会　議　録

<table>
<tr><td colspan="2">会議の名称</td><td colspan="3">令和７年度第１回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会</td></tr>
<tr><td colspan="2">開催日時</td><td colspan="3">令和７年（2025 年）５月 26 日（月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">開催場所</td><td colspan="3">つくば市役所　会議室 203</td></tr>
<tr><td colspan="2">事務局（担当課）</td><td colspan="3">福祉部地域包括支援課</td></tr>
<tr><td rowspan="2">出席者</td><td>委員</td><td colspan="3">成島淨委員、柴原健委員、志真泰夫委員、小鬬剛委員、井上実委員、根本知砂子委員、渡邊多永子委員、本多めぐみ委員、津野義章委員、品川豊委員、野澤亮子委員、大塚俊実委員、幸田良子委員、大野聡子委員、大曽根賢一委員、小林路江委員、立澤友子委員、中山寛子委員、倉林奈津絵委員、福井正人委員</td></tr>
<tr><td>事務局</td><td colspan="3">福祉部：根本部長、日下次長　保健部：黒田顧問
国民健康保険課：鈴木参事補
地域包括支援課：相澤課長、岡野課長補佐、市川係長、栗原主任、遠藤保健師</td></tr>
<tr><td colspan="2">公開・非公開の別</td><td>■公開　□非公開　□一部公開</td><td>傍聴者数</td><td>０人</td></tr>
<tr><td colspan="2">非公開の場合はその理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">議題</td><td colspan="3">（１）令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について
（２）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について（案）
（３）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について(案)</td></tr>
<tr><td>会議次第</td><td colspan="4">1　開　会
2　あいさつ
3　自己紹介
4　会長・副会長選任
　・会長あいさつ
5　議　題
（１）令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について
（２）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について(案)
（３）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について(案)
6　その他
7　閉　会</td></tr>
</table>

議事内容

事務局	定刻になりましたので、ただいまより令和７年度第１回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開会いたします。本日は、公私共にお忙しい中、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。本日の司会進行を務めます、地域包括支援課　課長の相澤です。どうぞよろしくお願いいたします。初めに、会議録の作成にあたり、当協議会での発言内容を録音させていただきますので、あらかじめ御了承いただきたいと思います。あわせて、録音用マイクの使い方について御説明させていただきます。発言される際には、マイクの底の部分を押していただいて、ランプが緑色になったことを確認してから発言いただきますようお願いいたします。それでは、次第に沿って進行させていただきます。開会にあたり、福祉部長根本より御挨拶申し上げます。 令和７年度第１回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会の開催にあたりまして、一言御挨拶を申し上げます。日本は近年、急激に少子高齢化が進み、超高齢社会を迎えております。本市におきましても、高齢者人口が令和７年４月１日現在で約５万人、高齢化率が19.32%。国が７年１月１日現在で全国高齢化率 29.3%。茨城県の高齢化率が 31%ですので、国・県よりは低いものの、上昇傾向となっております。高齢化の進行に伴い、地域で医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者も増えてきております。このようなことから、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的に在宅医療と介護を提供することがますます重要となってきております。つくば市では、平成 28 年度につくば市在宅医療・介護連携推進協議会を発足させ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、医療と介護のありたい姿の実現に向け、課題や対応策について、検討・共有を重ねてまいりました。今年度からは新たな体制で、委員の皆様からの忌憚のない御意見、専門的な御助言をいただきながら、更なる体制の構築を進めてまいりたいと考えております。今後とも委員の皆様の御協力を賜りますようお願い申し上げまして、本日の御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。 前任の委員の皆様が、令和７年３月で任期満了となり、この度、新しい任期となっております。最初の会議となりますので、委員の

	皆様の自己紹介として、所属とお名前をお願いいたします。名簿に沿って、成島委員よりお願いいたします。 〈委員自己紹介〉 　ありがとうございました。本協議会の委員の任期は令和７年４月１日から､令和10年３月31日までの３年間となっておりますので、委員の皆様、御指導、御協力よろしくお願い申し上げます。 　次に、４月の人事異動で事務局職員の体制も変わっておりますので、紹介をさせていただきます。 〈事務局自己紹介〉 どうぞよろしくお願い申し上げます。 　続きまして、会長副会長の選任に移ります。つくば市在宅医療・介護連携推進協議会開催要項第４条に基づき、会長及び副会長を委員の皆様の互選により定めることとなっております。委員の皆様の中で、自薦他薦があればお申し出いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。
委員	事務局一任でお願いします。
事務局	ただいま「事務局一任」とのお声がございましたので、事務局案を御提案いたします。事務局案としましては、会長につくば市医師会　成島淨委員、副会長に筑波大学　渡邊　多永子委員を提案させていただきたいと思います。他に御意見ありますでしょうか。
委員	異議なし。
事務局	「異議なし」の声が上がりましたので、御賛同いただける方は拍手をお願いいたします。〈拍手〉ありがとうございます。それでは会長　成島淨委員、副会長　渡邊多永子委員に決定させていただきます。成島会長と渡邊副会長は、お席の移動をお願いいたします。 　それでは成島会長より御挨拶をいただきたいと思います。
成島会長	会長の成島淨です。これから３年間よろしくお願いします。多少名前は変わりましたけど、この連携事業は、今日もいらしている志真先生を中心とした筑波メディカルセンターが最初に受託されま

	して、そのあと医師会が受託し、平成 28 年から市に移管され、もう 10 年に渡る事業です。基本的なことは特に変化なく、ただ逆に言うと 10 年以上やっていても改善しない部分、解決しない課題が多くあることは間違いなく、できればこの３年間ですべてを解決できなくても、これは達成できたというふうに１個１個解決できればと思います。 また、団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2040 年は、いわゆる団塊の世代ジュニアが 65 歳以上になる時期で、その時期には、高齢者・独居老人が増加し、かつ労働人口が減少し、介護・医療業界をどう維持するのかといことが非常に問題になっています。それに対して、この３年間で何ができるか分かりませんけど、きちんとしたテーマを作って、例えばずっと言われてたものは ICT を活用した医療・介護連携ですが、何年も前からやっていて、ようやく第一歩を踏み出せる状況になってきたようですので、それを確実に進めて何か１つしっかりしたものをつくることができればと思いますので、皆様ぜひ御協力お願いします。以上で簡単な御挨拶とさせていただきます。
事務局	成島会長ありがとうございました。議事に入る前に、事務局から会議の公開に関する連絡事項があります。当協議会について、「つくば市附属機関の会議及び懇談会等の公開に関する条例」により、この会議を公開とします。 また、本日差し替え資料として資料１と資料２の一部を配布させていただいておりますが、訂正箇所につきましては資料説明の際にお知らせいたします。時間の関係上、資料の確認は割愛させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。 それでは協議に移ります。会議の進行は、つくば市在宅医療介護連携推進協議会開催要項第５条第１項の規定に基づき、会長が議長を務めることとなっておりますので、ここからは会長に進行をお願いしたいと思います。成島会長、よろしくお願いいたします。
成島会長	それでは、会議を始めさせていただきます。 まず、(１)令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について、事務局から説明をお願いします。
事務局	つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について、お伝えさせていただく前に、まず在宅医療・介護連携推進事業について説明をさ

	せていただきます。資料２在宅医療・介護連携推進事業計画（案）のスライド２・３を御覧ください。在宅医療・介護連携推進事業とは、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析した上で、住民や地域の医療・介護関係者と地域の目指すべき姿等を共有し、医療機関と介護事業者等の協働・連携を推進する事業となっています。 　つくば市在宅医療・介護連携推進事業では、お配りしている資料「医療と介護のありたい姿ロードマップ」に掲げられていますとおり、医療と介護のありたい姿の実現に向け、年２回、在宅医療・介護連携推進協議会を開催します。第１回推進協議会では、今年度の事業計画を定め事業計画の具体策を協議・推進するために、各実務部会で年２回程度活動していき、第２回の推進協議会にて各実務部会の活動内容、成果、課題、次年度の方向性を報告することとなります。 　では、令和６年度の事業実績を報告させていただきます。本日配布させていただきました、差し替えの資料１を御覧ください。差し替え部分につきましては、まず１つ目「３　市民への普及啓発」の部分で、「ハートページの作成及び配布」という１文を加えさせていただいております。２つ目「４　研修会」の多職種連携研修会を「多職種連携意見交換会」と変更させていただいております。最後に、成果の部分で、２つ目の文言がわかりにくい表現となっておりましたので、文章を整理させていただいております。 　では、内容の説明をさせていただきます。資料１の１枚目と裏面に、推進協議会と各実務部会の開催活動実績をまとめています。一覧のとおり、推進協議会は年２回、各実務部会に関しては研修部会は年４回、その他の部会は年２回行っております。２枚目を御覧ください。市民への普及啓発に関しましては、11 月に在宅医療講演会を実施した他、各地域包括支援センターと連携し、多くの地域で在宅医療と在宅介護についての出前講座を実施しております。その他、オンデマンド配信や冊子の作成・配布を通して、在宅医療・在宅介護の普及啓発に取り組みました。裏面を御覧ください。研修会としましては、多職種の意見交換を中心とした研修会を年２回開催しました。内容はシームレスな連携に向けた課題をテーマとし、医療・介護分野の専門職の方を講師に迎え、お話をいただき、それを

	踏まえた上で、多職種でグループワークを行いました。その他、ありたい姿の進捗管理としまして、重点評価指標の見直しや在宅医療・在宅介護関連冊子の活用状況を確認するための調査を実施しております。 　令和６年度の成果としましては、 ・医療と介護の専門職の顔の見える関係構築に向け、シームレスな連携に向けた課題をテーマとし、意見交換会をメインとした研修会を実施したこと ・地域包括支援センターと連携することで、細かな単位、多くの地域で出前講座を開催することができ、啓発講座として開催していたものを在宅医療講演会とすることで大規模なものとなり、多くの方に在宅医療・在宅介護について周知することができたこと ・重点評価指標の見直しを行い、従来の指標に加え、８次保健医療計画を考慮した新たな指標を定めたこと ・医療機関に対し、在宅医療・在宅介護関連冊子の活用状況調査を実施し、活用状況や意見を調査し確認したこと ・ICT 連携ツールを活用している近隣市を視察訪問し、ICT 連携ツールの活用状況や実態を把握・確認したこと 以上を成果として挙げさせていただきます。 　資料１についての説明は以上となります。
成島会長	ただいまの説明につきまして、何か御質問等ございましたらお願いします。よろしいでしょうか。ないようですので、次の議題に移りたいと思います。 　（２）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業(案)について、事務局から説明をお願いします。
事務局	それでは令和７年度在宅医療・介護連携推進事業計画(案)について説明させていただきます。お手元の資料２、もしくはスクリーンを御覧ください。先程資料１の説明の際にもお伝えいたしましたが、在宅医療・介護連携推進事業とは、医療と介護の両方必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析した上で、住民や地域の医療介護関係者と地域の目指すべき姿等を共有し、医療機関と介護事業所等の協働・連携を推進する事業となります。

	事業の具体的な取組としましては、「地域の医療・介護の資源の把握」「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」「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」「医療・介護関係者の情報共有の支援」「在宅医療・介護連携に関する相談支援」「医療介護関係者の研修」「地域住民への普及啓発」となります。 スライド３を御覧ください。引き続き、資料１の説明と重複しますが、つくば市の在宅医療・介護連携推進事業は「医療と介護のありたい姿ロードマップ」に掲げているありたい姿の実現に向け、年２回、在宅医療・介護連携推進協議会を開催します。第１回推進協議会では、今年度の事業計画を定めその内容を推進していくために、４つの部会でそれぞれ年２回程度活動していくこととなります。第２回の推進協議会にて各実務部会の活動内容の報告、成果、課題、次年度の方向性を報告することとなります。 推進協議会で協議する事項は、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会開催要項のとおり、 １　在宅医療・介護に係る課題の把握のための調査に関すること ２　在宅医療・介護の支援体制の構築に関する事項 ３　在宅医療・介護の効果的な連携の推進及び強化に関する事項 ４　在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発に関する事項 ５　その他、在宅医療・介護連携推進事業に関する事項 以上の事項を協議するものとなります。在宅医療・介護連携推進事業はこの協議事項を根幹に、PDCA サイクルに基づいて実施していくこととなります。 スライド４を御覧ください。PDCA サイクルに沿った事業計画に入る前に、スライド４・５ではつくば市の在宅医療と介護の現状について挙げています。まずスライド４では、つくば市の人口と在宅医療の資源について、つくば市の在宅医を提供する施設数と全国対比を挙げています。 スライド５を御覧ください。スライド５・６に関しましては、本日差し替えとして配付しております資料を御覧いただければと思います。スライド５に関しましては、死亡患者数の部分が誤った表記となっておりましたので訂正しております。こちらのスライドでは、在宅介護の資源について、つくば市の在宅介護を提供する施設数と全国の対比を挙げております。また、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院に係る定例報告から、訪問診療受療者数等を挙げております。2024 年の訪問診療受療者数は 4,952 人、2023 年の訪問診療受療者数は 4,810 人、2022 年の訪問診療受療者数は 4,718 人と

	なっております。 スライド６を御覧ください。差し替えの資料にて、2024 年の参考値を新たに加えております。スライド６から８まででは、現状分析、課題抽出、施策の立案について挙げております。スライド６では、現状分析①として、医療と介護のありたい姿の進捗管理の指標である、重点評価指標の数値の年次推移と 2025 年の目標値を挙げております。各評価項目と数値の推移はスライドのとおりとなります。データ元に関しては、2020 年と 2022 年は、高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査の結果から、2021 年と 2023 年、2024 年の参考値は、要介護認定更新時のアンケートと、市内の全ケアマネジャーに対するアンケートの結果からの数値となります。 スライド７を御覧ください。現状分析②として、高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査結果から、ACP 関連の項目の結果を挙げております。１つ目の設問「ACP について言葉を知っていますか」に関しては、「以前から知っていた」認定者 3.5%、一般高齢者 2.4%に対し、「言葉も内容も知らなかった」認定者 73.1%一般高齢者 79.7%となっております。２つ目の設問「万が一のときに備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療ケアを望んでいるかについて、自分自身で考え、あなたの信頼する人たちと話し合うことについて、最も当てはまるもの」に関しては、「考えており少し準備をしている」認定者 11.9%、一般高齢者 8.8%、「考えており、近いうちに行おうと思っている」認定者 3.0%、一般高齢者 2.3%、「すでに行っている」認定者 6.2%、一般高齢者 1.5%となっております。３つ目の設問「万が一のときに備えて、あなたの大切にしていることや、どのような医療ケアを望んでいるかについて記録に残していますか」に関しては、「残している」認定者 8.7%、一般高齢者 5.0%、「将来的に残したい」認定者 27.2%、一般高齢者 37.8%という結果になっております。ACP の認知度、実際に行動に移せていることを示す項目ともに、要介護認定者、一般高齢者の回答が低値であり、この結果から ACP に関する普及、認識が成熟されていないことが読み取れます。 また、参考として、厚生労働省が令和４年度に一般国民を対象に実施したアンケートでは、「ACP について言葉をよく知っている」との回答は 5.9%、「聞いたことはあるがよく知らない」との回答は 21.5%、「言葉の内容も知らなかった」との回答は 72.1%となっており、このことから、全国的に ACP の認知度が低いことがわかりますが、つくば市は全国と比べても認知度が低い状況となっておりま

	す。 　スライド８を御覧ください。課題の抽出、施策の立案について、現状分析①から、在宅医療の認知度がどの年度も４割程度でとどまっていること、現状分析②から７割以上の方に ACP についての普及・啓発が行き届いてないことがわかります。また、医療と介護の連携状況については、現状分析①から、十分とは言えない状況であることがわかります。 　これらのことを踏まえて、施策として、 ・在宅医療の認知度が伸び悩みを示しており、市民に対し ACP を含めた普及啓発を継続する必要がある ・医療と介護の切れ目のない連携を実現するために、ICT 連携ツール導入に向けた準備を進める必要がある ・多職種の連携度合いを高めるために、顔の見える関係づくりに向けた研修・意見交換会を実施する必要がある 以上３つを挙げたいと思います。これら施策の立案は、令和６年度の事業計画と同様のものになりますが、単年計画では達成が不十分であることや、令和６年第２回の協議会でも次年度の方向性として報告させていただいておりますので、今年度もこれらを施策として挙げたいと思います。 　スライド９を御覧ください。対応策の実施については、医療と介護のありたい姿ロードマップに準じて、各実務部会で対応策を実施していくことになります。各実務部会の名称と委員構成につきましては、この後、資料３　令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会　実務部会について(案)でもお示ししていきます。 それでは、ありたい姿の実現に向けて、各実務部会の対応策に関しましてお伝えしていきます。 　まず、ありたい姿１「希望の生き方をともに考える」に関してですが、進捗管理として関係する重点評価指標は、「要介護認定者の在宅医療の認知度」「要介護認定者の介護サービスへの満足度」「要介護認定者の幸福度」「家族の介護負担」となります。 　対応策としまして【評価検討部会】は、ありたい姿の実現に向け、現状の評価と必要に応じた対応策を検討する部会としまして、「ありたい姿の実現に向けた進捗管理として、2025 年の目標・目標値と現状を照合し、その結果から見えてくる課題の抽出と対応策の検討を行うこと」「ありたい姿の 2040 年理想に向けて、2025 年以降の目標・目標値を定めること」を実施内容としていきたいと思います。 また、ありたい姿につきましては、当協議会に関連する部分は、あ

りたい姿の１～３となりますので、ありたい姿の１～３にかかる現状評価、課題抽出、対応策の検討を評価検討部会で行っていきたいと考えております。

【市民向け普及啓発部会】は、市民に対し在宅医療・在宅介護について普及啓発を進めていく部会として、「地域で在宅医療や ACP に関しての啓発講座を実施すること」「在宅医療・介護について紙媒体と電子媒体を併用し、市民へ情報提供、在宅医療・在宅介護の普及啓発に繋げること」を実施内容としていきたいと思います。

スライド 10 を御覧ください。ありたい姿２「本人を第一に考えた多職種連携」に関しましては、進捗管理として関係する重点評価指標は、「ケアマネジャーと医療機関の連携状況」となります。

対応策としまして【評価検討部会】は、ケアマネジャーと医療機関の連携状況を把握するための取り組みとして、令和６年度の協議会でも報告した内容を踏まえ、「ケアマネジャーと医療機関の連携状況の実態を医療・介護レセプトデータ等から確認し、その結果から見えてくる課題の抽出と対応策の検討を行うこと」を実施内容としていきたいと思います。

【情報部会】では、「令和８年度の ICT 連携ツール導入に向け準備を進めていくこと」「専門職が連携に必要な社会資源の把握・整理、情報提供に繋げること」を実施内容としていきたいと思います。

スライド 11 を御覧ください。ありたい姿２の対応策の続きとなりますが、【専門職向け意見交換研修部会】は、「医療と介護の連携を高めるため、専門職間の意見交換を実施すること」「在宅医療の４場面を意識した研修会を実施すること」を実施内容とし、また、ありたい姿３「専門職のスキルアップとやりがい」に関しましても、専門職に関係する部分になりますので、ありたい姿２と同様に、【専門職向け意見交換・研修部会】にて、「医療と介護の連携を高めるため、専門職間の意見交換会を実施すること」「在宅医療の４場面を意識した研修会を実施すること」を実施内容として挙げさせていただきたいと思います。ありたい姿３の進捗管理として関係する重点評価指標は、「ケアマネジャーの仕事の満足度」になります。

スライド 12 を御覧ください。ありたい姿４「認知症になっても安心して暮らせる地域」、ありたい姿５「多様な生活の場の提供」、ありたい姿６「相互に支え合う生活支援・介護予防」、ありたい姿７「誰１人取り残さない」に関しましては、直接、在宅医療・介護連携推進事業で実施しているものではありませんが、医療と介護のありたい姿の実現に向けて、記載のとおり様々な事業に取り組んで

