

在宅医療・介護連携推進事業の概要について

厚生労働省老健局老人保健課

1. **在宅医療・介護連携推進事業について**
2. **在宅医療・介護連携推進支援事業について**
3. **令和6年度介護報酬改定について**
4. **その他情報共有**

1. **在宅医療・介護連携推進事業について**
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

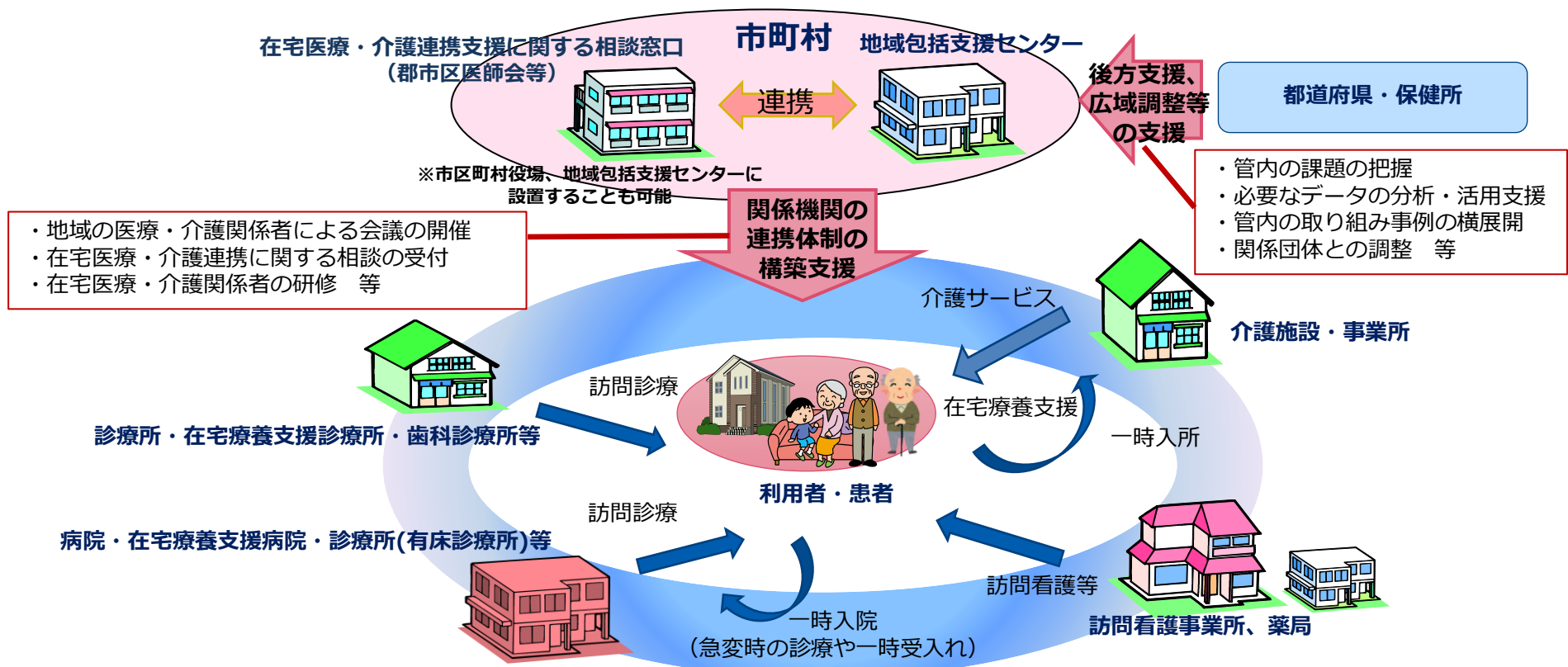
在宅医療・介護連携の推進

- 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。



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)

