



平成28年8月18日
第2回中国地区 介護老人保健施設大会 in 岡山

地域包括ケアシステムにおける 介護老人保健施設への期待

厚生労働省老健局老人保健課
介護保険データ分析室長

西嶋 康浩

医療分野の最近の動き

(1) 地域医療構想

→ 28年度半ばまでに8割の都道府県での策定予定

① 療養病床等慢性期医療の在り方

～ 検討会における選択肢の整理案 [H28/1/28]

～ 社保審特別部会で議論； 28年内のとりまとめを目指す

② 新公立病院改革ガイドライン [3/31総務省自治財政局長通知]

～ H27・28年度中に策定（H32年度までの期間）

(2) 国民健康保険法等改正法 [H27/5/27成立]

- ・ 都道府県が国保運営に中心的な役割（H30年度～）

医療機能分化・連携、地域包括ケアシステム構築に向けて

医療提供体制

26年医療介護総合確保推進法

病床機能報告制度

(26年10月～)

地域医療構想(27年度～)

地域医療構想調整会議

(27年度～)

地域医療介護総合確保基金

(26年度～)

等

医療保険制度

27年医療保険制度改革

・医療費適正化計画の見直し

○ 地域医療構想と統合的な目標の設定

①医療費の水準に関する目標

②医療の効率的な提供の推進に関する目標

○ 医療費適正化計画のPDCAの強化

・国保の財政運営責任を都道府県に移行

都道府県が、医療提供体制と医療保険の両面から責任を果たす仕組みの構築

＋ 介護保険制度における都道府県の役割の再検討

次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

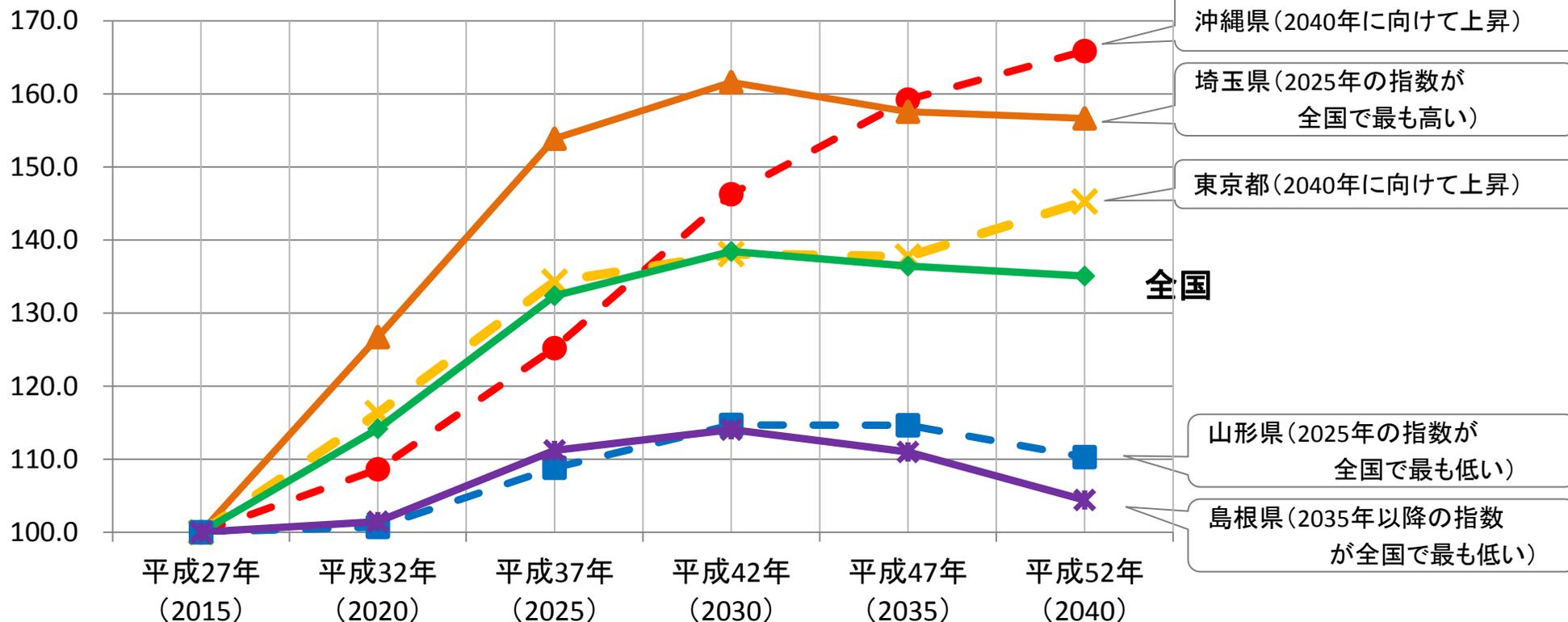
○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)

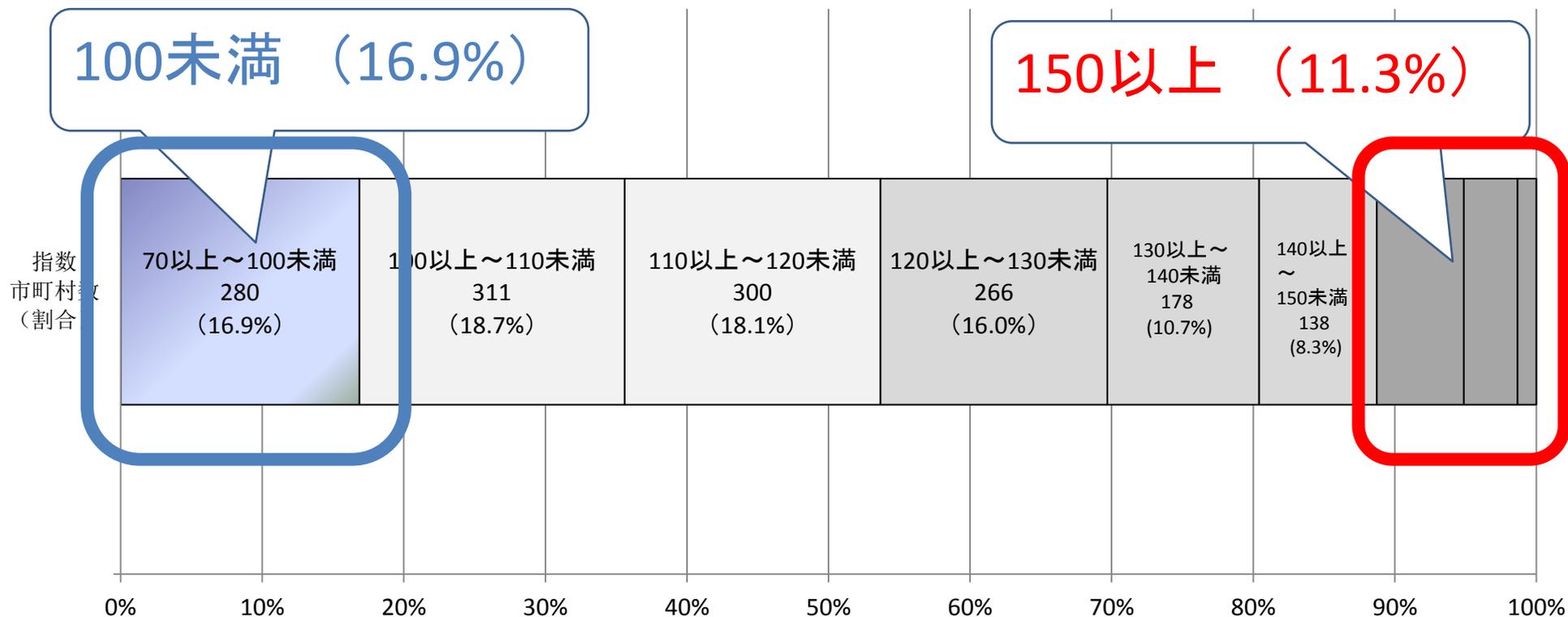


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の伸びに大きな市町村間の差

平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

◆全国計(132.4)



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

30年度

第6次医療計画

第7次計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

総合確保
方針

介護報酬改定

診療報酬改定

総合確保方針

同時改定
(予定)

改正医療法

病床機能報告

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

計画策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進

改正介護保険法

第6期介護保険事業(支援)計画
に位置付けた施策の実施

介護保
険事業
計画基
本指針

計画策定

医療保険制度改革

医療保険制度改革法

平成29年度までに順次準備・実施

新国保

データヘルスの推進

介護老人保健施設とは

(定義:介護保険法第8条)

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針:運営基準)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

期待される役割

- 1) 在宅復帰・在宅療養支援
- 2) 地域包括ケアシステムでの「橋渡し」的役割
- 3) 介護への科学的視点の導入・普及
及び「見える化」

在宅復帰支援機能の評価について

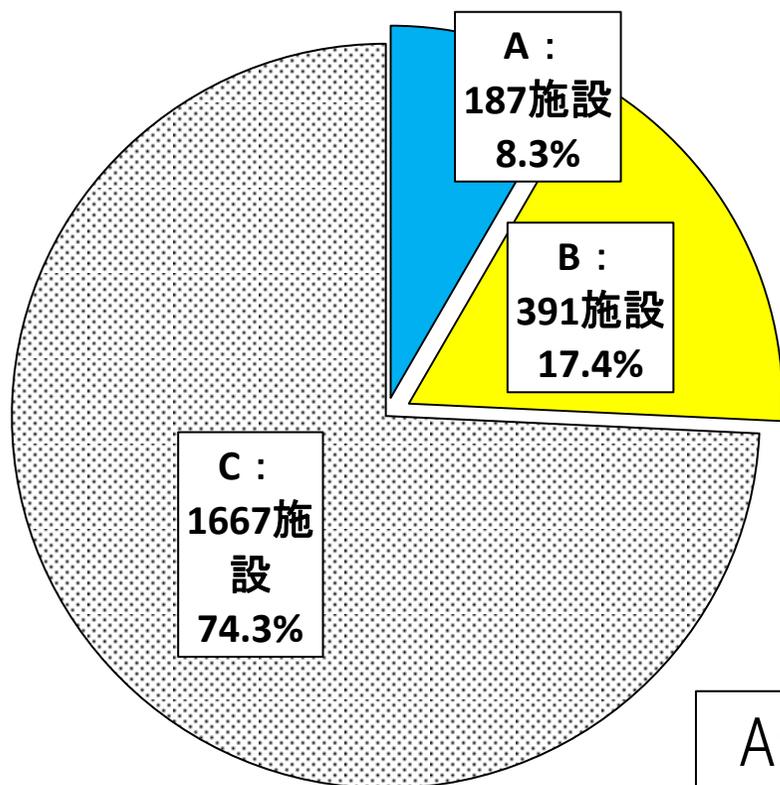
	在宅復帰率	退所後の状況確認	ベッド回転率	重度者割合	リハ専門職
在宅強化型(強化型)	50%超	要件あり	10%以上	要件あり	要件あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設(加算型)	30%超	要件あり	5%以上	要件なし	要件なし
上記以外(通常型)	強化型または加算型の要件を満たさないもの				

