令和8年度 在宅医療・介護連携の推進に係る自治体セミナー（東海北陸厚生局管内6県）
令和8（2026）年9月14日 オンライン開催

【資料1】令和8年度在宅医療・介護連携の推進に係る
自治体セミナー及び東海北陸厚生局管内6県意見交換会

在宅医療・介護連携推進事業の継続的な改善へ向けて
～ 目指すべき姿の具体化と PDCA を回すために ～



国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大夛賀政昭

本日の研修会で持ち帰っていただくもの

「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」にむけて、考えるきっかけにできればと思います。

1 **この事業で「何を目指すのか」を自分の言葉で言える**
市町村（行政）の役割は、医師任せ・病院任せ・専門職任せではない。
課題を整理し、関係者を巻き込み、場をつくり、PDCAを回すこと。

2 **目指すべき姿を、定性と定量の両方から具体化できる**
「住み慣れた地域で」だけでは事業にならない。
自地域の資源・需要・住民の意識を重ねて、姿を具体的にする。

3 **在宅医療4場面を、データで自分の地域に引き寄せられる**
本日は、令和4年度のSCR（全国＝100）を使って、皆さんの二次医療圏を実際に読む。

4 **90日で試せる「小さなPDCA」を1つ持ち帰る**
大きなPDCAは回りません。まず1つ、既存の仕組みを変えて試すところから始める。



本日お話しする内容

1. なぜこの在宅医療介護連携推進事業があるのか

2. 事業マネジメント（PDCAの推進）の考え方

3. 在宅医療の４つの場面とは何か

演習　自分の二次医療圏のデータを読む（個人10分＋共有５分）

※ 演習で使う参考資料（6県36圏域のSCR一覧）を、お手元にご用意ください。

4.在宅医療介護連携コーディネーターの現在地

5.事業を進めるため、今後重要な視点

3

1. なぜこの在宅医療介護連携推進事業があるのか

4

介護保険制度の流れと在宅医療・介護連携推進事業

2000年（H11）	• 介護保険制度が創設され、高齢者介護が社会全体で支える仕組みとして制度化される。
2008年（H20）	• 厚生労働省が「地域包括ケア研究会」を設置し、「医療、介護、予防、住まい、生活支援」を一体的に提供する地域包括ケアシステムのコンセプトが明確化される。
2011年（H23）	• 「在宅医療・介護連携推進事業」の前身となる厚生労働省医政局のモデル事業「在宅医療連携拠点事業」が開始される（2012年まで）。
2014年（H26）	• 医療介護総合確保推進法が成立。同年の介護保険法改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が市町村の地域支援事業として法的に位置づけられる。
2015年（H27）	• 改正介護保険法が施行され、各市町村で「在宅医療・介護連携推進事業」が順次開始される。
2018年（H30）	• 全ての市町村で「在宅医療・介護連携推進事業」の実施が義務化される。
2020年（R2）	• 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」が公表され、PDCAサイクルの運用や「日常療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面を意識した考え方が明確化される。
2024年（R6）	• 第9期介護保険事業計画と第8次医療計画が開始。医療計画に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が位置づけられた。（在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携についても記載がなされた。）

5

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、2015～）

○　在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○　介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。

○　実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○　各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○　事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

○　都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

◆ 地域の医療機関の分布、医療機能

◆

談対応が可能な日時等）を調査

◆ 結果を関係者間で共有



現状把握

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

医療と介護の連携/ネットワーク構築

（キ）地域住民への普及啓発

◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催

◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発

◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

課題抽出 改善検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

相談窓口の設置

取組を支援。

（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

医療と介護の連携/ネットワーク構築

（カ）医療・介護関係者の研修

関係者の連携を促進する研修実施

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

変更

平成27年度 地域づくりによる介護予防推進支援事業　第１回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議（H27.5.19）資料１地域包括ケアシステムの構築　P43筆者一部改

