

令和8年度 地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業
在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する説明会

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

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)

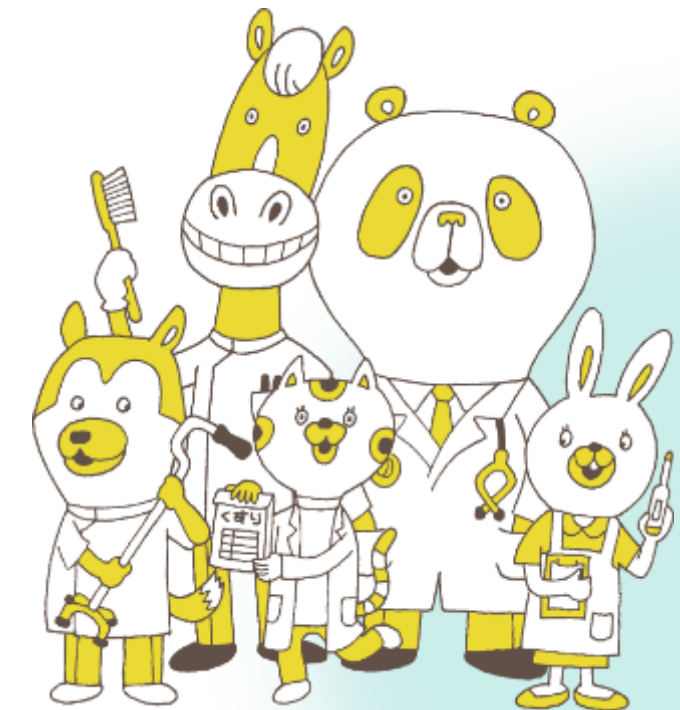
**2015年4月～飯塚医師会地域包括ケア推進センター
事業推進コーディネーター(非常勤)**

- ・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)

目次

1. 飯塚医療圏の現状と課題の出発点
2. 推進体制と成果指標ワーキンググループ（WG）
3. 5ブロック地域包括ケア推進構想の誕生
4. 共通の目標（KPI）が地域を動かす
5. 質的データ（現場の声）と量的データ（数字）の組み合わせ
6. 外部機関からの提供データ活用
7. 課題から導き出した具体的な対応策
8. まとめ



01

飯塚医療圏の現状と課題の出発点

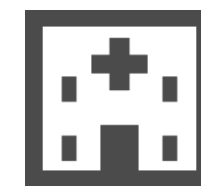
福岡県 飯塚圏域(飯塚市・嘉麻市・桂川町)の概要



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
18/4



一般診療所/
うち在支診
136/25



地域包括支援センター
13



飯塚医療圏 の紹介

※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)
※3:『届出受理医療機関名簿(全体版)』(九州厚生局) [令和8年5月1日現在] 令和8年5月7日作成

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
46科
(2026年4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)

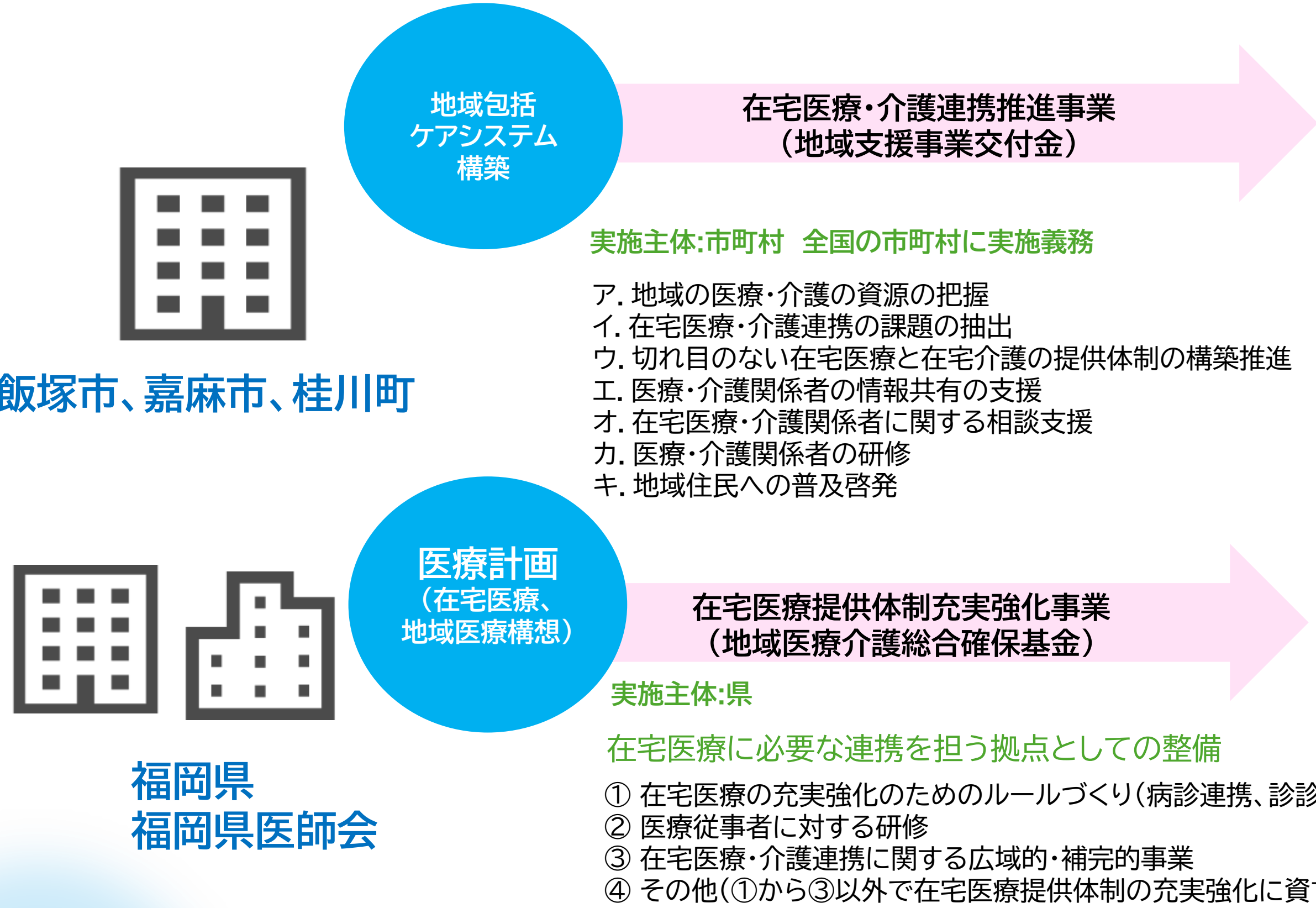


手術件数
6,879件/年
(2025年1～12月)

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

いづか地域包括ケア推進センター



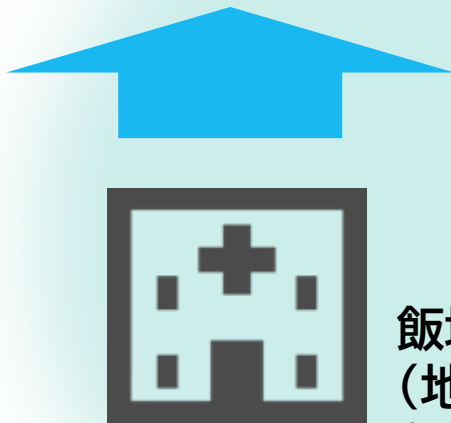
2012年度 在宅医療連携拠点事業：潁田病院
2015年度～ 在宅医療・介護連携推進事業



