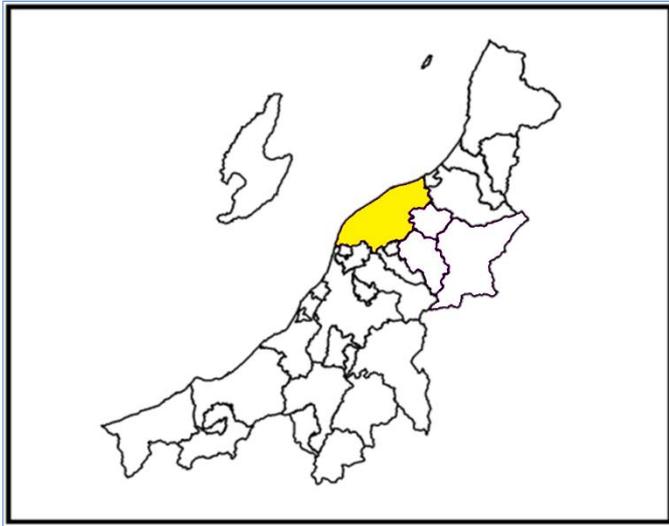


「在宅医療推進におけるコーディネーターの役割とは」

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	775,892人	(前年比△5,888人)
うち65歳以上人口	234,115人 (30.4%)	(前年比-31人、0.2%↑)
うち後期高齢者人口 (75歳以上)	124,446人 (16.1%)	(前年比+4,469人、0.6%↑)
一般診療所／在支診数	492／47	
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

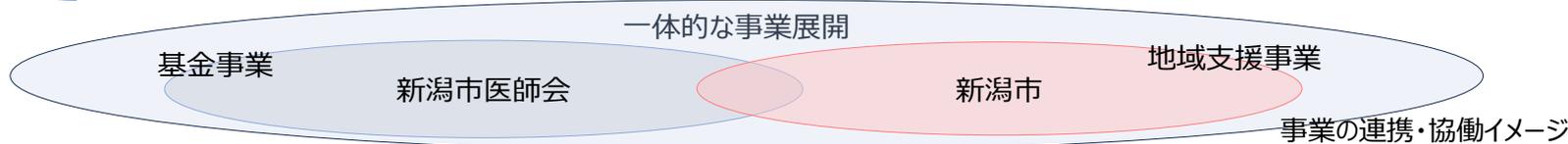
新潟市医師会在宅医療推進センターと新潟市在宅医療・介護連携センターの2つのセンターを一体的に展開する。

主な
事業
内容

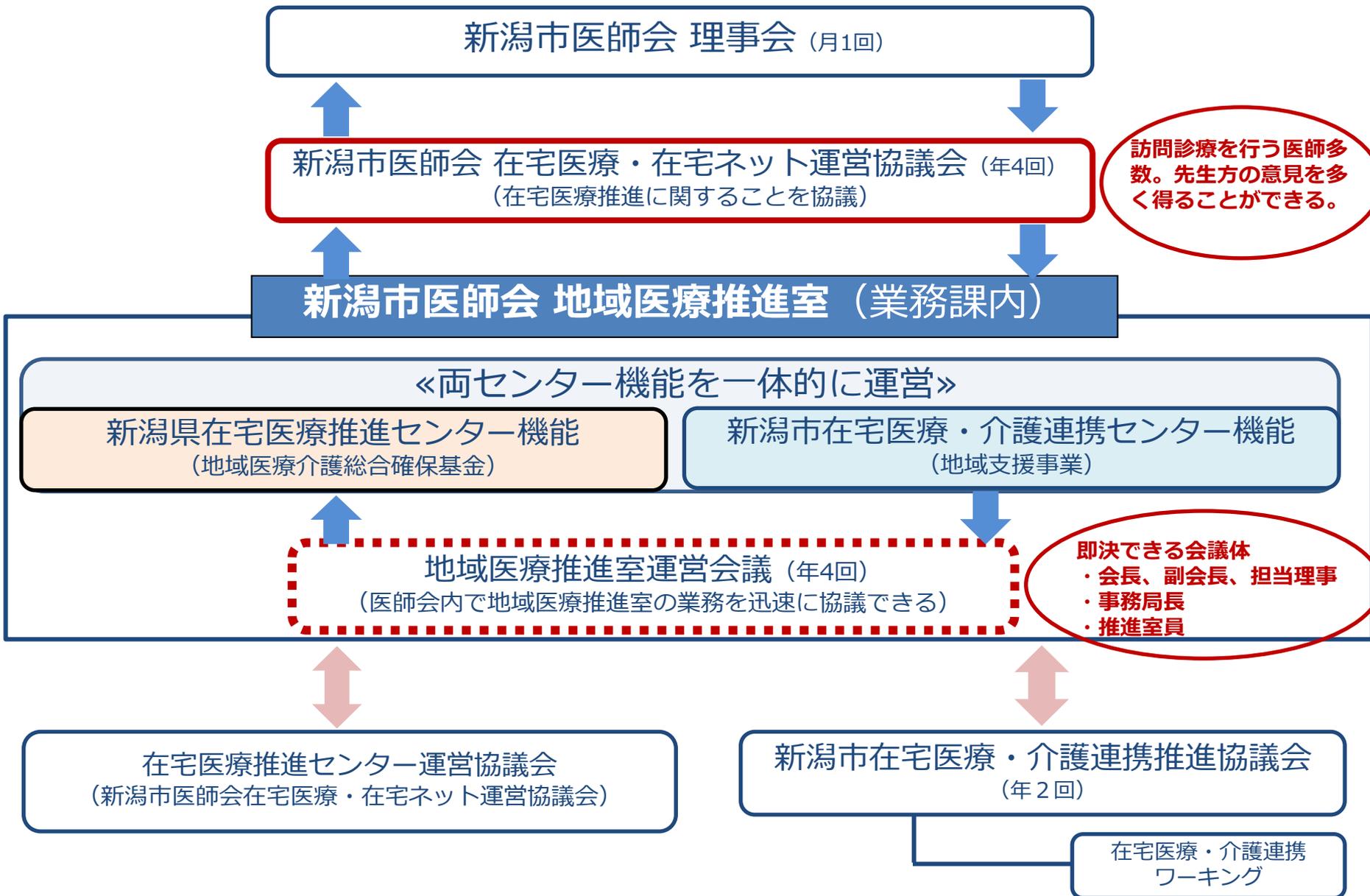
- ・円滑な事業実施に向けた運営会議の開催
- ・新潟県内の在宅医療推進センター間連携、市町村・各関係機関との連携
- ・医療資源調査・アンケートの実施
- ・医療連携事業の展開
- ・多職種連携の会（在宅医療ネットワーク）との連携事業推進
- ・各区での在宅医療推進の後押し
- ・市民啓発事業の企画開催、ホームページの管理
- ・情報共有システム（ICT利用）の構築と運用



