

# **在宅医療・介護連携推進事業及び 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見 (参考資料)**

## **I.背景**

# 1. 総論

## (人口・世帯構成の変化)

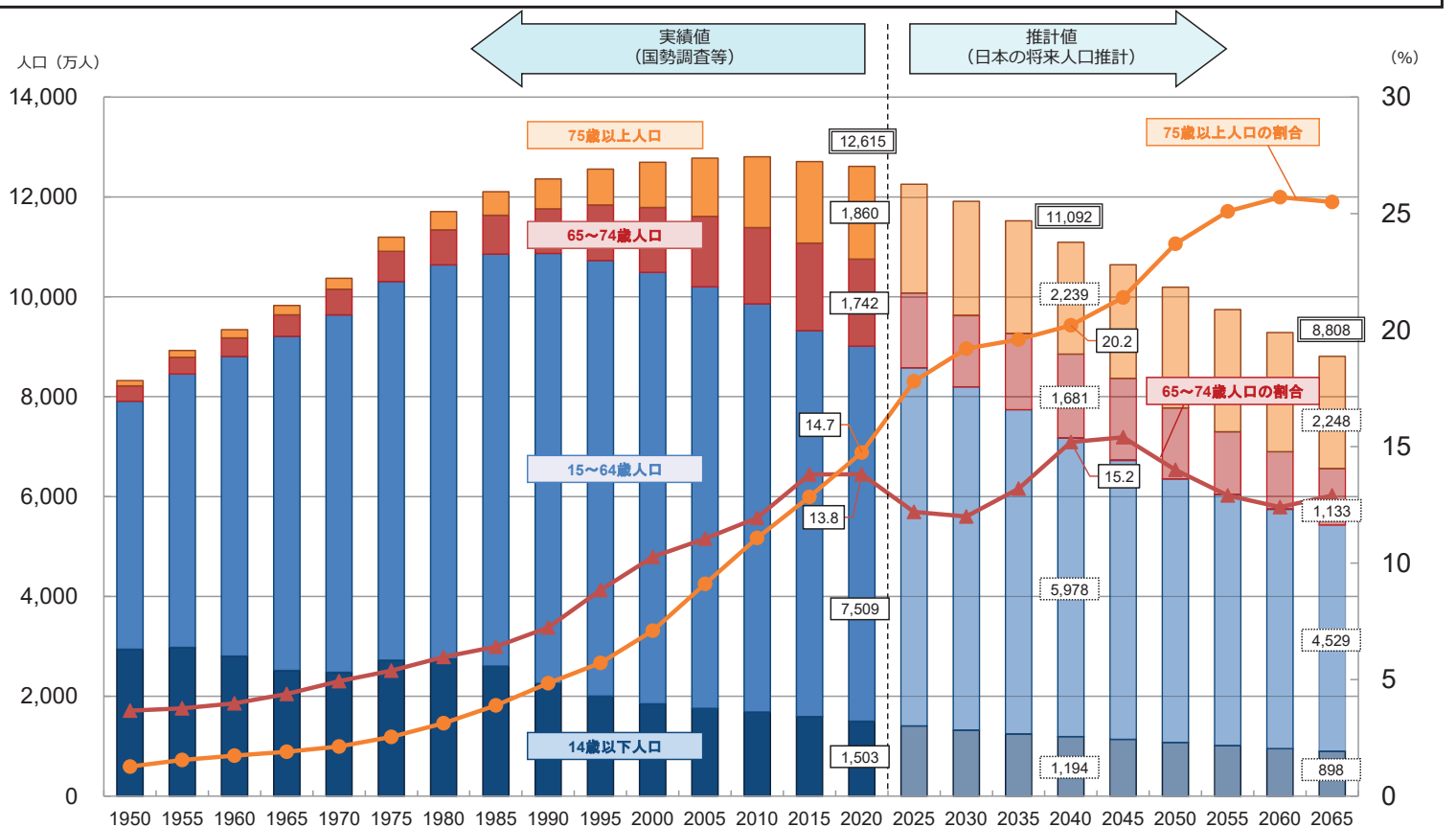
2

### 日本の人口の推移

社会保障審議会  
介護保険部会（第107回）  
令和5年7月10日

参考資料  
1-2

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2020年までは総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、2025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）

3

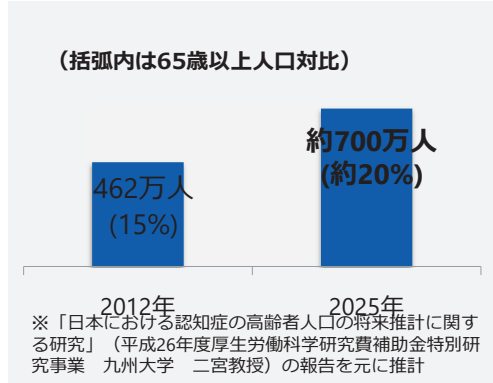
# 今後の介護保険をとりまく状況(1)

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

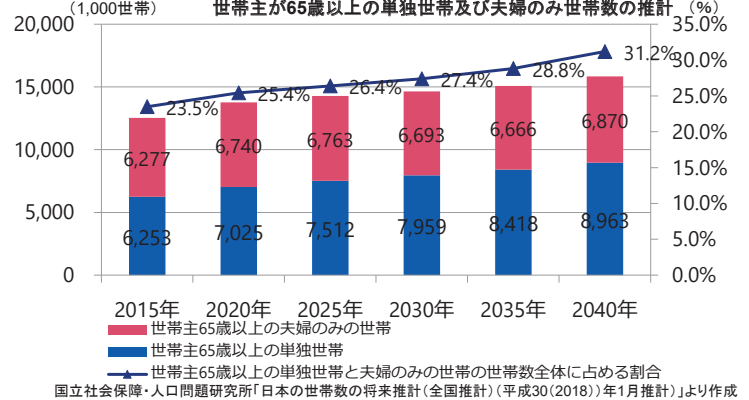
|                | 2015年         | 2020年         | 2025年         | 2055年          |
|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 65歳以上高齢者人口(割合) | 3,387万人(266%) | 3,619万人(289%) | 3,677万人(300%) | 3,704万人(380%)  |
| 75歳以上高齢者人口(割合) | 1,632万人(128%) | 1,872万人(149%) | 2,180万人(178%) | 2,446万人(25.1%) |

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の( )内の数字は倍率の順位

|                          | 埼玉県(1)                        | 千葉県(2)                        | 神奈川県(3)                       | 愛知県(4)                        | 大阪府(5)                        | ～ | 東京都(17)                       | ～ | 鹿児島県(45)                     | 秋田県(46)                      | 山形県(47)                      | 全国                             |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 2015年<br><>は割合           | 77.3万人<br><10.6%>             | 70.7万人<br><11.4%>             | 99.3万人<br><10.9%>             | 80.8万人<br><10.8%>             | 105.0万人<br><11.9%>            |   | 146.9万人<br><10.9%>            |   | 26.5万人<br><16.1%>            | 18.9万人<br><18.4%>            | 19.0万人<br><16.9%>            | 1632.2万人<br><12.8%>            |
| 2025年<br><>は割合<br>( )は倍率 | 120.9万人<br><16.8%><br>(1.56倍) | 107.2万人<br><17.5%><br>(1.52倍) | 146.7万人<br><16.2%><br>(1.48倍) | 116.9万人<br><15.7%><br>(1.45倍) | 150.7万人<br><17.7%><br>(1.44倍) |   | 194.6万人<br><14.1%><br>(1.33倍) |   | 29.5万人<br><19.5%><br>(1.11倍) | 20.9万人<br><23.6%><br>(1.11倍) | 21.0万人<br><20.6%><br>(1.10倍) | 2180.0万人<br><17.8%><br>(1.34倍) |

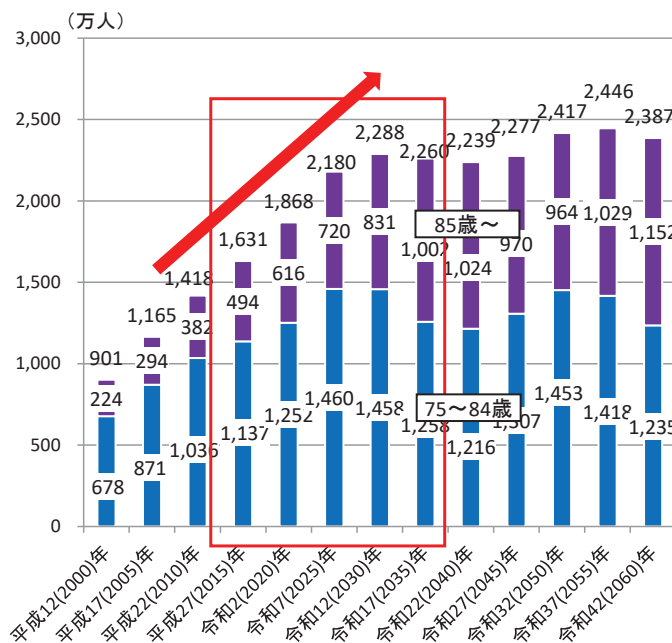
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

4

# 今後の介護保険をとりまく状況(2)

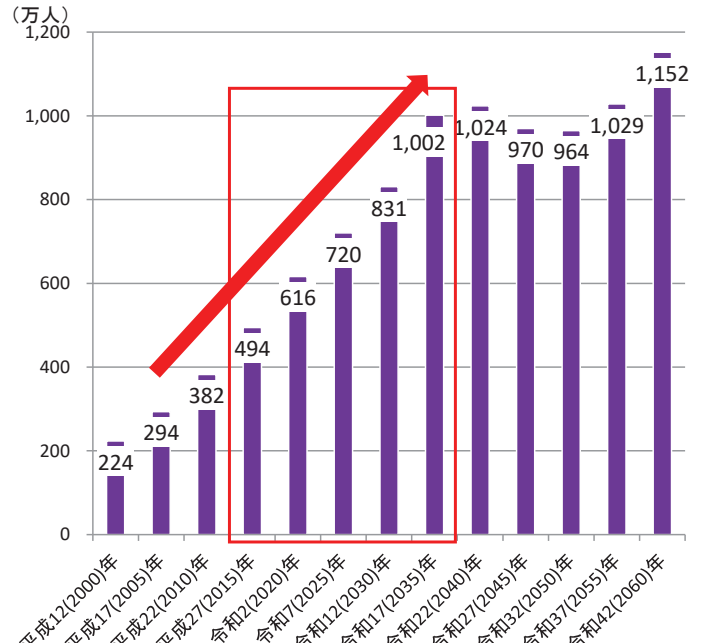
## 75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間で、急速に増加。



## 85歳以上の人口の推移

- 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。



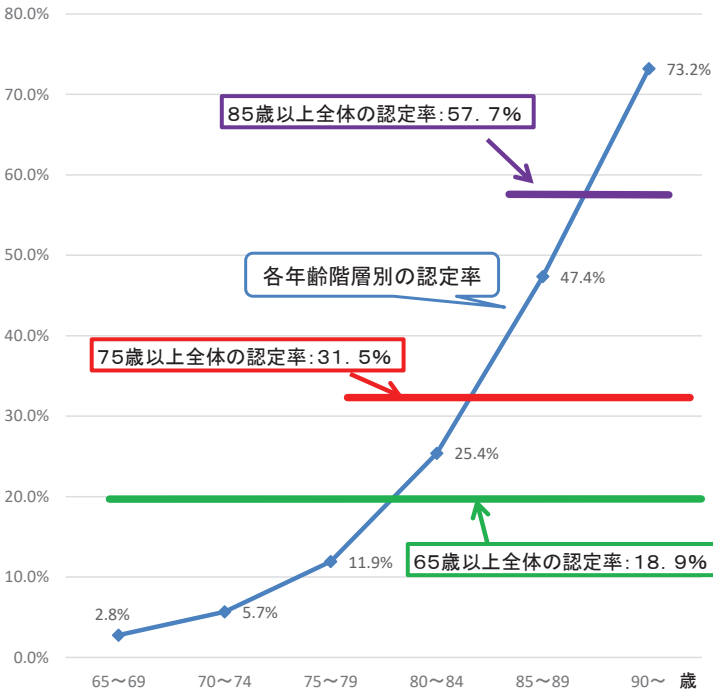
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

5

### 今後の介護保険をとりまく状況(3)

#### 年齢階級別の要介護認定率

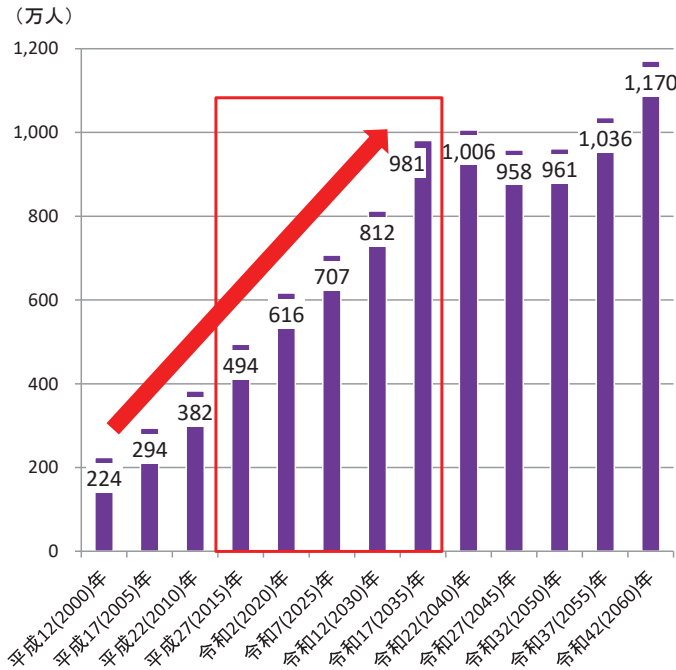
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



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）

#### 85歳以上の人口の推移

○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。



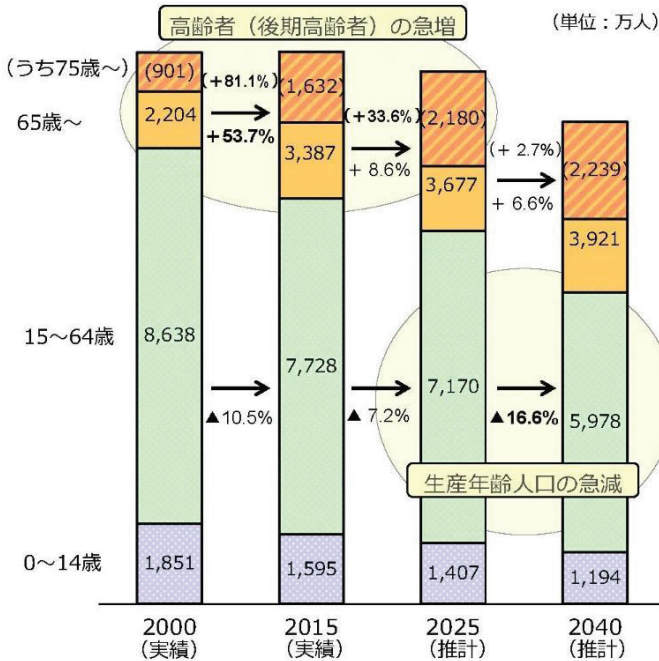
出典:  
 ○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
 ○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

6

### 今後の介護保険をとりまく状況(4)

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

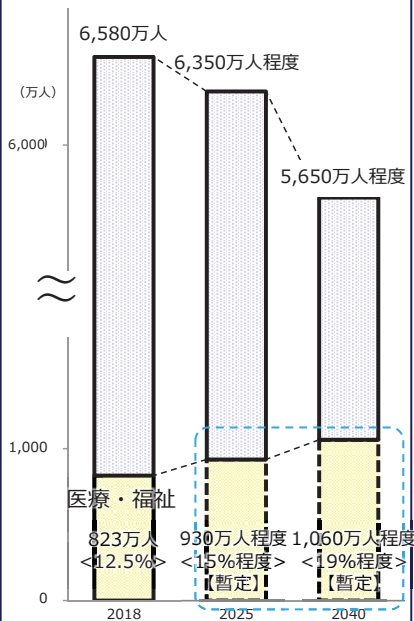
#### 【人口構造の変化】



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、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」

（出典）平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料（厚生労働省）

#### 《就業者数の推移》



（資料）就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業者数と国立社会保障・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）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

7

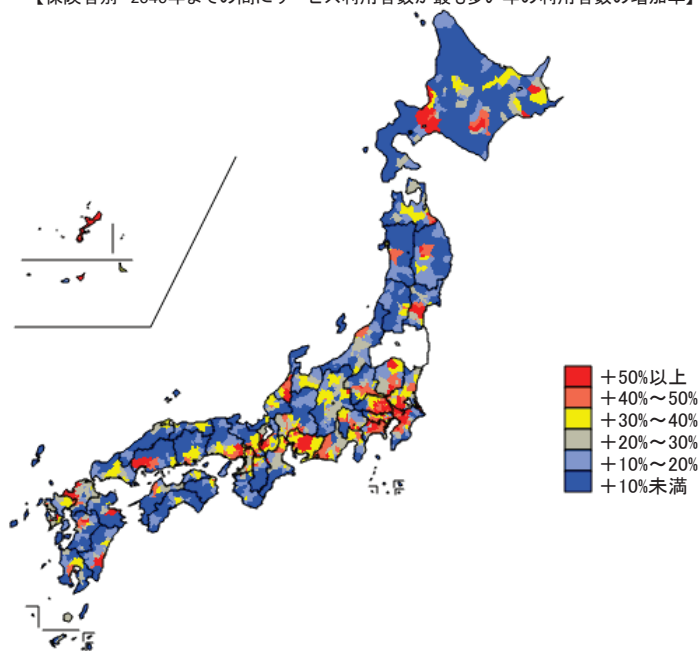
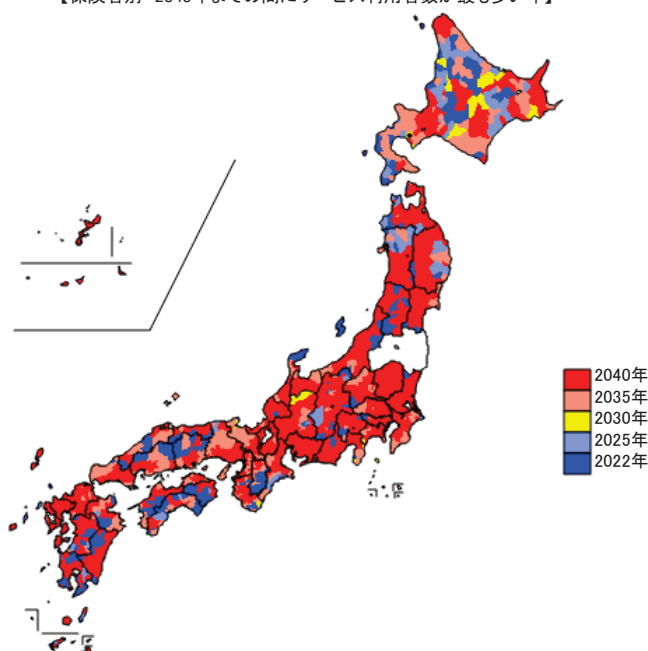


## 保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、+50%以上となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】



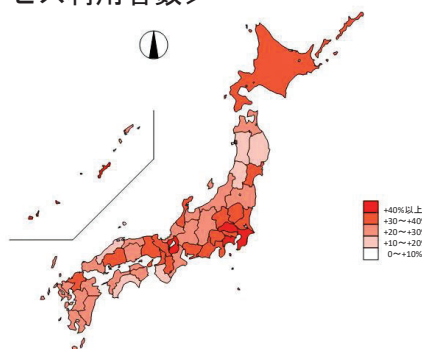
※ 2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告(厚生労働省)、2021年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2022年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

8

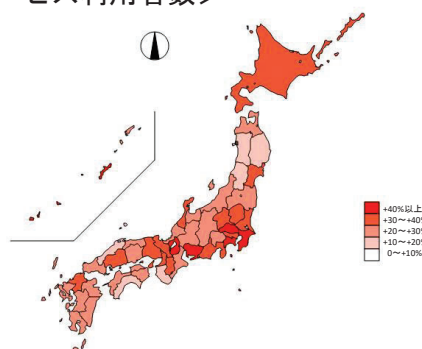
## 介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数(増加率)

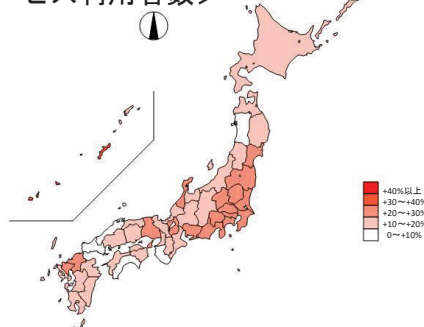
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞



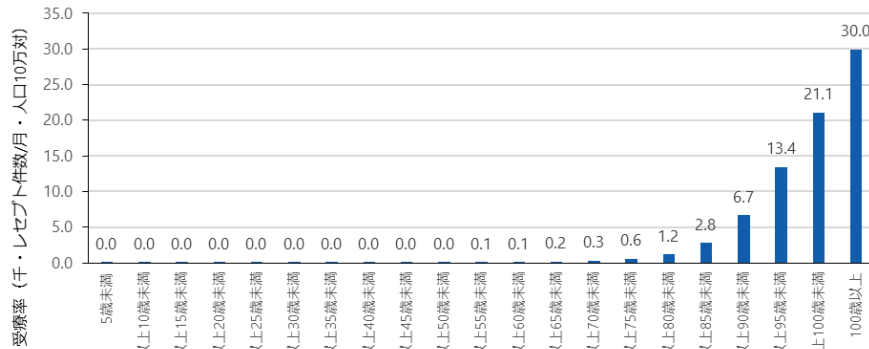
出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

※ 2040年の介護サービス利用者数は、7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降は年齢階級別のサービス利用率を2025時点で固定し、将来推計人口による被保険者数見込みに乗じて機械的に算出。

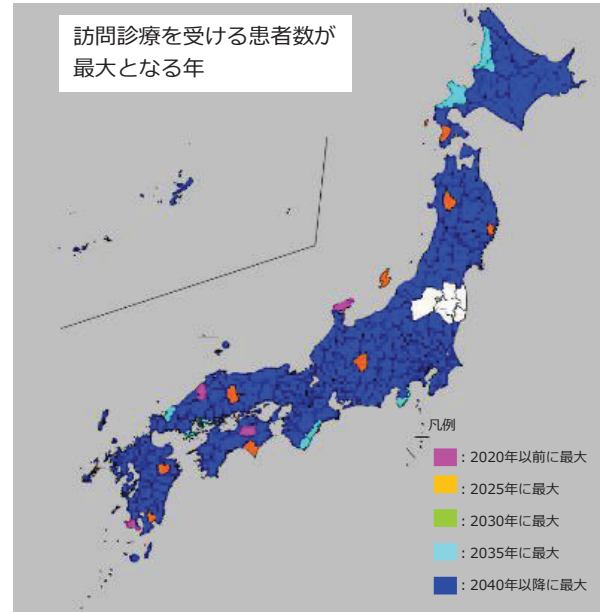
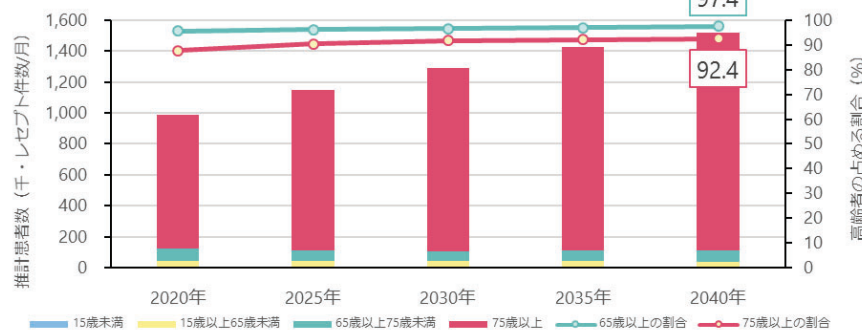
9

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となるが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



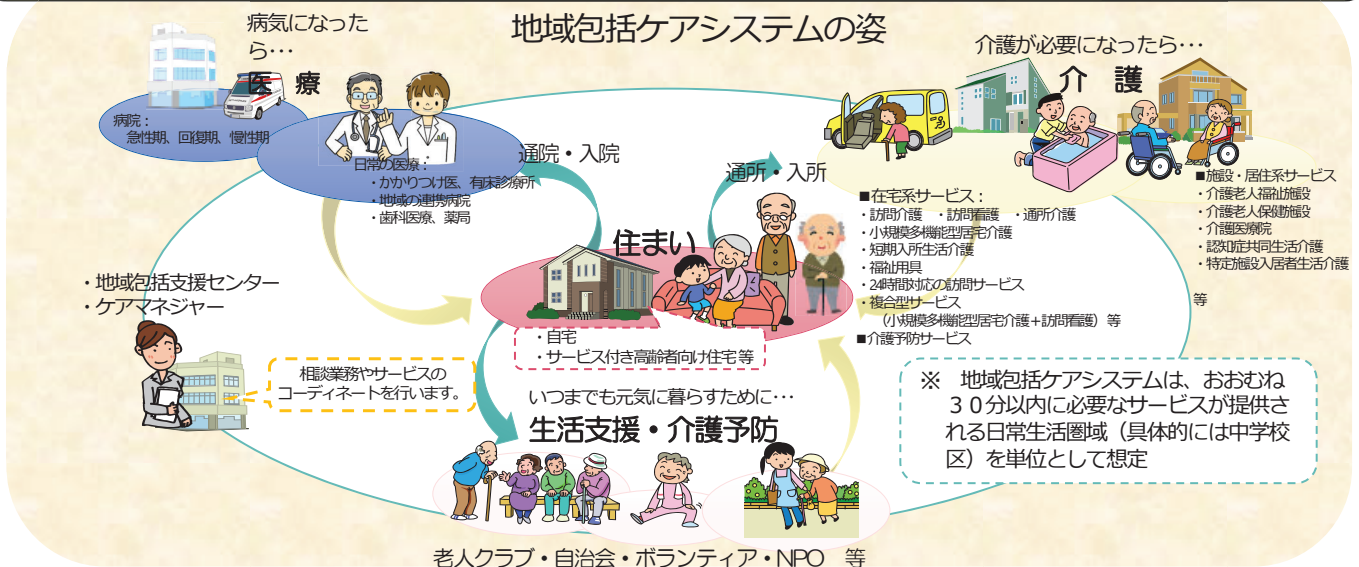
【出典】  
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。  
推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。  
※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。  
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。  
※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

## 1. 総論

（地域包括ケアの深化の必要性）  
（地域包括ケアシステムと地域共生社会）

## 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期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。**



12

## 地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせ多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。



(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、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日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるとともに、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない。 ※太字部分が令和2年法律第52号で追加（令和3年4月施行）

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(地域福祉の推進)

第四条 地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。 ※本項は令和2年法律第52号で追加（令和3年4月施行）

2 地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者(以下「地域住民等」という。)は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

3 地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(以下「地域生活課題」という。)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関(以下「支援関係機関」という。)との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。

## (目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

## (定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、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日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、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をいう。 ※本項は平成26年法律第83号で追加(公布日(平成26年6月25日施行))

16

## 介護保険制度の見直しに関する意見(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)(抄)

### 地域共生社会の実現

- 人々の暮らしや地域の在り方が多様化している中、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が目指されている。
- 平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正が行われた。また、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける改正が行われた。
- 現在、地域共生社会の実現に向けて、必要となる社会福祉基盤の整備を一層進めるため、
  - ・ 8050世帯(高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯)等の地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を市町村が一体的に実施し、それに対する国の財政支援を行う新たな事業の創設、
  - ・ 地域の課題や福祉サービスの提供のための課題に対し、社会福祉法人等の連携により対応する選択肢の1つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設、
  - ・ 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験合格義務付けの経過措置等の在り方等について、検討が進められている。
- 地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である。今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る。
- これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、今後、地域共生社会の実現に向けた地域づくりや社会福祉基盤整備の観点からも、介護保険制度について見直しを進め、前述の社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備とあわせて一体的に改革に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

17

※下線部が令和3年度から追加

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

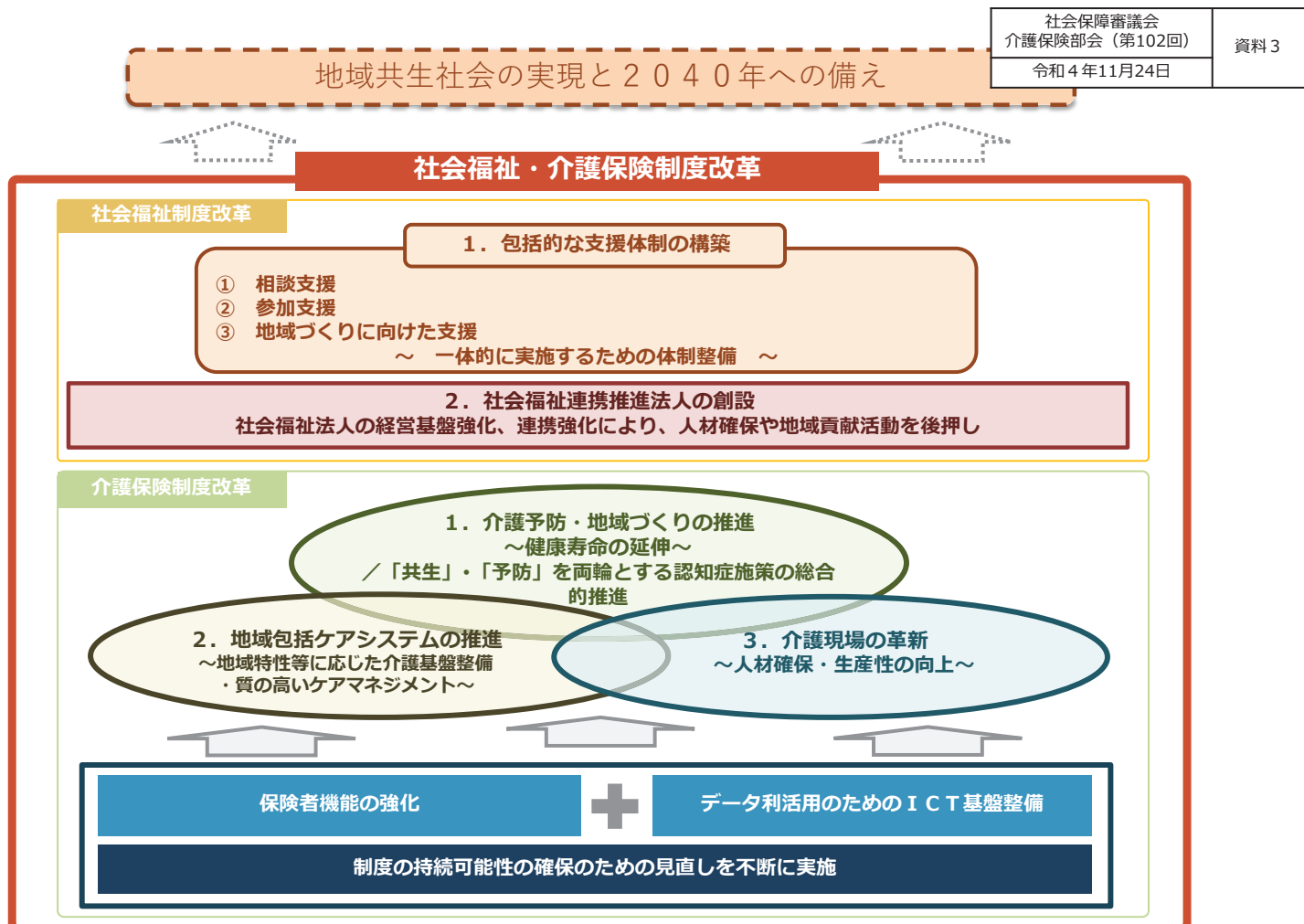
...

また、今後高齢化が一層進展する中で、高齢者の地域での生活を支える**地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。以下同じ。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。**

こうした地域共生社会の実現に向けて、平成二十九年の法改正により社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされたところである。

これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和二年法律第五十二号。以下「令和二年の法改正」という。)においては、二千四十年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われたところであり、今後は包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

18





# 地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会を指しています。



20

## 2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方

### (医療・介護連携)

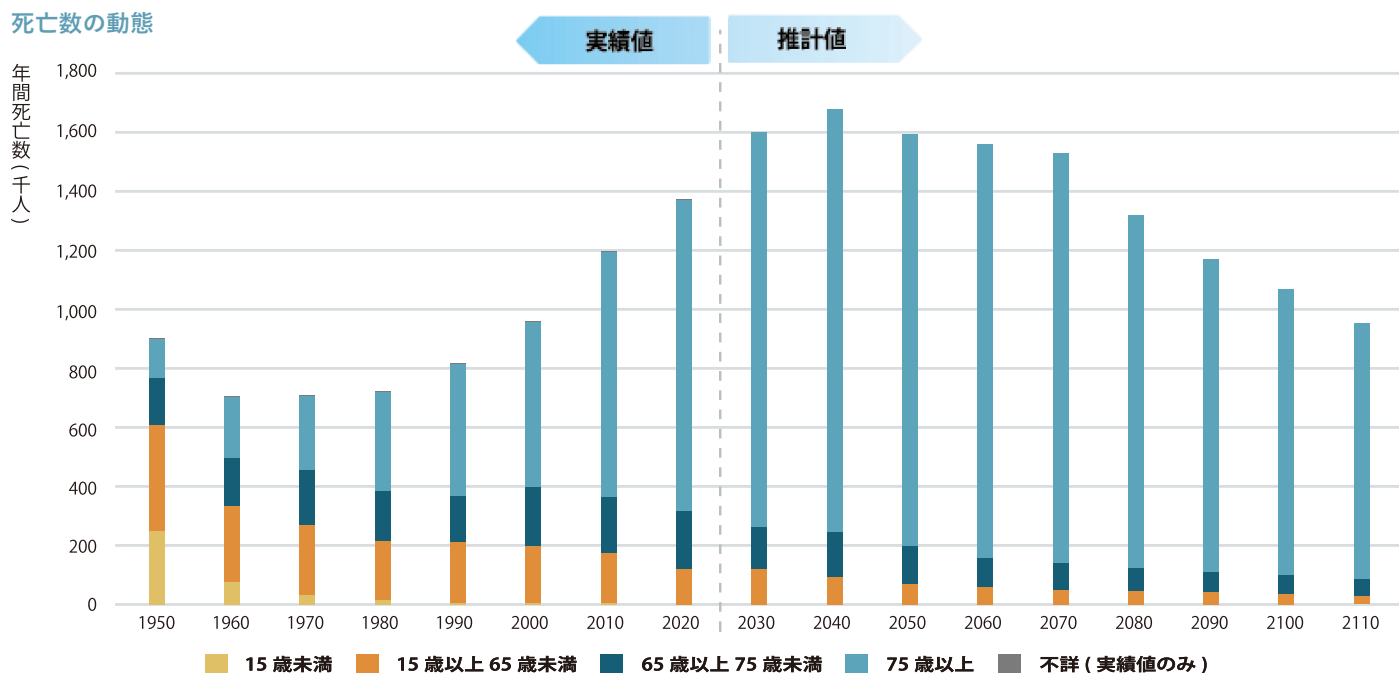
21



## 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。

### 死亡数の動態



出典

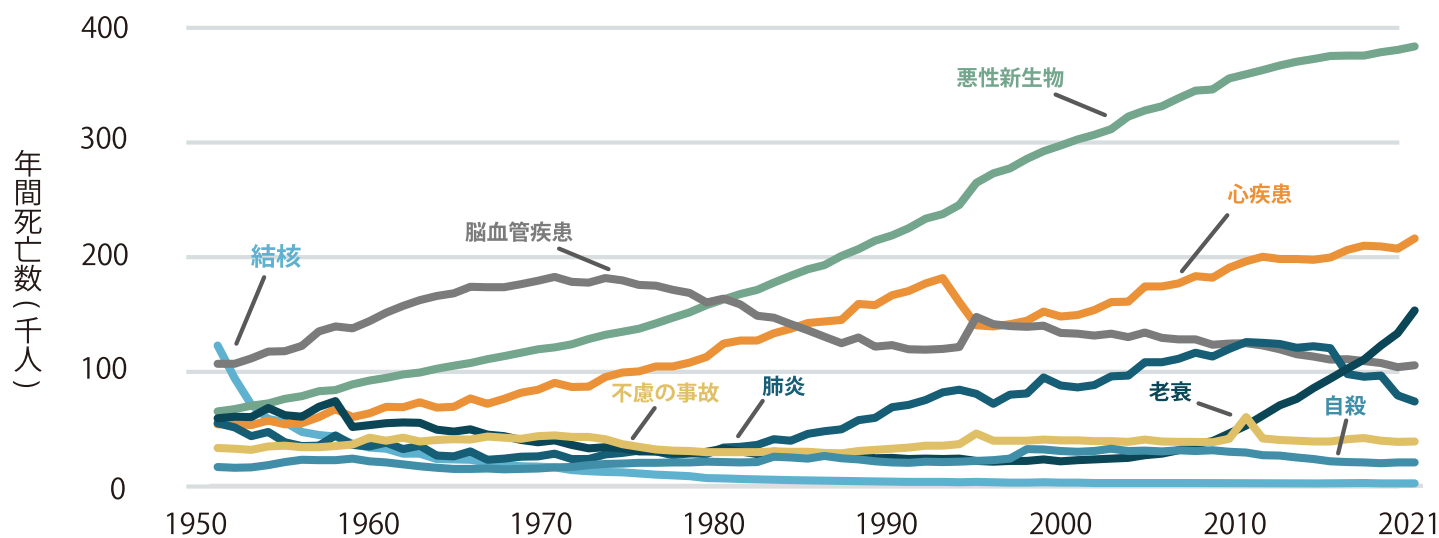
2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」  
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

