

令和8年度 都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議 I  
事例紹介② 飯塚医療圏(2市1町)におけるコーディネーターの取組紹介

# 在宅医療・介護連携を支えるコーディネーター の実践的マネジメント力の要点

飯塚病院経営管理部 地域共創・広報戦略課

飯塚医師会 地域包括ケア推進センター

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8年度 厚生労働省老人保健局委託  
「在宅医療・介護連携推進事業にかかる調査等一式」「研修会議WG」委員
- ・令和8年度 厚生労働省医政局委託「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
- ・令和8年度 厚生労働省委託「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」  
在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援のアドバイザー委嘱
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 在宅医療コーディネーター委員会
- ・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)

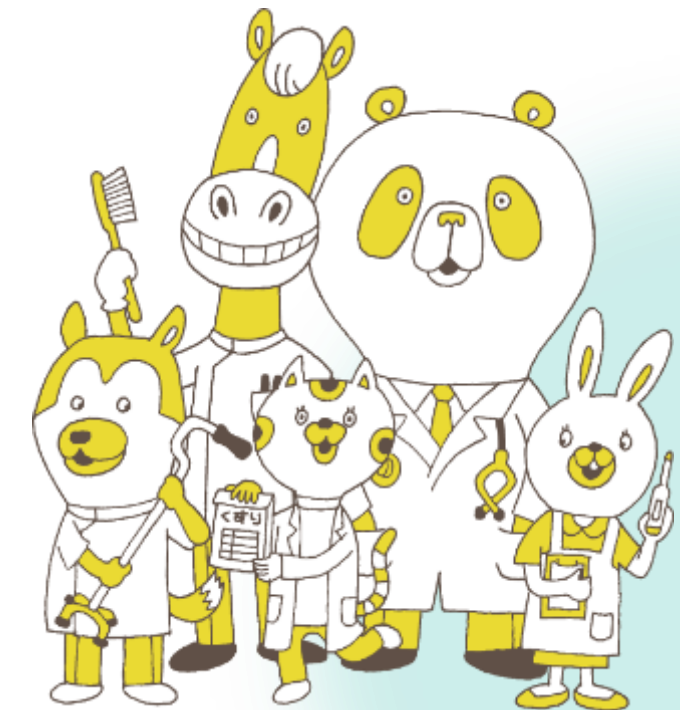


# 在宅医療・介護連携推進に係るコーディネーターの主要業務

1. 相談支援・連携調整(現場実務の中核)
2. 実態把握・課題抽出・分析
3. 企画立案・事業マネジメント(PDCA)
4. 多職種・関係機関連携／ネットワーク構築
5. 人材育成・研修
6. 住民啓発
7. コーディネーター間・広域連携

# 目次

1. 飯塚医療圏の現状と課題の出発点
2. 5ブロック地域包括ケア推進構想
3. 課題から導き出した具体的な対応策
4. 地域ぐるみで取組まれた活動の評価
5. 在宅医療・介護連携推進に係るコーディネーターとは
6. コーディネーターに求められる在宅医療・介護連携を支える実践力



**01**

# 飯塚医療圏の現状と課題の出発点

---



# 飯塚病院 概要



## 指定医療機関(代表的なもの)

1. 救命救急センター
2. 厚生労働省臨床研修指定病院
3. 災害拠点病院
4. 臓器移植提供施設
5. 福岡県総合周産期母子医療センター
6. 地域がん診療連携拠点病院
7. 開放型病院
8. 地域医療支援病院



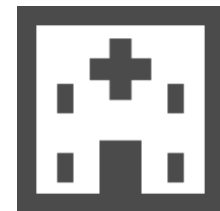
開設  
大正7年8月  
(1918年)



診療科数  
**45科**  
(2026年5月1日)



救急車受入数  
**7,264件/年**  
(2025年1~12月)



病院区分  
**地域医療  
支援病院**



職員数  
**2,410名**  
(2026年3月1日)



救命救急センター  
受診患者数  
**17,435人/年**  
(2025年1~12月)



病床数  
**1,006床**  
※精神43床含む  
(2025年12月1日)



外来患者数  
**1,642人/日**  
(2025年1~12月)



ドクターカー  
出動件数  
**341件/年**  
(2025年1~12月)



平均在院日数  
**13.7日**  
(2025年1~12月)  
※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



入院患者数  
**826人/日**  
(2025年1~12月)



手術件数  
**6,879件/年**  
(2025年1~12月)

# 取組み前に抱えていた問題(2011)

1. 死亡場所において約85%が病院、普及しない在宅医療
2. 飯塚病院へ救急搬送が過度に集中
3. 平均在院日数が16.5日を超え、病床の機能分化が停滞
4. 個々のなじみの連携はあったが、公式な課題協議の場がない

## 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
- ・ 「在宅退院促進」と「関係者への在宅医療に必要な技術支援」を目的に開催

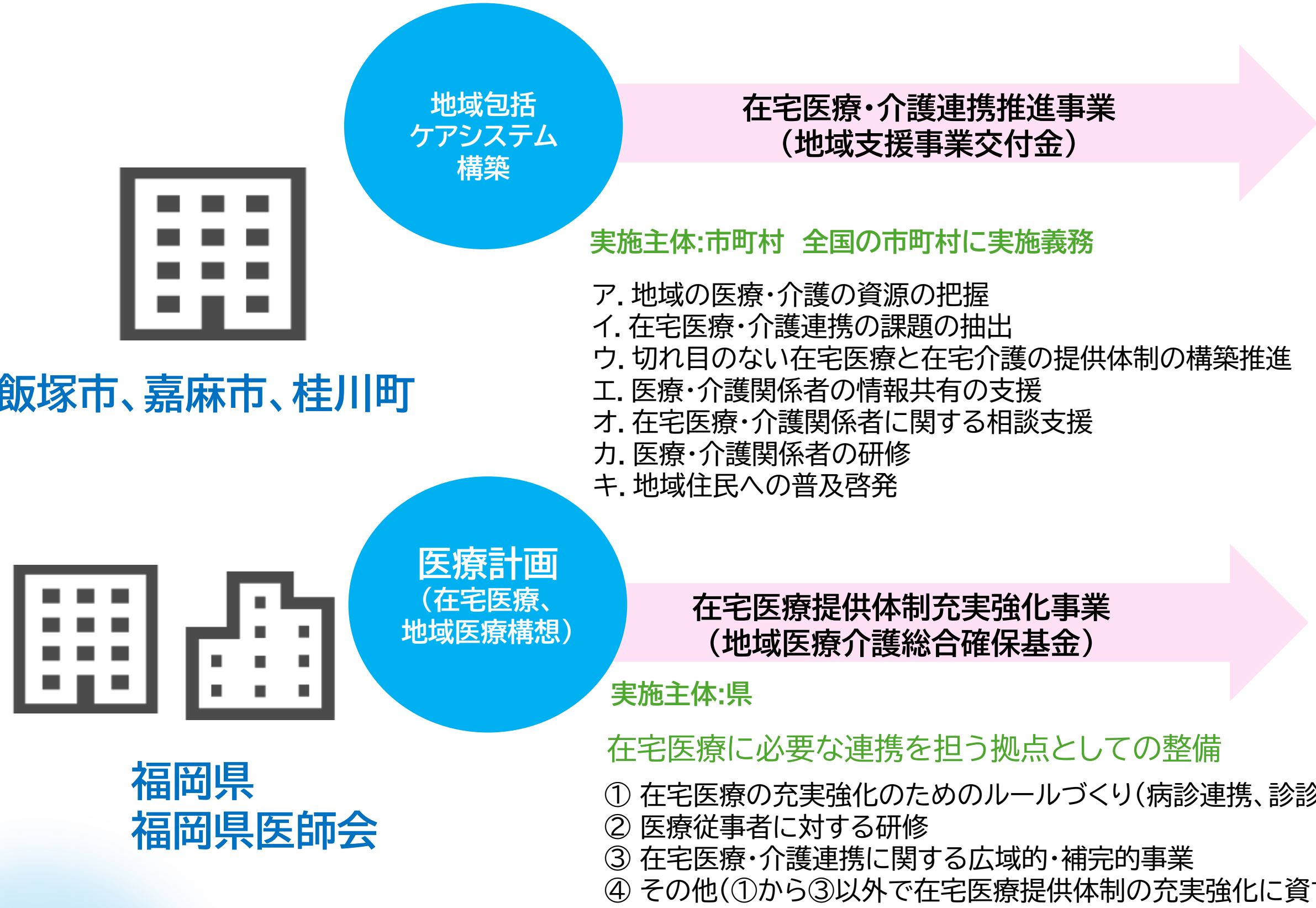
### 2012年 潁田病院が在宅医療連携拠点事業の採択を受けて活動

- ・ 初めて地域で多職種を集めた在宅医療の課題協議の場を構築し、多職種連携推進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

- ・ 飯塚医師会が市町村から委託を受けて開設
- ・ 医療計画(在宅医療推進、地域医療構想など)と地域包括ケアシステム構築(介護保険地域支援事業)の一体的取組み
- ・ 医師会に飯塚病院から職員(MSW)を派遣

# いづか地域包括ケア推進センター



飯塚市、嘉麻市、桂川町

福岡県  
福岡県医師会

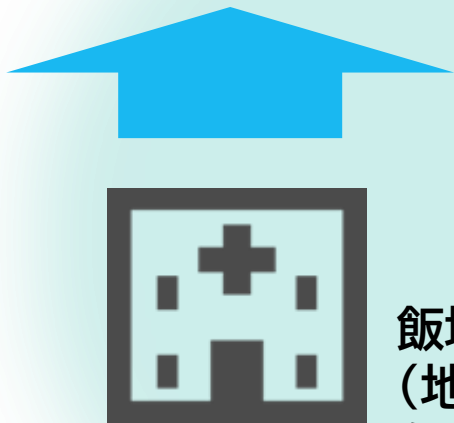
2012年度 在宅医療連携拠点事業：潁田病院  
2015年度～ 在宅医療・介護連携推進事業



