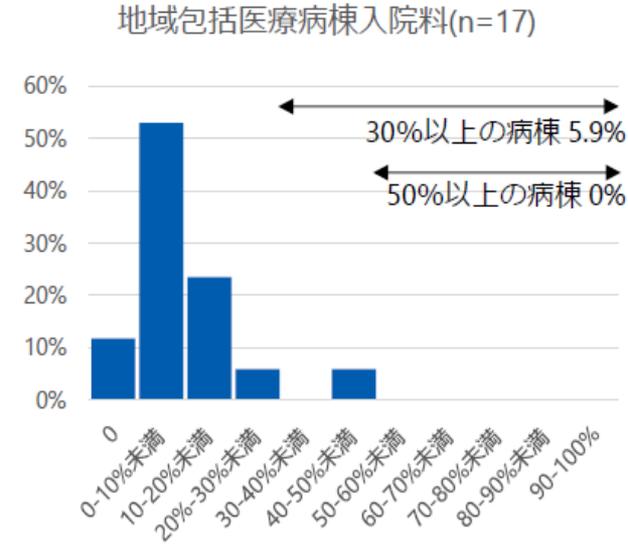
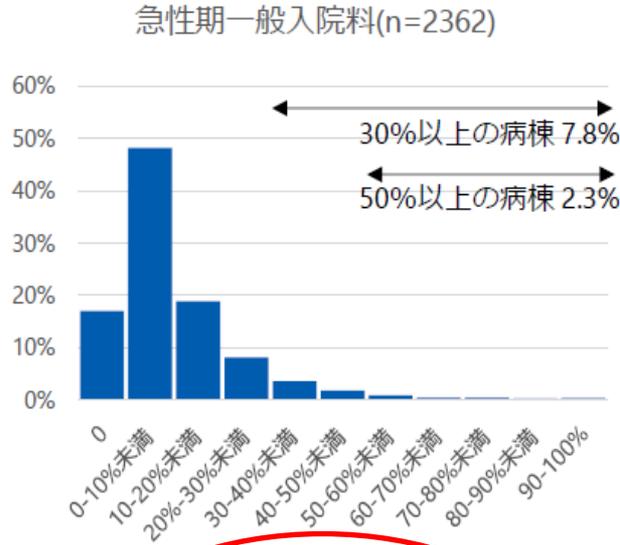
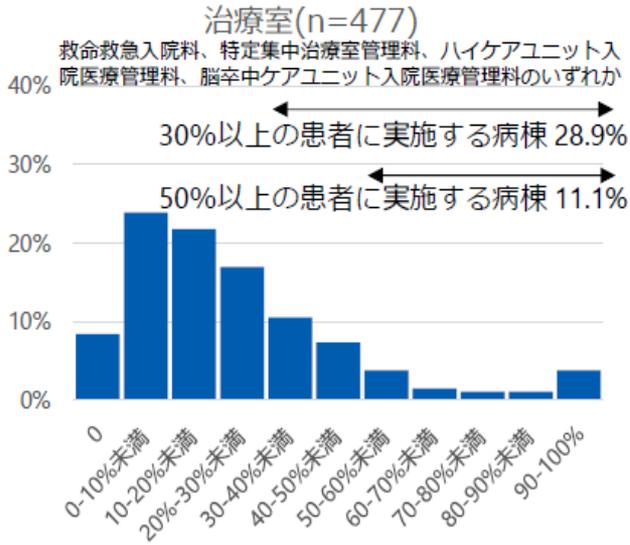


認知症高齢者の日常生活自立度

| ランク  | 判定基準   |
|------|--|
| ランクⅠ | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。                 |
| ランクⅡ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| ランクⅢ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。            |
| ランクⅣ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。       |
| ランクⅤ | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。              |

# 入院料ごとの身体的拘束の実施状況

○ 身体的拘束を実施している患者の割合はいずれの入院料においても0~10%をピークとして分布している。治療室、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、右になだらかな分布を示し、一定以上の割合の患者に身体的拘束を実施している病棟の割合が比較的高い。



# 急性期病院からのトリアージが重要



ROKENくん

# 認知症について

## ① 認知症高齢者と有病率（推計）



## ② 介護保険施設における認知症高齢者と割合

### 認知症高齢者の日常生活自立度

| 施設サービス | 認知症なし  | ランクⅠ   | ランクⅡ～Ⅲ | ランクⅣ・M |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 特養     | 約5%    | 約25%   | 約55%   | 約15%   |
| 老健施設   | 約10%   | 約20%   | 約50%   | 約20%   |
| 介護医療院  | 約10%未満 | 約20%未満 | 約70%以上 |        |

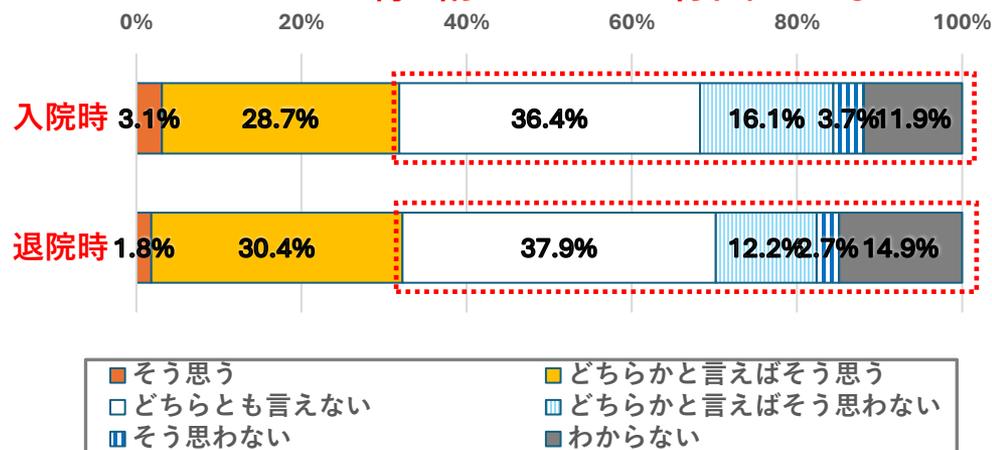
「令和5年 介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）

## ③ 老人ホーム等の救急搬送件数の見通し



## ④ 認知症のある方に関して入退院がスムーズに行われているか？

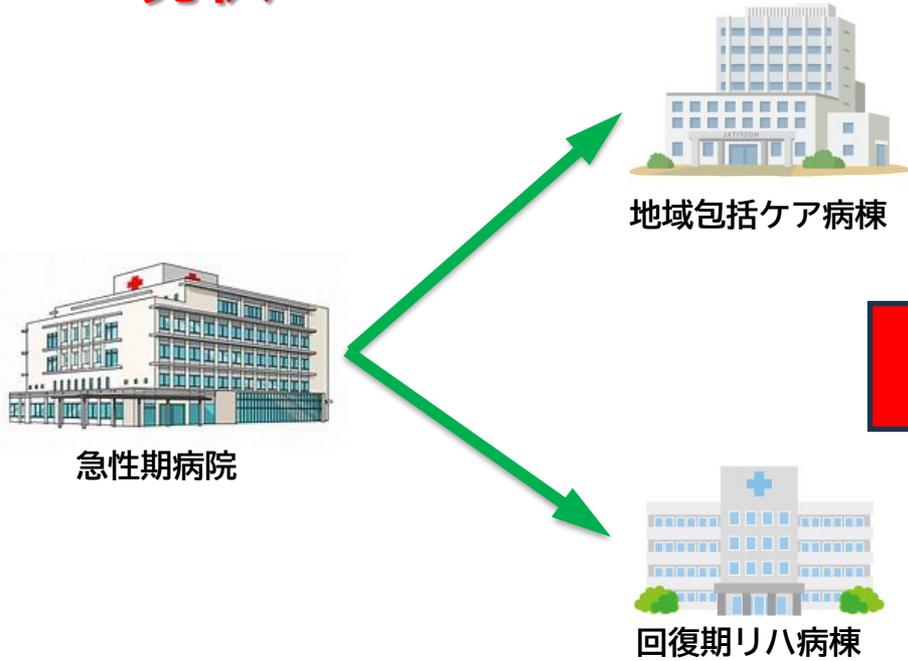
⇒ 約7割がスムーズに行われていない



令和5年度医療介護連携事業の推進における認知症のある方の入院受け入れと退院支援の現状と課題に関する調査研究（市町村対象）

# トリアージについて

## 《 現状 》



## 《 今後 》



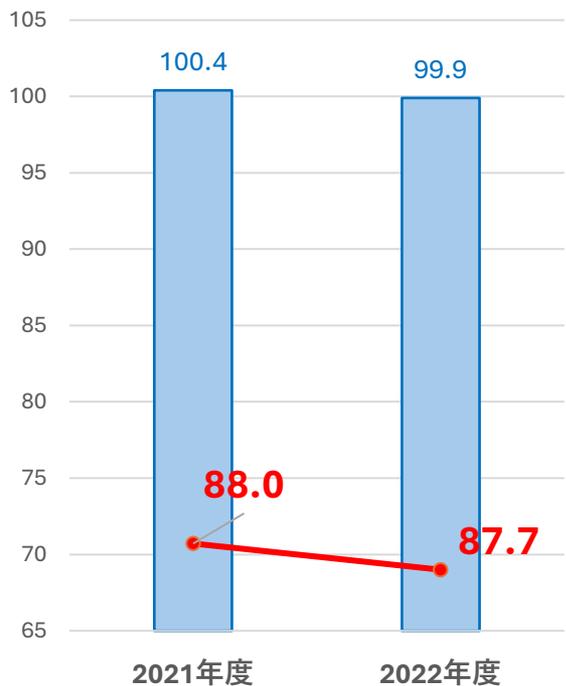
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 (令和8年1月16日開催)

### 【論点: 包括期機能について】

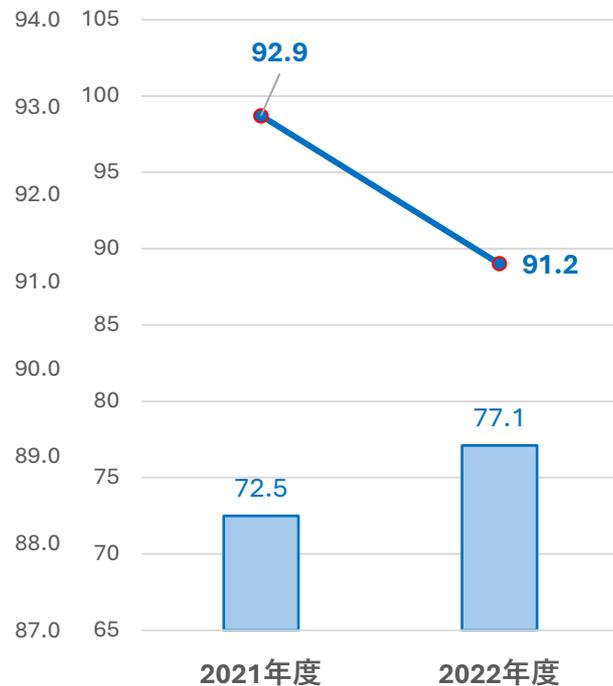
患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、**介護老人保健施設**について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、**ガイドラインに位置付けること**としてはどうか。

# 介護保険施設の稼働率

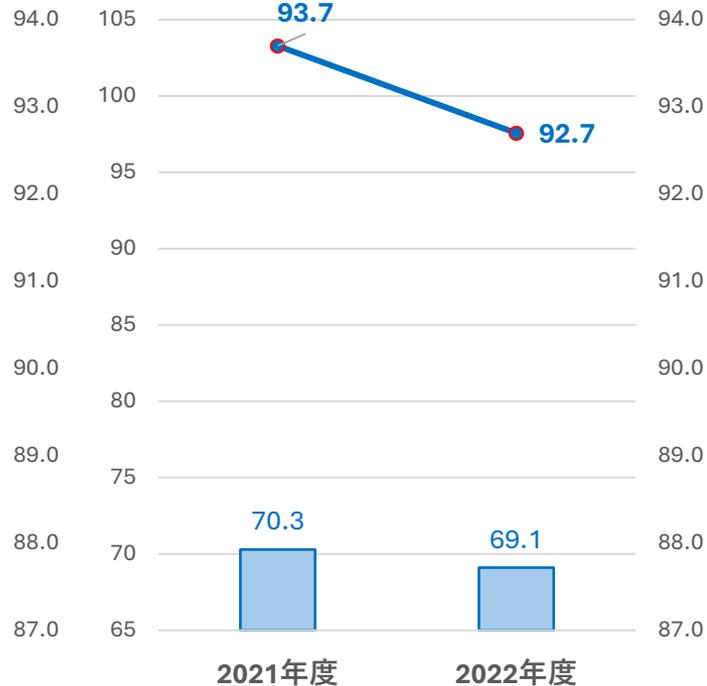
## 老健施設



## 介護医療院

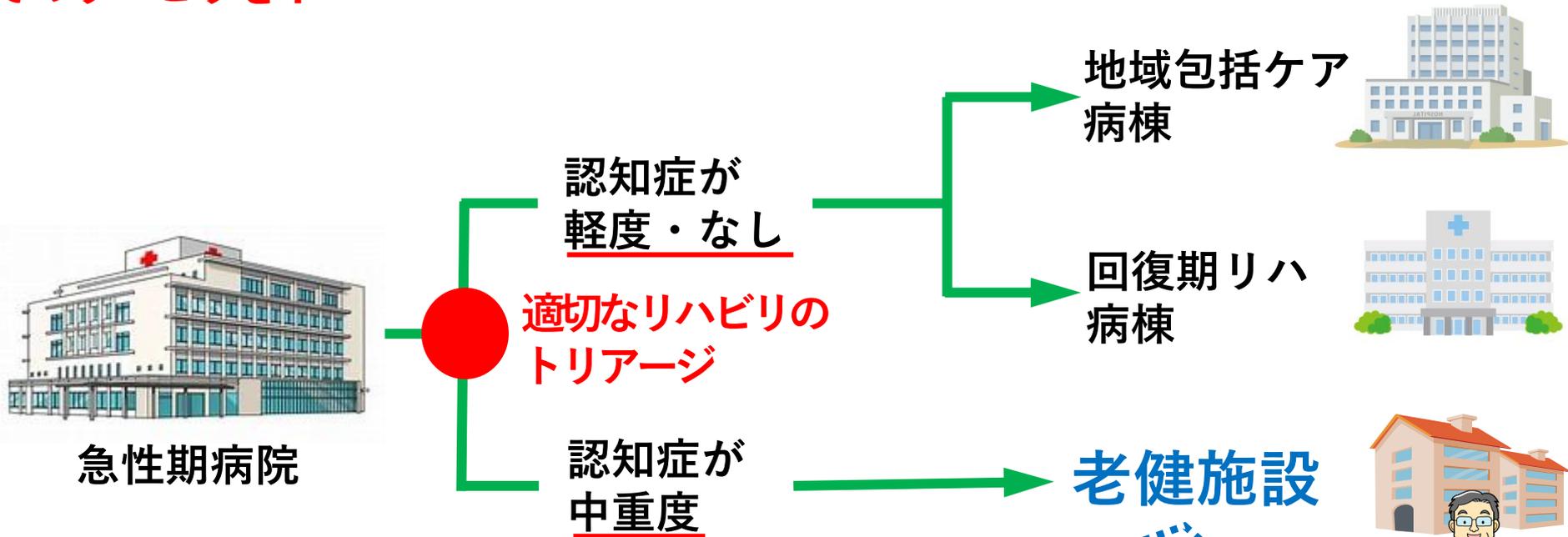


## 特別養護老人ホーム



# トリアージについて

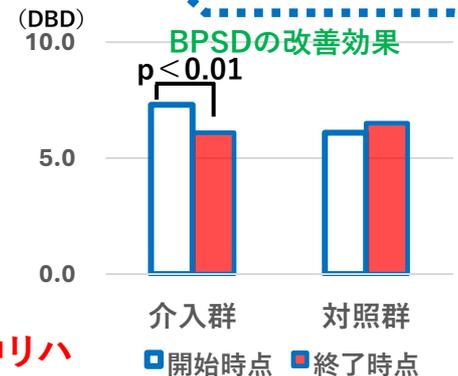
急性期病院から地域包括ケアや回復期リハ病棟へ送るのではなく  
その患者の症状・状態像（特に認知症の有無）によっては、介護施設（老健施設）  
でのリハビリを！