在宅医療・介護連携推進事業の2020年における見直し

在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて

令和2年度　全国介護保険担当課長会議資料(抜粋)
令和２年７月31日

○　在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度から全ての市町村で実施されており、約６割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。
　一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、８つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。

○　このような状況を踏まえ、第８期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、以下の通り見直しを予定している。

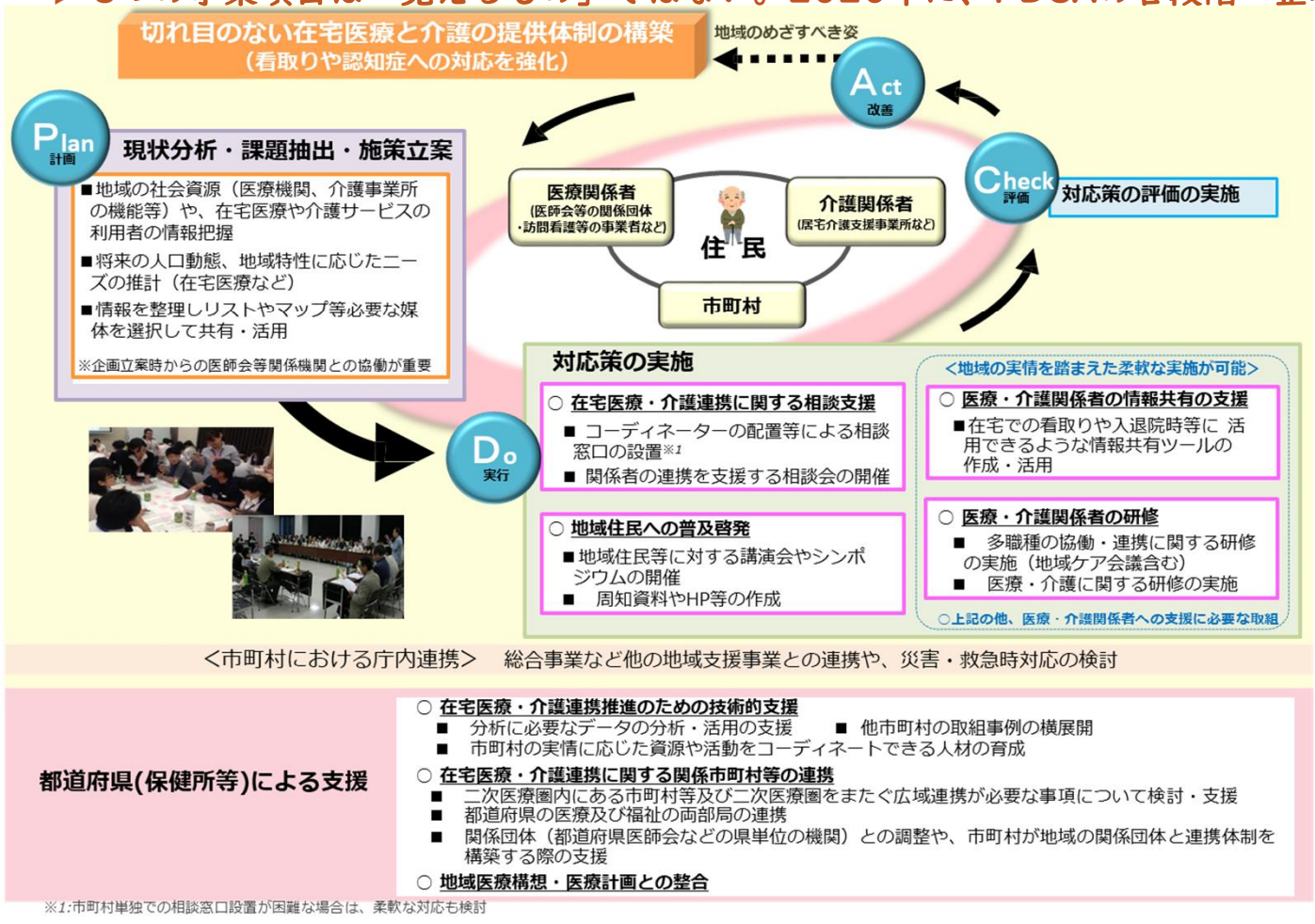
在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し
①　現状規定する８つの事業について、PDCAサイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。
　―　現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化する
　―　地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
　―　他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化
②　手引き等の中で、以下の内容を明確化する。
　―　認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
　―　都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
③　PDCAサイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目例をお示しする予定。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。

