令和7年度厚生労働省委託事業

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

事業報告書

令和８（2026）年３月

厚生労働省老健局老人保健課

目 次

第Ⅰ章　委託事業の目的・内容 1
　１．委託事業の目的 2
　２．委託事業の内容 2
　３．事業実施期間 2
第Ⅱ章　検討委員会等の設置・開催 3
　１．検討委員会の設置・開催 4
　２．検討部会の設置・開催 6
　３．４つのＷＧの設置・開催 8
　　（１）実態調査ＷＧの設置・開催 8
　　（２）研修会議ＷＧの設置・開催 9
　　（３）連携支援ＷＧの設置・開催 10
　　（４）プラットフォームＷＧの設置・開催 12
第Ⅲ章　へき地、中山間地域、小規模自治体にかかる検討 17
第Ⅳ章　在宅医療介護連携推進事業にかかる実態調査 29
第Ⅴ章　都道府県・市町村等研修会議開催等について 47
第Ⅵ章　都道府県・市町村連携支援について 57
第Ⅶ章　プラットフォームの拡充について 63
第Ⅷ章　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 69
第Ⅸ章　参考資料 101
　１．へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取組事例 102
　２．実態調査　調査票 132
　３．都道府県・市町村連携支援リーフレット及び支援ツール 149

第Ⅰ章　委託事業の目的・内容

１．委託事業の目的

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）のように在宅医療・介護連携の推進が求められているとともに、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制」（医政地発 0331 第 14 号 令和５年３月 31 日 最終改正 医政地発 0629 第３号令和５年６月 29 日）及び「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）のように、在宅医療に必要な連携を担う拠点やかかりつけ医機能報告等を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の検討や整理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して、「２　委託事業の内容」に挙げている各種事業を実施した。

２．委託事業の内容

○　検討委員会の設置・開催
○　へき地、中山間地域、小規模自治体にかかる検討
○　在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査（以下、「実態調査」という）
○　都道府県・市町村担当者等研修会議開催の運営等（以下、「研修会議」という）
○　都道府県・市町村連携支援（以下、「連携支援」という）
○　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拡充（以下、「プラットフォームの拡充」という）

３．事業実施期間

令和７年４月１日から令和８年３月 31 日まで

第Ⅱ章　検討委員会等の設置・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、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、検討を行った。

また、検討委員会以外に、へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会（以下、「検討部会」という。）と本検討委員会の下に検討別のワーキンググループ（以下「WG」という。）を設置した。

１．検討委員会の設置・開催

①検討委員会の設置

検討委員会委員は、発注者と協議の上、在宅医療介護連携推進事業に関して、専門的知識を有する学識経験者や職能団体、実務担当者等下記の 15 名を招集した。

検討委員会の構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
尾島　俊之	国立大学法人浜松医科大学　医学部　教授
◎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	松戸市医師会長
斎川　克之	新潟市医師会　医療課　課長
坂上　陽一	肝属郡医師会立病院　地域医療室長
坂本 泰三	公益社団法人日本医師会　常任理事
佐藤　吉沖	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　副会長
杉澤　孝久	北海道　保健福祉部福祉局地域福祉課医療指導参事
田中　明美	生駒市 特命監（～７月31日） 奈良県 福祉保険部 次長（地域包括ケア推進担当）（８月１日～）
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
村杉　紀明	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
村松　圭司	千葉大学医学部附属病院　次世代医療構想センター　特任教授
山口　浩志	一般社団法人日本介護支援専門員協会　常任理事

②検討委員会の開催

検討委員会は、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

検討委員会の開催

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ６月18日 （水）	議題１．在宅医療・介護連携推進事業の概要について 議題２．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の振り返り 議題３．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業の方針について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．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ついて
第２回	令和７年 12月５日 （金）	議題１．在宅医療・介護連携　検討部会・各ＷＧの進捗状況報告 議題２．令和７年度在宅医療・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（目次案）について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．検討部会・各ＷＧの進捗報告 資料２．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取りまとめに向けた論点整理
第３回	令和８年 ３月11日 （水）	議題１．在宅医療・介護連携　検討部会・各ＷＧの進捗状況報告 議題２．令和７年度在宅医療・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（案）について 2-1.「Ⅱ．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討」提言（案）について 2-2.「Ⅲ.在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて」について ① 市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄 ② 都道府県における市町村支援の推進のあり方の方向性 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．検討部会及び4WG進捗状況報告 資料２．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　令和７年度版（案）

２．検討部会の設置・開催

①検討部会の設置

検討部会委員は、へき地、中山間地域、小規模自治体に係る在宅医療介護連携推進事業に関して、専門的知識を有する学識経験者や職能団体、実務担当者等下記の５名を招集した。

検討部会の構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
大竹　尊典	公益財団法人日本訪問看護財団　事務局次長
柿崎 由美子	公益社団法人山形県看護協会訪問看護ステーション新庄 （サテライトまむろ川）　管理者
◎川越　雅弘	社会福祉法人浴風会　認知症研修・研修東京センター　特別研究員 株式会社日本医療総合研究所　地域づくり推進部　部長
中嶋　真琴	高知県健康政策部　部長　（月23日～）
原田　昌範	山口県立総合医療センター　へき地医療支援部 （へき地医療支援センター）診療部長 山口県防府保健所 山口県健康福祉部医療政策課

②検討部会の開催

検討部会は、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

検討部会の議事内容

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ７月２日 （水）	議題１．在宅医療・介護連携推進事業の概要について 議題２．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の振り返り へき地、中山間地域、小規模自治体に係る調査結果について 議題３．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業の方針 へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会の方針について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．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 令和７年度へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討について
第２回	令和７年 10月30日 （木）	議題１．進捗報告 ①実態調査（アンケート調査）中間締め報告 ②へき地、中山間地域、小規模自治体における取組事例報告 議題２．へき地、中山間地域、小規模自治体における取組事例の選定 議題３．へき地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療･介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業の在り方の検討 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．令和７年度へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第３回	令和８年 ２月17日 （火）	議題１．進捗報告 ①実態調査（アンケート調査）報告 ②へき地、中山間地域、小規模自治体における取組事例報告 議題２．第回検討委員会のご意見報告 議題３．へき地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業の在り方の検討 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．令和７年度へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討

３．４つのＷＧの設置・開催

「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の運営」、「都道府県・市町村連携支援」、「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拡充」の各業務を効果的に進めるため、それぞれにＷＧを設置した。

（１）実態調査ＷＧの設置・開催

①実態調査ＷＧの設置

実態調査ＷＧの委員は、在宅医療介護連携推進事業の調査に関して、専門的知識を有する学識経験者や実務担当者等下記の５名を招集した。

実態調査ＷＧの構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
小栗　和美	株式会社麻生 飯塚病院　経営管理部　地域共創・広報戦略課　課長
小澤　文乃	長野県　健康福祉部介護支援課計画係　主査保健師
田中　明美	生駒市 特命監（～７月31日） 奈良県 福祉保険部 次長（地域包括ケア推進担当）（８月１日～）
◎村松　圭司	千葉大学医学部附属病院　次世代医療構想センター　特任教授
吉江　悟	一般社団法人Neighborhood Care　代表理事 東京大学高齢社会総合研究機構 客員研究員 東京大学未来ビジョン研究センター 客員研究員 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 訪問研究員 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員 広島大学医学部 客員准教授

②実態調査ＷＧの開催

実態調査ＷＧは、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

実態調査ＷＧの議事内容

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ７月８日 （火）	議題１．令和７年度事業の概要 議題２．実態調査の概要　令和６年度の振り返り 議題３．令和７年度実態調査について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．実態調査の実施概要 資料２．都道府県アンケート調査票（案） 資料３．市町村アンケート調査票（案） 資料４．コーディネーターアンケート調査表（案）

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第２回	令和７年 11月13日 （木）	議題１．概要について振り返り 議題２．調査結果速報値について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．第2回実態調査WG資料
第３回	令和８年 １月23日 （金）	議題１．クロス集計に関するとりまとめ 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．令和７年度へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討

（２）研修会議ＷＧの設置・開催

①研修会議ＷＧの設置

研修会議ＷＧの委員は、在宅医療介護連携推進事業の研修に関して、専門的知識を有する学識経験者や実務担当者等下記の６名を招集した。

研修会議ＷＧの構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
大夛賀　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
小栗　和美	飯塚病院　経営管理部　地域共創・広報戦略課　課長
小田島　史恵	釜石市　保健福祉部　高齢介護福祉課　課長
◎角野　文彦	びわこリハビリテーション専門職大学　学長
斎川　克之	一般社団法人新潟市医師会　医療課 課長
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

②研修会議ＷＧの開催

研修会議ＷＧは、全４回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

研修会議ＷＧの議事内容

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ７月１日 （火）	議題１．令和６年度研修会議の振り返り 議題２．令和７年度研修会議の方針について 議題３．検討事項 ①研修会議の習得目標 ②テーマ・関係者別の構成 ③分類や対象設定 ④その他（研修の日程調整等） 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．資料　在宅医療・介護連携推進支援事業（研修会議ＷＧ資料）

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第２回	令和７年 ８月 21 日 （木）	議題１．第1回WGの振り返りと令和７年度研修プログラム案について 議題２．検討事項 ①研修会議Ⅰのテーマ及び登壇者、事例発表先について ②研修会議全体の連動性とテーマ設定、委員の役割分担について ③その他（研修の日程調整等）概要について振り返り 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．在宅医療・介護連携推進支援事業（研修会議WG資料）
第３回	令和７年 ９月 30 日 （火）	議題１．令和７年度研修プログラムの確認 議題２．検討事項 ①研修会議Ⅰのディスカッションについて ②研修会議Ⅱの演習方法について ③研修会議Ⅲの演習方法について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．在宅医療・介護連携推進支援事業（研修会議WG資料）
第４回	令和８年 ２月 12 日 （木）	議題１．令和７年度の研修会議開催結果 令和７年度研修会議のアンケート結果報告 議題２．検討事項 ①令和７年度研修会議の振り返り（委員より感想等） ②令和８年度研修会議開催に向けた運営・内容への意見収集 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．在宅医療・介護連携推進支援事業（研修会議WG資料）

（３）連携支援WGの設置・開催

連携支援WGの委員は、在宅医療介護連携推進事業の伴走支援に関して、専門的知識を有する学識経験者や実務担当者等下記の５名を招集した。

連携支援WGの構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
◎川越　正平	松戸市医師会　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
松本　小牧	豊明市　市民生活部　共生社会課　課長
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
吉田　俊之	公立大学法人埼玉県立大学　地域連携センター　教授

②連携支援WGの開催

連携支援WGは、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

連携支援WGの議事内容

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ６月26日 （木）	議題１．在宅医療・介護連携推進事業の概要について 議題２．令和６年度都道府県・市町村連携支援の振り返り 議題３．令和７年度　都道府県・市町村への連携支援の方針について 議題４．検討事項 ①支援内容の設計 ②地域等の関わり方 ③都道府県の技術的支援 ④参加市町村の募集、選定 ⑤その他（スケジュール、シート類等） 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．資料　在宅医療・介護連携推進支援事業（連携支援WG資料）
第２回	令和７年 11 月６日 （木）	議題１．第１回WG開催後の経緯（報告） 議題２．各自治体オリエンテーションの結果（情報共有） 議題３．今後の支援方針の検討 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．第２回連携支援WG資料 別添１．宿題ツール
第３回	令和８年 ３月９日 （月）	議題１．振り返り 議題２．支援ツールの開発 議題３．支援経過の共有と意見交換 議題４．リーフレット（案）の内容検討 議題５．次年度に向けた改善の方向性の検討並びに令和７年度在宅　医療・介護連携推進支援事業検討委員会「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」の検討 議題６．合同報告会について連携支援の結果と報告会の実施について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．第３回都道府県・市町村連携支援WG資料 資料２．課題解決ストーリー（ロジックモデル） 【福島県須賀川市】 【岐阜県岐南町】 【兵庫県赤穂市】 【和歌山県】 資料３．リーフレット（案） 資料４．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会「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」（案）

（4）プラットフォームWGの設置・開催

プラットフォームWGの委員は、在宅医療介護連携推進事業の地域の状況や周知すべき内容に詳しい、学識経験者や実務担当者等下記の５名を招集した。

プラットフォームWGの構成委員（敬称略、◎は座長）

氏名	所属
小澤　文乃	長野県　健康福祉部 介護支援課　主査保健師
◎尾島　俊之	浜松医科大学　医学部医学科 健康社会医学講座　教授
川野　達也	株式会社DIGITALLIFE　ヘルスケアIT事業　ディレクター
久保田　健太郎	千葉県千葉市　保健福祉局 健康福祉部
田上　幸輔	北海道　在宅医療推進支援センター　コーディネーター

②プラットフォームWGの開催

プラットフォームWGは、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

プラットフォームWGの議事内容

開催回	開催時期	主な議事内容・主な配布資料
第１回	令和７年 ７月28日 （月）	議題１．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の振り返り 令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業の概要 プラットフォームの拡充の実施方針について 議題２．＜新規コンテンツ＞取組事例の収集について 議題３．＜新規コンテンツ＞研修用E-ラーニングの作成について 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の振り返り及び令和７年度プラットフォームの拡充の実施方針について 資料２．取組事例の収集について 資料３．研修用E--ラーニングの作成について
第２回	令和８年 ２月 24 日 （火）	議題１．プラットフォームの運用状況について 議題２．＜新規コンテンツ＞研修用E-ラーニングについて 議題３．プラットフォームの課題整理 【配付資料】 参加者名簿・次第 資料１．進捗状況 資料２．E-ラーニングについて

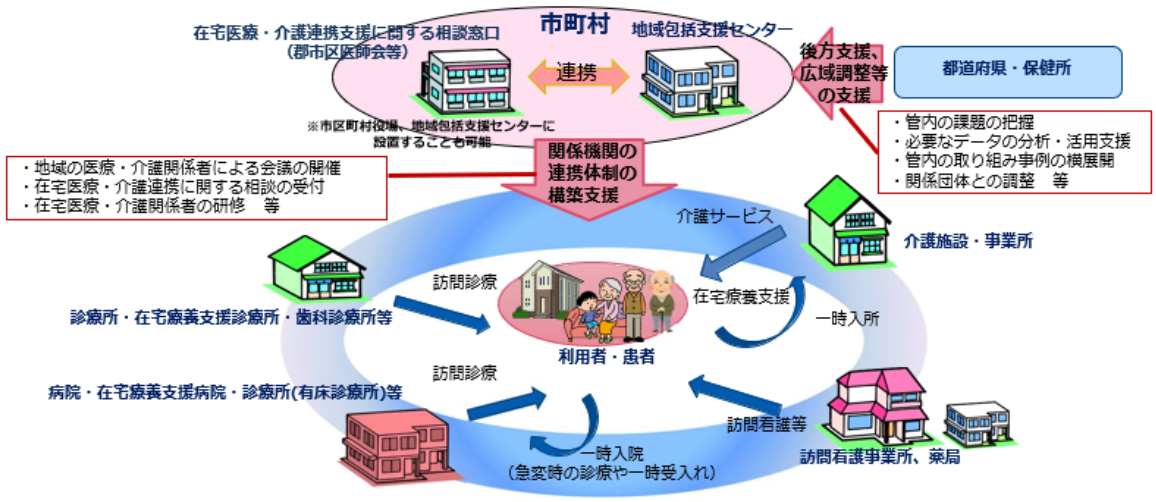
参考

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。



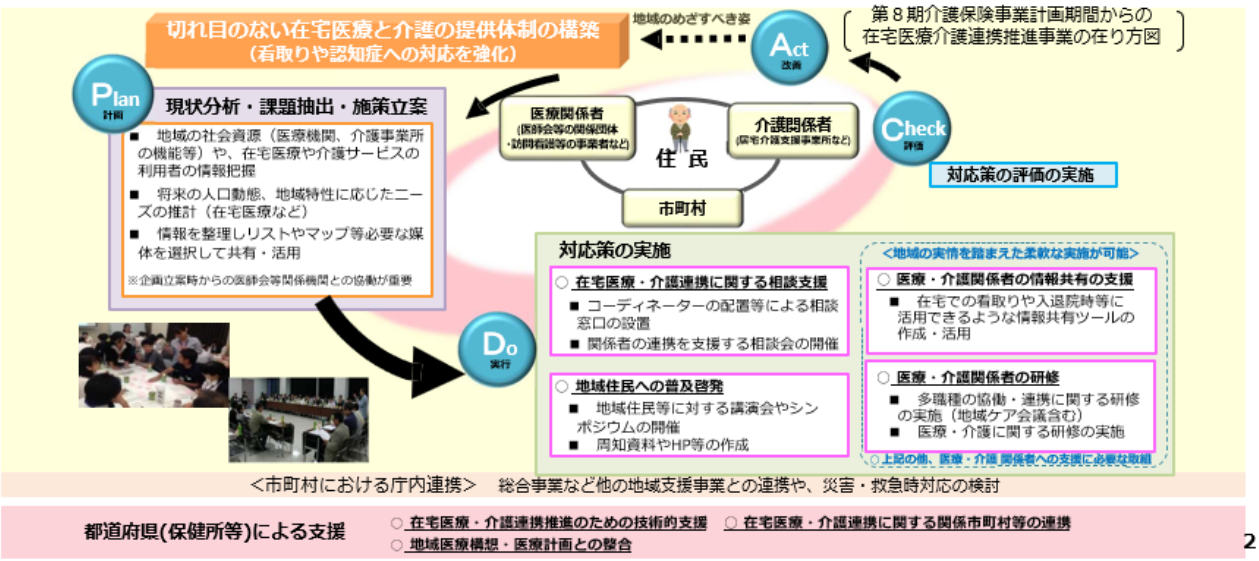
1

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。



2

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

3

令和7年度　在宅医療・介護連携推進支援事業の概要

- 令和7年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、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。

※太字は令和6年度事業との追加・変更点

3-1.検討委員会等の設置･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回開催する
･へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会（以下、検討部会）を設置し、必要となる事業について検討を行う
･実施する4つの事業ごとにWGを設置し、事業について検討を行う
･「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」として取りまとめを行う

3-2.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を行う
･また、**へき地、中山間地域、小規模自治体において先進的取り組みを行っている都道府県･市町村（合同）に対しヒアリングを実施する。**ヒアリング件数は都道府県単位で７県を想定する（※令和6年度は4分野5件）

3-3.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（1回開催）での政策の理解、実践的連携スキル習得を中心とした**研修会議Ⅱ（全国4ブロック　仙台･東京･大阪･福岡　※令和6年度は3ブロック）**、更により高度な協働事項を中心とした**研修会議Ⅲ（2ブロック　東京･大阪　※令和6年度は1ブロック　）**を行う
･研修会議Ⅰについてはアーカイブ配信を行う

3-4.連携支援

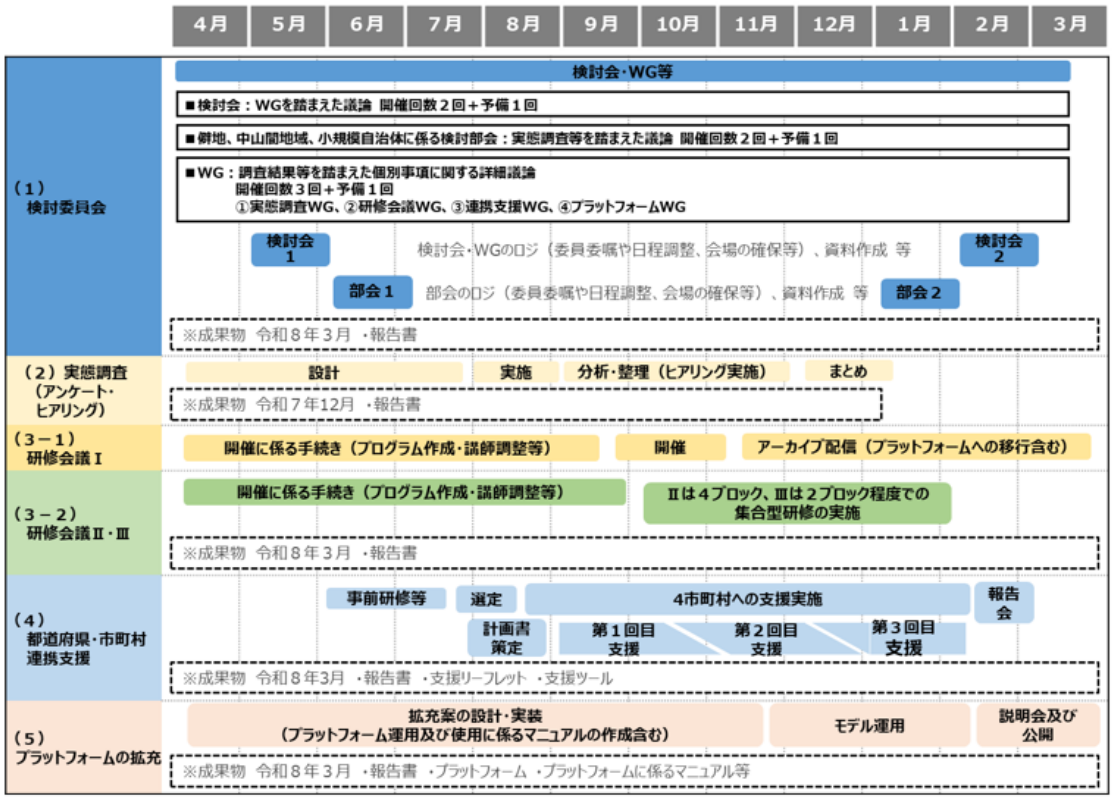
･都道府県･市町村連携支援ＷＧを設置し、効果的な都道府県･市町村連携支援の在り方に係る検討を行う
･厚生支局エリアのバランス、エントリー理由の具体性、市町村規模、医介連携事業の進捗状況などを踏まえて、４地域を選定し、支援チームに対しオリエンテーションを実施する
･連携支援自治体及び支援チームに対して、連携支援に参加するにあたり、事業概要、支援の進め方等について事前オリエンテーションを実施する
･３回の連携支援を実施し、効果検証を行うとともに、報告会を実施する

3-5.プラットフォームの拡充

･令和6年度に当該プラットフォームのシステムが構築され、令和7年3月31日に当該プラットフォームは公開された。**令和7年度においては、プラットフォームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットフォームを効果的に活用できるよう整備する。**
- ✓医療及び介護従事者向けの研修用ＥラーニングＥ
- ✓検索等データベース設計構築(詳細検索機能追加)
- ✓各都道府県及び市町村等の取組事例の収集と掲載
- ✓令和6年度で搭載できなかった機能を追加する　　他

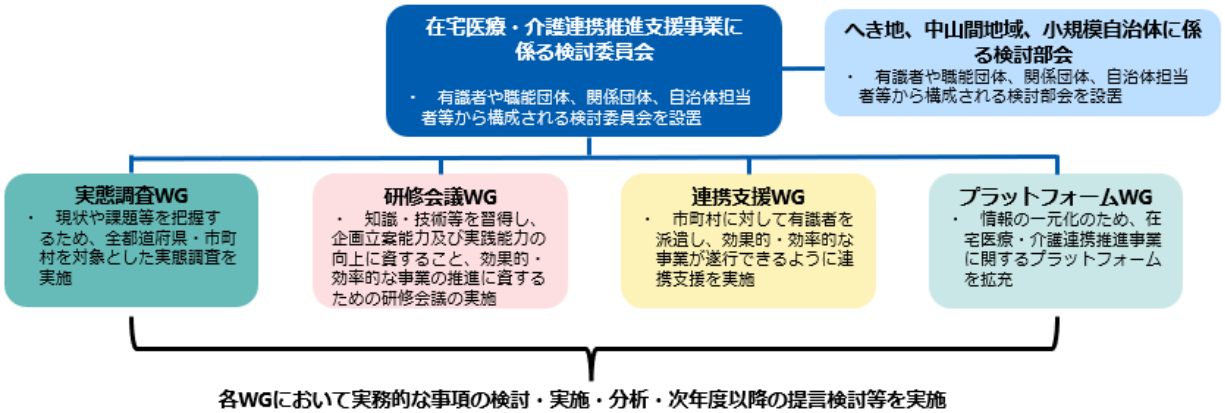
4

令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業　スケジュールイメージ



5

検討委員会並びに検討部会及びWGの設置について



6

第Ⅲ章　へき地、中山間地域、小規模自治体にかかる検討

1. 検討委員会における検討事項①

小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応（令和6年度意見書P27）

○今後、現在の小規模自治体、過疎地域及び中山間地域抱える問題が、より多くの自治体で拡大する可能性があることから、有効的な方策の検討やプラットホームを活用した多様な事例の提示が必要である。効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組については、その対応や方策等について検討し、プラットホーム等を活用して周知すること等が求められる。また、自治体の背景を踏まえた、効率的・効果的在宅医療・介護連携の在り方等の例示や、自治体間交流の推進等も検討されたい。

第1回検討委員会での検討部会に対する主なご意見

- **どのような連携の仕組みが実態としてあるか調査で把握する**
  - ICTツールの活用状況
  - 災害時を視野に入れた情報連携体制の整備状況
  - 隣接する複数の市町村が共同して取り組む
  - 事業がうまくいっている市町村の支援を受けながら取り組む
- **へき地、中山間地域、小規模自治体ならではの取り組みを示す**
  - ＜視点＞地域性を踏まえ、どのような工夫ができるか
  - ＜視点＞どのような取り組みであれば負担が少なく実行でき、効果を得られるか
- **人的資源が不足している中で、どう取り組むと効率的効果的かを示す**
  - ＜視点＞人的資源が不足している中で、在宅医療・介護連携推進事業と重層的な取り組み（「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」等）をどう連携させるか
- **2040年を意識して取り組みを進めていただくために、今年度事業で把握すべき点を示す**

検討部会の方針について

過疎地域、中山間地域等及び小規模自治体が抱える問題に対して、都道府県の技術的支援のもと市町村が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に有効的な方策を検討する。

7

2. 実態調査　実施概要

- 都道府県・市町村調査では、「在宅医療の体制構築に係わる指針」で示された在宅医療の4場面別の目標並びに「在宅医療に係わる機関に求められる事項」の取組について過疎地域、中山間地域、小規模自治体における現状と課題を把握
- コーディネーター調査では、過疎地域、中山間地域、小規模自治体における取り組むべき内容にどの程度関与しているか等の実態を把握
- ヒアリング調査からは過疎地域、中山間地域、小規模自治体における有効的な取り組みを把握
- 調査結果を分析・評価したうえで、検討委員会に報告し、次年度以降の提言への基礎資料とする

■アンケート調査概要

	内容
実施期間	令和７年８月下旬　～　令和７年９月30日締切 ※都道府県　4事例提出締め切りは10月31日 ※市町村　全数回収まで締切を延期
調査対象	・47都道府県（悉皆） ・1741市区町村（悉皆） ・コーディネーター（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
調査方法	・メールによる調査票（エクセル）の配布・回収
主な調査項目	・庁内、庁外連携体制の整備状況 ・在宅医療４場面別の目標（計画への記載状況） ・在宅医療４場面別の取組状況 ・コーディネーターの有無 ・拠点の設置状況　等

■ヒアリング調査概要

	内容
実施期間	令和７年11月
調査対象	委員の推薦や今年度アンケート回答結果等から過疎地域、中山間地域、小規模自治体で有効な取り組みをしていると考えられる自治体等　7か所
調査方法	・リモート、所用時間90分程度/１自治体
主な調査項目	・取り組みに至った背景 ・取り組みを開始するまでのプロセス ・取り組みを進めていく中での課題 ・対応策 ・他自治体へのアドバイス　等

8

3. アンケート調査　①市町村調査

令和7年度実態調査における定義
- 過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」に基づき公表されている市町村
- 小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村
- 中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」　https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/

問6　市町村の「過疎地域」「中山間地域等」「小規模自治体」該当の有無（複数回答）

1741市町村のうち、3区分のうちいずれかに「該当」する市町村は56.0%で、「過疎地域」「中山間地域等」への該当割合が高く、「該当」個数は、平均1.7である。3区分すべてに該当する市町村は219市町村で、「該当」の22.5%を占める。いずれか2つに「該当」は29.6%で、いずれか1に「該当」は47.9%である。該当・非該当を都道府県別にみると、47都道府県中管内の市区町村の50%以上が「該当」する都道府県は31都道府県で、全体の2/3を占める。
うち80%以上が「該当」する都道府県は6都道府県で、割合が高い都道府県は「島根県」「高知県」である。

R6年度と変化なし

		調査数	割合
全体		1741	100.0
Q6 過疎地域等への該当の有無	非該当	766	44.0
	該当	975	56.0
	過疎地域に該当	633	36.4
	中山間地域等に該当	612	35.2
	小規模自治体に該当	457	26.2

※以下、「過疎地域」「中山間地域等」「小規模自治体」の3区分のうちいずれかに該当する市町村を「該当」、いずれにも該当しない市町村を「非該当」と記載する。

■都道府県別該当割合

数字%：50%以上
数字%：80%以上

	市町村数	非該当	該当	該当の割合		市町村数	非該当	該当	該当の割合
北海道	179	29	150	**83.8%**	滋賀県	19	13	6	31.6%
青森県	40	11	29	72.5%	京都府	26	13	13	50.0%
岩手県	33	9	24	72.7%	大阪府	43	37	6	14.0%
宮城県	35	14	21	60.0%	兵庫県	41	28	13	31.7%
秋田県	25	5	20	**80.0%**	奈良県	39	17	22	56.4%
山形県	35	10	25	71.4%	和歌山県	30	6	24	**80.0%**
福島県	59	13	46	78.0%	鳥取県	19	6	13	68.4%
茨城県	44	34	10	22.7%	島根県	19	1	18	**94.7%**
栃木県	25	14	11	44.0%	岡山県	27	6	21	77.8%
群馬県	35	14	21	60.0%	広島県	23	12	11	47.8%
埼玉県	63	52	11	17.5%	山口県	19	6	13	68.4%
千葉県	54	38	16	29.6%	徳島県	24	10	14	58.3%
東京都	62	50	12	19.4%	香川県	17	5	12	70.6%
神奈川県	33	26	7	21.2%	愛媛県	20	5	15	75.0%
新潟県	30	11	19	63.3%	高知県	34	3	31	**91.2%**
富山県	15	9	6	40.0%	福岡県	60	35	25	41.7%
石川県	19	8	11	57.9%	佐賀県	20	8	12	60.0%
福井県	17	4	13	76.5%	長崎県	21	8	13	61.9%
山梨県	27	10	17	63.0%	熊本県	45	13	32	71.1%
長野県	77	26	51	66.2%	大分県	18	6	12	66.7%
岐阜県	42	24	18	42.9%	宮崎県	26	8	18	69.2%
静岡県	35	21	14	40.0%	鹿児島県	43	7	36	**83.7%**
愛知県	54	46	8	14.8%	沖縄県	41	24	17	41.5%
三重県	29	11	18	62.1%	調査数	1741	766	975	56.0%

9

3. アンケート調査　①市町村調査

問1　在宅医療・介護連携の推進に係る協議会設置の有無

「該当」「非該当」いずれも「設置している」割合が高い半数以上と高いが、「非該当」が79.9%であるのに対し、「該当」は57.4%と22.5%ポイント低い。「設置している」について詳しくみると（過疎地域該当別）、「小規模」が42.2%で、さらに詳しくみると（過疎地域別）、「過疎と小規模」が38.7%、「過疎と中山間と小規模の全てに該当」が41.1%、「中山間と小規模」が43.3%、「小規模のみ」が45.2%で、「小規模」の「設置している」割合が低い。

単位：%

		調査数	設置している	設置していない
全体		1741	67.3	32.7
Q6A 過疎地域該当	該当	975	57.4	42.6
	非該当	766	79.9	20.1
全体		1741	67.3	32.7
Q6B 過疎地域該当	該当	975	57.4	42.6
	過疎地域に該当	633	58.3	41.7
	中山間地域等に該当	612	60.1	39.9
	小規模自治体に該当	457	42.2	57.8
全体		1741	67.3	32.7
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	41.1	58.9
	過疎のみ	155	65.8	34.2
	中山間のみ	166	67.5	32.5
	小規模のみ	146	45.2	54.8
	過疎と中山間	197	77.7	22.3
	過疎と小規模	62	38.7	61.3
	中山間と小規模	30	43.3	56.7
	いずれにも該当しない（非該当）	766	79.9	20.1

10

3. アンケート調査　①市町村調査

問4　「４つの場面」における、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定状況

「非該当」は「４つの場面全てで設定している」が56.0%であるのに対し、「該当」は38.3%と17.7%ポイント低い。
過疎地該当別にみると、小規模自治体で「４つの場面全てにおいて設定している」が30.6%と低い。
さらに、過疎地域別でみると、「４つの場面全てにおいて設定している」は「中山間と小規模」が23.3%、「過疎と小規模」が27.4%、「過疎と中山間と小規模の全てに該当」が30.1%、「小規模のみ」が34.2%で、「小規模」の「設置している」割合が低い。

単位：%

		調査数	4つの場面全てで設定している	4つの場面のいずれかで設定している	4つの場面全てにおいて設定していない	無回答
全体		1741	46.1	23.2	30.6	0.1
Q6A 過疎地域該当	該当	975	38.3	26.4	35.2	0.2
	非該当	766	56.0	19.2	24.8	0.0
全体		1741	46.1	23.2	30.6	0.1
Q6B 過疎地域該当	該当	975	38.3	26.4	35.2	0.2
	過疎地域に該当	633	38.5	26.7	34.8	0.0
	中山間地域等に該当	612	40.4	25.5	34.0	0.2
	小規模自治体に該当	457	30.6	25.2	44.0	0.2
全体		1741	46.1	23.2	30.6	0.1
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	30.1	24.2	45.7	0.0
	過疎のみ	155	38.1	32.9	29.0	0.0
	中山間のみ	166	43.4	25.3	30.7	0.6
	小規模のみ	146	34.2	23.3	41.8	0.7
	過疎と中山間	197	51.8	24.9	23.4	0.0
	過疎と小規模	62	27.4	25.8	46.8	0.0
	中山間と小規模	30	23.3	40.0	36.7	0.0
	いずれにも該当しない（非該当）	766	56.0	19.2	24.8	0.0

11

3. アンケート調査　①市町村調査

問5　在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて、取り組んでいる場面を教えてください。

「該当」「非該当」にかかわらず、概ね7項目のうちいずれかには取り組んでいる。
4つの場面の取り組み状況を見ると、「非該当」が平均77.9%であるのに対し、「該当」は平均68.7%と取組が遅れている。4つの場面ごとに見ると、「入退院支援」は「該当」「非該当」で差は見られなかったが、「日常の療養支援」「看取り」「急変時の対応」においては9.5%ポイント、14.7%ポイント、12.3%ポイント、「該当」が下回っており、取組に差が見られた。過疎地域該当別にみると、該当地域の中でも「看取り」は小規模自治体で取り組みが遅れている。
過疎地域別にみると、該当地域の中でも「日常の療養支援」は『中山間と小規模』で、「看取り」「急変時の対応」は『小規模のみ』で対応が遅れている。
一方、「認知症に係る対応」「災害に係る対応」「感染時に係る対応」についてみると、認知症と災害については「該当」「非該当」で取組に差は見られなかったが、感染症については「非該当」に比べ「該当」で取り組みが進んでおり、過疎地域該当別で見ると、該当の中で小規模自治体で取り組みが進んでいる。過疎地域別にみると、該当地域の中でも『小規模のみ』においては感染症だけでなく、認知症や災害についても取り組みが進んでいる。

		調査数	入退院支援	日常の療養支援	看取り	急変時の対応	認知症に係る対応	災害に係る対応	感染時に係る対応	取組んでいるものはない
全体		1741	84.4	76.9	70.2	59.3	53.5	28.1	21.3	5.5
Q6A 過疎地域該当	該当	975	84.2	72.7	63.8	53.9	54.5	28.3	23.2	6.1
	非該当	766	84.6	82.2	78.5	66.2	52.2	27.8	18.9	4.7
全体		1741	84.4	76.9	70.2	59.3	53.5	28.1	21.3	5.5
Q6B 過疎地域該当	該当	975	84.2	72.7	63.8	53.9	54.5	28.3	23.2	6.1
	過疎地域に該当	633	84.2	72.7	61.5	52.4	54.3	27.6	21.6	4.9
	中山間地域等に該当	612	85.3	73.9	66.5	54.4	51.3	27.6	23.7	5.6
	小規模自治体に該当	457	82.3	69.8	56.9	49.2	58.4	30.4	25.4	8.3
全体		1741	84.4	76.9	70.2	59.3	53.5	28.1	21.3	5.5
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	81.7	71.2	53.4	43.4	55.3	28.8	23.7	6.4
	過疎のみ	155	81.3	70.3	58.1	50.3	55.5	23.2	15.5	3.2
	中山間のみ	166	85.5	77.7	75.3	60.2	47.6	25.9	21.7	5.4
	小規模のみ	146	83.6	71.9	61.6	54.1	63.7	36.3	31.5	10.3
	過疎と中山間	197	89.8	77.2	74.6	62.4	50.3	29.4	25.4	3.6
	過疎と小規模	62	82.3	69.4	56.5	58.1	61.3	29.0	17.7	8.1
	中山間と小規模	30	80.0	50.0	60.0	50.0	50.0	16.7	23.3	13.3
	いずれにも該当しない（非該当）	766	84.6	82.2	78.5	66.2	52.2	27.8	18.9	4.7

12

3. アンケート調査　①市町村調査

最も課題解消の優先順位が高い事項と国・都道府県から受けている支援の内容に、差がみられる。

問8-1-2　最も課題解消の優先順位が高い事項

単位：%

		回答数	現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	体制の構築及び確立	ルール等の設定	ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	多機種間の連携やネットワーク構築の推進	事務組合又はこれに準ずる地域の関係団体等との連携	都道府県と市町村間の連携	市町村間の連携	事務に係る専門機等の人材育成・確保	介護に係る専門機等の人材育成・確保	地域住民への周知啓発	他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討	他市町村の取り組み状況等の収集	アドバイザーや有識者等の活用	ICTの活用	事務・介護制度の複雑さ	その他	無回答
全体		1741	20.4	16.1	2.0	4.0	9.4	13.0	0.9	0.7	6.3	14.4	3.9	1.9	0.4	0.5	2.7	1.7	1.5	0.3
Q6A 過疎地域該当	該当	975	17.8	15.3	1.8	3.6	8.7	11.5	0.7	0.6	8.8	18.5	3.0	1.9	0.4	0.4	3.3	1.6	1.5	0.4
	非該当	766	23.6	17.2	2.2	4.6	10.2	14.9	1.0	0.9	3.1	9.1	5.1	1.8	0.4	0.5	2.0	1.7	1.4	0.1
全体		1741	20.4	16.1	2.0	4.0	9.4	13.0	0.9	0.7	6.3	14.4	3.9	1.9	0.4	0.5	2.7	1.7	1.5	0.3
Q6B 過疎地域該当	該当	975	17.8	15.3	1.8	3.6	8.7	11.5	0.7	0.6	8.8	18.5	3.0	1.9	0.4	0.4	3.3	1.6	1.5	0.4
	過疎地域に該当	633	19.3	14.2	1.4	2.7	8.1	11.1	0.6	0.6	9.6	20.1	3.0	1.6	0.3	0.5	3.5	1.7	1.6	0.2
	中山間地域等に該当	612	18.6	15.5	1.5	3.3	9.2	11.8	0.3	0.2	9.6	17.0	3.1	2.3	0.5	0.3	3.4	1.8	1.5	0.2
	小規模自治体に該当	457	16.8	15.5	2.4	4.2	6.1	10.5	0.7	1.3	9.8	21.2	2.6	1.3	0.7	0.7	2.2	2.0	1.3	0.7
全体		1741	20.4	16.1	2.0	4.0	9.4	13.0	0.9	0.7	6.3	14.4	3.9	1.9	0.4	0.5	2.7	1.7	1.5	0.3
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	21.0	16.0	0.9	2.7	5.9	8.7	0.0	0.5	12.8	20.1	2.7	2.3	0.5	0.9	0.9	2.7	1.4	0.0
	過疎のみ	155	20.6	14.8	1.3	3.2	10.3	9.0	1.9	0.0	8.4	18.7	2.6	2.6	0.0	0.6	1.9	1.9	1.9	0.0
	中山間のみ	166	15.7	19.3	0.0	4.2	13.3	14.5	0.6	0.0	7.8	12.0	3.0	4.8	0.0	0.0	2.4	1.2	1.2	0.0
	小規模のみ	146	15.8	15.1	4.8	5.5	6.8	10.3	0.7	1.4	6.2	18.5	3.4	0.7	0.7	0.7	4.1	1.4	2.1	2.1
	過疎と中山間	197	19.8	11.7	2.5	2.0	9.6	13.2	0.0	0.0	7.6	17.3	4.1	0.5	0.5	0.0	7.6	1.0	2.0	0.5
	過疎と小規模	62	8.1	14.5	0.0	3.2	4.8	17.7	1.6	4.8	8.1	32.3	1.6	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	0.0
	中山間と小規模	30	10.0	16.7	6.7	10.0	6.7	10.0	3.3	0.0	10.0	20.0	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0
	いずれにも該当しない（非該当）	766	23.6	17.2	2.2	4.6	10.2	14.9	1.0	0.9	3.1	9.1	5.1	1.8	0.4	0.5	2.0	1.7	1.4	0.1

問8-2-1　国・都道府県から受けている支援の内容

		回答数	現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	体制の構築及び確立	ルール等の設定	ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	多機種間の連携やネットワーク構築の推進	事務組合又はこれに準ずる地域の関係団体等との連携	都道府県と市町村間の連携	市町村間の連携	事務に係る専門機等の人材育成・確保	介護に係る専門機等の人材育成・確保	地域住民への周知啓発	他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討	他市町村の取り組み状況等の収集	アドバイザーや有識者等の活用	ICTの活用	事務・介護制度の複雑さ	その他	無回答
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
Q6A 過疎地域該当	該当	975	19.2	13.1	14.8	14.2	12.4	13.8	31.5	11.0	5.6	7.3	5.3	1.8	22.8	7.5	3.8	1.4	7.7	1.5
	非該当	766	17.9	11.5	7.6	9.3	6.9	9.0	24.2	8.5	3.5	5.5	4.2	1.3	21.7	6.1	3.7	1.0	12.4	4.0
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
Q6B 過疎地域該当	該当	975	19.2	13.1	14.8	14.2	12.4	13.8	31.5	11.0	5.6	7.3	5.3	1.8	22.8	7.5	3.8	1.4	7.7	1.5
	過疎地域に該当	633	20.7	13.7	15.0	14.1	13.7	14.5	32.1	11.8	5.7	7.3	4.7	2.1	24.8	7.1	4.3	0.9	6.8	1.3
	中山間地域等に該当	612	20.6	14.5	13.7	13.2	13.6	14.7	33.2	12.1	6.7	7.7	5.1	2.3	23.5	7.5	4.2	1.5	7.8	1.5
	小規模自治体に該当	457	19.3	15.8	17.7	16.4	15.5	17.1	34.6	12.9	6.6	7.2	5.9	1.5	22.3	7.9	4.2	2.0	7.0	1.8
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	21.5	18.7	16.9	15.1	21.9	18.7	39.3	16.9	8.7	7.3	5.0	2.7	26.0	7.8	4.1	1.8	6.4	1.4
	過疎のみ	155	14.8	9.0	13.5	12.9	10.3	9.0	25.2	8.4	3.9	7.7	3.9	1.9	24.5	5.8	1.3	0.6	7.7	1.3
	中山間のみ	166	18.7	10.2	10.8	10.2	9.6	10.2	30.1	8.4	5.4	7.8	3.6	2.4	19.3	7.2	2.4	1.8	10.8	1.2
	小規模のみ	146	15.1	12.3	17.8	18.5	11.6	13.7	32.2	11.0	4.8	4.8	10.3	0.7	19.2	9.6	3.4	2.7	7.5	2.7
	過疎と中山間	197	22.8	12.7	12.2	13.2	9.1	13.2	30.5	10.7	5.1	6.6	6.6	2.0	25.4	8.1	6.1	0.5	6.6	1.5
	過疎と小規模	62	25.8	11.3	21.0	16.1	8.1	17.7	29.0	6.5	1.6	8.1	0.0	0.0	19.4	4.8	6.5	0.0	6.5	0.0
	中山間と小規模	30	10.0	20.0	16.7	16.7	3.3	20.0	23.3	6.7	10.0	16.7	3.3	0.0	16.7	6.7	3.3	3.3	10.0	3.3
	いずれにも該当しない（非該当）	766	17.9	11.5	7.6	9.3	6.9	9.0	24.2	8.5	3.5	5.5	4.2	1.3	21.7	6.1	3.7	1.0	12.4	4.0

3. アンケート調査　①市町村調査

国・都道府県から受けている支援と期待する内容に、差がみられる。

問８-2-1　国・都道府県から受けている支援の内容（再掲）

単位：%

		回答数	現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	体制の構築及び確立	ルール等の設定	ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	多機種間の連携やネットワーク構築の推進	事務組合又はこれに準ずる地域の関係団体等との連携	都道府県と市町村間の連携	市町村間の連携	事務に係る専門機等の人材育成・確保	介護に係る専門機等の人材育成・確保	地域住民への周知啓発	他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討	他市町村の取り組み状況等の収集	アドバイザーや有識者等の活用	ICTの活用	事務・介護制度の複雑さ	その他	無回答
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
Q6A 過疎地域該当	該当	975	19.2	13.1	14.8	14.2	12.4	13.8	31.5	11.0	5.6	7.3	5.3	1.8	22.8	7.5	3.8	1.4	7.7	1.5
	非該当	766	17.9	11.5	7.6	9.3	6.9	9.0	24.2	8.5	3.5	5.5	4.2	1.3	21.7	6.1	3.7	1.0	12.4	4.0
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
Q6B 過疎地域該当	該当	975	19.2	13.1	14.8	14.2	12.4	13.8	31.5	11.0	5.6	7.3	5.3	1.8	22.8	7.5	3.8	1.4	7.7	1.5
	過疎地域に該当	633	20.7	13.7	15.0	14.1	13.7	14.5	32.1	11.8	5.7	7.3	4.7	2.1	24.8	7.1	4.3	0.9	6.8	1.3
	中山間地域等に該当	612	20.6	14.5	13.7	13.2	13.6	14.7	33.2	12.1	6.7	7.7	5.1	2.3	23.5	7.5	4.2	1.5	7.8	1.5
	小規模自治体に該当	457	19.3	15.8	17.7	16.4	15.5	17.1	34.6	12.9	6.6	7.2	5.9	1.5	22.3	7.9	4.2	2.0	7.0	1.8
全体		1741	18.6	12.4	11.6	12.0	10.0	11.7	28.3	9.9	4.7	6.5	4.8	1.6	22.3	6.9	3.7	1.3	9.8	2.6
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	21.5	18.7	16.9	15.1	21.9	18.7	39.3	16.9	8.7	7.3	5.0	2.7	26.0	7.8	4.1	1.8	6.4	1.4
	過疎のみ	155	14.8	9.0	13.5	12.9	10.3	9.0	25.2	8.4	3.9	7.7	3.9	1.9	24.5	5.8	1.3	0.6	7.7	1.3
	中山間のみ	166	18.7	10.2	10.8	10.2	9.6	10.2	30.1	8.4	5.4	7.8	3.6	2.4	19.3	7.2	2.4	1.8	10.8	1.2
	小規模のみ	146	15.1	12.3	17.8	18.5	11.6	13.7	32.2	11.0	4.8	4.8	10.3	0.7	19.2	9.6	3.4	2.7	7.5	2.7
	過疎と中山間	197	22.8	12.7	12.2	13.2	9.1	13.2	30.5	10.7	5.1	6.6	6.6	2.0	25.4	8.1	6.1	0.5	6.6	1.5
	過疎と小規模	62	25.8	11.3	21.0	16.1	8.1	17.7	29.0	6.5	1.6	8.1	0.0	0.0	19.4	4.8	6.5	0.0	6.5	0.0
	中山間と小規模	30	10.0	20.0	16.7	16.7	3.3	20.0	23.3	6.7	10.0	16.7	3.3	0.0	16.7	6.7	3.3	3.3	10.0	3.3
	いずれにも該当しない（非該当）	766	17.9	11.5	7.6	9.3	6.9	9.0	24.2	8.5	3.5	5.5	4.2	1.3	21.7	6.1	3.7	1.0	12.4	4.0

問8-2-2　国・都道府県に期待する支援（上位３つまで）

		回答数	現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	体制の構築及び確立	ルール等の設定	ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	多機種間の連携やネットワーク構築の推進	医療合併はじめとする地域の関係団体等との連携	都道府県と市町村間の連携	市町村間の連携	事務に係る専門機等の人材育成・確保	介護に係る専門機等の人材育成・確保	地域住民への周知啓発	他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討	他市町村の取り組み状況等の収集	アドバイザーや有識者等の活用	ICTの活用	事務・介護制度の複雑さ	その他	無回答
全体		1741	25.5	20.4	10.6	14.6	13.8	23.8	15.8	6.2	27.1	31.9	4.6	6.8	11.4	8.1	11.5	4.8	2.6	0.8
Q6A 過疎地域該当	該当	975	22.5	22.9	9.5	13.8	14.7	22.7	14.8	6.1	32.8	36.4	4.0	4.9	10.9	7.0	10.5	4.1	2.6	0.8
	非該当	766	29.4	24.0	11.9	15.7	11.6	24.2	16.6	6.2	19.7	26.1	5.4	8.0	12.0	9.5	12.8	5.6	2.7	0.8
全体		1741	25.5	20.4	10.6	14.6	13.8	23.8	15.8	6.2	27.1	31.9	4.6	6.8	11.4	8.1	11.5	4.8	2.6	0.8
Q6B 過疎地域該当	該当	975	22.5	22.9	9.5	13.8	14.7	22.7	14.8	6.1	32.8	36.4	4.0	4.9	10.9	7.0	10.5	4.1	2.6	0.8
	過疎地域に該当	633	21.8	22.1	8.4	11.5	14.4	23.1	15.0	6.8	35.7	37.9	4.1	5.4	11.1	7.7	10.7	4.8	2.4	0.5
	中山間地域等に該当	612	25.2	22.5	10.1	13.9	15.7	23.0	14.5	5.5	32.2	35.9	4.6	4.9	10.9	6.2	10.6	4.1	2.9	0.7
	小規模自治体に該当	457	17.5	22.8	8.1	14.9	14.9	21.7	15.1	5.7	33.7	33.8	3.5	4.6	9.2	8.8	8.8	4.2	2.4	1.1
全体		1741	25.5	20.4	10.6	14.6	13.8	23.8	15.8	6.2	27.1	31.9	4.6	6.8	11.4	8.1	11.5	4.8	2.6	0.8
過疎地域別	過疎と中山間と小規模の全てに該当	219	20.5	21.0	6.3	11.9	16.4	19.6	17.4	5.5	36.1	39.8	4.6	5.0	8.2	9.6	7.8	4.1	8.2	0.5
	過疎のみ	155	22.6	26.2	9.0	11.6	11.6	20.6	12.9	6.5	34.8	34.8	3.9	5.2	12.9	9.7	10.3	3.9	2.6	0.6
	中山間のみ	166	30.7	24.1	13.3	17.5	17.5	20.5	14.5	4.2	26.5	29.5	4.8	4.8	12.0	8.0	12.0	3.6	3.6	0.6
	小規模のみ	146	17.1	24.7	8.9	15.8	13.7	22.6	13.0	6.8	30.1	39.7	2.7	4.1	7.5	8.2	8.2	4.1	2.1	2.1
	過疎と中山間	197	26.9	22.8	10.2	10.2	14.2	28.4	18.2	8.1	34.5	39.1	4.6	5.6	12.2	5.1	13.2	4.6	2.0	0.5
	過疎と小規模	62	8.1	21.0	6.5	14.5	14.5	24.2	17.7	8.1	40.3	37.1	1.6	6.5	12.9	4.8	14.5	4.8	0.0	0.0
	中山間と小規模	30	16.7	26.8	16.7	33.8	10.0	26.7	8.8	8.8	20.0	26.7	8.8	0.0	16.7	6.7	6.7	8.8	8.8	8.8
	いずれにも該当しない（非該当）	766	29.4	24.0	11.9	15.7	11.6	24.2	16.6	6.2	19.7	26.1	5.4	8.0	12.0	9.5	12.8	5.6	2.7	0.8

3. アンケート調査　②都道府県調査

圏域の市町村について「過疎地域、中山間地域等または小規模自治体」に該当する市町村が11以上含まれている都道府県が40都道府県である。
都道府県で、「過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数」については、36都道府県が「0」と回答している。

問3　過疎地域、中山間地域等、または小規模自治体に該当する市町村数（実数）

問3　過疎地域、中山間地域等、または小規模自治体に該当する市町村数

調査数	0	1～5	6～10	11以上	平均
47	1	4	2	40	23.40

問4　過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数（実数）

問4　過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数

調査数	0	1～5	6～10	11以上	平均
47	36	1	1	9	3.89

問4-1　管内市町村への技術的支援の内容について、管内市町村全体的に実施しているもの（実数）
問4-2　管内市町村全体ではなく、過疎地域、中山間地域、小規模自治体に向けて実施しているもの（実数）

	調査数	在宅医療・介護連携の推進のための取組の発信	在宅医療・介護連携を総合的に進める人材の育成	医療資源の情報提供	二次医療圏単位等の広域的な支援	在宅医療・介護連携の関係者の会議の設置等の支援	都道府県医師会、郡市区等医師会との調整	高齢者施設等と医療機関の連携の実態把握	複数市町村での共同実施の支援	高齢者施設等と医療機関の連携推進に係る取組	その他
管内市町村全体的に実施	46	38	24	21	21	15	15	12	10	8	9
過疎地域、中山間地域、小規模自治体に向けて実施	13	8	5	6	6	5	4	3	4	3	7

15

3. アンケート調査　③コーディネーター調査

コーディネーターの活動圏域において、過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれるコーディネーターは53.1%と半数を超えている。
業務内容と活動圏域に過疎地域、中山間地域等または小規模自治体が含まれる場合、特に取り組んでいる業務内容を見ると、業務内容に特徴的な差は見られない。

問6　活動圏域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれるか否か

問6　貴方の活動圏域には、過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれますか

調査数	含まれる	含まれない	わからない
1517	42.8	53.1	4.2

問7-3　業務内容
問7-4　活動圏域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれる場合、特に取り組んでいる業務内容

	調査数	多職種間の連携やネットワーク構築の推進	在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援	在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	地域住民への普及啓発	自治体職員との連携	医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	地域ケア会議への参加	医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	地域住民への相談支援
業務内容	1516	85.4	82.8	80.7	79.4	78.0	71.6	69.7	63.8	62.9	62.0
活動圏域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれる場合、特に取り組んでいる業務内容	462	61.3	56.7	51.3	59.3	48.5	41.3	38.5	46.8	43.7	46.1

課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営	高齢者施設等と医療機関の連携支援	介護に係る専門職等の人材育成・確保	都道府県内のコーディネーターとの連携	医療に係る専門職等の人材育成・確保	他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携	在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	地域医療構想調整会議への参加	医療計画に係る会議等への参加	在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営	その他
58.6	54.4	34.8	30.3	26.9	26.6	23.8	21.4	18.4	6.6	4.5	2.2	2.3
36.8	27.3	20.8	20.6	14.9	15.8	11.9	11.5	11.3	3.7	3.7	1.3	2.8

16

3.アンケート調査　④まとめ

過疎地域、中山間地域、小規模自治体に該当する地域の特徴及び支援状況については以下の通り。

①市町村調査より

- 過疎、中山間地、小規模自治体では、協議会の設置や４つの場面のあるべき姿の設定割合が低い傾向にあった。なお、「認知症に係る対応」「災害に係る対応」「感染時に係る対応」についてみると、感染症に係る取組については非該当地域よりも過疎、中山間地、小規模自治体で取り組みが進んでいた。（10、11、12）

⇒過疎、中山間地、小規模自治体の中で小規模自治体を含むと回答した市町村では、協議会の設置や４つの場面のあるべき姿の設定割合が低い傾向にあった。

- 過疎、中山間地、小規模自治体と国や都道府県の支援状況を見ると、最も課題解消の優先順位が高い事項と国・都道府県から受けている支援の内容に、差がみられた。（13）
- また、国・都道府県から受けている支援と期待する内容に差がみられた。（14）

⇒市町村において「最も優先順位が高い課題」と「国・都道府県から受けている支援内容」の間に差があり、市町村にとって真に必要な支援が届いていない可能性が示唆された。

②都道府県調査より

- 過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施については、36都道府県で「0」と回答していた。
- 過疎地域、中山間地域、小規模自治体に向けて実施している11都道府県については、「在宅医療・介護連携の推進のための取組の発信」を挙げていた。(15)

