

在宅医療・介護連携推進事業について

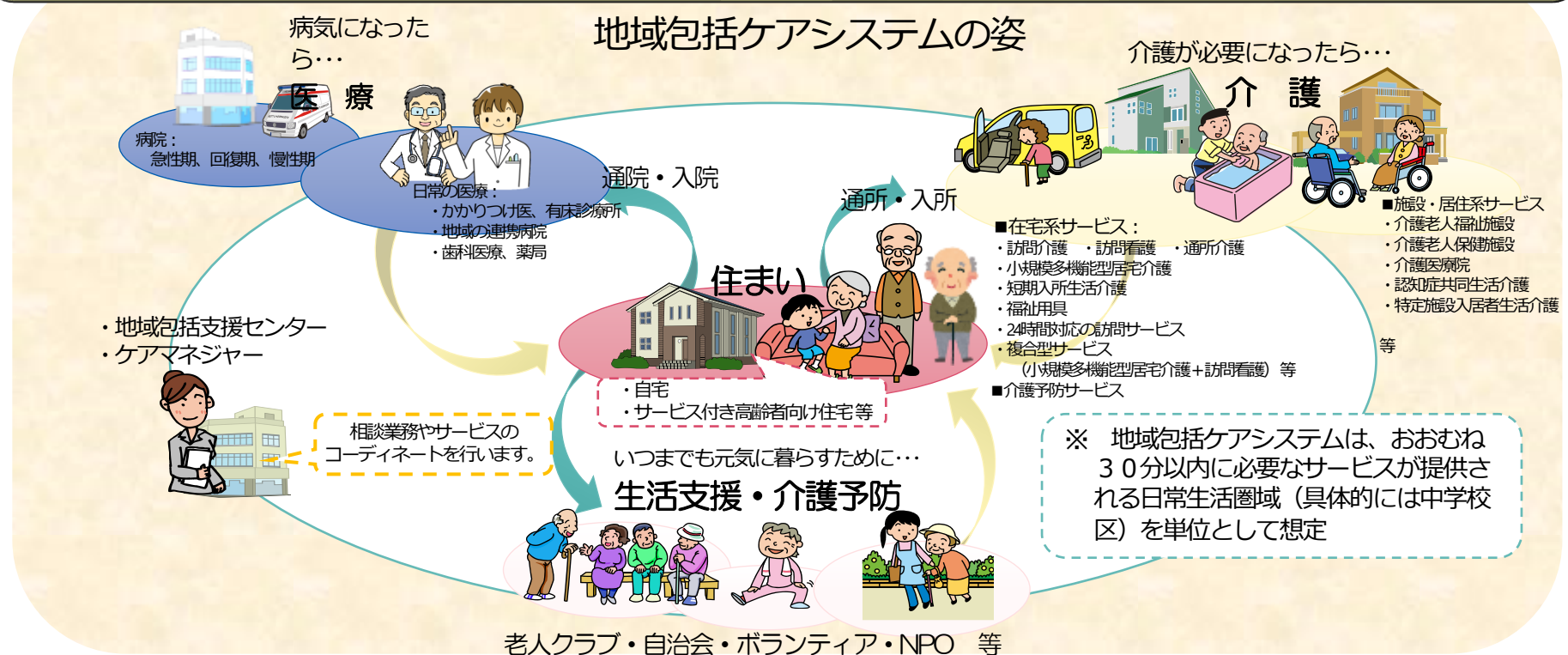
厚生労働省老健局老人保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1．介護保険をとりまく状況について
- 2．在宅医療・介護連携推進事業について
- 3．令和6年度介護報酬改定

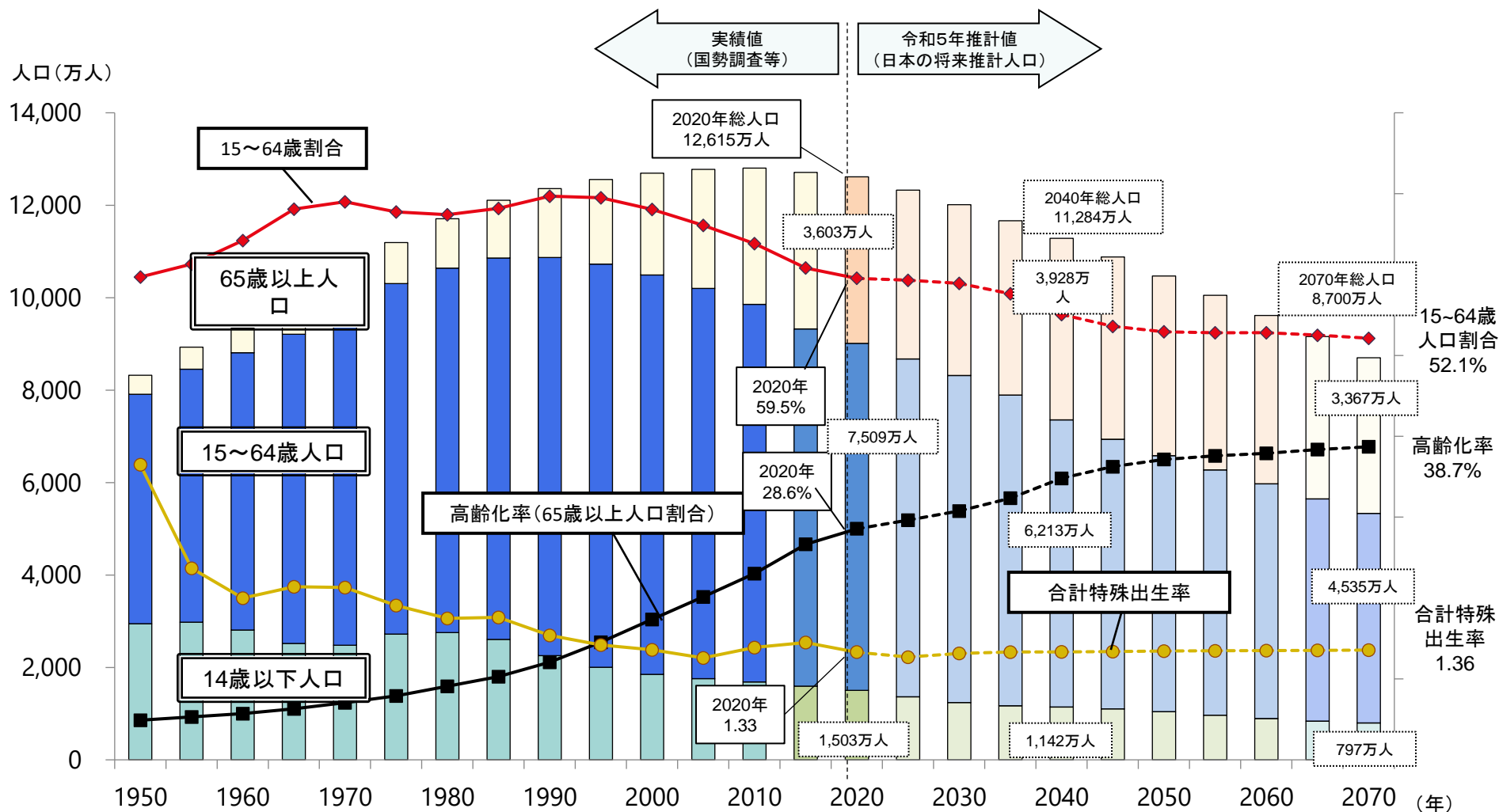
地域包括ケアシステムの構築について

- 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。**



日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



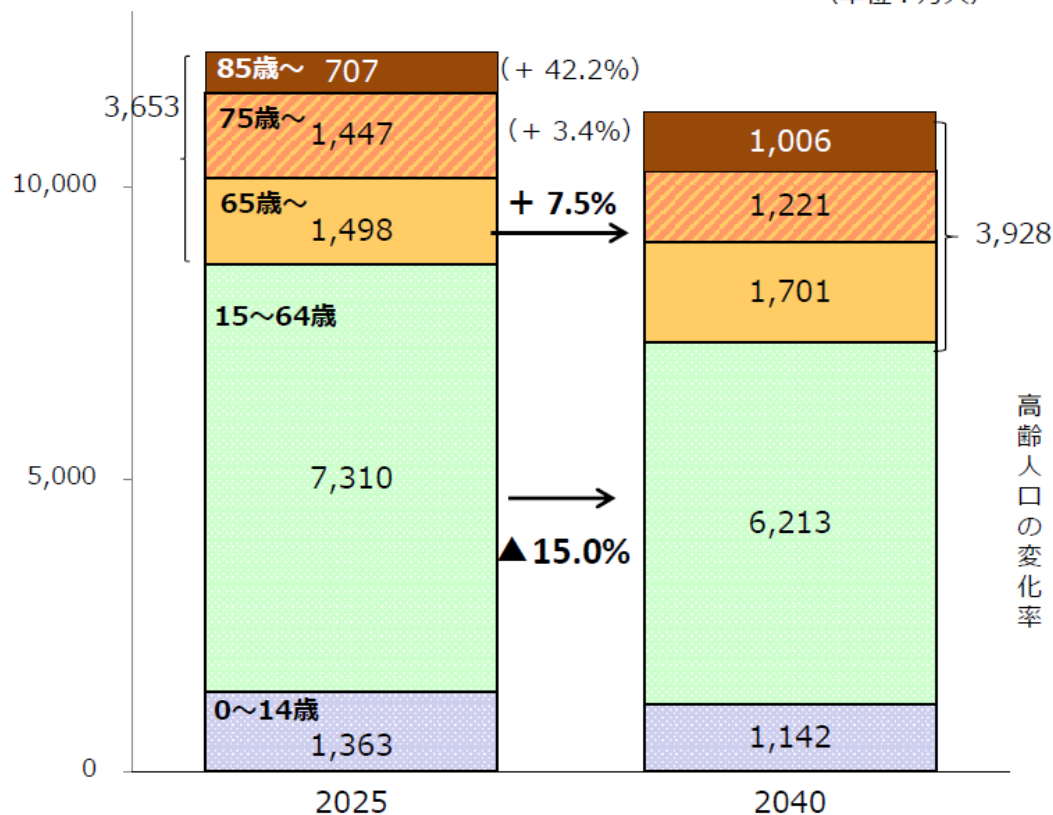
(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」

