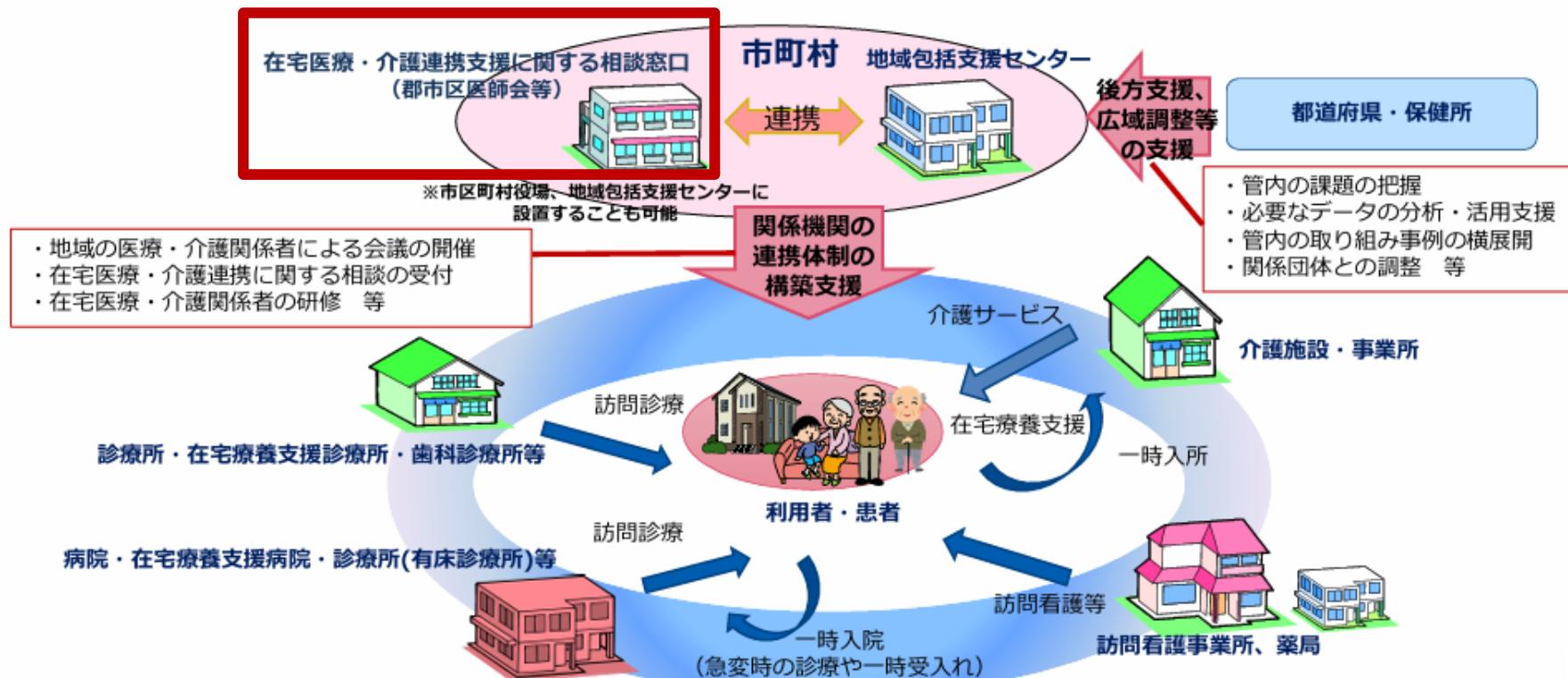


「在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブック」の作成と取組事例の紹介

一般社団法人 新潟市医師会 医療課長 斎川 克之

在宅医療・介護連携の推進

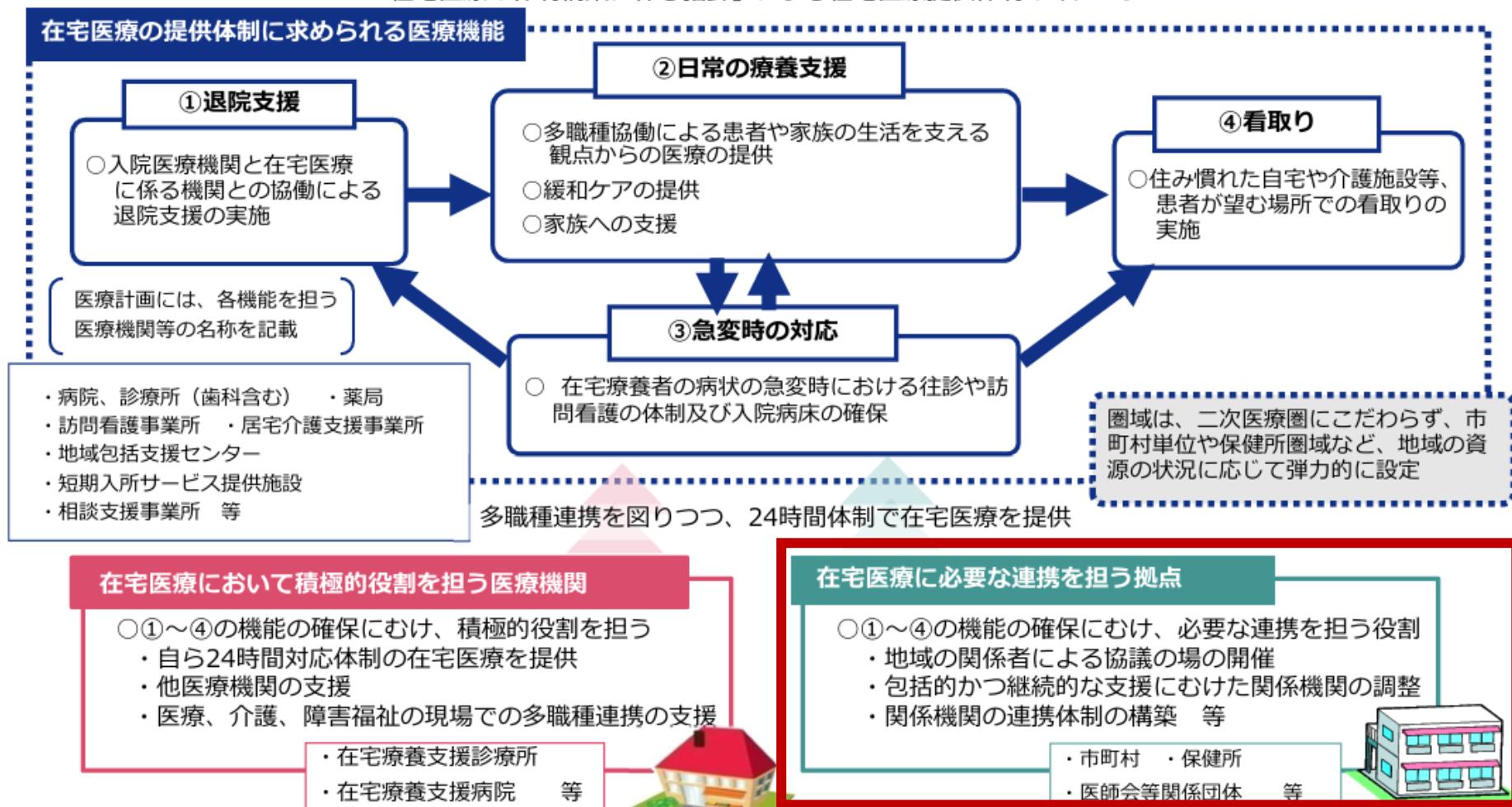
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受け入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、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。