③コーディネーター調査より

- コーディネーターの半数弱が、活動圏域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれると回答していた。
- コーディネーターの業務内容と活動圏域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれる場合、特に取り組んでいる業務内容をみても、特徴的な差は見られなかった。(16)

支援者側に過疎、中山間地、小規模自治体に向けた支援の必要性が伝わっていない可能性が示唆された。

17

4. 検討委員会における検討事項②

○過疎地域、中山間地域等及び小規模自治体が抱える問題に対して、都道府県の技術的支援のもと市町村が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に有効的な方策を検討する。

へき地、中山間地域、小規模自治体に求められる取組の共有

視点	求められる取組例等	取組の方向性
連携のあり方	・行政と地域の関係機関・関係団体との協働 ・隣接する市町村との協働（広域連合、二次医療圏、保健所管轄等）	多様な連携
拠点のあり方	・地域に求められる様々な拠点の効率的・効果的な統合 （「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や障害福祉との関係性等多機能拠点化） ・拠点に求められる様々な機能（医療・介護・生活等）	多様な連携拠点 住民の機運醸成 多機能チームの育成
情報共有のあり方	・介護の質を高める生活、暮らしの情報共有や情報活用 ・ICTの活用（ICTで情報共有する際のアクセスコントロールのあり方の検討含む）	情報の共有と活用 ICTの活用
支援する都道府県のあり方	・都道府県の庁内連携による効果的な支援 ・進捗が遅れている小規模自治体等への支援	都道府県による支援
人的資源の活用	・医療・介護連携の役割を果たしている関係機関 ・在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーター ・医療・介護の専門職　等	人的資源の活用

令和8年度在宅医療･介護連携推進支援事業に向けて

プラットフォームへ好事例掲載 <プラットフォーム>
連携支援で好事例を作る <連携支援>
コーディネーターの育成 <研修会議>
より深堀した内容の把握 <実態調査>

18

5. ヒアリング　①ヒアリング対象

- へき地、中山間地域、小規模自治体における有効的な取り組み、実情、課題を把握し、アンケート・ヒアリング結果を分析・評価したうえで、検討委員会に報告し、次年度以降の提言への基礎資料とするため、ヒアリングにおいては、へき地、中山間地域、小規模自治体等特有の課題に対する取組について具体的に把握した。
- 収集事例数　7事例
- 収集方法　検討部会委員推薦及び実態調査（アンケート調査）で収集した取り組みから選定する。
- 収集内容　プラットフォーム事例掲載内容を中心に、具体的に掘り下げる（次頁参照）

第1回検討部会で選定

<選定の視点>
- キーパーソン別にいろんな取組方があることを示すことで、より多くの地域の参考となる事例を示す

<選定事例>

事例1　滋賀県東近江市永源寺地区（中山間地域）
テーマ：10年前在宅死10%から現在50%以上に！地域を変えた取組
キーパーソン・組織:永源寺診療所管理者・医師及び行政
キーワード：多職種連携、ビジョンの共有、看取りの推進
あるべき姿：「地域まるごとケア」による持続可能な地域づくり

事例2：山口県柳井市平郡島（離島）
テーマ：島内に医療・介護のサービスが隣接し連携、急変時に備え本土の病院と連携体制を整備
キーパーソン・組織:平郡診療所管理者・医師、看護師及び行政
キーワード：人材の確保、ICTの活用、病診連携
あるべき姿：「島で暮らし、島で最期を迎える」ことを支える持続可能な医療・介護体制へ

事例3：山形県最上郡真室川町（小規模自治体・中山間地域）
テーマ：訪問看護ステーション空白地帯に、自治体と協定を結びサテライトを開設
キーパーソン・組織:管理者・看護師及び行政
キーワード：広域連携、人材の確保、資金援助
あるべき姿：公的医療・広域連携・住民共創による小規模自治体モデルの確立

第2回検討部会で選定

<選定の視点>
- アンケート回答内容やアンケート結果を踏まえ、連携の在り方を中心に選定

<選定事例>

事例4：福井県福井市（中山間地域等）
テーマ：災害時の医療・介護連携の在り方を検討するため、多職種連携に着手
キーパーソン・組織:地域包括支援センター
キーワード：災害に係る対応、多職種連携、
あるべき姿：各専門職が主体的にどう動くべきか関係者間で地域特性を踏まえた、現実的な備えを考える

事例5：山梨県南巨摩郡南部町（小規模自治体、過疎地域、中山間地域等）
テーマ：近隣の4町と連携し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組む
キーパーソン・組織:5町、峡南在宅医療支援センター　キーワード：広域連携
あるべき姿：住民が「地域で暮らし続け、最後まで安心して過ごせる」町を実現する

事例6：福岡県糟屋郡久山町（小規模自治体）
テーマ：1市7町で目町の医療・介護資源の不足を補いつつ、粕屋区域一体で在宅医療・介護連携に効率的に取り組む
キーパーソン・組織:1市7町、粕屋医師会　　キーワード：広域連携
あるべき姿：医療機関が町内になくても、住民の意思に沿った暮らしと最期を支えられる地域

事例7：北海道河東郡鹿追町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）
テーマ：へき地で事業を展開するにはノウハウが必要。持続可能な運営で地域の在宅療養を支える訪問看護ステーション
キーパーソン・組織:NPO法人かしわのもり・訪問看護ステーションかしわのもり
キーワード：事業所支援、屋根瓦方式
あるべき姿：地域に根ざし、住民が住み続けたいと思える町づくりに貢献すること

19

5. ヒアリング　②ヒアリング項目

- ヒアリングにおいては、へき地、中山間地域、小規模自治体等特有の課題に対する取組について具体的に把握する。

	ヒアリング項目
地域の概要	• 都道府県名、市町村名、人口規模、人口の変化、高齢者人口、高齢者人口の変化、高齢化率、高齢化率の変化
対象地域の状況・特徴	• この地域の特徴
対象地域の課題と取組状況	• 在宅医療・介護の連携においてへき地、中山間地域、小規模自治体ならではの課題と取組状況
取組の内容	• 取組の実施内容（取組場面・着手から現在までのおおまかな内容・目指している姿） • 誰がどのように検討したのか • 開始年度、実施方法、予算、進捗等（ロジックモデルやロードマップがある場合は補足資料として提供いただく）
取組の背景	• どのような現状・課題に基づいた取組か • 住民や、医療・介護関係者のどのようなニーズがあったか（ニーズに変化はあるか） • 活用したデータ
連携体制の概要	• 連携体制整備の取組の背景・きっかけ • 着手から現在までのおおまかな流れ • 拠点の整備状況
推進体制	• 連携体制に参加している関係者 • 取組の中心人物とその役割 • 都道府県や市町による支援状況
取組内容の変化	• 取組内容の変化
取組で苦労した点	• 解決策や工夫した点 • 「キーパーソン（ヒト・組織）」や取組プロセスが「加速・減速したきっかけ」があれば記載する • 担当者として心がけていること、頑張っていること/頑張らないこと
取組の効果	• 現在までの実績（定性・定量両面で） • 目標、指標の設定状況 • 達成目標の年度、評価手法・測定（モニタリング）手法等 • 指標等を設定していない場合は、関係者の意識変容や行動変容など
今後の方針	• 短期、中長期の方針 • 可能であれば、凡そのスケジュール
あるべき姿	• 在宅医療・介護連携のあるべき姿（目指している姿・将来像）、または各場面のあるべき姿等(取組単体の目標ではなく）誰が、いつ、どのように設定したのか • あるべき姿の進捗を確認するための指標

20

5. ヒアリング　③事例

事例1

地域：滋賀県東近江市永源寺地区（過疎地域、中山間地域等）

テーマ：10年前在宅死10%から現在50%以上に！地域を変えた取組
キーパーソン・組織：永源寺診療所管理者・医師及び行政　キーワード：多職種連携、ビジョンの共有、看取りの推進
あるべき姿：「地域まるごとケア」による持続可能な地域づくり

【地域の課題】 永源寺地区は森林面積が9割以上を占める山間農村で、最奥の集落までは片道1時間を要する。永源寺地域には22の集落があり、そのうち7集落は山間部に位置し、7集落の高齢化率は58%を超えている。独居高齢者や未婚高齢者が増加しており、家族依存型では高齢者の介護ニーズに対応できないのが現状である。

【取組】 東近江市永源寺診療所は指定管理者・医師が、地域全体で高齢者を支える「地域まるごとケア」の仕組み作りに取り組んでいる。永源寺診療所では、診察時に全患者に「食べられなくなったらどうするか」「最期はどこで迎えたいか」を必ず尋ね、その意思をカルテに記録している。また、在宅患者については、毎月一回、家族との面談（遠方の場合はオンライン）を義務化することで、家族が安心して地域に任せることができるよう努めている。

【効果】 取組の成果として、永源寺地域では自宅や施設での看取りが増加し、現在は約５割が在宅死で、住民の希望が反映されるようになっている。また、遠隔地家族との定期面談により安心感が高まり、不要な施設入所を避けられるなど、患者の生活の質の改善にもつながっている。

【あるべき姿】 地域に「集まりたい場」を生み出し、コミュニティを基盤とした重層的支援により、認知症や障害を抱えても、住民同士で協力し合い、安心して暮らせる地域づくりを将来像として描いている。



21

5. ヒアリング　③事例

事例2

地域：山口県柳井市平郡島（離島・過疎地域）

テーマ：島内に医療・介護のサービスが隣接し連携、急変時に備え本土の病院と連携体制を整備
キーパーソン・組織：平郡診療所管理者・医師、看護師及び行政　　キーワード：病診連携、人材の確保、ICTの活用、
あるべき姿：「島で暮らし、島で最期を迎える」ことを支える持続可能な医療・介護体制へ

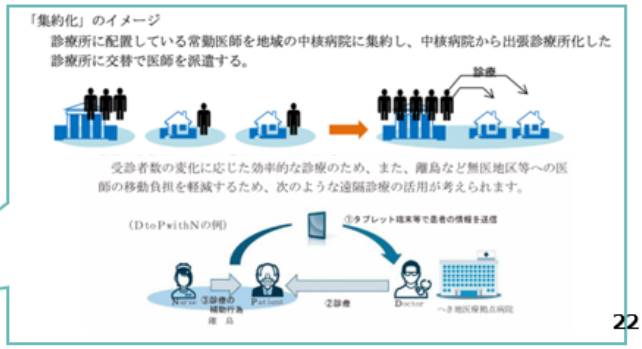
【地域の課題】平郡島では人口減少と医師不足が進む中、平郡診療所は令和3（2021）年度から非常勤体制へと移行。県からの派遣医師は平郡島の管理者と医師不足で困る周防大島町立東和病院の総合診療医との兼務で、両勤務先同士は患者の行き来がなく、入退院調整で困難が生じることが多かった。

【取組】 市の中核病院で、へき地医療拠点病院に在籍する医師が、診療所の管理者となって週2日来島。入院先の病院に、日頃、受診している医師がいることで、診療所と急性期病院との連携がスムーズになり、退院後に島に戻る高齢者が増えている。医療資源の不足は、オンライン診療やオンライン服薬指導などICTを活用し補う。急変時については、急患対応チャートを平郡島西地区で地区社会福祉協議会（社協）が主体となって作成。島民は、急患対応チャートに沿って借り上げ船での搬送の必要性を判断し、搬送を依頼する仕組みができている。介護サービスの事業所としては、平郡デイサービスセンター（地域密着型通所介護）が診療所に隣接しており、医療と介護の拠点となっている。

【効果】 日常の療養支援、急変時の対応、入退院支援の連携が安定してきたことで、在宅酸素を導入して島に戻った患者の事例も見られ、退院後の島への在宅復帰率があがっている。また、柳井市が配布した『人生会議ノート』が、自分の将来を考えるきっかけとなり、「島で最期まで暮らしたい」「島で亡くなりたい」というニーズが顕在化しつつある（今までは島での看取りを諦めており、選択肢がそもそもなかった）。

【あるべき姿】 住民が療養や看取りの選択肢を持ち、「島で暮らし続け、最期を迎える」ことができる体制の実現。そのためには、医師・看護師・介護職・行政・社協などが日常的に情報共有を行い、ICTを活用した遠隔支援を組み合わせることで、医師が島に不在であっても安心できる医療・介護の連携体制を確立することが求められている。





22

5. ヒアリング　③事例

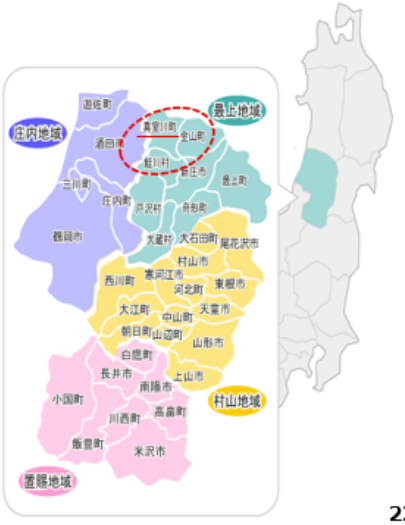
事例3

地域：山形県最上郡真室川町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）

テーマ：訪問看護ステーション空白地帯に、自治体と協定を結びサテライトを開設
キーパーソン・組織：管理者・看護師及び行政　キーワード：広域連携、人材の確保、資金援助
あるべき姿：公的医療・広域連携・住民共創による小規模自治体モデルの確立

【地域の課題】・真室川町は山形県最上地域の北端に位置する中山間地域の町であり、令和7年9月末の人口は6,329人、世帯数は2,499世帯で、1世帯当たりの構成人数は約2.5人である。急速な過疎化により、2045年には人口が約3,000人まで減少すると見込まれている。令和2（2020）年時点で高齢化率は40%を超えており、直近ではさらに上昇。高齢夫婦世帯・単身高齢者世帯が増加しており、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

【取組】 最上地域を管轄している訪問看護ステーションにおいては、再三、開設の話はあるものの、地理的に中山間部が多く、中には片道30分～1時間、場合によっては半日を要する場所も含まれるため採算が合わないこと、また人材の確保が厳しく、必要性を感じつつも、話が前に進まない状態が続いていた。そこで、県が山形県看護協会へ協力を依頼し、山形県看護協会と空白地帯の３町村（真室川町、金山町、鮭川村）で協議を重ね、
①町立真室川病院内に場所を確保し、訪問看護ステーション新庄のサテライトを開設すること、
②町立真室川病院からサテライトに看護師を1名派遣すること、
③3町村と協定を結び、資金援助を行うこと
などにより、山形県看護協会が運営する訪問看護ステーション新庄のサテライトが、平成29（2017）年に真室川町に設置された。



【効果】 開設当初は、町立真室川病院から看護師1名を派遣していたが、令和3（2021）年度からは2名体制に拡充。町立病院にサテライトを設置したことで、主治医や看護師とタイムリーな情報共有が可能になった。それにより、病院における入退院支援も進んだ。さらにサテライトに出向後、病院に戻った看護師が、訪問看護について情報発信をしてくれることで、病院スタッフの在宅への理解が深まり、医療機関と共に在宅を盛り上げようとする意識が高まった。

採算面では、設立当初は赤字補填条項を協定に盛り込んでいたが、開設後1年半で黒字化したため、令和4（2022）年度に補填条項を廃止した。以降は安定運営が続いている。

【あるべき姿】 1つの訪問看護ステーションでできることには限りがある。最上地域の訪問看護ステーションが連携し、将来的には「オール最上のナーシングハウス」として広域的な医療・介護連携体制を構築したいと考えている。

23

5. ヒアリング　⑤事例

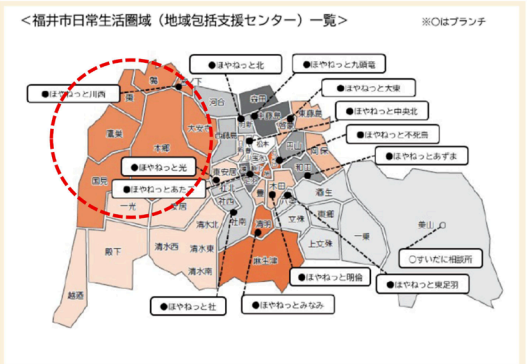
事例4

地域：福井県福井市日常生活圏域（中山間地域等）

テーマ：災害時の医療介護連携の在り方を検討するため、多職種連携に着手
キーパーソン・組織：地域包括支援センター　キーワード：災害に係る対応、多職種連携、
あるべき姿：各専門職が主体的にどう動くべきか関係者間で地域特性を踏まえた、現実的な備えを考える

【地域の課題】令和４年（2022）の大雨の際、川西包括支援センターでは、避難を呼びかけたものの避難しなかった難病で独居の高齢者がいたことをきっかけに、災害時対応について考えるようになった。地域には高齢者、障害者や難病患者など災害時に配慮しなければならない在宅療養者がいるものの、支援者側（サービス関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター等）で災害時にどう行動すべきかルールを定めておらず、また行政においても、部署横断的な連携は未整備で、要支援者リストの共有や役割分担が曖昧なままだった。そこで、令和４（2022）年度から災害時対応の検討に着手したが、令和６（2024）年１月１日能登半島地震の際、避難地域に指定されたが、高齢者や障害者の中には、避難したくても出来なかった人がいたことを後から知り、検討を進めることの必要性を痛感した。

【取組】令和4（2022）年度から始まった話し合いの場は、１年目はケアマネジャーで、２年目はサービス事業所、３年目はケアマネジャーとサービス事業所の合同会議、４年目は訪問看護師も入れ、段階的に協議を拡大している。
協議の場では、災害時の情報共有、安否確認、避難支援の在り方について、職種別に課題や出来そうなことを整理した。おくすり手帳の活用や、担当者会議で災害時対応を話題にすること、施設の駐車場や自動販売機の提供といった提案が行われた。
また、LINEグループを活用して、災害時の情報共有の仕組みを整備した。



【効果】 災害対応の話し合いについて、川西包括支援センターがハブとなり、ケアマネジャー、介護サービス事業所、訪問看護ステーションと、連携を広げているところである。
協議4年目に、訪問看護が加わったことで、医療依存度の高い利用者視点が加わった。
災害時対応を話し合うことから始め、実際にどう動くか、ツールの整備へと進めている。今後は机上訓練等を通じて、実際に災害時に対応が可能か検証しながら、新たな課題を洗い出し、対策を検討することとしている。
現時点では、災害時の運用はまだ行われていないが、協議の場があることで、平時での連携効果が表れている。例えば、おくすり手帳を介した情報共有により、薬局からケアマネに対し、高齢者の認知症への気づきが何件か行われたことがある。災害時に誰が何を担うかを考えるきっかけとなり、支援者間の意識が向上し、横のつながりが強化された。

【あるべき姿】 川西包括支援センターが全てを担うのではなく、各専門職が主体的にどう動くべきか関係者間で地域特性を踏まえた検討を積み重ね、医療・介護で顔の見える関係を築きながら机上訓練などを行って、現実的な備えを考える。それにより災害時には自然に連携できる体制を取れることが理想である。

24

5. ヒアリング　③事例

事例5

地域：山梨県南巨摩郡南部町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）

テーマ：近隣の4町と連携し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組む
キーパーソン・組織：5町、峡南在宅医療支援センター（5町の在宅医療・介護連携のハブ機能）　キーワード：広域連携
あるべき姿：住民が「地域で暮らし続け、最後まで安心して過ごせる」町を実現すること

【地域の課題】町単独では医療・介護資源が十分ではなく、周辺自治体との連携が不可欠である。峡南地域では、現在、医療再編が進行中であり、広域的な医療・介護連携の仕組みが必要とされている。峡南地域で入院できる医療機関は限られており、身延町の身延町早川町組合立 飯富病院と公益財団法人 身延山病院、富士川町の峡南医療センター企業団 富士川病院に集中している。市川三郷町の病院は医療再編により富士川病院と統合され、外来のみの峡南医療センター企業団 市川三郷診療所となった。南部町は、南部町国民健康保険南部町医療センターはあるものの、外来のみのため、入院する場合は、地域や静岡側の市立病院に行かざるを得ない。

【取組】 5町共同で峡南在宅医療支援センター（以下、「センター」という。）に事業を委託し、在宅医療・介護連携を推進している。各町の負担する費用は、均等割と人口割を組み合わせているが、人口割が大半を占める。センターに社会福祉士2名を配置し、会議運営、研修企画、相談窓口、ICT運用などを担って
南部町単体、身延町と早川町、富士川町と市川三郷町の3つの地区に分かれ「顔の見える連携会議」を開催しているが、いずれもセンターが事務局機能を担っている。会議体はオープンに運用しており、他地区の参加や横展開が行われている。相談窓口機能もセンターが担い、地域包括支援センターやケアマネジャーからの相談実績もある。
地域課題については保健所が実務者会議に入り、広域視点で整理を進めている。
県との関係は「県から直接」よりも、保健所を通じた支援が中心となっている。



https://www.pref.yamanashi.jp/iju/local-map/index.html

【効果】 効果としては、連携会議での成功事例発表などにより、表面的な「顔の見える」段階から、「相互理解が深まる連携」に進み、連携後の電話や相談の質が変化した。
退院支援は、病院側がケアマネジャーの有無を確認し、担当ケアマネジャーへ情報を渡すルートが整備され、従来よりスムーズになった。
ICTでは、患部写真や状態を即時共有できるため、電話説明の負担が軽減し、電話がつながらない場合でも記録が残り、共有できる点も有効である。バイタルリンク活用により、地域包括支援センターやケアマネジャーがリアルタイムで状況を把握でき、看取り対応の質の向上につながっている。また、事務局機能をセンターが担うことで、地域包括支援センターの負担も減っている。

【あるべき姿】 住民同士の支え合いや住民レベルの取り組みが出来たら良い。南部町は、入院施設がない地域だが、住民が「できるだけ自宅・地域で最後を迎えたい」というニーズを実現できるよう、施策の方向を定めていく。ニーズ調査では、地域包括支援センターの認知度が50%にとどまっているため、まずは住民に「相談窓口」の認知度を上げることを目標にしたい。

25

5. ヒアリング　⑤事例

事例6

地域：福岡県糟屋郡久山町（小規模自治体）

テーマ：1市7町で自町の医療・介護資源の不足を補いつつ、粕屋管内一体で在宅医療介護連携推進事業に効率的に取り組む
キーパーソン・組織：1市7町、医師会（在宅医療介護連携推進事業の委託先）　キーワード：広域連携
あるべき姿：限られた医療・介護資源であっても、近隣市町と連携し、本人の意思に沿った暮らしと最期を支えられる地域

【地域の課題】粕屋管内は、1市7町のうち6町（宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町）で構成され、日頃から情報共有を図っており、在宅医療介護連携推進事業においても連携しやすい土壌があった。課題としては、構成各市町の課題が異なるため、委託する事業の内容を統一するのに苦慮する。
一方、久山町の課題は、入退院支援と看取りである。入退院支援については、入退院時の連携が上手くいかないケースにより適切な支援につながらないことがある。看取りについては、自宅での死亡看取りの割合は、年々減少し2023年9.5%（全国平均17.0%）、老人ホーム等での看取りは2023年3.8%（全国平均11.5%）と低い水準となっている。
町内には内科が3カ所と整形外科が1カ所あるが、入院機能のある病院はないため、入院が必要な場合は、近隣市町の医療機関を利用したり、在宅看取りを希望する場合は、在宅看取りの経験が豊富な町外の医療機関に変更するケースがある。

【取組】 令和元年度より粕屋管内の市町が共同で医師会に委託し、研修・ツール整備を中心に連携基盤を構築した。在宅医療・介護連携推進事業の具体的な8つの取組項目のうち、（オ）の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」以外を委託している。委託料は均等割4割、人口割3割、高齢者人口割3割で分担している。
具体的な内容は、「住民向け講座」、「多職種向けスキルアップセミナー」、「現地集合型の地域交流学習会」の３つの講座の開催、入退院時の情報共有ツールとして「多職種連携シート」の作成・配布、医療・介護資源をインターネットで検索できる「さがすくん」の整備、医師会はじめ管内で活動する医療介護の専門職、保健所、市町が出席する「多職種連携会議」を年４回開催などを行っている。



https://ijuu-teijuu.pref.fukuoka.lg.jp/municipalities/local.html

【効果】 当初、多職種連携会議では講座の実施に向けた協議が大半を占めていたが、令和６年度から講座の進捗については事前調整とし、会議ではACPや入退院支援など広域連携地域共通の課題について共有する場になりつつある。医師会に委託することで、多職種向けの講座に医師はじめ多くの専門職が参加し、管内の医療機関と連携が取りやすくなった。広域連携により、町内に不足する医療・介護資源を近隣市町で補えている。

【あるべき姿】 目指すべき姿を粕屋管内共通で「医療や介護を切れ目なく提供していく」とし、各市町で4場面ごとの目標を設定している。久山町では、小規模自治体ならではの顔の見える関係を活かし、医療・介護・行政の日常的な連携を維持・強化し、限られた医療・介護資源であっても、近隣市町と連携し、本人の意思に沿った暮らしと最期を支えられる地域づくりを目指す。

26

5. ヒアリング　⑤事例

事例7

地域：北海道河東郡鹿追町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）

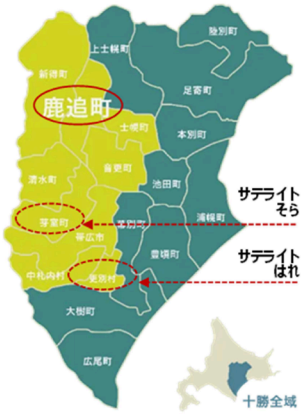
テーマ：へき地で事業を展開するにはノウハウが必要。持続可能な運営で地域の在宅療養を支える訪問看護ステーション
キーパーソン・組織：NPO法人かしわのもり・訪問看護ステーションかしわのもり　　キーワード：事業所支援、屋根瓦方式
あるべき姿：地域に根ざし、住民が住み続けたいと思える町づくりに貢献すること

【地域の課題】 十勝管内は、北海道で最も広い総合振興局で、1市16町2村で構成されている。鹿追町は十勝平野の北西部に位置し、令和5年の人口は5,085人、高齢化率は31.5%である。NPO法人かしわのもりは、2002年に北海道鹿追町に設立。翌2003年に訪問看護ステーションかしわのもりを開設した。その後、鹿追町以外に芽室町と更別村にサテライトを開設し、看護師6-7名で、十勝の左半分という広域を対象にサービスを提供している。
へき地・中山間を含む地域のため、訪問看護・在宅医療が成立しにくいエリアがある（移動距離、担い手不足によるサービス空白地帯）。鹿追町を起点に、当初、訪問エリアは周辺3町中心だったが、訪問看護事業所がないへき地で展開することを重視し、更別村・芽室町までサービスエリアが広がっている。渋滞はないが、移動距離は長く、冬季は積雪により移動が制約される。広域へのサービス提供は、スタッフの負担が大きく、また事業所の経営悪化につながりやすい。そのため、利用者一人ひとりに時間をかけた、質重視（30分～60分）の訪問看護を意識している。

【取組】 介護保険開始前後の時期に、地域に訪問看護がなく、仲間と共にNPO法人を立ち上げた。統括責任者は保健師・訪問看護師としての実体験から「一人ひとりと向き合う看護」の必要性を実感し、質の高いケアの提供を目指す。かしわのもり開設10年目に、「地域の外へ、積極的に出てもよいのでは」との助言を受け、へき地モデルを他の未整備地域に展開することを念頭に、サテライトを開設したが、「大規模化しない」「迅速に動けるNPOの強みを活かす」「連携しないと成り立たない」という基本理念の下、地域内で囲い込むのではなく、地域全体の持続可能性を重視している。
当事業所はへき地で訪問看護を22年間継続しており、サテライトの開設や新規参入事業所への伴走支援、ICTを活用した多職種連携などで地域の空白を埋めながら、新規参入事業者の経営的自立を促している。具体的には、訪問看護の空白地帯に新たな訪問看護事業所が立ち上がる際のゼロイチ期に、当該事業所が新規立ち上げ事業所に伴走支援を行って、自走を促しつつ、ノウハウの共有・相談対応を行い、経営が安定するタイミング（1～2年程度）で、徐々に支援を弱めながら、最終的にその地域から撤退している。

【効果】 訪問看護の空白地帯に訪問看護を届けることで、へき地での在宅支援が成立する。利用者・家族の満足度が上がるサービスを提供することで、生活重視のケアが地域に浸透しつつある。多職種連携活動は、関係者が「楽しく続ける」ことで徐々に浸透している。最近では、協議体に呼ばれるなど発言する機会が増えた。

【あるべき姿】 十勝に住んでいる方、十勝が好きな方が、住み続けられる地域、誰もが安心して暮らし続けられる地域にしていきたい。そのために、かしわのもりは、「専門性より関係性」「治療より生活」「薬より活動」を実践し、生活の質が上がる在宅ケアを地域に提供し続ける。



※黄緑色の地域がサービス提供エリア

27

5. ヒアリング　④検討部会における検討事項

○　へき地・中山間地域・小規模自治体における在宅医療・介護連携推進の在り方について、実態調査や事例報告を踏まえ、人材不足、ICT活用、広域連携、多機能拠点の位置づけ、都道府県の支援の在り方等を中心に議論を行った。

● 次年度以降、へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討に求められること

人材不足への対応
- 県としてICT導入や処遇改善、外国人材確保などを進めているが、なかなか成果が上がらない
- 過疎地域等では専門職確保が難しく、サテライト拠点の維持も困難な例がある。地域人材を柔軟な働き方で活用する仕組みづくりが必要
- 在宅医の高齢化・離職が深刻で、過疎市域等での常勤医確保はほぼ不可能になりつつある。巡回診療や非常勤医と地域の看護師との連携が重要
- 医療資源が不足している過疎地域等で働く流れを作ることが必要
- 専門職が集まり、意見交換やノウハウ共有ができる「場」があることが重要

ICTの活用
- ICTの活用には投資が必要になるため、自治体主導で基盤整備する
- 医療圏単位のICTネットワークでは連携体制は十分でなく、より広域で活用できるよう再構築が必要になる
- 県主導で県全域の医療機関や介護施設等をICTで結ぶネットワークは情報共有において効果を上げている

広域連携
- 医療資源等は一自治体で完結せず、隣接自治体との共有や広域的視点が不可欠

拠点づくり
- 自治体ごとに実情が異なるため進め方は多様であってよいが、多機能化・機能集約は一つの方向性としてある
- 多機能拠点は、目的でもなく、また一律に求めるべきものではない。課題への対応の結果として、発生する場合があるということ

都道府県の役割
- 財政支援や勉強会開催など県が主体的に支援することが重要
- 情報提供だけでは市町村は動けない。人材育成・確保、連携拠点づくり、職能団体との連携が都道府県の主要な役割である

● 令和8年度に向けて

事例の提供方法について
- 好事例は客観的指標（高齢化率等）とともに、どのプレイヤーがどう動いたかを明示することが重要
- 困りごとから見せる構成が分かりやすい
- 広域連合や都道府県視点の事例も今後収集すべき
- 市町村視点でのプロセスの見せ方も重要

28

第Ⅳ章　在宅医療介護連携推進事業にかかる実態調査

1. 実態調査　実施概要

- 都道府県・市町村調査では、「在宅医療の体制構築に係わる指針」で示された在宅医療の4場面別の目標並びに「在宅医療に係わる機関に求められる事項」の取組について現状と課題を把握
- コーディネーター調査では、取り組むべき内容にどの程度関与しているか等の実態、関与するうえでの課題を把握
- へき地、中山間地域、小規模自治体における有効的な取り組み、実情、課題を把握
- 先行的な事例を把握しプラットフォームに掲載
- 調査結果を分析・評価したうえで、検討委員会に報告し、次年度以降の提言への基礎資料とする

■アンケート調査概要

	内容
実施期間	令和７年８月26日　～　令和７年９月30日 （最終回収10月31日）
調査対象	・都道府県（悉皆）　47 ・市区町村（悉皆）　1741 ・コーディネーター（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
調査方法	・メールによる調査票（エクセル）の配布・回収を想定
主な調査項目	・庁内、庁外連携体制の整備状況 ・在宅医療４場面別の目標（計画への記載状況） ・在宅医療４場面別の取組状況 ・コーディネーターの有無 ・拠点の設置状況 等

■事例収集

	内容
実施期間	令和７年８月26日　～　令和７年10月31日 （最終回収12月19日）
回収状況	46都府県　174事例

29

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 都道府県担当者を対象に、大項目Ⅰ～Ⅵについて調査を実施した（回収率100%）。
- 在宅医療・介護連携の推進に係る都道府県の体制や、市町村への技術的支援の状況等を調査し、経年的に取組状況がわかるように分析した。

■都道府県アンケート設問概要

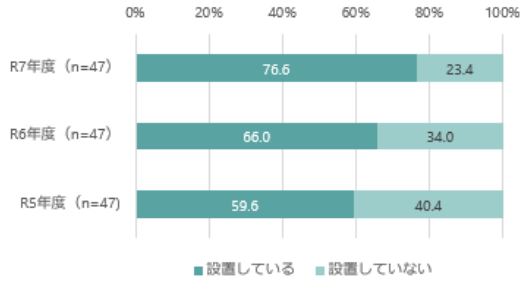
	大項目	設問内容
Ⅰ	基本情報	・都道府県名
Ⅱ	都道府県の体制	・在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（以下、「協議会」という）の設置状況
Ⅲ	市町村への支援状況、市町村の取組状況について	・過疎地域、小規模自治体、中山間地域等の取組状況
Ⅳ	コーディネーターについて	・在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター（以下、「コーディネーター」という）の設置状況等
Ⅴ	「在宅医療の圏域」・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について	・「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療の圏域」 ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」数や取組内容 ・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数、評価実施状況
Ⅵ	在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム等について	・活用状況、活用の内容

30

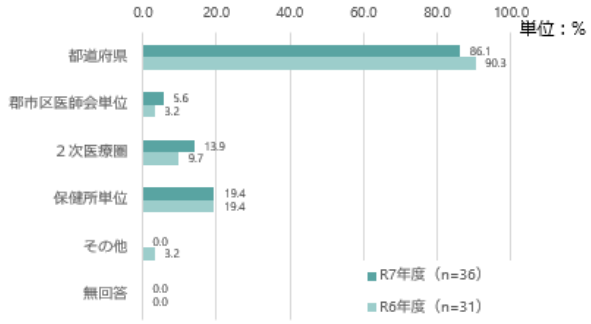
2. 実態調査　都道府県調査結果

- 協議会の設置都道府県は増加傾向であった。
- 協議会が実施されている圏域は都道府県が最も高かった。

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（抜粋）

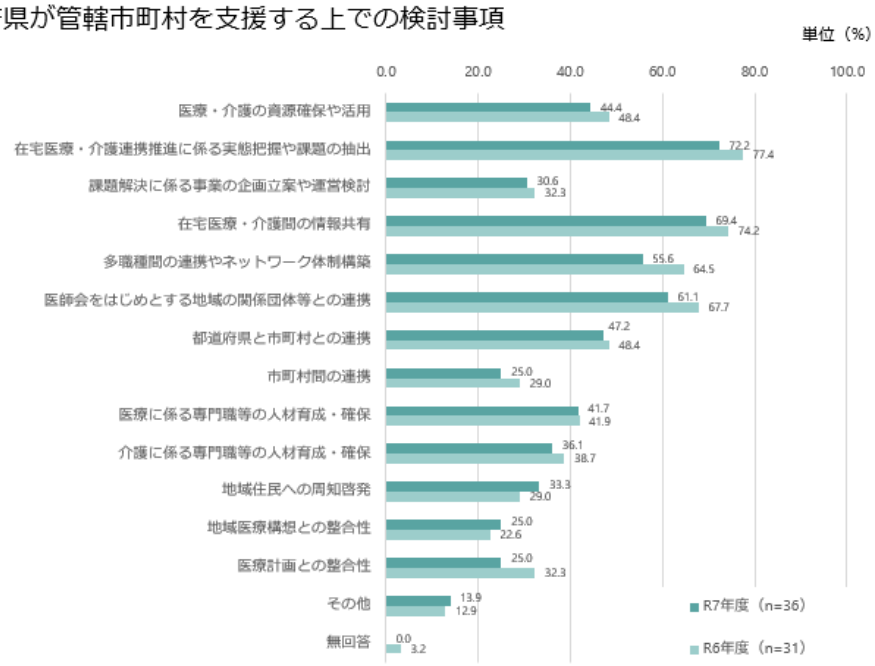
- 介護保険事業支援計画にかかる協議会において、在宅医療・介護連携の推進についても検討することとしているため。
- 県単位での協議会の必要性を感じていない。
- 地域の実情に応じて自主的に取り組まれるものと認識。
- 各２次医療圏単位で協議会が設置されているため。
- 在宅医療推進協議会内において、在宅医療の推進に必要な事項の一つとして、県全域の在宅医療・介護連携の推進について、医療・介護・福祉の関係者から、御意見をいただいている。

31

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 市町村を支援する上での検討事項では、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が72.2%と最も高く、次いで「在宅医療・介護連携の情報共有」が69.4%であり、昨年度と傾向に大きな差はみられない。

問1-7-1.都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項

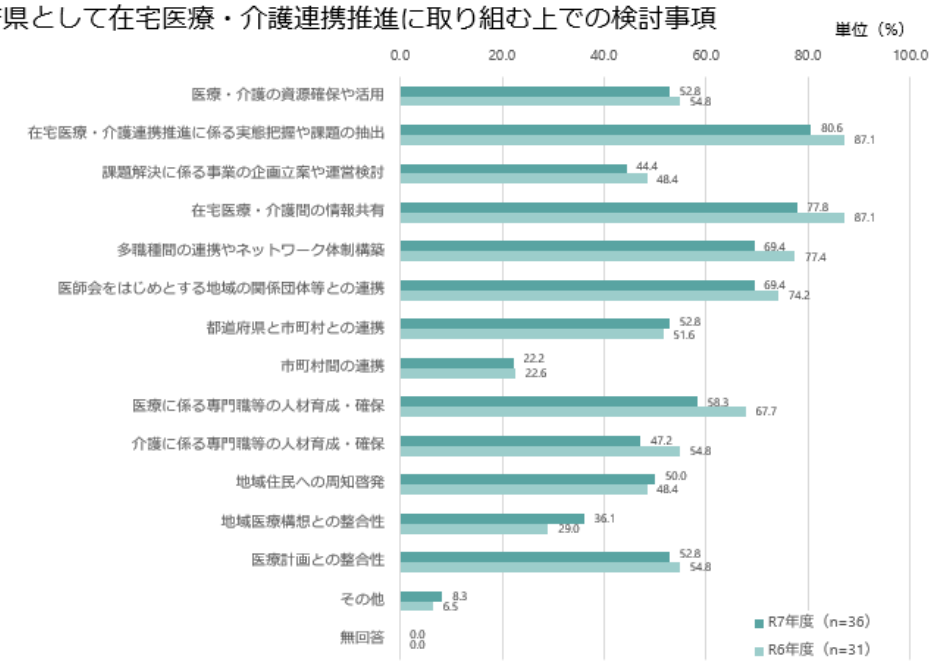


32

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 都道府県として取り組む上での検討事項では、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が80.6%と最も高く、次いで「在宅医療・介護連携の情報共有」が77.8%であり、昨年度と傾向に大きな差はみられない。

問1-7-2.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

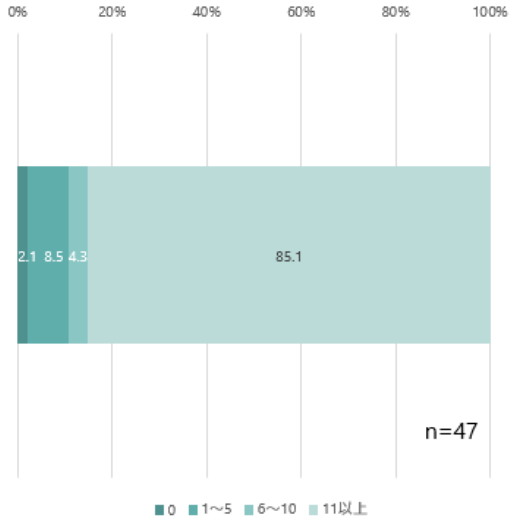


33

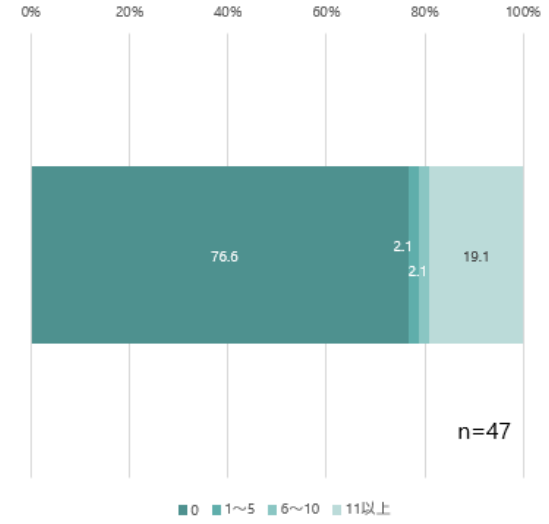
2. 実態調査　都道府県調査結果

- 都道府県の多くは過疎地域、中山間地域等、または小規模自治体に該当する市町村が所在していた。
- 過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数は、「０」が76.6%であった。

問3　過疎地域、中山間地域等、または小規模自治体に該当する市町村数



問4　過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数

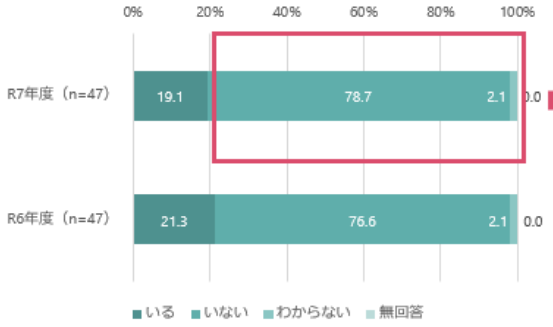


34

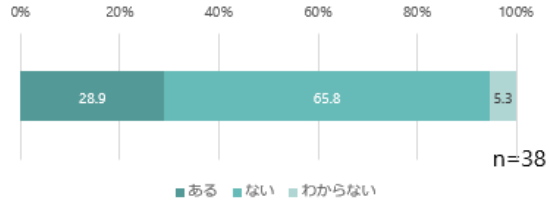
2. 実態調査　都道府県調査結果

- コーディネーターの設置都道府県は約２割であった。
- コーディネーターがいない場合、コーディネーター機能を担う組織がある都道府県は28.9%であった。

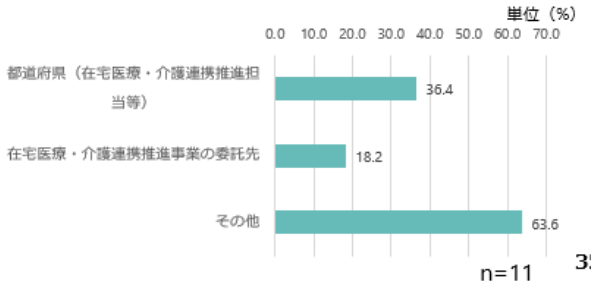
問５　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）はいますか。



問5-1　<コーディネーターがいない場合>都道府県単位でコーディネート機能を担う組織はありますか。



問5-1-1　コーディネート機能を担う組織を選択してください。（複数回答）

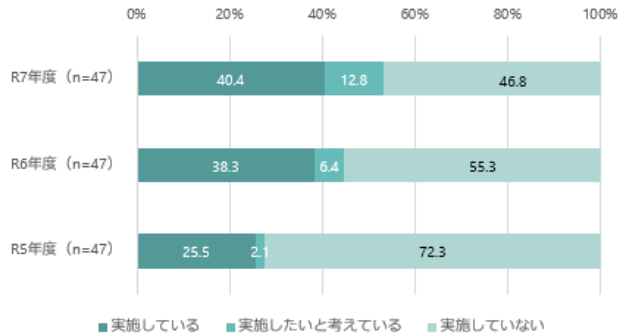


35

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 管内市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援は「実施している」が増加傾向であった。

問8　貴都道府県では管轄市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援を行っていますか。

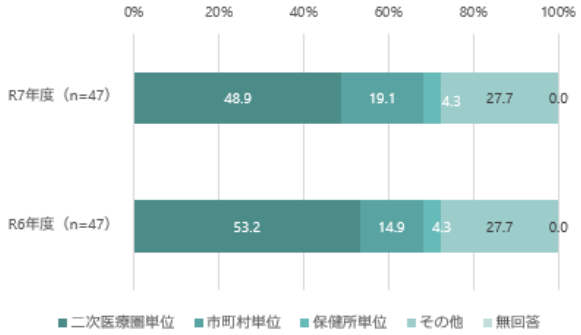


36

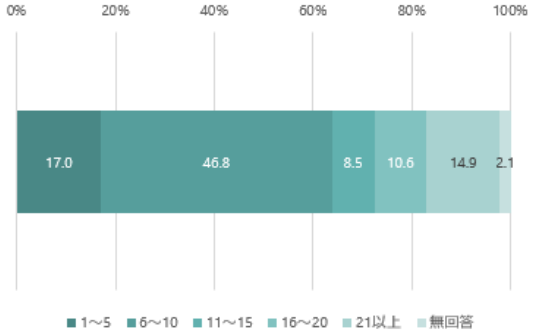
2. 実態調査　都道府県調査結果

- 在宅医療の圏域の設定単位は、二次医療圏単位が48.9%であった。
- 在宅医療の圏域は、「６~10」が46.8%であった。

問9　貴都道府県における「在宅医療の圏域」の設定単位を教えてください。



問10　貴都道府県における「在宅医療の圏域」数を教えてください。



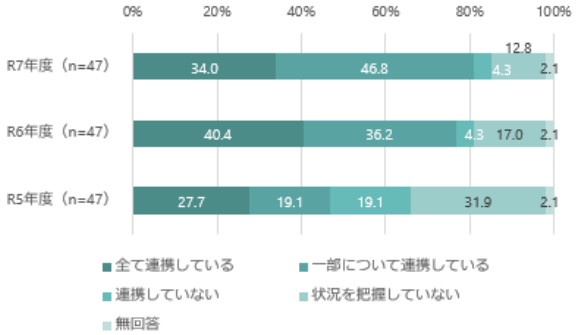
n=47

37

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について、「状況を把握していない」が減少傾向であった。

問11　貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について教えてください。



問11－1　「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。

- 今期の医療計画において、在宅医療・介護連携推進事業の主体である市町村に拠点機能を位置づけるとしており、今後、機能付与に向けた市町村との調整を行う予定。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が未設定であるため。
- 一部の拠点と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の連携状況は把握しているが、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置づけている機関・数が多く、すべての連携状況を把握することが困難である。
- 連携状況を県として把握する機会を持ってこなかった。（「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」ともに、医師会に設置・委託している市町が殆どであり、一体的に運営されていることも多いと思われる）
- 拠点として居宅介護支援事業所、介護保険施設、地域包括支援センター、在宅医療・介護支援センター、相談支援事業所、市町村、保健所を設定しているため。
- 市町村向け設問であり回答できない。

38

2. 実態調査　都道府県調査結果

- 在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4は85.1%の都道府県に活用されていた。

問12　令和6年度に作成されたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。

単位（%）

	調査数	活用している	活用していない
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	47	40.4	59.6
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	47	85.1	14.9
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	47	57.4	42.6
④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	47	44.7	55.3
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	47	17.0	83.0
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	47	10.6	89.4
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	47	53.2	46.8

問12-1　問12で「１．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

単位（%）

	調査数	研修等の教材として活用している	業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している	意思決定や判断の根拠として活用している	広報や周知資料として活用している	新たな施策立案や見直しに活用している	その他
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	19	10.5	15.8	21.1	31.6	47.4	0.0
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	40	32.5	32.5	50.0	30.0	67.5	15.0
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	27	25.9	33.3	51.9	29.6	59.3	7.4
④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	21	28.6	9.5	47.6	28.6	38.1	9.5
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	8	12.5	0.0	25.0	50.0	25.0	0.0
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	5	20.0	20.0	40.0	20.0	20.0	0.0
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	25	12.0	24.0	36.0	24.0	44.0	4.0

39

3. 実態調査　市町村調査結果

- 市町村担当者を対象に、大項目Ⅰ～Ⅵについて調査を実施した（回収率100.0%）。
- 在宅医療・介護連携の推進に係る市町村の体制等を調査し、経年的に取組状況がわかるように分析した。

■市町村アンケート設問概要

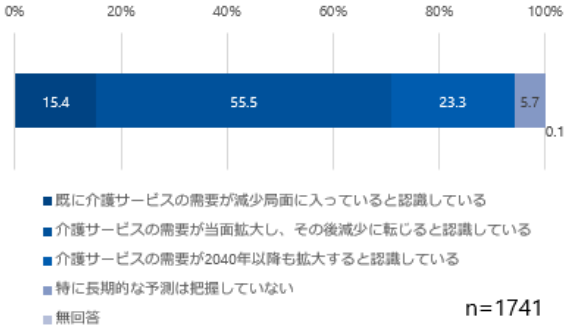
	大項目	設問内容
Ⅰ	基本情報	・市町村名・2040年に向けたの変化
Ⅱ	市町村の体制	・協議会の設置状況 ・現場レベルの協議の場の状況
Ⅲ	市町村の取組について	・4場面、感染症、災害時の取組状況 ・過疎地域、小規模自治体、中山間地域等の状況 ・ツールの活用状況
Ⅳ	コーディネーターについて	・コーディネーターの設置状況等
Ⅴ	「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について	・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携状況
Ⅵ	手引やガイドラインについて	・活用状況、活用の内容

40

3. 実態調査　市町村調査結果

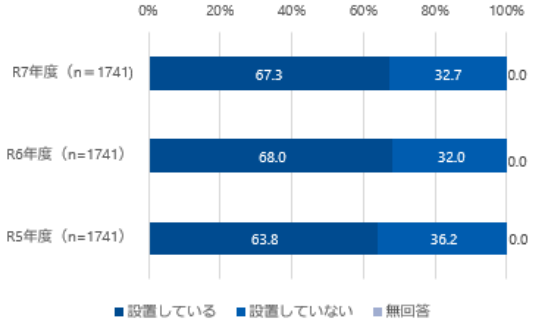
- 2040年に向けてサービス需要が減少傾向にある市町村は15.4%であった。
- 協議会の設置状況は令和6年度と大きな差はなかった。
- サービス需要の減少傾向にある市町村では、協議会を設置している割合が55.6%であった。

貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にむけてどのように変化すると認識していますか



n=1741

問1　貴市町村では、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。



単位：%

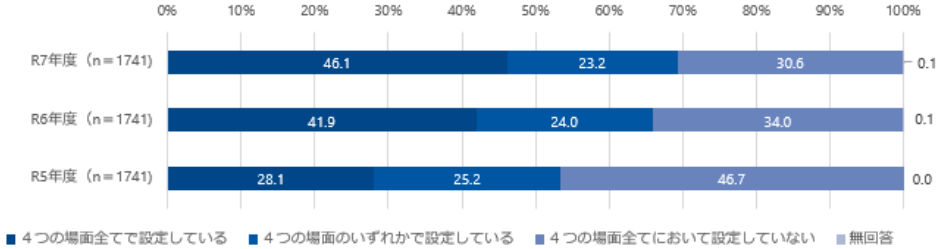
		調査数	設置している	設置していない
全体		1741	67.3	32.7
F2　貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にむけてどのように変化すると認識していますか	既に介護サービスの需要が減少局面に入っていると認識している	268	55.6	44.4
	介護サービスの需要が当面拡大し、その後減少に転じると認識している	967	67.0	33.0
	介護サービスの需要が2040年以降も拡大すると認識している	405	76.0	24.0
	特に長期的な予測は把握していない	100	66.0	34.0
Q6A　過疎地域該当	該当	975	57.4	42.6
	非該当	766	79.9	20.1

41

3. 実態調査　市町村調査結果

- あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の設定状況について、「４つの場面全てで設定している」が増加傾向となっていた。
- 2040年に向けての変化別では、「サービスの需要が減少に入っている」、「長期的な予測は把握していない」は「４つの場面全てで設定している」がそれぞれ、35.1%、35.0%であった。
- 協議の場の有無別では、「なし」は「４つの場面全てにおいて設定していない」が48.2%であった。

問4　「４つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定していますか。



単位：%

		調査数	4つの場面全てで設定している	4つの場面のいずれかで設定している	4つの場面全てにおいて設定していない	無回答
全体		1741	46.1	23.2	30.6	0.1
F2　貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にむけてどのように変化すると認識していますか	既に介護サービスの需要が減少局面に入っていると認識している	268	35.1	27.2	37.7	0.0
	介護サービスの需要が当面拡大し、その後減少に転じると認識している	967	47.3	23.1	29.6	0.1
	介護サービスの需要が2040年以降も拡大すると認識している	405	53.3	21.0	25.4	0.2
	特に長期的な予測は把握していない	100	35.0	23.0	42.0	0.0
協議の場の有無	ある	1172	55.3	22.4	22.1	0.2
	なし	569	27.1	24.8	48.2	0.0
Q6A　過疎地域該当	該当	975	38.3	26.4	35.2	0.2
	非該当	766	56.0	19.2	24.8	0.0

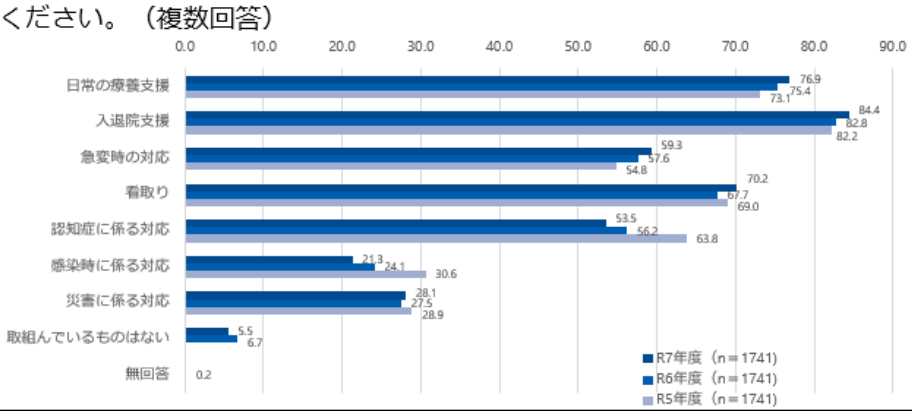
42

3. 実態調査　市町村調査結果

- 取り組んでいる場面について、４つの場面は増加傾向、認知症、感染症は減少傾向となっていた。
- 災害に係る対応は約３割で実施されていた。
- 協議会の有無別では、「なし」で取り組んでいるものはないが11.1%であった。

問5　在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて、下記の場面で取り組んでいる場面を教えてください。（複数回答）

単位：%



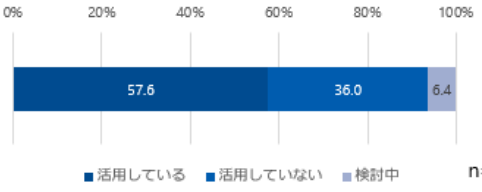
単位：%

		回答数	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り	認知症に係る対応	感染時に係る対応	災害に係る対応	取組んでいるものはない
全体		1741	76.9	84.4	59.3	70.2	53.5	21.3	28.1	5.5
F2 貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にむけてどのように変化すると認識していますか	既に介護サービスの需要が減少局面に入っていると認識している	268	72.8	84.3	52.6	60.8	55.6	25.0	26.9	5.6
	介護サービスの需要が当面拡大し、その後減少に転じると認識している	967	75.9	83.8	58.9	70.9	52.9	19.5	27.0	5.1
	介護サービスの需要が2040年以降も拡大すると認識している	405	84.0	87.4	67.4	77.3	55.3	24.0	31.9	4.4
	特に長期的な予測は把握していない	100	69.0	74.0	48.0	60.0	46.0	18.0	27.0	13.0
協議の場の有無	ある	1172	81.3	87.7	65.7	78.7	52.2	21.2	29.6	2.7
	なし	569	68.0	77.5	46.2	52.9	56.1	21.4	25.0	11.1
Q6A 過疎地域該当	該当	975	72.7	84.2	53.9	63.8	54.5	23.2	28.3	6.1
	非該当	766	82.2	84.6	66.2	78.5	52.2	18.9	27.8	4.7

3. 実態調査　市町村調査結果

- ツールを活用している市町村が57.6%であった。
- 使用しているツールは民間ツールや自治体が作成したツールの名称もみられた。
- 都道府県から支援を受けている市町村は27.5%であった。
- 都道府県からの支援は、研修会の実施や公費の助成がみられた。