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



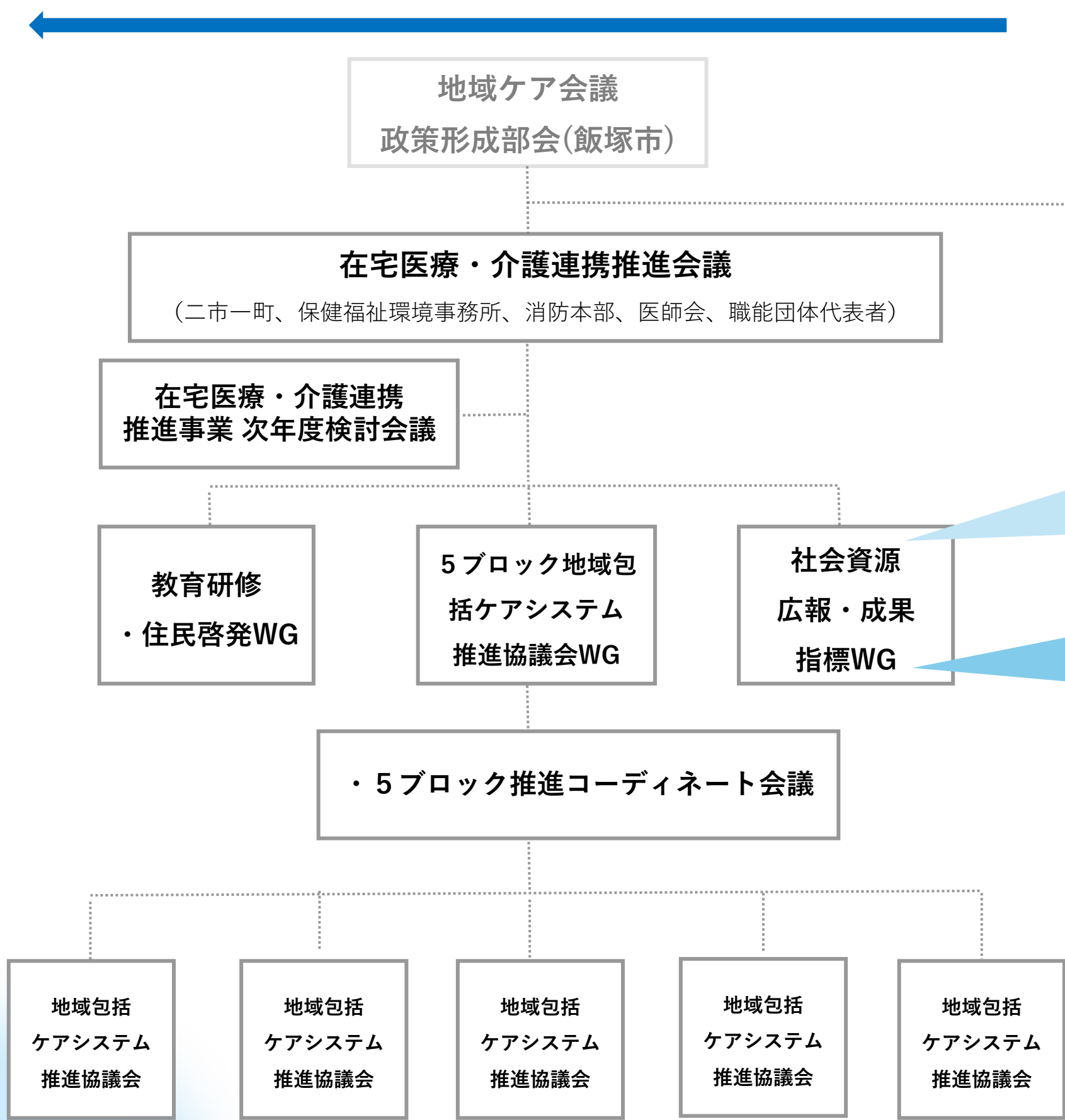
飯塚病院
(地域医療支援病院)
からMSWを派遣

02

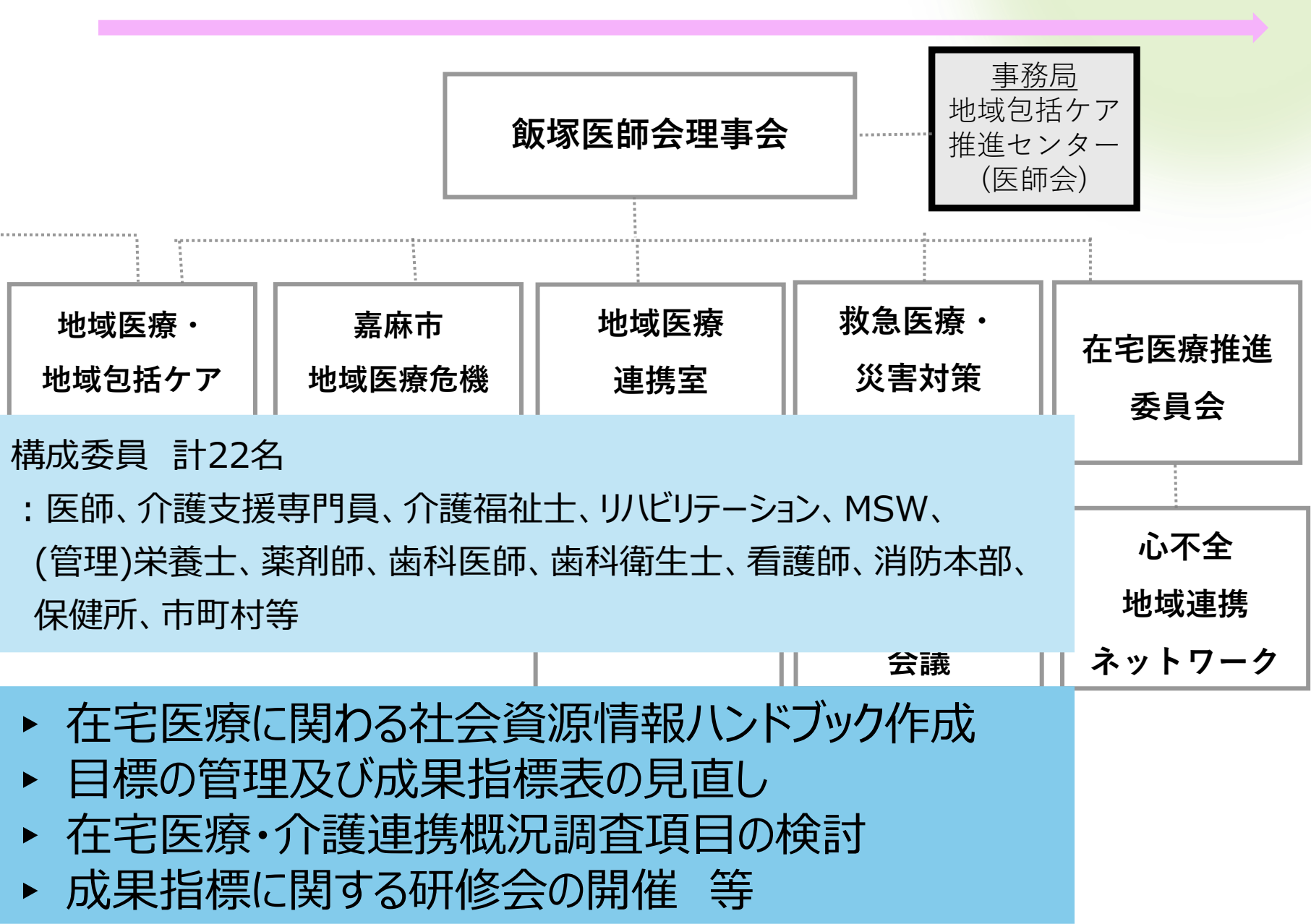
推進体制と成果指標ワーキンググループ（WG）

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

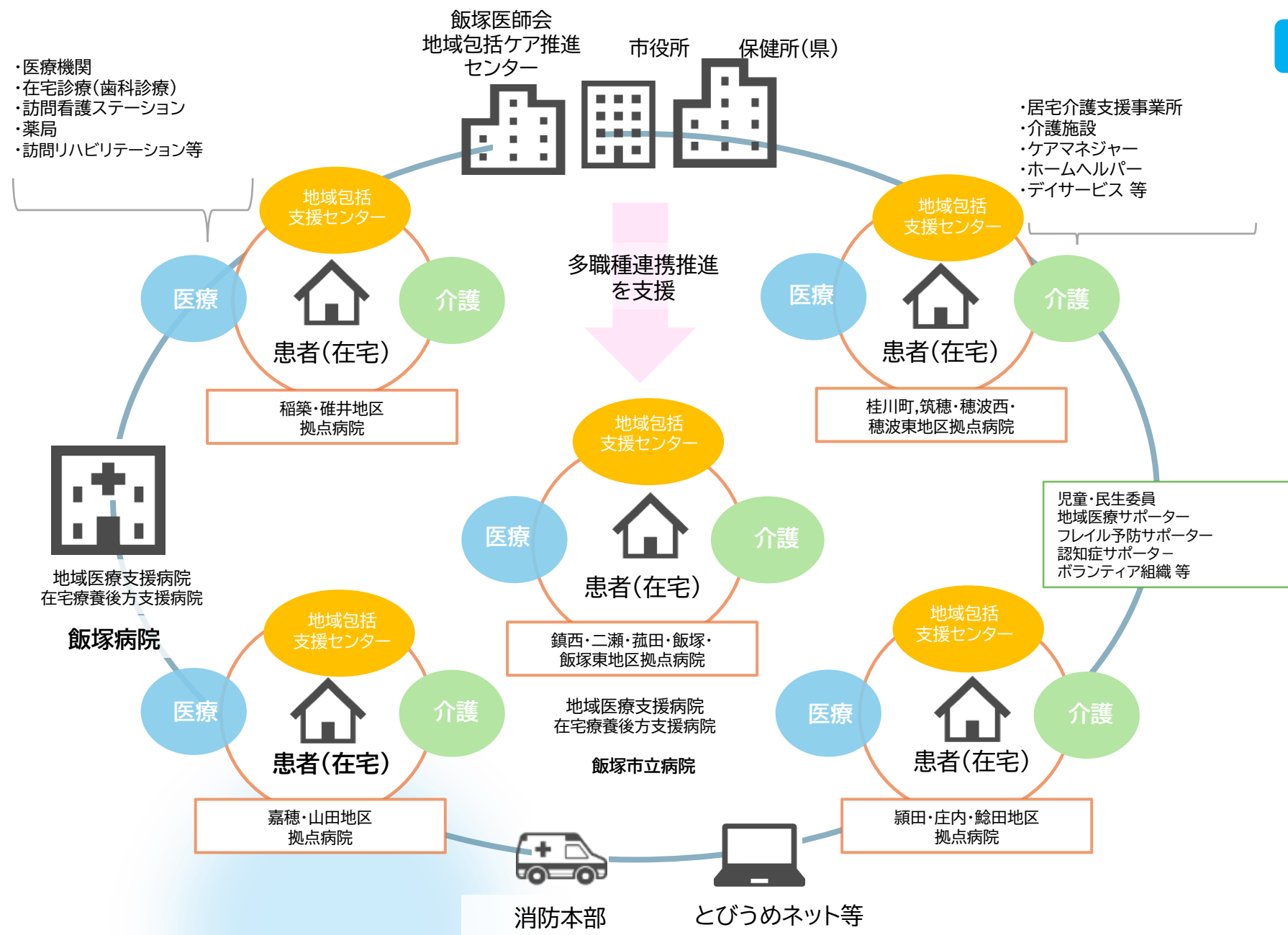


03 5ブロック地域包括ケア推進構想の誕生

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

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2回以上

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



- ・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
- ・個別対応で集められた課題を代表者会議に提案する
- ・各ブロックで効果のあった取組みの水平展開
- ・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



04 共通の目標（KPI）が地域を動かす

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）

福祉施設からの救急
車搬送件数を減らす
現状:11.2%

救急車搬送に占める
CPAの割合を
減らす
現状:1.9%

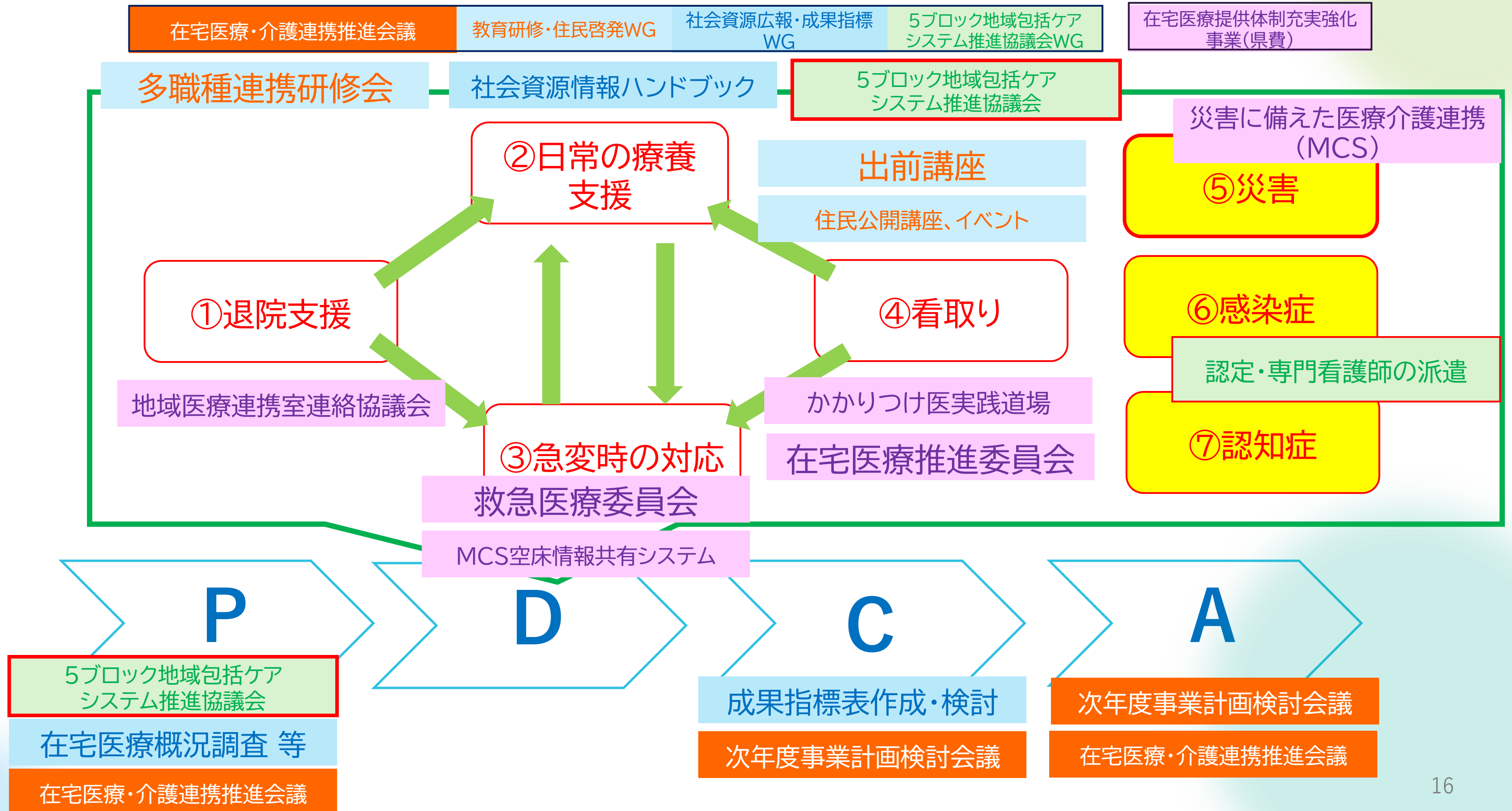
在宅看取り患者数
500人
(自宅250, 施設250)

