

令和5年度 第2回松本市在宅医療・介護連携委員会 次第

日時 令和6年3月13日(水)

午後1時30分～

会場 市役所東庁舎3階議員協議会室

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 報告事項

ア 令和5年度事業報告

【資料1】

イ 第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

【資料2(別冊)】

(2) 協議事項

ア 令和6年度事業計画(案)

【資料3】【資料2(別冊)】

イ 各所属団体の取組み状況

【資料3-1】

4 連絡事項

(1) 認知症思いやりパスブックについて

(2) 令和6年度第1回在宅医療・介護連携委員会 6月上旬頃開催予定

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 事業報告

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

ア 介護と医療連携支援室の紹介と併せて周知

（市ホームページ、在宅医療・介護連携委員会、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）

(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

(ア) 第1回（令和5年7月5日）

- ・令和5年度在宅医療・介護連携推進事業進捗状況
- ・第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定
- ・在宅医療・介護連携推進の課題について意見交換

(イ) 第2回（令和6年3月13日）

(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周知

(ア) 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターに、令和4年度入退院連携ルール運用状況調査結果を送付し、情報共有と多職種連携シートの活用を周知。また、介護と医療連携支援室の紹介を併せて周知。

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

(ア) 松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会（令和6年1月11日）

- ・第9期高齢者プラン
- ・在宅医療・介護連携推進に係る情報交換

(イ) 地域薬剤師会在宅医療推進担当者連絡会（令和6年1月13日）

- ・事例検討
- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、基幹包括支援センターより代表5名参加

(ウ) 松本薬剤師会との懇談会（令和6年2月5日）

- ・高齢者お薬相談支援事業
- ・自立支援型個別ケア会議
- ・日頃の連携に関すること

- (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
 (資料1-1) (参考資料1-1-①)

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

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

ア 市ホームページ、在宅医療・介護連携委員会、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターへ周知。

イ 相談件数

1件（※市保健所医療安全支援センターと連携）

ウ 松本市医師会との連携・協力

（信大患者サポートセンター運営会議への情報提供、介護関係機関へのアンケート等）

(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、ホームページへ掲載。高齢福祉課、地域包括支援センター等窓口で配布。

イ 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、市民への周知を実施。

（参考資料1-2）（参考資料1-3）

・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、松本市公式ラインへ掲載。

・市内医療機関、薬局、地域包括支援センター、保健センター等において、松本市版リビングウィル（事前指示書）様式を設置し、希望者には専門職から説明のうえ配布。

ウ 高齢者お薬相談支援事業の実施（松本薬剤師会へ委託）

17回（R6.3月末見込み）

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）（資料1-4）

(3) 医療・介護関係者の情報共有の支援

ア お薬手帳への「緊急時・災害時、困りごと相談」連絡先用紙の貼付を推進
 令和5年12月15日更新

イ 松本圏域入退院連携ルール運用状況調査の実施及び松本市の結果
 （令和5年11月松本市入退院分）

(ア) 入退院連携ルール活用率

令和5年	令和4年	比較
96.1%	89.7%	6.4%増

(イ) 退院時連携率

令和5年	令和4年	比較
78.1%	76.1%	2.0%増

(ウ) 入院時連携率（介護＋予防）

令和5年	令和4年	比較
89.4%	90.4%	1.0%減

- (エ) 運用状況調査結果は、県平均、圏域の結果等が公表され次第、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に報告し情報共有。
（連携の工夫点、多職種連携シートの活用の周知等）

(4) 医療・介護関係者の研修

ア 多職種連携研修会の開催

(ア) 松本市多職種連携研修会 (参考資料1-5)

(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 (参考資料1-6)

エ 松本市医師会主催の勉強会等への協力と参加

(5) 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

(参考資料1-7)

3 対応策の評価・改善【Check】【Act】

在宅医療・介護連携委員会等で、市の目指す姿に向けて、課題抽出し、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画へ反映した。

令和4年度 地域包括ケア体制の構築状況の見える化シートの抜粋（在宅医療・介護連携）

表1 最終アウトカム指標

最終アウトカム	健康寿命が延伸している		要介護（要支援）認定率が抑えられている	最期まで在宅を選択しやすい環境がある			年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を実感しながら暮らしている	
指標	健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均（2021年））		調整済み要介護（要支援）認定率（2023年）	在宅等での看取り（死亡）の割合（自宅及び老人ホームでの死亡率） 2016～2020年（5か年平均）			幸福感（2022年）	
	男性	女性		*自宅	*老人ホーム	自宅及び老人ホーム	元気高齢者	居宅要支援・要介護者
松本市	80.8	84.6	14.3	14.8	13.5	28.3	7.13	6.12
長野県	81.1	84.9	13.2	12.6	12.1	24.7	7.14	6.15

*自宅：自宅のほか、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む

*老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム

*幸福感：0点（とても不幸）～10点（とても幸せ）

表2 中間アウトカム指標

元気なうちから、在宅療養、終末期の暮らしなどを想定し、希望を持っている			
在宅療養・介護の希望割合（2022年）		在宅看取りの希望割合<人生の最期を迎えたい場所が自宅の場合>（2022年）	人生の最期の迎え方を家族等と話し合った経験の有無（2022年）
元気高齢者	居宅等高齢者	元気高齢者	元気高齢者
45.9	60.4	76.9	41.4（長野県39.6）

表3 在宅サービス利用率

多職種連携が進み、在宅生活を継続することができている	
在宅サービス利用率（2021年）	在宅サービス利用率（2022年）
86.3	92.1

<考察>

- 最終アウトカム指標（表1）より、長野県と松本市を比較すると、
 - 健康寿命（2021年）は、男女とも県より短い。
 - 調整済み要介護（要支援）認定率（2023年）は県より高い。
 - 幸福感は、県より若干低い。2019年よりさらに低くなっており、コロナ禍の影響も推測される。
 - 在宅等での看取り（死亡）の割合（自宅及び老人ホームでの死亡率）2016～2020年（5か年平均）は、自宅及び老人ホームでの死亡が、28.3%と県より高かったが、病院・診療所での死亡は66.2%と、現状は病院で最期を迎えるケースが多い。
- 中間アウトカム指標（表2）より、在宅療養・介護の希望割合（2022年）は、元気高齢者が45.9%、居宅等高齢者が60.4%であり、在宅看取りの希望割合は、76.9%に対し、人生の最期の迎え方を家族等と話し合った経験の有無は、県より高く41.4%であった。（長野県39.6%）
- 在宅サービス利用率（表3）より、2021年が86.3%。2022年は、92.1%と利用率があがってきており、多職種連携が進み、在宅生活を継続することができてきている。

住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らすために、元気なうちからのACP（人生会議）や医療・介護の専門職種の緊密な連携が益々必要になってくる。市民への周知や日頃からの顔の見える関係づくりなど在宅医療介護の連携を継続して推進する必要がある。

1. 最期の迎えかたの選択肢があり、希望にあわせて選択することができる

1-1 最期まで在宅を選択できやすい環境がある

在宅死亡率	2014~2018年 (5か年平均)	2016~2020年 (5か年平均)	順位	県
◎ 自宅及び老人ホーム	25.5 % →	28.3 %	24 位	24.7 %
自宅	13.7 % →	14.8 %	22 位	12.6 %
老人ホーム	11.7 % →	13.5 %	26 位	12.1 %
病院・診療所	69.8 % →	66.2 %	22 位	70.0 %
介護老人保健施設	2.9 % →	3.9 %	56 位	3.6 %
その他	1.8 % →	1.6 %	-	1.8 %

参考：在宅死亡率

	2019	2020	順位	県
自宅及び老人ホーム	29.9 % →	31.0 %	23 位	27.1 %
自宅	15.9 % →	15.0 %	34 位	13.8 %
老人ホーム	13.9 % →	16.0 %	23 位	13.3 %
病院・診療所	63.7 % →	61.6 %	25 位	66.7 %
介護老人保健施設	5.0 % →	5.7 %	50 位	4.4 %
その他	1.4 % →	1.7 %	-	1.8 %

参考：看取り・在宅ターミナルケア（人口10万対）算定回数

	2019	順位	県
看取り数	225.8 回	17 位	145.3 回
在宅ターミナルケアを受けた患者数	98.0 回	11 位 ★	46.7 回

◎ 年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を実感しながら暮らしている

主観的幸福感	2019	2022	n	順位	県
◎ 元気高齢者	7.19 点 →	7.13 点	631	41 位	7.14 点
◎ 居宅要支援・要介護者	6.26 点 →	6.12 点	1,564	53 位	6.15 点
居宅要支援	6.54 点 →	6.37 点	710	51 位	6.41 点
居宅要介護1・2	6.27 点 →	6.04 点	551	61 位	6.16 点
居宅要介護3・4・5	5.58 点 →	5.70 点	303	43 位	5.69 点

1-2 元気づちから、在宅療養、終末期の暮らしなどを想定し、希望を持っている

在宅療養・介護の希望割合	2019	2022	n	順位	県
◎ 【元気】	44.6 % →	45.9 %	649	23 位	43.0 %
◎ 【居宅】	63.1 % →	60.4 %	1,476	36 位	60.7 %

■ 在宅看取りの希望割合（人生の最期を迎えたい場所が自宅の割合） n 順位 県

※ 経年で比較するため、2022年度の数値は分母から「わからない」の回答者を除き集計している

	2019	2022	n	順位	県
◎ 【元気】	71.2 % →	76.9 %	480	42 位	77.7 %

■ 人生の最期の迎え方を家族等と話し合った経験の有無 n 順位 県

	2019	2022	n	順位	県
◎ 【元気】	48.3 % →	41.4 %	642	28 位	39.6 %

2. 多職種連携が進み、在宅生活を継続することができる

2-1 介護サービスを使いながら在宅生活が継続できている

在宅サービス利用率	2021	2022	n	順位	県
在宅サービス利用率	86.3 % →	92.1 %	12,383	7 位 ★	89.7 %
要介護1・2の利用率	94.8 % →	99.6 %	4,352	34 位	99.2 %
要介護3以上の利用率	64.6 % →	76.5 %	4,100	13 位 ★	72.7 %

■ 介護度が上がっても在宅で暮らしていける 2021 2022 n 順位 県

	2021	2022	n	順位	県
◎ 在宅サービス利用者の平均要介護度	2.4 →	2.5	7,471	21 位	2.4
特養への入所希望者数	377 人 →	443 人			5,732 人
自宅・地域で暮らす要介護認定者に占める特養入所希望者	5.4 % →	5.9 %		10 位 ★	7.9 %

参考：訪問診療を受けている[人口10万対]

	2019	順位	県
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	13,074 回	14 位	7,625 回
往診を受けた患者数（算定回数）	2,506 回	13 位	1,461 回
訪問看護利用者数（介護保険）	1,031 人	20 位	714 人
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	2,845 回	19 位	3,638 回
訪問薬剤管理指導を受けた患者数（病院・診療所・薬局）（算定回数）	426 回	14 位	222 回

2-2 入院・在宅療養を支える多職種連携が進められている

■ 入退院に関する加算[人口10万対]	2020	2021	順位	県
◎ 入院時情報連携加算の算定回数	180.3 回 →	197.9 回	59 位	256.7 回
◎ 退院退所加算の算定回数	674.9 回 →	730.1 回	56 位	739.7 回
◎ 退院支援（退院調整）を受けた患者数（算定回数）【2019】		4,210.5 回	10 位 ★	1,364.4 回
◎ 退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）【2019】		98.0 回	3 位 ★	14.5 回
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）【2019】		348.9 回	21 位	389.9 回

