

令和6年度 第1回松本市在宅医療・介護連携委員会 次第

日時：令和6年6月5日（水）

午後1時30分～

場所：松本市役所 第2委員会室

1 開会

委嘱状 机上交付

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 報告事項

令和5年度入退院連携ルール運用状況調査結果

…資料1

(2) 協議事項

切れ目のない在宅医療と介護の連携推進について

…資料2

ア 災害や感染症を想定した平時からの取組について

イ ICTを活用した介護事業所間ネットワーク構築のための支援について

(3) その他

情報提供（在宅医療推進フォーラム）

4 その他

5 閉会

令和6年度 松本市在宅医療・介護連携委員会 委員名簿

	No.	委員名	構成団体名	
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	リハビリ専門デイスサービス常念望
	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	池田 美穂	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	小松 仁
			健康福祉部 高齢福祉課 課長	高木 寿郎
			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 課長補佐	百瀬 美和
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当 課長補佐	直井 光世
			健康福祉部 高齢福祉課 介護給付担当 課長補佐	三井 正勝
			健康福祉部 高齢福祉課 福祉担当 主査	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
			松本市中央西地域包括支援センター長	宮嶋 由佳
			松本市北部地域包括支援センター	橋倉 理恵

令和5年度松本市入退院連携ルール運用状況調査結果について

1 調査概要

- (1) 調査対象機関 市内居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 76か所
(2) 調査実施方法 令和5年11月入退院分を12月末までに集計、県へ報告

2 回答数

	松本市	松本圏域	長野県全体
全事業所数	76(78)	142(141)	717(711)
回答数	76(78)	132(139)	608(639)
回答率	100% (100%)	93.0%(98.6%)	84.8% (89.9%)

※括弧内はR4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	73(70)	96.1%(89.7%)	96.2%(88.5%)	97.9%(93.4%)
未活用	3(8)	3.9%(10.3%)	3.8%(11.5%)	2.1% (6.6%)

※括弧内はR4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としている。
- ・松本市の入退院ルールの活用状況は、昨年よりあがり96.1%であった。
松本圏域と同程度の活用率だったが、県全体より低い状況。

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	189 (172)	242(226)	78.1%(76.1%)	78.0% (72.5%)	77.7% (79.9%)

※括弧内はR4年度

- ・退院時連携率は、松本圏域と同程度の割合だったが、県全体より若干高く78.1%で、昨年よりあがった。
(県全体は、R5：77.7%、R4：79.9%)

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	228(235)	255(260)	89.4% (90.4%)	90.4% (91.1%)	93.6% (93.7%)

※括弧内はR4年度

- ・入院時の全体連携率は、松本圏域・県全体と比べると低く89.4%であり昨年より下がった。

6 自由記載欄の主な意見(別添)

7 考察

- (1) 入退院ルールを活用状況は、全体的には活用がされてきている。

ア 市内居宅介護支援事業所の活用率は、95.3%と昨年より上がり、地域包括支援センターの活用率は100%であった。

イ 退院時の連携があった入院医療機関は、市内13病院、市外9病院（圏域内6・圏域外3）、県外2病院であった。

ウ 調整率100%の病院は、12か所あり、調整率80%未満の病院は8か所であった。

エ 退院時のカンファレンスは、100%実施ができた。本人直接同席、本人（モニター越し等）間接同席で実施されたのが52.4%（R4：39.5%）と、新型コロナウイルス感染症の5類移行も一つ要因であったか、昨年度より上がった。

一方で、本人なしでの調整は47.6%（R4：60.5%）で、昨年度より本人同席での実施が増えた。

- (2) 入院時連携は、ケースによって状況は異なるが、少しずつ連携が図られてきている。

ア 入退院の繰り返しや入院の連絡がなかった等の理由で連携できなかったこともあった。予防の連携率は（R5：87.3%、R4：77.8%）、介護の連携率は（R5：90.2%、R4：94.4%）であった。

イ 情報提供を依頼していたが連絡がない、急な退院や、看取り期の方の連携不足、情報提供送付先の窓口が様々（MSWと病棟看護師等）、リハ職との連携を希望したがうまくいかなかった等が上げられた。

