

令和5年度 第1回松本市在宅医療・介護連携委員会 次第

日時 令和5年7月5日（水）

午後1時30分～

会場 松本市医師会館 3階 講堂

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 報告事項

ア 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業進捗状況について …資料1

イ 第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定について …資料2

(2) 協議事項

在宅医療・介護連携推進の課題について意見交換 …資料3

4 その他

5 閉会

令和5年度 松本市在宅医療・介護連携委員会 委員名簿

R5.6.19現在

	No.	委員名	構成団体名	勤務先
委員長	1	羽田 原之	松本市医師会	はたクリニック
	2	百瀬 誠多	松本市歯科医師会	百瀬歯科医院
	3	木村 健	松本薬剤師会	ほんぼ薬局
	4	丸山 美由生	長野県看護協会	南松本訪問看護ステーション
	5	赤羽 航之	長野県理学療法士会	丸の内病院
	6	藤原 亨	長野県作業療法士会	リハビリ専門デイサービス常念望
	7	高山 真由美	長野県介護支援専門員協会	居宅介護支援事業所ハーモニー
副委員長	8	鈴木 よし子	長野県介護福祉士会	特別養護老人ホームちくまの
	9	小山 桂子	長野県松本保健福祉事務所	福祉課
	10	羽生 浩子	長野県医療ソーシャルワーカー協会	まつもと医療センター
	11	百瀬 志郎	松本広域消防局	警防課
事務局			健康福祉部 松本市保健所長	塚田 昌大
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当課長	勝家 知子
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当	百瀬 鏡子
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当	百瀬 美和
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当	櫻井 まゆ子
			松本市医師会 事務局長	降旗 賢治
			病院局 松本市立病院 地域医療連携室 MSW	増島 澄子
			松本市南西部地域包括支援センター長	浅輪 みちる
			松本市河西部西地域包括支援センター	高山 直子

(報告事項)

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業進捗状況について

(R5. 6月末現在)

1 現状分析・課題抽出・施策立案【Plan】

(1) 地域の医療・介護資源の把握

厚生労働省介護事業所・生活関連情報検索（介護サービス情報公表システム）の活用周知

(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と解決策の検討

ア 在宅医療・介護連携委員会の開催

第1回 7月5日、第2回 2～3月頃予定

(3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

ア 松本圏域入退院連携ルールの運用と運用状況調査の実施結果について、関係機関への情報共有と多職種連携シートの活用とあわせて周知

(資料1-1)(資料1-2)(資料1-3)

イ 関係団体等との懇談会の開催や、松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会において、医療と介護の連携に関する情報交換及び広域的な取組みについて検討

(4) 地域包括ケア見える化システム等による現状把握とデータ分析

2 対応策の実施【Do】

(1) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

ア 介護と医療連携支援室（医療・介護関係者向け相談窓口）の周知
現在、相談窓口への電話相談や来所相談の実績なし

(2) 地域住民への普及啓発

ア 介護保険のサービス内容と一覧を「高齢者福祉と介護保険のしおり」として冊子化し、松本市公式ホームページへ掲載

イ 地域包括支援センター単位での地区の講座等の開催を11月30日の人生会議の日に合わせて、重点的に11月にACP（人生会議）と松本市版リビングウィル（事前指示書）について、市民や地区等へ周知啓発を行います。

（地域包括ケアシステム事例集 Vol5・6等の活用）

・地域包括支援センターだよりの11月号のテーマを、「人生会議とリビングウィル」として周知

・地域包括支援センターだよりを松本市公式ホームページへ掲載

・人生会議・松本市版リビングウィル（事前指示書）について、松本市公式ホームページへ掲載 希望している来所者には、関係各所で専門職から説明し配布

・居宅介護支援事業の状況に関する調査の実施

- ウ 高齢者お薬相談支援事業の実施（松本薬剤師会へ委託）
- エ フレイル予防等の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の実施（保険課・健康づくり課・高齢福祉課）
- オ 令和4年度各地域包括支援センターにおける「在宅医療・介護連携の推進」の取組みについて（資料1-4）

(3) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ア お薬手帳へ緊急連絡先用紙の貼付を推進
- イ 松本圏域入退院連携ルール及び多職種連携シートの活用の周知

(4) 医療・介護関係者の研修

- ア 多職種連携研修会の開催
 - (ア) 市全体で開催（年1回程度）
 - (イ) 地域包括支援センターエリアごとの多職種連携交流会等の開催
- イ ACP・松本市版リビングウィルの周知啓発
- ウ 自立支援型個別ケア会議の開催
 - (ア) 市主催（年6回、2事例/回）と、地域包括支援センター主催（年2回、1～2事例/回）の会議の開催
地域包括支援センター主催の1回目は、全12地域包括支援センターで計画済
 - (イ) 地域包括支援センターと共により多くの市内居宅介護支援事業所の介護支援専門員が事例提出できる機会や傍聴の機会の提供
 - (ウ) 介護保険サービス事業所の参加を継続し、新たに福祉用具関係事業所の参加も依頼済
 - (エ) 地区生活支援員を助言者として迎え、地域資源等の情報提供をし、居宅介護支援員との顔の見える関係づくりを目指す

3 対応策の評価・改善【Check】【Act】

市の目指す姿に向けて、在宅医療・介護連携推進の取組みについて事業評価及び今後の施策の検討をし、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画へ反映

令和4年11月分 松本市入退院連携ルール運用状況調査結果について

1 調査概要

- (1) 調査対象機関 市内居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 78か所
 (2) 調査実施方法 令和4年11月入退院分を12月末までに集計、県へ報告

2 回答数

	松本市	松本圏域	長野県全体
全事業所数	78(80)	141(149)	711(736)
回答数	78(80)	139(143)	639(609)
回答率	100% (100%)	98.6%(96.0%)	89.9% (82.7%)

※括弧内はR3年度

3 入退院ルールの活用状況

		活 用 率		
	松本市事業所数	松本市	松本圏域	長野県全体
活 用	70(69)	89.7%(88.5%)	88.5%(87.4%)	93.4%(92.1%)
未活用	8(9)	10.3%(11.5%)	11.5%(12.6%)	6.6% (7.9%)

※括弧内はR3年度

- ・松本圏域ルールの3本柱 ①流れ（フロー）②窓口一覧表 ③様式 のうち、いずれかの利用のみでも可
- ・入退院ルールの活用状況は、89.7%であった。松本圏域より高いが県全体より低い状況
- ・市内居宅介護支援事業所の活用率は、87.9%であった。（R3活用率86.4%）
- ・地域包括支援センターの活用率は100%であった。（R3活用率100%）

4 退院時連携について

		連携率			
	松本市退院調整実施数	松本市退院数	松本市	松本圏域	長野県全体
合計	172 (183)	226(234)	76.1%(78.2%)	72.5% (78.8%)	79.9% (80.8%)

※括弧内はR3年度

- ・11月退院226件の内訳は、市内13病院、市外6病院（圏域内3・圏域外3）で、調整率100%の病院は8か所あった。
- ・調整率が80%未満の病院は5か所あった。
- ・連携率は、県全体より低く76.1%で、昨年より下がった。
- ・退院連携の内、退院時のカンファレンスは100%実施できた。
（県全体は、R4：78.8%、R3：83.9%）
- ・退院時カンファレンスの実施方法として、本人同席、コロナ禍モニター越しでの出席や、本人の動画（現状の撮影）を活用する等工夫の中で実施されたのが39.5%。
（R3：54.1%）一方で、本人なしでの実施が60.5%（R3：45.9%）であった。

5 入院時連携について

		全体連携率(介護+予防)			
	松本市連携件数	松本市入院件数	松本市	松本圏域	長野県全体
合計	235 (262)	260 (293)	90.4% (89.4%)	91.1% (91.8%)	93.7% (94.1%)

※括弧内はR3年度

- ・入院時連携は、松本圏域・県全体と比べると低く90.4%であったが、90%以上の連携がとれている。
- ・松本市は、予防の連携率は（R4：77.8%、R3：93.0%）、介護の連携率は（R4：94.4%、R3：88.6%）であった。

6 今後について

- ・医療と介護の連携及び情報共有を図り、利用者等の入退院時のサービス等を切れ目なく一体的な支援をするため、共通理解のため周知継続を実施していく。
- ・コロナ禍の入退院調整については、昨年につき、工夫も見られたが、苦慮した場面も多かったと思われる。
- ・退院時のカンファレンスは、100%できたが、昨年度より、本人なしで実施したものが60.5%と多かった。
- ・医療機関への周知啓発は県が実施しているが、松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会等で課題や広域的な取り組みについて検討していきたい。
- ・日頃から顔の見える関係を築きながら、地域における多職種連携、個別案件の調整等を通して引き続き啓発していく。

令和 4 年度入退院時調整ルール運用状況調査結果（松本市自由記載分）

【入退院調整ルールの活用について】（活用していない主な理由）

- ・会社独自のものを使っている。
- ・20数年、医療ソーシャルワーカーの職能団体で活動し、これまでの入退院における連携の形があるため、改めて活用していない。
- ・病院との連携をしていないため。
- ・病院のSWと直接話をするため。
- ・独自の様式を活用しているため。
- ・電話でのやり取りが多い。

【入院時連携について】（提供・連携がなかった主な理由）

- ・入退院を繰り返しており、状態に大きな変化がないため。
- ・吐血により救急搬送されたが、先月（10月）にも同病院に救急搬送されており、利用者情報を病院は十分把握しているため。
- ・11月には入退院の利用者が存在しなかった。
- ・病院との連携をしていないため。
- ・退院カンファレンスの前に急遽退院が決まってしまった。
- ・入退院が頻繁であり、介入している訪問看護が同じ病院系列の訪問看護であり、病院とも連携図れていたため。
- ・担当ケアマネがコロナ感染により自宅療養期間中であったため、手元に情報提供書がなかったことから、担当MSWに電話で情報提供、情報共有した。
- ・必要に応じて連携する予定ではあったが、特に連携の必要性は感じられなかった。医療関係者からも特に情報を求められなかったため。
- ・入院以前から介入したケースでの入院がなかったため。
- ・家族からあまり状況がよくないと連絡があった。病院側とすぐに連絡を取らなかった。2週間後に亡くなった。
- ・施設入所者のため、ケアマネではなく施設相談員が対応した。
- ・コロナ感染のため。
- ・申請中で要支援だったため。
- ・病院からの入院及び退院に向けた介入の相談であった事と、入院以前に介護保険サービス利用の経過もなく、情報提供として行わなかった。ただ、以前より包括で適宜関わりのあった方であるため、口頭にて情報提供をして退院に向けたカンファレンスの調整依頼をMSWに行い、介護保険事業所との調整をした。
- ・予防ということもあり、病院から救急車で搬送されたことから、病院側からの情報提供があると思われたため。

- ・何度も入退院を繰り返しており、コロナ禍でもあるため病院とは電話で連携を実施。
- ・直近で入院があり、その時に情報提供を実施。11月再入院となり、病院に情報提供の確認を行い不要と指示があったため。
- ・軽度コロナ入院で変わりなかったため。
- ・病院側から電話での問い合わせがあり、電話でやり取りし、サービス計画書を病院に提出。

【医療機関との入退院時の連携でうまくいった点や、問題点について】（コロナ関連は除く）

〈うまくいった点〉

- ・顔の見える関係性の構築が図られ、医療連携室への情報の提供及び退院時の連携など、常にスムーズに進行している。
- ・入退院支援の看護師の方からカンファレンス開催についての相談があり、MSWとも連携し開催にいたり、退院後の準備ができたことで、本人、介護者、ケアスタッフがスムーズに在宅生活を開始できた。
- ・大腿骨骨折で入院。退院後のサービスを見込んで入院中にカンファレンスを行った。退院後スムーズにサービス導入ができた。
- ・状態に変動のある利用者だったが、介護と医療の関係者が集まり退院後の調整ができた。
- ・施設から入院、コロナ感染予防のためFAXにて入院情報提供書を送付した。入院中適宜相談員から連絡があり、退院日程を決めて、サマリーをいただき、各事業所と情報共有をして退院準備ができた。
- ・入院後1~2週間後入院時カンファレンスを開催し、退院準備をはじめ、課題に対する進捗含め退院前カンファレンスを開催し、在宅の移行にあたり相談できる。
- ・状態変化がなく、カンファレンス開催しない場合でも電話で様子を確認しあい、相互に納得し退院を迎えられた。
- ・大変詳しく情報をいただきよかった。
- ・大腿骨骨折術後リハビリ目的で転院。退院後の生活も見込んでリハビリを行う。退院時カンファレンスも行いスムーズに在宅生活に戻れた。
- ・11月下旬退院予定の新規利用者だったが、8月から家族と連携し、本人とは8/29に病院にて初回面談カンファレンスサービス担当者会議を実施した。退院まで3か月間の準備期間があり、その間にも家族と連絡を取り、10/28には本人一時帰宅して家屋評価を行うことができた。必要な福祉用具についても、同伴した病院PTから直接福祉用具貸与事業所職員と細かな調整ができた。11/16には退院カンファ、サービス担当者会議を行い、福祉用具（車いすのデモンタルを病院内で9日間実施し、PTの評価を受ける）、デイサービス（家族の利用希望や病院からの注意事項を直接聞く）も参加して、万全を期した退院前調整ができた。無事11/25に同病院を退院し在宅に復帰することができた。
- ・自宅退院後の初回訪問前に間に合うように、看護サマリーを送付してもらえたので、本人の状況把握がしやすかった。
- ・電話での対応。サービス計画書を届けた。結果病院で亡くなったが、病院から連絡があり居宅を訪問することができた。

- ・退院時、病院から注意事項をしっかりと伝えてもらったので、各サービス関係者にも周知ができた。
- ・担当 MSW が必ずいる。退院や再入院時にも関わってもらえた。入院後すぐに連絡がきた。看護サマリーをもらい情報を得られた。
- ・退院カンファレンス、家屋調査が本人含めて行われ、対面での意見交換ができ、連携しやすかった。
- ・連携室にて対応してくださり、スムーズに行うことができた。
- ・直接面会はできなかったが、タブレットを活用し本人とリモート面会による状態確認ができた。
- ・9月だったが家族が強く退院を望み、在宅再開に踏み切るタイミングが今しかないケースだったが、家族はサービスの受け入れができず困っていた際、医師からの説明を聞きながらサービスの必要性を検討し、最低限ではあったがサービス調整ができ、家族も受け入れたことがあった。
- ・老々介護で妻の介護負担軽減のためレスパイト入院を利用している。飲み込みや車いすの評価、ADL の確認等していただき、事業所間で共有し在宅生活の継続に繋がっている。
- ・電話対応が丁寧で、嫌味がなくコミュニケーションが取れるので、安心して話ができる。
- ・退院支援にてリハビリ中に患者さんの本人の意向で強引に退院されてしまい、在宅サービス対応が大変であった。しかしながら入院時から連携を密にしていたため、なんとか在宅対応をすることができた。
- ・緊急入院であったが、必要な情報交換ができた。退院時も情報交換を行い、在宅生活がスムーズにできた。
- ・精神疾患で治療が必要と思われたため、地域連携室のソーシャルワーカーに受診等の対応を相談。本人、家族が入院治療に消極的だったため、ケアマネが受診時に立ち合い主治医に面会し経過を説明。SW が一緒に立ち会っていただくことで、主治医にこれまでの状況が伝わりやすかった。その後本人家族も納得され入院。治療により軽快されたため、入院時要介護状態だったが退院後は介護保険を利用しなくても生活できる状態になり今回の介護保険の更新は行わなかった。
- ・入院時情報提供書を FAX にて送付し、その後に電話をしておけば、連携がスムーズにいき病院側の相談員から連絡が来るので良かったと思う。
- ・入院時連携シートと計画書を持参している。退院前カンファレンスについては、状態変化のある場合など事前に大まかな話を聞けるので、在宅スタッフが準備して参加し、退院前に専門職の提案を試したり、家族指導を評価する機会が得られ、退院後在宅再開がスムーズにできた。
- ・病院によっては医師と直接電話で話を取り合うケースもあり。情報共有については直接話すため、連携がとりやすかった。
- ・コロナ陽性で入院し待機期間が終了したが、体調が不安定な利用者を他の病院への転院に繋いでくださって有難かった。
- ・情報提供後入院直後の状況、入院3日以上経った後の状況を病棟看護師、相談員より細やかな TEL があり、退院準備がスムーズにできた。
- ・入院時には担当者に直接会って報告できた。
- ・入院中、退院後の介護を悩む家族の要望に応じて、MSW が期間を開けずに面談の日時を設けて、特養の空き情報を提供してくださったため、本人、家族の状況に合わせた対応ができた。

- ・入院時は情報提供書だけでなく直接話をして状況を伝えることで、うまく連携が取れている。
- ・本人の生活状況の詳細を提供できた。
- ・入院時情報提供を行うことにより、退院時の調整がスムーズに行えると感じている。
- ・緊急入院であったが必要な情報交換ができた。退院時も情報交換を行い在宅生活がスムーズにできた。
- ・退院時、病院から注意事項をしっかりと伝えてもらったので、各サービス関係者にも周知ができた。
- ・病院のMSWより入院中の報告をしてくれた。その際、情報で送った内容をさらに詳しく伝えることができた。(両足の壊疽のことなど)
- ・入院時ご家族、施設職員から入院の連絡を受けたため、担当SWへ連絡ができた。
- ・入院時の連絡先については、関係機関連絡先一覧を使用して問題なく連絡することができる。
- ・緊急入院時、救急外来の看護師が詳細を聞き取りしてくれ、MSWへつないでくれていた。
- ・数年前に比べ、退院前に相談員さんから情報をいただくので、退院後の支援がスムーズにできるようになった。
- ・退院後の生活まで見極めて情報をいただけた。特定の病院というわけではなくどの病院でも、日常生活やリハビリの情報をいただくことができる。
- ・SWから必要な情報をいただくことができた。
- ・病棟内のスタッフとの連携がスムーズに行かない場合に、当該医療機関のSWがしっかりと調整・連携をしていただけた。
- ・SWだけではなく、ケアマネも含めて人間性やコミュニケーション能力次第で連携が良くも悪くもなる。

