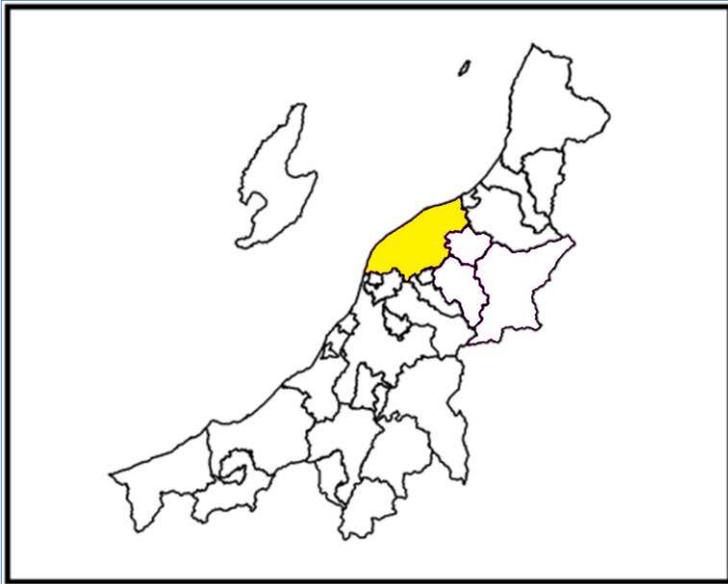


**「在宅医療に必要な連携を担う拠点と  
在宅医療・介護連携推進事業との連携について  
—新潟市医師会の取り組みから」**

新潟市医師会 地域医療推進室 室長 斎川 克之

# **「新潟市における在宅医療・介護連携推進事業の体制」**

# 新潟市の概要



総人口	<b>775,892人</b>	(前年比△5,888人)
うち65歳以上人口	<b>234,115人 (30.4%)</b>	(前年比-31人、0.2%↑)
うち後期高齢者人口 (75歳以上)	<b>124,446人 (16.1%)</b>	(前年比+4,469人、0.6%↑)
一般診療所／在支診数	<b>492／47</b>	
訪問診療可能な診療所数	151	
病院数 (医療圏病院数)	42 (48)	※五泉市, 阿賀野市, 阿賀町
地域包括支援センター数	30	
要介護認定者／認定率	43,934人	／ 18.8%

※診療所・病院数 新潟県医療情報ネット

※人口 R5.3現在 ※要介護認定者／認定率 R4.5.1現在

# これまでの経過（H25年度～）

H25

H26.3月新潟市医療計画 策定（H26～H32計画）



H26

H26～H27 在宅医療連携拠点モデル事業  
在宅医療連携拠点整備運営委員会による検証

在宅医療ネットワーク  
（多職種連携の会）

H27

H27 第6期介護保険事業計画に「在宅医療・介護連携の推進」位置づけ  
（新潟市地域包括ケア計画）

H28

H27.7月 在宅医療・介護連携推進協議会設置（イ）

H28.3～在宅医療・介護連携センター／ステーション設置  
（オ）相談窓口の設置

H29

（ア）地域資源の把握

（ウ）切れ目のない体制構築

（エ）情報共有の支援

（オ）相談支援

（カ）研修

（キ）地域住民への普及啓発

（ク）関係市区町村の連携

# 新潟市医師会 地域医療推進室 概要

## 設置目的

新潟市医療計画（平成26年3月策定）における在宅医療連携拠点として、在宅医療推進4つの柱である「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」に対するコーディネートを行う。

## 設置概要

新潟市医師会内に地域医療推進室を設置し、専任職員を配置。

新潟市医師会

**地域医療推進室**（※業務課内に設置）

【設置年】平成27年

【配置職員】センター長：新潟市医師会理事 / スタッフ：医療ソーシャルワーカー、保健師、事務

**新潟市医師会在宅医療推進センター**

新潟県地域医療介護総合確保基金により設置・運営。  
（医療介護総合確保推進法を根拠とする）

**新潟市在宅医療・介護連携センター**

新潟市から（H27.11～）事業委託。  
（介護保険法地域支援事業を根拠とする）  
※新潟市8区に新潟市在宅医療・介護連携ステーションを設置。  
市内11病院の地域連携室に事業委託。

## 事業内容

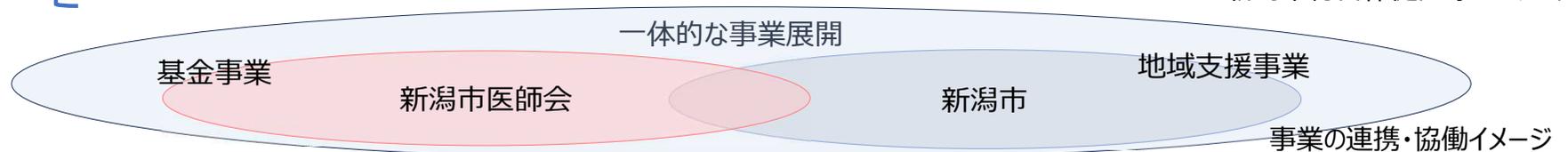
新潟市医師会在宅医療推進センターと新潟市在宅医療・介護連携センターの2つのセンターを一体的に展開する。

主な事業内容

- ・円滑な事業実施に向けた運営会議の開催
- ・新潟県内の在宅医療推進センター間連携、市町村・各関係機関との連携
- ・医療資源調査・アンケートの実施
- ・医療連携事業の展開
- ・多職種連携の会（在宅医療ネットワーク）との連携事業推進
- ・各区での在宅医療推進の後押し
- ・市民啓発事業の企画開催、ホームページの管理
- ・情報共有システム（ICT利用）の構築と運用

新潟市総合保健医療センター	
5F	市医師会（地域医療推進室）
4F	市歯科医師会・市薬剤師会
3F	市保健所
2F	市保健所・市保健衛生部
1F	市急患診療センター

新潟市総合保健医療センター内



# 新潟県在宅医療推進センター整備事業と在宅医療・介護連携推進事業の連携

(委託の有無にかかわらず) 市町村と医師会が、それぞれの地域で目指す姿を共有し協働する

## 在宅医療に必要な 連携を担う拠点

地域医療介護総合  
確保基金事業  
(県・郡市医師会)

介護保険制度  
地域支援事業  
(市町村)

新潟県独自

### 在宅医療推進センター運営事業

### 在宅医療・介護連携推進事業

(ア) 在宅医療提供体制のコーディネート

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 運営会議の開催

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と  
対応策の検討

(ウ) 講演会等による在宅医療の普及啓発

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の  
提供体制の構築推進

(エ) 実技研修等による在宅医療の人材育成

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ) その他必要な取組

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

### ICT連携システム整備事業

(カ) 医療・介護関係者の研修

(ア) ICTシステム構築費

(キ) 地域住民への普及啓発

(イ) タブレット端末購入費

(ク) 在宅医療・介護連携に関する  
関係市町村の連携

医療連携

在宅医療人材確保

多職種連携

介護人材確保

住民普及啓発

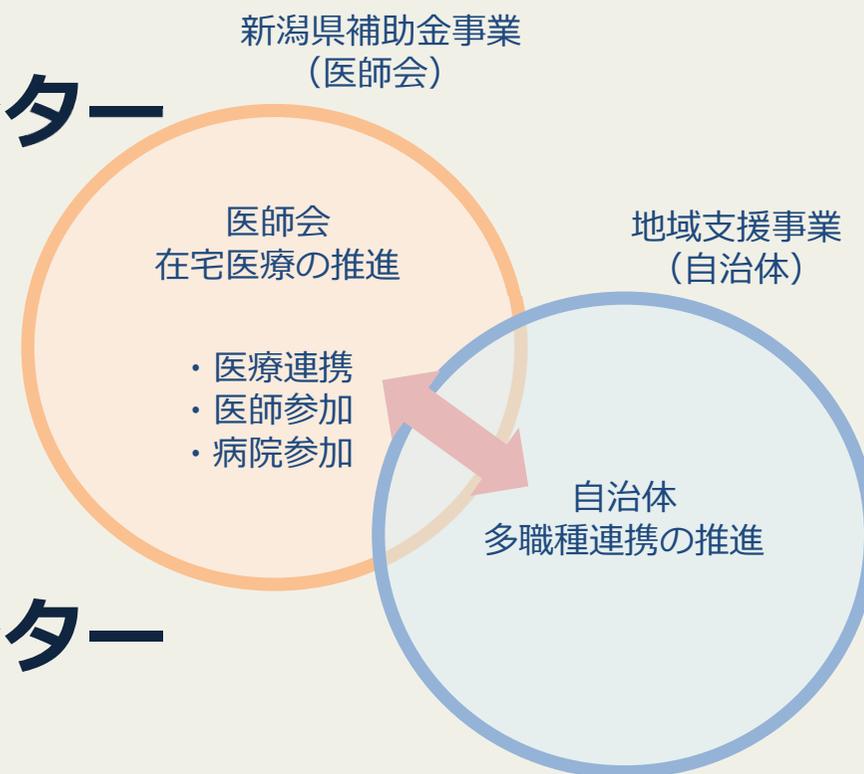
新潟市医師会では、地域支援事業「在宅医療・介護連携センター」と県補助事業である「在宅医療推進センター」を一体的に運営し、それぞれに目的を設定している。

## 新潟市医師会在宅医療推進センター

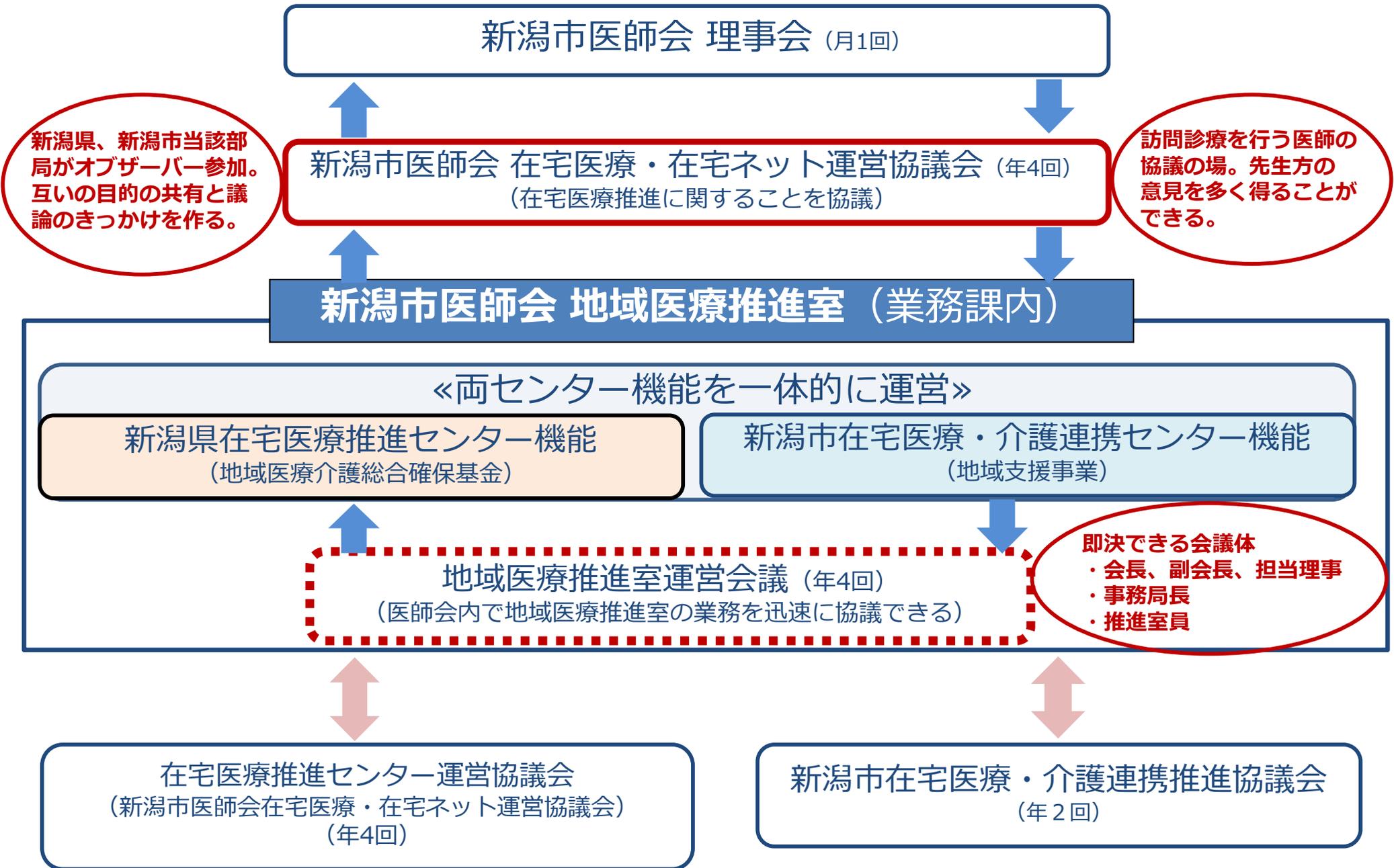
- ・ **医療**連携（病病・病診・診診）
- ・ **ICT**（SWANネット）