新潟市総合保健医療センター内



新潟市医師会での位置づけと決定プロセス



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
新潟市在宅医療・介護連携センター	新潟市医師会
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
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 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



利用者

相談 (患者・家族) 支援

相談

支援

地域包括支援センター

相談

支援

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

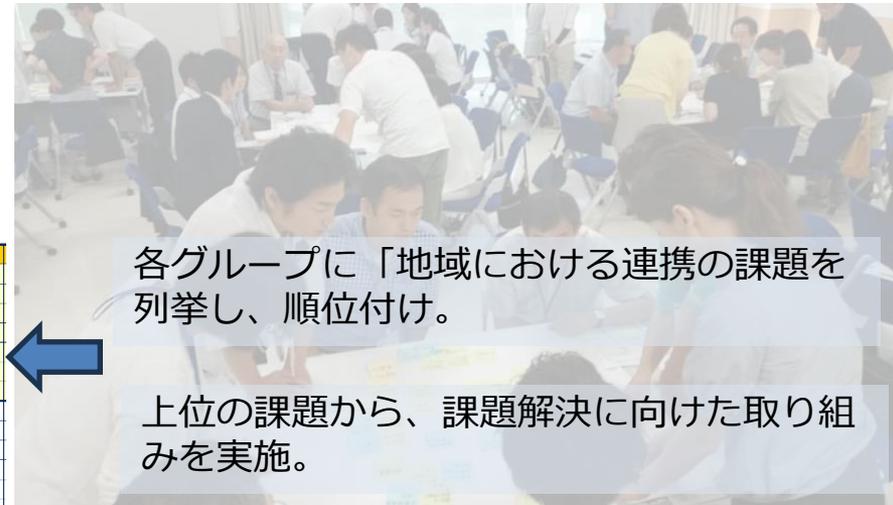
多くの多職種連携の会は、「多職種が集い、職種の役割の理解、地域の課題抽出、課題解決に向けた取り組み」を行っている。コーディネーターは、この場を企画調整し、当日の進行を行い、継続していく役割を担う。

多職種によるグループワークのPDCA

1位(10)	メンバー 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

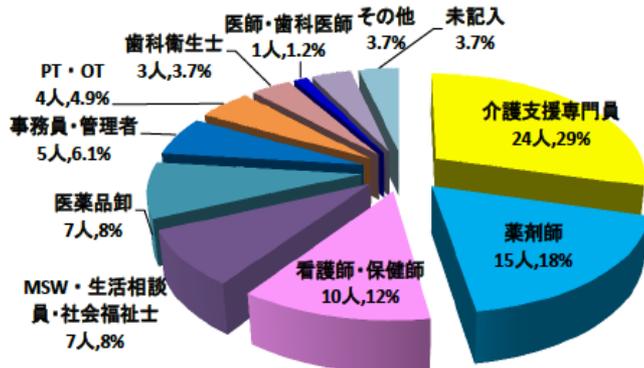
多職種グループ No.1	多職種グループ No.2	多職種グループ No.3	多職種グループ No.4	多職種グループ No.5	多職種グループ No.6
人材不足	メンバー不足	人材不足	メンバー不足	メンバー不足	メンバー不足
お互いの役割を認識	他職種との連携不足	多職種との連携	他職種連携	他職種との情報共有/他職種への理解不足	地域連携の場が不十分
制度の理解が	本人と家族の意見の相違	家族力不足	家族からの理解が得られない	介護者・キーパーソンとの協力と理解/本人の理解	介護者・キーパーソンとの協力と理解/本人の理解
情報共有の仕方がわからない	制度・サービスが充実していない	保険制度への知識不足	保険制度への知識不足	受け入れ先がない/ドクターがいない	制度が解りづらい
対応困難事例	医師の受け皿確保	医療との連携	医療との連携	情報共有の方法がわからない	医療との連携体制
	困難事例	困難ケース対応	困難ケース対応	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	時間が合わない、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