2040年の人口構成

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとにみると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する。

<人口構造の変化>

(単位：万人)

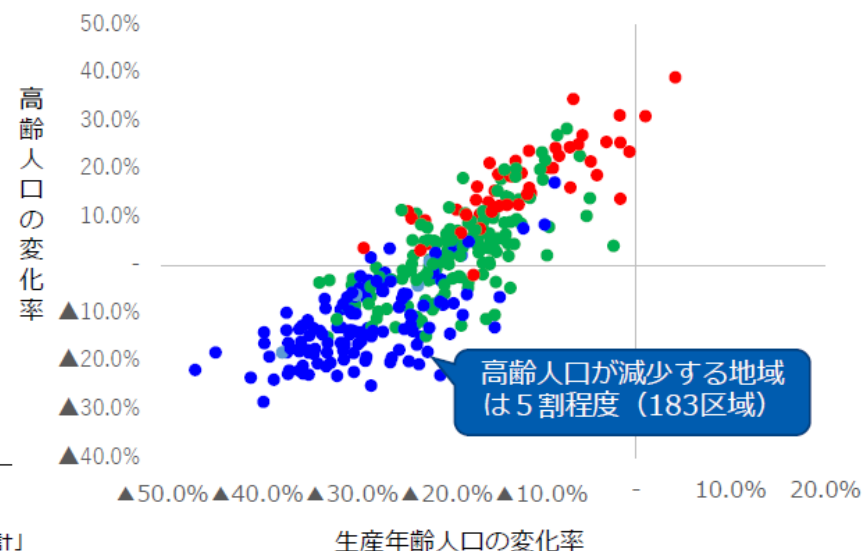


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

<2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況>

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

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

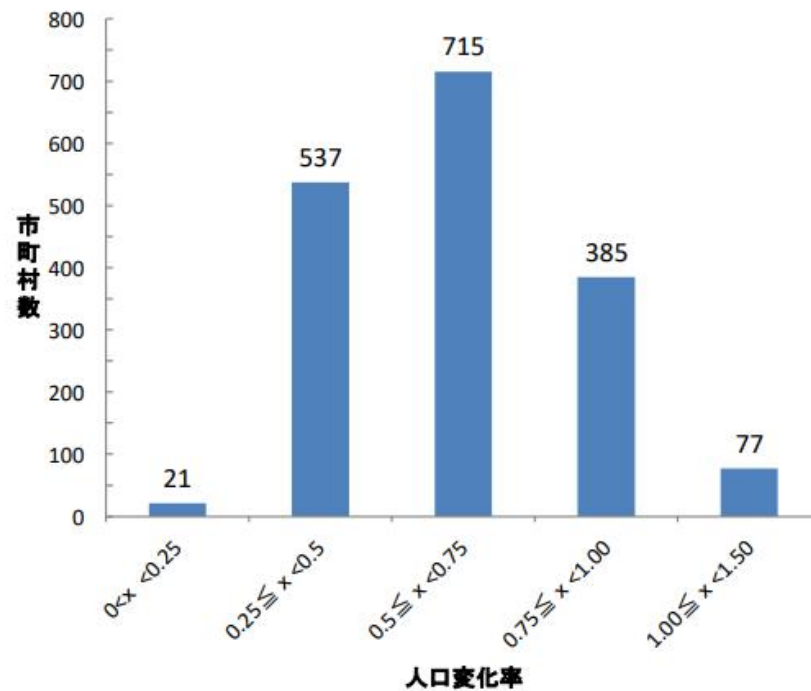


(資料出所) 第7回 新たな地域医療構想等に関する検討会（令和6年8月）

人口減少の地域差

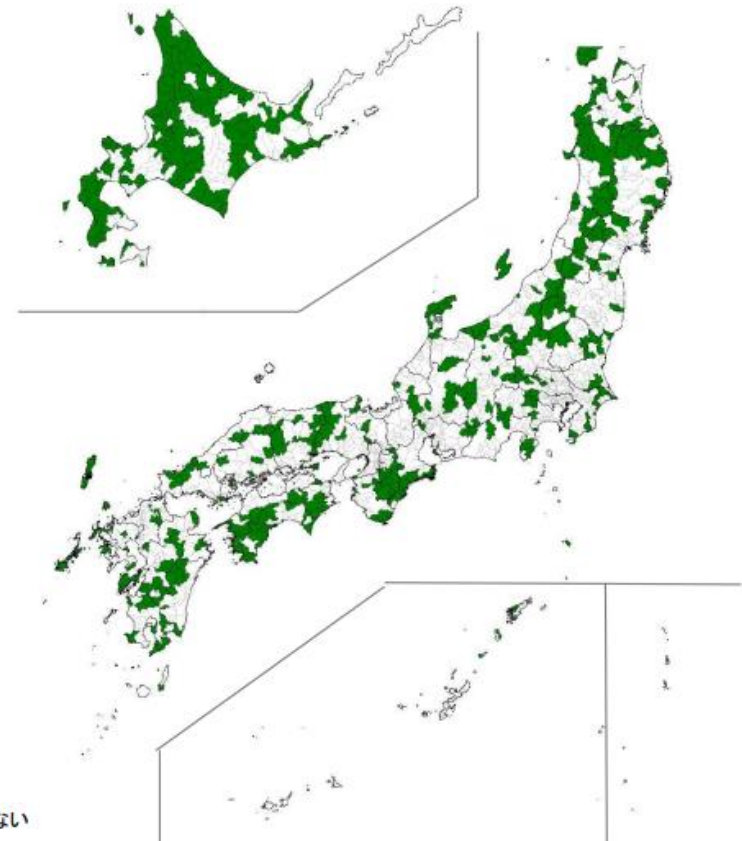
- 市区町村別にみると、**558市町村（全市区町村の約3割）が人口半数未満になり**、そのうち21市町村が25%未満となる。
- 特に、人口が半減する市町村は**中山間地域**等に多く見られる。

2015年人口に対する2050年人口の変化率別市区町村数



(注)分析対象には、福島県富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村は入っていない

2050年までに人口半数未満となる市区町村の分布



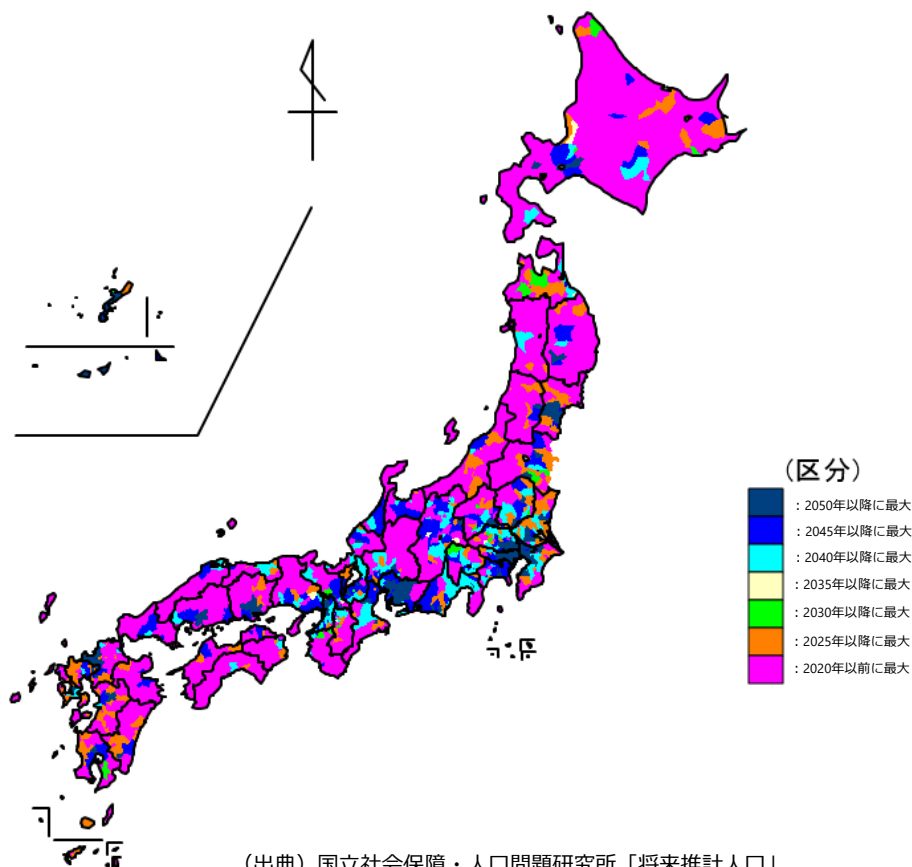
(備考) 1. 総務省「平成27年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」等より、国土交通省国土政策局推計
2. 国土数値情報500mメッシュ(4次メッシュ)の中心点が市町村区域の内側に位置するメッシュを当該市町村に属するメッシュとして集計。

(資料出所) 国土審議会計画推進部会「国土の長期展望」(令和3年6月)