22

## 死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

### 死因の推移



出典

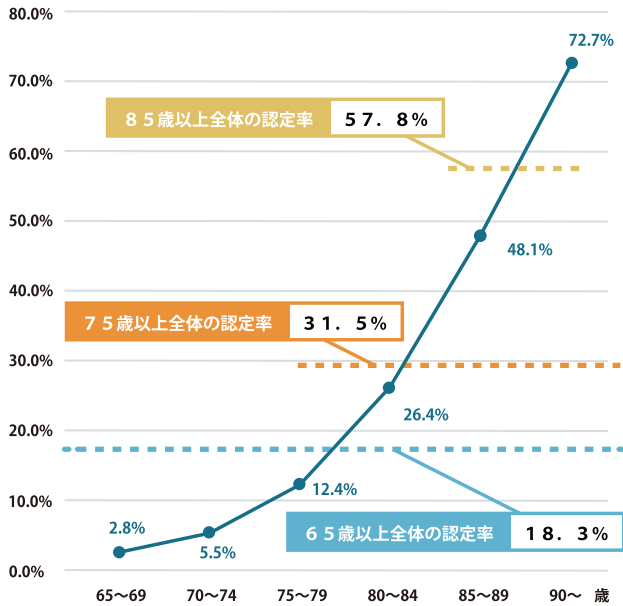
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

23

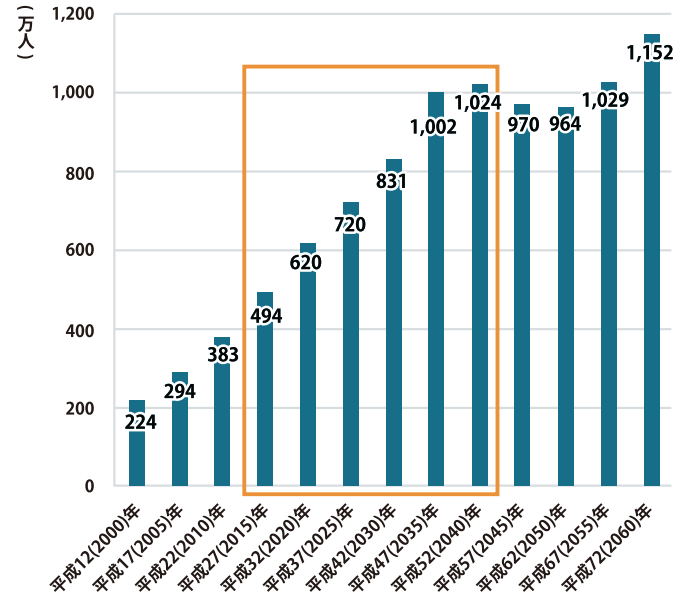
## 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典

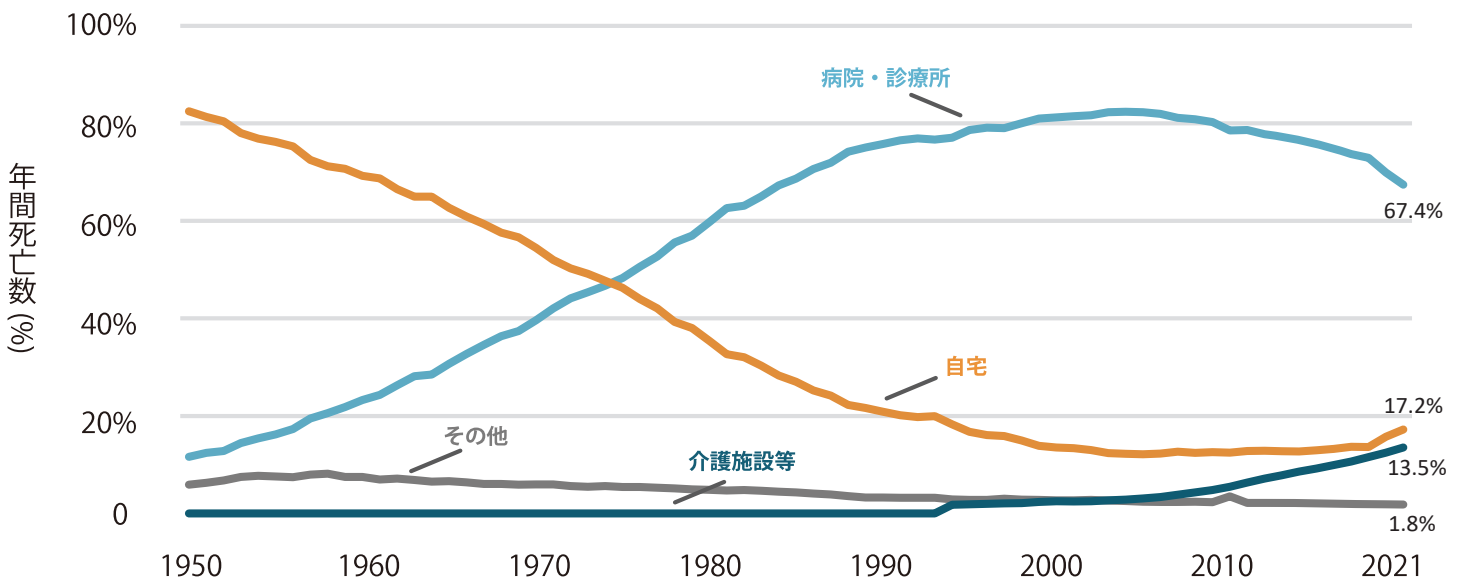
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成  
将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

24

## 死亡の場所の推移

- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



出典

厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

25



## 介護保険

### 保険給付

#### 在宅サービス

(ホームヘルプ、デイサービス等)

#### 施設サービス

(特別養護老人ホーム等)

※ 上記の他、ケアプランの作成等に対して保険給付が行われる。

### 地域支援事業

28

## 地域支援事業について

### 地域支援事業とは

地域支援事業とは、介護保険法第百十五条の四十五の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。

### 地域支援事業の目的及び趣旨について

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。

29



# 介護保険給付・地域支援事業の全体像

|             |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【財源構成】      | S 介護給付（要介護1～5） |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|             | 予防給付（要支援1～2）   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 国：25%       | 地域支援事業         | <b>介護予防・日常生活支援総合事業</b> （要支援1～2、それ以外の者） <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービス</li> <li>・通所型サービス</li> <li>・生活支援サービス（配食等）</li> <li>・介護予防支援事業（ケアマネジメント）</li> </ul> </li> <li>○ 一般介護予防事業</li> </ul>           |
| 都道府県：12.5%  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 市町村：12.5%   |                | <b>包括的支援事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターの運営<br/>（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、地域ケア会議の充実）</li> <li>○ 在宅医療・介護連携推進事業</li> <li>○ 認知症総合支援事業<br/>（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）</li> <li>○ 生活支援体制整備事業<br/>（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）</li> </ul> |
| 1号保険料：23%   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2号保険料：27%   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 【財源構成】      |                | <b>任意事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護給付費適正化事業</li> <li>○ 家族介護支援事業</li> <li>○ その他の事業</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| 国：38.5%     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 都道府県：19.25% |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 市町村：19.25%  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1号保険料：23%   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |

30

## 参考条文

### ○介護保険法（平成9年法律第123号）

#### （地域支援事業）

第百十五條の四十五 （略）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 （略）

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五・六 （略）

3～5 （略）

#### （市町村の連絡調整等）

第百十五條の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

### ○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

#### （法第百十五條の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）

第百四十條の六十二の八 法第百十五條の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業（同号に規定する事業を除く。）その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

一 地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案（医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）と共同して行うものとする。）、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業

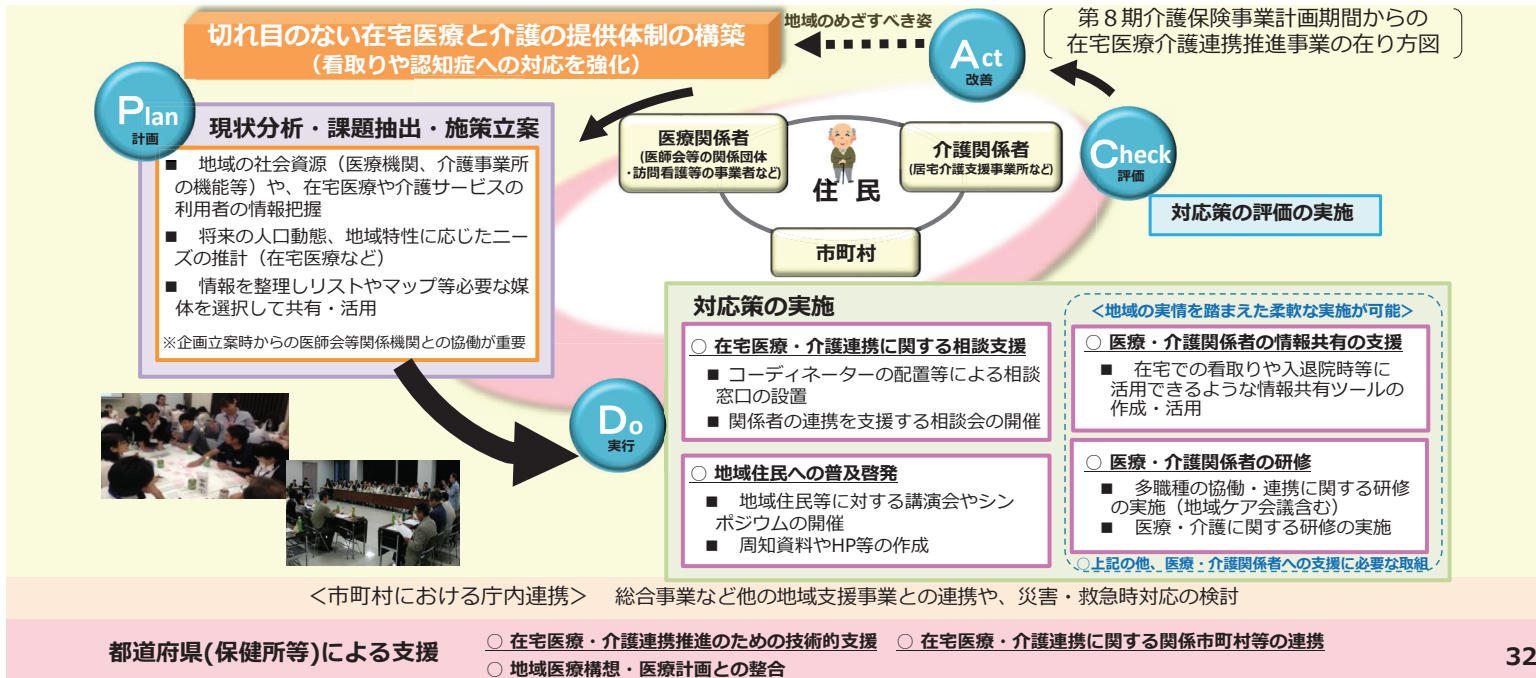
二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

三 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

31

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



## 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年9月に発出。

### 1 改訂のポイント

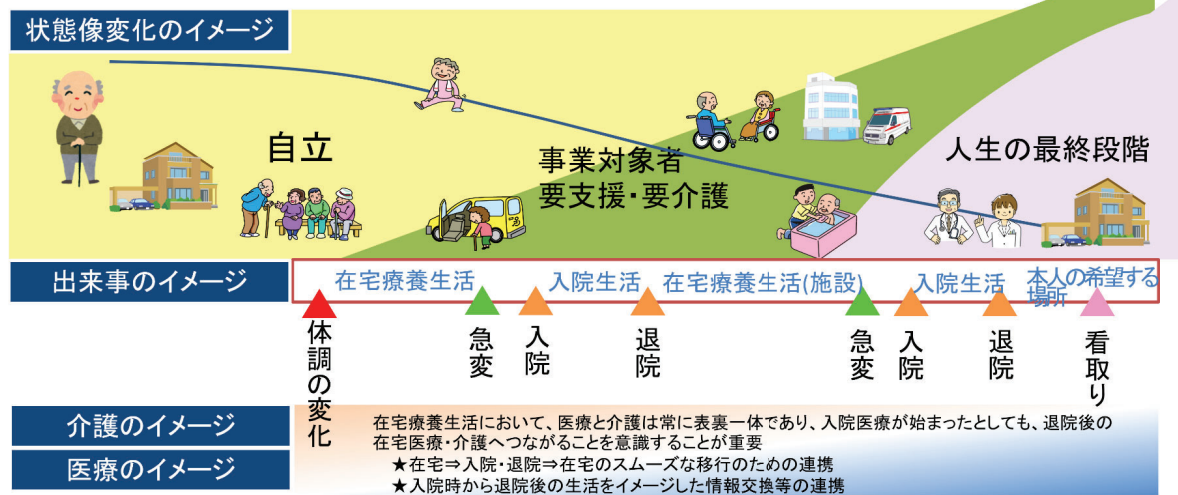
- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載



## 4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

### ● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23

- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、**医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）**を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。



34

## 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



35



## 国の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援
  - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供
- ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援
  - ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）
- ③好事例の横展開
  - ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等
  - ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
  - ・ 他市町村の取組事例の横展開
  - ・ 必要なデータの分析・活用支援
  - ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
  - ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成
- ②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
  - ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
  - ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
  - ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整
- ③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

## 市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

- |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>①現状分析・課題抽出・施策立案                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の医療・介護の資源の把握</li> <li>・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>②対応策の実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援</li> <li>・ 地域住民への普及啓発</li> <li>●加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援</li> </ul> </li> </ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

36

## 3.医療・介護連携に係る近年の方策

（地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針））



# 総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

## 【現行】

### 意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

### 基本的方向性

- （1）効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- （2）地域の創意工夫を活かせる仕組み
- （3）質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- （4）限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- （5）情報通信技術（ICT）の活用

## 【見直し案】

### 意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

### 基本的方向性

- （1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
  - （2）サービス提供人材の確保と働き方改革
  - （3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用
  - （4）デジタル化・データヘルスの推進
  - （5）地域共生社会の実現
- （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

38

# 総合確保方針の意義の見直し案

## 1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてそ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、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

39

## 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その1）

### （1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

40

## 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その2）

### （2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

### （3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めていくためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

41

## 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その3）

### （4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

42

## 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その4）

### （5）地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

### （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

43



# (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

## 1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

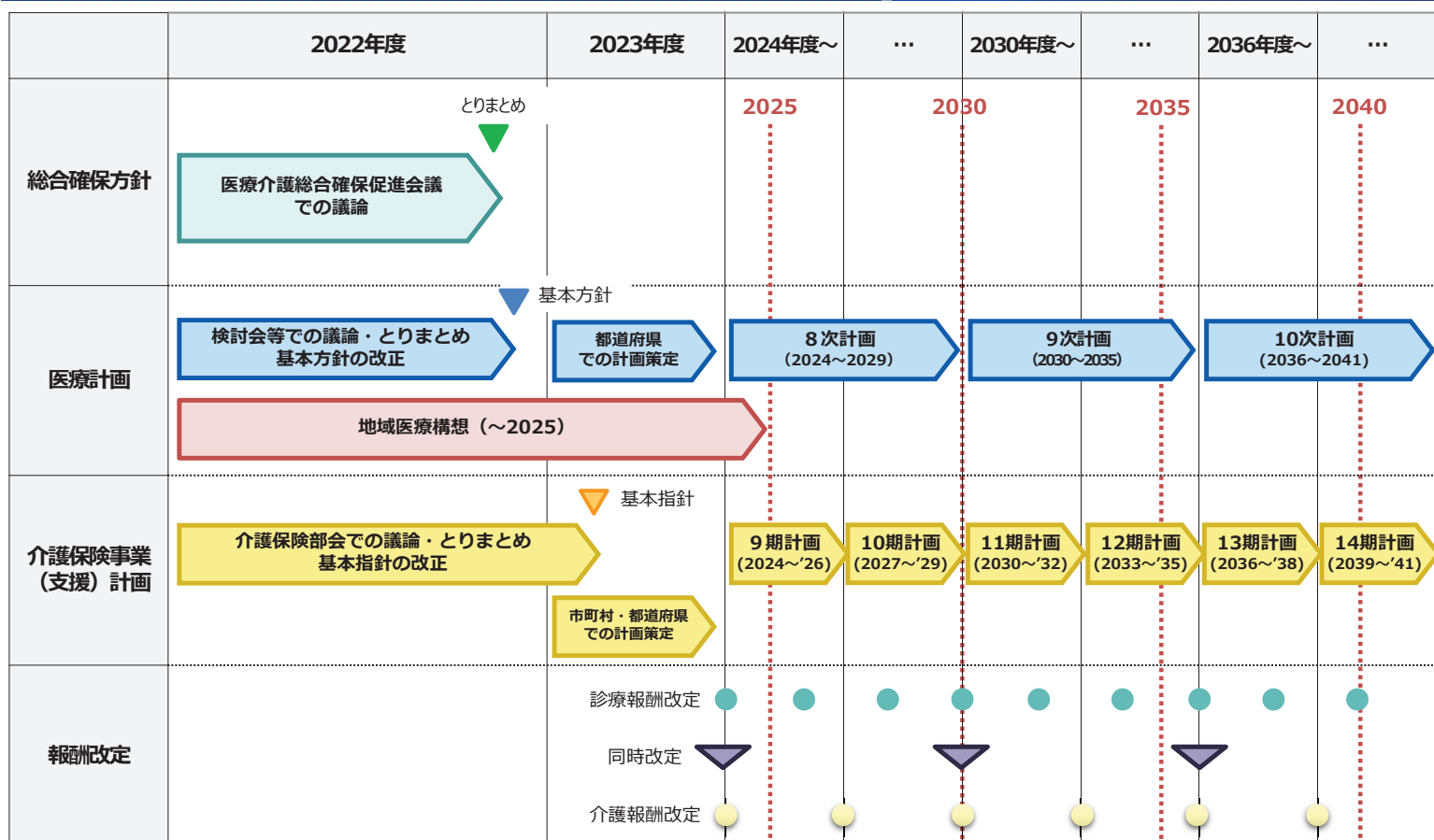
## 2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

44

## (参考) 今後のスケジュール





# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

## (第9期介護保険事業(支援)計画の取組)

46

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| 社会保障審議会<br>介護保険部会(第107回)<br>令和5年7月10日 | 参考資料<br>1-1 |
|---------------------------------------|-------------|

### 介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

#### 国の基本指針(法第116条、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29号)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める  
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

#### 市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

#### 保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

#### 都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※介護保険施設、介護専用型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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

#### 基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項</div> <div><div>一 地域包括ケアシステムの基本的理念</div><div>3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備</div><div>地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援の下、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、<a href="#">市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において</a>、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。</div><div>そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、<a href="#">全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第三十一号。以下「令和五年の健保法等改正」という。）によって創設された医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら</a>、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。その際には、医療や介護、健康づくり部局の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。</div><div><a href="#">また、市町村でPDCAサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。</a></div></div> |
| <div>第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項</div> <div><div>三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項</div><div>1 地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項</div><div>（一）在宅医療・介護連携の推進</div><div>在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と並行して、令和五年の健保法等改正によって創設された<a href="#">医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ</a>、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、PDCAサイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症発生時や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。</div><div>なお、市町村は、地域住民に対して、医療・介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div>第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項</div> <div><div>三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項</div><div>1 地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項</div><div>（一）在宅医療・介護連携の推進</div><div>在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。</div><div>在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、令和五年の健保法等改正によって創設された<a href="#">医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ</a>、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### 3.医療・介護連携に係る近年の方策

## （第8次医療計画の取組）

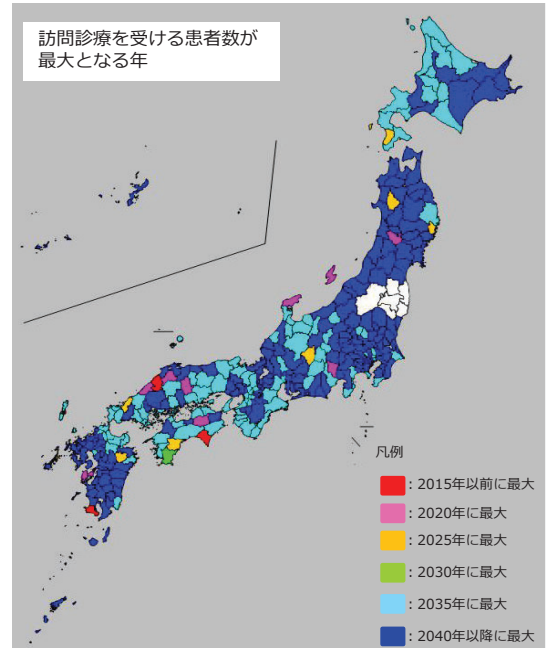
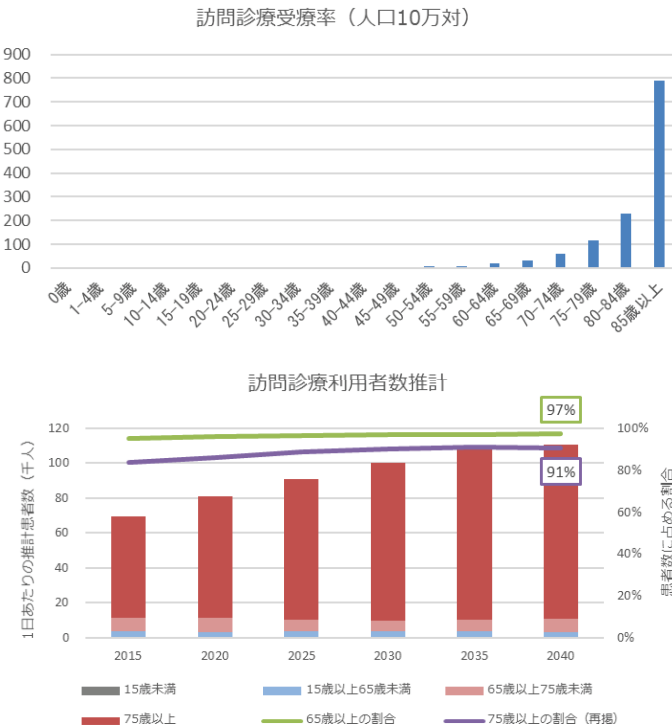
## （在宅医療の推進）

## 医療需要の変化① 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第7回第8次医療計画等  
に関する検討会  
令和4年3月4日

資料1  
改

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院一外来の種別別」

「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

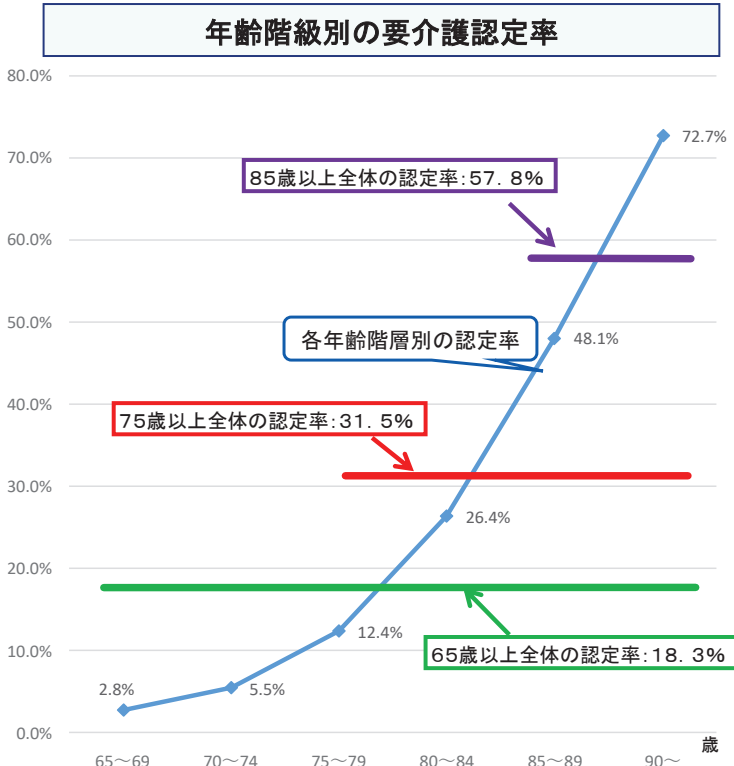
50

## 医療需要の変化② 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

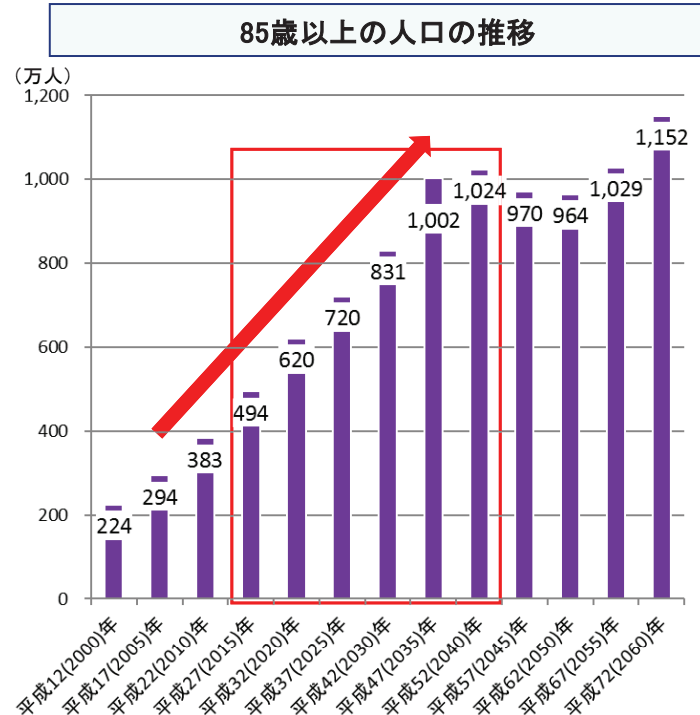
第7回第8次医療計画等  
に関する検討会  
令和4年3月4日

資料1  
改

- 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。



出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成



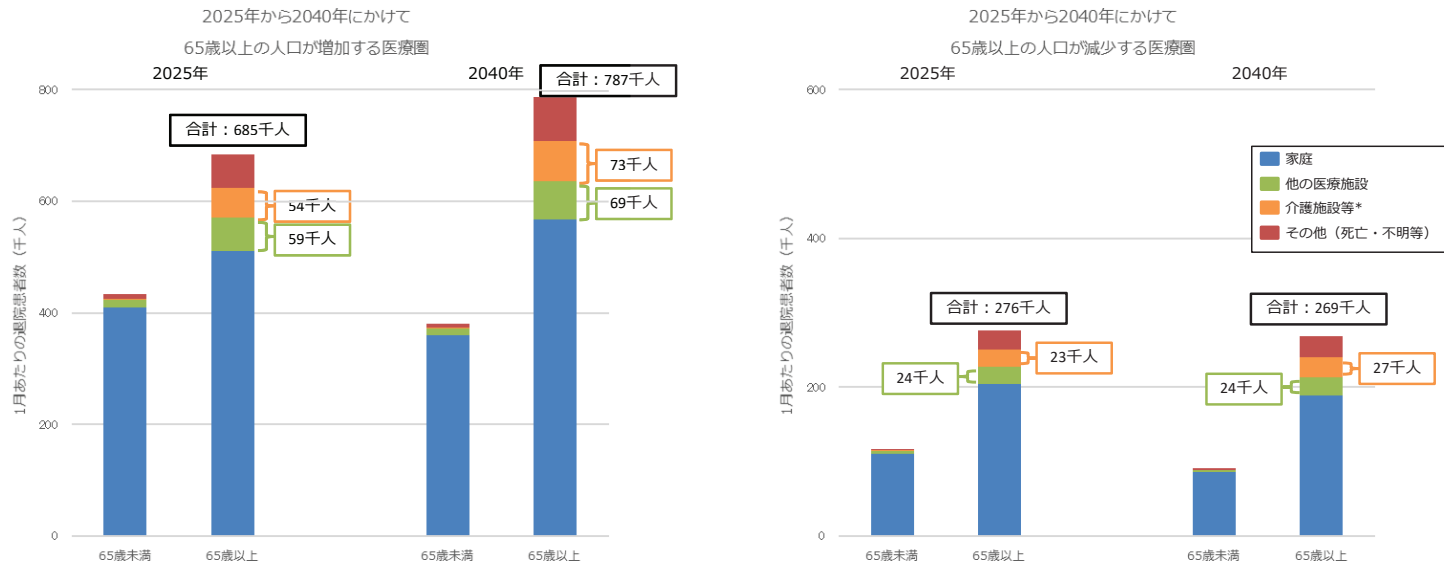
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

51



- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏(135の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設)へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏(194の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

## 退院患者の退院先の推移



出典：患者調査(平成29年)「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」

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30(2018)年推計)」

\*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

52

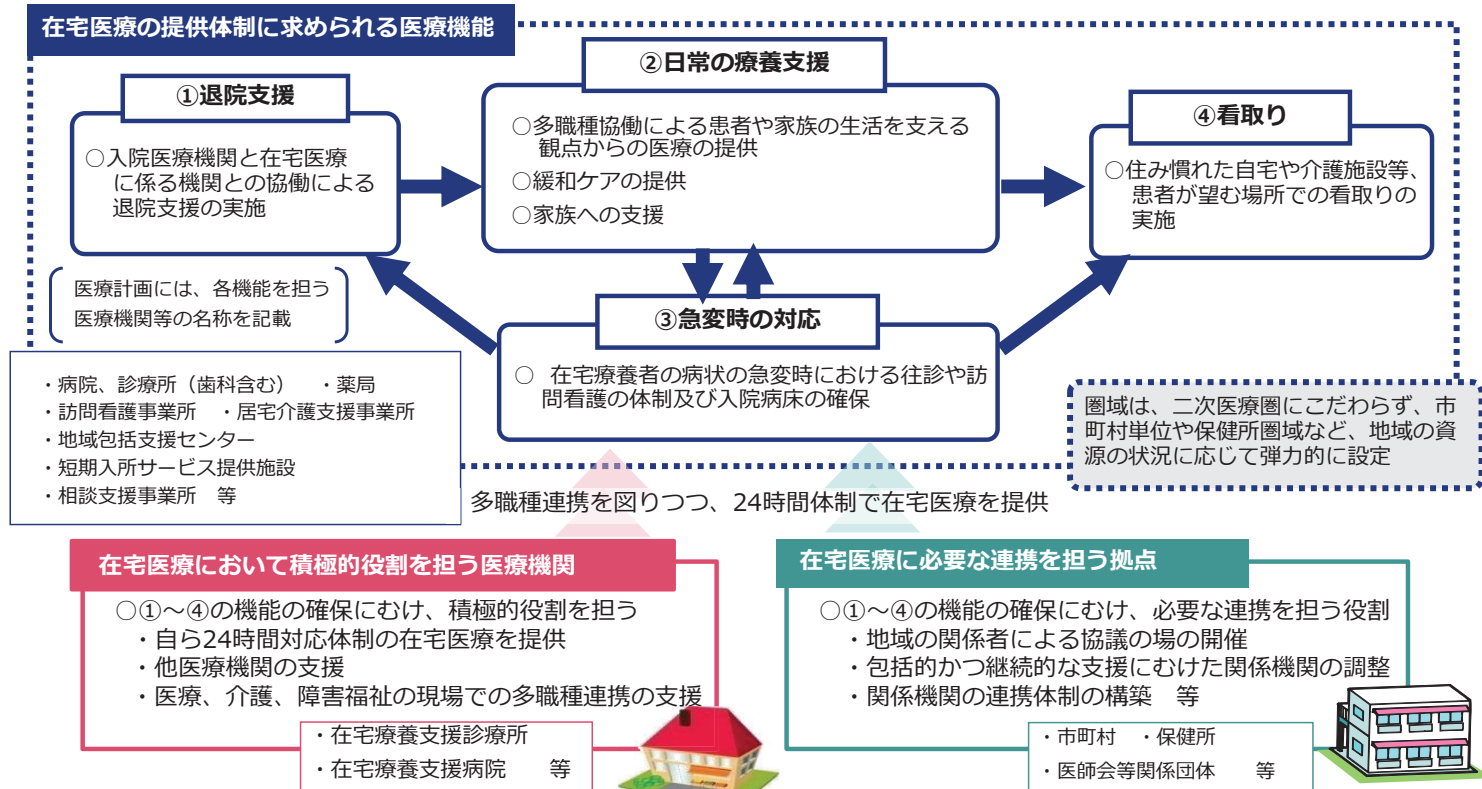
## 在宅医療の体制について

令和5年度第2回医療政策研修会  
第1回地域医療構想アドバイザー会議  
令和5年9月15日

資料4

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正))

53

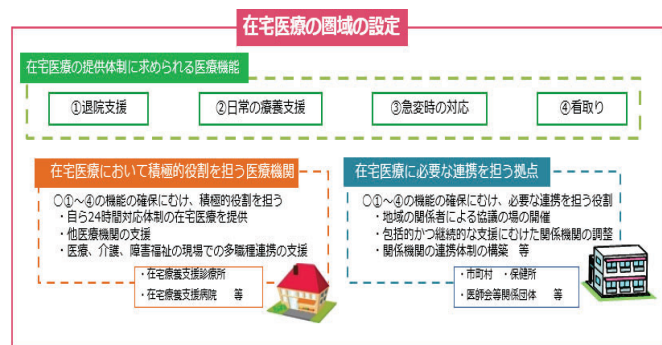


# 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

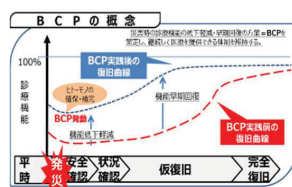
## 在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時には、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



## 在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

54

## 在宅医療の体制構築に係る指針①（体制整備、介護との連携）

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋＞

令和5年度  
第1回医療政策研修会  
令和5年5月24日

資料13

### 第2 医療体制の構築に必要な事項

#### 2 各医療機能と連携

##### （5）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

##### （6）在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

### 第3 構築の具体的な手順

#### 2 圏域の設定

- （3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。

55

# 在宅医療の体制構築に係る指針②（急変時、看取り、災害時）

令和5年度  
第1回医療政策研修会  
令和5年5月24日

資料13

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋＞

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 2 各医療機能と連携

#### （3）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
  - ・ 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、**事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等**、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、**消防関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい**
- ③ 入院医療機関に求められる事項
  - ・ 特に、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院**においては、**地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携すること**で、円滑な診療体制の確保に努めること
- （4）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】
  - ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
    - ・ 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、**医療と介護の両方を視野に入れ**、利用者の状態の変化に対応し、**最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること**
    - ・ **麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること**

## 第3 構築の具体的な手順

### 3 連携の検討

- （4）災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、**業務継続計画（BCP）の策定**を推進すること。

56

# 在宅医療の体制構築に係る指針③（各職種の関わり）

令和5年度  
第1回医療政策研修会  
令和5年5月24日

資料13

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋＞

## 第1 在宅医療の現状

### 2 在宅医療の提供体制

#### （2）日常の療養生活の支援

##### ③ 訪問歯科診療

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、**歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わり**が期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、**歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携**を更に推進していくことが求められている。

##### ④ 訪問薬剤管理指導

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、**麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備**が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の業務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

##### ⑤ 訪問リハビリテーション

今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点等を踏まえ、**医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備**が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 2 各医療機能と連携

#### （2）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

##### ② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のための**口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理**を適切に提供するために、関係職種間で**連携体制**を構築すること
- ・ 日常生活の中で、**栄養ケア・ステーション等と連携し**、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、**医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある**

57



# 第8次医療計画における在宅医療の圏域について

令和5年度第2回医療政策研修会  
第1回地域医療構想アドバイザー会議  
令和5年9月15日

資料4

## 二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

## 在宅医療の圏域について

5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局長通知（令和5年6月15日一部改正））

＜在宅医療の体制構築に係る指針＞

### 第3 構築の具体的な手順

#### 2 圏域の設定

- （1）都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。  
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- （2）医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- （3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
- （4）検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

58

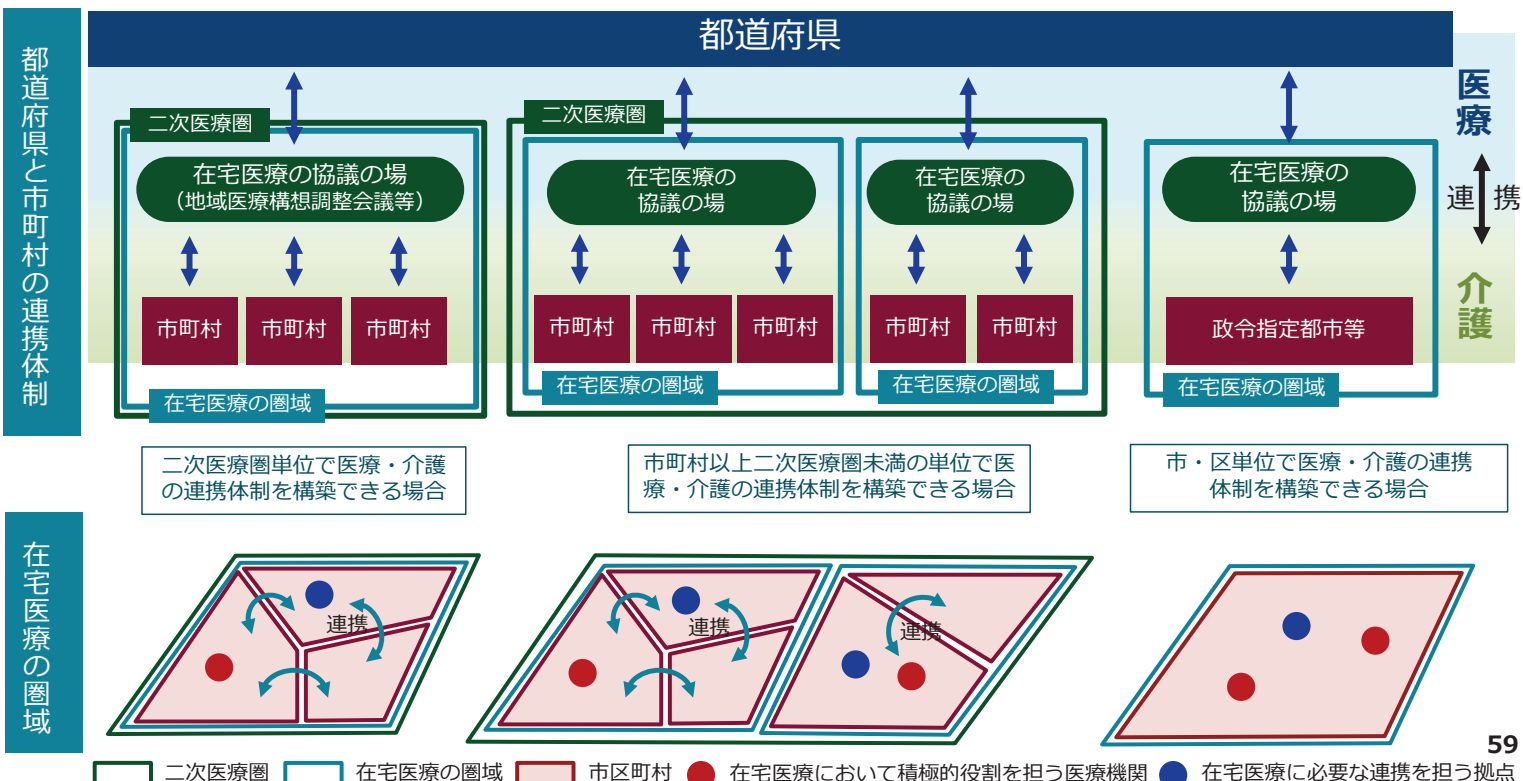
## 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