評価項目	算定要件
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a: 在宅復帰率 $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6月間の退所者数注2}} > 50\%$ であること。</p> <p>注1: 当該施設における入所期間が1月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を除く。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日注3以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3: 退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</p>
ベッドの回転	$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\%$ であること。 ※平均在所日数の考え方 = $\frac{\text{3月間の入所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$
重度者の割合	<p>3月間のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> a 要介護4・5の入所者の占める割合が35%以上 b 喀痰吸引が実施された入所者の占める割合が10%以上 c 経管栄養が実施された入所者の占める割合が10%以上 <p>のいずれかを満たすこと。</p>
リハ専門職	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

※在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む。

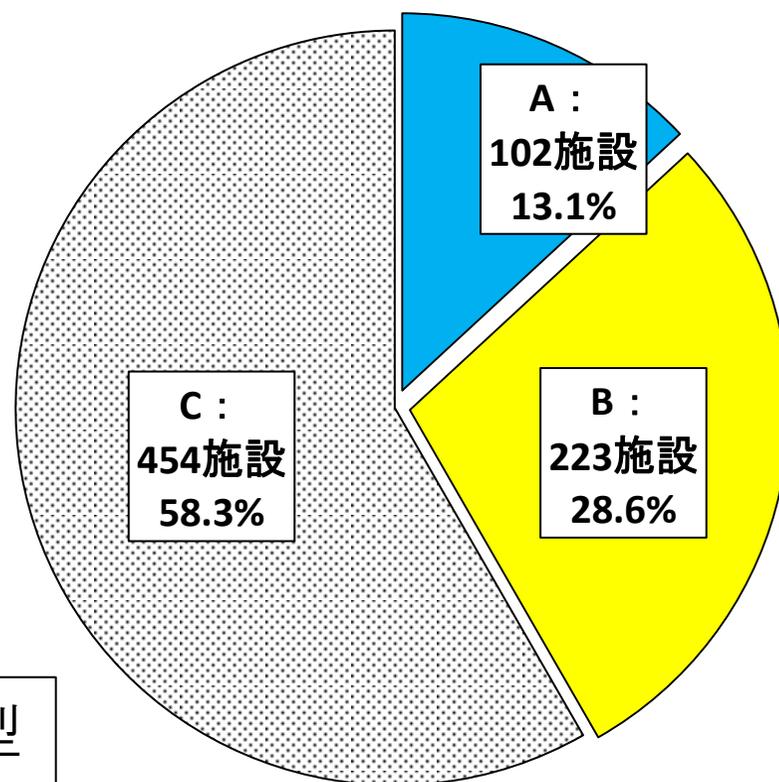
進む「在宅復帰・在宅療養支援」

平成26年6月



調査に回答した老健施設
2,245施設

平成27年10月



調査に回答した老健施設
779施設

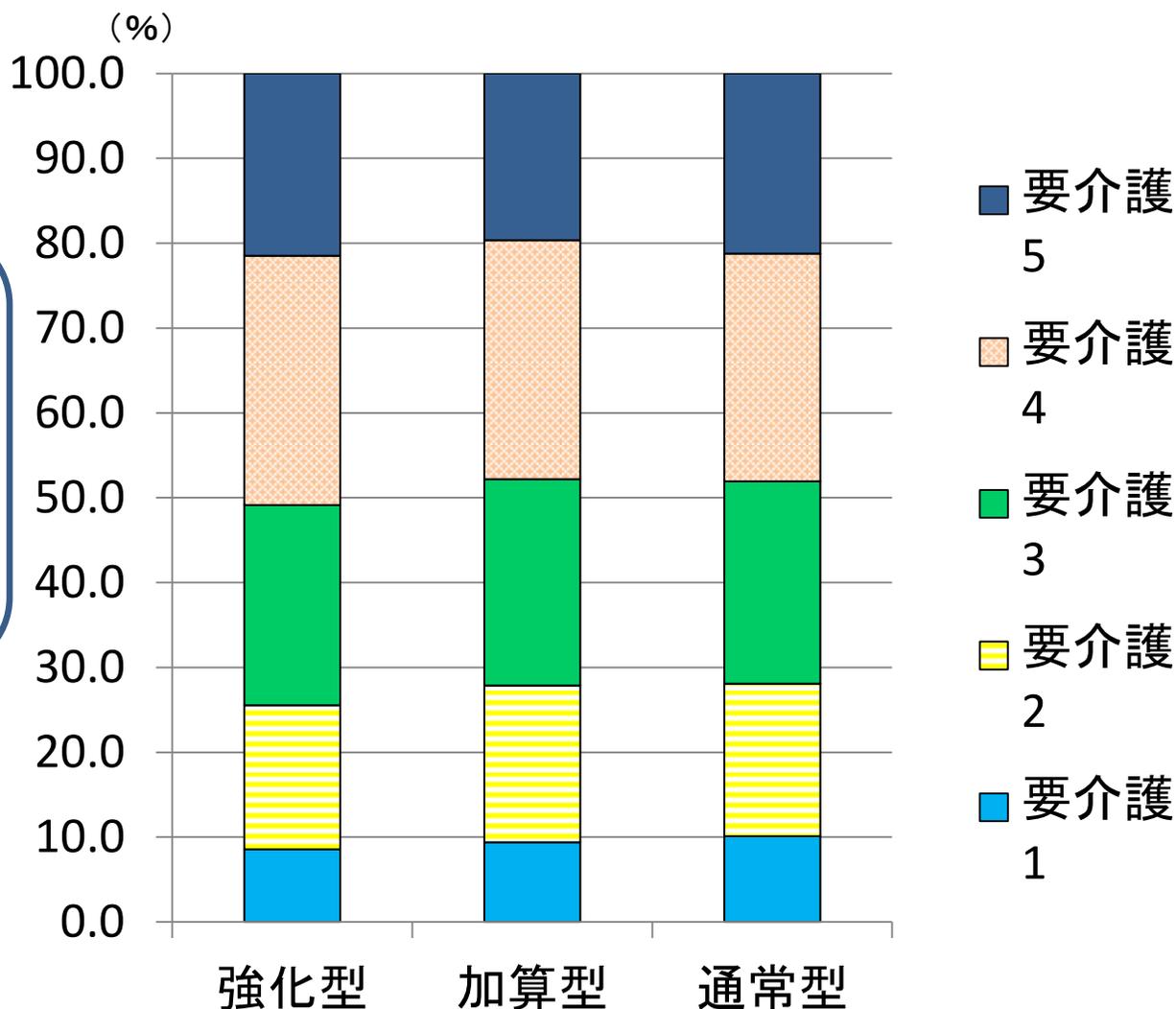
A: 在宅強化型
B: 加算型
C: 従来型

要介護度に大きな差はない

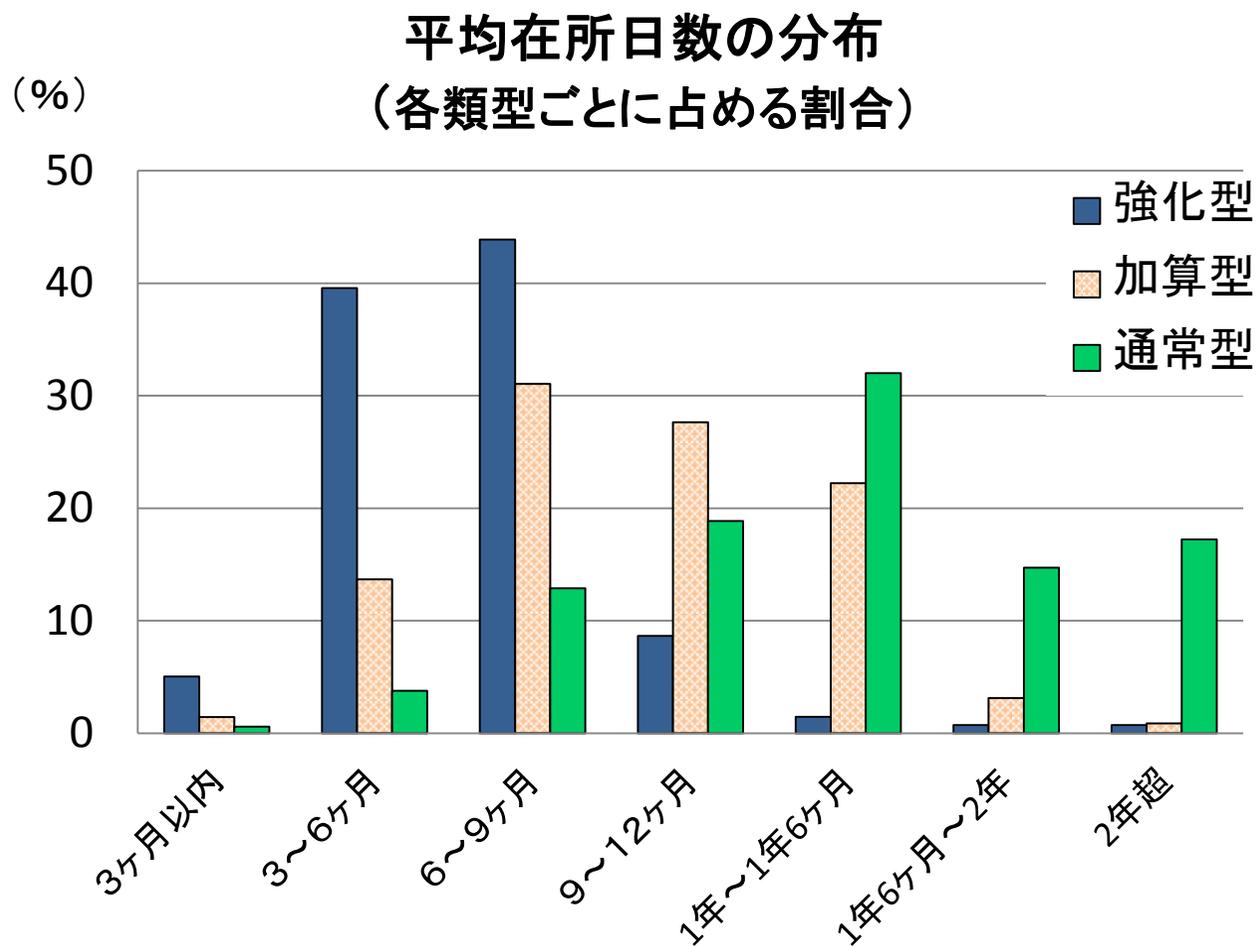
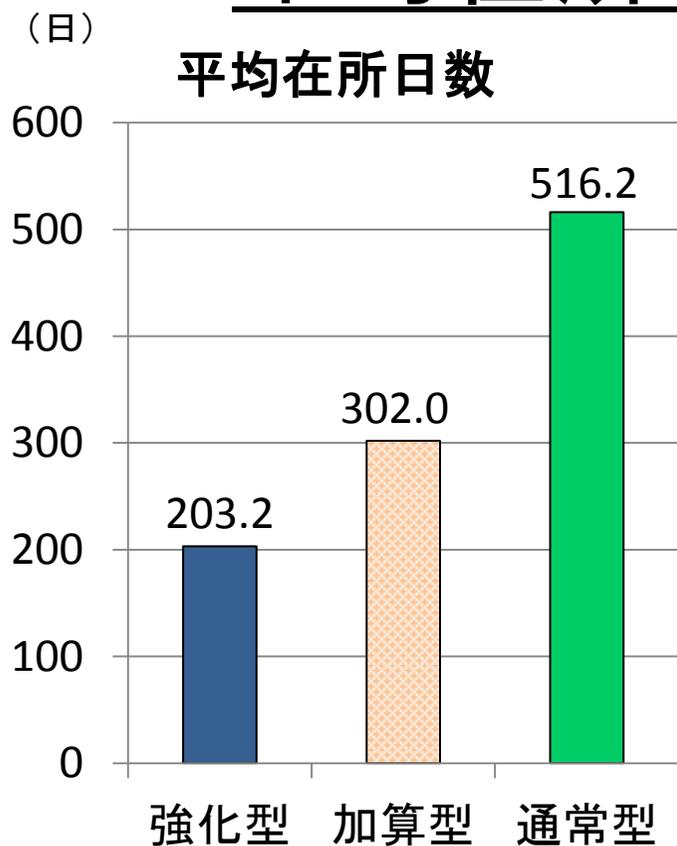
入所者の平均要介護度

※不明、申請中は除く

強化型 (n=145)	3.38
加算型 (n=369)	3.30
通常型 (n=1508)	3.31



平均在所日数の分布に差がある



	強化型	加算型	通常型
(客体数)	139	351	1406
(中央値)	186.8	281.4	427.7

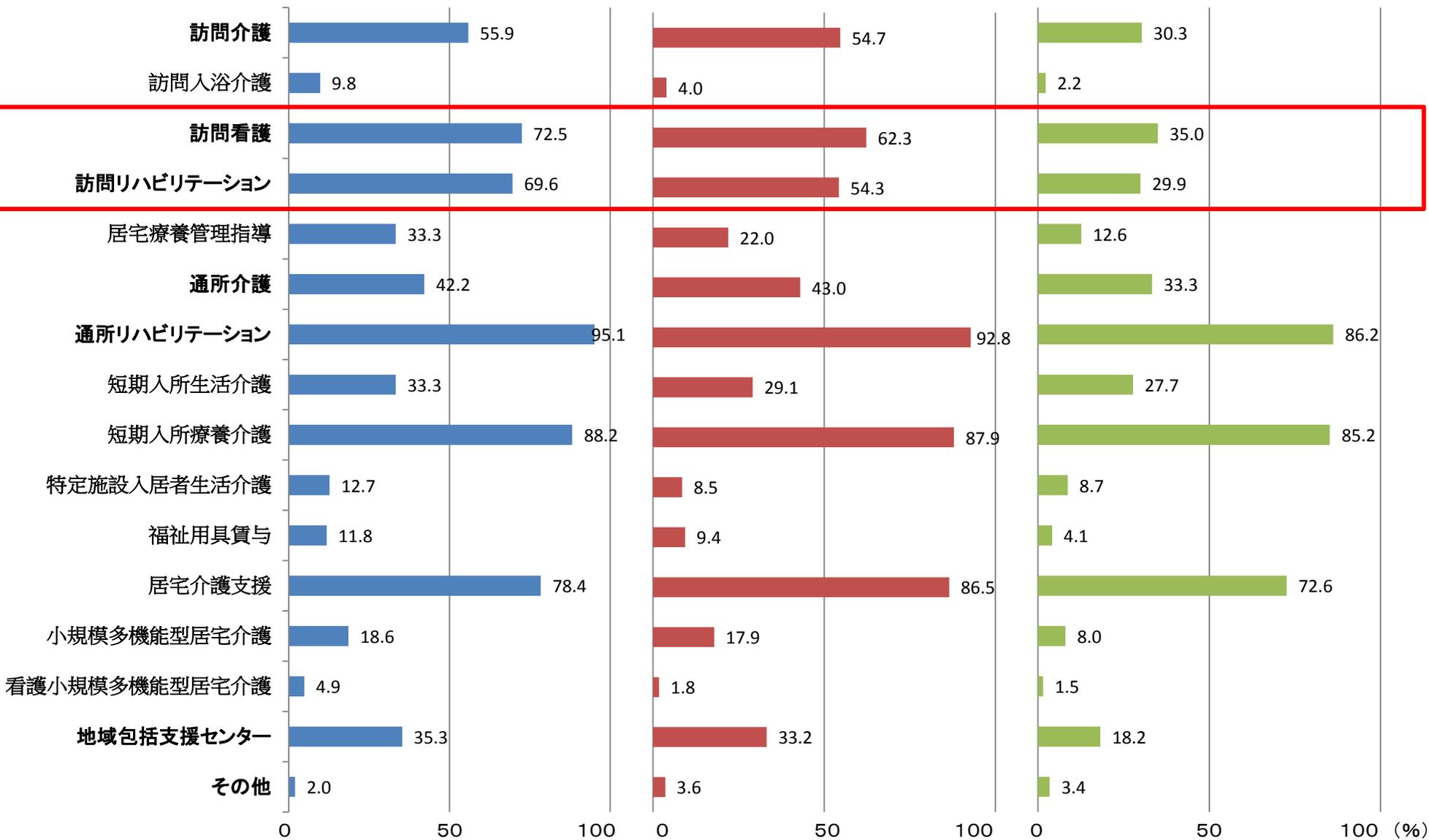
平均在所日数 =
$$\frac{\text{平成25年7月～9月における入所者延べ人数}}{(\text{平成25年7月～9月における入所者数} + \text{平成25年7月～9月における退所者数}) / 2}$$

同一法人が運営する介護サービス

在宅強化型(n=102)

加算型(n=223)

従来型(n=412)