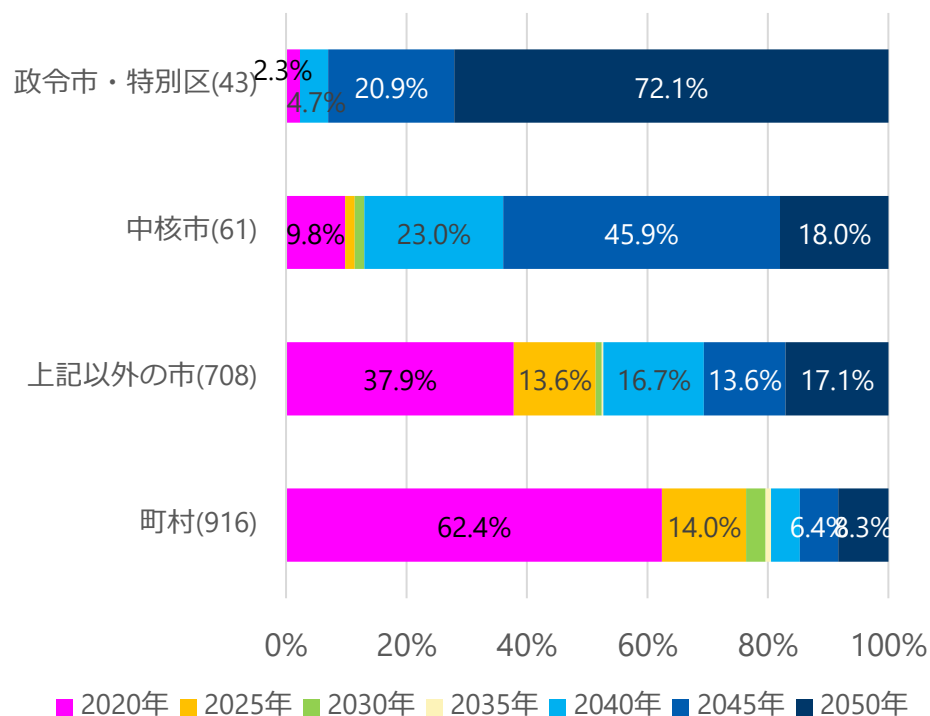
65歳以上人口の将来推計（65歳以上人口が最大となる年）

- 将来推計人口によれば、65歳以上人口は、847市町村(49%)では2020年以前に既にピークを迎えており、都市部を中心に239市町村(14%)では2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 65歳以上人口がピークとなる年は、政令市・特別区・中核市では2040年以降に迎える見込まれるのに対し、その他の市町村の65%(1,064市町村)では2025年までに迎える見込まれる。

65歳以上人口が最大となる年



65歳以上人口が最大となる年（市町村区分別）

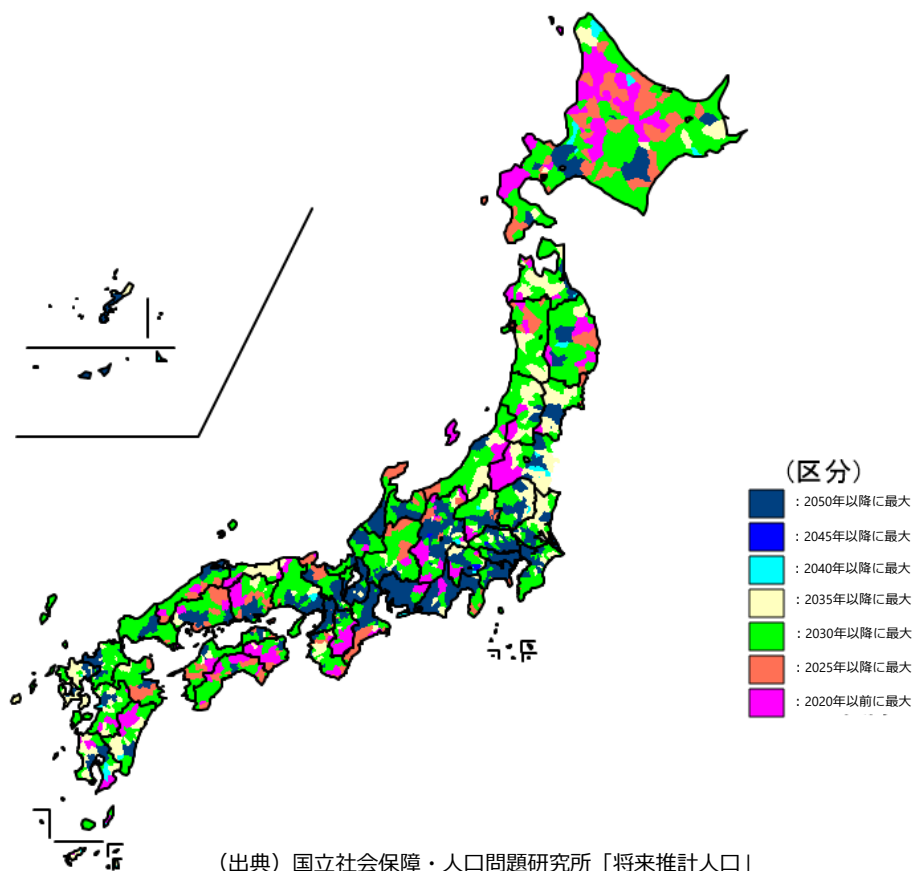


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」

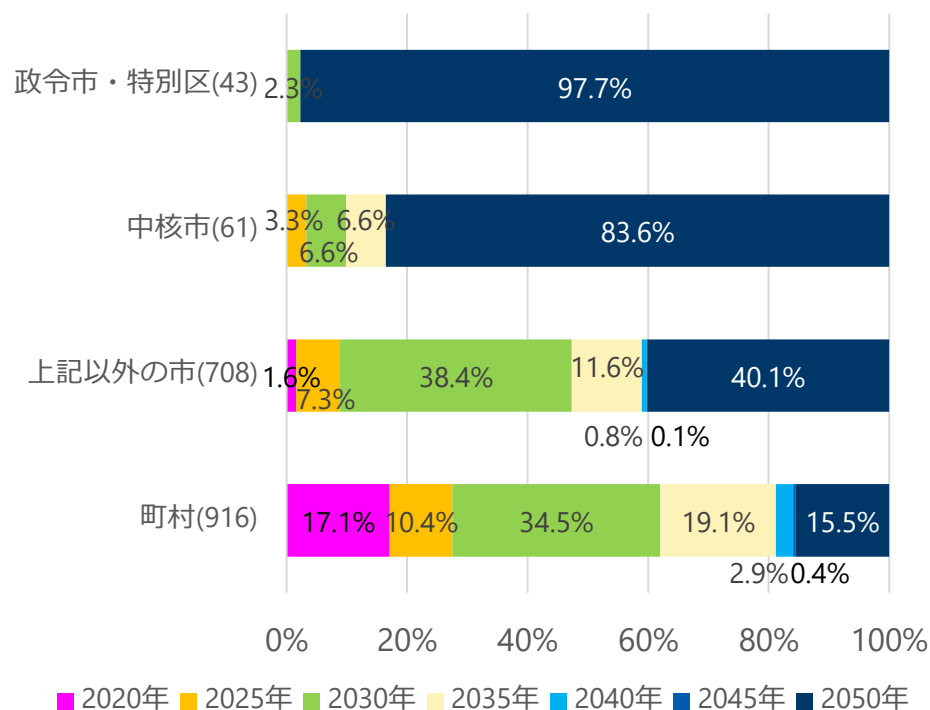
75歳以上人口の将来推計（75歳以上人口が最大となる年）

- 将来推計人口によれば、75歳以上人口は、2020年以前に既にピークを迎えているのは168市町村(9.7%)であり、都市部を中心に519市町村(30.0%)では2050年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 75歳以上人口がピークとなる年は、政令市・特別区・中核市では2050年以降に迎える見込まれるのに対し、その他の市町村の71%(1,160市町村)では2035年までに迎える見込まれる。

75歳以上人口が最大となる年



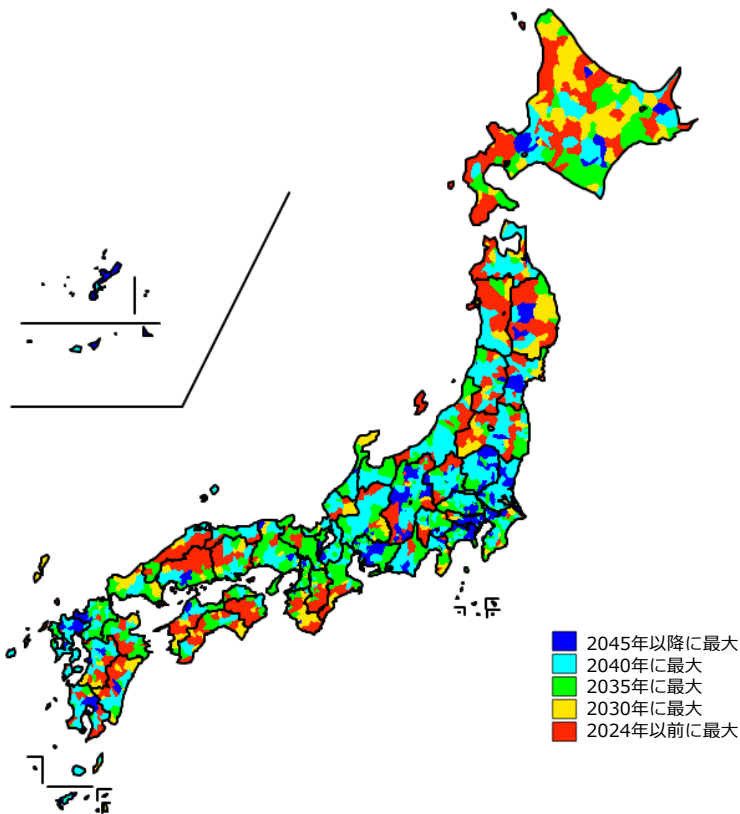
75歳以上人口が最大となる年（市町村区分別）



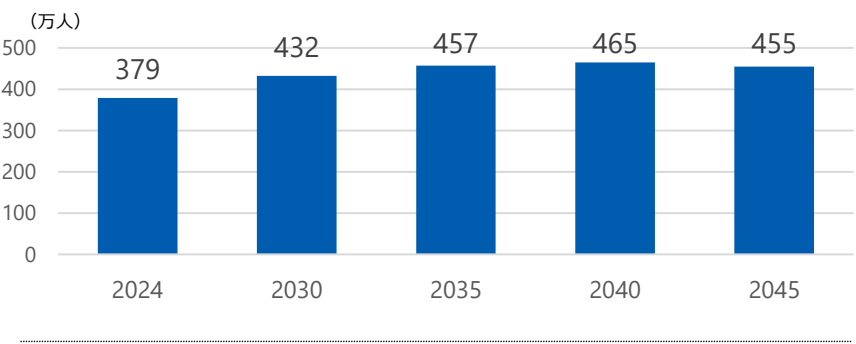
介護サービス需要の変化（在宅サービス）

- 各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における在宅サービスの利用者数は2040年にピークを迎える見込まれる。
- 保険者によって在宅サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに313（19.9%）の保険者がピークを迎え、2035年までに906（57.6%）の保険者がピークを迎える見込まれる。

