４.在宅医療介護連携コーディネーターの現在地

市町村（行政）の役割とは何か

医師任せ・病院任せ・専門職任せでは、この事業は動かない。

課題を整理する
現場の困りごとを、データと肌感覚の両方で確かめ、「何がボトルネックか」を言語化する

関係者を巻き込む
医師会・病院・訪問看護・介護事業所・消防・住民。誰と話す必要があるかを決めるのは行政の仕事

場をつくる
協議の場、担当者会議、多職種連携会議。話し合いが起きる場を用意し、続ける

PDCAを回す
やったことで終わらせず、変わったかを確かめ、次を決める

※ 専門職は「医療・介護を提供する」役割を持っている。行政にしかできないと考えられる4つを示す。

在宅医療介護連携推進事業にかかる実態調査について

○ここ数年間、在宅医療介護連携推進支援事業の一環として、在宅医療介護連携推進事業の実施状況を把握し、今後の事業の在り方の検討の基礎資料とするため、市町村・都道府県担当者を対象とした調査が実施されている。

○令和6年度調査においては、令和5年度の定義に基づき「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）」を対象とした調査が実施された（令和５年度も実施）。
※調査対象：コーディネーターを配置している都道府県、市区町村
　回収調査票：都道府県コーディネーター21名、市町村コーディネーター1597名（計1618名）

○調査実施期間：令和６年８月23日（金） ～ 11月22日（金）

○主な調査項目：コーディネーターの保有資格、所属、活動圏域、直営／委託、常勤／非常勤
業務内容、活動するうえでの課題、研修ニーズ、多職種連携の状況

厚生労働省老健局老人保健課. 厚生労働省委託事業　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
調査概要P21、コーディネータ調査P97～P113 https://www.mhlw.go.jp/content/001505060.pdf

→ 昨年度実施されたコーディネーター調査結果を分析することで、
コーディネーター業務の今後を展望する。

（参考）在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの定義等

参考

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。

厚生労働省老健局老人保健課. 厚生労働省委託事業　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

コーディネーターの現在地：活動実態プロファイル

コーディネーターの属性①：勤務形態と所属先

市町村データ（N=1597）を集計した結果、コーディネーターの配置状況は「兼務」が最も多く、
所属先も「多様」であることが明らかになった。

分析1：勤務形態 (問1)

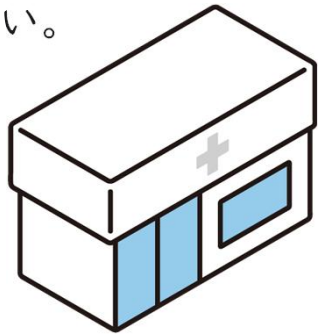
全国の市町村コーディネーターの勤務形態は、「常勤・兼務」が 42.1% と最も多く、「常勤・専従」の 39.7% を僅かに上回っている。非常勤は17.0%。

→コーディネーター業務に100%専従できている者は全体の4割に満たず、大多数（約6割）が他の業務と兼務、あるいは非常勤であるという実態。 特に市町村や地域包括支援センター所属者（自治体系）では、「常勤・兼務」の割合が 66.9% に達しており、行政や包括の本務と兼任しているケースが多いことが示唆される。

分析2：所属先 (問2)

全国の市町村コーディネーターの所属先は、極めて多様であり、特定の機関に集約されていない。
主な所属先は以下の通り。

1. **医師会**: 32.5% （職能団体系）
2. **地域包括支援センター**: 27.3% （自治体系）
3. **市町村**: 13.2% （自治体系）
4. **病院（大学病院以外）**: 13.2% （医療機関系）
5. その他：12.6%



→この多様性は、連携の「ハブ」として機能する上で両義的な側面を持つ。 ただし、異なる所属先のコーディネーター間での「連携」が確保されなければ、個人の「孤立」を招くリスクも内包している。 52

コーディネーターの現在地：活動実態プロファイル

コーディネーターの属性②：専門性と活動圏域

分析3：保有資格 (問3、複数回答)

集計結果から、市町村コーディネーター（N=1597）は医療または介護・福祉の高度な専門職が中核を担っていることがわかる。

保有資格	保有率
看護師	47.8%
介護支援専門員	39.1%
社会福祉士	24.6%
保健師	23.1%



この結果は、コーディネーターの背景が大きく「医療系」（看護師、保健師）と「介護・福祉系」（介護支援専門員、社会福祉士）に二分されることを示している。

在宅医療と介護の「連携」を担う上で理想的である一方、個人の専門領域を超える業務（例：看護師にとっての介護制度、ケアマネにとっての医療的判断）が「手探り感」を生む一因と考えられる。

