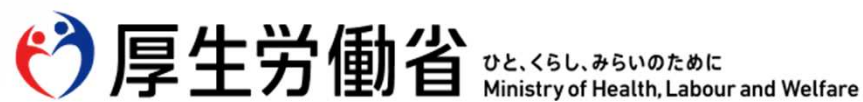


令和6年1月26日（金）
第171回市町村職員を対象とするセミナー



「在宅医療・介護連携推進事業の取組について」

厚生労働省老健局老人保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

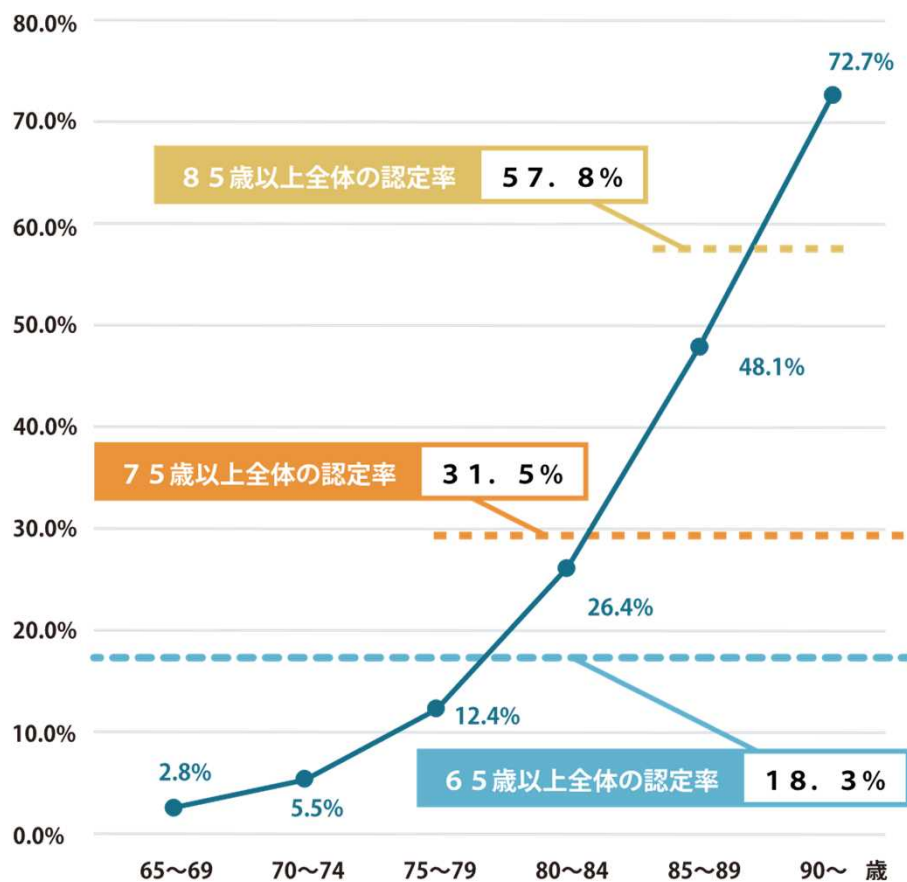
1. **在宅医療・介護連携推進事業について**
2. **在宅医療・介護連携推進に係る関連計画等について**
3. **令和6年度介護報酬改定等について**
4. **令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業について**

1. **在宅医療・介護連携推進事業について**
2. 在宅医療・介護連携推進に係る関連計画等について
3. 令和6年度介護報酬改定等について
4. 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業について

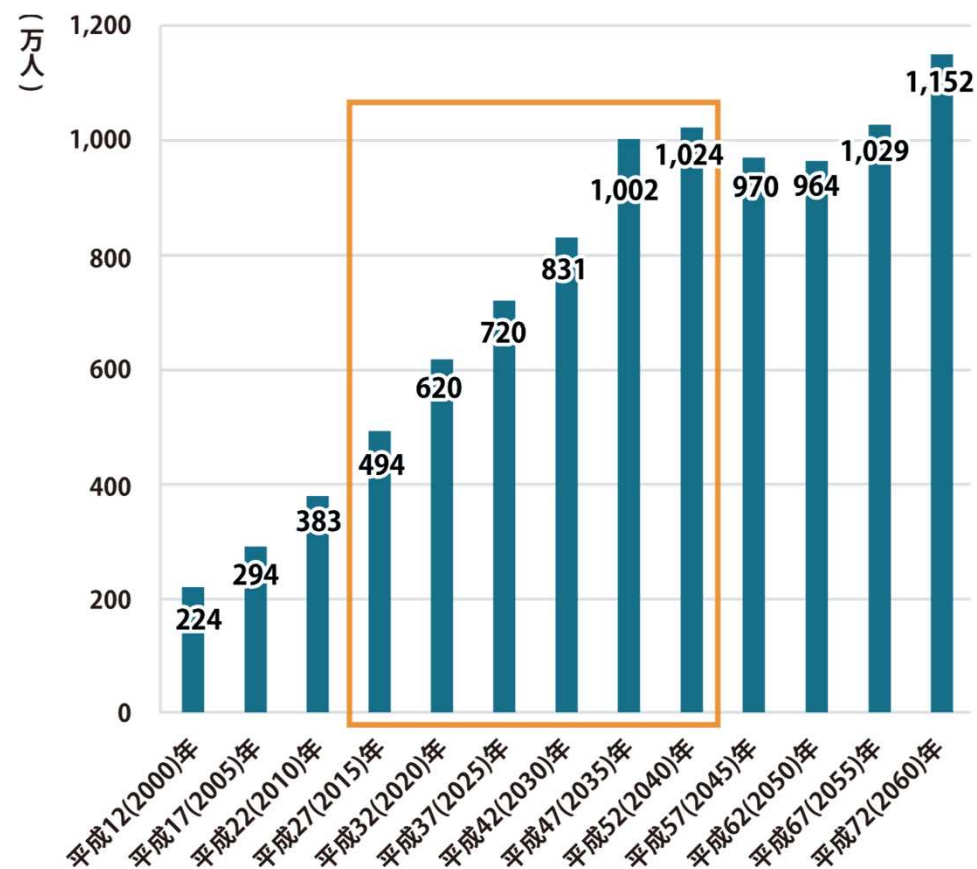
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典

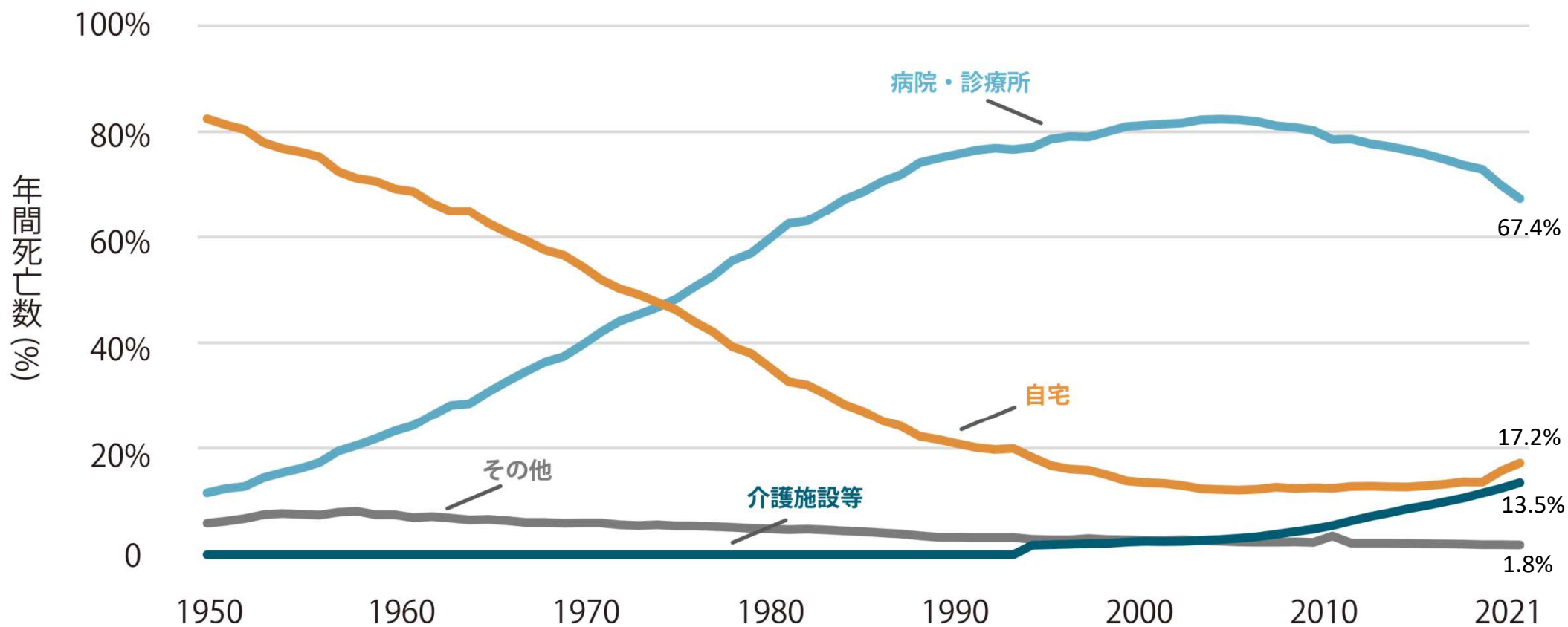
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

死亡の場所の推移

社会保障審議会 介護給付費分科会（第222回）	資料 2
令和 5 年 8 月 30 日	

○ 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

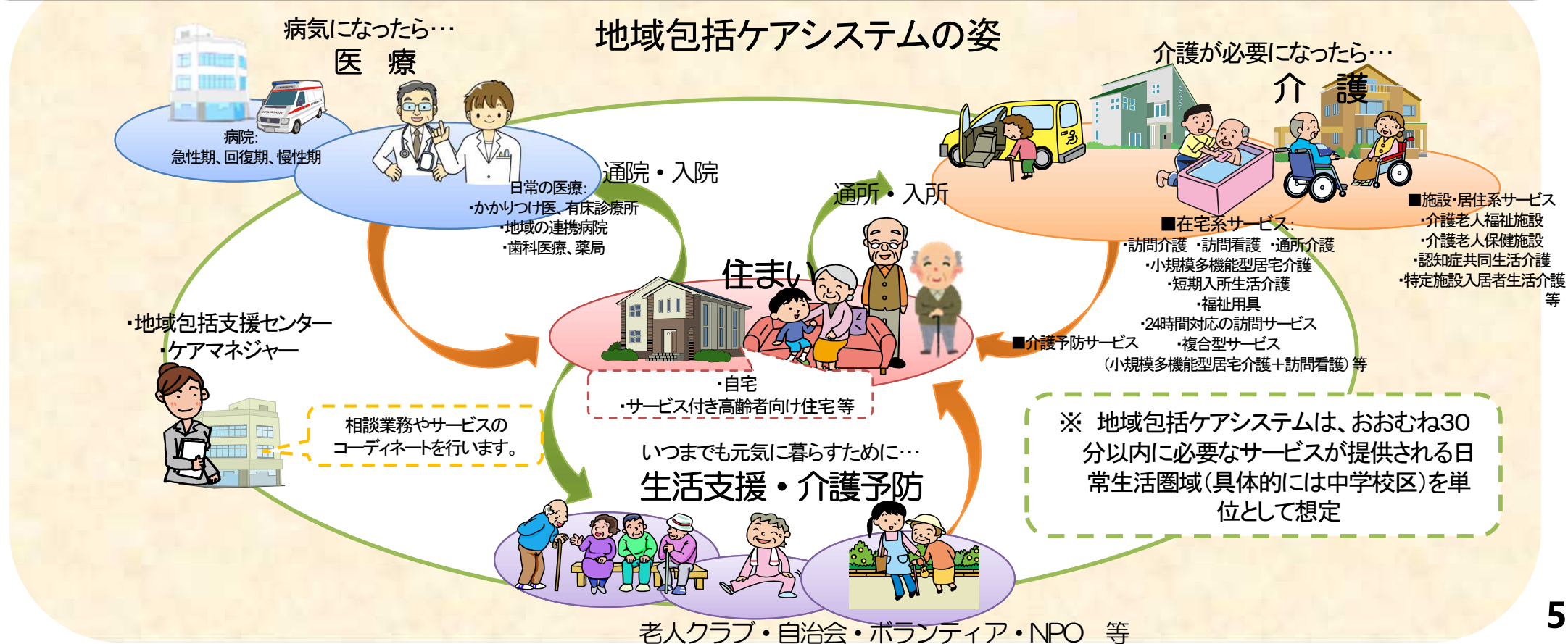


出典

厚生労働省「人口動態統計（令和 3 年）」

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



介護保険給付・地域支援事業の全体像

【財源構成】

国: 25%

都道府県: 12.5%

市町村: 12.5%

1号保険料: 23%

2号保険料: 27%

【財源構成】

国: 38.5%

都道府県: 19.25%

市町村: 19.25%

1号保険料: 23%

地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1～2）

介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者）

- **介護予防・生活支援サービス事業**
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス（配食等）
 - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- **一般介護予防事業**

包括的支援事業

- **地域包括支援センターの運営**
（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）
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業**
（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）
- **生活支援体制整備事業**
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

- **介護給付費適正化事業**
- **家族介護支援事業**
- **その他の事業**

○介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域支援事業）

第百十五条の四十五（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）

第百十五条の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条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条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条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）

（法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）

第百四十条の六十二の八 法第百十五条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

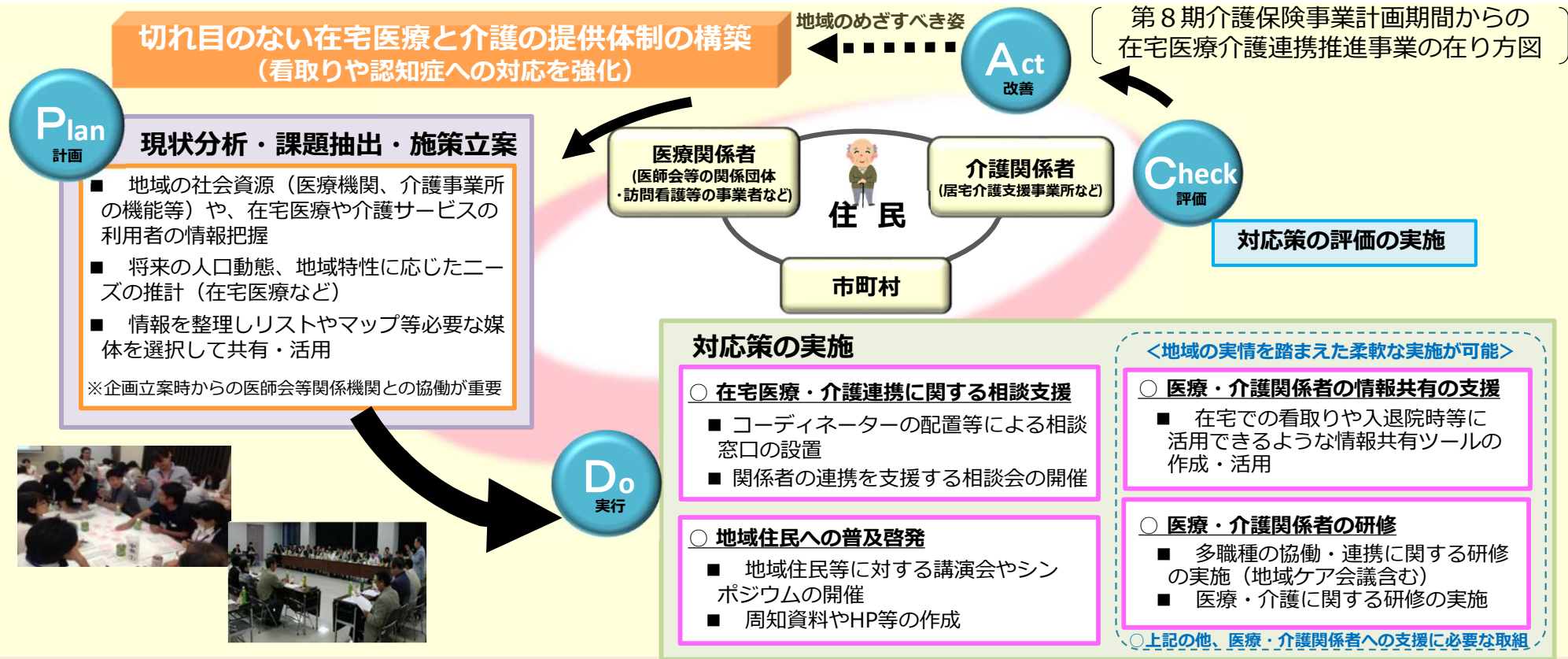
二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

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

在宅医療・介護連携推進事業

- 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。



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

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の指摘もある。
- 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



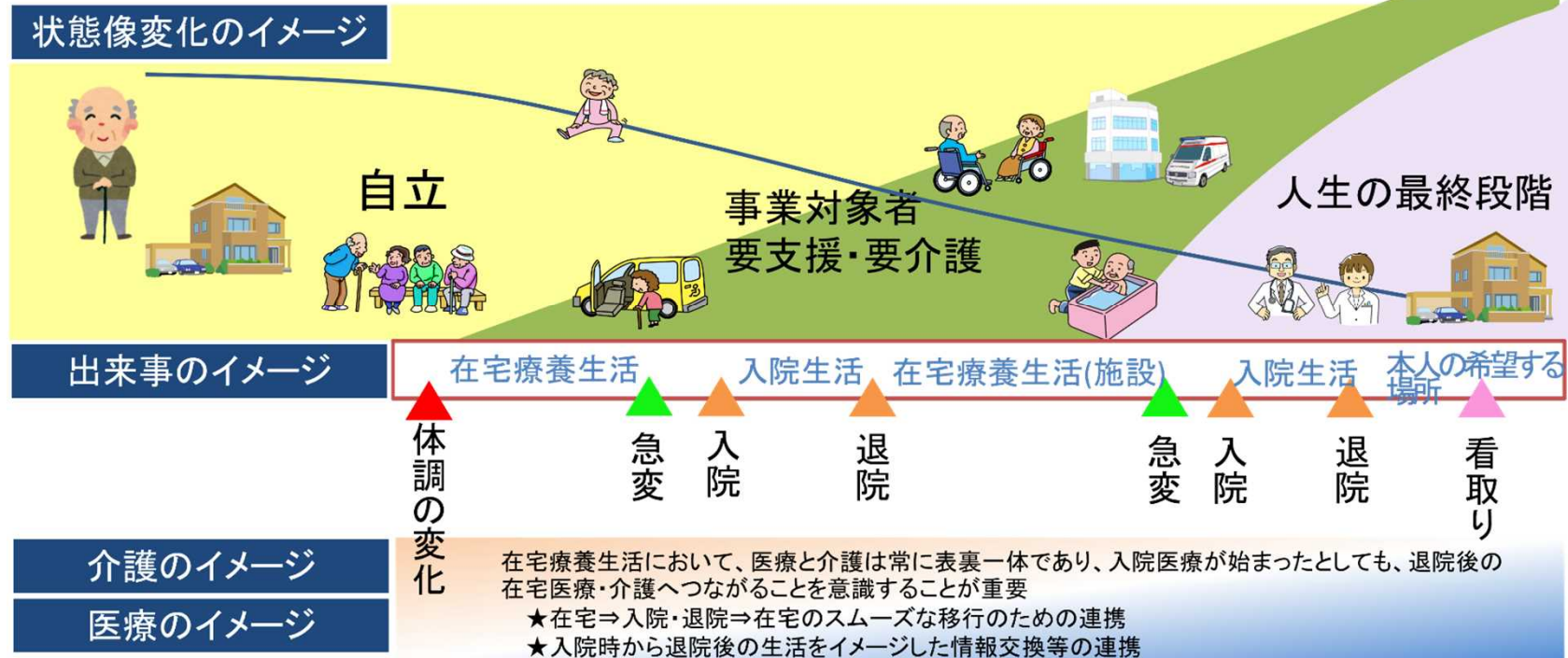
★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

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。



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）



在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

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

①現状分析・課題抽出・施策立案

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 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

②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 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

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. **在宅医療・介護連携推進に係る関連計画等について**
3. 令和6年度介護報酬改定等について
4. 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業について

在宅医療・介護連携推進の関連計画等に係る今後のスケジュール（案）

	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)	令和12年度 (2030年度)	
介護保険法 (介護保険法 施行規則)		介護保険部会での議論	令和8年 改定	告示・ 通知等		介護保険部会での議論	令和11年 改定		
介護保険 事業（支援） 計画	都道府県・ 市町村での計 画策定	第9期介護保険事業（支援）計画			第10期介護保険事業（支援）計画			第11期～	
医療計画		第8次医療計画							第9次～
			都道府県 中間見直し						
介護報酬 改定		●			●			●	
診療報酬 改定		●		●		●		●	

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年間で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。

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

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

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、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、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。

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、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（昭和三十二年法律第二百五号）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、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。

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。

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

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

（一）在宅医療・介護連携の推進

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、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。

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。

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。

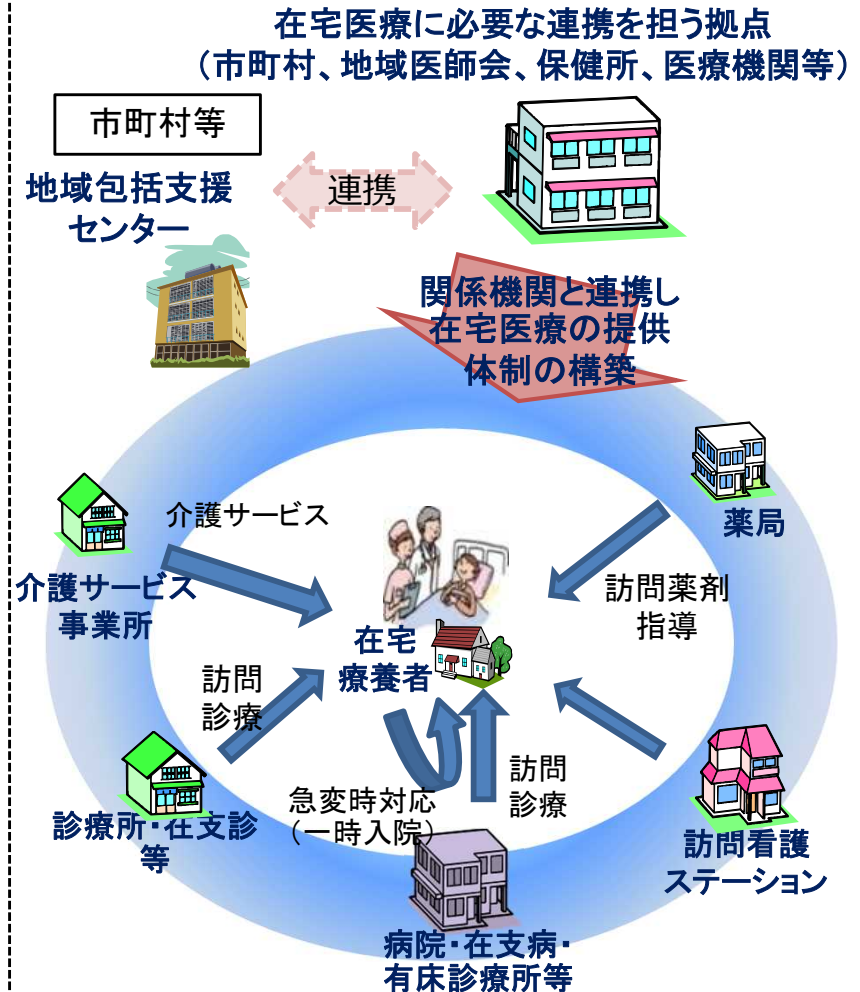
① 目標

- 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に求められる事項

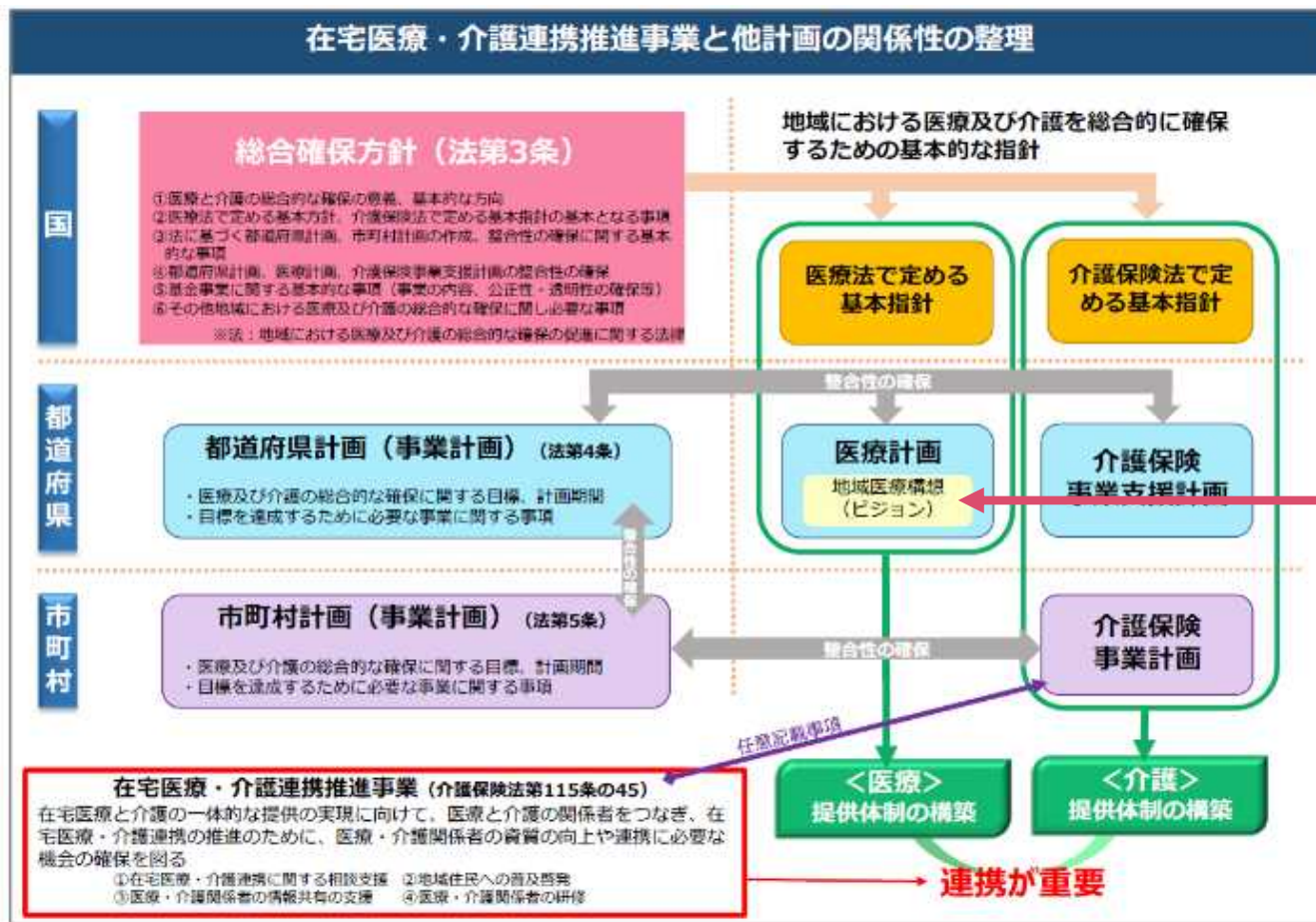
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制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」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するように、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

※ 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（令和2年9月）

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進に係る関連計画等について
3. **令和6年度介護報酬改定等について**
4. 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業について

- 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
- ・ 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
 - 高齢者施設等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
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 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

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

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

5. その他

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

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

※各事項は主なもの

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>

- ・ 医療ニーズの高い利用者が増える中、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。

- 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※1（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※2（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



※1 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。

※2 介護保険施設のみ。

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。

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、診療所等から退院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に所定単位数を加算する。ただし、初回加算 (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、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算 (Ⅰ) を算定している場合は、算定しない。

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

- 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等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】（義務付け）

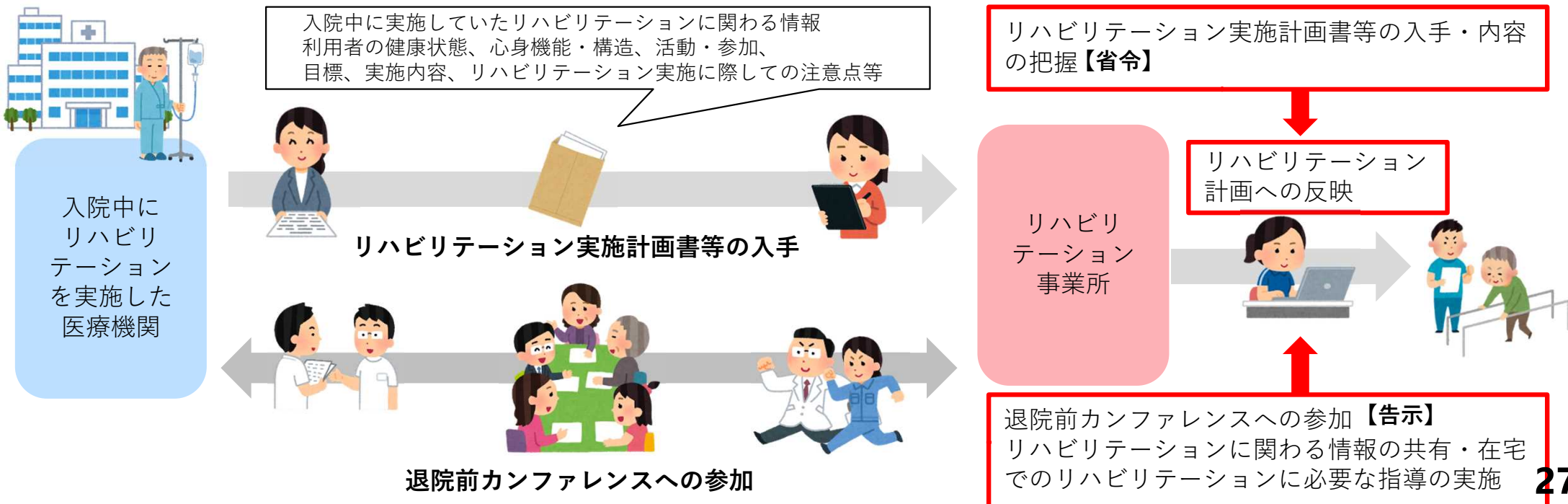
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

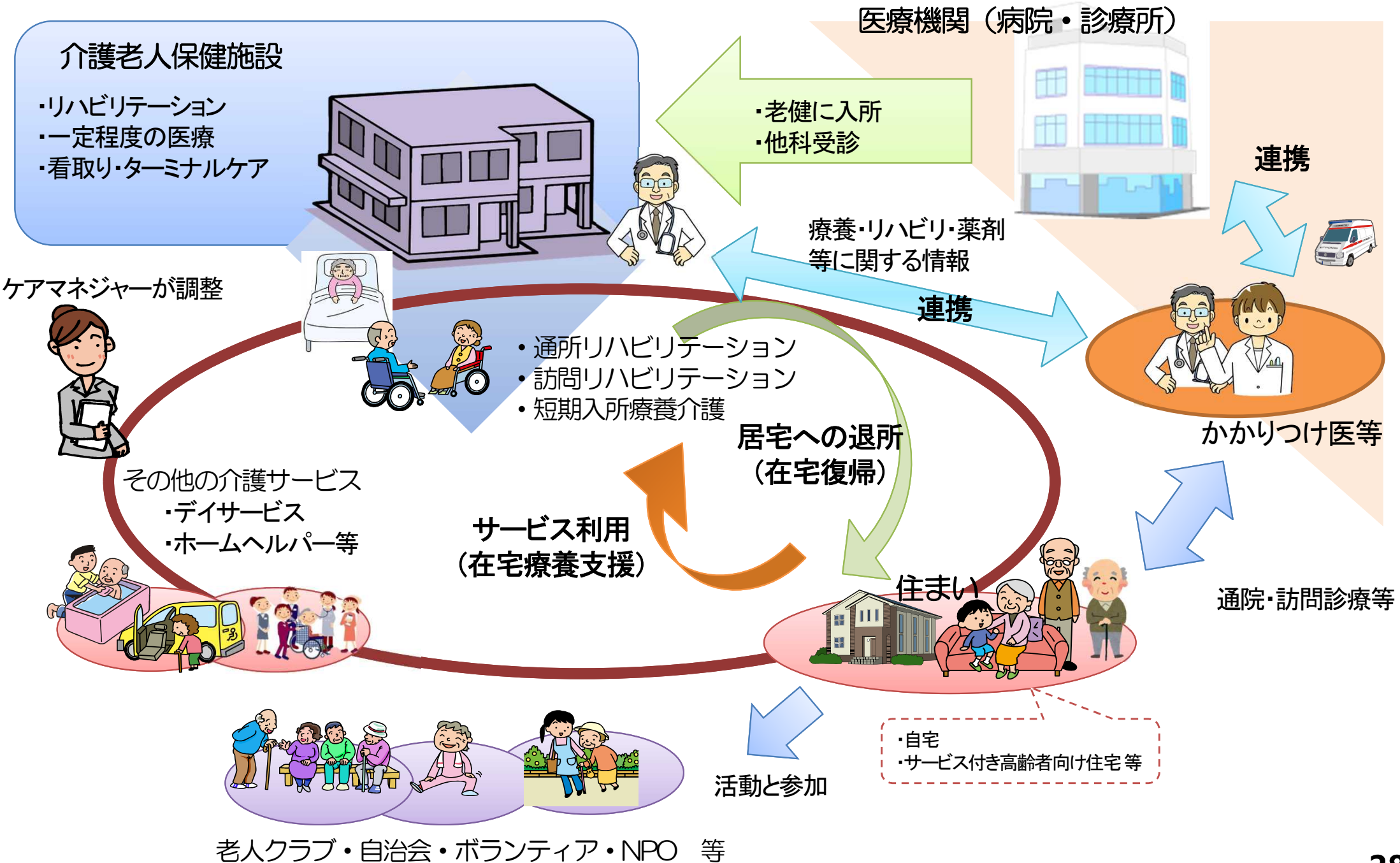
退院時共同指導加算 600単位（新設）

【算定要件等】

- リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。



地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ

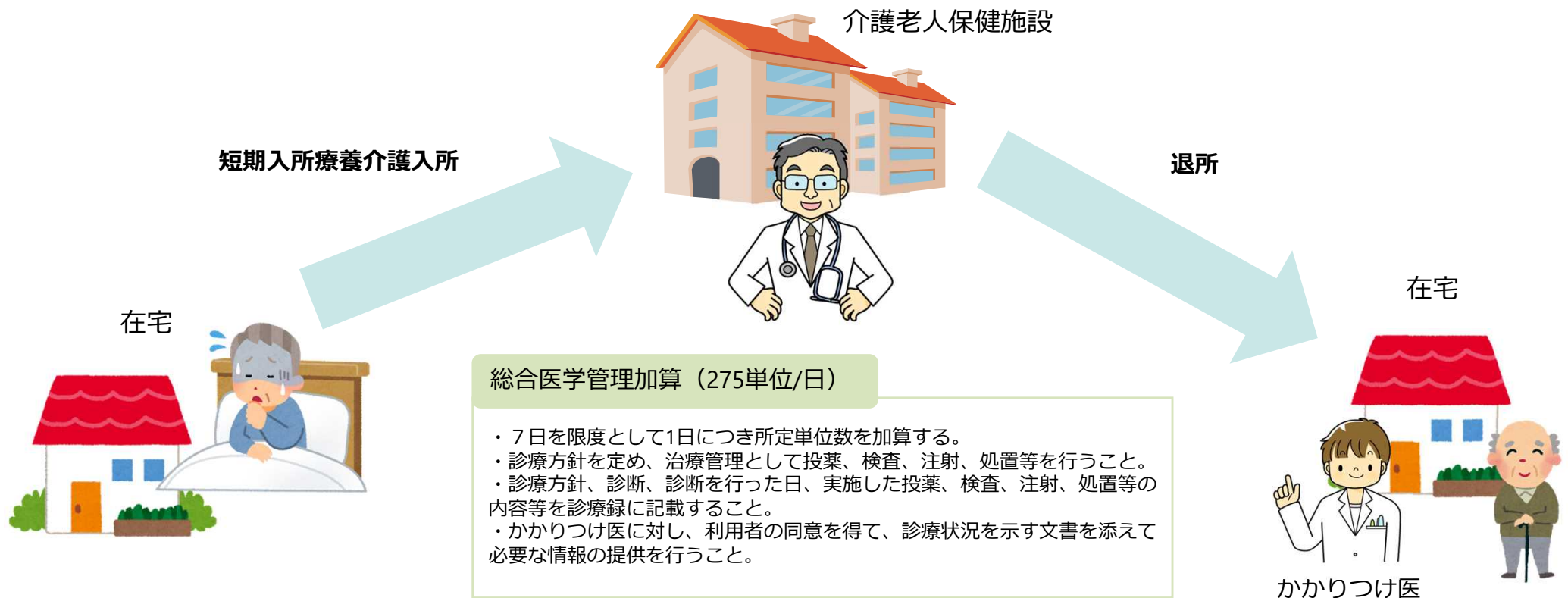


介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

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。

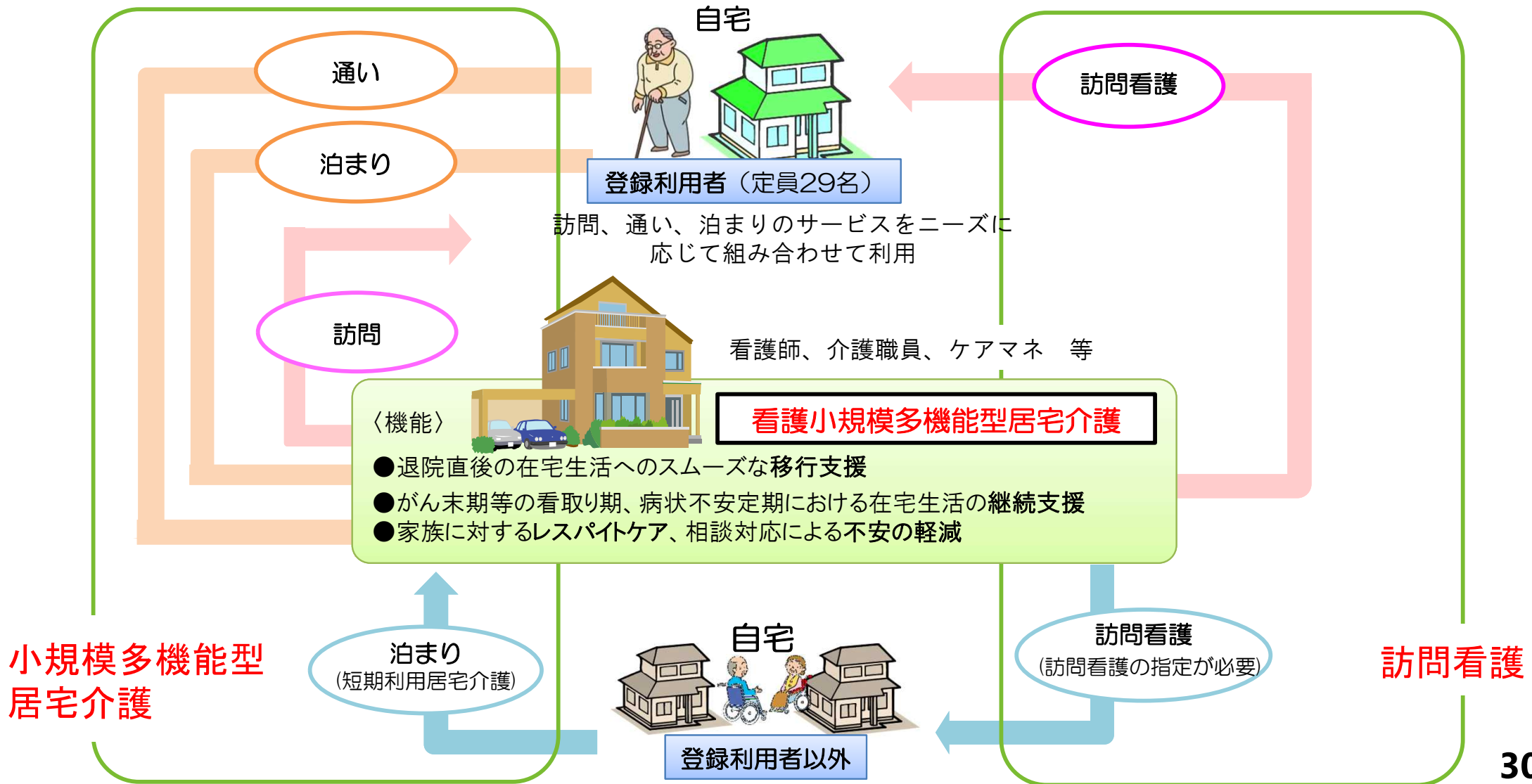
概要

- 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。



看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 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。



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くなる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。

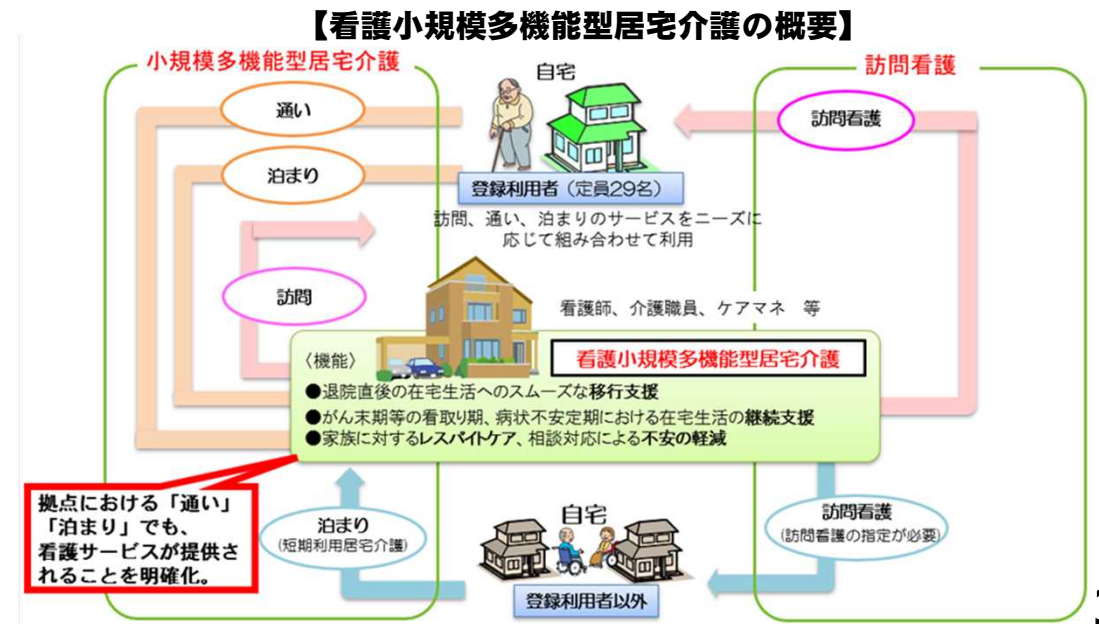
看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

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^{※1}と小規模多機能型居宅介護^{※2}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。
 - ※1：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）
 - ※2：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）

資料1-1

令和5年7月10日

見直しの方針案

市町村	都道府県	
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	<p>○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)】</p> <p>○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)】</p>
(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		

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について

手引きの内容（概要）

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

（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 ※具体的な都道府県及び市町村の取組事例

（1）区域外指定に係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

令和5年度末
周知予定

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進に係る関連計画等について
3. 令和6年度介護報酬改定等について
4. **令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業について**

令和6年度当初予算案 1,804億円（1,933億円） ※（）内は前年度当初予算額

令和4年度予算額 : 1,928億円
交付決定額 : 1,759億円（執行率91.3%）

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。



咲かそう、地域包括ケアの花！

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 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス、通所型サービス、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業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

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

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

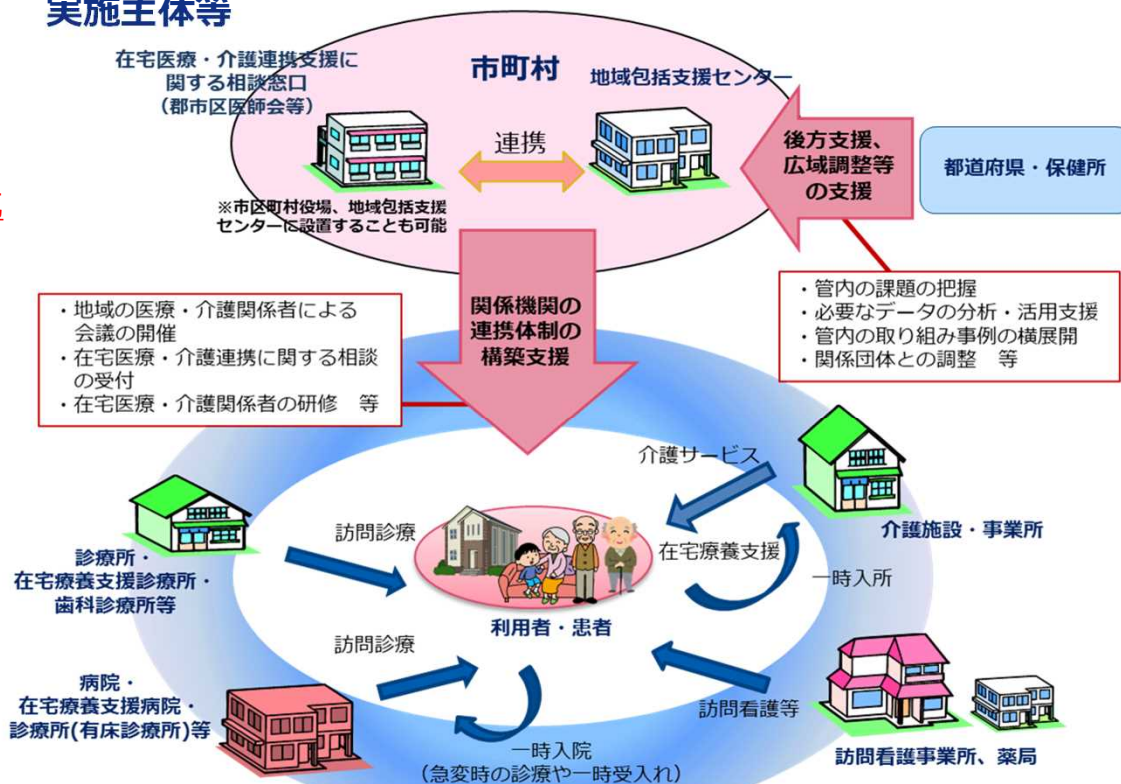
事業スキーム



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



【参考】令和5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

1. 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データとする。

2. 調査方法

- いずれの対象も電子メールに添付されたExcelに回答。
- 都道府県より管下市町村及び都道府県に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 市町村より市町村に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 調査は、令和5年8月23日～令和5年9月20日に実施した。

調査対象※1	母集団	抽出方法	回収数	回収率
都道府県	47	悉皆	47	100%
市町村	1,741	悉皆	1,741	100%
コーディネーター※2			1,697	

※1 在宅医療・介護連携推進事業担当者による回答。

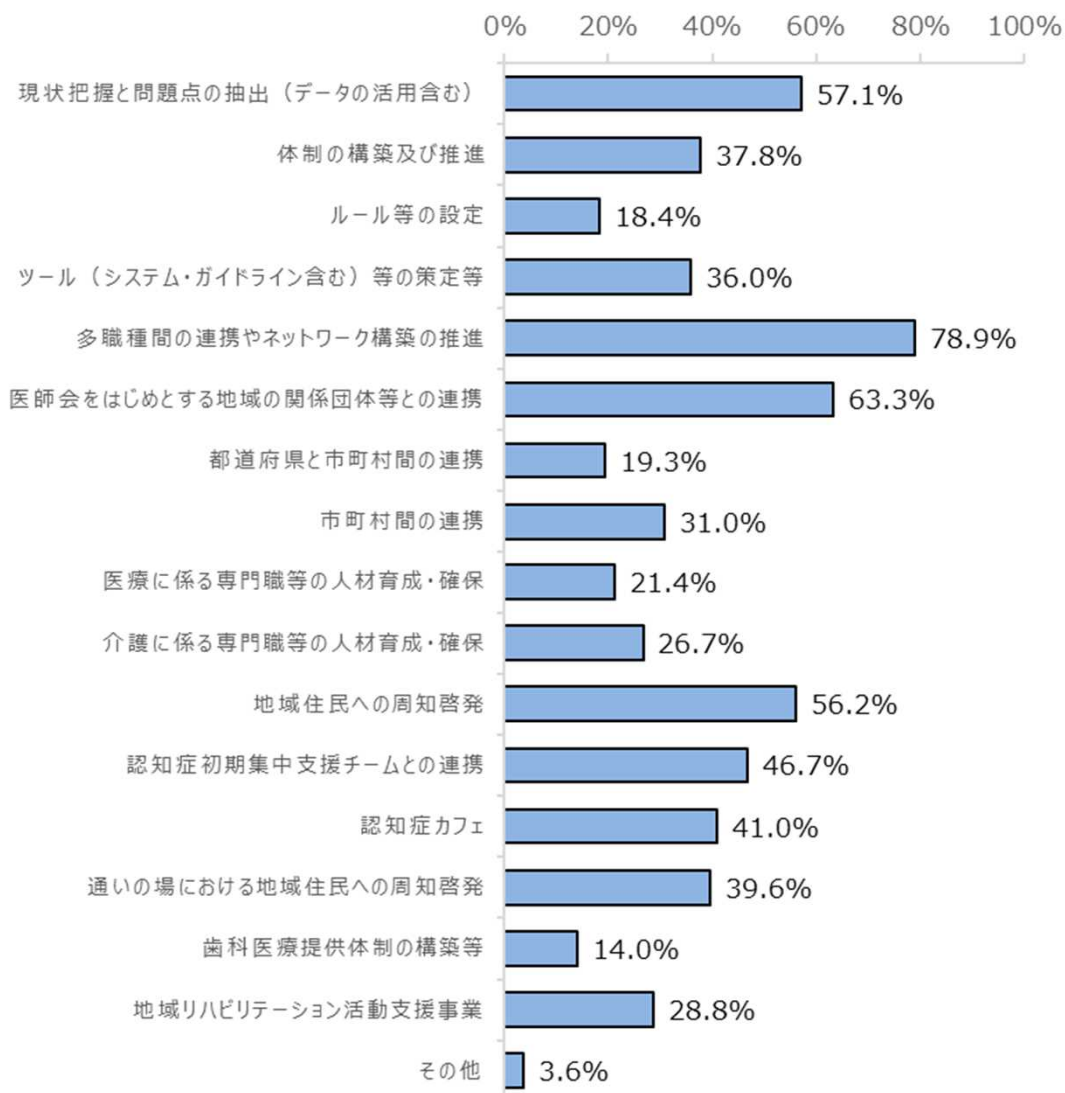
※2 「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定。

なお、「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答を依頼。

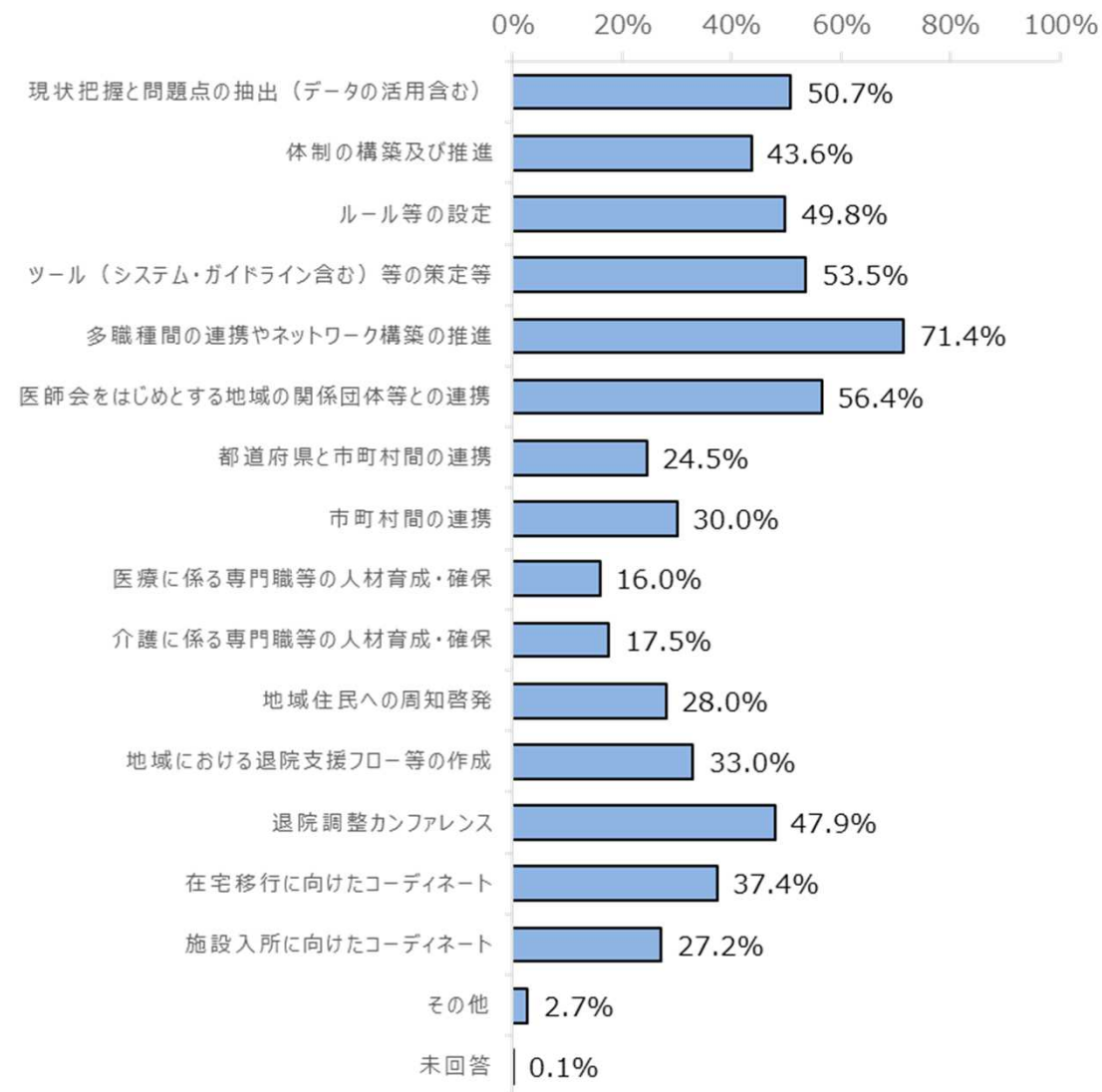
※3 設問によっては未回答があるため、設問ごとに集計対象回答数は異なる。

【参考】市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況①

「日常の療養支援」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=1,273）

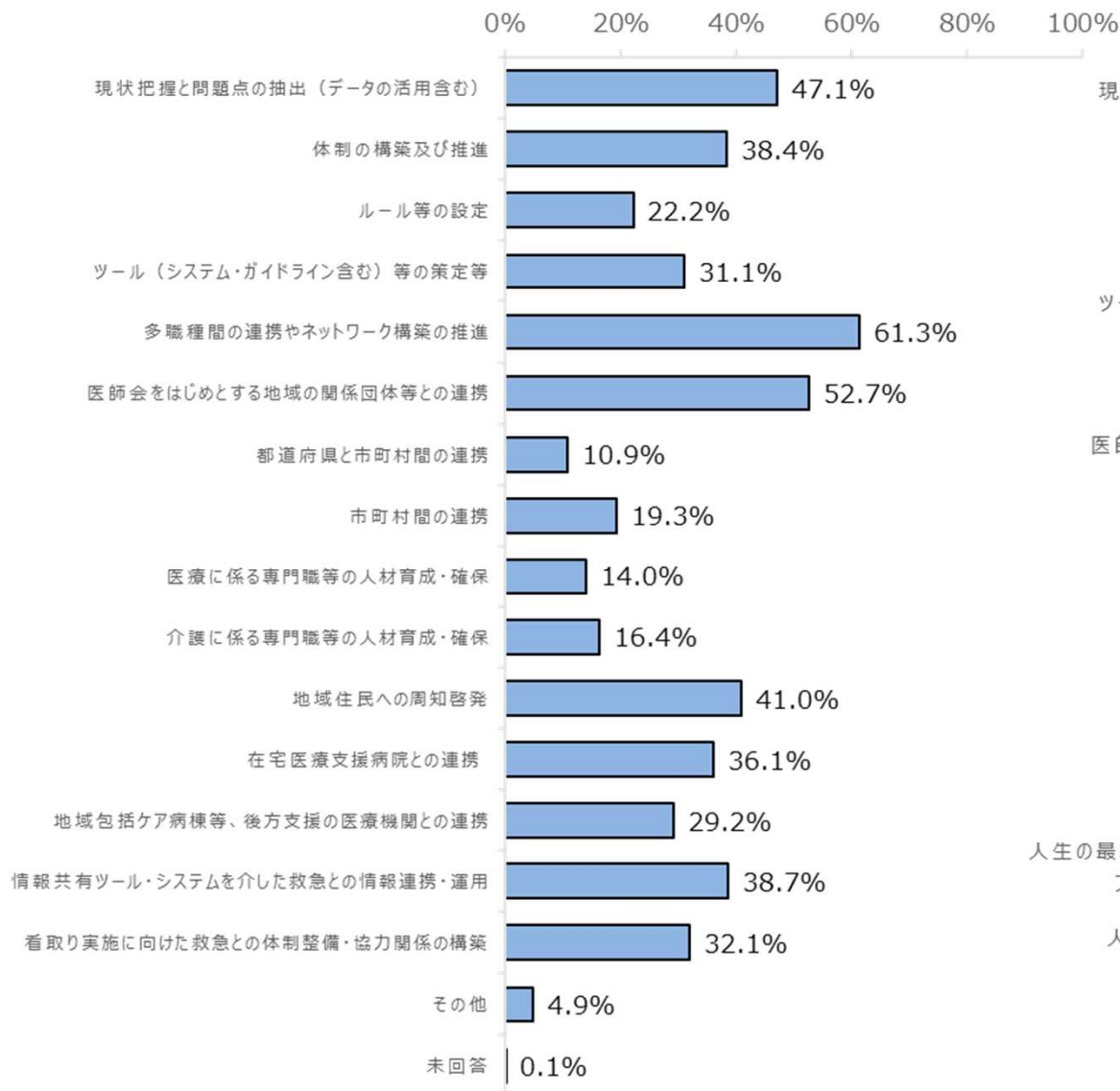


「入退院支援」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=1,431）

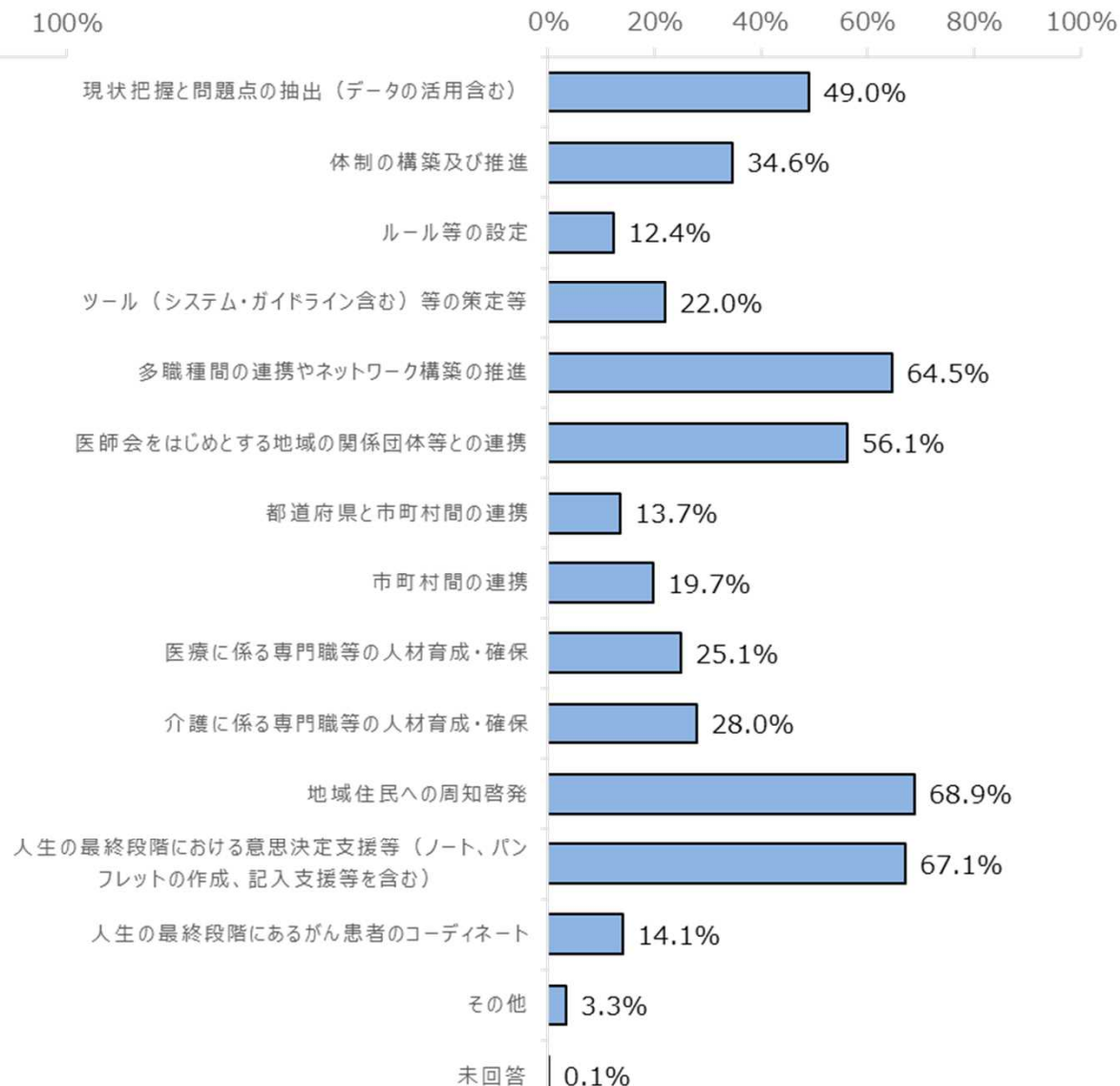


【参考】市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況②

「急変時の対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
(n=954)

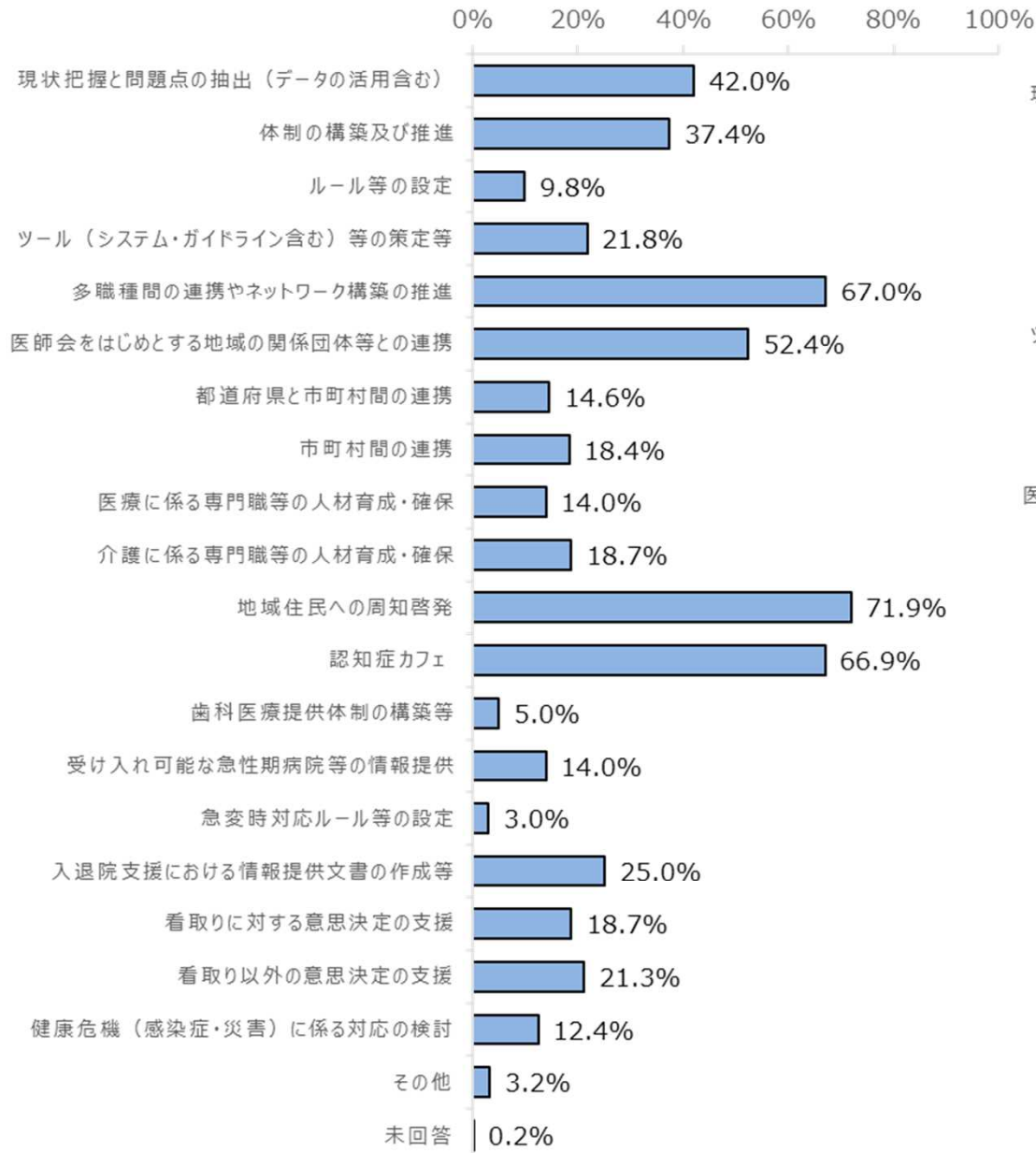


「看取り」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
(n=1,201)

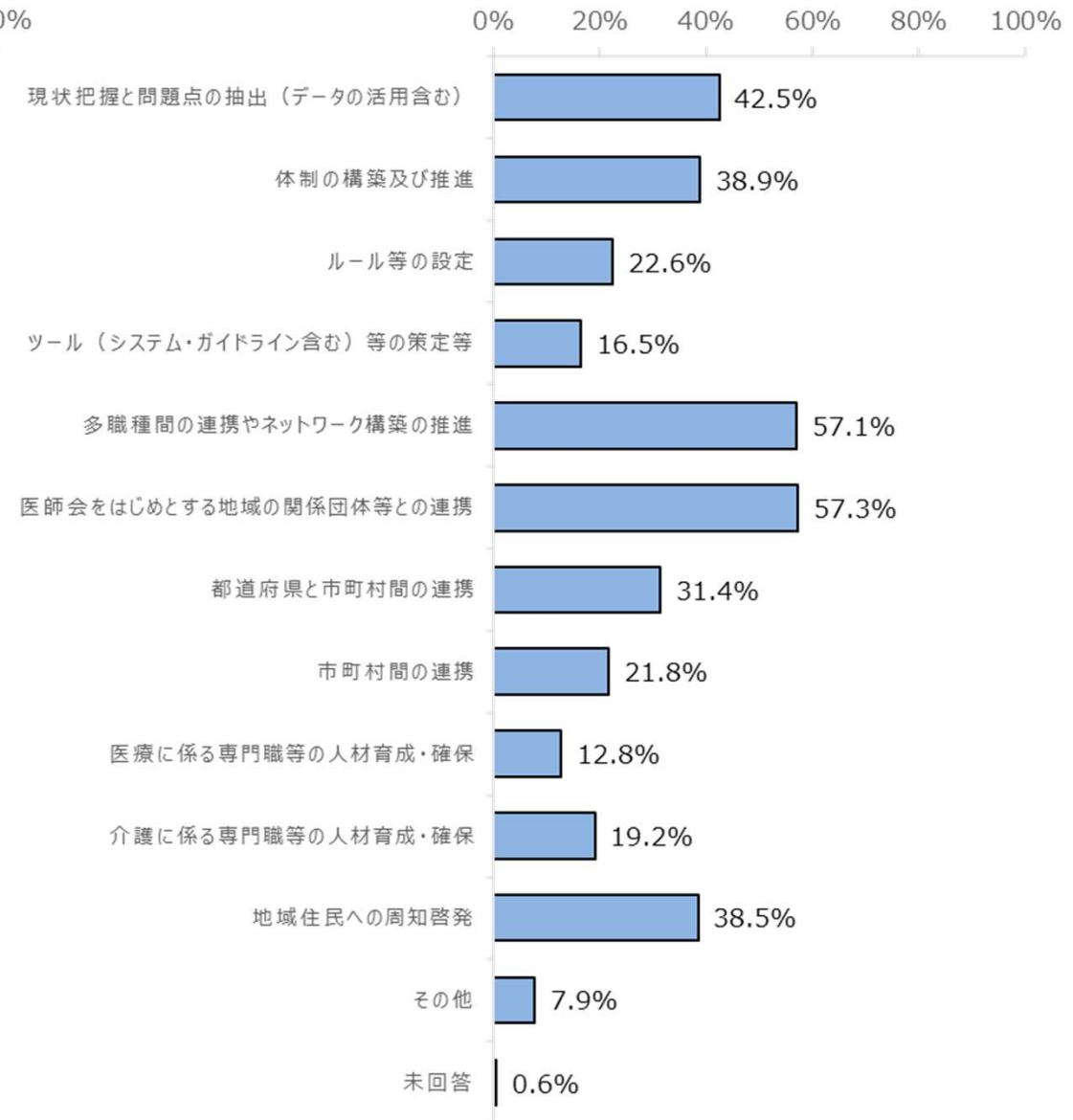


【参考】市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況③

「認知症に係る対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
(n=1,110)

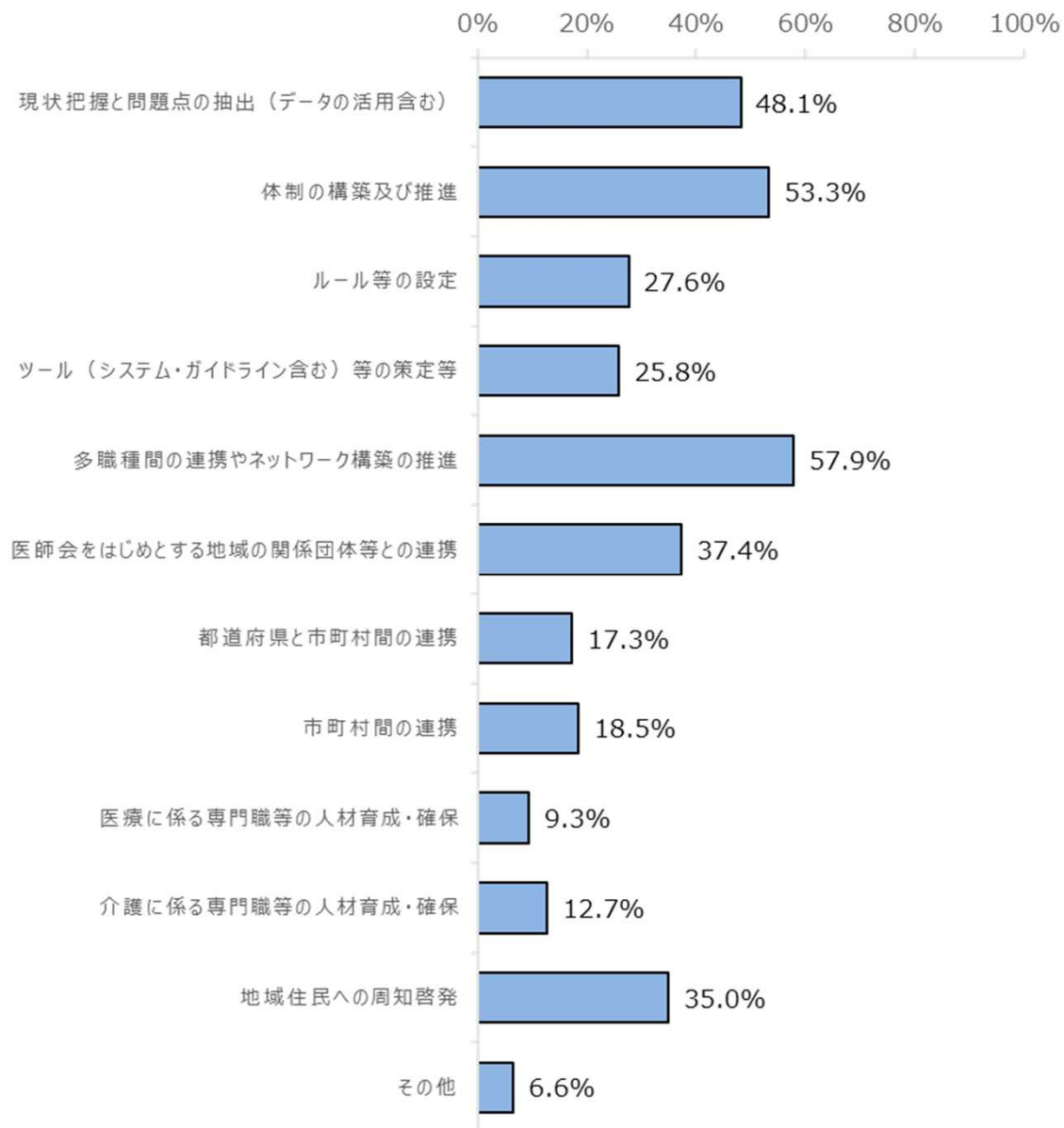


「感染症に係る対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
(n=532)



【参考】市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況④

「災害に係る対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
(n=503)



【参考】令和5年度在宅医療・介護連携推進事業等に係る研究・調査等

【令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業】

- ①在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置、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・市町村担当者等会議の開催、④都道府県・市町村への連携支援、を実施
- ※実施内容及び実態調査結果（全国値集計）は、「令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書」にて公表予定。
- 上記に加え、委託業者より各都道府県に管内市町村の集計値を送付予定。

【厚生労働科学研究費補助金等】

- 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適性な評価指標等の提案のための研究（令和5～6年度厚労科研 研究代表者：国立保健医療科学院）

【令和5年度老健事業】

- 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（株式会社 富士通総研）
- 認知症患者の口腔管理体制に関する調査研究事業（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）
- 医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方に係る調査研究事業（株式会社 NTTデータ経営研究所）
- かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究事業（一般社団法人未来研究所臥龍、公益社団法人全日本病院協会）等

【交付金に係る通知等】

- 保険者機能強化推進交付金及び介護保険者努力支援交付金に係る指標（インセンティブ交付金評価指標）
- 地域支援事業実施要綱

上記、研究・調査等結果については、
年度末～年度初めを目処に各事業者及び厚生労働省HPに掲載予定