

令和5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5年7月4日(火) 午後1時30分～2時45分
- 2 開催場所 市役所本庁舎401会議室
- 3 出席者
〈委員〉 矢野委員、島多委員、稲田委員、永野委員、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〉 水上部会長(在宅支援ワーキング部会)
〈事務局〉 福祉保健部 小見部長、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、島倉主査
- 4 欠席者 野澤委員、毛利委員、櫻田委員
- 5 議題(事務局説明項目)
 - (1) 令和5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) 評価指標(案)の設定について(資料2-1、2-2、2-3)
 - (3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点(案)について(資料3)
 - (4) 令和4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4)
 - (5) 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5-1、5-2、5-3)
- 6 質疑応答内容
 - (1) 令和5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
質疑なし
⇒ 承認
 - (2) 評価指標(案)の設定について
会長： 令和2年の介護保険法改正により、PDCAサイクルに沿った取組が求められ、まず地域の目指すべき姿を定め、日常の療養支援、入院支援、急変時の対応、看取りという4つの場面におけるサロゲートマーカーを設定し、それを継時的に評価していくという国の意向である。射水市としても、厚生労働省の示す在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧の中から、評価指標を選択し案を作成したということである。膨大な量の選択肢から選んでいるため、この場で結論を出すことは難しいと思うが、まず意見を少しいただきたい。4つの場面にふさわしい指標か、他に良い指標や意見はないか。継時的に行うとすれば、現時点のデータがあれば取りや

すいが、在宅介護実態調査は3年ごとであり、次が令和7年度となると現実的には厳しいとも考えられる。

委員： 4つの場面は在宅医療において大事な項目である。統計的なデータを取った中で、その中から問題点や目標に向けた課題をピックアップして深掘りしてもらいたい。統計データだけでも大変なことではあるが、表面的な数字だけでは物足りない。課題を抽出するために症例など内容を検証してもらいたい。

会長： 全国統一した評価指標は難しい。それぞれの地域性があるので、同じ土台で評価するのはどうかと思う。地域性を踏まえて決めていけばよいと思うが、どのような評価指標がよいか決めるのは難しい。連携を率先しておられる方に意見を出していただくのがよいと思う。

部長： 4つの提供体制に対する目標を設定しているのは素晴らしい。急変時の対応については、「地域包括ケア病棟の病床数」や「消防の救急搬送回数」も市町村ならではの指標だと考えられる。NDBデータについて（「退院支援を受けた患者数」等）は、医療機関の所在地のデータ積み上げである。射水市民の状況を表すとすれば、高岡医療圏や富山医療圏の医療機関を利用されている方は、このデータからは抜けてしまうことになる。データ元について検討いただければと思う。

会長： 今回初めて示された指標なので、次回の第2回協議会において意見を持ち寄って検討してはどうか。

委員： 介護支援専門員代表として、市内に高齢者介護にかかわる大勢のケアマネジャーがいるが、大事なデータを使って指標を設定する目的や価値がどのくらい周知されているかが気になった。指標を策定する過程において、分かりやすく目的を伝えてもらえれば、介護を支えるケアマネジャーに、自分たちが地域で働く役割や価値を感じてもらえると思う。

会長： 現場で働く方が、この指標をどのように感じて、どのような方向性で動いていけばよいかということが、指標だけ出されたときには理解しづらい。貴重な意見である。

⇒ **継続審議とする。最終的な案の承認は次回協議会で行う。**

事務局： 7月中に委員の皆様から意見を提出いただき、事務局で案を改めて作成し2回目の協議会でお諮りしたい。協議会は10月中旬～下旬

の開催としたい。

(3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点（案）について

会長：（当日配付資料）「高岡医療圏における在宅医療に必要な連携を担う拠点（素案）」について、現行の第7次計画では「射水市医師会」が拠点として公表されている。在宅医療に必要な連携を担う拠点の役割として、障がい福祉の関係者が加わり、定期的な会議を開催し、障がい福祉関係者に対する知識・技能の研修を実施すること等が求められており、「医師会」だけではなく、「市町村（射水市）」を拠点として追加することが必要ではないかと考えられる。事務局案のとおりでよいか。

委員：在宅で、筋委縮性側索硬化症で人工呼吸器等を使用している患者について、北陸電力が工事をして停電となる場合には発電機を家庭に準備してもらった。東日本大震災のときには、停電で吸入器や人工呼吸器使用者へすぐに対応することが難しい状態であった。地域で何かあったときに、どう対応できるか常に不安を持っている。

会長：災害時に備える体制を考える場合、自治体も連携を担いながらバックアップ体制をとっていくことが大切で、医師会だけで対応するのは厳しいと思う。承認ということによいか。災害に対する実際の対応を煮詰めていくことが必要である。

⇒ 承認

(4) 令和4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

(5) 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：資料5-1(1)一体的実施の個別的支援について令和2年度から3年間続けてきた中で、数値的に成果や結果が見えていることはあるか。私が担当するケースにも入っていただき、保健師や栄養士の方に話を聞いてもらった。

事務局：個別支援を行う中で低栄養の方については、高齢者の体重増加は難しく維持できていればよいと見ている。支援件数の8割の方は維持できている。介護支援専門員が入っていただいたケースの件数は少ないため、評価の把握は難しい。糖尿病の方は受診勧奨すればそれなりに受診はしていただける。一部は地域包括支援センターの方と

一緒に訪問しているが受診に繋がらない方もいる。保健指導をしている中で HbA1c が改善している人もいる。保健指導の実施数自体が多くないため、事業の評価は難しいが、指導できている方については維持ができています。

会長： 様々な取組の評価指標があるが、全体的な母数に対してどの位の効果が上がってきているかが分かるデータがあればよいと思うので、検討してもらいたい。

各委員から、多職種との連携に関して令和4年度の取組実績の報告や今年度の新たな取組などがあれば、一言ずつご発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。

委員： ポリファーマシーの問題で触れると、在宅で診ている患者で口の中が乾いた状態で義歯が吸着しないケースがあった。服用している15種類の薬のうち13種類が口渇の副作用があるものであり、口腔機能に関わっても日中うつらうつらしており、リハビリにつなげられない状態であった。主治医に薬の量と必要性について確認したところ、入院中の薬が退院後もそのまま継続されている場合があり、在宅に戻る時には薬の再評価が必要と感じた。口と全身はかかわりがあり、この方は減薬することにより日中は覚醒し、唾液も出てしゃべることも文句を言うこともでき、リハビリも通るようになり元気になった。薬剤師と主治医、歯科医師と連携することにより対応できることはある。在宅の高齢者にとってポリファーマシーは大切であると思うので、ぜひ推進してもらいたい。

委員： コロナで、市内のケアマネジャーとの地域交流が中断していた期間があった。昨年度は、射水ケアミーティングを開催し、5か所の包括とZoomで順番にグループでの意見交換ができた。特に新湊地域では公共交通機関がなくて通えないなど高齢者の地域課題を共有した。今月下旬には、調剤薬局と対面とハイブリッド形式でミーティングを開催予定である。

委員： 地域包括支援センターはどの病院とも連携がしやすくなっている。以前は包括から働きかけをすることが多かったが、病院から連携を求められることが増え、退院後1か月5回までは訪問看護が医療で入ることができる等の情報提供もいただいている。病院が包括に歩調を合わせて連携を取ってくれていると実感する。薬局からも包括に、インシュリンを頻回に取りに来る患者さんについての連絡が入り、薬局と病院と包括で連携を図れるようになっている。保険年金

