

## 令和7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7年7月4日（金）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、鳥山委員、矢野委員、深原委員、稲田委員、永野委員、宮城委員、道谷委員、森委員、阿部委員、紺谷委員、新谷委員  
〈ワーキング部会長〉  
稲田部会長（普及啓発ワーキング部会）  
松岡部会長（情報共有ワーキング部会）  
〈事務局〉 杉本福祉保健部長、柏嶋射水市民病院看護部長、菓子福祉保健部次長、小見政策調整監、黒川介護保険課長、政岡保険年金課長、村中地域福祉課長、長谷川地域共生推進班長、種村地域福祉課課長補佐、大伴保険年金課主査、木谷地域福祉課主査、寶田主任、村上理学療法士、細橋社会福祉士

- 4 欠席者** 野村部会長（在宅支援ワーキング部会）

### 5 議題（事務局説明項目）

- (1) 令和7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6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

委員： 昨年度の普及啓発ワーキング部会のテーマは認知症であり、研修会や講演会もそのテーマに沿って実施した。今年度のテーマを在宅緩和ケアとした意義を教えてください。

会長： 終末期医療において、今後は病院で最期を迎えられない時代に向かうので、最期を迎える場を真剣に考えなければならない。施設または在宅を選択することになるが、在宅で看取りができることは市民にあまり知られていない。その周知を含め、取組を紹介し、学ぶ機会を設けたいと考え選定した。

高岡医療圏には高岡市民病院と厚生連高岡病院に緩和ケア病棟があるが、厚生連高岡病院は県内でも在宅復帰率が非常に高い。緩和

和ケア病棟はホスピスのようなイメージがあるが、厚生連高岡病院は入院とともに退院支援が始まり、高岡市で使用する「バイタルリンク」というシステムを活用した多職種連携を行っている。在宅支援にあたり地域に求められることなどをご講演いただきたく、厚生連高岡病院緩和ケアセンターで診療部長の村上医師に講師依頼をしたところ、ご快諾くださった。

事務局： 認知症についての普及啓発も必要であると感じている。今年度、生活支援・介護予防の分野で地域住民向けの研修会を設ける予定である。講師等は決まっていないが、認知症をテーマにすることも視野に入れて検討していきたいと考えている。

会長： まだ実験的な段階ではあるが、病院の協力を得て、在宅開業医の支援体制を構築したいと考えている。なるべく病院に負担がかからないように進めたいと思っている。

委員： 今後、国は病院のベッドを11万床減らすと言っており、在宅で看取るケースが増えると考えられる。状況は地域によって異なると思うが、公立病院としてぜひ協力していきたい。

## (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： 多くの訪問看護、ヘルパー事業所がトリトラスに参加している一方で、ショートステイやデイサービス事業所の参加が非常に少ない。在宅支援では難しいが、ショートステイは利用者の排泄や食事を把握できる環境にある。施設滞在時の様子を連携ノートに記してくれる事業所もあるが、より詳細な情報がほしいと感じる場面もある。トリトラスへの参加を依頼しても応じない事業者も多いので、そのような事業所にもトリトラスの利用を啓発し、射水市の介護保険サービス全体が参加する方向になってほしい。見えていない生活環境を共有することが多職種での情報把握や理解につながるのではないか。

会長： ショートステイは利用者の1日の様子を把握することができるため、ショートステイ側からの情報は大変参考になるだろう。

事務局： ショートステイは在宅サービスではあるが、施設の一部でもあり、在宅サービスとしての情報共有が進んでいないのかもしれない。昨年の規約改正で、入院中や施設利用中の方もトリトラスで情報共有

できるようになったので、その点も踏まえて普及に努めていきたい。

6月24日のトリトラス説明会では活用方法について大変分かりやすくお示しいただいたので、その内容を紹介しながらトリトラスの普及や利用方法の周知等の取組を検討していきたい。

会 長： トリトラスの利用を事例として示す機会を設け、普及できるとよい。

委 員： ショートステイは単発的な利用が多いが、滞在時に体調不良となった際は医療機関が施設へ往診できないので、利用を打ち切られることもある。ショートステイの利用はその時々で利用の判断を行うことも多いため、発信できる情報が限られる面もあるのではないかと反対に、ショートステイ側も在宅でどのような支援を受けているのかが見えづらい現状であると思う。

