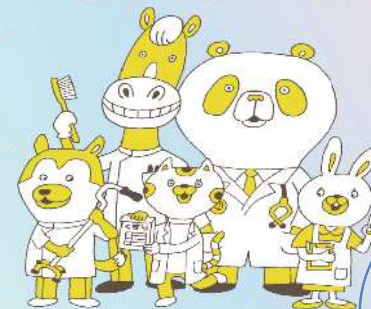


2025. 7. 30 令和7年度在宅医療介護連携支援事業
「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備に向けたシンポジウム」



在宅医療・介護連携推進に必要な 拠点事業マネジメントの要点

飯塚医師会 地域包括ケア推進センター
飯塚病院 経営管理部 地域共創・広報戦略課長

小栗 和美

自己紹介



氏 名：小栗 和美(おぐり かずよし)

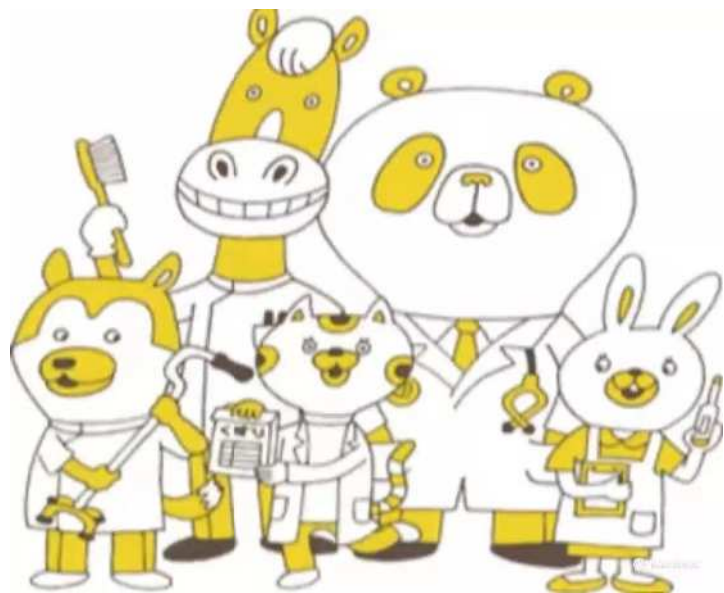
所属・役職：飯塚病院 経営管理部 地域共創・広報戦略課長

主な経歴：

- ・ 1996年3月～県内精神科医療機関でソーシャルワーカーとして勤務
- ・ 2000年5月～飯塚病院
- ・ 2012年4月～2013年3月 厚生労働省医政局在宅医療連携拠点事業に採択された潁田病院で事業コーディネーター(非常勤)
- ・ **2015年4月～飯塚医師会地域包括ケア推進センター事業推進コーディネーター(非常勤)**
- ・ 令和7年度厚生労働省委託「在宅医療・介護連携推進事業にかかる調査等一式」「実態調査WG」及び「研修会議WG」委員
- ・ 令和7年度厚生労働省委託「在宅医療・救急医療連携に係る調査・セミナー事業一式」委員
- ・ 飯塚市社会福祉協議会 地域権利擁護センター運営審議会副委員長 他

保有資格：社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、
医療福祉連携士(日本医療マネジメント学会認定資格)

目次



- 01 飯塚医療圏、所属機関の紹介
- 02 取組みの背景、目的、変遷
- 03 地域の実情に応じた在宅療養支援体制の取組み
5ブロック地域包括ケア推進構想
- 04 取組みの成果
- 05 持続可能な地域医療提供体制を目指して
今後の課題と展望
- 06 拠点事業に必要なマネジメントの要点

01

飯塚医療圏 の紹介

福岡県 飯塚圏域(飯塚市・嘉麻市・桂川町)の概要



人口
約17万2000人



高齢化率
(後期高齢化率)
約35%(19%)



病院/うち在支病
20/4



一般診療所/
うち在支診
127/23



訪問看護
ステーション
49施設



地域包括支援センター
13施設



※1:飯塚市:飯塚市人口統計表(令和6年11月末現在)、嘉麻市・桂川町:住民基本台帳(令和6年1月)より
※2:飯塚市:介護保険事業を取り巻く現状(令和5年2月)、嘉麻市:嘉麻市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画(令和5年3月)、桂川町:第9期高齢者福祉計画(令和5年9月)

01

所属機関 の紹介



病院区分
地域医療
支援病院



病床数
1,040床

(2025年4月1日)



診療科数
45科

(2025年4月1日)



救命救急センター
受診患者数
18,009人/年

(2024年度)



平均在院日数
13.3日

※医科点数表の解釈の施設基準に沿って計算した
社会保険事務局への届出ベース (2024年度)



飯塚病院
innovate and evolve

いいつか地域包括ケア推進センター 2015年7月 開設

目 的

誰もが住みなれた（希望する）場所で安心して暮らすことができるように、**地域の総合力を持ったサービスが提供できる仕組みづくり**を推進・支援する

県や市町村等がすすめる様々な地域包括ケア推進に関係する事業を一元管理し、さらに他団体が受託している事業と緊密な連携を図ることで、効率的・効果的に事業を実施する

業 務

1. 個別相談支援（※医療介護従事者専用）
2. 地域包括ケア推進に係る事業マネジメント
3. 地域課題解決に向けた調整支援
4. 各職能団体、他の関連事業との調整



職 員 4名(非常勤含む)

ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員、事務職

国の政策動向

2040年にかけて人口・世帯構成の変化により
医療・介護需要増大への対応

GOAL：希望する場所で最期まで自分が望む暮らしを続けられる

- ・地域包括ケアシステム(介護保険)と地域医療構想(医療計画)の一体的推進
- ・第8次医療計画(在宅医療)：在宅医療の重視、医療・介護連携強化の必要性
- ・新たな地域医療構想では医療と介護の切れ目ない提供、急性期から在宅までを包括的に支える体制の構築が求められている

地域の実情に応じた持続可能な在宅医療・介護提供体制の構築

在宅医療の充実

医療・介護連携推進

多職種連携推進

救急医療
提供体制の構築

①入退院支援 ②日常の療養支援 ③急変時の対応 ④看取り
さらに ⑤認知症 ⑥感染症発生時 ⑦災害時対応の場面が追加

02

取組みの 背景と目的

取組み前に抱えていた問題（2011）

- ✓ 平均在院日数16.5日超え
- ✓ 当院への救急搬送の一極集中
- ✓ C P A 状態での搬送が少なくない
- ✓ 病院死が8割
- ✓ 医療機関と介護施設・事業所との連携が乏しい
- ✓ 在宅医療を誰がどれだけやっているか不明

02

取組みの 変遷

2010年「在宅医療支援研究会」を開催

- ・医療法第16条2 地域医療支援病院は在宅医療・介護関係者との連携の緊密化のための支援、情報の提供、その他医療の提供の推進に関し必要な支援
- ・「在宅医療提供の可視化」と「関係者への在宅医療に必要な技術支援」を目的に開催

2012年 関連病院(潁田病院)が在宅医療連携拠点事業の採択を受けて活動

- ・初めて地域で在宅医療の課題協議の場を構築した
- ・さらに多職種連携教育や災害時の在宅医療体制を地域全体で考えるなど、連携拠点の礎を築いた

2015年 飯塚医師会内に地域包括ケア推進センターが開設

- ・在宅医療介護連携の取組みが全市町村に義務化されたことを受け、飯塚医師会が市町村から委託を受けて開設
- ・在宅医療推進政策や地域医療構想をはじめとする医療計画と地域包括ケアシステム構築(介護保険)に関係する事業を一元管理して運営
- ・当院と医師会との連携強化を目的に、当院から職員を派遣

03

飯塚医師会 地域包括ケア推進センター

2012年度 在宅医療連携拠点事業：潁田病院
2015年度～ 在宅医療介護連携推進事業



飯塚市
嘉麻市
桂川町

地域包括
ケア
システム
構築

在宅医療介護連携推進事業
(介護保険地域支援事業)

実施主体:市町村 全国の市町村に実施義務

- 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
- 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・介護関係者に関する相談支援
- カ. 医療・介護関係者の研修
- キ. 地域住民への普及啓発



飯塚医師会
地域包括ケア推進センター
(一般的には在宅医療介護連携推進センター)

1. 個別相談支援(※医療介護従事者専用)
2. 在宅医療介護連携推進事業マネジメント
3. 地域課題解決に向けた調整支援
4. 他の関連事業との調整



福岡県
福岡県医師会

医療計画
(在宅医療、
地域医療
構想)

在宅医療提供体制充実強化事業
(地域医療介護確保総合基金)

実施主体:県

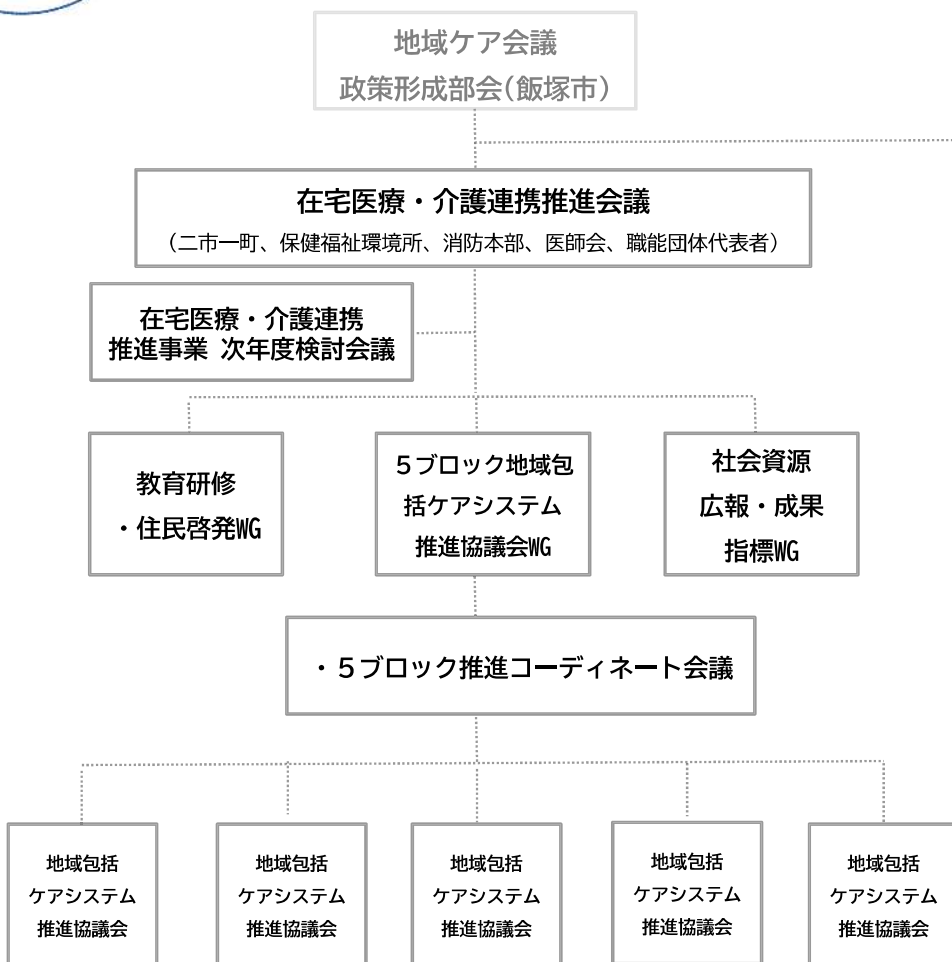
在宅医療に必要な連携を担う拠点としての整備

- ① 在宅医療の充実強化のためのルールづくり(病診連携、診診連携等)
- ② 医療従事者に対する研修
- ③ 在宅医療・介護連携に関する広域的・補完的事業
- ④ その他(①から③以外で在宅医療提供対策の充実強化に資すると認められる事業)

