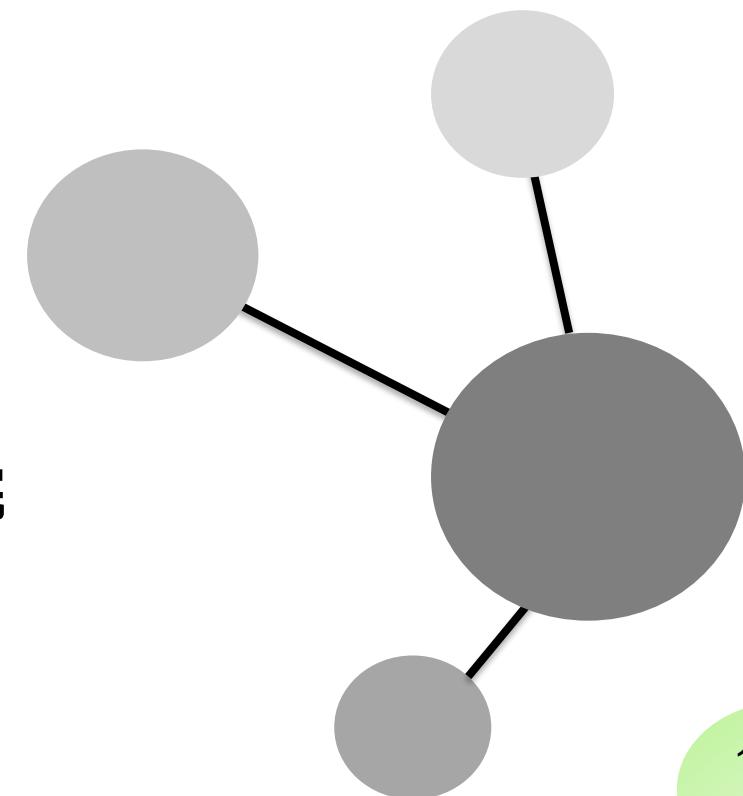


「令和6年度診療報酬改定をふまえた医療・介護連携とこれからの病院のあり方」  
志村フロイデグループの概要と地域包括ケア戦略  
～多世代地域交流拠点の事業展開と医療・介護・福祉のまちづくり～

令和7年12月  
医療法人 博仁会 志村大宮病院  
社会福祉法人 博友会  
理事長・院長 鈴木邦彦



# 1. 2040年に向けた医療提供体制改革の必要性

地域包括ケアシステムの構築

地域医療構想の実現

かかりつけ医機能の充実・強化

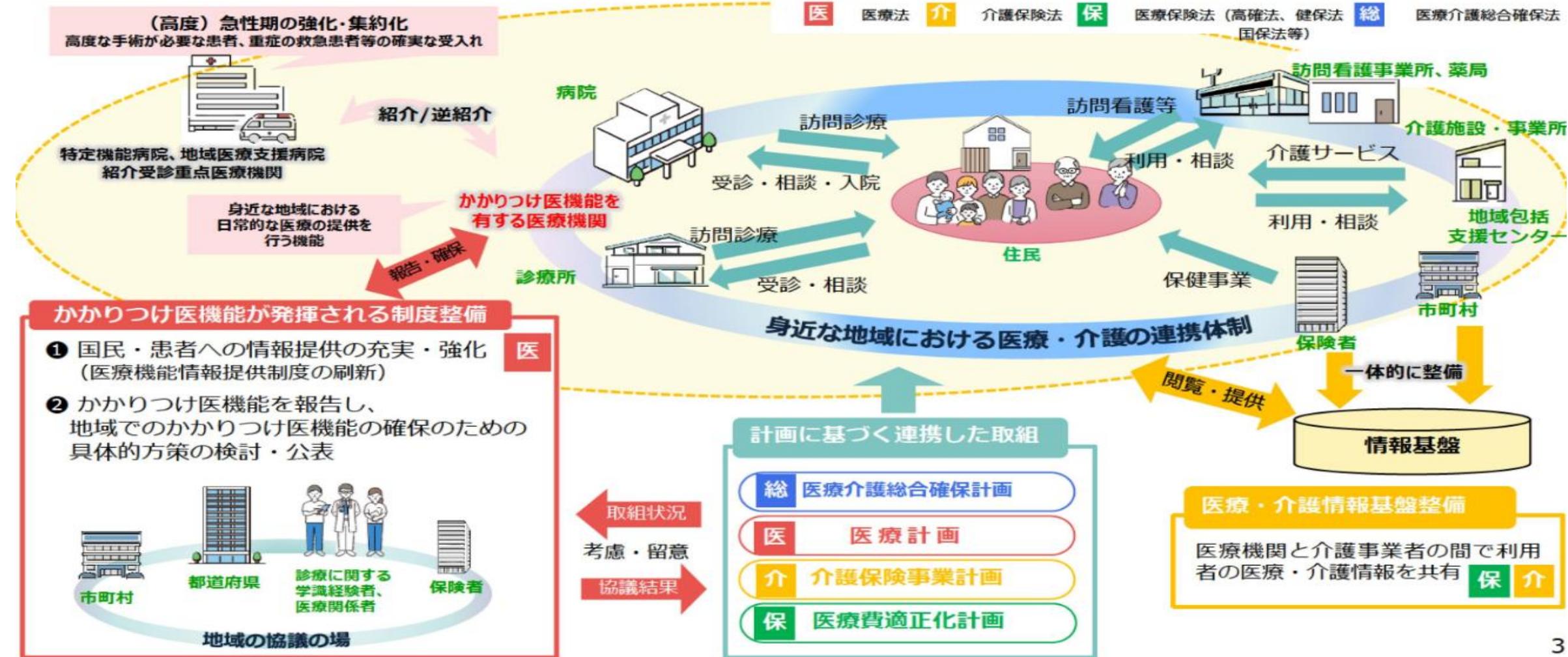
は三位一体



2040年に地方でもサービスが維持できる体制の構築

# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

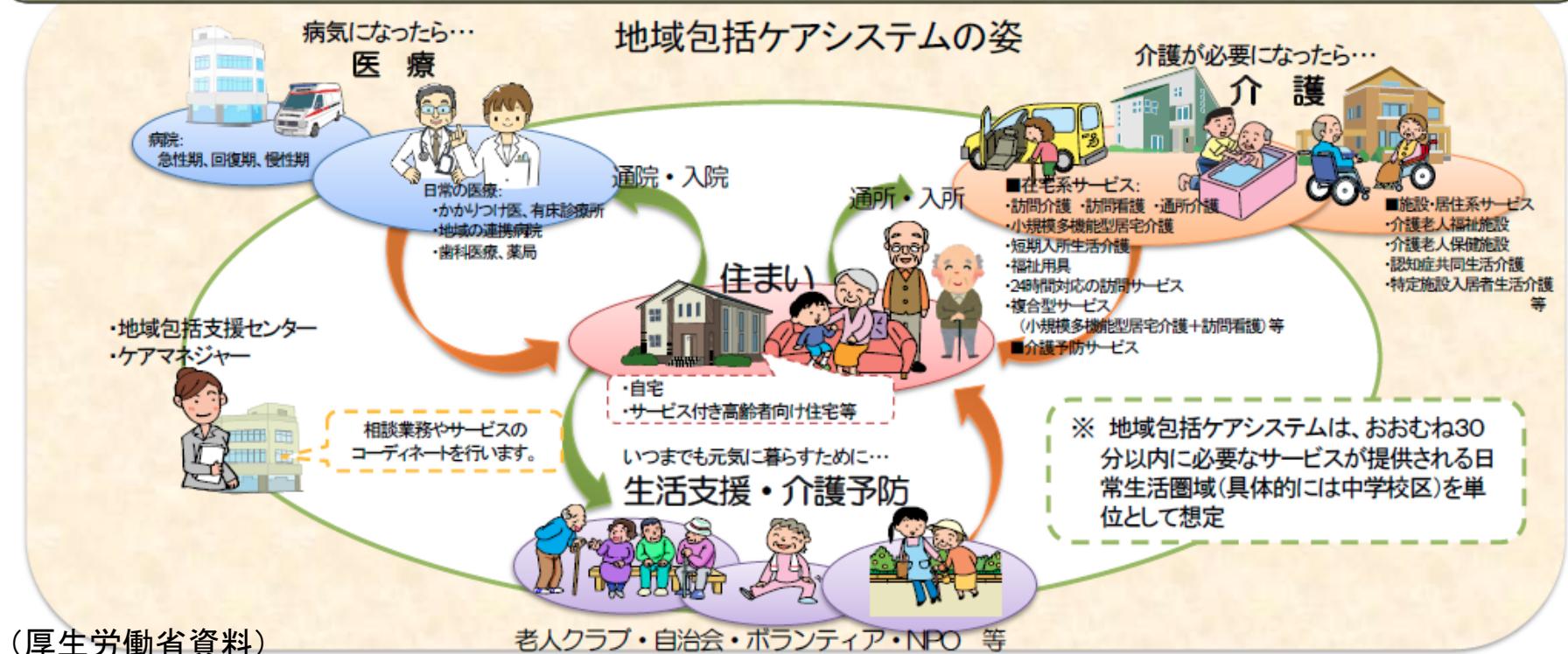
在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



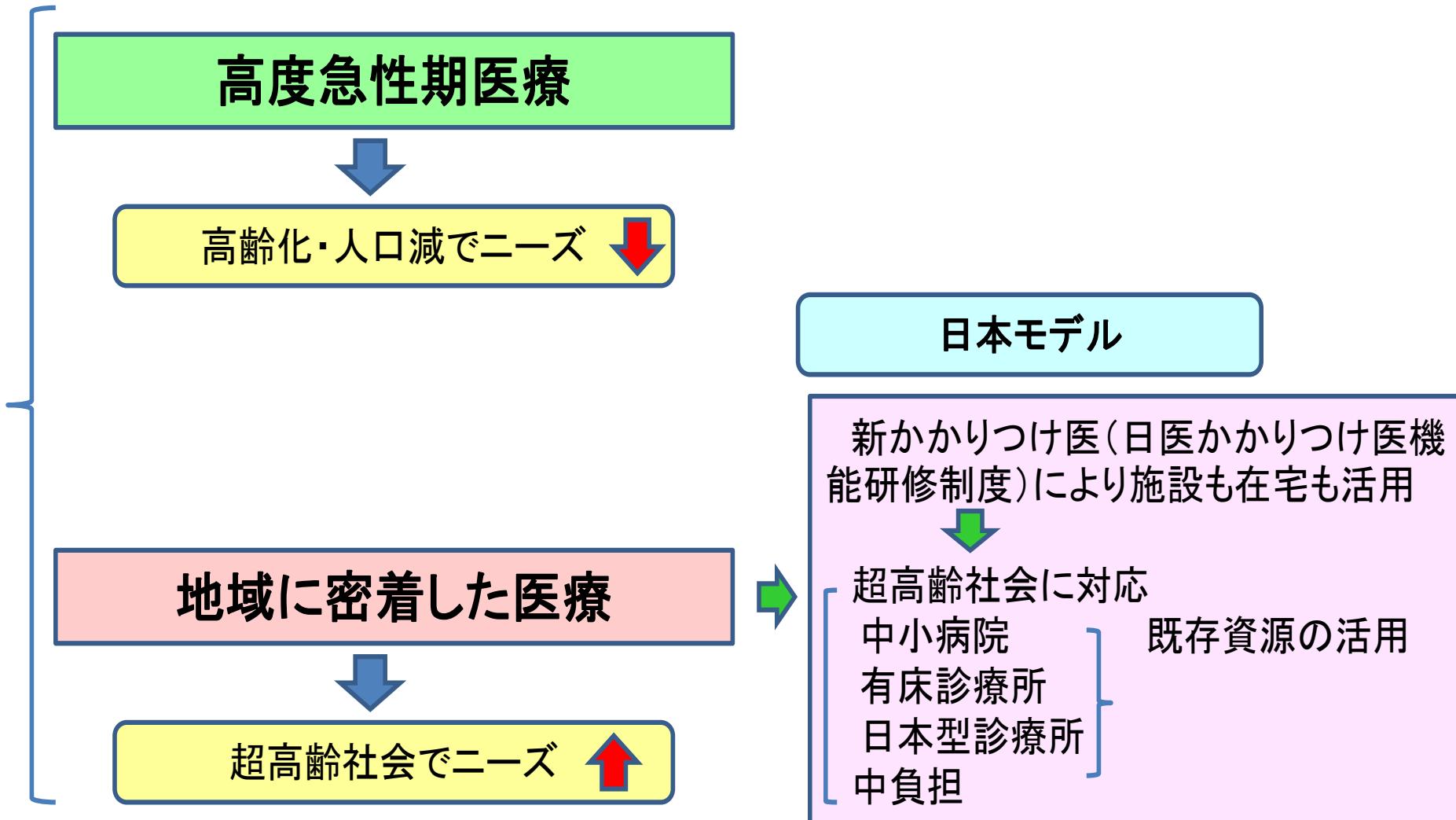
# 1) 地域包括ケアシステムの構築

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

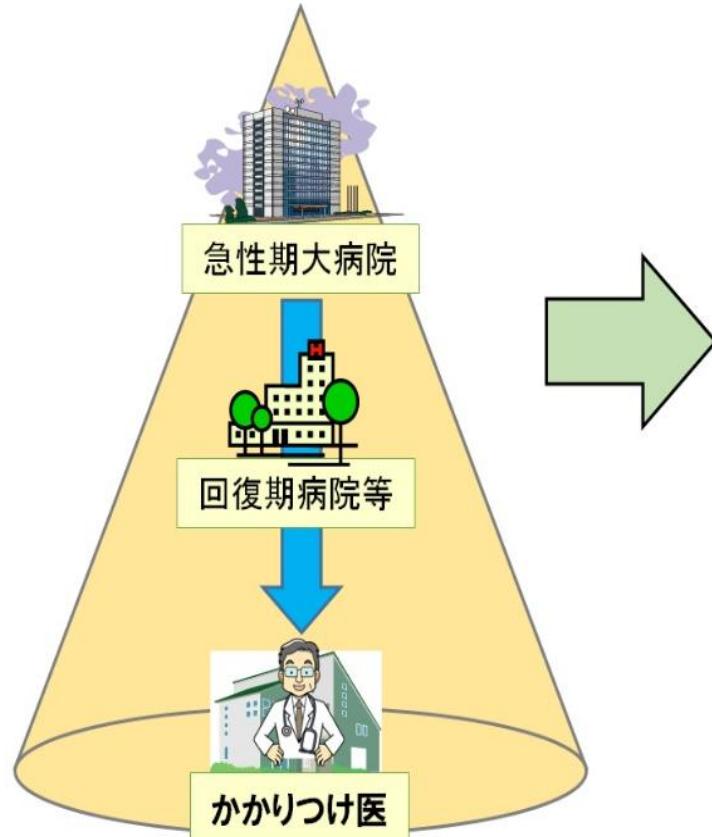


# 今後の日本に必要な医療

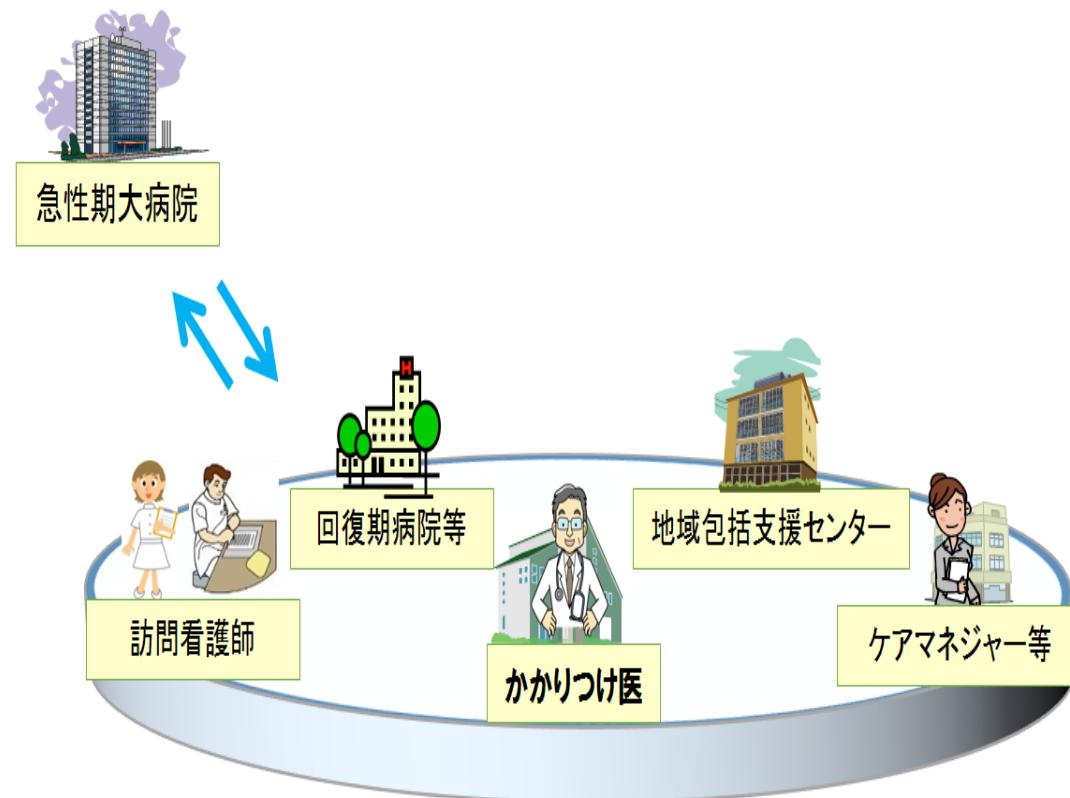


# 垂直連携中心から水平連携中心へ

【垂直の連携】



【水平の連携】



地域包括ケアシステム

地域ケア

統合ケア

# 2019年版地域包括ケアシステムの概念

日常生活圏域を単位として、活動と参加について何らかの支援を必要としている人々、例えば児童や幼児、虚弱ないし要介護の高齢者や認知症の人、障がい者、その家族、その他の理由で疎外されている人などが、望むなら住み慣れた圏域のすみかにおいて、必要ならさまざまな支援（一時的な入院や入所を含む）を得つつ、できる限り自立し、安心して最期の時まで暮らし続けられる多世代共生の仕組み

（田中滋 埼玉県立大学理事長）

# 地域共生社会との関係

地域共生社会 →

今後日本社会全体が実現  
していこうとする「目標」

地域包括ケアシステム →

地域共生社会を実現  
するための「手段」

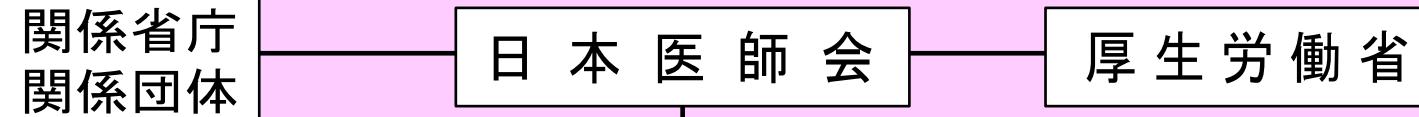
# 地域包括ケアシステムの必要性は不变



# 地域包括ケアシステム推進体制の構築

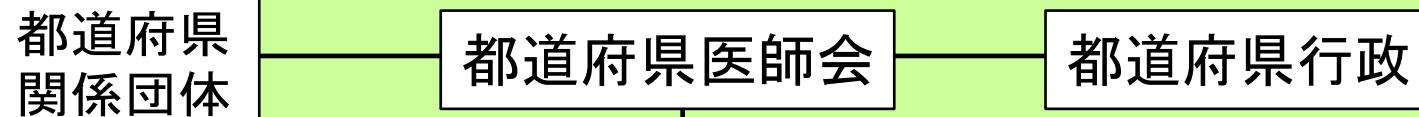
## 地域包括ケアシステム推進協議会の設立

### 地域包括ケアシステム推進協議会



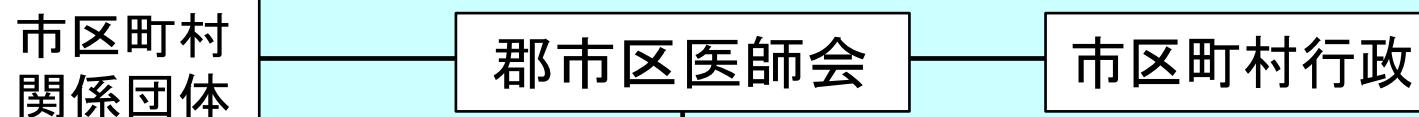
日本地域包括ケア学会

### 都道府県地域包括ケアシステム推進協議会



都道府県職能団体

### 郡市区地域包括ケアシステム推進協議会



郡市区職能団体

第7回大会

# 日本地域包括ケア学会

Japan Society of Community Based Integrated Care

2025  
12/21日  
13:30-17:30

会場×ZOOMハイブリッド開催

会場:日本医師会館小講堂 定員50名

## 在宅療養から見た地域包括ケアシステムの現状と課題

### 第7回大会プログラム

開会セレモニー  
(13:30)

基調講演  
(13:40)

「在宅療養を支える医療介護と暮らし支援  
～身寄り無し者急増を踏まえて～」  
座長 松田 晋哉 氏（福岡国際医療福祉大学 教授・日本地域包括ケア学会 副理事長）  
講演 田中 滉 氏（埼玉県立大学 理事長・日本地域包括ケア学会 理事長）

シンポジウム①  
(14:45)

「地域包括ケアシステムを支える在宅療養の担い手」  
座長 新田 國夫 氏（全国在宅療養支援医協会 会長）  
講演 齋藤 正身 氏（日本リハビリテーション病院・施設協会 会長）  
高橋 英登 氏（日本歯科医師会 会長）  
織田 正道 氏（日本在宅療養支援病院連絡協議会 理事）  
平原 優美 氏（日本訪問看護財団 常務理事）

シンポジウム②  
(16:00)

「在宅医療の仕組みを支える医師会の活動」  
座長 鈴木 邦彦 氏（日本地域包括ケア学会 事務局長）  
日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長  
講演 池端 幸彦 氏（福井県医師会 会長）  
川越 正平 氏（松戸市医師会 会長）  
西田 英一 氏（北九州市八幡医師会 会長）  
野津原 咲 氏（熊本市医師会 在宅医療担当理事）  
総括 松田 晋哉 氏（日本地域包括ケア学会 副理事長）

閉会セレモニー  
(17:25)

#### お問い合わせ

日本地域包括ケア学会運営事務局  
医療法人博仁会志村大宮病院内

TEL 0295-53-2170

日本地域包括ケア学会



●学会参加費: 1,000円 (手数料・税込)  
●本学会は感染症予防、防止のため、会場での参加者数を制限しております。  
会場での参加者定員を超える場合は、オンラインでの視聴となります。  
お申込み方法につきましては裏面またはWEBサイトをご覗ください。

SHIMURA FREUDE GROUP

日本医師会館 小講堂会場 50名 ×ZOOMハイブリッド開催

第7回大会

# 日本地域包括ケア学会

大会テーマ：在宅療養から見た地域包括ケアシステムの現状と課題

2025/12/21 (Sun) 13:30-17:30

※会場・オンライン参加のいずれも、下記 Peatix サイトからの事前申込となります。

お申込み方法

受付締切は  
令和7年  
12月19日  
です

下記 URL または記載の QR コードからお申込みください。

※受講者1名ごとに個別にお申込みください。

申込専用 URL

<https://chiikihoukatsu2025.peatix.com>

お申込みは Peatix サイトにて受け付けております。  
Peatix でのお申込みには Peatix アカウント登録が必要になります。また参加費のお支払いはクレジットカードやコンビニエンスストアでの支払いとなります。  
詳細は Peatix サイトにてご確認ください。



基調講演

「在宅療養を支える医療介護と暮らし支援

～身寄り無し者急増を踏まえて～」

2040年の日本を展望すると高齢者人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が大幅に減少をしていく。さらに単身世帯の増加、親族の減少、近隣関係の希薄化により、今後「身寄り無し高齢者」が急増していくことが見込まれている。厚生労働省では「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」「身寄りのない高齢者を介護施設等で受け入れるときの主なポイント」等を発出し、身寄りがないことで医療や介護分野での不利益がおこらないように注意喚起をしている。一方でそのような高齢者が在宅療養をするためには、医療介護だけではなく、暮らしの支援も重要な要素となってくる。本講演では身寄り無し高齢者の課題に対し、地域包括ケアの視点で今後どのような施策が考えられるのかを明らかにしていく。

シンポジウム①

「地域包括ケアを支える在宅療養の担い手」

全国各地で地域包括ケアが進み、病院連携・医療介護連携・多職種連携など地域に合わせた形で構築され、医療介護分野で支える体制は日々進化をしている。今後増加することが見込まれている85歳以上の高齢者は医療や介護のほかにも「社会的孤立」「経済的な課題」「様々な場面での意思決定」など多様な課題を抱えており、単に在宅医療を提供するだけでは十分な支援ができるとは言い難い。本シンポジウムでは全国でも先進的な在宅医療・暮らしの支援に取り組んでいる演者をお招きし、在宅療養を支える仕組みと、超高齢社会でも誰もが暮らし続けられる地域をつくるための道筋を示していく。

シンポジウム②

「在宅医療の仕組みを支える医師会の活動」

新たな地域医療構想は、在宅医療・外来・介護連携等も対象とすることを明示したうえで、高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据えて、全ての地域・世代の患者が適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができる体制構築を目的として掲げている。地域包括ケアシステムは地域特性に合わせた形で構築されることを想定しているため、各地域の在宅医療の全体像は、地域医療構想調整会議等を通じて構築していくことになるが、その取り組みの状況は千差万別であり、十分な在宅医療の質や量の確保は個々の医療機関の努力だけでは難しい。本シンポジウムでは都道府県及び市区町村医師会が中心となり進めている在宅医療を支える活動を紹介とともに、2040年の目標すべき将来像について明らかにしていく。

★本大会は日本医師会生涯教育講座に認定しております。

本大会は日本医師会生涯教育講座に認定しております。基調講演1単位 (CC13) シンポジウム①1単位 (CC10) シンポジウム②1単位 (CC80)。参加証を希望される方は「ZOOMウェビナー」で当日視聴し、学会後お送りするアンケートにお答えください。

※学会当日に視聴をしたログの確認をいたします。ログの確認ができない場合、恐れ入りますが、参加証の発行はできませんのでご了承ください。

因縁以外の職種で受講証明書をご希望の方は、学会視聴後にお送りするアンケートにお答えいただいた場合、受講証明書を郵送いたします。

●学会に関するお問い合わせ:日本地域包括ケア学会運営事務局 0295-53-2170

## 地域包括ケアシステムと一緒にした在宅医療の推進

取り組み

### 各種会議の開催

- ①運営会議(毎週)  
:県、医師会、センター
- ②連携会議(6回/年)  
:上記①に加え専門職24団体
- ③全体会議(2回/年)  
:上記②加え、郡市等医師会、市町村等
- ④郡市等医師会・市町村連携協議会(適時)

### 茨城地域包括ケア学会

R2年度～4回開催(1回/年)

### 入退院支援連携の推進

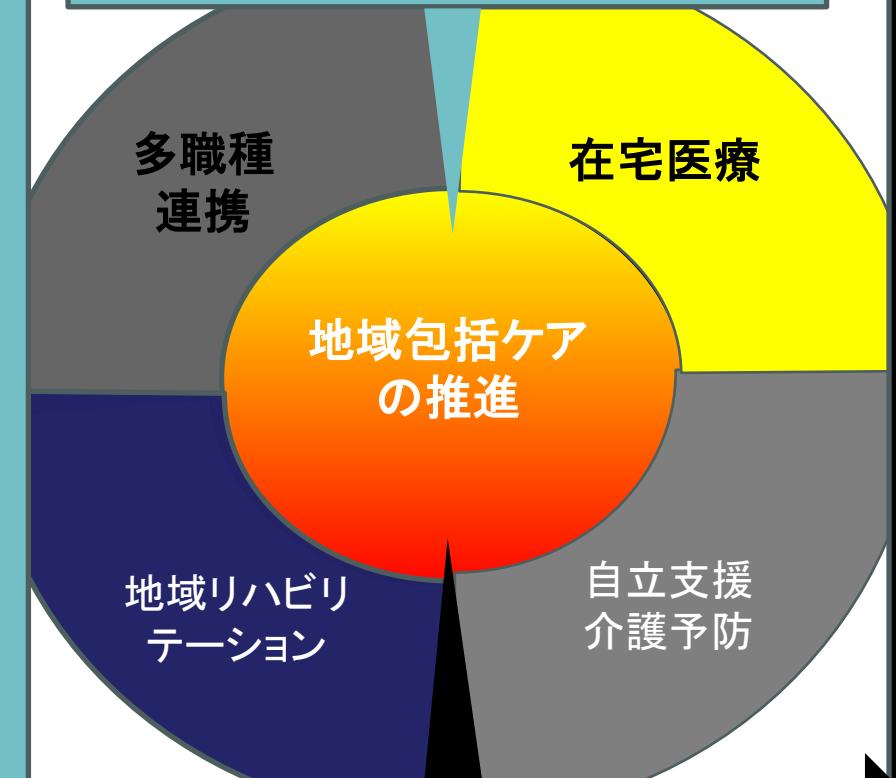
茨城県入退院支援連携ガイドライン作成

### 在宅医療への参入促進

在宅医療体験研修等

### 茨城県地域包括ケア推進センターの活用

茨城県より委託



取り組み

### 多職種協働連携研修

医師をはじめ多職種が一同に集い、実践的なワークセッションを中心とした研修等

- 入退院支援連携研修
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)研修
- 心不全地域連携研修(2024年度～)

### 在宅医療関連研修

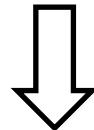
- 診療・介護報酬

### 茨城在宅医療推進 フォーラム

(公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団の事業の一環)

# 茨城県地域包括ケア推進センターを活用した地域包括ケア推進体制

茨城県地域包括ケア  
推進センター



⑤茨城地域包括ケア学会  
(1/Y)

- ①運営会議(1/W)  
県医師会+推進員+県(保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室)
- ②連携会議(1/2M)  
①+医療介護リハ等の24団体※
- ③全体会議(2/Y)  
②+都市等医師会+市町村
- ④都市等医師会・市町村連携協議会(随時)  
都市等医師会+市町村+県(保健所)
- ⑥その他

※医療介護リハ等の24団体

茨城県医師会、茨城県歯科医師会、茨城県薬剤師会、茨城県看護協会、茨城県介護支援専門員協会、茨城県リハビリテーション専門職協会、茨城県栄養士会、茨城県社会福祉士会、茨城県介護福祉士会、茨城県ソーシャルワーカー協会、茨城県老人福祉施設協議会、茨城県介護老人保健施設協会、茨城県訪問看護ステーション協議会、茨城県訪問介護協議会、茨城県理学療法士会、茨城県作業療法士会、茨城県言語聴覚士会、茨城県地域包括・在宅介護支援センター連絡協議会、茨城県リハビリテーション病院・施設協会、基幹型認知症疾患医療センター、茨城県精神保健福祉士会、茨城県歯科衛生士会、茨城県臨床工学技士会、茨城県(保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室)

## 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

- ・2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中、予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要がある。また、地域の状況によっては、事業者間の連携等を通じ、人材確保を図りながら将来の状況をみこした経営を行うことにより、サービス提供を維持していく必要がある。
  - ・上記を踏まえ、2040年に向けたサービス提供体制等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催。具体的な議論の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえ、他の福祉サービスも含めた共通の課題についても検討を行う（※）。
- ※老健局長が参考する検討会。事務局は老健局（社会・援護局、障害保健福祉部、こども家庭庁が協力）。

### 【主な課題と論点】

- ・人口減少スピード（高齢者人口の変化）の地域差が顕著となる中、サービス需要の変化に応じたサービスモデルの構築や支援体制

	地域の状況	検討の方向性
① 中山間・人口減少地域	既にサービス需要減の地域あり	需要減に応じた計画的なサービス基盤確保
② 都市部	サービス需要急増（2040以降も増加）	需要急増に備えた新たな形態のサービス
③ ①②以外の地域（一般市等）	当面サービス需要増→減少に転じる	現行の提供体制を前提に需要増減に応じたサービス基盤確保

- ・介護人材確保・定着、テクノロジー活用等による生産性向上
- ・雇用管理・職場環境改善など経営への支援
- ・介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、認知症ケア

### 【スケジュール】

- ・第1回は1月9日に開催。その後ヒアリングを行いつつ議論し、春頃に中間まとめ（高齢者関係）
- ・中間まとめ以降、他の福祉サービスも含めた共通の課題について検討し、夏を目途にとりまとめ

※自治体等で先行的な取組みを進め、その状況報告を随時していただき、議論の参考に資するようする

## 地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、子どもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

## 2040年に向けた課題

- 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

## 基本的な考え方

- ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保
- ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援
- ④ 地域の共通課題と地方創生（※）

## 方向性

## (1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

## 【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
  - 配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等
  - ・地域の介護等を支える法人への支援

※ 介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

※ サービス需要変化の地域差に応じて 3 分類

## 【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・包括的・在宅サービスの検討

## 【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- ・将来の需要減少に備えた準備と対応

## (2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
  - ※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

## (3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
  - ※ 地理的・介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動等の組み合わせ
- ・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

(4) 福祉サービス共通課題への対応  
(分野を超えた連携促進)

- ・社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

## 2) 地域医療構想の実現

# 日医・四病協合同提言

(平成25年8月8日)