## 老健施設におけるリハビリ・介護



認知症短期集中リハ



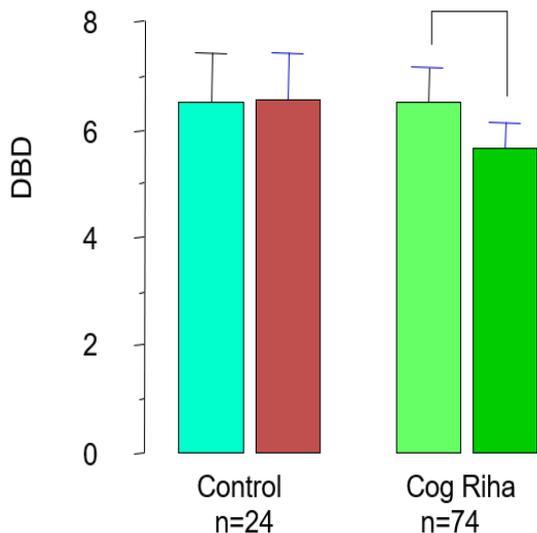
# 老健施設の認知症リハビリ

## 認知症短期集中リハビリテーションのエビデンス

### 周辺症状

認知リハ群のみ  
有意に改善

p=0.0041

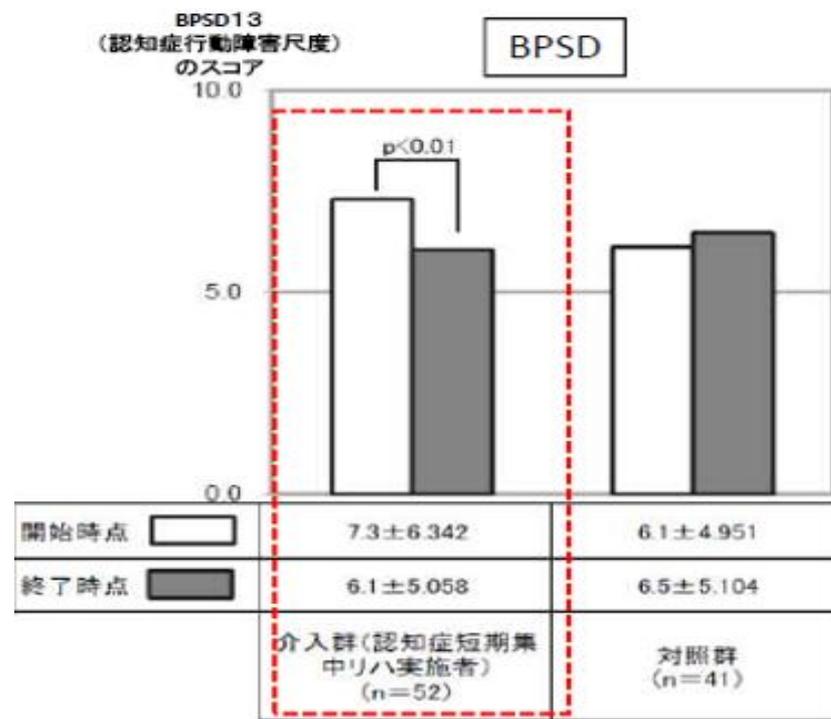


ものをなくす  
昼間寝てばかり  
介護拒否  
同じことを何度も聞く  
暴言  
いいがかり  
場違いな服装  
物をため込む  
無関心  
昼夜逆転  
同じ動作を繰り返す  
物をちらかす  
徘徊

常に 3  
よく 2  
ときに 1  
なし 0

### 第263回 中央社会保険医療協議会総会 資料1 (平成25年12月6日)

認知症短期集中リハビリテーションの実施  
- BPSDの改善効果について① -



### 結論

認知症短期集中リハビリテーションは極めて有効であり

臨床的認知症重症度の進行予防心の健康維持（意欲、活動性）を通じADLの改善が認められる。  
更に周辺症状の改善によって在宅系への復帰効果が期待される。

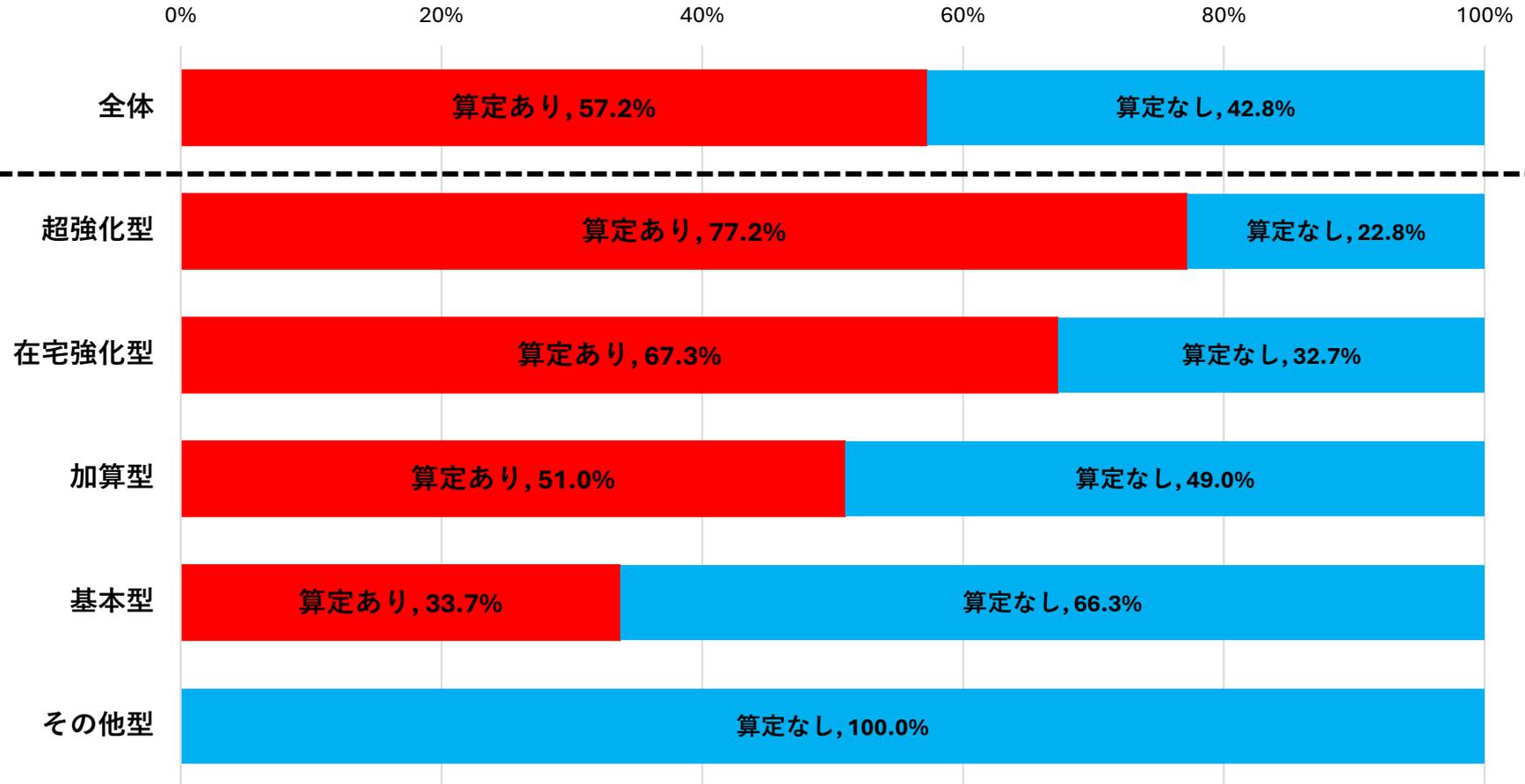
介入群（認知症リハビリテーション実施者）におけるBPSDについて、有意な改善が認められた。

通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーションの有用性に関する調査研究事業報告書（平成25年）全老健

# 老健施設の認知症リハビリ

## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

2021年4月～10月の算定状況の有無（算定施設割合）



出典：2021年度 介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査

## 1. 認知症に対応する人員配置の不足

地域包括ケア及び回復期リハ病棟においては、治療目的の人員配置基準の為、医師、看護師、リハビリ専門職は手厚い配置になっているが、介護職はほとんどいない。

## 2. 看護補助者(介護職)不足による身体拘束

認知症を合併する高齢者には、細やかなコミュニケーションが不可欠である、対応する看護補助者(介護職)が不足しているため、身体拘束を得ざるを得ない場面が多い。リハビリテーションを行っても、残りの時間で身体拘束をしてしまつては、ADLも認知機能も良くならない。

地域包括ケア・回復期リハ病棟における介護職(看護補助者)  
40床で**平均約6~7名程度**  
(100床換算で約15~17名程度)

老健施設における介護職は  
100床で**平均30名程度**

## 3. 認知症患者に対するリハビリテーション

医療機関では認知症に対する効果的なリハビリテーションが行われていない。  
入院医療は、主病を治療して自宅へ帰すことを目的としており、合併している認知症についての対応が希薄になっている。

# 地域包括医療病棟と老健施設の関係



ROKENくん

## 地域包括医療病棟のイメージ

### 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

# 医療機関(病棟)の施設基準等

|                       | 急性期一般入院料1 | 地域包括医療病棟   | 回復期リハ病棟  | 地域包括ケア病棟         |
|-----------------------|-----------|--|--|------------------|
| 看護職員                  | 10対1      | 10対1   | 13対1   | 13対1             |
| 看護師割合                 | 7割以上      | 7割以上   | 7割以上   | 7割以上             |
| リハビリ専門職配置             | —         | 常勤2名以上   | 専従常勤 PT3名以上、<br>OT2名以上、ST1名以上  | 常勤1名以上           |
| 管理栄養士                 | —         | 専任常勤1名以上   | 専任常勤1名   | —                |
| リハビリ実施                | 出来高       | 出来高、専従リハ職は<br>6単位まで  | 包括(疾患別リハ)  | 包括、必要者に<br>2単位以上 |
| ADLの維持向上、栄養管理に資する体制整備 | —         | 要  | 要  | —                |
| 看護必要度Ⅰ                | 28%       | 16%以上  | 新規入院患者のうちの<br>重症の患者の割合<br>40%  | 10%以上            |
| 看護必要度Ⅱ                | 27%       | 15%以上  |  | 8%以上             |
| 入院日に特に介助を要する患者        |           | 5割以上   |  |                  |
| 同一病院一般病棟からの転棟         |           | 5%未満   |  |                  |
| 救急搬送                  |           | 15%以上  |  |                  |
| 平均在院日数                | 16日以内     | 21日以内  | 実績:66~70日  |                  |
| 在宅復帰                  | 80%以上     | 80%以上  | 70%以上  | 72.5%以上          |
| その他のプロセス・アウトカム指標      |           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・48時間以内のADL・栄養・口腔評価</li> <li>・土日祝日のリハ体制</li> <li>・ADL低下が5%未満</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・土日祝日のリハ体制</li> <li>・FIM総得点の改善</li> </ul> |                  |

