

## 令和7年度 魚沼圏域内の在宅医療推進センターにおける 取組について

### 1 在宅医療推進センターについて

新潟県では、新潟県医師会によって、郡市医師会ごとに在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター」が設置されています。

それぞれにコーディネーターが配置され、市町村や地域の関係者と地域のめざす姿を共有し、その実現に向け計画的に事業を推進しています。

なお、魚沼圏域の在宅医療推進センターの設置状況は以下のとおりです。

在宅医療推進センター名	担当エリア
つまり在宅医療推進センター	十日町市、津南町
魚沼市在宅医療推進センター	魚沼市
南魚沼地域在宅医療推進センター	南魚沼市、湯沢町

### 2 在宅医療推進センターの取組を共有する趣旨

第8次新潟県地域保健医療計画では、在宅医療等の分野における最終アウトカムとして、「在宅での療養を望む県民が、医療や福祉を受けながら生涯住み慣れた地域で自分らしい生活ができている」姿を掲げており、「在宅医療の基盤整備」及び「在宅医療の円滑かつ継続的な提供」を柱に取り組んでいます。

魚沼圏域の各在宅医療推進センターにおいても、在宅医療の推進に向け、地域の関係者と連携しながら、それぞれの地域特性を踏まえた取組が進められています。

本会議においては、各在宅医療推進センターにおける取り組み内容等を共有することにより、今後の地域医療連携や圏域全体での取組の検討に資することを目的としています。

### 3 各在宅医療推進センターの取組

- (1) つまり在宅医療推進センター … P 1～3
- (2) 魚沼市在宅医療推進センター … P 4～6
- (3) 南魚沼地域在宅医療推進センター … P 7～8

令和7年度 つまり在宅医療推進センターの事業計画等について

1 事業実施体制等

所在地	十日町市本町二丁目226番地1 市民交流センター「分じろう」4階（十日町市中魚沼郡医師会内）
事業実施体制	○センター長 医師 山口 義文 ○事業実施担当職員 ・コーディネーター 1名（週4.25日 6時間勤務） ・十日町市中魚沼郡医師会 事務局長 1名（週2日 7時間勤務）※医師会業務と兼務 ・事務職員 1名（週1日 6時間勤務）※医師会業務と兼務

2 在宅医療実施機関の状況及び課題等の把握

把握方法	対象	把握する項目
事前にアンケート調査を行い、その結果で集合形式（Zoom）及び対面形式でヒアリングを行う	ア) 在宅療養支援診療所の医師 5人 イ) 65歳未満の在宅療養支援診療所の医師以外の内科医6人 ウ) 在宅療養支援病院 県立松代病院、町立津南病院 I) 在宅療養後方支援病院 県立十日町病院	アイ) ・自宅在宅医療患者数、在宅及び施設看取り件数 ・現状の在宅医療患者動向、施設及び小児在宅医療患者数 ・今後増やせる患者数、件数を増やすために必要な事、5年後実施意向 ウ) ・体制および現状 ・今後増やせる患者数、5年後実施意向 I) 在宅療養支援診療所との間で、入退院について課題となっている点、調整が必要な項目があるか聞き取り

3 事業実施計画

取組名	目的	内容及び方法
1 新規開業した医師に対する在宅医療新規参入支援	新規開業医が、在宅療養支援診療所の施設基準取得支援を行うことにより、継続した在宅医療の提供体制を確保する	・在宅療養支援診療所の診療報酬一覧の提供 ・在宅医療開始に向けた資料の提供 ・各種加算、施設基準届出書の作成支援 在宅療養支援診療所(3)の施設基準 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の施設基準 在宅医療情報連携加算の施設基準 時間外対応加算(3)の施設基準 地域包括診療加算(2)の施設基準 機能強化加算の施設基準 ・在宅患者訪問栄養食事指導に関する手続き支援 ・訪問診療医による研修会開催 ・訪問看護ステーションによる研修会開催 ・うおぬま・米ねつとTeam操作・活用方法研修会開催 ・訪問看護ステーションとの緊急連絡網の整備
2 つまり在宅医療推進センター運営協議会	・在宅医療における情報提供、課題整理、方向性共有 ・センター運営を統括する。 運営方針、事業計画、事業予算 事業実績、事業決算及び評価	・年2回開催 ・運営協議会の下に、訪問看護ステーション協議部会及びうおぬま・米ねつとルール策定委員会を置く ・運営は、つまり在宅医療推進センター長が執り行う
3 訪問看護ステーション協議部会	・訪問看護ST活動状況、課題、センター事業の情報共有、意見交換 ・訪問看護STと在支診連携強化 ・在宅医療を効率的・円滑に提供できる体制を整える	・年1回 ・訪問看護管理者ほか、在支診医師5名、十日町病院患者サポートセンター、十日町保健所、十日町、津南町 ・運営は、つまり在宅医療推進センター長が執り行う

