

世界が進むチカラになる。



令和7年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援事業
「第2回 在宅医療・介護連携従事者支援事業研修会」

医療介護連携の次の展開 に向けたヒント ～県内事例から読み解く～

2026年2月5日（木）13:00～16:00

三菱UFJリサーチ&コンサルティング 政策研究事業本部
古賀祥子

久留米市の概要

管轄市町村	久留米市
医療圏	久留米保健医療圏
介護保険者	久留米市



出典) 福岡県；保健医療計画2024→2029，
令和6年3月，P63を一部改変

1. 人口・認定者数

	2020年（実績）	2040年（推計）
総人口	303,316人	278,386人
65歳以上人口／率	85,343人／28.1%	96,023人／34.5%
75歳以上人口／率	42,179人／13.9%	55,225人／19.8%

出典) 日本医師会；JMAP地域医療情報システム，<https://jmap.jp>（2025/12/23参照）

2. 地域包括支援センター

- 久留米市の地域包括支援センターは、委託11か所

3. 主な医療・介護資源の状況

	久留米市
病院／うち、在支病	31／11
病院病床数 6,445床 ※以下の括弧内は、全国と比べた人口10万人あたりの病床数	
一般病床 3,693床（全国の1.8倍）	
療養病床 1,231床（全国の1.9倍）	
精神病床 1,507床（全国の2.0倍）	
一般診療所／うち、在支診	262／57
訪問看護 ステーション	85
訪問介護	99
通所介護 （地密を含む）	110
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	14
小規模多機能型 居宅介護	33
看護小規模多機能型 居宅介護	17
介護老人福祉施設 （地密を含む）	29
介護老人保健施設	8
介護医療院	2

出典) 日本医師会；JMAP地域医療情報システム，<https://jmap.jp>（2025/12/23参照）

在宅医療・介護連携推進事業の推進体制

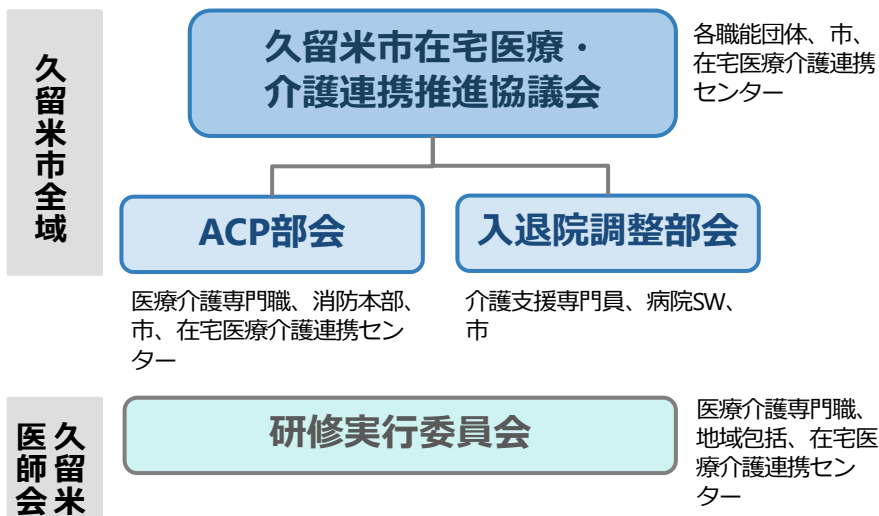
在宅医療・介護連携推進事業の実施体制

平成23年度～26年度：在宅医療推進事業

平成27年度以降：在宅医療・介護連携推進事業



事業の主な関係会議



【久留米市在宅医療・介護連携推進協議会】

- 久留米市全域における事業の実施内容を報告、意見収集を実施（年1回開催）

【部会】

- **【ACP部会】** 令和元年度より、本人の意思決定を支える仕組みや、本人の意思に沿わない救急搬送を防ぐ環境構築について多職種で検討を行う（年2回程度開催）
- **【入退院調整部会】** 入退院時の病院とケアマネジャー等での情報共有ルールの策定・運用等について検討する（休止中）

【研修実行委員会】

- 久留米医師会における研修実施にあたり、医療介護専門職で研修内容等について協議する（年1回開催）

久留米医師会・久留米市における取組の特徴①

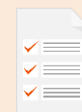
特徴その1

多職種と消防本部の連携で、救急搬送の実態を踏まえたACP推進

ACP部会のメンバー



消防本部



施設からの搬送時の情報共有のために「救急引継ぎシート」を作成



管内の高齢者施設を訪問して実態調査を実施

▶▶▶運営のポイント

- 消防本部が共有した搬送のデータや課題感をもとに、医療介護の専門職が地域の課題を把握し、共同で施策を検討
- 救急隊員向けにACPの取組を伝える研修を開催したり、医療従事者向けに研修で救急隊員の困りごとを共有したりと相互理解を深めている
- 心肺蘇生を望まない方の救急搬送の実態等は、市民向け講演会等でも伝えている