〈問題点〉

- ・入院したことを民生委員を通じて知った。民生委員が言ってくれなかったらわからなかったかもしれない。その後、包括から病院へ情報提供を行った。
- ・病院の都合で退院日を設定されており、対応調整する時間が短い、十分な調整ができなかった。
- ・11月に入院され、12月初めに退院をされた方。入院時情報提供書とケアプランを提出したが(直接持参)病院からの連絡はなく退院された。ご家族の連絡で退院を知った。
- ・退院前日夕方に包括に連絡をいただいた。特に問題なしとの話だったが、高次機能障害の症状について家族が理解できていない等、退院してからの調整が必要なケースであった。早めに連絡をいただければ調整ができたのではないかと思われるケースであった。
- ・肺炎で1～2週間の入院と言っていたが、3週間で退院となるその時、歩く練習はしているがベッドから自力で起きることが出来ないという家族への連絡で、家族が在宅生活を諦めた。
- ・入院中で申請中のケース。状況的には要介護状態。包括の関りはなかった。病院のMSWから、松本市の介護保険システムがわからないので説明してほしいとの依頼があり、説明する。その後、退院後の施設を探してほしいといわれる。本来ならMSWの仕事。家族とのトラブルもあり、包括が間に入るようになってしまい困った。

・入院中に病院から家族に介護申請をするようにと言われ、家族が申請。包括にも連絡あり、病院と連携し、退院が決まったら連絡をするとの話をした。病院から連絡なく、退院日に家族から連絡をもらい、状況的には歩行時手引き状態で福祉用具が必要かとのケースがあった。

・ケースによって MSW が見つからない。入院中に病棟看護師から家族に介護申請をするよう勧められ、包括に申請や問い合わせがある。状況的に必要なサービスがわからず病院側に確認すると、とりあえず申請しておけばよいとの旨の返事。必要な時に申請するよう、介護保険の仕組みを理解して、家族に説明してほしい。

・MSW より、関われる親族がいない方の退院時のお迎えを、包括に依頼された事があった。

・躁うつ病で、最近の5年くらい入退院を繰り返している。入院のタイミングは近所トラブルがある。昨夏入院したが、昨秋から未受診。今夏また近所トラブルがあり、医療保護入院した。外泊したら行方不明になり、結果措置入院となった。近所の方の精神的負担が大きい。対応に困る。

・入院された方について、疾患及び家族状況から退院に当たってはMSWの介入による連携を必須と感じ、連携室へ相談したが「主治医から依頼がなければ入れない」と言われてしまった。MSW介入の判断は病院によって違うというのは理解しているが「主治医から・・・」とMSWから言われたことはなかった為、どのように依頼していけば良いのかわからない。結果的には同病院の居宅CMからほかのMSWに相談して下さり、介入していただくことができた。「MSWって何？」と疑問に思う事案であった。

・医師とSWの言っていることが違い、患者が憤怒。家族からも病院内の連携が取れていないので困るといわれたケース。ガン末期、すでに申請は高齢福祉課で受付済み。病院で認定調査するのでMSWより同行を求められ訪問すると腎臓増設、余命僅か、住宅事情的にも家族的にも在宅は無理な状態。聞くとICも済み転院することで家族同意も得ていると聞いたため、今日は調査できないことをMSWに伝えるも「私は家に帰してあげたい」と訴え全く聞き入れない。制度を理解していないのも問題だが、自分の思いが先に立ちコーディネートできないSWが家族を憤慨させた。結局〇〇病院へ転院し在宅復帰できないまま逝去した。もともと在宅で面倒を見られないと言っていた家族に介護認定申請をすすめたのは誰か？なぜ受け付けたのか？疑問だらけである。

・外来患者サポートセンターよりAさんは余命3か月、訪看が必要だと思ふと連絡あり。「お金が大変そうだ」「急変もありうる」と医師が言っているけど内緒にしてください」など、何を問題視しているのか不明。本人は治療で良くなっているという希望を持っておりサービス利用する気はない。訪看が必要であれば、医師から説明し同意をもらって欲しいとMSWへ伝えると「一般論を言っただけだ、パイプ役が欲しいので絶対必要と言うわけではない」「本人へどのような経過で死んでいくのか具体的に医師から話をしてもらい今後はイメージしてもらおう」「MSWの俺はがん専門でやっているんだ」「在宅はよく分からないから逆に教えてもらいたいですよね！」などの発言あり、患者を思いやる気持ちがあまりにも薄いうえに非常に不愉快な対応をされた。その後患者に対しても尊大な態度を取り、患者が非常に気分を害し、主治医へも名指しで苦情を入れ担当からも外れてもらっている。MSWを通じてはらちがあかず、包括が直接主治医と連携票を使用し連絡を取ったところ、主治医より真摯にお返事をいただけただけうえに非常にスムーズに支援が進み、医療と介護、地域の支援者の介入もできた。その後入院し逝去された。

- ・入院時情報提供したが、退院時に何も連絡がなく、家族から退院したことを知った。その後ケアマネから病院 MSW に連絡し、情報を得た。
- ・入院時翌日には MSW へ情報提供を提出したが、入院中の様子や今後のサービス調整について、在宅の訪問看護師に提供しケアマネには連絡いただけなかった。
- ・個人情報理由に病院の SW が情報（死亡も含め）を教えてくれないため、他のサービス事業所にも迷惑をかけてしまう。
- ・入院時は担当相談員がわからないので連携室あてに送っている。今回は治療が終わりリハビリ目的で〇〇病院に転院となった。転院のためかケアマネには1度も連絡がなかった。自宅へ戻る場合はいつも連絡いただき、状況によっては退院前カンファレンスに参加させていただいている。
- ・病院側の担当の相談員が不在の場合に、代わりの相談員が対応してくれたが、患者さん自身の情報を把握できていなく教えてほしい情報を提供されない場合が困った。
- ・担当 MSW がいない場合が多い。病棟看護師が窓口となり、連絡が取りにくい時がある。
- ・入院時情報提供を行っても、ソーシャルワーカーが担当してくださらないケースがあり、急に退院が決まり連携取れないケースがある。
- ・〇〇病院から心筋梗塞で転院された方。退院前に病棟看護師から説明あると連絡があったが、結局連絡なく訪問看護導入の判断がつかなかった。
- ・病院スタッフ同席で家屋調査が必要と思われたが、コロナ流行中のため、家族とケアマネだけで調整を実施することになった。
- ・タブレットを活用し本人とリモート面会、退院後のご希望等確認する機会が度々あったが、耳が遠い方だと看護師が通訳してくれるものの、意向確認の難しさを感じた。
- ・退院前のカンファレンスで見せてもらった本人の動画の状況と、退院時の状況が違っていた。（動画では部分的にリハビリ時の様子だけ見られたが、退院時は痛みが強く立つこともままならなかったため、動画の様子、説明された内容とのギャップがあり、うまく連携できていないと感じた。）
- ・忙しい際に何うこともしばしばあるので、情報提供書を持参すると嫌な顔をされる。
- ・介護認定のない方の退院調整で、病院からの退院連絡が直前にあったり、急に退院日に変更になるなど、対応に困ることがあった。新規の方の情報は申請の有無にかかわらず、なるべく早めに連絡をいただきたい。
- ・入院時情報提供書を入院のたびに出しており、電話でも情報提供しているにもかかわらず、担当 MSW に「初めて聞いた」「知らなかった」等言われることがあった。
- ・病院に入院した方のその後の病状を把握しづらい。
- ・退院後の調整で、NSW は介護保険のことをあまり理解していない様子で、手すりの導入を進めてきた。
- ・病院の MSW によっては態度が高圧的。
- ・退院支援を看護師が対応したときに、日によって担当が変わってしまい、病棟内での連携ができていなくて、人によって言うことが違うことがあり対応に困る。
- ・医療機関の担当が MSW の場合と退院支援看護師の場合があるが、退院支援看護師とのやり取りで、在宅への理解の低さを感じることもある。
- ・入退院は医師と患者または家族間で決まりケアマネは関与できない。

- ・退院の情報を間際の連絡でいただくことがあり、在宅サービスの調整が忙しく大変な場合がある。
- ・入院中の面談ができず、聞いていた情報とは退院後の状態が大きく異なり、在宅に戻ってすぐに変更申請をかけたりサービスの調整をしたケースがあった。
- ・入院してから数日後に医療機関側から連絡があったり、連絡がなく当該医療機関に問い合わせたところ入院が確認できたり、情報がスムーズに行き交わらないことがある。
- ・利用者の病状、入院状況によるが、医療機関側が、利用者の在宅生活の状況や受診状況などの情報を必要としない（情報提供を求めない）ケースもある。
- ・退院に向けて医療期間内でカンファレンスを実施していただくが、介護支援専門員がマネジメントする以前にすでに自法人の介護サービスや提携している（？）福祉用具事業者から貸与する用具を決めてあるケースがある。

【特に新型コロナウイルス感染症流行に伴い、医療と介護との入退院時の連携でうまくいった点や、問題点について】

〈うまくいった点〉

- ・状態に変動のある利用者だったが、介護、医療の関係者が集まり退院後の調整ができた。
- ・少し距離があるが実際歩いている様子や動作の確認が取れてよかった。
- ・退院時のカンファレンス時、家族のみ面会させてもらい家族が動画撮影を許可され様子を後で見ることができた。
- ・コロナ陽性で入院、肺気腫の方で一時は体調悪化もあり危ぶまれたが、その後順調に回復し、カンファレンスを行うことができた。入院中に退院先の施設を変えることになったが、カンファレンスで情報共有ができていたので、スムーズに転居できた。
- ・カンファレンスの時に、本人に短時間でも面会できた。
- ・在宅生活復帰に向けて、本人のリハビリ状態を見せてくれ、カンファレンスを数回開いている。
- ・11月退院の方ではないが、新型コロナウイルス感染症流行に伴い、本人の病室に集まった病院スタッフ、本人やDr、Ns、PT、MSWと、居宅介護支援事業所〇〇に集まった家族、訪問看護、福祉用具貸与事業所、ケアマネをZOOMで繋げて、退院カンファ、サービス担当者会議を行ってくれた。
- ・ご本人同席で直接面談できたため、体調やADL等の確認ができて、退院後の具体的な生活の話ができたので良かった。
- ・コロナ禍ではあったが、転院するにあたりリハビリの様子を見学でき、転院に結び付いた。
- ・コロナ禍において病院リハスタッフの家屋調査が困難となり、担当ケアマネ、包括にて家屋調査をして病院に提出した。在宅へのリハビリ内容が具体的になりよい退院支援となった。
- ・入院中の状況をアイパッドで撮影し、情報提供あり。
- ・外部との面会制限のためリモートで行い、ご本人の状態を看護師PT、STから得ることができ、また動画でADLが確認でき、在宅の生活をイメージすることができ、サービス事業所間で共有することができた点はよかった。
- ・カンファレンスのために多床室から個室に変更してもらい、実際に本人に会えた。
- ・調査期間中ではなかったが、県外から訪れていた息子さんとリモートで退院カンファを実施していただけた。

- ・タブレットを使って、本人に会えなくても面会ができたり、状態が確認できるようにしてくれる。
- ・病院の相談員の方が近況や今後の方向性について、しっかりと情報提供をしてくれた。コロナ禍の影響もあり、退院カンファレンスができない状況ではあったが、密に連携を図ってくれてよかった。
- ・コロナ入院患者についての状態確認等、電話ではあったが詳細に把握できてよかった。
- ・提出した入院時情報提供書とケアプランにしっかり目を通してくださり、退院時に困らないように、退院時期を調整して下さった。
- ・モニターで、動画で状態の確認ができた。
- ・必要性に応じて対応してくれた。
- ・病院での認定調査や本人からの聞き取りはビデオ通話で行ってくれるため、本人と顔が見える状態で話ができた。
- ・感染症対策のため面会制限があったが、カンファレンス開催時、本人の状態やリハビリの様子をタブレットにて動画で確認でき、各事業所と情報の共有をすることができた。
- ・コロナ禍で会議の開催や面会ができない状況ではあるが、看護サマリー及び電話での説明を受けることができ、状態等情報連携を行うことができている。
- ・入院すると会えず状況がわからないため、コロナ禍は特にソーシャルワーカーとの連携で退院後のサービス調整がうまくいきありがたかった。
- ・面会制限はあったが、モニター越しやご本人の状態がわかる動画で確認ができた。
- ・直接面談ができない場合も別室でのオンライン活用によるカンファレンスが増え、退院前に本人の様子や意向が確認でき、スムーズなサービス調整につながると思う。
- ・コロナ禍であっても、病院側が必要に応じてカンファレンスや面談の機会を設けてくださっているので、ありがたく思っている。
- ・新型コロナ流行期、面会制限は当然と思う。電話での対応でよいと思う。
- ・コロナ禍で家族より感染防止を優先したいとの希望があり、退院カンファレンスができなかった。その分、病棟受持ち NS、MSW との連絡調整は多くあった。
- ・やむを得ないことであるが、新型コロナウイルス感染防止のため電話による確認になっているため、ご本人の姿を言葉で把握することが多い。それでも状況を伝えていただけることは在宅へ戻ってこられた時の情報として役立てている。
- ・仕方ないと思うが、退院前に本人に会えないことがある。タブレット等で面談させてもらえることもあり、工夫していただいていると思う。
- ・11月に入退院はなかったが、新規相談など各医療機関や介護事業所も工夫しながら連携していただけた。電話での直接の会話等も多く、紙面だけではわかりづらい面が信頼関係を作りながらできていた。
- ・コロナ禍でも、必要時はカンファレンスを開催していただけてよかった。
- ・面談ができないため、相談員との情報交換を密に行い、情報の共有ができた。
- ・オンラインで本人の様子やリハビリの様子を見ることができ、直接面会できなかったが情報を得ることができた。

・有料老人ホームに入居中の特養の入居待ちの利用者が入院したが、退院調整の際、入院元の施設でコロナ陽性者が多数出てしまったため戻れなくなり、順番が来た特養でも、コロナ陽性者がいるとのことで、入居が延期になってしまった。MSW と施設相談員と有料老人ホームの連携で、特養の受け入れができるまで入院期間を延ばしてもらうことができた。

〈問題点〉

・退院するにあたり、担当 MSW から連絡があったケース。MSW の情報と自宅へ帰ってからの状態が全く違い、改めてサービス調整した。家族へは、退院にあたり ZOOM にて面会し主治医からの説明もあったが、実際の動作は確認しないまま退院となったため不安が大きかった。

・回復期病棟でのリハビリ予定が、本人がコロナに感染しリハビリができなかった。入院期間に変更なく満足なりハビリができなかった。

・退院カンファレンスから退院が急ぎすぎて十分なサービス調整ができない場合がある。

・ご本人との面会ができないので新規受け入れに時間をかけてしまうことがある。

・病院で退院カンファレンスの日の前に新型コロナ陽性者が出たため、カンファレンス延期となる。再カンファレンスの前に戻る有料老人ホームでコロナ陽性者が出たため、カンファレンス行えなくなった。結局退院カンファレンスは行わず退院サマリーのみの対応となった。

・現在コロナのためと思われるが、ご家族も関係者も会えることができないまま退院を迎えることになってしまった病院からの退院。特に認知症の利用者さんであると、病院からの電話で受け取った情報と、実際退院してからの様子にかなり違いがあり、退院してからサービスを大きく変更しなければいけないことがあり、スムーズなサービス導入にならなかった。

・家族も面会できず動画の情報提供もなく、状態がわからなかった。入院時に情報提供書をお渡ししてあり入院前と状態に変化があり、福祉用具も新たに必要になったにもかかわらず、こちらから問合せを何回かしないと状況がわからないことがあった。

・入院の連絡がなくサービス事業所からの報告で入院を知ることが多い。2か月前に入院した方は、情報提供をして何度か情報確認の連絡をしたが、ご逝去されたとの連絡なく3週間後に知った。

・情報提供してもその後の状況の知らせなく、病棟の変更、その後ご逝去等家族から知らされた。

・面会制限があるため、本人の様子を動画で確認できるところはよかったが、動いている動画のみだったりするので、全般的な状態の確認はできなかった。説明内容も実際の状態と違う部分があったので戸惑った。

・仕方がないことだが、面会制限などがあるので利用者の状況がしっかり把握できない。また、面会ができないことで閉ざされた空間になり、そうした不安をご家族から不信感となり相談されることがある。

・コロナウイルスの流行により本人との面会はできなかった。

・以前動画を利用して確認したがご本人が難聴、認知症のために意思疎通がうまくいかなかった。

・外部との面会制限のため、ZOOM にて退院前カンファレンスを行ったが、本人の動作確認ができなかったため、担当 MSW に伝えたところ気分を害したみたいで、その後の調整がうまくできなかった。担当 MSW もカンファレンスの場に参加していたので、もう少し気配りをしながら司会を務めてほしいかった。

- ・病院内でコロナ感染が広がっているときに、リモートでカンファレンスを行った。書面だけではわからない部分があるので状況に応じて面談していただけるとありがたい。
- ・独居や老々介護や身内が近くにいない場合など、感染が疑われる際医療機関への移動手段が確保できず困った。介護タクシーも断られ、やむをえず救急車を使った事例もある。今後もコロナ感染はなくなることを考えると、移動の手段について対策を考えていきたい。
- ・利用者本人は陰性でも家族が陽性となった場合、利用者への感染や重症化を恐れて入院させてもらえないかという相談が家族からあるが、対応できる選択肢がない。二人で入れる療養施設もあると保健所から聞いたが、介護してもらえないわけではないので、利用できなかった。
- ・退院前カンファレンスの開催が少なくなった。
- ・外部との面会制限で息子さんが本人の状態を実際に見ることができないため、何ができて何ができないかを把握できないとの理由で、退院前カンファレンスの開催を望まず、医療機関からの情報提供で退院したケースもあった。
- ・どの病院も退院時カンファが行えない状態である。常にできるように病院内ではなく関係者が集まる部屋を作る等、そろそろ改善が必要かと思う。
- ・事情がありカンファレンスできない場合もあるが、退院時のカンファレンスは行っていただきたい。
- ・コロナ禍の影響で医療機関内も業務が煩雑になっているとは思いますが、入院中の状況を確認しても詳細には情報をいただけない。
- ・退院サマリーをいただくが、入院中の状況など記載してあるが、簡潔にまとめてあるも必要な情報の記載がされていない。