在宅サービス利用者数が最大となる年



在宅サービス利用者数の将来見込



在宅サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

	2024以前	2030	2035	2040	2045以降	2040までの増減率	
						既にピーク	今後ピーク
政令市・特別区 県庁所在地	-	-	15 (20.3%)	27 (36.5%)	32 (43.2%)	—	26.6%
市（上記を除く）	67 (9.8%)	59 (8.6%)	221 (32.4%)	222 (32.5%)	114 (16.7%)	△5.7%	21.8%
町村（広域連合含む）	246 (30.1%)	138 (16.9%)	160 (19.6%)	195 (23.9%)	77 (9.4%)	△11.6%	14.9%
(再掲)三大都市圏	2 (0.7%)	20 (6.6%)	123 (40.5%)	70 (23.0%)	89 (29.3%)	△4.4%	26.0%
(再掲)三大都市圏以外	311 (24.5%)	177 (13.9%)	273 (21.5%)	374 (29.5%)	134 (10.6%)	△7.5%	20.2%

※「在宅サービス利用者」は、介護予防支援、居宅介護支援、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の1月あたり利用者数の合計

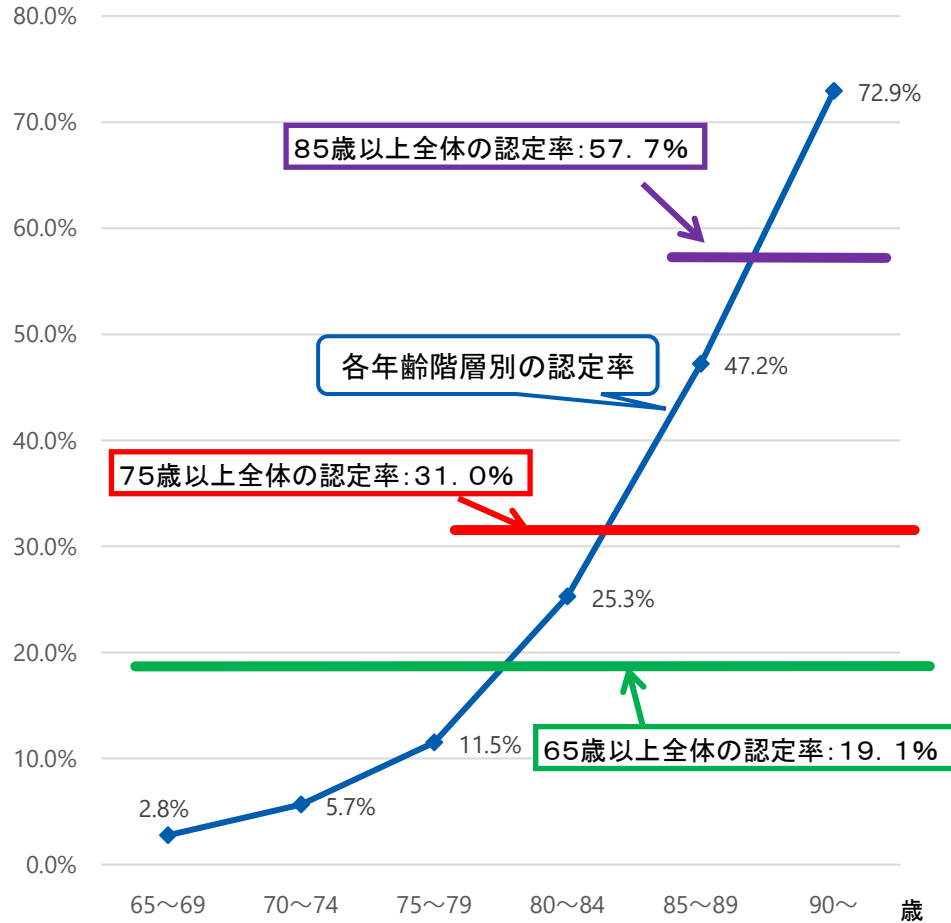
※「三大都市圏」は、東京圏（東京都特別区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、名古屋圏（名古屋市及び同市に対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、関西圏（京都市、大阪市、堺市、神戸市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）

（出典）第9期市町村介護保険事業計画において各市町村が算出した推計値に基づき作成

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

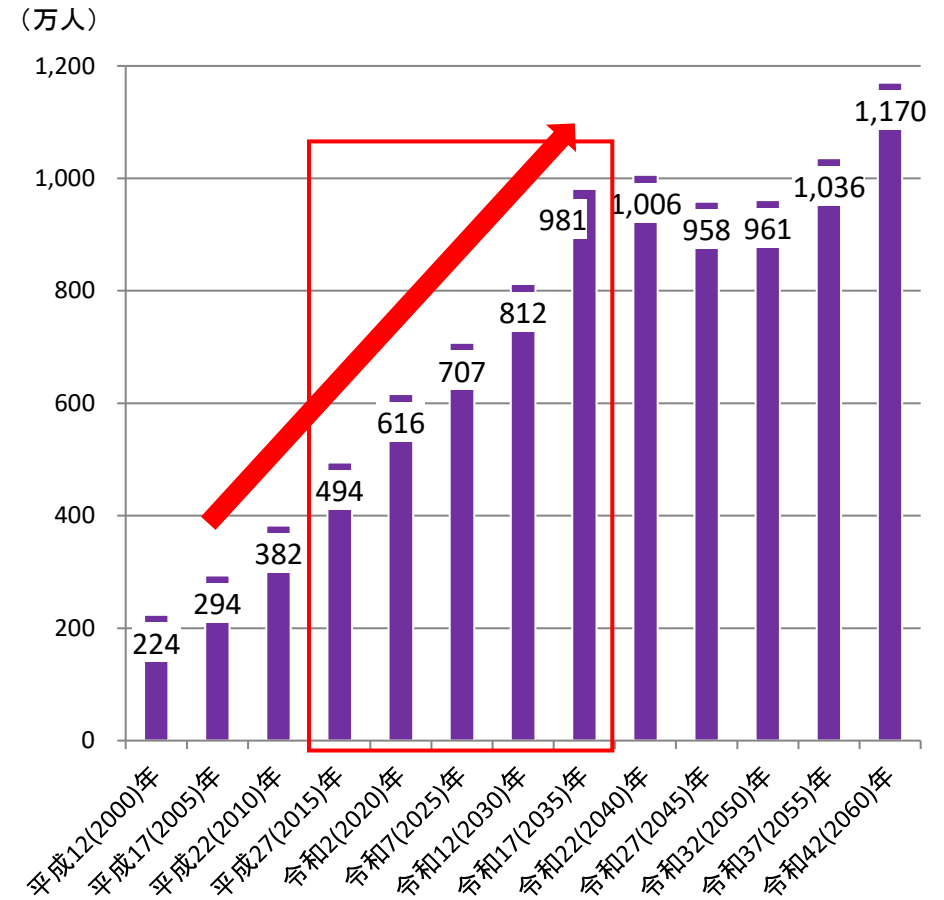
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



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

85歳以上人口の推移



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

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

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

【主な課題と論点】

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

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

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

【スケジュール】

- ・ 第1回は1月9日に開催。その後ヒアリングを行いつつ議論し、春頃に中間まとめ（高齢者関係）
- ・ 中間まとめ以降、他の福祉サービスも含めた共通の課題について検討し、夏を目途にとりまとめ

※自治体等で先行的な取組みを進め、その状況報告を随時していただき、議論の参考に資するようにする

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

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

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

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

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

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

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

【一般市等】サービスを過不足なく提供

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

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

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

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

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

（4）福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定（6年から3年等への短縮）を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定等