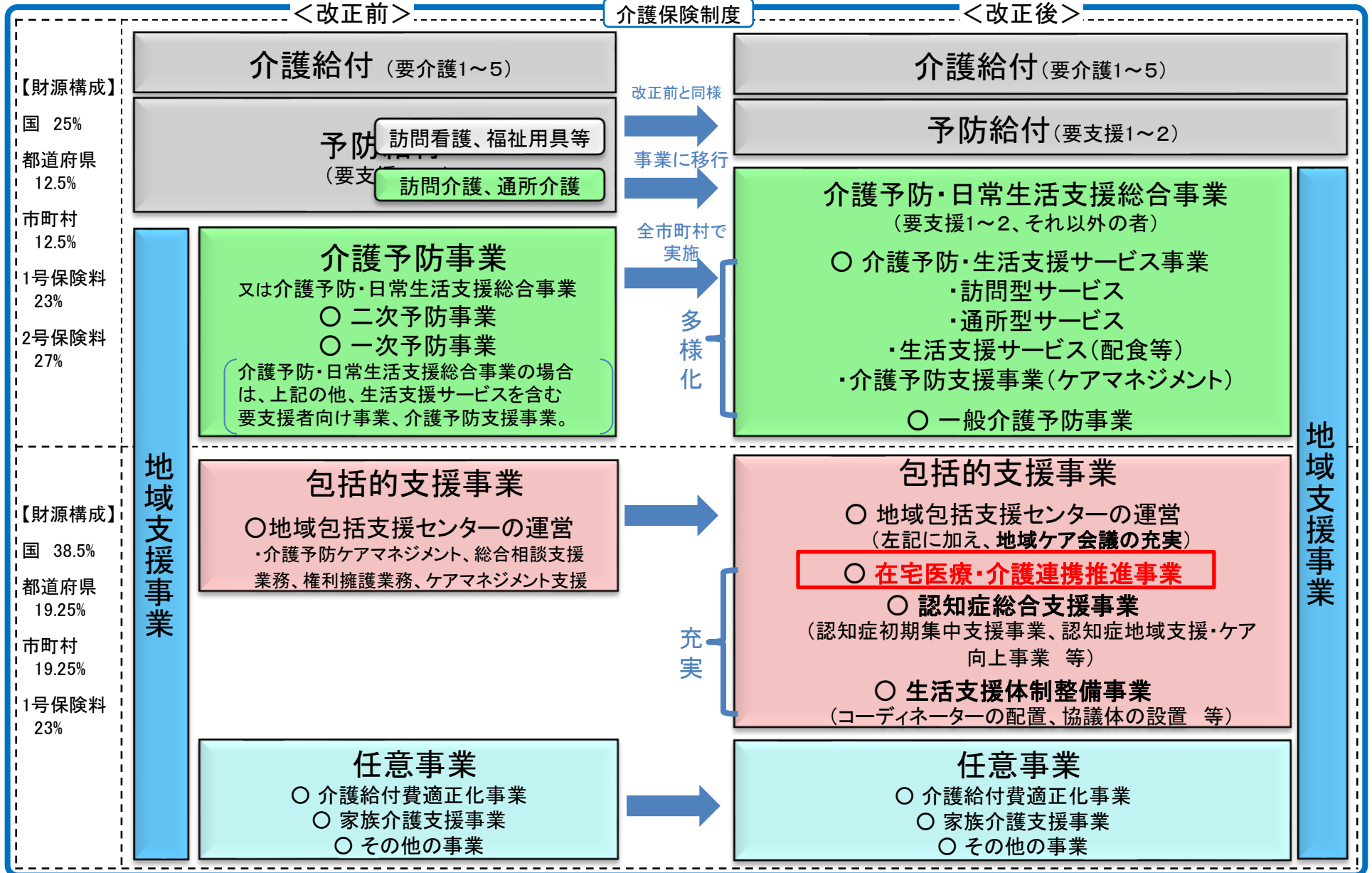
施設サービス

(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

新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）



地域支援事業

○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

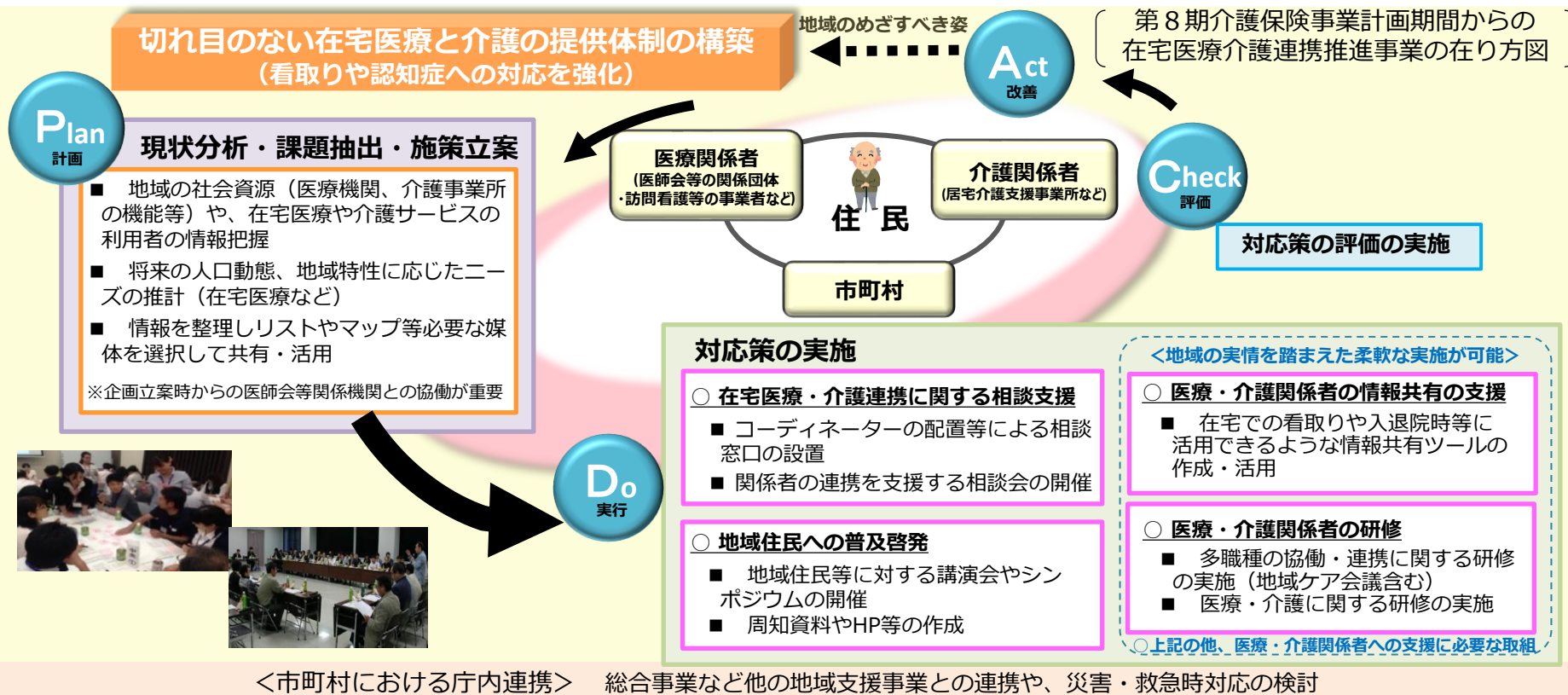
二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