在宅医療の体制について

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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



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

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

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

日常の療養支援

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

入院・退院支援

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

急変時の対応

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

看取り

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

地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は
高齢者に限らない

在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

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

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

在宅医療・介護連携推進事業

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

【実施主体】市町村

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

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

協議の場立ち上げのポイント

協議の場を円滑に立ち上げていくためには、既存会議の活用も視野に入れながら、地域のかかりつけ医機能に係る実態を把握している地域のキーパーソンに相談・参画してもらうことが重要です。

既存の場で同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認

都道府県、市町村、医師会等の主体は問わず、また介護分野も含めた会議体の現状把握が重要

(例)地域医療構想調整会議や在宅医療・介護連携会議など

①活用できる既存の会議体がある

②活用できる既存の会議体がない

参加者についても追加・変更する必要があるか検討

地域の具体的な課題や具体的方策について協議可能か精査が必要

都道府県の介護部局、市町村や
医療・介護関係者等と相談しながら、
協議の場の在り方を検討し、
新たな協議の場の立ち上げを含め検討

協議を円滑に進めるためには、協議の目的・内容に応じた「**地域のキーパーソン**」に
相談・参画してもらうことが重要

かかりつけ医機能の調整役（コーディネーター）について

かかりつけ医機能に係る協議の場の運営や具体的方策等を円滑に実施するために、地域の関係者との調整役（コーディネーター）を設け、進めてくことも考えられます。

コーディネーターの定義

- ・ 地域において必要なかかりつけ医機能を確保するためのコーディネート機能を果たす者

コーディネーターに期待される役割

- ・ 地域の医療・介護関係者等との調整やかかりつけ医機能報告制度を運用する都道府県に対する助言等の支援を行うなど、主に、かかりつけ医機能報告制度に基づく協議の場の運営や協議結果に基づく具体的方策の円滑な推進に寄与すること
- ・ 都道府県がかかりつけ医機能報告制度に基づく業務を円滑に行うために、地域の医療・介護関係者等とのコーディネート機能を適切に担うことができる者であること

コーディネーターに求められる要件

- ※ 特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、保健師、看護師等の医療に係る国家資格を有する者や医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であることが望ましい
- ※ かかりつけ医機能報告制度や医療計画制度等をはじめとする医療制度への理解があり、地域の関係団体や医療・介護等の専門職と調整できる立場の者であることが望ましい
- ※ 各地域における課題の把握や分析、具体的方策の検討・実施において、都道府県への助言や提案等ができる者であることが望ましい

コーディネーターの配置体制

- ・ コーディネーターの配置については、各地域の実情を踏まえて柔軟に検討することが必要

※「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（令和7年6月30日付医政地発0630第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）において、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するために、協議の場の運営支援や協議結果に基づく具体的方策の実施に向けた地域関係者との調整を行う者の確保に必要な経費についての取扱いをお示ししているので、適宜参照されたい。

コーディネーターハンドブック

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—



令和7年（2025年）3月

厚生労働省
老健局老人保健課

目次

第1章 コーディネーターの概要	2
1. はじめに	2
2. コーディネーターに係る近年の動向	3
3. コーディネーターとは	3
第2章 コーディネーターに求められる能力や配置体制	6
1. コーディネーターに求められる能力	6
2. コーディネーターの配置体制	7
第3章 コーディネーターの活用に際して自治体が実施すべき事項	12
1. 市町村	12
2. 都道府県	13
第4章 コーディネーターに獲得が望まれる知識	15
1. 地域資源の状態の把握	15
2. 医療と介護の基礎知識の取得	15
第5章 コーディネーターの効果的な業務の推進	16
1. コーディネーターの相談支援を地域課題の解決に活用する方策	17
2. コーディネーターの相談支援以外の業務例	37
第6章 コーディネーターの効果的・効率的な育成	39
1. 効果的・効率的な育成の検討	39
2. 研修会の開催	40
第7章 コーディネーターの活躍されている事例	44
第8章 参考資料	56