問7　医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間で共有するためのツールを活用していますか。



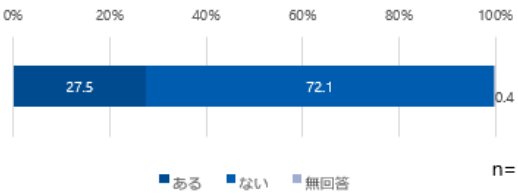
n=1741

問7-1　問7「１．活用している」と回答した方に伺います。どのようなツールを活用していますか。ツールの名前を記載してください。

		実数	%
ICTツール	MCS（メディカルケアステーション）	162	16.2
	バイタルリンク	66	6.6
	カナミックシステム TRITRUS含	47	4.7
	電子版連絡帳	47	4.7
	シズケア＊かけはし	22	2.2
	LINE（ワークス含）	18	1.8
	高知ケアライン	17	1.7
	その他ICTツール	73	7.3
ICTツール以外と想定されるもの	連携ノート（連携シート含む）	131	13.1
	入退院支援（調整）ルール	129	12.9
	入退院時情報提供シート（提供書含）	122	12.2
	手帳（在宅医療・介護連携手帳等）	78	7.8
	情報共有シート	128	12.8
	その他	217	21.7

n=1002

問7-2　都道府県から支援を受けていることはありますか。



n=1002

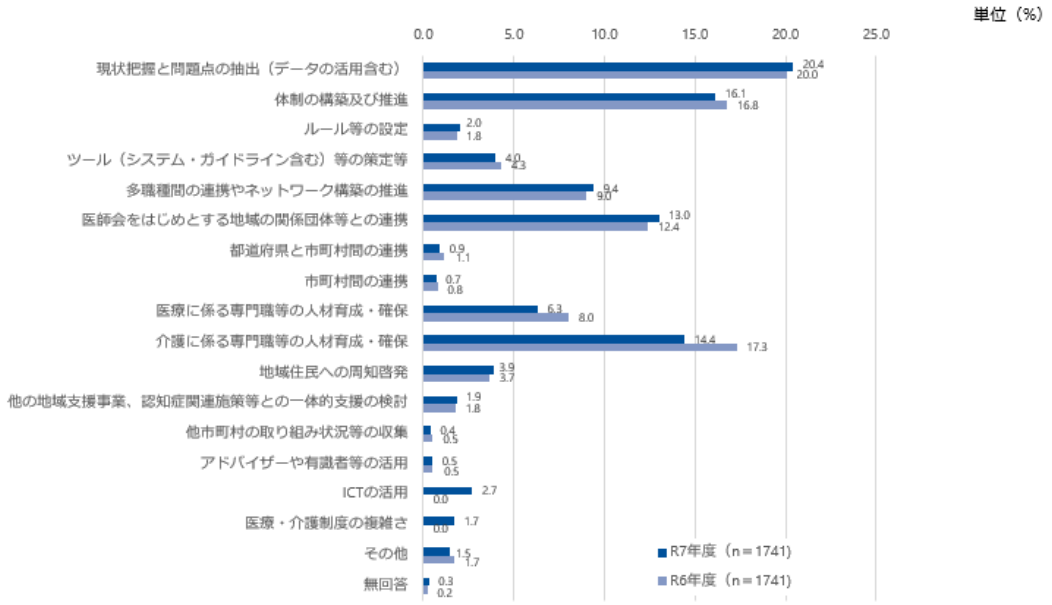
問7-2-1　問7-2で「１．ある」と回答した方に伺います。どのような支援を受けていますか。（自由記載）　抜粋

- ツールの作成にあたり、関係町村と医療機関の調整。
- 圏域においての病院とケアマネジャーの入退院調整ルールの手引きを作成したり、連携に関するアンケート調査をしている。
- ガイドライン見直しとそれにかかる調整会議の開催。
- 県のモデル事業として、近隣4町村で在宅医療・介護連携支援センターを設置していた期間に、センターの事務局が主導してツールの活用を図った。
- 県の医療福祉連携推進室がMCSに関し、積極的に使ったり研修を企画してくれている。
- 医師会で利用する同ツールのアカウント発行に対して、区から財政的補助を行っているが、その際に都からの補助金を活用する形で支援を受けている。
- システムの維持・管理のための間接的補助金。
- システムの維持・運営に多額の公費助成が行われている。

3. 実態調査　市町村調査結果

- 課題の中で、最も課題解消の優先順位が高い事項では、「現状把握と問題点の抽出」が20.4%と最も高かった。

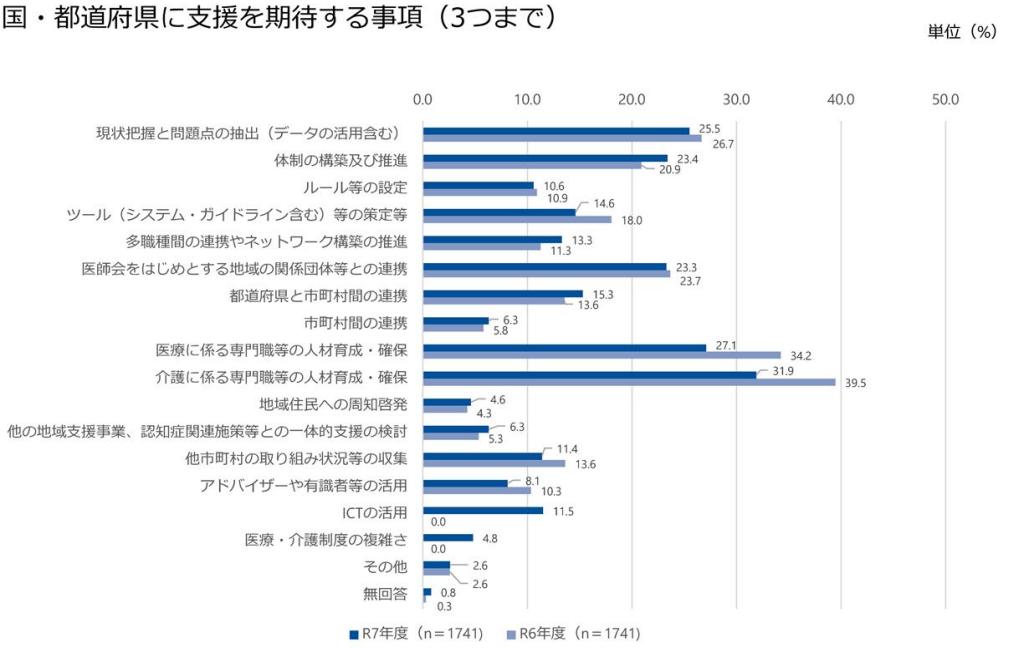
問8-1-2　課題の中で、最も課題解消の優先順位が高い事項（１つだけ）



3. 実態調査　市町村調査結果

- 国・都道府県に支援を期待する事項では、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が31.9%と最も高く、次いで「医療に係る専門職等の人材育成・確保」が27.1%、「現状把握と問題点の抽出」が25.5%であった。

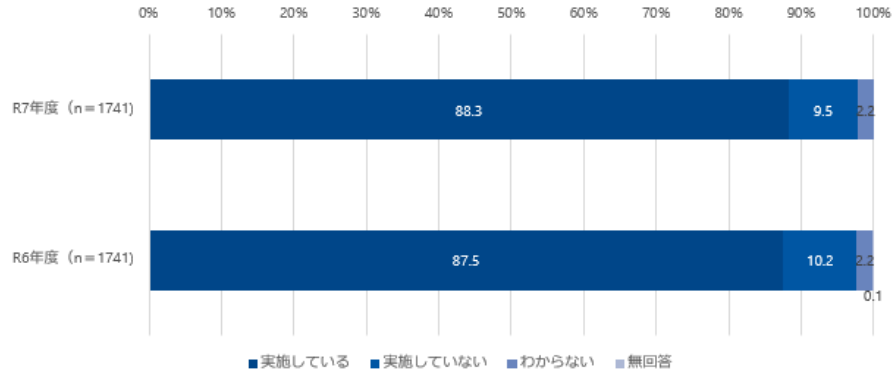
問８-2-2　国・都道府県に支援を期待する事項（3つまで）



3. 実態調査　市町村調査結果

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施状況では、実施している市町村が88.3%であった。

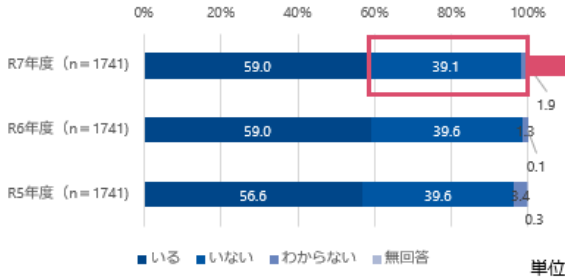
問9　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施していますか。



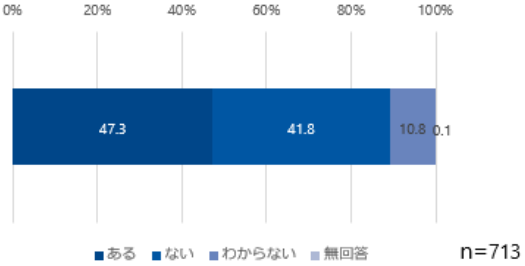
3. 実態調査　市町村調査結果

- コーディネーターがいる市町村は令和６年度と大きな差はなかった。
- コーディネーターがいない市町村において、コーディネート機能を担う組織があるが、47.3%であった。

問10　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」はいますか。



問10－1　問10で「2.いない」「3．わからない」と回答した方に伺います。コーディネート機能を担う組織はありますか。

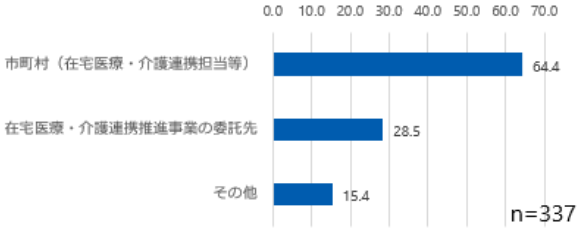


単位：%

		調査数	いる	いない	わからない
全体		1741	59.0	39.1	1.9
F2 貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にだけてどのように変化すると想定していますか	既に介護サービスの需要が減少局面に入っていると想定している	240	48.8	48.8	2.5
	介護サービスの需要が当面は増加し、その後減少に転じると想定している	967	59.3	38.8	2.0
	介護サービスの需要が2040年以降も増加すると想定している	405	68.6	29.9	1.5
	特に具体的な予測は想定していない	130	48.5	51.5	0.0
協議の場の有無	ある	1173	60.3	38.8	0.9
	ない	569	59.3	37.8	2.9

問10-2　コーディネート機能を担う組織を選択してください。（複数選択）

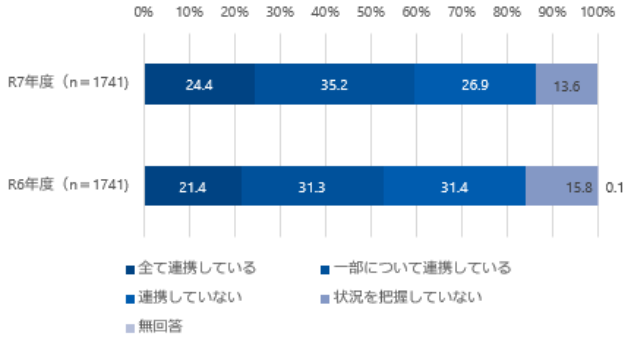
単位（%）



3. 実態調査　市町村調査結果

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携状況について、連携していないは減少傾向であった。

問11　貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について教えてください。



問11-1　問11で「4．状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。

- 医療計画における拠点が未整備、または明確でない
- 情報共有が行われない、情報提供がない、協議されていない
- 時間的余裕がない
- 人材不足

49

3. 実態調査　市町村調査結果

- 在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4は63.8%の市町村に活用されていた。

問12　令和6年度に作成されたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。

単位（%）

	調査数	活用している	活用していない	無回答
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	1741	12.0	87.4	0.6
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	1741	63.8	36.1	0.1
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	1741	30.7	68.8	0.5
④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	1741	18.0	81.3	0.7
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	1741	6.4	92.9	0.6
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	1741	6.8	92.5	0.6
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	1741	11.8	87.7	0.6

問12-1　問12で「１．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

単位（%）

	調査数	研修等の教材として活用している	業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している	意思決定や判断の根拠として活用している	広報や周知資料として活用している	新たな施策立案や見直しに活用している	その他	無回答
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	209	11.5	42.1	29.7	10.5	45.0	14.8	1.0
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	1110	16.0	56.3	34.4	9.2	51.4	6.0	0.3
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	535	13.5	52.3	33.6	6.2	50.7	5.4	0.6
④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	314	13.1	56.7	35.4	5.1	38.9	4.5	0.3
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	112	17.0	42.9	30.4	6.3	40.2	3.6	2.7
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	119	30.3	42.9	24.4	11.8	36.1	0.0	1.7
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	205	18.0	48.3	36.1	8.3	45.9	4.9	0.5

50

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- 市町村担当者を対象に、大項目Ⅰ～Ⅳについて調査を実施した（都道府県21、市町村1632の計1653票を回収）。
- 在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活動状況を把握した。

■コーディネーター設問概要

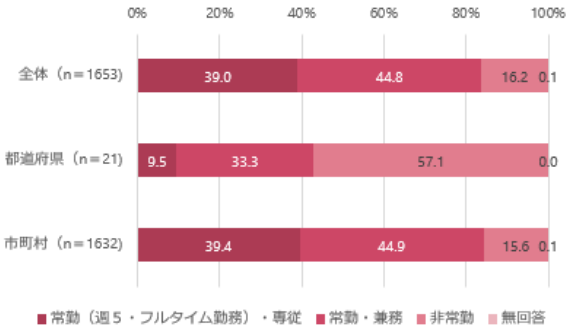
	大項目	設問内容
Ⅰ	基本情報	・都道府県、市町村名
Ⅱ	コーディネーターについて	・勤務状況、所属先、職種 ・コーディネーターの業務内容 ・基幹的コーディネーターの配置状況
Ⅲ	多職種連携について	・「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況
Ⅳ	手引やガイドラインについて	・活用状況、活用の内容

51

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- 勤務状況の全体では、「常勤・兼務」が44.8%、「常勤（週５・フルタイム勤務）」が39.0%、「非常勤」が16.2%であった。
- 所属先の全体では、「医師会」が32.1%、「地域包括支援センター」が29.1%であった。
- 職種または保有資格の全体では、「看護師」が48.3%、「介護支援専門員」が40.3%であった。

問1　勤務状況を教えてください。



問2　所属先を教えてください。　単位：%

	全体（n＝1653）	都道府県（n＝21）	市町村（n＝1632）
病院（大学病院以外）	12.1	0.0	12.3
病院（大学病院）	0.4	0.0	0.4
診療所	1.6	9.5	1.5
薬局	0.1	0.0	0.1
訪問看護事業所	2.5	0.0	2.5
医師会	32.1	28.6	32.2
歯科医師会	0.1	0.0	0.1
薬剤師会	0.0	0.0	0.0
看護協会	0.1	4.8	0.0
栄養士会	0.0	0.0	0.0
栄養ケアステーション	0.0	0.0	0.0
理学療法士会	0.1	0.0	0.1
作業療法士会	0.0	0.0	0.0
言語聴覚士協会	0.0	0.0	0.0
リハビリテーション広域連合	0.0	0.0	0.0
都道府県	0.1	4.8	0.0
市町村	15.4	0.0	15.6
地域包括支援センター	29.1	4.8	29.4
社会福祉協議会	0.7	0.0	0.7
その他	5.0	9.5	5.0
無回答	0.1	0.0	0.1

問3　職種または保有資格等を教えてください。（複数回答）　単位：%

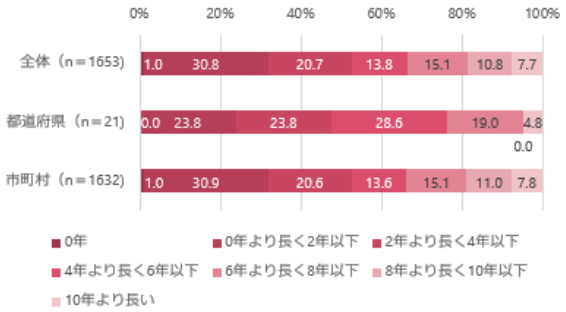
	全体（n＝1653）	都道府県（n＝21）	市町村（n＝1632）
医師	0.7	0.0	0.7
歯科医師	0.1	0.0	0.1
薬剤師	0.6	4.8	0.6
保健師	25.3	23.8	25.4
看護師	48.3	33.3	48.5
歯科衛生士	0.7	0.0	0.7
介護支援専門員	40.3	19.0	40.6
准看護師	0.2	0.0	0.2
栄養士（管理栄養士を除く）	0.2	0.0	0.2
理学療法士	1.5	4.8	1.4
作業療法士	0.5	4.8	0.5
言語聴覚士	0.1	0.0	0.1
社会福祉士	25.8	14.3	25.9
介護福祉士	9.6	9.5	9.6
精神保健福祉士	5.9	9.5	5.8
医療ソーシャルワーカー	6.8	14.3	6.7
社会体育指導者（行政職）	5.1	4.8	5.1
社会体育指導者（専門職）	7.1	4.8	7.2
その他	8.8	28.6	8.5
無回答	0.2	0.0	0.2

52

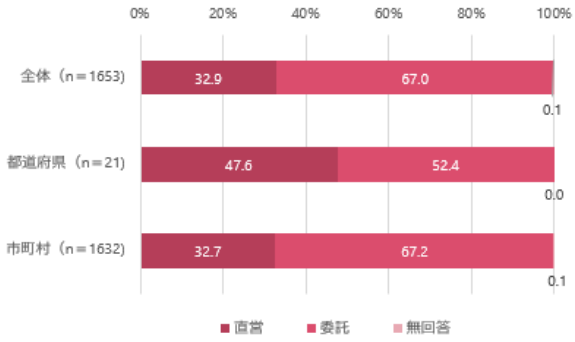
4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- コーディネーター経験年数の全体では、「０年より長く2年以下」が30.8%、「2年より長く4年以下」が20.7%であった。
- 業務の実施形態の全体では、「直営」が32.9%、「委託」が67.0%であった。

問4　コーディネーターとしての経験年数を教えてください。



問7-1　業務の実施形態を教えてください。

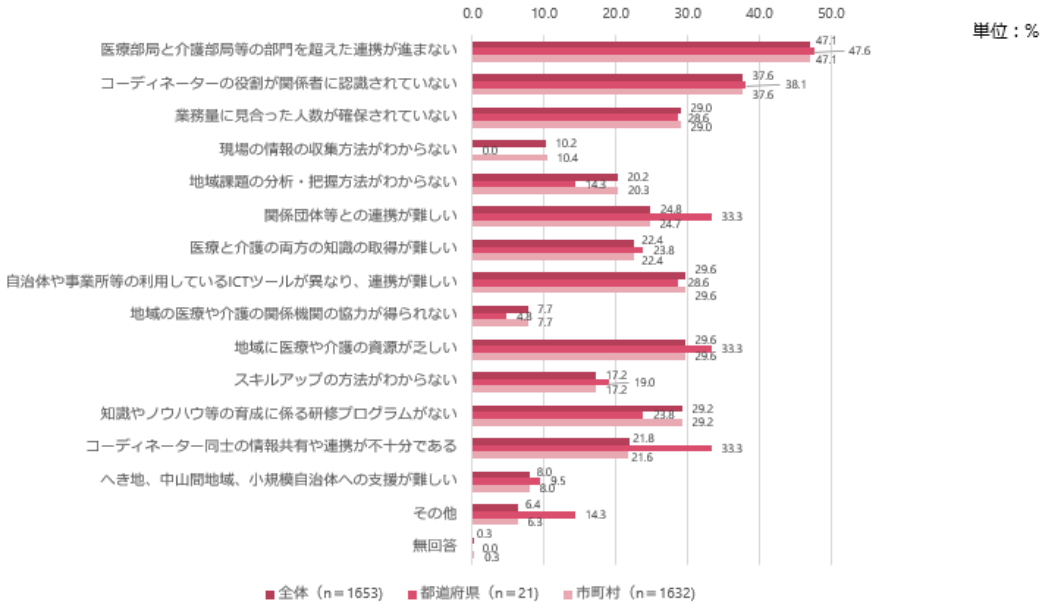


53

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- コーディネーターとして活動する上での課題の全体では、「医療部局と介護部局の部門を越えた連携が進まない」が47.1%、「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が37.6%であった。

問7-7　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）

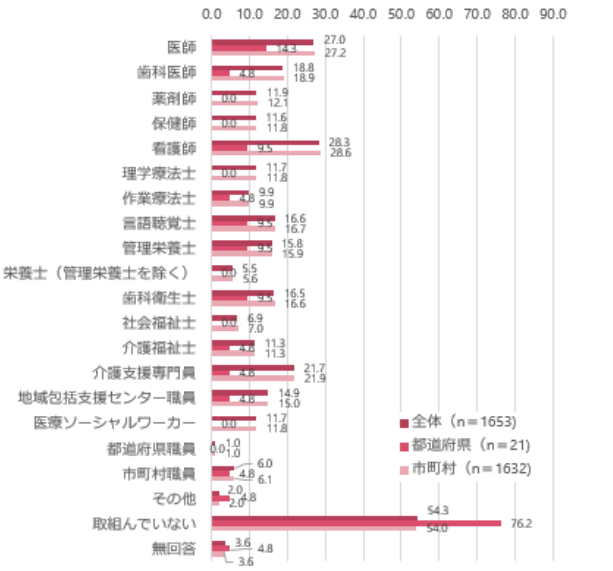


54

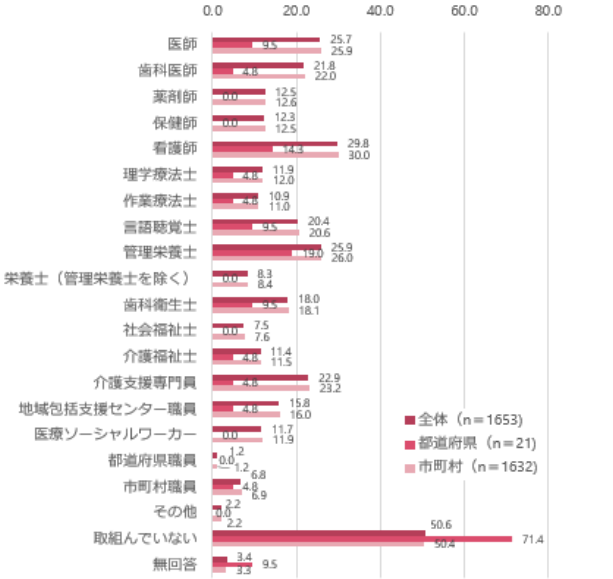
4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- 多職種連携における各対応の全体では、「取り組んでいない」の割合が約５割であった。

問8-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応　（連携している職種又は保有資格）　単位：%



問8-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応　（連携している職種又は保有資格）　単位：%

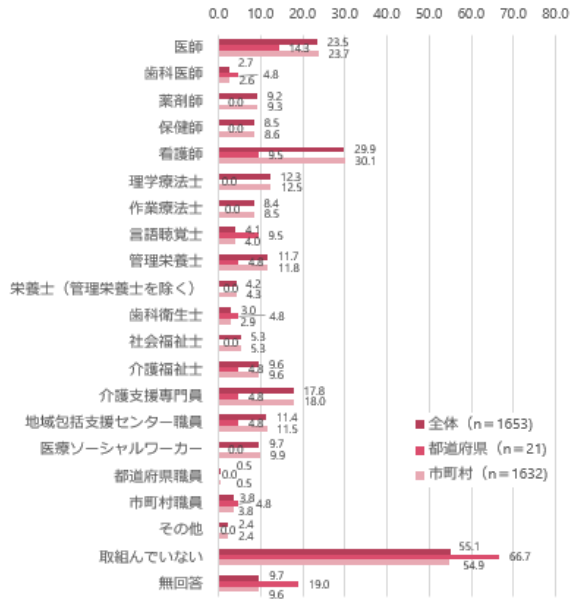


55

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

問8-3　褥瘡マネジメントおよび対応
（連携している職種又は保有資格）

単位：%

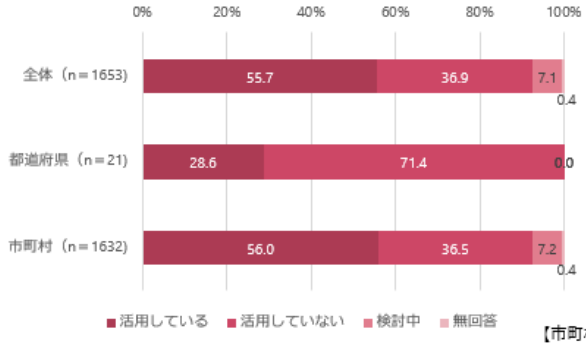


56

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- ツールの活用の全体では、活用しているが55.7%、活用していないが36.9%、検討中が7.1%であった。

問9　医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間で共有するためのツールを活用していますか。



【都道府県コーディネーター】

- ICTツール「シズケア＊かけはし」、ACP多職種連携シート「シズケア＊ささえあい連携シート」、令和６年度厚労省「地域標準手順書普及等事業」に参加し「静岡版標準手順書例」作成
- ナラティブブック
- 名前：医療・介護連絡ノート「つながり」（令和5年～令和6年に内容見直し済）
- 医師会ホームページ、社会資源ブック、メディカルケアステーション、・直轄圏域：社会資源情報誌（関係機関用）、チラシ「知って安心　利用できる制度と相談窓口」、保険証セット、各市町エンディングノート
- カナミックシステム

【市町村コーディネーター】

		実数	%
ICTツール	MCS（メディカルケアステーション）	242	26.5
	バイタルリンク	75	8.2
	電子連絡帳	43	4.7
	カナミックシステム TRITRUS含	28	3.1
	シズケア＊かけはし	27	3.0
	NeiU	20	2.2
	LINE（ワークス含）	18	2.0
	ID-LINK	12	1.3
	その他ICTツール	157	17.2
ICTツール以外と規定されるもの	情報共有シート	113	12.4
	入退院支援（調整）ルール	102	11.2
	入退院時情報提供シート（提供書含）	93	10.2
	連携ノート（連携シート含む）	94	10.3
	手帳（在宅医療・介護連携手帳等）	52	5.7
	その他	70	7.7

n=912

57

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- 全体では、在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4は58.6%のコーディネーターに活用されていた。

問10　令和6年度に作成されたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。
（プラットフォーム、手引き、ガイドラインごとに回答）

単位：%

		活用している	活用していない	無回答
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	全体（n＝1653）	13.9	85.7	0.5
	都道府県（n＝21）	28.6	71.4	0.0
	市町村（n＝1632）	13.7	85.8	0.5
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	全体（n＝1653）	58.6	41.0	0.4
	都道府県（n＝21）	85.7	14.3	0.0
	市町村（n＝1632）	58.3	41.4	0.4
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	全体（n＝1653）	24.9	74.6	0.5
	都道府県（n＝21）	47.6	52.4	0.0
	市町村（n＝1632）	24.6	74.9	0.5
④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	全体（n＝1653）	28.9	70.7	0.4
	都道府県（n＝21）	38.1	61.9	0.0
	市町村（n＝1632）	28.8	70.8	0.4
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	全体（n＝1653）	11.1	88.4	0.5
	都道府県（n＝21）	23.8	76.2	0.0
	市町村（n＝1632）	10.9	88.5	0.6
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	全体（n＝1653）	9.0	90.6	0.5
	都道府県（n＝21）	14.3	85.7	0.0
	市町村（n＝1632）	8.9	90.6	0.5
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	全体（n＝1653）	16.6	82.8	0.5
	都道府県（n＝21）	38.1	61.9	0.0
	市町村（n＝1632）	16.4	83.1	0.6

58

4. 実態調査　コーディネーター調査結果

- どのように活用しているかでは、業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している、新たな施策立案や見直しに活用しているが高くなっていた。

問10-1　問10で「１．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

単位：%

		研修等の教材として活用している	業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している	意思決定や判断の根拠として活用している	広報や周知資料として活用している	新たな施策立案や見直しに活用している	その他	無回答
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	全体（n＝229）	23.6	49.8	31.0	11.8	38.0	10.5	0.0
	都道府県（n＝6）	16.7	33.3	16.7	16.7	50.0	16.7	0.0
	市町村（n＝223）	23.8	50.2	31.4	11.7	37.7	10.3	0.0
②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	全体（n＝969）	18.8	57.0	35.6	11.8	45.7	7.5	0.1
	都道府県（n＝18）	11.1	44.4	27.8	22.2	55.6	11.1	0.0
	市町村（n＝951）	18.9	57.2	35.8	11.6	45.5	7.5	0.1
③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	全体（n＝412）	15.0	54.1	39.3	9.0	47.8	7.0	0.0
	都道府県（n＝10）	0.0	50.0	40.0	30.0	70.0	10.0	0.0
	市町村（n＝402）	15.4	54.2	39.3	8.5	47.3	7.0	0.0
④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	全体（n＝478）	15.5	60.0	37.7	9.6	37.4	8.2	0.0
	都道府県（n＝8）	12.5	62.5	25.0	25.0	62.5	25.0	0.0
	市町村（n＝470）	15.5	60.0	37.9	9.4	37.0	7.9	0.0
⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	全体（n＝183）	20.2	53.0	27.9	11.5	32.8	5.5	0.5
	都道府県（n＝5）	0.0	60.0	20.0	20.0	80.0	0.0	0.0
	市町村（n＝164）	20.8	52.8	28.1	11.2	31.5	5.6	0.6
⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	全体（n＝148）	35.1	41.9	16.9	22.3	26.4	10.8	1.4
	都道府県（n＝3）	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	66.7	0.0
	市町村（n＝145）	35.9	42.8	17.2	22.1	26.2	9.7	1.4
⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック	全体（n＝275）	17.8	60.7	30.9	13.1	34.5	8.7	0.4
	都道府県（n＝8）	12.5	75.0	12.5	37.5	25.0	12.5	0.0
	市町村（n＝267）	18.0	60.3	31.5	12.4	34.8	8.6	0.4

59

5. 実態調査　アンケート調査　まとめ

都道府県調査

- **在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置している都道府県が増加している一方で、別の会議体で代替している場合や医療・介護・福祉の関係者から意見を聴取している都道府県もある。**
- **過年度と比較し市町村を支援する上での検討事項や都道府県が事業を取り組むうえでの検討事項の傾向について大きな変化は見られない。**
- **都道府県単位のコーディネーターはいないが、コーディネート機能を担う組織がある都道府県もみられ、約４割でコーディネート機能（人または組織）が整備されていた。**
- **市町村のコーディネーター育成支援は増加傾向であった。**

市町村調査

- **2040年に向けてサービス需要が減少傾向、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会未設置、過疎地域等においては、あるべき姿が未設定、各場面での取組が未実施である割合が高くなっていた。**
- **災害時の取り組みは約３割の市町村で実施されていた。**
- **医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間で共有するためのツールは約６割で導入されており、市販品から地方公共団体の作成ツール等、多様なツールがみられた。**
- **課題の中で、最も課題解消の優先順位が高い事項では、「現状把握と問題点の抽出」であり、国や都道府県に期待する支援では、「介護や医療の専門職等の人材育成・確保」が高かった。**
- **コーディネーターはいないが、コーディネート機能を担う組織がある市町村もみられ、約８割でコーディネート機能（人または組織）が整備されていた。**

60

5．実態調査　アンケート調査　まとめ

コーディネーター調査

- コーディネーターとして活動する上での課題の全体では、「医療部局と介護部局の部門を越えた連携が進まない」が約５割、「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が約４割であった。
- 医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間で共有するためのツールは約６割で導入されており、さまざまな媒体が利用されている。

在宅医療・介護連携推進事業の手引き等の活用状況

- 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの活用割合が、都道府県、市町村、コーディネーター全てで最も高かった。

61

第Ⅴ章　都道府県・市町村等研修会議開催等について

1．令和７年度 都道府県・市町村担当者等研修会議 実施概要

- 前年度は、政策理解・実践スキル・課題解決アプローチの三位一体による研修計を行った。そこで、地域の実情に応じた柔軟な対応、PDCAサイクルに基づく実践、多職種連携の促進といった観点も重要な論点として浮かび上がった。
- これらを踏まえ、今年度の研修会議は、都道府県・市町村担当者をはじめ、地域の関係者が共に学び、連携と実践力を高める場として、座学（Ⅰ）、基礎研修（Ⅱ）、応用研修（Ⅲ）の三部構成で展開する。国の動向を踏まえつつ、地域課題に即した研修プログラムを通じて、自治体間の連携力、企画力、評価力の向上を目指す。

青字：R6より変更点

	研修会議Ⅰ	研修会議Ⅱ	研修会議Ⅲ
実施日	R７.10.22（水）10:00～15:00	東京：R７.11.5（水）10:00～16:00 仙台：R７.11.7（金）10:00～16:00 大阪：R７.11.18（火）10:00～16:00 福岡：R７.12.9（火）10:00～16:00	東京：R７.11.21（金）10:00～16:00 大阪：R７.12.16（火）10:00～16:00
実施形式	オンライン開催（全国対象）	集合形式（仙台、東京、大阪、福岡）	集合形式（東京、大阪）
参加定員	2,000名を想定	各回150名程度	各回100名程度
目的	政策理解と基礎知識の習得を図る	地域特性を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進を支援する	コーディネーターに求められる基本的な協働スキルを高める
特徴	座学中心、録画配信あり	グループワーク中心	グループワーク中心
内容	行政説明、講演、事例発表、シンポジウム 等	講演、グループワーク等	講演・事例発表、グループワーク等
対象者	・都道府県、市町村（特別区を含む）の在宅医療・介護連携推進事業担当者 ・在宅医療・介護連携推進事業の関係者（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、委託事業者　等） ・その他、省内関係者		
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	・研修Ⅰの受講者がⅡ・Ⅲに参加する連動型研修を基本とするが、単独参加も可能。 ・単独参加の場合は、事前に録画配信（VOD等）を視聴し、必要な基礎知識を補う。 ・Ⅱ・Ⅲは、自治体の在宅医療・介護連携推進事業担当者、コーディネーター等のスキル向上を目的とする。		

62

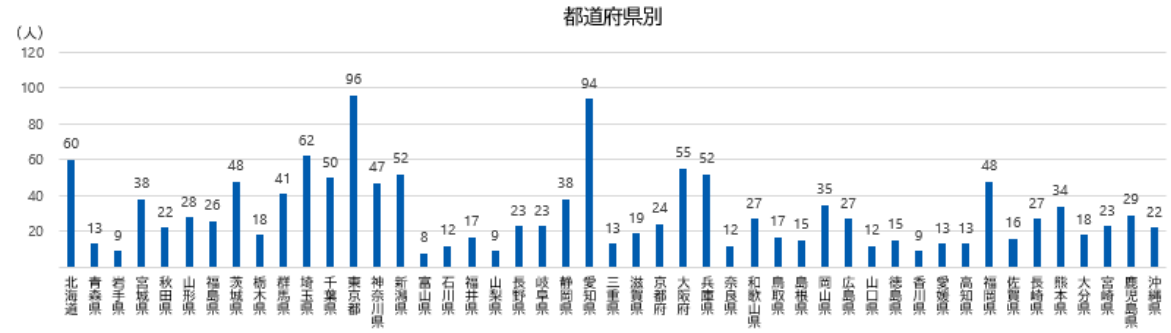
2．研修会議Ⅰプログラム

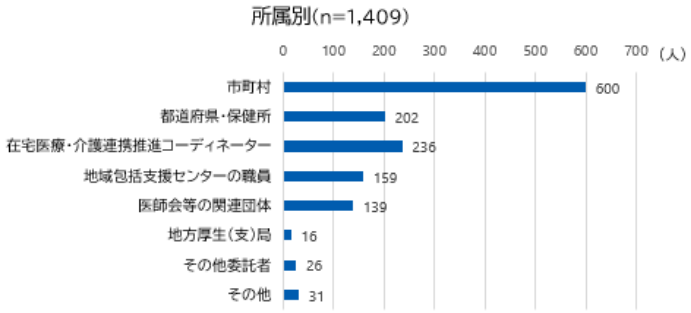
所要時間	プログラム	登壇者
10:00~10:05	開会挨拶	厚生労働省
10:05～10:10	オリエンテーション（研修の趣旨説明）	角野委員長
	●行政説明	
10:10～10:25	①「在宅医療・介護連携推進事業について」	老健局老人保健課
10:25～10:40	②「かかりつけ医機能について」	医政局総務課
10:40～10:55	③「在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて」	医政局地域医療計画課
10:55～11:10	事前質問への回答	
	●シンポジウム　テーマ：在宅医療・介護連携推進事業の推進にむけて求められること	
11:10～11:40	講演①「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.４」の作成にあたって	角野委員長
11:40～12:10	講演②「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」の作成にあたって	大夛賀委員
12:10～13:10	休憩	
13:10～13:40	講演③「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―」の作成と取組事例の紹介	斎川委員
13:40～14:10	講演④　松戸市における在宅医療・介護連携の推進について	川越正平先生
14:10～14:40	質疑応答・登壇者による意見交換 ※事前質問を事前聴取する	講演①～④の登壇者 コーディネーター：村井委員
14:40～14:55	在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの説明	事務局
14:55～15:00	閉会・事務連絡	事務局

63

3－1．研修会議Ⅰ 申し込み状況（R7.10.22時点）n=1,409

- 全国47都道府県から幅広く申込みがあり、所属別では市町村職員が最も多く、在宅医療・介護連携の実務担当層の関心の高さがうかがえる。



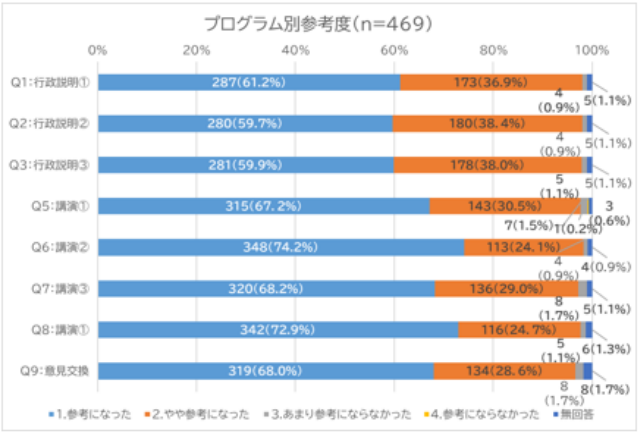


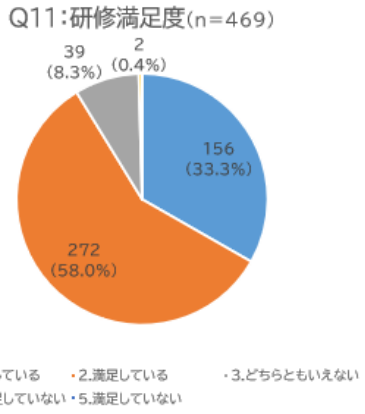
参考：R6はn=1,263

3－2．研修会議Ⅰアンケート結果

- 参加方法はYouTube視聴が中心で、Zoomと合わせて1,500人超が参加した。
- アンケート回答率は31.1%。
- プログラム内容は各講義・演習とも「参考になった」「やや参考になった」が概ね9割を占め、満足度も「満足」「大変満足」が約9割と高く、研修内容の有用性と構成の妥当性が確認された。

参加方法	申し込み数 ＊（ ）は複数接続申告数	参加数 ＊YouTubeはユニーク数*1と視聴数、Zoomは接続数　＊1：複数回視聴しても1カウント
Zoom	251（387）	215
YouTube	1,158（1,555）	1,293（視聴回数2,312）
計	1,409（1,942）	1,508





4．研修会議Ⅱプログラム

■R6年度で「ロジックモデルが難しく小さな変化や評価がイメージしにくい」との声が多かったため、最終アウトカムから逆算するバックキャスティングでロジックモデルの考え方を理解し、事例と演習を通じて自地域のアウトカム整理～取組設計を体験的に習得することを狙いとする。

所要時間	プログラム
10:00～10:05	開会挨拶
	●テーマ：地域課題の整理から在宅医療・介護連携推進事業で目指す姿を考える
10:05～10:45	【講義①】ロジックモデルの基本事項
10:45～11:05	【グループワーク①－１】アイスブレイク
	●テーマ：地域の連携の課題を整理し、目指す姿を達成するための進め方を考える～PDCAサイクルに向けたロジックモデルの活用～
11:05～11:40	【講義②】在宅医療・介護連携推進事業でのロジックモデルの活用 【取組紹介】在宅医療・介護連携推進事業でのロジックモデル活用事例 ＊事例はロジックモデルを検討したことのある自治体 ・東京：新潟市・那覇市・新発田市 ・仙台：新潟市 ・大阪：新潟市・福知山市・田原本町 ・福岡：那覇市
11:40～11:50	【グループワーク①－２】ロジックモデルの実例を知る
11:50～12:50	昼休憩
12:50～14:20	【演習②】演習の進め方説明 【演習②－0】最終アウトカムを設定する 【演習②－1】中間アウトカムを考える 【演習②－2】初期アウトカムを考える 【演習②－3】取組を考える
14:20～14:30	昼休憩
14:30～15:05	【演習②共有】他のグループと成果物の共有
15:05～15:25	【振り返り】
15:25～15:40	【総括】参加者及び講師より感想・コメント
15:40～15:55	【説明】在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームについて
15:55～16:00	閉会・事務連絡

66

5－1．研修会議Ⅱ 申込み／参加状況（R7.12.9時点）

- 4会場合計で申込371名、参加347名となり、いずれの会場も概ね高い参加率であった。
- 所属別では、市町村職員と在宅医療・介護連携推進コーディネーターが中心で、実務担当者層の参加が多い構成となっている。
- 開催地ブロック内からの参加が大半を占めつつ、近隣県からの広域的な参加も見られ、地域ブロック研修として一定の波及効果が確認された。

●申込者数

	市町村	都道府県・保健所	在宅医療・介護連携推進コーディネーター	地域包括支援センターの職員	医師会等の関連団体	地方厚生(支)局	その他	その他委託者
東京開催 11/5(水)	70(52.6%)	8(6.0%)	34(25.6%	12(9.0%)	6(4.5%)	2(1.5%)	1(0.8%)	0(0.0%)
仙台開催 11/7(金)	22(38.6%)	11(19.3%	12(21.1%	5(8.8%)	3(5.3%)	4(7.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
大阪開催 11/18(火)	53(51.5%)	5(4.9%)	33(32.0%	4(3.9%)	5(4.9%)	2(1.9%)	0(0.0%)	1(1.0%)
福岡開催 12/9(火)	28(35.9%)	14(17.9%	20(25.6%	1(1.3%)	12(15.4%	0(0.0%)	3(3.8%)	0(0.0%)
計	173(46.6%	38(10.2%	99(26.7%	22(5.9%	26(7.0%	8(2.2%)	4(1.1%)	1(0.3%)

●参加者数

東京開催 11/5(水)	63(51.2%)	8(6.5%)	32(26.0%	11(8.9%)	6(4.9%)	2(1.6%)	1(0.8%)	0(0.0%)
仙台開催 11/7(金)	21(38.9%)	10(18.5%	12(22.2%	5(9.3%)	3(5.6%)	3(5.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)
大阪開催 11/18(火)	52(53.1%)	5(5.1%)	31(31.6%	3(3.1%)	4(4.1%)	2(2.0%)	0(0.0%)	1(1.0%)
福岡開催 12/9(火)	27(37.5%)	13(18.1%	19(26.4%	1(1.4%)	9(12.5%	0(0.0%)	3(4.2%)	0(0.0%)
計	163(47.0%	36(10.4%	94(27.1%	20(5.8%	22(6.3%	7(2.0%)	4(1.2%)	1(0.3%)

●参加者数（都道府県別）

ブロック	都道府県	東京	仙台	大阪	福岡
北海道	北海道	0	1	0	0
東北	青森県	0	0	0	0
	岩手県	0	5	0	0
	宮城県	0	30	0	0
	秋田県	0	0	0	0
	山形県	0	7	0	0
	福島県	0	10	0	0
関東甲信	茨城県	12	0	0	0
	栃木県	2	0	0	0
	群馬県	6	0	0	0
	埼玉県	14	1	0	0
	千葉県	8	0	0	0
	東京都	34	0	0	0
	神奈川県	23	0	0	0
	新潟県	3	0	1	0
	山梨県	3	0	0	0
	長野県	4	0	0	0
東海北陸	富山県	3	0	0	0
	石川県	0	0	0	0
	岐阜県	0	0	3	0
	静岡県	5	0	0	0
	愛知県	2	0	17	1
	三重県	0	0	4	0
近畿	福井県	0	0	0	0
	滋賀県	0	0	4	0
	京都府	0	0	4	0
	大阪府	0	0	27	0
	兵庫県	0	0	23	0
	奈良県	0	0	6	0
	和歌山県	0	0	0	0
中国四国	鳥取県	0	0	1	0
	島根県	1	0	0	0
	岡山県	0	0	2	0
	広島県	0	0	0	2
	山口県	0	0	0	3
四国	徳島県	0	0	0	0
	香川県	0	0	0	0
	愛媛県	0	0	1	0
	高知県	0	0	2	2

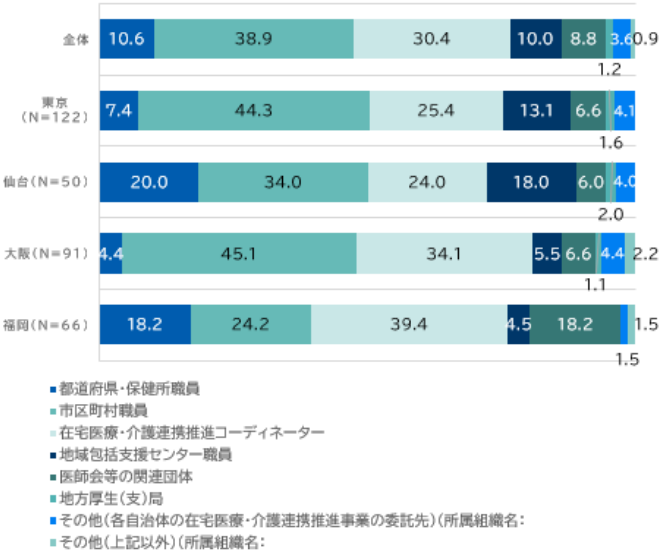
ブロック	都道府県	東京	仙台	大阪	福岡
九州	福岡県	0	0	0	27
	佐賀県	0	0	0	9
	長崎県	0	0	0	10
	熊本県	0	0	0	3
	大分県	1	0	1	4
	宮崎県	0	0	0	0
	鹿児島県	0	0	1	3
	沖縄県	2	0	1	8
計		347	123	54	98	72

67

5－2．研修会議Ⅱアンケート結果

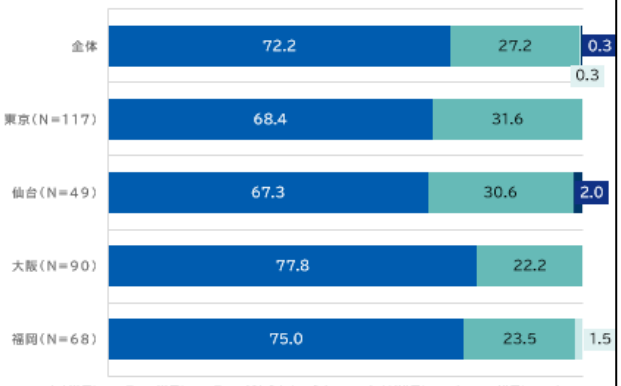
- アンケート回答率は96.5%。
- 研修全体の満足度も「大変満足」「満足」が9割超を占め、東京・仙台・大阪・福岡のいずれの会場でも概ね高い評価が得られており、会場間で大きなばらつきは見られなかった。

参加区分 × 開催会場（ N = 329）



- 都道府県・保健所職員
- 市区町村職員
- 在宅医療・介護連携推進コーディネーター
- 地域包括支援センター職員
- 医師会等の関連団体
- 地方厚生（支）局
- その他（各自治体の在宅医療・介護連携推進事業の委託先）（所属組織名：
- その他（上記以外）（所属組織名：

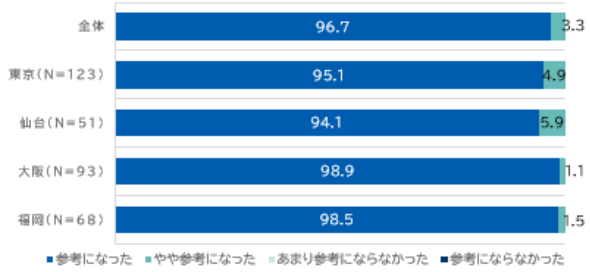
Q8.研修の満足度 × 開催会場（ N = 324）



5－2．研修会議Ⅱアンケート結果

- 講義（講義1：ロジックモデルの基本事項／講義2：医介連携事業での活用）および事例報告のいずれにおいても、「参考になった」「やや参考になった」が9割を超えており、内容の理解しやすさと実務への有用性が高く評価された。
- グループワーク（アイスブレイク）についても概ね良好な評価が得られており、会場内の意見交換を円滑にし、研修全体への参加意識を高める効果があったと考えられる。

Q1.講義1（ロジックモデルの基本事項）の参考度×開催会場（ N = 335）



Q2.GW1（アイスブレイク）の参考度× 開催会場（ N = 335）



Q3.講義2（在宅医療・介護連携推進事業でのロジックモデルの活用）の参考度× 開催会場（ N = 335）

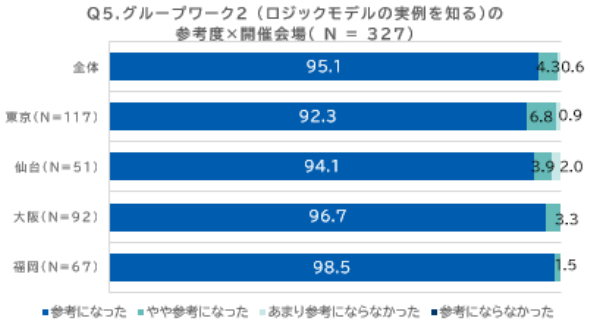


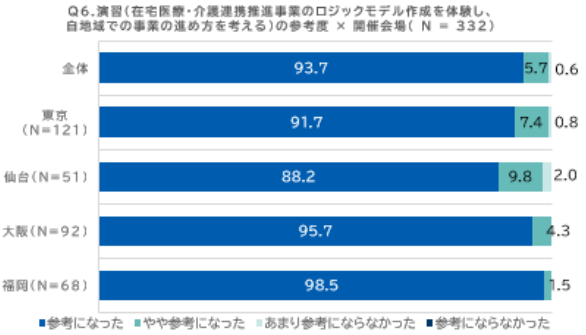
Q4.事例報告の参考度× 開催会場（ N = 333）



5－2．研修会議Ⅱアンケート結果

- グループワーク（ロジックモデルの実例を知る）および演習（在宅医療・介護連携推進事業のロジックモデル作成を体験し、自地域での事業の進め方を考える）のいずれにおいても、「参考になった」「やや参考になった」が9割を超えており、内容の理解しやすさと実務への有用性が高く評価された。
- 特に大阪・福岡会場では「参考になった」の割合が高く、ロジックモデルの考え方を自地域の事業運営に当てはめて考える視点の整理に資する研修であったことがうかがえる。





70

6．研修会議Ⅲプログラム

■R6年度で「コーディネーターの役割が伝わりにくい／協働の進め方や優先課題が整理しづらい」といった課題が繰り返し出たため、コーディネーター／コーディネート機能に期待される役割を再確認し、立場を越えた協働の優先課題と具体的アクション（短期・中期）を描けるようにすることを狙いとする。

所要時間	プログラム
10:00~10:05	開会挨拶
	●テーマ：在宅医療コーディネーター・コーディネート機能に期待される役割と求められる機能
10:05~10:20	講演①「コーディネーター実態調査から見るコーディネーターの役割について」
10:20~11:00	講演②「釜石市の取組から考える自治体担当者とコーディネーターに期待される役割」 講演③「医師会・病院を拠点とした在宅医療・介護連携推進構想を支える実践的マネジメントの要点」
11:00~12:00	【演習①】講演からの気づき・各自の取組紹介の共有、協働に必要な要素を整理する ①個人ワーク：講演で得た気づきをもとに、自分の立場（行政・医師会・コーディネーター等）で担う役割や課題を整理 ②自己紹介・個人ワークの共有 ③取組・強みの共有 ④自分の立場の役割・課題を共有し、協働に必要な視点を検討 ⑤全体発表
12:00~13:00	昼休憩
13:00~15:10 ＊休憩含む	【演習②】立場を越えた協働の工夫を考える ①演習②の説明 ②個人ワーク①：自地域の現状診断 ③グループワーク①：現状共有と課題深掘り ④グループワーク②：重要課題の特定 ⑤グループワーク③：アクションデザイン
15:10~15:45	発表＆全体共有 委員より講評
15:45~15:55	【説明】在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームについて
15:55~16:00	閉会・事務連絡（事後課題）

71

6－1．研修会議Ⅲ 申込み／参加状況（R7.12.16時点）

- 2会場合計で申込161名、参加149名となり、いずれの会場も概ね高い参加率であった。
- 所属別では、在宅医療・介護連携推進コーディネーターと市町村職員が中心で、実務担当者層の参加が多い構成となっている。
- 開催地近郊からの参加が大半を占めつつ、遠方からの広域的な参加も少数ながら見られ、意欲のある参加者が全国にいることが確認された。

●申込者数

	市町村	都道府県・保健所	在宅医療・介護連携推進コーディネーター	地域包括支援センターの職員	医師会等の関連団体	地方厚生(支)局	その他	その他委託先者
東京開催 11/21(金)n=89	24(27.0%)	9(10.1%)	27(30.3%)	13(14.6%)	11(12.4%)	2(2.2%)	1(1.1%)	2(2.2%)
大阪開催 12/16(火)n=72	24(33.3%)	7(9.7%)	22(30.6%)	1(1.4%)	15(20.8%)	2(2.8%)	0(0.0%)	1(1.4%)
計	48(29.8%)	16(9.9%)	49(30.4%)	14(8.7%)	26(16.1%)	4(2.5%)	1(0.6%)	3(1.9%)

●参加者数

	市町村	都道府県・保健所	在宅医療・介護連携推進コーディネーター	地域包括支援センターの職員	医師会等の関連団体	地方厚生(支)局	その他	その他委託先者
東京開催 11/21(金)n=82	21(25.6%)	9(11.0%)	26(31.7%)	10(12.2%)	11(13.4%)	2(2.4%)	1(1.2%)	2(2.4%)
大阪開催 12/16(火)n=67	23(34.3%)	6(9.0%)	20(29.9%)	0(0.0%)	15(22.4%)	2(3.0%)	0(0.0%)	1(1.5%)
計	44(29.5%)	15(10.1%)	46(30.9%)	10(6.7%)	26(17.4%)	4(2.7%)	1(0.7%)	3(2.0%)

●参加者数（都道府県別）

ブロック	都道府県	東京	大阪
北海道	北海道	0	0
東北	青森県	0	0
	岩手県	1	0
	宮城県	2	1
	秋田県	1	0
	山形県	3	0
	福島県	1	0
関東信越	茨城県	6	1
	栃木県	2	0
	群馬県	4	0
	埼玉県	12	0
	千葉県	7	0
	東京都	21	0
	神奈川県	14	0
	新潟県	3	0
	山梨県	0	0
	長野県	1	0
東海北陸	富山県	0	0
	石川県	0	0
	岐阜県	1	1
	静岡県	0	1
	愛知県	0	13
	三重県	0	1

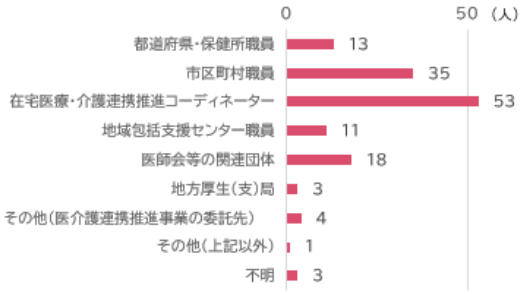
ブロック	都道府県	東京	大阪
近畿	福井県	0	0
	滋賀県	0	0
	京都府	0	0
	大阪府	0	23
	兵庫県	0	9
	奈良県	0	2
	和歌山県	0	0
中国四国	鳥取県	0	1
	島根県	0	1
	岡山県	0	1
	広島県	1	0
	山口県	0	0
四国	徳島県	0	0
	香川県	0	1
	愛媛県	0	0
	高知県	0	0
九州	福岡県	0	2
	佐賀県	2	1
	長崎県	0	2
	熊本県	0	2
	大分県	0	1
	宮崎県	0	0
	鹿児島県	0	2
	沖縄県	0	0
	計	82	66

