

地域連携概論

2040年へ向けた 新たな地域医療構想と医療介護連携



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



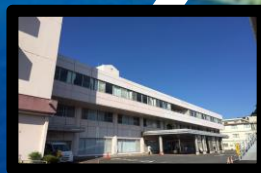
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次



- パート 1
 - 2040年問題とは？
- パート 2
 - 新たな地域医療構想
- パート 3
 - 減る急性期医療のニーズ
- パート 4
 - 増える包括期医療ニーズ
- パート 5
 - 増える在宅医療ニーズ
- パート6
 - 2040年へ向けた介護サービス
- パート7
 - 介護人材確保と職場環境改善、生産性向上、経営支援
- パート8
 - テクノロジーの活用等
- パート9
 - 介護事業者間の連携、経営の大規模化
- パート10
 - 医療介護の連携

パート1 2040年問題とは？



65歳以上の高齢者の人口推移

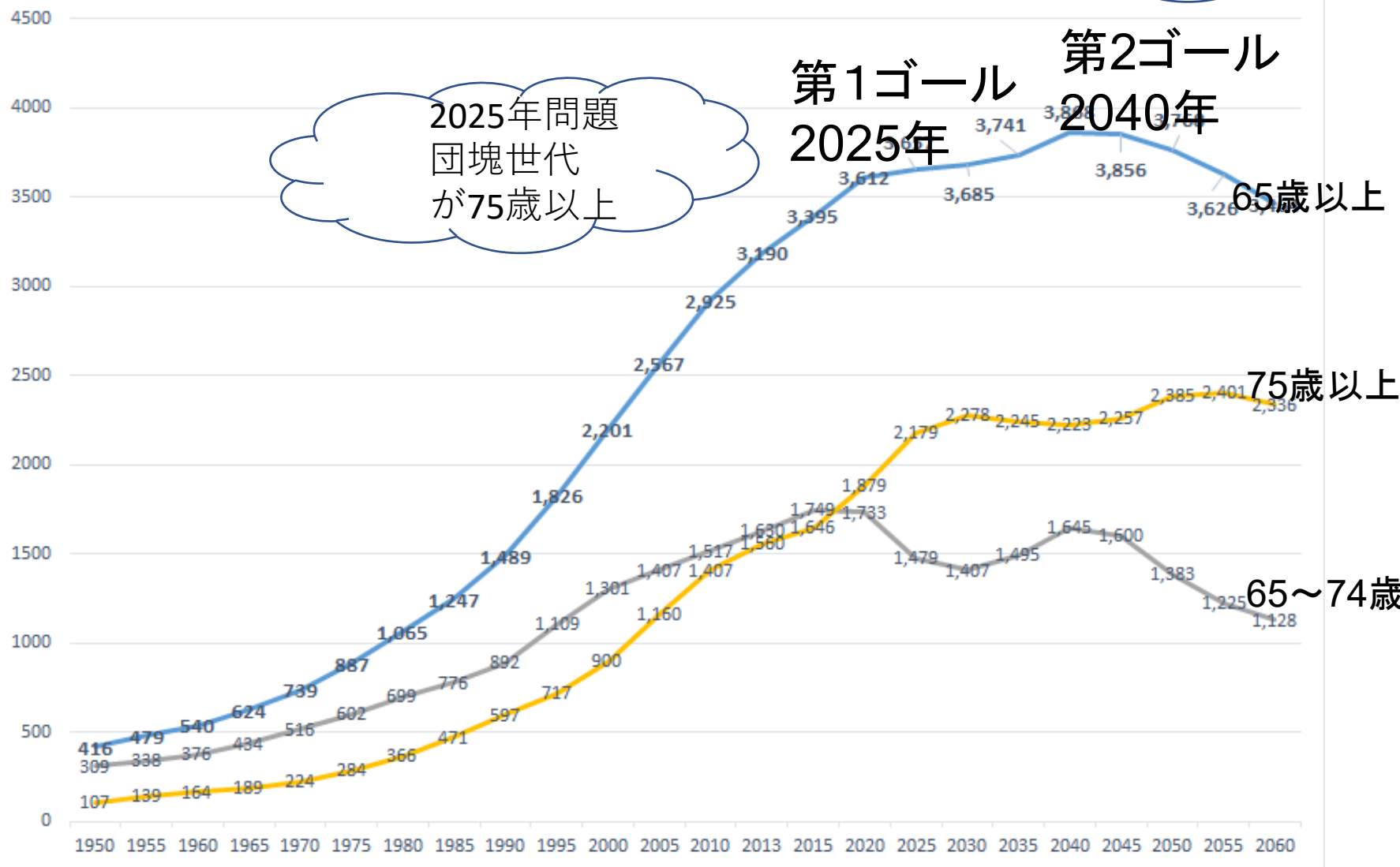
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年

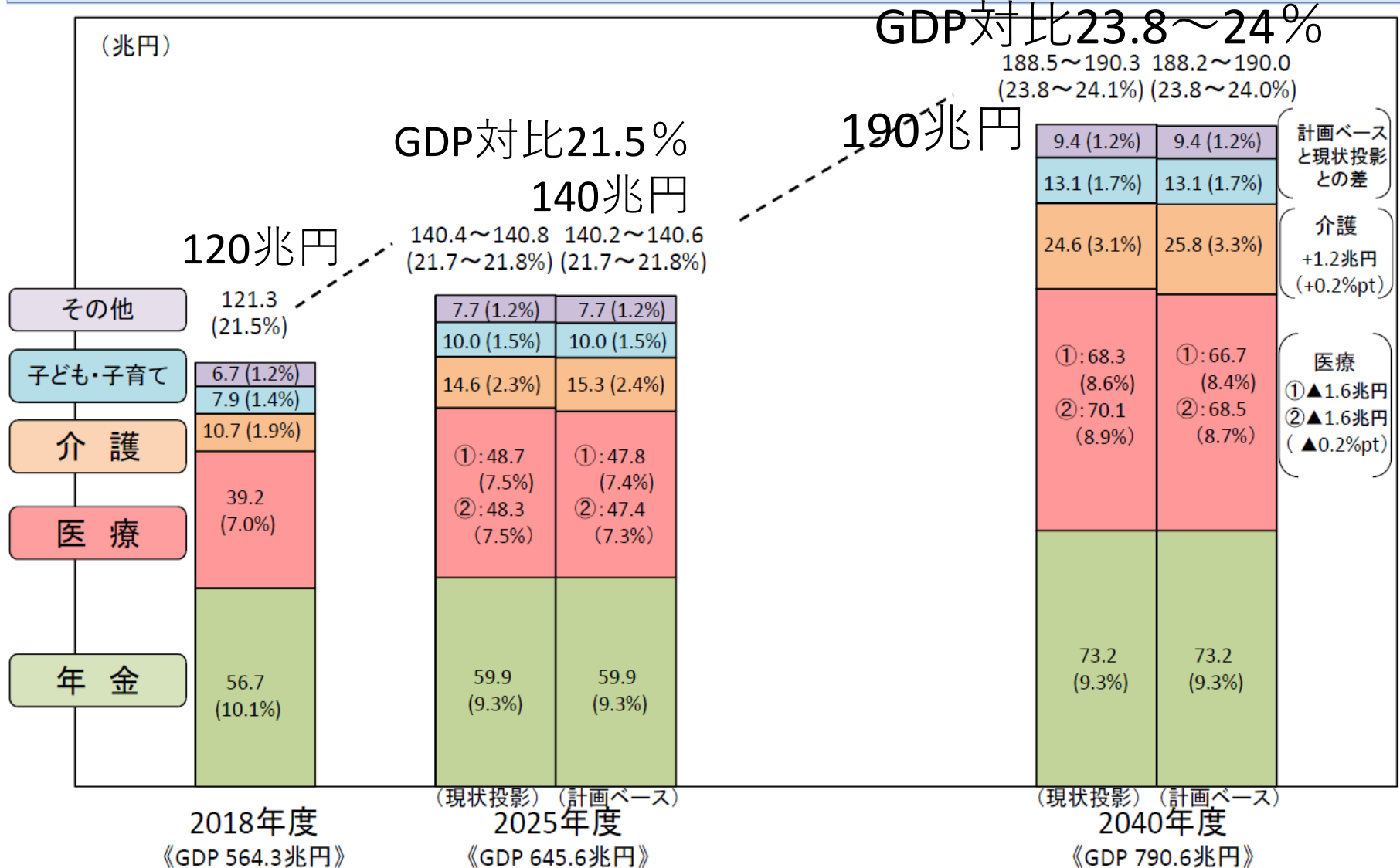


65歳以上

75歳以上

65～74歳

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



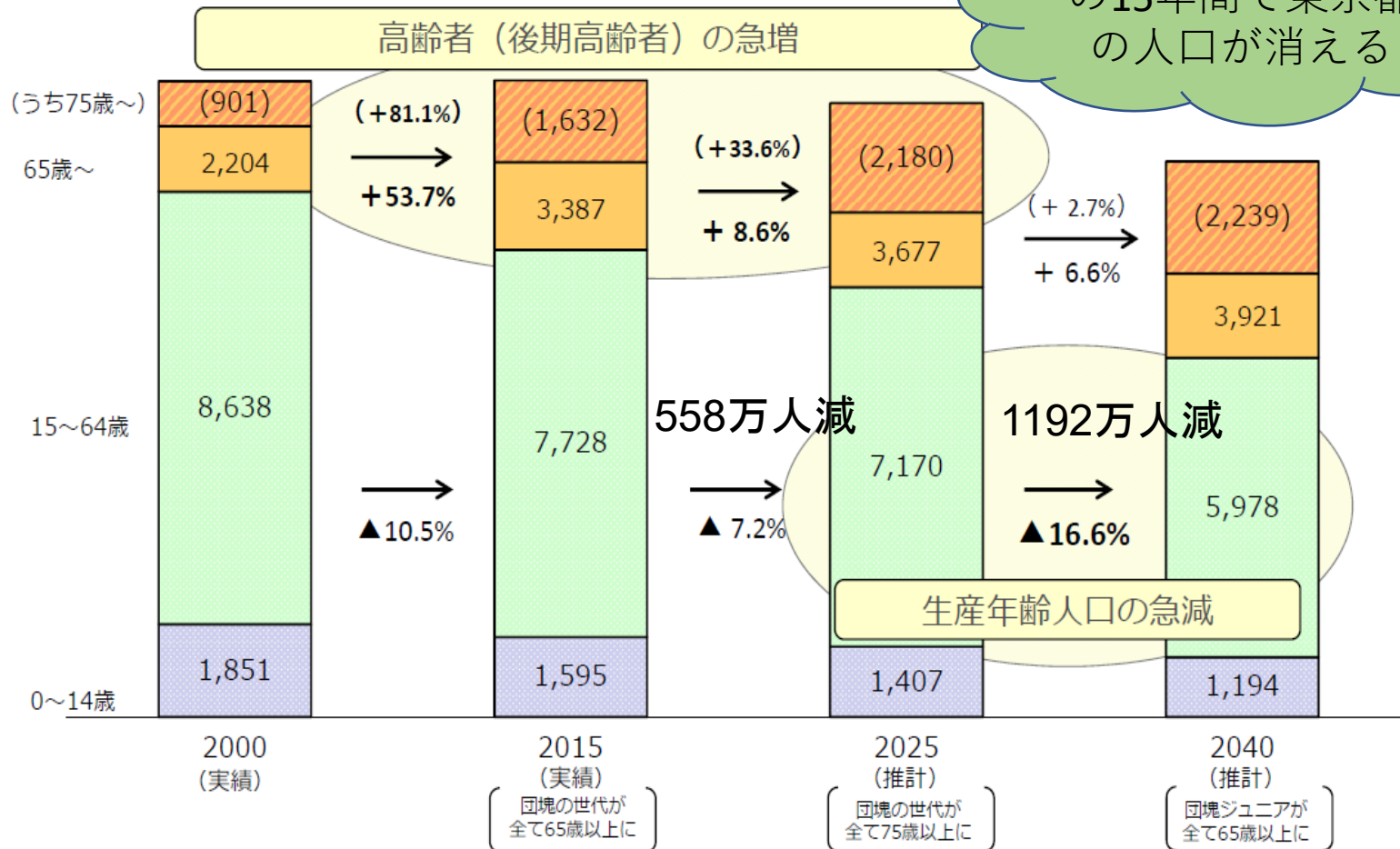
(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

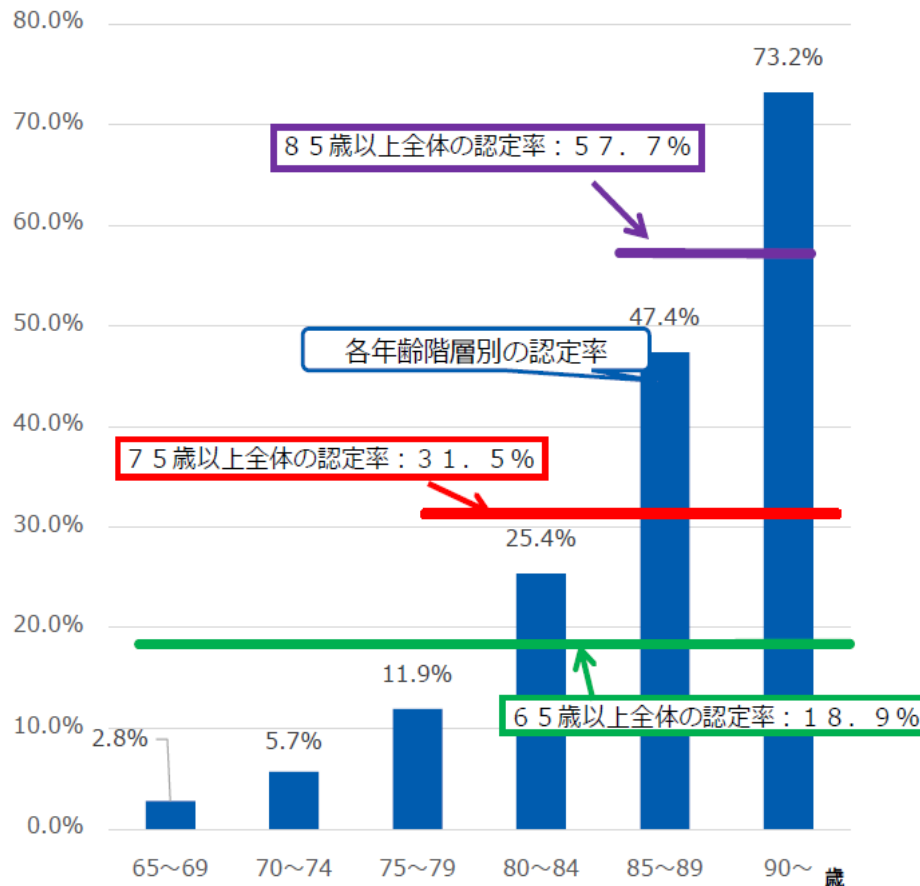
【人口構造の変化】



医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

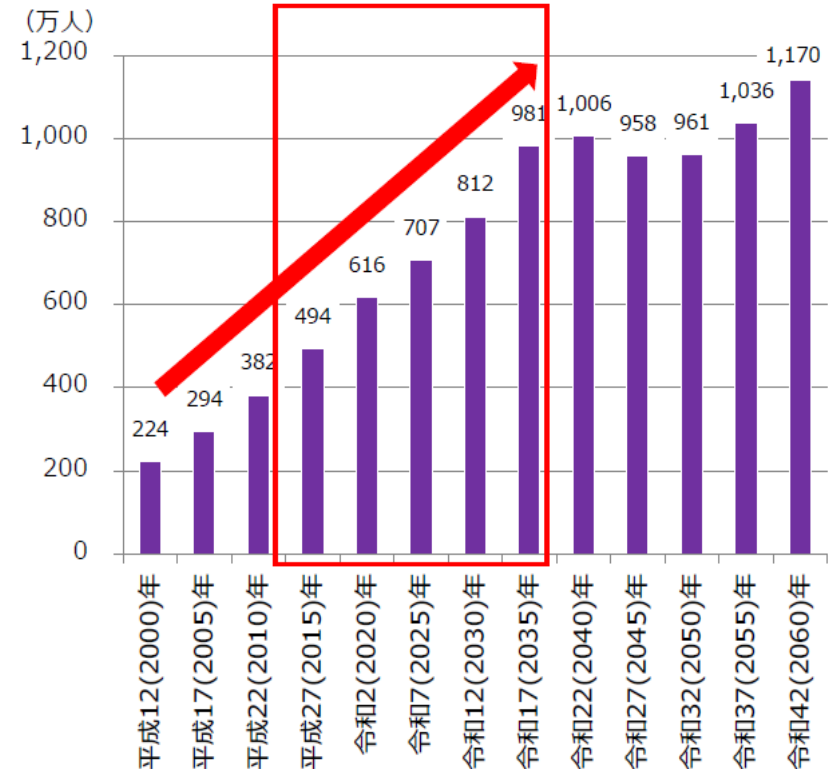
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



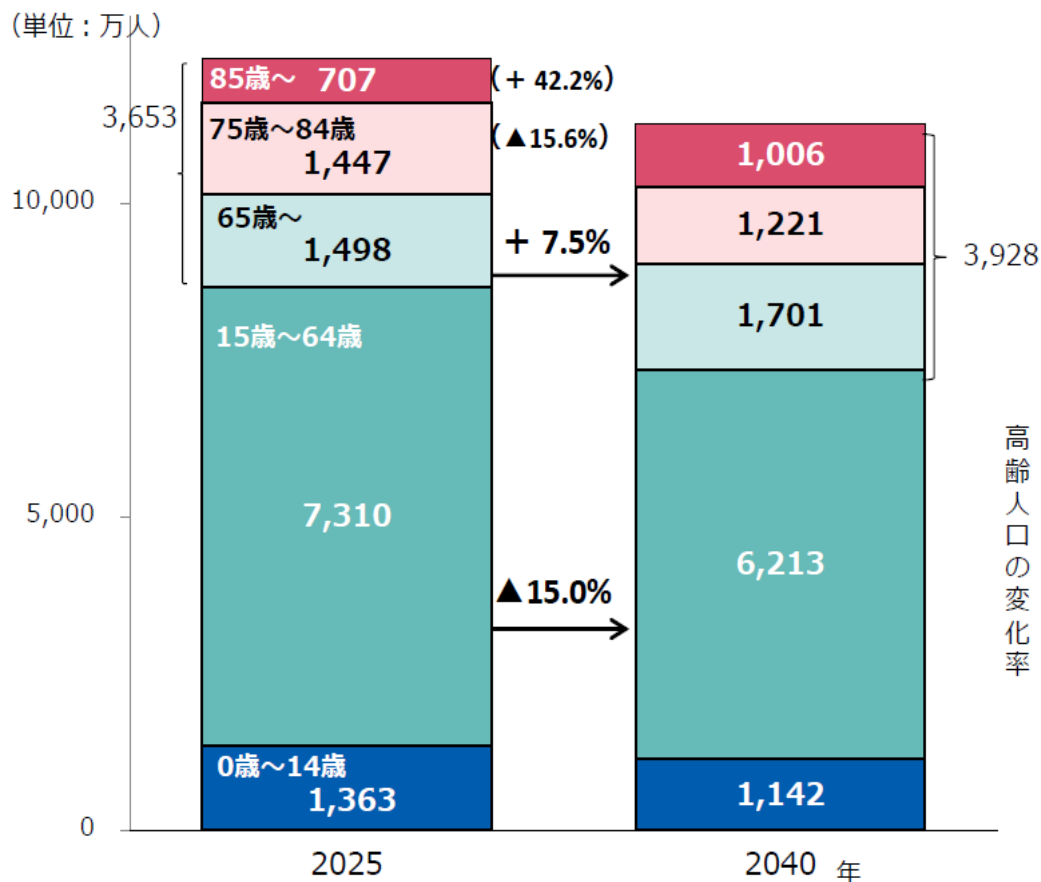
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

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。

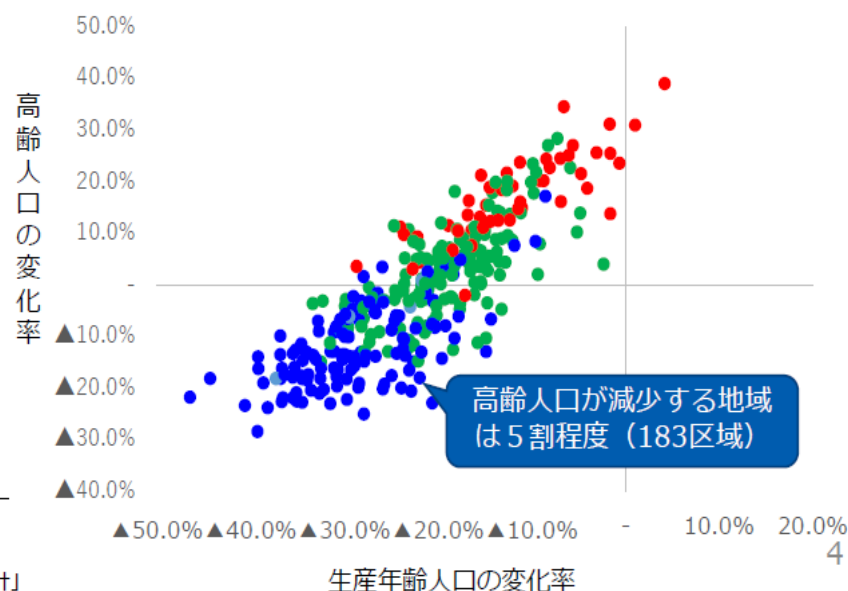
<人口構造の変化>



<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%

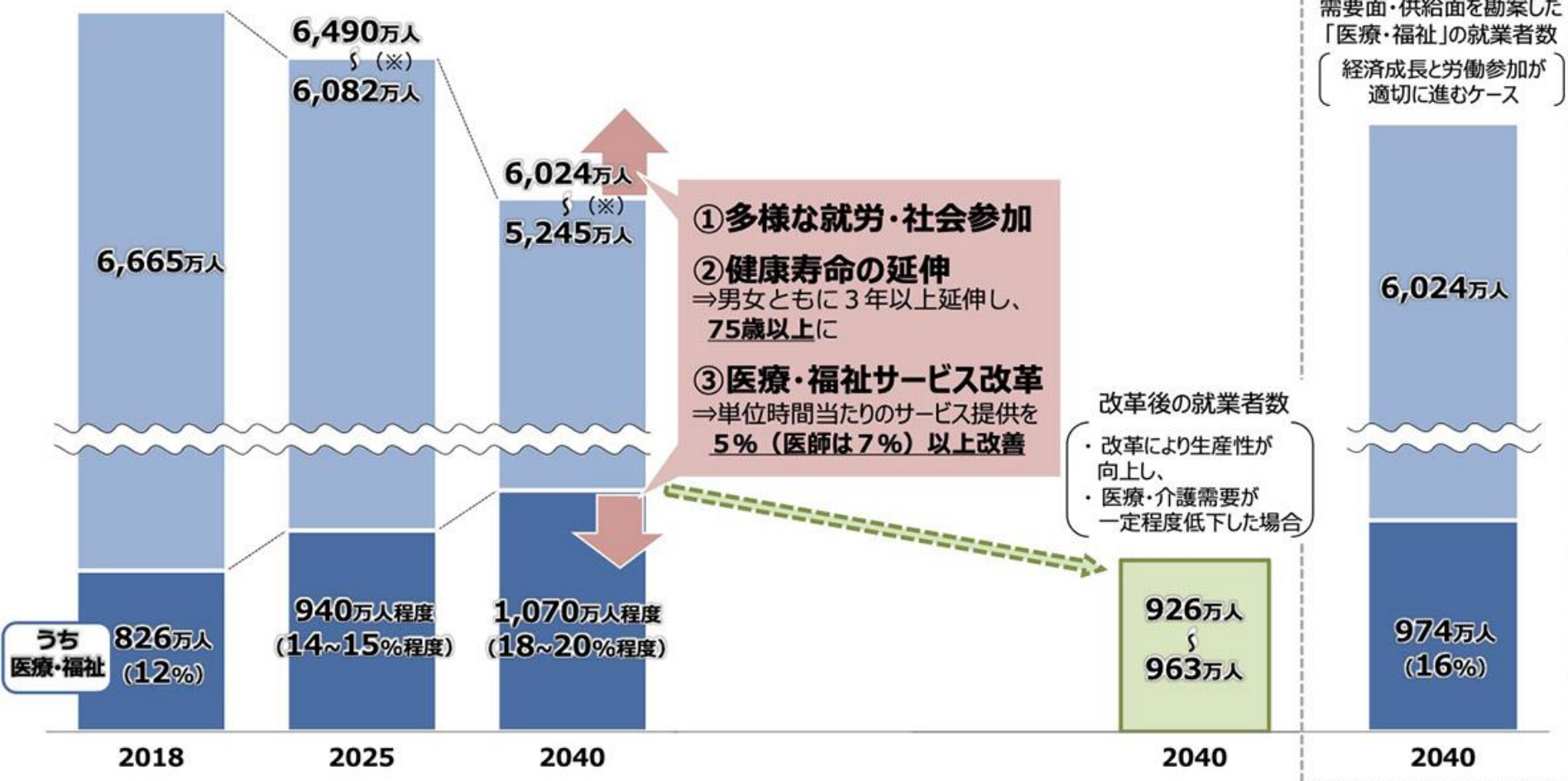
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

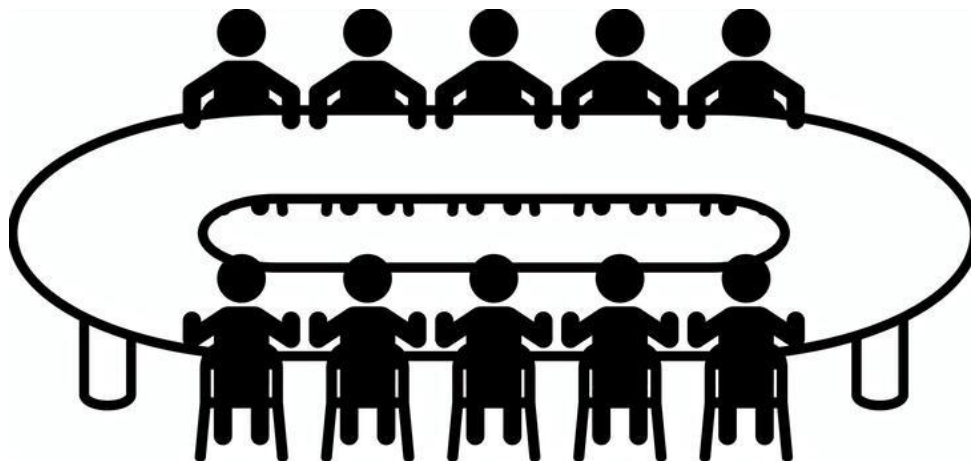
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。
 総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