レスパイトケアは、医療行為が必要になった際の対応や入院も含めて対応できるため、リスクの高い方は恩恵を受けられていると思う。

委 員： レスパイト入院を受け入れているが、数は少ないため、もっと利用してほしい。利用時に一通りの検査を行うため、その際に新たな異常を見つけられる利点もある。定期的にレスパイト入院するののひとつの手段だと思う。入院相談は地域連携室までお願いしたい。

会 長： 射水市内の訪問看護ステーションは緊急訪問の数が増加する中、限られた事業所数で対応されていると思う。

委 員： 射水市の訪問看護ステーションは富山市や高岡市と比較するとベテラン職員が多く心強い。いずれのステーションも24時間緊急対応できる体制をとっており、射水市の人口からすると訪問看護師の人数は少ないが、うまく稼働していると思う。

会 長： 施設での看取りについてご意見を伺いたい。

副 会 長： 私の施設では年間で5名程度の看取りを行っているが、看取りを行うには家族の意思がまとまっていることが大前提である。

施設入所時に必ず看取りの意向を確認するが、入所時に看取りの意向が定まっていることは少なく、最終的に意向が変わることが多いのが現状である。施設職員は、看取りとなる対象者の家族や嘱託医とこまめに連絡を取り、最期まで責任を持って担当できるよう

取り組んでいる。

委員： ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の意向を聞くタイミングによっては相手が戸惑う場合がある。今年度の普及啓発ワーキング部会では在宅緩和ケアをテーマに事業が進められるが、普段からACPに関する意識付けをすることが重要である。

### （3）令和6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

会長： 地域包括支援センターでは具体的にどのような相談ケースがあるのか。

委員： 在宅療養では家族が介護負担を抱えてしまい虐待につながる恐れがあるため、市と相談しながら家族の負担になっていないかを確認している。介護者へのアセスメントを実施し、介護者を守ることも配慮しながら関わっている。

会長： 在宅医療いみずネットワーク会員のうち多職種連携支援システムを導入している施設が6割台とあり、6月に行ったシステム説明会も非常に意味があったのではないかと。今後も支援に繋がるとよい。

### （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

会長： ポリファーマシーに関して、評価指標に「薬剤師への相談に繋がった人数」とあるが、どのように連携しているのか。

委員： 射水市では以前から薬剤師の訪問事業を行っている。初回は患者情報がない状態で訪問しているが、現地で生活実態や服薬状況を把握し、服薬改善につながった好事例があった。現在は市担当者が初回訪問し、2回目に薬剤師が訪問する体制だが、2回目に薬剤師が訪問するとなると断られるケースがあり、服薬支援に繋がらないこともある。2回目で薬剤師が確実に訪問するには、担当ケアマネジャーのバックアップが必要であると感じた。薬が減ると体調が改善するケースも多いため、ケアマネジャーからも薬剤師の訪問を強く勧めてほしい。

資料3の多職種連携支援システムについては、薬剤師もシステムに入り、服薬状況等を共有できるようにしたい。システムで情報連携する際は医師やケアマネジャーからの招待が必要なので、ぜひ薬

剤師にも声をかけてほしい。

委員： 資料4-3の評価資料について、かなり高い目標設定をしているように感じた。設定根拠をもう一度説明してほしい。

事務局： 「フレイル状態（チェック3個以上該当）の人数、その者の維持・改善者数と割合（目標80%）」について、教室参加者でフレイル状態に該当する人数自体は少ないが、参加者によって改善率の変動が大きい。令和5年度と令和6年度はチェックが3個以上の人は100%改善したが、改善率の変動幅が大きいことを考慮して目標を80%とした。

「BMI20以下の者（やせ気味）の人数、その者の維持・改善者数と割合（目標80%）」については、令和5年度と令和6年度は改善者の割合が減少しているが、過去に実績値が70%だった年度もあったことから、これ以上を目指したいと考え、目標を80%とした。