72

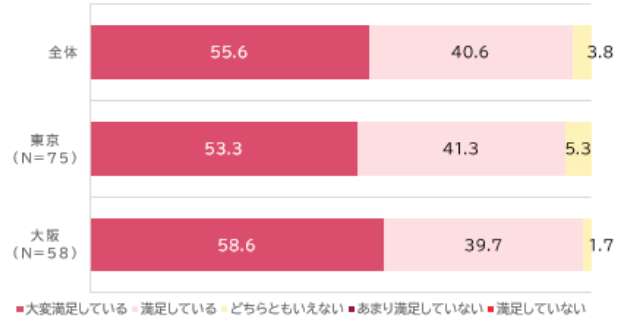
6－2．研修会議Ⅲアンケート結果

- 参加区分別では、参加者属性同様、在宅医療・介護連携推進コーディネーター、市町村職員、医師会等の関連団体の順で回答が多く、後述ある各プログラム毎の評価を見ると、いずれの立場からも同様に高い満足度が示されており、職種・所属を問わず、本研修が実務に資する内容として受け止められたことがうかがわれる。
- 満足度については、「大変満足」「満足」とする回答が9割以上を占め、研修内容および構成に対して概ね高い評価が得られた。

参加区分(N = 136)



Q8.研修の満足度 × 開催会場(N = 133)



73

6－2．研修会議Ⅲアンケート結果

- 総じて肯定率は非常に高く（概ね98%前後）、大阪は「参考になった」強い肯定が東京よりやや高めとなる。

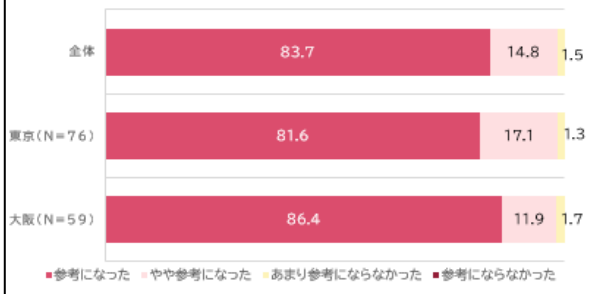
Q1.講義①の内容の参考度 × 開催会場（ N = 135）



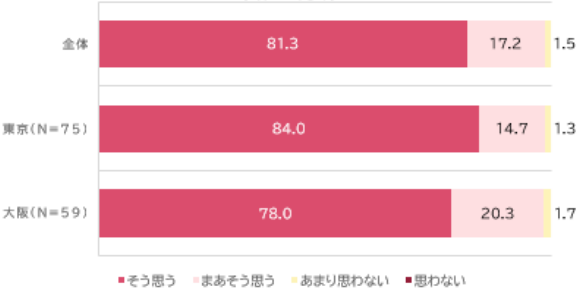
Q3.講演③の内容の参考度 × 開催会場（ N = 134）



Q2.講演②の内容の参考度 × 開催会場（ N = 135）



Q4.演習①：役割や課題の整理へのつながり × 開催会場（ N = 134）

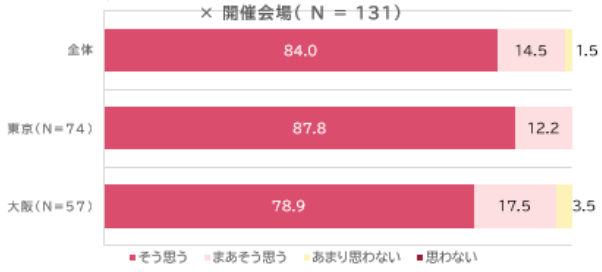


74

6－2．研修会議Ⅲアンケート結果

- いずれの設問においても、「そう思う」「まあそう思う」を合わせた肯定的評価が全体で約98%と非常に高く、研修内容が参加者に概ね受け入れられていたことがうかがえる。特に東京会場では「そう思う」とする割合が高く、研修内容への納得感が比較的強かった様子がみられた。
- また、「参考になった」「やや参考になった」と回答した割合はほぼ100%に達しており、東京・大阪いずれの会場においても大きな差はみられなかった。否定的な回答はごく少数にとどまり、研修内容が多くの参加者にとって実務の参考となる内容であったことが示唆される。

Q5.演習②：協働の必要性や具体的な方法を考えるきっかけ × 開催会場（ N = 131）



Q6.「重要度×緊急度」「重要度×取り組みやすさ」等は地域での課題整理の役立ち度 × 開催会場（ N = 130）



75

7－1．在宅医療・介護連携推進事業に係る人材育成のあり方に係る検討
R6・R7年度を踏まえたR8年度の研修会議実施に向けて

在宅医療・介護連携推進事業に係る研修

○令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、引き続き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。研修に対する現場のニーズは高く、今後も、引き続き、実務における課題に即した研修を行うことが求められる。

○そのためにも、在宅医療・介護連携推進事業における効果的・効率的な研修の在り方について検討委員会等で議論するとともに、議論の結果を基に、令和７年度の研修実施において更なる拡充を行うことが必要である。

R6・７年度を踏まえた研修会議実施の振り返りと次年度に向けた課題

R6年度より出た課題	R7年度の対策	R7年度の到達／課題
【研修会議Ⅰ】 <政策理解> ・政策動向の理解が不足 ・制度変更の背景がつかみにくい	・行政説明を拡充し、手引きVer.4・指標手引き・コーディネーターハンドブック を体系的に紹介 ・シンポジウムで 4つの施策の横断的なつながりを議論し、参加者の理解を深める	・制度改正の背景や政策の方向性に対する理解は一定程度進んだことが確認された。 ・一方で、こうした理解を踏まえ、地域の実情に応じた検討や取組へと発展させていくためには、さらなる工夫が必要であることも示唆された。
【研修会議Ⅱ】 <実践スキル> ・ロジックモデルが難しい ・小さな変化がイメージできない ・事業評価が苦手	・バックキャスティングの発想で 最終アウトカム→初期アウトカム→取組 の順に思考 ・アイスブレイクでQOLの具体化、実践事例紹介、ワールドカフェ方式で気づきを共有 ・自地域に持ち帰れる「事業評価の考え方」 を体験的に習得する設計へ	・ロジックモデル等についての学習意欲は高く、最終アウトカムから取組を構想する考え方や、事業評価の枠組みについての理解は深まった。 ・一方で、研修で整理した内容を関係者と共有し、医師会等を含む多職種・多機関との合意形成を図りながら、地域の取組として具体化していく段階においては、現場での実践に難しさを感じる声が多く見られた。
【研修会議Ⅲ】 <協働スキル> ・コーディネーターの役割の違い ・部門間連携の不足 ・協働の優先順位が曖昧	・同職種→異職種の2段階で、役割認識の統合・協働の型づくりを促す ・異なる立場でチーム編成し、重要度×緊急度 など実務で使える評価軸で優先課題を選定 ・自地域の「短期・中期アクション案」を試作し、協働の具体像を検討	・立場や役割の違いを踏まえた協働の進め方についての理解が進み、演習の中では一定の合意形成や優先課題の整理が可能となった。 ・一方で、研修会議Ⅲで得られた学びや気づきが、参加者個人の理解にとどまらず、地域の協働体制として共有・運用される仕組みの構築については、引き続き課題が残っていることが共有された。

76

7－2．令和7年度在宅医療・介護連携推進支援事業　研修会議における提言

○ 令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、引き続き、政策動向や制度理解を中心とした研修会議Ⅰ、実践的な連携手法や地域課題の整理・検討を目的とした研修会議Ⅱ、協働におけるコーディネート機能や役割を理解・検討した研修会議Ⅲを実施した。

○ 各研修においては、現場の実務に即した内容や意見交換の機会が評価され、参加者の満足度は総じて高く、在宅医療・介護連携に関する共通理解の醸成や実践意欲の向上に寄与したと考えられる。

○ 一方で、研修への参加状況には地域差が見られたほか、研修で得られた学びを日常業務や地域の取組につなげていくための工夫、関係機関がより参加しやすい周知・運営の在り方、都道府県による市町村支援の役割整理などについて、引き続き検討が必要であるとの意見が示された。

○ これらを踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業における効果的な研修の在り方について、検討委員会等において引き続き議論を行い、その成果を基に、令和８年度以降の研修内容や実施方法の充実・改善を図っていくことが求められる。

77

【参考】令和７年度版の募集チラシ

表面

在宅医療・介護連携推進支援事業　研修概要のご案内

目的

都道府県・市町村担当者等研修会議は、都道府県及び市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、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に資すること、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とする。

対象

市町村、都道府県、保健所及び地方厚生局の職員、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　等

	研修会議Ⅰ	研修会議Ⅱ	研修会議Ⅲ
日時	令和7年10月22日(水) 10時00分～15時00分	令和7年11月5日(水)　東京 11月7日(金)　仙台 11月18日(火)　大阪 12月9日(火)　福岡 各10時00分～16時00分(予定)	令和7年11月21日(金)　東京 12月16日(火)　大阪 各10時00分～16時00分(予定)
形式	オンライン (ZOOM、YouTube LIVE)	対面 *開催場所は裏面参照	対面 *開催場所は裏面参照
定員	ZOOM：300名 YouTube LIVE：定員なし	各回150名程度	各回100名程度
プログラム	＜行政説明＞ ・在宅医療・介護連携推進事業について ・かかりつけ医機能について ・在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて ＜シンポジウム＞ 「在宅医療・介護連携推進事業の推進にむけて求められること」 (講演内容) ・在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4の作成にあたって ・在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引きの作成にあたって ・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の作成と取組事例の紹介 ・松戸市における在宅医療・介護連携の推進について ・上記を踏まえたディスカッション	＜講演1＞ 在宅医療・介護連携推進事業での目指す姿の考え方(仮) ＜演習1＞ 在宅医療・介護連携の4場面別に地域課題を整理し目指す姿を考える ＜講演2＞ 在宅医療・介護連携推進事業の進め方と実効的なPDCAサイクルに向けたロジックモデルの活用(仮) ＜演習2＞ 地域の連携の課題を整理し、目指す姿を達成するための進め方を考える 【研修講師のご紹介】＊敬称略　五十音順 大夛賀　政昭氏（国立保健医療科学院） 小澤　和美氏（一般社団法人飯塚医師会/飯塚病院） 小田島　史恵氏（釜石市保健福祉部地域包括ケア推進課） 角野　文彦氏（びわこリハビリテーション専門職大学） 川越　正平氏（一般社団法人松戸市医師会） 倉川　亮之氏（一般社団法人新潟市医師会） 松本　佳子氏（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） 村井　千賀氏（石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター）	＜講演＞ ・釜石市の取組から考える自治体担当者とコーディネーターに期待される役割(仮) ・医師会・病院を拠点とした在宅医療・介護連携推進構想を支える実践的マネジメントの要点(仮) ＜演習＞ ・講演からの気づき・各自の取組紹介の共有、協働に必要な要素を整理する ・立場を越えた協働の工夫を考える ※各研修について、プログラム内容が変更になる可能性がございますことを予めご了承ください
締切	令和7年10月14日(火)17:00	●東京・仙台開催 令和7年10月29日(水)17:00 ●大阪開催 令和7年11月10日(月)17:00 ●福岡開催 令和7年11月28日(金)17:00	●東京開催 令和7年11月10日(月)17:00 ●大阪開催 令和7年12月5日(金)17:00

申込方法　https://www.jmar-form.jp/renkeisem2025.html

問い合わせ先：（株）日本能率協会総合研究所　河野・佐藤・谷口
E-mail：ikairenkei@jmar.co.jp　／TEL：0120-506-713(平日10:00-17:00)※12～13時除く

裏面

在宅医療・介護連携推進支援事業 研修会議Ⅱ／Ⅲの会場場所のご案内

東京開催
研修会議Ⅱ：11/5（水）
研修会議Ⅲ：11/21（金）

開催場所：スタンダード会議室　秋葉原店
研修会議Ⅱ：5階ホール
研修会議Ⅲ：6階会議室
住所：千代田区東神田1-10-6 幸保第2ビル
最寄り駅：JR秋葉原駅（東口：昭和通り改札）徒歩8分
会場図：
https://www.spaceuse.co.jp/kanda/akihabara/index.html#access



大阪開催
研修会議Ⅱ：11/18（火）
研修会議Ⅲ：12/16（火）

開催場所：新大阪丸ビル別館
研修会議Ⅱ：2階　2-3号室
研修会議Ⅲ：4階　4-1号室
住所：大阪府大阪市東淀川区東中島1丁目18番22号
最寄り駅：新大阪駅東口より徒歩2分
会場図：
https://merineria.co.jp/access/



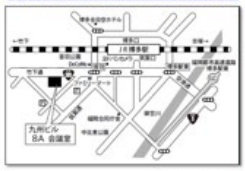
研修会議Ⅱ：11/7（金）仙台開催

開催場所：スタンダード会議室　仙台一番町5階ホール
住所：仙台市青葉区一番町2-5-1大一野村ビル5階
最寄り駅：仙台市営地下鉄東西線「青葉通一番町駅」南1番出口よりすぐ
会場図：
https://www.spaceuse.co.jp/sendai/ichibancho/index.html#access



研修会議Ⅱ：12/9（火）福岡開催

開催場所：九州ビル貸会議室　8階8A
住所：福岡市博多区博多駅南1丁目8番31号
最寄り駅：JR博多駅（筑紫口）より徒歩6分
会場図：
https://e-shs-bldg.resa.jp/contents/punit_dtl.php?pk=d=30&e=1756450087&key=d=9



申込方法　https://www.jmar-form.jp/renkeisem2025.html

問い合わせ先：（株）日本能率協会総合研究所　河野・佐藤・谷口
E-mail：ikairenkei@jmar.co.jp　／TEL：0120-506-713(平日10:00-17:00)※12～13時除く

78

第Ⅵ章　都道府県・市町村連携支援について

1．実施概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、「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）」におけるPDCAに基づく取組推進が求められている。
- しかし、現状分析や課題抽出の方法、評価指標の設定、多機関連携の構築などに課題があり、自治体が自律的に改善を進めるための実践力の強化が必要となっている。
- 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、自治体が自らPDCAを設計・実行・検証できる能力を高め、継続的に課題解決を図るための基盤を構築する事業を行う。

	内容
申込期間	第１回WG終了後に設定（～令和7年8月22日）
支援対象	在宅医療・介護連携推進事業に係る課題を有しており、連携支援を希望する市町村 ※都道府県との連携支援となるため、応募に際して管轄都道府県に事前に承諾を得ることが必要 ※同一の都道府県内における複数市町村による共同応募も可能（この場合、１地域＝１市町村として取り扱う）
募集数	計４地域。基本的には、市町村及び都道府県（保健所含む）のペアを１地域として取り扱う
申込方法	所定のエントリーシート(Excel)に必要事項を記入し、事務局あてにメール送付
選定方法	原則、地方厚生（支）局エリアの重複が生じないように選定 応募多数の場合、応募理由や市町村規模、地域関係者との連携状況、在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況などを踏まえて選定
支援期間	令和７年10月～令和８年２月 この間に、３回の支援と支援前後のミーティング（いずれも原則オンライン）を実施し、市町村担当者との意見交換や相談支援のほか、実践を通じた継続的な支援を行う また、支援開始前にオリエンテーション、支援終了後に合同報告会として、すべてのモデル市町村、アドバイザー等が参加する会議体をオンラインで開催する

79

2．第１回WGでいただいた主なご意見への対応

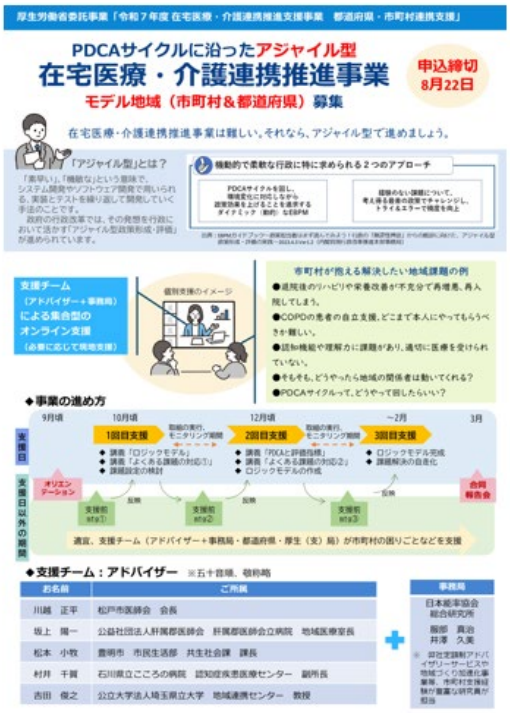
- 第１回WGで令和7年度実施方針について検討し、頂戴したご意見については、次のように対応した。

	主なご意見	対応
支援目的・方法論の明確化	● 昨年度はオンライン支援が成立せず現地支援となったが、初回に課長等も交えて課題共有できたことが大きかった。オンラインのみでは課題の共有が難しい場合がある。 ● 本事業の目的は、方法論の確立か、個別市町村の課題把握か。どこまでをゴールとするのか明確にすべき。 ● 短期的な足元の課題解決を目指すのか、2040年を見据えた将来像からのバックキャストか。 ● 支援側は、手順重視・過剰分析・前例主義に陥らず、アジャイル型で柔軟に試行錯誤を許容すべき。シート記入が目的化しないよう注意。 ● 再入院率等のアウトカム指標との関係をどう整理するか。他WG等での議論状況も含め確認が必要。	● 原則オンラインとするものの、必要に応じて現地支援を実施する。 ● 課題抽出から解決策検討までを支援範囲とする。 ● 支援方法を確立し、都道府県に技術移転することを本事業の目的とする。 ● 足元の課題を典型事例で検討し、短期アウトカムを基にアジャイル的なPDCA運用を前提とした伴走支援を行う。 ● 時間軸を意識した継続的検討の視点も取り入れる。
典型事例の活用	● 困難事例ばかりでは地域課題に展開しにくい。解決しやすい典型事例で成功体験を積むべき。 ● 個別事例から地域課題を抽出し、政策検討につなげる流れを明確にする必要がある。 ● 地域ケア個別会議の構成（医療職の参画有無等）や、在宅医療・介護連携推進コーディネーターの役割が成果を左右する。	● エントリー段階から典型事例での検討を求める。 ● 在宅医療・介護連携推進事業の手引きに沿い、個別事例→地域課題→政策検討のフローで支援。 ● 体制面（医療職参画・コーディネーター機能等）にも助言する。
都道府県の技術的支援と3回支援の全体像	● 支援と支援の間の市町村の自主的実践こそ最重要であり、その間の支援も必要。 ● 午前講義は抽象論でなく、具体的課題・事例に即した内容が望ましい。 ● 都道府県（特に保健所）の関与には地域差があり、人事異動や理解度も支援体制に影響する。役割整理が必要。	● 事務局にて自主的な実践の支援を行う。 ● 課題解決の手法や評価指標の設定を開設する具体的な講義とする。 ● 関係機関の役割や体制状況も把握した上で支援設計を行う。

80

3．募集チラシ

- 以下のチラシで、4地域を募集した。





81

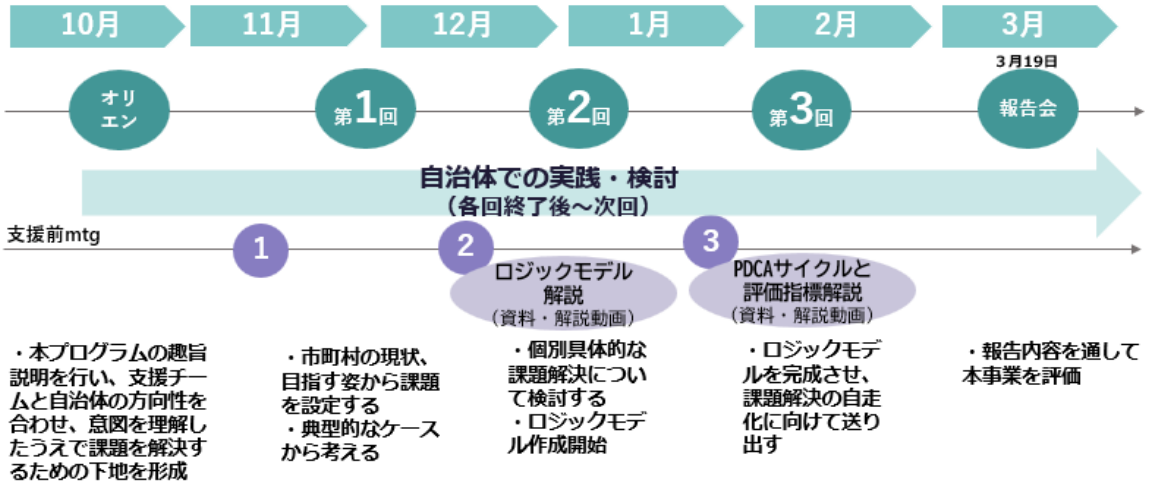
4．支援地域一覧

	管轄	参加自治体名	解決したい課題	課題の概要（エントリーシートより）	支援担当者	事務局
1	東北厚生局	須賀川市	退院支援	・特に上半身の骨折など、入院まで至らないケースや急性期病院を短期で退院したケースにおいて、在宅生活に戻ったのち、思ったように元の生活を取り戻せず、廃用症候群に至っていくことが時折見受けられる。 ・安静にすることにより、可能であるはずの活動量も失われてしまっている可能性。 ・骨折直後や入院時に認定申請が行われ、要支援認定後に地域包括が関与するが、サービス利用を希望しない場合には次の関与までの期間が空いてしまい、身体機能がだいぶ低下してからの再関与になってしまう。	松本委員 服部 井澤	服部 井澤
2	東海北陸厚生局	岐南町	日常の療養支援	生活機能が低下し始めると、安易に介護保険を申請しサービスを継続して利用し依存をしてしまう。生活機能を改善し、元の生活に戻る仕組みがなく、介護保険を利用する人は増加する一方である。 そのため、昨年度から、虚弱者を対象にした通所と訪問を合わせた地域リハビリテーション事業をモデル的に開始しており、次年度にはサービス活動Cを立ち上げる計画をしているが、対象者の選定方法、意欲の高め方、効果的な事業の内容、送迎方法、事業終了後の出口支援等、様々な課題があり悩んでいる。リハビリ職、医療機関と連携し、効果的な事業を立ち上げ、介護予防の仕組みを構築したい。	松本委員 服部 井澤	服部 井澤
3	近畿厚生局	赤穂市	4つの場面全般（コーディネーター）	在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター業務を、地域包括支援センター職員が兼務で担っている。医療と介護両方を必要としている高齢者が、住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしく暮らせるよう、特に医療と介護の連携が必要となる4つの場面（日常の療養支援、入退院時支援、急変時の対応、看取り）について、それぞれ取り組みを行っている。 しかし、コーディネーター業務について、相談支援による個別対応（医療機関の受診拒否や介護サービス利用拒否、特に未受診かつ暴言・暴力による問題行動を生じた認知症高齢者を入院につなぐ）も年々件数が増え、独居（認知症含む）高齢者が自宅を離れる理由として長期入院だけでなく、近年は施設入所が多くなっており、個別課題の解決につながってはいるものの、在宅医療・介護に関する地域課題の抽出までには至っておらず、コーディネーターの業たる役割や充実感など実感がわきにくい。 また、医療機関や薬局も地域偏在があり、高齢者を支える訪問診療を行う在宅医療医も限られており、特に在宅看取りに関しては24時間365日の対応のため、医師が疲弊していると感じている。地域全体で高齢者を支援する仕組みについても考えたい。	坂上委員 松本委員 服部	服部
4	近畿厚生局	和歌山県	県としての市町村支援	市町村が把握している地域課題の解像度はまちまちであるため、まずは課題の掘り下げや課題整理に対する支援が必要であると思われるが、県にノウハウがない。 なお、市町村から挙げられている主な課題は以下のとおり。 ・現在実施している多職種連携研修会の参加メンバーが固定化している。 ・4つの場面についての行政としての関わり方が分からない。 ・関係者との関係構築（事業の意義や取組への仲間づくり）が進んでいかない。 ・ACPに対する住民意識が変わらない。 ・顔の見える関係づくりに向けた多職種連携会議をしたいが、進行のやり方が分からない。 ・家族のいない独居高齢者が、新型コロナやインフルエンザ等の感染症にかかった時の対応に苦慮している。 ・家族のいない独居高齢者が在宅生活の継続を希望された場合、医療ケアや身体介助等の支援の調整に苦慮している。 ・住民が受けられる訪問リハビリ・通所リハビリのサービス事業所がほとんどなく、急性期、回復期のリハビリ後、退院してからの生活期におけるリハビリの支援ができない。 ・退院後自宅に戻れない方がいらっしゃっても、病院・施設がいっぱいになり施設入所を待つことになる。	川越委員長 吉田委員 村井委員	服部 井澤

82

5．支援の流れ

- 支援各回は、支援担当者と支援自治体とのメンタリングを行う。
  ※「ロジックモデル」や「PDCAサイクルと評価指標」といった技術については、講義動画を配信、適宜、ご覧いただく。
- メンタリングでは、実践を通じて感じた手ごたえ、うまくいかなかったこと、それを踏まえてこれから実施したいことなどを報告を踏まえて「対話」と「傾聴」を行う。
- 支援前mtgでは、各市町村の取組に応じたフィードバックを行う。各回のほか、随時、個別相談も対応。
- 支援各回の間は、自治体内で通常業務として実践（調べる、出向く、話を聞く、チームで話し合う等）を行っていく。



5．支援経過と成果：須賀川市

【事前MTG①】
・状態像シート作成状況の確認
・今年度6月～10月の認定審査対象者を中心に、典型ケースを整理。
・現場ベースの確認のため、生活状況の詳細までは把握しきれず、今後の課題。
・要介護度の高い対象者は少数で、状態像は変化するため、典型的イメージとしての整理に留める。
・対象者の選定にあたり、医療・介護資源の環境や個別支援内容は十分反映されていない点が課題。

【事前MTG②】
- 医療リハ終了後、介護リハに自然に移行していく構造があるのではないか。介護リハに移行すれば送迎付きになる。介護リハに吸い込まれていく。
- 医療リハから介護リハへの「エスカレーター」構造とサービス・活動Cの在り方について検討。

→ロジックモデルの作成へ
誰に、どう働きかけるのかを整理する。課題・アクティビティ）まで。優先順位を意識。

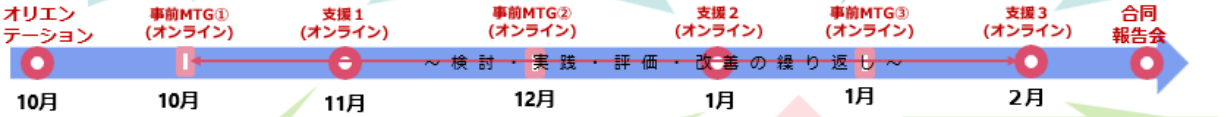
【事前MTG③】
・理想論ではなく現場の状況を踏まえた再整理
・最終的に実施主体を書き込むことで整理しやすくなったが「本当に実行できるのか」検討
・医療リハから介護リハへ移る段階ですでに「継続利用」が前提となっているケースが多い
・訪問Cの入口を広げる挑戦、今年度は「できること」に集中し、小さな実績を積む
・ボトルネックを可視化し、段階的に改善する。
・医療連携はその先のステップとして位置づけ

【オリエンテーション】
- テーマを「骨折や肺炎などの入院でADL・IADLが低下したケースについて、在宅でどう回復させるか」とする。
- 典型的な事例を収集。

【支援１】
・須賀川市における退院後にリハが必要な軽度者の典型事例を検討することで、退院支援の現状を把握する目的を確認。
・病院ごとの退院支援の違い、在宅リハとの連携について深堀。
→課題整理シートを用いた真因分析へ

【支援２】
・サービスは既に存在。事業設計のロジックモデルだけではなく実践が重要。
・退院時や、医療リハから介護リハへの移行時の説明や、リハの卒業前提とした説明を誰がどう行うかが課題。
→ロジックモデル：誰に、いつまでに、どれくらいやるか、期待できる成果を整理

【支援３】
・ロジックモデルがきれいごとに見えてしまうのは現場感とのずれが要因
→高齢者支援センターと共有して温度差を確認
・ボトルネックを顕在化させ、改善のためのアクティビティの解像度を上げる。
→ロジックモデル：現場とのずれを解消するためには成功体験の蓄積が先決



【プロセス】
- 「状態像シート」を用いて、誰のどんな課題を扱うのかを整理し、軽度者のリハビリテーションに関する医療・介護連携にテーマが絞られてきた。

検討チームに地域包括支援センターが加わる。

【ADからのアドバイス】
- 真因の中から、どこに手を打つかを考えてほしい。医療機関、本人、家族、リハ職、それぞれに何ができるか。
- 実践に勝るものはない。訪問Cを使って、目指す支援を実際にやってみてほしい。
- 窓口での説明（ファーストコンタクト）を見直すことが重要。

・アドバイスをもとに窓口での振り分け部分に積極的に取組む。
・これまでは認定を待っていた方をつなぐようにし始めた。

【ADからのアドバイス】
・アクティビティは具体的な行動レベルまで分解しないと実践につながらない。医療機関が先に決めると言う流れがある中では、理念よりエビデンスが重要。
・理想を整えるより、実践を通じてロジックモデルを育てる意識も大切。
・できないことをいきなり目指すより実践の積み重ねで責任を持てるものが見せられるよう、整えることが重要。

5．支援経過と成果：岐南町

【事前MTG①】
・状態像シート作成状況の確認
・徐々に状態が低下したフレイル高齢者を想定。医療専門職との関わりは元気な頃はほとんどなく、地域サロンに参加している人が中心。
・状態が落ちるといきなりデイサービス（DS）希望。楽しそうな場所として認識されている。
・町の独自施策として「無料」であるという点も大きい。
・見える化システムによれば介護認定率が全国平均よりかなり高い。無料化が軽度の段階からサービス利用が促進か。

【事前MTG②】
- 窓口に来る要支援者は閉じこもりがちで外出の必要性があり、本人からDSに行きたい、DSには友達がいるから、という要望がある。町として無料化して促しているわけで「使うな」とは言えない。医師もDSについて同様の意識。ケアマネからは反論される。
- 要支援認定や事業対象者は、卒業していけると伝える新規相談時の対応の具体化が必要。

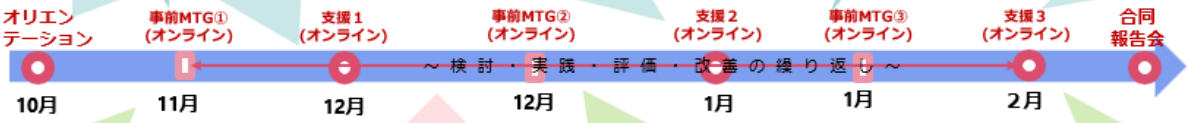
【事前MTG③】
・アクティビティ：モデル事業の実践状況を確認。入口支援はすでに開始している。PTが最初にアセスメントし、通所型Cか訪問型Cかを振り分けている。
・効果のあるC型事業にするには関係職種同士で学び合い事例を共有することが必要。
・医療機関は町外利用が多いため、町単独で説明するのは難しい。
→Dを実行後、しっかり評価することが重要

【オリエンテーション】
- テーマを「要支援者等を対象とした新規事業（訪問型及び通所型のサービス・活動C（短期集中予防サービス））の構築、モデル事業の実施支援」とする。

【支援１】
・フレイルや廃用症候群の周知の必要性など課題整理。
・郡医師会の在宅医療介護連携会議などで行政から言えるかというと難しい。
・まずはDS利用が常態化している現状を最優先課題と位置づけ
→ロジックモデル作成へ：目標、現状、真因を課題仮説棚に転記

【支援２】
・研修・講演会・広報以外のアクティビティのアイデアが浮かばず、実効性に不安。
・医療機関への働きかけも医師会への説明だけでなく入院先へのアプローチも視野に入れる必要。
・岐阜市医療圏であり県の関与は重要。

【支援３】
・ロジックモデルを緻密に設計していく段階で効果のある事業を誰とどう展開して行くのか具体的な実践に落とし込む。
・県にも参画いただいたことで介護の分野で日常の療養支援の取り組みを、県の医療・介護連携の全体会で展開することも可能との意見。



【ADからのアドバイス】
- 課題整理シートは「なぜうまくいかないのか」を深く理解するためのもの。
- 本人・家族・ケアマネ・事業所それぞれの不安、心理、抵抗、現状の問題などを可視化する必要がある。これをしっかり整理することで、研修会で何を伝えるか、チラシに何を書くか、初回訪問で何を話すか、といった具体的な実務が明確になる。

・ロジックモデル作成を通じ、自立支援に向けては町民、ケアマネ、医療関係者が共通認識を持たないと進まないことを改めて認識。

【ADからのアドバイス】
- ロジックモデルは手順書なので、理想ではなく「具体的な行動」をアクティビティに書くことが重要。
- 申請希望者が来たときにどう受け答えするか、訪問時に何をするか、C型につながった後に何をするかまで具体化してほしい。
- 医師会への説明はサービス・活動Cが自信をもって医師に勧められるものになっているかが重要。

【ADからのアドバイス】
・完成度の高いロジックモデルに目を見張るものがある。
・アウトプットがそれぞれのアクティビティを具現化されたものになっている。
・何よりも「町が何をしたいのか」が一目瞭然となった。
・次年度に向けてすべきことが明確になった。

5．支援経過と成果：赤穂市

【事前MTG①】
・状態像シート作成状況の確認
・病院と在宅医の実際の連携状況については、行政で詳しく把握できているわけではない。
・「どこにゴールを置くのか」がまだ不明確。
・「早期相談・早期対応」というテーマを、「何を早期にするのか」「医療側にどう価値があるか」に落とし込む。
・状態像シートでは事業としてどこを支援領域として扱うかを明確にする必要がある。在宅医療・介護連携の“論点設定”がとても重要。

【事前MTG②】
- 整理された課題。
  - 骨折そのものの予防
  - 骨折した人の再骨折（二次骨折）の予防
- 「治療しようと思えばする」という反応。ただし、整形外科中心。
- 内科医が積極的に骨粗しょう症治療をしている印象はない。（薬剤師や製薬会社からの情報）

→ペイシェントジャーニーをロングスパンで示し、課題を認識してもらう必要

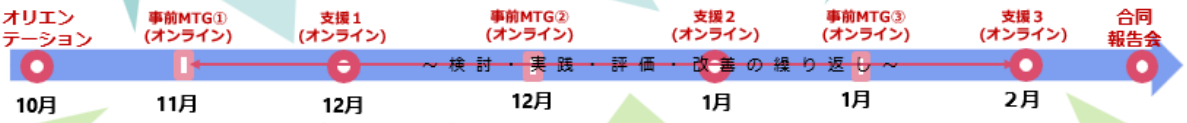
【事前MTG③】
- ペイシェントジャーニーを用い、骨折を契機に何が起きているのかを可視化。
- 長年の経過の中で徐々に身体機能が低下し、骨折を契機に介護度が上がり、最終的に寝たきりに近い状態となって死亡という事例。
- KDBデータ上、近年の入院では医療費が非常に高額であり、介護サービス費用も含めると、二次性骨折予防の重要性を示す象徴的なケース。

【オリエンテーション】
- 「コーディネーターによる早期発見・早期対応」というテーマは抽象的であるため、具体化する。

【支援１】
・ヒアリング後の気付き
低栄養、大腿骨頸部骨折が非常に多い
骨粗鬆症の薬の継続が難しい方が多く、飲み忘れや中断が起きている。
＝治療の中断は再骨折リスクと直結
赤穂市の典型的な状態像の核は“骨折予防と再発予防”
→骨粗鬆症を軸としたロジックモデル作成へ

【支援２】
・事例を複数見る中で再骨折のたびに介護度が上がっていることが分かった。
・要介護認定申請は年間約2,400人弱で、そのうち骨折が原因の方が66人。（手計算）
・新規か区分変更かを確認した。72%以上が再骨折による区分変更だった。

【支援３】
・アクティビティ、アウトプット、アウトカムの整理ができた。
・現時点でプレイヤーとして動いてもらいたい関係者に絞って作成したことで具体化した。
・今後の取り組み：症例を見える化していくことが明確になった。



【ADからのアドバイス】
・行政情報では、入院を機に要介護認定になるケースも多く、そこから生活状況を読み取ることもできる。
・“典型的な事例”を押さえれば、医療機関も“確かに困る”と納得しやすい、特に“治療効果が上がらない領域”は連携が進めやすい。かかりつけ医にも関心のある領域を確認する。

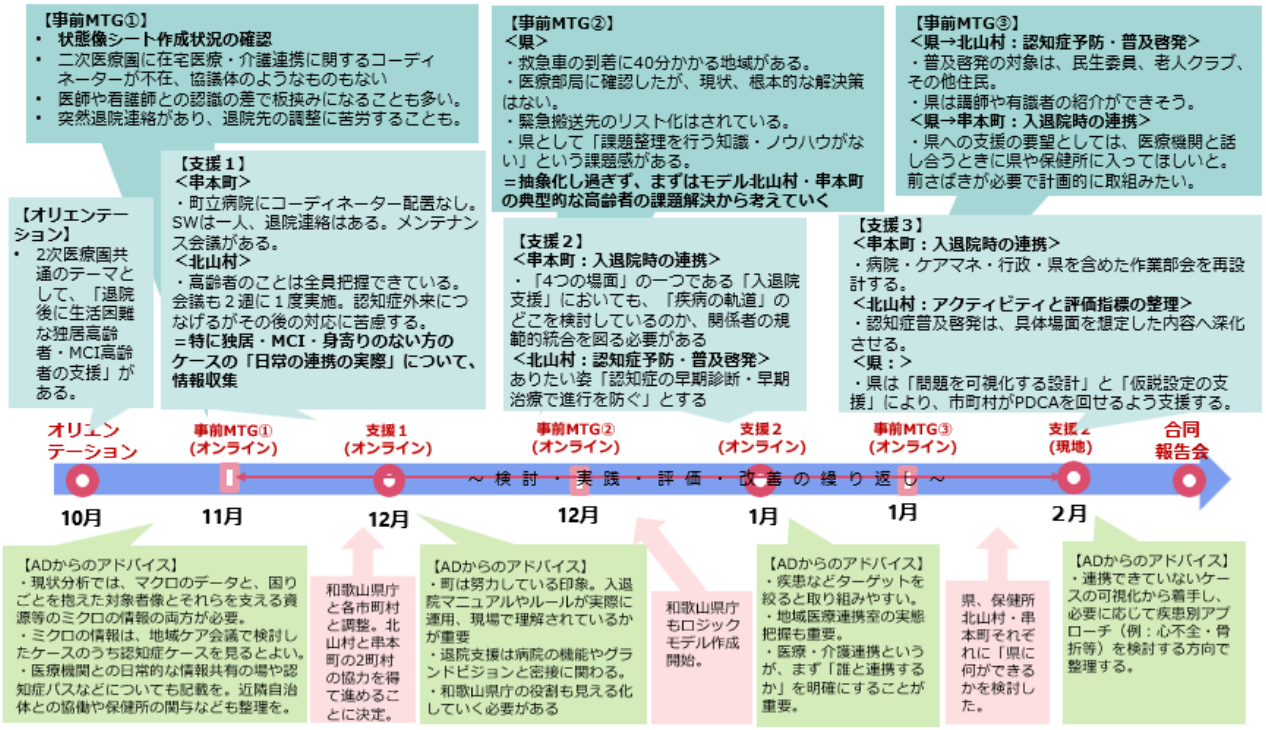
内科、整形に加えて市民病院の医師にヒアリングを実施。

骨粗しょう症・骨折について薬剤師や主任CMに現状確認。KDBデータの確認。

【ADからのアドバイス】
・豊明市では心疾患や誤嚥性肺炎でペイシェントジャーニー作成。5年程度遡って数例抽出し、医療と介護の情報をつなぎ合わせることで見える。この作業は自治体しかできない。
・誰に働きかける必要があるかも明らかになる。
・真因は仮説。ケアマネや薬剤師など専門職に見せ、意見をもらうことで精度が上がる。

【ADからのアドバイス】
・来年度に向け専門職とのチームができていくと今後後押ししやすくなる。大規模な会議での説明に加えワーキングを立ち上げてはどうか。
・初期アウトカムは赤穂市が変化を観察できることにこだわることで、より早いPDCAにつながる。

5．支援経過と成果：和歌山県（協力：北山村・串本町）



87

6．次年度に向けた改善の方向性

参加設計・テーマ設定

〈課題〉

・「４つの場面全般（コーディネーター）」「県による市町村支援の方法」といった抽象度の高いテーマでの参加自治体については、テーマの焦点化に時間を要した。
・一方で、在宅医療・介護連携推進事業としては「日常の療養支援」に該当する内容ではあるが、主に介護予防・日常生活支援総合事業における「地域リハビリテーション活動支援事業」や「サービス・活動C」の構築が支援内容となった自治体もあった。

〈改善の方向性〉

・研修会議WGと連携し、事前の研修受講を参加要件とする。
・本事業にて支援すべきテーマを絞り、募集する。

都道府県の関与のあり方

〈課題〉

・昨年度と同様に、都道府県担当者がオブザーバーのような位置づけとなり、積極的に関与できないという課題があった。

〈改善の方向性〉

・和歌山県への支援経験を活用し、都道府県による市町村支援への支援方法等を明確化する。

支援手法・プロセス設計

〈課題〉

・自治体が自らPDCAを設計・実行・検証できる能力を高めるため、支援ツールを作成し、段階的に支援を進められるようにしたものの、アドバイザーの力量に依存している。
・地域のめざすべき姿を具体的に設定し、アウトプットと初期/直接アウトカムの評価を重視して迅速にPDCAサイクルを回す手法が十分に浸透していない。

〈改善の方向性〉

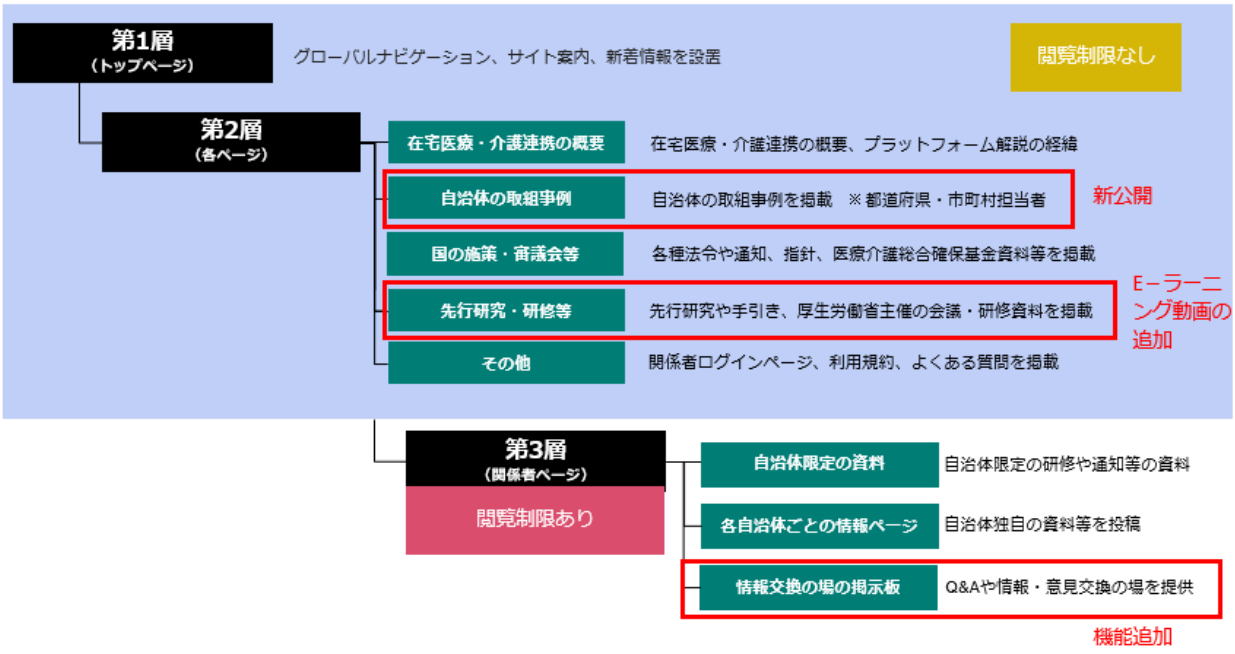
・アドバイザーの負担には配慮しつつも、各回の支援方針を支援者間で事前に検討する機会を設けることなどによって、都道府県及び保健所等がより一層、積極的に関与できるようにする。
・令和6年度に作成した「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」や今年度作成したリーフレットを活用するなどして、普及啓発を行う。

88

第Ⅷ章　プラットフォームの拡充について

1-1.プラットフォームの階層

- プラットフォームの階層は以下の通りとなっている。



89

1-2.自治体の取組事例の「公開」

- プラットフォームの第２層（全員がアクセス可能）に、自治体の取組事例を紹介するページを追加
- 年度内に200事例を公開（現時点では先行公開の26事例）
- 事例を保持している170件の内訳は下段の通り



項目	記載時の留意点
取組の背景	・どのような現状・課題に基づいたか ・住民や、医療・介護関係者のニーズの詳細 ・具体的なデータ ・個人が特定される情報はNG
取組の概要	・アプローチする取組の対象を明確に記載 ・実施体制や開始年度、実施方法、予算、進捗等を具体に ・課題・見込む成果・実施する事業のつながりを意識して記載 （ロジックモデルやロードマップがある場合は補足）
取組で苦労した点	・解決策や工夫した点とあわせて記載 ・「キーパーソン」や「取組が加速・減速したきっかけ」 ・担当者として心がけていること、頑張っていること ・特定の団体や一方を批判するような情報がないか注意
取組の効果	・現在までの実績を定性・定量の両面で記載する ・設定している目標、指標を記載する ・評価手法・測定（モニタリング）手法を記載 ・庁内や関係者の意識変容や行動変容などを記載
今後の方針	・短期、中長期の方針を記載する ・可能であれば、凡そのスケジュールを記載する ・決まっていない事項は、断定的に記載しない

【実態調査で収集した市町村事例170件の内訳（場面毎の数値は%表示）】

	市町村数	場面									実施内容						
		入退院支援の場面	日常の療養支援の場面	急変時の対応の場面	看取りの場面	認知症の対応の場面	感染症発生時の場面	災害時対応の場面	過疎地域、中山間地域での取組	その他	地域の医療・介護資源の把握	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	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	地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援	その他
1万人未満	15	20.0	33.3	6.7	33.3	33.3	0.0	20.0	33.3	0.0	13.3	33.3	40.0	20.0	46.7	33.3	13.3
1万人以上3万人未満	33	27.3	39.4	27.3	30.3	15.2	3.0	15.2	21.2	12.1	24.2	39.4	60.6	24.2	45.5	39.4	3.0
3万人以上5万人未満	28	50.0	50.0	25.0	39.3	21.4	0.0	3.6	7.1	14.3	46.4	50.0	71.4	39.3	50.0	28.6	0.0
5万人以上10万人未満	22	54.5	63.6	50.0	63.6	36.4	27.3	27.3	22.7	4.5	31.8	27.3	86.4	22.7	36.4	50.0	4.5
10万人以上20万人未満	30	40.0	40.0	36.7	40.0	10.0	6.7	3.3	3.3	0.0	46.7	53.3	73.3	33.3	36.7	43.3	16.7
20万人以上50万人未満	35	45.7	57.1	45.7	48.6	5.7	2.9	0.0	0.0	8.6	31.4	37.1	54.3	25.7	57.1	37.1	5.7
50万人以上	7	71.4	28.6	42.9	42.9	28.6	14.3	14.3	14.3	28.6	42.9	14.3	71.4	28.6	42.9	14.3	28.6
全体	170	41.8	47.1	34.1	42.4	18.2	6.5	10.0	12.4	8.2	34.1	40.0	65.3	28.2	45.9	37.6	7.6

90

1-3.E-ラーニング動画の「追加」

- プラットフォームの第２層（全員がアクセス可能）に、在宅医療・介護連携推進事業の初学者・新任者を対象としたE-ラーニング動画を追加した。

■動画概要

区分	内容
メインターゲット	自治体、医療従事者、介護従事者の初学者・新任者
動画時間	15分程度
掲載場所	第2層の先行研究・研修等
公開予定時期	令和8年3月
教育目標	初学者・新任者が在宅医療・介護連携に従事する上で踏まえておきたい事柄を、簡便に習得できる
内容	・いつからはじまった？ ・なぜ必要だった？ ・何から始まった？ ・いま大事なことは？ ・まとめ



91

1-4.PV（サイト訪問者数）の推移

- 2026年1月31日までの訪問者数は5,695人となっており、10月の特定週の277人新規訪問者がピーク（研修会議Ⅰによる周知）
- リピーター数は1,165人、直帰率は43.8%、訪問回数（延べ数）は1.1万回、訪問１回あたりの平均継続時間は約５分



指標名	内容	結果	所感
訪問者数	サイト訪問者の実人数	5,695人	ー
リピーター数	過去2年間に2回以上訪問したユーザー数	1,165人	リピート率は２割のため若干低い
直帰率	トップページのみでサイトから離脱した訪問者率	43.8%	悪い数値ではないが、特定の集団に対するサイトであることを考慮すると若干多い
訪問回数	ユーザーの訪問延べ回数	1.1万回	１ユーザーあたりの訪問回数が２回を下回るため、再利用されにくいイメージがある
平均継続時間	１回の訪問でサイトに接続している時間	4分45秒	事業についての「調べもの」の利用が想定されにくい時間

92

2-1. 在宅医療・介護連携プラットフォームのあり方に係る検討

在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成（令和6年度意見書P27～）

○令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、有用な情報の集約に加え、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ことを目的に、在宅医療・介護に関するプラットホームの作成を行った。プラットホームは、「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ある。実装に向け、モデル自治体によるプラットホームのテスト運用の結果は、デザイン、情報交換 Q&A、各自治体の取組情報一覧について、概ね満足度が高いという結果を得る一方、改善点や要望等も挙げられている。

○令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、テスト運用を踏まえた改修を行い、ユーザビリティを高め、より役立つプラットホームとなることを期待したい。

第1回プラットフォームWGでの主な

第3層の活性化	・ Q&A情報交換で意見が出やすい工夫を行う必要がある
第3層へのアクセス権	・ 自治体職員以外の従事者が横の連携を図れる場が必要である
事例検索キーワード	・ キーワードの種類を増やすだけでなく、フリーワード検索が重要
モデル運用	・ 実際にプラットフォームにログインした自治体に依頼すると良い
E-ラーニング教材	・ 初学者・新任者を対象とするなら、実際の現場の写真等があると良い

R7の取組状況

<プラットフォームの機能強化>
・事例収集とプラットフォームへの代理投稿
・事例検索機能の強化
・Q&Aへの「いいね」機能の追加
・ログイン履歴の取得

<モデル運用の実施（方針）>
・自治体間でのQ&A情報交換のデモプレイ
・ログイン自治体へのアンケート調査実施

<E-ラーニング教材の作成>
・初学者、新任者向けの教材づくり

<本登録者数の増進>
・事業内での定期的な周知の実施

93

2-2. 在宅医療・介護連携プラットフォームの評価と課題

取組内容	評価	課題
プラットフォームの機能強化	・ 主にユーザービリティを重視した機能強化を実施 ・ ただし、具体的な利用の活性化（訪問者数増やリピーター増）にはつながっていない	・ ユーザーが望む機能は、利用者増に本当につながるか、ユーザーが望む機能以外で、利用者の利便性を高められる機能はないか検討
モデル運用	・ 【取組事例】会議等のありふれた取組以外の、地域課題に応じた工夫などの事例への期待が多い ・ 【情報交換Q&A】操作面での難易度は低いものの、質問等の投稿に対する心理的難易度が高い ・ 【情報交換Q&A】新着投稿に対するプッシュ通知など、プラットフォームを確認するきっかけへづくりの機能への期待が多い	・ 取組事例で掲載できる情報の質・量の中で、地域課題等を踏まえたより質の高い情報発信方法の在り方の検討 ・ 新着通知やログインの簡略化など、第３層にクイックにアクセスできる方策の検討
E-ラーニング動画	・ 初学者・新任者向けとして、事業の基本的な概要や、最新の各種手引き等の確認を促す目的の動画を公開した	・ 動画コンテンツによる効果検証は次年度以降の実施が必要
本登録者数像	・ 実態調査、３種の研修会議で周知を行うも、登録者数は横ばいから微増程度	・ 周知、という手法で利用者増を狙うことには限界があるため、周知以外に、登録を促せる手法を検討

R8への検討事項（事務局案）

- ✓ **R7追加機能の効果検証の実施**
- ✓ **ユーザビリティ機能以外も含むプラットフォーム利活用の方策検討**
- ✓ **広報・周知以外でのプラットフォームの自治体登録推進の方策検討**
- ✓ **上記を踏まえたプラットフォームに必要な機能の再整理**

94

2-3. 在宅医療・介護連携プラットフォームのR8年度の検討事項（案）

項目	論点
R7追加機能の効果検証の実施	・ 自治体の取組事例（第2層）の視聴数やフリー検索ワード等を踏まえて、ユーザーに関心のある情報を精査してはどうか ・ 令和７年度では検証や議論の時間が限られていたため、R8年度ではプラットフォームの活用促進に向けた議論を踏まえた方策を検証すべきではないか
ユーザビリティ機能以外での プラットフォーム利活用の方策検討	・ ユーザー登録などが進まないことから、ユーザーの使い勝手に着目した機能ではなく、機能を使うことで手間や負担を軽減できる機能を検討してはどうか <例えば> ・ 本事業の「研修申込」などを本プラットフォームの機能に組み込むことで、自治体における「申込・資料閲覧」などの窓口を一元化する ・ AI等により「調べる」ではなく「質問する」と回答が得られる仕組みを導入する
広報・周知以外での プラットフォームの自治体登録 推進方策の検討	・ 上記の「研修申込」の機能を組み込むことで、プラットフォームの利用や登録が前提となる立てつけとすることで、ユーザー数および利用頻度を高めてみてはどうか ・ ユーザーが事業実施に困ったときにすぐに利用できるプラットフォームとするために、自治体の取組事例やQ&A情報交換など、既存コンテンツへの参加・利用コストを下げる方策を検討してはどうか
プラットフォームに 必要な機能の再整理	・ 現状、プラットフォームのメインターゲットとなっているユーザーのニーズ（欲しい情報・入手に係るコストなど）が把握できないまま、運営側の想定によるコンテンツが提供されている状態となっている ・ 現機能を使ったユーザーニーズの再確認を踏まえて、必要な機能・情報を再整理してプラットフォームや掲載情報の取得方法を再構築する必要があるのではないか

95

第Ⅷ章　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

令和8年3月 31 日

令和7年度在宅医療･介護連携推進支援事業検討委員会

〈目次〉

Ⅰ．背景 3
1．総論 3
2．「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方 4
3．医療・介護連携に係る近年の方策 6
Ⅱ．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討 11
1．へき地、中山間地域、小規模自治体における効果的な事業のあり方 12
2．在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等を踏まえた効果的な事業に係る検討 17
3．在宅医療・介護連携推進事業に係る人材育成のあり方に係る検討 19
4．都道府県・市町村の連携支援のあり方に係る検討 20
5．在宅医療・介護連携プラットフォームのあり方に係る検討 22
Ⅲ．在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて 25
1．市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄 25
2．都道府県における市町村支援の推進のあり方の方向性 27
Ⅳ．終わりに 30

（令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会　構成員名簿）

氏名	所属・役職
尾島　俊之	国立大学法人浜松医科大学　医学部　教授
◎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	松戸市医師会長
斎川　克之	新潟市医師会　医療課　課長
坂上　陽一	肝属郡医師会立病院　地域医療室長
坂本　泰三	公益社団法人日本医師会　常任理事
佐藤　吉沖	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　副会長
杉澤　孝久	北海道　保健福祉部福祉局地域福祉課医療指導参事
田中　明美	生駒市 特命監（～7月31日） 奈良県 福祉保険部 次長（地域包括ケア推進担当）（8 月 1 日～）
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
村杉　紀明	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
村松　圭司	千葉大学医学部附属病院　次世代医療構想センター　特任教授
山口　浩志	一般社団法人日本介護支援専門員協会　常任理事

（〇は委員長　五十音順、敬称略）

（令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会　開催日時と検討事項）

第１回検討委員会　令和７年６月 18 日（水）（10：00～12：00）

１．在宅医療・介護連携推進事業の概要について

２．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の振り返り

３．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業の方針について

第２回検討委員会　令和７年 12 月５日（金）（13：00～15：00）

１．在宅医療・介護連携　へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会・各ＷＧの進捗状

況報告
2．令和 7 年度在宅医療・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（目次案）について

第３回検討委員会　令和８年３月 11 日（水）（13：00～15：00）

1．在宅医療・介護連携　へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会・各ＷＧの進捗状況報告
2．令和 7 年度在宅医療・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（案）について
2-1.「Ⅱ．令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討」提言（案）について
2-2.「Ⅲ．在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて」（案）について
①市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄
②都道府県における市町村支援の推進のあり方の方向性