パート2

新たな地域医療構想



病床機能報告制度

第14回地域医療構想WG	資料
平成30年6月15日	2-2

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

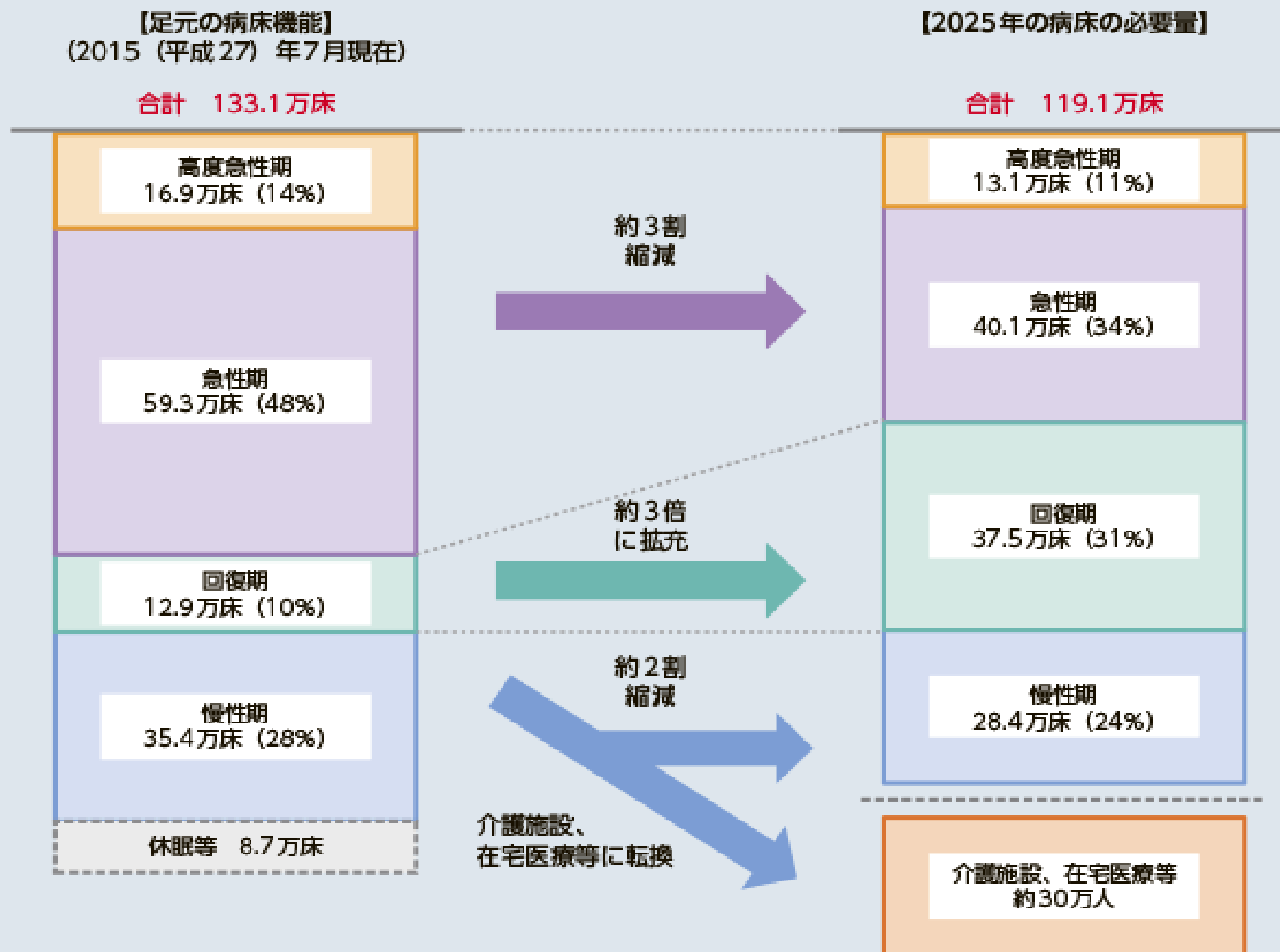
中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることに留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

図表7-2-1

地域医療構想による2025年の病床の必要量



第1回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年3月29日



地域医療構想の検討体制（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

＜現行の地域医療構想＞

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

（敬称略。五十音順）

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

（敬称略。五十音順）

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 國分 守 福島県保健福祉部長
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）

現行の地域医療構想

3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

議題：地域医療構想の更なる推進について

→ 年度内に2025年に向けた取組の通知を発出

夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定

アウトリーチ
の伴走支援

地域医療構想の取組
状況について、随時、
調査を実施した上で、
WGにおいて、進捗
状況の評価等を行う。

報告

WGの議論
の内容を新
検討会に報
告し、現行
の地域医療
構想の評
価・課題を
踏まえ、新
たな地域医
療構想の検
討を進める。

新たな地域医療構想

2024年3月下旬

3月下旬 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）

※ 検討会を月1～2回程度開催

※ 医療部会に報告しながら検討を進める

1巡目の議論

・関係団体等からのヒアリング
・論点の提示、議論

夏～秋頃 中間まとめ（予定）

2巡目の議論

・制度改正の具体的な内容に関
する議論

年末 最終まとめ（予定）
2024年12月

令和7年度（2025年度）

・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出

令和8年度（2026年度）

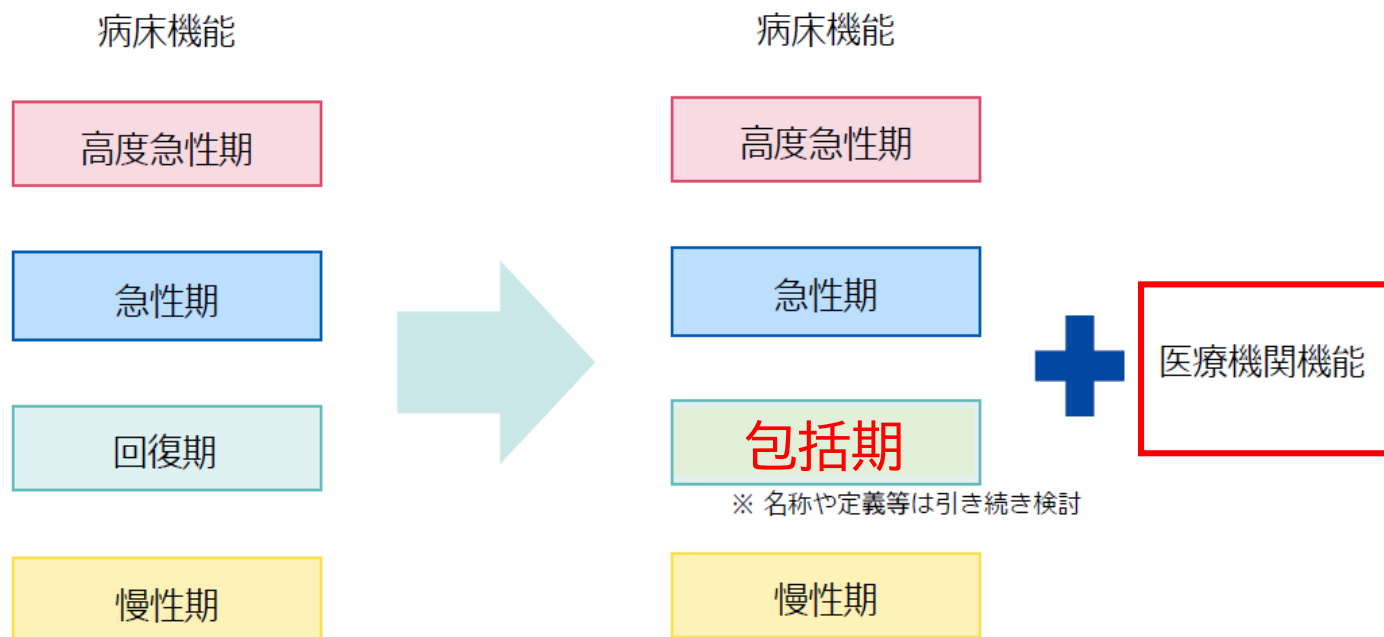
・新たな地域医療構想の検討・策定

令和9年度（2027年度）

・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

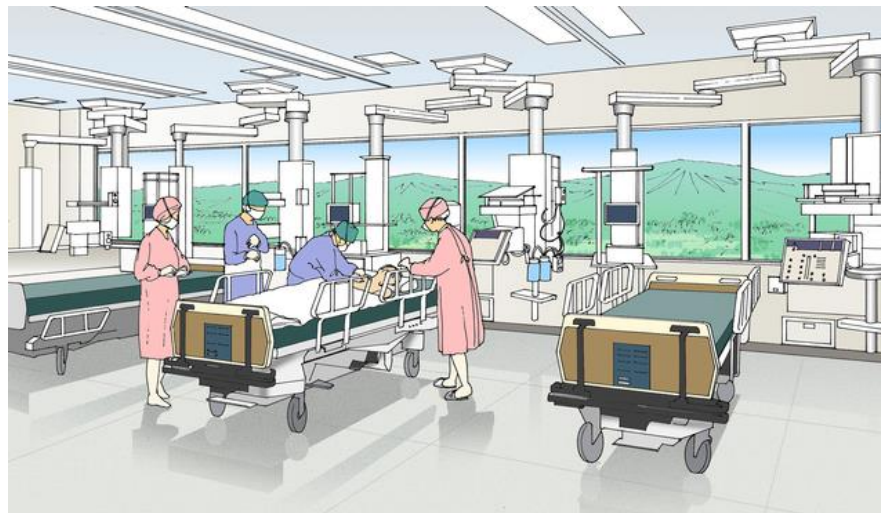
広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能**
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

パート3

減る急性期医療ニーズ



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

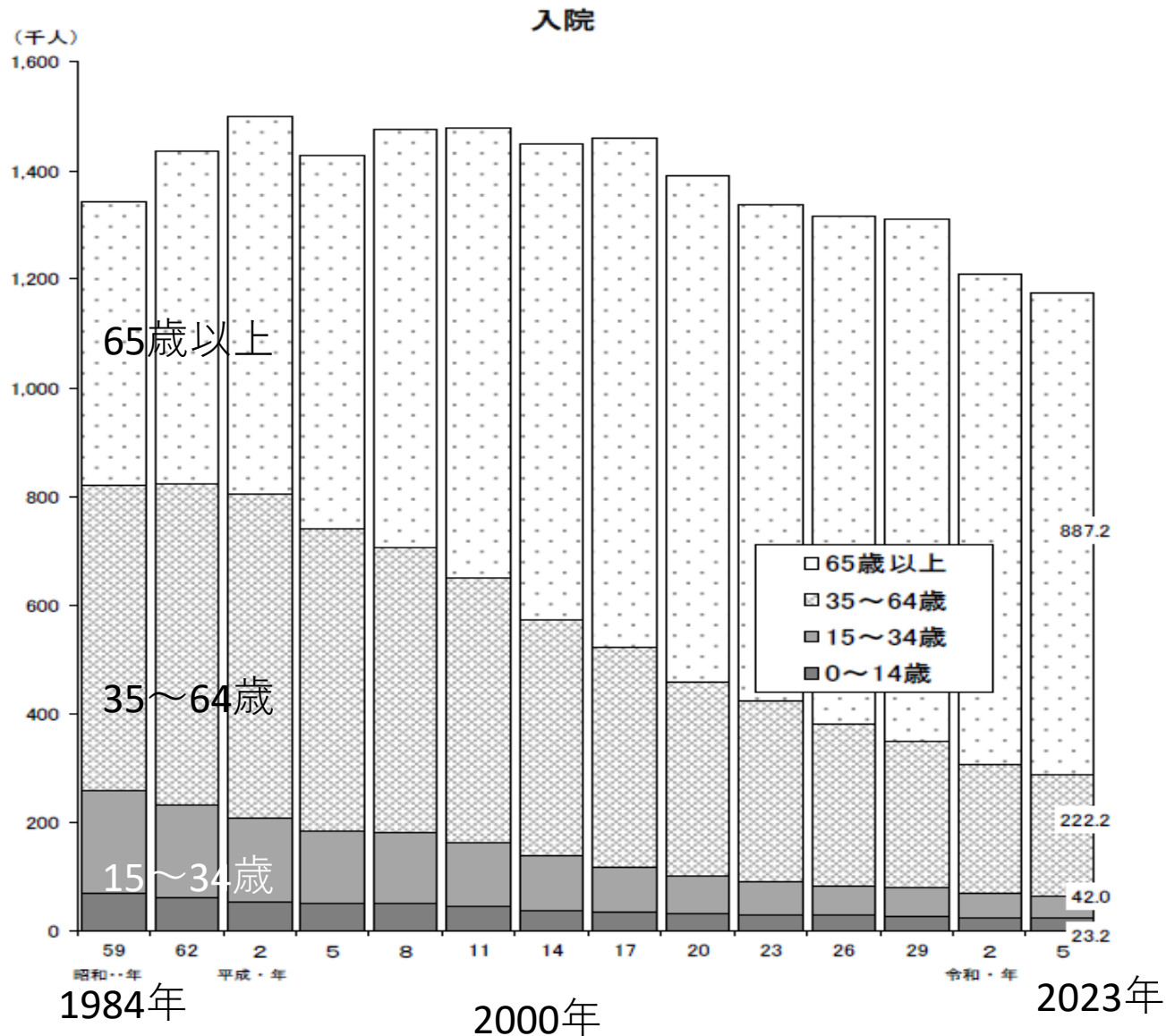
⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

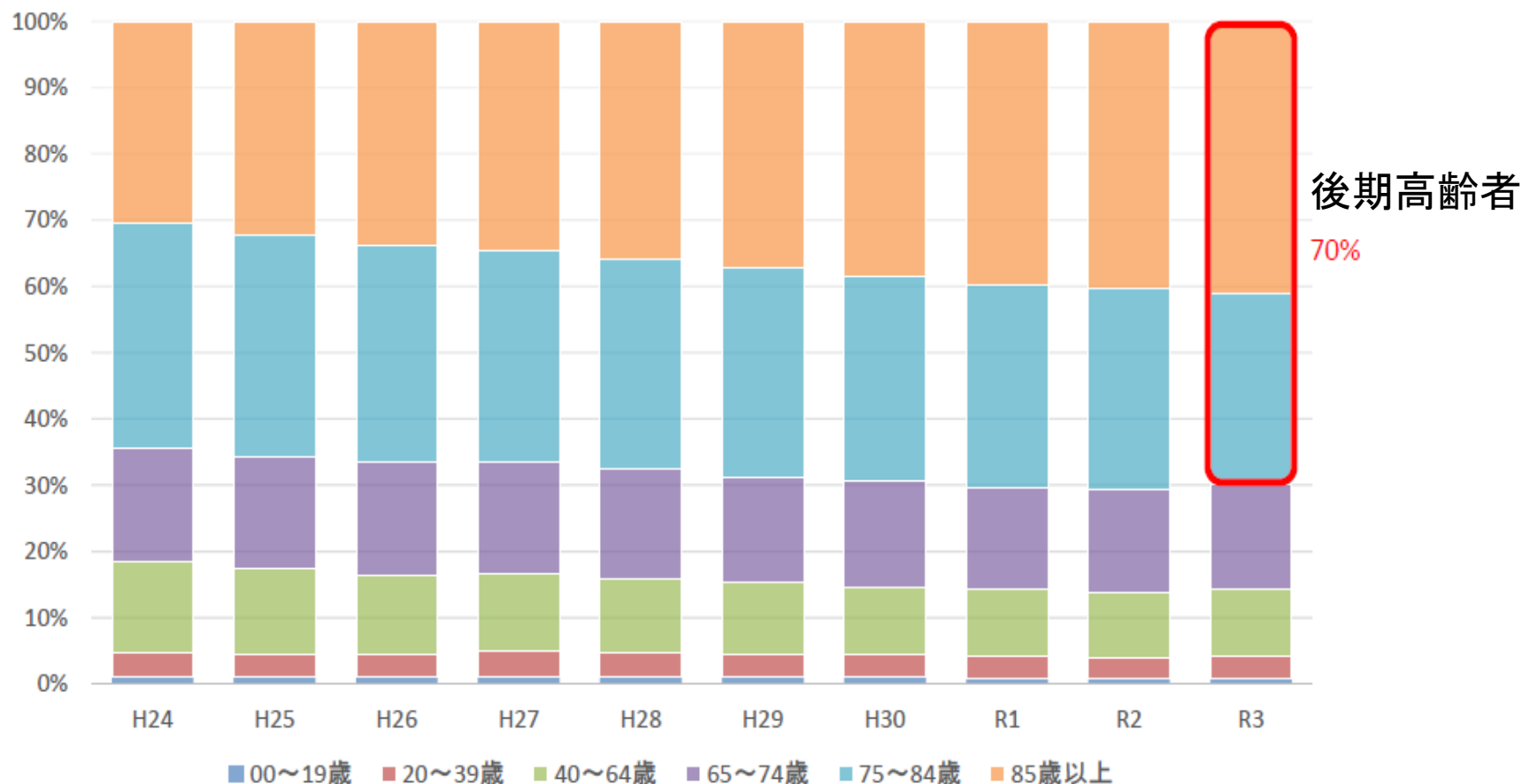
患者調査でみる入院患者の年次推移



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料 4～7）

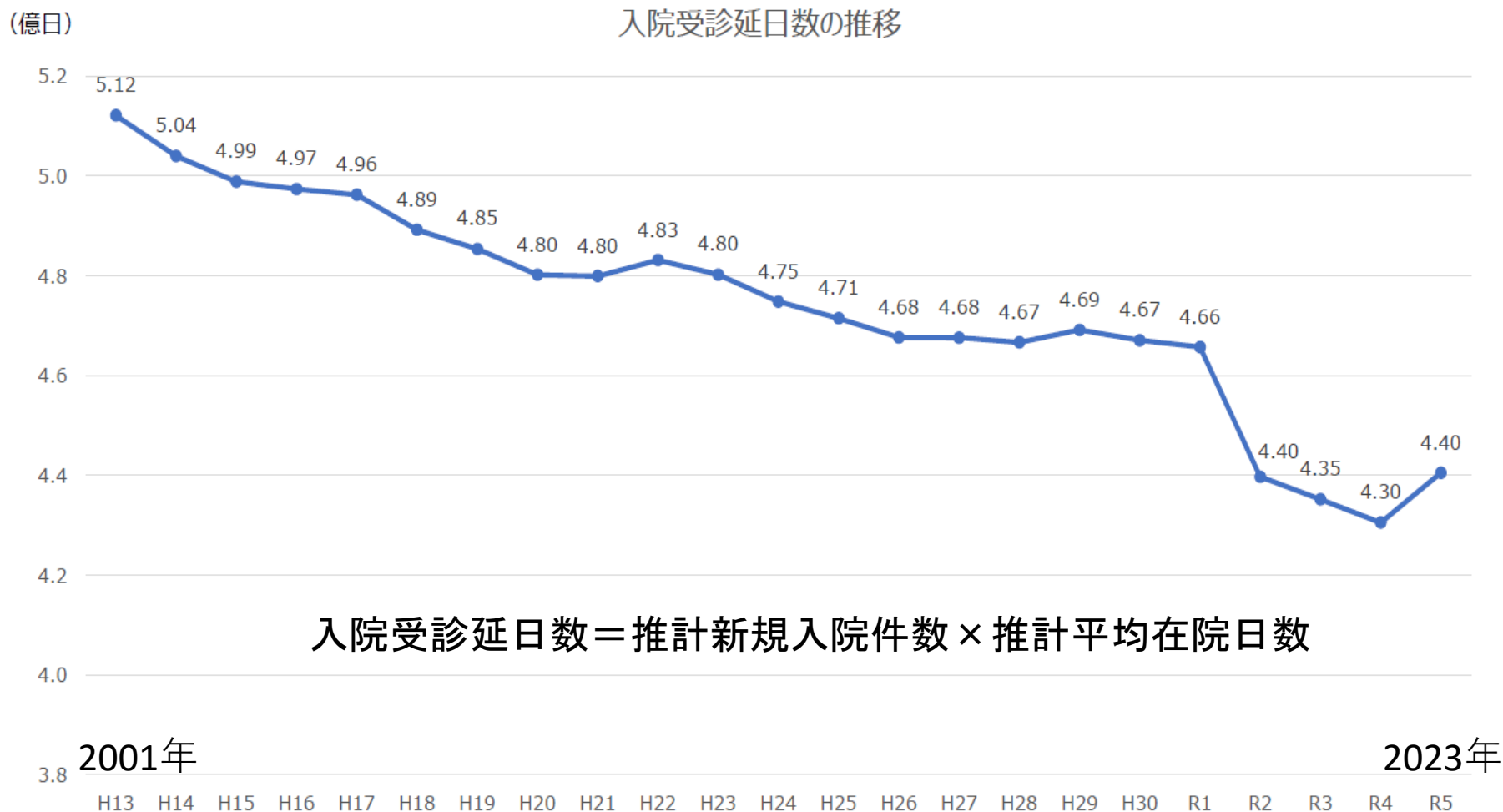
- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

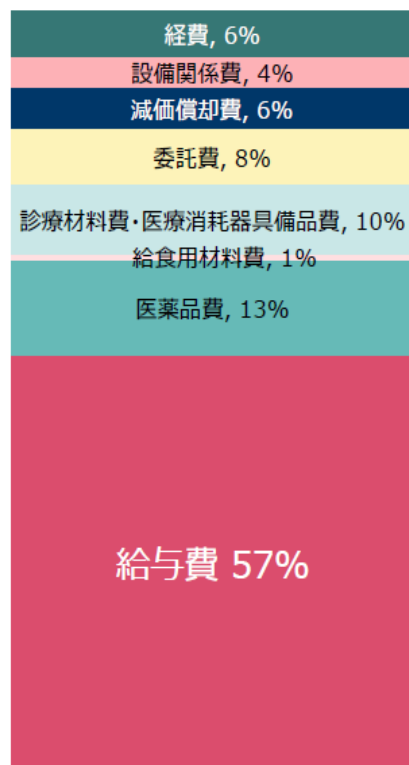
※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

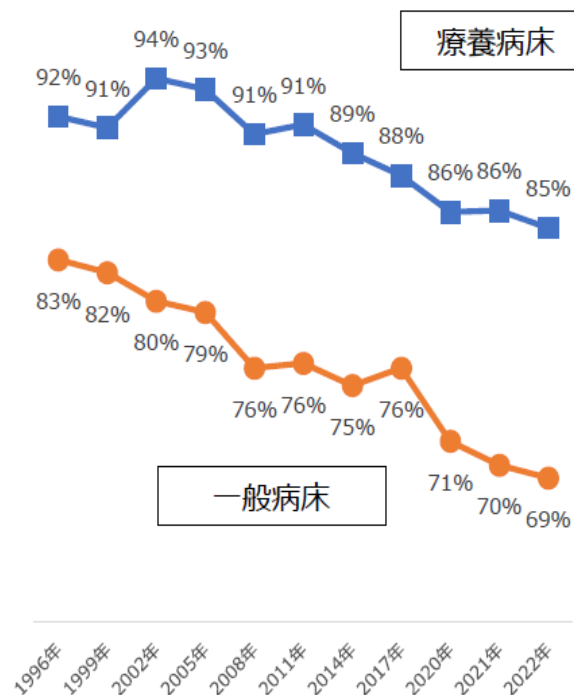
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



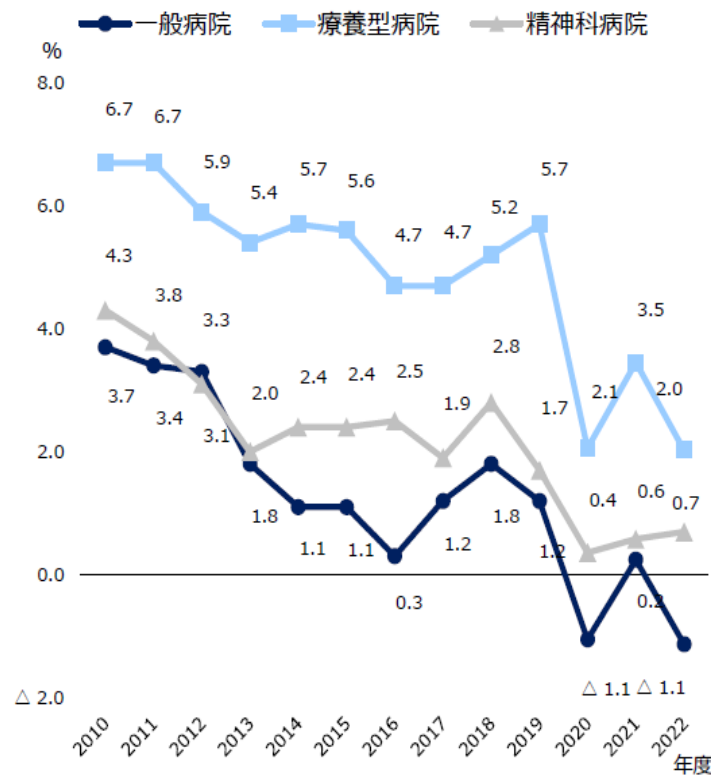
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

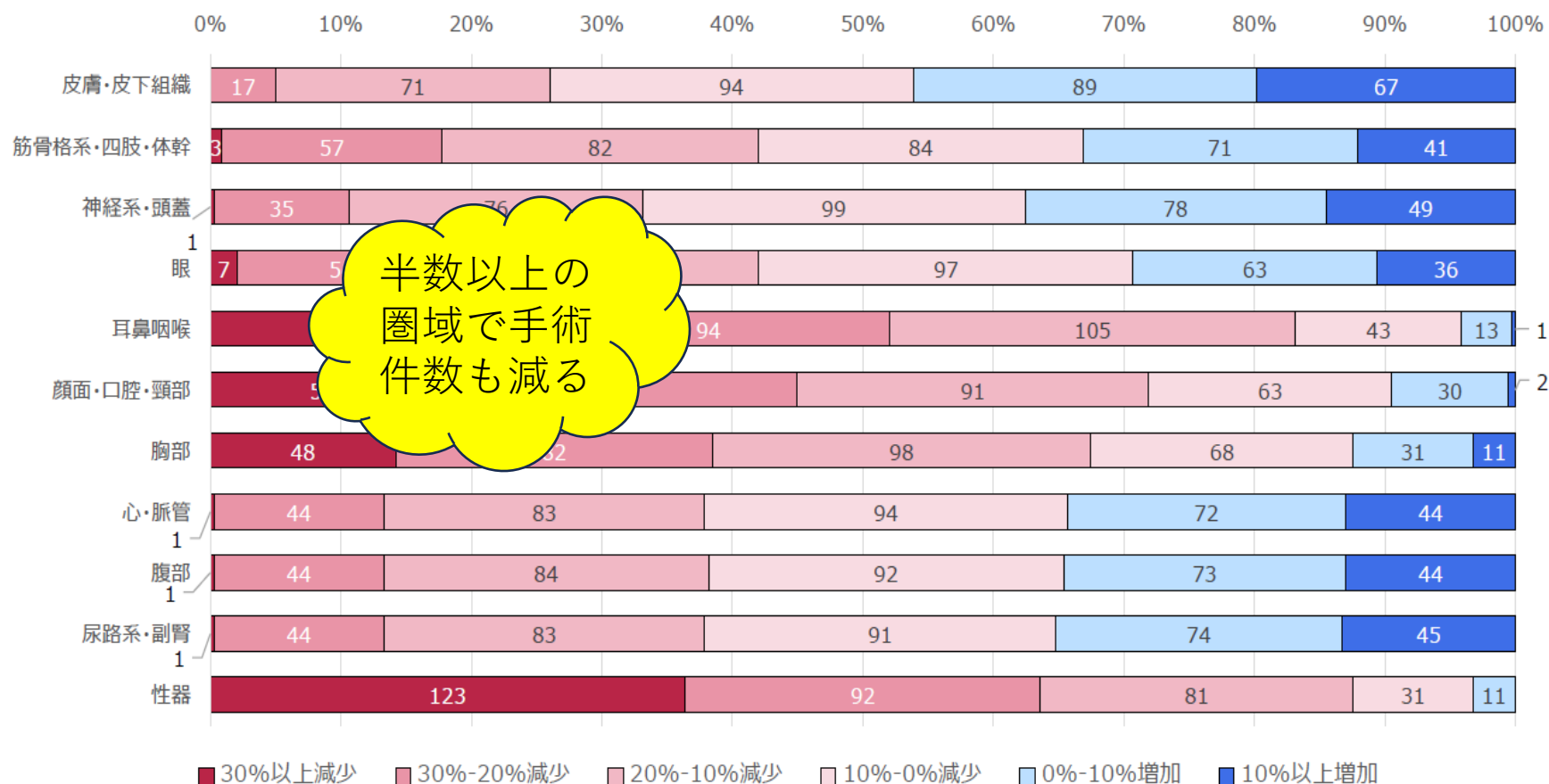
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