▶▶▶効果アップに向けて

研修や普及啓発の取組に加えて、救急搬送を防ぐ／搬送時の情報共有等の仕組み化や、指標による状況確認ができると◎

本人の意思決定を支える仕組みと、

「本人の意思に沿わない救急搬送を行わない」ための方策を検討

住民向け



- 私の生き方ノート
- 啓発ポスター
- 市民向け講演会
- 市民向け出前講座等

専門職向け



- 多職種チーム向け研修
- 個人向け研修
- 救急医療に関する研修
- 施設職員向け看取り研修
- 救急隊員向け研修

救急隊員向け



- 救急隊員向け研修

久留米医師会・久留米市における取組の特徴②

特徴その2

症例検討会における、地域単位での課題解決＋顔の見える関係づくり

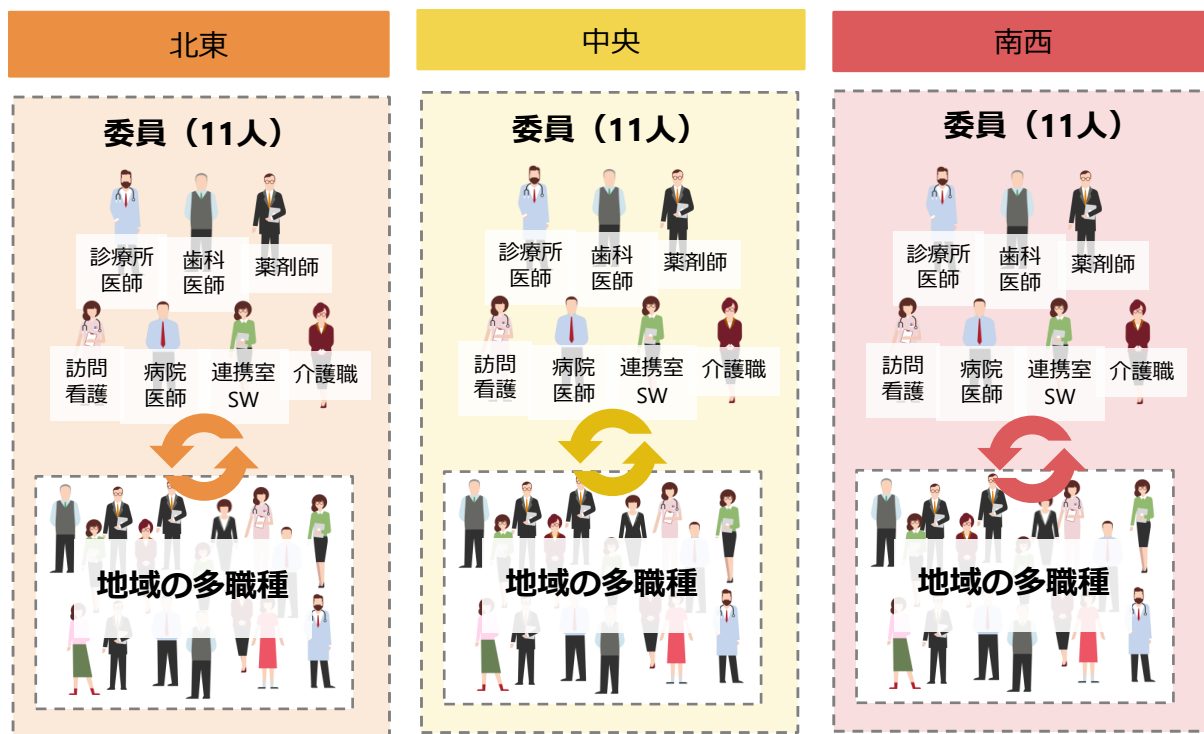
久留米地域包括ケアシステム症例検討会 ※在宅医療提供体制充実強化事業



- ✓ 1症例20分程度×最大3例
- ✓ 困っている事例なら何でもOK！
(医療に困っている事例も、生活に困っている事例もあり)
- ✓ どの職種も参加OK！見学OK！

▶▶▶運営のポイント

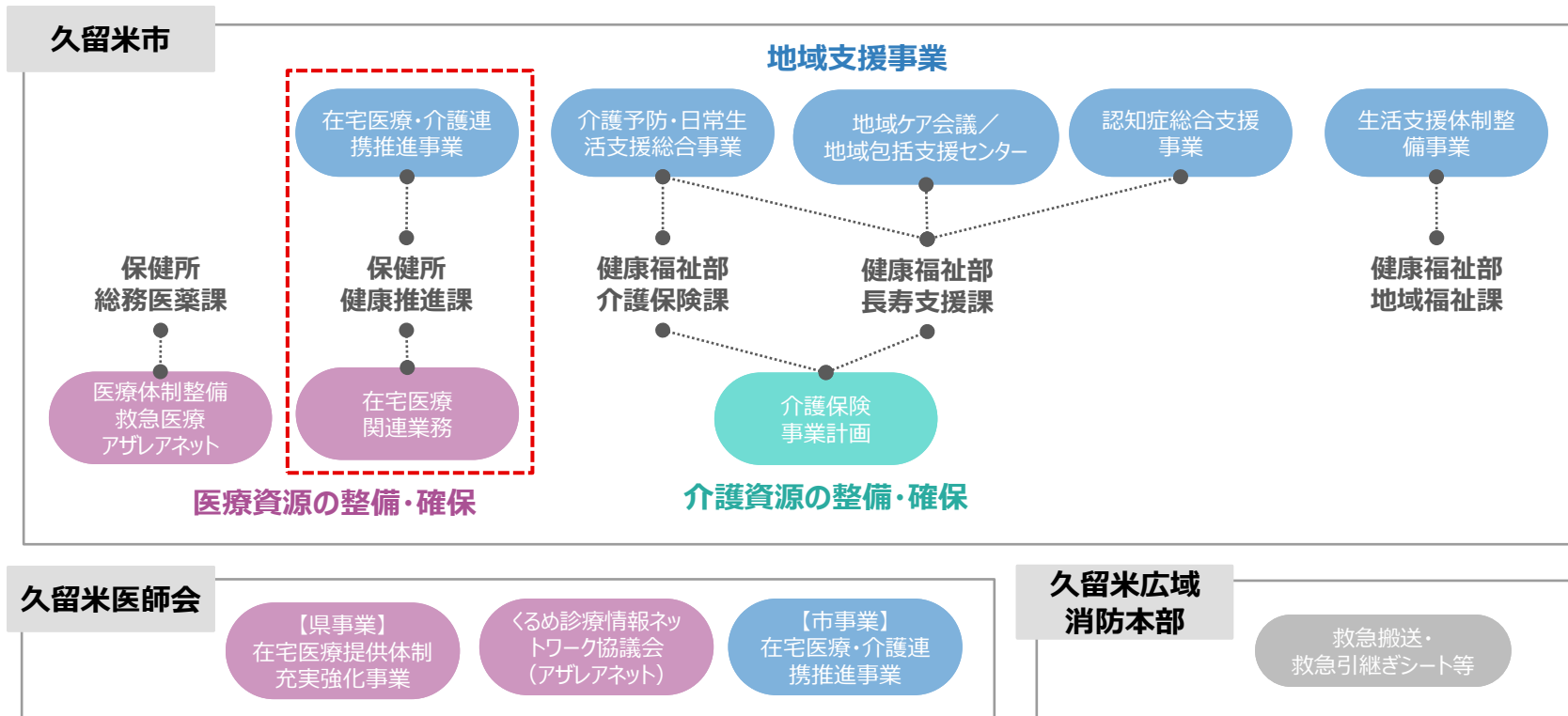
- 各地域の現場で活躍する専門職を委員として選定。多職種が専門性を発揮して、医療だけでは解決できない問題の解決策を検討
- 年3回の開催で、各地域の多職種が顔の見える関係をつくるきっかけとなり、医療介護の連携の基盤づくりに貢献している