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

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



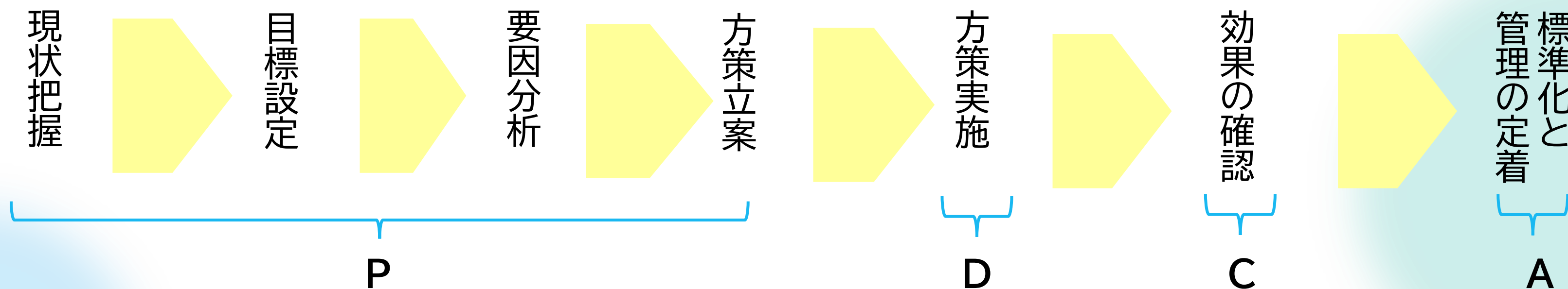
地域レベルでPDCAがまわる(質の管理)体制の構築とは

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



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

05

質的データ（現場の声）と量的データ（数字） の組み合わせ

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。

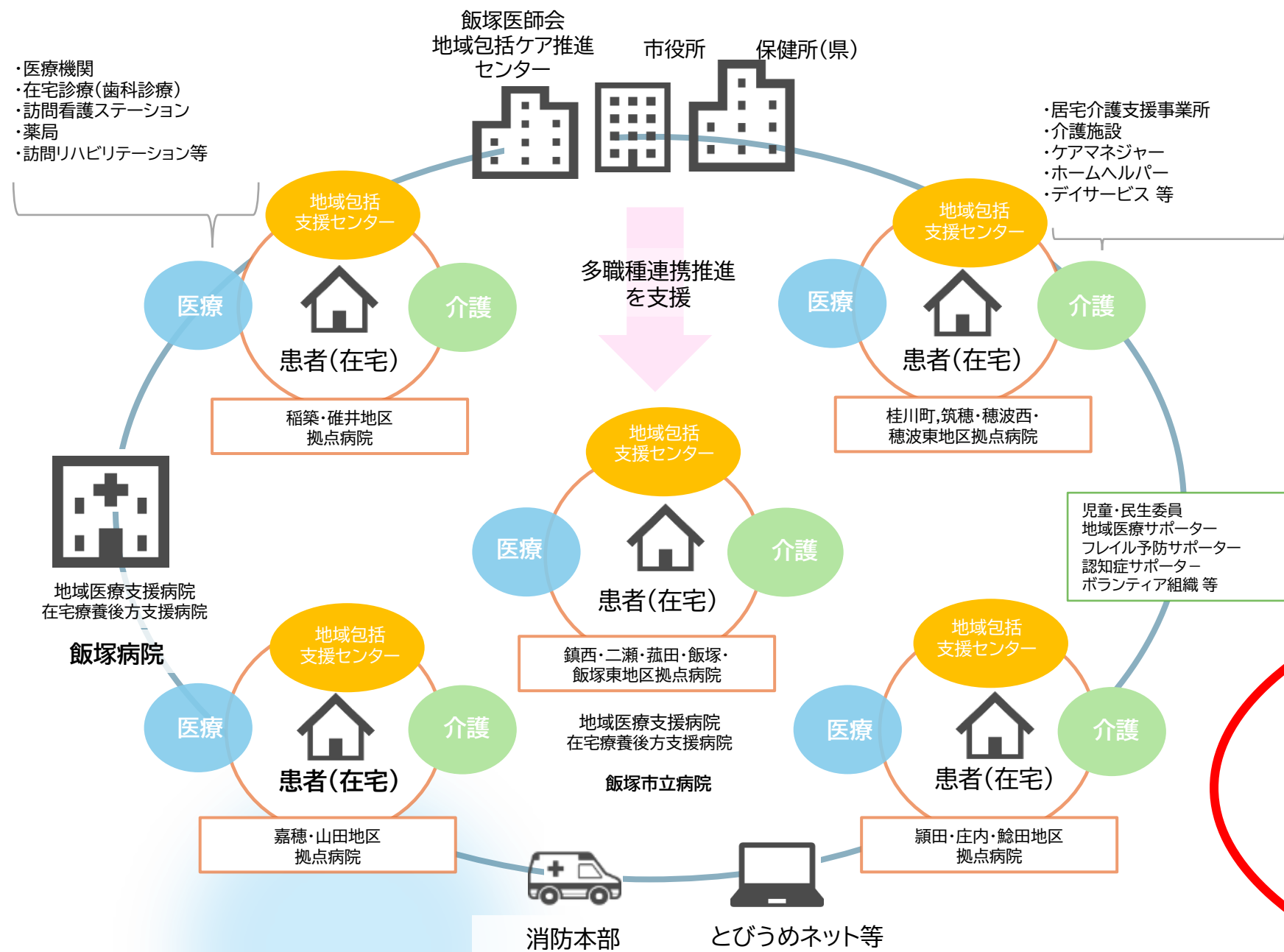
(方法)

- ・ 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

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

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2回以上

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

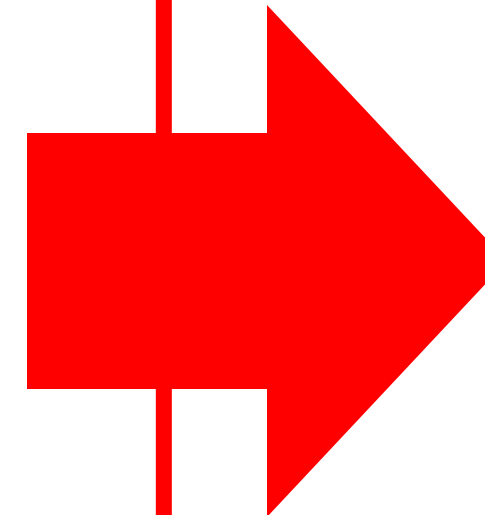
・ 平時からの顔の見える連携が有事の際の連携に非常に役立った



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
- ・嘱託医の協力得にくい
- ・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？

在宅医療概況調査の実施

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 ※()内は回答率

- ・ 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%)
- ※2024年度分

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、飯塚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 入退院支援加算 1：(イ)一般病床 () 件 / (ロ)療養病床 () 件

④ 入退院支援加算 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)

調査対象 (調査実施機関)	在宅医療概況調査項目(例)
医療機関 (医師会)	場所別の訪問診療・往診を行った実患者数／場所別の看取り患者数／病院・有床診療所での死亡者数、退院時共同指導料算定件数、介護支援等連携指導料算定件数、入院時支援加算、病院での退院患者に占める入退院支援加算／退院患者数/退院前・後訪問件数／地域包括ケア病床利用率
歯科医院 (歯科医師会)	訪問歯科診療の実施可否、訪問歯科診療の延べ患者数、障害者(児)の訪問歯科診療の実施可否
訪問看護ST (訪問看護ST絡協議会)	場所別の訪問看護を行った実患者数、場所別の看取りを行った実患者数、看取りの実患者数のうちターミナルケア療養費を算定した人数
居宅介護支援事業所 (居宅介護支援事業者連絡協議会、介護支援専門員協会)	入院時情報連携加算算定件数、ターミナルケアを受けた利用者数、居宅療養指導料算定件数(連携職種別)
薬局 (薬剤師会)	場所別の訪問薬剤指導管理料・居宅療養管理指導料算定件数、在宅麻薬管理指導料算定件数
栄養 (栄養士会)	訪問栄養食事指導の実施可否、場所別の医療保険・介護保険による在宅訪問栄養指導の実施件数
介護保険施設 (医師会) ※数年に1回	在宅看取りの経験の有無、調査期間中の在宅看取りを行った人数、看取りの課題(自由記載)
65歳以上の人:高齢者生活実態調査(市町村) ※数年に1回	「どこで最期を迎えたいか」を事情を考慮せずに教えてほしい/ 自分の住んでいる地域を周囲に勧めたいか 「人生会議」という言葉と内容を知っているか

ケアマネジャー

	居宅療養管理指導				
	医師 管理指導料	歯科医師 管理指導料	薬剤師管理 指導料	歯科衛生士 管理指導料	管理栄養士 管理指導料
2021年度	895	247	936	206	0
2022年度	730	323	918	230	2
2023年度	763	351	967	253	6
2024年度	847	389	1129	258	5

Q. 飯塚医療圏において多職種との医療・介護連携に満足していますか？

回答数	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満足	不満足
51	10	20	18	2	1

Q. 最も連携が取りにくい職種を1つ挙げてください

回答数	医師	歯科医師	(管理) 栄養士	リハビリテー ション (PT、OT、ST)	薬剤師	看護師	その他
51	25	4	12	2	1	3	4

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) ■介護保険施設での看取り経験の有無 ■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 〔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〕 ■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 ■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)
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リピート率 〔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) ■救急車総搬送件数に占める福祉施設からの搬送割合 ■救急車総搬送件数に占めるCPAの割合
	提供体制等	■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設数・件数
ストラクチャル指標		■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

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)

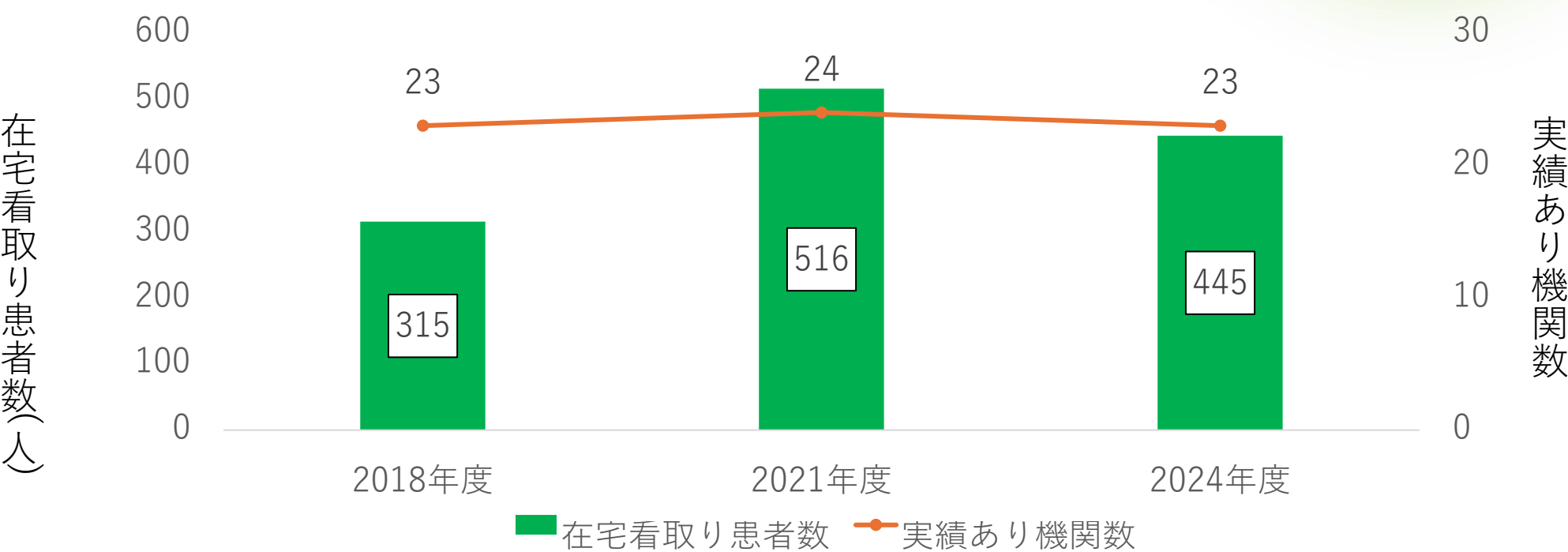
現状445人(自宅249人、施設196人)

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)

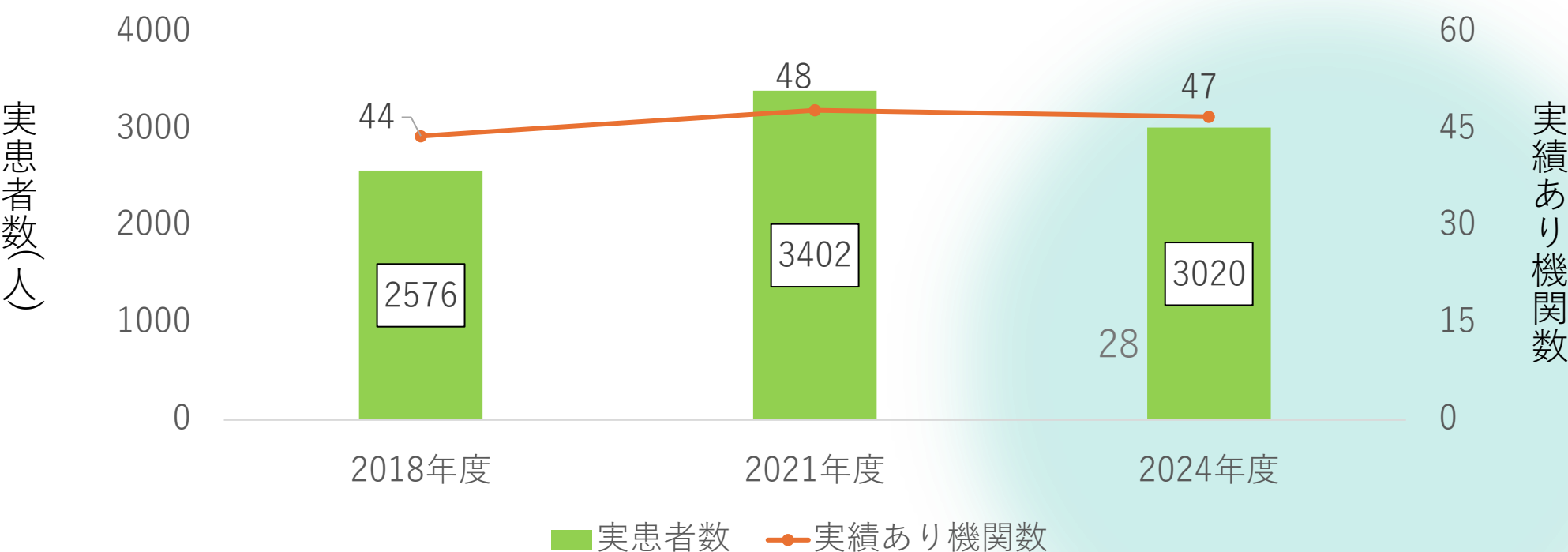
現状3,020人(自宅996人、施設2,024人)

- 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

(1) 在宅看取り患者数(年間)