Ⅰ．背景

１．総論

（人口・世帯構成の変化）

○　団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、更にはその先の 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が急増するとともに、高齢単独世帯や夫婦のみ世帯が増加することが見込まれている。85 歳以上高齢者の増加に伴い、要介護度が中重度の人、医療・介護双方のニーズを有する人、認知症が疑われる人および認知症の人が大幅に増加し、また、様々な生活支援や住まいに対する支援を要する人や世帯も増加することが見込まれている。

○　2040 年に向けて、全国的に生産年齢人口の急激な減少が生じるが、同傾向は、現役世代が流出する地方でより顕著となる。増大する介護ニーズを限りある資源で支えていくためには、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持・向上させながら、今より少ない職員でも医療・介護を提供できるようなサービス・支援体制の在り方に変えていくことが必要となる。

○　これら人口構造の変化は全国一律ではない。都市部では 75 歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域の置かれている状況や課題は全く異なる。そのため、今まで以上に、地域の特性に応じた対応を、住民を含めた関係者で議論していくことが重要となる。

（地域包括ケアシステムの深化の必要性）

○　介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいということは、国民の共通の願いである。その願いを実現させるた

めには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加・役割づくりまでもが包括的に確保される地域を、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を更に深化させていかなければならない。

（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」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。

○　また、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。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

○　包括的支援を必要とするのは高齢者だけではない。子ども・子育て家庭、障害者、生活困窮者も包括的な支援を必要としている。本稿では、高齢者向け地域包括ケアシステムの構築・深化について主に議論するが、全世代を対象とした地域包括ケアシステムへと深化していくことを念頭に置いておく必要がある。

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）

○　2040 年にかけて人口・世帯構成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。

○　その結果、介護保険サービスを利用する高齢者の入院、退院後に介護保険サービスを利用する高齢者、医療と介護双方のサービスを利用する地域・施設の高齢者が今後更に増えると想定される。したがって、相互の顔の見える関係を土台とした上で、医療と介護の関係者間、関係機関間の情報提供や情報共有を、効率的に行うことが益々重要となる。

○　特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進、ならびに在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっている。

○　医療・介護の関係団体や職能団体等が連携し、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には、都道府県や保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医療・介護の関係団体や職能団体等と緊密に連携することが、今以上に重要となる。

（在宅医療・介護連携推進事業）

○　在宅医療と介護を一体的に提供するため、平成 23・24 年度に、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業を実施、同事業で設置された 105 ヶ所が地域拠点となり、医療と介護の連携促進を図る取組が進められてきた。さらに、同事業で得られた知見を参考に、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業（平成 25 年度～平成 27 年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成 26 年度～）等を活用し、地方自治体や医師会等の関係機関が連携して、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制の構築に取り組んできた。

○　これらの成果を踏まえ、平成 26 年度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のなかの包括的支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、翌年 4 月から一部市町村で、平成 30 年 4 月から全市町村で同事業が開始された。さらに、これら市町村の取組を支援するため、平成 29 年介護保険法改正（地域包括ケア強化法）により、都道府県による市町村支援が明記された。

○　こうした経過を経て、同事業はスタートしたものの、８つの事業項目を行うこと自体が目的化している、事業マネジメントの考え方に対する理解が不足しているなどが問題点として指摘されてきた。そこで、令和２年度介護保険法改正において、取組内容の充実を図りつつ、PDCA サイクルに沿った継続的な取組がなされるよう省令改正が行われた。

○　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するとともに、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周知すべく、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.４）」（厚生労働省老健局老人保健課　令和７年３月）（以下「手引き」という。）が公開された。

○　現在に至るまで、各市町村では、市町村が主体となり、都道府県（保健所等）や医療・介護の関係団体や職能団体等と協働しながら、在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが進んでいる。

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））

○　「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」（平成元年法律第64 号）第３条に基づき、「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）」が定められているが、医療介護総合確保促進会議の議論を踏まえ、令和５年３月に同法の改正が行われた。

○　改正された総合確保方針では、基本的な方向性として、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の５つが示されている。

○　さらに、総合確保方針の別添として、「ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられ、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ことが明記された。

①　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

②　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

③　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

（第９期介護保険事業（支援）計画の取組）

○　令和６年４月１日より、第９期介護保険事業（支援）計画が開始された。介護保険事業計画は、保険給付の円滑な実施のため３年間を１期として策定することとしており、国の基本指針「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）」に基づき各市町村が策定する。第９期介護保険事業計画の国の基本指針では、「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」として、「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」について、下記の記載がある。

・ *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を推進するための体制の整備を図ることが重要である。*

・ *医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、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る。*
・ *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、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。*
・ *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。*

○　介護保険事業支援計画は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を、3 年間を 1 期として策定することとしており、国の基本指針「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）」に基づき各都道府県が策定する。第 9 期介護保険事業支援計画の国の基本指針では、「都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項」として、「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」について、下記の記載がある。
・ *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、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、具体的な支援策を定めることが重要である。*

（2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ）

○　令和 7 年 7 月 25 日、「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会により、人口減少の進行や高齢化の進展、地域におけるサービス需要の変化等を踏まえ、2040 年を見据えた持続可能なサービス提供体制の構築の方向性を示す「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ」がまとめられた。地域の人口構造やサービス需要の状況に応じ、「中山間・人口減少地域」「大都市部」「一般市等」それぞれの特性を踏まえた体制整備を進めるとともに、地域包括ケアシステムの深化を図り、医療・介護・福祉の連携強化を推進することが重要であるとした。本まとめでは、「地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携」として、在宅医療・介護連携推進事業について、下記の記載がある。
・ *在宅医療・介護連携推進事業では、地域の医師会等の関係者とも連携し、相談窓口の設置や看取り時等の情報連携ツールの整備を行っているが、自治体によって取組に差がある状況である。今後、かかりつけ医機能を都道府県に報告することとなることに加え、在宅医療に必要な連携を担う拠点を都道府県が医療計画に位置づけている中、*

これらと、在宅医療・介護連携推進事業の整理をした上で、地域の医療・介護資源の状況に留意しつつ、普及していく必要がある。

（介護保険制度の見直しに関する意見）

○　令和７年 12 月 25 日、社会保障審議会介護保険部会にて「介護保険制度の見直しに関する意見」がとりまとめられた。人口減少や高齢化の進展に対応するため、地域包括ケアシステムの深化、医療・介護連携の強化、介護人材確保と生産性向上、多様なニーズに対応した介護基盤整備や制度の持続可能性の確保など、今後の制度運営の方向性と具体的な施策が示されており、医療・介護連携の推進として、下記の記載がある。

現状・基本的な視点

- *2040 年にかけて、介護と医療の複合ニーズを有する 85 歳以上の高齢者が一貫して増加し、85 歳以上の方の要介護認定率は 58.2%とそれまでに比べて上昇する中、地域包括ケアシステムにおいて、これらの者が適切な医療・介護サービスを受けられるよう受け皿を確保する必要があるほか、急変があった際に必要な通院、入院等ができるよう、医療と介護の連携を強化していく必要がある。*
- *また、慢性期の患者が増加し、医療機関、介護保険施設等、居宅のいずれかでケアされる状況の中、在宅や介護施設における高齢者救急を支える包括的な機能を有する医療との連携も必要となる。*
- *令和６年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われた。協力医療機関について、二次医療圏まで広げて医療・介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。*
- *今般の改正医療法に基づき、新たな地域医療構想は入院のみならず、外来・在宅、介護との連携等も対象となり、かつ、医療機関から都道府県に医療機関の機能を報告することとなる。令和９年度から施行となる新たな地域医療構想等との接続の観点から、都道府県の担うべき役割や市町村の担うべき役割の整理を行うとともに、地域において様々な場面や主体間で医療と介護が連携して対応していくことが必要である。*
- *都道府県は、医療計画、介護保険事業支援計画を一体的に作成し、計画の整合性を確保するための総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場を、原則、二次医療圏単位（老人福祉圏域と概ね一致）で設置することとされているが、実効的な協議が行われていない区域が相当数存在する。*

医療と介護の協議の場

・ *医療と介護の連携という観点でも、2040 年に向けて、都道府県と市町村が共通の課題認識をもち、市町村を越えた広域的な議論を行い、必要な取組を進めることが求められる。総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場について、開催時期や構成員等を見直すことも含め、単に計画の整合性を確保する場ではなく、2040 年に向けた医療・介護連携に係る提供体制等について本格的に議論を行う場として、実効性を伴う形に再編成することが適当である。*
・ *第 10 期介護保険事業計画期間から総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場の運用を見直し、介護保険事業（支援）計画との関係では、例えば、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場の開催前に、都道府県と市町村の介護担当者で認識を合わせた上で、当該協議の場において、介護側からも医療・介護連携に関する課題提示や情報共有が行えるようにすることが妥当である。その際、請求情報（介護 DB、NDB）等に基づく地域の医療介護の提供体制に係る地域課題の検討を行うなど、当該議論がより実効性を伴うものとなるよう、必要な取組を行うことが適当である。*
・ *加えて、2040 年に向けた介護の提供体制等について本格的に議論するための体制を構築することが重要であり、そのためには、既存の介護保険事業（支援）計画の策定プロセスの中で、市町村の場合は在宅医療等に関する区域、都道府県の場合は二次医療圏とほぼ一致する老人福祉圏域を念頭に置きながら、市町村を越えた広域的な視点で議論する場とすることが適当である。*
・ *なお、医療機関と介護施設等の具体的な連携に向けた取組については、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、地域医療構想調整会議等の既存の場も活用しながら検討・協議することが検討されている。2040 年に向けた介護の提供体制等の議論の場における介護側での医療・介護連携に係る十分な議論を行った上で、地域医療構想調整会議や総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場（地域医療構想調整会議の下に WG を設置するなどの柔軟な運用が可能）等において医療側と必要な協議を行うことが重要である。医療・介護連携に係る議論の場については、平時から市町村において実施することが重要との意見もあった。*

協議の場における検討事項

・ *2040 年に向けた医療・介護連携に係る提供体制を構築するため、第 10 期介護保険事業（支援）計画の策定プロセスから、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場において、足下の検討事項としては、*
  - *請求情報（介護 DB、NDB）等に基づく地域の医療介護の提供体制に係る地域課題の検討*
  - *慢性期の患者について、患者像が一部重複する者を対象とするサービス（療養病*

床・在宅医療・介護保険施設）が具体的にどのように受け皿となっていくかの検討

- *高齢者施設等と協力医療機関の連携について未対応の施設へのマッチング*

また、中長期的な検討事項としては、

- *医療と介護それぞれの 2040 年の見込量、地域における医療・介護の在り方*
- *医療や住まいも含めた需要に適した提供体制への転換*
- *事業所の協働化等、連携の推進の検討*
- *広域的な医療・介護提供体制の必要性の検討*
- *入退院支援における医療と介護の連携の在り方の検討*

等の事項について議論を行い、介護保険事業（支援）計画に必要な取組等を位置付けることが適当である。

Ⅱ．令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討

○　国においては、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の推進・充実を図ることを目標として、平成 28 年度より「在宅医療・介護連携推進支援事業」を実施している。

○　在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会の位置づけや検討事項は年度により様々であるが、いずれにおいても在宅医療・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に係る事項等を基盤に検討が進められている。

○　本年度においても、有識者、医療・介護の関係機関や職能団体、自治体で在宅医療・介護連携推進事業を担当する者等により構成した検討委員会を設置し、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（以下「在宅医療・介護連携推進（支援）事業」という。）をより推進するため、

・へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討
・在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査
・都道府県・市町村担当者等研修会議
・都道府県・市町村連携支援
・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

に係る事項について議論を行い、各事項の充実及び拡大を図ってきた。

○　なお、令和７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（以下「令和７年度実態調査」という。）は、令和７年８月 26 日～10 月 31 日の期間で実施し、都道府県及び市町村においては、悉皆調査かつ回収率は 100％であった。在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターへの調査は、1,653 人より調査票を回収している。

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より、検討を要する事項として、以下の提言があった。

・*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」において、在宅医療・介護連携推進事業が実施する取組との連携について記載された。また、基本指針においては、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、在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である旨が記載された。*
・*「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業は、連携が有効な事項等において引き続き検討することが必要である。また、プラットフォームや研修会を活用しつつ周知していくとともに、実態調査等を用いて実態把握等に努めることも必要である。*
・*令和７年度以降、かかりつけ医機能報告制度施行後となることから、引き続き実態調査等を用いて実態把握等に努めることが重要である。自治体の準備や実施が推進され*

るよう、プラットフォームや研修会を活用しつつ必要な情報提供の実施等を検討されたい。

- *「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」令和６年 12 月 18 日　新たな地域医療構想等に関する検討会においては、「４．医療提供体制の現状と目指すべき方向性」の（７）構想区域のあり方において、「在宅医療については、第８次医療計画における在宅医療の圏域の設定に当たっては、市町村単位や保健所圏域等、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こととされているほか、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。」とする記載や、「５．新たな地域医療構想」の（６）国・都道府県・市町村の役割の③市町村において「新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。」とする記載がなされた。*
- *上記等を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険法のみならず医療法の観点等からも様々な施策に横断的に関連する事業であることが更に明確となった。これらを踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の今後の在り方について引き続き検討されたい。*
- *在宅医療・介護連携推進事業においては、医療と介護の関係機関や、医療及び介護に係る多機関・多職種との連携・協働にて、自治体全体で地域の実情に応じた事業を進めることが重要であり、地域の取組の参考となる情報提供をする等の支援の実施が今後も重要である。*
- *また、高齢者施設と医療機関の連携の強化等については、取組が不足している現状も踏まえて、在宅医療・介護連携推進事業の効果的・効率的な活用等を含めて引き続き検討することが望ましいとの指摘もあった。*
- *今後の社会保障審議会（介護保険部会）や直近における議論の進捗、課題の整理状況等も踏まえ、次期介護保険法改正や、医療計画の中間見直し、第 10 期介護保険事業（支援）計画等を見据えた、在宅医療・介護連携推進（支援）事業の総合的な在り方について、更なる検討及び整理を行うべきである。*

○　上記の意見を踏まえて、令和７年度は実態調査を中心に現状把握を実施した。

１．へき地、中山間地域、小規模自治体における効果的な事業のあり方

（１）令和６年度の提言

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より以下の提言があった。

・ *今後、現在の小規模自治体、過疎地域及び中山間地域で抱える問題が、より多くの自治体で拡大する可能性があることから、有効的な方策の検討やプラットフォームを活用した多様な事例の提示が必要である。効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組については、その対応や方策等について検討し、プラットフォーム等を活用して周知すること等が求められる。また、自治体の背景を踏まえた、効率的・効果的在宅医療・介護連携の在り方等の例示や、自治体間交流の推進等も検討されたい。*
・ *令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業において設置される「へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会」においては、現状や事例を踏まえて検討される必要がある。*

○　上記の意見を踏まえて、令和７年度は「へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会（以下、「検討部会」という。）」を設置し、へき地、中山間地域、小規模自治体に該当する市町村が抱える問題に対して、都道府県の技術的支援のもと市町村が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の有効的な方策について検討を行った。なお、検討を行うにあたっては、実態調査を中心に、へき地、中山間地域、小規模自治体に該当する市町村の現状の把握を行い、それを踏まえ検討した。

（２）令和７年度実態調査より把握された事項

①アンケート調査結果より

○　1,741 市町村のうち、過疎地域、小規模市町村、中山間地域等に該当する市町村[1]（以下、「過疎地域等市町村」という。）は 56.0%（1,741 市町村中 975 市町村が該当）で、「過疎地域」「中山間地域等」の該当割合が高かった。過疎地域、小規模市町村、中山間地域等への該当個数は 1 市町村当たり 1.7 個、３区分すべてに該当する市町村は 219 市町村で過疎地域等市町村の 22.5%、いずれか２つに該当は 289 市町村で 29.6%、いずれか１つに該当は 467 市町村で 47.9%であった。

○　都道府県別にみると、47 都道府県中管内の市町村のうち半数以上が過疎地域等市町村である都道府県は 31 都道府県で全体の 2/3 を占める。それ以外の 16 都府県においても一定の地域が該当していた。

○　「在宅医療・介護連携の推進に係る協議会」の設置状況は、該当しない市町村が 79.9%であるのに対し、過疎地域等市町村では 57.4%と該当しない市町村に比べ 22.5%ポイント低く、また「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

[1] 本事業において、「過疎地域、小規模市町村、中山間地域等」については、次のように定義をして検討を行った。「過疎地域」については、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」が示す定義に基づく。「小規模市町村」については、本事業における実態調査において人口 1 万人未満の市町村とした。「中山間地域等」とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域とした。
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm
https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/

協議する場」の設置も、該当しない市町村が 60.8%であるのに対し、過疎地域等市町村は 52.5%と該当しない市町村に比べ 8.3%ポイント低かった。

○　「４つの場面全てにおいてあるべき姿を設定している」割合を見ると、該当しない市町村は 56.0%であるのに対し、過疎地域等市町村は 38.3%と該当しない市町村に比べ 17.7%ポイント低かった。

○　４つの場面ごとに見ると、「入退院支援」は過疎地域等市町村と該当しない市町村では差が見られなかったが、「日常の療養支援」「看取り」「急変時の対応」においては過疎地域等市町村が該当しない市町村に比べ 9.5%ポイント、14.7%ポイント、12.3%ポイント、それぞれ低かった。

○　一方、「認知症に係る対応」「災害に係る対応」「感染時に係る対応」についてみると、認知症と災害については過疎地域等市町村と該当しない市町村で取組に大きな差は見られなかったが、感染症については、過疎地域等市町村で取り組みが進んでおり、特に小規模自治体で取り組みが進んでいる。なお、過疎地域等市町村の中でも、小規模自治体にのみに該当している 146 の市町村においては、感染症だけでなく、認知症や災害についても取り組みが進んでいる。

○　在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題について、16 項目（その他を除く）を挙げて尋ねたところ、該当しない市町村はいずれの項目においても概ね課題と感じる割合が高くなっている中で、「介護/医療に係る専門職等の人材育成・確保」においては過疎地域等市町村が 10%ポイント以上上回っており、過疎地域等市町村における特徴的な課題と言える。

○　過疎地域等市町村において、最も課題解消の優先順位が高い項目として「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」「体制の構築及び推進」「介護に係る専門職等の人材育成・確保」「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」を挙げられていたが、国・都道府県からの支援を見ると、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」「体制の構築及び推進」「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」については、過疎地域等市町村に対し何らかの支援は届いているものの、過疎地域等市町村に特徴的な課題である「介護/医療に係る専門職等の人材育成・確保」については、支援を受けている割合が低く、差が見られた。

○　国・都道府県の支援をさらに期待する項目を見ると、過疎地域等市町村では「介護/医療に係る専門職等の人材育成・確保」の割合が高く、国・都道府県から受けている支援と期待する支援に差がみられた。

○　なお、都道府県を対象とした令和７年度実態調査では、過疎地域等市町村向けの技術的支援を実施している市町村数を見ると、「０」が 36 都道府県、「11 以上」が９都道府県と二極化していた。

②ヒアリングより

○　ヒアリングにより過疎地域等市町村の参考となる事例を収集するにあたり、過疎地域等市町村の、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携のあるべき姿について、検討部会として「過疎地域、中山間地域、小規模自治体であっても、本人が望めば住み慣れた地域で暮らし続け、望む形で看取りまでできる」と定義し、あるべき姿の実現に向け必要な要素を検討した。具体的には、「連携の拠点化」「広域連携」「住民を巻き込んだ地域包括的な仕組みづくり」「人材の確保・定着」「ICT の活用」等があげられた。また、地域における取組は地域の実情によって多種多様であることを踏まえ、多様なキーパーソンを示すことが必要であるとされた。

○　ヒアリングを行った事例は以下の７事例である。いずれも過疎地域等市町村に該当している。

事例１：病診連携・ICT 活用・医介連携拠点の事例　地域山口県柳井市平郡島

事例２：災害を想定した多職種連携の事例　福井市（川西包括支援センター）

事例３：多職種連携・住民を巻き込んだ地域包括的な仕組みづくり・地域拠点の事例
滋賀県東近江市（永源寺地区）

事例４：広域連携（２町１村）の事例　山形県最上郡真室川町
訪問看護ステーション新庄サテライトまむろ川

事例５：広域連携（５町）・医介連携拠点の事例　山梨県南巨摩郡南部町

事例６：広域連携（１市７町）・医介連携拠点の事例　福岡県糟屋郡久山町

事例７：事業所間連携・地域拠点の事例　訪問看護ステーションかしわのもり
（北海道河東郡鹿追町）

・事例１は、市のへき地医療拠点病院に在籍する医師を島の診療所に週 2 日派遣したことにより、市のへき地医療拠点病院だけでなく、そのほかの病院と診療所の連携が進んだ。また、オンライン診療やオンライン服薬指導を行うことで、島の医療資源の不足を補っている。島に唯一ある介護サービス平郡デイサービスセンター（地域密着型通所介護）は、診療所に隣接し、島の医療と介護の拠点となっている。

・事例２と３は多職種連携の事例で、事例２は災害に備え、地域包括支援センターが地域の多職種連携に取り組みに着手した事例である。事例３は東近江市永源寺診療所の指定管理者・医師が、地域全体で高齢者を支える「地域まるごとケア」の仕組み作りに取り組んでいる事例で、取組により 10 年前には在宅死は１割程度であったが、現在は５割まで増加している。

・事例４～６は広域連携の事例である。事例４は、２町１村で県に働きかけ、県が県看護協会に相談し、訪問看護ステーションの空白地帯にサテライトを開設した事例であ

る。事例５と６は近隣の多くの市町と連携し、在宅医療介護連推進事業に取り組んでいる事例である。事例５は地域のへき地医療拠点病院内に医介連携の拠点を整備し、事例６では地域の医師会が拠点となって推進している。

・事例７は、屋根瓦方式による事業所間連携の事例である。訪問看護の空白地帯に新たな訪問看護事業所が立ち上がる際に、当該事業所が新規立ち上げ事業所に伴走支援を行って、ノウハウの共有・相談対応を行い、経営が安定する自立できるタイミングでその地域から撤退している事例である。

○　アンケート調査から、過疎地域等市町村においては、「介護/医療に係る専門職等の人材確保・育成」が課題となっていたが、ヒアリングからは行政同士が連携し、地域にある資源を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を進めている事例もあれば（事例１、４～６））、地域包括支援センターが単独で、多職種連携に乗り出しているところも見られた（事例２）。さらに地域の医療・福祉に関わる NPO 法人が、在宅医療・介護連携を出発点に、地域住民の集いの場や活動の場を提供するなど活動を広げている事例も見られた（事例３、７）。いずれも在宅医療・介護連携に取り組む中で、それぞれの地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の事例である。

（３）提言

○　令和７年度実態調査において、過疎地域等市町村は、該当しない市町村に比べ、在宅医療・介護連携を協議する場の設置や４つの場面のあるべき姿の設定の割合が低く、過疎地域等市町村の在宅医療・介護連携事業の取組の進捗が懸念される。

○　また、過疎地域等市町村において、「最も優先順位が高い課題」と「国・都道府県から受けている支援内容」の間に差があり、市町村にとって真に必要な支援が届いていない可能性が示唆された。特に「介護/医療に係る専門職等の人材育成・確保」の課題は、労働人口が今後も減少することが見込まれる中で、より深刻化する懸念がある。

○　そのため、令和８年度在宅医療介護連携推進支援事業においては、引き続き実態調査で過疎地域等市町村の在宅医療介護連携の取組状況を把握するとともに、より多くの好事例等の情報収集を行い、プラットフォーム等で情報を共有することが求められる。その際、検討部会の議論をふまえ、多職種連携、病診連携、広域連携、事業所間連携など連携の在り方、医療介護を中心とした拠点づくりの在り方、ICT を活用した情報共有の在り方、キーパーソン・組織等人的資源や地域資源の活用の在り方といった視点をもとに事例を集積することが求められる。

○　また、過疎地域等市町村の担当者が研修会議に参加しやすい工夫や、連携支援への参加を促す等を行い、過疎地域等市町村や過疎地域等市町村が所在する都道府県に対しても支援を行っていく必要がある。

２．在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等を踏まえた効果的な事業に係る検討

（１）令和６年度の提言

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より以下の提言があった。

・ *令和６年度実態調査結果及び提言を踏まえ、「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」の連携状況、かかりつけ医機能報告制度の状況、高齢者施設等と医療機関連携の状況、コーディネーター実態や育成状況、協議体及び地域ケア会議の状況、過疎地域・小規模自治体・中山間地における実態、都道府県による市町村支援の実態、多職種連携の状況等については引き続き調査・検討を要する。なお、在宅医療・介護連携の状況においては、在宅医療・介護連携推進事業以外の実施事項であっても地域の実施内容等の把握や有効な施策等の収集を実施することが望まれる。*

・ *令和７年度在宅医療・介護連携推進事業においても、各自治体の在宅医療・介護連携推進事業における実態把握及びモニタリングに資する調査とするとともに、引き続き検討を要する事項についても検討し、令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る基礎データに資する実態調査とすべきである。*

（２）令和７年度実態調査等により把握された事項

○　あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の設定状況について、「４つの場面全てで設定している」市町村は 46.1%、「４つの場面のいずれかで設定している」市町村は 23.2%、「４つの場面すべてにおいて設定していない」市町村は 30.6%であった。

○　協議会の設置状況について、「設置している」市町村は 67.3%、「設置していない」市町村は 32.7%であった。

○　あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の設定状況と協議会の設置状況を確認すると、「４つの場面全てで設定している」市町村ののうち、協議会を設置している割合は 80.8%、「４つの場面のいずれかで設定している」市町村は 65.1%、「４つの場面すべてにおいて設定していない」市町村は 48.6%であった。

○　在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて、取り組んでいる場面は、「日常の療養支援」に取り組む市町村が 76.9%、「入退院支援」が 84.4%、「急変時の対応」が 59.3%、「看取り」が 70.2%、「認知症に係る対応」が 53.5%、「感染症に係る対応」が 21.3%、「災害に係る対応」が 28.1%であった。

○　市町村が最も課題解消の優先順位が高い事項として挙げた項目では、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が 20.4%と最も高く、次いで「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が 14.4%であった。一方、都道府県から受けている支援内容では、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が 18.6%、「介護に係る専門職等の

人材育成・確保」は 6.5%であった。

○　在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの活用状況について、「活用している」は、都道府県では 40.4%、市町村では 12.0%、都道府県コーディネーターでは 28.6%、市町村コーディネーターでは 13.7%であった。

○　コーディネーターがいないと回答した市町村のうち、コーディネーター機能を担う組織が「ある」と回答した市町村は 47.3%であった。コーディネーターがいる、又はコーディネーター機能を有する組織がある市町村は 78.3%であった。

（3）提言

○　在宅医療・介護連携推進事業の推進に当たっては、各市町村が 4 つの場面に係る「目指すべき姿」を設定し、当該目標に基づき計画的に取組を進めることが重要である。一方で、令和 7 年度実態調査の結果からは、目指すべき姿を設定できていない自治体が一定数存在することが確認された。このため、各自治体における取組の推進に向けては、本事業における研修会議での都道府県・市町村担当者への研修等を通じて、引き続き支援を継続することが必要である。

○　在宅医療・介護連携に係る協議会について、実務担当者等が中心となり課題整理を行い、それを踏まえて事業に取り組んでいる場合と、そうでない場合とでは、取組の実効性に差が生じているのではないかとの指摘がなされた。協議の場をより実効性のあるものにするため、医療・介護の関係機関や職能団体及び医療と介護に関わる実務担当者による協議の場を整備し、地域の課題を具体的に整理した上で、目標設定から評価に至る一連のプロセスを確立する取組を推進すべきである。

○　令和 7 年度実態調査においては、協議の場の設置状況や 4 つの場面に係る取組状況等が把握されているものの、目標設定の有無や取組実施の有無のみでは、取組の実効性を十分に評価することが困難であるとの指摘があった。また、入退院支援については、マニュアル整備等の形式的な対応をもって「取組が実施されている」と認識されている可能性があること、看取りや認知症に係る取組状況については実態との乖離が懸念されることが指摘された。このため、取組の有無にとどまらず、取組内容の具体性や実施プロセス、成果の把握方法等、質的側面を含めて把握できるよう、調査項目の改善を図る必要がある。

○　都道府県による市町村支援をより具体的に把握するためには、都道府県や保健所の取組について、ヒアリング調査等を行い、取組の実態把握を行うことが必要である。

○　在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム等については、活用している割合が低いことが課題として明らかとなった。このため、国及び都道府県においては、単なる周知にとどまらず、自治体の実務に即した形で活用を促進する支援を検討すべきで

ある。併せて、活用されない要因を把握し、必要な改善策を講じることが求められる。

○　小規模自治体等においては、在宅医療・介護連携推進事業が他の地域支援事業と一体的に実施されている場合があるとの指摘があり、本事業のみを切り出して評価することでは、地域包括ケアシステム全体の取組実態を十分に把握できない可能性が示された。このため、今後の実態把握に当たっては、在宅医療・介護連携推進事業を中心としつつも、関連施策や連携先の状況を一定程度踏まえた設問設計や分析の工夫を行うことが望まれる。

○　令和８年度在宅医療・介護連携推進事業においても、各自治体の在宅医療・介護連携推進事業における実態把握及びモニタリングに資する調査とするとともに、引き続き検討を要する事項についても検討し、在宅医療・介護連携推進支援事業に係る基礎データに資する実態調査とする必要がある。

３．在宅医療・介護連携推進事業に係る人材育成のあり方に係る検討

（１）令和６年度の提言

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より以下の提言があった。

・*令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、引き続き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。研修に対する現場のニーズは高く、今後も、引き続き、課題に即した研修を行うことが求められる。*

・*そのためにも、在宅医療・介護連携推進事業における効果的・効率的な研修の在り方について検討委員会等で議論するとともに、議論の結果を基に、令和７年度の研修実施において更なる拡充を行うことが必要である。*

（２）令和７年度実態調査等により把握された事項

○　研修会議においては、研修参加者からの意見・質問・自由記述等から、自治体が抱える共通課題や現場の実感として、以下の傾向が把握された。

・制度の全体像は一定程度理解されている一方、地域における「目指す姿」や優先　課題の整理・共有が難しいとの声が多く見られた

・多職種協働の場（協議体等）が、情報共有にとどまり、課題抽出やアクション検討に結びつきにくいとの指摘が多かった

・医療・介護の関係機関や職能団体、医療機関との連携において、役割整理や関係構築方法が不明瞭であり、参画促進が困難との課題が示された

・コーディネーターの役割や求められる機能が自治体により大きく異なり、人材確保・継続性に対する不安が多く挙げられた
・事業評価やPDCAサイクルの推進に必要な指標設定・データの活用方法が分かりにくく、可視化の仕組みへのニーズが高かった
・先進事例の紹介は参考になったものの、自地域へどのように落とし込むか、どの段階から着手すべきかが不明瞭との指摘があった
・医療と介護の関係者間、関係機関間での情報共有（ICT の活用含む）が十分でなく、協働の基盤整備が課題として挙げられた

（3）提言

○　令和7年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、政策動向や制度理解を中心とした研修会議Ⅰ、実践的な連携手法や地域課題の整理・検討を目的とした研修会議Ⅱ、協働におけるコーディネート機能や役割を理解・検討した研修会議Ⅲを実施した。

○　各研修においては、現場の実務に即した内容や意見交換の機会が評価され、参加者の満足度は総じて高く、在宅医療・介護連携に関する共通理解の醸成や実践意欲の向上に寄与したと考えられる。

○　一方で、研修への参加状況には地域差が見られたほか、研修で得られた学びを日常業務や地域の取組につなげていくための工夫、医療・介護の関係機関や職能団体がより参加しやすい周知・運営の在り方、都道府県による市町村支援の役割整理などについて、引き続き検討が必要であるとの意見が示された。

○　これらを踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業における効果的な研修の在り方について、検討委員会等において引き続き議論を行い、令和8年度以降の研修内容や実施方法の充実・改善を図っていくことが求められる。

4．都道府県・市町村の連携支援のあり方に係る検討

（1）令和6年度の提言

○　令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より以下の提言があった。

・*実施主体である市町村が在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に実施することができるよう、その実情に応じた市町村への支援が重要であることから、管轄の都道府県及び保健所、医師会等関係機関・医師等専門職等と緊密に連携しながら実施することが適当である。特に、都道府県及び保健所においては、より一層の積極的な関与がなされるよう検討すべきである。本年度に引き続き国（厚生（支）局も含む）におい*

ては、支援への丁寧な対応をすることが望ましい。

- *令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業と同様に、令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においても、事業運営の課題を抱える他の自治体の参考に資する取組となるよう、支援方法の更なる検討や支援事例の分析を通じた課題への介入手法を共有することが必要である。*
- *また、地域の大学等の研究機関との連携・協働についても、検討すべきである。*

（２）令和７年度実態調査等により把握された事項

○　令和６年度の提言等を踏まえて、令和７年度の都道府県・市町村の連携支援は以下の方針で実施した。

＜支援目的・方法論の明確化＞

・支援方法を確立し、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、自治体が自ら PDCA を設計・実行・検証できる能力を高め、継続的に課題解決を図るための基盤を構築するための支援方法を検討することを目的とした

・在宅医療・介護連携推進事業の手引きに沿い、個別事例の検討から地域に共通する課題を見出し、その解決のための政策を検討するフローで支援した

・ロジックモデル等の支援ツールを開発・活用し、課題抽出から解決策検討までを支援範囲とした

・地域課題を典型事例で検討し、短期アウトカムを基にした迅速なPDCAサイクルの運用を前提とした連携支援を行った

＜都道府県への支援＞

・連携支援を行うにあたり、市町村が主体的に取組むことができるよう、課題解決の手法や評価指標の設定を解説する具体的な講義を実施した

・医療と介護の関係機関の役割や体制状況も把握した上で支援を行った

＜支援目的・方法論の明確化＞

・支援ツールを作成し、市町村が段階的に取組みを進められるよう支援した

＜典型事例の活用＞

・「４つの場面全般」「県による市町村支援の方法」といった抽象度の高い課題については、課題の具体化に多くの時間を要する傾向があるため、典型事例を用意し、検討が進むよう支援した

＜都道府県への支援＞

・市町村支援を行った 3 自治体においては、市町村が主体的に検討を行い都道府県担当者はオブザーバーとしてその検討を見守った

・一方、市町村支援ができるよう支援を行った都道府県については、都道府県による市

町村支援の方法や県の役割を明確化したうえで、次年度方針の策定を行った

（3）提言

○　実施主体である市町村が在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に実施することができるよう、その実情に応じた市町村への支援が重要であることから、管轄の都道府県及び保健所、医療・介護の関係機関や職能団体、医療・介護の専門職等と緊密に連携しながら実施することが適当である。特に、都道府県及び保健所においてはその役割を明確化し、より一層の積極的な関与がなされるよう検討すべきである。本年度に引き続き国においては、支援への丁寧な対応をすることが望ましい。その際、研修会議 WG とも連携し、事前の研修受講を参加要件とする等、発展的な連携支援とすることも考えられる。

○　令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業と同様に、令和 8 年度在宅医療・介護連携推進支援事業においても、事業運営の課題を抱える他の自治体の参考に資する取組となるよう、支援方法の更なる検討や支援事例の分析を通じた課題への介入手法を共有することが必要である。

5．在宅医療・介護連携プラットフォームのあり方に係る検討

（1）令和６年度の提言

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より以下の提言があった。

・ *令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、有用な情報の集約に加え、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ことを目的に、在宅医療・介護に関するプラットフォームの作成を行った。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ある。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の結果は、デザイン、情報交換 Q&A、各自治体の取組情報一覧について、概ね満足度が高いという結果を得る一方、改善点や要望等も挙げられている。*

・ *令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、テスト運用を踏まえた改修を行い、ユーザビリティを高め、より役立つプラットフォームとなることを期待したい。*

（2）実態調査等により把握された事項

○　令和６年度の提言等を踏まえて、令和７年度にプラットフォームについて以下の拡充を実施した。

＜機能強化＞

・自治体の取組事例を収集し、掲載した

・取組事例の検索機能を拡充し、地域特性だけでなく、場面やキーパーソンなど多様な視点で事例を検索できるように強化した

・自治体の取組事例を掲載したページにおいては、検索機能を設け、地域特性、取組の場面及びキーパーソンなど多様な視点で取組事例を検索できるようにした

・新たに在宅医療・介護連携推進事業の担当となる市町村担当者等向けの E-ラーニングを掲載した

・自治体向けのページにおいては、情報交換 Q&A に「いいね機能」を追加し、質問・回答の投稿だけでなく自治体の担当者同士が交流できるような機能を設けた

・プラットフォーム全体の訪問者数や関係者ログインページへのログイン履歴など、利用状況に対する定量的な統計情報を取得し、活用状況を把握した

＜利用促進のための取組＞

・本事業内の「実態調査」「研修会議」の場を活用して、主に都道府県・市町村担当者に対するプラットフォームの周知を行った

・12 月末の機能強化後に、拡充した機能の評価を行い、メインユーザーである都道府県・市町村担当者からプラットフォームに対するニーズを把握した

○　その結果、以下のような課題が残された。

＜プラットフォームの機能強化＞

・ユーザビリティを重視した機能強化を施したものの、具体的な利用の活性化（訪問者数増やリピーター増）にはつながらなかった

＜都道府県・市町村の関係者ログインページへの登録者数＞

・本事業内で周知やログイン時の問合せ窓口を設置するも、全自治体に対する登録率は30%以下となっており、年間で５％程度の増加に留まった

（3）提言

○　令和７年度に拡充した機能を活用して、メインユーザーである都道府県・市町村の担当者の関心が高い情報について把握する必要がある。具体的には、視聴数の多い取組事例や、フリーワード検索での検索用語のログなどから、メインユーザーがどのような情報を欲しているかを把握することが求められる。こうしたユーザー動向の把握から、プラットフォーム上で共有すべき情報やコンテンツについて精査していくべきである。

○　ユーザビリティ機能以外でのプラットフォーム利活用の方策を検討すべきである。現

状、ユーザー登録が効果的に進んでいないことから、ユーザー登録率を高めるため、ユーザーの使い勝手に着目した機能だけでなく、ユーザー登録によって得られる効率性や負担軽減などが図られるわかりやすい機能や仕組みを検討してはどうか。例えば、本事業の研修会議への参加申込を関係者ログインページで行うことや、AI 等の活用によってプラットフォーム上で「探す」手間を省略する、といった方策が考えられる。

○　また、現状のプラットフォームの利活用に対する利益だけでなく、利用や参加にかかる負担についても検証を行い、負担を下げるための方策についても検討すべきである。

Ⅲ．在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて

○　令和８年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、継続的な事業評価等を行う観点から、令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業において検討された事項や課題を踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業の推進にむけ、更なる充実・拡充を図る必要がある。

○　以下に、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町村が、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に有効と考えられる方策と、市町村が抱える課題に対し、都道府県が提供すべき技術的支援のあり方を示す。

１．市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄

（協議の場の見直しと機能の強化）

○　協議の場については、設置状況や開催回数にばらつきがあり、また参加者も医療と介護に関わる実務者（以下、「実務者」という）。）と医療・介護の関係機関や職能団体等の代表者（以下、「代表者」という。）が混在している。協議の場は、情報共有の場としてだけでなく、当該地域の在宅医療・介護連携の課題について検討・決定し、地域課題解決に向けて、より実効性の高い場とすることが期待される。そのためには、代表者による協議の場と実務者による協議の場に分けて、役割・機能を明確にして運営することが求められる。

○　「地域の目指すべき姿」を設定できていない市町村が一定数存在していたが、代表者による協議の場は、地域の課題を共有し、在宅医療・介護連携のあるべき姿や方針を決定する場としての役割・機能を担い、実務者による協議の場は、あるべき姿や方針に基づき、その実現に向けた具体的な課題を抽出し、対策を検討・実行するための役割・機能を担うことが求められる。

- 代表者による協議の場に、地域の医師会等の関係機関、職能団体や医療機関の参画を促し、在宅医療・介護連携のあるべき姿と方針を決定する場として機能させる
- 実務者による協議の場は、地域の在宅医療・介護連携のあるべき姿の実現に向け、医療と介護の多職種が連携して課題を抽出し、PDCA サイクルを推進する場として機能させる

○　また、かかりつけ医機能報告制度と連動させ、協議の場を設けていくことも一案である。

（実効性を高めるスキーム等の活用）

○　「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」を最優先の課題と考えている市町村が最も多かったことから、既存の取組や事業についての棚卸し、定量・定性両面からの地域の現状把握や地域の目指すべき姿の設定の手法等については「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を活用するとともに、その実現に向けては、本事業で作成した「在宅医療･介護連携推進事業実践ガイド」リーフレット等を活用して、在宅医療・介護連携推進事業を展開できるようになることが求められる。

○　その他、「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」等在宅医療・連携推進に関係する各種手引きが、「在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム」に掲載されているので、併せて活用することが有効である。

（コーディネーター機能の明確化）

○　コーディネーターには、相談や連携の窓口となり、在宅医療・介護連携 4 場面の体制整備、地域課題の分析と改善、多職種の橋渡し役などの重要な機能と役割を担うことが期待されている。しかしながら、市町村ごとでコーディネーターの役割・機能に差があるとの指摘も見られることから、単なる相談窓口だけではなく、医療と介護の連携推進の中心的機能・役割を担う人材として、その業務内容を明確化することが求められる。

○　市町村とコーディネーターの双方が、コーディネート機能の必要性と重要性を十分に認識し、その機能を発揮できるよう体制整備を検討することが必要である。

（ICT の活用による連携基盤の整備）

○　地域の医療と介護の関係者間、関係機関間で情報を共有し、連携の質を高める重要な手段として、ICT の活用が期待されている。

○　特に専門職が不足している地域においては、ICT を活用して効率的に情報を共有することが一層求められるが、ICT の活用には投資が必要となることから、他の地域の ICT の活用状況を参考にしつつ、また都道府県における ICT を活用した地域包括ケアシステム推進の取り組みを踏まえながら、将来を見据えた ICT の活用を検討することが求められる。

（人材不足への対応）

○　医療・介護の専門職不足は、在宅医療・介護連携における重要な課題である。特に過疎地域等市町村において、人材不足は深刻であるが、効果的な対応策が十分に共有できていないのが現状である。その意味で、市町村や地域の取組の中から、人材確保に効果のあった施策を収集し、共有することが求められる。

（地域資源等を踏まえた広域連携体制の検討）

○　過疎地域等市町村において、在宅医療・介護の連携は自市町村内だけでなく周辺の市町村との広域的な連携も必要となる。そのため、自市町村で対応すべき業務を明確化しつつ、隣接する市町村と共同することで、不足している医療・介護の資源を補完することも検討していく必要がある。

○　なお、検討にあたっては、市町村が地域資源を十分に活用できるよう、都道府県はもとより、地域の医療・介護の関係機関や職能団体等と協力し、連携体制を整備することが必要である。

- 地域の人的資源や社会資源を踏まえ、確保できる機能・確保すべき機能の明確化
- 自市町村の在宅医療・介護連携推進事業について４つの場面別に客観的に取組み状況を評価し、あるべき姿の実現に向け、不足している医療・介護資源について近隣の市町村との連携体制を検討
- 課題抽出、事業実行、事業評価の各段階における、行政と医療と介護の関係者や、地域関係機関との協働体制の整備
- 共通で活用できる地域資源等について関係者間で協議をする場づくり

２．都道府県における市町村支援の推進のあり方の方向性

（都道府県の役割の明確化と市町村支援の強化）

○　在宅医療・介護連携推進事業の開始から 10 年以上が経過する中で、市町村ごとの進捗には大きな差がみられ、都道府県においては、進捗が遅れている市町村に対する支援の強化が求められている。

○　また、市町村側の優先課題と都道府県側の支援との差がある点が実態調査で明らかになり、特に「介護/医療に係る専門職等の人材育成・確保」についてはさらなる支援が求められている。

○　都道府県に対しては以下のような市町村支援が期待される。

- 医療・介護資源に関するデータ分析の実施
- 在宅医療・介護連携推進の管内全体での進捗状況の可視化
- 取組が進んでいる自治体のノウハウの横展開
- 現状把握や課題抽出の手法・研修の提供
- 実効性を高めるスキーム等の活用支援

- 他の医療政策と市町村施策の効率的かつ効果的な取組の推進支援
- 地域の医療や介護の専門職等の紹介・調整に関わる支援
- コーディネーター機能を強化するための横断的な研修やネットワーキング支援

○　なお、都道府県が市町村支援を強化するにあたっては、医療・介護に関係する部署との緊密な庁内連携体制の整備が求められる。特に、地域状況に即した施策促進につながることから、都道府県本庁と保健所とが一体となって進めることが望まれる。

（データ活用や進捗把握を通じた支援）

○　市町村が最も課題解消の優先順位が高い事項として「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」を挙げていたことから、医療・介護のデータの見方・活用の仕方を提示していくことが期待される。

○　特にかかりつけ医機能報告制度については、在宅医療・介護連携とも関係していることから、かかりつけ医機能報告制度で報告されたデータの活用方法等を示すことも期待される。

（ICT・情報共有の基盤整備）

○　「１．市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄」（ICT の活用による多職種連携基盤の整備）で記載した通り、ICT を活用した基盤整備については市町村主導での取り組みが求められるが、地域により ICT 活用の取り組みに差がみられることから、都道府県の支援が求められる。

○　なお、広域連携により医療・介護を提供することが増えている場合には、それぞれの市町村が個別に構築するのではなく、広域連携を踏まえ検討し、構築することが必要となるため、都道府県が主体となって、共通的に活用できる基盤整備を示すことが期待される。

（管内における医療・介護の人材確保支援）

○　「１．市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄」（人材不足への対応）で記述した通り、不足する人材については他市町村から一定期間働き手を確保する仕組みの整備や、必要人材が定期的に巡回する体制づくり、ICT を活用した効率的な情報共有による連携が必要になると考える。これらの基盤整備においては、都道府県が広域あるいは全域で取り組みを推進することが期待される。

- 都道府県単位での専門職ネットワークの整備
- 医療・介護専門職の広域派遣
- 医療・介護の関係機関や職能団体等と連携した人材配置の調整

（過疎地等市町村への広域連携に向けた支援）

○　「１．市町村における在宅医療・介護連携推進事業で活用されるべき事柄」（地域資源を踏まえた広域連携体制の検討）で記載した通り、過疎地域等市町村において、隣接する市町村や、場合によっては遠隔にある医療・介護資源が充足している市と連携するなどが必要となることから、都道府県においては、隣接する市町村の共同実施の橋渡し役や、医療・介護の関係機関や職能団体等との橋渡し役などの役割を積極的に担うことが期待される。

- 医療・介護・福祉を含む地域連携ネットワークの構築支援
- 医療・介護の関係機関や職能団体との役割の整理や協働体制の構築支援

Ⅳ. 終わりに

○　平成 26 年度介護保険法改正から約 10 年が経過し、この間、介護保険行政を取り巻く社会環境が大きく変化するとともに、医療・介護関連制度の見直しや新たな事業の創設等により、在宅医療・介護連携推進事業に求められる事項も変化し、業務は拡大してきた。

○　また、近年の医療法の改正や医療計画の改定においても、医療と介護の連携を踏まえて実施されるものが多く、医療・介護の連携は今後の更なる推進が求められており、在宅医療・介護連携推進事業や、関係する人々が連携を密にし、取組を進めていくことへの期待が寄せられている。

○　今後、より地域の実情に応じた真に実効ある在宅医療・介護連携推進事業が整備され、質の高い取組や支援の活性化が求められる中、国においては、本報告書の内容を踏まえ、今後より一層の事業の充実等に取り組むとともに、市町村や医療・介護の関係機関や職能団体等に積極的に発信し、都道府県に対しても市町村支援に対する一層の充実を促していくべきである。

○　今後も、現状の社会ニーズ等も踏まえ、自治体や地域の医療・介護の関係機関や職能団体、医療と介護に関わる実務者等の声を十分に聞いた上で、またこれまでの取組等も十分に尊重しながら、在宅医療・介護連携推進（支援）事業が取り組むべき事業の在り方や、更なる仕組みの構築について取り組まれることを期待する。

第Ⅸ章　参考資料

Ⅸ－１ へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取組事例
事例１　滋賀県東近江市永源寺地区（過疎地域、中山間地域等）
事例２　山口県柳井市平郡島（離島・過疎地域）
事例３　山形県最上郡真室川町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）
訪問看護事業所の取組
事例４　福井県福井市（中山間地域等）
事例５　山梨県南巨摩郡南部町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）
事例６　福岡県糟屋郡久山町（小規模自治体）
事例７　北海道河東郡鹿追町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）
訪問看護事業所の取組
Ⅸ－２ 実態調査　調査票
①都道府県調査票
②市町村調査票
③コーデイネーター調査票
Ⅸ－３ 都道府県・市町村連携支援リーフレット及び支援ツール
①都道府県・市町村連携支援リーフレット
②支援ツール

１．へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取組事例

事例１　滋賀県東近江市永源寺地区（過疎地域･中山間地域等）

地域：滋賀県東近江市永源寺地区（中山間地域）

テーマ：10 年前在宅死 10%から現在 50%以上に！地域を変えた取組

POINT

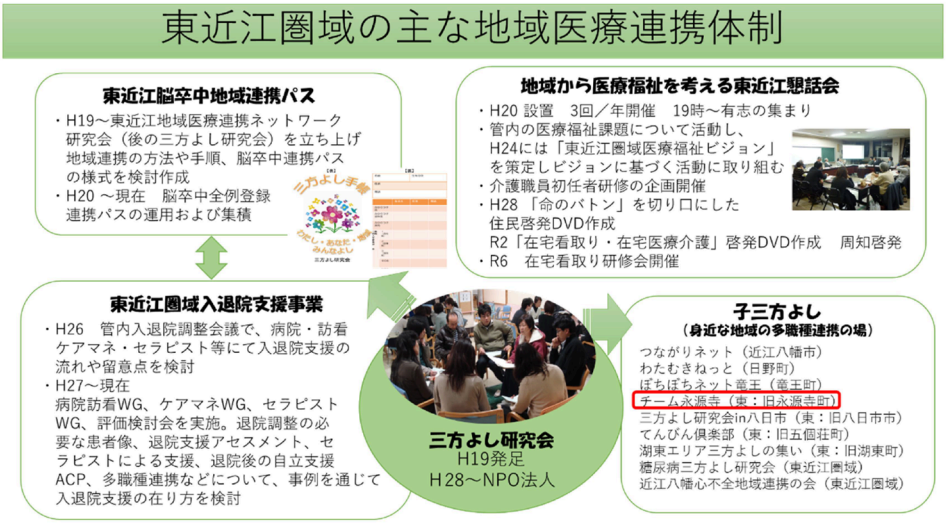
行政（滋賀県東近江保健所）

･急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長し、保健･福祉サービスを連動させる仕組みをつくるため、平成 19（2007）年東近江地域医療連携ネットワーク「三方よし研究会」を発足。地域医療連携における三方よしとは、「患者よし（あなた）、機関よし（わたし）、地域よし（すべて）」を言う。

･月 1 回の持ち回り開催で、リレー方式で連携事例を報告。2025 年 10 月 16 日で 215 回目の開催を迎えた。http://www.sanpo-yoshi.blogspot.jp/

･「東近江圏域医療福祉ビジョン」 できる限り元気に活動し、最期まで安心して住むことができる「地産」「地育」「地療(老)」「地死」の東近江地域※1 をめざし、5 つの目標を掲げ活動を行っている

※1　東近江地域：近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町



多職種連携ネットワーク　東近江市「チーム永源寺」

･中山間農村地域で高齢化が進む永源寺地区で、永源寺診療所が拠点となって地域住民とともに医療･介護の課題に取り組んでいる。

･遠隔地に住む家族は、親が要介護状態になると施設入所をすぐに決めてしまいがちであったが、地域全体で高齢者を支える「地域まるごとケア」の仕組み作りを土台に、患者の意思決定支援やふたり主治医制、月一回の家族面談（オンラインも活用）等により一人暮らしであっても、在宅看取りができる体制が整備されている。



人口（R7年.4.1現在）（人）	
近江八幡市	80,715
東近江市	110,208
日野町	20,247
竜王町	11,084
東近江圏域	222,254

１．地域の概要

中山間農村地域で高齢化が進む永源寺地区

・永源寺地区は森林面積が９割以上を占める山間農村で、最奥の集落までは片道１時間を要する。人口は平成12（2000）年の6,300人から令和に入り4,600人余りに減少し、高齢化率は全国より10%以上も高い39%である。

・永源寺地域には22の集落があり、そのうち７集落は山間部に位置し、７集落の高齢化率は58%を超えている。

・若い世代が減り、出生数が３年前は20人、２年前は15人、そして去年は８人と遂に２桁を切った。

・独居高齢者や未婚高齢者が増加しており、家族依存型では高齢者の介護ニーズに対応できないのが現状である。

２．地域の医療・介護サービスの状況

永源寺診療所が拠点となって地域住民とともに医療・介護の課題に取り組んでいる

・永源寺地区には、医療機関は２か所（東近江市永源寺診療所と桝田医院）で、介護サービス施設・事業所は居宅介護支援事業所が２か所（もみじケアプランセンター、やすらぎの里ケアプラザ）ある。介護サービスについては近隣にある介護サービス施設・事業所に依存している。

・花戸医師が永源寺診療所に平成12（2000）年に赴任し、その後もこの地域にとどまり、現在は永源寺診療所の指定管理者となって、地域医療の中心として住民を支えている。

・永源寺診療所は、現在、常勤医師２名、非常勤医師４名の計６名に加え、看護師、理学療法士、管理栄養士がおり、チームで診療を行っている。東部に永源寺東部出張診療所があり、月２回（隔週水曜日午後）、診察を行っているが、患者が診療所まで来られない場合には、訪問診療や往診での対応となる。

・花戸医師は永源寺を「25年後の日本の縮図」と位置づけ、全国に先駆けて地域が直面する課題に、地域住民とともに取り組んでいる。

３．地域の課題と取り組み状況

医療・介護の人材不足と在宅生活支援の必要性

・遠隔地に住む家族は、親が要介護状態になると、施設入所をすぐに決めてしまい、住み慣れた地域で生活を続けたいと本人が希望していたとしても、その希望が叶えられない状況も見られる。医療や介護の人材不足により、地域の医療・介護サービスの提供体制をどう維持するかが課題である。

・市では、私立高校への看護科・看護専攻科の開設支援やリハビリ専門職大学の誘致など人材確保を重点施策に掲げ、滋賀医科大学や地域医療連携推進法人東近江メディカルケアネットワーク※1と連携して、地域に根付く人材育成を進めているところである。

※1　将来にわたり、持続可能で強固な医療体制の構築に向けた取組を進めるため、令和４年４月に発足。現在、３市町（東近江市、日野町、竜王町）、東近江医師会、医療法人、国立病院機構や学校法人など12団体が参加する。大都市にある単体の大型建築物の医療機関ではなく、それぞれの医療機関が有する特性をいかした、医療機関の連携による「地域で創る総合病院」を目指している。
https://www.city.higashiomi.shiga.jp/kennkou_iryou_fukushi/iryou/1003039/1003045/1003055.html

４．取組の内容

地域全体で高齢者を支える「地域まるごとケア」の推進

・花戸医師が赴任した平成12（2000）年当時、診療所は存続の危機にあったが、赤字から黒字への転換を経て、

平成 20（2008）年からは任意団体による指定管理方式で運営されている。それにより、診療所は自由度の高い活動が可能となった。診療所の敷地内に花戸医師が私費を投じてフィットネスジムやレストランを併設しているが（市に借地料を支払っている）、患者だけでなく地域住民が集える場となっている。

・場づくりの背景には、家族の役割が縮小する中で、地域全体で高齢者を支える「地域まるごとケア」の仕組み作りが必要であるという考えのもと、活動を広げている。

意思決定支援による在宅医療の実践

・永源寺診療所では、A5 版のお薬手帳を患者自身のカルテ代わりに使用し、診療記録や検査データを印刷して貼付することで、患者本人や家族、訪問看護師、ケアマネ、薬局などが共有できる仕組みを導入している。そして、診察時に全患者に「食べられなくなったらどうするか」「最期はどこで迎えたいか」を必ず尋ね、その意思をカルテに記録しているが、9 割以上が、「最後まで永源寺地域にいたい」と答えている。

・現在、永源寺地区で、当診療所が訪問診療をしている患者は 70～80 人である。在宅患者については、毎月一回、家族との面談（遠方の場合はオンライン）を義務化することで、家族が安心して地域に任せることができるよう努めている。

