

令和4年度 第1回射水市在宅医療・介護連携推進協議会（議事録）

- 1 開催日 令和4年7月1日（金） 午後1時30分～2時25分
- 2 開催場所 救急薬品市民交流プラザ 会議室1A・1B
- 3 出席者
 - 〈委員〉 矢野委員、野澤委員、島多委員、稲田委員、永野委員、櫻田委員
森委員、阿部委員、山本委員、松浦委員、新谷委員
 - 〈ワーキング部会長〉 谷口部会長（在宅支援ワーキング部会）
 - 〈事務局〉 福祉保健部 轟次長、介護保険課 菓子課長
保険年金課 明課長、酒井主査、射水市民病院 柏嶋看護副部長
地域福祉課 山口課長、長谷川課長補佐、大久保主査、安元主査
益塚主査、中村主任、島倉主任
- 4 欠席者 毛利委員
- 5 正副会長の選任
会長：島多委員 副会長：松浦委員
- 6 議題（事務局説明項目）
 - （1）令和4年度実施計画（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）
 - （2）令和3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、3-2、3-3）
- 7 質疑応答内容
 - （1）令和4年度実施計画について
 - 委員 : 協議会とワーキング部会の開催回数が各2回となっている。情報共有ワーキング部会に関しては2回で進められるのか疑問である。2回とした理由は何か。
 - 事務局 : 在宅医療・介護連携推進事業は、平成29年度の立ち上げから6年が経過し、相談支援体制の構築や、医療・介護関係者の情報共有ツールの導入等、連携推進に向けて体制を整備してきており、事業項目自体は概ね出揃っている。今年度計画している事業は、いずれのワーキング部会も前年度から取り組んでいる内容の継続で、方向性が定まっているものであり、新規の事業予定がないことから2回とし、2回目の協議会は事業が完了する2月頃に実績報告を含め開催したいと考えている。

委員 : 各部会の状況もあって、情報共有ワーキング部会の医師会に委託している研修会も年3回あり、先生が思案して作っておられる。臨時で開催してもらえればありがたい。

事務局 : 事業計画の修正が必要となった場合や、緊急に検討すべき事項が生じた場合など、必要があれば臨時に開催する場合もある。

委員 : 普及啓発ワーキング部会であるが、今年こそ会場で講演会を開催したいと考えている。

委員 : 書面やWEB会議ではなかなか真意が伝わらないこともある。絆を深めるには対面が良いと思う。前向きな検討をお願いしたい。

(2) 令和3年度相談窓口実施状況について

(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

委員 : 今年度の個別的支援事業の口腔機能低下防止事業について、具体的に訪問する歯科衛生士は、県の歯科衛生士会に依頼して、決まった人が訪問するという理解でよろしいか。

事務局 : 県の歯科衛生士会と委託契約をしており、派遣していただける方を選んでもらい訪問する形となっている。

委員 : 委託契約をして訪問する人が、どのような評価をするかが大事になってくる。評価基準をきちんと決めた上で実施しないと難しいのではないかと感じる。

事務局 : 口腔機能低下防止事業は、射水市だけでなく全県下で実施する方向となっている。歯科衛生士会との打合わせも実施し、県の歯科衛生士会としてもアセスメント票や資料について、なるべく同じような評価ができるように検討されている。

委員 : そのような検討の記録がどこを見れば分かるのか教えてもらえると助かる。治療が必要になったら、射水市内の歯科医療機関に問合せや依頼があると思うが、事前に知らせておかないと初診来院ということになる。こちらも歯科医師会として統一した内容で実施していかなければならないことだと思う。

委員 : スケジュールを少し作り、どのような評価をして歯科医の先生に受診勧奨をするか、流れのようなものを作ったほうがよい。共通認識を持つようにしないと現場が混乱すると思われる。

委員 : 相談対応の件数で、医療機関・包括からの件数が令和2年から3年で激減しているのは、新型コロナウイルス感染症の影響によるものか。ほかに要因があるのか。認知症のケースでは包括に相談するケースが多いと思われるが、地域の包括への相談もコロナの影響で相談が少なくなったのか。