資料

令和4年9月28日

- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



59

## 第8次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

### <「在宅医療の体制構築に係る指針」>

#### 第2 医療体制の構築に必要な事項

##### 2 各医療機能との連携

##### (5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

##### ① 目標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族への支援を行うこと

##### ② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- 医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正)) 60

## 第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

### <「在宅医療の体制構築に係る指針」>

#### 第2 医療体制の構築に必要な事項

##### 2 各医療機能と連携

##### (6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

##### ① 目標

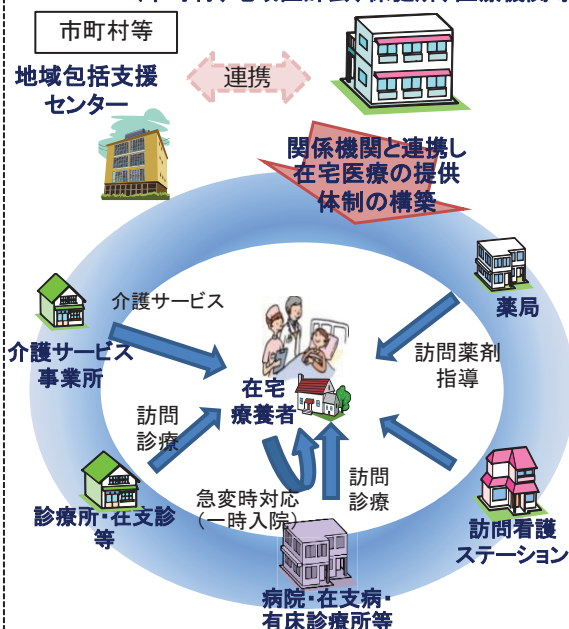
- 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

##### ② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到求められる事項

- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点 (市町村、地域医師会、保健所、医療機関等)

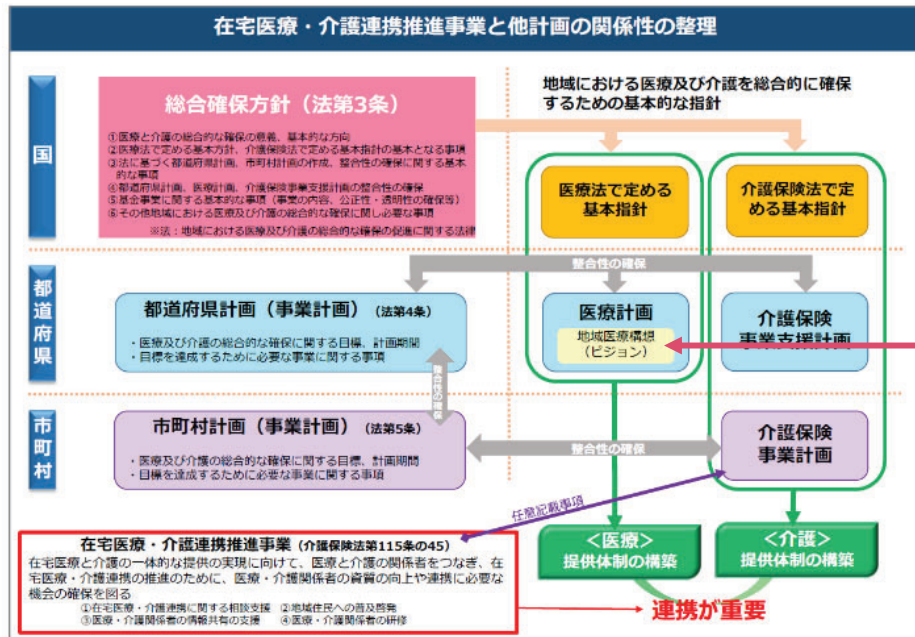


【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正)) 61



## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



※ 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（令和2年9月）

**在宅医療に必要な連携を担う拠点**

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること（関係機関の例）
  - ・ 病院・診療所
  - ・ 薬局
  - ・ 訪問看護事業所
  - ・ 居宅介護支援事業所
  - ・ 訪問介護事業所
  - ・ 介護保険施設
  - ・ その他の介護施設・事業所
  - ・ 地域包括支援センター
  - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
  - ・ 消防機関

62

## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

### 日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療(在宅医療を含む)・介護の提供の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

### 急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

### 入院・退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

### 看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- 人生の最終段階における意思決定支援

### 地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は  
高齢者に限らない

主に高齢者が対象

### 地域支援事業交付金

#### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
- ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
- ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築 等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、病院、診療所、訪問看護事業所 等

#### 在宅医療・介護連携推進事業

- 上記4つの機能に加えて、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

63

# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

## (かかりつけ医機能が発揮される制度整備)

64

### 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための 健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

#### 改正の趣旨

令和5年5月12日成立、5月19日公布

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

#### 改正の概要

#### 1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。  
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

#### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。  
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

#### 3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

#### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

#### 施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

65

I. 介護情報基盤の整備

- 介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施
  - ▶ 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
  - ▶ 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする  
※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- 介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備
  - ▶ 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け  
※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
  - ▶ 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- 介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進
  - ▶ 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- 看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める
  - ▶ 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

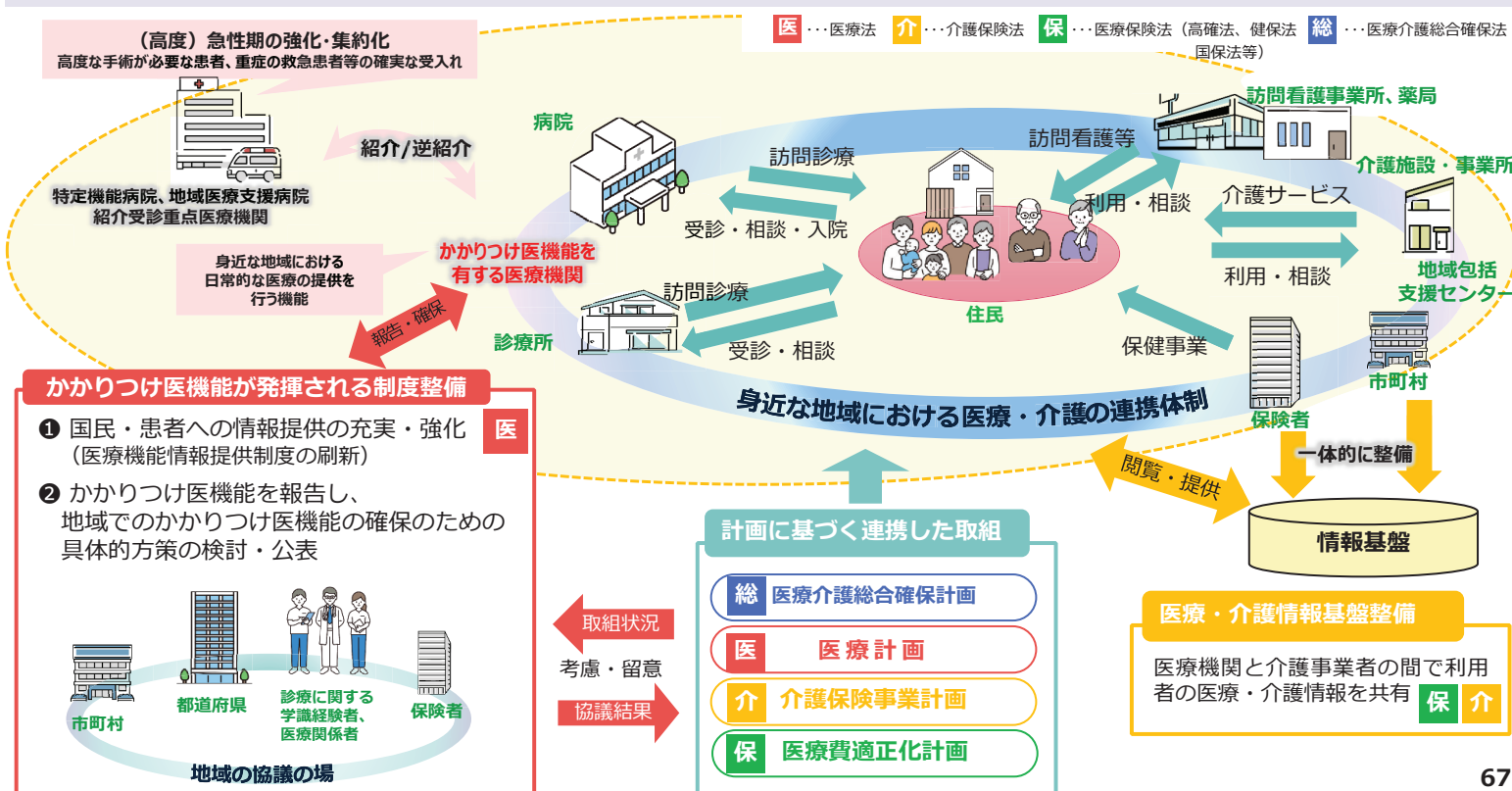
V. 地域包括支援センターの体制整備等

- 地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備
  - ▶ 要支援者を行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

66

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

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ため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



67



## （参考）関連附帯決議、閣議決定

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和3年6月3日 参議院厚生労働委員会）（抜粋）

十二、2022年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日 閣議決定）（抜粋）

（少子化対策・こども政策）

結婚・妊娠・出産・子育てに夢や希望を感じられる社会を目指し、「希望出生率1.8」の実現に向け、「少子化社会対策大綱」等に基づき、結婚・妊娠・出産・子育てのライフステージに応じた総合的な取組の推進、結婚新生活立上げ時の経済的負担の軽減や出会いの機会・場の提供など地方自治体による結婚支援の取組に対する支援、妊娠前から妊娠・出産・子育て期にわたる切れ目ない支援の充実、「新子育て安心プラン」の着実な実施や病児保育サービスの推進等仕事と子育ての両立支援に取り組む。妊娠・出産支援として、不妊症・不育症支援やデジタル相談の活用を含む妊産婦支援・産後ケアの推進等に取り組むとともに、出産育児一時金の増額を始めとして、経済的負担の軽減についても議論を進める。流産・死産等を経験された方への支援に取り組む。

（全世代型社会保障の構築）

全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。そのために、社会保険を始めとする共助について、包摂的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにする。これにより、我が国の中間層を支え、その厚みを増すことに寄与する。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。その際、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等※の総合的な検討を進める。全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく。

（略）

※これまでの経済財政運営と改革の基本方針や新経済・財政再生計画改革工程表に掲げられた医療・介護等に関する事項を含む。

68

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

### 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

### 概要

#### （1）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

#### （2）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めるとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

#### （3）患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

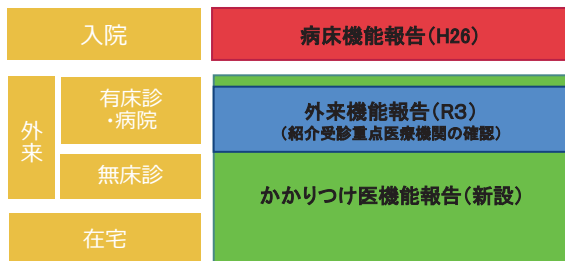
# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

### 医療機能情報提供制度（H18）



## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- ・ 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）**。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

## 医療機能情報提供制度の刷新

第102回社会保障審議会医療部会

令和5年9月29日

資料1

- 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」（※）の充実・強化を図る。

（※）医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報（診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等）について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

### 【見直しのポイント】

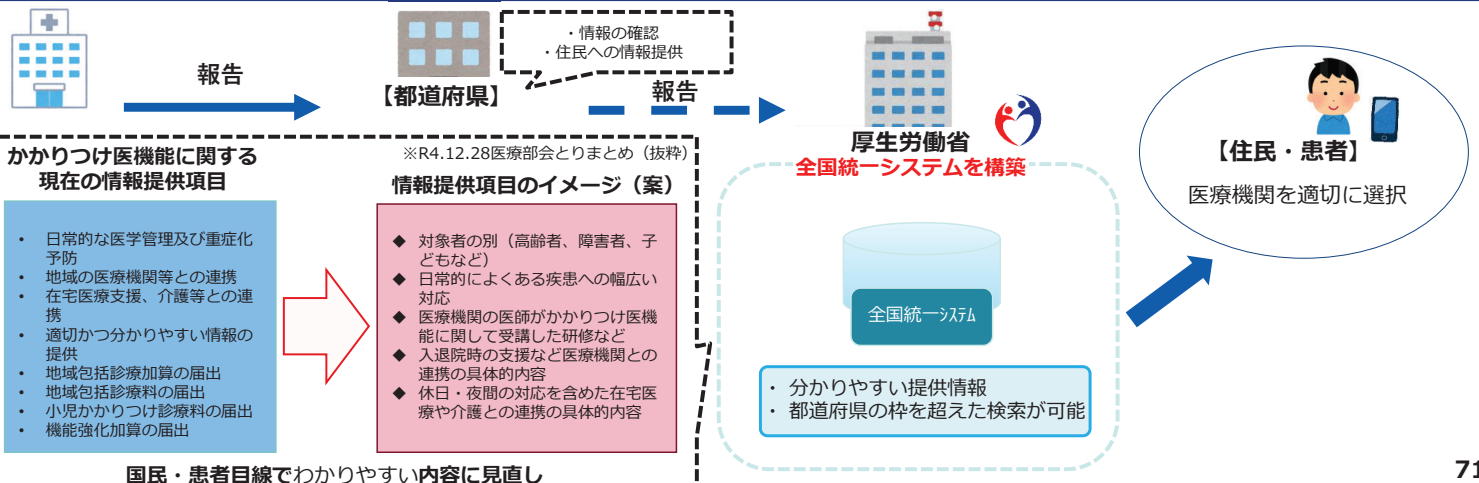
- ① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

#### <かかりつけ医機能>

**身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義**

- ② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供
- ③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**（厚生労働省令）

（具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。）





- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

#### 【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの  
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

#### 【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
  - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る）
  - ②：①を有する場合は、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）  
・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。

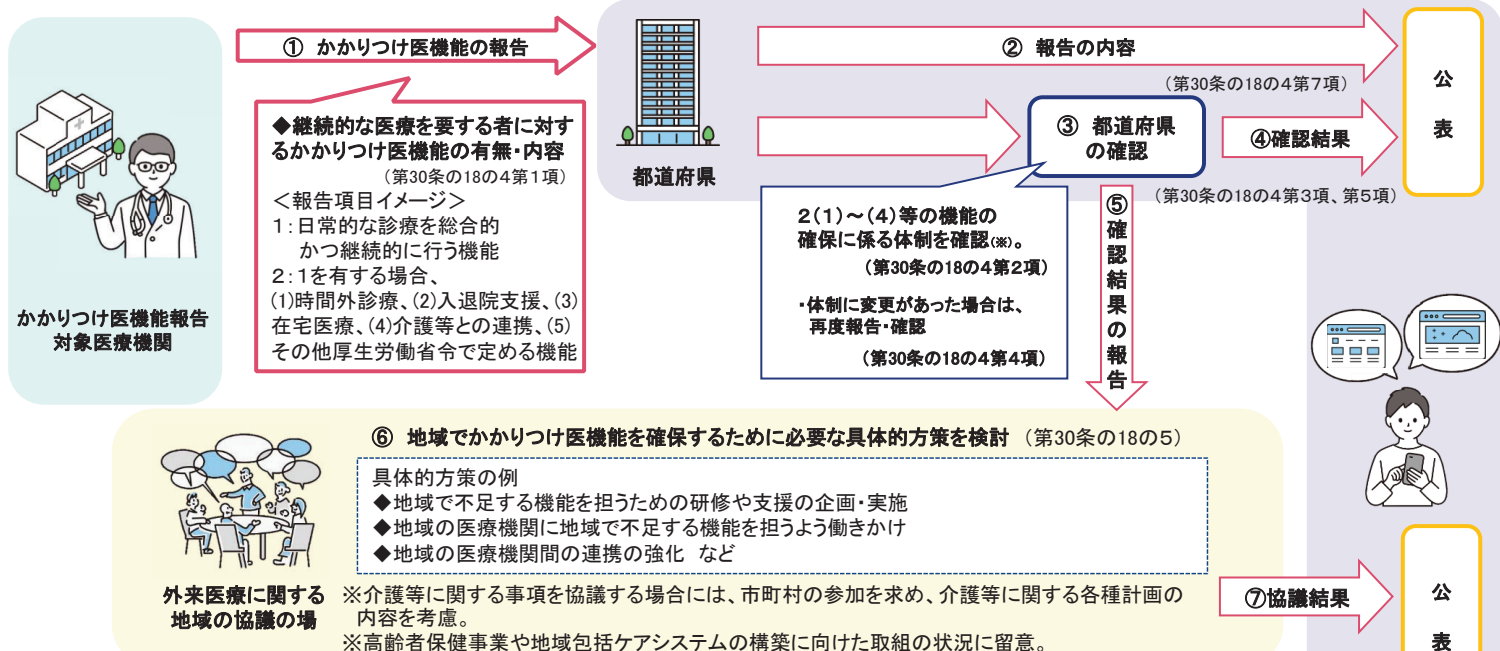
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

72

## かかりつけ医機能報告の流れ

### かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外  
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等（第30条の18の4第6項等）

73



**(医療・介護連携)**

- 在宅医療・介護連携の推進に向けて、
  - ・ 市町村と医師会等関係機関・医師等専門職の緊密な連携
  - ・ 施設・居住系サービスをはじめとする介護事業者と地域の医療機関等との連携
  - ・ 都道府県や市町村における医療や介護・健康づくり部門の庁内連携、総合的に進める人材の育成・配置
  - ・ 広域的な調整やデータの活用・分析など、都道府県による市町村支援の推進
  - ・ 国による自治体支援などを進めていく必要がある。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、これまでの事業を踏まえつつも、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図られるとともに、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつP D C Aサイクルに沿って運用することが重要である。令和2年介護保険制度改正において見直した省令や手引き等について、国としても引き続きその周知を図っていくことが適当である。また、各自治体の取組状況や課題を把握し、国による自治体支援の内容を検討していくことも重要である。
- 自治体がP D C Aサイクルに沿った事業展開を確立していくため、地域包括ケア「見える化」システムも含むデータの活用方法を分かり易く整理し、周知することが適当である。加えて、事業の好事例を横展開することも重要である。
- 地域の介護サービス基盤の整備に当たっては、介護保険事業（支援）計画と地域医療構想の整合も含め、医療提供体制の在り方と一体的に議論を行いながら進めていくことが必要である。
- 医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性を図るため、計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行い、緊密な連携を図ることが重要であり、国としても両計画の整合性を図るための支援を行うことが適当である。
- なお、介護保険事業（支援）計画の作成に当たっては、地域福祉計画、障害福祉計画その他要介護者の保健、医療、福祉等に関する事項を定める計画との調和を図ることが重要である。

**(かかりつけ医機能との連携)**

- 社会保障審議会医療部会において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が検討されている。かかりつけ医機能には、在宅医療の提供、介護との連携が含まれることから、医療と介護の連携を更に強化するため、こうした検討状況を踏まえて必要な対応を検討することが適当である。

74

## 3.医療・介護連携に係る近年の方策

### (共生社会の実現を推進するための 認知症基本法)

75

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

## 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

## 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。**
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野における総合的な取組**として行われる。

## 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、**基本理念**にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上**の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

## 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

76

## 5.基本的施策

- ①【**認知症の人に関する国民の理解の増進等**】  
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
- ②【**認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進**】
  - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
  - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
- ③【**認知症の人の社会参加の機会の確保等**】
  - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
  - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
- ④【**認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護**】  
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
- ⑤【**保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等**】
  - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
  - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
  - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
- ⑥【**相談体制の整備等**】
  - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
  - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
- ⑦【**研究等の推進等**】
  - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
  - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
- ⑧【**認知症の予防等**】
  - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
  - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

## 6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

77

# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

## (医療・介護連携に係る報酬上の評価)

78

### 令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

#### 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
  - 在宅における医療ニーズへの対応強化
  - 在宅における医療・介護の連携強化
  - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
  - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

#### 2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

#### 3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

#### 4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

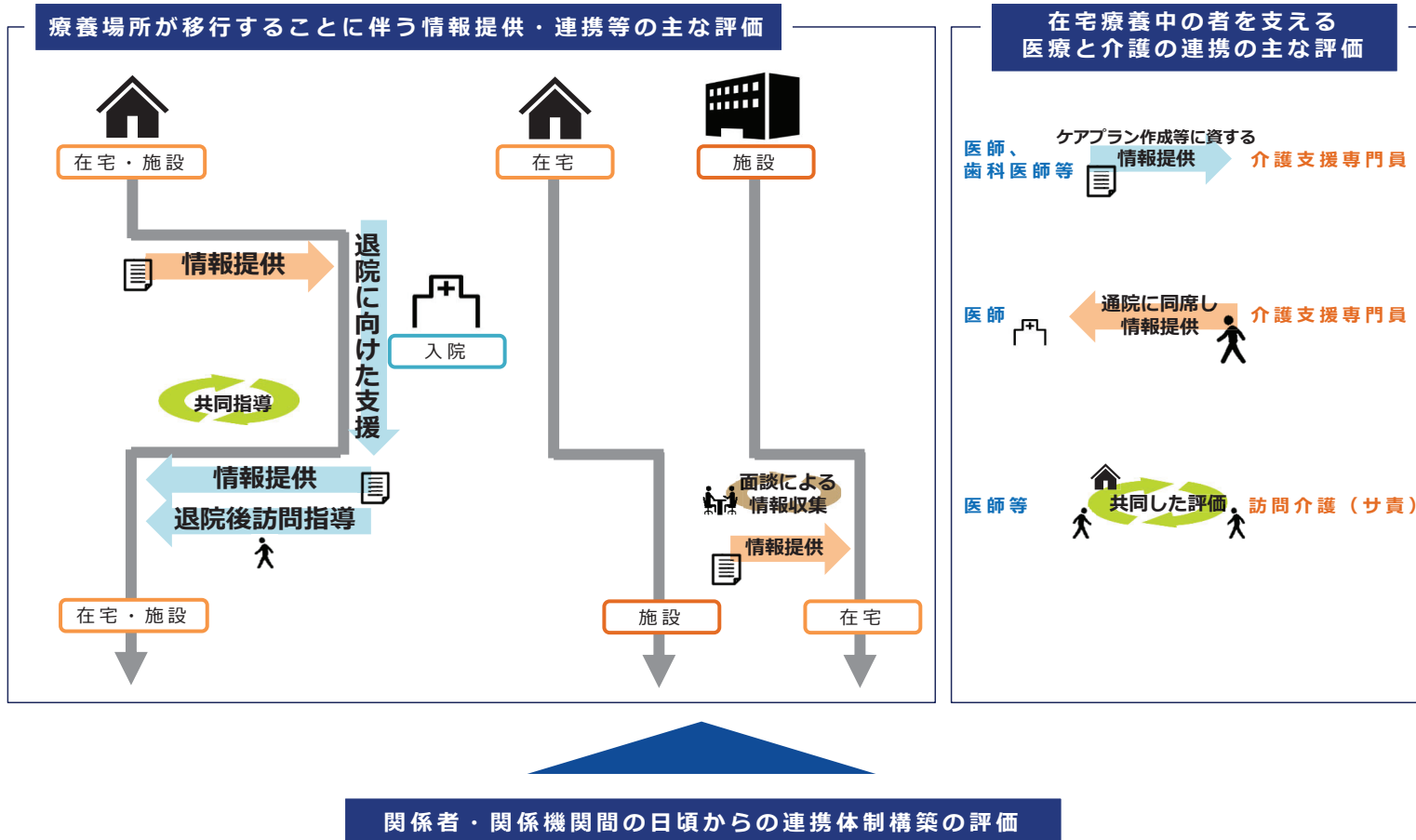
#### 5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

79



# 医療と介護の連携に関する評価（イメージ）



80

## 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

### 医療と介護の連携の推進

※各事項は主なもの

#### <在宅における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 医療ニーズの高い利用が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

#### <高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

#### <在宅における医療・介護の連携強化>

- ・ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務付ける。

#### <高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- ・ 高齢者施設等について、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等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

### 質の高い公正中立なケアマネジメント

- ・ 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

### 感染症や災害への対応力向上

- ・ 高齢者施設等における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- ・ 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（1年間の経過措置）

### 高齢者虐待防止の推進

- ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

### 認知症の対応力向上

- ・ 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

### 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- ・ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

### 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- ・ 訪問介護における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

### 看取りへの対応強化

- ・ 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

2 81

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

## 高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】

### ① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

#### ■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

##### ＜主な見直し＞

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し  
【(地域密着型)介護老人福祉施設】  
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し  
【介護老人保健施設】  
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し  
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】  
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し  
【認知症対応型共同生活介護】  
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

### ② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

#### ■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

##### (1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

##### (2) 急変時の電話相談・診療の求め

##### (3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※<sup>1</sup>（運営基準）

##### (4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※<sup>2</sup>（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

##### (5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

### 在宅医療を支援する地域の医療機関等

- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定

※<sup>1</sup> 経過措置3年。（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は努力義務。

※<sup>2</sup> 介護保険施設のみ。

82

### 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。

## 1. (3) ⑩ 入院時情報連携加算の見直し

### 概要

【居宅介護支援】

- 入院時情報連携加算について、入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から、現行入院後3日以内又は入院後7日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合に評価しているところ、入院当日中又は入院後3日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しを行う。その際、事業所の休業日等に配慮した要件設定を行う。  
【告示改正】

### 単位数・算定要件等

※ (I) (II) いずれかを算定

< 現行 >

入院時情報連携加算 (I) 200単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

< 改定後 >

入院時情報連携加算 (I) **250**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 入院日以前の情報提供を含む。

※ 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

< 現行 >

入院時情報連携加算 (II) 100単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

< 改定後 >

入院時情報連携加算 (II) **200**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

84

## 1. (3) ⑦ 円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進

### 概要

【訪問看護★】

- 要介護者等のより円滑な在宅移行を訪問看護サービスとして推進する観点から、看護師が退院・退所当日に初回訪問することを評価する新たな区分を設ける。  
【告示改正】

### 単位数

< 現行 >

初回加算 300単位/月

< 改定後 >

**初回加算 (I)** 350単位/月 (新設)

初回加算 (II) 300単位/月

### 算定要件等

- **初回加算 (I) (新設)**  
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、(II)を算定している場合は、算定しない。
- **初回加算 (II)**  
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、(I)を算定している場合は、算定しない。

85



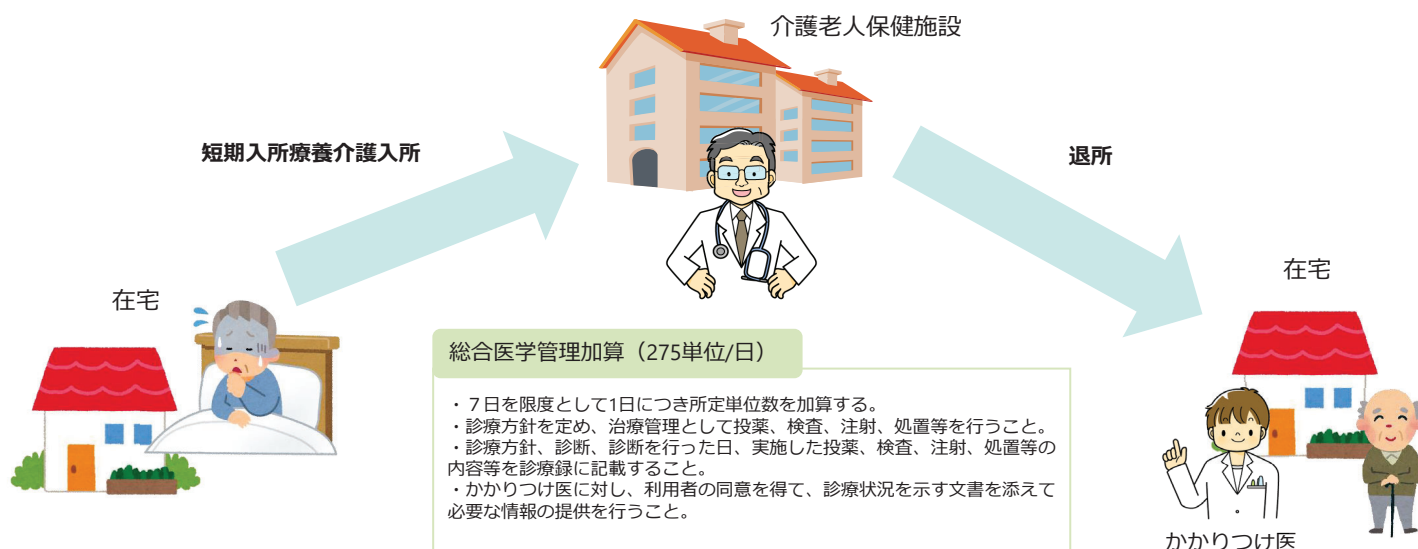


# 介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

## 概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



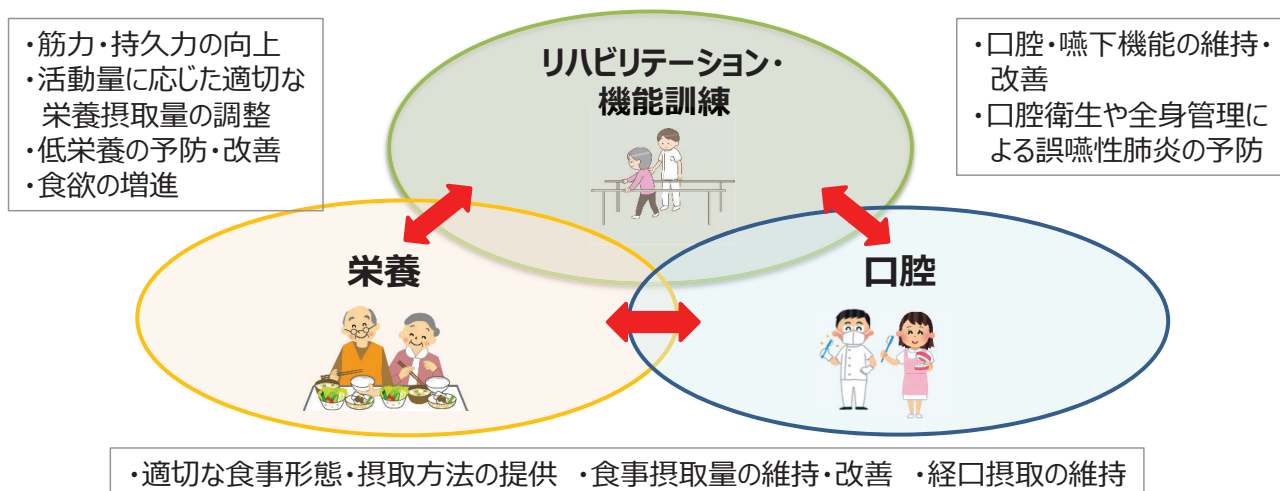
88

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審－介護給付費分科会  
第178 (R2.6.25) 資料 1

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

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



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

89

## リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

|    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |
|----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設 | 介護老人保健施設        | <p>＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞</p> <p><b>I：53単位/月</b> <b>II：33単位/月</b> ※加算（I）、（II）は併算定不可</p> <p><b>Iの主な算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p>                                                        | <p>一体的な実施計画書</p> <p>【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】</p> <p>【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】</p> |
|    | 介護医療院           | <p>＜理学療法、作業療法、言語聴覚療法＞</p> <p>理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 33単位/月の算定に加えて、<b>各々、理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5 20単位/月を更に算定可能</b></p> <p><b>理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5の算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p> |                                                                                             |
|    | 介護老人福祉施設        | <p>＜個別機能訓練加算＞</p> <p><b>I：12単位/日、II：20単位/月、III：20単位/月</b></p> <p><b>算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にI、IIに加えて更にIIIを算定可。</p>                                                                |                                                                                             |
|    | 地密介護老人福祉施設      |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |
| 通所 | 通所リハビリテーション     | <p>＜リハビリテーションマネジメント加算＞</p> <p><b>（6月以内）</b><br/>イ：560単位/日、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月</p> <p><b>（6月以上）</b><br/>イ：240単位/日、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月</p> <p><b>ハの算定要件：</b>管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p>                          | <p>一体的な実施計画書</p> <p>【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】</p> <p>【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】</p> |
|    | 介護予防通所リハビリテーション |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |
| 訪問 | 訪問リハビリテーション     |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】</p>                                                         |
|    | 介護予防訪問リハビリテーション | 赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                             |

90

R6年改定後

## リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

赤字：R6の主な改定事項

|    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設 | 介護老人保健施設   | <p>＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞</p> <p><b>I：53単位/月、II：33単位/月</b> ※加算（I）、（II）は併算定不可</p> <p><b>Iの主な算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>                                                               | <p>一体的な実施計画書</p> <p>○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）</p> <p>○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）</p> |
|    | 介護医療院      | <p>＜理学療法、作業療法、言語聴覚療法＞</p> <p>理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 33単位/月の算定に加えて、各々、<b>理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5 20単位/月を更に算定可能</b></p> <p><b>理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5の算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p> |                                                                                           |
|    | 介護老人福祉施設   | <p>＜個別機能訓練加算＞</p> <p><b>I：12単位/日、II：20単位/月、III：20単位/月</b></p> <p><b>IIIの算定要件：</b>口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にI、IIに加えて更にIIIを算定可</p>                                                            |                                                                                           |
|    | 地密介護老人福祉施設 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
| 通所 | 通所リハ       | <p>＜リハビリテーションマネジメント加算＞</p> <p><b>（6月以内）</b><br/>イ：560単位/日、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月</p> <p><b>（6月以上）</b><br/>イ：240単位/日、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月</p> <p><b>ハの算定要件：</b>管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>                          | <p>○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p> <p>○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p>                  |
|    | 介護予防通所リハ   | ※リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組においては各加算において共有された情報を活用する。                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |
|    | 通所介護       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
|    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |

91



リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

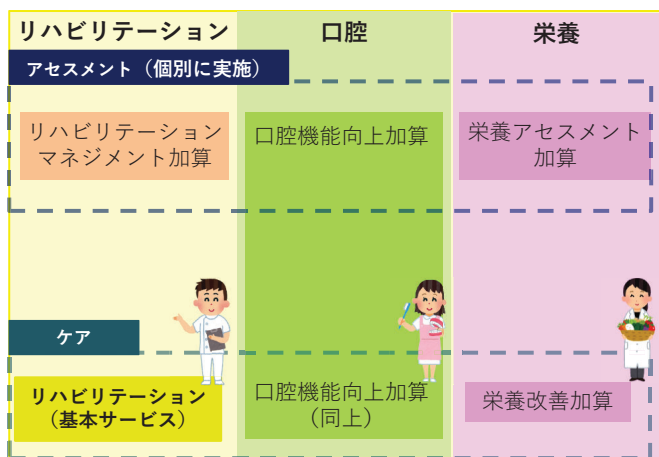
|                          |                |             |         |
|--------------------------|----------------|-------------|---------|
| リハビリテーションマネジメント加算(イ)     | 同意日の属する月から6月以内 | 560単位/月、6月超 | 240単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)     | 同意日の属する月から6月以内 | 593単位/月、6月超 | 273単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ハ)（新設） | 同意日の属する月から6月以内 | 793単位/月、6月超 | 473単位/月 |

※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算

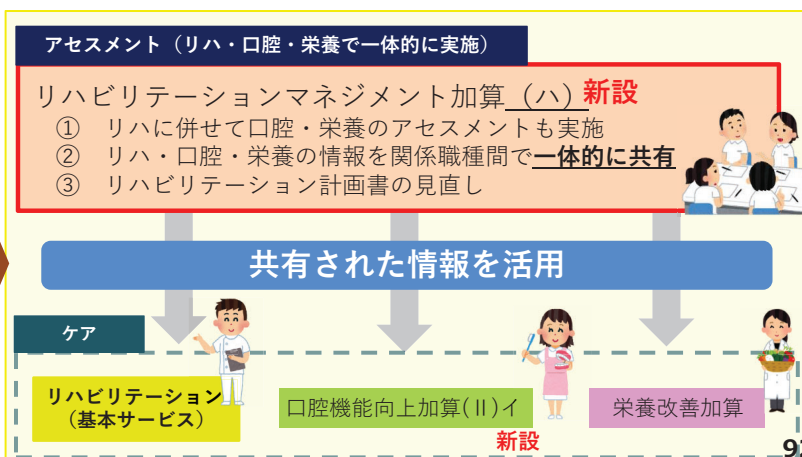
【ハの算定要件】

- （新設・現行の要件の組み替え）
- ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
  - イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。
  - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

現行（一体的に実施した場合の評価なし）



改定後（一体的に実施した場合の評価の新設）



92

2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進①

概要

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

- リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。

ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。

イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。

ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

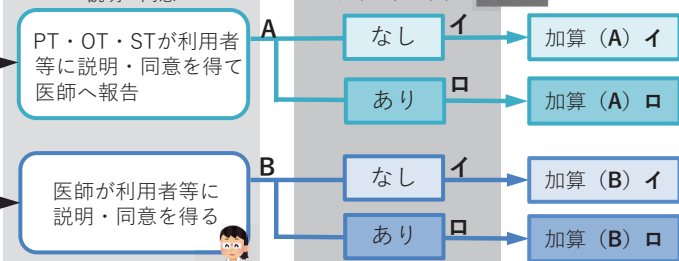
また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】