	おります。 　スライド 13 を御覧ください。対応策の評価についてですが、先程の対応策の実施でも触れましたが、ありたい姿１は「要介護認定者の在宅医療の認知度」「要介護認定者の介護サービスへの満足度」「要介護認定者の幸福度」「家族の介護負担感」、ありたい姿２は「ケアマネジャーと医療機関との連携状況」、ありたい姿３は「ケアマネジャーの仕事の満足度」以上の重点評価指標から、ありたい姿の進捗状況を評価・管理していくこととなります。 　スライド 14 を御覧ください。改善に関しましては資料に表記しましたとおり、各実務部会の活動内容を踏まえ、令和７年度第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会において今年度の計画の実施結果を振り返り、課題や次年度の方向性を検討していくこととなります。 　最後に、令和７年度の年間予定についてお伝えいたします。資料４　令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業　年間予定表(案)をご覧ください。予定表にありますとおり、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会は年２回、各実務部会は、年２回程度の実施を予定しており、次回の在宅医療・介護連携推進協議会は令和８年の２月末を予定しております。第１回の各実務部会に関しましては、この後追って日程調整をさせていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。 　資料２についての説明は以上となります。
成島会長	ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、何か御質問等ございましたらお願いします。
小關委員	差し替えの資料ですが、ケアマネジャーの医療機関との連携状況と仕事の満足度についてのデータがないのは、元の参考値というところに書いてある資料がなかったという理解でしょうか。
事務局	ケアマネジャーに関する調査につきましては、昨年度アンケートを実施しておらずお伝えできるデータがない状況となっております。ケアマネジャーに関する調査につきましては、今までケアマネジャーに直接アンケートをとらせていただいていたところですが、違ったアプローチから連携状況を確認することはできないかという協議を昨年度の評価部会でしております。そのような経緯から、今年は介護と医療のレセプトデータを活用して、連携状況を確認し

	ていきたいと考えているところです。また、ケアマネジャーの仕事の満足度に関しましては、今年度は高齢者福祉計画策定のためのアンケートが予定されておりますので、そこから数字を追っていきたいと考えております。
小關委員	昨年度も議論にあったかもしれないですが、ケアマネジャーと医療機関の連携状況が 2023 年は下がっていますよね。これについて、市として把握している要因というのがもしあるのなら教えていただきたい、満足度も含めてその辺の補足をお願いできたらと思いました。
事務局	ケアマネジャーと医療機関との連携状況が 2023 年に下がっていること関しましては、こちらで要因を十分に精査できていないのですが、当時の評価部会で、医療機関との連携と聞いて、例えば主治医との連携をイメージされるのか、それとも退院調整看護師や訪問看護師といった先との連携をイメージされるのかによって、回答結果に違いがあるのではないかという考察をしておりました。
小關委員	ケアマネジャー連絡会の野澤委員の方でこのデータを見て、何か思い当たることあるのでしょうか。
野澤委員	特に思い当たるところはないのですけれども、質問の内容がそれぞれのケアマネジャーに十分同じように伝わっているかどうかというところは、確かに気になるところではあります。2024 年はちょうど法の改正もあったのでそれの前のお話なので、何かなという気はしますが、すいません。
成島先生	今、小關先生から御指摘あったように重点評価指標は非常に、今後の方向性見るのに重要ですけれど、2020 年と 2022 年は高齢福祉計画のアンケートを元に抽出されていて、2021 年・2023 年とはアンケートの種類が違う。あともしかしたら、対象者が違ったのか、つまり全例なのか抽出なのかによっても違ってくるとは思います。だから、ここでこういった横並びしてしまうと、比較が難くなってしまうのではということと、これだけばらつきがあると 2025 年の目標値を掲げるのはいいけど、高齢者福祉計画のアンケートのもので持ってくるのか、それとも違うものを持ってくるかによって、数値の信頼性がどこまでのものになるか不安になることはあります。

	参考値を出したのはいいにしても、どういうやり方で目標値を定めるかもきちんと決めて、我々に伝えてもらえればと思います。そのほうが、整理しやすいのかなと思います。事務局の方でも検討してください。統計について渡邊先生なにかありますでしょうか。
渡邊委員	ずれが大きいのはすごく気になりまして、せめて対象者の人数とかだけでも書いていただいたほうが、この数字をどう解釈したらいいのかというところの１つの手がかりになるのではと思いました。おっしゃるとおり抽出なのか全例なのか、また数がこれだけずれるっていうのはそもそもの全体数が少ないんじゃないかなと。今までの経緯が把握できてない中、意見申し上げて申し訳ないのですが。あと先程の ACP のアンケート等についてもですが、調査結果を出すときには対象者数というところも加えて書いていただけると解釈しやすいのかなと思いました。以上です。
志真委員	この連携状況は、私の部会(情報部会)とも関係しているのですが、医療・介護レセプトデータから確認と書いてあるのですね。具体的には、ケアマネジャーの連携料っていうのが確かあるんですよね。病院に訪問したときに請求できる、あるいは医療報酬になるのかな。そのことを意味しているんですか。
事務局	レセプトとしましては、スライド 13 に書かせていただいている内容ですが、入院時情報連携加算と退院・退所加算をポイントにして追っていくのはどうかという話が昨年度の評価部会では出ています。
志真委員	ここのデータはどういうような意味合いのものかということは、事務局では大体把握していますか。連携っていうのは病院に行ったから連携したということに必ずしもならない場合もあるので、これだけで連携状況が把握できるということにはならないと思います。
事務局	補足をさせていただきます。まず、入院時情報連携加算ですが、概要としましては入院先の職員に対して、在宅のケアマネジャーによる利用者の心身状況や生活環境等、利用者に関する必要な情報の提供を評価する加算となっていますので、この加算が取れているということは在宅のケアマネジャーが、入院先の病院に対して情報提供していると捉えることができると考えております。

	退院・退所加算ですが、こちらは医療機関から在宅へ退院する利用者が対象となっておりまして、退院・退所にあたり医療機関等の職員と面談を行うことで取れる加算となっておりますので、この加算が取れているということは退院・退所時に、ケアマネジャーと入院先との連携が取れていると捉えることができると考え、この２つを設定しております。
志真委員	わかります。でもこの医療機関とは病院ですよね。診療所との連携状況はどう把握するのですか。
事務局	算定要件を見ますと、退院・退所加算に関しましては診療所も入っておりますので、診療所でも取れるのではないかと思います。 入院時の情報連携加算につきましても、入院時ですので診療所でも入院する病床があればそちらで加算を算定されると思われますので、おそらく取れるのではないかと思います。
志真委員	診療所でも取れると。
事務局	診療所で病床があれば入院という形になるので算定されるかと思います。
志真委員	病床があれば、でしょう。
事務局	そうですね。入院時のという形になりますので入院したときに取れるような加算になります。
野澤委員	志真先生が仰っているのは、この加算だと日常的な医療との連携の部分が反映されないということなのではと思いました。入院時と退院時はもちろんこの加算でフォローできるのですけれど、かかりつけのお医者さんだったり、大きな病院であっても外来で見てくださる先生との関わりというところが実はこの加算では全然拾うことができないので、これだけの指標ではどうかなということは感じました。
志真委員	そうだと思います。点で見ることはできるけれど、日常的にどういう連携をしているのかということはこの２つの診療報酬データだけでは分からないということですよね。とは言え、アンケート調

	査をケアマネジャーの方にしたときに、そのケアマネジャーがどういう連携を想定するかという主観的な部分で大分答えが変わってくる。だから連携状況についての重点指標の情報を医療・介護連携事業の中で補う、これはいいんですよ。診療報酬、介護報酬から取るっていうのはね。でもそれ以外の視点もやはり必要ではないかということなんです。この２つだけになってしまったら、それで本当に連携状況を評価できているのかという話になるのではないかと懸念します。
事務局	御意見いただきありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、当初は質問の仕方であったりとか、ケアマネジャーの方の捉え方によって結果が違ってしまうということが懸念されましたので、客観的なもので評価できるようにこの指標が挙がったのですが、この加算で見ることができる場面が、入退院時となり、日常の療養支援と看取り時というところが抜けてはおりますので、そのあたり満遍なく見れるように事務局と部会の方で相談して、よりよい指標というのを決めていけたらと思っております。
小關委員	多方面からの評価が必要ということだと思うのですけど、それぞれの団体から推薦がある中で、ケアマネジャー連絡会から、会長でおられる野澤委員と大塚委員、そして市民委員でもケアマネジャーの倉林委員もいらっしゃると思うのですが、例えば先程志真先生のお話で、ケアマネジャーにアンケートを取った結果、それぞれの立場や主観で結果が変わってくるということであれば、ケアマネジャー連絡会と事務局で１度ディスカッションをしていただくのはどうかと思います。ケアマネジャー側から見て、どういう加算が指標としていいのかということをディスカッションしてから、部会の会議に入ったほうがいいのではないかと。と、言いますのも、実際のところ、こちらが思っていることと現場が思っていることの乖離が起きてしまうとあまり意味がないと思いますので、部会が始まるまでに、もしディスカッションができるのであればしていただいて、そういうところが実情に即しているということになるのかなと思ったので、意見ですけども提案させていただきました。
事務局	非常に貴重な御意見ありがとうございます。検討させていただければと思います。

成島会長	今、志真先生、小關先生からも意見が出ましたように、連携に関して、どこまできちんと深掘りするかっていうところだろうと思うのですね。レセプトデータで連携を見れば、例えばかかりつけ医とのやりとりの中でケアプランが出てれば連携はとれていると捉えることはできるけど、実際には現場のケアマネジャーからすれば、担当者会議をやりたいだとか、ケアプランを立てる時に医師に御意見を求めても、梨の礫の場合もあるらしいですね。そうするとこれは実は連携取れてないだろうと考えるわけですね。そのあたりが、どこまで突っ込むかはなかなか難しいのだけど。 それとちょっと関連すると思われるものですと例えば、ACP という言葉を知っていますかという、これは実は、対象者の問題よりも医療・介護ケアに関わるスタッフの責任の方がはるかに大きいと思っていて、アドバンスケアプランニングについてどれだけきちんと説明して、話しているのかという問題だと思うんですね。対象者からしたら知らないというのはある意味で当たり前ですし、医者の方からすると、そういう言葉を使わずに、年を取ったらその後どうしたいか、みたいなことは聞いているはずなのですね、皆大なり小なり。例えば僕の認知症の患者さんの場合だと、軽度の方で診断がついた日には必ず、今のうちに自分の意見はちゃんと残しときなよ、本当に進んでしまったらそんなことも何も言えなくなってしまうからね、という話はしているわけですよ。ただこれを振りかぶってアドバンスケアプランニングという形では言ってないので、受けとめる側は多分この話がアドバンスケアプランニングなんだと理解は全然してないのですね。その辺りが難しくて、振りかぶってアドバンストケアプランニングやりますよと言われると、逆に患者さんが引いてしまうとか、家族によってはそういうことは言わなくていいよ、みたいなことを言われる場合もあります。 だから、厚労省はね、この言葉を知っている人の人数を高めたいというのはよくわかるのだけれど、でも現場でからするとそれはちょっと違うよねというふうに感じます。今後どういうふうに自分の人生を閉じたいかということを考えておいてね、ということは、多分かかりつけ医はほとんどみんなやっているはずなのです。ただ、アドバンスケアプランニングと改めて書いていないし、言ってないだけの話なのだけど。 さっきの連携に関してもそうなのだけれど、現実の連携の意味というのはケアマネジャーからすると多分、ここで数字で出てきているものとはちょっと違ってくると思うんですよね。こういう評価ポ

	イントとして活用するのであれば、連携の実際が反映されているものをやはり見ておきたいなと思うのです。レセプトデータだけでコストの反映だけだから、表面上で終わってしまうと思うんでね。その辺りちょっと手間はかかってしまいますが、多職種の専門職の方々が多く入っているわけだから、その人たちに意見を聞いて、アンケートとか項目は検討していただきたいなと思います。どうしても、このデータがね、数字だけ独り歩きしてしまう可能性があるので。数字上がったから、よかったではなく、やはり、実際に現場の患者さんを中心とした、つくば市で生活してよかったなと思えるためにはどうしたらいいかっていうことが最終目標だと思うので。そのためのあり方を見ていきたいなと思いますので。長くなって申し訳ありませんがよろしくお願いします。他にありますでしょうか。
柴原委員	私もですね、ずっとそれは感じていて、今成島先生が最後おっしゃられたことをずっと思っていてですね。私の周りの患者さんでACPをわかっている方は１人もいないと思うんですね。多分このACPを普及すると言っても、10年経っても多分変わらないと思います。ACPを普及すると本当に思うならば、高齢者がわかる言葉で表現して紹介しないと。老後の医療をどうしたいか、とかですね。そういうタイトルだったら高齢者もついてきてくれますけど。ACP、ACPと言ったらみんな離れていってしまいますので。ACPと言うのは内輪ではいいと思いますが、実際の現場ではACPと言ったら全然逆効果ですからね。高齢者に伝わる言葉を選んで欲しいですね。 あと、ありたい姿というのも、言葉はいいですけど、一般の人にはわかりにくいと思います。あなたの将来、老後どうしたいですか、とかですね、そういうタイトルにしないと伝わらないと思います。本当に一般の人がすんなりわかる言葉を選んでほしいのです。ちょっと工夫してほしいと思うのですけども。 それから、私この会議が初めてなので、思うんですけど、ポイントや課題がいくつかあるんだろうなというのはわかるのですけど、自分も日頃感じてることがあります。連携のこととかね。ただ、その課題が何かということを明確に最初に出してほしいのです。医療・介護連携の何が課題なのか、ACPとか老後のそういう思想、市の考え方、普及が足りないとか、医療連携が今どことどこが上手くいってないとか。ポイントをもっとぐっと絞った会議にしてもらったほうがいいのではと。何となく漠然と広がっているところがある感じに思えます。そうすると何となく結論もぼやけてしまうような

	気がするので、ポイントを絞って、特にここ５つのポイントについてどう話し合うのかとか、そういう持っていき方をしてもらう方が結論ももっとクリアになってくると思うのです。ぼんやり広がってしまっている気がするので、私初めてなのでちょっと今までのことわかりませんけど、その辺を感じました。よろしくお願いします。
成島会長	他に御意見ありますか。
小關委員	推進協議会が２回と部会が２回程度と書いてありましたけれど、本当にこの回数で目的が達成できそうなのかということは、今回十分に吟味していただいたほうがいいのかなと思います。今までも確か２回ずつだったと思うのですが、もちろん１年で決めることと２年、３年かけて決めることというのはあると思うのですが、部会の方向性が協議会の方向性と合っているのかということを途中で確認する必要はないのかということがちょっと気になるところです。 例えば情報部会のところに関しましても、こちらの資料の中にも、ICT 連携ツールの導入に向けて準備を進めると、しかも来年度から導入するという話ですけれども、もしそうであって部会２回の中で進めるというのであれば今の時点で市としてどこまで状況が進んでいるのか、どういう準備が必要なのか、そういったところも情報をいただけたほうがわかりやすいのではないかと思いました。もし最低限の回数で計画・目標を達成していくのであれば、その辺の情報をいただくことも必要かなと思ったので、可能な範囲で何かわかれば教えていただけたらと思います。
成島会長	他の委員からよろしいですか。
志真委員	情報部会は、準備を進めるというところに関して具体的にはですね、ツールの仕様書というものを今年度中に作らないといけないのですね。どういう仕様のものを作るのか、それを事務局が中心になって作成し、そして情報部会でそれでいいかどうかということを確認するのが１つです。 もう１つは、その上で実際運用する場合のある程度のガイドラインというか、その準備の必要があろうかと思うのですね。だから情報部会のところで全員が集まるのは２回なのでしょうけども、細かいことを詰める、いわゆるワーキングというものはこの間にやらなければならないのではと私は考えています。

	それからもう１点はですね、連携タイムというのがありますよね。その連携タイムはミニ知識に内包して、配布ということになっていますが、現状の連携タイムは確かホームページに掲載しているんですよね。あれはですね、改訂されたことがないのではないかと思うのですが。古いのがそのまま掲載されているのではないかと思うのですがいかがでしょうか。
事務局	連携タイムは毎年作成しておりまして、出来上がり次第ホームページも更新しております。
志真委員	開業の先生、診療所の先生に毎回聞いていますか。
事務局	毎年確認させていただいています。
志真委員	わかりました。そうすると最新版をミニ知識に掲載すると。
事務局	ミニ知識は現在作成中でして、出来上がるのは大体８月頃になるのですが、最新版の連携タイムも掲載させていただきます。出来上がり次第ホームページにも最新のデータをアップすることとなります。
志真委員	わかりました。そのデータは 2024 年に取ったものですか。
事務局	今年に入ってから調査させていただいております。
志真委員	わかりました。
成島会長	他に質問はないでしょうか。もうすでに実務部会関連まで話がでておりますが、とりあえずここで、資料２の説明は終わりにしまして、（３）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会　実務部会(案)について、改めてお願いします。
事務局	令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会　実務部会について(案)の説明をさせていただきます。お手元の資料３もしくはスクリーンを御覧ください。 各実務部会の名称や主な活動内容に関しましては、先程の資料２の説明でもお伝えさせていただいているとおりとなっております。

	各実務部会の委員の構成につきましては、昨年度、連携拠点検討部会でも協議いただきました内容と、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取り組みに挙げられている内容を考慮し、また、ありたい姿の実現に向けた対応策を実施していくにあたり、資料にありますとおり委員構成としていきたいと考えております。 【評価検討部会】は、ありたい姿の目標設定、重点評価指標の評価、対応策の検討を行う部会として、医師会、筑波大学、そして保健医療分野の意見としてつくば保健所と、在宅ケアの現状を理解され、在宅生活を支える中心となっておられるケアマネジャーでの構成としていきたいと考えております。 【市民向け普及啓発部会】は、市民に対し在宅医療・在宅介護の普及啓発を行う部会として、市民目線での意見と支援者目線での意見をいただきたいと考えており、市民委員の方々からは、医療と介護を受ける市民の立場からの意見をいただきたいと考えております。また支援者としては、地域福祉に取り組まれている社会福祉協議会と、住み慣れた地域での生活を支える地域密着型サービス事業所から、それぞれ在宅医療と在宅介護の普及啓発に向けた意見をいただくために、このような構成としていきたいと考えております。 【専門職向け意見交換研修部会】では、医療と介護に関係する専門職の連携強化に向けた取り組みとして、多職種意見交換会や研修会の企画運営を行う部会として、障害分野も含め、在宅ケアに関わる職種と、医療機関で入退院に関わる携わる職種を中心とした構成としていきたいと考えております。 【情報部会】は、医療・介護関係者の情報共有の支援を行う部会として、ICT 連携ツールの導入に向けた準備を進めていくために、在宅医療を支える医師会、歯科医師会、薬剤師会と、在宅ケアに中心的に携わり ICT 連携ツールの活用が見込まれるケアマネジャーと訪問看護師、そして、ICT 連携ツールの活用の可能性として救急分野とも協議を進めていきたいと考えており、このような委員構成としていきたいと考えております。 資料３についての説明は以上となります。
成島会長	ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、何か御質問等ございましたらお願いします。
小關委員	まず御本人が良ければいいのですが、野澤委員が２つの部会に入ることとなっておりますが、結構負担が大きくなるのではないかと

