

令和8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8年7月9日（木）午後1時30分～2時45分

2 開催場所 市役所本庁舎302・303会議室

3 出席者

〈委員〉 野澤委員、紺谷委員、矢野委員、深原委員、稲田委員、永野委員、道谷委員、片岡委員、阿部委員、田邊委員、新谷委員

〈ワーキング部会長〉

浦辻部会長（在宅支援ワーキング部会）

西野部会長（情報共有ワーキング部会）

稲田部会長（普及啓発ワーキング部会）

〈事務局〉 菅原福祉保健部長、藤井射水市民病院看護部長、菓子福祉保健部次長、村中地域福祉課長、三浦健康推進課長、黒川介護保険課長、政岡保険年金課長、長谷川地域共生推進班長、種村地域福祉課課長補佐、坂本健康推進課課長補佐、大伴保険年金課主査、木谷地域福祉課主査、寶田主任、平田社会福祉士

4 欠席者 宮城委員

5 議題（事務局説明項目）

- （1）令和8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）
- （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）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査結果について（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）

6 質疑応答内容

- （1）令和8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

ワーキング部会長の選任について承認

- （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
- （3）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査結果について

委員： 在宅療養者には医療的なケアが必要な方が多いが、簡単に介護医療院に入れる状況ではないため、在宅で看る場合が多い。そのような方はショートステイで専門的な医療的ケアを受けられないことも多い。

家族の介護負担が非常に大きい場合はレスパイトケアによる支援が必要である。医療管理が必要なためにショートステイでの受け入れができない場合であっても、レスパイト入院であれば、万が一発熱や急変があったとしても処置してもらえることは大きな安心である。

24時間体制の訪問看護ステーションは、ある程度確立されていると感じている。訪問看護師は患者に、何かあれば医師ではなく訪問看護師を呼ぶように伝えている。必要であれば訪問看護師が医師を呼ぶという体制をとっており、非常に助かっている。今後も訪問看護師と協力していきたい。

また、在宅でターミナルケアにおいて、本人は最期まで家にいたいと望んでも、家族側は本人の急変時の対応や介護負担などの不安要素が大きい。最期まで在宅で過ごせるかどうかは、多職種の支援チームがその不安をいかに取り除くことができるかが大きい。

認知症での一番の問題はBPSD（※認知症の行動・心理症状で、徘徊、妄想、暴言、暴力等の症状を指す。）であり、この症状があると家族は対応しきれず、向精神薬を処方することがある。しかしながら、しばしば介護者と本人の思いに齟齬があるのではと思うことがある。

最近の例では、在宅で看れないという理由で本人をグループホームに入所させたところ、毎晩大暴れするようになり、施設も対応できなくなることがあった。恐らく、本人に対してよく説明もせずグループホームに入所させたことで、「家族に捨てられたんじゃないか、見放されたんじゃないか」と感じたのではないか。その方は重度の認知症患者ではなかったが、「このままでは家にいられないことは分かっているが、家にいたい」という思いと、「家族に捨てられるんじゃないか」という思いが錯綜して、最終的に施設スタッフに対する暴言や暴力に至った。やはり事前に本人ときちんと話をすることが大切である。

高齢者は、家族に迷惑や負担をかけたくないと思う一方で、「なぜ自分を勝手に施設に入れるのか」という思いが強い。認知症の幻覚、妄想、せん妄はケアで治せないため、薬など医療的な処置が必要ではあるが、その前提として、本人の心理的な部分を家族や施設側がサポートすることが大切である。

会長： レスパイトケアに関しては、過去の協議会で射水市民病院から説明があったところで、良好に機能しているのだと思う。レスパイト入院を受け入れてもらえるということは、在宅診療を行う上での安心感がある。

訪問看護ステーションについて、在宅での対応数が増加する中で訪問看護ステーション数は減少している状況だが、射水市は幸いステーション数を維持できている。数を増やすのは簡単ではないが、人員を確保しながら維持していることは評価されるべきである。

委員： 訪問看護ステーションは緊急時の対応など一人に係る負担が大きく、業務に応じた職員数の確保が必要なので、適切に職員を増やしているのだと思う。

緊急時の初期対応は介護保険で算定し、訪問看護師が対応している。緊急連絡があっても医師が対応しなくてよいケースも多いので、これを機会に家族にも対応方法を学んでいただいている。

会長： 訪問看護ステーションの役割は多大で、家族の次に大切な存在である。ステーション同士の横のつながりがあるので、患者の受入れが困難な場合などは協力していただければと思う。

在宅看取りを実施している診療所が増えていると説明を受けたが、富山県の場合はむしろ減っている。一方で在宅でターミナルケアを受ける患者は増えている。高齢化など様々な問題がある中で在宅医療を担う医療機関をなんとか確保しているが、今後どのように医療機関を増やしていくのかは課題である。

認知症の方のケースでは、施設入所後に話を聞いてると、本人の言うことはもっともだと思ふことはよくあり、やはり本人への説明が不足していると感じることがある。

委員： 本人の思いだけではなく、家族の様々な状況を受けて施設を利用する形が増えている。本人と家族をどのようなサービスにつなげるかは、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーが取り組んでいるところだと思うが、どのようなサービスが必要なのか、今後どうしていきたいかを家族と本人で話し合うことが大切だと思う。本人が望むことを選択するまでの調整が難しいと思うが、施設側も各所と連携しながら認知症の方を受け入れている。

委員： アンケート結果で、「新しい認知症観」という言葉を聞いたことがないと回答した人が69.5%と割合が高い。地域包括支援センターは地域に出向いて普及啓発を行っているので、新しい認知症観を理解

していただき、認知症の方の意思決定が大切であることを、啓発していかねばならないと強く感じた。さらに、相談窓口が分からない方も多かったので、若い年齢層に向けて周知に出向くことも考えたい。

(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

委員： 多剤服用（ポリファーマシー）では、薬が増えることで副作用が増え、新たに薬を追加する事例がよく見られる。この「服薬事業」では、事前に薬剤師訪問に同意があった場合のみ訪問しているが、同意が得られる事例が少ない。実施方法を改善しないことには同じような結果になるのではないか。

事務局： 服薬事業の案内時に、健康状態の質問票を送ったり、服薬通知を受けたあとの相談は済んでいるかを確認するなど、薬剤師訪問を勧めていきたい。

委員： 薬以外の健康相談も可能など、一言添えると希望される方が増えるかもしれない。

委員： 服薬事業は非常に素晴らしい取り組みであり、歯科医師会としても協力していかなければいけない。事業が始まって6年が経過しているが、今まであまり成果が出ていなかった経緯がある。歯科衛生士の2回の訪問だけでは歯科受診へうまくつなげられず、対象者が受診する気になるまでには相当の力がいると感じている。

口腔機能低下防止事業の対象者は過去1年間の歯科受診がない者であるが、恐らく何らかのきっかけで受診しなくなったと考えられる。訪問時に歯科衛生士が記録したアセスメント票を歯科受診時に持ってきてもらう、あるいは訪問した歯科衛生士さんから歯科医院に電話してもらおうといった対応ができればよい。「歯科を受診したいが連絡は取れない」と言われたら、歯科衛生士が歯科医院に連絡する。こういった形で積極的に歯科受診につなぎ、その記録も持ってきてもらえると、歯科医院側から本人に電話することができる。そのようなケースでつながった例もある。

歯科受診へのつなげ方によってこの事業の効果は大きく異なる。今回は新たにアセスメント票などを作るので、結果に期待しているところである。歯科医療関係者、歯科医師会員にも必ず患者を受け入れるように話をしているので、何とかつながられるようにもっていききたい。

令和 8 年度 第 I 回射水市在宅医療・介護連携推進協議会 次第

日時 令和 8 年 7 月 9 日 (木)

午後 1 時 30 分

会場 市役所本庁舎 3 階 会議室 302・303

1 開会

2 挨拶

3 委員紹介

4 会長及び副会長の選任について

5 議題

(1) 令和 8 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) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査結果について

(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

参考資料 1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 結果報告書【概要版】(抜粋)

参考資料 2 在宅介護実態調査 結果報告書【概要版】

参考資料 3 射水市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱

参考資料 4 射水市在宅医療・介護連携推進協議会委員名簿

令和8年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画(案)について

1 背景

介護分野において、重度な要介護状態になっても、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、従前から医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

2040 年に向け、85 歳以上の高齢者、認知症高齢者、独居高齢者の増加、生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域包括ケアシステムのさらなる深化が不可欠である。

切れ目のないサービス提供と地域づくりを進めるため、市町村が主体的に地域の介護・医療資源を見える化し、連携体制を構築する必要がある。

2 在宅医療・介護連携推進事業の位置づけ

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続けられるよう、地域内の医療機関と介護関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供できる体制構築に向けて、平成27年介護保険法改正により市町村の必須事業とされた。

3 推進体制

本市では平成28年に協議会を立ち上げ、事業に関する検討・協議を重ねており、連携促進に取り組んでいる。

事業の実施主体は市であり、「射水市在宅医療・介護連携推進協議会」が中心となって事業を推進する。この協議会は、医療関係者、介護サービス提供事業者、関係団体の代表者、学識経験者などで構成され、事業内容に関する事項を協議し、連携を促進する役割を担う。

また、協議会の下にワーキング部会を設置し、専門的な議論や具体的な活動を進める。

4 在宅医療における4つの場面

地域における在宅療養者が医療と介護を必要とする場合に、医療と介護が連携して支援するためには、4つの場면을意識して取り組んでいく必要がある。

(1) 日常の療養支援

患者や家族の生活を支える視点から、多職種協働による在宅医療・介護を提供する。

(2) 入退院支援

入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関が協働し、情報共有を通じて、一体的でスムーズな入退院支援とサービス提供を行う。

(3) 急変時の対応

在宅療養者の病状が急変した際、往診や訪問看護の体制、入院病床の確認、救急（消防）との情報共有などにより、適切な対応が行われるよう連携する。

(4) 看取り

患者が望む場所（自宅や介護施設等）での看取りが実現できるよう、多職種が連携して支援する。人生の最終段階における意思決定支援（アドバンス・ケア・プランニング）も重要となる。

5 実施計画(案)

(Plan:計画)現状分析・課題抽出・施策立案

(1)地域の医療・介護サービス資源の把握 (市)

- ア 医療機関・介護事業所等の情報の把握とリスト作成・管理
- イ 市ホームページでのデータ公開

(2)在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討 (市)

- ア 射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回:7月、2月)
 - ・現状把握、課題共有、対応策・評価・改善の検討
 - ・ワーキング部会からの提案事項の検討
- ※ 委員兼任「在宅医療・介護・障がい福祉連携推進協議会」(年1回:10月開催)

(3)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 (市・医師会)

- ア 在宅医療いみずネットワークの運営(市医師会が運営)
 - (総合病院との連携を強化し、市と協力しながら、多職種が連携・協働して在宅医療を支援する仕組み)
 - ・主治医・副主治医体制づくり、病診連携体制の整備
 - 「いみず安心ケアブリッジ」の体制整備
 - (開業医の在宅医療について、総合病院がトリトラスによる情報共有を介してバックアップするしくみ)
 - ・市民病院との連携強化
 - (多職種連携支援システム(トリトラス)説明会、オープンカンファレンスの開催)

(4)在宅支援ワーキング部会(年2回)(市)

- ア 在宅療養者の支援に関する研修会の開催
- イ 介護お助け隊(介護者支援パンフレット)の更新及び活用について
- ウ 介護者アセスメント票の周知とその活用について

(Do:実行)対応策の実施

(1)在宅医療・介護連携に関する相談支援 (市)

- ア 在宅医療・介護連携推進支援相談窓口の設置・運営
 - ・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。
- イ 地域ケア会議等への参加による相談支援

(2) 地域住民への普及啓発(市・医師会)

- ア 在宅医療と介護を考える市民公開講座(年1回)
- イ パンフレットの配布等による普及啓発
- ウ 終活支援ノート「思いを伝えるノート」の活用
 - ・ 医療機関・薬局での配置や地域の出前講座(終活講座)での活用

(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地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援(市・医師会)

- ア 射水市医師会委託による研修会の実施
 - ・ 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)
- イ 総合病院と地域との連携強化(再掲)
 - ・ 多職種連携支援システム(トリトラス)説明会、オープンカンファレンスの開催

(4) 情報共有ワーキング部会(年2回)(市)

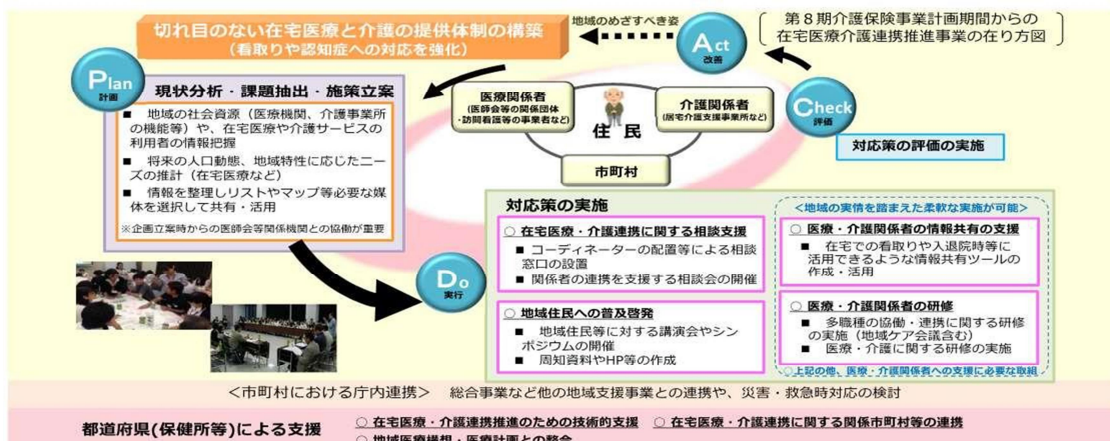
- ア 射水市多職種連携支援システム(トリトラス)の普及・活用及び多目的な活用の検討
- イ アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する普及方法の検討
 - (もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、
家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと)

(Check:評価)対応策の評価の実施・(Act:改善)改善

(1) 射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回開催:7月、2月)

- ア 評価(Check)の実施
 - ・ 前年度事業の実施結果を受け、評価し、次年度事業への反映等を検討
- イ 改善(Act)
 - ・ 評価後の課題抽出、改善策の検討を通じて、地域の目指すべき姿やあるべき姿(目的、目標)に近づける。

(参考:PDCAサイクルの流れ)



(出典:令和6年1月26日「第171回市町村職員を対象とするセミナー」厚生労働省老健局老人保健課)

令和8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。

射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年2回)

委員12名

ワーキング部会の進捗状況の共有・連携に向けた協議

在宅支援
ワーキング部会
(部会員7名)

情報共有
ワーキング部会
(部会員8名)

普及啓発
ワーキング部会
(部会員7名)

実施計画

在宅支援ワーキング部会	情報共有ワーキング部会	普及啓発ワーキング部会
1 在宅療養者の支援に関する研修会の開催 2 介護お助け隊の更新及び活用について 3 介護者アセスメント票の周知とその活用について 【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等の見直しを進める。 【実施時期】 8月、12月	1 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。 2 市民公開講座等を企画、開催する。(10月4日予定) 【実施時期】 7月、9月

令和8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

NO	区分	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		
2	公的病院	射水市民病院地域連携室 副師長	石田 めぐみ	新	
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	浦辻 効英	新	○
5	富山県栄養士会	富山県栄養士会 副主任 在宅訪問管理栄養士	神田 美佐子	新	
6	地域包括支援センター代表	大門地域包括支援センター 社会福祉士	坂井 仁美	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 会計 (なでしこの里居宅介護支援事業所)	森 祥子		

2 情報共有ワーキング部会

NO	区分	役職	委員名	備考	部会長 (案)
1	医師会代表	射水市医師会 会長	野澤 寛		
2	公的病院	射水市民病院地域連携室 主幹	森 初代	新	
3	歯科医師会代表	射水市歯科医師会 副会長	岩井 健治		
4	薬剤師会代表	射水市薬剤師会 理事	青塚 保志		
5	訪問看護ステーション代表	富山福祉短期大学訪問看護ステーション 施設長	服部 麻理生	新	
6	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		
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 (七美ことぶき苑居宅介護支援事業所)	池上 恵子		
8	地域包括支援センター代表	大島地域包括支援センター 主任介護支援専門員	西野 彩子	新	○

3 普及啓発ワーキング部会

NO	区分	役職	委員名	備考	部会長 (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	稲田 雅一		○
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	本井 日和	新	
6	介護サービス提供事業者代表	新湊BASE やっしゅつけ 管理者	二口 和美	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		

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

1 背景

令和 2 年の介護保険法改正により、第 8 期介護保険事業計画期間以降、在宅医療・介護連携推進事業においては、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 PDCA サイクルに沿った取組を進めることとされた。

「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設定したものである。

2 目指す姿

第 9 期介護保険事業計画 基本理念

「みんなが輝き つながり支え合うまち 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

基本目標2 社会参加の推進と生きがいの創出

基本目標3 在宅生活を支援する取組の充実

基本目標4 支え合いみんながつながる社会の推進

基本目標5 介護サービスの充実

3 評価指標

4つの場面	内 容
【日常の療養支援】	①多職種連携支援システム(トリトラス)の延べ利用者数(P) ②居宅療養管理指導算定回数(P) ③在宅療養高齢者及び家族の生活満足度(O)
【入退院支援】	④退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)(P) ⑤退院・退所加算の算定回数(P) ⑥入院時情報連携加算(介護報酬)算定回数(P)
【急変時の対応】	⑦24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数(S) ⑧緊急時訪問看護加算算定者数(P)
【看取り】	⑨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(S) ⑩在宅ターミナルケアを受けた患者数(算定回数)(S) ⑪看取り介護加算算定者数(認定者 1 万対)(P)

〈説明〉

(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

【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する。

(指標)

項目	R5	R6	R7	R8
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)	430 人 (R7)
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)	10,451 件 (R7)
③在宅療養高齢者及び家族の生活満足度(R7 在宅介護実態調査より) 在宅療養患者の満足度により、提供体制や仕組みを評価				資料3

※出典:①市地域福祉課 ②③市介護保険課

【評価】

- ①トリトラスの延べ利用者数は、指標設定時から 226 人(111%)増加
 ②居宅療養管理指導算定回数は、指標設定時より 3,654 件(約54%)増加
 トリトラスで居宅療養管理指導の記録や方針を多職種が共有することで、専門職の支援が一つにまとまり、より質の高いチーム医療・介護のサービス提供につながっている。

【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	R6	R7	R8
④退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)(人口10万対) 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	582.5 回 (R1)	575.1 回 (R3)	738.7 回 (R4)	— 後日公表 予定

⑤退院・退所加算の算定回数（人口 10 万対）	750.7 回 (R3)	801.5 回 (R4)	863.8 回 (R5)	836.1 回 (R6)
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				
⑥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 (R3)	87.5 回 (R4)	109.9 回 (R5)	109.8 回 (R6)
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				

※出典：④⑤⑥ 地域包括ケア「見える化」システム

【評価】

④退院支援（退院調整）を受けた患者数は、指標設定時より 156.2 回（約 27%）増加している。

⑤退院・退所加算の算定回数は、指標設定時より 113.1 回（約 15%）増加している。

⑥入院時情報連携加算（介護報酬）算定回数は、指標設定時より 29.3 回（約 36%）増加している。

どの回数も指標設定時より増加しており、医療機関と介護事業所間の連携が強化され、患者・利用者のスムーズな入退院、在宅生活への移行の支援が進められているが、引き続き、病院と在宅医療・介護関係者との連携強化に努めていく。

【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	R6	R7	R8
⑦24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数	13 か所 (R4)	12 か所 (R5)	13 か所 (R6)	13 か所 (R7)
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				
⑧緊急時訪問看護加算算定者数（認定者 1 万対）	552.23 回 (R3)	630.37 回 (R4)	682.47 回 (R5)	— 未掲載
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				

※出典：⑦県 HP「指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）

⑧地域包括ケア「見える化」システム

【評価】

- ⑦24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数は、指標設定時と同数となっている。
- ⑧緊急時訪問看護加算算定者数は、指標設定時より 130.24 回（約24%）増加している。
- 緊急対応の件数が増えているものの、新規の訪問看護ステーションが増えていない状況であり、24 時間対応可能な訪問看護ステーションの数を増やしていくことが課題となっている。

【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	R6	R7	R8
⑨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 (R4)	17か所 (R5)	18か所 (R6)	18か所 (R7)
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				
⑩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)	— 未掲載	— 未掲載
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				
⑪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)	— 未掲載
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：⑨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」、医療情報ネット（ナビイ）
⑩⑪地域包括ケア「見える化」システム

【評価】

- ⑨在宅看取りを実施している診療所・病院数は、指標設定時から2カ所増えている。
- ⑩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。
- ⑪看取り介護加算算定者数は、指標設定時より令和5年度にかけて 2.42 回（約 18%）増加している。
- 地域における在宅での看取りを実施する医療機関が徐々に増え、利用実績も増えていることから、高齢者の「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という希望の実現に向けた取り組みが前進している。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査結果について

1 調査の目的と概要

「射水市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定に向けて、地域の高齢者の課題等、在宅介護の実態や介護と仕事の両立等の状況を把握し、計画に反映することを目的として実施している。

老人福祉法に基づく「高齢者保健福祉計画」と、介護保険法に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定するもので、高齢者の保健、福祉、介護サービスにおける基本的な政策の目標と、その実現に向けた取り組むべき施策を示している。