現行

リハビリテーション会議を定期的に開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施

リハビリテーション計画の説明・同意

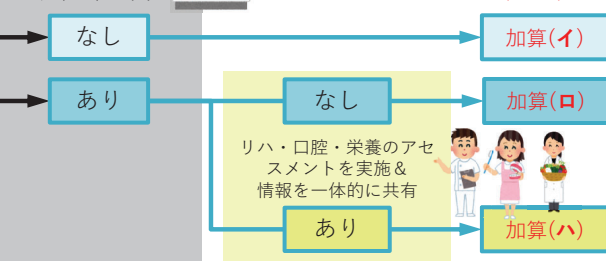
LIFEの提出 & フィードバック



改定後

リハビリテーション会議を定期的に開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施

LIFEの提出 & フィードバック



※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

93

2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進②

| 単位数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>○ 訪問リハビリテーション</div> <div><div>&lt; 現行 &gt;<div>リハビリテーションマネジメント加算(A)イ180単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ213単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(B)イ450単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ483単位/月</div></div><div>&lt; 改定後 &gt;<div>リハビリテーションマネジメント加算(イ)180単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(ロ)213単位/月</div><div>廃止 (以下の条件に統合)</div><div>廃止 (以下の条件に統合)</div></div><div>※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて270単位<br/>(新設・Bの要件の組み替え)</div></div> |

| 算定要件等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>○ 訪問リハビリテーション</div> <div>&lt; リハビリテーションマネジメント加算(イ) &gt;<div>・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。</div></div> <div>&lt; リハビリテーションマネジメント加算(ロ) &gt;<div>・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。</div></div> <div>&lt; リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 &gt; (新設)<div>・ 現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定し、別の加算として設定。</div></div> |

94

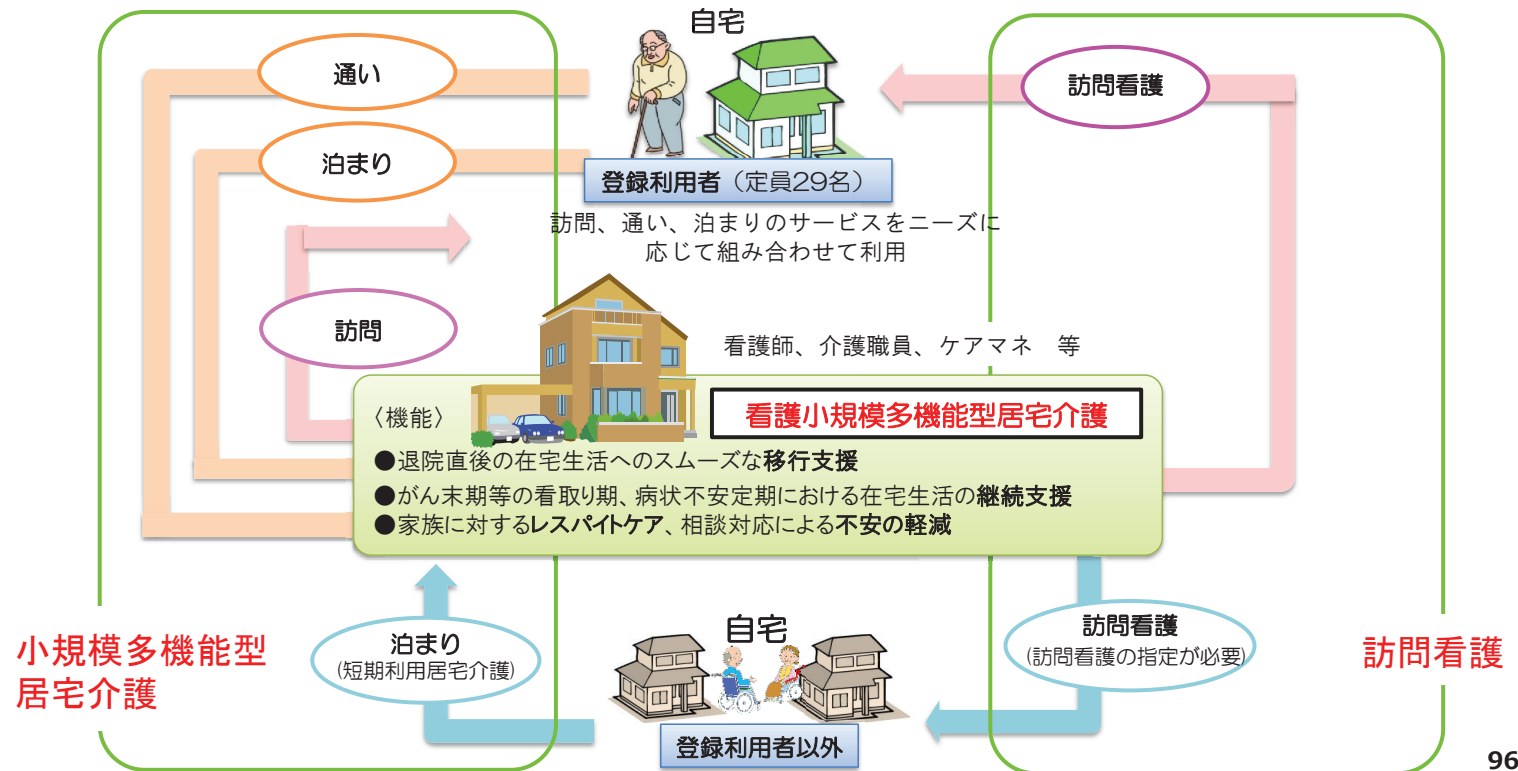
2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進③

| 単位数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>○ 通所リハビリテーション</div> <div><div>&lt; 現行 &gt;<div>リハビリテーションマネジメント加算(A)イ<br/>同意日の属する月から6月以内560単位/月、6月超240単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ<br/>同意日の属する月から6月以内593単位/月、6月超273単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(B)イ<br/>同意日の属する月から6月以内830単位/月、6月超510単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ<br/>同意日の属する月から6月以内863単位/月、6月超543単位/月</div></div><div>&lt; 改定後 &gt;<div>リハビリテーションマネジメント加算(イ)<br/>同意日の属する月から6月以内560単位/月、6月超240単位/月</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(ロ)<br/>同意日の属する月から6月以内593単位/月、6月超273単位/月</div><div>廃止</div><div>廃止</div><div>リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設)<br/>同意日の属する月から6月以内793単位/月、6月超473単位/月</div></div><div>※医師が利用者またはその家族に説明した場合 上記に加えて270単位<br/>(新設・Bの要件の組み替え)</div></div> |

| 算定要件等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>○ 通所リハビリテーション</div> <div>&lt; リハビリテーションマネジメント加算(イ) &gt; 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。</div> <div>&lt; リハビリテーションマネジメント加算(ロ) &gt; 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。</div> <div>&lt; リハビリテーションマネジメント加算(ハ) &gt; (新設)<div>・ リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。</div><div>・ 事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</div><div>・ 利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。</div><div>・ 利用者ごとに、言語聴覚士、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。</div><div>・ 利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。</div><div>・ 共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。</div></div> <div>&lt; リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 &gt;<div>・ 現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。</div></div> |

95

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



96

## 介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

### 介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会） 抜粋

- 看護小規模多機能型居宅介護は、主治医との密接な連携の下、通い・泊まり・訪問における介護・看護を利用者の状態に応じて柔軟に提供する地域密着型サービスとして、退院直後の利用者や看取り期など医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。今後、サービス利用機会の拡充を図るため、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすいような方策や提供されるサービス内容の明確化など、更なる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当である。



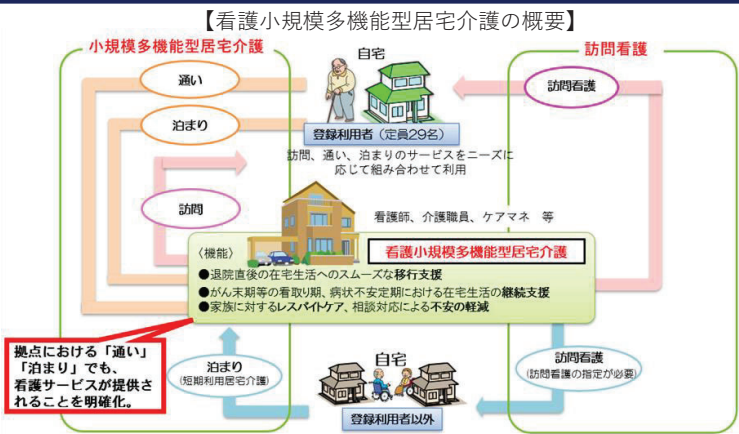
改正の趣旨

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護※<sup>1</sup>と小規模多機能型居宅介護※<sup>2</sup>とを組み合わせ、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービス。  
※<sup>1</sup>：自宅での看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）  
※<sup>2</sup>：自宅に加え、サービス拠点での「通い」「泊まり」における、介護サービス（日常生活上の世話）
- 看多機では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要がある。

※：看多機の請求事業所数は740箇所。看多機サービスの利用者は要介護3以上が62.8%。（いずれも令和3年）

改正の概要・施行期日

- 看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化する。
- 施行期日：令和6年4月1日



基本指針の構成について

社会保障審議会  
介護保険部会（第107回）  
令和5年7月10日

資料  
1-1

| 市町村                                                                             | 都道府県                                             | 見直しの方策案                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策                                          | 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項 | ○現行の「中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策」は、介護ニーズの変化だけでなく医療ニーズの変化も追記。【市（P50）】<br>○地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について記載。【市（P50）】 |
| （一）関係者の意見の反映                                                                    | （一）介護保険施設その他の介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備に関する事項      |                                                                                                                                                  |
| （二）公募及び協議による事業者の指定                                                              | （二）ユニット型施設の整備に係る計画に関する事項                         |                                                                                                                                                  |
| （三）都道府県が行う事業者の指定への関与                                                            | （三）ユニット型施設の整備の推進のための方策に関する事項                     |                                                                                                                                                  |
| （四）報酬の独自設定                                                                      |                                                  |                                                                                                                                                  |
| 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策                                         |                                                  |                                                                                                                                                  |
| （一）地域支援事業に要する費用の額                                                               |                                                  |                                                                                                                                                  |
| （二）総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス（以下「訪問型サービス等の総合事業」という。）の種類ごとの見込量確保のための方策 |                                                  |                                                                                                                                                  |
| （三）地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防の達成状況の点検及び評価                                           |                                                  |                                                                                                                                                  |
| （四）総合事業の実施状況の調査、分析及び評価                                                          |                                                  |                                                                                                                                                  |

## 手引きの内容（概要）

令和5年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業」

- 1 本手引きの使い方
- 2 看護小規模多機能型居宅介護の概要
- 3 看多機の広域利用について
 

※ 他の地域密着型サービスの広域利用においても同様

  - (1) 看多機のサービス利用機会拡充の必要性
  - (2) 広域利用が必要な場合
  - (3) 広域利用に関する方策
    - ・どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるよう、広域利用に関する方策は以下のような取組が考えられる。
    - ・区域外指定における所在地市町村長の同意を事前に得る（事前同意）
    - ・区域外指定に係る申請を簡略化する
    - ・定員数を増やす（条例改正（※1）、過疎地域等における登録定員超過の特例活用（※2））等
      - ※1 厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」である。
      - ※2 登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供が出来る。（令和3年度介護報酬改定）
- 4 区域外指定における取組の具体
  - (1) 区域外指定に関係する都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
  - (2) 協議で定める事項を検討する
  - (3) 区域外利用の条件（当該サービス事業所がない、当該事業所の登録定員充足率、利用可能な距離等）
  - (4) 同意の確認方法（同意の確認不要、担当者に都度要確認等）
  - (5) 区域外指定申請で簡略化できる事項（所在地の指定通知書による申請等）
  - (6) 協議で定めた事項について協定等を締結する
  - (7) 介護サービス事業所及び地域住民へ周知を図る

○看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き（厚生労働省HP）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213668.pdf>



100

## Ⅱ．令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業 における検討

令和6年度当初予算案 37百万円（22百万円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

○地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図るため、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会の設置、実態調査、プラットフォームの作成、担当者会議等を実施するとともに、事業コーディネーターの育成を実施する。また、都道府県・市町村への連携支援を行う。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 事業の概要

在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。具体的な事業内容は以下のとおり。

- ・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの作成
- ・在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
- ・都道府県・市町村担当者等会議の開催
- ・在宅医療・介護連携推進に向けた事業コーディネーターの育成
- ・都道府県・市町村への連携支援の実施

### 所要額

要介護認定調査委託費 36百万円  
職員旅費 1百万円

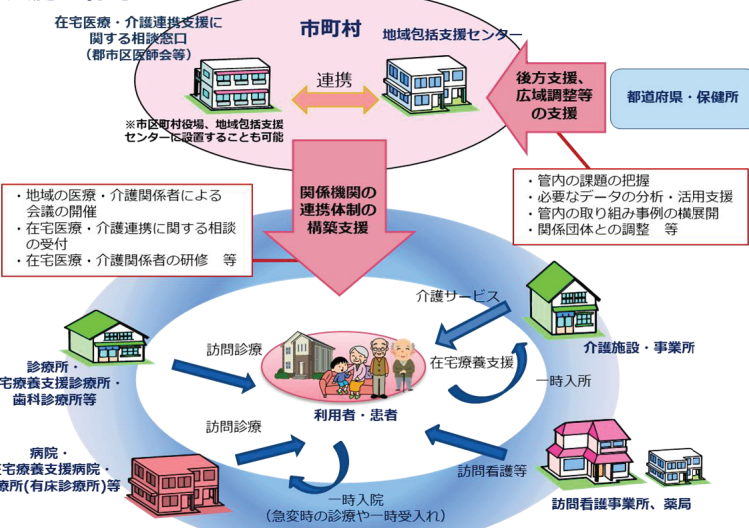
### 事業スキーム



### 成果目標

市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

### 実施主体等



102

## 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会

### 趣旨

- 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であり、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必要がある。
- 平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、平成30年4月以降、全ての市町村において事業が実施されている。また、令和2年介護保険法改正により、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等の見直しが行われた。
- また、今後2040年にかけて人口・世帯構造が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加するため、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することが今後更に増えることが想定される。そのため、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有等を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。
- 現在、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）や、「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日第8次医療計画等に関する検討会）等において、在宅医療・介護の更なる連携や、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の有効性の観点から、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について次期指針に記載すること等が求められている。
- これらの経緯等を踏まえ、本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組のより一層の推進・充実を図ることを目的とする。

### 開催日時

第1回 検討委員会 令和6年 6月14日（金）（10：00～12：00）  
第2回 検討委員会 令和6年11月 1日（金）（15：00～17：00）  
第3回 検討委員会 令和7年 3月 5日（水）（15：00～17：00）

### 構成員（敬称略、五十音順 ○委員長）

| 氏名             | 所属・役職                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 飯野 雄治          | 稲城市市民協働課（前高齢福祉課地域支援係長）                                                               |
| 今村 英仁          | 公益社団法人日本医師会 常任理事                                                                     |
| ○角野 文彦         | びわこリハビリテーション専門職大学 学長                                                                 |
| 川越 正平          | 一般社団法人松戸市医師会 会長                                                                      |
| 斎川 克之          | 一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長                                                              |
| 斉藤 正身          | 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長                                                          |
| 坂上 陽一          | 公益社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院 地域医療室長                                                        |
| 杉澤 孝久          | 北海道 保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課 医療参事                                                            |
| 田母神 裕美         | 公益社団法人日本看護協会 常任理事                                                                    |
| 西村 一弘          | 公益社団法人日本栄養士会 常任理事                                                                    |
| 野村 圭介          | 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事                                                                   |
| 服部 真治          | (元) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 研究事業担当部長 研究部 主席研究員<br>(現) 日本能率協会総合研究所 主幹研究員 |
| 福地 裕仁          | 深谷市 福祉健康部 長寿福祉課 課長補佐                                                                 |
| 牧野 和子          | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事                                                               |
| 村杉 紀明<br>荻野 構一 | 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事<br>※荻野委員 ～令和6年6月/村杉委員 令和6年7月～                                      |

103



# 令和6年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

## 調査の目的

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の実態を的確に把握することにより、今後の在宅医療・介護連携推進事業に関する様々な施策を検討・実施するための基礎資料とする。

## 調査概要

|        | 内 容                                                                                                                                                |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 実施期間   | 令和6年8月23日（金） ～ 令和6年11月22日（金）                                                                                                                       |
| 調査対象   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県（悉皆） 47自治体</li> <li>・市区町村（悉皆） 1741自治体</li> <li>・コーディネーター※（配置している都道府県、市区町村） 1618人</li> </ul>            |
| 調査系統   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・メールによる調査票（エクセル）の配布・回収</li> <li>＜配布＞ 厚生労働省 → 都道府県 → 市区町村</li> <li>＜回収＞ 市区町村 → 都道府県 → 日本能率協会総合研究所</li> </ul> |
| 主な調査項目 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・庁内、庁外連携体制の整備状況</li> <li>・在宅医療4場面別の取組状況</li> <li>・コーディネーターの有無</li> <li>・拠点の設置状況</li> </ul> 等                |

※R6年度調査では、R5年度に定義された「コーディネーター」に基づき、調査を実施した。

104

## 都道府県・市町村担当者等研修会議

## 調査の目的

市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的に実施。

## 開催概要

|      | 研修概要Ⅰ                                                                                                                        | 研修会議Ⅱ                           | 研修会議Ⅲ                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 実施日  | 令和6年10月21日（月）                                                                                                                | 令和6年11月15日（金）<br>・21日（木）・22日（金） | 令和6年12月2日（月）                                                                 |
| 研修場所 | オンライン開催（配信地：東京）                                                                                                              | 東京、大阪、福岡 各1開催                   | 東京                                                                           |
| 開催時間 | 10時～16時                                                                                                                      | 各10時～16時45分                     | 10時～16時30分                                                                   |
| 対象者  | 市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々                                                         |                                 | 左記を対象とし、以下が望ましい対象者<br>・地域の課題解決に関わっている方                                       |
| 参加定員 | 参加者：300名程度<br>傍聴者：1700名程度<br>（YouTubeLive配信のため、上限制限なし）                                                                       | 各回200名程度                        | 50名程度                                                                        |
| 申込方法 | 申込専用サイトにてインターネットに必要事項を入力の上、申込を行う                                                                                             |                                 |                                                                              |
| 備考   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修Ⅰの受講者が研修Ⅱに参加する連携型研修を想定。</li> <li>※但し、研修Ⅰに参加できないが研修Ⅱに参加したい方は、VOD等を視聴し参加。</li> </ul> |                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「コーディネーター育成する方」を養成する研修を想定</li> </ul> |

105

## 概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。
- 上記を踏まえ、「4つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。
- こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施。

## 支援内容

- 継続的な連携支援（9月上旬から順次実施）の実施
  - ・ 複数回（キックオフミーティング、1～3回支援、必要に応じて前後にオンラインミーティング、合同報告会）にて、市町村担当者との意見交換や相談支援の他、実践を通じた継続的な支援を実施
  - ・ 支援に際しては、有識者（アドバイザー）に加え、都道府県等も同席

| 都道府県 | 市町村          | 有識者（アドバイザー）                                                                                |
|------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 福島県  | 須賀川市、鏡石町、天栄村 | ・ 松本 佳子（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 専門研究員）<br>・ 小田島 史恵（釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長）       |
| 山梨県  | 甲州市          | ・ 大野賀 政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 福祉サービス研究領域 上席主任研究官）<br>・ 村井 千賀（石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター 副所長） |
| 静岡県  | 牧之原市         | ・ 東野 定律（静岡県立大学 経営情報学部 経営情報学科 教授）<br>・ 鈴木 美和（蓮田市 在宅医療介護課 課長）                                |
| 佐賀県  | 唐津市          | ・ 川越 雅弘（株式会社日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長）<br>・ 坂上 陽一（肝属郡医師会肝属郡医師会立病院 地域医療室長）                      |

※①地域区分、②テーマや取組要望内容を総合的に検討し、上記4自治体を選定。

106

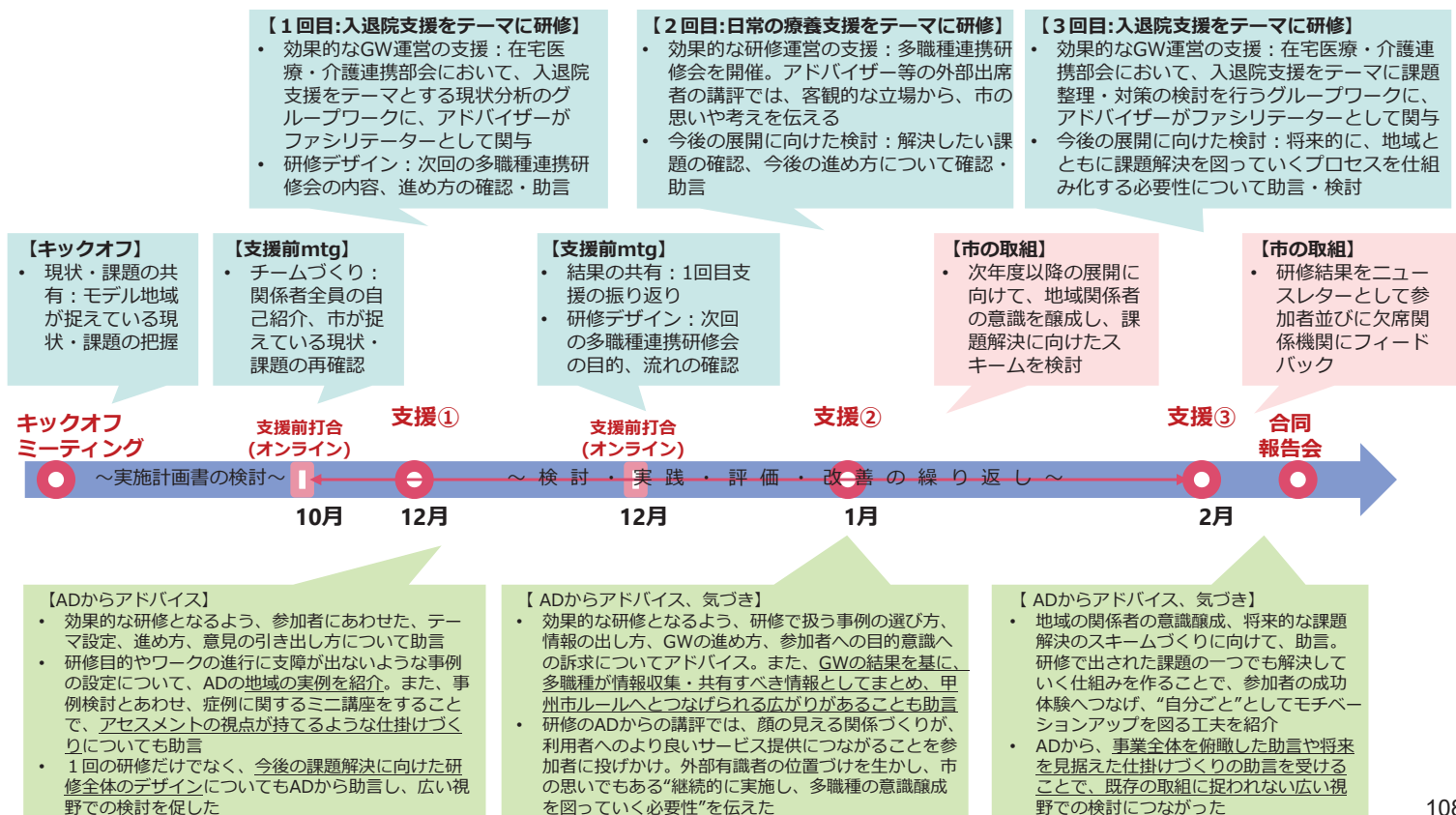
## 支援経過：須賀川地域（須賀川市、鏡石町、天栄村）

- 各職種が置かれた現状・課題を把握するために一次連携を実施。課題意識を共有することで、市町村・委託先とのチーム力もより強化



## 支援経過：甲州市

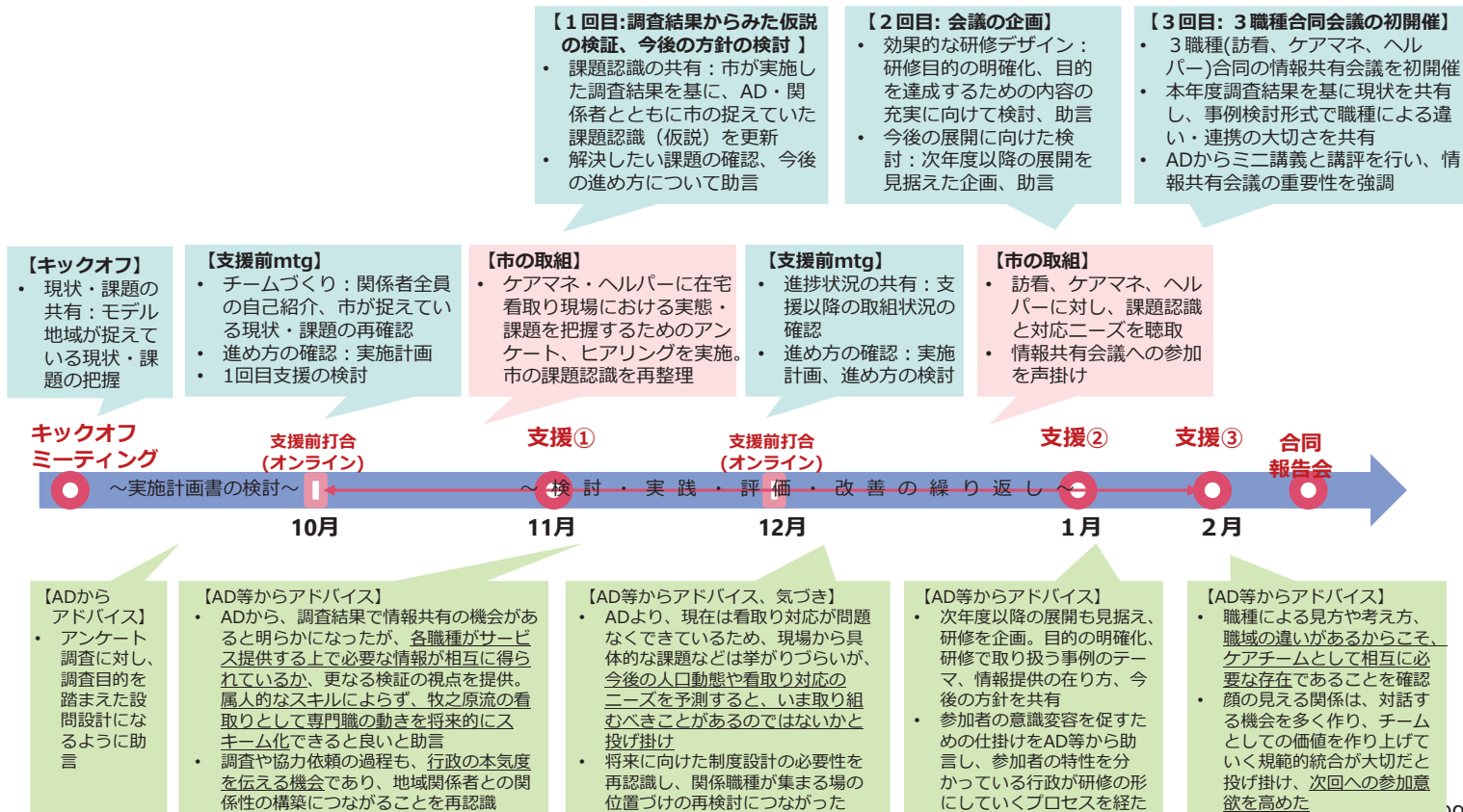
- 課題抽出、多職種の意識醸成を意図した研修の企画・運営を通じて、事業デザインや将来に向けた仕掛けづくりの検討にもつながった



108

## 支援経過：牧之原市

- 担い手が先細りとなるなか、訪看・ケアマネ・ヘルパー間の情報共有を円滑にし、在宅看取りの維持・推進に向けた検討の場を設定



109



## 支援経過：唐津市

- テーマ別・場面別に行政・地域関係者の本音を引き出すことで、それぞれの問題意識を具体化。関係者が共通の目的意識をもつことで、具体的な対応策の検討・実施につながった

### 【1回目：目指す姿と課題の確認・共有、対応策の検討】

- 情報整理：ADより前回の振り返り
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的なテーマに対する意見交換、解決シナリオを検討

### 【2回目：対応策の進捗確認、対応策の検討】

- 情報整理・認識合わせ：ADより前回の振り返り
- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的なテーマに対する意見交換、解決シナリオを再検討

### 【3回目：今後の展開に向けた検討】

- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 今後の展開に向けた検討：ADの進行で、本年度の成果、今後取り組む課題、解決シナリオについて意見交換、検討

### 【キックオフ】

- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

### 【支援前mtg】

- チームづくり：関係者全員の自己紹介、地域で捉えている現状・課題、目指したいことを再確認

### 【地域の取組】

- 各部会での検討
- 医師会在宅医療部会の立上に向けた検討
- 包括を対象に「いきかたノート」の目的を踏まえた活用研修の開催
- 高齢者施設等の看取り実態調査の実施、分析

### 【地域の取組】

- 各部会での検討
- 高齢者施設等における看取り実態調査の実施、分析・集計
- 訪問診療のニーズに関する調査（ケアマネ対象）結果の再分析

### キックオフ ミーティング

### 支援前打合 (オンライン)

### 支援①

### 支援②

### 支援③

### 合同 報告会

～実施計画書の検討～

～検討・実践・評価・改善の繰り返し～

10月

11月

12月

2月

### 【ADのアドバイス、気づき】

- 冒頭に、マネジメント思考の講義を行い、関係者との意識合わせ
- 参加者と確認した「地域で目指したいこと（在宅に限らず、本人の意向に沿った看取りができる）」を基に、ADが視野を広げるような問い掛けで意見を引き出し、情報を整理することで、取り組むべき課題が明確になった（例：実際の事例を基に、さらに取組が必要かどうかが投げ掛けられることで、具体的な場面を想定できた等）
- 課題が明確化されることで、各職種・各主体の取組の連動、アプローチ方法が整理された
- 各自が役割を認識し、次に取り組むべき事項が明確化した。調査の実施では、ADから先進地域の情報を提供

### 【ADのアドバイス、気づき】

- 調査結果の分析方法、課題の捉え方をADより助言。また、地域で取り組んだ課題への対応策を共有することで、地域の強みの再認識や、強みを更に伸ばすアイデア出しにつながった
- 施設等における看取り実態調査で明らかになった、職員のスキルアップや精神的負担への対応の必要性に対し、研修だけでなく、現場経験をどう積み重ねるか、訪問看護師や在宅医によるサポート体制の可能性など、具体的なアイデア出しを基に検討を進めた

### 【ADのアドバイス、気づき】

- 対応策の進捗状況を共有し、残った課題を整理することで、今後の取組や次期計画策定に向けた方向性が関係者で確認された
- 国モデル事業であることも活かして検討を進めるなど、時機を捉えたアクションにつながった
- 具体的なアクションに移すことで、地域で活躍する在宅医の思いを体現する「行政・コーディネーター・地域関係者」との体制がより強固になった。今後、整理した課題に対して優先度を決めて取り組むことで、現場を動かす展開につながると助言

## 令和6年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書（概要）

- 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、市町村が地域の実情にあわせて更なる在宅医療・介護連携の推進・充実を図るため、（1）今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等について検討を行う委員会の設置、（2）在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、（3）都道府県・市町村担当者等研修会議の開催、（4）都道府県・市町村連携支援、さらに、在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、（5）在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームの開発を実施し、報告書として取りまとめた。

### （1）検討委員会（全3回開催）

- 今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等について検討を行うため、15名の有識者や職能団体、関係団体、自治体担当者等から構成される検討委員会を設置し、3回開催した
- 「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見」として取りまとめたを行った

### （2）在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査WGを設置し、調査票や調査結果について検討を行った
- 都道府県調査（悉皆）、市区町村調査（悉皆）、コーディネーター調査を実施し、調査結果として取りまとめたを行うとともに、「小規模自治体、過疎地域及び中山間地域への対応」「拠点との連携」等4分野、5自治体へヒアリングを行った

### （3）都道府県・市町村担当者等研修会議

- 都道府県・市町村担当者等研修会議WGを設置し、効果的な研修会議の在り方に係る検討を行った
- 研修会議は、講義的事項を中心とした研修会議Ⅰでの政策の理解及び実践的連携スキル習得を中心とした研修会議Ⅱ、更により高度な協働事項を中心とした研修会議Ⅲを行った

### （4）都道府県・市町村連携支援

- 都道府県・市町村連携支援WGを設置し、効果的な都道府県・市町村連携支援の在り方に係る検討を行った
- 厚生支局エリアのバランス、エントリー理由の具体性、市町村規模、医介連携事業の進捗状況などを踏まえて、4地域を選定し、アドバイザーによる伴走支援を行った

### （5）在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームの開発

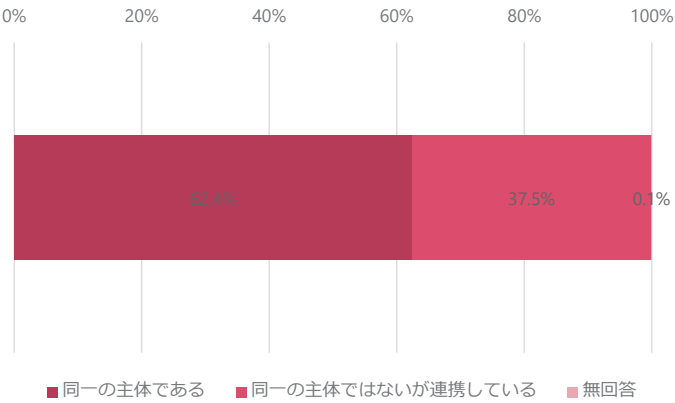
- 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームWGを設置し、効果的なプラットフォーム作成に係る検討、全自治体で運用可能な仕組みの検討を行った
- プラットフォームは、「厚生労働省」「都道府県・市町村」「団体職員・コーディネーター」「国民」と4段階の閲覧権限と更新権限を付与するもので、実装に向け、モデル自治体によるプラットフォームのテスト運用を行った

# 1. 医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方

112

## 1. 市町村調査

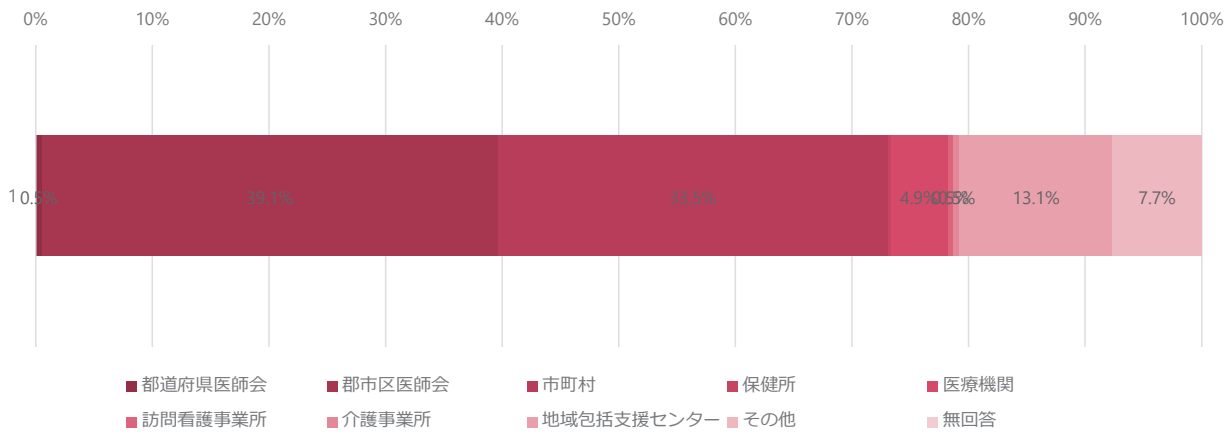
問14-2 問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。



n=819

1. 市町村調査

問14-2-1 問14-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

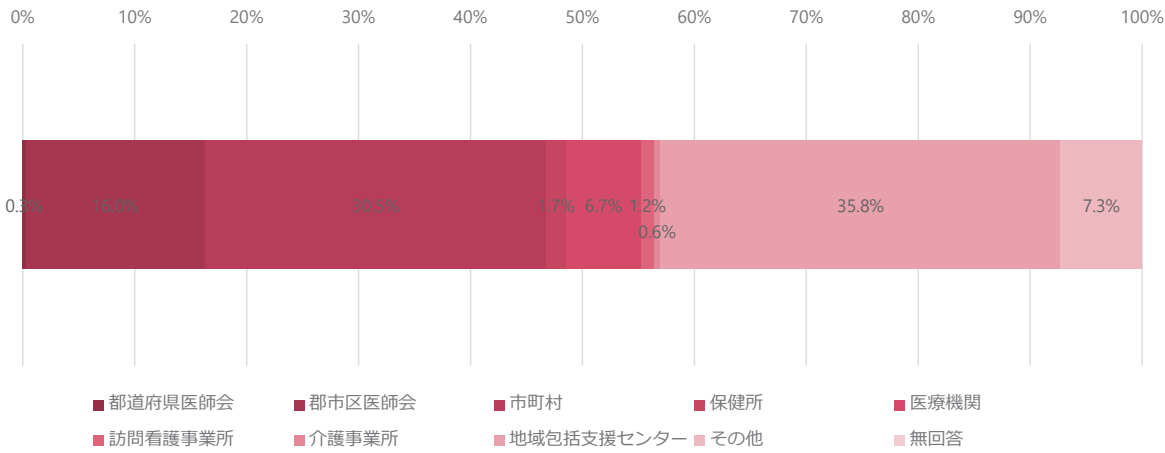


n=573

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村   | 保健所  | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他  | 無回答  |
|---------|--------|-------|------|------|---------|-------|------------|------|------|
| 3       | 224    | 192   | 1    | 28   | 3       | 3     | 75         | 44   | -    |
| 0.5%    | 39.1%  | 33.5% | 0.2% | 4.9% | 0.5%    | 0.5%  | 13.1%      | 7.7% | 0.0% |