## 新潟市在宅医療・介護連携センター

- ・ **医療**介護連携（多職種連携）
- ・ **住民**啓発



# 新潟市医師会での位置づけと決定プロセス



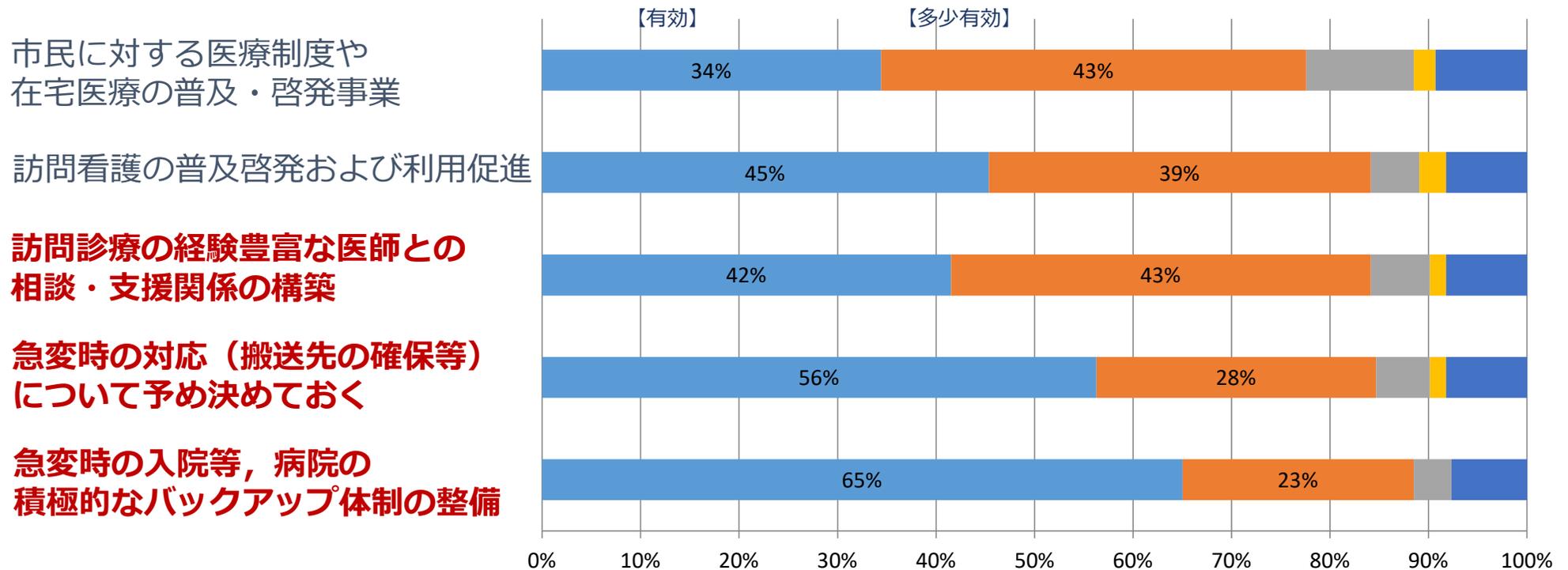
# 「地域医療・介護連携に関する実態調査」(アンケート) から

新潟市医療に関する意識調査 (H29.9月) (医師会員393人)

地域医療・介護連携に関する実態調査 (H29.10月) (医科診療所医師183件)

## 在宅医療の推進に有効な取組み

医師が考える在宅医療の推進に有効な取組みは、「病院のバックアップ体制」が最も多く、「急変時の搬送先があらかじめ決まっていること」のほか「訪問看護の普及啓発および利用促進」という意見が多く、在宅医療の主体を担う医師の支援体制と負担軽減策を講じる必要性がある。



# 医師協議の場：例、新潟市の在宅医療の課題への対策

目標：医師相互の連携体制が強化される。医師個人に依存せず、地域で取り組むことで在宅医師が増える。

## 委員からの意見

- ・班機能の活用。
- ・南区・西蒲区の「留守番ネット」等の取り組みからの学びを共有。等

## 具体的取り組み

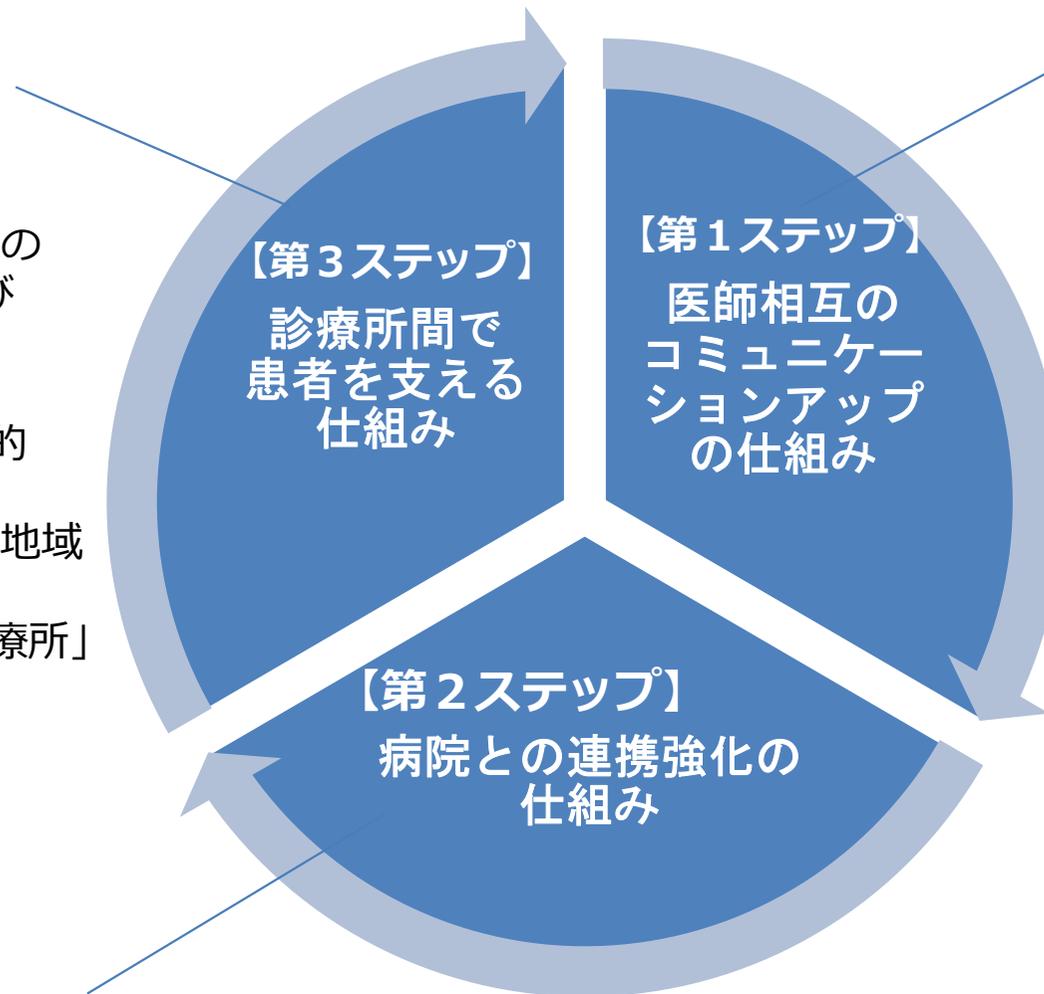
- ・新潟市内での先進的取り組みの課題を共有し、市内の他地域へ展開する。
- ・「在宅医療専門診療所」との役割分担。

## 委員からの意見

- ・病院が取り組む在宅への取り組みなど共通理解の促進。
- ・病院医師との共同の勉強会や意見交換会を実施する。等

## 具体的取り組み

- ・病院が取り組む病診連携の活動を知り、その活動強化への後押しを行う。
- ・病院のバックアップシステム、病院の訪問診療などの実態把握。
- ・在宅医療の場면을体験できる機会を作る。



## 委員からの意見

- ・SWANネット、Googleグループなどを活用。
- ・広く医師会員へ募集を募り、診療にまつわる自由な意見交換の場とする。等

## 具体的取り組み

- ・メーリングリストを開設し、在宅を取り巻く実際の診療場面での悩みを相談できる。
- ・在宅医療の場면을体験できる機会を作る。
- ・医師以外の多職種の役割について学ぶことができる。
- ・在宅医療に関する各種研修会を開催する。

医師会は基盤整備として、

- ・新規開業医に医師会から在宅医療を説明する機会を強化する。
- ・地域の実態を把握する。  
→実態調査。

# 2023年12月11日の在宅医療・在宅ネット運営協議会から

在宅診療医ネットワークMLでの議論内容を在宅医療・在宅ネット運営協議会で並行議論。そしてMLへフィードバック。

## 【テーマ】

「在宅診療における他診療科との連携について」

## 【目的】

- ・総合診療的視点を持った在宅診療の取り組みを推進したい。
- ・診療科を超えた連携体制を推進したい。

## 【意見交換の項目】

- ①他診療科との連携の実際について。
- ②他診療科との連携するときの大変なこと。
- ③「こうあったらいいな」と思われること。

## 【これから行うこと】

※意見交換時に挙げられた課題解決への対応策を検討

## <参考>

- ①在宅医療推進センター、在宅医療・介護連携センター/連携ステーションのコーディネイト機能の活用。
- ②各医会への広報、啓発。メーリングリストの活用と広報。

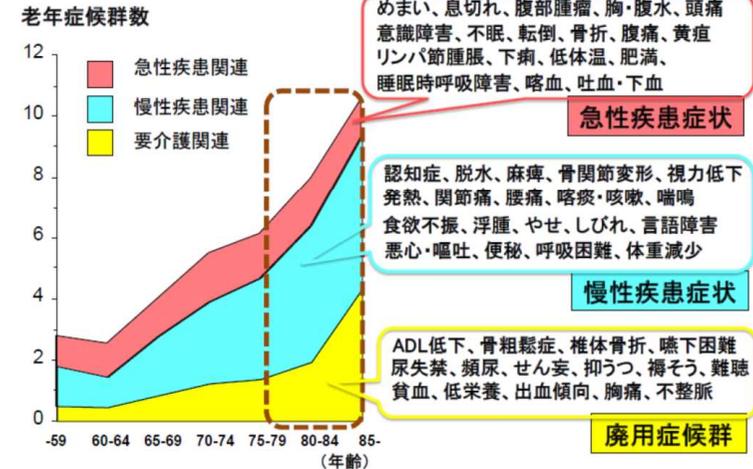
## 【協議会で出された意見】

- ・各医会へ在宅医療についての協力要請を行う。
- ・各医会でコンサルティング担当者を設置していただく。
- ・各医会会員にメーリングリストへの参加をにお誘いする。
- ・診療科によっては、機器が必要なこともあり、貸出を医師会が行うことができないか。
- ・科によっては、オンライン診療の活用が有用である。等

⇒医師会が対応を検討

## 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響 —医療と介護のニーズを有する高齢者の増加⇒医療・介護の連携強化—

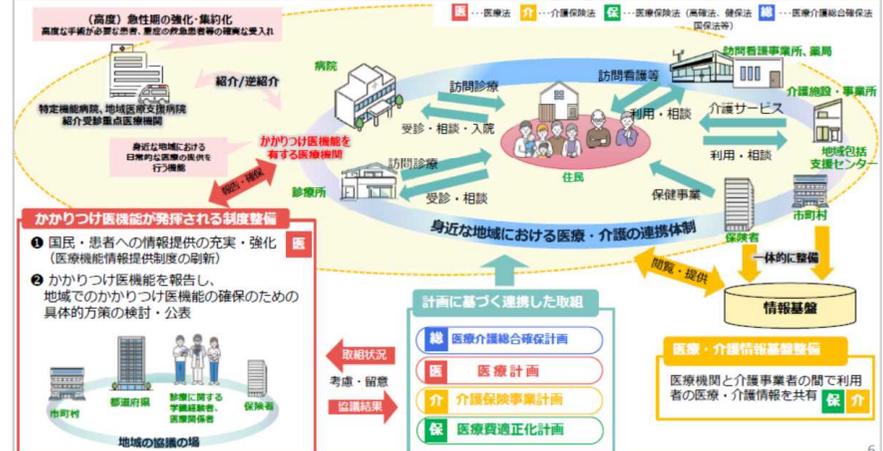
図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係



出所) 鳥羽研二:高齢者のニーズに応える在宅医療。平成25年度在宅医療・介護連携推進事業研修会(国立長寿医療研究センター主催、2013年10月22日開催)、資料より引用  
出所) 埼玉県立大学 研究開発センター「事業マネジメント力を高めよう オンライン研修会(講師:川越雅弘)」