手引きver.3が2020年9月に公表され、事業の体系図が更新されるとともに、在宅医療４場面ごとの評価の具体例とデータ項目例が示されることとなった。

厚生労働省老健局老人保健課. 在宅医療・介護連携推進事業について.令和２ 年度 在宅医療・介護連携 推進支援事業 都道府県担当者会議(令和 ２ 年 ９ 月 ３ 日)P16

在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCA（手引きver.3～）

▶ 8つの事業項目は「覚えるもの」ではない。2020年に、PDCAの各段階へ整理し直された。







ver.1 2015年 3月～
ver.2 2017年10月～
ver.3 2020年 9月～
ver.4 2025年 3月～

8

厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver4」https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf P14

市町だけで完結しないもの

事業は市町単位。でも、患者が入院する病院も、搬送先も、在宅医の供給も、市町域を越えている。

すでに「圏域単位」で動いているもの（例）

退院調整ルールの手引き　／　入退院共通連携シート　／　支援マニュアルなど

とある市町村の計画に書かれいること

「町内で入院できる医療機関は1病院のため、町外の医療機関に入院するケースが多い」

「郡外の医療機関との交流機会が少なく、連携が取りにくい場面がある」

「特に市外の病院からは事前情報がない」

市町だけで解けない課題は「できない理由」ではない。
県・圏域に持ち込むべき課題として、仕分ける。

出所）B県「在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和8年度）」を参考に作成。

いま、どこに向かっているか

在宅医療・介護連携は、介護保険の事業でありながら、医療提供体制の政策とつながりつつある。

2024年度～	第9期介護保険事業計画と第8次医療計画が同時に開始。 医療計画に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が位置づけられ、本事業で実施する取組との連携についても記載された。
2025年3月	「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」公表。 あわせて「指標の考え方手引き」が示され、目指す姿から指標を組み立てる考え方が整理された。
これから	新たな地域医療構想の検討が進み、入院医療だけでなく、外来・在宅医療・介護との連携を含めた形へ広がる方向で議論されている。単位は二次医療圏が基本となる。