## ① かかりつけ医機能の充実・強化



平成28年4月

日医かかりつけ医機能研修制度創設

## ② 地域包括ケアを支援する

中小病院・有床診療所の必要性



平成30年度診療報酬改定で部分的に実現

# 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋） —

## 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう、在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

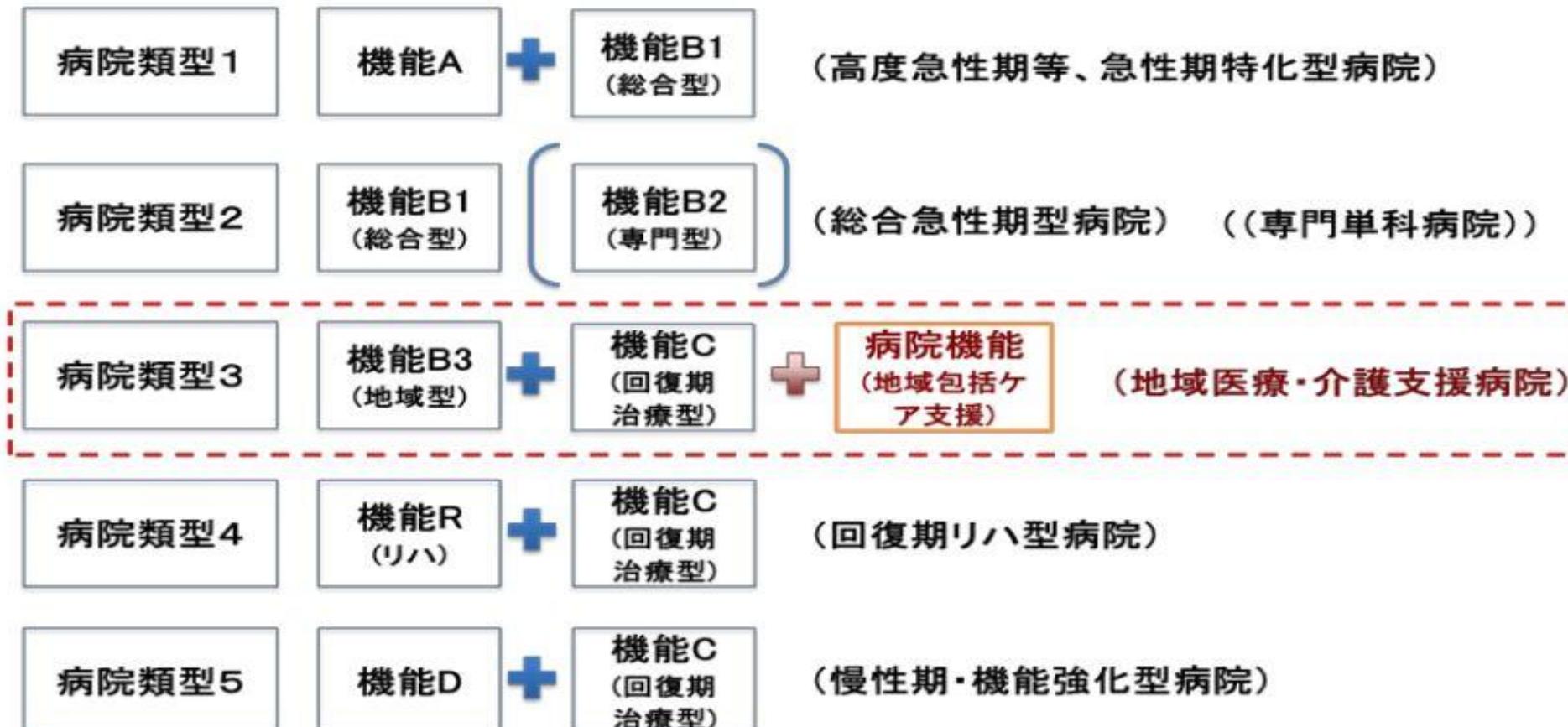
出典：中医協 総一 30. 1. 10外来医療（その4）

# 医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～ 四病院団体協議会追加提言(平成25年11月18日)

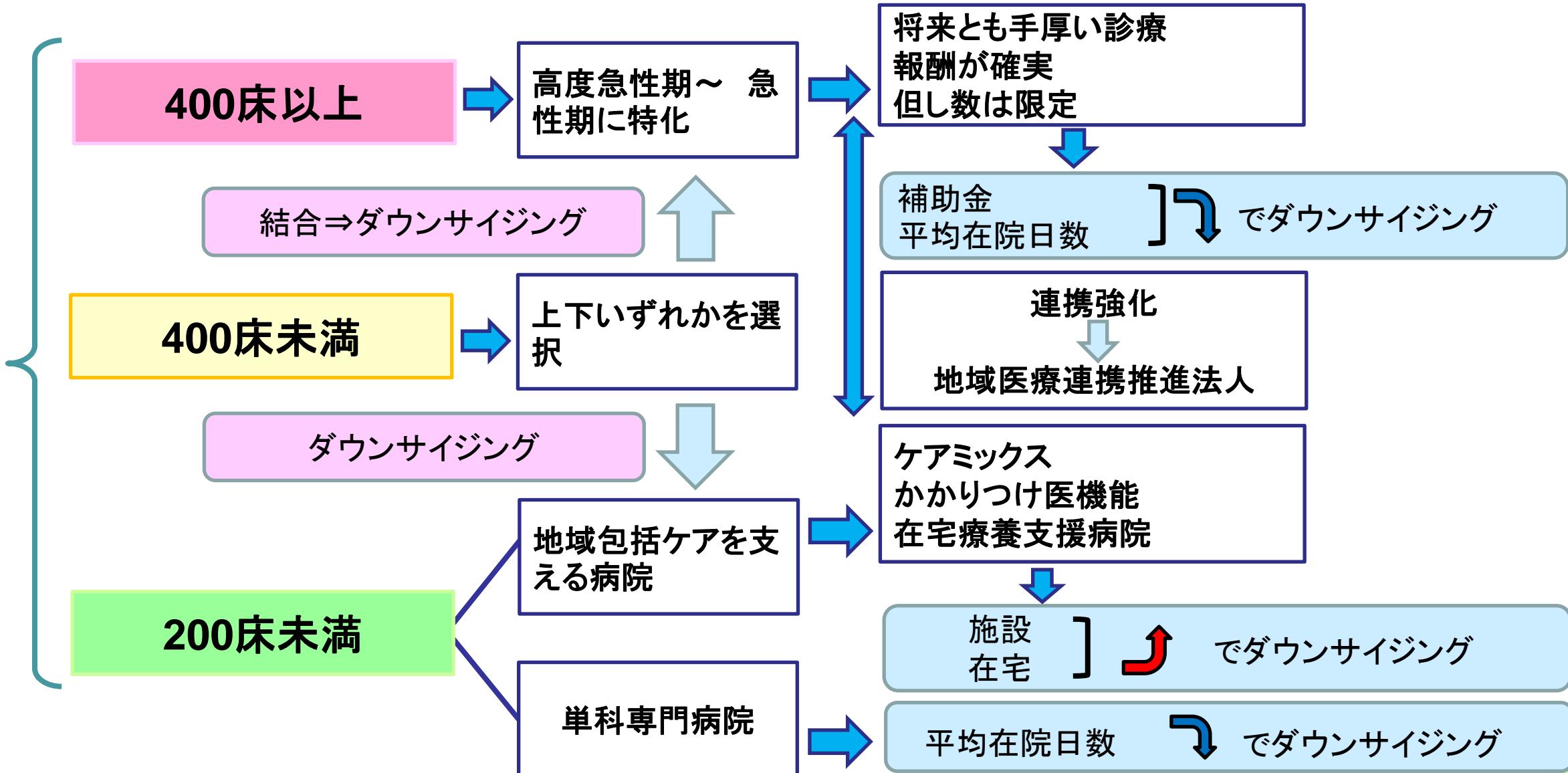
## 機能分化と病院類型（例）

高度急性期機能(ICU等)=A、急性期医療機能(病棟)=B、回復期医療機能(病棟)=C

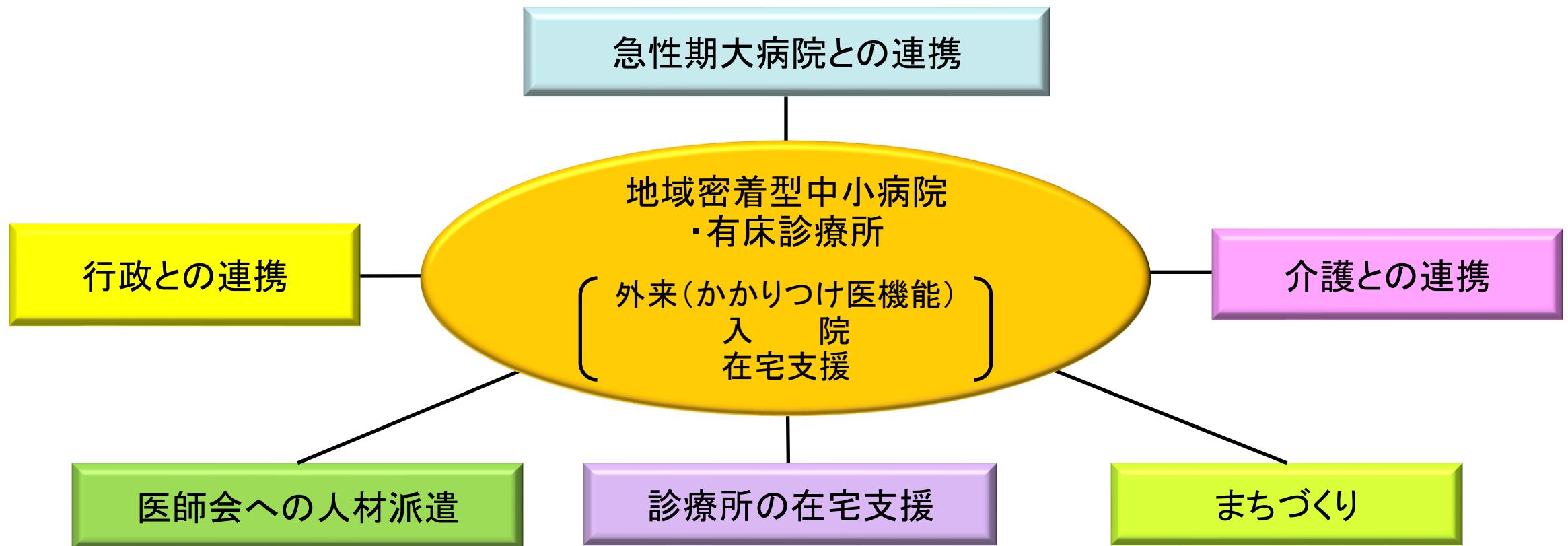
リハビリテーション機能(病棟)=R、慢性期医療機能(病棟)=D としている。(病床の医療機能である)



# 病床規模別に見た病院の指向性



# 地域密着型中小病院・有床診療所の役割



## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

## 【現行】

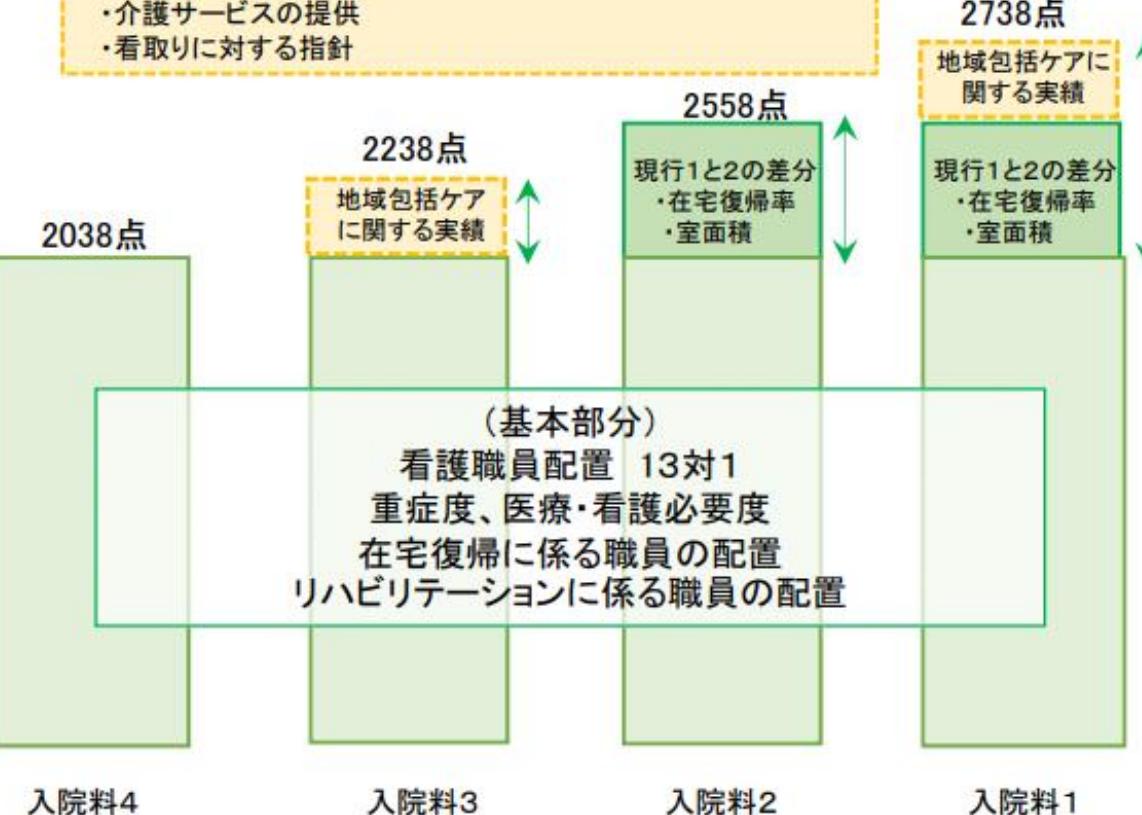


再編

## 【平成30年度改定】

## 【地域包括ケアに関する実績部分】 (200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

# 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

## 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

## 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

102

地域包括ケアにおける最も高機能な病棟

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

### 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

#### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

#### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

#### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)
- ・訪問看護事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所

#### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

### 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

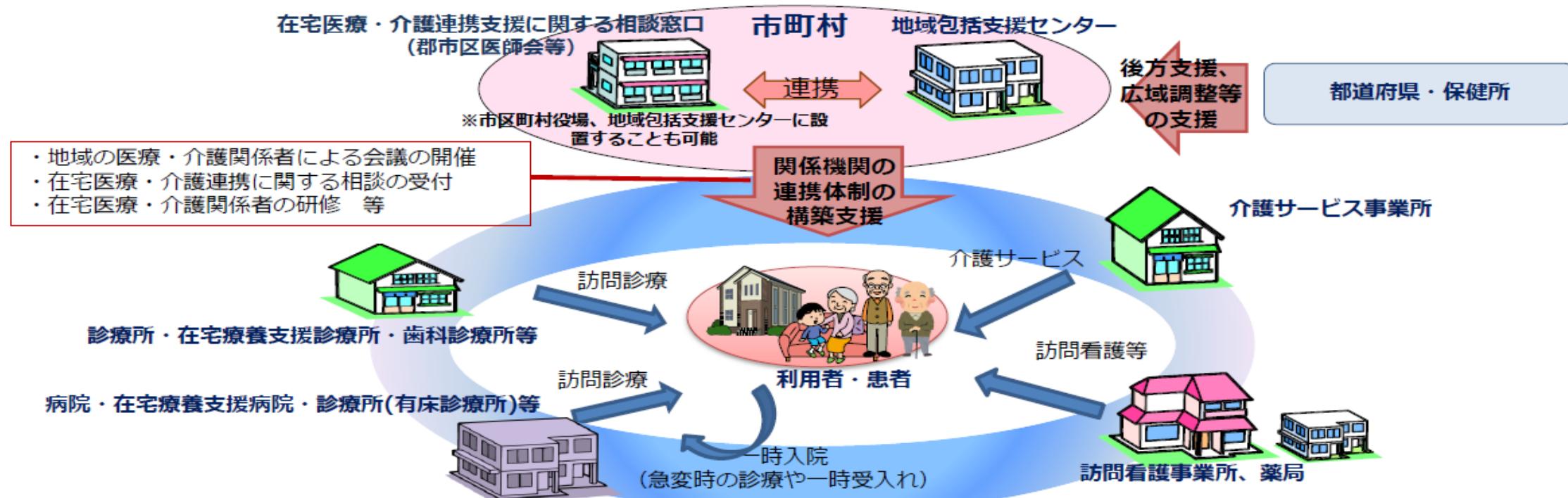
- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より40

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
  - （※）在宅療養を支える関係機関の例
    - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
    - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
    - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
    - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



## 保健医療計画に位置づけられた各施設の状況

**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**  
茨城県全体:100施設

在宅療養支援診療所:58施設  
うち機能強化型:26施設

在宅療養支援病院:26施設  
うち機能強化型:14施設

在宅療養後方支援病院:4施設

一般診療所:7施設  
うち在宅時医学総合管理料の届出あり:2施設

一般病院 :5施設  
うち在宅時医学総合管理料の届出あり:3施設

**在宅医療に必要な連携を担う拠点**  
茨城県全体:73施設

市町村:38施設(34市町村)  
うち地域包括支援センター(直営):11施設

地域包括支援センター(委託):15施設

医療機関:15施設  
うち在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口:  
8施設  
うち在宅医療において積極的役割を担う医療機関:7施設

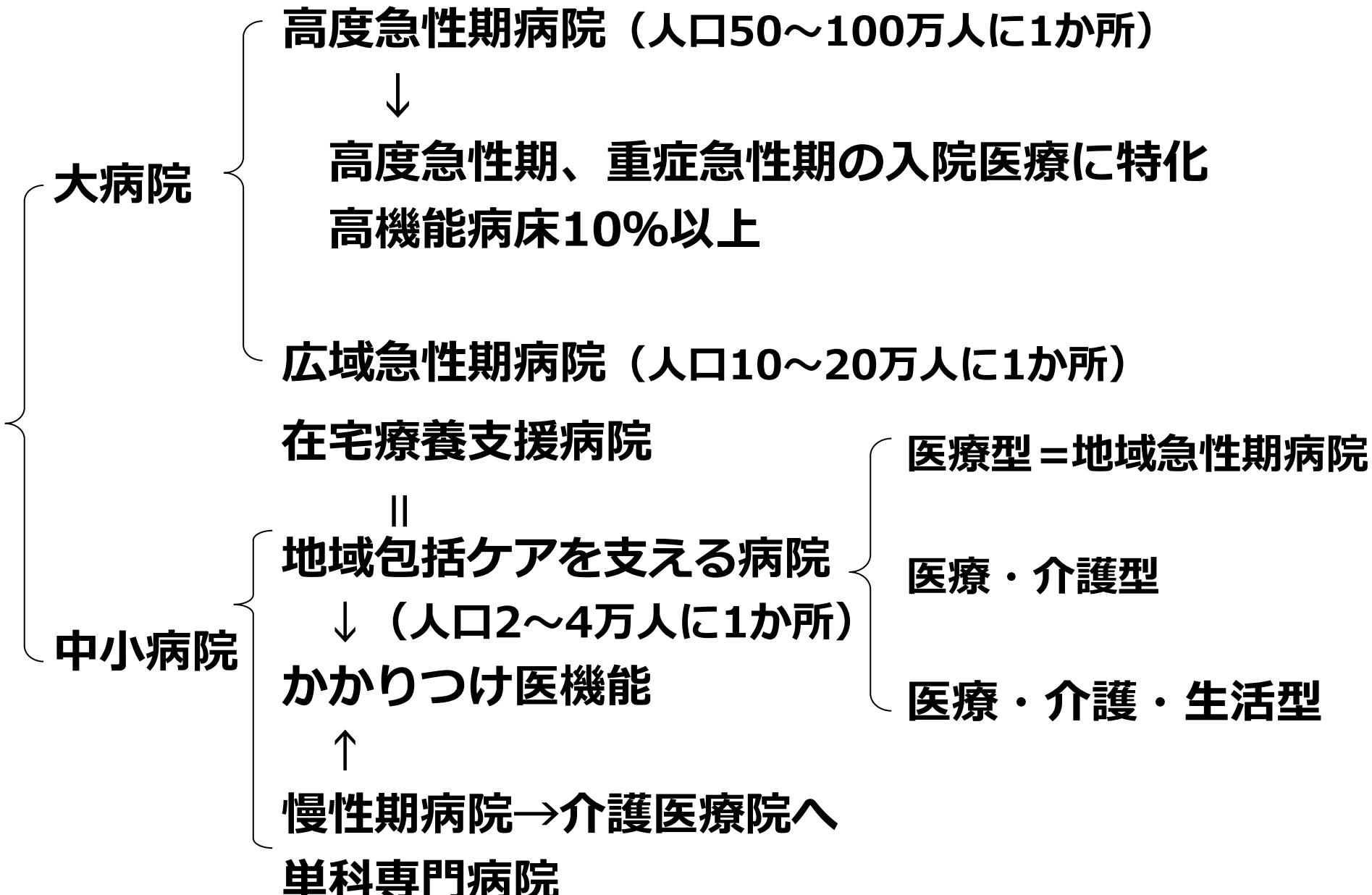
その他:5施設

令和6年4月17日第3回都市等医師会・市町村連携協議会資料より改変

2025.9月現在

茨城県医師会における地域包括ケア推進のための取組

# 超高齢社会に必要な病院機能



# 地域共生社会を実現するための医療3条件

---

- ①高度急性期大病院の計画的整備による集約化
- ②地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化
- ③かかりつけ医機能のさらなる充実・強化



20世紀の「病院の時代」から21世紀の「地域の時代」への転換期

# これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

## 現行の地域医療構想

### 病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞

2015年の報告病床数	2023年の報告病床数	2025年の必要病床数（推計）
合計 125.1万床	合計 119.3万床	合計 119.1万床
高度急性期 16.9万床 (14%)	高度急性期 16.0万床 (13%)	高度急性期 13.0万床 (11%)
急性期 59.6万床 (48%)	急性期 52.5万床 (44%)	急性期 40.1万床 (34%)
回復期 13.0万床 (10%)	回復期 20.4万床 (17%)	回復期 37.5万床 (31%)
慢性期 35.5万床 (28%)	慢性期 30.3万床 (25%)	慢性期 28.4万床 (24%)

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

## 新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の增加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

**地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想**  
85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

**今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築**  
病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

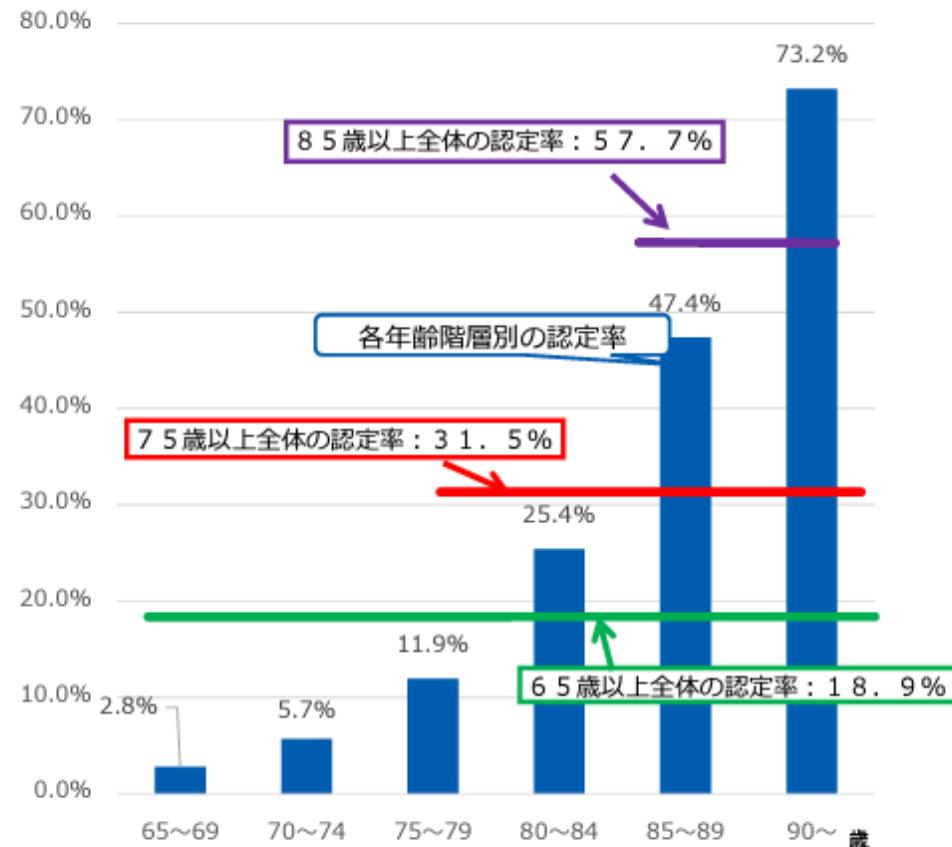
**限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現**  
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

## 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

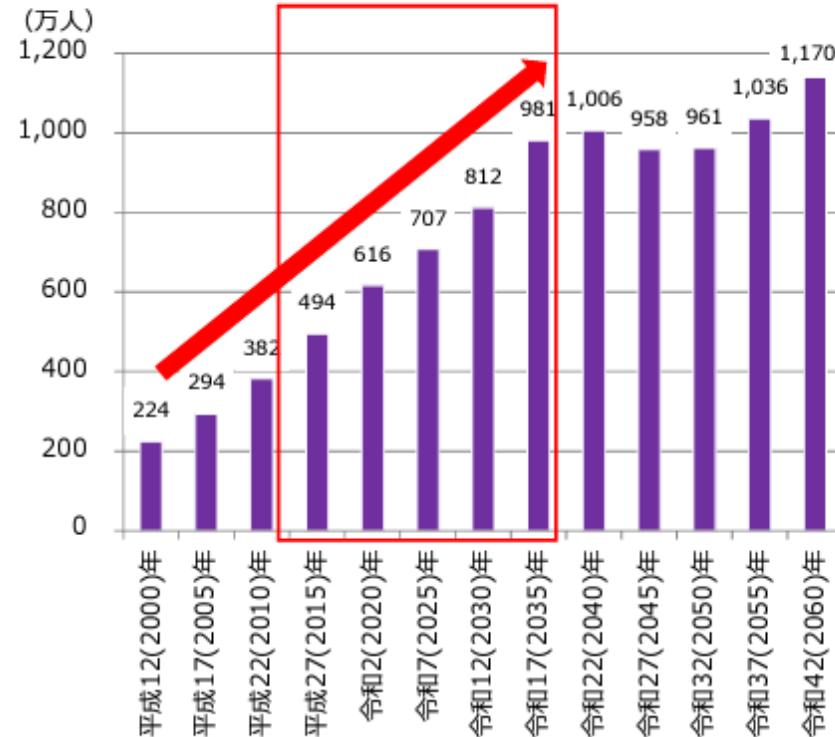
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日  
人口（総務省統計局人口推計）から作成

### 85歳以上の人口の推移

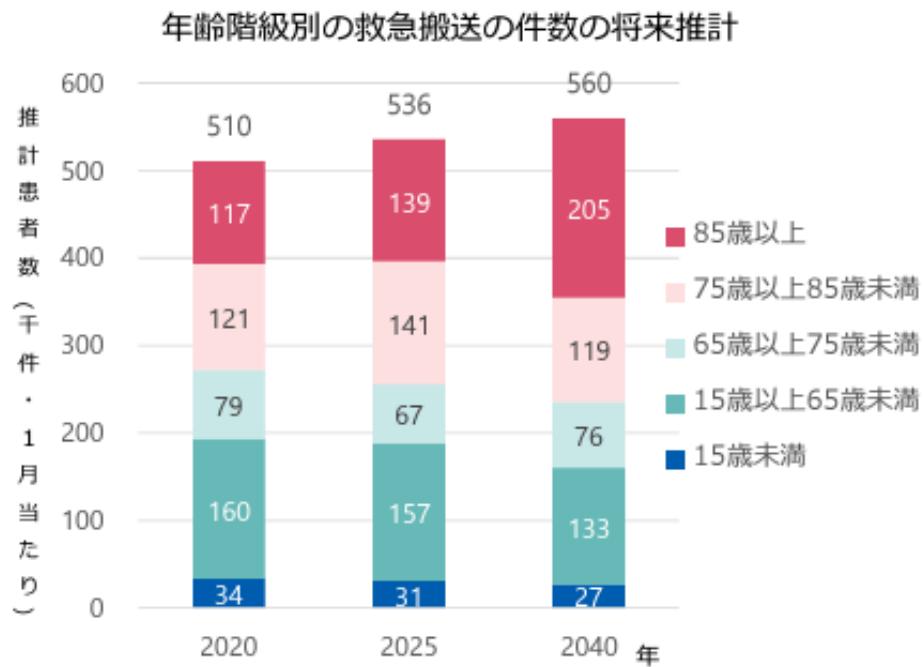


（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」  
（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

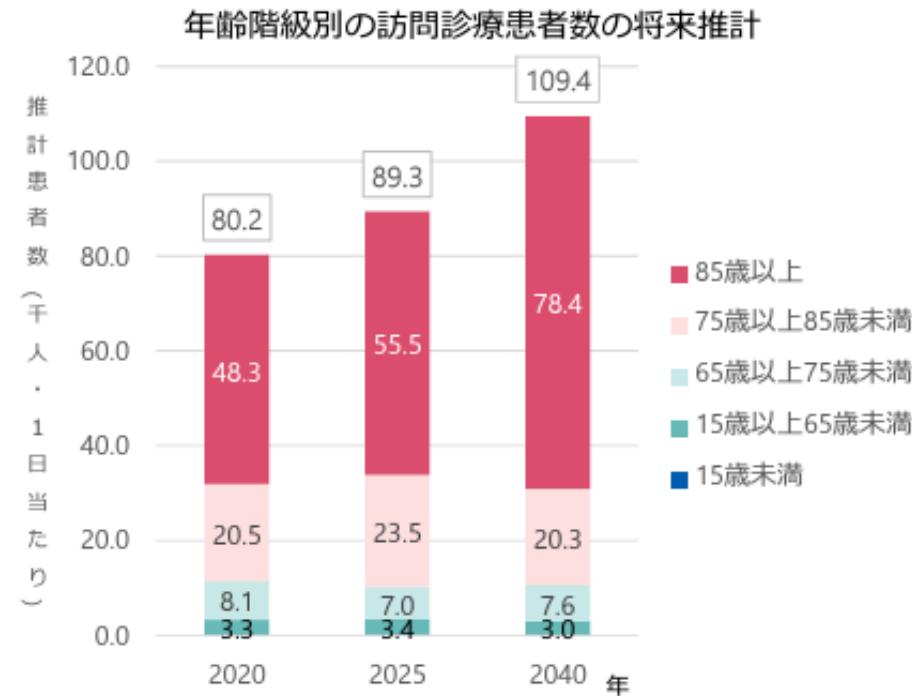
## 救急搬送の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別年齢推計人口に適用して作成。  
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。  
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

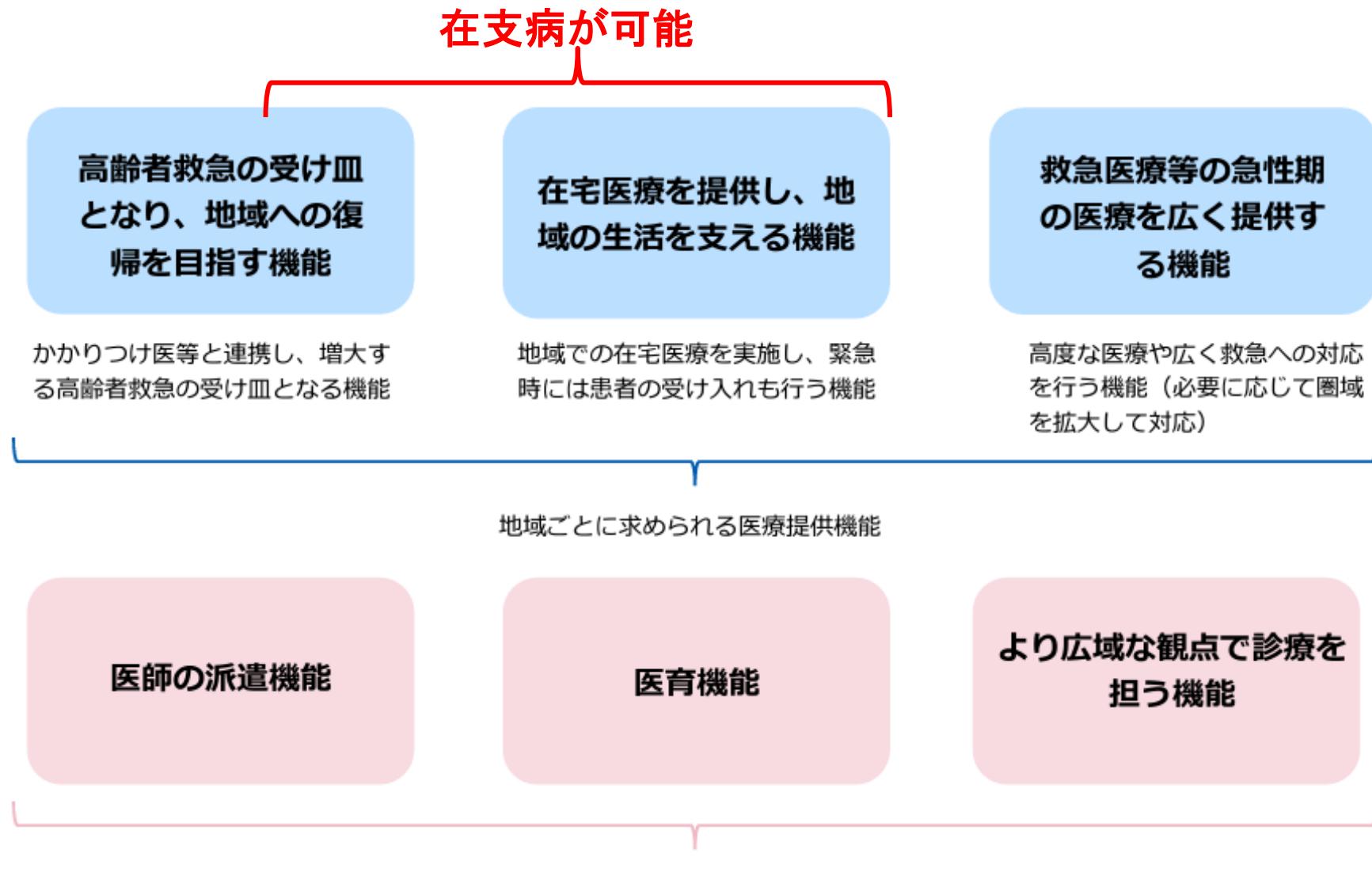
## 在宅医療需要の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）  
総務省「人口推計」（2017年）  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」  
を基に地域医療計画課において推計。

## 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）



# 医療機関機能について（案）

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

- |               |  |
|---------------|--|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。<br/>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>                                |
| 在宅医療等連携機能     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。<br/>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>  |
| 急性期拠点機能       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。<br/>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul> |
| 専門等機能         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul>   |

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要

## 広域な観点の医療機関機能

- |            |   |
|------------|---|
| 医育及び広域診療機能 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。</li> <li>・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。</li> </ul> |
|------------|---|

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

#### ① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

#### ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

#### ③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
- ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

# 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

在支病が可能

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問看護等の支援</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例について地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施</li> <li>高齢者施設等からの患者受け入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、団塊を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>高齢者施設等からの患者受け入れ等の連携</li> </ul>	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

33

37

### 3) かかりつけ医機能の充実・強化

# **(1) かかりつけ医機能の充実・強化に向けた取組**

## 日医かかりつけ医機能研修制度

### 【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

### 【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

#### 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【研修内容】

### 基本研修

- ・日医生涯教育認定証の取得。

### 応用研修

- ・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

### 実地研修

- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より  
修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、**複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの**地域医療構想や地域包括ケアの取組**に加え、**かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める**必要がある。**
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受けける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、**各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化**することで、**地域において必要なかかりつけ医機能を確保**するための制度整備を行う。

## 概要

### (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病的予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

### (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- 慢性疾患有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支える**ために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、**各医療機関から都道府県知事に報告**を求ることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、**外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表**する。

### (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）令和6年7月31日

## 制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
  - ・また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### 1号機能

- 繼続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
  - ・当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
  - ・かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
  - ・診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
  - ・医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ カカリつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