	思われます。もちろん、御本人が希望されればそれはいいのだと思うのですが。ケアマネジャーさんは非常にこの推進協議会で重要な位置を占めるのかなと感じているのですが、４部会に対して３人しかいらっしゃらないので、やむを得ない部分もあるのかもしれないのですが。例えば評価検討部会でケアマネジャーの意見というのは重要であることは承知しているのですが、評価指標の項目がすでに決まっているということと、先程提案させていただいた話として、事前にケアマネジャー連絡会とのディスカッションができるのであれば、評価指標として活用する加算を決めることができるのではないかと思いますので、野澤委員の配置をどちらかに固めたりすることもできるのではと思います。 　また、市民向け普及啓発部会についてですが、市民向けの普及啓発というところに対して、比較的介護関係の方が多くおられ、実際に在宅医療を行っている先生が入っていないのが気になります。この委員構成について、事前に資料をいただいた際に、ケアマネジャーの方何人かに聞いた際に、先程から議論が出ている ACP の問題であったり、柴原先生に地域ケア会議でいろいろな御意見や御提案をいただいてすごく助かったというエピソードを聞きました。これも柴原先生御本人の希望と御理解もあると思うのですが、普及啓発を目的とする部会に１人医師が入ると、市民側の意見と、医療側がどういうふうに考えてどう啓発したいのかというところのすり合わせができるのかなと思うのですが、どうでしょうか。
成島会長	組み替えするかどうか検討するにしても、今回新しい委員の方も入っていまして、名簿では各職能団体からの推薦という形で入っていますけれど、例えば、ケアマネジャー連絡会から２人、野澤委員と大塚委員が入っているわけですけれど、所属先は違うわけですね。僕なんかはずっと長くいるから、大体皆さんわかるわけだけど、やはり実務部会ではその方の立場というか、所属等そのあたりわかったほうが議論しやすいと思うので、せめて実務部会の委員の間ではどういう立場の方なのか示してもらった方が実務部会で議論する際に役に立つかと思いますので、プライバシーとか言い方に関わらない程度で出してください。そのほうが、おそらく実務部会では議論するのには有効だろうと思います。他どうでしょうか。
志真委員	柴原先生はできれば、私の部会（情報部会）にいていただいたほうがいいかなと。柴原先生は在宅もやっておられるので、先程の連携

	タイムのこととかですね、今後在宅をやっている医師の方に広げていくためにどうすればいいのかみたいな知恵をぜひいただきたいと思っています。 井上先生については、もちろん歯科との連携というところの提案をいただきたいのですけれども、最近、予防歯科もかなり重要なテーマになっていると聞いていますので、例えば、市民向け普及啓発部会の方で、訪問歯科というものを普及啓発できるような働きをしていただくこともありなのではと思いますので、もう１回ヒアリングしていただいて最終決定となるのか、それとももう今日ここで構成は決定させることになりますでしょうか。
事務局	どの部会にどの委員がということに関しましては、今日この場ではなく、それぞれお話が挙がった委員さん方に改めて御意向を確認させていただき、最終的に成島会長に御相談させていただいた上で決定させていただきたいと考えているのですが、成島会長いかがでしょうか。
成島会長	了解しました。他にはよろしいですか。ないようですので、次の議題に移ります。次第６　その他に関して事務局からなにかありますか。
事務局	事務局の方からお知らせさせていただきたい事項がいくつかございます。まず、本日皆様の机上に配付させていただいております、ハートページとサービスマップですが、今年度版ができ上がりましたので、内容を御確認いただければと思います。 実務部会の日程に関しましては、後日、日程調整についての通知をメールでお送りさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。 また、昨年度の協議会でケアマネジャーの離職でしたり、なり手不足というお話が挙がったかと思います。今年度から高齢福祉課にて、ケアマネジャーの更新研修の費用の部分を補助する事業が始まっております。御興味ある方はお帰りの際にお手に取って確認していただければと思います。 また、先程小關委員から会議の開催回数について御意見をいただいたところに関しましては、計画の中では必要最低限というところで提示をさせていただいておりますが、大事な議論が続きますので、必要に応じて開催回数を検討させていただきたいと考えており

	ます。また、場合によってその意見の出し方も、顔を合わせてという以外にも方法があると思いますので、進捗の状況に応じて、柔軟に考えていきたいと思っております。 ケアマネジャー連絡会と連携して、より具体的な指標を導き出せるのではないかという御意見をいただいたことに関しましては、大変貴重な御意見だと受けとめております。ケアマネジャー連絡会に限らず、各専門職の方々に団体を代表して参加していただいておりますので、この協議会でこういった検討がなされている、こういった話し合いがなされている、こういった課題を検討しなければならない、というところをぜひ持ち帰り、横に広げ、そしてそれぞれの所属団体の御意見も聞いておいていただき、次の協議会や実務部会の中で共有していただけると非常に助かります。御協力の程よろしくお願いいたします。
志真委員	情報部会としては、メーリングリストが欲しいです。会議に出てこないと全然話がわからないというのはこれまでありましたので、できれば部会のメーリングリストを使って、日常的に情報交換や市からの要望や資料をいただいたほうがいいのかなと。今年度は情報部会としては詰めて仕事をしていかねばならないと思っていますので、やはりメーリングリストを作っていただいたほうがいいかなと思います。
成島会長	他にはよろしいですか。それでは進行を事務局にお返しします。皆様御協力いただきありがとうございました。
事務局	ありがとうございました。それでは、本日の協議会での御意見を念頭に置きまして、今年度の在宅医療・介護連携推進事業を進めて参りたいと考えておりますので、御協力の程よろしくお願いいたします。以上をもちまして、令和７年度第１回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を閉会とさせていただきます。本日は長時間にわたり、御協議いただき誠にありがとうございました。本年度もどうぞよろしくお願いいたします。

令和７年度第１回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会次第

日時：令和７年（2025 年）５月 26 日（月）
18 時 30 分～20 時 00 分
場所：つくば市役所　会議室 203

１　開　会

２　あいさつ

３　自己紹介

４　会長・副会長選任
　・会長あいさつ

５　議　題
（１）令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について　資料１

（２）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について（案）
　資料２

（３）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会について（案）
　資料３

６　その他

７　閉　会

つくば市在宅医療・介護連携推進協議会委員名簿

任期：令和7年（2025年）4月1日～令和10年（2028年）年3月31日

委員名		所　属
1	成島　淨	一般社団法人つくば市医師会
2	柴原　健	一般社団法人つくば市医師会
3	志真　泰夫	一般社団法人つくば市医師会
4	小關　剛	一般社団法人つくば市医師会
5	井上　実	つくば市歯科医師会
6	根本　知砂子	つくば薬剤師会
7	渡邊　多永子	国立大学法人筑波大学
8	本多　めぐみ	茨城県つくば保健所
9	津野　義章	社会福祉法人つくば市社会福祉協議会
10	品川　豊	つくば市消防本部
11	野澤　亮子	つくばケアマネジャー連絡会
12	大塚　俊実	つくばケアマネジャー連絡会
13	幸田　良子	つくば市地域密着型サービス事業所連絡会
14	大野　聡子	つくば市障害福祉相談支援事業所連絡会
15	大曽根　賢一	つくば市リハビリテーション専門職協議会
16	小林　路江	一般社団法人茨城県訪問看護事業協議会
17	立澤　友子	県南退院調整看護師の会
18	中山　寛子	一般社団法人茨城県ソーシャルワーカー協会
19	倉林　奈津絵	市民委員
20	福井　正人	市民委員

※1～18の委員については各団体から推薦

つくば市在宅医療・介護連携推進協議会開催要項

（開催）

第１条　高齢者が住み慣れた地域で必要な医療サービス及び介護サービスを一体的に受けられることにより、安心して在宅生活を続けられ、医療及び介護に係る関係機関（以下「関係機関」という。）の調整並びに連携の強化を図り、在宅医療・介護連携を推進する体制を整備するため、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会（以下「協議会」という。）を開催する。

（協議事項）

第２条　協議会は、次に掲げる事項を協議する。

（１）在宅医療・介護に係る課題の把握のための調査に関すること

（２）在宅医療・介護の支援体制の構築に関する事項

（３）在宅医療・介護の効果的な連携の推進および強化に関する事項

（４）在宅医療・介護に関する地域住民への普及・啓発に関する事項

（５）その他、在宅医療・介護連携推進事業に関する事項

（構成）

第３条　協議会の委員は、次に掲げる者のうちから、20 人以内をもって構成する。

（１）医師会その他の地域医療関係団体病院等の代表者

（２）介護サービス提供事業者の代表者

（３）福祉関係団体の代表者

（４）地域ケアに関する学識経験を有する者

（５）在宅医療や介護、福祉に関心がある市民

（６）前各号に掲げる者のほか、会長が必要と認める者

２　委員の任期は、３年以内とする。ただし、再任を妨げない。

３　委員が欠けた場合における後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

４　第１項第１号から第４号までに掲げる委員は、職を退いたときは、委員の資格を失うものとする。

（会長及び副会長）

第４条　協議会に会長及び副会長を置く。

２　会長及び副会長は、委員の互選によりこれを定める。

３　会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

４　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）

第５条　協議会の会議（以下「会議」という。）は会長が招集し、会長は、会議の議長となる。

２　会議は、公開とする。ただし、会長は、つくば市情報公開条例第５条の規定に該

当し、又は該当するおそれがあると判断した場合は、当会議の全部又は一部を公開しないこととすることができる。

３　会長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その説明又は意見を聴くことができる。

（映像等の送受信による通話の方法による会議）

第６条　会長は、委員の全部又は一部について、会議を開催する場所に参集することが困難であると認めるときは、委員同士が映像と音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話をすることができる方法（以下「映像等の送受信による通話の方法」という。）により、会議を開催することができる。ただし、つくば市附属機関の会議及び会議等の公開に関する条例（平成29年つくば市条例第35号）第４条の規定により、会議の全部又は一部を非公開とする場合は、この限りでない。

２　会長は、映像等の送受信による通話の方法により会議を開催する場合には、会議を開催する場所に参集する委員を除き、当該会議に参加する場所として相当と認める場所を、委員ごとに指定するものとする。

３　委員が映像等の送受信による通話の方法により会議に参加したときは、当該委員は、会議へ出席したものとみなす。

４　映像等の送受信による通話の方法による会議への参加に伴い生じる通信費その他の費用は、各委員の負担とする。

（書面等による会議開催の特例）

第７条　会議の招集が困難であると認めるときは、全ての委員に対し書面又は電子メールにより意見を求めることにより、会議の開催に代えることができる。

２　前項に規定する書面による意見聴取を行った委員は、当該会議の出席委員とする。

（実務部会）

第８条　在宅医療・介護連携推進事業に関して、第２条各号に掲げる事項の具体策を協議、推進するため、協議会に実務部会を置く。

２　実務部会は、会長が指名する。

３　各々の実務部会には議長を置く。

４　実務部会の議長は、実務部会担当者の互選によりこれを定める。

５　実務部会の会議は、議長が招集する。

６　実務部会の会議は、非公開とする。

７　議長は、必要があると認めるときは、実務部会の会議に実務部会担当者以外の者の出席を求め、その説明又は意見を聞くことができる。

（守秘義務）

第９条　協議会及び実務部会の構成員においては、これらの会議において知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

（庶務）
第１０条　協議会及び実務部会の庶務は、福祉部地域包括支援課において処理する。
（補則）
第１１条　この要項に定めるもののほか、協議会及び実務部会の開催及び運営に必要な事項は、協議会が別に定める。

附　則
この要項は、平成 28 年４月１日から施行する。

附　則
この要項は、平成 28 年 11 月１日から施行する。

附　則
この要項は、平成 29 年４月１日から施行する。

附　則
この要項は、令和元年５月１日から施行する。

附　則
この要項は、令和３年４月１日から施行する。

＊医療と介護のありたい姿　ロードマップ＊

「つくば市の医療と介護のありたい姿」は、医療や介護を必要とする状態の高齢者でも、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を推進するために、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会において協議・作成したものです。

ありたい姿		2025年目標	2040年の理想
ありたい姿 1	**希望の生き方を共に考える** 本人や家族の希望に応じて、自宅を中心とする地域の中で安心して最期まで生きることができている。	ACPや人生会議を専門職が理解し、当たり前のように本人や家族に説明し、日常的に話題にするようになっている。	市民は健康な時から自身の最期のあり方を考えることが当然になっており、看取りの時期までにはそれを専門職と確実に共有することができている。
ありたい姿 2	**本人を第一に考えた多職種連携** 専門職は、つくば市のありたい姿を共有し、本人・家族や地域の状況を踏まえ、共に最善のアプローチを考え、対応することできている。 （多職種は、専門性の背景を超えて、本人の希望や望ましい生活を第一に考えて知恵を出し合う関係）	専門職は、医療と介護の専門職間のコミュニケーションをとることへの苦手意識が低くなっていて、各専門性を十分に発揮し、本人を支援する連携ができている。	医療と介護、病院と診療所、診療所と診療所など、地域包括ケアを担う専門職間の連携が、特別な負担なくできる仕組みが完成している。専門職間の顔が見える関係は維持されており、互いに相手の専門性や価値観に敬意を払い尊重しあう関係がさらに深まっている。
ありたい姿 3	**専門職のスキルアップとやりがい** 医療・介護の専門職は、働きやすく、やりがいがある環境で専門性を発揮し、本人や家族が望む生活の継続を支援することができている。 （医療と介護の専門職は、やりがいのある魅力的な職種であり、燃え尽きることなく、成長し続けることができている）	専門職を対象とした魅力的な研修活動がさらに充実しており、積極的に参加する人が増加している。ケアマネジャーの幸福度をはじめとする専門職のやりがいの指標が向上している。	若年人口が減少しても、専門職（特に介護専門職）はやりがいのある職業として、認知され、能力・やる気のある人材が地域の医療・介護を支えている。
ありたい姿 4	**認知症になっても安心して暮らせる地域** 認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる。 （地域住民・医療介護の専門職・行政等の総力による認知症の人や家族との関わり）	多職種が携わっている認知症の方の変化の気付きや対応力が向上し、本人を支援するチームの支援力も向上している。	地域での見守りに加えて、ICTやロボットなどのつくば市ならではの技術を実装活用することで、多数の認知症の人が住み慣れた場所で安心して生活することができている。
ありたい姿 5	**多様な生活の場の提供** 本人は、在宅でも介護施設でも、自分らしく暮らすことができている。 （本人が安心して在宅療養できる医療・介護サービスの充実と自宅生活の延長としての特養等での生活の充実）	専門職は、各種の介護施設や介護サービス事業の特色を利用者の視点に立って分かりやすく説明でき、利用者の価値観にあったサービスを選択することを支援できるようになっている。	施設サービスの質がさらに向上しており、地域の中で介護施設が今以上に身近な存在となっている。その結果として介護施設に入居後も自宅と変わらないような生活が送れるようになっている。
ありたい姿 6	**相互に支え合う生活支援・介護予防** 住み慣れた地域には健康づくりや住民同士がつながる場所があり、高齢になっても、介護が必要になっても地域の中で役割がある。 （世代を超え、支え合うコミュニティが地域の身近にある）	地域の身近な場所で、住民主体による介護予防や助け合いの取り組みの参加者が増えている。	市民は、地域の互助による自発的な活動に参加していて、若い世代も介護予防や助け合いの活動に積極的に参加している。
ありたい姿 7	**誰一人取り残さない** 誰一人取り残されず、一人ひとりの安心が守られ、地域の隅々まで医療と介護、生活支援がいきわたり、自分らしく生きることができている。 （医療や介護を拒否する人でも支援に繋がり孤立している人がいない）	地域包括支援センターは市民、民生委員、専門職等と連携して、地域の潜在的な課題を発見し、予防的に支援することができている。	全ての高齢者は、地域包括支援センターと顔が見える関係で繋がっていて安心して生活できている。

令和６年度　つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績

資料1

	事業名	内　容	開催日
1	**つくば市在宅医療・介護連携推進協議会**	**◆第１回** ・令和５年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業実績について ・令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について ・令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会実務部会開催日程について	令和６年５月22日
		◆第２回 ・令和６年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告 ・令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会委員・実務部会について	令和７年３月12日
2	**実務部会** １(評価部会) 医療と介護のありたい姿の評価指標検討部会	**◆第１回** ・重点評価指標の見直しについて （在宅医療の認知度、要介護認定者の満足度） ・第８次茨城県保健医療計画に関する指標について	令和６年７月12日
		◆第２回 ・連携の評価指標の見直しについて （ケアマネジャーと医療機関との連携状況） ・令和６年度の振り返り及び令和７年度の方向性	令和６年12月19日
	２(啓発講座部会) 在宅医療・介護啓発講座の企画・実施・評価部会	**◆第１回** ・令和６年度の在宅医療・介護啓発講座の企画について （啓発講座（講演会）、出前講座）(オンデマンド講座) （わたしの生き方ノート）	令和６年６月17日
		◆第２回 ・令和６年度在宅医療・介護啓発講座実施状況について ・令和６年度の振り返り及び令和７年度の方向性	令和６年11月27日
	３(研修部会) 医療・介護専門職への研修・意見交換会の企画・実施・評価部会	**◆第１回** ・第１回専門職への研修・意見交換会の企画について ・第２回専門職への研修・意見交換会の企画について	令和６年６月26日
		◆第２回 ・第１回「多職種連携意見交換会」について ・第２回専門職への研修・意見交換会の企画について	令和６年９月12日
		◆第３回 ・第１回「多職種連携意見交換会」の振り返り ・第２回「多職種連携意見交換会」について	令和６年12月13日
		◆第４回 ・第２回「多職種連携意見交換会」の振り返り ・令和６年度の振り返り及び令和７年度の計画	令和７年１月24日

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="4">４（情報部会）

情報集約・発信・共有検討部会</td><td colspan="2">◆第１回
・市民への情報発信について（ハートページ）
（在宅医療と介護のサービスマップ）
（わたしの大切な情報カード）
・専門職間の情報共有について</td><td>令和６年７月９日</td></tr>
<tr><td colspan="2">◆第２回
・在宅医療・介護関連冊子の活用状況調査結果について
・わたしの大切な情報カードについて
・専門職間の情報共有について
・令和６年度の振り返り及び令和７年度の方向性</td><td>令和７年１月17日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ICT連携ツール導入作業チーム員会議</td><td>◆第１回
・ＩＣＴ連携ツールのデモンストレーション
（電子＠連絡帳）
・今後のスケジュールについて</td><td>令和６年９月25日</td></tr>
<tr><td>◆第２回
・ＩＣＴ連携ツールのデモンストレーション
（カナミック）
・令和６年度の振り返り及び令和７年度の方向性</td><td>令和７年１月14日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">５（連携拠点検討部会）

在宅医療に必要な連携拠点検討部会</td><td colspan="2">◆第１回
・連携体制の課題について
・令和７年度実務部会・協議会委員の構成について</td><td>令和６年７月25日</td></tr>
<tr><td colspan="2">◆第２回
・令和７年度実務部会・協議会委員の構成について
・令和６年度の振り返り及び令和７年度の方向性</td><td>令和６年11月12日</td></tr>
</table>