## 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、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。



出典) 第102回社会保険審議会医療分會「かかりつけ医機能が発揮される精保整備の施行に向けた検討について」

# 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

センター/ステーション名	医療機関名
<b>新潟市在宅医療・介護連携センター</b>	<b>新潟市医師会</b>
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 北	豊栄病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東	新潟臨港病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東第二	木戸病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央	みどり病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央第二	みどり病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 江南	亀田第一病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 秋葉	新津医療センター病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 南	新潟白根総合病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西	済生会新潟病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西第二	信楽園病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西蒲	西蒲中央病院

	MSW	保健師・看護師	理学療法士	介護支援専門員	事務
センター	1	1			1
ステーション	19	8	1	1	1
計	20	9	1	1	2

# 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション事業

## 医療・介護関係機関

- ・ 医科、歯科診療所
- ・ 病院
- ・ 調剤薬局
- ・ 訪問看護師
- ・ 訪問リハビリテーション
- ・ 居宅介護支援事業所  
(介護支援専門員)
- ・ 介護事業所
- ・ 老人保健施設
- ・ その他事業所



利用



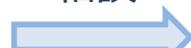
切れ目のない  
医療・介護  
サービス



利用者

相談 (患者・家族) 支援

相談



地域包括支援センター



相談

支援



連携



連携



対応する地域に所在する全ての  
地域包括支援センターと連携

## 関係団体

- ・ 在宅医療ネットワーク  
(H31年2月現在21団体)
- ・ 県、近隣市町村
- ・ 市医師会、  
市歯科医師会  
その他職能団体等

連携



実施主体

新潟市

- ・ 地域医療推進課
- ・ 地域包括ケア推進課
- ・ 各区役所



## 在宅医療・介護連携ステーション (新潟市在宅医療・介護連携推進事業)

- ◆ おおむね各区単位に設置
- ◆ 基幹型として新潟市医師会内に「在宅医療・介護連携センター」を設置

### <職員>

介護保険の知識を有する看護師・医療ソーシャルワーカー

### <主な機能・役割>

- 地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護サービスに関する相談を受け付ける  
(市民からの相談は原則、地域包括支援センターが対応)
- 地域包括支援センターや在宅医療ネットワーク等と連携し、医療と介護の『顔の見える関係づくり』をサポートする

### <具体的な取り組み>

- 多職種の顔の見える関係づくり
- 各種研修・勉強会の開催
- 市民啓発
- 医療・介護関係者への相談支援、情報提供



～医療と介護の連携をサポート～

# 在宅医療介護・連携推進事業の目的共有のために

## 開催目的

在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有と事業進捗の確認を行うと共に、コーディネーター間の情報共有の場として開催。

## 1、在宅医療・介護連携センター会議

- 1) 頻 度：2週間に一度（同館内の2階新潟市地域医療推進課にて）
- 2) 参加者：新潟市地域医療推進課（係長、課員2名）  
新潟市医師会地域医療推進室コーディネーター（2名）
- 3) 内 容：在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の進捗報告と議論  
研修会、センター/ステーション会議の内容 等

## 2、在宅医療・介護連携センター/ステーション会議

- 1) 頻 度：2か月に一度（同館内会議室）
- 2) 参加者：新潟市地域医療推進課（係長、課員3名）  
新潟市医師会地域医療推進室（2名）  
市内11か所の連携ステーション担当者
- 3) 内 容：①新潟市関連事業のセミナー  
②新潟市からの報告  
③連携ステーション委託項目を中心とした実績報告と議論  
④その他（その時々の特ピックス）



# 「コーディネーター業務の実際」

# 多職種連携の会（連携ステーション）

## コーディネーターの機能

多くの多職種連携の会は、「多職種が集い、職種の役割の理解、地域の課題抽出、課題解決に向けた取り組み」を行っている。コーディネーターは、この場を企画調整し、当日の進行を行い、継続していく役割を担う。

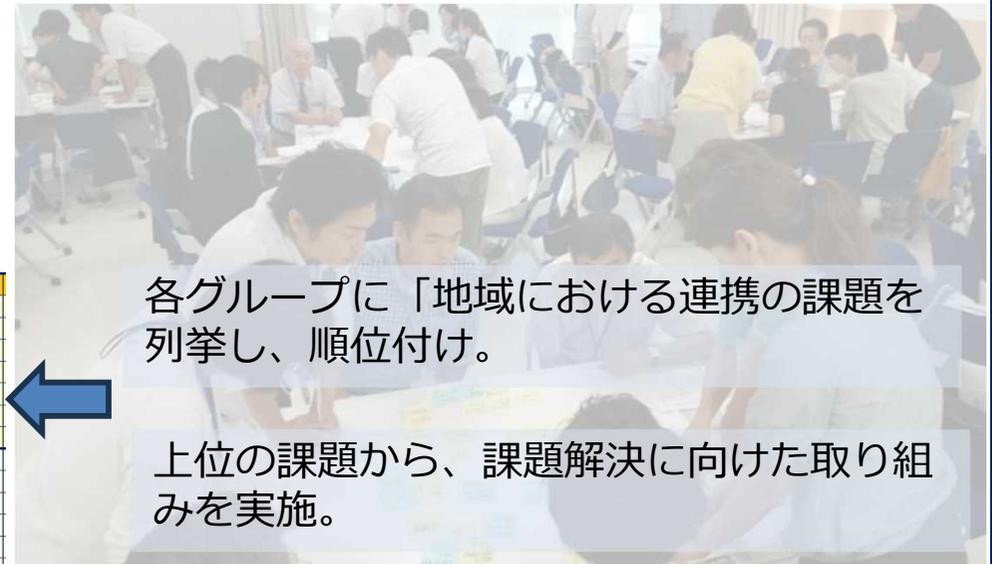
## 多職種によるグループワークのPDCA

多職種グループ 課題抽出	
1位(10)	マンパワー・人材不足
1位(10)	多(他)職種との連携不足、多(他)職種理解
3位(9)	本人・家族の理解、協力体制の問題
4位(8)	制度に対する理解、知識不足
4位(8)	医療との連携
6位(6)	情報共有の方法がわからない
6位(6)	対応困難事例

他職種の理解不足  
多職種連携の不足

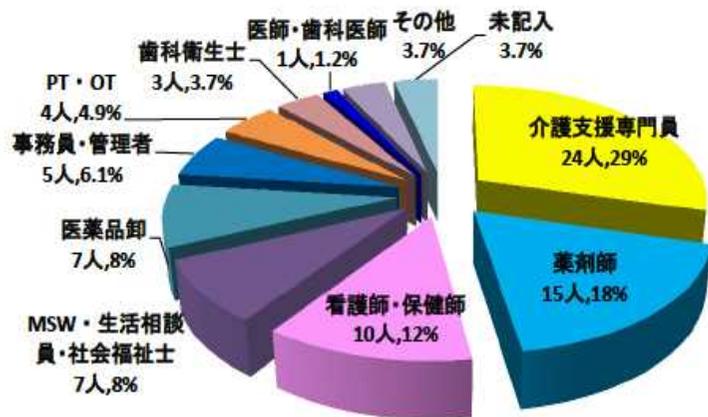
多職種 グループ No.1	多職種 グループ No.2	多職種 グループ No.3	多職種 グループ No.4	多職種 グループ No.5	多職種 グループ No.6
人材不足	マンパワー不足	人材不足	他職種連携	マンパワー不足	地域連携の場が不十分
お互いの役割を認識	他職種との連携不足	多職種との連携	他職種連携	他職種との情報共有/他職種への理解不足	介護者・キーパーソンの協力と理解/本人の理解
制度の複雑さ	本人と家族の意見の相違	制度・サービスが充実していない	家族力不足	保険制度への知識不足	制度が解りづらい
情報共有の仕方がわからない	制度に対する理解、知識不足	医療との連携	保険制度への知識不足	医療との連携	医療との連携体制
対応困難事例	病歴と在宅サービスとの連携不足	医師の受け皿探し	医療との連携	受け入れ先がない/ドクターがいない	情報の共有方法
	困難事例	困難ケース対応	困難ケース対応	知識不足/地域の特性がわかっていない	介護と医療サービスのほごまのケース
	同職種との連携不足	事業所内の問題	サービス提供側の業務が多忙過ぎる	時間合わない、時間が無い	
		行政との連携が取りづらい			
家族・地域つながりやすい	地域との関係が希薄				



各グループに「地域における連携の課題を」列挙し、順位付け。

上位の課題から、課題解決に向けた取り組みを実施。

## 参加職種



多職種連携の会の風景

# 各種の連携研修会（連携ステーション）

連携ステーションが地域のニーズを聞き取り、地域の特性に応じて企画・実施

R1: 5 2回2,698人    R2: 4 9回1,373人    R3: 5 5回3,605人

北区の医療と介護のささえあいネット講座

在宅医療と介護に役立つ **元気塾!**

**A講座（院長）** 知行先生 ①「**心臓と仲良くせうう!**」30分  
 場病院 院長 堀知行医師

腎臓が衰えれば？ 私は、循環器を中心とした内科診療をしています。大学時代から主に心臓病や脳心臓の診療をしていました。病院から15年かかると、心臓病や脳心臓が衰えてくることを認識しています。講座では、「心臓病」「心不全」の二つを中心に解説させていただきます。  
 お願いです!

**B講座（副院長）** 荒穂子さん ②「**速報のごつ!**」20分  
 『専門職どうしの連携は難しい?～連携センター＆ステーションがお手伝いします～  
 新潟市医師会 在宅医療推進センター 副理事長 荒穂子 保健師、主任介護支援専門員

職場、経歴、相談等の場により、連携への意欲や連携方法にも違いがあるようです。言葉が通じない、あるいは身体的なケア等も「速報」をキーワードに課題解決をさせていただきます。

**C講座（監事）** 藤村が伝えたい「在宅医療に必要な薬の知識」  
 「在宅医療での、より良い劑型選択とは?」(15分)  
 株式会社 市原康子 監事

薬剤師は30分程度に限定し、私は、処方箋の「何で何の薬を処方しているか」を、薬剤師の視点から「なぜ処方しているか」を、処方箋の「処方内容」から解説します。処方箋の「処方内容」から「処方内容」を解説します。処方箋の「処方内容」から「処方内容」を解説します。

とき: 9月6日(火) PM7時～8時半まで  
 ところ: 豊栄病院 2階(多目的ホール)

新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 「ご当地連携研修会」

みんなで学ぶ みんなで教える **医療と介護 リレー学習会** 参加 無料 未定稿

新潟市在宅医療・介護連携ステーション東と山の下の地域包括ケアネットでは、2017年度より共同で「医療と介護リレー学習会」を年4回の予定で開催します。この学習会では、地域の医療・介護関係者が交替（リレー）で講師になり、ご自身の専門・得意分野について約20分のミニレクチャーを行います。地域の専門職の皆さんでリレーを重ねて「みんなで学ぶ、みんなで教える」会にしましょう!

**1時間目** 19:00～19:30 医療（おもに医師）の時間

**看取りについて**  
 阿部胃腸科内科医院 院長/山の下ねっと 代表 阿部 行宏 先生

**2時間目** 19:30～20:00 医療（医師以外）または行政の時間

「要支援」の方のサービスは4月からどうなったの? **介護予防総合事業について**  
 東区役所 健康福祉課 高齢介護係 係長 北村 明弘 先生

**3時間目** 20:00～20:30 介護・福祉の時間

**多様化した通所介護について**  
 介護報酬改定が迫るなかデイサービスの今後は? 秋葉デイサービスセンターきゃすと 施設長 藤田 剛史 先生

**日時** 2017年 6月8日(木)  
**時間** 19:00～(20:30終了予定)  
**会場** 東区プラザ 多目的ルーム2 (区役所2階)  
**定員** 60名(登録先着)  
 ※多機関多職種相互理解を目的とするため、全時間参加を原則とします

**参加登録** | インターネットでの登録制です  
 以下のURLを入力するか、右のQRコード\*を読み取って専用フォームのページにアクセスし、必要事項を送信してください  
 URL <https://goo.gl/forms/pYhYSM3SuPJOUK0Z2> ※必ずお読みください  
 締切 | 5月31日(水) 但し定員に達し次第締切