在宅医療提供体制充実強化事業での実施のため、医療的ケア児のケースを扱うことも。医療的ケア児の支援ニーズを周知する機会にもなっている

集中支援の位置づけ

久留米市では医療・介護の施策に係る関係者・部署が多岐にわたり、各関係者がそれぞれ事業を展開している。

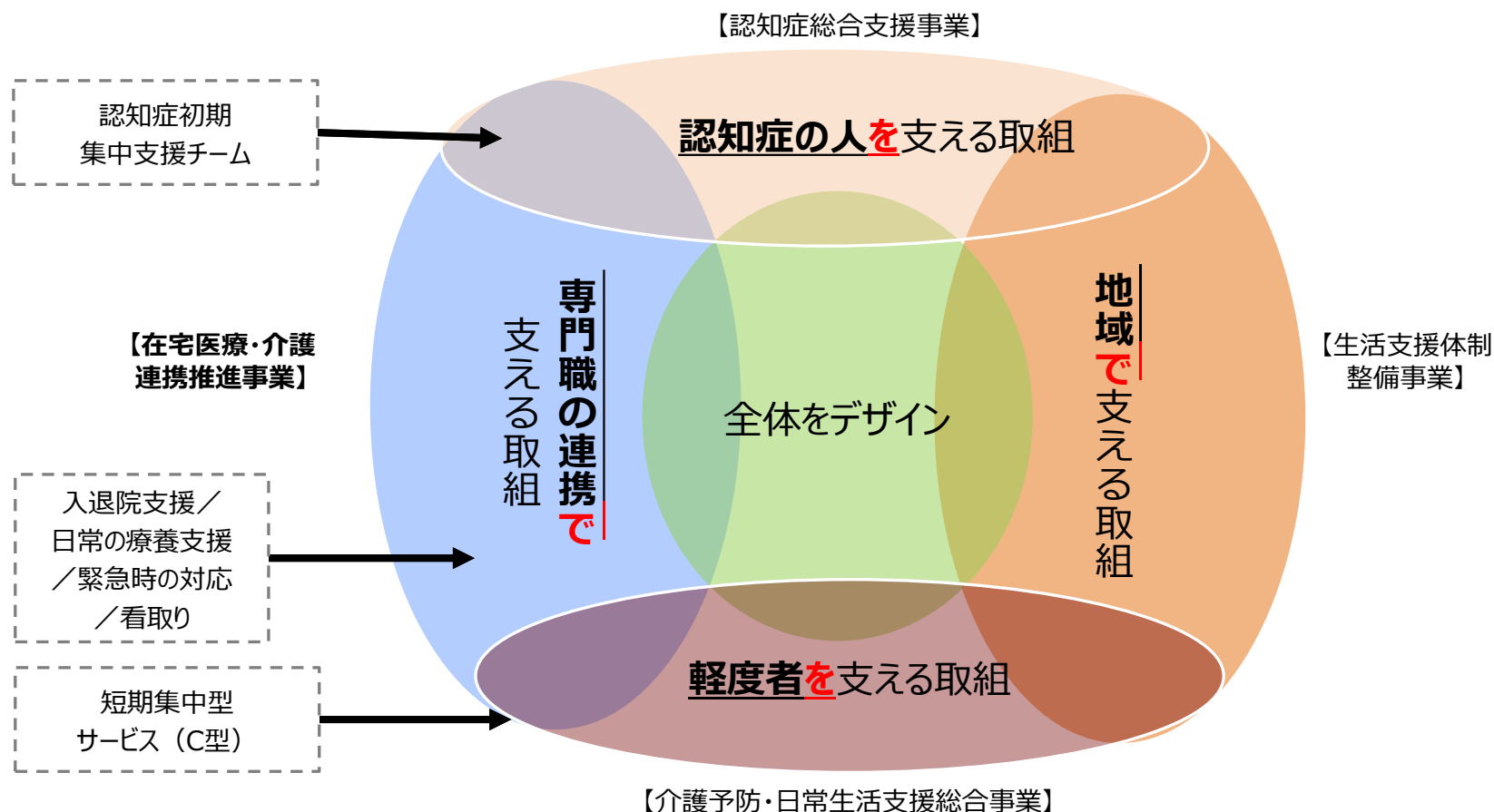


集中支援の協議では、

- 医療・介護連携に資する取組について、
4つの場面と医療資源／介護資源の整備・確保の項目別にロジックツリー形式で整理
- 今後、どのように関係者間で連携して取組を推進すると良いかを検討