分析4：活動圏域 (問5)

市町村コーディネーター (N=1597) の主な活動圏域は「市町村」が 71.3% 。一方、都道府県コーディネーター (N=21) の活動圏域は「都道府県」が 57.1% と最多であるが、「市町村」単位 (42.9%) でも活動しており、広域的役割と市町村支援を兼務している実態がうかがえる。

53

コーディネーターの現在地：3大課題

課題と研修ニーズの関連（手探り感の要因）→ 「手探り」の解消：研修ニーズと役割の明確化

「手探り感」を解消するため、市町村データ（N=1597）の「業務上の課題」（問6-6）とで寄せられた「支援要望」（問6-8）を分析した。

表　3大課題と自由記述から見る研修ニーズの方向性

業務上の課題（問6-6）	割合 (市町村)	自由記述（問6-8）が示す研修ニーズ
・コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分	32.4%	「他のコーディネーターの活動や取組など情報を知りたい」、「他市の発表が聞きたい」、「（県・市町村の）コーディネーターとの情報交換できる場の設定」）
・コーディネーターの役割が関係者に認識されていない	35.1%	「新たにコーディネーターになった者のために、コーディネーターがどのような役割をするのかや基礎知識について、初任者研修会や勉強会を開催してもらえるとありがたい」、「基本的な事がわかる冊子？マニュアルがほしい」
・知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない	30.2%	「基礎的なデーター分析ができるようなフォーマットがあるとよい。または、実際のデーターを用意・持ち寄って分析・読み解きの視点などを学ぶ機会があるといい」

コーディネーターの現在地： ICT活用の優先順位

【重点テーマ】ICT活用の優先順位

分析7：課題認識のギャップ（ICT vs. 組織課題）

在宅医療・介護連携の文脈では、しばしば「ICTツールの未整備」が連携の障壁として挙げられる。しかし、市町村データ（N=1597）が示す現場の認識は異なっていた。

「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」を課題として挙げたコーディネーターは、**わずか 8.7%であった** 。

この 8.7% という数値は、「役割の不認識」（35.1%）や「コーディネーター同士の連携不十分」（32.4%）といった組織的・人的課題と比較して著しく低い。

これは、現場が直面している課題の本質が「ツール」（技術）ではなく、「ルール」（役割定義）や「コミュニケーション」（人的連携）にあることを強く示唆している。

高額なICTシステム導入の前に
「役割の明確化」や「研修・情報共有の場」というソフト面の基盤整備が課題である状況が示された

55

コーディネーターの現在地：所属先別の強み

所属先別の強み（孤立の解消へ） → **「孤立」の解消：多様な属性の強みを活かすチーム連携**

「孤立」は、全ての業務を一人で背負う「何でも屋」になることで深刻化する。
しかし、市町村データ（N=1597）を所属先（問2）別にクロス分析した結果、
コーディネーターは所属先によって明確な「強み（専門性）」を持っていることが明らかになった。

分析8：所属先（問2）別 × 業務内容（問6-3）クロス分析

「医師会」所属 (職能団体系)
「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」の実施率が **90.3%** と突出（全体平均 69.5%）。

「市町村」所属 (自治体系)
「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」が **62.0%** と突出（全体平均 33.5%）。

「地域包括・病院」所属 (自治体系・医療機関系)
「医療・介護に係る専門職等への相談支援」の実施率が極めて高い（包括 89.6%, 医療機関 86.0%）。

このデータは、コーディネーターが所属先によって専門特化していることを示している。
「医師会」所属コーディネーター＝医療機関の協力を取り付ける「渉外・調整」に圧倒的な強みを持つ。
「市町村」所属コーディネーター＝ 協議会運営や行政内調整といった「仕組み作り・ガバナンス」に強みを持つ。
「地域包括・病院」所属コーディネーター＝ 個別ケース対応や現場課題の吸い上げに強みを持つ。
→「孤立」の解消には、自らの強みを認識し、他の所属先のコーディネーターと補完しあう「チーム」を形成していくことが求められる。