### 2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
  - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

### その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等

## 地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
  - ・在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

- カカリつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

## 患者等への説明

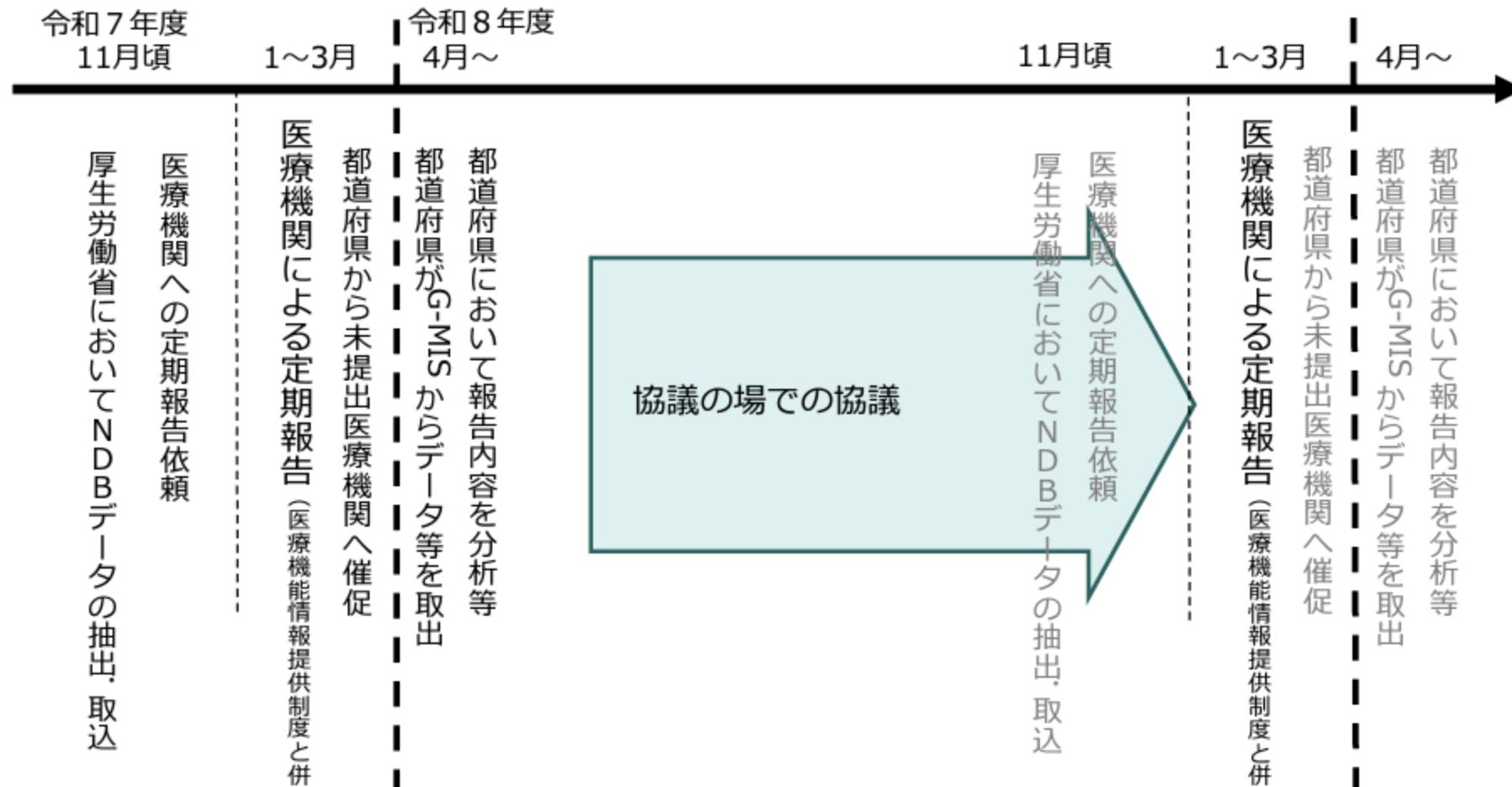
- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

## 施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

## 令和7年度以降の実施スケジュール

- かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて行えるよう、以下のようなスケジュールとする。



# 「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」の修了要件

## 座学研修(知識)

- ・日本医師会生涯教育制度における単位

これまでに取得した  
日本医師会生涯教育制度の単位



## 実地研修(経験)

- ・都道府県・郡市区医師会長が認めた経験等※

本人の自己申告に基づき、  
郡市区医師会等による承認

※ 施設長等が認めた医師会や大学のシミュレーションラボ等の実地研修も含む

**座学研修・実地研修** それぞれ必須で、合計10単位以上

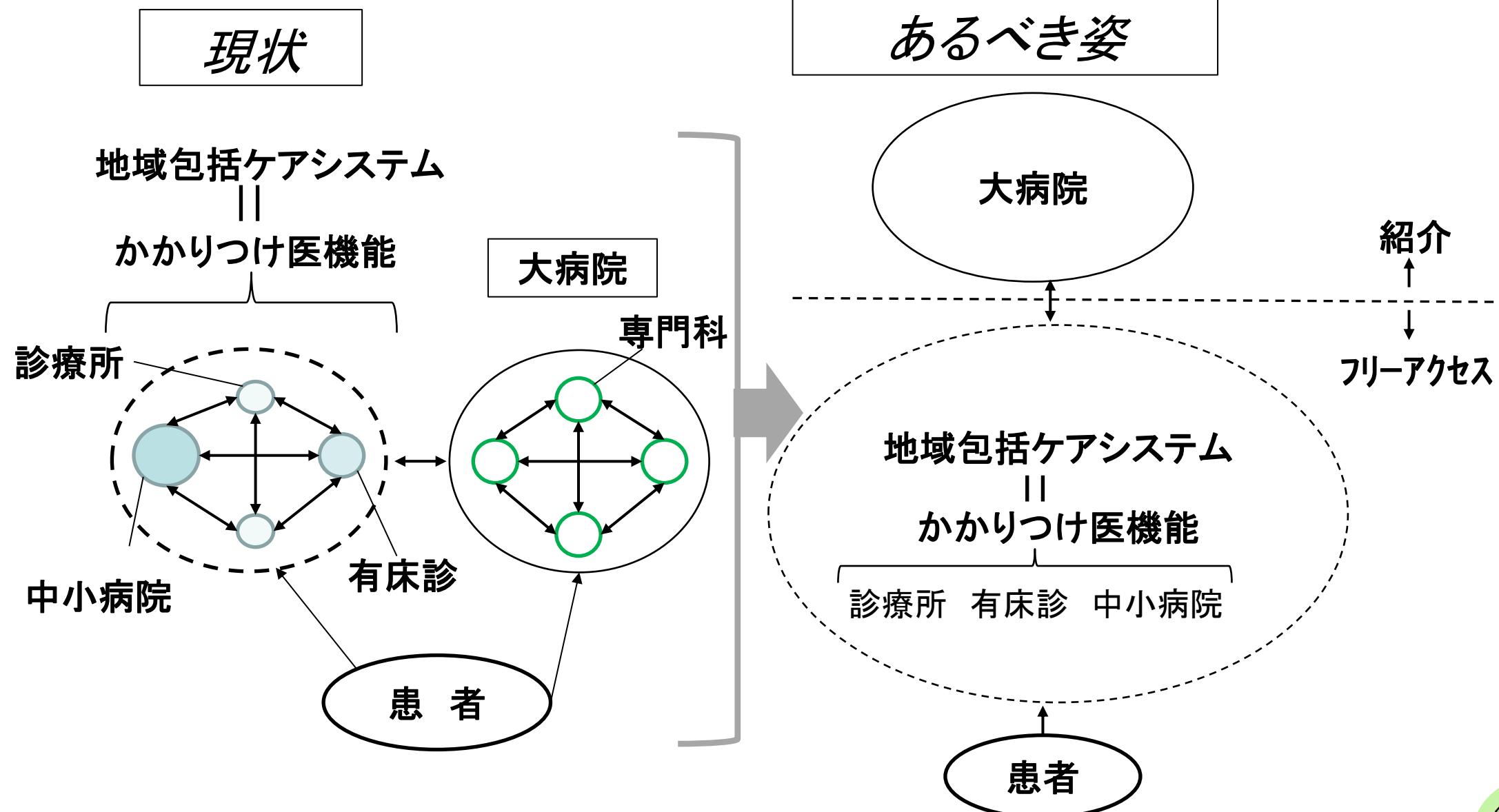


2025年4月以降、日本医師会による修了証を発行

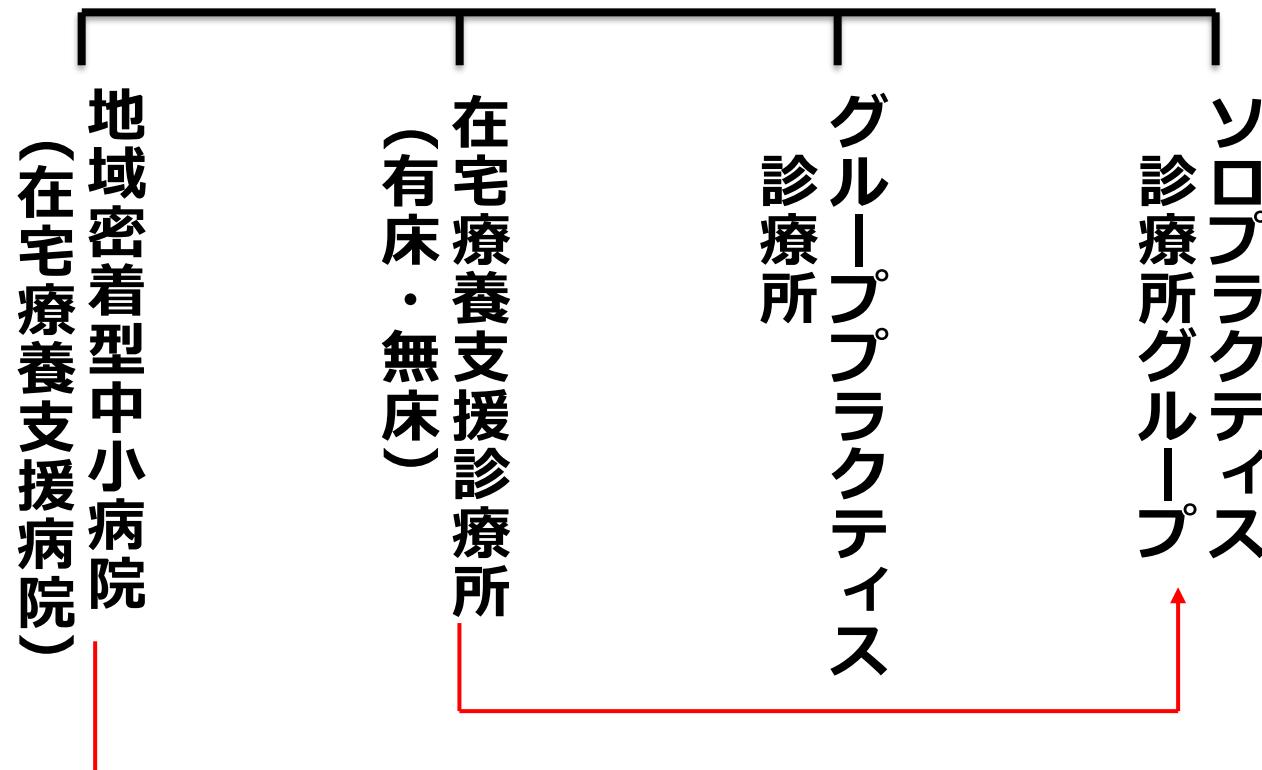
\* 非会員にも発行できるよう検討中

## **(2) 今後のかかりつけ医機能のあり方について**

# かかりつけ医機能のあり方(私案)



# 今後のかかりつけ医機能の担い手

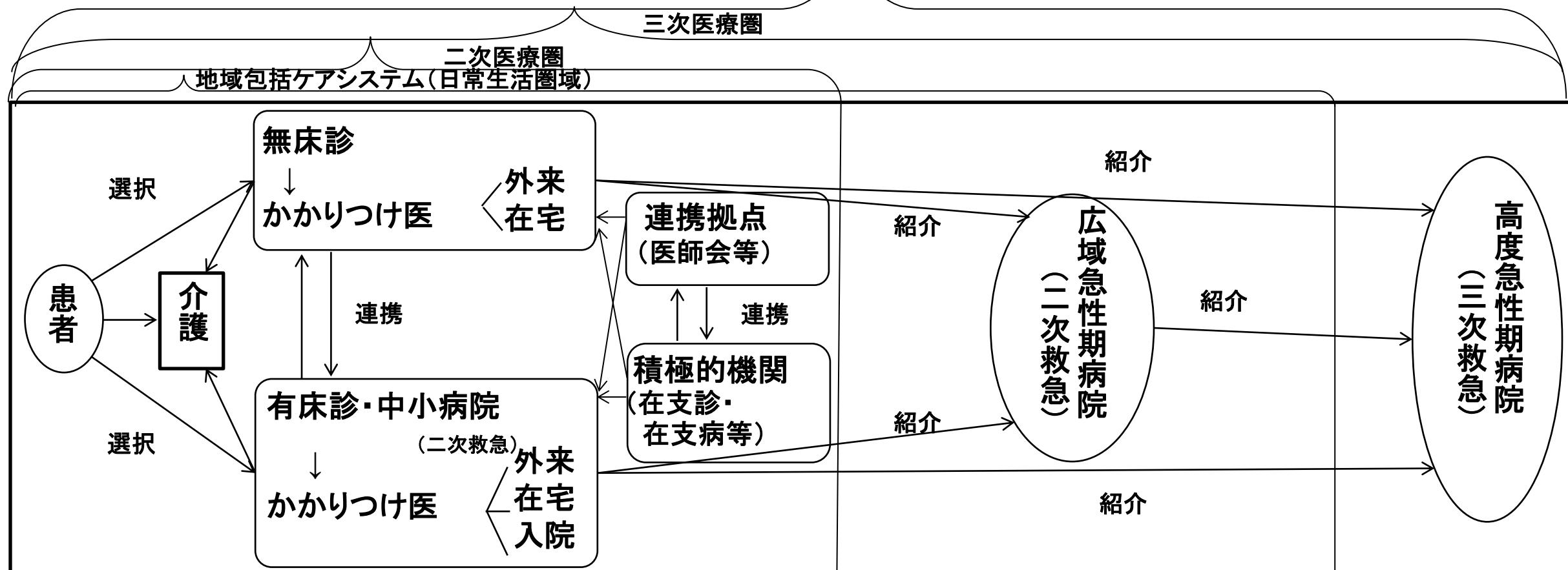


## 【医師偏在対策】

- ①医師養成数削減と強力な偏在是正はセット
- ②まず強力な偏在是正を行う必要がある
- ③地域枠は有効な手段
- ④医師多数県の臨時定員を少しづつ医師少数県に移す
- ⑤医師多数県内の偏在是正は恒久定員内で行う
- ⑥医師少数県と医師多数県の格差是正の状況を見ながら、少しづつ臨時定員の縮小を検討する。
- ⑦大都市部で何らかの開業制限を検討する(とくに東京)
- ⑧医師不足地域の医療機関を支援する(地域別単価以外)
- ⑨地域枠修学生に医師不足地域での義務年限の間にどの専門医になっても将来かかりつけ医になれるよう同地域内の診療所・中小病院で一般診療の研修を医師会と連携して行う
- ⑩タスクシェア、医療DXを推進する
- ⑪一定レベル以上のかかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・中小病院)が偏在なく必要(ドイツは計画配置+外来医の3分の1が家庭医)

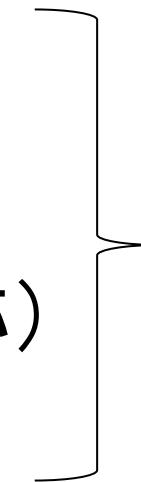
# かかりつけ医機能を有する医療機関と広域急性期病院・高度急性期病院との連携

## 地域医療構想(医療計画)



# 市町村単位の基本医療介護提供圏域(仮称)設定の必要性

- ・日常生活圏域
- ・在宅医療圏
- ・かかりつけ医機能医療圏(仮称)



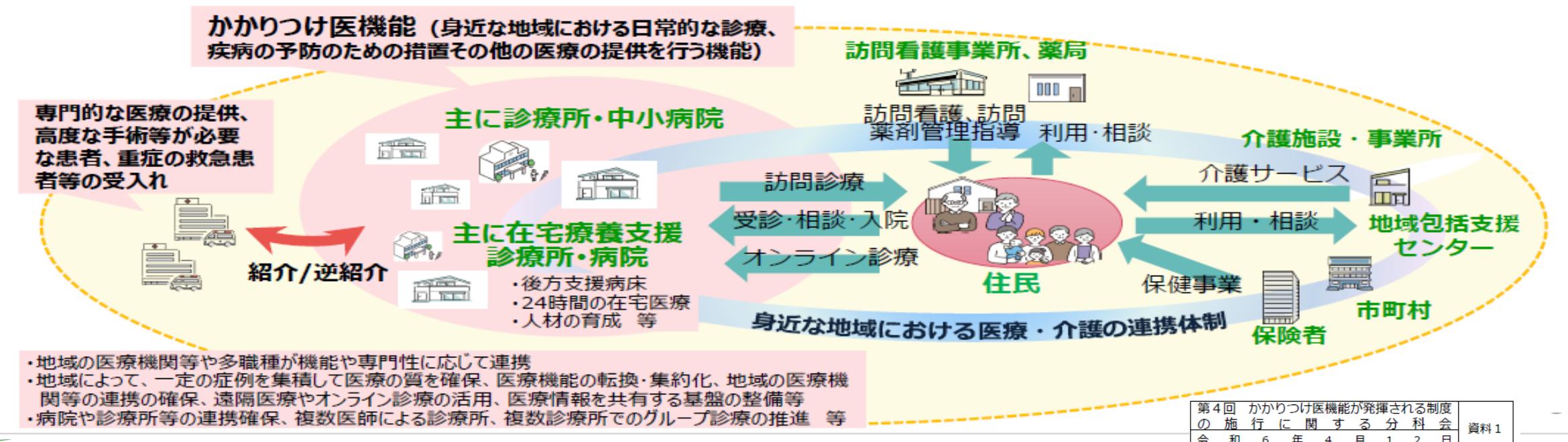
基本医療介護提供圏域(仮称)  
↓  
市町村単位(2万人位から)  
(分割・統合可)

# 2040年頃までを視野に入れた今後の人団動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

## 2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないか。
  - ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
  - ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
  - ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないか。

## 3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



## 2. 在宅療養支援病院について

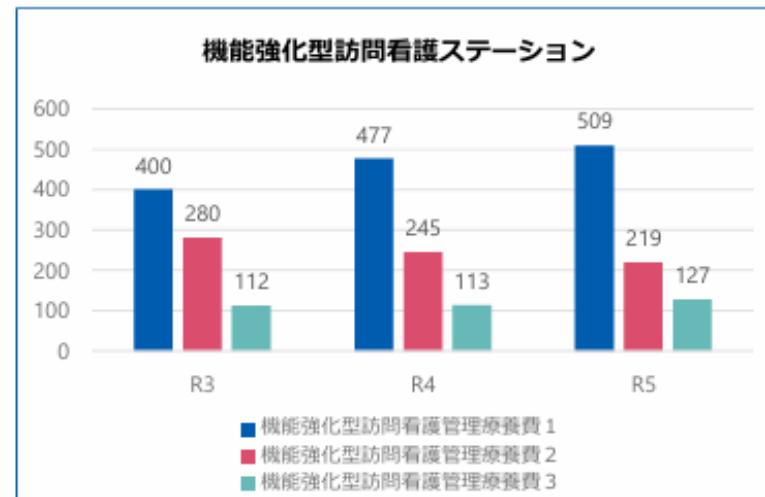
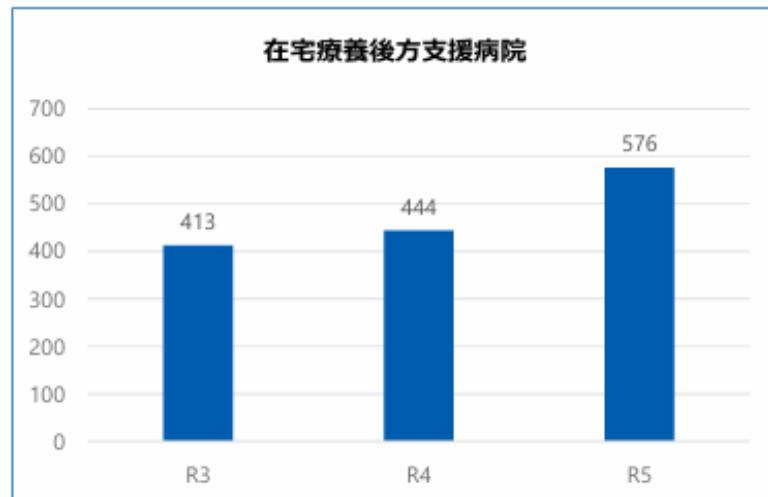
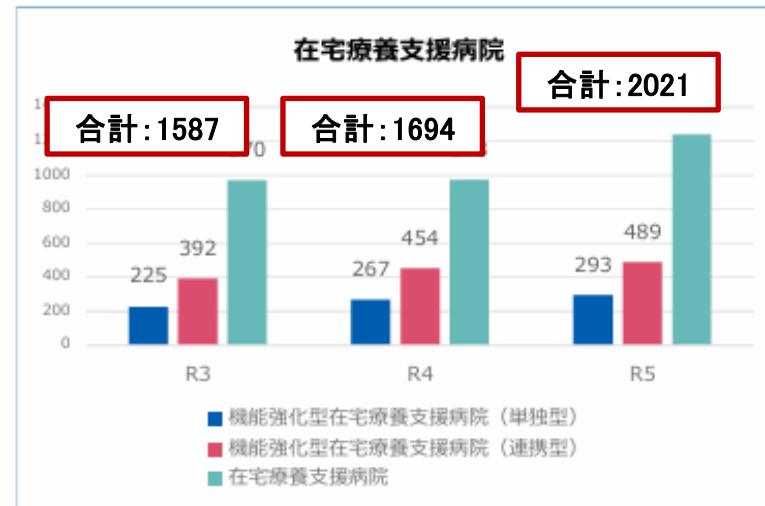
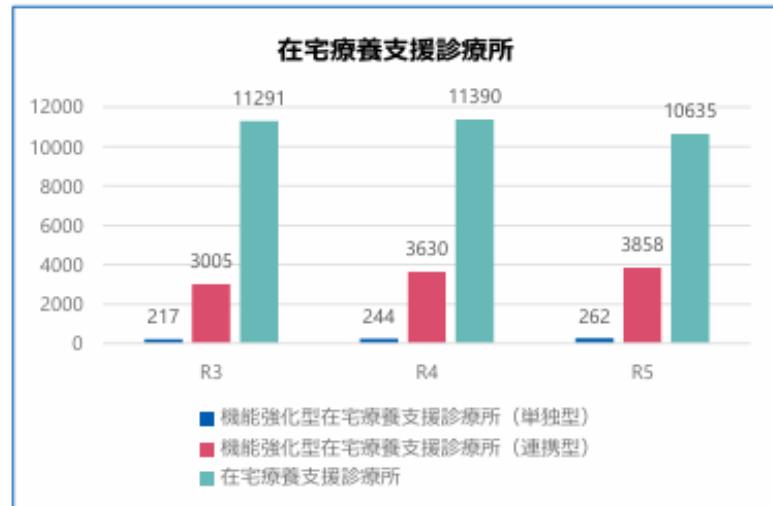
# 在宅療養支援病院に関する診療報酬改定

年度	主な改定内容
平成20年度 (2008年度)	<b>在宅療養支援病院 創設</b>
平成22年度 (2010年度)	<b>施設基準の緩和</b> ・半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院
平成24年度 (2012年度)	<b>強化型、連携型在宅療養支援病院 創設</b>
平成26年度 (2014年度)	<b>機能強化型の実績要件の引き上げ</b> ・過去1年間の緊急往診の実績5件以上→10件以上 ・過去1年間の在宅看取りの実績2件以上→4件以上
平成28年度 (2016年度)	<b>機能強化型の実績要件の追加</b> ・超・準超重症児の医学管理の実績4件以上
平成30年度 (2018年度)	—
令和2年度 (2020年度)	<b>在宅療養支援病院 施設基準の見直し</b> ・当直医とは別の往診担当医師は「オンコール体制で可」
令和4年度 (2022年度)	<b>在宅療養支援病院 施設基準の見直し</b> ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上 等
令和6年度 (2024年度)	<b>在宅療養支援病院 施設基準の見直し</b> ※介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい 等

# (参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院									
	単独型		連携型												
	診療所	病院	診療所	病院											
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> <u>⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>														
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満														
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上												
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成									
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上												
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい														
	<u>⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>														

(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移

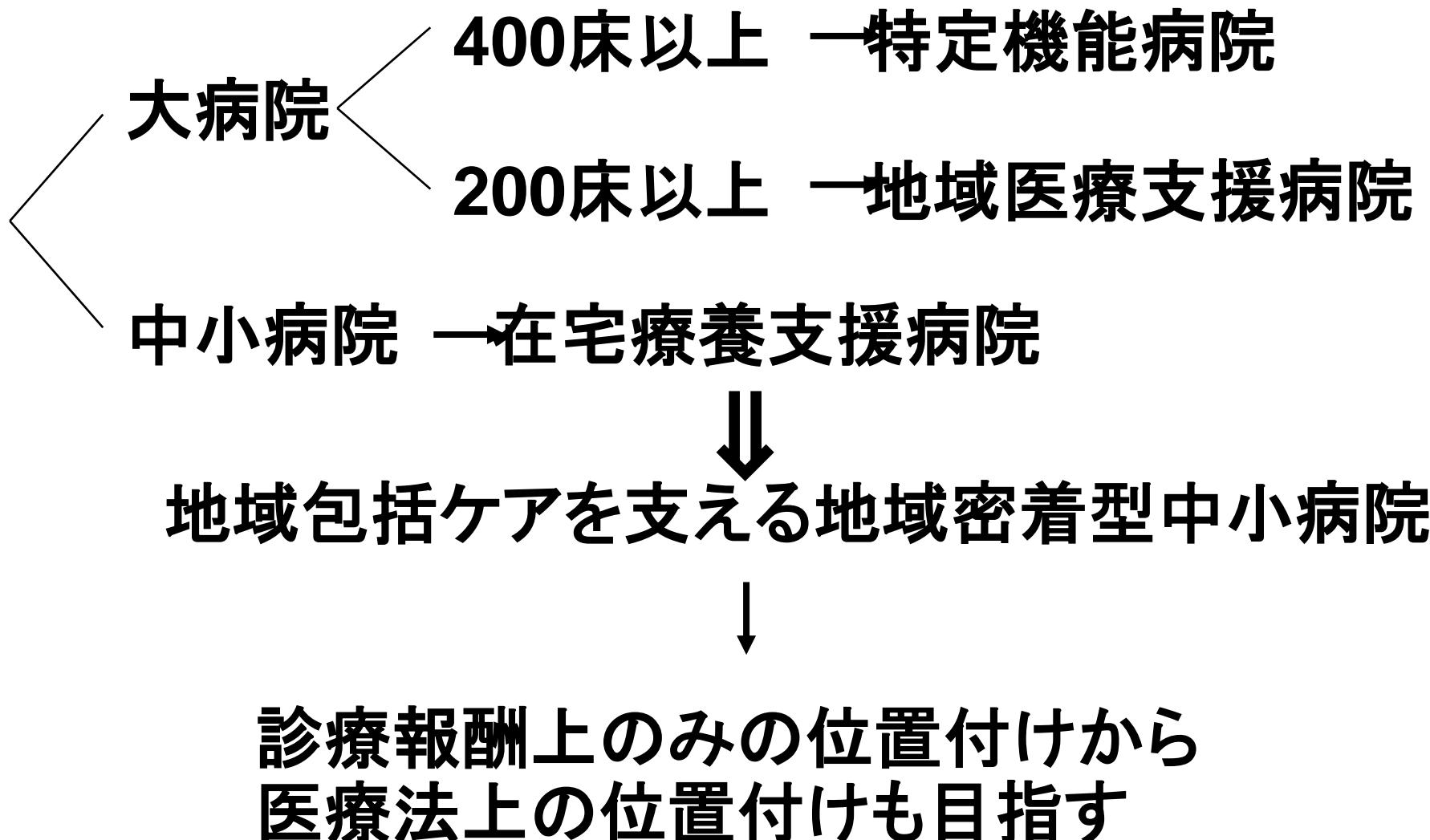


2025年11月25日現在

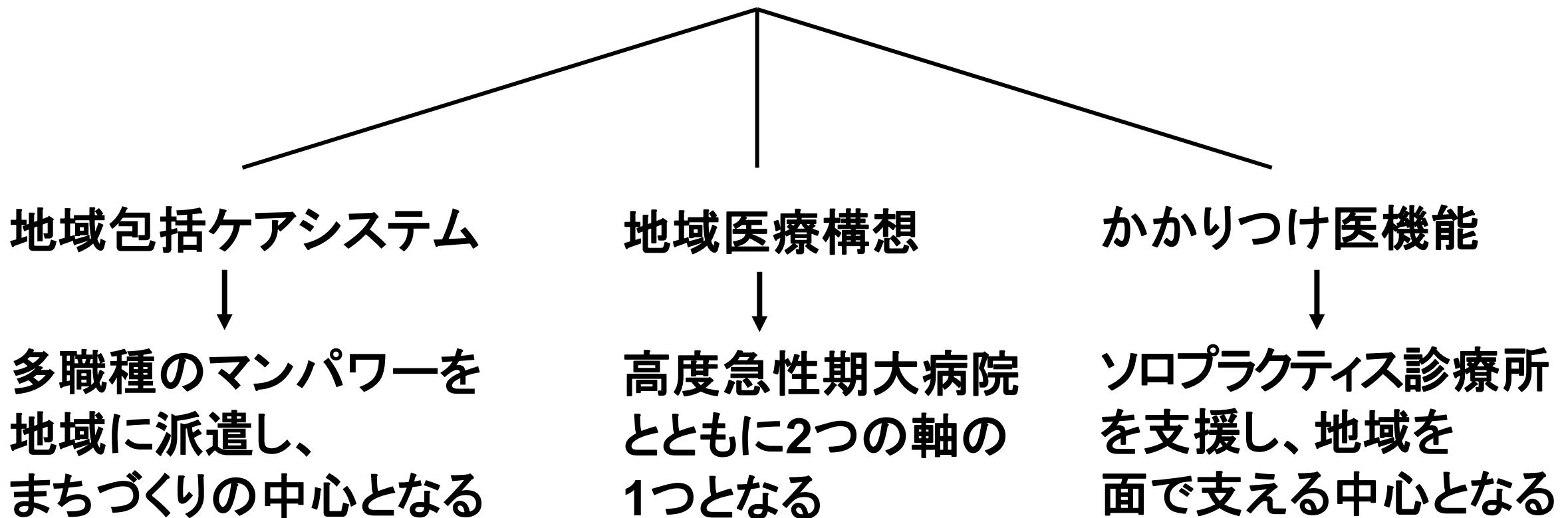
区分	307	576	1295	2178
強化型（単独型）	307			
強化型（連携型）		576		
従来型			1295	
合計				2178