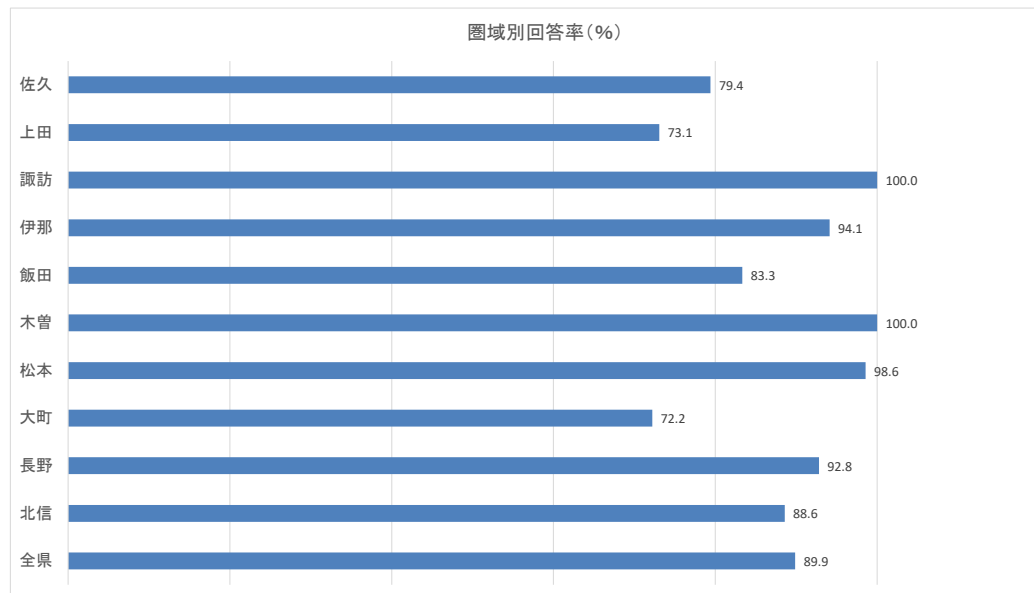
令和4年度 入退院調整ルール(※)運用状況調査 調査結果 (全県分)

所 属: 長野県

1. 回答数

圏域	事業所数	回答事業所数
佐久	68	54
上田	52	38
諏訪	60	60
伊那	51	48
飯田	72	60
木曾	15	15
松本	141	139
大町	36	26
長野	181	168
北信	35	31
回答事業所数	711	639

回答率 89.9%



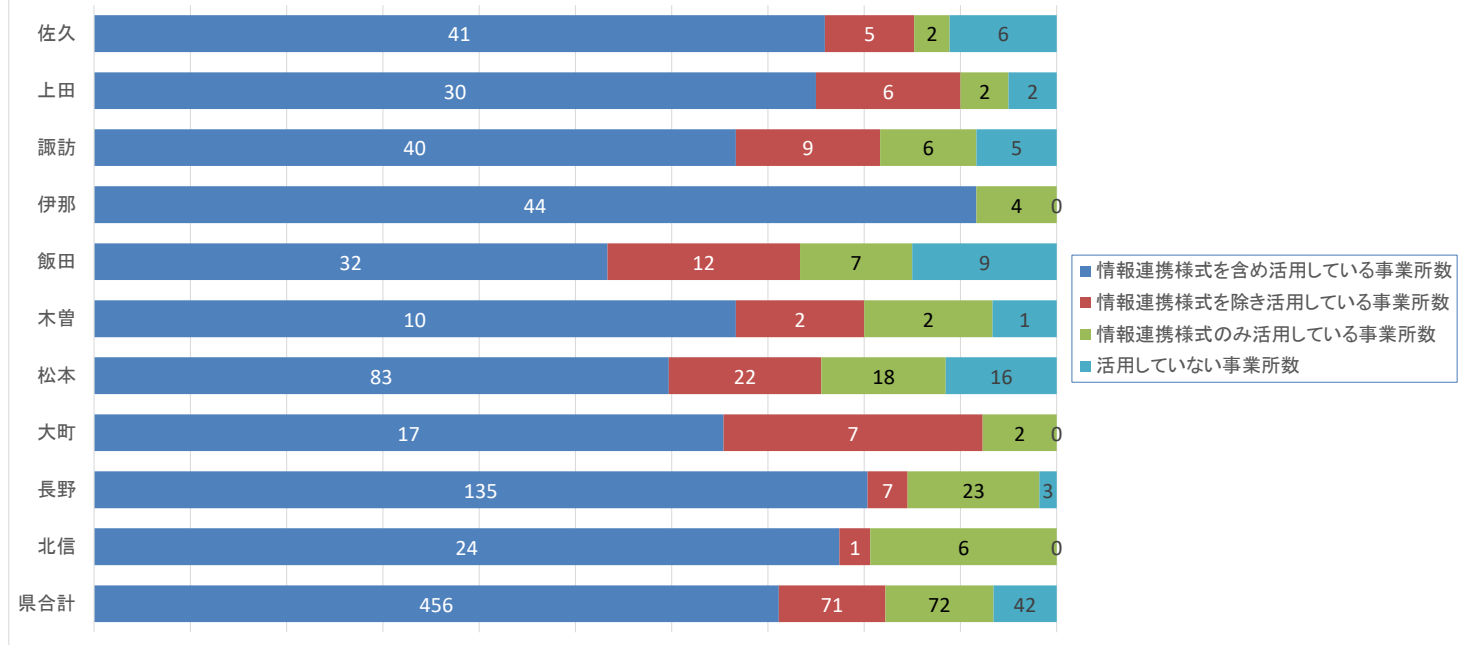
2. 入退院調整ルールの活用について

	佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曾	松本	大町	長野	北信	県合計	
情報連携様式を含め活用している事業所数	41	30	40	44	32	10	83	17	135	24	456	
情報連携様式を除き活用している事業所数	5	6	9	0	12	2	22	7	7	1	71	
情報連携様式のみ活用している事業所数	2	2	6	4	7	2	18	2	23	6	72	
(再掲) ICT活用事業所数	2	1	0	0	0	1	3	0	0	0	7	連携事業所のうち ICT活用率 1.2%
活用していない事業所数	6	2	5	0	9	1	16	0	3	0	42	
回答事業所数	54	40	60	48	60	15	139	26	168	31	641	

※いずれかの方法で連携できている事業所数

活用率 93.4%

各事業所の入退院調整ルールを活用状況(事業所数)



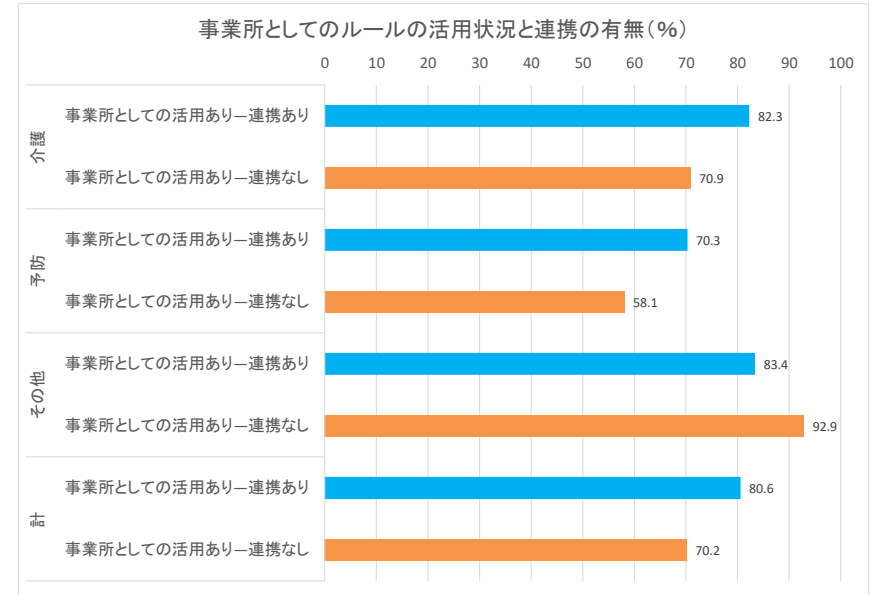
3. 退院時連携について

(1) 全体数

圏域	退院患者数	区分			活用状況		退院連携		退院連携ありの方			
		介護	予防	その他	している	していない	あり	なし	退院時カンファレンスの実施方法			
									本人直接同席で実施	本人(モニター越し等)間接同席で実施	本人の動画(現状態撮影)活用し関係者と実施	本人なしで実施
佐久	191	135	33	23	183	8	156	35	21	8	8	106
上田	115	93	11	11	104	11	99	16	8	7	5	21
諏訪	223	174	41	8	210	13	187	36	51	4	1	77
伊那	125	93	16	16	124	1	106	19	15	7	18	43
飯田	185	148	21	16	157	28	149	36	36	4	10	83
木曾	21	13	1	7	21	0	13	8	2	2	5	4
松本	374	263	71	40	341	33	271	103	87	10	8	134
大町	77	60	8	9	77	0	67	10	7	7	6	47
長野	477	321	80	76	440	37	389	88	55	48	33	134
北信	101	88	12	1	101	0	72	29	2	26	13	26
計	1,889	1,388	294	207	1,758	131	1,509	380	284	123	107	675
	(割合)	73.5%	15.6%	11.0%	93.1%	6.9%	79.9%	20.1%	18.8%	8.2%	7.1%	44.7%
											カンファレンス実施率	78.8%

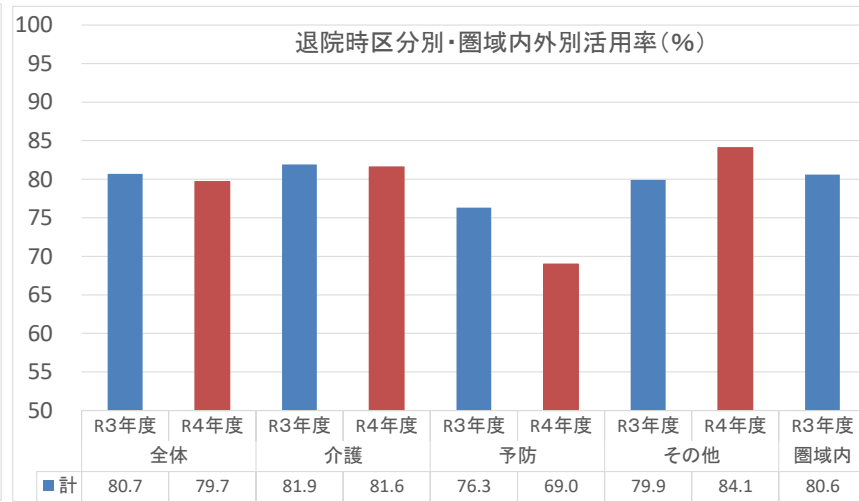
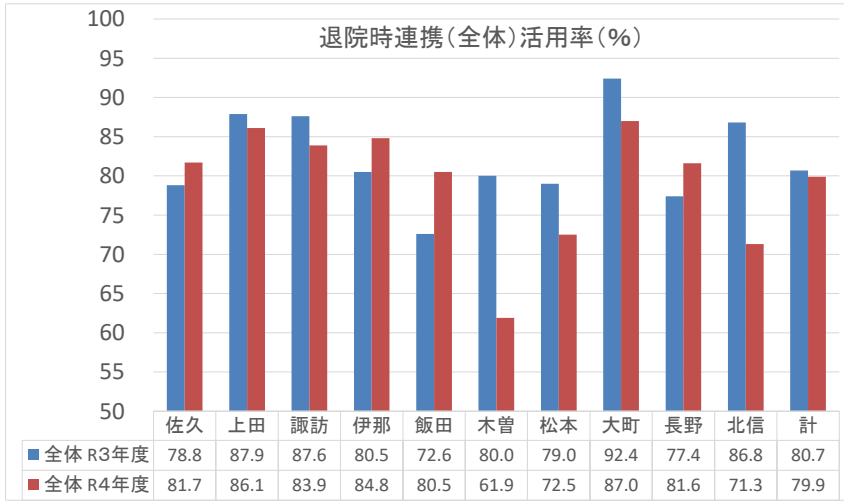
(2) 区分別及び活用別

区分		活用状況		退院連携		活用率	活用別退院連携率	全体退院連携率
介護	1388	している	1302	あり	1071	93.8%	82.3%	81.6%
				なし	231		70.9%	
		していない	86	あり	61			
				なし	25			
予防	294	している	263	あり	185	89.5%	70.3%	69.0%
				なし	78		58.1%	
		していない	31	あり	18			
				なし	13			
その他	207	している	193	あり	161	93.2%	83.4%	84.1%
				なし	32		92.9%	
		していない	14	あり	13			
				なし	1			
計	1889	している	1758	あり	1417	93.1%	80.6%	79.9%
				なし	341		70.2%	
		していない	131	あり	92			
				なし	39			



(3) 圏域別

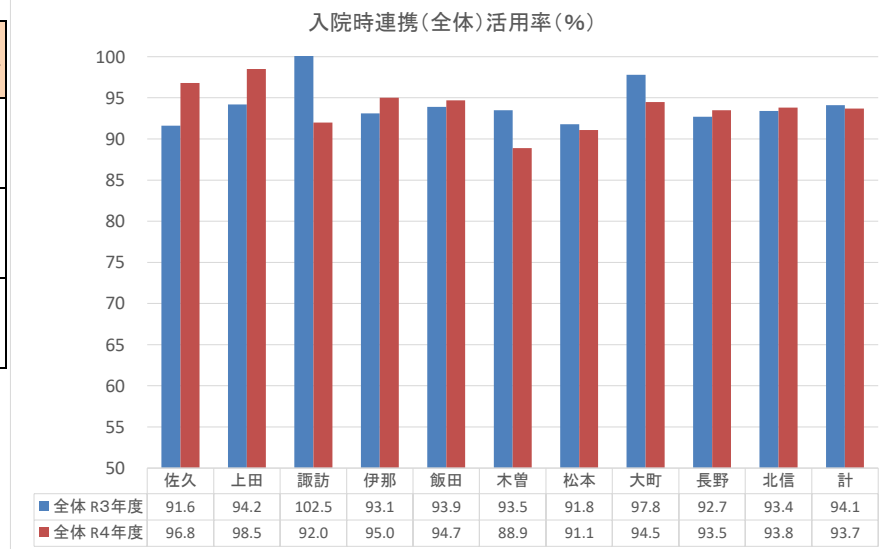
圏域	退院患者数	活用状況		退院連携		活用率	活用別退院連携率	全体退院連携率
圏域内	1811	している	1685	あり	1357	93.0%	80.5%	79.7%
				なし	328		69.0%	
		していない	126	あり	87			
				なし	39			
圏域外	78	している	73	あり	60	93.6%	82.2%	83.3%
				なし	13		100.0%	
		していない	5	あり	5			
				なし	0			



4. 入院時連携について

圏域	(1)活用している場合								(2)活用していない場合							
	介護				予防				介護				予防			
	入院した件数				入院した件数				入院した件数				入院した件数			
	総数	うち情報提供書提供件数	うち情報提供書以外での連携件数	(再掲)※4 医療と介護の情報共有システム等の活用数	総数	うち情報提供書提供件数	うち情報提供書以外での連携件数	(再掲)※4 医療と介護の情報共有システム等の活用数	総数	うち情報提供書提供件数	うち情報提供書以外での連携件数	(再掲)※4 医療と介護の情報共有システム等の活用数	総数	うち情報提供書提供件数	うち情報提供書以外での連携件数	(再掲)※4 医療と介護の情報共有システム等の活用数
佐久	175	142	23	0	33	17	13	1	9	9	5	0	1	1	1	0
上田	114	90	22	0	17	4	13	0	3	0	3	0	3	0	3	0
諏訪	206	142	53	17	40	17	15	0	8	0	8	0	7	0	5	0
伊那	121	114	3	3	18	13	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯田	148	90	54	15	23	4	15	0	33	14	17	0	4	0	3	0
木曾	16	9	5	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
松本	313	231	63	4	90	45	32	1	24	20	3	2	20	4	9	0
大町	53	38	11	0	8	2	6	0	8	7	1	0	4	0	4	0
長野	370	307	37	6	103	45	53	1	7	5	2	0	10	0	9	0
北信	119	80	31	1	9	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	1635	1243	302	46	343	152	155	3	92	55	39	2	49	5	34	0

区分	入院件数	活用状況		情報提供書提供件数	情報提供書以外での連携件数	合計連携件数	活用別連携率	全体連携率
		している	していない					
介護	1727	している	1635	1243	302	1545	94.5%	94.9%
		していない	92	55	39	94	102.2%	
予防	392	している	343	152	155	307	89.5%	88.3%
		していない	49	5	34	39	79.6%	
計	2119	している	1978	1395	457	1852	93.6%	93.7%
		していない	141	60	73	133	94.3%	



