

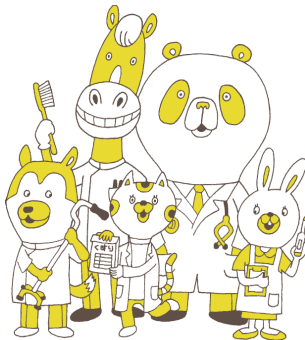
令和7年度在宅医療・介護連携支援事業 研修会議Ⅲ

在宅医療・介護連携を支える実践的マネジメント力の要点

～医師会・病院所属コーディネーターの立場から～

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

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 病院・医師会を拠点した地域実情に応じた
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 在宅医療・介護連携推進を支える実践的マネジメント力の要点

01

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

地域包括支援センター
13



※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5年1月)より
※2:飯塚市:介護保険事業費取付率(令和5年2月)、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)

飯塚医療圏 の紹介

01

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)

所属機関 の紹介



02

取組みの 背景と目的

本取組み前に抱えていた問題(2010)

- ✓ 平均在院日数16.5日超え
- ✓ 当院への救急搬送の一極集中
- ✓ 病院死が85%
- ✓ 介護・福祉施設側からは医療機関の敷居が高い
医療機関と介護・福祉施設事業所との連携が乏しい
- ✓ 24時間対応の在宅医療を誰がどこでどれだけやっているか
不明
- ✓ (救急・急性期)病院が在宅医療の現場を知らない

02

取組みの 背景と目的

本取組み前に抱えていた問題(2010)

- ✓ ケアマネジャーは医療機関(特に医師)への敷居を高く感じている
- ✓ (歯科) 医師とコメディカルとの連携不足
- ✓ 在宅診療の経験が少ない医師には緊急時の対応や麻薬の管理に
不安が大きい
- ✓ 公式な支援困難事例の協議がないため、しばしば現場では、
責任の所在や役割分担を決める際に衝突することがある

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 関連病院(颯田病院)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

02

いづか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：颯田病院
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



いづか
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

コーディネーター2名



福岡県
福岡県医師会福

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

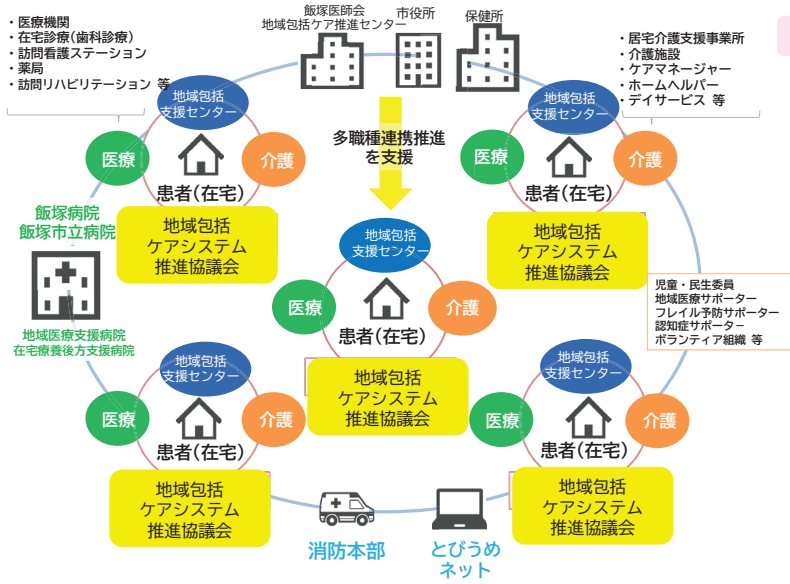
- ① 在宅医療の充実強化のためのルールづくり(病診連携、診診連携等)
- ② 医療従事者に対する研修
- ③ 在宅医療・介護連携に関する広域的・補完的事業
- ④ その他(①から③以外で在宅医療提供対策の充実強化に資すると認められる事業)

5ブロック地域包括ケア推進構想

～ 医師会・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 ～

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

5ブロック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、在宅医療を行っている、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

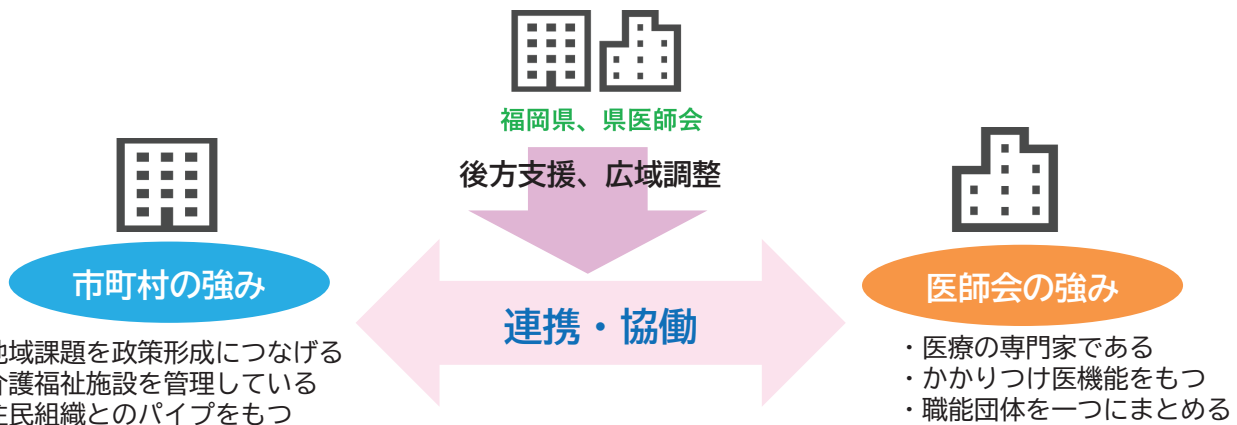
地域包括ケアシステム推進協議会(通称 5ブロック協議会)

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

03

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



03

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. 専門職へ教育研修の機会提供
4. 外部機関へのマンパワー支援
5. 地域住民・自治体との連携、普及啓発、社会貢献

03

5ブロック医療介護連携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)、フレイル予防等の出前講座、イベントの開催
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、介護施設との連絡協議会、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)