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

#### (新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

##### 【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



##### 【施設基準】 (抜粋)

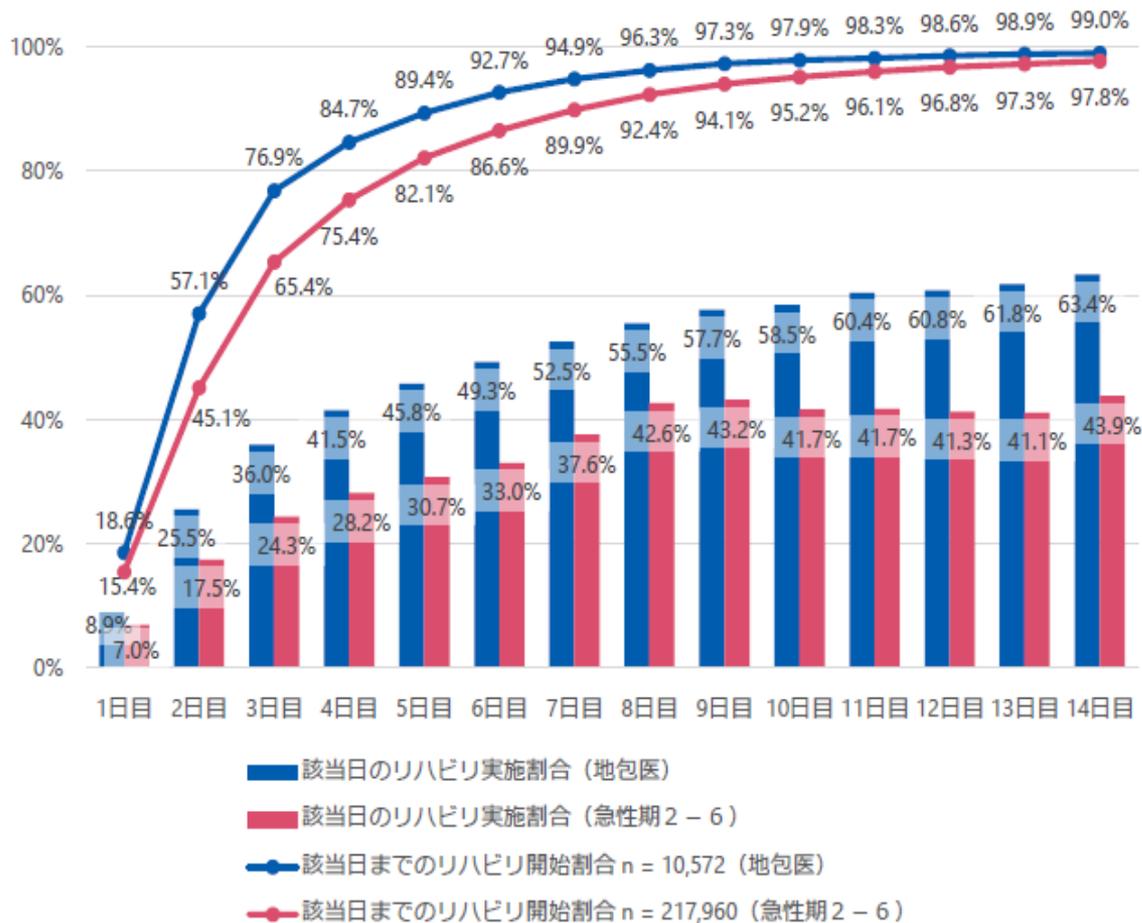
- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
( ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等 )
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の 平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの患者の割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

# 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション実施状況

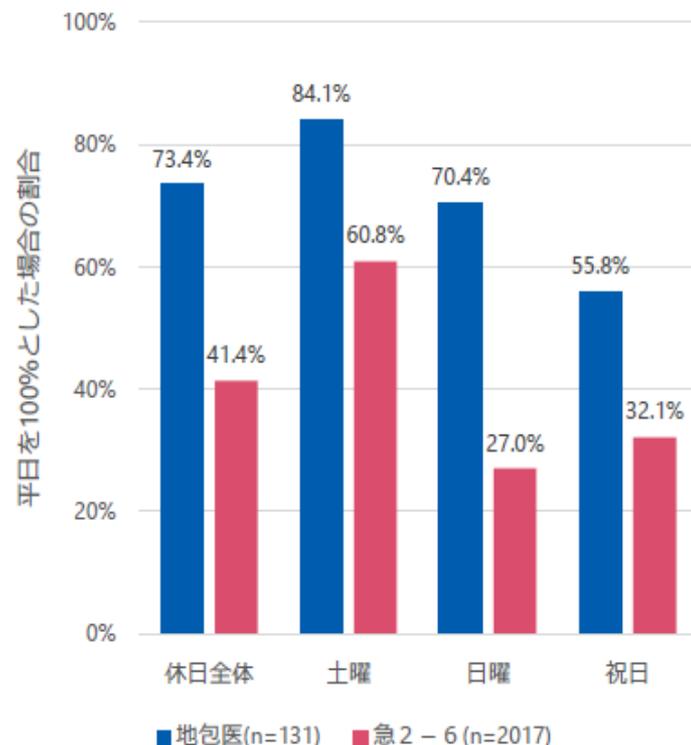
中医協 総 - 7  
7 . 1 1 . 5

○ 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料2-6の病棟と比較して、リハビリテーションはより早期に、多くの症例に実施されている。また、休日のリハビリテーション提供量が多い。