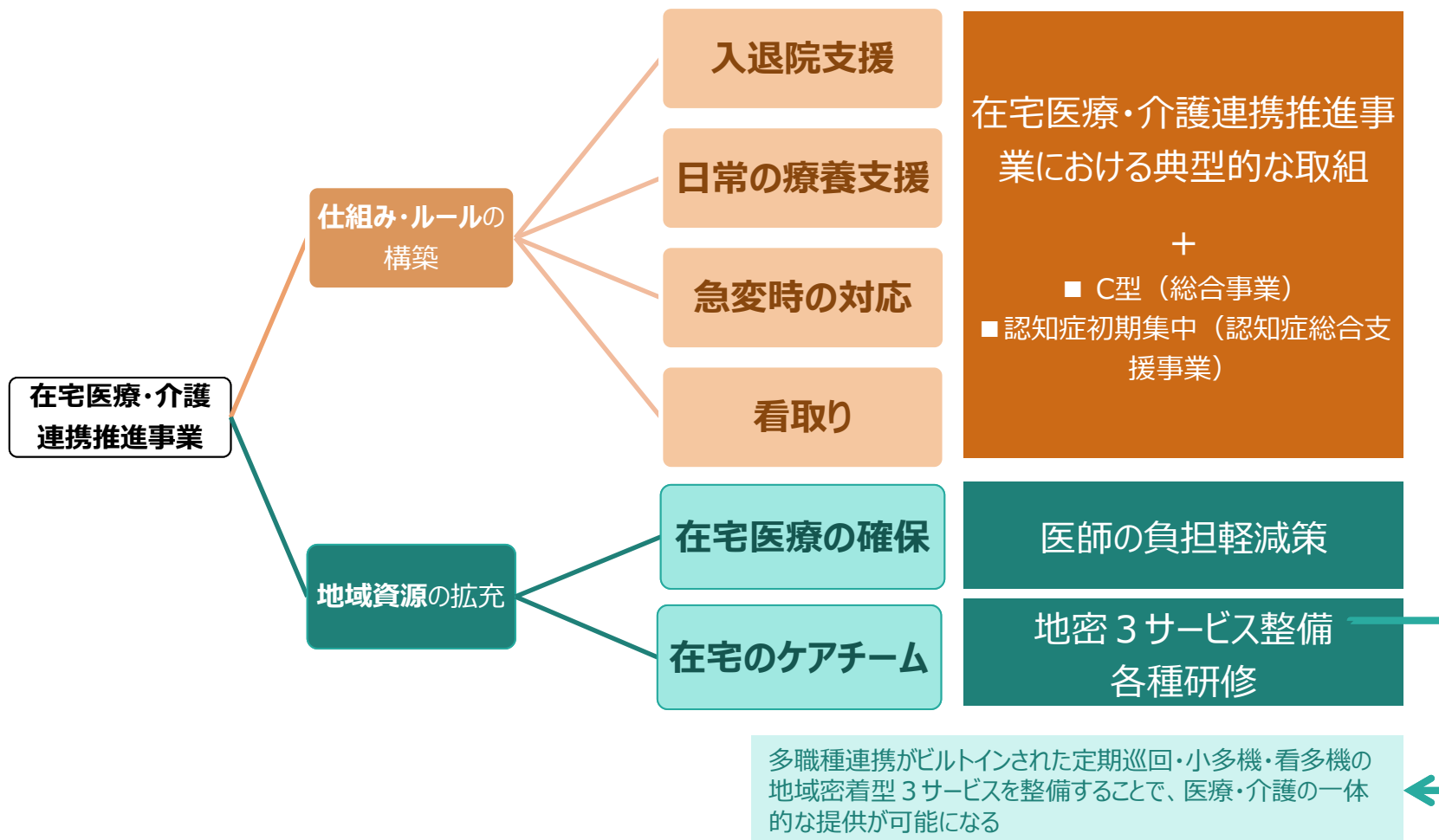
【取組整理・提案の視点①】 他の地域支援事業との連動性を考える

- 「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続ける」ための取組として地域支援事業がある。地域支援事業には他の事業と重なり合う部分があり、地域の目標達成のために事業間で協力・連動することが重要。
- 例えば、在宅医療・介護連携推進事業では、認知症総合支援事業や総合事業と連携した支援が考えられる。