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

- 1．介護保険をとりまく状況について
- 2．在宅医療・介護連携推進事業について
- 3．令和6年度介護報酬改定

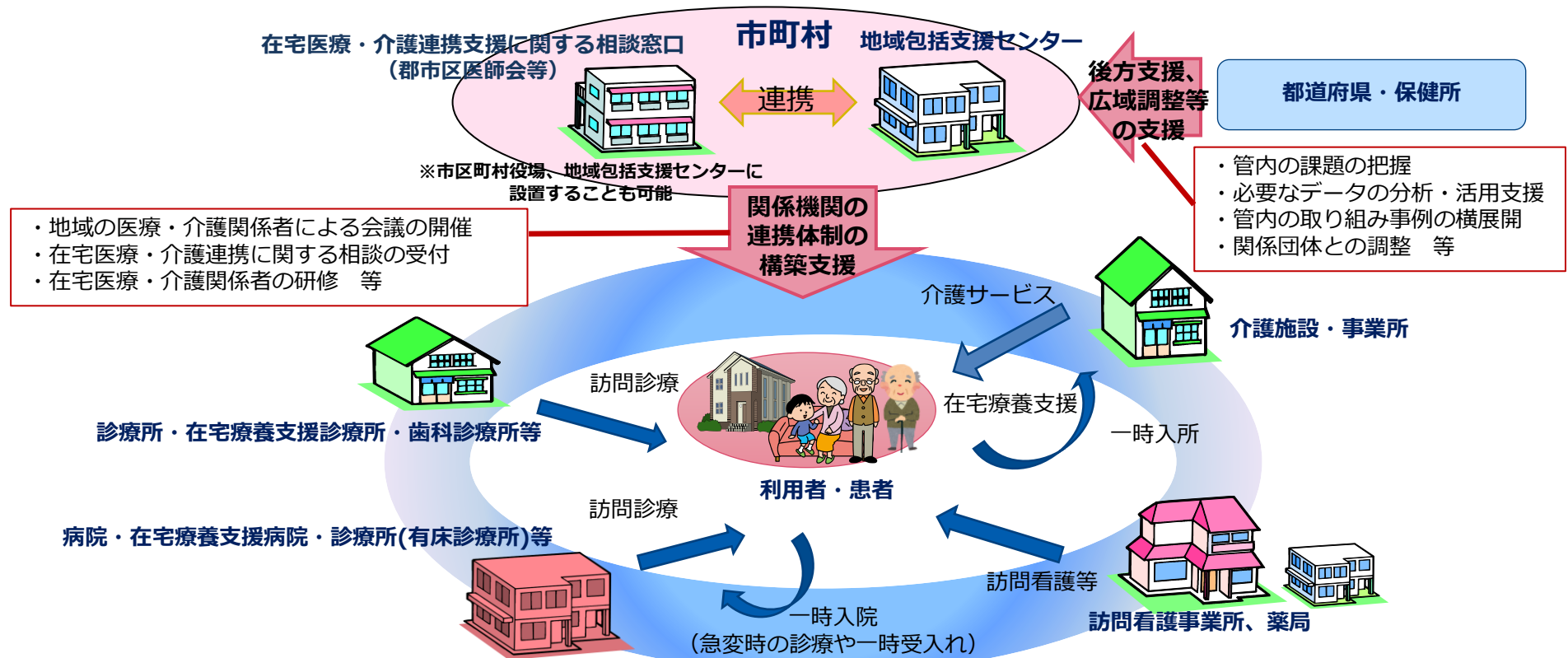
在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



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）

令和7年度当初予算額 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」
+ 「社会保障の充実分」

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

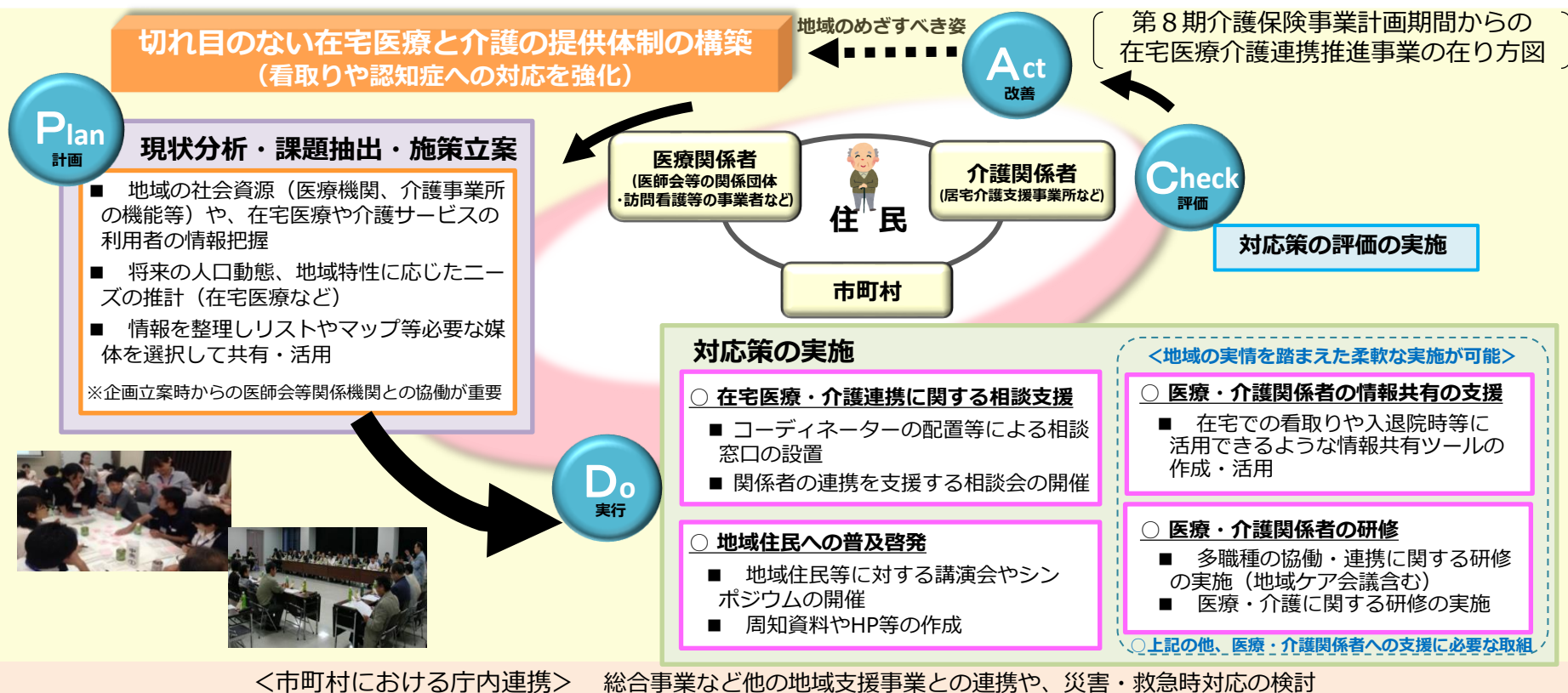
③ 任意事業

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

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。



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

在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4

1. 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。
- また、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。
- さらに、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月に発出したところ。
- 地域の実情に応じて、本事業でめざす姿の実現がなされるよう継続的に取り組むとともに、第9期介護保険事業（支援）計画や第8次医療計画の実施に伴う事項を充実させるべく、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 4」として、令和7年3月に発出した。

2. 改訂の要旨

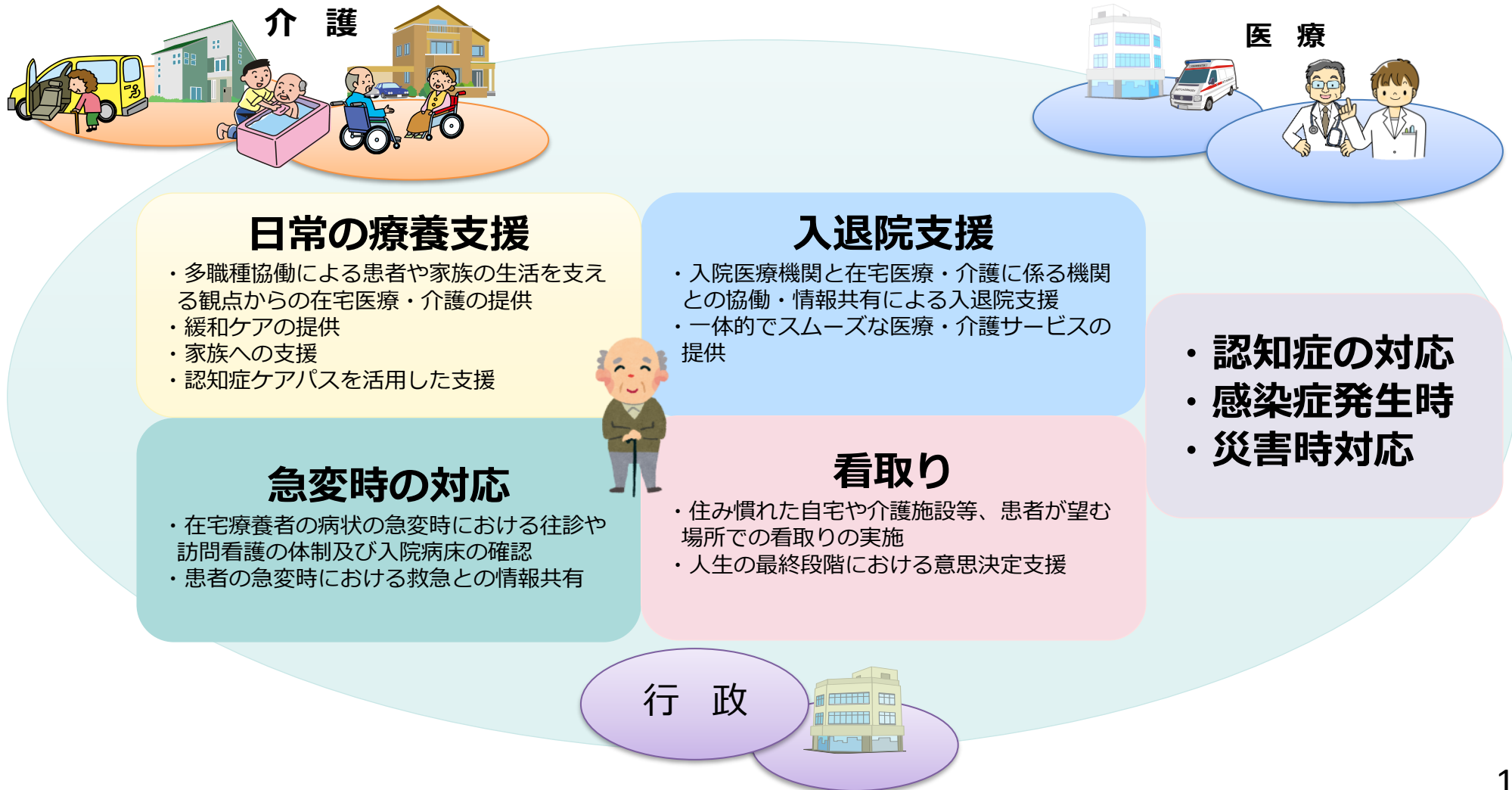
- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるように構成を見直し
- 第9期介護保険事業（支援）計画や第8次医療計画の実施に伴う事項の掲載
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った4つの場面に加え、認知症の対応や感染症発生時、災害時対応の場面を意識した考え方を追加
- 好事例の横展開を図るための事例について、記載を最新化