### リハビリテーションの実施状況



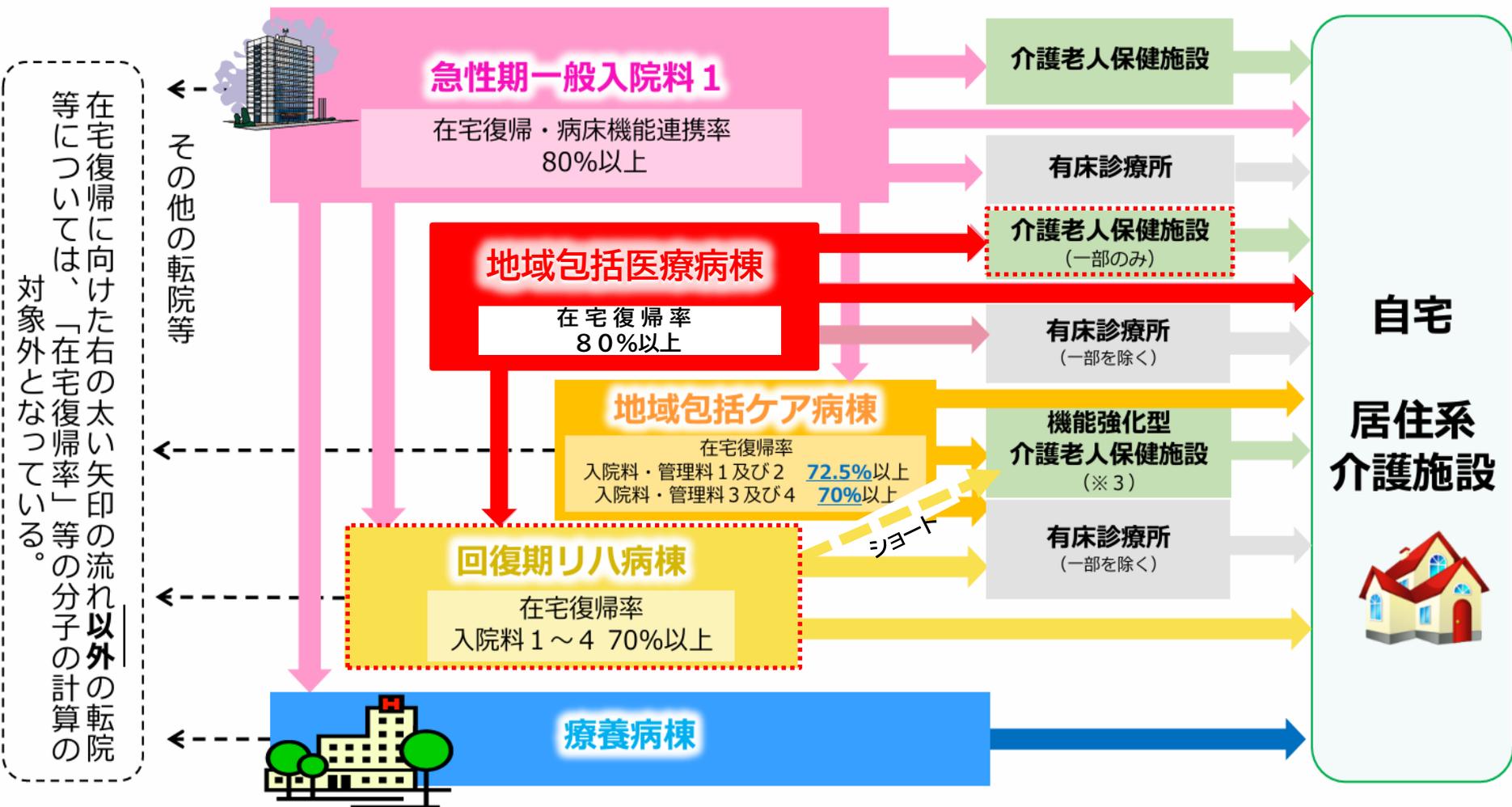
### 平日に対するリハビリテーション提供単位数の割合



# 上流(医療)から下流(介護)への流れ (診療報酬における在宅復帰率)

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印 (  ) で示す。

※1, ※2



※1 転棟患者(自院内の転棟)は除く。

※2 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

※3 機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、5割を在宅復帰率に反映。

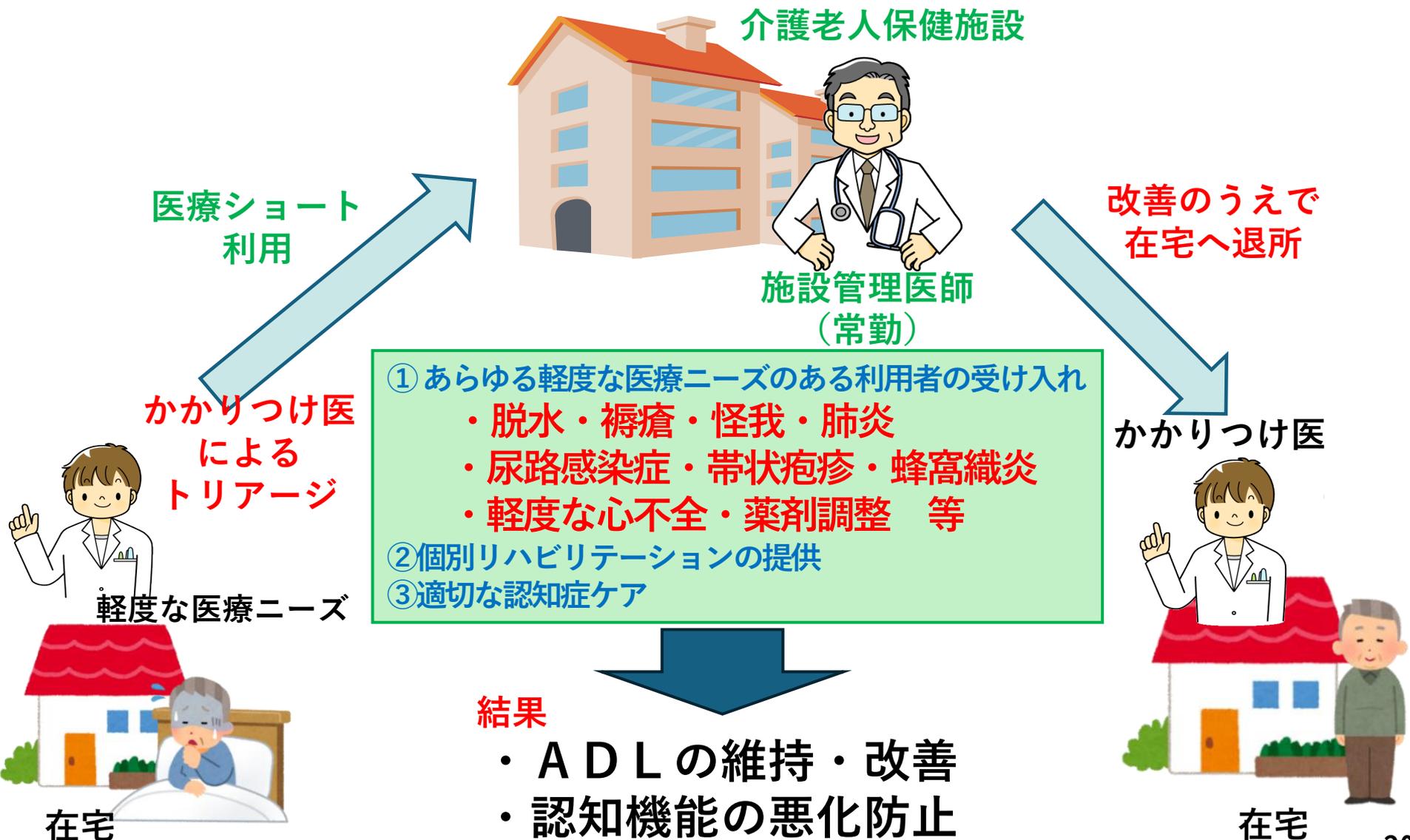
軽度な医療ニーズは医療ショートで



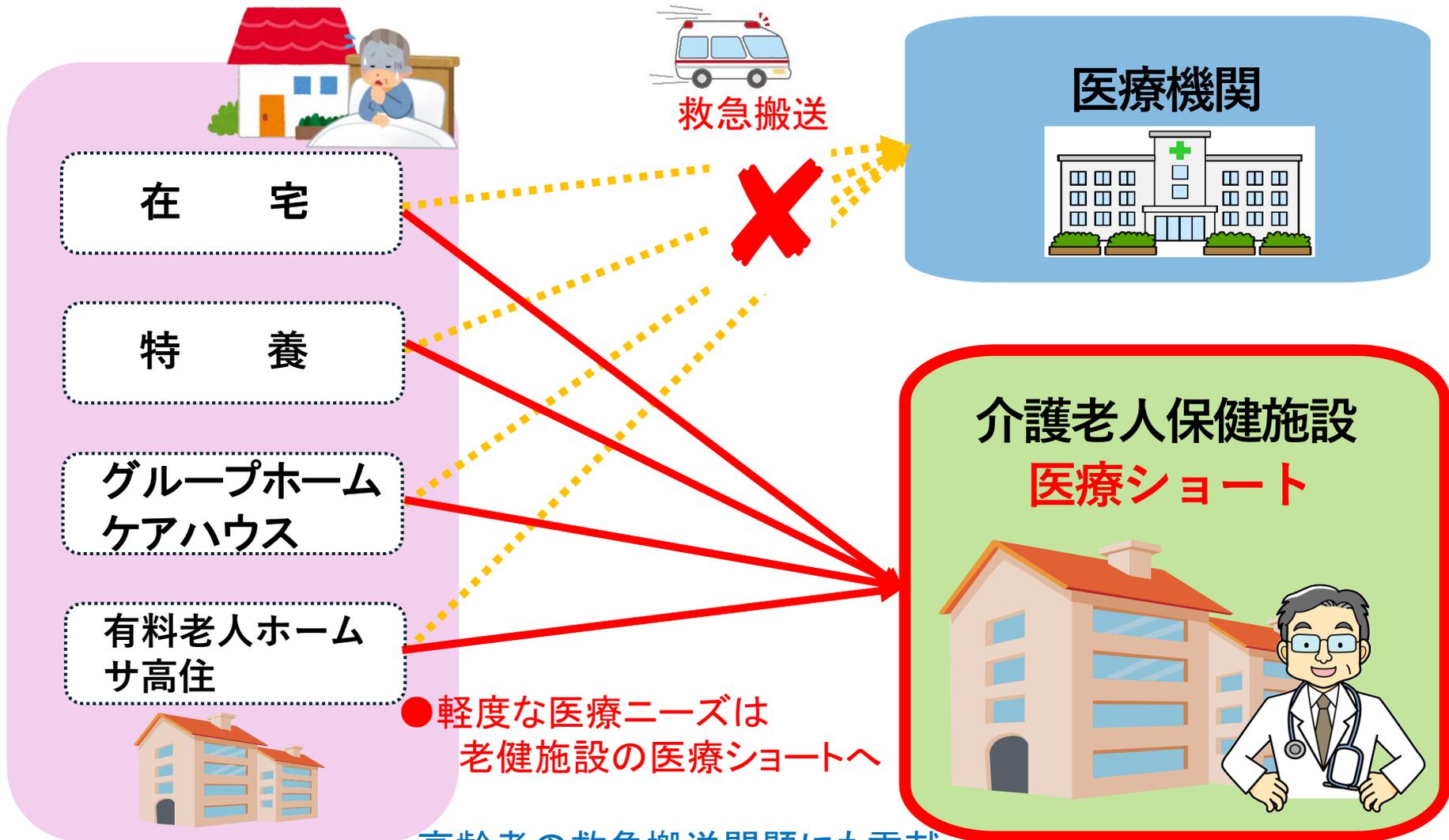
ROKENくん

# 3. 医療ショート（総合医学管理加算）

- ・かかりつけ医・ケアマネ等にしっかり理解してもらう。
- ・老健施設も医療ショートの受け入れ体制強化をしていく。



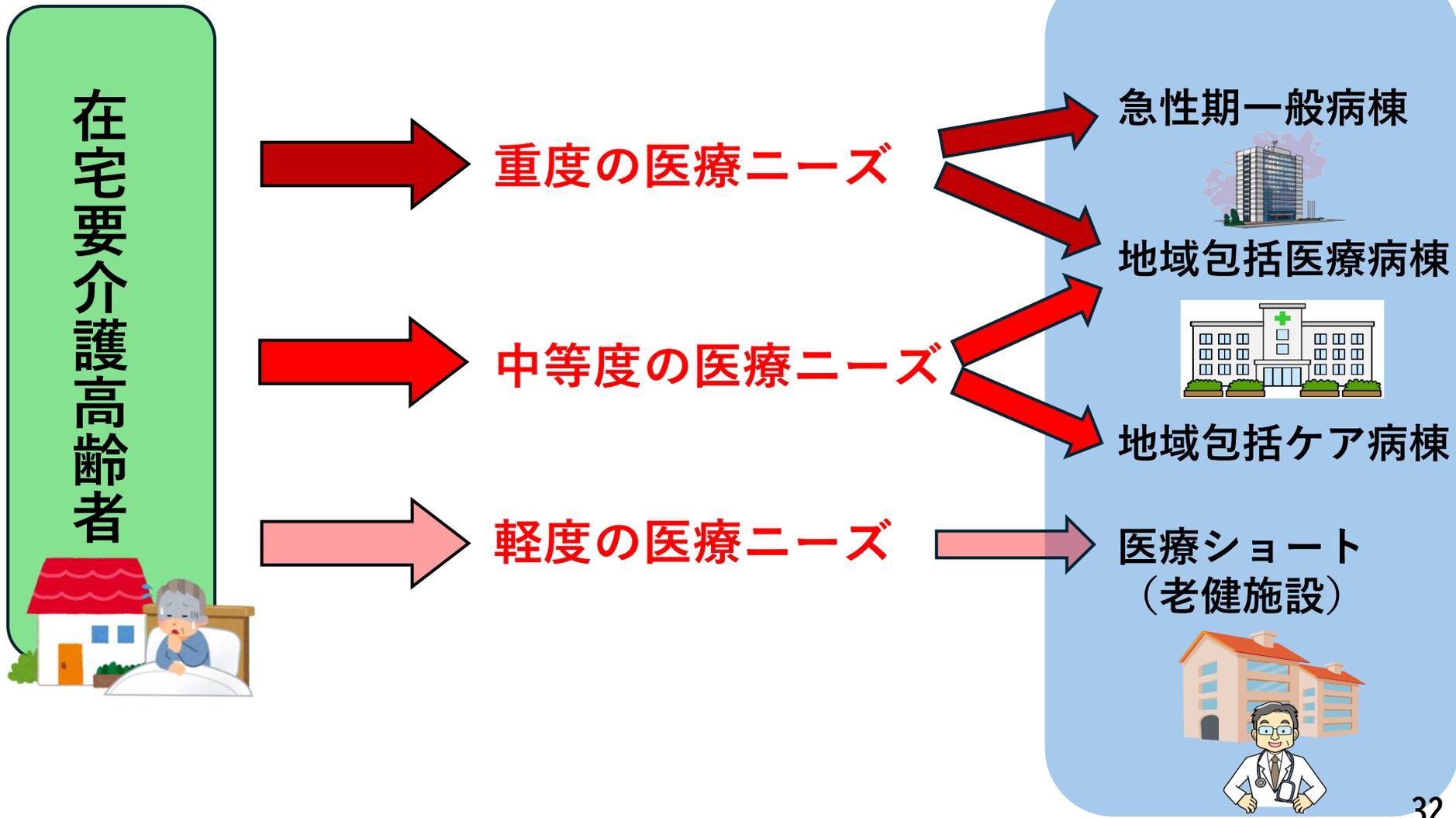
# 軽度な医療ニーズは 医療ショートへ



● 軽度な医療ニーズは  
老健施設の医療ショートへ

- ・高齢者の救急搬送問題にも貢献
- ・医療費削減にも貢献

# 在宅要介護高齢者のトリアージ



# プレ・ターミナルACP

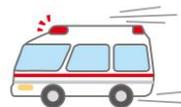


ROKEN<ん

## 【下流（介護） ⇒ 上流（医療）への流れについて】

認知症を合併症している要介護高齢者が、本人・家族の希望を事前に確認することなく救急搬送されている実態がある（トリアージができていない）

### 《救急搬送問題》

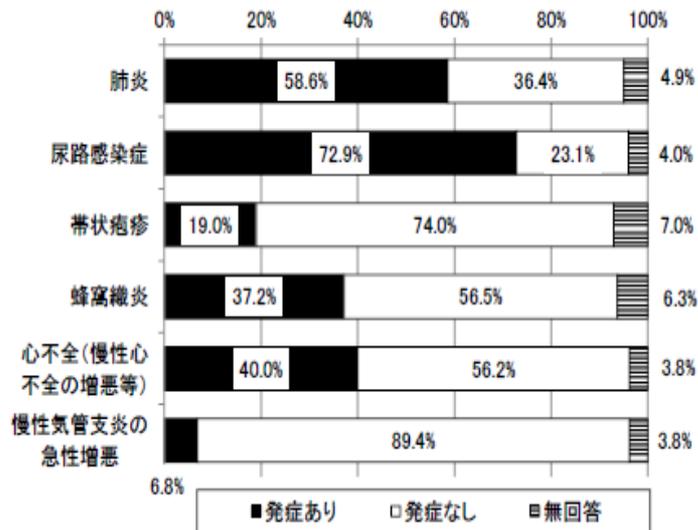


- ① 老健施設等の高齢者施設において、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思確認（プレターミナルACP）が出来ていれば不要な救急搬送が減る。
- ② 在宅の要介護高齢者においても、プレターミナルACPを行うことによって、在宅のまま医療提供を受けるのか、救急搬送するのかがトリアージできる（老健施設の医療ショートも選択肢のひとつ）。

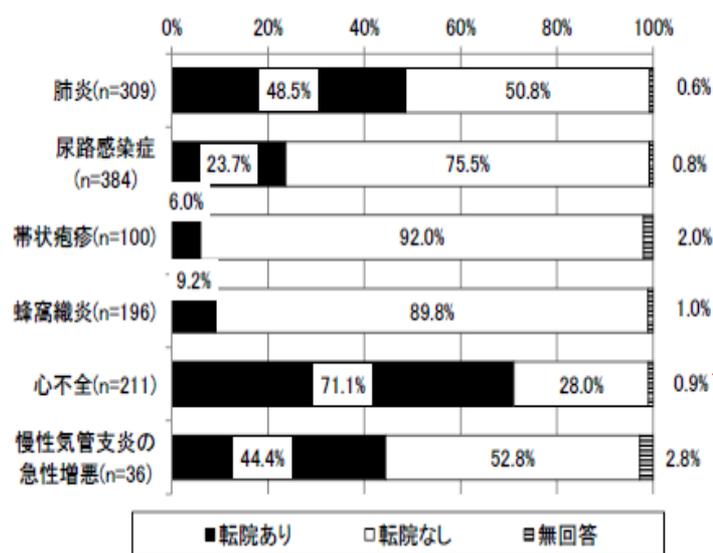
※ 本人・家族が望まないような過度な医療提供を防ぐためにも、どこまでの医療を求めるのかを事前に明確にしておくことが重要

# 老健施設・介護医療院における主な医療対応

図表22【老健】疾患の発症の有無 (2023年4月～6月) (n=527)

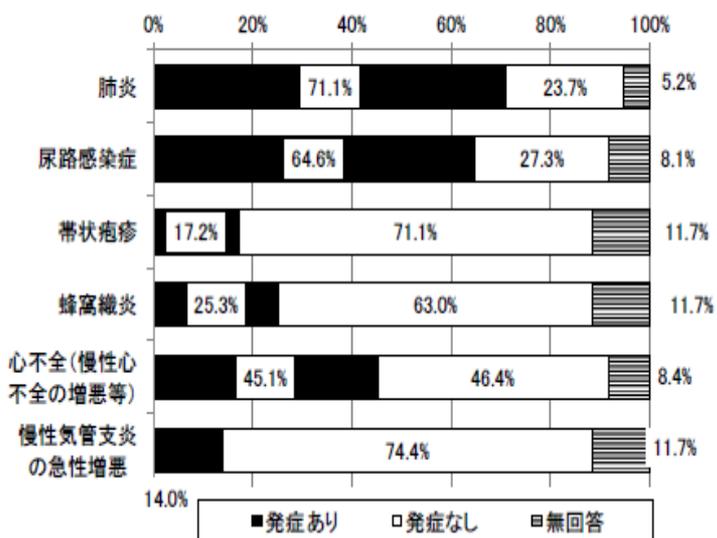


図表23【老健】(疾患の発症の有の場合) 医療機関への転院の有無 (2023年4月～6月)

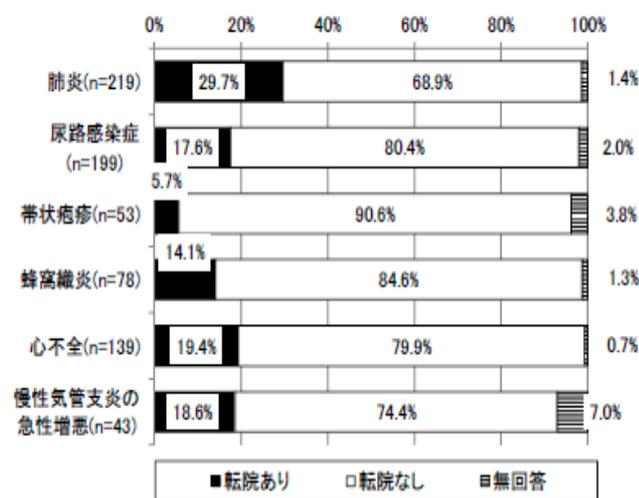


・慢性心不全の増悪が所定疾患施設療養費として評価されたので、減る可能性が高い。

図表24【介護医療院】疾患の発症の有無 (2023年4月～6月) (n=308)



図表25【介護医療院】(疾患の発症の有の場合) 医療機関への転院の有無 (2023年4月～6月)