課ともなかなか受診できていない方に対し、健診や医療の受診情報を提供いただくなどの連携を取っている。連携できる関係を継続していきたい。

部会長： コロナ禍では、医療機関、介護事業者との連携があったからこそ対応でき大変感謝している。9月に市内の介護事業所に対し、感染管理認定看護師に協力をいただき、施設内の感染管理研修会を開催する。災害時の支援体制では、昨年度、市内で在宅の療養生活をする3名の人工呼吸器を使用している方について、主治医や市役所の関係課とともに、患者さんの同意のもと災害時個別支援計画を策定した。今年度は、ALSの患者さん1名の個別支援計画を策定する予定である。在宅療養患者さんの相談について厚生センターにお寄せいただきたい。

委員： トリトラスではケアマネジャーのほかヘルパーからの情報をたくさん得られる。画像が見られるのもよい。連携では、退院前カンファレンスにより、多くの職種が集まるので、在宅生活の支援やサービスがタイムラグなく行われる。介護度は2年に1回程度更新となる。介護度が変わる場合、できるだけサービス担当者会議に参加しており、顔の見える関係や連携ができています。日々の診療では、介護事業所から患者の眠れない、幻覚症状についての連絡があれば、極力書面で返信するようにしている。コミュニケーションがうまく続けばよいと考えている。

委員： 令和4年度は広域連合において、本人の了解を得た上で、訪問看護師立会いの下、服薬状況や残薬の確認を行った。減薬できた人もいますが、本人の同意を得られる人はきちんと服用できており自信のある人である。服薬できていない方は拒否される傾向にある。来週には対象者を選定する予定である。薬の副作用により転倒する場合もある。受けてみてはどうかと声をかけていただきたい。富山県が昨年度事業で全国の4県のうち1県に選ばれた。魚津の事例だが、入院時に薬を減らしたいと希望された人に対し、入院中に薬を減らすことによる体調の変化を確認した。退院後、医療機関の薬剤部から主治医に、薬を減らした理由や目的を記載し、減薬の経過を見ていただくよう案内状を送付した。それによりかなりの数の減薬ができた。現在、県内の4つの医療機関で事業を普及していこうと考えている。高岡医療圏でもこれを成功事例として各医療機関での対処方法を考えていくところである。

委員： 訪問看護ステーションでは、病院の看護師長の実習の機会がある。射水、高岡の医療機関の師長さん方が、退院前カンファレンス、服薬管理、トリトラスの連携等について在宅医療の現場を見に来られる。トリトラスの評判がよく、砺波市、南砺市の方がぜひ使いたいと言っておられる。

先日あったケースで、入院時の救急搬送について、救急隊との連携がうまくできていない事例があった。病院も決まっていた、入院することが前提で在宅にいる方であったが、うまく救急隊員に伝わっていなかったのもので、在宅から病院に戻るときの仕組みがあればよい。

委員： 今日、福祉短期大学の介護福祉士、社会福祉士、看護師の学生の多職種連携について考える研修のファシリテーターとして参加したが、学生が自分の立場だけでなく、様々な他の立場となって考え、連携について柔軟に対応しており、この10年で進んでいると感じた。私たち大人も負けないように連携を進めなければならない。

トリトラスについては、行政主体で行っていることがよい。医師会主体の地域もあるが、行政主体ということで積極的に参加してもらいやすく広がりがある。連携だけでなく、強固な情報保護下であり、システム内で情報交換ができる点でも活用している。

真生会富山病院の大講堂で多職種連携研修会を実施した際には、顔の見られることの良さを感じた。ICT活用と直接の対面を組み合わせることで連携を図っていきたい。

会長： 各委員から連携の取組について話していただいた。タイムリーに情報共有するためにはトリトラスは重要である。運営主体が自治体であることで裾野が広がっている。フェイストゥフェイスであるのがよいということで締めくくっていただいた。今年度の取組が色々な立場で意見を交わし、協力し合いながら進展していけばよいと考えている。

令和5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5年7月4日(火)

午後1時30分～2時30分

会場 市役所本庁舎401会議室

1 開会

2 議題

(1) 令和5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) 評価指標(案)の設定について

(資料2-1)

(資料2-2)

(資料2-3)

(3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点(案)について

(資料3)

(4) 令和4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4)

(5) 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5-1)

(資料5-2)

(資料5-3)

3 閉会

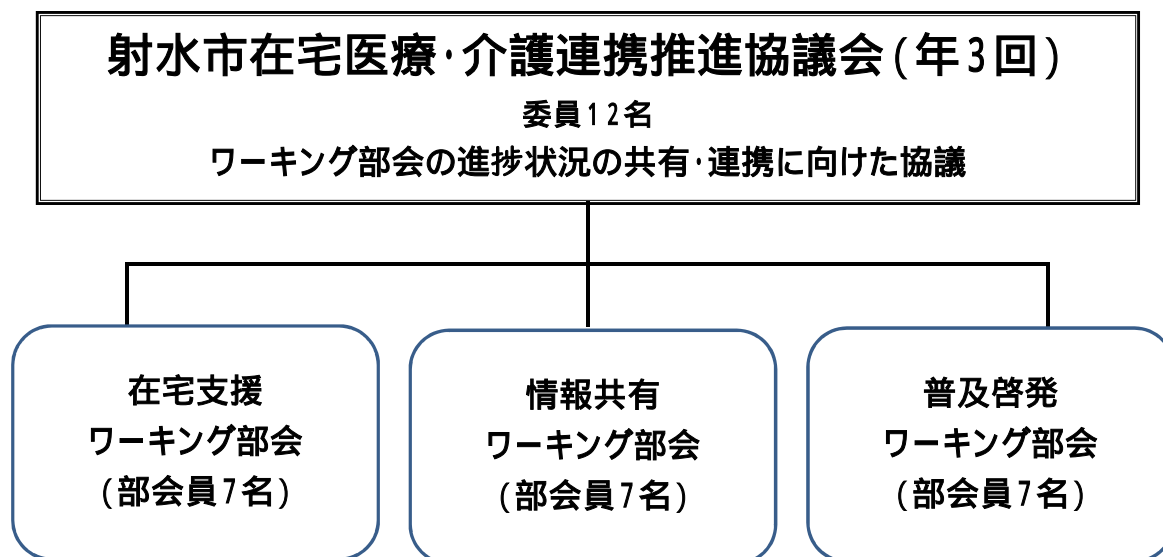
参考資料 在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧

令和5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、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】・在宅療養者の低栄養支援体制整備事業の実施 ・在宅療養者の歯科・口腔に関する研修会の開催 ・介護者支援について	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
(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 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。 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)の普及 ○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5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 在宅療養者低栄養支援体制整備事業を実施する。歯科・口腔に関する研修会を開催する。 2 在宅介護実態調査の結果から家族介護者支援の現状把握と課題の抽出を行い、今後の取組みを検討する。 【実施時期】 8月、12月	1 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。 2 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。 3 射水市版情報共有ツールガイド第3版の普及・活用について検討する。 【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】 7月、10月

令和5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	射水市医師会 理事	西森 弘	新	
2	公的病院	射水市民病院 看護師長	森 初代		
3	歯科医師会代表	射水市歯科医師会 理事	山崎 史晃		
4	厚生センター	高岡厚生センター射水支所 地域健康課長	水上 みどり	新	○
5	富山県栄養士会	栄養ケア・ステーション チーフリーダー	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		
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		

2 情報共有ワーキング部会

		役職	委員名	備考	部会長
1	医師会代表	射水市医師会 会長	野澤 寛		
2	歯科医師会代表	射水市歯科医師会 副会長	稲田 雅一	新	
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 地域医療部主任	濱名 寛子		
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 (ぶどうの木居宅介護支援事業所)	飯田 裕美子		
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
1	医師会代表	射水市医師会 医師	矢野 博明		
2	歯科医師会代表	射水市歯科医師会 会長	中沖 一人	新	
3	学識経験者	富山福祉短期大学 准教授	毛利 巨		
4	薬剤師会代表	射水市薬剤師会 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	鹿島 桃子	新	
6	介護サービス提供事業者代表	大江苑 施設長	松浦 佳紀		○
7	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	渋谷 智子	新	

評価指標(案)の設定について

1 設定理由

令和2年の介護保険法改正において省令等の見直しがあり、第8期介護保険事業計画期間からPDCAサイクルに沿った取組を進めることとされた。

また、在宅医療・介護連携推進事業では、地域の目指すべき姿を設定し、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面((1)日常の療養支援、(2)入退院支援、(3)急変時の対応、(4)看取り)を意識した取組が必要とされている。

今年度策定する「射水市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」(令和6年度～令和8年度)において、在宅医療と介護連携の推進の施策に関し、取組の達成状況を評価する指標を新たに設定しようとするもの

2 目指す姿及び評価指標(案)

目指すべき姿は、第9期介護保険事業計画において掲げる基本理念と同様としたい。

なお、第8期介護保険事業の基本理念は、「みんなが活躍し ともに支え合う自分らしく安心して暮らせるまち 射水～地域共生社会の実現に向けて～」である。(資料2-2参照)

(1) 日常の療養支援

医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活が出来るようにする。

内容	現状(時点)	データ元	考え方
多職種連携支援システム(トリトラス)の利用者数	204人 (2022年度末)	射水市地域福祉課	医療・介護関係者間で情報共有できる体制を評価(P)
在宅療養高齢者及び家族の生活満足度		在宅介護実態調査(予定)	在宅療養患者の「体制整備や連携に関する満足度調査」により体制を評価(O)

(2) 入退院支援

入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

内容	現状(時点)	データ元	考え方
退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)	541回 (2019年)	厚生労働省「NDB」(医療計画作成支援データブック)	病院等の在宅療養に向けた退院調整実績により入退院支援の連携状況を評価(P)

退院・退所加算の算定回数	607回 (2020年)	厚生労働省 「介護保険総合データベース」	ケアマネジャーの居宅サービス利用調整実績により入退院支援の連携状況を評価(P)
--------------	-----------------	-------------------------	---

(3) 急変時の対応

医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

内容	現状(時点)	データ元	考え方
24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	13か所 (2022年)	患者紹介ガイド (富山県保険医協会)	在宅療養患者に対する医療資源の量(S)

(4) 看取り

地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人(意思が示せない場合は、家族)と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

内容	現状(時点)	データ元	考え方
在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	16か所 (2022年)	患者紹介ガイド (富山県保険医協会)	在宅療養患者に対する医療資源の量(S)
在宅ターミナルケアを受けた患者数(算定回数)	96回 (2019年)	厚生労働省 「NDB」(医療計画作成支援データブック)	在宅療養患者の看取りに取り組んでいる実績(P)

(S)ストラクチャー:構造指標、(P)プロセス:活動指標、(O)アウトカム:成果指標

在宅介護実態調査(介護保険事業計画策定に向けて、在宅で生活する要支援・要介護認定を受けている方を対象とした調査。3年に1回実施。次回は令和7年度)

「在宅療養高齢者及び家族の生活満足度」を測定するための設問(案)

- (1) 現在利用している日常の医療や介護サービスに満足していますか。
- (2) 入院時や退院時のサービス調整に満足していますか。
- (3) 急変時に適切な対応してくれる体制ができていると思いますか。
- (4) 人生の最終段階の過ごし方について、ご自身の希望がご家族や関係者と共有できていると思いますか。

大変満足している(できている)

まあまあ満足している(ある程度できている)

あまり満足していない(あまりできていない)

大変不満である(できていない)

3 計画の体系図

基本理念

みんなが活躍し ともに支え合う 自分らしく安心して暮らせるまち 射水
～地域共生社会の実現に向けて～

基本目標1 健康づくりと介護予防の推進

基本施策（1）健康づくりの推進

- ア 生活習慣病の発症予防と重症化予防
- イ 特定健診、健康診査、がん検診の受診率向上
- ウ 運動習慣の普及啓発
- エ 健康的な食習慣の普及啓発
- オ 口腔機能の維持向上
- カ こころの健康に関する知識の普及啓発
- キ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

基本施策（2）介護予防の推進

- ア 介護予防対象者の把握
- イ 自主的・総合的な介護予防の推進
- ウ 地域ぐるみの介護予防活動の支援

基本目標2 社会参加の推進と生きがいの創出

基本施策（1）交流の促進

- ア 高齢者レクリエーション、スポーツの推進
- イ 世代を超えたふれあいづくり

基本施策（2）活躍する場の確保

- ア 自主的な社会貢献活動の促進
- イ 老人クラブ活動への支援
- ウ シルバー人材センターの運営支援
- エ 豊かな経験や高い能力を生かす雇用の促進

基本目標3 在宅生活を支援する取組の充実

基本施策（1）生活の維持・向上

- ア 在宅生活の支援
- イ 精神的・経済的負担の軽減
- ウ 生活を支援する施設の活用
- エ 住宅改修指導の推進

基本施策（2）安心・安全の推進

- ア 高齢者の見守り活動の推進
- イ 防犯・交通安全対策の推進
- ウ 防災対策の推進
- エ 感染症対策の推進

基本目標 4

支え合いみんながつながる社会の推進

基本施策（１）自立支援・重度化防止の推進

ア 地域ケア会議の定着・充実

基本施策（２）在宅医療と介護連携の推進

ア 地域資源の把握
イ 課題の抽出と対応策の検討
ウ 切れ目のないサービス提供体制の構築推進
エ 相談支援体制の充実
オ 市民への普及啓発
カ 情報の共有支援
キ 研修会の開催

基本施策（３）認知症の人と家族への支援の強化

ア 認知症に関する理解促進
イ 早期発見・早期対応システムの充実
ウ 認知症の人とその家族への支援
エ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援

基本施策（４）高齢者の虐待防止と権利擁護の推進

ア 高齢者虐待*と権利擁護に対する意識啓発
イ 高齢者虐待の早期発見・早期対応の推進
ウ 成年後見制度*の利用支援と市民後見人の育成支援
エ 消費者被害の防止

基本施策（５）地域共生社会構築の推進

ア 地域支え合いネットワーク事業の推進
イ 共生社会の構築
ウ 地域包括支援センターの体制・機能強化

基本目標 5

介護サービス基盤の充実

基本施策（１）介護保険事業のサービス利用量の実績と見込み

ア 居宅サービス
イ 介護予防サービス
ウ 地域密着型サービス
エ 地域密着型介護予防サービス
オ 施設サービス
カ リハビリテーション指標の設定

基本施策（２）介護サービスの基盤整備の目標

ア 居宅サービスの整備
イ 施設整備等（ア）地域密着型サービス
（イ）在宅・施設サービス
（ウ）有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
ウ 介護予防・生活支援サービスの体制整備

基本施策（3）人材の確保及び質の向上

- ア 人材の確保・育成への支援・離職防止
- イ 潜在的有資格者等への就業支援
- ウ 富山県事業との連携
- エ 働き先として選ばれる福祉事業所づくりへの支援
- オ 介護予防・生活支援サービス従事者の養成
- カ 認知症の人を支える介護関係者の対応力向上支援
- キ 介護サービスの質的向上

基本施策（4）介護保険制度の適正運営

- ア 円滑な提供体制の整備
- イ 相談・苦情への対応
- ウ 介護保険指定事業者等への指導・監督
- エ 公平かつ適正な認定業務の実施
- オ 介護サービス情報公表システムの活用
- カ 介護保険料の収納率の向上対策の推進
- キ 介護給付適正化への取組

基本施策（5）事業費及び保険料の算定

- ア 第8期介護保険料の状況
- イ 保険料額の算定
- ウ 保険料の段階

在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧（参考例）

【令和2年11月末時点】

項目※1	考え方	データソース（収集主体：調査名等）※2	地域包括ケア「見える化」システム※3	該当する場面				目的※4
				日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り	
居宅介護支援事業所数	在宅療養患者へ在宅介護を供給できる介護資源量を把握する。供給側の現状把握には必須となる。	【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
介護老人保健施設数		【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
指定介護老人福祉施設数		【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
地域密着型介護老人福祉施設数	施設の総量の把握により、地域において在宅療養患者の受入先のキャパシティを把握する。	【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
介護療養型医療施設数	現状を把握する上で必須となる。	【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
介護医療院数		【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
通所介護の事業所数		【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
訪問介護の事業所数	供給側の数。介護サービスを供給する介護サービス事業所を把握する。	【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
通所リハビリテーション事業所数	将来推計等にも活用する。	【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
訪問リハビリテーション事業所数		【厚生労働省】介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html	○	○				体制
認知症短期集中リハビリテーション加算	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○	○				体制
在宅療養支援診療所・病院数		厚生労働省：「在宅医療にかかる地域別データ集」（地方厚生局への保健医療機関の届出状況） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html 【参考】都道府県：医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））		○		○	○	体制
訪問診療を実施している診療所・病院数		厚生労働省：「在宅医療にかかる地域別データ集」（医療施設調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html 【参考】都道府県：医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○	○			○	体制
往診を実施している診療所・病院数	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。	厚生労働省：医療施設調査の特別集計 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html 【参考】都道府県：医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○				○	体制
在宅療養後方支援病院数		都道府県：医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ 厚生労働省地方厚生局への保険医療機関の届出状況 （例）関東信越厚生局 > 業務内容 > 調査課 > 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況「在宅療養（在宅療養後方支援病院）」の届出状況を確認。 ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
24時間体制を取っている訪問看護ステーション数		厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（介護サービス施設・事業所調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
往診料（夜間、日祝）／全体	在宅療養者の急変時に対応した医療提供の実績として把握する。	厚生労働省（往診料夜間休日往診加算の算定患者数について、）NDBから作成	○（往診を受けた患者数）				○	連携
訪問看護事業所数	在宅療養患者へ訪問看護を供給できる医療資源量を把握する。	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（介護サービス施設・事業所調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○					体制
看護小規模多機能型居宅介護事業所数	多様なサービス（通い、泊り、訪問（看護・介護））を24時間提供する資源量を把握する。	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（介護サービス施設・事業所調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html	○	○				体制
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		【厚生労働省】在宅医療にかかる地域別データ集（医療施設調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html 【都道府県】医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○	○				体制
在宅療養支援歯科診療所数		【厚生労働省】地方厚生局への保険医療機関の届出状況 （例）関東信越厚生局 > 業務内容 > 調査課 > 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況「歯療診（在宅療養支援歯科診療所）」の届出状況の確認		○			○	体制
訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。	【都道府県】医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/teikyouseido/ 【厚生労働省】訪問口腔衛生指導の算定医療機関数（NDB） ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））		○				体制
在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		【厚生労働省】歯科疾患管理料NST加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション管理料NST加算、小児在宅患者訪問リハビリテーション管理料NST加算の算定医療機関数（NDB） ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
薬局数	地域における薬剤の供給および薬剤管理サービスを提供できる医療資源量を把握する。	都道府県：薬局機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/		○				体制
訪問薬剤指導を実施する薬局数	在宅療養患者に対して積極的に在宅療養患者の薬剤管理を担うことが可能な薬局数を把握する。訪問薬剤指導を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際の訪問薬剤指導の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。	都道府県：薬局機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/ ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○					体制
認知症疾患医療センター数	地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、医療・ケア体制の整備等を実施、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関との連携、診断の際に地域の当事者組織の連絡を紹介するなどの施設数を把握する。	各都道府県にて調査		○				体制
機能強化型訪問看護管理療養費	24時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			○	連携
緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			○	連携
退院支援担当者配置している診療所・病院数		【厚生労働省】地方厚生局への保険医療機関の届出状況 （例）関東信越厚生局 > 業務内容 > 調査課 > 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況「入退院支援加算（入退支）」の届出状況の確認 ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
退院支援を実施している診療所・病院数	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を供給する側の数を把握する。	※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
退院時共同指導を実施している診療所・病院数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
退院時訪問指導を実施している診療所・病院数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
退院支援（退院調整）を受けた患者数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○					体制
介護支援連携指導を受けた患者数	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を行った実績を把握する。	※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○				○	体制
退院時共同指導を受けた患者数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○					体制
退院時訪問指導を受けた患者数		※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	体制
入退院支援加算	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。さらに介護支援連携指導料や退院時共同指導料とは関係が深く、あわせてみることで病院からの退院時の連携状況を把握できる。	【厚生労働省】地方厚生局への保険医療機関の届出状況 （例）関東信越厚生局 > 業務内容 > 調査課 > 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況「入退院支援加算（入退支）」の届出状況の確認 ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	連携
介護支援連携指導料	入院中の患者の退院後の介護サービスの導入に向けた調整・取組状況を把握する。入退院支援加算とは関係が深く、あわせてみることで、病院からの退院時の連携状況を把握できる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（介護支援連携指導を受けた患者数）				○	連携
退院時共同指導料		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（退院時共同指導を受けた患者数）					連携
退院前訪問指導料	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。在宅を支える多職種が関わり、退院患者が在宅での療養生活が可能な環境になるよう検討するため、病院から退院時の連携状況を把握することができる。	※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））					○	連携

項目※1	考え方	データソース（収集主体：調査名等）※2	地域包括ケア「見える化」システム※3	該当する場面			目的※4
				日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	
診療情報提供料	医療・介護の両サービスを利用する利用者の調整・取組状況を把握する。（H30改定より、保険医療機関が、当該患者の居住を管轄する市町村、又は指定居宅介護（予防）支援事業者、介護老人保健施設、介護医療院に対して情報提供した場合も算定可能となった。）	各市町村にて調査		○			連携
在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせていく必要がある。	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（医療施設調査の特別集計） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○			○	体制
在宅ターミナルケアを受けた患者数	在宅療養者の看取りに取組んでいる実績を把握する。この指標例において、看取り数（死亡診断のみの場合を含む）は、看取り加算及び死亡診断加算の数、在宅死亡者数は人口動態統計による「死亡したところの種別」の介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム及び自宅死亡した者の数を指す。 ※老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム ※自宅：自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅（賃貸住宅をい、有料老人ホームは除く）	厚生労働省：NDBから作成 ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○			○	体制
看取り数（死亡診断のみの場合を含む）		厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（医療施設調査から作成） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○			○	体制
在宅死亡者数		厚生労働省：人口動態統計 ※在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知））	○			○	体制
認知症初期集中支援チーム数	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。ただし、チーム数は、市町村の規模等や社会資源の量により大きく影響されるので注意が必要である。	各市町村にて調査		○			体制
医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症サポート医等）		各都道府県にて調査	○	○			体制
介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症介護実践リーダー等）	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。	各都道府県、認知症介護研究・研修センター等にて調査		○			体制
認知症地域支援推進員数		各市町村にて調査		○			体制
訪問診療の実績回数		NDB；在宅患者訪問診療料Ⅰ、Ⅱが算定された患者数	○（訪問診療を受けた患者数）	○			体制
訪問歯科診療の実績回数		NDB；訪問歯科診療料Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが算定された患者数	○（訪問歯科診療を受けた患者数）	○			体制
訪問薬剤指導の実績回数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。「在宅医療」の診療所・病院数や事業所数とは関係が深く、あわせていく必要がある。	NDB；訪問薬剤指導料が算定された患者数	○（訪問薬剤指導を受けた者の数）	○			体制
訪問看護（医療・介護）の実績回数		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成 【医療保険分】国保連等：訪問看護療養費レシート（集計情報を国保連から入手できる場合もある）	○（訪問看護利用者数）	○			体制
通所介護の実績数		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○				体制
訪問介護の実績数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（受給率（表形式により実数値を確認可能））	○			体制
通所リハビリテーションの実績数		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（利用率）	○			体制
訪問リハビリテーションの実績数		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（利用率）	○			体制
看護体制強化加算	24時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○		○		連携
緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○		○		連携
緊急時訪問介護加算	訪問介護事業所が介護支援専門員と連携し、利用者又はその家族等の要請で、居宅サービス計画外の訪問介護を行った実績を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○		○		連携
緊急時等居宅カンパレンス加算	利用者の状態の急変に伴い、利用者宅を医師等と訪問し、カンパレンスへ参加した場合に算定できる居宅介護支援費の加算であり、介護サービスの提供実態を把握できる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○		○		連携
入院時情報連携加算	介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することができる。退院・退所加算は、病院等から得た情報で、介護支援専門員が居宅サービス利用等の利用に関する調整を行った実績となる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成 厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○	○			連携
退院・退所加算		厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○	○			連携
退院・退所時連携加算	認知症グループホームや特定施設における、病院等を退院・退所した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携の量を把握する。（H30改定で新設）	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			連携
居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）	専門職と（主任）介護支援専門員の利用者の情報提供の連携の量を把握することができる。また、居宅療養管理指導料は、職種別に着目することで、訪問栄養指導や訪問口腔衛生指導などの提供状況を把握することができる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○（第1号被保険者1人あたり給付月額、受給者1人あたり給付月額、受給率）	○			連携
特定事業所加算	主任介護支援専門員を複数配置し、支援困難ケースへの積極的な対応や、医療・介護連携への積極的な取組を総合的に実施する指定居宅介護支援事業所を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			連携
リハビリテーションマネジメント加算（II以上）	施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制、また利用者の環境を測ることができる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○	○			連携
医療連携強化加算	短期入所生活介護において、看護職員の定期的な巡回などの手厚い体制を取っている事業所を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			連携
医療連携体制加算	認知症対応型共同生活介護で、医療機関との連携をし、看護師を配置している体制の事業所を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成		○			連携
看護・介護職員連携強化加算	看護職員等が吸引等業務を実施している場合に、訪問看護ステーションの看護師または准看護師が、介護職員等の支援（助言、実施状況の確認など）を行ったときに算定する加算であり、訪問看護と介護の連携状況を把握できる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成	○				連携
配置医師緊急時対応加算	介護老人福祉施設の配置医師が早朝または深夜に訪問し診療を行った実績を把握する。介護老人福祉施設における看取りに関する医療機関と施設との連携の量を測ることができる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成			○	○	連携
看取り介護加算	介護老人福祉施設（地域密着型含む）や認知症グループホーム、特定施設での看取りに関する医療機関と施設との連携の量を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成				○	連携
ターミナルケア加算	介護老人保健施設、訪問看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所で行われたターミナルケアを評価する加算であり、医師・看護師・介護職員等の連携の量を把握できる。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成				○	連携
ターミナルケアマネジメント加算	居宅介護支援費の加算であり、末期がん患者の状況における主治医や居宅介護事業所に情報提供した連携の実績を把握する。	厚生労働省：介護保険総合データベースから作成				○	連携
かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合	在宅医療・かかりつけ医におけるセンターの認知度ははかる指標として利用する。	各市町村にて調査		○			連携
認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合	受診後に、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護サービス事業者等へ情報提供した数とセンターを鑑別診断した数を比較すると、診断のみでその後に必要なサービスにつなげていない数の把握が可能であり、空白期間の解消の指標に利用できる。	各都道府県にて調査		○			連携
初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合	初期集中支援チームが医療機関等につなげた者の割合により、かかりつけ医と支援チームの連携の度合いを測ることができる。ただし、地域包括支援センターが同じような患者を取り扱った場合、初期集中支援チームにつながらず、直接医療機関につなげることができれば、初期集中支援チームのみならず、地域全体の連携は評価できる場合もあることに留意が必要である。	各市町村にて調査		○			連携
入院時情報提供率	介護支援専門員が、入院した利用者のうち病院等へ情報提供できた率を把握する事で、入院時の情報連携の実態やルールがある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用する。	各市町村にて調査		○			連携
退院調整率	病院から在宅療養に移る患者を支える地域の連携基盤の状態および連携の質を把握するために活用することが可能。退院調整についてルール等がある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用できる。	各市町村にて調査		○			連携
要介護高齢者の在宅療養率	要介護高齢者が在宅で療養している割合を把握することで、地域における在宅療養の普及状況を把握する。	各市町村にて調査		○			体制
患者・利用者のQOL（患者・利用者の生活の質）	地域における在宅療養の質は、最終的に患者満足度に帰着すると考えることができ、患者の生活の質を高めることが在宅医療・介護サービスの質を映し出したものと考えことができ、地域における在宅医療・介護サービスの指標としての活用が可能である。	各市町村にて調査					-
従事者のQWL（勤労従事者の労働生活の質）	地域において在宅医療・介護サービスを提供する従事者の質も地域の在宅療養サービスを充実していく上では重要と考えられ、勤労従事者の就業満足度についても在宅医療・介護サービスの質を表す指標として活用が可能である。	各市町村にて調査					-
住民からのニーズを把握する取組の実施	医療・介護に関する住民のニーズの把握	各市町村にて調査					-
医療・介護関係者（関係団体）の課題を把握する取組の実施	地域の医療と介護の関係者との意見交換等を通じて、地域の課題を把握するとともに、各専門職が抱えるニーズや課題も把握	各市町村にて調査					-
医療・介護関係者の協力を得ながら、目標を設定し、必要とされる具体的取組の企画・立案	PDCAサイクルに沿った取組の実施	各市町村にて調査					-
認知症や災害等、政府全体の方針等を踏まえた取組の内容	最近の動向を踏まえた取組の視点	各市町村にて調査					-
在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者間の情報共有ツールを作成し、具体的な取組の実施	具体的取組の視点（医療・介護関係者の情報共有支援）	各市町村にて調査					-
地域住民が人生の最終段階における在り方や在宅での看取り等について理解を促す取組の実施	具体的取組の視点（地域住民への普及啓発）	各市町村にて調査					-
看取りにおいて、本人の意思を踏まえた対応ができていないかを把握する取組の実施	看取り時、本人の意思を踏まえた対応ができていないかを、ヒヤリング等を通じて把握	各市町村にて調査					-
事業の持続性などを踏まえ、休日・夜間の対応において、複数の医療機関・介護施設・介護事業所等の協力体制を調整する取組の実施	主治医・副主治医制など、休日・夜間を含めた在宅療養者を支援することができる関係者の協力体制を調整する取組	各市町村にて調査					-
在宅医療・介護連携に係る分野横断的・統合的かつ参加型の研修会を開催（支援）し、効果測定の実施	具体的取組の視点（医療・介護関係者の研修）	各市町村にて調査					-
医療・介護関係者向け研修等の実施回数	地域における在宅医療・介護に携わる人材育成に向けた取組状況を把握することが可能。	各市町村にて調査					-

項目※1	考え方	データソース（収集主体：調査名等）※2	地域包括ケア「見える化」システム※3	該当する場面				目的※4
				日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り	
医療・介護関係者向け研修等の内容に関するアンケート	研修内容が研修企画の目的を達しているか評価し、改善につなげることが可能。	各市町村にて調査						-
住民向け普及啓発の実施回数	地域において在宅療養という選択肢が存在していることを地域住民が認識しているかを把握するために活用することが可能	各市町村にて調査						-
住民向け普及啓発の内容に関するアンケート	住民への普及啓発方法として適切か、住民に伝えたいことが伝わっているかを把握することが可能。	各市町村にて調査						-
在宅療養・介護の希望割合	地域住民が在宅療養を希望する意向を把握することに活用でき、最終的な在宅療養の目標普及率へと転換することが可能。	各市町村にて調査						-
在宅看取りの希望割合	地域住民がどの程度、在宅での看取りを希望するのかといった意向を把握するために活用でき、最終的な在宅療養の目標普及率へと転換することが可能。	各市町村にて調査						-
行政内の他部門（医療や健康づくり部門等）と連携	庁内連携の円滑な推進、他部門との調整を密にする人材の配置	各市町村にて調査						-
医療制度や診療報酬、福祉などその他の施策にも専門性をもつ総合的人材を養成し、継続的に配置	庁内各部門の施策を把握し、総合的に事業を俯瞰できる人材であるとともに、医療と介護の知識を兼ね備えた人材の配置	各市町村にて調査						-
他の地域支援事業に基づき、事業と連携し、効率的・重層的な取組の実施	他事業との連携による効率的な実施	各市町村にて調査						-
地域医療構想や医療計画等について、都道府県との協議の場の設定	都道府県との連携、他計画との整合性の意識	各市町村にて調査						-
地域の医療・介護関係団体、医師会等の各専門職団体の課題を把握・共有する場の設定	医療・介護関係者や専門職団体の課題を把握し、課題解決に向けた方策を企画立案段階からの協働実施	各市町村にて調査						-
消防（救急）等との救急搬送ルールの策定等に関する協議の機会の確保	在宅療養者本人の意思が尊重されるような情報共有や緊急時に本人に関わる医療・介護関係者等へ速やかに情報共有される仕組み等を話し合う機会の確保	各市町村にて調査						-

※1:介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

※2:データソースにより、同じ項目でも公表時点が異なる場合があるので注意が必要である。

※3:令和2年8月21日時点の情報。今後も、活用できる項目を追加予定である。なお、項目によっては、二次医療圏の範囲でのみ算出可能な場合もある。

※4:体制とは「PDCAサイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）」、連携とは「PDCAサイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）」を示す（手引き参照）

在宅医療に必要な連携を担う拠点(案)について

1 背景

国の第8次医療計画(計画期間:2024~2029年)の作成指針等において、在宅医療の推進を図るため、県が策定する医療計画に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付けることとされた。

2 県の方針(案) R5.5.26 高岡厚生センター管内在宅医療・介護連携に係る連絡会の説明時

・在宅医療圏の圏域の設定は、現在の二次医療圏をベースとする。

(1)「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」

高岡医療圏において位置づける。

(2)「在宅医療に必要な連携を担う拠点」

市町村圏域において位置づける。

3 在宅医療に必要な連携を担う拠点

(令和5年3月31日付医政地発0331第14号「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」より抜粋)

(1) 目標

- ・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る。
- ・在宅医療に関する人材育成
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への支援

(2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ①・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供上の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施
- ②・地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握
- ③・地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整
- ④・関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
- ⑤・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有
- ⑥・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施

(3) 拠点を担う主体

地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所(厚生センター)、市町村等のいずれかを拠点として医療計画に位置付ける。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」が拠点となることも可能

□県への回答(案) 「市町村(射水市)」を拠点とする。

地域福祉課において、社会福祉課と連携を図りながら、会議の開催や研修の実施について、方法を検討していく。

高岡医療圏における在宅医療に必要な連携を担う拠点（素案）

番号	名称	所在地	備考
1	厚生連高岡病院 (地域医療支援病院・在宅医療後方支援病院)	高岡市	現行 第7次計画 で公表中
2	済生会高岡病院 (地域医療支援病院)	高岡市	
3	高岡市民病院 (地域医療支援病院・在宅医療後方支援病院)	高岡市	
4	高岡市医師会 (高岡市在宅医療支援センター)	高岡市	
5	氷見市医師会 (氷見市医師会在宅医療支援センター)	氷見市	
6	射水市医師会 (射水市在宅医療支援センター)	射水市	
7	高岡市	高岡市	第8次～ 追加
8	氷見市	氷見市	
9	射水市	射水市	

令和4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
令和4年度	115	9.6	71	5.9

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、家族支援、心の相談 等

【相談例】

対象	ケース内容	対応
62歳女性	民生委員より相談 独居 浮腫があり急激に状態が悪化 服薬・金銭管理・掃除等、うまくできない様子。医療機関受診を勧め、慢性腎臓病、ネフローゼ症候群、高血圧症、糖尿病性網膜症のため入院 退院後の在宅療養に向け調整が必要	・医療機関地域医療連携室、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護、清掃業者、漏水修理業者との調整 ・金銭管理について社会福祉協議会と同行訪問等、関係機関と連絡調整 ・要介護1
75歳男性	地域包括支援センターより相談 独居 介護認定なく、身寄りがない。脱水により医療機関に入院中 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、施設入所・成年後見制度の利用を検討したい。	・医療機関地域医療連携室、地域包括支援センターと連絡調整 ・成年後見制度の利用のために市長申立て ・地域ケア会議の開催 ・要介護3

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实

施し、普及啓発

【令和4年度】窓口：1,542冊 出前講座等：8回、138冊 計 1,680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月運用開始)

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5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)	17	141
2	医療機関(歯科)	14	18
3	薬局	21	51
4	居宅介護支援事業所	29	77
5	地域包括支援センター	5	34
6	介護保険サービス事業所	90	269
7	その他	10	24
	計	186	614

行政書士事務所、司法書士事務所、成年後見センター、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、高岡厚生センター射水支所

情報共有者開始延数：204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		令和3年度		令和4年度			
	実施者数	支援件数	実施者数	支援件数	実施者数	支援件数	医師との連携者数	包括との連携者数
1 低栄養防止事業	21	59	33	75	36	85	6	7
2 口腔機能低下防止事業					4	8	0	2
3 糖尿病性腎症重症化予防事業	7	29	23(2)	71	22(1)	55	12	1
4 生活習慣病(循環器系)予防事業	35	63	36	104	32	79	19	2
5 健康状態不明者への支援事業	58	64	71	124	67	139	0	9
計	121	215	140	374	161	366	37	21
(県モデル)ポリファーマシー対策事業					9	15	9	3

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な関与(ポピュレーションアプローチ)

	令和2年度			令和3年度			令和4年度				
	関与した通いの場数	実施回数	参加者累計	関与した通いの場数	実施回数	参加者累計	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	75	75	980	28	28	429	9	9	150	0	0
2 みんな元気教室	4	24	366	8	16	199	10	20	301	0	6
計	79	99	1346	36	44	628	19	29	451	0	6

2 庁内関係課等との連携状況

	内容
1 関係課 2との打合せ	・4月・10月・2月:事業計画や実績等
2 各事業の打合せ	・随時:教室の進め方や分担等

2 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

	医療関係団体等名	内容
1	市医師会	・4月:担当医師への前年度事業実績と今年度事業計画の説明 ・5月:市医師会員へ前年度事業実績と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 ・12月:市糖尿病関係者連絡会への出席
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保健指導候補者リストの持参 ・随時:保健指導対象者の相談及び訪問後の報告等
3	市歯科医師会	7月:担当医師へ事業の協力依頼を送付、医師会員へ周知の依頼
4	富山県薬剤師会	・5月:打合せ会に出席 ・(県モデル)ポリファーマシー対策事業での同行訪問
5	富山県栄養士会	・5月:協定書を結び、事業を一部委託 ・低栄養防止事業、みんな元気教室での栄養指導等
6	富山県歯科衛生士会	・7月:協定書を結び、事業を一部委託 ・口腔機能低下防止事業での同行訪問
7	富山県理学療法士会	・地域包括ケアサポートセンターと派遣について協議 ・みんな元気教室での運動指導等
8	地域包括支援センター	・4月:センター生活支援コーディネーターへ教室の説明 ・6月:センター職員へ説明(前年度事業実績や今年度の計画) ・随時:事例について相談等

令和5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

< 個別の支援事業 >

下線は新たな修正箇所

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			重複徘徊・多剤投薬等支援事業		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-対策		受診勧奨 保健指導					
						未治療者	治療中断者	- 1未治療者 治療中断者	- 2糖尿病治療中	未治療者	- 1未治療者	- 2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450名(8.1%)、18.5~20未満は606名(10.9%)であり、前々年度より横ばいであるが、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横断調査結果で「6か月で2~3kg以上体重が減少した」と回答した者が12.8%と国・県より高い。			・前年度健診受診者の質問票で「採り物が食べにくい」と回答した者が36.4%から34.6%減少したが、国・県より高い。また「採り物で吐ける」と回答した者は21.6%と国より高い。		・健診結果より、「血糖」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、高血圧または、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症している患者の割合が県より高い。				・R3・4年3月の多剤処方状況(6種類以上の薬をひと月で15回以上処方されている)は約3割で県と同程度またはやや低い。R5年1月の処方状況はやや高くなっている。			・前年度健診受診率は37.2%であり前々年度より増加しているものの低値である。 ・健康状態不明者は75名(5.0%)であり、前年度と比べ高い。				健康課題				
情報	健康診査 (R4)	介護支援専門員からの情報	みんな元気教室でのフレイルチェック	健康診査・レセプト(R4)	健康診査・レセプト (R4)	レセプト (R4)	健康診査・レセプト (R4)	健康診査・レセプト (R4)	健康診査・レセプト (R4)	健康診査・レセプト (R4)	レセプト (R4)	健康診査・レセプト (R4ともなし)	情報								
対象者の抽出基準	85歳未満健康診査を受診した者で、下記に該当する者 抽出基準値 BMI18.5未満で体重減少が2kg以上の者	介護支援専門員が受診勧奨を必要と判断した者で本人の同意が得られた者	フレイルの可能性が高い者	85歳未満健康診査を受診した者で、下記に該当する者 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/1.73mL	85歳未満健康診査を受診した者で下記に該当する者 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/1.73mL	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/1.73mL	85歳未満糖尿病性腎症と想定される者 のうち、糖尿病性腎症のうち下記に該当する者 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/1.73mL	85歳未満健康診査を受診した者で下記のいずれかに該当する者で、レセプト情報で高血圧症治療がない者 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/1.73mL	85歳未満健康診査を受診した者で下記のいずれかに該当する者で、レセプト情報で高血圧症治療がない者 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/1.73mL	85歳未満健康診査を受診した者で下記のいずれかに該当する者 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/1.73mL	85歳未満下記に該当する者 抽出基準値 HbA1c7.5%以上 かつ/またはLH比3.0以上 かつ/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 拡張期血圧90mmHg以上 かつ eGFR30~44mL/分/1.73mL	85歳未満下記に該当する者 抽出基準値 HbA1c7.5%以上 かつ/またはLH比3.0以上 かつ/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 拡張期血圧90mmHg以上 かつ eGFR30~44mL/分/1.73mL	後期高齢者 下記に該当する者 抽出基準値 多剤服用者、3か月間に8日以上の内服薬(注射薬、生薬が医療従事者以外に処方されている)を10種類以上処方されている 同一季節の薬を処方されている 同一季節に同じ薬を服用している	80歳以下で健康状態が不明な者 R4健康診査、医療及び介護レセプトのない者 抽出基準値 多剤服用者、3か月間に8日以上の内服薬(注射薬、生薬が医療従事者以外に処方されている)を10種類以上処方されている 同一季節の薬を処方されている 同一季節に同じ薬を服用している	抽出基準値 R4健康診査、医療及び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	要介護認定なしで、認知症(うつ、がん)の既往のない者 34名	要介護2以下で、介護支援専門員及び本人の同意が得られ、かかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 7名	かかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 約20名	健診受診結果でBMI20未満者(23名)またはHbA1c7.0以上(16名)の者の優先度の高い者 約30名	レセプト情報で糖尿病治療がない者 15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 3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 18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 25名+2名	同上	本人及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認める者 102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 8名	薬剤師会が訪問の必要性を認める者のうち、本人から薬剤師の訪問の同意が得られた者 訪問の同意は得られないが、訪問の必要性が高い者 18名+3名	76~79歳及び74歳以下の者のうち、支援の必要性の高い者 約15名	75歳及び780歳(122名)のうち、支援の必要性の高い者の世帯 136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(保健栄養士)が初回訪問(約3か月後、2回目訪問、半年後、3回目訪問)	・候補者リストをかかりつけ医へ送付 ・かかりつけ医が保健指導確認書(記入し、市へ送付) ・担当栄養士を決定する(市または県栄養士)の管理栄養士) ・約3か月後、2回目訪問 ・半年後、3回目訪問	・初回訪問から2~3か月後に訪問を実施し、2回目訪問以降は必要に応じて実施する。	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・市管理栄養士と県栄養士会(保健栄養士)が初回訪問(約2~3か月後、2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 ・未受診者へ案内文及び訪問等の実施 ・継続訪問希望者に対し、右記のように保健指導を実施	・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確認書を記入し、市へ送付 ・保健指導による継続的な保健指導の実施	・初回訪問(保健指導の同意の確認) ・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確認書を記入し、市へ送付 ・保健指導による継続的な保健指導の実施	・年度当初、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 ・未受診者へ案内文及び訪問の実施 ・継続訪問希望者に対し、右記のように保健指導を実施	・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確認書を記入し、市へ送付 ・保健指導による継続的な保健指導の実施	・初回訪問(保健指導の同意の確認) ・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確認書を記入し、市へ送付 ・保健指導による継続的な保健指導の実施	・年度当初、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 ・未受診者へ案内文及び訪問の実施 ・継続訪問希望者に対し、右記のように保健指導を実施	・広域連合が対象者をリストアップし、委託業者に1対1確認を依頼 ・広域連合が対象者に健康通知書を送付(全県) ・薬剤師会が訪問指導の対象者を決定 ・広域連合及び市が対象者に訪問の同意を得る ・1つについて薬剤師と同行訪問を実施 ・2か月後に2回目訪問を実施する	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・市管理栄養士と県栄養士会(保健栄養士)が初回訪問(約2~3か月後、2回目訪問)	・地域包括支援センターへ名簿を送付 ・地域包括支援センターが訪問指導を実施 ・必要時継続訪問を実施 ・必要時継続訪問	実施方法						
目標	・やせ(BMI18.5未満)の者の体重を維持・改善する			・要介護医療者や歯科医の受診へつなげる ・口腔機能低下を防止する				・糖尿病未治療者及び治療中断者の医療機関受診率を増加させる ・糖尿病治療中の者における保健指導実施率を増加させる			・高血圧未治療者の医療機関受診率を増加させる ・高血圧治療中の者の、保健指導実施率を増加させる			・重症の服薬状況を確認し、ポリファーマシ-を回避する		・対象者の健診受診率を向上させる ・必要な医療や介護保険サービス等へつなぐ		目標			
評価指標	・介入後の体重の変化(維持・改善率80%) ・介入前後の職務栄養状態評価表の点数等の変化(維持・改善者数等) ・介入前後の健診結果(体重・BMIの平均値) 対象者1のみ ・医療や介護保険サービスとの連携者数 ・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2人 ・要介護者の歯科受診率10% ・オラルフレイルの認知の普及(割合を高く採り物を食べにくい、むせあり) ・口腔機能評価(嚥下機能、オラルフレイルスコア)後期高齢者質問票No4、5(口腔)の項目の割合の変化				・医師との連携者数(割合) 前年度より増加 ・保健指導実施率 前年度より増加 ・介入前後の健診結果(HbA1c/eGFRの平均値) ・介入後のHbA1c値の変化(維持・改善70%)			・未治療者の医療機関受診率80% ・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年後の通院継続者の割合 60%..翌年6月			・医師との連携者数(割合) 前年度より増加 ・保健指導実施率 前年度より増加 ・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)			・他職種との保健指導数(割合) ・対象者1対1訪問人数 ・医療・介護保険サービス等との連携者数		・介入者の健診受診率 10% ・介入者の介護保険サービス受診率(割合) ・医療や介護、介護保険サービス等との連携者数10人		評価指標
担当課	保険年金課	保険年金課・地域福祉課	保険年金課	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			保険年金課	保険年金課	地域福祉課	担当課					
主な関係機関	県栄養士会	県栄養士会・介護支援専門員	県栄養士会	県歯科衛生士会	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医			かかりつけ医			県薬剤師会 介護支援専門員	地域包括支援センター	地域包括支援センター	主な関係機関					

令和5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)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(9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。

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・県歯科衛生士会へ依頼書を送付する。	保険年金課
教室1か月半前	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
教室2週間前	教室の参加申込書を市保険年金課へ提出する。	地域振興会
当日	「みんな元気教室(初回)」	保険年金課
初回教室の2～3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。	理学療法士 県栄養士会等
初回教室の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
初回教室の5か月後	「みんな元気教室(2回目)」	保険年金課 県歯科衛生士会 県栄養士会等

7 評価指標

- ・2回参加者のフレイル度と体重の維持・改善の割合、体重の維持改善90%
- ・2回参加者の目標達成状況(目標達成率70%以上の者の割合80%)
- ・2回参加者の栄養バランスチェック(7点以上の者の割合)
- ・2回参加者の「フレイル」という言葉を知っている者の割合 70%
- ・医療や介護保険サービス等への連携者数

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	市保健師又は看護師(2名) 市管理栄養士(1名) 理学療法士(1名) 県栄養士会(2名)
	15分	「フレイルとその予防法を知ろう」	市保健師
	15分	「フレイルにならない食事の摂り方part①」	市管理栄養士 県栄養士会
	15分	「フレイル予防に効果的な運動は」	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 4～5か月後)	30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	市保健師又は看護師(2名) 市管理栄養士(1名) 歯科衛生士会(1名) 県栄養士会(2名)
	20分	オーラルフレイルチェックとその予防	歯科衛生士会
	10分	「フレイルにならない食事の摂り方part②」	市管理栄養士 県栄養士会
	10分	「地域の健康課題とその予防」	市保健師
	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・・・歩行速度の測定

射水市在宅医療・介護連携推進協議会及び認知症初期集中支援チーム検討委員会委員名簿

令和5年度

	団体名	役職	委員名	備考
医師会代表	射水市医師会	医師	矢野 博明	
	射水市医師会	会長	野澤 寛	
公的病院	射水市民病院	院長	島多 勝夫	会長
歯科医師会代表	射水市歯科医師会	副会長	稲田 雅一	
薬剤師会代表	富山県薬剤師会	副会長	永野 康己	
学識経験者	富山福祉短期大学	准教授	毛利 亘	
厚生センター	高岡厚生センター射水支所	参事	櫻田 惣太郎	
訪問看護ステーション代表	富山県看護協会 訪問看護ステーションひよどり	管理者	森 陽子	
病院地域連携室代表	真生会富山病院 医療福祉相談室	室長	阿部 素子	
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	会長	山本 征史郎	
介護サービス提供事業者代表	特別養護老人ホーム 大江苑	施設長	松浦 佳紀	副会長
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	

委員委嘱期間: 令和4年4月1日 ~ 令和6年3月31日