コーディネーターハンドブックの発出の背景

① 制度的背景：事業開始から10年、次の段階へ

- ・「在宅医療・介護連携推進事業」は、制度開始から約10年が経過。
- ・全国の自治体で事業体制は整ってきたが、取組内容や成果には地域差が顕著。
- ・特に「コーディネーター」の位置づけ・役割・人材育成について、明確な整理がなかった。
- ・第8次医療計画・第9期介護保険事業計画の連動期を迎え、PDCAの実効性と“見える化”が求められる段階に入った。

② 現場の実態：相談支援等が“点”で終わっている

- ・令和5年度の厚労省調査では、自治体・コーディネーター双方から次の課題が多く指摘された。
→「相談内容の分析が不十分で、施策化に繋がらない」「連携会議や情報共有が形骸化」「人材の経験差が大きく、活動が属人的」
- ・“相談窓口”“研修会開催”に留まり、地域課題の発見・政策提案までつながっていない実情がある。
- ・このため、現場で何を成果とし、どう地域を動かすかの共通フレームが必要となつた。

コーディネーターハンドブックの発出の背景

③ 政策的背景：国が示すべき“共通言語”的必要性

- ・第8次医療計画では、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が明記され、また令和7年度からは、「かかりつけ医機能報告制度」の開始など、地域完結型医療への移行が本格化している。
- ・医療・介護・行政の協働を支える“中間支援機能”として、コーディネーターの役割が再定義されるタイミングにあった。
- ・こうした背景から、有識者・自治体・現場の意見を踏まえてコーディネーターの役割・能力・行動原則を体系化。
- ・その成果としてまとめられたのが→『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』である。

④ ハンドブックの使命：現場の相談や連携調整業務から施策を生み出す「しくみ」を全国共通理解へ

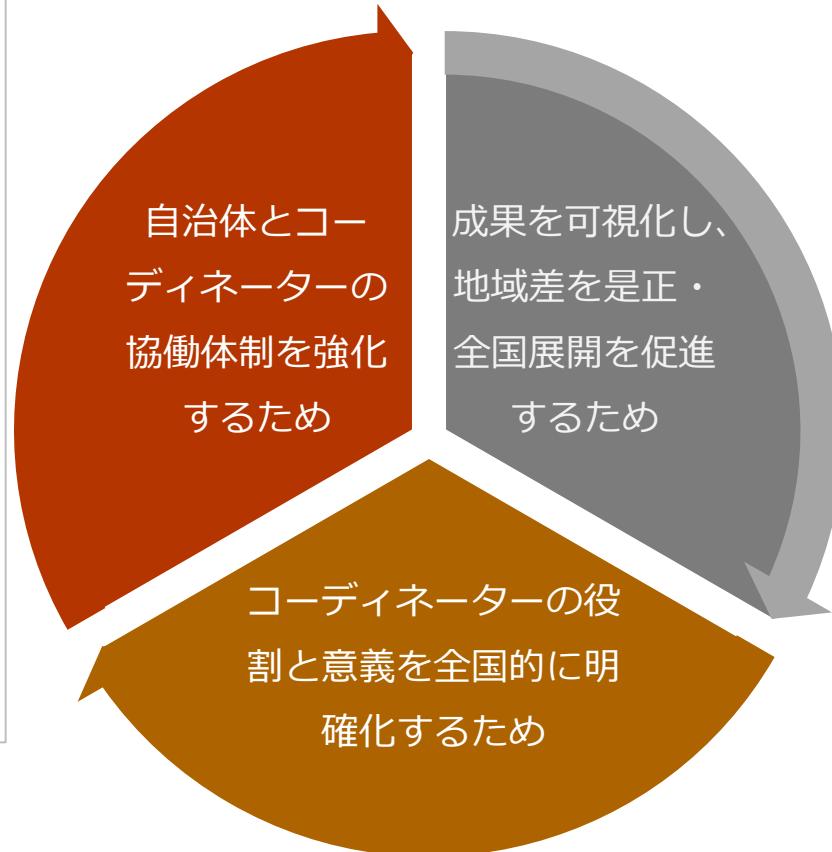
- ・コーディネーターの役割、機能を整理する。
- ・現場での相談・連携調整の蓄積を、地域課題の分析・政策化につなげる、活かす。
- ・行政と現場が共通のまなざしコーディネーター、コーディネート機能を理解し、地域差を縮める。
- ・先行事例を共有し、全国展開を促進する。