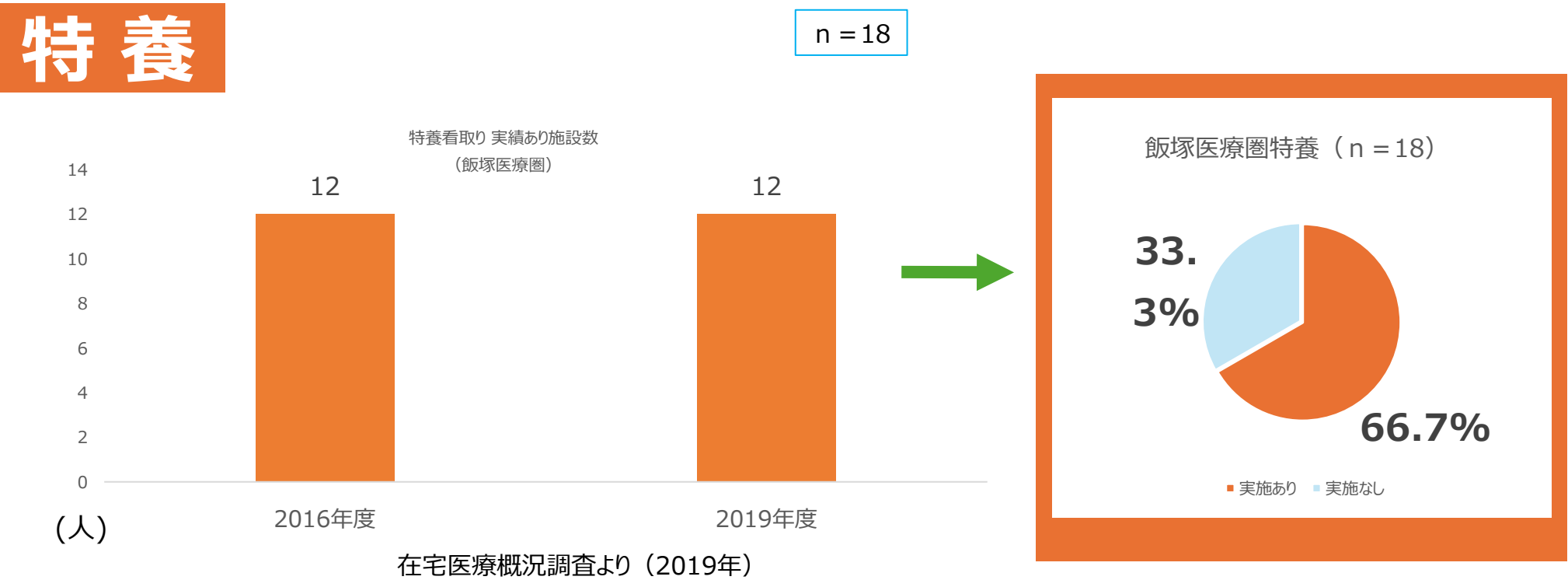
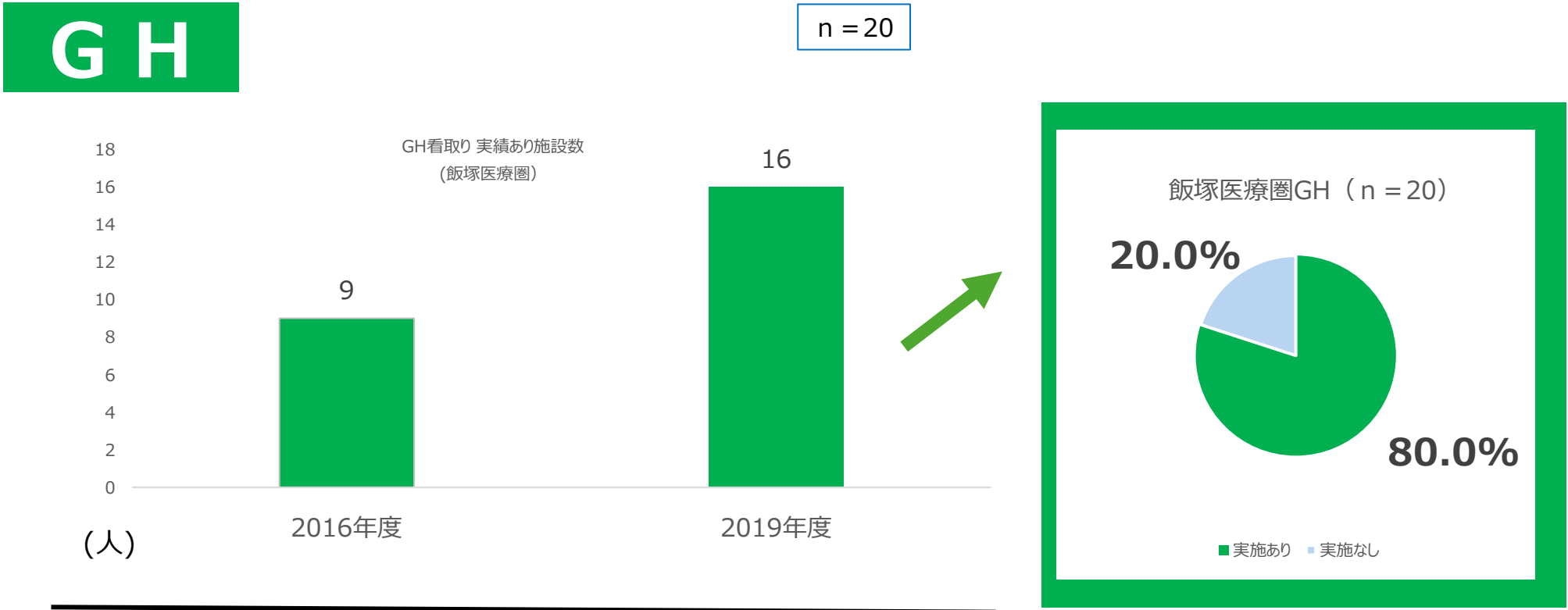


(2) 在宅診療(往診含む)実患者数(年間)

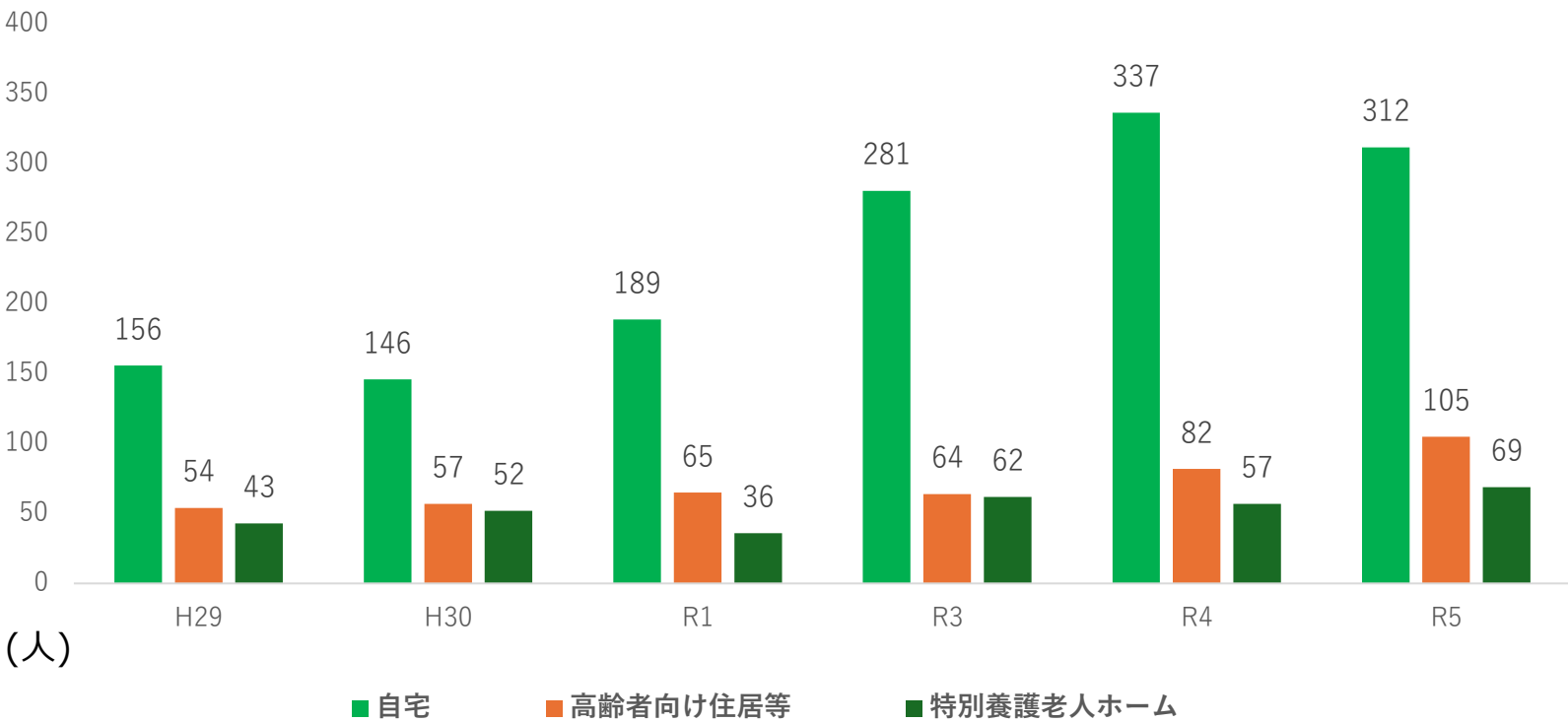


介護保険施設での看取り状況

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



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

06

外部機関からの提供データ活用

施設種別でみた居所変更/看取りの状況 ～居所変更実態調査で取組の対象を絞る

● 過去1年間の施設等の退所・退居者の流れ

単位：人

サービス種別	n数	飯塚市			嘉麻市			全国集計(71市町村)		
		居所変更	死亡	合計	居所変更	死亡	合計	居所変更	死亡	合計
住宅型有料	飯塚市(n=15)	38	35	73	5	16	21	2,084	2,066	4,150
	嘉麻市(n=6)									
	全国集計(n=389)	52.1%	47.9%	100.0%	23.8%	76.2%	100.0%	50.2%	49.8%	100.0%
軽費	飯塚市(n=3)	23	6	29	11	5	16	586	121	707
	嘉麻市(n=2)									
	全国集計(n=92)	79.3%	20.7%	100.0%	68.8%	31.3%	100.0%	82.9%	17.1%	100.0%
サ高住	飯塚市(n=10)	51	45	96	0	3	3	1,190	949	2,139
	嘉麻市(n=1)									
	全国集計(n=282)	53.1%	46.9%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	55.6%	44.4%	100.0%
GH	飯塚市(n=15)	18	24	42	15	13	28	1,626	1,086	2,712
	嘉麻市(n=10)									
	全国集計(n=660)	42.9%	57.1%	100.0%	53.6%	46.4%	100.0%	60.0%	40.0%	100.0%
特定	飯塚市(n=2)	6	3	9	10	20	30	1,161	1,492	2,653
	嘉麻市(n=2)									
	全国集計(n=200)	66.7%	33.3%	100.0%	33.3%	66.7%	100.0%	43.8%	56.2%	100.0%
地密特定	飯塚市(n=4)	6	11	17	-	-	-	55	81	136
	嘉麻市(n=0)									
	全国集計(n=22)	35.3%	64.7%	100.0%	-	-	-	40.4%	59.6%	100.0%
老健	飯塚市(n=3)	165	15	180	109	5	114	9,352	1,770	11,122
	嘉麻市(n=2)									
	全国集計(n=172)	91.7%	8.3%	100.0%	95.6%	4.4%	100.0%	84.1%	15.9%	100.0%
療養型等	飯塚市(n=1)	66	34	100	2	20	22	1,077	1,184	2,261
	嘉麻市(n=1)									
	全国集計(n=61)	66.0%	34.0%	100.0%	9.1%	90.9%	100.0%	47.6%	52.4%	100.0%
特養	飯塚市(n=12)	54	124	178	42	78	120	1,846	4,986	6,832
	嘉麻市(n=5)									
	全国集計(n=319)	30.3%	69.7%	100.0%	35.0%	65.0%	100.0%	27.0%	73.0%	100.0%
地密特養	飯塚市(n=1)	5	5	10	3	1	4	333	493	826
	嘉麻市(n=1)									
	全国集計(n=104)	50.0%	50.0%	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%	40.3%	59.7%	100.0%
合計	飯塚市(n=66)	432	302	734	197	161	358	19,310	14,228	33,538
	嘉麻市(n=30)									
	全国集計(n=2301)	58.9%	41.1%	100.0%	55.0%	45.0%	100.0%	57.6%	42.4%	100.0%

【飯塚市】

- ✓ 飯塚市の過去1年間の退所・退居者に占める居所変更・死亡の割合をみると、特に**特定施設、療養型等**では、退所・退居者のうち死亡は約3割と低い。
- ✓ 一方、**GH**や**地域密着型特定施設、特別養護老人ホーム**では**約6～7割が死亡**であり、看取りまで行われている。