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。



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

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。

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。

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. **在宅医療・介護連携推進支援事業について**
3. 令和6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書（概要）

- 令和5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）検討委員会在宅医療・介護連携推進事業の検証および充実の検討のため検討会を実施するとともに、（2）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査、（3）都道府県・市町村担当者等研修会議、（4）都道府県・市町村連携支援を実施し、（5）報告書の作成にて取りまとめた。

（1）在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会（全4回（全オンライン）開催）

- 今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業のあり方について整理
- 実態調査等を踏まえ、都道府県及び市町村における課題の明確化
- 都道府県・市町村連携支援を踏まえ、課題解決に係る方策等を検討
- 在宅医療・介護連携推進事業に関するコーディネーターについて整理
- 「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」について整理

（2）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

- 全都道府県、市町村への実態調査を実施
- 都道府県コーディネーター、市町村コーディネーターへの実態調査を実施
- 先進的な取り組みを行っている都道府県及び市町村へのヒアリングを実施
- 実態調査結果を踏まえ、課題等や今後の方策等について、検討委員会にて検討

（3）都道府県・市町村担当者等研修会議

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る各担当者等（都道府県（及び保健所）、市町村、地方厚生（支）局、地域の関係団体、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等）を対象として、研修会議（研修会議Ⅰ、研修会議Ⅱ）を実施
- 研修会議（Ⅰ）は、オンラインにて行政説明、基調講演、シンポジウム等を実施
- 研修会議（Ⅱ）は、集合開催（東京会場/大阪会場）にてミニレクチャー、グループワーク等を実施

（4）都道府県・市町村連携支援

- 「4つの場面」等のテーマにて募集し、4市町村に対し、都道府県・市町村連携支援等を実施
- 都道府県・市町村連携支援の結果等を踏まえ、全国的な展開につなげるための有効性等を検討委員会にて検討

（5）報告書の作成

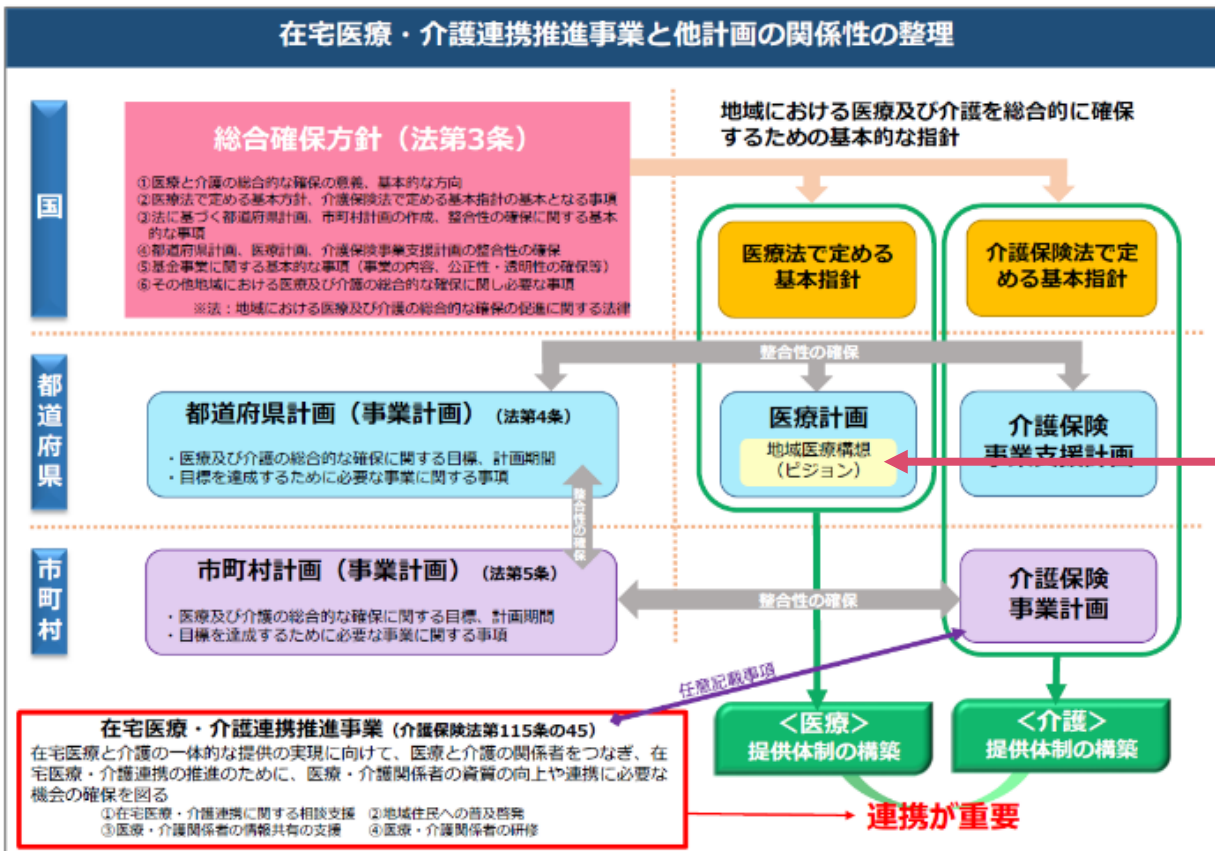
- （1）～（4）結果及び検討結果等の取りまとめ
- 次年度以降への提言

厚生労働省のHPで全文公開しております。

「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・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理