日本医師会地域医療情報システム  
(J MAP) より

# 病院の目指すべき方向性



# 地域包括ケアを支える 地域密着型中小病院としての 在宅療養支援病院



# 地域包括ケアを支える 地域密着型中小病院としての 在宅療養支援病院



まちづくりへの参画



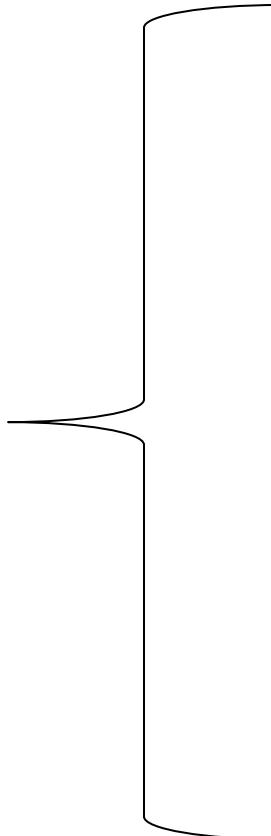
ソーシャルビジネスの担い手



医療法人制度改革が必要 →  
持分あり医療法人にも収益事業が必要

# 在宅療養支援病院の3類型

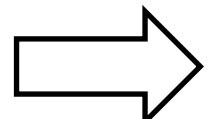
在宅療養支援病院



① 医療型

② 医療・介護型

③ 医療・介護・生活型

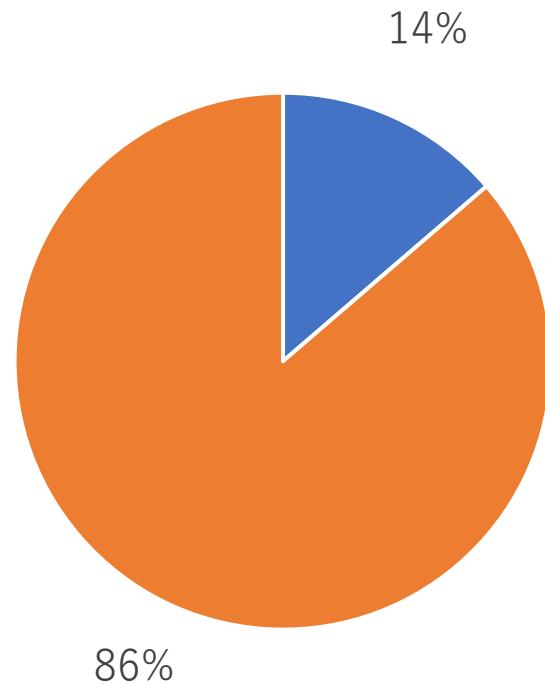


2022年3月日本在宅療養支援病院連絡協議会を設立

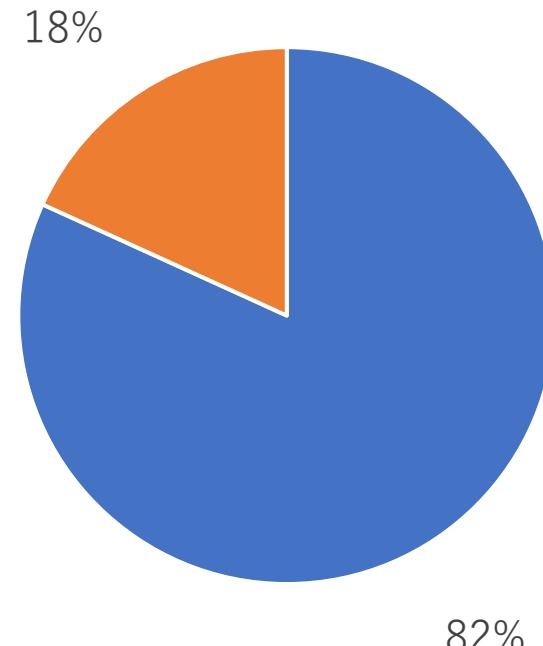
# 在宅療養支援病院に関するアンケート調査

日本在宅療養支援病院連絡協議会 2025年4月21日～2025年5月20日

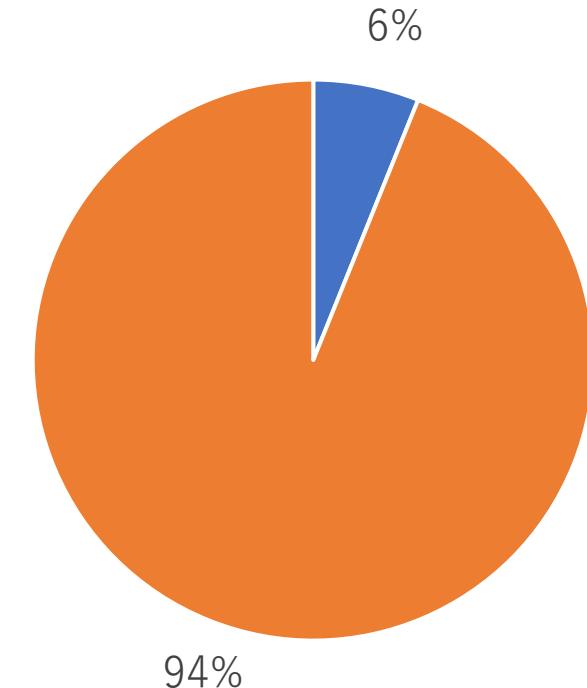
地域包括支援センターの受託



地域包括ケア病棟入院料の届出



地域包括医療病棟入院料の届出



■ ある ■ なし

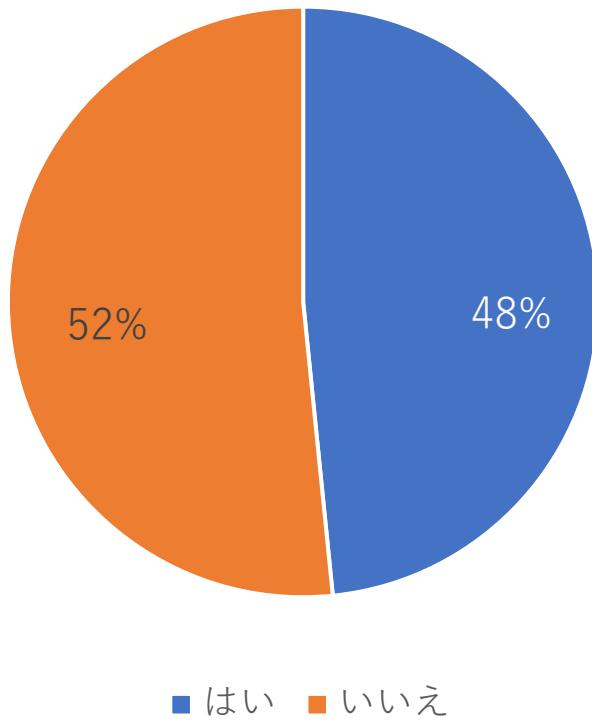
■ ある ■ なし

■ ある ■ なし

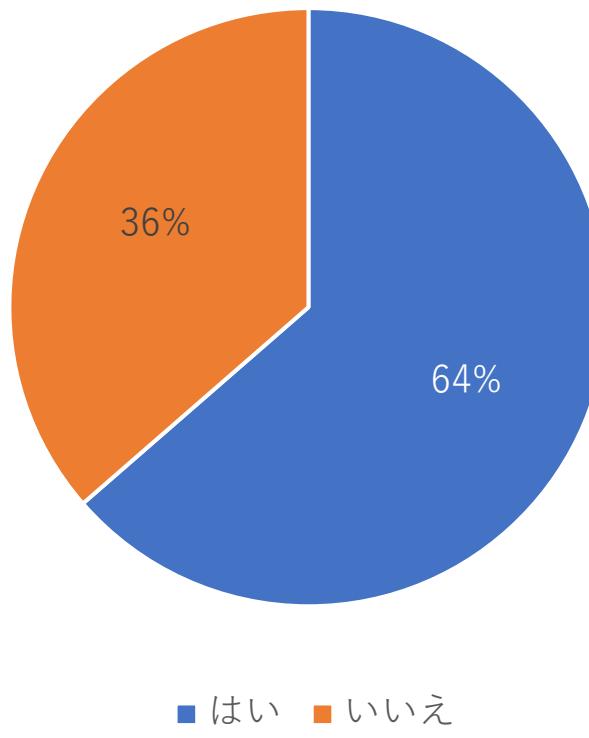
# 在宅療養支援病院に関するアンケート調査

日本在宅療養支援病院連絡協議会 2025年4月21日～2025年5月20日

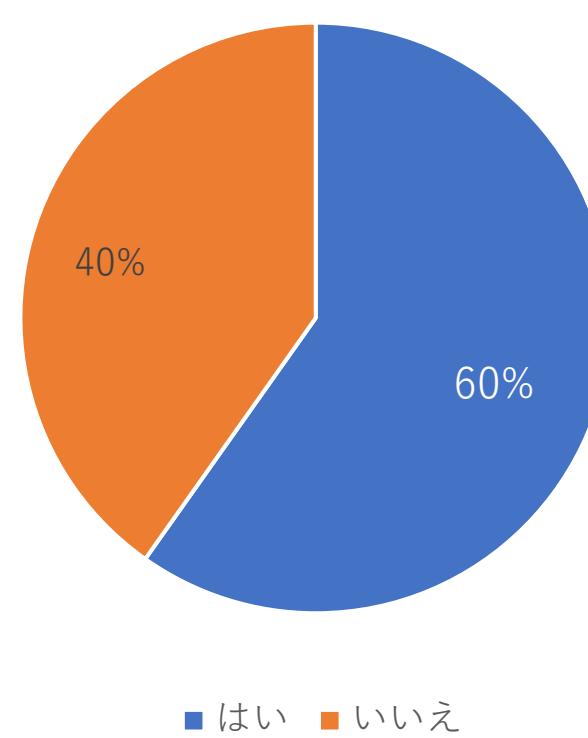
一次救急を担っていますか



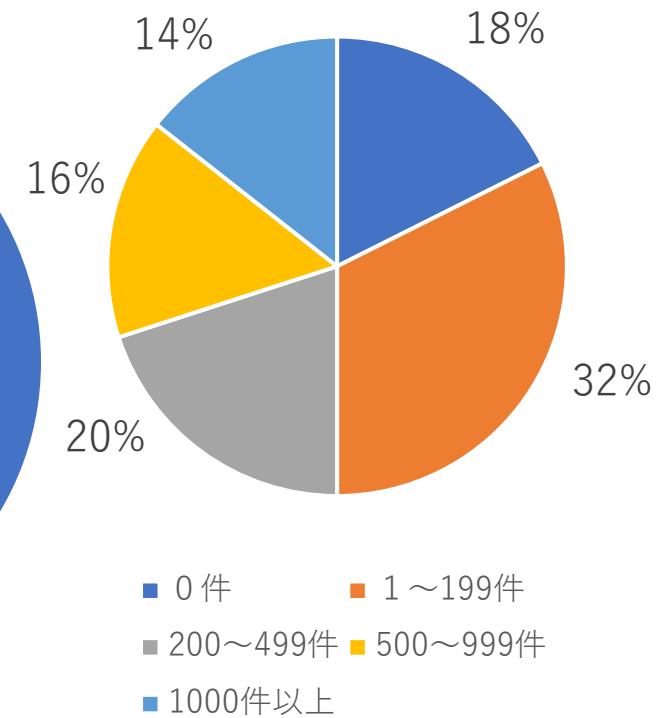
救急告示の指定を受けていますか



二次救急を担っていますか



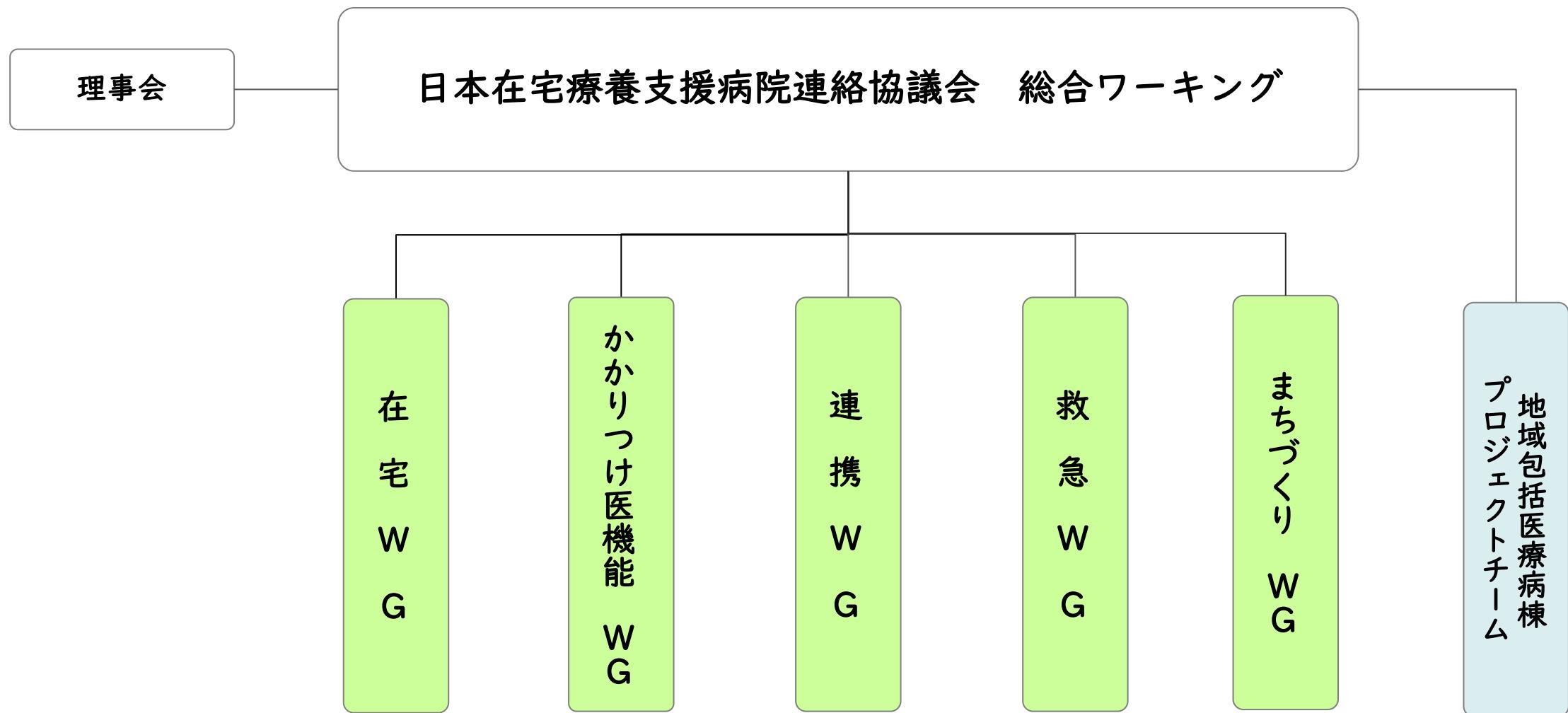
救急搬送件数



救急搬送件数

平均値 469 件  
中央値 207 件

# 日本在宅療養支援病院連絡協議会 ワーキンググループ組織図



在支病：在宅 → かかりつけ医機能 → 連携 → 救急 → まちづくり

## 第3回日本在宅療養支援病院連絡協議会研究会

2026年1月25日(日) 13:00~17:30

## テーマ

「かかりつけ医機能報告制度と新たな地域医療構想における在宅医療への対応」

## プログラム

13:00 開会あいさつ

13:05 基調講演「かかりつけ医機能報告制度について」

講演 嶋原 肇氏

(大臣官房参事官 医政・口腔健康管理・精神保健医療・災害対策担当・訪問看護担当)

座長 織田正道氏 (日本在宅療養支援病院連絡協議会 理事)

14:00 シンポジウム「かかりつけ医機能報告制度と在宅療養支援病院の対応」

## シンポジスト

池端幸彦氏 (福井県医師会会長・医療法人池慶会 理事長)

牧角寛郎氏 (鹿児島県医師会会長・日本在宅療養支援病院連絡協議会理事)

社会医療法人聖医会 理事長)

織田正道氏 (日本在宅療養支援病院連絡協議会 理事・

社会医療法人祐愛会 理事長)

座長 横倉義典氏 (日本在宅療養支援病院連絡協議会 副会長)

15:45 シンポジウム「新たな地域医療構想における在宅医療とそのあるべき姿」

## シンポジスト

西鶴康浩氏 (厚生労働省 医政局 地域医療計画課長)

鈴木邦彦氏 (日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長・

医療法人博仁会 理事長)

市川 亨氏 (共同通信社 特別報道室 編集委員)

座長 梶原崇弘氏 (日本在宅療養支援病院連絡協議会 副会長)

17:25 閉会あいさつ

会場参加:ステーションコンファレンス東京6階 602A・B 定員30名

オンライン参加:Zoom

参加費:無料 ※会員・非会員を問わずにご参加いただけます。

申込締切:2026年1月22日(木)

※会場参加につきましては、定員を満たし次第、お申込み終了となります。

## 第3回 日本在宅療養支援病院連絡協議会研究会 参加申込みについて

参加希望の方は、左記のQRコードを読み込み、専用フォームに必要事項の入力をお願いいたします。

オンラインで参加される方は、入力後お送りする研究会参加のURLよりライブ配信をご覧いただけます。

※会場参加は定員に達し次第、締切いたします。



## お問い合わせ

日本在宅療養支援病院連絡協議会 茨城事務局 TEL: 0295-53-2170 FAX: 0295-52-2705

主催:一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会

## 第3回日本在宅療養支援病院連絡協議会研究会

日時:2026年1月25日(日)13:00~17:30

会場:ステーションコンファレンス東京6階 602A・B  
 Zoomオンライン  
 (ハイブリッド開催)

# 日本在宅療養支援病院連絡協議会 入会のご案内

## 日本在宅療養支援病院連絡協議会

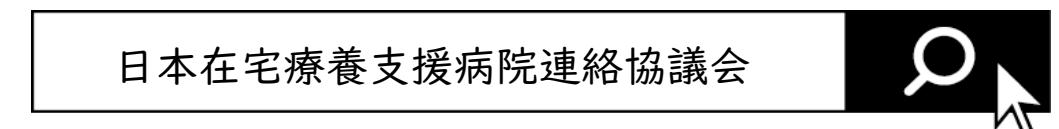
正会員会費 :2万円

賛助会員会費:4万円(企業・団体)  
:5千円(個人)

※webもしくはFAXで入会申込できます。



日本在宅療養支援病院連絡協議会 ホームページ  
<https://zaishibyo.com/>



QRコードを読み込んでいただくと  
入会申し込みページに移動します

# 現状の課題と対策

- ① 在宅療養支援病院の普及と質の向上
- ② 介護施設との連携におけるマッチングの推進
- ③ 市町村単位の在宅医療圏の設定
- ④ かかりつけ医機能との連携  
→市町村単位のかかりつけ医機能医療圏(仮称)の設定
- ⑤ 市町村単位の基本医療介護提供圏域(仮称)の設定

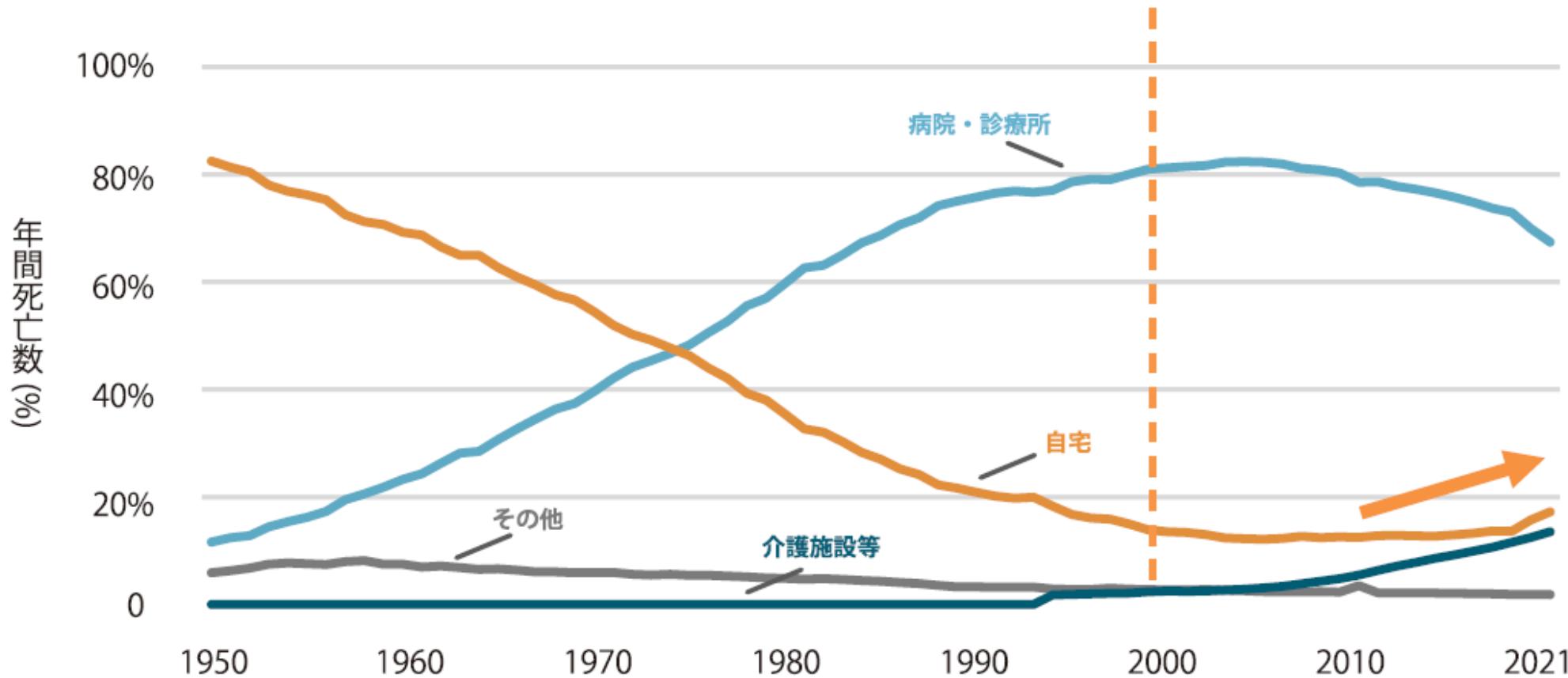
### 3. 医療と介護の連携の推進

## 死亡の場所の推移

意見交換 資料-2  
R 5 . 3 . 1 5

○死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

### 死亡の場所の推移



厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

## 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 検討の視点

---

医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、  
介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを  
行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、  
どう考えるか。

## 医療側から見た介護との連携

## 医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関  
【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

## 介護保険施設等との連携の推進

- ・介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化  
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・感染症対策向上加算等の専従要件の明確化  
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・介護保険施設等連携往診加算の新設  
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し  
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・協力対象施設入所者入院加算の新設  
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

## 地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・地域包括診療料等の算定要件の見直し  
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携  
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- ・協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ・感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

## (2) 急変時の電話相談・診療の求め

## (3) 相談対応・医療提供

- ・介護保険施設等連携往診加算の新設
- ・医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

## (4) 入院調整

- ・協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

## (5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

## 医師等と介護支援専門員との連携

## 介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】



## 協力医療機関等との連携の強化

- ・診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化

以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化  
 ①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保  
 ②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保  
 ③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保  
 ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認

## ・協力医療機関連携加算の新設

介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価

## ・高齢者施設等感染対策向上加算の新設

感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価

## ・退所時情報提供加算の新設

入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価

## ・早期退院の受け入れの努力義務化

退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

## 居宅介護支援事業所

- ・入院時情報連携加算の見直し  
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・通院時情報連携加算の見直し  
算定対象に歯科医師を追加

## 高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
  - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
  - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
  - ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

## 対象施設

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

併算定可能

さらに

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）  
10単位/月（新設）

## 高齢者施設等

- ・ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- ・ 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること



## 第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加



## 医療機関等



- ・ 第二種協定指定医療機関（新興感染症）
- ・ 協力医療機関等（その他の感染症）

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）  
5単位/月（新設）

## 高齢者施設等



## 3年に1回以上実地指導を受ける



## 医療機関等

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

## 医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

## 高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



### ①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

- 医療提供等にかかる評価の見直しを実施
  - <主な見直し>
    - ・配置医師緊急時対応加算の見直し  
【(地域密着型)介護老人福祉施設】  
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
    - ・所定疾患施設療養費の見直し  
【介護老人保健施設】  
慢性心不全が増悪した場合を追加
    - ・入居継続支援加算の見直し  
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】  
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
    - ・医療連携体制加算の見直し  
【認知症対応型共同生活介護】  
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

### ②高齢者施設等と医療機関の連携強化

- 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

#### (1) 平時からの連携

- ・利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・定期的な会議の実施に係る評価の新設

#### (2) 急変時の電話相談・診療の求め

#### (3) 相談対応・医療提供

- ・相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1（運営基準）

#### (4) 入院調整

- ・入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2（運営基準）
- ・入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

#### (5) 早期退院

- ・退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

## 在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院
- ・地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

## 対象施設

## 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
  - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
  - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

## 対象施設

## 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
  - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

① 3年の経過処置で義務

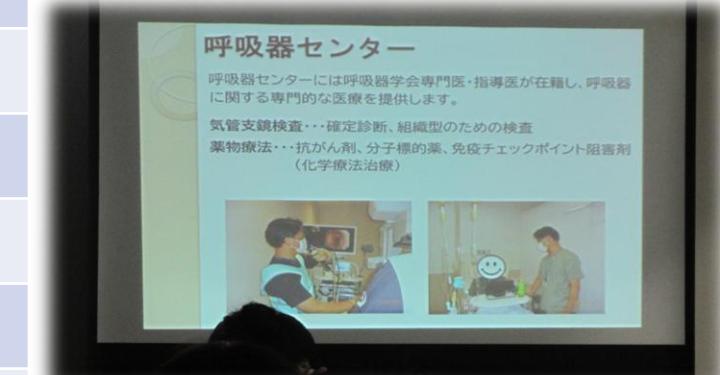
② 努力義務

# 志村大宮病院が協力医療機関となっている介護施設

福祉資源	常陸大宮市内	常陸大宮市外
介護老人福祉施設	3 (1)	1
地域密着型介護老人福祉施設	3 (1)	
介護老人保健施設	1 (1)	
グループホーム	6 (1)	4 (2)
小規模多機能型居宅介護	3 (2)	5 (5)
看護小規模多機能型居宅介護		3 (3)
住宅型有料老人ホーム	1	2 (2)
サービス付高齢者向け住宅	2 (1)	3 (2)
計	19 (7)	18 (14)
		合計 37 (21) 内は当グループ数

# 医療介護連携推進会議 年間スケジュール

2025年度	計画	勉強会	カンファレンス
4月	会議開催計画		
5月	主旨説明 施設訪問	病院・介護施設との連携について意見交換①	カンファレンス
6月		病院・施設の基準説明	カンファレンス
7月		DNR,DNAR,BSCについての理解	カンファレンス
8月		歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア	カンファレンス
9月		呼吸器医師による、肺炎・誤嚥性肺炎についての講演	カンファレンス
10月		災害支援について考える	カンファレンス
11月		感染管理認定看護師による感染対策	カンファレンス
12月	懇親会	管理栄養士による栄養管理について講演	カンファレンス
1月		ACPについて考える	カンファレンス
2月		認知症についての理解を深める	カンファレンス
3月	次年度計画	病院・介護施設との連携について意見交換②	カンファレンス



## 医療機関側のメリット

- 外来診療数が減少をたどる中、協力医療機関になることで、顧客確保につながりやすくなる!!
- 施設側との協力体制により、早期入院・早期退院が可能となり平均在院日数の減少につながりやすくなる
- 地域貢献につながる；地域から頼られる医療機関へ
- 連携先の職員の健康診断や予防接種など自費の部分でも収入増を目指せる
- 特別な関係ではない施設であれば、「協力対象施設入所者入院加算」、「介護保険施設等連携往診加算」の取得が可能である

## 高齢者施設側のメリット

- 開設時に結んだ協力医療機関と、あいまいになっていた部分（診療や入院に関しての決め事）が具体的に整理できる。必要に応じて協力医療機関を増やす必要がある。
- 医療従事者が少ない高齢者施設としては、連携をすることで、職員及び利用者様及び家族の安心につながる
- 感染症対策の正しい方法を学べることで質の向上につながる
- 感染対策向上に向けた連携では、介護報酬が算定可能であり収入増につながる
- 医療機関への相談がしやすくなる
- 職員の健康診断や予防接種なども相談しやすくなる
- 信頼関係から医療機関からの利用者紹介もありえる

## 4. 地域包括医療病棟への転換

# 地域包括医療病棟算定220病院

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

令和7年（2025年）11月14日時点の地方厚生局確認データ（R7年10月届出まで）

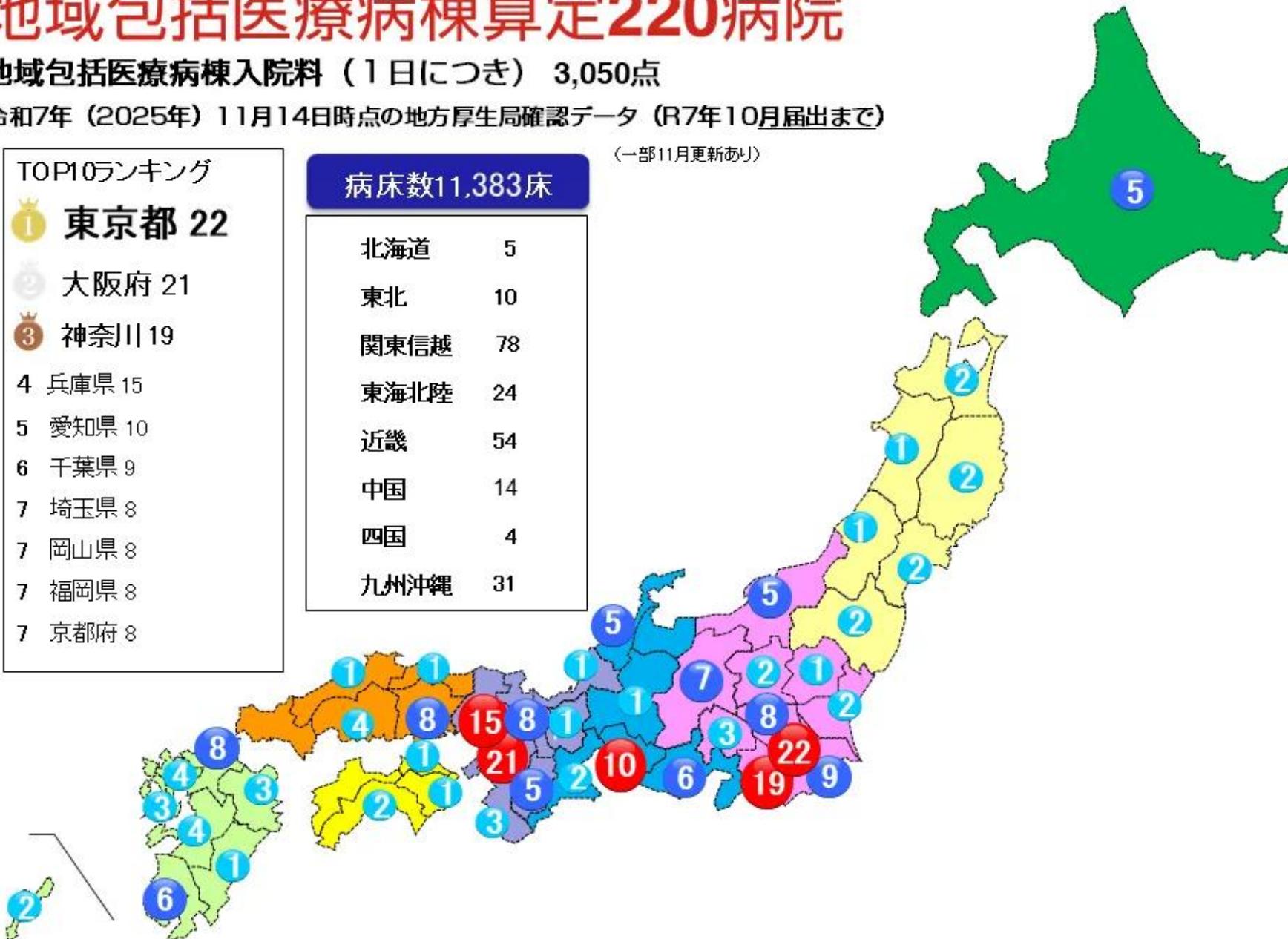
## TOP10ランキング

- 1 東京都 22  
2 大阪府 21  
3 神奈川 19  
4 兵庫県 15  
5 愛知県 10  
6 千葉県 9  
7 埼玉県 8  
7 岡山県 8  
7 福岡県 8  
7 京都府 8

病床数11,383床

（一部11月更新あり）

北海道	5
東北	10
関東信越	78
東海北陸	24
近畿	54
中国	14
四国	4
九州沖縄	31



## DPC対象病院の基準の見直し

### DPC対象病院の基準の見直し

- DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

#### 現行

##### 【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として隨時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

(新設)

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催



#### 改定後

##### 【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として隨時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上**
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**
  - 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
  - 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
  - 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

- データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る評価基準を用いるとされ、「データ数90以上」は困難と判断

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- ▶ 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

#### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

##### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



##### [施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4m<sup>2</sup>/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
(A.D.Lが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。  
(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

## 地域包括医療病棟における評価の観点

- 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

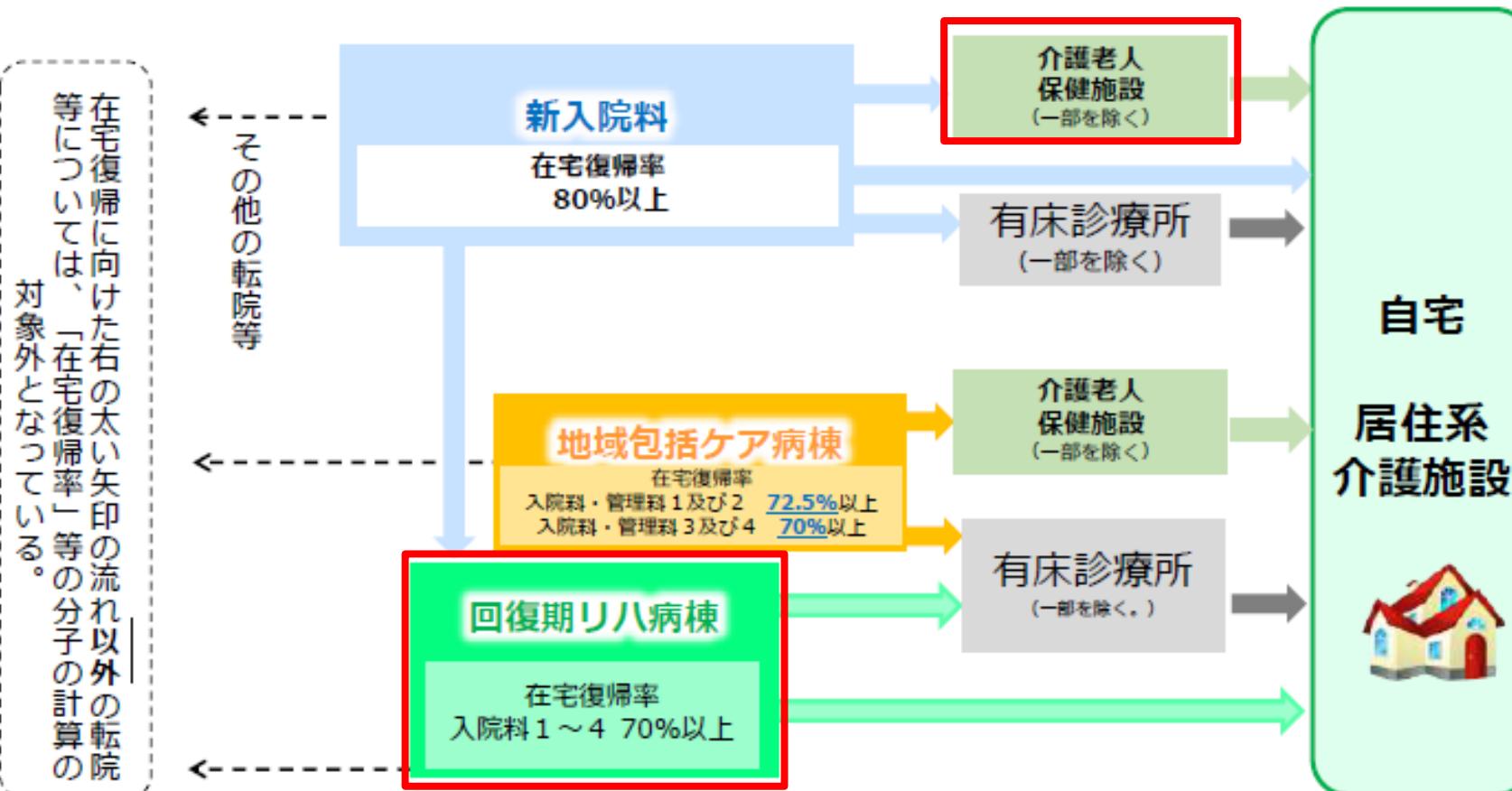
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 10：1 看護配置</li> <li>➢ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能</li> <li>➢ 夜間における画像検査等の体制確保</li> <li>➢ 看護職員夜間配置加算</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 救急搬送直接入棟患者割合：1割5分以上</li> <li>➢ 平均在院日数：21日以内</li> <li>➢ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料4相当</li> <li>➢ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上</li> </ul>
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ PT/OT/ST 2名配置</li> <li>➢ 管理栄養士の専任配置</li> <li>➢ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置</li> <li>➢ 看護補助体制加算</li> <li>➢ 看護補助体制充実加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価</li> <li>➢ 定期的なカンファレンスの開催</li> <li>➢ 休日リハの提供体制</li> <li>➢ 休日リハ提供量：平日の8割以上</li> <li>➢ 早期リハ実施割合：8割以上</li> <li>➢ 管理栄養士による <ul style="list-style-type: none"> <li>・GLIM基準を用いた栄養状態評価</li> <li>・週5回以上の食事観察</li> </ul> </li> <li>➢ 歯科医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：5%以内</li> <li>➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：3%以内</li> </ul>
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入退院支援加算1</li> </ul>	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 在宅復帰率：8割</li> </ul>

※ 青字は注加算における要件等

## 地域包括医療病棟における在宅復帰率

- 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印 (➡) で示す**



志村大宮病院

病床転換 2024.11～

～2024.10

緩和ケア病棟 20床

医療療養病棟 48床

回復期リハビリテーション病棟 50床

地域包括ケア病床 12床

急性期一般入院料4 (DPC) 48床

178床

2024.11～

緩和ケア病棟 20床

医療療養病棟 48床

回復期リハビリテーション病棟 50床

地域包括ケア病床 12床

地域包括医療病棟 48床

178床

# 地域包括医療病棟

2024年

旧基準値

項目		4月	5月	6月	基準
× 在宅復帰率	6か月	60.3	64	65.1	80%以上
	単月	62.7	81	72.7	
△ 重症度、医療・看護必要度1	3か月	20.87	20.64	20.67	16%以上
	単月	21.32	22.55	17.94	
△ 平均在院日数	3か月	20.17	20.98	20.84	21日以内
	単月	19.81	23.26	19.67	
△ 入院日に介助を実施している患者	3か月	73.4	71.7	69.7	5割以上
	単月	70	66.7	72.3	
× 一般病棟からの転棟	3か月	0%	0%	0%	5%未満
	単月	0%	0%	0%	
× 緊急搬送入院	3か月	14.4	13.9	18.6	15%以上
	単月	12.9	16.7	26.2	

主に2項目において課題であり、△の2項目は強化し安定化の改善を必要とした

令和3年度まで年間平均114台程度であった救急搬送件数

令和4年度診療報酬改定

看護職員処遇改善評価料の施設基準に救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で200件以上であること。