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

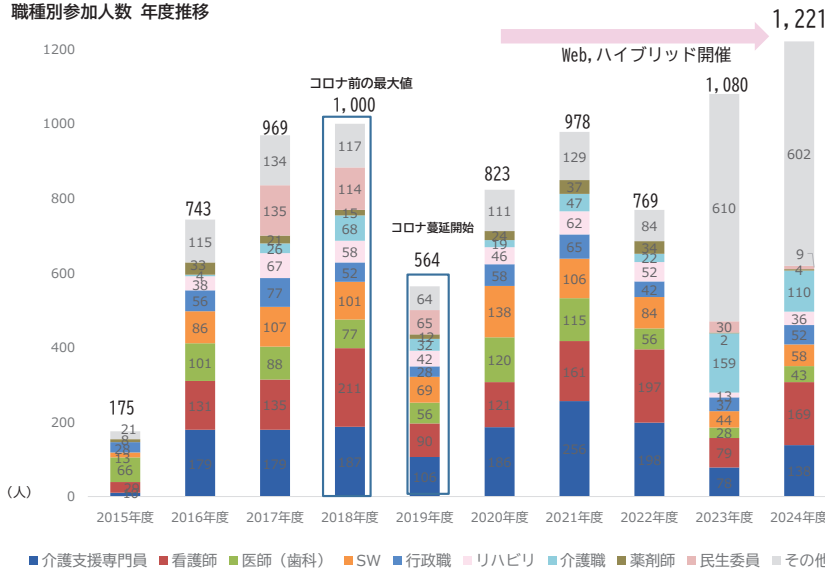
- | | |
|--|----------------------|
| (1) 「①社会福祉協議会ってなにするところ？、②在宅酸素の安全な使い方」 | 72名／額田病院 |
| (2) 「住み慣れた地域で自分らしく ～やがて訪れる最後をともに支える介護現場の看取りケア～」 | 62名／額田病院 |
| (3) 「その人らしい心不全ケア 地域で支える ～包括的なサポートと早期介入で生活の質を守る～」 | 51名／額田病院 |
| (4) 「元気に食べて暮らすための連携～地域で支える誤嚥性肺炎～」 | 105名／済生会飯塚嘉穂病院 |
| (5) 「暮らしの場における看取りを考える～安心した施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 |



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
- ・ 平時からの顔のみ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



2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

事業の推進体制構築1
・地域包括ケア推進センターの開設
・在宅医療介護連携推進会議(代表者会議)
・5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

- 多職種連携研修会
地域住民への啓発(住民講座)
社会資源情報ハンドブック作成・配布
アドバンス・ケア・プランニングの普及啓発

事業の推進体制構築2
・成果指標検討委員会の設置

地域課題の抽出
・5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会(質的)
・在宅医療状況調査の実施(量的)

成果指標の作成(改訂)・共有

2025年の目標設定

事業の推進体制構築3
・次年度事業計画検討委員会

- 災害に備えた医療介護連携体制の構築(MCS)
地域医療連携室連絡協議会
救急医療委員会
かかりつけ医のための在宅医療技術研修

- 施設との連携会議
施設への認定看護師派遣
医科・歯科連携
在宅医療推進委員会
空床情報共有システム構築(MCS)

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

(在宅医療介護ハンドブック、HP掲載、住民配布等)

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

救急医療を必要とする患者受入れ医療機関リスト

Table with columns: 時間, 診療科, 電話番号, 備考. Includes sections for 平日夜間(18:00-23:00) and 土日祝日(9:00-18:00).

Table with columns: 時間, 診療科, 電話番号, 備考. Includes sections for 平日夜間(18:00-23:00) and 土日祝日(9:00-18:00).

Table with columns: 時間, 診療科, 電話番号, 備考. Includes sections for 平日夜間(18:00-23:00) and 土日祝日(9:00-18:00).

患者が救急医療を必要とする際の、連携体制を整えること

救急医療を必要とする際は、医療機関の連携体制を整えることが重要です。救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。

救急医療が必要な患者は、救急医療を受けることができるように、医療機関間の連携体制を整えることが重要です。



Chat interface showing messages from A病院, B病院, and E病院 regarding emergency medical care availability. Includes timestamps like 2/1 14:01 and 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
『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
「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