03

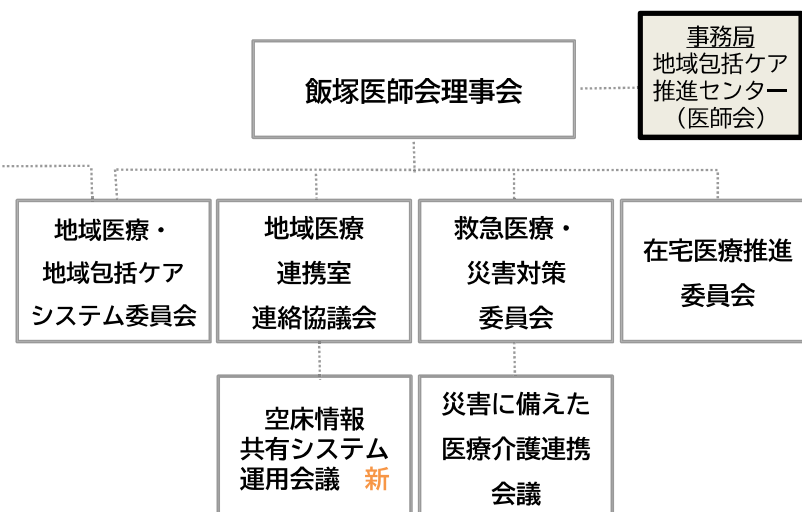
2025年度の推進体制図

主に市町村事業(在宅医療介護連携推進事業)の体制



出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ&コンサルティング 一部改変

主に医師会・県事業(在宅医療提供体制強化事業)の体制



03

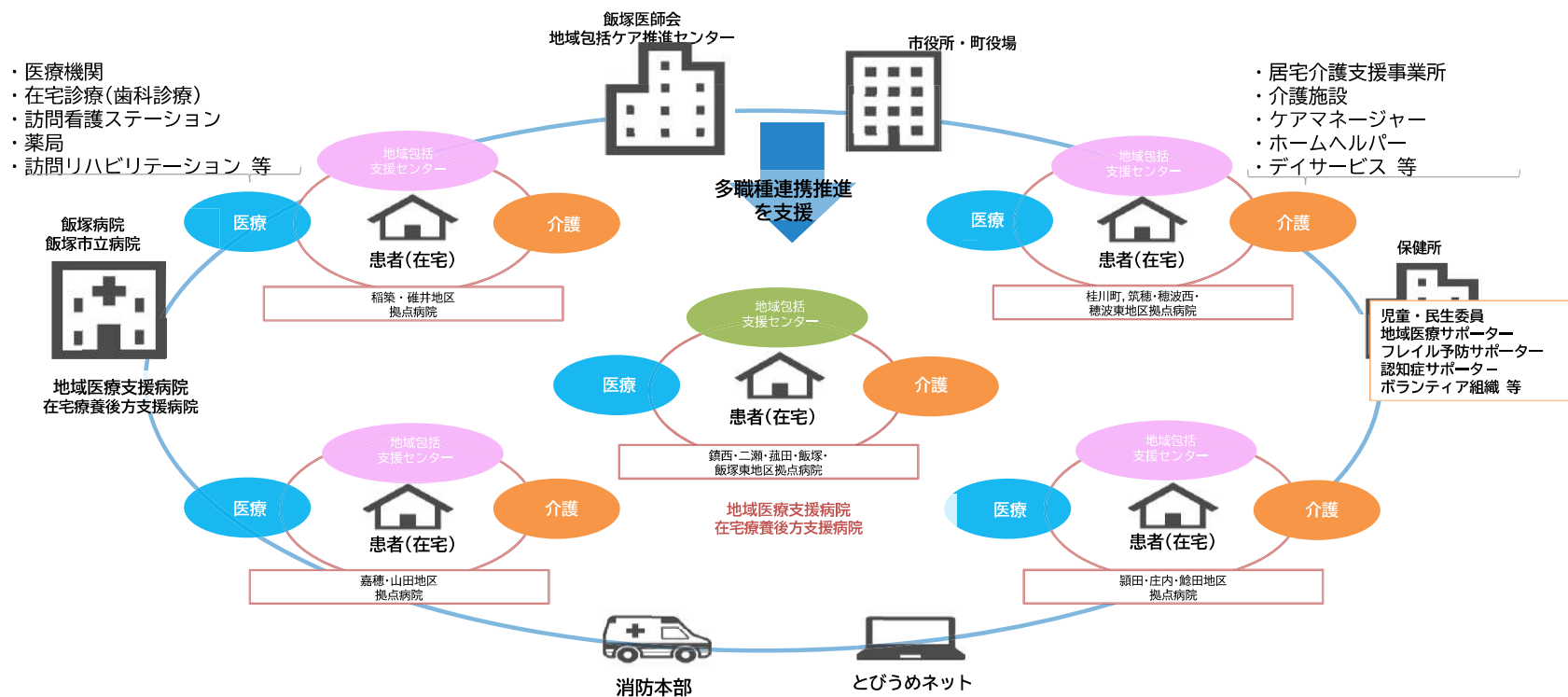
5ブロック地域包括ケア推進構想

目的

病院を連携拠点とした、日常生活圏域ごとに**住民目線**の在宅療養支援体制の構築

5ブロック

在宅療養支援、多職種協働の単位。在宅医療・介護の連携となり得る病院を拠点とし、拠点病院の診療範囲、周辺の医療機関数、人口や地理状況、日常生活圏域を勘案して設定



地域医療支援病院の役割と取組み(飯塚病院)

1. (高度) 急性期病院として、緊急・急変を確実に受ける
2. 円滑な回復期・慢性期病院への転院と在宅退院の推進
拠点病院・在宅診療所とのICTによる情報共有システム「こまめる」「メディグル」の活用
3. 専門職へ教育研修の機会提供
総合診療医の教育研修プログラムの提供
4. 外部機関へのマンパワー支援
医師会・行政がすすめる地域包括ケア推進事業に職員を派遣支援
拠点病院への医師や看護師等の派遣支援
5. 地域住民・自治体との連携、普及啓発、社会貢献
クラウドファンディング、地域医療サポーター養成講座、商業施設と自治体との定期的な健康増進イベント、市町村のフレイル予防事業への支援、こども食堂・フードバンク支援、がんサロン 等

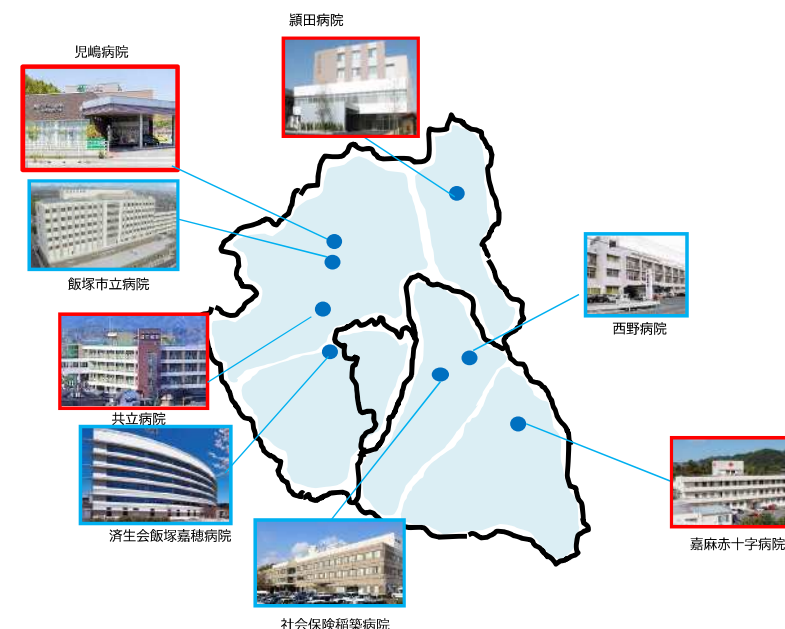
03

5ブロック地域包括ケア推進構想

5ブロック医療介護連携拠点病院 ※8病院(うち在宅療養支援病院4)

条件：地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟を持つ病院
在宅医療を行い、日頃から在宅関係者と緊密な連携を図っている
(在宅療養支援病院)

- ① 在宅医療・介護連携協議の場を提供
- ② 住民の健康増進・予防の普及啓発
- ③ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築
- ④ 介護施設との連携支援及び施設看取りの推進
- ⑤ 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整



拠点病院の役割と取組み

1. 在宅医療介護連携の課題協議の場提供

5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

2. 住民の健康増進・予防の普及啓発

ACP(人生会議)、フレイル予防 等

3. 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築

救急医療委員会、平日夜間土日祝日の救急医療体制を明確にして共有、地域医療連携室連絡協議会、入院受入れ可否及び空床情報の共有(MCS)、在宅医療推進委員会、医科・歯科連携(口腔管理推進室との連携強化)

4. 介護施設との連携支援及び施設看取りの推進

介護施設専用の医療相談窓口、病院と介護施設との連絡協議会、認定看護師等による医療の技術支援、看取り介護の実習受け入れ(一部)

5. 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整

災害に備えた医療介護連携会議、受入れ可否及び空床情報の共有(MCS)

03

5 ブロック地域包括ケア推進構想

地域包括ケアシステム推進協議会(通称 5ブロック協議会)

構成メンバー：民生委員、医療機関、介護保険施設・事業所、職能団体、保健所、市町村、消防本部

活動(年)：全体会議1回、実務担当WG5回程度、各圏域ごとの協議会 年2回以上



現場的コーディネーター



基幹的コーディネーター

拠点病院の地域連携室職員が現場的コーディネーターとなり、次年度事業計画度検討会議で出された地域課題を踏まえ、課題に対する方策立案・実施、評価を行う。
また、拠点病院の機能・役割(下記①～⑤)をコーディネート
医師会には基幹的コーディネーターを配置し、全体をマネジメント

- ① 在宅医療・介護連携協議の場を提供
- ② 住民の健康増進・予防の普及啓発
- ③ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築
- ④ 介護施設との連携支援及び施設看取りの推進
- ⑤ 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整