1. 市町村調査

問14-2-2-2 在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体



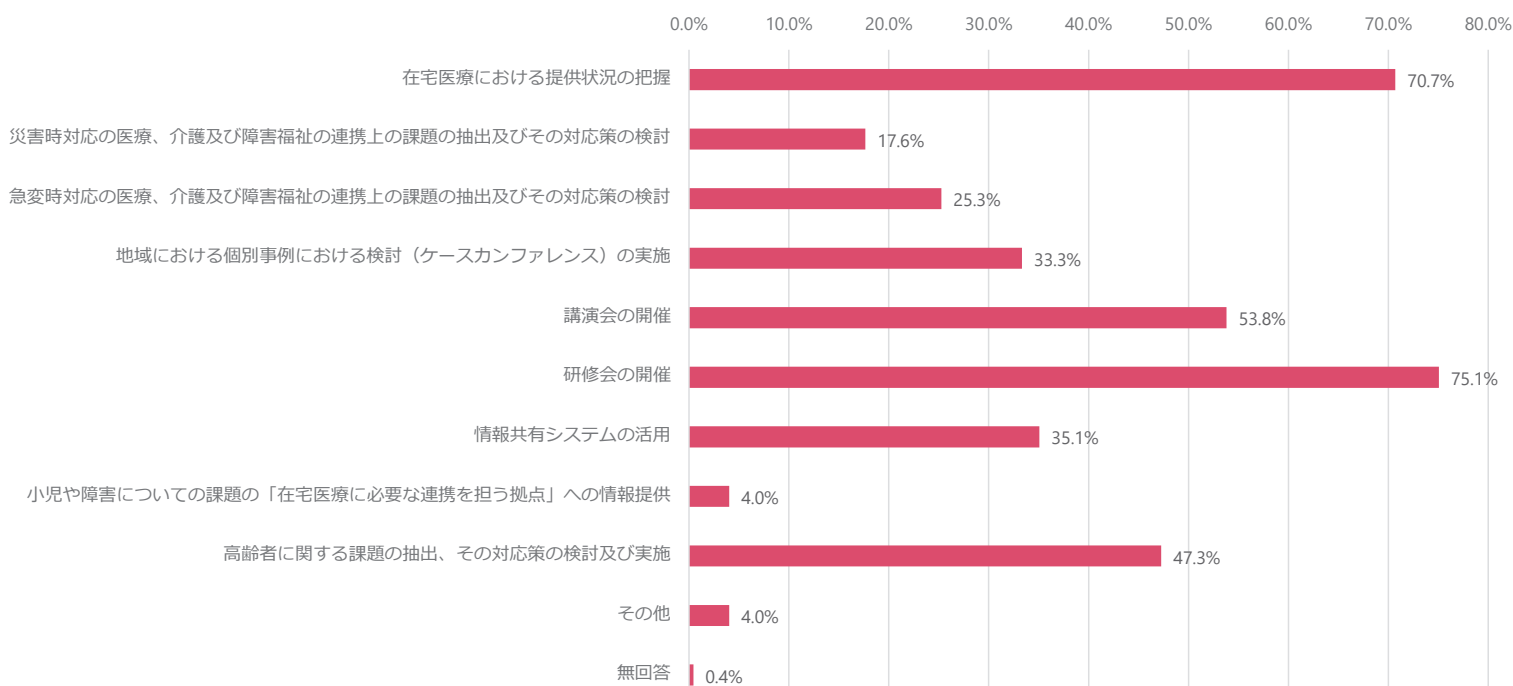
n=344

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村   | 保健所  | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他  | 無回答  |
|---------|--------|-------|------|------|---------|-------|------------|------|------|
| 1       | 55     | 105   | 6    | 23   | 4       | 2     | 123        | 25   | -    |
| 0.3%    | 16.0%  | 30.5% | 1.7% | 6.7% | 1.2%    | 0.6%  | 35.8%      | 7.3% | 0.0% |



## 1. 市町村調査

問14-3 引き続き問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）



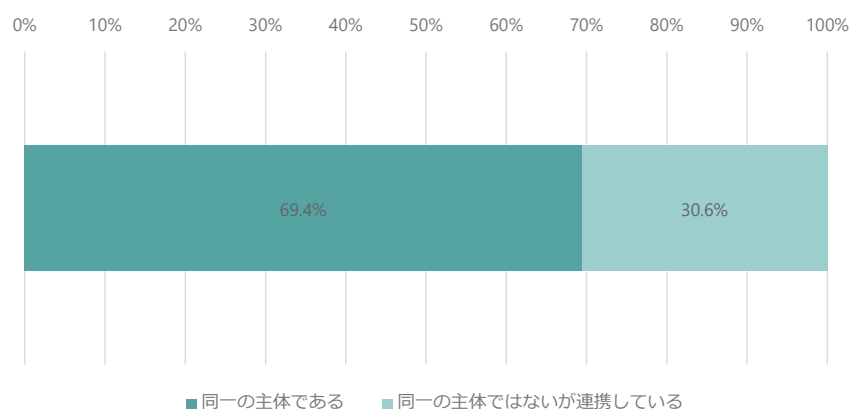
n=918

116

## 1. 都道府県調査

問19-2 在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。

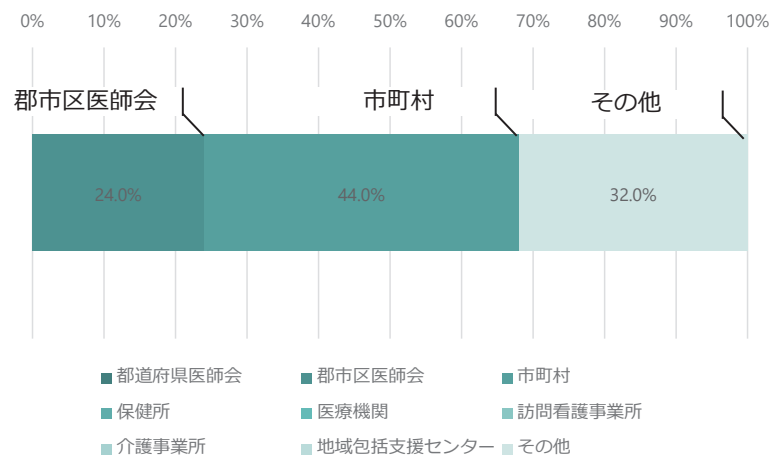
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。



n=36

1. 都道府県調査

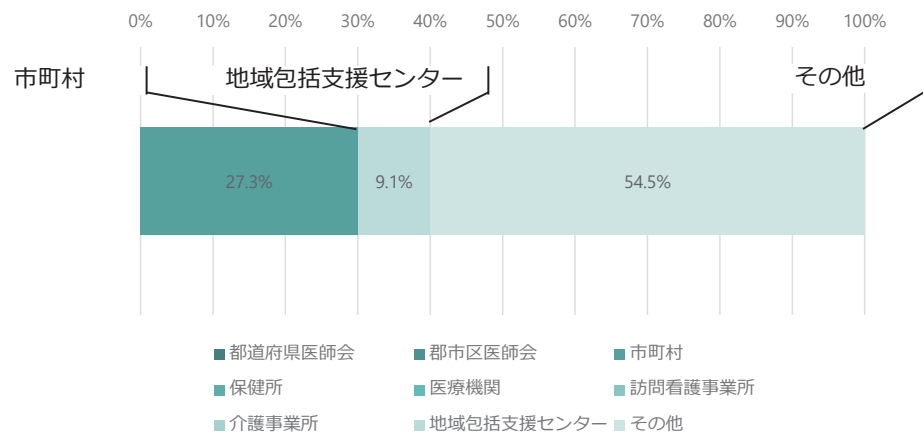
問19-2-1 19-2で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。



n=25

1. 都道府県調査

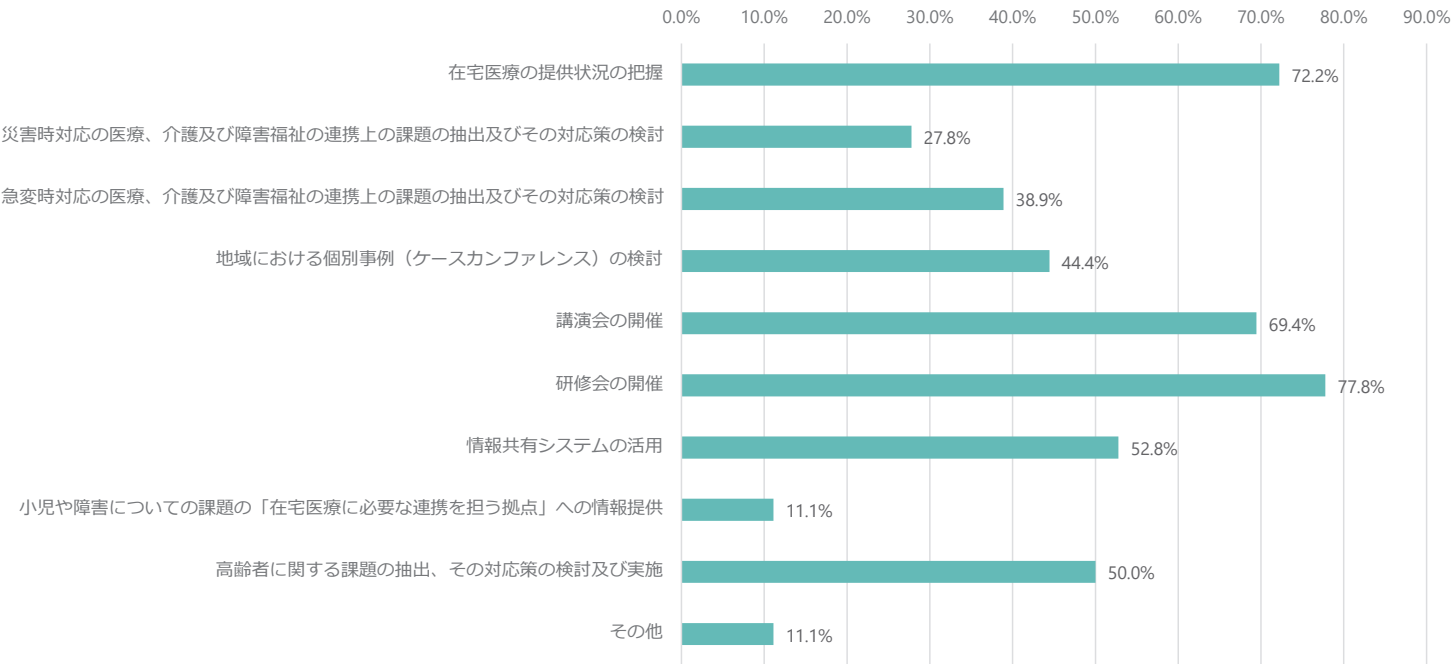
問19-2-3 19-2で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体



n=11

1. 都道府県調査

問19-3 引き続き問19で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）



n=36

120

在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

鹿児島県 肝属郡

肝属郡医師会立病院は、鹿児島県錦江町と南大隅町における医療・介護連携の中核的役割を担う拠点病院である。急性期から慢性期、在宅療養まで幅広い医療サービスを提供するとともに、地域包括ケア病棟を活用した退院支援や訪問診療、在宅療養支援診療所との連携を推進している。

また、多職種連携を強化するため、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャーと連携し、困難事例への対応や情報共有するなど、医師会や行政と協力してワーキングチームを設置し、地域課題を共有しながら具体的な解決策を検討する仕組みを構築している。さらに、ICT導入による効率化や、鹿児島大学との連携による地域医療枠の医師育成を進めることで、医療人材の確保や持続可能な医療体制の整備を実現。地域の医療・介護連携の要として、住民が安心して暮らせる環境づくりを支えている。

Point

地域を支える医療・介護連携の要

1. 拠点の概要

拠点の役割

- 鹿児島県錦江町と南大隅町は、いずれも高齢化率が50%近くに達しており（2020年国勢調査時点）、医療・介護資源が限られている
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

目標（スローガン）

- 住み慣れた地域で安心して人生の最期まで暮らせるまち

病院概要

|       |       |      |
|-------|-------|------|
| 許可病床数 |       | 196床 |
| 常勤医師  |       | 7人   |
| 地域連携室 | 社会福祉士 | 3人   |
|       | 保健師   | 4人   |
|       | 公認心理士 | 1人   |
|       | 事務職   | 1人   |



## 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

### 2. 在宅医療連携拠点の具体的な活動内容

| 年                             | 概略             | 内容                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2011年（平成23年）～<br>2012年（平成24年） | 取組の契機          | 厚生労働省が進める在宅医療連携拠点事業を2011年に把握。翌2012年度に応募し採択。医師会立病院を中心に、地域包括支援センターや訪問看護ステーションとの情報共有を進め、連携基盤の準備を整備。                                    |
| 2012年（平成24年）～<br>2013年（平成25年） | 多職種連携の構築       | 医師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員など、多職種が参加するワーキングチームが設立。<br>・訪問診療や在宅療養患者の急変時対応の仕組み作り。<br>・訪問入浴サービスの提供開始。<br>・喀痰吸引体制の整備（訪問ヘルパーへの技能講習実施）。 |
| 2014年（平成26年）                  | 現状課題の把握        | 地域の現状を把握するため、定期的なデータ収集・評価を開始。<br>（自宅等退院患者割合、在宅復帰率（地域包括ケア病棟）、在宅復帰率に係る加算の評価）                                                          |
|                               | 研修会の開催         | 多職種連携の強化に向けた研修会を開催。                                                                                                                 |
| 2015年（平成27年）                  | 認知症対策          | 認知症初期集中支援チームを設置（厚労省のモデル事業）                                                                                                          |
|                               | 重点課題の設定        | 高齢者独居問題や身寄りのない高齢者への対応強化を重点課題に設定。                                                                                                    |
| 2016年（平成28年）～<br>2018年（平成30年） | ICT導入の検討       | ICT導入に関する議論を開始。                                                                                                                     |
|                               | 大学との連携         | 鹿児島大学医学部との連携が本格化し、地域医療卒の医師育成が進展。                                                                                                    |
| 2019年（令和元年）～<br>2021年（令和3年）   | ICTの活用         | ICTを活用した効率的な情報共有基盤の試験運用を開始。                                                                                                         |
|                               | 訪問診療の拡充        | 訪問診療のカバーエリアを拡大。                                                                                                                     |
| 2022年（令和4年）以降                 | 困難事例にも対応した取り組み | 独居高齢者の生活支援や認知症ケアを重点施策として取組を継続。<br>困難事例等にも対応した、地域包括ケアシステムの構築を進める。                                                                    |

122

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

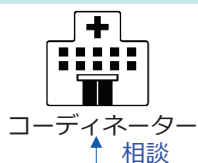
### 3. 拠点との連携の工夫

多職種が話し合い連携できるワーキングを設置しており、さまざまな方法によって課題を明らかにしたうえで、ワーキングを通して課題解決にあたっている。

また、相談窓口としての機能を担い、地域包括支援センターや訪問看護ステーションから寄せられる相談にも迅速な対応を行うことで、信頼関係が増し、地域全体の連携を強化している。これまでの経緯から地域全体が拠点とともに連携しあう環境が醸成されている。

#### 課題の抽出 ニーズの把握

- ◆アンケート調査
- ◆会議の設置
- ◆臨床実践
- ◆相談



地域包括支援センター

住民

訪問看護ステーション

社会福祉協議会

など・・・

#### 課題解決

- ワーキング実施による顔の見える関係づくりによる課題解決
- 訪問活動によるアウトリーチでの関係づくり

#### 課題解決事例

##### 喀痰吸引体制の構築

- ・課題: 地域の訪問ヘルパーが喀痰吸引スキルを持っておらず、呼吸器患者への対応が困難。
- ・解決: 7名のヘルパーが講習を修了し、地域で喀痰吸引が可能な体制を整備。

##### 独居高齢者の看取り支援

- ・課題: 身寄りのない独居高齢者が病状悪化時に適切なケアを受けられず、看取りが困難。
- ・解決: 医師会立病院の訪問診療と地域包括支援センターの連携で、訪問看護を提供し、看取り支援を実現。

##### 高度医療患者の在宅療養移行支援

- ・課題: 高度医療を受けた患者が退院後に適切な在宅療養支援を得られない。
- ・解決: 医師会立病院が退院支援を行い、訪問看護ステーションやケアマネジャーとの連携で在宅療養への移行を実現。

##### 地域間連携による生活支援

- ・課題: 生活困窮者やゴミ屋敷の住人が適切な住宅環境を得られない。
- ・解決: 医師会立病院と社会福祉協議会が協力し、町営住宅への移行を支援。

##### 緊急時の医療対応

- ・課題: 地域内で緊急時の医療対応が不十分。
- ・解決: 医師会立病院が地域包括ケア病棟を活用し、急変患者や緊急入院が必要なケースに迅速対応。

など・・・

#### 地域住民との密接な関係

訪問看護ステーションや地域包括支援センターから寄せられる相談に迅速に対応することで、住民に寄り添った医療・介護支援を提供。この信頼関係が、地域全体の連携を強化。

#### 重層的支援体制の構築

地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携を強化し、困難事例への対応を実現。独居高齢者や身寄りのない高齢者の支援を重点的に行い、医療・介護だけでなく、生活支援や権利擁護を含む包括的な支援を提供。この体制により、地域内での支援の一元化と迅速な対応が可能。

123

4. 拠点に関する現在の課題

拠点による課題解決が進み、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題                                                                                        | 対応策（案含む）                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療・介護人材の不足<br>医師や訪問看護師、介護職員の人材不足が深刻化しており、24時間対応や緊急対応が困難な場合がある。                            | 大学や地域医療教育機関と連携し、地域枠の医師育成や研修プログラムを強化。医療・介護分野の働きやすい環境整備（短時間勤務やキャリア支援）を推進し、人材定着を図る。多職種間で業務を分担し、限られた人材を効率的に活用。 |
| ICTを活用した情報共有基盤の強化<br>訪問診療や訪問看護、ケアマネジャー間での情報共有が紙ベースやファックスに依存しており、患者情報の共有や迅速な意思決定が難しい場合がある。 | ICTツールを導入し、リアルタイムの情報共有を実現。情報共有の運用ルールを明確化し、プライバシー保護を徹底。ICT導入に向けた操作研修を実施し、全職種がツールを活用できる環境を整備。                |
| 医療・介護連携のさらなる深化<br>医療と介護の連携は進んでいるものの、現場レベルでの細やかな連携が課題。                                     | 多職種による定期的なワーキングチーム会議を実施し、現場課題を共有・解決。在宅療養開始前に、医療と介護双方で詳細なケアプランを立て、役割を明確化。緊急時対応の連絡網や手順を標準化し、対応の質を向上。         |
| 在宅医療の認知拡大と住民への啓発<br>地域住民の中には、在宅医療の仕組みや利用方法についての理解が不十分な人も多い。                               | 地域住民向けの講話会や相談会を定期的に開催し、在宅医療・介護連携の仕組みを周知。在宅医療経験者や家族の声を取り入れた事例紹介を行い、理解促進を図る。                                 |

124

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

埼玉県 熊谷市

熊谷市では、高齢化率が上昇しており、在宅医療や介護の需要が増加している。そのため、市内の医療資源やサービスを効率的に活用し、地域の特性に合った支援を提供する必要がある。県の主導により熊谷市医師会と協議を重ね、熊谷生協病院を在宅医療支援の拠点として設置した。この拠点を中心に、医師や看護師、薬剤師など多職種が連携する仕組みを構築し、「くまねっと」などのデジタルツールを活用して地域住民との連携を進めている。  
また、協議体では地域住民参加型の体制を目指し、顔の見える関係づくりに注力している。

Point

拠点と協議体が両輪となって、在宅医療・介護連携を促進

1. 協議体の概要

部会の役割

- 在宅医療・在宅介護の課題の抽出と対応策の検討
- 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
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援

目標（スローガン）

- 地域住民参加型の顔の見える関係を目指す

部会構成員

| 職種    | 人数 | 職種           | 人数 |
|-------|----|--------------|----|
| 医師    | 2  | ケアマネジャー      | 2  |
| 歯科医師  | 1  | 保健所職員        | 1  |
| 薬剤師   | 1  | 消防職員         | 1  |
| 訪問看護師 | 1  | 拠点コーディネーター   | 1  |
| 理学療法士 | 1  | 地域包括支援センター職員 | 2  |
| 管理栄養士 | 1  | 合計           | 14 |

125

2. 協議体の具体的な活動内容

| 年            | 概略               | 内容                                                                                                         |
|--------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2016年（平成28年） | 協議体の設立           | 協議体の設立初回の協議会が開催され、在宅医療・介護の供給体制構築に向けた課題の抽出と実施方法を議論。                                                         |
| 2019年（令和元年）  | 10年先を見据えた課題抽出    | 今後の体制構築に向けて、始めるべきこと、見直すべきことを整理し、具体的な課題を抽出。                                                                 |
| 2020年（令和2年）  | スローガンの策定         | 「地域住民参加型の顔の見える関係を目指す」をスローガンに掲げ、多職種間の連携強化に注力。                                                               |
|              | 入退院支援ルール策定の開始    | 地域内の病院や介護施設間でのスムーズな連携を実現するため、ルールの策定を進める。                                                                   |
| 2021年（令和3年）  | ACP（人生会議）の普及啓発開始 | 講師人材バンクの登録制度を導入し、普及活動を強化。                                                                                  |
|              | 119シートとの連携議論     | 救急対応時に活用される情報シートにACP関連情報を含める提案が議論される。                                                                      |
| 2022年（令和4年）  | 「くまねっと」の立ち上げ     | 医療介護連携推進ネットワークとして、地域資源の一元管理と情報共有を目的としたツール「くまねっと」が導入される。                                                    |
| 2023年（令和5年）  | 市民向けACP普及啓発活動    | 市民向けACP普及啓発活動市報に特集記事を掲載し、住民への周知活動を強化。                                                                      |
| 2024年（令和6年）  | 消防職員をオブザーバー      | 救急搬送時の対応強化を目的に、消防職員にオブザーバー（2023年5月から）参加を依頼。2023年11月に119シートの議論は収束したが、救急との情報共有と連携が重要との考えから正規メンバーに（2024年2月から） |
|              | 多職種交流の機会創出       | 医療・介護関係者の研修会や懇親会を企画し、顔の見える関係の推進に努めている。                                                                     |
|              | 普及啓発講座の拡大        | 出前講座の回数を倍増し、医師以外の多職種も講師として活躍できる体制を構築。                                                                      |
|              | さらなる普及啓発の強化      | 中学校での講座実施や幅広い世代への情報発信を計画中。                                                                                 |

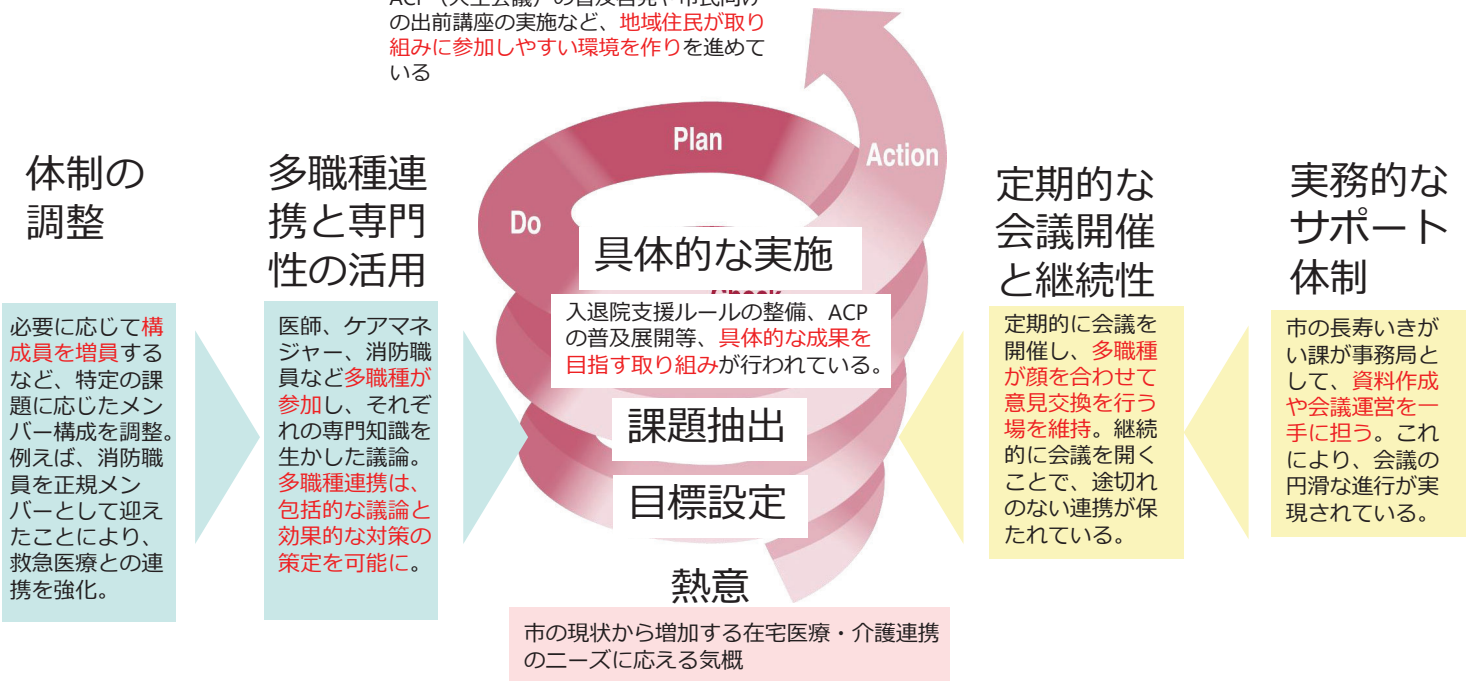
消防がオブザーバーに

3. 協議体の運営の工夫

熊谷市では、協議体が有機的に機能するために、スローガンの設定や課題の抽出を行い、協議体で実施すべきことに焦点をあてている。定期的、継続的に協議体を開催することで、具体的な進捗を確認、さらなる課題について、対策を練るといった持続可能な運営がみられた。

地域住民の参加を促進

ACP（人生会議）の普及啓発や市民向けの出前講座の実施など、地域住民が取り組みに参加しやすい環境を作り進めている





4. 協議体運営等に関する現在の課題

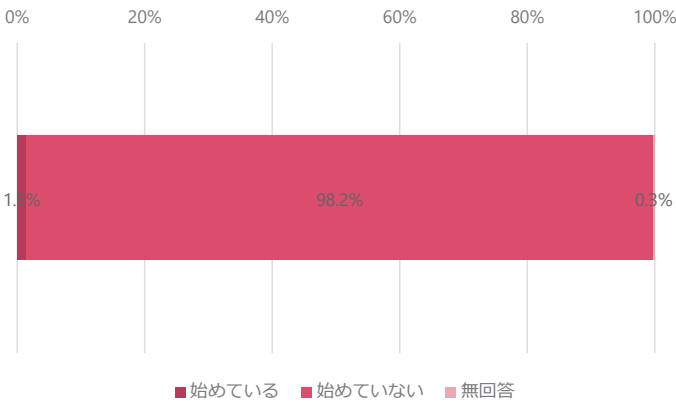
熊谷市では、協議体を活用し、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題        |                                                  | 対応策（案含む）                       |
|-----------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| マンパワー不足   | 職員数が限られており、日々の業務が優先される中で計画的な課題解決が難しい現状がある。       | 事業を分担することで効率的な運営を目指している。       |
| 協議体継続性の懸念 | 協議体を支える中心人物の異動や役職の変更により、現在の体制が将来的に維持できるかが不透明である。 | 多職種交流の機会を創出することで関係者間の協力を深めている。 |
| 市民への周知不足  | ACP（人生会議）や連携ツール「くまねっと」の利便性が十分に市民に伝わっておらず、利用率が低い。 | 市報や出前講座を活用して市民への普及啓発活動を強化している。 |

128

1. 市町村調査

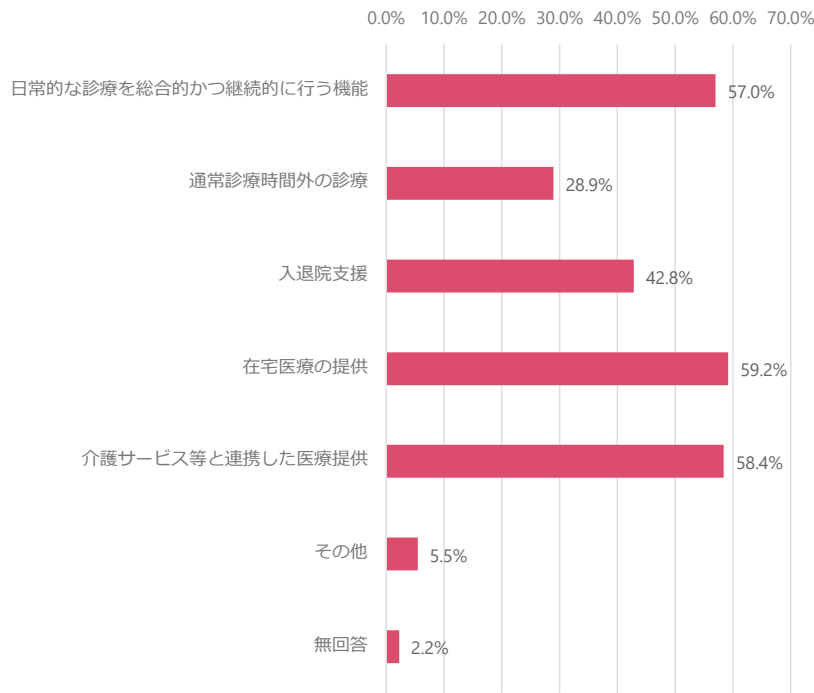
問15 かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていますか。



n=1741

1. 市町村調査

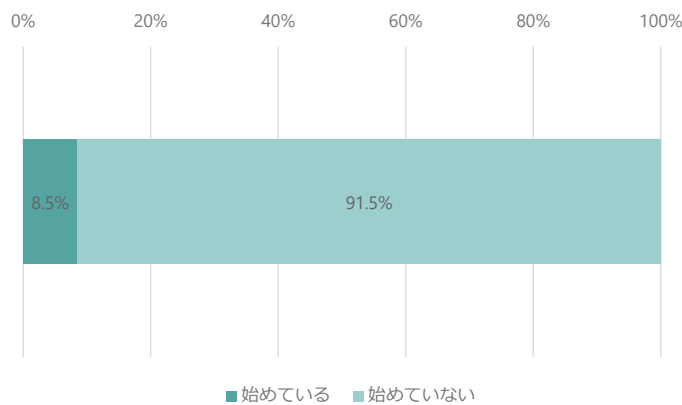
問17 かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要（課題）だと考えるものはどれですか。（複数回答）



n=1741

1. 都道府県調査

問22 かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていますか。



n=47

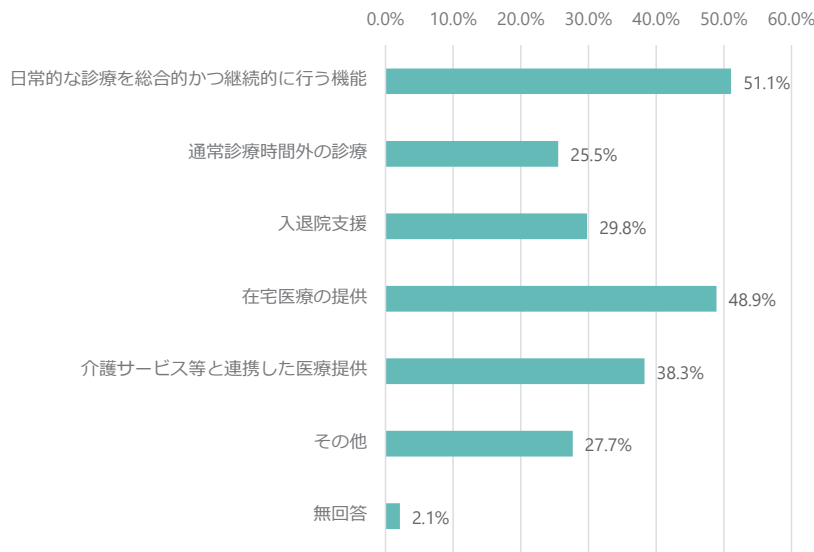
問22-1 問22で「1. 始めている」と回答した方に伺います。具体的にどのようなことを準備していますか。

- ・ 制度の情報収集と各保健所長への情報共有。
- ・ 課内の役割分担のみ検討済。今後、開催される医政局総務課の説明会を受け、具体的に検討予定。
- ・ 令和7年度の地域における協議の場（地域医療構想調整会議）の実施に向けた県予算要求の準備等。

※抜粋です

1. 都道府県調査

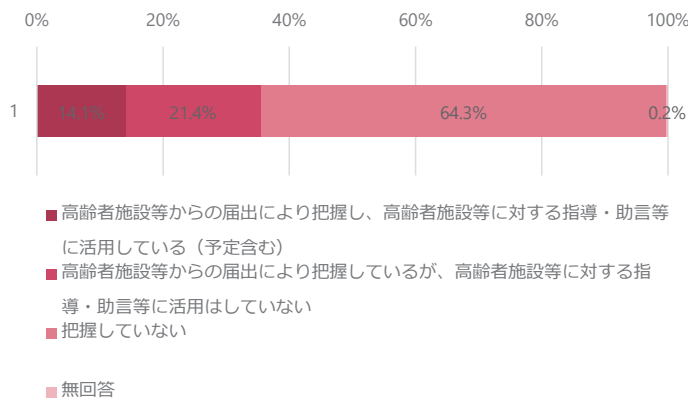
問23 かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要（課題）だと考えるものはどれですか。（複数回答）



n=47

1. 市町村調査

問9 高齢者施設等と協力医療機関との連携状況を把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していますか。

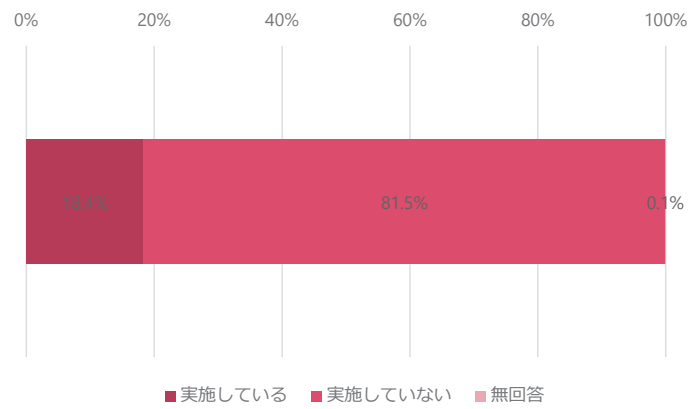


n=1741



1. 市町村調査

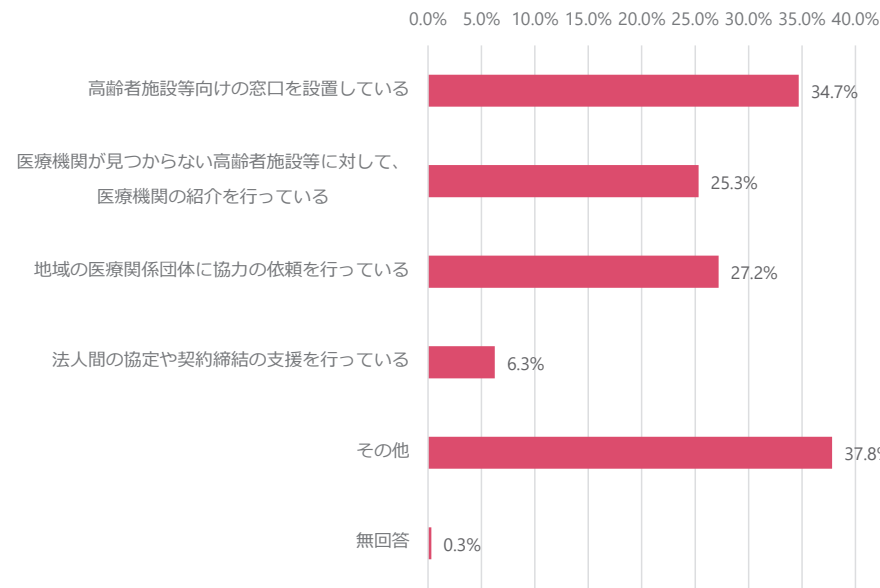
問8 貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施していますか。



n=1741

1. 市町村調査

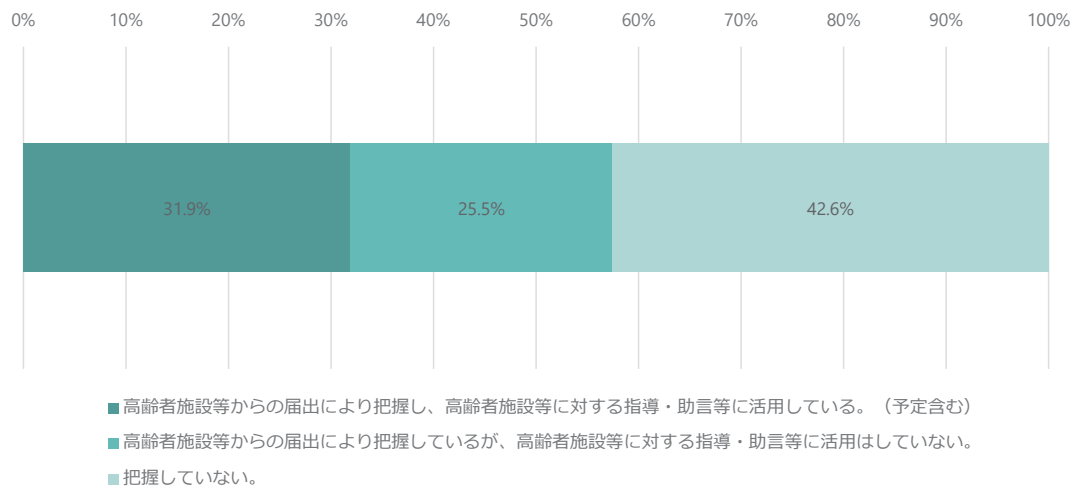
問8-1 問8で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取り組みを実施していますか。（複数回答）



n=320

1. 都道府県調査

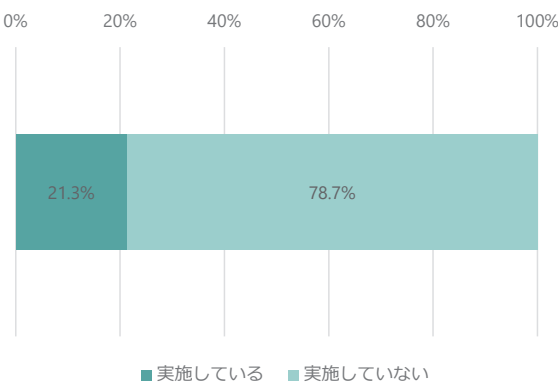
問3 高齢者施設等と協力医療機関との連携状況を把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していますか。



n=47

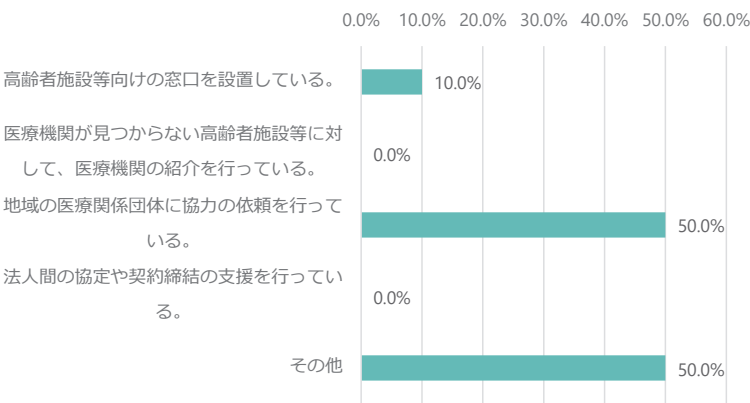
1. 都道府県調査

問2 貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。



n=47

問2-1 問2で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取り組みを実施していますか。（複数回答）