2-3 ショートステイや訪問看護・介護などにおける医療介護の連携が進んでいる

■ 医療介護連携に関する加算[認定者1万対]	2019	順位	県
◎ 医療連携強化加算算定者数	0.0 人	30 位	4.2 人
◎ 医療連携体制加算算定者数	240.4 人	44 位	266.5 人
◎ 看護・介護職員連携強化加算算定者数	3.5 人	4 位 ★	0.9 人

1-3 要介護期、終末期に対する検討の機会を設けている

■ ACP・リビングウィルに関するツールの作成の有無	2021	2022	県
◎ はい	はい →	はい	（はいの割合：27.3 %）

■ 在宅療養・ACPIに関する市民向け講座の実施回数 2020 2021 県

	2020	2021	順位	県
◎ 65歳以上人口1,000人当たり	2.68 回 →	1.87 回	1 位 ★	0.3 回

2-4 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

◎ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議における課題の検討及び対応策が具体化	2021	2022	順位	県
	25 点 →	25 点	1 位 ★	15.7 点
ア 在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿の設定	○ → ○	73 /77		94.8 %
イ ニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報等の把握	○ → ○	56 /77		72.7 %
ウ 上記の差の確認等により、地域の実状に応じた課題の抽出	○ → ○	48 /77		62.3 %
エ 抽出された課題に基づいた目標の設定、具体的な対応策の立案	○ → ○	41 /77		53.2 %
オ 評価指標等に基づいた事業の検証や見直しの仕組みの設定	○ → ○	24 /77		31.2 %
◎ 在宅医療と介護の連携における医療・介護関係者への相談支援の実施	2021	2022	順位	県
	20 点 →	20 点	1 位 ★	12.1 点
ア 医療・介護関係者が把握できるよう相談窓口の公表	○ → ○	61 /77		79.2 %
イ 定期的な相談の内容等の取りまとめ	○ → ○	51 /77		66.2 %
ウ 医療・介護関係者間での共有	○ → ○	46 /77		59.7 %
エ 相談内容に基づき、事業の検証や見直しを行う仕組みの設定	○ → ○	28 /77		36.4 %
◎ 市内や市区等医師会等関係団体、都道府県等との連携	2021	2022	順位	県
	15 点 →	15 点	1 位 ★	9.5 点
ア 医師会、医療機関、介護サービス事業所等と連携体制の構築	○ → ○	65 /77		84.4 %
イ 市内他部門、関係団体等と連携した災害・救急時の対応等への参画	○ → ○	53 /77		68.8 %
ウ 県の医療計画・地域医療構想との整合性のための連携	○ → ○	28 /77		36.4 %
◎ 患者・利用者の状態の変化等に応じた医療・介護関係者間で速やかな情報共有	2021	2022	順位	県
	20 点 →	20 点	1 位 ★	15.3 点
ア 既存の情報共有ツールの活用状況の確認	○ → ○	73 /77		94.8 %
イ 在宅看取りや入退院時等に活用できる情報共有ツールの作成	○ → ○	68 /77		88.3 %
ウ 活用に向けた見直し等の実施	○ → ○	48 /77		62.3 %
エ 情報共有ツールの活用状況、関係者の意見等を踏まえた改善・見直し	○ → ○	47 /77		61.0 %
◎ 在宅医療・介護連携の推進に向けた多職種を対象とした研修会の開催	2021	2022	順位	県
	40 点 →	40 点	1 位 ★	25.1 点
ア 企画に当たり、他の関連する研修の把握	○ → ○	56 /77		72.7 %
イ 企画にあたり、医療・介護関係者のニーズを把握の有無	○ → ○	53 /77		68.8 %
ウ 在宅医療・介護連携に係る参加型の研修会を開催（支援）	○ → ○	51 /77		66.2 %
エ 研修の結果について検証の実施	○ → ○	33 /77		42.9 %

【体制】在宅医療・介護を支える機関がある

■ 在宅診療・歯科・薬局【2023】	人口10万人対	順位	県	
在宅療養支援病院届出施設数	7 施設	3.0 施設	16 位	1.9 施設
在宅療養支援診療所届出施設数	39 施設	16.5 施設	34 位	15.1 施設
在宅療養支援歯科診療所数	17 施設	7.2 施設	33 位	9.7 施設
訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	116 施設	49.0 施設	16 位	47.5 施設
■ 訪問看護【2021】	人口10万人対	順位	県	
介護保険を扱う訪問看護ステーション数	28 施設	11.8 施設	16 位	18.2 施設
■ 居宅介護事業所・訪問系の介護サービス事業所【2021】	人口10万人対	順位	県	
居宅介護支援事業所数	66 事業所	27.9 事業所	50 位	30.4 事業所
訪問介護事業所数	71 事業所	30.0 事業所	26 位	24.8 事業所
訪問リハビリテーション	13 事業所	5.5 事業所	33 位	6.0 事業所
■ 通所系の介護サービス【2022】	要支援・要介護者1人当たり	順位	県	
通所介護	0.14 事業所	39 位	0.15 人	
地域密着型通所介護	0.05 事業所	44 位	0.06 人	
通所リハビリテーション	0.04 事業所	27 位	0.05 人	
認知症対応型通所介護	0.01 人	40 位	0.01 人	
小規模多機能型居宅介護（宿泊）	0.00 人	40 位	0.01 人	
小規模多機能型居宅介護（通い）	0.01 人	41 位	0.02 人	
看護小規模多機能型居宅介護（宿泊）	0.00 人	7 位 ★	0.00 人	
看護小規模多機能型居宅介護（通い）	0.00 人	7 位 ★	0.00 人	

【人材】在宅医療・介護を支える人材が確保されている

■ 医療人材（人口10万対）【2020】	人口10万対	順位	県	
医師数	1,302 人	545 人	2 位 ★	249.9 人
歯科医師数	240 人	101 人	7 位 ★	79.4 人
薬剤師数	814 人	341 人	4 位 ★	220.5 人
保健師	196 人	82 人	51 位	81.0 人
看護師数	3,809 人	1,595 人	7 位 ★	1,122.2 人
准看護師	531 人	222 人	20 位	215.9 人
■ 訪問看護人材（計）【2019】[認定者1万対]	認定者1万対	順位	県	
保健師	1 人	0.8 人	9 位 ★	1.1 人
看護師	144 人	113.4 人	10 位 ★	82.5 人
准看護師	2 人	1.6 人	17 位	2.9 人
理学療法士	25 人	19.7 人	6 位 ★	9.1 人
作業療法士	11 人	8.7 人	5 位 ★	4.0 人
言語聴覚士	4 人	3.2 人	1 位 ★	1.0 人
その他の職員	10 人	7.9 人	20 位	6.3 人
■ 介護人材	認定者1万対	順位	県	
訪問介護【2017】	556 人	448.0 人	13 位 ★	305.4 人
通所介護【2017】	550 人	443.2 人	48 位	436.9 人
通所リハビリテーション（介護老人保健施設）【2019】	74 人	58.3 人	32 位	83.6 人
通所リハビリテーション（医療施設）【2019】	86 人	67.7 人	8 位 ★	42.2 人
地域密着型介護老人福祉施設【2019】	83 人	65.4 人	25 位	134.1 人
居宅介護支援【2017】	258 人	207.9 人	16 位	169.6 人
地域密着型通所介護【2019】	292 人	229.9 人	43 位	259.4 人

R5年度 人生会議と松本市版リビングウィル（事前指示書）の啓発について（報告）

包括名	月	日	事業名等	センター だより11 月号配布	概数	リビング ウィル様 式の配布	概数	
北部	11	1	岡田町ふれ健	○	30	○	3	
	11	2	利用者個人	○	1	○	1	
	11	2	神沢ふれ健	○	10	○	2	
	11	4	南浅間出前ふれ健	○	15	○	15	
	11	7	本郷民協	○	422	○	32	
	11	9	すいーとぴー（オレンジカフェ）	○	8	○	1	
	11	10	岡田民協	○	200	○	14	
	11	13	南浅間いきいき100歳体操	○	7	○	7	
	11	14	四賀民協	○	300	○	23	
	11	15	個人（岡田住民）	—		○	5	
	11	15	ほのぼのサロンそうざ	○	23	○	23	
	11	15	塩倉ふれ健	○	10	○	3	
	11	17	松岡ふれ健	○	30	○	2	
	11	20	南郷ふれ健	○	40	—		
	11	22	稲倉ふれあい会食会（健康講座）	○	32	○	32	
	11	22	本郷ふれ健	○	24	—		
	11	22	山浦ふれ健	○	10	—		
	11	29	東区ふれ健	○	10	○	2	
	東部	10	4	入山辺地区支援企画会議	—		○	12
		10	24	入山辺回覧	○	120	—	
10		25	里山辺回覧	○	70	—		
11			第三地区民生地区活動	○	290	—		
11			第三地区公民館常設	○	3	—		
11		1	第三民協	○	25	○	25	
11		1	入山辺ふれ健	○	25	—		
11		1	里山辺民協	○	24	○	24	
11		7	第三地区サロン配布	○	10	—		
11		7	入山辺民協	○	10	○	10	
11		8	里山辺ふれ健	○	15	—		
11		14	第三地区支援企画会議	○	6	○	6	
11		15	第三ふれ健	○	50	—		
11		24	里山辺地区支援企画会議	—		○	8	
11		27	上金井地区ふれ健	○	25	○	25	
中央	11	1	白板地区民協	○	180	○	19	
	11	2	東部地区民協	○	25	○	25	
	11	2	中央地区社協公民館企画委員会	○	40	—		
	11	7	第一地区民協	○	60	○	15	
	11	8	中央地区民協	○	10	○	10	
	11	13	第二地区民協	○	80	○	18	
	11	24	第二地区 ふれあい健康教室	○	60	—		
中央北	11月	1日	安原地区 民協	○	435	○	12	
	11月	6日	城北地区 民協	○	410	—		
	11月	7日	城東地区 民協	○	330	—		

	11月	10日	安原地区 地区支援企画会議	○	12	—	
	11月	7日	城東地区 ふれ健	○	70	○	3
	11月	21日	安原地区 ふれ健	○	21	○	21
	11月	22日	城北地区 ふれ健	○	40	○	20
	11月	14日	白金町出張ふれ健	○	15	○	2
	11月	20日	蟻ヶ崎東出張ふれ健	○	15	○	2
	11月	24日	蟻ヶ崎台出張ふれ健	○	10	○	10
	11月	14日	沢村カフェすいれん	○	35	—	
	11月	28日	白金カフェすいれん	○	35	○	2
	4～11月	—	城東地区 個別訪問時	—		○	16
	4～11月	—	安原地区 個別訪問時	—		○	19
	4～11月	—	城北地区 個別訪問時	—		○	14
中央南	10	24	庄内地区支援企画会議	○	20	○	20
	11	8	庄内地区民協定例会	○	25	○	25
	11	13	埴原北出張ふれ健	○	20	○	20
	11	17	埴原東出張ふれ健	○	22	○	22
	11	17	利用者	○	1	○	1
	11	17	利用者	○	1	—	
	11	20	中山地区ふれ健	○	50	○	50
	11	27	庄内地区ふれ健	○	30	○	10
中央西	11	1	家族利用者			○	5
		2	田川ふれ健	○	80		
		6	渚宮本 ふれ健	○	30		
		6	鎌田 民協	○	500	○	30
		7	田川 民協	○	30	○	10
		8	渚本村 ふれ健	○	30		
		8	高宮 ピンコロ体操	○	30		
		14	征矢野 ふれ健	○	20		
		15	井川城 ふれ健	○	30		
		17	両島 ふれ健	○	20		
		24	鎌田 介護予防講座	○	30		
南東部	10	11	松原福祉ひろば			○	20
	11	6	内田福祉交流の集い	○	20		
	11	8	内田民協	○	50		
	11	9	松原ふれ健	○	25		
	11	10	松原民協	○	50		
	11	13	寿民協	○	200		
	11	15	寿台ふれ健	○	30		
		15	内田ふれ健	○	20		
		15	松原第2ふれ健	○	20		
		15	寿みんなのひろば	○	30		
			寿台民生委員配布	○	230		
南部	4	26	芳川地区ひろばふれ健	—		○	38
	5	26	芳川地区村井町サロン	—		○	20
	6	19	芳川地区健康福祉部会	—		○	10
	7	12	訪問	—		○	1
	9	5	訪問	—		○	1