「質問票No3（3食食べている）と回答した人数と割合（目標100%）」については、3食食べていない参加者が若干名いることから、1回目の教室では生活習慣で改善したいこと、継続したいことについて目標設定を行い、2回目の教室時には3食食べてもらえるように支援している。参加者は健康意識が高い方が多いこともあり、目標を100%とした。

# 令和7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7年7月4日(金)

午後1時30分

会場 市役所本庁舎4階 会議室401

## 1 開会

## 2 副会長選出

## 3 議題

- (1) 令和7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6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)

## 4 閉会

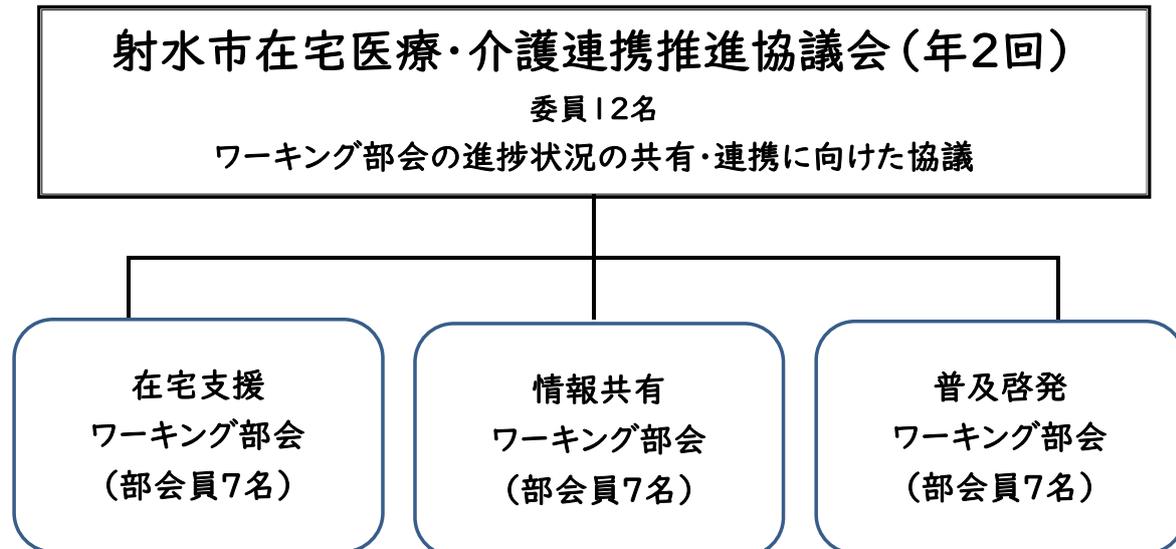
参考資料1 射水市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱

## 令和7年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画

事業内容 (地域支援事業実施要綱より)		実施計画	実施 主体
1 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)			
(1)	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。	○医療機関、介護事業所等の情報の把握 ○リストの作成・管理とデータ更新 ○市ホームページでのデータ公開  *在宅医療・介護連携支援相談窓口担当者が実施	市
(2)	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。	<b>射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回)</b> 【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 ※ 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
(3)	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 ・(新)在宅療養支援病院による開業医の在宅医療体制の支援体制の検討(病院医師が開業医の副主治医として往診体制等をバックアップする仕組みづくり)	医師会
		<b>在宅支援ワーキング部会(年2回)</b> 【検討内容】 ・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	市
2 対応策の実施			
(1)	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
(2)	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 (R7.4から医療機関や薬局での配置協力を依頼)	医師会 市
		<b>普及啓発ワーキング部会(年2回)</b> 【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	市
(3)	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の支援を行う。  ② 医療・介護関係者へ多職種連携支援システム(トリトラス)の導入拡大を図るため、システム活用事例の紹介及びシステム説明会を行う。  ③ 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  <b>情報共有ワーキング部会(年2回)</b> 【検討内容】 ・射水市多職種連携支援システムの普及・活用 ・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及	市
		(新)多職種連携支援システム説明会 三師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会)合同によるハイブリット形式研修会の開催	三師会 市
		○射水市医師会委託による研修会の実施(年3回) ・多職種協働事例検討会 ・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
3 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7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
<p>1 歯科・口腔の事例に関する研修会を開催する。</p> <p>2 介護者アセスメント票の周知その活用について検討する。</p> <p>3 介護お助け隊について活用状況・評価・更新を行う。</p> <p><b>【実施時期】</b> 8月、12月</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3 射水市版情報共有ツールガイド第4版の普及・活用について検討する。</p> <p><b>【実施時期】</b> 8月、12月</p>	<p>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。</p> <p style="text-align: center;"><u>テーマ「在宅緩和ケア」</u> 令和7年11月30日(日) 開催予定</p> <p><b>【実施時期】</b> 8月、12月</p>