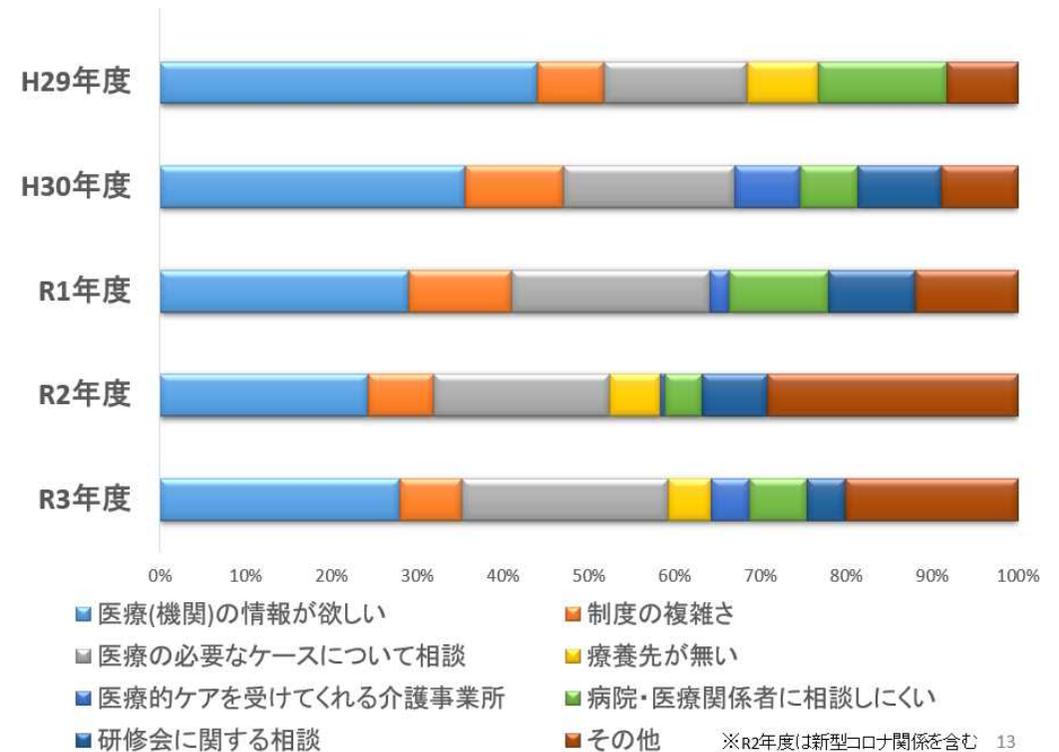
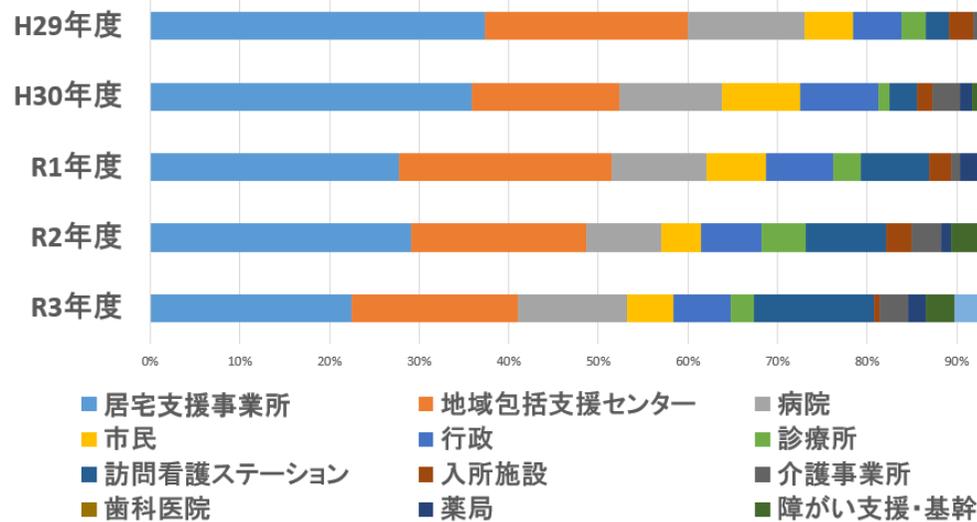
主催 | 新潟市在宅医療・介護連携ステーション東    共催 | 山の下の地域包括ケアネット (山の下ねっと [www.yamanoshita.net](http://www.yamanoshita.net))  
 問合せ先 | 新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 (新潟臨港病院 地域連携センター内) TEL 364-7321 / E-mail [higashi-station@rinko-hp.com](mailto:higashi-station@rinko-hp.com)

区	令和5年度 主なテーマ、内容	参加数
西	コロナ禍における退院支援の実際について	72
西蒲	顔の見える関係～西蒲区内介護サービス事業所の紹介～	65
北・東	5類移行後の新型コロナウイルス感染症の感染対策はどうすべきか	48
江南	在宅での看取りについて～訪問診療医の立場から～	20

# 関係機関からの相談支援窓口機能（連携センター・ステーション）

各連携ステーションは地域課題を意識し、事業計画へ反映。各連携ステーションでの相談事例は、サイボウズへの報告書経由でセンター/ステーション会議に提示。

## 相談者内訳



居宅介護支援事業所と地域包括支援センターからの相談が相対的に少なくなり、他機関からの相談が増える傾向にある。

医療的な事例の相談、難ケースの相談が増加傾向にある。

# 医療と介護の市民講座（連携ステーション）

新潟市中央区 区民公開講座

**在宅医療の未来を考える「ピア」上映会**

～一番好きな場所で最期まで自分らしく～

日時：令和3年6月6日（日）  
13:30～（13:00開場）  
会場：新潟市民プラザ ホール

新潟市中央区西船通-866 NEXT21 GF  
本会場には駐車場がございません。公共の交通機関をご利用下さい。  
※今後の新型コロナウイルス感染症の拡大状況によっては、延期または中止させて頂く場合がございます。

【プログラム】  
13:30 開会  
13:40～15:20 映画上映  
『ピア～まちをつなぐもの』  
15:20～15:30 休憩  
15:30～16:00 講演  
『いのち・暮らし・生きがい  
を支える在宅医療』  
講師 医療法人アスミス 理事長 太田秀樹 先生  
16:00～16:20 対談  
医療法人アスミス 理事長 太田秀樹 先生 X  
斎藤内科クリニック 院長 斎藤忠雄 先生  
16:30 閉会

主催：新潟市在宅医療・介護連携ステーション中央  
にいがた在宅ケアネット  
共催：新潟市在宅医療・介護連携ステーション中央第二・斎藤内科クリニック  
後援：新潟県小規模多機能型居宅介護事業者協議会  
問い合わせ：斎藤内科クリニック在宅支援室 ☎025-211-3930  
E-mail: zaitaku@smc-kanwa.jp

※この事業は、公益財団法人 在宅医療推進 県民生活財団 2020年度在宅医療推進「市民の願いへの対応」を受けて行われます

\*\*\*\*\*

**認知症とフレイル予防**

元気やさしいまちづくり

無料

日時：令和3年12月23日（木）  
14:00～15:30  
会場：新潟市総合福祉会館4F 401  
新潟市中央区八千代1-3-1  
TEL:025-248-7161

テーマ：「知ってあんしん認知症」  
講師：総合リハビリテーションみどり病院 院長 成瀬 聡 先生

テーマ：「フレイル予防のポイント」  
講師：斎藤内科クリニック 院長 斎藤忠雄 先生

主催：新潟市在宅医療・介護連携ステーション中央  
共催：にいがた在宅ケアネット・斎藤内科クリニック

※参加ご希望の方はお電話下さい  
新潟市在宅医療・介護連携ステーション中央  
斎藤内科クリニック在宅支援室  
〒950-0926 新潟市中央区高志2-20-3  
TEL:025-211-3930

お申込みお問い合わせ

\*\*\*\*\*



いつまでも住み慣れた地域で暮らしていくために

**よくわかる在宅医療&介護**

新潟市

対象者	内容	講師
地域の茶の間	地域包括ケアシステムにおける医療体制・かかりつけ医について	病院長
老人クラブ	大切なお口の健康、在宅医療・介護について	歯科医師
コミュニティ協議会	薬の正しい飲み方について（副作用について）	薬剤師
サロン	施設より在宅を望まれるあなた～在宅で受けられる医療について～	訪問看護師
市民団体	～住み慣れた地域で暮らすために～「在宅医療って何？」	MSW

# 連携ツールの活用：「新潟市医療と介護の連携ハンドブック」

「地域医療と介護連携に関する実態調査」の声をもとに、地域と病院の連携に焦点をあて作成。平成30年度以降、連携センター/ステーションが実施する各種研修や各職種・事業所における研修などで活用していただくことを積極的に働きかける。  
**連携センターおよび市ホームページでダウンロード可能。**

## 医療と介護の連携ハンドブック

～新潟市民の生活を支えるための多職種連携～



新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

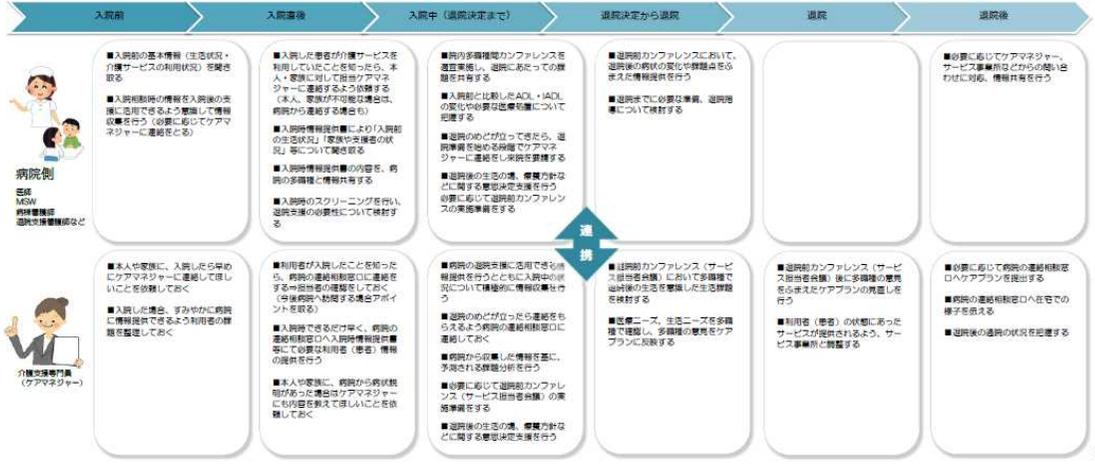
Ver. 1 (平成30年4月)

### 3 入院前から退院後までの連携フロー

★ここでいう「病院側」とは、病院のさまざまな職種の方を指します。役割分担など各病院によってさまざまであるため、このフローではあえて職種を限定していません。  
 ★このフローを活用して、初任者研修や多職種連携のケース検討会などで実際のケースをこのフローに当てはめ、所属する事業所・病院あるいは部署の体制についてや専門職として自身の振り返る機会、他者の取組みを知る機会としましょう。

#### 連携のポイント…『10の心得』をもとに考える

- 1 自費から、本人の思いと意思に基づいて本人に関わる多職種で意思の統合を持つようにしましょう
- 2 本人に関わる多職種の役割を整理し、思いの異なる職種をつくるような取組を避けよう
- 3 大勢の意見に加えて、各職種が本人の生活状況・課題などについて把握し、日常生活の課題がわかる資料(ケアプラン/評価書)を活用できるようにしよう
- 4 本人に関わる多職種の連携に際して、本人の個人情報を漏らすことがないように注意し、同意を得よう
- 5 本人が同意した場合は、事前に多職種で情報共有を行おう
- 6 病院の連携の窓口について意識し、連携の窓口を明確にしよう
- 7 在宅時の本人の生活状況・課題を整理し、本人に関わる多職種で情報共有し、適切な連携の取組となるのを検討する機会をもちよう
- 8 入院中の情報も各職種間へ開示することによって本人・家族に適切な情報を提供できよう
- 9 退院後の生活について目標を設定し、入院前から多職種で情報共有する機会をもちよう
- 10 本人の希望と生活の状況にあわせて、多職種で連携の窓口を明確にし、適切な連携の取組を行おう
- 11 状況の変化とともに本人や家族の思いがどのように変化しているのか把握するよう努めよう
- 12 本人・家族に再入院や介護上の課題など、在宅復帰に向けた課題を明確に把握し、適切な連携の取組を行おう
- 13 退院が決まったら、スムーズに退院後の生活を送ることができるよう多職種から退院前カンファレンスを実施し、情報共有の機会をもちよう
- 14 病院について本人・家族の受け止めや悩んでいる課題について意識し、解決策を多職種で検討しよう
- 15 退院後の生活における課題について、本人や家族に意識してもらおうとともに、多職種で情報共有しよう
- 16 本人や家族が不安に感じていることや疑問点、本人や家族の退院後の生活に悩んでいることがあっても、多職種で情報共有しよう
- 17 継続した取り組み(連携・介護)の推進を行うため、本人に関わる多職種で随時情報共有を行おう
- 18 資料による情報共有だけでなく、多職種で実際に顔を見え連携を取りよう
- 19 入院中に得た情報や退院時の資料から、多職種で今後の連携の取組について改めて確認しよう
- 20 本人の生活状況も多職種で共有し、疑問点や新たな課題があれば、本人に関わる多職種で必要な取組を検討しよう
- 21 退院後の連携方針や生活の課題について、改めて本人の意思を確認しよう
- 22 緊急時の対応について、本人の意思を確認し、具体的な取組について検討しよう
- 23 本人が納得まで明らかになるまで連携を取りよう