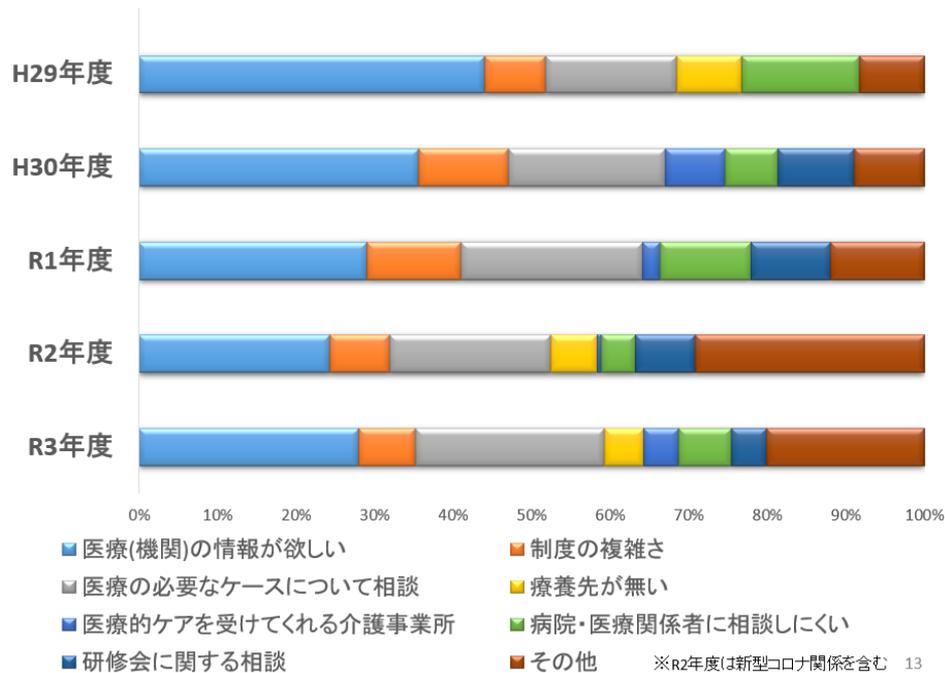
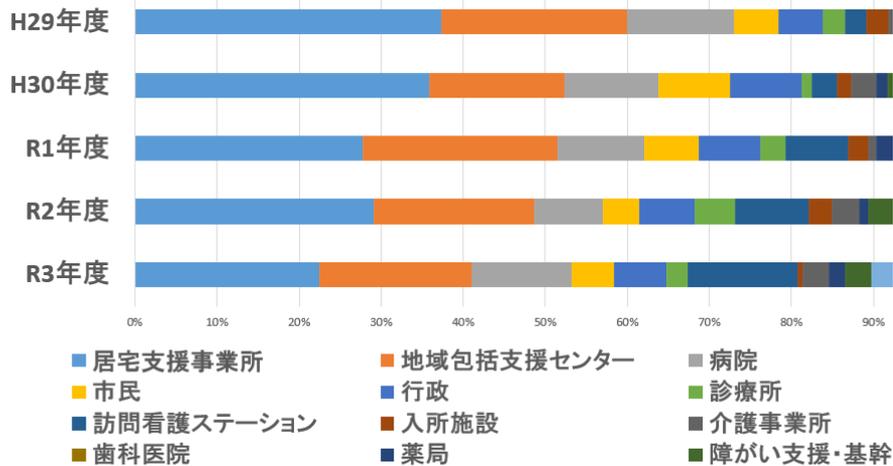


多職種連携の会の風景

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**

～一番好きな場所ま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開演）
会場：新潟市民プラザ ホール
新潟市中央区西通6-866 NEXT21 6F
※会場には駐車場がございます。お車の交通規制をご利用下さい。
※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** ×
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
にいがた在宅ケアねっと
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 医療広域連携 2020年度在宅医療推進「市民の思いへの対応」を受けてあります

**認知症と
フレイル予防**

元気で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センターみどり病院
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：にいがた在宅ケアねっと・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：「もしもシート」

×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伝えたい」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に、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

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。

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…？

～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ろう？

「医療連携を考える会（新潟市内8区で開催）」（連携センター）

開催目的	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
コーディネーターの関わり	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。
参加者	診療所医師、病院の院長、看護部長、連携実務者 等
開催内容	「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。
参加者の主な声 (抜粋)	<p>診療所の状況について</p> <ul style="list-style-type: none">●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。●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。 <p>病院の状況について</p> <ul style="list-style-type: none">●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。●「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。 <p>在宅医療推進の後方支援体制について</p> <ul style="list-style-type: none">●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。●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。●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。 <p>住民啓発について</p> <ul style="list-style-type: none">●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。●病院群で共通の啓発活動をしてはどうか。
効果	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。



※中央区の開催時の会議風景

在宅医療ネットワーク情報交換会（連携センター）

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

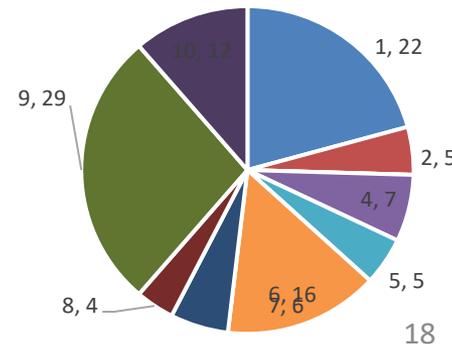
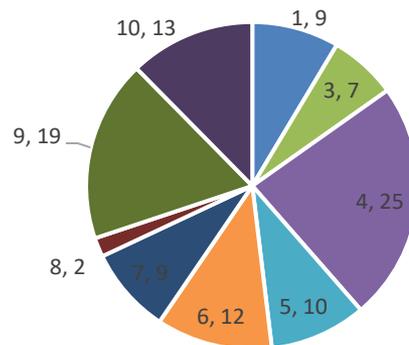
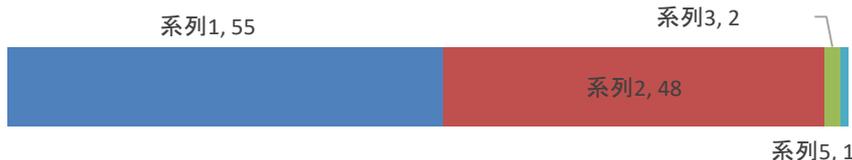
保健医療学博士，在宅看護専門看護師，社会福祉士
一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長
慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