※　事業の単位は市町村、医療提供体制の単位は二次医療圏。この「ずれ」をどう扱うかが論点。

※ 新たな地域医療構想の策定・開始時期等の制度の詳細は、最新の厚生労働省資料をご確認ください。

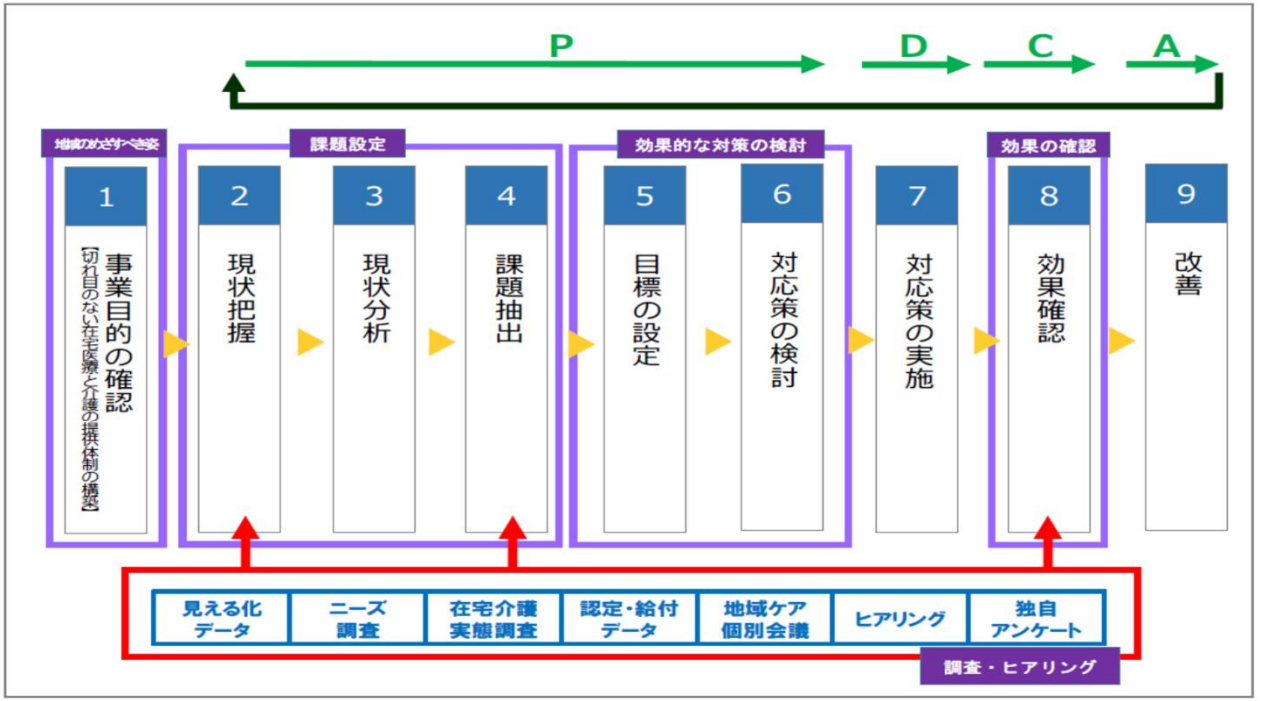
２．事業マネジメント（PDCAの推進）の考え方

PDCAサイクルに沿った取り組み（手引きver.3～）

2. PDCA サイクルに沿った取組

- 地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）はどのようなものかを考えた上で、現状分析、課題抽出、施策立案を行ったうえで、対応策を実施し、評価を行い、理想とする姿へ向かって改善を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進が求められる。
- PDCAサイクルとは、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)を繰り返すことで、業務を継続的に実施・改善していく手法である。
- 具体的には、まずは地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を検討し、関係者等に共有を実施する。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検討することが重要である。
- その上で、地域における現状分析、課題抽出を実施し、対応策を検討・実施する。その際、具体的な実施時期や評価指標等を定め実施する。
- 評価指標等に基づき、実施事項の効果検証し、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等の改善のための検討を実施する。
- 実施にあたっては各局面における、必要な関係者と連携を図ることが重要である。

図 6　PDCA サイクルのイメージ



厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver4」https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf P14～15

PDCAサイクルに沿った取り組みにおけるよくある課題

2024年度の実態調査（市町村票）での、「在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題」で、「現状把握と問題点の抽出（データ活用を含む）」が20.0%で最も高い（15項目中）※

＝現状においてもなお事業評価やPDCAサイクルの沿った取り組みは課題。



・目指すべき姿や目標と事業の目的が対応していない。
・現時点行われている事業も実績は記録しているが効果はわからない。

評価改善 → 現状把握



・指標（例）が多すぎる。
・どのようにデータを扱ったらいいかわからない。
・ヒアリングだけでは、他市との比較が難しい。

現状把握 → 課題抽出



・事業につながる課題分析の軸がわからない。
・データが提示されてもどのように課題抽出したらいいかわからない。

課題抽出 → 事業実施



・明らかになった課題をどのように新規の施策につなげればいいかわからない。
・課題は感じるが、現時点の事業も思うように実施できていない。

事業実施 → 評価改善

※厚生労働省老健局老人保健課．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業にかかる調査等一式＜事業報告書＞令和 7（2025）年3月,P128