	事業名	内　容
3	市民への普及啓発	**◆啓発講座（在宅医療講演会）** 令和６年11月10日　茎崎交流センター：52名 １部　講演１≪自分と家族の明日を考える～住み慣れた地域の中で～≫ 講師：福江　眞隆　氏（医療法人あい友会　あいつくばクリニック院長） １部　講演２≪終活　いつから始める？エンディングノートの活用法≫ 講師：檜垣　圭祐　氏（株式会社　鎌倉新書エンディングサポーター（行政書士）） ２部　個別面談 参加事業所：行政書士池田事務所、香陵住販株式会社、一般社団法人身元保証相談士協会、つくば相続遺言相談センターREAX司法書士法人つくば支店、弁護士法人萩原法律事務所、つくば成年後見センター
		◆各地域包括支援センター企画出前講座 ①令和６年９月17日　茎崎圏域ふれあい相談員懇談会　：８名 ②令和６年10月10日　まついちサロン　：９名 ③令和６年10月15日　筑波地区（出前講座）　：21名 ④令和６年10月21日　松美会（サロン）　：16名 ⑤令和６年12月６日　豊里シルバークラブ　：60名 ⑥令和６年12月13日　大穂圏域ふれあい相談員懇談会　：18名 ⑦令和７年１月18日　サロンド　カフェ（サロン）　：15名 ⑧令和７年１月23日　大穂シルバークラブ　シルバー教室　：77名 ⑨令和７年１月30日　茎崎地区ボランティアふれあい交流会：57名 ⑩令和７年３月３日　ハッピーサロン（桜ニュータウン）　：48名 ⑪令和７年３月14日　筑波地区（出前講座）　：21名 ⑫令和７年３月21日　花畑シルバークラブ　：10名
		◆令和６年度つくば市出前講座 ①令和６年７月９日　大穂地区民生委員児童委員協議会　：25名 ②令和６年９月14日　パークハウスつくば研究学園区会　：29名 ③令和６年10月22日　介護セミナー（筑波大学職員・学生対象）：66名 ④令和６年11月５日　ジャクセン　さがみ典礼　：13名 ⑤令和６年11月26日　宝陽台・宝志会（たすけあい組織）　：20名 ⑥令和６年12月13日　JAXA　：72名 ⑦令和７年１月９日　豊里地区民生委員児童委員協議会　：18名 ⑧令和７年２月12日　国土地理院　：84名
		◆在宅医療・介護オンデマンド講座配信 ①在宅医療編　令和３年11月21日より配信 ・つくば市の在宅医療について ・はじめての在宅医療１・２ ②在宅介護編　令和４年12月27日より配信 ・介護サービスを上手に利用しよう１～地域包括ケアシステムについて～ ・介護サービスを上手に利用しよう２～10分でわかる介護保険の仕組み～
		◆「ハートページ」の作成及び配布 ◆「在宅医療と介護のサービスマップ」の作成、配布及び電子化 ◆「わたしの生き方ノート」（エンディングノート）の配布　：881冊 ◆「わたしの大切な情報カード」の作成及び介護保険認定者への配布：8,249人

4	研修会	**◆多職種連携研修（意見交換）会** ①令和６年10月31日　第１回研修会：50名 ≪シームレスな連携に向けた課題≫ 講師：小林　美喜 氏(筑波メディカルセンター病院　退院調整看護師) 　　　篠崎　雄高 氏(居宅介護支援事業所幸寿苑　主任介護支援専門員) 　　　大塚　俊実 氏(茎崎地域包括支援センター　センター長) 参加者：ケアマネジャー、訪問看護師、退院調整看護師、薬剤師、ヘルパー、 　　　　医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員 ②令和７年１月24日　第２回研修会：45名 ≪シームレスな連携に向けた課題≫ 講師：原科　貴史 氏(つくば双愛居宅介護支援事業所　主任介護支援専門員) 　　　平林　康行 氏(谷田部西地域包括支援センター　主任介護支援専門員) 　　　森田　英隆 氏(いちはら病院連携調整室　理学療法士) 参加者：ケアマネジャー、訪問看護師、退院調整看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、 　　　　リハビリテーション専門員、地域包括支援センター職員
5	要介護認定更新時のアンケート調査 （重点評価指標の見直し）	≪対象者≫介護認定更新申請者 ≪調査期間≫毎月 （介護保険課の要介護認定更新申請書送付のタイミングと合わせて調査票送付） ≪調査内容≫ありたい姿の重点評価指標 （在宅医療の認知度、幸福度、介護サービスへの満足度、家族の介護負担感） ≪結果≫ 介護サービスへの満足度の数値の変動が大きく、本人以外が代理で回答していることによる影響があるのではないかと考え、回答記入者と回答結果の関係を確認。回答記入者（本人、家族、その他）によって満足度に大きな違いはなかったため、本人以外が代理回答することが満足度に及ぼしている影響は少ないことがわかった。（本人回答が可能と思われる軽度者に限定した設問にすることも検討したが、この結果から対象者は限定せず従来の調査方法を継続することとなった。）
6	在宅医療・在宅介護関連冊子の活用状況調査	≪対象≫市内11医療機関 ≪調査時期≫令和６年９月 ≪調査内容≫冊子の活用状況、お気づきの点・改善点　等 ≪結果≫ ハートページ、サービスマップ共に主に介護保険サービス等の説明の際に使用している病院が多いことが分かった。退院調整時での活用や患者が手に取れる場所に設置していただくよう、配布時に周知を図ることとする。また、配布冊数に関しても意見を反映できるよう検討していく。

＜成果＞
・医療と介護の専門職の顔の見える関係性構築に向け「シームレスな連携に向けた課題」をテーマとし、意見交換会をメインとした研修会を実施した。
・地域包括支援センターと連携することで細かな単位、多くの地域で出前講座を開催することができた。啓発講座として開催していたものを在宅医療講演会とすることで、大規模なものとなり、多くの方に在宅医療・在宅介護について周知することができた。
・重点評価指標の見直しを行い、従来の指標に加え８次保健医療計画を考慮した新たな指標を定めた。
・医療機関に対し、在宅医療・在宅介護関連冊子の活用状況調査を実施し、活用状況や意見を確認した。
・ICT連携ツールを活用している近隣市を視察訪問し、ICT連携ツールの活用状況や実態を確認した。

資料2

令和７年度

在宅医療・介護連携推進事業計画（案）
～ありたい姿の実現を目指して～

第1回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

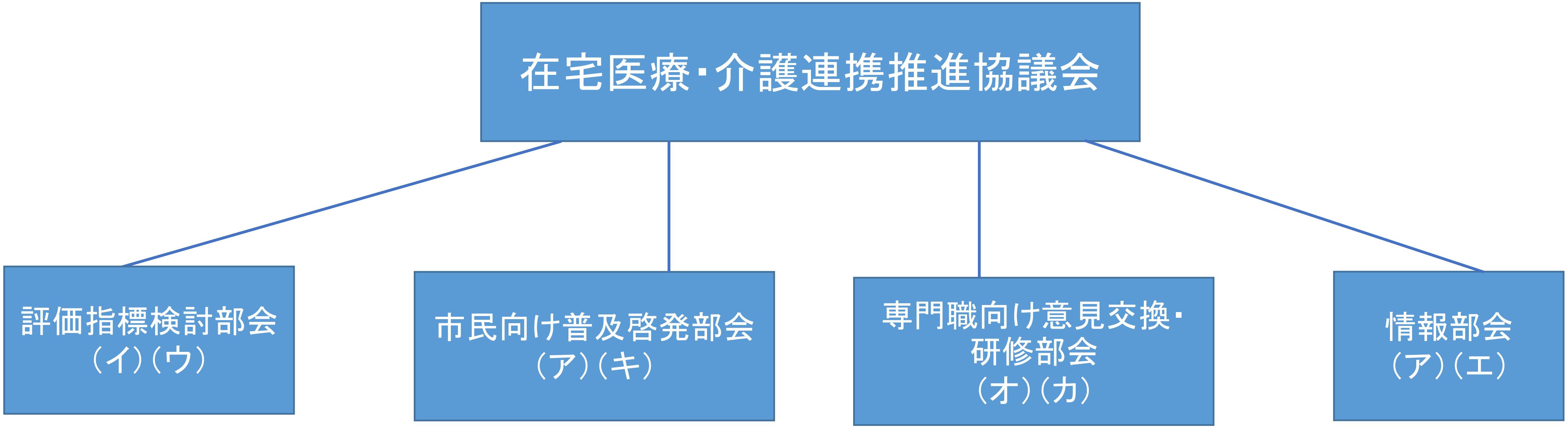
【在宅医療・介護連携推進事業とは】

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿等を共有し、医療機関と介護事業所等の協働・連携を推進する事業。

〈在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取り組み〉
（ア）地域の医療・介護の資源の把握
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
（ウ）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
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（カ）医療介護関係者の研修
（キ）地域住民への普及啓発

【つくば市在宅医療・介護連携推進事業について】

「医療と介護のありたい姿」の実現に向け、年２回、在宅医療・介護連携推進協議会を開催する。第１回推進協議会にて今年度の事業計画を定め、事業計画の具体策を協議、推進するため、各実務部会で年２回程度活動していく。第２回推進協議会にて各実務部会の活動内容・成果・課題・次年度の方向性を報告する。



つくば市の在宅医療・介護の現状

◆つくば市の人口

・総人口　：258,951人
　うち65歳以上：50,034人　75歳以上：26,627人　高齢化率：19.32%　（2025年4月1日　住民基本台帳より）
・介護保険認定者数：8,230人　認定率：16.45%
　うち要支援1・2：2,048人　要介護1～5：6,182人（2025年3月末日　介護保険システムより）

◆在宅医療資源（2025年4月1日　日本医師会地域医療情報システムより）

	種　別	施設数	人口10万対比（全国）
1	在宅療養支援病院	2	0.77　（1.72）
2	在宅療養支援診療所（うち強化型）	36(9)	13.9　（12.39）
3	在宅療養後方支援病院	2	0.77　（0.50）
4	在宅療養支援歯科診療所	15	5.79　（7.35）
5	薬局（在宅患者調剤加算）	147	56.76　（50.05）
6	訪問看護ステーション	21	8.10　（13.60）
7	訪問リハビリテーション	3	1.15　（4.06）

◆在宅介護資源（2025年4月1日　日本医師会地域医療情報システムより）

	種 別	施設数・人	75歳以上1千人あたり数（全国）
1	居宅介護事業所	54	2.07 （1.32）
2	訪問型介護施設	59	2.26 （2.17）
3	通所型介護施設	55	2.11 （1.95）
4	介護職員（常勤換算人数）	1,566	60.10 （45.64）

◆2024年度　在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る定例報告

（厚生労働省　関東信越厚生局データより）

・訪問診療受療者数　　4,952人 （参考：2023年　4,810人　2022年　4,718人）

・緊急往診対応件数　　1,190件

・死亡患者数　　901人（うち自宅で亡くなった数:442人）

◆地域包括支援センター　７か所

Ｐｌａｎ 現状分析、課題抽出、施策の立案

現状分析① ありたい姿の進捗管理 重点評価指標

評 価 項 目	2025年（目標値）	2020年（第8期）	2021年（※参考値）	2022年（第9期）	2023年（※参考値）	2024年（※参考値）
要介護認定者の在宅医療の認知度	45%	40.4%	45.6%（介護者）	38.0%	41.8%（介護者）	45.8%（介護者）
要介護認定者の介護サービスへの満足度	70%	66.8%	81.3%	92.4%	91.9%	94.8%
要介護認定者の幸福度	50%	44.0%	59.1%	31.9%	62.9%	66.2%
家族の介護負担感（要介護1以上）	40%	47.6%	66.3%	62.0%	72.7%	63.8%
ケアマネジャーと医療機関との連携状況	80%	74.8%	69.6%	67.6%	44.3%	ー
ケアマネジャーの仕事の満足度（6/10以上）	60%	52.1%	52.2%	62.0%	60.4%	ー

※参考値：認知度、満足度、幸福度、介護負担感→要介護認定更新時のアンケートより
医療機関との連携状況、仕事の満足度→2021年・2023年ケアマネジャーに対するアンケートより

現状分析② 第9期高齢者福祉計画策定のためのアンケート（ACP関連項目について）

調査期間：令和4年12月～令和5年1月

設　問	回　答　（認定者）	認定者	一般
ACPについて言葉を知っていますか	・以前から知っていた	3.5%	2.4%
	・言葉だけは知っていたが、内容は詳しく知らなかった	12.5%	14.2%
	・言葉も内容も知らなかった	73.1%	79.7%
	・無回答	11.0%	3.8%
「万が一の時に備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療、ケアを望んでいるかについて、自分自身で考え、あなたの信頼する人たちと話し合うこと」について最もあてはまるもの	・考えていない	28.5%	29.2%
	・考えたことはあるが、準備をしていない	39.3%	53.4%
	・考えており、少し準備をしている	11.9%	8.8%
	・考えており、近いうちに行おうと思っている	3.0%	2.3%
	・既に行っている	6.2%	1.5%
	・無回答	11.1%	4.8%
「万が一の時に備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療、ケアを望んでいるか」について記録に残していますか	・残している	8.7%	5.0%
	・将来的に残したい	27.2%	37.8%
	・残していない、今後も残すつもりはない	8.7%	4.6%
	・残していない、今後はわからない	43.6%	48.3%
	・無回答	11.8%	4.3%

課題の抽出、施策の立案

- 在宅医療の認知度が伸び悩みを示しており、市民に対しACPを含めた普及啓発を継続する必要がある
- 医療と介護の切れ目のない連携を実現するため、ICT連携ツール導入に向けた準備を進める必要がある
- 多職種の連携度合いを高めるため、顔の見える関係づくりに向けた研修・意見交換会を実施する必要がある

Ｄｏ　対応策の実施

ありたい姿１　希望の生き方を共に考える

〈重点評価指標〉在宅医療の認知度、介護サービスへの満足度、幸福度、家族の介護負担感

【評価検討部会】
・ありたい姿の実現に向けた進捗管理として、2025年目標（値）と現状を照合し、その結果から見えてくる課題の抽出と対応策の検討を行う
・ありたい姿の2040年理想に向けて、2025年以降の目標（値）を定める

【市民向け普及啓発部会】
・地域で在宅医療やACPに関しての啓発講座を実施する
・在宅医療・介護について紙媒体と電子媒体を併用し市民へ情報提供、在宅医療・介護の普及啓発に繋げる
（在宅医療と介護のサービスマップ、ハートページ、わたしの生き方ノート）

ありたい姿２　本人を第一に考えた多職種連携

〈重点評価指標〉ケアマネジャーと医療機関の連携状況

【評価検討部会】
ケアマネジャーと医療機関の連携状況の実態を医療介護レセプトデータ等から確認し、その結果から見えてくる課題の抽出と対応策の検討を行う

【情報部会】
・令和８年度ICT連携ツール導入に向け準備を進める
・専門職が連携に必要な社会資源の把握・整理、情報提供に繋げる
（高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識）

ありたい姿２　本人を第一に考えた多職種連携
〈重点評価指標〉ケアマネジャーと医療機関の連携状況

【専門職向け意見交換・研修部会】
・医療と介護の連携を高めるため、専門職間の意見交換会を実施する
・在宅医療の４場面を意識した研修会を実施する
（日常の療養支援/入退院支援/急変時の対応/看取り）

ありたい姿３　専門職のスキルアップとやりがい
〈重点評価指標〉ケアマネジャーの仕事の満足度

【専門職向け意見交換・研修部会】
・医療と介護の連携を高めるため、専門職間の意見交換会を実施する
・在宅医療の４場面を意識した研修会を実施する
（日常の療養支援/入退院支援/急変時の対応/看取り）

ありたい姿４　認知症になっても安心して暮らせる地域（他事業での取組事項）

普及啓発活動・家族支援
（認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、チームオレンジ活動、「おでかけ見守りシール」の普及、認知症あんしんガイドブック(ケアパス)の配布、認知症高齢者等SOSネットワークの推進）

ありたい姿５　多様な生活の場の提供（県・高齢福祉課事業）

・在宅医療サービスの基盤整備（茨城県在宅医療基盤整備事業等）
・介護サービス事業所の整備・質の向上

ありたい姿６　相互に支え合う生活支援・介護予防（他事業での取組事項）

・居場所づくり（高齢者憩いの広場、ふれあいサロン）の充実
・介護予防事業の実施（介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業）
・生活支援体制整備事業

ありたい姿７　誰一人取り残さない（他事業での取組事項）

・複合化・複雑化した課題を抱えるケースの早期発見早期対応
・地域包括支援センターの相談体制の充実
・実態把握訪問の実施

Ｃｈｅｃｋ　対応策の評価

ありたい姿の進捗管理

〈重点評価指標〉

ありたい姿１
・要介護認定者の在宅医療の認知度
・要介護認定者の介護サービスへの満足度
・要介護認定者の幸福度
・家族の介護負担感（要介護1以上）

ありたい姿２
・ケアマネジャーと医療機関との連携状況（入院時情報連携加算、退院・退所加算）

ありたい姿３
・ケアマネジャーの仕事の満足度

Ａｃｔ　改善

各実務部会の活動内容を踏まえ、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会にて成果及び課題、次年度の方向性を検討

令和７年度の年間予定（資料４参照）

・つくば市在宅医療・介護連携推進協議会（年２回）

・つくば市在宅医療・介護連携推進協議会　実務部会（各部会　年２回程度）

令和7年度つくば市在宅医療・介護連携推進協議会　実務部会について（案）

資料3

【在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取り組み】

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
（ウ）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
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（カ）医療・介護関係者の研修
（キ）地域住民への普及啓発

部 会 名 称	主 な 内 容	実務委員
1　評価検討部会 （イ）（ウ）	・ありたい姿の実現に向けた進捗管理及び課題抽出、対応策の検討 （重点評価指標） （医療介護レセプトの活用） ・ありたい姿の実現に向け各部会へ課題等を発信	成島委員 小關委員 渡邊委員 本多委員 野澤委員
2　市民向け普及啓発部会（ア）（キ）	・市民向け啓発講座の企画及び実施 （在宅医療、在宅介護、ACP 等） ・市民向け地域の社会資源の把握、情報整理・発信 （ハートページ） （在宅医療と介護のサービスマップ） （わたしの生き方ノート） （わたしの大切な情報カード）	津野委員 幸田委員 倉林委員 福井委員
3　専門職向け意見交換・研修部会（オ）（カ）	・在宅医療の4つの場面に関する意見交換・研修会の企画及び実施 （日常の療養支援/入退院支援/急変時の対応/看取り）	大塚委員 大曽根委員 大野委員 立澤委員 中山委員
4　情報部会（ア）（エ）	・ICT 連携ツール導入に向けた体制整備 ・専門職向け地域の社会資源の把握、情報整理・発信 （高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識）	志真委員 柴原委員 井上委員 根本委員 品川委員 野澤委員 小林委員

令和7年度　つくば市在宅医療・介護連携推進事業　年間予定表（案）

資料4

			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R8年1月	2月	3月
在宅医療・介護連携推進事業	資源把握・冊子作成	ハートページ	校正	発行/配布								調査/校正	校正	校正
		サービスマップ	配布									調査先抽出	調査/校正	校正/発行
		連携タイム	配布				ミニ知識に 内包して配布						調査	校正
		エンディングノート	配布									校正	校正	発行
		ミニ知識	庁内外校正依頼	校正 民間社会資源調査	校正 民間社会資源調査	校正/契約	校正/発行/配布							
	推進協議会		開催日程調整、 開催通知	第1回: 事業計画（案）								開催日程調整、 開催通知	第2回:月末 事業報告	
	実務部会	1　評価検討部会	認定更新時 アンケート集計	→	第1回評価検討部会 →	→	→	→	→	→	第2回評価検討部会 →	→	→	→
		2　市民向け普及啓発部会	出前講座 エンディングノート配布	→	第1回市民向け普及啓発部会 →	→	→	→	在宅医療講演会 →	→	第2回市民向け普及啓発部会 →	→	→	→
		3　専門職向け意見交換・研修部会			第1回専門職向け意見交換・研修部会			第1回多職種意見交換会		第2回専門職向け意見交換・研修部会		第2回多職種意見交換会 第3回専門職向け意見交換・研修部会		
		4　情報部会			第1回情報部会						第2回情報部会			