# 連携ツールの活用：「もしもシート」

メモ

もしものときのために

考えてみませんか？  
話しあってみませんか？

今のこと・将来のこと  
自分のこと・大切な人のこと



もしものときは、「子の迷惑になりたくない」と思っている親世代がいる一方、「親の思いや希望をできるだけ叶えたい」と思っている子世代も多いのです。

また、親と子の思いが同じでも、その他の家族や友人、医療・介護従事者など周りの人に自分の思いが伝わっていなかったために、思う通りにいかない場合もあります。

気持ちも状況によって変わります。一度伝えたら終わりではなく、気持ちが変わったらその都度、繰り返し話しあいましょう。

あなたは、もしものことを考えたことがありますか？  
人は、いつ命に関わる大きな病気やケガをするかわかりません。しかし、もしものときに受けたい医療や介護について、自分で考えたり、家族と話しあったことがある人は少ないようです。もしものときに慌てないよう、元気な時から、家族や大切な人との思いを共有しておくことは大切です。このシートをきっかけに、自分で、また、家族や友人、大切な人と考え、繰り返し話しあってみませんか？



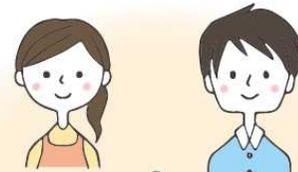
【作成】 新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

【発行】 新潟市保健衛生部地域医療推進課

連携センター/ステーションが実施する各種事業にて説明・配布。  
地域包括支援センター、区役所に設置、新潟市ホームページからダウンロード可。

もし、こんな時は…？

〇〇ことができる  
きた時、  
とはなに？



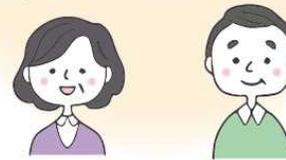
✕もし、最期を迎えることになった時、どこで、だれと迎えたい？

☆家族や友人と過ごしたい？  
☆家族の負担になりたくない？  
☆少しでも長く生きたい？  
☆好きなことをしたい？



✕もし、希望を伝えることができなくなった時、気持ちを代弁してくれそうな人はだれ？

✕もし、将来介護や医療ケアが必要になった時、どこで、だれに、お願いしたい？



☆自宅？ 施設？ 病院？  
☆家族？ 友人？ 介護職員？  
☆訪問看護師？  
☆かかりつけの医師？

✕もしもの時、受けたくない医療や処置ってなんだらう？

病院外来、診療所にて  
医師等から患者・家族に  
理解と関心を深めている。

# 在宅医療ネットワーク情報交換会（センター）

## 開催目的

新潟市の在宅医療を支える多職種連携の会（20団体）が一堂に会し情報交換、交流を行い、市内における在宅医療のネットワーク強化を目的に開催。

## 参加対象

新潟市の多職種連携の会（20団体）の医療介護福祉関係者、新潟市関連部署、新潟市医師会

## 内 容

### 【テーマ】

地域でともに取り組むいのちと生活を支えるまちづくり  
～災害など危機的状況下に置かれた場合にも、重要な業務が継続できるための B usiness C ontinuity P lanlan～

### ■活動報告

- ①新潟市の要支援者に対する取り組み（新潟市危機管理防災局防災課）
- ②在宅医療ネットワークでの取り組み（西蒲区在宅医療ネットワークの集い）
- ③連携型BCP/地域BCP策定モデル事業への取り組み  
（新潟市居宅介護支援事業者連絡協議会）

### ■基調講演

## 「地域におけるBCP連携の必要性 地域BCPのススメ」

講師 山岸暁美 氏

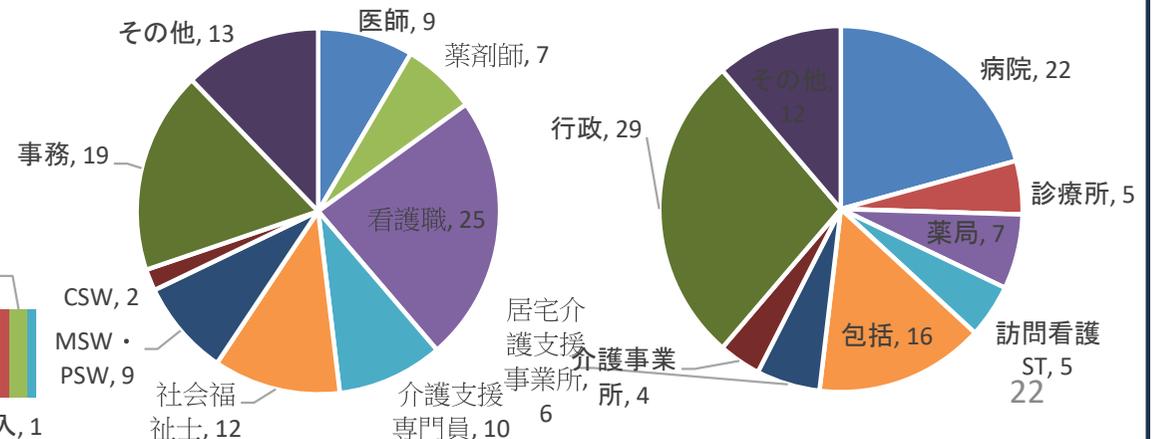
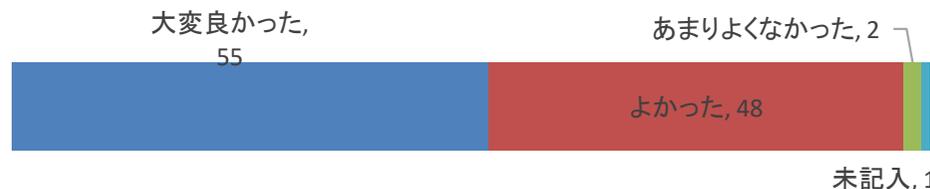
保健医療学博士，在宅看護専門看護師，社会福祉士  
一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長  
慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

座長 横田樹也（新潟市医師会総務部長、新潟市在宅医療・介護連携センター長）



## アンケートから

参加者数 131名  
アンケート回答106名



# 在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業（センター）

## 目的

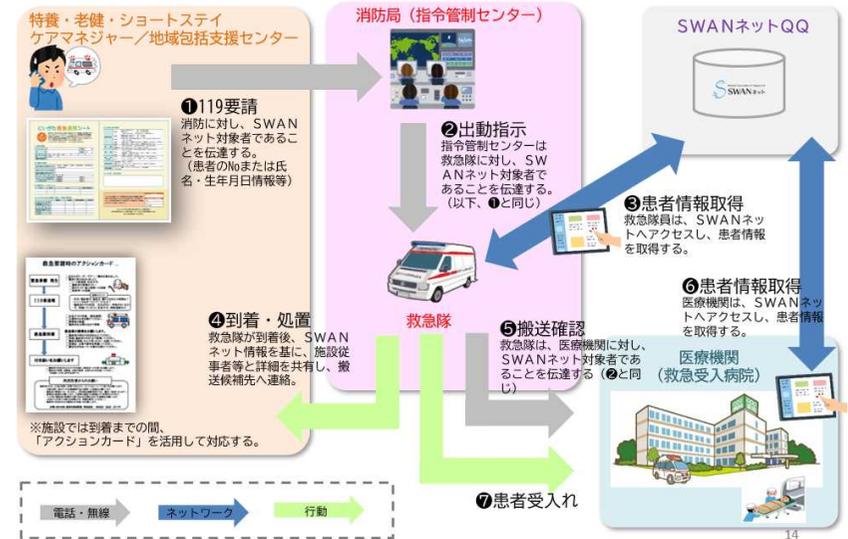
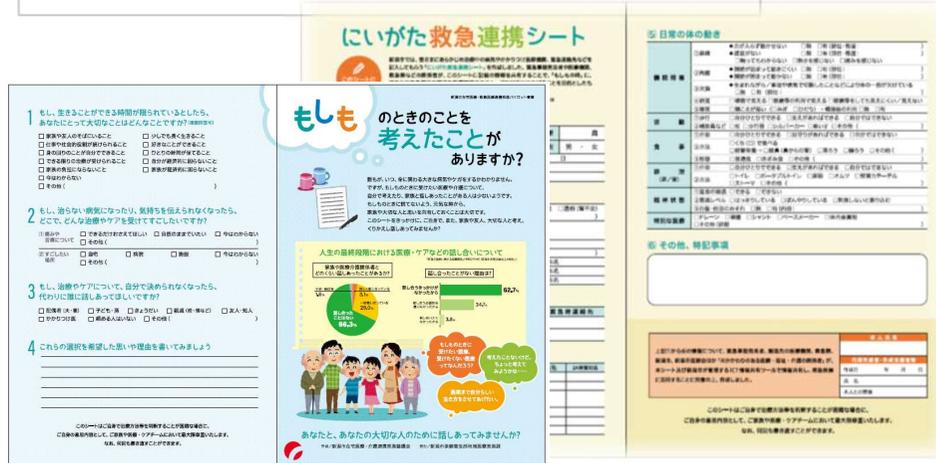
高齢化の進展に伴い今後も増え続ける救急搬送需要に対応するため、「にいがた救急連携シート」を作成し、救急時に本人、家族、救急隊、医療ケアチームと共有・活用することで、円滑な救急搬送につなげる。あわせて、普段から治療やケア、過ごし方に関する希望を家族などと共有しておくことの大切さについて、理解と実践を促し、本人の意思が尊重されやすい医療提供体制の強化につなげる。

## 実施期間

令和2年度から令和4年度

## 実施内容

- にいがた救急連携シートの運用・検証
- ICTツールのSWANネットとの連動
- ACP市民講座
- 相談援助職向け意思決定支援研修会



にいがた救急連携シートのSWANネット連携と消防・救急病院との情報共有イメージ

## これまでの取り組みと今後のスケジュール

### R2～ 西区におけるモデル事業

- ・シート内容・運用方法等の検討
- ・相談援助職（専門職）意思決定支援研修会の開催
- ・ACP市民講座の開催
- ・にいがた救急連携シートの運用開始【R3.4月～】（西区特養・老健・ショートステイ）

### R4・R5 対象者（要支援・要介護認定者）

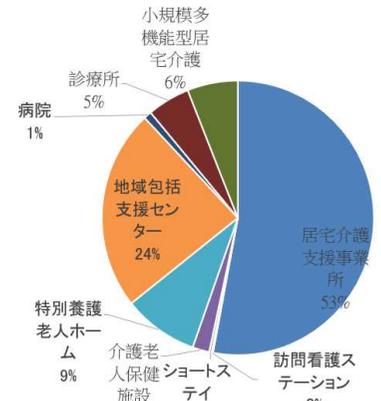
- ・運用の見直し等課題について検討・対応
- ・エリア拡大に向けた検討

### R1 在宅医療・救急医療連携WGほか関係機関等との協議

- ・在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ設置
- ・高齢者の救急搬送に関する課題の抽出（救急医療機関・高齢者等入所施設・救急隊等関係機関との意見交換会の開催）
- ・先進事例や既存関連ツールの調査・把握
- ・シート内容・運用方法等の検討
- ・救急隊へのアンケート調査

令和5年9月14日現在  
登録総数：650件（うち実577件）

提出事業所	件数
居宅介護支援事業所	344
訪問看護ステーション	1
ショートステイ	2
介護老人保健施設	13
特別養護老人ホーム	58
地域包括支援センター	154
病院	6
診療所	33
小規模多機能型居宅介護	39



# 在宅医療のオンライン診療導入モデル事業（センター）

**目的** 訪問診療にオンライン診療を導入するモデル事業を実施し、対面診療と併用するオンライン診療にかかる標準的なフロー（在宅型・施設型）を策定するとともに、課題の抽出や有用性の検証を行う。在宅医療の関係者等へ検証結果を報告し、新たに訪問診療に取り組む医療機関の増加や感染症発症時の早期対応など訪問診療の量・質ともに拡充を図り、将来的な医療ニーズの増加を見据えた在宅医療提供体制の強化を目指す。

**実施期間** 令和5年7月～12月（6か月） ※左記をモデル期間とするが医師の判断で継続も有

**実施内容**

- 医師が適切と判断し患者の同意が得られた場合において、対面診療と併用する形でオンライン診療を導入
  - a. 状態が安定している患者→対面2回のうち1回をオンライン
  - b. 診療回数の増加が望ましいが実施できていない患者（状態不安定、遠方など）  
→通常の対面にオンラインを追加
  - c. 施設入所者→通常の訪問診療や緊急対応時にオンラインを活用
- 原則、訪問看護師が患者宅で状態観察とともにタブレット画面を操作する（D to P with N方式）が、薬剤師・ケアマネジャー・施設職員や患者家族による操作も想定
- 医師・訪問看護師（施設職員等）・患者（家族）に対してアンケート・ヒアリング調査を行い、オンライン診療の効果や課題等について検証
- 情報通信機器は、診療所では医師のパソコン、患者宅・施設では市が準備するタブレット端末を利用
- 通信方法は、汎用性のあるZOOM等の利用を基本とし、医師が使いやすいものを選択