【取組整理・提案の視点②】 在宅医療・介護連携は「4つの場面」だけではない

- 在宅医療・介護連携推進事業では、「4つの場面」を意識した取組が行われているが、地域の医療・介護資源の拡充に取り組むことも重要



久留米医師会・久留米市の取組の整理①

- 在宅医療提供体制充実強化事業
- 在宅医療・介護連携推進事業
- その他の取組
- 医：医療機関のみを対象とした取組

本人が望む場所に居続ける

どうしたら望む場所に居続けられるか？

その実現のためにやっている取組は？

日常の療養支援

予防的なケアをする

栄養、口腔ケア、リハビリ等

予兆を把握して早期に対応する

「いつもと何か違う」という気づきを多職種で共有

起こりうる体調変化を予測し、予め対応を考えておく

レスキューオーダー（家族への説明を含む）

（施設）医療機関や医療サービスとの連携

自宅や施設に居続けるための、実践的なノウハウ提供も必要？

協力医療機関等との連携状況確認や消防本部とのデータ共有も有効？

急変時対応

急変した場合に、適切に対応する

電話再診、往診、その後の治療

搬送の判断、搬送時の情報共有

入院時の搬送ルール／久留米医師会（KICS事業）

とびうめネット／久留米医師会（KICS事業）

救急隊員向けのACP研修／久留米市（ACP部会）

救急医療に関する専門職向け研修／久留米市（久留米医師会への委託）

救急引継ぎシート／久留米広域消防本部

消防本部と連携した、仕組みづくりも必要か？

医療機関間の搬送や情報共有の仕組み

医療・介護の搬送に関する理解、搬送時の情報共有の推進

救急搬送の普及啓発や研修が充実

入退院支援

入院した場合は、早期退院を目指す

病院の在宅療養・在宅資源に係る理解向上

在宅から病院への必要な情報の伝達

早期退院を目指すための病院・在宅間の調整

（施設）施設における医療的ケア・医療サービス導入

退院後の集中的な支援

入退院調整ルール・情報連携シート・入退院調整のための病院相談窓口一覧／久留米市（入退院調整部会）

アザレアネット（くるめ診療情報ネットワーク）／久留米医師会（KICS事業）

入院時の搬送ルール／久留米医師会（KICS事業）

啓発ツール（チラシ、保険証セットカバー）／久留米市（入退院調整部会）

医療・介護間の情報共有の仕組み

医療機関間の搬送や情報共有の仕組み

入退院時の情報共有の仕組みが充実

久留米医師会・久留米市の取組の整理②

：在宅医療提供体制充実強化事業

：在宅医療・介護連携推進事業

：その他の取組

医：医療機関のみを対象とした取組

本人が望む場所に
居続ける

どうしたら望む場所に居続けられるか？ → その実現のために行っている取組は？

看取り

人生の最終段階において積極的な治療を望むのか、本人の意思を関係者で共有しておく

ACP、家族への事前説明

専門職向けACP研修
／久留米市（久留米医師会への委託）

ACPに関する住民啓発
／久留米市（久留米医師会への委託）

私の生き方ノート・ACPポスター作成
／久留米市（ACP部会）

ACPの普及啓発

ACPIに係る普及啓発・研修が充実

看取りを行う

終末期の状態の理解、多職種で連携した対応

施設向け看取り研修
／久留米市（久留米医師会への委託）

医療資源の
整備・確保

在支診・在支病の確保

訪問看護の確保

専門職の負担軽減

医師同士のバックアップ
（主治医・副主治医制等）

かかりつけ医のバックアップルール
／久留米医師会（KICS事業）

医

医師・多職種の連携・分担

医療・介護の資源整備に、
所管課・久留米医師会の連携
のもと取り組めるといいか？

介護資源の
整備・確保

地域密着型3サービスの確保（定期巡回、小多機、看多機）

医療－介護の
連携のための関係性づくり

症例検討会／久留米医師会（KICS事業）

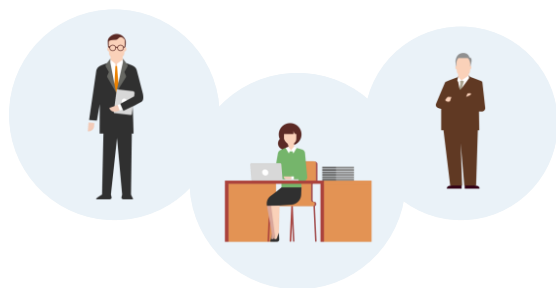
多職種連携研修会
／久留米市（久留米医師会への委託）

定期的な医療・介護従事者の
つながりづくり

今後の方向性の提案

- ACP・入退院支援・救急搬送等のテーマは、着実に、普及啓発、研修、情報共有ツールの開発等が進められてきた。他方で、目標やアウトカムとの関係性を意識して、取組を行うことには課題がある。
- また、久留米市は組織規模が大きく、所掌が細かく別れていることもあり、共通目的が持ちづらい状況にある。
- 取組のかかわる部署、事業の関係者が多い分、多機関が連携して特定のテーマに集中的に取組めると効果が出やすいのではないか。