現行の第9期計画の期間が令和8年度をもって終了となるため、令和9年度を初年度とする新たな計画（令和9年度～令和11年度）の策定に現在取り組んでいる。

2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（参考資料1）

(1) 調査結果と評価

- ・ 回答者の9割以上が要支援認定を受けておらず、日常的に介護を必要としていない。市の介護予防の取組が一定の成果を上げ、機能してるものと考えている。（p3）
- ・ 認知症に対する不安を感じる高齢者は約75%と非常に高いが、その一方で、認知症に関する具体的な知識（軽度認知障害（MCI）や新しい認知症観など）の認知度は低く、相談窓口を知らない人も半数を超えている。（P4-5）
- ・ 射水市が「認知症の人が自分らしく暮らせるまち」であると感じている市民は半数以下に留まっている。（P6）
- ・ 人生の最終段階を「自宅」で過ごしたいと希望する市民が約4割いるが、自宅以外を希望する理由としては「介護してくれる家族に負担や迷惑をかけるため」「自宅では十分な医療や介護が受けられない不安」「病状急変時の対応不安」が上位を占めている。（P7）
- ・ 医療・療養について家族や医療介護関係者と「話し合ったことはない」と回答した人が66.2%、自分が意思決定できなくなった時に備えて書面を作成している人はわずか6.0%となっており、終末期に関する具体的な話し合いや準備があまり進んでいない現状を示している。（P8）

(2) 課題

- ・ 自立支援・重度化防止に向けた高齢者の健康づくり推進と社会参加支援の継続
- ・ 認知症に関する普及啓発と情報提供の強化
- ・ 在宅での終末期ケアへの不安解消と人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）の推進

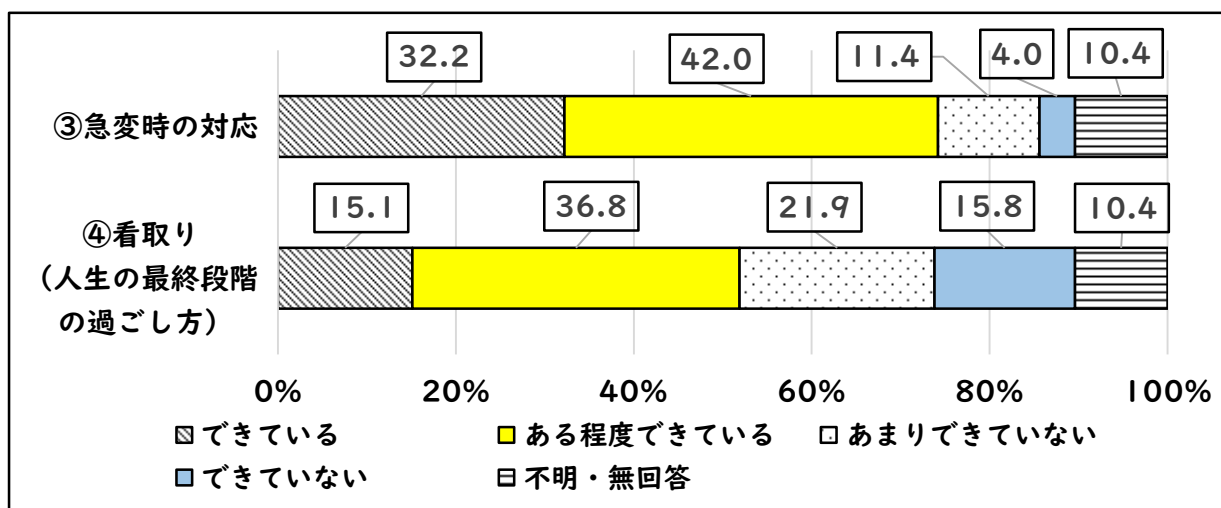
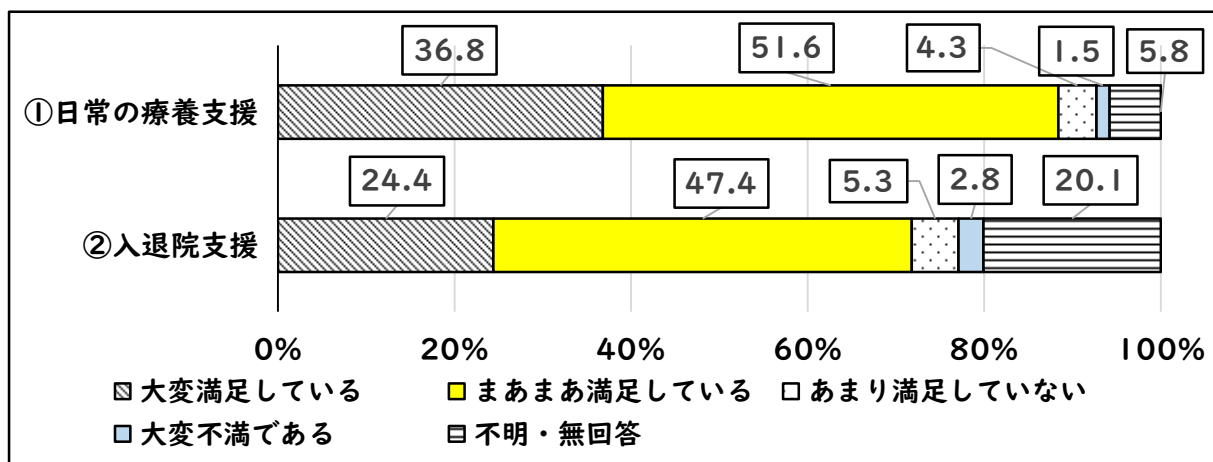
3 在宅介護実態調査(参考資料3)

在宅療養高齢者及び家族の生活満足度を評価するため、調査に以下の設問を追加
(設問)

在宅生活において受けている日常の療養支援について、以下の項目についてご回答ください。

(①～④について、それぞれ1つを選択)

	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)
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(日常の療養支援)	1	2	3	4
②入院時や退院時のサービス調 整に満足していますか (入退院支援)	1	2	3	4
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 (急変時の対応)	1	2	3	4
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(看取り)	1	2	3	4



(1) 調査結果と評価・課題

ア 指標評価、介護保険サービスに関すること(P8~P9)

- ・日常の医療や介護サービスについては、回答者の過半数(51.6%)が「まあまあ満足している」と回答し、入院・退院時のサービス調整についても同様に約半数(47.4%)が「まあまあ満足している」と回答しており、基本的なサービス提供には一定の評価が得られている。
- ・急変時の対応体制については、「ある程度できている」が最多(42.0%)の回答であり、看取り(人生の最終段階の過ごし方)については、「ある程度できている」が最多(36.8%)であるものの、「あまりできていない」「できていない」と感じる人もほぼ同数(37.7%)の回答であった。人生の最終段階における本人の意向が十分に共有されていない現状が見られることから、市民へのACPに関する啓発活動を積極的に行い、本人の意思を早期に共有する重要性を周知していく必要がある。
- ・在宅生活を継続するために必要な介護保険サービスについては、「通所介護(デイサービス)」が41.3%、「短期入所(ショートステイ)」が23.4%、「訪問介護(ホームヘルプサービス)」が22.2%と、在宅生活を支えるためのサービスへのニーズが高い傾向にある。

イ 健康状態・医療利用について(P13~P15)

- ・ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病は、「認知症」が29.0%で最も高く、次いで「筋骨格系疾患」が18.2%、「糖尿病」が17.6%、「心疾患」が16.4%と続く。これらの疾患に対する医療・介護連携の強化、専門的なケア、および予防的アプローチの推進が必要である。
- ・訪問診療は、「利用していない」が88.4%で最も高くなっている。
- ・訪問歯科診療は、「利用していない」が97.5%で最も高くなっている。
- ・診療の必要性や利用方法に関する情報提供、医療機関との連携強化が必要である。

ウ 認知症に関する意識について(P20~21)

- ・認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人に関する設問では、「いいえ」が58.4%、「はい」が37.1%であった。ニーズ調査では10.1%が「はい」と回答している。
- ・認知症の症状がある人に関する設問では、「自分(本人)」が71.0%、「家族」が30.4%であった。ニーズ調査では、自分が12.5%、家族が83.5%であった。本人への直接的な支援と、家族介護者への支援の両方を考えていく必要がある。
- ・新しい認知症観については、「聞いたことがない」が69.5%で最も高くなっている。ニーズ調査では、54.5%であったため、当事者やその家族への周知がまだ不十分であり、認知症に対する正しい理解を促進するための更なる広報・啓発活動に取り組んでいく必要がある。
- ・射水市は、認知症の人が自分らしく暮らせるまちになっていると思いますかという設問では、半数程度が肯定的に捉えているものの、改善の余地があると感じる層も一定数(約45%)存在しており、認知症に優しいまちづくりに向けた具体的な取り組みの強化と、その情報発信が求められる。
- ・認知症の人が地域で暮らしていくために必要な支援(複数回答)については、「気軽に相談できる窓口・体制」が47.6%で最も高く、次いで「認知症の早期発見・早期対応の体制づくり」が35.8%、「地域で認知症の人を見守るネットワークづくり」が28.7%であった。認知症に関する相談窓口、早期発見・対応の体制、地域のみまもりネットワークを包括的に整備し、認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域づくりをすすめることが重要である。

1 個別的支援（ハイリスクアプローチ）

		令和5年度		令和6年度		令和7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	52	103	27	65	31	85
2	口腔機能低下防止事業	29	46	23	35	39	69
3	服薬（重複投薬・多剤投与等）事業	17	30	7	7	17	19
4	身体的フレイル事業			11	13	30	30
5	糖尿病性腎症重症化予防事業	20	55	32	71	28	51
6	生活習慣病（循環器系）重症化予防事業	39	66	54	62	59	64
7	健康状態不明者への支援事業	141	165	97	107	173	182
	計	281	435	251	360	377	500

※服薬指導事業：R4年度、R5年度はモデル事業として実施（計に含まず）

- ・低栄養防止事業、口腔機能低下防止事業は前年度より対象者数を増やして実施した。
- ・服薬事業は、令和7年度から富山県薬剤師会と連携して事業を実施した。富山県後期高齢者医療広域連合が実施する服薬情報通知事業対象者のうち訪問対象者26名に市保健指導員が訪問し、面談できた17名中薬剤師の訪問相談に同意が得られた2名に対して薬剤師と同行訪問し、服薬状況の確認や服薬指導等、対象者の状況や相談内容に応じて個別支援を行った。
- ・身体的フレイル事業は、フレイル予防教室（みんな元気教室）での質問票やフレイル度チェックの結果等から対象者を選定して訪問を実施した。理学療法士（地域福祉課）によるリハビリ相談の依頼も前年度より増加し実施者数が増加した。
- ・健康状態不明者への支援事業は、案内文書と質問票を送付後に全対象者に対して訪問を実施した。地域福祉課の高齢者実態把握調査の対象者と重複する対象者には、地域包括支援センターが訪問を実施している。
- ・それぞれの取組事業について、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5年度			令和6年度			令和7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	289	9	18	247	12	24	314
2	100歳体操3年目支援等	8	8	67	8	8	120	10	10	204
	計	18	28	356	17	26	367	22	34	518

みんな元気教室は、日常生活圏域（全7か所）で年1会場以上実施し、4年間で27地域振興会を一巡する方針で計画し実施してきた。令和8年度は開催方法を見直し、全27地域振興会毎に自治会、町内会、通いの場等で1会場ずつ選定し、計27回開催する予定である。

100歳体操3年目支援として、3年目を迎えたグループに、フレイル予防の健康教育を実施した。また、富山県後期高齢者医療広域連合主催のポリファーマシー対策事業出前講座や心不全予防のための出張講座を地域で開催し、服薬や生活習慣病重症化予防に関する健康教育を実施した。

フレイル予防の教室については、地域福祉課、健康推進課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。

令和8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

Ⅰ 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
	①-㉔	①-①	②	
健康課題	健診受診者のやせリスク者は9.2%であり、県（9.0%）と比較して高いことから、低栄養防止対策が必要である。			健診質問票において、口腔リスク者が40%以上おり、やせリスク者の割合が県と比較して高いことから、口腔フレイル対策が重要である。
情報	健康診査（R7）		介護支援専門員からの情報	健康診査・レセプト（R7）
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「固い物が食べにくい」に該当 または No5「汁物等でおせる」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「固い物が食べにくい」No5「汁物等でおせる」の両方に回答した者 ・要介護認定者、がん、認知症、うつの者を除く ・80歳以下の者 ・支援履歴のある者を除く
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」をかかりつけ医へ送付 ・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 ・市保健指導員と県歯科衛生士会（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			・口腔機能低下の恐れのある者を歯科医の受診へつなげる ・口腔機能低下を防止する
評価指標	・体重を維持・改善できた者の割合 ・簡易栄養状態評価表で栄養状態を維持・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			・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8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、男女とも県と比較して長い、女性は国・同規模と比較しやや短い。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 (R7)	R8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、傷病名禁忌とされる薬剤がある者 エ 長期継続処方者	みんな元気教室の質問票等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 ・対象者に案内文を送付し、薬剤師訪問に同意のあった者に薬剤師と保健師等が同行訪問を行う。 ・連絡の取れない者は訪問等で状況確認を行い、必要時、薬剤師との同行訪問につなげる。	・みんな元気教室から約1か月後に管理栄養士等が訪問指導を実施。2～3か月後に再度訪問し、評価を行う。 ・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	・処方薬が減少した者の割合 ・重複服薬が解消した者の割合 ・有害事象が解消した者の割合 ・薬剤師への相談に繋がった人数（割合）	・質問票「健康状態」かつ「歩行速度」の改善割合 ・質問票「歩行速度」かつ「転倒」の改善割合 ・医療・介護サービスに繋がった者の割合 ・1年後の要介護認定状況	
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8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		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	糖尿病の有病率は国・県より高く、健診の「血糖」「血糖・脂質」の有所見者割合が国・県より高い。糖尿病受診者で、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全等の合併症を発症している者の割合は増加傾向にあり、腎不全患者が年々増加傾向にあることから、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（R7）	レセプト （R7）	健康診査・レセプト （R7）	
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	血糖検査等を実施している者、 要介護認定者、がん等重篤な疾 患治療中を除く	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 ・訪問等により受診勧奨を実施 ・レセプトで受診状況を確認 ・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を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 ・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8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	保健指導	受診勧奨
	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疾患による医療費が入院では1位、外来では2位となっている。また高血圧患者の割合は県より高く年々増加傾向にあり、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全等の合併症を発症している者の割合も増加傾向にあることから、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（R7）	健康診査・レセプト（R7）	健康診査・レセプト（R7）
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	85歳未満 要介護認定者を除く	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、要介護認定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 ・訪問等により受診勧奨を実施 ・レセプトで受診状況を確認 ・医療機関未受診の場合、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	・血圧値が維持・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	・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8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	健康状態不明者は県より低く減少傾向にあるが、高齢化率が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 (R7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 R7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	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・管理栄養士及び看護師が訪問指導を実施 ・必要時継続訪問	・案内文と後期高齢者質問票を送付 ・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 ・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 ・必要時継続訪問
目標	・対象者の健診受診につなげる ・必要な者を医療や介護保険サービス等へつなぐ	
評価指標	・健診受診者の割合 ・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）	
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 8 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 つの日常生活圏域にある単位自治会・町内会または通いの場
※市内 27 地域振興会で、年 1 か所ずつ実施する（27 か所）

4 対象者

- ・地域の通いの場（100 歳体操、サロン等）参加者
- ・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

5 場所

地区公民館等

6 実施方法

時期	内容	担当
令和 7 年度中	地域の健康課題の分析	保険年金課 健康推進課
令和 8 年 2 ～ 3 月	打合せし、対象地域（単位自治会・町内会等）を選定する。	保険年金課、地域福祉課 地域包括支援センター 地域振興会 自治会・町内会の代表者
	打合せし、日程や場所等を決定する。 講義のメニューについて提案し、教室内容を決定する。	保険年金課 自治会・町内会の代表者
4 月 （教室開催 2 か月前まで）	教室の案内文を作成する。 県栄養士会・県歯科衛生士会・理学療法士会等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と申込書を配布し、参加を勧奨する。	自治会・町内会の代表者
教室 2 週間前	教室の参加申込書を取りまとめる。	自治会・町内会の代表者
当日	「みんな元気教室」	保険年金課 健康推進課 理学療法士 県栄養士会 県歯科衛生士会等
教室 1 か月後	個別的支援（訪問） 必要時、医療や介護サービスへつなぐ。	保険年金課

7 評価指標

- ・健康教育の内容を理解した人数、割合
- ・フレイルの認知度（介入前後）
- ・ハイリスクアプローチにつないだ人数、割合

8 教室内容、担当者

時間	内容	担当
10分	受付 後期高齢者質問票の記入 食事多様性スコアの記入	市保健師（1名） 市管理栄養士（1名） 市看護師（1名） 県栄養士会（1名） 講師（1名）
5分	「フレイルとその予防法を知ろう」	市保健師
10分	「地域の健康課題について」	
20分	「フレイルにならない食事の摂り方」	市管理栄養士 県栄養士会
25分	<メニュー> ・フレイル予防の運動 ・オーラルフレイル予防 ・生活習慣病の重症化予防（高血圧・糖尿病等） ・食事について（減塩等）等	<講師> ・理学療法士 ・歯科衛生士 ・保健師 ・管理栄養士
15分	アンケート記入、回収	スタッフ全員
	（個別相談）※希望者	

射水市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定のための

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

結果報告書【概要版】（抜粋）

令和8年7月

射 水 市

目 次

I 調査の概要

II 調査結果

1 あなたの性別・年齢、ご家族や生活状況について

2 からだを動かすことについて

3 食べることについて

4 毎日の生活について

5 地域での活動について

6 たすけあいについて

7 健康について

8 地域包括支援センターについて

9 認知症にかかる相談窓口の把握について

10 認知症対策について

11 自身の人生の最終段階における過ごし方について

12 成年後見制度について

13 インターネットの利用について

14 今後の高齢者福祉施策について

15 調査報告

I 調査の概要

(1) 調査目的

本調査は、令和9年度から3年間を計画期間とする「射水市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定に向け、市民の皆様からご意見をお聞かせいただき、地域や高齢者の課題等をより的確に把握し、計画に反映させていただくことを目的として実施しました。

(2) 実施概要

調査対象	市内在住の要介護認定を受けていない65歳以上の方(無作為抽出)
調査期間	令和8年1月21日(水)～令和8年2月3日(火)
調査方法	郵送配付、郵送回収、及びWEB回答方式
配付・回収	配付:4,000票 回収:2,536票(回収率63.4%)

(3) 報告書の見方

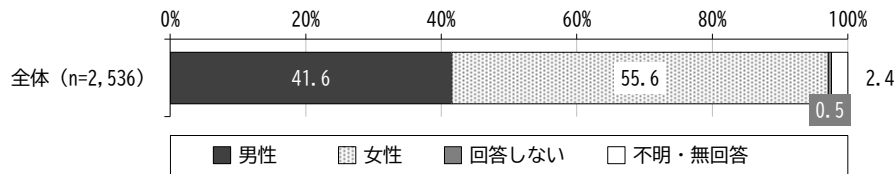
- 「調査結果」の図表は、原則として回答者の構成比(百分率)で表現しています。
- 「n」は、構成比算出の母数(回答者数)を示しています。
- 百分比による集計では、回答者数(該当質問においては該当者数)を100%として算出し、本文および図表の数字に関しては、すべて小数点第2位以下を四捨五入し、小数点第1位までを表記します。また、複数回答の設問では、すべての比率の合計が100%を超えることがあります。
- 設問の中には前問に答えた人のみが答える「限定設問」があり、表中の「回答者数」が全体より少なくなる場合があります。
- 図表中の数値は四捨五入により表示しているため、合計や増減の数値が表示上の数値の計算結果と合わない場合があります。
- 図表中の「0.0」は四捨五入の結果または回答者が皆無であることを表します。
- 母数が100未満の場合の百分率は、統計的誤差が大きい可能性が高いので数値の取扱いには特に注意が必要となります。
- 選択肢の語句が長い場合、本文中及び図表中では省略した表現を用いる場合があります。
- 「その他」「不明・無回答」を除き、回答の高いもの第1位、第2位、第3位に網掛けをしています。