	9	21	訪問	—		○	1
	10	13	芳川地区木工町サロン	—		○	3
	10	31	芳川地区美芳町出張ふれ健	○	20	○	20
	11	1	松南地区民協	○	30	○	30
	11	8	芳川地区民協	○	31	○	31
	11	13	芳川みなみひろばふれ健	○	25	○	25
	11	14	松南地区芳野町サロン	○	30	○	30
	11	17	松南地区ふれ健	○	60	○	10
	11	20	松南地区宮田西町出張ふれ健	○	20	○	5
	11	21	芳川地区木屋町出張ふれ健	○	10	○	10
	11	22	芳川地区ひろばふれ健	○	24	○	24
	11	22	芳川地区駅西出張ふれ健	○	20	○	20
	11	24	芳川地区長岡町出張ふれ健	○	30	○	30
	11	29	松南地区双葉町サロン	○	20	○	20
南西部	9	28	高齢者生活支援サポーター養成講座	—		○	50
	10	10	神林地区出張ふれ健	—		○	30
	10	22	神林地区文化祭	—		○	1
	10	29	笹賀地区文化祭	—		○	30
	11	2	今井地区民協	○	150	○	3
	11	2	笹賀地区出張ふれ健	○	20	—	
	11	6	神林地区民協	○	150	—	
	11	7	笹賀地区民協	○	290	—	
	11	9	今井地区ふれ健	○	30	○	2
	11	13	笹賀二美町1丁目百歳体操	○	5	—	
	11	13	笹賀地区個別訪問	—		○	1
	11	14	神林地区ほのぼの会	○	3	—	
	11	15	笹賀中二子百歳体操	○	5	—	
	11	17	笹賀地区ふれ健	○	30	—	
	11	24	神林地区ふれ健	○	50	—	
	11	24	今井地区ひろば喫茶	○	15	—	
河西部	10	20	島内福祉ひろば ヘルシーテラス	—		○	20
		25	平瀬町会サロン	—		○	15
	11	7	島内民児協	○	230	○	30
		10	島内ふれ健	○	11	○	11
		10	島立民児協	○	320	○	44
		15	事業所へ	—		○	11
		25	北栗サロン	○	20	○	20
			相談者等(公民館窓口含み年間通して)	—		○	60
河西部西	8	28	訪問	—		○	1
	10	10	訪問	—		○	1
	10	18	和田介護予防教室「リビングウイル実践」	—		○	18
	11	3	和田太子堂サロン	○	9	—	
	11	5	新村ひろばまつり	○	30	○	30
	11	6	和田地区民協	○	138	○	9
	11	8	新村いきいき百歳体操	○	10	○	10
	11	8	和田家族のための思いやりカフェ	○	1	○	1
	11	8	和田中町会サロン	○	12	○	6

	11	8	梓川下立田いきいき百歳体操	○	6	○	6
	11	9	新村ふれあい健康教室	○	30	○	30
	11	10	梓川地区民協	○	320	—	
	11	15	梓川ふれあい健康教室	○	34	○	34
	11	17	和田下和田出前ふれ健、さくらの会	○	12	○	10
	11	17	梓川杏いきいき百歳体操	○	8	○	8
	11	21	和田ふれあい健康教室	○	31	—	
	11	21	梓川氷室出前ふれ健	○	16	○	16
	11	22	新村地区会食会	○	50	—	
	11	24	梓川地区支援企画会議	○	18	—	
	11	27	梓川丸田出前ふれ健	○	12	○	12
	11	28	梓川横沢健康教室	○	20	○	1
西部	7	19	波田13区にこにこ講座	—		○	15
	10	4	波田20区にこにこ講座	—		○	13
	10	15	波田地区文化祭	—		○	10
	10	29	安曇地区文化祭	—		○	10
	11	1	安曇地区民協	○	150	—	
	11	2	稲核地区出前ひろば	○	10	○	10
	11	2	奈川地区民協	○	100	—	
	11	6	波田地区職員連携会議	○	18	—	
	11	8	波田地区民協	○	500	—	
	11	9	安曇地区職員連携会議	○	15	—	
	11	20	安曇大野田地区エルダー	○	3	—	
	11	20	波田1区にこにこ講座	○	13	○	11
	11	24	安曇稲核地区出張エルダー	○	8	○	5
基幹			医師会・薬剤師会	—		○	3,300
			窓口	—		○	11
合 計					8,595		4,931

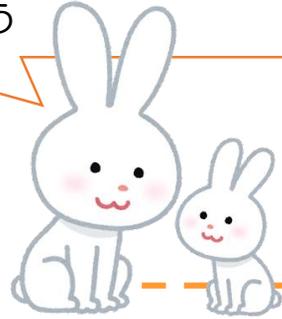
〇〇〇地域包括支援センターだより

今月のテーマは『人生会議とリビングウィル』です

ACP
人生会議

人生会議とは

あなたにとって大切なことは何？
どのように生きていきたいか考えて
みましょう



- A** アドバンス advance **前もって**
- C** ケア care **医療やケアについて**
- P** プランニング planning **計画すること**

リビングウィルとは

人生会議で話し合った内容を書き記したものです。
(万が一のときの治療やケアの重要な助けになります)

わたしのリビングウィル (事前指示書)

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の望む延命治療を、家族や周囲の人知ってもらうことができます。記入するときは、ご家族や親しい人とよく話し合っ、かかりつけ医と相談のうえ、書面の存在を共有しておきましょう。この書面の内容は、最大限尊重され、もしものときの参考になります。

作成日 年 月 日

本人署名 _____

(何度でも書き直しができます)

1 治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」について(慎重に書くください)

- (1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法 希望する 希望しない
- (2) 延命のための人工呼吸器 希望する 希望しない
- (3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給 希望する 希望しない
↳ (鼻チューブ・胃ろう)どちらかに○
- (4) 点滴による水分の補給 希望する 希望しない
- (5) 副作用があっても、痛みなどはできるだけ抑えてほしい
ある程度痛みがあってもいい、できるだけ自然な状態で過ごしたい
- (6) 最期を過ごしたい場所 自宅 病院 入居施設
- (7) その他の希望 (自由にご記入ください)

2 代理判断者の署名欄 よく話し合ったうえで、署名してもらいましょう。(ご自身で医療上の判断ができなくなったとき、医師が相談すべき人です)

① 氏名 _____ 続柄 _____ /緊急時 TEL _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ /緊急時 TEL _____

3 1と2に記入ができましたら、かかりつけ医に確認してもらいましょう。

※先生方へお願い

患者さんが相談に来られたら、話し合いの内容を確認の上、右欄にご記入をお願いします。原本は本人に返却、コピーを取ってカルテに保管をお願いします。

かかりつけ医記入欄
医療機関名 _____
医師名 _____
連絡先(TEL) _____

松本市医師会・松本市

《松本市版リビングウィル》



専用の用紙があります
A4版とお薬手帳にはさめる**携帯用**があります

気持ちが変化する事もあります
『一度で決めない、一人で決めない』
何度も書き直し可能です
家族等に内容を共有しておきましょう

用紙は市内医療機関、薬局、
市役所（高齢福祉課、西部福祉課、
健康づくり課、市内4保健センター、
保険課）、各地域包括支援センター
に置いてあります

いい日 いい日
11月11日は
『介護の日』



いい みとり みとられ
11月30日は
『人生会議の日』

人生会議の進め方のポイント

1. 希望や思いについてまずは考えてみましょう
2. かかりつけ医の先生に相談してみましょう
3. あなたの代わりに気持ちを伝えてくれる人を決めておきましょう
4. 信頼できる家族やご友人、医療・介護関係者と一緒に話し合みましょう
5. 話し合ったことを書き留めておきましょう

詳しくは
市ホームページへ→



気をつけて！ヒートショック！

ヒートショックとは

急激な温度の変化により血圧が大きく変動することで、失神したり心筋梗塞や不整脈、脳梗塞を引き起こす健康被害です。

室内	脱衣所	浴室	浴槽内
血圧安定	血管が縮んで 血圧上昇	血圧が さらに上昇	血管が広がり 血圧低下

高齢者の「不慮の溺死及び溺水」による死亡者数は「交通事故」による死亡者数よりも多くなっているそうです。

これから冬にかけて家の中が冷え込み、事故が起こりやすい季節です。安全に入浴するため以下のことにお気を付けてください。

1. 入浴前に脱衣所や浴室を暖めましょう。
2. お湯は41度以下、つかる時間は10分まで。
3. 浴槽からはゆっくり立ちます。
4. 食後すぐや、飲酒後、医薬品服用後の入浴は避けましょう。
5. 入浴する前に同居者に一声掛けましょう。

出典：消費者庁ウェブサイト

成年後見制度相談会のお知らせ

司法書士による成年後見制度に関する相談会を開催します。

日時：12月26日（火）午後1時30分～4時（要予約）

場所：市役所本庁舎北別棟1階 高齢福祉課内相談室

<予約・お問い合わせ> 高齢福祉課福祉担当（電話34-3237）

または、お近くの地域包括支援センターまで

松本市〇〇〇地域包括支援センター （高齢者の総合相談窓口）
電話 〇〇-〇〇〇〇 FAX 〇〇-〇〇〇〇

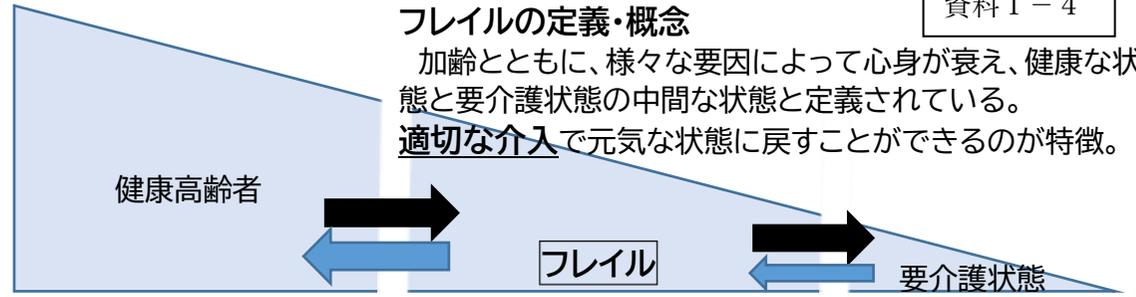


フレイル予防事業全体像

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」：後期特会
「介護保険事業 一般介護予防事業」：介護特会

フレイルの定義・概念

加齢とともに、様々な要因によって心身が衰え、健康な状態と要介護状態の中間な状態と定義されている。
適切な介入で元気な状態に戻ることができるのが特徴。



医療

フレイル外来
専門的な検査・診断・生活アドバイス
松本市立病院(R3~)
※フレイル予防センター(R8)
他3つの医療機関(R5~順次)