令和7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
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 副会長	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		○
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		
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 会計 (なでしこの里居宅介護支援事業所)	森 祥子	新	

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	岩井 健治		
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 主任	宮脇 真未	新	
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 (七美ことぶき苑居宅介護支援事業所)	池上 恵子		
7	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		○

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	稲田 雅一	新	○
3	学識経験者	富山福祉短期大学 准教授	宮城 和美		
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	松永 綾乃	新	
6	介護サービス提供事業者代表	特別養護老人ホーム七美ことぶき苑 事務長	鳥山 ゆきの	新	
7	地域包括支援センター代表	新湊東地域包括支援センター 生活支援コーディネーター	辻 宏和	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出来るようになる。

## 【指標】

項目	R5 協議会 (設定)	R6 協議会	R7 協議会 (直近)
①多職種連携支援システム(トリトラス)の延べ利用者数 医療・介護関係者間で情報共有できる体制	204人 (R4)	261人 (R5)	334人 (R6)
②居宅療養管理指導算定回数 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	6,797件 (R4)	7,923件 (R5)	9,676件 (R6)

※出典:①市地域福祉課 ②市介護保険課

## 【評価】

①トリトラスの延べ利用者数は、令和5年度から令和6年度にかけて73人(約28%)、指標設定時より130人(約64%)増加している。

②居宅療養管理指導算定回数は、令和5年度から令和6年度1,753件(約22%)、指標設定時より2,879件(約42%)増加している。

(参考) 高岡地域医療圏地域医療計画(R6~R11)の推進について(在宅医療)

項目	データ 出典	高岡医療圏				
		策定時	直近	直近		
				高岡市	射水市	氷見市
訪問診療を実施している診療所・病院数 (人口10万人比)	NDB	81 (26.4)	* *	54 (32.3)	23 (25.1)	* *
		R3	R4			
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 (人口10万人比)	医療施設調査	56 (18.2)	61 (20.1)	42 (25.1)	14 (15.3)	5 (11.1)
		R3	R4			
訪問薬剤指導の実績のある薬局数(介護保険:居宅療養管理指導含)	県薬剤師会調べ	67 (22.0)	81 (26.9)	49 (29.6)	23 (25.2)	9 (20.4)
		R4	R6.12月末			

【出典:高岡地域医療圏推進対策協議会(R7.3.10)】

## 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	R5 協議会 (設定)	R6 協議会	R7 協議会 (直近)
③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	575.1回	738.7回
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	(R1)	(R3)	(R4)
④退院・退所加算の算定回数(人口10万対)	750.7回	801.5回	863.8回
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	(R3)	(R4)	(R5)
⑤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	87.5回	109.9回
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	(R3)	(R4)	(R5)

※出典:③④⑤ 地域包括ケア「見える化」システム、NDB

### 【評価】

③退院支援(退院調整)を受けた患者数は、令和3年度から令和4年度にかけて、163.6回(約28%)増加、指標設定時より156.2回(約27%)増加している。  
 ④退院・退所加算の算定回数は、令和4年度から令和5年度にかけて、62.3回(約8%)、指標設定時より113.1回(約15%)増加している。  
 ⑤入院時情報連携加算(介護報酬)算定回数は、令和4年度から令和5年度にかけて、22.4回(約26%)、指標設定時より29.3回(約36%)増加している。

(参考) 高岡地域医療圏地域医療計画(R6~R11)の推進について(在宅医療)