200件以上を目指し対策を実施

対策:消防への営業、医師にも協力要請を行う、地域の急性期病院との話し合い



令和4年度;209台

令和5年度;219台

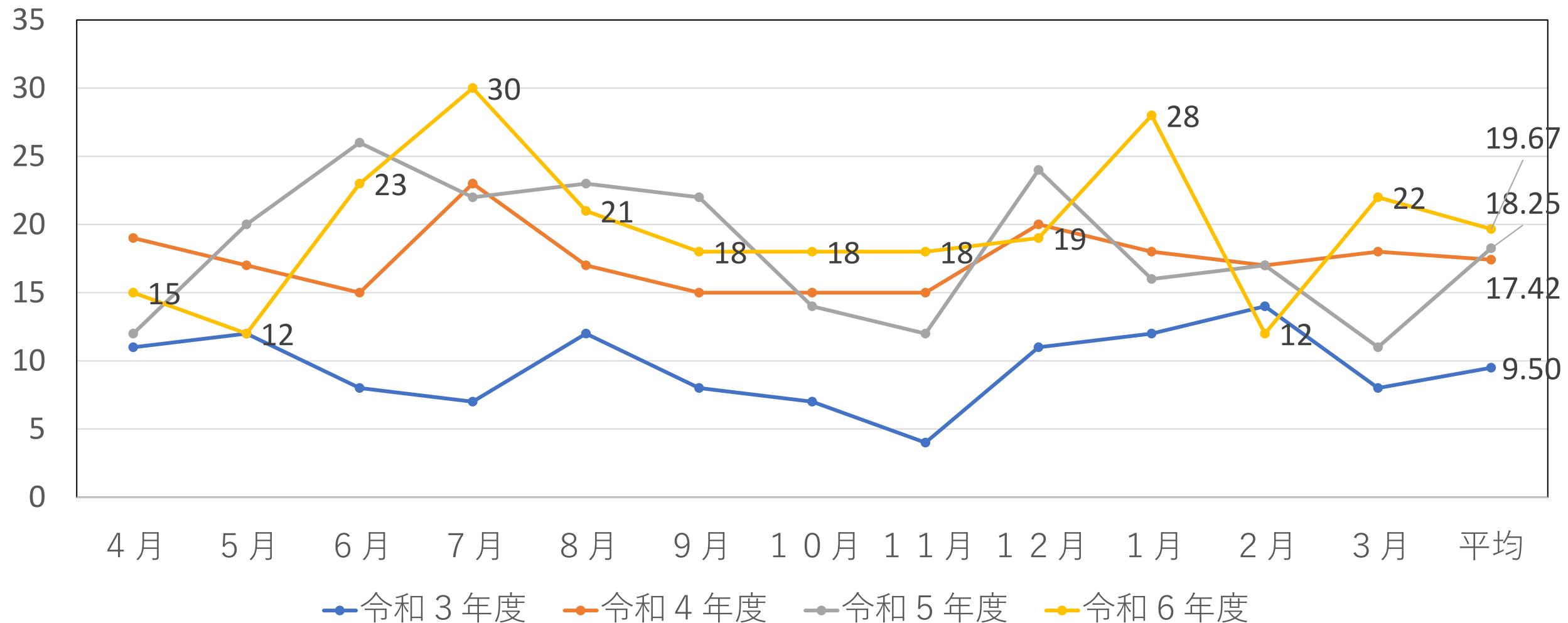
令和6年度;236台

◆この取り組みを行ってきたことにより、消防との連携はできていた。

病棟維持のためには、月による受入台数のUP・DOWNが大きく起きないようにすることが課題となっている。

# 救急車の受け入れ

志村大宮病院 救急車搬送数



# 志村大宮病院リハビリテーション部門の体制

## ＜人員体制＞

医師3名(リハビリテーション科専門医2名、専攻医1名)

理学療法士38名 作業療法士31名 言語聴覚士10名

## ＜リハ関連施設基準＞

- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・がん患者リハビリテーション料

## ＜一般病棟(急性期一般入院料4;48床)における疾患別リハの1日平均実施単位数＞

【平日】5.40単位 【土日・祝日】5.48単位

## ＜その他＞

- ・365日のリハビリテーション提供体制
- ・「病院機能評価(高度・専門機能):リハビリテーション(回復期)」の認定

# ADLの低下を防ぐためのリハ・ケア体制の強化に向けた対応

## ①離床促進体制の見直しと強化

- ・2023年から、一般病棟におけるケアの質の向上に向けて、多職種（医師・看護師・介護士・管理栄養士・療法士）で離床促進体制の構築を目指した協議および取組を開始していた。
- ・離床時間を延長した患者は、延長しなかった患者に比べて、**Barthel Indexの改善度(特に食事、移乗)、入院前の生活環境への復帰率の割合が高い**ことが確認できていた。

※入院前の生活環境への復帰率：在宅復帰率とは異なり、元々生活されていた自宅および施設に復帰した割合。

	入院前生活環境復帰率	BI改善度平均
参加群	48.6%	5.29
非参加群	43.6%	3.21
全体	45.1%	3.85

参加群	項目	p値	
		* : 有意差あり	
	食事	**	0.004
	着脱	*	0.03
	更衣		0.059
	清拭・入浴		1
	トイレ	*	0.035
	移乗	**	0.001
	移動	*	0.025
	階段昇降		1
	排尿		0.334
	排便		0.408

非参加群	項目	p値	
		* : 有意差あり	
	食事		0.55
	整容		0.257
	更衣	*	0.034
	清拭・入浴		0.157
	トイレ	*	0.046
	移乗		0.075
	移動		0.854
	階段昇降		0.18
	排尿		0.589
	排便		0.589

Wilcoxonの符号付順位和検定

\*\*:p<0.01

\*:p<0.05

# ADLの低下を防ぐためのリハ・ケア体制の強化に向けた対応

- この結果を踏まえ、2024年度の地域包括医療病棟開設に向けて、既存の離床促進体制をさらに強化することとした。
- 当院独自の離床中止基準を作成**するとともに、院内研修会を開催した上で、日中の離床に加え、**1日3食の離床体制を導入**した。

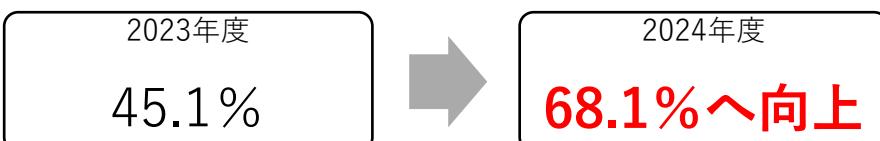
## 志村大宮病院 離床中止基準

- I. 体温 38°C以上の発熱
  - II. SPO2 安静時に93%以下の場合（酸素は3Lまでなら使用していても離床可）
  - III. 呼吸数 10回/分以下 30回/分以上
  - IV. 心拍数 50回/分以下 120回/分以上
  - V. 呼吸困難 本人が強い呼吸困難を訴えた時 修正Borgスケール5程度
  - VI. 不整脈 安静時に単発期外収縮、慢性心房細動以外の不整脈の出現
  - VII. 血圧 安静時収縮期血圧が90mmHg以下 180mmHg以上
  - VIII. 血圧変動 離床で収縮期血圧が30mmHg以上変動する時
  - IX. 昇圧剤使用時
  - X. 吸引 頻回な吸引が必要で離床困難な時
  - XI. 疼痛 座位が困難な時 NRS 7以上
  - XII. 貧血 Hb 7以下の時
  - XIII. 医師指示で制限されている時
- ※離床中止基準に該当しない場合は、積極的に離床を行うこと。

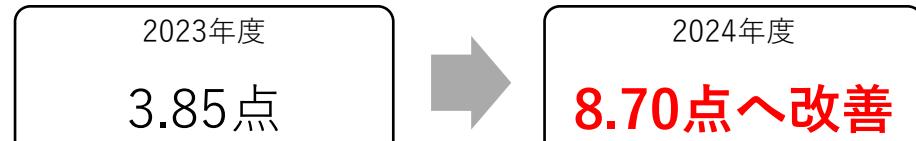


- 体制強化後は、**入院前の生活環境への復帰率及びBarthel Indexの改善度に大幅な改善**を認めた。

## 【入院前の生活環境への復帰率】



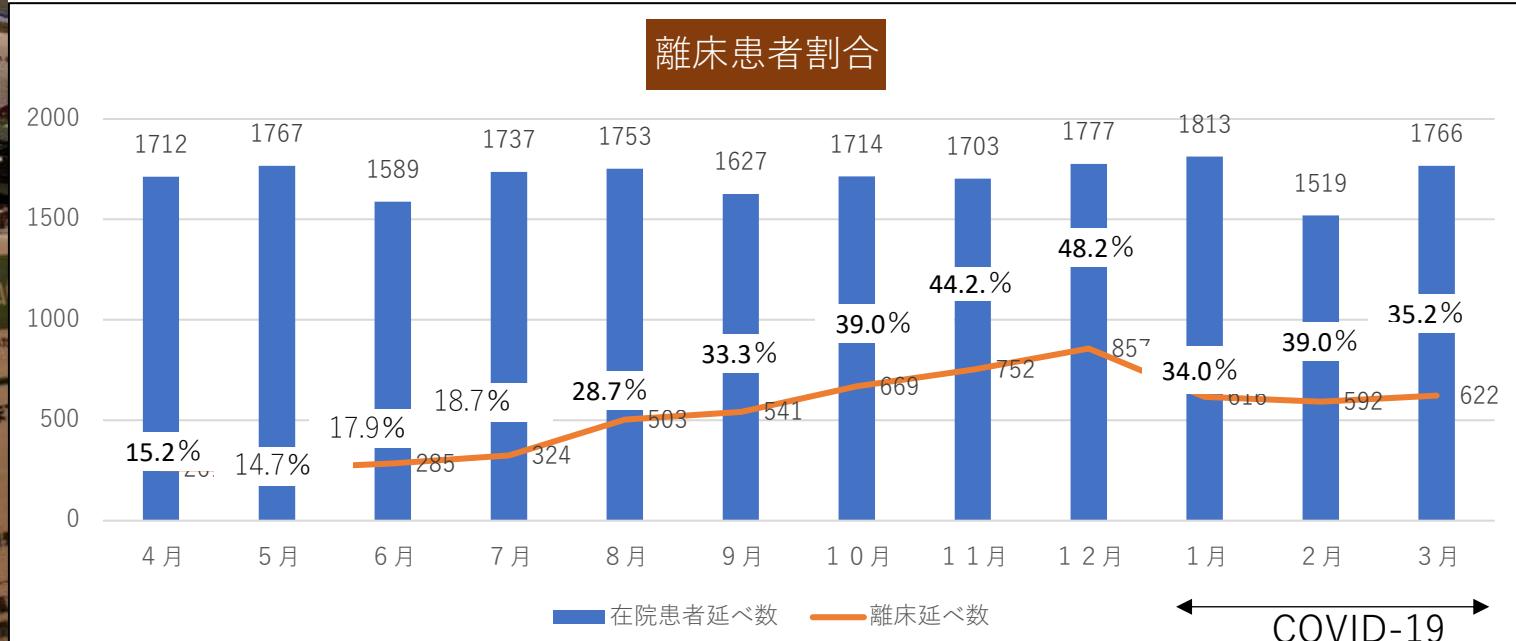
## 【Barthel Indexの改善度(平均点)】



# 離床會議



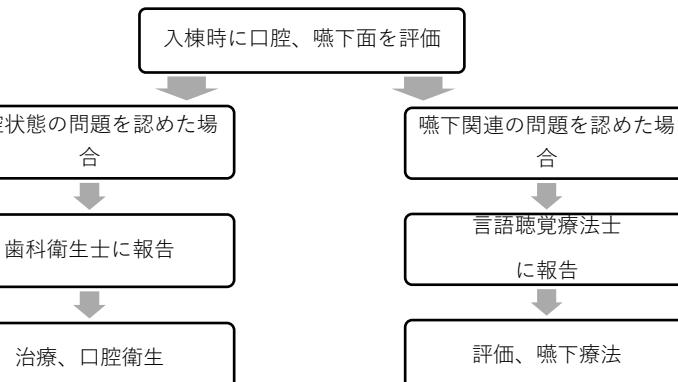
「リハビリテーション栄養口腔連携体制加算」を算定する準備をし、6月から算定。以前から離床会議を実施していたため、離床の基盤はできていた。更なる質の向上のために多職種の連携を強化し、看護師や介護福祉士（看護補助）だけでなく、リハ科や栄養科、歯科衛生士など、介入している全職種が病棟で生活援助を行う方針を決定し実施。



# ADLの低下を防ぐためのリハ・ケア体制の強化に向けた対応

## ② ADL・栄養状態・口腔状態の包括的な評価及び支援体制

- ・入棟時に療法士、看護師、管理栄養士が連携し、ADL、栄養状態、口腔状態を包括的に評価する体制を構築した。
  - 入棟時に療法士、管理栄養士、看護師で、ADL、栄養状態、口腔状態を評価し、計画書を作成。**
  - 口腔状態に異常が認められた場合は、速やかに歯科衛生士へ報告。**嚥下機能に問題が確認された場合は、主治医および言語聴覚士へ報告し、迅速に対応する仕組みを整備。
  - 必要に応じて嚥下内視鏡検査（VE）を実施。
- ・摂食嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士が中心となり、「嚥下機能の評価」、「食形態の調整」、「食事時の注意点の作成」を実施。
- ・看護師および介護士が連携し、適切な食事介助を実施。**早期から食事再開を支援することで、栄養状態の改善およびADL向上を図る体制を構築。**



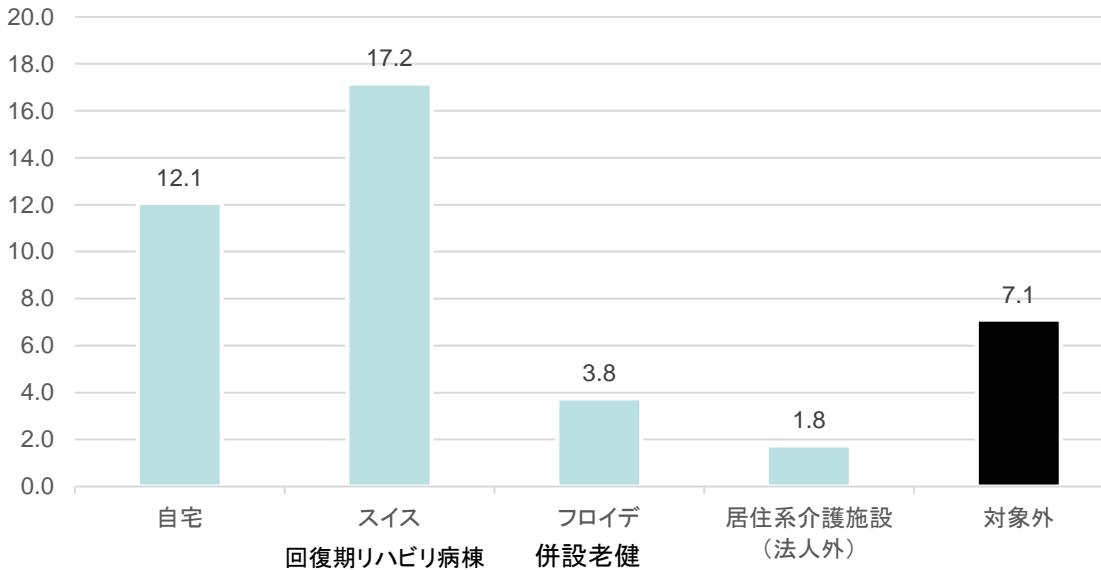
# ADLの低下を防ぐためのリハ・ケア体制の強化に向けた対応

## ③ ADL維持・改善に向けたリハビリテーションの実施

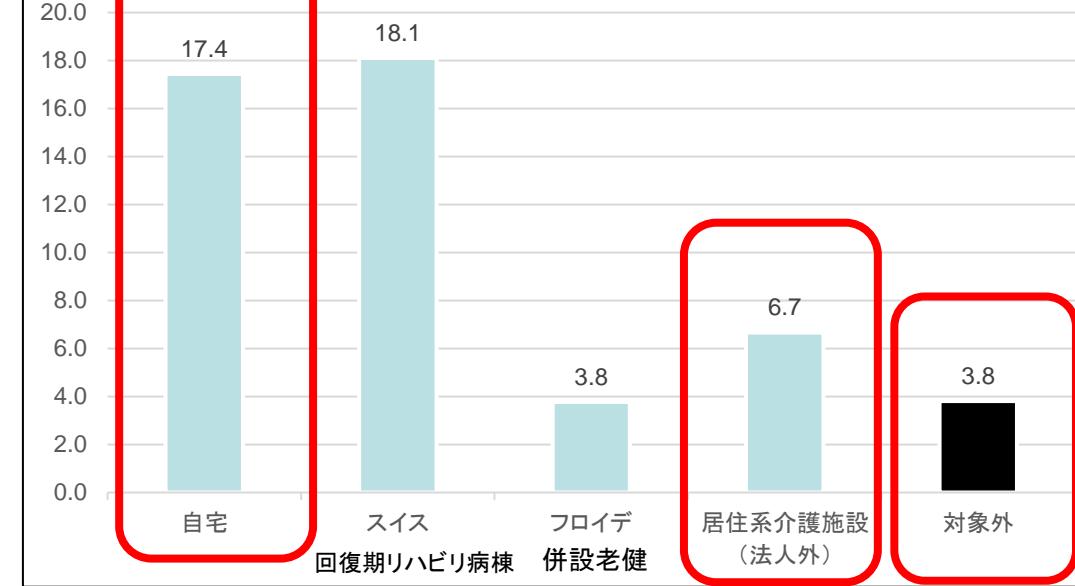
- ・多職種カンファレンスを通じて退院後の生活環境を考慮した退院目標を設定し、チーム内で共有。
  - 入院前に当法人の介護保険サービスを利用していた患者については、多職種カンファレンスの事前準備として、**入院前の身体機能やADLを把握するため、法人内で情報共有ツールを活用して共有する体制**を構築。
  - 得られた情報をリハビリテーション計画に反映させ、患者の**退院後の生活環境やニーズに即したリハビリテーションを提供する体制**を構築。
- ・医師の指示のもと、**入院早期から患者の状態に応じた適切な運動負荷量でリハビリテーションを実施できるよう、体制を整備。**
- ・ADLの維持・向上を目指し、早期から計画的なリハビリテーションを実施。



## 令和5年度一般病棟移動先 月平均値

令和5年4月～令和6年3月末データ  
(入院一般4)

## 令和6年度一般病棟移動先 月平均値

令和6年4月～12月末データ  
(令和6年11月より地域包括医療病棟)

①自宅からの救急車の受入が増加

②在支病として協力医療機関になっている介護施設からの積極的受入による増加

③地域包括ケア病床への転棟を減らし、対象外が減少

④回復期リハ病棟への転棟は、従来から実施してきたため変化はないがメインの在宅復帰ルートになっている。

⑤併設老健(超強化型)へも従来から一定の人数が動いていた

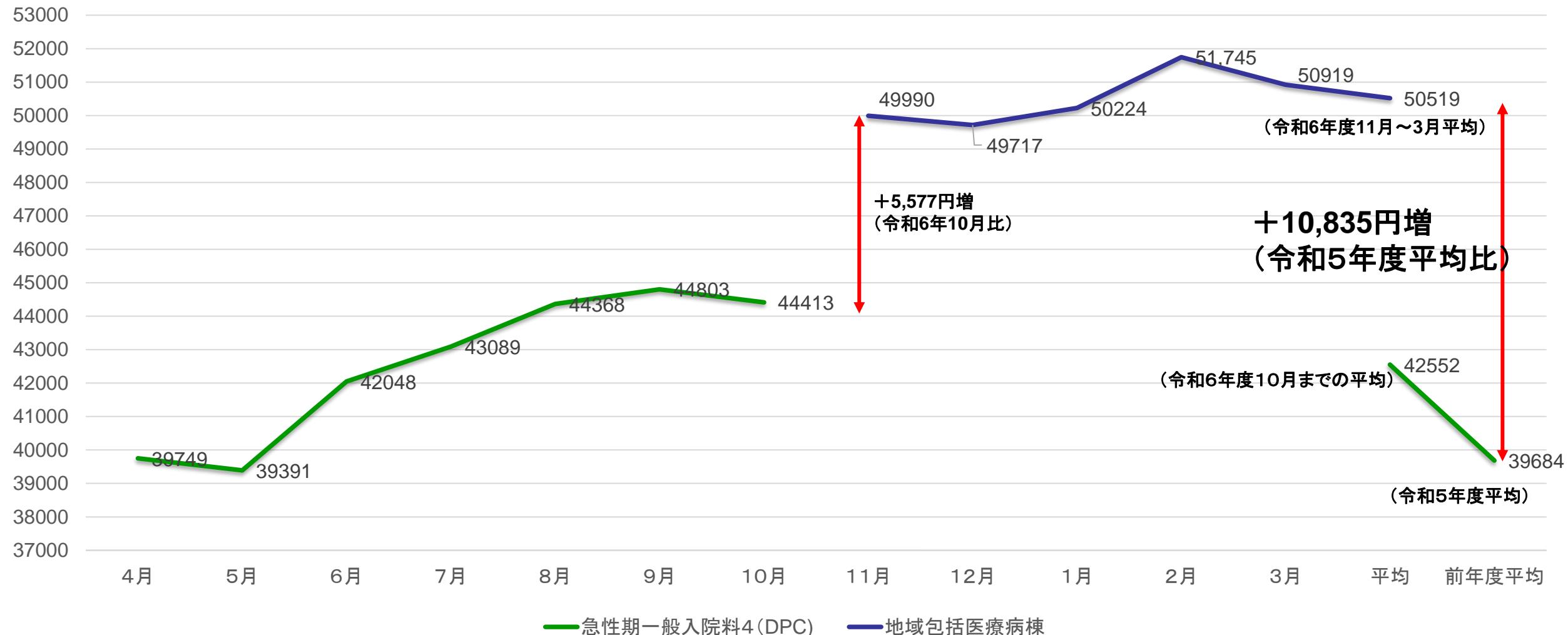
⑥基幹病院など紹介元病院との連携をさらに強化した

◆回復期リハ病棟と併設老健への移動は、従来からの流れとして実施してきたが、それが今回の要件と合致したため在宅復帰率向上に大きく貢献した。

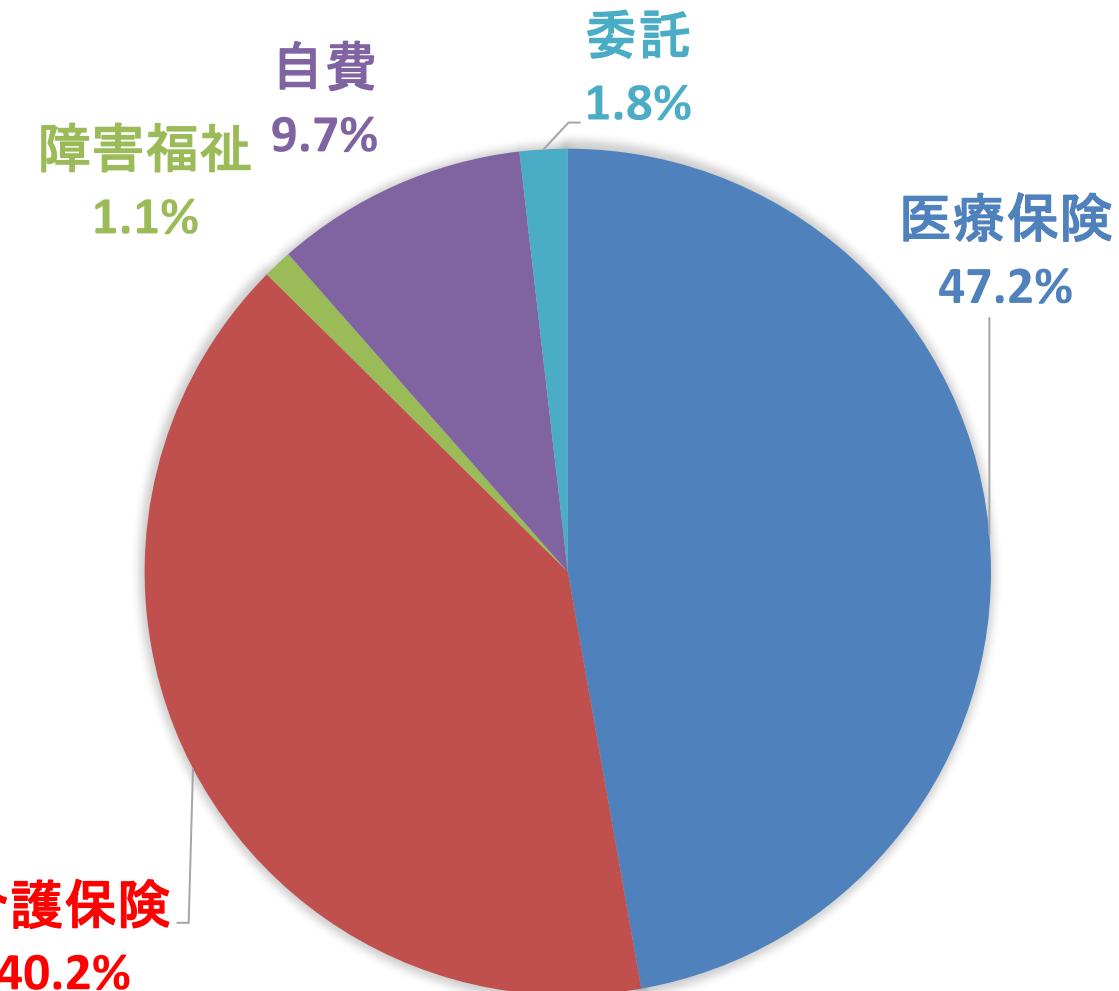
また、協力医療機関となっている介護施設からの受入や自宅からの救急を早期に行いADLを落とさない対応を行ったことで、元の自宅や施設にスムーズに復帰ができた。

協力医療機関  
になっている  
介護施設

単価



# 医療法人博仁会収支内訳



2025年4月～2025年9月末までの平均値

★病院経営のポイント → 医療・介護複合体として在宅・自費を伸ばす

①人口動向

⑥在宅事業

②職員確保

⑦介護事業

③建替時期

⑧医療政策

④病院規模

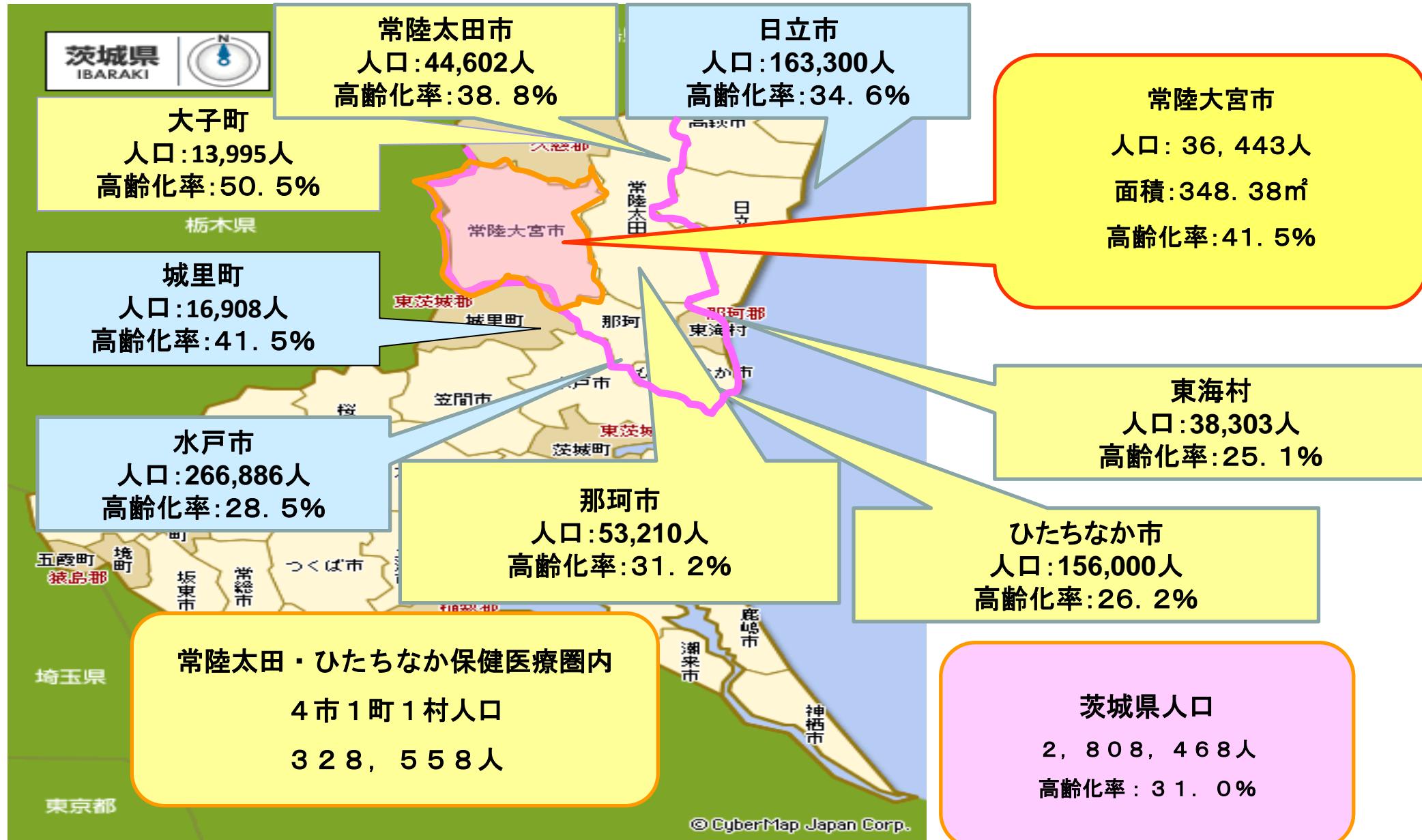
⑨人材育成

⑤病院機能

⑩経営者魂

## 5.当グループのまちづくり

# 茨城県・常陸大宮市周辺市町村の人口構成 令和7年1月1日現在



# 志村フロイデグループ(SFG)(1951年設立) 2025年4月1日現在



## 医療法人 博仁会

1951年10月 志村大宮病院開院

1957年10月 法人化

拠点数:10 職員数:1041名



## 社会福祉法人 博友会

2000年10月 法人設立

拠点数:9 職員数:289名



## 学校法人 志村学園

2010年3月 法人設立

2010年4月 看護学科 開設

2020年4月 介護福祉学科 開設

拠点数:1 職員数:19名



## 有限会社 いばらき総合介護サービス

2002年9月 法人設立

拠点数:4

**職員数合計  
1,349名**

# 法人の経営理念・目標



## 経営理念

私たちは、お客様が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らしていただくために必要な保健・医療・福祉の総合的なサービスの提供に努めます

## 経営目標

私たちは、県央・県北西部のリハビリセンターと高齢者・障害者総合ケアシステムの確立を実現します。

# 〈志村フロイデグループの目標〉

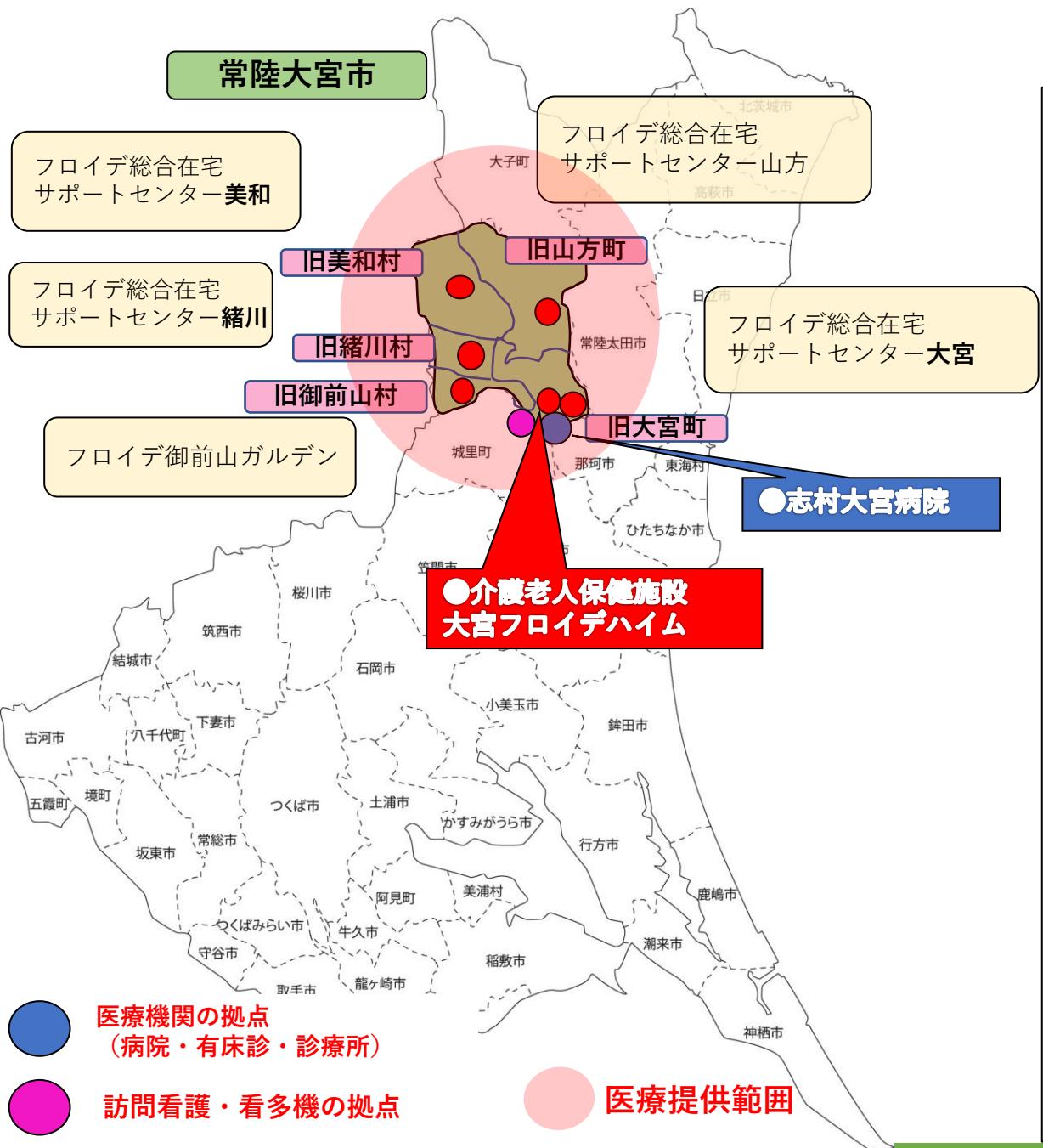


“中小病院は地域と運命共同体”

