

令和3年度 第1回 射水市在宅医療・介護連携推進協議会議事録

日時 令和3年7月8日(木)
午後1時30分～2時25分
会場 救急薬品市民交流プラザ3階
会議室1A・1B

1 委員紹介 人事異動により交代のあった委員の紹介(稲田委員、櫻田委員)

2 議題

(1) 令和3年度射水市在宅医療・介護連携推進事業実施計画(案)及びワーキング部
会実施計画(案)について 資料1-1、1-2(事務局説明)

(2) 令和2年度在宅医療・介護連携支援相談窓口実施状況について

資料2(事務局説明)

多職種連携支援システムの活用事例について紹介(森委員より)

- ・難病、脳梗塞後のリハビリ期、認知症末期、看取りの方、高齢者世帯等に活用している。
- ・タイムリーに多職種と連絡が取れること、看護方針を支援者で共有しやすいこと、サービスの空き状況確認がスムーズにできること等の利点がある。
- ・今後は病院の連携室と、退院直後や再入院といった受診時の情報共有に利用していきたい。

【多職種連携支援システムに関する意見内容】

矢野委員：連携ノートの記載内容は確認するまでに数日かかるが、システムを利用することで、すぐ確認できることが利点である。また、多職種による書き込みで療養者の日常生活を理解することができる利点もある。

稲田委員：療養者や家族の心理状況を事前に理解した上で訪問し、ケアに活かすことができる利点がある。

森委員：連携ノートは家族が記入することにより気持ちの整理ができる、看取りの後に家族が見ることができる等の利点があるのでシステムと一緒に活用したい。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業について

資料3-1、3-2、3-3(事務局説明)

【資料3に関する質疑応答内容】

櫻田委員：フレイル予防が必要な対象者は何人と見積もっているのか。また、4年計画で全地区を実施するとなるとマンパワーに問題はないのか。

事務局： 対象者については、各地域振興会を通じて地区の高齢者に声掛けをして
いただいております、定員は約 15 名です。参加者はフレイルの方だけでは
なく、元気な高齢者もおられ地区によって格差があります。

矢野委員： 外来患者の方に糖尿病の血糖コントロール不良者がいます。食生活や間食
運動不足等の問題がみられる。医院には管理栄養士がいないので、保険
年金課に依頼すれば生活指導の訪問は可能か。

事務局： 医療機関から血糖コントロール不良者を紹介いただいた場合、訪問指導
を実施可能である。
保険年金課には管理栄養士が配置されており、栄養相談窓口を設置して
います。75 歳以上の方で栄養指導が必要な方の相談窓口として、地域包括
支援センターや介護支援専門員にも周知したところであり、今後、連携
を図っていきたい。

島多会長： 資料 3-2 について、令和 3 年度の各事業対象者数はどのくらいなのか。
また、糖尿病に関する対象者は、昨年度に比べかなり増えるのではない
か。

事務局： 資料の「対象者の選定基準」欄に記載ある数字が対象者数となる。
低栄養防止事業については、34 名です。
糖尿病に関しては、昨年度対象としていなかった「治療中断者、糖尿病
治療中」を対象としたので対象者は増加しています。

令和3年度 第1回射水市在宅医療・介護連携推進協議会 次第

日時 令和3年7月8日(木)
午後1時30分～2時30分
会場 救急薬品市民交流プラザ3階
会議室1A・1B

1 開 会

2 委員紹介

3 議 題

- (1) 令和3年度射水市在宅医療・介護連携推進事業実施計画(案)及び
ワーキング部会実施計画(案)について (資料1-1)
(資料1-2)
- (2) 令和2年度在宅医療・介護連携支援相談窓口の実施状況について
(資料2)
- (3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業について
(資料3-1)
(資料3-2)
(資料3-3)