**協力機関** 4 医療機関に協力いただく。対象者（支援者）については、各医師が選定  
1 医療機関あたり、概ね2～3事例

**検証項目** 医師・訪問看護師など支援者・患者（家族）それぞれに対し、アンケートやヒアリング調査によりオンライン診療導入のメリット・デメリット・改善点などを検証

スケジュール	年月	内容
	令和5年6月	・ 貴会と委託契約締結 ・ 「在宅医療・在宅ネット運営協議会」にて事業説明 ・ 訪問看護ステーションへの説明・タブレット配付
	7月～	・ モデル実施開始
	10月	・ 中間まとめ・経過確認
	令和6年1月	・ アンケート・ヒアリング調査
	2月	・ 調査結果とりまとめ
	3月	・ 「在宅医療・在宅ネット運営協議会」にて事業報告

# 在宅医療のオンライン診療導入モデル事業の実施概況（センター）

協力医療機関	協力医療機関	自宅		施設		通信手段
		訪看	家族		人数	
東区	Aクリニック	3	3	2	1 2	Net 4U Meet
江南区	Bクリニック	1		1		Net 4U Meet
秋葉区	Cクリニック	3	2	1		LINE
西蒲区	D病院			2	3	LINE
	計	7	5	2	4	1 5

**実施件数** 患者宅6人・4施設（7月20日～8月25日初回実施）

## 初回アンケート結果

1、回収数	アンケート対象	対象数	回収数
医師	自宅：患者毎	6	6
	施設：施設毎	4	4
訪看	患者毎	5	5
施設	施設毎	4	3
患者	患者毎	5	5

2、満足度（件）		大変満足	概ね満足	少々不満	不満
医師	自宅		5	0	1
	施設	1	2	1	
訪看			3	2	
施設			3		
患者		2	1	2	
計		3 ( 13.0% )	14 ( 60.9% )	5 ( 21.8% )	1 ( 4.3% )

# 「医療連携を考える会（新潟市内8区で開催）」（センター）

<p>開催目的</p>	<p>各区における医療機関相互の連携の現状と課題を認識し、これからの連携向上を目指す</p>
<p>コーディネーターの関わり</p>	<p>各区の在宅診療医や病院長と意見交換を重ね、その区においてどのような医療連携が在宅医療の推進につながるか意見を伺い、その意見を元に地域の医療機関が共に協議できる機会を調整する。</p>
<p>参加者</p>	<p>診療所医師、病院の院長、看護部長、連携実務者 等</p>
<p>開催内容</p>	<p>「診療所・病院から見た医療連携への期待」、「病院間の連携の現状と課題」、「在宅医療に関わる診療報酬について」等、各区によって開催テーマに違いあり。</p>
<p>参加者の主な声 (抜粋)</p>	<p><b>診療所の状況について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅療養者の緊急時の受け入れについて、病院が後方支援してもらえるとよい。</li> <li>●看取りを1人の医師だけで行うのではなく、複数の医師で協力体制をとって行う体制が効果的である。</li> </ul> <p><b>病院の状況について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●各医療機関の状況を聞くことで病床機能の違いや稼働状況をより理解でき、各病院の現状が理解できた。</li> <li>●「このような患者であれば、もっと受け入れられる」等の具体的な紹介患者像のやりとりがあった。</li> </ul> <p><b>在宅医療推進の後方支援体制について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●今以上に診療所の先生方が、在宅医療に取り組みやすくできるように、病院が後方支援体制を整備することが重要である。</li> <li>●在宅医療の後方支援体制をとる病院を支援する体制の整備（病病連携）も重要である。</li> <li>●病院相互の役割分担推進、地域医療構想の観点からも重要。</li> </ul> <p><b>住民啓発について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関だけが、救急医療対策・医療連携をしていても限界がある。実際に受診をする地域住民に医療提供体制を理解してもらうことが必要である。</li> <li>●病院群で共通の啓発活動をしてはどうか。</li> </ul>
<p>効果</p>	<p>在宅医療を担う診療所医師と病院とが共に協議することにより、今後の在宅医療に病院がどう取り組めるかを考える機会となった。また、実際にやり取りを行う連携実務者を交え意見交換することで、日々の入退院時の課題が明確となった。</p>



※中央区の開催時の会議風景

# 新潟医療圏地域連携会議（センター）

## 目的

新潟市内の病院連携実務者等が集い、新潟医療圏におけるシームレスな地域連携の実現を目指す。またその実現にあたり、地域における課題を把握し、関係者間で課題解決に向けた取り組みができる。

## 主催者

新潟大学医歯学総合病院と新潟市医師会との共催

## 対象機関

新潟医療圏の病院、医療介護福祉関係機関

## 参加対象

病院連携実務者や関係者



## 会議構成

- 1, 会議の名称を変更して、対象エリアを明確化。
- 2, 2つの部会を設置し、病病連携と病院を取り巻く連携の内容を分け検討。
- 3, コアメンバー病院を参集し、2つの部会の骨子を検討。

## 新潟医療圏地域連携会議

### 【コアメンバーワーキング】

新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、済生会新潟病院、みどり病院、新潟南病院、西蒲中央病院、白根大通病院、五泉中央病院

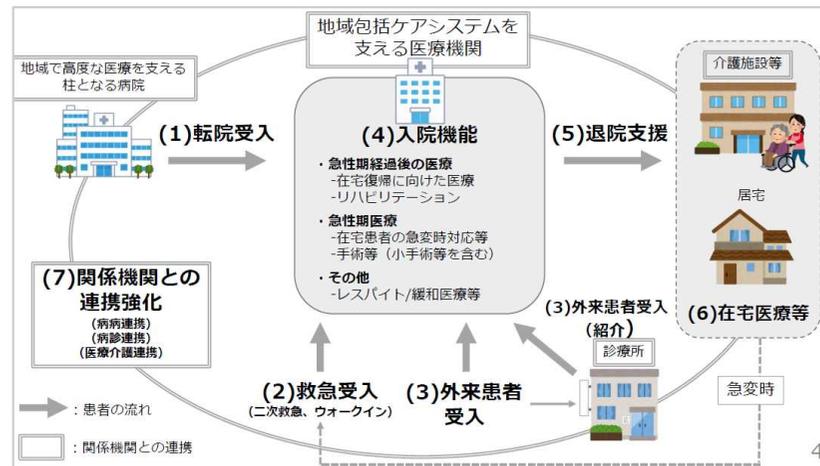
### 病病連携部会

急性期病院はじめ、機能の異なる病院の連携実務者を集い、スムーズな転院や病院間連携の実現を目的とする。

### 入退院連携部会

病院の連携実務者や診療所、また在宅医療関係者が集い、診療連携やスムーズな入退院連携等の実現を目的とする。

## 【連携場面のイメージ】



## 【ヒアリングで挙げた地域で検討が必要な項目】

### ○地域連携強化に向けた取り組み

- ・転院調整時の共通様式の作成
- ・院内連携の体制強化の取り組み
- ・地域連携ICT等の利活用推進 等

### ○研修・教育、人材育成について

地域連携に関する講演会やグループワーク、人材交流 等

### ○地域住民に向けた取り組み

地域で共通の院内掲示用のポスターやチラシを作成 等

# 「コーディネーターの質向上・フォロー体制の取り組み」

# コーディネーターの現実

コーディネーターは、このような悩みをもっているかもしれません！？

市町村から何を求められているのかわからない。

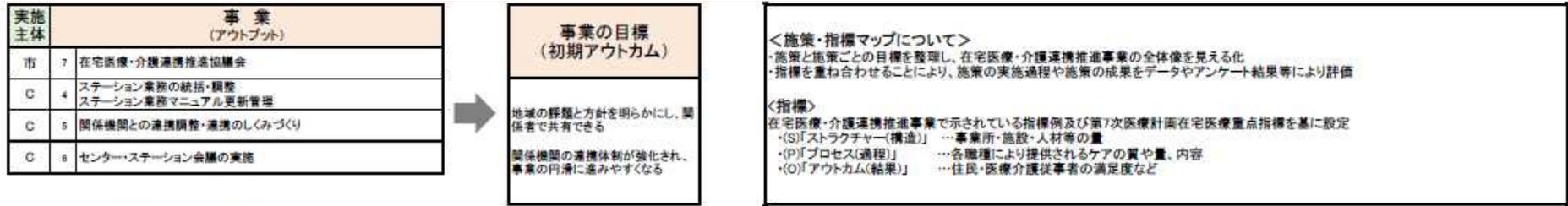
委託を受けた職場での理解が薄く、肩身が狭い。



他のコーディネーターはどんな風に業務を行っているのだろうか。

事業について学ぶ場がない。1人職場なので研修会等に出れない。

# 令和5年度新潟市在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ



成果指標のデータソース: 地域包括ケア見える化システム / 新潟県提供医療・介護レセプトデータ / 新潟市医療に関する意識調査 / 地域医療提供体制に関する意識・実態調査 / 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 / 在宅介護実態調査 / その他・統計調査関係

# 業務計画書

目標をイメージし、連携センター/連携ステーション自身が事業管理を行う。  
 ①年度末に実績をまとめる。②次年度の計画作成と共に新潟市と連携センターが連携ステーションにヒアリングを行う。

在宅医療・介護連携センター/ステーション業務 目標管理シート							様式 I			
年度	令和〇年度						作成日			
名称	在宅医療・介護連携〇〇						修正日			
							評価日			
<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レイアウトはA4横に収まるようにしてください。</li> <li>・文字がセルから溢れる場合は、行高または列幅を変更してください。</li> <li>・印刷時に文字が隠れないようにしてください。</li> <li>・目標が5未満の場合、不要な行を削除してください。</li> <li>・セル中で改行する場合は、Alt+Enterで行ってください。</li> <li>・数値は半角、その他の文字は全角を使用してください。</li> <li>・半角カナ、機種依存文字は使用しないでください。</li> <li>・フォント、フォントサイズは変更しないでください。</li> </ul>										
<p>【主な取組(事業)】【補足・参考指標】は、文頭に「」(大文字)を付けてください。</p>										
No.	項目	目標	主な取組(事業)	指標			補足・参考指標	目標達成状況	評価	
				項目(単位)	R3実績	R4目標				R4結果
1	相談支援	医療・介護関係者が在宅医療・介護連携ステーション機能を理解し、相談件数が増える。	・相談窓口及び相談対応事例を分析する。 ・上記の分析結果を、区内医療・介護関係者等へ周知する。	連携ステーションに相談したことがある割合(%)	20.0	25.0	26.0	・アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケートより集計	連携ステーションに相談したことがある割合は、ご当地連携研修会28.0%・看護連携強化事業地域別研修会24.0%、計26.0%で目標達成した。	達成
2	連携支援	医療・介護関係者からの相談内容および関係者と共有した課題からニーズに合った研修会を開催できる。	・相談実績や研修会アンケート結果、医療資源調査などの材料を用い、お互いに把握している地域の課題を共有し、医療介護連携に関する課題を検討する。	地域包括支援センター連絡会、支え合いのしくみづくり、自立支援協議会等での提言回数(回)	3	5	4		複数の指標を設定している場合、組織目標ごとに以下のとおり評価してください。 ・達成・・・全ての指標を達成(例 3/3指標) ・一部未達成・・・半数以上の指標を達成(例 2/3指標) ・未達成・・・半数以上の指標が未達成(例 1/3指標)	未達成
3	連携支援	医療・介護関係者が入院から退院に向けて、お互いの役割を理解することで退院支援に向けての連携のイメージができ、実際の連携が円滑になる。	・ケアマネ連絡会やご当地連携研修会などを通じ、連携ハンドブックを活用した研修会を行う。	連携ハンドブックを活用した研修会開催回数(回) 他機関や他職種との連携のしづらさを感じる割合(%)	0 20.0	1 15.0	2 16.0	・アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケートより「連携のしづらさを感じる」と回答した割合		一部達成
4	地域住民への普及啓発	在宅医療やADPをテーマとした講座の参加者数が増加し、市民の理解が深まる。	・地域包括支援センターと共催、あるいは紹介してもらい地域の茶の間や自治会などに働きかけ、「ACP」のテーマでの開催を受け入れてもらう。	地域の茶の間、民生委員定例会での周知回数(回) 「ADP」をテーマとした講座回数(回) 人生最期の治療・ケアに関する家族等との話し合ったことがある割合(%)	2 1 50.0	3 2 51.0	4 2 52.0		達成	
5	連携支援	看護職どうしの横の関係ができ、施設、事業所間の連携が円滑になる。	各機関を巻き込みながら企画や運営を進め、看護連携強化事業地域別研修会を開催する。	参加事業所数	7	10	9			未達成
<p>取り組みについて(今年度重点的に取り組む内容や目標設定の考え方など)</p>							<p>取り組みの結果について(評価内容と評価結果を踏まえた今後の方針など)</p>			

# 次年度にむけた意見交換の場の設定

## 目的

今年度の振り返りを行うと共に、新潟市在宅医療・介護連携推進事業の目的を意識した上での、次年度の連携ステーションの活動計画を立てる。

## 参加者

新潟市保健衛生部地域医療推進課  
新潟市在宅医療・介護連携センターコーディネーター（医療ソーシャルワーカー、保健師）  
新潟市在宅医療・介護連携ステーションコーディネーター（11か所）