・これらに加え、「病気を診る専門医」と「生活を見る かかりつけ医」という「ふたり主治医制」を推進し、在宅看取りや生活支援を実現している。高齢者は多疾患を抱えて要介護状態になるため、病院の医師と地域のかかりつけ医が連携して、継続的な治療を行えるようにし、介護の比重が重くなれば、在宅医療へとシフトしていく。色々な専門医にかかるより、かかりつけ医がいることで、介護や行政との連携、生活支援も行うことができ、支援を受ける側のメリットは大きい。

・永源寺診療所は、近隣の総合病院である国立病院機構東近江総合医療センターと協力し、ふたり主治医制を始め、2025 年（令和 7 年） 7 月から「在宅医療相談会」を毎月開催し、医師が直接相談に乗っている。

・非公開型医療介護の情報共有ツールを使用している。医療関係では、『びわ湖あさがおネット』を、病院と診療所間の連携、情報共有ツールとして使用している。

５．連携体制

チーム永源寺と三方よし研究会による多職種連携

・永源寺地域では「チーム永源寺」が医療・介護・福祉・行政・住民を巻き込み、民生委員や消防、地域おこし協力隊、ボランティア団体「きずな」など幅広い人材が加わるネットワークを形成している。

・並行して、「三方よし研究会」を、平成 19（2007）年から毎月開催し、脳卒中連携パスを作成した。現在は、認知症、がん、心疾患等の疾患や、また疾患だけにとどまらず生活支援に至るまで幅広く連携パスの対象を広げている。こうした活動により、専門職と住民の間に「顔の見える関係」が構築され、地域における信頼関係が醸成されている。

・花戸医師は「医師が偉そうにしない」姿勢を重視し、連携のリーダーでありながら、地域住民と対等な立場で関わることで、参加者全員が同じ方向を目指す体制づくりを心掛けている。

・行政の財政的支援は限定的であるが、職員を会議や地域活動に派遣し、地域の取り組みを支えている。地域が主体的に活動し、行政が地域とフラットな関係で協働する地域づくりを進めている。

専門職中心から地域全体の活動へ

・活動当初は、医師や介護職など専門職を中心に始まったが、次第に商工会や地域住民、ボランティアにまで広がっていった。三方よし研究会も、疾患別の連携から生活支援や地域づくりを議題にするよう発展している。

かかりつけ医の見通しを積極的に専門職と共有

・入退院支援の形も変化し、誤嚥性肺炎や心不全患者が在宅と急性期を頻繁に往復する傾向が強まる中で、かかり

つけ医が今後の見通しを共有する重要性が高まっている。

6. 取組の効果

在宅看取りの増加と信頼関係の構築

・取組の成果として、永源寺地域では自宅や施設での看取りが増加し、現在は約５割が在宅死で、住民の希望が反映されるようになっている。

・遠隔地家族との定期面談により安心感が高まり、不要な施設入所を避けられるなど、患者の生活の質の改善にもつながっている。

7. 今後の方針

体制と意思決定支援の強化

・今後は複数のジェネラリスト医師による体制を整備し、持続可能な診療所運営を実現する方針である。患者本人の意思決定を支援し、患者やその家族との対話を重視する。「ふたり主治医制」（「病気を診る専門医」と「生活を見るかかりつけ医」）の連携を強化しつつ、「チーム永源寺」として活動を続けていきながら、「地域まるごとケア」の深化を目指す。

「地域まるごとケア」の横展開を

・ふたり主治医制の理念は支持されても、実際には医師同士の連携が進みにくい。また、医師会の中でも温度差はあり、医師の意識変革には世代交代を含め長い時間が必要である。何より、地域毎のコミュニティ力に差があるため、「地域まるごとケア」の横展開を難しくしている。

・地域のコミュニティ力を高めるには、地域にある様々なコミュニティにアプローチするのが効果的ではないか、例えば、職場や同じ趣味といったコミュニティもあるが、疾患毎や患者の会などコミュニティを新しく作っていくことも「地域まるごとケア」への第一歩になるのではないかと考えている。

8. あるべき姿

「地域まるごとケア」による持続可能な地域づくり

・花戸医師が提唱する「地域まるごとケア」は、医療・介護専門職と住民がフラットに関わり、楽しさや面白さを活動の価値軸とするものである。診療所にフィットネスやレストランを併設したように、地域に「集まりたい場」を生み出し、人口減少や高齢化というマイナス要因を前向きな地域資源に転換する。コミュニティを基盤とした重層的支援により、認知症や障害を抱えても、住民同士で協力し合い、安心して暮らせる地域づくりを将来像として描いている。



公益財団法人淡海文化振興財団「市民活動情報誌　おうみネット　vol.118　2022summer」（2022 年 7 月 1 日発行）
https://ohmi-net.com/web_2020/wp-content/uploads/2022/07/436f3aac22cfff425f501dee2c818ee0.pdf

事例２　山口県柳井市平郡島（離島・過疎地域）

令和７年度　在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等
へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取り組みについて

地域：山口県柳井市平郡島（離島）

テーマ：島内に医療・介護のサービスが隣接し連携、急変時に備え本土の病院と連携体制を整備

POINT

行政

- **県が、地域における医療機関相互の連携体制のイメージ「目指すべき方向」を具体的に示し、医師を地域の中核病院に集約し、診療所に派遣している（県主導で安定した医師の確保）。**
- **市は県の医療体制に基づき医師を確保することができ、地域の医療を支える看護師や事務職の確保を行っている（市は医療を支える看護師をはじめとするスタッフを確保）。**

平群島における医療・介護連携

- **市の中核病院でへき地医療拠点病院と連携し、そこに在籍する医師が診療所の管理者となって週２日来島。急性期病院との連携がスムーズになり、退院後に島に戻る高齢者が増えている。また、医師が非常勤で週２日ということもあり、医療資源の不足を、ICT を活用し、本土と連携を強化している。**
- **急患が出た場合、平郡島西地区では、平郡島の地区社会福祉協議会が作成した『急患対応チャート』を活用し、急患対応チャートに沿って島民が借り上げ船での搬送の必要性を判断し、搬送を依頼している。**
- **一方、介護サービスについては、平郡島唯一の介護サービス事業所　平郡デイサービスセンターが診療所と隣接しており、島の医介連携の拠点となっている。**

１．地域の概要







人口が減少し、住民の７割以上が高齢者の島

- 平郡島は本土からの距離 22.2km、面積は 16.56 平方キロメートルで、山口県で２番目に（架橋されていない島としては１番）大きな島である。
- 本土との交通手段はフェリーで、１日２往復運航している。所要時間は柳井港⇔平郡西１時間、柳井港⇔平郡東１時間 40 分である。
- 人口※1は 209 人、世帯数※1は 160 世帯で、１世帯平均 1.28 人である。東西に細長い島で、東地区・西地区の２つの集落から構成され、地理的に対角線上に位置している。
- 人口は東地区が 3/4 を占め、西地区の高齢化率は 91.8%、東地区も 68.4%と全国でも極めて高い水準にある。
- 現在開校している学校は平郡東小学校のみで、令和７年の在校生は２人である（平郡西小学校は休校中）。
- 東地区ではまだ一定の労働人口があるものの、高齢化の進行で、両地区とも医療・介護ニーズは年々増加しており、

保健師が年に６回（２ヶ月に１回）、平郡島の東西地区に赴き、健康相談、健康教育を行っている。

※1 柳井市ホームページ https://www.city-yanai.jp/ 令和７年４月１日現在住民基本台帳による

２．地域の医療・介護サービスの状況

週２日医師が来島、島内にある介護サービスはデイサービスのみ

・柳井市にある地域の中核病院（へき地医療拠点病院、地域医療支援病院等各種指定を受けている）である JA 山口厚生連　周東総合病院の総合診療科から、診療所の管理者として医師が来島し、週２日、東地区の平郡診療所では水曜日（10:30-16:45）、西地区の平郡診療所西出張診療所では木曜日（9:30-14:00）に診療を行っている。

・平郡診療所の職員体制は看護師１人（常駐・単身赴任）と事務職員１人の２人体制である。薬剤師がいないため、看護師が薬剤管理を行っている。なお、診療日には、本土から会計年度任期職員看護師が１人同行している。

・2024 年度の外来件数は平郡診療所で 15 人、西出張診療所で 10 人程度と、人口の減少に伴い、外来件数は減少傾向にある。

・介護サービスは、島内に社会福祉法人柳井市社会福祉協議会　平郡デイサービスセンター（地域密着型通所介護）があり、利用者は東地区８人、西地区３人の計 11 人である。平郡デイサービスセンターは診療所に隣接しており、日常的にコミュニケーションが取りやすく連携しやすい環境にある。

・離島という特性から住民同士の結びつきが強く、住民同士の見守りや支え合いが機能しており、孤独死はこれまでに発生していない。

（日常の療養支援）

・診療日に訪問診療を行っている。利用者は現在１人で、２週間に１回訪問している。なお、訪問介護は島外の事業所からスタッフがほぼ毎日来島して、サービスを提供している。

（急変時の対応・入退院支援）

・急変時については、急患対応チャートを平郡島西地区で地区社会福祉協議会が主体となって作成。救急対応は、患者若しくはその家族等が魚船を借り上げて救急搬送を行っており、市がその費用の一部を補助している。

・診療所の医師が周東総合病院から派遣されていることもあり、連携体制は整備され、以前に比べて、退院時に島に戻る高齢者が増えている。

（看取り）

・日常の療養支援や急変時の対応・入退院支援の連携がスムーズになったことで、「島で最期まで暮らしたい」「島で亡くなりたい」という意識が広がりつつある。

３．地域の課題と取り組み状況

医師の非常勤化による診療日の減少と急変時対応が課題

・平郡島では昭和 50 年代から、自治医科大学の卒業医が常勤医として派遣されてきた長い歴史がある。しかし、人口減少と医師不足が進む中、県のへき地医療専門調査会で議論が重ねられ、第７次山口県保健医療計画で山口県における医療提供体制が示された。

・それを踏まえ平郡診療所では、令和３（2021）年度から常勤から非常勤体制へと移行し、診療日数が週４日

（東西２日ずつ）から週２日（東西１日ずつ）に減少したが、住民からは、「医師がいないより、非常勤でもいてくれた方が安心」という声が多く寄せられた。

・令和３年度から、県からの派遣医師は平郡島の管理者（２日間）と医師不足で困る周防大島町立東和病院の総合診療医（２日間）との兼務となったが、両勤務先同士は患者の行き来がないため、患者の入退院調整で困難が生じることが多く、翌令和４年度より、県からの医師の派遣先が、東和病院から平郡島の島民が救急等で最も搬送される周東総合病院（へき地医療拠点病院）に変わった。

第７次山口県保健医療計画(2018～2023 年度)

●2015 年に導入したクラウド型電子カルテをへき地診療所とへき地医療拠点病院に導入。診療情報をリアルタイムで共有し、医師不在日にもオンライン診療ができる体制を構築。

●地域における医療機関相互の連携体制のイメージ「目指すべき方向」を具体的に示す

「集約化」のイメージ

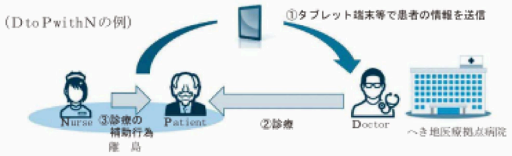
診療所に配置している常勤医師を地域の中核病院に集約し、中核病院から出張診療所化した診療所に交替で医師を派遣する。



⇒2021 年から常勤体制（週４日）から非常勤体制（週２日）に変更

●情報通信技術（ICT）を活用した遠隔診療のイメージを「目指すべき方向」を具体的に示す

受診者数の変化に応じた効率的な診療のため、また、離島など無医地区等への医師の移動負担を軽減するため、次のような遠隔診療の活用が考えられます。



●2022 年国土交通省スマートアイライド推進実証調査業務に参加。テーマは「ICT 活用による離島医療・物流持続的確保」

⇒かかりつけ医（非常勤）が COVID-19 に感染し、本土から離島診療に行けず、10 日間の療養期間中に宿泊療養施設から、かかりつけの患者に定期外来日の計３日間、離島診療所の看護師と連携し、オンライン診療で診察。汎用システムとクラウド型電子カルテを使用。看護師と連携することで、認知症、難聴の方にも特に問題なく対応でき、外来診療だけでなく、訪問診療も予定通り対応できた。

・診療日以外、島内に医療職種がほとんどいない中で、診療所の常勤看護師の役割は大きく、そのため精神的負担も大きくなる。このような中で、脆弱な島の診療体制を補完するため、島内でオンライン診療およびオンライン服薬指導の実証事業が行われた。

・実証事業により、ICT を使うことに対して、島民の抵抗感・恐怖心は年齢が上がれば上がるほどあるものの、慣れてしまえば比較的受け入れが早いこと、ICT を活用するには看護師が医師と患者の間に立ち、患者を補助すること（ＤtoPwithN）により可能となることに加え、生活習慣病等症状が安定している患者には看護師が間に立たなくても行えること（D to P）が確認された。

第８次山口県保健医療計画(2024～2029 年度)

●令和６（2024）年度「郵便局等の公的地域基盤連携推進事業」における「郵便局でのオンライン診療・オンライン服薬指導」に関する実証事業において、「離島における医療へのアクセシビリティの確保」をテーマに、離島における郵便局の空きスペースを活用したオンライン診療及びオンライン服薬指導の実証事業を山口県柳井市で実施。

https://www.soumu.go.jp/main_content/001009030.pdf



４．取組の内容

（日常の療養支援）オンライン診療・オンライン服薬指導の推進と急患対応チャートで医療体制をサポート

・実証事業等を踏まえ、柳井市では、平郡島において、オンライン診療を年間 120 件の実施を目標に掲げ、オンライン診療や対面診療後にオンラインによる服薬指導を行うこととしている。

（急変時の対応）急患対応チャートの活用

・急変時の対応力強化として、「＃7119（救急安心センター）」の活用を島民に向け啓発を行ったり、島民の共助による自立的取り組みを支援している。具体的には、平郡島西地区では、地区社会福祉協議会（社協）が主体となって作成した急患対応チャートを活用し、西地区に急患が出た場合に、急患対応チャートに沿って島民が借り上げ船での搬送の必要性を判断し、搬送を依頼している。

・令和４（2022）年度の救急搬送件数は 12 件（東８件、西４件）、令和５（2023）年度は 17 件（東 14 件、西３件）と救急搬送件数は増加しており、東地区でも急患対応チャートの運用に向け、平郡診療所の常勤看護師が中心となって検討を行っているところである。

（入退院支援）島と本土をつなぐ病診連携が有効に機能

・島の急性期医療は、地域の中核病院である周東総合病院との連携によって支えられている。島の診療所の管理者が、周東総合病院の医師であることで、情報連携しやすく連携がスムーズとなり、入退院時における連携が円滑に行われるようになった。例えば、退院支援時には、診療所の看護師や担当するケアマネジャーが、患者の生活環境情報（段差やトイレの位置、道路との距離など）を、事前に病院と共有し、退院後の生活をイメージした支援を行っている。

5．連携体制

在宅復帰を支えるネットワークを形成

・平郡診療所では常勤看護師が、島内のデイサービス、民生委員、社協だけでなく、本土のケアマネジャーや介護サービス事業所とも情報交換を行っている。関係者と如何に効率的に情報連携を行うべきか、そのためにはどのようなツールを活用すべきか、現在、検討中である。

6．取組の効果

住民主体の急患対応で孤独死ゼロ

・住民主体の急患への対応が明示されたことで、孤独死ゼロを継続している。住民同士の見守りと急変時の通報・搬送対応が機能していると考えられる。

島民の「看取り」に対する考え方に変化

・日常の療養支援、急変時の対応、入退院支援の連携が安定してきたことで、在宅酸素を導入して島に戻った患者の事例も見られ、退院後の島への在宅復帰率があがっている。

・また、柳井市が配布した『人生会議ノート』が、自分の将来を考えるきっかけとなり、「島で最期まで暮らしたい」「島で亡くなりたい」というニーズが顕在化しつつある（今までは島での看取りを諦めており、選択肢がそもそもなかった）。周東総合病院との関係性が深まったことで、ACP の在り方や訪問看護などを通じて、一緒に活動出来る体制が築けたらと考えている。

・なお、島民のニーズに対応するため、診療所の常勤看護師が、厚生労働省「ICT を活用した在宅看取りに関する研修推進事業」における研修を受講し、修了したところである。島で ICT を活用した看取りを行うには、まだまだ課題は多いが、どうすれば島でも看取りができるようになるか検討していく。

7．今後の方針

自然災害や感染症流行時に、対面診療ができない場合への備えが必要

・令和 3 年度から医師が常勤から非常勤となったことから、悪天候時のフェリー欠航時に医師の対面診療が行えないことが想定されたため、その年にオンライン診療の試行を行う。令和 4 年度には医師が新型コロナ感染症に感染した際に、療養先からオンライン診療を実施することができた。オンライン診療の導入により医師が島に来ることがなくなるのではないかとの不安を抱いた島民もいるが、医療提供体制を継続していく上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせることにより持続的な医療提供体制が確立できるよう取組を進めている。

・元々薬局の空白地帯であることから、薬も課題となっている。院内処方から院外処方へと変更するため、島外の薬局との間でオンラインによる服薬指導を実施し、薬を薬局から患者宅に直接配送できるよう準備をすすめているところであ

る。
・これまでのオンライン診療への取組やこれから実施するオンライン服薬指導を重ねていくことにより、島民にも ITC を活用した医療体制に慣れていただき、島のニーズに合った ITC を組み合わせた医療モデルの取組を行っていく。

医療人材の確保

・柳井市では、地域医療人材の育成に力を入れており、自治医科大学の地元出身の学生や山口大学の医学部学生、あるいは看護学生に離島医療を体験してもらうセミナーの実施を検討している。
・また、医師をへき地医療拠点病院である周東総合病院に集約していただくことにより、機能強化が図られたことを踏まえ、看護師についても常勤看護師の 1 人体制のリスクや負担軽減に対応するため、複数体制となるよう取り組んでいる。

8. あるべき姿

「島で暮らし、島で最期を迎える」ことを支える持続可能な医療・介護体制へ

・今後の目指す姿は、住民が療養や看取りの選択肢を持ち、「島で暮らし続け、最期を迎える」ことができる体制の実現である。そのためには、医師・看護師・介護職・行政・社協などが日常的に情報共有を行い、ICT を活用した遠隔支援を組み合わせることで、医師が島に不在であっても安心できる医療・介護の連携体制を確立することが求められている。

参考資料

山口県ホームページ https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/
柳井市ホームページ https://www.city-yanai.jp/
平郡島 https://heigun.jp/
平郡島西 https://heigun.jp/west/west
総務省「山口県柳井市平郡島における郵便局でのオンライン診療・オンライン服薬指導に関する実証事業」
https://www.soumu.go.jp/main_content/001009030.pdf
虎ノ門フォーラム（医療介護福祉政策研究フォーラム）「第１部（総論） ふるさとの命を衛る処方箋～離島へき地に遠隔医療をどう組み合わせるのか～」（令和７年３月２１日） 原田 昌範氏※2
http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL/20250321-1.pdf
第 14 回全国へき地医療支援機構等連絡会議「山口県のへき地医療の現状と取り組み～厚生労働科学研究・総務省実証事業のご紹介～」（令和７年１月 17 日） 原田 昌範氏※2
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001476926.pdf

※1 山口県立総合医療センターへき地医療支援センター長/山口県防府保健所長/山口県医療政策課 へき地医療支援機構専任担当官/公益社団法人地域医療振興協会 理事・山口県支部長

事例３　山形県最上郡真室川町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）訪問看護事業所の取組

令和７年度　在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等
へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取り組みについて

地域：山形県最上郡真室川町（小規模自治体・中山間地域）

テーマ：訪問看護ステーション空白地帯に、自治体と協定を結びサテライトを開設

POINT

行政
- **県が訪問看護ステーション空白地帯解消に向け行動**
- **県が山形県看護協会へ協力を依頼し、山形県看護協会と空白地帯の３町村（真室川町、金山町、鮭川村）で協議を重ね、山形県看護協会が運営する訪問看護ステーション新庄のサテライトを、町立真室川病院内に開設**
- **町立真室川病院から看護師が訪問看護ステーション新庄のサテライト（真室川町）に出向**
- **３町村と訪問看護ステーション新庄が協定を締結し、看護師が出向することで生じる人件費の給与差額分と訪問看護ステーションに責任のない赤字については３町村で負担することとした**

訪問看護ステーション新庄（空白地帯にサテライトを設置）
- **開設後１年半で黒字化し、以後黒字を継続**
- **令和４（2022）年度に赤字補填条項を廃止**

１．地域の概要

中山間地に位置する人口減少・高齢化が進む小規模自治体

・真室川町は山形県最上地域の北端に位置する中山間地域の町であり、令和７年９月末の人口は 6,329 人※1、世帯数は 2,499 世帯※1で、１世帯当たりの構成人数は約 2.5 人である。急速な過疎化により、2045 年には人口が約 3,000 人まで減少すると見込まれている。

・令和２（2020）年時点で高齢化率は 40%を超えており、直近ではさらに上昇している。高齢夫婦世帯・単身高齢者世帯が増加しており、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

※1 真室川町ホームページ https://www.town.mamurogawa.yamagata.jp/index.html

２．地域の医療・介護サービスの状況

病院依存傾向が強く、要介護３を境に在宅療養率が大きく低下

・真室川町には、現在、町立真室川病院、２つの診療所（釜淵診療所・及位診療所）、２つの歯科医院、整骨院と３つの薬局があり、介護サービスは、２つの介護老人福祉施設と７つの居宅サービス事業所（訪問介護、訪問看護ステーション（サテライト）、通所介護、通所リハビリテーション、２つの短期入所生活介護、短期入所療養介護）と居宅介護支援事業所がある※2。

・地域住民の多くは「困れば病院に行く」「病院で看取る」といった医療機関依存の志向が強く、要介護２までは約９割が在宅で生活しているが、要介護３以上になると施設入所者の割合が急増し、要介護３を境に在宅療養率が大

きく低下する。そのため、在宅での看取りのニーズは限定的である。

※2 真室川町「在宅医療と介護連携マップ」（令和７年１月改定）
https://www.town.mamurogawa.yamagata.jp/material/files/group/4/zaitakuiryou-map202501.pdf

３．地域の課題と取り組み状況

住民の声を契機に始まった訪問看護ステーション空白地帯解消の動き

・山形県内に訪問看護ステーション空白地帯が見られる中、山形県から真室川町に対し「空白解消モデル」として訪問看護ステーション設置の打診があった。真室川町としても、「在宅で最期を迎えたい」「家に帰りたいが医療的支援がない」といった住民の声があり、近隣の金山町や鮭川村と訪問看護ステーションの開設に向け、勉強会を開催するなど検討を行っていた。町立真室川病院はみなし指定訪問看護を行っていたものの、人員確保の問題があり、訪問看護ステーションに移行することは難しく、また町立金山診療所においても、同様に人員不足のため、開設を断念せざるを得ない状況であった。

・一方、最上地域を管轄している訪問看護ステーションにおいては、再三、開設の話はあるものの、地理的に中山間部が多く、中には片道 30 分～1 時間、場合によっては半日を要する場所も含まれるため採算が合わないこと、また人材の確保が厳しく、必要性を感じつつも、話が前に進まない状態が続いていた。

・そこで、県が山形県看護協会へ協力を依頼し、山形県看護協会と空白地帯の３町村（真室川町、金山町、鮭川村）で協議を重ね、

① 町立真室川病院内に場所を確保し、訪問看護ステーション新庄のサテライトを開設すること
② 町立真室川病院からサテライトに看護師を１名派遣すること
③ ３町村と協定を結び、資金援助を行うこと

などにより、山形県看護協会が運営する訪問看護ステーション新庄のサテライトを、平成 29（2017）年に真室川町に設置することとなった。

４．取組の内容

３町村による訪問看護ステーション（サテライト）へ財政支援

・開設当初は、町立真室川病院から看護師１名を派遣していたが、令和３（2021）年度からは２名体制に拡充。

・出向看護師が訪問看護ステーション新庄に出向することで生じる人件費の給与差額分は３町村が負担している。令和６（2024）年度の３町村の負担総額は約 640 万円で、負担割合は固定費 50%、利用者数に応じた変動費 50%とし、実績ベースでは真室川町 58%、金山町 30%、鮭川村 12%程度で按分している。

関係者への普及啓発

・立ち上げ当初は住民向け・専門職向けの研修を年間 4～5 回開催し、在宅医療・訪問看護の理解促進を図った。

出向訪問看護師の育成

・出向看護師は事前に訪問看護師養成研修を受講し、出向当初は訪問看護ステーション新庄のスタッフへの同行訪問を経たうえで、ひとりで訪問を行うよう教育体制を整えた。

事務処理等は ICT を活用し効率化

・記録はタブレット・システムを導入し、訪問看護ステーション新庄が請求・経理を一括処理しており、サテライトは現場対応に集中できる体制が整っている。

5. 連携体制

広域協議体と 3 町村ネットワークによる多層的な連携体制

・最上地域 8 市町村で構成する「地域保健医療体制協議会」と広域連携拠点「@ほーむもがみ※3」があり、医療・介護資源マップの作成や情報共有、研修の企画を行っている。

・さらに、真室川町・金山町・鮭川村の 3 町村で「3 町村ネットワーク協議会」を設置し、年 1～2 回、現状報告、利用実績、人材確保、予算負担などを協議している。

県・看護協会・自治体・病院等関係者が一体的に支援を行う

・サテライト立ち上げ時は、県の長寿推進課、最上総合支庁の保健企画課、3 町村（金山町、真室川町、鮭川村）の福祉課と看護協会と協議し、助言を得つつ始動させた。県および山形県看護協会が制度設計・教育支援を、山形県訪問看護総合支援センターが運営に対する助言を、自治体は財政支援・広域協定の管理を、病院は出向と現場調整を担った。

・また、町立真室川病院・社会福祉法人・福祉課が同一建物内にあり、月例調整会議によって連携強化が図られた。

町立真室川病院内に設置されていることで専門職同士の情報共有や連携が進む

・町立真室川病院内では病棟・外来・訪看の定期カンファレンス、またケアマネ・ヘルパーとの情報共有会を実施しており、連絡ノートを用いた日常的な情報共有を行っている。

※3 最上地域在宅医療・介護連携拠点「@ほーむもがみ」 https://www.mrenkeikyoten.com/

6. 取組の効果

黒字化達成と地域連携の深化による持続的成果

・設立当初は赤字補填条項を協定に盛り込んでいたが、開設後 1 年半で黒字化したため、令和 4（2022）年度に補填条項を廃止した。以降は安定運営が続いている。年間人件費差額支援約 640 万円の範囲内で収益が確保され、黒字基調が定着した。

・出向看護師 1 人あたり月 78～80 件（採算ライン 1 日 4～5 件）を維持し、新規利用者 4～5 件/月程度で推移しており、利用者総数は約 45～46 人である。

・医療機関・介護事業所・ケアマネ間の情報共有が進み、病棟と訪問看護間の症例検討やデスカンファレンスが定着。地域包括ケア推進の基盤強化につながった。

・また、鮭川村に新規ステーションが設立され、地域内での役割分担が進んでいる。

7. 今後の方針

医療・介護サービス事業者間の連携の強化

・通所系サービスでは、令和 4（2022）年度に町内の通所介護事業所が突然閉鎖し、結果として残存する社会福祉法人運営の 1 施設に利用者が集中する状態となった。医療・介護の施設・事業所の撤退は、地域の医療・介護サービスの供給力にダイレクトに影響を与えるため、日ごろから連携を密に行うことが必要である。

在宅看取りに関する普及啓発の強化

・住民の病院依存傾向が強く、訪問看護の認知度が未だに低い。訪問時にプライバシーを気にする住民が多く、訪問看護の車両や服装を工夫するよう求めてくる利用者もいる。

・令和 5（2023）年度以降、コロナ収束に伴い病院での看取りが増加し、在宅看取りは年 3 件程度にとどまる。今後は、在宅看取りの拡大を重視し、住民・家族・医師への啓発活動を強化する。

サテライト訪問看護師の育成の強化

・最大の課題は看護師の確保であり、出向元病院の人員減少により、派遣継続が難しくなる懸念がある。短いローテーション（3 年）により利用者との関係性が継続しにくい点も課題である。出向体制の維持と特定行為研修への参加支援を通じ、訪問看護師の専門性を向上させる。

全体最適化に向けた検討

・県・看護協会・最上地域全体の協議体を通じて、災害時の相互受援体制（広域 BCP）や効率的なゾーニングを検討する。

8. あるべき姿

公的医療・広域連携・住民共創による小規模自治体モデルの確立

・1 つの訪問看護ステーションでできることには限りがある。最上地域の訪問看護ステーションが連携し、将来的には「オール最上のナーシングハウス」として広域的な医療・介護連携体制を構築したいと考えている。

事例４　福井県福井市（中山間地域等）

地域：福井市（川西包括支援センター）

テーマ：災害時の医療介護連携の在り方について～多層多職種連携～

POINT

行政（福井市地域包括ケア推進課）

・福井市第９期介護保険事業計画（令和６年度～令和８年度）において、基本目標１で「在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の強化」を掲げ、医療と介護を必要とする高齢者が、自分らしい暮らしを続けることができるよう、多職種間の連携を強化している

川西包括支援センター（ほやねっと川西）

・過去の災害時に、避難を呼びかけたものの避難しなかった難病で独居の高齢者がいたことをきっかけに、災害時対応の必要性について考えるようになった

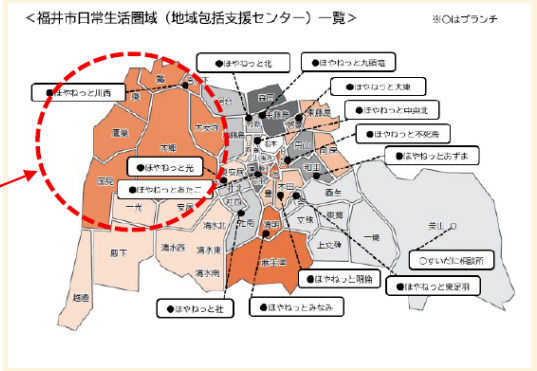
・災害時の支援者側のルールや情報共有の未整備から、災害時対応を話し合う場を設置した。令和４（2022）年度から始まった話し合いの場は、１年目はケアマネジャーで、２年目はサービス事業所、３年目はケアマネジャーとサービス事業所の合同会議、４年目は訪問看護師も入れ、段階的に協議を拡大している。

1．地域の概要

中核市でありながら、住民同士の繋がりも残る川西地区

・福井市は中核市として市型保健所を有し、市内13か所公民館区ごとに、ほやねっと（委託の地域包括支援センター）が設置されている。

・川西包括支援センター（委託先　社会福祉法人福聚会）は、市内でも海と山に挟まれた中山間・沿岸部を含む川西地域（７地区　大安寺・国見・鶉・棗・鷹巣・本郷・宮ノ下）を担当している。



2．対象地域の状況・特徴

住民同士の繋がりを活かし、能登半島地震の際には協力し合って避難した

・地域内には稲田もあり、集落単位のつながりが比較的残っており、川西地区の７つの地域全てではないが、自治会や民生委員を中心とした地域コミュニティの結束が強い。能登半島地震の際には、川西地区の中の２地区に津波警報が出され、住民同士で声掛けを行い、高台に避難した。幸い、被害はなかった。

・訪問看護ステーションが地区内に存在せず、地区外を利用している。
・川西地区にはケアマネジャーの連絡会として「七歩会」が、サービス事業所、デイサービスや通所系が集まる連絡会として「ないろ会」がある。

3．対象地域の課題と取り組み状況

災害時の支援者側のルールや情報共有の未整備から、災害時対応を話し合う場の設置へ

・令和４年の大雨の際、川西包括支援センターでは、避難を呼びかけたものの避難しなかった難病で独居の高齢者がいたことをきっかけに、災害時対応について考えるようになった。
・地域には高齢者、障害者や難病患者など災害時に配慮しなければならない在宅療養者がいるものの、支援者側（サービス関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター等）で災害時にどう行動すべきかルールを定めておらず、また行政においても、部署横断的な連携は未整備で、要支援者リストの共有や役割分担が曖昧なままだった。そこで、令和４（2022）年度から災害時対応の検討に着手した。
・令和６（2024）年１月１日能登半島地震の際、避難地域に指定されたが、高齢者や障害者の中には、避難したくても出来なかった人がいたことを後から知り、検討を進めることの必要性を痛感した。

4．取組の内容

同一専門職で会議を開催し、その後、多職種による会議に拡大

・令和４（2022）年度から始まった話し合いの場は、１年目はケアマネジャーで、２年目はサービス事業所、３年目はケアマネジャーとサービス事業所の合同会議、４年目は訪問看護師も入れ、段階的に協議を拡大している。
・協議の場では、災害時の情報共有、安否確認、避難支援の在り方について、職種別に課題や出来そうなことを整理した。災害時に持ち出すよう伝えているお薬手帳に、ケアマネジャーの情報を記載する等の活用や、担当者会議で災害対応を話題にすること、施設の駐車場や自動販売機の提供等災害時に提供できる資源内容を共有した。
・LINE グループを活用して、災害時の情報共有について検討した。具体的には発災時に事業所や法人等の被害状況や稼働状況、地域の道路状況や迂回路などの情報等を共有していくこととした。

5．取組の背景

豪雨や能登半島地震での難病者や高齢者が避難しなかった、出来なかった事例からの危機感

・背景には、令和４年の豪雨で在宅難病者が、ケアマネジャーや包括支援センターが避難を呼びかけたものの、避難しなかった事例があり、支援者側としての対応に限界を感じた。
・令和６年能登半島地震で津波警報が出た際、包括支援センターとして関与することに躊躇し、状況把握や安否確認がなかなか出来なかった。
・これまで災害を「自分事」として捉えにくかったが、平時から備える必要性と、災害について支援者側が話し合う場を、包括支援センターとして定期的に設けていくことが大切だと考えた。

6. 連携体制の概要

それぞれの役割や動きを検討しながら、連携を進める

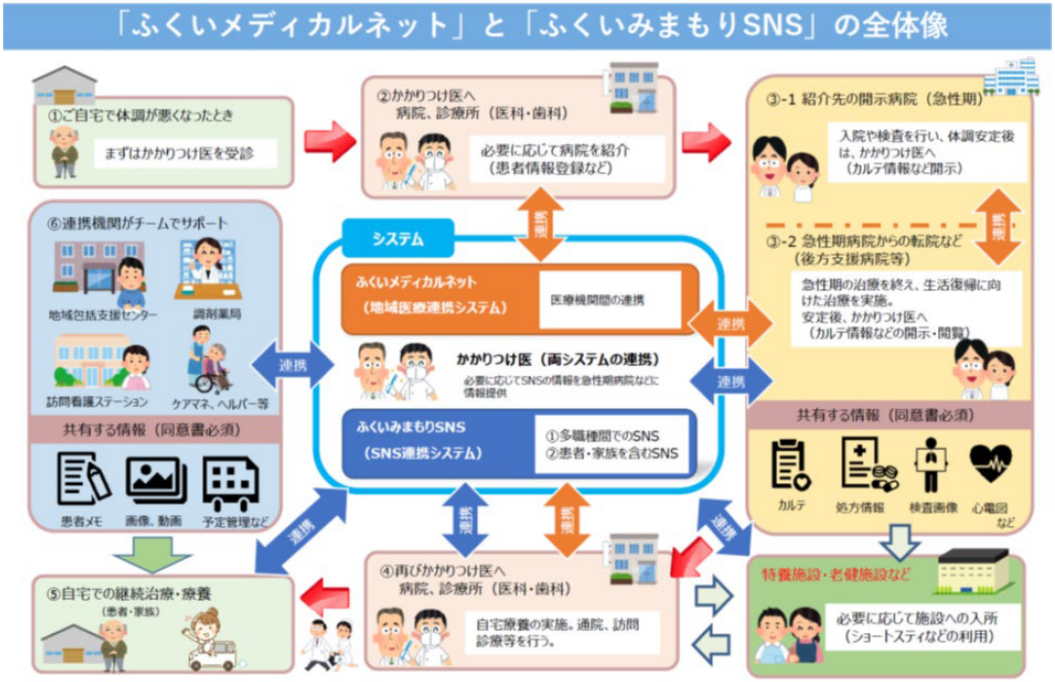
・災害対応の話し合いについて、川西包括支援センターがハブとなり、ケアマネジャー、介護サービス事業所、訪問看護ステーションと連携し、広げていこうとしている。

・行政では地域包括ケア推進課が医療介護連携を担っているが、災害対応は危機管理課が指示を出し、障害福祉課、保健所などがそれぞれのリストを所有しており、リストの共有とどう連携するか、についてはこれから検討していく段階である。

・福井県・福井県医師会では、「ふくいみまもり SNS※1」という有料※2 のサービスがあり、利用者、関係者、支援者が一つのグループとなり連携できるツールがある。（令和６年から福井県医師会において運用を開始しており、医療機関や介護サービス事業所へ加入を呼びかけている。）

※1 「医療機関の役割分担と連携」を進める具体的な施策のうち、地域の医療機関やかかりつけ医との切れ目ない連携を図るため、各病院が持つ患者の診療情報を他の医療機関と共有する「ふくいメディカルネット」の在宅ケア機能の強化を図ったのが「ふくいみまもり SNS」である
https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryou/iryoujouhou/2025keiei_d/fil/siryou1.pdf

※2 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等のサービス事業所 月５００円（税抜） ／１施設¶¶



7. 取組内容の変化

取組の輪の広がりと、訓練の実施へ

・協議４年目に、訪問看護が加わったことで、医療処置や手技など本人や家族が対応できるよう平時から指導しておくことや、医療器材に必要な電源、器具の確保、ケアの方法を写真や図などで見える化しておくことなど、平時から準備

しておくことの重要性の視点を加えることができた。
・災害対応を話し合うことから始め、実際にどう動くか、グループラインの活用を検討している。今後は訓練を通じて、実際に災害時に対応が可能か検証しながら、課題を洗い出すことにしている。

8．取組の効果

支援者間の繋がりの強化

・現時点では、災害時の運用はまだ行われていないが、協議の場があることで、平時での連携効果が表れている。例えば、おくすり手帳を介した情報共有により、薬局からケアマネに対し、高齢者の認知症への気づきが何件か行われたことがある。
・災害時に誰が何を担うかを考えるきっかけとなり、支援者間の意識が向上し、横のつながりが強化された。

9．今後の方針

訓練を通した課題の洗い出しと役割分担の明確化

・行政と川西包括支援センター、サービス事業所やケアマネジャーの役割分担を明確化することで、災害時の混乱を防ぐ必要がある。
・担当者会議での災害時対応の話し合いの内容を、川西包括支援センターが今後もモニタリングしていく。
・行政は、個別避難計画の策定や、他部署との連携を進める。

10．あるべき姿

災害時に自然に連携できる体制を整備する

・川西包括支援センターが全てを担うのではなく、各専門職が主体的にどう動くべきか関係者間で地域特性を踏まえた検討を積み重ね、医療・介護で顔の見える関係を築きながら机上訓練などを行って、現実的な備えを考える。それにより災害時には自然に連携できる体制を取れることが理想である。

事例５　山梨県南巨摩郡南部町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）

令和７年度　在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等
へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携の取り組みについて

地域：山梨県南巨摩郡南部町（小規模自治体、過疎地域、中山間地域）

テーマ：小規模自治体、過疎地域、中山間地域に該当する南部町は、近隣の４町と連携し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組む

POINT

峡南地域（南部町・身延町・早川町・富士川町・市川三郷町の５町）

・保健師を通じた５町会があり、以前から連携しながら協議を行ってきた
・在宅医療介護連携推進事業においても、５町で年度当初に各町が在宅医療介護連携の課題を提示し、重点課題を絞り込み事業計画を作成しているが、地域全体としての課題は、それぞれの町の視点からでは抽出が難しいため、峡南保健福祉事務所（保健所）が各町にヒアリングを行い、広域課題として整理しているところである



峡南在宅医療支援センター（５町の在宅医療介護連携のハブ機能）

・峡南地域の５町が在宅医療介護連携の事務局機能を峡南在宅医療支援センター（身延町早川町組合立　飯富病院に開設）に委託し、峡南在宅医療支援センターが、会議の企画・運営、事業所への通知や研修会の開催等を行っている

https://kyonan-zaitaku.jp/publics/index/93/

南部町

・町単独では医療介護資源が十分ではなく、周辺自治体との連携が不可欠
・在宅医療介護連携推進事業は南部町地域包括支援センター及び峡南在宅医療支援センターへの委託を通じて実施。地域の関係機関の連携については医療圏域での広域的連携に関し峡南保健福祉事務所の支援を受け、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の構築に努める※1

※1　南部町高齢者保健福祉計画　第９期南部町介護保険事業計画　より

・町内においては「南部町ここにいてぇなぁほーする会」を開催し、「多職種の顔の見える関係づくり」を進める

１．地域の概要

小規模自治体・過疎・中山間地域である南部町

・山梨県峡南地域は、南部町・身延町・早川町・富士川町・市川三郷町の５町※2からなる山梨県の南側、富士山の西側一帯に広がる地域である。
・南部町は峡南地域の最南端に位置する小規模自治体で、過疎地域、中山間地域でもある。
・生活圏が静岡県側に近いため、富士宮市・富士市・静岡市方面と繋がりがある。

※2　５町のうち石川三郷町を除く４町は、「令和６年・地方自治体「持続可能性」分析レポート」で「消滅可能性自治体」に該当



https://www.pref.yamanashi.jp/iju/local-

２．対象地域の状況、特徴

南部町には入院施設がなく、医療は峡南地域や隣接する静岡県に依存している

・町単独では医療介護資源が十分ではなく、周辺自治体との連携が不可欠である。峡南地域では、現在、医療再編が進行中であり、広域的な医療介護連携の仕組みが必要とされている。

・峡南地域で入院できる医療機関は限られており、身延町の身延町早川町組合立 飯富病院と公益財団法人 身延山病院、富士川町の峡南医療センター企業団 富士川病院に集中している。市川三郷町の病院は医療再編により富士川病院と統合され、外来のみの峡南医療センター企業団 市川三郷診療所となった。南部町は、南部町国民健康保険南部町医療センター（以下、「国保診療所」という。）はあるものの、外来のみのため、入院する場合は、地域や静岡側の市立病院に行かざるを得ない。

・自治医科大学出身者やへき地医療への志を持っている医師が多いため、医師同士のつながりは強い。

・介護サービスも、地域で共有しながら利用している状況で、南部町にはケアマネジャーが 6 人と少ないため、南部町の利用者を身延町のケアマネジャーが担当するケースもある。

３．対象地域の課題と取り組み状況

医療職と介護職との連携での偏りと、広域課題の整理

・在宅医療介護連携推進事業は、南部町・身延町・早川町・富士川町・市川三郷町の 5 町共同で実施している。日常的に保健師を通じた 5 町会があり、連携しながら協議を行っている。

・課題は、医療職と介護職の連携で、介護職は医師に直接相談しづらいと感じている。そのため、退院支援においてもケアマネジャーが病院から必要な情報を十分に得られないことがあり、身延町早川町組合立 飯富病院内に開設している峡南在宅医療支援センター（以下、「センター」という。）[※3]の協力を得て、連携会議を開催している。

・5 町では年度当初に各町が課題を提示し、重点課題を絞り込んだ上で事業計画を作成している。重点課題としては、看取り（ACP を含む）の住民への周知や、退院支援の情報伝達に関する連携ルールの作成などが挙げられる。

・地域全体としての課題は、それぞれの町の視点からでは抽出が難しいため、峡南保健福祉事務所（保健所）が各町にヒアリングを行い、広域課題として整理しているところである。

※3　https://kyonan-zaitaku.jp/

４．取組の内容

峡南在宅医療支援センターが、峡南地域 5 町の在宅医療介護連携の事務局機能を担う

・5 町共同でセンターに事業を委託し、在宅医療介護連携を推進している。センターは事務局機能を担い、会議の企画・運営、事業所への通知や研修会の開催等を行っている。

・南部町では、「南部町ここにいてぇなぁほーする会」を開催し、「多職種の顔の見える関係づくり」を進めている。中心となっているのは、国保診療所の医師で、在宅医療・看取りに熱心に取り組んでいただいている。参加者は、訪問看護、特養、デイサービス（生活相談員・介護員）、薬剤師、福祉用具事業者、診療所事務職など多岐にわたる。直近の会議では 32 名が参加し、役場会議室に 18 時半から 20 時まで集合する形で実施した。今年度はすでに 3 回開催し、自己紹介の会を 2 回行った後、成功事例発表会を 1 回開催した。

・ICT ではバイタルリンクを活用し、医師・訪問看護事業所・ケアマネジャーがリアルタイムで連携している。

・入退院支援としては、患者が入院する際、ケアマネジャーが病院へ情報提供するための統一書式を作成し、連携ルールを整備した。

５．取組の背景

医療介護連携事業が、小規模町単独で行うのは難しいという共通認識

・小規模な町単独では医療介護連携推進事業を行うことは難しい。南部町では入院施設がないため、峡南地域全体での医療介護の支援が必要不可欠である。5 町にはもともと保健師を通じた定期会合があり、協議を重ねる土壌もあった。医療介護連携以外にも認知症初期集中支援など広域的な課題があったため、広域での連携が必要であるとの共通認識の下、検討を始めた。

・委託先が飯富病院になった理由として、公設（早川町・身延町の組合立）である点が大きい。南部町では国保診療所の医師が以前から月 1 回の連携会議を行っていたがコロナ禍で中断せざるを得ず、再び連携会議を開催する際に、現在の体制となった。

６．連携体制の概要

峡南地域の 3 つの「顔の見える連携会議」

・峡南地域の医療介護連携推進事業をセンターに委託し、5 町が共同で費用を負担している。各町の負担する費用は、均等割と人口割を組み合わせているが、人口割が大半を占めている。センターには社会福祉士 2 名を配置し、会議運営、研修企画、相談窓口、ICT 運用などを担っている。

・南部町単体、身延町と早川町、富士川町と市川三郷町の 3 つの地区に分かれ「顔の見える連携会議」を開催しているが、いずれもセンターが事務局機能を担っている。会議体はオープンに運用しており、他地区の参加や横展開が行われている。相談窓口機能もセンターが担い、地域包括支援センターやケアマネジャーからの相談実績もある。

・地域課題については保健所が実務者会議に入り、広域視点で整理を進めている。

・県との関係は「県から直接」よりも、保健所を通じた支援が中心となっている。

７．取組内容の変化

連携会議の多職種化

・南部町の連携会議は、当初は訪問看護やケアマネジャーなど限られた職種で行われていたが、コロナ禍後の再稼働の際に多職種を対象とした。コロナ禍で途絶した国保診療所の医師主導の会議を、センターの協力を得て、再構築した。会議内容も自己紹介中心から成功事例発表へと進め、次年度のテーマを決める企画委員会も設置した。

・運営面では、センターが通知文の作成や進行設計など事務局機能を担っている。また、事業所の主だったメンバーに声掛けをして、企画委員会を開催し、事前に擦り合わせや仕込みを行うことで、連携会議を上手く回すことができている。

・ICT 活用では、バイタルリンク導入以前のツールが十分に使われなかった反省から、多くの人にまず使ってもらうことを意識した。販売担当者を招いた研修会やデモを実施し、利用者は広がっているものの、5 町での利用状況には差があり、今後の浸透が課題である。

８．取組の効果

連携会議により、「顔の見える」関係から、「互いを理解する」段階へ変化した

・効果としては、連携会議での成功事例発表などにより、表面的な「顔の見える」段階から、「相互理解が深まる連携」に進み、連携後の電話や相談の質が変化した。

・退院支援は、病院側がケアマネジャーの有無を確認し、担当ケアマネジャーへ情報を渡すルートが整備され、従来よりスムーズになった。

・ICT では、患部写真や状態を即時共有できるため、電話説明の負担が軽減し、電話がつながらない場合でも記録が

残り、共有できる点も有効である。バイタルリンク活用により、地域包括支援センターやケアマネジャーがリアルタイムで状況を把握でき、看取り対応の質の向上につながっている。
・事務局機能をセンターが担うことで、地域包括支援センターの負担も減っている。
・住民向けに、看取り・ACP 周知として映画上映を行ったが、約 90 人が参加した。

９．今後の方針

地域全体の課題を明確化し、地域の重点課題に取り組む

・地域全体の課題を明確化し、重点課題を設定していく方針である。保健所が各町ヒアリングを行い、整理している途上である。今後、広域的な課題を示してもらい、5 町で協議しながら、具体的な施策に落とし込んでいく。
・南部町では連携会議を継続し、企画委員会で、翌年度のテーマ設定をしていきたい。
・看取り・ACP（エンディングノート等）を住民に広げる取り組みを継続・強化する。
・ICT（バイタルリンク）は今後さらに広がる見込みだが、現状では、医師の利用に差があるため浸透には時間がかかりそうである。

１０．あるべき姿

住民が「地域で暮らし続け、最後まで安心して過ごせる」町を実現すること

・住民同士の支え合いや住民レベルの取り組みが出来たら良い。南部町は、入院施設がない地域だが、住民が「できるだけ自宅・地域で最後を迎えたい」というニーズを実現できるよう、施策の方向を定めていく。
・ニーズ調査では、地域包括支援センターの認知度が 50%にとどまっているため、まずは住民に「相談窓口」の認知度を上げることを目標にしたい。

事例６ 福岡県糟屋郡久山町（小規模自治体）

令和７年度 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等
へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療・介護連携推進事業の取り組みについて

地域：福岡県糟屋郡久山町（小規模自治体）

テーマ：１市７町による広域連携で自町の医療・介護資源の不足を補いつつ、粕屋管内が一体で在宅医療介護連携に効率的に取り組んでいる

POINT

粕屋管内（古賀市と糟屋郡の７町、宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町及び粕屋町）

・粕屋管内は、1 市 7 町のうち 6 町（宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町）が福岡県介護保険広域連合に属し、日頃から情報共有を図っていたため、在宅医療介護連携推進事業においても連携しやすい土壌があった。
・在宅医療介護連携推進事業については、粕屋医師会に 1 市 7 町共同で委託し、委託料は均等割 4 割、人口割 3 割、高齢者人口割 3 割で分担している。
・在宅医療介護連携においては、医療と介護で共通する４つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時対応、看取り）において地域の実情に応じた取り組み目標を設定している。また、医師会と協議をしながら進めている。

久山町（地域包括支援センター）

・久山町単独では医療・介護資源が十分ではなく、周辺の関係機関との連携が不可欠である。
・４つの場面において、在宅看取りと入退院支援を重点課題として取り組んでいる。在宅看取りは 2023 年 9.5%（全国平均 17.0%）、老人ホーム等での看取りは 2023 年 3.8%（全国平均 11.5%）と低い水準となっている。
・在宅看取りを進めるためにも、入退院支援の強化が重要と考えている。

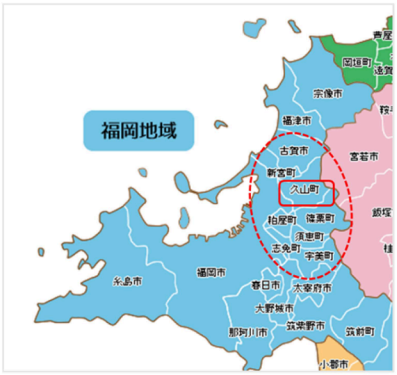
粕屋医師会（在宅医療介護連携推進事業の委託先）

・令和元年度から、在宅医療介護連携推進事業を粕屋医師会に委託している。
・医師会は、在宅医療介護連携を推進するために講座の開催、入退院時の情報共有ツール「多職種連携シート」の作成、「多職種連携会議」を年４回開催している。また、「かすや医療・介護情報ネット さがすくん」を整備している。

1. 地域の概要

人口１万人弱を安定的に維持している福岡市近郊の小規模自治体

・久山町は、人口 9,357 人、高齢者人口 2,511 人、高齢化率 26.8%の小規模自治体である。（令和 8 年 3 月 1 日現在）
・人口は 10 年前から微増傾向で、福岡市に隣接しており、若年層の転入がある。
・高齢化率は平成 28 年度をピークに下がり、現在は横ばいであるが、高齢者人口は微増している。
・町として人口規模を意図的に調整してきた経緯があり※1、当面は 1 万人弱で推移する見込みである。
・2014 年の久山町の自宅での死亡看取り、自宅死の割合が 15.5%であったが、2017 年は 10.5%、2020 年は 10.8%、2023 年は 9.5%と、自宅での看取りが減少している。2023 年の全国平均 17.0%と比べ低い水準にある。老人ホーム等での看取りも、2023 年の全国平均 11.5%に対し、久山町は 3.8%と低い水準である。



https://ijuu-teijuu.pref.fukuoka.lg.jp/municipalities/local.html

近隣１市７町による広域連携

・在宅医療介護連携推進事業を一緒に取り組んでいる粕屋管内（古賀市と糟屋郡の 7 町、宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町及び粕屋町）の令和 6 年の圏域人口は 294,042 人、高齢者人口は 72,174 人、高齢化率 24.5%で、高齢化率は県平均（28.1%）と比較し低い※2。

※1 第 3 期久山町まち・ひと・しごと創生人口ビジョン・総合戦略 全国的に人口減少や少子高齢化が加速する中、久山町が持続可能なまちづくりを戦略的に進めていくための施策を示したもの
https://www.town.hisayama.fukuoka.jp/soshiki/keiei_design/gyomu/seisaku_keikaku/chihososei/4069.html

※2「医療介護総合確保促進法に基づく 福岡県計画 （令和 6 年度）」参照
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/735858_62446481_misc.pdf

2. 対象地域の状況、特徴

町内の医療・介護資源不足を、管内関係機関との連携で補う

・九州大学と連携した健診事業に 60 年以上取り組んでおり、住民の健診受診率及び健康意識が高い。
・町内には内科が 3 カ所と整形外科が 1 カ所あるが、入院機能のある病院はないため、入院が必要な場合は、近隣市町の医療機関を利用することになる。
・介護事業所として、特別養護老人ホーム・認知症対応型共同生活介護・通所介護等が集約されている事業所がある。そのほか、通所リハビリテーション事業所や訪問看護事業所があるが、必要に応じて近隣市町の事業所も活用している。
・行政にとって医師や看護師が身近な存在であるため関係を築きやすく、医療機関との連携が取りやすい。

3. 対象地域の課題と取り組み状況

入退院支援と在宅看取りが久山町の課題

・入退院支援では、入退院時の医療機関との連携が上手くいかないケースがあり適切な支援につながらない。

・在宅での看取りについては、町内に入院施設がなく、ターミナル期の専門的な治療ができる町内の医療機関がない。
・現在、ACP の普及啓発を重点的に進めている段階である。

広域連携の課題

・構成各市町の課題が異なるため、委託する事業の内容を統一するのに苦慮する。

4. 取組の内容

粕屋管内の市町で粕屋医師会に委託し、研修・ツール整備を中心に連携基盤を構築

・平成 30 年度に粕屋医師会に委託する形で準備を始め、令和元年度から（オ）の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」以外[※4]を委託している。
・医師会は、主に「住民向け講座」、「多職種向けスキルアップセミナー」、「現地集合型の地域交流学習会」の３つの講座を行っている。
・入退院時の情報共有ツールとして「多職種連携シート」を医師会主導で作成・配布し、粕屋管内で活用している。
・また、管内の医療・介護資源をインターネットで検索できる「さがすくん[※5]」を医師会主導で整備している。
・医師会はじめ管内で活動する医療・介護の専門職、保健所、市町が出席する「多職種連携会議」を年４回開催している。

※4 （ア）地域の医療・介護の資源の把握、（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討、（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、（カ）医療・介護関係者の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区 町村の連携

※5 かすや医療・介護情報ネット「さがすくん」 https://sagasukun.net/

久山町の在宅医療介護連携推進事業の取り組み

・久山町では、在宅医療介護連携推進事業の相談支援業務は、地域包括支援センターが担っている。
・在宅医療介護連携おいて、目指すべき姿は粕屋管内で設定し、医療と介護で共通する４場面の目標は各市町で設定している。

目指すべき姿（粕屋管内共通）：医療や介護を切れ目なく提供していく

４つの場面	目標
入退院支援	多職種連携シートなどを活用し、関係機関との連携強化を図り、安心した在宅生活へつなげることができる
日常の療養支援	医療機関や介護事業所と連携を図り、個々の生活に適したサービス提供を行うことができる 在宅医療介護について住民の理解を促進し、当事者・家族が安心して在宅生活を送る体制を作る
急変時の対応	平時から ACP の促進や『とびうめネット』の周知、関係機関との連携を図り、急変時に速やかに医療が受けられる体制を作る
看取り	看取りについて、住民及び医療・介護従事者に普及啓発を行い、地域全体で在宅看取りや ACP についての理解を促進する

5．取組の背景

医療・介護資源の実情を踏まえ広域連携を選択

・もともと在宅医療介護において、医師会と市町村の協議体が存在しており、また、粕屋管内において、既に近隣の医療資源や介護資源を活用していたため、広域的に在宅医療介護連携推進事業を行っていくこととなった。