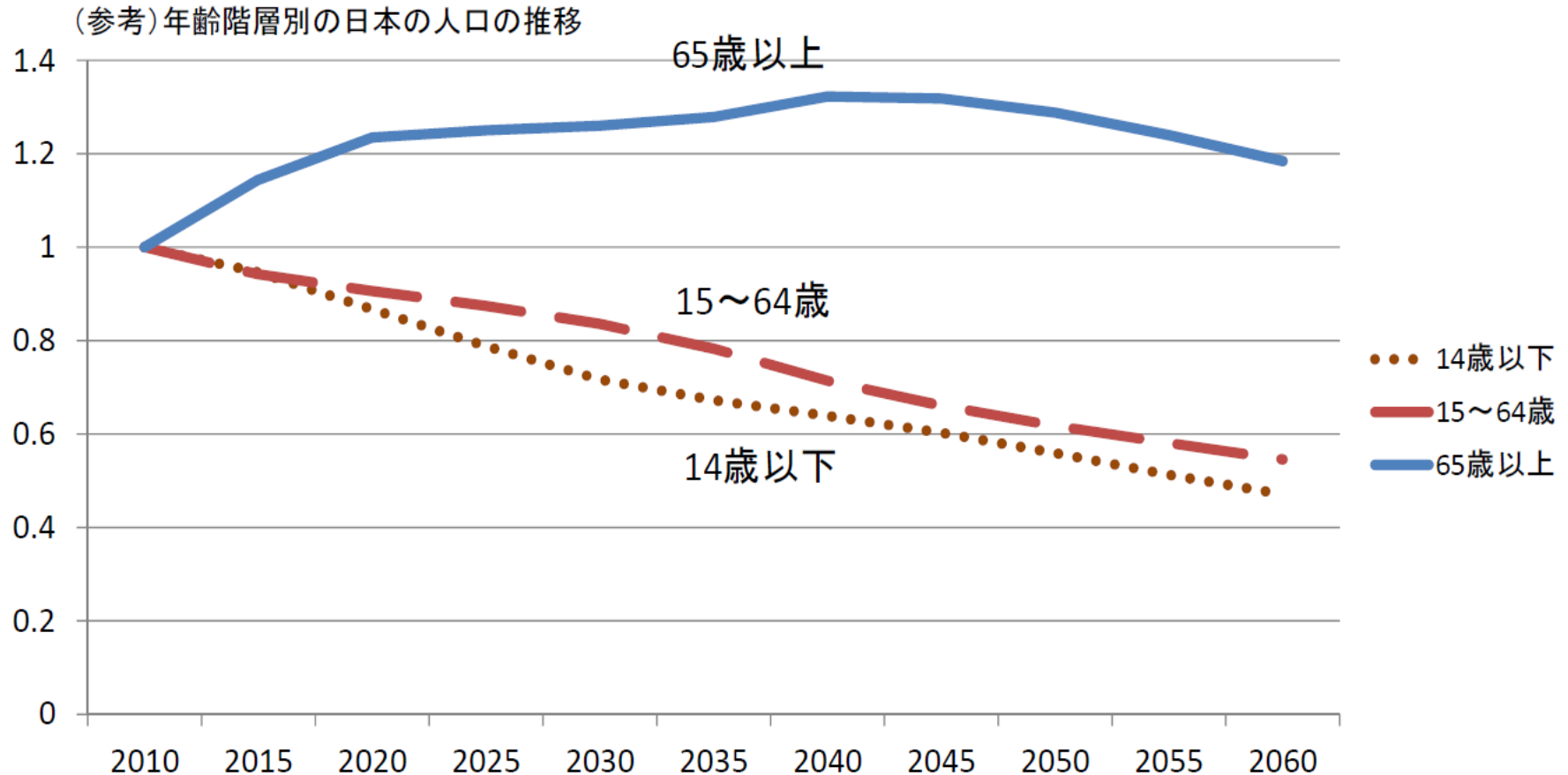
入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中 医 協

②総(Ⅲ)6

2 9 . 3 . 1 5

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。



※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

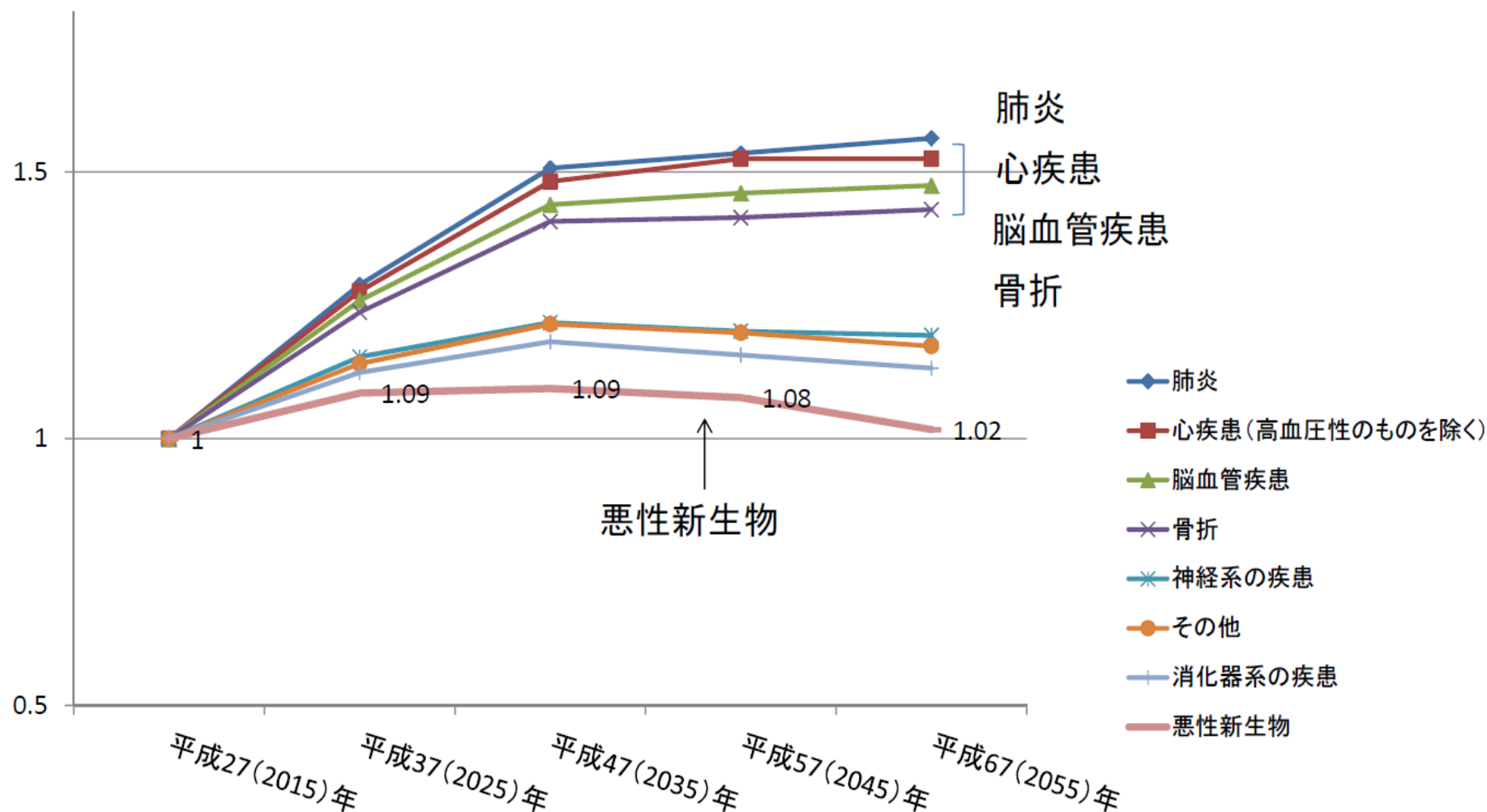
(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」

(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

中医協②総(Ⅲ)2
29.11.24

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率

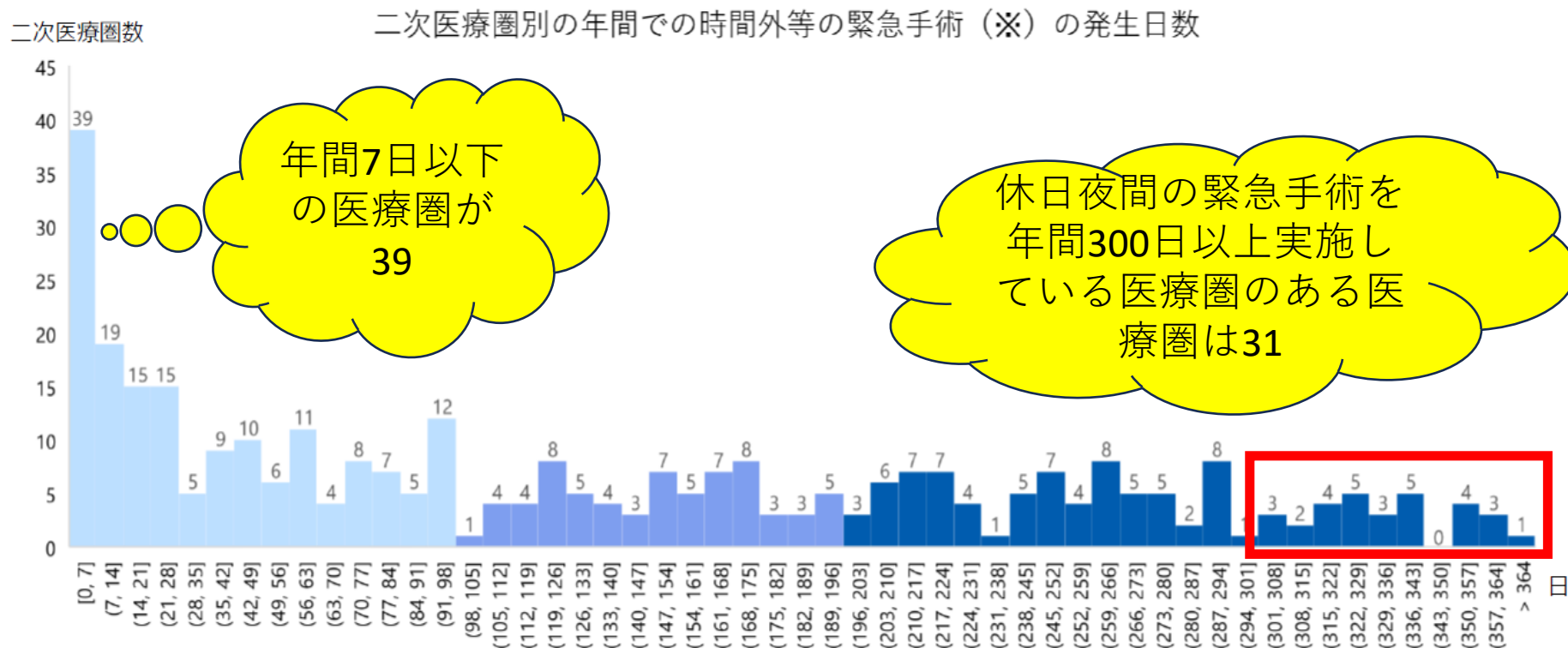


救急・急性期医療の 集約化



24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関あたりの症例数と医療の質について

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

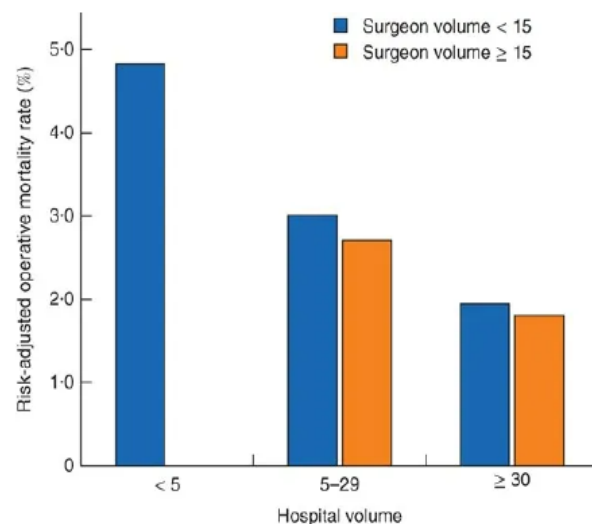
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

パート4 増える包括期ニーズ



病床機能等の分類の見直し

■ 病床機能等の分類

病床機能の名称は、関係者等に予断をいだかせないような名称にする必要がある

さらに、病院には様々な科があり得意分野は異なる。

「病床機能報告」を「病棟単位の医療機能」を示す「**病棟機能報告**」として位置付けると共に「回復期」を「**包括期**」と名称変更し、分かりやすく示すことも必要

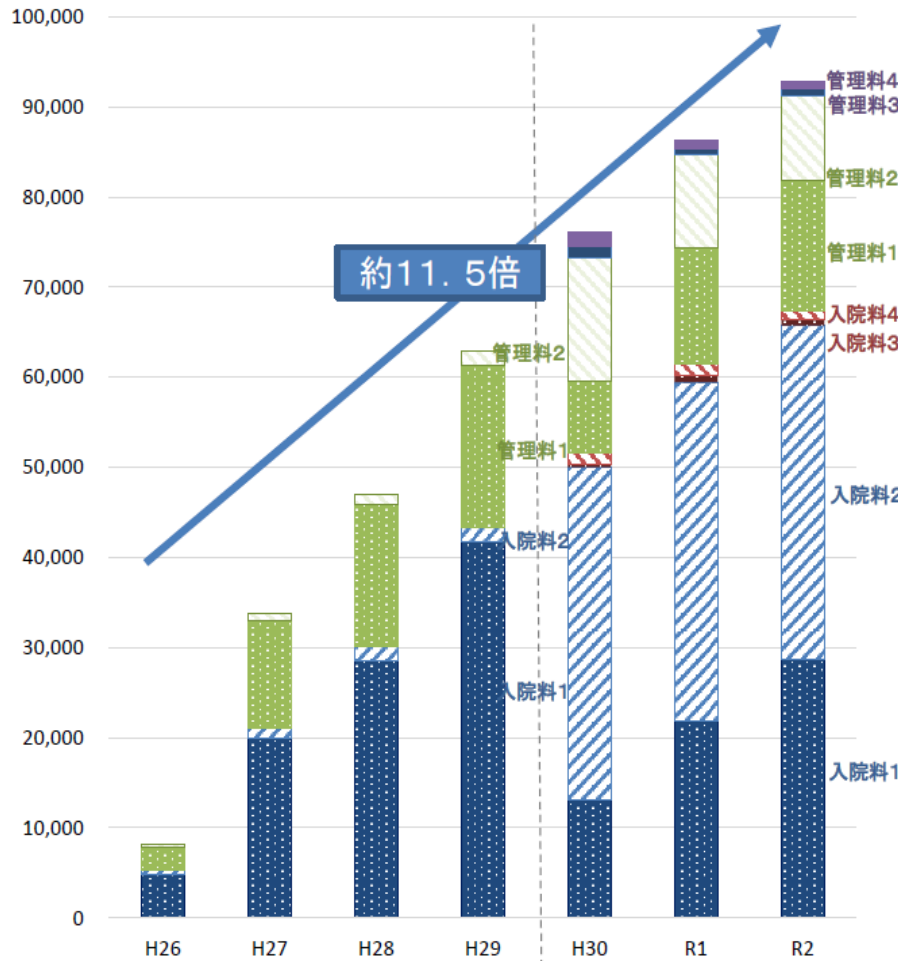
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能 ↓ 包括期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

入院料別の届出病床数の推移

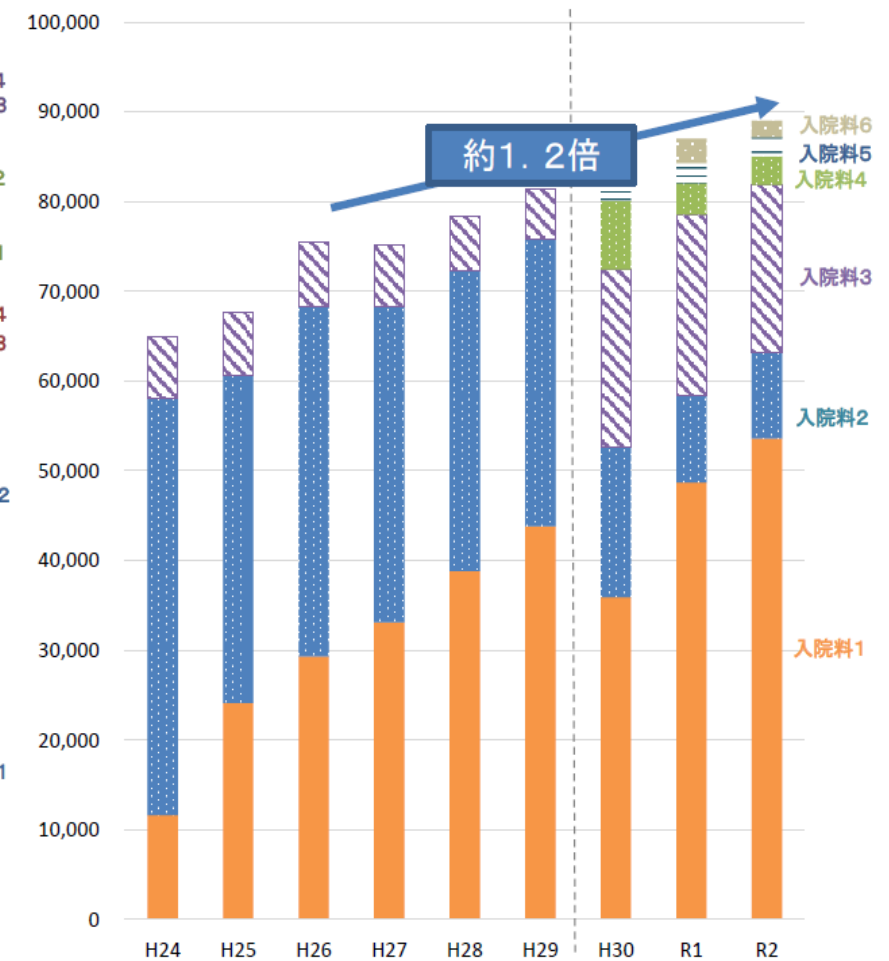
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2024年改定 地域包括医療病棟① 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

病床機能区分の名称について

【前回の議論について】

- ・ 高齢者等の急性期患者について治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能及びこれまでの【回復期機能】について、新たな名称を議論している。
- ・ 前回の検討会においては、【包括期機能】等の複数の案が提案されたほか、まだなじみの少ない概念であり、いずれの名称になるにせよ、今後丁寧な説明と周知が必要との議論があった。

【提案があった名称】

包括期機能 → 包括期機能（急性増悪～在宅復帰等）

包括期機能 → 包括期機能（入院～在宅復帰等）

回復サポート期機能

地域包括・リハビリテーション機能

回復期機能の名称を
高齢者救急受け入れと
高齢者リハを併せ持つと
いう意味で
「**包括期機能**」と改める

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域を越えた地域等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある地域医療構想の策定・推進に当たって、地域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

これからの
医療

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



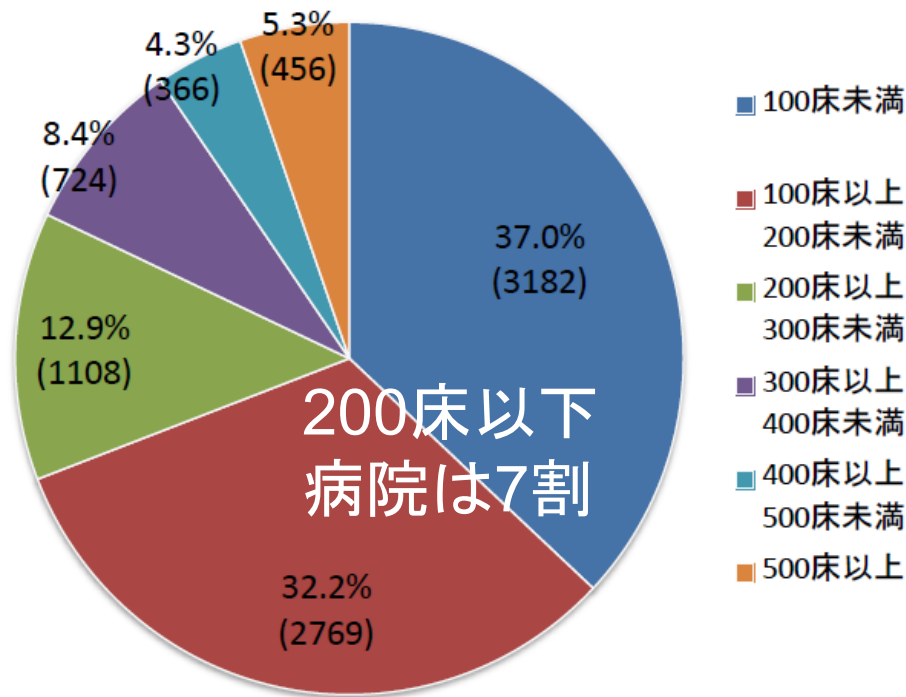
【入院】

		[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数		194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日]	169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%]	87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日]	23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日]	40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]			80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%]	70%	66%	73%	78%	67%	4170%

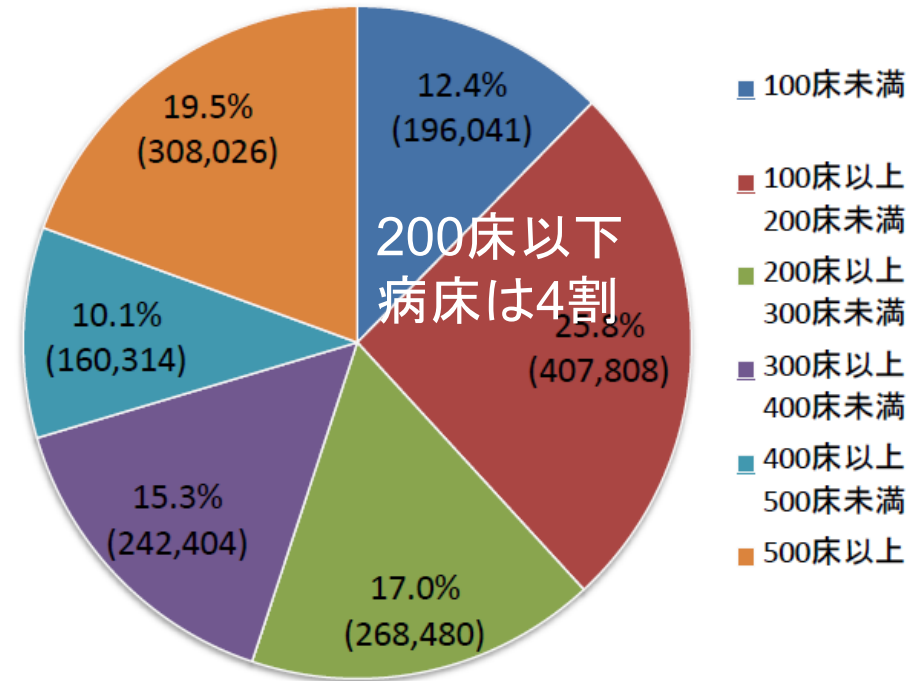
病床規模別病院数の割合

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。

全病院(8,605病院)



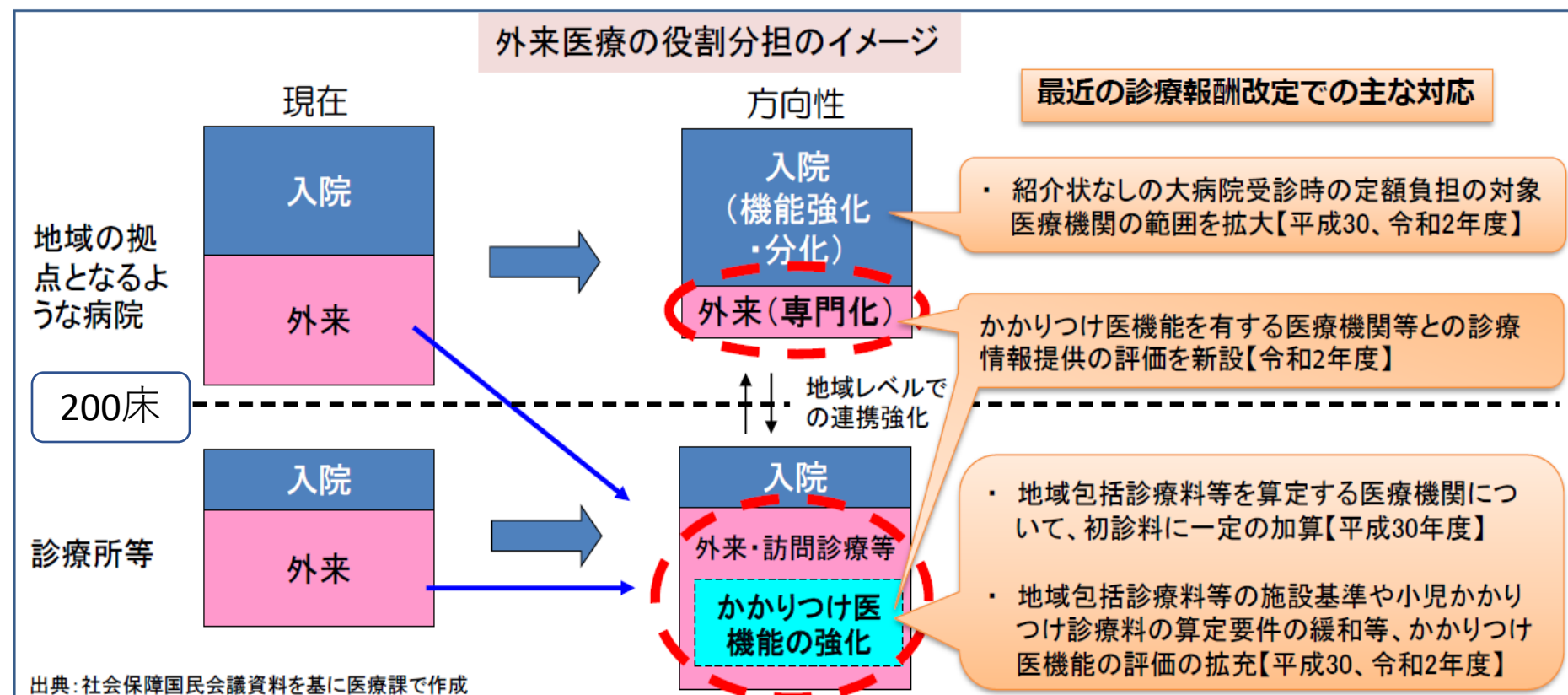
全病床(1,583,073床)



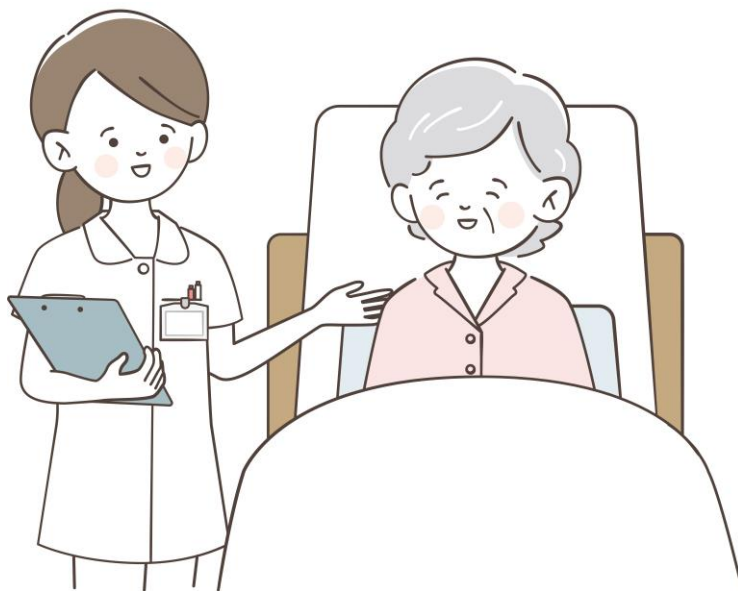
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



