

第3編

高齢者が安心して暮らせるために

健康で生きがいを持ち、自立した生活を送るための活動と支援を進めます。

心身や暮らしの状況に配慮したサービスや医療の提供を進めます。

第1章 介護・フレイル予防と健康づくりの推進

- 第1節 自ら楽しむ介護予防や健康づくり、フレイル予防に参加する体制の推進 …………… P044
- 第2節 介護予防・生活支援サービスと地域資源を活用した自立支援の強化 …………… P047
- 第3節 地域包括支援センターの機能強化…………… P050

第2章 認知症施策の総合的な推進

- 第1節 認知症の共生と予防の推進…………… P052

第3章 切れ目のない在宅医療と介護の連携推進

- 第1節 在宅医療・介護の連携推進…………… P056

第1章 介護・フレイル予防と健康づくりの推進

第1節 自ら楽しむ介護予防や健康づくり、フレイル予防に参加する体制の推進

1 現状と課題

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしくいきいきと暮らし続けていくためには、健康を維持しつつ生きがいを持って日常生活を送ることが重要です。そのためには、高齢者が要支援・要介護の状態にならないように、あるいはその重度化の防止や維持ができ、元気で活動的な生活を続けることができるように、健康づくりや介護・フレイル予防対策が必要です。

高齢者等実態調査では「フレイル」という言葉を「聞いたこともない」人が40.9%でした。市民への周知啓発を強化し、フレイルやオーラルフレイル状態の早期発見・早期介入、フレイルの方に対する個別支援の充実を展開していくことが重要となります。

誰もが自分らしく「健康」で過ごせる社会を目指し、若年期から高齢期まで、自分の生活に合った健康づくりに取り組み、楽しみながら健康づくりや生きがいづくりを継続できるよう支援します。

*フレイルの定義

加齢や、様々な要因で心身が衰えることによる、健康な状態と要介護の中間状態。適切な介入で健康な状態に戻すことができる。

2 施策の方向

介護予防や要介護状態の軽減、又は悪化を防止するための多様なサービスを提供し、高齢者が自ら楽しんで社会参加できるよう、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めた介護予防施策の充実を図ります。

フレイル・オーラルフレイル予防においては、フレイル該当者の把握強化、ハイリスク者に対する個別支援の強化を進め、松本市立病院を中心とした医療連携体制を整え、松本市健康増進総合計画との整合性を図りながら推進します。

3 主な取り組み

項目	取り組みの概要
特定健診・後期高齢者健診・がん検診・人間ドック	特定健康診査は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により各医療保険者に義務付けられた健診で、40歳以上の被保険者を対象とし、内臓脂肪型肥満に着目したものです。後期高齢者医療被保険者に対しても健康診査を実施しています。松本市の死亡原因の1位である「がんによる死亡」を減少させるため、各種がん検診を実施することで、早期発見・早期治療につなげます。
歯周病疾患検診	口腔清掃の実施状況と歯周組織の健康状態を把握し、歯の喪失を予防します。

項目	取組みの概要
地区福祉ひろば事業	地区福祉ひろばにおいて、「ふれあい健康教室」をはじめとする各種の介護予防・健康づくり事業を行います。また、「出張ふれあい健康教室」を行い、町会単位での介護予防活動を進めます。
公民館の健康づくり講座事業	各地区のニーズや課題をもとに、地区公民館での講座や学習会等を開催し、健康づくりへの意識啓発等を図ります。
自主運動サークル支援事業 (いきいき百歳体操)	身近な地域(歩いて通える範囲)で住民同士が主体的に運動を継続できるよう支援します。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	<p>高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、75歳以上の後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合から委託を受け、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護のレセプト及び健診データから、健康課題の把握・検討を実施 ・ 後期高齢者健診やレセプトからハイリスク者を抽出、保健指導を実施し、必要に応じて医療・介護等のサービスへ接続 ・ 三師会等関係団体と連携し、医療専門職が住民主体の高齢者の集いである通いの場へ出向き、フレイルチェック、保健指導、健康教育（歯科、栄養、運動、薬）等を実施 ・ 事業参加者の記録管理とフォローを実施
スポーツ振興事業 (各種教室)	シニア健康教室(30回)、軽スポーツ(38回)、パラスポーツ(20回)など、生涯を通じた運動機会を提供します。
スポーツクラブ連携事業 (国保体力測定)	自分の体に関心を持ってもらうことを目的に、出張運動指導や体力測定等を行い、自身の健康状態を把握してもらいます。継続的な運動習慣とするために、提携するスポーツクラブ等で3か月以上の体力づくりの取組みを行った場合、プレゼントを提供します。また、取組開始時に目標を設定し、目標の達成具合で更にプレゼントを上乗せします。
プラチナ大学	高齢者が仲間づくりの輪を広げながら、新しい知識や技術を学び、積極的に生きがいを持って充実した生活を創造するための場を提供します。
プラチナ世代支援事業	市民活動サポートセンターが、プラチナサポーターズ松本との協働により、「プラチナ世代」の生きがいづくり及び社会参加のきっかけづくりを支援します。