項目	データ出典	高岡医療圏				
		策定時	直近	直近		
				高岡市	射水市	氷見市
退院支援担当者を配置している病院数(人口10万人比)	医療施設調査	10 (3.2)	10 (3.2)	5 (2.9)	3 (3.2)	2 (4.3)
		R2	R4			
退院支援を実施している診療所・病院数(人口10万人比)	NDB	5 (1.6)	* *	5 (3.0)	* *	* *
		R3	R4			

【出典:高岡地域医療圏推進対策協議会(R7.3.10)】

### 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	R5 協議会 (設定)	R6 協議会	R7 協議会 (直近)
⑥24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数 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	13か所 (R4)	12か所 (R5)	13か所 (R6)
⑦緊急時訪問看護加算算定者数(認定者1万対) 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	552.23 回 (R3)	630.37 回 (R4)	682.47 回 (R5)

※出典:⑥県 HP「指定訪問看護事業所(訪問看護ステーション)

⑦ 地域包括ケア「見える化」システム

#### 【評価】

⑥24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数は、令和5年度から令和6年度にかけて1か所増加しており、指標設定時と同数となっている。

⑦緊急時訪問看護加算算定者数は、令和4年度から令和5年度にかけて52.1 回(約8%)、指標設定時より130.24 回(約24%)増加している。

(参考) 高岡地域医療圏地域医療計画(R6~R11)の推進について(在宅医療)

項目	データ出典	高岡医療圏				
		策定時	直近	高岡市	射水市	氷見市
往診を実施している 診療所・病院数 (人口10万人比)	NDB	94 (30.6)	* *	59 (35.3)	25 (27.2)	* *
		R3	R4			
往診を受けた患者数 (人口10万人比)	NDB (レセプト 件数)	3105 (1010.9)	3148 (1035.9)	1701 (1017.2)	932 (1015.5)	515 (1146.8)
		R3	R4			

【出典:高岡地域医療圏推進対策協議会(R7.3.10)】

## 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	R5 協議会 (設定)	R6 協議会	R7 協議会 (直近)
⑧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 退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)(人口10万対)	16か所 (R4)	17か所 (R5)	18か所 (R6)
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			
⑨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 (R1)	149.5回 (R3)	*
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			
⑩看取り介護加算算定者数(認定者1万対)	13.25回 (R3)	15.78回 (R4)	15.67回 (R5)
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			

※出典:⑧県医療計画別冊(令和5年3月)「在宅医療を担う医療機関等」、市地域福祉課  
⑨⑩地域包括ケア「見える化」システム

### 【評価】

⑧在宅看取りを実施している診療所・病院は、令和5年度から令和6年度にかけて1か所、設定時から2か所増加している。  
⑨在宅ターミナルケアを受けた患者数は、指標設定時から令和3年度にかけて46.1回(約45%)増加している。  
⑩看取り介護加算算定者数は、令和4年度から令和5年度にかけて0.11回(約0.1%)減少しているが、指標設定時より2.42回(約18%)増加している。

※ 日常の療養支援の指標「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する指標

→介護保険事業計画策定時に行う「在宅介護実態調査」を活用予定(令和8年2月頃)