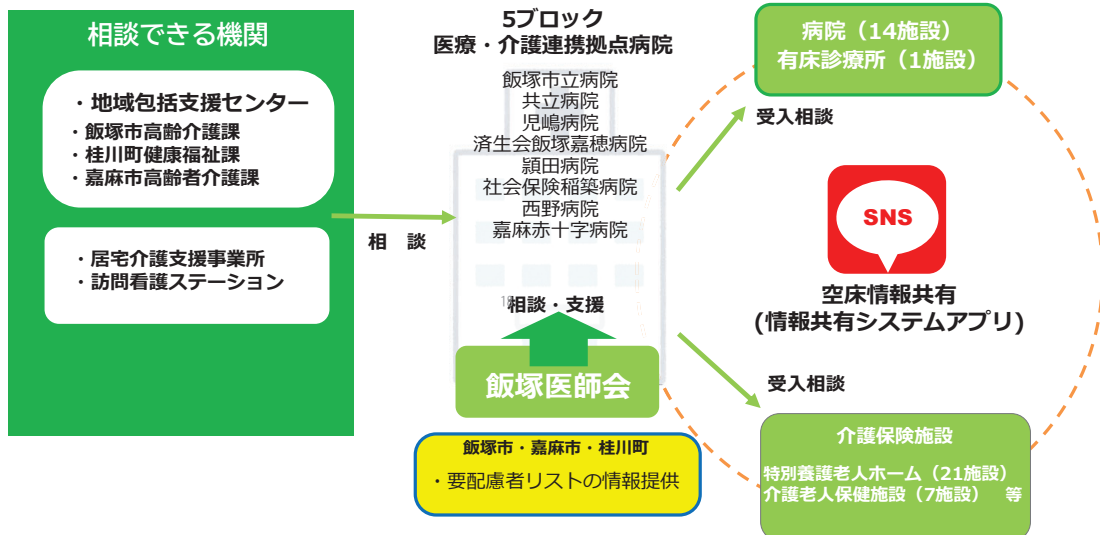


03

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



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

		(患者数)
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

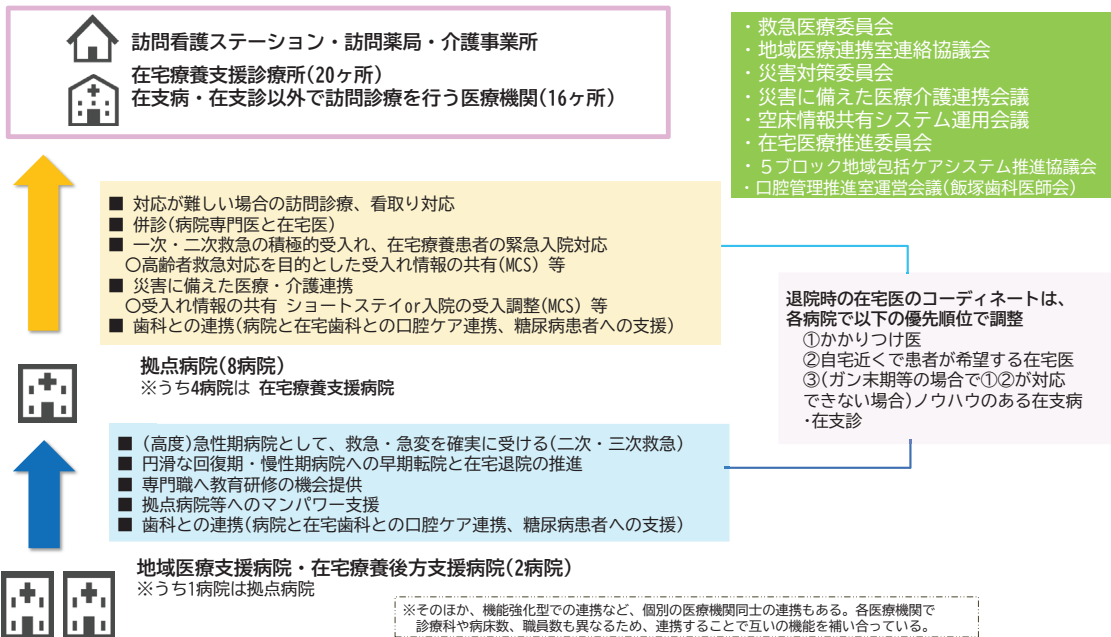


厚生労働省厚生労働省老人保健健康増進等事業
「地域における高齢者の口腔・食支援の
取組推進のためのハンドブック」



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2025.1.28三巻UP | リサーチ&コンサルティング改定



03

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

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

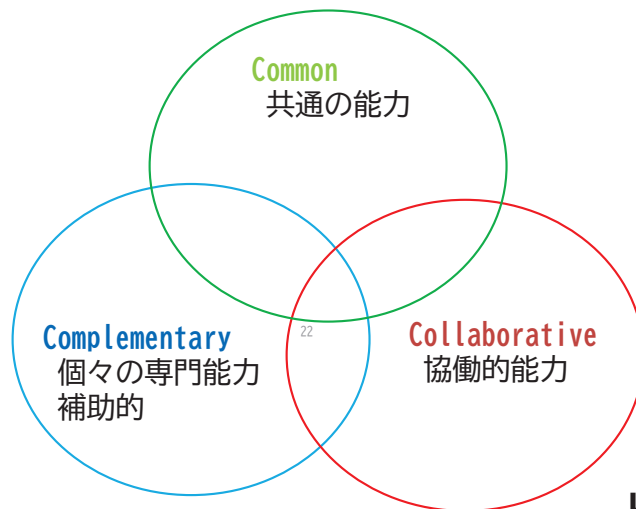
4. 地域住民への多角的な啓発活動の推進

(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

04

多職種連携のコア・コンピテンシー



Hugh Barr

1 知る力

- ・ ビジスマナー ・ 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(クライアント中心、有効性、満足、効率性、安全性、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

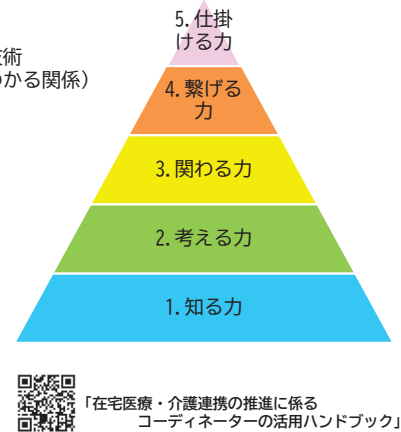
- ・ リフレクション、セルフコントロール ・ 円滑なコミュニケーション推進 ・ 対人援助技術、面接技術
- ・ 問題解決、課題達成スキル ・ 多様なステークホルダとの関係性強化(顔の見える関係から腹の中がわかる関係)
- ・ 情報リテラシー(収集・発信能力、ICT活用) ・ 健全な「根回し」と「村度」

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



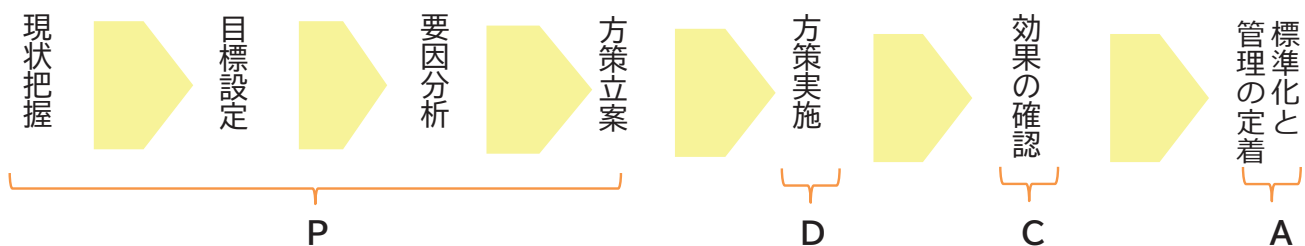
地域レベルでPDCAがまわる(質の管理)体制の構築とは

PDCAとは

- ・ PDCAとは、**問題解決や課題達成のための考え方と行動のプロセス**
- ・ 日々のケアマネジメント、計画、業務改善などを通して既にPDCA思考でクライアントの支援の質を高める取り組みをおこなっている