項目	取組みの概要
体力づくりサポーター育成事業	自らの体力づくりとともに、各地区で体力づくり運動の普及啓発を担う人材を育成します。育成講座終了後は「体力づくりサポーター」として登録を促進します。
フレイル予防事業	フレイル対策を推進するために、フレイルの把握強化と医療連携体制を整えるための取組みを実施します。
フレイル対策チーム (松本市立病院)	通いの場等で実施されるフレイル健診や、開業医によるフレイルチェックで、フレイルの進行が強く疑われる高齢者について、市立病院フレイル外来で積極的に受入れ、検査および運動指導・栄養指導等を行います。また、フレイル該当者を対象にフレイル教室を開催し、高齢者の健康増進・体力保持を図ります。
食育の推進	望ましい食習慣定着のため、バランスのよい食事をとることを推進します。特に、「おいしく食べよう具だくさんみそ汁」を通した手軽なたんぱく質の摂取を進めます。
予防接種	予防接種法に基づき予防接種を行い、個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれによりそのまん延を防止します。 また、带状疱疹任意予防接種への補助を行い、発症及び後遺症の予防を図ります。
健康相談	健康づくり、精神疾患、介護に関する悩みを共に解決の方向に導き、その人らしく健康で豊かな生活を送ることができるための支援をします。

4 計画期間の目標

項目	単位	令和5年度末見込	令和8年度目標
特定健康診査受診率	%	44	60
後期高齢者健診受診率	%	45	50
がん検診受診者数	人	69,855人	80,435人
歯周疾患検診受診率	%	6.5	※増加
自主運動サークル支援事業(いきいき百歳体操)	サークル数	123	190
体力づくりサポーター育成数	人	400	525
松本市フレイル外来実施医療機関	箇所	3	4
「フレイル」の認知度内容を知っている人の割合 (高齢者等実態調査)	%	30	60
スポーツ振興事業	回	88	週1回以上の 運動機会を維持

※歯周疾患検診受診率の令和8年度の目標値について

現在、国で歯科口腔保健の推進に向けた取組みとして、国民皆歯科健診制度の導入が検討されていますが、現時点(令和6年3月)で国民皆歯科検診の対象者や手法が未定であるため目標値を数値化していません。

第2節 介護予防・生活支援サービスと地域資源を活用した自立支援の強化

1 現状と課題

平成28年度から要支援の方への予防給付サービスのうち、訪問介護(ヘルパー)・通所介護(デイサービス)が、市が行う地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)へ移行しました。

現在、従前相当サービスと、緩和した基準による訪問型サービスA・通所型サービスA、短期集中予防サービスである訪問型サービスC・通所型サービスCを実施しています。今後ますます高齢化が進む中で、住民や事業者へ自立支援・介護予防に関する普及啓発を図っていくとともに、より地域のニーズに沿った効果的なサービスを拡充していくことが必要です。

また、リハビリテーション専門職が、地域へ出向き、住民や専門職に対して自立支援・重度化防止の啓発に取り組んでいます。今後更にリハビリテーション専門職と連携し、自立支援のため、効果的にリハビリテーションが提供されるように体制整備を行うことが重要です。