コーディネーターハンドブックの発出の目的

①コーディネーターを単独の相談窓口担当、連携調整役に留めず、行政や関係機関とともに地域課題を分析・施策化する推進役として位置づける。

②自治体職員がコーディネーターと連携しやすくなるよう、体制整備・情報共有・マネジメントのあり方を提示。

③事業の「成果を生むPDCAサイクル」を行政とコーディネーターが協働で回すことを重視。



①相談事例の類型化やデータの活用を通じて、地域課題を可視化・共有し、エビデンスに基づく改善を推進。

②全国の先行事例を整理し、他地域が学び取れる共通フレームとして示す。

③都道府県・市町村が地域の成熟度に応じた支援を行えるよう、実践的な指針・参考モデルを提供。

①コーディネーターの基本的な役割を示す（相談支援・連携調整・課題抽出・施策協働）。

②求められる能力や行動原則（合意形成・ファシリテート・分析力など）を整理し、全国で共通理解を得ることを目的とする。

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割等

コーディネーターの定義

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

コーディネーターに期待される役割

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

コーディネーターの配置方針

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

コーディネーターに求められる要件

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

コーディネーターに期待される具体的役割の例

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

コーディネーターに期待される能力の例

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

在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



②自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携

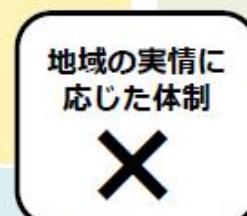


<対象自治体>

①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県

A県

市町村

B県

<ネットワーク>

【基幹的コーディネーターの定義・役割】

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

【現場的コーディネーターの定義・役割】

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

都道府県の基幹的
コーディネーター

市町村の基幹的
コーディネーター

都道府県の現場的
コーディネーター

市町村の現場的
コーディネーター

事例 1：釜石市

項目	内容
地域の特徴	<ul style="list-style-type: none">・岩手県沿岸部に位置する中山間地域（人口約3万人、最盛期はS38年の9万人）。・東日本大震災を契機に、医師会派遣のアドバイザーを迎へ、地域包括ケアの基盤整備を推進。・市役所保健福祉部内に、在宅医療・介護連携を担当する「地域包括ケア推進課」を設置。
取組の概要	<ul style="list-style-type: none">・行政担当者がコーディネーターとして「在宅医療連携拠点チームかまいし」が設置。・職種毎（機関毎）の“連携の課題”把握と、課題解決支援等により職能団体等が主体となった取組や関係機関連携を推進。・コーディネーターが相談から連携課題抽出、施策化・実施までを協働して支援。・行政組織内外で、保健・医療・介護・福祉を一体的に推進する体制を構築。
主な取組内容	<ul style="list-style-type: none">・一次（同職種）、二次（職種間）、三次（多職種集合）という階層的連携モデルを展開。・コーディネーターと医師会アドバイザーによる定例会を開催、具体的な課題解決策等を協議。・一次連携や相談対応を通じて把握した課題を可視化し、課題解決支援策の案に反映。・連携拠点と職能団体等関係機関の協働による研修会や情報交換会の開催。
成果・効果	<ul style="list-style-type: none">・患者利用者の生活の質向上に向けた、多職種間の顔（腕・腹）の見える関係性の構築が推進。・職能団体や関係機関が主体となった包括ケア連携推進の取組が推進。・段階的なネットワーク構築により、医療・介護の多職種協働が深化。・行政部局間の壁を越えた協働体制が確立し、庁内連携が強化。
今後の展開	<ul style="list-style-type: none">・在宅医療連携拠点から地域包括ケア連携拠点（担う拠点機能含む）へ。・協働体制の持続的な運営と人材育成の強化。・コーディネーターの役割を明確化し、後進育成を通じて連携力を継承。・他の地域支援事業と連動した取組を推進することで包括的な相談支援体制を強化。

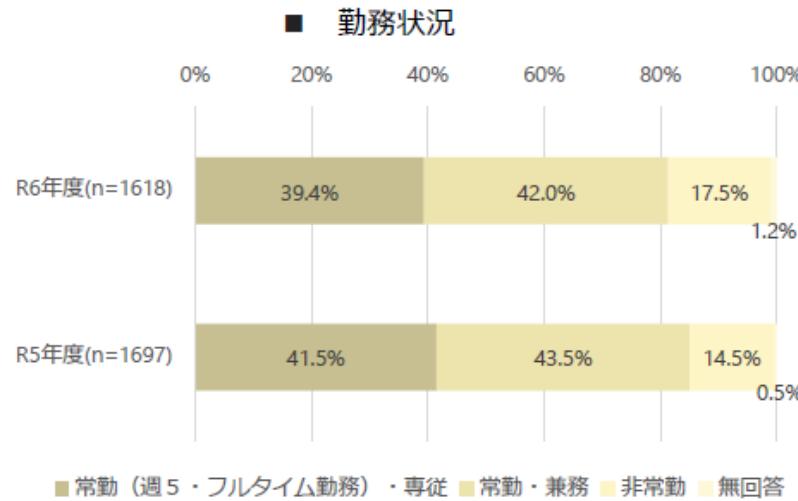
事例2：飯塚市、嘉麻市、桂川町

項目	内容
地域の特徴	<ul style="list-style-type: none">福岡県中部の中核都市（人口約17万人）。医師会と行政が密接に連携し、在宅医療・介護連携推進事業を展開。医師会が運営主体となり、行政と一緒に「いいづか地域包括ケア推進センター」を設置。
取組の概要	<ul style="list-style-type: none">コーディネーターは「飯塚病院（地域医療支援病院）」から「いいづか地域包括ケア推進センター」に出向。医師会・行政・病院が三位一体で連携体制を構築。医師会主導の研修・情報共有を定期的に実施し、多職種の関係強化を推進。コーディネーターが医療・介護をつなぐ“ハブ”として活動し、地域課題を抽出・可視化。
主な取組内容	<ul style="list-style-type: none">多職種連携会議・研修を通じて課題共有と解決策の検討。在宅医療・介護関係機関との連携強化（訪問看護・ケアマネ・診療所など）。連携拠点機能を持つ病院及び各職能団体、自治体との協働で、地域の傾向をデータ化して関係者で共有。行政と連携した「在宅医療・介護連携マップ」作成や情報発信を実施。
成果・効果	<ul style="list-style-type: none">医師会と行政の協働により、地域資源が整理され連携効率が向上。多職種間の共通理解が進み、在宅支援体制が定着。課題発見から施策提案への流れが構築され、地域課題の可視化と施策反映が進んだ。
今後の展開	<ul style="list-style-type: none">コーディネーターの人材育成と後継者養成の仕組みづくり。行政・医師会・病院の三者協働体制を継続し、広域的な連携モデルへの発展を目指す。「医療と行政の協働による持続可能な連携」をテーマに、九州圏への横展開を検討。

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 調査結果 抜粋

コーディネーター調査（概要）

- 勤務状況では、R6とR5を比較し、大きな差はみられない
- 所属先では、R6とR5を比較し、大きな差はみられない



<参考>

所属先別では「自治体系」の「常勤・兼務」が66.9%、基幹的コーディネーターの配置有無別では「あり」の「常勤(週5・フルタイム勤務)・専従」が52.6%となっている