↑
専門医への接続

かかりつけ医(フレイルサポート医)
診療の中でフレイルリスク者を把握
モデル地区を中心に養成(R4)
市内医療機関へ拡大(R5~順次)

R4は、松本市立病院を中心としたフレイル予防体制を整え、将来的には1つのフレイル予防センターと3つのフレイル外来で全高齢者対象にフレイル予防を推進する。

企画調整・データ分析 (保険課 保健師) 後期特会

ハイリスク者の把握

- ① 通いの場でのフレイルチェック 後期特会
- ② 後期高齢者、レセプトからの把握 後期特会
- ③ 電力スマートメーターでの把握 後期特会 + 介護特会

個別支援
・ハイリスク者に対して、専門職による指導 後期特会

集団支援
・フレイル予防の健康講座
県理学療法士会、松本市薬剤師会
松本歯科医師会との連携 後期特会

重症化予防
介護保険サービス



個別の保健指導、介護サービス・地域資源へのつなぎ

医療への接続 ←

- 歯科衛生士
- 管理栄養士
- 地区担当保健師
- 地域包括支援センター
- 地区生活支援員
- 福祉ひろば

運動支援のボランティア
いきいき百歳体操
体力づくりサポーター

介護特会
地域介護予防活動支援事業

フレイル予防を推進・支える仕組み

体制整備

一般会計

- フレイルサポート医の養成(R4~)
フレイル予防センターと連携を図り、共通認識をもつ
- フレイル予防推進協議会の設置(R4)
フレイル対策事業の効果検証
医療連携の在り方の検討

健康福祉部フレイル対策チーム(R3~整備) フレイル対策の施策検討・評価・運営

松本市保健所

健康づくり課

- 理学療法士(R5~) 市立病院から派遣(3年交代) 後期特会 地域の専門職人件費
- 歯科衛生士
- 健康運動指導士
- 管理栄養士

保険課 保健師

高齢福祉課 福祉政策課

松本市内の

フレイル外来 ご紹介

こんな症状ありませんか？



疲れやすい



体重が減った

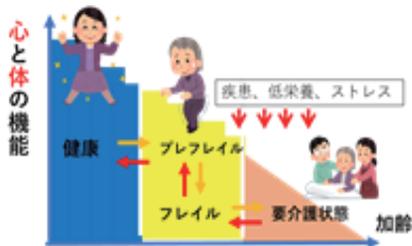


ムセやすい



歩くのが遅くなった

フレイルとは



加齢に伴い心身の機能が弱まり、疾病やストレス等で要介護になりやすくなる状態のことを言います。

フレイルは早くに適切な対策を行えば健康な状態に戻ることができます！

受診の流れ(例)

予約

完全予約制です。
詳しくは裏面をご覧ください。

初診日



初診日の費用(例)

1割負担で約2,000円

3割負担で約6,000円

診察

質問表の記入
生活に関すること
心理面の評価

各種検査
筋肉量、骨密度、
血液検査など

身体機能評価
筋力、バランス機能、
歩行機能など

認知機能評価

身体活動量



再診日

(1週間後)

- ・医師が結果をお伝えします。
- ・看護師等が生活指導をします。

運動指導

服薬指導

その後は、患者さま一人ひとりに合わせて多職種でサポートします！

栄養指導

口腔指導

フレイル外来ツアー！！
YouTube に公開！





松本市立病院

- ・毎週水曜日 午後1:30～
- 初診：第1週、第3週
- 再診：第2週、第4週

詳しくはHPをご覧ください。



フレイル外来の予約や詳しく知りたい方はお問い合わせください。

検査案内センター TEL:0263-92-3027

予約受付時間 13:00～16:00（平日）



フレイル外来チーム



藤森病院

- ・毎週木曜日 午後1:30～
- 初診：第1週、第3週
- 再診：第2週、第4週
- （初診3名/日まで）



予約方法は電話

TEL：0263-33-3672

受付時間 9:00～17:00

土曜日 9:00～12:00（休診日：日・祝日）

「フレイル外来を希望」とお伝えください。



丸の内病院

- ・診察場所 整形外科外来
- ・診察日時 予約時に案内があります。
- 詳しくはHPをご覧ください。



予約方法は電話

整形外科外来 TEL：0263-28-3003

受付時間 9:00～17:00（平日）

「ロコモ・フレイル外来を希望」とお伝えください。



(報告事項)

令和5年度自立支援型個別ケア会議について (R6.1月末現在)

1 目的

地域包括支援センター職員等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 開催実績等

(1) 開催回数・検討事例数

	開催回数	検討事例数	介護予防支援計画書提出者
市主催	6回	12事例 (約100分/2事例/回)	地域包括支援センター (12か所)
包括主催	16回	16事例 (約60分/1事例/回)	居宅介護支援事業所 (9か所)

(2) 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、生活支援 Co (地区生活支援員)

(3) 傍聴者

居宅介護支援事業所 (傍聴率 59.9%)、地域包括支援センター、地区生活支援員 (新規配置者・希望者)、その他専門職

3 今年度の主な取り組み

- (1) 助言者として地区生活支援員を生活支援 Co として配置した。
- (2) 担当している介護予防支援計画書を検討する場合、新たに福祉用具関係事業所職員にも出席いただいた。

4 会議の目的達成状況 (地域包括支援センター・助言者・事例提出居宅介護支援事業所・介護保険サービス事業所対象)

項目	できた・まあできた	あまりできない・できない
自立支援・重度化防止の視点での検討	99%	1%
顔の見える関係づくり	99%	1%
地域課題の確認	96%	4%
自身の気づき・スキルアップ	100%	
ケアマネジメント支援	96%	4%

5 課題と方向性

- ア 居宅介護支援事業所の介護予防支援計画の提出が9事業所と少なく、より多くの事業所から提出いただけるよう、継続して事業の周知啓発に努める。
- イ 現在、介護予防支援計画書作成の約8割を居宅介護支援事業所に委託している。より自立支援に向けた介護予防支援計画書作成のため、介護支援専門員の傍聴率を上げていく。

令5年度 各包括事業計画等における「在宅医療・介護連携の推進」の取組みについて

包括名	令和5年度事業計画	4～9月実績（上半期）
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。 ・地域住民に対して、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）と「松本市版リビングウィル（事前指示書）」の継続的な周知を検討し、実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングウィルを考える会に参加 ・9月26日多職種連携研修会開催。テーマ：「BCP作成研修会」 ・多職種連携シートの活用 ・入退院時連携シートを使用し病院へ情報提供を行った。
東部	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケア会議等を通じて、医療と介護の連携を推進する。 ・多職種連携研修会やセンターだよりを活用し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、エリアの多職種連携研修会を開催し、リビングウィルを取り上げグループワークを行った。民協等で事前指示書を配布、説明した。 ・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。
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（個人）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。 ・リビングウィル、ACP（アドバンスト・ケア・プランニング）に関して、医療機関との連携も踏まえつつ、機会を捉えて地域住民への啓発を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種連携研修会の開催、藤森病院『地域deカンファレンス』への参加、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・介護連携打ち合わせ』、多職種連携シートの活用、入退院時の病院MSWとの連携を実施。 ・第一地区福祉ひろばでの相澤東病院健康教室を月1回開催。 ・第二地区福祉ひろば、30にて相澤東病院による健康講座開催 ・東部地区福祉ひろばにて相澤東病院による健康講座開催 ・相澤病院入退院支援室との勉強会の開催
中央北	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携研修会、自立支援型個別ケア会議を開催する。また、必要に応じて個別地域ケア会議を開催する。 ・入退院連携ルールや職種連携シートの活用を行う。ACP、人生会議の概念について普及を図るため、事前指示書やエンディングノートを活用し周知啓発を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・6/15 包括主催自立支援型個別ケア会議 実施 「心不全ケアセンターと在宅の連携について」丸の内病院 渡辺徳 氏 ・9/13 介護予防講座 実施 「なるほど介護予防講座（運動機会の重要性）」武内整形外科クリニック 武内典夫氏 ・9/26 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。 ・藤森病院主催の「地域でカンファレンス」に参加した。 ・新規個別訪問時を中心に、個々の状況を踏まえながらリビングウィル・人生会議の資料を配布し説明を行った。事前指示書セットを設置している包括や福祉ひろば等のラックの設置場所の工夫や設置部数増加を行い、気軽に手に取っていただけるようにした。
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などに関する勉強会を開催する。 	<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。 ・藤森病院主催の「地域でカンファレンス」に参加した。 ・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。 ・リビングウィルを考える会に参加した。
中央西	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケア会議を通じて、医療、介護の関係機関と地域の関係者との連携体制を構築し、異常の早期発見、早期対応を目指す。 ・連携、多職種シートの活用を通じて、医療と介護、住民が連携しながら、地域を大きな病院と捉えて、切れ目なく高齢者を支える体制を提供できることを目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングウィルを考える会に参加（毎月1回 スタッフ交代） ・「地域deカンファレンス」藤森病院主催（毎月1回 スタッフ交代） ・個別地域ケア会議（認知症3件 終末期1件 ヤングケアラー1件 障がい1件） ・地域ケア会議（5回開催 ⇒認知症、オレオレ詐欺 成年後見、人生会議等） ・エリア内ケアマネ勉強会（6月27日） ・中央西包括主催自立支援型個別地域ケア会議（7月11日） ・エリア内多職種連携研修会（9月11日） ・鎌田地区介護予防講座（6月～毎月1回） ・入退院連携シートの活用（病院間との連携、情報共有） ・多職種連携シートの活用（かかりつけ医との連携、情報共有）
南東部	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との繋がりを途切れさせず、身近な通いの場に参加・活動することなどセルフケアの重要性について、民生委員や地区内で開催されている介護予防講座等への参加者へ啓発活動をおこなう。 ・地区内で開催されている集いの場やいきいき百歳体操、介護予防講座等の情報を整理し、フレイルが疑われる方に対して参加を促していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・藤森病院「地域deカンファレンス」に月1回スタッフ交代で参加し、意見交換を行う。 ・相澤病院「地域包括ケアを考える会」に定期参加。 ・リビングウィルを考える会に参加。 ・9月多職種連携研修会開催。 ・9月、11月に松原地区にて認知症関連講座の企画、開催。 ・10月寿地区にて老い支度講座（リビングウィル）、松原地区にてリビングウィル講座の開催。 ・10月寿台2丁目サロン輝楽にて介護保険や地域活動に関する講義を行い、セルフケア啓発活動の実施。 ・各地区の福祉ひろば、公民館で開催されるふれ健、百歳体操等の事業に定期的に参加し、地域住民と交流し、センターだより等を活用したセルフケアの啓発活動を行った。