パート5 増える在宅医療ニーズ



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

現行の地域医療構想の評価について

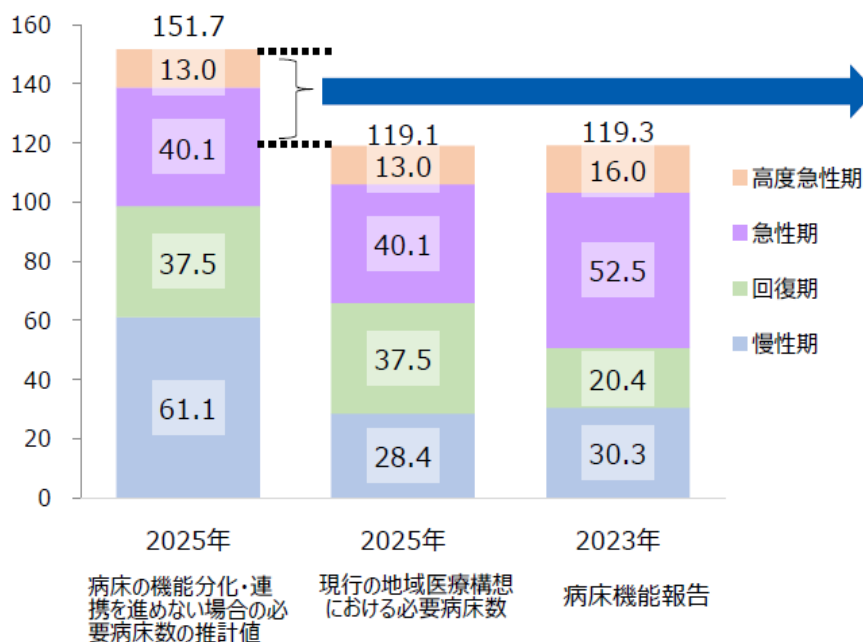
令和6年8月26日

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

現行の地域医療構想の病床の推計値と

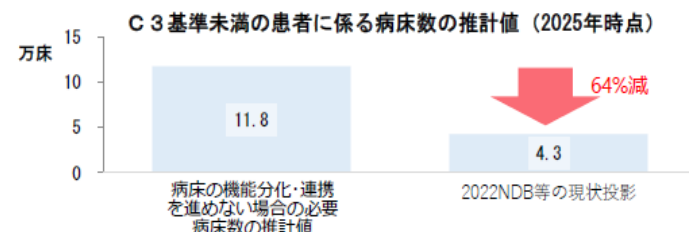
2023年度病床機能報告の病床数

(万床)

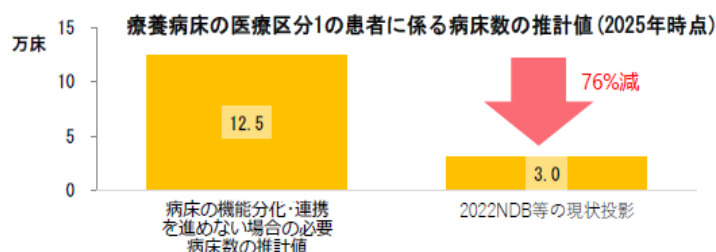


① C3基準未満の患者に係る病床

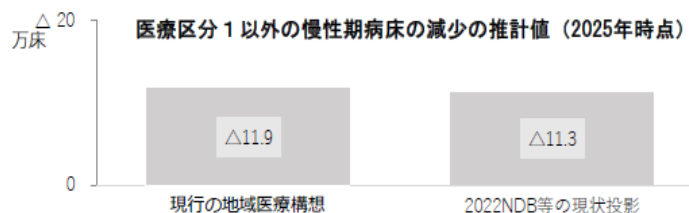
C3は
225点以下



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床

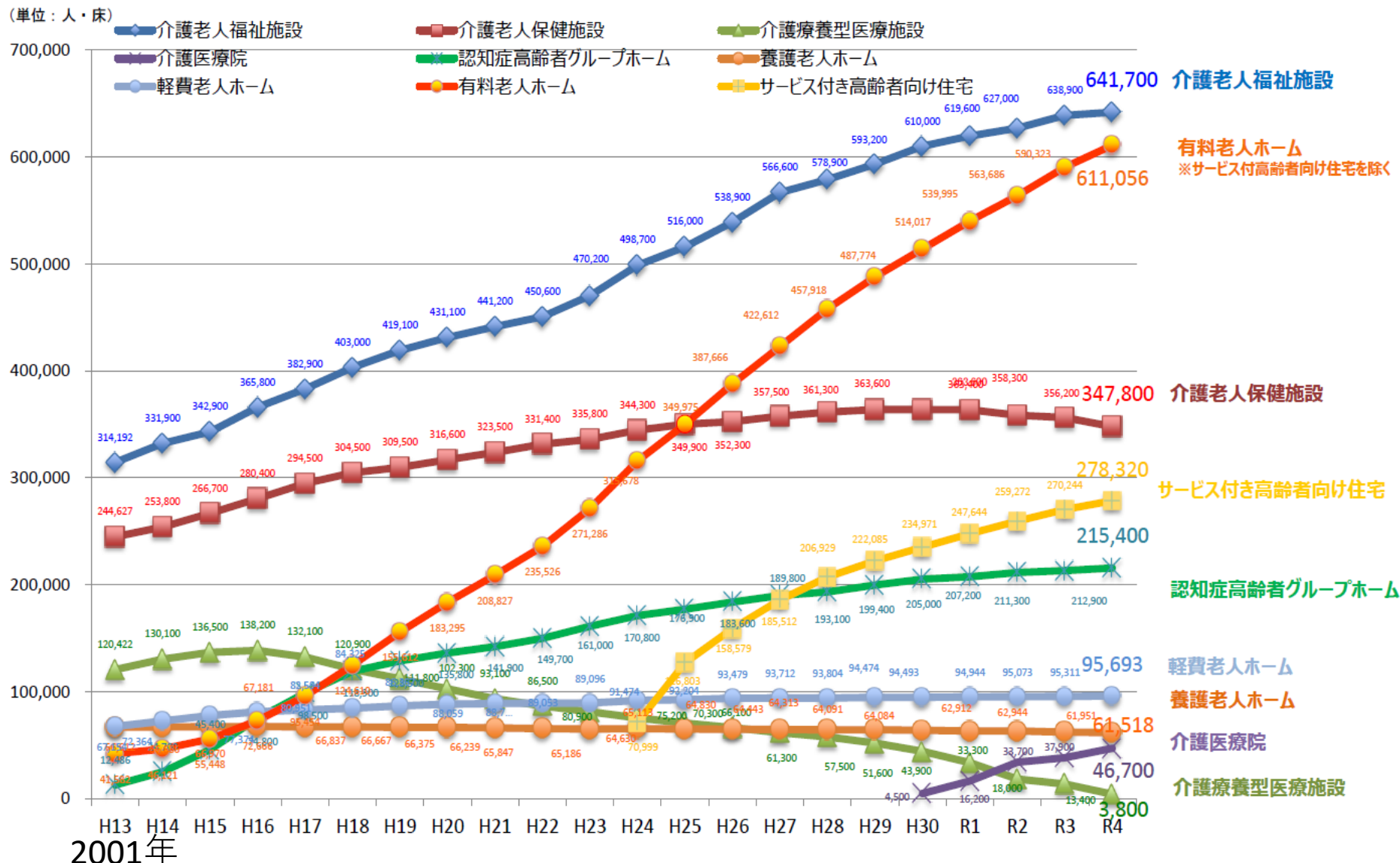


③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

高齢者向け施設・住まいの利用者数



※1: 介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

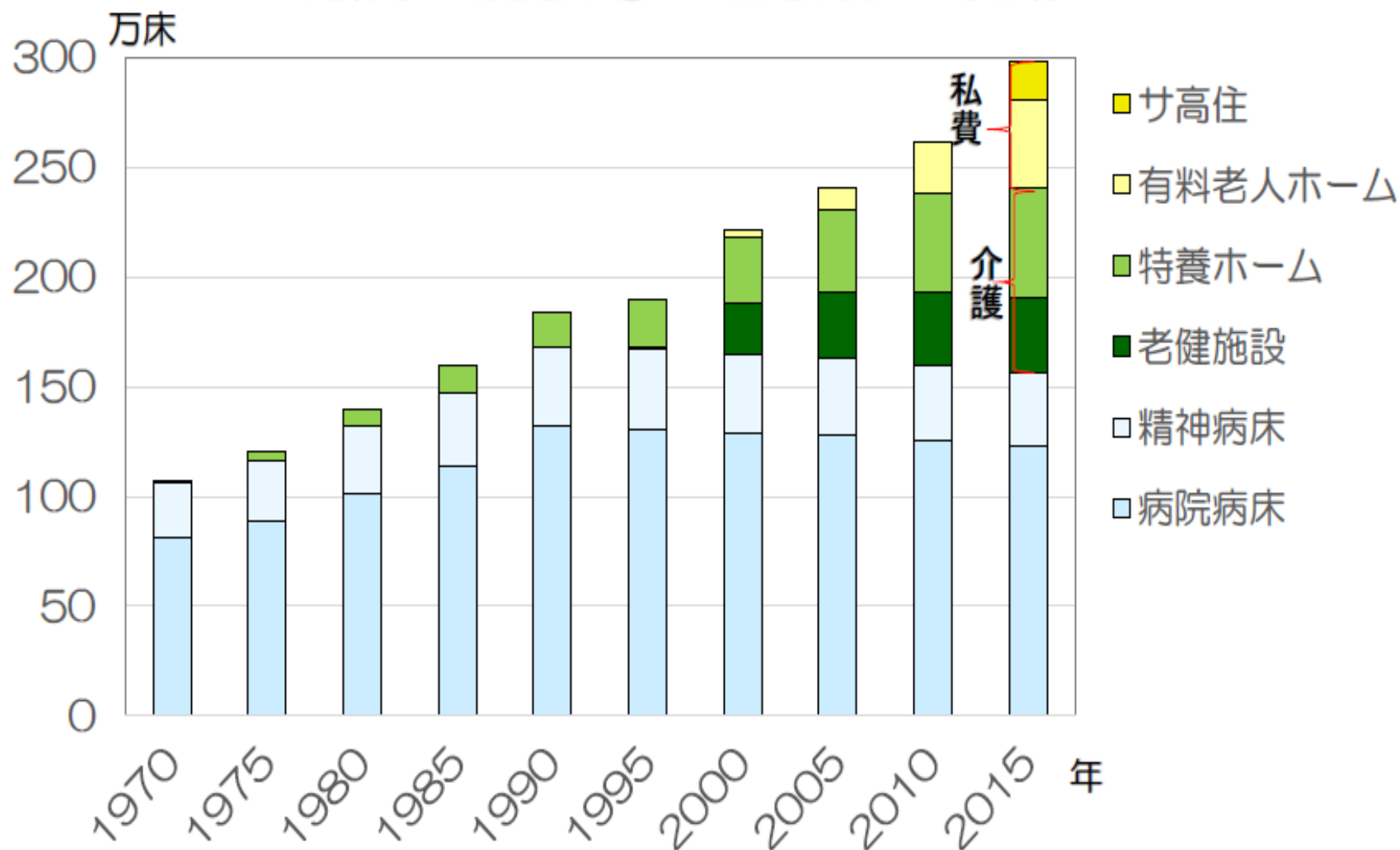
※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

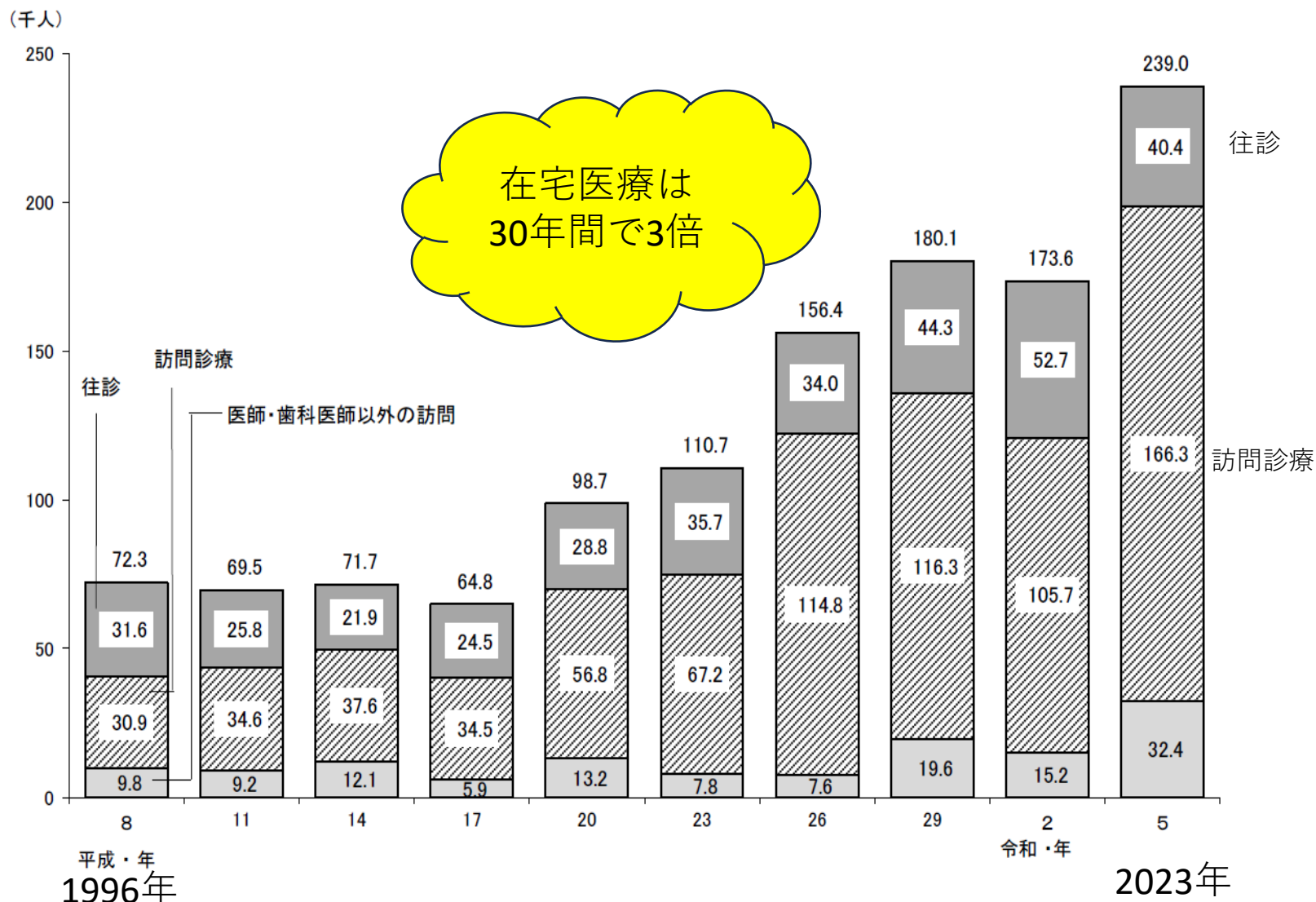
※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(R4.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院＋施設＋特定施設等 ＝ 約300万床
 (病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

図3 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



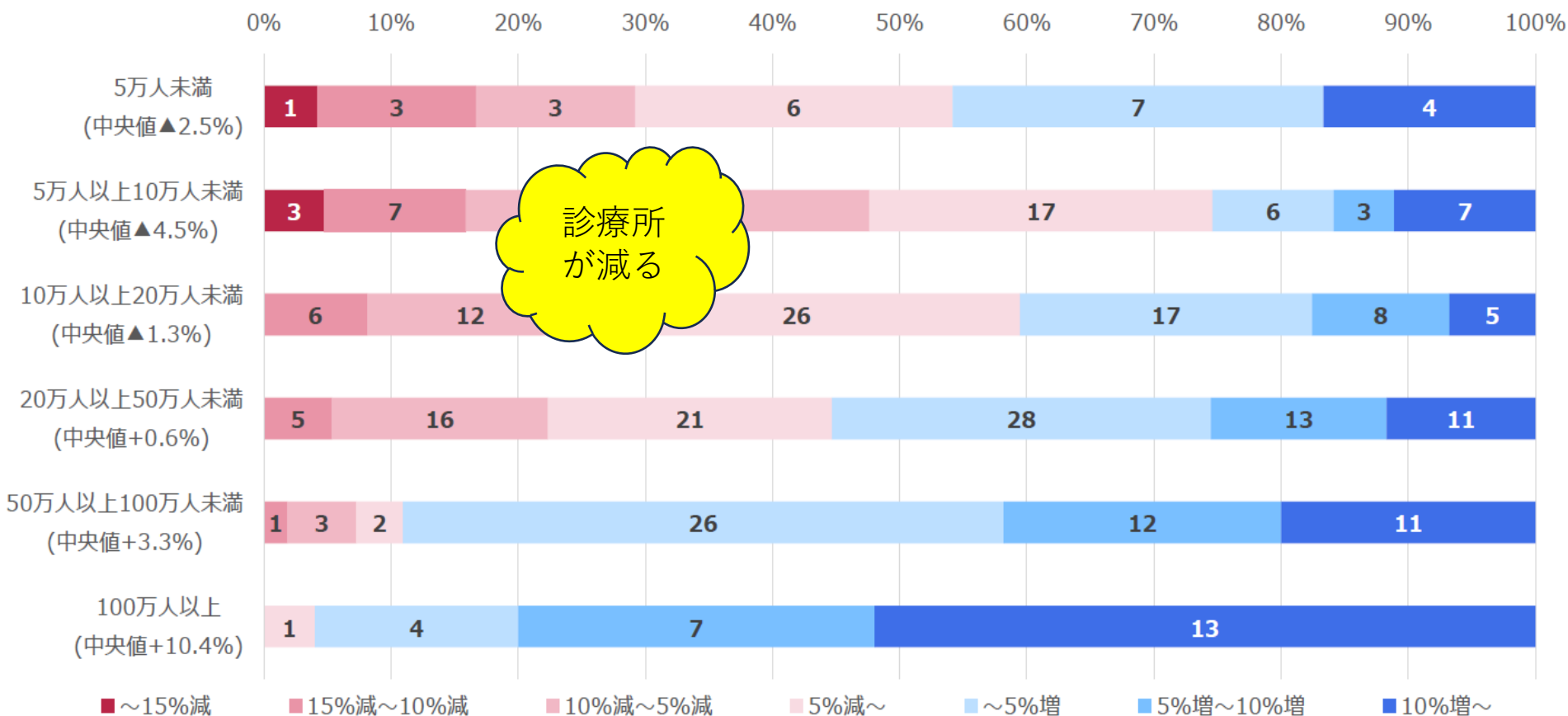
注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

2023年患者調査

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



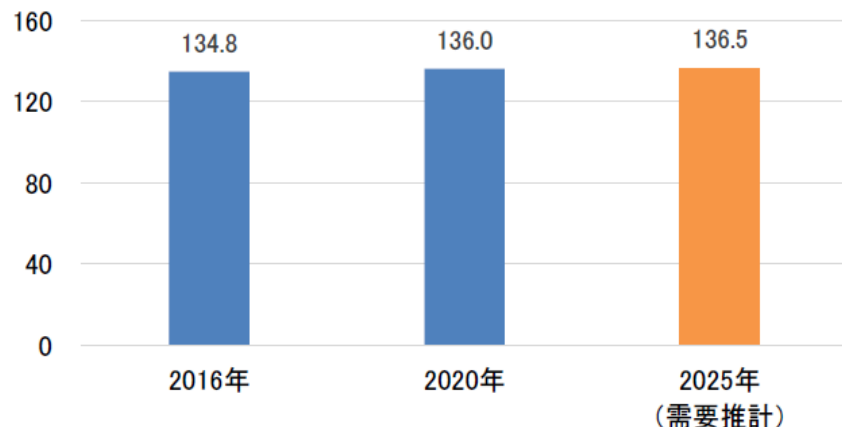
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

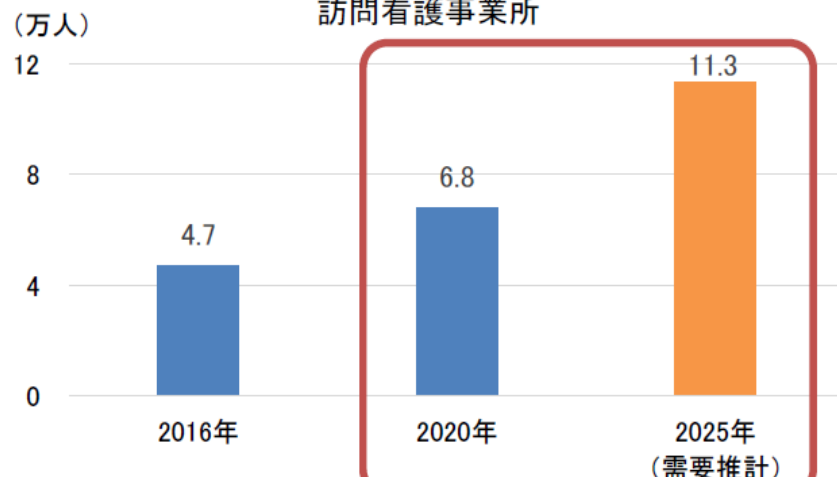
領域別の就業看護職員数と需要推計

訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要。

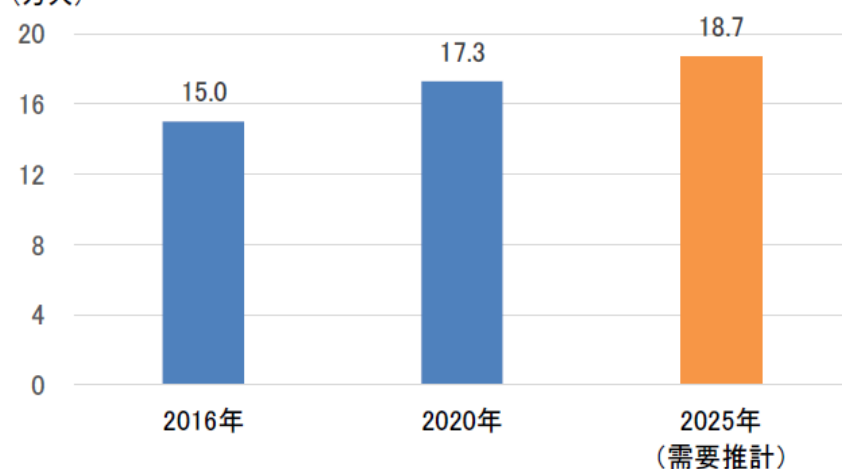
(万人) 病院＋有床診療所＋精神病床＋無床診療所



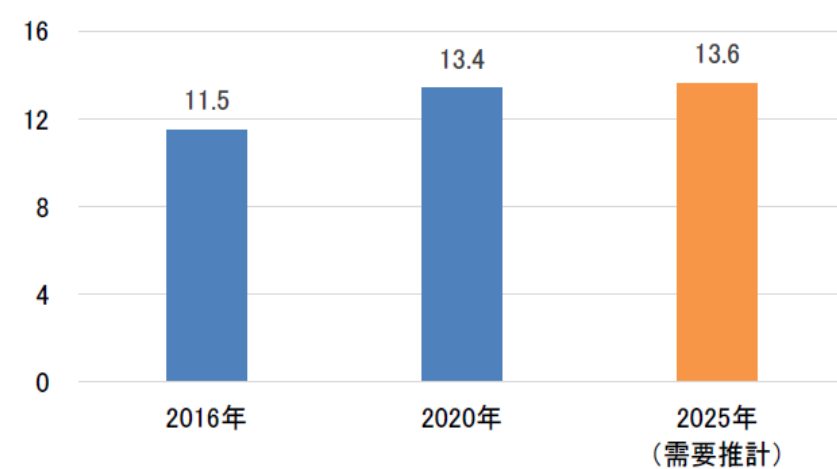
訪問看護事業所



(万人) 介護保険サービス等



(万人) 保健所・市町村・学校養成所等



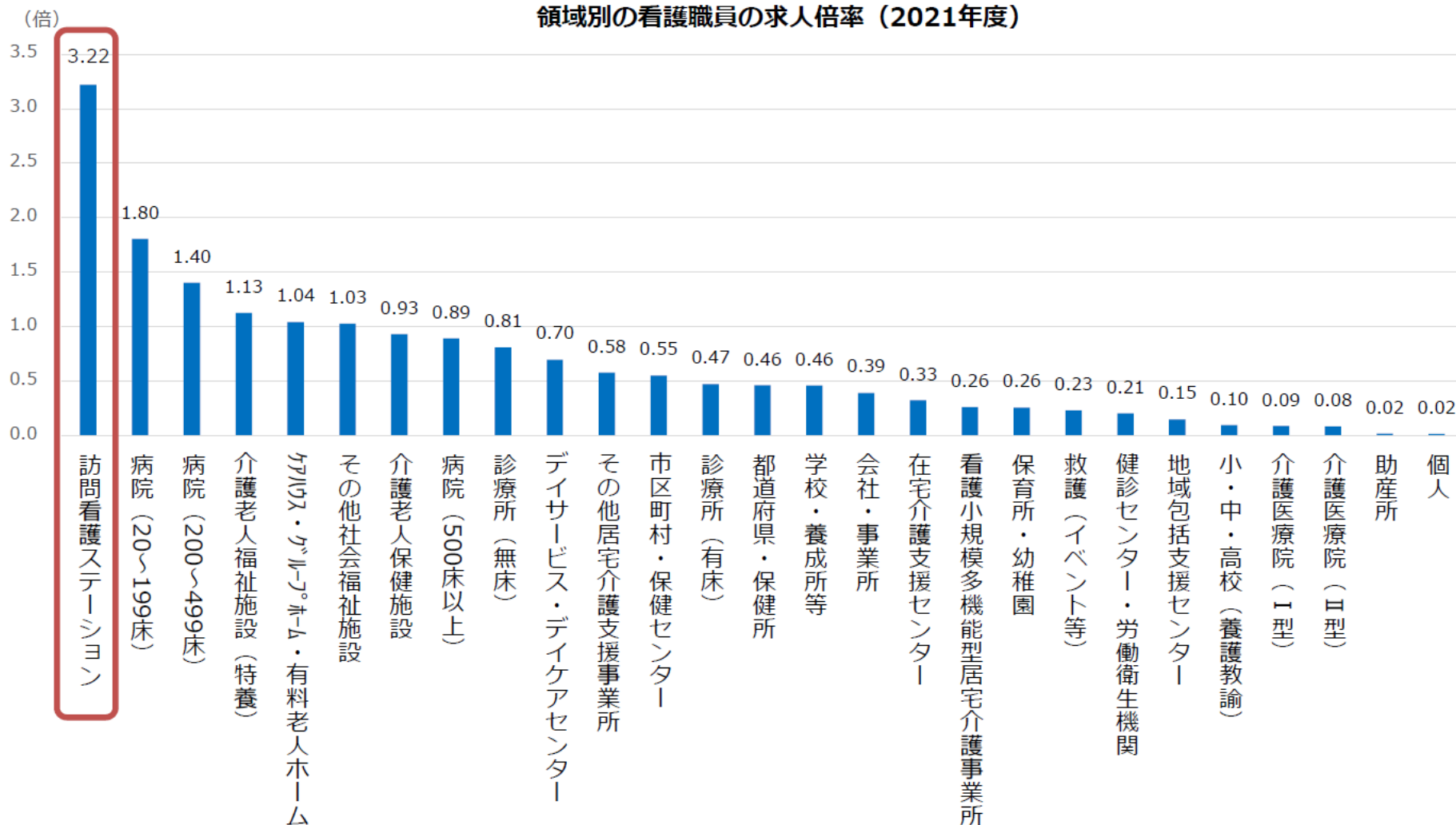
資料出所 2016年の就業看護職員数:厚生労働省「医療施設(静態)調査」「衛生行政報告例(隔年報)」「病院報告(従事者票)」に基づき厚生労働省
医政局看護課において集計・推計
2020年の就業看護職員数:厚生労働省「令和2年医療施設(静態)調査」「令和2年度衛生行政報告例(隔年報)」
2025年の需要推計:「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)」(令和元年(2019年)11月15日)