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

※ 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」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

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

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

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

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割等

コーディネーターの定義

- 自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）とする。

コーディネーターに期待される役割

- 自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進することが期待される。

コーディネーターの配置方針

- 自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
- また、配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない。
- なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい。

コーディネーターに求められる要件

- 自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。
- 医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい。
 - ※ 特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
 - ※ 在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
 - ※ コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。

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

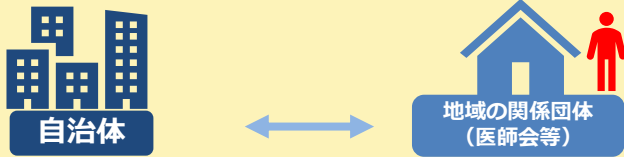
コーディネーターに期待される能力の例

- **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・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

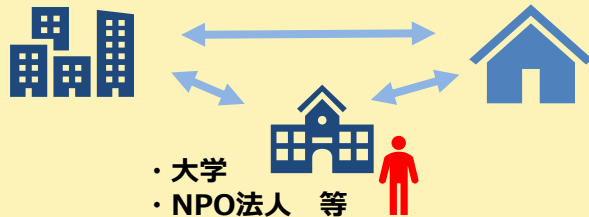
① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



・大学
・NPO法人 等

地域の実情に
応じた体制

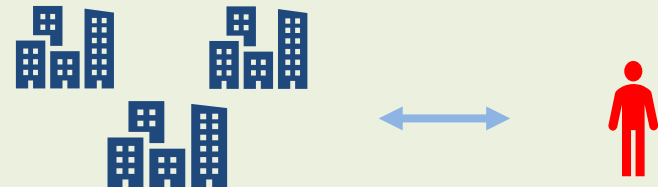


<対象自治体>

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



<ネットワーク>

都道府県

A県

B県

市町村

都道府県の基幹的
コーディネーター

市町村の基幹的
コーディネーター

都道府県の現場的
コーディネーター

市町村の現場的
コーディネーター

【基幹的コーディネーターの定義・役割】

- 現場的コーディネーターの総括的な役割を担う者であり、コーディネーターの教育や統括等を実施する
- 現場的コーディネーター等から地域の情報を収集・分析を実施し、市町村における政策立案に助力する

【現場的コーディネーターの定義・役割】

- 地域における多職種と協働し、医療・介護の専門職や住民への相談対応を実施する
- 地域の情報の収集を行う
- 基幹的コーディネーター等と連携し、収集した地域の情報を分析する

※自治体においては、必ずしも基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターについて明確に整理する必要はなく、あくまで調査分析上の名称及び定義であることに留意する。

【1例】コーディネーターの体制の具体例：豊島区（東京都）

①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携

×

①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

×

市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	301,599人
高齢化率※1	65歳以上：19.4% 75歳以上：10.1%
要介護認定率※2	1号被保険者：20.0% 2号被保険者：0.2%
担当部署	豊島区地域保健課
委託先	在宅医療相談窓口：豊島区医師会 歯科相談窓口：豊島区歯科医師会
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：4名（常勤・専従2名、非常勤・専従2名/いずれも医療ソーシャルワーカー） 歯科相談窓口：1名（常勤・専従/歯科衛生士）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成20・21年度に豊島区医師会をはじめとする三師会にて都のモデル事業である「在宅医療ネットワーク事業」を実施し、行政と三師会との関係性を構築。
- ◆ モデル事業後は実施主体を区に移行したが、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基点として、四師会（医歯薬看）を中心に医療・看護・介護等の多職種連携による取組を実施。
- ◆ 具体的な多職種連携は「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」により、豊島区医師会が中心となって推進し、包括圏域毎に取組を実施。

コーディネーターの主な取組内容等（歯科医師会の例）

◆ 多職種の連携づくり

- ・ 学識経験者、地域医療関係者、四師会、リハビリテーション職、介護事業者、高齢者総合相談センター、地域住民、行政等で構成された「豊島区在宅医療連携推進会議」及び、個別の検討課題を行うことを目的として部会の下に設置された6つの専門部会等に参画。

◆ 専門的知見からの相談対応

- ・ 「豊島区歯科相談窓口」（あぜりあ歯科診療所）として、区内の一般歯科診療が困難な有病者や障がい者に対する歯科・口腔ケアに係る相談対応及び関係機関への連絡調整等を実施。また、医療機関や介護事業所からの相談にも対応。

◆ 在宅医療・介護に係る関係者及び地域住民への育成、周知・普及啓発

- ・ 地域の関係機関・専門職等への研修や、訪問歯科診療・居宅療養管理指導、老人保健施設訪問歯科診療・口腔ケア、介護施設でのミールラウンドへの参加等を通じた、他職種との協働した取組を実施。
- ・ 区民向け講演会等での講演。

◆ MCS※を活用した情報共有

- ・ SNS（「メディカルケアステーション」）を活用し、チームでの情報共有、対応を実施。
※利用者とその医療・介護に携わる者を連携するための完全非公開型医療介護専用SNS。

効果

◆ 四師会と区との緊密な連携（多職種連携・地域医療の拠点）

- ・ 四師会が中心となり地域のニーズを把握できる体制づくりが構築されており、属人的な業務に寄らない。
- ・ コーディネーターを基盤として、各会員診療所との連携につながる等、多職種連携及び地域の在宅医療・介護連携に係るネットワーク構築に寄与。