会　議　録

会議の名称		令和７年度第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会		
開催日時		令和８年（2026 年）３月 23 日（月）　開会 18 時 30 分　閉会 20 時 00 分		
開催場所		つくば市役所２階　会議室 201		
事務局（担当課）		福祉部地域包括支援課		
出席者	委員	成島淨委員、柴原健委員、志真泰夫委員、小關剛委員、井上実委員、渡邊多永子委員、本多めぐみ委員、津野義章委員、品川豊委員、野澤亮子委員、大塚俊実委員、幸田良子委員、大野聡子委員、大曽根賢一委員、小林路江委員、立澤友子委員、中山寛子委員、倉林奈津絵委員、福井正人委員		
	事務局	福祉部：日下次長　保健部：黒田顧問 国民健康保険課：鈴木参事補 地域包括支援課：相澤課長、岡野課長補佐、市川係長、栗原主任、遠藤保健師		
公開・非公開の別		■公開　□非公開　□一部公開	傍聴者数	０人
非公開の場合はその理由				
議題		（１）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告 （２）その他		
会議次第	1　開　会 2　あいさつ 3　議　題 （１）令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告 （２）その他 4　閉　会			

議事内容

事務局	定刻になりましたので、ただいまより令和７年度第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開会いたします。本日は公私共にお忙しい中、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会に御出席いただきまして誠にありがとうございます。本日、進行を務めさせていただきます。地域包括支援課　課長の相澤です。どうぞよろしくお願いいたします。初めに、会議録の作成にあたり、当協議会での発言内容を録音させていただきますので、あらかじめ御了承いただきたいと思います。あわせて、録音用マイクの使い方について、御説

	明させていただきます。発言される際には、マイクの底の部分を押していただき、ランプが緑色になったことを確認してから発言いただきますようお願いいたします。それでは、次第に沿って進行させていただきます。開会にあたり、成島会長より御挨拶お願いいたします。
成島会長	今日の新聞にも出ていましたが、高齢者世帯が増えてきてちょうど 20 年が経ったそうです。在宅医療・介護連携推進協議会では、高齢者世帯を取り残さないような取組がいかに大事になるかということだろうと思います。今回、第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会ということで、忌憚のない御意見をいただければと思いますので、よろしくお願いします。
事務局	成島会長、ありがとうございました。 議事に入る前に事前にお配りしました資料の一部に誤りがありましたので御説明申し上げます。資料１を御覧ください。資料１の表紙日付につきまして、本来令和８年３月 23 日と記載すべきところを誤って令和７年と記載してしまいました。正しくは令和８年です。御迷惑をおかけしましたことをお詫び申し上げますとともに、訂正させていただきます。 続きまして事務局から会議の公開に関する連絡事項を申し上げます。当協議会について、「つくば市附属機関の会議及び懇談会等の公開に関する条例」により、この会議を公開とします。 それでは協議に移ります。会議の進行は、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会開催要項第５条第１項の規定に基づき、会長が議長を務めることとなっておりますので、ここからは会長に進行をお願いしたいと思います。成島会長、よろしくお願いいたします。
成島会長	それでは会議を始めさせていただきます。本日はつくば薬剤師会根本委員が欠席となっております。 最初の議題は、令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告について、資料１を御覧ください。各実務部会の議長より約 10 分間以内で説明をお願いいたします。各実務部会の説明後に質問時間を設けます。まず、市民向け普及・啓発部会から、井上議長お願いします。
井上委員	市民向け普及・啓発部会の事業報告をさせていただきます。部会

	は２回開催しております。 第１回部会では、市民向け普及・啓発部会について、また令和７年度市民向け普及・啓発部会の実施内容について、各項目を協議しました。第２回部会では令和７年度の事業の実施状況について、各項目を振り返り、令和７年度の成果と課題について、令和８年度の方向性について協議しました。ここからは、事業ごとに実施内容を報告いたします。 在宅医療講演会です。10 月 26 日、日曜日につくば市役所で実施し、72 名が参加しました。国際ブレスト＆レディースクリニックの宮本医師からの講話と御自宅でお看取りされた方の体験談を実施しました。体験談に関しては、今年度から新しく取り入れた内容になります。医師、ケアマネジャー、訪問看護師、御家族の方から当時の出来事や思いについてお話いただきました。また、在宅医療に関わる多職種について理解を深めていただきました。参加者は年々増加しています。アンケートの結果では、例年と比較し、30 から50 代の若い世代の参加も増え、在宅医療の理解度も上がりました。将来、在宅医療を受けてみたいという方も増加しています。感想としては、「御家族、先生、ケアマネ、訪問看護師の皆様のお話が聞けて本当によかった」、「このような講演会を定期的に行ってもらいたい」、「いろんな講演会に行ったことがあるが、実際に体験された方のお話をお聞きできる機会がなかったので、本当に素敵な講演会だった」、「在宅医療の良さを知ることができた」等の意見があり、体験談について好評をいただきました。一方で、「費用の面での話がほしかった」、「一人暮らしでも可能なのか」という意見もありました。 終活講演会です。昨年度は在宅医療と終活の内容を合わせて講演会を実施しましたが、今年度は、在宅医療講演会と終活講演会を分けて実施したため、終活講演会は初めての取り組みになります。１月 25 日、日曜日にイーアスで実施し、107 名が参加しました。 鎌倉新書から「終活の基本」、「生前整理を考える」をテーマにした講話と、希望制で民間業者との個別相談、シニアフォト撮影を実施しました。個別相談は相続に関する相談が最も多かったです。シニアフォトは遺影用写真撮影のことです。撮影前にお化粧を直す方やスカーフを追加で巻く方もいらっしゃいました。「終活」、「ACP」についての理解度は昨年度より増加しています。参加されたきっかけとしては、年齢的にそろそろ終活を始めたいという方が多く、参加者は 60 から 80 代の方が９割を占めました。30 から 50 代の方は独

	身であることや、親が高齢であることをきっかけに参加されていました。感想としては、「エンディングノートを記入しているが、子供に話していなかったので話すことが大事と知った」、「このような会を数多く実施してほしい」、「再度受講したい」、「時間や場所が適切だった」、「民間企業の介入によって、従来の行政サービスでは届かないニーズまで入り込めることは良い試み」、「実際にエンディングノートを記載して、具体的に考えて行動する良い機会になった」という声が挙がりました。 　在宅医療・介護出前講座です。市や地域包括支援センターの職員が、在宅医療・在宅介護・ACP について、公民館等地域の集まりの場に出向き、講話をしています。令和６年度はオンラインで実施したこところがあり、参加者数が多くなっていますが、今年度はすべて対面で実施し、14 回、計 224 人に対して実施しました。 　オンデマンド講座です。今年度は昨年度より周知を強化し、広報や SNS、市民窓口課のモニター配信等を行いました。再生回数は医療編が 1814 回、介護編が 474 回です。 　わたしの生き方ノートです。今年度は 1056 冊配布しました。例年より講演会の実施回数や参加者数が多いため、増加したと思われます。窓口配布時に収集しているアンケートでは、エンディングノートを御希望された方は 70 歳代が最も多く約 40%。欲しいと思った理由は「自分の将来に備えるため」という方が最も多かったです。 　ACP の普及・啓発です。今年度から活動を開始しました。11 月 30 日「いい看取りの日」に合わせて、庁舎を ACP の色であるオレンジ色にライトアップしました。広報つくばでは周知の記事を掲載しました。 　わたしの大切な情報カードです。今年度からより多くの方へ使用していただくために、対象者を要介護認定者のみではなく、つくば市民としました。配布枚数は 75 枚です。また、市民向けの情報誌を２つ作成しました。１つ目は、介護保険制度情報・介護サービス事業所をまとめたハートページ、２つ目は、在宅医療を行っている医療機関・介護保険事業所をマップに示した在宅医療と介護のサービスマップになります。 　今年度の市民向け普及・啓発会の成果及び課題、次年度の方向性になります。成果は、市民に対し、在宅医療講演会、終活講演会、出前講座、オンデマンド講座やわたしの生き方ノート及びわたしの大切な情報カードの配布等を通じて、在宅医療と ACP の普及啓発を実施することができました。講演会は、在宅医療と終活を分けるこ

	とで、より充実した内容を実施でき、市民の理解度の増加に繋がりました。ハートページ、在宅医療と介護のサービスマップを作成し、在宅医療介護に関する情報をまとめ、市民に提供することができました。 課題として、在宅医療・ACP に関する普及・啓発活動が一定の成果を上げていますが、市民の関心や理解をさらに深めるために、継続していく必要があります。 次年度の方向性は、引き続き在宅医療と ACP 普及・啓発のための講演会、出前講座、広報の企画・実施や、エンディングノート・情報冊子を作成するとしています。令和７年度の市民向け普及・啓発部会の事業報告は以上です。
成島会長	ただいまの市民向け普及・啓発部会について、何か質問等ありましたらお願いします。
志真委員	わたしの大切な情報カードということで、これが 75 枚配布されたということですが、これの配布の仕方はどういうことでしょうか。これは私の記憶ですと、お薬手帳とペアで使うということで作られたのではないかと記憶していますが、お薬手帳との関係はどうでしょうか。
事務局	事務局から回答させていただきます。まず、お薬手帳との関係性は、志真先生がおっしゃったように、お薬手帳と合わせて使っていただくものになります。使い方は今までと変更はしておりません。配布の仕方ですが、ここに書かれているように、今までは介護保険負担割合証を介護保険課が送付するタイミングで同封して送らせていただいていたのですが、その配布の仕方ですと限定的になってしまうので、今年度から希望する方、特に介護保険を申請しているということに限らず、希望する市民の方には配布させていただくという方法をとっております。
志真委員	その割に少ないですよね。75 枚というのは。これは市役所に来ないと手に入らないのですか。
事務局	市と地域包括支援センターで配布させていただいています。
志真委員	もう少し枚数が出る必要があると思います。私はこれ使っていま

	すが。配布の仕方をもう少し工夫することと、広報をもうちょっと工夫していただくということと、あと「ツクツク見守りたい」の情報との関係は調整しているのでしょうか。
事務局	「ツクツク見守りたい」の主管課が社会福祉課になっており、主管課との内容の協議は十分にできていないのですが、今後内容の見直しや課を跨いでの項目の確認は必要になってくると思いますので検討させていただきます。
志真委員	ぜひお役所の縦割りを排して、必要な情報、両方とも同じ項目でもいいと思いますし、調整をしていただいて実際に役に立つものになるといいかなと思います。
柴原委員	自由意見というか、思ったことなのですが、前回の会議のときにACP､ACP というと逆に普及しないのではないかという意見を言わせていただきましたが、ここではこの「人生会議」という言葉が出てきているので、少しまだ親しみを持てるのかなと思います。ACP という言葉を国として普及したいという方向性があるのであれば、ACP（人生会議）と併記していった方が、ACP のみだとピンとこないですが、併記していくことを繰り返していけば、普及したときに広がっていくと思います。ACP という言葉が重要とは思わないですが、普及させるのであれば、併記していったほうがいいと思いました。一生懸命普及しても、なかなか市民に広がるのは難しいと思うので、どこかのタイミングでどのぐらい普及したかという評価も入れて欲しいです。今すぐではなくて、やっていく過程で実際どのぐらい普及しているか、評価も入れて欲しいという印象を受けました。
成島会長	非常に大事な点だと思います。御存じのように、マイナンバーカードにもこういう情報を入れるべきなのではないかという意見や、つくば市の実証実験でも救急搬送されたときに、ACP に関する情報が一緒に動けるようにという話も進められています。志真先生からございましたように、「ツクツク見守りたい」「わたしの大切な情報カード」「エンディングノート」をできるだけ簡潔にひとまとめにしてもらえるといいと思います。３つ全部書いていると何だか分からなくなることもあるかと思いますので検討をお願いします。 では次評価検討部会について、小闕議長お願いします。

小關委員	評価指標検討部会は計３回行っております。当初２回だったのですが、もう少し詰めていく必要があるだろうということで、３回目を実施しております。協議内容としまして、令和７年度の評価検討部会実施内容について、（ありたい姿 2025 年以降の目標案の作成）ということで、ここからスタートしたのですが、今回大きく見方を変えましたので、先にこちらを御説明させていただきたいと思います。今まではありたい姿の１から７ということで、以前に決めていたものを踏襲してやっていたという経緯がありました。ただ、こちらの方に経緯が書いてありますが、今、国の方で「在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するため」と書いてあります。そちらの在宅医療の場面を生かしつつ、さらに入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフスタイルを意識した上で医療と介護が主に共通する４つの場面、【日常の療養支援】、【入退院支援】、【急変時の対応】、【看取り】を意識して取り組もうと推奨していると書いてありますが、まさにこの４つの場面に基づいて、ありたい姿の形式を作り直すということを考え直しました。これは部会の方でそれぞれ意見が出まして、もう少し見やすい方がいいのではないかと。在宅医療・介護連携推進事業において、目指す姿や目標というのを具体化するために、みんなで考え直そうということでここからスタートしております。協議内容でこのありたい姿について振り返りをここでしまして、連携する指標について議論をし、次の会でも継続をしました。そして、３回目では、一部連携指標が足りないのではないかということで指標を追加し、具体的な指標の数値が不足しておりましたので、次年度の方向性について議論をしております。 ３ページ目のスライドが新しい形です。先ほどの４場面【日常の療養支援】、【入退院支援】、【急変時の対応】、【看取り】をベースに作り直しております。最終目標は、ここに書いてありますように、「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」こと。これが、何よりの最終目標じゃないかということで、これを 2040 年の最終目標と設定しております。2030 年、2040 年という時期が適切かどうかというところは議論が割れるところなのですが、この４つの場面についてそれぞれ考えていこうというモデルに変えています。様式をロジックモデルに沿って作ったということですけれども、「目指す姿・ありたい姿」とそれを実現するためにどう「取り組むか」、その関係を可視化・図式化したものと定義されており

	ます。その中で、行政の活動が最終的な成果に繋がるまでの因果関係を論理的に図式化したものと明記させていただいております。また、他の医療圏等々のロジックモデルも少し参考にしながら使わせていただいております。 　成果としては、ロジックモデルに沿って形式を変えて、目標の場面を具体化して、従来のありたい姿の形式を見直しして、最終的に国が推奨するような形に持っていこうと、変更に着手したこと。課題としましては、このありたい姿の完成に向けて、具体的な数値目標等々まで設定できていませんでしたので、次年度の方向性としては、新しいありたい姿の完成に向けてより４場面ごとの目標内容と設定指標の整合性について協議を進めようという方向性になっております。
成島会長	ただいまの説明につきまして、何か質問等ございましたらお願いします。
志真委員	これまでのありたい姿１から７までのロードマップは、ミニ知識の中の４から５ページに載っていますけれども、廃止するということですか。
事務局	１から７までありますが、４、５、６、７というのが、在宅医療推進事業外の取組になっています。当時ありたい姿が作られたときは協議会で話し合われて、その７つにまとまったと聞いていますが、推進協議会で取り扱うものは、推進事業に特化したもので、今後の目指すべき姿を作っていきたいというところがありましたので、今までのロードマップの内容を見直してブラッシュアップしたものが、先ほど小關議長から発表いただいた、新しく作成中のありたい姿になっております。ミニ知識に掲載は、次年度に評価検討部会でありたい姿の形を整えて完成させられたら、それを載せることになるかと思います。
小關委員	廃止することを決定したというところまでは、結論付けてないですが、ロードマップが２つあるのはダブルスタンダードになってしまいますので、新しいありたい姿が具体的に見やすいものにできれば、今まで掲載していたものは廃止する方向でもいいのではないかと考えております。最終的には、部会で決定ができないのではないかと思いますので、ここで様々な意見が出れば、またこれをどう使

	っていくかは検討の余地があるのではないかと考えています。
志真委員	現行のありたい姿の見直しをしているけれども、新しいありたい姿のロードマップができれば、そちらに置き換えるという方向で、それが次年度には提案されると理解していいですか。
事務局	そのようになります。次年度の協議会で、最終的には皆様の御意見もいただいた上で決めていきたいと思います。
柴原委員	かなり大きい網を広げてやっていくような気がして結局何ができるのか、結果的にどこがターゲットなのか。もう少し具体的に絞った方が分かりやすい印象を受けました。
小關委員	柴原先生のおっしゃったそこのポイントは、部会の中でも出ました。現行のものは在宅医療・介護連携推進協議会以外のものまで入っており、より広かったです。それだと余計に目標がはっきりしないというところから、協議会の目標に合わせました。一方で、先生がおっしゃったように、具体的な指標というところに、例えば在宅医療の認知度、人生会議の認知度、そのパーセントがどこから引っ張っているのかというと、今まであったデータをそのまま踏襲していたので、その具体的な数値目標を付けられないと何がターゲットになるのか分からないので、部会でも疑問が出ました。どう具体化し、数値化できるものとできないものは確かにあるとは思うのですが、来年細かいところを深めていくことが課題になるかなと思っております。
成島会長	部会の名前でも、「評価指標検討部会」なので、評価するための手法をどう具体的なものにしていくかということが、あと１年かけてきっちり出せればと思います。続きまして、専門職向け意見交換・研修部会について、大曽根議長よろしくお願いします。
大曽根委員	専門職向け意見交換・研修部会の事業報告をさせていただきます。資料の通りで、部会は３回開催をしております。１回目の部会では、過去３年間の取組・成果・課題・方針について確認をいたしまして、第１回の多職種連携意見交換会の企画について協議をいたしました。第２回の部会では、その１回目の多職種連携意見交換会の振り返りを行って、第２回目の多職種連携意見交換会の企画につ

	いて検討をいたしました。第３回の部会では、令和７年度多職種連携意見交換会の振り返りと、令和８年度の企画について協議をいたしました。 　続いて第１回の多職種連携、今年度２回実施した多職種連携意見交換会の内容について報告をさせていただきます。 　今年度は医療と介護が主に共通する４つの場面のうち、急変時の対応を主なテーマといたしました。第１回目の多職種連携意見交換会ですが、11 月 20 日の 18 時 30 分から 20 時に、市役所の会議室で実施をしております。訪問看護の事例を通した急変時の対応についてというテーマで、総合ケアセンターそよかぜの高崎様と、訪問看護ステーションかがやきの小林様に御講話をいただきました。講話の中で事例をいくつか提供していただき、このような事例のケースは限りなくゼロに近いかもしれないけれども、ゼロではないため心づもりが大切。多職種が利用者に関わる上で、少しでも不安を軽減し、利用者の命と生活を守ることが必要であるといった内容の講話をしていただきました。その後、グループワークで急変時の対応に関して課題に感じること、それに対しての意見と今後できそうなことについて、グループで現場の事例を交えながら意見を出し合い、用紙にまとめました。グループワークではそれぞれのグループに様々な職種の方を配置することができ、多職種の視点について共有することができました。参加者としては、ケアマネジャー11 名、訪問看護師 11 名、退院調整看護師６名、介護職５名、医療ソーシャルワーカー５名、薬剤師１名、リハビリテーション専門職１名、その他（地域連携部看護師等）17 名、合計 57 名が参加いたしました。介護職の参加が過去３年間になかったのですが、今年度は５人の方に参加をしていただきました。アンケート結果になります。参加した理由としては「多職種と顔を見える関係づくりをしたかったから」という理由が最も多く、良かった点としては、「役立つ情報が得られた」、「他の参加者との交流・情報交換ができたことで、今後連携が取りやすくなると感じた」という項目について多く回答をいただきました。満足度としては例年 50％ぐらいだったのですが、「とても満足」が 63％。「やや不満」と回答された方は薬剤師の方で、「事例のイメージが湧かなかった」ということでした。その他にいただいたコメントでは、「多職種の方々とお話ができ、不安が取れました。自分がいつ立ち会うかもしれないと思うと誰もが思うことなので話し合えてよかったです」、「顔の見える関係は実に大変役に立つと思います。もっといろいろな事例を勉強して様々な例に対応