※ 訪問看護事業所の2025年の需要推計は、医療保険、介護保険及び精神病床からの基盤整備の合計。

領域別の看護職員の求人倍率

都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.22倍と最大になっており、訪問看護における人材確保が困難である状況にあると言える。

領域別の看護職員の求人倍率（2021年度）



まとめと提言①

- ・ 2040年に起きること
- ・ 急性期ニーズが減る
- ・ 包括期ニーズが増える
- ・ 在宅ニーズ、訪問看護ニーズが激増
- ・ 医療職種の急性期から包括期、在宅へのマンパワーシフトが急務
- ・ 新たな地域医療構想で医療が変わる！

パート6

2040年に向けた 介護サービス提供体制



2040年に向けた サービス提供体制等のあり方検討会

2024年1月9日

「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会 構成員名簿

令和 7 年 1 月 9 日現在

池 端 幸 彦	医療法人池慶会池端病院理事長
江 澤 和 彦	医療法人和香会理事長
大 屋 雄 裕	慶應義塾大学法学部教授
大 山 知 子	社会福祉法人蓬愛会理事長
笠 木 映 里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
香 取 幹	(株)やさしい手代表取締役社長
斉 藤 正 行	(株)日本介護ベンチャーコンサルティンググループ代表取締役
鈴木 俊 文	静岡県立大学短期大学部教授
津 下 一 代	女子栄養大学特任教授
中 村 厚	日本クリアス税理士法人富山本部長
○ 野 口 晴 子	早稲田大学政治経済学術院教授（座長）
東 憲太郎	医療法人緑の風介護老人保健施設いこいの森理事長
藤 原 都志子	公益社団法人徳島県看護協会複合型サービス事業所あい管理者
松 田 晋 哉	産業医科大学教授
松 原 由 美	早稲田大学人間科学学術院教授



（敬称略、五十音順）

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 中間とりまとめ（案）（概要）

2040年に向けた課題

- 人口減少、**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**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① **「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**
- ② **地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**
- ③ **介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**
- ④ **地域の共通課題と地方創生**

※ 介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
 （**配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供** 等）
- ・ **地域の介護を支える法人への支援**
- ・ 社会福祉連携推進法人の活用促進

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応・包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ 地域における人材確保のプラットフォーム機能の充実等
- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
 ※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
 ※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

人口減少・サービス需要の 変化に応じたサービス提供



「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

- ・2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中、予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、**地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要**がある。また、地域の状況によっては、事業者間の連携等を通じ、人材確保を図りながら将来の状況をみこした経営を行うことにより、サービス提供を維持していく必要がある。
- ・上記を踏まえ、2040年に向けたサービス提供体制等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催。具体的な議論の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえ、他の福祉サービスも含めた共通の課題についても検討を行う（※）。
※老健局長が参集する検討会。事務局は老健局（社会・援護局、障害保健福祉部、こども家庭庁が協力）。

【主な課題と論点】

- ・人口減少スピード（高齢者人口の変化）の地域差が顕著となる中、サービス需要の変化に応じたサービスモデルの構築や支援体制

	地域の状況	検討の方向性
① 中山間・人口減少地域	既にサービス需要減の地域あり	需要減に応じた計画的なサービス基盤確保
② 都市部	サービス需要急増（2040以降も増加）	需要急増に備えた新たな形態のサービス
③ ①②以外の地域（一般市等）	当面サービス需要増→減少に転じる	現行の提供体制を前提に需要増減に応じたサービス基盤確保

- ・介護人材確保・定着、テクノロジー活用等による生産性向上
- ・雇用管理・職場環境改善など経営への支援
- ・介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、認知症ケア

【スケジュール】

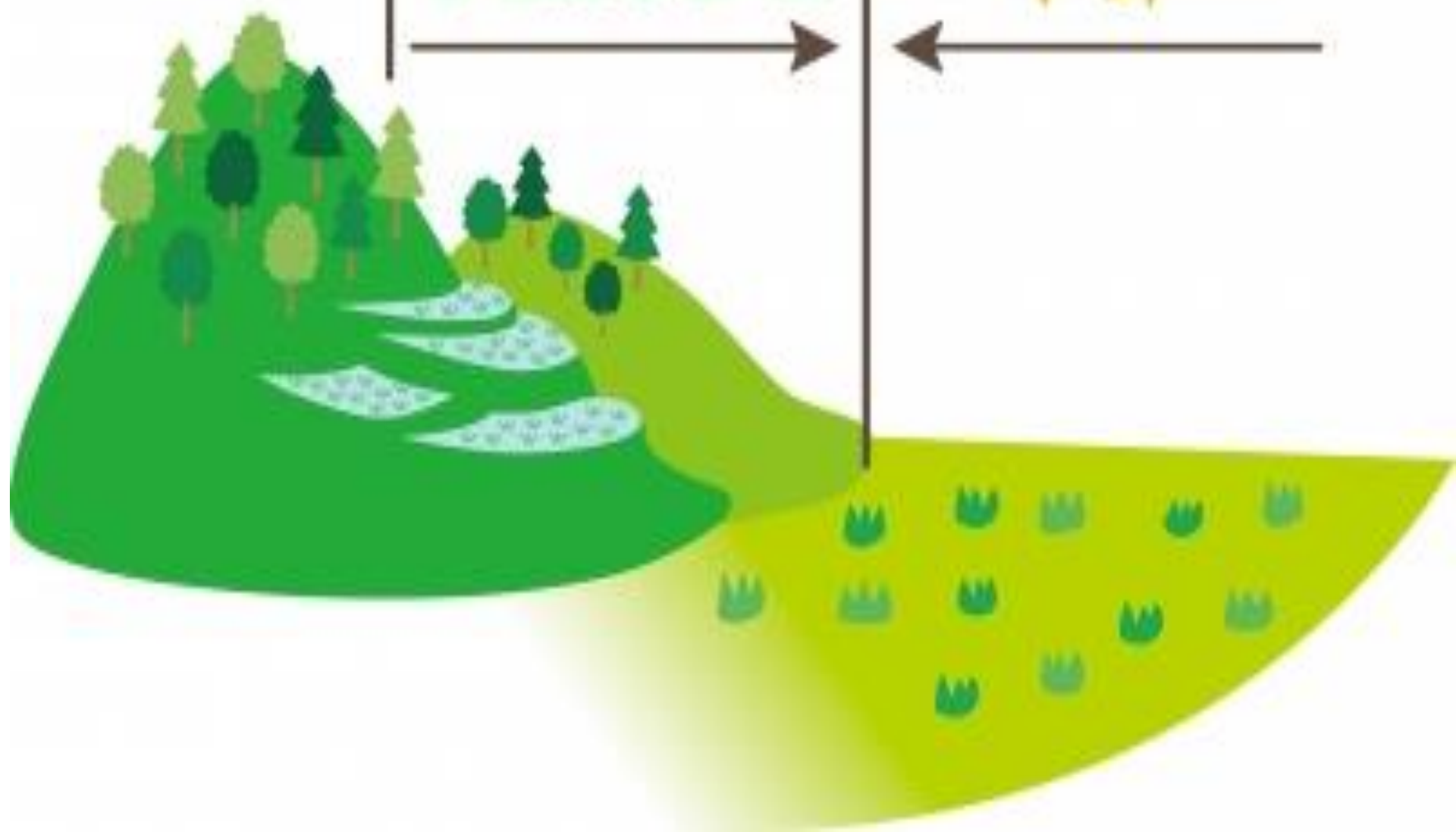
- ・第1回は1月9日に開催。その後ヒアリングを行いつつ議論し、春頃に中間まとめ（高齢者関係）
- ・中間まとめ以降、他の福祉サービスも含めた共通の課題について検討し、夏を目途にとりまとめ
※自治体等で先行的な取組みを進め、その状況報告を随時していただき、議論の参考に資するようにする

山林



中山間地域

平野



訪問介護事業所に関する事業所調査(アンケート)を踏まえた今後の対応

1. 事業所調査(アンケート)の結果

- ✓ 今回の調査結果では、報酬改定前後の収入(介護保険収入)を比べると、事業所における訪問1回当たりの収入は微増。
- ✓ その一方で、中山間地域等、都市部のいずれにおいても、訪問回数が減少しており、小規模事業所を中心に収入減になっていると考えられる。
- ✓ 訪問回数の減少の背景としては、
 - ・ 中山間地域等では、高齢者人口の伸びが鈍化・減少傾向。地域で暮らす高齢者の心身の状況、家族構成、社会資源の状況など様々な要因が影響していることが考えられる。
 - ・ 都市部では、高齢者人口の増加に伴い、サービス需要が伸びている中で、新規事業者の参入もあり、利用者が事業者間で分散していることが考えられる。

2. 調査結果を踏まえた今後の対応

- ✓ 地域の特性・事業者規模ごとの課題も踏まえた対応として、引き続き、
 - ・ 処遇改善加算の更なる取得促進に向けた要件の弾力化を行うとともに、
 - ・ 令和6年度補正予算等を通じ、経験年数が短いヘルパーへの同行支援の強化やヘルパーの常勤化への支援、
 - ・ 重点支援地方交付金による燃料代等の支援などの支援が最大限に活用されるよう、事業者への周知等にしっかり取り組む。
- ✓ 加えて、特に厳しい経営環境に置かれている、中山間地域等の小規模事業所の経営の安定化を早期に図る観点から、
 - ① 中山間地域等にかかる加算の取得要件の弾力化
 - ② 研修体制の構築支援及び協働化・大規模化の取組支援に関する対象経費・対象要件の弾力化や当該補助金の早期執行を行うなど迅速に対応していく。

※ あわせて、引き続き収支が悪化している施設等について、優遇融資を大幅に拡充し、無利子かつ無担保による支援を実施
- ✓ 訪問介護事業所の令和6年度決算を踏まえた収支の状況については、令和7年度経営概況調査で把握予定。

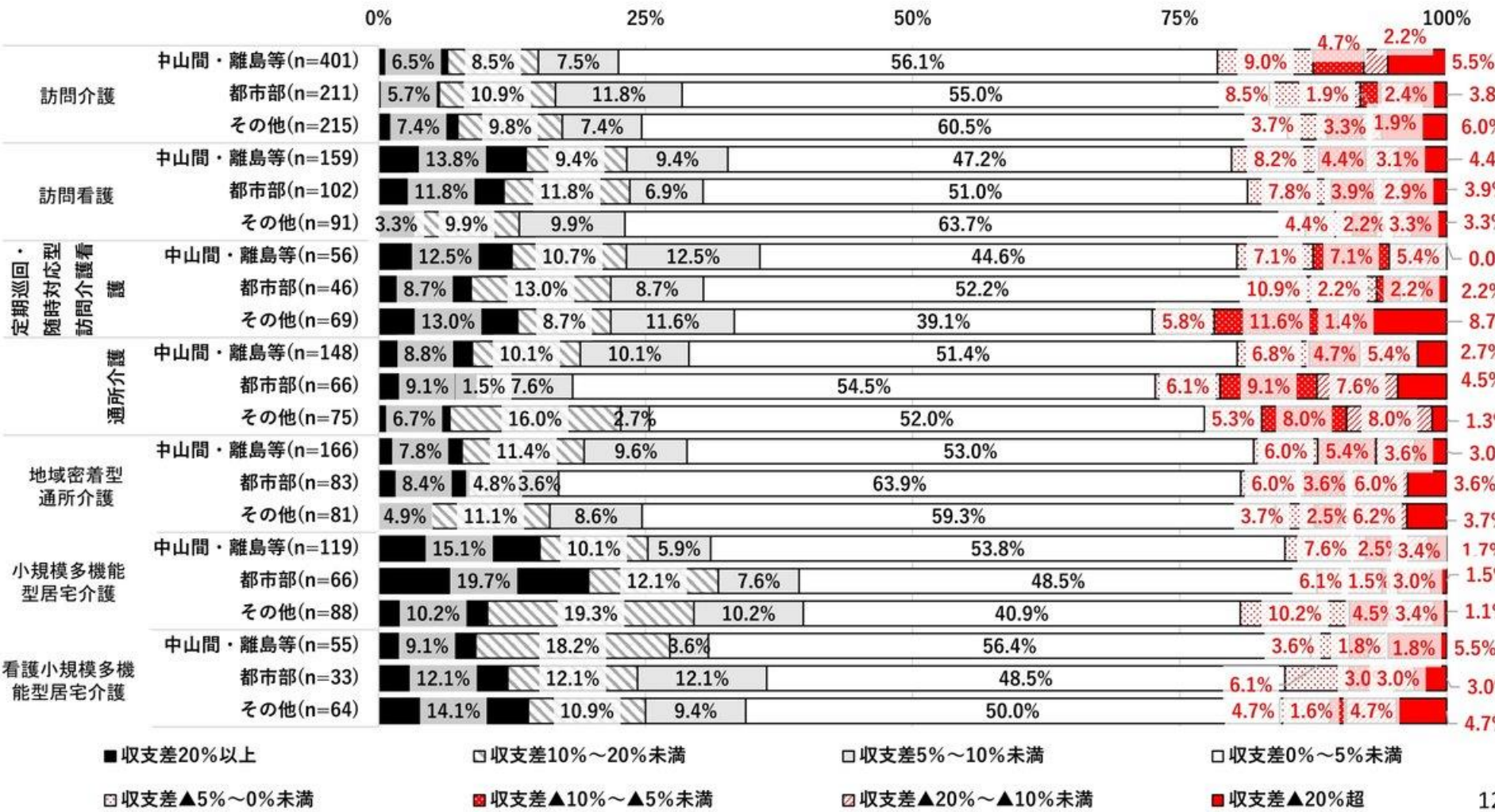
(4). 地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業

A. アンケート調査(事業所調査)

【経営状況(事業所票:問3(1))】

○ 収支差率(令和5年度決算)について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(その他)、通所介護(都市部)で、赤字(収支差率0%未満)の割合が高かった。

図表11 収支差率(令和5年度決算)(サービス別・地域別) 訪問系・通所系・多機能系サービス



離島



離島等における介護サービス

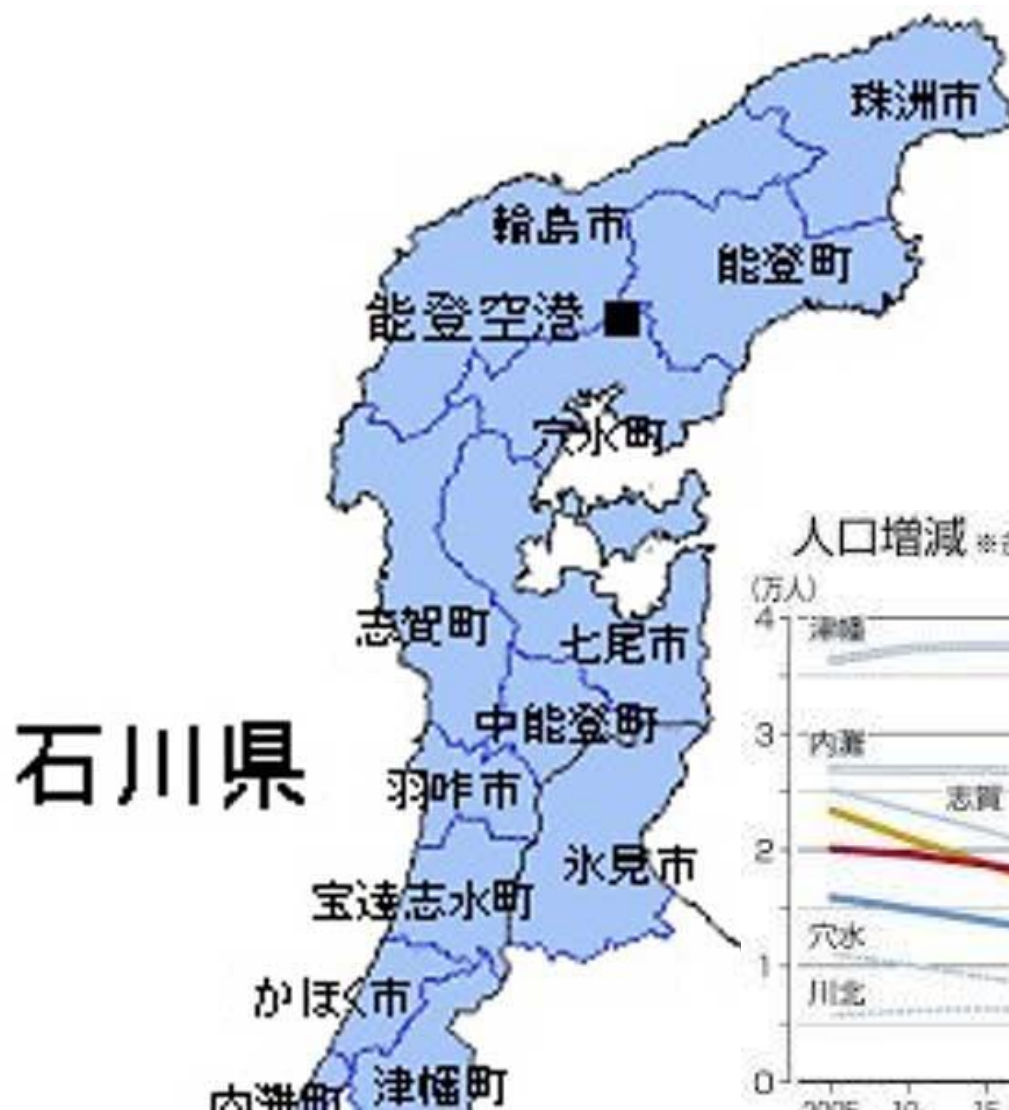
- 介護保険制度では、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準を満たした場合に、**指定サービス**としてサービスの提供を可能としている。
- また、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準の一部を満たしていない場合においても、一定の基準を満たした場合に**基準該当サービス**としてサービスの提供を可能としている。
- さらに、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域においても、市町村が必要と認める場合、これらのサービスに相当するサービス（**離島等相当サービス**）として柔軟なサービスの提供を可能としている。

名称		提供する事業者	指定の効力等	保険給付
居宅サービス	指定居宅サービス	指定居宅サービス事業者 ⇒ 指定基準を満たす事業者	全国	居宅介護サービス費
	基準該当居宅サービス	基準該当サービス事業者 ⇒ 指定基準の一部を満たしていないが、指定基準をふまえ、都道府県が条例で定める基準に該当している事業者	市町村 (訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所介護、福祉用具貸与、居宅介護支援)	特例 居宅介護サービス費
	離島等の相当サービス	離島等相当サービス事業者 ⇒ 市町村の判断により、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 (市町村の一部の場合あり)	
地域密着型サービス	指定地域密着型サービス	指定地域密着型サービス事業者 ⇒ 指定基準（又は市町村の基準）を満たす事業者	原則として市町村 (利用者の経過措置あり)	地域密着型介護サービス費
	離島等の相当サービス	離島等相当サービス事業者 ⇒ 市町村の判断により、一定の質を持つ地域密着型サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 (市町村の一部の場合あり) (地域密着型介護老人福祉施設生活介護を除く)	特例地域密着型介護サービス費

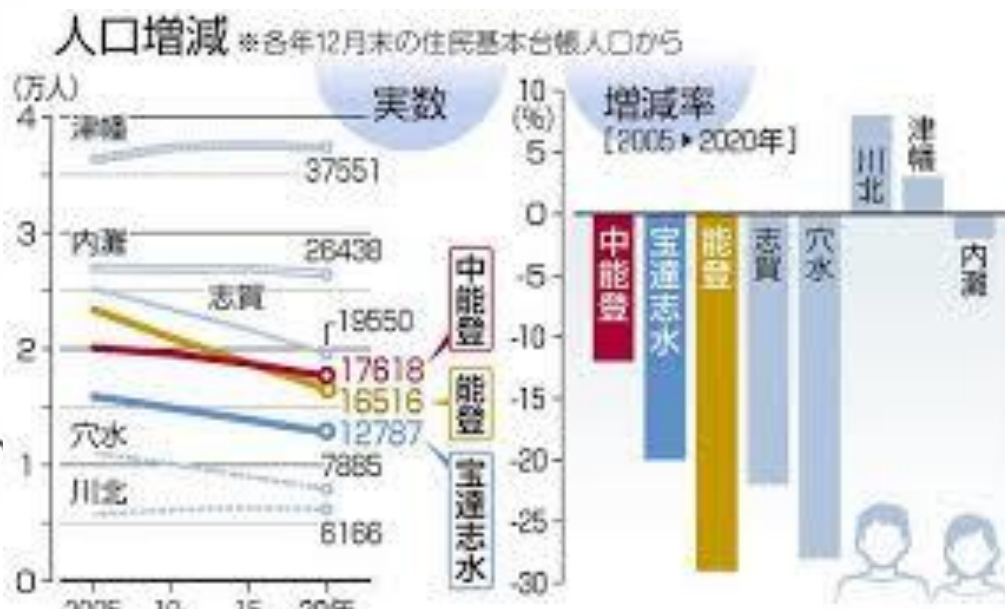
構成員からの意見

- ・**中山間地域**等のサービス基盤確保に向け検討会委員の多くが「介護報酬算定のための人員基準等の思い切った柔軟化」が必要であると強く指摘
- ・大地震に見舞われた**能登北部**では、若者が戻らず急速に高齢化が進行し「2040年の姿」となっている。人員基準などを思い切って柔軟化する特例を設けており、その状況を見ながら検討していくべき(池端幸彦構成員:医療法人池慶会池端病院理事長)
- ・**中山間地域**では介護事業者の撤退が始まっており、目の前の課題として捉えて、介護報酬や人員基準、さらには補助金等の特例を設けて柔軟に対応しなければ立ち行かなくなる(大山知子構成員:社会福祉法人蓬愛会理事長)

能登半島はすでに2040年



2025年1月能登半島地震



石川県能登地方の6自治体の人口増減

自治体名	2024年 1月1日	2024年 3月1日	1-3月増減 (▲は減)
七尾市	4万7198人	4万6755人	▲0.95%
輪島市	2万1903	2万1311	▲2.78
珠洲市	1万1721	1万1364	▲3.14
志賀町	1万7239	1万7097	▲0.83
穴水町	7312	7179	▲1.85
能登町	1万4277	1万4038	▲1.70

中山間地域、離島、 半島がまず2040年へ



構成員からの意見

- ・介護事業所・施設は、若者が専門資格を持って働ける「雇用創出」の場である。そうした視点での検討が重要ではないか（松原由美座長代理：早稲田大学人間科学学術院教授、津下一代構成員：女子栄養大学特任教授）
- ・他分野でも大幅な規制の柔軟化・特例を図っており（バスなどの公共交通機関の運転手確保が困難な地域で、いわゆる「白タク」を認めるなど）、介護分野でも検討が必要である（大屋雄裕構成員：慶應義塾大学法学部教授）

規制緩和

構成員からの意見

- ・ 「ニーズが当面増加するが、その後、減少していく」地域では、非常に難しい対応が迫られます。将来の「減少」局面に注目すればサービス提供量を抑制していくことになりますが、これでは「当面のニーズ」に対応できない。
- ・ また、「当面のニーズ」に対応するためにサービス提供量を増やしたとして、「減少」局面に入った際に、そうした地域で働いていた人の雇用をどう考えるのかという問題が生じる。
- ・ この点について現時点で明確な「解」を示す意見はまだ出ておらず、今後、検討会で知恵を絞っていくことになる
- ・ なお、齊藤正行構成員（日本介護ベンチャーコンサルティンググループ代表取締役）は「一般市にも様々な地域があり、介護サービスの増加状況、その後の減少状況は地域によって異なる点に留意する必要がある」

パート7

介護人材確保と職場環境改善、 生産性向上、経営支援



介護需要増と 介護職員の人手不足

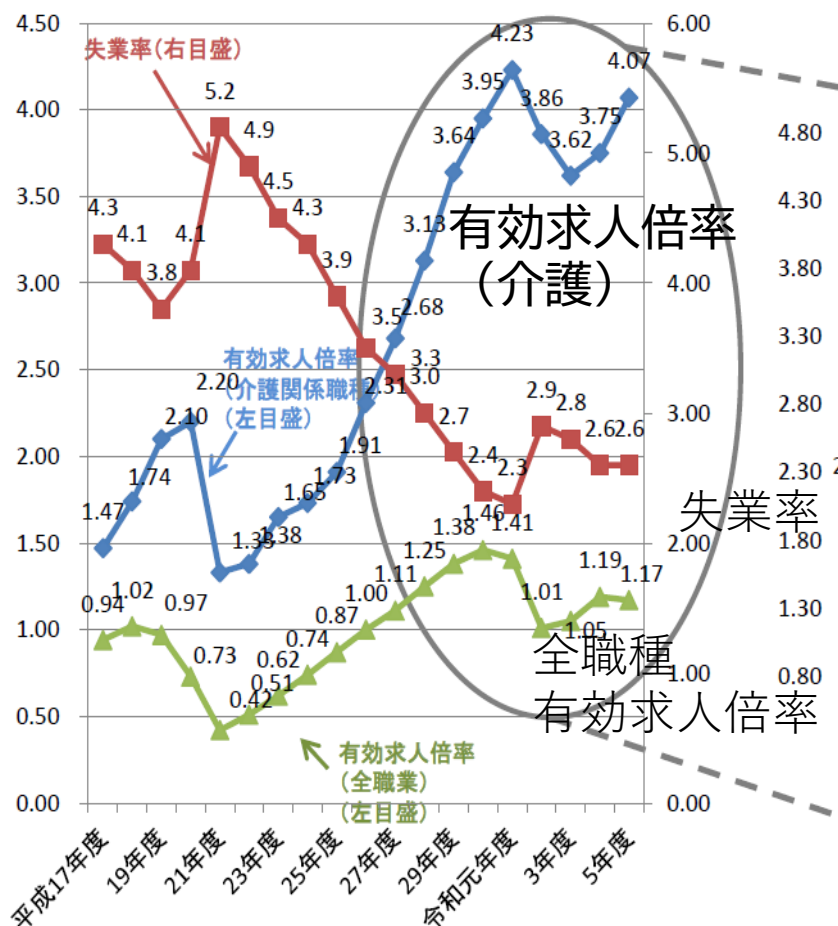


介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向

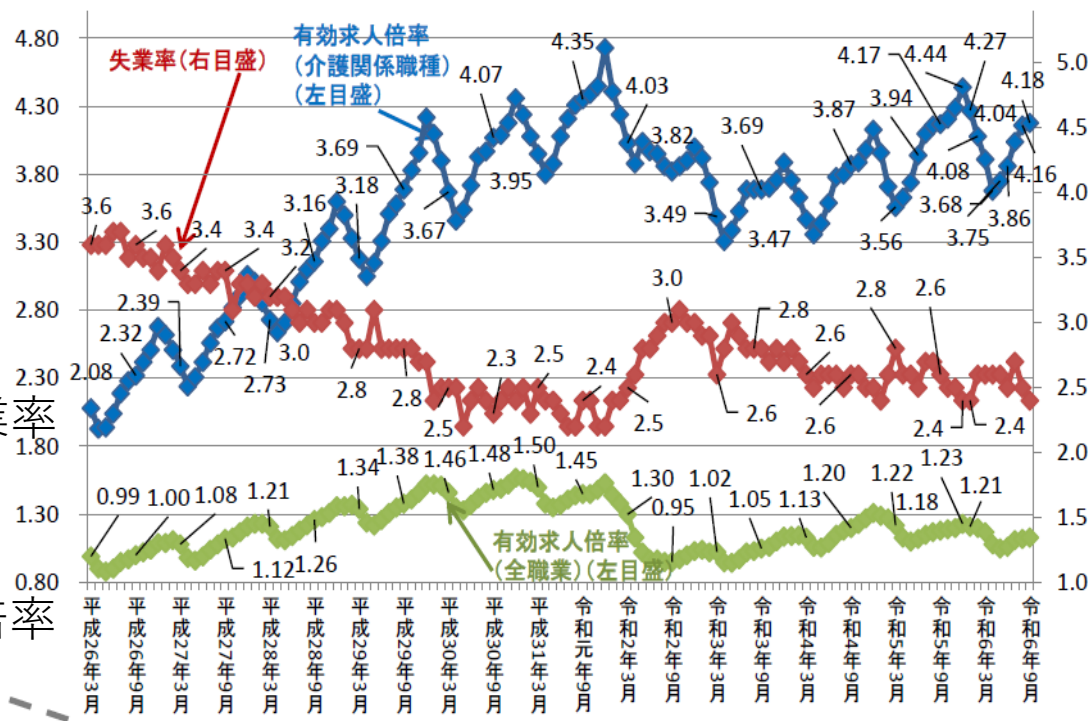
～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護関係職種の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全職業より高い水準で推移している。