いちばん大事な問いの立て方

× よくある問いの立て方

「今年は何をやろうか」

・昨年と同じ研修会を開く

・国が示す8事業項目を埋める

・4場面の表を埋める

○ 本日おすすめする問いの立て方

「この地域は、どうなりたいのか」

・住民は、どこで最期を迎えたいのか

・その希望と、いまの実態はどれだけ離れているか

・その差を埋めるには、何が足りないのか

4場面の表を「埋めること」が目的ではない

- 地域の課題は何か
- 現場は、何に困っているのか
- いま出している解決策は、その課題に本当に効くのか

例)「訪問看護が少ない」「在宅医が少ない」という課題に対して、解決策が「研修会の開催」になっていないか。

課題抽出のときに立てる3つの問い

1	誰が困っているか	本人・家族か、専門職か、行政か。主語を1つに絞ると、打ち手が変わります
2	何がボトルネックか	「知らない」のか、「伝わらない」のか、「そもそも足りない」のか。この3つは対策が全く違います
3	その打ち手は、そのボトルネックに効くか	資源が足りない課題に研修会を開いても、資源は増えません

ボトルネックの3類型と、効く打ち手

知らない（認知）	住民・専門職への普及啓発、相談窓口の周知 → 研修・広報が効く
伝わらない（連携）	情報共有のタイミングと様式、役割分担のルール → ルールの見直しと定着が効く
足りない（資源）	広域化、既存資源の優先利用、役割分担の組み替え、県への支援要請 → 研修では効かない

【指標の考え方手引き】手引きの位置づけ



市町村において指標を設定する際のポイントを整理し、指標の選択方法等の考え方を示しています。

各地域の実情に応じて選択される指標は異なるため、関係者との協議を通じて設定しましょう※。

このとき、指標の設定や指標の正確さに終始するのではなく、在宅医療・介護連携推進事業をともに進める関係者が、同じ方向に向かって取組を推進していくことが重要です。既に指標を設定されている場合には、その指標の適正さを再点検するために活用しましょう。

また、まだ指標を設定されていない場合には、政策目標の実現に向けた取組の一環として活用してください。

※まずは、手引きの考え方に沿って、事業評価に取り組んでみることが重要。
まだ事業評価に着手できていない場合、介護保険事業計画策定をきっかけとするなどして、まずは市町村関係者を中心に検討を進めてみることも重要。



資料出所）在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き．　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（株式会社日本能率協会総合研究所）」ＰＩ

目指すべき姿は、2種類の情報を重ねてつくる

定性 — 聞いてわかること

- 地域ケア会議や専門職へのヒアリングでの気づき
- 「看取りに対する専門職の意識に差がある」
- 「○○地区では住民同士の助け合いができている」
- 「○○先生は、昔から診ている患者なら訪問する」
- 「ヘルパーが対応できないことがある」

定量 — 数えてわかること

- 高齢者人口の推移、将来推計（2040年）
- 死亡者数・死亡場所の推移
- 住民が希望する最期の場所（ニーズ調査）
- 医療・介護サービスの提供事業所数
- 医療・介護レセプトによる提供量（本日のSCR）

どちらか一方では足りない

定性だけだと「声の大きい人の意見」に引っぱられる。
定量だけだと「なぜそうなっているか」がわからないことが多い。数字を出発点にして現場に確かめる、という順番が現実的。

出所）「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社日本能率協会総合研究所）P5 を参考に作成。

提供体制と住民の希望のギャップを見る（私案）

「提供体制はどうか」×「住民は何を望んでいるか」の2軸で、地域の型を確かめる。

医療機関ベース地域 医療資源は多いが介護資源が少ない	在宅サービスと医療機関の連携で、医療機関での看取りも加味して最期を迎える
在宅医療・在宅介護地域 医療も介護も資源が限られる	在宅医療・介護サービスの連携で、安心して地域で亡くなることを目指す
介護施設ベース地域 介護資源は多いが医療資源が少ない	在宅サービスと介護施設の連携で、施設での看取りも加味して最期を迎える
医療機関・介護施設・在宅混合 医療も介護も比較的そろっている	選択肢が多い分、どこにつなぐかの調整機能が重要になる