ウ 急な退院となっても、入院中早い段階からの密な電話連絡、家族を含め連絡を頻回に取り合い看取り期の方の支援をした結果、安心した退院につながった。

エ 入院医療機関、ケアマネジャー共に、日頃からの関係を大切に、連絡を密に取っているという意見もあり、以前に比べ医療機関やケアマネジャーも連携について日頃から意識していることがうかがえた。

8 今後について

- (1) 本調査結果については、ケアマネジャーと共有し、引き続き利用者の入退院時のサービス等を切れ目なく一体的に支援することを目指していきます。

- (2) 広域的な取組みについては、松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡会に提案していきます。

切れ目のない在宅医療と介護の連携推進について

1 災害や感染症を想定した平時からの取組について

(1) 現状

医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みである地域包括ケアシステムでは、災害発生時や感染症拡大時に、その機能が不十分になることが想定されます。今後、どのような部分で関係機関の連携が必要となり、平時からどのような取組ができるかを把握する必要があります。

(2) 趣旨・目的

災害発生時や感染症拡大時に、医療機関や介護事業所などの関係機関が速やかに連携するために平時からどのような取組が必要か、あるいは災害等を想定して各団体で実際に取組まれている事例があるかを市内関係機関に調査します。現状を把握するとともに、現場で考える必要な連携体制を確認します。

(3) 今後の予定

調査項目を検討のうえ次回委員会開催時までには調査を実施します。調査結果を次回委員会にて報告するとともに、具体的な対策案を検討していきます。

2 ICTを活用した介護事業所間ネットワーク構築のための支援について

(1) 現状

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、令和4年度をもって、松本市社会福祉協議会を事務局とした松本市介護保険事業者連絡協議会が解散となるなど、介護事業所間の交流や情報交換の機会が減少したため、事業所間のネットワークづくりが課題となっています。

(2) 趣旨・目的

災害発生時や感染症拡大時に、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施する、あるいは非常時の体制で早期の業務再開を図るための措置を講ずる必要があります。介護事業所間における情報共有や連携支援体制の構築が重要となってきます。

また、電話やF a x、電子メールで行っている事業所間や行政との情報のやり取りを、業務の効率化や介護人材不足を補完する観点から、ICTを活用したネットワークづくりの支援を行うことを目的とします。

(3) 課題等

- ア 具体的にどのような連携が必要となるか介護現場からの意見を徴取
- イ 介護現場におけるペーパーレスへの脱却、ICTに関する知識の習得
- ウ 効果的なネットワークを構築するために、参加事業所数の拡大が必要

(4) 今後の予定

- ア 1の調査と合わせてアンケート調査を実施し、具体的なICTの活用方法を検討します。
- イ ICTに関する知識を習得するため、事業所を対象にICTに関する研修会を開催します。

