

下越地域における 在宅医療提供の実際

当院の訪問診療について

～在宅療養支援病院としての役割～

竹内病院 副院長 竹内寛之

当院の訪問診療の特徴

- 新発田市内全域と聖籠町を中心に訪問診療を行っている。
- 地域の訪問ステーションと連携、特に訪問看護ステーションランジュ（以下、ランジュ）と連携。 緩和ケア認定看護師を配備
- 在宅療養支援病院として24時間緊急連絡を受け往診出来る体制を整えている

夜間休日問わず在宅での看取りが可能

当院の在宅医療の累積数 (R3年4月-7年 11月現在)

- 訪問診療:

実人数338名 延べ訪問回数2573回

うち、**およそ半数ががん患者**

- 訪問看護ステーションランジュ:

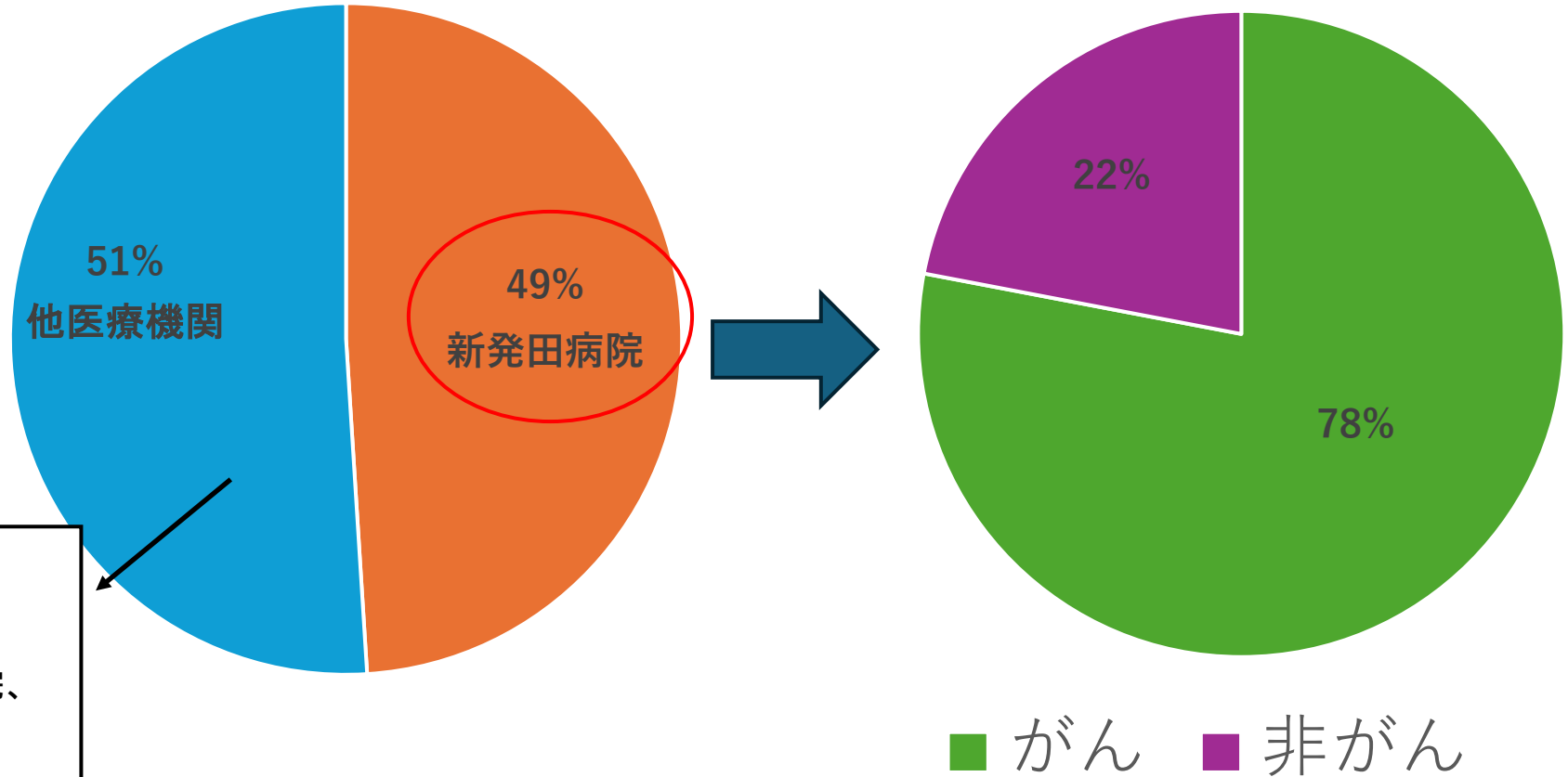
実人数655名 延べ訪問回数34297回

うち、**医療保険での利用者は4割**を占める。

医療依存度が高い利用者が多いことが特徴

紹介元内訳 (総数338名)

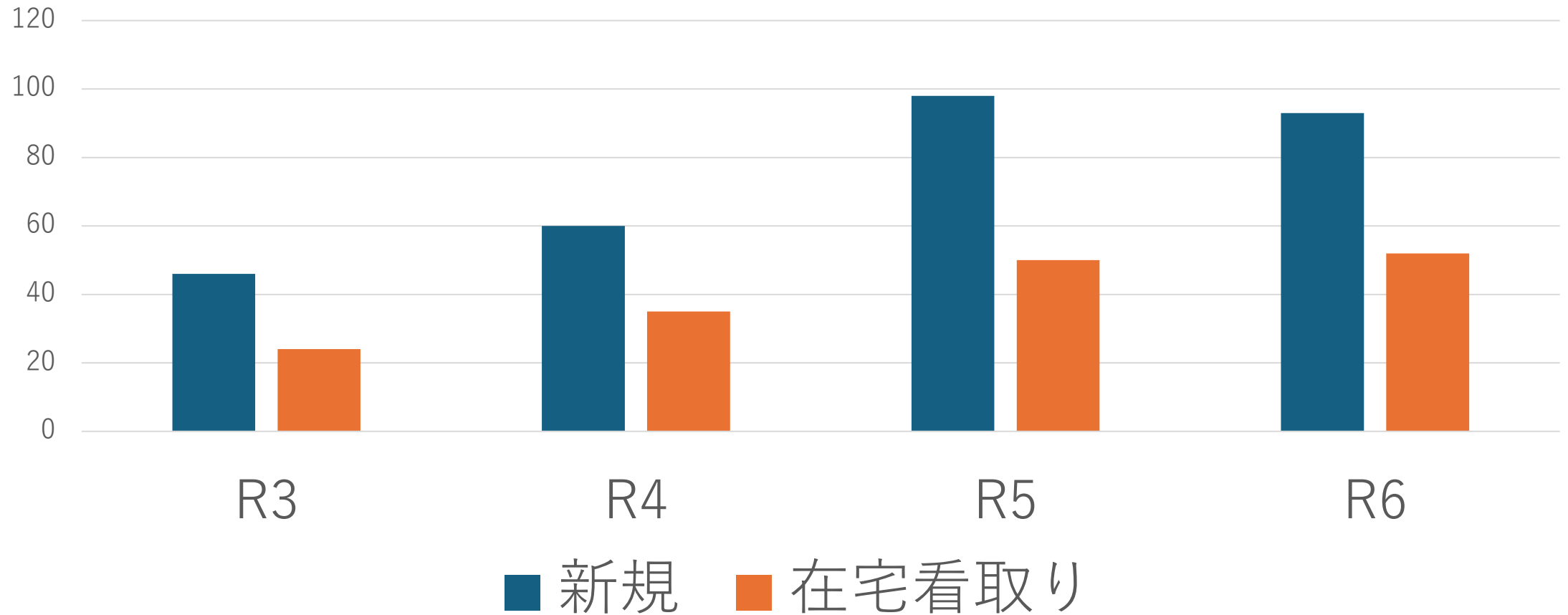
がん患者の割合 (総数166名)



がんセンター、日本歯科大学、
西新潟中央病院、
新潟リハビリテーション病院、
聖籠病院、北越病院、みどり病院、
クリニック、地域包括センター、
ケアマネジャー、訪問看護など

- がん患者は消化器系、呼吸器系、血液疾患、婦人科、乳腺外科、脳腫瘍、耳鼻、口腔がん、泌尿器系、世代も多様でAYA世代含まれる。
- 医療用麻薬の使用、年1-2名持続シリンジポンプでモルヒネ持続皮下投注射、経管栄養、在宅酸素療法、人工呼吸器（気管切開後）、腹膜透析、腎瘻増設状態、在宅ネーザルハイフロー、CVポートから高カロリー輸液等、化学療法併用、輸血
- 処置：採血、胸腔穿刺、腹水穿刺、気管カニューレ交換、胃瘻交換 など

新規件数と在宅看取り件数年次推移 (R3-6年度)