03

5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

住民組織、専門職、自治体による地域課題対応に向けた協議の場

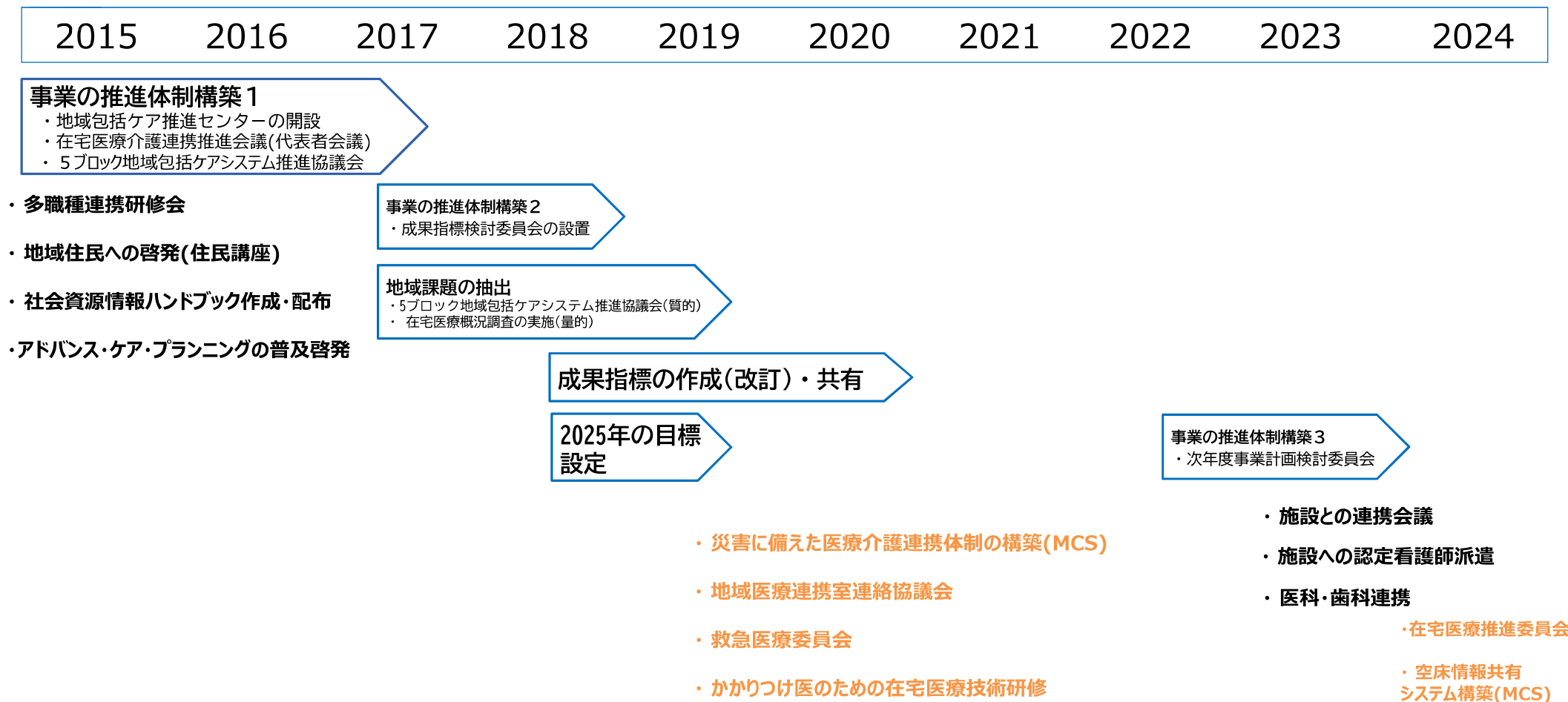
目的：課題の抽出・対応、決まったルール・仕組みの周知、情報共有

- | | |
|--|----------------------|
| (1) 「①社会福祉協議会ってなにをするところ？、②在宅酸素の安全な使い方」 | 72名／額田病院 |
| (2) 「住み慣れた地域で自分らしく ～やがて訪れる最後をともに支える介護現場の看取りケア～」 | 62名／額田病院 |
| (3) 「その人らしい心不全ケア 地域で支える ～包括的なサポートと早期介入で生活の質を守る～」 | 51名／額田病院 |
| (4) 「元気に食べて暮らすための連携～地域で支える誤嚥性肺炎～」 | 105名／済生会飯塚嘉穂病院 |
| (5) 「暮らしの場における看取りを考える～安心した施設看取りにつなげるために～」 | 81名／済生会飯塚嘉穂病院 |
| (6) 「何となくおかしい??こんな時どう対応したらいい??」 | 97名／飯塚市立病院、共立病院、児嶋病院 |
| (7) 「身体拘束ゼロを目指して」 | 62名／西野病院 |
| (8) 「地域医療と福祉の未来を支えるために～消滅可能性自治体での働き方とその魅力～」 | 57名／社会保険稲築病院 |



03

飯塚医療圏における事業取組みの変遷



在宅療養患者の緊急時における支援体制整備(県費)

課題：高齢者救急への対応、働き方改革による救急医療体制の見直し

1. 平日夜間・土日祝日の救急医療受入れ医療機関リストの作成と共有 (医療・介護関係、自治体、消防、HP掲載、住民配布)

救急医療を必要とする患者受入れ医療機関リスト

内科			
〔夜間〕 18:00～翌朝8:30			
① 飯塚急患センター	(平日) 19:00～21:00 (土日祝日) 18:00～22:00	飯塚市吉原町1-1 サンメディアック飯塚2階	0948-24-3399
② 救急告示病院	・飯塚市立病院 ・済生会飯塚嘉穂病院 ・西野病院 ・嘉麻赤十字病院	飯塚市井分633-1 飯塚市太郎丸265 嘉麻市養生532 嘉麻市上山田1237	0948-22-2980 0948-22-3740 0948-42-1114 0948-52-0861
③ 上記以外の医療機関 ※必ず事前に電話でご相談ください。 対応できない場合がありますので、予めご了承ください。	・児嶋病院 ・共立病院 ・社会保険稲路病院 ・鎌田病院 ・健康リハビリテーション内田病院	飯塚市花瀬87-1 飯塚市横田770-3 嘉麻市口香744-1 嘉麻市中蔵420-1 嘉麻市牛腰2510-4	0948-22-1498 0948-22-0725 0948-42-1110 0948-57-3522 0948-57-3268
〔土日祝日の日勤帯〕 8:30～18:00			
① 在宅当番医(日祝日)	9:00～17:00		
② 救急告示病院	・飯塚市立病院 ・済生会飯塚嘉穂病院 ・西野病院 ・嘉麻赤十字病院	飯塚市井分633-1 飯塚市太郎丸265 嘉麻市養生532 嘉麻市上山田1237	0948-22-2980 0948-22-3740 0948-42-1114 0948-52-0861
③ 上記以外の医療機関 ※必ず事前に電話でご相談ください。 対応できない場合がありますので、予めご了承ください。	・児嶋病院 ・共立病院 ・社会保険稲路病院 ・鎌田病院 ・健康リハビリテーション内田病院	飯塚市花瀬87-1 飯塚市横田770-3 嘉麻市口香744-1 嘉麻市中蔵420-1 嘉麻市牛腰2510-4	0948-22-1498 0948-22-0725 0948-42-1110 0948-57-3522 0948-57-3268
外科			
〔夜間〕 18:00～翌朝8:30 〔土日祝日の日勤帯〕 8:30～18:00			
① 救急告示病院	・飯塚市立病院 ・西野病院	飯塚市井分633-1 嘉麻市養生532	0948-22-2980 0948-42-1114
② ①以外で簡単な縫合治療が可能	・鎌田病院 ・児嶋病院	嘉麻市中蔵420-1 飯塚市花瀬87-1	0948-57-3522 0948-22-1498
※必ず事前に電話でご相談ください。対応できない場合がありますので、予めご了承ください。			

作成：飯塚医師会

救急車での搬送を必要とせず内科・外科を来院される方へのお願い

飯塚病院救命救急センターでは、比較的軽症の患者様の来院も多く、救急搬送をやむを得ずお断りすることがあり、本来の重症・重篤患者に対して行う三次救急医療に支障をきたす場合がございます。加えて、医師の働き方改革による指導により救急医療に携わる医師の確保が難しくなっています。

飯塚市・嘉麻市・桂川町の救急医療は、裏面に記載された各医療機関と飯塚病院救命救急センターが連携して取り組み、患者さんの症状の程度（比較的軽症の一次救急医療、入院治療が必要な二次救急医療や重症・重篤患者に対する三次救急医療）により、対応しております。

地域住民の皆様には、安心して生活できる地域医療を守るため、又、断らない救急医療を維持するために、適正な受診に向けて何卒ご理解とご協力をお願いします。

【ご協力をお願い】

- 1 入院を必要としない比較的軽症の場合や救急車を呼ぶほどでない場合には、まずは、かかりつけ医に相談しましょう。日頃から早い段階でかかりつけ医に相談しておくことが大切です。調子が悪いと感じたら、なるべく開院時間内に相談しましょう。
- 2 電話で医師や看護師によるアドバイスを行うことや受診可能な医療機関を紹介する救急医療相談窓口が設置されていますので、受診の必要判断に悩まれたら、こちらをご利用ください。電話番号は、**☎7119**です。(小児は☎8000)
- 3 飯塚病院救命救急センターでは、命に係わる重篤な患者さんと複数の診療科が協力して治療を行う必要がある患者さんが優先されます。このため、症状や緊急性によっては近隣の飯塚患者センターや救急告示病院(都道府県知事が告示し指定する病院)などに紹介される場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 4 休日・夜間に受診を希望される場合は、飯塚患者センターや在宅当番医(9:00～17:00)での受診をお願いします。診療時間は裏面でご確認ください。
- 5 現在、自宅や介護施設で定期的あるいは必要に応じて在宅医療を受けている患者様は、まずは、かかりつけ医や訪問看護師などに相談してください。

上記に限らず、「いつもと様子が違う」、「緊急性が高い」などと思われる場合は、速やかに医療機関や119番へ連絡してください。

日頃から適正な救急医療の受診について知っておくと、万一の場合にも落ち着いて対応することが可能です。

何卒皆様のご支援とご協力の程かさねてよろしくお願い申し上げます。

飯塚医師会・飯塚病院救命救急センター・飯塚市・嘉麻市・桂川町

(2022.12)



03

在宅療養患者の緊急時における支援体制整備(県費)

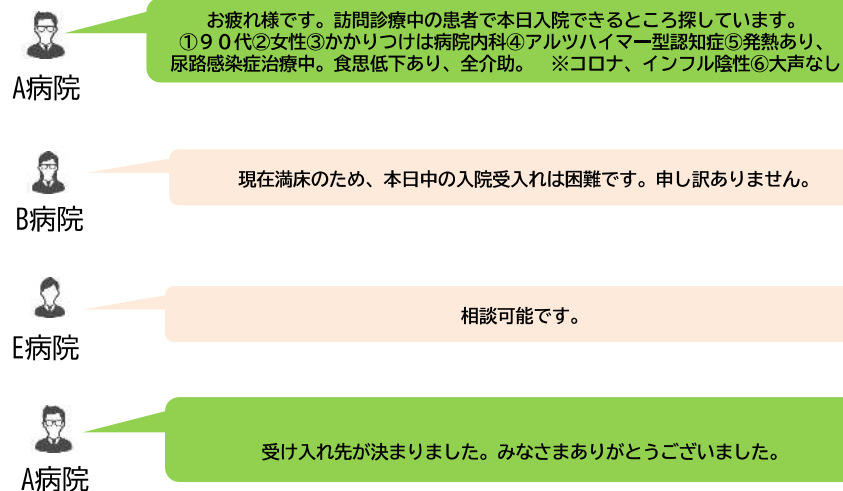
2. チャットによる入院受入れ相談可否のやりとりと空床情報の共有(18病院)

目的：高齢者救急を地域全体で支える

対象：一般・救急外来患者の入院受入れに困っている、一旦救急入院した後の数日以内の転院(下り搬送)

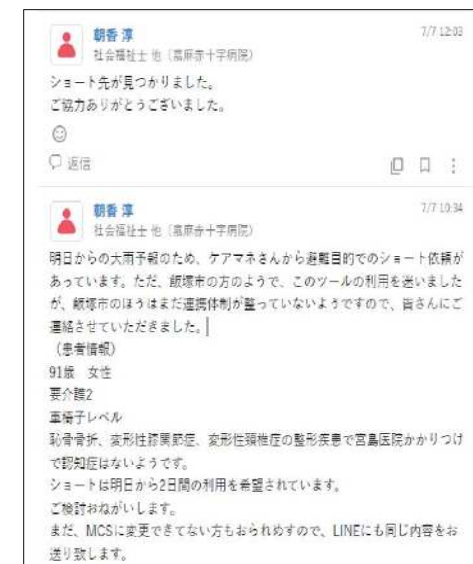
情報掲載内容：①年代 ②性別 ③かかりつけ医の有・無 病院or診療所 診療科名 ④病名 ⑤治療・処置(簡単に) ⑥特記事項
※患者及び家族からの口頭同意

使用するアプリ：MCS(メディカル・ケア・ステーション) ※無料の範囲で使用



2/1 14:01

2/1 15:37



03

介護施設との連携支援及び施設での看取りの推進

課題：介護施設での看取り推進支援、医療的対応技術向上の支援

1. 看取りや緊急時の受入れ対応などに関する「介護施設専用の相談窓口」の設置

2. 緩和ケア病棟での「看取りの実習受入れや研修の提供」（一部）

3. 施設との連携協議(県費)