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



在宅医療のオンライン診療導入モデル事業（連携センター）

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（連携センター）

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 2 0 日～8 月 2 5 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%)	1 4 (60.9%)	5 (21.8%)	1 (4.3%)

在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業（連携センター）

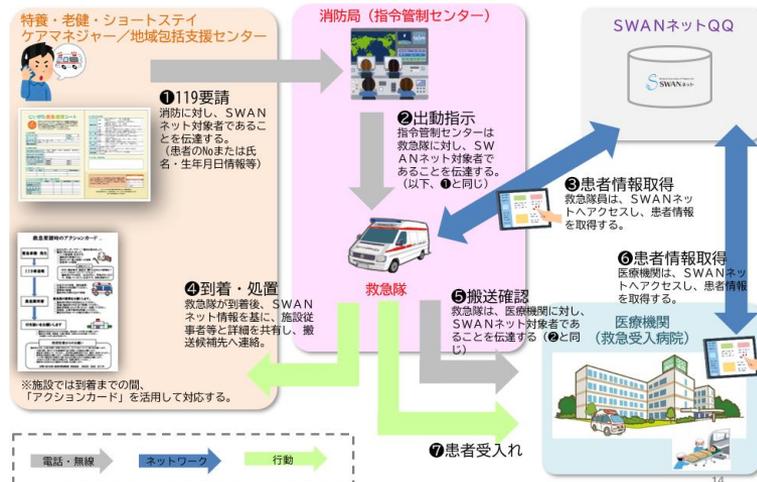
目的 高齢化の進展に伴い今後も増え続ける救急搬送需要に対応するため、「にいがた救急連携シート」を作成し、救急時に本人、家族、救急隊、医療ケアチームと共有・活用することで、円滑な救急搬送につなげる。あわせて、普段から治療やケア、過ごし方に関する希望を家族などと共有しておくことの大切さについて、理解と実践を促し、本人の意思が尊重されやすい医療提供体制の強化につなげる。

実施期間 令和2年度から令和4年度

実施内容

- 〇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
- 〇ACP市民講座
- 〇相談援助職向け意思決定支援研修会

The image shows the 'にいがた救急連携シート' (Niigata Emergency Collaboration Sheet) and its explanatory materials. It includes a 'もしも' (What if) section with questions about emergency preparedness, a '5日間の体力の動き' (5-day physical activity) log, and a '近き他、特記事項' (Other nearby, special notes) section. The sheet is designed to be filled out by patients or their families to provide essential information to emergency responders.



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）

R1 在宅医療・救急医療連携WGほか関係機関等との協議

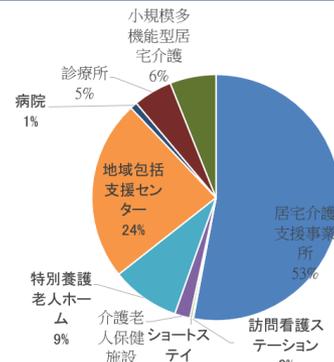
- ・在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ設置
- ・高齢者の救急搬送に関する課題の抽出（救急医療機関・高齢者等入所施設・救急隊等関係機関との意見交換会の開催）
- ・先進事例/既存関連ツールの調査・把握
- ・シート内容・運用方法等の検討
- ・救急隊へのアンケート調査

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

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



「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

コーディネーターの皆さん、
このような悩みをもっておられませんか？

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。

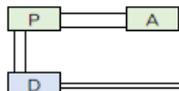
令和5年度新潟市在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ

実施主体	事業 (アウトプット)
市	7 在宅医療・介護連携推進協議会
C	4 ステーション業務の統括・調整 ステーション業務マニュアル更新管理
C	5 関係機関との連携調整・連携のしくみづくり
C	6 センター・ステーション会館の実施

事業の目標 (初期アウトカム)
地域の種類と方針を明らかにし、関係者で共有できる
関係機関の連携体制が強化され、事業の円滑に進みやすくなる

<施策・指標マップについて>
 ・施策と実施ごとの目標を整理し、在宅医療・介護連携推進事業の全体像を見える化
 ・指標を重ね合わせることで、施策の実施過程や施策の成果をデータやアンケート結果等により評価

<指標>
 在宅医療・介護連携推進事業で示されている指標例及び第7次医療計画在宅医療重点指標を基に設定
 ・(S)「ストラクチャー(構造)」 ……事業所・施設・人材等の量
 ・(P)「プロセス(過程)」 ……各職種により提供されるケアの質や量、内容
 ・(O)「アウトカム(結果)」 ……住民・医療介護従事者の満足度など