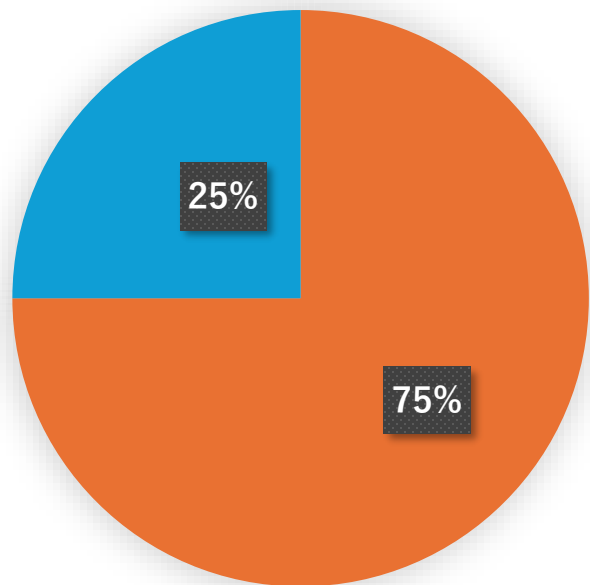


在宅での看取りについて

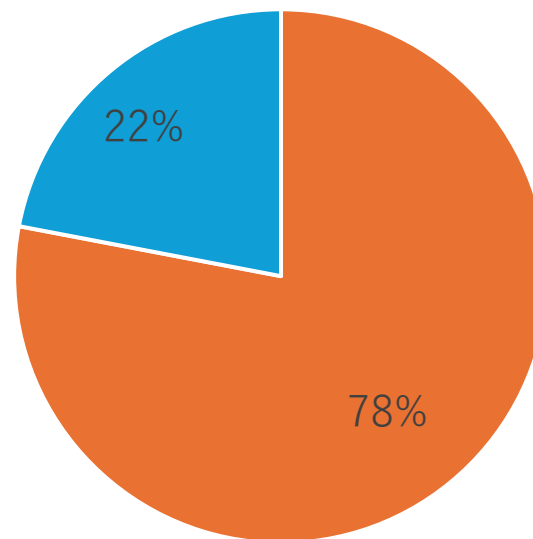
令和3年4月～令和7年11月の亡くなった患者総数：245名

→最終看取り場所は？

死亡場所内訳(245名)

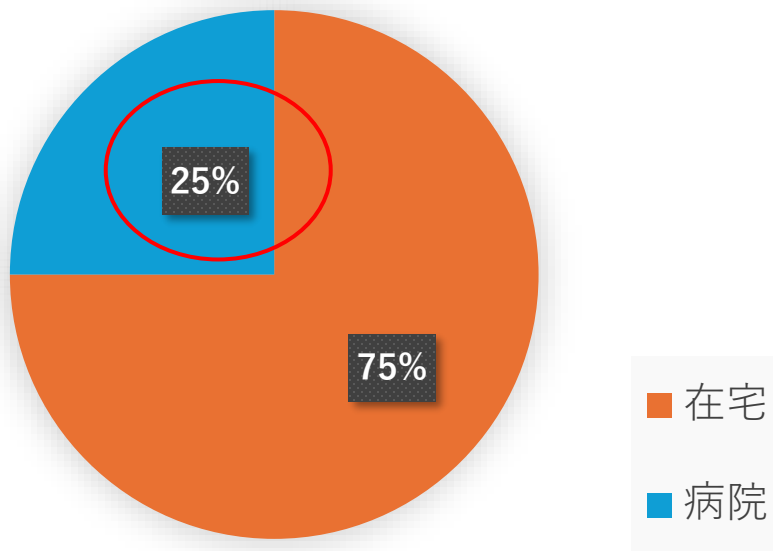


がん患者の死亡場所(165名)

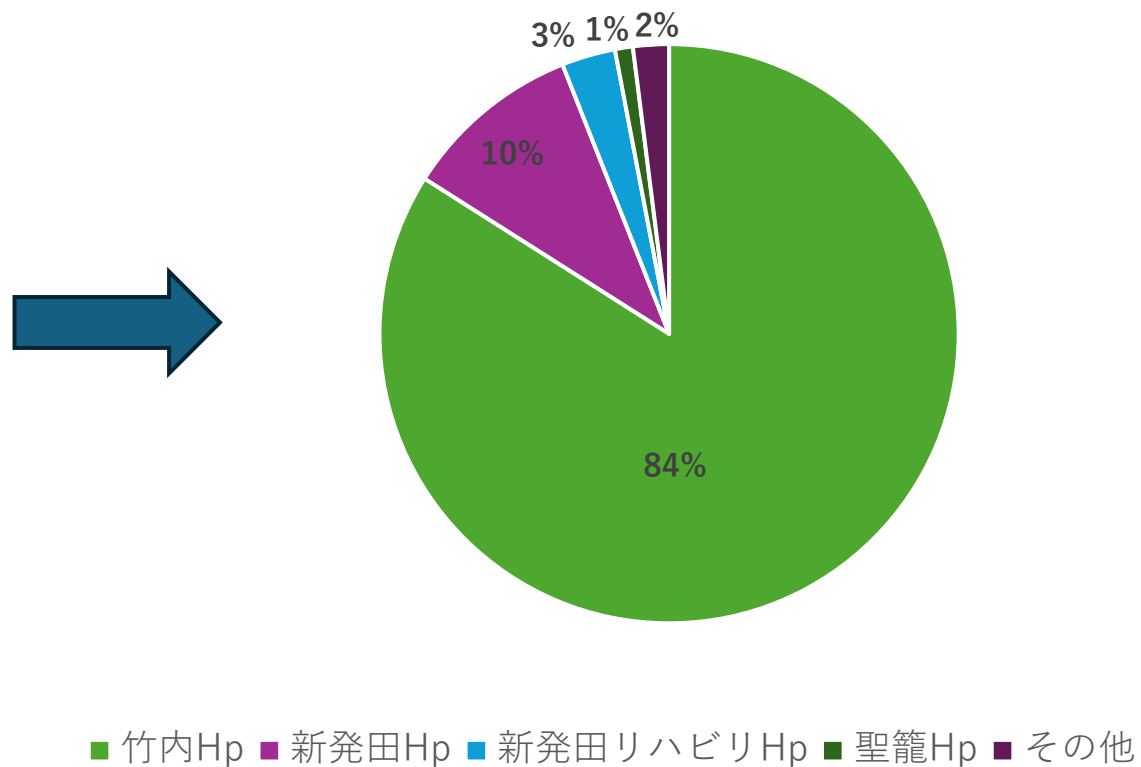


■ 在宅
■ 病院

死亡場所別内訳(245名)



病院看取り内訳 (総数62名)



在宅療養支援病院（診療所）

✓在宅医療を行う医療機関のうち、24時間訪問看護と協力し往診できる体制等の基準を満たす診療所・病院

（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院）

1. 往
 2. 24
 3. 在宅医療を受けている方の為に、緊急入院可能なベッドを確保し、検査及び治療ができる体制を取っていること
 4. 地域の介護・福祉サービス事業所と連携をとっていること
 5. 希望する患者、家族の為に在宅での看取りの医療を提供すること
- 当院は令和5年8月より在宅療養支援病院として認可されました。



人生の最終段階における医療・ケアの意思決定 (ACP: Advance care planningについて)

- 人生の最終段階(終末期)において、本人、家族、医療従事者の間でどこでどのように最期を迎えたいかということの意思決定を支援することが重要視されている。
- 地域包括ケアシステムはACPを支える上で重要な基盤となっている。
- 在宅医療は意思決定の連続であり、当院では訪問診療を開始する前に事前面談の中で意思確認を行い、一人一人個別の医療を提供出来るよう心掛けています。

竹内病院の「適切な意思決定支援」の基本的な考え方

1. 基本方針

当院の医療・ケアチーム^{※1}のスタッフは、人生の最終段階(終末期)を迎える患者さんおよびご家族等に対して、適切な説明を行い、十分に話し合い相互理解を深め、患者さん自身の意思を尊重いたします。そして、患者さんおよびご家族等の希望に添った最善の医療・ケアを提供することに努めます。

2. 「人生の最終段階(終末期)」の定義と医療・ケアについて

①「人生の最終段階(終末期)」とは、がんの末期のように、残された時間が短いと予想される場合、慢性疾患で病状の悪化を繰り返し回復が難しい場合、神経難病や認知症により全身状態が悪化した場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など長い経過を経て最期を迎える場合、救急医療・集中治療における回復困難な場合を含みます。なお、どのような状態が患者さんの「人生の最終段階(終末期)」であるかは、医師や看護師等の医療・ケアチームによって慎重に判断される必要があります。

②人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、中止等は医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断致します。

③医療・ケアチームにより、可能な限り痛みやその他の不快な症状を緩和できることを目的とし、患者さんおよびご家族の抱える苦痛や辛さに対して精神的・社会的援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことに努めます。

3. 人生の最終段階における医療・介護の方針決定手順について

1) 患者さんの意思が確認できる場合

患者さんの意思(自己決定)を尊重します。その際、医師から適切な情報提供と説明を行い、患者さんと医療・ケアチームが十分に話し合い、合意したうえで、患者さんの希望に添った最善の医療・ケアを提供致します。時間の経過、病状や状態の変化等によって、患者さんの意思は変化する可能性があることを理解し、必要に応じて随時話し合いを行います。なお、患者さんの同意を得て、ご家族等にも決定した医療・ケアについて説明致します。このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度カルテや文書にまとめておきます。