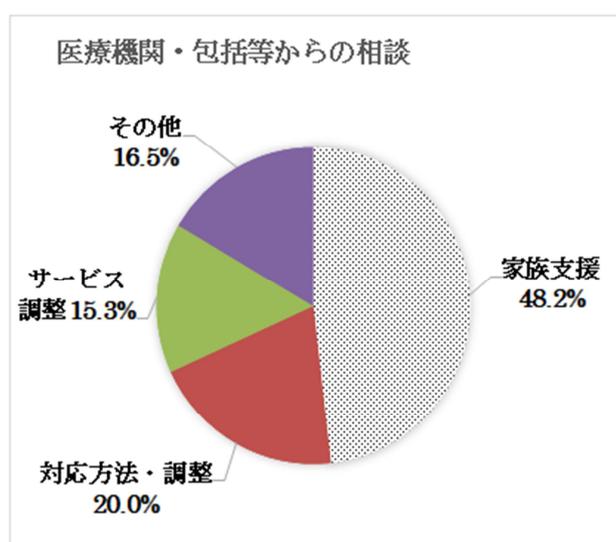
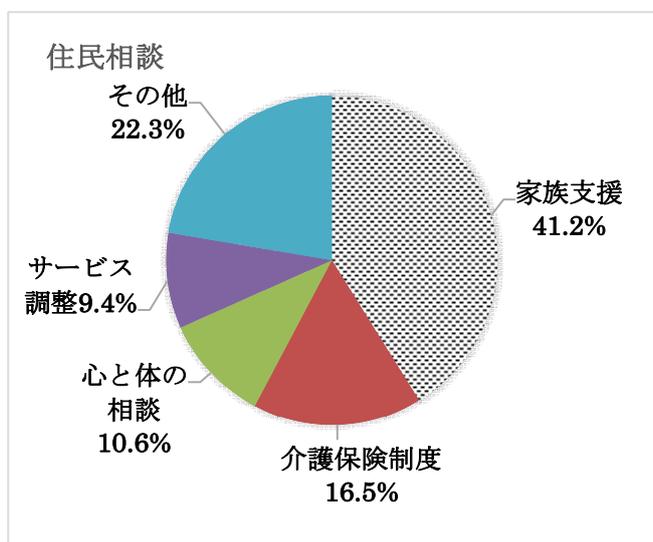
## 令和6年度在宅医療・介護連携支援相談窓口 実施状況

## 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
令和4年度	115	9.6	71	5.9
令和5年度	105	8.8	100	8.3
令和6年度	85	7.1	85	7.1

## 2 相談内容

家族支援、介護保険制度、心と体の相談、サービス調整、対応方法・調整など



## 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
平成 30年度	76	76	-	-
令和元年度	2,259	798	1,461	-
令和 2 年度	2,099	1,292	807	-
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
令和 6 年度	2,019	1,234	300	485

(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 7 年3月末現在)

	区分	登録施設数(前年比)	利用登録者数(前年比)
1	医療機関(医科)	21(+1)	164(+11)
2	医療機関(歯科)	14(±0)	27(+1)
3	薬局	25(+4)	54(±0)
4	居宅介護支援事業所	34(+1)	84(+1)
5	地域包括支援センター	6(+1)	39(+6)
6	介護保険サービス事業所	97(+7)	288(+11)
7	その他※	16(±0)	28(-8)
	計	213(+14)	684(+22)

※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:334 件

③在宅医療いみずネットワーク会員のうち、システムを導入している施設(令和7年3月末現在)

	医科	歯科	薬科	訪問看護	居宅等	包括
うちシステム導入数	11	13	17	12	32	6
導入率(%)	68.8%	61.9%	68.0%	100%	76.2%	100%

## 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 事業実績と評価

## 1 個別的支援(ハイリスクアプローチ)

		令和4年度		令和5年度		令和6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	36	85	52	103	27	65
2	口腔機能低下防止事業	4	8	29	46	23	25
3	服薬(重複投薬・多剤投与等)事業 ※2	(9) ※2	(15) ※2	(17) ※2	(30) ※2	7	7
4	身体的フレイル事業					11	13
5	糖尿病性腎症重症化予防事業	22 (1) ※1	55	20 (1) ※1	55	32	71
6	生活習慣病(循環器系) 重症化予防事業	32	79	39	66	54	62
7	健康状態不明者への支援事業	67	139	141	165	97	107
	計	161	366	281	435	251	350

※1 ( )は再掲:受診勧奨と保健指導の2回カウント

令和6年度から、国の共通評価指標が示され、事業の評価指標を見直した。

服薬事業は、令和4年度5年度は広域連合のモデル事業として実施していた。令和7年度は薬剤師会と契約し、対象者の選定や同行訪問を連携して行う予定である。

令和6年度から看護師を雇用し、糖尿病性腎症重症化予防事業・生活習慣病(循環器系)重症化予防事業の受診勧奨を充実させた。

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4年度			令和5年度			令和6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	みんな元気教室	10	20	301	10	20	289	9	18	247
2	100歳体操3年目支援等	9	9	150	8	8	67	8	8	120
	計	19	29	451	18	28	356	17	26	367

みんな元気教室については、全7か所の日常生活圏域で年1会場以上実施している。6年度に7年度以降の開催方法について地域包括支援センターと相談し、単位自治会・町内会毎に実施することに決定した。7年度は、9地区12会場で実施する予定である。