## プログラム（2日間の内容）

### 1, 話題提供

「マネジメント視点をもった在宅医療・介護連携推進事業の展開を目指して」  
新潟市医師会 地域医療推進室 斎川 克之

#### 【ポイント】

- ①人口構造と疾病構造の変化に伴う医療と介護の連携の必要性
- ②在宅医療・介護連携推進事業について
- ③コーディネーターに関する議論
- ④マネジメント：目指す姿と現状把握→課題そして対策について

### 2, グループワーク

「在宅医療における4場面の取り組みについて」

- ①テーマの決定
- ②目指す姿の設定
- ③目指す姿と現状のギャップから課題を把握し、要因分析
- ④対策の立案（誰に、どのような内容を進めるのか）
- ⑤目指す姿を設定（何がどうなるのかを考え、その状態を何で測るのか）

出典) 令和4 年度老人保健健康増進等事業 埼玉県立大学 川越雅弘先生「PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業」オンライン研修「事業マネジメント力を高めよう」から

【再掲】地域医療連携を展開していくためには  
自院の地域連携の在り方（目的と現状・課題）を考える

院長や管理職からはこのあたりのメッセージは出てきません。医療連携実務者が解決していかなければならない使命です。

＜ある架空の病院を例に・・・＞

**目的**  
『患者の望む退院支援の実現』

**現状**  
患者の希望に沿った退院支援ができていない。  
(声から、データから把握)

**原因**  
・入院時のスクリーニングの仕組みがない。  
・病棟と連携室との連携ができていない。  
・関係機関相互が同じ目的を持って、支援できていない。  
・退院後の紹介先（診療所等）への情報提供ができていない。  
・転院先からよく断られる（機能を把握していない）。

**原因の個々に対し、誰が・どこに・どんな対策を取るか！**

**対策の視点**  
・自院の入退院支援の流れはどうか。  
・診療所・病院へどのような連携ができていて、また何が不足しているのか。  
・介護事業所との連携の在り方はどうか。  
・患者（家族）の意思表示の機会はあるか。等

連携先のニーズ・地域のニーズを知り、地域連携の形を考えていく必要がある。

【演習】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	原因2
原因3	原因4

最も大きな原因

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	
対策2	
対策3	

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	
期待値2	
期待値3	

# 事業運営マニュアルと共有ファイルの管理運用

事業ごとの目的や事務処理の内容を詳細に記載し、事業運営と進捗管理を行う。  
※新潟市、連携センター/ステーションで事業を振り返り都度改定を行う。  
※マニュアルを含めた各様式、報告書はサイボウズで運用。

## 新潟市在宅医療・介護連携推進事業 運営マニュアル

2023年度 Ver.1

新潟市保健衛生部地域医療推進課  
新潟市在宅医療・介護連携センター

### 目 次

- I 在宅医療・介護連携推進事業について
- II 在宅医療・介護連携推進事業の構成
- III 事業体制図
- IV 委託業務の実施体制
  - 1 受託法人の役割
  - 2 ステーション担当者の役割
- V ステーション担当者の具体的な業務・活動内容
  - 1 活動の手順
- VI 報告様式
- VII 個別事業（連携ステーションが主体となって取り組む事業）
  - 1 在宅医療・介護連携センター/ステーション事業運営会議
  - 2 相談窓口の運営、関係会議への参加
  - 3 医療と介護の市民講座
  - 4 医療と介護の出前スクール
  - 5 ご当地連携研修会
  - 6 地域看護連携強化事業
  - 7 新潟市医療と介護の連携ハンドブック普及促進
- 参考① アンケートの取り扱いについて
- VIII 参考資料
- IX 様式集
  - 様式1 相談記録シート
  - 様式2 会議等の出席報告書
  - 様式3 開催計画書
  - 様式4 開催報告書
  - 様式5 参加申込書
  - 様式6 「ご当地連携研修会」アンケート（通常版）
  - 様式7 「ご当地連携研修会」アンケート（感染症版）
  - 様式8 「医療と介護の市民講座」アンケート（ACP版）
  - 様式9 「医療と介護の市民講座」アンケート（認知症版）
  - 様式10 「医療と介護の出前スクール」アンケート
  - 様式11 在宅医療・介護連携ステーション活動集計表

# 新任（現任）者研修

## 【研修スケジュール】

○ 1日目 令和5年5月9日（火）9：30～16：20 / オンライン（Zoomミーティング）

所要時間	内容	講師
9：30～9：45	15 開会・オリエンテーション	
9：45～11：05	80 講義①「地域包括支援センターの存在意義・求められる役割」	新潟医療福祉大学社会福祉学部 准教授 渡邊 豊
11：15～12：20	65 講義②「新潟市地域包括支援センターの業務について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 主査 来田麻里子
12：20～13：20	昼食休憩（60分）	
13：20～13：50	30 講義③「新潟市における介護予防・日常生活支援総合事業について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 主査 権平 拓也
13：50～14：30	40 講義④「新潟市における認知症対策について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 係長 小柳美佐子
14：40～15：10	30 講義⑤「新潟市における在宅医療・介護連携について」	新潟市保健衛生部地域医療推進課 主査 秋山 貴子
15：10～15：30	20 「SWANネット」について	新潟市医師会 事務局 業務課長兼地域医療推進室長 斎川 克之
15：40～16：10	30 新潟市成年後見支援センターについて	新潟市成年後見支援センター
16：10～16：20	10 事務連絡	

○ 2日目 令和5年5月10日（水）10：00～16：30 / オンライン（Zoomミーティング）

所要時間	内容	講師
10：00～11：00	60 講義⑥「総合相談支援業務とネットワーク構築」	社会福祉法人 新潟市社会福祉協議会 新潟市地域包括支援センターしろね南 管理者 竹石こずえ
11：10～12：10	60 講義⑦「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および介護支援専門員に対する支援」	社会福祉法人新潟市社会事業協会 新潟市地域包括支援センター赤塚 管理者 荒木 薫
12：10～13：10	昼食休憩（60分）	
13：10～14：10	60 講義⑧「権利擁護業務」	社会福祉法人 愛宕福祉会 新潟市地域包括支援センター阿賀北 管理者 田邊 理美
14：20～16：20	120 講義⑨「高齢者虐待の対応について」	新潟市福祉部高齢者支援課 主査 山崎 雅寛 高齢者虐待防止担当職員 高野 登志
16：20～16：30	事務連絡	

○ 3日目 令和5年5月15日（月）10：00～16：30 / 会場：横越地区公民館

所要時間	内容	講師
10：00～12：00	120 講義⑩「介護予防ケアマネジメント」	医療法人社団敬成会 新潟市地域包括支援センターあじかた 保健師 佐藤 智亮
12：00～13：00	昼食休憩（60分）	
13：00～14：40	100 演習「介護予防サービス・支援計画の作成」	医療法人社団敬成会 新潟市地域包括支援センターあじかた 保健師 佐藤 智亮
14：50～16：20	90 グループワーク・ふりかえり	
16：20～16：30	事務連絡・閉会	

## 研修目的

在宅医療・介護連携ステーション新任職員に対し、新潟市地域包括支援センターの新任者研修  
1日目に合同参加し、地域支援事業の概要等、知識と技術の習得を図る。

## 研修内容

### 【総論】

地域包括支援センター研修1日目を主体に地域支援事業を学ぶ

### 【各論】

地域包括支援センター研修2日目以降と在宅医療・介護連携センター/ステーション会議にて、各項目の各論を学ぶ。

# 新潟県在宅医療推進センター—整備事業 概要

## 全体目標

新潟県グランドデザインを踏まえ、地域特性に応じた持続可能な在宅医療の体制整備を進める

## センター概況

【実施年】平成27年～

【配置状況】16医師会17センターの配置（17センター中4センターが病院へ委託）

【財源】地域医療介護総合確保基金

【職員】センター長:医師会長、担当理事 など / コーディネーター:看護職、MSW、社会福祉士、ケアマネジャー、事務 など

## 事業内容

市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業と目指す姿を共有し取り組む

### ア.在宅医療提供体制のコーディネート

入退院連携の促進  
・病院とケアマネジャーによる  
入退院連携ガイドの作成運用

看取り体制の確保  
・診診連携及び訪問看護との連携  
・24時間体制の検討

医療連携の強化  
・診診連携、病診連携、病病  
連携の体制協議など

各職種との協働  
・歯科、薬局、訪問看護、栄養士  
等との連携体制構築

### イ.運営会議の開催

○地域の課題抽出と具体策の検討

○事業の進捗管理

※医師会内での合意形成の場、市町村の在宅医療介護連携推進協議会

### ウ.在宅医療の普及啓発

○在宅医療の周知

○かかりつけ医機能、訪問看護活用等の理解

○新潟県グランドデザインによる病院機能の理解

### エ.在宅医療の人材育成

○病院関係者と在宅関係者の相互理解促進

○在宅医療参入機関（病院・診療所）増加

○在宅医療・ケア関係者のスキルアップ

○ACP普及啓発

### オ.その他の取組

○専門職からの相談対応

○ICTによる情報共有の円滑化

○在宅医療におけるオンライン診療推進による効率化

## 自治体とセンターの関係性



# 新潟県在宅医療推進センターのネットワーク

新潟県在宅医療推進センター-基幹センター作成

## 県内すべての郡市医師会に設置

### 佐渡

佐渡医師会  
佐渡市在宅医療推進センター 佐渡市

### 中越

長岡市医師会 長岡市・出雲崎町  
長岡市医療・介護連携推進センター

見附市  
在宅医療推進センター 見附市

柏崎市刈羽郡医師会 柏崎市・刈羽村  
在宅医療推進センター

### 上越

上越医師会 上越市・妙高市  
上越地域在宅医療推進センター

糸魚川市医師会 糸魚川市  
糸魚川地域在宅ケア推進センター

新潟県医師会  
在宅医療推進センター-聖籠町  
(基幹)