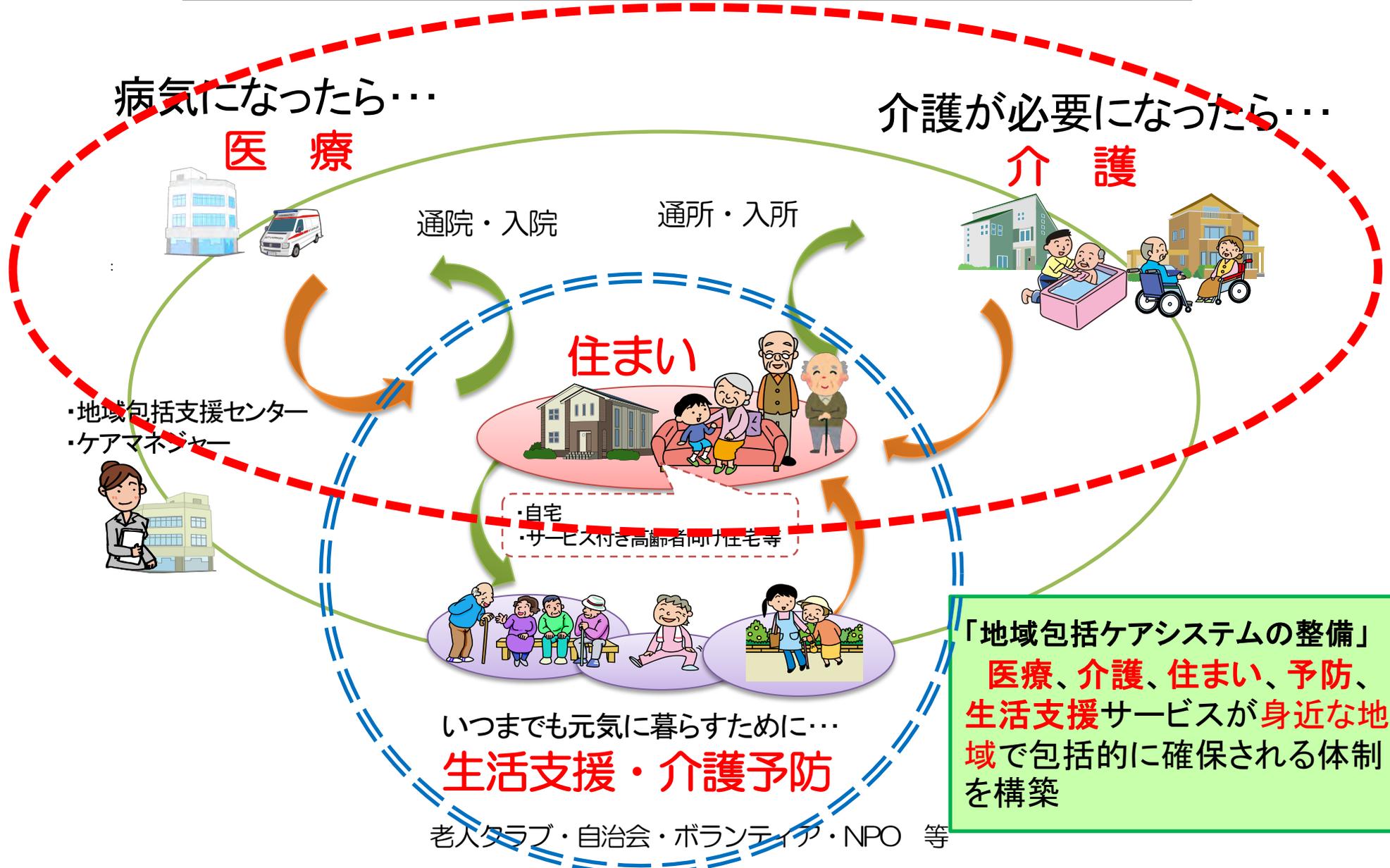
地域包括ケアシステム（社会保障制度改革プログラム法 § 4 ④） （医療介護総合確保促進法 § 2 ①）

地域の実情に応じて
高齢者※が、可能な限り、
住み慣れた地域でその**有する能力**に応じ
自立した生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



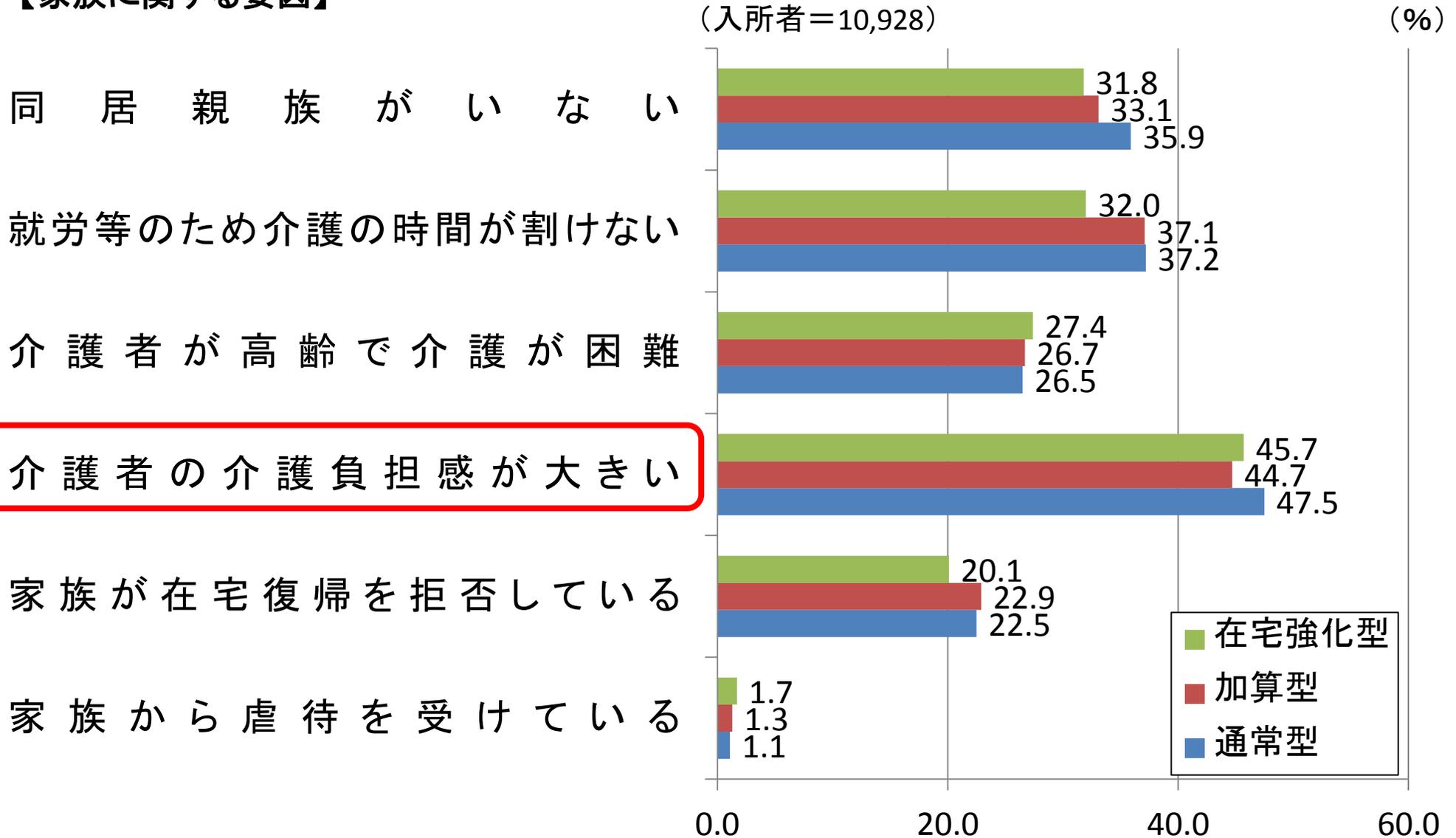
※ 「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」(H27年9月)では、高齢者に加えて、障害者・子ども・引きこもり・障害のある困窮者・若年認知症・難病患者・がん患者など、より広い「地域包括支援体制」を提案。

地域包括ケアシステムの仕組み



対処困難者の在宅復帰阻害要因は？

【家族に関する要因】



短期入所療養介護

短期入所療養介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号第141条))

必要となる人員・設備等

短期入所療養介護を行うことのできる施設は次のとおりであり、必要な人員・設備等は、原則としてそれぞれの施設として満たすべき基準による。

- 介護老人保健施設
- 療養病床を有する病院若しくは診療所
- 診療所

→8割の老健施設が提供

短期入所療養介護利用目的は？

(利用者=8,031)

(%)

介護者、家族のレスパイト

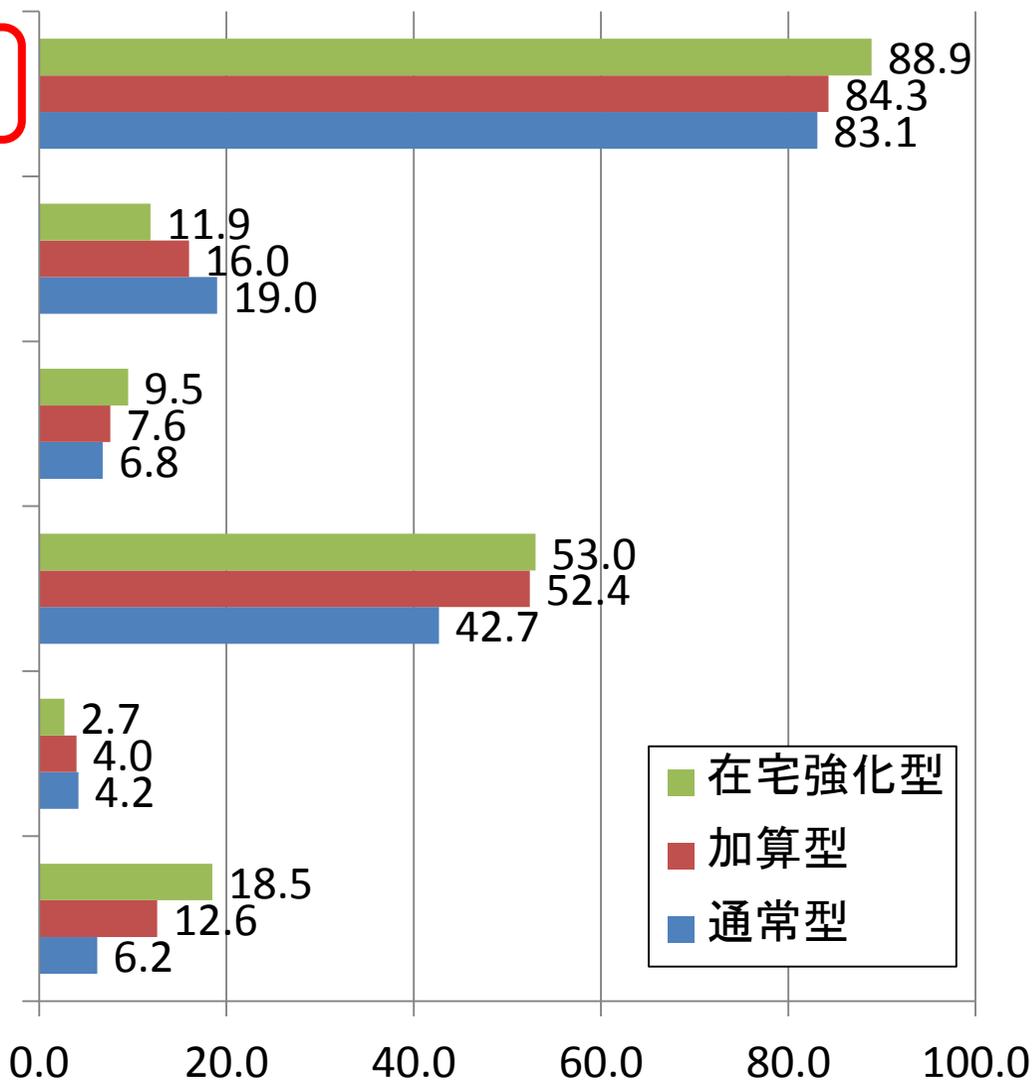
介護者、家族の冠婚葬祭、急病等の一時的入所ニーズ

利用者の医療的対応(慢性期症状)