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



地域レベルでPDCAサイクルがまわる(質の管理)ための体制構築

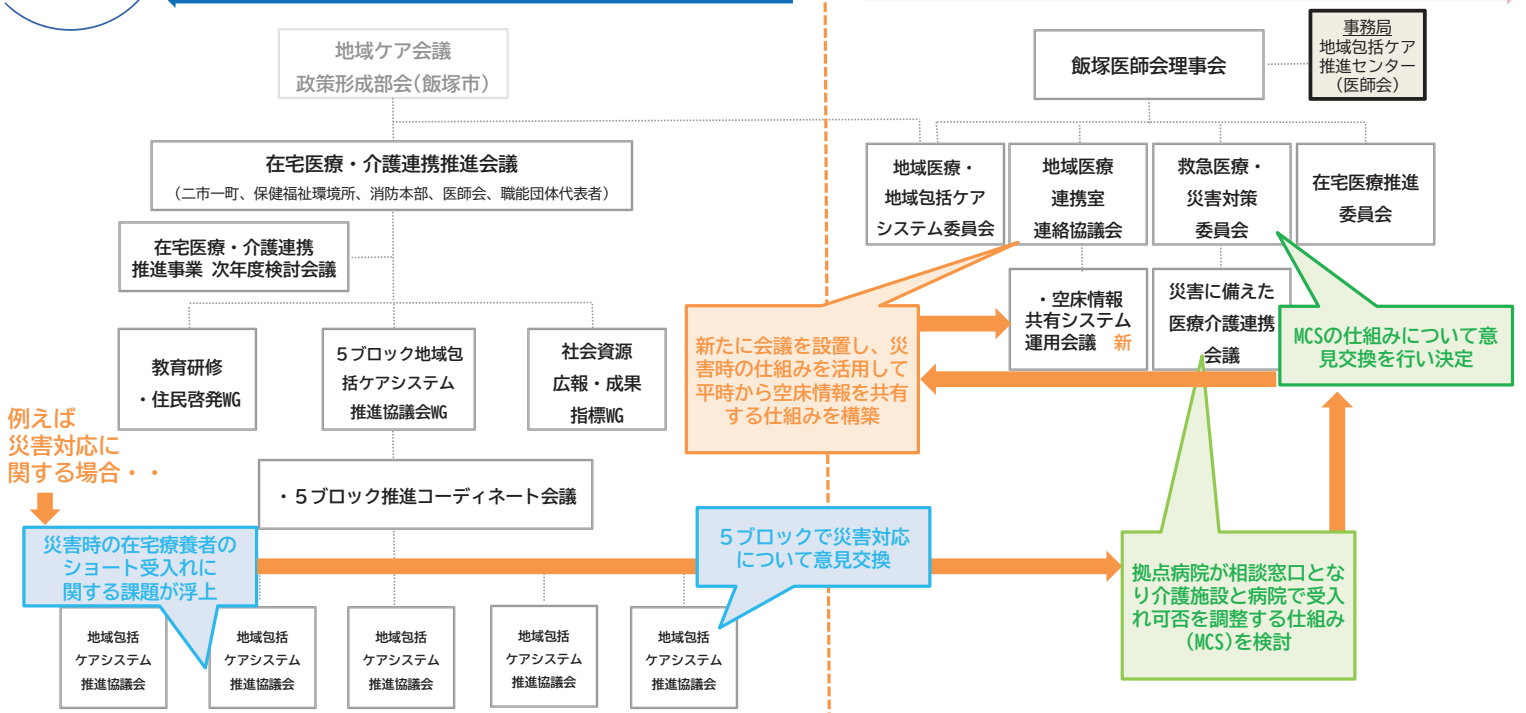
1. 関係者による目的の統一と推進体制の確立
2. 在宅医療・介護連携推進の質を管理する仕組みの構築
 - ・ 地域の現状把握と課題抽出、共有目標の設定 P
 - ・ 戦略的な活動の展開 D
 - ・ 評価指標（アウトカム・プロセス）の設定 C
 - ・ 継続性を支える仕組みづくり（標準化） A
3. 地域資源と多職種を「巻き込み・巻き込まれ」で繋ぐ
協働パートナーシップの構築
4. ミクロ、メゾ、マクロシステムの多層的視点とアプローチの展開

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



04

医師会コーディネーターと行政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

- ・ 会議外でのコミュニケーションを大事にする、自分から窓口へ足を運び日頃から関係性（腹の中がわかる）を深めておく
- ・ 事前に行政(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）
- ・ 自治体職員事業が各プロジェクト(委員会)に参加してもらうように仕掛ける
- ・ 担当がどのタイミングで変わってもいいように、事業マニュアルや手順等を作成して標準作業に努める
- ・ 市町村長(医師会長)には必ずイベントに参加してもらうようお願いする



04

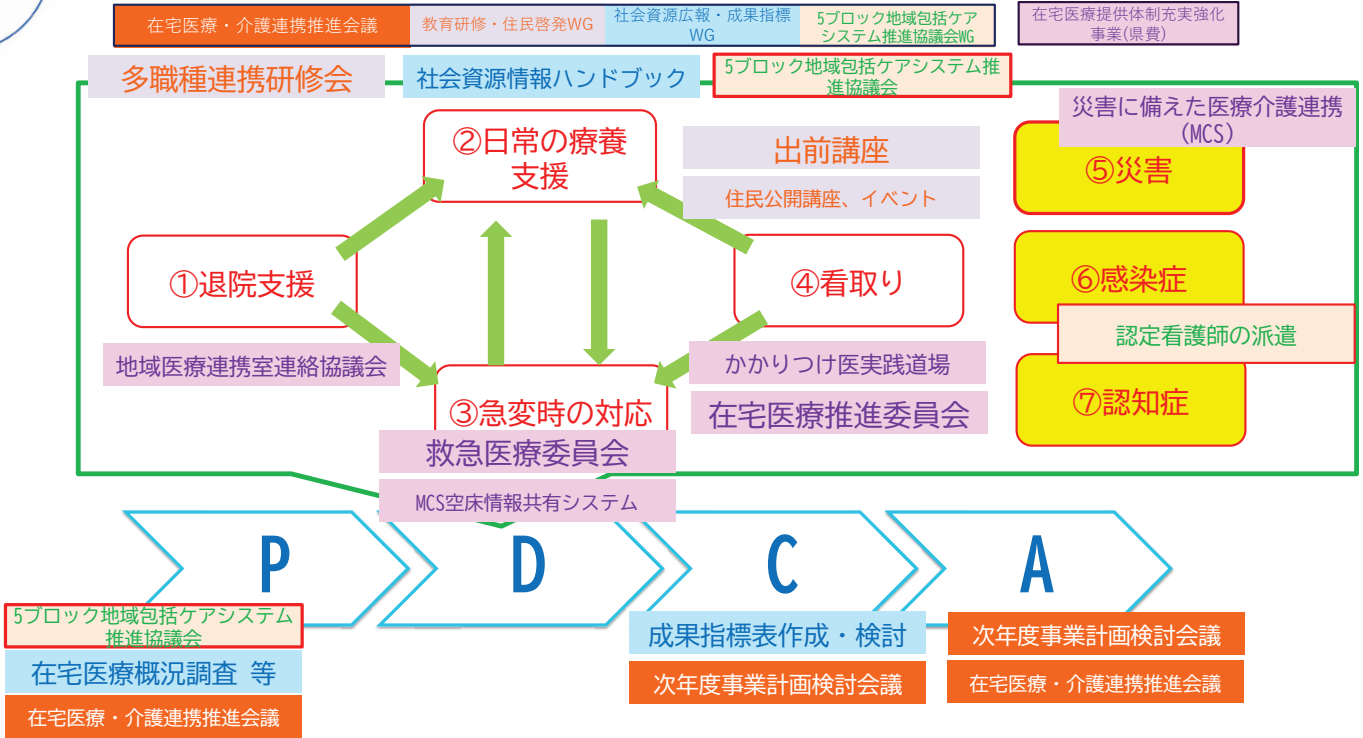
医療の質を改善するための6つの指標

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、恩恵とは思われない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】
 パイシエント・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

地域レベルで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



飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議 (年2回)