	できるようになりたい。怖さは細かな支援のため必要な気持ちだと思うのですが、慣れないように、でも冷静に対応していきたいです」、「様々な方と直接話をすることができて自分の考えにプラスして参考にしたいと思うことが多くありました。とても有意義な時間でした」等のコメントをいただきました。 　第２回の多職種連携意見交換会になります。第２回目は２月 18 日の 18 時 30 分から 20 時に市役所の会議室で実施をいたしました。在宅での医療介護に関するケアマネジャーの事例を通した急変時の対応についてというテーマで、居宅介護支援事業所　糸車の前田様に御講話いただきました。事例を提供していただき、その後グループワークで急変時の確認共有事項リスト作成について、グループで現場の事例を交えながら意見を出し合って用紙にまとめました。また、第１回目の多職種連携意見交換会で、他のグループの方とも交流をしたかったという意見が上がったため、その意見を反映し、グループシャッフルを取り入れました。各グループで１人発表者を決めて、その発表者以外がそれぞれ違うグループに移動し、他のグループのワーク内容を残った発表者から聞きます。その後、元のグループに戻って、他のグループのワーク内容を共有しました。他のグループの方との交流が深められながら、意見を持ち帰り、共有することができたので情報量を増やすことができました。参加者としては、ケアマネジャー16 人、訪問看護師６人、退院調整看護師２人、介護職６人、医療ソーシャルワーカー３人、薬剤師９人、リハビリテーション職２人、医師１人、その他（地域連携部看護師等）４人で合計 47 人が参加いただきました。この第２回目のアンケート結果になります。参加した理由としては第１回目の多職種連携意見交換会同様、「多職種と顔の見える関係づくりをしたかったから」という理由が最も多く、良かった点としては、「役立つ情報が得られた」、「他の参加者との交流・情報交換ができたことで、今後連携が取りやすくなると感じた」という項目について多くの回答をいただきました。満足度としては、「とても満足」が 73％と第１回目の多職種連携意見交換会より多くの満足をいただきました。「やや不満」と回答された方は、医療ソーシャルワーカーの方で「多職種の役割について学べなかった」とのことでした。その他、いただいたコメントでは「シャッフルして戻るのがよかったと思う」、「出された意見の共有が２倍になりました」、「多職種の意見を聞くことができ、自分自身の知見を広めることができました」、「ちょうど同じような事例を持っていたので、いろいろ意見を聞けたことが良かった」、

	「グループのシャッフルは別のグループの意見も聞けて良かった」「同じグループに医師、訪問診療・医療ソーシャルワーカー、介護関係者が揃っていて、それぞれの視点で意見交換ができました」等のコメントをいただきました。 専門職向け意見交換・研修部会の成果及び課題、次年度の方向性になります。成果は、参加した理由として「多職種と顔の見える関係づくり」を選ぶ方が多かったことから、例年よりグループワークをメインとした会を２回実施することができました。アンケートで「多職種と連携ができ、今後の連携が取りやすくなった」と感じた方が最も多く、会の目的である顔の見える関係性づくりに向けた効果があったと思われます。グループワークの時間を長くすることで、過去３年間で最も多い満足度を得ることができました。テーマが多職種の中で共通課題でもある急変時の対応としたことで、例年より多くの参加者がありました。また、過去３年間参加がなかった医師、介護職の参加もありました。グループシャッフルを取り入れたことで、より多職種間の関わりも増え、得られた情報も増やすことができました。課題としては、参加者のニーズや関心に適切に応えるため、内容を工夫し引き続き研修会の参加を促していきたいと考えています。次年度の方向性は、引き続きグループワークをメインとしつつ、在宅医療の４つの場面である急変時の対応をより深掘りした内容をテーマとして会を企画・実施するとします。以上が令和７年度専門職向け意見交換・研修部会の事業報告とさせていただきます。
成島会長	ただいまの説明につきまして、何か質問等ございましたらお願いします。
小關委員	評価部会でもこの４場面の急変時についても話をしていまして、この研修２回やっていただいて非常にありがたいなと思って聞いていたんですけれども、１回目の方で、急変時の対応する課題に感じているという話があったと思います。どちらかというと参加した理由、満足度、良かった点というふうに書いてありますが、何を一番課題に感じているかデータがもしあれば教えていただきたいです。我々の方で急変時の対応の指標の中に協力医療機関の有無であったり、ケアマネ、在宅の主治医であったり、訪問看護師、介護施設との連携の状況とか、そういうものを指標としていいのかどうかという議論をしている最中でして、具体的に現場の方たちが意見交

	換会の中で、これが課題ですよねとか、これが整備されるといいですよね、という意見がもし出ているのであれば、教えていただきたいと思います。
大曽根委員	急変時の具体的な課題なのですが、それぞれのグループワークの中での話は出ていましたが、そこを細かく集計はできていません。最終的にアンケートを通して出された結果がこのような形になっておりまして、それぞれのグループの枠の中で、違った形の課題という話は出ていたかと思いますが、そこをまとめた形にはここではできていなかったということになります。
小闕委員	もし可能であれば、現場の意見をまとめていただくことで、その意見の中から評価検討部会でも指標にできるものがあるといいと思っています。
大曽根委員	分かりました。そこを課題とさせていただきます。
志真委員	非常に良い多職種での意見交換会だったと思うのですが、次年度の方向性の急変時の対応をより深掘りした内容ということで、厚生労働省の在宅医療拠点事業でも挙がっていたのですが、急変時というのは、急変してまた在宅に帰る場合もありますし、急変してそのまま亡くなってしまうケースもあるわけです。急変時に亡くなるということ、つまり看取りということと関係している場合どうするのか。それから、急変して、でも何とかそこから立ち直って入院することもあるでしょうから、今度は入退院支援とどういうふうに関係するのか、というような方向性での深掘りをしてもらうと、急変したときの課題が浮き彫りになるのではないかと聞いていて思いました。
渡邊委員	多職種連携、とても大事な取組だなと思って伺っておりました。ただ、もちろんこの目的というとつくば市内の幅広い多職種の方が顔の見える関係づくりというところだと思いますが、多職種連携に熱心な方だったり、熱心な事業所さんがお忙しかったりで参加したくてもそんなに参加できていない事業者さんももしかしたらあるのかなと思いました。先ほどの小闕先生の多職種連携の課題についても、もしかしたらあまり参加されていないような方や事業所さんの方が課題を抱えていらっしゃるのかなと思いました。なので、ど

	ういった方々が参加していらっしゃるのかとか、どういうふうに参加される方を集めていらっしゃるのか、今後どうされるか、そういったところをお伺いできたらと思います。
事務局	参加されている方々の募集の仕方、参加の仕方ですが、各事業所に開催する旨を記載した通知を送らせていただいており、そこで、参加御希望の方が申し込みをしてくださっています。ただ、今先生がおっしゃったように、忙しいがゆえに参加できていない、忙しいという状況にある方の方が、課題を抱えているのではないかということが、新たな視点、気づきになりましたので、先ほど皆様からいただいた意見を基にしながら、来年度の参加していただく方法も検討していければと感じました。
渡邊委員	成果は顔の見える関係が構築できたという内容ですが、顔の見える関係を作るということが一番の目的である。つまり、急変時の対応をどうするかということを検討していくということがメインではなくて、連携を深めることがメインですかね。もし急変時の対応のことを議論しているのであれば、本当は簡単にこういう結果が出ましたというのも出してもらわないと、何のために議論したのかがわからなくなってしまうので、どちらが最終的なターゲットなのか、内容を深めていくのか、連携を深めていくのか、その辺がポイントになるかと思います。
大曽根委員	主の目的としては顔の見える関係づくりということにしていたので、結果について先ほど小關先生からもまとめた形までは持っていけてなかったのは実際のところです。ただ、部会の中でも、実際どういうところが課題があるのか見えていないところもありましたし、いろんな意見が出たので、ここを深掘りし、具体的なところまで、もう少し絞り込んだ形の急変時の対応であれば、急変時の対応でのというところまで来年持っていけたらいいかなというところが来年度の方向性という形で話はしました。なので、今年度はどちらかというと顔の見える関係で、先ほど参加できていない方というお話もいただきましたけれども、今回はそういったところでは、どうしても介護職の方の参加が今までないというところがあったので、そこが参加しやすいようなテーマはどうだろうか、というようなことを企画の段階でさせていただいて参加いただいたので、また今度は先ほどいただいたように実際参加していない方に参加い

	ただくための企画を考えていきたいと思います。
小林委員	私も御依頼をいただいたときに、最初に志真先生がおっしゃってくださいました急変というところに対して、それぞれの職種で急変という捉え方がそもそも違うのではないかと考えました。そういったところからお話をもう１人の管理者とお話をしまして、連携や、本当の急変、そういったお話をさせていただきました。急変して救急搬送してその結果また在宅に戻られるというところでの本当に大きな意味での地域包括ケアシステムというところで、どのように関わらせていただくかというところまで深掘りまではできなかったと思うのですが、管理者の事例をお話させていただくと、ヘルパーさんが関わっていた方で、その方が体調の変化に気づき、その方は熱中症だったのですが、その時にヘルパーさんがそれなりの知識があって、水分を取らせていただいたり、体を冷やすというようなことを実際に行ってくださりつつ訪問看護に連絡し、訪問看護師が緊急訪問して、そこで体調を回復されたというような事例のお話をしてくださいました。そして、私の方からは数個の事例を御紹介させていただいたのですが、残念ながら自宅でお亡くなりになっていたというようなところで、訪問看護が発見したというようなこともありますし、それぞれの立場で訪問をさせていただく訪問看護師、もしくはヘルパー、もしくは訪問薬剤、どなたが訪問したときに急変しているか分からない。私ども訪問看護師にとっても非常に訪問する恐怖というか、一人暮らしの方で返答がないとか、常に怖い思いを抱えながら訪問させていただいているということが、皆様に分かっていただけたというところもあるのかなと感じました。ぜひ、来年度また有意義な研修になるように、皆様でお考えいただいて実施できたらいいかなと思いました。
成島会長	コロナ禍の３年間をきっかけにして、Web 会議が多くなったり、書面会議が多くなって、退院時カンファレンスも Web で行うことが多くなったし、サービス担当者会議も書面が多くて、ここ３年間医師の参加がなかったのは非常に申し訳ないと思うんですけれども、顔の見える関係はすごく大事だと思うし、人となりもわかる。ただ、これからの流れとしては、どうしても ICT を使ったものが多くなってくるのですが、皆さんが一堂に会して多彩な意見を出し合うことがすごく意味があるのかなと思います。解決もさることながら、みんなが顔を合わせてこういう意見もあると、職種によって違うと思

	うんでね、そのあたりが意見交換できればと思います。今後もこういうリアルでの検討会も続けていただければと思います。
小關委員	確認なのですが、先ほどお話にあったように、皆が同じ言葉、同じ意味で使わないとまずいなという話は出ていましたけれども、私も分からなくなってしまったので確認です。今回当部会で示させていただいた３ページ目のスライドのところで、急変時というのは、ちゃんと本人の急変時対応の意思がはっきりされていて連携ができているのかに絞って議論を進めていました。なぜかと言いますと、４場面の中に入退院支援があって看取りもあるということでそうしていましたが、先ほどの話をもししていくのであれば、入退院支援と看取りという言葉を急変時に合わせないといけないなと思ったんですけれども、どちらでやるべきでしょうか。先ほど、志真先生の話でいろんなパターンがあるからということをおっしゃっていたと思いますが、私もそれはすごく理解できるのですが、そうすると入退院支援の場面と看取りの場面を一緒にしたほうがいいということになるのでしょうか。そこは全員の認識を同じにしておかないと方向がずれていくと思ったので、どういうふうにしたらいいかだけ教えていただけたらと思いまして。事務局の考えなのか、もちろん成島先生のお考えでもいいんですけれども。我々評価検討部会では急変時の対応については、「急変時にも本人の意思を尊重した対応を受けることができている」ということにフォーカスを絞って議論を深めたんですね。ただ、今の話の延長でいくと看取りとなることもあるし、急変で運ばれたときには入院してそのあと入退院支援があるという話で、そうしますと入退院支援、看取りを急変時の対応の中に入れて議論を深めていかないといけないなと思ったので、そこの方向性は少し決めたほうがいいんじゃないかなと私は思うのですが、どうでしょうか。
成島会長	この中での急変の対応と看取りということに関して言えば、近い将来って言い方が変ですけれども、予測がつく状況の死亡の場合には看取りだと思うし、急変として起こり得ること話しておけば、ある程度急変は減るだろうと思いますが、それでも我々医療介護の関係者と家族の受けとめ方は多少乖離しているとは思うんですね。今回の在宅医療・介護連携推進事業に関して言えば、医療・介護のある程度情報・共有が大事になってくる。急変という言葉に関しても、入院するかしないかともかく、何らかの平時のサービス以外に対応

	が必要だったものは、僕は急変で捉えていいと思うし、看取りに関してはある程度予測がつくもの。癌の末期でおそらくもうこれは亡くなるだろうと予測がつくものですね。その時に家族によっては救急車を呼ぶ家族もいらっしゃるのも現実あるわけです。これは急変ではないだろうなと僕は思います。急変というのはあくまで何らかの対応を要する、かつ、それが病状の予測をしないとまでは言わなくても、対応が必要としたものを急変と呼ぶと。大体そういうコンセンサスがあるのかなと僕は今まで思っていたんですけれども、それは分かりません。文書で書いてあるわけじゃないので。大体そういうふうに決めて考えているのではないかなと。訪問看護とか訪問介護も含めて予測がついてなかった、もしくはある程度家族なり患者さんに伝えてなかったことが起きれば、対応が必要だと思うのが急変でいいと思います。
小關委員	そうしますと、看取りと急変は分けて。入退院支援は分けて大丈夫ということですか。
成島会長	と思います。では、最後情報部会について、志真議長よろしくお願いします。
志真委員	情報部会の活動報告をいたします。今年度は２回の部会を開きました。第１回の部会では、ICT 連携ツールを現在使われているものも含めて、ある程度複数検討するということで、どういうふうに活用していくのかということについて話し合いをいたしました。２回目は２月に開かれたのですが、これはつくば市の方から、ある程度 ICT 連携ツールを絞って、複数ではなくて１つを提案されてそのツールについての説明を業者から受けました。この段階で ICT 連携ツールを導入して今後どうそれを実施に移していくのか、どう活用していくのかということについての案を作成いたしました。次に、ICT 連携ツールのどういうふうに活用するかということですが、まずは多職種の連携の際に情報共有をするということが、まず使う場合に最初のスタートになるであろうと。それの後に、災害時に連携するために活用できるようなツールであって欲しいと。それから救急時のときに情報共有、或いは連携ができるような機能を備えて欲しいというような意見も出ました。活用を想定した仕様書の一部抜粋ですが、「要支援者の個別避難支援事業や救急連携等、将来多事業に利活用できるオプション機能を有すること」、「有事に要支援者の安

	否を確認する際は、つくば市の医療介護福祉の専門職が平時の担当に関わらず、当市のすべての要支援者の状況を報告できる仕組みを有すること」といったようなオプションに関する仕様書も市の方では作成して、将来はこういったことにも活用できる ICT の連携ツールを採用しましょうということになりました。それの導入及び実施のスケジュールですが、ここにありますように、【第１段階】、【第２段階】、【第３段階】と、段階を追って小さく始めてだんだん広げていくというプランをつくば市の方では考えております。第１段階では、関係部署との調整、多職種連携等の活用を検討する必要書類を作成するとあります。ICT 連携ツールを運用するにあたって個別の同意が必要になります。その同意を取るための書類とかですね、説明文書というのをつくば市の方で準備するということになります。４月以降は第２段階に入ります。ここでは、モデルケースと書いてありますが、この ICT 連携ツールを使って、多職種の情報共有、情報連携を進める実証事業を少数例から始めようということでモデルケースという言葉を使っています。具体的には、つくば市としては、５例前後のケースをまずやってみたらどうかという意見でしたけれども、もう少し多くてもいいかもしれないと私は思います。４月から９月にかけては、そういう少数例で実証事業的な取組をして、ICT 連携ツールの利便性や業務効率、そういったことを検証して、これを活用することでの効果とか課題をそこで明らかにするということであります。 　実はこの ICT 連携ツールを使うと、診療報酬がついてくるということが、26 年度の診療報酬改定で示されております。1 つは在宅医療情報連携加算、これは月に 1 回 100 点です。これはすでに 24 年度に新設されておりまして、今回はより明確にその要件を定めるということで、(1) から (4) まで、いくつかの要件が示されております。(2) のイ、「患者が同意したもののみにおいて保管された当該情報の共有が ICT を用いて行われるもの」ということが決められておりますので、患者同意が前提ということになります。それから「患者ごとに時系列で速やかに表示される ICT を用いること」。これは LINE 等のチャットをイメージしていただければいいんですけれど、時系列でずっと情報交換がされるという機能を持っていることということであります。(4)、これは意味慎重ですが、「なお、連携体制が煩雑なものとならないよう地域で同一の連携体制を構築することが望ましい」という要件が加わっております。実は、今想定している ICT ツールはつくば市の周辺の市町村では、すでに採用

	されているところがいくつかあります。例えば、メディカルセンターの訪問看護ステーションが常総市の利用者のところに行く等、実際使い始めてみると多分そういうことが起きるんじゃないかと。つくば市の事業所なんだけど、常総市に行くとか、つくばみらい市に行くとか、そういうふうに市を跨いで広域に連携するということがあると思うのですが、それについては、この第２段階のところで、できるだけ速やかに同一のICT連携ツールを使っているところと広域連携を結ぶということを、つくば市に努力していただきたい。これは相手があることですからね。しかしそういう努力をしていただくということであります。 　訪問看護については、同じように月に１回、1000円。以下は100点という言い方をしますが、訪問看護は 1000 円。これも要件が幾つかそこに定められておりまして、「利用者の情報診療情報等について連携機関と ICT を用いて共有し、常に確認できる体制を有し」ということは、要するに事業所単位でそれがまず職員にちゃんと共有されるということが必要なのかなと。その次のところがですね、ちょっと私もどう理解していいかわからないのですが、「連携機関、特別の関係にあるものを除く数が５つ以上であること」。つまり、５つの事業所とこれを使って連携をするという実績を要求しているのかなと私は読んだのですが、ここは具体的に疑義解釈とか、そういうのが出れば明らかになるでしょうし、どういうふうに読むのか訪問看護の関係の方にぜひ確認をしていただきたいと思います。 　協力医療機関が施設等の行うカンファレンス等に関する施設基準の見直しというのもございまして、これもなかなか微妙なのですが、簡単に言うと ICT ツールで情報共有をやれば、介護施設等との連携加算については、年に１回情報共有していればいい、だけど情報連携ツールを使ってなければ年に３回はちゃんと対面のカンファレンスをやってくださいよ、という意味ではないかと私は理解したんですけれども。ICT ツールを使って介護施設と常時やりとりしているということであれば、年に１回対面のカンファレンスを年１回やっていればいいということかなと思います。 　そういうことで、ICT 連携ツールを使うことで、診療報酬或いは訪問看護の加算も取れるという条件が整って参りましたので、第２段階を踏まえて、第３段階では各事業所でこれを活用する体制を作ったらどうかと。その場合には、これは私がお願いをしたのですが、それぞれの事業所或いは職種で専門職向けの説明会、それからこのICT 連携ツールを使う上での研修会、これをぜひ開いて欲しいと。