・老健も介護医療院も転院している例がそこそこある。

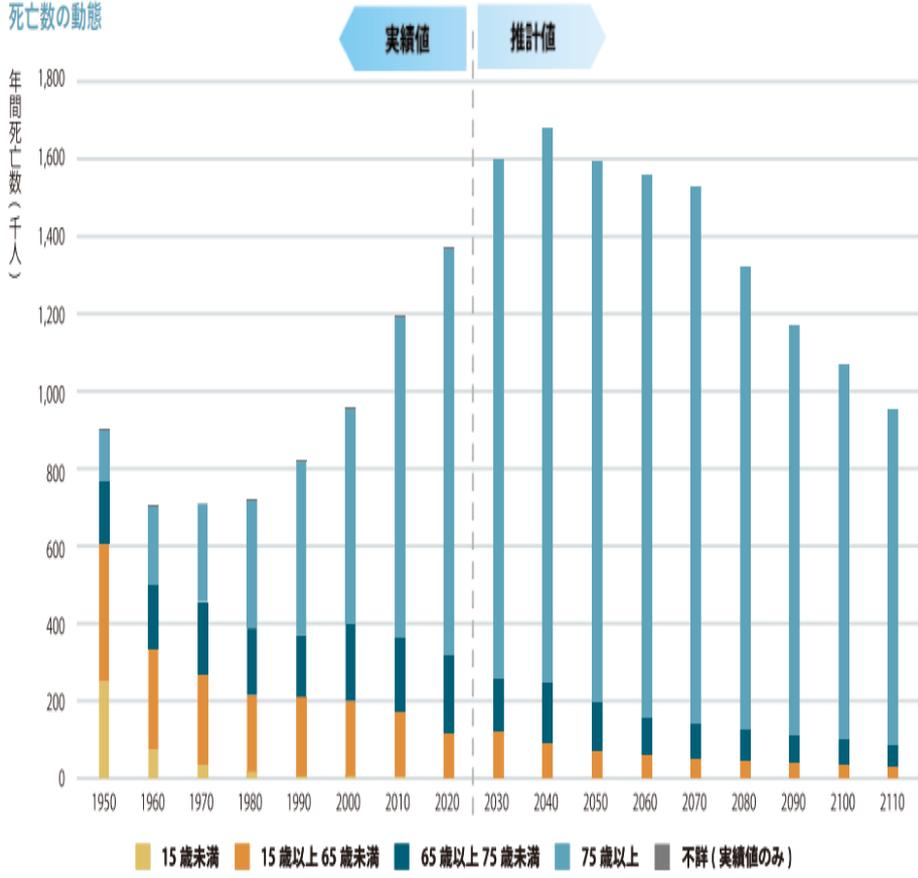
# 看取りの対応



ROKEN<ん

# 死亡数が一層増加する

○ 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。

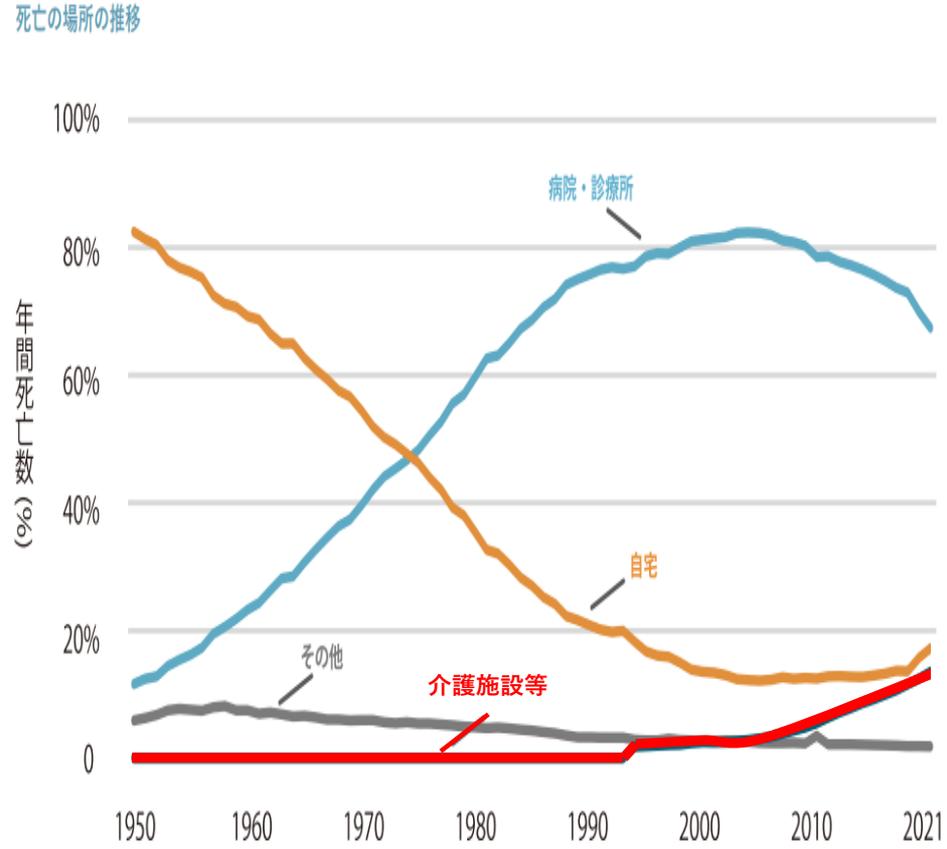


2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」  
 2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」より作成

出典

# 死亡の場所の推移

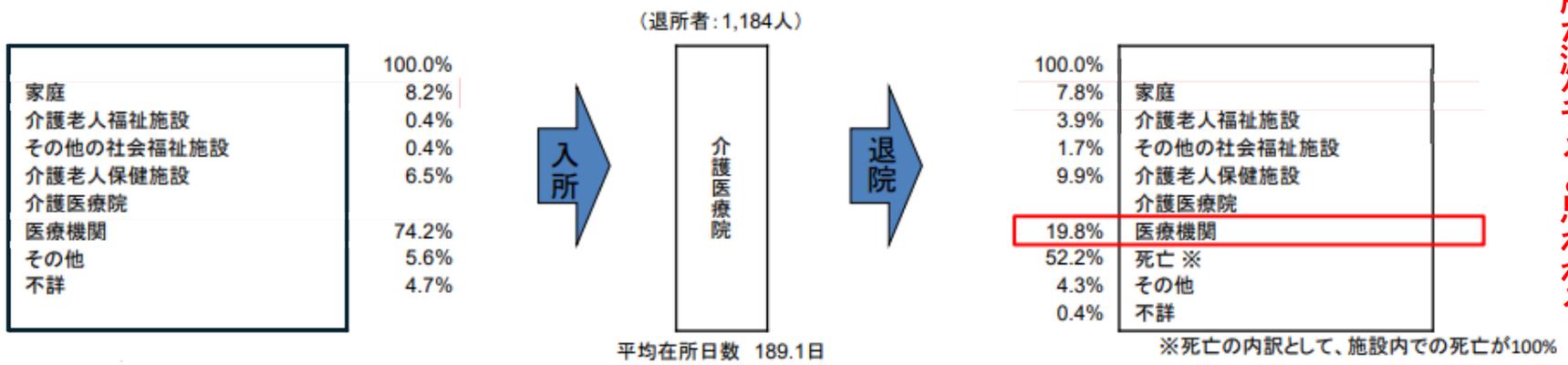
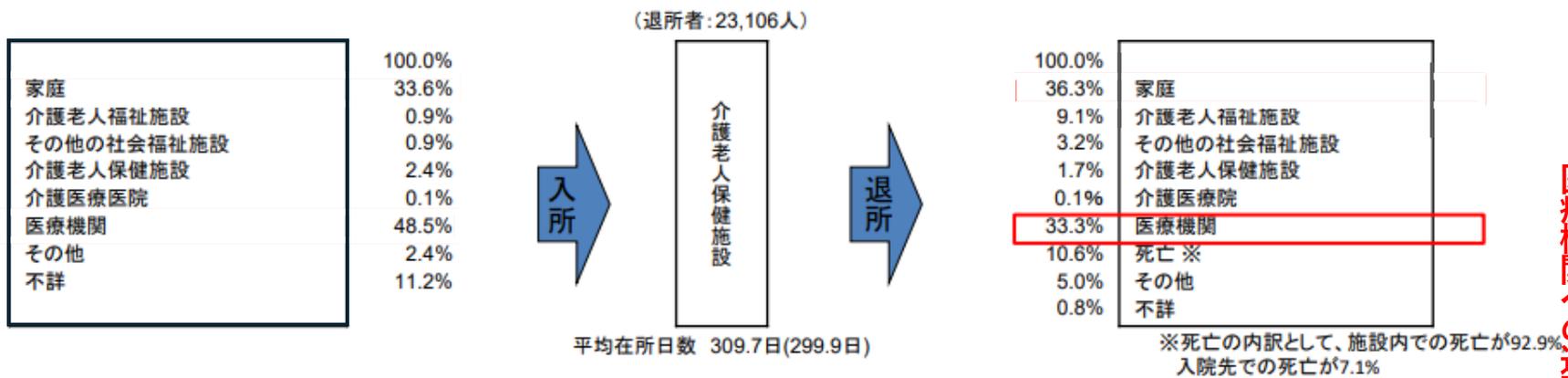
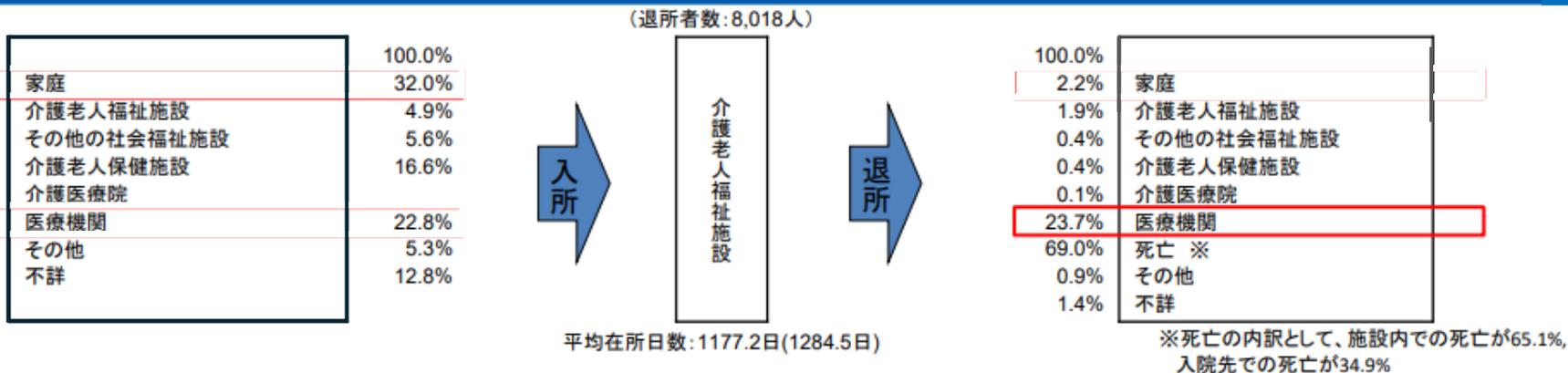
○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

出典

# 介護保険三施設における入所者・退所者の状況



プレターミナルACPを行うことによって医療機関への退所が減少すると思われる。

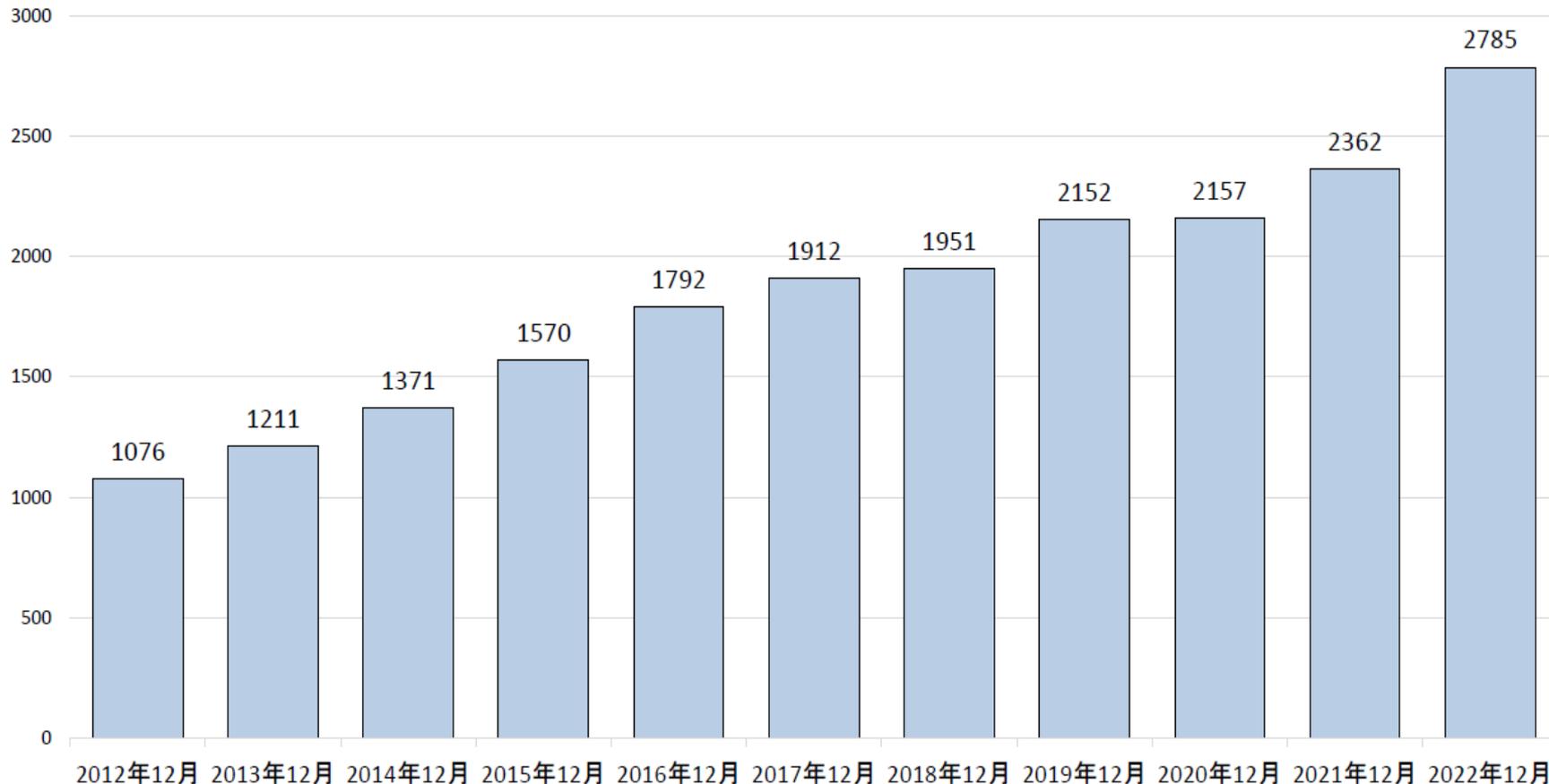
# 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定状況