取組名		目的	内容及び方法
4	在宅療養支援診療所カンファレンス支援及び診療報酬改定支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターが機能強化型在宅療養支援診療所カンファレンスの運営支援を行うことにより、在支診の事務負担を軽減する</li> <li>・在宅療養支援診療所に係る改定施設基準や診療報酬改定についての情報提供を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターが在支診患者データを随時うおぬま・米ねっとに入力、月初めデータ抽出、カンファレンス資料作成</li> <li>・在支診別患者リスト作成、主治医意見報告を求める</li> <li>・カンファレンスの進行と議事録作成</li> <li>・診療報酬改定等セミナーに随時参加し情報収集</li> </ul>
5	主治医不在時当番表作成支援	在宅療養支援診療所主治医不在時、円滑な代診ができる	年度当初に当番表を作成、各在支診及び訪問看護STに周知する
6	在支診及び訪問看護STの緊急連絡網整備	緊急時の往診や訪問看護を円滑に行う	年度末に、在支診と訪問看護STに調査実施、結果を情報提供する
7	在宅医療に関するアンケート調査の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の変化・傾向を把握し、関係者及び地域住民等に情報提供</li> </ul>	<p>対象：在支診及び施設基準を取っていない内科医以下訪問看護ST協議会等で報告する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調査項目は、訪問診療患者数、往診患者数、訪問看護指示書交付数、自宅看取り患者数、特養等で看取り患者数</li> </ul>
8	在宅医紹介システムの運用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターが訪問診療を希望する患者に在宅療養支援診療所を紹介することにより、住民の退院を支援するとともに、在支診や病院連携室の負担軽減</li> <li>・患者が集中する在宅療養支援診療所からの依頼に基づき、患者の差配を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院連携室等から在宅医紹介依頼を受け、在宅療養支援診療所とのマッチングを行う</li> <li>・在宅医紹介依頼から紹介までをルール化する</li> </ul>
9	在宅で利用できる施設・サービス一覧	在宅における医療的処置ができる施設の情報周知を行う	一覧の内容更新および医師会ホームページ掲載
10	うおぬま・米ねっとTeam患者情報管理	在宅療養支援診療所の主治医不在時に、在宅療養支援診療所間の円滑な代診	うおぬま・米ねっとに予め患者の紐づけ及び病名等を在支診の指示に基づき入力する
11	うおぬま・米ねっとルール策定委員会	「うおぬま・米ねっとTeam妻有地域運用マニュアル」策定・更新	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回程度開催</li> <li>・運営は、つまり在宅医療化推進センター長が執り行う</li> </ul>
12	うおぬま・米ねっと操作説明ミニ講座	うおぬま・米ねっとTeamの操作・活用方法の研修会を開催することにより、正確で統一的なTeamの運用を図る	訪問看護STやケアマネ・病院連携室等に対し、少人数、短時間で操作方法の研修
13	魚沼圏域入退院連携ガイドを活用した情報共有の円滑化	在宅療養に必要な情報共有が円滑に行われ安定した在宅療養を送る事ができる。	<p>入退院連携ガイドの活用促進及び入退院連携の課題の共有、検討を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①ワーキング会議の開催（年2回程度）</li> <li>②事務局会議開催（年10回程度）</li> </ul>
14	妻有地域入退院連携ガイドを活用した情報共有の円滑化	妻有地域の病床数減少に伴うさらなる病院とかがりつけ医間の情報円滑化	<ul style="list-style-type: none"> <li>①検討委員会の開催（年3回程度）</li> <li>②事務局会議開催（年5回程度）</li> </ul>