自由記載欄の主な意見

1 医療機関との入退院時の連携でうまくいった点

- ・ 入院時早い段階で入退院支援担当の看護師から連絡をもらい、治療状況や今後の療養について等の情報を得られた。
- ・ ご家族も含めしっかり連絡を取り合うことでスムーズに退院調整から退院につなげることができた。
- ・ 自宅で看取りの希望により退院することになったが、退院カンファレンスで、退院翌日以降のサービスの予定を組んで共有することができ、家族の不安が軽減できた。また、支援もスムーズに介入できた。
- ・ SW から状況確認及び訪問リハビリからの意見と家族形態を考えた環境調整の提案をあってプランニングしやすかった。
- ・ 転院後、2週間程度で1回目のカンファレンス&退院の約1週間前に2回目のカンファレンスを実施してもらったので、余裕をもってサービス調整ができた。
- ・ 退院調整時、担当のMSWが体調不良で1週間程度休みだったが、他のMSWがその間引継ぎ調整していただいた。家族も安心して在宅生活に移行できた。
- ・ ターミナル期の利用者で、急な退院となったが、緩和ケアチーム DR、NS、MSW と退院当日外来にてカンファレンスをもち、ご本人も安心して帰ることができた。
- ・ 病棟看護師より自宅での生活状況、ADL、サービス内容についての確認の連絡をもらった。ADL 状況の確認ができ家族も安心して自宅退院できた。
- ・ ご本人を交えたカンファレンスの開催や電話連絡をこまめに頂き情報共有できたため、役割分担がされてご本人の希望にそった支援ができたと思う。
- ・ 状態変化により家族の不安も強く複数回カンファレンスを開催いただき、病院の主治医にもカンファレンスに出席いただき病状の説明を受けられ退院調整がスムーズに行えた。
- ・ 入院前より介護の必要が増えた場合にはカンファレンスを組んでくれ、サービス調整を行いスムーズに自宅退院できた。
- ・ 独居で視覚障害があり、自宅もゴミ屋敷状態だったが、退院カンファレンス、個別地域ケア会議で、関係者で自宅の片付け、情報共有ができ、スムーズに在宅での生活に移行できた。
- ・ 退院カンファレンスで日程調整が出来て家族の受入れ体制がしっかりと整ってから退院できた。(ターミナルの方だったので家族の気持ちにも配慮することが出来た)
- ・ 認知症があり介護者の理解が難しいケースについて、MSW との情報共有および退院前の家屋調査により、何とか在宅生活が可能になった。
- ・ 以前よりも病院との連携はスムーズになっていると感じる。病院側と連絡が取りやすい。窓口がしっかりしてきた。
- ・ コロナが5類になり、病院での面談 (MSW、病棟 NS、本人等) がしやすくなり、状況が確認

、収集しやすくなった。

2 医療機関との入退院時の連携での課題について

- ・認知機能低下のある利用者。同居の次男とは連絡がつかず退院後の対応を検討することができない。入院中に次男が退院調整を希望しなかったため包括に連絡がなく、退院カンファレンスや退院サマリーもなかったため、病状や経過を把握できなかった。
- ・癌末期で自宅での看取りのため退院となったケース。退院カンファレンスに参加したが、サマリー等頂けず、サービス事業所に詳しい病状や入院中の経過を伝えることができなかった。
- ・ケースワーカーとのやり取りと病棟リハビリとの意見が違いリハビリの導入の是非に戸惑った。
- ・電話等での連携は以前より取りやすくなったが、退院前のカンファがめったに無い。こちらからお願いしにくい。
- ・退院日の9時ごろ、今日退院しますとの連絡がMSWよりあった。ガンの終末期であり、今後の生活や医療の方向をどうするか検討が必要な人であったにも関わらずそのような対応をされて驚いた。
- ・本人の動きや必要な介助、入浴や歩行の様子を知りたくてリハビリ見学、リハビリサマリーを希望したがなかった。通所リハ担当者にも見てもらいたかった。
- ・入院をしてすぐに連携を取りたいが、相談員の担当者が決まっていないことがある。どのくらいで病院側の担当者が決まり、連携を取ることが出来るのか。
- ・速やかに連携が必要であると判断し、連携票を送ったが、結局担当者も不明でその後の連絡がなかった。
- ・区変をかけるときは、ケアマネを入れたカンファレンスを開いて欲しい。
- ・家屋調査をする病院としない病院がある。環境調整して退院できると家族の不安が軽減される。

3 医療機関との入退院時の連携で、課題解決のために取り組めそうなことや医療機関にお願いしたいこと

- ・ケアマネジャーに対して、病院側で担当者が決まるタイミングがあるのであれば、情報提示して欲しい。
- ・連携票など送られた後、何らかの連絡を頂きたい。
- ・年末ギリギリでの退院の連絡があった際には事業所との連携が図れずにサービス調整が出来ないケースがあり困る。
- ・入院時の情報を医療機関に提供したことが、院内でどのように情報を共有して、利用者の入院中の加療時にどのように活かされるのか、各医療機関から明示していただけたらありがたい。
- ・ICTを活用した病院の病床空き情報を取りまとめて、相談員が閲覧できるようなシステムの構築を行政にお願いしたい。

令和6年度 事業計画

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。