## いづか 地域包括ケア推進センター

- 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

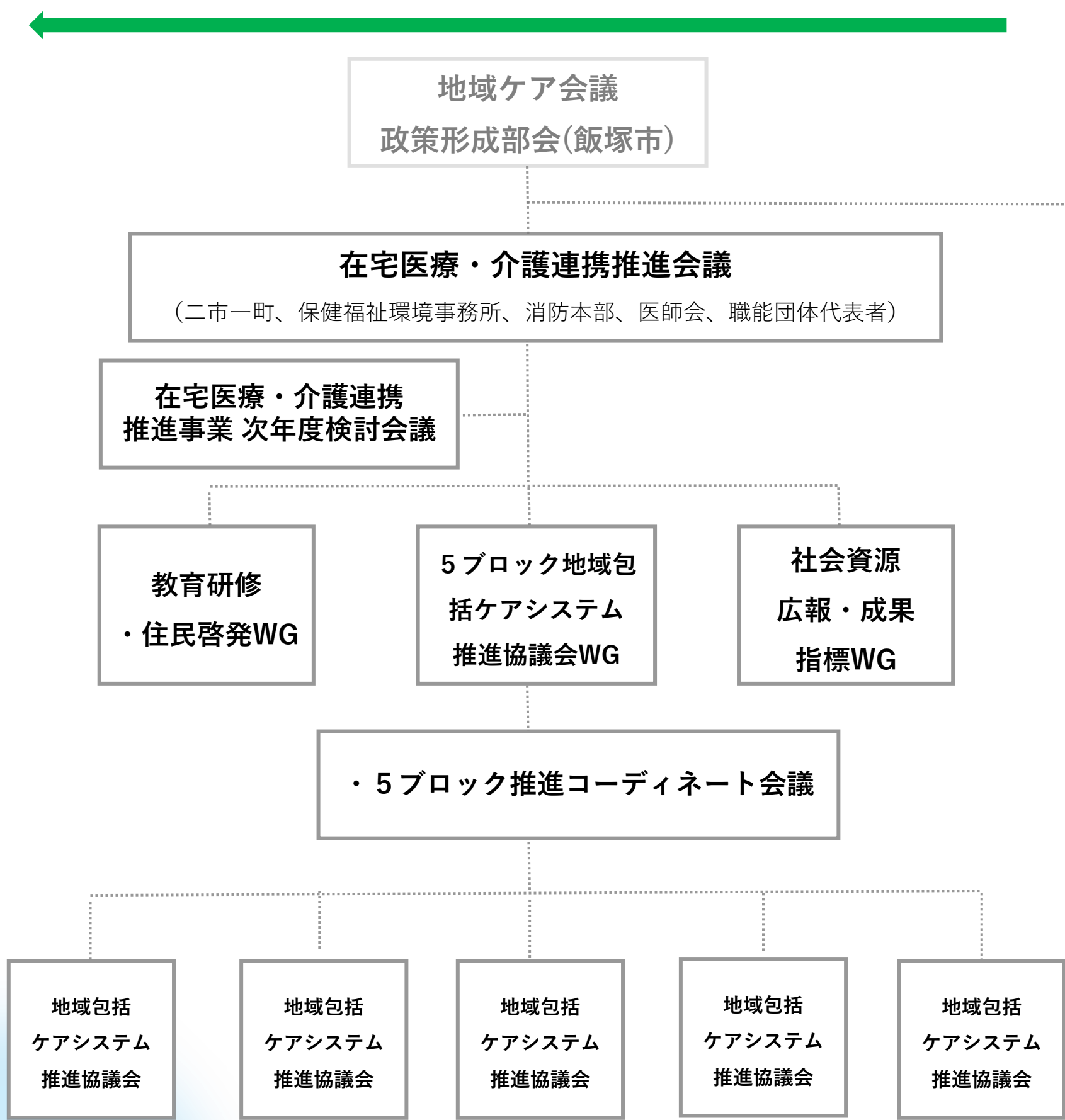
(基幹型)コーディネーター 2名



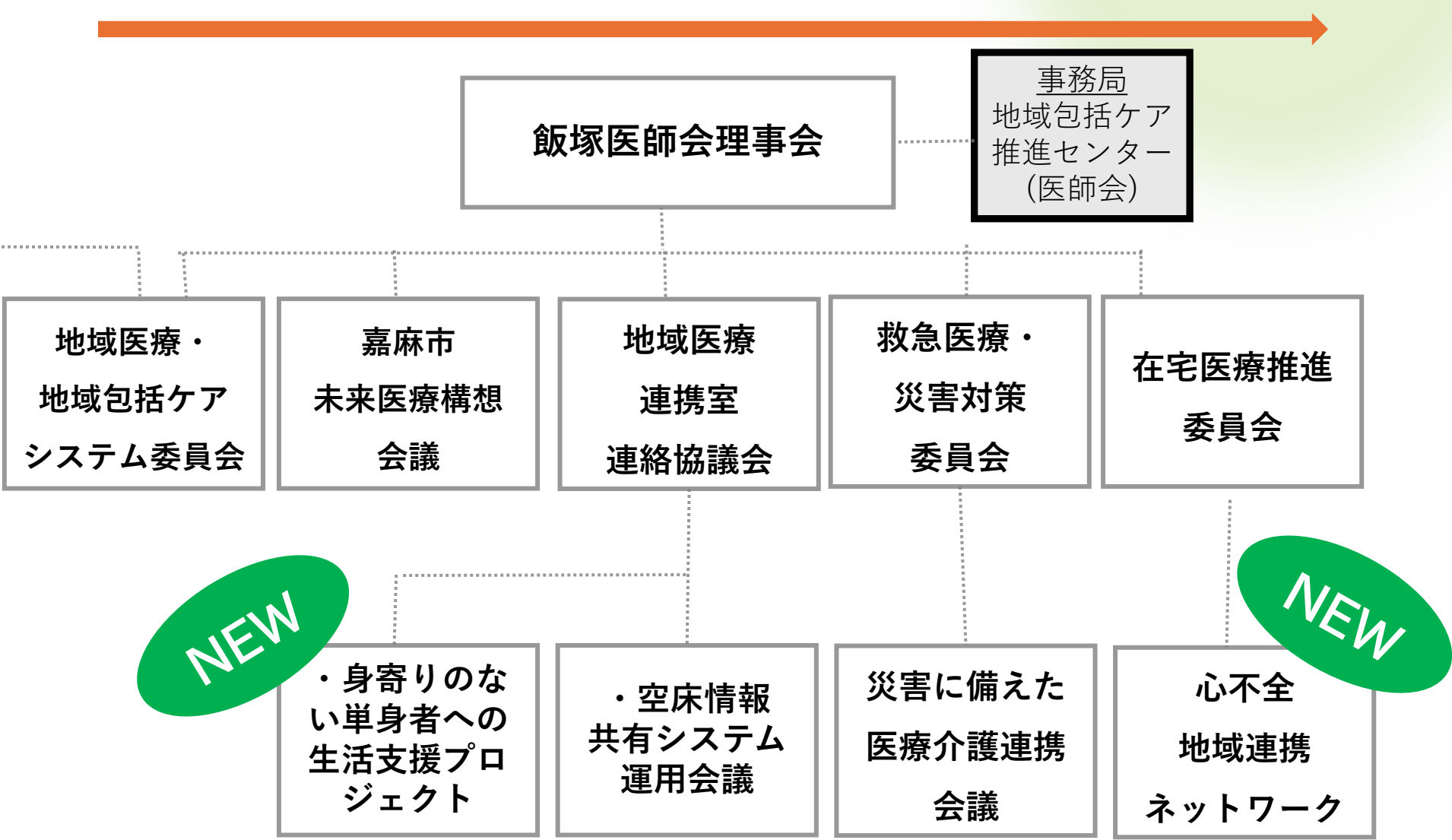
飯塚病院  
(地域医療支援病院)  
からMSWを派遣

# 2026年度 事業推進体制図

主に市町村事業(在宅医療・介護連携推進事業)の体制



主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充実強化事業)の体制



**02**

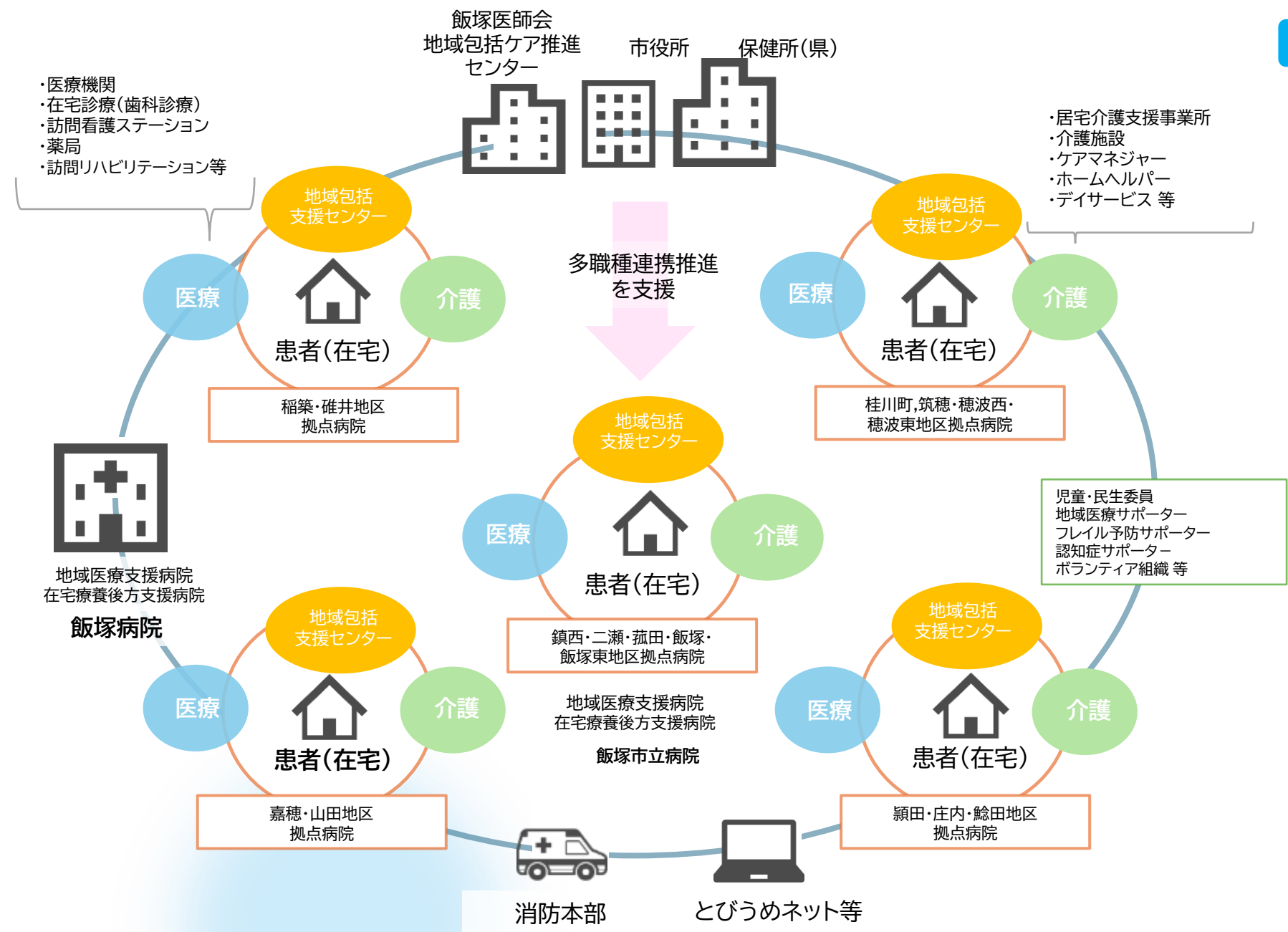
## **5ブロック地域包括ケア推進構想**

---

# 5ブロック地域包括ケア推進構想

## 目的

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、日常生活圏域を勘案して設定

### 医療・介護連携拠点病院 ※8病院(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、在宅医療を実施し、日頃から在宅関係者と緊密な連携を図っている

- 1. 在宅医療機関への支援と連携
- 2. 在宅医療・介護連携の課題協議の場提供、多職種連携推進
- 3. 住民の健康増進・予防の普及啓発
- 4. 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

### 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、消防本部、市町村

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3回以上

# 医師会・市町村・保健所(県)の役割

- ・事業責任者として全体の統括、事業の進捗管理
- ・各ブロックで効果のあった取組みの水平展開
- ・各ブロックでやるより広域で開催する方が効率的な教育研修や住民啓発イベントの開催



# 5 ブロック医療介護連携拠点病院

## 1. 在宅医療機関への支援と連携

在宅医療を行う機関に、入院受入れを含めた後方支援、救急医療体制の機能分化連携

## 2. 在宅医療介護連携の課題協議の場提供、多職種連携推進

地域連携の阻害要因を抽出し、解決策を協議する多職種連携の定期的に提供、多職種間の情報共有の仕組みづくり

## 3. 住民の健康増進・予防の普及啓発

フレイル予防や人生会議(ACP)・ALPの啓発活動により、住民のリテラシー向上を目指す

## 4. 施設との連携支援及び施設看取りの推進

介護・福祉施設に対し、相談窓口の開設や認定看護師による技術指導を行い、施設内での安心した看取りの支援

## 5. 災害に備えた医療・介護相談支援、連携調整

災害発生時に備え、医療・介護の連携相談や、要配慮者の受入れ調整体制を平時から協議し、有事に備える

# 事業推進(現場的、基幹的)コーディネーターの配置

現場的コーディネーター 約30名



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

- ① 在宅医療機関への支援と連携
- ② 在宅医療・介護連携の課題協議の場提供、多職種連携推進
- ③ 住民の健康増進・予防の普及啓発
- ④ 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

基幹的コーディネーター 2名



1. 事業責任者として全体の統括、事業の進捗管理、各ブロック間の連携・調整
2. 個別対応で集められた課題を代表者会議に提案する
3. 各ブロックで効果のあった取組みの水平展開
4. 広域で開催する方が効率的な教育研修や住民啓発イベントの開催



# 地域医療支援病院(在宅療養後方支援病院)の役割

1. (高度)急性期病院として、拠点病院が対応できない緊急・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
3. 有事における緊急医療対応と、持続可能な救急搬送システムの維持
4. 教育研修の機会提供と、技術・マンパワー支援  
総合診療医・家庭医の教育研修プログラム、拠点病院への総合診療医を派遣
5. 地域住民・自治体との連携、普及啓発、社会貢献

# 03

## 課題から導き出した具体的な対応策

---

# 年間延べ1,500人が参加する「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／潁田病院             |
| (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／潁田病院             |
| (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／潁田病院             |
| (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 他       |

・ 質的な地域課題が抽出され、その後の対応策に繋がった

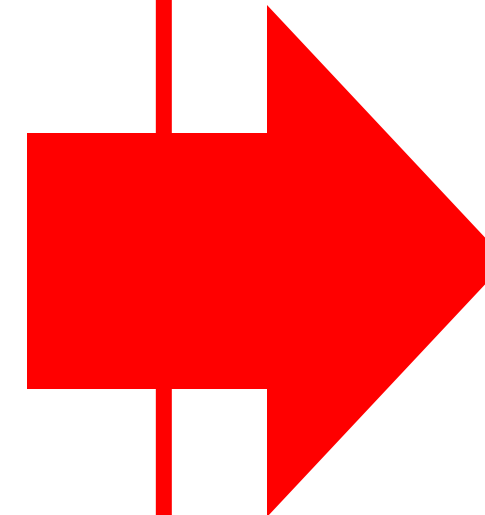
・ 平時からの顔の見える連携が有事の際の連携に非常に役立った



# 介護施設における看取りの阻害要因 例

- ・看護師の配置がない、夜勤職員の負担がかかる、マンパワー不足
- ・嘱託医が看取りを行わない。嘱託医が遠方に住んでいるため、往診対応が困難なため救急搬送になる
- ・看取り対応できる部屋(家族などが泊まれる等)など環境が整っていない
- ・夜間帯、常時喀痰吸引等医療的ケアを行える職員体制にない
- ・嘱託医の協力が得にくい、すぐに救急車搬送を指示する
- ・職員の研修や勉強会などの時間をとることが難しい

- ・職員の教育(看取り介護、医療的対応力の向上、感染対策等)
- ・看取りに関わった職員の心のケア
- ・嘱託医が看取り対応ができない場合の医師同士の連携
- ・施設と医療機関(訪問診療)との役割分担と協力体制
- ・病院と介護施設の連携不足
- ・本人の意向が聞けないまま、突然状態悪化した場合の救急搬送
- ・かかりつけ医・看護師の24時間のサポート体制
- ・家族の理解



ここって  
対応できない  
でしょうか？

# 介護施設との連携支援及び施設での看取りの推進

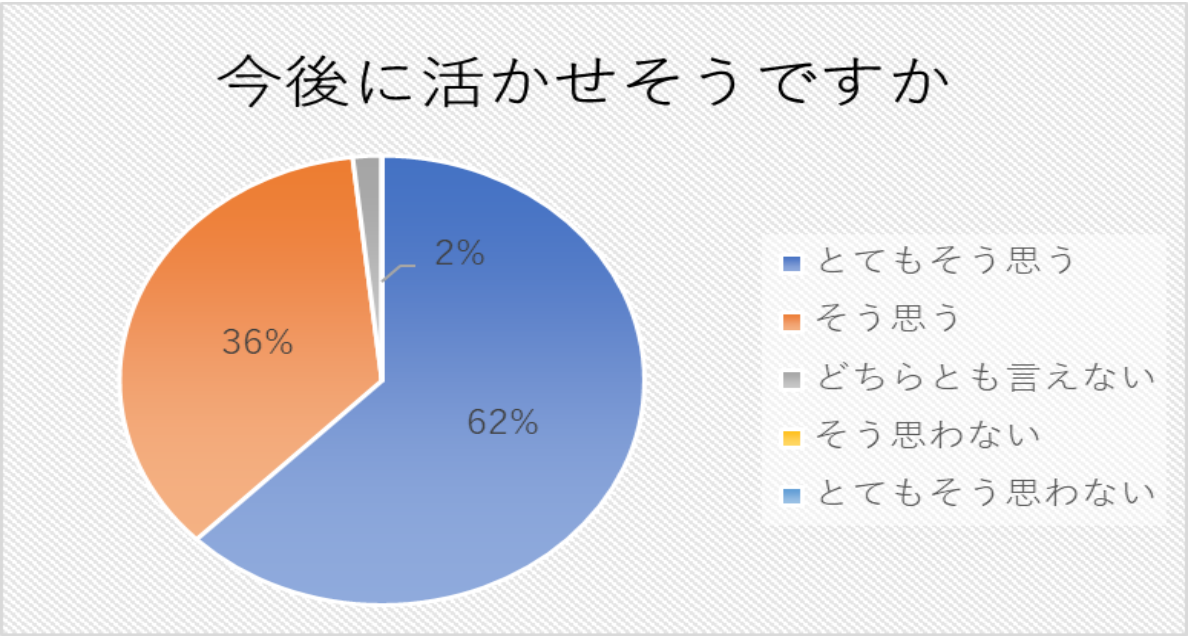
## 課題：介護施設での看取り推進支援、医療的対応技術向上の支援



- 1) 認定・専門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  
「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

56名 担当：済生会飯塚嘉穂病院  
100名 担当：飯塚市立病院、共立病院、児嶋病院
- 2) 施設との連携協議  
『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
- 3) 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
- 4) 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)



# 医療機関と介護施設の連携協議：外来対応・受診相談

## 介護施設から拠点病院への要望

### 内 容

- ① 待ち時間への対策
- ② 施設から病院への相談経路
- ③ 『予防的な検査入院』よりも『体調変化時の早めの入院』
- ④ 施設では特に、『食事摂取』に関わる状態の変化に不安を感じている
- ⑤ 駐車場について