令和5年度 各包括事業計画等における「在宅医療・介護連携の推進」の取組みについて

包括名	令和5年度事業計画	4～9月実績（上半期）
南部	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型個別ケア会議包括主催5/30、市主催8/30を開催する。 ・エリア多職種連携研修会を9月開催予定。 ・個別地域ケア会議の必要時開催。 ・リビングウィル、ACPの周知を地区会議、行事、学習会の中で行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型個別ケア会議（5/30包括主催・8/30市主催） ・エリア多職種連携研修会開催（7/25BCP作成について） ・介護予防講座開催（9/2リビングウィルについて他） ・民協、ふれ健、個別訪問時におけるリビングウィルの周知 ・リビングウィルを考える会への出席 ・ふれ健、ひろば事業、サロンへの参加（包括だより等使用し啓発活動） ・ケースの入退院時、MSWとの連携
南西部	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型個別ケア会議（6月）、多職種連絡会（9月）、個別地域ケア会議を実施し、医療・介護各専門職間の情報共有と連携の強化を進める。 ・ACP・リビングウィルの周知啓発に向け、町会サロン等での体験型講座を実施していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・6月27日包括主催自立支援型個別ケア会議を開催、7月27日市主催同会議へ事例提出。7月25日BCP策定について南部南西部包括合同エリア多職種連絡会を開催。 ・9月28日に松本社協主催高齢者サポーター養成講座の中でACPとリビングウィルの必要性について説明。下半期に地域の医師による体験型講座や座談会を計画。
河西部	<ul style="list-style-type: none"> ①リビングウィルの理解を深めるために、見取りについて考えてもらう講座を開催する。 ②病院との連携強化のため、退院後の生活の様子を病院へフィードバックするまでの退院支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ①：9月12日にエリア内多職種連携研修会にて、専門職向けに「終末期支援について専門知識を高めよう」をテーマとして、司法書士と訪問診療クリニック医師からの講演と「終末期支援で悩むこと・工夫していること」としてグループワークを行った。12月には住民向けに「自宅で最期を迎えるために」として講演を予定している。 ②：前半は連携強化ができていなかったため、後半の課題とする。
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。 ・「在宅医療を考える会」に参加し、医療機関と情報共有する。 ・フレイル外来と連携し、フレイル予備軍の重度化防止に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ち、見守りケースが入退院した場合、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に関係機関と連携をとった。 ・退院してくる新規相談に対して状況を確認後サービス調整やケアマネと連携した。 ・退院前の認定調査への立ち会いやICに参加した。 ・必要に応じ多職種連携シートを活用したり、医療機関で医師と直接話をした。 ・受診が出来ないケースについて地域の開業医に相談した。 ・医療機関から外来で心配なケース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参加した。 ・在宅医療を考える会にZOOMで参加して病院の取り組みについて情報を得たり勉強する事が出来た。 ・フレイル外来について該当しそうな人に説明し、受診に繋げた。 ・救急搬送が必要な人に本人の拒否はあったが、行政と連携して搬送に繋げ一命を取り留める事が出来た。 ・地区毎にいきいき百歳体操の立ち上げ支援を行い、その後継続していかれるように活動支援をしている。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を考える会の定例会年2回、準備会(適時)に参加し、医療と介護の連携を深めていく。 ・市立病院と連携し、フレイル外来修了者に対し地域資源の活用を進める。 ・依頼のあった町会等に対し、引き続きACP、人生会議、リビングウィルの周知啓発を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・8月25日開催の在宅医療を考える会に準備会から参加。「フレイル対策を知って介護者に元気を届ける～介護者に少しでも笑顔を～」という演題で、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。 ・現時点で市立病院から紹介があった事例はないものの、健康づくり課、保健課、市立病院担当者、包括にてフレイル外来の検討会を実施しており、今後関係職種間で連携していくことが必要だということを再確認している。 ・7月19日に波田の町会よりACPの周知依頼があり、包括職員がACPの周知啓発を実施している。下半期も依頼があり、実施予定となっている。



第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

安心・いきいき プラン松本（概要版）

計画期間

令和6年度（2024年度）～令和8年度（2026年度）

第1編 計画策定の基本的な考え方

- 第1章 計画策定に当たって
- 第2章 高齢者を取り巻く状況と将来の見通し
- 第3章 計画の基本理念・基本目標
- 第4章 日常生活圏域の設定
- 第5章 施策の体系

第2編 高齢者がいきいきと暮らせるために

- 第1章 誰もが住みやすいまちづくりの推進
- 第2章 つながり合い・助け合いの地域づくり
- 第3章 生きがいづくりの推進

第3編 高齢者が安心して暮らせるために

- 第1章 介護・フレイル予防と健康づくりの推進
- 第2章 認知症施策の総合的な推進
- 第3章 切れ目のない在宅医療と介護の連携推進

第4編 サービスを円滑に提供するために

- 第1章 中長期的な視点で見据えた基盤整備（低負担でも入所できる施設整備等の推進）
- 第2章 安心して介護サービスが受けられるための環境づくり
- 第3章 介護人材の確保と育成
- 第4章 計画推進体制の整備
- 第5章 介護保険サービスの見込み量
- 第6章 財源構成と介護保険料

第1編 計画策定の基本的な考え方

第1章 計画策定に当たって

第1節 計画策定の趣旨

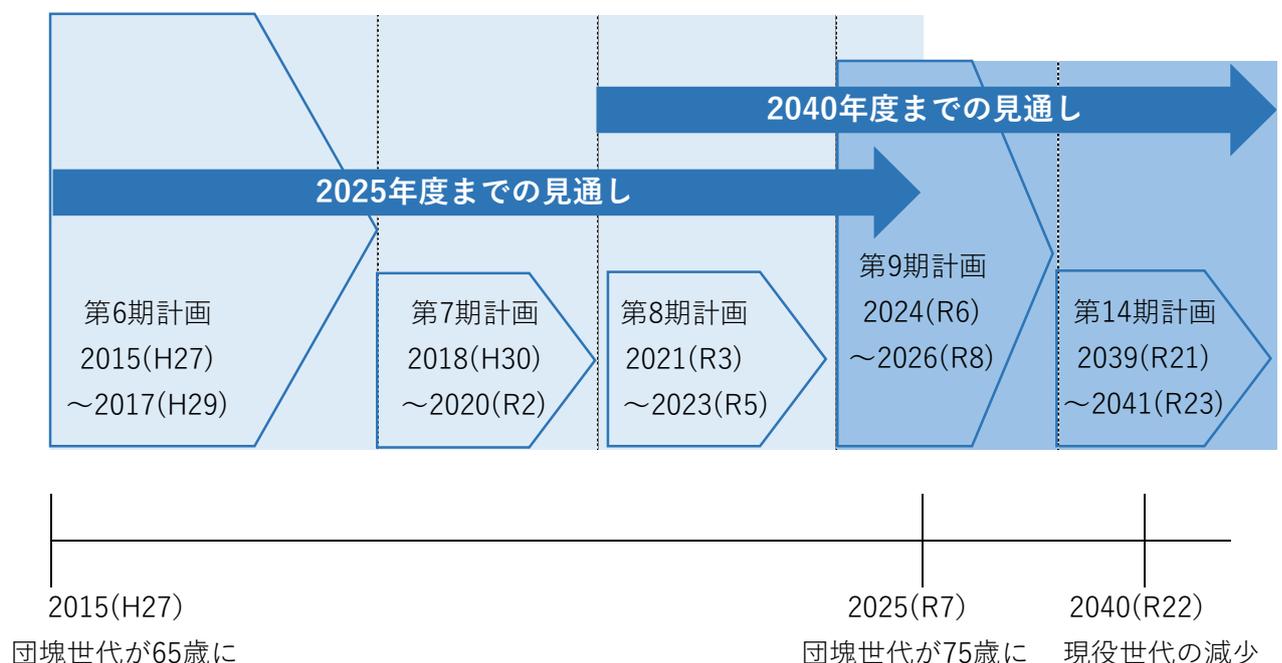
第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画は、団塊の世代が全て後期高齢者（75歳以上）となる2025年及び団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見通しながら、第6期介護保険事業計画・高齢者福祉計画において定めた「誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる仕組み」の構築という長期目標の達成に向け、施策の充実を図り、中長期的な視点のもとに、第8期までの取組みを更にシンカ（深化、進化）させる計画とします。

第2節 計画の性格

この計画は、介護保険法第117条の規定に基づく介護保険事業計画と、老人福祉法第20条の8の規定に基づく高齢者福祉計画の両計画が、調和して、松本市における高齢者施策を一体的に示す計画「安心・いきいきプラン松本」として策定するものです。

第3節 計画の期間

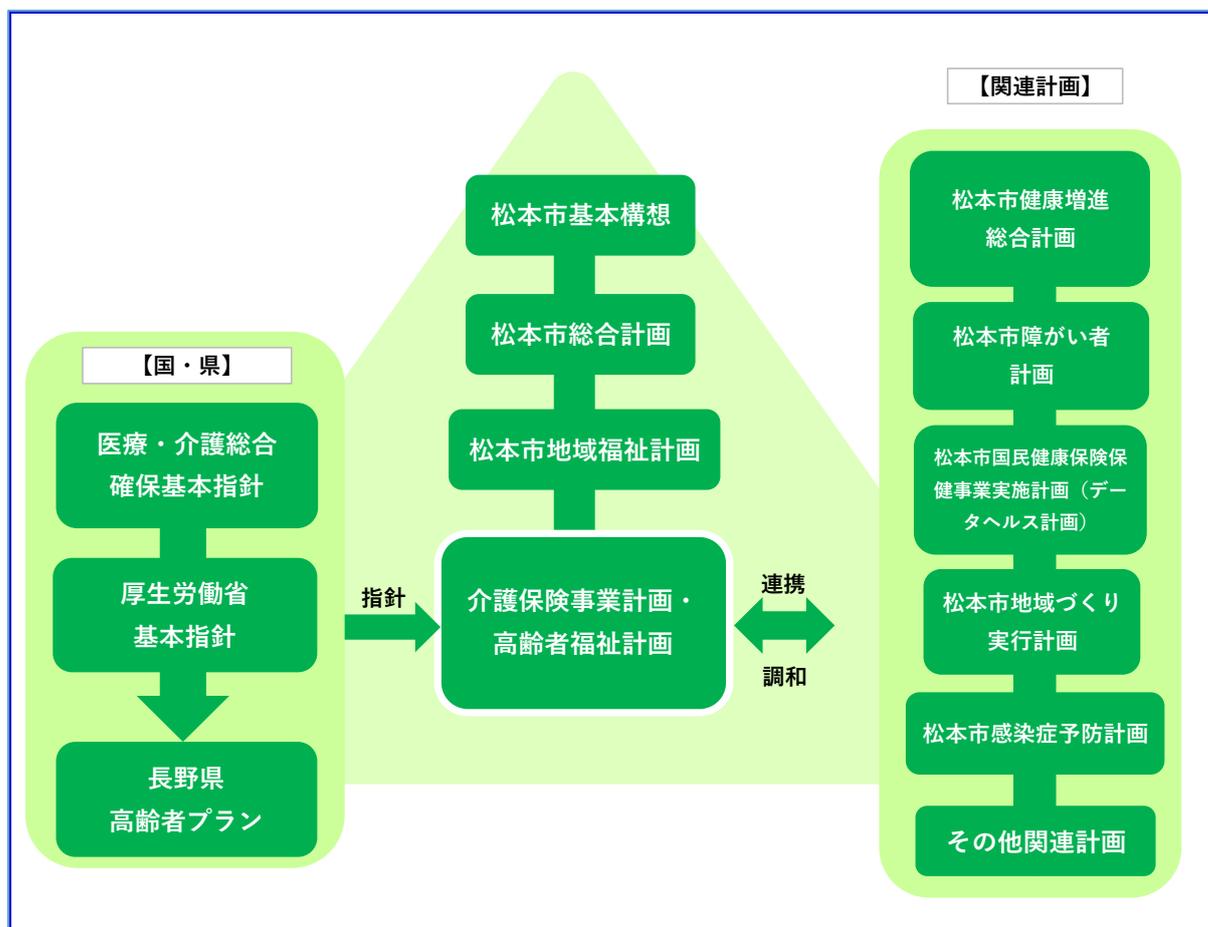
第9期計画は、介護保険法第117条の規定に基づき、令和6年度から令和8年度までの3か年を計画期間とします。