意見交換  
資料-1参考(一部改変)  
R 5 . 5 . 1 8

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数は増加傾向

## ■ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数の推移

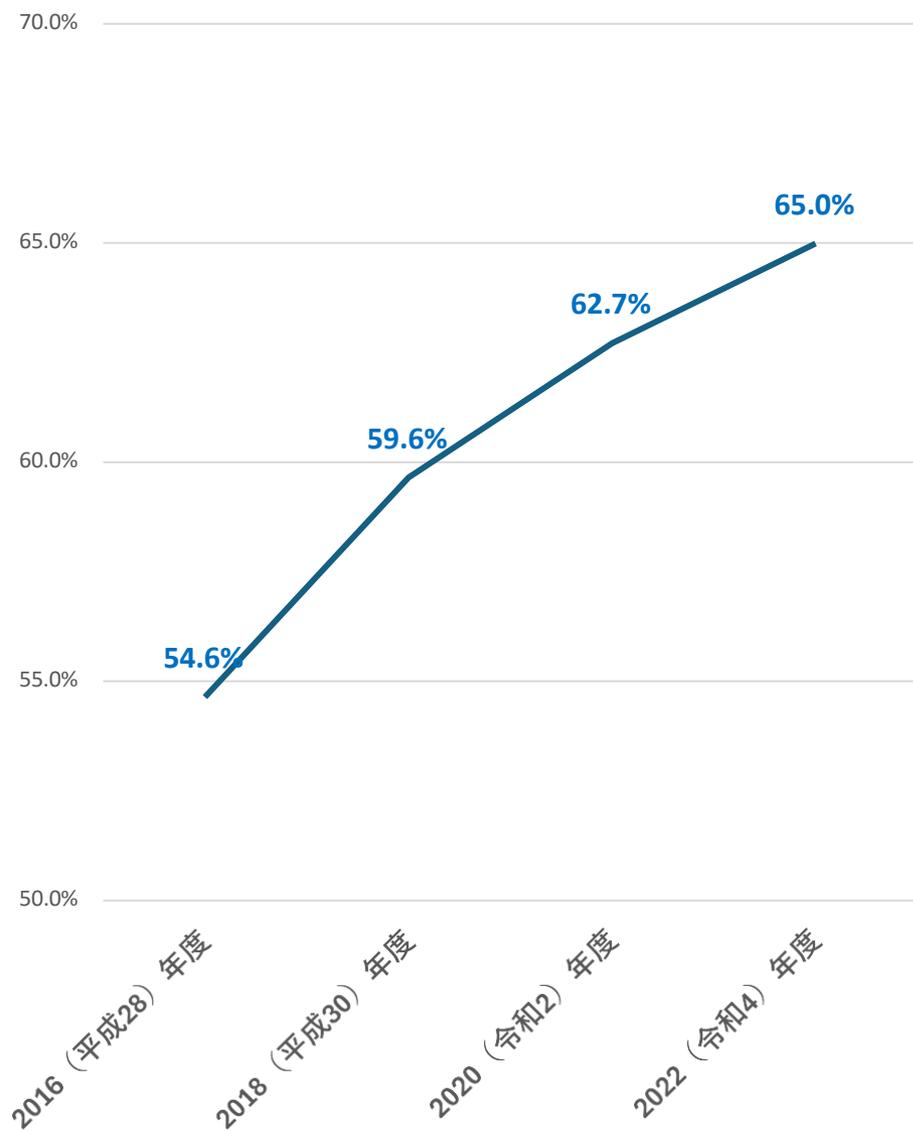
単位:人



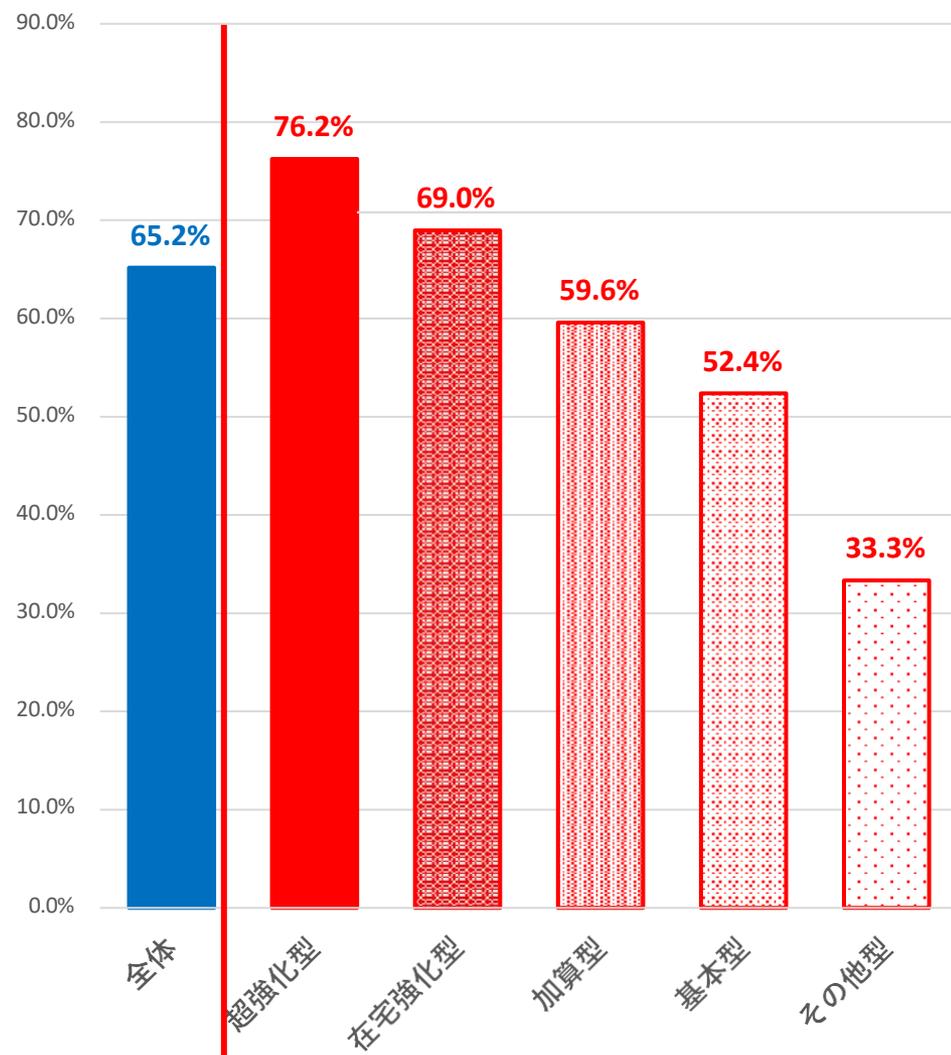
※各月に少なくとも1日ターミナルケア加算を算定した人数を集計。2021年度以降は、当該月において死亡前31日～45日前における加算のみを算定した者は除く。

# 老健施設におけるターミナルケア加算の算定状況

(出典：介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査)



(各年度における老健施設全体の算定状況)



(2023年4月～8月における算定状況)

# 老健施設における障害福祉サービスの提供 医療型短期入所・共生型サービス



ROKENくん

「医療型短期入所」が制度化。

病院・診療所・老健施設などで提供可能となる。

### 医療技術の進歩で、“医療的ケア児・者”が増加

医療技術の進歩により、NICUなどに長期入院をした後、人工呼吸器や胃ろう等を使用しながら家庭で生活をする方が増えています。重症心身障害児・者の認定を受けた方、経管栄養が必要だけれども自分で歩行ができる方など、いわゆる“医療的ケア児・者”には、様々な方が含まれます。

2018年には、医療的ケアが必要な子どもの人数は約2万人に達し、今後も増加していくことが予想されています。また、在宅人工呼吸器管理を必要とする子どもは、2015年までの10年間で10倍に増加しています<sup>※1</sup>。

### 一方、医療型ショートステイ事業所数は不足

医療的ケアが必要な方のご家族が、日々、自宅でケアを行う中、レスパイト先となる医療型ショートステイへのニーズは高まっています。

しかし、医療的ケアが必要な子ども2.0万人に対し、医療型ショートステイ事業所数は、全国で349か所（2018年1月時点）にとどまっています。医療型ショートステイ事業所を対象に行ったアンケート調査では、84.2%が、地域に医療型ショートステイが不足していると回答しています<sup>※2</sup>。



出所：平成30年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」報告



出所：国保連実績データ 出典：厚生労働省提供資料

84.2%の事業所が不足していると回答

# 報酬単価

## 医療型短期入所サービス費

| 区分  | 主な対象者                          | 算定要件  | 単位数       |
|-----|--------------------------------|---|-----------|
| I   | 気管切開+人工呼吸器管理、重症心身障害児者など        | - 医師・看護師の常時配置<br>- 高度な医療的ケア(呼吸器管理、中心静脈栄養など)<br>- 区分6の利用者が中心 | 3,117単位/日 |
| II  | 経管栄養、喀痰吸引、酸素療法など中等度の医療的ケアが必要な者 | - 看護師の常勤配置<br>- 医療的観察・処置が定期的に必要<br>- 区分5~6の利用者が多い           | 2,864単位/日 |
| III | 軽度の医療的ケア(服薬管理、軽度の吸引など)         | - 看護師の配置あり<br>- 医療的ケアはあるが常時ではない<br>- 区分3~5の利用者が中心           | 1,826単位/日 |

※ 上記のほか、複数の加算あり

### 介護老人保健施設短期入所療養介護費(要介護5)

(参考)

(多床室)【在宅強化型】 1,161単位  
【超強化型】 1,212単位

【課題】:医療型短期入所で受け入れた利用者は在宅復帰のカウントの対象外とする

## 共生型サービスの対象となるサービス

- 共生型サービス創設の目的に照らし、以下のサービスを対象としている。
- ① 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を促進する観点から、介護保険優先原則が適用される介護保険と障害福祉両方の制度に相互に共通するサービス
  - ② 現行の基準該当障害福祉サービスとして位置付けられているサービス

|                                       | 介護保険サービス  |   | 障害福祉サービス等   |
|---------------------------------------|---|---|---|
| ホームヘルプサービス                            | ○ 訪問介護  | ↔ | ○ 居宅介護<br>○ 重度訪問介護  |
| デイサービス                                | ○ 通所介護<br>○ 地域密着型通所介護                                 | ↔ | ○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く）<br>○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）<br>○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く）<br>○ 放課後等デイサービス（同上） |
| デイケア                                  | ○ 通所リハビリテーション   | → | ○ 自立訓練（機能訓練）  |
| ショートステイ                               | ○ 短期入所生活介護<br>○ 介護予防短期入所生活介護                          | ↔ | ○ 短期入所  |
| 「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組合せを一体的に提供するサービス※ | ○ 小規模多機能型居宅介護<br>○ 介護予防小規模多機能型居宅介護<br>○ 看護小規模多機能型居宅介護 | → | ○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く）<br>○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）<br>○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く）<br>○ 放課後等デイサービス（同上） |
|                                       | □ 通い  | → |   |
|                                       | □ 泊まり   | → | ○ 短期入所  |

※ 障害福祉サービスには介護保険の（看護）小規模多機能型居宅介護と同様のサービスはないが、障害福祉制度における基準該当の仕組みにより、障害児・者が（看護）小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。

# 老健施設におけるフレイル対応



ROKENくん

# 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ（令和7年7月25日）（抜粋）

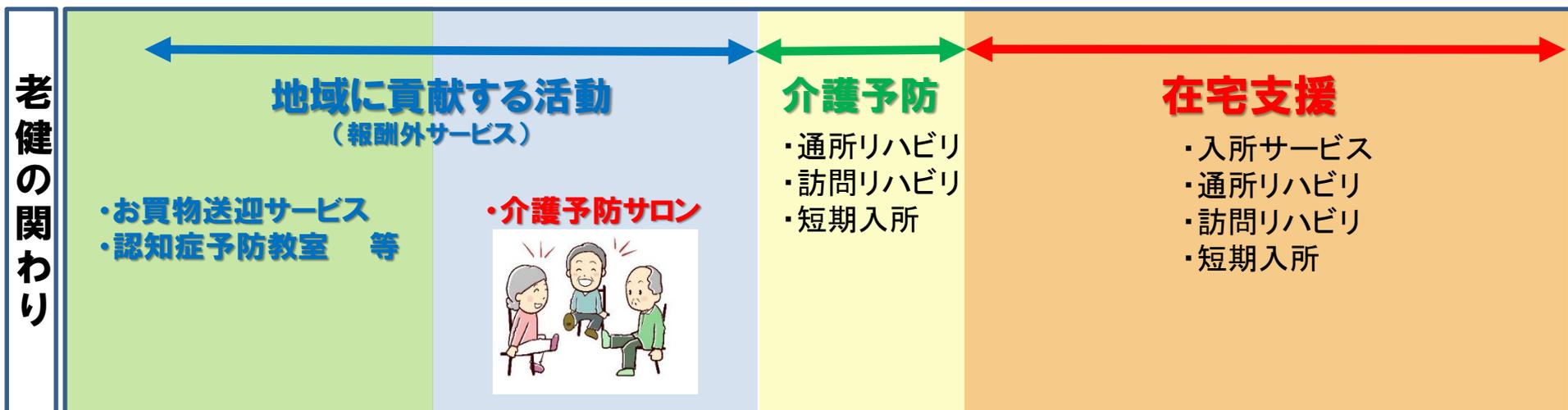
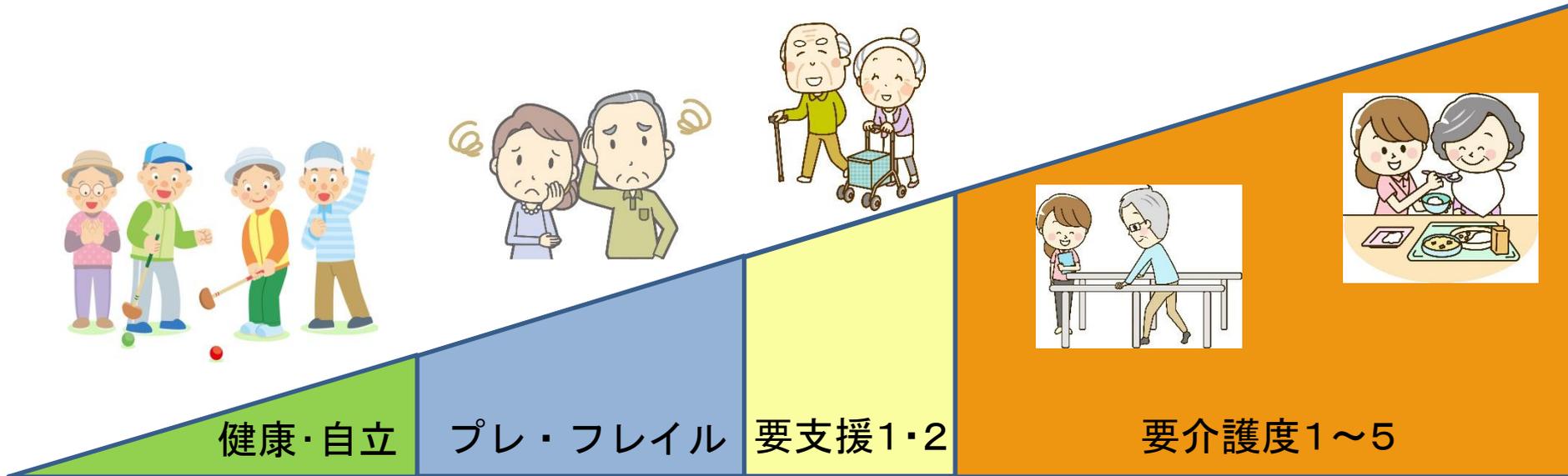
## （3）介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等（続き）