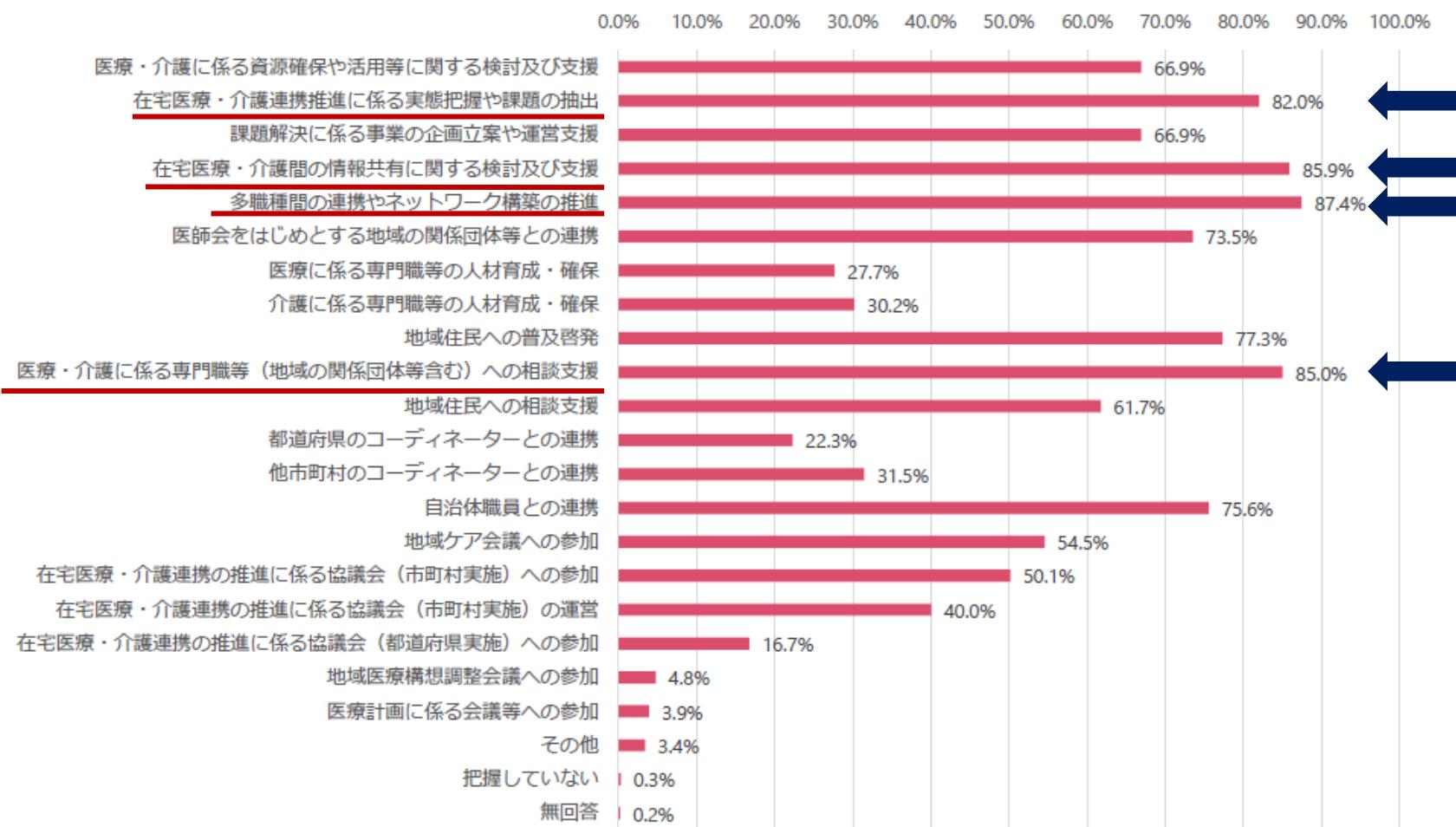
■ 所属先

	R6年度(n=1618)	R5年度(n=1697)
病院(大学病院以外)	13.2%	14.3%
病院(大学病院)	0.7%	
診療所	1.4%	1.6%
薬局	0.1%	0.1%
訪問看護事業所	2.6%	2.7%
医師会	32.5%	33.8%
歯科医師会	0.4%	0.5%
薬剤師会	0.1%	0.0%
看護協会	0.1%	
栄養士会	0.1%	
栄養ケア・ステーション	0.1%	
理学療法士会	0.1%	
作業療法士会	0.1%	
言語聴覚士協会		
リハビリテーション協議会		
都道府県	0.1%	0.0%
保健所	0.5%	0.5%
市町村	13.2%	13.3%
地域包括支援センター	27.3%	25.8%
社会福祉協議会	0.7%	
その他	5.7%	6.9%
無回答	1.2%	0.5%