『福祉施設との協力医療体制構築』に対する取り組み状況の報告
身体拘束ゼロを目指して～事前会議、災害作業部会

10施設 担当：嘉麻赤十字病院

16施設 担当：社会保険稲築病院、西野病院

4. 認定看護師による施設への技術指導・研修

「褥瘡予防・感染対策」4回開催

56名 担当：済生会飯塚嘉穂病院

「皮膚排泄ケア認定看護師、感染管理認定看護師による訪問指導」5回開催

100名 担当：飯塚市立病院、共立病院、児嶋病院

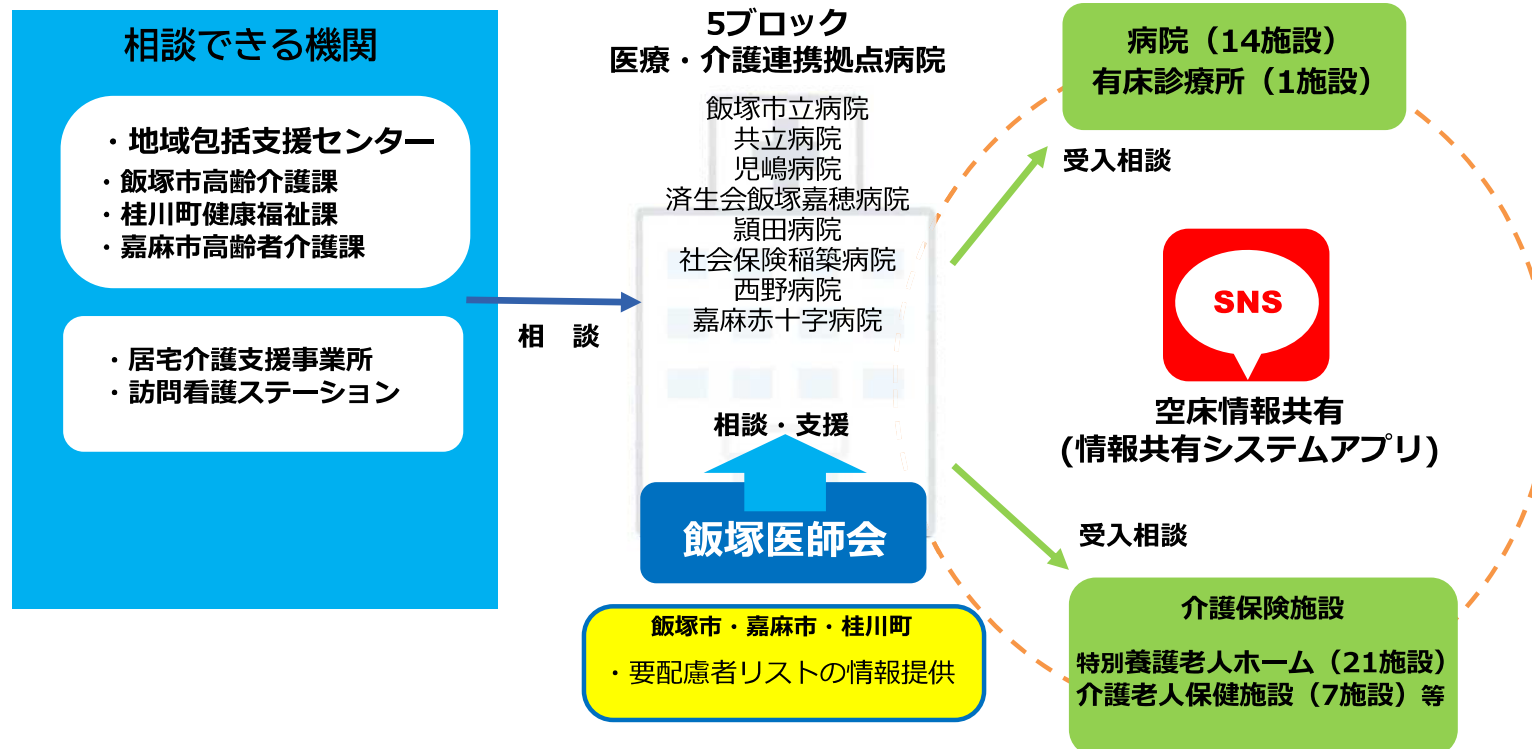


03

飯塚市・嘉麻市・桂川町 災害に備える医療・介護提供体制(県費)

課題：水害発生時の要保護者の医療介護受入れ体制整備

- ※1. 災害想定可能時：台風・大雨水害など悪天候が予測される状況
- ※2. 対応可能時間：8:30~17:00(平日)
- ※3. 災害発生予測日の前日までに相談



03

医科・歯科との連携強化

飯塚歯科医師会 口腔管理推進室 2022年8月 開設

入院患者等に対して継続的な口腔管理を提供する体制を整備し、治療期間及び在院日数の短縮化、再入院率の低下等を目的に、電話相談、訪問及び歯科医院との連携などを行なう

1. 入院患者等への重症化予防のための口腔管理の提供
2. 入院から在宅・施設へのスムーズな移行のためのカンファレンスの参加
3. 口腔管理に関する啓発や相談のための歯科専門職の派遣
4. 病院等と地域歯科診療室との連携調整

<2024年4月～2025年3月の1年間実績>

1. 拠点病院への連携実績

飯塚市立病院	16件
済生会飯塚嘉穂病院	12件
社会保険稲築病院	21件

2. 糖尿病教室への支援

飯塚市立病院（月2回）	10回	25人
済生会飯塚病院（月1回）	12回	45人
社会保険稲築病院（不定期）	4回	9人

（患者数）



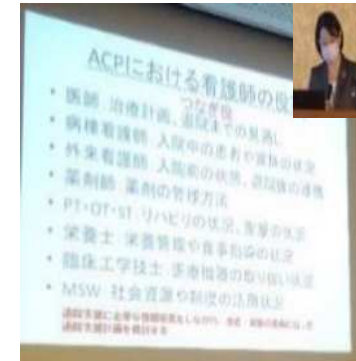
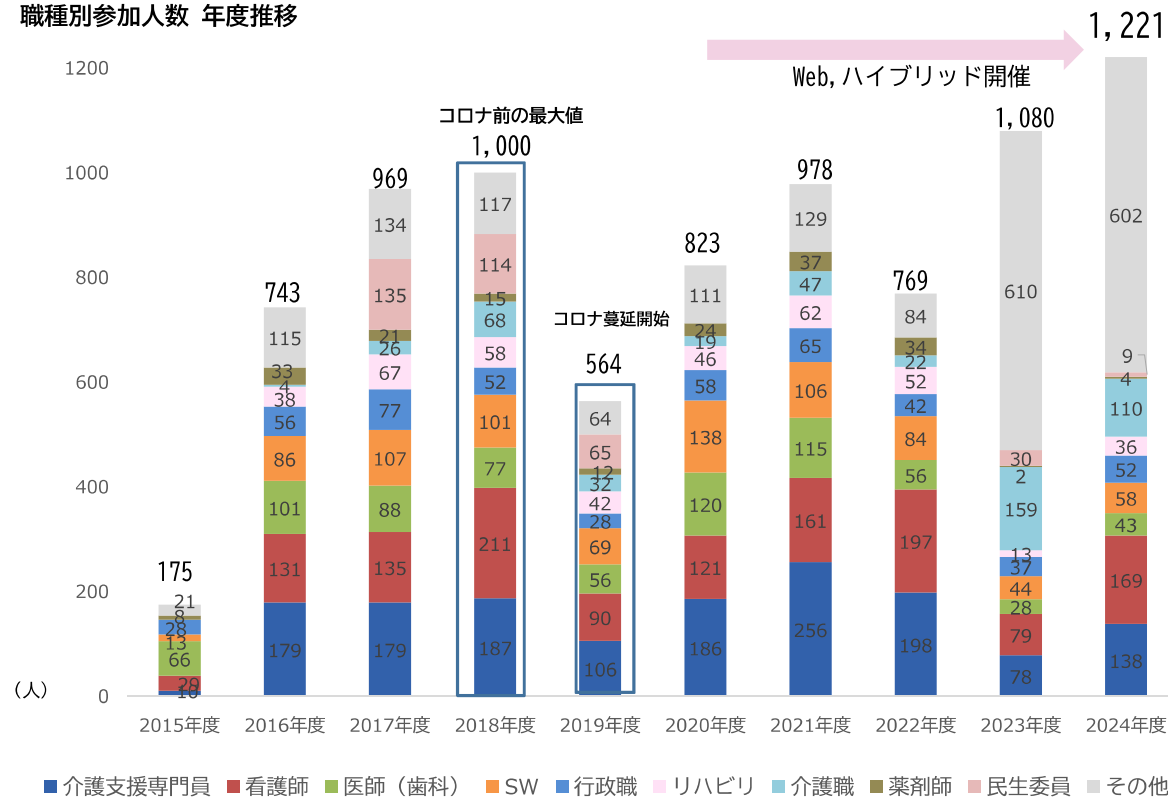
厚生労働省厚生労働省老人保健健康増進等事業
「地域における高齢者の口腔・食支援の
取組推進のためのハンドブック」



5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 参加者数

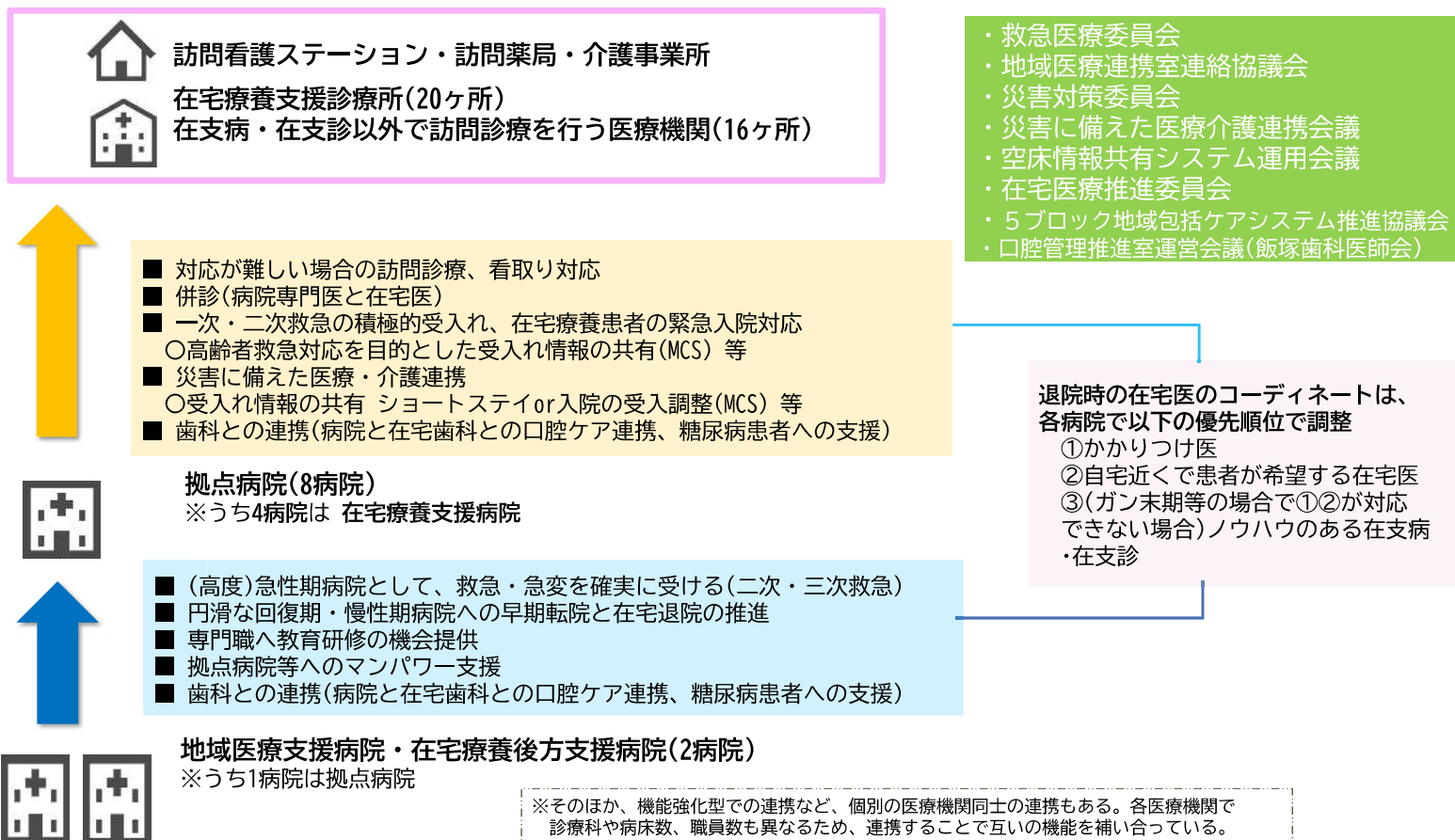
- ・ 質的な地域課題が抽出され、その後の対応策に繋がった
- ・ 平時からの顔の見える連携が有事の際の連携に役立つ
- ・ 5つの圏域及び課題協議の場が公式に認知された