実施主体	令和5年度 事業 (アウトプット)
C	17 地域医療連携強化事業
市	25 「いいがた救急連携シート」のモデル運用
ST	22 地域看護連携強化事業
C	19 CanCanミーティング
市	24 新潟市病院看護管理者研修会
C	20 意思決定支援研修会
C,ST	23 新潟市医療と介護の連携ハンドブック普及・促進
ST	8 医療・介護関係者からの相談支援
ST	21 ご当地連携研修会
ST	9 地域包括支援センターとの連携・支援
ST	10 地域ケア会議など関係会議等への参加・情報提供
C,ST	18 入退院連携のあり方検討会
C	16 在宅医療ネットワーク情報交換会
C	1 医療資源情報管理、マップ管理
C	2 地域医療提供体制に関する実態・意識調査
C,ST	3 介護施設等における医療的ケア提供体制調査
ST	13 医療と介護の市民講座
C	11 働く人のための医療・介護セミナー
ST	14 医療と介護の出前スクール
ST	15 在宅医療・介護に関する動画・冊子を活用した普及啓発
C	12 在宅医療・介護連携センターホームページ運営

事業の目標 (初期アウトカム)
訪問診療医の負担軽減が図れている
病院の在宅医療後方支援体制が強化されている
訪問診療(往診)や看取りに取り組み医師が増えている
訪問看護の普及・活用が促進されている
多所属の看護職同士が互いの役割を知り、連携が円滑になっている
看護職の入退院支援に係るスキルが向上している
在宅医療・介護サービスの適切な導入支援が図れている
病院とケアマネジャーを中心とした入退院時の連携が強化されている
医療・介護関係者の在宅医療・介護への理解が深まっている
他職種・他機関の専門性・役割が見えぬ見える関係が構築されている
在宅医療に関わる専門職が地域の資源を把握しやすくなっている
市民の在宅医療・介護への理解・関心が集まっている
ACPIについての意識が深まり、これからの治療・ケアに関する家族等との話し合い(繰り返し)が進む
医療のわかり方についての理解が深まり、医療の適正受診につながっている
かかりつけ医や訪問看護への理解が深まっている

サービスの目標 (中間アウトカム)
日常の療養生活の支援体制が構築されている
急変時の支援体制が構築されている
終末期医療(看取り)の支援体制が構築されている
円滑な入退院支援の体制が構築されている
在宅医療に関わる医療・介護の多職種連携が円滑になっている
市民が在宅医療・介護への理解・関心を深め、療養場所を選択できている

成果指標 (中期的)
訪問診療/訪問歯科診療/訪問薬剤指導/訪問看護の実施施設数(S)/受けた患者数(P)
往診を実施する診療所、病院数(S)/受けた患者数(P)
後方支援を実施する病院数(S)
24時間訪問看護ST施設数(S)、訪問看護ST常勤専従専従者数(S)
在宅看取り・看取り加算を実施する診療所、病院数(S)/受けた患者数(P)
在宅ターミナルケアを実施する医療機関数(S)/患者数(P)
在宅で死亡診断書を実施する医療機関数(S)/患者数(P)
退院支援/退院時共同指導科(診・病)/介護連携支援加算/入退院支援加算を実施している医療機関数(S)/受けた患者数(P)
他職種との連携の必要性、しづらさの意識割合(P)
医療介護従事者の職務満足度[QWL](P)
医療介護従事者から見た在宅医療を受ける患者・家族の満足度(P)
医療介護従事者の在宅医療への理解(P)
在宅医療の認知度(P)
在宅医療や緩和ケアへの関心度(P)
在宅医療を希望する割合(P)
在宅医療を実現可能とする割合(P)
人生の暮らしたい場所の自宅・施設等の割合(P)
今後の治療・ケアに関する医療について家族との話し合いの割合(P)
かかりつけ医の有無(P)

目指す姿 (最終アウトカム)	成果指標 (長期的)
生き生きと 住み慣れた土地で 暮らせる 新潟市づくり 【新潟市医療計画 <<在宅医療>>】	要介護高齢者の生活満足度[QoL](O)
	家族介護者の生活満足度、介護負担感(O)
	要介護高齢者の在宅医療率(P)
	在宅看取り率(P)
自分らしく 安心して暮らせる 健康長寿社会の実現 【地域包括ケア計画】	看取りの満足度(O)
	新潟市の医療提供の満足度(O)
	新潟市における医療施策についての満足度(O)

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・介護しせつデータ / 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 / その他国・県統計調査関係

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

年度	令和〇年度
名称	在宅医療・介護連携〇〇

- 【注意事項】
- ・レイアウトはA4横に収まるようにしてください。
 - ・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。
 - ・印刷時に文字が隠れないようにしてください。
 - ・目標が5未満の場合、不要な行を削除してください。
 - ・セル中で改行する場合は、Alt+Enterで行ってください。
 - ・数値は半角、その他の文字は全角を使用してください。
 - ・半角カナ、機種依存文字は使用しないでください。
 - ・フォント、フォントサイズは変更しないでください。

様式 I

作成日	
修正日	
評価日	

「主な取組(事業)」「補足・参考指標」は、文頭に「J」(大文字)を付けてください。

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)	0	1	2	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ACPをテーマに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)	2	3	4			達成
				「ACP」をテーマとした講座回数(回)	1	2	2			
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

ひとつの目標に複数の指標を設定してもかまいません。複数設定する場合は行を追加してください。

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)

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)

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	新潟市区協会 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るね南 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」	医療法人社団歌成会 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」	医療法人社団歌成会 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