★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver. 4)
<https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf>

在宅医療と介護連携イメージ（場面別にみた連携の推進）

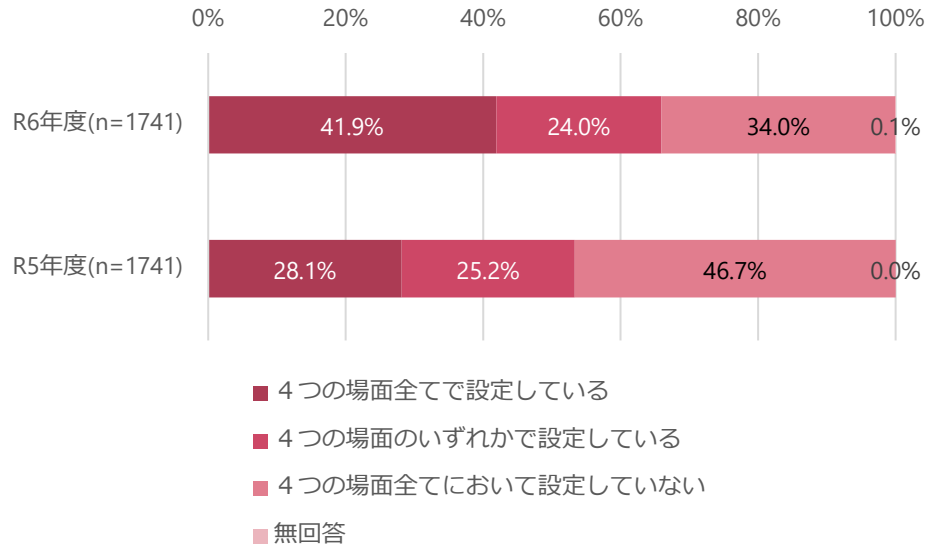
今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、**入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面**において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図る必要がある。



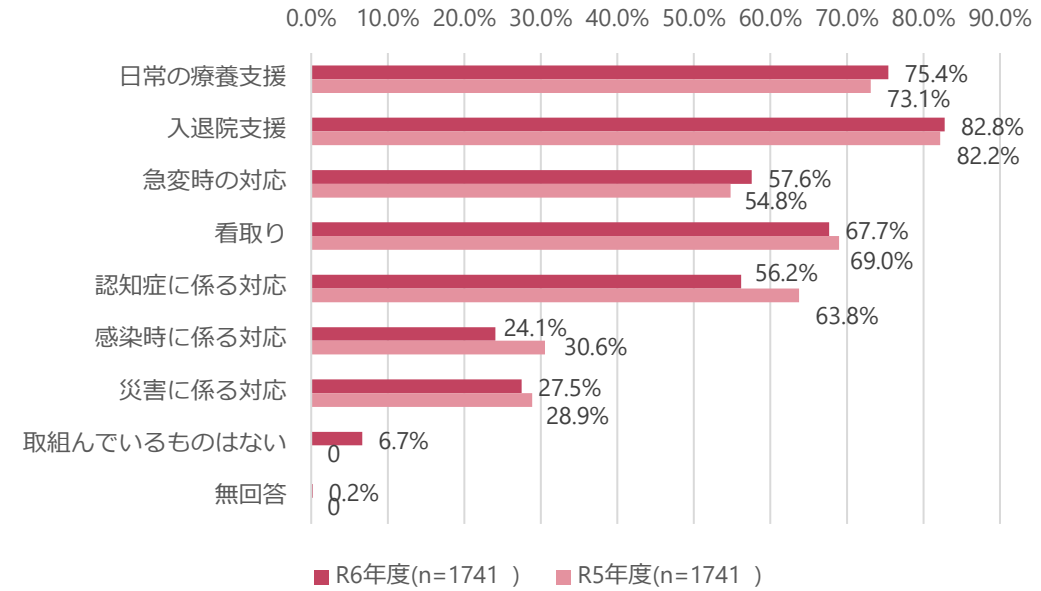
在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査（市町村票）

- 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30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 医療と介護が主に共通する4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）のあるべき姿について、41.9%が「4つの場面全てで設定している」と回答し、24.0%が「4つの場面いずれかで設定している」と回答した。
- 取り組んでいる場面として、「入退院支援」が82.8%と最も多く、次いで「日常の療養支援」が75.4%であった。

■あるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定



■取り組んでいる場面



出典：令和6年度在宅医療連携推進支援事業における実態調査

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的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）

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、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。

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項

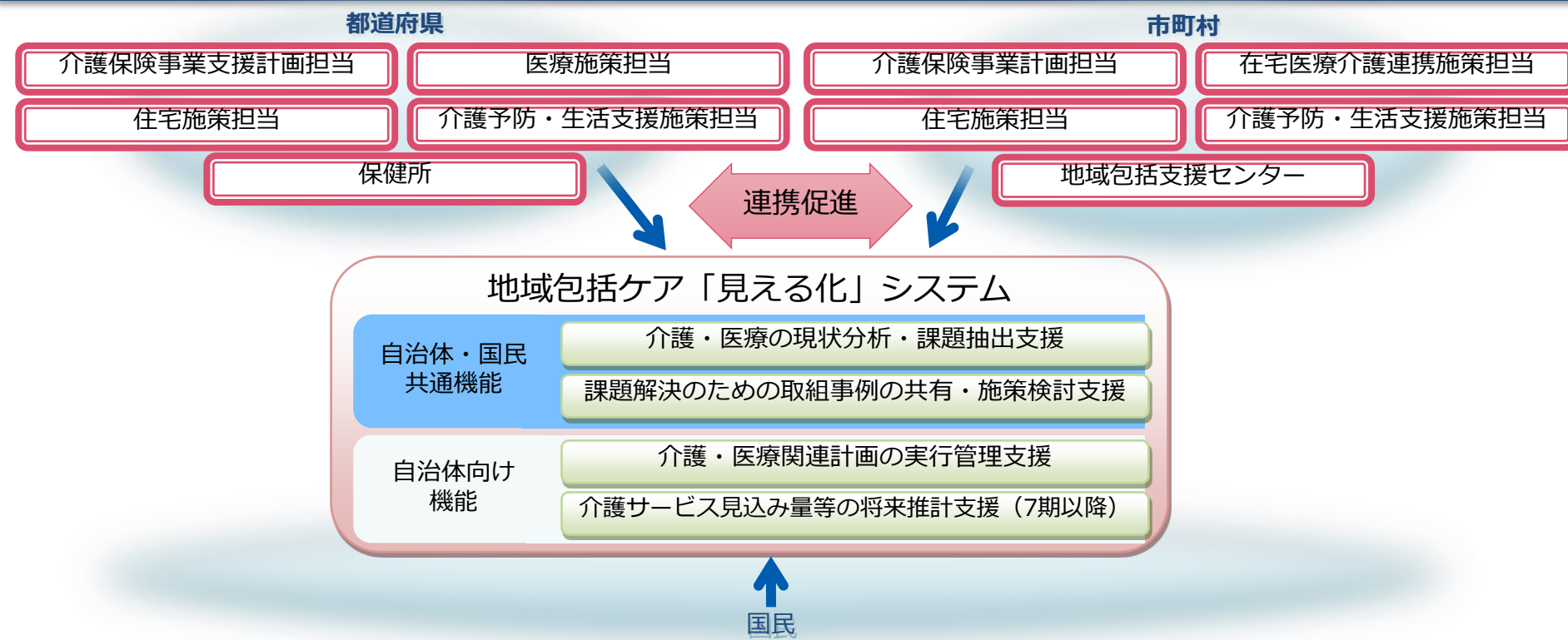
（一）在宅医療・介護連携の推進

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。

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、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。

概要 地域包括ケア「見える化」システムの目的

- 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムである。
- これにより、都道府県・市町村は地域間比較等による現状分析から課題抽出が容易になり、同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参考にすることで、自らに適した施策を検討しやすくなる。
- また、都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を共有することで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携をしやすくなる。
- 加えて、担当者の人事異動による影響を効果的かつ効率的に補完することができ、スピード感をもって継続性のある施策を実行しやすくなる。
- さらに、一部の機能を除き、誰でも利用することができるようになり、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなる。