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 調査結果 抜粋

市町村調査結果（単純集計）

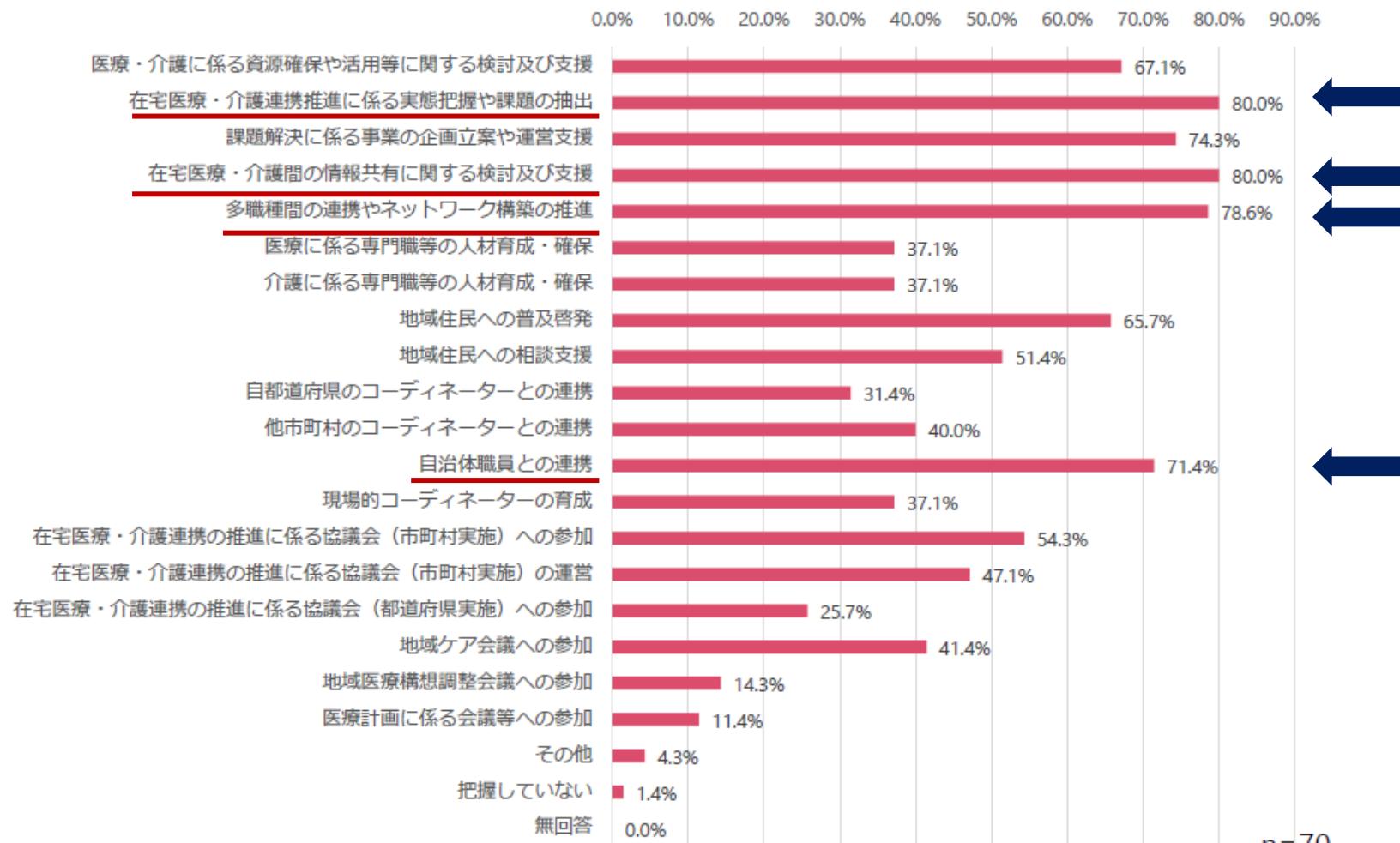
問13-6 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）



令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 調査結果 抜粋

市町村調査結果（単純集計）

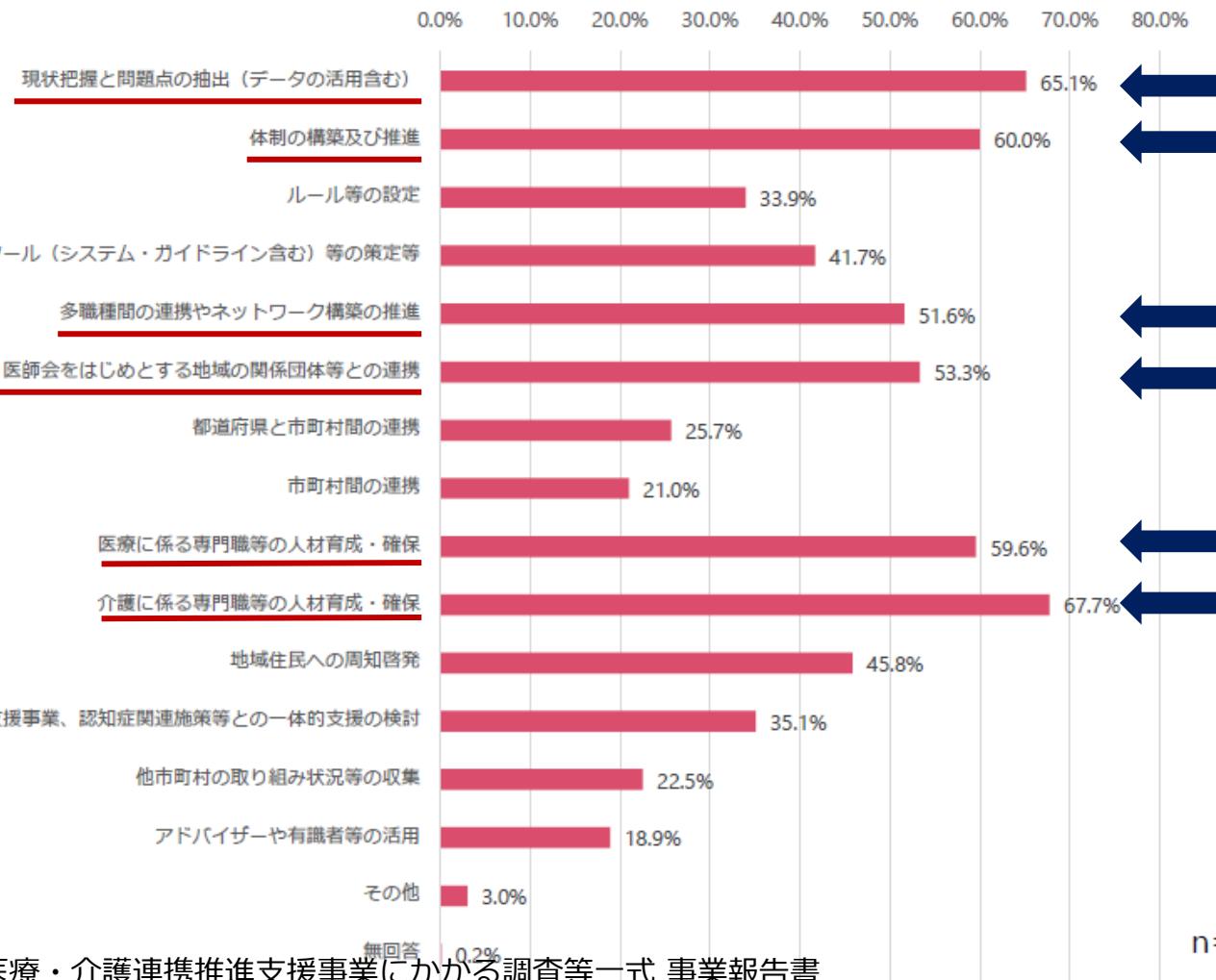
問13-9 問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位の基幹的コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）