有効求人倍率(介護関係職種)と失業率
【平成17年度～令和5年度／年度別】



有効求人倍率(介護関係職種)(原数値)と失業率(季節調整値)
【平成26年3月～令和6年9月／月別】



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

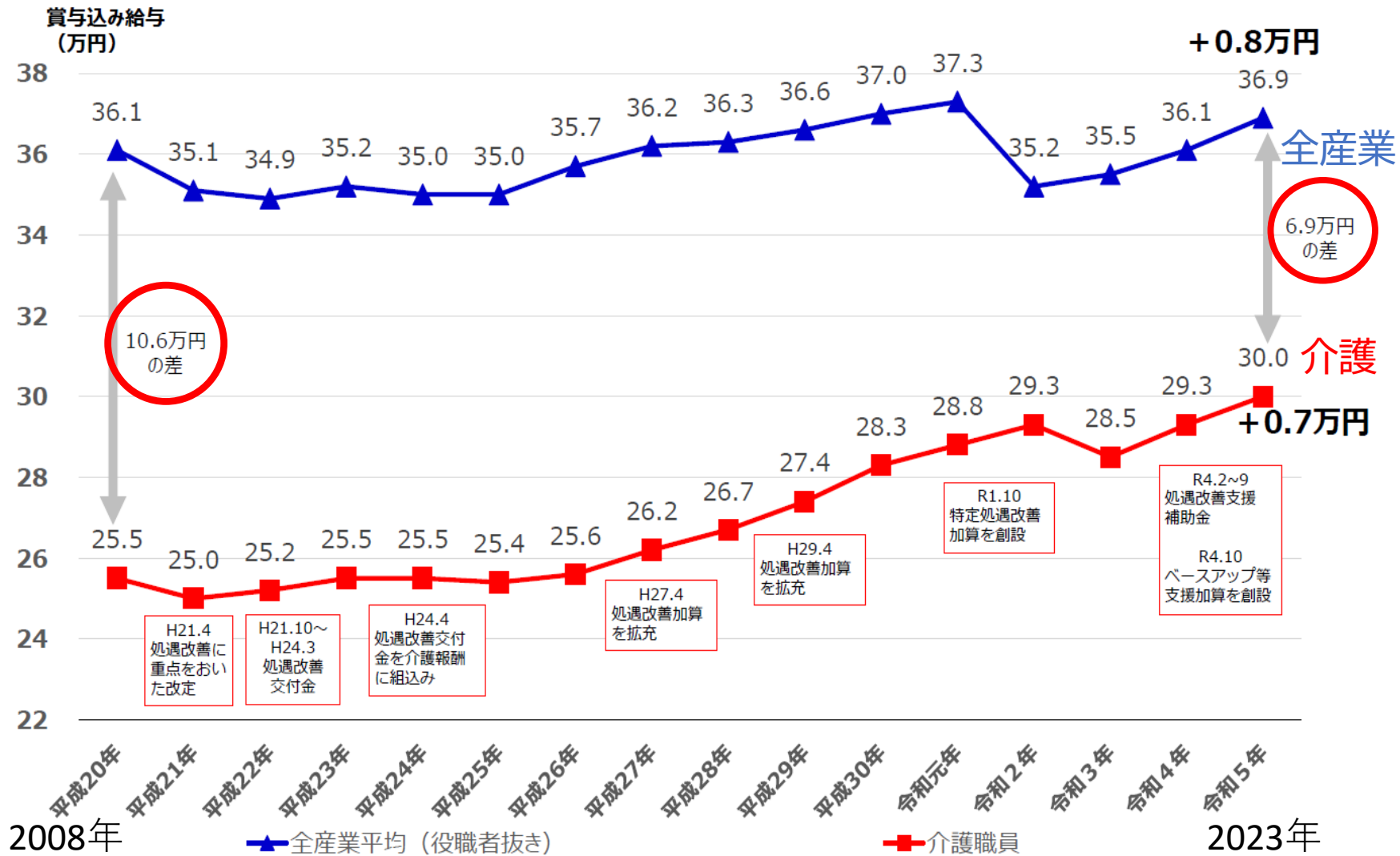
【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率は、パートタイムを含む常用の原数値。

月別の失業率は季節調整値。

(※2)常用とは、雇用契約において、雇用期間の定めがない、又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。

賃金構造基本統計調査による介護職員の賃金の推移



【出典】厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

注) 賞与込み給与は、調査年の6月分として支払われた給与に調査年の前年の1月から12月分の賞与の1/12を加えて算出した額。

介護人材の賃金の状況（一般労働者、男女計）

○ 介護職員について産業計と比較すると、勤続年数が短くなっているとともに、賞与込み給与も低くなっている。

		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	賞与込み給与 (万円)
産業別	産業計	42.8	10.5	36.9
職種別	医師	41.6	5.9	102.6
	看護師	40.5	8.5	40.7
	准看護師	51.2	12.2	33.5
	理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士、視能訓練士	34.6	6.6	34.6
	介護支援専門員（ケアマネジャー）	52.6	9.8	33.4
	介護職員 【(C)と(D)の加重平均】	44.6	7.7	30.0
	訪問介護従事者(C)	48.6	7.2	30.8
	介護職員（医療・福祉施設等）(D)	44.3	7.7	30.0

【出典】厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」に基づき老健局老人保健課において作成。

注1) 一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注2) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞与その他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12月までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額

注3) 「介護職員(医療・福祉施設等)」は、医療施設・福祉施設等において入所者及び通所者に対する入浴、排せつ、食事等の介護の仕事に従事するものをいう。

注4) 産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.9歳、勤続年数12.4年、賞与込み給与42.2万円

介護等分野における賃金及び離職の状況

■ R 6 年度の賃金引上げの状況

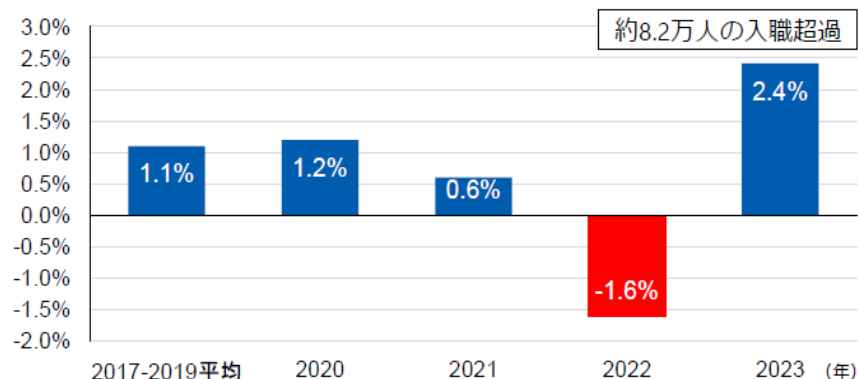
春闘の全産業平均賃上げ率 **5.10%**

(出典：2024年春闘 連合回答集計結果)

介護事業所の平均賃上げ率 **2.52%**

(出典：介護現場における物価高騰・賃上げ等の状況調査(団体調査))

■ 介護等分野の入職超過率（入職率－離職率）の推移

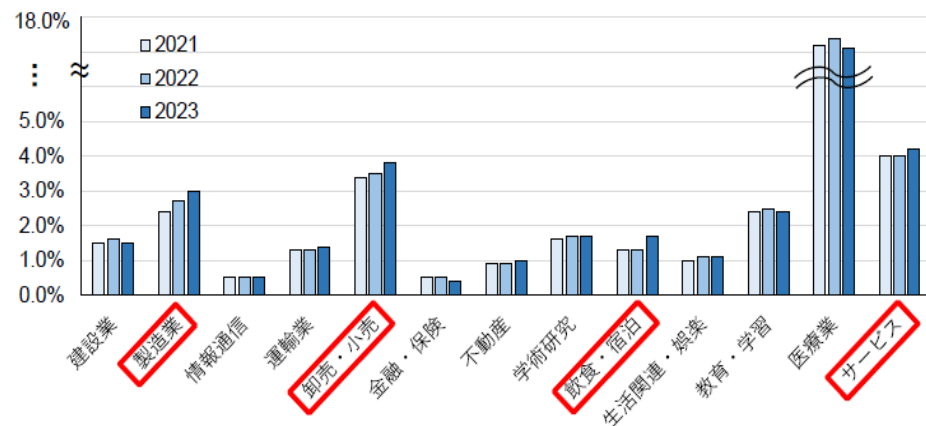


出典：厚生労働省「雇用動向調査」より作成
注：「介護等分野」は、「社会保険・社会福祉・介護事業」

○入（離）職率
1月1日現在における常用労働者数に対する入（離）職者の割合をいう。

○入職超過率
入職率から離職率を引いたものをいう。プラスであれば入職率が離職率を上回っている（入職超過）。マイナスであれば離職率が入職率を上回っている（離職超過）。

■ 介護等分野から他産業へ入職の内訳



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」より作成
注：「介護等分野」は、「社会保険・社会福祉・介護事業」

構成員の意見

- 検討会構成員の多くは「処遇改善」の強化を強く求めている
- 退職理由として「職場の人間関係」などがあがるが、それは表向きであろう。他産業に介護スタッフが流出している点を考慮すれば「処遇改善」の拡充が必要と考えられる（大山構成員）
- 介護人材不足の度合いは加速度的に悪化していく。全産業平均を超える賃金水準の確保が必要である（斉藤構成員）
- これまで処遇改善加算で介護職給与は上がってきているが、全産業平均との格差はむしろ拡大してしまっている。3年に1度の介護報酬での対応では間に合わず、補助金などによる毎年度の処遇改善に改めていくべきではないか（東憲太郎構成員：医療法人緑の風介護老人保健施設いこいの森理事長）
- 賃金に公が介入していくことは難しく、現在の仕組み（介護報酬対応）の延長で支えていくことが重要ではないか。その際、中小・零細事業所にも配慮し、できるだけシンプルな仕組みを考えるべきであろう（笠木映里構成員：東京大学大学院法学政治学研究科教授）

介護職員の処遇改善についての取組と実績

平成21年4月 2009年

平成21年度介護報酬改定において、+3%改定（介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定）を実施し、月額9,000円（実績）の賃金改善が行われた。

平成21年度補正予算

処遇改善交付金を措置（1.5万円相当）し、月額15,000円（実績）の賃金改善が行われた。

平成24年4月

平成24年度介護報酬改定において、処遇改善交付金を処遇改善加算として介護報酬に組み込み、月額6,000円（実績）の賃金改善が行われた。

平成27年4月

平成27年度介護報酬改定において、処遇改善加算を拡充（1.2万円相当）し、月額13,000円（実績）の賃金改善が行われた。

平成29年4月

ニッポン一億総活躍プラン等に基づき、平成29年度臨時改定において、処遇改善加算を拡充（1万円相当）し、月額14,000円（実績）の賃金改善が行われた。

令和元年10月

新しい経済政策パッケージに基づき、全産業平均の賃金と遜色ない水準を目指し、更なる処遇改善を進めるため、令和元年10月臨時改定において、特定処遇改善加算を創設し、月額18,000円（実績）の賃金改善が行われた。
※勤続年数10年以上の介護福祉士では月額21,000円（実績）の賃金改善

令和4年10月 2022年

コロナ克服・新時代開拓のための経済対策に基づき、介護職員の給与を月額平均9千円相当引き上げるため、令和4年10月臨時改定において、ベースアップ等支援加算を創設（2月～9月は補助金）し、基本給等が月額10,000円（実績）の賃金改善（平均給与額全体では月額17,000円の賃金改善）

更に、令和6年6月から、処遇改善加算の一本化と加算率の引上げを実施（2月～5月は補助金で対応）。

構成員の意見

- ・ 処遇改善を図るためには「**財源**」が必要となる。安定的な財源を確保するために「補助金ではなく、介護報酬の加算に組み込んだ」経緯もある。
- ・ 「財源」を確保するためには「お金を出す人の理解」が重要。介護報酬（処遇改善加算）で対応する場合には、「保険料を負担する国民や企業」「公費を管理する**財務省**」などの理解が必要不可欠だ。



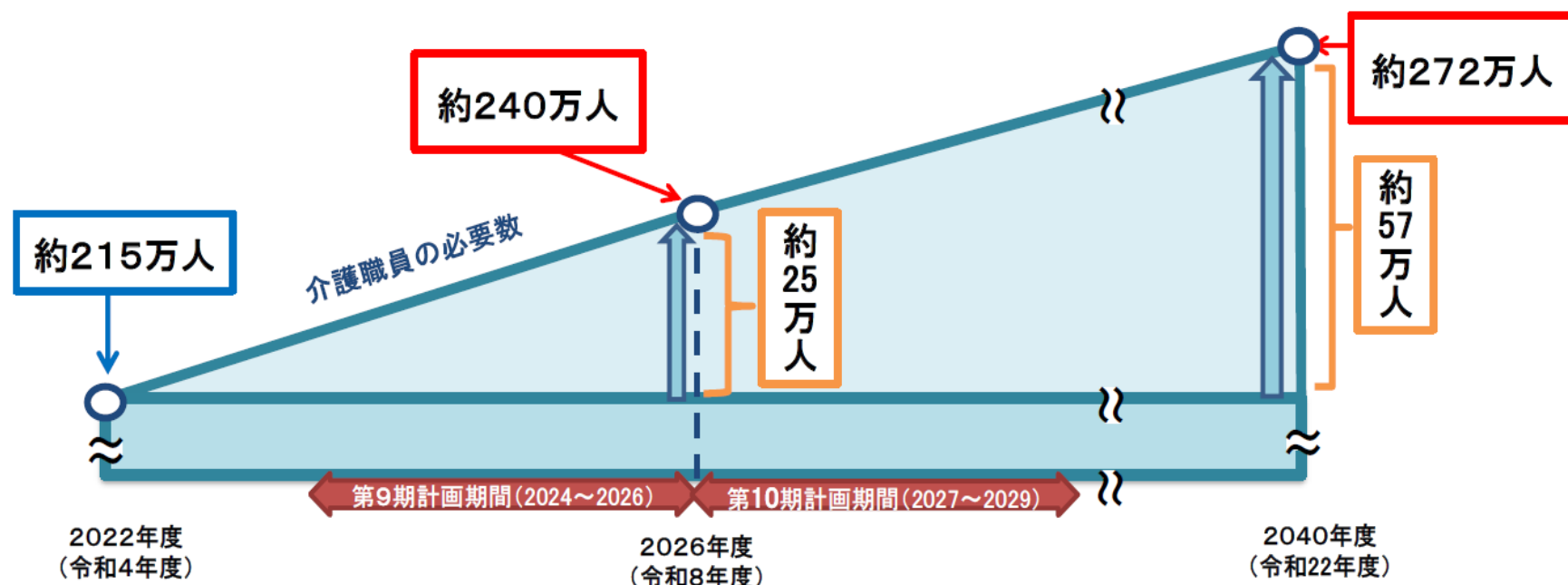
手取り上げろ



財政規律

第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・ 2026年度には約240万人（+約25万人（6.3万人/年））
 - ・ 2040年度には約272万人（+約57万人（3.2万人/年））
 となった。 ※（）内は2022年度（約215万人）比
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 2022年度（令和4年度）の介護職員数約215万人は、「令和4年介護サービス施設・事業所調査」による。

注2) 介護職員の必要数（約240万人・272万人）については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第9期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注3) 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

パート8 テクノロジーの活用等

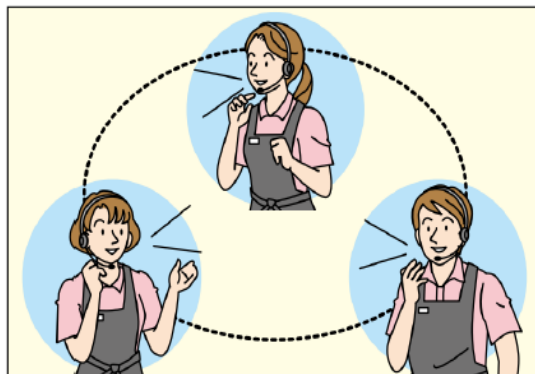


介護分野におけるテクノロジーの活用例

スマートフォンを活用した
記録・入力の省力化



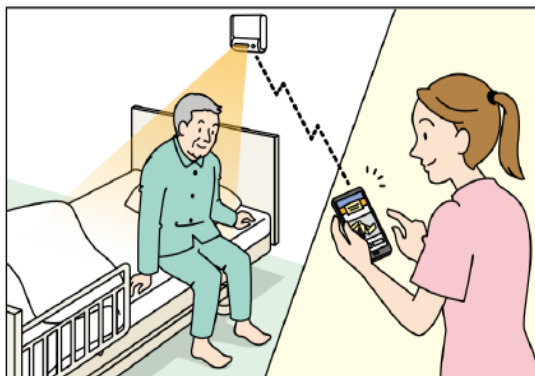
インカムを活用した
コミュニケーションの効率化



移乗支援機器を活用した
従事者の負担軽減



センサーを活用した見守り
による省力化・ケアの質向上



センサーを活用した排泄予測
による省力化・ケアの質向上



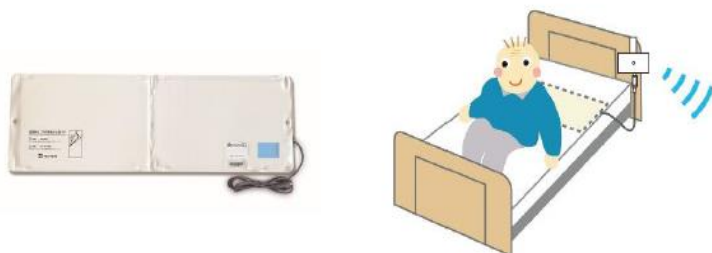
情報の収集・蓄積・活用の
円滑化によるケアの質向上



介護現場における生産性向上の先進事例

業務の課題を整理の上、業務オペレーションの変更、いわゆる介護助手の活用、ICT・介護ロボット等のテクノロジーを活用し、生産性向上に向けた取組を推進

①見守りセンサーの活用



- ・離床等を検知し、介護職員へ発報する
- ・入居者の状態を確認の上、適時に訪室

②バイタル生体センサー等の活用



バイタル生体センサー

- ・呼吸、脈拍等の**バイタルデータの収集・蓄積等が可能**
- ・見守りセンサーの機能を備えている機器もある

③インカムの活用といわゆる「介護助手」の活躍



インカム



元気高齢者の活躍

- ・リアルタイムでの情報共有・応援要請
- ・間接業務（リネン交換、掃除、配膳、片付け、入浴準備等）を介護助手が担当し、介護職員による直接介護の時間が増加

④介護記録や見守りセンサーやバイタル生体センサー等のプラットフォーム化



介護記録ソフト



プラットフォーム化

- ・**自動記録**で転倒等の状況を確認、要因を分析して予防対策を実施
- ・夜間の睡眠状態を分析し、適切な排泄誘導、おむつ交換の実施

介護ロボットの導入等による職員タイムスタディ調査 (業務時間削減等の効果)

社保審-介護給付費分科会

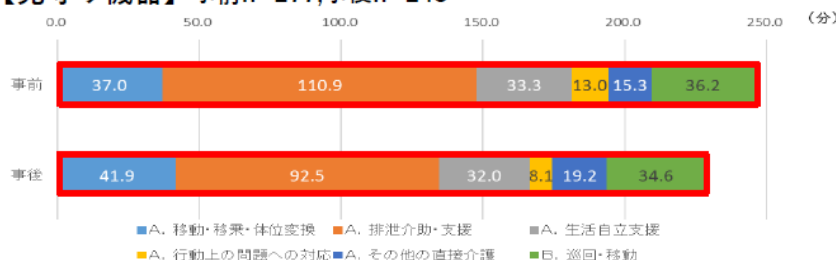
第233回
R5.11.30

資料 3

令和4年度「介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業」報告書等から作成

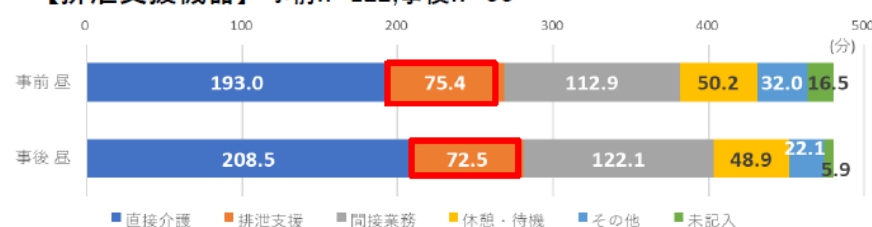
令和4年度効果測定事業において、介護ロボットの導入や介護助手の活用により、一定の業務時間の削減が確認された。なお、移乗支援（非装着）については、機器の着脱・装着時間を含み、直接介護の時間が増加した（次頁に補足資料）。

【見守り機器】事前n=277,事後n=248



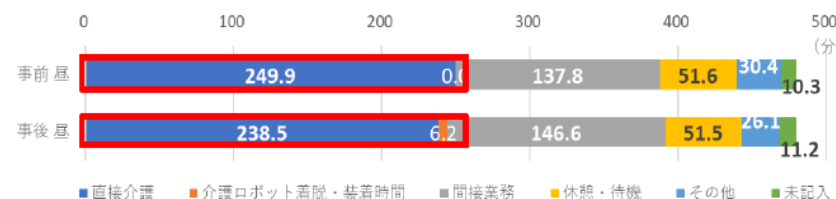
夜勤職員（1人1日）の「直接介護」及び「巡回・移動」時間の合計が約17分減少した。

【排泄支援機器】事前n=122,事後n=99



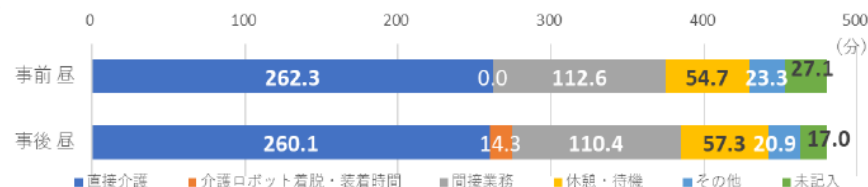
「排泄支援」の時間は約3分減少した。

【移乗支援（装着）】事前n=111,事後n=96



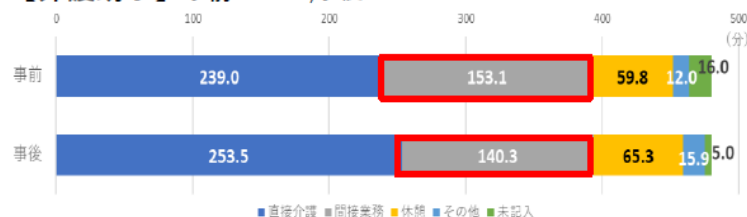
「介護ロボット着脱・装着時間」及び「直接介護」の合計時間は約5分減少した。

【移乗支援（非装着）】事前n=143,事後n=130



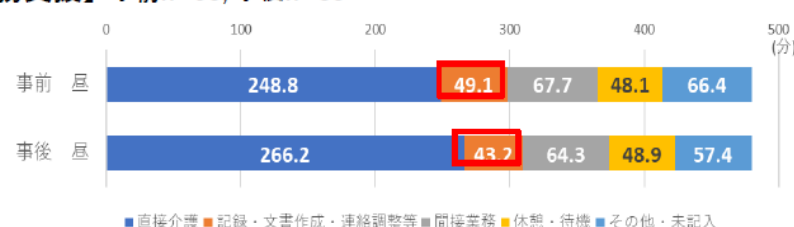
「介護ロボットの準備時間」及び「直接介護」の合計時間は約12分増加した。

【介護助手】事前n=158,事後n=160



介護助手導入後の職員の「間接業務時間」は約13分減少した。

【介護業務支援】事前n=93,事後n=83



「記録・文書作成・連絡調整」の時間は約6分減少した。



オランダの環境交通省から日本の高齢者施設における
ロボット、ICTの実情見学に来られた(2023年8月)

感想

- 日本は**産業ロボット先進国**であることが世界的に有名だ。見学に来られた方も「日本の高齢者施設のITやロボットはさぞかし進んでいるのだろう」と思って見学に来られた。
- しかし見学に來られて彼が最初に驚いたのが、**老健にWiFiが入っていないことだ**。
- 「WiFiがなくてどうやってIT化を進めるんだ？」と言っていた。またロボットの使用状況にもビックリしていた。グループの特養で患者介助用のアシストロボットが使われずに片隅に追いやられているのを見て写真を撮っていた。「**ロボットがもっと活躍していると思っていた**が、使われていない現状も勉強になった」と言っていた。
- さらにヒト型とロボットが体操を職員と一緒にしているのを見て「なんで職員と一緒にいるのだ？」と言ってまた驚いていた。
- 「**IT・ロボットの日本の現状**が見られて大変参考になった」

介護助手に期待高まる



介護助手の活用(タスク・シフト/シェア) 主な実証結果

社保審-介護給付費分科会

第223回R5.9.8

資料3
(一部加工)

導入目的

介護職員の身体的・精神的な業務負担の軽減：介護助手を導入することにより、役割分担・機能分化を行い、介護職員が実施すべき本来業務（利用者へのケア）に注力できる体制や時間を創出する。

主なオペレーションの変更

- ・介護職員が時間の余裕を持って入居者に関わり、個々の入居者の希望やタイミングに合わせた対応や、気持ちにゆとりを持った言葉や介護の実践につなげる。

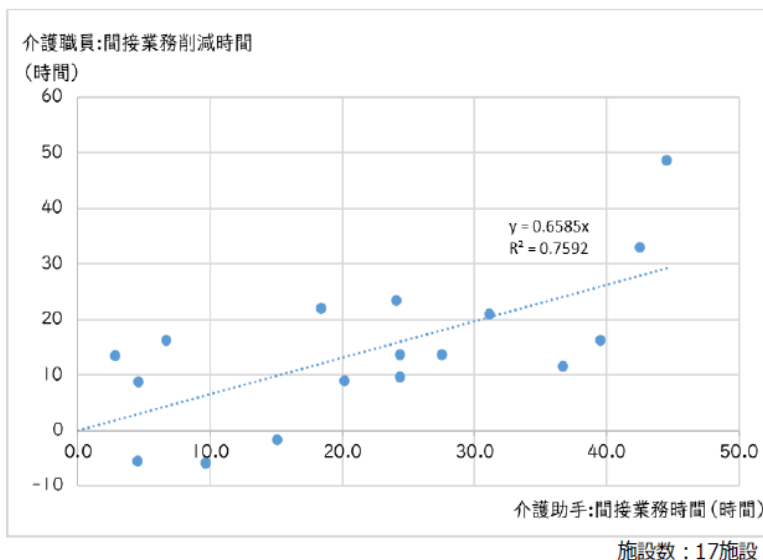
【本実証で介護助手が担った主な間接業務】

食事・おやつに関連する準備・片付け（配膳・下膳、お茶の準備等）、リネン交換・ベッドメイク、居室清掃・片付け、等

- 介護助手が間接業務を担う時間に応じて、介護職員の間接業務時間が削減する傾向が把握できた。

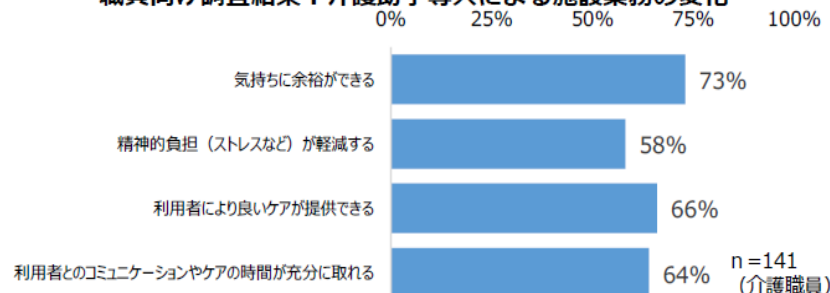
- 介護職員が利用者のケアに注力することで、介護職員に余裕ができ、結果として利用者の発語量や笑顔になる頻度等が増加する傾向が把握できた。