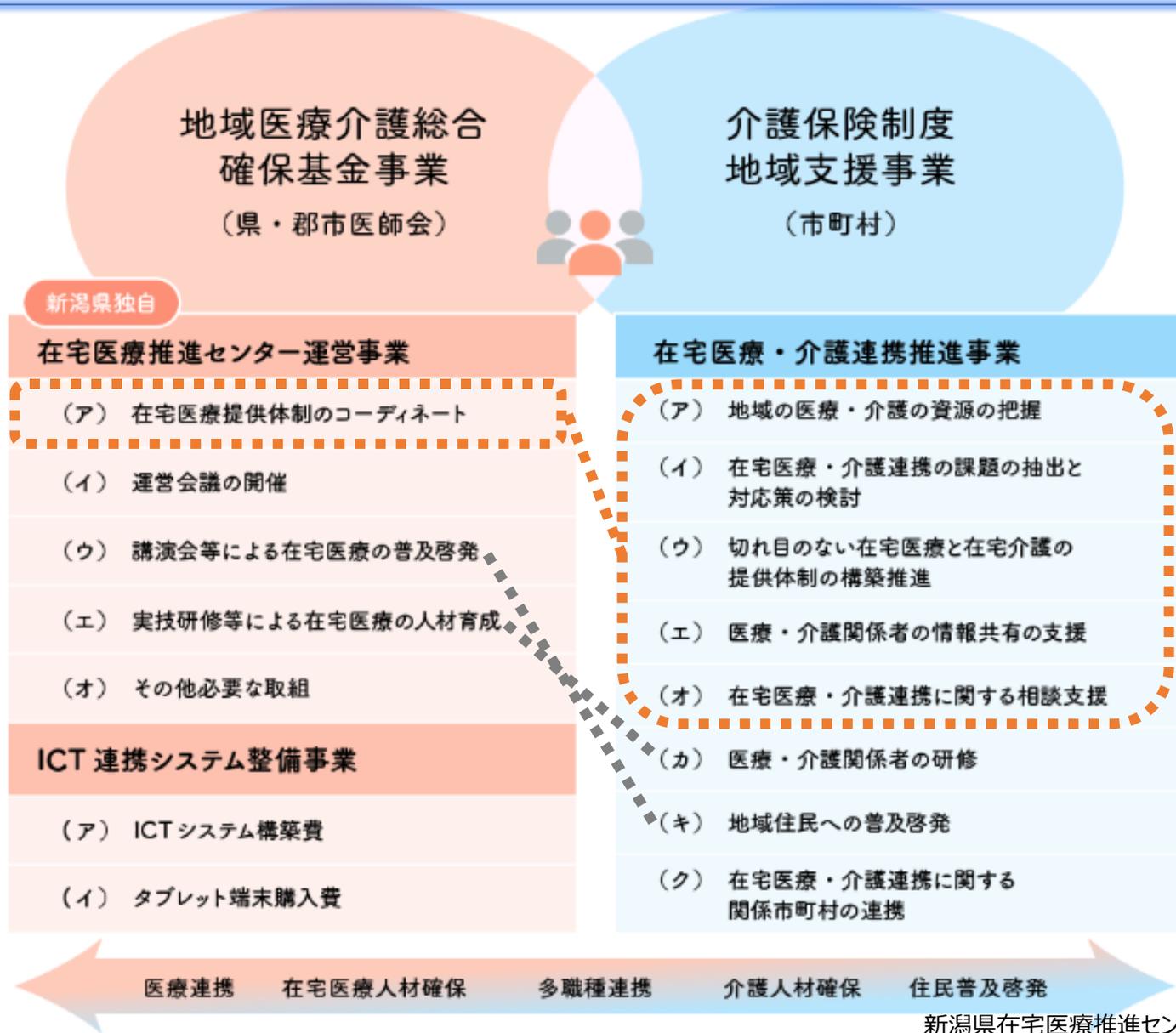
自治体とセンターの関係性



新潟県在宅医療推進センター基幹センター作成

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



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

新潟県医師会
在宅医療推進センター(基幹)
聖籠町

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
在宅医療推進センター 五泉市・阿賀町

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

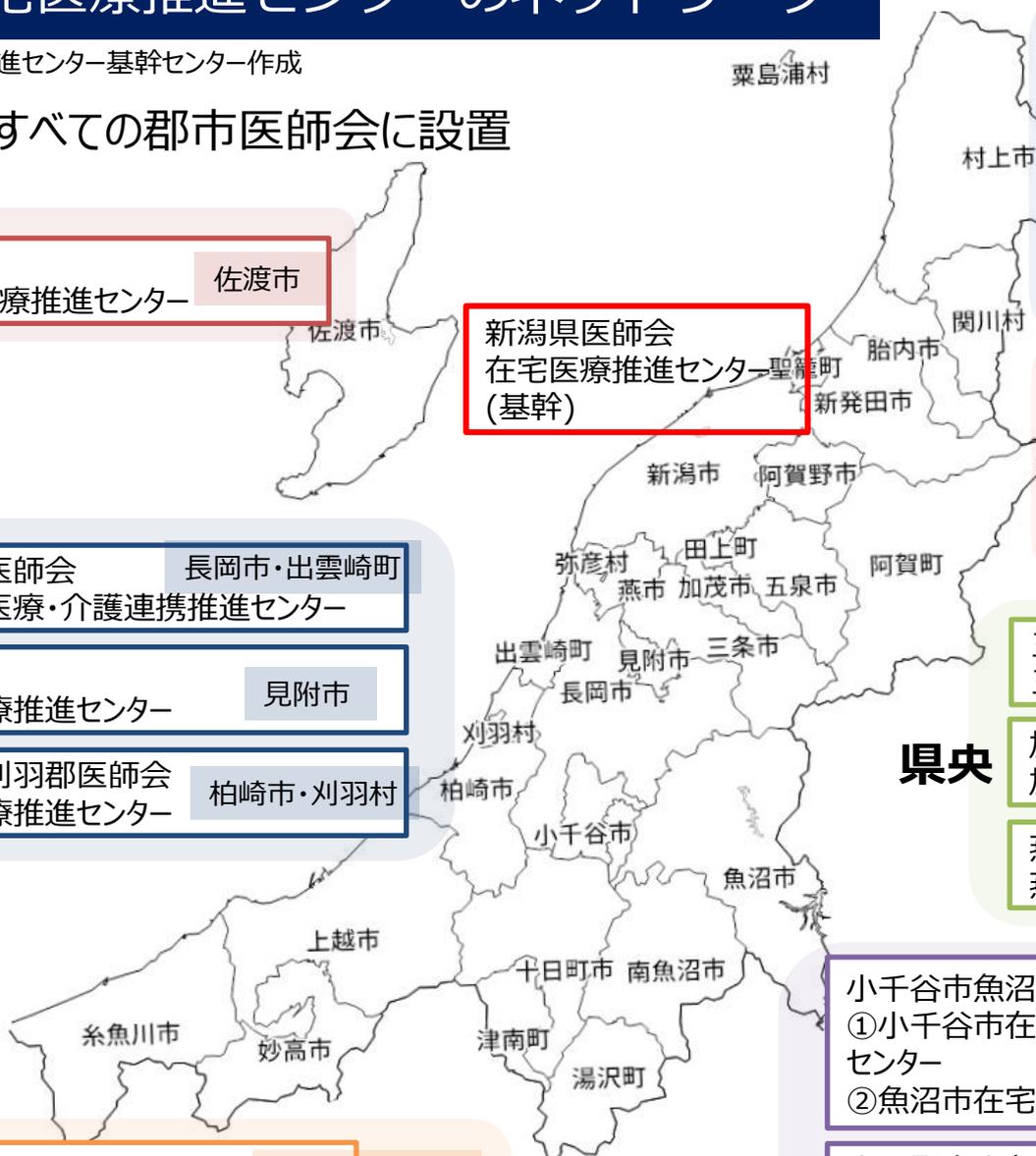
十日町市中魚沼郡医師会
つまり医療介護連携センター 十日町市・津南町

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

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



在宅医療推進センターコーディネーター活動指針ver.1

在宅医療推進センター コーディネーター活動指針 ver.1

新潟県医師会

目次

1	本活動指針について	2
1.1	指針の目的	2
1.2	新潟県における在宅医療推進に向けた支援体制	2
2	在宅医療推進センターの運営	3
2.1	人員配置	3
2.2	事業の管理体制	3
2.3	病院等へ事業委託した場合の留意点	4
3	地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）との関係	5
3.1	新潟県における事業の関係性	5
	（参考）地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）について	5
4	コーディネーターに必要な視点	8
4.1	市町村の事業担当者との情報共有しておくべきポイント	8
4.2	在宅医療提供体制の4つの場面を意識する	8