取組名		目的	内容及び方法
15	機能強化型在宅療養支援診療所カンファレンスの効果的な実施 ※在宅医療基盤整備モデル実証事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能強化型在宅療養支援診療所が実施しているカンファレンスの運営方法や資料作成等の内容を向上させることにより、主治医不在時における患者急変時の円滑な往診対応や在支診間の患者治療方針等の情報交換、協力関係構築促進</li> <li>在支診以外の医師が訪問診療に参入しやすい環境を作り出す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>委託事業者より、他地域の先進事例提供、資料作成や運営方法についてアドバイスを受け、検討する</li> <li>12月より新たな方法でカンファレンスを実施(患者リストの様式を改正)</li> </ul>
16	「かかりつけ型」から「かかりつけ強化型」へ機能拡大する医師に対する在宅療養支援診療所参入支援	<p>かかりつけ患者に対する訪問診療を行ってきた診療所に対して、在宅療養支援診療所の施設基準等の取得を支援することにより、在宅医療を希望する患者に必要な医療を提供する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種加算、施設基準届出書の作成支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所(3)の施設基準</li> <li>在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理の施設基準</li> <li>在宅医療情報連携加算の施設基準</li> <li>時間外対応加算(3)の施設基準</li> <li>地域包括診療加算(2)の施設基準</li> <li>機能強化加算の施設基準</li> </ul> </li> <li>特別養護老人ホーム入所者に対する訪問診療料等の算定支援</li> <li>在宅患者訪問栄養食事指導に関する手続き支援</li> <li>うおぬま・米ねつとTeamの操作・活用方法の研修会開催</li> </ul>

令和7年度 魚沼市在宅医療推進センターの事業計画等について

1 事業実施体制等

所在地	魚沼市日渡新田34番地（魚沼市立小出病院内）
事業実施体制	○センター長 医師 林 純一 ○事業実施担当職員 ・コーディネーター 2名（週5日 7時間45分勤務 ・ 週3日 6時間45分勤務）

2 在宅医療実施機関の状況及び課題等の把握

把握方法	対象	把握する項目
アンケート配布（郵送）後、訪問しヒアリング実施。	医師会員診療所等 16か所 在宅療養支援病院 1か所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関名称、住所、連絡先、代表者名</li> <li>・体制 在宅医療担当者数、医師の年齢、職員の年齢、配置職種、退院支援の担当部署、職員の有無、診療時間 在宅サービスの内容（訪問診療、往診、看取り等） 加算の届出及び算定状況、訪問診療提供地域、看取りの有無、訪問診療提供内容（胃ろう、点滴、フォーレ管理等）</li> <li>・現状 現状の在宅医療患者動向（増減）自宅での在宅医療患者数、施設（GH,小多機等）での在宅医療患者数 小児の在宅医療患者数、在宅看取り件数、施設での看取り件数</li> <li>・在宅医療の意向 今後増やせる患者数、実施件数を増やすために必要なこと、5年後の在宅医療の実施意向、実施意向なしの理由、往診のみの場合の理由、在宅医療推進にあたっての課題、在宅医療への関心の有無、在宅医療実施しない理由、在支診の施設基準の認知、在支病の要件で達成困難なもの、在支病の施設基準の認知、在支病の要件で達成困難なもの</li> <li>・後方支援病院の有無 在宅医療実施機関との連携（事前患者登録等）の有無 病病連携（圏域内・圏域外）で困ったこと</li> <li>・多職種連携・ICT活用について 米ねつと（Team）の活用状況、米ねつと普及について必要なこと、遠隔診療の実施意向、訪看、訪リハ等医療系サービスの連携で困ったこと、ケアマネとの連携で困ったこと</li> <li>・その他ご意見等（センター要望含む）</li> </ul> <p>ただし、在宅医療患者数と看取り件数は、毎年、看取り支援関係者会議の際に把握する。</p>

3 事業実施計画

取組名		目的	内容及び方法
1	在宅医療・介護について、現状と課題の抽出及び課題解決策の検討	センター事業を円滑に推進し、安心して在宅療養できるための課題の抽出及び課題解決	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.在宅医療推進センター運営協議会の開催（年1回）</li> <li>2.在宅医療・介護について、現状と課題の抽出及び課題解決策の検討等を行う（ワーキングチーム会議の開催 年4回）</li> <li>3.推進センターの運営について、具体的な事業計画の策定や実施後の検証等を行う。</li> <li>4.小出病院との連携・協議会議（随時）</li> <li>5.近隣市町等の交流会参加（随時）</li> <li>6.魚沼市事業担当者との打合せ会（年4回）</li> <li>7.医師会在宅療養担当との定例会（月1回） <ul style="list-style-type: none"> <li>・センター活動報告</li> <li>・医師会活動状況確認</li> <li>・課題共有、課題解決策の検討</li> </ul> </li> </ol>
2	在宅看取り支援制度のサポート	スムーズな看取り移行を支援し、在宅医療を支える医師の負担を軽減	<ol style="list-style-type: none"> <li>1在宅看取り支援関係者会議・年1回</li> <li>2在宅看取り支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援のフロー図作成やルールの確認</li> <li>・訪問看護事業所や特養との打合せ（必要時）</li> <li>・在宅見取り支援ドクターとの調整</li> <li>・医師は拘束当番制とせず、市立病院の救急外来看護師がコールセンターとなり登録医師の中から協力医師を探す</li> <li>・看取り医師順番表の作成</li> <li>・在宅医療に関する基礎的知識の情報提供や研修会の開催</li> <li>・病院、行政、消防との情報共有や研修会の開催</li> </ul> </li> <li>3.在宅看取りパンフレットの活用</li> <li>4.地域住民ACP普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ACP支援者研修会（年1回）</li> <li>・ACP支援者フォローアップ研修（年1回）</li> <li>・私の想いノートの配置、配布</li> <li>・講演会（住民講座）の実施（年1回）</li> </ul> </li> </ol>
3	魚沼圏域入退院連携ガイドを活用した情報共有の円滑化	病院からかかりつけ医に入院・退院時の情報がスムーズに提供され、安定した在宅療養を送ることができる。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ワーキング会議の開催（年2回程度）</li> <li>2.事務局会議開催（年6回程度）</li> </ol>
4	小出病院との入退院連携支援ガイドの活用による情報共有の円滑化	市立小出病院の入退院に際し入退院支援の質の向上を図り、安定した在宅療養を送ることができる。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ガイド検討会の開催（年2回）</li> <li>2.アンケートの実施、ガイドの更新。関係者への周知。</li> </ol>
5	退院後の環境や病状経過等について、在宅と入院機関との情報共有を推進	入院医療機関と在宅療養に係る機関の連携により継続的な医療提供ができる。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.病院と在宅支援者の意見交換会の開催（年1回）</li> <li>2.米ねっとTeam活用の促進。</li> </ol>

取組名		目的	内容及び方法
6	多職種連携による病状・在宅生活情報の円滑な共有体制の構築	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.魚沼米ねっと利用促進会議の開催：年1回 2.運営推進会議実行委員会の開催：年数回 3.活用研修会の開催：年1回 4.活用支援 ・情報共有ノート・主治医連絡票の活用促進・更新 5.訪問看護ステーションとの情報共有（支部会の参加、随時）
7	歯科衛生士会と協力体制の構築	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.歯科医師会、歯科衛生士会と連携した在宅歯科における研修、周知。 ・専門研修会（口腔健康管理）（年2回）
8	個々に適した栄養管理や食事提供に資する情報を提供する体制についての周知	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.栄養士会等による在宅栄養管理の実施に向けた取組の周知や栄養に関する研修の周知。（WT会議開催時）(年4回) 2.栄養士会主催研修への参加（随時）
9	薬の提供が円滑に行われるための体制についての周知	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.薬剤師と連携した訪問薬剤管理指導の取組の周知（WT会議開催時）(年4回) 2.センター主催研修開催時等(適宜)
10	医師等を含む多職種連携による利用者・患者情報共有体制の整備	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.医師等多職種懇談会の開催（年1回） 2.多職種連携事例検討会の開催（年2回） 3.米ねっと活用促進（Team）研修（年1回） 4.在宅医療・介護関係者相談窓口の設置（通年）
11	専門職の技術、質の向上の支援	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.専門研修会の開催（スキルアップセミナー）（年2回） 2.研修プログラム参加支援事業の実施（通年）
12	地域住民への普及啓発	在宅療養に係る関係機関の連携を強化し、在宅療養者とその家族を支えるサービスを継続的かつ包括的に提供できる体制を構築する。	1.楽語り講座の支援 2.楽想講座の協働 3.住民講座の開催（年1回）(再掲) 4.市民フォーラムの共催（年1回）
13	利用者、患者の病状が急変した際の円滑な情報共有の構築	医療機関、施設において、急変時における連絡対応体制を整備するとともに、必要に応じて在宅医療を担う機関および入院医療機関と円滑に連携できる診療体制を確保する。	1.入院医療機関施設と在宅医療を担う機関、在宅サービス提供関係者間の打合せ（地域連絡会の活用） 2.施設担当者、病院救外担当者、消防、行政等と意見交換の実施（適宜）

## 令和7年度 南魚沼地域在宅医療推進センターの事業計画等について

### 1 事業実施体制

所在地	南魚沼市東泉田898番地1（南魚沼市民病院附属在宅療養支援センター内）
事業実施体制	○センター長 医師 田部井 薫 ○事業実施担当職員 ・コーディネーター 1名（週5日 8時間勤務）※南魚沼市居宅介護支援事業所業務と兼務

### 2 在宅医療実施機関の状況及び課題等の把握

把握方法	対 象	把握する項目
アンケート（自記式質問紙調査） ※Webフォーム+郵送紙媒体の併用）	南魚沼地域の診療所（16か所）及び病院（5か所）	<p>【基本情報】 在宅医療担当医師数、医師年代、退院支援体制</p> <p>【在宅医療の実施状況】 訪問診療及び往診患者数、訪問診療及び往診患者数の変化の傾向、在宅及び施設における看取り件数、今後対応可能な患者数見込み</p> <p>【課題・ニーズ】 在宅医療を増やすために必要な条件、在宅医療を継続していく中での課題、訪問診療や往診を行っていない背景や理由</p> <p>【制度・連携】 在支診・在支病の制度認知度、達成が難しいと感じる施設基準、後方支援病院との連携状況、病院と診療所間の情報共有・連携体制の有無、在宅医との協力体制や課題</p> <p>【訪問エリアと処置対応】 訪問可能な地域・エリアの範囲、在宅医療で対応可能な処置</p> <p>【ICT・支援要望】 ICTツールの利用状況、在宅医療推進センターへの要望</p>

### 3 事業実施計画

取組名	目 的	内容及び方法
1 地域の実態調査の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の現状と地域の目指す姿のギャップについて理解する</li> <li>・関係機関へのデータ提供により在宅医療の参入へ繋がられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の実態把握を行った後に保健所と共同で集計・データ分析を行い、関係機関へ共有する</li> <li>・必要に応じてクロス集計を行い、課題整理・提案資料を作成する</li> </ul>
2 AKネット（MCS）の運用管理	医療・介護従事者による情報連携・共有がスムーズになり、業務の効率化に繋がる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MCSのユーザー管理（アカウント登録、削除、変更対応）</li> <li>・新規登録事業者、新規アカウント登録者（医療・介護従事者）へ使用方法のレクチャー</li> <li>・MCS使用に関する問い合わせ対応</li> </ul>
3 魚沼圏域入退院連携ガイドを活用した情報共有の円滑化	病院からかかりつけ医に入院・退院時の情報がスムーズに提供されるなど、在宅療養に必要な情報共有が円滑に行われ、安定した在宅療養を送ることができる	<p>入退院連携ガイドの活用促進及び入退院連携の課題の共有、検討を行う</p> <p>①ワーキング会議の開催（年2回程度） ②事務局会議開催（年10回程度） ③ガイドの普及活動</p>

取組名		目的	内容及び方法
4	南魚沼地域在宅医療推進センター連絡会の開催	講演およびアンケート結果の共有を通じて、地域課題を共通認識化し、関係機関同士の連携強化・在宅医療提供体制の推進に繋げる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年 1 回程度</li> <li>【参集範囲】</li> <li>医師会、医療機関、訪問看護事業所、介護事業所、行政機関の関係者等</li> <li>【内容】</li> <li>・在宅医療に関する講演</li> <li>・今年度在宅医療推進センターで行った在宅医療に係るアンケート調査の結果報告、質疑応答、意見交換</li> </ul>
5	医療介護連携のための多職種交流会の開催	職種横断で顔の見える関係を構築し、日常連携（相談・調整、入退院支援等）の円滑化に繋げる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年 1 回程度</li> <li>【参集範囲】</li> <li>・医師会、医療機関、訪問看護事業所、介護事業所、行政機関の関係者等</li> <li>【内容】</li> <li>・参加者による多職種交流（名刺交換、グループ交流 等）</li> <li>・参加医師全員からの挨拶および地域医療に関する話題提供</li> <li>・参加介護事業所3名から連携に関するコメント／意見共有</li> </ul>