健康状態不明者への支援事業であるが、これまでも包括に紹介されて主治医意見書の記入を求められ、その方が何年も検診を受けておらず、医療機関にもかかっていない状態の場合がある。そして、生活習慣病などがあり健康でないことが多い。検診を受けない方の中には、治療をしているから受けない方も確かにいるが、治療も検診も受けておらず認知機能の低下も見られる高齢者もいる。治療も受けていなくて数年間検診を受けておられないような方について、総合的にみた上で、医療機関にその方の情報提供をし、様子を見に行ってもらおうよう要請する体制ができればと思うが、ご意見をいただきたい。

事務局 : 相談の件について、昨年度コロナ感染症が大幅に増加したときには、市役所でも相談控えがある印象を受けた。医療機関からの相談件数は減っているが、一つ一つの相談の内容は重くなっている。家族関係や金銭関係など色々な問題を抱えたケースが多かった印象である。地域包括支援センターではきめ細やかに対応しており、たくさんの相談を受けている中で、しっかりと対応したいケースを選んで相談してこられていると思われる。

健康意識が高く気を付けておられる方と、そうでもない方がおられる。訪問しているケースは令和3年度71人となっているが、ほかにも検診を受けておらず健康状態不明の方はいる。介護を受けていない方、年齢での条件、高齢者世帯、独居の方から抽出しており、家族と同居の方は対象としていない。家族と同居の方も含めれば健康状態不明の方はもっと多くおられると思う。今後、包括とも一緒に考えながら、訪問できればと思っている。

委員 : 医療弱者の方をレスキューしたいと地域では進めている。委員が言

われたように見つかった時は大変な状況ということ避けられるように自治体で頑張ってもらいたい。

委員 : ポリファーマシー対策については、県の補助金で令和3年度は黒部市が実施しており、令和4年度は射水市が手を挙げ行うことになったと思う。対象者の抽出基準は、ある程度の薬剤処方がされている方のうち薬剤師が必要ないと疑問を持った場合に、患者さんのところを訪問し相談した上で医療機関に薬を減らしてはいかがかと持っていくのが流れだと思うが、医師会でこのような事業の了解は得ているのか。患者さんが薬剤を減らすことを納得して医師に相談した場合に、医療機関の方でどのように思われるか危惧している。

事務局 : (後期高齢者医療) 広域連合からは、県医師会に説明し納得されており、県医師会でもポリファーマシー対策の研修はされていると聞いている。

委員 : 今後ますます進めていかななくてはならない事業である。出だしでボタンの掛け違いがないようにと思い、確認させてもらった。

委員 : ポリファーマシー対策は、まず医療機関の方で実施してほしいということで国が加算をつけて始めた。次に薬剤師の方で、広域連合が仲介に入りながら進めているところである。医療機関が理解していなければ、薬剤師の先生が困られる。情報共有をしながら進められるよう、しっかりと確認しておいてもらいたい。

令和4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4年7月1日(金)

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IA・IB

1 開会

2 挨拶

3 委嘱状交付、委員紹介

4 正副会長の選任について

5 議題

(1) 令和4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3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)

6 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4年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画(案)

事業内容 (地域支援事業実施要綱より)		実施計画	実施 主体
ア 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)			
(ア)	地域の医療・介護サービス資源の把握 地域の医療機関、介護事業所等の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握し、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・介護連携の現状把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。 将来の人口動態や地域特性に応じた在宅医療などのニーズの推計や課題の抽出を行い、対応する施策を立案する。	射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回) 【実施時期】7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、評価の実施、改善のための検討 ・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2回) 【検討内容】・栄養相談窓口の利用推進 ・在宅療養者の栄養・食支援モデル事業の実施 ・在宅療養者の栄養・食支援に関する研修会の開催 ・介護者支援アンケートの実施	医師会 市
イ 対応策の実施			
(ア)	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設置・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・運営 【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
(イ)	地域住民への普及啓発 在宅医療・介護連携に関する講演会・シンポジウム開催、パンフレットの作成・配布、ウェブサイトの作成等により、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 市
(ウ)	医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援 ① 在宅での看取り、急変時、入退院時にも活用できるような情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援を行う。 ② 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2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 ○射水市医師会委託による研修会の実施(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	市 医師会
ウ 対応策の評価の実施、改善の実施		年度終了後に実施内容の進捗状況を確認し、改善のための検討を行う。	
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