職種別参加人数 年度推移



病院機能強化・病病連携(役割分担の明確化)による 在宅療養支援体制の整備

出典: 令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025. 1. 28三菱UFJリサーチ & コンサルティング改変



04

希望するすべての人が在宅医療を受けられる

いづかでは
患者及び家族が「家に帰りたい・・・」と希望したら



自宅に数時間で退院できます

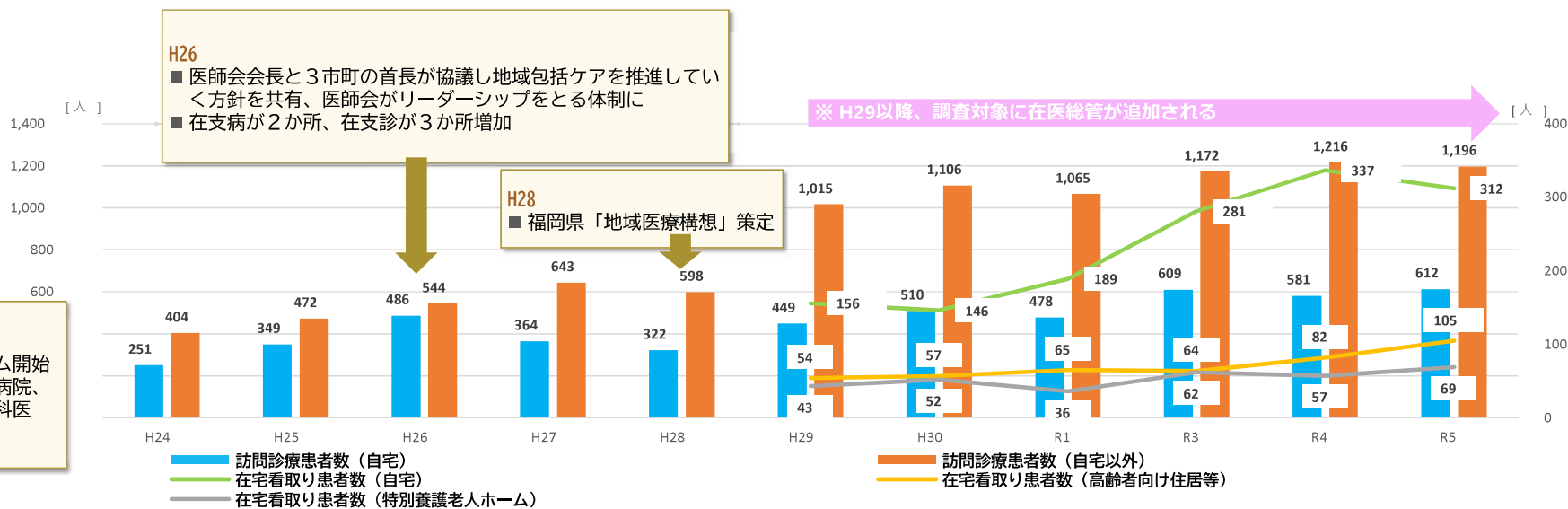


04

これまでの取組と訪問診療患者数・在宅看取り患者数の増加

訪問診療患者数・在宅看取り患者数（年次推移・居所別）※推計値

出典：令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ&コンサルティング



グラフの出典）福岡県高齢者地域包括ケア推進課；令和5年度在宅療養支援診療所等調査結果（飯塚保健医療圏）より三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成
※「訪問診療患者数」とは、7月の1ヶ月間に訪問診療の算定を行った患者数を指す。（平成29年度、令和2年度は6月、令和5年度は5月の1ヶ月間の患者数を指す。）
※推計値について
平成24年度～H28年度は2区分（在支診・在支病）、平成29年度は3区分（在支診・在支病・在医総管）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在支診1～3、在支病1～3、在医総管（診療所・病院））に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在支診1～3、在支病1～3）、平成29年度は7区分（在支診1～3、在支病1～3、在医総管）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。
※無回答の医療機関があるため、各年度の合計人数は訪問診療患者数（推計値）と合わない場合がある。
※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。「自宅以外」とは、有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等を指す。（H24～H28については、サービス付き高齢者向け住宅は「自宅」に含む。）
※R2年度は、未調査
※在宅看取り患者数に関する注記は、P13に記載

圏域全体で分かりやすい目標を設定して 関係者全員で共有

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ & コンサルティング改変

目標

「希望するすべての人が在宅医療を受けられる」

数値目標1

在宅看取り患者数(年間)
500人(自宅250人、施設250人)

現状505人(自宅339人、施設166人)

数値目標2

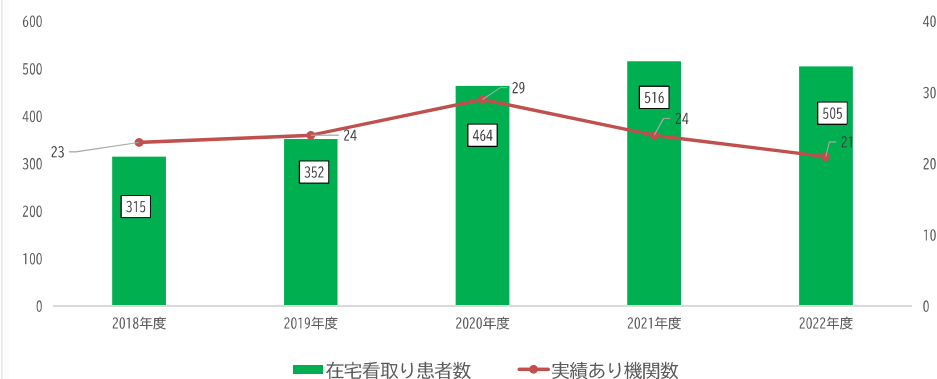
在宅診療(往診含む)実患者数(年間)
一日あたり在宅診療患者数 2,938人(地域医療構想より)

現状3,215人(自宅1,245人、施設1,970人)

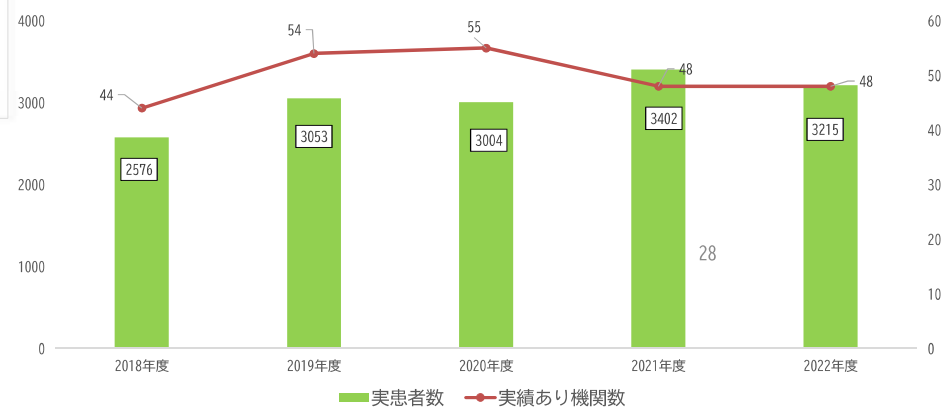
■ 数値目標1(500人)は、2018年度に5ブロック協議会の参加者に、これまでの数値を見せて2025年の目標値をたずねるアンケートを行い決定

■ 数値目標は、全体会議や5ブロック協議会で繰り返し伝達。何度も伝達しているため、ブロック協議会の参加者であればだれもが一度はみたことのある数値となっている

(1) 在宅看取り患者数(年間)



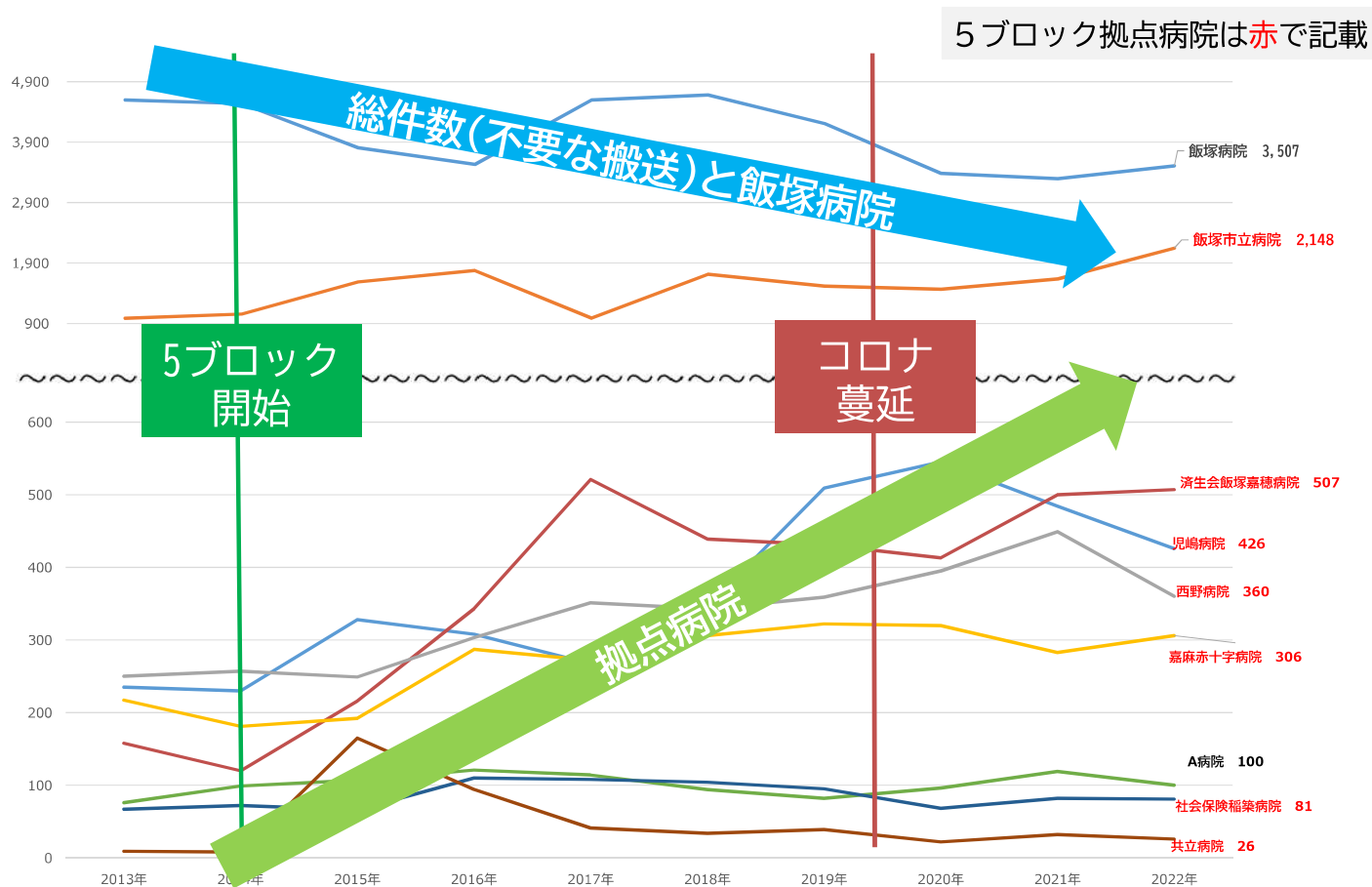
(2) 在宅診療(往診含む)実患者数(年間)



04

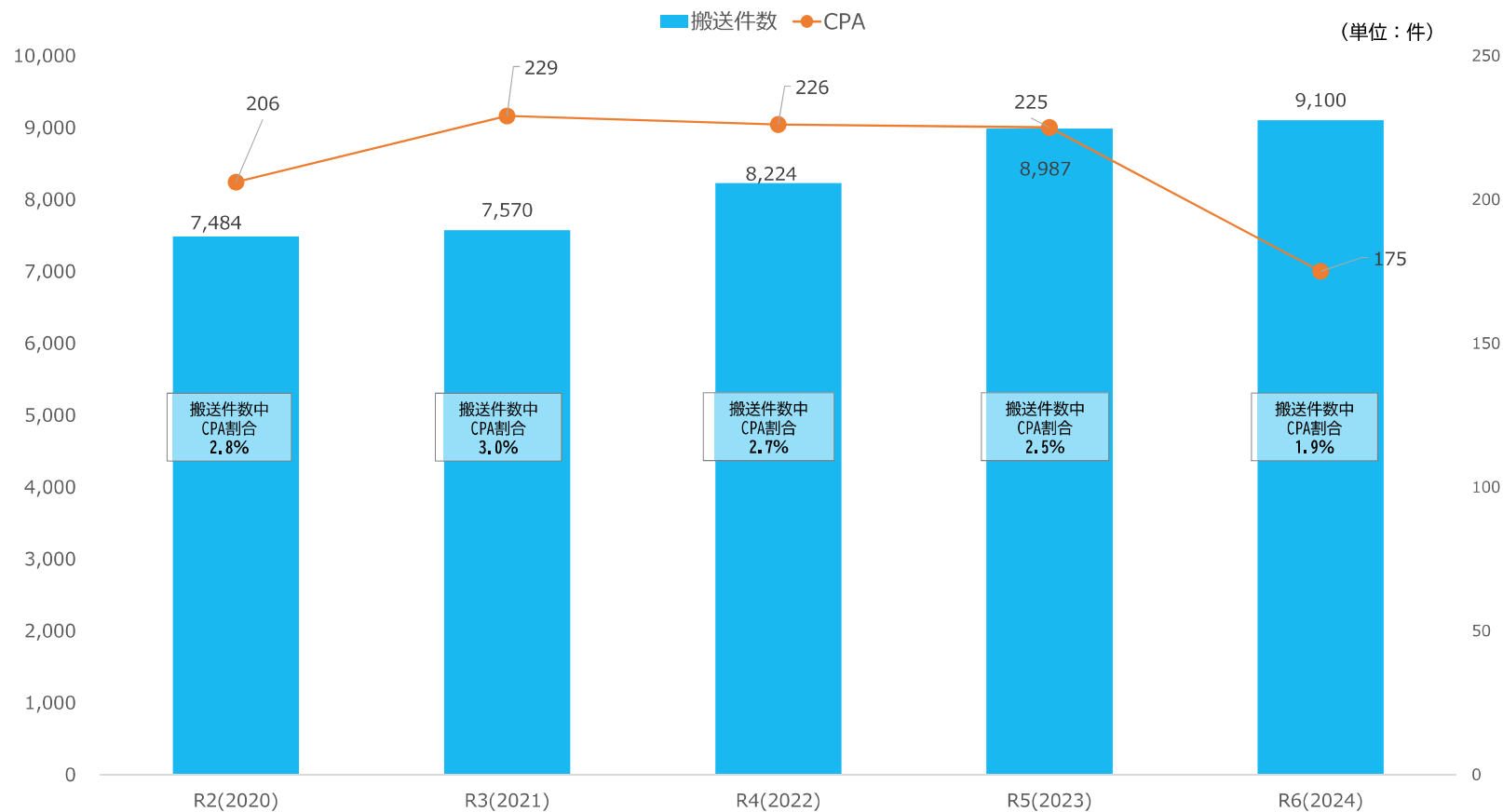
飯塚医療圏 救急車の搬送受入件数 推移

拠点病院を中心に救急車受入れ搬送件数は増加、拠点病院の地域包括ケアの意識・行動変容に変化



救急車搬送総件数に占めるCPAの割合

(2019-2024年 飯塚消防本部)



04

拠点病院にもたらした効果

1. 施設や訪問看護ステーションからの紹介入院が増えるなど、地域包括ケア病棟の機能強化と利用促進に繋がった
2. 病院全体での活動を通して、幹部をはじめ職員に地域包括ケアの理念が浸透した
3. 地域医療構想上、自院の立ち位置や地域から求められるニーズを知る機会となった
4. 地域で救急医療体制や病床運用を共有するなど、医療提供体制が各医療圏内で自己完結する意識が高まった
5. 職能団体及び行政、民生委員、自治会長等の住民組織との関わりが増え、病院の信頼性向上に繋がった

04

地域医療支援病院(飯塚病院)にもたらした効果

1. 当院への救急患者対応の一極集中化が改善し、救急医療の最適化と負担軽減となった
2. 円滑な在宅医療の移行支援と、退院カンファレンスの円滑な実施など地域連携が深化した
3. 拠点病院との早期転院に向けた取組みや、退院後の在宅医療・介護資源の受け皿の増加により、平均在院日数短縮に繋がった
4. 医師会との連携が深まり、これまで以上に信頼関係を構築した
5. 職能団体及び行政、民生委員、自治会長等の住民組織との関わりが増え、病院の信頼性向上に繋がった

持続可能な地域医療提供体制を目指して 今後の課題と展望

1. 在宅医の負担軽減策・新規参入促進

- ・ 診療所職員の業務負担の軽減を目的に、AIツールやRPAを活用した事務作業の自動化を進めるための研修プログラムの提供
- ・ 新規に在宅医療に取り組む医師への導入支援(届出の作成等)を医師会が行う
- ・ **在宅療養支援病院**は積極的に在宅医療を提供しつつ、かつ地域連携の拠点としての役割を担うことで、在宅医療全体の質を高める
→これを支える国の制度的・財政的インセンティブが不可欠である

2. 医療・介護連携による、施設での医療的対応力の向上と看取り体制強化

- ・ 拠点病院の認定看護師が、感染症対策や排泄ケア、看取り介護など、実践的な技術指導を施設に提供
- ・ 医療機関、介護施設、自治体が連携し、入所者の緊急時や災害時に備える地域全体の**事業継続計画(BCP)**策定を今後検討

持続可能な地域医療提供体制を目指して 今後の課題と展望

3. 多職種・多機関連携による在宅医療・救急医療連携の強化

- ・ 関係機関と連携し、ACP（人生会議）の普及啓発を通じて、住民自身の医療選択を支援することで、不適切な救急搬送を抑制し、医療資源の適正利用を促す
- ・ 市町村、消防本部、医師会が中心となり、横断的に在宅医療と救急医療の連携体制を強固する
- ・ 各医療機関が地域医療構想に基づき役割を分担しつつ、不足する医療資源を互いに補い合い、協力して医療提供体制を構築

4. 地域住民への多角的な啓発活動の推進

- ・ 大型商業施設など人が集まる場所で異業種とも連携し、健康増進、ACP、フレイル予防、適切な医療・介護サービス利用、に関する啓発活動の展開
- ・ 自治会や民生委員と密に連携し、地域住民の代表者を通じて、住民全体への情報伝達と啓発を強化する
- ・ 自治体は育成した住民サポーター（ボランティア）に対して、地域医療・介護の担い手となる機会、活動場所を創出する

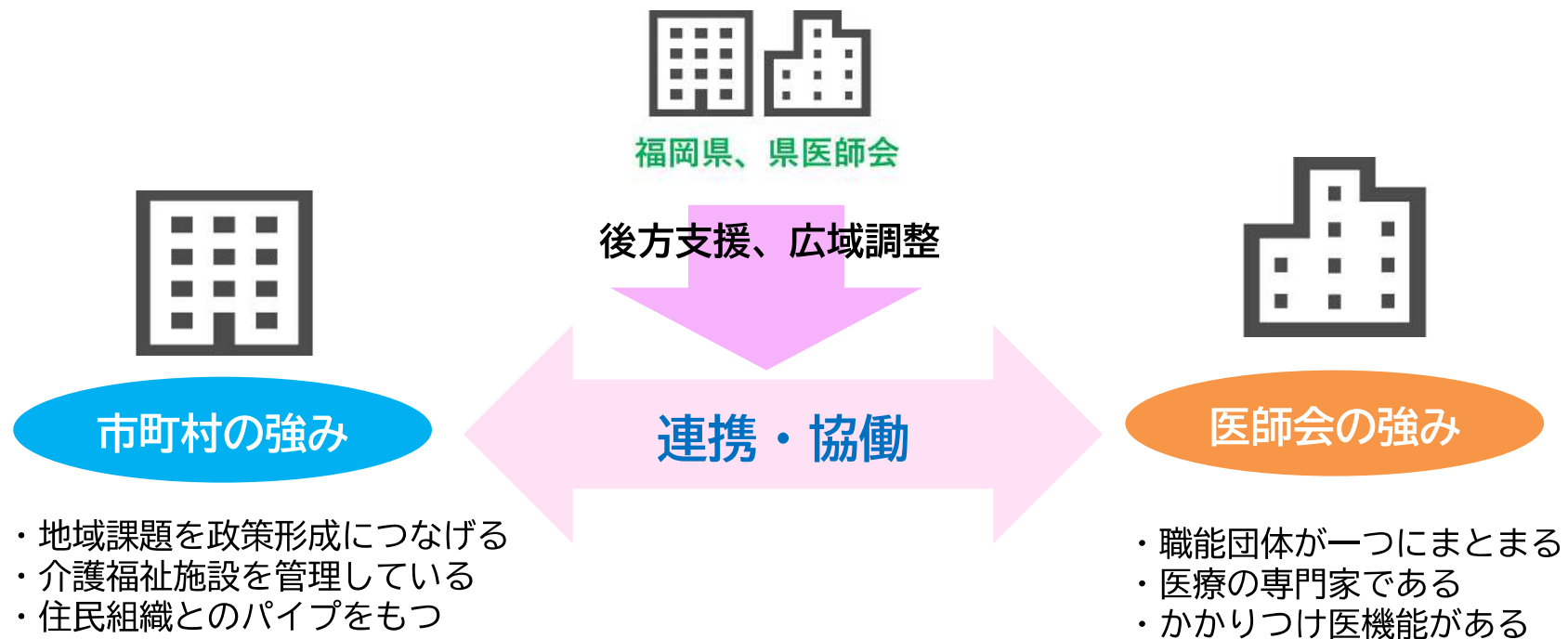


06

拠点事業に必要なマネジメントの要点

1. 関係者による目的の共有と推進体制の構築

- ・ まちをあげて地域包括ケア推進する決意と医師会と市町村の強固なパートナーシップの構築
- ・ 課題の対応に比例して組織は充実する

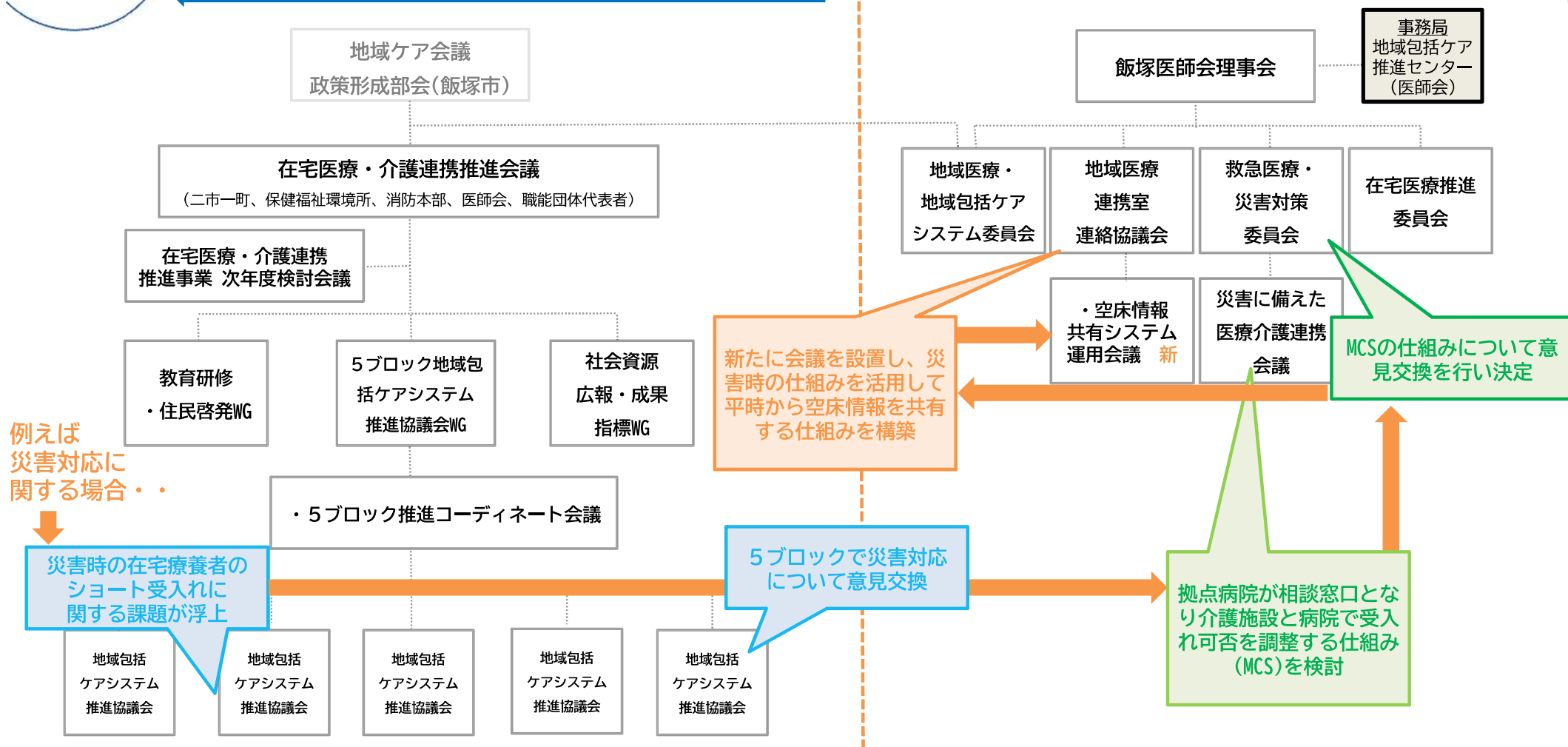


2025年度の推進体制図

出典: 令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025. 1. 28三菱UFJリサーチ&コンサルティング 一部改変

主に市町村事業(在宅医療介護連携推進事業)の体制

主に医師会・県事業(在宅医療提供体制強化事業)の体制



圏域全体で分かりやすい目標を設定して 関係者全員で共有

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ & コンサルティング改変

目標

「希望するすべての人が在宅医療を受けられる」

数値目標1

在宅看取り患者数(年間)
500人(自宅250人、施設250人)

現状505人(自宅339人、施設166人)

数値目標2

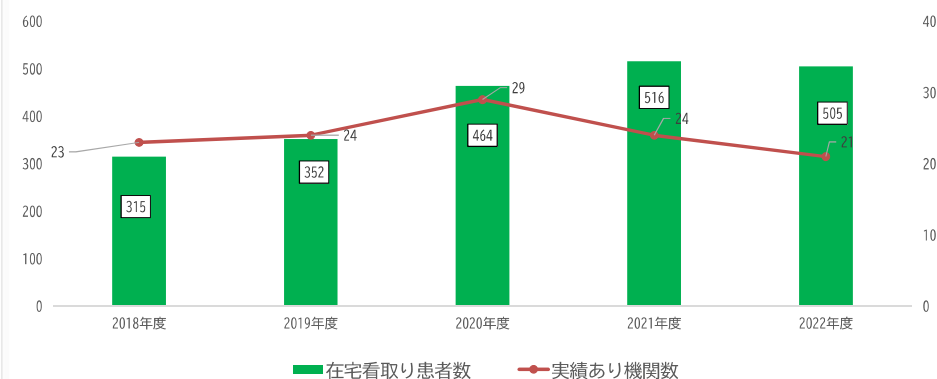
在宅診療(往診含む)実患者数(年間)
一日あたり在宅診療患者数 2,938人(地域医療構想より)

現状3,215人(自宅1,245人、施設1,970人)

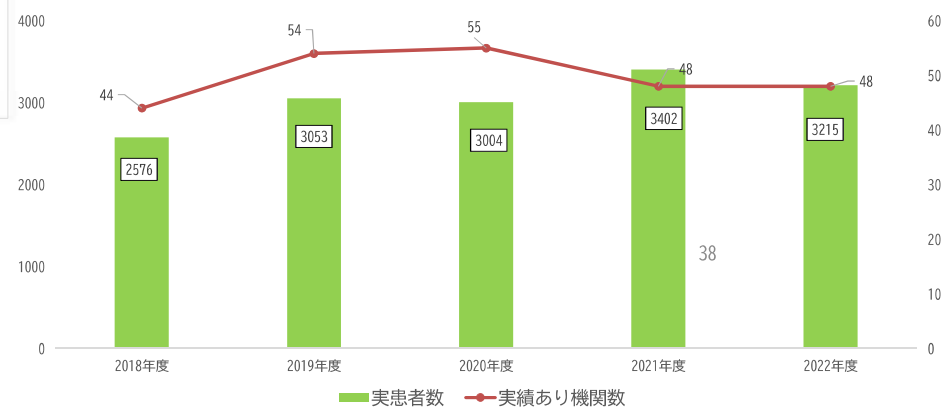
■ 数値目標1(500人)は、2018年度に5ブロック協議会の参加者に、これまでの数値を見せて2025年の目標値をたずねるアンケートを行い決定

■ 数値目標は、全体会議や5ブロック協議会で繰り返し伝達。何度も伝達しているため、ブロック協議会の参加者であればだれもが一度はみたことのある数値となっている

(1) 在宅看取り患者数(年間)



(2) 在宅診療(往診含む)実患者数(年間)



コアメンバーによる成果指標のモニタリング

出典：令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025. 1. 28三菱UFJリサーチ & コンサルティング改変

■ 基幹的・推進コーディネーターと各WGのリーダー格のメンバーで成果指標に関する勉強から取り組んだ

■ 社会資源広報・成果指標WGで成果指標を設定し、取組の進捗状況をモニタリングしている

目指すべきところ：住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることが出来る

アウトカム指標	【在宅看取りの評価】 ■ 在宅看取り患者数(自宅・施設での死亡診断書作成した件数) ■ 住民の希望する死亡場所のニーズ(高齢者生活実態調査) ■ 介護保険施設での看取り経験の有無 ■ 在宅看取りを経験した家族の満足度(検討) 【医療・介護連携推進体制構築の評価】 ■ 65歳以上の人口の転入、転出数 ■ 住民の満足度(高齢者生活実態調査) ■ 在宅生活改善調査(新規) ■ 居所変更実態調査(新規) 【コストの評価】 ■ 在宅療養中で薬剤師が介入している患者の残薬量(金額に換算)(廃止)
活動状況・連携状況	プロセス指標 【顔の見える関係の評価】 ■ 多職種連携研修会・市民公開講座参加者数 ■ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会参加者レポート率 【病院と在宅医療・介護関係者の連携評価】 ■ 病院からの退院者に占める入退院支援加算算定率・介護連携支援等指導料算定率 ■ 診療報酬(入退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援連携指導料、退院前訪問指導料) ■ 介護報酬(入院時情報連携加算、退院・退所加算、初回加算) 【在宅復帰の評価】 ■ 社会参加支援加算(リハビリテーション実施後の社会参加率) ■ 在宅復帰率 【在宅療養患者のバックアップ支援に対する評価】 ■ 病床利用率(地域包括ケア病棟・病床、回復期リハビリテーション病棟) ■ 在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟・病床)を算定している実患者数 ■ 救急車搬送件数(5ブロック拠点病院、二次輪番病院) ■ 福祉施設からの要請による救急車搬送件数 ■ CPA件数 【コストの評価】 ■ 介護保険料(月額) ■ 介護保険給付費 ■ 後期高齢者医療費・国民健康保険医療費
提供体制等	コスト指標 ■ 訪問診療・往診の実患者・延べ患者数 ■ 訪問歯科診療の延べ患者数(3ヶ月間) ■ 訪問歯科診療の実患者数(3ヶ月間) ■ 訪問歯科診療の対応時間帯 ■ 訪問看護の実患者数 ■ 訪問看護を行った延べ件数 ■ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定実患者数 ■ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の延べ患者数 ■ 訪問リハビリテーション費算定件数 ■ 訪問リハビリテーションの実患者数 ■ 管理栄養士の訪問指導の実施施設数・件数 ■ 在宅療養支援診療所・病院数 ■ 訪問診療・往診を行う医療機関数 ■ 訪問歯科診療を行う医療機関数 ■ 訪問薬剤指導を行う薬局数、訪問看護ステーション数、訪問リハビリテーションを行う機関数 ■ 居宅介護支援事業所数 ■ 介護保険施設数

取組みの体制と各関係者・関係機関の役割

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ&コンサルティング改変



在宅療養支援に向けた取組を進める実働部隊 **約100人規模**

保健所(都道府県)

- ✓ 市町村間の調整
- ✓ 事業支援
- ✓ データ提供等

医師会・市町村

- ✓ 事業マネジメント
- ✓ 専門職の職能団体との調整(医師会)
- ✓ 民生委員、地域包括支援センター、介護事業所・施設の調整(市町村)

職能団体

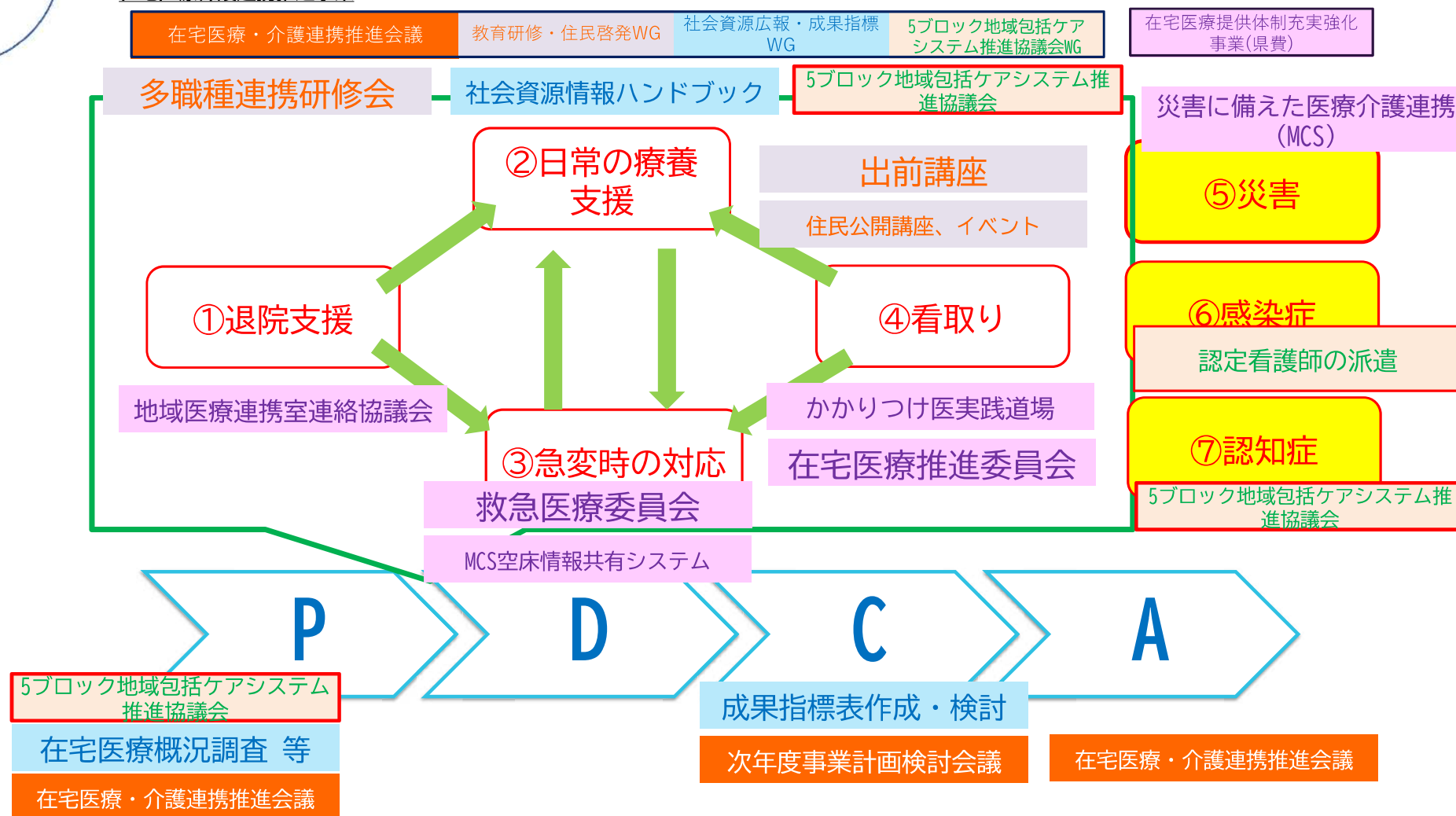
- ✓ 5ブロックの企画立案・運営の世話人の推薦
- ✓ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会に役員の参加
- ✓ 会員への周知

住民組織

- ✓ 児童・民生委員
- ✓ 自治会長
- ✓ 生活福祉委員
- ✓ フレイル予防サポーター

PDCAサイクルに基づく活動で、事業の質がおちない再現性の担保

在宅医療介護連携推進事業



PDCAサイクルに基づく活動で、事業の質がおちない再現性の担保

運用マニュアル

飯塚医師会 地域包括ケア拠点業務マニュアル

1. 2市1町 在宅医療・介護連携推進会議(年2回)

- 1-1 委員任期は一年とし、再任は妨げない。年度末に召集団体を2市1町と協議する
- 1-2 招集する団体・施設に委員の派遣依頼を行う(4月頃)
- 1-3 医師会長・副会長・専務理事・担当理事の日程調整 ※主に会長・副会長の日程
- 1-4 開催は5月、3月を目安に年2回の開催とする
- 1-5 出席依頼文の作成
- 1-6 依頼文書の決裁をとる
- 1-7 委員宛に依頼文を郵送
- 1-8 出席者の名簿作成・当日配布
- 1-9 会長・副会長との当日の議事進行の打ち合わせ
- 1-10 当日資料の作成・準備(式次第、出席者名簿、実績報告の作成等)
- 1-11 委員謝礼の準備(委員1名5,000円)、事前に事務局長へ相談しておく
- 1-12 会場設営
(席札、配布資料、お茶、PC、カメラ、ICレコーダー、レーザーポインター、マイク)
- 1-13 司会進行 ※コーディネーター以外が司会を行う場合には司会原稿作成
- 1-14 議事録の作成及び次回会議時に配布

2. 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

2-1 5ブロック地域包括ケアシステム推進WG(年1~2回)

- 2-1-1 医療・介護連携拠点病院〔以下「拠点病院」という〕の選出
 - ①公立・公的病院②在宅療養支援病院③二次輪番群病院あるいは救急告示病院④地域包括ケア病床・病棟をもつ。以上の要件をもとに選出(最低1つはクリア)
- 2-1-2 5ブロック地域包括ケアシステム推進WG(1-3)に医師会、拠点病院関係者、2市1町、保健福祉環境事務所、居宅介護支援事業者連絡協議会の代表で構成し開催

コンピテンシー評価

地域包括ケア推進コーディネーター コンピテンシー目標

あるべき姿

「Zaitaku」とイメージした時に誰もが「Tizuka」を思い浮かべるまもづくりに取り組む多職種の下支えができる“最強のプロフェッショナル”

□医師会と市町村が取り組んでいる在宅医療の充実と医療・介護連携推進を目的とした「5ブロック医療介護連携推進構想」へ多職種(住民も含む)が積極的に関わることで、在宅医療が充実して切れ目のない医療介護連携体制を構築する構想実現するように調整・支援する。

到達目標

レベル1 到達目安 1年

- 1-1 職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な社会人基礎力がある
- 1-2 業務マニュアル・手順書を活用し、指導のもと単独で事務局業務を遂行できる
- 1-3 業務遂行に際して常に目的を意識して取り組める

レベル2 到達目安 2年~3年

- 2-1 地域関係機関(行政、職能団体、住民組織等)と密に連携が図れる
- 2-2 業務マニュアルを活用し、単独で事務局業務を行える
- 2-3 プロジェクトマネジメントが行える

レベル3 到達目安 3年~5年

- 3-1 地域関係機関や住民に対して飯塚医療圏の事情や現状、さらに地域包括ケアシステムや地域医療構想などの政策を踏まえた助言・指導ができる
- 3-2 地域課題解決に必要な社会資源情報や関係機関を知り、活用できる

レベル4 到達目標 5年以上

- 4-1 飯塚医療圏の取組みを他の地域に発信できる
- 4-2 県と連携し、近隣の地域包括ケア推進(在宅医療介護連携推進)コーディネーターを育成できる

作成 2024.3 飯塚医師会地域包括ケア推進センター

「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」より抜粋

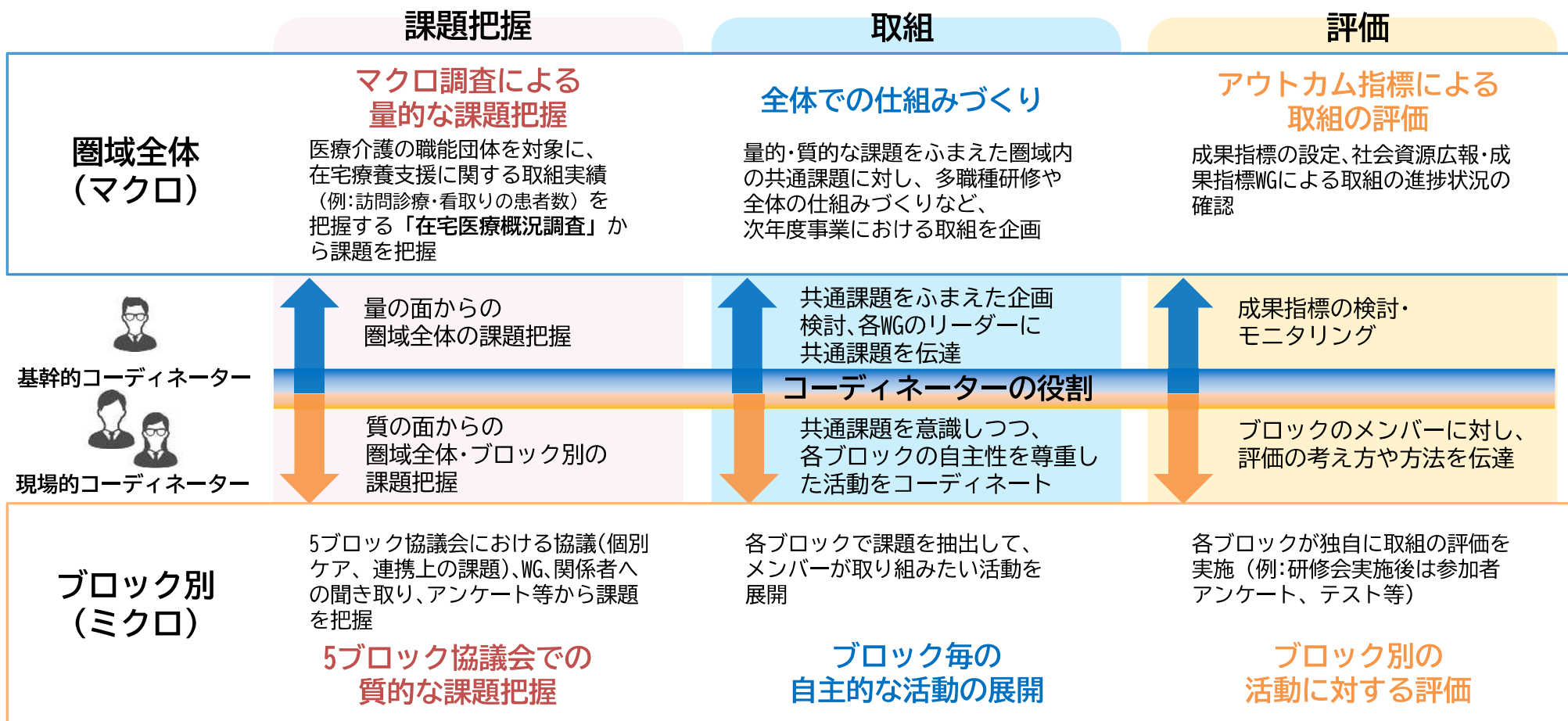
定 義

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

- ・地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談対応が基本業務
- ・受付けた相談内容や地域の現状を踏まえ、必要に応じて市町村や関係者と連携し地域課題・必要な施策などを検討する
- ・相談支援（窓口業務）から得られた相談事項を地域課題の解決に活用する。

指示待ち事務局にならない、 事業のミクロとマクロを往来できるコーディネーターの活躍

出典：令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ&コンサルティング 一部改変



在宅医療介護連携推進コーディネーターに求められるスキル

1 知る力

- ・ ビジネスマナー ・ 関係する制度政策の理解 ・ 社会資源の把握(各職種・関係機関の役割・機能、パワーバランス、関係性、人)
- ・ クライアントを捉える共通の視点としてICF(国際生活機能分類) ・ 住民ニーズ、現場の課題・ステークホルダの関心領域、課題認識

2 考える力

- ・ 目的及び目標を常に意識・地域が抱える問題を(量的・質的)データに基づく分析・評価 ーできるだけ数字で語るー
- ・ PDCAをまわして在宅医療介護連携の質(品質、成果、コスト、安全性、効率性、法令遵守)を管理
P 現状把握→要因分析→目標設定→方策立案 D 方策実施 C 成果の評価 A 改善
- ・ 課題解決のシナリオを戦略的に考える

3 関わる力

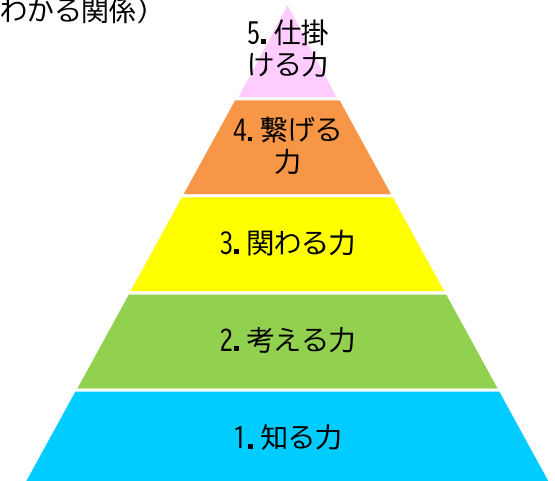
- ・ リフレクション、セルフコントロール ・ 円滑なコミュニケーション推進 ・ 対人援助技術、面接技術
- ・ 問題解決、課題達成スキル ・ 多様なステークホルダとの関係性強化(顔の見える関係から腹の中がわかる関係)
- ・ 情報リテラシー(収集・発信能力、ICT活用) ・ 健全な「根回し」と「忖度」

4 繋げる力

- ・ コーディネーション(調整機能)、ファシリテーション(促進機能)
- ・ 住民やステークホルダが必要とする地域情報の収集及び活用
- ・ 「地域(住民)よし」「相手(関係機関)よし」「自分(所属機関)よし」の3方よしの精神で提案・交渉

5 仕掛ける力

- ・ リーダーシップ、プロジェクトマネジメント
- ・ 課題解決のゴールをイメージしてステークホルダと共有
- ・ 地域課題を行政(医師会)に相談・調整し、協議の場に提案



○飯塚医師会地域包括ケア推進センター

ホームページ



2. 「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」



●取組紹介（厚生労働省老人保健健康増進等事業）

1. 「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4」



3. 「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」