	所属機関・団体	役職	氏名
令和6年度 在宅医療・ 介護連携 推進会議 委員名簿	一般社団法人 飯塚歯科医師会	会長	山口 章
	一般社団法人 飯塚薬剤師会	副会長	野田 聡
	一般社団法人 福岡県歯科衛生士会	支部長 (県理事)	島本 富世
	公益社団法人 飯塚田川鍼灸マッサージ師会	会長	瓜生 公一
	公益社団法人 福岡県柔道整復師会 筑豊支部	支部長	橋本 浩二
	公益社団法人 福岡県栄養士会 筑豊支部	支部長	重松 由美
	一般社団法人 福岡医療ソーシャルワーカー協会		脇元 秀和
	公益社団法人 福岡県介護支援専門員協会	筑豊支部理事	原口 孝広
	公益社団法人 福岡県看護協会 12地区支部	副支部長	樋口 優子
	公益社団法人 福岡県介護福祉士会	副会長	小島 香代子
	飯塚市居宅支援事業者連絡協議会	会長	小菅 克尚
	嘉麻市居宅介護支援事業者連絡協議会	代表	久保 小百合
	桂川町居宅介護支援事業者連絡協議会	代表	大里 華代
	嘉飯地区訪問看護ステーション連絡協議会		田中 雅志
	嘉飯PT・OT・ST連絡協議会		羽井 剛士
	飯塚地区消防本部 (警防課)	課長	上尾 雄一
	嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	参事兼健康増進課長	大内田 由香
	飯塚市役所 (高齢者支援課)	課長	村上 光
	嘉麻市役所 (高齢者介護課)	課長	野見山 泰秀
	桂川町役場 (健康福祉課)	課長	原田 紀昭
一般社団法人 飯塚医師会	会長	西園 久徳	
一般社団法人 飯塚医師会	副会長	岩見 元照	
一般社団法人 飯塚医師会	専務理事	田中 晃	
一般社団法人 飯塚医師会	副専務理事	肘井 孝之	
一般社団法人 飯塚医師会	担当理事	兒嶋 良太	

事業アドバイザー

公立大学法人 福岡県立大学	教授	尾形 由紀子
公益社団法人 福岡県医師会	常任理事	辻 裕二

趣旨

在宅医療に関するデータ収集・分析を行うことで、定点的にサービス量の現状を把握し、成果指標の測定を行う

調査対象

- ・病院、(有床・無床)診療所 114/146 (78%)
- ・歯科医院21/21 100%
- ・訪問看護ステーション 22/25 (88%)
- ・訪問リハビリテーション 9/10 (90%)
- ・薬局 35/38 (92%)
- ・居宅介護支援事業所 66/66 (100%)
- ・介護保険施設 62/89 (70%)

調査方法

各職能団体で配布・回収

調査の限界

- ・医療機関所在ベースでの調査のため、いづか医療圏以外での看取りも含む

(1) 在宅診療（訪問診療・往診）を行うすべての医療機関は対象期間内の看取り患者数をお答えください。		
自宅看取り患者数 () 名	グループホーム・サービス付き高齢者住宅 看取り患者数 () 名	その他の施設 () 名
(2) 在宅診療（訪問診療・往診）を行うすべての医療機関は対象期間内に在宅診療をおこなった実患者数をお答えください。		
自宅 () 名	グループホーム・サービス付き高齢者住宅 () 名	その他の施設 () 名
(3) すべての医療機関は以下の加算について対象期間内の算定件数をお答えください。		
退院時共同指導料1の算定件数：() 件		
退院時共同指導料2の算定件数：() 件		
(4) 病院、及び有料診療所のみ以下の項目について対象期間内の件数をお答えください。		
① 病院、有料診療所での死亡患者数：() 名		
② 年間の退院患者数：() 名		
③ 入院支援加算 1：(イ)一般病床 () 件 / (ロ)療養病床 () 件		
④ 入院支援加算 2：(イ)一般病床 () 件 / (ロ)療養病床 () 件		
⑤ 入院時支援加算：() 件		
⑥ 介護支援等連携指導料：() 件		
⑦ 退院前訪問指導料：() 件		
⑧ 退院後訪問指導料：() 件		

調査票（医療機関）

抽出された地域課題×方策×評価指標

	抽出された地域課題	方策	評価指標
①在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りの推進 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 ・在宅医療の新規参入者への支援 ・在宅医の技術向上 ・住民、専門職双方のACP理解の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) 多職種連携研修会 在宅医療委員会 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ
②入退院支援の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用 ・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/5ブロック拠点病院での受入れ増加 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) ACP住民サポーター養成講座 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅診療実績あり施設件数 かかりつけ医道場(在宅医療技術研修)参加者数 住民のACP認知度 住民の死亡場所のニーズ
③医療・介護連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用 ・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/5ブロック拠点病院での受入れ増加 	<ul style="list-style-type: none"> 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 地域医療連携室連絡協議会 MCSIによる空床情報共有システム 地域医療連携室連絡協議会 救急医療委員会 	<ul style="list-style-type: none"> 退院患者に占める入退院支援加算・退院時共同指導料算定(件数)率、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の病床利用率 システム利用件数、受入れ参加登録機関数 拠点病院への救急車搬送受け入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率
④多職種連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設での看取りが出来る施設の増加 ・病院と介護施設との連携強化 介護施設が病院との連携をやりやすくする ・災害に備えた医療介護連携体制の構築 災害時における要介護者の受入れ支援 	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉施設への看取りの実態調査 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 MCSIによる空床情報共有システム 災害に備えた医療介護連携会議 	<ul style="list-style-type: none"> 看取り実績あり施設件数、福祉施設からの救急車搬送件数 回復期の病床利用率、介護連携支援等指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、社会参加支援加算 システム利用件数、受入参加登録機関数
⑤住民の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ・各職種の新人(3年未満)・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる ・ノンテクニカルスキルの向上 ・介護支援専門員と多職種連携との連携強化、管理栄養士の地域連携 ・ICTを活用した連携の仕組み作りの検討 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査 情報共有システムの導入検討 住民向け公開講座 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会参加者数 居宅療養管理指導料算定件数 介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数等 登録者数(仮) 65歳以上の人口の転入・転出数 住民の満足度(周囲にすまいたいか)

飯塚圏域の目標管理(在宅看取り)

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)

福祉施設からの
不要な救急車搬
送件数を減らす

救急車搬送に占めるCPA
の割合を減らす
現状:1.9%

在宅看取り患者数
500人
(自宅250, 施設250)

在宅診療の実患者数
3,000人

- ・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
- ・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