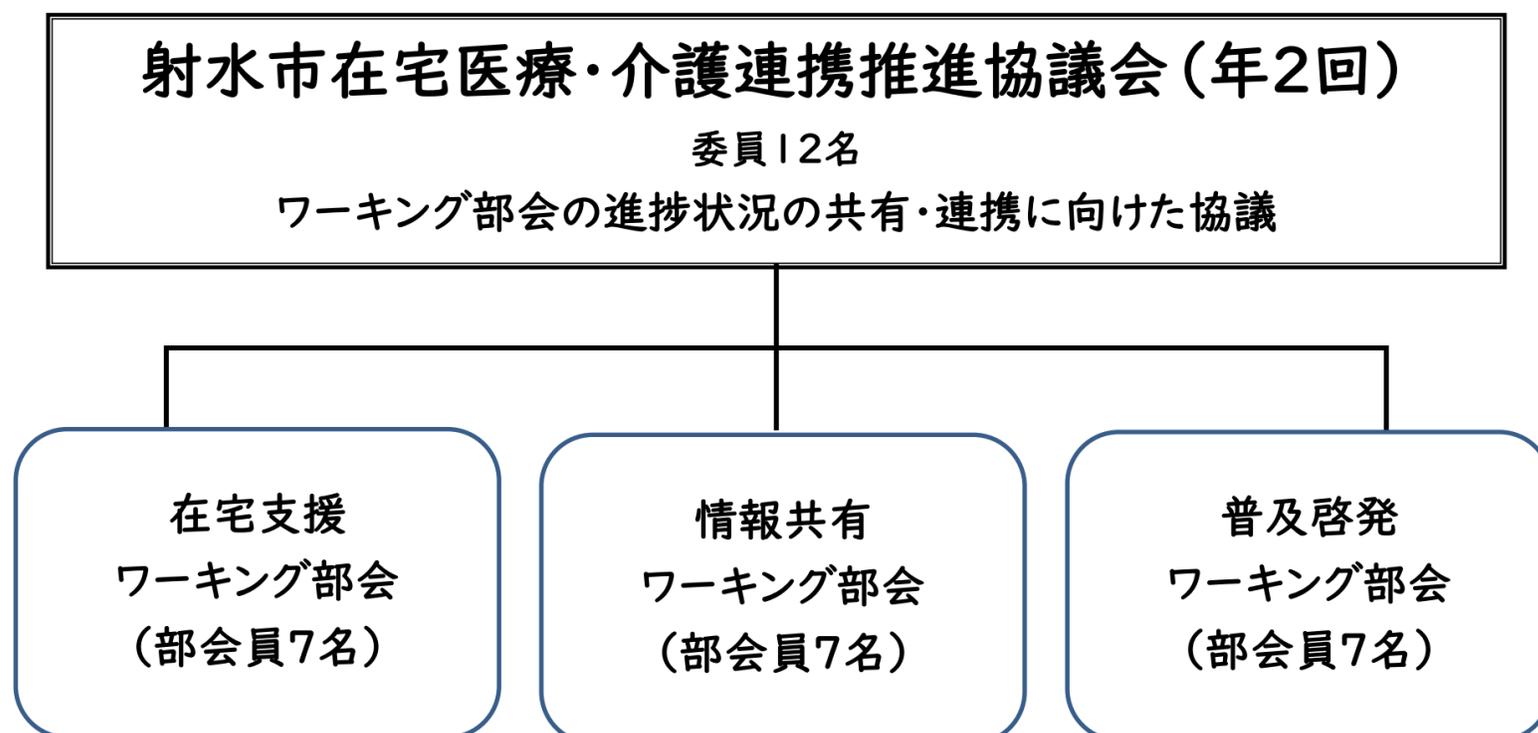
令和3年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画

参考資料

	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4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実施する。食支援に関する研修会を開催する。 2 介護者支援の場である「家族介護教室」においてアンケートを実施する。介護者の意見を生かして、介護者支援について協議する。 【実施時期】 8月、12月	1 情報共有ツール活用ガイド第3版を作成し、普及する。 2 射水市多職種連携支援システムの普及・活用及び多目的な活用を検討する。 3 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する普及方法を検討する。 【実施時期】 8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4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

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 師長	森 初代	新	
3	歯科医師会代表	やまざき歯科医院 院長	山崎 史晃		
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	谷口 理絵	新	○
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 介護支援専門員	石川 ひとみ	新	
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 (居宅介護支援事業所 雅小杉)	平良 智子	新	

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 副主任	濱名 寛子	新	
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 (ぶどうの木居宅介護支援事業所)	飯田 裕美子	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	新谷 千春		○