2) 患者さんの意思が確認できない場合

①ご家族等が患者さんの意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、十分に相談した上で患者さんにとって最善の医療・ケアを提供致します。

②ご家族が患者さんの意思を推定できない場合には、患者さんにとって何が最善であるかをご家族と医療・ケアチームが十分に話し合いを行い、医療・ケアを提供致します。

③身寄りがない患者さんの場合およびご家族が判断を当院の医療・ケアチームに委ねた場合には、同チームが十分な検討を行い、患者さんにとって最善の医療・ケアを提供致します。当院の医療・ケアチームで判断がつかない場合には、患者さんまたはご家族等の同意を得たうえで、外部の

訪問診療同意書(在宅療養計画書)

医療機関名: 医療法人社団竹内会 竹内病院

医師名: 竹内 寛之

記入日: 令和 6年 4月 19日

患者氏名	■■■■■	生年月日	■■年 ■■月 ■■日生 (歳)
主病名	脊椎圧迫骨折、高血圧、認知症、骨粗鬆症、便秘症		
重要な処方	プラリア皮下注射 (6か月に1回)		
他医療機関への受診状況	<input type="checkbox"/> 有り (病名:) <input checked="" type="checkbox"/> 無し (地方・検査内容)		
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2・③・4・5)		
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 吸引機 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()		
1. 療養ケア方針 (療養ケアについて、家族の希望と合意した方針を記載) 在宅で安心して療養生活を送れる様、多職種と連携し支援していく。 確認事項 (急病時の対応や看取り期の対応について記載) 必要時入院治療を希望。急変時、心臓マッサージ、人工呼吸器など延命治療は希望しない。			
2. 治療計画 (訪問日や投薬や注射・検査や処置等の予定を記載) 訪問診療月1回 訪問看護利用 月2回程度を予定			
3. その他 (療養上の指導内容や注意点等を記載) 転倒・骨折に注意。便秘症状に注意		在宅療養支援チーム (連携する担当者名、連絡先を記載) <input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 ■■■■■ <input type="checkbox"/> 訪問介護 ■■■■■ <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー ■■■■■ <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他 ■■■■■	
緊急時連絡先	休診日でもご連絡下さい。 TEL 下越総合健康開発センター 訪問看護ステーション 090-7631-9635		
上記、訪問診療と計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行うことに同意します。また、連携する医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護施設等に私の個人情報を提供することも併せて同意いたします。			
患者氏名	■■■■■	令和	■■年 ■■月 ■■日
※署名が難しい場合は御家族が代筆してください			
家族氏名(代筆者)	■■■■■	続柄	■■■■■

多職

✓ICTを用いた多職種との連携
チームに参加出来るメンバー
業所など)。

• 情報共有ツールとしてセキ

あなたの健康を支えます

かえつ医療・介護ネットワーク



ときネット

登録番号 0100000000243

利用者氏名 新発田 三四郎

Calendar/Event - HumanBridge EHR - プロファイル 1 - Microsoft Edge

https://www.humanbridge.net/tokenet/chartReference/

竹内病院 竹内 寛之

患者メモ

2024/06/19 ~ 2024/08/18

掲載日	分類	種別	公開範囲	タイトル	20
2024/08/16	📄	看護師のメモ	竹内病院 在宅訪問...	報告	20
2024/08/01	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/08/01	📄	介護施設のメモ	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/07/30	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/07/30	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...	ショートでの様子について(事...	20
2024/07/25	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/07/25	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...	ショート事業所変更について	20
2024/07/23	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...	ショートでの様子について	20
2024/07/19	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/07/18	📄	介護施設のメモ	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/07/17	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/07/11	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...	週末の予定について	20
2024/07/10	📄	介護施設のメモ	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/07/09	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...	オピオイド増量、シクトルテープ...	20
2024/07/09	📄	看護師のメモ	竹内病院 在宅訪問...	状態報告	20
2024/07/04	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/07/04	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/07/02	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/26	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/19	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/18	📄	救急時患者情報	竹内病院 在宅訪問...	デイサービスご利用時のご様...	20
2024/06/18	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/17	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/14	📄	医師のメモ	竹内病院 在宅訪問...		20
2024/06/13	📄	その他のメモ	竹内病院 在宅訪問...	今週末の予定について	20

患者メモ

医師のメモ

公開範囲: 竹内病院 在宅訪問...

版数: 2

掲載日 2024/07/17

2024/07/17 09:15:47

竹内病院-

昨日、訪問してきました。
お孫さんより痛みが強くなってきておりアブストラル舌下の回数増え
てきている。効きづらくなってきたと。
背部中央を痛めることが多いそうです。腹部の圧痛はないと言っ
ていました。かきつらきりません。スインプロイク休業中ですが9日に回
くらしいは排便出ています。食欲あり食べられています。
左足が動かなく立位保持できないので、トイレはおぶって連れて
行っていました。左足背の浮腫を気にしていましたが軽度なので
様子見ていきます。
クェチアピンは連日内服していますが夜間あまり眠れず、眠りが浅
いなどのことで眠剤が追加になりました。
フェントステープ2→3mg、アブストラル舌下錠100→200μgへ増量、
シクトルテープ(75)2枚は継続です。
処方箋添付します。
次回、7/24(水)訪問予定です。

竹内病院 医師 竹内寛之

添付ファイル

処方せん(R6.07.16) [redacted].pdf

履歴表示 複写新規

介護事

携にも役

在宅での看取り

在宅療養を希望したが、自宅で急変するのではないかと不安

→救急搬送され蘇生処置が施されるのではないかと？在宅で急死した場合、検死になる恐れがある？



訪問看護ステーションと連携 24時間緊急対応をとっている。

→落ち着いて対応してもらえよう状態悪化した場合の予測される経過やその際の対応を繰り返し説明
必要時入院病床を備えていることを併せて説明している。



緊急往診の頻度は意外と多くない

1年間の件数：令和6年8月～令和7年7月

- 訪問診療：677件 月件数：50－60件
- 往診：107件 内、**緊急往診 36回**→**ほぼ在宅看取り件数と同じ**

総計 784件

- 死亡者数：56名
うち、医療機関外→41名、**自宅での看取り40名**

24時間対応の訪問看護ステーションが増えており、初期対応を依頼し、随時連絡を取り合っていることで緊急往診を抑えられる。

在宅医療の壁

- 身体活動性(ADL)の低下に伴い介護量増加→介護力に難がある(介護疲れにつながる)
- 肺炎や心不全など他疾患の合併により不安定になった。(痰がゴロゴロしてきた)

入院させた方が安心なんじゃないか?
最期まで看れるのか?



入院へ



訪問看護ステーションとの一体運営



看護小規模多機能ホーム
ランジュ

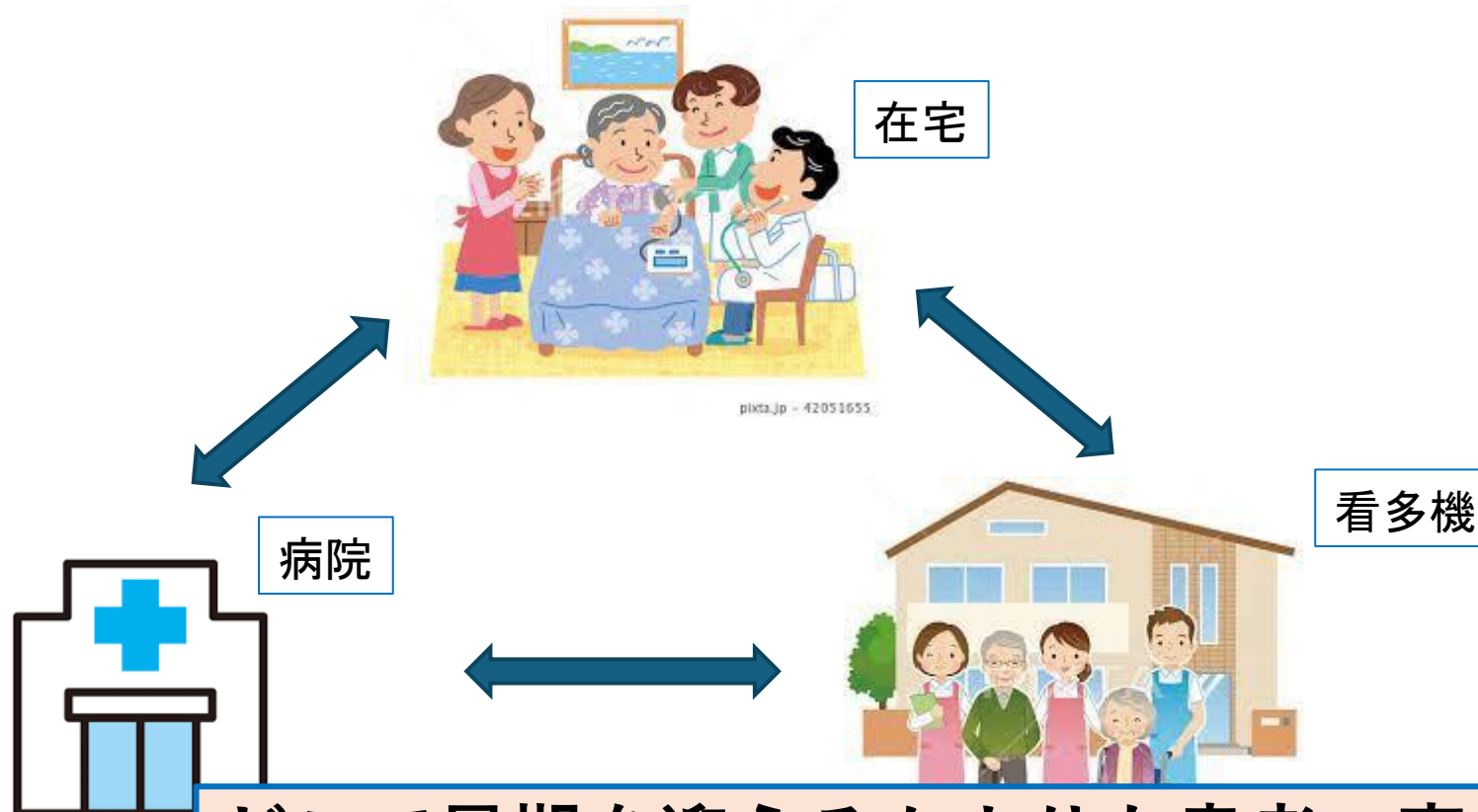
登録定員:29人 通い:15人 宿泊:9人



訪問看護ステーション
ランジュ

- ・夜間は訪問看護ステーションランジュがオンコール対応で安心
- ・リハビリスタッフ、緩和ケア認定看護師を配置

希望に応じて在宅⇔入院⇔看多機の移行が可能



どこで最期を迎えるかよりも患者・家族が安心して最期を迎えられるか

すべての医療関係者の方へのお願い！

家で過ごしたいけど、どうすれば良いか分からない方がたくさんいます！誰かが声をかけないとその声は拾い上げられることはない。

外来、入院中、日々の場面で目の前の患者さんがどこで過ごしたいのか一度確認してみてください。

『家で過ごしたいですか？おうちへ帰りたいたいですか？』
すべてはそこから始まる気がしています。

在宅医療提供者からの報告

在宅療養支援診療所

平塚ファミリークリニック

院長 平塚 雅英

令和7年12月1日 第1回 下越地域医療連絡協議会

特徴

- 在宅療養支援診療所（平成30年から）
- ICT（ときネット）を用いた（平成24年から）
介護サービス事業所・病院との連携
- 特別養護老人ホーム嘱託医（平成19年から）

その他

禁煙外来、発熱外来、予防接種、警察医、学校医、産業医
介護保険認定審査委員、予防接種被害調査委員
しばた地域医療介護連携センター

在宅医療

往診

患者さん側からの依頼で、
臨時に医師が赴いて行う診療

訪問診療

あらかじめ日程などを決めて
計画的に医師が赴いて行う診療

共通

- 医療機関に必要な届出や施設条件はない
- 自分ひとりでは通院が困難な患者が対象
- 片道16km以内（地図での直線距離）
- 自宅、または居住施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等）

訪問診療には 同意書が必要

- 「**訪問診療同意書**」

訪問診療を行うことへの同意、本人か家族の署名

- 診療録に

- (1) 診療計画

- (2) 診療内容の要点

- (3) 診療開始時刻、終了時刻 を記載

下越地域の在宅医療提供の特徴

- 全国または県内他地域と比べて
往診の回数が多く、訪問診療の回数が少ない
- 訪問診療を「往診」で算定している可能性あり
歴史の違い 1980年 往診料の新設
 2000年 在宅訪問診療料の新設
外来と算定方法が変わる
(初・再診療算定不可、一日複数回不可)

新発田北蒲原医師会管内の在宅医療

- 診療所の**53%**が往診または訪問診療を行っている
- 内科を標榜する診療所の**80%**が、
往診または訪問診療を行っている
- 内科を標榜する診療所の**80%**が、
在宅での看取りが可能または要相談
- 在宅療養支援診療所の届出は極めて少ない（3か所）
1.6か所/10万人（全国平均 **11.5**か所/10万人）

在宅療養支援診療所（要届出）

訪問診療を行っている患者からの連絡を
24時間受け、往診、看取りができる。
訪問看護ステーション、後方病院と連携する。

（平成18年に制度として新設）

在宅療養支援診療所の要件

診療計画、**24時間**対応する連絡先、
連携する訪問看護ステーション、
病院を在宅患者に文書で交付

地域の介護・福祉事業所との連携

年間の往診回数、看取り人数を厚生局に報告

在宅療養支援診療所に関する増額

- 緊急往診加算 325点 ⇒ 650点
- 夜間・休日往診 650点 ⇒ 1,300点
- 深夜往診加算 1,300点 ⇒ 2,300点
- 在宅ターミナルケア加算 3,500点 ⇒ 4,500点
- 在宅時医学総合管理料
 - 月1回 1,745点 ⇒ 2,285点
 - 月2回 2,735点 ⇒ 3,685点

在宅療養実績加算1（緊急の往診10件/年かつ看取り4件/年）

各項目に＋75点～＋750点の加算

令和6年8月～令和7年6月

平塚ファミリークリニック

訪問診療 373回

7回/週

往診 195回

3.7回/週

令和6年8月～令和7年7月

平塚ファミリークリニック

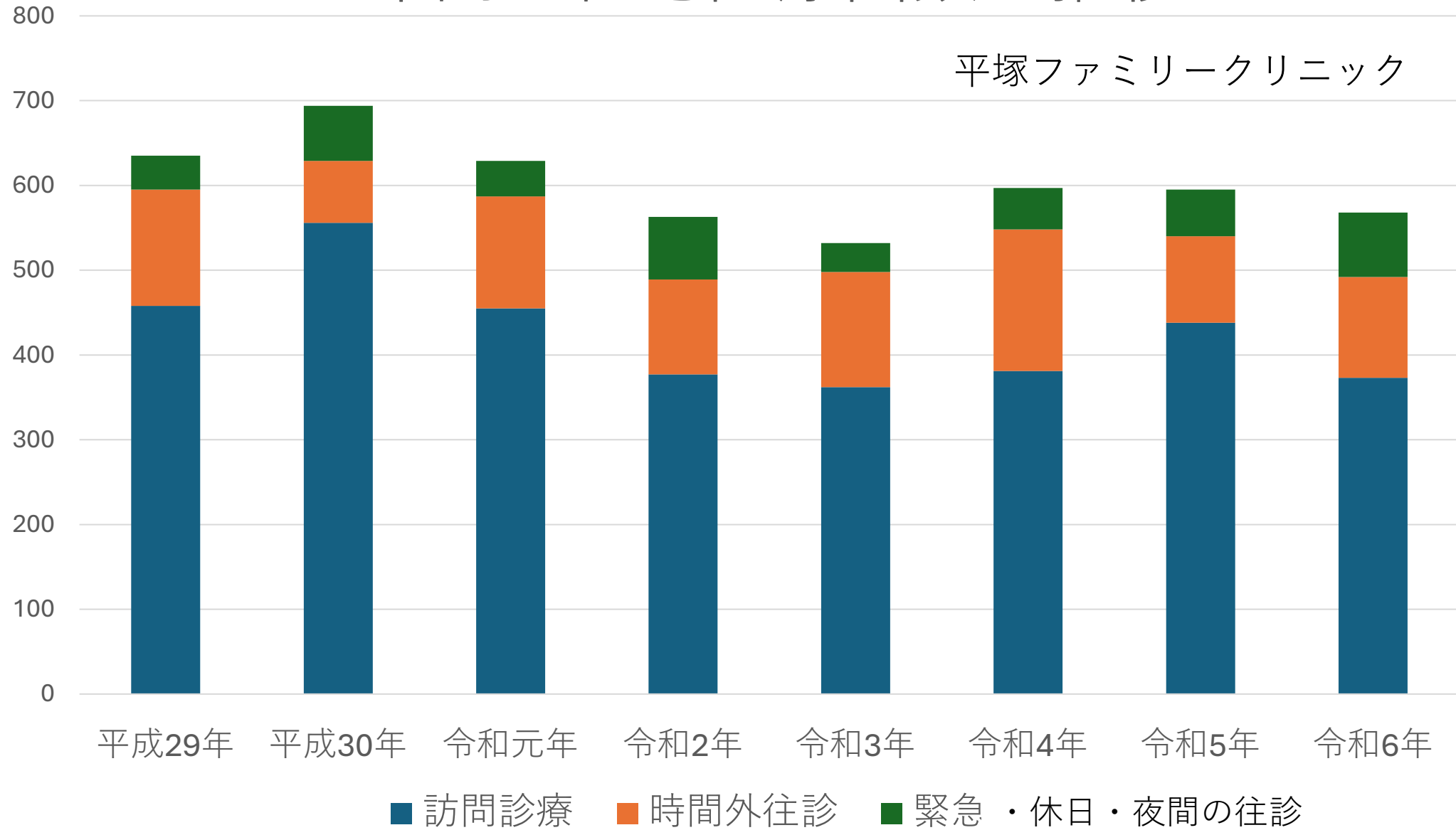
緊急または

休日・夜間の往診

76回（6.3回/月）

8年間の在宅医療回数の推移

平塚ファミリークリニック



特別養護老人ホームの入所者は 在宅医療の対象ではない

以下の場合、例外的に認められる

- 特別の必要があって行う診療
- 末期の悪性腫瘍である場合
- 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院または
特養の協力医療機関の医師が看取った場合に
死亡日から遡って30日間に行われたもの

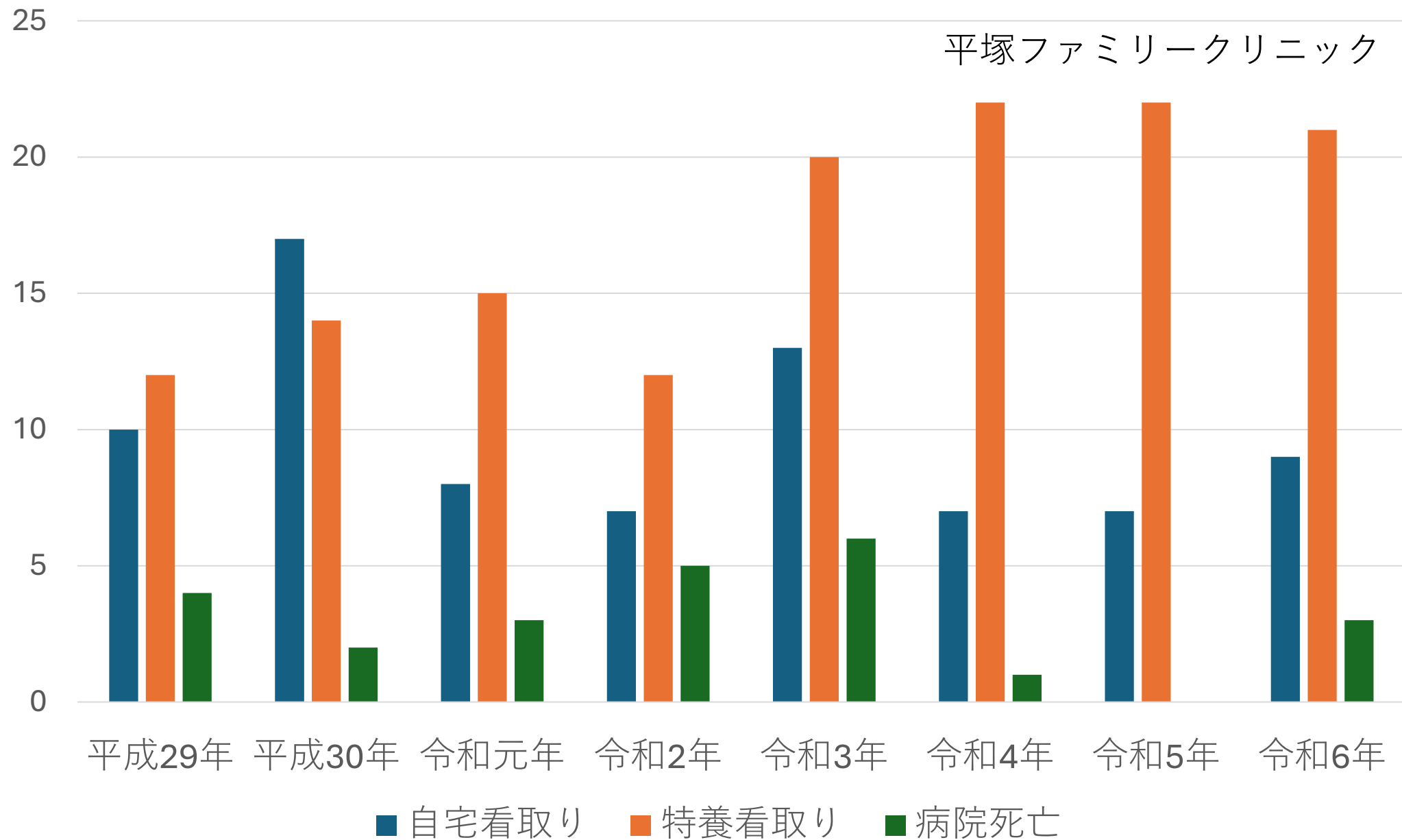
令和6年8月～令和7年7月

平塚ファミリークリニック

在宅患者	59人	(+特養91人)
死亡者	33人	(特養含む)
自院看取り	30人	
自宅看取り	9人	
特養看取り	21人	
病院死亡	3人	

8年間の看取り数の推移

平塚ファミリークリニック

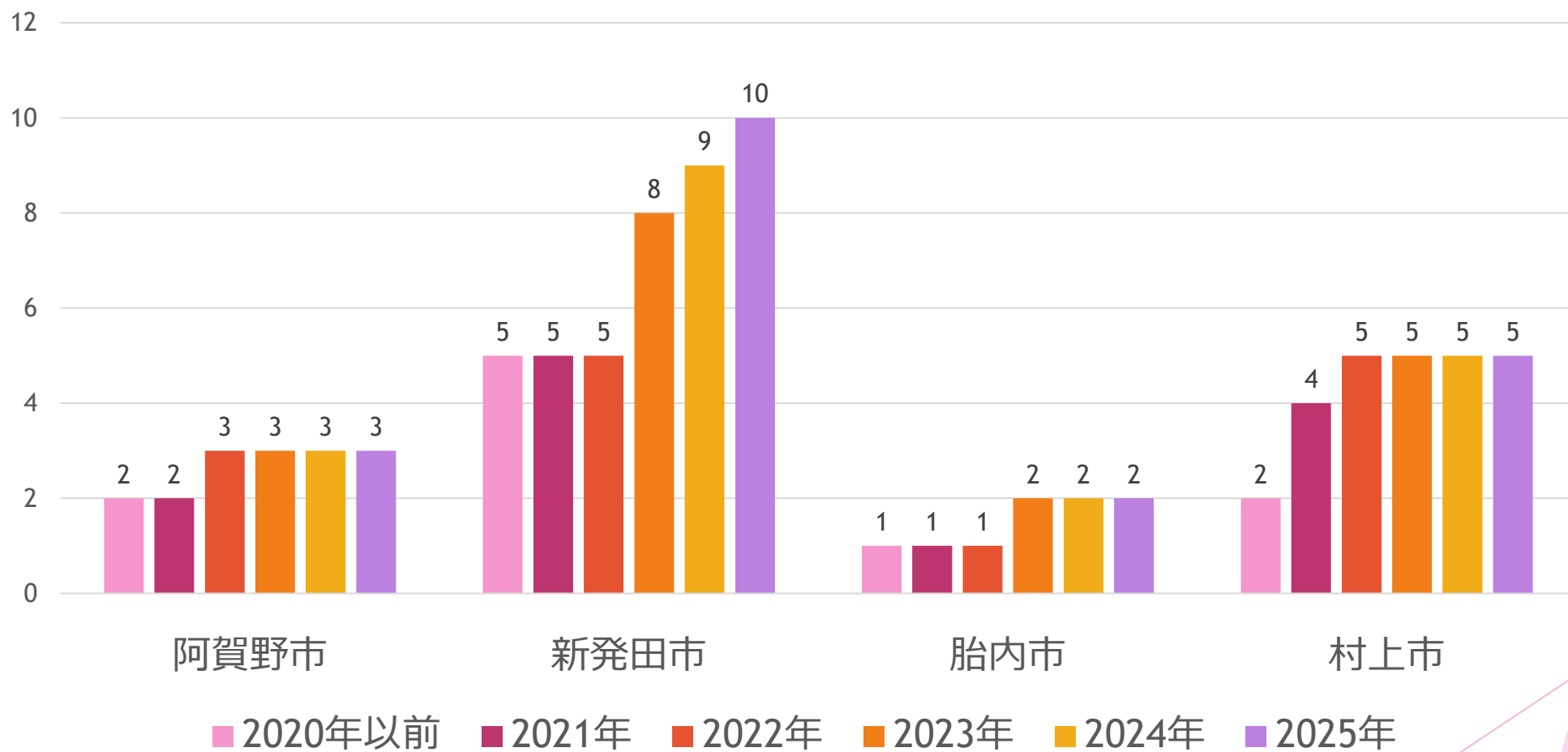


在宅医療の課題

- 当地域では、ひとりで在宅医療を担っている医師が多いが、それぞれが可能な範囲で往診や看取りに対応している。医師の高齢化と新規参入の少なさから、在宅医療を拡大できる余地は限られる。
- 今後、緩やかに患者数が少なくなっていくまで、現状の対応をなるべく長く続けられると良い。
- 慢性心不全の増悪、感染症による敗血症などの、軽度救急（**subacute**）に関する病診連携をお願いしたい。
- 在宅患者に関する多職種連携と**ACP**は普及が進んできたが、外来患者に関しては未達成のことが多い。

訪問看護ステーション協議会 下越支部の現状と課題報告

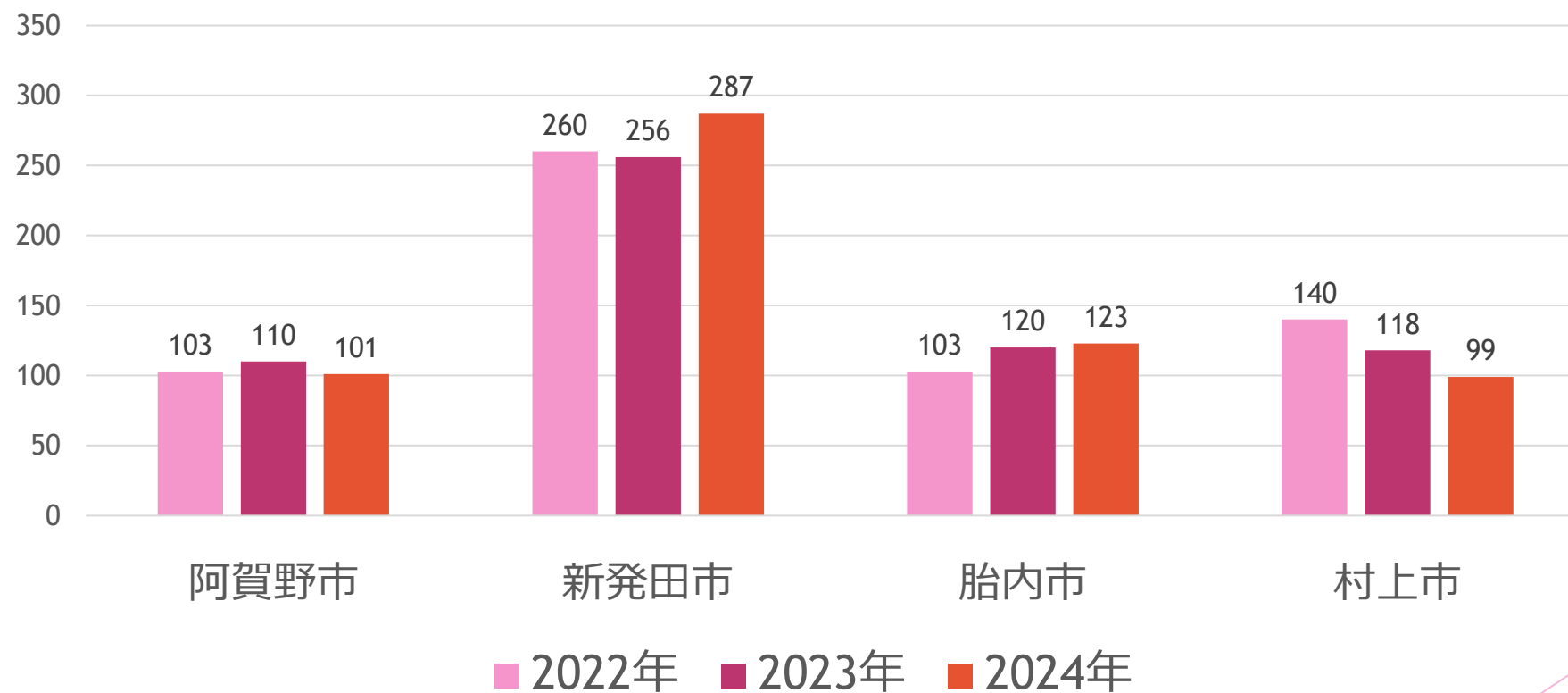
訪問看護ステーション数の推移



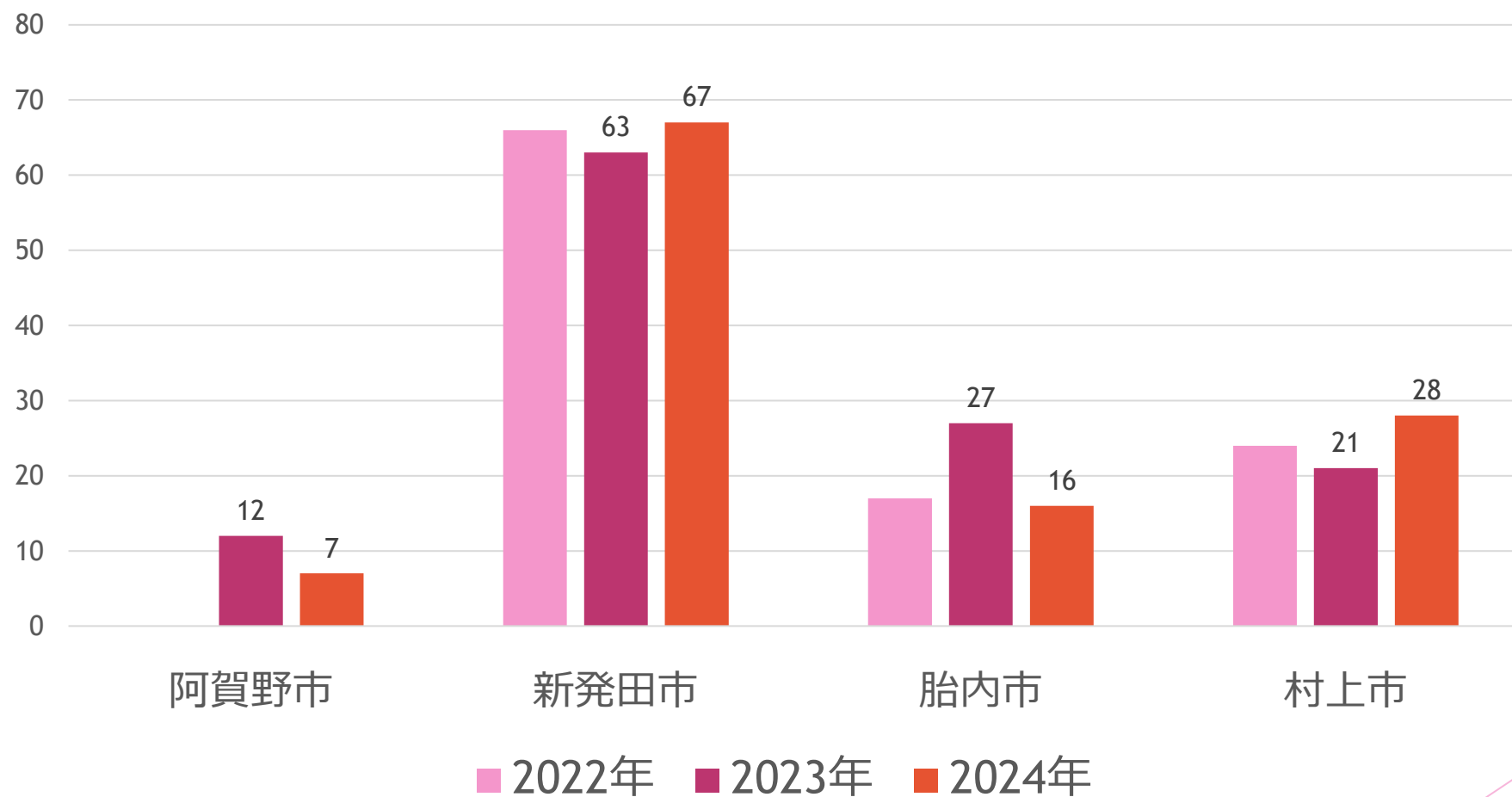
職員数

- ▶ 阿賀野市：5～8人（リハビリ0～2、事務職1名）
常勤換算3.5～8.0
- ▶ 新発田市：3～13人（リハビリ0～6人）
常勤換算3.0～11.0
- ▶ 胎内市：5～12人（リハビリ0～4人）
常勤換算3.1～11.8
- ▶ 村上市：3～7人（リハビリ0～2人）
常勤換算2.8～7.0

過去3年間の新規受け入れ数



過去3年間の看取り件数



経営状況

アンケートにご協力いただいた15ステーションの結果

- ▶ 黒字：8事業所
- ▶ 均衡：2事業所
- ▶ 赤字：5事業所

現状や課題

- ▶ 訪問開始直前に状態悪化し契約に至らない
- ▶ 入院をきっかけに在宅療養断念し転院や施設入所してしまうケースが増加
- ▶ 入退院を繰り返す方が多いので安定した件数の確保に至らない
- ▶ 終末期や医療依存度の高い方は訪問開始しても数日～数か月で終了し利用者の増加につながらない
- ▶ 月の新規利用者より終了者が上回っており登録人数と収入の減少がある
- ▶ 新発田市はステーション数が増加したこともあり、1事業所あたりの新規利用者数が減少
- ▶ 看護師のスキルアップを目指したいが小規模ステーションでは研修の時間をもうけられない
- ▶ 物価高で収益を出すのが難しく、職員の給与アップが思うようにできない

現状や課題

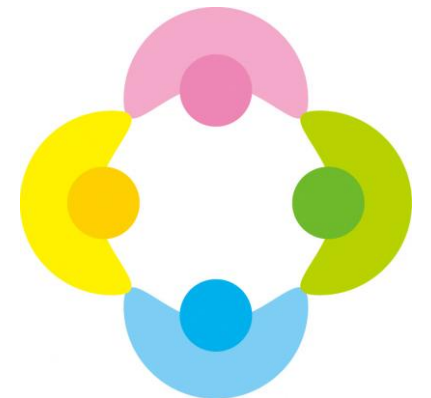
- ▶ 往診する医師の減少（看取りの方でも死亡診断を搬送して行っている）
- ▶ 病院へ情報提供を求めると答えてくれなかったり（個人情報の観点から）、たらいまわしにされることがある
- ▶ ご本人や家族が在宅療養をしたいと自ら発している方は良いが、それ以外の方は、なかなか在宅サービスに結びつかないが増えている印象

行政・医療機関への要望

- ▶ 退院する際、積極的な情報提供や退院前カンファレンスを行ってほしい
- ▶ 病院へ情報提供を求めると答えてくれなかったり、たらいまわしされることがあるので、訪問看護との連携のシステムを考えてほしい
- ▶ 訪問看護の周知（自宅でも安心して療養できること）
- ▶ 一人暮らしの健康面は訪問看護でフォローできても、生活面での困りごと（買い物等）に対してサービスが充実すると在宅療養が継続できると思う
- ▶ デイケアや障害者の受け入れ施設が増えると良い
- ▶ 在宅療養の希望がきちんと反映されるシステム作り

しばた地域医療介護連携センター 在宅医療推進センター事業について

(一社) 新発田北蒲原医師会
しばた地域医療介護連携センター
平野 真弓



(一社) 新発田北蒲原医師会



しばた地域医療介護連携センター

センター長	1名	(医師)
コーディネーター	3名	(看護師・社会福祉士・事務職)

【目的】 在宅医療・介護の連携体制が構築されて、医療と介護を必要とする住民が、望む場所で自分らしい暮らしを続けることができる。

地域医療介護総合確保基金事業
(新潟県・新潟県医師会)

協働

介護保険制度地域支援事業
(新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町)

平成27年度～

在宅医療推進センター(整備) 事業

目的：地域の実情に応じた在宅医療提供体制の構築

新潟県では、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付けられた

平成30年度～

在宅医療・介護連携推進事業

目的：切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

3市1町と医師会が協働し、地域で目指す姿を共有

在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）

3市1町の医療・介護連携の目指す姿の4場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとにロジックモデルを活用して設定した在宅医療・介護連携施策指標マップのアウトカムに向けて取り組みを行っている。

日常の療養支援

相談窓口の設置・運営
医療・介護資源情報整備
ケアマネタイム更新
連携ツールの作成・活用推進
疾患別ミニレクチャー
連携ツールの作成
等

入退院支援

入退院連携ガイドの活用
病院機能の勉強会
看護職間の連携研修会
等

急変時の対応

ミニレクチャー
ACP研修会
等

看取り

住民講演会
在宅看取りパンフレット
エンドオブライフケア研修会
等

ACP普及啓発

講演会

ACP研修会

出前講座

在宅医療・介護連携施策指標マップ（ロジックモデル）により事業のPDCAサイクル

在宅医療推進センター整備事業（H27～R7）

在宅医の増加が見込めない地域の実情を踏まえ、
在宅医療を支える多職種連携の推進に力を入れてきました

啓発活動

在宅医療を考える会

多職種開催

訪問診療・往診に関する医師同士の開催
医師と訪問看護師と開催

ACP普及啓発

在宅医療の場での医師向けACP講演会
(総論と各論)

特別養護老人ホーム嘱託医の会

毎年1回 テーマに沿った意見交換

在宅医療機能マップ発行

3年ごと（直近R6.3月）

ツール・システム整備

薬剤師会・栄養士会の活動活用支援

「医療材料分割購入」運用支援、「しばた
栄養サポート」訪問栄養指導等の利用窓口

疾患別講座の発信

疾患の理解の講座を専門医よりホームページへ掲載

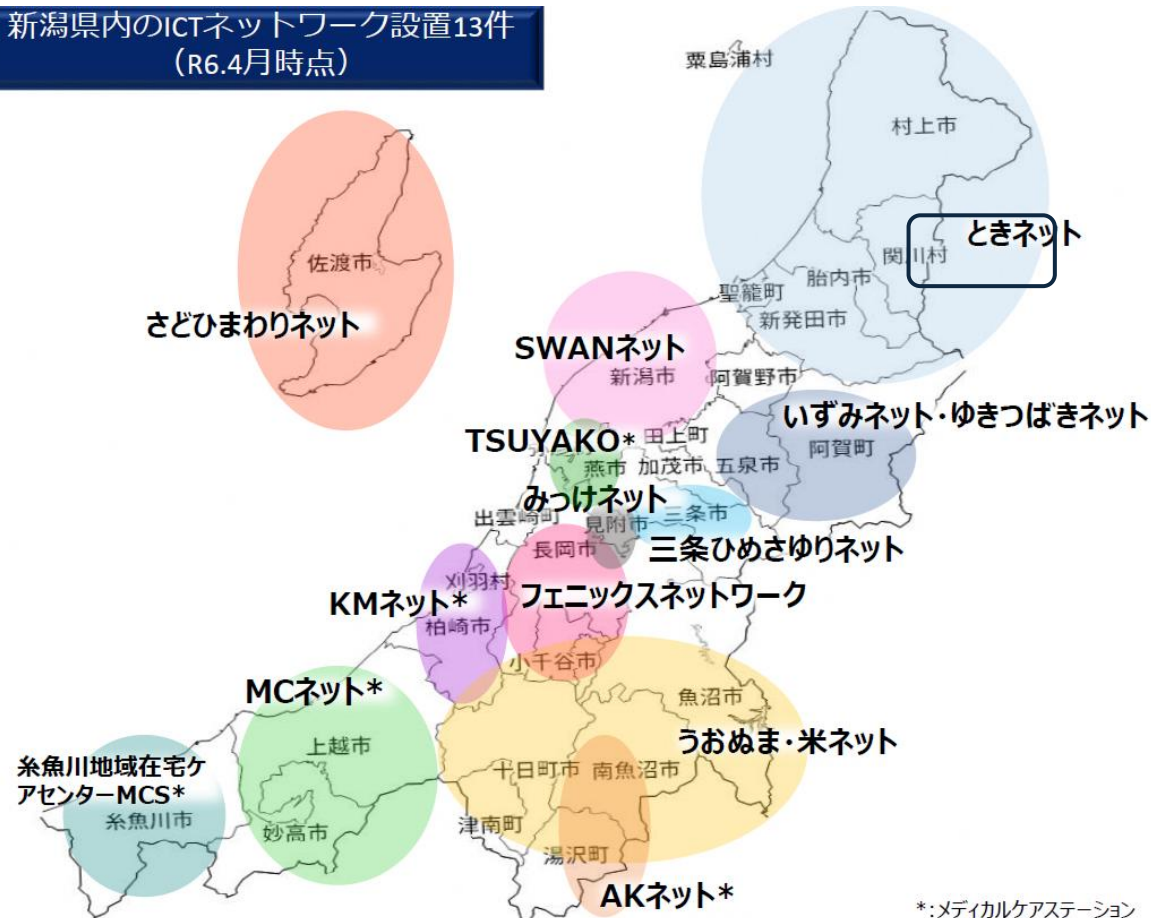
ICTツールの運営・管理

在宅ケアチームの情報共有の運用支援、入院時情報提供・転院調整の支援、パスの運用支援、研修会

ICT連携

ICTツール かえつ医療・介護ネットワークシステム(愛称ときネット®)

新潟県内のICTネットワーク設置13件
(R6.4月時点)



ICT連携

かえつ医療・介護ネットワーク システム(愛称ときネット®)の 運営・管理

- 医療介護連携ICTツール運用・普及
- 在宅ケアチームの情報共有の運用支援
- 入院時情報提供・転院調整、パスの運用支援、介護施設と協力医療機関の情報共有の運用支援
- セキュリティ研修を含むICTに関する研修会等
- 協議会の開催

新潟県第8次地域保健医療計画 在宅医療分野ロジックモデル

センターアウトプット (抜粋して掲載)

R7現状把握調査

しばた地域入退院連携
ガイド作成・運用推進

ときネットによる情報
共有支援

医師と訪問看護師の交流

ミニレクチャー

しばた栄養サポート
活用支援

ミニレクチャー

ACPの講演・研修
エンドオブライフケア研修
市民講演会・出前講座
在宅看取りのパフレット
作成

個別施策

- 関係者への普及啓発
- 訪問診療を担う診療所及び病院の機能強化促進
- 訪問看護ST整備の促進
- 訪問看護STの機能強化の促進
- 在宅医療を支援する病院・診療所整備の促進

- 入退院支援ルール作成等促進
- 退院前カンファレンス等の促進
- 在宅療養に必要なサービス紹介体制構築促進
- 効率的な患者情報共有の仕組み構築促進
- 訪問診療・訪問看護機関の整備・機能強化促進
- 在宅歯科医療の実施促進、歯科・診・病・介連携促進等
- 病診連携、訪問薬剤管理指導の促進
- 在宅療養患者の栄養管理に係る取組促進
- 医療・介護従事者によるリハビリの提供促進

- 診療所・病院・訪問看護の機能強化促進
- 在宅医療を支援する病院・診療所整備促進
- 関係機関間での対応方法の共有等促進

- 診療所・病院・訪問看護の機能強化促進
- 診療所・病院・訪問看護の機能強化促進
- 医療・介護従事者に対する研修等の実施促進

初期アウトカム

- 訪問診療を提供する診療所、病院の増
- 1機関あたりの訪問診療患者数の増
- 訪問看護を提供する機関の増
- 1機関あたりの訪問看護利用者数の増
- 在宅医療を支援する病院の増

- 入院初期からの退院支援の開始
- 退院後の患者の病状及び対応に係る情報共有
- 患者への在宅療養に係るサービス紹介
- 関係機関間での定期的な患者情報共有
- 訪問診療等や多職種連携による患者の病状管理
- 地域での在宅歯科医療提供体制整備
- 医薬品や医療機器等の提供体制確保
- 栄養管理等の情報提供体制
- 在宅でのリハビリ提供体制

- 在宅医療を担う機関における24時間連絡対応体制
- 在宅療養者の急変時の入院受入体制
- 急変時の対応の想定等に係る情報共有

- 在宅での看取りを実施できる体制構築
- 在宅医療を担う機関における24時間連絡対応体制確保
- 患者等に対する看取りに係る情報提供、意思決定支援等

中間アウトカム

在宅医療の基盤整備

在宅療養において医療が必要な者への在宅医療提供体制の確保

在宅医療の円滑かつ継続的な提供

退院支援

入院医療機関と在宅療養関係機関との連携による継続的な医療提供

日常療養支援

在宅療養者と家族を支えるサービスの継続的・包括的な提供

急変時対応

急変時に連絡対応可能な体制、必要な場合の入院可能な体制

看取り

患者の望む場所での看取り実施

ロジックモデルについて

最終アウトカム (目指すべき姿)

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ます

在宅医療推進センター事業方針（R7～）

「多職種連携の推進」から「在宅医療提供量の増加」へ

R7～新潟県在宅医療推進センター事業の方針

- ・在宅医療の現状把握調査
- ・在宅医療を担う医師の参入支援
- ・在宅医療を担う医師への支援

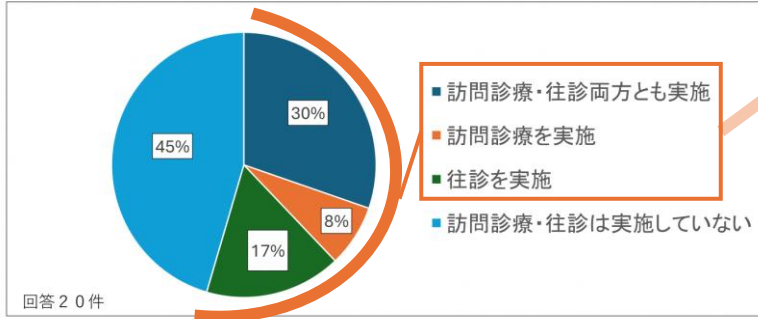


当センターの新たな取り組み

- ・在宅医療の現状把握調査
- ・在宅医療を担う医師への支援

令和7年度からの調査に医療機関の皆様のご協力をよろしくお願い致します

【1】訪問診療、往診をしていますか。



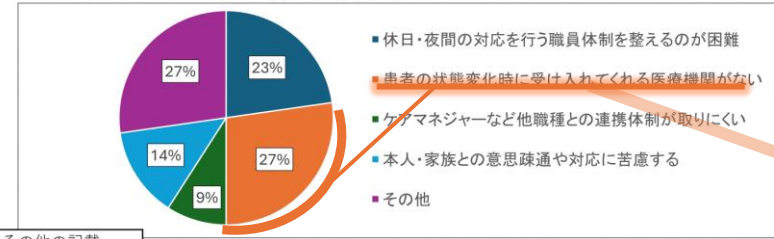
訪問診療・往診とも実施
訪問診療を実施
往診を実施

連携している

【5】在宅療養後方支援病院と連携を取っていますか。



【2】訪問診療を実施するに当たって、苦労されていることは何ですか。（複数回答）



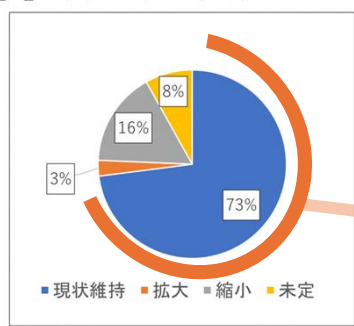
患者の状態変化時に受け入れてくれる医療機関がない

【6】訪問診療、往診を行う医療機関を増やすために必要なことはなんだと思いますか。（複数回答）



1. 休日・夜間等に対応できる複数医師の確保
2. 休日・夜間等に対応できる病院・診療所との連携体制
3. 患者の状態変化時の受け入れ病院の確保

【3】今後の在宅医療の実施予定



【4】縮小すると答えた方何年後に縮小する予定ですか。

1年後	1
3～5年後	1
10年後	1
未定	2
未記入	1

理由（複数回答）

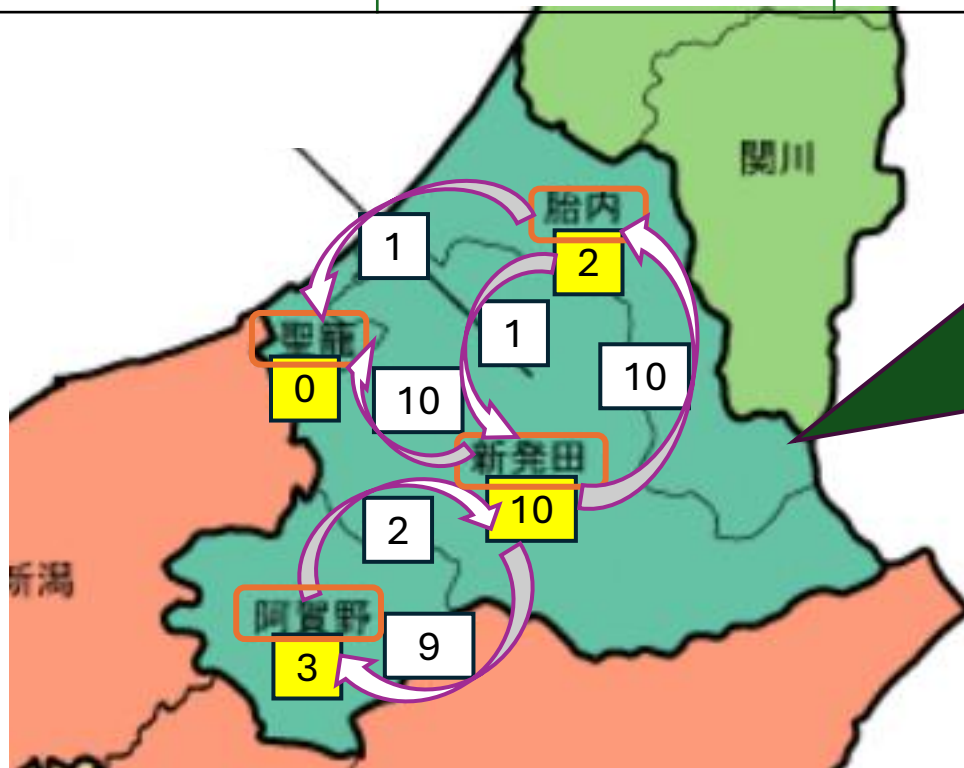
() 内数字は同意見数

- 年齢や体力。(6)
- 人員不足。(1)
- 診療報酬が少ない。(1)
- 仕事量の負担が大きい。(1)
- その他…すぐに70歳となるので。(1)

現状維持

新発田北蒲原医師会管内の訪問看護ステーション設置数と利用可能事業所数 R7.8月現在

医師会管内設置（事業所数） 15	15事業所	新発田市（10）阿賀野市（3）胎内市（2）聖籠町（0）
訪問エリア（事業所数） 15		新発田市（13）阿賀野市（12）胎内市（12）聖籠町（11）
利用者を増やすことが可能かどうか	可能（12）	空きがある。スタッフが多い。入院が多い。利用者が減った。利用者が少ない。看護職員の増員の予定がある。
	わからない（1）	急な職員の減
	無回答（2）	



訪問エリアは、関東信越厚生局・新潟県に届け出ることにより、訪問看護ステーションが決めることができます。事業所からの距離など、範囲の制限はありません。

地域における在宅医療推進の現状と課題【まとめ】

1. 調査と事業構築

- 令和7年度より、県補助事業の要件として在宅医療の現状把握調査を開始（今後も毎年実施予定）
- 現状把握と新潟県保健医療計画、地域の声を合わせてセンターの事業を再構築

2. 現場の声と提供体制の課題

- 医師・訪問看護師・ケアマネジャーからは、「最期まで在宅療養する高齢者が減っている」との声
- 訪問看護ステーションには提供余力があるが、病院からの在宅移行が少なく、需要が低下
今後、事業継続が困難となる事業所の発生も懸念
- 訪問診療・往診を担う医師を支えるには、「状態変化時の受け入れ病院の確保」が重要な課題

3. 生活の支援・介護サービスの重要性

- 在宅医療の提供には、高齢者世帯・独居高齢者の増加により、生活の基盤を支える介護連携が不可欠
- 一方で、地域の訪問介護サービス事業所は減少傾向にあり、在宅医療と介護の両面での体制整備が必要

4. ACP（人生会議）の推進と連携強化

- ACPの情報共有により、医療・介護職のケア方針の統一が可能
- 病院と地域の連携強化が、在宅医療の質と継続性の向上