令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 調査結果 抜粋

市町村調査結果（単純集計）

問11-1-1 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 あてはまる事項（複数回答）



令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 調査結果 抜粋

市町村調査結果（単純集計）

問13－10 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。

大項目	内容
多機関・多職種の理解促進と改善策	ICTの運用改善を進めたことで、関係者間の理解が深まった。
日常生活調査による高齢者支援	コーディネーターが調査を通して高齢者の生活状況を把握し、適切な支援を実施。
医療専門職の活用	医療機関のMSWや看護師をコーディネーターに起用し、専門的な事業運営が可能となった。
入退院支援での地域間連携	在宅医療介護推進コーディネーターが他地域と共同で入退院支援に取り組み、委託料の節約につながった。
専門知識とネットワークの活用	独自のネットワークを活用した相談支援が効果的で、住民に適切なサービスを提供。
地域住民の健康意識・医療知識の不足	健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある。

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。

大項目	内容
医療・介護連携支援センターの活用	地域内の連携を支援し、スムーズな情報共有を実現。
協議の場の運営で課題共有	多機関間で協議の場を設け、在宅医療と介護の円滑な連携を促進。
在宅医療・介護のスマートな連携	コーディネーターの活動で、医療と介護サービスが一体化して提供された。

※抜粋です

地域課題にどう向き合うか — 自治体とコーディネーターの協働から

「地域が抱える課題」

目指す姿と現実のギャップ

「住民が安心して在宅療養を続けられる地域」を目指す中、現場での課題が浮かび上がる

- ・病院・診療所・訪問看護・ケアマネジャー間の情報共有が断続的で、ICTや共通ツールの活用が十分でない。
- ・夜間・休日の訪問対応、看取り時の連携体制が十分に確立されていない地域がある。
- ・在宅医療の仕組みやメリットが十分に周知されておらず、「自宅で最期まで過ごす」ことへの心理的・実務的なハードルが高い。

つまり、「地域が目指す姿」と「現状」との間に多くのギャップが存在している。

「協働のアプローチ」

課題を共有し協働で解決するしくみへ

- ・ギャップを埋めるには、自治体がコーディネーターと共に現状の「見える化」→「課題分析」→「動かす」循環をつくる。
- ・自治体は「施策の方向性」を示し、コーディネーターは「現場の声」を集約して“課題の言語化を行う”。
- ・両者が協働することで、
①地域課題が政策形成へつながり、
②各職種・機関が参画しやすい協議の場が生まれる。

「共に動かす関係へ」

自治体×コーディネーターが描く次の一步

- ・現場の情報を地域全体の課題分析へつなげる。
- ・施策の立案・評価に現場のデータと声を反映。
- ・協働のプロセスそのものが、地域づくりのエンジンとなる。

「自治体が方向を示し、コーディネーターが現場を結ぶ。その協働が、地域の課題を“共有の成果”へと変えていく。」

当地での目指す姿の共有と実現に向けて

- ・自治体が方向を示し、コーディネーターが現場を結ぶ。
- ・その協働が、「協議の場」等の議論を通じ、地域の課題を“共有の成果”へと変えていく。



自治体職員
(事業主体・政策形成)

地域の関係者の声を事業に反映する。
事業をマネジメントし評価する。



コーディネーター
(通訳機能)