久留米市の目標達成のためには、
ロジックに基づき、事業・取組を連動させること
(=ガバナンスの強化)が必要ではないか？



各主体が、
各々の現状認識のもと
企画・実行する



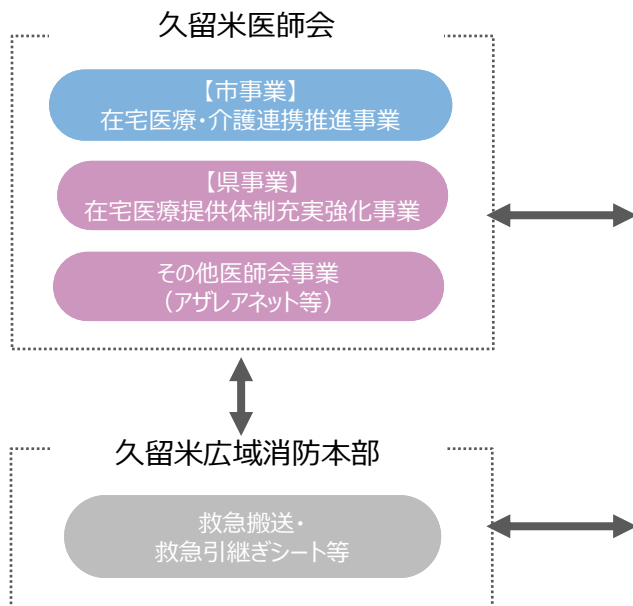
同じ目標・課題認識のもと、
各主体が連携して
取組を企画・実行する

多機関・事業間の連動の重要性

- 在宅医療・介護連携推進事業は、他の地域支援事業、在宅医療提供体制充実強化事業、医師会事業等との連動で取組の効果が増す。久留米市では医療介護の施策に多岐にわたる関係者がいるため、各主体が同じビジョンで取り組めるように、協働の体制づくりや、久留米市としての目標設定や各主体・各事業の位置づけを整理することが必要か。

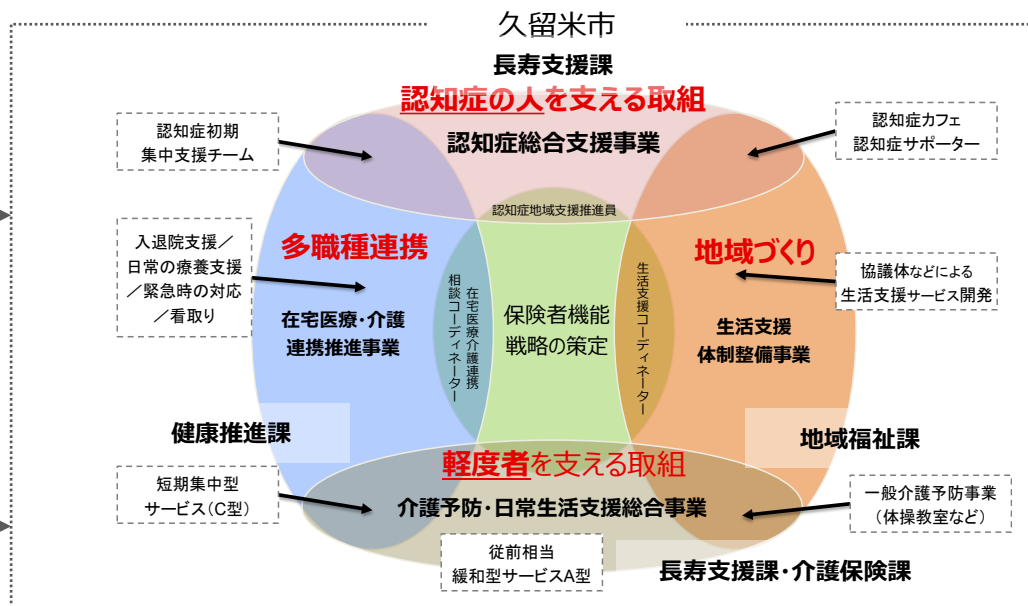
■多機関での連動：

医療・介護について同様の目的で行う多機関の取組と連動する



■行政内での連動：

医療・介護の資源整備や、地域支援事業を行う久留米市・保健所の所管課が連携し、各取組を機能的に運営する

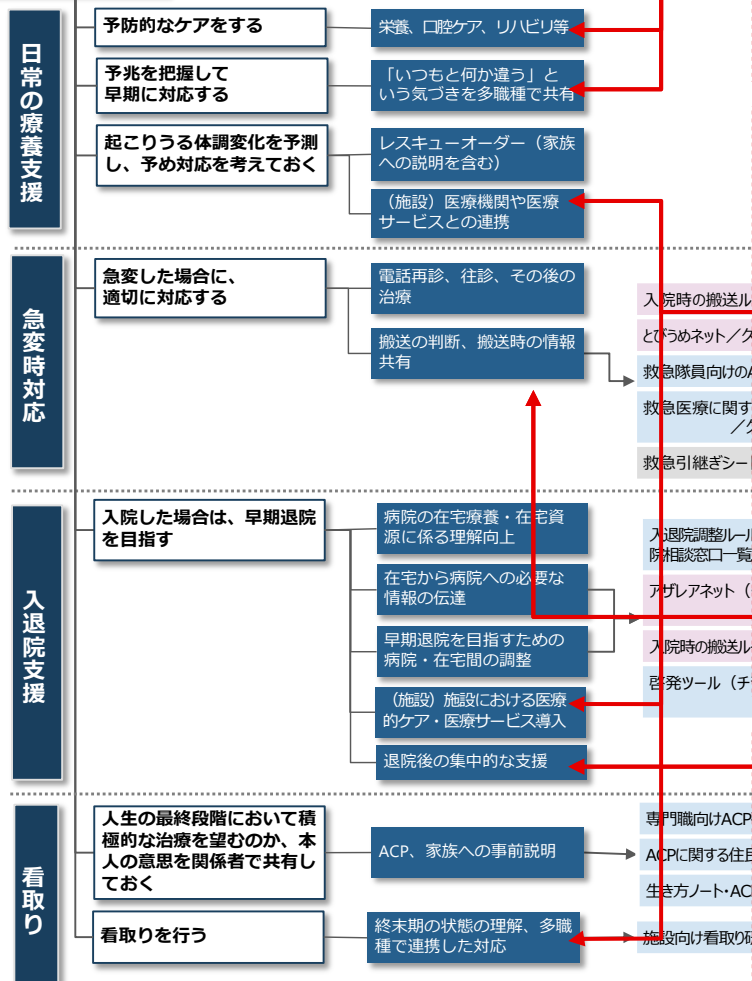


各主体が同じ目標に向かって、連携しながら取り組む

【提案①】同じ目的の取組を連携して実施

例えば...