6．連携体制の概要

広域連携体制と、担当市町制による運営の仕組み

・事業の企画については、医師会と市町が共同して行い、運営については、粕屋医師会が担っている。
・保健所は、粕屋管内各市町の課題を集約、意見調整を行う役割を担っている。
・担当市町・副担当市町を決め、毎年持ち回りで、医師会との調整や会議に向けた意見集約を担う。

7．取組内容の変化

多職種連携会議が、講座の実施に向けた協議から、ACP・入退院支援等の課題を議論する場へ

・当初、多職種連携会議では講座の実施に向けた協議が大半を占めていたが、令和６年度から講座の進捗については事前調整とし、会議では ACP や入退院支援など広域連携地域共通の課題について議論する場になりつつある。

8．取組の効果

粕屋管内にある医療・介護資源の活用に向けた連携が進んだ

・広域連携により、町内に不足する医療・介護資源を近隣市町で補えている。
・医師会に委託することで、多職種向けの講座に医師はじめ多くの専門職が参加し、管内の医療機関と連携が取りやすくなった。

9．今後の方針

ACP と在宅看取りを軸に、本人の意思に沿った暮らしと最期を支えられる地域づくりを目指す

・今後は、久山町と粕屋管内の共通課題である在宅看取りと ACP を重点テーマとして、住民・家族・医療介護従事者への普及啓発を進める方針である。
・多職種連携会議において、ACP や在宅看取りなどの課題を活発に議論する場としていきたい。

10．あるべき姿

限られた医療・介護資源であっても、近隣市町と連携し、本人の意思に沿った暮らしと最期を支えられる地域

・町外の資源を活用しながら、住民が自宅で安心して生活し続けられる体制を目指す。
・小規模自治体ならではの顔の見える関係を活かし、医療・介護・行政の日常的な連携を維持・強化する。
・在宅看取りについて、地域全体に理解と支援が広がっていく状態にすることが必要である。

事例７　北海道河東郡鹿追町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）訪問看護事業所の取組

令和７年度　在宅医療･介護連携推進支援事業に係る調査等

へき地、中山間地域、小規模自治体等の在宅医療･介護連携の取り組みについて

地域：北海道河東郡鹿追町（過疎地域、中山間地域等、小規模自治体）

テーマ：へき地で展開するにはノウハウが必要。持続可能な運営で地域の在宅療養を支える訪問看護ステーション

POINT

地域性

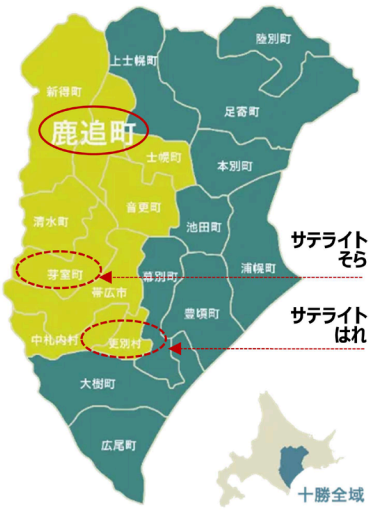
・地域住民の結束力が比較的強く、民間主導の取り組みが育ちやすい土壌がある。

訪問看護ステーションかしわのもり

・大阪から北海道帯広市に移住し、保健師として勤務。その後、鹿追町に転居し、訪問看護を体験。訪問看護師として、一人ひとりと対面でゆっくり関われるところに魅力を感じ、仲間とともに訪問看護事業所を立ち上げた。

・それから 20 年以上経過し、現在では、人口 5000 人ほどの鹿追町を拠点に、十勝管内の 1 市 5 町 2 村を訪問。訪問看護の空白地帯を中心にサービスを提供している。

・訪問看護事業所同士、競合するのではなく、協働･助け合う地域性と、長年訪問看護に携わってきた経験から、新規に開設する訪問看護事業所に対しては、屋根瓦方式による伴走支援で、経営のノウハウを伝えつつ、自走できるよう支援する。



※黄緑色の地域がサービス提供エリア

１．地域の概要

へき地で高齢化が進む鹿追町に訪問看護ステーションを開設

・十勝管内は、北海道で最も広い総合振興局で、1 市 16 町 2 村で構成されている。

・鹿追町は十勝平野の北西部に位置し、令和 5 年の人口は 5,085 人、高齢化率は 31.5%である。高齢者人口は横ばいで推移しているが、生産年齢人口、年少人口が減少しており、高齢化率は伸び続けている。[※1]

※1「第９期鹿追町高齢者保健福祉計画介護保険事業計画」住民基本台帳（各年９月末現在）より

・NPO 法人かしわのもりは、2002 年に北海道鹿追町に設立。翌 2003 年に訪問看護ステーションかしわのもりを開設した。その後、鹿追町以外に芽室町と更別村にサテライトを開設し、看護師 6-7 名で、十勝の左半分という広域を対象にサービスを提供している。

・十勝モンロー主義[※2]の歴史があるため、地域住民の結束力が比較的強く、民間主導の取り組みが育ちやすい土壌がある。そのため、行政と連携する場合は、民間である程度土台を作ってから、行政を巻き込む方が上手くいくと感じている。相談しても話が進まないときは無理をせず、時期を見計らうようにして柔軟に対応するよう心がけている。

※2 十勝地方が民間開拓の歴史からくる強い地元愛とフロンティア精神を持っていること、地域内での経済循環や地元企業を重視する傾向を、アメリカのモンロー主義に例えた言葉

２．医療・介護サービスの状況

地域における訪問看護事業所数は増加傾向

・地域の医療資源としては、鹿追町には鹿追町国民健康保険病院（入院病床あり）、歯科医院、薬局が 2 店、更別村は更別村国民健康保険診療所、歯科医院、薬局があり、帯広市の基幹病院（厚生病院・帯広病院など）と連携をしている。
・介護サービスは、町内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設が各 1 施設、訪問看護事業所（かしわのもり）、訪問介護（社会福祉協議会）、訪問リハビリ（鹿追町国民健康保険病院）、居宅介護支援事業所等がある。
・NPO 法人かしわのもりは、訪問看護事業所の他、認知症対応型通所介護、居宅介護支援事業所、相談支援事業所も運営している。
・訪問看護事業所同士、競合するのではなく、協働・助け合う地域性があるが、当初、10～15 箇所だった事業所数が、近年 30 箇所以上に増え、顔が見えない事業者も増えている。

３．対象地域の課題と取り組み状況

訪問看護サービスの空白地帯を中心に展開

・へき地・中山間を含む地域のため、訪問看護・在宅医療が成立しにくいエリアがある（移動距離、担い手不足によるサービス空白地帯）。鹿追町を起点に、当初、訪問エリアは周辺 3 町中心だったが、更別村・芽室町までサービスエリアが広がっている。なお、都市部（帯広市等）に出ていく必要性はなく、訪問看護事業所がないへき地で展開することを重視している。
・そのため、当事業所は、3,000～7,000 人の町村で、かつ事業所がない地域をターゲットに訪問をおこなっている。

へき地・中山間を含む地域で展開するノウハウが必要

・渋滞はないが、移動距離は長く、冬季は積雪により移動が制約される。広域へのサービス提供は、スタッフの負担が大きく、また事業所の経営悪化につながりやすい。そのため、利用者一人ひとりに時間をかけた、質重視（30 分～60 分）の訪問看護を意識している。
・当事業所はへき地で訪問看護を 22 年間継続しており、サテライトの開設や新規参入事業所への伴走支援、ICT を活用した多職種連携などで、地域の空白を埋めながら、新規参入事業者の経営的自立を促している。

４．取組の内容

① 屋根瓦方式[※3]による伴走で、ノウハウの継承と地域の自立を促す

訪問看護の空白地帯に新たな訪問看護事業所が立ち上がる際、当該事業所が新規立ち上げ事業所に伴走支援を行っている。地域側の自走を促しつつ、ノウハウの共有・相談対応を行い、経営が安定するタイミング（1～2 年程度）で、徐々に支援を弱めながら、最終的にその地域から撤退している。

例えば、地域の公立病院や公的病院における、みなし指定の訪問看護（介護保険法第 71 条）から、訪問看護ステーションへ移行する場合、基盤整備できるよう病院の看護師や事務担当者と連携し、支援した。なお、訪問看護事業所を支援するにあたって、創設期に行政に相談することはなく、現場の看看連携を重視していた。

※3 屋根瓦が重なり合って強度が増すように、教えられた事業所が、次の事業所に教え、多層的な体制で地域を支えることをイメージして、そのように呼んでいる

② ICT 連携（バイタルリンク／とかち月あかりネットワーク等）

十勝では ICT ツールがバイタルリンクで一本化され、病院・訪看・介護等の多職種で情報共有している。運用ルール（例：24 時間以内に 1 回確認、緊急時は電話等）を地域で決定し、管理者の対応負担が増えないように工夫している。

③ 高齢だけでなく、地域多職種と幅広く連携（医療的ケア児拠点事業など）

医療的ケア児の地域連携拠点事業を 6～7 年前から担い、医療・教育・福祉・地域住民などと協働。PDCA よりも、「評価ではなく振り返り（AAR 方式※4）」を重視し、声の小さい職種も話せる場づくりを意識している。研修会・運動会（五感や心が動くことを評価軸にする）など、継続した活動に繋がるようなアイディアを採用。運動会は、旭川市とも協働するようになった。

※4 AAR (After Action Review)　事実→要因分析→改善→実行のステップで取り組む振り返り手法

５．取組の背景

・介護保険開始前後の時期に、地域に訪問看護がなく、仲間と共に NPO 法人を立ち上げた。訪問看護が浸透していない時代だったため、当初は居宅介護支援事業所を併設し、「まずは知ってもらう」ことを目指した。
・統括責任者の保健師・訪問看護師としての実体験から「一人ひとりと向き合う看護」の必要性を実感し、質の高いケアの提供を目指す。
・10 年目に、「地域の外へ、積極的に出てもよいのでは」との助言を受け、へき地モデルを他の未整備地域に展開することを念頭に、サテライトを開設した。
・「大規模化しない」「迅速に動ける NPO の強みを活かす」「連携しないと成り立たない」という基本理念の下、地域内で囲い込むのではなく、地域全体の持続可能性を重視している。

６．連携体制の概要

テーマや対象に合わせた連携の在り方とマネジメント

・バイタルリンクでは、利用者の情報共有だけでなく、訪問看護事業所同士が情報連携出来るルームを活用。例えば、更別村では、訪問看護事業所と医師が情報共有できるルームを ICT 開設する等それぞれの地域の状況やニーズに合わせて、活用している。
・へき地等における訪問看護事業所は、競合よりも協働する必要があるとの考えから、利用者や訪問看護事業所の状況を踏まえ、必要であれば他の訪問看護事業所に対応の依頼をかけることもある。
・行政との関わりでは、行政に過剰な期待をかけ過ぎず、まずは民間でゼロイチ（起業の初期段階の土台を作る時期）を作ってから、「ここを協働してほしい」と依頼をするようにしている。行政は人事異動があるため、つながりを保ちながら、現在の担当者では連携が難しい場合であっても、その後を想定して良い関係を築くことを意識している。

7．取組内容の変化

フェーズに合わせた訪問看護ステーションの在り方

・立上げ期（2003 年～）：訪問看護の認知度が低い中で、居宅介護支援事業所を併設し地域への浸透を図る

・エリア拡大期（2015 年～）：2 か所にサテライトを開設。2014 年居宅介護支援事業所を廃止
　芽室町：2015 年サテライト開設（そら）
　更別町：2018 年サテライト開設（はれ）
・現在：地域にステーションが立ち上がれば段階的に撤退。「担い続ける」から「育てて渡す」役割へ

8．取組の効果

信頼関係の構築

・訪問看護の空白地帯に訪問看護を届けることで、へき地での在宅支援が成立する。利用者・家族の満足度が上がるサービスを提供することで、生活重視のケアが地域に浸透しつつある。
・屋根瓦方式により、地域の新規ステーションを支援し、かしわのもりは前向きに徐々に撤退。（事例：清水町、芽室町など）がある。
・バイタルリンク導入により、広域であっても日常的な情報共有の負担を軽減できるだけでなく、災害時における連携にも対応している。
・多職種連携活動は、関係者が「楽しく続ける」ことで徐々に浸透している。最近では、協議体に呼ばれるなど発言する機会が増えた。

9．今後の方針

スタッフのやりがいを尊重しつつ、持続可能な運営を目指す

・かしわのもりとしては、無理に事業や地域を拡大せず、必要に応じて、その地域の仲間を見つけながら、後ろで支えることを選択している。
・スタッフの「何がやりたいか」を尊重し、それを叶えるために業務内で時間を取れるよう配慮をしている。スタッフがやりがいをもって働くことが、持続可能な運営に繋がると考えている。
・ICT（バイタルリンク）については、使わないと立ち行かないという認識で、普及プロジェクトにも参画し、災害時活用も含め整備を進めている。
・行政には、制度化や必要性が高まった段階で声をかけることで、協働しやすくなると考えている。種まきをして、タイミングを見計らい摘むという発想で、長期的な視点で関係を整えることを意識している。
・在宅医療介護連携は、課題解決型ではなく、「こうなったらいいな」を共有できる未来志向（バックキャスティング）で進めていきたい。

10．あるべき姿

地域に根ざし、住民が住み続けたいと思える町づくりに貢献すること

・十勝に住んでいる方、十勝が好きな方が、住み続けられる地域、誰もが安心して暮らし続けられる地域にしていきたい。そのために、かしわのもりは、「専門性より関係性」「治療より生活」「薬より活動」を実践し、生活の質が上がる在宅ケアを地域に提供し続ける。
・へき地で無理に大規模化するのではなく、小さな組織が連携し、役割分担しながら支え合う。そのためには、地域内で、訪問看護・医療・介護・教育・福祉が、「必要な時に、必要な太さでつながること」が大切である。
・行政は、主導するのではなく、民間の芽を活かしながら、必要な場面、タイミングから参画していくのが良いのではないか。

２．実態調査　調査票

①都道府県調査票

都道府県調査票

令和7年度　在宅医療・介護連携推進事業　　都道府県調査票

御回答方法
- ○ 本調査は、各都道府県内の在宅医療・介護連携推進事業の支援を行っている都道府県担当者が**とりまとめて**御回答ください。実態を正確に回答できるよう**必要に応じて関連部署（医務部局）、保健所、関連団体等に確認してください。**
- ○ 回答欄は赤いセルです。原則1問につき1回答ですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
- ○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。
- ○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
- ○ 調査時点は、令和7年8月1日とします。

Ⅰ．基本情報

F1　貴都道府県の「都道府県コード」（2桁）を記入してください。

未回答設問あり

F1	都道府県名

半角数字2桁(全角数字は不可)　←都道府県名が正しいか確認ください

Ⅱ．貴都道府県の体制について

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。

本回答設問あり

	問1
1. 設置している	
2. 設置していない	

1-1.　問1で「2. 設置していない」と回答した方に伺います。設置していない具体的な理由や課題を教えてください。（自由記載）

⇒

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1-2
1. 都道府県	
2. 郡市区医師会単位	
3. 2次医療圏	
4. 保健所単位	
5. その他（記述）	
→	

あてはまる場合「1」を選択

1-3.　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。協議会は、昨年(2024年）度の何月に開催しましたか。（複数回答）

	問1-3
1. 2024年　4月	
2. 2024年　5月	
3. 2024年　6月	
4. 2024年　7月	
5. 2024年　8月	
6. 2024年　9月	
7. 2024年　10月	
8. 2024年　11月	
9. 2024年　12月	
10. 2025年　1月	
11. 2025年　2月	
12. 2025年　3月	

あてはまる場合「1」を選択

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選択してください。（複数回答）

	問1-4
1. 都道府県医師会	
2. 郡市区医師会	
3. 都道府県歯科医師会	
4. 都道府県薬剤師会	
5. 都道府県看護協会	
6. 都道府県訪問看護ステーション連絡協議会	
7. 都道府県介護支援専門員協会	
8. 都道府県栄養士会	
9. 都道府県リハビリテーション協議会	
10. 都道府県理学療法士会	
11. 都道府県作業療法士会	
12. 都道府県言語聴覚士会	
13. 都道府県歯科衛生士会	
14. 都道府県社会福祉士会	
15. 都道府県社会福祉協議会	
16. 都道府県介護福祉士会	
17. 都道府県医療ソーシャルワーカー協会	
18. 都道府県老人保健施設協会	
19. 都道府県老人福祉施設協議会	
20. 都道府県介護医療院協会	
21. 都道府県介護付きホーム協会・高齢者住宅協会	
22. 都道府県認知症グループホーム協会	
23. 都道府県訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会	
24. 都道府県通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会	
25. 地域保健支援センター	
26. 管轄の市町村(全市町村)	
27. 管轄の市町村(一部)	
28. 保健所（都道府県）	
29. 保健所（市・特別区設置）	
30. 消防署（救急）	
31. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	
32. 病院団体	
33. 医師会	
34. 有識者（大学等に所属する学識の者）	
35. 有識者（33以外で、医療・介護分野の専門者としての知見を有する者）	
36. 有識者（33, 34以外）	
37. その他（記述）	
›	

あてはまる場合「1」を選択

1-5.　問1-4で「27.管轄の市町村（一部）」と回答した方に伺います。参加されている市町村の属性、参加されるようになった経緯、選定された理由を教えてください。（自由記載）

⇒

※中核市が出席している、先進的な取組を行う自治体に声をかけて参加してもらっている、数年ごとに順番で参加している　等

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。協議会での議事は、どのように設定していますか。（複数回答）

	問1-6
1. 市町村からの提案	
2. 住民アンケートからの抽出	
3. 住民組織からの抽出	
4. 協議会参加者からの提案	
5. 各関係等からの情報共有・課題の抽出	
6. 専門職の相談からの抽出	
7. 地域の対応困難な事例から抽出	
8. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-7.　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。下記それぞれで選択してください。（複数回答）

	問1-7-1. 都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項	問1-7-2. 都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組むうえでの検討事項
1. 医療・介護の資源確保や活用		
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実施状況や課題の抽出		
3. 課題解決に係る事業の企画立案や進捗検討		
4. 在宅医療・介護間の情報共有		
5. 多職種間の連携やネットワーク体制構築		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村との連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 地域医療構想との整合性		
13. 医師会 i 画との整合性		
14. その他（記述）		
⇒ 問1-6-1の「その他」		
問1-6-2の「その他」		

あてはまる場合「1」を選択

1-8.　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。効果的・効率的な議論を行う為の工夫があれば教えてください。（自由記載）

⇒

1-9.　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。協議会における課題を教えてください。（自由記載）

⇒

1-10.　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。「かかりつけ」医機能報告制度の協議の場として、在宅医療・介護連携推進事業で実績している会議体を活用することを想定していますか。

	問1-10
1. 活用することを想定している	
2. 活用することを想定していない	
3. 検討中	

本問答
設問あり

問2　地域リハビリテーション体制の構築のために、貴都道府県ではどのような取り組みを実施していますか。設置されている協議会等で行われている取り組みも含めて教えてください。（複数回答）

	問2
1. リハビリテーション協議会の設置	
2. 都道府県リハビリテーションセンターの設置	
3. 都道府県全域のリハビリテーション資源の把握	
4. リハビリテーション連携指針の策定	
5. 地域リハビリテーションに係る自治体担当者・関係団体との連絡調整	
6. 地域住民への啓発や周知	
7. 地域リハビリテーション体制の構築・推進のための研修・人材育成の実施	
8. 地域リハビリテーション体制の構築・推進のための市町村支援の実施	
9. 地域リハビリテーション（広域/圏域）支援センターの委託	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「11」を選択

Ⅲ． 市町村への技術的支援の状況、市町村の取組状況について

問3　管内市町村にて過疎地域、中山間地域等、または小規模の自治体に該当する市町村数をお答えください。

※　過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」が示す定義でご回答ください。
小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。
中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。
https://www.maff.go.jp/j/nousin/cyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/

未回答 設問あり

	問3
過疎地域、中山間地域等、または小規模自治体に該当する市町村数	

←ない場合は「0」と記載

問4　管内市町村への技術的支援のうち、へき地、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している対象市町村数を教えてください。

未回答 設問あり

	問4
過疎地域、中山間地域等または小規模自治体向けの技術的支援を実施している市町村数	

←ない場合は「0」と記載

4-1.　管内市町村への技術的支援の内容について、管内市町村全体的に実施しているものを教えてください。
4-2.　管内市町村全体ではなく、過疎地域、中山間地域、小規模自治体に向けて実施しているものを教えてください。

未回答 設問あり

	問4－1 管内市町村全体	問4－2 過疎地域、中山間地域、小規模自治体向け
1. 在宅医療・介護連携の推進のための取組の発信		
2. 在宅医療・介護連携の関係者の会議の設置等の支援		
3. 在宅医療・介護連携を総合的に進める人材の育成		
4. 高齢者施設等と医療機関の連携の実態把握		
5. 高齢者施設等と医療機関の連携推進に係る取組		
6. 医療資源の情報提供		
7. 複数市町村での共同実施の支援		
8. 二次医療圏単位等の広域的な支援		
9. 都道府県医師会、郡市区等医師会との調整		
10. その他（右記）		
＝問4－1　管内市町村		
＝問4－2　過疎地域等		

あくまで該当する場合「1」を選択

Ⅳ. コーディネーターについて

問5　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）がいますか。

→コーディネーターの定義についてはこちら

未回答 設問あり

	問5
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

5-1.　問5で「2.いない」「3. わからない」と回答した方に伺います。都道府県単位でコーディネート機能※を担う組織はありますか。
※多職種に所属する多職種の連携促進や人材育成

	問5-1
1. ある	
2. ない	
3. わからない	

5-1-1.　問5-1で「ある」と回答した方に伺います。コーディネート機能を担う組織を選択してください。（複数回答）

	問5-1-1
1. 都道府県（在宅医療・介護連携推進担当等）	
2. 在宅医療・介護連携推進事業の委託先	
3. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

5-2.　問5で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位のコーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

	問5-2
1. 専勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	
4. 不明	

5-3.　引き続き問5で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位の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）

	問5-3
1. 地域医療介護総合確保基金（医療分）	
2. 地域医療介護総合確保基金（介護分）	
3. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

5-4.　引き続き問5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）

	問5-4
1. 医師	
2. 歯科医師	
3. 保健師	
4. 看護師	
5. 歯科衛生士	
6. 介護支援専門員	
7. 言語聴覚士	
8. 栄養士（管理栄養士を除く）	
9. 理学療法士	
10. 作業療法士	
11. 言語聴覚士	
12. 社会福祉士	
13. 介護福祉士	
14. 精神保健福祉士	
15. 医療ソーシャルワーカー	
16. 自治体担当者（行政職）	
17. 自治体担当者（専門職）	
18. その他（記述）	
⇒	
19. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

5-5.　引き続き問5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）

	問5-5
1. 病院(大学病院)	
2. 病院(大学病院以外)	
3. 診療所	
4. 薬局	
5. 訪問看護事業所	
6. 都道府県医師会	
7. 都道府県歯科医師会	
8. 都道府県薬剤師会	
9. 都道府県看護協会	
10. 都道府県栄養士会	
11. 都道府県栄養ケア・ステーション	
12. 都道府県理学療法士会	
13. 都道府県作業療法士会	
14. 都道府県言語聴覚士会	
15. 都道府県リハビリテーション協議会	
16. 都道府県	
17. 保健所	
18. その他（記述）	
⇒	
19. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

5-6.　引き続き問5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領域を教えてください。（複数回答）

	問5-6
1. 都道府県	
2. 郡市区医師会単位	
3. 2次医療圏	
4. 保健所単位	
5. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

5-7.　引き続き問5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）

	問5-7
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
9. 地域住民への普及啓発	
10. 医療・介護に係る専門職等(病院の開業医等含む)への相談支援	
11. 地域住民への相談支援	
12. 都道府県のコーディネーターとの連携	
13. 管轄市町村のコーディネーターとの連携	
14. 自治体職員との連携	
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営	
18. 地域医療構想調整会議への参加	
19. 医師確保に係る会議等への参加	
20. その他（記述）	
⇒	
21. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

5-8.　引き続き問5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を統括する基幹的コーディネーター（別シート参照）はいますか。

	問5-8
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

↓基幹的コーディネーターについてはこちら

5-9.　問5-8で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的コーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

	問5-9
1. 専任（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 専任・兼務	
3. 非専任	
4. 不明	

5-10.　引き続き問5-8で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位の基幹的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）

	問5-10
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 地域住民への普及啓発	
9. 地域住民への相談支援	
10. 都道府県のコーディネーターとの連携	
11. 管轄市町村のコーディネーターとの連携	
12. 自治体職員との連携	
13. 現場的コーディネーターの育成	
14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営	
17. 地域医療構想調整会議への参加	
18. 医師確保に係る会議等への参加	
19. その他（記述）	
⇒	
20. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

5-11.　問5で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターが「かかりつけ医機能のコーディネーター」を兼ねることを想定していますか。

	問5-11
1. 想定している	
2. 想定していない	
3. 検討中	

問6　都道府県単位のコーディネーターの育成を行っていますか。

未回答強制あり

	問6
1. 実施している	
2. 実施したいと考えている	
3. 実施していない	

問7　都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいて課題があれば教えてください。（複数回答）

未回答強制あり

	問7
1. コーディネーターの必要性がわからない	
2. コーディネーターの選任者がわからない	
3. 予算が確保できない	
4. コーディネーターを配置する人的余裕がない	
5. 市町村単位のコーディネーターとの役割分担がわからない	
6. 知識やノウハウの習得方法がわからない	
7. 具体的な連携手法がわからない	
8. コーディネーターの育成方法がわからない	
9. その他（記述）	
⇒	
10. 特にない	

あてはまる場合「1」を選択

問8　貴都道府県では管轄市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援を行っていますか。

未回答強制あり

	問8
1. 実施している	
2. 実施したいと考えている	
3. 実施していない	

8-1.　問8で「1.実施している」と回答した方に伺います。市町村支援の内容・工夫について教えてください。（複数回答）

	問8-1
1. 市町村のコーディネーター資質向上のための研修会の開催	
2. 専門職や市町村担当者を含む意見交換会の開催	
3. 市町村コーディネーターの課題解決のための相談支援	
4. 県内のコーディネーターの交流の場を設定	
5. ICTを用いた連携ツールの提供	
6. その他（記述）	
⇒	
7. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

Ⅴ. 「在宅医療の圏域」・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について

問9　「在宅医療の体制構築に係る指針」における「在宅医療の圏域」について伺います。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（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日付け医政発0331第14号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））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103125.pdf

貴都道府県における「在宅医療の圏域」の設定単位を教えてください。

未回答強制あり

	問9
1. 二次医療圏単位	
2. 市町村単位	
3. 保健所単位	
4. その他（記述）	
⇒	

問10　貴都道府県における「在宅医療の圏域」数を教えてください。（記述）

未回答強制あり

	問10
在宅医療の圏域数	

問11　「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業との連携について伺います。
貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（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日付け医政発0331第14号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））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103125.pdf

未回答強制あり

	問11
1. 全て連携している	
2. 一部について連携している	
3. 連携していない	
4. 状況を把握していない	

11-1.　問11で「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。（自由記載）

⇒

11-2.　問11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・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（注在宅医療・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。
参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.4（ P38）」
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf

	問11-2
1. 同一の主体である	
2. 同一の主体ではないが連携している	

11-2-1.　11-2.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。

	問11-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

11-2-2.　11-2.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。それぞれの運営主体について教えてください。

-1.　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

	問11-2-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

-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」の運営主体

	問11-2-2-2
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

11-3.　引き続き問11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）

	問11-3
1. 在宅医療の提供状況の把握	
2. 災害時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
3. 感染時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
4. 地域における個別事例（ケースカンファレンス）の検討	
5. 調整会の開催	
6. 研修会の開催	
7. 情報共有システムの活用	
8. 小児や難病についての課題の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」への情報提供	
9. 高齢者に関する課題の抽出、その対応策の検討及び実施	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「１」を選択

Ⅵ. 手引きやガイドラインについて

未回答
強問あり

問12　令和6年度にPubされたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。（プラットフォーム、手引き、ガイドラインごとに回答）

問12	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な活用に関するハンドブック	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 活用している							
2. 活用していない							

プラットフォームについてはこちら

12-1．問12で「1．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

問12－1	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な活用に関するハンドブック	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 研修等の教材として活用している							
2. 業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している							
3. 意思決定や判断の根拠として活用している							
4. 広報や周知資料として活用している							
5. 新たな施策立案や見直しに活用している							
6. その他（どのように活用しているか）※は、ガイドラインごとに記載してください）							
⇒ ①							
⇒ ②							
⇒ ③							
⇒ ④							
⇒ ⑤							
⇒ ⑥							
⇒ ⑦							

それぞれあてはまる場合「1」を選択

未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認下さい。

②市町村調査票

令和７年度　在宅医療・介護連携推進事業　　市町村調査票

御回答方法
- ○ 本調査は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業を行っている市町村担当者がとりまとめて御回答ください。**実績を正確に回答できるよう、必要に応じて関連部署に確認してください。**
- ○ 回答欄は青いセルです。原則１問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
- ○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータとして確認できます。
- ○ 記述及び自由記載欄につきましては、関連するURL等があれば併せて記載ください。
- ○ 調査時点は、令和７年8月1日とします。

Ⅰ．基本情報

F1　貴市町村の「市町村コード」（５桁）を記入してください。

未回答設問あり

	F1

半角数字5桁（全角数字は不可）

※市町村コードを入れると自動で入力されます

都道府県名	←都道府県名が正しいか御確認ください
市町村名	←市町村名が正しいか御確認ください

F2　貴市区町村の介護サービスの需要は2040年にむけてどのように変化すると認識していますか。

未回答設問あり

	F2
1．既に介護サービスの需要が減少局面に入っていると認識している	
2．介護サービスの需要が当面低水準で、その後減少に転じると認識してい	
3．介護サービスの需要が2040年以降も拡大すると認識している	
4．特に具体的な予測は把握していない	

Ⅱ．貴市町村の体制について

問1　貴市町村では、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。

未回答設問あり

	問1
1．設置している	
2．設置していない	

1-1.　問1で「2．設置していない」と回答した方に伺います。設置していない具体的な理由や課題を教えてください。（自由記載）

⇒

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・介護連携の推進に係る協議会などのような組織で前備されていますか。（複数回答）

	問1-2
1．市町村	
2．郡市区医師会単位	
3．２次医療圏	
4．保健所単位	
5．その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「１」を選択

1-3.　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。協議会は、昨年(2024年）度の何月に開催しましたか。（複数回答）

	問1-3
1．2024年　4月	
2．2024年　5月	
3．2024年　6月	
4．2024年　7月	
5．2024年　8月	
6．2024年　9月	
7．2024年　10月	
8．2024年　11月	
9．2024年　12月	
10．2025年　1月	
11．2025年　2月	
12．2025年　3月	

あてはまる場合「１」を選択

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）

	問1-4
1．医師会	
2．歯科医師会	
3．薬剤師会	
4．看護協会	
5．訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会	
6．介護支援専門員協会または地域の連絡会	
7．栄養士会	
8．リハビリテーション協議会	
9．理学療法士協会	
10．作業療法士協会	
11．言語聴覚士協会	
12．歯科衛生士会	
13．社会福祉士会	
14．社会福祉協議会	
15．介護福祉士会	
16．医療ソーシャルワーカー協会	
17．老人保健施設協会	
18．老人福祉施設協議会	
19．介護老人療養協会	
20．介護付きホーム協会・高齢者住宅協会	
21．認知症グループホーム協会	
22．訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会	
23．通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会	
24．地域包括支援センター	
25．都道府県	
26．保健所（都道府県）	
27．保健所（市・特別区設置）	
28．消防署（救急）	
29．在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネータ	
30．病院団体	
31．民間企業	
32．有識者（人文等に所属する学識の者）	
33．有識者（リハビリ、医療・介護分野の専門としての知見を有する者）	
34．有識者（32，33以外）	
35．住民（自治会、老人クラブ、民生委員等）	
36．その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「１」を選択

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）

	問1-5
1. 地域包括支援センターの提案	
2. 地域ケア会議の課題	
3. コーディネーターからの提案	
4. 住民からの意見・アンケートからの抽出	
5. 住民相談からの抽出	
6. 協議会参加者からの提案	
7. 各団体等からの情報共有・課題の抽出	
8. 専門職の相談からの抽出	
9. 地域の対応困難な事例から抽出	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

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。協議会でどのようなことを検討していますか。（複数回答）

	問1-6
1. 医療・介護の資源確保や活用	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実施体制や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討	
4. 在宅医療・介護間の情報共有	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 都道府県と市町村との連携	
8. 市町村間の連携	
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
11. 地域住民への周知啓発	
12. 地域医療構想との整合性	
13. 医療計画との整合性	
14. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-7. 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。効率的・効果的な議論を行うための工夫があれば教えてください。（自由記載）

⇒

1-8. 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。協議会における課題を教えてください。（自由記載）

⇒

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。

未回答
段問あり

	問2
1. 設置している	
2. 設置していない	

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。（自由記載）

	名称	回数 (2024年度実施回数)	協議内容
1			
2			
3			
4			
5			

2-2. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。下記会議に参加している職種団体等を教えてください。（複数回答）

	2-1の1の会議	2-1の2の会議	2-1の3の会議	2-1の4の会議	2-1の5の会議
1. 医師会					
2. 歯科医師会					
3. 薬剤師会					
4. 看護協会					
5. 訪問看護（メディエーション）連絡協議会または地域の連絡会					
6. 介護支援専門員協会または地域の連絡会					
7. 栄養士会					
8. リハビリテーション協議会					
9. 理学療法士協会					
10. 作業療法士協会					
11. 言語聴覚士協会					
12. 歯科衛生士会					
13. 社会福祉士会					
14. 社会福祉協議会					
15. 介護福祉士会					
16. 医療ソーシャルワーカー協会					
17. 老人保健施設協会					
18. 老人福祉施設協議会					
19. 介護医療院協会					
20. 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会					
21. 認知症グループホーム協会					
22. 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会					
23. 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会					
24. 地域包括支援センター					
25. 都道府県					
26. 保健所（都道府県）					
27. 保健所（市・特別区設置）					
28. 消防署（救急）					
29. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター					
30. 病院団体					
31. 民間企業					
32. 有識者（大学等に所属する学識の者）					
33. 有識者（32以外で、医療・介護分野の専門職としての知識を有する者）					
34. 有識者（32, 33以外）					
35. その他（自由）					
⇒	2-1の1のその他				
	2-1の2のその他				
	2-1の3のその他				
	2-1の4のその他				
	2-1の5のその他				

あてはまる場合「1」を選択

問3 問1で「1.設置している」、または問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。かかりつけ医機能報告制度の協議の場として、在宅医療・介護連携推進事業で実施している会議体を活用することを想定していますか。

	問3
1. 活用することを想定している	
2. 活用することを想定していない	
3. 検討中	

Ⅲ．貴市町村の取り組みについて

問4　「4つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿※を設定していますか。（※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」）

※地域支援事業の実施について（老発第０６０９００１号　平成１８年６月９日　最終改正 老発0717第５号　令和7年 7月 17日）
別紙　地域支援事業実施要綱　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）参照
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunits.itc/bunya/0000184585.html

未回答
設問あり

	問4
1．４つの場面全てで設定している	
2．４つの場面のいずれかで設定している	
3．４つの場面全てにおいて設定していない	

4-1.　問4で「1.4つの場面全てで設定している」と回答した方に伺います。あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の共有の状況を教えてください。

	問4-1
1．在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有し地域住民にも周知している	
2．在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有している	
3．在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）の一部で共有している	
4．自治体内での共有に留まる	
5．特に共有していない	

問5　在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて、取り組んでいる場面を教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

	問5
1．日常の療養支援	
2．入退院支援	
3．急変時の対応	
4．看取り	
5．認知症に係る対応	
6．感染症に係る対応	
7．災害に係る対応	
8．取組んでいるものはない	

あてはまる場合「1」を選択

問6　貴市町村の管内は、過疎地域、中山間地域等または小規模自治体に該当しますか。（複数回答）

※　過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」が示す定義でご回答ください。
小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。
中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。
https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/sihara_seido/s_about/cyusan/

未回答
設問あり

	問6
1．過疎地域に該当	
2．中山間地域等に該当	
3．小規模自治体に該当	
4．該当しない	

あてはまる場合「1」を選択

6-1.　問6で「1～3」と回答した方に伺います。過疎地域、中山間地域等または小規模自治体において、地域にて実施している在宅医療・介護連携における取組事例を記載してください。（記入例参照）（自由記載）

取組等での取組事例	

記入例：
・地域の今後を検討する会議を設置し、住民、医療機関、介護職があるべき姿を共有した。その結果、亡み慣れた地域で看取られることを望むことが浸透され、自宅での看取り率が10%から30%に増加した。
・近隣3小町村にて住民セミナー を実施した。地理的な条件で1箇所に集まれないため、各地域の集合研等をオンラインでつなぎ、実施している。 等

問7　医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間で共有するためのツールを活用していますか。

未回答
設問あり

	問7
1．活用している	
2．活用していない	
3．検討中	

7-1.　問7「1．活用している」と回答した方に伺います。どのようなツールを活用していますか。ツールの名称を記載してください。（記述）

›

7-2.　引き続き問7で「1．活用している」と回答した方に伺います。都道府県から支援を受けていることはありますか。

	問7-2
1．ある	
2．ない	

7-2-1.　問7-2で「1．ある」と回答した方に伺います。どのような支援を受けていますか。（自由記載）

⇒

問8　貴市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等を教えてください。
8-1.　課題だと感じている事項を選択してください。また、その中で課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項を選択してください。
8-2.　国・都道府県に支援を受けているものを選択してください。また、さらに支援を新得する事項を３つまで選択してください。

未回答
設問あり

	問8-1.課題だと感じている事項		問8-2.国・都道府県支援		
	問8-1-1. あてはまる事項 （複数回答）	問8-1-2. 最も課題解消の優先順位が高い事項 （１つだけ）	問8-2-1. 支援を受けている事項 （複数回答）	問8-2-2. 支援を新得する事項 （3つまで）	K列は少なくとも1
1．現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）					あてはまる場合「1」を選択
2．体制の構築及び推進					
3．ルール等の設定					
4．ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等					
5．多職種間の連携やネットワーク構築の推進					
6．医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携					
7．都道府県と市町村間の連携					
8．市町村間の連携					
9．医療に係る専門職等の人材育成・確保					
10．介護に係る専門職等の人材育成・確保					
11．地域住民への周知啓発					
12．他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討					
13．他市町村の取り組み状況等の収集					
14．アドバイザーや有識者等の活用					
15．ICTの活用					
16．医療・介護制度の変遷と					
17．その他（自由）					

⇒問1-1-1の「その他」	
問1-1-2.の「その他」	
問1-2-1.の「その他」	
問1-2-2.の「その他」	

Ⅳ．コーディネーターについて

問9　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施していますか。

本回答設問あり

	問9
1．実施している	
2．実施していない	
3．わからない	

問10　貴山町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」はいますか。

来庁時設問あり

	問10
1．いる	
2．いない	
3．わからない	

＞コーディネーターの定義についてはこちら

10-1.　問10で「2.いない」「3．わからない」と回答した方に伺います。コーディネート機能※を担う組織はありますか。
※多機関に所属する多職種の連携促進や人材育成

	問10-1
1．ある	
2．ない	
3．わからない	

10-2.　問10-1で「ある」と回答した方に伺います。コーディネート機能を担う組織を選択してください。（複数回答）

あてはまる場合「1」を選択

	問10-2
1．市町村（在宅医療・介護連携担当等）	
2．在宅医療・介護連携推進事業の委託先	
3．その他（記述）	
⇒	

10-3.　問10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人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

	問10-3
1．専勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2．常勤・兼務	
3．非常勤	
4．不明	

10-4.　引き続き問10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）

あてはまる場合「1」を選択

	問10-4
1．地域医療介護総合確保基金（医療分）	
2．地域医療介護総合確保基金（介護分）	
3．地域支援事業交付金（在宅医療・介護連携推進事業として）	
4．地域支援事業交付金（在宅医療・介護連携推進事業以外の事業分）	
5．その他（記述）	
⇒	

10-5.　引き続き問10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）

あてはまる場合「1」を選択

	問10-5
1．医師	
2．歯科医師	
3．薬剤師	
4．保健師	
5．看護師	
6．歯科衛生士	
7．介護支援専門員	
8．管理栄養士	
9．栄養士（管理栄養士を除く）	
10．理学療法士	
11．作業療法士	
12．言語聴覚士	
13．社会福祉士	
14．介護福祉士	
15．精神保健福祉士	
16．医療ソーシャルワーカー	
17．自治体担当者（行政職）	
18．自治体担当者（専門職）	
19．その他（記述）	
⇒	
20．把握していない	

10-6.　引き続き問10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）

あてはまる場合「1」を選択

	問10-6
1．病院(入院病床)	
2．病院(大学病院以外)	
3．診療所	
4．薬局	
5．訪問看護事業所	
6．医師会	
7．歯科医師会	
8．薬剤師会	
9．看護協会	
10．栄養士会	
11．栄養ケア・ステーション	
12．理学療法士会	
13．作業療法士会	
14．言語聴覚士協会	
15．リハビリテーション広域会	
16．都道府県	
17．保健所	
18．地域包括支援センター	
19．社会福祉協議会	
20．自治体内の部署	
21．その他（記述）	
⇒	
22．把握していない	

10-7.　引き続き問10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）

あてはまる場合「1」を選択

	問10-7
1．市町村	
2．郡市区医師会単位	
3．2次医療圏	
4．保健所単位	
5．その他（記述）	
⇒	

10-8. 引き続き問10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）市町村調査票

	問10-8
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実施状況や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
9. 地域住民への普及啓発	
10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援	
11. 地域住民への相談支援	
12. 都道府県のコーディネーターとの連携	
13. 他市町村のコーディネーターとの連携	
14. 自治体職員との連携	
15. 地域ケア会議への参加	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営	
18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
19. 地域医療構想調整会議への参加	
20. 医療計画に係る会議等	
21. その他（記述）	
⇒	
22. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

10-9. 引き続き問10で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位のコーディネーターを統括する基幹的コーディネーター（別シート参照）はいますか。

※基幹的コーディネーターについてはこちら

	問10-9
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

10-10. 問10-9で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的コーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

	問10-10
1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	
4. 不明	

10-11. 問10-9で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位の基幹的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）

	問10-11
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実施状況や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 地域住民への普及啓発	
9. 地域住民への相談支援	
10. 当都道府県のコーディネーターとの連携	
11. 他市町村のコーディネーターとの連携	
12. 自治体職員との連携	
13. 協議会コーディネーターの兼務	
14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
17. 地域ケア会議への参加	
18. 地域医療構想調整会議への参加	
19. 医療計画に係る会議等	
20. その他（記述）	
⇒	
21. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

10-12. 問10で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位のコーディネーターの配置により効果があった取組があれば具体的に教えてください。
また、都道府県との効果的な連携もあれば合わせて教えてください。（自由記載）（※コーディネーターに係る資料等のURL等があれば記載ください。）

⇒

10-13. 引き続き問10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を計画・立案・管理等（マネジメント）している人はいますか。（複数回答）

	問10-13
1. 行政職員	
2. 基幹的コーディネーター	
3. 大学職員等の有識者	
4. その他（記述）	
⇒	
5. 把握していない	
6. マネジメントしている人はいない	

あてはまる場合「1」を選択

10-14. 引き続き問10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計画や活動報告はありますか。（複数回答）

	問10-14
1. 活動計画を作成している	
2. 活動報告を作成している	
3. 活動報告の内容をコーディネーターの活動計画に活用している	
4. 活動報告の内容を地域のケア会議等に活用している	
5. 活動計画は作成していない	
6. 活動報告は作成していない	

あてはまる場合「1」を選択

10-15. 引き続き問10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や取り組みにおいて課題を教えてください。（複数回答）

	問10-15
1. 人材の不足により、適切な人材を確保できない	
2. 業務によりコーディネーター業務に時間を割くことができない	
3. 研修等の能力向上の為の仕組みを提供できない	
4. コーディネーター業務が不明確である	
5. 市町村(出資)との役割分担が明確でない	
6. コーディネーターが関係機関や市民等に認知されていない	
7. 医療と介護の連携が不足しており、活動が進まない	
8. コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分	
9. 予算が確保できない	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

10-16. 引き続き問10で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターが「かかりつけ医機能のコーディネーター」を兼ねることを想定していますか。

	問10-16
1. 想定している	
2. 想定していない	
3. 検討中	

10-17. 問10で「2.いない」と回答した方に伺います。コーディネーターを配置していない理由を教えてください。（複数回答）

	問10-17
1. 人材の不足により、適切な人材を確保できない	
2. 地域包括支援センターで対応しており、不要である	
3. 予算がない	
4. 育成のための研修等を開催できない	
5. コーディネーターの有効性や活用場面がわからない	
6. コーディネーターを知らない	
7. 必要性を感じない	
8. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

Ⅴ．「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において高齢的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について

問11　「在宅医療の体制構築に係る指針」における「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について伺います。
貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（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日付け）医政地発0331第14号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　部改正））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf

未回答設問あり

	問11
1. 全て連携している	
2. 一部について連携している	
3. 連携していない	
4. 状況を把握していない	

11-1.　問11で「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。（自由記載）

⇒

11-2.　問11で「1.全く連携している」、「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・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（③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」の評価主体と、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」の評価主体について教えてください。
参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.4（P38）」
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf

	問11-2
1. 同一の主体である	
2. 同一の主体ではないが連携している	

11-2-1.　問11-2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。

	問11-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 郡市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

11-2-2.　問11-2で「2.同一の主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。それぞれの運営主体について教えてください。
-1.　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の評価主体

	問11-2-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 郡市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

-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

	問11-2-2-2
1. 都道府県医師会	
2. 郡市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

11-3.　引き続き問11で「1.全く連携している」、「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）

	問11-3
1. 在宅医療における提供状況の把握	
2. 災害時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
3. 急変時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
4. 地域における個別事例における検討（ケースカンファレンス）の実施	
5. 講演会の開催	
6. 研修会の開催	
7. 情報共有システムの活用	
8. 小児や障害についての課題の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」への情報提供	
9. 高齢者に関する課題の抽出、その対応策の検討及び実施	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

Ⅵ．手引きやガイドラインについて

問12　令和6年度に作成されたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。（プラットフォーム、手引き、ガイドラインごとに回答）

未回答設問あり

問12	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた追補の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 活用している							
2. 活用していない							

プラットフォームについてはこちら

12-1.　問12で「1．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

それぞれあてはまる場合「1」を選択

問12－1	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた追補の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 研修等の教材として活用している							
2. 業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している							
3. 意思決定や判断の根拠として活用している							
4. 広報や冊子資料として活用している							
5. 新たな施策立案や見直しに活用している							
6. その他（どのように活用しているか等含め、ガイドラインごとに記載してください）							
→ ①							
⇒ ②							
→ ③							
⇒ ④							
→ ⑤							
⑥							
⇒ ⑦							

Ⅶ. その他

問13　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活用していますか。

未回答
複数あり

	問13
1. 自治体に看護小規模多機能型居宅介護事業所があり、広域利用を活用している。	
2. 自治体に看護小規模多機能型居宅介護事業所はないが、自治体住民は近隣自治体の看護小規模多機能型居宅介護事業所の広域利用が可能である。	
3. 分からない・知らない	

③コーディネーター調査票

令和７年度　在宅医療・介護連携推進事業　　コーディネーター調査票

回答方法

○　本調査は、コーディネーターの方が回答ください。
本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」とは、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（主に多職種の連携促進や人材育成）を果たす方です。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、定義に該当している場合においては回答をお願いします。コーディネーターの定義等については、参考資料を参照してください。

○　複数市町村からの委託を受けている場合：
・複数市町村から回答を求められることとなりますが、調査票様式は同一であるため、「コーディネーター調査票」F1－1にいずれかの市町村コードを記入してください。
（どの市町村コードを記入するかは、回答するコーディネーターの任意で構いません。）
・F1－1に記入した市町村以外の市町村については、　Ⅱ.コーディネーターの問５活動領域のその他に記載してください。
・調査票はF1－1にて記載した市町村に提出し、その他の市町村には他の市町村に提出した旨をご報告ください。

⇒コーディネーターについて(参考資料はこちら)

○　回答欄は青いセルです。原則１問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
○　「記述」については必須項目、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。
○　記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
○　調査時点は、令和７年8月1日とします。

Ⅰ.基本情報

F1　　本調査票の提出先となる自治体の「市町村コード」または「都道府県コード」を記入してください。

本回答設問あり

F1-1．市町村に提出される場合
「自治体コード」シートの「市町村コード」（5桁）を参照し、記入してください。

F1-1	市町村名
半角数字5桁（全角数字は不可）	↑市町村名が正しいか確認ください

F1-2．都道府県に提出される場合
「自治体コード」シートの「都道府県」（2桁）を参照し、記入してください。

F1-2	都道府県名
半角数字2桁（全角数字は不可）	↑都道府県名が正しいか確認ください

Ⅱ.コーディネーターについて

問1　　勤務状況を教えてください。

本回答設問あり

	問1
1. 常勤（週５・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	

1-1．　「3.非常勤」を選択された方に伺います。勤務時間を教えてください。（記述）

１週あたりの出勤日数を入力	１日あたりの勤務時間を入力（例：4.5時間）

問2　　所属先を教えてください。

本回答設問あり

	問2
1. 病院（大学病院以外）	
2. 病院（大学病院）	
3. 診療所	
4. 薬局	
5. 訪問看護事業所	
6. 医師会	
7. 歯科医師会	
8. 薬剤師会	
9. 看護協会	
10. 栄養士会	
11. 栄養ケア・ステーション	
12. 理学療法士会	
13. 作業療法士会	
14. 言語聴覚士協会	
15. リハビリテーション協議会	
16. 都道府県	
17. 保健所	
18. 市町村	
19. 地域包括支援センター	
20. 社会福祉協議会	
21. その他（記述）	
⇒	

問3　　職種または保有資格等を教えてください。（複数回答）

本回答設問あり

	問3
1. 医師	
2. 歯科医師	
3. 薬剤師	
4. 保健師	
5. 看護師	
6. 歯科衛生士	
7. 介護支援専門員	
8. 管理栄養士	
9. 栄養士（管理栄養士を除く）	
10. 理学療法士	
11. 作業療法士	
12. 言語聴覚士	
13. 社会福祉士	
14. 介護福祉士	
15. 精神保健福祉士	
16. 医療ソーシャルワーカー	
17. 自治体職員名（行政職）	
18. 自治体職員名（専門職）	
19. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「１」を選択

問4　　コーディネーターとしての経験年数を教えてください。（記述）（※前職でも実施の場合は通算年数を入力してください）

本回答設問あり

○年	○ヶ月

問5　　コーディネーターとしての活動領域を教えてください。（複数回答）

本回答設問あり

	問5
1. 市町村	
2. 郡市区医師会単位	
3. ２次医療圏	
4. 保健所単位	
5. 都道府県	
6. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「１」を選択

問6　貴方の活動地域には、過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれますか。

※　過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」が示す定義でご回答ください。
小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。
中山間地域等とは、農林・農業・農村基本法第35条第1項に規定する「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の自然的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。
https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/sihanzi_seido/s_about/cyusan/

未回答強制あり

	問6
1. 含まれる	
2. 含まれない	
3. わからない	

問7　業務について教えてください。

7-1.　業務の実施形態を教えてください。

未回答強制あり

	問7-1
1. 直営	
2. 委託	

7-2.　御自身を含む所属先のコーディネーターの人数を教えてください。（必須）

未回答強制あり

	問7-2
1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	

7-3.　業務内容を教えてください。（複数回答）
7-4.　活動同域に過疎地域、中山間地、小規模自治体が含まれる場合、過疎地域、中山間地域、小規模自治体で特に取り組んでいる業務内容を教えてください。（複数回答）

未回答強制あり

	問7-3	問7-4
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援		
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実施計画や課題の抽出		
3. 課題解決に係る事業の企画立案や適宜支援		
4. 在宅医療・介護前の情報共有に関する検討及び支援		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
9. 地域住民への普及啓発		
10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係市外等含む）への相談支援		
11. 地域住民への相談支援		
12. 都道府県内のコーディネーターとの連携		
13. 他都道府県及びり市町村のコーディネーターとの連携		
14. 自治体職員との連携		
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加		
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営		
17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加		
18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営		
19. 地域ケア会議への参加		
20. 地域医療構想調整会議への参加		
21. 医療計画に係る会議等への参加		
22. 高齢者施設等と医療機関の連携支援		
23. その他（記述）		
7-3⇒		
7-4 ›		

あてはまる場合「1」を選択

未回答強制あり

7-5.　貴方の所属先を管轄する自治体においては、現場的なコーディネーターと併せて基幹的なコーディネーターの配置がなされていますか。
（※基幹的なコーディネーターとは、コーディネーターの活動や情報等を集約する等、地域の資源収集・分析し政策立案を助力することを想定しています。）

⇒基幹的、現場的コーディネーターについて

	問7-5
1. はい	
2. いいえ	

7-5-1.　問7-5で「1.はい」と回答した方に伺います。貴方は基幹的なコーディネーターですか。

	問7-5-1
1. はい	
2. いいえ	

7-5-2.　引き続き問7-5で「1.はい」と回答した方に伺います。基幹的なコーディネーターと現場的なコーディネーターとの関わりについて、各々の活動場所等を含めて具体的に教えてください。（自由記載）

›

7-6.　コーディネーターの配置が有効な取り組みを具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

7-7.　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）

回答完了

	問7-7
1. 医療部局と介護部局等の部門を超えた連携が進まない	1
2. コーディネーターの役割が関係者に認識されていない	
3. 業務量に見合った人数が確保されていない	
4. 現場の情報の収集方法がわからない	
5. 地域課題の分析・把握方法がわからない	
6. 関係団体等との連携が難しい	
7. 医療と介護の両方の知識の取得が難しい	
8. 自治体や事業所等の利用しているICTツールが異なり、連携が難しい	
9. 地域の医療や介護の関係機関の協力が得られない	
10. 地域に医療や介護の資源が乏しい	
11. スキルアップの方法がわからない	
12. 知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない	
13. コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分である	
14. へき地、中山間地域、小規模自治体への支援が難しい	
15. その他（記述）	
›	

あてはまる場合「1」を選択

7-8.　コーディネーターとして活動するうえで、受けてみたい研修はありますか。（複数回答）

未回答強制あり

	問7-8
1. 在宅医療・介護連携に関連する制度に関すること	
2. 在宅医療・介護連携コーディネーターの機能や役割に関すること	
3. 在宅医療連携推進との連携や協働に関すること	
4. 利用者の状況像に応じた事例に関すること	
5. コミュニケーションスキルに関すること	
6. 共通認識醸成のための取組に関すること	
7. 地域資源の活用に関すること	
8. その他（記述）	
›	

あてはまる場合「1」を選択

7-9.　コーディネーターとして活動するうえで、市町村や都道府県、国に支援してほしいこと等があれば、希望先の対象を明記のうえ、具体的に教えてください。（自由記載）

›

Ⅲ.多職種連携について

問8　「誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応」、「摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応」及び「褥瘡マネジメントおよび対応」に関し、連携している職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

本問答設問あり

	問8－1 誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応	問8－2 摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応	問8－3 褥瘡マネジメントおよび対応
1. 医師			
2. 歯科医師			
3. 薬剤師			
4. 保健師			
5. 看護師			
6. 理学療法士			
7. 作業療法士			
8. 言語聴覚士			
9. 管理栄養士			
10. 栄養士（管理栄養士を除く）			
11. 歯科衛生士			
12. 社会福祉士			
13. 介護福祉士			
14. 介護支援専門員			
15. 地域包括支援センター職員			
16. 医療ソーシャルワーカー			
17. 都道府県職員			
18. 市町村職員			
19. その他（記述）			
⇒問8－1 誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応			
問8－2 摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応			
問8－3 褥瘡マネジメントおよび対応			
20. 取り組んでいない			

あてはまる場合「1」を選択

問9　医療や介護の必要な高齢者等の情報を関係者間と共有するためのツールを活用していますか。

本問答設問あり

	問9
1. 活用している	
2. 活用していない	
3. 検討中	

9-1．問9で「1．活用している」と回答した方に伺います。どのようなツールを活用していますか。ツールの名前を記載してください。（記述）

⇒

9-2.　引き続き問9と「1．活用している」と回答した方に伺います。都道府県から支援を受けていることはありますか。

	問9-2
1. ある	
2. ない	

9-2-1.　問9-2と「1．ある」と回答した方に伺います。どのような支援を受けていますか。（記述）

⇒

Ⅳ. 手引きやガイドラインについて

問10　令和6年度に作成されたプラットフォーム、手引きやガイドラインを活用していますか。（プラットフォーム、手引き、ガイドラインごとに回答）

本問答設問あり

問10	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な運用に関するハンドブック
1. 活用している					
2. 活用していない					