Ⅱ 調査結果

1 あなたの性別・年齢、ご家族や生活状況について

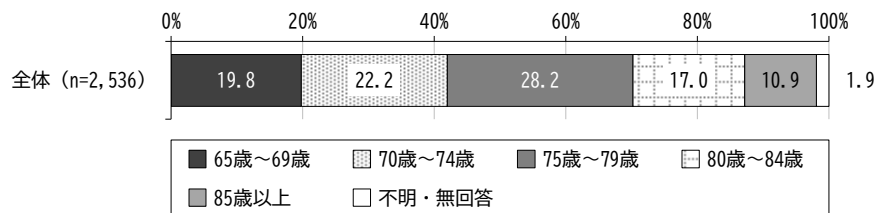
(1) 性別をお答えください

全体で「男性」が41.6%、「女性」が55.6%、「回答しない」が0.5%となっています。



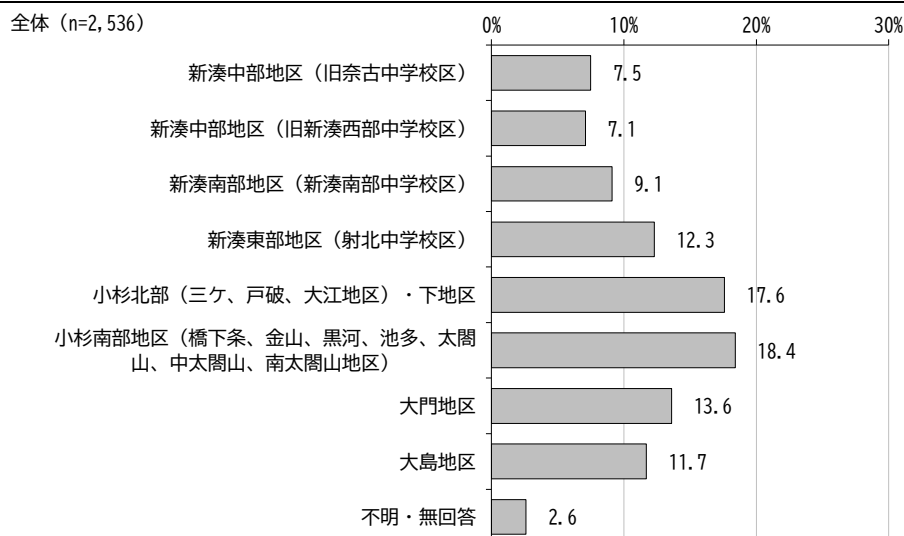
(2) 年齢をお答えください

全体で「75歳～79歳」が28.2%と最も高く、次いで「70歳～74歳」が22.2%、「65歳～69歳」が19.8%となっています。



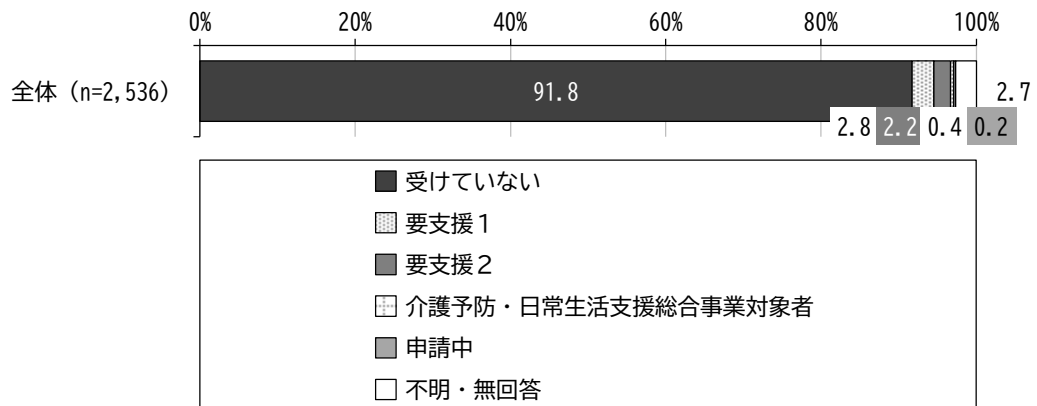
(3) お住まいの地域をお答えください

全体で「小杉南部地区（橋下条、金山、黒河、池多、太閤山、中太閤山、南太閤山地区）」が18.4%と最も高く、次いで「小杉北部（三ヶ、戸破、大江地区）・下地区」が17.6%、「大門地区」が13.6%となっています。



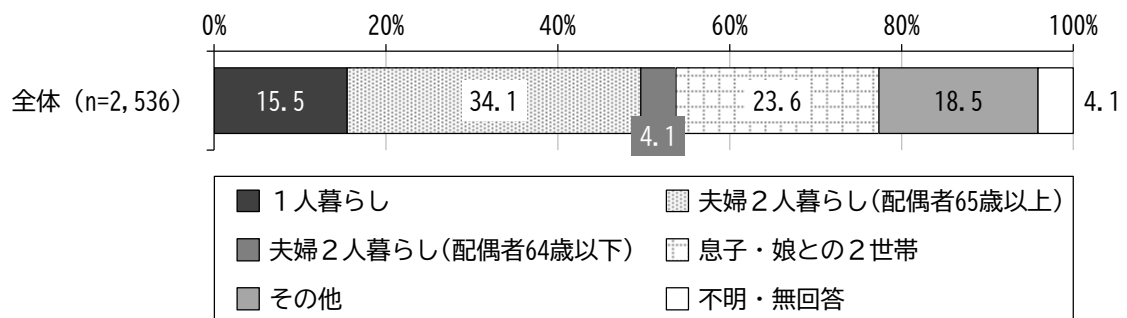
(4) 要支援認定等を受けていますか

全体で「受けていない」が91.8%と最も高く、次いで「要支援1」が2.8%、「要支援2」が2.2%となっています。



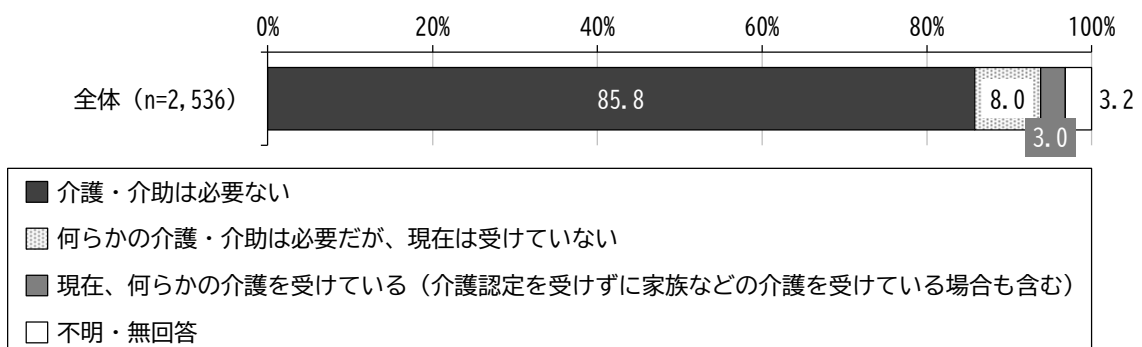
(5) 家族構成をお教えてください

全体で「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が34.1%と最も高く、次いで「息子・娘との2世帯」が23.6%、「1人暮らし」が15.5%となっています。



(6) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

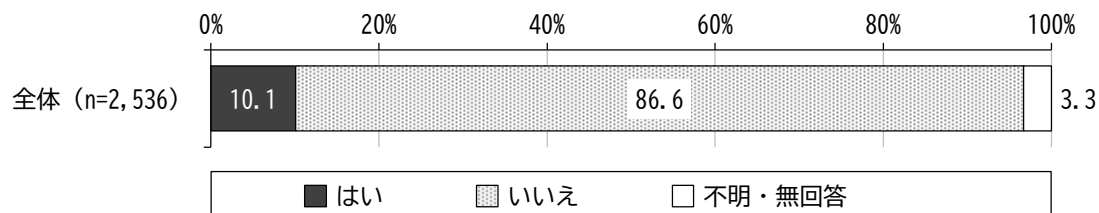
全体で「介護・介助は必要ない」が85.8%と最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が8.0%、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」が3.0%となっています。



9 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がありますか

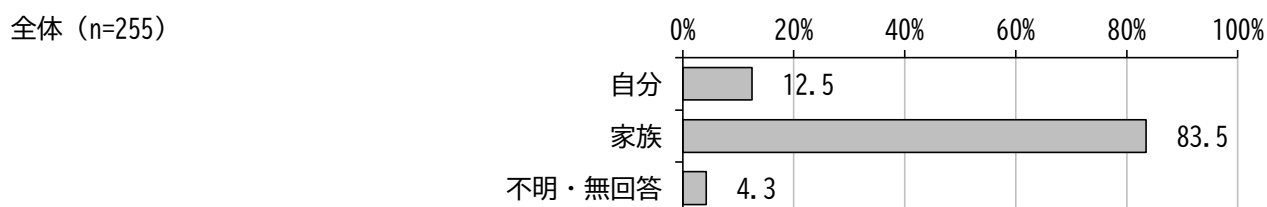
全体で「はい」が10.1%、「いいえ」が86.6%となっています。



(1) で「はい」を選択した方のみ

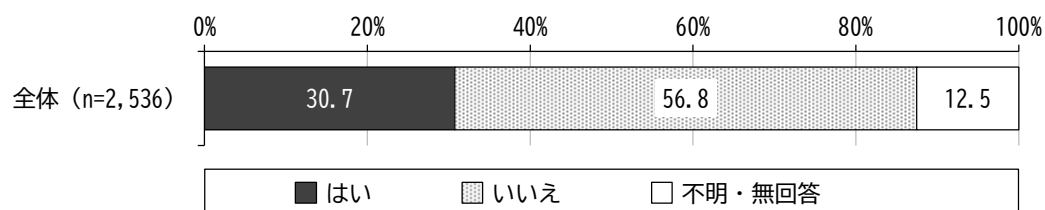
(2) 認知症の症状があるのはどなたですか（複数回答）

「自分」が12.5%、「家族」が83.5%となっています。



(3) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

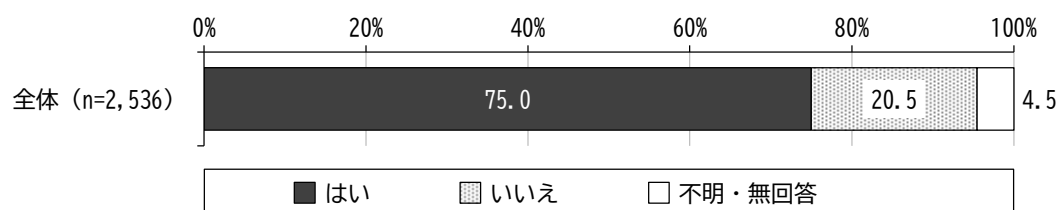
全体で「はい」が30.7%、「いいえ」が56.8%となっています。



10 認知症対策について

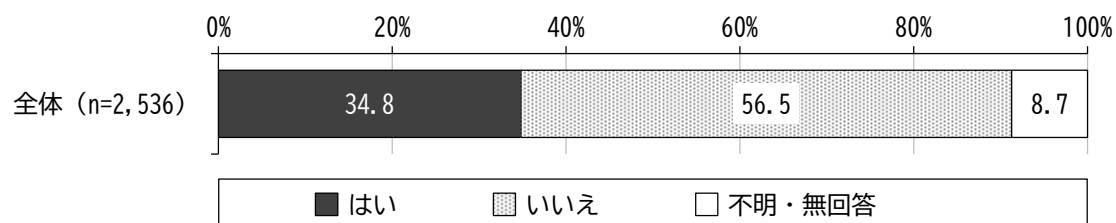
(1) 認知症に対する不安はありますか

全体で「はい」が75.0%、「いいえ」が20.5%となっています。



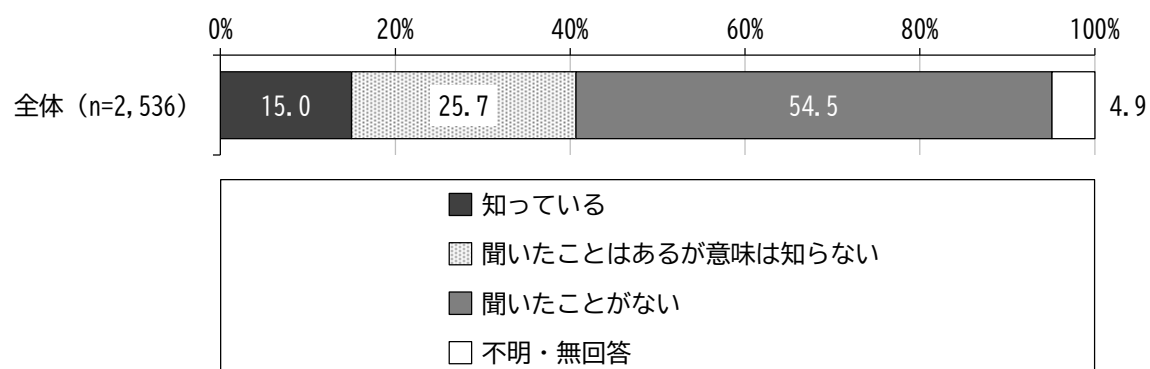
(2) 軽度認知障害（MCI）はどのような状態か知っていますか

全体で「はい」が34.8%、「いいえ」が56.5%となっています。



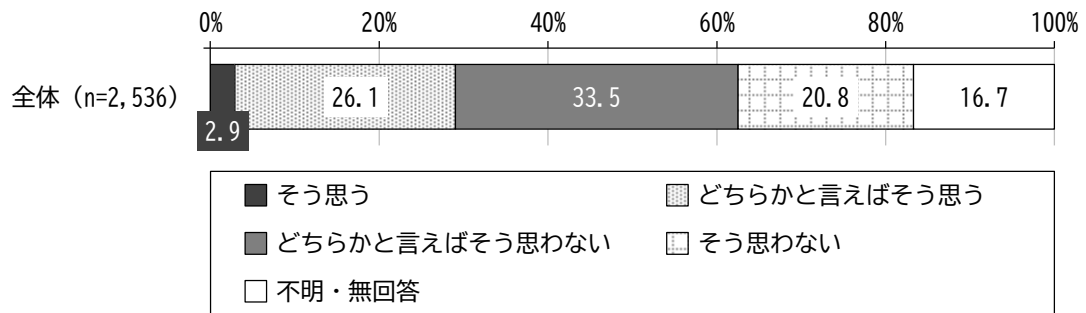
(3) 新しい認知症観を知っていますか

全体で「聞いたことがない」が54.5%と最も高く、次いで「聞いたことはあるが意味は知らない」が25.7%、「知っている」が15.0%となっています。



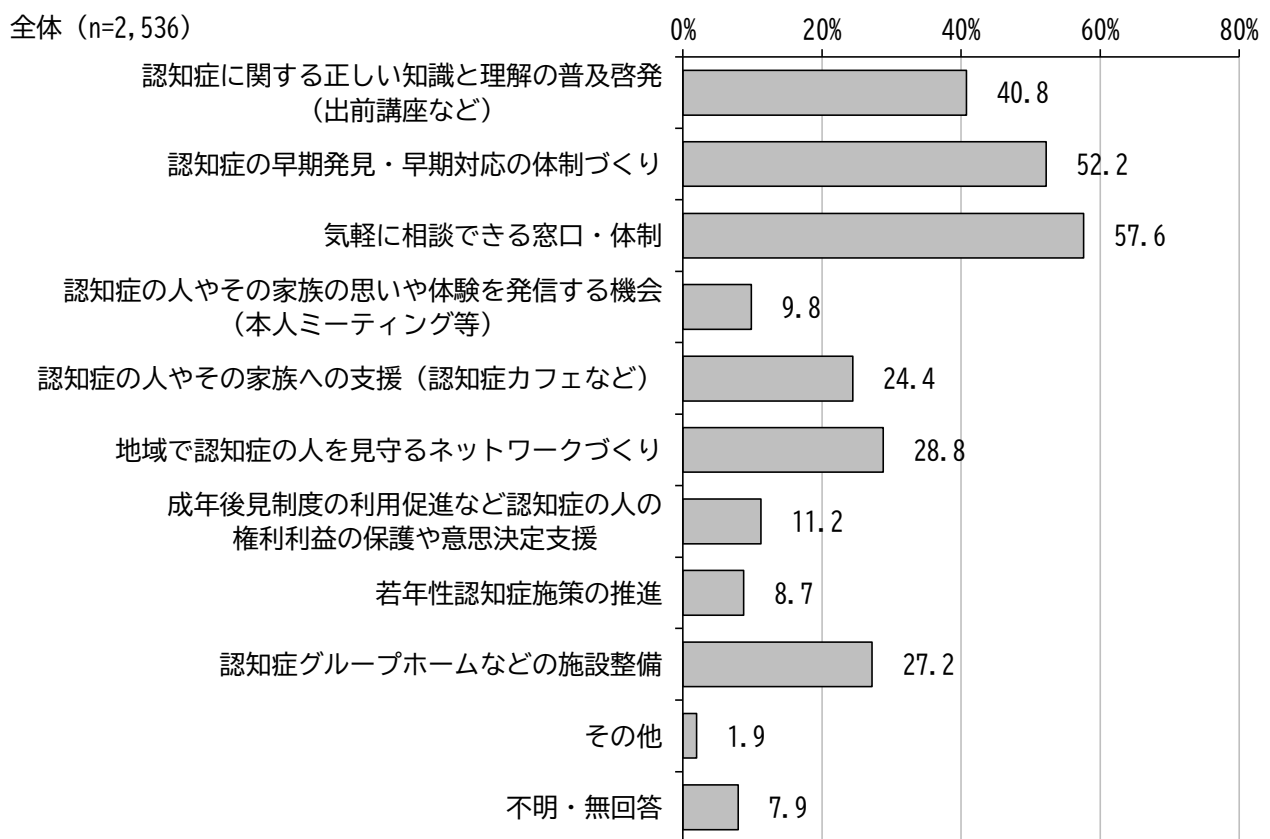
(4) 射水市は、認知症の人が自分らしく暮らせるまちになっていると思いますか

全体で「どちらかと言えばそう思わない」が 33.5%と最も高く、次いで「どちらかと言えばそう思う」が 26.1%、「そう思わない」が 20.8%となっています。



(5) 認知症の人が地域で暮らしていくために必要な支援は何だと思いますか（複数回答）

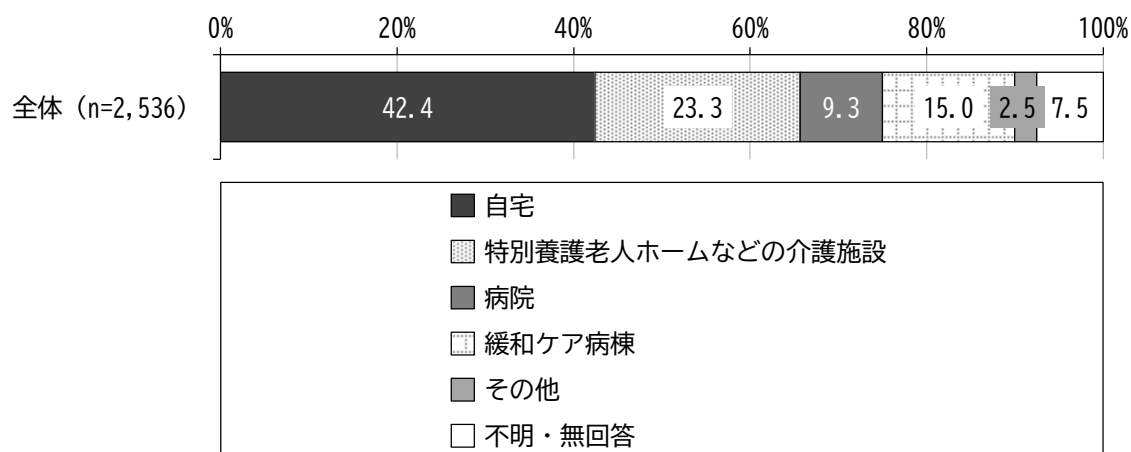
全体で「気軽に相談できる窓口・体制」が 57.6%と最も高く、次いで「認知症の早期発見・早期対応の体制づくり」が 52.2%、「認知症に関する正しい知識と理解の普及啓発（出前講座など）」が 40.8%となっています。



11 自身の人生の最終段階における過ごし方について

(1) あなたは、病気や要介護状態などで、人生の最終段階を迎える時が来た場合、どこで過ごしたいですか

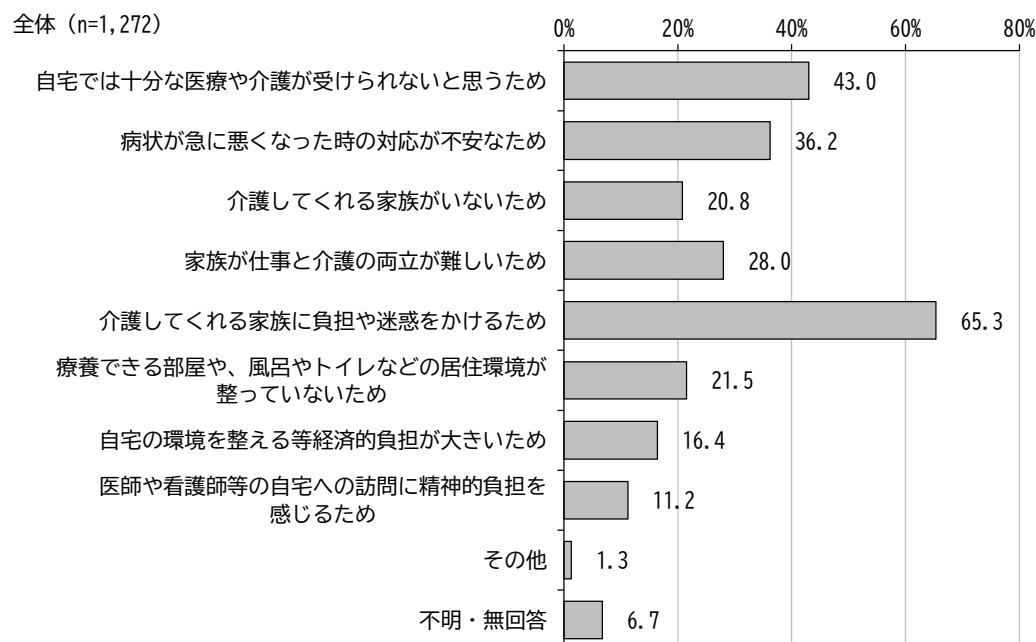
全体で「自宅」が42.4%と最も高く、次いで「特別養護老人ホームなどの介護施設」が23.3%、「緩和ケア病棟」が15.0%となっています。