4 閉 会

参考資料1 射水市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱

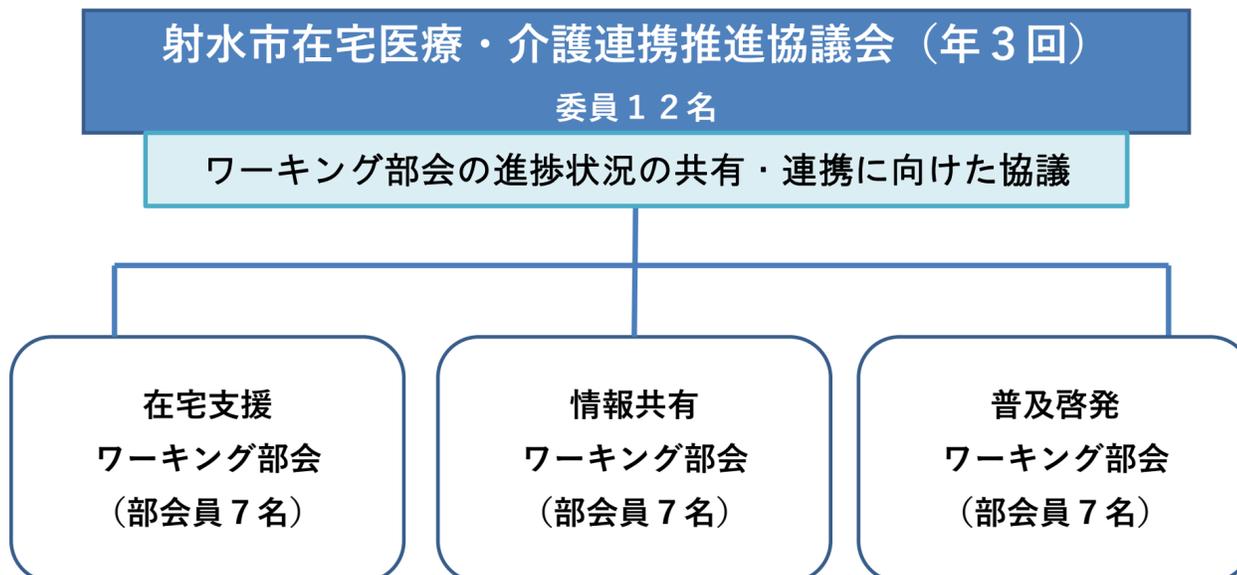
令和3年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画（案）

【資料1-1】

	事業内容 (地域支援事業実施要綱より)	実施計画(案)	実施主体
(ア)	地域の医療・介護サービス資源の把握 地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。	○市ホームページの公開、リスト等の管理と情報収集 医療機関、介護事業所一覧表等のデータ更新 *在宅医療・介護連携支援相談窓口担当者が実施	市
(イ)	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策等の検討を行う。	射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年3回) 【実施時期】 7月、10月、2月 【検討内容】 ・在宅医療・介護連携の現状把握と課題の共有、対応策の検討 ・ワーキング部会からの提案事項の検討	市
(ウ)	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。	○在宅医療いみずネットワーク（射水市医師会） 在宅訪問診療における主治医・副主治医体制づくり 病院及び診療所の連携体制整備等 在宅支援ワーキング部会(年3回) 【検討内容】 ・在宅療養者の栄養・食支援モデル事業の実施 ・介護者支援について	医師会 市
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援 情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。	○射水市版情報共有ツール活用ガイドの普及 情報共有ワーキング部会(年3回) 【検討内容】 ・射水市多職種連携支援システムの普及・活用方法の検討 ・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する事例報告会・研修会の開催	市
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援 地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者からの相談の受付を行う。	○在宅医療・介護連携支援相談窓口の設置 【設置場所】 市地域福祉課内 【内 容】 保健師1名、社会福祉士1名を配置し、射水市医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、医療機関や介護支援専門員との連携調整や情報提供を行う。 ○地域ケア会議等への参加による相談支援	市
(カ)	医療・介護関係者の研修 多職種が連携するための事例検討会の開催 医療・介護関係者に対する研修	○射水市医師会委託による研修会実施（年3回） ・事例検討会 ・多職種連携研修会（射水市居宅介護支援事業者連絡協議会共催） ・講演会	医師会
(キ)	地域住民への普及啓発 在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。	○在宅医療と介護を考える市民公開講座（年1回） ○パンフレットの配布による普及啓発 ○終活支援ノートを活用した地域での出前講座を開催 普及啓発ワーキング部会(年2回) 【検討内容】 ・住民への普及啓発方法の検討 ・市民公開講座等の企画開催	医師会 市
(ク)	在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	○地域包括ケア推進支援事業 在宅医療・介護連携推進支援事業 認知症施策推進支援事業 ○地域リハビリテーション支援事業	厚生センター