職員タイムスタディ調査結果

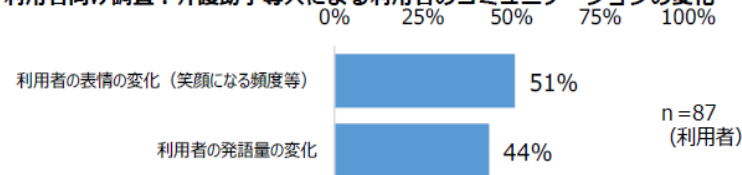


- ・各5日間の自記式による業務量調査（タイムスタディ）を実施した。
- ・介護職員間接業務削減時間は、「事後①・間接業務時間の合計」-「事前・間接業務時間の合計」で算出した。
- ・介護助手間接業務時間は、調査期間中の間接業務時間の合計を使用した。
- ・上記集計は、実証パターン④（事前・介護助手0人）の施設のみ対象に実施した。

職員向け調査結果：介護助手導入による施設業務の変化※1



利用者向け調査：介護助手導入による利用者のコミュニケーションの変化※2



※1：-3（そう思わない）～+3（そう思う）の7段階で評価した。+1～+3のいずれかに回答した職員の割合を示している。（いずれも事後②）

※2：-3（減少したとを感じる）～+3（増加したとを感じる）の7段階で評価した。+1～+3のいずれかに該当すると回答された利用者の割合を示している（回答は職員が実施）。（いずれも事後②）

主な実証結果

介護助手活用の現状について

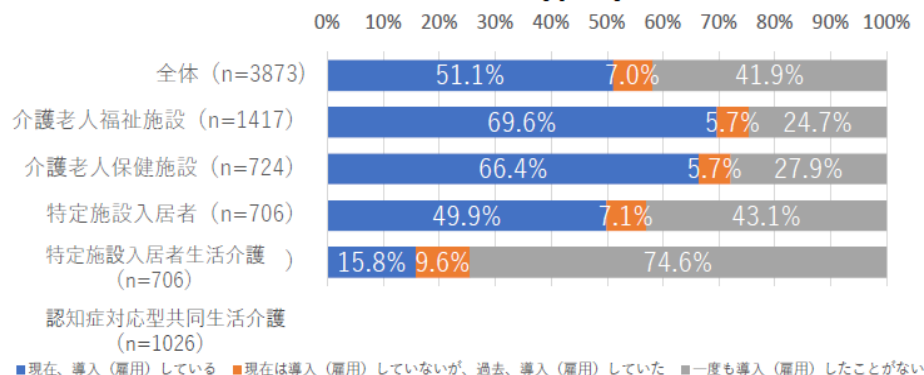
社保審-介護給付費分科会

第223回R5.9.8

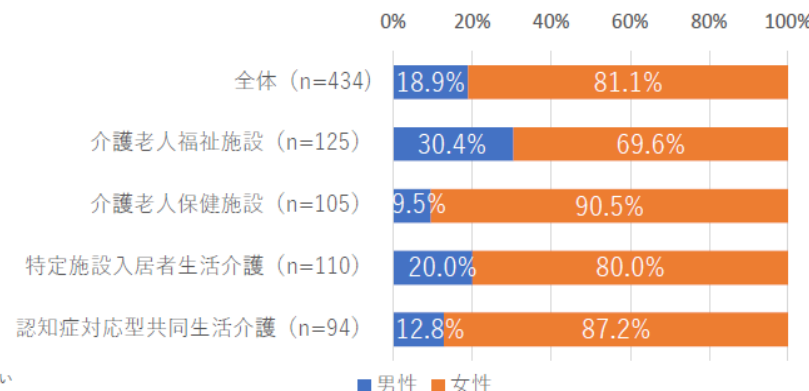
資料 3

- 現在、介護助手等を導入（雇用）している介護施設・事業所は全体の約51%を占めており、介護助手等として活躍されている方は、女性が全体の約81%、年齢は60歳以上が全体の約57%、保有している介護系の専門資格は「いずれの資格も保有していない」が全体の約59%を占めていた。

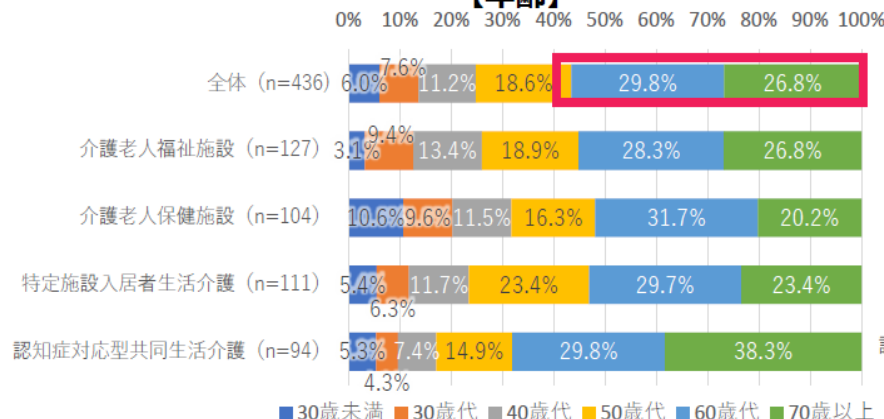
【介護助手等の導入（雇用）の有無】



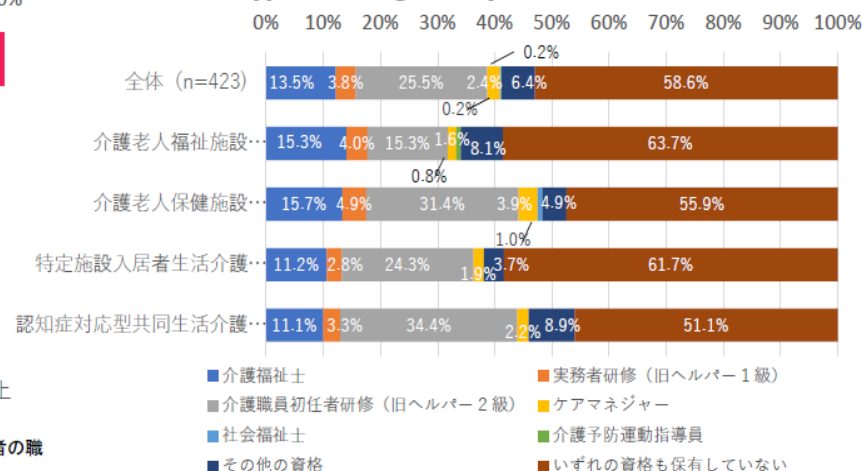
【性別】



【年齢】



【保有している介護系の専門資格（複数回答）】



※ 本調査において、「介護助手等」を以下のいずれの項目を満たした方と定義している。

1. 介護施設・事業所もしくは介護施設・事業所を運営する法人と雇用関係にある（有償ボランティアや委託事業者の職員は除く）

2. 掃除や食事の配膳・片付け、ベッドメイキング、利用者の会話の相手、移動の付き添い、レクリエーションの実施や補助、【出典】令和4年度老健事業「介護助手等の導入に関する実態及び適切な業務の設定等に関する調査研究事業報告書」

構成員の意見

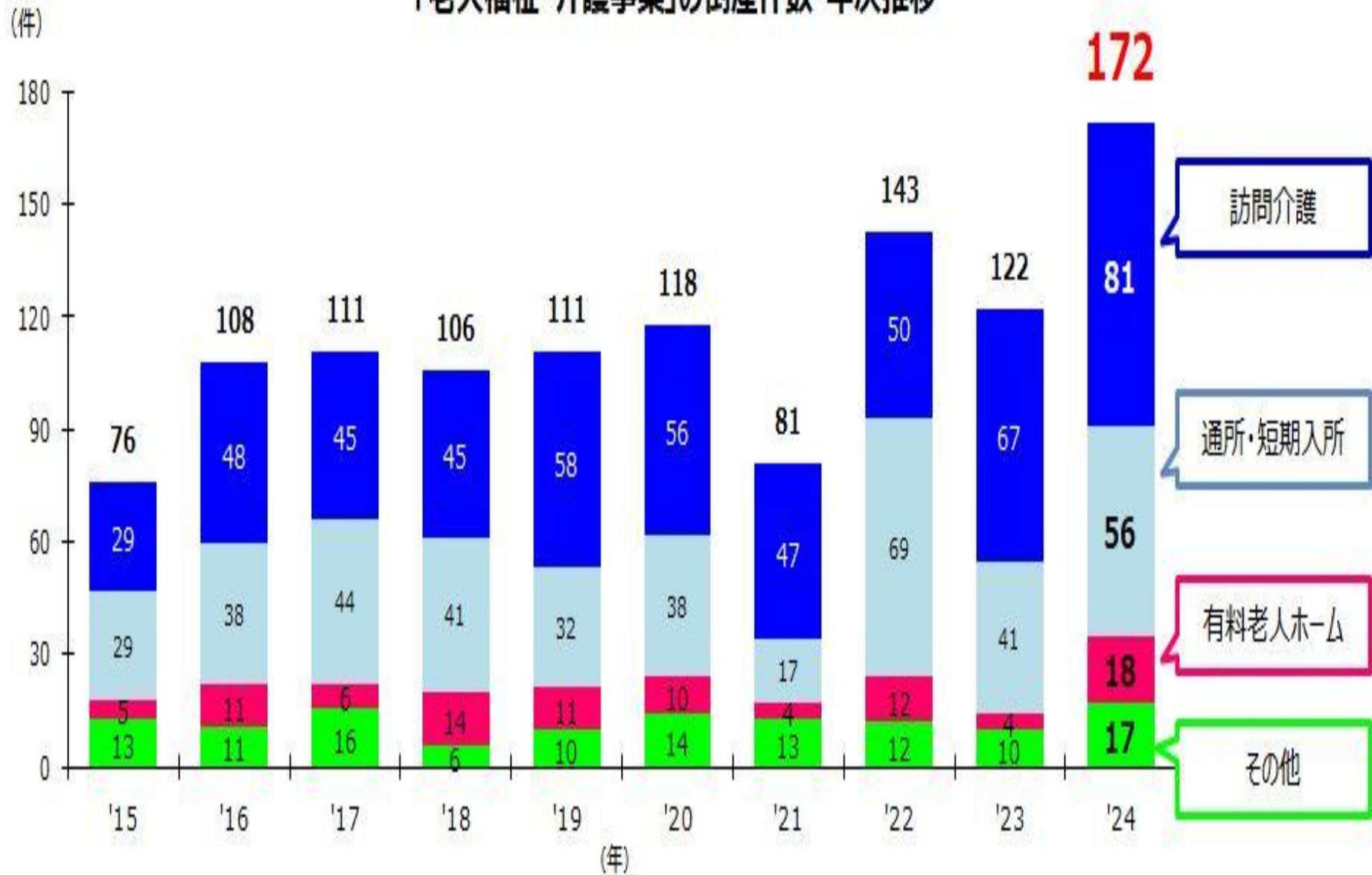
- ・少子化が急速に進む中では「目標（+57万人の純増）どおりに介護人材を確保することは困難」とも思われる。このため限られた人材でサービスを確保するために「ICT技術やAI（人工知能）などのテクノロジー」や「介護助手」などを活用した生産性向上も強く求められている。
- ・ICTやAI（人工知能）など技術を活用すれば、「1拠点の規模拡大」と「利用者の満足度」との両立が可能となる
- ・既存の「紙を前提とした介護保険制度」（例えば申請等を「紙」で行うなど）から「ICTを前提とした介護保険制度」へと脱却すべき
- ・ICT等の利用促進、共同プラットフォームの構築・運用についてのノウハウを提供していきたい（香取幹構成員：やさしい手代表取締役社長）
- ・現役世代を75歳までと考えるなど、活力ある高齢者の活躍に期待すべき（江澤構成員）
- ・テクノロジーの活用と同時に、介護業務の切り分けと、元気な高齢者による介護助手の活用を進めるべき（東構成員）
- ・香取構成員の運営する「やさしい手」では、かねてより訪問介護員等がスマートフォンやモバイル端末を活用した情報連携等を進めて「介護サービスの質向上→利用者の満足度向上」を図っている
- ・ICTやAI（人工知能）などを活用した「1拠点の規模拡大」と「利用者の満足度」との両立事例に注目が集まっている

パート9

介護事業者間の連携、 経営の大規模化



「老人福祉・介護事業」の倒産件数 年次推移



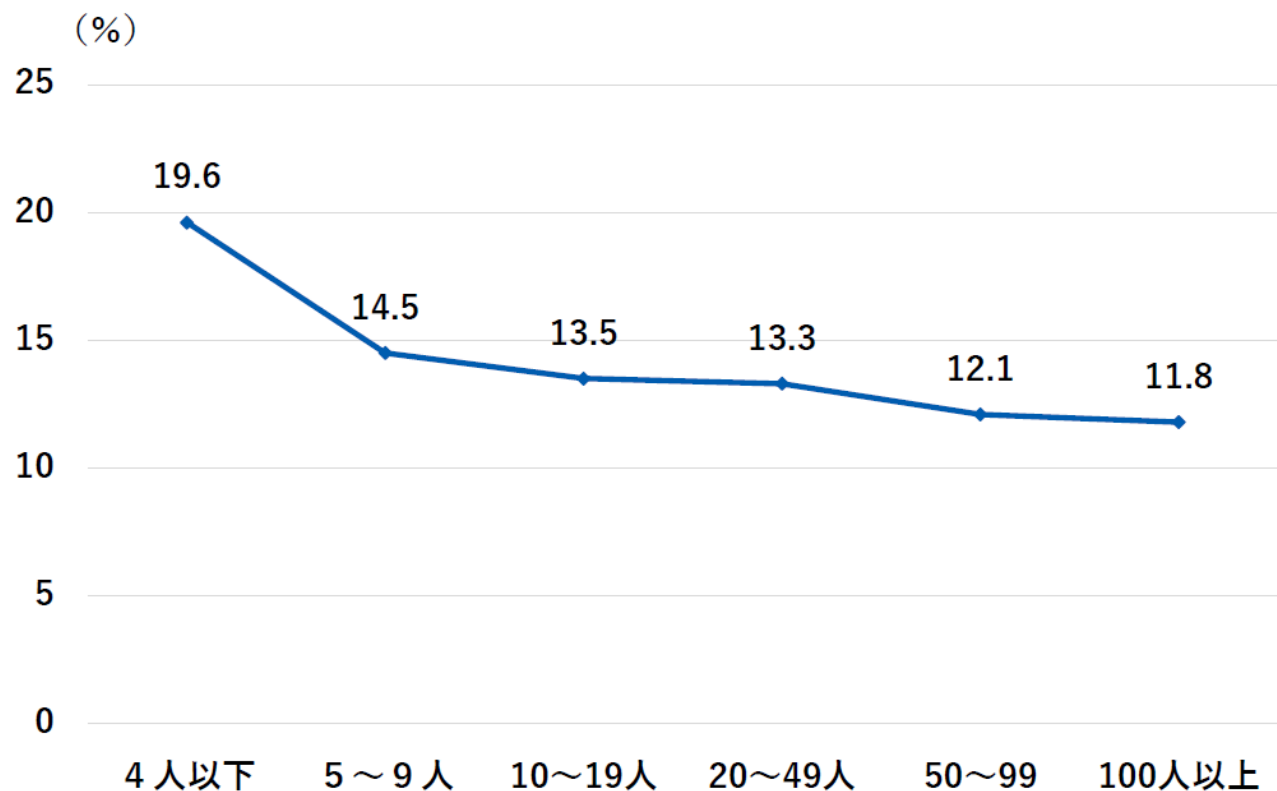
倒産の背景

- 人手不足
- コロナ禍による利用控え
- 感染防止対策などによるコストの増加
- コロナ関連の資金繰り支援の縮小
- 物価高

事業所規模別の離職率

- 事業所規模別に見ると、事業所の規模が大きくなるほど離職率が低くなる傾向にある。

事業所規模別離職率



注) 離職率＝1年間の離職者数÷労働者数。訪問介護員・介護職員(施設等)の2職種合計

【出典】(財)介護労働安定センター「令和5年度介護労働実態調査」

対応策は？

事業者間連携と協働化
事業合併による大規模化
社会福祉連携推進法人

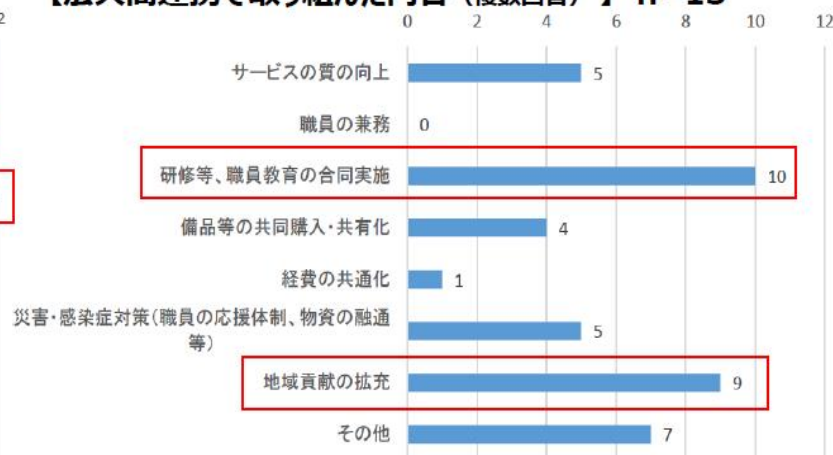
介護サービス事業所の経営の協働化の事例①（アンケート調査）

- 小規模法人のネットワーク化を実施した団体等を対象としたアンケート調査によれば、法人間連携を実施したきっかけは、「職員の確保、教育体制の強化のため」が最も多く、「多様化する地域のニーズへの対応のため」、「サービスの質の向上のため」が続いた。
- 法人間連携で取り組んだ内容は、「研修等、職員教育の合同実施」が最も多く、「地域貢献の拡充」が続いた。

【法人間連携を実施したきっかけ（複数回答）】 n=13



【法人間連携で取り組んだ内容（複数回答）】 n=13



【法人間連携の推進役（複数回答）】 n=13



※1 小規模法人のネットワーク化による協働推進事業費補助金利用団体等が対象。

※2 本調査において「法人間連携」とは、複数の法人間で協力関係を構築することを行い、地域課題等に対して協働で対応すること、人材確保や災害対応等を法人間で協力することなどの取組等が含まれる。

【出典】令和3年度老人保健健康増進事業「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業報告書」

介護サービス事業所の経営の協働化の事例②（インタビュー調査）

協働化の好事例では、平成29年の社会福祉法改正により社会福祉法人の役割に「地域における公益的な取組」が位置づけられたこと等を契機とした連携が行われていた。協働化により、教育体制の整備による人材育成、共同購入・経費削減、地域貢献などの成果が得られている。

協働化（法人間連携）の経緯

協働化により得られた成果

妻有地域包括ケア 研究会 (12法人・88拠点・164事業所)

- ・新潟県地域振興局健康福祉部より提案があり、設立準備委員会を立ち上げて開設。

- ・人材育成の協働化により、ケアの質向上、職員のやりがい・働きがいにつながり、離職率が2桁から1桁に落ち着いた。
- ・備品の共同購入によりボリュームディスカウントを受けることができた。

一般社団法人福智町 社会福祉連携協議会 (24法人・52事業所)

- ・平成29年の社会福祉法の改正を契機として、社会福祉協議会が推進役を担い、平成28年6月に福智町社会福祉法人公益活動連携協議会を設立。
- ・令和3年4月に法人化。

- ・合同での人材募集のチラシ作成や、専用ページの開設、外国人介護人材の受入体制等の整備を行った。また、合同研修により講師費用等を抑えることができた。
- ・マスクや抗原検査キットなどの共同購入を実施。また、電力会社と交渉し大規模特約割引契約に至った。

やまがの介護 協働推進ネットワーク (10法人・10事業所)

- ・介護崩壊の危機感を契機として、生活支援コーディネーターのいる法人が中心となり、連携を実施。

- ・地域住民と施設職員との共同研修を実施。
- ・山鹿市の全世帯に求人チラシを年2回配布。在宅を支援する職員が不足しているため、「働くことのできる高齢者」等へ働きかけ、職員確保に務めている。

※1 令和3年度老人保健健康増進等事業「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業事例集」をもとに作成

※2 各好事例は、小規模法人のネットワーク事業の補助金を活用して運営。

社会福祉連携推進法人とこれまでの連携方策との比較

低

連携・結合の度合い

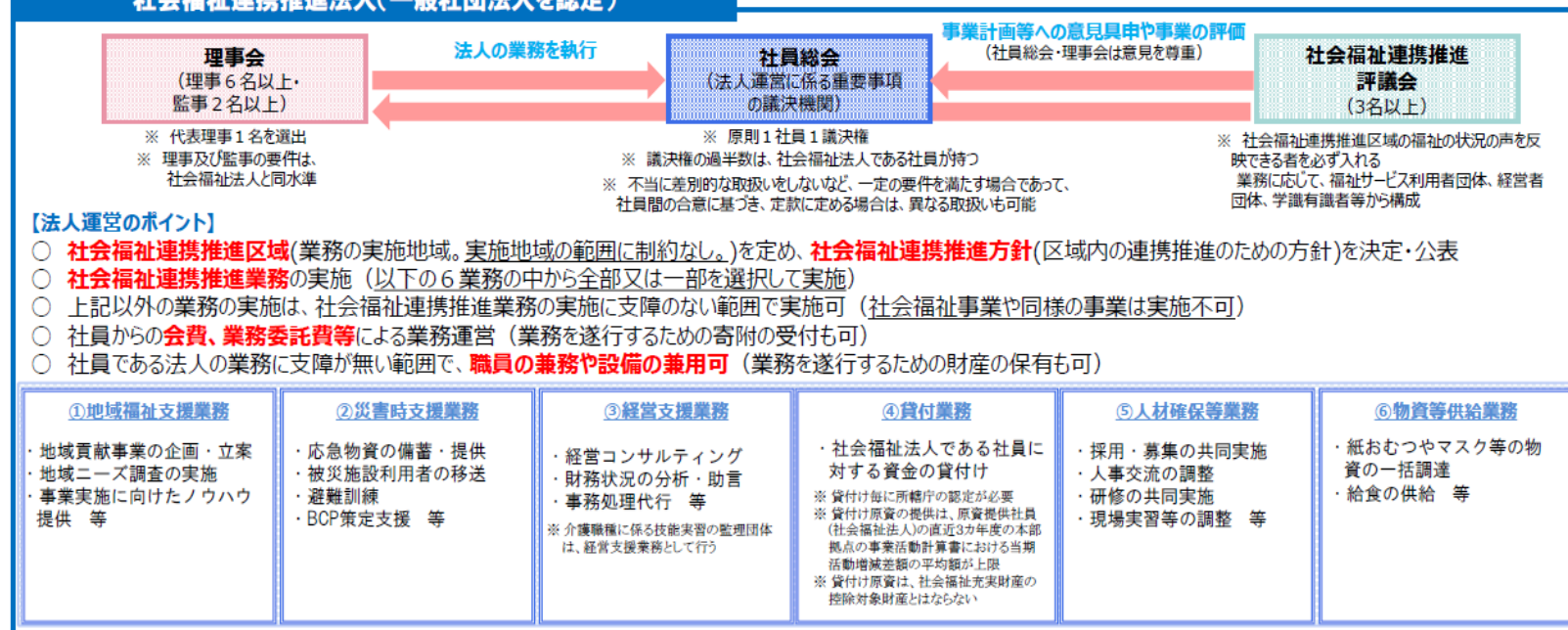
高

		特徴	主な項目の比較			
			参加可能な法人形態	参加、脱退の難易	地域	資金
緩やかな連携	自主的な連携、業務連携	○ 合意形成が比較的容易 ○ 資金面、人事面も含めた一体的な連携は稀。	限定なし	参加、脱退は法人の自主的判断	限定なし	対価性がある費用以外は法人外流出として禁止
	社会福祉協議会を通じた連携		限定なし	参加、脱退は法人の自主的判断	社協の圏域に限定（都道府県、市町村）	対価性がある費用以外は法人外流出として禁止
社会福祉連携推進法人		➢ 法人の自主性を確保しつつ、法的ルールに則った一段深い連携、協働化が可能 ➢ 連携法人と社員との資金融通を限定的に認める ➢ 社会福祉事業を行うことは不可	➢ 社会福祉法人その他社会福祉事業を営業者 ➢ 社会福祉法人の経営基盤を強化するために必要な者	➢ 参加、脱退は原則法人の自主性を尊重(連携法人から貸付を受けた法人については、社員総会における全員一致の決議を必要とすることなどを定款に定めることが望ましい)	➢ 限定なし(活動区域は指定)	➢ 社員である社会福祉法人から連携法人への貸付を本部経費の範囲内で認める
(法人レベル) 合併 (施設レベル) 事業譲渡		○ 経営面、資金面も一体になることで、人事制度も含めて一体経営が可能 ○ 経営権、人事制度の変更に付なかるため合意形成に時間を要する。(合併は年間10件程度)	(合併) ・社会福祉法人(事業譲渡) ・限定なし	・参加は法人の自主的判断だが脱退は困難	限定なし	・同一法人であれば資金の融通は可能 ・事業譲渡の資金の融通は事例による

社会福祉連携推進法人について

- 社会福祉連携推進法人は、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として創設し、令和4年4月に施行。
 - 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進。
- ⇒ 社会福祉連携推進法人の設立により、**同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能**となる。

社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)



認定・指導監督

所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のいすれか)

会費等を支払い、社員として参画、社員総会において議決権を行使

社会福祉連携推進業務等を通じた便益を享受

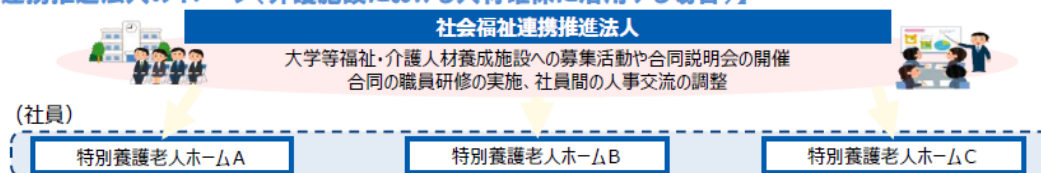
【社員として参画できる法人の範囲】

※ 2以上の法人が参画し、参画する社員の過半数は社会福祉法人であることが必要



※ 各法人は、複数の社会福祉連携推進法人に参画することが可能

【社会福祉連携推進法人のイメージ(介護施設における人材確保に活用する場合)】



⇒ 学生等への訴求力の向上、福祉・介護人材の資質向上、採用・研修コストの縮減が期待

社会福祉連携推進法人及び小規模法人の ネットワーク化による協働推進事業の取組の実例

社会福祉連携推進法人リガーレ（認定所轄庁：京都府）

- ・ 研修
連携法人が共同で確保した専任職員（スーパーバイザー）を中心に、5法人の施設長クラスの職員が研修企画を行い、年間を通じた研修を実施。小さい法人単独では実施が難しい経験別・階層別研修を年間60回余り実施。
- ・ 人材確保共同事業
人材確保のために、各法人に総務部門責任者等で構成される人材確保専任職員と、採用2～3年目の若手職員によるリクルーターを選出し、学生とともに社員法人の施設を巡るバスツアーの企画や就職フェアへの出展、広報ツールの作成、大学・専門学校への訪問、ホームページ作成、リクルーター育成などの取組を実施。さらに、外国人技能実習生の受入も共同で実施。
- ・ スーパーバイザーによる巡回
社員法人が抱える課題について、スーパーバイザーが介入、助言、伴走を実施。具体的には、研修体系の整理やOJTの仕組みづくり、会議体系の整理などを実施。