教育研修・普及啓発の進め方

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」である

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

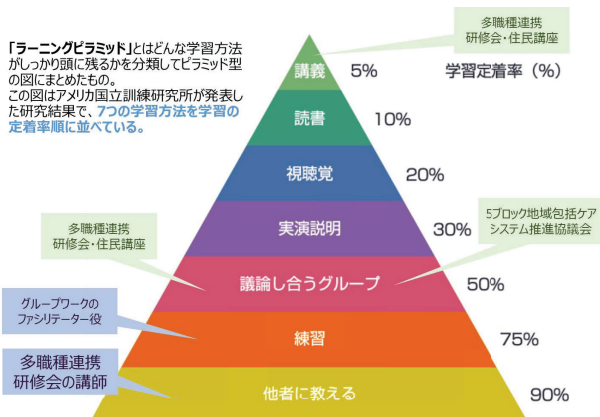
■ 研修の目的

- 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)

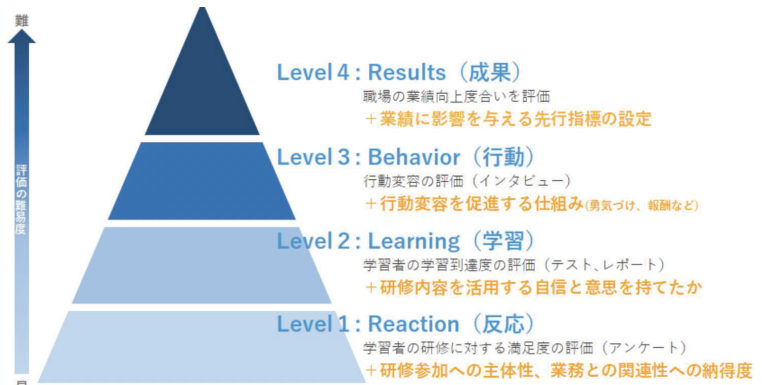
※ 研修開発入門一社で「教える」、競争優位を「つくる」2014年 中原淳 著

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>

5. 地域住民への多角的な啓発活動の推進

住民講座は参加した聴講者に学習効果が期待されるが、周囲への展開には限界がある
住民ファン(応援してくれる人)づくり、異業種と連携、住民サポーター(ボランティア)の活動場所の創出

- 1) 自治会及び民生委員、住民組織と密に連携し、地域住民の代表者を通じて住民全体への情報伝達の啓発(住民ファンづくり)
- 2) 住民への効果的な学習定着を目的にグループワークや対話形式、ゲーミフィケーション等の工夫を凝らした講座の展開
- 3) 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
- 4) 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、活動場所の創出**

スタンプカード



社会資源広報・成果指標WG (年10回)

委員会開催日

- 第1回
 日時：7月8日(月) 19:00~20:30
 場所：飯塚医師会館 4階
- 第2回
 日時：8月21日(水) 18:30~20:00
 場所：のがみプレジデントホテル
- 第3回
 日時：9月24日(月) 19:00~20:00
 場所：飯塚医師会館 4階
 対面式とオンライン併用開催
- 第4回
 日時：10月29日(火) 19:00~19:50
 場所：飯塚医師会館 4階
 対面式とオンライン併用開催
- 第5回
 日時：12月12日(木) 19:00~19:40
 場所：飯塚医師会館 4階
- 第6回
 日時：2月13日(木) 19:00~19:50
 場所：飯塚医師会館 4階
 対面式とオンライン併用開催

	氏名	職能団体名
【リーダー】	藤井 俊文	嘉飯PT・OT・ST連絡協議会
	牟田 晃洋	一般社団法人 飯塚歯科医師会
【メンバー】	畠中 賢一	一般社団法人 飯塚薬剤師会
	瀬尾 奏	一般社団法人 飯塚薬剤師会
	勝田 洋子	一般社団法人 福岡県歯科衛生士会
	大里 幸子	公益社団法人 福岡県栄養士会
	内藤 礼菜	一般社団法人 福岡県医療ソーシャルワーカー協会
	森田 涼子	公益社団法人 福岡県介護支援専門員協会
	山元 ちどり	公益社団法人 福岡県介護福祉士会
	毛利 亜由美	飯塚市居宅介護支援事業者連絡協議会
	福田 志保	嘉麻市居宅介護支援事業者連絡協議会
	大里 華代	桂川町居宅支援事業者連絡協議会
	久保山 博子	嘉飯地区訪問看護ステーション連絡協議会
	松本 大輔	嘉飯地区訪問看護ステーション連絡協議会
	西村 天利	嘉飯PT・OT・ST連絡協議会
	藤春 翔	飯塚地区消防本部
	小泉 菜々美	福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 健康増進課
	坂口 由美子	飯塚市役所 介護保険課
	宮田 恭子	嘉麻市役所 高齢者介護課
	山本 英人	桂川町役場 健康福祉課
本田 宜久	一般社団法人 飯塚医師会	
大塚 隆彦	一般社団法人 飯塚医師会	

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年度福岡県在宅療養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定

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

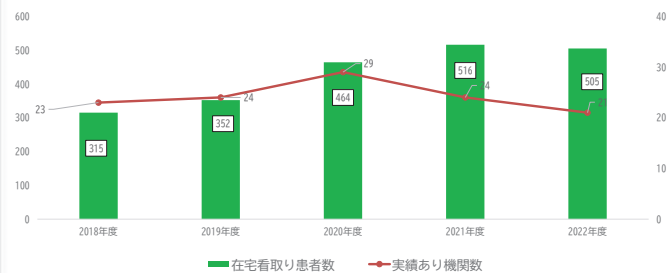
在宅診療(往診含む)実患者数(年間)
一日あたり在宅診療患者数 2,938人(地域医療構想より)

現状3,215人(自宅1,245人、施設1,970人)

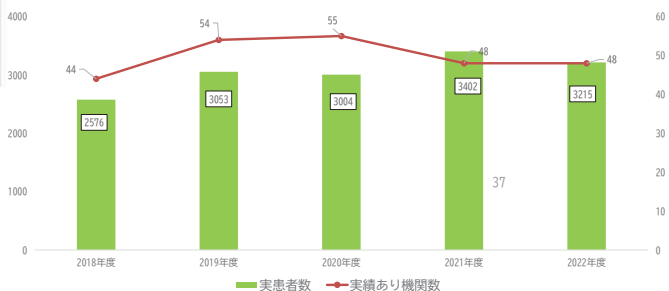
■ 数値目標1(500人)は、2018年度に5ブロック協議会の参加者に、これまでの数値を見せて2025年の目標値をたずねるアンケートを行い決定

■ 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)