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		
5	厚生センター	高岡厚生センター射水支所 地域健康課 保健師	荒井 菜月	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 英史子		

令和3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

平成 29 年 6 月に在宅医療・介護連携支援相談窓口を地域福祉課内に設置

	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
令和元年度	51	4.3	82	6.8
令和2年度	79	6.6	98	8.2
令和3年度	52	4.3	41	3.4

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
76 歳女性	医療機関（地域連携室）より 独居。自宅前の駐車場で除雪中に倒れ、救急搬送。脳出血で麻痺あり。介護保険サービス・成年後見制度の利用を検討。退院に向け連携を図りたい。	関係機関と支援方針の協議・検討。要介護3。
74歳女性	地域包括支援センターより 独居。双極性障害の躁状態で大金を使い、必要な介護サービスを利用せず、セルフネグレクトに近い状態。医療機関の地域連携室と受診状況・治療方針について確認し、連携を図りたい。	家族、関係機関とサービス担当者会議を開催。支援方針の検討。要介護2。

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) 射水市終活支援ノートの配布（平成 31 年 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。

【令和 3 年度】窓口：664 冊 出前講座等：11 回、194 冊 計 858 冊

(3) 射水市多職種連携支援システムの運用管理(令和元年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。

登録施設数・利用登録者数(令和4年3月末現在)

	区分	登録施設数	利用登録者数
1	医療機関(医科)	18	115
2	医療機関(歯科)	14	16
3	薬局	21	53
4	居宅介護支援事業所	31	79
5	地域包括支援センター	5	21
6	介護保険サービス事業所	78	233
7	その他(行政書士事務所・障がい者相談支援事業所・ マッサージ事業所・ふくし総合相談センターすてっぷ)	4	10
	計	171	527

情報共有者開始数:134件

1 事業内容

(1) 個別的支援(ハイリスクアプローチ)

		令和2年度分		令和3年度分				
		実施者数	支援件数	実施者数	支援件数	医師との連携者数	連携医療機関数	包括との連携者数
1	低栄養防止事業	21	59	33	75	0	0	4
2	糖尿病性腎症重症化予防事業	7	29	23(2) ※1	71	20	8	4
3	生活習慣病(循環器系)予防事業	35	63	36	104	7	2	0
4	健康状態不明者への支援事業	58	64	71	124	0	0	5
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	15	15	0	0	
	計	126	226	178	389	27	10	13

※1 ()は再掲:受診勧奨と保健指導の2回カウント

(2) 通いの場等への積極的関与(ポピュレーションアプローチ)

		令和2年度分				令和3年度分					
		関与した圏域数	関与した通いの場数	実施回数	参加者累計	関与した圏域数	関与した通いの場数	実施回数	参加者累計	医師との連携者数	包括との連携者数
1	100歳体操3年目支援(フレイル予防講座)	7	75	75	980	7	28	28	429	0	0
2	みんな元気教室(フレイル予防教室)	1※2	4	24	366	7	8	16	199	0	6
	計	7	79	99	1346	7	36	44	628	0	6

※2 R2年度は7圏域中1圏域(大門地区)で実施

2 庁内各課等との連携状況

各課	連携・調整内容等
1 関係課※3	・4月・10月・2月:事業計画や実績等の打合せ ・随時:教室の進め方や分担等
2 地域振興・文化課	・1月:地域振興会役員会でみんな元気教室の説明

※3 関係課:地域福祉課・保健センター

3 地域の医療関係団体等との連携状況

医療関係団体等	連携・調整内容等
1 市医師会	・4月:担当医師へ事業計画や実績等についての説明 ・5月:市医師会員へ前年度事業実績や今年度の方向性等の資料の配付 ・6月:市医師会員へ重症化予防フローチャート等の配付 ・2月:糖尿病関係者連絡会での事業等報告
2 かかりつけ医	・8月:重症化予防対象者のかかりつけ医へ候補者リストの持参 ・随時:保健指導結果等の報告及び相談
3 地域包括支援センター	・4月:生活支援コーディネーターへ教室の説明 ・6月:職員へ説明(前年度事業実績や今年度の計画等) ・随時:情報提供や同行訪問
4 富山県栄養士会	・5月:協定書を結び、事業を一部委託 ・4月・3月:打合せ会に出席 ・随時:保健指導や事例についての相談

令和4年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 事業計画

<個別的支援事業>

事業	低栄養防止事業	口腔機能低下防止事業	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			重複投薬者等への相談・指導	健康状態不明者への支援事業	事業
	保健指導	受診勧奨 保健指導	受診勧奨(手紙・訪問)		保健指導		受診勧奨(手紙・訪問)		保健指導	ポリファーマシー対策 (県モデル事業のため、 計画書には記載しない) 別紙参照	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 治療中断者	③-2糖尿病治療中	④未治療者	⑤-1未治療者	⑤-2高血圧症治療中			
健康課題	・前年度健診受診者のうちBMI18.5未満の者が401名(8.1%)、18.5~20未満は535名(10.9%)であり、65歳~74歳の前期高齢者に比べ、やせの者が多い。	・前年度健診受診者のうち質問票で「硬い物が食べにくい」と回答した者が36.2%と国・県より高く、「汁物でむせる」と回答した者が21.6%と国より高い。	・健診結果より、「血糖」「脂質」の有所見者の割合は国・県より高い。また「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。 ・医療データより、高血圧や高血圧と糖尿病両方の患者の割合が県より高い。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生している患者の割合が県より高い。								・前年度健診受診率は34.9%であり前々年度より低下した。 ・健康状態不明者は666名(4.7%)であり、前年度と同値であった。	
情報	健康診査(R3)	レセプト(R3)	健康診査・レセプト(R3)	レセプト(R3)	健康診査・レセプト(R3)	健康診査・レセプト(R3)	レセプト(R3)	レセプト(R3)	健康診査・レセプト(R3ともになし)	情報		
対象者の抽出基準	85歳未満健康診査を受診したて、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	糖尿病治療中保健指導者または健康状態不明者 抽出基準値 口腔機能低下の恐れがある者(後期高齢者質問票4・5の該当者またはオーラルフレイルのセルフチェックの4点以上の者)	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1+以上 または eGFR 45mL/分/1.73m ² 未満 イ HbA1c8.0%以上	85歳未満糖尿病治療中断者 抽出基準値 HbA1c7.5%以上 かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73m ²	①②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 HbA1c7.5%以上 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73m ²	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 前年度からの支援継続者 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 eGFR30~44mL/分/1.73m ²	④のうち、下記に該当する者 抽出基準値 中性脂肪300以上 かつ/またはLH比3.0以上	85歳未満下記に該当する者 前年度からの支援継続者 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LH比3.0以上	後期高齢者下記に該当する者 抽出基準値 ①3か月連続して10剤以上処方かつ2か所以上の医療機関から重複処方されている者 ②3か月連続して15剤以上処方されている者	85歳未満で健康状態が不明な者 抽出基準値 R3健康診査、医療、介護レセプトのない者	対象者の抽出基準	
対象者の選定基準	介護認定者を除く 31名	かかりつけ医がおらず、本人の同意が得られた者 5名	レセプト情報で糖尿病治療歴がない者 12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 1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	要介護者を除く本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 10名+6名	中性脂肪300以上かつ/またはHL比3.0以上 21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 21名	要介護者を除く本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 22名+1名	薬剤師会が訪問の必要性を認める者 本人から薬剤師の訪問の同意が得られた者 10名	80~84歳を除く高齢者独居または高齢者2人世帯の者のうち支援の必要性の高い者 65名	対象者の選定基準
実施方法	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・県栄養士会(管理栄養士)が初回訪問 ・2か月後、2回目訪問 ・半年後、3回目訪問	・歯科衛生士の訪問の同意をとる ・同意がとれたら歯科衛生士に訪問依頼書を送付 ・日程調整し、歯科衛生士と同行訪問 ・歯科衛生士がアセスメント、助言をし、歯科医へ受診勧奨	・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	・候補者リストをかかりつけ医へ持参 ・かかりつけ医が保健指導の要否を判断 ・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へ持参 ・かかりつけ医が保健指導の要否を判断 ・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、未受診者へ受診勧奨訪問	・候補者リストをかかりつけ医へ持参 ・かかりつけ医が保健指導の要否を判断 ・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へ持参 ・かかりつけ医が保健指導の要否を判断 ・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、管理栄養士が初回訪問 受診勧奨 →必要時継続訪問を実施	・案内文と後期高齢者質問票を送付 →数日後、管理栄養士が初回訪問 受診勧奨 →必要時継続訪問を実施	実施方法	
目標	・対象者のやせ(BMI18.5未満)が改善する者の割合を増加させる	・口腔機能低下の恐れのある者を歯科医の受診へつなげる	・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				・対象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	目標
評価指標	・介入前後の測定結果(体重・握力の維持・改善者数(割合)) ・介入前後の健診結果(体重・BMIの平均値) ・医療や介護サービスへの連携者数 ・やせ(BMI18.5未満)及びやせ傾向(BMI20以下)の割合の変化 ・後期高齢者質問票No6(体重減少)、No3(食習慣)の項目の割合の変化	・歯科医との連携者数(割合) ・要医療者の受診割合 ・口腔フレイルの状況の変化(質問票No4、5の項目の割合)	・未治療者の受診者数(割合) ・治療中断者の受診者数(割合) ・受診勧奨開始から1年後の通院継続者数(割合)…翌年	・医師との連携者数(割合)、保健指導の実施者数(割合) ・介入前後の健診結果(HbA1c値の維持・改善者数(割合)、HbA1cの平均値) ・介入前後の健診結果(HbA1cやeGFRの平均値)	・未治療者の受診者数(割合) ・介入前後の健診結果(血圧値の維持・改善者数(割合)、血圧値の平均値) ・受診勧奨開始から1年後の通院継続者数(割合)…翌年	・医師との連携者数(割合)、保健指導の実施者数(割合) ・介入前後の健診結果(血圧値の維持・改善者数(割合)、血圧値の平均値)	・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(割合)	評価指標				
担当課	県栄養士会・保険年金課	県歯科衛生士会 保険年金課	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	県薬剤師会・保険年金課 ケアマネジャー	保険年金課	担当課			

令和4年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

通いの場等への積極的関与(みんな元気教室)実施要領

1 目的

地域で生活する高齢者に対し、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

・高齢者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。

3 対象地域

市内7つの日常生活圏域の地域振興会(8地区10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。(別紙)

4 対象者

- ・概ね75歳以上の後期高齢者
- ・外出の機会が少ない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	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 地域振興会
	理学療法士会・県栄養士会等スタッフへ依頼書を送付する。	保険年金課
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
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。	県理学療法士会 県栄養士会等
教室の 4か月後	初回参加者へ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 県理学療法士会 県栄養士会等

7 評価指標

- ・介入者のフレイル度と体重の変化(介入後のフレイル度と体重の維持・増加の割合)
- ・介入者の目標達成状況(介入後の目標達成率70%以上の者の割合)
- ・参加者を医療や介護サービス等につないだ割合

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・栄) 県理学療法士会(1) 県栄養士会(2) 保健師又は看護師(1)
	15分	「フレイルとその予防法を知ろう」	保険年金課(保)
	15分	「フレイルにならない食事の摂り方パート①」	保険年金課(栄) 県栄養士会
	15分	「フレイル予防に効果的な運動パート①」	県理学療法士会
	35分	結果説明(個別相談)	スタッフ全員
2回目 (初回教室 の 4～5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 オーラルフレイルチェックとその予防	保険年金課(保・栄) 県理学療法士会(1) 県栄養士会(2) 保健師又は看護師(1)
	10分	「地域の健康課題とその予防」	保険年金課(保)
	10分	「フレイルにならない食事の摂り方パート②」	保険年金課(栄) 県栄養士会
	10分	「フレイル予防に効果的な運動パート②」	県理学療法士会
	40分	結果説明(個別相談)	スタッフ全員

フレイル度チェックの内容

- ・体重・筋肉量・・・体組成計で測定
- ・握力・・・握力計で測定
- ・5m歩行・・・通常歩行速度の測定

令和3年～6年「みんな元気教室」実施計画

- ・7カ所の日常生活圏域で年1回以上教室を実施する
- ・きらか射水100歳体操の参加率の低い地域から、順に教室を実施する
- ・75歳以上の人口が多い地域では、4年で2カ所以上教室を実施する

日常生活圏域 (7カ所)	地域振興会 (27カ所)	実施予定年度			
		R3	R4	R5	R6
新湊中部	庄西			○	
	新湊	◎			◎
	放生津		◎		
新湊南部	塚原	○		○	
	作道		○		○
新湊東部	片口				○
	堀岡			○	
	海老江	○			
	本江			○	
	七美		○		
小杉北部・下	三ヶ		◎		
	戸破			◎	
	大江	○			
	下				○
小杉南部	橋下条			○	
	金山				○
	黒河		○		
	池多		○		
	太閤山			○	
	中太閤山				○
	南太閤山	○			
大門	大門				○
	二口	○			
	浅井			○	
	水戸田				○
	櫛田		○		
大島	大島	○	○	○	○
計	地区数	7	8	8	9
	教室実施力所数	8	10	10	10
	教室実施回数	16	20	20	20

○:1カ所を実施

◎:2カ所を実施

○射水市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱

平成29年5月31日

告示第149号

改正 平成30年5月1日告示第134号

令和3年7月16日告示第159号

(趣旨)

第1条 この要綱は、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅における医療を提供する医療機関と介護サービス事業者その他の関係者の連携を推進することを目的として、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45第2項第4号の規定に基づき、在宅医療・介護連携推進事業(以下「事業」という。)について、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は射水市とする。

- 2 市長は、事業の一部を公益社団法人射水市医師会及び在宅医療の支援体制の構築を進めている者に委託することができる。
- 3 事業の委託に係る業務の範囲、条件その他必要な事項は、事業の委託を受ける者との契約により、別に定める。

(事業内容)

第3条 事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 地域における医療及び介護に係るサービス資源の把握
- (2) 地域における在宅医療及び介護の連携に係る課題の抽出並びに対応策の検討
- (3) 切れ目のない在宅医療及び介護の提供体制の構築推進
- (4) 医療及び介護関係者の情報共有の支援
- (5) 在宅医療及び介護連携に係る相談支援
- (6) 医療及び介護関係者の研修の実施
- (7) 在宅医療及び介護連携に係る地域住民への普及啓発
- (8) 在宅医療及び介護連携に係る関係市町村との連携
- (9) その他市長が必要と認める事項

(協議会の設置)

第4条 医療及び介護の関係機関の連携を図るため、射水市在宅医療・介護連携推進協議会

(以下「協議会」という。)を置く。

(協議会の所掌事務)

第5条 協議会は、第3条各号に掲げる事項について協議する。

(協議会の組織)

第6条 協議会は、委員15人以内で構成する。

2 協議会の委員(以下「委員」という。)は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 医療関係者
- (2) 介護サービス提供事業者
- (3) 関係団体の代表者
- (4) 学識経験者
- (5) その他市長が必要と認める者

3 委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(協議会の会長及び副会長)

第7条 協議会に会長及び副会長を置き、会長は、委員の互選によるものとし、副会長は、会長の指名によるものとする。

2 会長は、会議を進行する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(協議会の会議)

第8条 協議会の会議は、市長が招集する。

2 協議会の会議は、原則として公開するものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合であつて、市長が協議会の会議の全部又は一部を公開しない旨を決定したときは、この限りでない。

(1) 射水市情報公開条例(平成17年射水市条例第20号)第7条に規定する不開示情報が含まれる事項に関して協議する場合

(2) 公開することにより、協議会の適正な運営に著しい支障が生ずると認められる場合

3 市長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求めて意見を聴き、又は関係者に対し資料の提出を求めることができる。

(ワーキング部会)

第9条 協議会にワーキング部会(以下「部会」という。)を置くことができる。

2 部会は、委員から推薦された者又は所掌する事務について知識や経験を有する者で組織する。

3 部会長は、部会員の互選により定める。

(庶務)

第10条 協議会及び部会の庶務は、福祉保健部地域福祉課において処理する。

(個人情報の保護)

第11条 事業に従事する者は、射水市個人情報保護条例(平成17年射水市条例第21号)の規定を遵守するとともに、本事業に関して収集した個人情報の保護及びプライバシーの尊重に万全を期すものとし、業務上知り得た情報を第三者に漏らしてはならない。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成29年6月1日から施行する。

(射水市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱の廃止)

2 射水市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱(平成28年射水市告示第133号)は、廃止する。

(経過措置)

3 この告示の施行の際現にこの告示による廃止前の射水市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱の規定により委嘱されている協議会の委員(以下「旧協議会委員」という。)は、第6条第2項の規定により委員として委嘱されたものとみなす。この場合において、当該委員の任期は、第6条第3項の規定にかかわらず、旧協議会委員としての任期の残任期間と同一の期間とする。

附 則(平成30年5月1日告示第134号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(令和3年7月16日告示第159号)

この告示は、公表の日から施行する。