本問答設問あり

問10	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 活用している		
2. 活用していない		

10-1．問10で「1．活用している」と回答した方に伺います。手引きやガイドラインをどのように活用していますか。（複数回答）

問10－1	①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	②在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4	③在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き	④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	⑤在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な運用に関するハンドブック
1. 研修等の教材として活用している					
2. 業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している					
3. 意思決定や判断の根拠として活用している					
4. 広報や周知資料として活用している					
5. 新たな施策立案や見直しに活用している					
6. その他（どのように活用しているか手引き、ガイドラインごとに記載してください）					
⇒ ①					
⇒ ②					
⇒ ③					
⇒ ④					
⇒ ⑤					

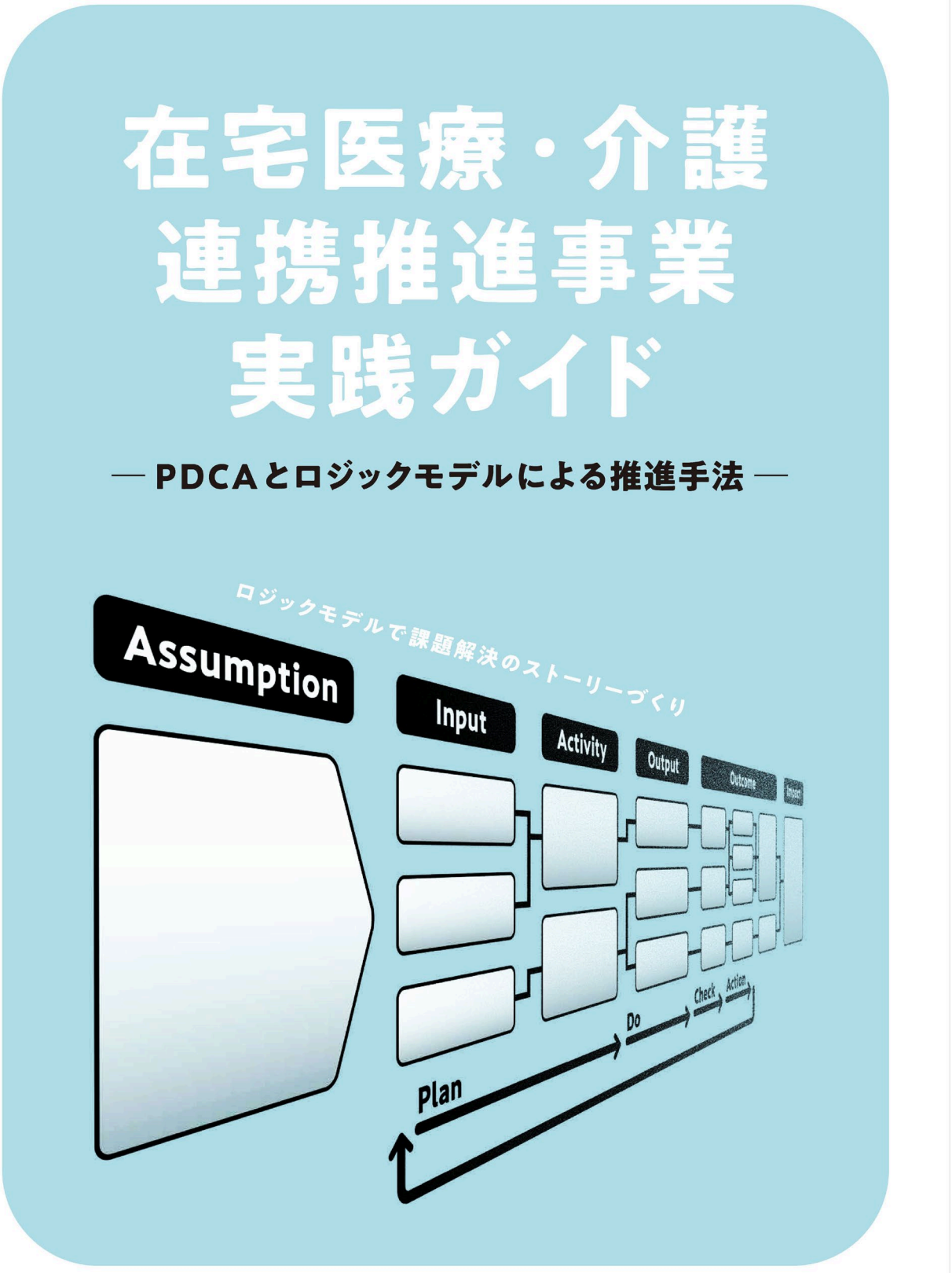
それぞれあてはまる場合「1」を選択

問10－1	⑥地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック	⑦在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック
1. 研修等の教材として活用している		
2. 業務マニュアルなどの反映やチェックに活用している		
3. 意思決定や判断の根拠として活用している		
4. 広報や周知資料として活用している		
5. 新たな施策立案や見直しに活用している		
6. その他		
⇒ ⑥		
⇒ ⑦		

それぞれあてはまる場合「1」を選択

３．都道府県・市町村連携支援リーフレット及び支援ツール

①在宅医療・介護連携推進事業リーフレット



厚生労働省委託事業
「令和7年度 在宅医療・介護連携推進支援事業」都道府県・市町村連携支援リーフレット

機動的で柔軟な

在宅医療・介護連携推進事業を推進するための
PDCAサイクル

在宅医療・介護連携推進事業において、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に機動的で柔軟なアプローチ（迅速なPDCAサイクル）が求められています。

迅速にPDCAサイクルを回すために重要な役割を担うのが「ロジックモデル」です。「ロジックモデル」で課題解決のストーリーを作成し、「PDCAサイクル」を迅速に回して効果検証・改善を行いつつ、目的に向かって柔軟に確実に進んでいきます。

ロジックモデルで政策目標と目指すべきありたい姿を策定し、施策を実施するなかで
計画にズレが生じた際は迅速にPDCAサイクルを回して軌道修正する

ロジックモデル
政策目標を達成するための〝航海図〟

＋

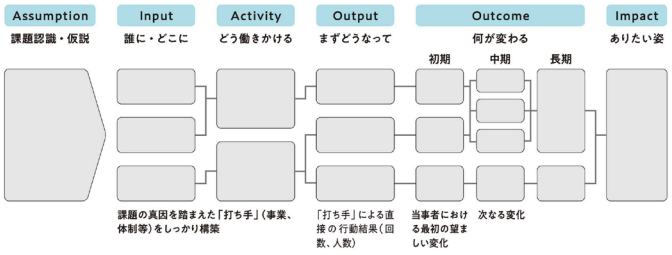
迅速なPDCAサイクル
計画した施策を実施・検証し、改善する

「ロジックモデル」は政策目標達成までの〝航海図〟

関係者間の認識を共有するコミュニケーション・ツールとしての役割も

ロジックモデルとは、課題解決のために立案した政策目標を達成するまでのストーリーを示した〝航海図〟です（図1）。「Assumption（アサンプション：課題・仮説）→Input（インプット：投入資源）→Activity（アクティビティ：活動・施策）→Output（アウトプット：活動目標・結果）→Outcome（アウトカム：成果）→Impact（インパクト：ありたい姿）」という政策実現に向けた各行程を体系的に図式化して、プロジェクトの目的と手段のロジック（論理的なつながり）を明確に把握することが、目指すべきゴールを達成するために必要です。さらにロジックモデルは、関係者間の認識共有や達成段階ごとの評価をするためのコミュニケーション・ツールとしても重要な役割を果たします（詳細はP06-09参照）。

図1　ロジックモデル



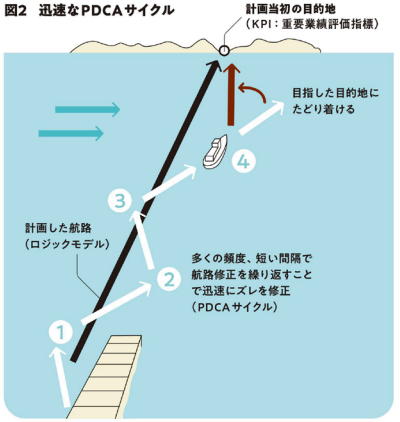
出典：医療経済研究機構　令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた市町村の地域デザイン力を高める組織構築に関する調査研究・アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」資料（PHP総研主席研究員　亀井晋太郎作成）から一部抜粋

目的地に向かって柔軟に航路を修正して進んで行く

図2のように、航海に例えて説明すると、最初に目的地を明確に定め（KPI）、目標達成のための方法をあらかじめ決めておきます。そして、できるだけ多くの頻度、短い間隔（①②③④）で位置測定を行います。計画した航路（黒い矢印）とのズレが生じた場合、多くの頻度、短い間隔でズレを修正していきます。このように航路修正を繰り返すことで、目指した目的地にたどり着けます。

当初の目的地までの航路を記した航海図がロジックモデルで、航路のズレを修正する方法が迅速なPDCAサイクルです。

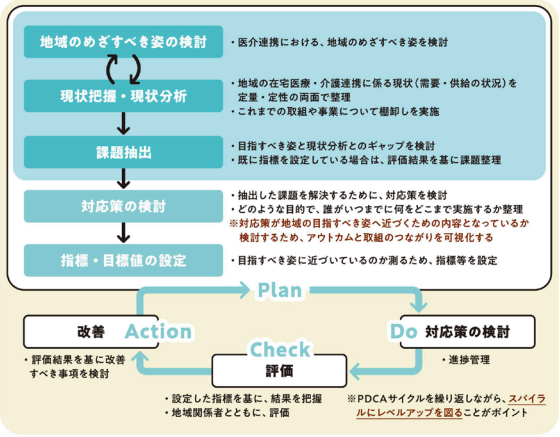
図2　迅速なPDCAサイクル



出典：総務省　第27回政策評価審議会（第30回政策評価制度部会との合同）（令和4年3月7日開催）森田朗委員資料を元に一部改変

参考

PDCAサイクルに沿った
在宅医療・介護連携推進事業における地域の目指すべき姿の検討例



出典：令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」日本総研協会総合研究所，2025を元に一部改変

在宅医療・介護連携推進事業の政策形成一連の流れ

ロジックモデルを構築し
素早くPDCAサイクルを回して政策を推進

状況の変化に応じて
政策を見直し・実行する動的なEBPMの実践

STEP 1 現状・課題の分析 P.06

STEP 2 ロジックモデルを構築し、PDCAを迅速に回して政策を推進 P.08

STEP 3 点検・改善 P.10

① 最初に現状を把握して課題と同時に「ありたい姿」を設定

在宅医療・介護連携推進事業では、まず〝航海図〟となるロジックモデルの作成から始まります。その際、現状把握を行い課題を抽出すると同時に、ゴールとなる「ありたい姿」を設定します。

初期アウトカムを達成したので目標を高く設定

中期アウトカム
中期の成果

効果が出ているか進捗を確認し、必要な見直しを実施

長期アウトカム
最終的な成果

インパクト
ありたい姿の実現

モニタリング
- 効果測定
- 点検
- 改善策の検討

初期アウトカムに到達するまでPDCAサイクルを繰り返して精度の向上を図る!

P 目標の設定・対応策の検討 → D 対応策の実施 → C 効果確認 → A 改善

現状把握・現状分析
課題抽出

インプット
諸活動を行うために使う資源
（ヒト・モノ・カネ・時間の投入）

アクティビティ
施策や事業の実施
（具体的な活動）

アウトプット
実施した施策や事業により生じる結果

初期アウトカム
初期の成果

② 初期アウトカムの設定が重要

一番のキモになるのは初期アウトカムの設定と評価です。計画した成果とのズレが生じた場合、迅速にPDCAを回し、トライ&エラーで軌道修正して精度の向上を目指します。

ありたい姿を設定

STEP 1

現状把握・現状分析と課題の抽出

現状を把握して課題を抽出し、めざす姿とのギャップを見いだして
地域のめざすべき姿を具体的に設定する

地域の「めざすべき姿」を実現するための第一歩は、地域の現状を把握して課題を抽出し、その課題を関係者が共有することです。

課題とは、「めざすべき姿」と「現状」とのズレであり、そのズレをしっかり把握することが、現状から目標に向かっていくための道筋となる「ロジックモデル」を策定する際に、極めて重要になります。同時に、課題を明確にすることが、より具体的な目標設定にもつながります。

01 「状態像シート」を用いて地域の高齢者やとりまく環境・資源等を把握

4つの在宅医療の場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）では、当事者の状態によって、関わる施設・専門職および対応策が異なります。そのため、改めて「誰の」「どのような望ましくない状態（現状）を」「どうしたいのか、どうであってほしいのか（ありたい姿）」から検討する必要があります。

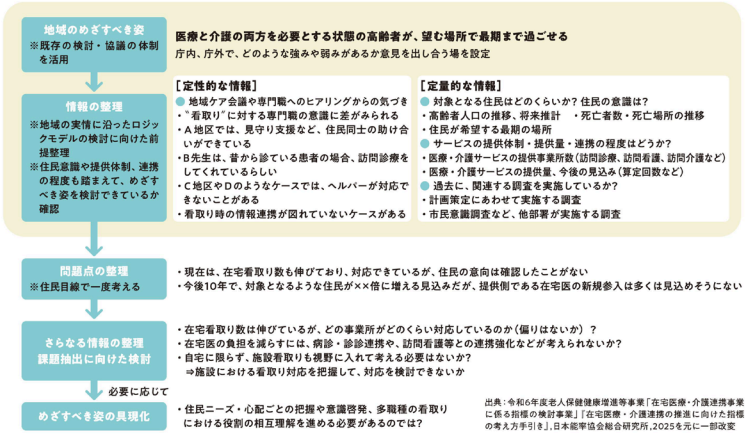
そこで、地域の現状を把握するツールとして、図3の状態像シートを作成しました。地域で対象となる高齢者の顔を思い浮かべながら、高齢者本人と高齢者を取り巻く周囲の環境資源の強みと弱みを挙げることにより、地域の現状を具体的に把握することができるので、ぜひご活用ください。

この強み・弱みは、定性（数値化できない要素）と定量（数値化できる要素）の両面から出し合うことが大切です。定性的な情報とは、図4内の「地域ケア会議や専門職へのヒアリングからの気づき」のように、普段の仕事から気づく具体的な情報です。定量的な情報は、図4内にあるような統計資料に加えて、見える化システムなどから提供体制や提供量、連携の程度などを調べることが必要です。こうして、情報を整理することにより、目指すべき姿が具体的に見えてきます。

図3　状態像シート（対象とする典型的な高齢者像）

因子	強み（＋因子）	弱み（－因子）
高齢者本人 （身体状況、生活行為、性格、趣味・嗜好、特技・経験等）	記入例 ・〇〇はできている ・〇〇は苦ではない ・〇〇を持っている ・元気な頃は〇〇をしていた	記入例 ・〇〇はしていない、できない ・〇〇しがち、〇〇の状態になってしまっている ・〇〇は好きではない、好まない ・〇〇は持っていない ・〇〇の自信、意欲はない
高齢者を取り巻く周囲 （家族、友人や近所等の交友関係、居住環境）	記入例 ・家族は〇〇してくれている ・友人は〇〇してくれる ・近所の人とは〇〇している ・専門職は〇〇してくれる ・介護事業者は〇〇〇がある ・医療機関は〇〇〇がある ・自宅前は〇〇になっている ・自宅は〇〇という環境にある ・〇〇〇という制度を利用できる	記入例 ・配偶者は他界している ・息子・娘は〇〇に住んでいて、たまにしか来れない ・友人は〇〇で、今は〇〇していない ・近所の人とは〇〇する程度 ・専門職は〇〇してくれない、不足している ・介護事業者は〇〇〇のみ、不足している ・医療機関は〇〇〇のみ、不足している ・自宅前は〇〇になっている ・自宅は〇〇という環境にある ・〇〇〇という制度がない、利用しにくい

図4　地域のめざすべき姿の検討と現状分析のプロセス例（在宅看取り）



出典：令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」，日本能率協会総合研究所，2025を元に一部改変

02 「課題整理シート」でめざす姿、現状、真因をまとめてロジックモデルにつなげる

次に、状態像シートで具体的に書き出した高齢者の強み・弱みを分析して、課題整理シート（図5）にまとめましょう。高齢者の「ありたい状態・目指す姿」と「現状」を整理して、現状が「ありたい状態」でない場合は、なぜそうなっているのか、根本的な原因（真因）を分析することが、ロジックモデル作成のベースになります。

課題整理シートを記入する際のポイント

課題整理シートは「主語」を重視して記入することが大切です。高齢者が現在このように困っている、地域包括支援センターはこのような対応をせざるをえない、医療機関がこのような状態になっているなど、主語をしっかりイメージして、主語に合わせて現状とその真因を検討し記入してください。

ありたい状態・めざす姿を設定する際のポイント

「最後まで暮らし続けることができる地域」などと大きな漠然とした目標にすると、PDCAサイクルを回せなくなります。事業の対象者にどのような変化や成果をもたらせたいかを具体的に想定して設定することがポイントです。

図5　課題整理シート

①ありたい状態・目指す姿	②現状	③真因
誰が（高齢者やそれを支える人・地域等）、どんな状態だったらうまくいったと言えるのか ※こんな地域にしていきたいという自分たちの意志も含む	**ありたい状態であればよいのに、現状は、誰に（高齢者やそれを支える人・地域等）どんな望ましくない状況があるのか**	**「①ありたい姿」であればよいのに、なぜ「②現状」になってしまっているのか、根本的な原因は何か**
記入例 ・高齢者が、〇〇〇している ・家族は、〇〇〇できている ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇できている ・事業所（専門職）は、〇〇〇している ・医療機関は、〇〇している ・市（保険者）は、〇〇〇できている	記入例 ・高齢者が、〇〇〇という状態にある ・家族は、〇〇〇しがち ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇〇せざるを得ない、〇〇になってしまっている ・事業所（専門職）は、〇〇〇しがち ・医療機関は、〇〇になっている、〇〇ができていない ・市（保険者）は、〇〇〇ができていない	記入例 ・高齢者は、〇〇という心理がある ・家族は、〇〇に対する理解が不足している ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇〇で余裕がない ・事業所は、〇〇〇が不足している ・医療機関は、〇〇〇の経験が不足している ・市（保険者）は、〇〇〇が不足している

STEP 2

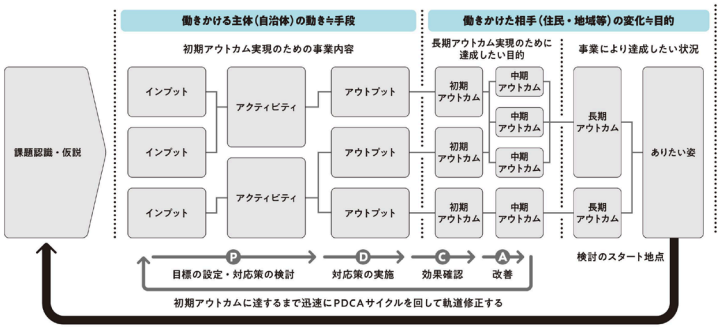
ロジックモデルの構築

目指すゴール「ありたい姿」を最初に想定し
その実現に必要な資源・施策などを遡って考えて構築する

01 ゴールの「ありたい姿」が検討のスタート地点になる

ロジックモデルは、前述したように政策目標を達成するまでのストーリーを示した設計図です。ロジックモデルを作成する際は、「課題整理シート」で導き出した「ありたい状態・目指す姿」を達成するために何が必要なのかを遡って考える視点が大切です。図6のようにゴールとなる「ありたい姿」が検討のスタート地点になります。「ありたい姿」に向かって、インプット：（投入資源）→アクティビティ（活動・施策）→アウトプット（活動目標・結果）→アウトカム（成果）の取り組みを行う中で、ズレが生じた際はPDCAサイクルを回して軌道修正していくことを念頭に置いて、各項目を設定しましょう。

図6 ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図

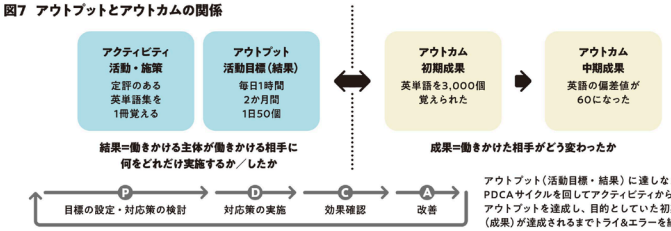


出典：令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」，日本能率協会総合研究所，2025を元に改変

02 ロジックモデルを構成する項目

ロジックモデルを構成する「インプット」は投入する資源（ヒト、モノ、カネ、時間）で、「アクティビティ」は具体的に実施する施策や事業です。「アウトプット」は活動目標（何をいつまでに、何回やるかなど）および実行した施策・事業から生じた直接的な結果で、「アウトカム」は施策や事業が目的としている成果です。アウトプットとアウトカムの関係は分かりづらいかと思います。受験勉強に例えた図7を作成しましたので、参考にしてください。

図7 アウトプットとアウトカムの関係



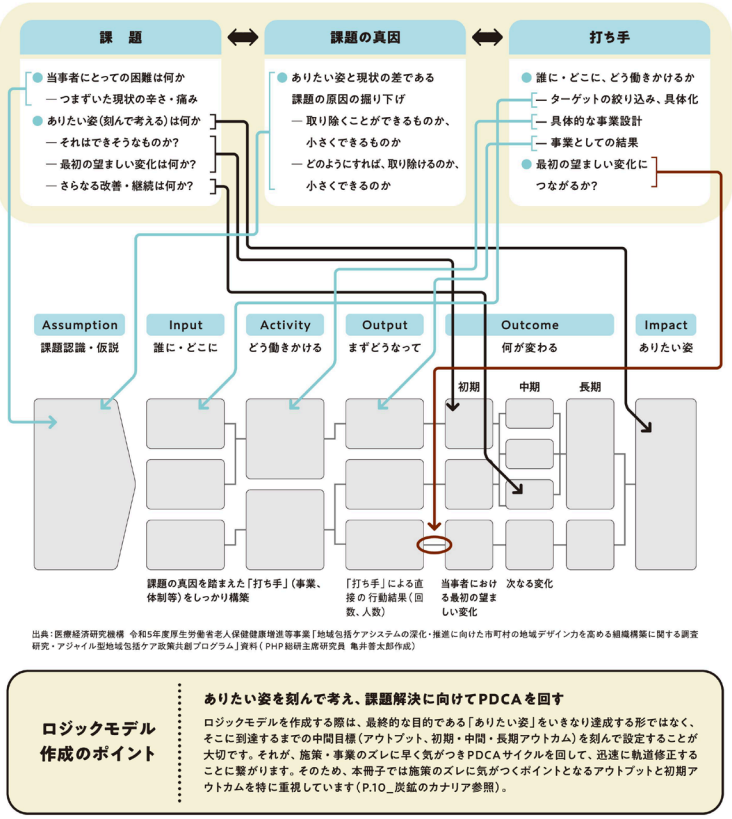
03 「課題整理シート」を元にロジックモデルを作成

実際にロジックモデルを作成する際は、「課題整理シート」に書きこんだ内容をロジックモデルに落とし込む作業から行います。まずは図8を参考に、各項目を埋めていきましょう。

検討のスタート地点となる右端の「ありたい姿」は課題整理シートの「ありたい状態・目指す姿」で、左端の「課題認識・仮説」は課題整理シートの「現状」「真因」にあたります。インプット、アクティビティは、その真因を取り除くために、課題整理シート作成時に意識した主語（高齢者、家族、地域包括支援センター、クリニックなど）に対して、どのように働きかけるかを設計する施策・事業になります。アウトプットは、設計した施策・事業の具体的な活動目標（何をいつまでに、何回やるかなど）と結果を記入します。

初期アウトカムは、最初の望ましい変化（目指していた成果）を書きます。アウトカムは中期～長期と分けて考えて、さらなる改善・継続につなげます。

図8 課題・課題の真因・打ち手とロジックモデルの関係



出典：医療経済研究機構 令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた市町村の地域デザイン力を高める組織構築に関する調査研究・アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」資料（PHP総研主席研究員 亀井善太郎作成）

ロジックモデル作成のポイント

ありたい姿を刻んで考え、課題解決に向けてPDCAを回す

ロジックモデルを作成する際は、最終的な目的である「ありたい姿」をいきなり達成する形ではなく、そこに到達するまでの中間目標（アウトプット、初期・中間・長期アウトカム）を刻んで設定することが大切です。それが、施策・事業のズレに早く気がつきPDCAサイクルを回して、迅速に軌道修正することに繋がります。そのため、本冊子では施策のズレに気がつくポイントとなるアウトプットと初期アウトカムを特に重視しています（P.10_炭鉱のカナリア参照）。

PDCAサイクルを素早く回すためのポイント

01 アウトプットと初期アウトカムは「炭鉱のカナリア」

かつて炭鉱で、毒ガスに敏感に気がつくカナリアを連れて入坑して危険を回避しことから、事前に危機を察知して知らせるサインを「炭鉱のカナリア」といいます。

アウトプットと初期アウトカムは、政策や事業が順調に進まず、異変があることを初期の段階で発見する炭鉱のカナリアとしての役割があります。「アウトプットで決められた回数ができなかった」「初期アウトカムで相手の変化が少なかった」などのように結果が出なかったときは、すぐに立ち返ってPDCAサイクルを回すためにも、特にアウトプットと初期アウトカムを重視します。

図8 アウトプットと初期アウトカムの重要性・炭鉱のカナリア

アウトプットとアウトカムの違い

・アウトカムは、原則として、対象者（受益者）視点で、複数段階に分けて設定する。
・初期アウトカムとして、アウトプットにより、最初に得られる事業対象者の状態の変化を設定する。

アウトプット＝実施者視点（誰に何をどれだけ実施するか／したか）

⟷

アウトカム＝対象者視点（誰がどう変わるか／変わったか）

事業がうまく回っているかを確認するため「炭鉱のカナリア」を設定する

アウトプット・初期アウトカムには、事業が順調に狙った効果に向かって進んでいるか、異変が生じていないかを初期の段階で発見する「炭鉱のカナリア」としての役割が期待されることから、比較的初期の段階における事業の効果を把握・検証し、その後の改善に繋げるために有効な指標を設定する。

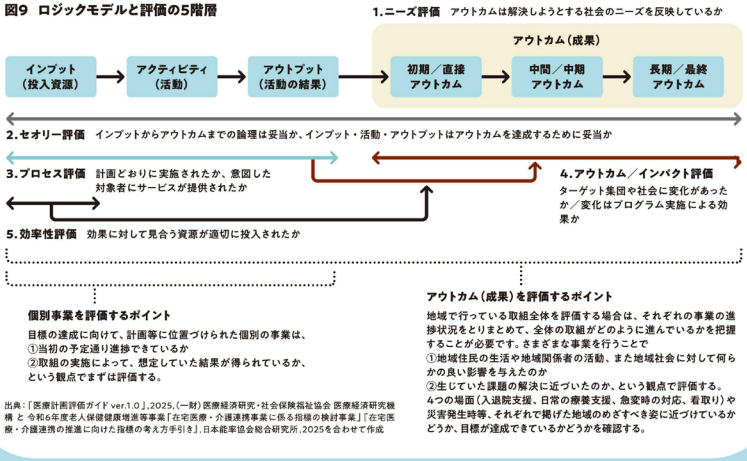
出典：「行政事業レビューシート作成ガイドブック～EBPMの手法を用いた行政事業レビューの効果的な実施に向けて～」暫定版、令和6年1月18日、内閣官房行政改革推進本部事務局を一部改変

02 ロジックモデルの各段階で細かく評価を実施する

ロジックモデルにおける評価の階層と評価をする際のポイントを図9にまとめました。「ニーズ評価」と「セオリー評価」はロジックモデルを作成する際に行われるもので、これにより「ありたい姿（目標）」が設定されます。

「プロセス評価」にて計画どおりにアクティビティが実施されたか、意図した対象者にサービスが提供されたかをアウトプットで評価し、また、「アウトカム／インパクト評価」にてターゲット集団や社会に変化があったかを初期アウトカム、中期アウトカム、長期アウトカムの各段階で評価します（図9の〝評価するポイント〟を参照）。

図9 ロジックモデルと評価の5階層



個別事業を評価するポイント

目標の達成に向けて、計画等に位置づけられた個別の事業は、
①当初の予定通り進捗できているか
②取組の実施によって、想定していた結果が得られているか、
という観点でまずは評価する。

アウトカム（成果）を評価するポイント

地域で行っている取組全体を評価する場合は、それぞれの事業の進捗状況をとりまとめて、全体の取組がどのように進んでいるかを把握することが必要です。さまざまな事業を行うことで
①地域住民の生活や地域関係者の活動、また地域社会に対して何らかの良い影響を与えたのか
②生じていた課題の解決に近づいたのか、という観点で評価する。
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）や災害発生時等、それぞれで掲げた地域のめざすべき姿に近づけているかどうか、目標が達成できているかどうかを確認する。

出典：「医療計画評価ガイド ver.1.0」,2025,（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 と 令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」,日本能率協会総合研究所,2025を合わせて作成

STEP 3

評価・点検・改善

状態の変化に応じて政策を見直し、ダイナミックなEBPMを実行する

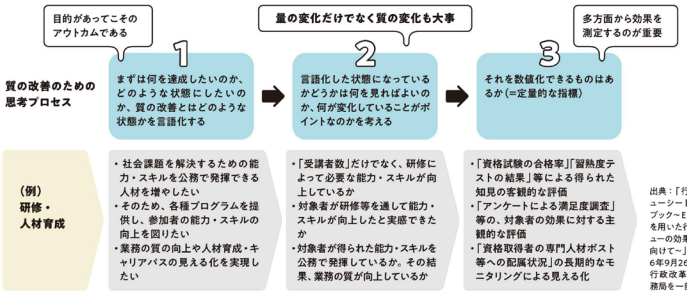
ロジックモデルを作成し、PDCAサイクルを回すためには事業がうまく進んでいるのかを図る評価指標（目標値）の設定が重要になります。評価指標を設定する際は、最初に「こんな状態になりたい」ということを言語化します。次に「この言語化した状態になっているかどうか」、なっていない場合は「何が変化したらその状態になるのか」を考えることから進めて、数値化できるものをまとめて指標とします（図10）。

図11は、在宅医療・介護連携推進事業の改善サイクル（PDCA）をまとめたものです。在宅医療・介護連携は大変難しいと言われます。しかし難しいからこそ、図11のようなダイナミックなEBPM（エビデンスに基づいた政策立案）の政策サイクルを回して、現状でベストと思える政策を推進し、評価して改善していくという新しい形の取組にぜひ挑戦してください。

評価にはファクトやエビデンスが必要

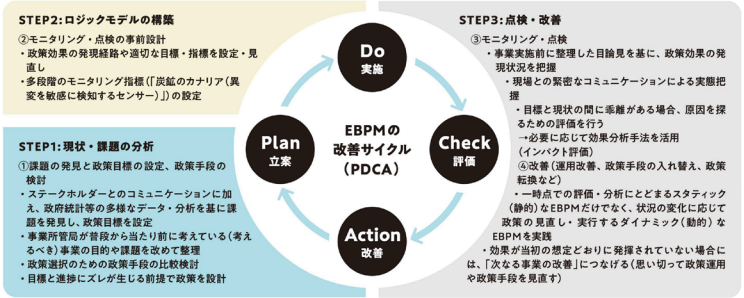
政策事業の評価する際は、効果を確認する物差しとして定量・定性の両面からファクトやエビデンスを集める必要があります。裏表紙に在宅医療・介護連携事業に関するデータベースをまとめていますので、ご活用ください。

図10 効果検証を可能にするための目標・指標の設定プロセス



出典：「行政事業レビューシート作成ガイドブック～EBPMの手法を用いた行政事業レビューの効果的な実施に向けて～」Ver1.1,令和6年9月26日,内閣官房行政改革推進本部事務局を一部省略

図11 EBPMの改善サイクル（PDCA）



出典：内閣官房行政改革推進本部事務局・総務省行政評価局「行政事業レビューシート：政策効果の測定と点検・改善のポイント～アクティビティの特徴に応じた実践集～」）を一部改変

ロジックモデル作成事例
兵庫県・赤穂市

課題解決ストーリー（ロジックモデル）【効果発現経路】

ありたい姿：再骨折を予防して、百歳になっても、自分の足で歩けるまち赤穂

仮説

課題仮説

現状
・高齢者は骨折するまで骨粗鬆症に気づかない、また治療が始まっても「変わらないから」と自己判断で治療中断する
・高齢者は再骨折を繰り返すたび、QOLは低下し、介護負担は増加する
・家族は骨粗鬆症の治療効果を期待しすぎ、思った結果が出ない場合、服薬支援の手を引いてしまう
・市（保険者）は、KDB等のデータから骨折高齢者数の増加を把握しているが、骨粗鬆症の高齢者を早期発見する仕組みがない
また骨折しそうな高齢者を見逃している
・地域包括やケアマネジャーは、運動（リハビリ）目的のケアプランを作成しているが、利用者は骨折を繰り返している
・医療機関は、骨折後に骨粗鬆症の治療を開始することが多く、治療を始めても薬を正しく飲んでいるかどうか不明な人もいる
・医療機関に骨折リエゾンサービスはあるが、活動が形骸化している

真因
<本人・家族>
・高齢者は、骨粗鬆症に起因する骨折や身体機能の低下を「歳だから」と諦めたり、骨折については、自信の喪失から活動意欲が低下する
・本人・家族とも骨粗鬆症についての治療継続の必要性の理解が不足している
・本人は骨粗鬆症の薬以外に多くの薬物を服用していたり、ADLや認知機能の低下から服薬遵守不良となりやすい
<専門職>
・ケアマネジャーはケアプラン作成について転倒予防・再骨折予防はリハビリが第一選択と考えている
・介護サービス事業所は骨粗鬆症の治療効果が上がるような介護予防の取組経験が不足している　またその効果や評価が不足している
<医療機関>
・骨粗鬆症は整形外科で検査・診断されることが多く内科は専門外と思っており、優先度が低くなる（骨粗鬆症まで手が回らない）
・骨粗鬆症の治療効果が上がる介護分野との連携経験が不足している
<行政・地域包括>
・市（保険者）は、地域課題としての骨粗鬆症高齢者について関係機関との課題共有が不足している
・骨粗鬆症検診・検査の仕組みが標準化されていない

インプット

誰に

行政・地域包括

専門職

医療機関

本人・家族

アクティビティ

どう働きかける

行政・地域包括
①骨粗鬆症高齢者の再骨折予防について目指す高齢者像を市民・地域の関係者と共有する
・在宅医療・介護連携推進会議で説明
・自立支援型地域ケア個別会議での事例の積み上げ
・広報や各種教室での骨粗鬆症・再骨折予防健康教育標準パッケージによる健康教育

②支援が必要な骨粗鬆症高齢者を見逃さないための仕組みづくり
・骨粗鬆症検診の実施や簡易チェックシートを用いた早期発見

③骨粗鬆症高齢者の再骨折予防に向けた専門的支援を行う専門職の人材確保
・多職種連携研修会やケアプラン勉強会を開催する

専門職
①骨粗鬆症高齢者の再骨折予防について目指す高齢者像を市民・地域の関係者と共有する
・在宅医療・介護連携推進会議で説明
・自立支援型地域ケア個別会議での事例の積み上げ

②支援が必要な骨粗鬆症高齢者を見逃さないための仕組みづくり
・骨粗鬆症検診の実施や簡易チェックシートを用いた早期発見

③骨粗鬆症高齢者の再骨折予防に向けた専門的支援を行う専門職の人材確保
・多職種連携研修会や「適切なケアマネジメント手法の手引き」にある既骨折者へのケアプラン勉強会への参加を促す

医療機関
①骨粗鬆症高齢者の再骨折予防について目指す高齢者像を市民・地域の関係者と共有する
・在宅医療・介護連携推進会議で説明

②支援が必要な骨粗鬆症高齢者を見逃さないための仕組みづくり
・骨粗鬆症検診の実施
・骨粗鬆症治療地域連携パス（仮）の整備

③骨粗鬆症高齢者の再骨折予防に向けた専門的支援を行う専門職の人材確保
・多職種連携研修会への参加を促す

本人・家族
①骨粗鬆症高齢者の再骨折予防について目指す高齢者像を市民・地域の関係者と共有する
・広報、SNS、早かごセミナー等での啓発
・各種教室での骨粗鬆症・再骨折予防健康教育標準パッケージによる健康教育

④地域包括支援センター職員が骨粗鬆症及び再骨折についての健康講話と困ったときの相談窓口の説明を行う

アウトプット

実施結果

行政・地域包括
R8年2月12日に赤穂市総合福祉会館で開催
年12回
年2回
健康教育資材の作成（R8年5月）
高齢者大学市内10か所

骨粗鬆症検診の実施（R8年度中）

簡易チェックシート作成（R8年度中）

年1回

専門職
R8年2月12日に赤穂市総合福祉会館で開催
年12回

骨粗鬆症検診の実施（R8年度中）

簡易チェックシート作成（R8年度中）

年1回

医療機関
R8年2月12日に赤穂市総合福祉会館で開催

骨粗鬆症検診の実施（R8年度中）
検討チームの立ち上げ（R8年度中）

年1回

本人・家族
年2回
R8年4月～
高齢者大学市内10か所
早かごセミナーは通年
健康教育資材の作成（R8年5月）

包括への相談件数
（件数）

アウトカム

相手はどう変化する（まず誰がどうなって、その結果高齢者がどうなる）

在宅医療・介護連携推進会議にて地域関係者に向けて骨粗鬆症高齢者の再骨折防止に向け、「目指す姿」が共有ができた
⇒関係者向け資料の作成、資料をもとに市民向けに説明した回数、説明を聞いた後の反応
早期発見の仕組みとして市や医療機関で骨粗鬆症検診が始まった
⇒骨粗鬆症検診の開始、実績
簡易チェックシートが包括で作成された
⇒包括に相談があった人へチェックシートを活用した件数
骨粗鬆症・再骨折予防の健康教育標準パッケージが完成した
⇒健康教育実施回数

骨粗鬆症高齢者が再骨折しても元の暮らしに戻れるための専門的支援が行える
包括、ケアマネジャー、介護サービス事業所、リハビリ等専門職、医療機関、地域関係者が協働のもとチーム支援が行われるようになる
⇒要介護認定者の1年後の重症化率
骨粗鬆症高齢者が再骨折をしないよう予防のための専門的支援が行える
⇒骨粗鬆症・再骨折予防の標準パッケージに基づいた健康教育が市内各地で行われるようになる
⇒市民向け普及啓発等の実施回数

高齢者が、骨の健康を保ち、再骨折することなく自分らしく暮らしている

・骨粗鬆症高齢者が再骨折した場合、急性期から生活期まで切れ目のない治療やケア（病診連携、診診連携、医療介護連携）が提供されている
⇒骨粗鬆症治療連携パス（案）により、包括、医療機関、専門職地域関係者等協働のもとチーム支援が行われることが通常になる

・骨粗鬆症高齢者が再骨折をしないための専門的技術が向上する
・適切なニーズ把握とアセスメントにより転倒・再骨折のリスク管理ができる
⇒過去1年間の入院歴

本人の活動意欲が上がり、毎日の生活や行動が活動的になる

⇒週1回以上外出している市民の割合

高齢者が、骨の健康を保ち、再骨折することなく自分らしく暮らしている

・骨折を起因とする要介護認定申請者数の減少
・骨折による入院・外来医療費が削減する

⇒新規認定者の平均年齢の上昇

在宅医療・介護連携推進会議にて地域関係者に向けて骨粗鬆症高齢者の再骨折防止に向け、「目指す姿」が共有ができた
⇒相談、サービス担当者会議の場面で本人・家族に話している内容
早期発見の仕組みとして市や医療機関で骨粗鬆症検診が始まった
⇒骨粗鬆症検診の開始、実績
簡易チェックシートが包括で作成された
⇒チェックシートを活用した件数
骨粗鬆症や再骨折予防に関心をもつケアマネやサービス事業所が増え、包括主催の多職種連携研修会に参加した
⇒参加者数、参加者の発言、アンケート
「適切なケアマネジメント手法の手引き」にある既骨折者へのケアプランの理解が進んだ
⇒ケアプランへの記載内容

・適切なニーズ把握とアセスメントにより転倒・再骨折のリスク管理ができる
⇒過去1年間の入院歴
・ケアマネはケアプラン評価、事業所は事業評価を多職種の意見も聞きながら適時適切に行えるようになる
⇒ケアプランへの記載内容

在宅医療・介護連携推進会議にて地域関係者に向けて骨粗鬆症高齢者の再骨折防止に向け、「目指す姿」が共有ができた
⇒発言内容、開業医等医師との事例共有や聞き取り
早期発見の仕組みとして市や医療機関で骨粗鬆症検診が始まった
⇒骨粗鬆症検診の開始、実績
検討チームが立ち上がった
⇒立ち上げに向けた打ち合わせ回数、内容、メンバー
骨粗鬆症や再骨折予防に関心をもつ医療機関が増え、包括主催の多職種連携研修会に参加した
⇒参加者数、発言内容、アンケート

・骨の健康を保ち、骨粗鬆症および再骨折を予防するため治療継続がなされている
⇒骨粗鬆症や骨折について病病連携、病診連携が円滑に行われている
⇒骨折リエゾンサービス稼働数が増える
・骨粗鬆症に起因する再骨折を予防し、元の暮らしに戻すための専門的支援技術が向上する
⇒骨粗鬆症や骨折患者について病病連携、病診連携の件数が増える
⇒あこう「気づきシート」活用件数が増える
⇒薬局に「骨の健康」コーナーができる

広報を見たり、健康教育を受けた人から「骨を育てる」健康行動について、「どうしたらよいか」「やってみたい」等の反応がある
⇒相談件数、相談者の発言内容
骨粗鬆症・再骨折予防の健康教育標準パッケージが完成した
⇒健康教育実施回数
転倒ハイリスクの通所C利用者が専門職からの支援に「やってみたい」といった発言等回復イメージが持てる。
⇒利用者数、利用者の発言内容

「骨を育てる」健康行動を自ら選択し生活に取り入れる高齢者が増える
⇒介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・関係団体へのヒアリング

インパクト

ありたい姿

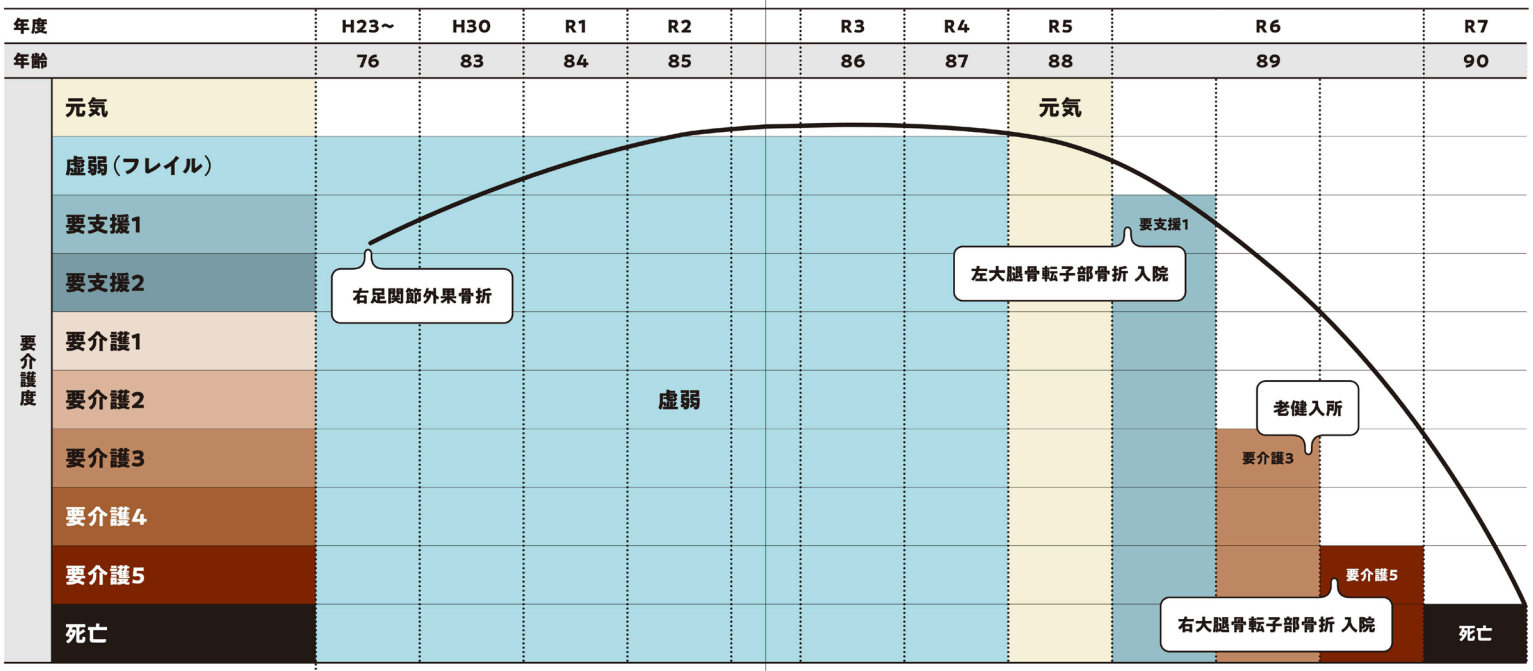
再骨折を予防して、百歳になっても、自分の足で歩けるまち赤穂

Aさん（90代女性）のペイシェントジャーニー

KDBシステムを活用して骨折など特定の病名を持つ対象者を抽出し、当該対象者のレセプト・検診データ・介護情報を統合することで、背景要因等、多角的に分析検討することができる。

Aさん（独居）は、H23年に初発骨折後、骨粗しょう症の診断を受けたが、自己判断で治療中断していた。再骨折入院を機に要介護認定を行ったが、その後も骨折を繰り返し、R7年に死亡

ロジックモデル作成事例
兵庫県・赤穂市 参考



医療受診状況	高血圧症、高脂血症、骨粗しょう症、肝機能障害、貧血、栄養障害、				COVID-19、廃用症候群							
介護保険サービス		通所型サービス・活動A（緩和型）週1回　H30年			9月～R5年9月～R5年7月					介護保険施設サービス		
入院医療費（骨折手術のみ抜粋）									1,605,420		1,110,270	
年間給付費（円）		74,844	84,672	104,031	113,562	96,768	43,416		346,239		75,609	

在宅医療・介護連携に役立つデータベース

ロジックモデルの作成および事業の評価などを行う際の参考にしてください。

在宅医療・介護連携に係るデータベース

名称	概要	出典
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	・事業担当者等にとって、有用な情報を集約したポータルサイト。自治体の事業担当者間の情報交換の場、関連法規、研修会情報、事例等を一元化して掲載	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/
②在宅医療にかかる地域別データ集	・人口、在宅療養支援病院等の施設数、自宅死の割合、老人ホーム死の割合	厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/ stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
③ NDB オープンデータ	・NDB データから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、「NDB オープンデータ」として、医科診療行為（算定回数、患者数）などを公表 ※都道府県別、二次医療圏別など	厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/ stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html
④地域包括ケア「見える化」システム	・介護保険事業計画の策定・実行を総合的に支援するための情報システム ・訪問看護回数 ・訪問介護回数 など	厚生労働省 HP https://mieruka.mhlw. go.jp/
⑤経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース（SCR）	・病院数 ・一般診療所による訪問診療の実施件数 など	経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース http://wwwb.cao.go.jp/ittaikaikaku/mieruka/index.php
⑥地域医療情報システム（JMAP）	・日本医師会が運用 ・医療介護需要予測指数 ・医療系・介護系施設数 ・全国や都道府県、二次医療圏、市町村単位	地域医療情報システム http://jmap.jp/cities/detail/pref/27

人口等で活用可能な主なオープンデータ

項目	概要	出典
①人口推移	・市町村別の人口 ・高齢者単身世帯 など	政府統計の総合窓口(e-Stat) 国勢調査　都道府県・市区町村別統計表 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&cycle=0&tclass1=000001049105
②将来人口推計	・市町村別の将来の男女5歳階級別推計人口 ・国勢調査を基にした推計	国立社会保障・人口問題研究所「男女・年齢（5歳）階級別データ『日本の地域別将来推計人口』令和5（2023）年推計） https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp
③要支援・要介護認定者数	・保険者別の第1号被保険者数 ・保険者別の要介護認定者数 など	政府統計の総合窓口(e-Stat)介護保険事業状況報告 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450351&tstat=000001031648
④死亡者数、死亡場所	・市町村別の死亡数 ・病院、老人保健施設、自宅等の死亡場所	※各都道府県の人口動態統計のサイト
⑤死亡場所	・市町村別の自宅死の割合 ・市町村別の老人ホーム死の割合	厚生労働省 HP　在宅医療にかかる地域別データ集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

体制整備等で活用可能な主なオープンデータ

項目	概要	出典
①医療系の施設数	・往診を実施している診療所・病院数 ・在宅看取りを実施している診療所・病院数 ・歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 など ※実際の稼働状況は判断できない点に留意	医療施設調査厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html
②医療系の施設数	・医科、歯科、薬局の届出数 ・訪問看護ステーションの届出数 ・各施設基準の届出数 ※実際の稼働状況は判断できない点に留意	施設基準の届出受理状況（各地方厚生局）
③介護系の施設数	・介護保険施設数 ・介護事業所施設数	介護サービス施設・事業所調査　厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
④介護系の施設数	・個別物件の登録情報のダウンロードが可能 ※集計は困難	サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム https://www.satsuki-jutaku.jp/index.php
⑤患者数	・往診を受けた患者数 ※都道府県別、二次医療圏別のみ	患者調査　厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html

出典：令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」『在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き』,日本能率協会総合研究所,2025

［発行日］令和8年（2026）年3月31日
［発行］　株式会社 日本能率協会総合研究所　福祉・医療・労働政策研究部
［制作］　アドバンスクリエイト株式会社
［デザイン］株式会社ファントムグラフィックス

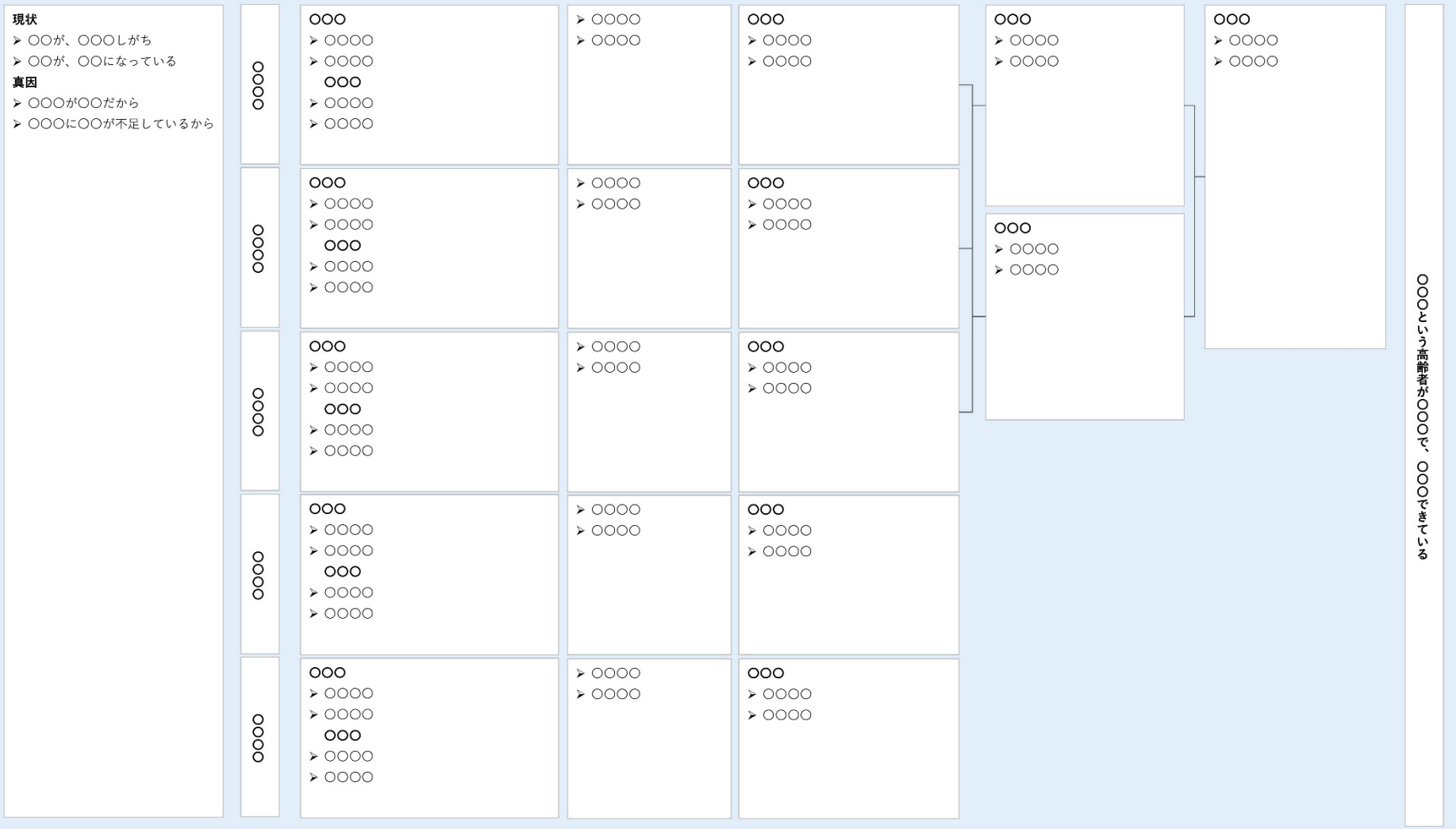
①状態像シート（対象とする典型的な高齢者像）

因子	強み（＋因子）	弱み（－因子）
高齢者本人（身体状況、生活行為、性格、趣味・嗜好、特技・経験等）	記入例 ・〇〇はできている ・〇〇は苦ではない ・〇〇を持っている ・元気な頃は〇〇をしていた	記入例 ・〇〇はしていない、できない ・〇〇しがち、〇〇の状態になってしまっている ・〇〇は好きではない、好まない ・〇〇は持っていない ・〇〇の自信、意欲はない
高齢者を取り巻く周囲（家族、友人や近所等の交友関係、居住環境）	記入例 ・家族は〇〇してくれている ・友人は〇〇してくれる ・近所の人とは〇〇している ・専門職は〇〇してくれる ・介護事業者は〇〇〇がある ・医療機関は〇〇〇がある ・自宅前は〇〇になっている ・自宅は〇〇という環境にある ・〇〇〇という制度を利用できる	記入例 ・配偶者は他界している ・息子・娘は〇〇に住んでいて、たまにしか来れない ・友人は〇〇で、今は〇〇していない ・近所の人とは〇〇する程度 ・専門職は〇〇してくれない、不足している ・介護事業者は〇〇〇のみ、不足している ・医療機関は〇〇〇のみ、不足している ・自宅前は〇〇になっている ・自宅は〇〇という環境にある ・〇〇〇という制度がない、利用しにくい

②課題整理シート

【①ありたい状態・目指す姿】	【②現状】	【③真因】
誰が（高齢者やそれを支える人・地域等）、どんな状態だったらうまくいったと言えるのか **※こんな地域にしていきたいという自分たちの意志も含む**	**ありたい状態であればよいのに、現状は、誰に（高齢者やそれを支える人・地域等）どんな望ましくない状況があるのか**	**「①ありたい姿」であればよいのに、なぜ「②現状」になってしまっているのか、根本的な原因は何か**
記入例 ・高齢者が、〇〇〇している ・家族は、〇〇〇できている ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇できている ・事業所（専門職）は、〇〇〇している ・医療機関は、〇〇している ・市（保険者）は、〇〇〇できている	記入例 ・高齢者が、〇〇〇という状態にある ・家族は、〇〇〇しがち ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇〇せざるを得ない、〇〇になってしまっている ・事業所（専門職）は、〇〇〇しがち ・医療機関は、〇〇になっている、〇〇ができていない ・市（保険者）は、〇〇〇ができていない	・高齢者は、〇〇という心理がある ・家族は、〇〇に対する理解が不足している ・地域包括支援センター（ケアマネジャー）は、〇〇〇で余裕がない ・事業所は、〇〇〇が不足している ・医療機関は、〇〇〇の経験が不足している ・市（保険者）は、〇〇〇が不足している

③課題解決ストーリー（ロジックモデル）【効果発現経路】



厚生労働省委託事業

在宅医療・介護連携推進支援事業

ー 事業報告書 ー

令和８年３月

株式会社　日本能率協会総合研究所