フレイル予防の教室については、市地域福祉課、保健センター及び地域包括支援センターで実施しているため、事業を一体的に実施できるように、今後も関係課及び地域包括支援センターと連携して実施していくこととする。

令和7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

資料4-2

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 保健指導
	①-ア	①-イ	②	
健康課題	・「BMI18.5未満」の割合はR5年度9.5%で年々増加傾向にあり、県(9.2%)と比較しても高いことから、低栄養防止対策が必要である。			・健診質問票において、口腔機能のリスク者が40%以上おり、やせの者(BMI18.5未満)の割合も増加傾向にあることから、口腔フレイル対策が必要である。
情報	健康診査(R6)		介護支援専門員からの情報	健康診査・レセプト(R6)
対象者の抽出基準	・BMI20.0以下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	・後期高齢者質問票No4「硬い物が食べにくい」に該当 または No5「汁物等でむせる」に該当した者のうち、過去1年間歯科受診していない者
対象者の選定基準	・85歳未満かつBMI18.5未満で、認知症、うつ、がんの既往がない者 要介護3以上、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	・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  ・85歳以上の者、85歳未満で要介護認定者、がん、認知症、うつの者を除く  ・昨年度支援を実施していない者で、80歳以下の者
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 ・約3か月後、2回目訪問 ・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 ・市が「保健指導確認書及び指示書」をかかりつけ医へ配付 ・かかりつけ医が「保健指導確認書」を市へ提出 ・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 ・約3か月後、2回目訪問 ・半年後、3回目訪問	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・市管理栄養士等と県歯科衛生士会(歯科衛生士)が同行訪問 ・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 ・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 ・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 ・1年後の要介護認定の状況 ・やせ(BMI18.5未満)及びやせ傾向(BMI20以下)の者の割合の変化 ・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			・歯科医療機関の受診状況 ・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 ・1年後の要介護認定の状況 ・後期高齢者質問票No4、5(口腔)の項目の割合の変化
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7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)事業	身体的フレイル事業	
	保健指導	保健指導	
健康課題	医療費分析では骨折による入院が2位となっており、多剤服薬によるふらつきや転倒を予防するため、ポリファーマシー対策が重要である。	高齢化率は年々高くなっており、平均自立期間は国・県・同規模と比較し、男性はやや長いが女性はやや短い。医療費分析では骨折による入院が2位となっており、「運動・転倒」のリスク者が7割以上であることから身体的フレイル対策が必要である。	
情報	レセプト(R6)	R7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  <服薬通知事業対象者抽出基準値> ア 多剤服薬者:3か月医療機関を受診した者で投与8日以上かつ11剤以上処方された者(生薬を除く) 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 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 エ 長期継続処方(漫然投与)の者	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 ・広域連合(委託業者)がその中から要訪問対象者を選定 ・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 ・市保健師が訪問指導を実施し、薬剤師の訪問を勧奨 ・薬剤師の訪問について同意を得られた対象者へ薬剤師と保健師等が同行訪問を行う。 ・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 ・2回目教室で評価を実施 ・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「リハビリ相談申込書」を提出 ・市理学療法士等が訪問指導を実施 ・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11剤以上の者の割合 ・重複服薬が改善された者の割合 ・薬剤師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 ・1年後の要介護認定状況 ・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	市薬剤師会 介護支援専門員	県栄養士会 地域福祉課(理学療法士)	介護支援専門員