### 改 善 策

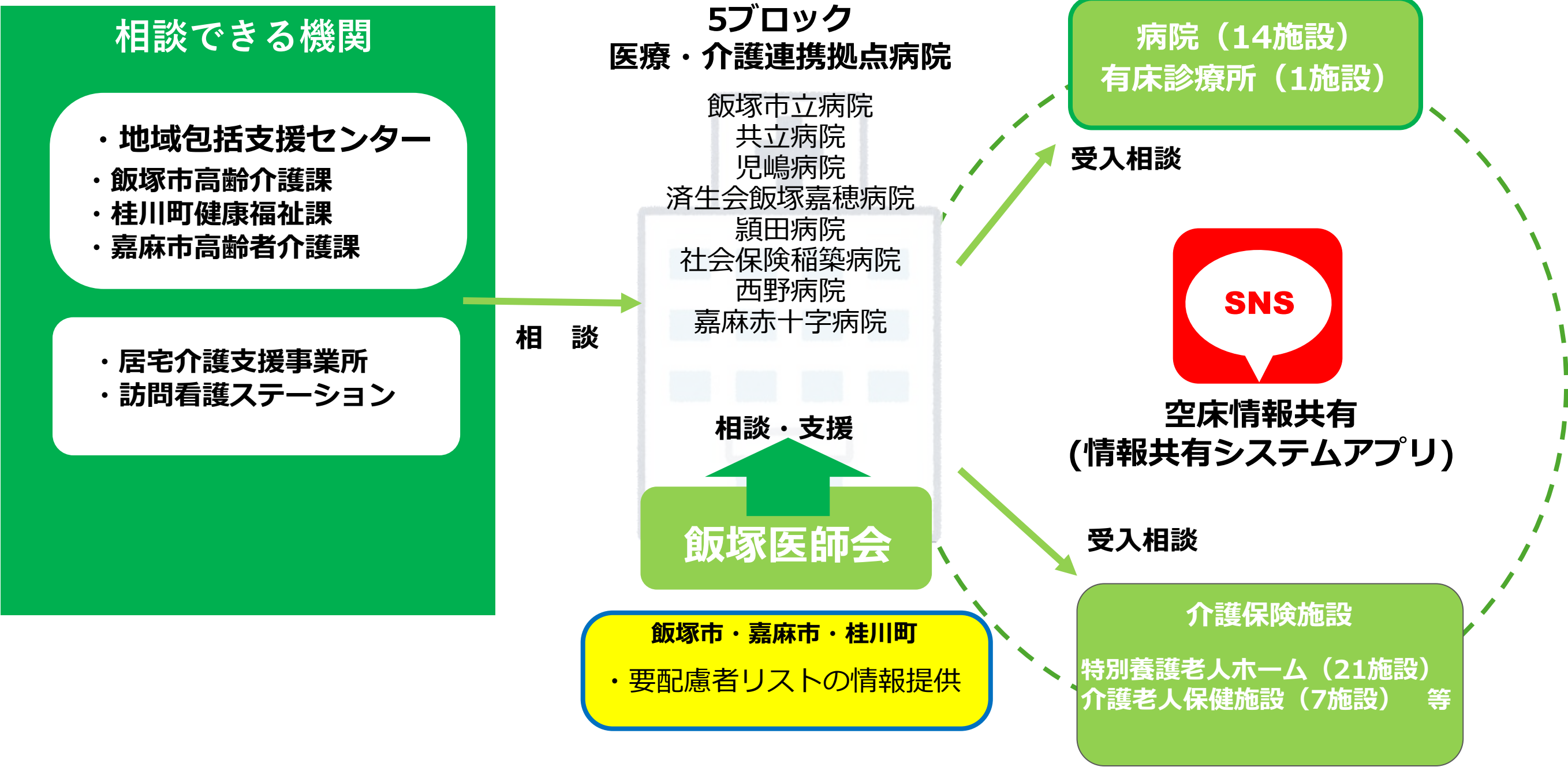
- ① 連携室が外来診療の待ち時間から診察時間を予測して、来院時間を施設伝える
- ② 「診察依頼書」を活用し、外来看護師が直接、病状や症状を聞き取る
- ③ 患者の体調の変化時や検査結果（異常値の認知）による早めの入院は、施設からの入院希望があれば、積極的に相談に応じる
- ④ 嚥下機能の低下などの兆候が出現した時点で、病院は施設からの相談に応じる  
必要な場合、嚥下評価、訓練、食事形態の見直しなど目的に応じた医療評価入院が可能
- ⑤ 雨除けがある裏出入口の使用、施設車両用専用駐車スペース3台分を確保



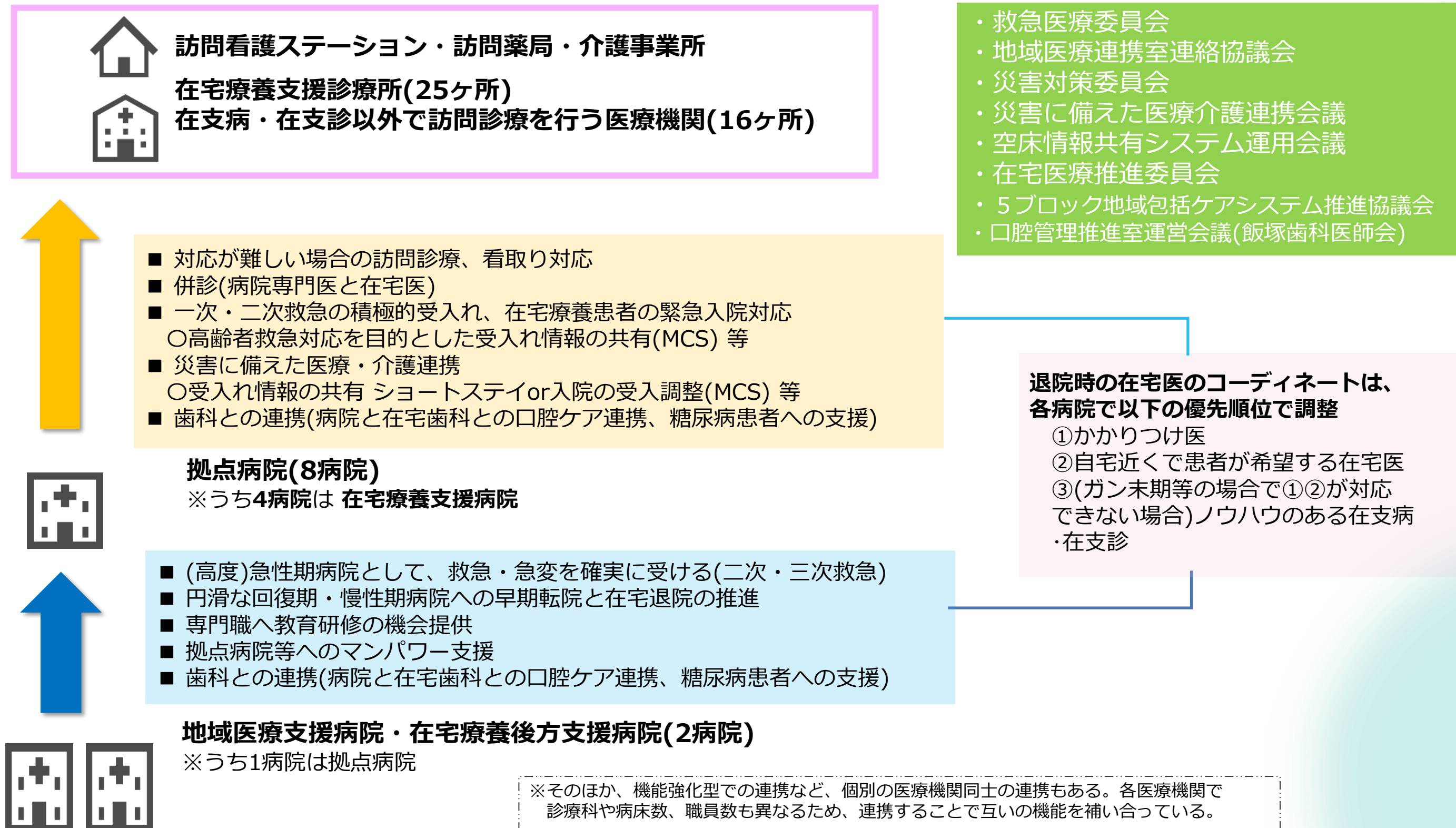
# 災害に備えた医療介護連携体制の仕組み構築

## 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



# 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



# 04

## 地域ぐるみで取り組まれた活動の評価

---

# 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

目 標  
「希望するすべての人が在宅医療を受けられる」

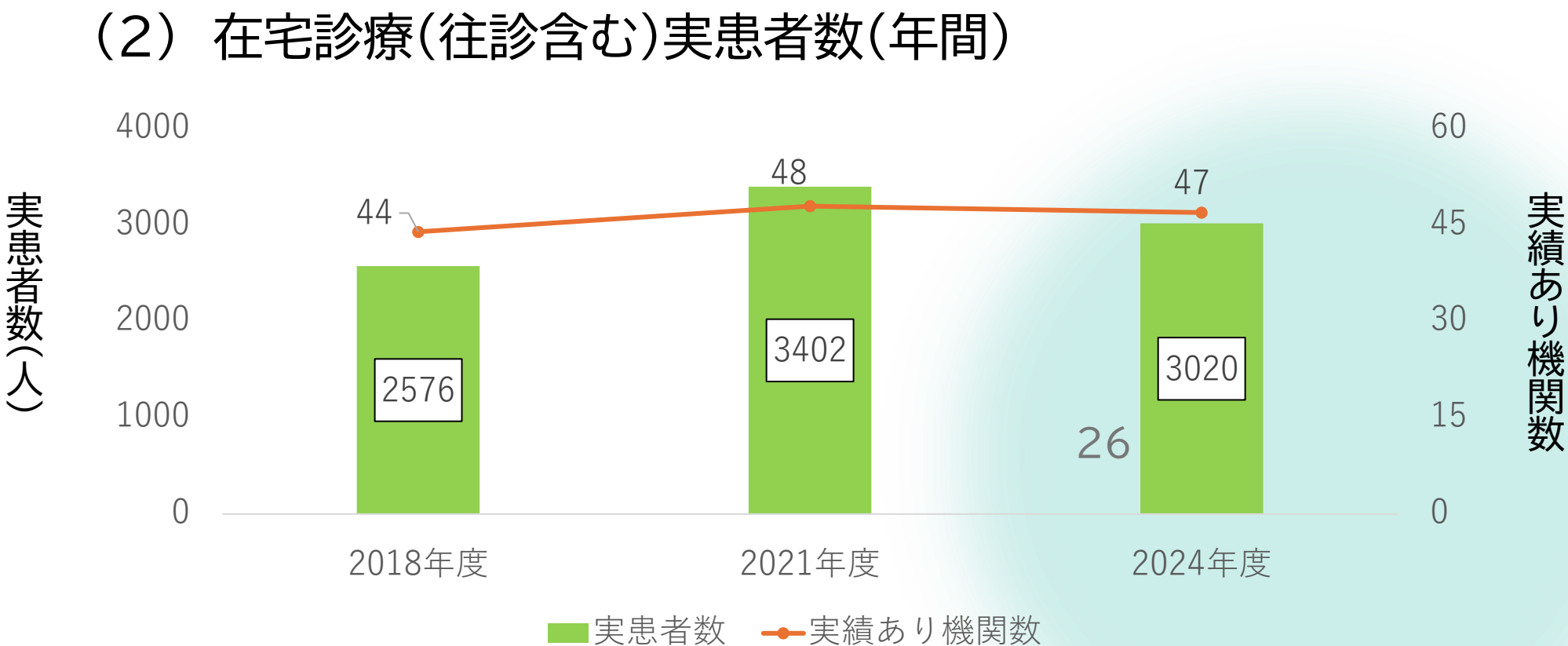
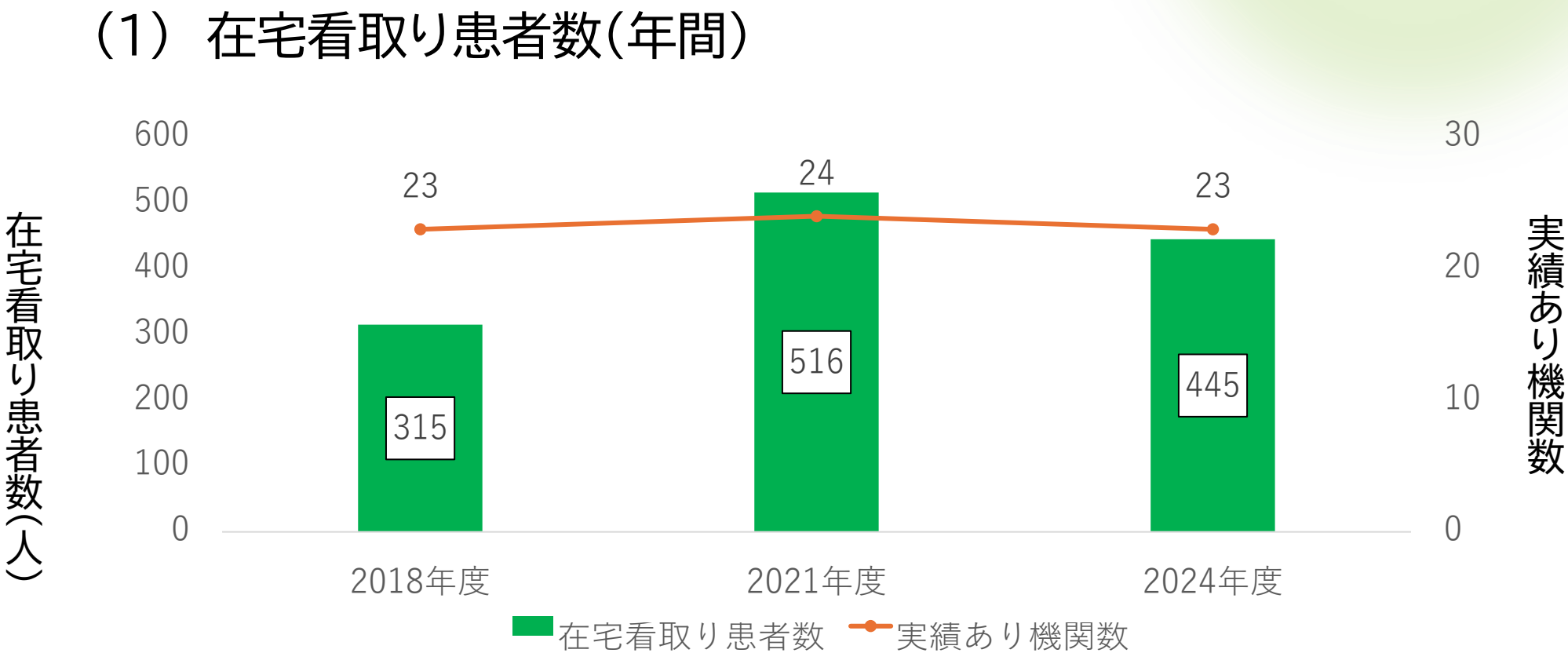
数値目標1  
在宅看取り患者数(年間)  
500人(自宅250人、施設250人)

現状445人(自宅249人、施設196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3,020人(自宅996人、施設2,024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 誰もが一度は見たことのある数値となっている