（行政との連携）

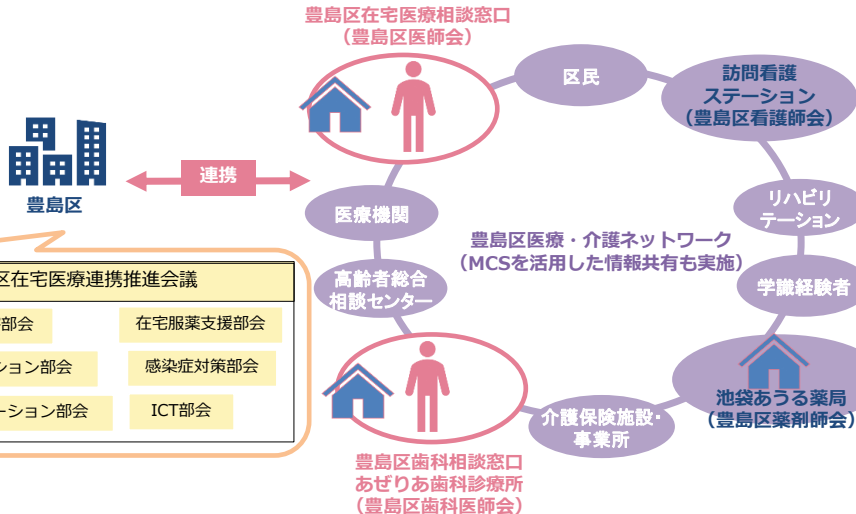
- ・ コーディネーターは在宅医療連携推進会議の委員でもあり、相談件数、相談方法、主な事例、他機関との連携状況等を報告。また支援に向けた課題を共有し、豊島区の特性に合わせた多職種連携を検討。

（啓発活動・教育的役割）

- ・ 地域医療・介護連携の核となる人材の育成及び場の提供に寄与する他、研修会等を通じ、専門的知見にて住民への効果的な啓発が可能。

◆ MCSの活用による効果

- ・ 迅速な情報共有により、利用者や家族の負担軽減につながる他、コーディネーターを含めた多職種間の連携・情報共有の円滑化につながる。



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
 - ・ 支援開始に当たり、支援自治体への概要説明及び継続的な検討が可能となるチェックリストを作成
 - ・ 複数回（連携前支援①、連携前支援②、中間報告会①、中間報告会②、最終報告会）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）
茨城県	水戸市	服部 美加（一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター）
静岡県	伊豆市	川越 雅弘（公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授） 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）
京都府	福知山市	角野 文彦（滋賀県 健康医療福祉部 理事）
長崎県	平戸市	大内田 由香（福岡県 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 参事兼健康増進課長（職種：保健師））

※①過去に（県として）支援を実施していない、②地域区分、③テーマや取組要望内容、④厚生局による意見（関東甲信越）等を総合的に検討し、上記4自治体を選定。

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 現状の分析から、課題を抽出する。
- ② 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。
(アンケート調査、ヒアリング等)
- ③ 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

【取組の方針】

- ① 多職種連携の推進。
- ② 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
- ③ 認知症に関する取組の推進。

【成果等】

- ・ 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
- ・ 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
- ・ 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 現状を分析し、原因を明確にする。
- アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
- アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

【アドバイザーとの検討②】

- アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
- グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

【自治体の考える課題と現状】

- 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
- アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
- 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
- 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

【中間報告】

- 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院時情報提供文書等）の活用が原因で医療と介護の連携が不足。
- アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
- 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
- アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

【最終報告】

- アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
- アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
- 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
- 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. **令和6年度介護報酬改定について**
4. その他情報共有

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

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

- ・ 「書面揭示」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

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) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

概要

【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、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】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<p>< 現行 > なし</p>	▶	<p>< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) 5単位/月 (新設)</p>
----------------------------	---	---	--

【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】

<p>< 現行 > 医療機関連携加算 80単位/月</p>	▶	<p>< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月 (変更) 40単位/月 (変更)</p>
---	---	---	---

(協力医療機関の要件)

- ① 入所者等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 高齢者施設等からの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 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等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。

【認知症対応型共同生活介護】

<p>< 現行 > なし</p>	▶	<p>< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合</p>	<p>100単位/月 (新設) 40単位/月 (新設)</p>
----------------------------	---	---	---