	これは本当はですね、第２段階でやって欲しいのですが、市としては、第２段階でそこまでやるのはなかなか大変なので、第３段階でまずそれをやらせていただいて、そして理解を得てから、まずつくば市全体に広げていくと。さらに、広域連携も第３段階から可能になるようにするということだと思います。 今年度の成果としては、ICT 連携ツールの導入をほぼ決定したということになります。これをまず第２段階として ICT 連携ツールを使ったモデルケースというか、実証的実証事業をやってつくば市全域に広げていくという流れを確認したということになります。具体的にどういうツールを使うのかということについては、次年度の協議会のときに、御説明させていただくことにしたいと思います。次年度の方向性としては、モデルケースでの利用を進めていくということです。まず実証的なモデルケースについて事務局の案と私の意見をまだ擦り合わせがきちんとできていないですが、ケースの募集については私は手挙げでもいいんじゃないかと思っています。場合によっては、この在宅医療・介護連携推進協議会の委員の属する施設からと考えている節もあるんですね、事務局は。この協議会のメンバーが属している施設・事業所から使ってもらうということかもしれません。それは後ほど御意見いただければ。それが終わった後、地域全体で ICT 連携ツールの利用を進めるということになります。
成島会長	説明会・研修会については、今年の秋か来年の春か分かりませんけれども、専門職向けの意見交換会・研修部会と情報部会のジョイントでやっていただければと思います。志真先生もおっしゃいましたように、今年の診療報酬改定では、看護師、薬剤師、ケアマネジャーとの定期的なカンファレンス開催実績が要件になりますので、医師も積極的に参加せざるを得ない。こういうものを一緒に入ることが必要になってくると思います。他に各委員から質問等ございますか。
渡邊委員	具体的なツールについてはまだ言えないというところなんですけど、先ほどお話を伺っていると市だけでというよりは広域で一緒に同じもの使っていった方がきっといいんだろうというところで、そのあたり他と調整しながら進められているみたいな感じでよろしいでしょうか。
事務局	志真先生からもお話があったように、広域連携に関しましては、

	まず相手も同じシステムを入れているということと、相手が広域連携をどのように考えているかというところになってきます。そこの部分に関しては、相手先の考えもあると思いますので、今年度は協議できていないのですが、次年度こちらもシステムを入れましたら、同様のシステムを入れている自治体の方にヒアリングさせていただきながら検討していくことになるかと考えています。
小闕委員	医療機関が登録してこの連携ツールに加わることに対して費用が発生していくものですか。
事務局	費用は市の方で出しておりますので、参加していただく事業所や医療機関に特別にプラスの料金が発生するということはないのですが、通信料の負担は発生します。
小闕委員	皆さん喜んで入りそうな気がするのですが、そんなことはないのですかね。おそらく、加算との兼ね合いがどうなのかというのを皆それぞれ考えるのではないかと思うんですけれども、先ほどの志真先生のお話にもあって、事務方の話でもありましたけれど、議論の中では広域連携の話は出ているのですか。要するに、議論というのは部会の議論ではなくて、市議会の中での導入に向けての議論の中でこれを入れるとこういう自治体と連携できるからいいんじゃないかみたいな。そういう話を渡邊先生はしたかったのかなと思ったのですが。
事務局	広域連携に関しては、まだ具体的な話はこれからというところではあります。茨城県内でまだ具体的な広域連携の実績がないというところもありますので、実際に広域連携をすることで事務的なところでどういったところが変わってくるのかとか、どこがどう管理していくのか、細かい部分をより確認して詰めていかなければいけません。広域連携で先方と我々が同じシステムを使っているということが大前提なんですけれども、使い方としては、つくば市以外の患者さんをつくば市の先生が見ていて、その場合でもその先方の自治体がその患者さんを登録して、メンバーとしてつくば市の先生を入れることは可能です。ただ、その先生がつくば市の患者さんを持っていれば、もちろんつくば市の方でも ID とパスワードを先生にお知らせさせていただいて、つくば市の方でも患者のチームを作るこ

	とは可能です。広域連携をやることの一番のメリットですが、ID とパスがそれぞれつくば市バージョン、何々市バージョンという形で２つバージョンができるので、先生やスタッフの皆さんが入り直さなければいけないのが一番の手間になるようでして、広域連携をすることによって、それが統一のものでできるようになることが一番のメリットだと伺っています。それに対してどちらがどう管理していくのかとか、細かいところを詰めながら、先方と意見を交わして、協定なりという話になってくると思うのですが、それに関してはまだまだ議論ができておりませんので、次年度引き続きというところと、また議会の方でもそこまで細かくはお話ししているものではありませんので、いずれにしてもこれから検討という段階ではあります。
小關委員	患者さんは、つくば市だからつくば市に運ばれる、という状況じゃないし、訪問看護もつくば市の北側にあるので下妻とか、筑西とか、結構いっぱいいるんですよね。まして、筑波大学であったり、救命センター、メディカルセンターとか救命センターの方でいろんなところに来るところがある中で、それが多分前提となって医療機関が ICT の利用を考えていくのではないかなと。多分、国もそういう意図なんじゃないかなと思ったときに、市長さんたちのレベルで、それを知っていないといけないんじゃないかなと思うんですね。やるかやらないかは別としても。だから導入する前に同じ連携ツールを使っている市長さんたちがその事実を知っていらっしゃらないと、すごくメリットが半減するんじゃないかなと思いまして。事務局が知っていらっしゃるということじゃなくて、福祉部長も知っている、市長も知っていることが前提となると私は思っているので、それを上に挙げていただきたいんですね。その上で、導入を決めてもらいたいと思っていて。そこはぜひお願いしたいなというかよろしくお願いします。
成島会長	小關先生は医療側の話で、市側はつくば市の在宅医療・介護連携推進事業なので、現時点ではつくば市からということなのですが、今日いらしてます保健所の本多所長もそうですけれども、新しい地域医療構想の中では在宅医療もメインになっているし、医療圏で言えば２次医療圏、つくば市、つくばみらい市、常総市が３つもうすでに入って、医療圏の中で在宅医療、新しい地域医療構想の中では在宅医療に関して言えば、人口の過疎地域、医療的にも弱いところ

	は周辺がカバーしなさいというような意見が出ていて、それに対してつくば市は当たり前ですけれども、非常に医療・介護の資源とも豊富なわけで、間違いなく周辺をカバーしなくちゃならないことは起きうる。確かに、今つくば市の事業としてやっているので、前提としてはつくば市をまず初めて、志真先生もおっしゃったように、小さなところから始めていって、最終的には広域化はもう避けられないことだろうと。つくば市は、これからも人口も減らないし、医療・介護資源も豊富なことは確かで、介護・訪問看護ステーションも医療機関もそうですが、つくば市以外をかなりカバーしているので、コストもあると思うので、それは課題としては考えておいてもらいたいと思います。
志真委員	第２段階のモデルケースの実証事業のときに、つくば市以外の患者さんを意識的に多職種連携ツールに入れる、１例でもいいから、つくば市以外の患者さんとについての連携を経験してみるといいと思うんですよね。実証事業できちんと具体的に実施する。１例でいいからね。つくば市内の人たちに限定した実証事業にはしない。つくば市以外の人でもいいですよと言って、そういうモデルケースを作って今の広域連携の話を具体化していくのが、私はいいんじゃないかと。それが小さく産んで大きく育てるという、今回の段階的な戦略を事務局の方で立てたわけですから。それを具体化していく１つの方法かと思います。 愛知県でも、長野県でも、三重県でも、広域連携の協定を結んでいる実績があるんです。だからそれを導入して、あとは相手との関係なので、いきなり３つも４つもすべての行政と広域連携の協定を結ぶのはなかなか大変なので、まず１人いたらその１人の人を具体的に取り扱えたらいいのではと。実証事業でそこの自治体と話をするというふうに少しずつ進めていったらどうかなと思うんです。
成島会長	地域包括支援課だけで判断できないので、上にも相談して、隣接するね、市町村の患者さんを診る可能性は当然あるので、もう検討しておいた方がいいと思います。診ないということはありえないですから。 では次の議題です。その他についてどうでしょうか。
事務局	事務局から２点、情報共有させていただきます。１点目、皆様の机上に配付させていただいてます、令和８年度の診療報酬改定につ

	いての資料に関しましては、先ほど志真先生から御説明がありました通りですので、皆様お時間ある際に目を通していただければと思います。２点目、ミニ知識です。地域包括支援課の方で毎年情報をまとめて発行しておりまして、今年度のものを皆さんに配布させていただきました。
成島会長	御意見、何か質問等あればお願いします。
倉林委員	市内でケアマネジャーやっていますが、先ほどの ICT のツールの件で確認なんですけれども、多職種連携というところで、研修部会が実施してくださっている多職種連携を ICT ツールでできるようにするということも目的と捉えてよろしいんですよね。
志真委員	結果としてそうなると思います。多職種連携が目的なのかと言われれば、これはもうあくまでもツールですから。道具ですから。それを使うことによって多職種連携のスピードが速くなったりとか、或いは今議論になっているように広域で使えたりとか、結果としてそういうことになるということになります。
倉林委員	実際、今もう ICT を使ったり、在宅医療とかで使う場合とかも結構増えてはいるんですけれども、大きい病院さんとかとなると、なかなか ICT を活用した連携ができていないなというふうに感じるところはあるんですね、ケアマネジャーとして。そうなったときに、今広域の話もありましたが、まずつくば市の中でそういうものに医療機関だったり、皆さんが参加を本当にしてくれるのかなというところもあるんです。この病院は連携しやすいけれど、ここはやっぱり連携しづらい。例えば、ケアマネジャーから先生に御意見を伺う書面を送っても、なかなか送り返してくださらない先生がいらしたり、実際に面談させていただきたいときのアポイントが取りづらいところもあるんですね。そういったところが ICT を活用してくださるのであれば、本当にメリットがあると思います。例えば、このモデルケースを対象にしたときに、どこが連携が取りづらいかというのは探しづらいところであると思うんですけれども、さっきも、研修会に出てくれる人たちというのは多職種連携に意識が高い人たちで、出れない人というのは課題を抱えている、なかなか多職種連携に対して課題がある方たちと、大きく分けるわけにはいかないんですけれども、もしそうだとしたときに、このモデルケースをやっ

	たときに、連携しやすい人たちだけでやってしまうと、結局うまくいかないんじゃないかと思うんですね。だから、つくば市以外をという以前の問題で、まず本当にこれが市内の利用者さん、患者さん、事業所でやったときに、何かやりづらいなというところもきちんとモデルケースとして入れていただくとか、モデルケースの選定に関して、いろいろ御考慮いただけたらと思いました。
志真委員	モデルケースの選定の方法というのは考えているんでしょうか。
事務局	どういったケースをモデルケースとして扱うべきかに関しては、この協議会に出てくださっている各団体の代表の方々に御意見をいただきながら考えていきたいとは思っておりましたので、今後も御協力いただくことが多くなってくるかと思います。その中でモデルケースの選定について手挙げ参加していただくのか、この協議会に関わってくださっている方の事業所に協力していただくのか、そこも御意見を頂戴したいと考えております。
志真委員	今の御意見は、やりにくいところをちゃんと入れてほしいという意見ですよね。連携しにくい診療所とか、そういうところと連携をまずモデルケースをやったらどうかという御意見だと思うんですけれど。
小闕委員	今のまさにおっしゃっていただいたことが現場の最終的な意見だと思います。
成島会長	一般的には、ケアマネジャーとか訪問看護からすると、大きい病院はなかなか連携が取りづらいと。どうしても忙しいし、どこに情報を送っていいかどうか分からないとか、そのやりとりが難しい。それをこういうシステムが始まったら、情報のやりとりが一元化というかね。連携化みたいなところになるんだろうと思うんですけれど、そういう形になって対応していただくことになるんだろうと思います。もう１つは、医師会会員でいえば、個々の会員でいまだにメールも対応してもらえないし、オクレンジャーというシステムもあるんですね。それも入らなくていまだに紙、FAX でしか対応してもらえない先生もいらっしゃるし、なかなかこういう便利なものが入っても用意ドンでみんなが参加はなかなか実際難しいなと。ただ、こういうシステムを導入することによって、改善することは期

	待できると僕は思っています。だから２種類あると思うんですね。もう全く連携ツールとかに馴染まない医療機関もありますから、そこはもうおそらく今後も多分だめだろうと僕は思ってます。医療機関で大きい病院は筑波大附属病院とか、記念病院とか、メディカルとか、医師が多くてかつそのうちにどうやって連携取ったらいいか、面談しようにも連絡も取れない。電話も繋いでもらえない。実際、現実にはあるだろうと思うので、それは少し変わると思います。期待してもらっていいと思います。他には何か御意見ありますか。ないようですので進行を事務局にお返しします。
事務局	成島会長ありがとうございました。本日の協議会の御意見を念頭に置き、引き続き在宅医療・介護連携推進事業を進めて参りたいと考えておりますので、御協力のほどよろしくお願いいたします。 以上をもちまして、令和７年度第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を閉会とさせていただきます。本日は長時間にわたり御協議いただき、誠にありがとうございました。なお、令和８年度第１回協議会の日程は５月頃を予定しております。近くなりましたら文書にて御案内申し上げますので、次年度も引き続きどうぞよろしくお願いいたします。本日はありがとうございました。

令和７年度第２回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

次第

日時　令和８年（2026年）３月23日（月）

18:30～20:00

場所　つくば市役所　会議室201

１　開　会

２　あいさつ

３　議　題

（１）　令和７年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告（資料１）

（２）　その他

４　閉　会

資料1

令和7年度 第2回

在宅医療・介護連携推進協議会
～事業報告～

令和8年3月23日（月）

1　評価指標検討部会

部会内容	
第1回部会 令和7年7月31日(木)	〈協議内容〉 ・令和7年度評価検討部会の実施内容について (ありたい姿2025年以降の目標案の作成) ・ありたい姿について振り返り ・連携の指標について
第2回部会 令和7年11月17日(月)	〈協議内容〉 ・ありたい姿(案)について(形式変更・内容更新) ・連携の指標について
第3回部会 令和8年2月10日(火)	〈協議内容〉 ・ありたい姿(案)について (第2回部会での委員意見反映・内容整理) ・指標追加の有無等について ・令和8年度の方向性について

つくば市医療と介護のありたい姿　形式変更経緯

現在国では、在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護が主に共通する4つの場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)を意識して取り組むことを推奨している。

→在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿や目標をより具体化するために、従来のありたい姿の内容をブラッシュアップし、在宅医療の4場面ごとに目標を設定した新しいありたい姿を作成することとした。

構成について（資料2参照）–ロジックモデルの様式に準拠–

つくば市医療と介護のありたい姿(案)一部抜粋・省略

4場面ごとの初期目標に応じた個別施策

4場面ごとに初期目標を設定

2030年

中期目標

【日常の療養支援】

市民が在宅療養を選択肢の一つとして考えることができている。
本人の意思と状態に応じた支援が提供されることで、安心して生活することができている。

【入退院支援】

本人の意思が尊重された入退院支援を受けることができている。

【急変時の対応】

急変時にも本人の意思が尊重された対応を受けることができている。

【看取り】

本人が望む場所・望む形で終末期の支援を受け、穏やかに最期を迎えることができている。

【日常の療養支援】の中期目標は他場面にも共通する

2040年

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。

最終目標

ロジックモデルとは

・「目指す姿・ありたい姿」とそれを実現するためにどう「取り組むか」の関係を可視化・図式化したもの。

・行政の活動が最終的な成果に繋がるまでの因果関係を論理的に図式化したもの。

全国半数の都道府県が第８次保健医療計画にロジックモデルを掲載。

市町村の介護保険事業計画、健康増進計画、障害福祉計画等にも活用が広がっている。

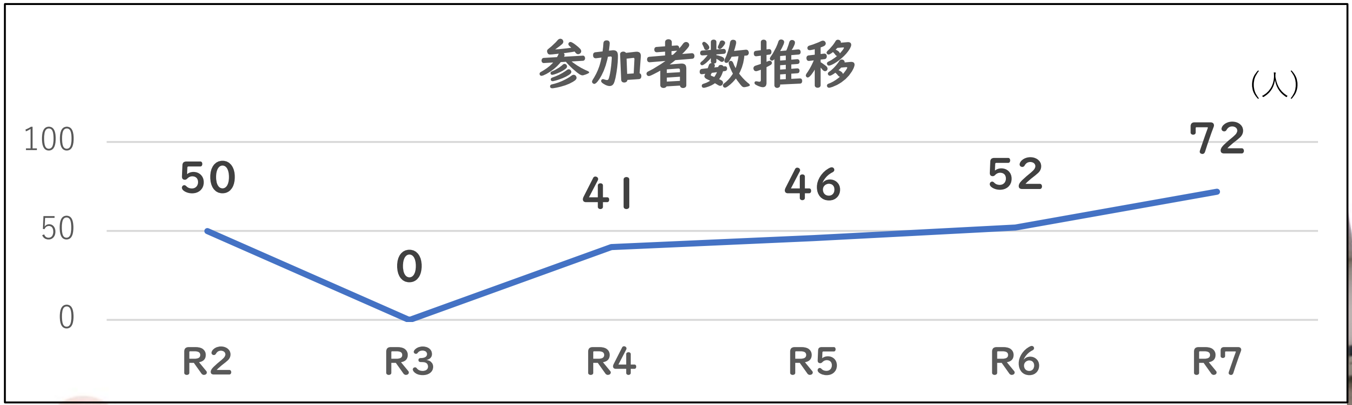
成果及び課題	次年度の方向性
(成果) ・在宅医療・介護連携推進事業の目標を具体化するため、従来のありたい姿の形式を見直し、国が推奨する在宅医療の4場面ごとに目標を設定した、新たな「ありたい姿(案)」の作成に着手した。 (課題) ・ありたい姿の完成に向けて、引き続き協議を進める必要がある。	・令和8年度内の完成に向け、4場面ごとの目標内容や指標の整合性について協議を進める。

2　市民向け普及・啓発部会

部 会 内 容	
第1回部会 令和7年6月30日(月)	〈協議内容〉 ・市民向け普及・啓発部会について ・令和7年度市民向け普及・啓発部会の実施内容について (在宅医療講演会、終活講演会、在宅医療・介護出前講座 オンデマンド講座、わたしの生き方ノート、 わたしの大切な情報カード、ハートページ、 在宅医療と介護のサービスマップ)
第2回部会 令和8年2月17日(火)	〈協議内容〉 ・令和7年度の事業の実施状況について (在宅医療講演会、終活講演会、在宅医療・介護出前講座 オンデマンド講座、わたしの生き方ノート、 わたしの大切な情報カード、ハートページ、 在宅医療と介護のサービスマップ) ・令和7年度の成果と課題について ・令和8年度の方向性について

在宅医療講演会　～もしもの時の心づもり～

日時	令和7年(2025年)10月26日(日)10時05分～12時20分
場所	つくば市役所201会議室
参加者	72名(申込99名)
講師	つくば国際ブレスト&レディースクリニック 医師　宮本　真実先生
体験談	糖尿病性足壊疽・肺MAC症・脳梗塞を主病とし、ご自宅でお看取りされた方 話し手：つくば国際ブレスト&レディースクリニック　医師　宮本　竜之先生 ワンケアプランセンター　主任介護支援専門員　倉林　奈津絵様 ツクイつくば訪問看護ステーション　看護師　下川　綾菜様 ご家族(事例の方の妻)



・アンケート結果

	R6	R7
30～50歳代の割合	18%	23%
在宅医療をどの程度理解できたか→とても	34%	63%
将来在宅医療を受けてみたいか→受けたい	57%	67%

・感想

・ご家族・先生・ケアマネ・訪問看護の皆様のお話が聞けて本当に良かった
・このような講演会を定期的に行ってもらいたい
・いろんな講演会に行ったことがあるが、実際に体験された方のお話をお聞きできる機会がなかったので本当に素敵な講演会だった
・在宅医療の良さを知ることができた
・費用面の話がほしかった
・1人暮らしでも可能なのか