令和3年度から、保険・健康・介護部門が連携し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」が開始されました。支援を要する高齢者を、地域包括支援センターの総合相談や関係機関との連携によって把握し、必要な資源や住民主体の通いの場などの介護予防に資する活動につないでいます。

高齢者等実態調査結果から、要支援・要介護高齢者の58.1%が趣味や生きがいが見つからないと回答しており、要介護状態になっても生きがいをもって本人の望む暮らしの実現に向けていくことが大切です。

2 施策の方向

要支援状態からの自立支援、介護予防・重度化防止の推進

○適正なマネジメント

利用者と介護支援専門員が目標を共有し、利用者の意欲を引き出すような自立支援を重視した介護予防マネジメントに取組み、本人が生きがいを持って暮らし、健康を維持できるよう支援します。

○地域と連携したサービスの展開

総合事業の充実を図るため、現在未整備となっている住民主体のサービスについては、地域のニーズに合わせ、どのような取組みが必要か、今ある地域資源等とも調整を図り、整備に向けて検討していきます。

○一般介護予防事業の効果的な実施

生活支援体制整備事業、地域ケア会議、介護予防・生活支援サービス事業や高齢者の保健事業等との連動を意識して取組みます。

○地域リハビリテーションの体制整備

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業や、高齢者に対する個別支援や通いの場等へのリハビリテーション職の積極的な関与を推進し、介護予防の取組みを効果的に推進するために、PDCAサイクルに沿った事業評価を行います。また、高齢者の運動、口腔、栄養、認知機能の維持向上に向け、リハビリテーション専門職などと連携して、住民主体の活動支援や地域ケア会議への参加を充実させます。

3 主な取組み

項 目	取 組 みの 概 要
介護予防・生活支援サービス事業	<p>初期相談から、相談者の状況を丁寧に聞き取り、自らが介護予防に取り組んでいくという、総合事業の趣旨を説明し、サービス利用などの方針を決定していきます。地域活動などへの参加も見据え、本人の意欲に働きかけた適切なケアマネジメントが実施されるよう、地域包括支援センター職員の資質向上を図るため、研修や専門職からのアドバイスなどの支援を行います。</p>
地域ケア会議の開催	<p>地域包括支援センターが個別レベルの会議（個別地域ケア会議・自立支援型個別ケア会議）を主体的に行い、個別課題の解決や、地域課題を抽出して、地区レベルで行う地域ケア会議などへつなげます。また、自立支援・重度化防止の視点での検討などにより、介護支援専門員を始めとする参加者全員の資質向上と多職種のネットワーク構築を図ります。</p>
介護予防把握事業	<p>閉じこもりなど何らかの支援を要する高齢者を、地域包括支援センターの総合相談や、民生委員などからの情報提供、保険部門・健康部門との連携による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業など関係機関との連携によって把握し、国の介護情報公表システムのインフォーマル情報を活用し、必要な資源や住民主体の通いの場などの介護予防に資する活動につなげます。</p>
介護予防普及啓発事業	<p>ふれあい健康教室や介護予防講座、出前講座などでフレイル予防、運動・栄養・口腔・熱中症やヒートショック・社会参加の観点も含めた介護予防全般について、高齢者福祉と介護保険のしおりや地域包括支援センターだより、国の介護情報公表システムのインフォーマル情報などを活用し周知啓発していきます。</p>
地域介護予防活動支援事業	<p>フレイル、認知症やうつ予防を含め、介護予防や健康に関する意識の向上を図るため、身近な場所（町会単位）で行う体操教室（いきいき百歳体操）や交流の場づくり（町会サロン）の開催を進めます。</p> <p>自らの体力づくりとともに、各地区で体力づくり運動の普及啓発を担う人材を育成します。講座終了後は「体力づくりサポーター」として登録を促進します。</p>
一般介護予防事業評価事業	<p>介護保険事業計画に定める目標値の達成状況の検証や、事業評価を行い、それに基づく改善を図るため、国が定めた指標や医療・介護等のデータも活用していきます。</p>

項 目	取 組 みの 概 要
地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職と連携し、地域ケア会議での専門的な見地からの助言、高齢者宅への同行訪問などを行い、自立支援・重度化防止について周知啓発するとともに、地域における介護予防の取組みを強化するため、通いの場等での運動、口腔、栄養、認知機能の維持向上などの指導を実施し、フレイル予防や住民主体の活動を支援します。

4 計画期間の目標

項 目	単 位	令和5年度末見込	令和8年度目標
個別地域ケア会議の開催	回	45	70
自立支援型個別ケア会議検討件数	件	28	36
リハビリテーション専門職による訪問指導・評価件数	件	4	12
いきいき百歳体操	サークル数	123	190

第3節 地域包括支援センターの機能強化

1 現状と課題

12の日常生活圏域ごとに地域包括支援センター（以下「センター」という。）を、高齢福祉課内に地域包括支援センターを支援する基幹型包括支援センターを設置し、業務を行っています。

地域包括支援センターでは、主に4つの業務（総合相談支援、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント、権利擁護）を実施し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるように支える、地域包括ケアシステムの拠点となっています。

高齢者人口の増加とともに、センターへ寄せられる相談件数が増加しています。相談内容も複雑化し、継続した支援が必要な事例が増えています。センターに配置されている専門職が、各々の役割を活かした相談機能を発揮し、関係機関との連携を図りながら、市民から寄せられる様々な相談に迅速に対応することが求められています。

認知症の方とその家族への支援や、認知症サポーター養成講座の開催などの認知症の理解を広めるための活動、医療と介護の連携推進のための地域ケア会議の開催、個別相談から地区の課題を抽出して、地域での検討・解決につなげる活動など、地域包括ケアシステムの推進のためにセンターの活動は拡大し、今後ますます増加していくことが予想されます。センター機能が維持できるように、医療・介護・地域の様々な機関と更に連携を図り、センター職員がスキルアップすることで、センター機能を強化していくことが必要です。

センターは市民に身近な相談機関ですが、令和4年度松本市高齢者等実態調査での認知状況では、「センターをよく知っている・ある程度知っている」と回答した方が、要介護・要支援者では58.2%、元気高齢者では36.6%でした。センターのより一層の周知が必要です。

2 施策の方向

○地域包括支援センターの機能強化

- ・地域包括ケアシステムの推進に向けて、地域ケア会議を活用して個別事例から地域の抱える課題を抽出し、関係機関へつなぎます。
- ・医療、介護、地域の関係機関とより一層連携し、地域全体で包括ケアシステムの深化・推進を目指します。
- ・増大するセンターの業務を軽減するため、基準を満たした事業者を指定居宅介護予防事業者として指定します。また、総合相談の一部委託や、柔軟なセンターの職員配置など、総合的にセンターのあり方を研究し、業務負担軽減を図ります。
- ・職員の研修、情報共有の機会を通じ、センター職員の資質向上とセンターの体制強化を図ります。

○地域包括支援センターの認知度の向上

より身近な相談機関として、センターの一層の周知を図ります。

3 主な取組み

項目	取組みの概要
地域包括支援センターの機能強化	増加する相談対応や、認知症施策の推進を図るため、センターの役割に応じた機能強化に努めます。他機関との連携をより一層推進し、センター機能が継続できるように支援します。
PDCAサイクルによる効果的な運営	地域包括支援センターごとの業務の実施状況や課題等を把握し、これを点検・分析することにより、事業の質の向上とセンター間の格差是正に努めます。
地域包括支援センターの周知	地域の身近な相談窓口としてセンターの円滑な利用を図るため、事業内容や取組みについて、積極的な周知に努めます。
長野県弁護士会との連携	地域包括支援センターに寄せられる法律の知識が必要な相談に対し、長野県弁護士会所属の弁護士と連携して対応します。
地域包括支援センター運営協議会の仕組みを活用	地域包括支援センターが適切、公正かつ中立的に運営されているかを、事業評価等を基に、関係者で構成される協議会で継続的に協議し、効率的かつ効果的な運営につながるよう努めます。
地域包括支援センター業務の負担軽減	基準を満たした事業者を指定介護予防支援事業者として指定します。また、総合相談支援業務の一部委託について研究し、増大する地域包括支援センターの業務負担軽減を図ります。

第2章 認知症施策の総合的な推進

第1節 認知症の共生と予防の推進

1 現状と課題

全国の認知症高齢者の将来推計では、令和7年には730万人（65歳以上の人の約20%）が認知症になるといわれています。高齢化の進展に伴い、今後も増加していくと予測されており、誰にでも起こりうる可能性があります。

松本市高齢者等実態調査（令和4年度調査）から、介護が必要となった場合に介護を受けたい場所の回答として、「できるかぎり自宅に住みながら介護サービスを利用したい」が45.6%と最も多く、介護が必要になっても、認知症になっても、住み慣れた地域や自宅での生活を望む市民が多い現状です。

これまで、「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方である「共生」「予防」を踏まえた施策を推進してきましたが、未だに認知症（若年性認知症も含む）の正しい理解が進んでいません。そのため、認知症の方本人（以下「本人」という。）の社会参加も進みづらく、インフォーマルサービスの活用による地域とのつながりが少ない現状があり、本人の活躍の場が少ないこと、対応に不安を抱える介護者が多いことが課題です。

また、相談窓口を知らない市民が多く、早期相談、早期対応に課題があります。

高齢者等実態調査結果からみた現状と課題

項目	割合 (%)
介護、介助が必要になった主原因として「認知症」と回答 （「高齢による衰弱」「骨折・転倒」に次ぐ第3位）	18.5
認知症に関する相談窓口の認知状況（知らない）	87.7
現在の生活を継続していくに当たって主な介護・介助者が不安に感じる 介護等で「認知症への対応」と回答（第1位）	30.9
認知症になっても安心して暮らしていくために充実が必要なこととして 「認知症の正しい知識と理解をもった地域づくり」と回答 （「認知症の受診・治療ができる病院など」「専門相談窓口」「入所できる施設」「緊急 時に対応できる病院など」「在宅サービスなど」に次ぐ第6位）	23.1

※高齢者等実態調査結果より（一部複数回答）

2 施策の方向

認知症施策推進大綱の中間評価（令和4年）や、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和6年）」の施行を踏まえ、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画に認知症施策推進の方向性を包含し、「共生社会」に向けて施策を進めていきます。

認知症は誰もがなりえる可能性があります。すぐに全てのことができなくなってしまうわけではありません。一方的に支援を受ける側ではなく、本人発信支援として正しい理解の促進のため共に取組み、住み慣れた地域で、

その人らしい生活の実現を推進していきます。

認知症になっても、自分の意思が尊重され希望をもって自分らしく日常生活を過ごせる松本市～認知症とともに笑顔あふれるまちづくり～を目指します。

○普及啓発・本人発信支援

- ・本人発信を支援し、本人や家族の声を踏まえ、認知症施策、地域の仕組みづくりを推進します。
- ・認知症サポーター養成講座やステップアップ講座を幅広い年代に行い、認知症の正しい理解を進め、地域のインフォーマルな活動の促進を図ります。
- ・医療機関などと連携し、認知症相談窓口（若年性認知症も含む）の周知と認知症ケアパスを活用した早期の気づき・発見、対応のための関係づくりを構築します。

○予防

- ・フレイル予防事業と連携しながら、認知症・介護予防につながる通いの場の周知と充実を図ります。

○医療・ケア・介護サービス・介護者支援

- ・地域の認知症に関する医療提携体制の中核である認知症疾患医療センターや他医療機関、関係機関などと連携します。
- ・認知症カフェなどを通じて、本人及び介護者が地域住民や専門職とつながれるよう支援します。また、社会参加の場として安心して参加できる場所として推進します。
- ・資格を持たない介護従事者にも、認知症介護基礎研修受講が令和6年4月から義務化されるため、対象者に周知し、介護に関わる全ての方の認知症対応力が向上するよう周知啓発をしていきます。

○認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・若年性認知症の方が主体となって開催する本人ミーティングなどについて周知啓発を行い、本人の声を聞き、本人や家族支援の場として開催支援します。
- ・本人の声や視点を重視し、本人の希望に応じた方法で地域に関わる（＝社会参加）体制（＝チームオレンジまつもと）を12の日常生活圏域で整備し「共生」の地域づくりを推進します。

3 主な取組み

項目	取組みの概要
認知症施策推進協議会	本人や家族の視点を重視した認知症施策の制度設計、具体的内容を検討する場として設置し、検討された意見の調整を図りながら、施策の企画・運営に努めます。
認知症地域支援推進員	各地域包括支援センターに配置されている認知症地域支援推進員は、認知症地域支援推進研修などの研修に努め、地域の認知症施策の推進役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開していきます。
認知症についての普及啓発	認知症基本法を踏まえて、本人の声や家族の声を届け、認知症の正しい理解を周知啓発します。また、認知症相談窓口の周知や、本人や家族などが早期に気づき、対応できるよう普及啓発を行います。世界アルツハイマー月間などでは、関係機関と連携し集中的に啓発します。

項 目	取 組 みの 概 要
認知症サポーター養成講座	認知症に関する正しい知識と理解のため、本人の声を踏まえ、本人や家族を見守り・手助けし、共に活動する認知症サポーター養成講座を開催します。また、生活環境の中で本人と関わる機会が多いことが予想される小売業・金融機関などの従業員向けの講座や学校教育における講座の開催を、キャラバン・メイトと連携し引き続き行います。
認知症サポーター活動促進(ステップアップ講座)	本人や家族などの声をもとに、社会参加などを進めるチームオレンジまつもとの構築を目指し、地域の実情に応じた認知症サポーターの活動促進につながるステップアップ講座を開催します。
人生会議・リビングウィル・意思決定支援	人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重されるよう医療・介護の連携や人生会議の周知啓発に努めます。(認知症ケアパスなどを活用)
認知症予防	認知症ケアパス(認知症チェックリスト)を活用し、「予防」の意味や早期対応に関する普及啓発を行います。また、フレイル予防事業と連携しながら、地域の身近な通いの場やセルフケアについて周知に努めます。
認知症思いやりサポートチーム (認知症初期集中支援チーム)	認知症になっても、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、認知症サポート医の助言を受けながら、本人やその家族に早期に関わり、早期対応に向けた支援を行います。
認知症思いやり相談	認知症サポート医が、認知症が疑われる方、治療が中断している方、対応方法に悩みを抱えている家族などの相談に応じます。また、必要時、認知症初期集中支援チームにつながります。
認知症カフェの開設・運営支援	地域住民の誰もが参加できる場である良さを活かし、本人や家族が思いを共有する場、社会参加の場として安心して参加できる認知症カフェの開設・運営支援を行います。また、必要時には認知症に関する研修会などを、キャラバン・メイトなどと開催します。

項目	取組みの概要
若年性認知症施策の推進・社会参加支援	若年性認知症コーディネーター(県委託)、認知症疾患医療センターなどの医療機関、関係機関と連携して、若年性認知症相談窓口の周知やまつもとミーティング(本人ミーティング)の開催支援、周知啓発を継続して行います。また、本人や家族からの発信の機会が増えるよう、地域で生活する本人と共に普及啓発に取り組めます。
チームオレンジまつもと設置	本人の声や視点を重視し、本人の希望に応じた方法で地域に関わる(=社会参加)体制(=チームオレンジまつもと)を12の日常生活圏域で整備し「共生」の地域づくりを推進します。また、生活支援体制整備事業との連携、認知症サポーター活動促進を踏まえて進めていきます。
道迷い高齢者などに対応するネットワーク	個別地域ケア会議などで地域の見守りや、介護保険サービス事業所、警察、行政などの連携によるネットワークづくりに努めます。
徘徊高齢者家族支援サービス事業	道迷いなどのおそれがある高齢者のいる世帯に、GPS検索端末機を貸与して事故防止を図るなど、家族が安心して介護できる環境を整備します。
成年後見制度利用促進事業	成年後見制度を必要とする人が制度を利用できるよう、地域連携ネットワークのコーディネートを担う中核機関において、制度の普及啓発、後見を担う人材育成など、制度利用の促進を図ります。
消費者被害防止施策の推進・虐待防止施策の推進	判断能力が低下した方を地域で見守る体制づくりを行うとともに、消費者被害に関する注意喚起を行います。 高齢者虐待は在宅及び介護施設などで依然として後を絶たず、発生時の迅速な対応と防止に向けた取組みが重要です。高齢者の尊厳と権利を守るため、防止に向けた周知や関係機関とのネットワークの構築など必要な施策を推進します。
認知症対応型介護サービス施設の整備	認知症対応型共同生活介護などの介護サービス施設の整備及び利用の周知に努めます。

4 計画期間の目標

項目	単位	令和5年度末見込	令和8年度目標
認知症サポーター養成講座受講者数 (60歳未満対象)	人	24,000	31,000
ステップアップ講座開催回数	回	10	12
チームオレンジまつもと設置数	箇所	3	12

第3章 切れ目のない在宅医療と介護の連携推進

第1節 在宅医療・介護の連携推進

1 現状と課題

本市が行った市民意識調査によると、「必要な時に、必要な医療サービスを受けることができる」と思う市民の割合は72.1%でした。松本市は、長野県内で医師数が2番目に多く、歯科医師や薬剤師のほか、在宅医療や介護を支える人材も多く、高齢者の在宅サービス利用率は92.1%と高い状況です。医療、介護資源とサービスに恵まれている一方、市内には、山間部など医療機関がない、介護保険サービス提供事業所が充足していない地区もあります。

今後、医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれ、入退院の機会も増えることから、入院医療機関と在宅医療、介護の切れ目のない提供体制のため、医療と介護と地域づくり部門や健康づくり部門との連携が更に必要となります。

地域包括ケアシステムの「医療・介護」の連携の充実に向け、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、リハビリテーション職能団体、医療ソーシャルワーカー協会、松本保健福祉事務所、広域消防局などの代表者による松本市在宅医療・介護連携委員会を設置し、在宅医療・介護連携推進事業をPDCAサイクルに沿って進めてきました。

令和5年度から、松本市医師会に委託していた「松本市介護と医療連携支援室」を直営とし、「医療コーディネーター」を配置（兼務）し相談対応を実施、必要な時には、松本市保健所内の医療安全支援センターとの連携を図っています。また、厚生労働省運用の介護サービス情報公表システムを活用し、地域のインフォーマルサービスについて、35地区に配置された地区生活支援員が、その都度更新しています。ほかにも、松本医療圏の3市5村と松本保健福祉事務所による「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会」で松本圏域入退院連携ルールを作成し運用をしてきました。

更に、看取りにおける支援として、「松本市版リビングウィル（事前指示書）」の運用を開始し、市内医療機関・薬局、地域包括支援センター、高齢福祉課などで配布し、講演会や学習会を開催して周知をしてきました。

高齢者等実態調査では、人生の最期を自宅で迎えたい方は56.5%、延命治療を望まない方は84.7%と多いものの、ACP(人生会議)の実施は57.6%でした。今後更に「松本市版リビングウィル（事前指示書）」の周知、活用を進めていく必要があります。

2 施策の方向

○在宅医療・介護連携推進事業の実施

- ・在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たり、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、重層的支援体制整備事業、地域ケア会議との連動と、PDCAサイクルを意識して進めます。

○切れ目のない在宅医療と介護の連携と提供体制の構築推進

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、関係機関等と連携し、各種事業に取り組むとともに在宅医療提供体制構築に向けた検討を行います。
- ・全市及び地域包括支援センター担当地域（日常生活圏域）での多職種連絡会（研修会）等の開催により、医療と介護、社会資源の活用と、地域づくり部門や健康づくり部門との連携を強化し推進します。

- ・本市が目指す姿として、『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』ことを掲げ、医療と介護で特に連携が必要な4つの場面の目指すべき姿に向けて、必要な取組みを進めます。

4つの場面	
入退院支援	入院時から退院後の生活を見据えた取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。
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。
急変時の対応	困った時の相談や緊急時の診療体制、入院体制が確保されている。
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。

3 主な取組み

項目	取組みの概要
地域の医療・介護サービスの資源の把握と情報提供	厚生労働省の介護サービス情報公表システムの活用を周知します（医療・介護資源、インフォーマルサービス情報を一体的に提供）。
在宅医療・介護連携における課題の抽出と協議	松本市在宅医療・介護連携委員会、地域ケア会議等で、松本市が目指す姿の共有、現状分析、課題の抽出と対応策の協議、課題解決に向けた進捗状況の確認、事業評価等の一連の流れを検討します。
地域の医療・介護関係者等からの相談への対応	松本市介護と医療連携支援室（高齢福祉課内）を中心に、医療機関、介護保険サービス事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターや関係者等からの相談対応、調整を行うとともに、関係機関との連携推進に取り組めます。
医療・介護関係者間の情報共有の支援	入院医療機関と介護支援専門員間の連携のための「松本圏域入退院連携ルール」、在宅療養を支える専門職と介護支援専門員の連携のための「多職種連携シート」の運用状況調査を行い、結果の公表や活用に向けた周知、検討を行います。
医療・介護関係者に対する研修の実施やネットワーク構築	多職種連携研修会や、地域包括支援センターごとの多職種連絡会、学習会、自立支援型個別ケア会議等を開催し、看取りや認知症への対応、自立支援等をテーマに事例検討やグループワーク等を通じて医療と介護関係者の相互理解を推進します。

項 目	取 組 み の 概 要
地域住民の理解を深める 普及啓発	相談窓口や、地域で受けられる在宅医療、介護保険サービス、人生会議と松本市版リビングウィル（事前指示書）、救急医療情報キット等についての周知、看取りに関する情報提供や出前講座を開催します。各地区ふれあい健康教室やサロン等の場において、「地域包括支援センターだより」や「高齢者福祉と介護保険のしおり」等を配布し、介護者の離職防止の支援や人生の最終段階の医療や介護についての自己決定支援につながるような取組みを行います。
認知症に関する医療と介護の連携推進と対応力の強化	認知症施策推進大綱に基づき、認知症ケアパスの活用、認知症初期集中支援チーム、認知症思いやり相談、思いやりあんしんカルテの交付等の事業に取り組むとともに、認知症施策推進協議会、認知症疾患医療センター等との連携に努めます。
入退院支援における医療・介護連携	入退院連携ルール運用状況調査の実施のほか、入院医療機関職員との意見交換会等の機会を活用し、課題の共有、対応策の検討など連携推進に努めます。
日常の療養支援における医療介護連携	市民や介護支援専門員が、日常的に医療機関等への相談ができ、訪問診療を行う医療機関や24時間対応が可能な事業所との連携等により、本人及び介護者が不安なく療養生活を送れる体制について検討、研究します。
急変時の対応における医療・介護の連携推進	在宅医療・介護連携委員会や関係機関との懇談を通じて、往診医療機関体制の確認や、取組みへの課題、検討を行います。 また、本人が作成し、関係者間で共有されているリビングウィルに最大限沿った対応ができるよう関係機関と検討します。
人生の最終段階(看取り)における医療・介護の連携	市民及び医療・介護専門職双方への出前講座等を通じて、人生の最終段階における医療とケアについて考える機会を持つことが当たり前になり、人生会議やリビングウィルの認知度も上がるよう継続して細やかに普及啓発を行います（11月30日人生会議の日）。
関係団体、機関との連携	二次医療圏の3市5村と松本保健福祉事務所で組織する「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会」で、入退院連携ルールの運用管理や見直しを行うとともに、情報共有や広域的な取組みが必要な項目について協議します。 三師会をはじめとする関係団体、医療圏にある入院医療機関や松本市保健所、庁内医療政策部門等とも連携して取組みます。 また、大規模災害や感染症の流行等の状態においても適切な医療と介護が受けられる体制について関係機関との連携に取組みます。

項目	取組みの概要
地域包括ケア推進室 (松本市立病院)	<p>開業医との連携のほか、訪問診療や往診に対応し、住み慣れた地域で療養を続けることを支援します。</p> <p>地域の介護事業所と連携を密にし、定期的な連携会議を開催し協力体制の構築を推進します。</p> <p>急性期治療を経過した患者や、在宅療養生活を送っている患者等について、地域包括ケア病棟で退院後の生活を視野に入れた支援を行います。</p>

4 計画期間の目標

項目	単位	令和5年度末見込	令和8年度目標
地域包括支援センターごとの多職種連携連絡会(研修会)の開催	回	20	24
自立支援型個別ケア会議検討件数	件	28	36
退院時連携率	%	76.1	80
人生の最期の迎え方を家族と話し合った経験の有無	%	41.4	43

MEMO