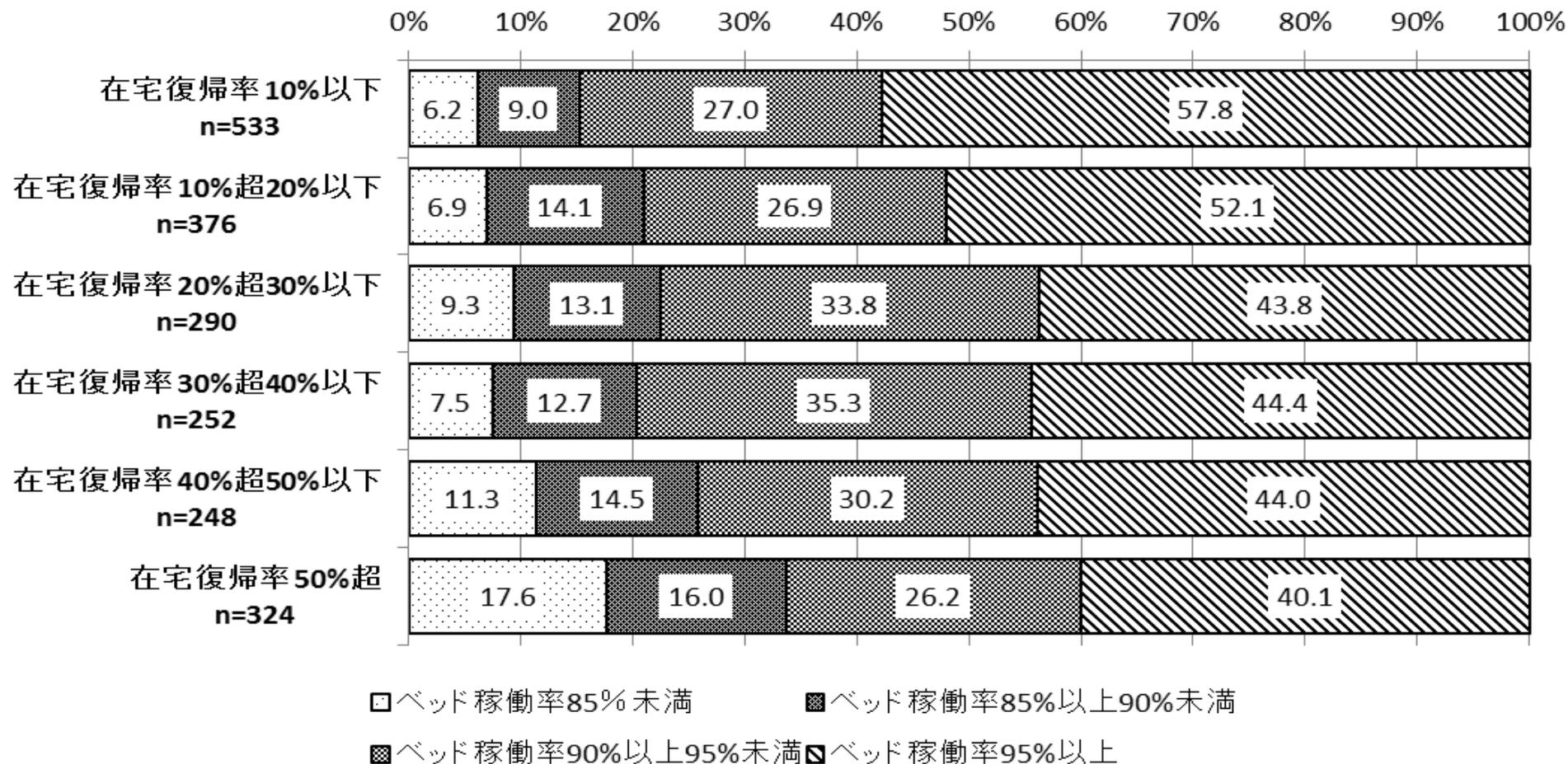
リハビリテーションの実施

介護施設入所への待機

老健施設退所後の在宅介護支援の一環



在宅復帰率の高い施設は、ベッド稼働率が低い



⇒ 在宅復帰率の高い施設は、短期入所療養介護に使えるベッドが多い

介護老人保健施設

- ・リハビリテーション
- ・一定程度の医療
- ・看取り・ターミナルケア



医療機関（病院・診療所）



・老健に入所
・他科受診

療養・リハビリ・薬剤
等に関する情報

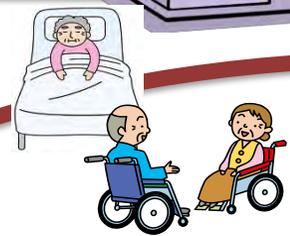
連携



かかりつけ医等

通院・訪問診療等

ケアマネジャーが調整

・通所リハビリテーション
・訪問リハビリテーション
・短期入所療養介護

居宅への退所
(在宅復帰)

その他の介護サービス
・デイサービス
・ホームヘルパー等



サービス利用
(在宅療養支援)

住まい

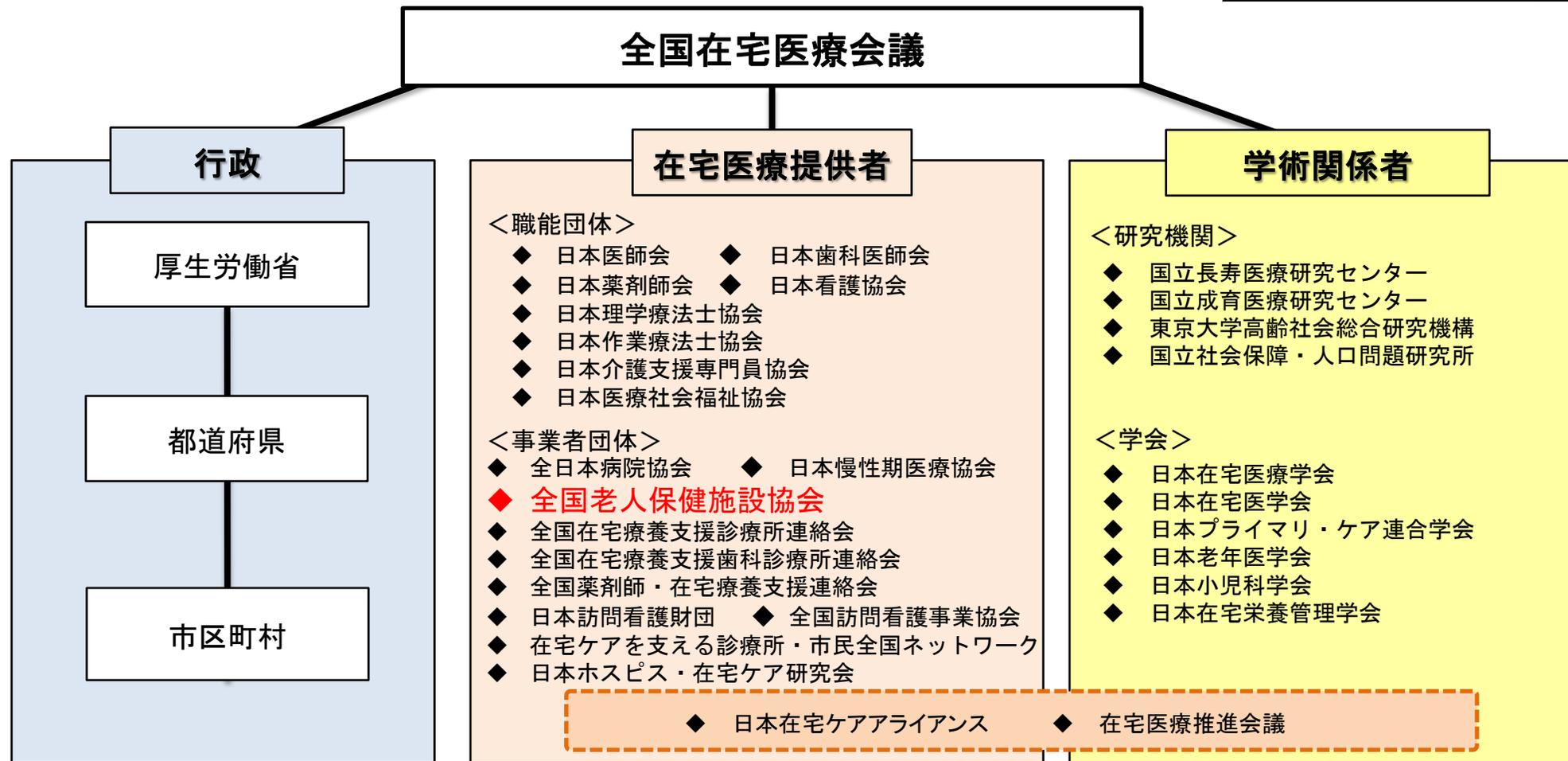


・自宅
・サービス付き高齢者向け住宅等

活動と参加



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等



■ 全国在宅医療会議の目的

地域包括ケアシステムを支える在宅医療の推進を目的として、全国レベルで在宅医療提供者、学術関係者、行政が、それぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的な活動をしていくための基本的な考え方を共有する。