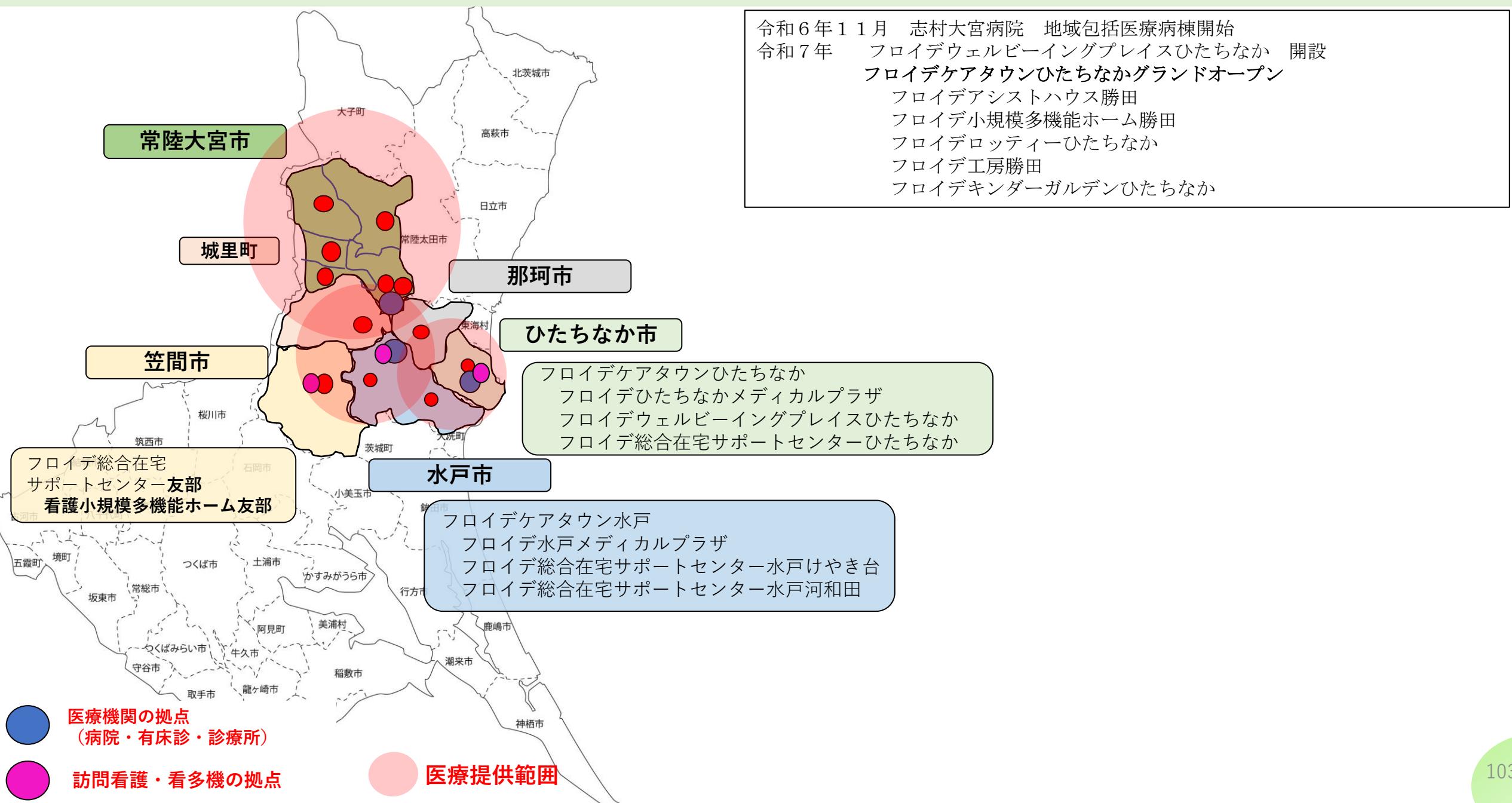
病院を中心とした  
まちづくりの必要性

- ①地域に密着した医療の充実
- ②地域包括ケアシステムの確立
- ③介護サービス比率の増加
- ④サービス提供エリアの都市部への拡大
- ⑤高齢者の雇用推進⇒自立高齢者の増加⇒超高齢化対策
- ⑥出産・子育て支援⇒女性就労の継続・増加 ⇒ 少子化対策・人口減少対策
- ⑦看護学校の運営⇒地域の人材育成
- ⑧医商連携⇒中心商店街の活性化
- ⑨医療機関を中心としたまちづくり⇒ 高齢者が安心して過ごせるまちづくり
  - ・地域活性化対策
- ⑩首都圏の超高齢化の受け皿づくり⇒ 共生型CCRC

## 常陸大宮市旧町村ごとの拠点整備期



平成7年	おおみや訪問看護ステーション開設
平成8年	老人保健施設大宮フロイデハイム開設
	大宮デイケアセンター開設
	大宮リハビリテーションセンター開設
	在宅介護支援センターおおみや開設
平成10年	志村デイケアセンター開設（現在の志村デイサービスセンター）
	おおみやホームヘルパーステーション開設
平成11年	おおみや総合ケアプランセンター開設
平成12年	療養型病棟「チロル館」開設
	社会福祉法人 博友会 設立
平成13年	介護老人福祉施設「御前山フロイデガルテン」開設
平成14年	茨城県指定「地域リハ・ステーション」開設
	茨城県指定「おおみや訪問リハ・ステーション」開設
平成15年	フロイデグループホーム桂開設
	茨城県北西総合リハビリテーションセンター開設
	回復期リハビリ病棟「スイス館」
	総合リハビリテーション施設
	「ヨーデルリハビリテーションセンター」開設
平成17年	地域リハビリテーション広域支援センター開設
	亜急性期病床開設
	フロイデ在宅サポートセンター大宮中央開設
	フロイデ総合在宅サポートセンター美和開設
	フロイデ在宅サポートセンター大宮北開設
平成18年	フロイデ総合在宅サポートセンター緒川開設
	常陸大宮市南部地域包括支援センター開設
平成19年	フロイデ総合在宅サポートセンター山方開設





病院	1	有床診療所	1	診療所	2
介護老人福祉施設	2	小規模多機能型居宅介護	7	地域包括支援センター	2
介護老人保健施設	1	看護小規模多機能型居宅介護	3	茨城県認知症疾患医療センター	1
通所事業 (総合事業含む)	1 4	サービス付き高齢者住宅	3	訪問入浴	1
認知症対応型通所介護 (共用型含む)	3	住宅型有料老人ホーム	2	保育所・病児保育	2
通所リハビリテーション	3	訪問介護 (障がい事業含む)	4	放課後等デイサービス	2
居宅介護支援事業所	5	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4	児童発達支援	2
認知症対応型共同生活施設 (認知症グループホーム)	3	訪問看護ステーション	4	就労継続支援A型・就労移行支援	2
配食サービス	3	訪問リハビリテーション	4	就労継続支援B型・就労移行支援	2
栄養ケア・ステーション	3	メディカルフィットネス	3	2025年5月1日現在 89事業所	104

# 志村フロイデグループ (SFG)ご案内

- 志村大宮病院(178床)  
日本医療機能評価機構 主たる機能:一般病院1  
副機能:緩和ケア病院 リハビリテーション病院  
高度・専門機能リハビリテーション(回復期)  
ISO9001・2015 プライバシーマーク  
くるみんマーク 健康経営優良法人  
一般病棟(48床)  
地域包括ケア病床(12床)  
緩和ケア エーテルワイス病棟(20床)  
志村地域医療連携センター  
志村検査・健診センター  
茨城県指定 認知症疾患医療センター  
呼吸器センター  
医療療養病棟 チロル館(48床)



- 常陸大宮市**
- 志村北西総合リハビリテーションセンター  
回復期リハビリテーション病棟 スイス館(50床)  
総合リハビリテーション施設 ヨーデルリハビリテーションセンター  
(脳血管疾患等 I・運動器 I・呼吸器 I)  
茨城県指定 地域リハビリテーション広域支援センター  
茨城県指定 小児リハ・ステーション  
茨城県指定 おおみや訪問リハ・ステーション



- 介護老人保健施設 大宮フロイデハイム  
入所、ショート(80床)  
大宮デイケアセンター
- 志村フロイデ地域包括ケアセンター  
おおみや訪問看護ステーション  
おおみやホームヘルパーステーション  
志村大宮病院訪問リハビリテーションセンター  
フロイデおおみや定期巡回サービス  
大宮ケアプランセンター
- おおみや配食サービスセンター
- 常陸大宮市指定 在宅介護支援センターおおみや  
常陸大宮市指定 常陸大宮市北部地域包括支援センター



- 有限会社 いばらき総合介護サービス  
介護用品専門店 あんしん介護プラザ  
(福祉用具販売・レンタル・住宅改修)  
コミュニティカフェ BAHNHOF (バンホフ)  
キヨスクプラッツ  
テクノエイドセンター  
コミュニティカフェ BAHNHOF 2 (バンホフ) (仮)

- 機能訓練センター フリューゲル  
自立訓練 (機能訓練)
- 志村クリニックごぜんやま  
無床診療所
- 認知症対応型通所介護  
志村デイサービスセンター  
「さくらデイサービスセンター」
- フロイデ総合在宅サポートセンター 大宮  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ小規模多機能ホーム大宮  
鈴木芳夫記念 アクティビティセンター  
フィットネスセンター
- フロイデアシストハウス大宮 (20室)  
サービス付き高齢者住宅
- フロイデ総合在宅サポートセンター緒川  
リハビリ機能強化型デイサービス
- フロイデ総合在宅サポートセンター山方  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ小規模多機能型ホーム山方  
やまがた総合ケアプランセンター
- フロイデ総合在宅サポートセンター美和  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデグループホーム美和
- 介護老人福祉施設 御前山フロイデガルテン  
ごぜんやま総合ケアプランセンター  
ごぜんやまデイサービスセンター  
ごぜんやまホームヘルパーステーション  
ごぜんやま配食サービスセンター  
ごぜんやま訪問入浴サービスセンター  
常陸大宮市指定 在宅介護支援センターごぜんやま
- 地域密着介護老人福祉施設  
大宮フロイデドルフ

- 学校法人 志村学園  
茨城北西看護専門学校  
看護学科  
介護福祉士学科



## 城里町

- フロイデ総合在宅サポートセンター城里  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ小規模多機能ホーム城里  
しろさと配食サービスセンター
- フロイデ工房しろさと  
就労移行支援  
就労継続支援B型  
カフェ インスブルック
- フロイデグループホーム桂  
認知症対応型共同生活介護



- フロイデひたちなかメディカルプラザ  
みんなの内科・外科クリニック (有床診療所)  
フロイデ看護小規模多機能型住宅介護  
フロイデアシストハウスひたちなか (14室)  
フロイデひたちなか定期巡回サービス  
フロイデひたちなか訪問リハビリテーション  
フロイデ工房ひたちなか  
就労移行支援  
就労継続支援A型
- フロイデメディカルフィットネスセンター  
コミュニティカフェガルミッシュパルテン・キルヘン
- フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか  
リハビリ機能強化型デイサービス (1日型)  
フロイデひたちなかデイケアセンター  
フロイデ小規模多機能ホームひたちなか  
認知症対応型通所介護 いちょうデイ  
ひたちなか総合ケアプランセンター  
フロイデひたちなか訪問看護ステーション
- フロイデグループホームひたちなか  
認知症対応型共同生活介護 はまぎきデイサービス  
ひたちなか市北部地域包括支援センター
- フロイデアシストハウス勝田 (22室)  
小規模多機能ホーム勝田  
ロッティひたちなか  
児童発達支援  
放課後等デイサービス
- フロイデ工房勝田  
就労継続支援B型  
認可外小規模保育・病児保育



## 水戸市

- フロイデ水戸メディカルプラザ  
フロイデクリニック水戸(無床診療所)  
フロイデ水戸堀町デイケアセンター  
フロイデ看護小規模多機能ホーム水戸堀町  
フロイデアシストハウス水戸堀町(20室)  
フロイデみと総合ケアプランセンター  
フロイデみとホームヘルパーステーション  
フロイデみと定期巡回サービス  
フロイデみと訪問看護ステーション  
フロイデみと訪問リハビリテーション  
フロイデ工房みと  
就労移行支援  
就労継続支援A型
- フロイデメディカルフィットネスセンター水戸  
コミュニティカフェ ミッテンヴァルト
- フロイデ総合在宅サポートセンター水戸河和田  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ小規模多機能ホーム水戸河和田
- フロイデ総合在宅サポートセンター水戸けやき台  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ小規模多機能ホーム水戸けやき台
- つどいの家  
地域密着型通所介護  
フロイデアシストハウス水戸けやき台



※赤字は新規予定事業

- 笠間市**
- フロイデ総合在宅サポートセンター友部  
リハビリ機能強化型デイサービス  
フロイデ看護小規模多機能ホーム友部  
フロイデともべ訪問看護ステーション  
フロイデともべ定期巡回サービス  
フロイデアシストハウス友部



- 那珂市**
- ロッティなか  
児童発達支援  
放課後等デイサービス
  - フロイデ工房なか  
就労移行支援・就労継続支援B型



# 医療法人博仁会の沿革・概要



## 法人の沿革(概略)

昭和26年 志村大宮病院設立  
平成8年 介護老人保健施設  
大宮フロイデハイム開設  
平成15年 茨城北西総合リハビリテーション  
センター開設  
(回復期リハビリ病棟・  
総合リハビリテーション施設)  
平成20年 志村クリニックごぜんやま開設  
平成21年 DPC対象病院  
平成22年 在宅療養支援病院  
平成27年 緩和ケア病棟開設

令和元年 フロイデクリニック水戸  
(在宅療養支援診療所)開設  
令和5年 みんなの内科外科クリニック  
(有床診)  
(在宅療養支援診療所)開設  
令和6年11月 地域包括医療病棟開設

## 病院の概要

許可病床数 178床  
(地域包括医療48床・地域包括ケア12床・緩和ケア20床  
回復期リハビリ50床・療養48床)  
リハビリ 脳血管 I 運動器 I 呼吸器 I  
診療科目 16科目  
外来処方 院内・院外処方

## 外部機関認定・認証

日本医療機能評価機構 主たる機能:一般病院1 副機能:緩和ケア病院 リハビリテーション病院  
高度・専門機能リハビリテーション(回復期) ISO9001・2015 プライバシーマーク くるみんマーク 健康経営優良法人

# 茨城県 常陸大宮市

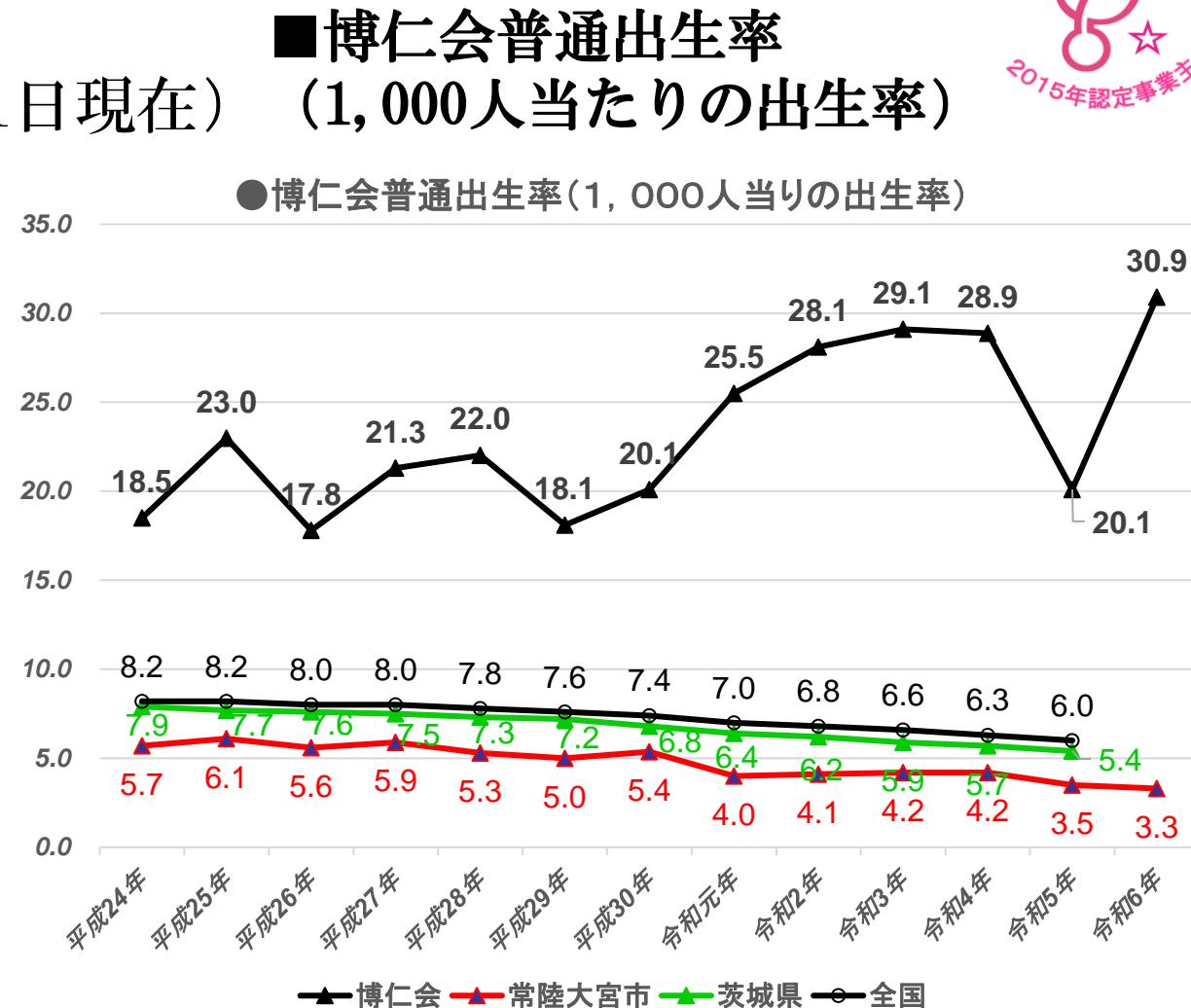


- 人口：36,403人（令和7年1月1日現在）
- 高齢化率：41.5%



## 旧町・村単位の高齢化率

大宮	: 34.34%
山方	: 47.95%
美和	: 52.72%
緒川	: 48.28%
御前山	: 47.81%



フロイデケアタウン大宮

地域完結型エリア タウン型

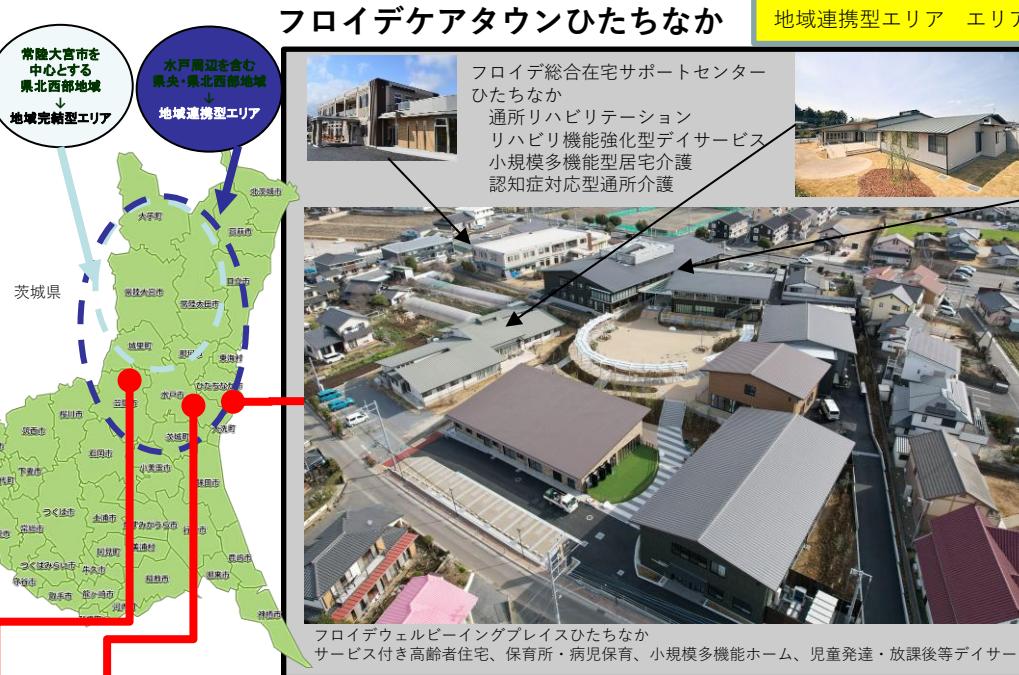
認定栄養ケア・ステーション



フロイデケアタウンひたちなか

地域連携型エリア エリア型

認定栄養ケア・ステーション



フロイデひたちなかメディカルプラザ  
有床診療所、住宅型有料老人ホーム、  
看護小規模多機能型居宅介護、メディカルフィットネス、カフェ・売店（就労継続支援A型・就労移行支援）  
志村フロイデ地域包括ケアセンター  
居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ  
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護  
地域包括支援センター

フロイデケアタウン水戸

地域連携型エリア エリア型

認定栄養ケア・ステーション

フロイデ水戸メディカルプラザ

地域交流スペース・住宅型有料老人ホーム

3F

メディカルフィットネス・看護小規模多機能型居宅介護

2F

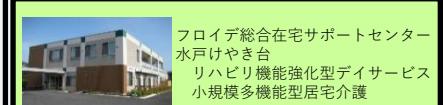
診療所・通所リハビリ・カフェ・売店  
(就労継続支援A型・就労移行支援)  
志村フロイデ地域包括ケアセンター

居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ  
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護

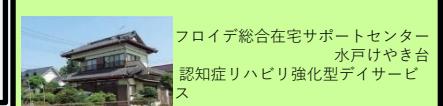
1F



フロイデ総合在宅サポートセンター水戸河和田  
リハビリ機能強化型デイサービス  
小規模多機能型居宅介護



フロイデ総合在宅サポートセンター  
水戸けやき台  
リハビリ機能強化型デイサービス  
小規模多機能型居宅介護



フロイデ総合在宅サポートセンター  
水戸けやき台  
認知症リハビリ強化型デイサービス



フロイデアシストハウス  
アルモニー  
高齢者対応住宅アシストハウス

フロイデケアタウン友部

地域連携型エリア 単体施設型



看護小規模多機能ホームともべ  
看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護  
地域交流スペース ヴィルコメン  
フロイデアシストハウス友部  
サービス付き高齢者住宅  
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護

# フロイデ水戸メディカルプラザ

## 事業内容

- 1階
  - ・診療所
  - ・通所リハビリテーション
  - ・訪問看護
  - ・訪問リハビリ
  - ・訪問介護
  - ・定期巡回随時対応型訪問介護看護
  - ・居宅介護支援
  - ・就労継続支援A型
  - ・就労移行支援
  - ・コミュニティカフェ
  - ・認定栄養ケアステーション
- 2階
  - ・看護小規模多機能型居宅介護
  - ・メディカルフィットネス
- 3階
  - ・住宅型有料老人ホーム 20室
  - ・地域交流スペース



# フロイデケアタウンひたちなか (ベッド数100床/室) (通い定員260)

## 事業内容(全体)

### サポートセンター

- ・リハビリ機能強化型デイ(40名)
- ・通所リハ (25名)
- ・認知症対応型デイ (12名)
- ・小規模多機能 (29名)
- ・地域包括支援センター



### メディカルプラザ

- ・外来・病床 (19床)
- ・訪問診療・訪問看護
- ・住宅型有料老人ホーム
- ・訪問リハビリ・訪問介護
- ・居宅介護支援・定期巡回随時対応型訪問介護看護
- ・看護小規模多機能型居宅介護・コミュニティカフェ
- ・売店
- ・みんなの学習室
- ・メディカルフィットネス
- ・就労継続支援A型・移行支援



ベルリン

ミュンヘン

ハンブルク

グループホーム  
18床・共用型デイ

シュツットガルト

フランクフルト

ケルン

ウェルビーイングプレイス  
小規模保育  
病児保育

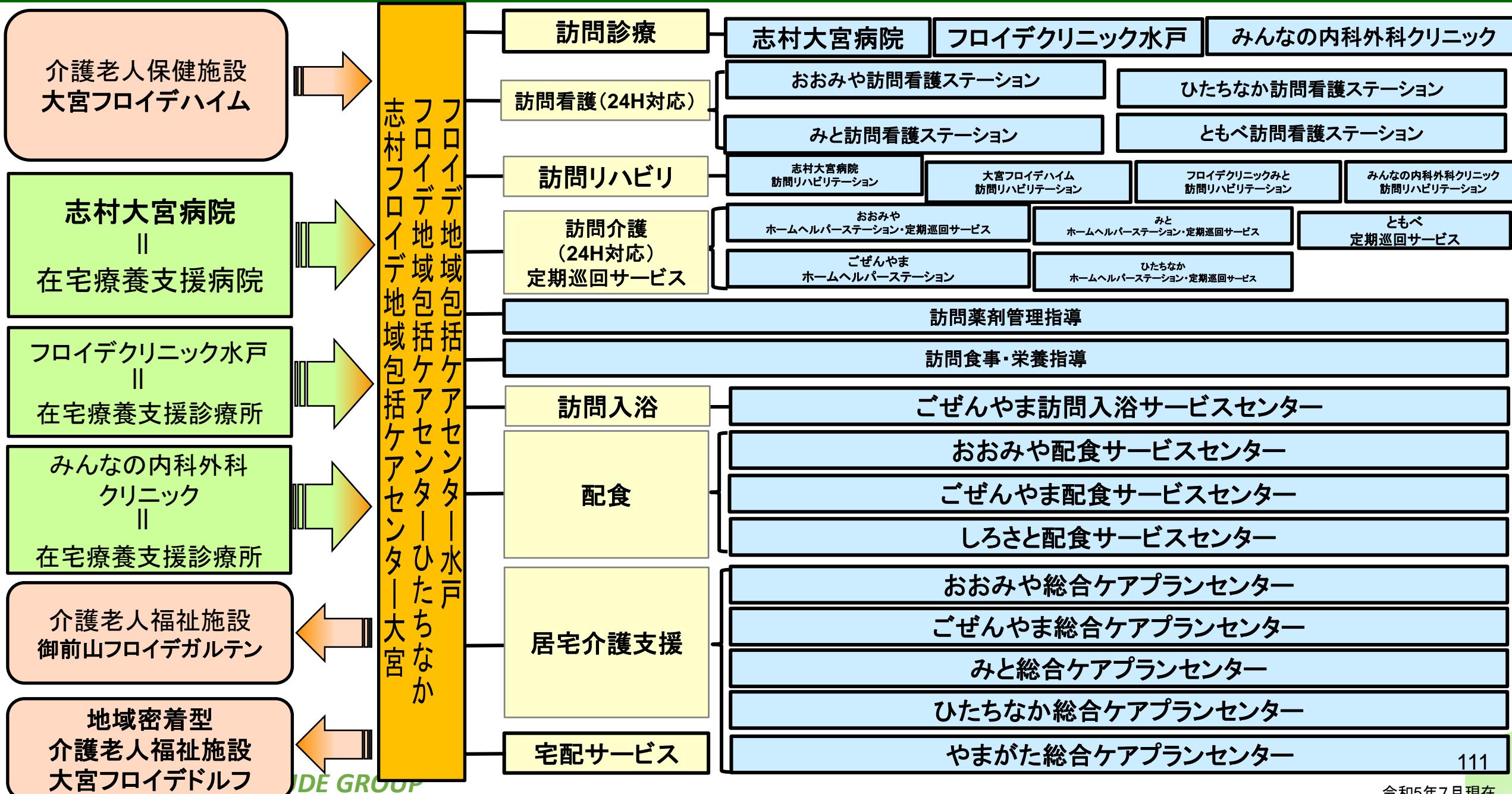


・就労継続支援B型

ウェルビーイングプレイス  
児童発達支援・放課後等デイ  
小規模多機能型居宅介護



# 志村フロイデグループの在宅支援体制

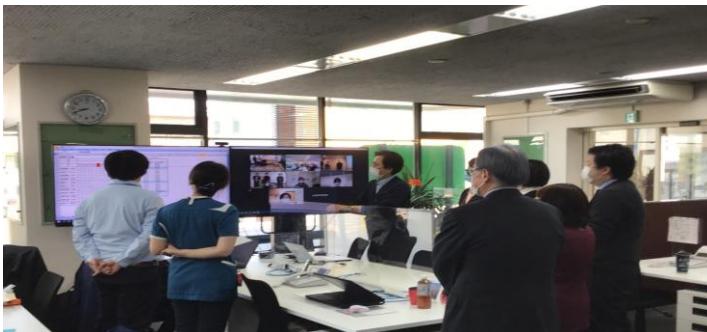


# 志村フロイデグループ内 医療・介護連携

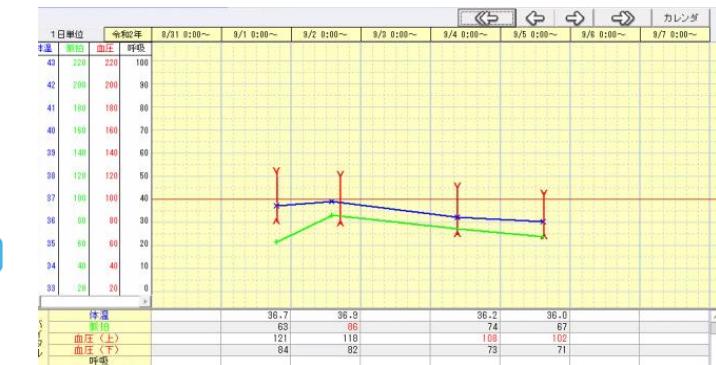
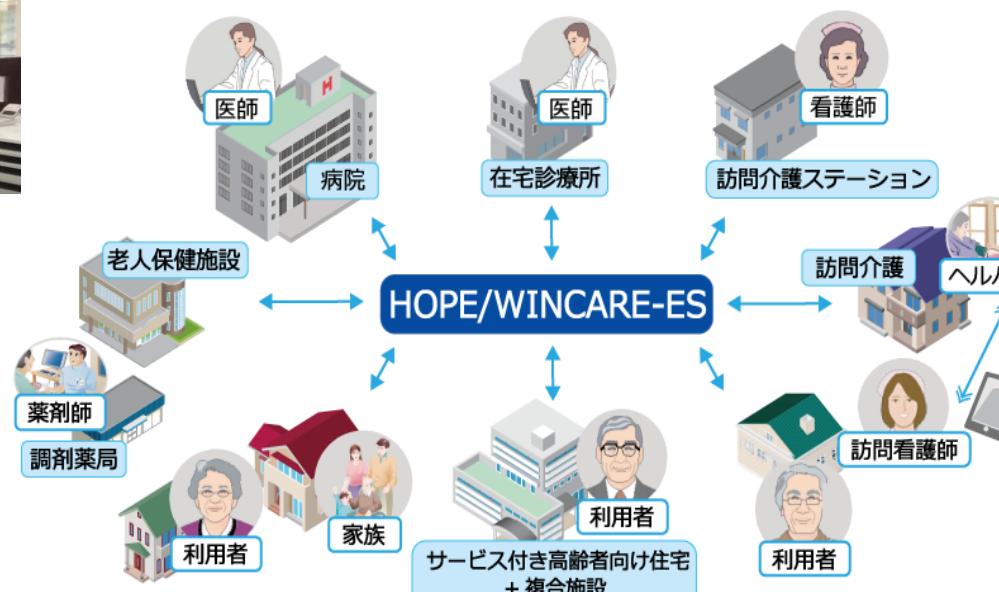
## ■ 法人内情報連携・交換

- ・医療と介護の情報共有はHOPE↔WINCAREで連携
- ・医師↔ケアマネジャーの記録を相互に閲覧
- ・ケアマネジャー⇒病院の診療記録・血液検査・薬の処方内容

## ■ 法人外は「メディカルケアステーション」「連携パス」で情報連携



SFG情報共有会議



訪問系サービスはタブレット型  
介護記録システムで  
スタッフ間の情報共有や  
医療・介護連携をする

# SFG情報共有会議

ケアタウン大宮



ケアタウン水戸



医療法人  
博仁会

ケアタウン友部



ケアタウンひたちなか



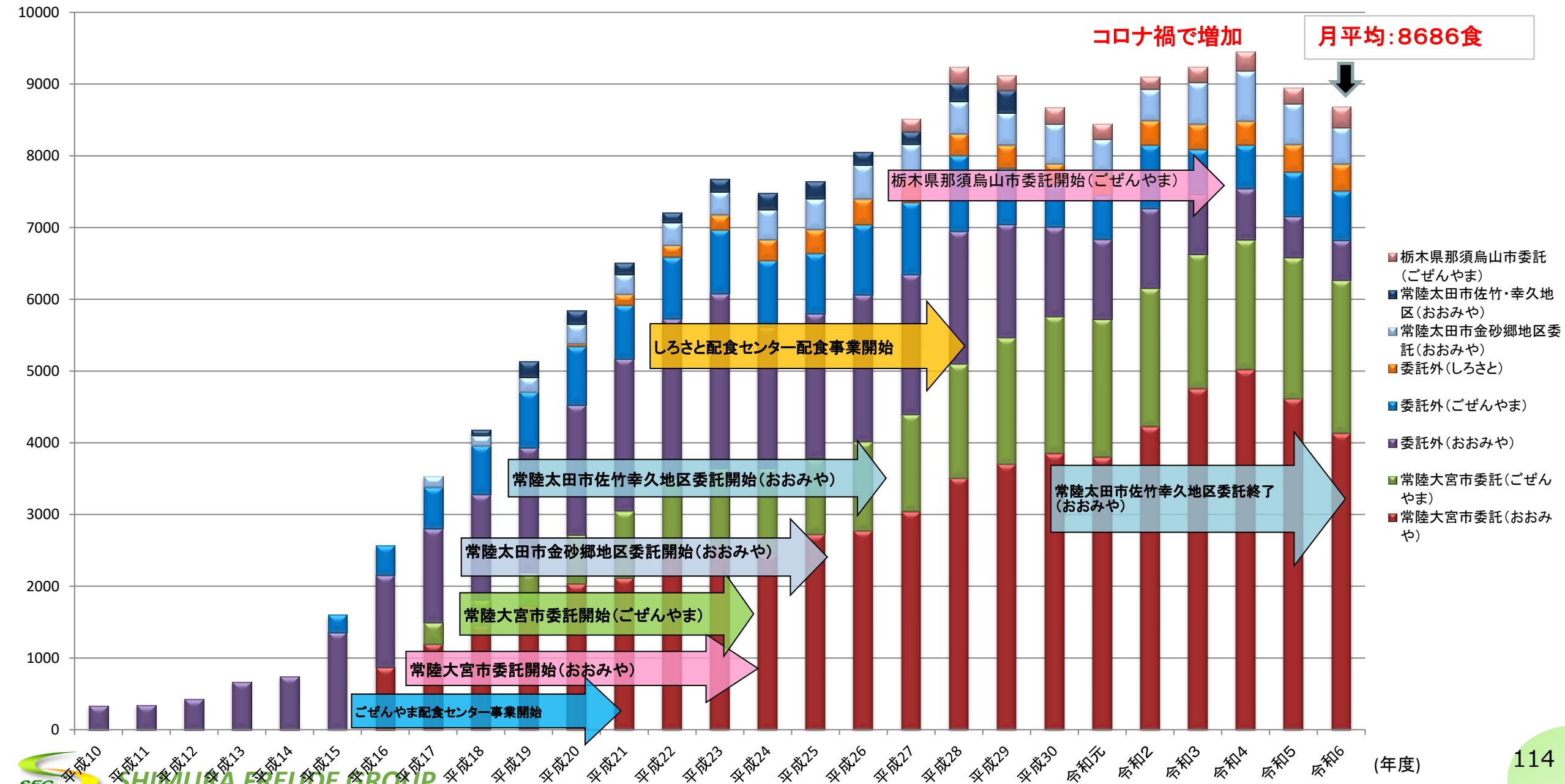
毎朝20分、病院とサテライト施設  
をつなぎだWeb会議



社会福祉法人  
博友会

2021.4.1運用開始

## おおみや・ごぜんやま・しろさと配食センター 月別平均配食推移



# 常陸大宮市地域活性化プロジェクト「フロイデDAN」発足

## –理念 VISION –

- ①当地域において、人と人とのつながりを創り出していく
- ②もっと素敵な生き方にチャレンジするきっかけを提供していく
- ③誰でも気軽に寄れて、何でも気軽に相談出来る場所を創り出していく
- ④まちと人を大切に思い、地域の幸せ創りを目指していく