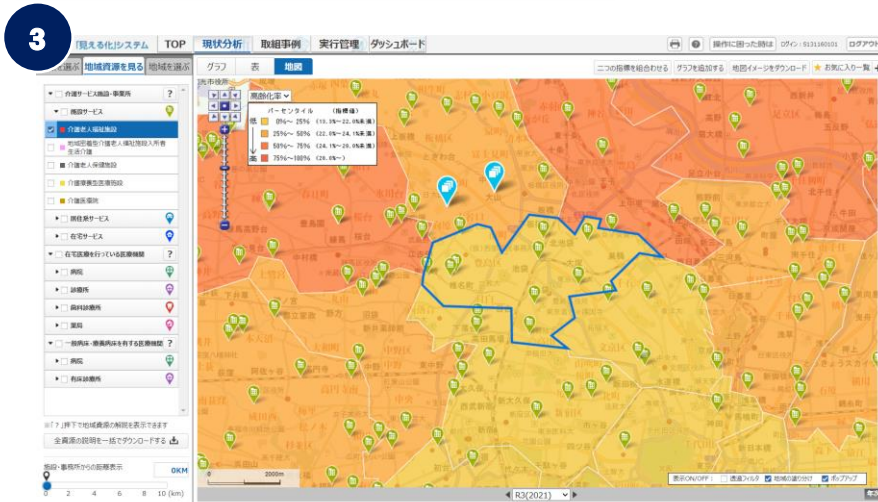
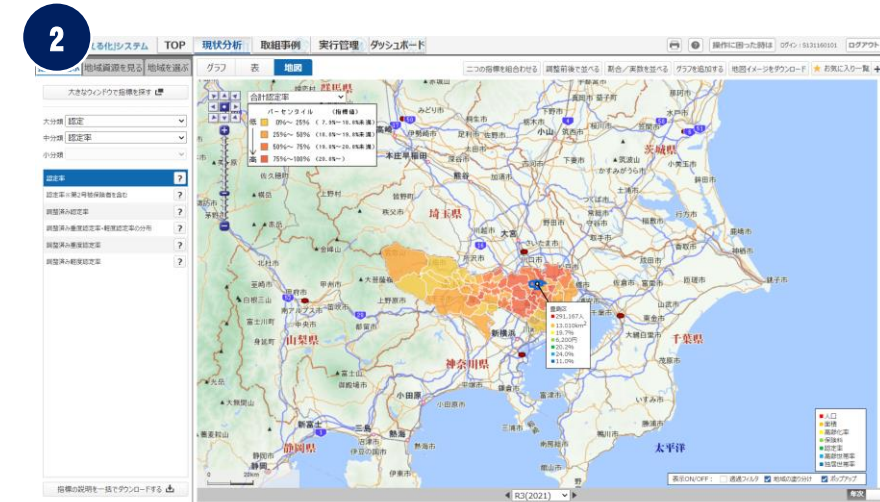
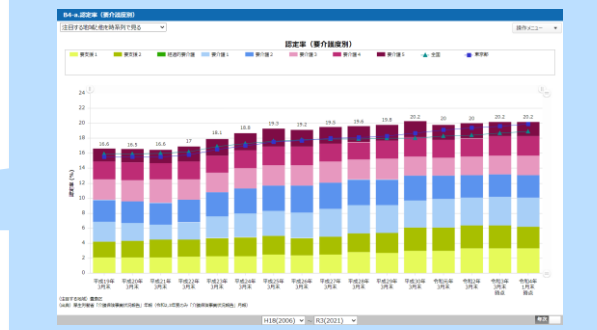


概要 主な機能（現状分析）

- ① グラフによる指標値の地域間比較や、同一保険者の時系列比較が可能。
- ② 地図画面で、選択した指標の値の多寡を視覚的に把握可能。
- ③ 地域の介護事業所や医療機関等の分布の地図上へのマッピングが可能。



地域間の比較をするグラフから、同一保険者の時系列推移を確認するグラフに切り替えが可能。



在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き

1. 作成の経緯

- 在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けては、各市町村がその進捗状況を自己評価し、自らの施策を改善することができる指標や評価スキームが求められる。
- 適切な評価には、各施策の目的や意図を明確に表現し、成果を捉えられるような「指標」と「目標値」の設定が重要であり、「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」（以下、「指標の考え方手引き」とする）を作成、市町村において指標を設定する際のポイントを整理し、指標の選択方法等を示した。

■指標設定の考え方テンプレート



- 目標に対応した適切な指標の設定にあたっては、事業によって生じる結果と、得られる成果の関係が整理されていると検討しやすい。
- 人口規模や取組の進捗状況、検討体制等、市町村のおかれた状況によって、目標と事業の間の階層やアウトカムの捉え方は多種多様なものとなることが予想される。
- 「指標の考え方手引き」では、看取りや急変時の対応の場面における指標について例示を示している。



※6要素、5分類のすべてがそろっている必要はなく、上位目標を達成するために何が必要かを考える際のフレームの1つとして活用

★在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き
<https://www.mhlw.go.jp/content/001494547.pdf>

在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブック —市町村、都道府県、コーディネーターに向けて—

1. 作成の経緯

- 在宅医療・介護連携推進事業における地域の在宅医療・介護の連携を支援するための方策として、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」があり、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、相談窓口の設置・運営を行うことがある。
- 市町村や都道府県の担当者やコーディネーターが協働して、在宅医療・介護連携に取り組むため、効果的・効率的な窓口の運営及びコーディネーターの活用について「在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブック—市町村、都道府県、コーディネーターに向けて—」を作成。

2. コーディネーターに期待される具体的役割の例

- 自治体内外の多機関との組織横断的な連携
- 専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働
- 人材育成への寄与

3. コーディネーターに期待される能力の例

- 組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力
 - ・自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力
 - ・各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
 - ・専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- 在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力
 - ・資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
 - ・自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
 - ・コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。



★在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブック

<https://www.mhlw.go.jp/content/001468174.pdf>

令和7年度当初予算額 43百万円（37百万円）※（）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、へき地、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
- ・へき地、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

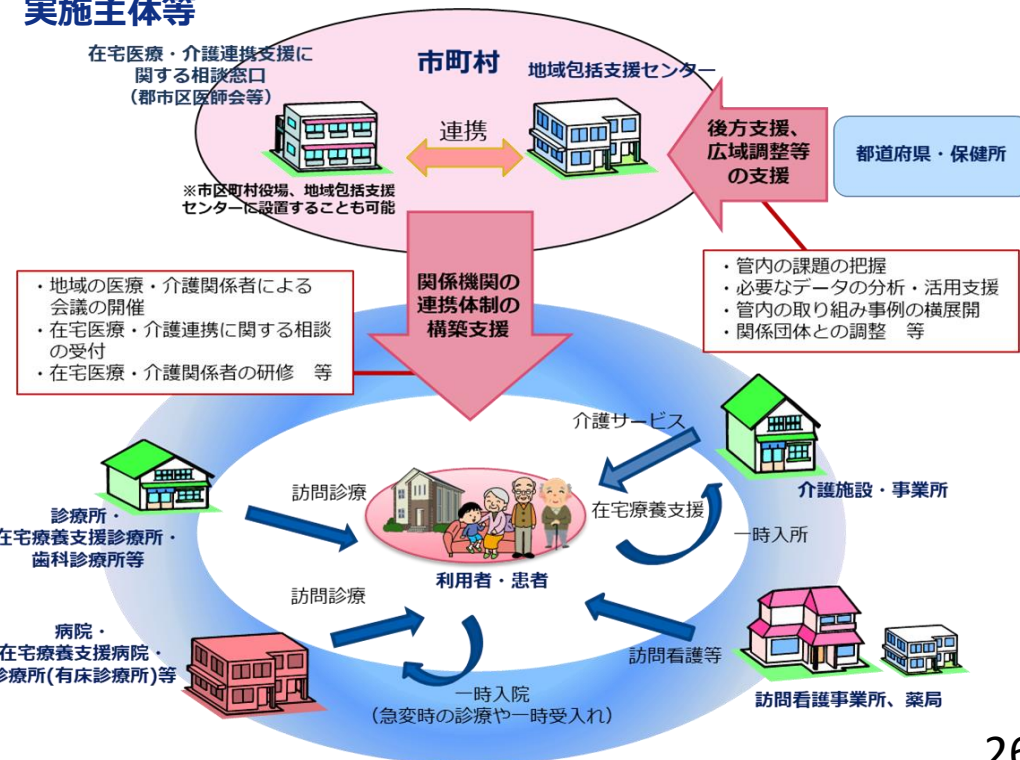
事業スキーム



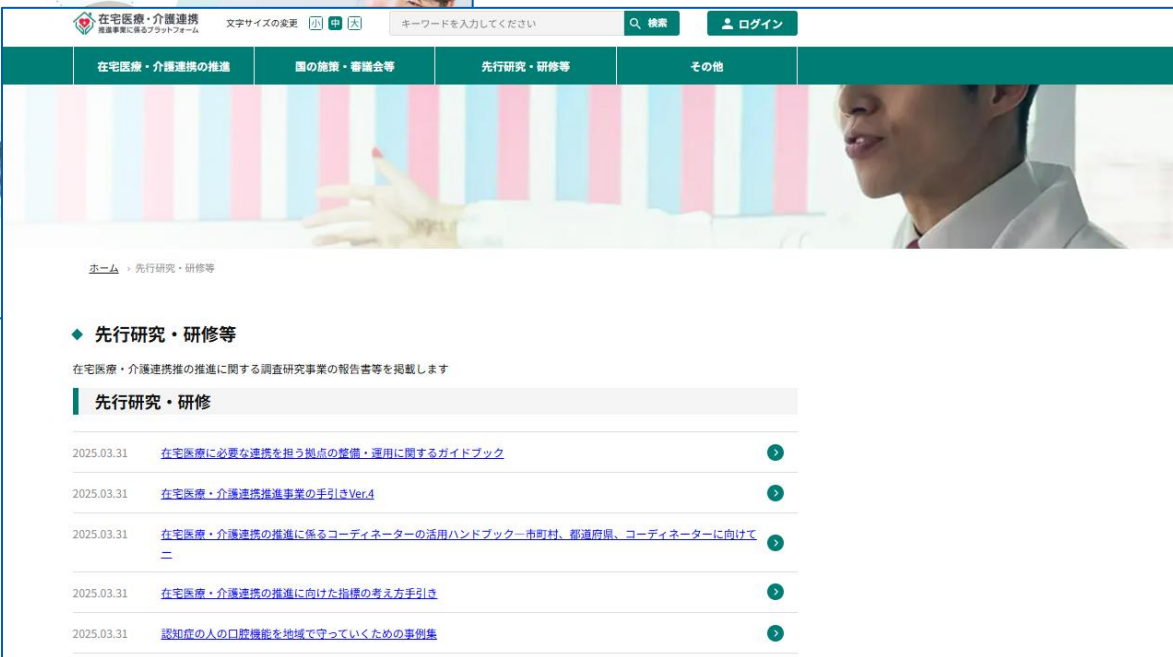
成果目標

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



在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム



★在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム
<https://zaitakupf.mhlw.go.jp/>