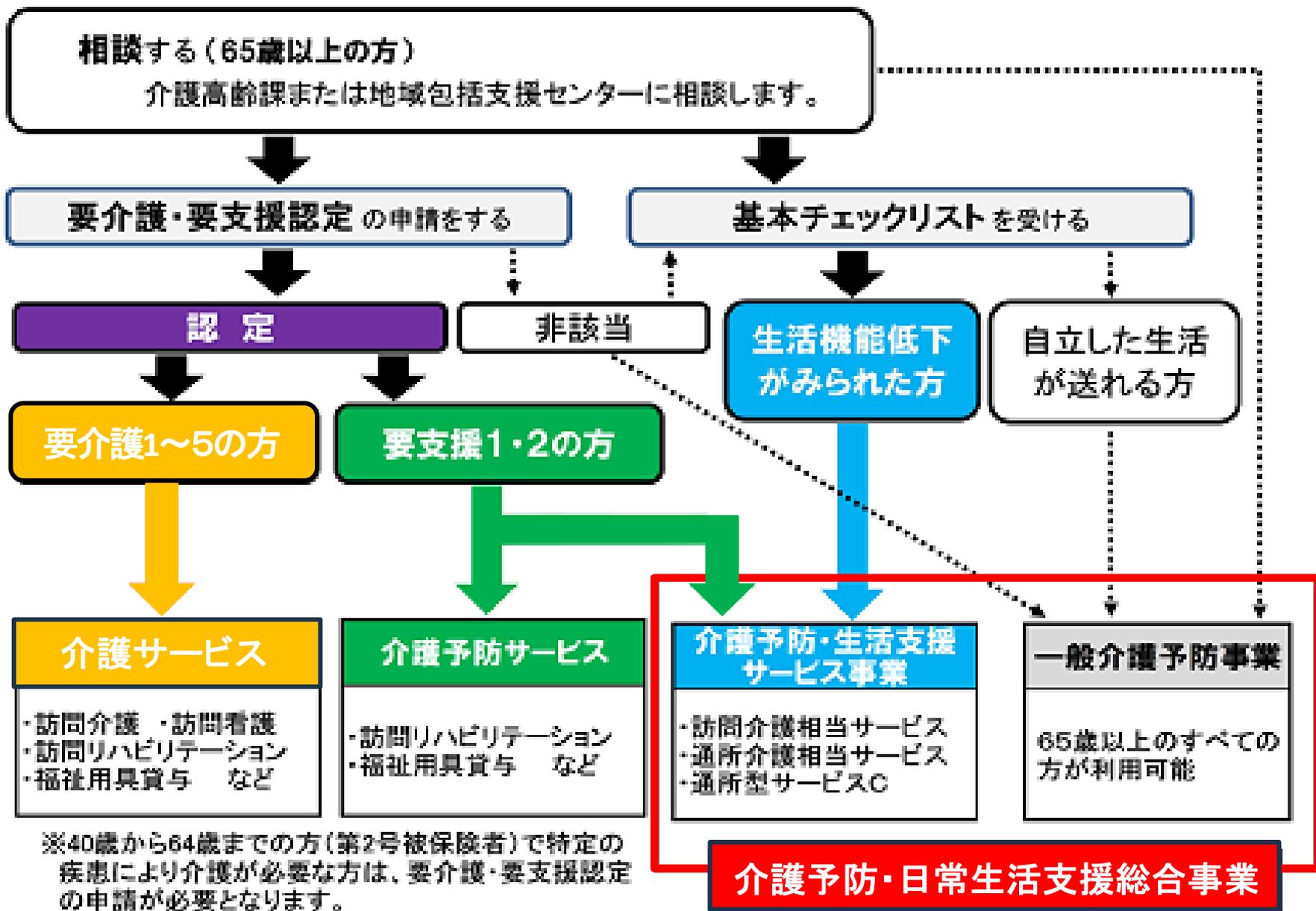
- 介護予防等の取組や地域のインフォーマルな支え合いは重要であり、一般介護予防事業の中で実施する通いの場については、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、誰もが一緒に参加し、認知症予防、多世代交流や就労的活動など、地域のニーズに応じた多様な機能を有する場として、地域共生社会の実現に向けて、発展・拡充させていく必要がある。
- フレイルの可能性がある（生活機能が低下している）者など、支援を要する者をどこにつなげるか地域において十分に整理・周知されていない中、こうした者への医療専門職の早期かつ集中的な関与が重要であるが、医療専門職の確保には課題がある。介護老人保健施設等の医療等専門職の活用、施設等において通いの場を設置するなど、施設等と連携した体制を構築していくことも重要である。
- 介護予防・日常生活支援総合事業を提供している事業所や通いの場だけでなく、健康増進施設、総合型スポーツクラブなど、介護予防・健康づくり等に効果的な地域の資源を見える化し、高齢者が自ら希望する場所で介護予防・健康づくり等に取り組むことができるような仕掛けが必要である。生活機能が低下している者を含め、地域に暮らす高齢者が健康意識を高め、適切なサービス等につながるよう自治体や既存施設において取組を進め、地域包括ケアシステムにおける介護予防を推進していくことが重要である。
- 大分県では、要支援者の認定割合が高い状況に危機感を持ち、介護予防・重度化防止、中でも、サービス・活動C（短期集中予防サービス）に力を入れている。民間企業とも協力し、予防マネジメントのICT化を進めるとともに、都道府県が市町村を支援しながら、短期集中予防サービスで改善を目指すプログラムを提供した後に通いの場等の社会参加につなぐ「自立支援サイクル」を構築した結果、約8割の利用者が自立につながるなど、高齢者の生活の質の向上を図りながら、効率的・効果的な取組を実施している。
- 高知県では、人口減少や高齢化が全国に先行していることを見据え、子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、小規模でありながら必要なサービスが提供でき、ふれあうことのできる地域共生社会の拠点として「あったかふれあいセンター」を設置し、介護予防・健康づくり等にも専門職が関与しながら取り組んでいる。

# 地域とのかかわり(老健施設の認知・活用)



# 地域とのかかわり(老健施設の認知・活用)





【中山間・人口減少地域】

# 介護サービスを事業として 実施する仕組み 【委託】

（介護保険部会での議論）



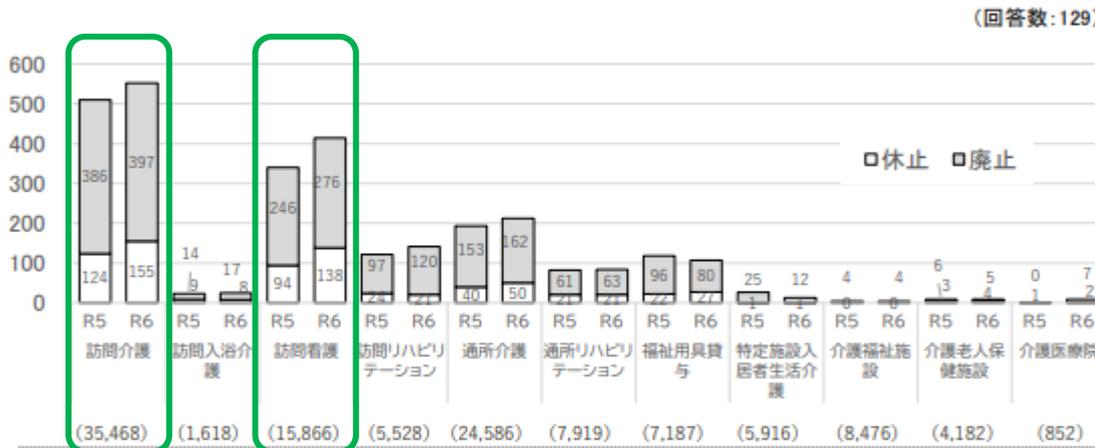
## (4) 地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業

### B. アンケート調査(自治体調査)

【介護事業所数の変化(休止、廃止、再開、新規開設)／休止・廃止理由別事業所数(自治体調査:問2(4)(5)(6)(7)、(自治体票:問3)×問6(1))】

○ 令和5年及び令和6年6月～8月の休止及び廃止事業所数は、訪問介護・訪問看護・居宅介護支援・地域密着型通所介護が多く、訪問介護については、対前年度同期比(令和5年6月～8月)で概ね1割程度増加。その主たる要因は「人員の不足」、次いで「経営戦略上の事業所の統合」であった。

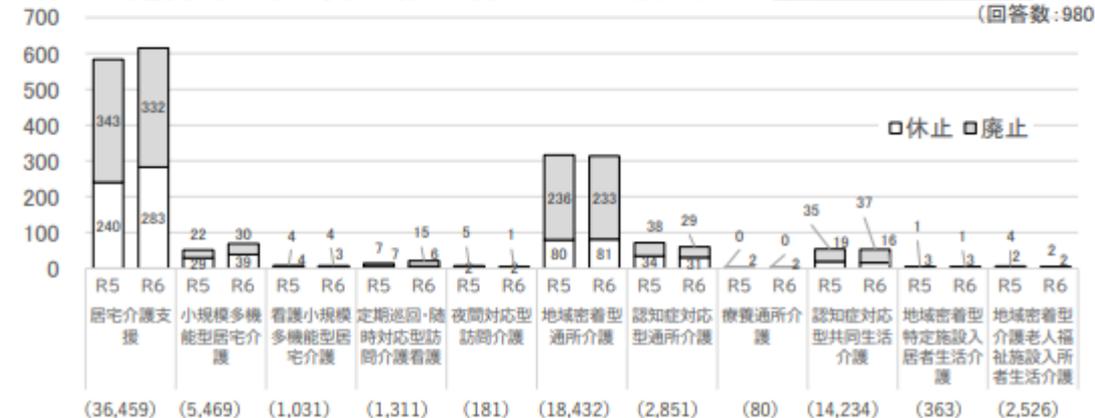
図表24 介護事業所数の変化(休止・廃止) 訪問介護など都道府県等指定サービス



図表26 事業所数の休止・廃止理由別事業所数



図表25 介護事業所数の変化(休止・廃止) 居宅介護支援など市町村指定サービス



※1 nは回答があった自治体数

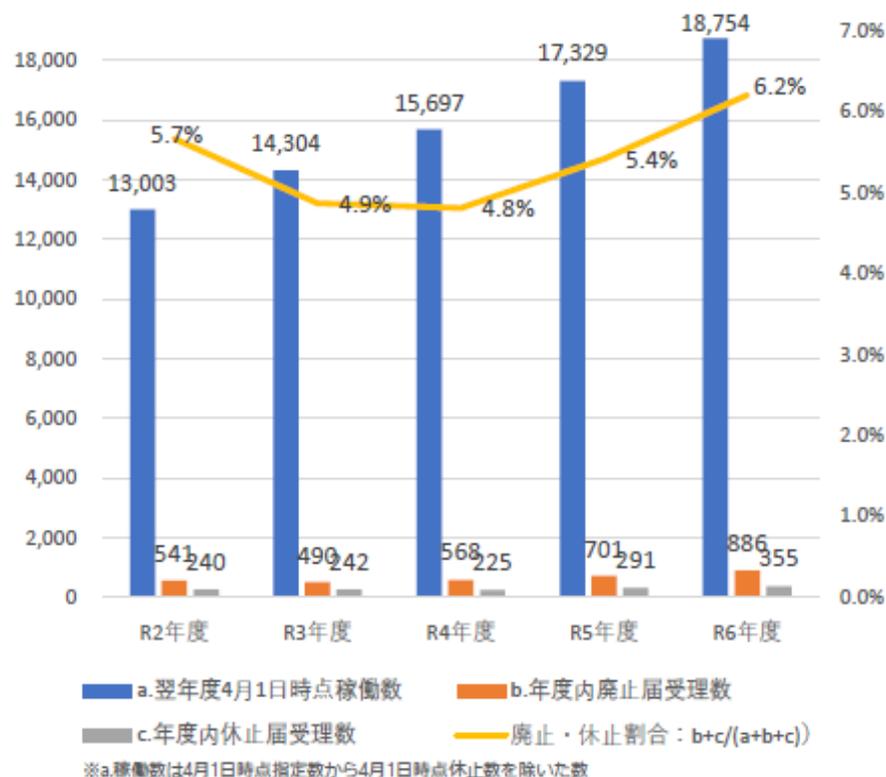
※2 休止・廃止事業所の内訳を理由別に複数回答で把握したもので、無回答の自治体があることや休止・廃止事業所数に対して回答のあった数が過小であることなどから、図表10・11の数値と一致しない。

( )内は令和6年4月事業所数(介護給付費等実態統計)

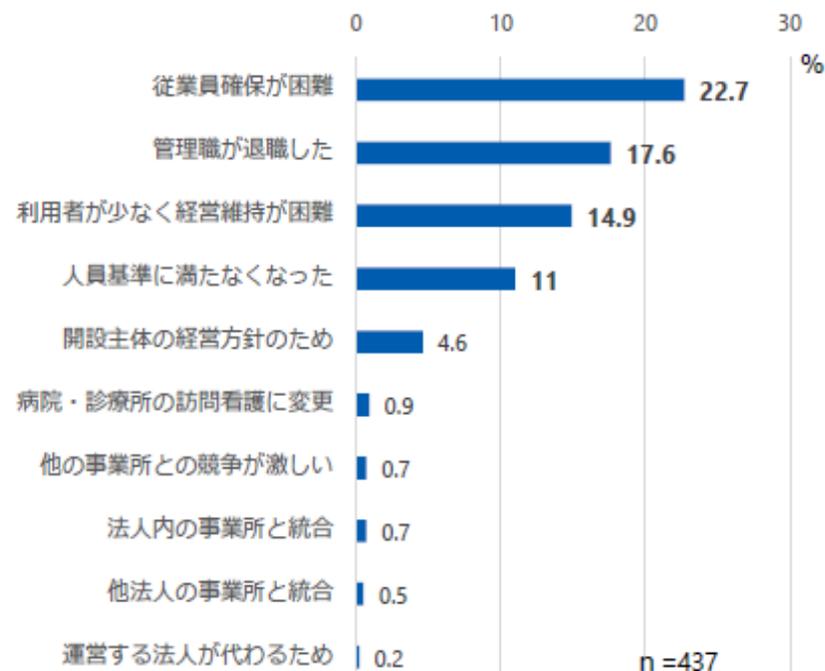
# 訪問看護ステーションの指定・廃止の状況等について

- 介護保険法に規定する訪問看護ステーションの指定数及び稼働数は増加傾向であるが、廃止・休止のステーションも増加している。
- 廃止・休止の理由としては、従業員の確保難・管理者の退職・利用者の減少等があり、人材の確保が主な要因となっている。

## ■ 訪問看護ステーションの指定数等の状況



## ■ 廃止の理由



資料出所：訪問看護ステーション数調査結果（一般社団法人全国訪問看護事業協会）に基づき厚生労働省医政局地域医療計画課で作成

資料出所：厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護の持続可能なサービス提供の在り方と役割に関する調査研究事業報告書 全国訪問看護事業協会（令和7年3月）より作成