【プロジェクトチームメンバー】  
作業療法士・介護福祉士・福祉用具専門相談員・介護支援専門員・管理栄養士・看護師等

# コミュニティカフェ BAHNHOF

## (地域活性化と医商連携)



2012年2月6日  
OPEN

リハビリの歩行訓練や憩いの広場として  
高齢者の作品展示ギャラリーとして  
高校生や市民との交流スペースとして



常陸大宮

# フロイデサポーター 大募集!!



自分の出来る事が誰かのためになります！！

## フロイデサポーターとは

- ① フロイデサポーターに登録
- ② 活動1回につきスタンプ1個もらえます
- ③ スタンプが5個集まると、下記チケットと交換出来ます  
 A→カフェバンホフお食事券(ランチ・ドリンク・デザート付)  
 B→フィットネスセンター体験1時間チケット(専属トレーナー付)

### ●活動する日

→→月曜日から土曜日(週1回、月1回から活動出来ます)



### ●活動する時間

→→①10時から12時 ②14時から16時



## このような活動を事あ願いいたします

### 【10時～12時】

- ・入浴後の髪乾かし、水分補給
- ・お昼の準備



### 【14時～16時】

- ・利用者様との話し相手
- ・お茶出し
- ・レクレーションを通じての交流

サポーター制度に興味を持たれた方があ気軽にあ問い合わせ下さい

電話: 0295-53-1000 担当: 小林・大高

企画: フロイデDAN 運営: 医療法人博仁会

「フロイデサポーター実行委員会」常陸大宮市上町313



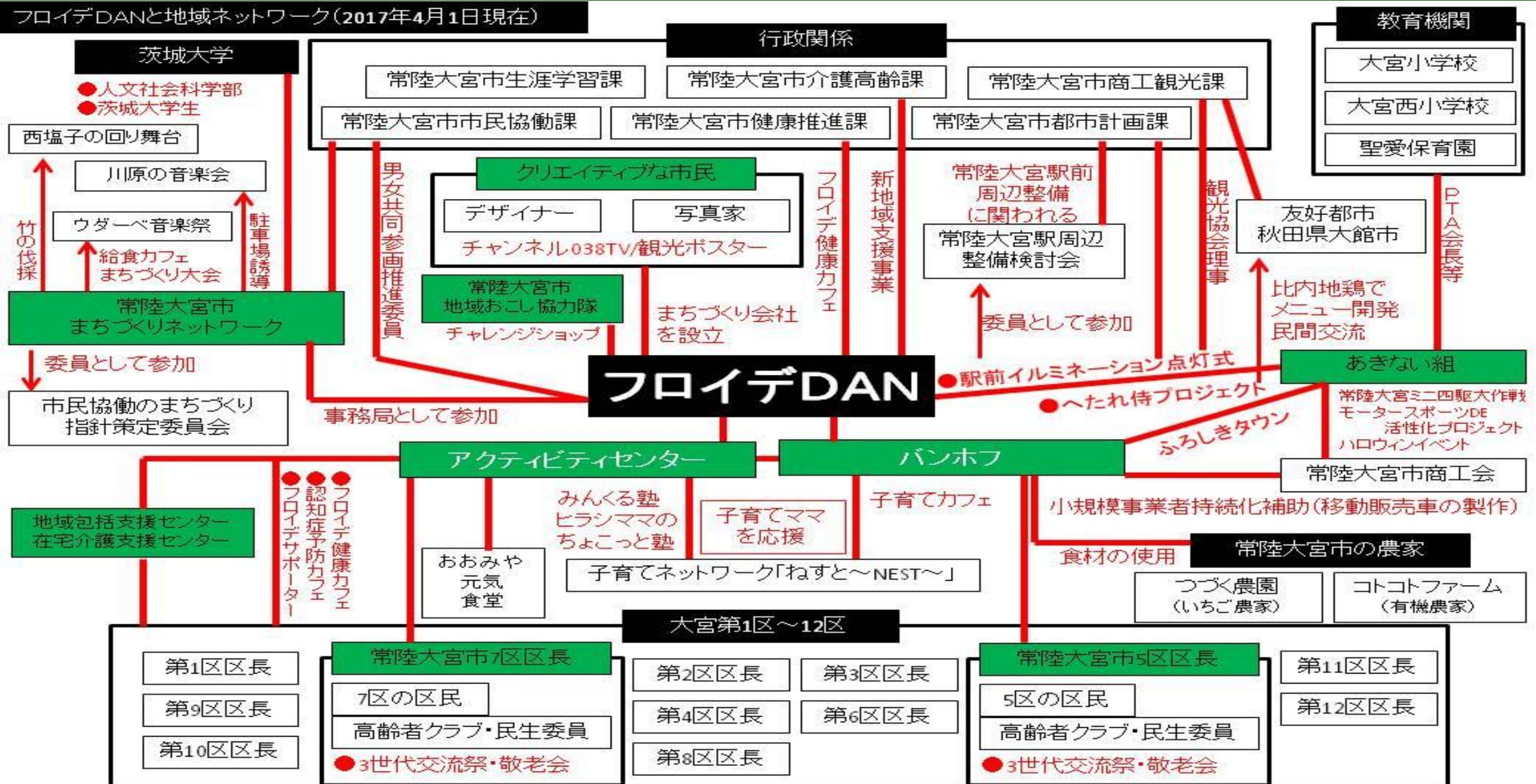
## 活動内容案

フロイデ健康教室の補助

畑仕事、洗車、掃き掃除、修繕、草刈り、  
 ウッドデッキ塗装、掃除、散歩、お風呂掃除  
 洗濯、電球交換、車椅子整備、日曜大工等々。

# 「フロイデDAN」「バンホフ」と地域ネットワーク

フロイデDANと地域ネットワーク(2017年4月1日現在)



### ☆北富田地区

- ・常陸大宮市内で1番の高齢化が進む地域。
  - ・17世帯29人が暮らし、高齢化率は90%
  - ・平成29年度より北富田行事をフロイデDANが毎月サポート。
  - ・看護・介護学生も参加。SC山方も地域拠点として参加。

## 企画と運営を全面協力

## 毎月の活動で健康維持を

北浦田地区を応援します

## まちを元気に **フロイデDAN**



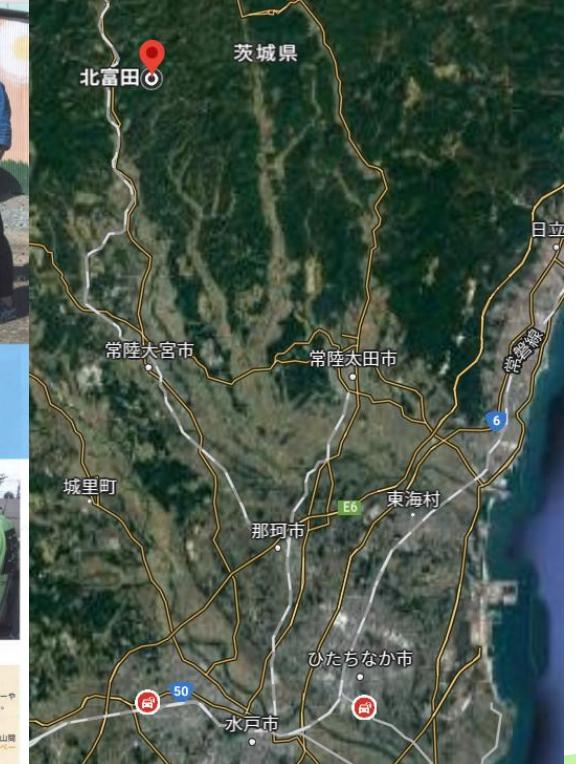
新田國夫先生もご参加



## 北富田集会所(旧北富田小学校跡)



# 日本看護協会機関誌「看護」



## 病院を中心としたまちづくり



## 中小病院は地域と運命共同体

## 医療法人等が ハード面の整備

## ソフト面の一部を フロイデDANが実施

## 【具体的なソフト面の活動】

- ①ひたちおおみや楽市
  - ②子育てカフェ
  - ③みんくる塾
  - ④市民協働プロジェクト
  - ⑤まちなかサロン
  - ⑥みんなの休憩所

# 常陸大宮駅前イルミネーション点灯式

## 常陸大宮駅周辺整備検討委員会

集まる理由がシンプルです

# 全力応援

## こんな時こそ!

身边なあの人役立つ街の明かり  
キラキラタウンはこんな時のためにある  
中止にしません、役に立つ祭りに

持ち寄った少しの気持ち、集まれば大きな力に  
何を協力したらいいのかわからないならここで募金  
今やらないでいつやるの  
自粛してたら後ろ向き  
駅前に集まれば元気と気持ち(募金)が届けられる  
仲間が困ってたら動くでしょ

# みんなで応援 チャリティ 水害被害

きらきらタウン☆ひたちおおみや  
常陸大宮駅前が歩行者天国になります!

## 常陸大宮駅前 イルミネーション点灯式

11/24 (SUN)  
16時30分~20時30分

企画・きらきらタウン☆ひたちおおみや2019 GPO法人あきない組・フロイドDANO大宮駅更賀園・大宮駅慈保園・常陸大宮市民有志  
後援・常陸大宮市商工会・常陸大宮市・常陸大宮市観光協会・常陸大宮市教育委員会 協力・キラキラライトプランティア

きらきらタウン☆ひたちおおみや とは?  
きらきらタウン☆ひたちおおみや 事務局  
〒319-2261 常陸大宮市上町351あんしん介護プラザ内 担当 西村  
Tel.0295-54-1919 Fax.0295-54-1920

今よりもっと元気で華やかのある常陸大宮駅前を創出するために、イルミネーションで飾り付けを行なうナオナリさせちゃうとい市民有志の活動です。更には常陸大宮市の元気と華やかを取り戻していく活動でしていきます。



[https://www.youtube.com/watch?v=hsZLpK\\_w0VA](https://www.youtube.com/watch?v=hsZLpK_w0VA)

第33回  
ひたちおおみや



# 楽市

4.21日

10:00-13:00

場所：フロイデリハビリ公園（常陸大宮市上町353）



## フード

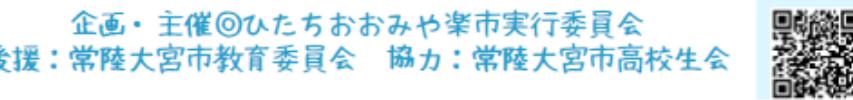
- ・北富田カレー & 北富田野菜・山菜販売
- ・キッチンカー「ハチバス」「teq-teq」「カフェバンホフ」
- ・いしパン
- ・レインボーラブ

志村大宮病院から  
「呼吸器センターについて」

臨床検査技師による  
肺機能検査を行います！！  
お気軽にいでください  
時間：10:30～

場所：カフェエルマウ

企画・主催@ひたちおおみや楽市実行委員会  
後援：常陸大宮市教育委員会 協力：常陸大宮市高校生会



## 楽市名物

- ・野菜の特売、ミニ産直
- ・お菓子つかみどり
- ・10時からはラジオ体操
- ・フリーマーケット
- ・紙芝居

## 野菜、花、クラフト

- ・葉sはーず
- ・手しごと工房「和華」
- ・グランマ
- ・あさねぼう
- ・R's Factory
- ・ワンハン工房
- ・ダイアナスノードロップ
- ・danne slow life
- ・手作り雑貨「芥子」



技能実習生による母国の料理



介護学生による販売



フリーマーケット

# 常陸大宮駅周辺整備計画

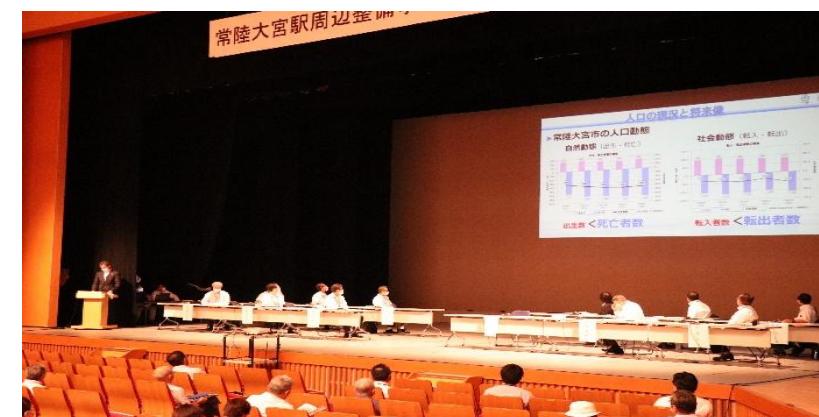


## 常陸大宮駅周辺整備計画



令和2年3月

常陸大宮市



令和2年8月21日  
18時30分より

常陸大宮駅周辺整備事業住民説明会

健康づくり（健康増進）をテーマとしたまちづくり

- ・医療・福祉施設との連携
- ・ヘルスロード計画（案）

### 【期待される整備効果】

- ◎ 健康づくりの推進による医療費の削減など

### 回遊性向上に向けた取組

- ・歩きたくなるような仕掛けづくりや景観に配慮した取組
- ・自転車活用の推進

### 【期待される整備効果】

- ◎ 魅力ある空間形成による歩行者交通量の増加など

### 中心市街地の活性化

- ・イベントの開催
- ・民間活力の導入
- ・空き家の活用

### 【期待される整備効果】

- ◎ 効果的なイベントの開催による地域交流の拡大など

# JR常陸大宮駅 駅周辺・新駅舎

全体イメージ



新駅舎



# 常陸大宮駅西交流拠点について



## the center stage

大人も子供も主体的に  
愉しみ方を見つける。

常陸大宮のインクルーシブ・パークは  
誰もが主役になるれる場所。

そんな街のハブであり、市民一人一人に  
フォーカスする場でありたいという願いを込め

### 「センターステージ」

と名づけました。

t : teenager	少年/少女
h : homemaker	主婦/主夫
e : elderly	高齢者
c : challenged	障がい者
: couple of child-bearing age	子育て世代
: child	子供
n : nomad worker	自由な場所で仕事をする人
r : resident	住民
s : shopkeeper	店主
a : artist	アーティスト
g : generator	まちづくりのプレイングファシリテーター

にぎわいの創出 インクルーシブ・パーク 防災機能の充実

3つの整備コンセプトを実現するための  
**4 つの軸**

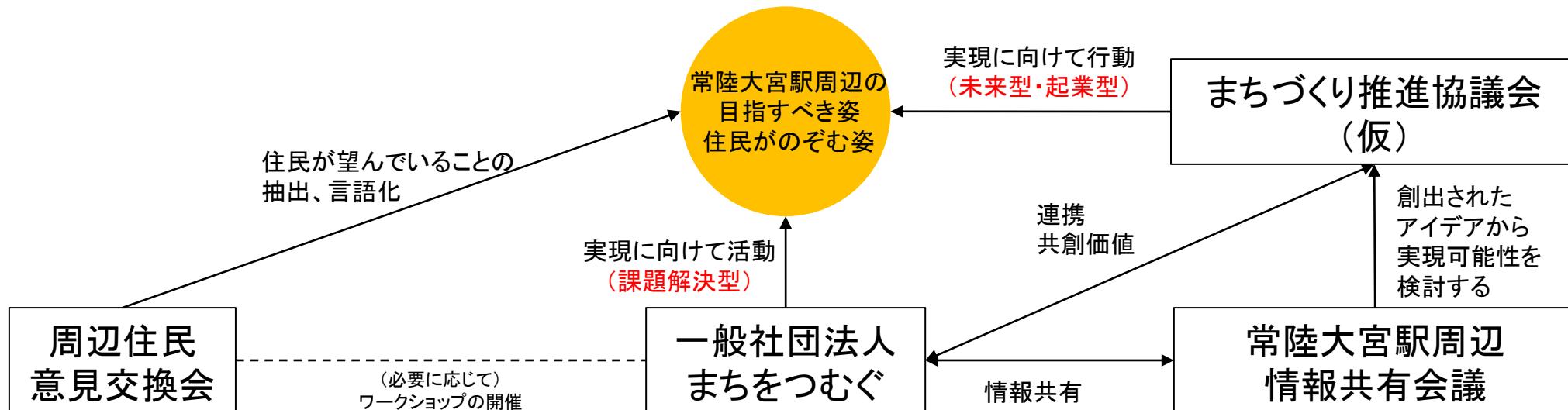


- 多様なアクティビティ**  
公園内に点在する、様々な市民に対応したワクワクするアクティビティ。子供が楽しく遊べる環境だけでなく、大人も大いにはしゃぐことができる場があれば、子育てはもっと楽しい。
- 選べる居場所**  
オープンで解放感に溢れた広場、少し高台になって見渡せるスペース、園路のなかの休憩場所。豊かな場が多くある中で、その人にとってのお気に入りの居場所が見つかれば、ここはもっと地域に愛される場所になるはず。
- 安心できる環境**  
心からリラックスするには、安心・安全に過ごせる場が必要。大屋根に囲まれた広場は、非常時には避難場所に、イベント用設備が災害用インフラに役割を変え、町の頼もしい存在に。
- 大小のサーキュレーション**  
人の活動が見える町は、地域の魅力や期待感を高めます。公園内の人々の流れが駅や交通広場の機能とひとつつながりとなって、町に人の賑わいが溢れる風景をつくりたい。

# 常陸大宮駅周辺整備にむけて(組織構造)

2025年1月20日現在

名称	組織構成	分類	進行状況
まちづくり推進協議会(仮)	検討中	実行部隊 実行チーム	商工観光課が 補助金申請中
常陸大宮駅周辺情報共有会議	医療法人博仁会 NPO法人あきない組 駅周辺整備推進課 企画政策課 商工観光課 地域創生課 (健康推進課 こども課)	企画部隊 情報共有	12月に市役所に企画説明 1月に会議開催前協議 ↓ 3月までには1度開催予定
県道大宮停車場線 周辺住民意見交換会	常陸大宮土木事務所 市役所駅周辺整備推進課	調査部隊 市民ニーズの把握	3月24日に開催予定
一般社団法人 まちをつむぐ	SFGグループがメインだが 地域団体、市民に参画いただく	実行部隊 課題解決	立上げ準備中



## 旧町村ごとの地域包括ケアシステムの実現化 (常陸大宮市及び城里町)

## 五療



## 所・ショートステイ

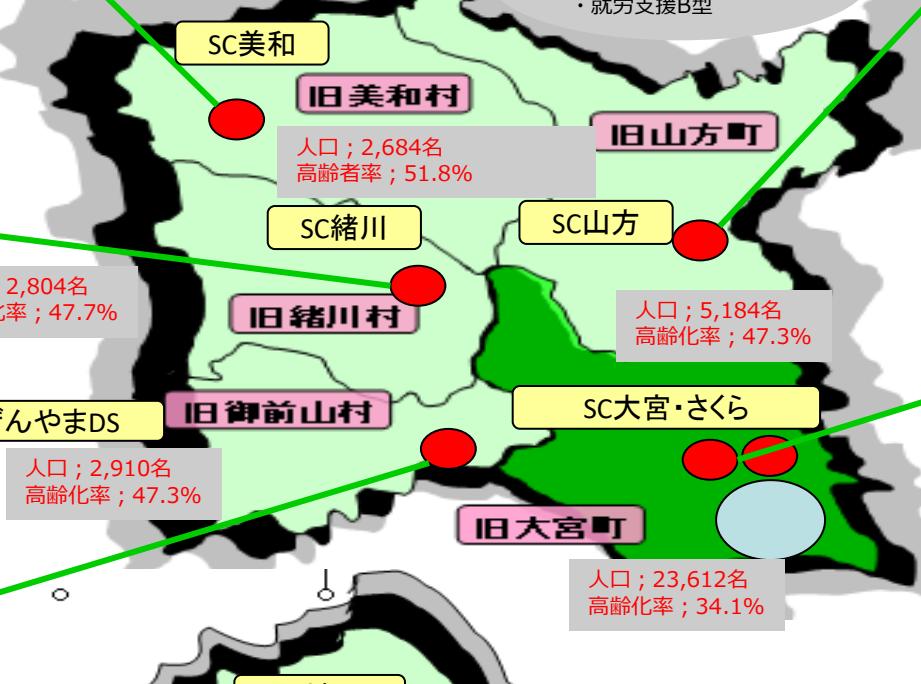
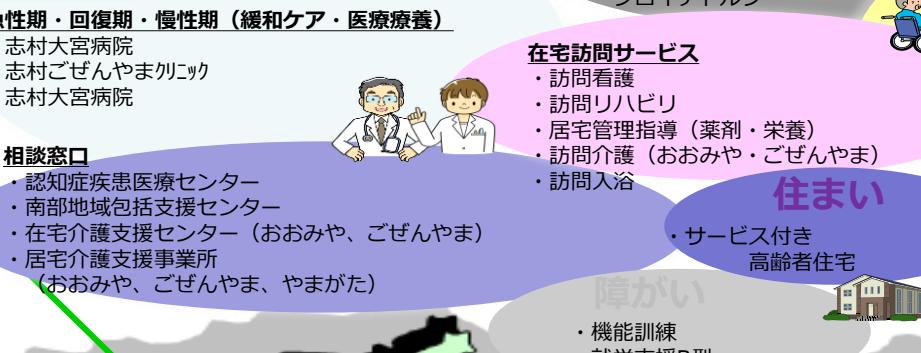
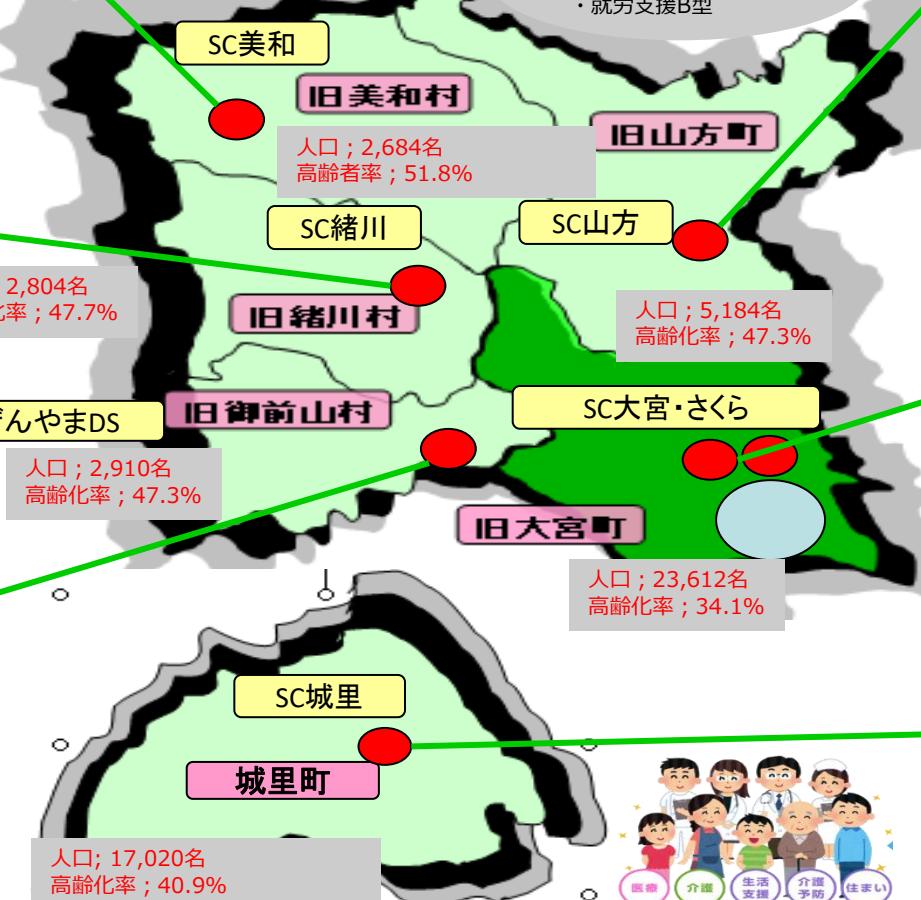
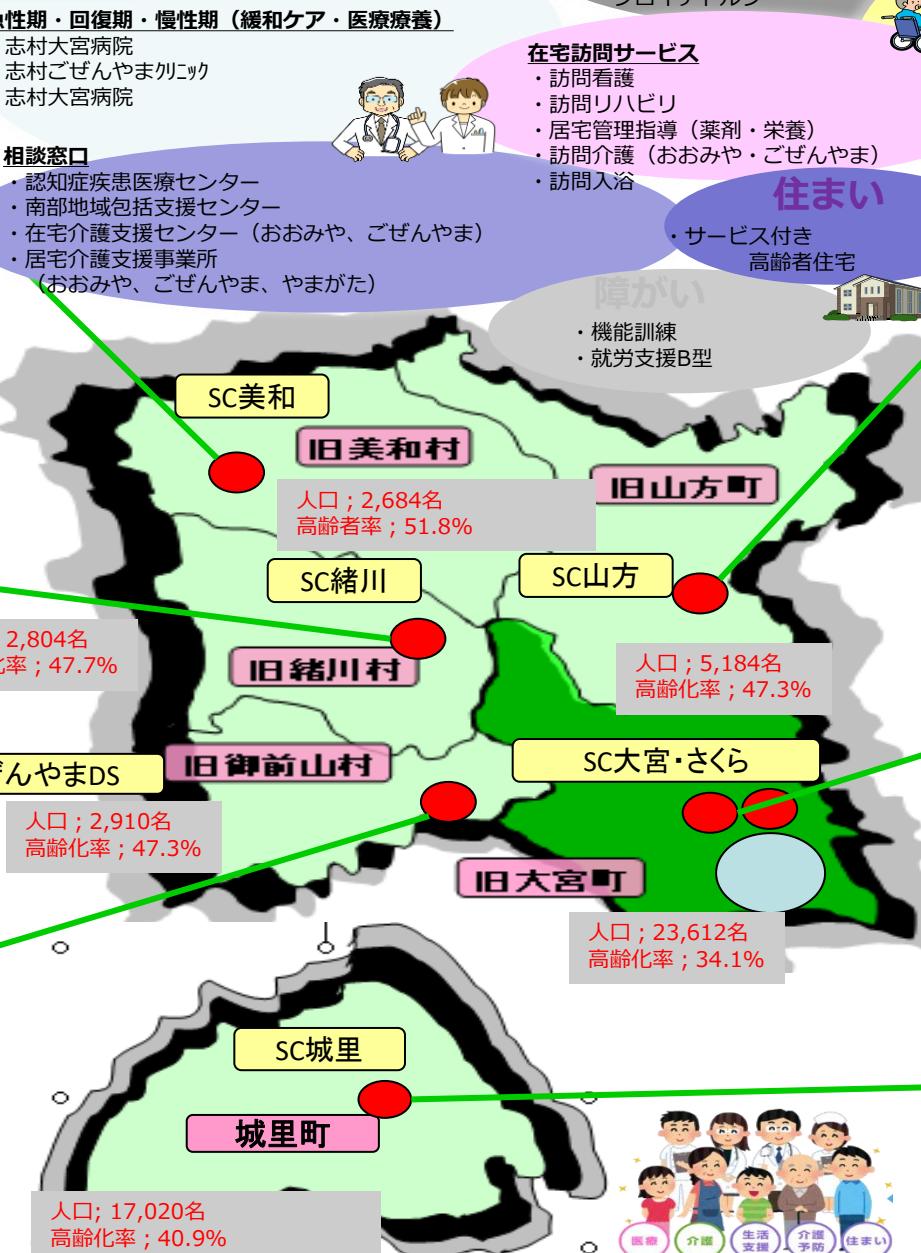
- ・大宮フロイデハイム
  - ・ごぜんやまガルデン
  - ・フロイデドルフ

介護



通所リハ・通所介護・小児相談

- ・通所リハ  
大宮デイケアセンター
  - ・通所介護・介護予防  
SC大宮、SC山方、SC緒川、御前山デイ、SC美和
  - ・認知症対応型  
さくらデイ
  - ・小規模多機能ホーム  
SC大宮、SC山方、SC城里



## まちなかカフェ

まちなかカフェとは、誰でも気軽に楽しく集まれる場所を目指し、気軽にお話や相談したり、ふらっと立ち寄れる場所づくりです。



感染症対策を実施の上、開催いたします。  
参加される方はマスクの着用をお願い致します。

①お菓子のつかみ取り  
参加費100円



開催日: 10月31日(日)  
10時~12時

場所: カフェテリアエルマウ  
(常陸大宮市上町353)  
0295-55-8201 寺門

目的 : ふらっと立ち寄れる場所づくり、健康づくりの支援拠点

対象 : 旧大宮町を中心とした地域住民

内容 : 様々なかたちでのいきがい作り・多世代間交流・健康支援

運営にはフロイデサポーターに積極的に協力していただく

効果 : 地域連携拠点としてサポーター・支援体制の確立

SFGグループのまちづくり・地域での支援者理解者協力者の拡大

## まちなか健康クラブ



いつも元気でいよう!

まちなか健康クラブ

健康運動実践指導者と一緒に効果的な運動をします  
参加費: 1000円(アクティビティ個人会員の方は500円)  
カエレーネルカキオスクロップで使えてくる100円割りクーポン付  
10月11日 10月25日 11月8日 11月22日  
12月13日 12月27日 1月10日 1月24日  
2月14日 2月28日 3月14日 3月28日

時間: 10時~12時

定員: 各回16名

場所: カフェテリアエルマウ

(常陸大宮市上町353 常陸大宮駅徒歩5分)

【お問い合わせ・申し込み先】

0295-55-8201

担当: 寺門/江原

受付時間

月~土曜日(10時~16時)

マップ

## 新体操コーチが教える 健康ストレッチ

柔軟な体は健康へ、スッと伸びた姿勢は美しさへ導いてくれます! お友達と一緒に体を動かしてみませんか(\*^~^\*)?