令和 3 年度 ワーキング部会実施計画（案）

3つのワーキング部会で在宅医療・介護連携の推進に向けた具体的な取組等を検討する。ワーキング部会の進捗状況を射水市在宅医療・介護連携推進協議会で共有し、内容について協議する。



実施計画		
在宅支援ワーキング部会	情報共有ワーキング部会	普及啓発ワーキング部会
1 在宅療養者の栄養・食支援モデル事業を行い、食に関する医療・介護連携の取り組みを検討する。 2 介護者支援の場である「家族介護教室」における介護者の意見を集約して、介護者支援について協議する。 【実施時期】 8月、11月、1月	1 多職種連携推進のため、射水市多職種連携支援システムの普及・活用方法について検討する。 2 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する事例報告会・研修会を開催する。 【実施時期】 8月、10月、12月	医療や介護が必要となっても本人、家族の状況に応じて生活の場を選択できるように住民意識を向上させるため、普及啓発方法について検討する。また市民公開講座等を企画、開催する。 【実施時期】 8月、10月

令和3年度 射水市在宅医療・介護連携推進協議会ワーキング部会員名簿(案)

1 在宅支援ワーキング部会

		役職	委員名	備考	部会長 (案)
1	医師会代表	白やぎ在宅クリニック 院長	八木 清貴		
2	公的病院	射水市民病院看護科 科長	西野 崇乃		
3	歯科医師会代表	やまざき歯科医院 院長	山崎 史晃	新	
4	厚生センター	高岡厚生センター射水支所 主幹 地域健康課長	若杉 央		○
5	富山県栄養士会	栄養ケアステーション 管理栄養士	島崎 榮子		
6	地域包括支援センター代表	小杉南地域包括支援センター 所長	山本 征史郎		
7	ケアマネジャー代表	射水市居宅介護支援事業者連絡協議会 書記 (すずらん介護支援センター)	橋本 莖子		

2 情報共有ワーキング部会

		役職	委員名	備考	部会長 (案)
1	医師会代表	のざわクリニック 院長	野澤 寛		
2	歯科医師会代表	なかおき歯科医院 院長	中沖 一人		
3	薬剤師会代表	射水市薬剤師会 副会長	青塚 保志		
4	訪問看護ステーション代表	訪問介護ステーションひよどり 管理者	森 陽子		
5	病院地域連携室代表	真生会富山病院地域医療連携室 室長	阿部 素子		
6	ケアマネジャー代表	射水市居宅介護支援事業者連絡協議会 会計 (なでしこの里居宅介護支援事業所)	森 祥子	新	
7	地域包括支援センター代表	新湊西地域包括支援センター 所長	中沖 清美		○

3 普及啓発ワーキング部会

		役職	委員名	備考	部会長 (案)
1	医師会代表	矢野神経内科医院 院長	矢野 博明		
2	歯科医師会代表	嶋歯科クリニック 院長	嶋 直毅		
3	学識経験者	富山福祉短期大学 准教授	毛利 亘		
4	薬剤師会代表	射水市薬剤師会 副会長	上田 利幸	新	
5	厚生センター	高岡厚生センター射水支所 地域健康課 主任	米田 芳恵	新	
6	介護サービス提供事業者代表	太閤の杜 施設長	松浦 佳紀		○
7	地域包括支援センター代表	大門・大島地域包括支援センター 看護師	林 英吏子		

令和2年度在宅医療・介護連携支援相談窓口 実施状況

1 相談対応件数

	住民相談		医療機関・包括等からの相談	
	延件数	月平均	延件数	月平均
H29年度(H29.6窓口設置)	22	2.2	43	4.3
H30年度	53	4.4	92	7.7
R元年度	51	4.3	82	6.8
R2年度	79	6.6	98	8.2

2 相談内容

受診、介護保険制度、サービス調整、施設入所、退院調整、近隣トラブル、家族支援、心の相談 等

【相談例】

対象	内容	対応
80歳男性	医療機関（地域連携室）より 独居。自宅で動けない状況になっており、友人の支援で入院。介護サービスの利用が必要な状況のため、退院に向け連携を図りたい。	関係機関との支援方針の協議。サービス担当者会議の開催。
78歳男性	地域包括支援センターより 独居。公共料金・市税等滞納あり、介護サービスにつながらない。食事が十分摂れていない。ストマ設置しているが定期受診に来ない。	関係機関との連絡調整。地域ケア会議の開催。

3 連携支援に関する業務

(1) 医療・介護サービス資源の把握

市ホームページで「いみず医療介護情報」を公開、内容更新。

(2) 射水市多職種連携支援システムの運用管理（R元.10月開始）

市内施設からの利用登録および在宅療養者の情報共有のための登録等を行うなどのシステム管理やシステムを活用するための運用支援。

【R3年3月末現在】登録施設数：129箇所 ID発行数：384名 情報共有者開始数：60件

(3) 射水市終活支援ノートの配布（H31.3月開始）

医療や介護が必要となっても本人や家族の状況に応じて自分らしい暮らしを選択していけるよう住民意識の向上を図ることを目的に「射水市終活支援ノート“思いを伝えるノート”」を作成し、射水市民病院、地域福祉課、地域包括支援センター窓口、居宅介護支援事業所にてノートを配布。また地域の団体へ出前講座を実施し、普及啓発。

【R2年度】窓口：1,292人 出前講座等：26回 807人 計2,099人

1 事業内容

(1) 個別的支援(ハイリスクアプローチ)

		実施者数	支援件数	医師への連携者数	連携医療機関数	包括への連携者数	その他連携者数※1
1	低栄養防止事業	21	59	0	0	1	0
2	糖尿病性腎症重症化予防事業	7	29	7	5	1	0
3	生活習慣病(循環器系)予防事業	35	63	3	3	0	0
4	健康状態不明者への支援事業	58	64	0	0	3	1
5	フレイル予防事業(みんな元気教室からの事後支援)	5	11	0	0	1	0
	計	126	226	10	8	6	1

※1 その他連携機関:生活保護係

(2) 通いの場等への関与(ポピュレーションアプローチ)

		関与した圏域数	関与した通いの場数	参加者累計	医師への連携者数	包括への連携者数	その他※紹介者数
1	100歳体操3年目支援	7	75	980	0	0	0
2	みんな元気教室	1※2	4	366	0	1	0
	計	8	79	1346	0	1	0

※2 R2年度は7圏域中1圏域(大門地区)で実施

2 庁内関係課等との連携状況

		内容
1	関係課※3との打合せ	・5月・10月・1月:事業計画や実績等 ・12月:KDBシステムデータの見方
2	各事業の打合せ	・随時:教室の進め方や分担等

※3 関係課:地域福祉課・保健センター

3 関係団体との連携状況

	関係団体名	内容
1	市医師会またはかかりつけ医	(企画時) ・5月:市医師会長と打合せ(連携方法) ・6月:担当医師と打合せ(対象者の選出基準や連携シート等) (実施時) ・随時:かかりつけ医へ相談(対象者の治療状況等) (評価時) ・翌年5月:全医療機関へ報告(事業実績や次年度の方向性等)
2	地域包括支援センター	・5月:連携シートの作成 ・6月:センター職員へ説明(事業内容等)
3	富山県栄養士会	・7月:業務内容等について協議 ・8月:協定書を結び、事業を一部委託

<個別的支援事業>

事業	低栄養防止事業	糖尿病性腎症重症化予防事業				生活習慣病(循環器系)予防事業		健康状態不明者への支援事業
	保健指導	受診勧奨(手紙・訪問)		保健指導		受診勧奨	保健指導	受診勧奨 保健指導
		①未治療者	②治療中断者	③-1未治療者	③-2糖尿病治療中	④未治療者	⑤高血圧症治療中	
健康課題	・前年度健診受診者のうちBMI 18.5未満の者が406名(7.8%)、18.5~20未満は522名(10%)であり、65歳~74歳の前期高齢者に比べ、やせの者が多い。	・健診結果より、「血糖」の有所見者の割合は国より高い。また「脂質」の有所見者の割合が、国・県より高い。「血糖・血圧」など複数の項目の有所見者の割合が国・県より高い。非肥満高血糖者の割合は国より高い。 ・糖尿病による死亡率は、国・県より高い。 ・医療データより、高血圧患者の割合が若年時より県より高い。糖尿病治療患者のうち、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全などの合併症を発症している患者の割合が、若年時から県より高い。						・前年度、健診受診率は約38.1%。 ・健診も医療もどちらも未受診の者は642名(4.7%)であり、前年度よりやや多い。
情報	健康診査(R2)	健康診査・レセプト(R2)	レセプト(R2)	健康診査・レセプト(R2)	健康診査・レセプト(R2)	健康診査・レセプト(R2)	健康診査・レセプトR2ともになし	
対象者の抽出基準	85歳未満健康診査を受診したで、下記の何れかに該当する者 抽出基準値 BMI18.5未満で体重減少が2キロ以上の者 46名	85歳未満健康診査を受診した者で下記の何れかに該当する者 抽出基準値 ア HbA1c7.0~7.9% かつ 尿蛋白+以上 または eGFR30~45未満 イ HbA1c8.0%以上 108名	85歳未満糖尿病治療中断者 抽出基準値 HbA1c7.0%以上 尿蛋白+以上 かつ/または eGFR30~45未満 127名	①のうち、糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち下記に該当する者 抽出基準値 HbA1c7.0%以上 尿蛋白+以上 かつ/または eGFR30~45未満 108名	85歳未満糖尿病性腎症と想定される者 国保からの支援継続者 抽出基準値 HbA1c7.0%以上 尿蛋白+以上 かつ/または eGFR30~45未満 19名	85歳未満健康診査を受診した者で下記の何れかに該当する者で、レセプト情報で高血圧症治療歴がない者 抽出基準値 ア 収縮期血圧150mmHg以上 または 拡張期血圧90mmHg以上 イ 収縮期血圧140mmHg以上 または 拡張期血圧90mmHg以上 かつ eGFR30~45未満 218名	85歳未満下記に該当する者 抽出基準値 拡張期血圧160mmHg以上 または 拡張期血圧100mmHg以上 かつ 中性脂肪300以上 かつ/またはHL比3.0以上 13名	85歳未満健康診査・レセプトともになし者のうち、独居または高齢者世帯の者で介護認定者を除く者 141名
対象者の選定基準	介護認定者を除く 34名	レセプト情報で糖尿病治療歴がない者 5名	糖尿病の最終の受診日から3か月以上受診記録のない者 9名	本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 5名	本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 19名	拡張期血圧160mmHg以上 または 拡張期血圧100mmHg以上 レセプト情報で疾病名やレセプトのない者 34名	本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 13名	80~84歳を除く 67名
実施方法	・案内文と後期高齢者質問票を送付。 →数日後、初回訪問 →2か月後、2回目訪問 →半年後、3回目訪問	・年度当初、上記要件を満たす者に受診勧奨案内を送付 →3か月後、レセプトで受診状況を確認し、未受診者へ受診勧奨訪問	・年度当初、上記要件を満たす者に、受診勧奨案内を送付	・対象者がかかりつけ医を受診 →かかりつけ医が保健指導の可否を判断 →要の場合、患者の同意を得て、市に連絡 →保健師等による継続的な保健指導の実施	・候補者リストをかかりつけ医に持参 →かかりつけ医が保健指導の可否を判断 →要の場合、患者の同意を得て、市に連絡 →保健師等による継続的な保健指導の実施	・年度当初、上記要件を満たす者に受診勧奨案内を送付 →3か月後、レセプトで受診状況を確認し、未受診者のうち優先順位の高い者へ受診勧奨訪問	・候補者リストをかかりつけ医に持参 →かかりつけ医が保健指導の可否を判断 →要の場合、患者の同意を得て、市に連絡 →保健師等による継続的な保健指導の実施	・案内文と後期高齢者質問票を送付 →数日後、初回訪問 →必要時継続訪問を実施
目標	・やせ(BMI18.5未満)が改善する者の割合を増加させる	・糖尿病腎症未治療者や治療中断者が医療機関を受診する者の割合を増加させる ・糖尿病治療中の者で保健指導を実施する者の割合を増加させる				・高血圧未治療者が医療機関を受診する者の割合を増加させる ・高血圧治療中の者で保健指導を実施する者の割合を増加させる		・未受診者の介入後の健診受診率を向上させる ・必要な者を医療や介護サービス等へつなぐ
評価指標	・事業前後の健診結果(BMIの平均値) ・介入前後の平均体重、介入後体重維持・増加の割合 ・医療や介護サービスへの連携者数	・事業前後の健診結果(HbA1cやeGFRの平均値) ・未治療者が受診した割合 ・医師との連携者数(割合)、保健指導の実施割合 ・受診勧奨開始から1年後の通院継続者数(割合)				・事業前後の健診結果(血圧の平均値) ・未治療者が受診した割合 ・医師との連携者数(割合)、保健指導の実施割合 ・受診勧奨開始から1年後の通院継続者数(割合)		・健診を受診した者の割合 ・医療や介護サービス等への連携者数
担当課	保険年金課	保険年金課・保健センター				保険年金課		保険年金課

令和3年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
 <通いの場等への積極的関与(みんな元気教室)>

資料3-3

1 目的

地域で生活する引きこもりや虚弱な高齢者等に対し、フレイル予防の健康教育を行うと同時に、フレイル予備群等を把握し、低栄養・筋力低下や摂取機能低下等の状態に応じた保健指導や生活機能の向上に向けた支援を行う。高齢者の状態に応じて、必要な医療や介護サービス等につなぐ。または通いの場等への参加のきっかけ作りを行う。

2 目標

- ・外出の機会が少ない高齢者等が、自分の健康状態を理解し、フレイルを予防する行動(100歳体操に参加する等)をとることができるようにする。また、必要な医療や介護サービスにつなぐ。
- ・地域振興会が外出の機会の少ない高齢者等を把握し、地域の困りごとを知る。

3 対象地域

市内7つの日常生活圏域の地域振興会(7地区8会場)

※市内27地域振興会を4年間で1巡する。

きららか射水100歳体操の参加率が低い地域振興会から優先して教室を実施。

4 対象者

- ・外出の機会が少ない高齢者やフレイルについて関心のある者
- ・医療や栄養、介護についての相談希望者 等 (約15人/回)

5 場所

地区公民館等

6 実施方法

時期	内容	担当
教室2か月前	地域振興会等と打合せし、日程や場所等を決定する。 地域の民生委員等ボランティアへ事業の説明と、対象者への参加勧奨の依頼を行う。	保険年金課 地域福祉課等
教室1か月前	対象者へ教室の案内文を配布し、参加を確認する。	保険年金課 地域振興会
当日	「みんな元気教室(初回)」	保険年金課 地域福祉課 県栄養士会
教室後 1か月後	継続支援が必要な者を訪問し、必要時医療や介護サービス等につなぐ。	
教室の 4か月後	1回目参加者へ2回目の教室の案内通知を行う	保険年金課
教室の 4か月半後	民生委員等ボランティアが、初回参加者へ、2回目の教室の案内を配布し、参加を確認する。	地域振興会
教室の 5か月後	「みんな元気教室(2回目)」	保険年金課 地域福祉課 県栄養士会

7 評価指標

- ・介入前後のフレイル度、平均体重・握力、介入後体重維持・増加の割合
- ・参加者を医療や介護サービス等につないだ割合
- ・参加者を100歳体操等通いの場につないだ割合

8 教室内容、担当者

回	時間	内容	担当
初回	40分	フレイル度チェック(握力・筋肉量・5m歩行) 後期高齢者質問票の記入	保険年金課(保健師・ 栄養士) 地域福祉課(理学療法 士・看護師) 県栄養士会(2名)
	15分	「フレイルとその予防法を知ろう」	保険年金課(保健師)
	15分	「フレイルにならない食事の摂り方」	保険年金課(栄養士) 県栄養士会
	15分	「フレイル予防に効果的な運動は」	地域福祉課(理学療法 士)
	35分	結果説明(個別相談)	スタッフ全員
2回目 (初回教室 の 5か月後)	40分	フレイル度チェック(握力・筋肉量・5m歩行) 後期高齢者質問票の記入	保険年金課(保健師・ 栄養士) 地域福祉課(理学療法 士・看護師) 県栄養士会(1名)
	20分	「フレイル予防のおさらいクイズ」	保険年金課(保健師・ 栄養士) 地域福祉課(理学療法 士)
	40分	結果説明(個別相談)	スタッフ全員