56

コーディネーターの現在地：基幹コーディネーターと一般コーディネーターの役割分担

基幹コーディネーターと一般コーディネーターの役割分担→「連携の高度化：基幹コーディネーターの戦略的役割

分析10：基幹コーディネーターの配置状況（問6-4）
基幹コーディネーターを「配置している」市町村は、全国で13.1%(R5調査12.3%)。
9割以上の市町村に、戦略を描く司令塔が不在。
これも現場のコーディネーターが「役割が認識されていない」（35.1%）と感じる構造的要因の１つと考えられる。

分析11：基幹CO配置あり市町村 （n=212） vs基幹CO配置なし市町村 （n=1385）クロス分析
基幹コーディネーターが配置されている場合、コーディネーターの業務実施の状況は異なることが明らかになった 。

表　基幹CO配置ありなし別コーディネータの業務内容

業務内容	基幹CO配置あり 市町村 (n=212)	基幹CO配置なし 市町村 (n=1385)	差
事業の企画立案・運営支援	88.2%	57.6%	+30.6 pt
資源確保・活用支援	84.3%	63.8%	+20.5 pt
ネットワーク構築の推進	82.0%	82.8%	-0.8 pt
専門職等への相談支援	78.0%	82.6%	-4.6 pt

このデータは、基幹コーディネーターを配置することで、
一般コーディネーターの業務を戦略的に位置付けられる企画などができる可能性が示唆されている。

57

ちょっと共有

「チャットに一言」（30秒）
自分の強みは先の3つのどれに近いでしょうか。
チャットに入力してみましょう。

医師会 所属	市町 所属	地域包括・病院 所属
医療機関の協力を取り付ける「渉外・調整」	協議会運営や庁内調整といった「仕組み作り」	個別ケース対応と現場課題の「吸い上げ」