【嘉麻市】

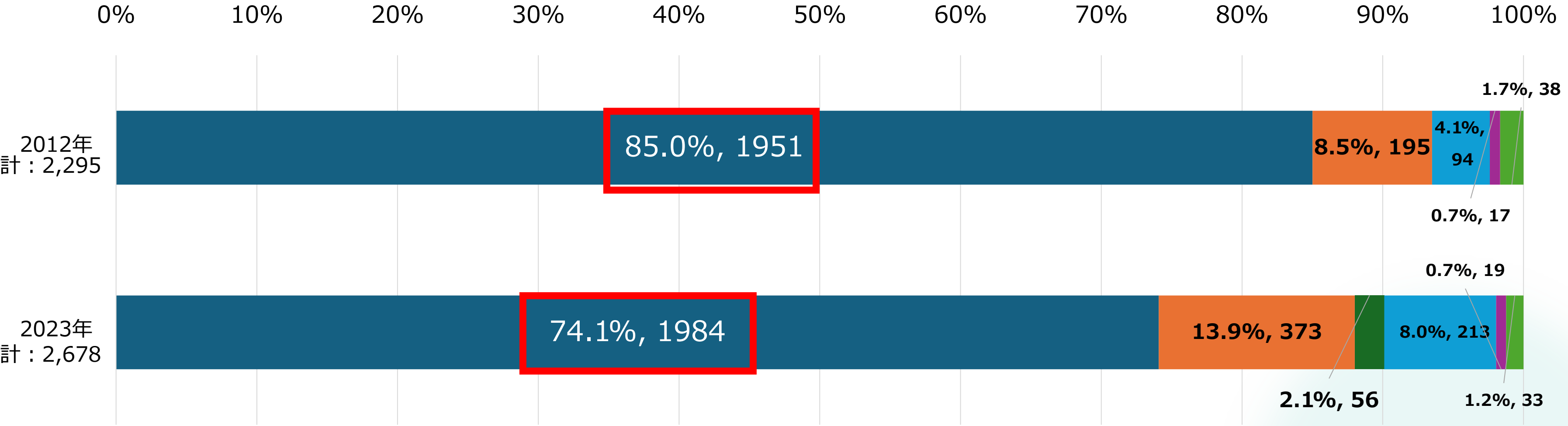
- ✓ 嘉麻市の**特養**では**死亡退所・退居率が65%に対して、地域密着型特別養護老人ホームでは25%**と低い。
- ✓ 一方、**サ高住**や**療養型等**では**約9～10割が死亡**であり、看取りまで行われている。

出典：飯塚市高齢社会対策推進協議会（2022年データ）、嘉麻市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画（2022年）、三菱UFJリサーチ&コンサルティング「居所変更実態調査集計結果」2023年8月25日

病院での死亡が11年間で約11%減少

飯塚医療圏における死亡場所割合の推移 (注：助産所における死亡は極めて少数なので集計から除外)

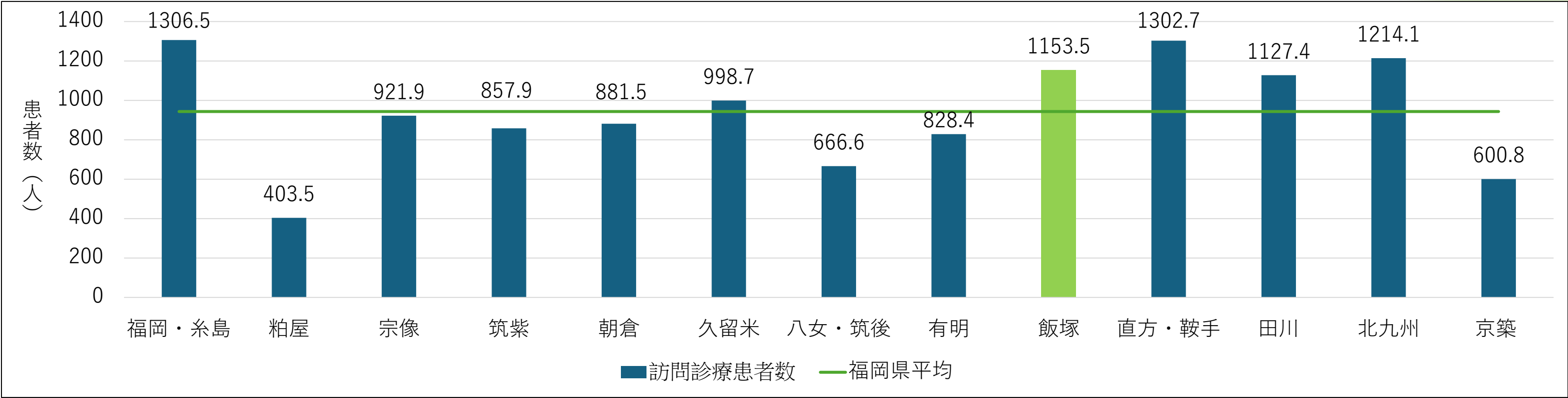
■ 病院・診療所 ■ 自宅 ■ 介護医療院 ■ 老人ホーム ■ 介護老人保健施設 ■ その他
(2018年より統計に追加)



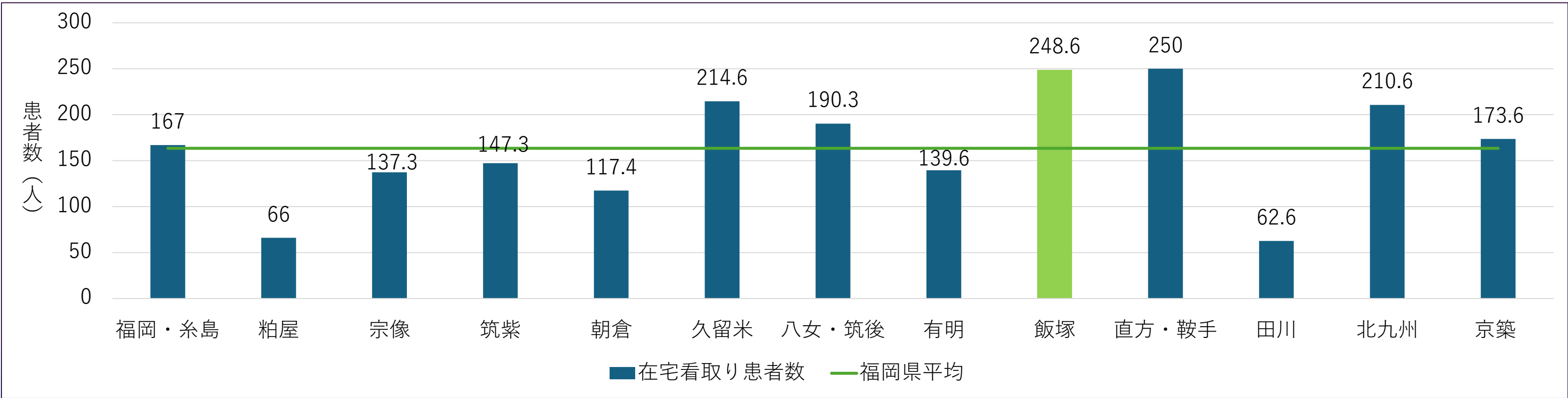
出典：福岡県保健環境研究所『保健統計年報』より

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

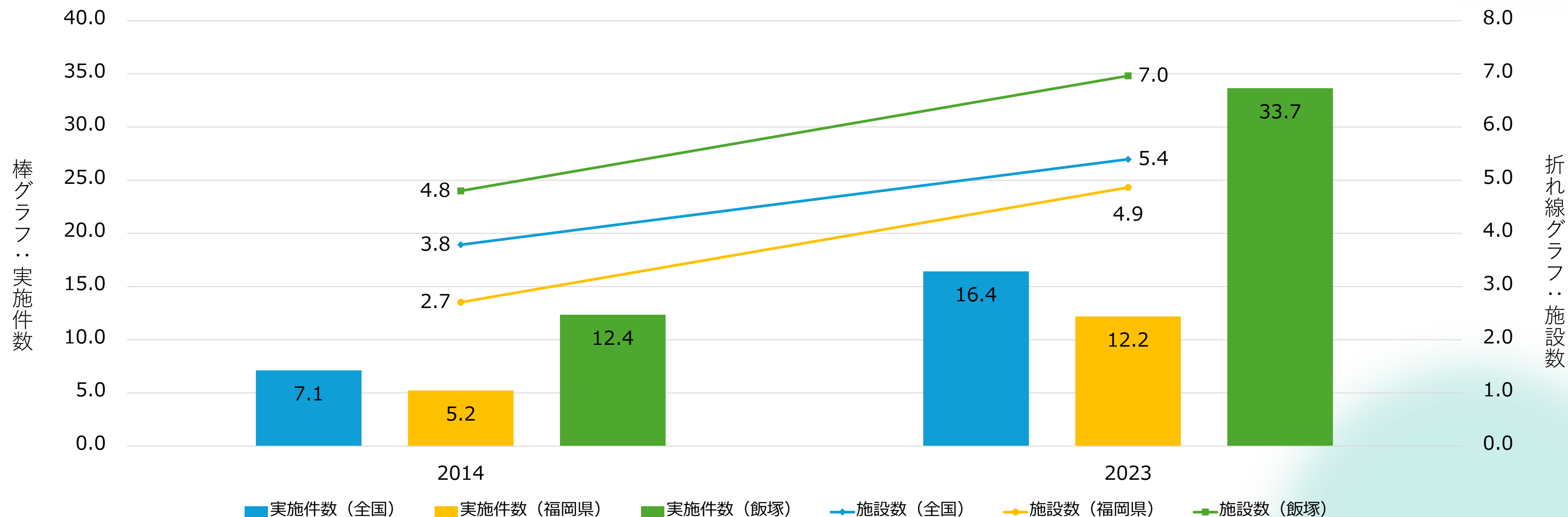


出典：令和7年分 福岡県高齢者地域包括ケア推進課

『在宅医療にかかる地域別データ集』（厚生労働省）

在宅看取り施設数・実施件数（全国・福岡県・飯塚医療圏）

在宅看取り施設数・実施件数（人口10万人あたり）

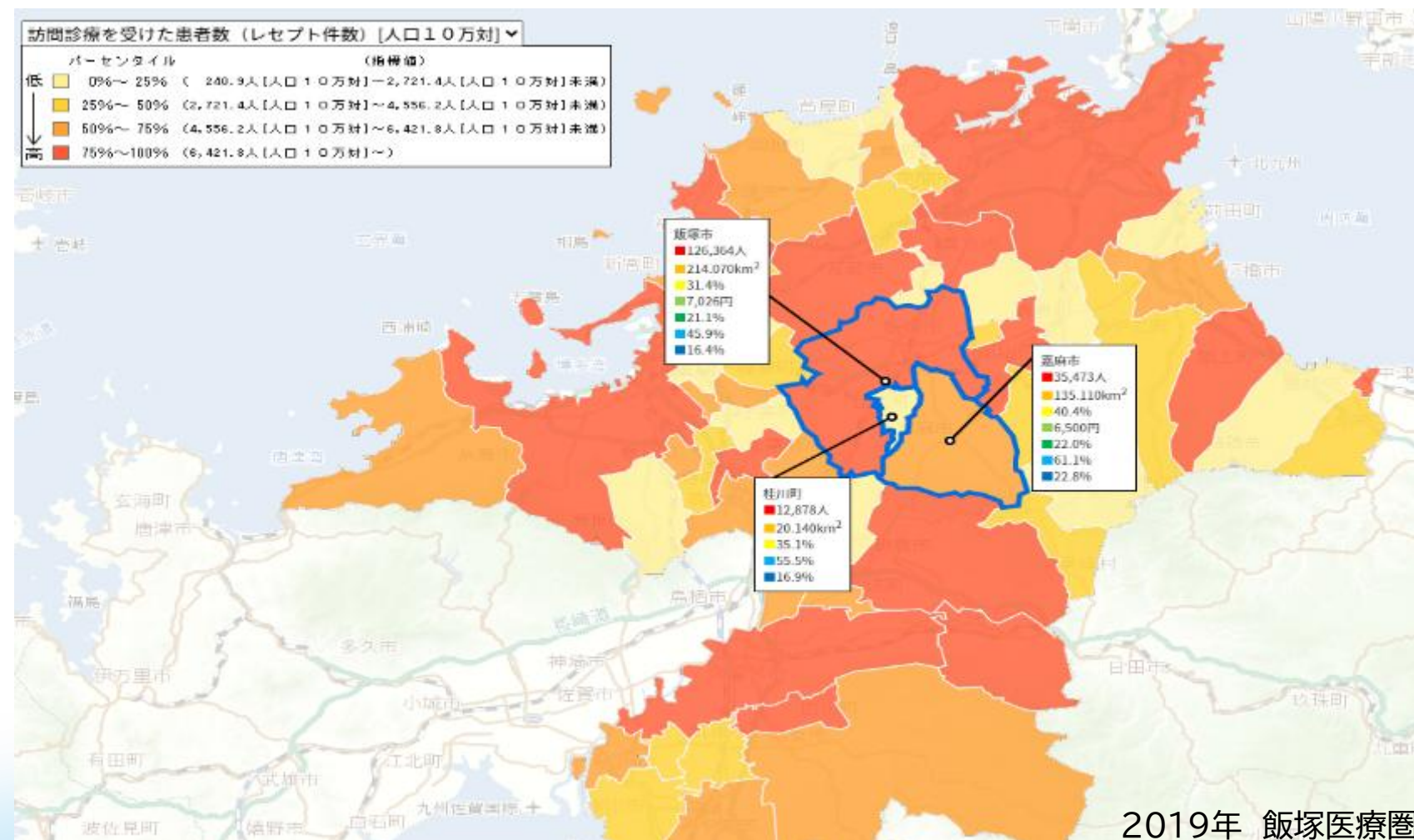


出典：『在宅医療にかかる地域別データ集』（厚生労働省）
『在宅医療にかかる地域別データ集』は以下のデータを元に作成
住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（総務省）
医療施設調査（厚生労働省）・介護サービス施設・始業所調査
人口動態統計（厚生労働省）