本人が望む場所に居続ける



「支援の視点」等の介護職への共有

- 介護職が体調変化の予兆を見極めることは、重要だが難しい。推進事業と強化事業で、在宅療養でよくあるテーマ（脳血管／低栄養／...等）について、介護職が気を付けるポイント等の整理や研修に取り組んではどうか。
- 介護事業所への声掛けには、介護保険課や久留米市介護福祉サービス事業者協議会との連携が有効か。

【施設】施設の実態把握をもとに、施設向けの取組を検討

- 看護師配置のない施設が、利用者の体調変化を防ぐ、急変した場合に適切に対応する、退院後の医療的ケア等に対応するには、医療機関や訪問看護との連携が重要になる。
- 保健所・医師会が、介護保険課（居所変更実態調査を実施、協力医療機関の設置状況を把握）や消防本部（施設向けの調査を実施）と連携して、施設と協力医療機関・嘱託医・かかりつけ医・訪問看護等との連携状況、医療的ケアや看取りの実施状況、外部機関への支援ニーズ等を確認してはどうか。
- そのうえで、搬送が少ない施設、協力医療機関との連携が充実している施設、看取率の高い施設にヒアリングして、取組やノウハウを地域に共有してはどうか。

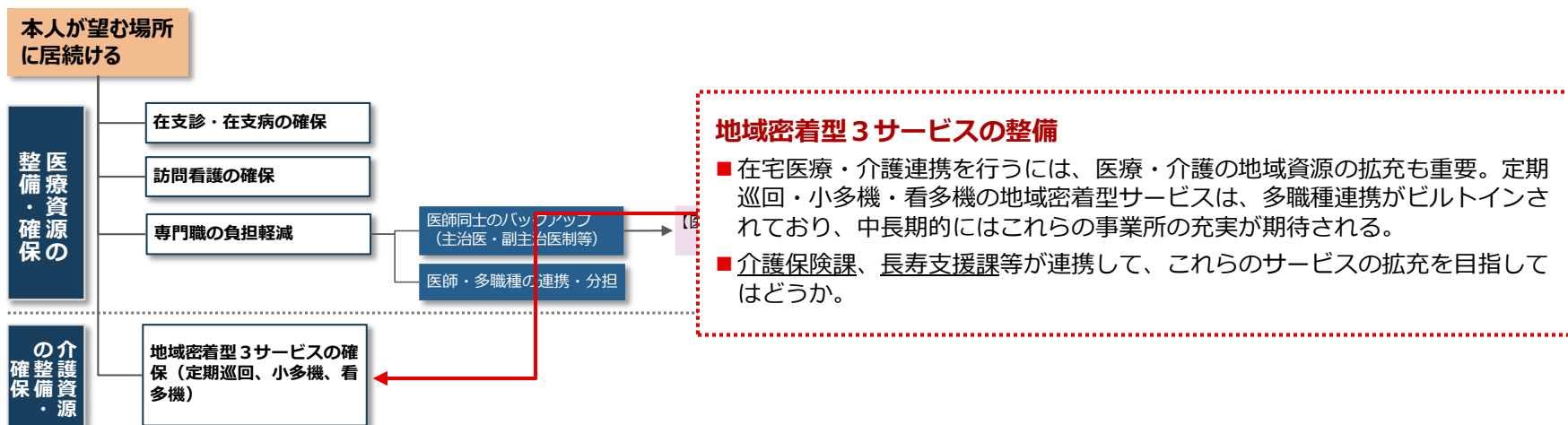
【施設】救急引継ぎシートの普及啓発や搬送の仕組みづくり

- 適切な搬送の実施に向けて、消防本部の救急引継ぎシートを推進事業で普及啓発する、消防本部と推進事業の協働で、救急搬送の判断や搬送要請時の対応マニュアル等の仕組み化などに取り組んではどうか。