※　自地域がどの型かを決めることが、目指すべき姿を「住み慣れた地域で」を具体的にする

出所）大夛賀政昭「データを活用した在宅医療介護連携推進事業における評価を考える」令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 研修会（令和7年3月7日）を一部改変。

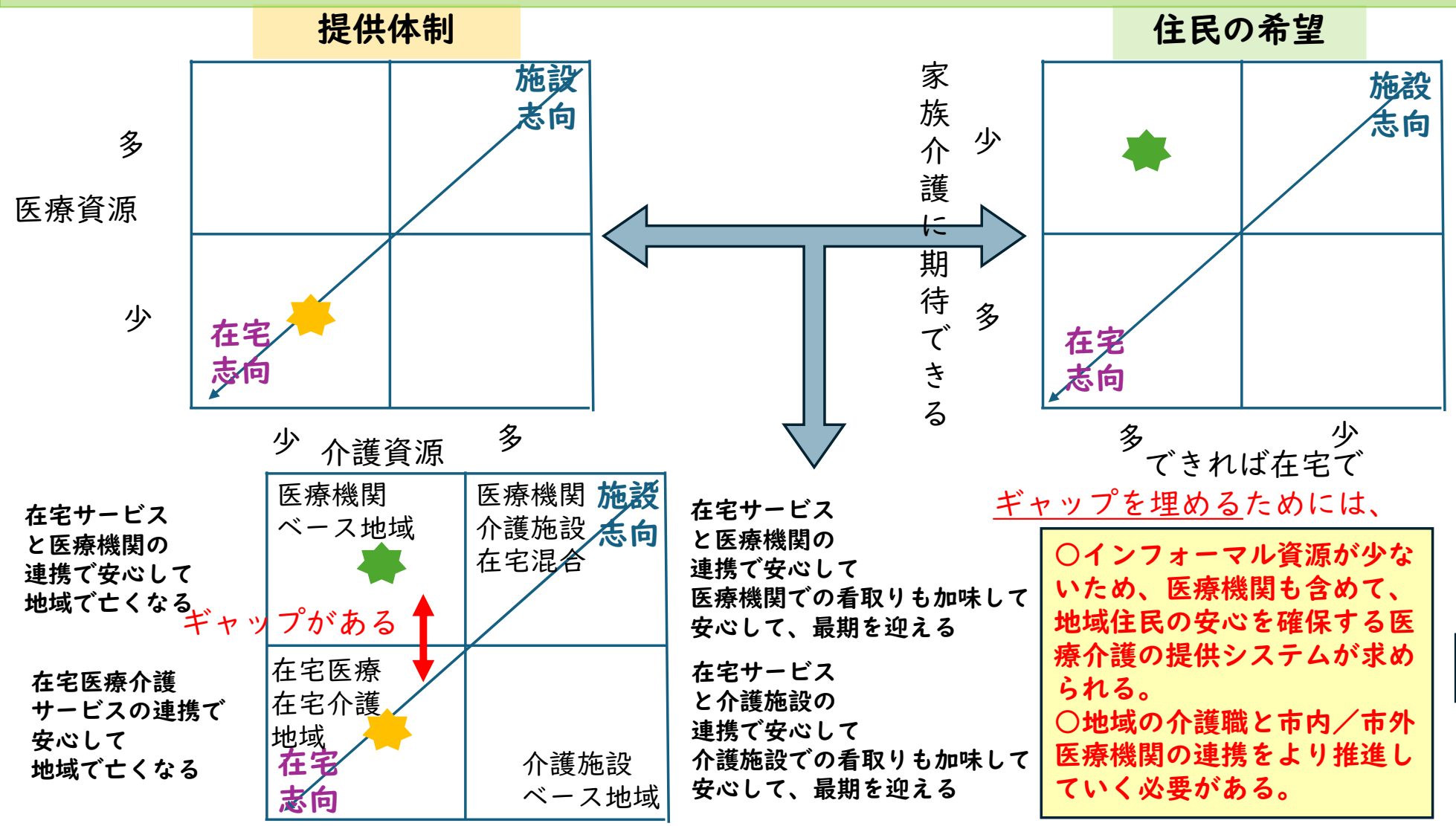
目指すべき姿の検討にあたっての情報整理ーわかりやすく地域情報を捉える（私案）

提供体制（医療）		医療機関	多・中・**少**／不明	主観／両方／**客観** （ソース　　）
		在宅医療機関 （在宅歯科機関）	多・**中**・少／不明	主観／両方／**客観** （ソース　　）
提供体制（介護）		介護施設／ 居住施設	多・**中**・少／不明	主観／両方／**客観** （ソース　　）
		居宅介護 （訪問介護／通所介護／訪問看護，etc）	多・中・**少**／不明	主観／両方／**客観** （ソース　　）
プロセス（連携）		専門職間の連携 （病病／病診／病介／診介，etc ）	多・中・**少**／不明	**主観**／両方／客観 （ソース　　）
住民意識		住民の意識 （地域or在宅志向）	多・**中**・少／不明	**主観**／両方／客観 （ソース　　）