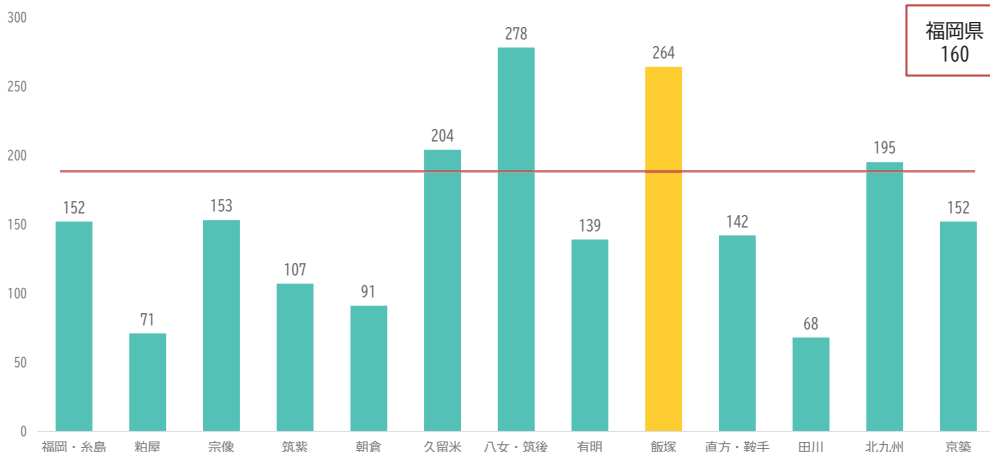


(2) 在宅診療(往診含む)実患者数(年間)



在宅看取り患者数(二次保健医療圏別・人口10万人対)

- ・人口10万人あたりの在宅看取り患者数を比較すると、最多が八女・筑後の278人、最小が田川の68人で、その差は約4.1倍である。
- ・13圏域中、福岡県平均(160人)を上回っているのは4圏域、下回っているのは9圏域である。



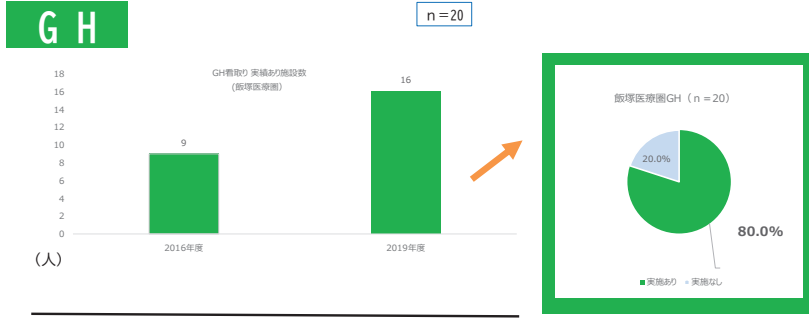
※「在宅看取り患者数」とは、前年度の4月1日-3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。
※人口10万人あたりの計算は、住民基本台帳人口(R6.1.1)の数値を使用
※本数値は、医療機関の所在地ベースで計算しています。

出典「令和6年度在宅療養支援診療所等調査結果」令和6年12月福岡県高齢者地域包括ケア推進課

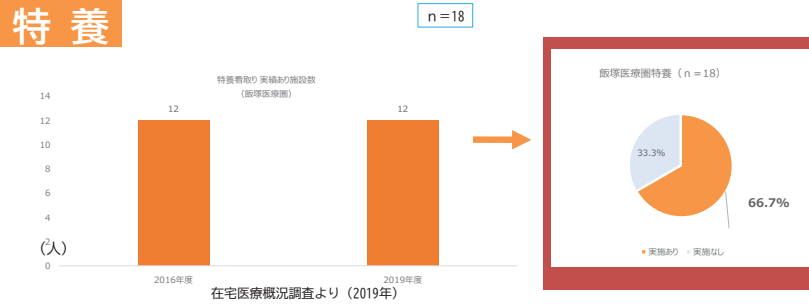
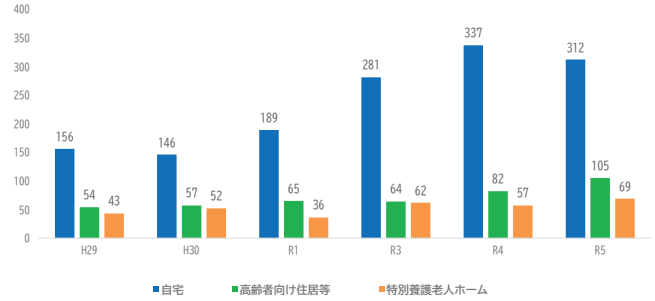
介護保険施設での看取り状況

出典：令和6年度福岡県在宅医療介護連携推進事業
「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定

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



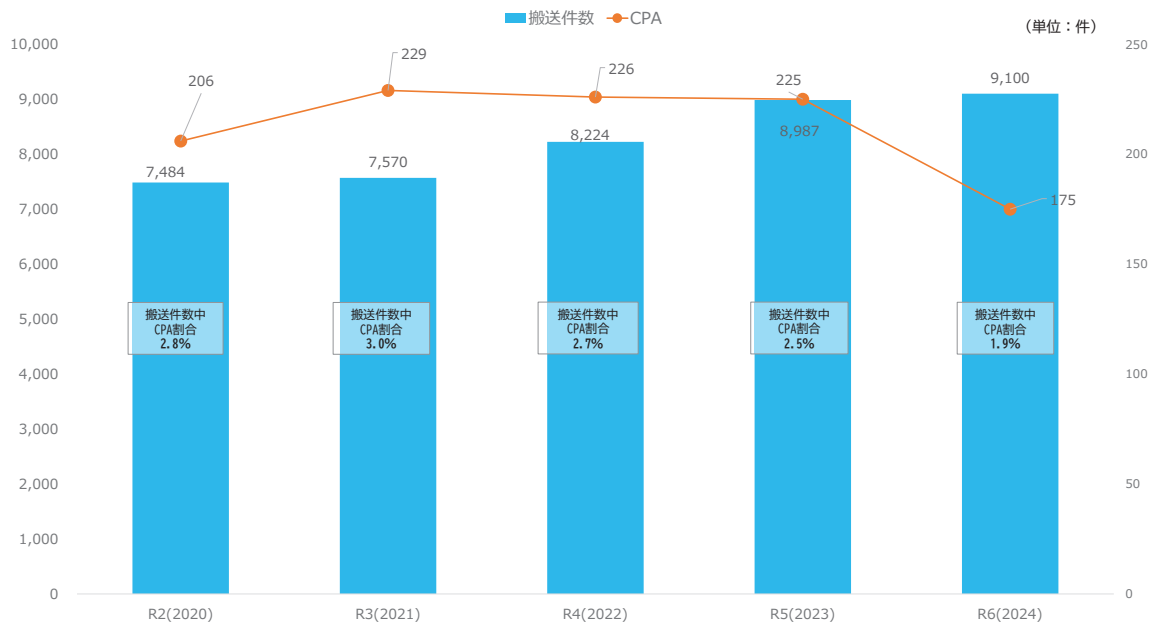
在宅看取り患者数（年次推移・居所別）※推計値



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(在宅・在病)、平成29年度は3区分(在宅・在病・在医館)に分けて推計しているが、平成30年度からは届出を8区分(在宅1-3、在病1-3、在医館(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(在宅1～3、在病1～3)、平成29年度は7区分(在宅1～3、在病1～3、在医館)に分けて推計している。なお、平成29年度は在医館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