算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。 **(新設)**

医療機関と介護保険施設の連携の推進

協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

<u>1</u>	<u>往診が行われた場合</u>	<u>600点</u>
<u>2</u>	<u>1以外の場合</u>	<u>200点</u>

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

医療機関と介護保険施設の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

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）

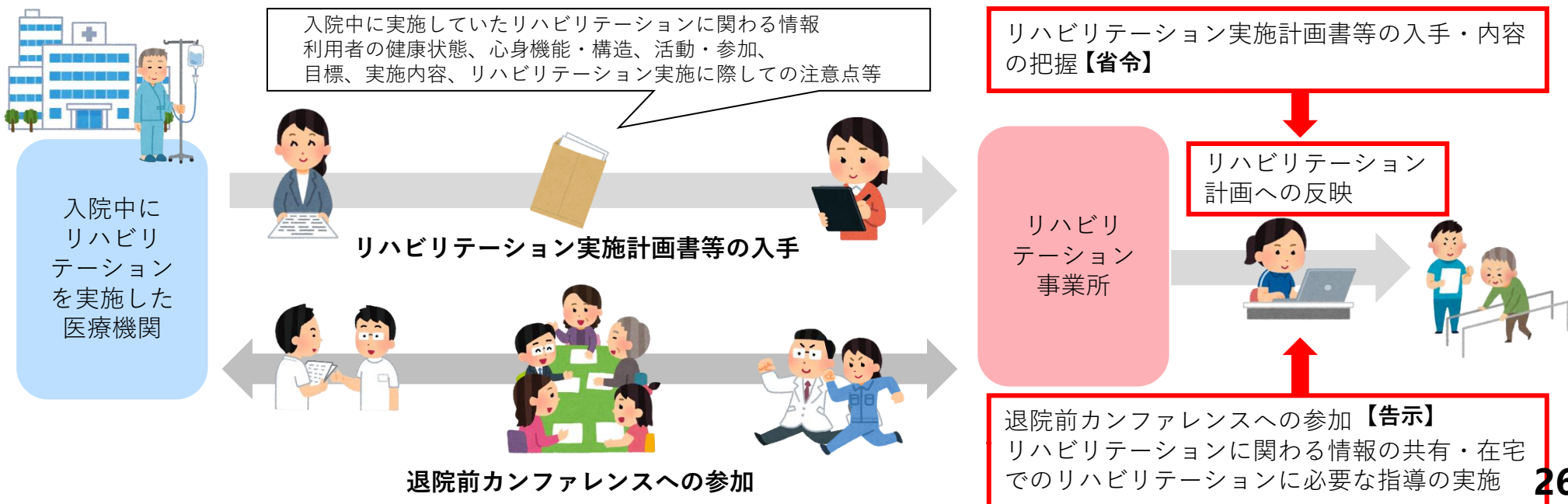
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算 600単位/回（退院時1回に限る） **（新設）**

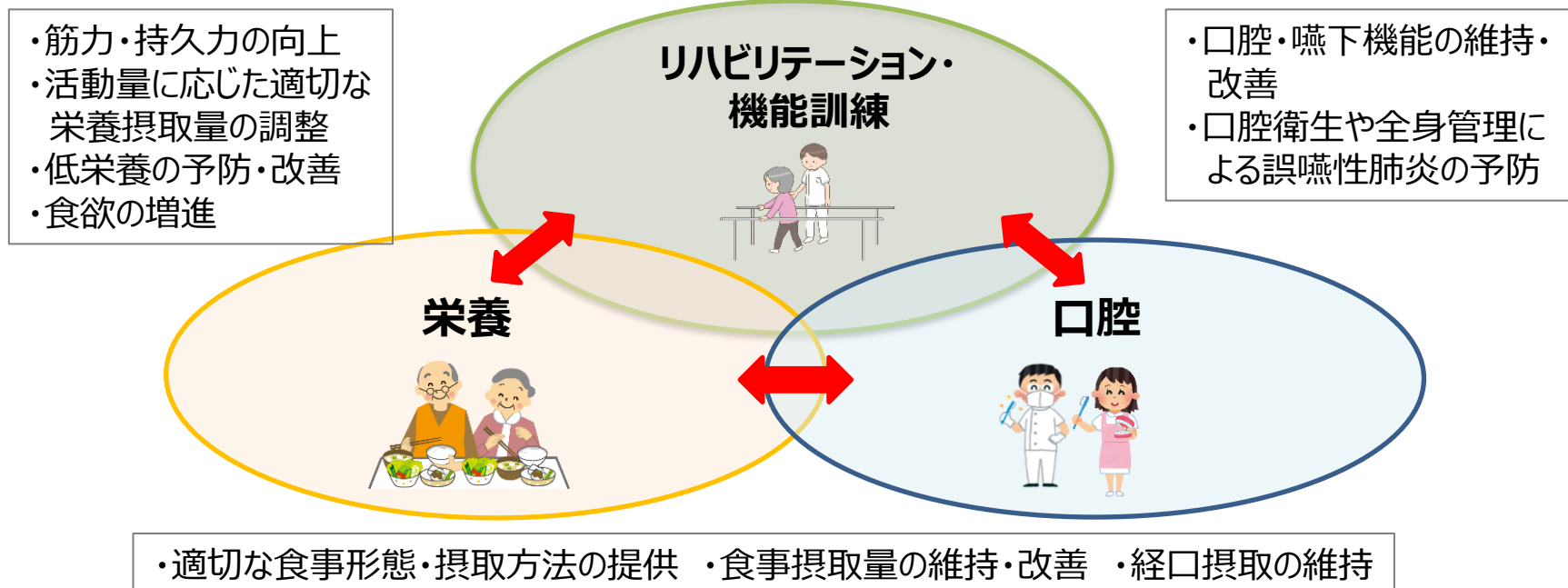
【算定要件等】

- 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。



リハビリテーション、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を期待される。

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



- リハビリテーション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。

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
	介護医療院
	介護老人福祉施設
	地密介護老人福祉施設

＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞
I : 53単位/月 **II : 33単位/月** ※加算（I）、（II）は併算定不可
Iの主な算定要件：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。

＜理学療法、作業療法、言語聴覚療法＞
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、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
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：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。

＜個別機能訓練加算＞
I : 12単位/日、II : 20単位/月、III : 20単位/月
算定要件：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。