社会福祉連携推進法人日の出医療福祉グループ（認定所轄庁：兵庫県）

- ・ 業務におけるICT化の推進
業務に使用するIT機器やサービスの調達・導入やインフラ整備、システム導入・開発に至るまで幅広く担当し、業務におけるICT化を迅速かつ安全に提供。
- ・ 一括購入
パソコン、無線機器、業務用スマートフォン、セキュリティソフト等の一括購入を実施。

社会福祉連携推進法人となりの（認定所轄庁：愛知県）

- ・ 法人後見
権利擁護の必要な障がい者や高齢者への支援が不足しているという課題に対し、行政、社会福祉協議会、弁護士、地元企業や地元銀行などの協力の下、家庭裁判所等との綿密な打ち合わせを経て、法人後見を受任。

福祉の魅力発信 阿蘇ネットワーク（事務局本部：熊本県阿蘇市の法人）

- ・ 人材確保・定着活動
HPでの魅力発信や学生のインターンシップ受け入れ、参加法人の職種別の交流会を実施。
- ・ ICT導入支援
参画法人の中でICTに関するノウハウ共有やオンライン会議の環境を整備。

気仙沼市本吉地区小規模法人連携事業協議会（事務局本部：宮城県気仙沼市内の法人）

- ・ 人材確保・育成事業
職員スキルアップ研修を実施し、今後は中堅職員の育成や交流の機会を創出に務める。
- ・ 地域への福祉啓発活動及び地域貢献活動
参画法人の福祉事業所の場所をマップにまとめて地域住民へ配布。こどもの帰宅時間に合わせたゴミ拾い活動を実施。

注「社会福祉連携推進法人、小規模法人のネットワーク化による協働推進事業事例集（2023年度版）」（厚生労働省 令和5年度社会福祉推進事業 社会福祉連携推進法人制度の活用の促進に関する調査研究事業）を基に作成。

協働化・大規模化等による介護経営の改善に関する政策パッケージ

- 介護サービス市場において人材確保が困難となる中、介護施設・事業所が安定的に必要な事業を継続し、地域におけるサービスを確保し、複雑化したニーズに対応するためには、1法人1拠点といった小規模経営について、**協働化・大規模化等による経営改善の取組**が必要。
- こうした経営改善の取組を推進するため、**経営課題への気づき**、**協働化・大規模化等に向けた検討**、**協働化・大規模化等の実施の各段階に即した対策**を講じる。
- すべての介護関係者に**協働化・大規模化等の必要性とその方策**を認識してもらえよう、厚生労働省としてあらゆる機会を捉えて、積極的に発信する。
(厚生労働省HP上に特設ページを開設、関係団体への説明・周知依頼、関係団体機関誌等への寄稿、その他各種説明会の実施等)

①「経営課題への気づき」の段階における支援（選択肢の提示）

- 経営課題や施設・事業所の属性別の協働化・大規模化に係る取組例の作成・周知
- 社会福祉連携推進法人の先行事例集の作成・周知
- 都道府県別の社会福祉法人の経営状況の分析・公表・周知
- 各都道府県に順次（R5～）設置されるワンストップ窓口における相談対応（生産性向上の観点から経営改善に向けた取組を支援）
- よろず支援拠点（中小企業・小規模事業者のための経営相談所）や（独）福祉医療機構の経営支援の周知徹底

②「協働化・大規模化等に向けた検討」段階における支援（手続き・留意点の明確化）

- 第三者からの支援・仲介に必要な経費を支出できることの明確化（※1）（合併手続きガイドライン等の改定・周知）
 - 社会福祉法人の合併手続きの明確化（合併手続きガイドライン等の周知）
 - 社会福祉連携推進法人の申請手続きの明確化（マニュアルの作成・周知）
 - 役員の退職慰労金に関するルール^{（※2）}の明確化（事務連絡の発出）
- ※1 社会福祉法人において合理性を判断の上支出
※2 社会福祉法人について支給基準の客観性をより高めるために算定過程を見直し、支給基準を変更することは可能

③「協働化・大規模化等の実施」段階における支援（財政支援）

- 小規模法人等のネットワーク化に向けた取組への支援
- 事業者が協働して行う職場環境改善への支援（人材募集、合同研修等の実施、事務処理部門の集約等への支援）
- 社会福祉連携推進法人の立上げに向けた取組への支援
- 社会福祉法人の合併の際に必要な経営資金の優遇融資（（独）福祉医療機構による融資）

構成員の意見

- ・ ①介護事業者の連携推進
- ・ ②事業所の大規模化推進
- ・ ③職場環境改善支援
- ・ 3つの論点はいずれも連環しており、「事業所の大規模が進むとスタッフの離職率が下がり（スタッフ数の確保による1人当たり負担軽減など職場環境改善が図れる）、アドミニストレーションコスト（各種の手続きや届け出、請求などのコスト）を軽減し、経営の安定化を図れる」→「いきなりの大規模化（統合など）は難しいため、まずは事業者間の連携を深める」などの流れが考えらる。
- ・ 厚労省は「経営情報をわかりやすく事業者にフィードバックしていく」「職場環境改善や連携推進に向けた公的な相談窓口の設置・拡充を図る」「事業者間連携を推進するためのインセンティブを検討する」などの考えを提示している。
- ・ 検討会構成員からはまず「事務などを担うバックオフィスを地域共同で設立する」などし、直接介護以外の業務負担軽減を始めてはどうか（松田構成員）
- ・ 相談できる身近な公的機関の設置・拡充を期待したい（大山構成員）
- ・ まずは共同化を進める必要がある。そのためには大規模化（統合・合併等）と同等のメリットを共同化にも認めるべきであろう（斉藤構成員）
- ・ 世の中にはデューデリジェンス（合併・統合の対象となる企業や投資先の価値、リスク等の調査）もせずにM&Aを進める仲介業者もある。法的な規制も検討すべきではないか（松原座長代理）
- ・ 事業者自らが大規模化に乗り出すことは難しい面もある。大規模化を進めやすい環境整備などの支援を十分に行うべき（笠木構成員）

パート10

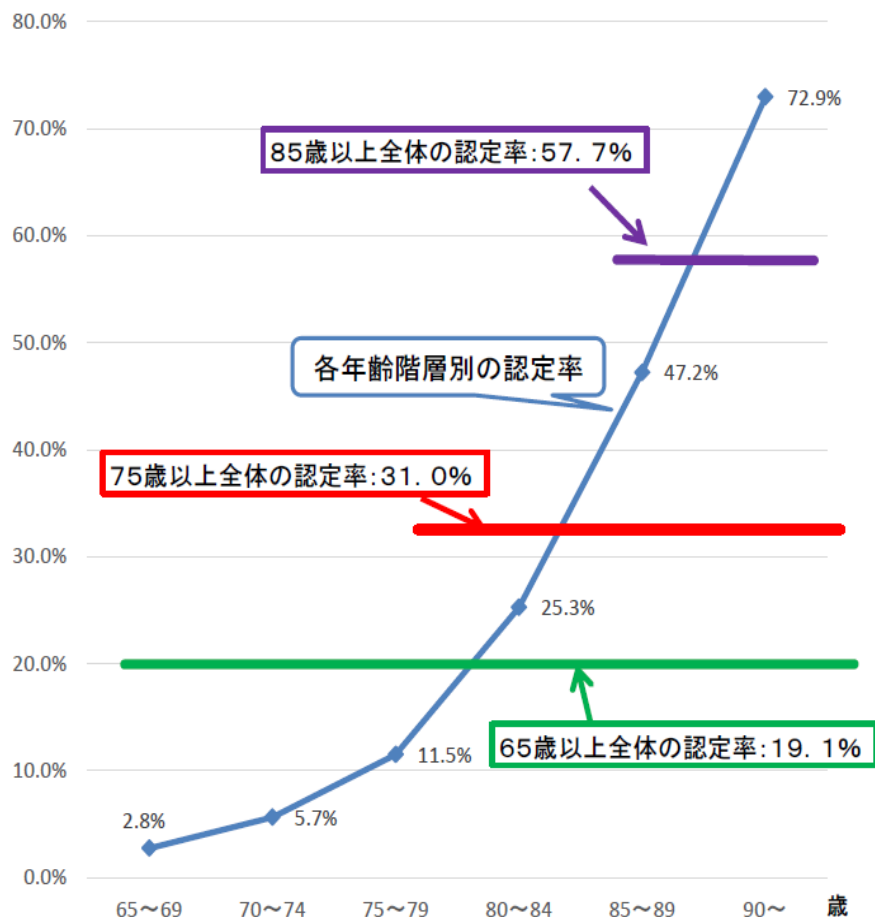
医療介護連携



医療と介護の複合ニーズが一層高まる

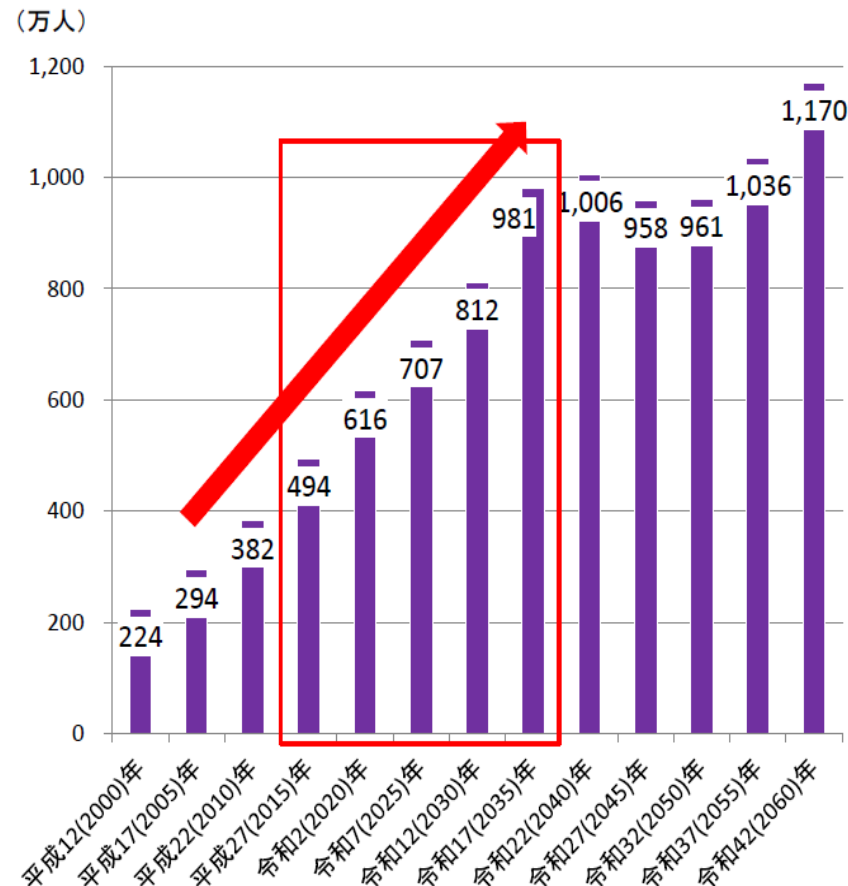
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2023年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
 注)要支援1・2を含む数値。

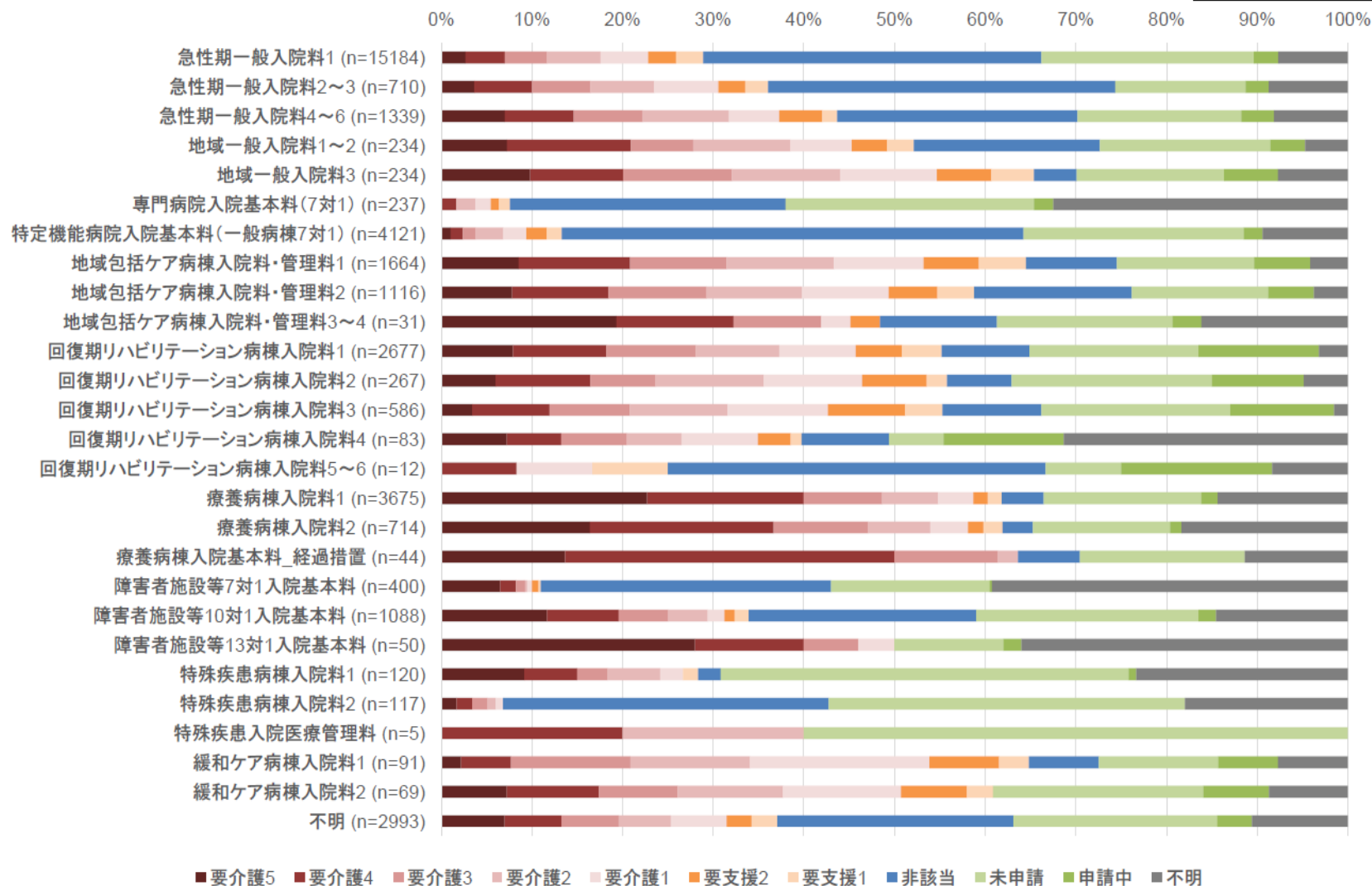
85歳以上人口の推移



出典: 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(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計

入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
5 . 6 . 8



出典: 令和4年度入院・外来医療における実態調査(患者票)

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

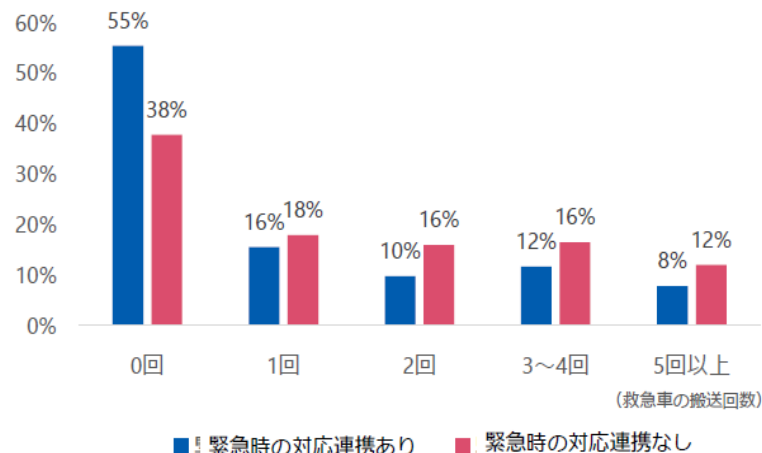
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

(退所者数: 8,018人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	32.0%
その他の社会福祉施設	4.9%
介護老人保健施設	5.6%
介護医療院	16.6%
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



介護老人福祉施設



家庭	100.0%
介護老人福祉施設	2.2%
その他の社会福祉施設	1.9%
介護老人保健施設	0.4%
介護医療院	0.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	23.7%
死亡 ※	69.0%
その他	0.9%
不詳	1.4%

平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

(退所者: 23,106人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	33.6%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	0.9%
介護医療院	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



介護老人保健施設



家庭	100.0%
介護老人福祉施設	36.3%
その他の社会福祉施設	9.1%
介護老人保健施設	3.2%
介護老人保健施設	1.7%
介護医療院	0.1%
介護医療院	0.1%
医療機関	33.3%
死亡 ※	10.6%
その他	5.0%
不詳	0.8%

平均在所日数 309.7日(299.9日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者: 1,184人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	8.2%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%



介護医療院



家庭	100.0%
介護老人福祉施設	7.8%
介護老人福祉施設	3.9%
その他の社会福祉施設	1.7%
介護老人保健施設	9.9%
介護老人保健施設	
介護医療院	
医療機関	19.8%
死亡 ※	52.2%
その他	4.3%
不詳	0.4%

平均在所日数 189.1日

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

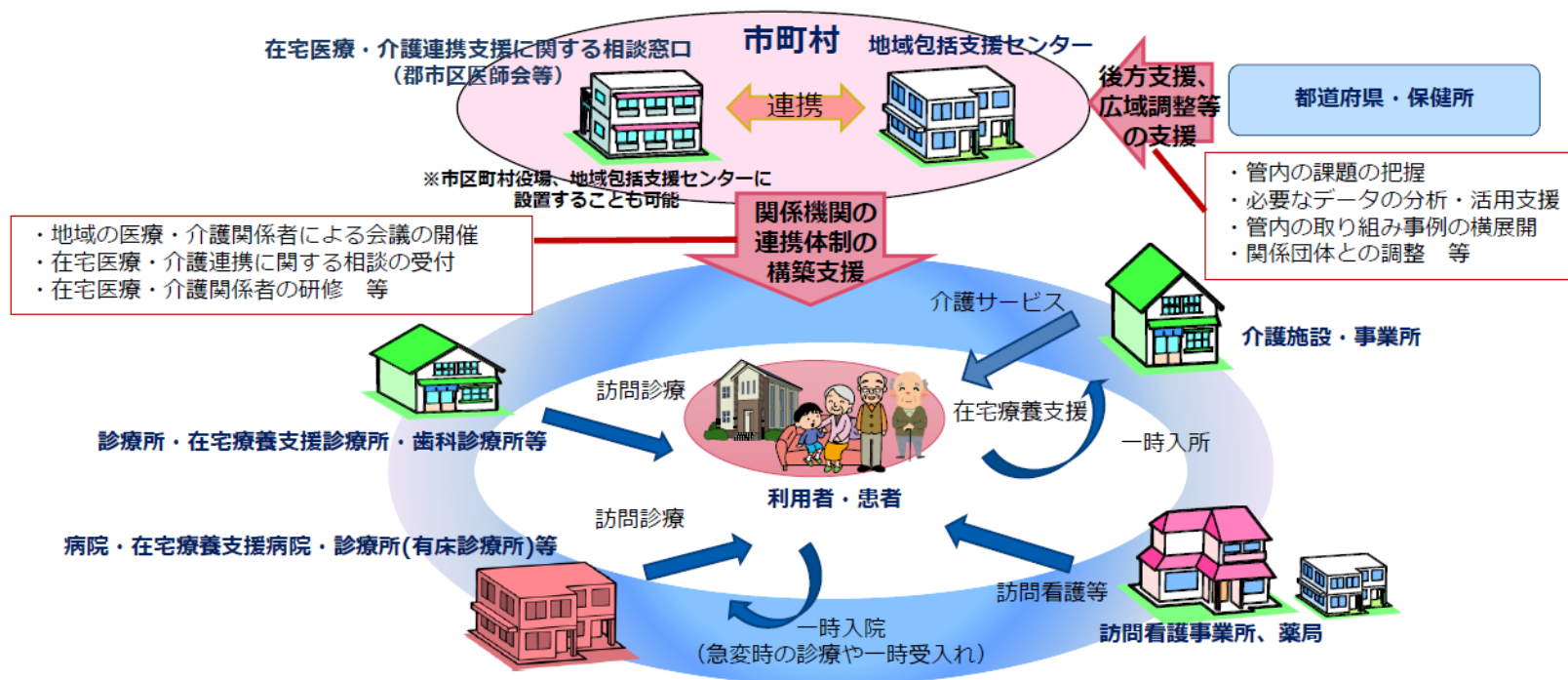
在宅医療・介護連携の推進

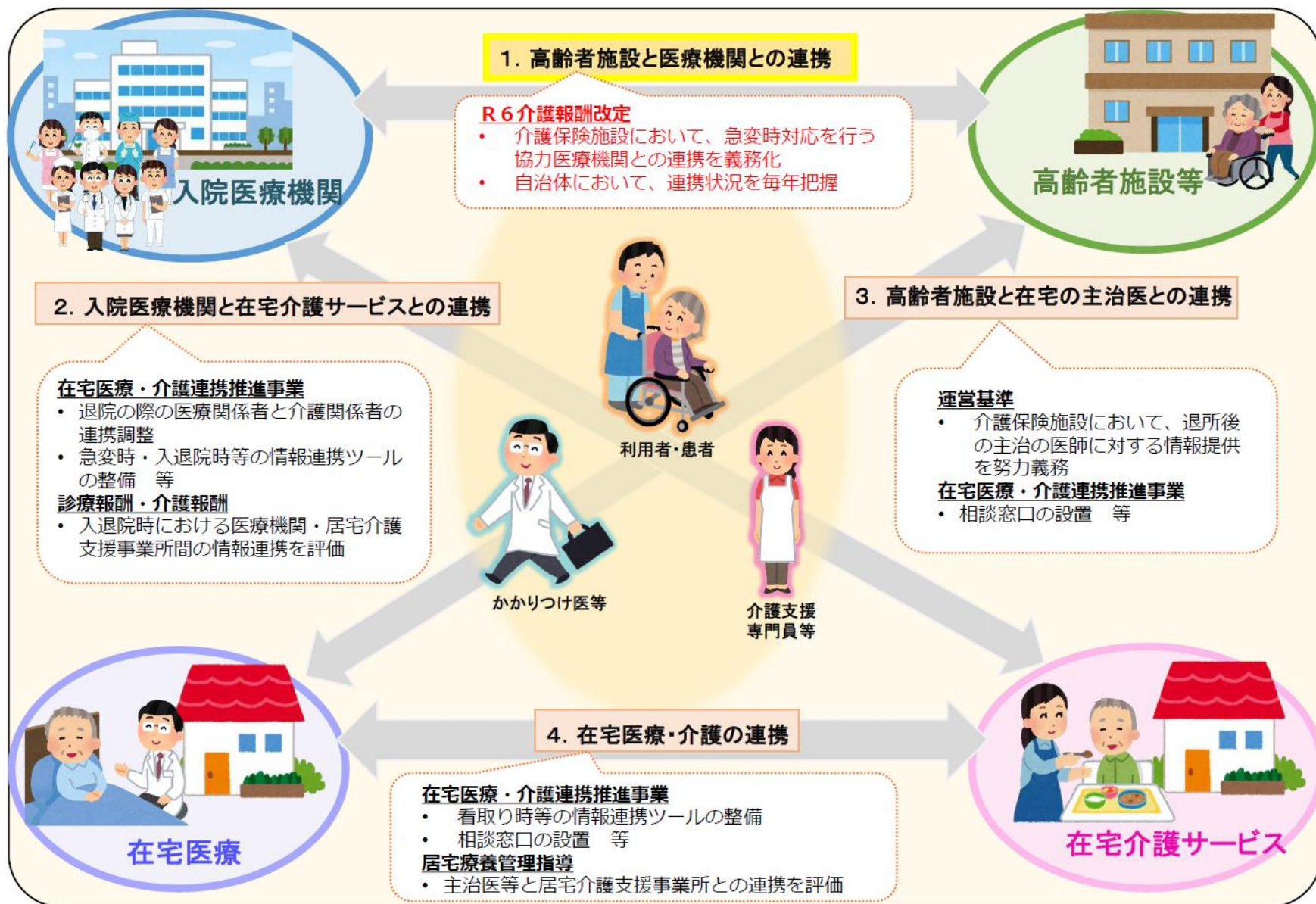
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）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）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。





構成員の意見

- ・介護予防・自立支援の取り組みにより「要介護認定率が低下している」という効果が出ている点を踏まえて、こうした取り組みを強化していく
- ・医療・介護の複合ニーズを抱える要介護高齢者が増加していくことを見据え、中身のある医療・介護連携を推進していく
- ・認知症高齢者の増加を踏まえ、認知症の人・家族が安心して暮らせる「本人や家族が参画した共生社会」の実現に向けて、例えば認知症カフェやピアサポート活動、本人ミーティングなど、認知症の人の幅広い居場所づくりを進めると同時に、医療・介護連携による「認知症の早期発見・早期対応・診断後支援までの体制構築」を図る
- ・例えば在宅要介護者に総合的に訪問対応（訪問看護、訪問介護、居宅療養管理指導など）する「地域包括ケアステーション」のようなものを設立することなどを検討してはどうか（松田構成員）
- ・医療・介護連携がある地域でうまく進んでも、「別の地域で、同じことをそのまましてもうまく進むとは限らない」「キーパーソンがいなくなるとうまく進んでいた地域でも立ち行かなくなってしまう」などの問題点もある点に留意すべきである（池端構成員）
- ・医療・介護連携が進むよう、地域の医療機関と介護施設等とをマッチングしてくれる公的組織を期待したい（大山構成員）
- ・どのような介護予防事業を受け、どのような効果が出たのかなどを科学的に分析し、エビデンスに基づいた介護予防を進めるべき（江澤構成員、斎藤構成員）
- ・介護予防の一環である「通いの場」には、フレイル状態の高齢者は参加が困難である（通えない）。フレイル者にどのように介入していくかを検討することが要介護認定率の低下に向けて重要である（東構成員）

まとめと提言②

- ・ 中山間・離島・半島はすでに2040年
- ・ 規制緩和、複合サービス化、地域密着型がカギ
- ・ 介護職のつなぎ止めには処遇改善が必須
- ・ 介護のICT、AI、ロボット化も必須
- ・ 介護事業者間の連携、合併による大型化
社会福祉連携法人がカギ
- ・ 85歳以上人口増で医療・介護連携が必須

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



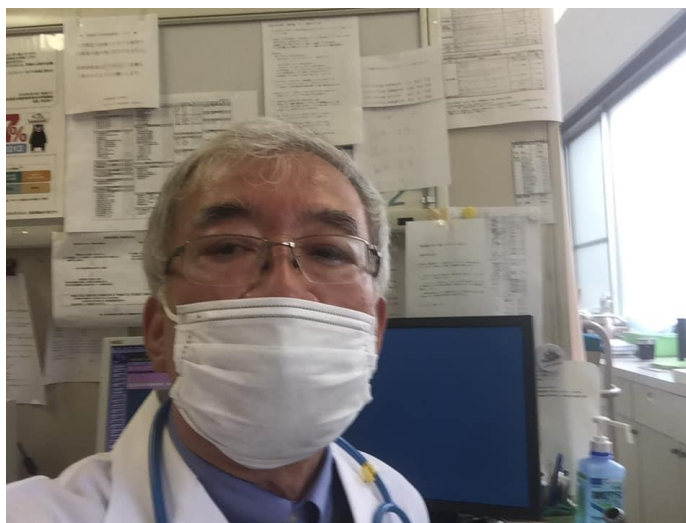
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp