

## 令和6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6年7月8日(月)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〉 野澤委員、矢野委員、深原委員、稲田委員、永野委員、宮城委員、荻浦委員、森委員、阿部委員、紺谷委員、松浦委員、新谷委員  
〈ワーキング部会長〉  
松岡部会長(情報共有ワーキング部会)  
野村部会長(在宅支援ワーキング部会)  
〈事務局〉 山口福祉保健部次長、小見政策調整監、菓子介護保険課長  
藤井保険年金課長、酒井保険年金課主査、柏嶋射水市民病院看護部長  
村中地域福祉課長、長谷川地域共生推進班長、種村課長補佐、  
田中主査、島倉主査、黒田主事
- 4 欠席者 なし
- 5 議題(事務局説明項目)
  - (1) 令和6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)
  - (2) 在宅医療・介護連携推進事業に係る評価指標の状況について(資料2)
  - (3) 令和5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3)
  - (4) 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4-1、4-2、4-3)
- 6 質疑応答内容
  - (1) 令和6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) 在宅医療・介護連携推進事業に係る評価指標の状況について  
委員: 多職種連携支援システムの利用者数は、患者本人か、医療関係者なのか確認したい。  
  
事務局: 患者本人の数である。延べ人数を記載している。  
  
会長: 多職種連携支援システムに関わっている関係機関数は、この後の資料で改めて確認していただきたい。なお、利用者数は、このシステムが開始されてからの延べ人数の積算数である。現在利用者、利用終了者も含めて261名である。

このシステムは、2019年から始まり、今年で5年経過し6年目になる。利用者は年間約50人増えていると思われる。

委員： 終活支援ノートを職場で回覧したところ、家族の利用希望者が約10人おり配布したことがある。市や地域包括支援センターは、出前講座などで終活支援ノートを周知・配布をしていると思うが、一般の方へ渡す方法はないのだろうか。終活支援ノートは、相手に趣旨を説明したうえで渡すものと聞いている。医師の外来時など、本人へ個別に話ができれば終活支援ノートを渡すことができるが、一般の方に渡すアイデアがない。この思いを共有させていただきたい。

事務局： 医師から本人やご家族へ終活支援ノートについて説明することも必要だが、このノートは、もしもの時のことを考えるきっかけでもある。終活支援ノートの紹介の仕方は難しい。自分は今健康だから終活は考えていない方もいる。今後、どのような普及啓発を進めたらよいのか、また関係各位の意見を伺いたい。

会長： 終活支援ノートについては、ワーキング部会でも話がでていいる。このノートをどの場面でのどのように渡すのがよいのか、ACPそのものとは少し違うと思うが、その布石となるようなものだと思う。その中で、医療機関での配布や薬局での配置の意見も出ているのではないかと。終活支援ノートの配布は、主にどこが関わっているのか。

事務局： 終活支援ノートは、出前講座での配布の機会が多いが、市の窓口での配布のほか、市民病院、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会の窓口においても行っている。

### (3) 令和5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

### (4) 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： 射水市終活支援ノートは平成31年3月から作成・配布されており、配布実績によると毎年配布数が増えているが、配布後、本人や家族がどのように活用しているのか確認されているのか。また、終活支援ノートの内容について見直しが必要な場合は、どのように対応されているのか伺いたい。

事務局： 終活支援ノートを配布した後の活用状況は、現在確認していない。  
一度ノートに書くだけで終わらず、何度も終活について考えることが必要である。家族や本人から希望があれば、再度配布することも行っていく。

私たちの生活状況は変化していくことから、終活支援ノートの内容の見直しは必要であると考えている。ノートは毎年印刷しているため、そのタイミングで見直しを対応していく。

会長： 終活支援ノートの配布状況までは把握しているが、配布後にノートがどのように使われているのかは把握されていない。今後、検討していく必要があるかもしれない。終活支援ノートの記入はACPにつながる話である。ACPについて考える機会を持つことが大事である。

委員： 新型コロナの感染拡大により、在宅医療、特に看取りが非常に多くなったと思っている。コロナ禍では、病院に入院すると、家族は本人に会えない、本人自身は入院中ひとりで不安になることから、家族や医師は退院して在宅での療養を勧める。ここ数年間の間に、在宅での看取りの人は末期がん患者を中心にかなり増えており、訪問看護師の方の活動や活躍には非常に感謝している。

また、在宅医療が長期間となる場合は、家族が介護で疲弊するため、病院でレスパイトケアを依頼し地域包括ケア病棟で受け入れしてもらうなど、多くのご支援・ご協力をいただいた。本当に感謝申し上げます。コロナ禍で、在宅医療に対する意識が関係機関に次第に深まってきたと非常に感じる。

今後、コロナが収束していく中で、在宅療養は軽い状態の人であればショートステイで対応できるが、多くの医療行為が必要な人の場合は、レスパイトケアが必要となる。制度の問題もあるが、射水市民病院やその他の病院でのレスパイトケアの利用頻度が、数日、1週間など回数が多くなれば、家族の介護負担の軽減につながるのではないかと感じる。

また、いわゆる脳性麻痺などの障がい者は、障がい者総合支援法のサービスが対象で介護保険サービスを受けることができない。両親が高齢化している40代、50代の重度障がい者が受けられるサービスは、利用できる施設も少ない。重度障がいのある方と関わる機会は、3年に1度の障がい支援区分認定時の意見書作成の時期以外あまりない。障がい者利用できる訪問リハビリやデイサービスなどの制度がもっとないのだろうかと感じている。

会 長： コロナ禍を経て、在宅療養者が増えている。がん末期の方などの家族は、一定期間であれば頑張ることができるが、長期間になると介護負担が非常に増えて、最初の勢いだけではやっていけない部分がある。そうした時に、レスパイトケアや地域包括ケア病棟の活用が効果的に行われたらよいのではないか。

脳性麻痺の方の話は、10月に予定されている会議の中でも出てくるだろう。

また、4つの場面のうち、「入退院の支援」「看取り」の体制がコロナ禍で進められてきた。退院支援を継続に向けて、病院と地域の医療機関がトリトラスを活用し、色々な情報を共有できるようになってきている。こうした状況は前回の協議会から見て一歩ずつ前に進んでおり、大変嬉しく思っている。

委 員： 病院の地域包括ケア病棟でのレスパイト入院は受け入れ可能であり、利用がもう少し増えてもいいのではないかと思っている。レスパイトケア入院は、旅行やお子さんの入試などの理由により、介護者が一時的に家を離れなければいけない場合によく利用されている。

また、患者の病状自体は時間とともに変化するので、変化した時点で地域包括ケア病棟へ入院し、今後必要となる介護、注意点、支援などに関する評価を行う場としても、利用していただきたい。

会 長： 貴重なご意見をいただいた。

また、口腔機能低下防止事業は県歯科衛生士会が関わってるようだが、今後も同じようなパターンでやっていくのか。市歯科医師会が深くかかわっていくことがあるのか。

委 員： 口腔機能低下防止事業に関することは、県歯科衛生士会が実施しており、その中で優先度の高い方を掘り起こして歯科医院の受診に繋げる流れだと考えている。

資料 4-2 の中段にあるような、「食べ物が食べにくい」「汁物などでむせる」の両方に回答した者のうち、過去 1 年間受診していない方をぜひ歯科医院へ繋げていただきたい。同時にこうならないようにする仕組み、予防が一番大事であると考えている。

気になったのは、資料 4-3 のうち、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の項目の中で、今後 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すると記載されている。

きららか射水 100 歳体操の参加率が低いのは、どういう基準で低いのか。対象者が 75 歳以上の後期高齢者であることから、地域の 75 歳以上の人の 100 歳体操の参加率で優先して教室を実施するのか、

それとも違う基準で実施するのか伺いたい。参加率の低い意味が分からないので、説明してほしい。

事務局： 市が把握している地域ごとの 100 歳体操の参加率を確認し、参加人数の少ない地域から教室の実施を考えている。

委員： 参加人数が少ないことは、参加率が低いという意味ではないと思われる。

事務局： 人数のほかに、地域の 75 歳以上の高齢者人口に対する参加人数をもとに算出した参加率も確認している。対象地域の選定方法の一つとして、100 歳体操の参加人数を確認したところである。

委員： 参加人数が少ないことは、参加率が低いという意味ではない。

100 歳体操は私も参加したことがあるが、参加人数だけを見て 100 歳体操やその地域の行事自体の負荷率は出てこない。個々の参加者のレベルは、かなり違う。参加するだけでなく、継続してその人の健康度がどれくらいアップしてるのかというところまで見ないと、地域の健康事業の浸透状況は分からないのではないかと正直感じている。

資料を見聞きすることと、実際に自分が体験し感じたことはかなり違いがある。いろいろな地域の 100 歳体操に参加して、これはいい事業だと感じたが、同時に、活動の中心が誰なのか、それをサポートしている人が男性か、女性か、参加率として男性がどれくらい多いのか、それから女性の占める割合はどれくらいなど、状況によってかなり差が開いていると思う。

100 歳体操は、高齢者の保健事業と介護予防の大事な一体的な実施事業だと思うので、もう少し掘り込んで資料として出していただければ、健康率は非常に上がるのではないか。こうした事業は、口腔と直接関係なさそうだが、実は関係が深い。口腔の状態は、全身の状態と不可欠であり、口から関わることももちろんあるが、その中で口の中もしっかり見ると効果があり、不健康、サービスできてない方を少なくすることができると思うので、しっかりやっていただきたい。

会長： 大事なポイントをご指摘いただいたので、意見を生かしていくことができるか検討してみてもどうか。

事務局： 「みんな元気教室」は開始して開始後 5 年経過し、見直しを考える時期でもある。100 歳体操等の通いの場の情報も加味しながら検討していく。

# 令和6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6年7月8日(月)

午後1時30分～2時30分

会場 市役所本庁舎4階 会議室401

## 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6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) 在宅医療・介護連携推進事業に係る評価指標の状況について

(資料2)

(3) 令和5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3)

(4) 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4-1、資料4-2、資料4-3)

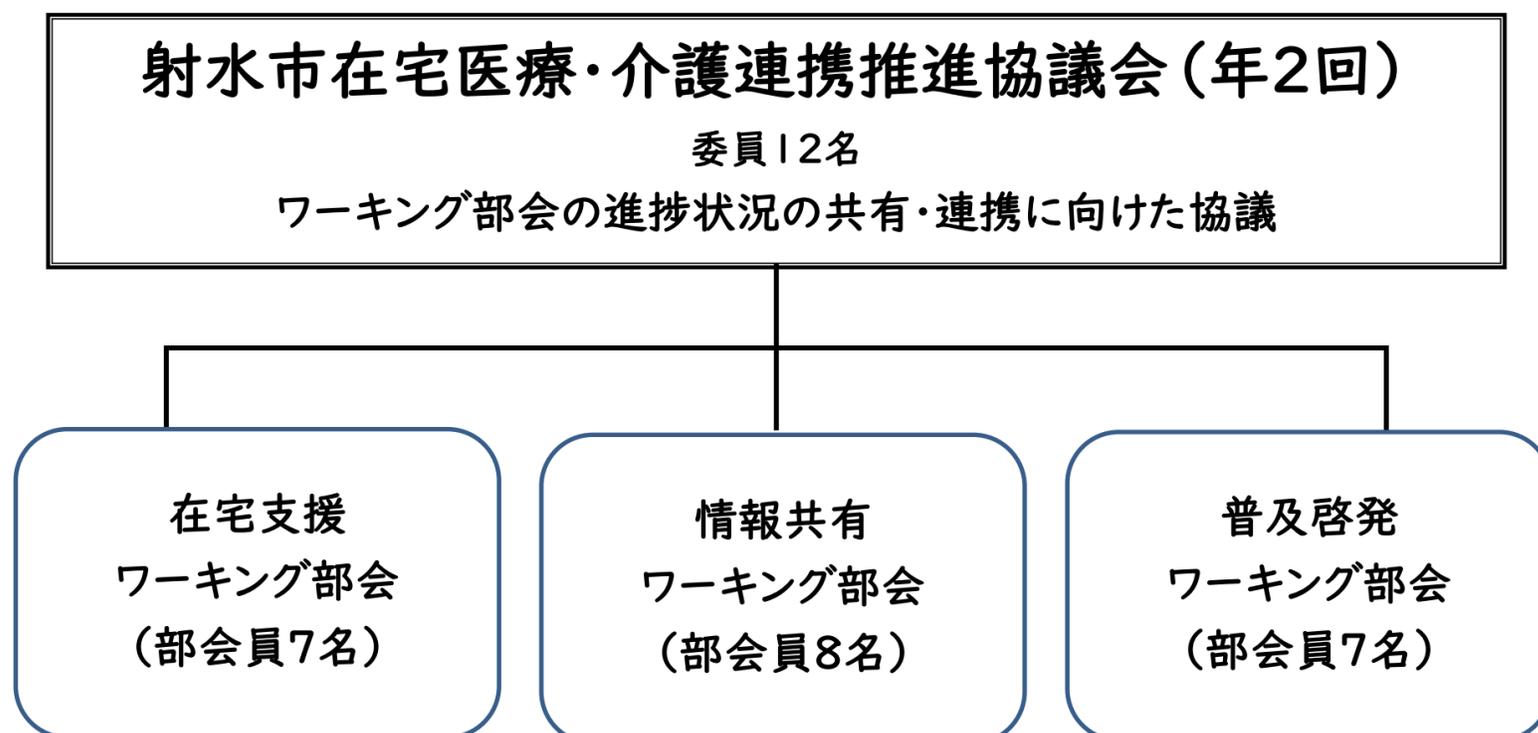
## 6 閉会

## 令和6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<br>(地域支援事業実施要綱より) |   | 実施計画   | 実施<br>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<br>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。                             | ○医療機関、介護事業所等の情報の把握<br>○リストの作成・管理とデータ更新<br>○市ホームページでのデータ公開<br><br>*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<br>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。<br>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。 | <b>射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回)</b><br>【実施時期】 7月、2月<br>【検討内容】<br>・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<br>・ワーキング部会からの提案事項の検討<br>※ 射水市在宅医療、介護・障がい福祉連携推進協議会を10月に開催予定 | 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   | ○在宅医療いみずネットワーク(射水市医師会)<br>在宅訪問診療における主治医・副主治医体制づくり<br>病院及び診療所の連携体制整備等   | 医師会        |
|                        | 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。  | <b>在宅支援ワーキング部会(年2回)</b><br>【検討内容】<br>・在宅療養者の歯科・口腔に関する研修会の開催<br>・介護者支援について  | 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<br>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<br>【設置場所】市地域福祉課内<br>【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。<br><br>○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  | ○在宅医療と介護を考える市民公開講座(年1回)<br>○パンフレットの配布による普及啓発<br>○終活支援ノートを活用した地域での出前講座を開催   | 医師会<br>市   |
|                        | 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。  | <b>普及啓発ワーキング部会(年2回)</b><br>【検討内容】・住民への普及啓発方法の検討<br>・市民公開講座等の企画開催   | 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   | ○射水市版情報共有ツール活用ガイドの普及<br><br><b>情報共有ワーキング部会(年2回)</b><br>【検討内容】<br>・射水市多職種連携支援システムの普及・活用<br>・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及   | 市          |
|                        | 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。<br><br>② 多職種が連携するための事例検討会の開催<br>医療・介護関係者に対する研修を行う。            | ○射水市医師会委託による研修会の実施(年3回)<br>・事例検討会<br>・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)<br>・講演会  | 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<br>在宅医療・介護連携推進支援事業<br>認知症施策推進支援事業<br>○地域リハビリテーション支援事業  | 厚生<br>センター |

## 令和6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 在宅療養者に対してケアマネジャーの歯科・口腔に関するアセスメント力向上のために、研修会を開催する。<br><br>2 家族介護者支援のためのツールの活用状況について、調査・評価・更新する。<br><br><b>【実施時期】</b><br>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。<br><br>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。<br><br>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。<br><br><b>【実施時期】</b><br>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。<br><br><b>【実施時期】</b><br>7月、10月 |

## 令和6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<br>(案) |
|---|--------------|--|-------|----|------------|
| 1 | 医師会代表        | 射水市医師会 理事                                | 西森 弘  |    |            |
| 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                      | 野村 和代 | 新  | ○          |
| 5 | 富山県栄養士会      | 栄養ケア・ステーション コーディネーター                     | 島崎 榮子 |    |            |
| 6 | 地域包括支援センター代表 | 大島地域包括支援センター 所長代理                        | 中川 利枝 | 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 副会長<br>(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<br>(案) |
|---|--------------|--|-------|----|------------|
| 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                               | 岩井 健治 | 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 | 訪問看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 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 書記<br>(七美ことぶき苑居宅介護支援事業所) | 池上 恵子 | 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 |    |            |
| 8 | 地域包括支援センター代表 | 小杉・下地域包括支援センター 社会福祉士                       | 松岡 伸佳 | 新  | ○          |

### 3 普及啓発ワーキング部会

|   |               | 役職                     | 委員名    | 備考 | 部会長<br>(案) |
|---|---------------|------------------------|--------|----|------------|
| 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  |    |            |
| 3 | 学識経験者         | 富山福祉短期大学 准教授           | 宮城 和美  | 新  |            |
| 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  |    |            |
| 6 | 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  |    | ○          |
| 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 社会福祉士    | 竹林 久留美 | 新  |            |

## 在宅医療・介護連携推進事業に係る評価指標の状況について

## I 日常の療養支援

## ■目指すべき姿

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できるようにする。

## ■指標

| 項目                      | 当初<br>(年度末時点)     | 現状<br>(年度末時点)     | 説明   |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--|
| 多職種連携支援システム(トリトラス)の利用者数 | 204人<br>(2022年)   | 261人<br>(2023年)   | 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       | —                 |                   | 在宅療養患者の満足度により、提供体制や仕組みを評価(O)                             |
| 居宅療養管理指導算定回数            | 6,797件<br>(2022年) | 7,923件<br>(2023年) | 医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士の療養上の管理及び指導量により、在宅での療養生活の連携を評価(P) |

## 【評価】

- ・トリトラスの利用者数は、前年より57人(約28%)増加している。
- ・居宅療養管理指導算定回数は、前年より1126件(約17%)増加している。

## 【取組】

- ・在宅療養者の生活支援や認知症ケアパスの普及啓発、トリトラスの利用促進を図る。

<在宅療養高齢者及び家族の生活満足度について>

## 在宅介護実態調査の利用

(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。
  - ① 大変満足している(できている)
  - ② まあまあ満足している(ある程度できている)
  - ③ あまり満足していない(あまりできていない)
  - ④ 大変不満である(できていない)

## 2 入退院支援

### ■目指すべき姿

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。

### ■指標

| 項目                               | 当初<br>(年度末時点)     | 現状<br>(年度末時点)     | 説明   |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|--|
| 退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)(人口10万対)※ | 582.5回<br>(2019年) | 575.1回<br>(2022年) | 病院等の在宅療養に向けた退院調整実績により退院支援の連携状況を評価(P)           |
| 退院・退所加算の算定回数(人口10万対)※            | 750.7回<br>(2021年) | 801.5回<br>(2022年) | ケアマネジャーの居宅サービス利用調整実績により退院支援の連携状況を評価(P)         |
| 入院時情報連携加算(介護報酬)算定回数(人口10万対)※     | 80.6回<br>(2021年)  | 87.5回<br>(2022年)  | ケアマネジャーから病院等への利用者の情報共有等の調整実績により入院支援の連携状況を評価(P) |

#### 【評価】

- ・退院支援(退院調整)を受けた患者数は、前回より7.4回(約1%)減少している。
- ・退院・退所加算の算定回数は、前年より50.8回(約7%)増加している。
- ・入院時情報連携加算(介護報酬)算定回数は、前年より6.9件(約9%)増加している。

#### 【取組】

- ・情報共有ツールの活用など、円滑な入退院時の情報共有に関する普及啓発を図る。

## 3 急変時の対応

### ■目指すべき姿

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。

### ■指標

| 項目                      | 当初<br>(年度末時点)      | 現状<br>(年度末時点)   | 説明                                |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 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<br>(2022年)    | 12か所<br>(2023年) | 在宅療養患者に対する医療資源の量により、提供体制を評価(S)    |
| 緊急時訪問看護加算算定者数(認定者1万対)※  | 459.36回<br>(2019年) |                 | 緊急対応を行った介護サービスの提供により、急変時の連携を評価(P) |

#### 【評価】

- ・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数は、前年より1か所減少している。

#### 【取組】

- ・本人(家族)と関係者へACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及啓発を図る。

## 4 看取り

### ■目指すべき姿

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・介護関係者が、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。

### ■指標

| 項目                              | 当初<br>(年度末時点)     | 現状<br>(年度末時点)     | 説明                                   |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------------|
| 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<br>(2022年)   | 17か所<br>(2023年)   | 在宅療養患者に対する医療資源の量により、提供体制を評価(S)       |
| 在宅ターミナルケアを受けた患者数(算定回数)(人口10万対)※ | 103.4回<br>(2019年) | 149.5回<br>(2021年) | 在宅療養患者の看取りに取り組んでいる実績により支援体制を評価(S)    |
| 看取り介護加算算定者数(認定者1万対)※            | 14.75回<br>(2019年) |                   | 介護老人福祉施設等特定施設での看取りに関する医療機関との連携を評価(P) |

#### 【評価】

- ・在宅看取りを実施している診療所・病院は、前年より1か所増加している。
- ・在宅ターミナルケアを受けた患者数は、前回より46.1回(約45%)増加している。

#### 【取組】

- ・本人(家族)と関係者へ ACP や終活支援ノートの普及啓発と、看取りに関する認識・理解の促進を図る。

#### 〈説明〉

指標中の※の項目 データ出典：地域包括ケア「見える化」システム、NDB より

(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

## 令和5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3年度 | 52   | 4.3 | 41            | 3.4 |
| 令和4年度 | 115  | 9.6 | 71            | 5.9 |
| 令和5年度 | 105  | 8.8 | 100           | 8.3 |

## 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  |
|------------|---|---|
| 60歳代<br>男性 | 医療機関（地域連携部門）より<br>独居<br>無断欠勤により社員が自宅を訪問、玄関<br>先で倒れていた本人を発見し救急搬送さ<br>れた。脳梗塞による高次機能障害があり、<br>退院後の生活について、在宅療養可能か<br>を含め調整が必要 | ・医療機関地域医療連携部門、地域包括支<br>援センターと連絡調整、ケース会議の実施<br>・成年後見制度の利用のための支援<br>・要介護4 |
| 70歳代<br>女性 | 医療機関（地域連携部門）より<br>独居<br>転倒し救急搬送された。子宮頸がん末期、<br>親族は関り拒否、経済的な理由等により、<br>医療機関の受診が困難なため、退院後の<br>在宅療養に向けての調整が必要                | ・医療機関地域医療連部門、地域包括支<br>援センター、社会福祉協議会と連絡調整<br>・成年後見制度の利用のための支援<br>・要介護1   |

## 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
- ・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、社会福祉協議会にて配布
- ・地域の団体へ出前講座を実施

【配布実績】

| 年度    | 配布数   | 内 訳   |       |           |
|-------|-------|-------|-------|-----------|
|       |       | 窓口    | 出前講座等 | 高齢者実態把握調査 |
| 令和3年度 | 858   | 664   | 194   | -         |
| 令和4年度 | 1,680 | 1,268 | 138   | 274       |
| 令和5年度 | 2,169 | 960   | 884   | 325       |

(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

① 登録施設数・利用登録者数(令和6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)    | 20    | 153    |
| 2 | 医療機関(歯科)    | 14    | 26     |
| 3 | 薬局          | 21    | 54     |
| 4 | 居宅介護支援事業所   | 33    | 83     |
| 5 | 地域包括支援センター  | 5     | 33     |
| 6 | 介護保険サービス事業所 | 90    | 277    |
| 7 | その他※        | 16    | 36     |
|   | 計           | 199   | 662    |

※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、社会福祉事業所、マッサージ事業所、医療機器メーカー、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

②情報共有者開始延数:261件

1 個別的支援(ハイリスクアプローチ)

|   |                    | 令和3年度   |       | 令和4年度   |       | 令和5年度   |       |
|---|--------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
|   |                    | 実施者数    | 実施延件数 | 実施者数    | 実施延件数 | 実施者数    | 実施延件数 |
| 1 | 低栄養防止事業            | 33      | 75    | 36      | 85    | 52      | 103   |
| 2 | 口腔機能低下防止事業         |         |       | 4       | 8     | 29      | 46    |
| 3 | 糖尿病性腎症重症化予防事業      | 23(2)※1 | 71    | 22(1)※1 | 55    | 20(1)※1 | 55    |
| 4 | 生活習慣病(循環器系)重症化予防事業 | 36      | 104   | 32      | 79    | 39      | 66    |
| 5 | 健康状態不明者への支援事業      | 71      | 124   | 67      | 139   | 141     | 165   |
|   | 計                  | 163     | 374   | 161     | 366   | 281     | 435   |
| 6 | 服薬(重複投薬・多剤投与等)     |         |       | 9       | 15    | 17      | 30    |

※1 ( )は再掲:受診勧奨と保健指導の2回カウント

地域の関係団体と連携し協力を得ることで事業が拡大し、低栄養防止事業・口腔機能低下防止事業・健康状態不明者への支援事業の実施者数及び実施延件数が増加した。

健康状態不明者への支援事業については、5年度から地域包括支援センターの協力を得て事業を実施している。今年度は優先度の高い者に支援が実施できるよう、事前に高齢者へ質問票を送付し、アセスメント結果を考慮して訪問する方法に変更した。今後も関係課や関係団体と連携しながら支援を実施していく予定である。

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3年度     |      |       | 令和4年度     |      |       | 令和5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 |
| 1 | 100歳体操3年目支援 | 28        | 28   | 429   | 9         | 9    | 150   | 8         | 8    | 67    |
| 2 | みんな元気教室     | 8         | 16   | 199   | 10        | 20   | 301   | 10        | 20   | 289   |
|   | 計           | 36        | 44   | 628   | 19        | 29   | 451   | 18        | 28   | 356   |

みんな元気教室は令和2年度から6年度までに、市内の27地域振興会を一巡できるよう計画しており、毎年計画書どおり実施できている。

令和4年度からオーラルフレイルの講義を追加し、5年度は歯科衛生士を新たなスタッフとして追加することで内容の充実を図った。

フレイル予防の教室は市関係課及び地域包括支援センターで実施しているため、一体的に事業を実施できるように、地域包括支援センターや関係課等と協議していく予定である。

1 個別的支援事業(ハイリスクアプローチ)

| 事業       | 低栄養防止事業   |  |                                   | 口腔機能低下防止事業  |
|----------|---|--|-----------------------------------|---|
|          | 保健指導  |  |                                   | 受診勧奨<br>保健指導  |
|          | ①-ア   | ①-イ  | ②                                 |   |
| 健康課題     | ・健診の質問票において「やせリスク者」は9.2%おり、「BMI18.5未満及び20以下」の割合がR5に増加したことから、低栄養防止対策が必要である。  |  |                                   | ・健診の質問票において、「口腔機能のリスク者」が40%以上おり、75歳歯科健診受診率も一昨年より低下したことから、口腔フレイル対策が必要である。  |
| 情報       | 健康診査 (R5)   |  | 介護支援専門員からの情報                      | 健康診査・レセプト (R5)  |
| 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<br><br>・BMI18.5未満で、後期高齢者質問票でNo6「半年以内に2kg以上体重減少がある」と回答した者  |  | 介護支援専門員が栄養指導を必要と判断した者で本人の同意が得られた者 | 85歳未満健康診査を受診した者で、下記に該当する者<br><br>・後期高齢者質問票No4「硬い物が食べにくい」No5「汁物等でむせる」の両方に回答した者のうち、過去1年間歯科受診していない者<br>・要介護認定者及びがん・うつ・認知症の者を除く |
| 対象者の選定基準 | 要介護認定なしで、認知症・うつ・がんの既往がない者、R5支援履歴のある者を除く   | 要介護2以下で、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   | かかりつけ医が保健指導の必要性を認める者              | 支援履歴のある者を除いた者のうち、優先度の高い者 (BMI20未満者またはHbA1c7.0%以上の者)   |
| 実施方法     | ・案内文と後期高齢者質問票を送付<br>・県栄養士会(管理栄養士)が初回訪問<br>・約3か月後、2回目訪問<br>・半年後、3回目訪問  | ・介護支援専門員が「管理栄養士訪問依頼票」を市へ提出<br>・市が「保健指導確認書及び指示書」をかかりつけ医へ配付<br>・かかりつけ医が「保健指導確認書」を市へ提出<br>・担当栄養士を決定し、介護支援専門員と管理栄養士が同行訪問<br>・約3か月後、2回目訪問<br>・半年後、3回目訪問 |                                   | ・案内文と後期高齢者質問票を送付<br>・市管理栄養士と県歯科衛生士会(歯科衛生士)が同行訪問<br>・約2～3か月後、2回目訪問   |
| 目標       | ・やせ(BMI18.5未満)の者の体重を維持・改善させる  |  |                                   | ・要歯科医療者を歯科医の受診へつなげる<br>・口腔機能低下を防止する   |
| 評価指標     | ・体重維持・改善できた者の割合<br>・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<br>・やせ(BMI18.5未満)及びやせ傾向(BMI20以下)の者の割合の変化<br>・1年後の要介護認定の状況<br>・簡易栄養状態評価表で栄養状態が維持・改善できた者の割合 |  |                                   | ・歯科医療機関の受診状況<br>・後期高齢者質問票No4、5(口腔)の項目の割合の変化<br>・1年後の要介護認定の状況<br>・口腔機能が維持・改善できた者の割合(嚥下機能・オーラルディアドコキネシス)の変化)                  |
| 担当課      | 保険年金課   | 保険年金課  |                                   | 保険年金課   |
| 主な関係機関   | 県栄養士会   | 県栄養士会・介護支援専門員  |                                   | 県歯科衛生士会   |

令和6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

| 事業       | 服薬(重複投薬・多剤投与等)   | 身体的フレイル  |  |
|----------|--|--|--|
|          | 保健指導   | 保健指導   |  |
| 健康課題     | ・医療費分析では、循環器系疾患(心疾患、腎不全、糖尿病)が占める割合が高く、重複投薬や多剤投与者のポリファーマシーが懸念される。   | ・要介護者の有病状況は、糖尿病、脳疾患、筋・骨格、精神が国・県より高く、医療費分析では骨折は入院の要因の上位である。健診の質問票においても「運動・転倒リスク者」が7割以上おり、身体的フレイル対策が必要である。 |  |
| 情報       | レセプト(R5)   | R6みんな元気教室  | 介護支援専門員からの情報   |
| 対象者の抽出基準 | 富山県後期高齢者医療広域連合が実施する服薬通知事業対象者(下記)のうち、広域連合(委託業者)が選定した要訪問対象者<br><br><服薬通知事業対象者抽出基準値><br>ア 多剤服薬者:3か月医療機関を受診した者で投与14日以上かつ10剤以上処方された者(生薬を除く)<br>イ 重複服薬者:アの者のうち2医療機関以上で同一薬効の薬を処方されている者<br>ウ 2医療機関以上から定期的に処方されている薬剤に併用禁忌とされる薬剤がある者 | みんな元気教室のフレイル度チェックで、フレイルの可能性が高い者  | 介護支援専門員が運動指導を必要と判断した者で本人の同意が得られた者  |
| 対象者の選定基準 | 上記のうち優先度の高い者   | 同上   | 同上   |
| 実施方法     | ・広域連合(委託業者)がレセプトをもとに服薬通知対象者リストを作成<br>・広域連合(委託業者)がその中から要訪問対象者を選定<br>・市が市薬剤師会へ訪問者の選定について相談し、訪問者を決定<br>・市保健師が訪問指導を実施し、薬局での相談を勧奨<br>・薬局での相談を希望された場合、担当薬剤師へ訪問時の状況等を情報提供し、薬剤師が薬局での相談を実施  | ・みんな元気教室(初回)から2~3か月後に管理栄養士が訪問指導を実施<br>・2回目教室で評価を実施<br>・必要時、理学療法士と同行訪問や介護予防事業へつなぐ                         | ・介護支援専門員等が市地域福祉課(理学療法士)へ「リハビリ依頼書」を提出<br>・市理学療法士等が訪問指導を実施<br>・必要時継続訪問や介護予防事業等へつなぐ |
| 目標       | ・薬剤の服薬状況等を確認し、ポリファーマシーを回避する  | ・フレイル予備群の者のフレイル状態を維持・改善させる   |  |
| 評価指標     | ・多剤処方服薬数が10剤以上の者の割合<br>・重複服薬が改善された者の割合<br>・薬局への相談に繋がった人数(割合)   | ・地域支援事業に繋がった者の割合<br>・1年後の要介護認定状況<br>・フレイル度(2回目の教室)が維持・改善した者の人数(割合)                                       |  |
| 担当課      | 保険年金課  | 保険年金課  | 地域福祉課(理学療法士)   |
| 主な関係機関   | 県薬剤師会<br>介護支援専門員   | 県栄養士会<br>地域福祉課(理学療法士)  | 介護支援専門員  |

令和6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

| 事業       | 糖尿病性腎症重症化予防事業  |                           |   |  |
|----------|--|---------------------------|---|--|
|          | 受診勧奨(手紙・訪問)  |                           | 保健指導  |  |
|          | ①未治療者  | ②治療中断者                    | ③-1未治療者<br>治療中断者  | ③-2糖尿病治療中  |
| 健康課題     | <p>・要介護者の有病状況は、糖尿病、脳疾患、筋・骨格、精神が国・県より高く、医療費分析では、循環器系疾患(心疾患、腎不全、糖尿病)が占める割合が高い。また高血圧患者、糖尿病の合併症患者、腎不全患者の割合が県よりやや高く年々増加している。生活習慣病の重症化予防対策が重要である。</p>                    |                           |   |  |
| 情報       | 健康診査・レセプト(R5)  | レセプト(R5)                  | 健康診査・レセプト(R5)   |  |
| 対象者の抽出基準 | <p>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、レセプト情報で糖尿病治療歴がない者</p> <p>ア HbA1c7.0～7.9%<br/>かつ<br/>尿蛋白1+以上<br/>かつ/または<br/>eGFR 45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満<br/>イ HbA1c8.0%以上</p> | <p>85歳未満糖尿病治療中断者</p>      | <p>①②のうち、糖尿病性腎症第3期と想定される者(下記)</p> <p>HbA1c7.5%以上<br/>尿蛋白1+以上<br/>かつ/または<br/>eGFR30～44mL/分/1.73m<sup>2</sup></p> | <p>85歳未満、糖尿病で治療中<br/>ア 糖尿病性腎症と想定される者</p> <p>HbA1c7.5%以上<br/>かつ<br/>尿蛋白1+以上 かつ/または<br/>eGFR30～44mL/分/1.73m<sup>2</sup></p> <p>イ 血糖値及び血圧値の両方が高値な者</p> <p>HbA1c7.5%以上<br/>かつ<br/>血圧150mmHgかつ/または<br/>90mmHg以上の者</p> <p>ウ 国保や前年度からの支援継続者</p> |
| 対象者の選定基準 | 同上   | 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 | 本人及びかかりつけ医が保健指導を必要と認める者   | 本人及びかかりつけ医が保健指導を必要と認める者<br>前年度保健指導者及びがん、認知症、要介護者を除いた優先度の高い者  |
| 実施方法     | <p>・年度当初、受診勧奨案内を送付<br/>・3か月後、レセプトで受診状況を確認<br/>・未受診者へ再度案内文を送付し訪問等により強く受診勧奨の実施<br/>・医療機関未受診の場合、訪問等で受診勧奨を継続</p>   |                           | <p>・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付<br/>・保健師等がかかりつけ医の指示のもと、継続的な保健指導の実施</p>  | <p>・初回訪問(保健指導の同意を確認)<br/>・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付<br/>・保健師等がかかりつけ医の指示のもと継続的な保健指導の実施</p>  |
| 目標       | <p>・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<br/>・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</p>  |                           |   |  |
| 評価指標     | <p>・未治療者のうち医療機関を受診した者の割合<br/>・未治療者のうち治療が開始になった者(服薬開始、傷病名がついた)の割合<br/>・治療中断者のうち健診に繋がった者の割合<br/>・治療中断者のうち医療機関を受診した者の割合</p>   |                           | <p>・HbA1c値が維持・改善した者の割合<br/>・医師との連携者数(割合)<br/>・保健指導実施率</p>   |  |
| 担当課      | 保険年金課  |                           | 保険年金課・保健センター  |  |
| 主な関係機関   | かかりつけ医   |                           | かかりつけ医  |  |

令和6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

| 事業       | 生活習慣病(循環器系)重症化予防事業  |   |  |
|----------|---|---|--|
|          | 受診勧奨(手紙・訪問)   | 保健指導  | 受診勧奨(手紙・訪問)  |
|          | ④未治療者   | ⑤-2高血圧症治療中  | 腎未治療者  |
| 健康課題     | <p>・要介護者の有病状況は、糖尿病、脳疾患、筋・骨格、精神が国・県より高く、医療費分析では、循環器系疾患(心疾患、腎不全、糖尿病)が占める割合が高い。また高血圧患者、糖尿病の合併症患者、腎不全患者の割合が県よりやや高く年々増加している。生活習慣病の重症化予防対策が重要である。</p>                                 |   |  |
| 情報       | 健康診査・レセプト(R5)   | 健康診査・レセプト(R5)   | 健康診査・レセプト(R5)  |
| 対象者の抽出基準 | <p>85歳未満<br/>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歴がない者</p> <p>ア 血圧150mmHg または 90mmHg以上<br/>イ 血圧140mmHg かつ/または 90mmHg以上 かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73m<sup>2</sup></p> | <p>85歳未満、高血圧で治療中</p> <p>ア 高血圧と腎機能低下の両方に該当する者<br/>血圧150mmHg または 90mmHg以上 かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73m<sup>2</sup><br/>イ 前年度からの支援継続者</p> | <p>腎機能不良かつ医療機関への受診がない者</p> <p>尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR44mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以下</p> |
| 対象者の選定基準 | <p>上記のうち、優先度の高い者(下記の両方該当する者)<br/>血圧150mmHg または 90mmHg以上 かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73m<sup>2</sup></p>   | <p>本人及びかかりつけ医が保健指導を必要と認める者<br/>前年度保健指導者及びがん、認知症、要介護者を除いた優先度の高い者</p>   | 同上   |
| 実施方法     | <p>・年度当初、対象者へ受診勧奨案内を送付<br/>・3か月後、レセプトで受診状況を確認<br/>・優先度の高い者へ訪問等で受診勧奨の実施<br/>・必要に応じ、訪問等で受診勧奨を継続</p>   | <p>・初回訪問(保健指導の同意を確認)<br/>・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付<br/>・保健師等がかかりつけ医の指示のもと継続的な保健指導の実施</p>   | <p>・年度当初、受診勧奨案内を送付<br/>・レセプト等で受診状況を確認<br/>・訪問等で受診勧奨を実施<br/>・必要に応じ、受診勧奨を継続</p>    |
| 目標       | <p>・高血圧未治療者の医療機関受診率を増加させる<br/>・高血圧治療中の者における保健指導実施率を増加させる</p>  |   | <p>・腎機能不良者の医療機関受診率を増加させる</p>   |
| 評価指標     | <p>・医療機関を受診した者の割合<br/>・治療が開始になった者(服薬開始、傷病名がついた)の割合</p>  | <p>・血圧値が維持・改善した者の割合<br/>・医師との連携者数(割合)</p>   | <p>・健診及び医療機関の受診状況</p>  |
| 担当課      | 保険年金課   |   | 保険年金課  |
| 主な関係機関   | かかりつけ医  |   | かかりつけ医   |

令和6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

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 事業       | 健康状態不明者への支援事業   |  |
|          | 受診勧奨 保健指導   |  |
| 健康課題     | ・健康状態不明者が、500人以上存在し、重症化(死亡・要介護認定)しやすい。  |  |
| 情報       | 健康診査・レセプト<br>(R5ともになし)  |  |
| 対象者の抽出基準 | 85歳未満で健康状態が不明な者<br><br>R5健康診査、医療及び介護レセプトのない者  |  |
| 対象者の選定基準 | 76～79歳及び74歳以下の者のうち支援の必要性の高い者  | 75歳及び80歳のうち、支援の必要性の高い者(独居または高齢者のみの世帯)  |
| 実施方法     | <ul style="list-style-type: none"> <li>案内文と後期高齢者質問票を送付</li> <li>質問票の返信状況を確認</li> <li>質問票の返信のない者及び返信内容で支援の優先度の高い者から、管理栄養士及び看護師が訪問指導を実施</li> <li>必要時継続訪問</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>案内文と後期高齢者質問票を送付</li> <li>質問票の返信状況を確認</li> <li>質問票の返信結果を含めた対象者名簿を、地域福祉課を通して地域包括支援センターへ送付</li> <li>支援の優先度の高い者から地域包括支援センターが訪問指導を実施</li> <li>必要時継続訪問</li> </ul> |
| 目標       | <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の健診受診率を向上させる</li> <li>必要な者を医療や介護保険サービス等へつなぐ</li> </ul>  |  |
| 評価指標     | <ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診者の割合</li> <li>医療や保健、介護保険サービス等に繋がった者の人数(割合)</li> <li>75歳歯科検診受診者の割合</li> </ul>   |  |
| 担当課      | 保険年金課   | 保険年金課・地域福祉課  |
| 主な関係機関   | 地域包括支援センター  | 地域包括支援センター   |

## 令和6年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

## 2 通いの場等への積極的関与（みんな元気教室 実施要項）

## 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9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。<br>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<br>地域振興会             |
|             | 理学療法士会・県栄養士会・県歯科衛生士会へ派遣依頼書を送付する。                            | 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<br>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<br>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<br>県歯科衛生士会<br>県栄養士会等 |

## 7 評価指標

- ・フレイル状態(チェック3個以上)が維持・改善した者の割合
- ・BMI20以下(やせ気味)が維持・改善した者の割合
- ・行動目標が「70%以上達成できた」と回答した者の割合
- ・栄養バランスチェックが6点以下(栄養状態不良)の者の割合
- ・オーラルフレイルチェックが4点以上(口腔状態不良)の者の割合
- ・「フレイルを知っている」と回答した者の割合
- ・医療・介護サービス等が必要と判断される人数、医療・介護サービスへの連携者数

## 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)<br>後期高齢者質問票の記入 | 市保健師又は看護師(2名)<br>市管理栄養士(1名)<br>理学療法士(1名)<br>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<br>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<br>(初回教室の<br>4~5か月後) | 30分 | フレイル度チェック(握力・筋肉量・5m歩行)<br>後期高齢者質問票の記入 | 市保健師又は看護師(2名)<br>市管理栄養士(1名)<br>歯科衛生士会(1名)<br>県栄養士会(2名) |
|                          | 25分 | オーラルフレイルチェックとその予防                     | 歯科衛生士会   |
|                          | 15分 | 「フレイルにならない食事の摂り方part②」                | 市管理栄養士<br>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