一体的な実施計画書

【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）】

【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】

通所	通所リハビリテーション
	介護予防通所リハビリテーション

＜リハビリテーションマネジメント加算＞
 （6月以内）
イ : 560単位/日、ロ : 593単位/月、ハ : 793単位/月
 （6月以上）
イ : 240単位/日、ロ : 273単位/月、ハ : 473単位/月
ハの算定要件：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。

＜口腔機能向上加算＞
 （月2回）**I : 150単位/回、IIイ（リハ・栄養） : 155単位/回、IIロ（LIFE） : 160単位/回**
IIイの算定要件：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施。

一体的な実施計画書

【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）】

【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】

訪問	訪問リハビリテーション
	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

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

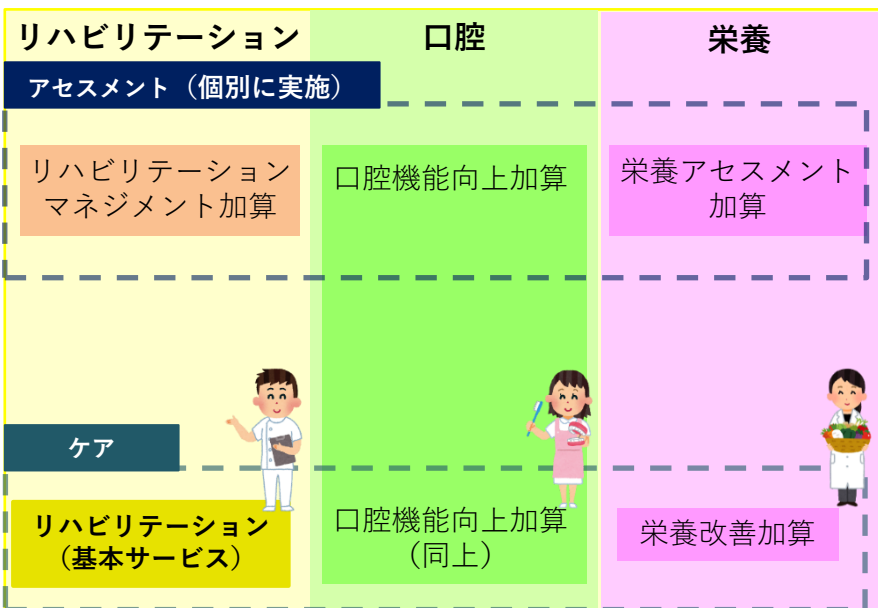
※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算