令和7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 治療中断者	③-2糖尿病治療中
健康課題	・糖尿病の死亡割合や有病率は県や国より高く、健診の「血糖」の有所見割合、「血糖・脂質」「血糖・脂質・血圧」など複数の項目の有所見者割合が、国・県より高い。また腎不全患者は年々増加していることから、糖尿病の重症化予防対策が重要である。			
情報	健康診査・レセプト(R6)	レセプト(R6)	健康診査・レセプト(R6)	
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  ア HbA1c7.0~7.9% かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR 45mL/分/1.73㎡未満 イ HbA1c8.0%以上	85歳未満 糖尿病治療中断者	①②のうち、糖尿病性腎症第3期と想定される者(下記)  HbA1c7.5%以上 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73㎡	85歳未満、糖尿病で治療中 ア 糖尿病性腎症と想定される者  HbA1c7.5%以上 かつ 尿蛋白1+以上 かつ/または eGFR30~44mL/分/1.73㎡  イ 血糖値及び血圧値の両方が高値な者  HbA1c7.5%以上 かつ 血圧150mmHgかつ/または 90mmHg以上の者  ウ 国保や前年度からの支援継続者
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 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	・受診勧奨案内を送付 ・レセプトで受診状況を確認 ・訪問等により強く受診勧奨の実施 ・医療機関未受診の場合、訪問等で受診勧奨を継続		・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付 ・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	・初回訪問(保健指導の同意を確認) ・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付 ・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
目標	・糖尿病未治療者及び治療中断者の医療機関受診につなげる ・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			
評価指標	・未治療者のうち医療機関を受診した者の割合 ・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 ・治療中断者のうち健診に繋がった者の割合 ・治療中断者のうち医療機関を受診した者の割合		・HbA1c値が維持・改善した者の割合 ・医師との連携者数(割合) ・保健指導実施率	
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7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	・医療費分析では循環器系疾患による医療費が入院、外来ともに1位となっている。また、高血圧患者の割合は年々高くなっていることから、高血圧の重症化予防対策が重要である。		
情報	健康診査・レセプト(R6)	健康診査・レセプト(R6)	健康診査・レセプト(R6)
対象者の抽出基準	健康診査を受診した者のうち下記に該当するものでレセプト情報で高血圧治療歴がない者  収縮期血圧160mmHg以上 または 拡張期血圧100mmHg以上	85歳未満、高血圧で治療中 ア 高血圧と腎機能低下の両方に該当する者  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/1.73㎡  イ 前年度からの支援継続者	腎機能不良かつ医療機関への受診がない者  尿蛋白1+以上 または eGFR44mL/分/1.73㎡ 以下
対象者の選定基準	上記のうち、77歳以下の者	本人及びかかりつけ医が保健指導を必要と認める者 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	同上
実施方法	・対象者へ受診勧奨案内を送付 ・訪問等で受診勧奨を実施 ・必要に応じ、訪問等で受診勧奨を継続	・初回訪問(保健指導の同意を確認) ・保健指導依頼書・指示書をかかりつけ医へ配付 ・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	・対象者へ受診勧奨案内文を送付 ・訪問等で受診勧奨を実施 ・必要に応じ、受診勧奨を継続
目標	・高血圧未治療者の医療機関受診につなげる ・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		・腎機能が低下している未治療者を医療機関受診につなげる
評価指標	・医療機関を受診した者の割合 ・治療が開始になった者(服薬開始、傷病名がついた)の割合	・血圧値が維持・改善した者の割合 ・医師との連携者数(割合)	・健診及び医療機関の受診状況
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7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	健康状態不明者の割合は県と同等で減少傾向にあるが、高齢化率が年々高くなっていることから、健康状態を把握し必要な医療や支援につなげる対策を、今後も継続していく必要がある。	
情報	健康診査・レセプト (R6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  R6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>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>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>対象者の健診受診につなげる</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7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(9地区12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、参加を勧奨する。	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

- ・フレイル状態(チェック3個以上該当)の人数、その者の維持・改善者数と割合(目標80%)
- ・BMI20以下の者(やせ気味)の人数、その者の維持・改善者数と割合(目標80%)
- ・質問票No3(3食食べている)と回答した人数と割合(目標100%)
- ・質問票No4(硬いものが食べにくい)、No5(むせがある)と回答した人数と割合
- ・目標達成者(目標達成率70%以上)の人数と割合(目標80%)
- ・栄養バランスチェック(栄養状態不良6点以下)の人数と割合(目標5%)
- ・オーラルフレイルチェック(口腔状態不良4点以上)の人数と割合
- ・介入前後の「フレイル」の認知度(知っている者)の人数と割合(目標70%)
- ・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) 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)
	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 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

令和5年3月31日告示第86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って、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、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57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。

附 則(令和5年3月31日告示第86号)

この告示は、令和5年4月1日から施行する。