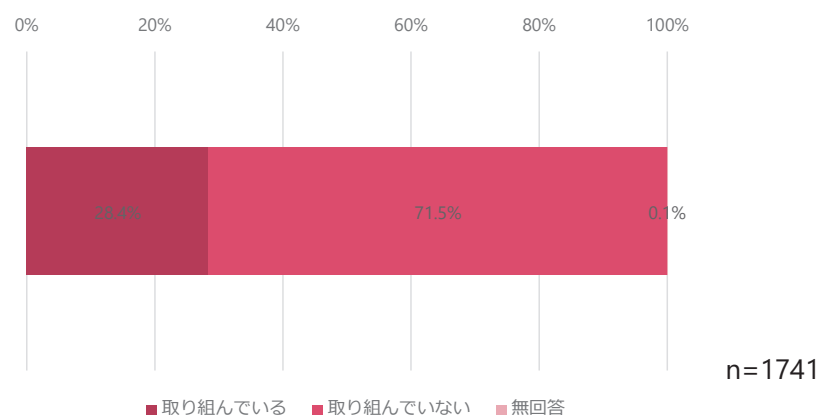
n=10

## 2. 多職種連携の更なる推進

138

### 1. 市町村調査

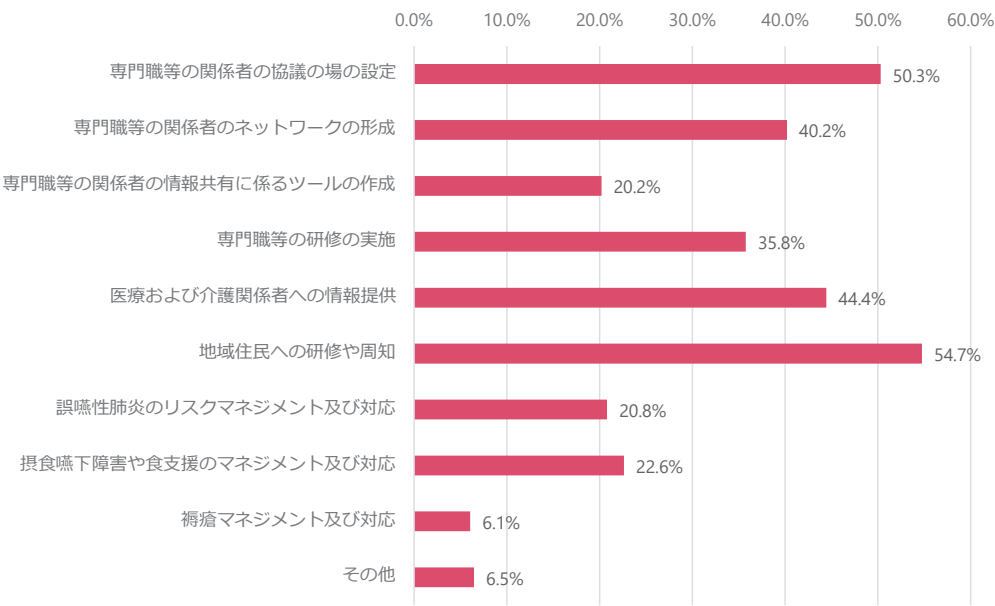
問5 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。



※医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理（以下、「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」）

1. 市町村調査

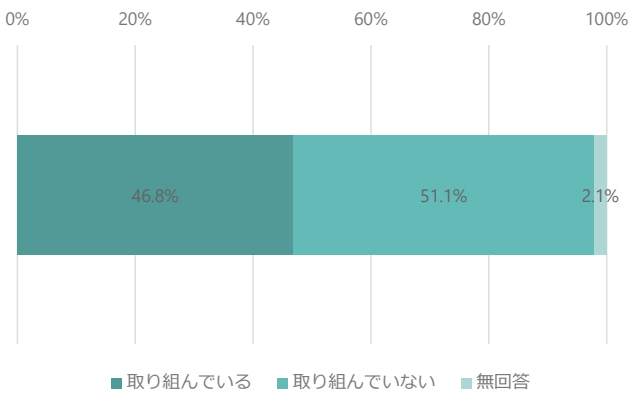
問5-1 問5で「1. 取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）



n=495

1. 都道府県調査

問4 貴都道府県では「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいますか。

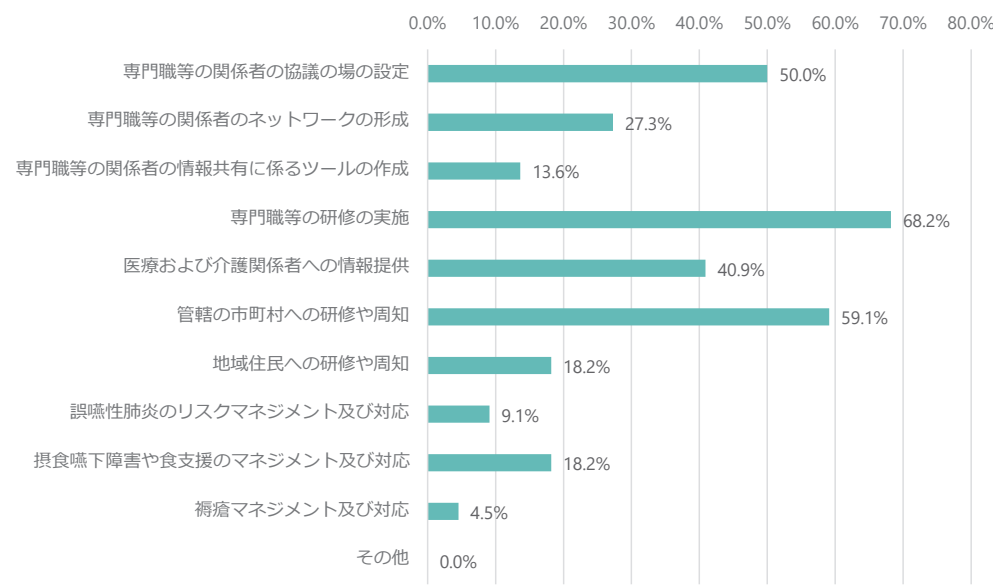


n=47



1. 都道府県調査

問4-1 問4で「1. 取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）



n=22

1. 都道府県調査

問20 貴都道府県内の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数と種類を教えてください。

1.総数

| 調査数 | 平均    | 最小値 | 最大値  |
|-----|-------|-----|------|
| 46  | 164.7 | 0   | 1061 |

※無回答 1自治体

2.在宅療養支援病院（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均   | 最小値 | 最大値 |
|-----|------|-----|-----|
| 36  | 30.3 | 0   | 135 |

※無回答 11自治体

3.在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均    | 最小値 | 最大値 |
|-----|-------|-----|-----|
| 36  | 144.8 | 0   | 957 |

※無回答 11自治体

4.その他

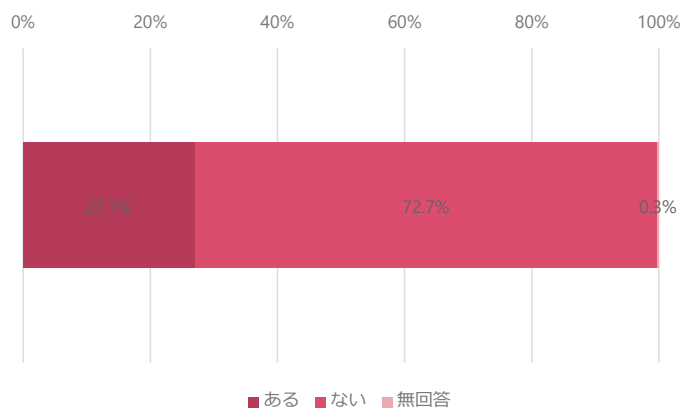
| 調査数 | 平均   | 最小値 | 最大値 |
|-----|------|-----|-----|
| 24  | 53.9 | 0   | 438 |

※無回答 23自治体

n=47

## 1. 市町村調査

問18 貴市町村の管内には、看護小規模多機能型居宅介護事業所はありますか。

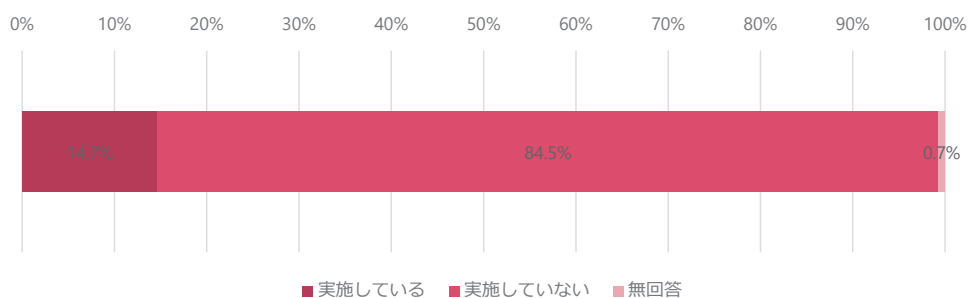


n=1741

144

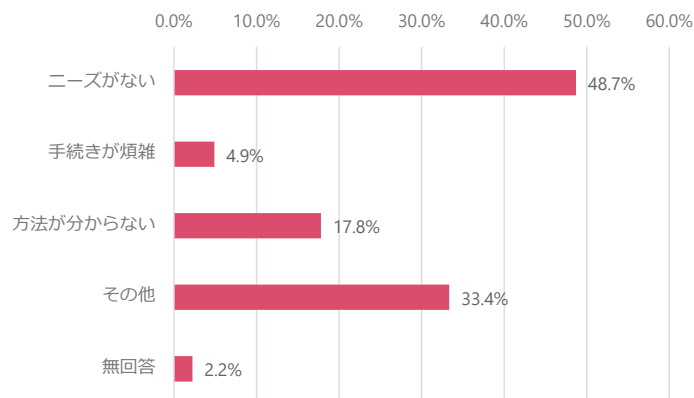
## 1. 市町村調査

問19 貴市町村は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の広域利用を実施していますか。



n=1741

問19-1 問19で「2.実施していない」と回答した方に伺います。実施していない理由を教えてください。（複数回答）



n=1472

145

## □ 千葉県 松戸市

松戸市は、地域包括ケアを推進するため、2019年より医師会主導でICTを活用した在宅医療介護連携体制を整備した。多職種間での情報共有を強化し、「**地域を一つの病院**」と捉える視点で連携を促進している。病院内で情報共有なしにケアをすることはなく、地域でも同じような環境の整備に尽力。**タグ付け機能を活用**した効率的な情報整理や共有が行われている。これらの取組により、情報の双方向性と共有範囲を拡大し、多職種が相互に学び合える仕組みを構築している。

**Point**

ICTツールの活用した多職種の連携

### 1. ICTツールの活用による多職種連携概要

#### 背景

- 2011年「在宅療養連携拠点事業」として在宅医療・介護連携に取り組む
- 2014年から地域包括ケアについて話し合うプラットフォーム（松戸市医師会在宅ケア委員会）を設立。  
現状や課題について話し合う環境を整備
- 在宅医療と介護の現場で多職種が効率的かつ効果的に情報を共有し、利用者のケアを最適化することを目的に2019年からICTツールを導入

#### 参画団体

松戸市医師会、松戸歯科医師会、松戸市薬剤師会  
松戸市訪問看護連絡協議会、松戸市訪問介護事業所連絡協議会  
松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会  
松戸市小多機看多機連絡協議会  
松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会  
松戸市福祉用具事業所連絡協議会  
在宅ケア委員会に出席する職能団体又は委員会が認める職能団体

**Point**

多数の関係機関が**無料**で利用可能（松戸市の医療・介護・福祉等職能団体及び事業者団体に加盟する医療機関、事業所）。

146

### 2. ICTツールの活用による多職種連携の工夫

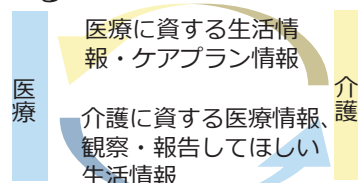
#### （1）理念の重要性

医療や介護が共通の目標に向かって取り組むという合意形成のもと、多職種連携を持続可能なものとするためのツールとしてICTが導入されている。

理念：「**地域を一つの病院**」

医療と介護が別々に機能するのではなく、互いの情報や専門性を共有し合うことで、患者（利用者）に一貫したケアを提供するという目標

- 病院では共通記録をみて患者、利用者のケアをする



#### ICTツールの導入

- 多職種間の効率的かつ効果的な情報の共有
- 情報共有を円滑化し、職種間の理解を深められる

#### （2）ICTツールの意義の理解（事例勉強会の開催）

毎月、情報共有を通じてケアの質が向上した好事例を紹介することで、各職種がICTを活用するメリットを実感でき、ICTの有用性を深く理解できるようになっている。

#### 好事例集の紹介

- 毎月実施好事例を発信（導入後2年間実施）

- ICTを効果的に使いこなすスキルの向上
- 多職種間での円滑な情報共有が促進

#### ICTツールの意義の理解が浸透

- 利用機関は増加中



147

## 2. ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### (3) 利用ルールの徹底（電子カルテではないことを明確に）

- ICTツールの運用において、松戸市では「**電子カルテではない**」という認識を徹底することが重要視されている
- 電子カルテと異なり、ICTツールは多職種が共有すべき情報を**簡潔かつ要点を押さえて記録**するためのプラットフォームとして利用
- 具体的には、診療記録や個人情報の詳細ではなく、**ケアや生活情報に焦点を当てたタグ付け**を推奨
- 運用ルールを明確化することで、夜間の利用や緊急時の対応といった使用場面が適切に管理されている
- 「二度書き」を防ぐ記録の記載方法や運用を推奨

情報過多や不適切な利用を防ぎ、ICTツールを効率的に活用するための土台に

#### タグの機能

- 利用者の情報を「転倒」「急病・合併症・急性増悪」「薬剤関連情報」「生活支援」「ACPIに資する情報」などの20種類のタグで分類し、必要な情報にすぐにアクセスできる仕組みを構築
- これにより、医療職は患者の治療状況を把握しやすくなり、介護職に介護に資する医療情報を伝え、介護職は生活面の情報を医療職に伝えることで、より包括的なケアを提供
- ケア計画の見直しや多職種間での意思決定にも有効
- 訪問看護師が記録した情報が医師や薬剤師にとって治療方針の決定に貢献する一方、医師が付けたタグが介護職員の実務に反映されることで、双方の視点が共有される

- タグは単なる情報整理のツールに留まらず、多職種間の知識とスキルの相互作用を生み出す媒介
- 松戸市の取り組みでは、タグの活用が効率的な情報共有だけでなく、患者（利用者）中心のケアを支える重要な仕組みとして機能しており、地域包括ケアの実現に貢献

148

## 2. ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### (4) 教育的な意義

- タグを活用した情報整理や共有は、各職種が**他の視点や専門性を学ぶ機会**となっている
- 医師が登録した治療方針を**ケアマネジャーが学び、介護職員が患者の生活情報をフィードバック**することで、連携の質が向上
- ICTを通じて成功事例や改善点を共有することで、**職種間での知識の蓄積やスキル向上**に寄与

ICTツールを利用した多職種間の学び合いが地域全体のケアの質を向上させる重要な要素に

### (5) 使い続けることの重要性和広報

- 使い続けることで、システムになじみ、情報の共有や連携がスムーズに行えるように
- 使用頻度が高まることで、新たな課題が浮き彫りになり、改善策を講じることが可能
- 利用者間でのフィードバックの仕組みを整備し、ツールの改良や運用方法の見直しを行うことで、持続的な利用を促進
- ICTの導入初期には利用者が限定的であったため、**医師会や市が中心となり、ツールのメリットや利用事例を分かりやすく伝える活動**を展開
- ICTツールを利用している**職種からの好事例や成功体験を紹介し、新規利用者にとっての導入ハードルを下げる工夫**

149



## □ 神奈川県 川崎市

川崎市の在宅医療・介護連携は、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組をもとに、**総合リハビリテーション推進センター**、**地域リハビリテーションセンター**、**地域リハビリテーション支援拠点**等が高齢者を支える地域の専門職を支援することで多職種が連携し、リハ職がケアマネジャーや地域包括支援センターと協働して、利用者の在宅生活を包括的にサポートしている。

また、情報共有の推進やACP（人生会議）の普及を通じて、終末期ケアを含む切れ目のない支援体制を構築。地域全体で住民の自立と安心を支えている。

### 1. 川崎市の地域リハビリテーション体制の整備

#### 背景・経緯

- 川崎市は、1971年（昭和46年）から精神、知的、身体の3障害分野で地域リハビリテーションを推進
- 1999年（平成11年）、市内に複数の地域リハビリテーションセンターを設置する構想が具体化。
- 2015年に「**地域包括ケアシステム推進ビジョン**」を策定し、その対象を高齢者だけでなく、**障害者や子ども、ケアを必要とする全ての市民に拡大**
- これにより、従来の障害分野の取組に加え、高齢者や子どもを含めた全世代・全対象型の支援を実施
- 2021年には、既存の3つの地域リハビリテーションセンター(体制図①)に加え、総合リハビリテーション推進センター(体制図②)を設置。相談支援体制も再編し、医療や福祉が一体となった包括的な支援体制を整備

#### ＜地域リハビリテーションセンターの整備＞

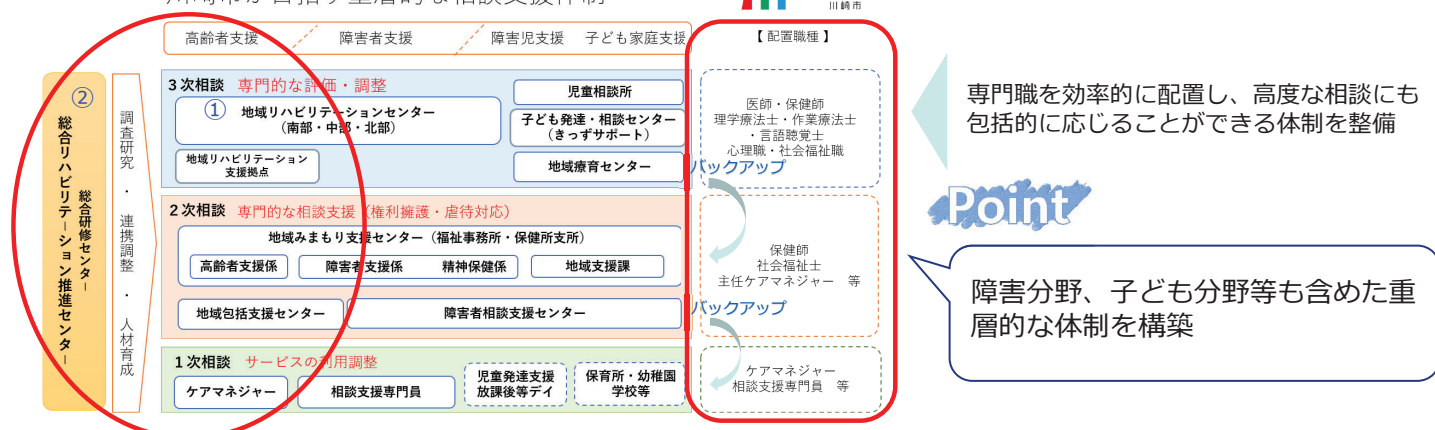
| 年            | 概略                                         |
|--------------|--------------------------------------------|
| 2008年（平成20年） | 北部リハビリテーションセンター（麻生区）開設                     |
| 2016年（平成28年） | 中部リハビリテーションセンター（中原区）開設                     |
| 2021年（令和3年）  | 南部リハビリテーションセンター（川崎区）と総合リハビリテーション推進センターが開設。 |

#### Point

ここでの「地域リハビリテーション」という文言は、直接的な訓練を指すのではなく、**生活の自立や社会参加を支える理念**を表す

150

#### 川崎市が目指す重層的な相談支援体制



### 2. 在宅医療・介護連携における地域リハビリテーション施策の全体像

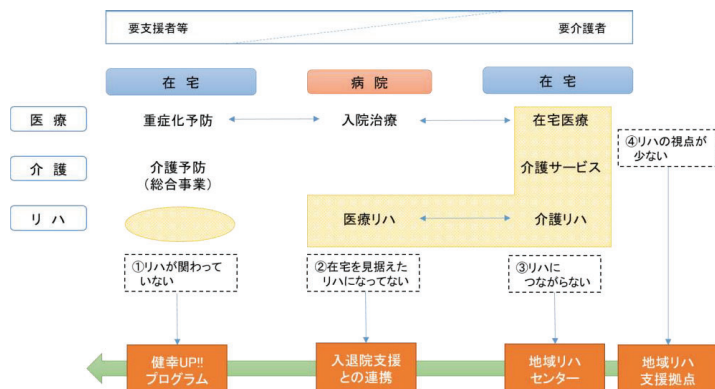
在宅から病院、再び在宅へと戻る高齢者の支援体制を強化する必要性から、リハビリテーションの視点を踏まえて、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組を推進している。リハビリテーションにかかる課題は、①リハビリテーションが介護が必要になる前の段階で関わる機会が少ない

②入院中のリハビリテーションは在宅生活を十分に見据えることが難しい

③在宅でのリハビリテーションが日常生活につながりにくい

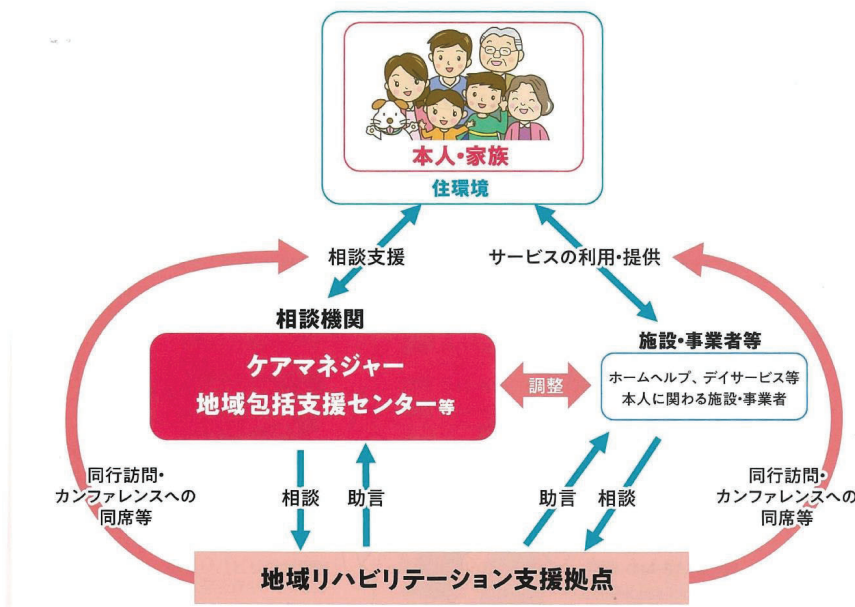
④ケアプランにリハビリテーションの視点が十分取り入れられていない

等あり、その解決に向けて相談体制を整備している。



### 3. 地域リハビリテーション支援拠点の設置

今後のさらなる要介護高齢者の増加を見据えて、質の高い在宅医療・介護サービスを包括的かつ効率的に提供できるようにするために、相談支援・ケアマネジメントのプロセスにリハビリテーション専門職が関与する体制を構築し、サービスの質の向上と多様な分野の連携を促進することを目的とし、2021年（令和3年）に地域リハビリテーション支援拠点を設置した。



- 2024年（令和6年）現在、市内11カ所の病院、介護老人保健施設に拠点を設置
- コーディネーター（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST））が相談に対応
- 訪問やカンファレンスに同席し、相談内容に応じてリハビリの視点で助言・提案

出典：地域リハビリテーション支援拠点のご案内

152

### 4. 今後、強化したいと考えている取組

川崎市では、リハ職の視点を取り入れた在宅医療介護連携における多職種連携を推進している一方で、次の課題も抱えている。  
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

#### 課題

- ・ 介護が必要になる前からアプローチする
- ・ 意思決定支援・ACPの観点に基づく「暮らしの情報連携」と「病院と在宅の多機関連携」

かかりつけ医等が把握していた暮らしや生活情報が支援者に引き継がれないことや、支援者と本人・家族の間で病状や本人の意思を共有できていないことにより、本人の意思が不明なまま終末期を迎えてしまう

#### 対応策（案含む）

- 【かわさき健幸UP！！プログラムの創設】
- ・ 日々の生活動作に不安や難しさを感じている高齢者に対し、リハビリテーション専門職が一人一人の希望を確認し、生活改善方法を提案
  - ・ 介護予防の観点から、自立支援を目的とし生活習慣の改善や行動変容、地域活動参加等を促す

リハ職も参加

- 【川崎市在宅療養推進協議会の取組】
- ・ 市内の医療・介護関係団体で構成する「川崎市在宅療養推進協議会」で検討
  - ・ 本人の意思を確認するツールを作成し、関係機関による効果的な情報連携の方法等を検討
  - ・ 市内の地域特性を踏まえた病院と在宅の連携パートナーのモデルを作成し、モデルを活用した実践につなげる

### 3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

154

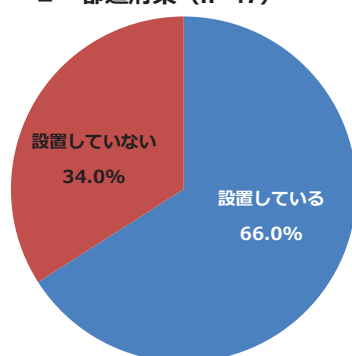
#### 令和6年度実態調査：協議体の設置

都道府県票・市町村票

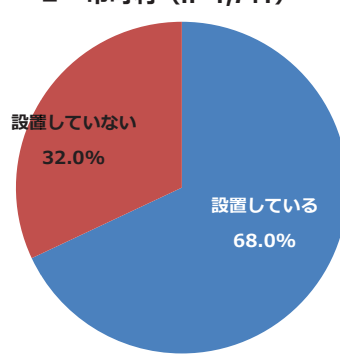
- 協議体を設置している割合は、都道府県で66.0%、市町村で68.0%であった。
- 協議体を設置している自治体における開催圏域は、都道府県では都道府県単位が71.8%、市町村では市町村単位が53.5%であった。

##### ■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置状況

##### ■ 都道府県 (n=47)

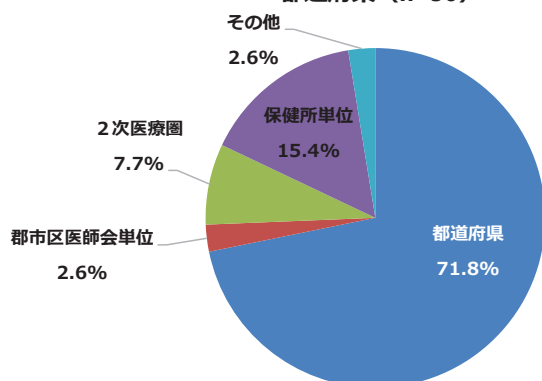


##### ■ 市町村 (n=1,741)

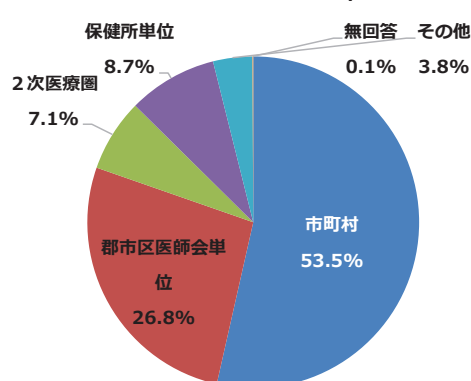


##### ■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の開催圏域

##### ■ 都道府県 (n=30)



##### ■ 市町村 (n=1,184)



## 1. 市町村調査

問1-4 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会に参加している団体等を教えてください。（複数回答）

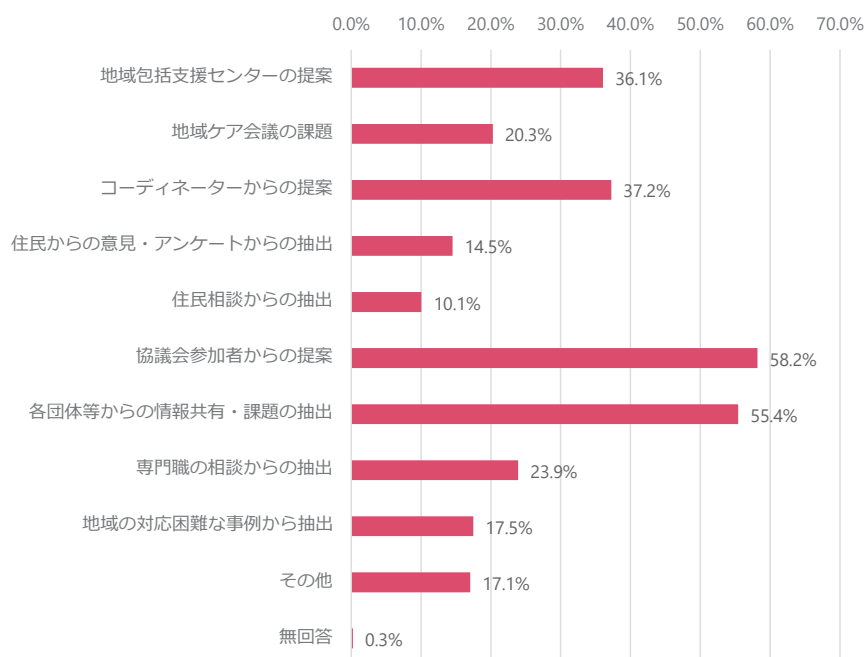
| 団体名                        |       | 団体名                      |       |
|----------------------------|-------|--------------------------|-------|
| 医師会                        | 91.2% | 老人福祉施設協議会                | 14.1% |
| 歯科医師会                      | 81.1% | 介護医療院協会                  | 0.8%  |
| 薬剤師会                       | 81.4% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会        | 1.4%  |
| 看護協会                       | 28.0% | 認知症グループホーム協会             | 5.9%  |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 66.8% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会   | 17.0% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会         | 78.3% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会  | 9.5%  |
| 栄養士会                       | 25.0% | 地域包括支援センター               | 84.1% |
| リハビリテーション協議会               | 20.4% | 都道府県                     | 9.0%  |
| 理学療法士協会                    | 23.6% | 保健所（都道府県）                | 53.9% |
| 作業療法士協会                    | 13.6% | 保健所（市・特別区設置）             | 9.2%  |
| 言語聴覚士協会                    | 8.5%  | 消防署（救急）                  | 17.1% |
| 歯科衛生士会                     | 11.3% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 47.7% |
| 社会福祉士会                     | 5.7%  | 大学等の教育機関                 | 9.9%  |
| 社会福祉協議会                    | 27.7% | 民間企業                     | 2.9%  |
| 介護福祉士会                     | 7.4%  | その他                      | 47.7% |
| 医療ソーシャルワーカー協会              | 19.7% | 無回答                      | 0.0%  |
| 老人保健施設協会                   | 10.1% |                          |       |

n=1184

156

## 1. 市町村調査

問1-5 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会での議事はどのように設定していますか（複数回答）



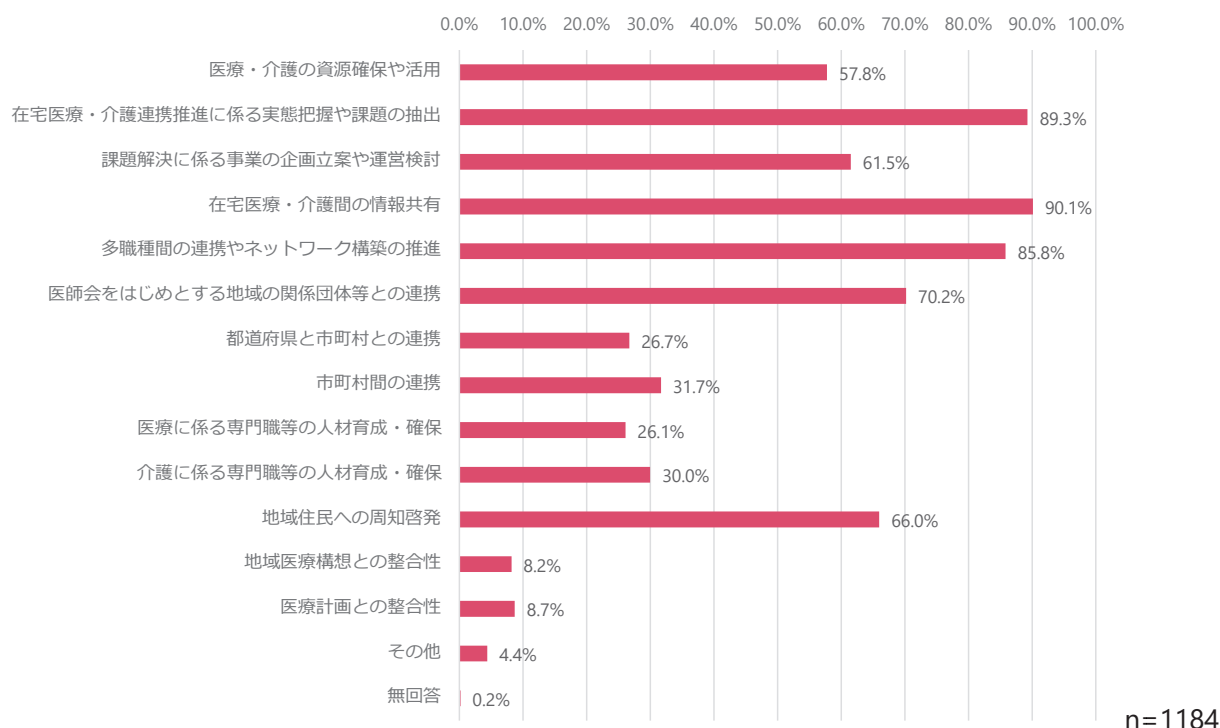
n=1184

157



## 1. 市町村調査

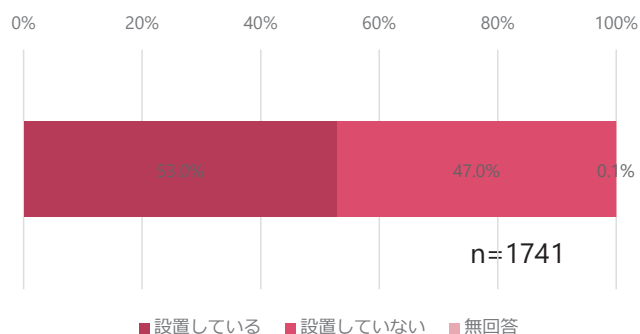
問1-6 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。（複数回答）



158

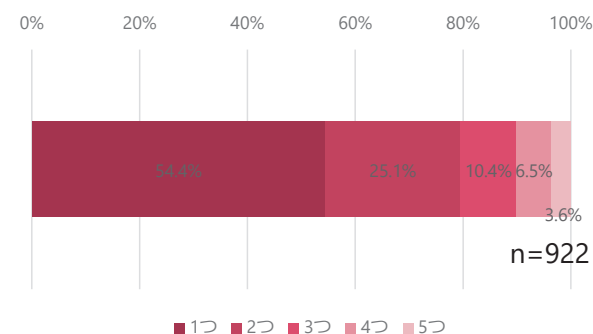
## 1. 市町村調査

問2 問1で回答した協議会の他に、在宅医療・介護連携の実務担当者や中心となる関係者に限定して協議する場を設置していますか。



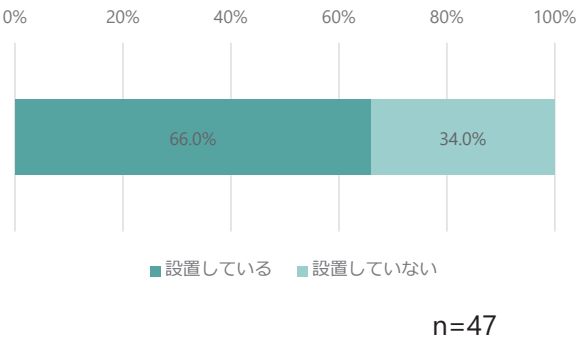
問2-1 問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。具体的な内容（名称、回数、協議内容）について下記にご記入ください。

<協議の場の数>

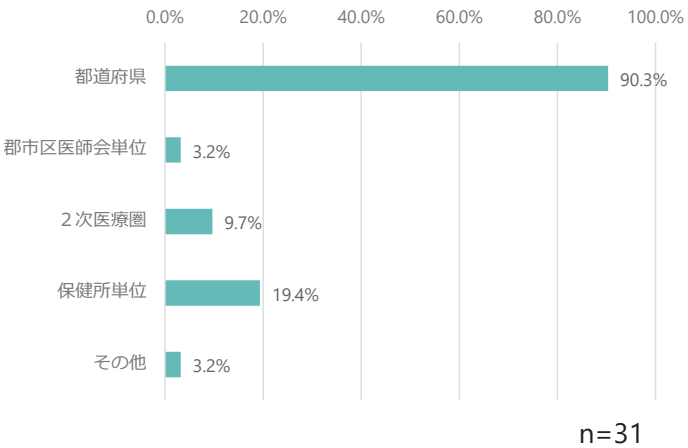


1. 都道府県調査

問1 貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。



問1-2 問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。在宅医療・介護連携推進事業の協議会はどのような圏域で開催されていますか。（複数回答）