(1) において「自宅」以外を選択した方のみ

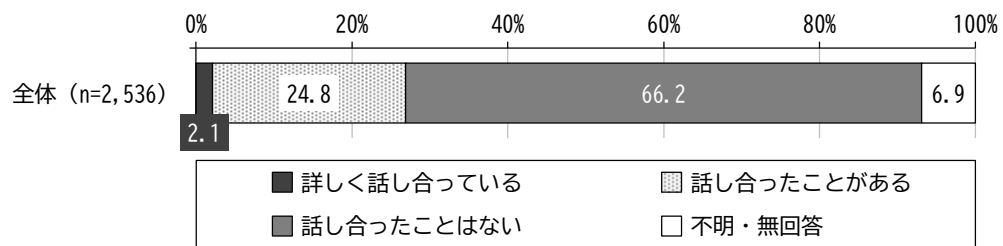
(2) 自宅以外で過ごしたい理由は何ですか（複数回答）

「介護してくれる家族に負担や迷惑をかけるため」が65.3%と最も高く、次いで「自宅では十分な医療や介護が受けられないと思うため」が43.0%、「病状が急に悪くなった時の対応が不安なため」が36.2%となっています。



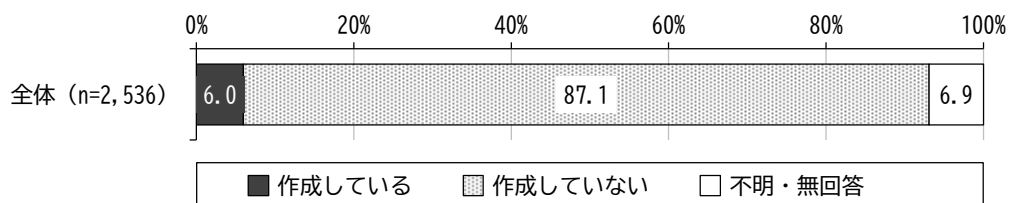
(3) 医療・療養についてご家族や医療介護関係者と、話し合ったことがありますか

全体で「話し合ったことはない」が66.2%と最も高く、次いで「話し合ったことがある」が24.8%、「詳しく話し合っている」が2.1%となっています。



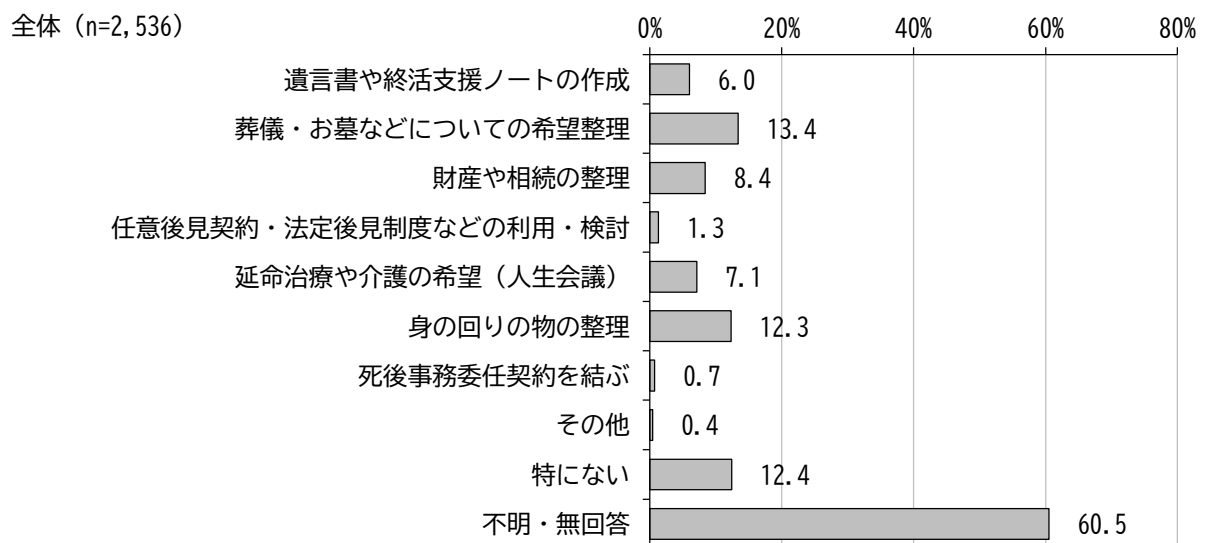
(4) あなたは自分が意思決定できなくなった時に備えて、書面(終活支援ノート等)を作成していますか

全体で「作成している」が6.0%、「作成していない」が87.1%となっています。



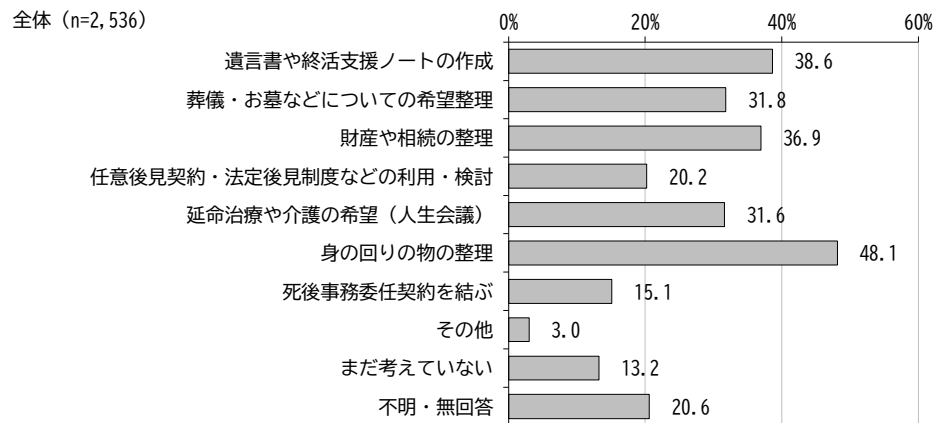
(5) ①終活として、すでに準備していることはありますか(複数回答)

全体で「葬儀・お墓などについての希望整理」が13.4%と最も高く、次いで「特にない」が12.4%、「身の回りの物の整理」が12.3%となっています。



(5) ②終活として、今後準備したいと思っていることはありますか（複数回答）

「身の回りの物の整理」が48.1%と最も高く、次いで「遺言書や終活支援ノートの作成」が38.6%、「財産や相続の整理」が36.9%となっています。



射水市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定のための

在宅介護実態調査

結果報告書 【概要版】

令和8年7月

射 水 市

目 次

I	調査の概要	1
II	調査結果	2
1	基本属性について	2
2	家族介護の状況について	4
3	健康状態・医療利用について	13
4	相談・孤独感・将来不安について	16
5	終活・認知症に関する意識について	19
6	介護者の就労状況と負担について	22
7	介護保険制度・高齢者福祉に関する意見・要望について	28

I 調査の概要

(1) 調査目的

本調査は、令和9年度から3年間を計画期間とする「射水市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定に向け、居宅の要支援・要介護認定者を対象に、居宅要支援・要介護認定者及び主な介護者に在宅介護の実態や介護と仕事の両立等の状況を把握し、計画に反映させていただくことを目的として実施しました。

(2) 実施概要

調査対象	在宅の要支援・養介護認定者
調査期間	令和7年12月15日（月）～令和8年3月31日（火）
調査方法	認定調査員による聞き取り調査
配付・回収	回収：603票

(3) 報告書の見方

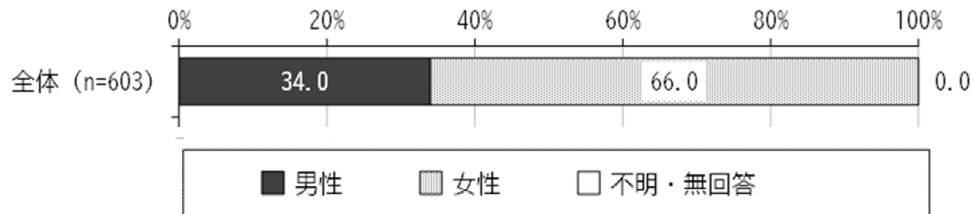
- 「調査結果」の図表は、原則として回答者の構成比（百分率）で表現しています。
- 「n」は、構成比算出の母数（回答者数）を示しています。
- 百分比による集計では、回答者数（該当質問においては該当者数）を100%として算出し、本文及び図表の数字に関しては、すべて小数点第2位以下を四捨五入し、小数点第1位までを表記します。また、複数回答の設問では、すべての比率の合計が100%を超えることがあります。
- 設問の中には前問に答えた人のみが答える「限定設問」があり、表中の「回答者数」が全体より少なくなる場合があります。
- 図表中の数値は四捨五入により表示しているため、合計や増減の数値が表示上の数値の計算結果と合わない場合があります。
- 図表中の「0.0」は四捨五入の結果または回答者が皆無であることを表します。
- 母数が100未満の場合の百分率は、統計的誤差が大きい可能性が高いので数値の取扱いには特に注意が必要となります。
- 選択肢の語句が長い場合、本文中及び図表中では省略した表現を用いる場合があります。
- 「その他」「不明・無回答」を除き、回答の高いもの第1位、第2位、第3位に網掛けをしています。
- 集計対象者数（n値）が少ない（10件未満）クロス集計について、図表の網掛け及びコメント対象外としています。

Ⅱ 調査結果

1 基本属性について

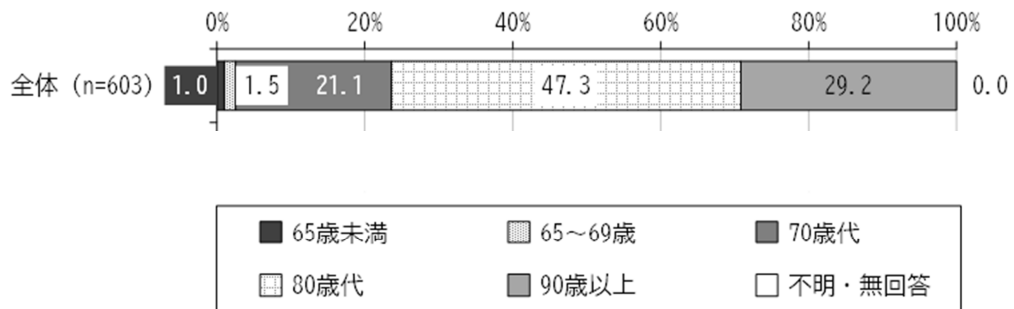
(1) 性別

全体で「男性」が 34.0%、「女性」が 66.0%となっています。



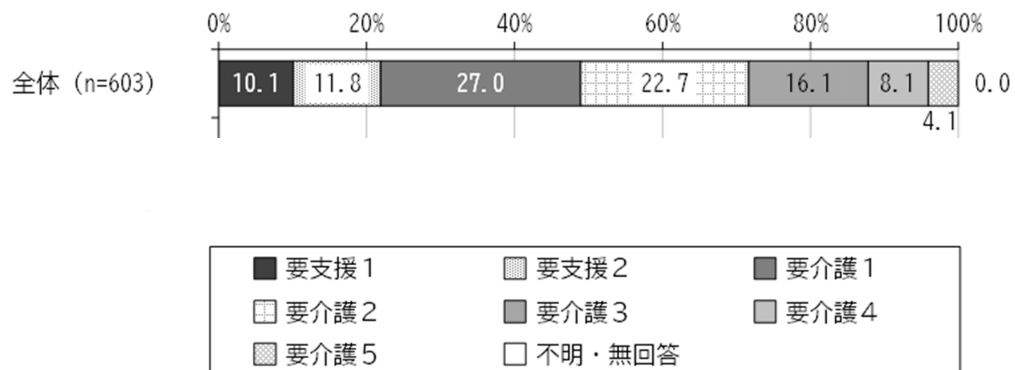
(2) 年齢

全体で「80 歳代」が 47.3%と最も高く、次いで「90 歳以上」が 29.2%、「70 歳代」が 21.1%となっています。



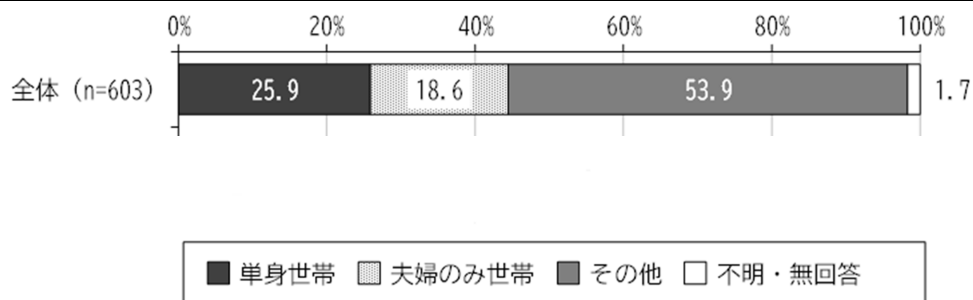
(3) 要支援・要介護度

全体で「要介護 1」が 27.0%と最も高くなっています。



(4) 世帯構成について教えてください。

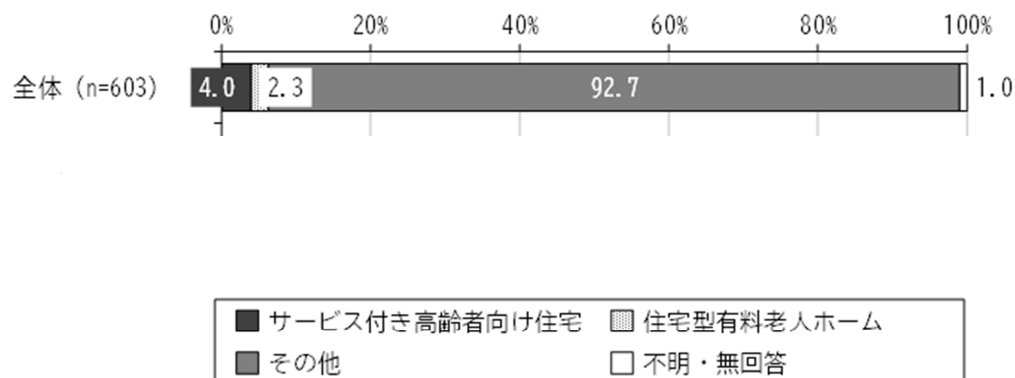
全体で「その他」を除くと、「単身世帯」が25.9%と最も高くなっています。



主なその他回答		
息子夫婦との同居	長女夫婦と同居	子と同居
本人と子ども	3世代世帯	2世帯住居

(5) 現在のお住まいについて教えてください。

全体で「その他」を除くと、「サービス付き高齢者向け住宅」が4.0%と最も高くなっています。

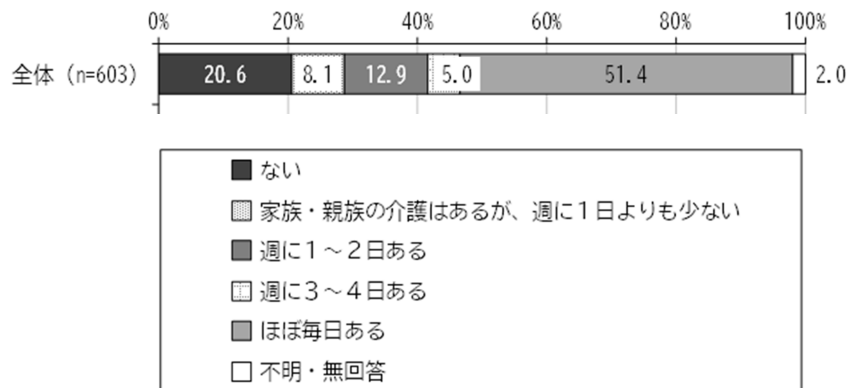


主なその他回答		
持ち家（自宅）	市営住宅・県営住宅	ケアハウス
ショートステイ先	小規模多機能型居宅介護	

2 家族介護の状況について

(1) ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）

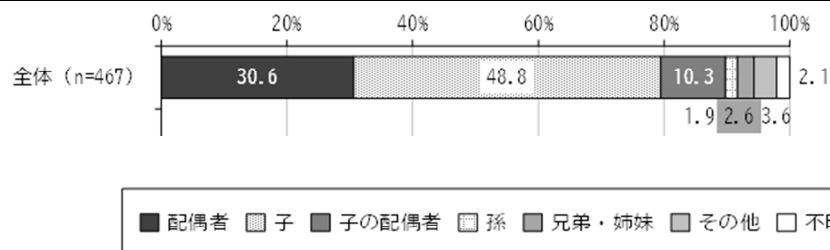
全体で「ほぼ毎日ある」が51.4%と最も高くなっています。



(1) で「ない」以外を選択した方のみ

(2) 主な介護者の方は、どなたですか

全体で「子」が48.8%と最も高くなっています。

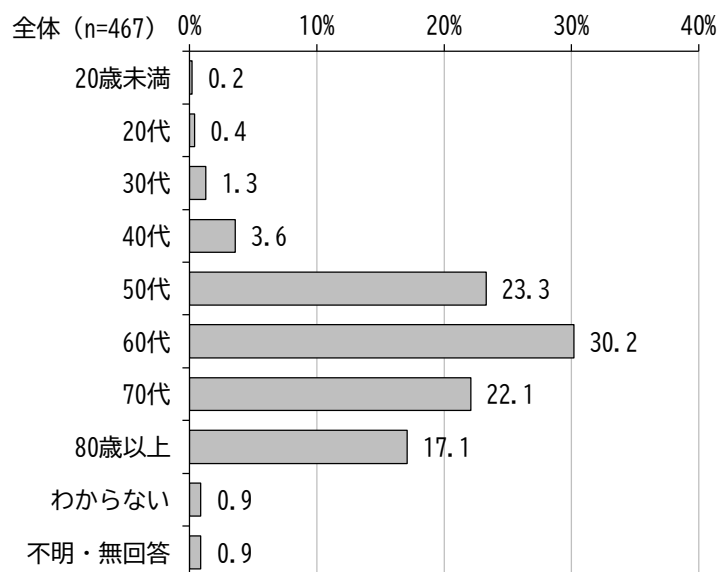


主なその他回答		
姪・甥	従妹・いとこ	友人・近所の方
介護サービスの職員	後見人	

(1) で「ない」以外を選択した方のみ

(3) 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください

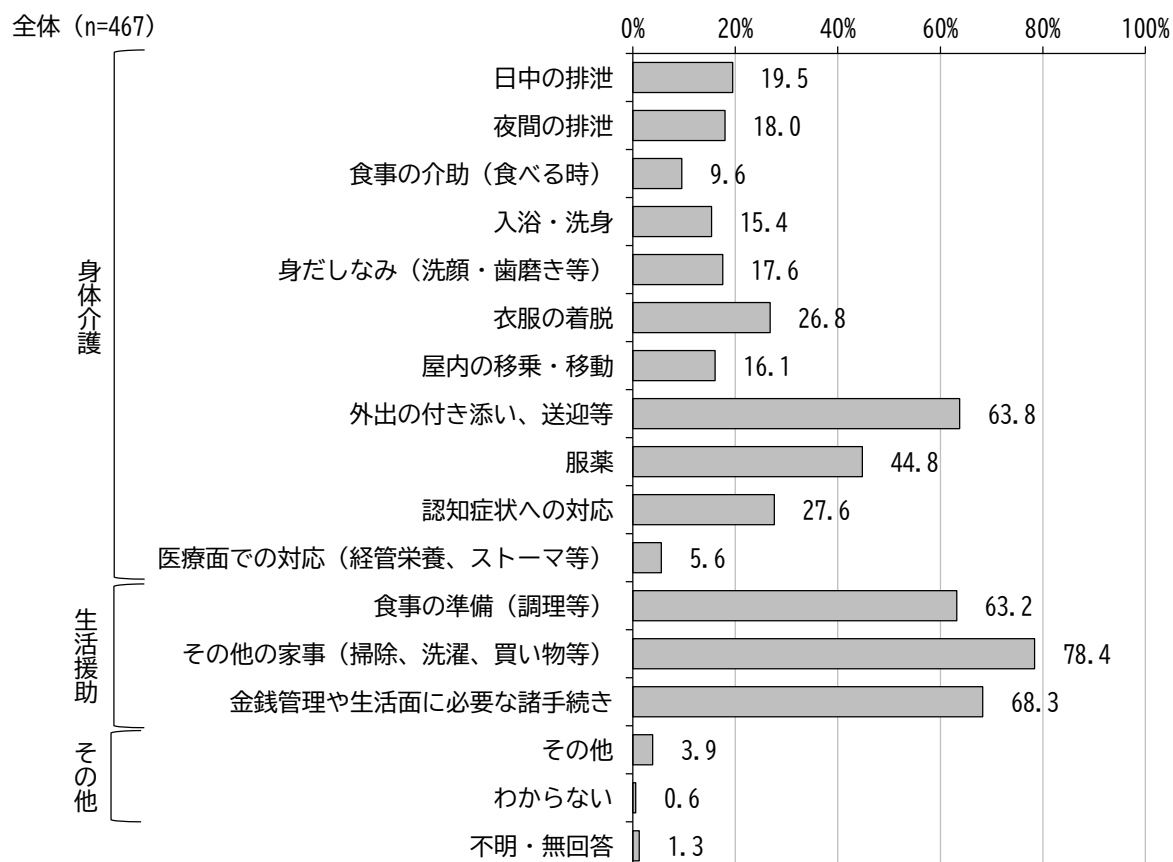
全体で「60代」が30.2%と最も高くなっています。



(1) で「ない」以外を選択した方のみ

(4) 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください（複数回答）

全体で「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が 78.4%と最も高くなっています。

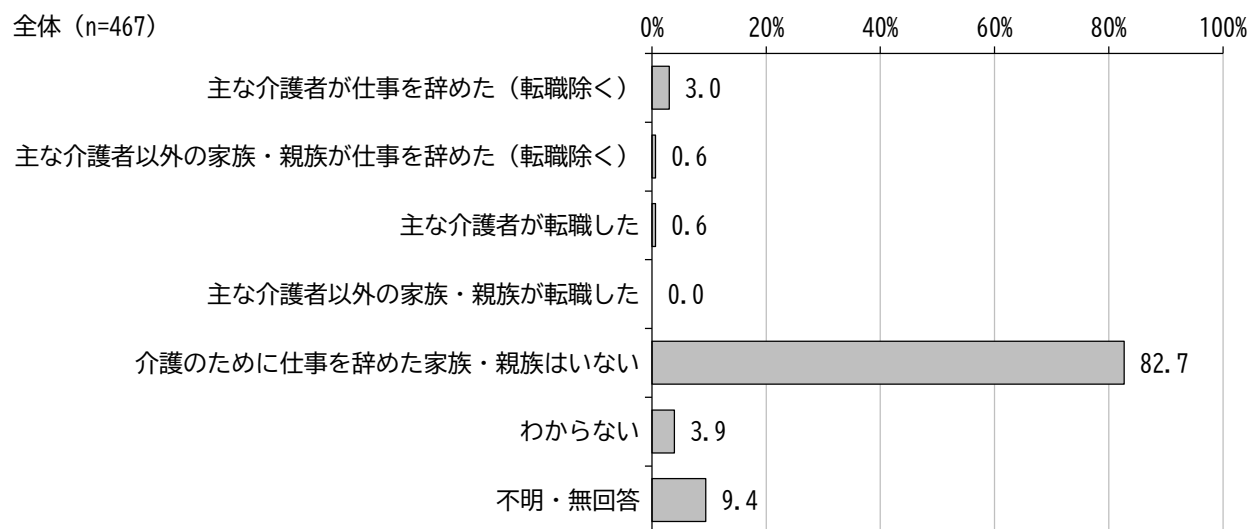


主なその他回答	
安否確認・電話での見守り	季節変わりの準備
生活面での悩み事相談・愚痴聞き	入院などの手続き
受診への付き添い・送迎	投薬の見守り

(1) で「ない」以外を選択した方のみ

(5) ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）
（複数回答）

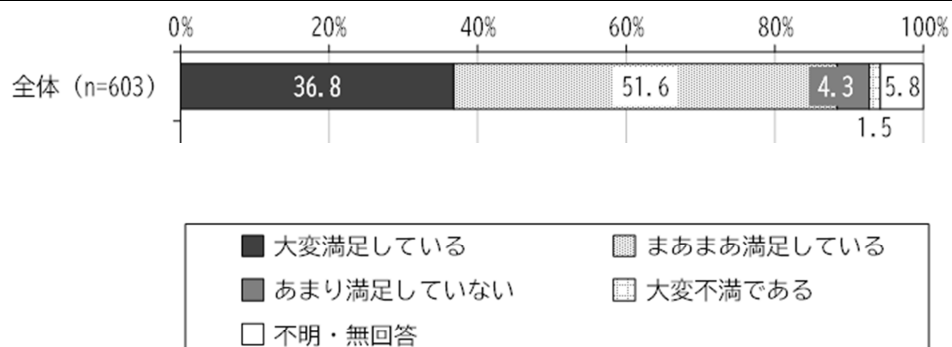
全体で「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が82.7%と最も高くなっています。



（６）在宅生活において受けている日常の療養支援について

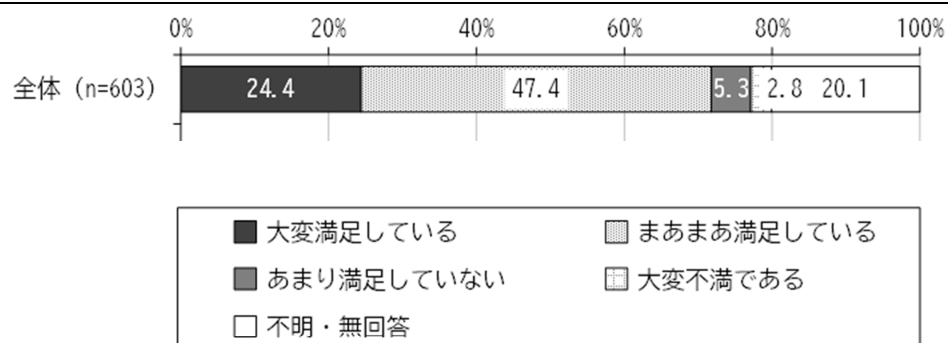
①現在利用している日常の医療や介護サービスに満足していますか

全体で「まあまあ満足している」が 51.6%と最も高くなっています。



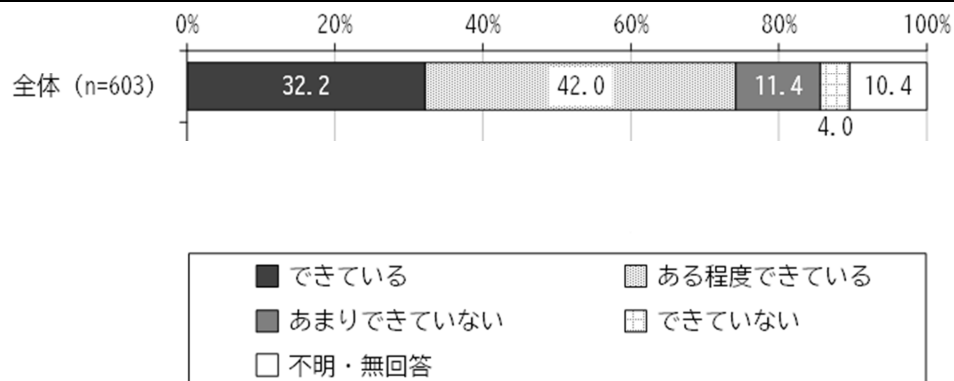
②入院時や退院時のサービス調整に満足していますか

全体で「まあまあ満足している」が 47.4%と最も高くなっています。



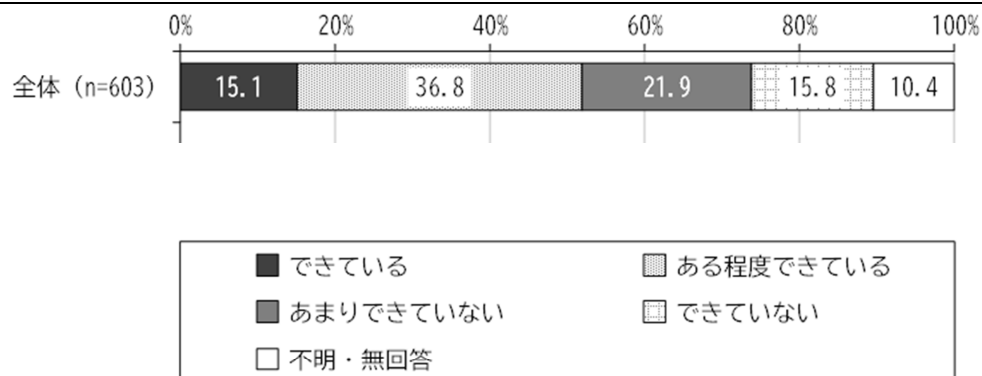
③急変時に適切な対応してくれる体制ができていると思いますか

全体で「ある程度できている」が 42.0%と最も高くなっています。



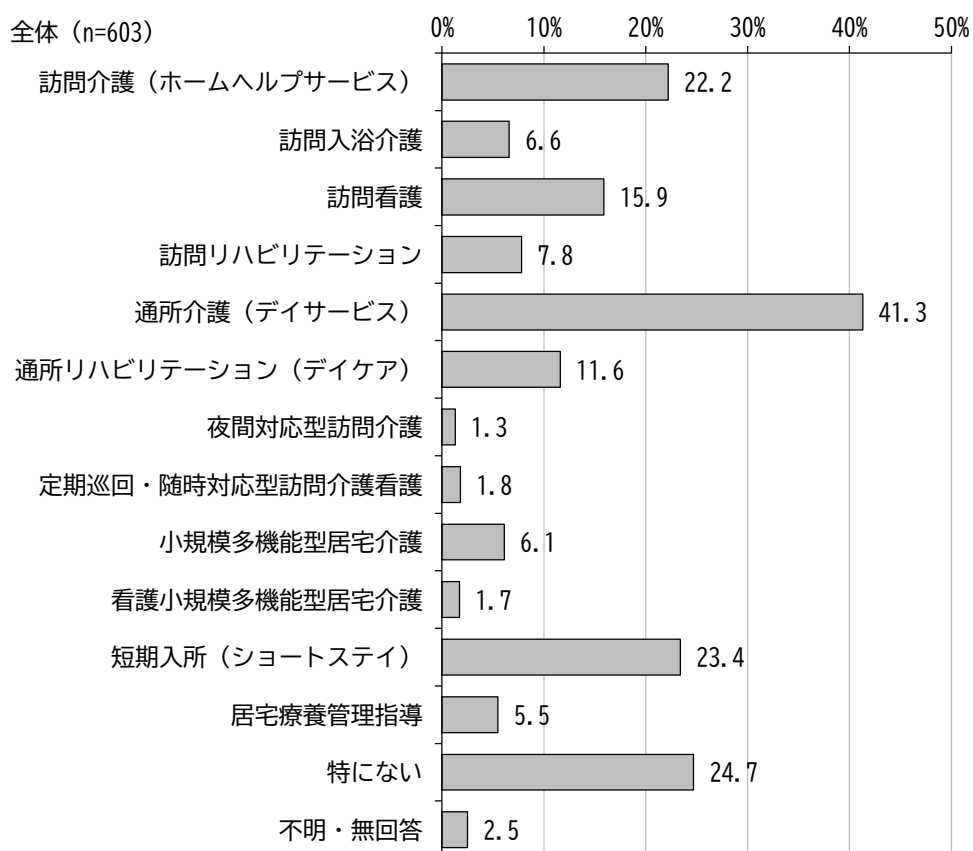
④人生の最終段階の過ごし方について、ご自身の希望がご家族や関係者と共有できていると思いますか

全体で「ある程度できている」が36.8%と最も高くなっています。



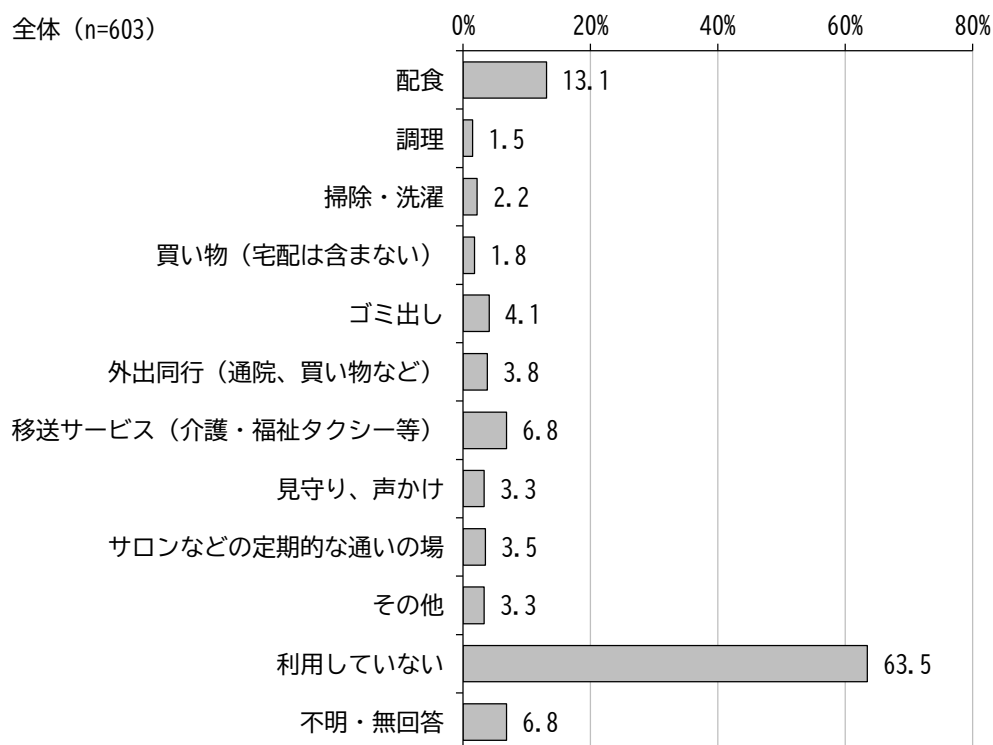
(7) 今後も在宅生活を継続するために必要な介護保険サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください（複数回答）

全体で「通所介護（デイサービス）」が41.3%と最も高くなっています。



(8) 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください
(複数回答)

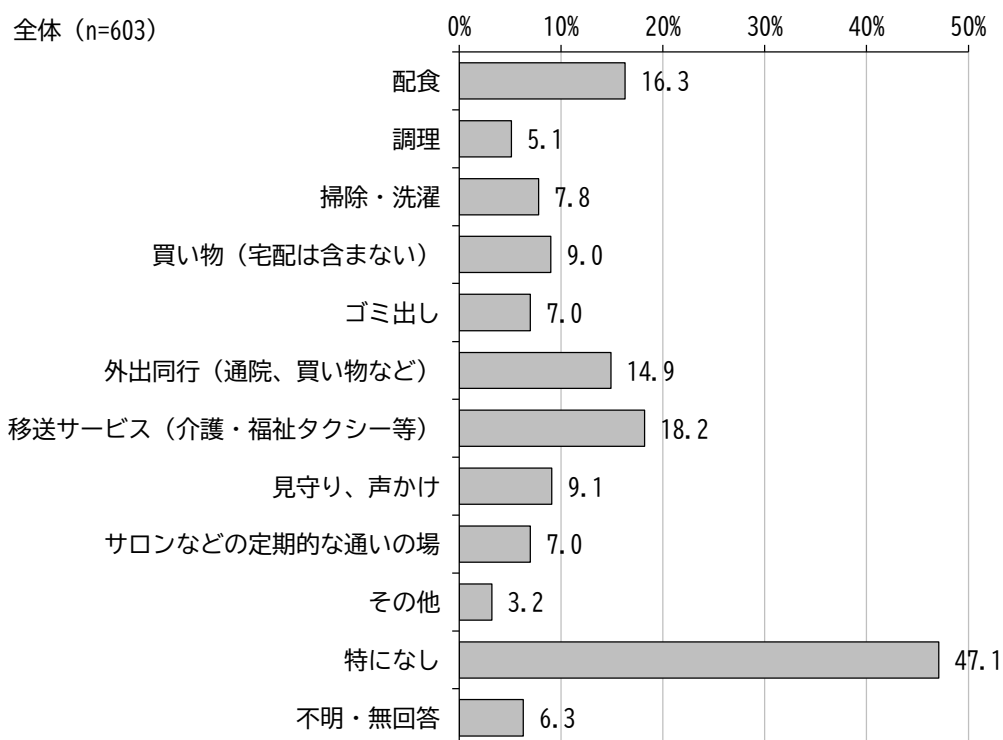
全体で「利用していない」(63.5%)を除くと、「配食」が13.1%と最も高くなっています。



主なその他回答	
スーパーの買物サービス・移動販売車	シルバー人材・薬の配達
自費レンタル車椅子	マッサージ (訪問)
除雪	おむつ支給

(9) 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください（複数回答）

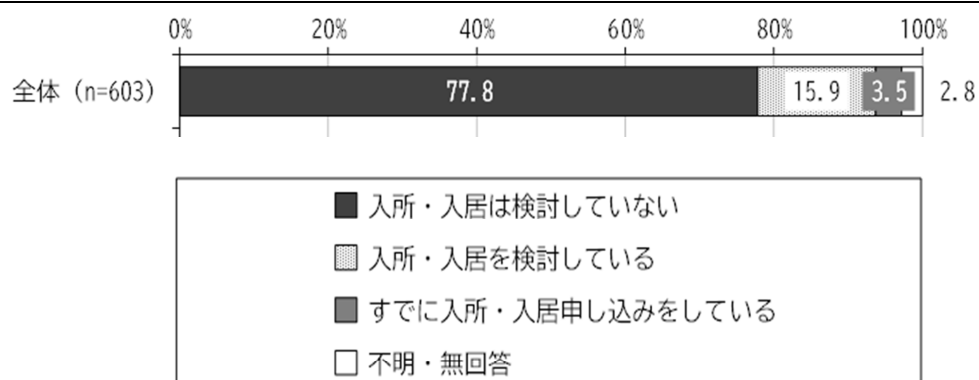
全体で「特になし」（47.1%）を除くと、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が18.2%と最も高くなっています。



主なその他回答
草むしり
主介護者が病気になった時に、すぐ預かってくれる施設
ゴミ当番（将来当番できる人がいなくなることへの不安）
病院への送迎（タクシーがない地域）
除雪
会話ボランティア
おむつが必要な人への補助の充実

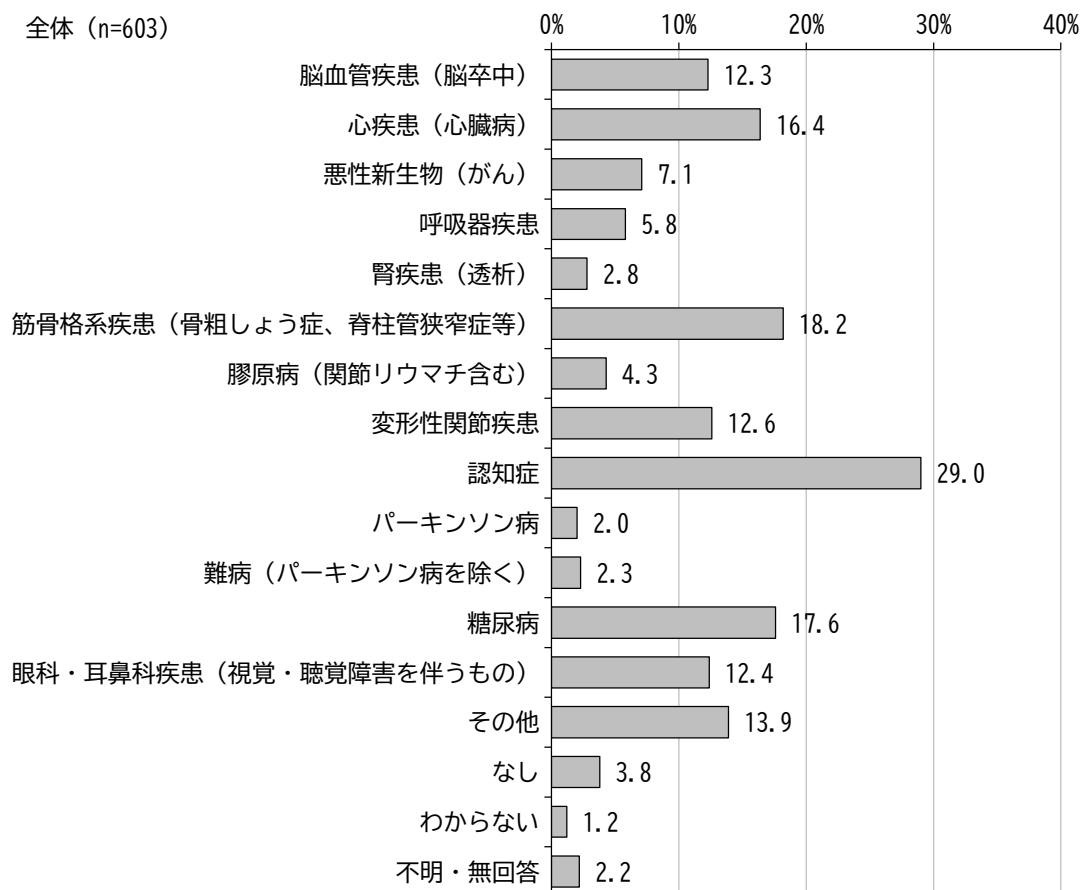
(10) 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください

全体で「入所・入居は検討していない」が77.8%と最も高くなっています。



3 健康状態・医療利用について

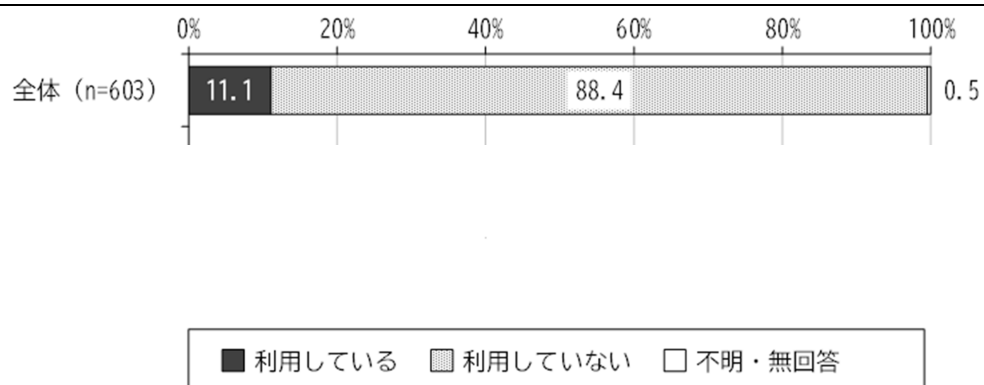
(1) ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください(複数回答)
全体で「認知症」が29.0%と最も高くなっています。



主なその他回答	
高血圧・高脂血症	リウマチ・リウマチ性多発筋痛
廃用症候群	高度フレイル
メニエール病	パーキンソン症候群
圧迫骨折・骨折後遺症	うつ病

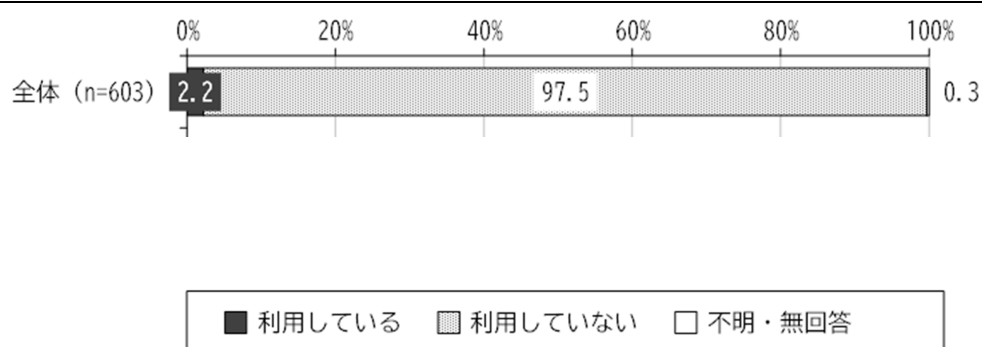
(2) ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか

全体で「利用していない」が88.4%と最も高くなっています。



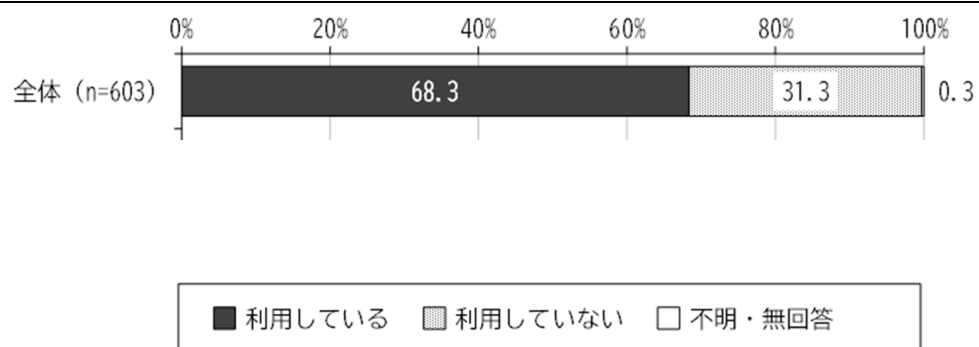
(3) ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問歯科診療を利用していますか

全体で「利用していない」が97.5%と最も高くなっています。



(4) 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の) 介護保険サービスを利用していますか

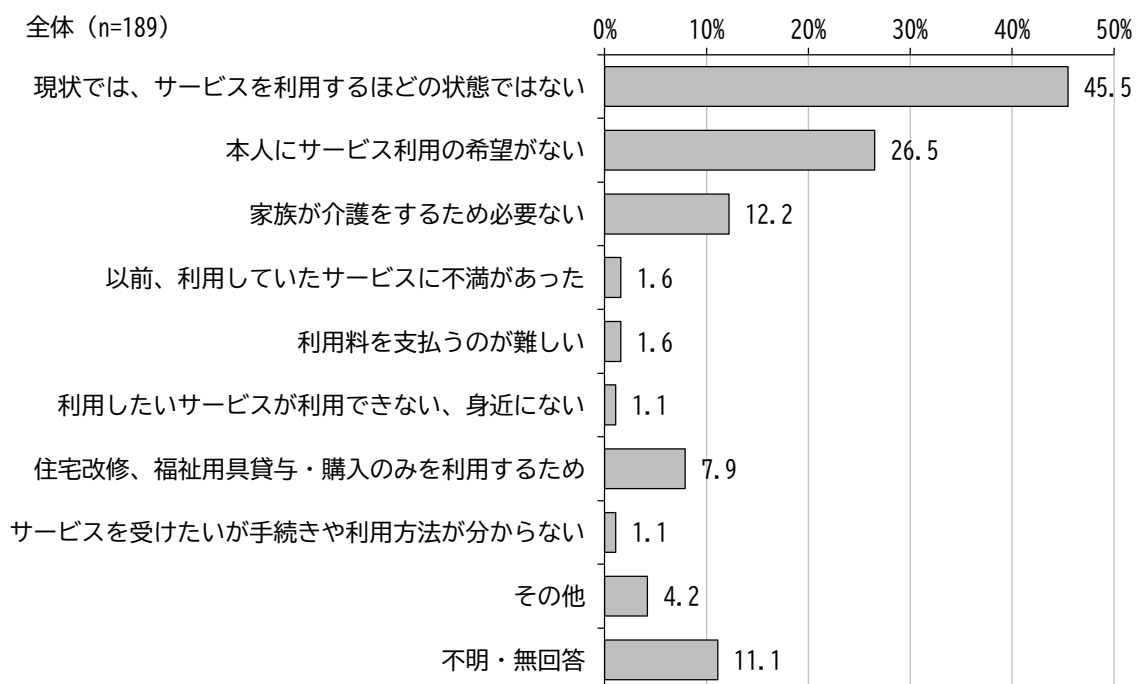
全体で「利用している」が68.3%と最も高くなっています。



(4)で「利用していない」を選択した方のみ

(5) 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数回答）

全体で「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が45.5%と最も高くなっています。

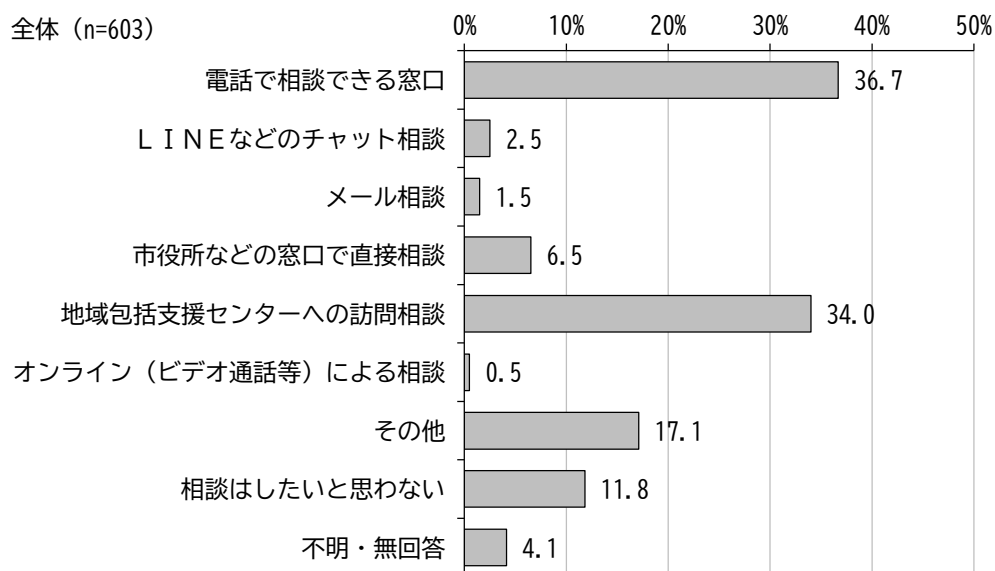


主なその他回答
どんなサービスがあるか知らない
今後利用予定（デイサービス調整中）
要介護度の点数では借りられないので持ち出し
断られた
夫のサービスで賄える
現在入院中のため

4 相談・孤独感・将来不安について

(1) 生活の困りごとについて相談したいとき、ご本人（認定調査対象者）が「相談しやすい」と感じる方法はどれですか（複数回答）

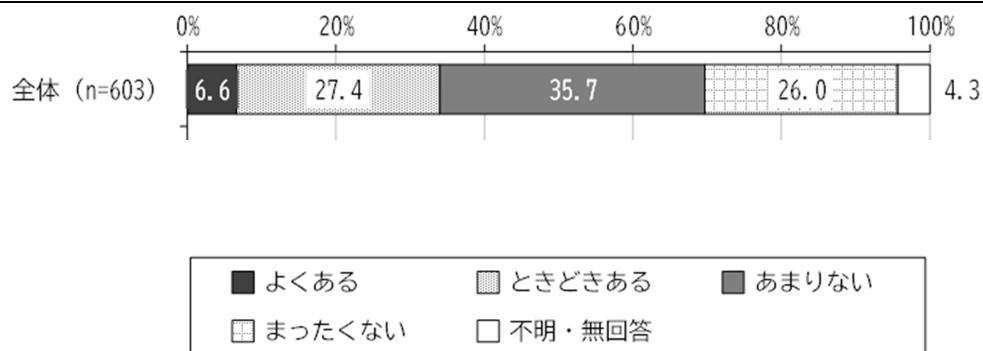
全体で「電話で相談できる窓口」が 36.7%と最も高くなっています。



主なその他回答
ケアマネジャーへの訪問・電話相談
動けない人のために家に来て相談を聞いてくれるよろず相談
利用している施設・サービス事業所へ相談
地域包括支援センターからの訪問相談
民生委員へ直接話をする
家族を通じての相談

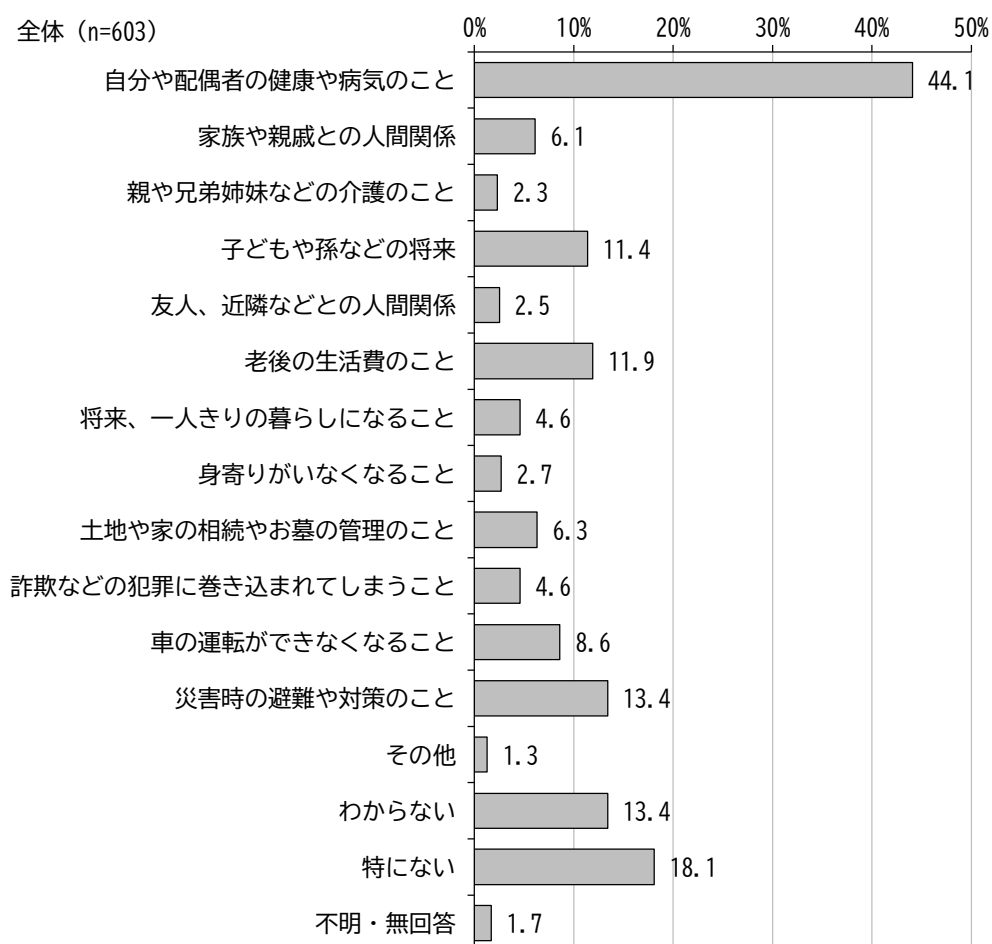
(2) 日常生活の中で、孤独・孤立を感じることはありますか

全体で「あまりない」が35.7%と最も高くなっています。



(3) ご本人（認定調査対象者）が、高齢期において不安に思うことがありますか（複数回答）

全体で「自分や配偶者の健康や病気のこと」が44.1%と最も高くなっています。

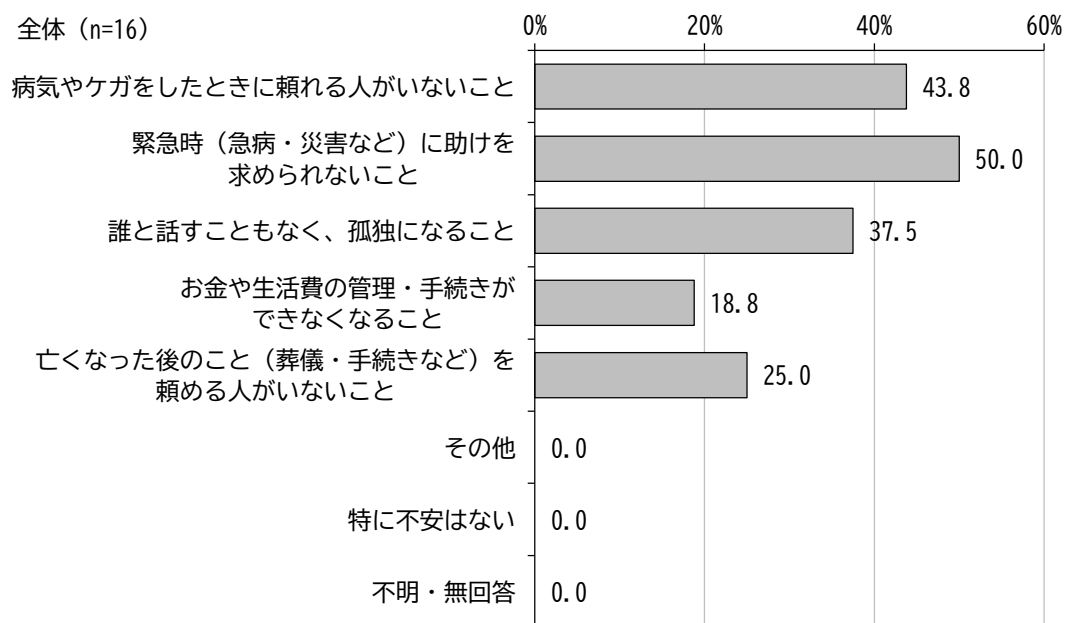


主なその他回答	
体調への不安	家族と住みたい
階段の移動	近所の頼れる人が少なくなること
知人が亡くなっていく寂しさ	迷惑をかけてしまうこと

(3)で「身寄りがいなくなること」を選択した方のみ

(4) 身寄りがいなくなることに對して、特に不安に感じることは何ですか（複数回答）

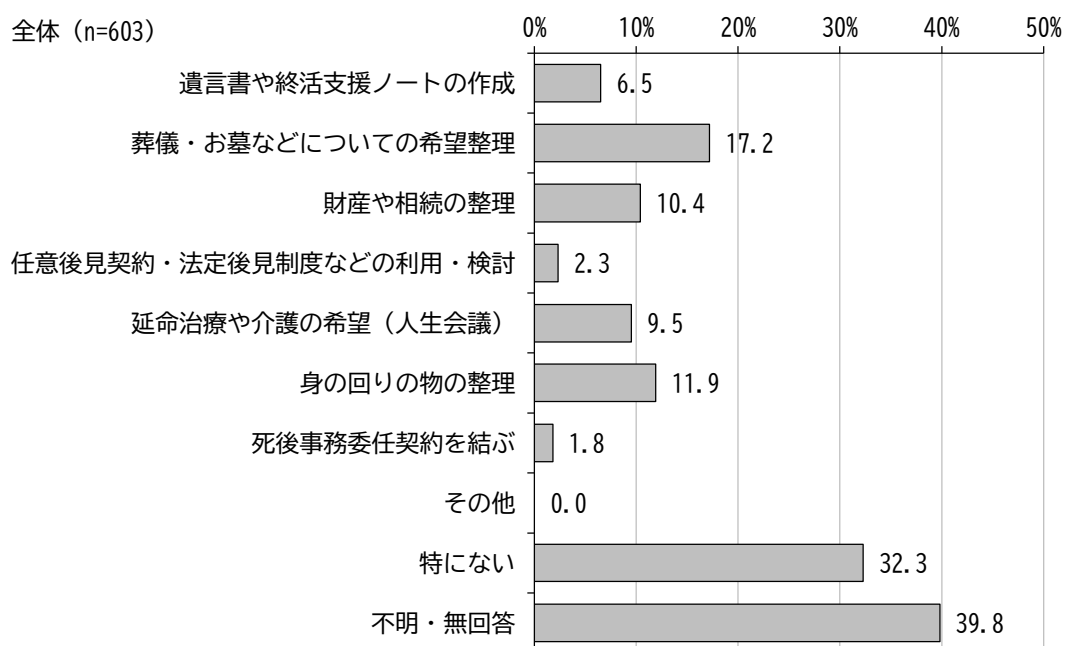
全体で「緊急時（急病・災害など）に助けを求められないこと」が50.0%と最も高くなっています。



5 終活・認知症に関する意識について

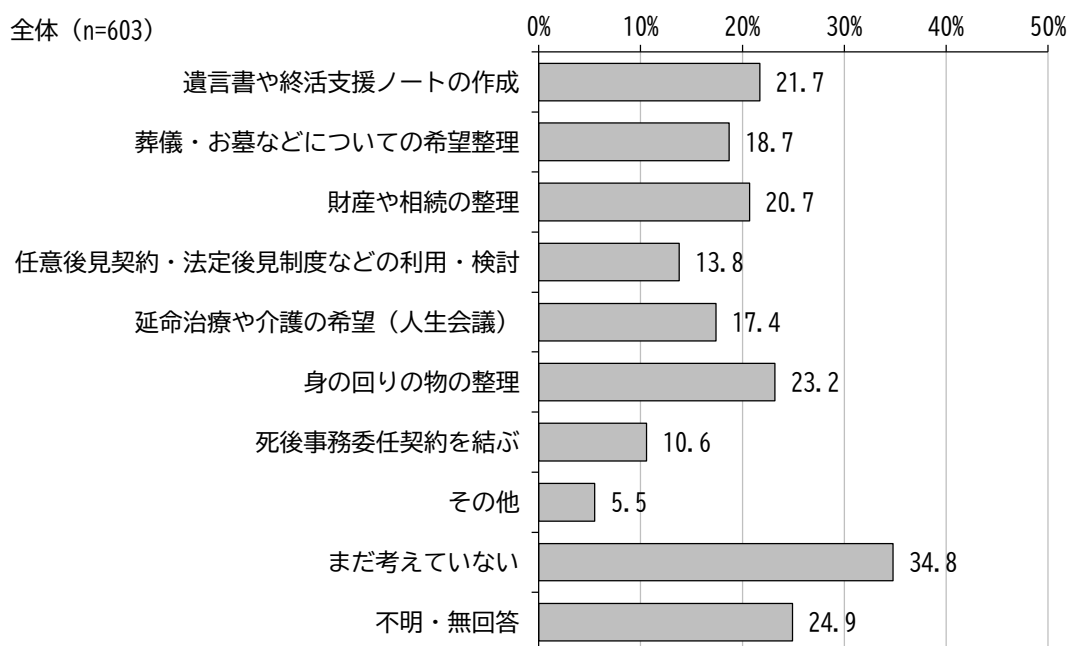
(1) 終活として、すでに準備していることはありますか（複数回答）

全体で「特にない」が 32.3%と最も高くなっています。



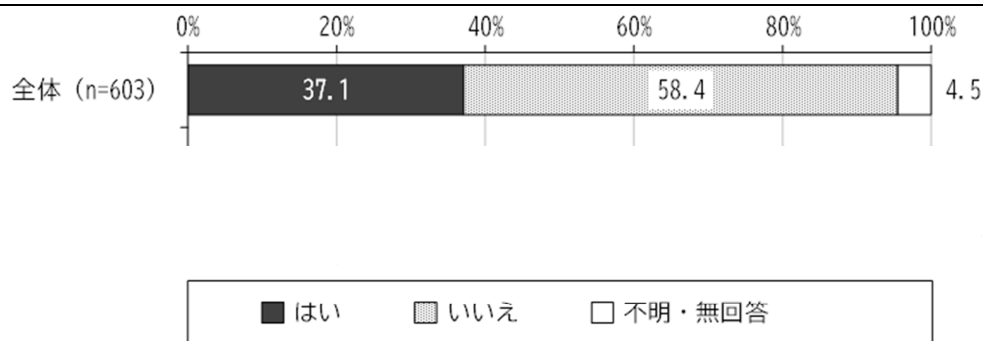
(2) 終活として、今後準備したいと思っていることはありますか（複数回答）

全体で「まだ考えていない」が 34.8%と最も高くなっています。



(3) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

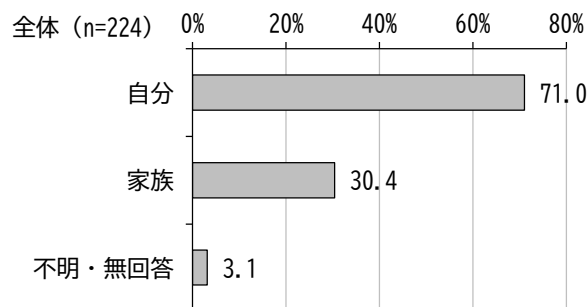
全体で「いいえ」が58.4%と最も高くなっています。



(3) で「はい」を選択した方のみ

(4) 認知症の症状があるのはどなたですか（複数回答）

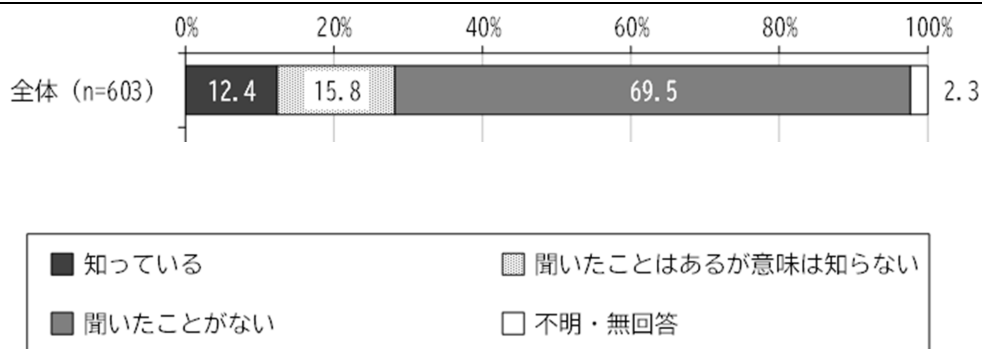
全体で「自分」が71.0%と最も高くなっています。



(5) あなたは、新しい認知症観※を知っていますか

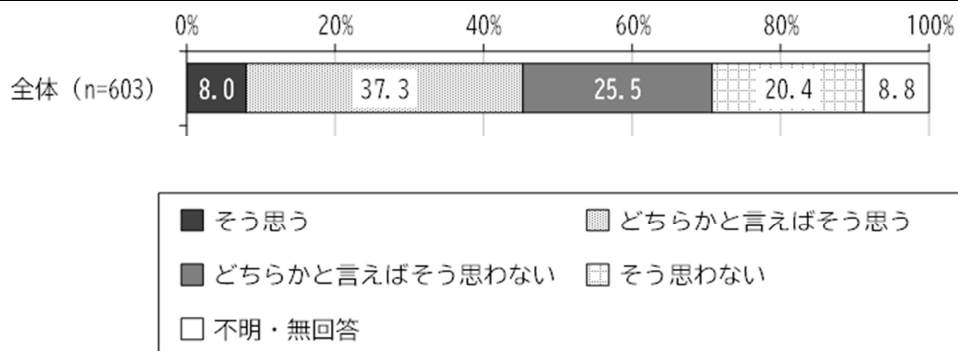
※新しい認知症観：認知症になっても一人ひとりができることややりたいことがあり、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方です。

全体で「聞いたことがない」が69.5%と最も高くなっています。



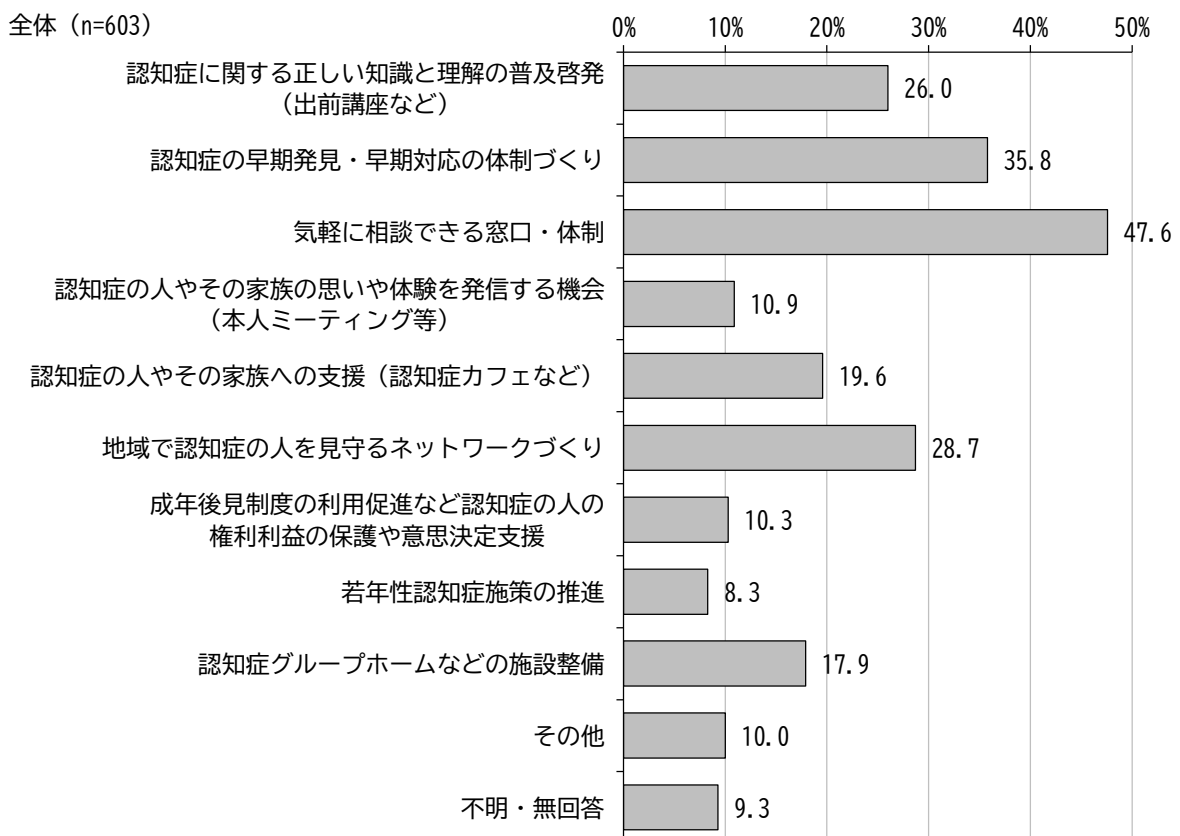
(6) 射水市は、認知症の人が自分らしく暮らせるまちになっていると思いますか

全体で「どちらかと言えばそう思う」が37.3%と最も高くなっています。



(7) 認知症の人が地域で暮らしていくために必要な支援は何だと思いますか（複数回答）

全体で「気軽に相談できる窓口・体制」が47.6%と最も高くなっています。

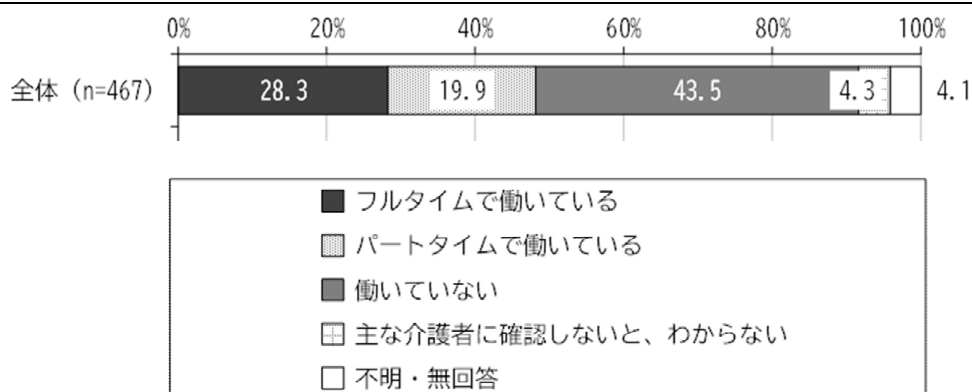


主なその他回答
経済的サポート
見守りサービス
費用のかからない相談・支援体制
民生委員による声かけ・訪問
気軽に集まれる・つながれる場所（地域の通いの場）
新しい認知症観が具体的に展開できる仕組みの実現

6 介護者の就労状況と負担について

(1) 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください

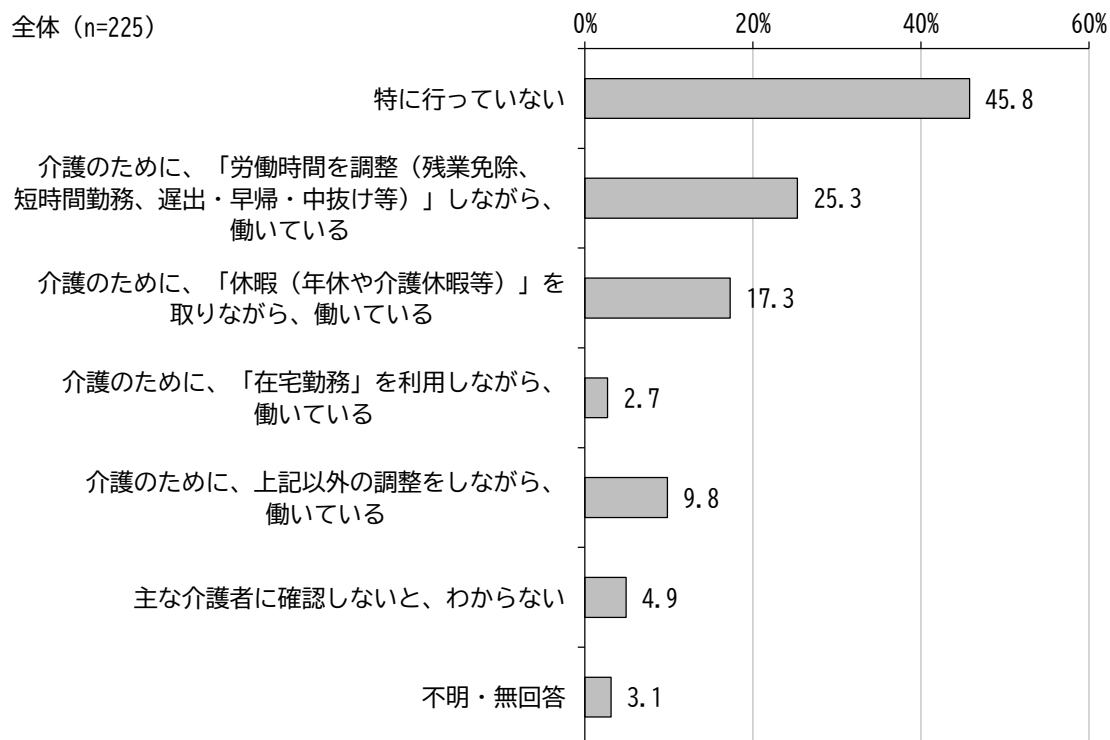
全体で「働いていない」が43.5%と最も高くなっています。



(1) で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」を選択した方のみ

(2) 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか
(複数回答)

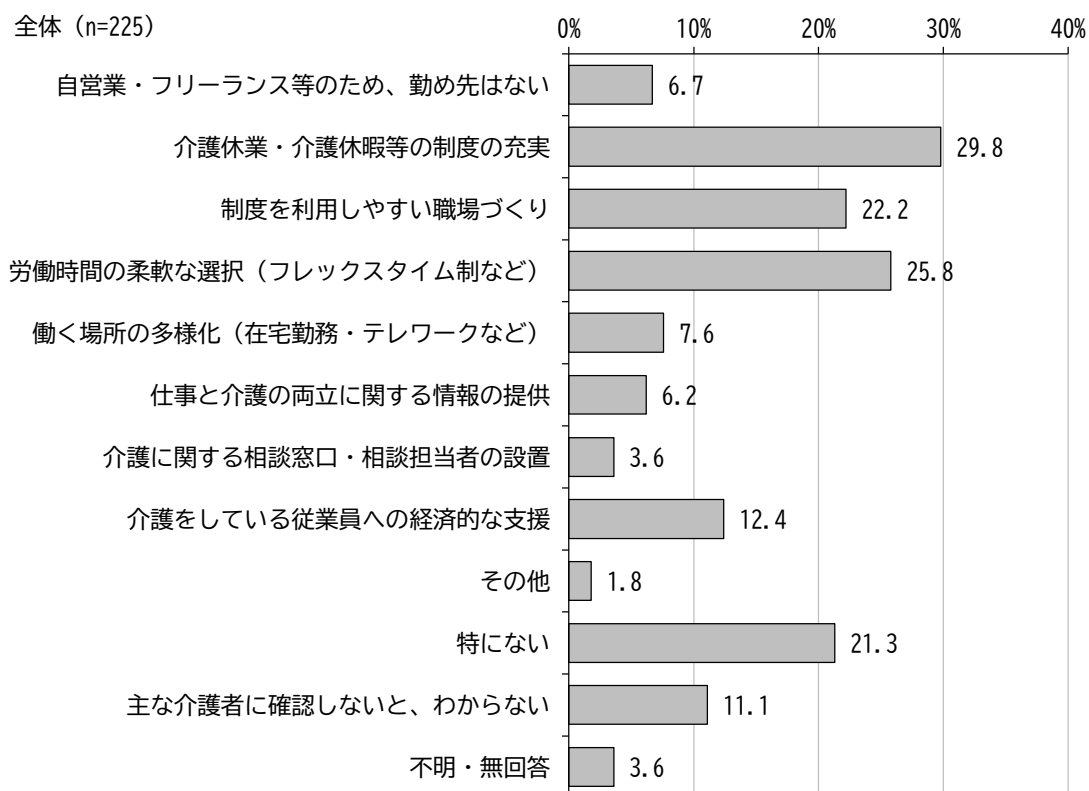
全体で「特に行っていない」が45.8%と最も高くなっています。



(1)で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」を選択した方のみ

(3) 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか（複数回答）

全体で「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が29.8%と最も高くなっています。

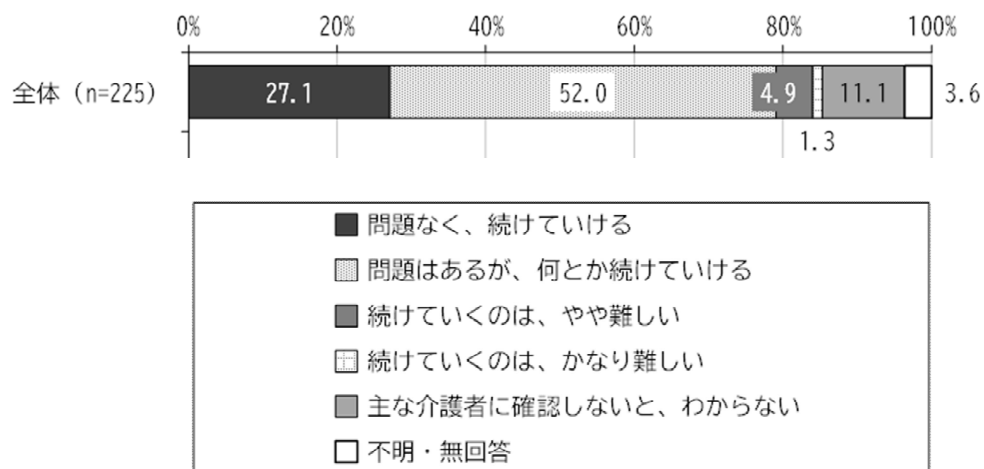


主なその他回答
自分の代わりに現在行っている仕事ができる人を配置してもらう
介護支援制度の実効性のある運用（机上の空論でなく当事者目線の支援）
正社員と同等の福利厚生

(1) で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」を選択した方のみ

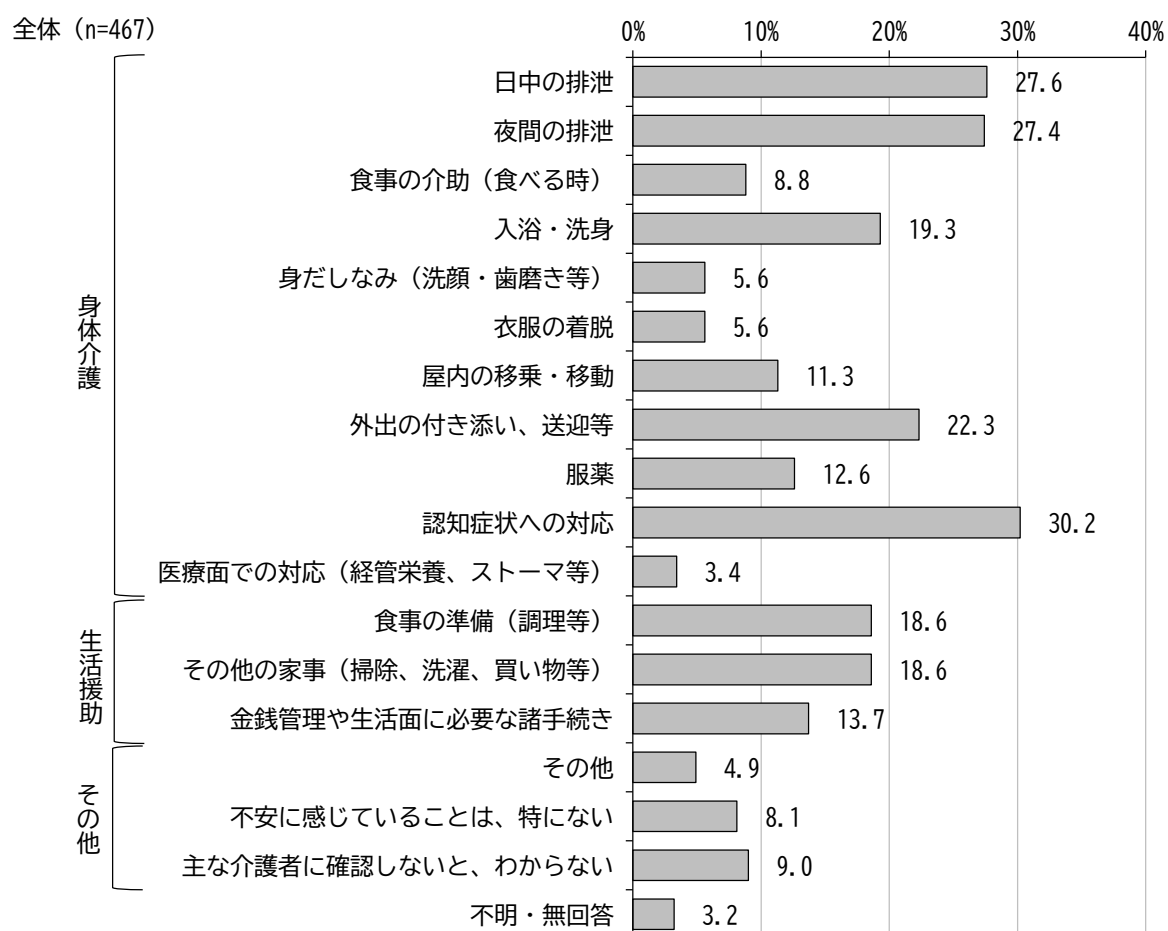
(4) 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか

全体で「問題はあるが、何とか続けていける」が 52.0%と最も高くなっています。



(5) 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（複数回答）

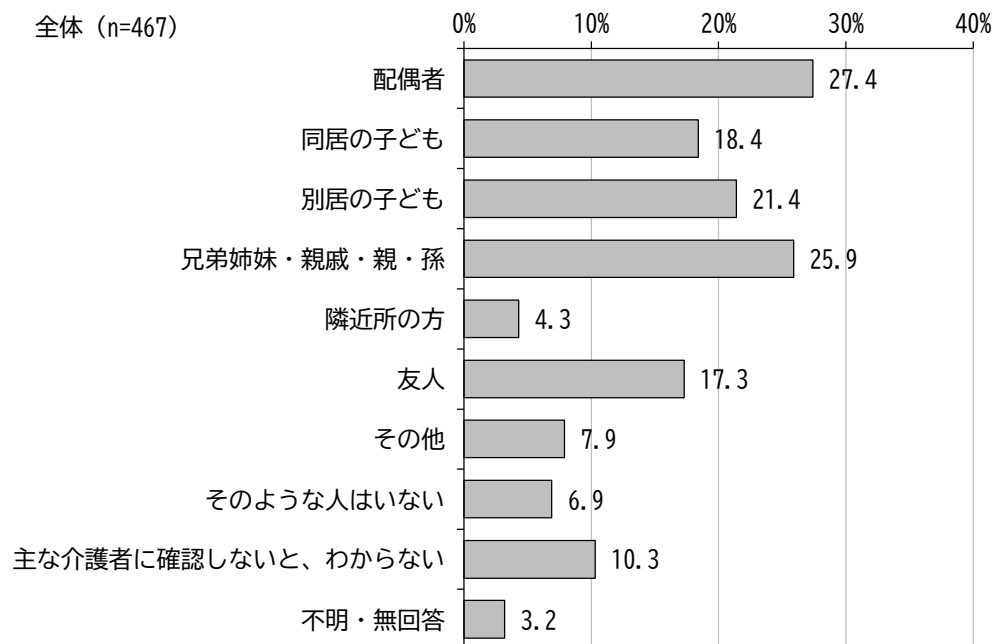
全体で「認知症状への対応」が 30.2%と最も高くなっています。



主なその他回答
金銭面・経済的なこと
緊急時の対応
急な病気や怪我への対応
自分の健康・体調不良時の対応
いつまで介護を続けられるか
主介護者が倒れたときのサービス利用の可否
短期入所利用日数の限度（介護者が1人しかいない）

(6) 主な介護者の方の心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか（複数回答）

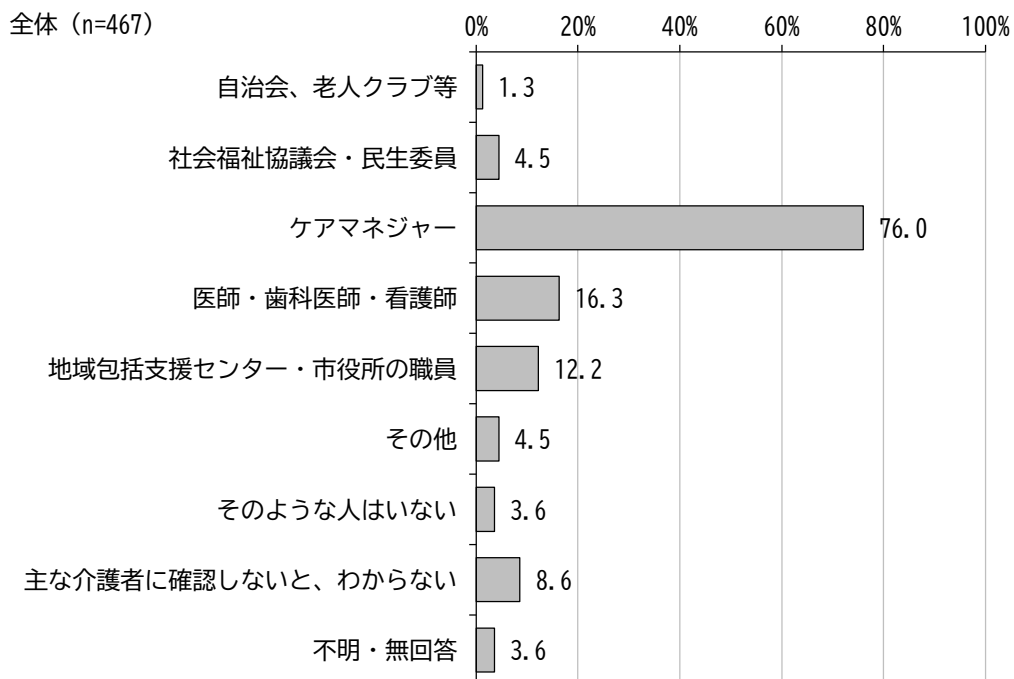
全体で「配偶者」が27.4%と最も高くなっています。



主なその他回答
ケアマネジャー
地域包括支援員
職場の同僚
愚痴は言わない
サービス事業所の職員・訪問看護
迷惑をかけてはいけないので言わない

(7) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに主な介護者の方が相談する相手を教えてください（複数回答）

全体で「ケアマネジャー」が76.0%と最も高くなっています。



主なその他回答	
ケアマネジャー	後見人
近所の方・隣人	デイサービスの職員
訪問介護・訪問看護	専門職の友人

7 介護保険制度・高齢者福祉に関する意見・要望について

(1) その他、介護保険制度や高齢者福祉などに関するご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください

【相談体制・支援窓口】

自由意見 抜粋
もっと身近に相談できる機関をたくさんつくってほしいです。そして知識、他者に対する温かい職員のアドバイスを期待しています。
ケアマネジャーには、真摯に対応していただいています。

【緊急時・レスパイト対応】

自由意見 抜粋
主な介護者が体調を崩した時に介護する人がいないと困るので、すぐ対応してくれるとありがたい。
レスパイト入院の制度は、大変助かったことがあります。今後も介護者が介護していくうえで、大変必要だと思います。

【介護者（家族）への支援・負担軽減】

自由意見 抜粋
親を支えていくことによる精神的なプレッシャーは常にあります。フルタイムでの仕事にも気にかけていることが多い。介護者に対するケア、職場の理解が深まってくると良いと思います。
介護保険制度、高齢者福祉は充実していると思うが、介護者の老老介護、働き手が介護しなければならない。介護する者（家族）に対しての報酬、給料が必要だと思う。経済的にも精神的にもお金が必要です。
主介護者も高齢のため、今までできていた介護ができなくなることが心配です。

【施設入所・住まい】

自由意見 抜粋
親の特養を申し込んでいるが、本人の認知症状が酷いため、なかなか受け入れ施設が見当たらない。金銭的にも余裕はないが、病院から出て行ってくれと言われるのではと心も落ち着かない。
要介護3でも特養入所がしやすいようにしてほしい。グループホームや有料老人ホームは金銭的にも厳しいのが実情です。

【在宅サービス・訪問介護】

自由意見 抜粋
訪問介護の維持が難しいという話を聞きます。今後在宅介護の助けがほしくなると思うので、先行きに不安があります。（２件）
デイサービスでレクリエーションの準備にかかる手間や時間を、他のところにまわしてほしい。
介護サービスは充実していて、大変ありがたい。

【費用・経済的支援】

自由意見 抜粋
もう少し、オムツ代が介護を必要とする全員に支給されるようにしてほしい。外出時に介護タクシーを使っていますが、料金が高いので援助してほしい。
介護保険料が高い。
昔、介護保険料が給料から天引されていた時は高いと感じたが、実際利用しなくてはならない場面になった時にありがたみがわかった。約 30 年前に祖父の面倒を見ていた時と時代が変わったと感じた。

【移動・交通支援】

自由意見 抜粋
コミュニティバスやのるーとが乗り換えせず、どこでも行けるようになってほしい。車が乗れなくなるので、病院に行くことが心配。
病院へ行く時にタクシーをなかなか頼めないのが残念です。何パーセントか安く頼めれば、なお良いのですが。

【日常生活】

自由意見 抜粋
身体障がい者手帳１級の中でも、目が見えないことはとても大変です。
明日以降の不安を考える前に、今日一日をできることに注力して、「ああよく頑張ったなあ」と満ち足りた気持ちで、寝床に就くように心がけている。

8 調査報告 【再掲・抜粋】

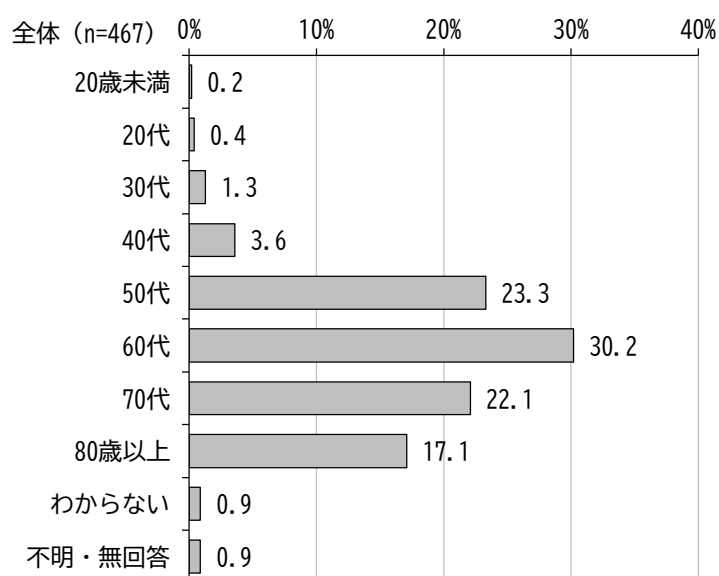
調査結果からみられる考察・課題について、まとめました。

2 家族介護の状況について

5 頁（3）主な介護者の方の年齢について、ご回答ください

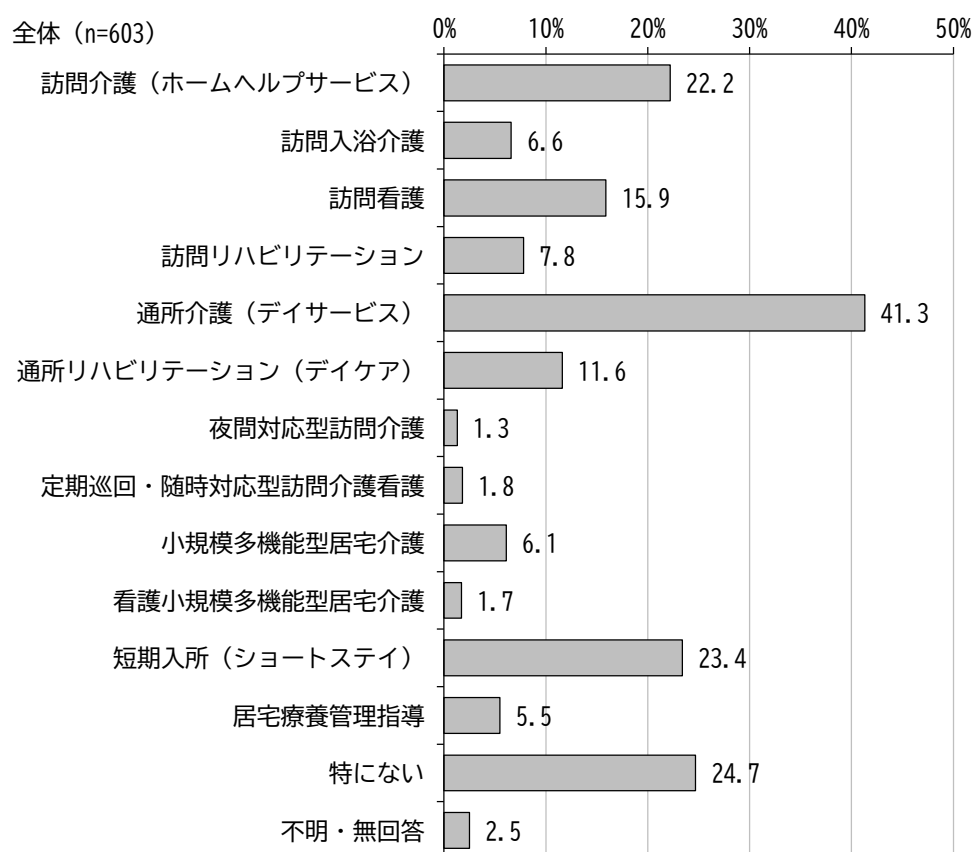
全体で「60代」が30.2%、「70代」が22.1%、「80歳以上」が17.1%と60歳以上が半数を超えており、老々介護の現状がうかがえます。

在宅での介護を支援していくための取組が必要であることがわかります。



9頁（7）今後も在宅生活を継続するために必要な介護保険サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください

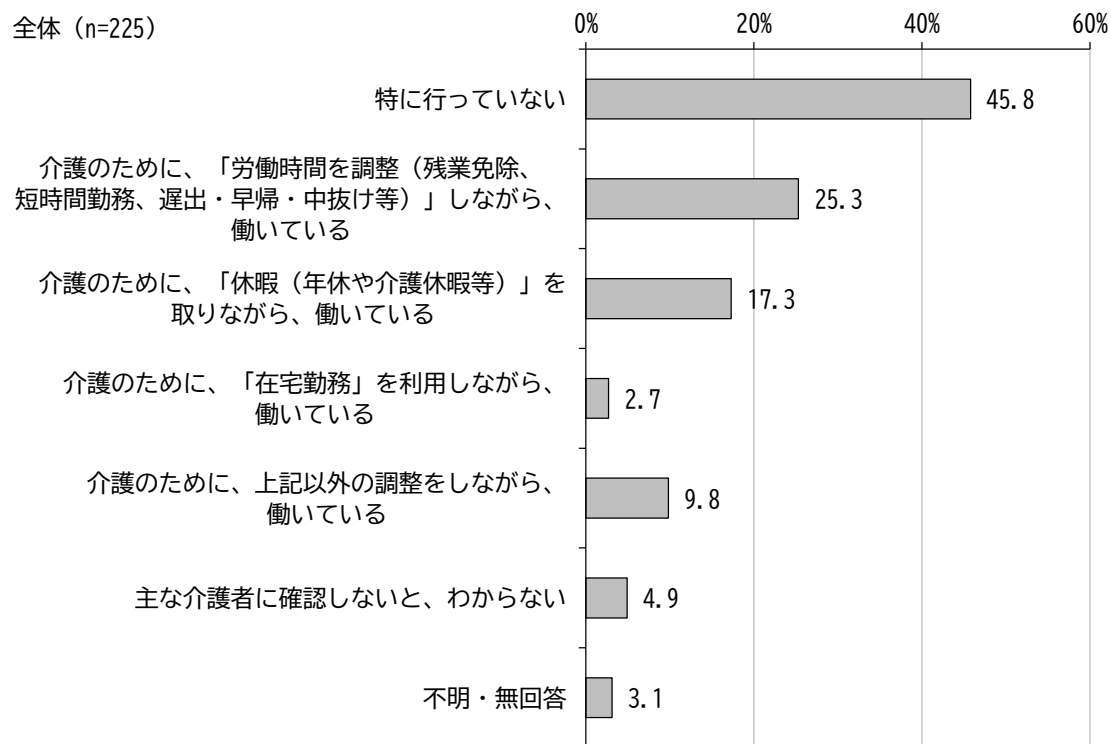
全体で「通所介護（デイサービス）」が 41.3%、短期入所（ショートステイ）が 23.4%、訪問介護（ホームヘルプサービス）が 22.2%となっています。



6 介護者の就労状況と負担について

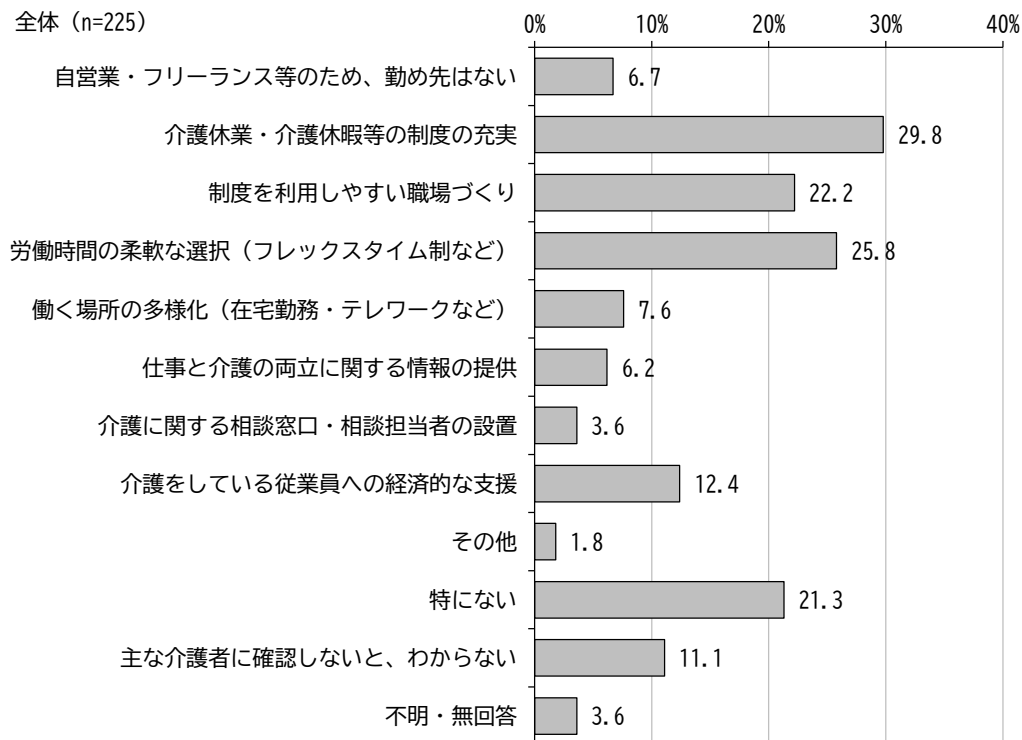
22 頁（2）主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をして
いますか

「労働時間を調整しながら働いている」が 25.3%、「休暇を散りながら働いてる」が 17.3%となっ
ています。



23 頁（3）主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか

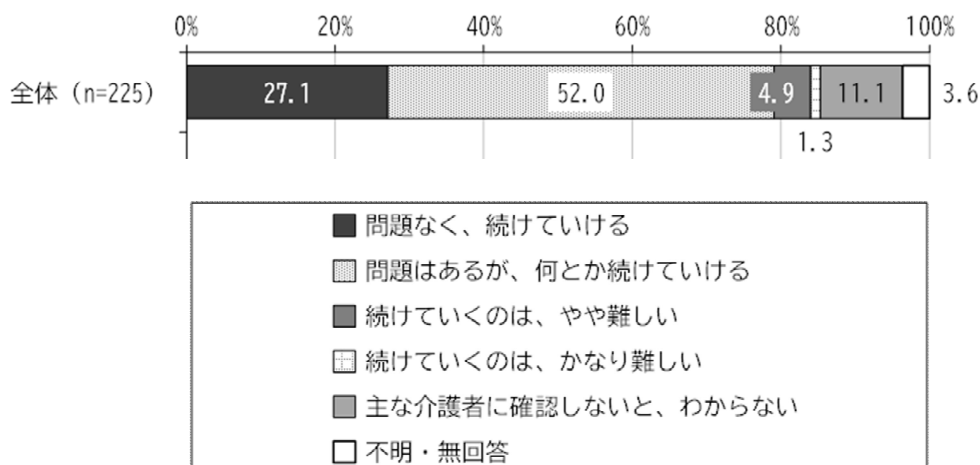
「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が 29.8%、「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」が 25.8%、「制度を利用しやすい職場づくり」が 22.2%となっています。



24 頁（4）主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか

「問題はあるが、何とか続けていける」が 52.0%と半数を超えました。

「介護休業」や「介護休暇制度の充実」、「柔軟な労働時間」等の働き方改革について、企業等と連携し、促進していく必要があると考えます。

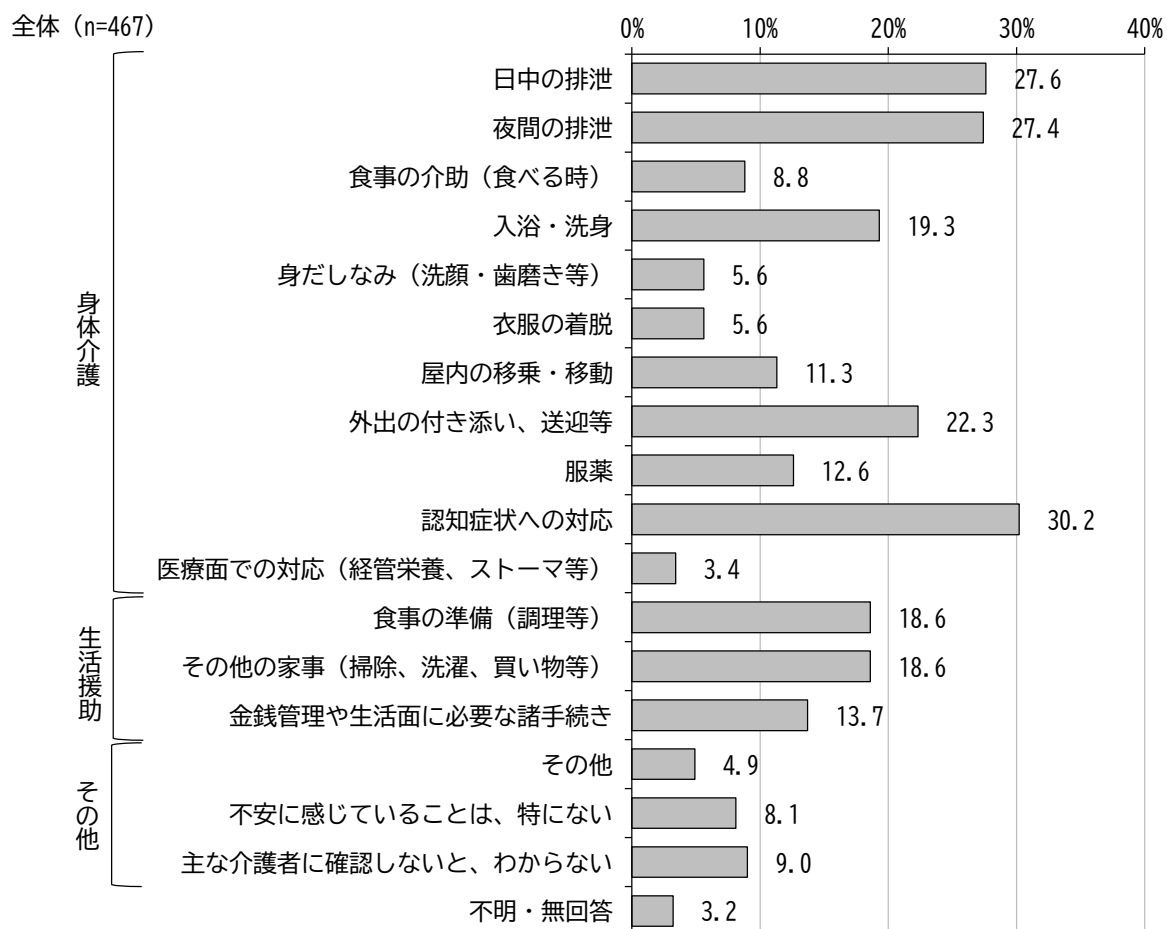


25 頁（５）現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください

「認知症状への対応」が 30.2%で最も多いことから、認知症に対する「知識・対応スキル」や、地域包括支援センターなどの相談先について、家族・地域住民に周知していく必要があります。

また、「日中の排泄」が 27.6%、「夜間の排泄」が 27.4%と「身体介護」の不安も多いことから、自宅を訪問して、日常生活上の支援を行うサービスがあることについて、広く周知していく必要があります。

また、次に「外出の付き添い、送迎等」が 22.3%となっていることから、安心して介護ができるよう「通院、買い物等の外出同行」や「介護・福祉タクシー等の移送サービス」などで、「ニーズに合ったサービス内容」になるよう検討する必要があると考えます。



○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 部会長は、部会員の互選により定める。

(庶務)

第10条 協議会及び部会の庶務は、福祉保健部地域福祉課において処理する。

(個人情報の保護)

第11条 事業に従事する者は、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。