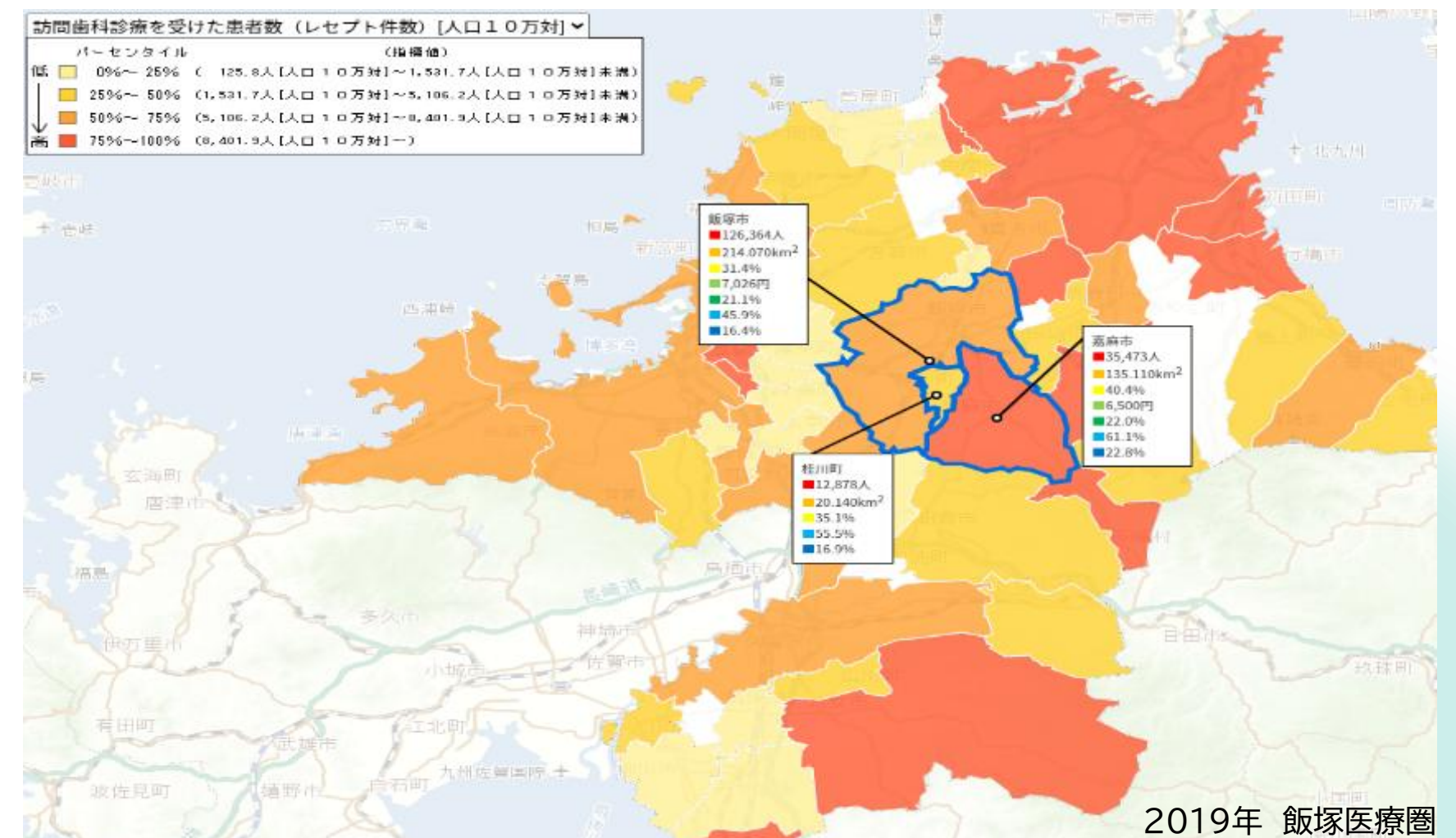
『地域包括ケア「見える化」システム』（厚生労働省）

- ・ 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム
- ・ 介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供

訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)



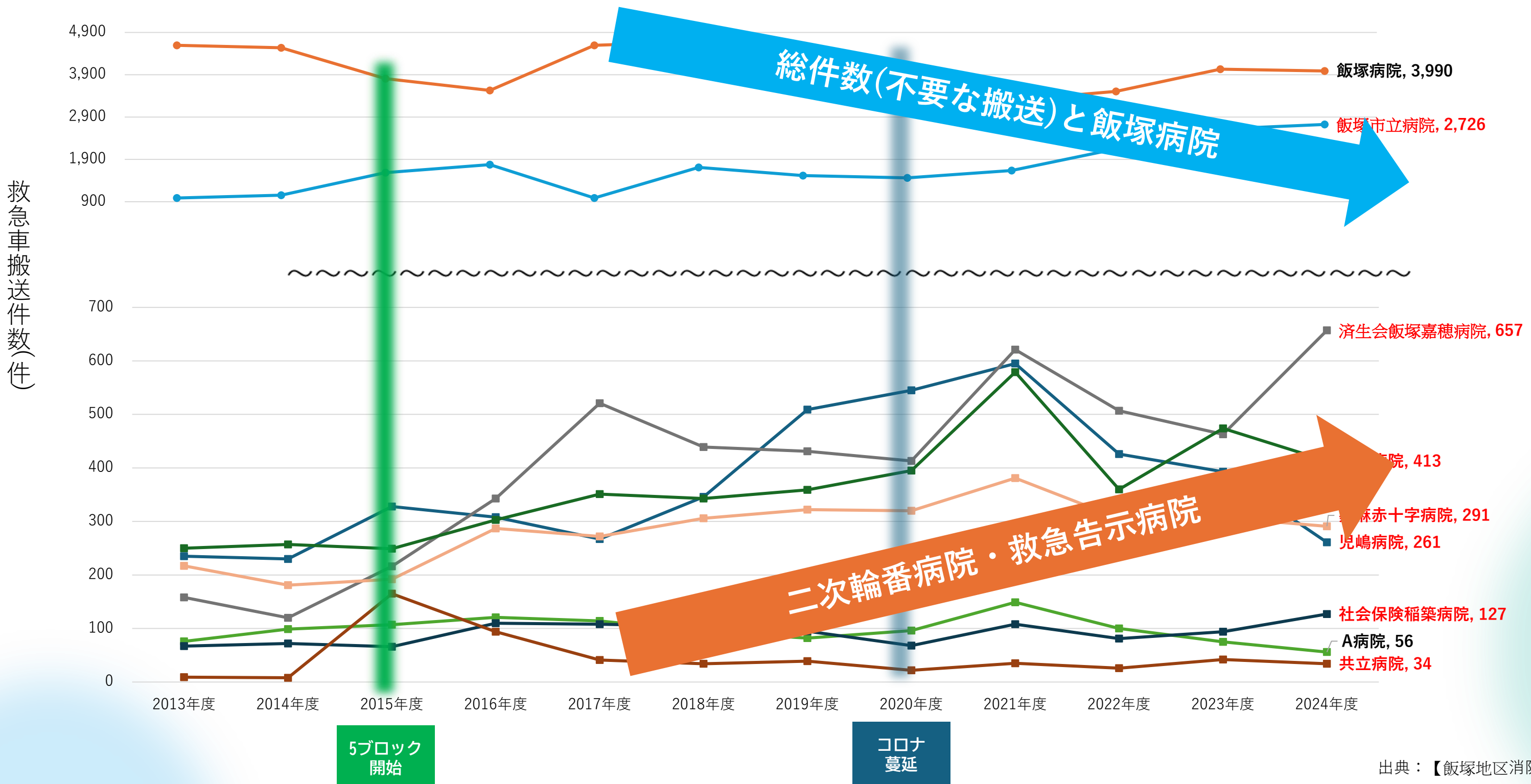
訪問歯科診療を受けた患者数(レセプト件数)