### 下越

村上市・関川村・粟島浦村

村上市岩船郡医師会  
村上地域在宅医療推進センター

新発田北蒲原医師会  
しばた地域医療介護連携センター

新発田市・胎内市・阿賀野市・聖籠町

### 新潟

新潟市医師会 新潟市  
在宅医療推進センター

五泉市東蒲原郡医師会 五泉市・阿賀町  
在宅医療推進センター

### 県央

三条市医師会 三条市  
三条市地域包括ケア総合推進センター

加茂市医師会 加茂市・田上町  
加茂・田上在宅医療推進センター

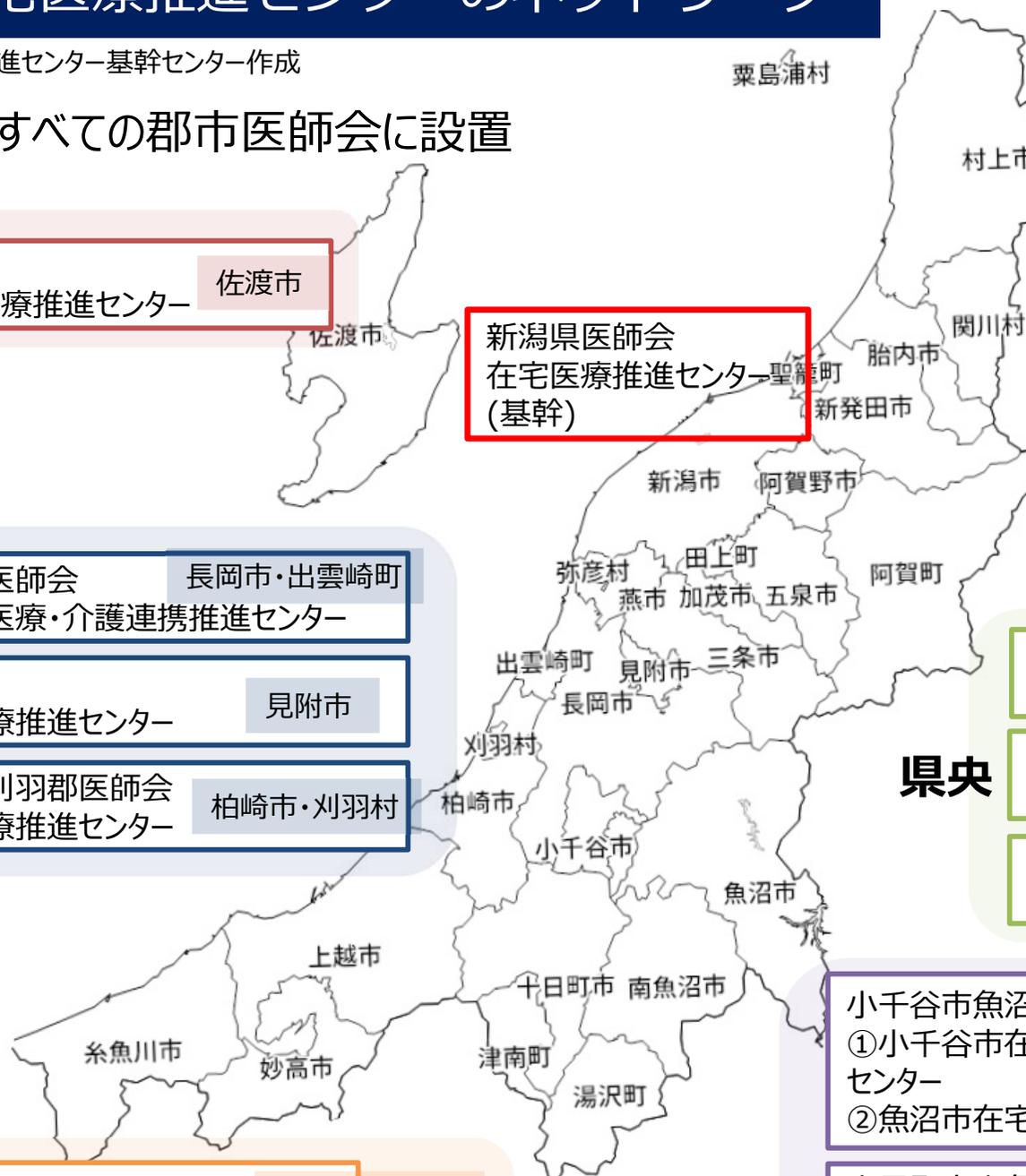
燕市医師会 燕市・弥彦村  
燕・弥彦医療・介護センター

### 魚沼

小千谷市魚沼市医師会  
①小千谷市在宅医療・介護連携支援センター  
②魚沼市在宅医療推進センター 小千谷市・魚沼市

十日町市中魚沼郡医師会 十日町市・津南町  
つまり医療介護連携センター

南魚沼郡市医師会 南魚沼市・湯沢町  
南魚沼地域在宅医療推進センター



# 新潟県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ  
令和4年9月28日

資料

## 取組の背景

- ・高齢化が進展する中、在宅医療の需要増が見込まれている
- ・在宅医療に係る多職種連携が十分でなく、医師の負担が大きい
- ・地域の実情に合った在宅医療提供体制を構築する必要がある

## 事業概要（取組の特長）

1. 令和4年度予算：85,419千円（特財・地域医療介護総合確保基金）
2. 事業目的  
住み慣れた自宅や地域での療養を希望する人が在宅医療を受けられるよう、医療従事者等の負担軽減の仕組みづくりや多職種連携の仕組みづくりなどを通じて、地域における在宅医療の受け皿の拡充を図る。  
(在宅医療推進センター設置・運営及び在宅医療ICT構築に対し補助、平成27年10月～)
3. 取組の特長（特に工夫している部分に下線）
  - ・ 県全域をカバーする県医師会と各地域の実情に応じた対応が可能な各都市医師会がそれぞれ「在宅医療推進センター」を設置
  - ・ 多職種間で患者情報等の共有を行う在宅医療ICTシステムを整備

## 事業の成果等

- ・ 県医師会及び県内全16都市医師会に計17か所の在宅医療推進センターを設置済み
- ・ 16都市医師会のうち、12都市医師会で在宅医療ICTシステムを整備・運用中
- ・ 各都市医師会在宅医療推進センター主導で地域の入退院支援推進のための取組を実施

(令和4年3月末現在)

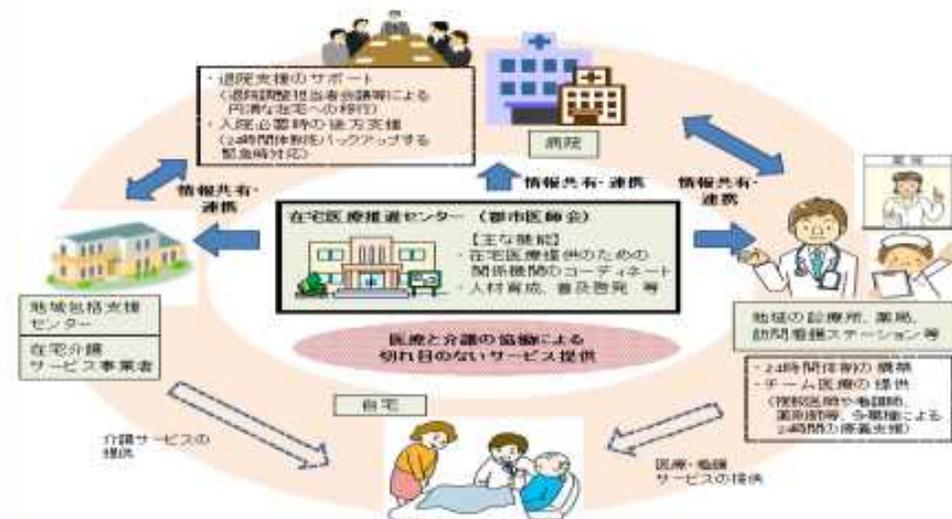
## 在宅医療・介護連携推進事業との連携

・ 在宅医療・介護連携事業の一部または全部を推進センターに委託し、事業を展開している市町村もあり、事業全体を精査し効率的な計画、実施をしている。



## 事業推進上の課題等

- <事業推進上の課題>
- 各在宅医療推進センターの更なる体制強化が必要
  - 各市町村の在宅医療・介護連携推進事業との更なる連携  
(現在、30市町村のうち15ヶ所が拠点へ業務委託、それ以外は拠点と各支町村が月に一回の会議を開催)
- <横展開に向けての提言>
- 規制緩和：ICTに係る患者情報の利用に関する手続きの簡素化
  - 財政支援：事業の安定実施に向け、地域医療介護総合確保基金の都道府県要望額満額交付



# 階層によるコーディネーターの役割の違い（新潟の例）

## コーディネーターの役割

- ・事業実施主体である自治体と共に、在宅医療・介護連携推進事業で目指す姿の構築に関わる。
- ・コーディネーターは、専門職に一番近い存在であり、専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知っており、自治体と共にそれらを事業に活かす。
- ・医師会委託の強みを活かし、医師との協働により具体的な在宅医療の取り組みを実践する（新潟市医師会の場合）。

## 基幹コーディネーターの役割（新潟県医師会、新潟市医師会）

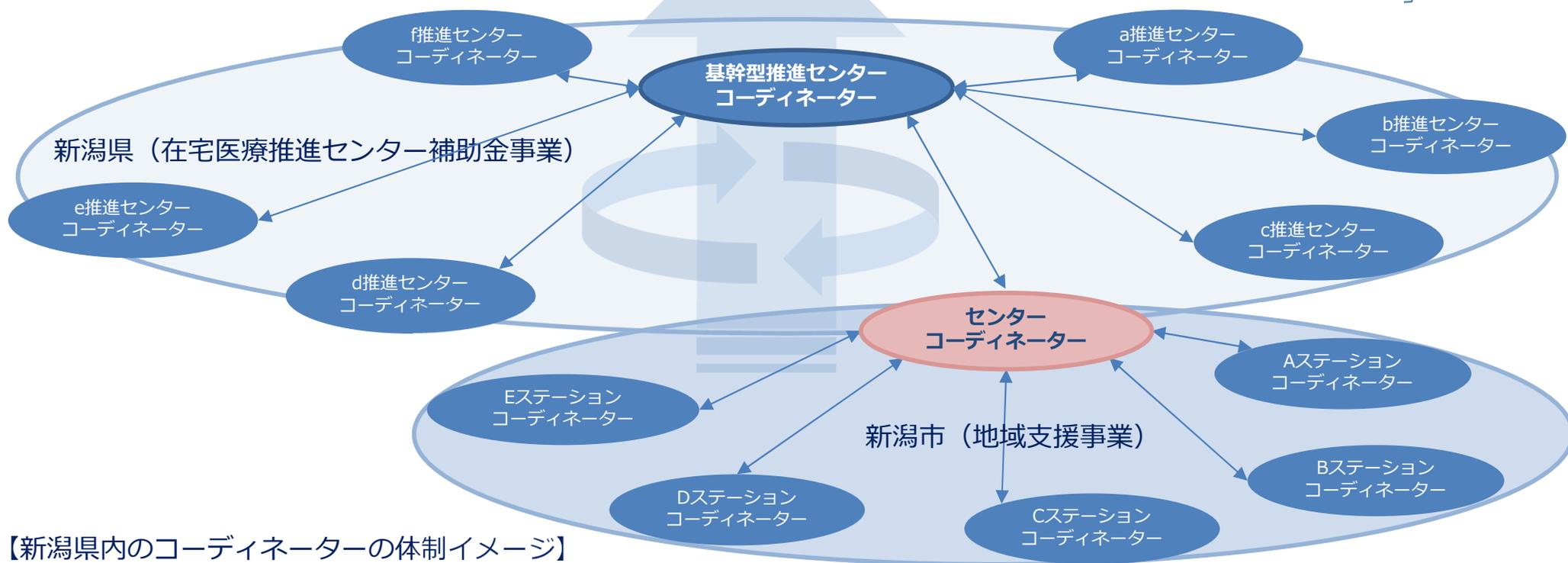
- ・サテライトコーディネーター間のネットワーク化
- ・ノウハウの蓄積と他コーディネーターへの拡散
- ・コーディネーター活動指針（活動マニュアル）の整備
- ・質担保のための研修会開催等
- ・自治体からの委託等実業務（新潟市連携センター実務）

## コーディネーターの役割（新潟市連携ステーション）

- ・多職種連携の連携体制構築と支援
- ・多職種の研修体制
- ・関係機関からの相談窓口
- ・市民啓発

## 地域・組織の支援体制

- ・コーディネーター個人の向上の機会（研修会）
- ・コーディネーター間の情報共有と気づきの機会（ネットワーク）
- ・コーディネーター業務の質を担保する機会（手引き・マニュアル）



【新潟県内のコーディネーターの体制イメージ】

# 取り組みの内容はこちらをご覧ください

## 新潟県医師会 在宅医療推進センター

あなたの暮らす地域にも、在宅医療という選択肢を。



HOME    ご挨拶    お知らせ    リンク集    資料ダウンロード

### Topics お知らせ

**新潟県地域医療提供体制ならびに医療・介護連携に関する実態・意識調査報告書（令和4年3月）**  
クリックするとPDFがダウンロードできます

2022年11月25日（金） 新潟県医師会在宅医療推進センターより  
●第9回新潟県在宅医療推進センターコーディネーター研修会を11月24日（木）に開催いたしました。  
テーマ：退院時の連携は何のために～目的を意識したPOCAを考える～  
講師：公立大学法人埼玉医科大学大学院 保健医療福祉学研究所 / 研究開発センター 教授 川越雅弘様  
講義と演習により、コーディネーターとしてこの事業にどう向き合えばよいのかを考え、深い学びの機会となりました。



## 在宅医療と介護の連携をサポートする 新潟県在宅医療・介護連携センター

トップページ   医療資源情報   市民の皆さま   医療・介護関係者さま   連携センター関連

▲緊急のお知らせ   連携センターから（2023年06月06日）  
【開催中止】 第138回 新潟県医師会在宅医療講座（2023年07月12日）

### 在宅医療・介護とは（厚生労働省）

新潟市の取り組みについて

医療と介護の両方を必要とする状態の地域で支援を必要とする方々が、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かつ継続的な在宅医療・介護を提供する取り組みです。

### 医療と介護の連携ハンドブック

～新潟市民の生活を支えるための多職種連携～   ハンドブックについて

#### 医療資源情報検索

新潟市全域



- 病院
- 診療所
- 訪問看護ステーション
- 歯科
- 薬局

「施設名・所在地」を指定   この条件で検索する

※医療資源情報は、計画的に更新した医療機関及び医療従事者を掲載しております。  
掲載が完了していない医療機関及び医療従事者の掲載につきましては、ご不明な点がございましたら、最寄りの医療機関及び医療従事者に直接ご確認くださるようお願い申し上げます。

新潟市認知症サポート医名簿  
新潟市保健部 地域医療ケア課掲載（令和4年12月22日更新）

訪問リハビリテーション実施施設一覧  
新潟市保健部 地域医療ケア課掲載（令和2年更新）PDF版

#### 市民の皆さま

- イベントカレンダー
- 在宅医療・介護連携推進に関する新潟市の取り組みについて
- 介護事業についての問い合わせ
- よくあるご質問
- SWANネットのご紹介

#### 市民の皆さまへのお知らせ

「SWANネット」参加事業所のお知らせ（2023/06/01発行）  
お送り時期 2023年05月13日更新  
西区 医療と介護の出発スクール  
市民公開講座 2023年09月30日  
江南区 医療と介護の市民講座  
市民公開講座 2023年09月30日  
北区 医療と介護の市民講座（2023区民向け公開講座）  
市民公開講座 2023年09月30日

#### 在宅医療・介護連携センター、ステーションとは？

在宅医療・介護連携センター、ステーションの主な役割や機能、事業内容などをご紹介  
センターステーションについて

#### 在宅医療・介護について相談したい時は？

在宅医療・介護が必要かも？そのお考えの時は、まず地域の包括支援センターにご相談ください

**ご清聴ありがとうございました**