< 基本的な考え方（案） >

1. 在宅医療に係る対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し、関係者が一体となって対策を展開する。
2. 在宅医療の普及の前提となる国民の理解を醸成するため、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を図る。
3. エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、関係者の連携によるエビデンスの蓄積を推進する。

新しい地域支援事業の全体像

<従前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 22%
2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%
都道府県 19.5%
市町村 19.5%
1号保険料 22%

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
○二次予防事業
○一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

従前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1～2、それ以外の者)
○介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス(配食等)
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
○一般介護予防事業

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
(左記に加え、地域ケア会議の充実)
○在宅医療・介護連携の推進
○認知症施策の推進
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
○生活支援サービスの体制整備
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

地域支援事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業

【事業項目】

- ・ 各市区町村は、原則として全ての項目を実施
- ・ 事業項目の一部を郡市区医師会等に委託することも可能。

ア 地域の医療・介護サービス**資源の把握**

イ 在宅医療・介護連携の**課題の抽出と対応策の検討**

ウ **切れ目のない**在宅医療と介護サービスの**提供体制の構築**推進

エ 医療・介護関係者の**情報共有**の支援

オ 在宅医療・介護連携に関する**相談支援**

カ 医療・介護関係者の**研修**

キ 地域住民への**普及啓発**

ク 在宅医療・介護連携に関する**関係市区町村の連携**

市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組(ア)～(ク)毎の実施状況

(n=1,741)

	実施していない	年度内に実施予定	実施している
(ア)地域の医療・介護の 資源の把握	699 (40.1%)	375 (21.5%)	667 (38.3%)
(イ)在宅医療・介護連携の 課題の抽出と対応策の検討	736 (42.3%)	247 (14.2%)	758 (43.5%)
(ウ) 切れ目のない 在宅医療と在宅介護の 提供体制の構築 推進	1229 (70.6%)	179 (10.3%)	333 (19.1%)
(エ)医療・介護関係者の 情報共有 の支援	1093 (62.8%)	214 (12.3%)	434 (24.9%)
(オ)在宅医療・介護連携に関する 相談支援	1277 (73.3%)	80 (4.6%)	384 (22.1%)
(カ)医療・介護関係者の 研修	851 (48.9%)	218 (12.5%)	672 (38.6%)
(キ)地域住民への 普及啓発	979 (56.2%)	246 (14.1%)	516 (29.6%)
(ク)在宅医療・介護連携に関する 関係市区町村の連携	1085 (62.3%)	118 (6.8%)	538 (30.9%)

在宅医療・介護連携推進事業の事業委託、共同実施、都道府県の支援状況 (n=1,390)

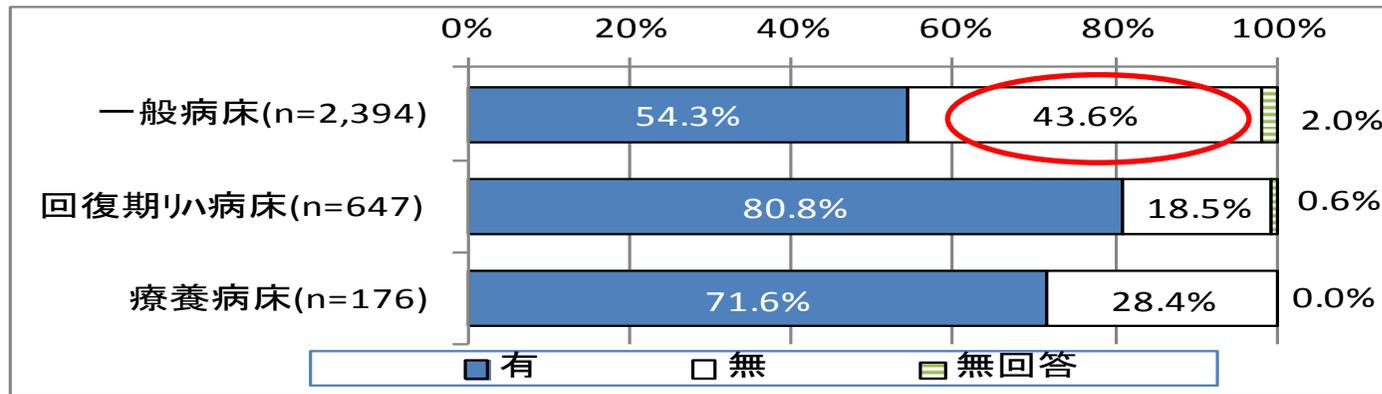
事業委託あり(予定を含む)	共同実施あり(予定を含む)	都道府県(保健所)の支援あり
420 (30.2%)	592 (42.6%)	704 (50.6%)

※ 調査対象 全国1,741 市区町村 調査時期 平成27年9月(平成27年8月1日現在の状況)