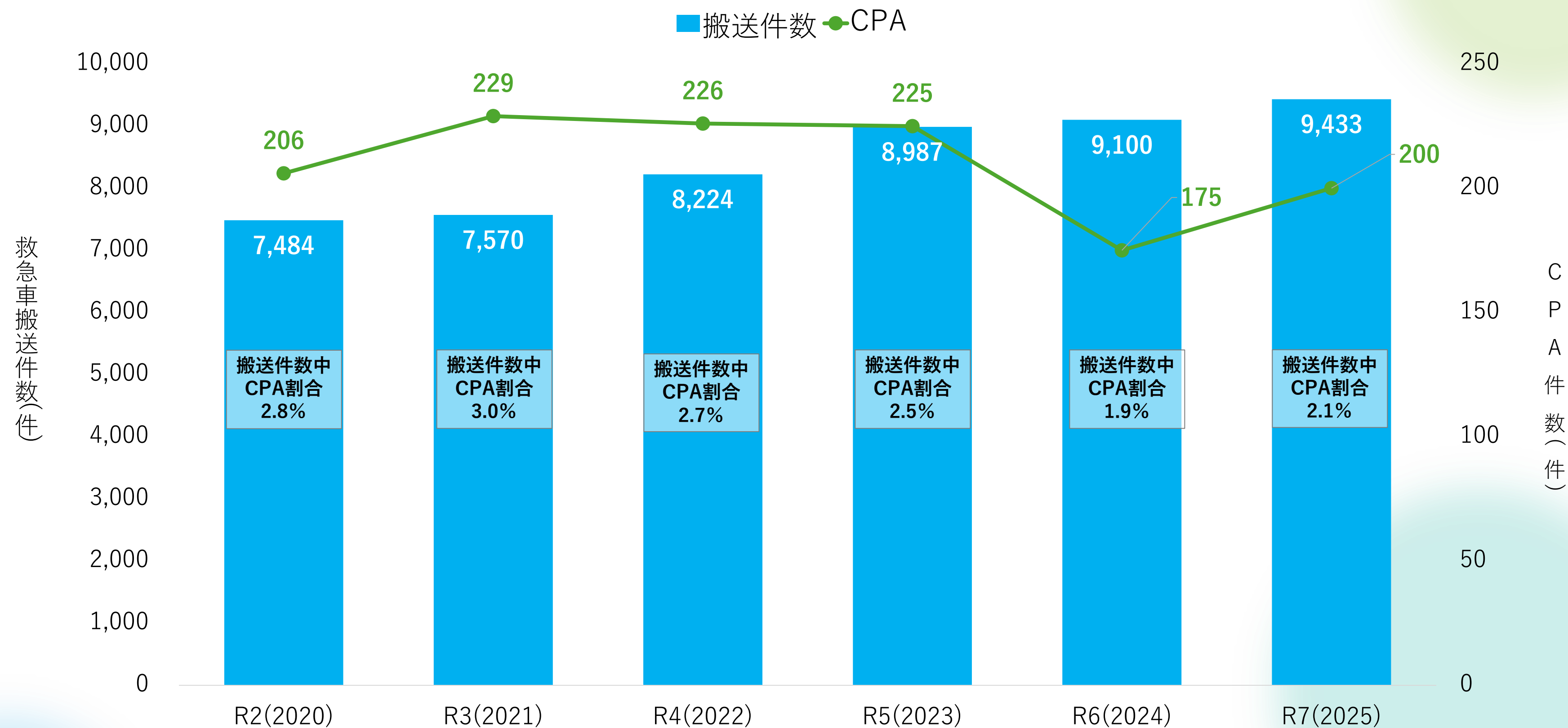
飯塚医療圏 救急車の搬送受入件数(2次輪番病院) 推移

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

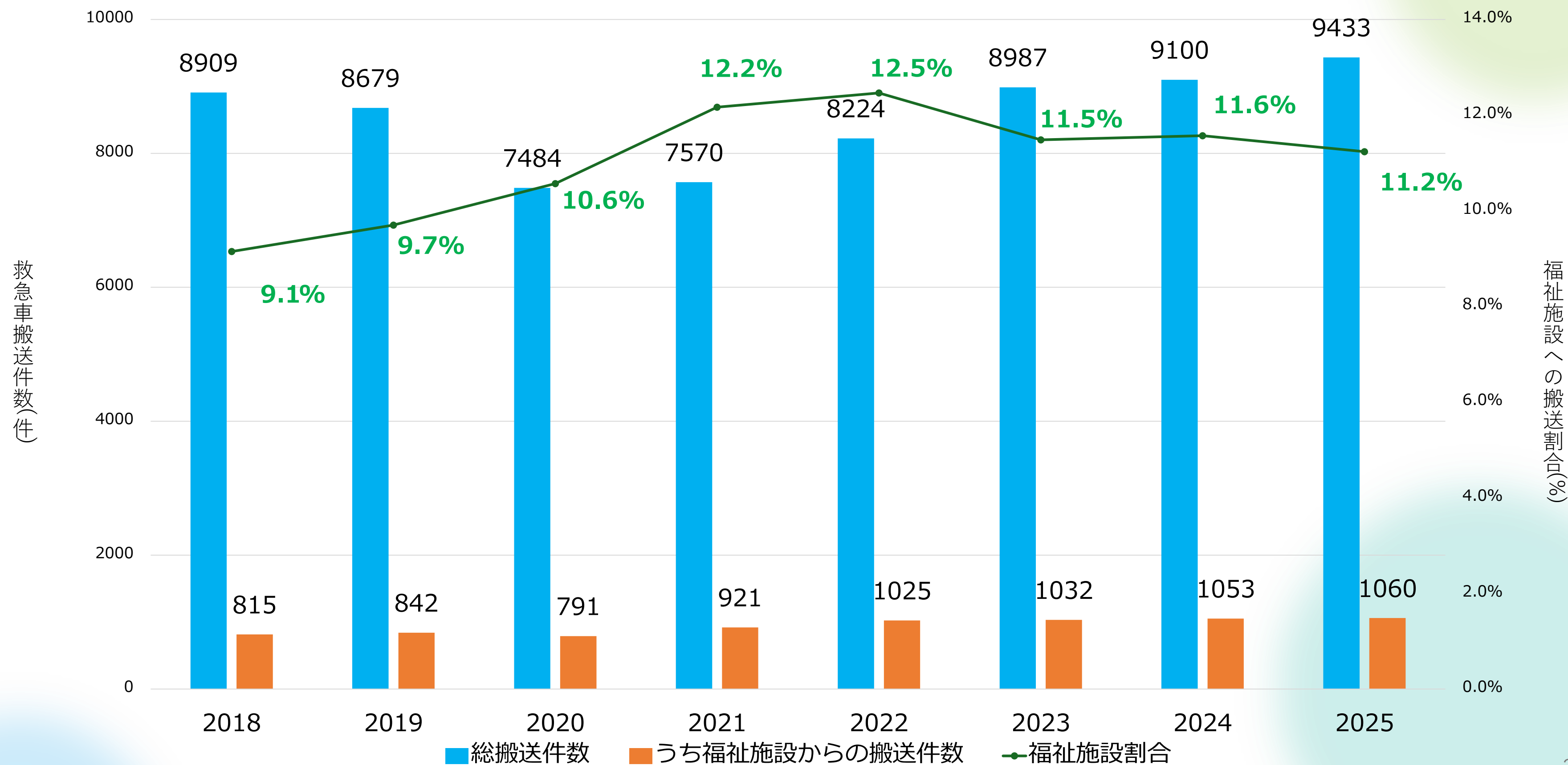
5ブロック拠点病院は赤で記載



救急車搬送総件数に占めるCPAの割合（2019-2025年分）

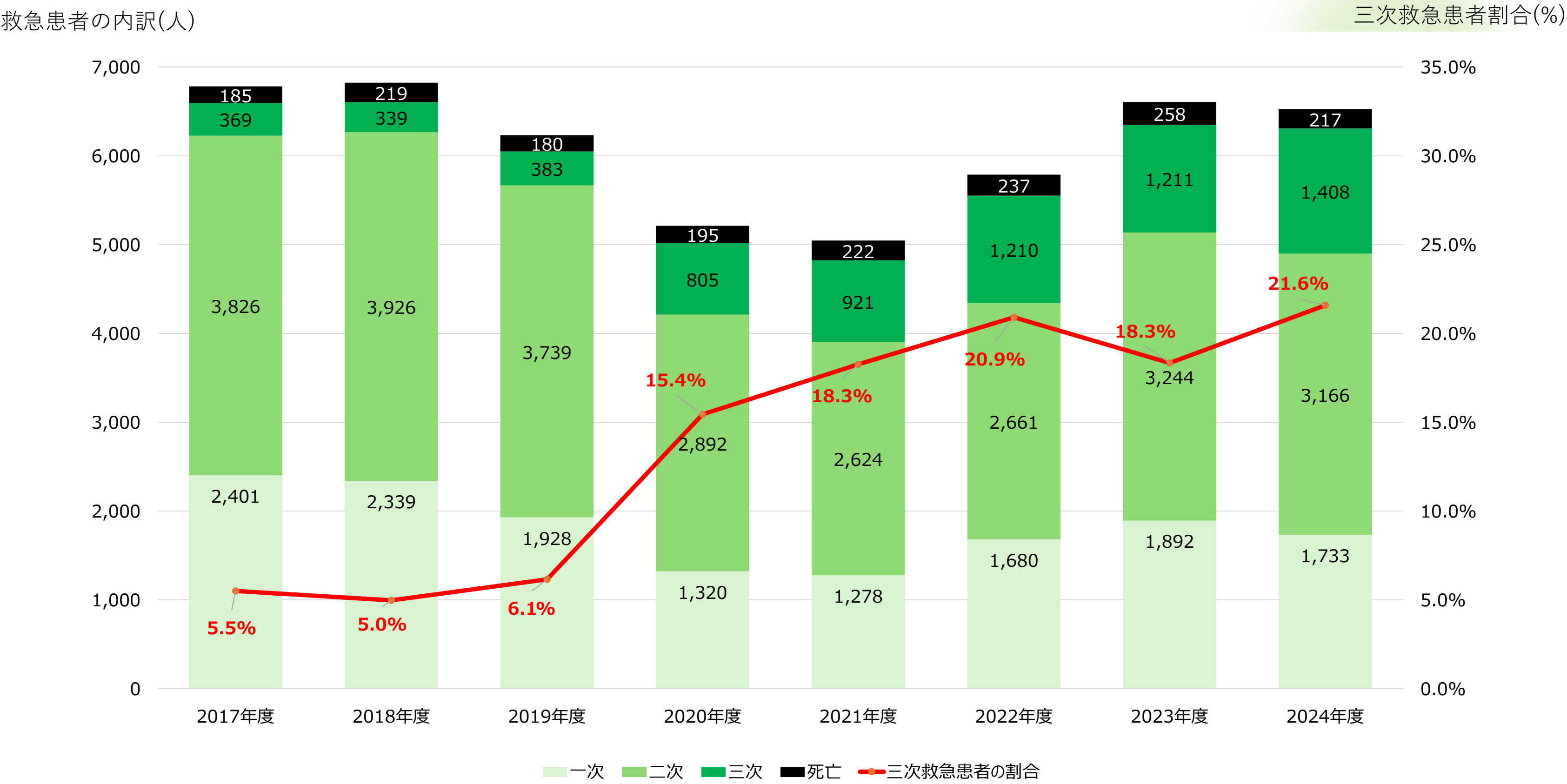


救急車総搬送件数に占める福祉施設からの搬送割合（2019-2025年分）



出典：飯塚地区消防本部提供データ

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）



07

課題から導き出した具体的な対応策

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) 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

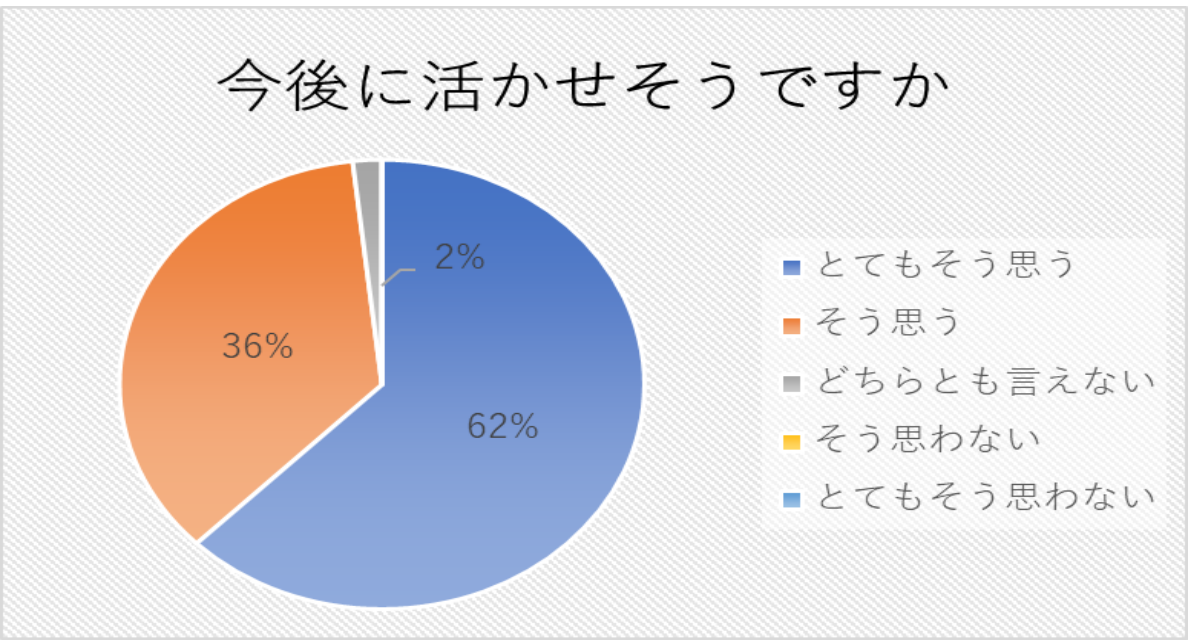
4) 施設との連携協議

『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



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



5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 潁田病院 医療機関と介護施設の連携協議：多職種連携

内 容

(1) 施設看取りに関して

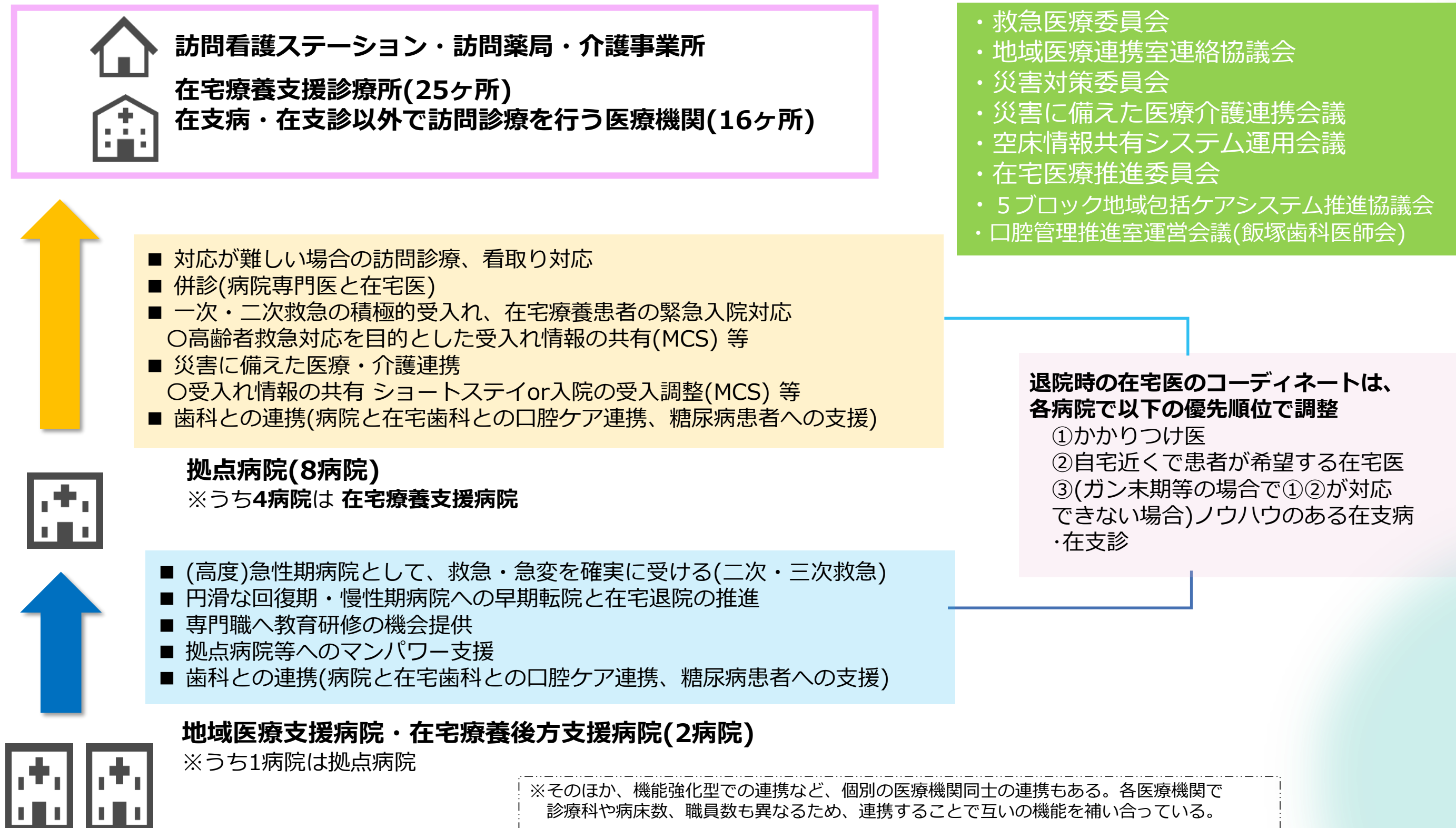
- ① 介護支援者の声が医師に届かない
- ② 病院の大丈夫と施設の大丈夫にズレがある
- ③ 日頃介護に関わっていない家族の意見を重視