地域の多職種の声を間近で聞き、
地域課題のタネを知る、見つける。
「地域の知恵を集める」

コーディネーターと自治体それぞれの思い（よくある話）

私の悩みを聴いて
もらいたい

事業について学ぶ
場がない

入退院の場面でど
のような専門職がどう
連携しているのか

自治体から具体
的に何を求めら
れているんだろ

どうしたら現場の
連携がよりよくな
るのか

専門職の方はど
ういう考え方をも
て業務をおこ
なっているのか

他のコーディネーター
はどんな風にやってい
るのだろうか

在宅の専門職間の
連携はどのように
やっているのか



コーディネーター



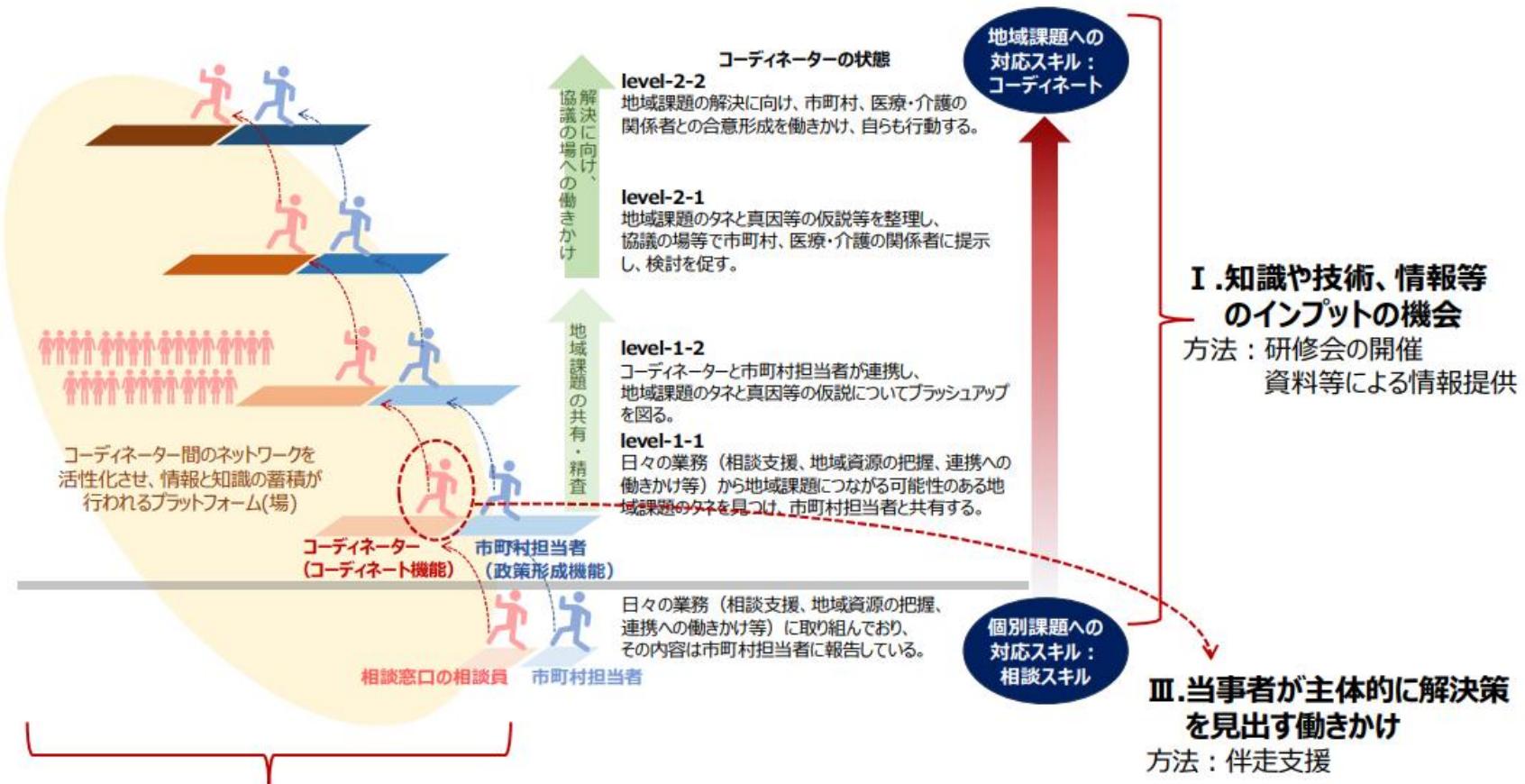
自治体担当者

コーディネーターからの声

課題区分1	課題
1)スキル・人材育成	1. リーダーシップやネットワーキングを含む関係者間の交渉・調整・合意形成に苦労している 2. 情報収集・発信・文書表現力・説明力などが弱く、地域での説得・啓発に必要な力が不足している 3. 医療用語の理解や、介護系出身者が医療分野で活動する際の専門用語の壁がある 4. 住民や多職種への情報提供が不足しており、相談窓口の認知度が低い 5. スーパーバイザー・メンター・横のネットワークの活用が不十分(孤立しやすい) 6. 経験段階に応じたスキルアップ・ラダー制度や育成プログラムが整備されていない 7. 企画・立案力に過大がある(自信が持てない)。
2)自治体との協働・組織運営	8. 自治体と委託先の目的共有・目指す姿の言語化が不十分。委託契約書や仕様書が形骸化している 9. 自治体が「委託したら任せきり」になり、定期的な対話・評価・方向性調整の場がない 10. 自治体内の担当課が分かれており、包括支援センターと在宅医療・介護連携事業の窓口が分断されている 11. 自治体職員の異動による事業継続性の低下・情報等引き継ぎの不十分さ。プロセスの共有・改善につながらない 12. 上司の理解不足や意向により、裁量をもって活動できないことがモチベーション低下の要因 13. 自治体からのデータ・施策情報の提供やフィードバックが乏しい
3)団体との連携	14. 医師会以外の医療職や介護・薬局・通所系など広い職種との連携が弱い 15. 医療側の思いが介護側に届かない、情報の非対称性がある 16. 施設により利用しているICTツールの違いや情報共有の仕組みの未整備が連携を妨げる 17. 二次・三次救急や病院機能の差により、地域連携の仕組みづくりが難航 18. 在宅医療に関心の薄い医師・事業者をどう巻き込むかが課題
4)協議会・ネットワーク運営	19. 協議会が「報告会化」「形骸化」し、自由な議論・課題抽出が進まない 20. 職能団体の意見が十分吸い上げられず、心理的安全性が低い場になっている 21. 地域課題をもとにしたPDCAや計画のアップデートが弱い
5)制度・配置体制	22. コーディネーターの役割定義・評価指標が不明確で、成果が見えにくい 23. 基幹型コーディネーターと現場のコーディネーターの役割整理が不十分 24. 勤務状況や組織運営の差により、人材確保や継続性に課題がある 25. 都道府県間でのデータ提供・広域調整の格差がある
6)その他	26.

出典元) 斎川作成 令和6年度研修会議Ⅲ、令和6年度実態調査結果、コーディネーターハンドブックからのまとめ

コーディネーター支援とスキルアップ



II. 共に考え・共に気づきを得る場

方法：都道府県等広域の単位、有志等によるネットワークを支えるプラットフォーム
(場・土台・システム等) の組成と運営

※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。