第4節 他の計画との整合

この計画は上位計画である「松本市総合計画」の基本構想や「地域福祉計画」に基づき、関連する諸計画との整合性を図りながら策定するものです。

また、国の基本指針や長野県が策定する「長野県高齢者プラン」などと調和が保たれたものとなります。



第5節 計画の進捗管理

この計画の策定及び進捗管理については、学識経験者や保健・医療・福祉関係団体の代表者で構成される「松本市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会」などにおいて、意見を聴きながら行います。

また、個別の事業について、PDCAサイクルによる自己点検などを行いながら事業を実施します。

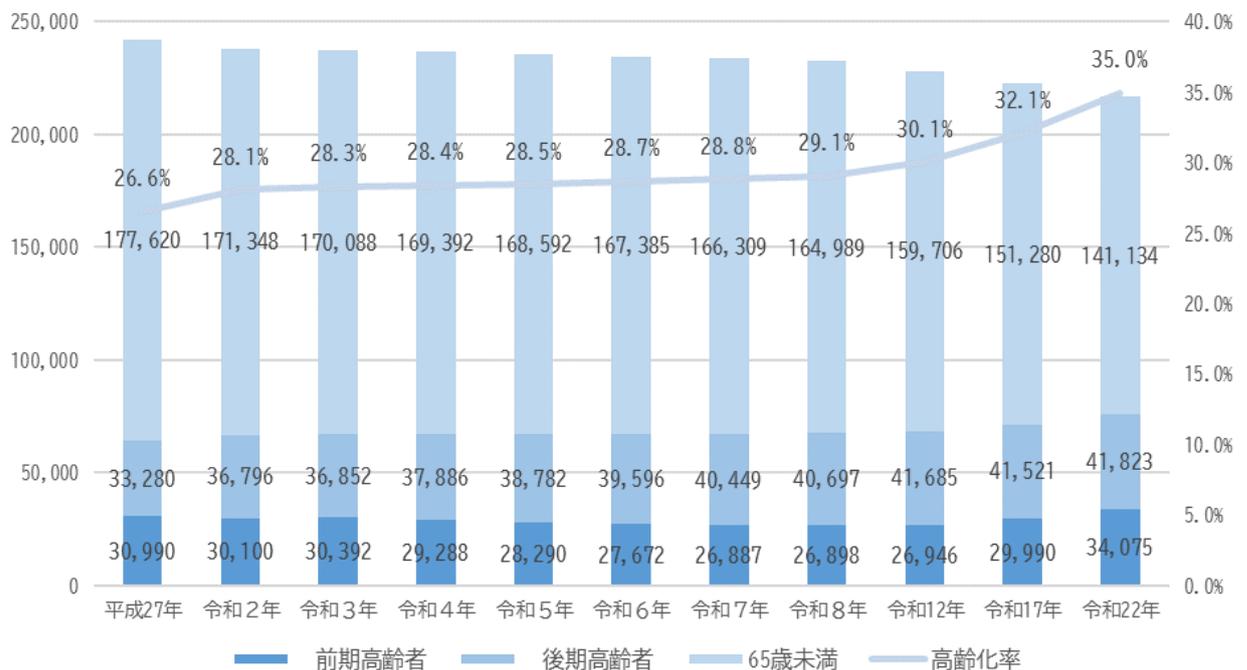
第2章 高齢者を取り巻く状況と将来の見通し

第1節 松本市の高齢者の現状と推計

1 総人口と高齢者人口

令和5年4月1日現在、我が国の人口は、1億2,455万人となり、そのうち65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,619万人、高齢化率は29.1%に達しました。

平成27年には、「団塊の世代」が高齢期を迎え、令和7年には75歳以上の後期高齢者となります。国の推計によると、令和7年（2025年）が近づく中で、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）には、現役世代（支え手）の減少が顕著となり、介護ニーズの高い85歳以上の人口が急速に増加することが見込まれています。また、高齢者の単身世帯や夫婦のみの世帯の増加、認知症高齢者の増加も見込まれるなど、介護サービスの需要が更に増加・多様化することが想定されています。



(単位：人)

区分	平成27年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
総人口	241,890	238,244	237,332	236,566	235,664	234,653	233,645	232,584	228,337	222,791	217,032
高齢者人口	64,270	66,896	67,244	67,174	67,072	67,268	67,336	67,595	68,631	71,511	75,898
前期高齢者	30,990	30,100	30,392	29,288	28,290	27,672	26,887	26,898	26,946	29,990	34,075
後期高齢者	33,280	36,796	36,852	37,886	38,782	39,596	40,449	40,697	41,685	41,521	41,823
65歳未満	177,620	171,348	170,088	169,392	168,592	167,385	166,309	164,989	159,706	151,280	141,134
高齢化率	26.6%	28.1%	28.3%	28.4%	28.5%	28.7%	28.8%	29.1%	30.1%	32.1%	35.0%

(出典) 令和5年まで 10月1日登録人口(市統計)
平成6年から 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を基に推計

2 被保険者数及び要支援・要介護認定者数の推移

介護保険制度が始まった平成12年度に4万7,313人だった第1号被保険者数は、令和5年9月末現在、6万7,018人と1.4倍に伸びています。今後も高齢者人口の増加は続き、第1号被保険者数も増加していくと見込まれ、令和8年度に6万7,595人になると推計されています。

要支援・要介護認定者数は、平成12年度の5,494人から令和5年9月末時点では12,550人となっています。

第1号被保険者数の増加に伴い、今後も認定者数は増加すると見込まれ、令和8年度には1万3,516人になると推計されています。

(単位：人)

区分	平成27年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
第1号被保険者	64,908	66,885	66,956	67,133	67,018	67,268	67,336	67,595	68,631	71,511	75,898
要支援・要介護認定者	12,431	12,748	12,690	12,524	12,550	13,077	13,306	13,516	14,304	15,263	15,877
認定者以外	52,477	54,137	54,266	54,609	54,468	54,191	54,030	54,079	54,327	56,248	60,021
第1号被保険者認定率	19.2%	19.1%	19.0%	18.7%	18.7%	19.4%	19.8%	20.0%	20.8%	21.3%	20.9%

(出典) 令和5年度まで 介護保険事業状況報告(9月月報)
令和6年度から 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を基に推計



(単位：人)

区分	平成27年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
要支援・要介護認定者	12,431	12,748	12,690	12,524	12,550	13,077	13,306	13,516	14,304	15,263	15,877
要支援1	1,311	1,480	1,453	1,370	1,378	1,430	1,453	1,475	1,562	1,637	1,654
要支援2	2,168	2,520	2,492	2,554	2,709	2,816	2,862	2,904	3,064	3,239	3,330
要介護1	2,052	2,091	2,205	2,202	2,277	2,377	2,417	2,457	2,614	2,780	2,853
要介護2	2,300	2,264	2,259	2,180	2,099	2,188	2,229	2,263	2,398	2,578	2,700
要介護3	1,802	1,653	1,599	1,491	1,436	1,499	1,527	1,552	1,640	1,771	1,885
要介護4	1,551	1,549	1,568	1,609	1,557	1,627	1,659	1,685	1,784	1,931	2,063
要介護5	1,247	1,191	1,114	1,118	1,094	1,140	1,159	1,180	1,242	1,327	1,392

(出典) 令和5年度まで 介護保険事業状況報告(9月月報)
令和6年度から 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を基に推計

第3章 計画の基本理念・基本目標

第1節 基本理念

松本市は、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で、健康で生きがいを持ち安心して自立した生活ができることを願い、市民と行政、さらに、地域でつながる全てのひとが支えあい、誰一人取り残さない地域福祉づくりを進めます。そして、「一人ひとりが自分らしく生き、シンカ（深化、進化）しながら支えあうまち」を目指します。

第2節 基本目標

- ◇ 共に暮らし、ともに助け合い、一人ひとりが輝ける地域づくりを進めます。
- ◇ 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。
- ◇ 中長期的な視点で、安心して介護できる環境づくりを進めます。

第3節 第8期計画の総括

第8期計画の総括（現状と課題）

①共に暮らし、ともに助け合い、一人ひとりが輝ける街づくりを進めます。

【現状】 個別地域ケア会議で把握した個々の生活上の課題から地域の課題を抽出し、地区内で協議する体制を整えた。地区だけで解決困難な課題は、市の担当課が連携し、解決策を検討している。

【課題】 地域課題の集約と解決方法の検討について、進捗状況の把握が必要である。

②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。

【現状】 各種検診等の予防事業の継続、住民主体の通いの場の立ち上げ支援を行った。

【課題】 ・若年層の受診率が低いため、様々な啓発、受診勧奨を行う必要がある。
・自主運動サークルを支援し、通いの場を創出したが、今後も継続するための支援が必要

③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。

【現状】 ・在宅医療・介護連携推進の強化として、多職種交流会等を開催した。

・認知症の方本人や家族の視点を重視した施策を推進した。
【課題】 ・コロナ禍の影響で入退院時の連携が取りにくい。本人の望む場所で看取りのできない方が多く、人生会議、リビングウィルの更なる周知が必要である。
・認知症の方本人の社会参加が進まない。対応に不安を抱える介護者が多い。

④2040年を見据え、安心して介護できる環境づくりを進めます。

【現状】 ・特別養護老人ホームや看護小規模多機能型居宅介護の整備を進めた。

【課題】 ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを適切に捉えて、地域の実情に応じた介護サービス基盤の確保が一定程度必要である。

基本方針

- 1 誰もが住みやすいまちづくりの推進
- 2 つながり合い・助け合いの仕組みづくり
- 3 生きがいづくりの推進
- 4 介護予防・健康づくりの推進
- 5 認知症施策の総合的な推進
- 6 切れ目のない在宅医療と介護の連携推進
- 7 2040年を見据えた基盤整備（低負担でも入所できる施設整備等の推進）
- 8 安心して介護サービスが受けられるための環境づくり
- 9 計画推進体制の整備
- 10 介護保険サービスの見込み
- 11 財源構成と介護保険料

第4節 第9期計画の位置付け

第9期計画は、団塊の世代が全て後期高齢者（75歳以上）となる2025年及び団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据え、第6期計画において定めた基本目標の達成に向け、現状と課題を踏まえ、施策の充実を図り、第6期、第7期及び第8期計画の取組みを更にシンカ（深化、進化）していく計画とします。

第5節 地域包括ケアシステムのシンカ（深化、進化）に向けた取組み

住み慣れた地域で自立した生活を安心して続けることができるように、医療や介護、生活支援などのサービスが一体的に切れ目なく提供される地域包括ケアシステムのシンカ（深化、進化）に向けた取組みを、関係機関と連携して進めています。

本市の地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。市民の皆さんが築いてきた自治や地域福祉の活動を基盤として地域で行う生活支援の体制整備と、医療と介護の専門職と地域が連携したサービスを必要な時に安心して提供できる体制整備について、市民の皆さんが主体性を持ちながら、専門職との協働により、地域ぐるみで作り上げるものです。

また、対象者も高齢者のみでなく、障がい者や子どもなど、誰もが住み慣れた家や地域で暮らし続けるために、地域共生社会の実現に向け、12の日常生活圏域を更に細分化し、市内35地区での取組みのシンカ（深化、進化）を目指すものです。

第6節 今後の施策展開

第9期計画の方向性

①共に暮らし、ともに助け合い、一人ひとりが輝ける地域づくりを進めます。

- ◇地域包括ケアシステムのシンカ（深化・進化）に向けた取組みを強化する。
- ◇誰も取り残さない全世代型支援体制整備事業による包括的な相談支援体制の整備
- ◇ジェンダーの平等と多様性への理解推進