５.事業を進めるため、今後重要な視点

59

本日の研修会でお伝えしたいこと（まとめ）

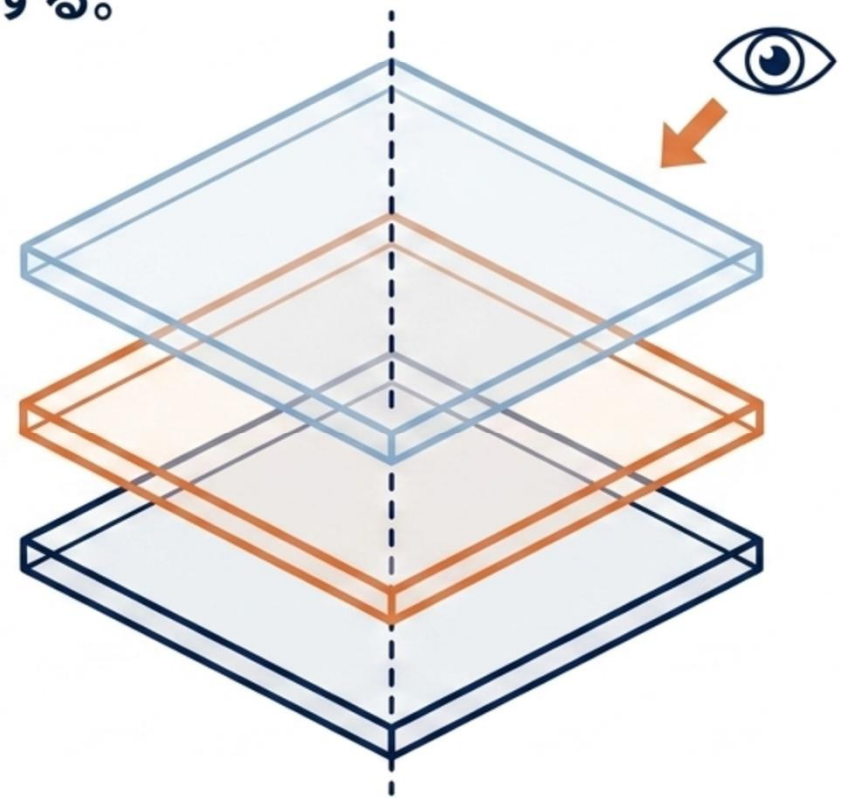
表面的な症状の根底にある「3層構造」を理解する

個別の場面ごとに事業を増やすのではなく、深層にある共通要因と、それを動かす組織能力にアプローチする。

第3層：4つの場面
日常 / 入退院 / 急変 / 看取り

第2層：共通基盤
ACP / 情報連携 / 脆弱性 / 資源

第1層：事業実施基盤
人員 / 優先順位 / 役割分担



60

ちょっと共有

「手上げ機能」

これから示す１０のあるあるのうち当てはまると思ったものに手上げボタンを押してください。



在宅医療・介護連携推進事業の5つのあるあるカード
（事業マネジメントに関すること）

※グレーの字はマネジメント上の問い

「研修会は毎年やっている。参加者数も達成している。
　でも何が変わったか分からない」

参加した人の「行動」で、3か月後に1つ変わってほしいことは何か。

「課題が多すぎて、何から手をつければよいか分からない」

最も困っている「主語」を1人に絞ると何が残るか。影響が大きく、今動かせる箇所はどこか。

「協議の場はあるが、取組状況の報告が中心で、課題の共有までいかない。」

具体的な課題解決の協議をできる小さなチームをつくることができるか。

委託しているが、市（町）は報告を受けるのが中心になっている。役割分担が曖昧である。

市が決めるべきこと、コーディネーターが観察・つなぐこと、共同で判断することを分けられるか。

指標が決められない。毎年ほぼ同じ目標値を書いている。

最終成果ではなく、90日で観察できる初期の変化なら何を見られるか。



在宅医療・介護連携推進事業の5つのあるあるカード（4つの場面に関すること）

※グレーの字はマネジメント上の問い

「ACPは看取りの場面の普及啓発」

急変時の意思確認や日常療養の選択にも同じ課題がある。ACPを“場面”ではなく“継続する対話プロセス”にできないか。

「入退院連携シートを作ったが、使われない」

ツールではなく、入院・退院のどのタイミングで誰が使うか、使った結果何が変わるかを決めているか。

「救急情報キットを配布した」

更新され、必要な時に見つかり、救急隊・医療機関が意思決定に使えるところまで設計されているか。

「4場面ごとに会議・研修・ツールを作る」

同じ関係者・同じ原因・同じ情報を扱っていないか。1つの取組で2場面以上を改善できないか。

「資源不足は日常療養の問題」

退院調整、急変時、看取りにも同じ供給制約が連鎖していないか。
県・圏域との役割分担が必要な課題は何か。



大きなPDCAでは回らない

理想的な大きなPDCAを回そうとすると、始まらないまま年度が終わる可能性が高まる。

× 大きなPDCA

目標：在宅看取り率の向上
指標：在宅死亡割合
評価：3年後の介護保険事業計画で

→ 誰が、いつ、何をすれば動くのかが
決まらないまま時間が過ぎる

○ 小さなPDCA

目標：退院の連絡が早く来るようになる
指標：対象10件の「連絡が来た日」
評価：3か月後に病院・包括・市で30分

→ 誰が、いつ、何を見るかが決まっている
だから動く

初期アウトカムの例

× 悪い例 「研修会を開催した」（単なる実績・アウトプット）

○ 良い初期アウトカムの例

- 退院支援において、病院とケアマネの間の情報共有が退院○日前に行われるようになった
- 急変時の連絡ルールが関係者に周知され、迷わず連絡できるようになった
- 顔の見える関係ができ、相談件数が増加した

90日で試す一歩の考え方（入退院支援を例に）

大きな計画はできない可能性を高める。既存の仕組みを1つだけ変えて試せることを書く。

誰が困っているか	退院調整を担うケアマネジャーと、病院の連携担当者
90日後の小さな変化	退院の3日前までに、ケアマネジャーに連絡が来ているケースが増える
まず試す一歩	2つの病院と地域包括支援センターの間で、「連絡のタイミング」を1項目だけ標準化する （新しいシートは作らない。既存の手順書に1行足すだけ）
3か月後に見るもの	対象ケース10件の「連絡が来た日」と「退院日」の差
いつ・誰と振り返るか	3か月後に、病院・包括・市の3者で30分

ここでは、新しい事業から考えないことがポイント！

「既存の会議・ツール・相談・役割分担を1つだけ変える」ことを意識する。

（90日で試せる、やり方のポイント）

本日の研修会でお伝えしたかったこと（まとめ）

① 「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」から始める－事業マネジメントは「事業をたくさん行うこと」ではなく、「目指す姿と現状のギャップを小さくすること」である。

②4場面は別々の箱ではなく、同じ本人・家族の生活を異なる局面から見たもの。共通要素を重ねると、少ない取組で複数場面を改善できる可能性が見える。

③行政・コーディネーターの強みを生かす。それぞれは単独で事業を背負う者ではなく、役割分担して協働する。

④ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、
初期アウトカムを置き、短い間隔で小さく確認・修正する。