総合事業の短期集中型サービス（C型）を退院後の集中支援で活用

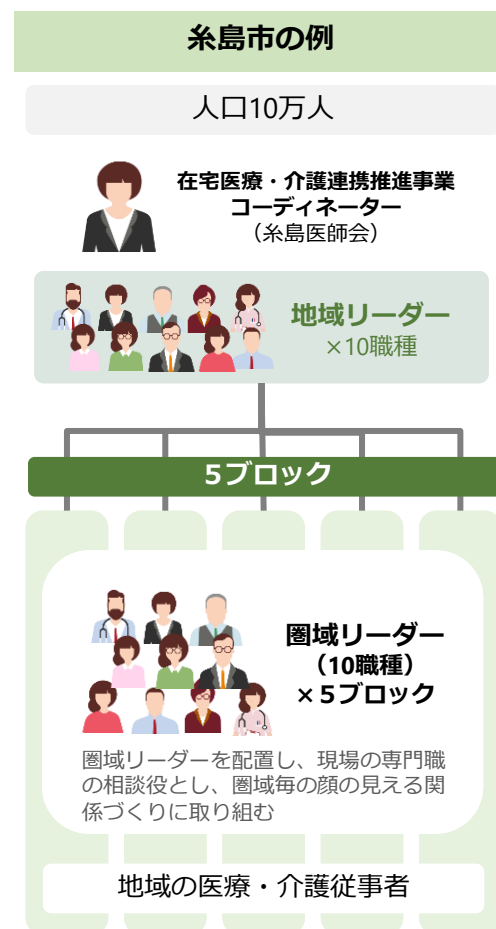
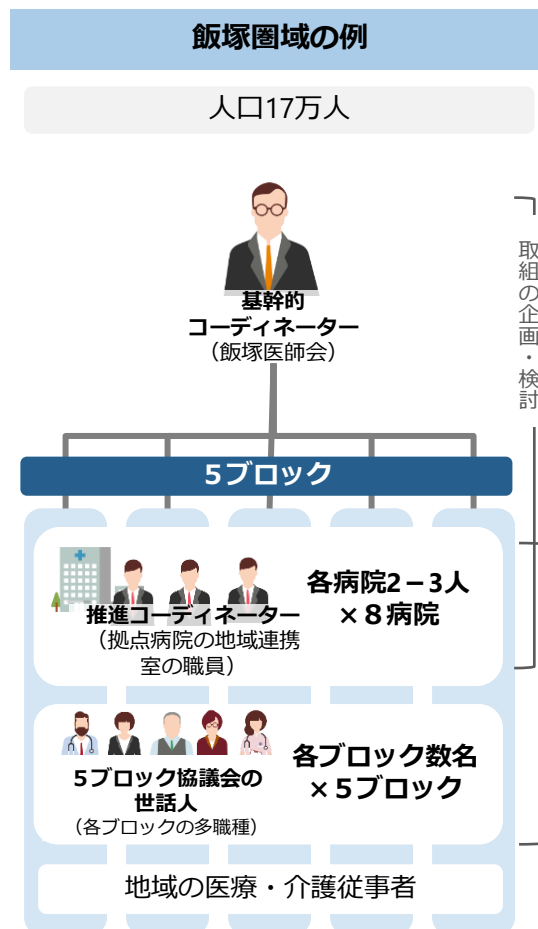
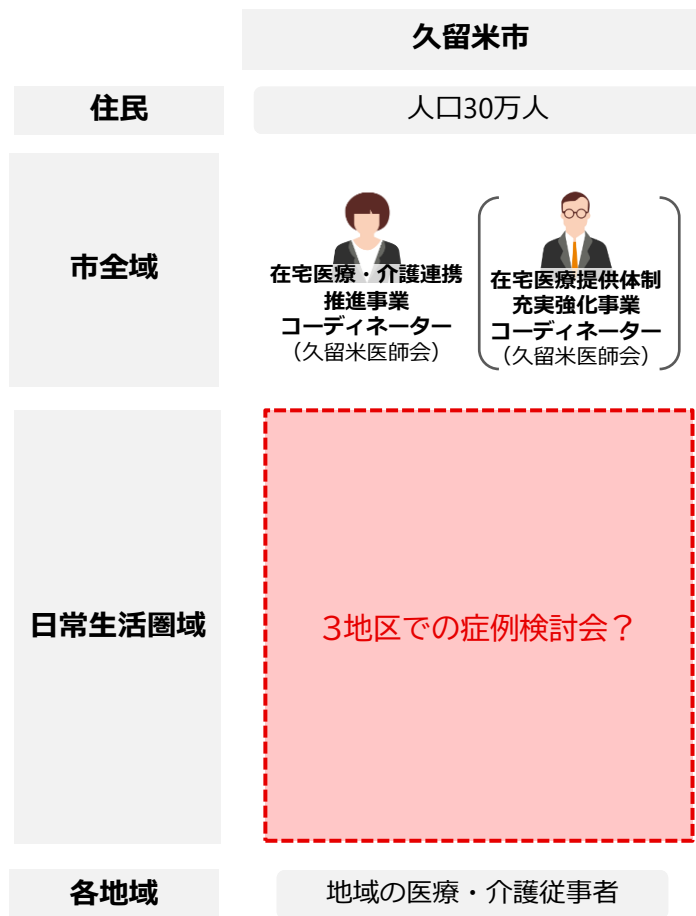
- 入院によって機能低下や状態の変化が生じると、自宅に戻っても利用者・支援者の不安は大きい。退院直後のC型利用で、リハビリ等に集中的に取り組む、本人・家族・支援者の不安・負担の軽減が目指せる。
- 長寿支援課と保健所・医師会が連携して、「推進事業で医療従事者やケアマネジャーへのC型の周知・活用の推進」、「地域ケア会議や症例検討会における退院後の集中支援ケースの協議」などに取り組んではどうか。

【提案①】同じ目的の取組を連携して実施



【提案②】将来的な体制の拡充

- 久留米市の人口規模では、在宅医療・介護連携推進事業／在宅医療提供体制充実強化事業のコーディネーター2名では、在宅療養支援の体制整備、連携推進にはマンパワーが不足している。
- コーディネーターがニーズの収集や新たな取組の企画・検討に注力できるように、地域ケア会議等の活用を含め、将来的にはメゾ的な支援体制構築が必要ではないか。



資料) 飯塚圏域の例は令和6年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援事業「第2回 在宅医療・介護連携従事者支援事業研修会資料」、糸島市の例は令和3年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援事業「第2回 在宅医療・介護連携従事者支援事業研修会資料」を基に作成