入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

○居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。

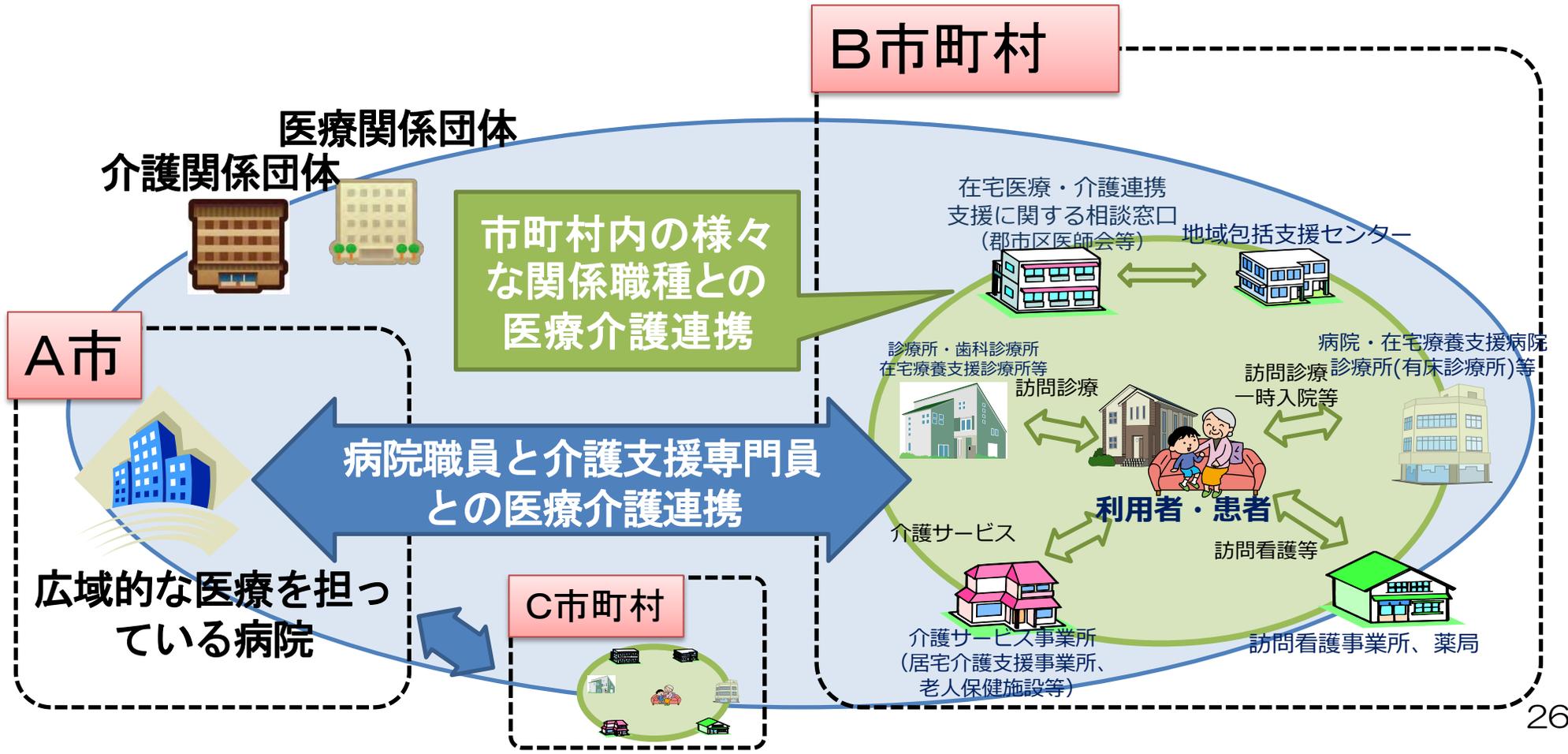


介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

課題

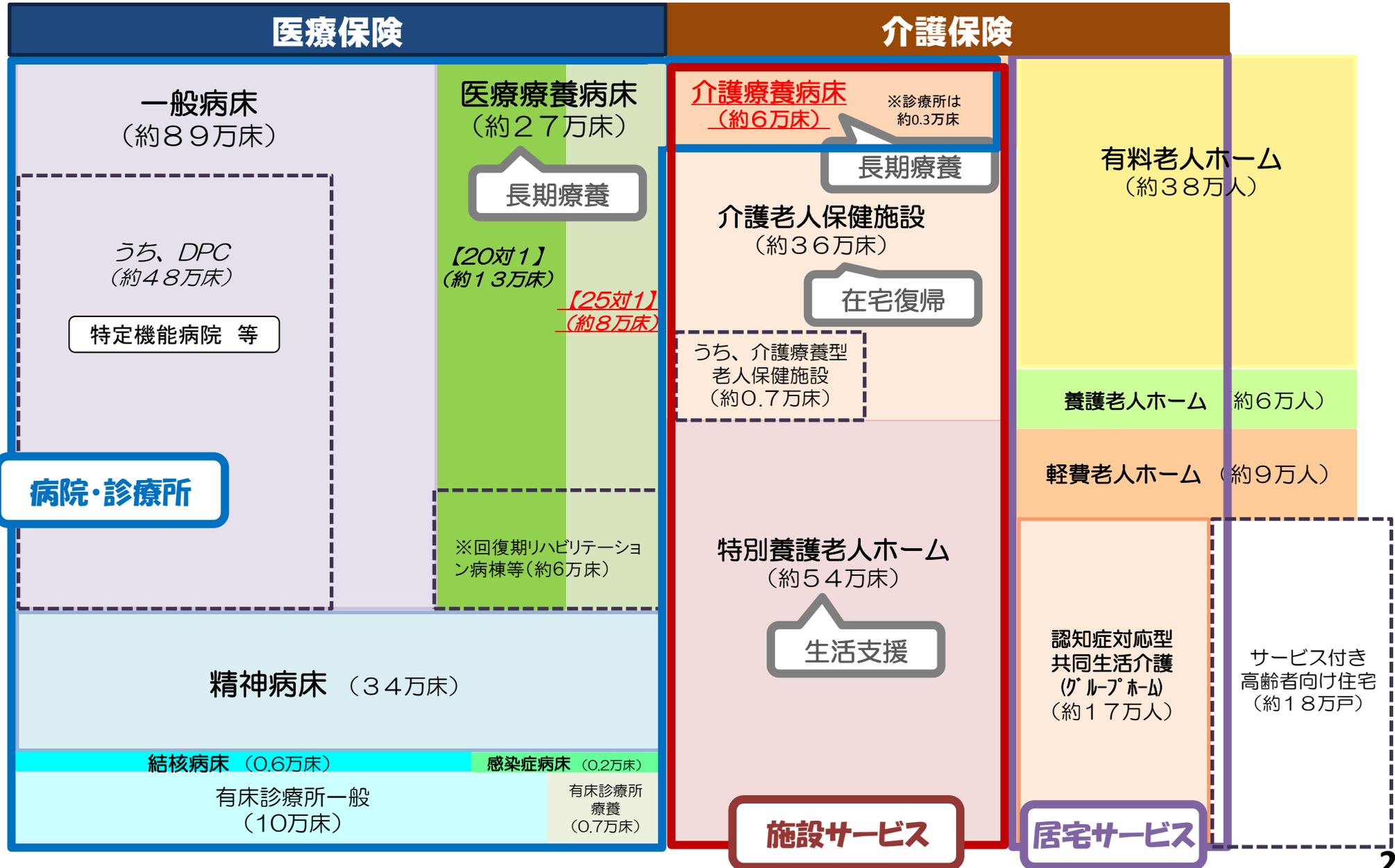
- 入院時**
- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
 - ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)
- 退院時**
- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援～要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
 - ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援～要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

二つの「医療・介護連携」



二次医療圏等

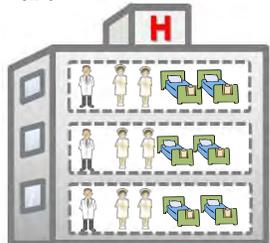
医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



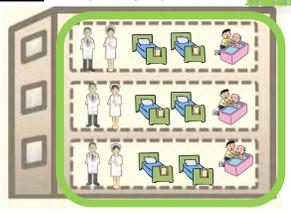
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



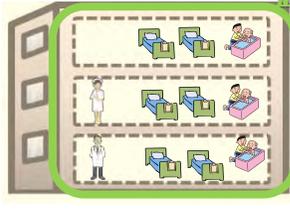
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例

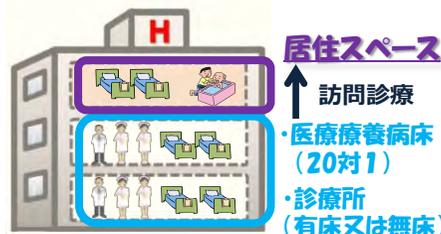


医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案2) 医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**

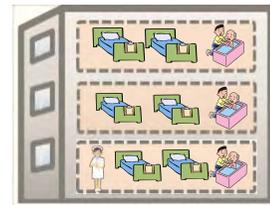


- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の 特定施設入居者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



○医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

健康・医療戦略 (平成26年7月22日閣議決定)

2. 各論

(2) 健康・医療に関する新産業創出及び国際展開の促進等に関する施策

1) 健康・医療に関する新産業創出

ア) 新事業創出のための環境整備

○ ICT システムの整備

- ・ 介護・医療の関連情報を国民も含めて広く共有（見える化）するためのシステム構築等を推進するとともに、地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携を推進する。

「見える化」は国家戦略として推進している。

介護・医療関連情報の「見える化」の推進（イメージ）

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する

Input（情報入力元）



データ集計。

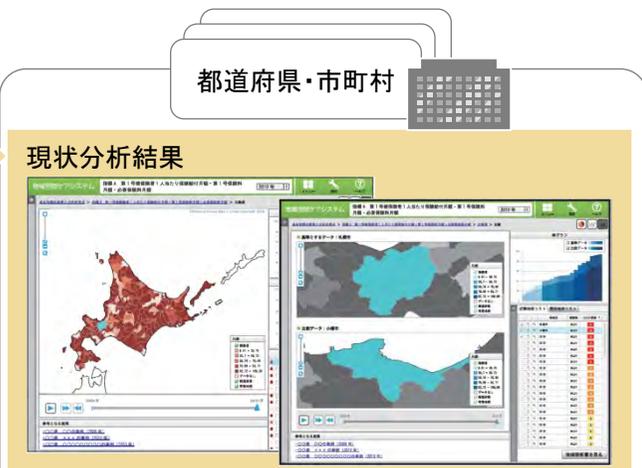
- 国勢調査等
公的統計情報
- 厚生労働省
老健局
- NDB
- 調査研究等
- ⋮

地域包括ケア「見える化」システム

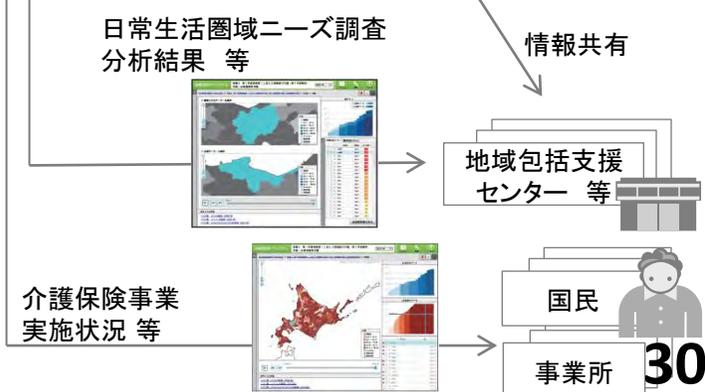
システム機能	
現状分析	現状分析・課題抽出に有効な指標群を随時自動的に算出・提供
	指標群の解釈・課題抽出のポイント等の助言
	日常よく活用する指標群等の保存
	地域資源の位置情報・基本情報の提供
施策検討	GIS・グラフ等によって直感的に分析
	ベストプラクティス事例等を検索・閲覧
将来推計	サービス見込み量、保険料等の将来推計 将来推計の考え方、適切に推計するための留意点等の助言
実行管理	計画値と実績値の乖離状況の管理、地域間比較等の分析

データ項目 大分類	
1	要介護認定情報
2	介護保険レセプト情報
3	日常生活圏域ニーズ調査情報
4	地域別推計人口
5	公的統計 小地域メッシュ情報
6	調査研究結果データ
7	医療保険レセプト情報
8	施策情報
...	...

Output（情報利活用）



見える化。



地域包括ケア「見える化」システムの目的

都道府県

市町村

介護保険事業支援計画担当

医療施策担当

介護保険事業計画担当

在宅医療介護連携施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

保健所

連携促進

地域包括支援センター

地域包括ケア「見える化」システム

自治体・国民
共通機能

介護・医療の現状分析・課題抽出支援

課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援

自治体向け
機能

介護・医療関連計画の実行管理支援

介護サービス見込み量等の将来推計支援(7期以降)

国民

地域包括ケア「見える化」システムの機能

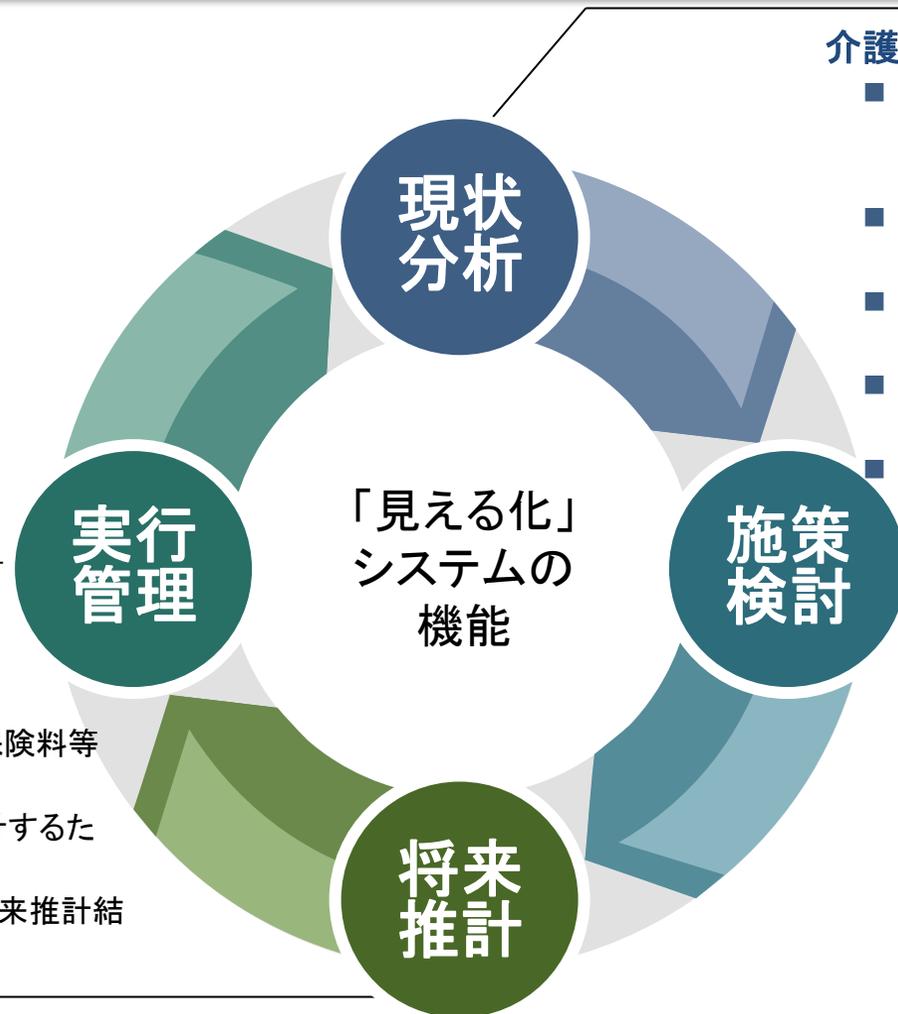
- 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「介護サービス見込み量等の将来推計支援」「介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する。