姿勢改善を目指したい!  
身体のバランスを整えたい!  
寒で硬くなった体をほぐしたい!  
リラックスしたい\*  
そんな方にオススメ♪

女性限定



\*日本女子体育大学卒業 ハレ工芸16年 現 新体操クラブコーチ

10月4日・18日 11月1日・15日・29日 12月6日・20日  
1月17日・31日 2月7日・21日 3月7・21日  
10:30~12:00

サポートセンター大宮2階フィットネスセンター(常陸大宮市上町353)

1レッスン参加費●1000円(アクティビティ個人会員の方は500円)

お問い合わせ先●0295-54-1919 参加希望の方は事前に申し込み下さい



## まちなか料理教室



管理栄養士と一緒に「料理を考え」みんなで料理します  
とりたい栄養素を学び、食事から健康を考える3時間です

参加費: 1000円(アクティビティ個人会員の方は700円)

【中級】10月8日 11月12日 12月10日 1月14日 2月4日 3月10日

【初級】10月22日 11月26日 12月24日 1月28日 2月25日 3月24日

時間: 10時~13時 定員: 各回8名

管理栄養士カフェ「初級」の内容

10月: 便秘予防にカルシウムを摂ろう

11月: 食物繊維をしっかりと摂って便位予防

12月: 惣玉コレステロールを下げる  
高コレステロールをアップ

1月: ヘルシーでも美味しい食事

2月: 鉄分不足にご注意を

3月: 食事でも口コモを予防しよう

【お問い合わせ・申し込み先】

0295-55-8201 担当: 寺門/江原

場所:

サポートセンター大宮  
(常陸大宮市上町353 常陸大宮駅徒歩5分)

## まちなかプロジェクト

### 地域連携拠点としての役割

SC大宮・アクティビティーセンターを中心に

## 地域住民を支える

### サポートセンター緒川の 3つの取り組み

#### サポートセンター緒川

##### 行政&住民代表 地域機関との連携



##### 第二層協議体を中心に 連携を図り、支援機関 として地域に情報発信

～第二層協議体連携先など～  
常陸大宮市・社協・地域包括支援センター・在宅介護支援センター・各区長・民生委員・児童福祉委員・大宮警察上小瀬出張所・高齢者クラブ・シルバーリハビリ代表など  
・地域の集まりに積極的に参加  
・SNSや回覧などで地域の方に情報発信

##### 地域機関による支援活動



##### おがわセンター 活動への支援活動



##### 地域の方/元気高齢者の 活動をサポート

- ・体操教室/健康講座
- ・一般介護予防教室や地域サロンへの専門講師派遣
- ・市民協働事業 参画
- ・認知症カフェ
- ・センターへの個別訪問
- ・フロイデセンター入門研修

##### センターへ地域高齢者 支援を依頼



##### 地域見守り協力隊



##### 協力店による見守り活動 生活支援・地域活性化

加盟店舗：みむらストア・ファミリーマート  
バーハイツ屋・金子石油・サロットップ  
その他 地域企業など  
・協力店との情報連携  
・見守り協力隊による訪問  
・個別宅配サービスの推進  
・おがわミニマルシェ  
・あんしんデリバリー

##### 地域見守り活動と生活支援 ・買い物支援



# 買物支援の取り組み



バーハイパン屋さん



みむらストアー



おがわセンター

## ①見守り協力店&あんしん介護 を活用した訪問販売

10回 開催

## ②職員による買物代行プロジェクト

1回／2週 日曜

## ③センターを活用した買物支援 随時対応

# あんしん介護プラザ・法人内サービスと連携した 買い物支援・生活支援

DAIRY

## あんしんデリバリー注文から宅配までの流れ



サポーター等を活用しての宅配

自宅までお届け

各サテライトを中継  
サポーター・民生委員  
地域支援員様による個別宅配  
又サテライト送迎を  
活用しての個別宅配

各サテライトで受注

直接注文・民生委員  
地域支援員様などから  
カタログ等を活用して  
隨時：TEL・FAX等受注



あんしん介護プラザ

食料品・日用必需品  
各種介護用品など



御前山  
協力



緒川



美和

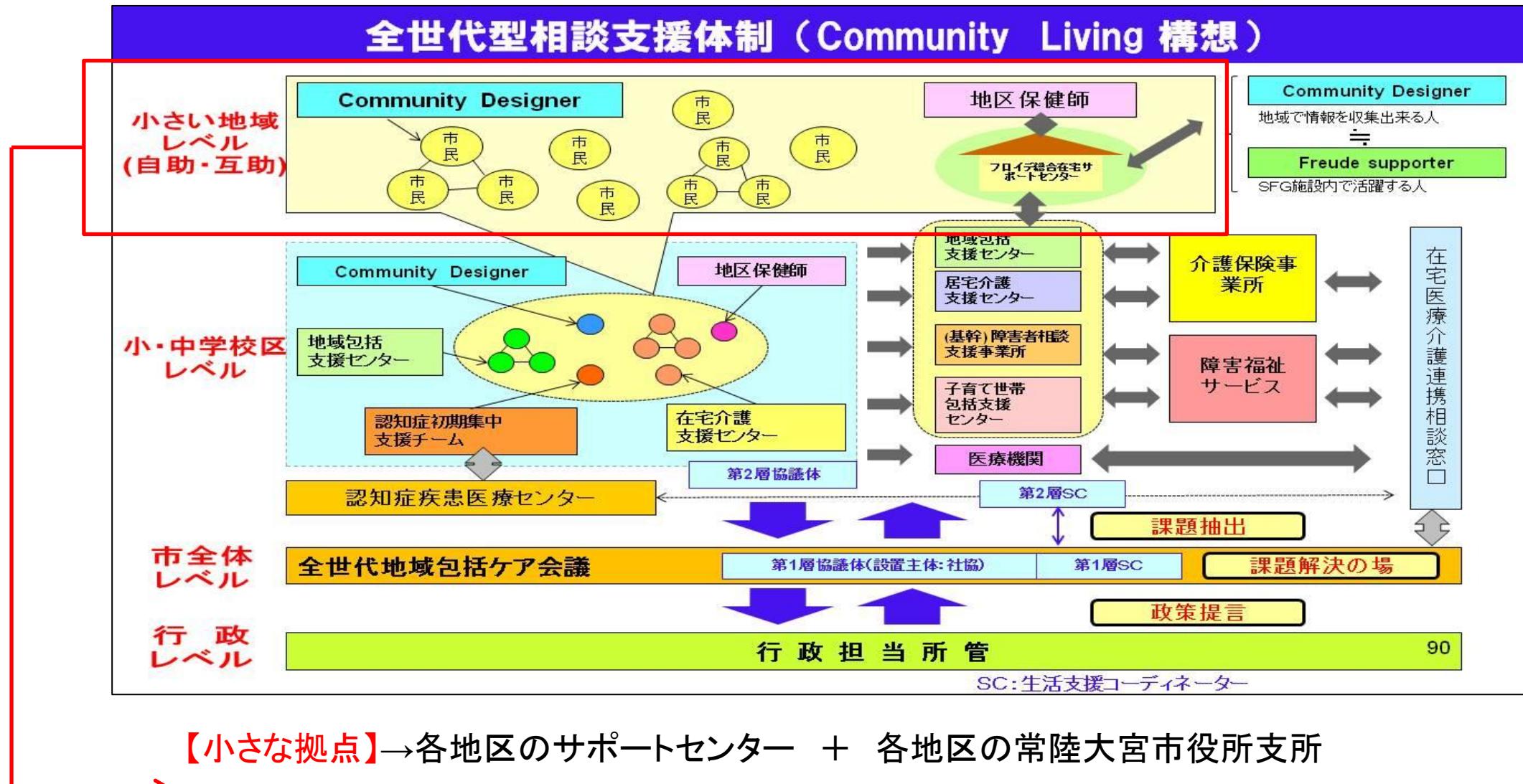


山方

あんしん介護配達車  
各種法人サービス車  
サテライト中継地点  
へ配達



## 各地区に「小さな小さな拠点」をつくる



## 小地域カフェプロジェクト 大宮北部エリア 小さな小さな拠点づくり



緒川 吉丸コミュニティセンター



美和 工芸ふれあいセンター



下伊勢畠地区 公民館



### クデカフェ活動 (区でカフェ)

地域支援の拠点としての機能

御前山・SC緒川・SC美和・SC山方



- |    |   |
|----|---|
| 目的 | : 身近での支援活動・多世代間交流・コミュニティづくり                                     |
| 対象 | : 高齢化率40%以上の旧町村区単位の地域住民   |
| 内容 | : 様々な方法での健康支援・認知症支援・活性化プロジェクト<br><b>運営には地域センターに積極的に協力していただく</b> |
| 効果 | : 地域コミュニティーや地域センター・支援体制の確立<br>SFGグループの広報、地域での支援者理解者協力者の拡大       |

## 小さな・小さな拠点づくり 進捗状況



14/15地区

上小瀬(宿)	■	■	■	■	■	■
上小瀬(本郷)	■	■	■	■	■	■
上小瀬(下郷)	■	■	■	■	■	■
下小瀬・小玉	■	■	■	■	■	■
那賀	■	■	■	■	■	■
国長	■	■	■	■	■	■
西根	■	■	■	■	■	■
川西	■	■	■	■	■	■
松之草	■	■	■	■	■	■
大岩	■	■	■	■	■	■
小舟	■	■	■	■	■	■
油河内	■	■	■	■	■	■
大岩	■	■	■	■	■	■
吉丸	■	■	■	■	■	■
入本郷	■	■	■	■	■	■

8/8地区

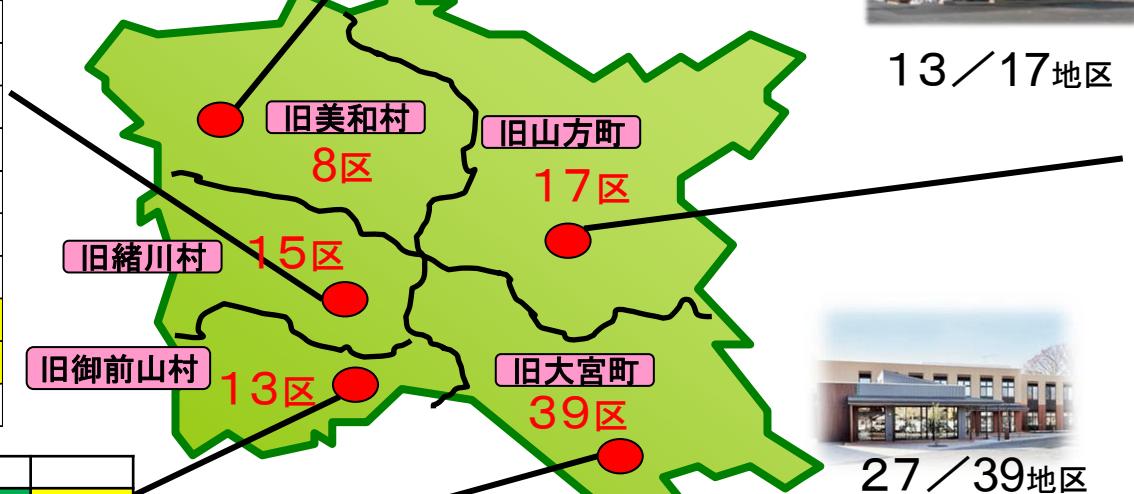
氷之沢	■	■	■	■	■	■
下檜沢第1	■	■	■	■	■	■
下檜沢第2	■	■	■	■	■	■
上檜沢	■	■	■	■	■	■
高部第1	■	■	■	■	■	■
高部第2	■	■	■	■	■	■
小田野	■	■	■	■	■	■
麗子	■	■	■	■	■	■

地域見守り協力隊や フロイデサポーターの開わり ※目的を理解して活動していたいしている人などがある地区	■	予防事業実施地区	■
地域活動参加	■	多世代交流拠点や クデ・カフェ事業	■
区長の理解	■	深化した地区 ※地域住民が主体となって、地域活性化にむけて活動を開始した地区	■

74  
92地区  
(80.4%)



13/17地区



27/39地区

大宮1区	■	■	■	■	■
大宮2区	■	■	■	■	■
大宮3区	■	■	■	■	■
大宮4区	■	■	■	■	■
大宮5区	■	■	■	■	■
大宮6区	■	■	■	■	■
大宮7区	■	■	■	■	■
大宮8区	■	■	■	■	■
大宮9区	■	■	■	■	■
大宮10区	■	■	■	■	■
大宮11区	■	■	■	■	■
大宮12区	■	■	■	■	■

東野  
八田  
若林  
西塩子  
北塩子

大宮照田

上大賀  
久慈岡  
岩崎  
鷹巣  
小祝  
辰ノ口  
塩原  
小倉

134

山方第1	■	■	■	■	■
山方第2	■	■	■	■	■
山方第3	■	■	■	■	■
野上第1	■	■	■	■	■
野上第2	■	■	■	■	■
舟生	■	■	■	■	■
諸沢東	■	■	■	■	■
諸沢西	■	■	■	■	■
西野内	■	■	■	■	■
小貫	■	■	■	■	■
照山	■	■	■	■	■
盛金	■	■	■	■	■
久隆	■	■	■	■	■
家和楽	■	■	■	■	■
照田	■	■	■	■	■
長田	■	■	■	■	■
長沢	■	■	■	■	■
富岡	■	■	■	■	■
下岩瀬	■	■	■	■	■
上岩瀬	■	■	■	■	■
根本	■	■	■	■	■
泉	■	■	■	■	■
宇留野台	■	■	■	■	■
宇留野坏	■	■	■	■	■
下村田	■	■	■	■	■
上村田	■	■	■	■	■
石沢	■	■	■	■	■
小場	■	■	■	■	■
小野	■	■	■	■	■
三美	■	■	■	■	■



12/13地区

野口1区	■	■	■	■	■
野口2区	■	■	■	■	■
野口3区	■	■	■	■	■
野口平	■	■	■	■	■
門井	■	■	■	■	■
下伊勢畑	■	■	■	■	■
上伊勢畑	■	■	■	■	■
袖山	■	■	■	■	■
長倉	■	■	■	■	■
野田	■	■	■	■	■
牧田	■	■	■	■	■
中居	■	■	■	■	■
金井	■	■	■	■	■



SHIMURA FREUDE GROUP

実施事業所数	SFG独自教室数	年間回数	登録者	合計参加数	委託	年間回数	登録者	合計参加数
12事業所	23教室	226	482	2349	17教室	234	266	2407
大宮エリアのみ	14教室	124	181	148	9教室	105	161	108

開催教室数；**40** 教室／月

年間開催数；**460** 回／年

登録者数；**748** 名／年間

延べ参加者数；**4,756** 名／年間

2022年度実績

# まちなかサロン(住民主体+専門職派遣)



看護師による脱水予防教室とOS-1試飲会



管理栄養士によるフレイル予防と料理教室



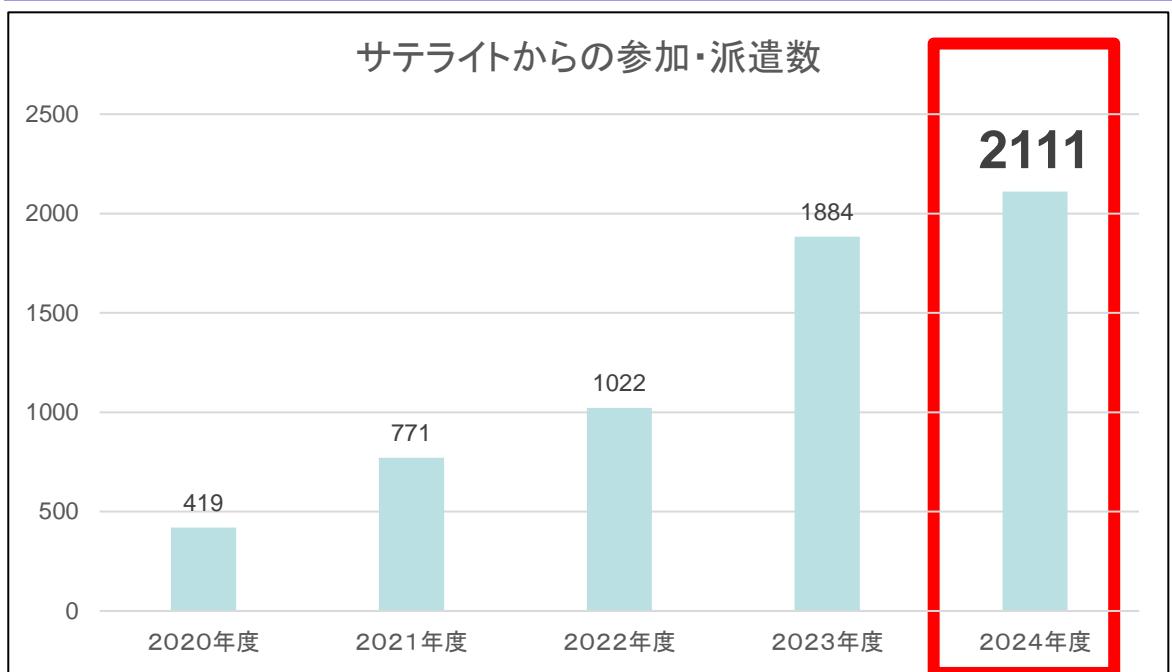
作業療法士によるコグニサイズと認知症予防教室



健康運動実践指導者による正しい歩き方教室

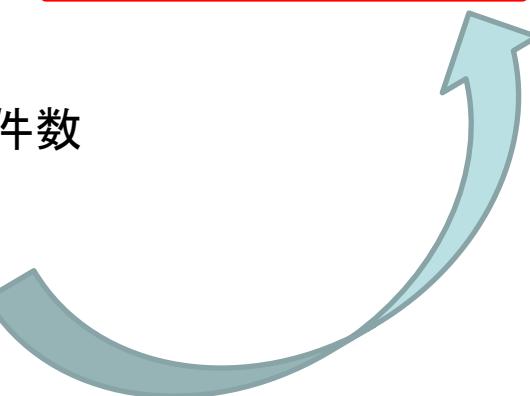
# 地域包括ケアのまちづくり 職員の参加・派遣者数

サテライトからの参加・派遣数

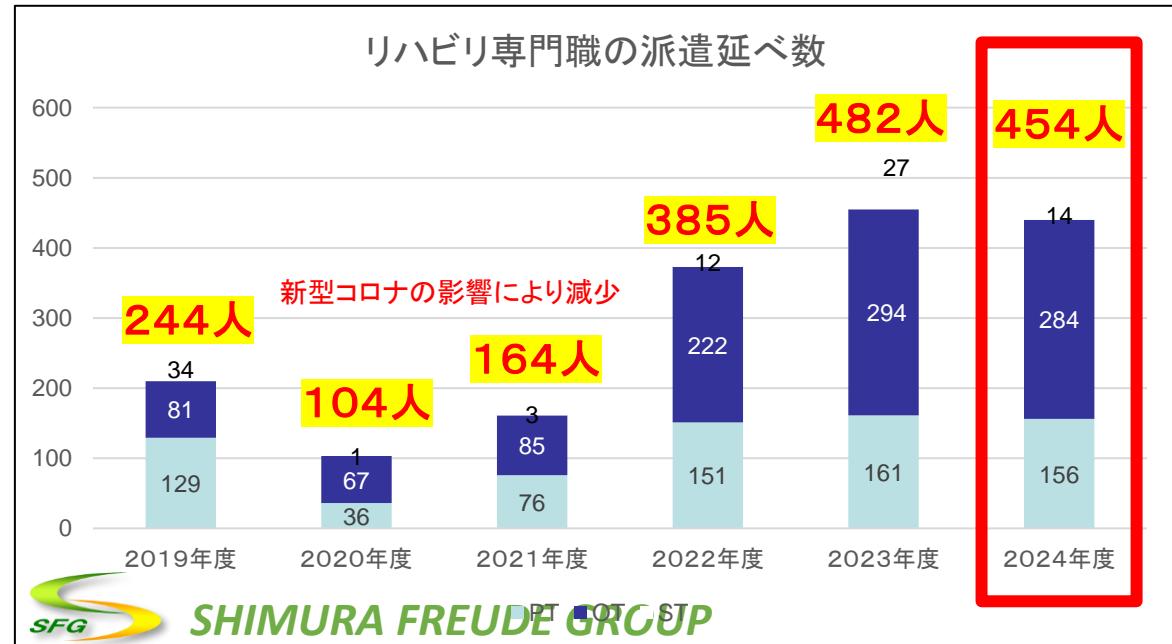


2024年度 地域への派遣件数

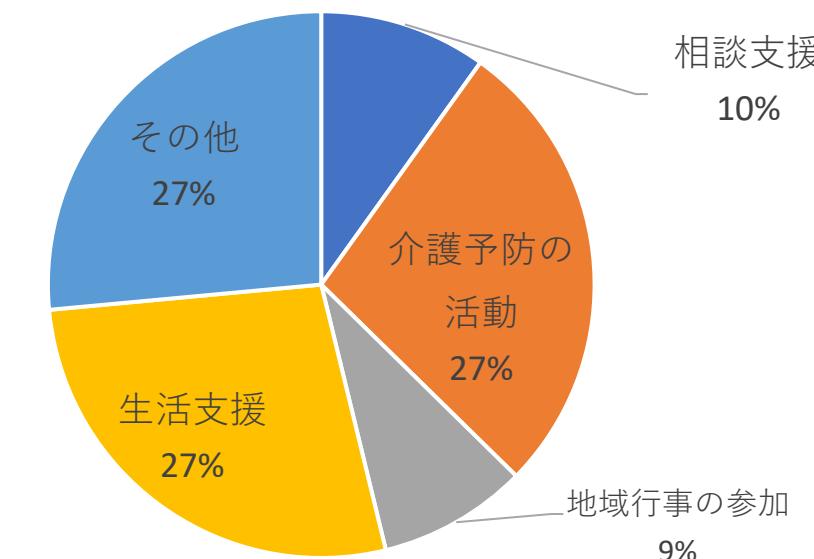
2,565名



リハビリ専門職の派遣延べ数

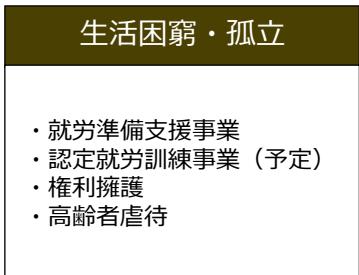
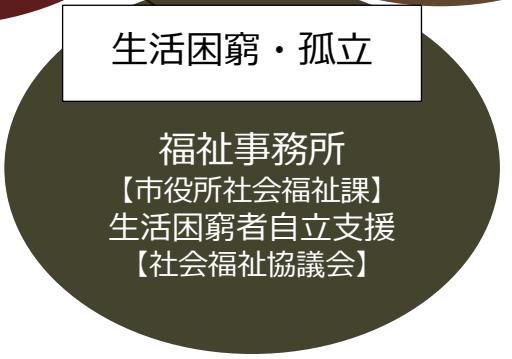
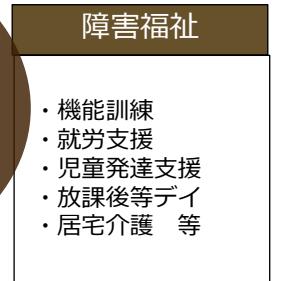
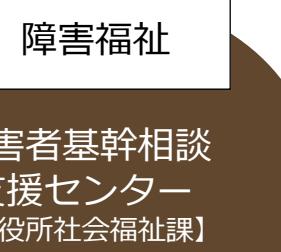
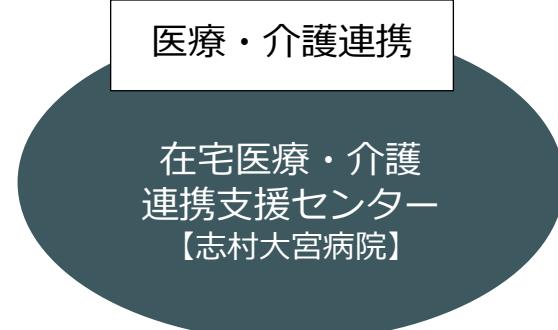
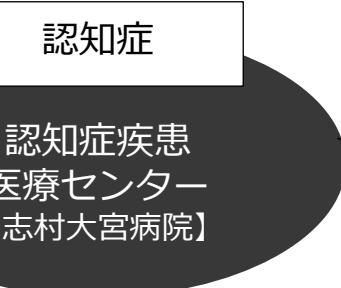
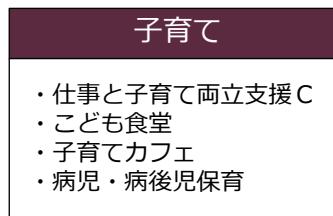
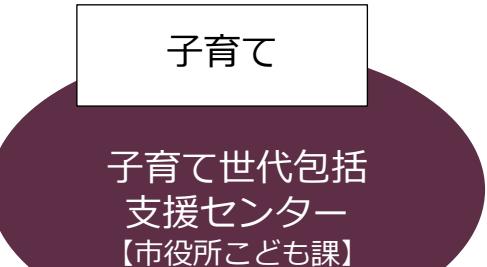
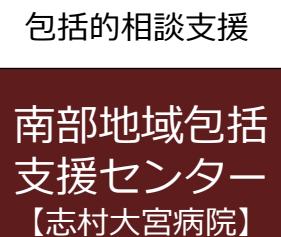
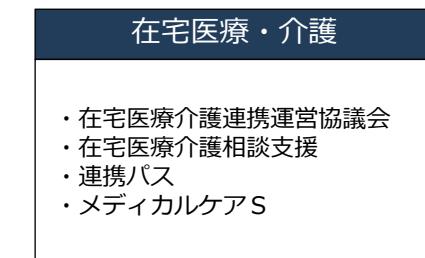
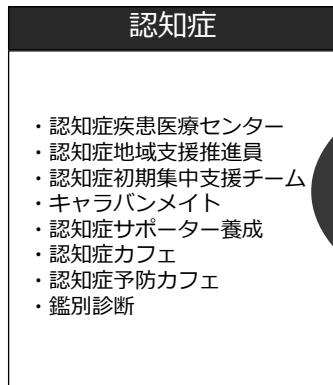
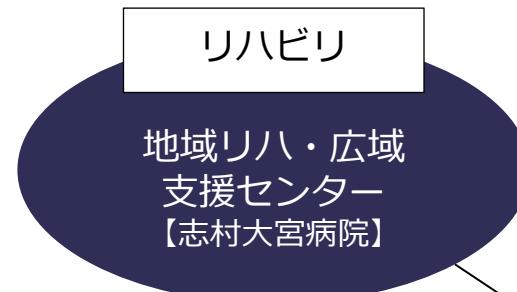
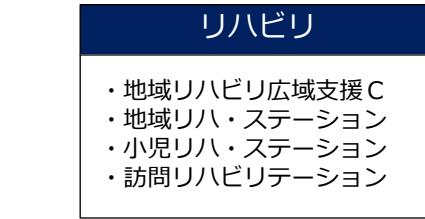


2024年度割合



# 常陸大宮市南部地域包括支援センターをハブとした 全世代・全対象型24時間相談体制構築 重層的支援体制の整備に向けて

## 包括的相談支援・多機関協働



## 地域づくり 参加支援

### 居場所

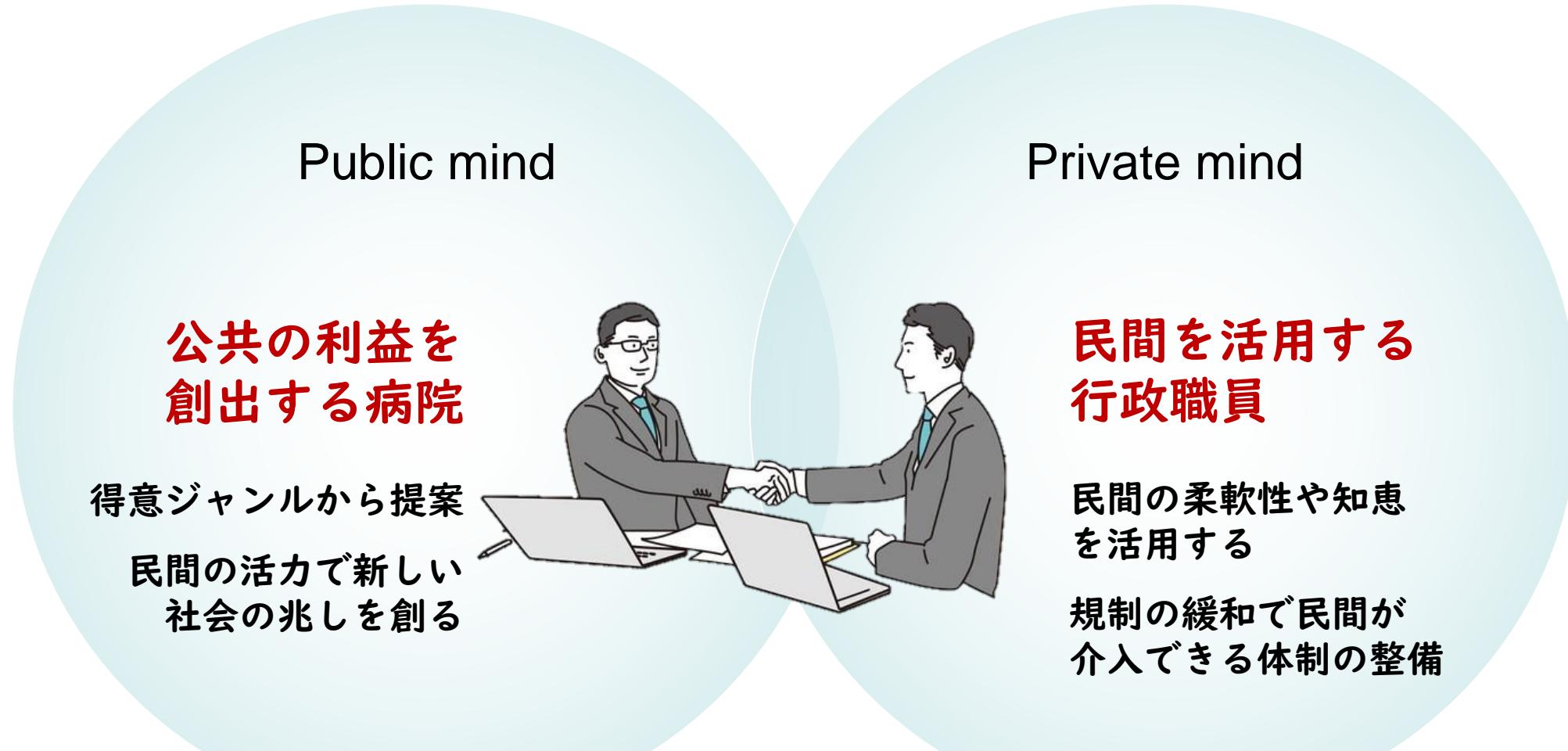
### 就労支援

### 居住支援

### アウトリーチ

### 継続的伴走支援

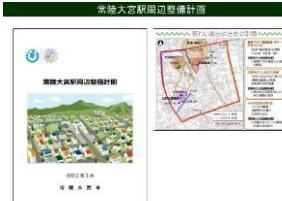
# 官民連携をするために



今までのまちづくり施策  
行政主導の民間参加 → これからまちづくり施策  
民間活動を行政が支援

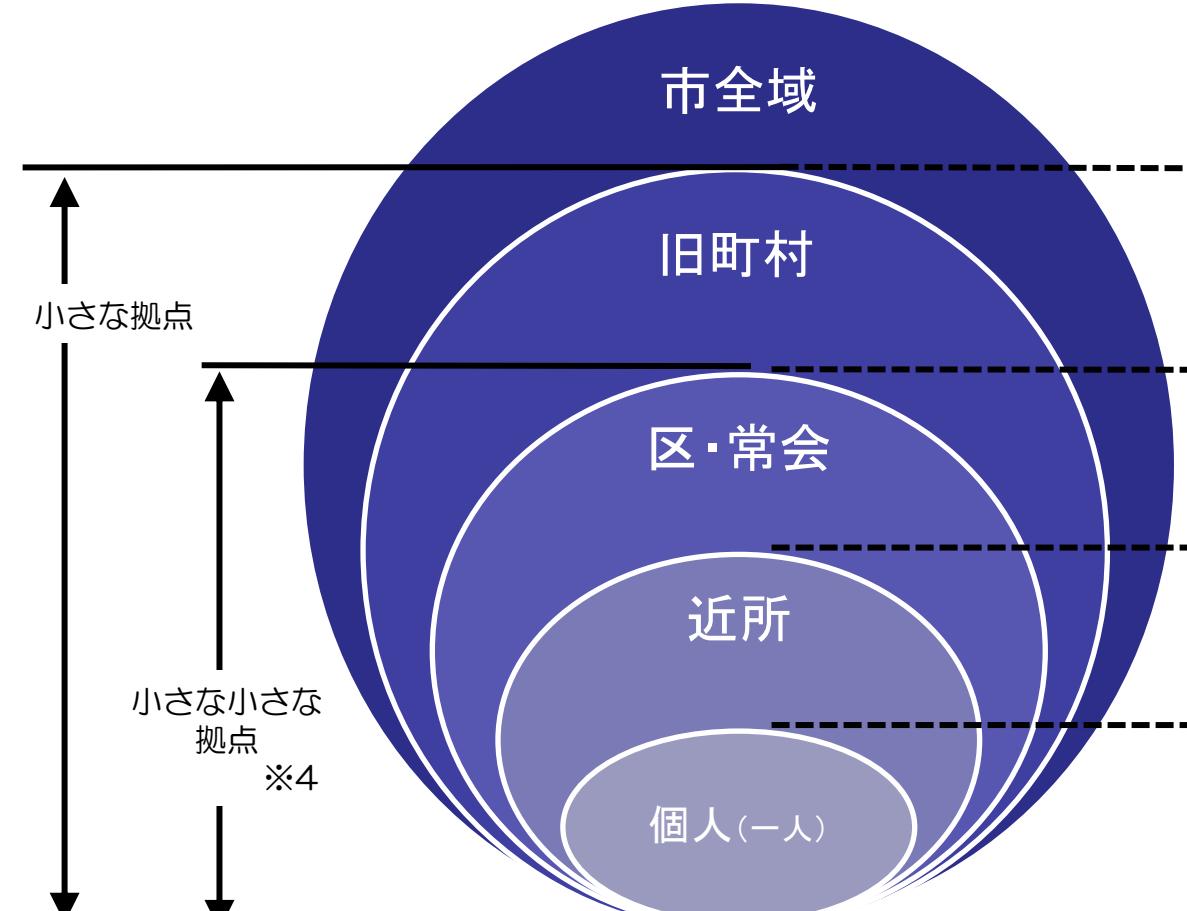
# 志村フロイデグループにおける3段階のまちづくり

SFGが 目指すこと	常陸大宮市の施策と の整合	市担当部署 関係性	SFGの役割 現在地	SFGの 担当部課	将来の目標	茨城北西まちづく り研究会との関 係
① 病院を中心としたまち づくり	常陸大宮駅周辺整 備計画	駅周辺整備推進 課 関係性:◎	高機能ヘルス ロード社会実験 への協力	法人サポート 部	駅周辺の 人口増加 歩いて楽しいエリ ア	第5回研究会 久野教授 見附市視察
② 各地区的 サポートセンター (小さな拠点づくり)	常陸大宮市 都市計画 マスターplan	地域創生課 関係性:○	地域の情報収 集 フロイデ サポーター	CCS部	地域拠点の人口 維持 各地域の 生きがい づくり	第8回研究会 藤山先生
③ 小小な小さな拠点づくり (小さい地域の 交流の場)	市民協働の まちづくり指針 (市民協働事業)	長寿福祉課 関係性:◎	92地区の 情報収集 戦略立案	地域包括ケア センター フロイデ DAN	各地区に 小さな小さな 拠点ができる (小規模多機能自治)	第2回研究会 雲南市役所 板持氏



# 元気なうちから社会との接点（社会参加）をつくる

【個人と活動範囲の階層性】



第一の防波堤

第二の防波堤

LINEで健康情報発信、HPから運動動画配信

第1層協議体 ※3

前期高齢者運動教室  
「元気アップ教室」

フロイデソーター

運動力フェ

第2層協議体

※3

認知症予防カフェ

マルシェ

サロン活動

介護予防教室

「あつまーれー教室」  
※2

樂市

そこで暮らし続ける ※1

元気な人

虚弱な人

要介護者

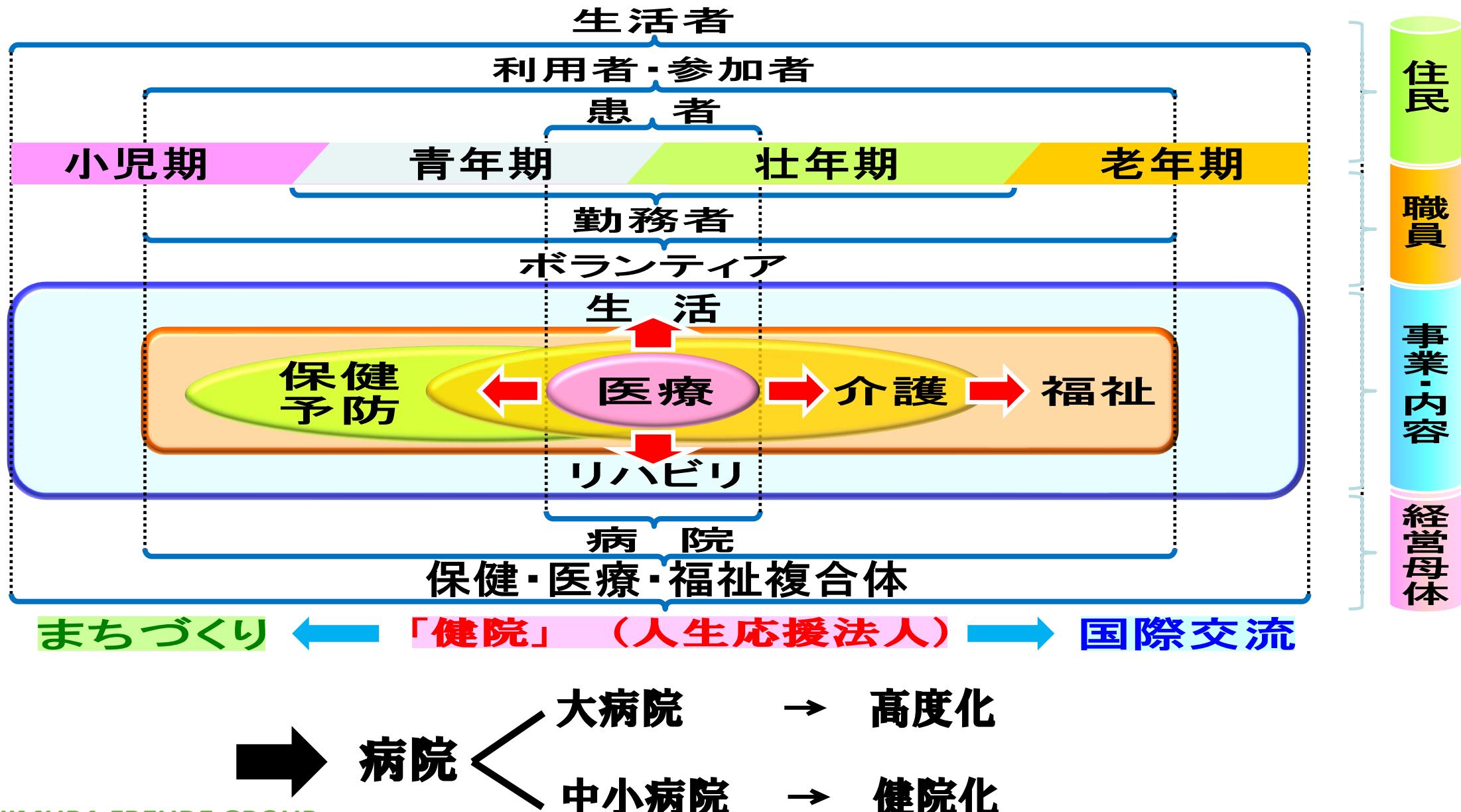
※1 一人暮らしで近所関係が無くても、玄関先に座っているだけで地域の防犯対策や子供の見守りに貢献できる(一人でできる社会参加もある)

※2 常陸大宮市介護予防教室

※3 常陸大宮市生活支援体制整備事業

※4 常陸大宮市市民協働提案事業

# 地域包括ケアの深化と中小病院の「健院」への進化



ご清聴ありがとうございました