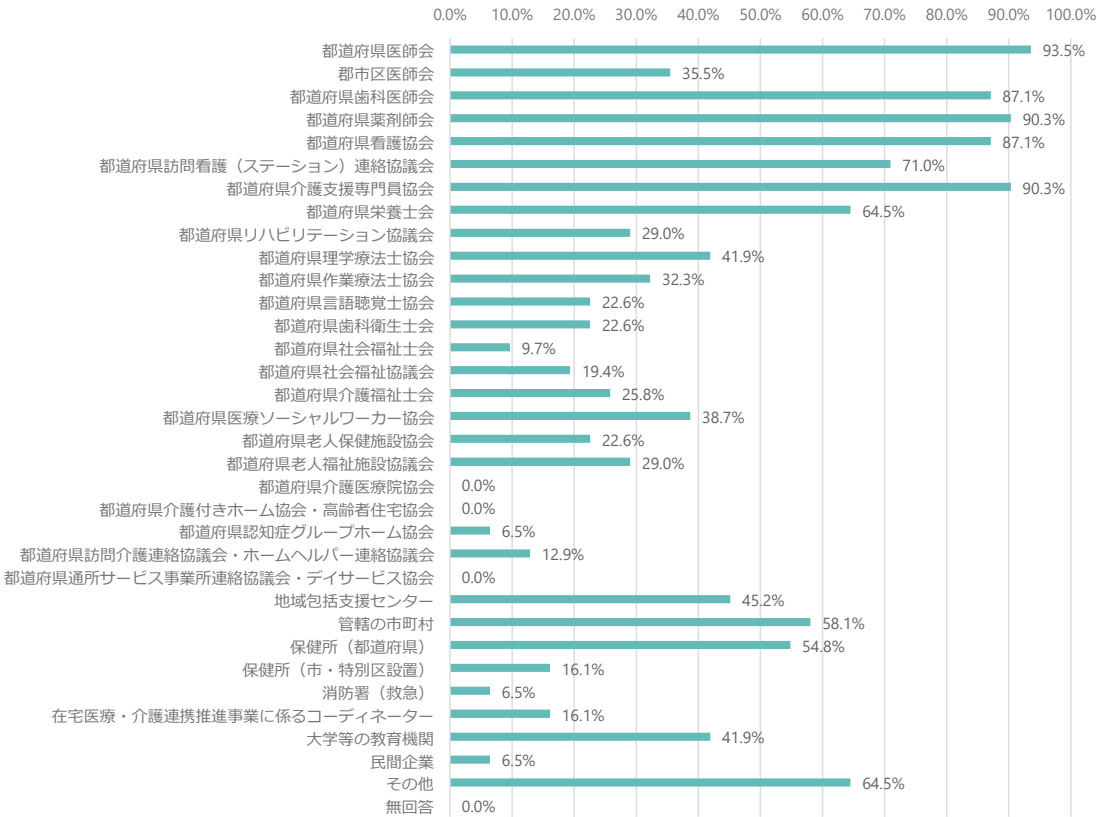


問1-1 具体的な設置していない理由や課題

- ・在宅医療・介護連携に関する協議体や会議体がすでに別に設置されているため、新たな協議会の設置が不要
- ・在宅医療・介護連携は市町村の事業として実施されており、市町村ごとに協議するべきと考えられているため、県レベルでの協議会設置は不要
- ・協議会設置の必要性の認識不足、県レベルでの協議会設置の必要性を感じていない
- ・庁内での議論が十分に行われていないため、具体的な設置検討に至っていない。
- ・医師会に委託されており、県自らが協議会を設置する必要がない

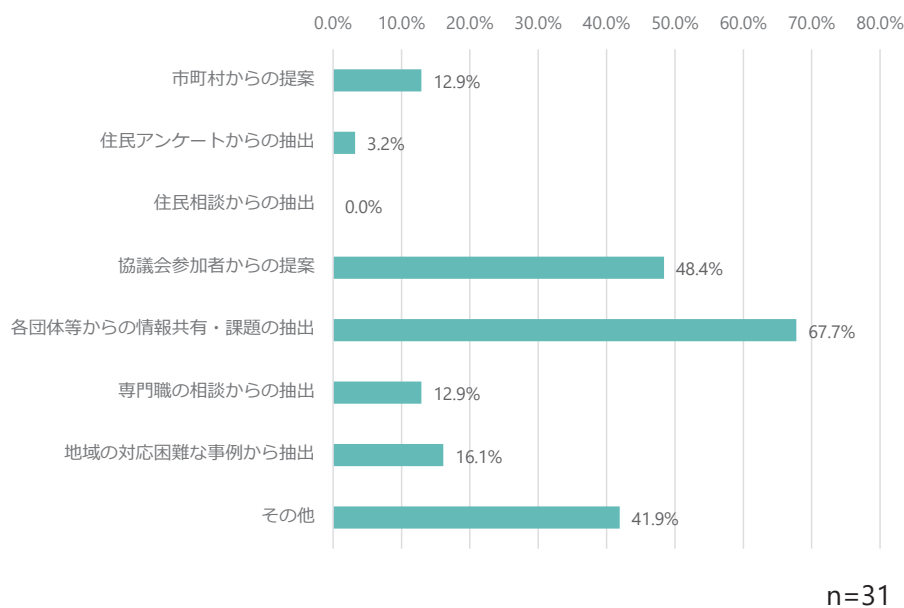
1. 都道府県調査

問1-4 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会に参加している団体を選択してください。（複数回答）



## 1. 都道府県調査

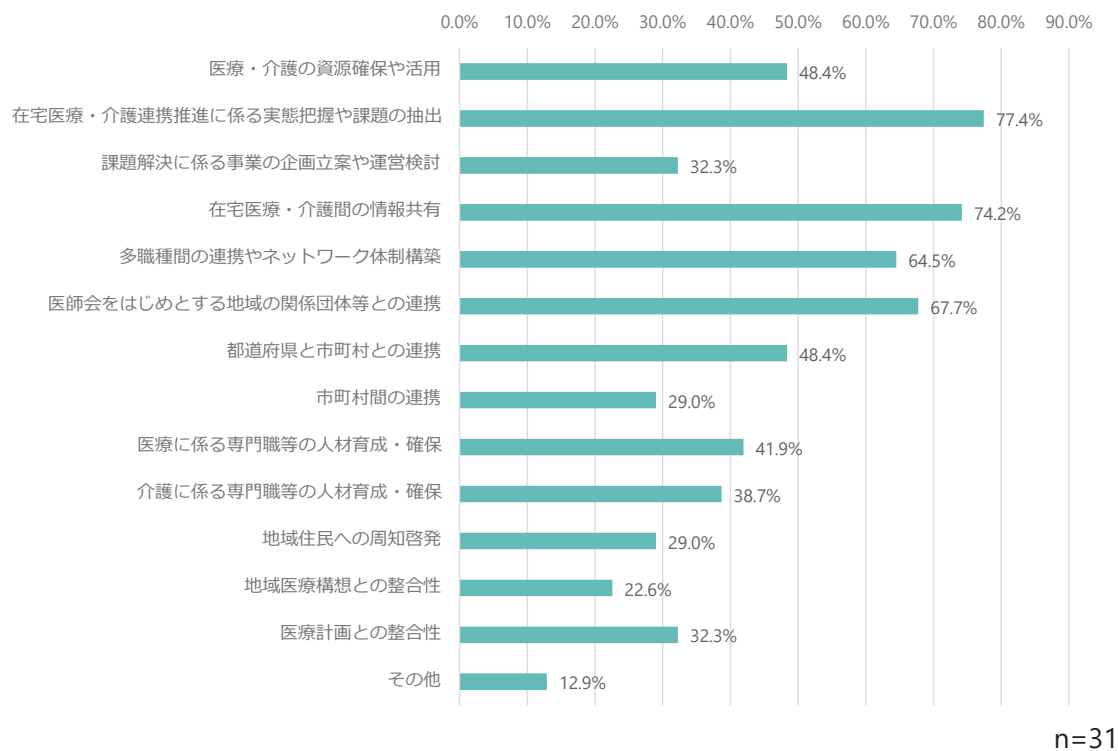
問1-5 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会での議事はどのように設定していますか。（複数回答）



162

## 1. 都道府県調査

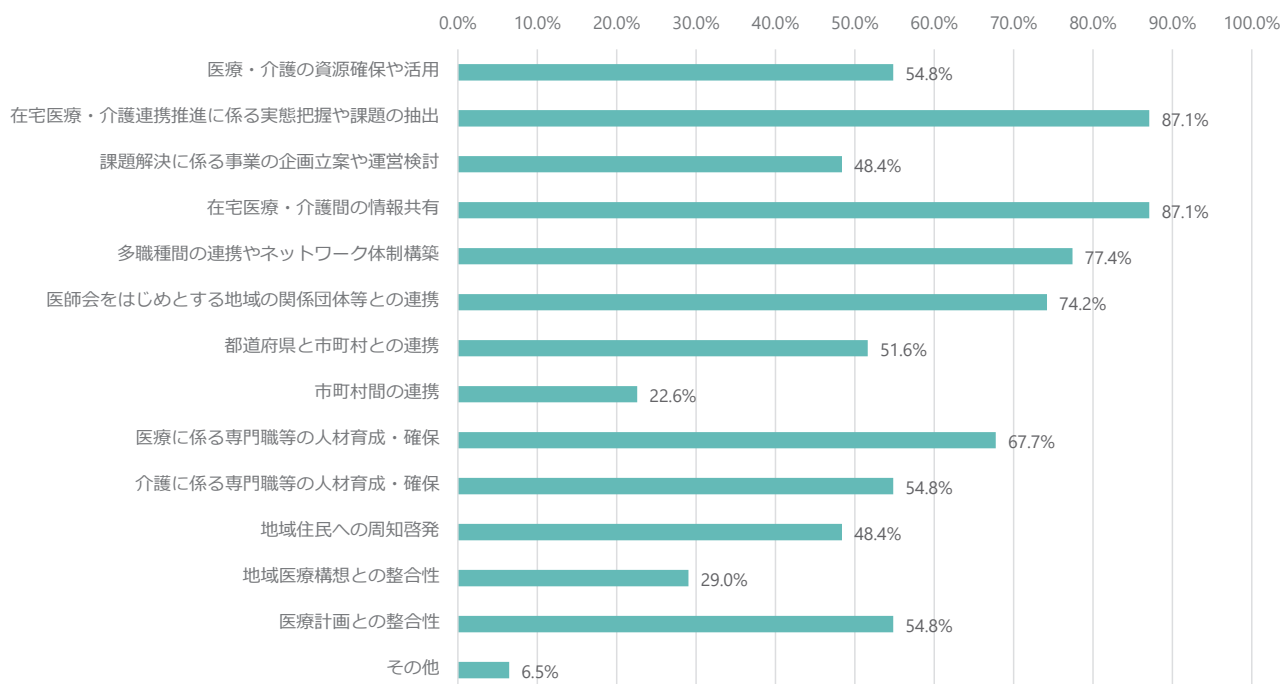
問1-6-1.都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項



163

## 1. 都道府県調査

### 問1-6-2.都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項



n=31

164

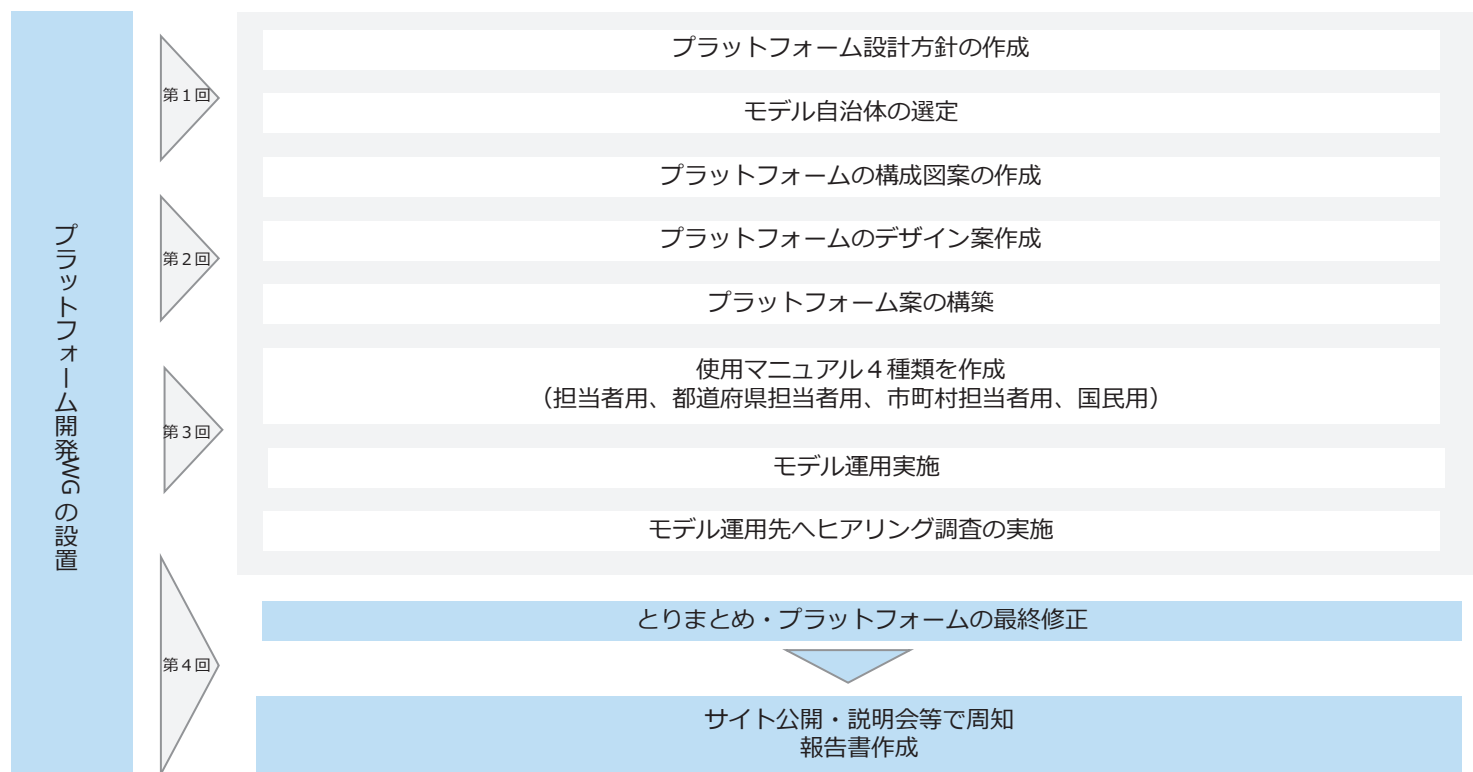
## 5. 在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有

※4. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについては参考資料なし



## 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの開発の概要

- 本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組のより一層の推進・充実を図ることを目的として、在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、都道府県・市町村担当者等研修会議開催及び都道府県・市町村連携支援を行う。
- 在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームの開発を実施した。



166

## プラットフォームの開発による期待される効果及び掲載コンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。

事業担当者等にとって、有用な情報ツールを集約するとともに、事業担当者間の情報交換の場とする

関係法令・通知・手引き等の整備

これまでの成果物等の整備

各自治体の事例・取組掲載

事業担当者等を対象とした研修ツールの提示

既存データ及びツールの活用方法の提示

事業担当者間での情報交換の場(Q & A)

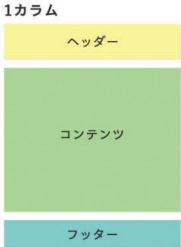
### 期待される効果

- 国からの効果的な情報発信・周知が可能
- 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
- 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
- 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用（新任の担当者向けを含む）
- 地域住民への在宅医療・介護連携推進事業に関する情報提供
- 事業者担当者の困りごとの解決の一助

# プラットフォームの主な仕様

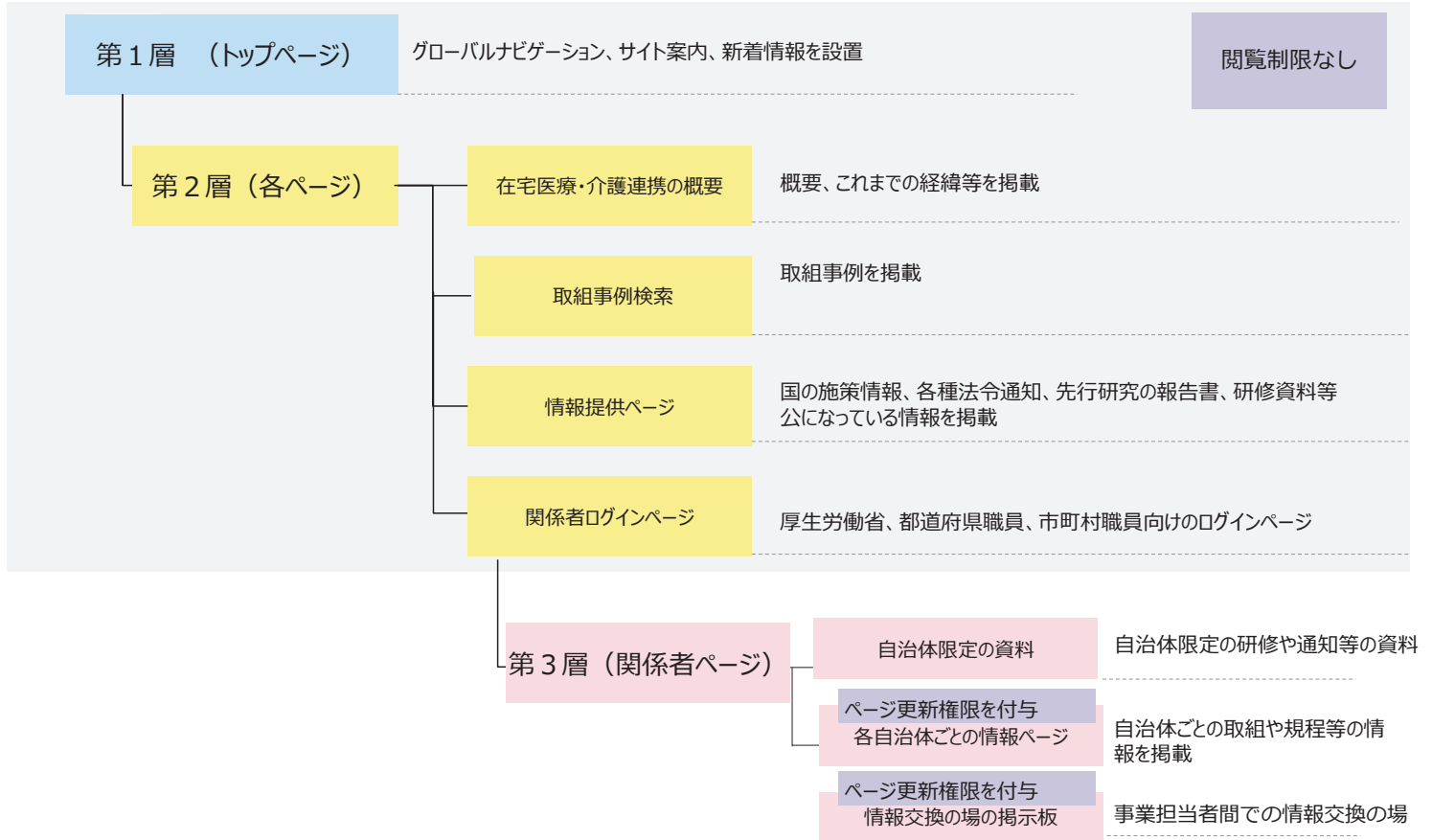
| 区分                   | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HP公開場所               | 厚生労働省ホームページ上<br>URL : <a href="https://zaitakupf.aic-test.com/">https://zaitakupf.aic-test.com/</a> (テスト段階)                                                                                                                                                                                                                            |
| 閲覧予定者                | 都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| レイアウト                | シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| アクセシビリティ             | 厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠<br>(URL : <a href="https://www.mhlw.go.jp/accessibility/">https://www.mhlw.go.jp/accessibility/</a> )                                                                                                                                                                                                            |
| 文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載 | 高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載<br>Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| その他                  | <ul style="list-style-type: none"><li>・今後もコンテンツを追加できるように、拡張可能な仕様とする</li><li>・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする</li><li>・閲覧者別に3段階のページ更新権限等の強度が設ける</li></ul> <div><div>第1段階 (厚生労働省)</div><div>：全頁編集可</div><div>第2段階 (都道府県・市町村)</div><div>：関係者ログインページに都道府県及び市町村が<br/>内容のアップロード権限 (1,788箇所権限)</div><div>第3段階 (国民)</div><div>：編集権限なし</div></div> |

<参考> シングルカラムレイアウトとは



- ・シングルカラムレイアウトは、上からヘッダー・ナビゲーション・コンテンツ・フッターの順に縦に長く配置させるパターンのこと
- ・シングルカラムレイアウトのメリットは以下の通り
  - ・パソコンからスマートフォンまで、どんなサイズのデバイスでも共通のレイアウトを保てる
  - ・サイドバーがなくすっきりとした印象
  - ・ユーザーの目線が分散しないためコンテンツに集中しやすい

# プラットフォームの主な構成



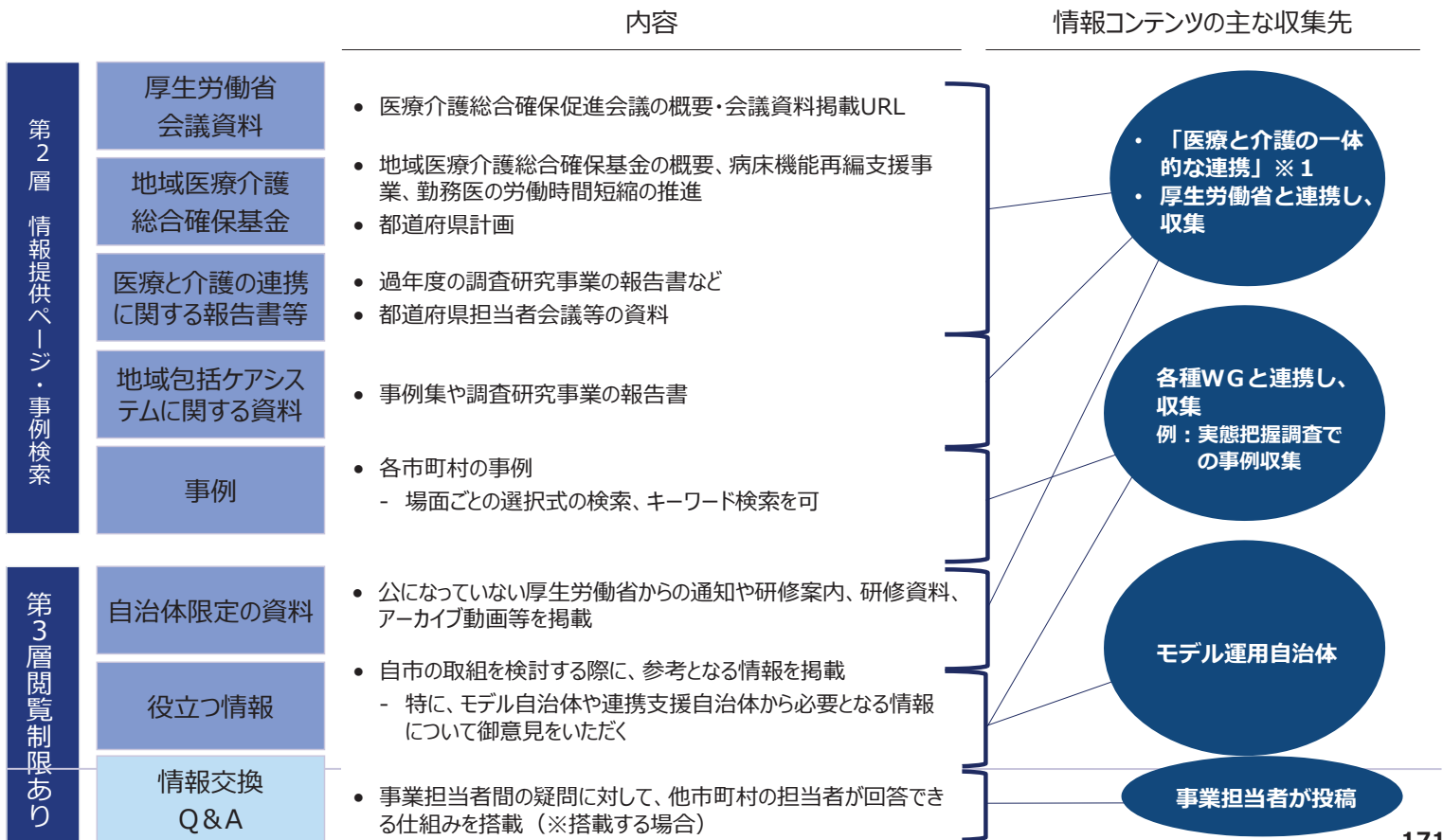
プラットフォームの閲覧権限と更新権限の整理

- プラットフォームは、「厚生労働省」、「都道府県・市町村」、「団体職員・コーディネーター」、「国民」で4段階の閲覧権限と更新権限を付与する。各階層ごとに前述のスライド通り権限権限を整理した結果が下表である。
- 第3層（各自治体ごとの情報ページ）では、市町村がアップロードした際に都道府県に通知が行くようにし、厚生労働省あるいは都道府県が情報の更新を可能となるよう権限を付与する。

|     |              | 厚生労働省 |      | 都道府県・市町村所属の職員 |      | 都道府県・市町村所属以外の関係者 |      | 国民   |      |
|-----|--------------|-------|------|---------------|------|------------------|------|------|------|
|     |              | 閲覧可否  | 更新可否 | 閲覧可否          | 更新可否 | 閲覧可否             | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 |
| 第1層 | トップページ       | ✓     | ✓    | ✓             |      | ✓                |      | ✓    |      |
| 第2層 | 各ページ         | ✓     | ✓    | ✓             |      | ✓                |      | ✓    |      |
| 第3層 | 国からの通知や研修資料  | ✓     | ✓    | ✓             |      |                  |      |      |      |
| 第3層 | 各自治体ごとの情報ページ | ✓     | ✓    | ✓             | ✓    |                  |      |      |      |
| 第3層 | 情報交換（Q&Aの投稿） | ✓     | ✓    | ✓             | ✓    |                  |      |      |      |

170

<第2層 第3層> 掲載する情報コンテンツ



171

第2層：各ページの概要（閲覧制限なし）

第2層では、在宅医療・介護連携推進事業に関する情報を、閲覧制限を設けずに公開する。第2層の各ページには、TOPページのリンクボタンもしくは、グローバルナビゲーションウィンドウからアクセスできるよう構築する。

| 情報提供         |              | コンテンツの概要                                               |
|--------------|--------------|--------------------------------------------------------|
| 在宅医療・介護連携の推進 |              | 「医療及び介護の一体的な推進」、「在宅医療・介護連携推進事業について」、「当プラットフォームについて」を掲載 |
| 取組事例の検索      |              | 在宅医療・介護連携推進事業に関する取組事例の検索フォームを設置                        |
| 国の施策・審議会等    | 各種法令・通知      | 在宅医療・介護連携推の推進に関する各種法令や通知、指針等を掲載                        |
|              | 地域医療介護総合確保基金 | 医療介護総合確保基金に関する資料を掲載                                    |
|              | 主な検討の場       | 在宅医療・介護連携推進事業に関する国が主催する会議のリンクを掲載                       |
|              | 報酬改定等        | 令和6年度介護報酬改定に関する資料を掲載                                   |
| 先行研究・研修等     |              | 先行研究や手引きを掲載するとともに、厚生労働省が主催する会議・研修（例：研修会議）の資料等を掲載する。    |
| その他          |              | 関係者ログインページ、利用規約、よくある質問について掲載                           |

172

関係者ページの構成（閲覧制限あり）

第3層関係者ページでは、本事業関係者のみログイン可能とする。提供するコンテンツは以下の通り想定している。

| 関係者ログインページ |           | コンテンツの概要                           |
|------------|-----------|------------------------------------|
| 各自治の取組情報   | 新規投稿      | 取組情報の投稿フォームを設置                     |
|            | 検索フォーム    | 検索フォームを設置                          |
| 情報交換Q&A    | 質問・相談     | Qを投稿するためのフォームを設置                   |
|            | Q&Aコミュニティ | 投稿されたQを掲載する。Aについては、Qのページから投稿可能とする。 |
| 通知         |           | Q&Aに回答があった通知を掲載                    |
| ユーザー情報     |           | ユーザーの自治体名、メールアドレス等を確認可能なページ        |

173



# 6. 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

174

## 1. 市町村調査

問10-1 過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療・介護連携の課題を教えてください。

| 大項目               | 内容                                      |
|-------------------|-----------------------------------------|
| 医療・介護スタッフの不足      | 医師、看護師、介護職員が都市部に集中し、地域での人材確保が困難         |
| 高齢者人口の増加          | 中山間地域では高齢化率が非常に高く、在宅ケアのニーズが拡大           |
| 多職種連携の不足          | 医療機関、介護施設、行政の間での情報共有が十分でなく、連携が難しい       |
| 移動・交通手段の制約        | 高齢者やケアスタッフの移動手段が限られており、訪問診療や介護が遅れる場合がある |
| ICT活用の遅れ          | オンライン診療や遠隔モニタリングの導入が進んでおらず、情報伝達が非効率     |
| 地域住民の健康意識・医療知識の不足 | 健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある       |
| 医療・介護制度の複雑さ       | 関係する制度が多岐にわたり、利用者・提供者双方にとって手続きが負担になる    |
| 施設や機器の老朽化         | 医療・介護の現場設備が古く、更新が進まない                   |
| ケア提供者の負担増大と離職率の上昇 | 長時間労働や精神的な負担が原因で、スタッフの定着が難しい            |

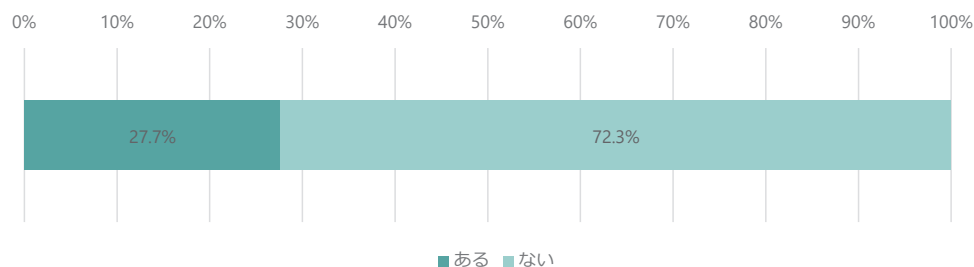
問10-2 過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療で都道府県に支援を期待することは何ですか。

| 大項目                 |
|---------------------|
| 人材確保への支援            |
| 事業のより良い進め方への支援      |
| 都市部との賃金格差とインフラ整備の支援 |

※抜粋です

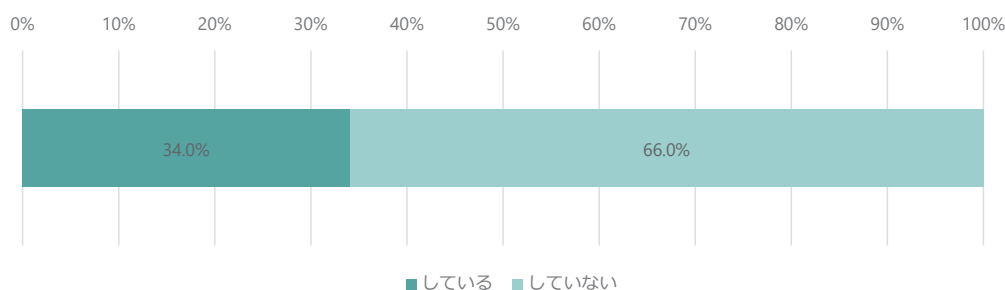
## 1. 都道府県調査

問8 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体はありますか。



n=47

問9 過疎地域、中山間地域、小規模の自治体に対して支援を実施していますか。（複数回答）



n=47

176

## 1. 都道府県調査

問8-1. 問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名     | 地域特性        | テーマ    | 内容                                                                                                               |
|----------|-------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| K市       | 過疎、中間山地     | 看取り    | 市独自でACP啓発ツールを作成。→ 連携中枢都市圏での取り組みに取り入れられ、共通ツールとして9市1町での活用拡大した。                                                     |
| K市       | 過疎、中間山地     | その他    | 医療機関連携、職種間連携でのネットワーク構築を目指したワーキンググループ（病病連携WG、病診連携WG、診診連携WG、多職種連携WG）を設置し、それぞれの場面における連携方法等について検討している。               |
| K町       | 過疎、中間山地、小規模 | 看取り    | 看取りについて、紙芝居を用いてACPの普及啓発を行い、また関係職種とワーキンググループを開催して連携体制を築いている。これらについて、日常の療養支援、急変時の対応、生活支援体制整備事業や認知症施策等と一体的に取り組んでいる。 |
| T町       | 過疎、中間山地、小規模 | 入退院支援  | 県外の医療機関と、ICTを活用した連携（情報の共有）を実施。                                                                                   |
| T村       | 過疎、中間山地、小規模 | 入退院支援  | 県境を越える救急搬送の体制整備（長野県や静岡県の医療機関との協定締結）。                                                                             |
| S町、T町、T村 | 過疎、中間山地、小規模 | その他    | 3町村合同で、在宅医療介護サポートセンターを設立することで、医療・介護人材の課題の共有や情報収集を行っている。                                                          |
| N市       | 過疎、中間山地     | 急変時の対応 | 新見地域在宅医療連携実務者会議の構成員として、消防が参加し、救急の実情の情報共有や急変時の対応等について、ACPの取組をととして検討している。                                          |

※抜粋です

## 1. 都道府県調査

問8-1. 問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取り組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名 | 地域特性        | テーマ     | 内容                                                                                                           |
|------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B市   | 過疎          | 日常の療養支援 | 地域の医療・介護に関する施設や事業者の情報を掲載したケアマップの作製。                                                                          |
| N市   | 中間山地        | 看取り     | 各月「在宅医療・介護連携症例検討会」をハイブリッド形式で実施し、事例をとおして地域の関係機関との連携を推進しているほか、住民向けの講演会を実施している。                                 |
| U町   | 過疎          | 看取り     | ACPに関する講演会を事業者や一般住民向けに実施。老人クラブ等の小規模な集まりにおいては、保健師が「もしばなカード」を使って出前講座を実施し、丁寧に周知啓発に努めている。                        |
| U町   | 過疎          | その他     | 令和6年度から「上島町孤立ゼロプロジェクト」を立ち上げ、独居高齢者の実態把握や新たな見守りツール（徘徊高齢者と日常の見守りの2本立て）の導入などについて、検討を進めている。                       |
| H町   | 過疎、中間山地、小規模 | 災害に係る対応 | 町内で運用している医療介護障がい連携システムに災害時の情報共有のため災害連携のツールを追加、運用。                                                            |
| M市   | 中間山地        | 日常の生活支援 | 医療依存度の高い高齢者の在宅支援をテーマに医療・介護分野それぞれの役割等について知る住民向けのシンポジウムを開催。                                                    |
| I市   | 過疎、中間山地     | 日常の生活支援 | 在宅医療専門部会を立ち上げ、研修等を通じて情報交換、連携の場の確保を提供。                                                                        |
| T町   | 過疎、中間山地     | 日常の療養支援 | 在宅医療・介護連携推進事業検討会を開催し、課題や対応策等について意見交換を実施。                                                                     |
| K町   | 過疎、中間山地、小規模 | その他     | 地域における在宅医療介護にかかる4つの場面ごとの実態把握を、多職種多機関によるワールドカフェ方式や住民や専門職を対象にアンケート調査を実施し、集計結果から多職種による連携会議において、課題の抽出や対策を検討している。 |

※抜粋です

178

## 1. 都道府県調査

問8-1. 問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取り組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名 | 地域特性    | テーマ     | 内容                                                                                                |
|------|---------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S市   | 過疎、中間山地 | 日常の療養支援 | 医療機関と在宅支援者の情報共有をスムーズにし円滑な在宅等への移行を図ることを目的に「島原市情報提供・共有シート、ものわずれ連携シート」を作成している。                       |
| M市   | 過疎、中間山地 | 入退院支援   | 入退院時の共有シート及び入退院時の手引きを在宅医療介護連絡協議会にて作成し、市のホームページからダウンロードして活用できるようにしている（連携シートはすべての事業所にて活用）。          |
| N町   | 中間山地    | 看取り     | 町で作成している「エンディングノート」の活用を図るため、町の窓口配布の他、いきいきサロン（通いの場）への出前講座等で書き方講座を実施している。                           |
| U市   | 過疎      | 急変時の対応  | 臼杵石仏ネット：病院や診療所、薬局、介護施設、訪問介護ステーション等のネットワーク参加機関で診療情報、介護情報の一部を共有することで多職種連携を図るシステム及びネットワーク構築に取り組んでいる。 |

※抜粋です

179

# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## 愛知県 東栄町

東栄町は、中山間地域の**高齢化率が約51%**と進行する中、住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、在宅医療介護連携を推進している。設楽町・豊根村と連携、東栄診療所に一部事業を委託し「在宅医療介護サポートセンター」を設置、サポートセンターと3町村共同で事業を進めている。地域医療介護総合確保基金の終了後も体制を維持し、ICTツールを導入して、災害時の情報共有や専門職間の連携を強化してきた。地域複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした**多職種連携や住民啓発活動、近隣自治体との協力**により、課題に取り組んでいる。

Point

複数自治体による事業の推進  
ICTツールの活用

### 1. 市の概要

#### 背景

- 過疎化と高齢化が進む中、医療・介護体制の不足が顕著。
- 医師会主導で在宅医療サポートセンターが設立されていたが、地域医療介護総合確保基金終了に伴い**3町村で連携し事業を継続**。現在は広域連合事業として、3町村共同で事業を展開している。
- 広域連合内（豊橋市、新城市、田原市など8市町村）での連携体制構築を図る中、特に3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し体制を維持。

#### 市の概要

|            |                    |
|------------|--------------------|
| 人口         | 2,840人（2023年3月末時点） |
| 高齢者人口      | 1,441人（2023年3月末時点） |
| 高齢化率       | 50.7%（2023年3月末時点）  |
| 在宅療養支援病院   | 0（2021年3月末時点）      |
| 在宅療養支援診療所  | 1（2021年3月末時点）      |
| 訪問看護ステーション | 1（2021年3月末時点）      |

設楽町、豊根村の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションは「0」

180

# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## 2. 具体的な活動内容

| 年               | 概略              | 内容                                                                                                                            |
|-----------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ～2017年（平成29年）以前 | 県主導による在宅サポートの整備 | 県主導による東栄医療センターが運営する在宅サポートセンターが、設楽町・豊根村を含む3町村の在宅医療介護を支援。<br>愛知県医師会の委託により、在宅医療サポートを展開。                                          |
| 2018年（平成30年）    | 県から広域連合への移行     | 地域医療介護総合確保基金が終了。<br>広域連合主導で「在宅医療介護連携推進事業」に移行。<br>3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し、広域連合から委託を受ける形で事業継続。<br><div>在宅医療介護サポートセンターを3町村で継続</div> |
| 2021年（令和3年）     | 交通網の改善          | 三遠南信自動車道の一部（東栄～佐久間間）が開通。<br>医療・福祉施設へのアクセスが改善され、静岡県浜松市佐久間町との連携が進展。                                                             |
| 2022年（令和4年）     | 福祉複合施設開設        | 東栄町の福祉複合施設「ひだまりプラザ」が完成。                                                                                                       |
|                 | 多職種連携の強化        | 診療所、福祉課、社協などが福祉複合施設内で隣接することで、多職種連携が強化。                                                                                        |
| 2023年（令和5年）     | 災害による転機         | 大雨による土砂崩れにより東栄町が一時孤立。<br>災害時の情報共有ツールとしてICTツールの活用、利用促進が進む                                                                      |
| 2025年（令和7年）予定   | 交通の充実           | 三遠南信自動車道のさらなる延伸により、浜松市の医療機関へのアクセスがさらに向上する見込み。                                                                                 |