介護・医療関連計画の実行管理支援

- 介護・医療関連計画における将来推計結果、定量目標値等(計画値)の登録機能
- 計画値と実績値の乖離状況の管理、地域間比較等の分析機能

介護サービス見込み量等の将来推計支援

- 介護サービス見込み量、介護保険料等の将来推計機能
- 将来推計の考え方、適切に推計するための留意点等の助言機能
- 国・都道府県による市町村別将来推計結果の集計・分析機能



介護・医療の現状分析・課題抽出支援

- 公的統計及びレセプト情報等から現状分析・課題抽出に有効な指標群を随時自動的に算出・提供する機能
- 提供される指標群の解釈・課題抽出のポイント等の助言機能
- 日常よく活用する指標群等を保存しておく機能
- 介護サービス事業所、医療機関等の地域資源の位置情報・基本情報の提供機能
- 提供される情報をGIS・グラフ等によって直感的に分析可能な機能

取組事例の共有・施策検討支援

- 現状分析から抽出された課題、地域特性等の条件を設定して柔軟に先進的取組事例、ベストプラクティス事例等を検索・閲覧可能な機能

地域包括ケア「見える化」システム 各リリースで公表した指標

リリース	リリース年月	基本的な考え方	具体的な指標
プロトタイプ	平成26年4月	・保険者のみが閲覧できる試行版	
1.0次リリース	平成27年7月	・「現状分析」、「取組事例」機能	・人口、高齢化率、高齢者数 ・人口、認定者数、要介護認定率の推移 等
1.3次リリース	平成27年10月	・「現状分析」の機能の強化	・要介護度別認定者数、認定率 ・第1号被保険者あたりの給付月額 等
1.5次リリース	平成28年2月	・都道府県、保険者のみが閲覧できる「実行管理」機能	・サービス別の受給率 ・受給者1人あたりの給付月額 等
2.0次リリース	平成28年7月	・DBから集計した調整済み指標を公表 ・保険者のみが作成できる「将来推計機能(操作練習用の推計ツール)」機能	・調整済み指標 ・介護人材の需給推計結果 ・在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 ・操作練習用の推計ツール 等 ・地域医療構想関連
3.0次リリース	平成29年3月	・保険者のみが作成できる「将来推計機能(第7期計画用の推計ツール(暫定版))」機能	・サービス別定員 ・第7期計画用の推計ツール(暫定版) 等

リリース済

今後検討

1. ポータル画面

「見える化」システムのログインURL: <http://mieruka.mhlw.go.jp/>

ポータル - Internet Explorer

地域包括ケア 「見える化」システム

印刷 よくある質問を見る ヘルプを見る お問い合わせをする ログイン: USER0001 ログアウト

現状分析 取組事例

東京都 江東区

1 2 3

グラフが表示されない場合

江東区の人口の推移

江東区の高齢化率の降順
(2010年10月時点)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者
(2025年の推計値)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者
(2040年の推計値)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者

江東区の介護費用額の推移

江東区の第1号被保険者1人1月あたりの費用額の降順
(平成27年3月末時点)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者

江東区の要支援・要介護認定者数、要支援要介護認定率の推移

江東区の認定率の降順
(平成27年5月末時点)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者

江東区の保険料額の推移

江東区の必要保険料額の降順
(平成27年3月末時点)
東京都内 8番目/50保険者
全国 100番目/1579保険者

拡大されたグラフ画像が表示される。この画面から画像や解説文のダウンロードも可能。

○ポータル画面では、自分の所属する自治体について、介護保険事業を概観するための基本指標を閲覧可能である。

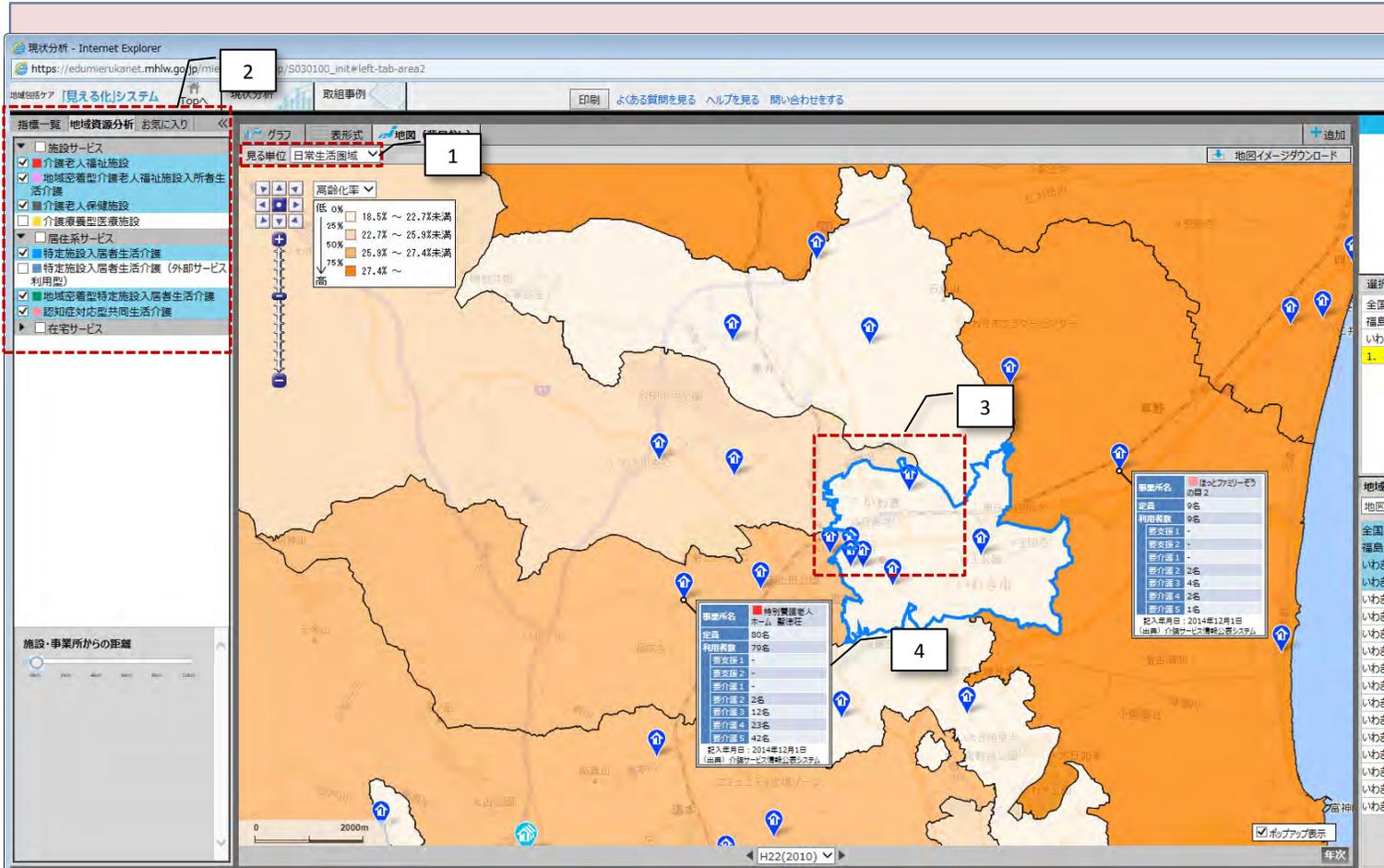
1: 選択した都道府県(※)または保険者の指標データを表示。全ての都道府県、保険者から選択が可能。

※都道府県単位の指標データを表示させる場合は保険者の欄で「-----」を選択します。

2: 人口の推移、認定者数・認定率の推移、介護費用額の推移、保険料額の推移の4つのグラフを表示。

3: 各指標について降順で並べた際の順番(※)を表示。※全保険者、同一都道府県内保険者内での順番となる。

2. 現状分析（地域資源分析）



○地図上に介護サービス施設・事業所がアイコンで表示される。背景のオレンジ色でリスク情報（高齢化率等）を表示したうえで、地域資源を重ねあわせて閲覧することが可能。

1 : 1.3次リリース以降、「日常生活圏域」の設定が可能となるため、設定後は日常生活圏域単位で一部の指標値が表示される。

2 : 「地域資源分析」のタブから表示したい介護保険サービスを選択可能。

3 : アイコンにより位置情報を表示。

4 : アイコンをクリックすると当該施設・事業所の定員や利用者数(要介護度別)等、最新情報を表示。

期待される役割

- 1) 在宅復帰・在宅療養支援
- 2) 地域包括ケアシステムでの「橋渡し」的役割
- 3) 介護への科学的視点の導入・普及
及び「見える化」

⇒ 地域において顔の見える関係を