包括名	令和4年度事業計画	4～9月実績（上半期）	10～3月実績（下半期）
北 部	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会や個別地域ケア会議等により、病院や地域のサービス事業所との連携を強化する コロナ禍でも連携が滞らないよう、ICT等を活用した継続可能な連携方法を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> リビングウィルを考える会に参加。 状況に応じた多職種連携シートの活用。 6月23日 愛光苑 介護・医療連携推進会議出席 	<ul style="list-style-type: none"> リビングウィルを考える会に参加 出張ふれ健、町会サロン等で、リビングウィルについて説明、啓発 10月12日多職種連携研修会開催。テーマ：「成年後見人制度について」 多職種連携シートの活用 藤森病院主催の「地域deカンファレンス」に参加 地区担当職員向けリビングウィル勉強会の開催 3月23日、相澤東病院との情報交換会を実施 相澤東病院主催の「地域包括ケアを考える会」に参加
東 部	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会や個別ケア会議等を通じて、医療と介護の連携を推進する。 リビングウィルの周知啓発を行う。 入退院ルール、多職種連携シートを活用する。 病院主催のカンファレンスや勉強会に参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> 入退院時に病院との連携を図り適切な在宅支援を実施。 多職種連携シートやメールで主治医と連携を図りマネジメント業務を行った。 リビングウィル勉強会に参加、ふれ健でリビングウィルについて説明、民協で事前指示書を配布、説明した。 地区サロンでリビングウィルの講演会を企画したが、コロナの為中止。 多職種連携研修会を開催した。 各自入退院、ケアプラン作成の中で医療との連携をはかり、自立へ向けての支援をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 藤森病院主催『地域deカンファレンス』に参加 相澤東病院主催『地域包括ケアを考える会』に参加 医師会主催『リビングウィルを考える会』に参加 入退院連携ルール、多職種連携シートの活用
中 央	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関、薬剤師、介護保険事業所等との勉強会、研修等を通じた連携の強化 包括が把握している地域（個別）課題を関係機関にフィードバックすることで生活者の視点を共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会の実施、藤森病院「地域deカンファレンス」の参加、相澤東病院「地域包括ケアを考える会」参加、相澤東病院との「医療・介護連携」打合わせ 第一福祉ひろばにて、相澤東病院健康教室を月1回実施 第二地区福祉ひろばにて、相澤東病院による健康講座開催 	<ul style="list-style-type: none"> 中央地区ふれあい祭りにて相澤東病院と連携し、足底圧測定を実施。 第二地区福祉ひろばにて、相澤東病院による健康講座開催。 東部地区地域ケア会議にて、相澤東病院の医師に講師依頼し、会議開催。
中央北	<ul style="list-style-type: none"> 医療と介護を切れ目なく提供するために地域包括支援センター単位の多職種連携研修会、地域ケア会議(個別地域ケア会議)、自立支援型個別ケア会議を開催すると共に、入退院連携ルールと多職種連携シートの活用を図る。 退院時は、病院のSWと早期の連携を目指し、情報共有をしながらスピード感を重視して対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 7/13 包括主催自立支援型個別ケア会議 実施 各自多職種連携シートを活用して、関係職種との連携に努めた。 各自入退院支援やケアプラン作成の際に医療との連携を図った。 医師会主催のリビングウィル学習会に参加し、在宅医療の課題等について意見交換を行った。毎月担当者が参加する方法をとり、各職員のの意識・理解が深まった。 新規個別訪問時に、個々の状況を踏まえながらリビングウィルの啓発を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 6/25 城北地区地域ケア会議 実施（当時は包括も担当） 10/13 エリア多職種連携研修会 実施 テーマ：「運動器疾患からみた介護予防について」 講師：武内整形外科クリニック 武内典夫先生 1/19 エリアケアマネ勉強会 実施 テーマ：「在宅での看取りの場面でケアマネージャーに期待すること」 講師：訪問診療クリニック樹 瀬角英樹先生 2/13 安原地区個別地域ケア会議実施 テーマ：「認知機能低下のある独居高齢者の支援について」 3/15 在看取り語りの場 南松本訪問看護STと共催
中央南	<ul style="list-style-type: none"> 入退院連携ルールと多職種連携シートを活用する。 リビングウィルを考える会や地域支援を考える会に参加し、町会等で地域住民への周知や地域の実状把握を行う。 エリア内で多職種連携研修会やリビングウィルミニ勉強会を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> 入退院時連携シートを使用し病院へ情報提供を行った。 多職種連携シートを使用し、主治医との連携を図り、マネジメント業務を行った。 相澤病院、相澤東病院主催の「地域包括ケアを考える会」に参加した。 藤森病院主催の「地域でカンファレンス」に参加した。 リビングウィルを考える会に参加した。 庄内地区で南松本訪問看護ステーション看護師を講師に招いて、「在宅看護、在宅での看取り」をテーマに懇談会を開催した。（8月） 	<ul style="list-style-type: none"> 相澤病院、相澤東病院主催の「地域包括ケアを考える会」に参加した。 藤森病院主催の「地域でカンファレンス」に参加した。 庄内地区で松本市立病院医師を講師に招いて、睡眠についての講演会を開催した。（1月） 庄内地区で認知症認定看護師を招いて住民向けに認知症の学習会を開催した。（2月） 入退院時連携シートを使用し病院へ情報提供を行った。 多職種連携シートを使用し、主治医との連携を図り、マネジメント業務を行った。 リビングウィルを考える会に参加した。 中山地区で岡村医療C0を講師に招いて「終活講座」を開催した。

中央西	<ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の居宅介護支援事業所や介護保険事業所と連携し、介護予防・自立支援に向けた学習の機会をもつ。（多職種研修会、エリア内ケアマネ勉強会、リビングウィル、個別地域ケア会議） 	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングウィルを考える会に毎月参加。（スタッフ交代で） ・藤森病院主催「地域deカンファレンス」に毎月参加。（スタッフ交代で） ・入退院連携シートを活用し病院間との連携、情報共有を図る。 ・多職種連携シートを活用し、かかりつけ医との連携、情報共有を図る。 ・4月認知症サポーター養成講座 長野銀行 ・6月鎌田地区介護予防講座「ピンピンキラリ☆と輝く人生のために」百瀬スポーツクリニック 百瀬医師 ・7月鎌田地区多職種研修会「本人が望む姿・家族が望む姿・援助者が望む姿とは」 澤地弁護士 岡村C0 ・4月～8月まで鎌田地区個別ケア会議 8月田川地区個別ケア会議 	<ul style="list-style-type: none"> ・10月在宅医療、介護連携委員会 10月鎌田地区介護予防講座 「認知症予防～日常生活で心がけたい事～」丸の内病院 武藤医師 ・11月鎌田地区介護予防講座「今を大切に生きるために！人生会議をしましょう」松本医師会 岡村C0 ・11月田川地区介護予防講座「心疾患について～認知症の方の症例も含めて～」丸の内病院 渡辺医師 ・12月田川地区介護予防講座「しっかり歩き、しっかり噛んで、しっかり食べる～オーラルフレイル予防～」松本協立病院 歯科センター 雨宮歯科衛生士 ・2月エリア内ケアマネ勉強会「インフォーマルサービスについて学ぼう」
南東部	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院連携ルールや多職種連携シートを活用する ・リビングウィルの勉強会に参加する ・地区でリビングウィルについて勉強会を開催し周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院連携ルール、多職種連携シート活用 ・藤森病院「地域でカンファレンス」にて意見交換 月1回 ・リビングウィルの勉強会に参加する ・9月中央南と合同の多職種研修会の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院連携ルール、多職種連携シート活用 ・寿地区10月「古い支度講座」開催（リビングウィルの啓発） ・11月包括だよりを活用して住民にリビングウィルの啓発 ・藤森病院「地域でカンファレンス」にて意見交換 月1回 ・相澤病院「地域包括ケアを考える会」の参加 ・リビングウィル勉強会に参加する
南部	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の高齢者への切れ目のない支援を行うために、エリアでの多職種連携研修会、ケアマネ勉強会、自立支援型個別ケア会議を開催し、医療と介護の連携に取り組む（自立支援型個別ケア会議、包括主催1回、市主催2回） ・リビングウィルを考える会等に参加し、勉強会や情報交換をしたり、地域において人生会議やリビングウィルについて引き続き周知を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングウィル学習会へ毎月参加 ・民協・個別訪問によるリビングウィルの周知 ・自立支援型個別ケア会議において、専門職の助言や意見交換をしたことにより、自立支援や重度化防止に向けた介護予防ケアマネジメントに結びついた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・11/21南部・南西部包括エリアケアマネ勉強会実施 「自立支援に向けたケアプラン作成におけるリハの役割」 ・2/11芳川地区地域づくり勉強会実施「人生会議を開きましよう」 ・エリアの多職種研修会を開催し、多職種間の連携とネットワーク構築に取り組んだ ・リビングウィル学習会へ毎月参加 ・民協・企画会議・個別訪問によるリビングウィルの周知
南西部	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との繋がりを持ち、健康増進できるよう地区内のインフォーマルサービスへの参加促進を周知・啓発を行う。 ・エリア内の介護保険関係事業所と多職種連絡会を開催し、情報共有をする。 ・リビングウィルを考える会に参加し、地域へのリビングウィルの周知・啓発に努める。 ・地域のかかりつけ医や薬局との情報共有に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉ひろば・公民館で行われるふれ健、百歳体操、サロンに参加し、地域住民が継続して参加できるように声掛けした。 ・6月にエリア内で多職種連絡会を行い、デイサービスでの機能訓練の様子や、自立支援にむけた関わりについて講演をしてもらった。また、地区生活支援員に地域のインフォーマルサービスの紹介をしてもらった。 ・5月に笹賀地区のふれ健で岡村C0によるリビングウィルの講演会を行った。 ・9月に神林地区のカフェにてリビングウィルの講演会を行った。 ・リビングウィルの勉強会に参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・10月神林地区にて新たに町会百歳体操の立ち上げを行う ・11月に包括だよりや松本版のリビングウィルを地区ふれ健や民協に持って行き、ACPの周知啓発を行った。 ・1月南部包括と合同でエリアケアマネ勉強会にて自立支援に向けたケアプラン作成視点としてリハ職の勉強会を行った。 ・1月笹賀上二子町会で高齢福祉課による介護保険の講座時リビングウィルの周知も行う。 ・2月に地区百歳体操サークル間の連携作りを行った。 ・2月に笹賀地区のふれ健で、薬剤師会によるお薬何でも講演会を行った。 ・リビングウィルの勉強会に参加 ・3月体操ひろばで訪問看護ステーションによる身体測定と、測定結果をみて必要な体操の指導を行う。 ・ふれ健で賢い患者になるための講座を行った。
河西部	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍での退院支援において家族や在宅関係者が本人に会えない状況にあるため、病院へ今までより丁寧な退院支援を働きかけていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別のシートを利用しながら、連携をとった。 ・コロナ禍で病院側も家屋調査などができず、家族の協力を得るなどされているようだが、包括でも退院後の支援をスムーズにするために家屋調査に行くなどして丁寧に関わるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別のシートを利用しながら、連携をとった。 ・コロナ禍で病院側も家屋調査などができず、家族の協力を得るなどされているようだが、包括でも退院後の支援をスムーズにするために家屋調査に行くなどしてより一層丁寧に关わるようにした。
河西部西	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時に医療との連携を図り、退院後の生活にスムーズに移行できるよう支援する。 ・地域の個別課題に対し積極的に個別ケア会議を開催し多職種との連携を図る。 ・リビングウィルを考える会に参加し情報共有を図り、住民に対してリビングウィルの周知を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ち・見守りケースが入退院になった場合、MSWと連携をとった。必要に応じ、退院後の生活がスムーズにいくよう、関係機関と連携をとった。 ・退院に向けての新規の相談に、状態確認後、サービス調整やケアマネと連携した。 ・退院前に認定調査の立会、退院後のサービスについての話し合いに参加した。 ・必要に応じ多職種連携シートの活用や、医療機関で話を伺った。 ・受診ができないケースを地域の開業医に相談した。 ・医療機関から外来で心配や困ったケースの情報提供があり、対応した。 ・リビングウィルを考える会に、包括から1人は参加した。 ・7/12梓川地区で個別地域ケア会議を開催した。 ・包括エリア多職種連携勉強会の打ち合わせをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院の対応、連携シート、開業医との連携、リビングウィルを考える会への出席等については、上半期と同様の対応。 ・10/14包括エリア多職種連携勉強会開催。「虐待について」 ・11月のセンターだよりで住民にリビングウィルの周知。 ・11/3梓川サンサロンで認知症ステップアップ講座開催。 ・11/26全市多職種連絡会研修に出席した。 ・梓川横沢健康教室で、4回シリーズの終活講座を開催。 ①12/22「お片付け相談セミナー」 ②1/24「エンディングノート」 ③2/28「お葬式、お墓、埋葬について」 「遺影写真とその意義」 ④3/14「リビングウィル」 ・2/8、3/15和田地区で個別地域ケア会議を開催した。

<p>西 部</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所の医師と懇談会や個別の相談を継続して行い、医療と介護を切れ目なく行っていく。 ・「在宅医療を考える会」定例会・準備会に参加し、各事業所や、医療機関との情報共有を行い、関係を構築する。 ・フレイル外来と連携し、医療で関わっているフレイル予備軍の重度化防止を行っていく(医療の卒業後の支援を行っていく) ・エンディングノートを活用し、ACP・人生会議・松本版リビングウィルの周知を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・9月7日安曇地区にて民生委員とケアマネージャーに向けて岡村医療コーディネーターによるリビングウィル講座の実施。 ・8月1日市民病院よりフレイル外来についての説明会に参加。8月24にフレイル外来体験会に職員が出席し、住民への周知を実施した。 ・診療所医師との個別の相談を行い、在宅生活の継続を支援した。 ・「在宅医療を考える会」に年2回参加、準備会から参加し医療機関、各事業所との意見交換と顔の見える関係づくりを行った。 ・緊急時も診療所の医師やケアマネ、地域の生活支援員と連携し適切に対応することが出来た。 ・波田地区の地域ケア会議において広くACP、人生会議、松本版リビングウィルの周知を行い、さらに細かく波田地区サロンにおいてACP、人生会議、松本版リビングウィルの周知を8回開催し、それぞれについて理解を深めてもらい、考えるきっかけを作ることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・10月安曇連携会議にて、リビングウィルの話題の共有。安曇地区関係職員でもしバナゲームの実施。10月安曇地区文化祭にてACPについての展示、相談受付などを実施し、リビングウィルについて周知をする。 ・2月17日「在宅医療を考える会」に参加。各事業所との意見交換と顔の見える関係づくりを行った。 ・上半期から継続してフレイル外来の住民への周知、フレイル外来への紹介し、重症化予防を行った。
------------	--	---	---

第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定について

1 趣旨

介護保険法の規定に基づき、3年を1期として策定する「介護保険事業計画」及び老人福祉法の規定に基づく「高齢者福祉計画」について、現計画である第8期介護保険事業計画・高齢者福祉計画（以下「第8期計画」という。）が令和5年度で計画期間満了となることから、令和6年度を始期とする第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画（以下「第9期計画」という。）の策定及び計画の基礎資料として実施した高齢者等実態調査の結果について報告するものです。

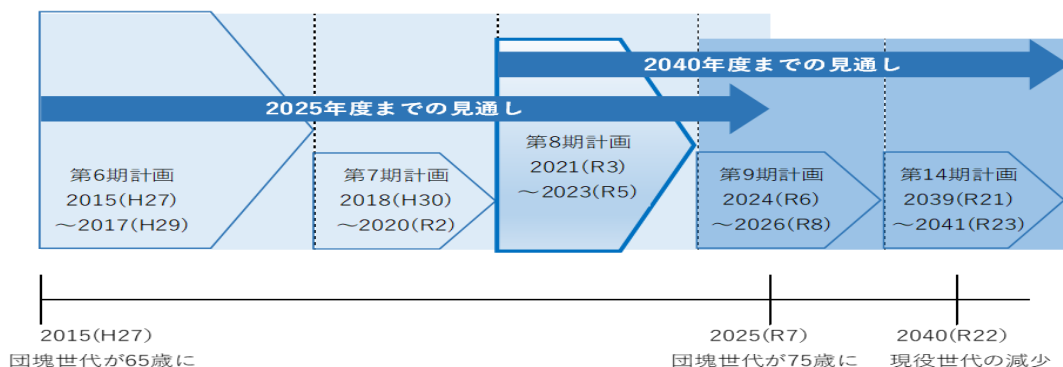
2 経過

3. 3 第8期計画策定（計画期間：令和3年度～令和5年度）
 4. 1 2 高齢者等実態調査実施
 ~5. 1
 4. 1 7 松本市社会福祉審議会（以下「社会福祉審議会」という。）へ諮問
 5. 2 5 第1回社会福祉審議会高齢者専門分科会開催

3 第9期計画の概要

(1) 計画の基本的な考え方

- ア 計画期間中に団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）を迎え、今後の高齢者人口は増加傾向が見込まれる。
 イ 第8期計画で進めている取組みを充実・強化し、「地域包括ケアシステム」構築を更に前進させる。
 ウ 松本市第1次基本計画及び関連する諸計画の基本施策となるフレイル予防、ジェンダー平等、地域づくりセンターの更なる機能強化等、新たな視点を反映させた時代に即した計画とする。



(2) 計画期間

令和6年度～令和8年度（3年間）

4 策定のスケジュール（予定）

- 5. 4. 17 社会福祉審議会（諮問）
- 5. 25 第1回社会福祉審議会高齢者専門分科会
- ～10 第2回・第3回高齢者専門分科会
- 社会福祉審議会（答申）
- 11 市議会へ、計画（案）及び保険料（案）の協議
- 12～1 パブリックコメントの実施
- 6. 1 市議会へ、パブリックコメント報告、計画（案）及び保険料（案）の報告
- 2 保険料議案提出
- 3 第9期計画策定

5 高齢者等実態調査について

(1) 調査の目的

第9期計画策定の基礎資料とするため、長野県と共同し、高齢者の生活実態や介護サービスの利用に対する意向等に関し調査を実施

(2) 居宅要介護・要支援認定者等実態調査

ア 抽出方法 要介護・要支援の認定を受けている在宅の第1号被保険者（65歳以上）、第2号被保険者（40歳～64歳）及び要介護・介助者から無作為抽出

イ 実施期間 令和4年12月14日～令和5年1月13日

ウ 調査項目 (1)・(2)共通項目、在宅サービス利用状況、介護者の状況等

エ 回答率 1,663人/3,000人（55.4%）

〔前回〕 1,555人/3,000人（51.8%）

(3) 元気高齢者等実態調査

ア 抽出方法 要介護・要支援の認定を受けていない在宅の第1号被保険者から無作為抽出

イ 実施期間 令和4年12月14日～令和5年1月13日

ウ 調査項目 (1)・(2)共通項目、介護予防への意識・取り組み、認知症等

エ 回答率 653人/1,000人（65.3%）

〔前回〕 619人/1,000人（61.9%）

(4) 結果の概要

別添「松本市高齢者等実態調査結果報告書（概要版）」のとおり

6 今後の予定

高齢者専門分科会での丁寧な説明や十分な議論を重ねるとともに、パブリックコメントにより、市民の意見を反映させた計画を策定します。

(協議事項)

在宅医療・介護連携推進の課題について意見交換

1 趣旨

令和4年度松本圏域入退院連携ルール運用状況調査結果及び、居宅介護支援事業の状況に関する調査、令和4年度在宅医療・介護連携委員会が出された課題・意見の中から項目を抽出し、各所属団体での取り組みについて意見交換するもの。

2 検討テーマ及び課題

(1) 退院日が迫ってからの連絡や退院してしまっからの連絡では、スムーズな介護保険等のサービス調整が困難

ア 病院の都合で退院日が設定されており、対応調整する時間が短く、十分な調整ができなかった。

イ 入院時情報提供書とケアプランを提出（直接持参）したが、病院から連絡がなく退院となり、ご家族の連絡で知った。

ウ 入院時に情報提供してあったが、入院前と状態の変化があり、サービス調整が必要であったが、何回も問い合わせをしないと状況がわからないことがあった。

(2) 在宅での看取りを経験された介護支援専門員が67.9%であるが、リビングウイール・人生会議を実施していない状況が54.7%であった

【R4 松本市高齢者等実態調査結果報告書（元気高齢者等実態調査）から抜粋】

※〈 〉R元結果

ア 延命治療を「望まない・どちらかといえば望まない」が84.7%〈86.1%〉であった。

イ 人生の最期をどのように迎えたいか家族と話し合った経験の有無について、「話し合ったことはない」が57.6%〈49.9%〉であった。

ウ 自分の意思を書面に残しておきたいですかの問いに、「残さなくてもよい」と「わからない」の回答をあわせると64.6%〈59.6%〉であった。

令和4年度在宅医療・介護連携委員会が出された課題・意見

【松本市が目指す姿】

医療と介護の両方が必要となっても、住み慣れた家や地域で切れ目のない在宅医療・介護を受け、暮らし続けられる

〈入退院支援〉

入院時から退院後の生活を見据えた取り組みができるよう入院医療機関、地域の医療機関と介護支援専門員等の情報共有と支援体制ができています。

第1回	赤羽委員	コロナ禍によって退院前カンファレンス等の開催も難しいためZoomを利用しているが、初回の場合の信頼関係の構築に難しさを感じる。また、医療と介護の連携で良い事例があれば教えていただきたい。
	高山委員	今後、介護予防サービスの受け入れが消極的になると予想されるため、総合事業や地域支援事業の充実化を図っていく必要がある。また、病院との連携では退院後利用者が困ってしまった事例や認知症の方で受診につながらない事例もあり、場合によっては往診等の対応をしていただきたいと感じた。今後居宅介護支援事業所としては災害時に医療ニーズの高い方の避難について取り組んでいきたい。
	小山委員	松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会にて昨年のアンケートの自由記載にあがった課題をどのように解決していくか悩んでいる。
第2回	小山委員	医療介護連携の調査の自由記載では、入院中にしっかりと調整ができていると退院がスムーズであるといった意見が多数あった。また、入院中のまめな連絡もスムーズな退院につながっている。来年度もまた結果を踏まえて、やっていただければと思う。 社会福祉協議会では介護度が高い方の訪問や通所サービスの利用者が減少しており、経営が厳しく今後問題になってくるのではないかと思う。
	久保田委員	消防局の通信司令官では、介護タクシーの代わりに救急車を要請する方もおり、状況を聞きながら介護タクシーをお願いしている。今後もこのような方や頻回利用者等の対応を検討しなければならない。このようなケースを完全になくすことは難しいが、皆さんが少しでも気持ちを持ち、お互い手を取り合っやっていけたらと思うし、必要であれば要請してもらえればと思う。また、医師から救急要請について本人に言

		<p>っていただくことはできるため、何かあれば一言言っていただければ思う。</p>
第2回	羽生委員	<p>交通費等の困難さを抱えている方がいることを改めて感じ、特に生活困窮者にはケースワーカーも交えて、移送手段についてどのように対応していくか検討していかなければならない。そのなかで、救急車が不要であればボランティア等の社会資源の活用も検討し、方法が見つければ良い。また、入院前の日常生活を送られているときからの話し合いが大切であり、ケアマネジャーや訪問看護、開業医からそういった話し合いのきっかけを作っていただくと良いと感じる。</p>
	高山委員	<p>今後コロナが落ち着いてくれば、入退院カンファレンスができてくるのかと考える。また、松本市版リビングウィルも活用させていただき、主治医にも相談しながら行っている。元気な方は後回しにしてしまうことが多いが、ケアマネジャーとして折り合いを見て、話をしていかなければならない。最近では広報も広まっていて、家で看取ることも増えていると感じる。</p>
	赤羽委員	<p>退院時カンファレンスも以前のような形で開催できるようになってきた。また、入院中に介護認定の新規申請や更新をする場合、認定調査は退院後に行うことになっており、入院中に行うと介護度が高く出てしまうことや、退院後に更新して改善されているときの対応が難しい。平成27年度の介護報酬の改訂において、退院後2週間以内でのサービス介入と2週間以上経過後のサービス介入を比較すると、機能面で差が生じてくることが言われており、切れ目のない体制といったところでご検討いただきたい。</p>
	木村委員	<p>在宅医療連携を進める中で、薬局間の温度差があり、ケアマネジャーからお話をいただいても十分に対応できないケースもある。どのようにしたら上手くいくか悩んでいる。また、担当者会議や退院カンファレンスにおいて、連携の入口のところで大きな課題を抱えており、どのように対応したら薬局、薬剤師に声をかけてもらえるか教えていただきたい。</p>
	羽生委員	<p>退院支援で薬剤師に入っていたことは、結核の場合を除いてなかった。外来患者で内服が困難な方には訪問看護を導入し確認をしていた。また、多剤内服で、かつ認知症患者の場合どのような薬の出し方が良いのか教えていただきたい。一人暮らしの方が安全に内服できる方法も薬剤師の立場から教えていただきたい。</p>

	木村委員	今後薬剤師会としても退院カンファレンスに呼ばれた際には行けるくらいの体制にしていかなければならないと感じる。ぜひ声をかけていただきたい。また、やってほしいことも伝えていただければ、こちら動きやすい。
--	------	---

〈日常の療養支援体制〉

本人が望む場所で、訪問診療や往診、介護を受けながら療養生活ができる。

第1回	須澤委員	患者の高齢化により歯科の場面でも往診する場合も増加しているが、コロナ禍で出向くことができないことに課題を感じている。また、多職種との勉強会も開催できていないことや、歯科医師間の取り組みの差にも課題を感じている。
	木村委員	コロナ禍によって顔の見える関係づくりができる機会が減っている。また、薬剤師会ホームページには在宅医療支援薬局リストが掲載されているが、なかには対応できないケースもあり、今後の課題と感じる。
	藤原委員	自立支援型個別ケア会議において1回の検討事例数を増やすことで、選出も減らすことができると考える。また、医療と在宅の連携だけでなく、事業所間の連携も図っていく必要がある。コロナ禍以前では理学療法士協会との共同で啓発活動や勉強会等を開催しており、今後依頼があれば是非協力していきたい。
第2回	須澤委員	フレイルの段階で歯科治療していくことが大切である。往診や介護保険を受けながらの対応が十分でないことや専門家でない手が回らないことが課題としてある。
	木村委員	お薬ロボットがあり、約10日分をセットすることができる。事前に内服時間を設定することで、時間になると自動的に薬が出てきてアラームが鳴る仕組みとなっている。しかし、認知機能が低下している方はアラーム音が何か分からない場合もあり、独居だと難しいこともある。
	高山委員	薬のことについて薬局に聞くことはあるが、担当者会議へ薬剤師に声をかける機会はなかった。しかし、訪問で薬を持ってきてくださる薬剤師とはやり取りをし、担当者会議に来ていただいたことはあるため、そのような関係ができれば良いと感じる。薬に課題を持つ利用者がある場合には、今後もケアマネジャーからご相談させていただきたい。
	羽生委員	高齢になると目が見えにくい方の場合インスリンの管理が難しくなり、大きい字のものや、音声のものがあれば良いと感じるが、このようなことはどこに声を上げていけば良いのか。

第2回	木村委員	誰かに管理してもらうことも方法としてあるが、独居の場合はどのように使っているのか主治医にフィードバックし、薬自体を考え直すケースも必要である。
	唐沢委員	医師もその点については気が付いていない可能性もあるため、主治医にも相談していただきたい。

〈急変時の対応〉

困ったときの相談や急変時の診療体制、入院体制が確保されている。

第2回	丸山委員	生活保護受給者の訪問に行ったときに、救急搬送する際の救急の度合いの判断に困難さを感じた。介護タクシーを利用して病院へ受診してもよい程度の救急レベルであっても、経済的困難でやむを得ず状況をお話しして救急搬送をさせてもらった。
-----	------	---

〈人生の最終段階（看取り）における支援〉

ACP（人生会議）が浸透し、事前指示書の作成がされ、本人の意思に基づく場所や方法での看取りができる。

第1回	久保田委員	119番要請があるなかで、リビングウィルやDNAR等が示されている場合もある。原則として救急隊が延命処置をせずに搬送することはできないため、患者が延命を希望しない場合でも胸骨圧迫のみ了承をいただいたうえで実施し、搬送している。また、令和4年（9月まで）に心肺停止症例が342件に対して、リビングウィル等による延命拒否が9件あり、すべて搬送している。自宅でも看取りができるように主治医や家族等を含めた人生会議を行い、いざというときの対応について図っていかねばならないと感じる。
	羽生委員	コロナ禍で面会や退院前カンファレンス等の制限があるなかケアマネジャーの情報提供には助けられており、入院前の生活歴や大切にしていたこと等の情報を病棟へも情報共有している。また、在宅にいるときに、最期どのようにしたいか、何を大事にしていきたいか話し合っておくことが大切である。
	丸山委員	コロナ禍で制限があるなか、本人と家族等が直接会って話し合う機会が減っており、本人の意思があっても細かな決定の部分で難しさを感じている。退院支援の場面では、ソーシャルワーカーからの情報に助けられており、看護協会への橋渡しをしていきたい。一方で、訪問看護師が看取りに関与していることが知られていないこともあり、地域の語りの場にも参加し、多職種間でどのように関わっている

		か伝えているため、機会があれば声をかけていただきたい。
第1回	鈴木委員	現場として、本人が望む終末期を迎えるための連携に難しさを感じ、最終的に家族の意思が尊重されてしまうことに疑問を抱いている。家族も不安を抱くと思われるため、地域の中で家族含めたケアや連携が大切と感じる。また、在宅には短期入所を利用する方も多く、より簡単に連携を図って、施設へ入所できるシステムを導入していただきたい。
第2回	丸山委員	昨年、看護師が看取りについて語るものを4回実施し、各地の包括職員にも協力をいただきながら、住民や民生委員等に看護師が看取りにどのように関わっているのかお話しした。松本市版リビングウィルを使いながら説明をしており、ただ記入する、埋めるのではなく、周りの人と話し合いながら記入することが大切と実感している。
	久保田委員	昨年1年間で救急の出動件数が1万9896件と過去最高であった。そのうち490件が心肺停止事案で全体の2.5%であり、うち12件が心肺蘇生を望まない事案であった。事前指示書を確認し主治医に連絡を取ったが、現場に来てもらうことは難しく、全て救急搬送しているのが実態である。また、2月末には医師との検証会を行っており、心肺蘇生を望まなかった症例が挙げられた。なかには主治医が現場に来ることができなかったものや、慌てて119番要請をしてしまったものがあった。動揺して119番要請をしてしまうことはやむを得ないが、定期的に主治医交えて家族間でリビングウィルについて話し合いをすることが重要である。消防局からも課長通知でリビングウィルの周知を行い、連携を図っていきたい。
	鈴木委員	看取りでは、介護予防の段階からの意識づけと、家族を巻き込んでいくことが大切であり、看取る意味を医師会や看護協会とも連携を図っていきながら、分かっているかなければならない。また、元気なころから、食に関する研修も入れて、自分で考えていく機会を作っていくことが大切である。 在宅での看取りも増えており、短期入所での看取りの体制もできていて良いと思う。しかし、在宅での一人暮らしでは心配なケースもあり、薬においても課題を感じる。いずれも元気なうちからの意識づけが大切である。

〈その他〉

第2回	(事務局) 増島MSW	入院での退院カンファレンスではどなたに出席してもらうか調整しているが、そこでケアマネジャーと薬局が連携とれていると、関わってくれそうな薬局も分かってくるかと思う。こちらからもケアマネジャーに尋ねていきたい。
	(事務局) 塚田 市保健所長	コロナへの対応が3年経過し、連携の中での弊害あるいは通常のところに生かしていかなければならない課題が明らかになったと感じる。ウィズコロナが一般化する中で県の立場でもコロナ禍におけるACPやリビングウィルが重要だと感じた。高齢者の罹患が多くなり、入院する方や急変する方もいる中で、どこまでの治療を求めているのか、どこまでしても良いのか医療者側も課題として捉え、葛藤を抱えながら治療をしていた。今後高齢化が進む中で、個人の意思を尊重してどのような医療を提供していくかといった観点で、ACPやリビングウィルの重要性が明らかになってきていると感じる。 また、来年度は第9期の介護保険事業計画を作成するため、コロナの反省や今後に生かせるような観点でご意見をいただきたい。今後も事例を積み重ねていながら形を作っていけたらと思う。

松本市在宅医療・介護連携委員会設置要綱

令和4年9月2日
告示第397号

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の10第1項の規定に基づき、地域における医療関係者、介護関係者及び福祉関係者(以下「各関係者」という。)相互間の医療及び介護に対する理解を深め、各関係者間の連携を円滑にするとともに、医療及び介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域の中で人生を最期まで送る上で必要となる入院医療、在宅医療及び介護を切れ目なく行う際に支障となる様々な課題を解決するため、松本市在宅医療・介護連携委員会(以下「委員会」という。)を設置することについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 松本市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱(平成31年告示第80号)に規定された在宅医療・介護連携推進事業に関すること。
- (2) その他在宅医療・介護連携の推進に必要な事項に関すること。

(組織及び構成)

第3条 委員会は、委員15人以内をもって組織する。

2 委員は、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) 介護関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が招集し、委員長が会議の議長となる。

2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

3 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を出席させ、説明又は意見を求めることができる。

4 委員会は、必要があると認めるときは、分科会を置くことができる。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、健康福祉部高齢福祉課において処理する。

(補則)

第8条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

○松本市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱

平成31年3月29日
告示第80号

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅医療と介護の連携を推進し、高齢者の保健福祉の増進と本市の地域包括ケアシステム構築に資することを目的として、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第2項第4号に規定する在宅医療・介護連携推進事業（以下「事業」という。）の実施について、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、松本市（以下「市」という。）とする。ただし、市は、事業の全部又は一部を適切な事業運営ができると認められる法人等に委託することができる。

(事業内容)

第3条 事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 現状分析・課題抽出・施策立案
 - ア 地域の医療・介護の資源の把握
 - イ 在宅医療及び介護連携の課題の抽出並びに対応策の検討
 - ウ 切れ目のない在宅医療及び介護の連携体制の構築推進
- (2) 対応策の実施
 - ア 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - イ 地域住民への普及啓発
 - ウ 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修等の地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援
- (3) 対応策の評価の実施、改善の実施
- (4) 前3号に掲げるもののほか、在宅医療・介護連携の推進に必要な事業
(秘密保持)

第4条 この事業に従事する者は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(補則)

第5条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

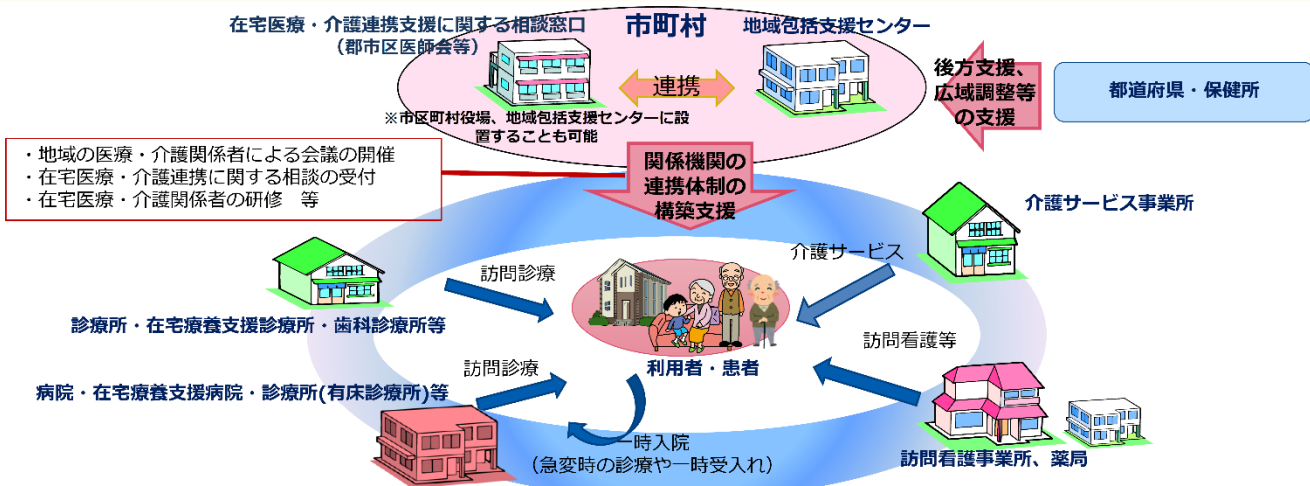
この告示は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和4年8月26日告示第392号）

この告示は、令和4年8月26日から施行する。

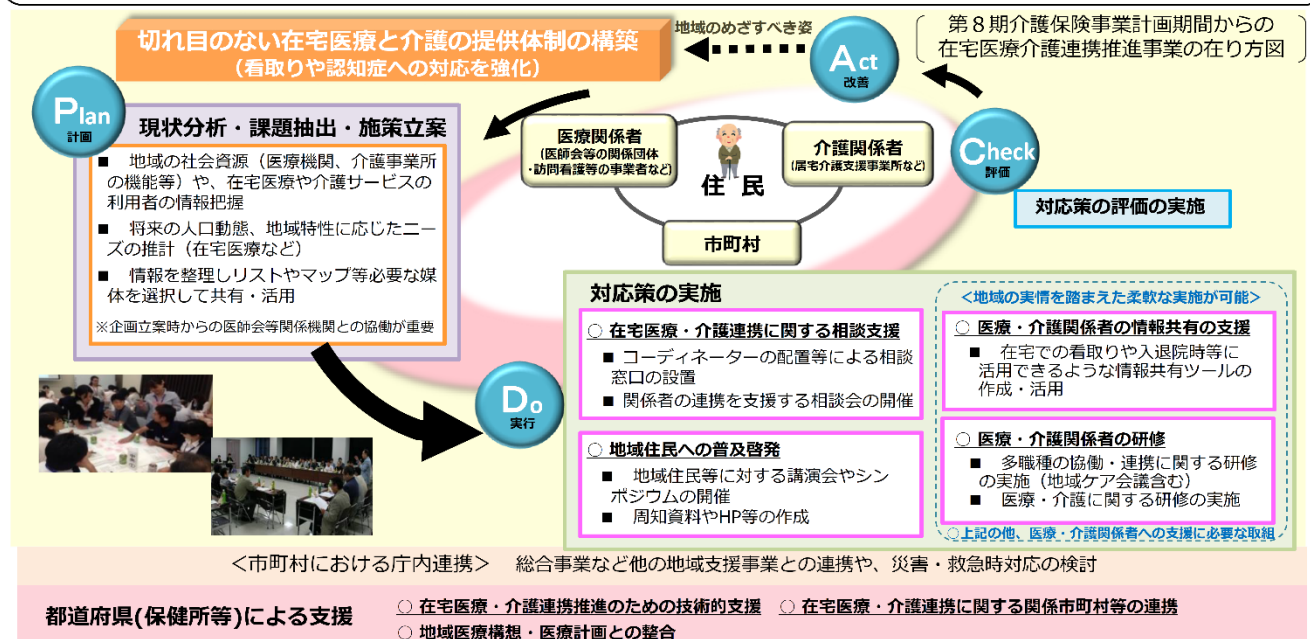
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



令和5年6月29日

委員各位

松本市在宅医療・介護連携委員会事務局

松本市高齢者等実態調査結果報告書（概要版）について（お願い）

今回お送りしました標記報告書は、本年度に策定予定の第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の基礎資料となるものです。

上記計画は、松本市社会福祉審議会から諮問を受け、高齢者福祉専門分科会で審議されるものですが、当委員会委員の皆様にもご意見をいただきたいと考えております。

資料内容が多いため、以下に概要版の内容含めて委員会に関連する部分を抜粋いたしました。参考に御覧いただきますようお願いいたします。

松本市在宅医療・介護連携委員会当日に、ご意見をいただきと考えております。

記

1 実態調査概要版より抜粋

設問	要支援・要介護高齢者 対象 A調査	元気高齢者対象 B調査 ※（ ）はR元年調査
「可能な限り自宅で生活したい」 「できるかぎり自宅に住みながら介護 保険サービスを受けて生活したい」	53.6%	45.6%
ずっと自宅で暮らし続けられるために あればいいと思う支援（複数回答） 自宅に医師が訪問して診療してくれる こと	58.9%	51.2%
介護者の状況	家族が半数。 男<女（男性の3倍） 50～60代が7割 介護頻度ほぼ毎日が7割 認知症対応への不安がある （30.7%）	
社会参加していない	83.2%	53.6%
趣味・生きがいが見つからない	58.1%	26.6%
今後、介護や高齢者に必要な施策	自宅での生活が継続できる 訪問系在宅サービスの充実 45.7% 通所系在宅サービスの充実 44.7%	自宅での生活が継続できる 訪問系在宅サービスの充実 49.0% 通所系在宅サービスの充実 43.8%
年に1回以上の歯科検診・歯科医院の 受診状況	はい 39.5% いいえ 58.1%	はい 77.6% いいえ 21.1%

食事・ 食べる こと	半年前に比べて固いものが 食べにくくなった	47.1%	23.0%
	お茶や汁物でむせる	47.6%	28.8%

2 実態調査本編より抜粋

設問		要支援・要介護高齢者 対象 A調査	元気高齢者対象 B調査 ※（ ）はR元年調査
人生の最期を迎えたい場所		/	自宅 56.5%
死期が近く なった場合 の延命治療	「望む・どちらかといえ ば望む」		2.9% (2.3%)
	「望まない・どちらかとい えば望まない」		84.7% (86.1%)
	「わからない」	11.3% (9.0%)	
人生の最期 をどのよう に迎えたい か家族と話 し合った経 験の有無	「十分に話し合ってい る・話し合ったことがある」	/	40.7% (46.7%)
	「話し合ったことはな い」		57.6% (49.9%)
自分の意思 を書面に残 しておきた いですか	「残しておきたい」	/	32.2% (37.0%)
	「残さなくてもよい」		22.2% (22.0%)
	「わからない」		42.4% (37.6%)
かかりつけ医がいる		94.5%	85.6%
そのうち往診をしてくれるか		はい 33.4% いいえ 28.9% わからない 33.8%	はい 21.8% いいえ 25.6% わからない 49.6%
かかりつけ歯科医師がいる		63.5%	82.8%
かかりつけ薬剤師・薬局がある		84.9%	/
「フレイル」という言葉を知っている		/	内容を知っている 30.0% 名前は知ってるが、内容は知ら ない 27.4% 名前を聞いたこともない 40.9%
在宅医療や 介護を受け ることにな った場合、 心配に思う こと	急に病状が変わった時の 対応		43.0%
	自宅で受けられる医療の 内容		42.0%
	自宅で受けられる介護サ ービスの内容		40.4%
	自宅に訪問してくれる医 師・看護師等の体制	37.4%	

松本市高齢者等実態調査結果報告書（概要版）

1 調査目的

介護保険法に基づき、市内高齢者の生活実態や介護サービスの利用に対する意向等に関する調査を実施し、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定に向けた基礎資料とするために調査したものの

2 調査概要

長野県が主体となり、全県統一の設問を設定し、調査データを集計したものの

(1) 調査期間

令和4年12月から令和5年1月まで

(2) 調査対象者及び回答率

調査名	対象者（人）	回答者(人)	回答率(%)	
〔A調査〕 居宅要介護・要支援認定者等実態調査	要介護・要支援の認定を受けている在宅の被保険者（第2号被保険者を含む）及びその介護者（以下「A調査（要介護高齢者等）」という。）	3,000	1,663 (1,555)	55.4 (51.8)
〔B調査〕 元気高齢者等実態調査	要介護・要支援の認定を受けていない在宅の第1号被保険者（以下「B調査（元気高齢者等）」という。）	1,000	653 (619)	65.3 (61.9)

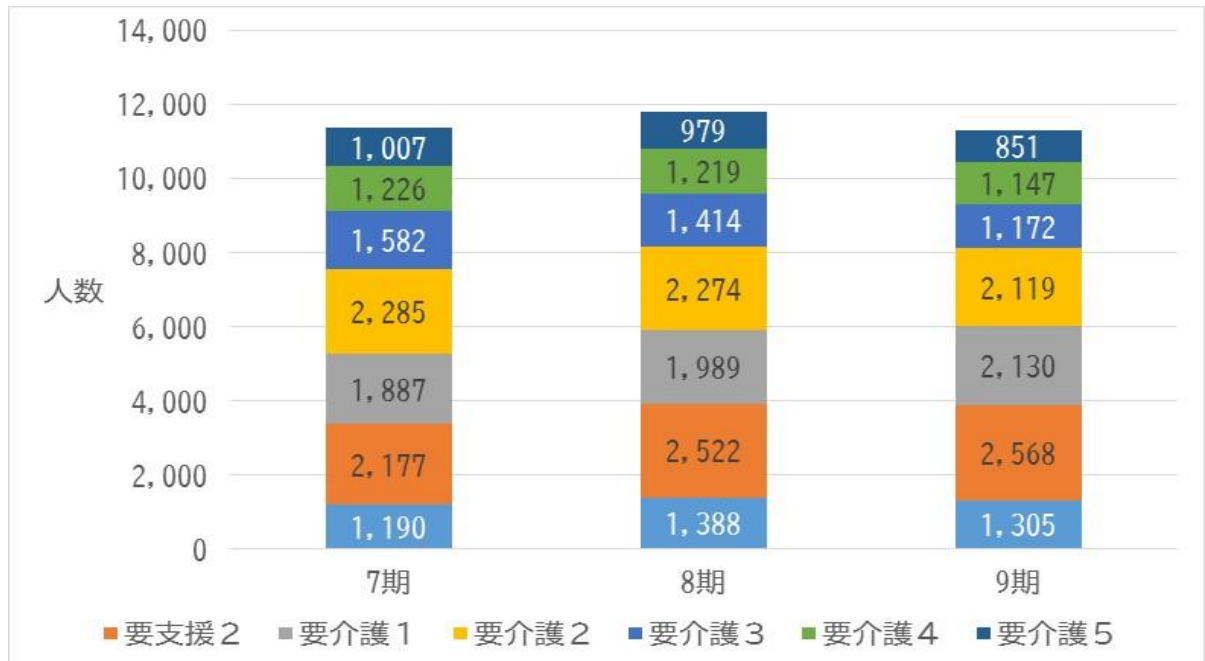
※括弧内は前回調査値

3 松本市の状況

(1) 総人口・高齢者人口及び高齢化率



(2) 要支援・要介護認定率



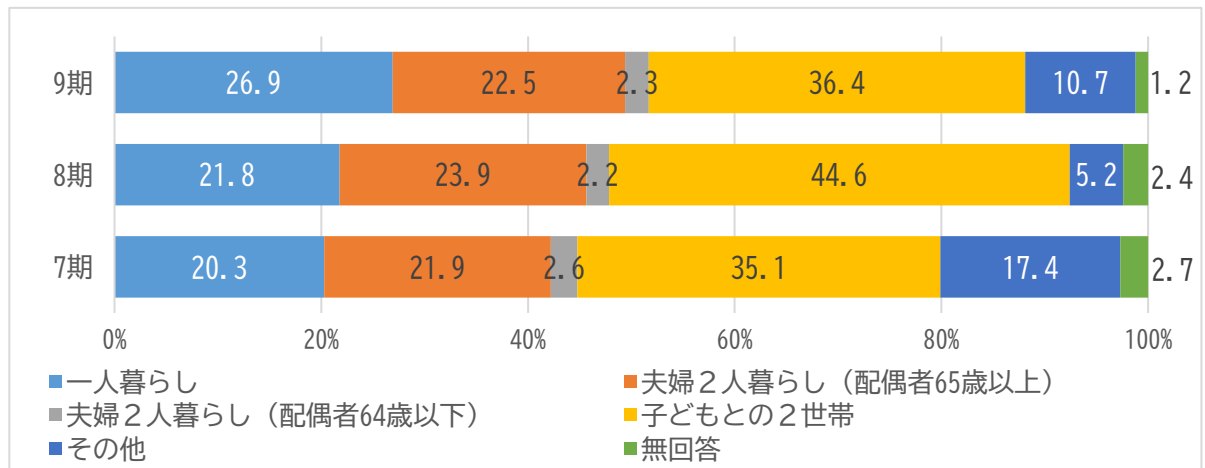
区分	7期	8期	9期
要支援 1	1,190	1,388	1,305
要支援 2	2,177	2,522	2,568
要介護 1	1,887	1,989	2,130
要介護 2	2,285	2,274	2,119
要介護 3	1,582	1,414	1,172
要介護 4	1,226	1,219	1,147
要介護 5	1,007	979	851
合計	11,354	11,785	11,292

4 結果の概要

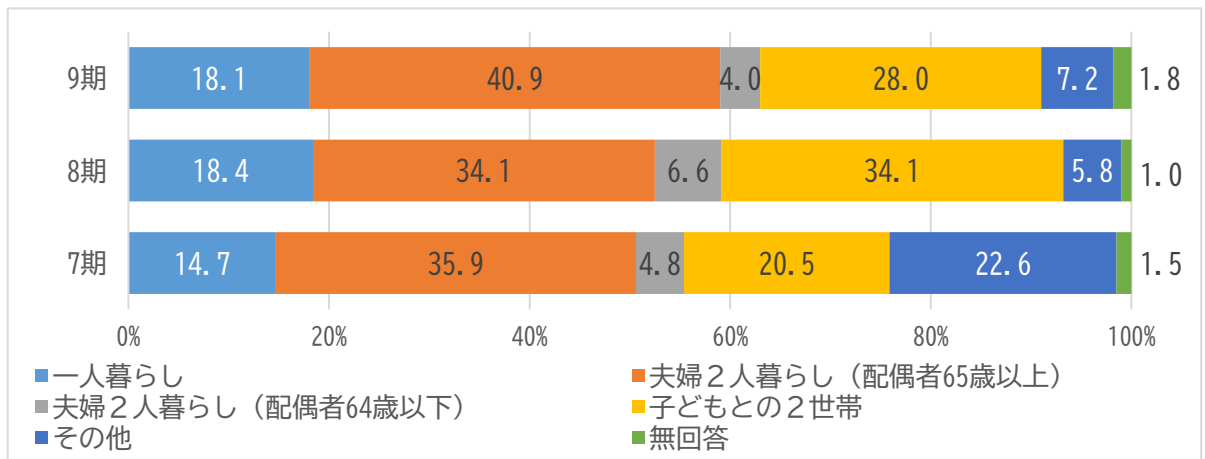
(1) 家族構成

今回の調査結果では、一人暮らし、夫婦二人暮らし（配偶者（夫・妻）65歳以上）の割合が、A調査（要介護高齢者等）及びB調査（元気高齢者等）ともに約5割を占めています。また、経年で比較すると、その割合が増加してきています。

〔A調査〕問1 家族構成【経年比較】



〔B調査〕問1 家族構成【経年比較】



(2) 社会参加について

地域の会やグループへの参加状況については、半数以上の方が参加しておらず、特にA調査（要介護高齢者等）の場合、8割以上となっています。

〔A調査〕問15 地域の会やグループへの参加状況

	全体	参加している	参加していない	無回答
回答数 (人)	1,663	255	1,384	24
構成比 (%)	100	15.3	83.2	1.4

〔B調査〕問18 地域の会やグループへの参加頻度

	全体	参加している	参加していない	無回答
回答数 (人)	653	300	350	3
構成比 (%)	100	45.9	53.6	0.5

詳細を見ると、ボランティアや町内会・自治会等の社会参加活動に多くの方が「参加していない」と答えています。

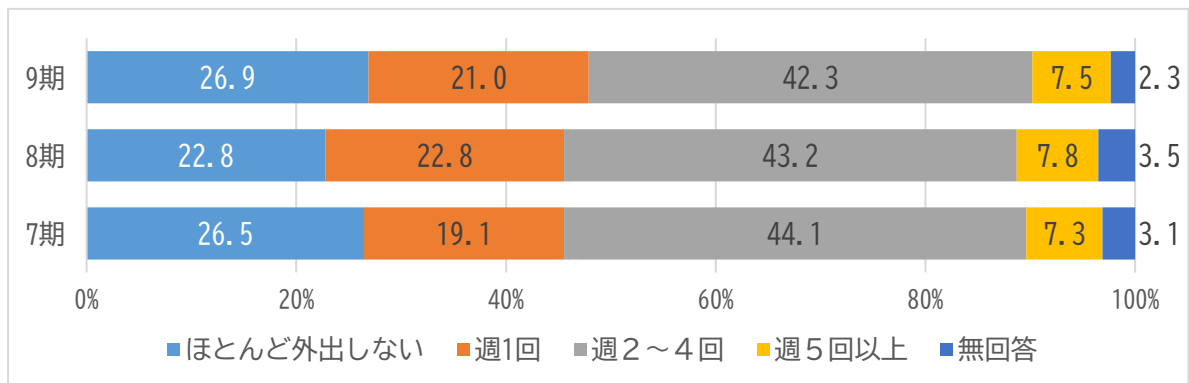
また、社会参加学習・教養サークルへの参加も少なく、「趣味や生きがいはあるか」の質問に対し、「思いつかない」と答えた人の割合が、B調査（元気高齢者等）は約3割（26.6%）に対し、A調査（要介護高齢者等）は約6割（58.1%）となっています。

(3) 運動(週に1回以上外出しているか)

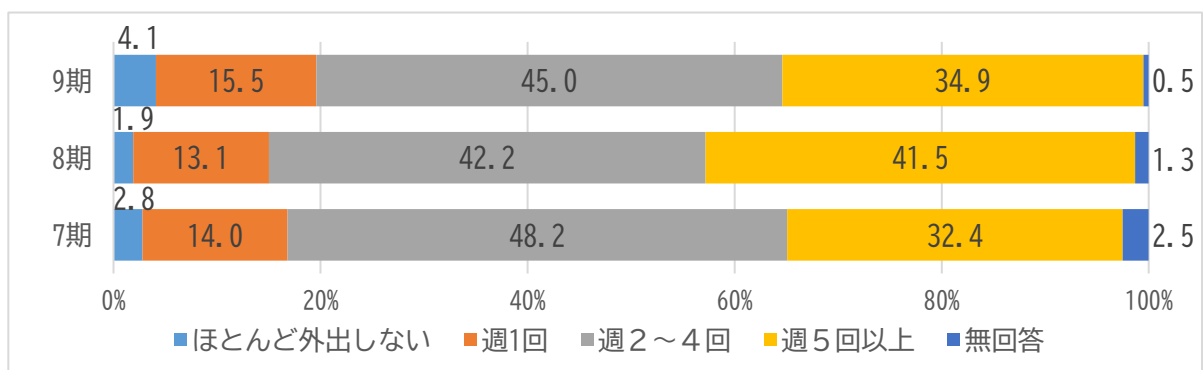
今回の調査結果では、A調査（要介護高齢者等）は全体の7割（70.8%）、B調査（元気高齢者等）では全体の9割（95.4%）が週1回以上外出すると答えています。一方で「ほとんど外出しない」と答えた人は、A調査（要介護高齢者等）では3割（26.9%）、B調査（元気高齢者等）では1割以下（4.1%）でした。

また、経年で比較すると、「ほとんど外出しない」と超えた得た人の割合が増加してきています。

〔A調査〕問6 運動（週に1回以上外出しているか）【経年比較】



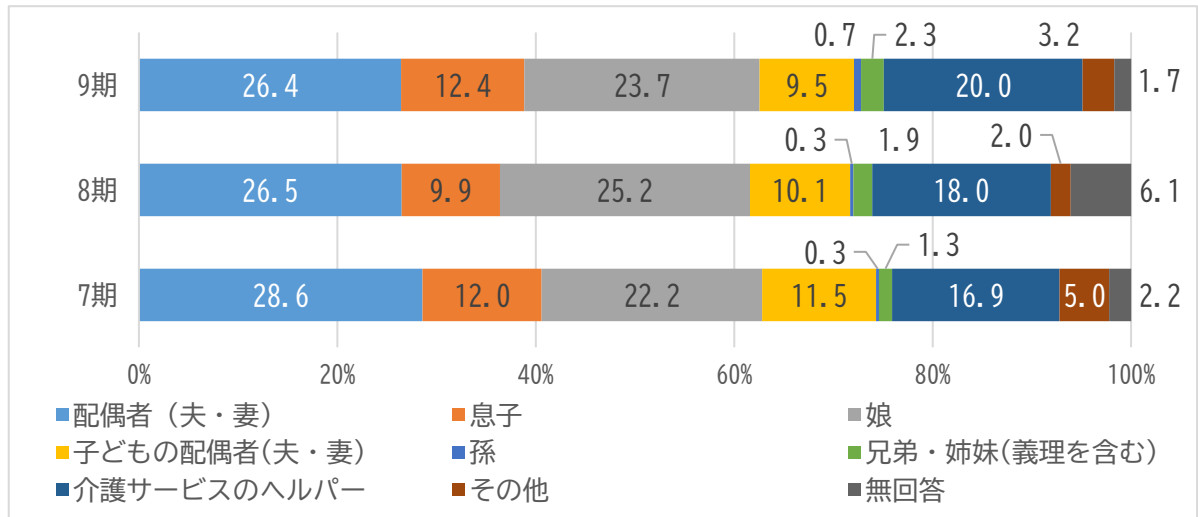
〔B調査〕問8 からだを動かすことについて ⑥週に1回以上は外出していますか。【経年比較】



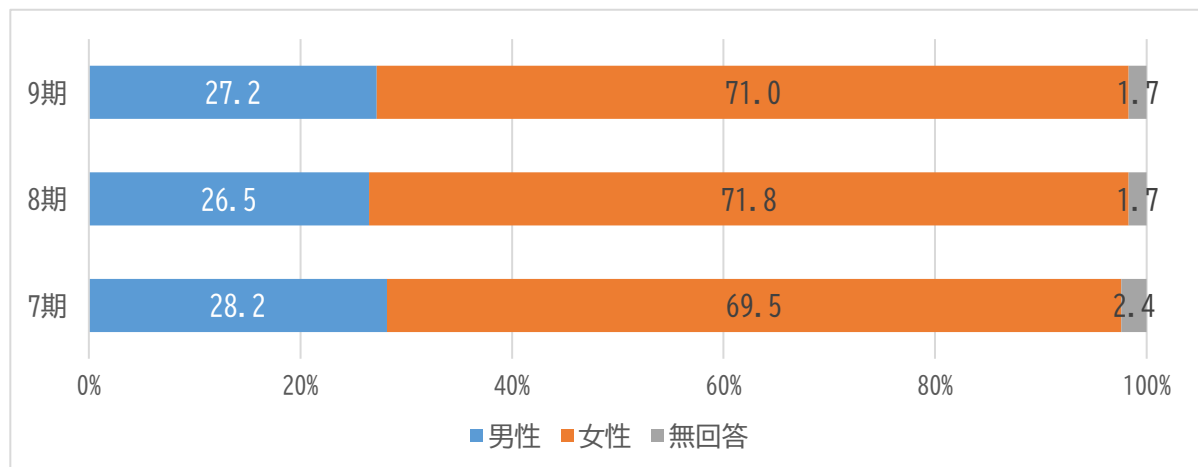
(4) 主な介護・介助者〔A調査（要介護高齢者等）〕

今回の調査結果では、主に介護・介助をしている人、配偶者（26.4%）、娘（23.7%）では、身近な家族が半数以上を占め、性別では、女性が男性に比べて約3倍となっています。また、年齢で見ると、50代以上の方が介護・介助をし、60代以上は、全体の7割近く（66.9%）を占めています。なお、経年比較では大きな変化はありませんでした。

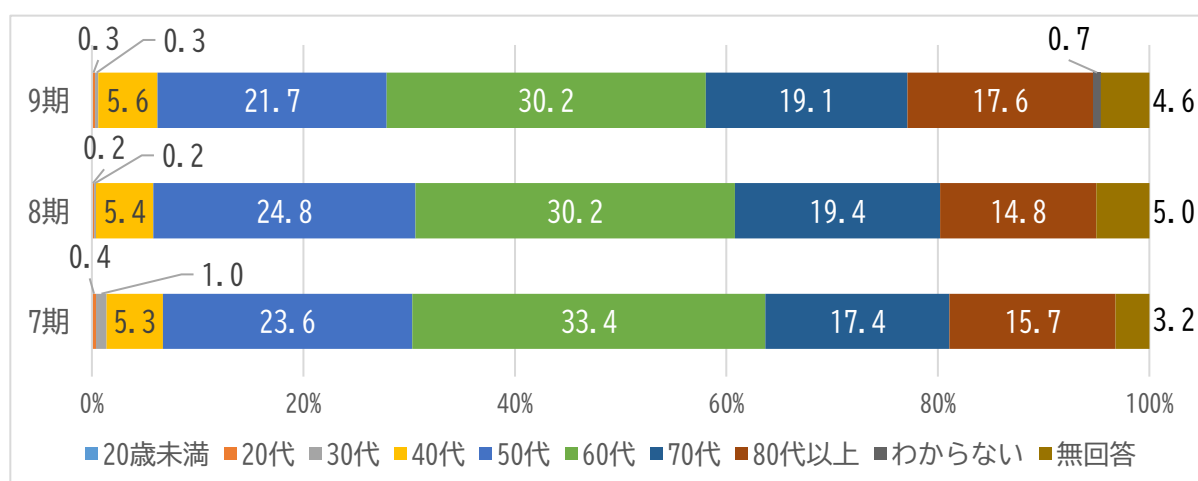
〔A調査〕問44-2 主な介護・介助者【経年比較】



〔A調査〕問44-3 主な介護・介助者の性別【経年比較】



〔A調査〕問44-4 主な介護・介助者の年齢【経年比較】

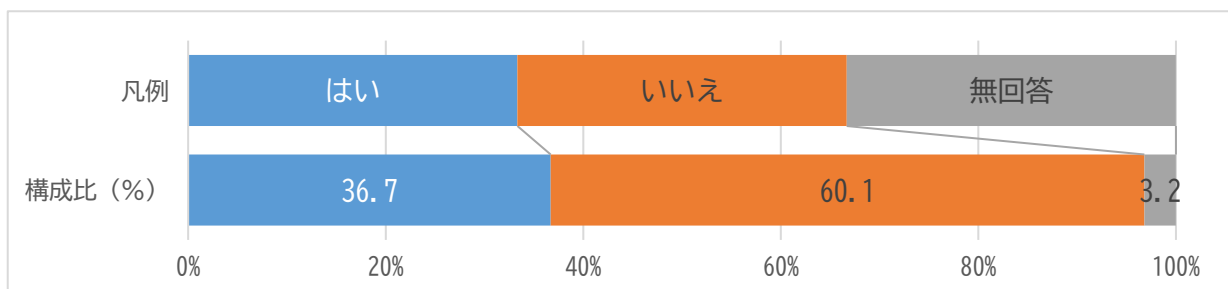


(5) 認知症の相談窓口について

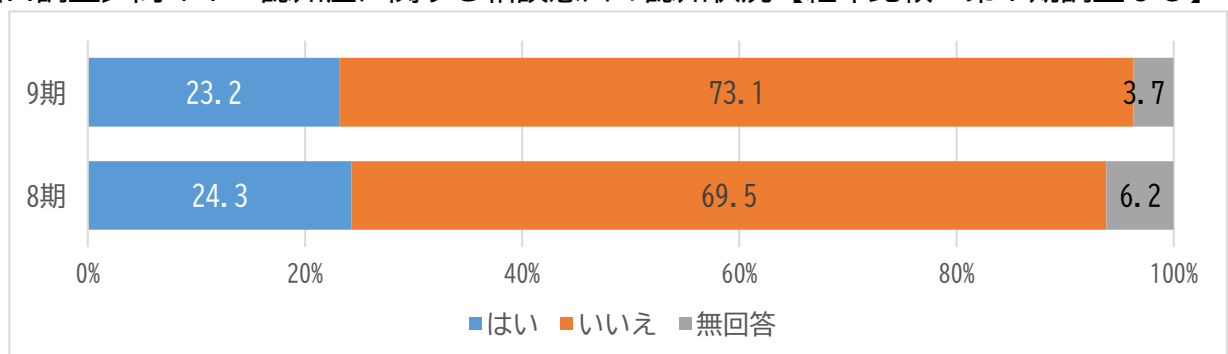
認知症に関する相談窓口の認知状況の質問では、「いいえ（知らない）」と答えた人がA調査（要介護高齢者等）、B調査（元気高齢者等）ともに「はい（知っている）」を大きく上回っています。また、経年比較でも同様の結果となっていることから、今後、広く周知するための施策が必要です。

認知症になっても安心して暮らせるため充実が必要なことの質問では、A調査（要介護高齢者等）、B調査（元気高齢者等）ともに、「認知症の受診・治療ができる病院・診療所」、「入所できる施設」、「専門相談窓口」等が多数を占めています。

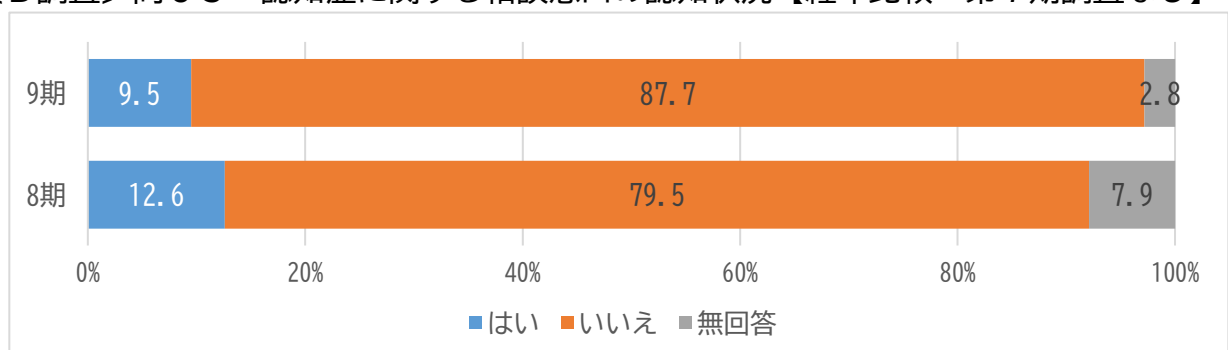
〔A調査〕問40 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人の有無



〔A調査〕問41 認知症に関する相談窓口の認知状況【経年比較：第7期調査なし】



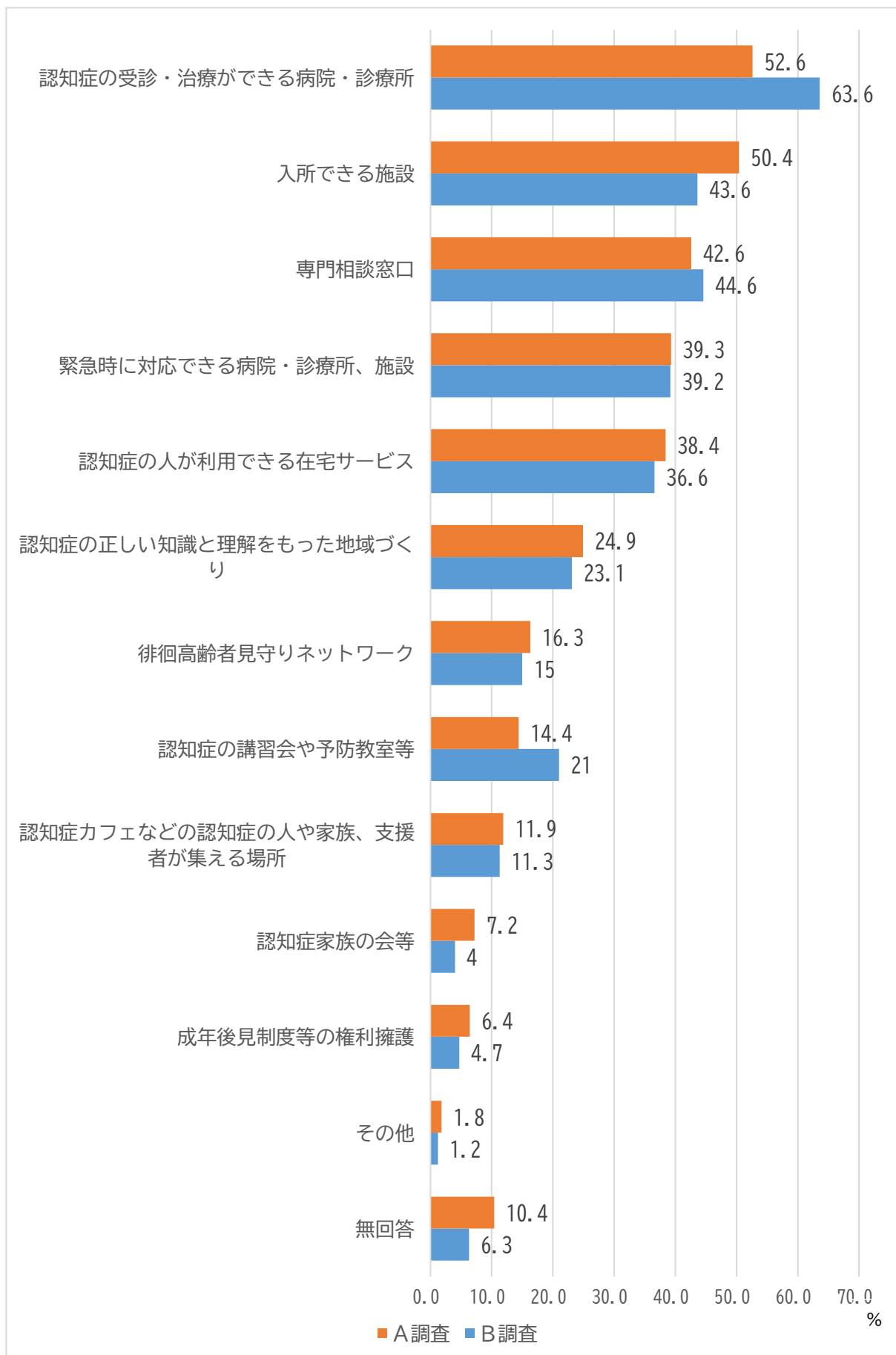
〔B調査〕問65 認知症に関する相談窓口の認知状況【経年比較：第7期調査なし】



〔A調査〕問43 認知症になっても安心して暮らすために充実が必要なこと

〔B調査〕問68 認知症になっても安心して暮らすために充実が必要なこと

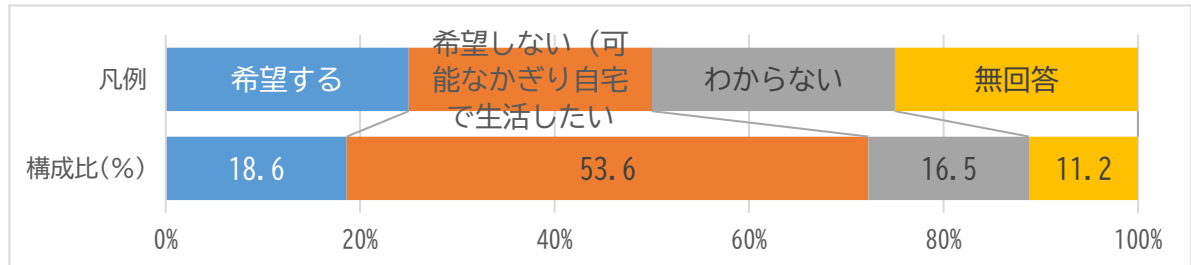
※A調査・B調査 複数回答



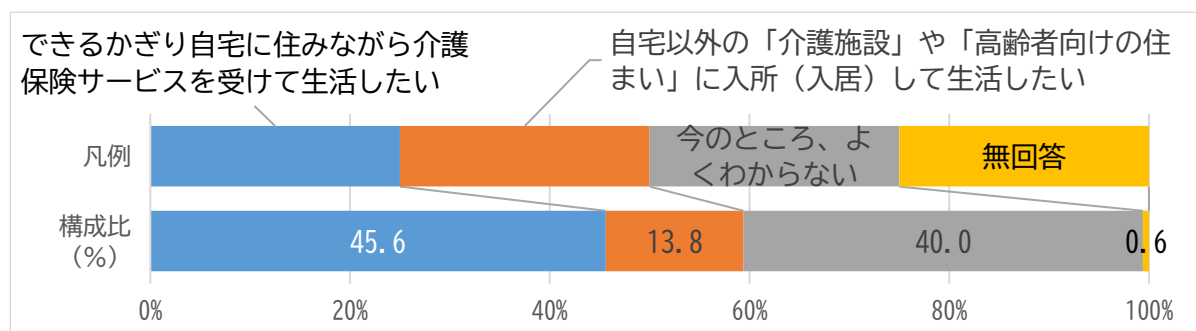
(6) 施設等の入所希望について

A調査（要介護高齢者等）及びB調査（元気高齢者等）ともに「可能な限り自宅で生活したい」、「できるかぎり自宅に住みながら介護保険サービスを受けて生活したい」と在宅志向が強いことがうかがえます。

〔A調査〕問50 施設等への入所（入居）希望の有無

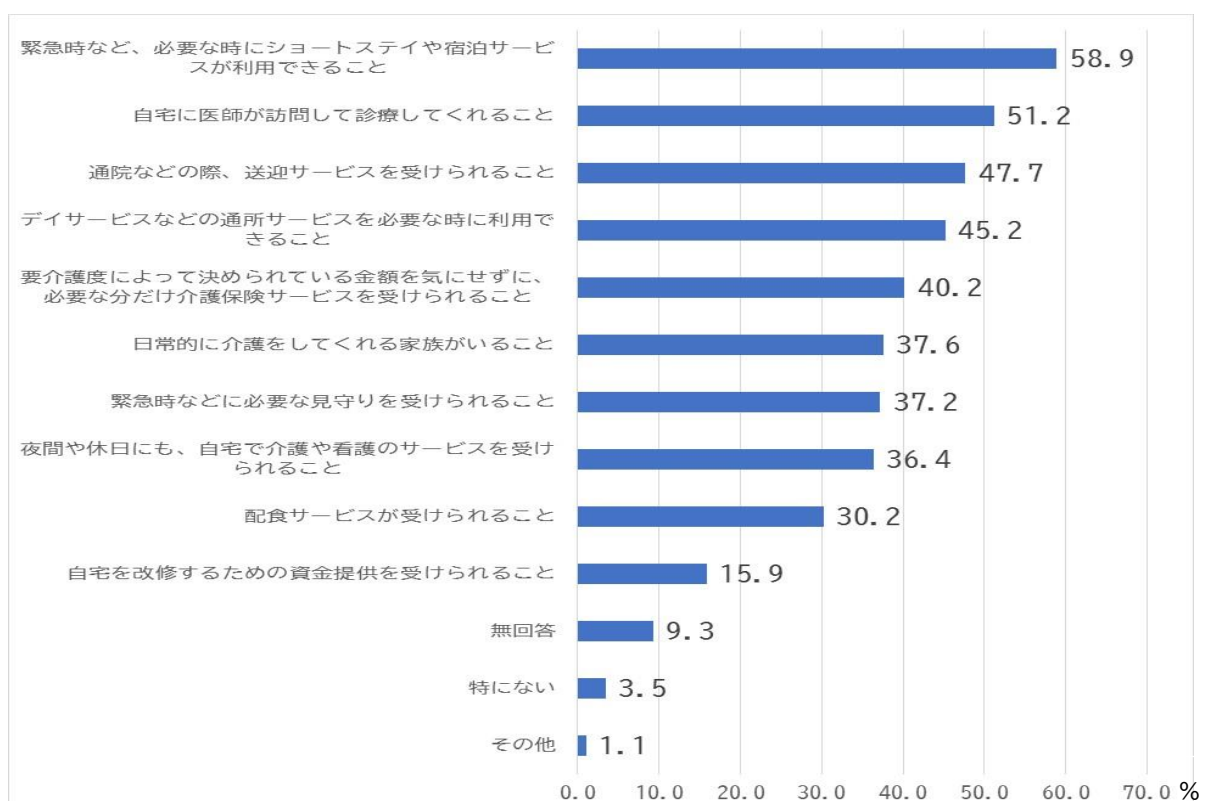


〔B調査〕問49 介護が必要となった場合、介護を受けたい場所



自宅で暮らし続けるために、あればいいと思う支援は、「必要な時にショートステイや宿泊サービスが利用できること」、「自宅に医師が訪問して診療してくれること」、「通院などの際、送迎サービスを受けられること」等のニーズが高いです。

〔A調査〕問52 ずっと自宅で暮らし続けるためにあればいいと思う支援（複数回答）

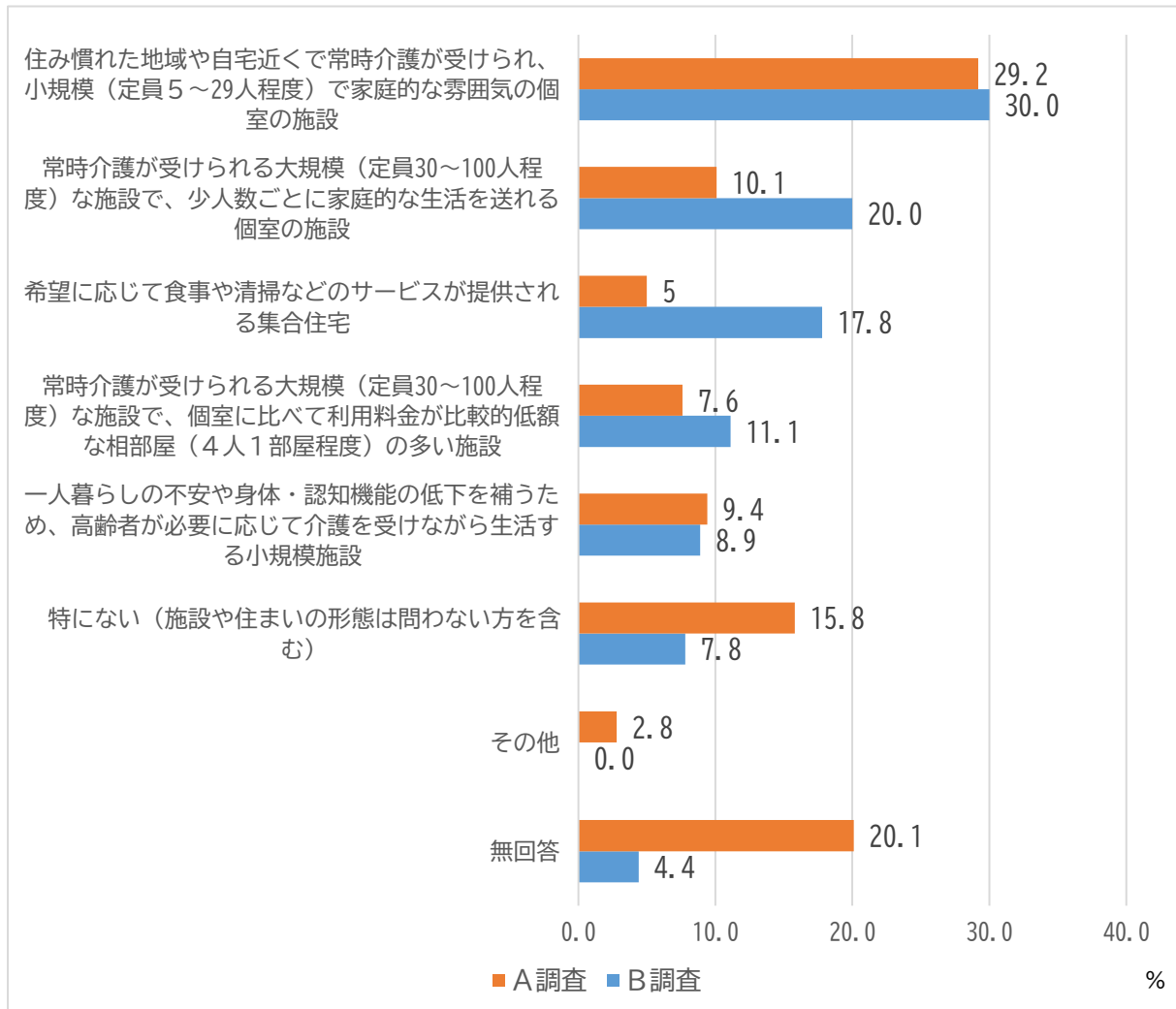


(7) 入所（入居）を希望する「施設」や「高齢者向け住まい」の形態

施設入所（入居）が必要となった時は、大規模施設（定員30人～100人程度）ではなく、小規模施設（定員5人～29人程度）を望む方が多くなっています。

〔A調査〕問51 最も希望する「施設」や「住まい」の形態、入所（入居）を希望する「施設」や「高齢者向けの住まい」の形態

〔B調査〕問49-4 最も希望する「施設」や「住まい」の形態



(8) 高齢者施策等について

施設整備のハード面に比べ、訪問系在宅サービス、通所介護、短期入所等、自宅での生活を継続するためのサービスの施策を望む声が多い傾向にあります（共助）。

また、A調査（要介護高齢者等）、B調査（元気高齢者等）ともに少数意見ですが、「隣近所の助け合いやボランティア活動の育成や活動の助成」と約1割の方が答えています。また、B調査（元気高齢者等）においては、「生きがいをもって活動できる場や働ける場の整備」と約2割（18.5%）の方が就労する意欲があります。（自助）

働くことにより、生きがいや社会とのつながりが生まれ、介護予防につながることから、今後の重要な施策の一つとして、就労支援や有償も含めたボランティア活動の提供等を検討していく必要があります。

なお、就労支援については、今後も高齢者は増加し、ますます介護事業の重要性が高まることから、人材育成も含めた施策を検討する必要があります。

〔A調査〕問57 今後、介護や高齢者に必要な施策

〔B調査〕問70 今後、介護や高齢者に必要な施策

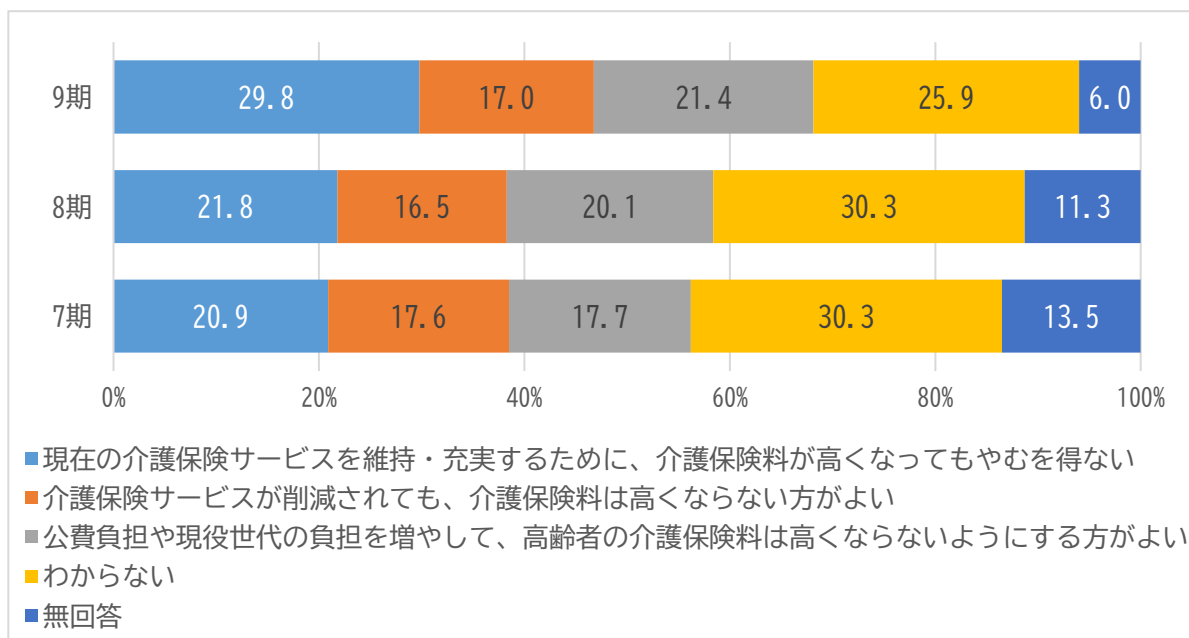
※A調査・B調査 複数回答（上位のみ掲載）



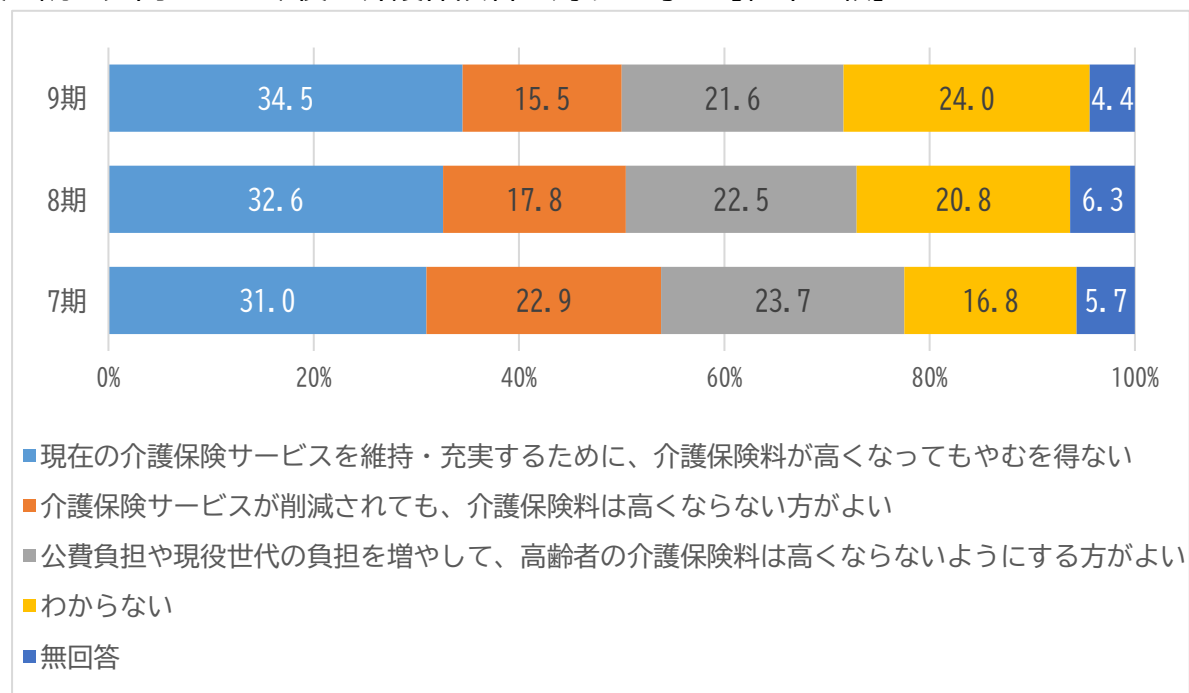
(9) 介護保険料に関する考え

介護保険料に関する考えは、A調査（要介護高齢者等）、B調査（元気高齢者等）ともに「サービスを維持・充実するために、高くなってもやむを得ない」と約3割の方が答え、経年で比較するとその割合が増加しています。一方で、「サービスが削減されても、介護保険料は高くないほうが良い」と答えた人は約2割となっています。

〔A調査〕問56 今後の介護保険料に対する考え【経年比較】



〔B調査〕問69 今後の介護保険料に対する考え【経年比較】

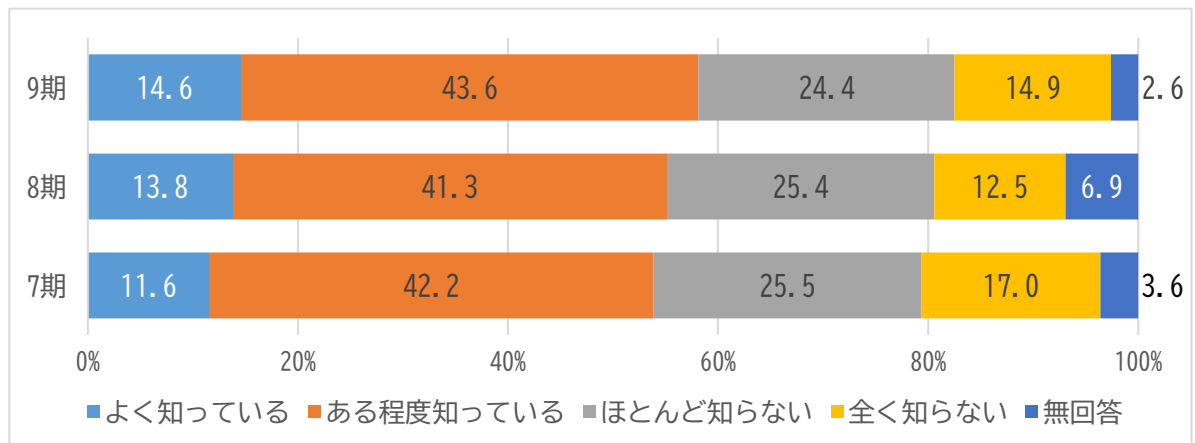


(10) 地域包括支援センターの認知状況等

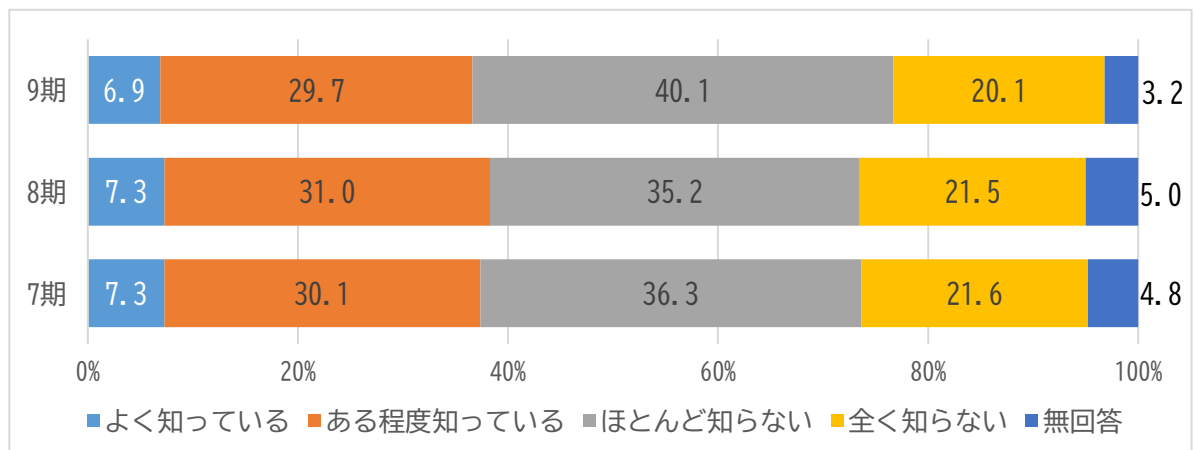
「よく知っている」、「ある程度知っている」を合わせると、A調査（要介護高齢者等）は約6割、B調査（元気高齢者等）は約4割と答えています。これは、普段の利用状況の差が出た結果だと考えられます。

また、「今後、地域包括支援センターに力を入れてほしいこと」の問いに対しては、A調査、B調査ともに「高齢の一般的な相談」や「病院や施設の入退院（所）に関する相談」と答えた人が多数を占めています。また、B調査において、「事業内容の周知」が最も多かったことから、地域包括支援センターの周知に力を入れる必要があります。

〔A調査〕問38 地域包括支援センターの認知状況【経年比較】



〔B調査〕問59 地域包括支援センターの認知状況【経年比較】



〔A調査〕問39 今後、地域包括支援センターに力を入れてほしい事業

〔B調査〕問60 今後、地域包括支援センターに力を入れてほしい事業

※A調査・B調査 複数回答