②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。

- ◇介護予防を進めるため、フレイルの早期把握と医療連携体制を強化する。
- ◇認知症の理解の推進と認知症の方本人の社会参加

③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。

- ◇切れ目のない在宅医療と介護の連携推進を図る。
- ◇医療機関などと連携し認知症相談窓口の周知と、早期の気づき、対応を支援します。

④中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを捉えて、安心して介護できる環境づくりを進めます。

- ◇将来の人口減少や市民ニーズ等を考慮し、新たな施設整備は必要最小限とし、小規模施設を中心とした整備を行う。
- ◇DXの活用や関係機関との連携により、離職防止・人材定着化等の介護事業所支援を実施する。
- ◇ヤングケアラーを含む家族介護者の支援を推進する。

基本方針

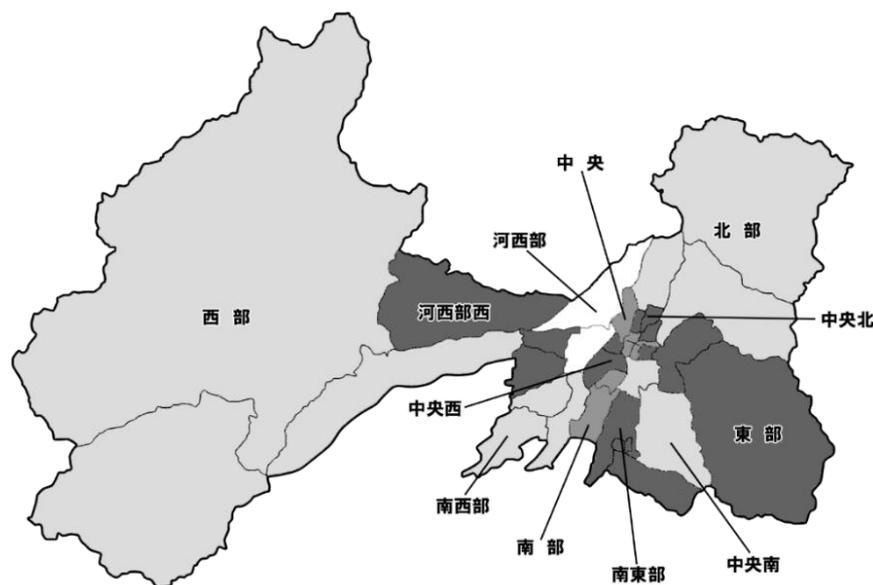
- | | |
|--|----------------------|
| 1 誰もが住みやすいまちづくりの推進 | 2 つながり合い・助け合いの地域づくり |
| 3 生きがいづくりの推進 | 4 介護・フレイル予防と健康づくりの推進 |
| 5 認知症施策の総合的な推進 | 6 切れ目のない在宅医療と介護の連携推進 |
| 7 中長期的な視点で見据えた基盤整備（低負担でも入所できる施設整備等の推進） | |
| 8 安心して介護サービスが受けられるための環境づくり | |
| 9 介護人材の確保と育成 | 10 計画推進体制の整備 |
| 11 介護保険サービスの見込み | 12 財源構成と介護保険料 |

第4章 日常生活圏域の設定

第1節 日常生活圏域について

日常生活圏域については、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付など対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案し、「地域包括ケアシステムを構築すること」を念頭において定めることとされています。

本市は、35地区について、地理的条件、交通、都市機能の集積、高齢者人口、日常生活上の交流範囲等の諸条件を踏まえ、12の日常生活圏域を設定しています。



圏 域 名	行 政 区
北 部	岡田地区、本郷地区、四賀地区
東 部	第3地区、入山辺地区、里山辺地区
中 央	第1地区、第2地区、東部地区、中央地区、白板地区
中 央 北	城北地区、安原地区、城東地区
中 央 南	庄内地区、中山地区
中 央 西	田川地区、鎌田地区
南 東 部	寿地区、寿台地区、内田地区、松原地区
南 部	松南地区、芳川地区
南 西 部	神林地区、笹賀地区、今井地区
河 西 部	島内地区、島立地区
河 西 部 西	新村地区、和田地区、梓川地区
西 部	安曇地区、奈川地区、波田地区

第5章 施策の体系

基本理念

松本市は、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で、健康で生きがいを持ち安心して自立した生活ができることを願い、市民と行政、さらに、地域でつながる全てのひとが支えあい、誰一人取り残さない地域福祉づくりを進めます。そして、「一人ひとりが自分らしく生き、シンカ(深化・進化)しながら支えあうまち」を目指します。

編	基本目標	章	基本方針	節	施策区分	頁				
2	<p>「高齢者がいきいきと暮らせるために」</p> <p>共に暮らし、ともに助け合い、一人ひとりが輝ける地域づくりを進めます。</p>	1	誰もが住みやすいまちづくりの推進	1	安定的な住まいと交通手段の確保					
				2	ユニバーサルデザインのまちづくりの推進					
				3	ジェンダーの平等と多様性への理解推進					
		2	つながり合い・助け合いの地域づくり			1	地域課題の解決に向けた組織体制の強化			
						2	見守り体制の推進			
						3	相談体制の強化・充実			
						4	低所得者への支援			
						5	権利擁護・虐待防止の体制強化			
		3	生きがいづくりの推進			1	社会参加や生きがいづくりの推進			
2	住民主体の助け合いづくりの推進									
3	<p>「高齢者が安心して暮らせるために」</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	1	介護・フレイル予防と健康づくりの推進	1	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					
				2	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					
				3	地域包括支援センターの機能強化					
		2	認知症施策の総合的な推進			1	認知症の共生と予防の推進			
						3	切れ目のない在宅医療と介護の連携推進	1	在宅医療・介護の連携推進	
4	<p>「サービスを円滑に提供するために」</p> <p>中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込みを捉えて、安心して介護できる環境づくりを進めます。</p>	1	中長期的な視点で見据えた基盤整備（低負担でも入所できる施設整備等の推進）	1	家族介護者支援の推進					
				2	施設・居住系サービスの整備					
				3	地域密着型サービスの整備					
		2	安心して介護サービスが受けられるための環境づくり			1	サービス提供体制の確保			
						2	積極的な情報提供の実施			
						3	介護支援専門員への支援と連携			
						4	介護給付適正化			
						5	苦情処理体制の充実			
						6	災害や感染症対策に係る体制整備			
		3	介護人材の確保と育成			1	介護保険事業者等の支援・ICTを活用した人材確保支援			
		4	計画推進体制の整備			1	事業者、関係機関等との連携の強化			
		5	介護保険サービスの見込み			1	介護保険サービス事業量及び費用の見込み			
						2	地域支援事業の事業量及び費用の見込み			
		6	財源構成と介護保険料			1	財源構成と財政推計			
						2	第1号被保険者の介護保険料			

第4編 サービスを円滑に提供するために

第1章 中長期的な視点で見据えた基盤整備（低負担でも入所できる施設整備等の推進）

第9期計画においては、高齢者が住み慣れた自宅や地域で生活ができるよう、定員29人以下の地域密着型施設の整備を進めます。

第8期において、物価高騰や人材不足等により整備が進まなかった認知症対応型共同生活介護施設、看護小規模多機能型施設の整備を行い、大規模施設の特別養護老人ホームの地域密着型サービスである地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の整備を行います。

また、広域型施設については、長野県及び松本圏域の関係市村と連携し整備を行います。

施設・居住系サービス（広域型）

(単位：床)

	令和5年度	令和6年度 整備数	令和7年度 整備数	令和8年度 整備数	令和8年度末 整備数
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	765	△ 20	△ 15		730
介護老人保健施設	686				686
介護医療院	98				98
特定施設入居者生活介護（介護専用型）	234			54	288
特定施設入居者生活介護（混合型）	497		53	25	575

地域密着型サービス

(単位：施設、人)

	総量 規制	令和5年度 未施設数		令和6年度 整備数		令和7年度 整備数		令和8年度 整備数		整備 目標 値	備考
		施設 数	定員	施設 数	定員	施設 数	定員	施設 数	定員		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	指定申請随時受付
地域密着型通所介護	-	47	651	-	-	-	-	-	-	-	指定申請随時受付
認知症対応型通所介護	-	7	72	-	-	-	-	-	-	-	指定申請随時受付
小規模多機能型居宅介護	-	6	158	0	0	0	0	0	0	(0)	9期計画では公募を行わない。
看護小規模多機能型居宅介護	-	1	29	0	0	1	29	0	0	(29)	公募により事業予定者を決定
認知症対応型共同生活介護	○	21	324	0	0	0	0	-	18	18	公募により事業予定者を決定
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	5	131	0	0	0	0	0	0	0	公募により事業予定者を決定
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	4	116	0	0	2	37	0	0	37	公募により事業予定者を決定

※総量規制対象のサービスは整備目標値を定め、その範囲内で事業者募集（公募）を行います。

※整備目標値の括弧書きの数値は、総量規制対象外ですが目標値を設定し、事業者募集を行うものです。

※小規模多機能型介護及び看護小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所の指定申請等については、この表の限りではありません。ただし、指定の可否は事前協議及び松本市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会に諮り決定します。

第5章 介護保険サービスの見込み量

介護保険サービスの見込み量は、以下のとおりです。高齢者人口の増加や新たな施設整備等に伴い、介護サービス給付費は今後も増加していく見込みです。

(単位：円)

	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額	68,056,487,354	21,960,192,765	22,763,806,564	23,332,488,025
総給付費	64,937,230,000	20,938,439,000	21,723,144,000	22,275,647,000
特定入所者介護サービス費等給付額	1,439,227,907	471,429,822	480,166,625	487,631,460
高額介護サービス費等給付額	1,427,255,915	467,455,659	476,198,555	483,601,701
高額医療合算介護サービス費等給付額	188,955,436	61,946,408	63,014,690	63,994,338
算定対象審査支払手数料	63,818,096	20,921,876	21,282,694	21,613,526
地域支援事業費	4,415,470,000	1,446,750,000	1,473,590,000	1,495,130,000
介護予防・日常生活支援総合事業費	2,855,630,000	929,330,000	952,380,000	973,920,000
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	1,120,310,000	370,910,000	374,700,000	374,700,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	439,530,000	146,510,000	146,510,000	146,510,000

第6章 財源構成と介護保険料

第2節 第1号被保険者の介護保険料

1 介護保険料の推移

(単位：円)

	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期
基準額 (月額)	2,406	3,250	4,590	4,540	5,439	5,694	5,890	5,890
基準額 (年額)	28,880	39,000	55,080	54,480	65,270	68,330	70,680	70,680
伸び率		35.0%	41.2%	△1.1%	19.8%	4.7%	3.4%	0.0%

2 保険給付費の財源構成

区分	国負担金	財政調整 交付金	県負担金	市繰入金	第1号 保険料	第2号 保険料
居宅給付費	20.0%	5.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設等給付費	15.0%	5.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%

※第8期から変更なしの予定

3 第1号被保険者介護保険料の算定方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{(保険給付費} \times 23\%) \\ + \text{(地域支援事業費} \times 23\%) \\ - \text{(介護給付費準備基金繰入額)} \\ - \text{(財政調整交付金)} \end{array} \right] \div \text{第1号被保険者数} \div 12 \text{か月} \div \text{保険料基準月額}$$

4 第9期の介護保険料(基準額)

第9期計画期間中の介護保険料の基準額については、介護保険給付準備基金を最大限活用し、抑制を図ります。

国が示す人口推計、介護報酬改定の内容等を踏まえて、保険料率を決定します。

第1号被保険者保険料 (第9期基準額)	月額 5,780 円	年額 69,360 円
------------------------	------------	-------------