19

大夛賀政昭．データを活用した在宅医療介護連携推進事業における評価を考える．令和６年度在宅医療・介護連携推進事業　研修会（令和７年３月７日）一部修正

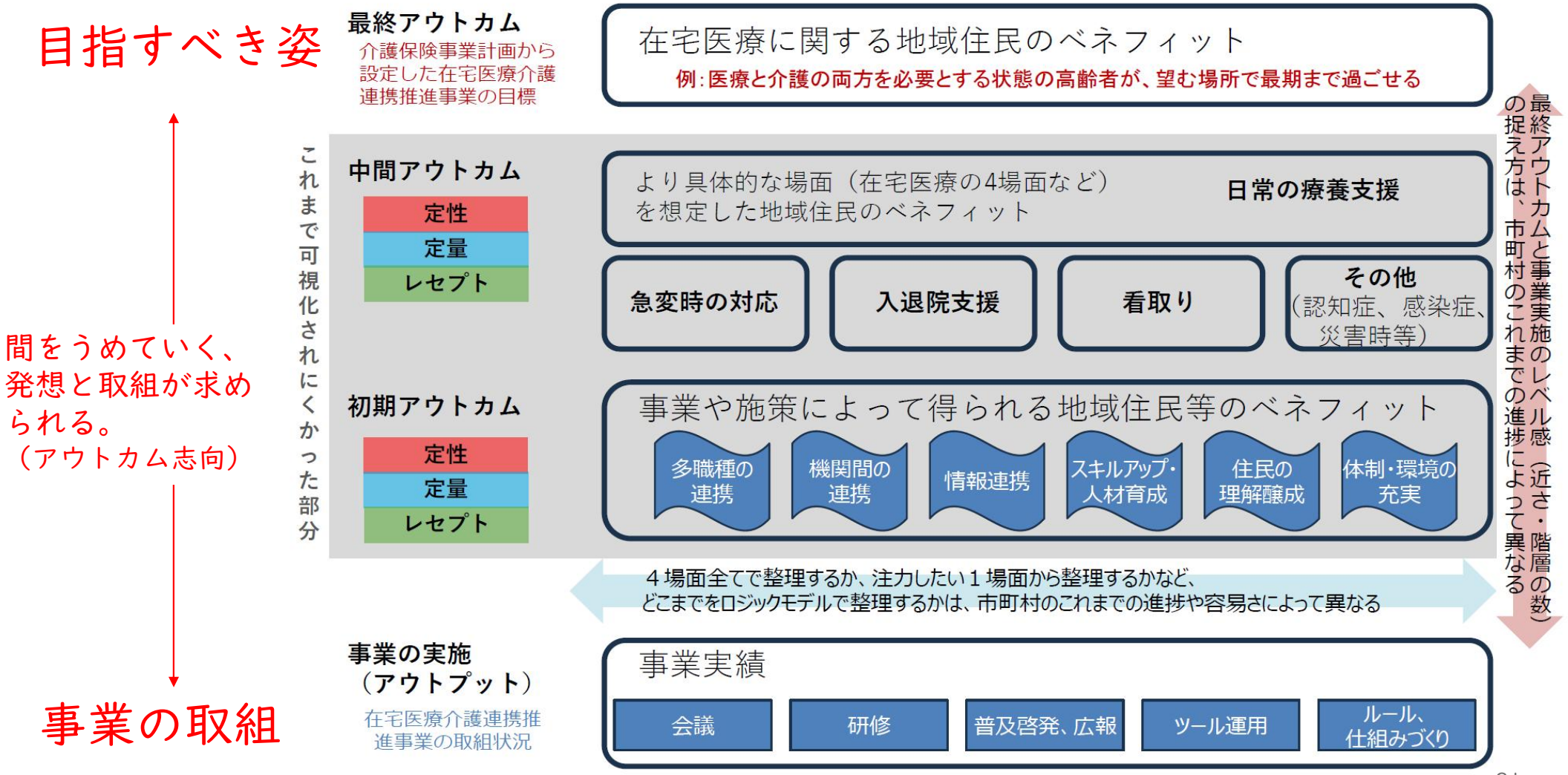
目指すべき姿の検討にあたっての情報整理ーわかりやすく地域情報を捉える（私案）



大夛賀政昭．データを活用した在宅医療介護連携推進事業における評価を考える．令和６年度在宅医療・介護連携推進事業　研修会（令和７年３月７日）一部修正

20

【指標の考え方手引き】アウトカムと既存事業のつながりの整理テンプレート



資料出所）在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き．　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（株式会社日本能率協会総合研究所）」P11

アウトプットと アウトカム

「やったこと」と「変わったこと」は異なる。

アウトプット（やったこと・活動量）

- 研修会を2回開催した
- 参加者が100人だった
- エンディングノートを300冊配った
- 救急医療情報キットを全戸に配布した
- 会議を4回開催した

アウトカム（変わったこと）

- 退院の連絡が3日前までに来るようになった