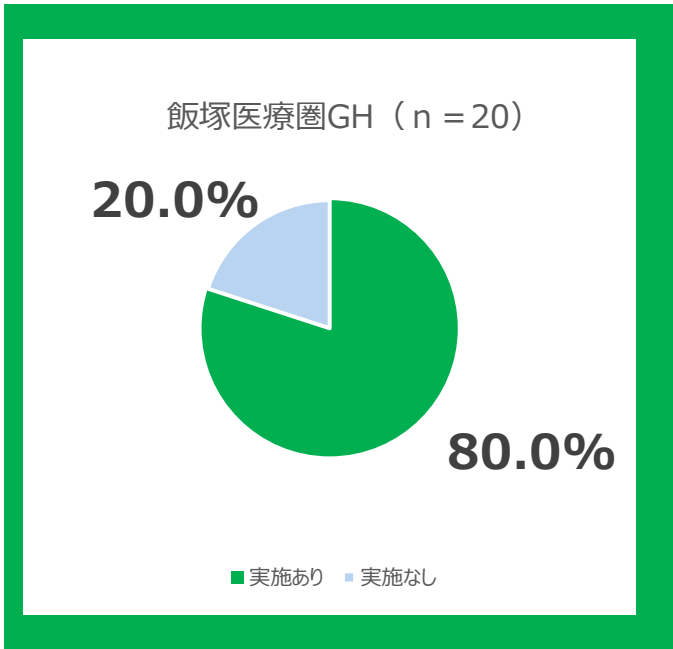
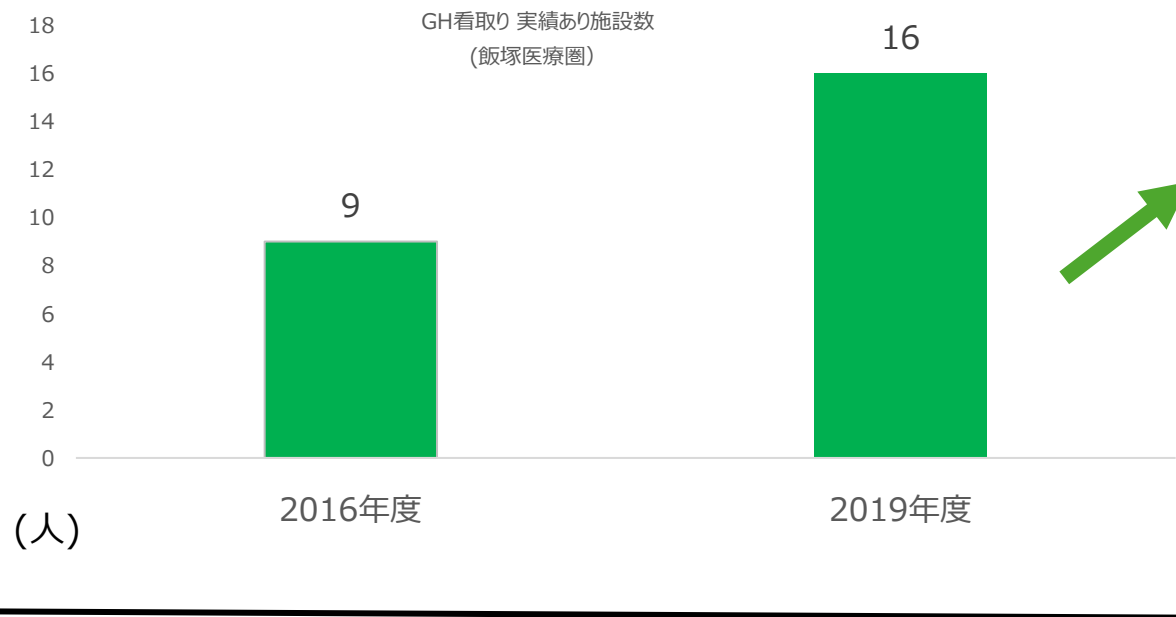


# 介護保険施設での看取り状況

介護施設での看取り数は増加傾向にあるものの、自宅に比べると施設看取りは少ない

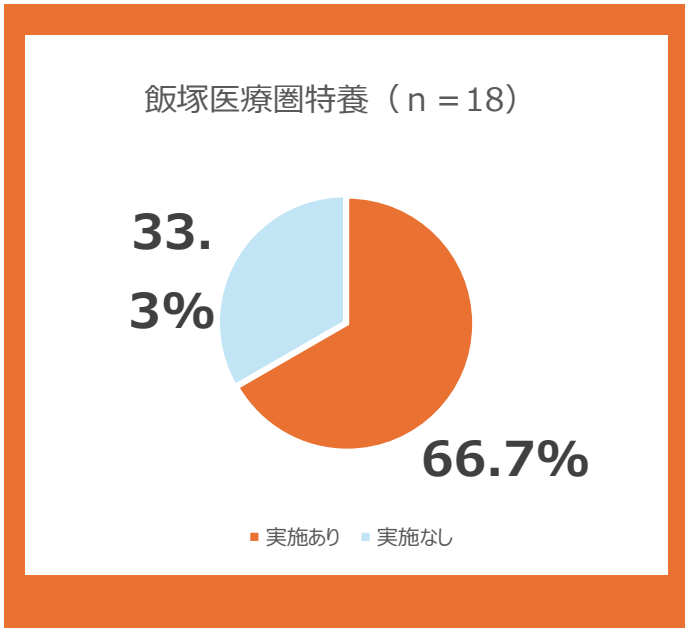
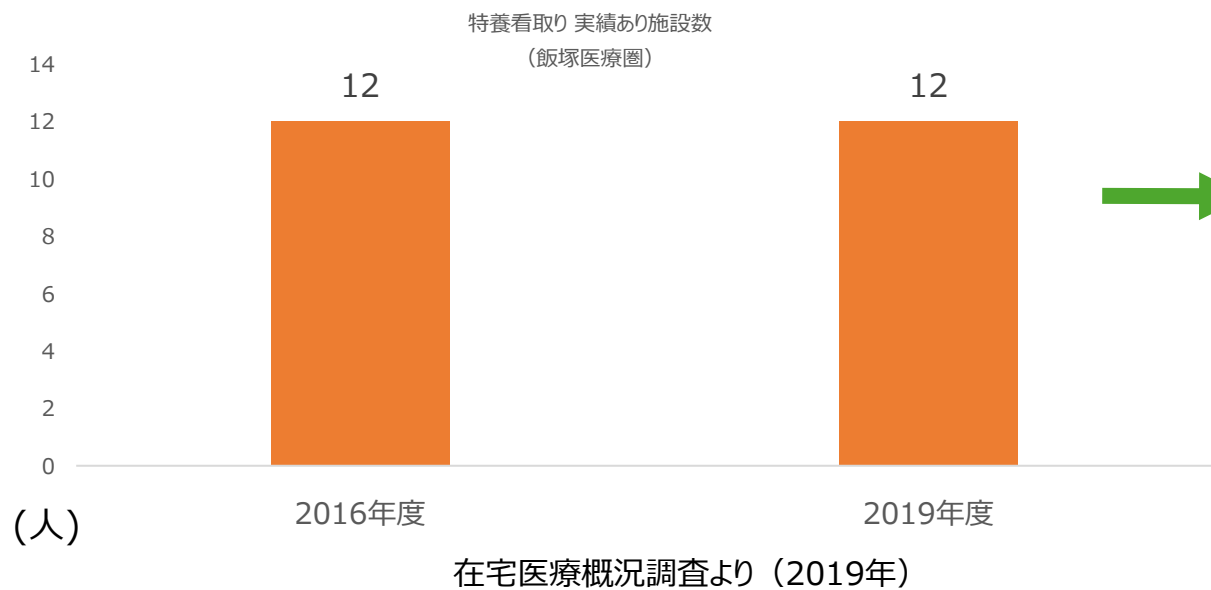
## GH

n = 20

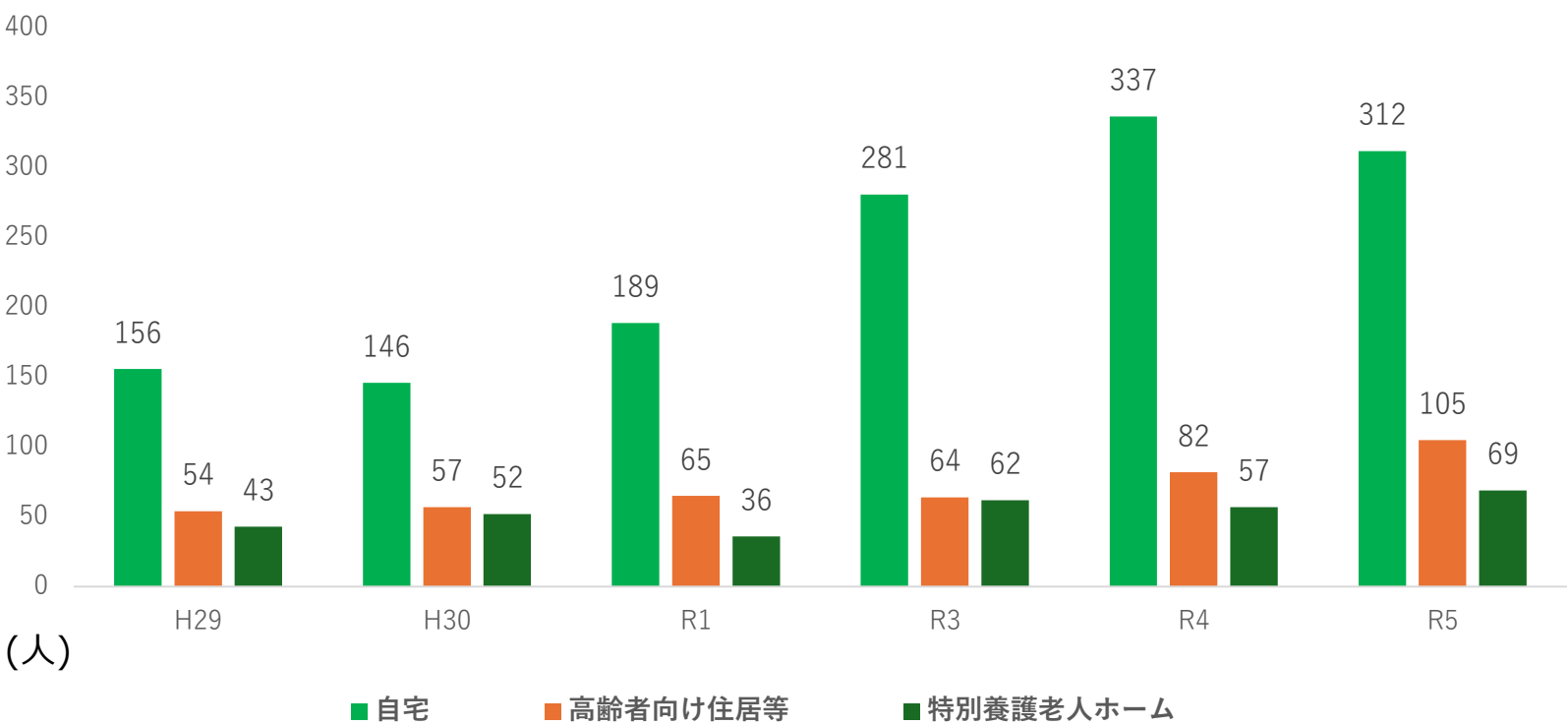


## 特養

n = 18



## 在宅看取り患者数 (年次推移・居所別) ※推計値



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 (飯塚医療圏)

※「在宅看取り患者数」とは、前年度の4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。(H24～H28については、4月～7月までの4ヶ月に在宅で看取りを行った人数を3倍にした人数を指す。)

※推計値について

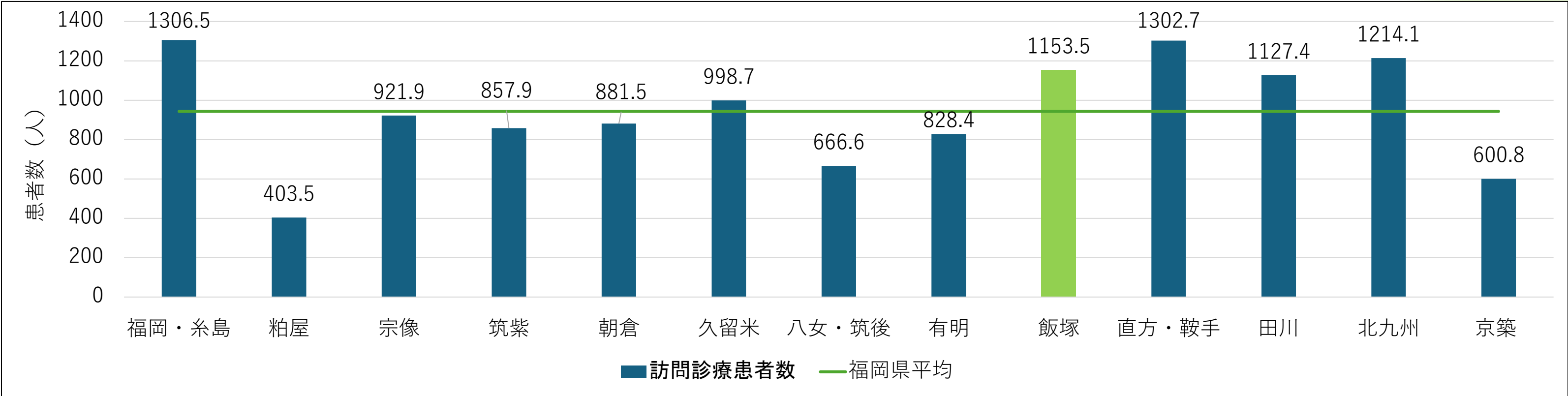
平成24年度～平成28年度は2区分 (在支診・在支病)、平成29年度は3区分 (在支診・在支病・在医総管) に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分 (在支診1-3、在支病1-3、在医総管 (診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分 (在支診1～3、在支病1～3)、平成29年度は7区分 (在支診1～3、在支病1～3、在医総管) に分けて推計している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

※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。)