5 保険料段階の設定

被保険者の負担能力には差があるため介護保険料は一律ではなく、住民税の課税状況や収入・所得の状況により段階的に振り分けを行った上で保険料を定めています。

第9期計画においては、国の示す標準的な所得段階の変更と本市の従来の所得段階を考慮し、従来の11段階から更に細分化し、14段階としました。

段階	対象者	料率	年額（円）
第1段階	生活保護を受給している方、または、老齢福祉年金を受給している方で世帯全員が住民税非課税の方、または世帯全員が住民税非課税で、本人の前年の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方	0.455 (0.285)	31,550 (19,760)
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、第1段階に該当しない方のうち、本人の前年の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円超120万円以下の方	0.685 (0.485)	47,510 (33,630)
第3段階	世帯全員が住民税非課税で第1段階から第2段階に該当しない方	0.69 (0.685)	47,850 (47,510)
第4段階	本人は住民税非課税で、世帯の誰かが住民税を課税されている方のうち、本人の前年の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方	0.9	62,420
第5段階	本人は住民税非課税で、世帯の誰かが住民税を課税されている方で、第4段階に該当しない方	1.0	69,360
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方	1.2	83,230
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	1.3	90,160
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	1.5	104,040
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上430万円未満の方	1.7	117,910
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が430万円以上520万円未満の方	1.9	131,780
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の方	2.1	145,650
第12段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の方	2.2	152,590
第13段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上840万円未満の方	2.3	159,520
第14段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が840万円以上の方	2.4	166,460

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

松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他、在宅医療や看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た松本市である一方、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他職能団体、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。他にも、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。

さらに、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。
- ・松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（入退院時の連携・日常の療養支援・急変時の対応・看取りの対応）において以下の目指すべき姿に向けて、必要な取組みを進めます。

<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。

項 目	取 組 み の 概 要
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みます。
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。
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り組みを行います。
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他、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。

項 目	取 組 み の 概 要
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り組みます。 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り組みます。
地域包括ケア推進室	開業医との連携の他、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。 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。 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。

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

項目	単位	令和5年度末見込	令和8年度目標
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

第3章 介護人材の確保と育成

第1節 介護保険事業者等の支援・ICTを活用した人材確保支援

1 現状と課題

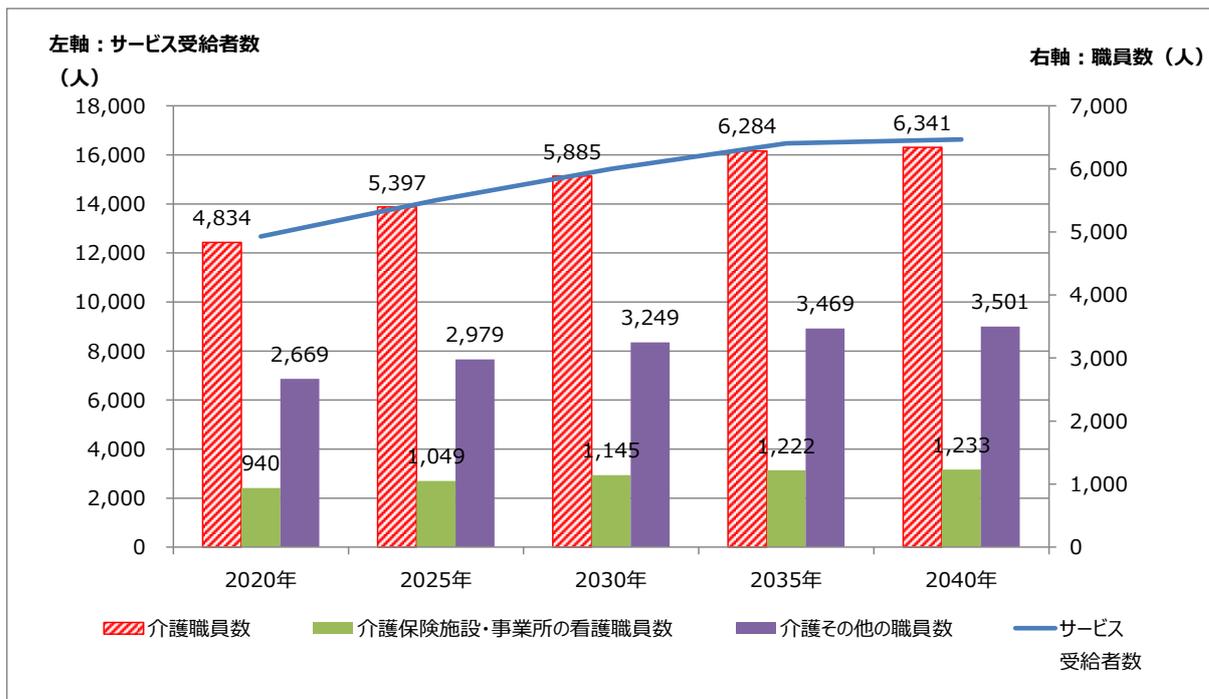
全国的に高齢化が進む中、介護を担う人材の不足が課題となっています。介護人材の確保・定着のため、長野県においては資格取得の補助や奨学金貸付など様々な施策を実施しています。しかし、介護事業所の人手不足は解消されず、県内介護分野の有効求人倍率は、2.7倍（令和4年度）と全産業平均1.55倍を大きく上回っており、介護分野は引き続き深刻な人材不足の状況にあります。

松本市の高齢化率は今後も上昇が見込まれ、介護需要がさらに拡大することが想定され、下記推計によると、現状（2018年）約4,000人の介護職員数は、2040年には「6,341人」に達する見込みであることから、更なる介護人材の確保と定着化が喫緊の課題です。

配置率の増減率（%）	介護職員数	介護保険施設・事業所の看護職員数	介護その他の職員数
（参考）2018年度（全国）	38.1	7.4	21.1

◇介護職員等の必要数推計

サービス受給者数に配置率を乗じることにより、将来の介護職員等の必要数を簡易に推計したものです。（県実施：介護人材需給推計ワークシート需要推計シート）⇒次ページ参照



2 施策の方向

介護人材不足解消のためには、介護職に就いている方の定着化支援や、育成、新規人材の確保、生産性の向上、職場環境の改善など、総合的に取り組む必要があります。

本市では、「介護保険事業者等支援」と「人材確保・定着化支援」を2本の柱とし、県と連携を図りながら、人材の確保・定着に向けた施策の充実を図ります。

3 主な取組み

項目	取組みの概要
介護事業所支援事業	介護事業所間や行政等の情報共有について、ICTを活用した介護事業所間のネットワーク構築支援を検討します。また、介護ロボットを活用するなど、介護事業所の生産性向上の推進を支援します。
介護事業所研修事業	先進的な取組みを実施している県内・県外の介護施設等への視察に要する費用又は事業所が主催した研修会等の費用の助成を検討します。また、介護事業所経営講習会や若手介護事業者意見交換会を開催し、介護人材の質の向上へつなげます。
人材確保・定着化支援事業	ハローワークと連携し、就職面接会やセミナーを開催します。また、高校生等の若年層を対象とした介護職体験等により、福祉・介護への理解の向上や、元気高齢者が活躍できる仕組みづくりに取り組めます。

項 目	取 組 み の 概 要
市ホームページでの情報提供	『「かいご」の「しごと」を応援します』という特設ページを設け、介護福祉士や社会福祉士などの方（目指す方）への奨学金制度・各種貸付金制度や県の人材育成制度の紹介など、情報提供を積極的に実施します。

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
事業所ネットワーク支援システム導入率	%	—	80
先進地視察研修会及び事業所主催研修会助成件数（障がい者施設分を含む。）	件	—	600

(協議事項)

令和6年度 事業計画(案)について

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）の活用周知と更新依頼

(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と解決策の検討

在宅医療・介護連携委員会の開催 2～3回

(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周知

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

(ア) 県で実施予定の入院病院での入退院連携に関する課題を踏まえての検討

(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

(5) 災害や感染症を想定した平時からの関係機関との連携について

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）の周知の継続

イ 三師会、医療・介護関係機関との連携・協力

(2) 地域住民への普及啓発

ア 「高齢者福祉と介護保険のしおり」

適宜情報を更新し、冊子化しホームページへも掲載し、高齢福祉課、地域包括支援センター等窓口で配布

イ ACP（人生会議）と松本市版リビングウィル（事前指示書）

11月30日の人生会議の日に合わせて、11月に重点的に周知

(ア) 地域包括支援センターだより(11月号)に掲載し、松本市公式ホームページ、松本市公式ラインへ掲載

(イ) 市内医療機関、薬局、地域包括支援センター、保健センター等において、松本市版リビングウィル（事前指示書）様式を設置し、希望者には専門職から説明のうえ配布

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）

(3) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ア お薬手帳への「緊急時・災害時、困りごと相談」連絡先用紙の貼付の推進継続
- イ 松本圏域入退院連携ルール運用状況調査の実施及び結果の情報共有
- ウ ICTを活用した介護事業所間のネットワーク構築支援の検討

(4) 医療・介護関係者等の研修・会議

- ア 多職種連携研修会の開催
 - (ア) 松本市多職種連携研修会
 - (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 松本市医師会主催の勉強会等への協力と参加
- エ 自立支援型個別ケア会議、個別地域ケア会議の開催

(5) 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

3 対応策の評価・改善【Check】【Act】

第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の初年度であり、方向性に沿って、在宅医療・介護連携委員会等で各所属からの課題を抽出し、解決に向けていく。

各所属団体の取組み状況

令和4年度・令和5年度第1回委員会では出された意見と高齢者等実態調査結果を下記の表に整理しました。

それらの意見を参考に、4つの場面において、各所属団体の取組みと今後の取組みやご意見についてご記載下さい。

1 入退院支援

- (1) 退院後受診につながらない方への往診対応
- (2) タクシー代わりに、経済的な理由から救急搬送される
- (3) ケアマネが知らないうちに入院している
- (4) 薬剤師間・歯科医師間の取組みの温度差がある

各所属団体の今までの取組み	各所属団体の今後の取組み

2 日常の療養支援体制

- (1) 訪問診療・往診・訪問看護師等の体制（可能な限り自宅で暮らしたい）
- (2) 認知機能が低下している方、独居高齢者への服薬支援
- (3) コロナ禍、顔の見える関係づくりの機会が減った（勉強会開催できていない、事業所間の連携や勉強会等）
- (4) 担当者会議等への薬剤師への出席依頼する機会がなかった
- (5) 年に1回以上の歯科検診・歯科医院の受診者（要支援・介護高齢者:39.5%、元気高齢者:77.6%）
- (6) 固いものが食べにくい、むせる等の課題をもつ方（要支援・介護高齢者で47%）

各所属団体の今までの取組み	各所属団体の今後の取組み

3 急変時の対応

(1) 介護タクシーの対応も可能な方に、経済的な課題からやむを得ず救急搬送の対応をした

各所属団体の今までの取組み	各所属団体の今後の取組み

4 人生の最終段階（看取り）における支援

- (1) 訪問看護師が看取りに関わっていることが知られていない
- (2) 短期入所中や施設での看取りもある
- (3) R4 救急出動時、心肺蘇生を望まない事案があった。事前指示書があっても、対応し搬送せざるを得ない現状
- (4) 自宅で最期まで過ごしたい方が56.5%。延命治療を望まない方が、84.7%であるが、ACP未実施が57.6%。リビングウィルを残したい方が32.2%
- (5) かかりつけ医がいる方は、約85%以上であるが、往診してくれるか把握している方は約30%
- (6) かかりつけ歯科医師がいる方は、要支援・介護高齢者:63.5%、元気高齢者:82.8%
- (7) かかりつけ薬剤師・薬局がある方は、要支援・介護高齢者:84.9%

各所属団体の今までの取組み	各所属団体の今後の取組み