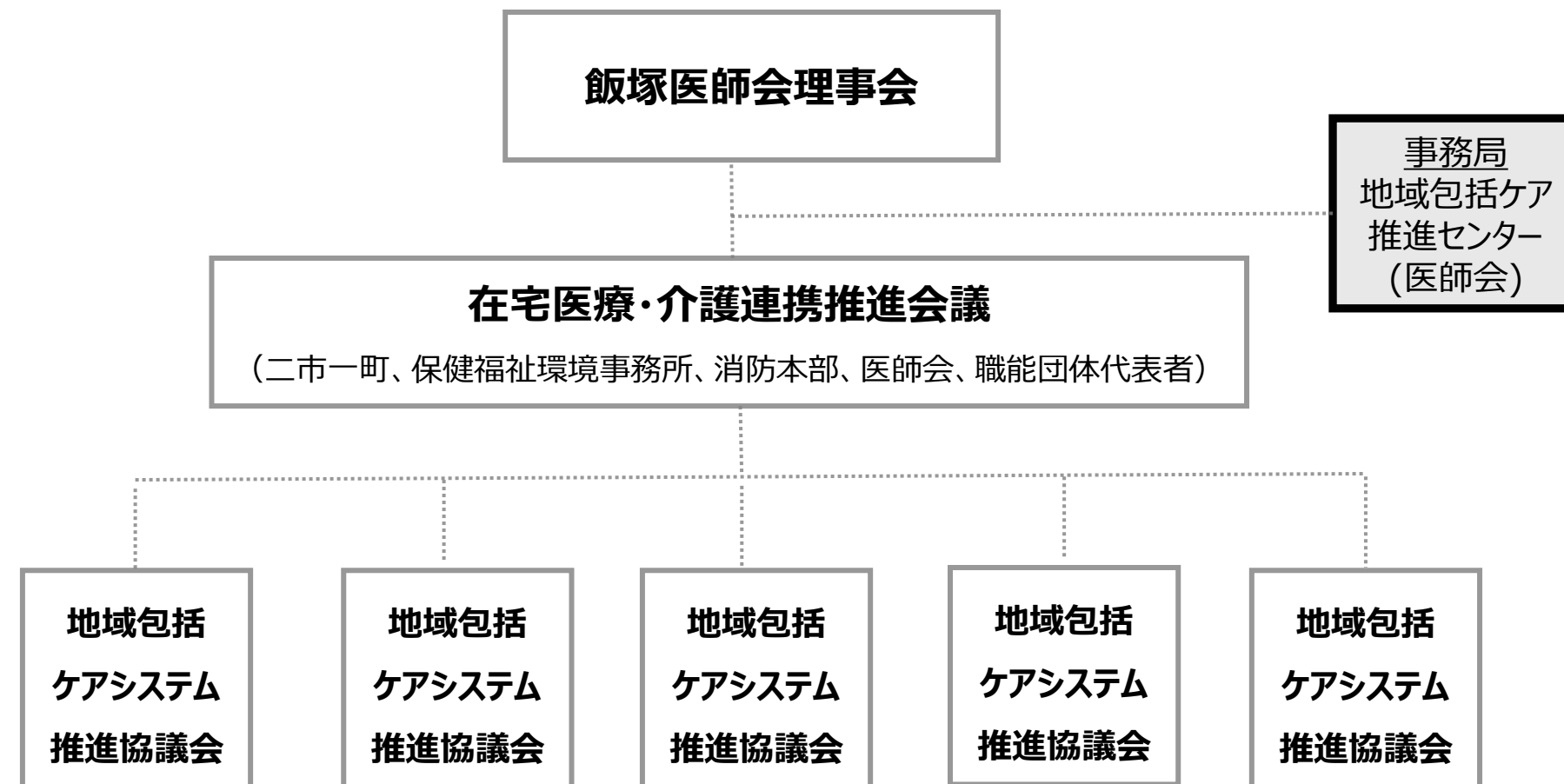
⇒事例検討を通して「なぜ多職種連携が必要なのか」を掘り下げ、グループワークを実施
【参加の介護職からの意見】どうすれば多職種でフランクな話ができるかということについて話をした。色々な職種の重要性も改めて感じた

主な参加職種：介護福祉士、施設長、看護師、ケアマネジャー、相談員、医師、ソーシャルワーカー
行政職、歯科衛生士、救急救命士、管理栄養士

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



2015年度の連携推進体制図



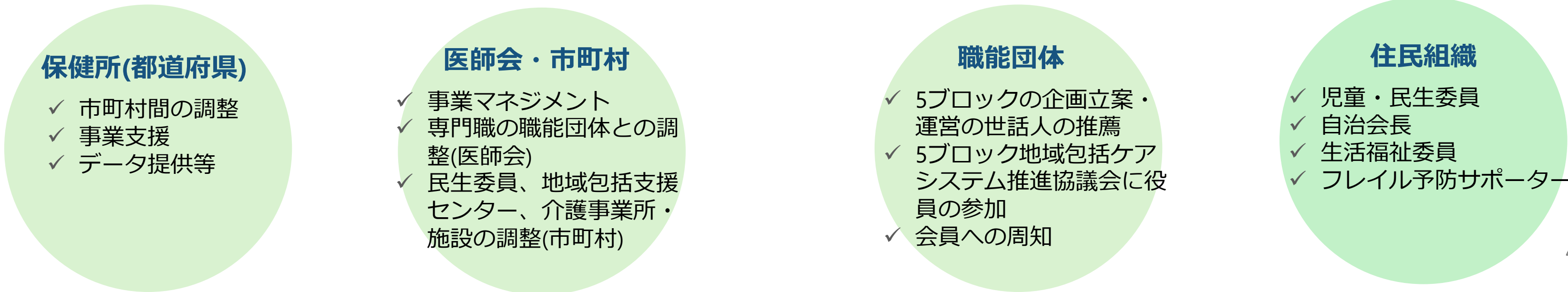
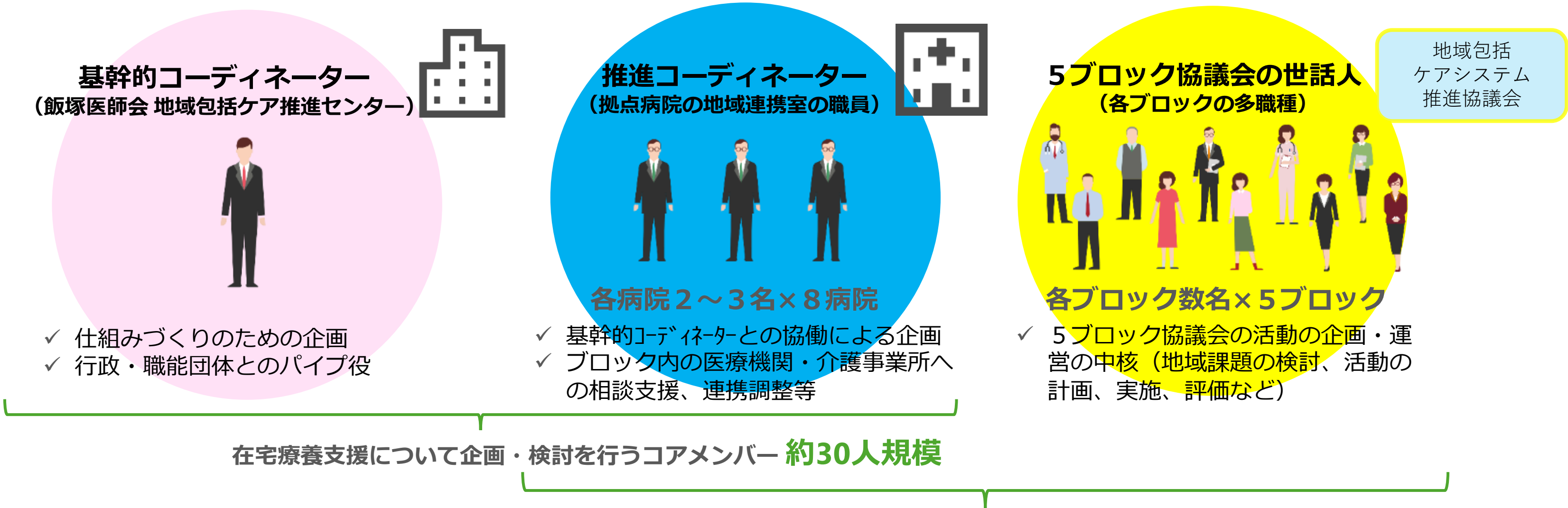
出典:令和6年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援事業
「飯塚医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ＆コンサルティング改変

主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充強化事業)の体制



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



08

ま と め

ま と め

1. データによる客観的な「可視化」と「課題の共有」

効果測定 of 完全な評価手法がないからこそ、多種多様なデータを集めることが重要。できるだけ「数字で語る」ことで、初めて改善の軌跡が捉えられ、関係者が一目で腑に落ちる共通の課題意識が生まれる。

2. 「少し背伸びした目標」が、地域を同じ方向へ動かす

病院・医師会・行政がバラバラにならず、同じ未来を向くためには「共通の目標」が必要。それは現状維持ではなく、誰もが「少し頑張れば手が届く」と思える、ストレッチの効いた目標であるべき。

3. データ連携の土台は、平時からの「顔の見える関係性」

どれだけ立派なシステムがあっても、信頼がなければデータは集まらない。「こんなデータを出してほしい、相談したい」と気軽に言い合える平時からの関係づくりこそが、すべての基盤となる。

4. 「データ(ロジック)」で紐解き、「絆(パッション)」で紡ぐ

データは私たちが進むべき「羅針盤」であるが、実際に地域を動かすのは人の熱意・想いである。在宅医療・介護連携の未来に向け、多職種が手を取り合い、同じ方向を向いて共に歩みを進めていくべき。

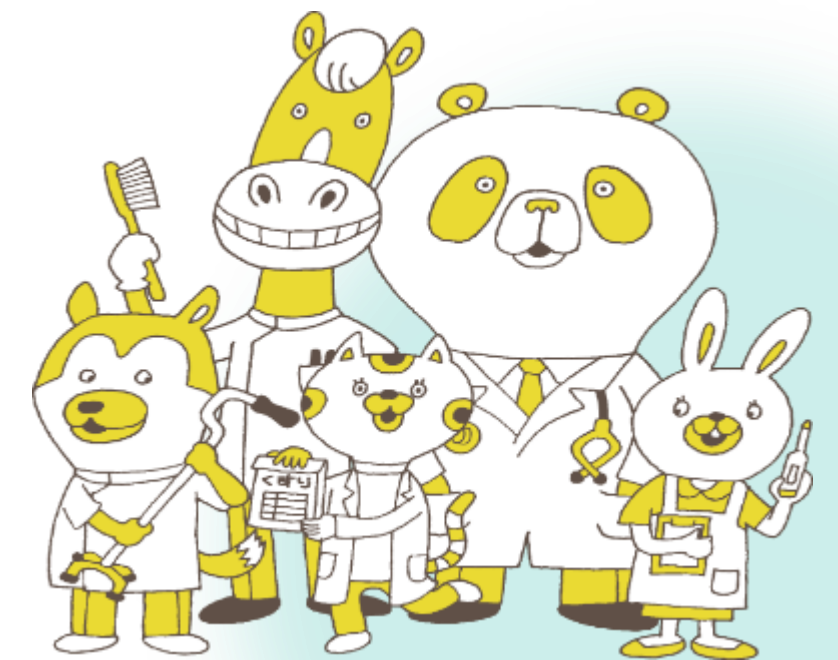
最後までご清聴ありがとうございました



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



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