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)



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
- ・在宅医療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
	岩見 元照
	大塚 隆彦
飯塚医師会	兒嶋 良太
	畠中 賢一
飯塚薬剤師会	山口 章
飯塚歯科医師会	井上 久美子
社会保険稲築病院	濱崎 妃沙子
済生会飯塚穂穂病院	岡松 佳央里
	藤原 由香
穎田病院	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

41

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

コーディネーターのコンピテンシー(業務遂行能力)目標

あるべき姿

「Zaitaku」とイメージした時に誰もが飯塚を想起するまちづくりの実現に向け、取組む多職種の下支えができる”フィクサー“になる

※フィクサーとは、舞台裏で物事を調整する、トラブルの解決、交渉をまとめる

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、指示・指導のもと単独で事務局業務(相談支援業務)を遂行できる
- 1-3 業務遂行に際して常に目的及び目標を意識して取組める

レベル2 ※到達目安 2年

- 2-1 地域の社会資源情報や関係機関の役割を知る
- 2-2 地域関係機関(医師会と行政、職能団体、住民組織等)と密に連携できる
- 2-3 地域ニーズに対し、必要に応じて地域の関係機関同士を繋ぐことができる

レベル3 ※到達目安 3年

- 3-1 自施設内外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等の政策を踏まえた助言・指導ができる
- 3-2 自施設の地域包括ケア推進コーディネーターの人材育成が行える
- 3-3 クオリティマネジメント(現状把握→要因分析→対策立案・実施→評価→改善)の視点を持ち業務を遂行できる

レベル4 ※到達目安 4年以上

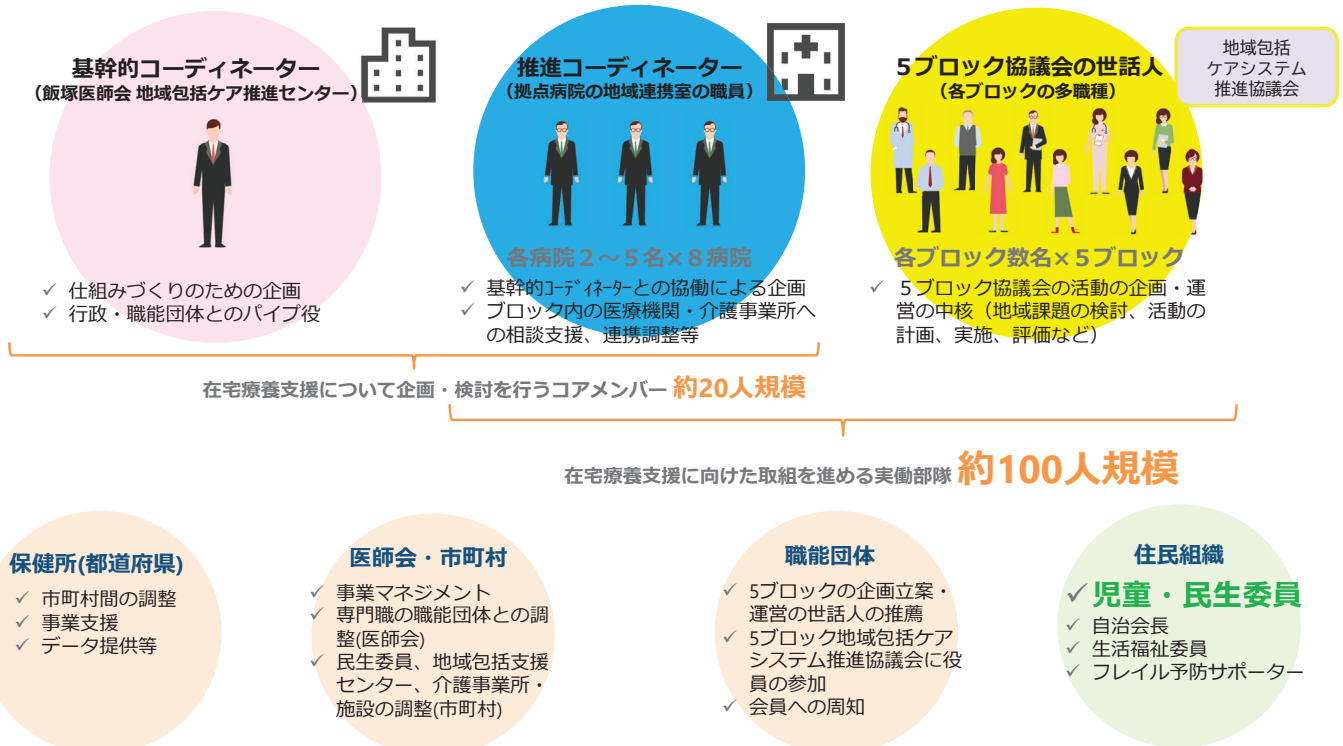
- 4-1 地域課題解決に必要な社会資源情報や関係機関を活用し、地域課題解決に取組める
- 4-2 飯塚医療圏の取組みを他の地域に発信できる
- 4-3 県と連携し、近隣の在宅医療介護連携推進コーディネーターを育成できる



「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



04 ミクロ・メゾ・マクロシステムの多層的視点とアプローチの展開

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

日本ソーシャルワーク教育学校連盟の『ソーシャルワーク演習のための教育ガイドライン(2022)』

特定のクライアント個人や家族のニーズ充足に向けた実践において、メゾ・マクロシステムも対象とした支援を展開するとともに、その個別ニーズを普遍化して、メゾ・マクロシステムの問題としてとらえ直すことが不可欠になる。

所属機関によっては、特定のクライアントに対する支援が業務として認められないこともあるだろうが、これまでの既存の社会的規範や現状ありきの考え方から自らを開放して、メゾ・マクロシステムを視野に入れたアプローチが求められる。

特に介護保険法で位置づけられている「地域ケア会議」は、単に特定のクライアントの個別対応の検討を行う場ではなく、検討された個別事例の蓄積から地域課題を把握して、対策を検討し、実際に社会資源の開発や政策形成に繋げることで、メゾ・マクロシステムの問題に対処する方法である。

出典「ソーシャルワーク実践における意思決定支援 ミクロ・メゾ・マクロシステムの連鎖的変化に向けたエンパワメント」
公益社団法人 日本社会福祉士会 編集 2023年8月25日発行

04 ミクロ、メゾ、マクロシステムの多層的視点とアプローチの展開

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