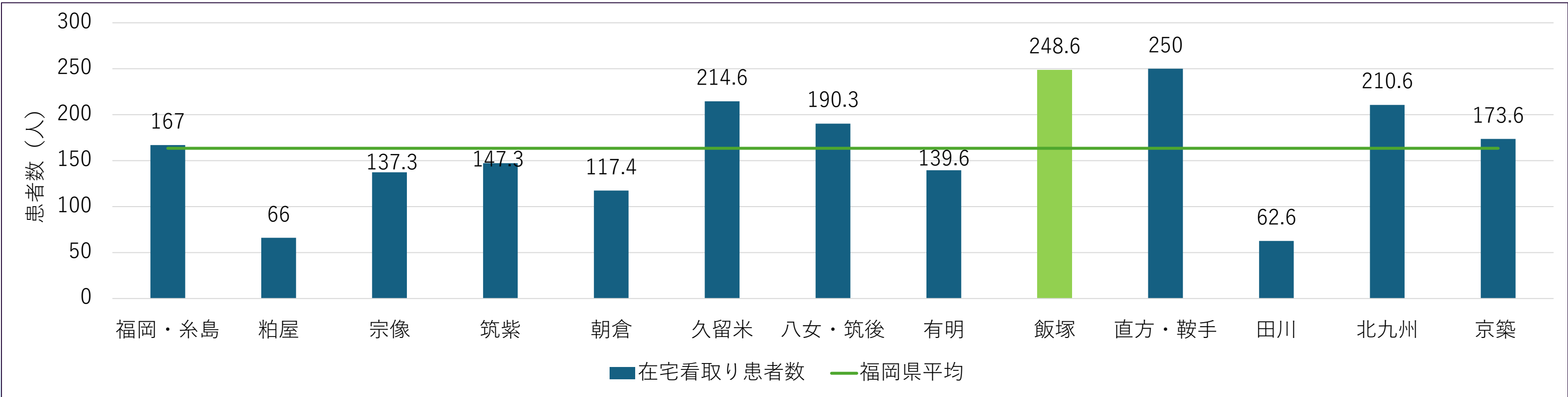
※R2年度は、未調査

# 令和7年分 訪問診療患者数・在宅看取り患者数（二次医療圏別・人口10万人対）

訪問診療患者数



在宅看取り患者数

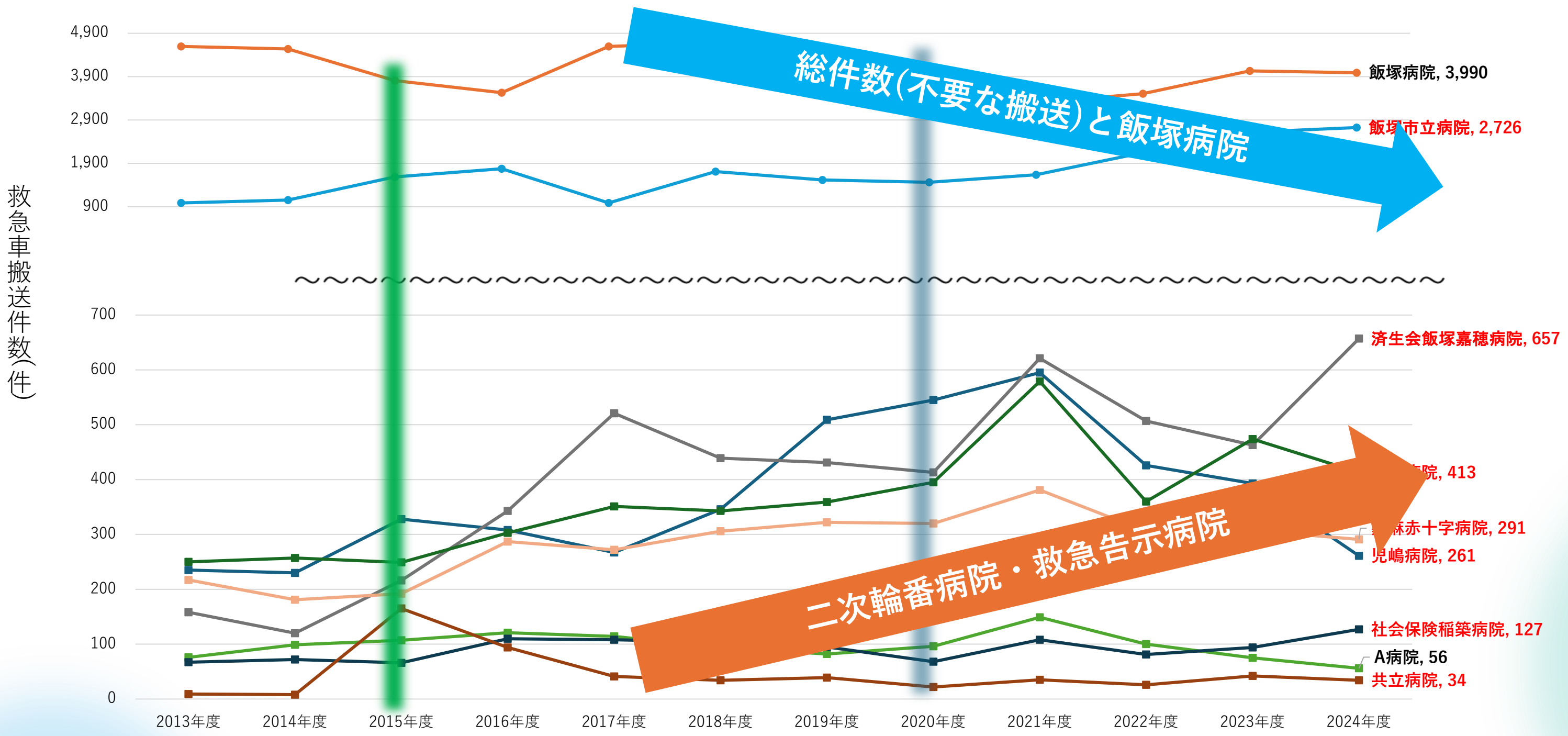


出典：令和7年分 福岡県高齢者地域包括ケア推進課

# 飯塚医療圏 救急車の搬送受入件数(2次輪番病院) 推移

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

5ブロック拠点病院は赤で記載

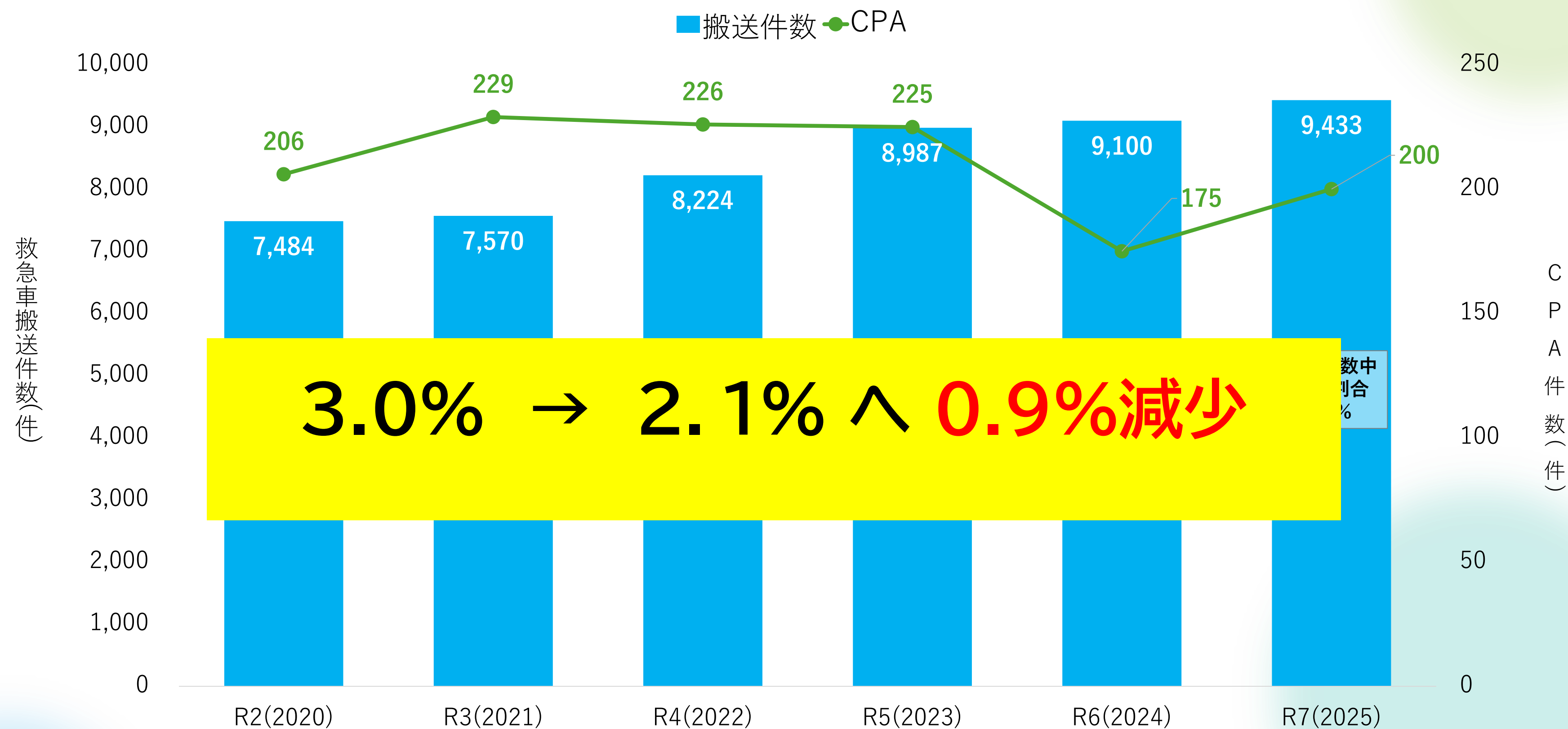


在宅医療

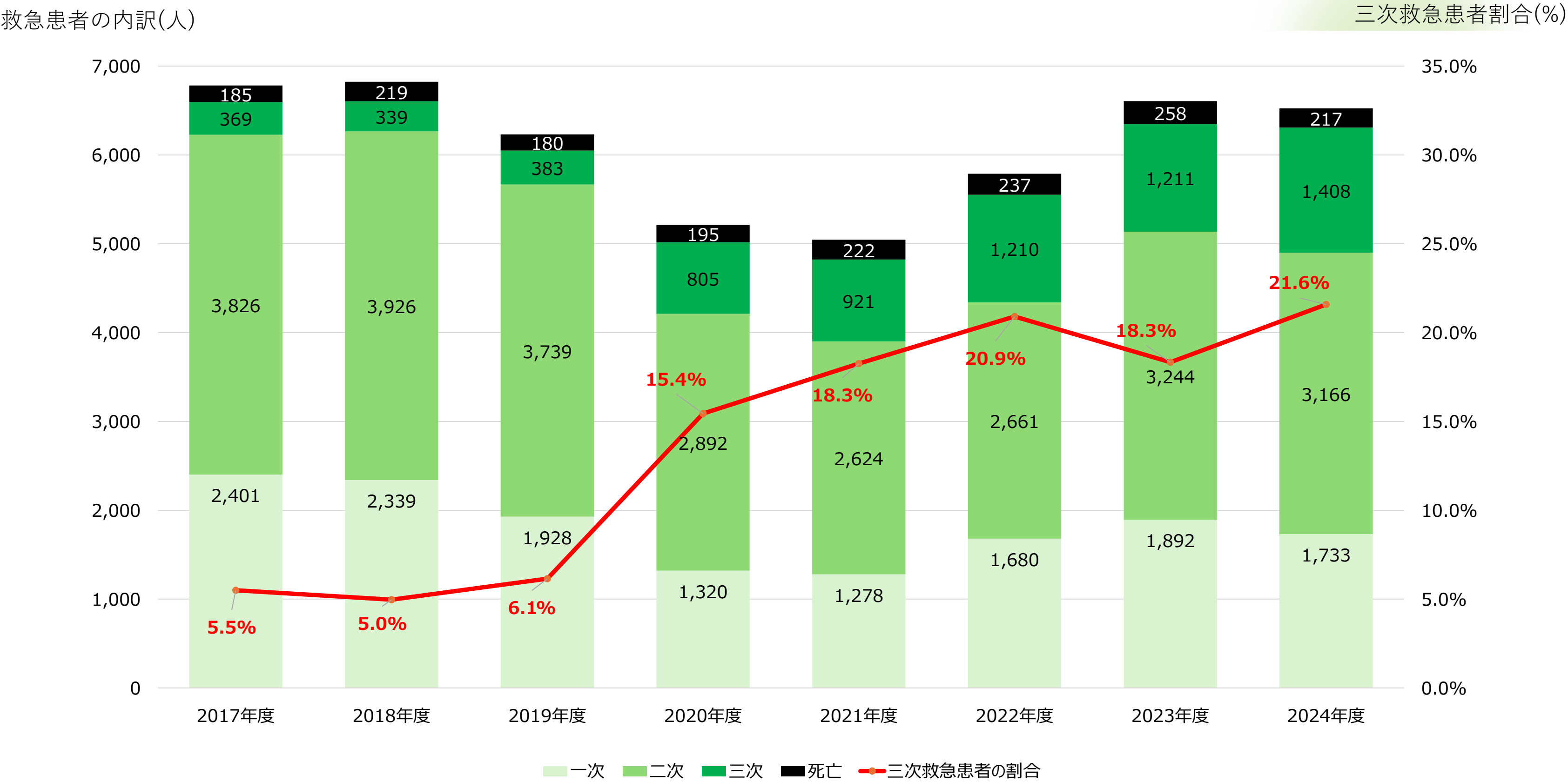
5ブロック  
開始

コロナ  
蔓延

# 救急車搬送総件数に占めるCPAの割合（2019-2025年分）

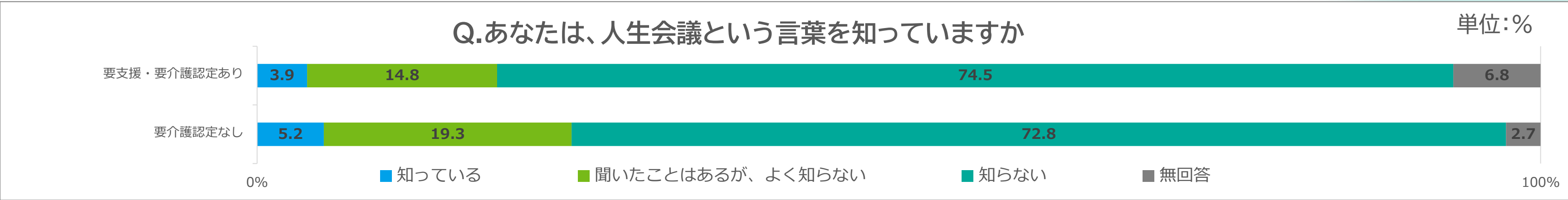
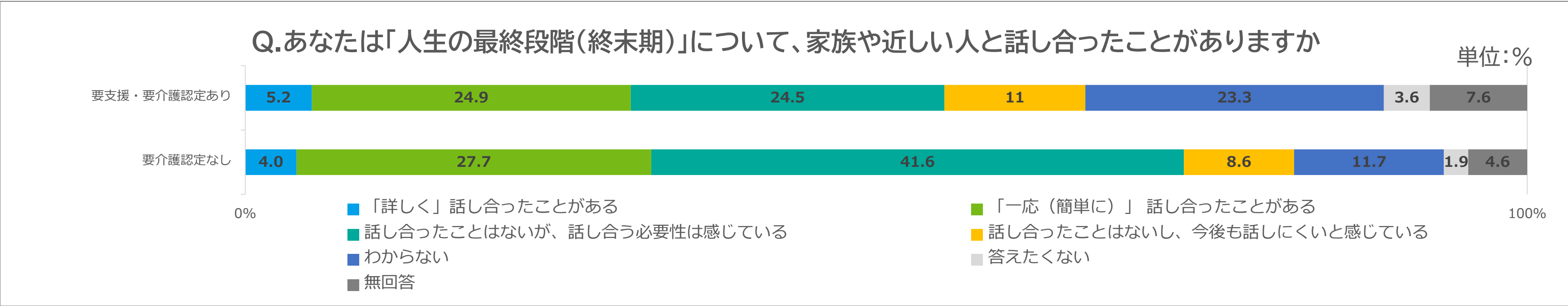
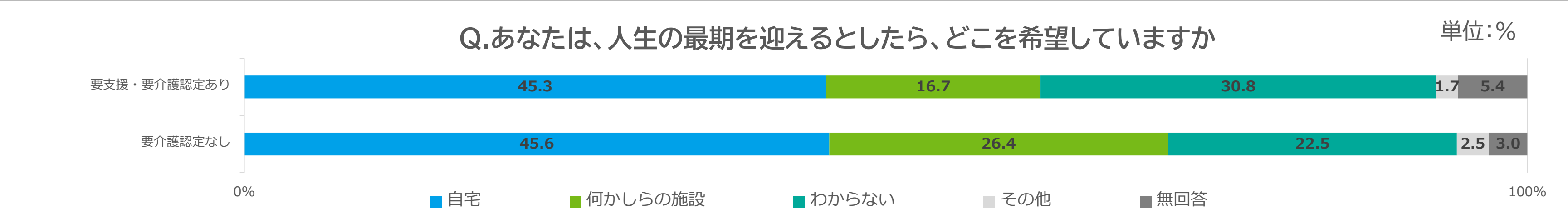


# 当院の救急車による搬送受入件数（一次・二次・三次・死亡の内訳）



# ACPに関する調査（飯塚市）

アンケート対象：  
要支援・要介護認定あり：市内に居住する要支援・要介護認定者で、施設入所者を除く 1,500 人  
要介護認定なし：要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者3,000人



# 「在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する説明会」

## 「事例発表①」

## データで紐解き、絆で紡ぐ在宅医療・介護連携

～ニーズを捉え、多職種が同じ未来を向くために～

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

視聴URL

[https://www.youtube.com/watch?v=I2DZuYDZBaw&list=PLGHEhB4\\_tJgo&index=2](https://www.youtube.com/watch?v=I2DZuYDZBaw&list=PLGHEhB4_tJgo&index=2)

視聴QRコード



# 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

- ・引き続き新規在宅医のためのスタートアップ支援
- ・在宅療養支援病院が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
- ・医療機関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

## 2. 医療・介護連携による、介護福祉施設での医療的対応力の向上と看取り体制強化

- ・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
- ・拠点病院の認定看護師を中心に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

## 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
- ・自治体、消防本部、医師会が中心となり、横断的な在宅医療と救急医療の連携体制を強固する

## 4. 地域住民への多角的な啓発活動の推進

（健康増進、フレイル予防、医療・介護サービスの適切な利用、ACPの普及啓発など、住民の健康リテラシー向上に資する取り組み）

- ・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
- ・自治会や民生委員などと密に連携し、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

**05**

# コーディネーターに求められる 在宅医療・介護連携を支える実践力

---

# コーディネーターに必要な視点

## 1. 公平・中立、公益の視点

特定組織や職種に偏らない公平・中立な立場を堅持し、地域全体の公的な利益を優先する

## 2. 生活者としてクライアントを捉える視点(多職種共通の視点)

クライアントの抱える問題は、病気や障害などの「心身の問題」と、家庭・職場・経済などの「生活の問題」に分けられるが、これらは相互に深く影響し合っている。この前提を踏まえ、支援者はクライアントと対等な関係性を築いたうえで本人の自己決定を尊重し、主体的な社会参加や自立を支援するアプローチが求められる。

## 3. ミクロ、メゾ、マクロの多層的な視点

ミクロ：困難な状況に直面する個人や家族への直接的援助である

メゾ：家族ほど親密ではないが、グループや学校、職場、近隣など有意義な対人関係があるレベルで、クライアントに直接影響するシステムの変容を目指す介入である

マクロ：社会問題に対応するための社会計画や地域組織化など、社会全般の変革や向上を志向しているものである

# コーディネート機能発揮のために必要な能力(1)

## 【ミクロ：個別の相談対応(現場の実践力)】

### └─ アセスメント・傾聴力(見立て・本音の把握):

相談者の不安や本音を受け止め、表面的な困りごとの奥にある「潜在ニーズ」や「根っこにある課題」を見抜く力  
相談者や家族だけでなく、関係者(医療・介護現場など)の関心や困りごとを捉える力

### └─ ケース調整・つなぎ力(個別支援の調整):

単なる情報提供やたらい回しに終わらせず、医療・介護・行政の枠を超えて関係機関・多職種間の円滑な連携を調整する力

### └─ リフレクション力(振り返りと構造化):

個別の困難ケースを振り返り、個人攻撃やその場しのぎで終わらせず、客観的に整理・分析する力

# コーディネート機能発揮のために必要な能力(2)

## 【メゾ・マクロ：地域課題の抽出と施策化(地域を変える力)】

### └─ 相談内容の類型化・地域課題の抽出力

個別の相談内容(ミクロ)を積み重ねて類型化し、地域全体の課題(メゾ・マクロ)として可視化する力

### └─ 課題解決に向けた対応策・施策の企画立案力

抽出した地域課題を解決するため、新たなルール・対応策や施策を企画・提案する力

### └─ 組織横断的な連携推進・多職種協働の強化

自治体内外の多機関・関係団体との合意形成を図り、組織横断的な連携体制をつくる力

自治体職員と医療・介護専門職のハブとなり、専門的・技術的観点から相互理解と多職種協働を促進する力

### └─ 地域人材の育成・ノウハウの共有

日常の相談支援や事業を通じ、地域で自力で連携を進められるキーパーソンを育て・支える力

個別のケース対応や施策化のプロセスで得た学び・ノウハウを関係機関と共有し、地域全体の対応力を高める力

# 市町村と医師会の協働による強固な推進体制の構築

市町村と医師会がしっかり手を組むこと、その上で関係機関・団体を巻き込んだ推進体制をつくる



## 市町村の強み

- ・地域課題を政策形成につなげる
- ・介護福祉事業所・施設を管理している
- ・住民組織とのパイプをもつ



福岡県、県医師会

後方支援、広域調整

連携・協働



## 医師会の強み

- ・医療の専門家である
- ・かかりつけ医機能をもつ
- ・職能団体が一つにまとまる

# 医師会コーディネーターと市町村職員との連携のあり方

お互いの立場を思いはかり、リスペクトと感謝を言葉にして伝えあうことで信頼関係を構築

- ・ 自組織の都合(部分最適)を排し、**地域全体の利益を最優先する視点**を持つ
- ・ 「伝える」ではなく「**伝わる**」、良好なコミュニケーションの推進
- ・ 会議外でのコミュニケーションを大事にする、日頃より定期的な打ち合わせや対話の機会を設け、**お互いに腹の中がわかる関係性**を深めておく
- ・ 事前に市町村(医師会)の意図を確認しながら、多職種間の調整をはかる  
(**健全な根回しと忖度**)
- ・ 市町村職員(医師会)が各プロジェクト(委員会)に参加してもらうように仕掛ける

# 地域ぐるみで回す、在宅医療・介護連携のPDCA(質の管理)

---

事業におけるPDCAの目的

地域レベルで課題解決に取り組む仕組みをつくり、地域包括ケアシステムや地域医療構想を発展させながら、サービスの質を継続的に向上させること

**P**(現状と目標、計画): 地域の課題を「みんなの課題」にする

**D**(戦略的展開): 地域ぐるみで仕掛け、動く現場へ

**C**(評価と検証): 現場の生の声と数字による、変化で「成果」を確かめる

**A**(標準化、改善): 良い仕組みを「地域の当たり前」にする

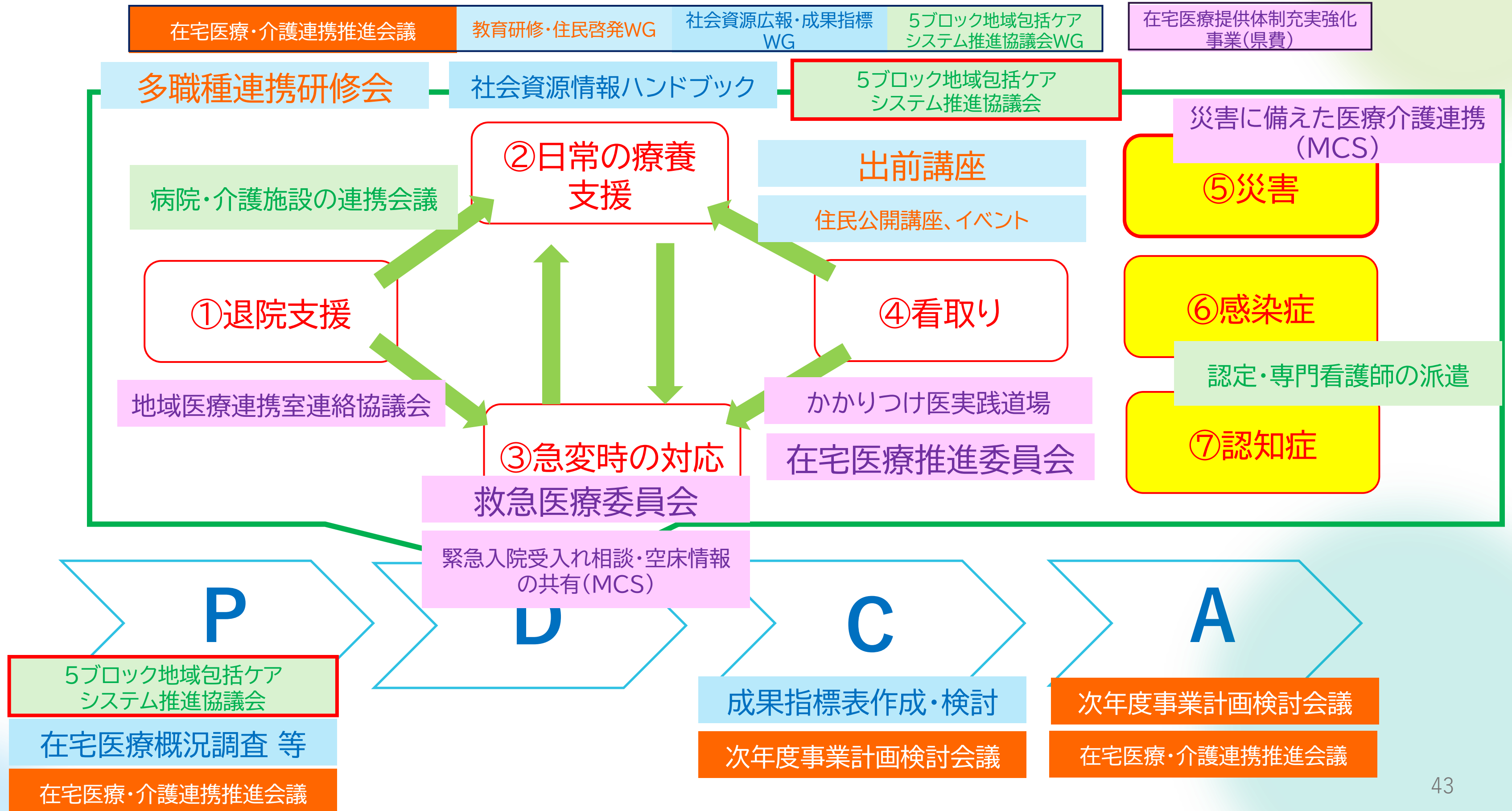
# 医療の質を改善するための6つの指標

|       |                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 安全性   | 患者のために行われた行為から患者が傷害を受けるようなことがあってはならない。                                                       |
| 有効性   | 医療サービスにより恩恵を受けることができる人には医学知識に基づいた医療を提供し、恩恵とはならないと思われる人にはそのようなサービスを提供しない。過小・過剰な医療サービス双方を回避する。 |
| 患者中心性 | 個々の患者の意志、ニーズ、価値意識を尊重し、患者の要望に応える医療を提供し、同時にすべての診療方針は患者の価値観を尊重して決定する。                           |
| 適時性   | 待ち時間、医療の受け手と提供者双方に有害な結果を招くような診療の遅れをなくしていく。                                                   |
| 効率性   | 設備、資材、エネルギーをはじめ、医療におけるあらゆる無駄を排除する。                                                           |
| 公平性   | 性、民族性、居住地、社会経済的地位を理由に医療サービスの質が異なることがあってはならない。                                                |

【出典】  
ペイシェント・エクスペリエンス-日本の医療を変え、質を高める最新メソッド-  
編著 一般社団法人 日本エクスペリエンス研究会 発行 2023.12.25

# 地域関係者によるPDCAサイクルがまわる(質の管理)ための体制構築

在宅医療・介護連携推進事業



# 質的・量的データの抽出方法

## 質的データ(現場の声)

現場的コーディネーターが中心となり、多職種が参画する地域の協議の場を開催し、テーマに応じて実施する関係者のヒアリングやアンケート調査等により、数値では明らかにできない、「本当にそれは問題か」「なぜその問題は起きているのか」「取組みの効果」など、背景を含めて現状の把握や効果の確認を行っている。

### (方法)

- ・ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会
- ・ 在宅医療・介護関係者の代表者会議
- ・ 訪問によるヒアリング、インタビュー調査
- ・ アンケート調査

## 量的データ(数字)

基幹コーディネーターが中心となり、職能団体と市町村による独自の量的調査(年1回)を中心に、テーマに応じて公表データや福岡県が実施する統計データ等を収集及び分析を行っている。その結果から、在宅療養支援に関する取組み実績をはじめ、地域全体のサービス提供状況について課題を抽出している。

### (方法)

- ・ 在宅医療概況調査(年1回)
- ・ 高齢者生活実態調査(設問を盛り込んでいる)
- ・ 公表データや福岡県の統計データを参考

# 飯塚圏域の2040年に向けた目標管理

目指したいこと:

飯塚に住んでいるすべての人が、希望する場所で最期まで住み続けられるまちづくり

目標:希望するすべての人が在宅医療を受けられる

約55%の住民(65歳以上)の自宅で最期を迎えたいという願いを叶える(高齢者生活実態調査結果)

## <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)
2. 在宅診療実患者数 年間 3,000人 ※地域医療構想データ参考

## <定点把握>

3. 救急車搬送に占めるCPAの割合を減らす 現状: 1.9%
4. 福祉施設からの救急車搬送件数を減らす 現状:11.2%
5. 住民が「人生会議」を知り、元気なうちから周囲の人と想いを共有できる  
大切な人と「人生の最終段階(終末期)」について、家族や近い人と話し合ったことがありますか 現状:31.7%  
「人生会議」という言葉を知っているか 現状:24.5% 要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者:3,000人(無作為抽出)

- ・医療介護関係者がAIやDX推進の活用により仕事の負担軽減が図られ、在宅医療の新規参入しやすくなる
- ・介護施設が施設内で看取り対応を推進できる、介護施設が医療的対応技術を身につける機会がある
- ・住民が必要な時に救急を受けられるために地域全体で支える仕組みがある
- ・要介護者(住民)が水害発生時の医療介護受入れに困らない体制が整備されている

# 研修・普及啓発は「目的」でなく地域課題への対応のための「手段」

## 地域課題から研修テーマを選定する、研修後の効果(評価)を意識する

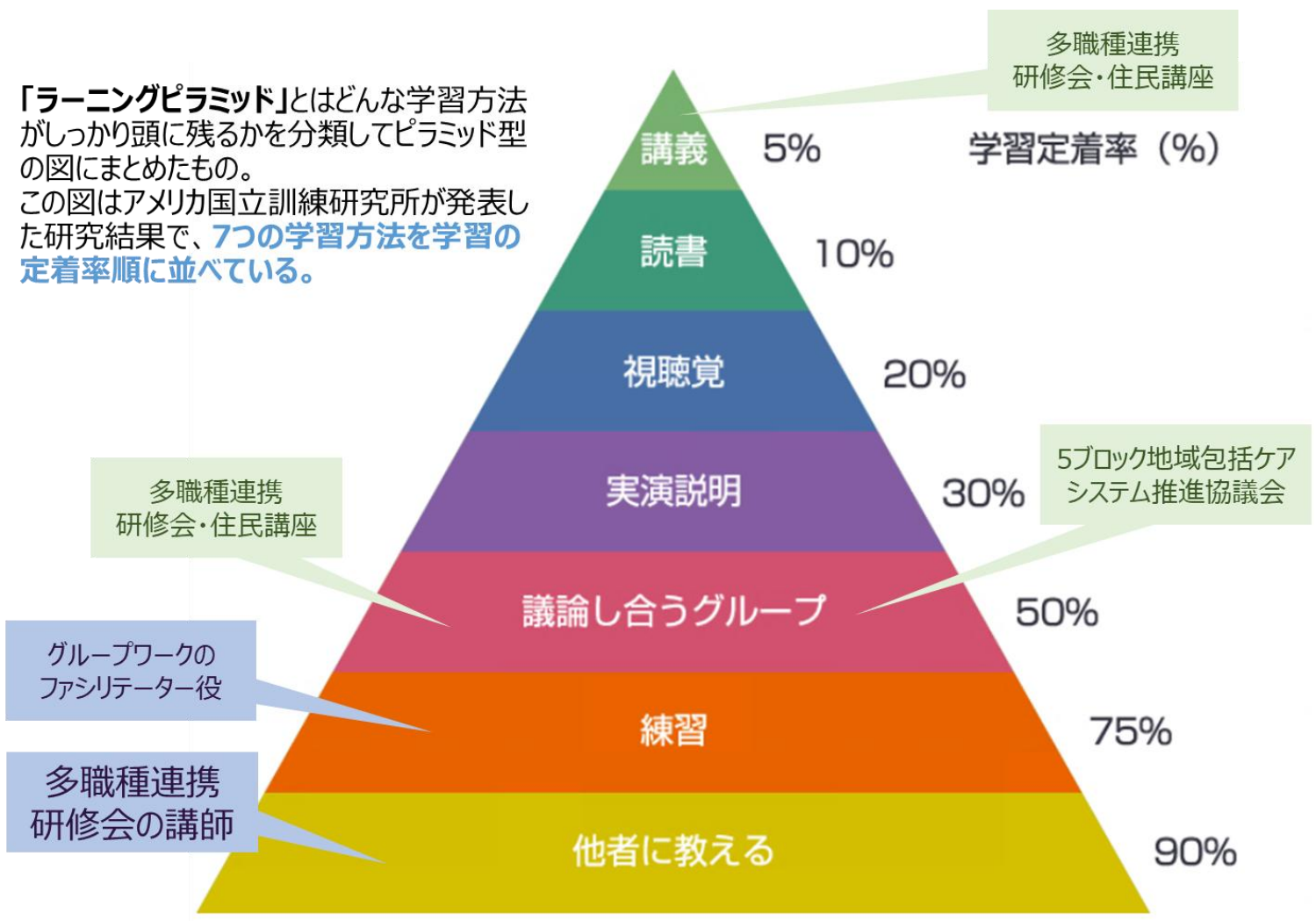
### ■ 研修の目的

- ①なぜ学ぶことが必要なのか(学ぶ理由)
- ②どんなことを学んでもらい、変化してもらうのか(学習者の変化)
- ③どのような変化を現場に導くのか(学びの適用・仕事に役立てる、学びの効果を持続させる)

※ 研修開発入門－会社で「教える」、競争優位を「つくる」 2014年 中原淳 著

### ラーニングピラミッド

「ラーニングピラミッド」とはどんな学習方法がしっかり頭に残るかを分類してピラミッド型の図にまとめたもの。  
この図はアメリカ国立訓練研究所が発表した研究結果で、7つの学習方法を学習の定着率順に並べている。



### カークパトリックモデルの4段階評価



※ 参考： <https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-New-World-Kirkpatrick-Model>

# 住民への普及啓発：「講座を届ける」から「一緒に広げる」

住民ファン（応援してくれる人）づくり、異業種との連携、住民サポーター（ボランティア）の活動場所の創出が重要

## 1. 自治会、児童・民生委員、その他住民組織と連携

住民組織と密に連携し、代表者を通じて住民全体へ情報を伝達

## 2. 異業種連携の展開

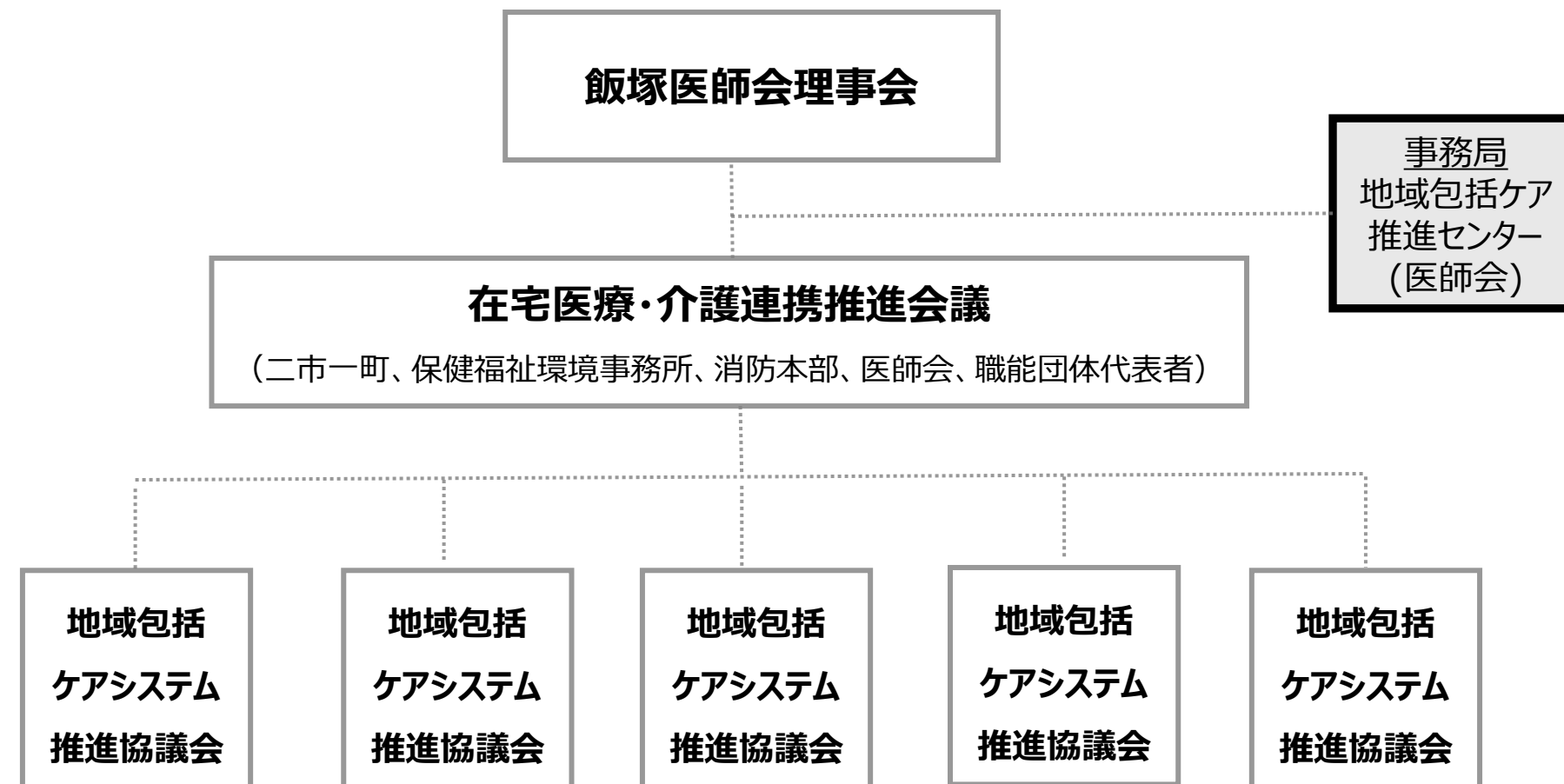
大型商業施設など人が集まる場所で健康増進・ACP・フレイル予防の啓発

## 3. ボランティアサポーター活動場所の創出

育成した住民サポーターに地域医療・介護の担い手となる機会を提供



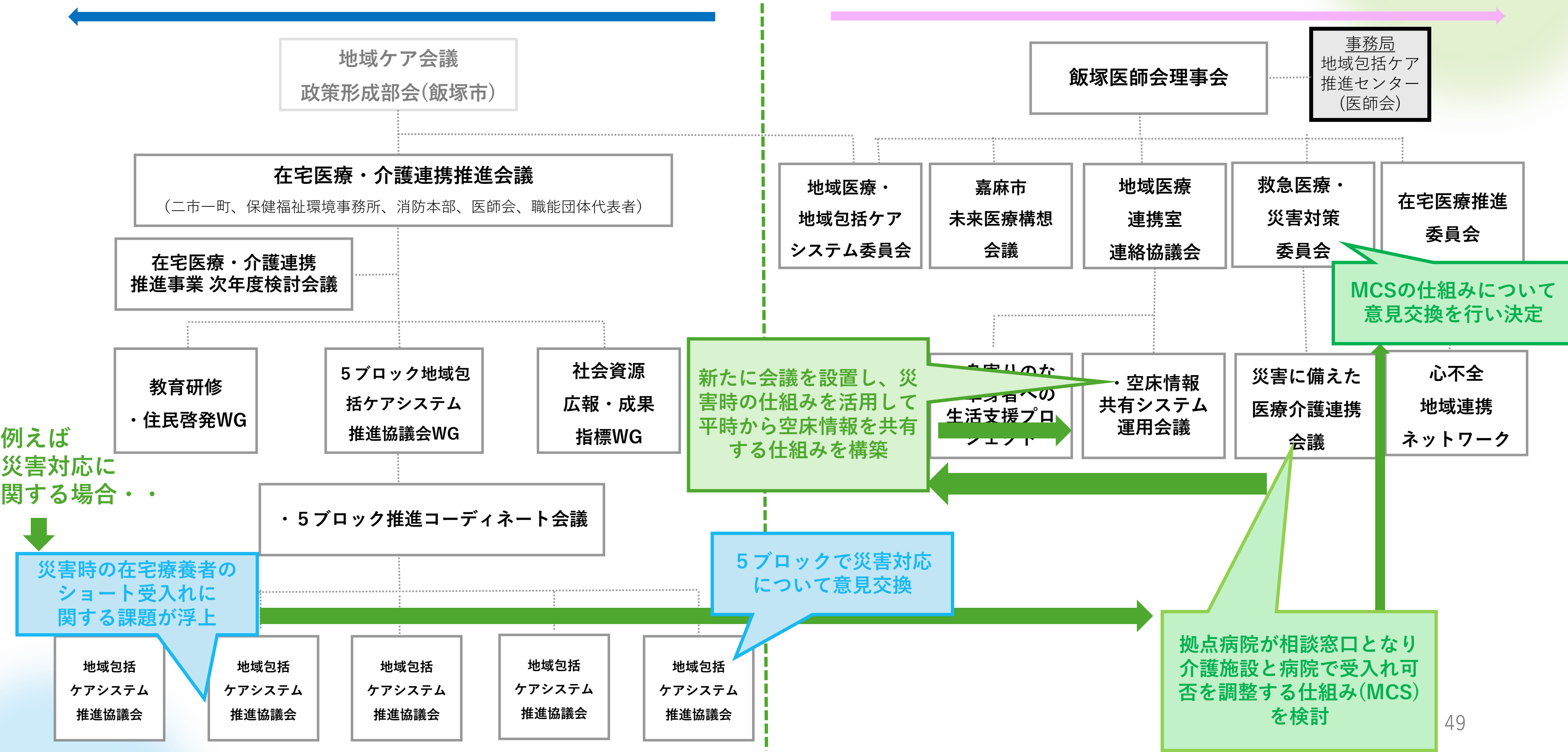
# 2015年度の連携推進体制図



# 地域課題へ対応していくと、推進体制も重厚な体制へと変わる

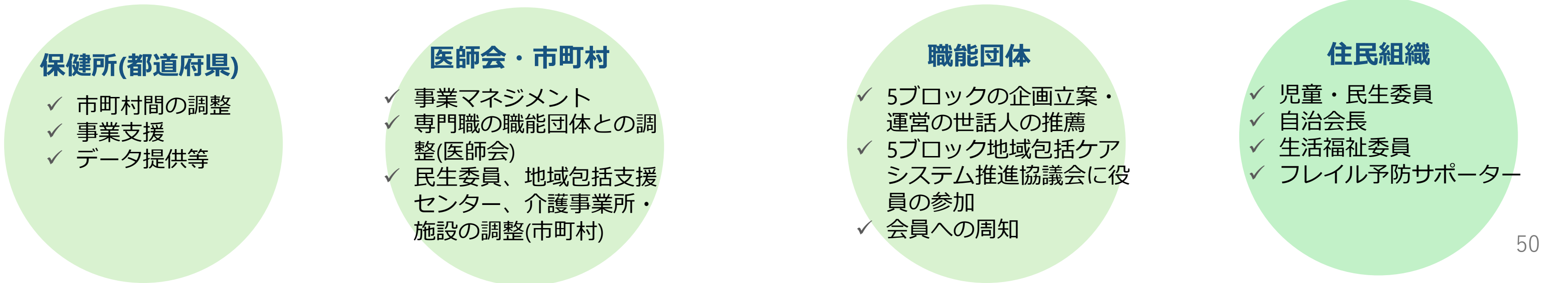
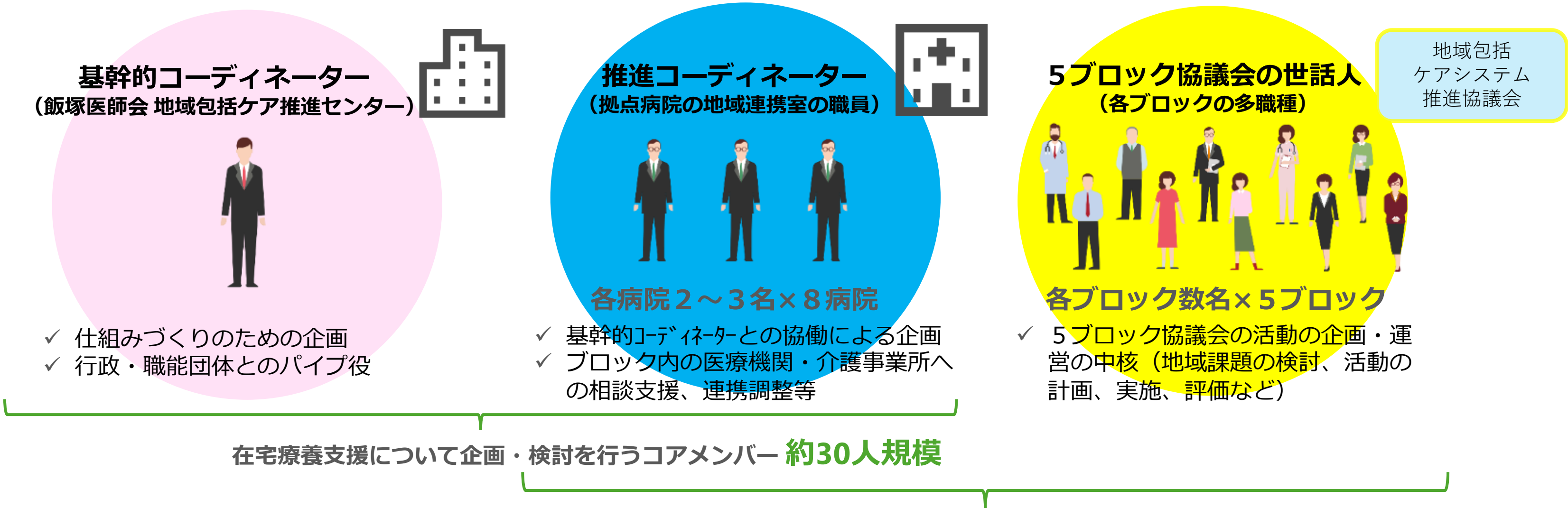
主に市町村事業(在宅医療・介護連携推進事業)の体制

主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充実強化事業)の体制



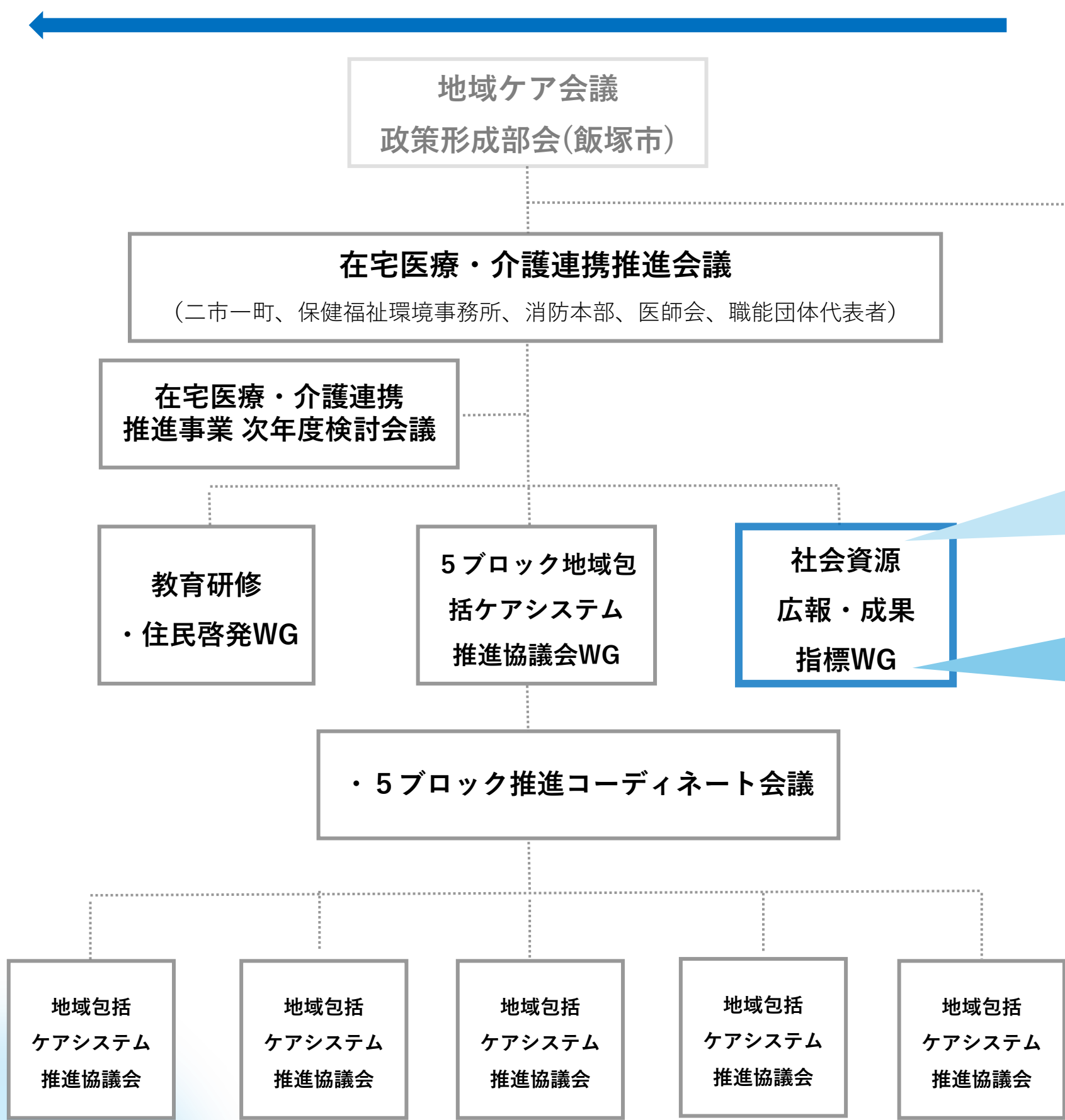
# 地域資源と多職種を「巻き込み・巻き込まれ」で繋ぐ 協働パートナーシップの構築

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

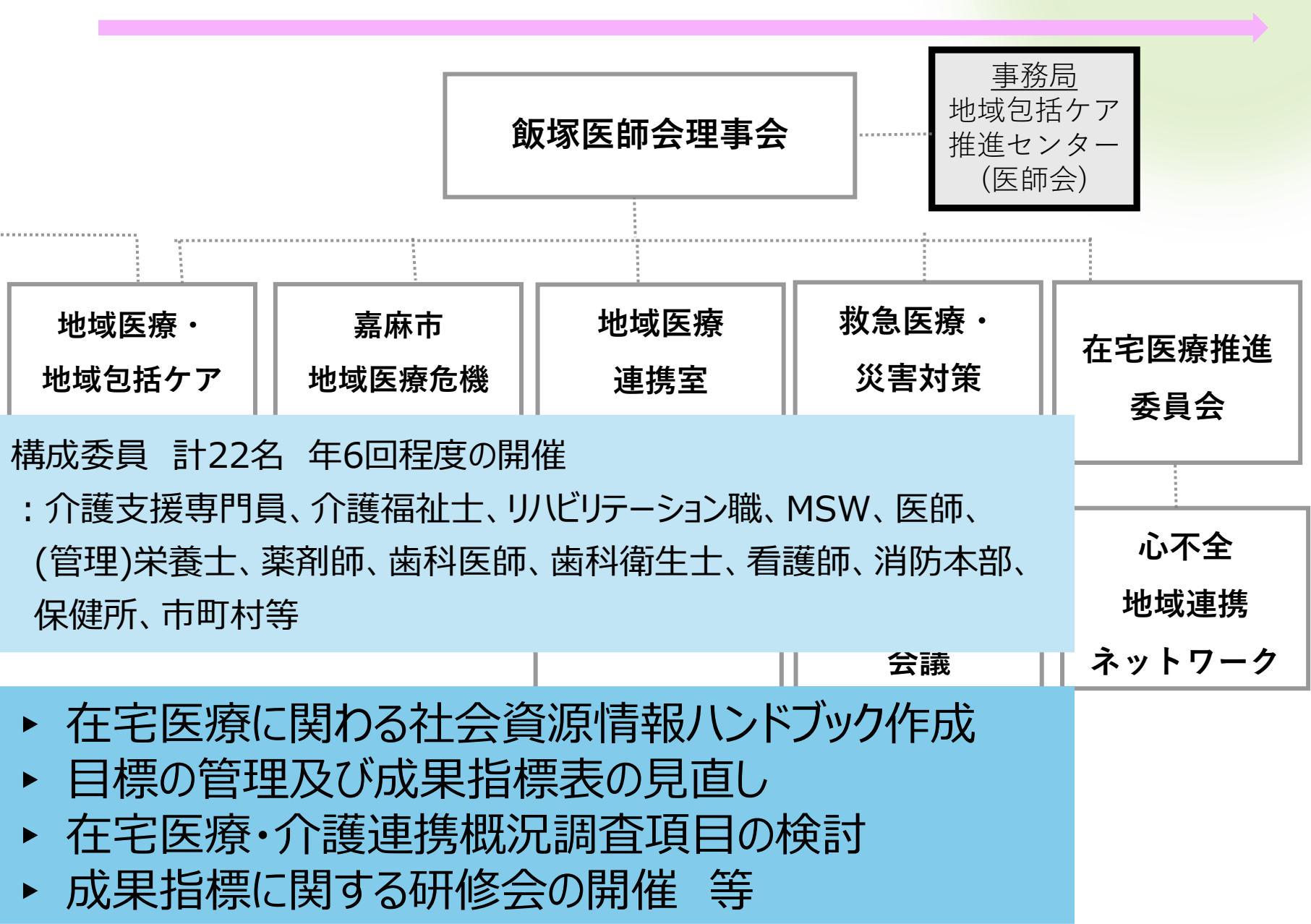


# 2026年度 事業推進体制図

主に市町村事業(在宅医療・介護連携推進事業)の体制



主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充実強化事業)の体制



目指すべきところ：飯塚に住んでいるすべての人が、希望する場所で最期まで住み続けられるまちづくり

|           |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アウトカム指標   |          | <div>【在宅看取りの評価】</div> <div>■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) ■介護保険施設での看取り経験の有無</div> <div>■住民の希望する死亡場所のニーズ(高齢者生活実態調査) ■在宅看取り後の家族の満足度 ■住民のACPIに関する評価</div> <div>【医療・介護連携推進体制構築の評価】</div> <div>■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)</div> <div>■在宅生活改善調査（新規） ■居所変更実態調査(新規)</div> <div>【コストの評価】</div> <div>■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</div> <div>■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)</div>                                                                                                                                                                                            |
| 活動状況・連携状況 | プロセス指標   | <div>【顔の見える関係の評価】</div> <div>■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リピート率</div> <div>【病院と在宅医療・介護関係者の連携評価】</div> <div>■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</div> <div>■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)</div> <div>■介護報酬(入院時情報連携加算、退院・退所加算、初回加算)</div> <div>【在宅復帰の評価】</div> <div>■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</div> <div>【在宅療養患者のバックアップ支援に対する評価】</div> <div>■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)</div> <div>■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</div> <div>■救急車搬送件数(5ブロック拠点病院、二次輪番病院)</div> <div>■救急車総搬送件数に占める福祉施設からの搬送割合</div> <div>■救急車総搬送件数に占めるCPAの割合</div> |
|           |          | <div>■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)</div> <div>■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</div> <div>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</div> <div>実患者数 ■管理栄養士の訪問指導の実施施設数・件数</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 体制等提供     | ストラクチャ指標 | <div>■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</div> <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

# 次年度事業計画検討委員会（年1回）

## 委員会開催日

日時: 令和7年3月19日(水)19:00～20:55

場所: 飯塚医師会館 4階



## 【抽出された取組み課題やアイデア】

### 『みんなが楽しく集まる』をスローガンに!!

- ・施設側の不安解消に向けた看取りハンドブックの作成
- ・外国人労働者の人材確保
- ・身寄りのない方への支援ガイドブックの検討
- ・生活困窮者への衣類・物資支援の連携(フードドライブの実施)
- ・心不全に関する地域連携の推進
- ・在宅医へのサポートとしての併診体制の強化
- ・麻薬管理に関し、薬局との連携や仕組みづくりの検討
- ・必要に応じた皮膚科、耳鼻科、眼科との併診体制の構築
- ・在宅医療の診療報酬に関する勉強会の企画と開催
- ・書類作成の効率化およびDXの推進



| 所属                      | 氏名     |
|-------------------------|--------|
| 嘉飯PT・OT・ST連絡協議会         | 藤井 俊文  |
|                         | 平岡 敏幸  |
| 嘉飯地区訪問看護ステーション連絡協議会     | 添田 新吾  |
| 飯塚市居宅介護支援事業者連絡協議会       | 原田 琴枝  |
| 飯塚医師会                   | 岩見 元照  |
|                         | 大塚 隆彦  |
|                         | 児嶋 良太  |
| 飯塚薬剤師会                  | 畠中 賢一  |
| 飯塚歯科医師会                 | 山口 章   |
| 社会保険稲築病院                | 井上 久美子 |
| 済生会飯塚嘉穂病院               | 濱崎 妃沙子 |
|                         | 岡松 佳央里 |
| 顚田病院                    | 藤原 由香  |
|                         | 佐久間 真理 |
| 一般社団法人 福岡県医療ソーシャルワーカー協会 | 樋口 愛紀子 |
| 桂川町居宅支援事業者連絡協議会         | 大里 華代  |
| 福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所       | 大内田 由香 |
| 飯塚市役所                   | 村上 光   |
| 嘉麻市役所                   | 野見山 泰秀 |
|                         | 新原 直子  |
| 桂川町役場                   | 原田 紀昭  |
|                         | 山本 英人  |
|                         | 山本 舞   |

# 誰かが抜けても事業の質がおちない再現性の担保

## 運用マニュアル・手順書

### 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。年度末に召集团体を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、居宅介護支事業者連絡協議会の代表で構成し開催

## コンピテンシー目標

### 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「Iizuka」を思い浮かべるまち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」

# コーディネーターとして関連事業との連携（今後の展開）

---

## 1. 医療計画との連動

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携、あるいは一体的推進

## 2. かかりつけ医報告制度

在宅医療や介護連携等の協議への積極的な参画・関与

## 3. 包括的支援との連携

重層的支援体制整備事業(障害・生活困窮・虐待等)との連動による多機関連携

## 4. 地域医療構想への関与

調整会議等への参加による、新たな地域医療構想下での医療・介護連携の推進

# 参考資料



地域における高齢者の口腔・食支援の取組のためのハンドブック  
令和7年3月



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 令和7年3月



在宅医療・介護連携推進事業の  
手引きVer. 4 令和7年3月



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  
第2版 令和8年3月



New

# 最後までご清聴ありがとうございました



地域包括ケアは、“仕組みをつくり、動かし、改善し続けること”が重要

飯塚の5ブロック構想は、医師会・病院・行政・介護・住民が同じ方向に向かうための“共通基盤”である

これからも、地域の多様な主体と連携しながら、地域の方々が望む場所で最期まで暮らせるよう、仕組みづくりを続ける