【ハの算定要件】

- 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。

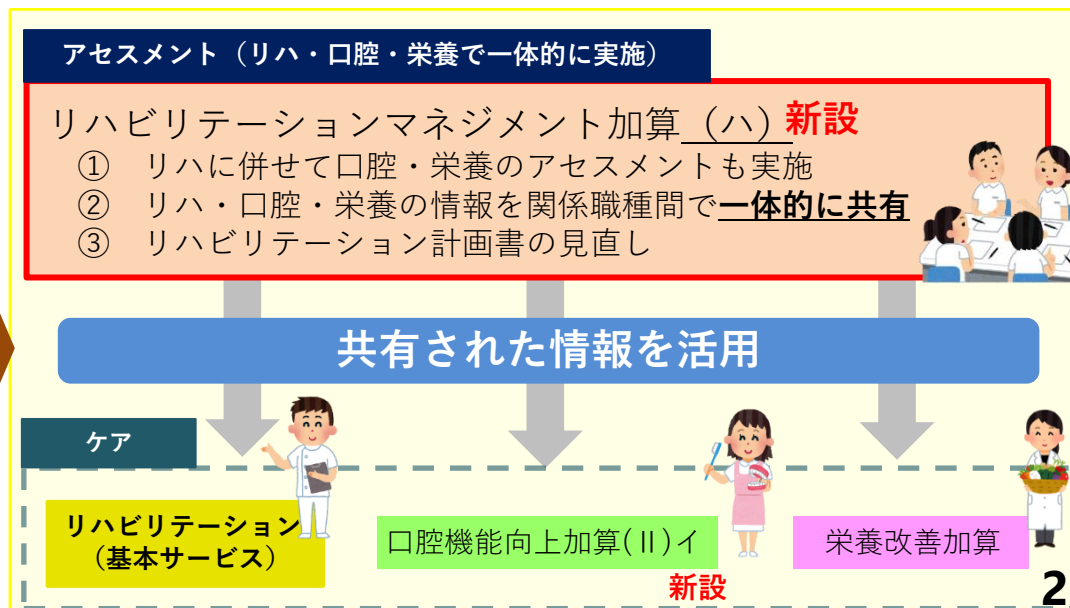
現行

（一体的に実施した場合の評価なし）



改定後

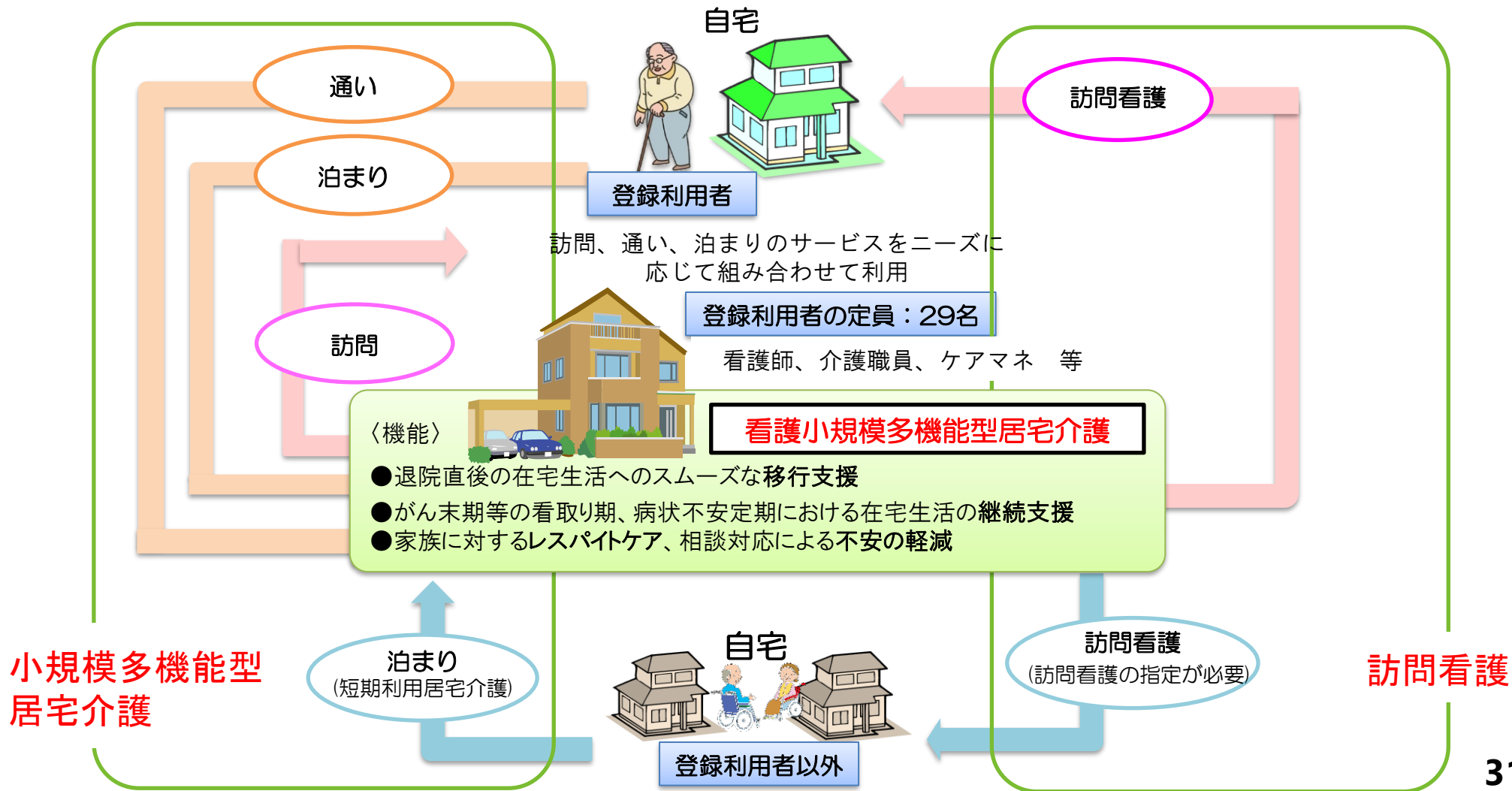
（一体的に実施した場合の評価の新設）



1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和6年度介護報酬改定について
4. **その他情報共有**

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。



看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

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5月19日公布)

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）

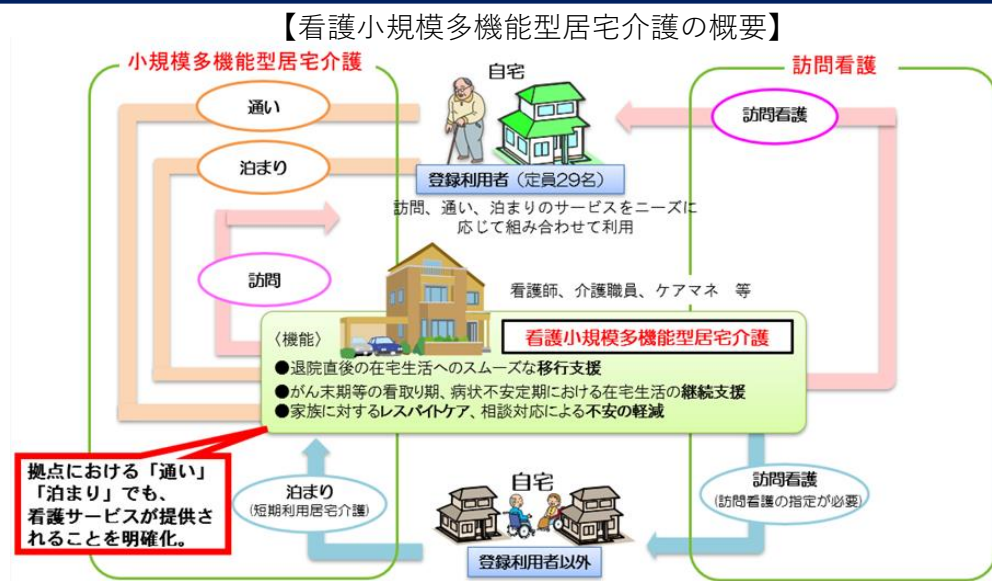
- 看多機では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要がある。

※：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	見直しの方針案
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	<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）

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>



本研修会議 I はアーカイブ配信を実施いたします。

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

研修会議 I のアーカイブ配信は
申し込み時のサイトにて実施します。

<https://www.jmar-form.jp/renkeisem2024.html>



令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
の報告書は厚生労働省ホームページに掲載しています。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001243806.pdf>



お時間頂きありがとうございました