1. 介護保険をとりまく状況について
2. 在宅医療・介護連携推進事業について
3. 令和6年度介護報酬改定

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). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

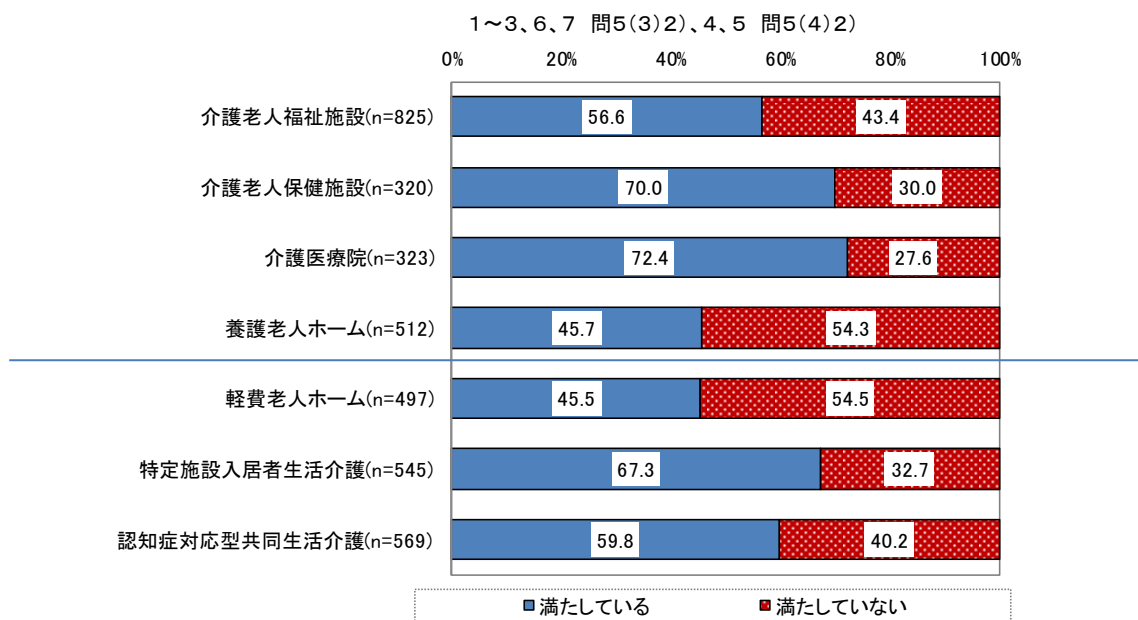
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定めの状況】

○介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制(③は病院に限る)、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

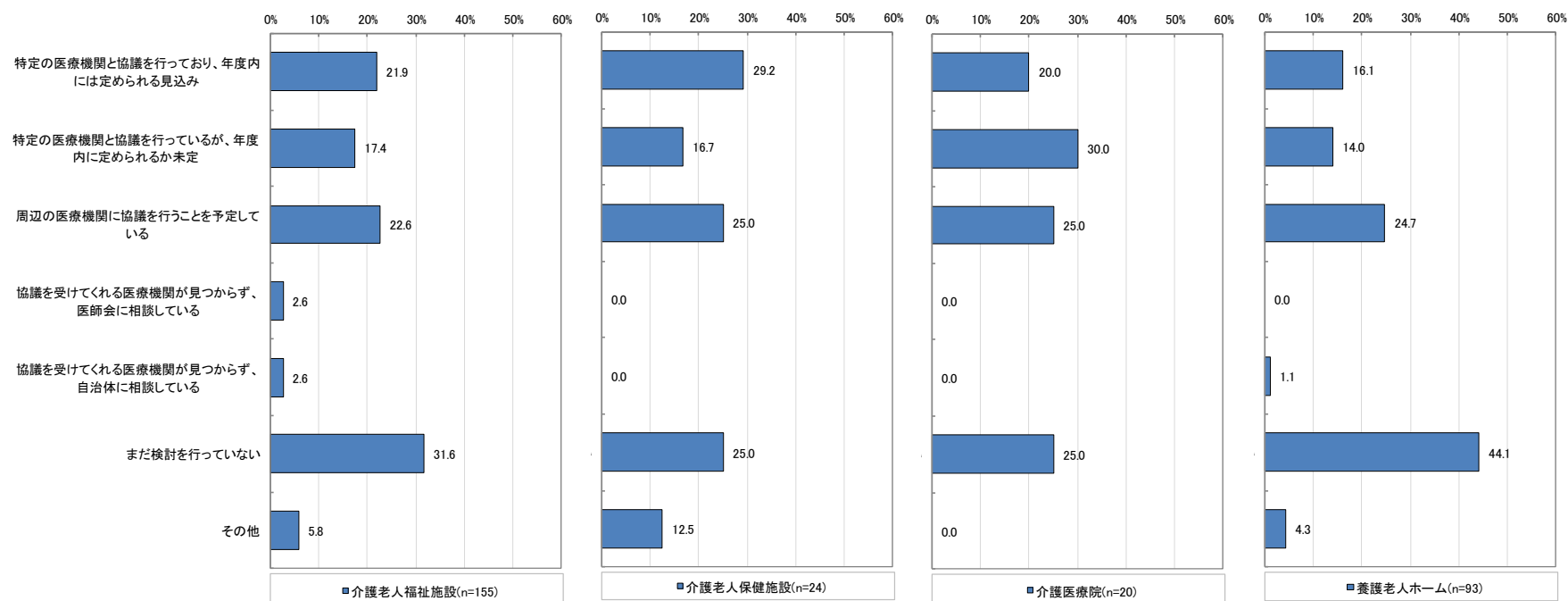
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

○要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームについては、「年度内に定められる見込み」が21.9%、29.2%、20.0%、16.1%、「周辺の医療機関に協議を行うことを予定している」が22.6%、25.0%、25.0%、24.7%であった。一方で、「まだ検討を行っていない」が31.6%、25.0%、25.0%、44.1%であった。

図表25 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況【複数回答】

1～4 問9(1)

【施設系サービス・養護老人ホーム】



※施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

別記3 包括的支援事業（社会保障充実分）**1 在宅医療・介護連携推進事業（法第115条の45第2項第4号）****（3）事業内容**

地域包括ケアシステムの実現に向けて、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のため、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、地域の実情に応じ、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、取組内容の充実を図りつつ、ア～ウのPDCAサイクルに沿った取組を進める。

なお、取組においては、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及び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。

そのために、医療関係職種と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、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、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、企画立案時から、医師会等の関係団体と協働することが重要であり、また、医療や介護・健康づくり部門で庁内連携を密にするとともに、総合的に事業を進める人材の育成・配置や他の地域支援事業等の関連施策との連携・調整を図ることも重要である。

ア 現状分析・課題抽出・施策立案（計画）

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握する。その際、これまでに自治体等が把握している情報を整理し、リスト又はマップ等を自治体の状況に応じて作成する。なお、高齢者施設等と医療機関の連携状況についても把握すること。作成したリスト等は、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用する。

（4）留意事項

（3）の全ての事業を実施するものとする。

ア 事業の実施にあたり、都道府県（保健所等）と協議のうえ、複数の市町村による広域的な取組を検討し、近隣市町村が連携又は共同して、（3）の全ての事業又はその一部を実施することも可能である。

イ 事業の実施にあたって、基本法や認知症施策推進基本計画（以下「基本計画」という。）、看取りに関する取組等の動向を踏まえ、認知症施策や看取りに関する取組等を強化することが必要である。さらに、昨今の災害発生や救急搬送の動向を踏まえ、庁内関係課との連携を密にするとともに、災害・救急時の医療と介護の連携ルールを検討を行うことが望ましい。特に消防機関とは、看取り時の救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を行うことが望ましい。

ウ （3）のアによって高齢者施設等と医療機関の連携状況に課題がある場合は、都道府県（保健所等）及び関係団体等と連携し、高齢者施設等と医療機関の連携が推進されるよう努めること。

令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と 協力医療機関との連携促進に係る対応（自治体への要請）

＜令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査結果（抄）＞

- 要件を満たす協力医療機関を定めている施設の割合は、介護老人福祉施設で56.6%、介護老人保健施設で70.0%、介護医療院で72.4%、養護老人ホームで45.7%。
- 協力医療機関を定めていない施設について、**医療機関との連携に係る取組状況として「まだ検討を行っていない」と回答した施設の割合**は、介護老人福祉施設で31.6%、介護老人保健施設で25.0%、介護医療院で25.0%、養護老人ホームで44.1%。
- **協力医療機関を定めるにあたっての課題**として、「どこに相談したらよいか分からない」、「周辺に医療機関が少ない（またはない）」という回答があった。

これらの結果を踏まえ、自治体に対して（１）～（３）の対応を要請

（１）高齢者施設等と協力医療機関との連携状況等の把握

- 許可権者への届出内容等から高齢者施設等と協力医療機関の連携状況の把握

（２）協力医療機関との連携に係る取組が行われていない高齢者施設等への周知等

- 報酬改定の趣旨に沿った取組促進、協力医療機関に関する制度の周知や協力医療機関との連携に当たっての助言
- 連携先の医療機関の把握のため、地域の医療機関のリストを提供するなどの必要な支援の実施

（３）協力医療機関との連携に支障を来している高齢者施設等への支援

- 在宅医療・介護連携推進事業や在宅医療に必要な連携を担う拠点を活用し、高齢者施設等と協力医療機関とのマッチングの実施
- 地域医療構想調整会議の場を活用し、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整

※今後、自治体における高齢者施設等の連携に係る把握状況や相談対応、助言、支援等の取組状況を調査す

定
「令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と協力医療機関との連携促進に係る対応について」（令和7年5月28日付事務連絡）より抜粋

ご清聴ありがとうございました

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare