

令和4年度松本市地域包括ケア協議会

次 第

日時：令和4年8月2日（火）

午後7時～

場所：松本市役所大会議室

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 協議事項

松本市版リビングウィル(事前指示書)について …………… (資料1)

(2) 報告事項

ア 在宅医療・介護連携推進事業報告 …………… (資料2)

イ 生活支援体制整備事業報告 …………… (資料3)

ウ 認知症施策推進協議会報告 …………… (資料4)

エ 地域ケア会議等の在り方について …………… (資料5)

オ 地域包括ケア協議会のあゆみ …………… (資料6)

4 その他

5 閉会

(協議事項)

松本市版リビングウィル(事前指示書) について

1 趣旨

令和元年5月1日から運用開始になった松本市版リビングウィル(事前指示書) について、地域包括ケア協議会の終了に伴い、様式について協議するものです。

2 名称変更(案)

(1) 変更前

松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会

(2) 変更後

松本市医師会・松本市

3 今後について

(1) 令和4年度の印刷分から名称を変更します。

(2) 専門職に対するエリア毎の多職種連携交流会や地区、町会単位の出前講座などの機会や、地域包括支援センターだよりを通じて松本市版リビングウィル(事前指示書)の市民への周知を継続します。

在宅医療・介護連携推進事業報告

1 令和3年度主な事業報告

(1) 多職種連携研修会の開催について

ア 12地域包括支援センターごとの多職種連携研修会・ケアマネ勉強会等
33回実施

イ 全市レベルの多職種連携研修会（Web セミナー）

YouTube 松本市公式チャンネルで令和3年11月9日～令和4年3月31日まで配信

講演テーマ 「コロナ禍の今こそ話そう ACP（人生会議）について」

講師 松本西訪問介護ステーション 元所長 阪野小百合 氏

地域密着型介護老人福祉施設ゆめの里今井 施設長 藤田 智子 氏

視聴回数 750回

(2) 松本市医療と介護の連携支援室活動報告について

項 目	回数
地域ケア会議等への出席(打合わせ含む)	29
地域包括ケア協議会等への出席(同上)	21
連携先の開拓・趣旨説明(訪問等)	9
連携体制の整備	52
多職種研修会の実施(打ち合わせ含む)	64
市民向け講演会の実施(同上)	38
個別相談への対応	169
その他会議へ出席(ケアマネ勉強会等)	45

(3) 地域包括支援センターエリア(日常生活圏域)における「在宅医療・介護連携の推進」の取組み状況について(資料2-1)

(4) 松本圏域入退院連携ルール等運用状況調査結果について(資料2-2、2-3、2-4)

ア 結果の活用について

地域包括ケア協議会と調査対象の事業所等へ報告し活用を促すとともに、入退院時における医療機関と居宅介護支援事業所、地域包括支援センターと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に努めます。

(5) 自立支援型個別ケア会議まとめについて(資料2-5)

2 令和4年度主な事業計画

(1) 多職種連携研修会の開催

ア 地域包括支援センターごとの多職種連携研修会等の実施

イ 全市レベルの多職種連携研修会

(ア) 日時 令和4年11月26日(土) 午後2時から4時

(イ) 会場 浅間温泉文化センター 大会議室

(ウ) 演題

一部：(仮)「保健所と多職種連携の可能性について」

二部：これまでの新型コロナウイルス感染症対策を今後に活かす

(エ) 講師 松本市保健所 塚田昌大所長

令和3年度地域包括支援センターエリア(日常生活圏域)における「在宅医療・介護連携の推進」の取組み状況について

R4. 3

包括名	令和3年度事業計画	4～9月実績	10～3月実績
北 部	多職種連絡会や個別地域ケア会議等を通じて、在宅医療・介護連携を推進する。	・リビングウィルを考える会に毎月参加。 ・相澤病院のPTを講師に転倒予防の講座を企画しひろばと打ち合わせ実施→結局コロナの影響で講師派遣中止の申し入れあり実施でできず。 ・状況に応じた多職種連携シートの活用。 ・相澤東病院との連携会議の実施。	・10月11日に歯科医師による健康講座「口呼吸は万病のもと」「マウステープ(口閉じテープ)を始めてみませんか」を四賀地区にて開催 ・2月12日にリビングウィルをテーマに岡田地区地域ケア会議開催 ・リビングウィルを考える会に毎月参加 ・3月29日多職種連携研修会開催。テーマ:「BCPについて」 ・多職種連携シートの活用 ・相澤東病院との連携会議の実施 ・藤森病院主催の「地域deカンファレンス」に参加
東 部	・日頃の事例の積み重ねによる周辺の医療機関と協力した個別の相談支援に取り組む。 ・多職種連携研修会を開催し、介護保険等事業所間の顔の見える関係づくりを推進する。	・多職種連携シートを活用し、入院時に病院との連携を図りマネジメント業務を行った。 ・リビングウィル勉強会に参加した。地区支援企画会議にてリビングウィルの講演会を開催、その後町会公民館長会での開催へとつなげた。 ・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。	①病院との連携、情報共有し相談・支援を行った。 ・物忘れ外来の医師や個人病院の医師から直接の依頼やSW、リハ職等との連携(認知症や精神疾患など病歴は様々) ・多職種連携シートの活用。 ・相澤東病院や藤森病院との勉強会に参加。 ②リビングウィルの周知啓発 ・リビングウィル勉強会への参加。 ・センターだよりを活用し、周知啓発を実施。 ・地区サロンでの勉強会を企画したがコロナ過で延期した。
中 央	・多職種連携研修会や事例検討会を行い、医療と介護の連携強化を図ります。 ・ACP、人生会議の周知啓発を地区や町会単位で行います	・5月18日多職種連携研修会開催。テーマ;「多職種でおこなう虐待の発見と対応について」、講師;藤森病院小竹ソーシャルワーカー。 ・県医師の在宅医療パンフレットを民協で配布し、ACP、人生会議の周知啓発を行った。(白板)	・相澤東病院主催「地域包括ケアを考える会」への参加 ・藤森病院主催「地域deカンファレンス」への参加 ・11月11日、エリア内薬局と研修会を共催 「地域包括支援センターの役割」「連携事例・薬が口に届くまで」をテーマとした ・各地区のふれ健、サロン等でリビングウィルについて設営、啓発を実施

中央北	医療と介護の連携強化を図り、適切なサービスに繋がります。 ・医療連携で上がる課題を明確にし、課題解決に取り組みます。 ・リビングウィル「事前指示書」の普及・理解を深めるため、研修参加します。	・リビングウィル学習会に参加し、ACPの重要性について理解することができた。しかし、「事前指示書」の普及には至らなかった。 ・新規申請を受けた時に、生活課題が把握しにくい場合は、医療と福祉の連携シートにて主治医との連携が行える様に、ケースワーカーとの情報共有を密に行ってきた。	・リビングウィルを考える会に参加。 ・藤森病院、相澤東病院の連携室勉強会に参加し、退院・在宅支援を学んだ。 ・丸の内病院連携室ソーシャルワーカーと、自立支援に向けた退院調整について学習会を開催した。 ・安原地区にて、民生児童委員対象にリビングウィルの研修会を実施した。 ・城東地区にて、民生児童委員を対象に成年後見の説明をしながらリビングウィルの紹介を行った。 ・城北地区にて、町会サロンでリビングウィルの説明を行った。 ・多職種連携シートを活用した。
中央南	・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。	・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。 ・中央南、南東部包括合同でエリア内の多職種連携研修会を開催した。 ・医師会主催のリビングウィル勉強会、地域支援を考える会に参加した。	・中央南エリア内のケアマネージャー、地区生活支援員、福祉ひろば職員合同で、インフォーマルサービスや福祉ひろば活動の情報交換会を開催した。(12月) ・庄内地区ひろばの集いでリビングウィル勉強会を開催した。(10月) ・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。 ・中山地区で歯科医師を招待して口腔ケアについての介護予防講座を開催した。(10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。
中央西	・医師会主催のリビングウィルの学習会に参加し、包括職員自身の理解を更に深め、町会や地区単位で地域住民への周知を図る。 ・医療と介護の連携を深める為に、多職種連携研修会を通じて、お互いの課題抽出や役割分担について意見交換を行う。	・リビングウィル学習会は職員全員が参加出来る様交代制とした。それにより各職員の意識が高まり理解が深まった。 ・9月29日鎌田地区～多職種研開催予定。 ①「自立支援に向けたリハビリの取り組み」作業療法士(通所リハビリ)より ②「自立支援に向けた退院支援の取り組み」各病院MSWより 住み慣れた地域で最期まで暮らし続けられる仕組みや地域包括ケアシステムの構築についてそれぞれの立場での課題抽出や役割分担について意見交換を行う。	・10月25日 鎌田地区認知症ステップアップ講座。 ・11月16日、30日 12月7日 田川地区介護予防講座。 ・11月19日 鎌田地区介護予防講座「これで安心鎌田地区老後の生き方」～リビングウィルについて。 ・12月15日 個別ケア会議。 ・1月14日 個別ケア会議。 ・リビングウィル勉強会に月1回参加。(スタッフが交代で参加ができた。) ・藤森病院主催の「地域でカンファレンス」に参加した。 ・入退院時連携シートを活用し、病院との情報共有やスムーズな提供を行った。 ・多職種連携シートを活用し、主治医との連携を図った。

南東部	・多職種連携研修会を開催に顔の見える関係づくりを構築しながら医療・介護の連携をはかる。 ・リビングウィルの勉強会に参加し職員の研鑽に努めるとともに、地区内で勉強会を開催し、リビングウィルの周知・啓発をはかる。 ・入退院連携ルールや多職種連携シートを活用する	・8月30日相澤東病院堀内MSWと意見交換。 ・9月10日多職種連携研修会開催。 ・リビングウィル勉強会に月1回参加。 ・入退院連携ルール、多職種連携シートの活用。	・12月9日寿地区、12月14日寿台地区 リビングウィル勉強会 ・藤森病院「地域でカンファレンス」にて意見交換 月1回 ・相澤東病院との「地域包括ケアを考える会」にて意見交換(オンライン参加) ・入退院連携ルール、多職種連携シートの活用 ・リビングウィル勉強会に参加する
南部	・人生会議やリビングウィルの周知を図るため、医師会と連携し地区で講座を開催する。 ・多職種と連携を図るため、エリアで多職種研修会や個別ケア会議を開催する。	・7/13エリア内ケアマネ勉強会にて、医師会の岡村医療コーディネーターに出席して頂き、「コロナ禍における事業所の対応について」というテーマの中で、リビングウィルについて考える機会を持った。	・松南地区3町会(11月16日、11月17日、12月18日)サロンにて、エンディングノートとリビングウィルについての講座を開催。 ・リビングウィルを考える会への参加。 ・9月21日南西部包括との合同多職種連携研修会開催。 ・11月ふれ健にて包括だよりを活用したリビングウィルの周知啓発。 ・入退院連携ルール、多職種連携シートの活用。
南西部	・社会環境の変化も踏まえ、人生会議、松本版事前指示書について考える機会の提供に取り組む(勉強会、センターだより等)。 ・地域のかかりつけ医や薬局との情報共有に取り組む。	・個別ケア会議でのかかりつけ医との情報共有、意見交換。 ・多職種連携シートの活用。 ・笹賀地区ふれ健にて岡村Coによるリビングウィル講演会の開催。 ・JA神林女性部において岡村Coによる人生会議、松本版事前指示書についての勉強会の開催。 ・リビングウィルを考える会への参加。	・リビングウィル学習会への参加 ・MSWとの連携、多職種連携シートの活用 ・笹賀ふれ健での薬局からの講座の開催(お薬の飲み方について) ・神林住民サークル(100歳体操)でのフレイル予防講座にて薬局からのプチ講座の開催 ・薬局からの相談からの介入
河西部	・町会単位でリビングウィルが浸透していくように啓発活動を行う。 ・事前指示書を活用している事例を増やしていくようケース対応に取り組む。 ・エリア内介護保険等事業所(居宅)とともに多職種連携研修会を開催する。	・多職種連携研修会の開催に向けて関係者と打ち合わせを数回行った ・事前指示書を活用し、本人の希望に沿った見取りのサポートができた事例があった。	・10月1日河西部包括エリア多職種連携研修会の開催「終末期を支援するスタッフの心の持ち方」：丸の内病院精神科武藤隆先生の講演会とグループワーク ・引き続き入退院連携ルールと多職種連携シートを活用した。 ・11月の包括だよりを活用しながら、住民に人生会議の啓発を実施していく。団体への啓発と個別への啓発も行うことが出来た。 ・リビングウィルの勉強会に後半は2回参加した。

河西部西	・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を行う。 ・地域課題に対し、多職種と情報共有及び連携を図る。 ・リビングウィルを考える会を通して情報共有を図り、住民に対し、リビングウィルの周知を図る。	・受け持ちケースや見守りケースが入退院になった場合、MSWと連携を取っている。必要に応じ、退院後の生活がスムーズにいくよう、関係機関と連携を取っている。 ・退院に向けて連絡のあった新規の相談について、状態確認後、包括でサービス調整やケアマネにつないだ。 ・退院時病院にて認定調査の立ち合い、退院後のサービスについて話し合いを行った。 ・必要に応じ多職種連携シートを活用した。状況に応じ、直接医療機関で話を伺った。 ・受診が出来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。 ・6/30認知症研修会(西部と合同)開催 ・7/19和田地区地域ケア会議開催 ・9/17和田地区個別地域ケア会議開催 ・リビングウィルを考える会になかなか出席が出来なかった。 ・提供された資料は、確認し、住民への話に役立てている。 ・直接リビングウィルをテーマとしての勉強会や研修会は行っていないが、介護の集いや介護予防講座の中で、一つの項目として上げて説明している。	・必要時、多職種連携シートを活用した。直接Dr.との話が必要な場合は出向いた。 ・入退院になったケースは、MSWと連携し、対応した。 ・10/6エリア多職種研修会「ライフについて」開催した。 ・10/18エリア認知症研修会：ステップアップ講座について開催した。 ・11月全市多職種連携研修「コロナ禍の今こそ話そうACP」YouTube配信を視聴した。 ・11/10新村地域ケア会議を開催した。 ・11/24エリアケアマネ勉強会「インフォーマルサービスについて」開催した。 ・リビングウィルを考える会10/19、3/24出席する。 ・リビングウィルについてをテーマとする包括日より11月号を通して住民に周知した。 ・3/11第8回コロナ禍の地域支援を考える会にオンラインで参加した。 ・新村介護の集いと梓川地域ケア会議は、新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置適用期間中の為、延期となった。
西部	・波田地区でリビングウィルの勉強会を1回開催する。 ・医師会主催のリビングウィルを考える会に出席し、コロナ禍のリビングウィル、在宅医療について理解を深める。(随時) ・多職種連携シート等を活用し、切れ目なく在宅医療ができるように努める。(随時)	・波田公民館と共催で地域住民向けにリビングウィルの勉強会を開催する(9月7日)予定であったが延期となった。 ・波田地区町会サロンで松本版リビングウィルを配布しACPについて考えるきっかけづくりを行った。(4回)安曇地区でも介護者の集いで配布した。 ・リビングウィルを考える会に2回出席し、在宅医療の課題等について意見交換を行った。 ・多職種連携シートは訪問リハ導入時等に適宜活用した。 ・西部包括エリア多職種連絡会で連携とリビングウィルについて意見交換会を行った。(9月29日開催37名参加) ・市立病院と「在宅療養を支える会」準備会を行い、在宅医療について意見交換を行った。(1回)	・波田公民館と共催でリビングウィルについての勉強会を地域住民向けに開催した。(18名の参加) ・波田地区町会サロン7カ所で松本版リビングウィルを配布、説明しリビングウィルについての周知を行った。 ・12月17日に松本市立病院が中心に専門職向けに開催した「在宅療養を支える会」に参加、事例を通して在宅医療について意見交換を行った。(32名参加) ・医師会のリビングウィルを考える会に参加、専門職種で意見交換を行い在宅医療等について知識を深めた。 ・安曇地区地域ケア会議として3月14日に診療所医師、地区関係職員、民生委員、CM等24名の参加で在宅医療等について意見交換を行い、顔の見える関係づくり、リビングウィルを考えるきっかけづくりを行った。 ・奈川地区では診療所と協力し県医師会作成のリビングウィルのチラシを出前ふれ健、民協等で(7回)配布し説明した。

令和3年11月分 松本市入退院連携ルール等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3年11月入退院分を12月13日までに集計、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)	149(147)	736(749)
回答数	78(80)	143(137)	609(631)
回答率	100%(100%)	96.0%(93.2%)	82.7%(84.2%)

※()はR2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	69(72)	88.5%(90.0%)	87.4%(86.1%)	92.1%(92.4%)
未活用	9(8)	11.5%(10.0%)	12.6%(13.9%)	7.9%(7.6%)

※()はR2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、88.5%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、86.4%であった。(R2活用率89.7%)
- ・地域包括支援センターの活用率は100%であった。(R2活用率91.7%)

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	183(210)	234(238)	78.2%(88.2%)	78.8%(86.2%)	80.8%(86.1%)

※()はR2年度

- ・11月退院234件の内訳は、市内13病院、市外4病院(圏域内3・圏域外1)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6か所あった。
 - ・連携率は、県全体より低く78.2%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、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(現状態の撮影)を活用する等工夫の中で実施されたのが54.1%。
- 一方で、本人なしでの実施が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	262	293	89.4%	91.8%	94.1%

- ・入院時連携は、松本圏域・県全体と比べると低く89.4%であった。
- ・松本市は、予防の連携率は93.0%、介護の連携率は88.6%であった。

6 今後について

- ・医療・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、周知継続し共通理解を図る。
- ・コロナ禍の入退院調整については、工夫も見られたが、苦慮した場面も多かったと思われる。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広域的な取り組みについて検討していきたい。
- ・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。

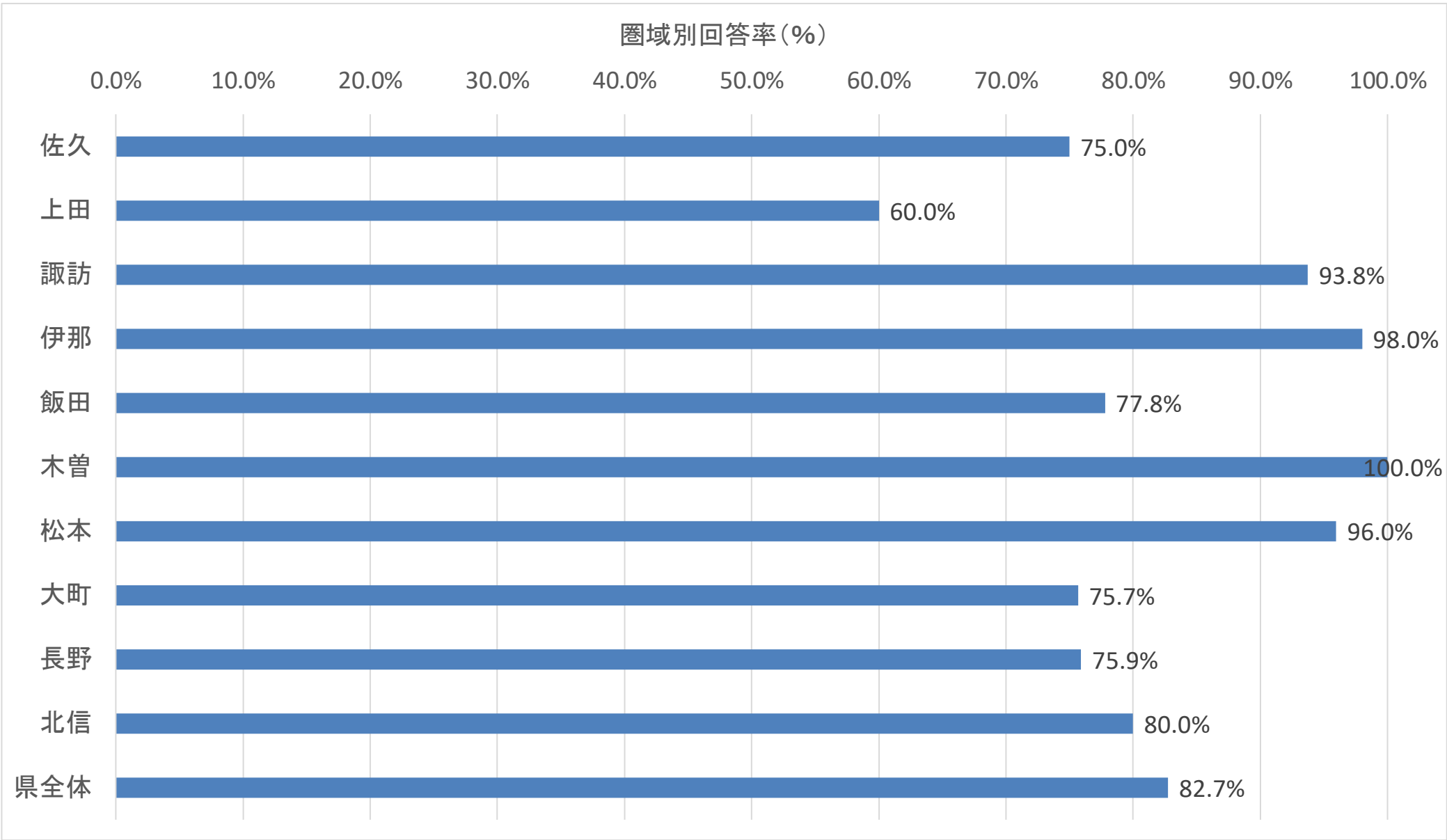
令和3年度 入退院調整ルール(※)運用状況調査 調査票（全県分）

所 属：長野県

1. 回答数

圏域	事業所数	回答事業所数
佐久	72	54
上田	50	30
諏訪	64	60
伊那	50	49
飯田	72	56
木曽	16	16
松本	149	143
大町	37	28
長野	191	145
北信	35	28
県全体	736	609

回答率	82.7%
-----	-------

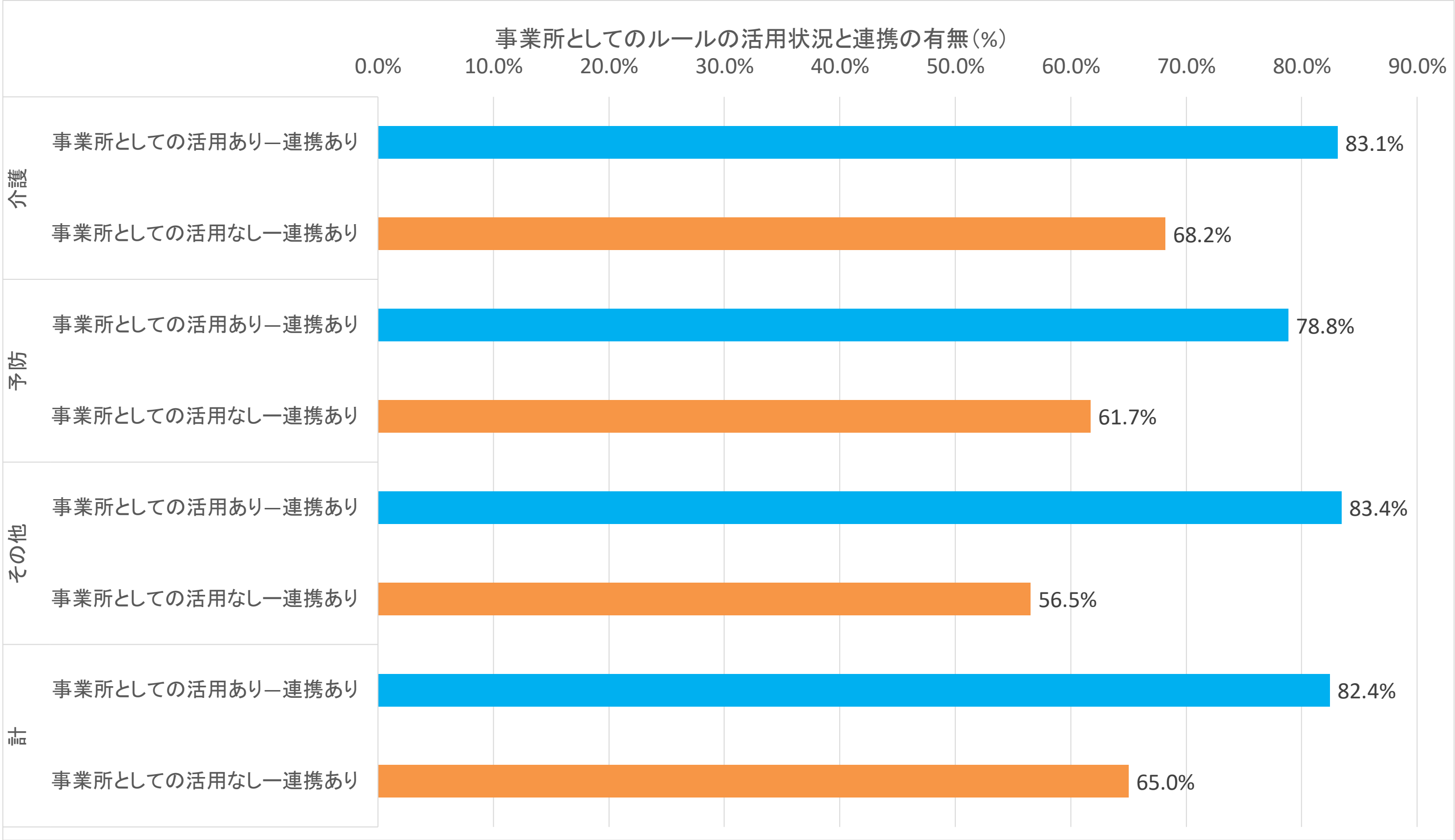
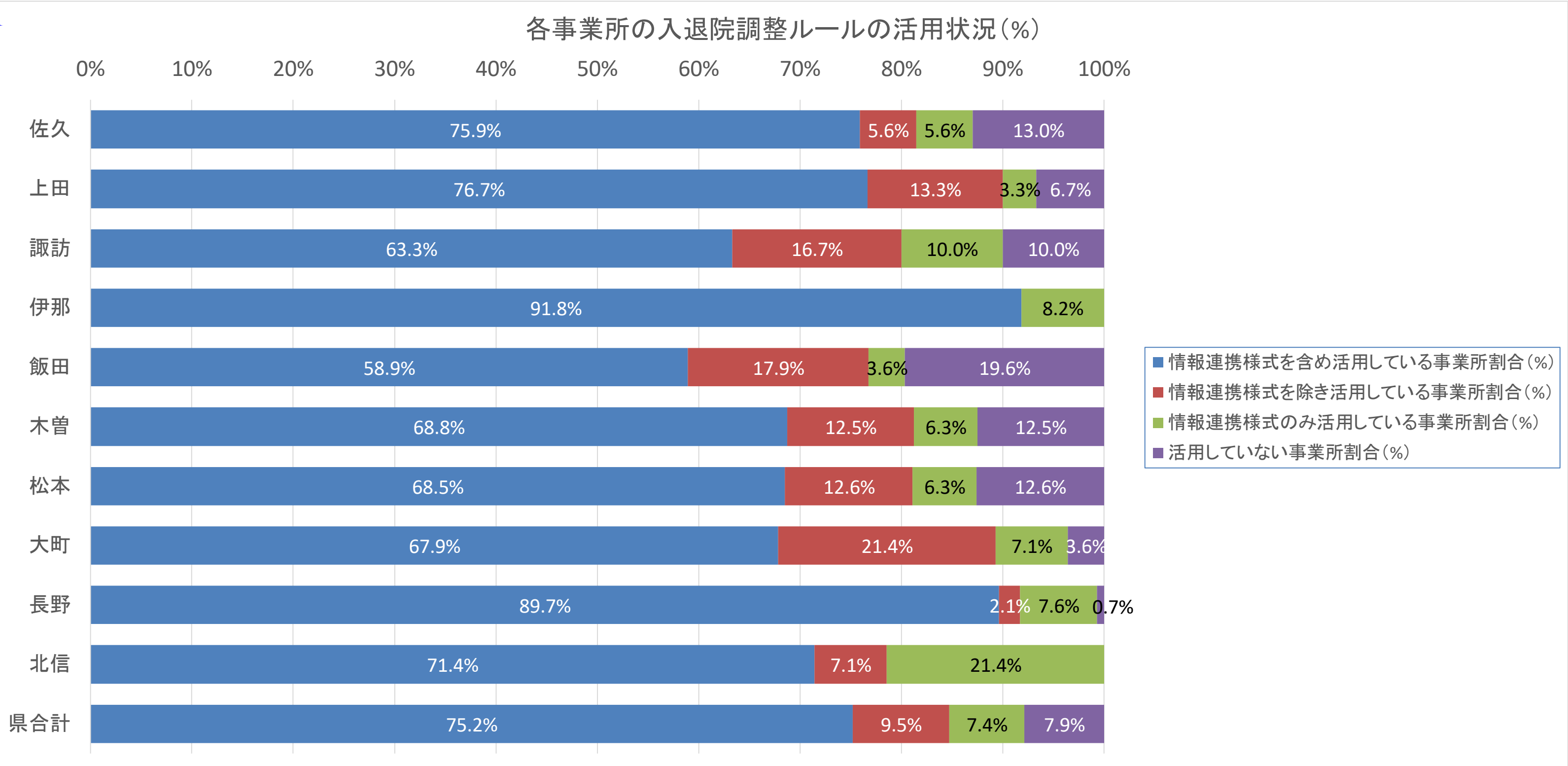


2. 入退院調整ルールの活用について

		佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曽	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	23	38	45	33	11	98	19	130	20	458		
情報連携様式を除き活用している事業所数		3	4	10	0	10	2	18	6	3	2	58		
情報連携様式のみ活用している事業所数		3	1	6	4	2	1	9	2	11	6	45		
〈再掲〉	ICT活用事業所数	0	1	2	1	13	0	0	0	5	1	23	連携事業所のうちICT活用率	4.1%
活用していない事業所数		7	2	6	0	11	2	18	1	1	0	48		
回答事業所数		54	30	60	49	56	16	143	28	145	28	609		

※いずれかの方法で連携できている事業所数	活用率	92.1%
----------------------	-----	-------

活用していない主な理由
圏域ごと別に記載



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		退院連携ありの者			
									退院時カンファレンスの実施方法			
		介護	予防	その他	している	していない	あり	なし	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	217	141	46	30	185	32	171	46	58	6	2	99
上田	140	117	13	10	133	7	123	17	36	7	7	25
諏訪	176	139	33	4	154	23	155	22	69	3	1	36
伊那	124	96	17	11	123	0	99	24	44	2	5	40
飯田	179	133	25	21	116	63	132	47	51	7	0	34
木曽	30	23	2	5	28	2	24	6	0	0	11	13
松本	373	255	87	31	335	37	294	78	124	18	3	119
大町	92	72	10	10	86	6	85	7	33	3	2	20
長野	402	278	76	48	392	10	311	91	89	44	21	135
北信	91	75	12	4	91	0	79	12	9	29	6	25
計	1,824	1,329	321	174	1,643	180	1,473	350	513	119	58	546
	(割合)	72.9%	17.6%	9.5%	90.1%	9.9%	80.8%	19.2%	34.8%	8.1%	3.9%	37.1%
											カンファレンス実施率	83.9%

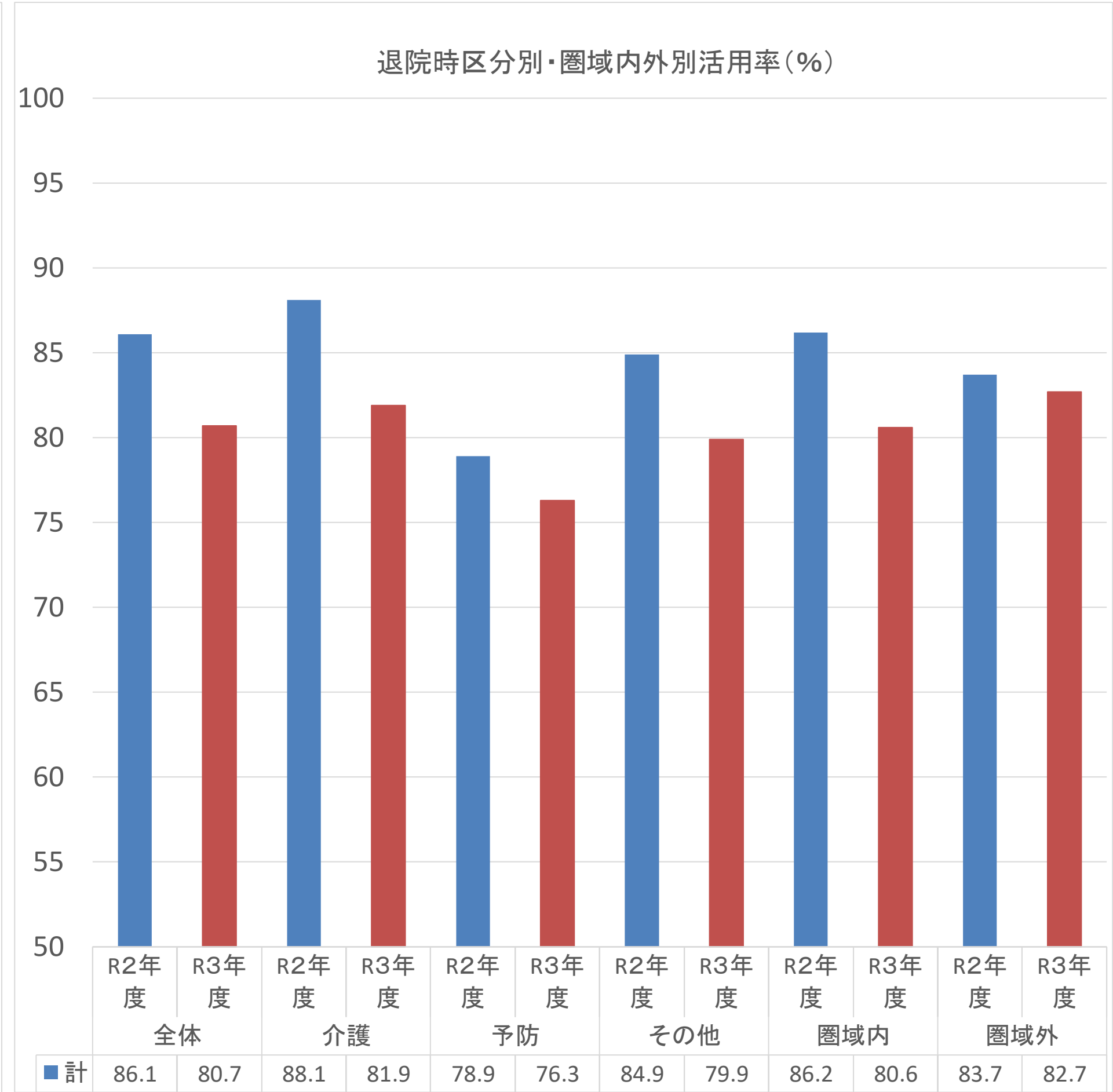
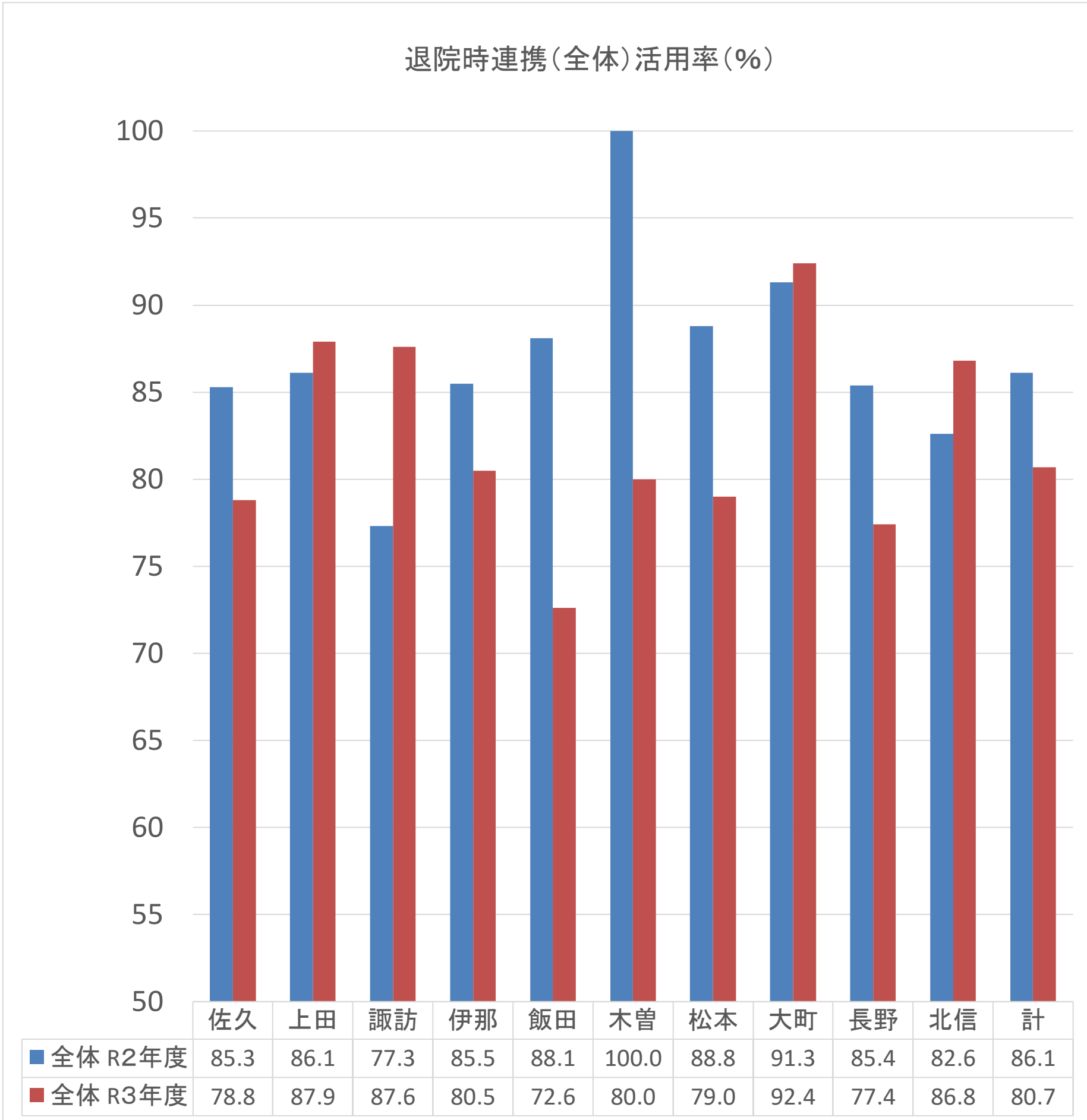
(2)区分別及び活用別

事業所としての活用日有無に関わらず、退院時に何らかの連携が取れている割合

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	1,329	している	1,219	あり	1,013	91.7%	83.1%	81.9%
				なし	206			
		していない	110	あり	75		68.2%	
				なし	35			
予防	321	している	274	あり	216	85.4%	78.8%	76.3%
				なし	58			
		していない	47	あり	29		61.7%	
				なし	18			
その他	174	している	151	あり	126	86.8%	83.4%	79.9%
				なし	25			
		していない	23	あり	13		56.5%	
				なし	10			
計	1,824	している	1,644	あり	1,355	90.1%	82.4%	80.7%
				なし	289			
		していない	180	あり	117		65.0%	
				なし	63			

(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	1,743	している	1,573	あり	1,296	90.2%	82.4%	80.6%
				なし	277			
		していない	170	あり	109		64.1%	
				なし	61			
圏域外	81	している	71	あり	59	87.7%	83.1%	82.7%
				なし	12			
		していない	10	あり	8		80.0%	
				なし	2			

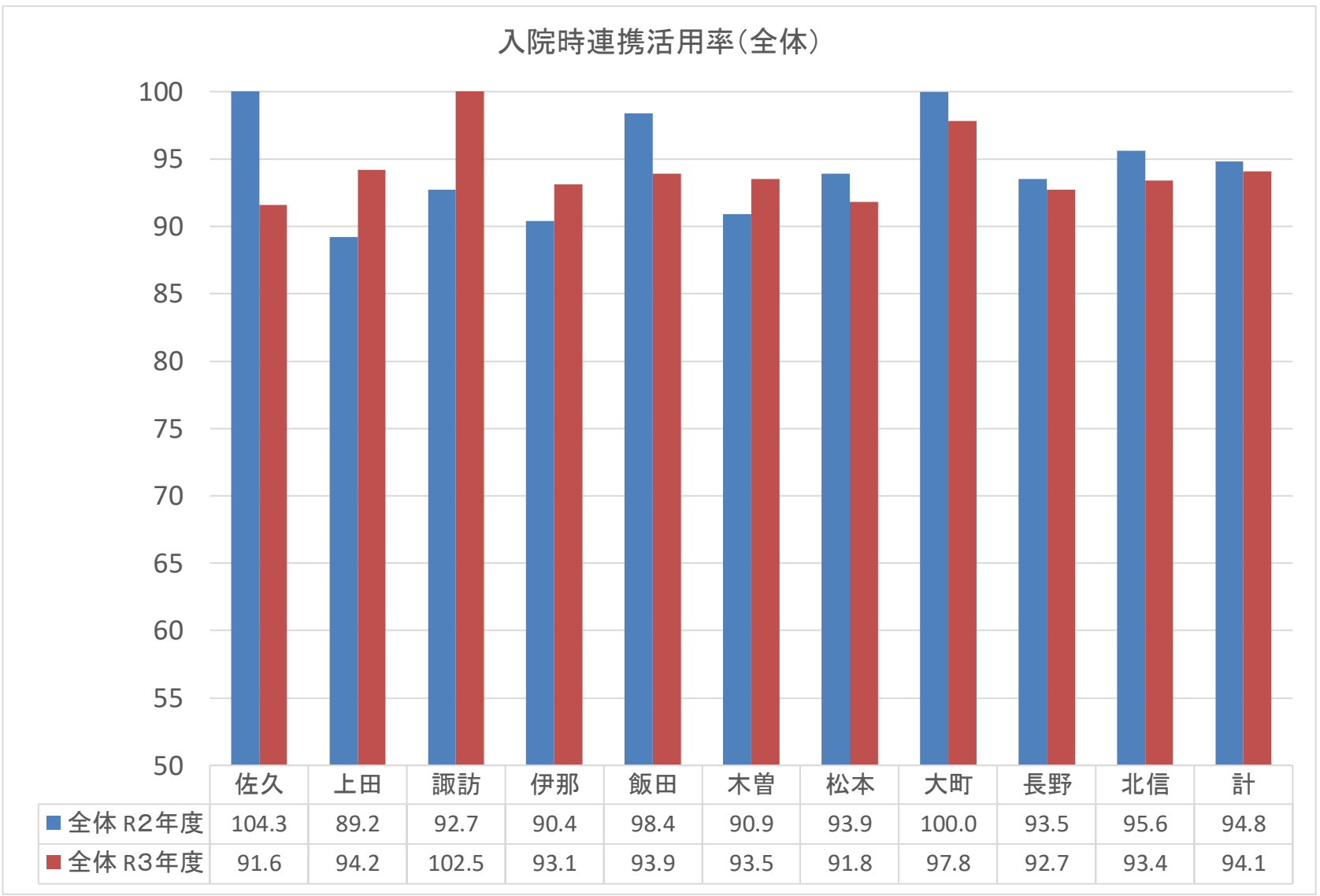


4. 入院時連携について

	(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			
圏域	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	166	135	11	0	31	14	14	1	13	10	8	0	9	1	8	0
上田	123	96	20	10	13	6	6	0	0	0	0	0	3	0	3	0
諏訪	183	138	51	6	44	24	12	0	7	6	9	0	5	0	5	0
伊那	145	119	18	4	28	21	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
飯田	160	83	75	15	25	5	18	0	26	13	10	0	20	2	11	0
木曽	29	24	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
松本	339	254	66	9	70	37	24	3	23	3	17	0	21	2	13	0
大町	74	53	19	4	12	2	10	0	6	0	6	0	0	0	0	0
長野	307	260	36	1	86	38	39	0	13	8	1	0	17	1	9	0
北信	105	90	9	10	13	6	6	0	0	0	0	0	4	0	3	0
計	1,631	1,252	308	59	324	153	135	4	88	40	51	0	80	6	52	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
介護	1,719	している	1,631	1,252	308	1,560	95.6%	96.0%
		していない	88	40	51	91	103.4%	
予防	404	している	324	153	135	288	88.9%	85.6%
		していない	80	6	52	58	72.5%	
計	2,123	している	1,955	1,405	443	1,848	94.5%	94.1%
		していない	168	46	103	149	88.7%	

提供・連携がなかった主な理由
圏域ごと別に記載



5. 医療機関との入退院時の連携でうまくいった点や、問題点をご記入ください。(できるだけ医療機関名も)(コロナ関連は除く)
圏域ごとに別に記載

6. 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、問題点をご記入ください。(できるだけ医療機関名も)
圏域ごとに別に記載

令和 3 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）

- ・ 活用のやり方がわからない
- ・ 会社で指定されたもので対応しているため
- ・ 事業所独自の様式を使用している
- ・ 元々ある独自の書式を使用しているため
- ・ 入退院連携ルール作成以前より長野県医療ソーシャルワーカー協会等、職能団体との繋がりがあり、ほぼ同様の内容で連携が行えているため
- ・ プランを持っていないため

【入院時連携について】（提供・連携がなかった主な理由）

- ・ 以前から使用している施設独自のサマリーにて、情報提供をしている。
- ・ 情報を送ると情報はいただけている。
- ・ 退院した翌日体調不良にて救急搬送再入院したため。
- ・ 入院の実績がなかったため。
- ・ 入院の場合は ICT を活用する場合もある。
- ・ 担当と同時に入院となり、提供できる情報が少なかったため
- ・ 家族が情報提供を希望しなかったため
- ・ 同法人の病院なので、病院訪問して MSW と看護師へ口頭で情報提供した。
- ・ 病院に「たびたび入院する方なので把握している。新たな情報大丈夫」「変わった点を電話で教えてもらえば可」「家族からは情報聞いているので大丈夫」「（ADL 伝えられた後に）この状況で変わった所、今教えてほしい」と言われる。情報連携はどこともとれていると思う。
- ・ 定期的な入退院の為、電話連絡と退院時サマリーのみとなった。
- ・ 入退院繰り返しており病院側も状態が分かっていたため。
- ・ 病院側と家族間ですべてやり取りするため、ケアマネが情報を出すことは無い。

【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）

- ・ 入院時情報提供書の提出先が明確で、MSW からの連絡や連携が常にとれていて、状況を明確につかめることができていた。
- ・ カンファレンスを開いていただける。または電話で教えていただける。
- ・ 現在の様子が介護度と随分違ったため、現在の状態を情報提供書で伝える事ができた。

・退院 2 日前に入院前と状況が変わらないため退院カンファレンスは行わず退院させますと連絡あったが、実際、身体状況は大きく変わっており、自宅での生活は難しくなっていた。リハビリなどが必要だったのではないかと思うケースあり。

・家族が要支援 2（未利用）と言っているから介入して欲しいと MSW より連絡が来た。調べると要介護 2。既往歴他入院時の状況等情報が欲しいというと、2,3 の既往を言い「そう書いてあります」とカルテを読み上げるのみ。要介護でしたと伝えても「家族が要支援と言ったんです」と。サマリー請求すると膨大な既往歴と入院歴があり、家族環境や金銭面も厳しそうな様子。MSW の役割とは何か疑問に思った。

・退院支援看護師から突然連絡があり、今日退院した患者に挙動不審の点があり、心配なので包括支援センターで訪問して見てきてくれないかという依頼があった。特に、要支援という分けではなく包括では、今まで関わった経歴はなかったが、依頼の通り訪問してみた所本人は不在だった。その後本人の携帯電話の番号に電話をかけたところ、本人は車に乗って国道を走っているようだが、今自分がどこにいるのか分からない・・・との事だった。急いで車を路肩に停車させ待機。その間に警察に通報し対応してもらおうよう手配した。話が通じずこのまま車を運転する事も、自宅に帰る事も危険との判断で、警察から送り届け再入院となったケースがあった。

・以前、入院された時と同じ担当の MSW の方であり、入院～退院調整までスムーズに連携が図れた。

・細かく情報をくれるので退院後のプランがたてやすかった。

・連携が遅れることがある。

・退院後に必要と思われるサービスについてアドバイスをいただいた。家族との連携を取ってくださったおかげで、退院後の生活がスムーズだった。本人と家族の安心につながり、大変感謝しています。

・退院カンファレンス実施、退院までに福祉用具を準備できスムーズに在宅生活に戻れた。

・入院時速やかに連絡が入り、状態等の共有ができた。

・情報提供を行っても、病院からの情報はなく、別の病院に転院したケースがあった。介護申請しており、認定調査をするのに高齢福祉課と困ったことがあった。

・退院カンファレンスを 2 回実施して日常生活にスムーズに移行できた。

・ある病院より地域包括支援センターにケアマネの依頼があったということで、こちらの居宅で担当させて頂くこととなった。本人は病状が不安定で、介護者も理解力の低下や家庭内で問題があり周りのサポートが必要なる方。医師や医療連携室より細やかに情報提供があったり、こちらからも連絡が取りやすく連携がしやすいため。医療依存度高い利用者だが、訪問看護師にも早くから情報提供ができ助かっている。

・今現在は分からないが、コロナ禍の時には、病院に入らせてもらえず、退院時の把握がしにくかった。

・精神科入院の後主治医から介護認定申請の指示があったと包括へ相談があった。家族とのやり取りの中で、それまでのサ高住からの住み替えが必要であり、入院前の状況把握から今後の方針を病院とも確認していく必要があると考え、MSWに介入を依頼するも、「主治医から介入依頼がないため入れない」と言われた。同病院の居宅ケアマネに依頼する事ができ、なんとか別のMSWに介入して頂けることになったが、病院と連携が取れず困った。

・入院時情報提供書をどなたに渡したらよいか電話した。ソーシャルワーカーがまだ決まっていないようで、病棟看護師に代わった。病棟看護師より、検査入院なので情報提供書は要らないとの返事、電話にて日ごろの様子を伝えた。検査結果悪性腫瘍がみつきり退院調整が必要となり、退院カンファレンスとなった。

・病棟看護師からの連携で、MSWからは来ない。

・退院前CFで話し合い申し送りを依頼したことが、適切に実施されずにENTになってしまい、そこを前提としてサービス調整を行っていたため、再度サービス調整を必要としたケースがあった。せっかくCFにて確認しているので、勤務交代などあるかとは思いますが情報共有して頂き、ENT前に依頼したことはそのように実施して退院になると大変ありがたいです。

・金曜日の昼頃、病院から、週明け月曜日に調査の立ち合いと、すぐに退院するのでサービス調整の依頼あり。ステージⅣのがん患者。もう少し早くに情報提供してほしい。

・在宅酸素使用中の独居。受診時に明らかに状態が不安定なのに、本人の希望で外来受診のみ。自宅で食事もとれず、一週間後に入院となった。もう少し早く対応できなかったか疑問。

・転院されたとき、電話で要求するまでサマリーをもらえなかった。

・退院前カンファレンスがなく、サマリーと電話調整だけだったため、利用者様の全体像がつかみきれず、訪問看護への医療面での確認や福祉用具の変更ができず、退院直後に褥瘡出現してしまった。

・医療依存度が高い利用者の入退院時に、小まめな連絡調整を行うことで、入院期間を可能な限り短期にし退院調整に繋がった。

入院時情報提供書を届けたところすぐにMSWより連絡がきた。その情報に基づき退院後在宅での生活がスムーズに行えるようにリハビリの導入を的確に行うことができた。

・病院シートを渡した後も電話で常にやり取りをしているので、連携が取れている。

・情報提供に係る連携が取れていたため、スムーズな連携を行う事ができた。

・入院時情報書は提供するが病棟でソーシャルワーカーが関わるケースか関わらないケースか判断されているよう。そのため、ソーシャルワーカーに連絡を取っても連携とれず、病棟看護師とのやり取りになるため、スムーズに退院調整ができない事がある。

・病院へ入院、郵送にて情報提供を即日行った。認知症独居であったが、家族に退院日を知らせ家族より連絡が来た。情報得るため病院へ連絡するも、主治医が退院許可を出したのでと言われる。自宅のサービス調整の有無を聞くと、帰ってからの事はここでは判らないのでと病棟看護師が対応。結局調整できず退院した。

・要支援の方が状態悪化して入院した。入院中に区分変更、ケアマネ依頼して、スムーズに退院につながった。2例。

・家族がDrから話を聞く時に、家族から声をかけられ出席したらカンファレンスだった。

・カンファレンスを開催でき、面談もできて連携がスムーズに行える。

・自宅で転倒、動けなくなりかかりつけ医に受診したが、「骨折はない、薬の副作用」と言われ帰されたが、失禁もあり自力歩行不可な状態。翌日かかりつけ医から紹介状をもらい大きな病院を受診即時入院となった。尾骨骨折しており覚醒状態も悪く在宅は難しい状態。かかりつけ医から直接大きな病院へ紹介してほしかった。

・病院訪問看護利用の介護保険か医療保険かでの対応の違いについて、MSWにも理解していて欲しいケースが何回かあった。介護認定が非該当の場合に医療での対象になるかの確認を求めたが話が伝わらなかった。

・入院時は情報をFAXで伝えている。退院カンファレンスの際は病院で実施している。

・妻が骨折で入院、妻が介護されている夫が包括病棟に入院した。病院のワーカー同士で連絡を取ってもらい退院日の調整や退院後のサービス調整を円滑に行うことができた。

・退院日までの期間が短くての連絡がある。緊急ケースは仕方ないが、ある程度先が見通せる時は、早めに連絡が欲しい。

・精神障害疑いのケースが入院。在宅では精神症状が顕著だったが、入院中は未症状の為、精神科につながらなかった。仕方ないと思うが、どうにかならないかと思う。

・偉い方なのか、ケアマネの知識不足が苛立たせてしまったのかわからないが、MSWに非常に気分の悪い電話対応をされた。連携以上にコミュニケーションがとれない。

・事前に連携室にTELし送り先の指定を受け、そこにFAXにて送ったのに、病棟の方から入院時連携票がほしいと言われた。FAXは間違えなく送り届いているはずなのに、病棟に届いていないので不信になった。

・1名は医療連携室へ持参、1名はFAXにて情報提供した。

・コロナも落ち着いており特に問題はなく開催できた。

・予定した入院期間を過ぎているが、全く連絡がない。入院時の情報について有効に活用してもらえているか気になる。

・入院先により対応は異なるが、情報提供書の存在が認知されてきたものの、スムーズに受け入れられる病院とそうでない病院、病院の規模に対してMSWや入退院担当者が十分ではないのか、連絡してもなかなか繋がらずに苦勞する病院もある。事業所内で各病院の連携方法について情報共有している。

・入院時情報提供書を提出時に、利用者の病状、治療状況を知る機会となっている。(MSWを通しての提出が多いが、親切に対応してくれている。)

・入院時情報提供書を提出する事で、自然の流れとして退院時カンファレンスに繋がっていると感じている。

- ・医療機関と連携後、その方の様子を把握して下さり次の施設等の提案をしてくださった。
- ・退院後の生活を見据えて事前に環境調整を含めたカンファレンスを開いていただき、退院までの間もリハビリを行っていただいた。退院までの準備を丁寧にやってもらえたためご家族もご本人を安心して迎え入れることができた。
- ・入院時、電話、情報提供書の送付等。両方活用する事で連絡が取れた。
- ・感染対策をしながらカンファレンスをやった。
- ・病棟 PT や NS より、直接サービスの提案の連絡があり調整がスムーズだった。
- ・退院サマリーの活用。
- ・入院時の情報提供や退院間近での面接や IC への参加について、対応してくれる病院が多いのはありがたいと思う。治療の終了のみをもって退院調整をされることに違和感を感じる。在宅での生活の様子や介護力、住環境などの情報を入院時に提供しているのをどの程度把握されているのか疑問に思う。病院としたら治療が終わったら退院するのがあたり前というのは理解できるが、それでは何のために医療と介護の連携をしているのかわからず残念に思う。
- ・病院の方（医師や看護師、セラピストなど）から家族に対して「この状態では生活できない」とか「施設に入れた方が良い」などと言われることに、家族が動揺したり慌てて施設を探そうとしたりという事がある。在宅での生活環境や介護力、今までの経過などを知らない方から今後の方針について断定的にと言われることに違和感を感じる。特に医師の言う事は家族にとっては絶対的な影響力があるという事を認識したうえで話をしていただきたい。
- ・書面のみ送付していたが読んでいただけなかったのか、お願いした情報がもらえなかった。退院後担当 MSW に電話し情報をいただいた。
- ・入院中在宅に戻らず施設入所となった際連絡を貰えず入所後暫くしてこちらから問い合わせをして事実を知った事があった。
- ・入院時情報提供の連絡を入れたが繋がらず、折り返しの連絡を待っていたが電話が来ず（2 回受付に伝言した）訪問看護からの連絡で退院日を知る事になった。
- ・医療ソーシャルワーカーと退院調整看護師と二つの窓口があり、その二人の言う事が異なっている事があった。院内での連携が取れていない感じがした。
- ・急に退院が決まり退院してしまった。病院からは連絡なくご家族から連絡があった。退院後に訪問する前に調整する事が必要か知りたかったので、病院に連絡して情報を得ようとしたが、「サマリーを家族に渡してあるので読むように。」と言われ、電話での情報提供を頂けなかった。入院前と状況が変わっての退院だったので、十分な準備ができなかった。
- ・どの医療機関とも、担当者と連携がとれ、スムーズに入退院調整ができています。
- ・退院カンファレンスの時、紙での情報を出さないところが多いが、情報共有の観点からは好ましくないと思えるがいかがなものなのか。
- ・MSW の対応に差があると感じることが多い。（同じ病院内であっても）

・どちらの病院の MSW も対応が早く、適切に処理してもらいました。特に問題はなかったと思います。

・疾患処置が退院サマリーから抜けており、状況をわかる人がいなく把握するまで時間がかかった。

・退院の連絡がなかった。入院時に出してる情報を、病院内でどのように活用しているのか見えてこない部分がある。

・ソーシャルワーカーが入らず、病棟看護師と調整する事があり、看護師と CM、家族などの間で、家に帰った後の姿が一致せず、病院からの情報が身体状況に多く目がいってしまうことがあったり、チェック項目に従ってご家族に退院指導をしている様子も何え、その指導が自宅での姿と合わないこともある。

・病院から家屋調査に出ない病院もあり、聞いた情報だけになってしまうため、もう 1 度退院後調整が必要となっている。

・社会資源について理解していない方が退院調整をされる事や、自宅での生活者としての姿が退院調整の看護師さんとしっかり共有できずに、退院前の調整が出来ず、自宅に帰ってからサービス調整、家屋環境を整えることもあり、ご家族の負担になっている。

・入院の連絡が遅かったケースは電話で情報提供を行った。

・全く身寄りのない担当者が入院されて、ケアマネが入院手続きから必要な物品の準備、病状説明の立会い等行った。

・病院側から退院サマリーは頂いて、それを見てプランを立て直すのみで、入院や退院後のことはケアマネが口を出すことなく病院と家族間で決まっていく。カンファレンスで呼ばれてもただ指示があるのみ。

・退院カンファレンスの際、入院情報提供書に書かれた内容を参考にし、在宅に戻ってからの生活を想定した内容で検討できた。

・入院情報提供書を提出したが、担当相談員を選定してもらえず、退院連携が取れなかった。

【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】

・コロナ禍の中でも必要なカンファレンスは対策をしっかり行い開催してもらえた。

・感染対策をすれば、本人の様子確認やりハビリ場面の見学も出来たので良かった。

・カンファレンス時は面会制限を設けず行ってくれるので助かる。

・面会できず状況が分からない中、状況を要所要所で電話連絡をくれたため、退院のための準備がしやすかった。

・面会制限があったので本人の様子を直接見ることはできませんでしたが、こまめに電話をくださり、情報をいただきました。

・コロナ感染予防を行うなかで、退院時のカンファレンスのお声かけをいただき状態確認するうえでとても助かりました。

・カンファレンス開催あり、ご本人のご様子を確認して、退院時の連携がしっかりでき、退院調整をスムーズに進めることができました。

・コロナ対策で病院リハ職による家屋評価が出来ず、ケアマネや包括が自宅内の写真や計測を行ったが、ビデオ通話等で実際に対話しながら評価が行えれば良かったと思った。

・コロナ禍で県外からの往来ができず兄弟等が主治医からの病状説明やカンファレンスに立ち会えなかった時、同居の家族がその内容をボイスレコーダーに録音。帰宅後家族皆で内容を共有し、今後の治療方針や対応方法を話し合われていた。不明な点は医療連携室を介して主治医と連絡が取れるようになっていた。

・カンファレンス開催はあったが、ご本人への面会ができず、リモート面会もなかったため、退院調整を進める中、本当に情報から把握した状態通りか、退院するまで不安がありました。

・退院前のカンファレンスを ZOOM で行ったことで、人数が多くなってしまいがちな会議のリスクを低くしながらできていた。

・病院の MSW？看護師？より包括支援センターで相談を早急にするようにと言われて来庁された。ご夫婦とも高齢のため理解等時間がかかる方。包括に早急に相談する必要があるとアセスメントしたのならば、相談者の情報提供も含めて一報入れて頂けるとありがたいです。ご家族も面会が十分にできている訳でなく、病院のスタッフしか状況が分からない点があるので猶更情報を頂きたいです。

・入院中の方の介護保険を包括に行き、申請するようにと家族が言われて来庁された。該当者の ADL 等が申請には必要になるので、家族も面会が出来ていない中で情報が得られず困るケースがあった。入院中の介護保険の申請を包括に依頼するのではあれば、家族を介するのみでなく、関わった専門職からきちんとした情報を頂きたい。(そもそも入院中の介護保険申請を病院で行って頂くことはできないでしょうか？このような相談が多く、ご家族に説明をした方と連絡がすぐ取れないこともあり、だいたい急ぎのケースなので対応に苦慮します。病院によっては申請後連絡を下さるところもあるので…)

・カンファレンス開催あり、認定調査の立ち合いもできたので、退院時の連携がしっかりでき、退院調整をスムーズに進めることができました。

・MSW より、こまめに連絡をして下さり、本人の様子を伝えてくれた。

・病棟には入れないが、ケアマネ・包括は外来からで ZOOM、患者側に MSW が配置され確認や話したい内容がスムーズに進んだ。

・IC に包括もリモートで参加し、そのままカンファレンスもリモートで行った。

・リモート面会数回あり、ADL については理学療法士立ち合いであったり、病状などについては担当看護師同席にて詳細に面会できたため、状態の把握ができ、スムーズに退院調整を進めることができました。

・退院支援の際、コロナ禍で直接面談はできず、タブレット使用して本人と面談を実施。その後リハビリの歩行訓練の様子をリモートで確認。歩行の様子は十分確認できるが、身長や体格といった情報は直接面談しない場合は得られにくいと感じた。ホームエバーも実施できなかったが、家族が家屋内の状況を動画で撮影し情報提供を行った。

・医療依存度の高い在宅利用者の家族から、「万が一、介護者が感染した場合の利用者の生活が不安」との声があがり、緊急時の対応を確立してもらえた。

・入院中、ご本人様の面談ができなかった。

・面会制限の為、モニターにてご本人と会話ができ、様子の把握もできた。

・入院中本人の面談はできず、意向確認は電話で MSW を通し、その都度本人に確認いただきながら退院調整ができた。

・面会制限されていたが、感染対策をはかりながらカンファレンスや状況報告の連絡など、滞りなく連携ができていた。

・病院でできない時は、リモートで対応して下さり助かった。

・緩和ケア病棟は、面会が可能であるためアセスメントができて、看護師とも連携しやすい。

・コロナ禍においても担当介護支援専門員には、面会等配慮していただき連携が取れた。

・面会はできなくても、TEL にて情報交換を数回実施（OT、PT）との話もでき、入院時の様子、在宅生活へ向けての情報連携が図れた。

・カンファレンス時は本人不在だったが、面会制限のある中、開始前に面会させて頂けたので状態確認ができた。

・ご本人の参加はなくカンファレンスを行ったため、ご本人の表情や意向を直接確認できなかったことが残念だった。

・コロナも落ち着いており特に困ることは無かった。

・退院前のカンファレンスを開催しない場合、欲しい情報が得にくい。

・あらかじめ各病院の体制を電話で確認しそれぞれの病院の指示に従っている。連携室までなら入館可の病院は直接 MSW や入退院支援看護師に手渡し、口頭で情報提供する。FAX で送るよう指示のある病院は電話連絡してもお忙しい様子なので、ご家族に状況を確認しタイミングを見てこちらから連絡するなど工夫している。

・タブレットで様子を見せて頂いたが、ご本人は眠っていたため残念だった。録画での確認であれば情報として活用できたと思うが、ライブでの運用は難しい印象であった。

・家族に事業所の調整をさせるのは誤解が出やすいので病院の窓口になる人、在宅の窓口ケアマネとした方がスムーズにいくと思った。病院の窓口が看護師だとそれぞれの看護師で言うことが違って困った。

・徹底した感染防止は大切な事で、こういう状況の時こそ MSW の役割が大切と思う。

・面会が難しいとの事で、本人の様子を動画で見せてもらう事ができた。

・面会ができない事で本人の様子が把握できなかった。

・退院時に病院からではなくご家族から相談を頂くことがあるが、面会制限によりご家族も本人に会えていない状況での相談となるので、ご本人の全体像が掴みにくい事がある。本人の状態を一番知っているところから相談を頂きたいと思うことが増えた。コロナ禍だからこそ医療機関と密な連携が必要だと感じている。

- ・遠方にいる家族は、カンファレンスにリモートで参加した。
- ・本人に会えないため、意向の確認がうまくいかなかった。
- ・カンファレンス時、密にならないように配慮された。
- ・必要に応じて本人と面談する機会を作ってもらえた。
- ・コロナ禍で面会、カンファレンスが開かれないので、入院時の様子がわからず退院になることが多い。入院時の様子を見に行かれないのは、ケアマネは不安で事業所にも連絡ができない。
- ・退院カンファで病院側からの説明はあったが、入院中の本人の詳しい状態がわからず退院後いろいろと問題があり困った。
- ・11月は感染状況が落ち着いたためカンファレンスを行う事ができた。感染拡大時はご本人の面会ができず状態の把握が不十分な点があった。
- ・全体的に以前よりカンファレンスを開催されず電話でのやり取りが増えている。
- ・認定調査に同行させてもらえないこともあり、実際の状況が確認できなかったり、病院との連携の場が持てなかった。
- ・母親が急に入院し、心配する家族は本人に会えずやきもきして包括に電話をかけてくる。連携はするが家族への連絡係ではないので、せめて本人の入院中は説明含め丁寧に対応してほしい。また、聞きたいことがあるときは病院のだれが窓口なのかも教えてあげて欲しい。
- ・コロナ感染拡大時、病院で認定調査が出来ず退院というケースが何件かあった。ケースによっては、もう少し早い段階から連携し、準備してから自宅に戻るようであれば良かったと思った。
- ・コロナ禍であってもほとんどの病院が退院カンファレンス開催して頂けた。
- ・入院時は FAX 等で連絡を取らせていただいている。退院カンファレンスの際は病院で行うこともあったり面会が出来ない場合は密に連絡を取り合ったり時間制限を設けて対応していただくこともあった。状態の変化時に面会が出来ないこと、動画での対応になっていないこともあるため課題になっている。
- ・本人との退院前の面談がリモートの場合、本人の意向やこちらの伝えたいことが上手く伝わらない印象があった。
- ・利用者本人の出席無しでの退院カンファレンスが多かった為本人の意向が解らない。退院してからの確認となった。
- ・入院時、病院に直接情報提供書を持参することは少なくなりましたが、電話や FAX で連携がとれています。退院時必要があればカンファレンスは開催してもらえていますので、退院調整も今まで通り連携がとれています。
- ・本人とタブレットで様子を確認してくれた。リハビリの様子を動画で見せてくれた。

- ・大きな会議室を準備して下さり、適切な距離を保って会議を行う事が出来ました。
- ・難聴、視力障がいがあると、モニターや席の離れた状況では一層コミュニケーションがとりにくい。直に、利用者の様子を確認できない。
- ・コロナ禍では病院へ出向いての話し合いやカンファレンスが開かれず電話連絡が多かった。
- ・レベルが下がってきてからは病院にて本人とはリモートで面談できるようになったが様子確認が難しかった。
- ・リハビリの様子や身体状況などの確認が行えず退院後の動きが心配であった。
- ・外部との面会制限のため本人の様子や病棟内の職員との対話をリモートで行いカンファレンスができた。
- ・入院中の情報が家族にも降りてこず、退院してから様子がわかる事が多々ある。
- ・コミュニケーションやラポール形成の課題はあるが、コロナ禍の有無にかかわらず、活用の可能性はあると考える。
- ・カンファレンスを行わず、電話での連絡調整を行っている。
- ・コロナ禍で、ご家族が入院中のご本人に会えなかったが、退院調整のカンファレンス時にご本人に会うことができ、喜んでいらしたケースがあった。
- ・看取りの方の退院調整などで面会ができない期間があり大変だった。

令和 3 年度自立支援型個別ケア会議まとめについて

1 趣旨

介護保険法に基づく「地域ケア会議」の一環として令和元年度試行的に実施し、令和 2 年度から定例開催している「自立支援型個別ケア会議」について報告するものです。

2 自立支援型個別ケア会議の目的と開催結果

(1) 目的

地域包括支援センター職員が作成する介護予防支援計画等について、医療専門職が加わり、自立支援・重度化防止の観点で検討を行うことで、高齢者の個別課題の解決や参加者のスキルアップ及びネットワーク構築、地域課題の把握等を目指すものです。

(2) 開催実績（別紙詳細）

- ア 開催回数 月 1 回、午後 2 時間 計 12 回
（8 月・1 月・2 月は新型コロナ感染拡大によりリモート併用）
- イ 検討事例数 1 回 2 事例、計 24 事例
- ウ 出席者 事例提出：地域包括支援センター
事例提出補助：介護保険サービス事業所
司会：地域包括支援センター 司会補助：高齢福祉課
助言者：薬剤師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、
管理栄養士、医療 Co.・生活支援 Co.
傍聴者：地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、関係機関の専門職等

(3) 会議の目的達成状況と事例のモニタリング状況による評価

ア 目的達成状況

事例提出地域包括支援センター職員、助言者、高齢福祉課職員による評価
平均 85.3%

イ 事例のモニタリング結果

(ア) R2 年度第 2 回モニタリング終了の 19 事例

改善 10.5% ・ 維持 68.4% ・ 悪化 21.1%

(イ) R3 年度第 1 回モニタリング終了の 11 事例

改善 25.0% ・ 維持 41.7% ・ 悪化 33.3%

(4) 課題

ア 助言者からのアドバイスを関係者に共有し、介護予防支援計画や継続した支援に反映していくこと（会議後の支援経過の把握と共有等）。

イ 関係機関、団体への会議開催、目的等の継続周知。

ウ 予防プランの約 8 割を居宅介護支援事業所に委託しており、介護支援専門員が助言を受けられる機会が少ない。

3 今後の方向性

市主催の会議に加えて、地域包括支援センター主催で年 1 回の開催を目指します。

生活支援体制整備事業報告

- 1 現在までの生活支援サービス・通いの場の整備状況
(資料3－1・みんなのお助け知恵袋 参照)
- 2 R4 年度の主な事業計画
 - (1) 生活支援体制整備事業の明確化と関係職員との連携強化
 - ア 生活支援体制整備委員会（市）の構成委員を見直し、第2層（地区）の協議体については、機能強化のために、協議体の検証やモデル地区の選定を2カ所程度行う。
 - イ 地域づくりセンター長や民生委員等の関係職員との研修や連絡会の実施
 - ・生活支援体制整備のあり方作業部会年3～4回
 - ・地域づくりセンター長および公民館長研修
 - ・関係職員の合同研修会1回を予定
 - ウ 生活支援サービスごとの連携方法を検討することで地域間格差の是正を図る。
 - ・移動支援に関する学習会への参加等
 - (2) 通いの場・生活支援サービスの拡充
 - ア 新型コロナウイルスで途切れてしまったつながりづくりを取り戻すために、小さな交流の場や参加の場を柔軟に増やす。
 - ・地区で展開している取組みを周知
 - ・民間やNPO等との活動を把握し、支援やマッチングを行う。
 - ・既に、これらの取り組みがある地区は、活動を維持していくための人材育成や通いの場等へつながりにくい住民へのアプローチも行う。
 - (3) 人材育成講座の開催
 - ア 社会福祉協議会人材育成
生活支援サービスについては、地域の活動や社会福祉協議会の有償サービス「つむぎちゃんサポート」も並行して拡充する。
 - ・地域デビュー講座（年4回）
 - ・高齢者の生活を支えるサポーター養成講座（年6回）
 - イ 地域中心の人材育成講座を予定

生活支援サービス・通いの場の状況

R4.6.1 現在

地 区	第2層配置 (年度)	生活支援 *1	配食 *2	送 迎	ひろば送迎	買い物 *3	見守り *4	町会サロン *5	百歳体操
岡田	3		○		○			7	2
本郷	2		○		○	○		1	
四賀	1	○	○	交通空白地運送	○	○	○	16	3
第三	3		○				(○)	3	4
入山辺	4		○		○		(○)	1	
里山辺	1	○	○		○			11	11
第一	4		○			○		0	1
第二	1		○		○	○		1	
東部	4		○			○		12	
中央	1	○	○	○		○	○	4	1
白板	2		○	一部町会		○		2	1
城北	2	一部町会	○		○	○	(○)	7	
安原	4		○					3	2
城東	4		○			○		3	5
庄内	2	○	○	○	○			8	1
中山	3	○	○	○(庄内)	○	○		0	2
田川	4		○			○		9	
鎌田	4		○			○		4	1
寿	2	○	○		○	○	(○)	3	3
寿台	1		○			○		8	7
内田	3		○		○			6	1
松原	2	○	○		○			3	2
松南	2	一部町会	○	(○)	○ (一部)	○		9	4
芳川	3		○			○		1	
神林	4		○		○ (一部)			3	5
笹賀	2		○	一部町会		○	(○)	5	2
今井	3		○		○			7	2
島内	3		○	デマンドタクシー	○	○	○(徘徊・緊急時のみ)	5	5
島立	3	○	○	デマンドタクシー		○		3	
新村	4		○	○		○		6	
和田	2		○		○	○		3	
梓川	1		○	○				12	3
安曇	4		○	交通空白地運送	○	○		0	
奈川	4		週2	交通空白地運送		○	○	0	2
波田	1		○					13	
合計	35	10	35	13	18	23	9	179	70

*1 ゴミ出し、草取り、電球交換等 *2 週4日以上カバー(市または民間事業所)

*3 ドアツードアのもの。週1回以上、とくし丸(デリシア) 他

*4 緊急連絡先等が把握されて、定期的見守り体制が確立しているもの()は町会単位で見守り体制有

*5 年6回以上の町会主催のもの(社会福祉協議会の補助金申請、実施分)

地区生活支援員活動状況

令和元年度配置（7地区）

令和4年7月現在

地区名	令和3年度の活動内容	令和4年度の活動内容
第二	・町内公民館がない町会へのサロン立ち上げ支援	・公民館たいそう講座、ひろば行事に積極的に参加。→課題探し、繋がり構築。 ・第一層コーディネーターと銭湯活用企画、ケア会議の一環として防災緑地でカレー会実施。 ・カレー会と共にフードドライブの実施、できればフードドライブ継続支援。 ・町会サロンの見学、来年度他地区でのサロン実施に向けて支援。
中央	・町会の避難行動要支援者のための個別支援計画作りに参加 ・地区内の住民のつどいの場探し ・地区のマンパワーの発掘 ・包括と連携強化、個別地域ケア会議に参加	・町会の避難行動要支援者のための個別計画作りに参加 ・地区内の住民の集いの場探し、つどいの場（サロン）運営の支援 ・地区のマンパワーの発掘（人材・マンション内・企業等） ・障がい・認知症・リビングウイル等に関するプチ講座を包括支援センターと開催
寿台	・お元気ですか訪問（サロン、通いの場訪問、相談、活動支援） ・担い手養成（青年部等） ・昨年度活動の継続 （寿台マルシェ、街角ランチ「かたらい」、ゲーム式のウォーキング記録表作成）	・昨年度活動の継続 （寿台マルシェ、街角ランチ「かたらい」、ゲーム式のウォーキング記録表作成お元気ですか訪問、若手担い手養成） ・つむぎちゃんサポート地区運営 ・スマみじ手習い会（もっとスマホを身近に/お困り相談、やり方指導）
里山辺	・地域見守り隊員の増員 ・町会公民館で認知症サポーター養成講座の開催 ・つながろう会活動支援（高齢者散歩支援・手作りベンチの作成、設置） ・生活支援体制の検討・勉強会の開催 ・いきいき百歳体操立ち上げと継続支援、サークル代表者交流会の開催	・つながろう会活動支援（青空カフェの内容検討・準備、テーブル作成など） ・有償生活支援員サービス「つむぎちゃんサポート」の説明会開催と協力会員募集 ・生活支援員日より「さと通信」の発行（5月、7月）
四賀	・多世代の方と「地域を考える集い」を開催 ・高齢者宅に困りごとアンケート調査をしながら訪問 ・つながりのためのスマホ講座、健康講座、ウォーキング講座の開催 ・「いきいき百歳体操」体験会と立ち上げ支援	・小さな単位でのマップ作り（危険箇所、一人暮らしの方の確認しながら） ・「いきいき百歳体操」継続支援と立ち上げ サロン、ふれ健で体験会 ・スマホ勉強会 ・免許返納後の移動支援を考える（市営バス、デマンドバス体験会）
梓川	・インフォーマルサービス調査 ・ボランティアの会活動支援 ・いきいき百歳体操継続支援	・地区の福祉ひろば、地区の集いの場の参加 ・地域ケア会議参加、個別地域ケア会議参加
波田	・認知症カフェ「しあわせカフェ」開設支援（R3年10月開設） ・認知症サポーター養成講座開催（訪問送迎サービスのある理美容店対象） ・地域資源情報冊子「波田くらしのささえあい情報」の作成（R4年3月発行予定） ・交通手段の調査、移動販売の調査、地域資源の把握	・認知症カフェ「しあわせカフェ」支援の継続 ・認知症サポーター養成講座開催の支援（波田児童センター） ・地域資源情報冊子「波田くらしのささえあい情報」作成の継続（R4年7月発行） ・地域資源冊子掲載店との関係づくりの継続

令和2年度配置（9地区）

地区名	令和3年度の活動内容	令和4年度の活動内容
城北	- 福祉の部会「困りごと実態調査」「ふれ愛を育てる集い」「地域ケア会議」等 - 地区サロン「カフェすいれん」、町会サロンの継続支援 - 地区社協、ボランティアメイツ活動支援 - 町会ささえあいマップ作成支援	- 福祉の部会「困りごと実態調査（高齢者）」の実施、役員アンケートも含めた結果まとめ - 福祉の部会（事務局）、地区社協（体制見直し、事務・会計支援） - 町会サロン、地区サロン活動支援、いきいき百歳体操立ち上げ支援、町会マップ作成支援 - 民生、包括や地区担当職員との連携強化（インフォーマルサービス把握・情報共有）
白板	福祉ひろば、地区の集いの場への参加	- ひろば事業への移動支援の試運転開始 - 保健師との共同で【保健手帳】の配布と利用促進 (予)・地区の課題を調査・まとめ
庄内	「庄内福祉のチカラ」会議の在り方の検討と高齢者生活支援ガイドブックの作成 - いきいき百歳体操立ち上げ支援 - 子ども居場所づくり推進事業「なみカフェ」（並柳団地町会）のコーディネート - 担い手養成講座開催	「庄内福祉のチカラ」の推進と高齢者生活支援ガイドブックの見直しと活用 - 町会サロン、有志サロンの運営支援、いきいき百歳体操の推進 - 有償ボランティアに関する相談及びつなぎ - 子ども居場所づくり推進事業「なみカフェ」（並柳団地町会）のコーディネート
松南	- 町会サロン、百歳体操立ち上げ支援（宮田中町会開始） 6町会にて「出前ふれ健」保健師、ひろば、包括の顔つなぎの場として開催 - 支援員便り発行（二か月に一回） - 宮田西町会にて「ささえあいマップ」作成支援	- 各町会サロン支援 - 支援員だより発行 - 宮田西町会「ささえあいマップ」作成支援 - オレンジカフェ開催予定、それに向けて人材育成の認知症サポーター養成講座開催予定（3回） - ボランティア松南活動支援（今年度、地区の地震体験車の時に炊き出し訓練予定）
和田	- 町会サロンの立上げ支援（1カ所済、1カ所進行中） - 移動販売の調査、希望先とのマッチング・交通手段の調査 - 日赤奉仕団、活動の仕方について支援・雪かきボランティアの募集 - 年6回のフレイル予防講座(予防健康講座・ひろば、保健師、包括共催)	- 昨年度活動の継続 「困った時の連絡先一覧」作成 「家族のための思いやりカフェ」立上げ(1回/月) 「いきいき百歳体操体験会」立上げ(1回/月) - 地域福祉計画(和田)見直し
笹賀	「笹賀くらしの知っとく情報」の全戸配布 - 交通手段の調査（コミュニティーバス試乗とそれに伴うサービスの確認） - 介護保険対象外の方・障がい者の通いの場の情報提供と支援 - いきいき百歳体操立ち上げ支援 - コンビニや個人商店・移動販売への聴き取り	- いきいき百歳体操立ち上げ支援（3町会） - サロン立ち上げ支援（1町会） - 個人商店への聴き取り - ゴミステーションの確認 - 二子児童センターとの連携 - つむぎちゃんサポート地区移管・それに伴い協力会員探し

地区名	令和3年度の活動内容	令和4年度の活動内容
寿	・地元サポーター養成講座実施（9月～12月昼コース、夜コース計8回） ・「ことぶきサポート」立ち上げに向けプロジェクトチームで検討を進めた。民生委員さん協力のもと70歳以上独居世帯、80歳以上高齢者世帯等へ「困りごと調査」実施。 - モデル町会（赤木町会、白姫町会等）で生活支援サービスの試行（2月）開始へ向けた支援。本格稼働は10月予定。 ・協力会員募集開始（12月と2月に全戸配布） ・交通弱者対策検討	・4月交通弱者対策「聞き取り調査」を民生さん協力のもと実施。アンケート結果をもとにデマンドタクシー等プロジェクト会議で検討中。 ・ことぶきサポート10月本格稼働に向け全戸配布用チラシ等準備を進めています。 ・ことぶきサポートキャラクター募集を8月1日～8月31日実施。9月選考。 ・9月地元サポーター養成講座・スキルアップ講座を兼ね講演会予定（昼・夜2回） ・10月25日、26日「若い支度講座」実施予定。 ・れんげつつじを毎月発行し、ひろば事業、出前等でワンポイントアドバイスコーナーで配布、説明を行っています。
本郷	・サロン活動や立ち上げ支援、サロン交流会の実施、いきいき百歳体操推進 ・スマホ教室、スマホサロンの継続支援 ・地区ボランティア協議会のささえあい活動の支援 ・子どもから大人まで集えるプロジェクト ベンチ制作交流	・サロンの活動や立ち上げ支援、サロン交流会の実施、いきいき百歳体操の推進、立ち上げ支援と体験会 ・スマホサロンの継続と支援、世代間交流会の開催 ・地区ボランティア協議会「ささえあいの会」の活動支援 ・地区版「えんがわベンチ」の制作とサロンやひろばの活用 ・子育て支援マップ作り ・ささえあいマップ作りの推進と支援
松原	・いきいき百歳体操立ち上げ支援 ・松原サポートの充実（雪かき支援を開始） ・地域づくり（福祉）活動計画作成と地区課題把握 ・地区社協の会則作成と充実 ・防災研究会参加（避難行動要支援者の具体的支援検討）	・いきいき百歳体操の普及と体操後のサロン開始 ・介護予防講座を開催（包括と検討を開始し、今年度公民館事業として開催） ・松原サポートと地区生活支援員の再周知（地区行事などで） ・地域づくり課題に社協として（地区担当と協働で）取り組む ・支援員マニュアルや事例集作成 ・生活支援体制事業作業部会・移動支援等供養議会に参加

令和3年度配置（8地区）

地区名	令和3年度の活動内容	令和4年度の活動内容
第三	・高齢者の為の地区マップ作成 ・地区危険箇所調査 ・町会サロン支援 ・生活困窮高齢者の見守り活動	・認知予防体操の普及活動 ・オレンジカフェ開設に向けての準備活動 ・町会サロン支援（中止中のサロンは再開に向けて支援） ・生活困窮高齢者の見守り活動
島内	・いきいき百歳体操立ち上げ支援 ・コミュニティバスを活用した生活支援サービスを提案 ・防災個別支援計画作成中 ・地域ケア会議への参加 ・個別ケア会議への参加	・いきいき百歳体操立ち上げ支援(3町会・・内2町会済) 周知 ・コミュニティバスを活用した生活支援サービスを提案 ・防災個別支援計画作成中（モデル町会が今年は増える予定）見直し等 ・地域ケア会議への参加 ・個別ケア会議への参加 ・担い手育成（ボランティア部会等）

地区名	令和3年度の活動内容	令和4年度の活動内容
中山	・有償生活支援サービス「助け合おうぜ！中山」開始 ・ボランティア養成講座実施(3回) ・サロン再開の支援 ・移動サービスの検討	・有償生活支援サービス「助け合おうぜ！中山」継続支援 ・「常会お茶飲み会」開催支援の継続と立ち上げ支援 ・傾聴ボランティア講座＋認知症サポーター養成講座を包括と共催で開催予定 ・人生会議＋終活講座を公民館と共催で開催予定 ・毎月の広報記事作成 ・通いの場支援
島立	・おたすけ隊島立（ゴミ出し、草取り、雪かき）継続支援 ・災害時住民支え合いマップ作り（三の宮町会） ・「ふれあい安心ネットワーク」見直し（南栗町会） ・いきいき百歳体操立ち上げ支援（大庭、町区、中村、三の宮、南栗）全10町会での体験会 ・移動販売、交通手段調査 ・介護予防講座（毎月1回）ひろば、包括と共催	・おたすけ隊島立（ゴミ出し、草取り、雪かき）継続支援 ・災害時住民支え合いマップ作り（三の宮町会）継続支援 ・「ふれあい安心ネットワーク」見直し（南栗町会）継続支援 ・いきいき百歳体操立ち上げ支援（大庭、北栗）昨年度立ち上げ町会継続支援 ・島立買い物乗合タクシー調査、事例発表 ・包括と支援員の役割（お互いさまの地域づくり）パワポ・寸劇 ・公民館と共催のスマホ講座 ・介護予防講座（毎月1回）ひろば、包括と共催 継続
芳川	・アンケート調査実施（保育園、小中学校保護者、町会加入世帯向け） ・移動販売支援、地区サロン、地区体操教室継続支援、ウェルカフェ百歳体操支援 ・スマホ体験講座	・百歳体操推進支援（4～8月）9月以降は住民主体活動として立ち上げ支援 ・公民館主催や出前講座から町会への百歳体操普及 / スマホ体験講座 ・地区サロン、体操教室継続支援 / 高齢者向け「健康意識調査」実施
岡田	・町会サロン立ち上げ検討 ・認知症講演会の開催（公民館と共催） ・山間部の高齢者の移動について調査 ・独居高齢者の見守り ・地区内の助け合いについての現状調査	・岡田町サロン「サンサンかふえ」支援 ・ゴミ出し問題 ・人材育成講座開催 ・独居高齢者見守り支援 ・送迎ボランティア活動保険加入
今井	・町会サロンの立ち上げ ・出張販売実施 ・多世代交流ウォーキング実施 ・交通手段の調査 ・高齢者対象「生活の困りごと」アンケート実施中 ・包括・ひろば共催「スマホ講座」実施中（1回目開催済み）	・認知症サポーター養成講座ほか、ボランティア育成講座実施 ・「つむぎちゃんサポート」導入に向けた取組み ・地区内事業所との協働 ・町会サロン立上げ支援 ・「困りごとアンケート」実施中 → 集計・検証 ・「スマホ講座」を引き続き開催 ・見直し後の「今井地区地域福祉計画」広報
内田	・いきいき百歳体操体験会開催 ・PPKスクール（介護予防教室）開催計4回（公民館、包括、保健師と共催） ・町会サロン代表者の情報交換会開催 ・町会サロン立上げサポート	・地区サロン立上げ（いきいき百歳体操） ・町会サロン立上げ（新規2ヶ所）再開（1ヶ所）支援・サポート ・高齢者対象アンケート調査実施（75歳以上） ・移動販売車等の把握、交通手段調査 ・包括と講座開催（認知症・福祉用品紹介等）、個別ケア会議参加

(報告事項)

認知症施策推進協議会報告

1 令和3年度活動実績

(1) 認知症施策推進協議会

ア 第1回協議会 令和3年7月29日(木)

イ 第2回協議会 令和4年2月3日(木)

(2) 取組み内容

項目(※)	事業名	内 容
普及啓発・本人発信支援	ア 認知症サポーター養成講座	(ア) 開催回数79回 (イ) 養成数3,072人 (ウ) 認知症に関する学習(ステップアップ講座)希望者数151人 (エ) 認知症に関する地区活動やボランティア等希望者数121人
	イ 認知症サポーター活動促進	(ア) 各地域の状況に応じて、各地域包括支援センター単位でキャラバン・メイト交流会または、ステップアップ講座(仮)を開催し、本人や家族の視点の重視した施策について、認知症の人への具体的な支援、チームオレンジ等について研修を実施 (イ) 松本市ステップアップ講座のマニュアルの作成
	ウ 認知症に関する相談窓口の周知	新規ポスター等を作成し、各地域づくりセンター、各地区福祉ひろば、医師会、歯科医師会、薬剤師会、プラチナセンター、総合社会福祉センター、銀行、郵便局、JA、市内図書館、認知症サポーター養成講座の申し込みのあった企業(イトーヨーカドー南松本店、伊藤園等)、集いの場で配布
	エ 認知症思いやりパスブック(認知症ケアパス)	個別対応、地域ケア会議、認知症サポーター養成講座、認知症勉強会、集いの場等での積極的な活用
	オ 世界アルツハイマーデー等での取組み	中央図書館、地区公民館でのブース展示の実施
	カ 若年性認知症施策の推進(まつもとミーティングの開催支援)	(ア) 開催数8回(4月、8月、9月、2月は中止) (イ) 本人参加実数12人(内市民7人)
予防	各地域で開催しているもの忘れ相談会等で認知症思いやりパスブック(認知症ケアパス)に掲載している認知症チェックリスト(大友式認知症予測テスト)を活用し、早期発見に努めた。また、他課と連携し「通いの場」の立ち上げや地域での周知を行った。	

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	ア 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）	（ア） チーム員会議開催回数 12 回 （イ） 支援対象者件数 16 人（令和 2 年度より継続 6 人、令和 3 年度新規 10 人） （ウ） 令和 3 年度支援終了者件数 10 人（下記内訳） ・ 介入時、専門医未受診者は 7 人だったが、5 人が専門医受診につながり、1 人は医療につながった。 ・ 介入時、10 人が介護保険サービス未利用だったが、6 人がサービス利用となり、3 人は地域のインフォーマルサービスを継続利用している。 ・ 支援の結果、10 人全員が在宅生活を継続している。 （エ） チーム員会議全体会開催（認知症初期集中支援チーム医との意見交換会）
	イ 認知症思いやり相談	（ア） 開催回数 6 回 （イ） 相談件数 15 件 （ウ） 相談者延数 25 人（本人 2 人、家族・知人等 13 人、ケアマネ・包括等 10 人）
	ウ 物忘れ相談会	（ア） 開催回数 76 回 （イ） 相談者数 28 人（物忘れに関する相談者数）
	エ 認知症カフェ	（ア） 継続数 18 か所（新規開設 1 か所含） （イ） 休止数 9 か所、その他 2 か所 （ウ） 認知症サポーター活動数 18 か所 （エ） 認知症の方本人の参加数 13 か所
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	ア チームオレンジ設置の向けての検討	（ア） 認知症地域支援推進員連絡会、生活支援コーディネーター連絡会での検討 （イ） 他中核市等への状況調査 （ウ） 県主催研修会への参加
	イ 徘徊高齢者家族支援サービス事業	（ア） 思いやりあんしんカルテの登録数 119 件（累計 234 件、死亡等により削除数 115 件）、活用数件 14 件 （イ） 松本警察署との意見交換会実施や徘徊探知機についての説明会の受講（11 月）
	ウ 成年後見制度利用促進	（ア） 中核機関を広域設置（4 月） （イ） 相談窓口の明確化（一次・二次相談機関） （ウ） 講演会、研修会の開催やパンフレットの活用、市公式 HP を活用しての制度周知 （エ） 松安筑成年後見ネットワーク協議会の設置及び開催（4 月・10 月） （オ） 後見人等候補者を推薦する専門委員会の設置及び開催 （カ） 松本市地域福祉計画と一体的に成年後見制度利用促進基本計画の策定

(3) 認知症地域支援推進員連絡会開催（月1回）

主に、認知症サポーター養成講座受講者の地域活動に向けた環境づくりに向けての話し合いや、ステップアップ講座マニュアル作成、チームオレンジ（認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーター活動をつなぐ仕組み）設置、若年性認知症施策に向けての検討を行いました。

2 令和4年度松本市認知症事業計画

(1) 基本方針

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を目指すため、認知症の人や家族の視点を重視した認知症施策推進大綱を踏まえ、第8期介護保険事業計画に基づき、施策を進めます。

(2) 主な取り組み内容

ア 普及啓発・本人発信支援

(ア) 認知症サポーター養成講座の開催

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族を見守り・手助けし、共に活動する認知症応援者(サポーター)の養成講座を開催します。

(イ) 認知症サポーターの活動促進

認知症サポーター養成講座受講者の更なる活動につながる環境づくりに向け、地域の実情に応じて、地域住民、地区担当職員、キャラバン・メイト等と協力し、ステップアップ講座(人材育成)を実施します。

(ウ) 認知症に関する相談窓口の周知

周知用ポスター等を活用して、物忘れ等に関する身近な相談場所として、地域包括支援センター等を周知します。

(エ) 認知症地域支援推進員を中心に、各地区で認知症ケアパスを活用しての積極的な普及啓発

(オ) 世界アルツハイマーデー及び月間における図書館等との連携による普及啓発

(カ) 若年性認知症施策の推進

若年性認知症コーディネーター(県委託)、医療機関等と連携して、若年性認知症相談窓口等の周知やまつもとミーティング(本人ミーティング)の開催支援を行います。

イ 予防

認知症ケアパス(認知症チェックリスト)を活用し、早期対応等に関する普及啓発を行います。また、地域にある身近な通える場「通いの場」を周知し、予防、セルフケアに関する啓発に努めます。

ウ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(ア) 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認知症の人やその家族に、早期に関わり、早期診断や早期対応に向けた支援を行います。

(イ) 認知症思いやり相談の開催(年間6回)

(ウ) 物忘れ相談会

身近な地域包括支援センターで相談日を設け、認知症に関する相談に応じ、認知症ケアパスを利用した相談や、状況に応じて専門相談等につなげられるよう、医療機関等との連携強化を図ります。

(エ) 認知症カフェ

認知症の人と家族、住民、専門職等、誰もが気軽に相談ができ、必要な支援につながる場、安心できる場として「認知症カフェ」の開設、運営支援を行います。

エ 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

(ア) チームオレンジ設置に向けての検討

地域において把握した認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーター活動をつなげる仕組み「チームオレンジ」の設置に向けて、既存の地域における見守り、支えあいの仕組みや生活支援体制整備事業との連携、認知症サポーター等の活動促進等を踏まえて検討を行います。

(イ) 徘徊高齢者家族支援サービス事業

思いやりあんしんカルテの登録勧奨、行方不明になった場合に備えてGPS(所在地確認)貸与について周知、その他のツールの活用を検討を行います。
また、地域での見守り体制づくり、ネットワークづくりに努めます。

(ウ) 成年後見制度利用促進

地域連携ネットワークをコーディネートする中核機関として、更に体制整備を進め、成年後見制度を必要とする人が利用できるよう、制度を周知し、利用の促進を図ります。

(エ) 消費者被害防止施策、虐待防止施策の推進

判断能力の低下した方を地域で見守る体制作りを行うとともに、消費者被害に関する注意喚起を行います。また、高齢者の尊厳と権利を守るため、虐待防止に向けた周知や、早期発見・早期対応を行うために関係機関とのネットワークの構築に取り組みます。

3 令和4年度第1回認知症施策推進協議会開催(7月14日実施)

(1) 令和3年度事業報告について(報告)

(2) 令和3年度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)活動報告について(報告)

(3) 認知症に関する個別地域ケア会議・地域ケア会議について(令和2、3年度一部抜粋)(報告)

(4) 思いやりあんしんカルテの運用変更について(協議)

地域ケア会議等の在り方について

1 趣旨

地域包括ケアを推進するための手段の一つである地域ケア会議等について、ワーキングチーム等で検討を行い、今後の在り方の方向性をまとめたものです。

2 現状と課題

- (1) 高齢者に限定しない取組み（地域共生社会）を進めるにあたり、地区版地域ケア会議の開催方法を検討する必要性が生じたもの。
- (2) 個別地域ケア会議から出された地域課題の検討及び解決方法の明確化
- (3) 地区版地域ケア会議等から出された「市全体で解決すべき課題」の解決方法の明確化

3 経過

2. 10～ 地域ケア会議等の在り方について関係課で検討開始
3. 2～3 地域づくりセンター長会等で検討
- 8～ ワーキングチーム（検討会議）を編成し、検討開始
4. 3 健康福祉部長、住民自治局長へ検討内容を報告
3. 18 地域づくりセンターブロック代表者会で協議
5. 30 地域づくりセンターブロック代表者会、センター長会で協議
6. 22 地域包括支援センター長会に報告

4 ワーキングチーム

地域包括ケア、地域ケア会議に関係する関係課、関係機関の代表者により標記内容について検討を行ったもの。

(1) 構成員

地域づくりセンター、地域包括支援センターのセンター長及び地域づくり課、福祉政策課、高齢福祉課の担当係長（9名）

(2) 検討会開催数

3回（内1回は書面開催）

5 今後の地域ケア会議等について

(1) 位置づけ

資料5－1のとおり

(2) 在り方

項 目	会議の内容等	主催・主管	備 考
ア 高齢者の個別課題等を解決するための会議（個別地域ケア会議・自立支援型個別ケア会議）	・個別事例の課題 検討・解決 ・地域課題の抽出等	地域包括支援センター	

イ 地域課題を検討・解決するための会議	・地域課題の検討・解決 ・市全体で検討すべき課題の抽出等	地域づくりセンターや緩やかな協議体等	・開催回数の基準等は設けない ・医療、介護関係者の出席は、内容によって依頼する ・高齢者に関する課題をテーマにする場合は、地域包括支援センターも協力
ウ 地域では解決できない課題（市全体の課題等）の処理方法	・生活支援に関する課題の検討	調整中	・地域共生の枠組みの中で、現在検討中
	・医療・介護に関する課題の検討（高齢者分野）	高齢福祉課	・個別地域ケア会議などを経て、地域包括支援センター経由で高齢福祉課が関係機関等と調整

6 その他

令和3年度地域包括ケアに関する取組み状況（実績）

資料5－2のとおり

地域ケア会議等の定義

	地区レベル	市レベル	個別レベル	
会議種別	地域課題を検討・解決するための会議 (35地区)	松本市地域包括ケア協議会 ・在宅医療・介護連携委員会	個別地域ケア会議 (個別ケース検討)	自立支援型個別ケア会議 (ケアプランを通じた個別ケース検討)
開催主体	緩やかな協議体等 (地域づくりセンター)	・生活支援体制整備委員会	地域包括支援センター	行政(介護予防担当)及び 地域包括支援センター
根拠	第3次松本市地域づくり実行計画	「地域支援事業の実施について」(厚生労働省老健局通知) 「地域包括支援センターの設置運営について」(厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知) (介護保険法第115条の48)		
参加者	地域の実情や課題の内容による。	実施要綱による。	達成しようとする目的により事例、参加者が判断される。 ・地域関係者がいること ・開催にあたっては、地域づくりセンター長へ相談、報告をする ・主治医やかかりつけ薬局等の参加を検討 ・直接関わりのない人も柔軟に対応する	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所から事例提出される。 薬剤師 理学療法士 作業療法士 管理栄養士 歯科衛生士 医療C o. 生活支援C o. 包括職員 行政職員 サービス事業所職員 介護支援専門員
内容	地域課題の検討と、地域では解決が難しい課題の抽出	地域課題の把握、対応について市レベルで協議する。	Aさんを支えるための具体的な検討会、ケース当事者への支援内容の検討、ケースを通じた地域包括支援ネットワーク構築、ケースの自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握など。地域関係者を含む多職種の視点から課題解決に向けた検討を行う。 ＜対象＞ 介護認定の有無に関わらず、地域で支援を必要とする人 (例) ・処遇困難ケース ・地域課題に関するケース ・必要なサービスにつながない ・世帯で問題を抱えているケース 等	高齢者本人の自立支援・重度化防止に焦点をあて、医療専門職の参加を得て多角的な視点で検討を行うもの。 ＜対象＞ 事業対象者、要支援認定者 ＜目的＞ ・高齢者の自立支援、重度化防止、QOLの向上、個別課題解決 ・包括職員等の介護予防ケアマネジメント支援、ケアの質の向上 ・参加者のOJT、スキルアップ、ネットワーク構築 ・地域課題の把握 等

令和3年度地域包括ケアに関する各地区の取組み状況一覧

地域包括支援センター名	地区	地区支援企画会議	地域ケア会議事前打合せ		地域ケア会議					
			地域	個別	実施回数			新型コロナウイルスの影響による中止会議数	医療・介護関係者出席状況	
					地域	個別	計		医療関係者(延べ)	介護関係者(延べ)
北部	岡田	○	3	3	1	1	2		1	2
	本郷	○	3		1	0	1		2	2
	四賀	○	0	1	1	1	2		0	1
東部	第三	○			0	0	0		0	0
	入山辺	○	0	0	1	2	3		1	2
	里山辺	○	0	0	1	1	2		0	1
中央	第一	○	2		1	0	1		0	0
	第二	○	3	0	1	1	2		7	5
	東部	○	16		1	0	1		0	2
	中央	○	3	0	1	1	2		1	0
	白板	○		1	0	2	2	1	1	2
中央北	城北	○	2	2	1	1	2		1	0
	城東	○			0	0	0		0	0
	安原	○	3		1	0	1		0	0
中央南	庄内	○	2		1	0	1		0	0
	中山	○			0	0	0	2	0	0
中央西	田川	○		3	0	2	2		4	5
	鎌田	○	1	1	1	6	7	1	3	17
南東部	寿	○			0	0	0	1	0	0
	寿台	○			0	0	0		0	0
	内田	○			0	0	0	1	0	0
	松原	○	5		1	0	1		0	3
南部	松南	○			0	0	0		0	0
	芳川	○			0	0	0		0	0
南西部	笹賀	○		4	0	3	3	1	0	4
	神林	○	2		1	0	1		2	5
	今井	○	3		1	0	1		0	0
河西部	島内	○	3	5	1	4	5		0	17
	島立	○	6		2	0	2		5	7
河西部西	新村	○	3		1	0	1		2	1
	和田	○	1	6	1	2	3		1	4
	梓川	○			0	0	0	1	0	0
西部	安曇	○	2		1	0	1		1	11
	奈川	○	2		0	2	2		0	1
	波田	○	5		0	3	3		1	8
実施合計	地区数	35地区	—	—	21地区	15地区	26地区	7地区	—	—
	回数・人数	—	70回	26回	22回	32回	54回	8回	33人	100人

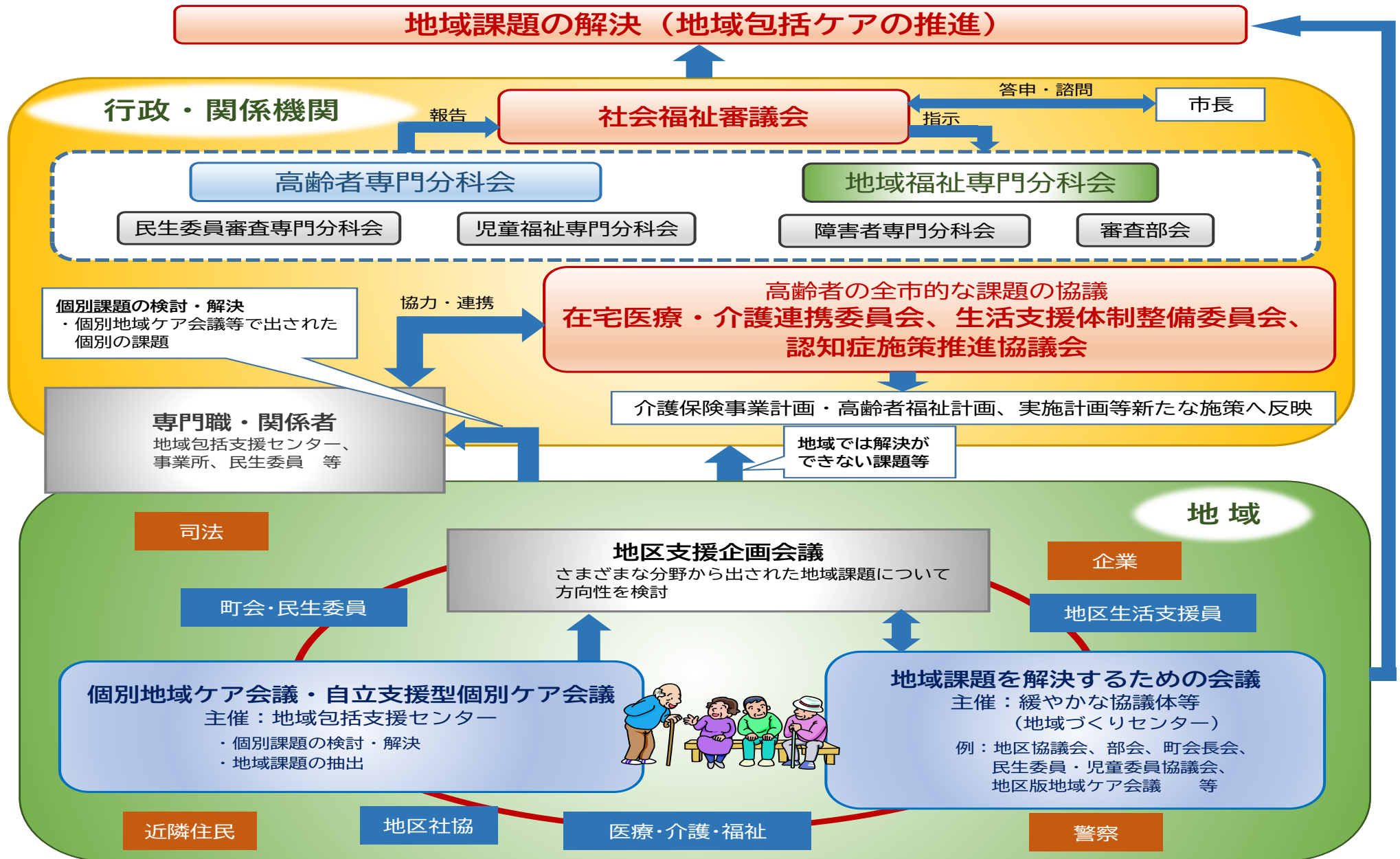
松本市地域包括ケア協議会のあゆみ

年 月		項 目
平成26年度	(5月)	高齢者が住み慣れた地域で、尊厳のある生活を可能な限り継続できる地域包括ケアシステムの構築およびその推進を図ることを目的として、松本市地域包括ケア協議会を設置
	4月	松本市医療と介護の連携支援室を設置、医療コーディネーターを配置（松本市医師会に業務委託）
		・医療・介護マップの作製・管理（松本市医師会へ委託） ・マップを、市及び三師会のホームページに掲載 ・リストを冊子化し、三師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ配布
	8月	地域包括ケア市民啓発講演会「地域包括ケアシステム構築にむけて」ケアタウン研究所長 高室成幸先生
	10月	松本市地域包括ケア協議会に小委員会（後の在宅医療・介護連携委員会）を設置
	12月	地域包括ケア多職種連携研修会「認知症の人を支えるために 正しい理解と対応」天野直二先生
平成27年度	7月	地域包括ケア市民啓発講演会「地域まるごとケアのすすめ～これからの医療・介護のあり方と市民の暮らしを考える～」高橋紘士先生
	10月	松本市地域包括ケア協議会に小委員会（生活支援体制整備委員会）を設置
	12月	地域包括ケア多職種連携研修会「緩和ケアと地域連携」間宮敬子先生
	3月	松本市地域包括ケア 医療・介護資源マップの冊子作製
平成28年度	5月	高齢者サポーター養成講座およびスキルアップ講座を3年間かけて開始（一部社協共催）
	7月	地域包括ケア市民啓発講演会「いま動き出す松本から地域から」井上信宏先生
	9月	政策提言書を市へ提出
	12月	地域包括ケア多職種連携研修会「切れ目ない医療、介護の提供体制について～医療と介護の連携～」（パネルディスカッション・グループワーク）
	3月	地域包括ケア市民啓発講演会「在宅緩和ケアで朗らかに生きよう」小笠原文雄先生
平成29年度	4月	地域包括ケアシステム事例集作成開始（Vol.1発行）
	4月	みんなのお助け知恵袋（介護予防&生活支援サービス）作成開始
	6月	お薬手帳への「緊急時・災害時、困りごと相談」連絡先貼付
	11月	地域包括ケア市民啓発講演会 「住み慣れた地域で最期まで生きるということ」唐木千穂先生
	12月	地域包括ケア多職種連携研修会「地域包括ケア時代を創造するチームの力」～元気高齢者の育成支援～（櫃本真事先生）
	12月	松本市版リビングウィル（事前指示書）の検討開始（松本市医師会と地域包括ケア協議会）
平成30年度	4月	第1層生活支援コーディネーターを地域包括支援センターへ配置
	4月	松本圏域入退院連携ルールの運用開始
	4月	地域包括ケアシステム事例集Vol.2発行
	9月	地域助け合い研修会 ～ご近所助け合いゲーム～
	11月	地域包括ケア多職種連携研修会 「私の医療に対する希望調査 現状の報告」近藤秀憲先生 「最期まで自分らしく生き抜くことを支えるために今できること」洪英在先生

年 月		項 目
平成30年度	11月	地域包括ケア多職種連携研修会 「私の医療に対する希望調査 現状の報告」 近藤秀憲先生 「最期まで自分らしく生き抜くことを支えるために今できること」 洪英在先生
	11月	世界健康首都会議 講演「最期まで自分らしく生きる 高齢社会の医療とあなたの生き方～リビングウィルを考える」 岡村律子氏
	12月	地域包括ケア市民啓発講演会「『良い人生だった』と思えるための終の選択」 長尾和宏先生
	3月	地域包括ケアシステム事例集Vol.3発行
令和元年度	4月	第2層生活支援コーディネーター業務を社会福祉協議会へ委託、配置開始
	5月	松本市版リビングウィル（事前指示書）の運用開始
	7・12月	送迎ボランティア立ち上げ研修（年2回）
	9月	市民公開講座「地域を一つの“バーチャル病院”に見立てる」（甲信越在宅医療推進フォーラム） 川越正平先生
	2月	地域包括ケア多職種連携研修会「人生の最終段階における透析療法について考える」 赤穂伸二先生
	3月	地域包括ケアシステム事例集Vol.4発行
		自立支援型個別ケア会議の立ち上げ試行的実施
令和2年度	11月	地域包括ケア多職種連携研修会「新型コロナウイルス感染症 現場で生かせる知識」 澤木章二先生・池田美智子氏（YouTube配信）
令和3年度	11月	地域包括ケア多職種連携研修会「コロナ禍の今こそ話そうACP（人生会議）」 阪野小百合氏・藤田智子氏（YouTube配信）
	11月	地域包括ケアシステム事例集Vol.5発行
令和4年度	4月	第2層生活支援コーディネーターが35地区に配置完了
	8月	地域包括ケア協議会開催（終了）

松本市地域包括ケアの推進に向けた仕組み

【参考資料】



重層的支援体制整備事業の概要

【参考資料】

○これまで市民相談課を中心にワンストップ型の総合相談窓口体制を進めてきたが、一カ所の窓口では、広い市域をカバーすることに限界がある。

○「高齢者」「障がい者」「子ども」「生活困窮」などの複合した課題に対応するため、縦割りの制度に横串を通し、課題の整理や調整を行う機能が必要だが、調整者が明確でない。

○地区担当保健師の駐在化を進め、福祉分野職員の調整役とすることで、住民にとって最も身近で敷居の低い相談窓口（地域づくりセンター、地区福祉ひろばなど）を初期相談におけるワンストップ窓口と位置づけできる。

○多機関協働事業（調整部署の明確化）等に取り組むとともに、一括交付金を活用することで、制度や分野を超えた連携体制「組織として断らない相談及び支援体制」が構築できる。

（※）地域づくりに向けた支援事業

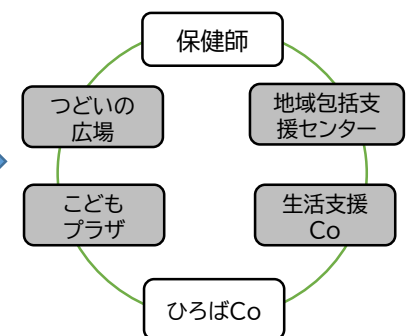
【高齢者】	地域介護予防活動支援事業 （高齢福祉課） 生活支援体制整備事業 （高齢福祉課）
【障がい者】	地域活動支援センター事業 （障がい福祉課、こども福祉課）
【子ども】	地域子育て支援拠点事業 （こども育成課）
【生活困窮】	生活困窮者のための地域づくり事業 （市民相談課）
【松本市独自】	福祉ひろば事業をはじめとした「通いの場」「支え合いの関係」など（地域づくりセンター体制）

福祉分野における地域づくりセンターの体制強化

◎地区担当保健師の駐在化を拡大

⇒子どもから高齢者まで全世代の初期相談及び35地区の母子保健コーディネーターとして担当。

あわせて地域包括支援センターや第2層生活支援コーディネーターなど地区担当職員の調整役となる。



※この部分の事業にかかる経費（既存分と新規分）の補助金等が一体化

◆相談支援事業（既存）

高齢者分野（高齢福祉課）
地域包括支援センター運営
（包括支援センター）

障がい者分野
（障がい福祉課、こども福祉課）
障害者相談支援事業
（相談支援事業、基幹相談支援センター）

子ども・子育て分野
（こども育成課、保育課、健康づくり課）
利用者支援事業
（子育て・保育コンシェルジュ、母子保健コーディネーター）

生活困窮分野
（市民相談課）
生活困窮者自立相談支援事業
（まいさば松本）

健康福祉、子ども・子育て（既存）
（母子・父子・寡婦相談、あるがキッズ相談
要保護児童相談、青少年相談、こころの鈴
いのちのきずな、精神保健相談等・・・）

◆その他相談窓口（庁内外）（既存）

（市民相談課、地域づくりセンター、社協、ハローワーク、
シルバー人材センター、保護観察所、生涯現役促進事業、
水道、住居確保、税関係、警察など）

◆多機関協働事業（新規） 制度の狭間にある課題や複雑化・複合化した課題等の調整機能

◆地域づくりに向けた支援事業（※）
（既存 既存分野が連携強化）
①公的制度の分野を超えた連携
②地域におけるインフォーマル支援
（通いの場・支え合いの関係づくり）
⇒ひろばを中心に35地区で既に実施
⇒全世代・全対象へ拡大する。

◆参加支援事業
（新規 既存分野が連携し対応）
・公的制度の活用
・地域の見守り・インフォーマルな支援のマッチング等

◆アウトリーチ事業
（新規 既存分野が連携し対応）
・訪問等による継続的な伴走支援

支援状況等確認

複雑化・複合化した課題

ケース会議等（必要に応じて各分野で連携）

重層的支援会議・支援方針協議・支援状況確認等

相談者

相談

相談者

民生委員等