- 「誰に相談すればよいか」が分かる人が増えた
- 家族と話したことがある人が増えた
- 救急隊が本人情報を見つけられるようになった
- 会議で出た課題が1つ、事業に変わった

※　全国調査でも「現状把握と問題点の抽出」が課題の第1位（20.0%）。

出所）B県調査（令和8年度）を講師が集計／厚生労働省老健局老人保健課「令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業にかかる調査等一式＜事業報告書＞」2025年3月。

2040年を見据えると、何が変わるのか

いまの体制を前提にした計画では足りない、という前提を共有する。

医療・介護の需要	後期高齢者の増加により、訪問診療・訪問看護・看取りの需要は今後も増える見込み	増える
生産年齢人口	支え手となる世代が減少し、医療・介護の担い手確保が難しくなる	減る
医療資源	診療所医師の高齢化と後継者問題により、在宅医療を担う医療機関が減る地域がある	減る地域あり
介護資源	訪問介護事業所の休止・閉鎖が各地で生じている	減る地域あり

「需要は増え、担い手は減る」。
だからこそ、いまある資源をどう組み合わせるかを設計する必要がある（JMAPのデータや医療SCRなど）。

※ 個別の推計値は、各県・各市町村の将来人口推計および介護保険事業計画の値をご確認ください。