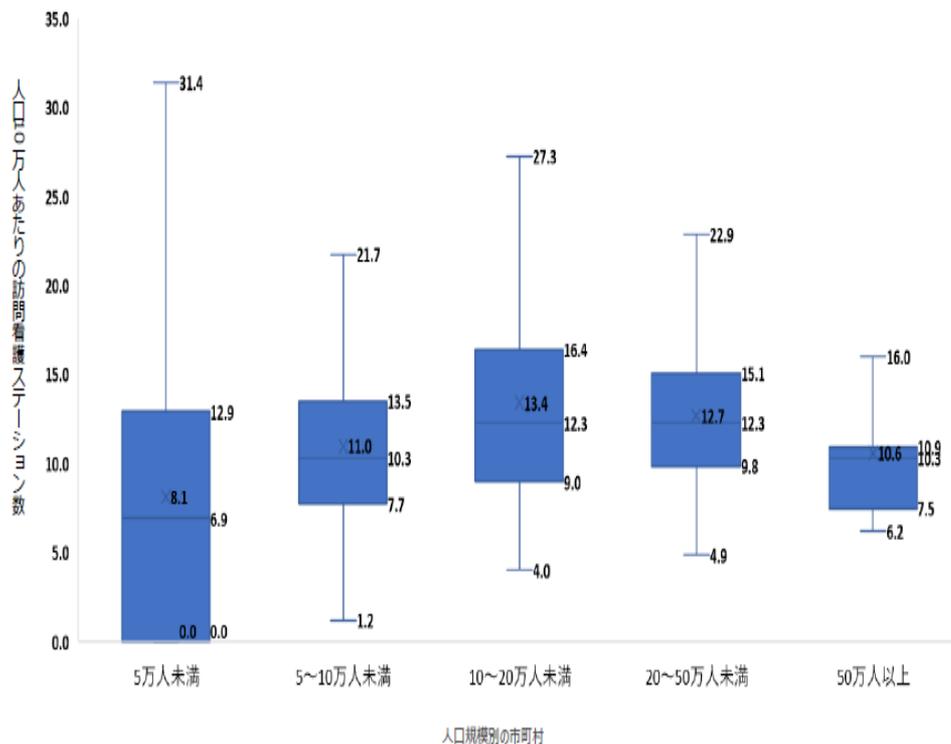
# 【訪問看護】

令和6年9月30日 新たな地域医療構想等に関する検討会資料

## 市町村の人口規模別にみた訪問看護ステーションの設置状況

- 市町村の人口規模別にみると、人口規模の小さい市町村では、訪問看護ステーションがない地域が一定数存在する。

人口規模別市町村ごとの人口あたり訪問看護ステーション数の分布



資料出所：7月1日（令和5年）の届出状況及び総務省国勢調査（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成

# 【訪問介護】

## 訪問介護事業所「ゼロ」自治体数の推移

※厚生労働省の  
全国一覧に基づき集計

|        |       |      |
|--------|-------|------|
| 2022年末 | 93町村  | 増加傾向 |
| 23年末   | 97町村  |      |
| 24年末   | 107町村 |      |

|       |        |
|-------|--------|
| 北海道   | 14町村   |
| 長野    | 10町村   |
| 沖縄    | 10町村   |
| 福島、高知 | 各8町村など |

訪問介護事業所「ゼロ」自治体数の推移

# 介護保険制度の見直しに関する意見（概要）

## （令和7年12月25日 社会保障審議会介護保険部会）

- 2040年には、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口、認知症高齢者、独居の高齢者等の増加と同時に、生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域の規模によって高齢化・人口減少のスピードに大きな差が生じることも踏まえ、早急な対応が求められる。
- このような社会環境の変化の中にあっても、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する場所で安心して生活できる社会を実現するため、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化や、これらを通じた地域共生社会の更なる実現・深化を行うことが必要。
- 福祉サービス間の連携に加え、介護や福祉以外の地域資源（地域におけるまちづくりや高齢者の移動支援等の取組）との効果的な連携が重要。

### I 人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

★：今後、詳細の要件や報酬設定等について介護給付費分科会等で議論することとされている項目

#### 1. 地域の類型を踏まえたサービス提供体制・支援体制

##### ○地域の類型の考え方

- ・計画策定プロセスにおいて、該当する地域類型を意識しながら、都道府県・市町村等の関係者間で議論を行うことが必要である

##### ○中山間・人口減少地域（サービス需要が減少する地域）

- ・サービス提供の維持・確保を前提として、利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、新たな柔軟化のための枠組みを設ける
- ・特別地域加算の対象地域を基本としつつ、高齢者人口の減少に着目した地域の範囲について国において一定の基準を示す（市町村内の一部エリアを特定することも可能）★
- ・対象地域は、計画策定プロセスにおいて市町村の意向を確認し、都道府県が決定する

##### ○大都市部（2040年にかけてサービス需要が増加し続ける地域）

##### ○一般市等（2040年までの間にサービス需要が増加から減少に転じる地域）

- ・高齢者人口の増減・サービス需要の変化の見通しに基づき、現行制度の枠組みを活用したサービス基盤の維持・確保が求められる

#### 2. 中山間・人口減少地域における柔軟な対応等

##### ○特例介護サービスの枠組みの拡張

- ・中山間・人口減少地域において、職員の賃金の改善に向けた取組、ICT機器の活用や、サービス・事業所間の連携等を前提に、職員の負担への配慮やサービスの質の確保の観点も踏まえ、管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等を行うため、特例介護サービスに新たな類型を設ける（施設サービスや特定施設入居者生活介護も対象）★

##### ○地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み

- ・特例介護サービスの新たな類型の枠組みにおいて、例えば訪問介護について、現行のサービス提供回数に応じた出来高報酬と別途、包括的な評価（月単位の定額払い）を選択可能とする★

##### ○介護サービスを事業として実施する仕組み 委託

- ・中山間・人口減少地域における柔軟なサービス基盤の維持・確保の選択肢の一つとして、給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業（地域支援事業の一類型）により、給付と同様に介護保険財源を活用し、事業者がサービス提供を可能とする仕組みを設ける

##### ○介護事業者の連携強化

- ・地域の法人・事業所が一定期間にわたり事業継続する役割を担い、複数事業所間の連携を促進し、業務効率化等の取組を推進する仕組みを設け、必要な支援を行う★

##### ○既存施設の有効活用

- ・国庫補助により取得・改修等をした介護施設等を別の用途に供する際、一定の範囲内で国庫納付を求めない特例を拡充する

##### ○調整交付金の在り方

- ・より精緻な調整を行う観点から、年齢区分を3区分から7区分に変更する

#### 3. 大都市部・一般市等における対応

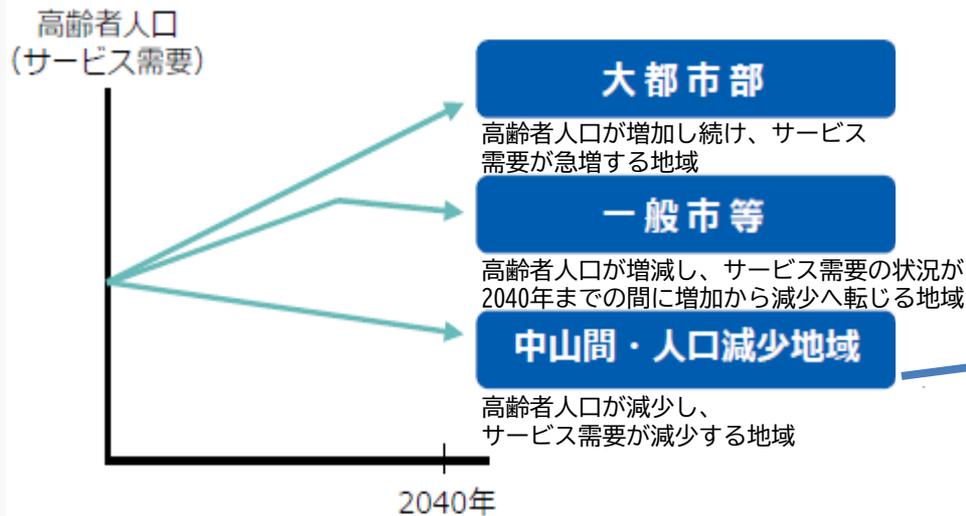
##### ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の統合

- ・夜間対応型訪問介護を廃止し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と統合する

※多様なニーズに対応したサービスを提供するため、高齢者のニーズに沿った多様な住まいの充実（Ⅱ3）、テクノロジーの活用支援（Ⅲ2）等の取組を併せて推進する

# 【介護保険部会】人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

## 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会



### 介護保険部会での検討 (R7.10.9)

- ① 地域の類型の考え方
- ② 地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み
- ③ 地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み
- ④ **介護サービスを事業として実施する仕組み**
- ⑤ 介護事業者の連携強化
- ⑥ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用
- ⑦ 調整交付金の在り方

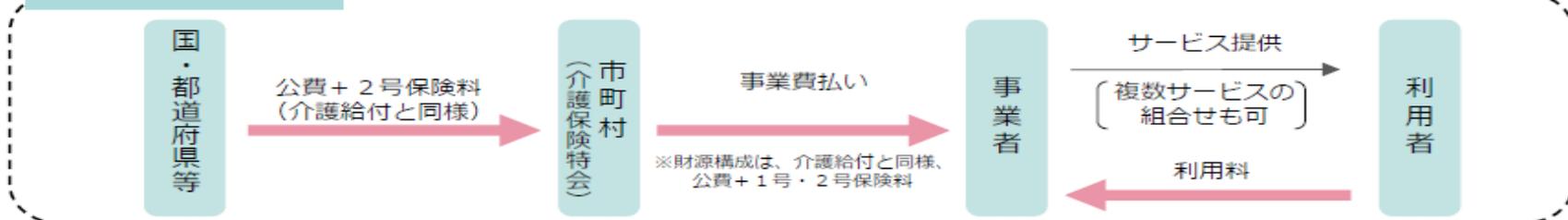
#### 【基本的な考え方】

- 中山間・人口減少地域において、市町村が、**地域におけるサービス需要の状況やサービス提供体制の実情に応じて、柔軟にサービス基盤を維持・確保していくことができるよう、特例介護サービスとあわせて、市町村が、事業として、給付の仕組みと同様、介護保険財源を活用して柔軟に実施できる選択肢を設ける**ことが考えられないか。

(事業による仕組みのポイント)

- ✓ 利用者ごとの個別払いではなく、事業の対価として**事業費(委託費)**により支払いを行うことにより、利用者の増減の変化に対応しつつ、収入の予見性を高め、経営の安定につなげられるようになることも考えられる。
- ✓ 実際のサービス提供は、事業者へ委託することを想定。市町村内に事業所がない場合に、周囲の市町村の事業所に委託することや、複数のサービス類型を組み合わせることで委託を行うことが考えられる。

#### 【実施イメージ】



# 【イメージ】

## 【中山間・人口減少地域】 訪問介護サービスがない地域



訪問介護を委託



老健施設からの訪問介護サービス



# 老健施設の活用

- ①. 地域包括支援センターのサポート
- ②. 災害時の拠点
- ③. 民間(女性)シェルターの拠点



ROKENくん

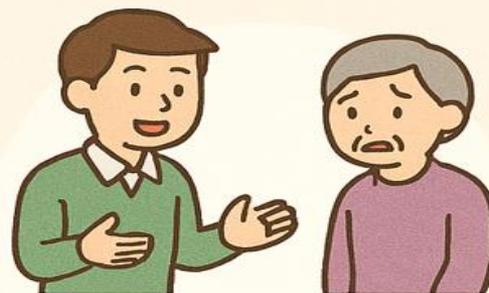
## ① 地域包括支援センターのサポート

### 地域包括支援センターの役割

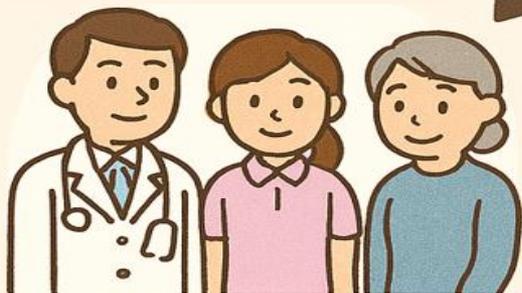
#### ① 総合相談



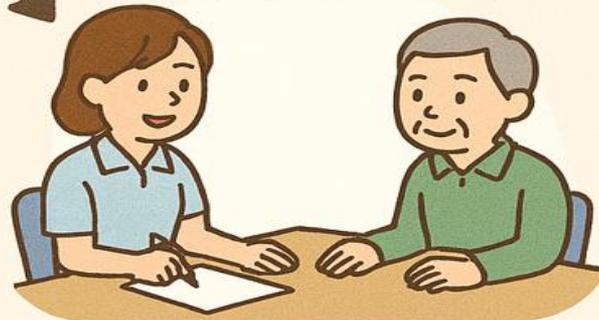
#### ② 権利擁護



#### ③ 包括的・継続的 ケアマネジメント



#### ④ 介護予防 ケアマネジメント



現状のスタッフ(3職種)では、業務過多で地域のニーズに対応できない

(保健師(経験のある看護師)・社会福祉士・主任ケアマネ)

## ① 地域包括支援センターのサポート

### 地域包括支援センターの役割

- ① 総合相談
- ④ 介護予防ケアマネジメント

老健施設がサポート  
できるのではないか

≪ 老健施設が地域包括支援センターのサポートを担える根拠 ≫

- ① 老健施設は、全国の中学校区に1施設を目途に、日本全国津々浦々に設置されている。
- ② 老健施設は、24時間365日機能(稼働)している。
- ③ 老健施設は、支援相談員(社会福祉士も多い)やケアマネ、さらには医師を始めとする医療職(看護師・リハ職等)等の多職種も揃っている。



地域包括支援センターの業務の負担軽減(サポート)になる

② 災害時の拠点

③ 民間(女性)シェルターの拠点

上記②・③の役割を **老健施設** に位置付け



そのことにより **大規模修繕費の支援**を

### 《 老健施設が2拠点の役割を担える根拠 》

- ① 老健施設は、全国の中学校区に1施設を目途に、日本全国津々浦々に設置されている。
- ② 老健施設は、定員平均100名と規模が大きく、常に空床もあり(約87%)いつでも受け入れが可能。
- ③ 老健施設は、医師を始めとする医療職(看護師・リハ職等)や介護職、栄養士、支援相談員、ケアマネ等の多職種が揃っている。



# 地域包括ケアシステムにおける老健施設



ROKENくん

# 『2040年に向けたサービス提供体制等のあり方』検討会

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 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・生活支援が包括的に確保される体制（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。**



老健施設の位置付け

2040年を見据えた地域包括ケアシステムの姿に改訂へ！

# 2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化について

- 介護分野において、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、従前から医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進。
- 2040年に向けて生産年齢人口が減少する中、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加が見込まれ、**地域包括ケアシステムの深化が必要**。高齢者人口の変化に伴い、中山間・人口減少地域、大都市部、一般市など、サービス需要に大きな地域差。それに応じ、サービス供給体制も2040年にかけて変化する中、これらを踏まえて、利用者にとって切れ目ないサービス提供が可能となるようにしていくとともに、地域づくりを推進していくことが必要。
- 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引き続き必要**。そのために地域の介護・医療資源等を見える化し、地域の関係者で分析・議論することが必要。



# 【地域包括ケアシステムのハブ】