4.3	事業マネジメントの考え方を理解する	9
5	コーディネーターの基本的な業務	11
5.1	実施手順	11
5.2	推進センター事業項目	11
5.3	業務の具体例	12
5.3.1	（ア）在宅医療提供体制のコーディネート	12
5.3.2	（イ）運営会議等の開催	16
5.3.3	（ウ）講演会等による在宅医療の普及啓発	16
5.3.4	（エ）実技研修等による在宅医療の人材育成	16
5.3.5	（オ）その他必要な取組	17
6	基幹センターの役割	21
7	本活動指針作成経過	23

異動・退職による交代がある環境下では、コーディネーターの質を担保する重要ツール

新潟県医師会在宅医療推進センターHP <http://www.niigata.med.or.jp/zaitaku/>

DLパスワード nma6381

新潟県在宅医療推進センター基幹センター作成

県と県医師会による事業進捗把握と介入、評価

- 県医師会による新たな基金事業提案

事業計画フォーマットを使用した各センターの現状把握

- コーディネーター活動指針作成

新潟県在宅医療推進センター連絡協議会
(郡市医師会センター長、事務長参集)

県と基幹センターによる

- ・ 全センター個別ヒアリング
- ・ 市町村紙面調査

- (新潟大学共同研究)在宅医療提供体制実態意識調査分析

- レセプトデータ、KDBデータ提供

県医師会・県2課
事業進捗報告会

- **コーディネーターミーティング/研修会**
- 入退院事業等広域支援

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

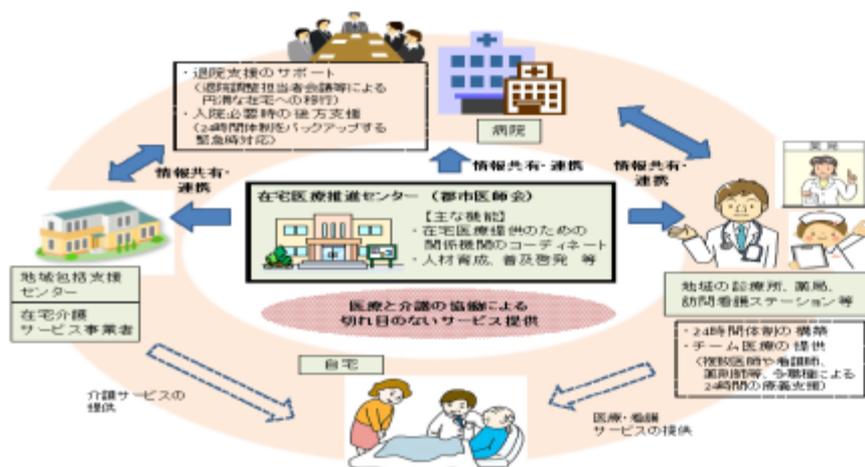
資料

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
- ・地域の实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实情に応じた対応が可能な各郡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