## 3. 中山間地域での工夫

東栄町、設楽町、豊根村と連携し、在宅医療介護の推進に向けた研修会や住民啓発活動を合同で開催している。地理的要因により従来から東栄町診療所と医療支援を通じて連携があった、県外の医療機関との連携を行い、医療資源の不足に対応をしている。連携にあたっては、ICTツールを活用し、県外病院にもICTツールを活用できる体制を整えている。

### 3 町村連携の事例

- 在宅医療介護サポートセンターの共同設置

サポートセンターに配置された医療・介護の知識を持つコンダクターが相談窓口となり、必要な医療・介護の機関につなげる

- 多職種向けの研修や住民向け講演会では、テーマを共有し、開催地を持ち回り制にすることで効率化
- 住民の移動の負担を軽減するために、オンラインで各町村の会場を繋ぐ形態も採用

個別開催時の負担軽減や専門知識の普及を実現し、限られた地域資源の中で効率的に住民サービスを提供

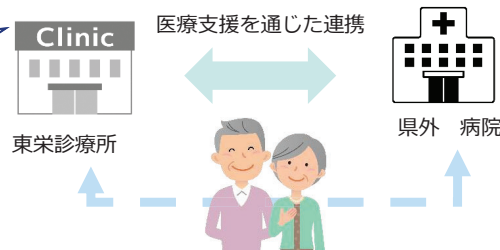
### Point

町と医療機関との連携関係ができていた

### Point

ICTツールで災害時の安否確認が可能。土砂災害を機に加速的に普及。現在は要支援以上の全てが利用

### 県を越えた医療機関との連携



ICTツールでの患者情報を県外で共有することへの懸念

- 東栄町の担当者が災害時の利便性や日常的な情報共有の重要性を説明、具体的な活用方法を提案
- 県外病院がシステム利用を承諾
- 通常時の患者状況の把握

情報共有が加速

182

## 4. 中山間地の課題

中山間地においてさまざまな工夫を行い、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

### 課題

- 人材不足  
在宅医療サポートセンター職員が減少、医療・介護現場のスタッフの確保が難航、行政職員の経験不足、頻繁な交代（一般論）
- 災害時対応  
土砂災害による孤立を経験したことで、危機感は醸成されているが、安否確認や情報共有の困難さにより医療・介護サービスの提供が遅延の可能性
- 医療・介護連携の維持  
人材確保が難しいなか、現状をどのようにして維持していくかが大きな課題

### 対応策（案含む）

他自治体と協力し、講演会や研修を合同開催して負担軽減。在宅医療介護の中核を担う職員の役割分担と負担軽減。経験豊富な職員のノウハウを若手に継承する体制を整備。

ICTツールを活用した安否確認や情報共有を円滑化。災害時のみ民生委員、防災士や自主防災会もアクセスできる設定となっており、関係者を活用した地域の協力体制を強化した円滑な連携手順の確立を目指す。

福祉複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした、多職種連携によって広域を支える支援の体制を維持。ICTツールを活用した情報共有の推進。

## 7. コーディネーターの育成

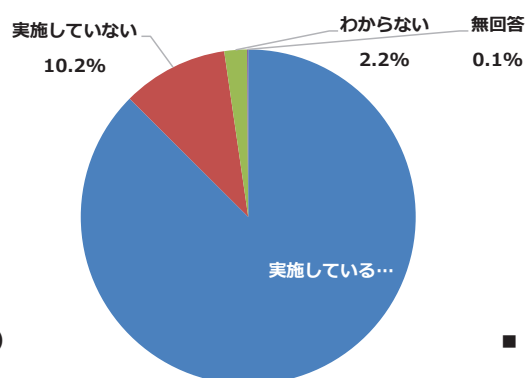
184

### 令和6年度実態調査：コーディネーターの配置状況

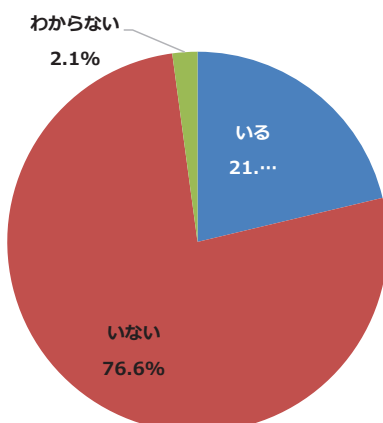
都道府県票・市町村票

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援は、市町村の87.5%で実施されている。
- 都道府県コーディネーターの配置について「いる」が21.3%、市町村コーディネーターの配置について「いる」が59.0%である。

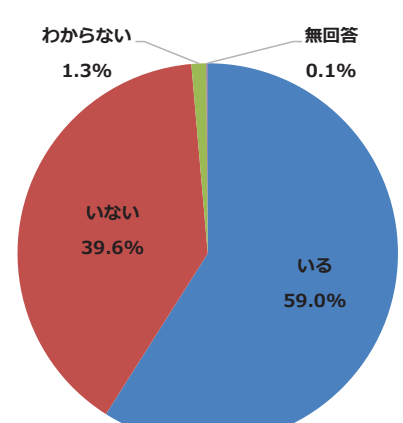
■ 在宅医療・介護連携に関する相談支援の実施（n=1,741）市町村



■ 都道府県コーディネーターの配置（n=47）



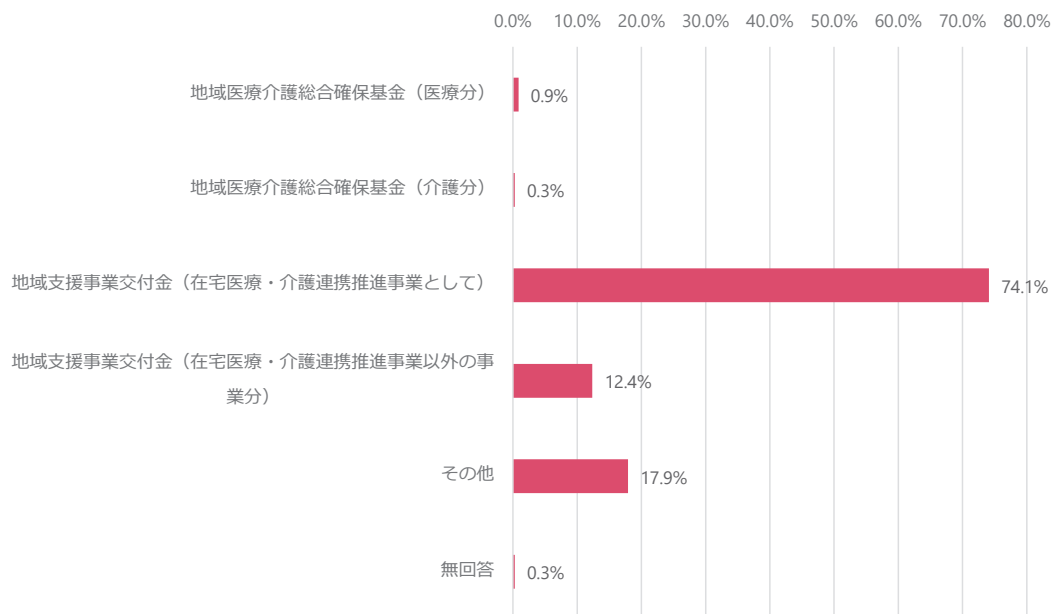
■ 市町村コーディネーターの配置（n=1,741）



185

## 1. 市町村調査

問13-2 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）

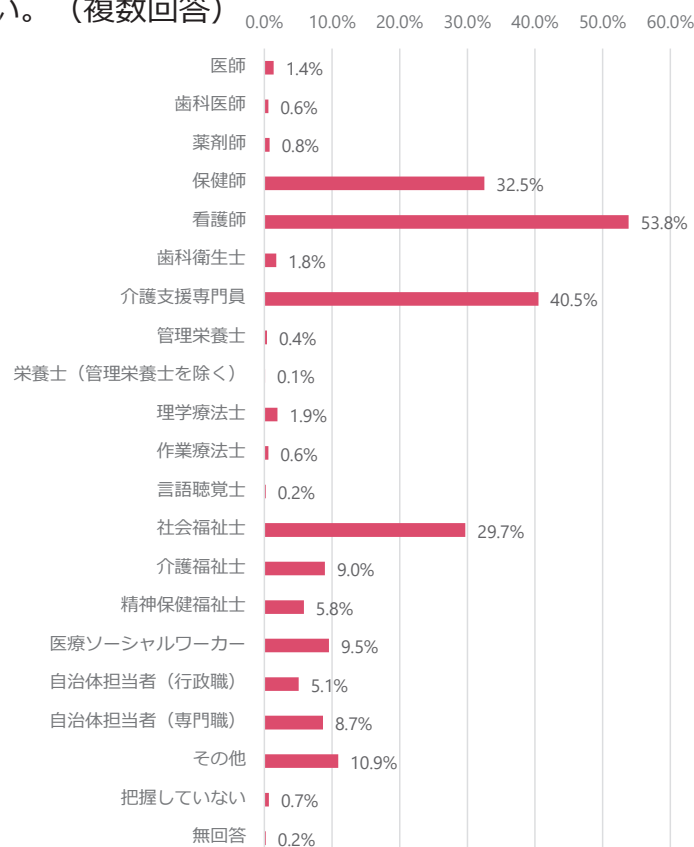


n=1027

186

## 1. 市町村調査

問13-3 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

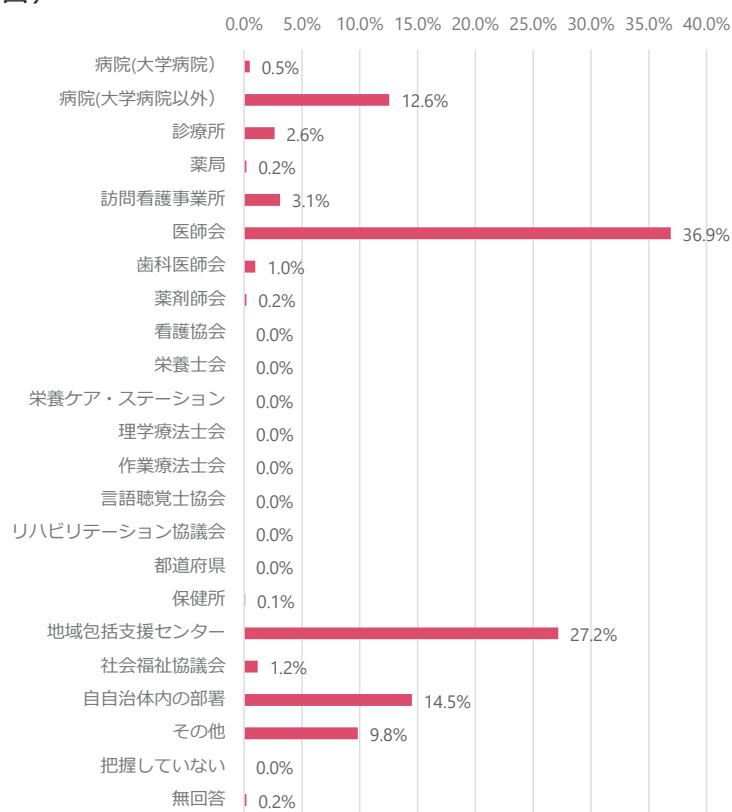


n=1027

187

## 1. 市町村調査

問13-4 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

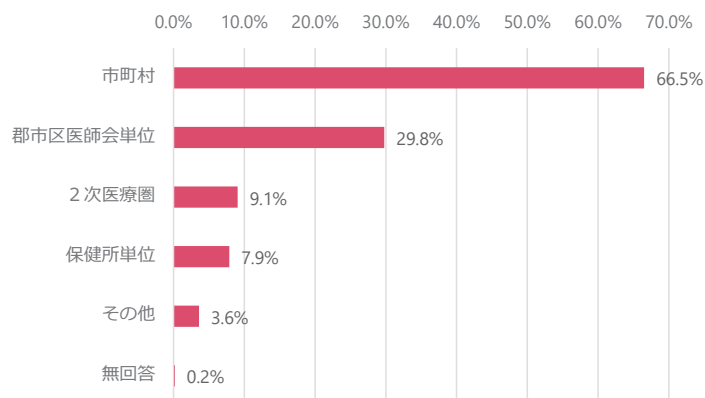


n=1027

188

## 1. 市町村調査

問13-5 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）



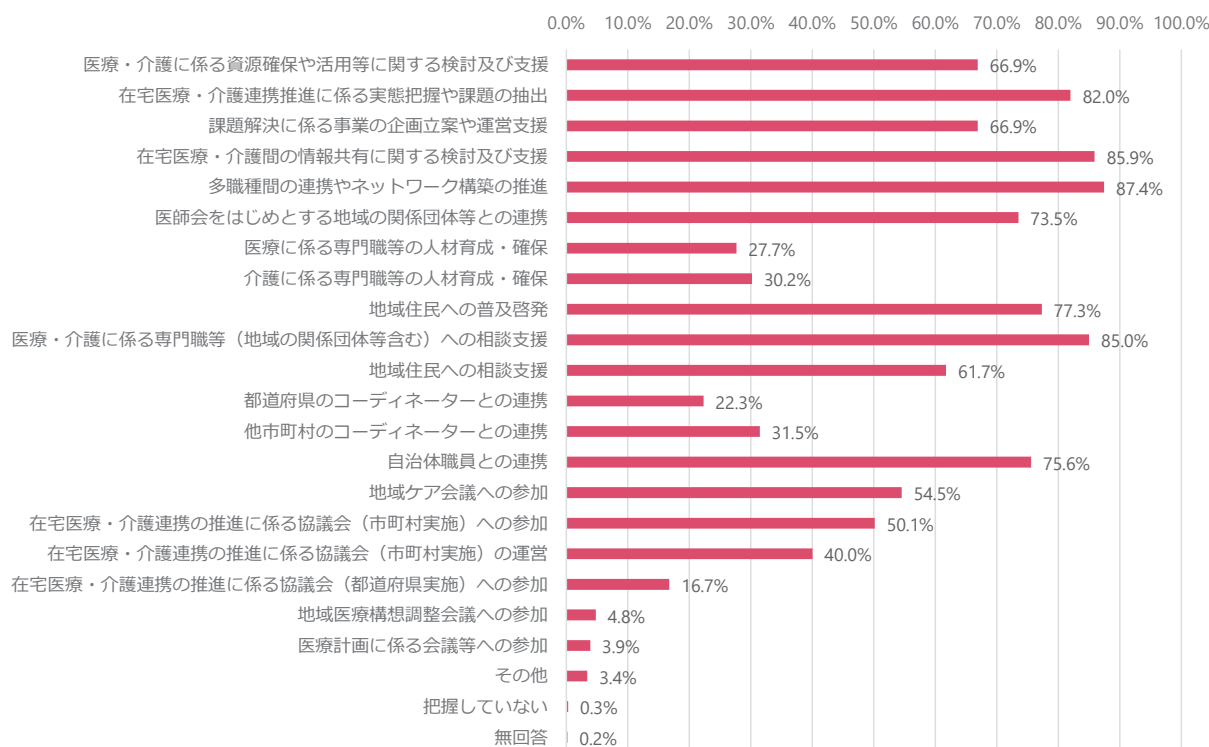
n=1027

189



## 1. 市町村調査

問13-6 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

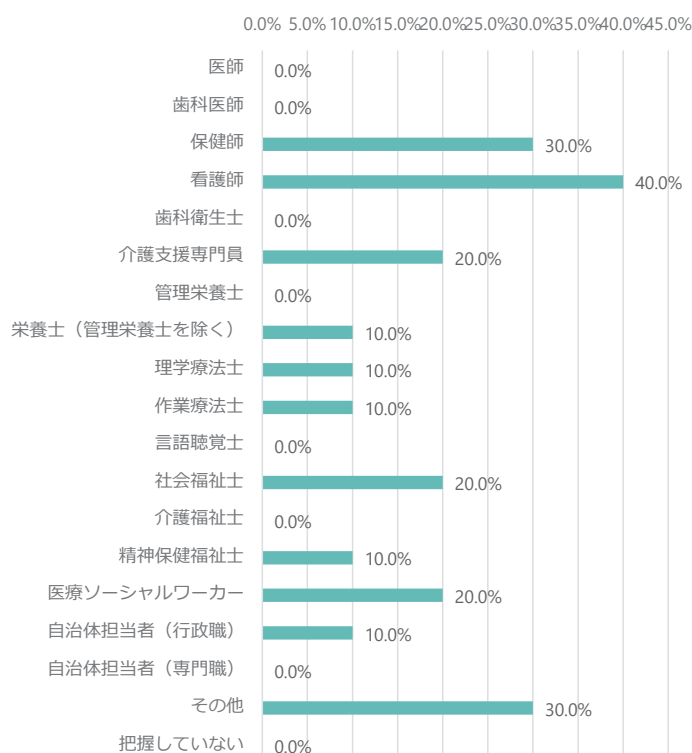


n=1027

190

## 1. 都道府県調査

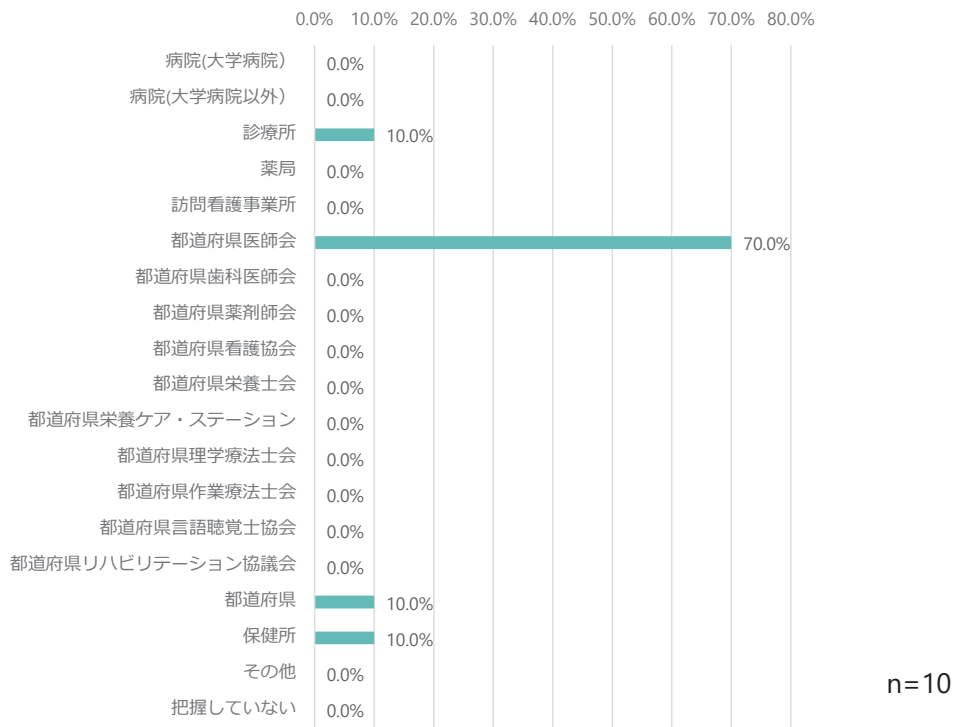
問11-3 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）



n=10

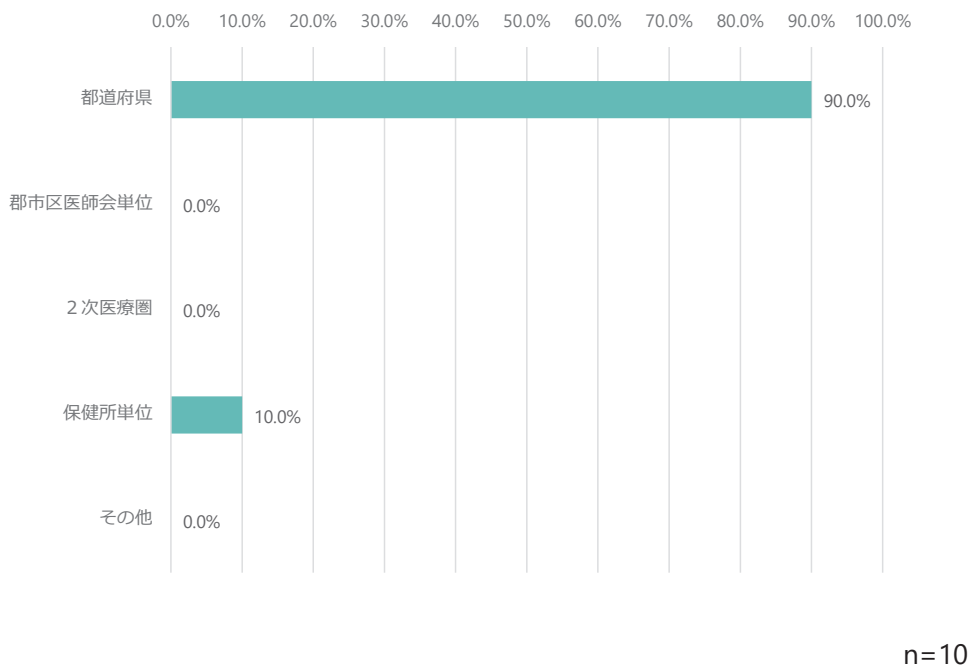
1. 都道府県調査

問11-4 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）



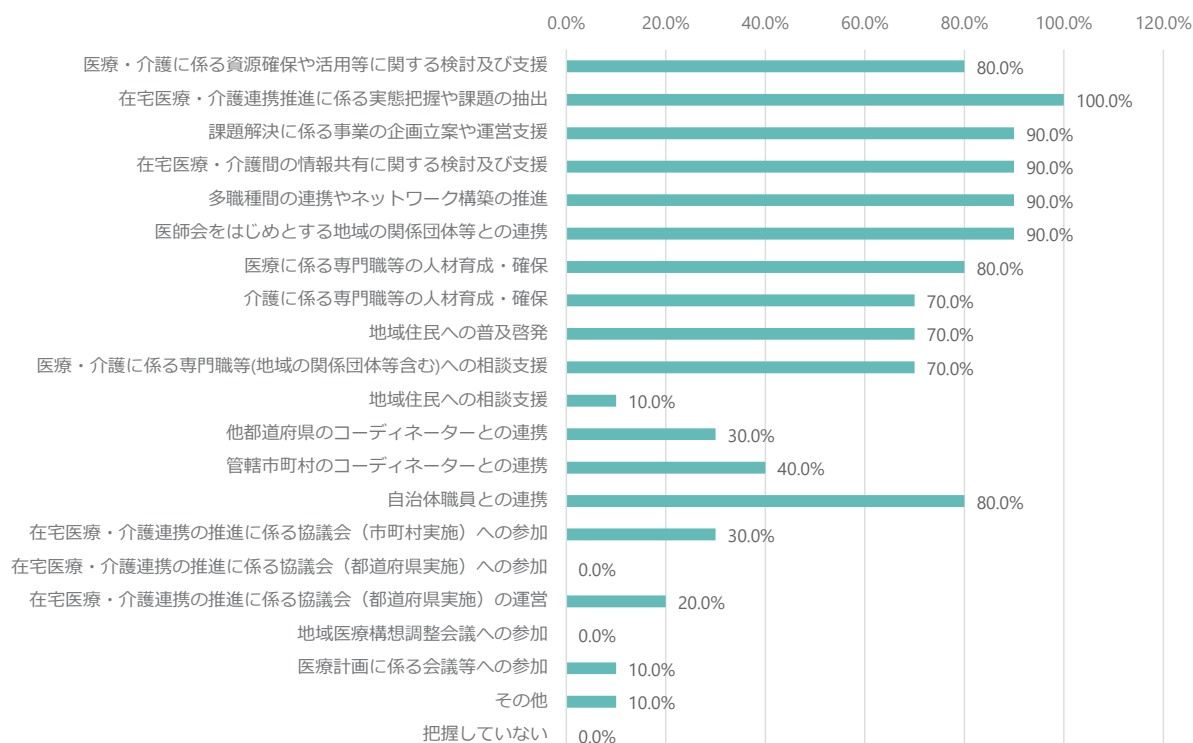
1. 都道府県調査

問11-5 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）



## 1. 都道府県調査

問11-6 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

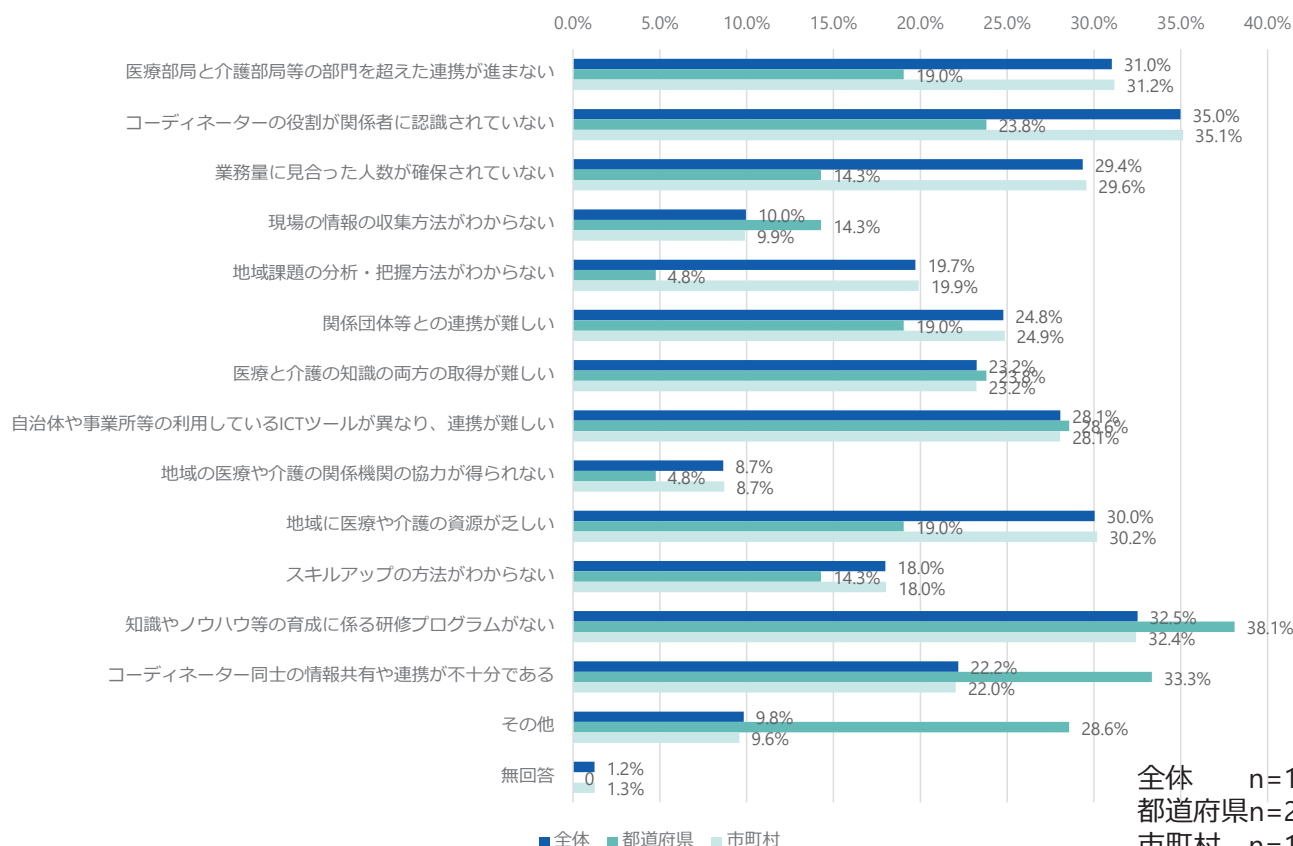


n=10

194

## 1. コーディネーター調査

問6-6 コーディネーターとして活動する上で、課題があれば具体的に教えてください。（複数回答）



全体 n=1618  
都道府県 n=21  
市町村 n=1597

# Ⅲ. 在宅医療・介護連携推進支援事業の 更なる推進にむけて

196

## 地域支援事業（地域支援事業交付金・重層的支援体制整備事業交付金）

老健局認知症施策・地域介護推進課  
(内線3986)

令和7年度当初予算案 1,800億円（1,804億円）※（）内は前年度当初予算額

### 1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。



### 2 事業費・財源構成

#### 事業費

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

#### 【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業  
「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」  
※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能
- ② 包括的支援事業・任意事業  
「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」

#### 財源構成

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業  
1号保険料、2号保険料と公費で構成  
(介護給付費の構成と同じ)
- ② 包括的支援事業・任意事業  
1号保険料と公費で構成  
(2号は負担せず、公費で賄う)

|       | ①     | ②      |
|-------|-------|--------|
| 国     | 25%   | 38.5%  |
| 都道府県  | 12.5% | 19.25% |
| 市町村   | 12.5% | 19.25% |
| 1号保険料 | 23%   | 23%    |
| 2号保険料 | 27%   | -      |

### 3 実施主体・事業内容等

#### 実施主体

市町村

#### 事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

#### ① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

##### ア サービス・活動事業（第一号事業）

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント

##### イ 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

#### ② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

##### ア 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事業、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

##### イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、地域ケア会議の開催

#### ③ 任意事業

地域の実情に応じて必要な取組を実施。

介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

197



## 1 事業の目的

令和7年度概算要求額案 43百万円（37百万円）※（）内は前年度当初予算額

○地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図るため、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会の設置、僻地、中山間地域、小規模自治体における検討、プラットフォームの拡充、実態調査、都道府県・市町村への連携支援、都道府県・市町村担当者への研修を実施するとともに、事業コーディネーターの育成を実施する。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 事業の概要

在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。具体的な事業内容は以下のとおり。

- ・在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置
- ・僻地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携に係る事例収集や検討会の実施
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの拡充
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
- ・都道府県・市町村への連携支援の実施
- ・都道府県・市町村担当者への研修（※）
- ・事業コーディネーターの育成（※）

（※）医療・介護連携に係る近年の方策を踏まえたものとする。

### 所要額

要介護認定調査委託費 42百万円  
職員旅費 1百万円

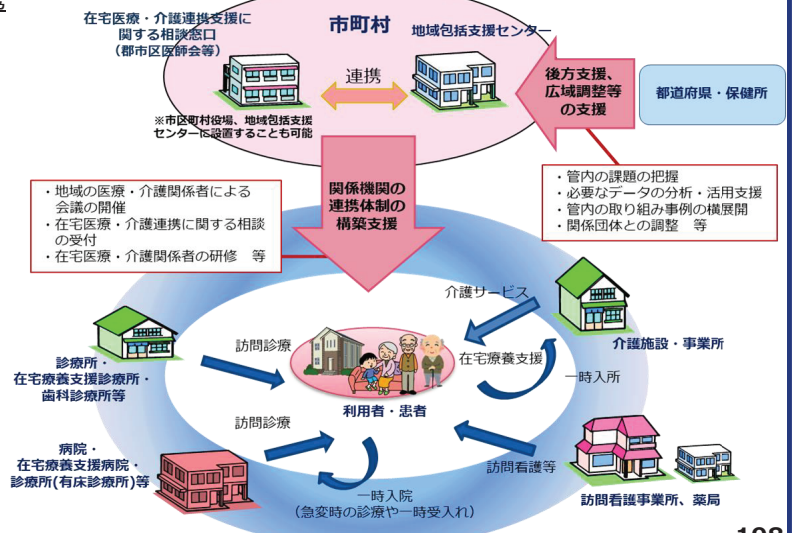
### 事業スキーム



### 成果目標

市町村が地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

### 実施主体等

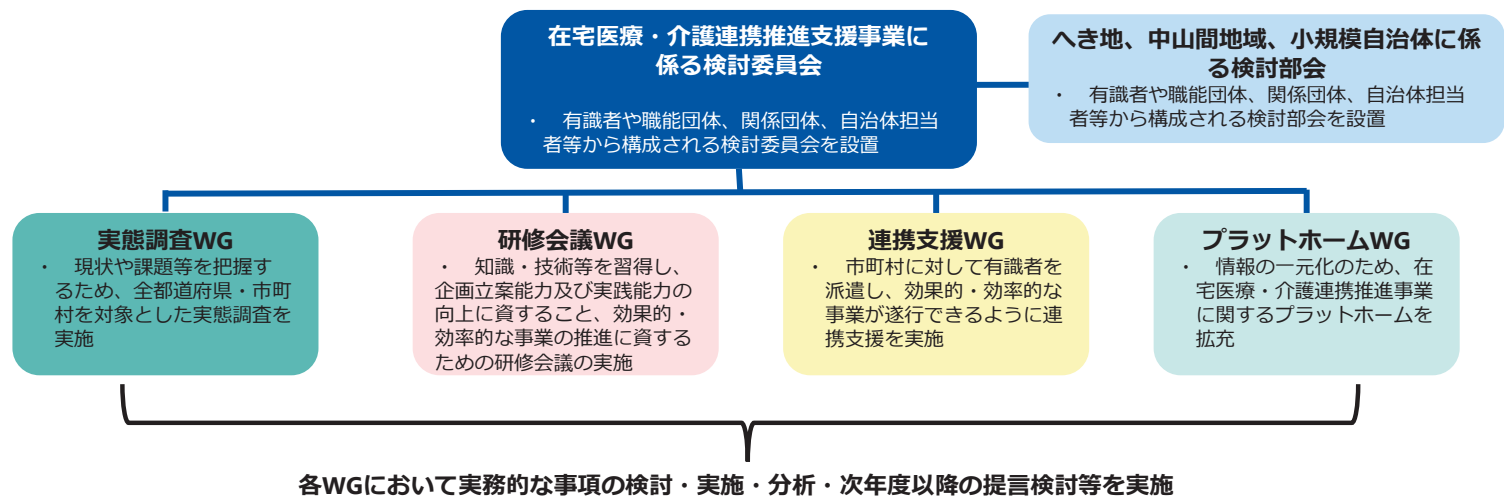


198

## 令和7年度在宅医療・介護連携推進支援事業 スケジュール（案）

|                       | 4月                                                                            | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| (1) 検討委員会             | 検討会・WG等                                                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ■検討会：WGを踏まえた議論 開催回数2回＋予備1回                                                    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ■僻地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会：実態調査等を踏まえた議論 開催回数2回＋予備1回                              |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ■WG：調査結果等を踏まえた個別事項に関する詳細議論 開催回数3回＋予備1回<br>①実態調査WG、②研修会議WG、③連携支援WG、④プラットフォームWG |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
| (2) 実態調査（アンケート・ヒアリング） | 検討会1 検討会・WGのロジ（委員委嘱や日程調整、会場の確保等）、資料作成 等 検討会2                                  |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 部会1 部会のロジ（委員委嘱や日程調整、会場の確保等）、資料作成 等 部会2                                        |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ※成果物 令和8年3月・報告書                                                               |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 設計 実施 分析・整理（ヒアリング実施） まとめ                                                      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
| (3-1) 研修会議Ⅰ           | ※成果物 令和7年12月・報告書                                                              |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 開催に係る手続き（プログラム作成・講師調整等）                                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 開催                                                                            |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | アーカイブ配信（プラットフォームへの移行含む）                                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
| (3-2) 研修会議Ⅱ・Ⅲ         | 開催に係る手続き（プログラム作成・講師調整等）                                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | Ⅱは4ブロック、Ⅲは2ブロック程度での集合型研修の実施                                                   |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ※成果物 令和8年3月・報告書                                                               |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 事前研修等 選定 計画書策定 第1回目支援 第2回目支援 第3回目支援 報告会                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
| (4) 都道府県・市町村連携支援      | ※成果物 令和8年3月・報告書・支援リーフレット・支援ツール                                                |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 4市町村への支援実施                                                                    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 第1回目支援 第2回目支援 第3回目支援                                                          |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ※成果物 令和8年3月・報告書・プラットフォーム・プラットフォームに係るマニュアル等                                    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
| (6) プラットフォームの拡充       | 拡充案の設計・実装（プラットフォーム運用及び使用に係るマニュアルの作成含む）                                        |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | モデル運用                                                                         |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | 説明会及び公開                                                                       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |
|                       | ※成果物 令和8年3月・報告書・プラットフォーム・プラットフォームに係るマニュアル等                                    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |

199



## 厚生労働科学研究費補助金：僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討

第 142 回 科学技術部会 資料 1 - 3 令和 6 年 12 月 12 日より抜粋

### 1. 目標

2014 年介護保険法改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が地域支援事業に位置づけられ、都道府県（保健所等）や医師会を始めとする関係団体等と協働しながら取り組みを進め、開始から約 10 年が経過した。各自治体の医療・介護連携の推進状況は様々であり、自治体規模や高齢化率等、地域によっておかれている状況や課題も異なる。特に小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等においては効果的・効率的な事業展開が求められおり、このような地域に対する方策を検討する必要がある。

本研究では、

- ・ NDB、介護 DB、KDB 及び地域包括ケア「見える化システム」等のデータを用いた、僻地、中山間地域、小規模自治体における医療資源の現状等の分析
- ・ 僻地、中山間地域、小規模自治体における効果的・効率的な医療・介護の連携及びその指標の抽出
- ・ モデル地域における試行的分析と提案を実施することを目標とする。

### 2. 求められる成果

・ 僻地、中山間地域、小規模自治体においても活用可能な医療・介護連携の評価のためのロジックモデルの策定・ロジックモデルを踏まえ、第 10 期介護保険事業計画に向けた、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業等に活用可能な評価指標及び評価方法等への提言（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標案を含む）

### 3. 研究費の規模等※

・ 僻地、中山間地域、小規模自治体においても活用可能な医療・介護連携の評価のためのロジックモデルの策定・ロジックモデルを踏まえ、第 10 期介護保険事業計画に向けた、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業等に活用可能な評価指標及び評価方法等への提言（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標案を含む）

厚生労働省委託事業  
在宅医療介護連携推進支援事業  
－ 事業報告書 －

令和7年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所