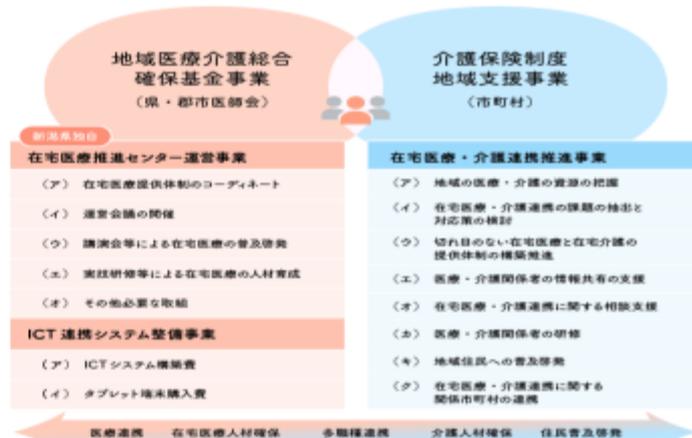
事業の成果等

- ・県医師会及び県内全16郡市医師会に計17か所の在宅医療推進センターを設置済み
- ・16郡市医師会のうち、12郡市医師会で在宅医療ICTシステムを整備・運用中
- ・各郡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）

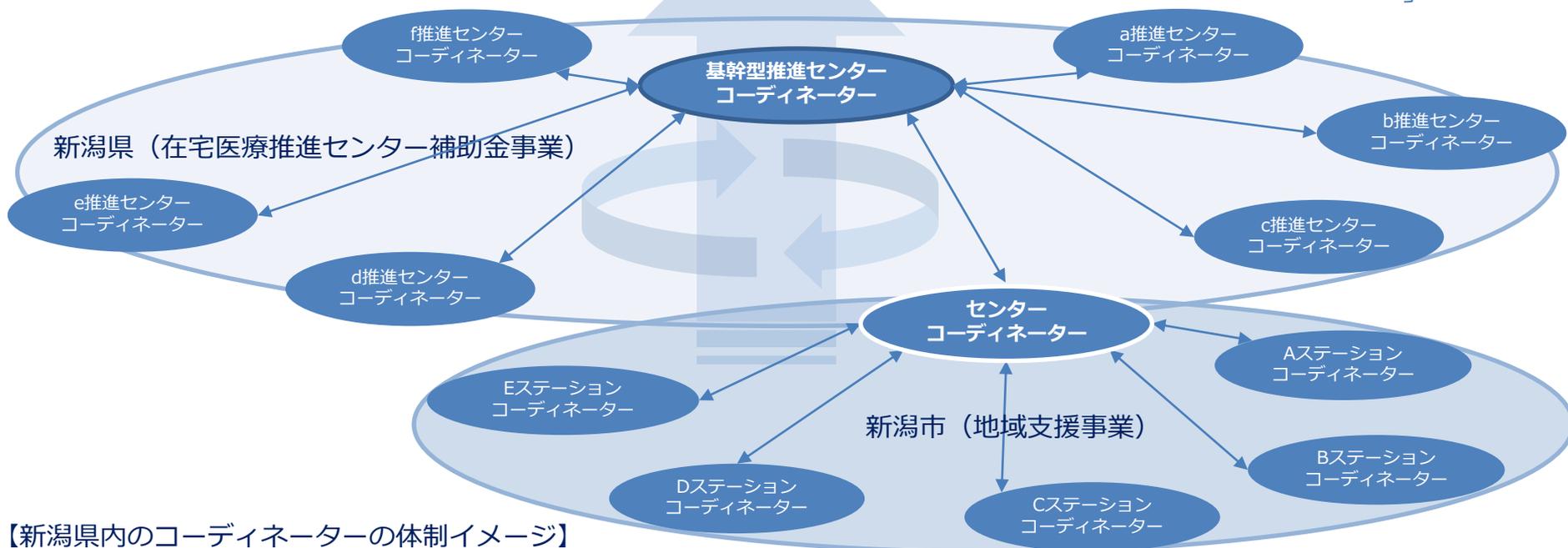
- ・サテライトコーディネーター間のネットワーク化
- ・ノウハウの蓄積と他コーディネーターへの拡散
- ・コーディネーター活動指針（活動マニュアル）の整備
- ・質担保のための研修会開催等
- ・自治体からの委託等実業務（新潟市連携センター実務）

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を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～目的を意図したPDCA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皆で考え、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的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、お寄せいただいた医療機関及び事業所から提供しております。
掲載されている医療機関及び事業所の名称につきましては、ご不明な点がございましたら、該当の医療機関及び事業所に直接お問い合わせください。

新潟市認知症サポート医名簿

新潟市保健部 地域ケア担当課（令和4年12月23日現在）

訪問リハビリテーション実施施設一覧

新潟県リハビリテーション専門協議会（令和2年発表）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 | 投票事業についてのお問い合わせ

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現在）
お送り時期：2023年05月01日 更新

西区 医療と介護の連携スクール
市民公開講座：2022年05月30日

江南区 医療と介護の市民講座
市民公開講座：2022年05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05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？そうお考えの際は、まず地域の福祉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