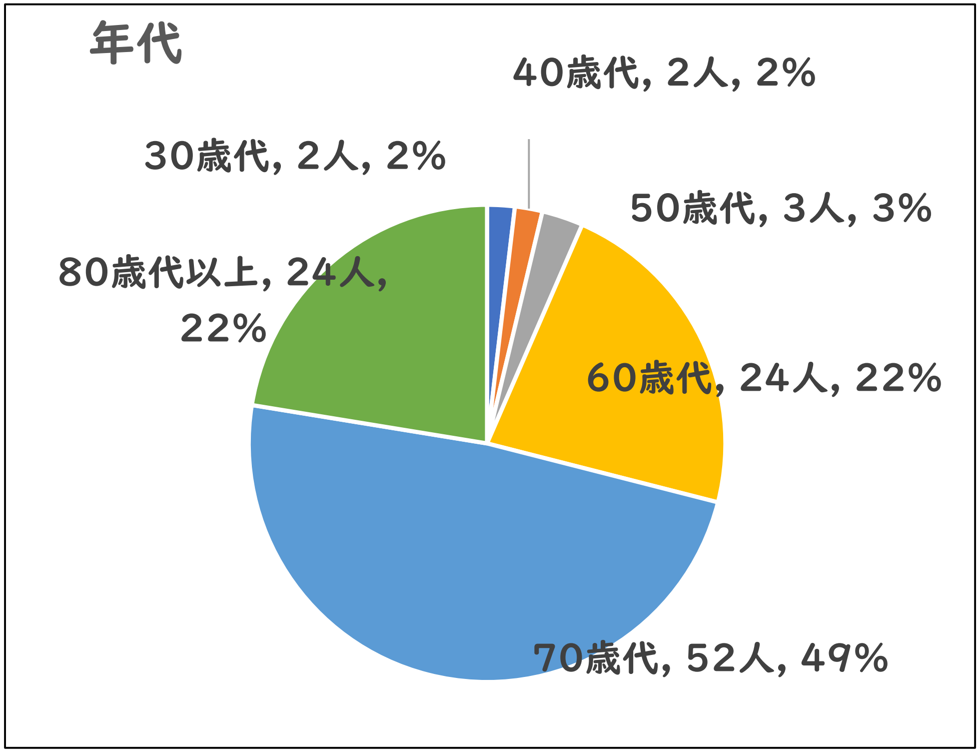
終活講演会
“終活のススメ” 今日から終活はじめてみませんか

※昨年度は在宅医療&終活講演会として実施

日時	令和8年(2026年)1月25日(日)13時00分～16時30分
場所	イーアスつくば2階 イーアスホールABC
参加者	107名(申込149名)
講師	鎌倉新書 檜垣圭祐行政書士
講話内容	①終活の基本 ②生前整理を考える
個別相談・シニアフォト	相続・不動産・資金・身元保証・家財整理・葬儀に関する業者 44人相談 シニアフォト（生前準備写真）撮影 16人撮影

・アンケート結果

	R6	R7
終活をどの程度理解できたか→とても・まあまあ	60%	73%
ACPをどの程度理解できたか→とても・まあまあ		70%

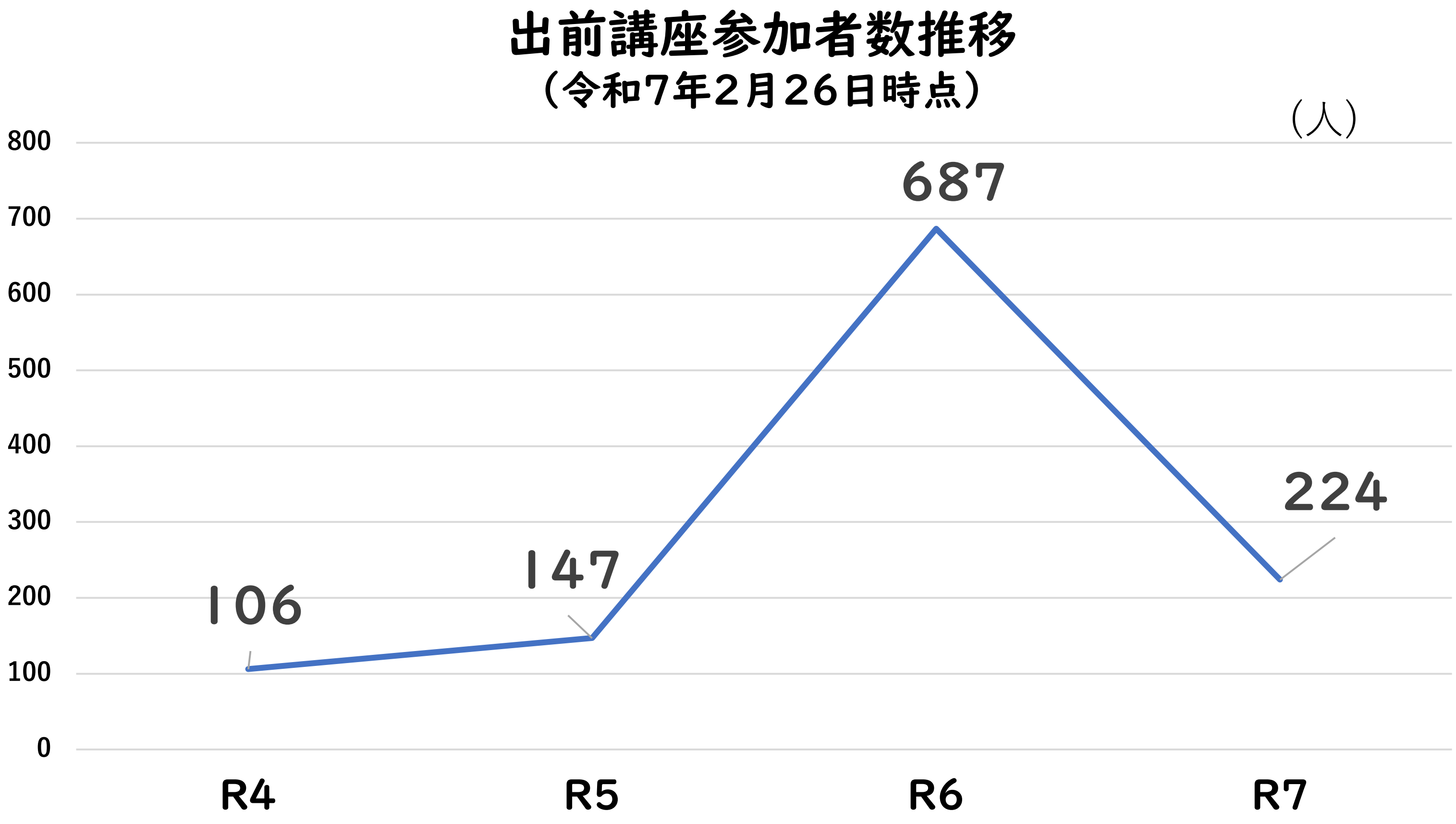


・感想

・エンディングノートを記入しているが子どもに話していなかったので話すことが大事と知った
・このような会を数多く実施してほしい ・再度受講したい
・時間や場所が適切だった
・民間企業の介入によって従来の行政サービスでは届かないニーズまで入り込めることは良い試み
・実際にエンディングノートを記載して、具体的に考えて行動する良い機会になった

在宅医療・介護出前講座

在宅医療について・在宅介護について・ACP(人生会議)について　1時間の内容



回数	4回	6回	20回	14回

	人数
筑波	13
	5
	10
	26
大穂豊里	10
	8
	20
桜	8
谷田部西	16
谷田部東	41
茎崎	31
つくば市	12
	15
	9
合計	224

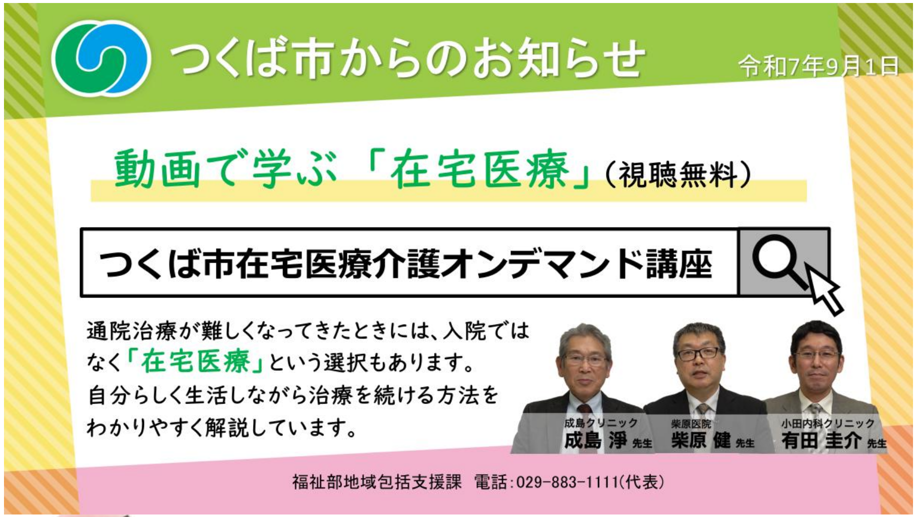
オンデマンド講座

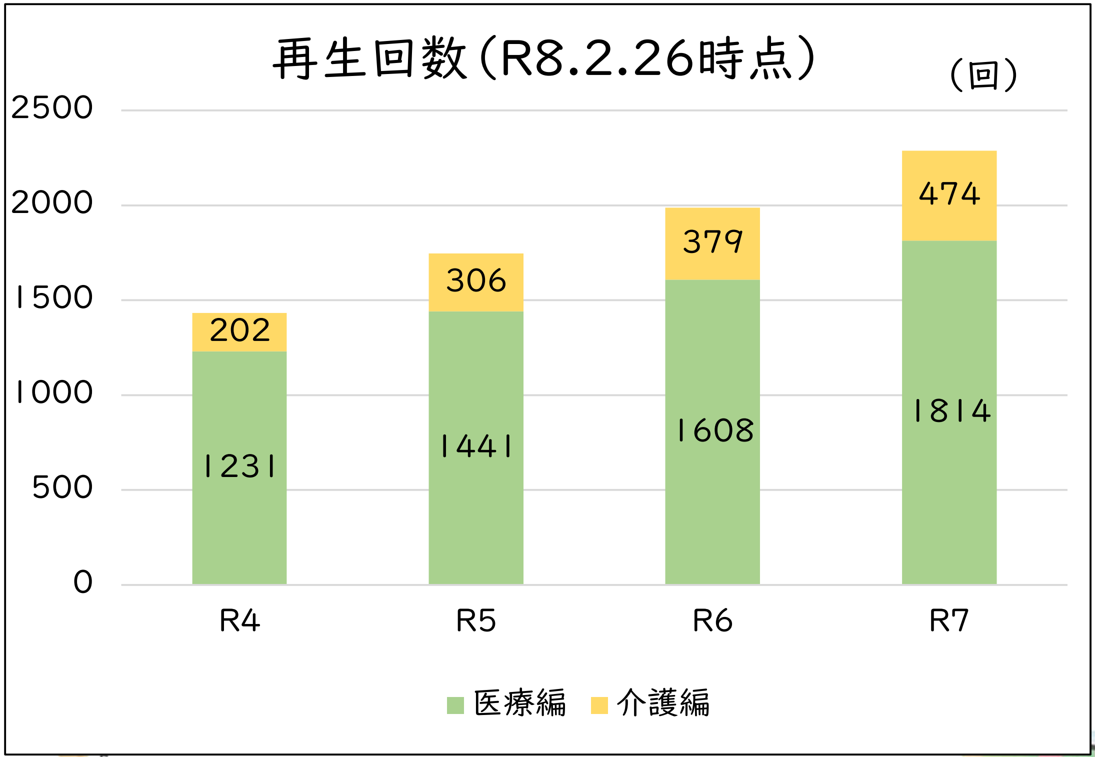
医療編：R3.11～　介護編：R4.12～

周知を強化

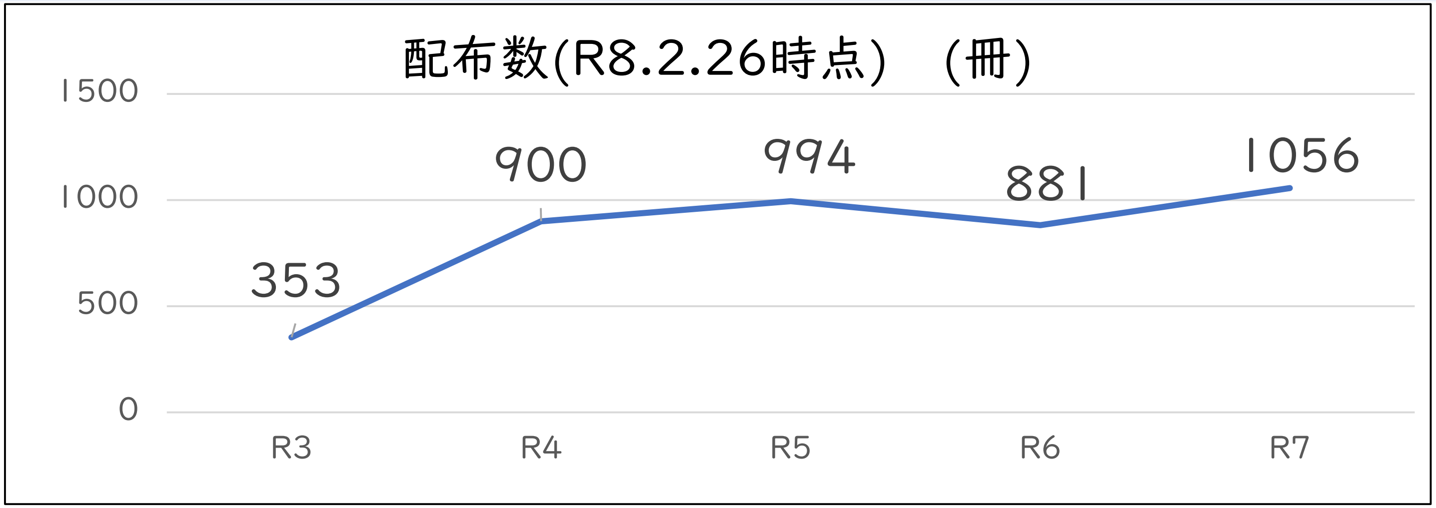
HP・広報10月号・X・Facebook・市民窓口課モニター配信
チラシの同封(エンディングノート・ハートページ・在宅医療と介護のサービスマップ)
終活講演会で紹介

↓市民窓口課モニター配信の画面

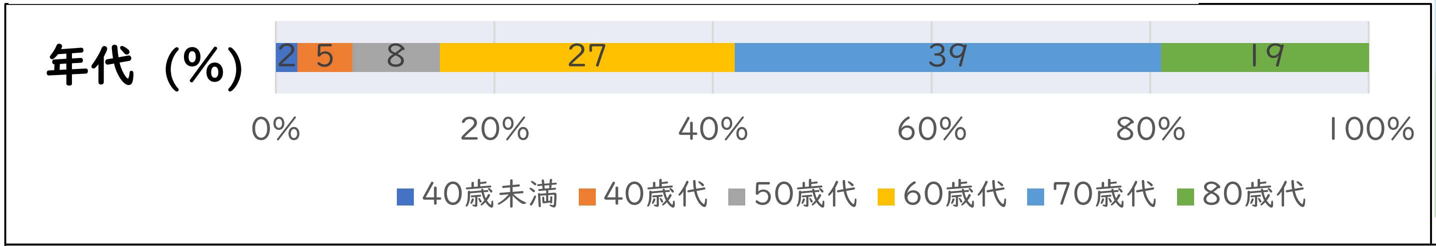


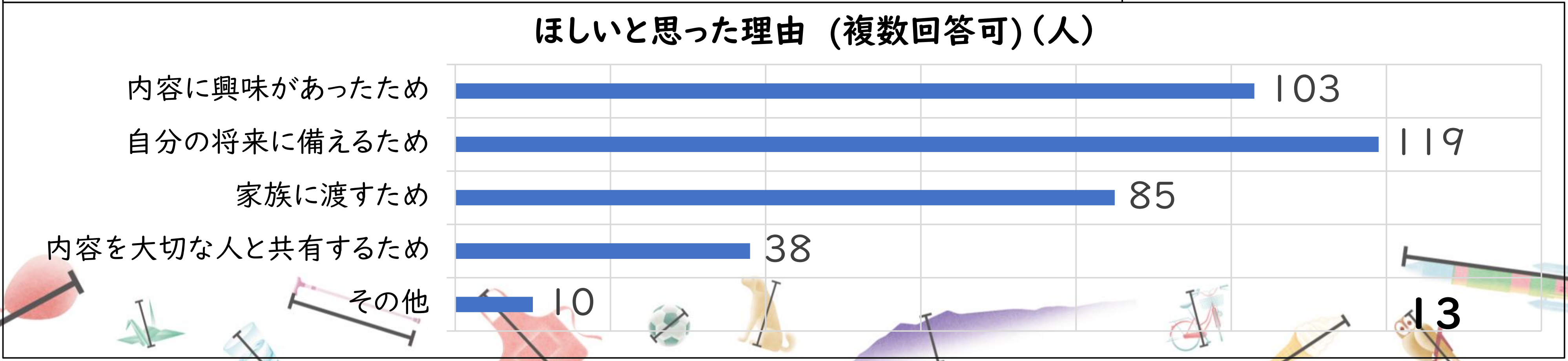


わたしの生き方ノート(エンディングノート)



窓口配布時に収集しているアンケート結果 (N=283)





ACP普及・啓発

・庁舎ライトアップ

・周知

広報11月号、X、Facebook、つくスマ、庁内掲示板

終活講演会でACPについての説明を入れた

ACP 人生会議

11月30日は「人生会議」の日です

11月30日は「いい看取り・看取られ」の語呂合わせで「人生会議」の日です。「人生会議」(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)とは、あなたが大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを受けたいかを、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと共有しておくことです。

「もしものときに、どうしたいか」大切な自分の思いに向き合ってみませんか。　問 地域包括支援課

考えは変わることがあります。
何度でも繰り返し話し合いましょう。

わたしの生き方ノート(エンディングノート)を配布しています

詳細は市ホームページをご覧ください。

厚生労働省ホームページ「人生会議」してみませんか

2026年1月25日(日)に終活講演会を行います。
詳細は広報つくば1月号に掲載予定です。

←広報つくばの記事

わたしの大切な情報カード

・対象者の更新

【旧】要介護認定者へ
　　介護保険負担割合証に同封
→【新】希望するつくば市民

・配布枚数(令和8年2月26日時点)
　75枚

わたしの大切な情報カード

もしものとき、いのちを守るために
必要な情報を伝える大切なカードです

内側

わたしの大切な情報カード
救急時などにも参照される大切な情報です。必ず記入しましょう。

記入日　年　月　日
氏名　男・女
生年月日
住所　つくば市
電話番号
緊急連絡先 1
氏名　続柄
緊急連絡先 2
氏名　続柄

◎介護保険利用　※○をつけてください
なし
あり　［要支援　1・2］
　　　［要介護　1・2・3・4・5］
◎居宅介護支援事業所・連絡先
事業所名
電話番号
ケアマネジャー
緊急時の伝言など
最終修正日　①　年　月　日　②　年　月　日

二つ折りのカードの中面に、緊急連絡先、介護認定、緊急時の伝言などが記入できます。
おくすり手帳と一緒に使用し、病院や薬局、緊急時に提示してください。
情報が変更になった場合には記載内容を修正し、最終修正日を記載してください。

表
おくすり手帳
救急隊員への目印になります。

裏
おくすり手帳の使い方について載っています。

お持ちのおくすり手帳と一緒に使用してください。

配布場所
・地域包括支援課
・各地域包括支援センター
（筑波・大穂豊里・谷田部西・谷田部東・桜・茎崎）
ご希望の方は、お気軽にお声かけください。

問合せ先：つくば市福祉部地域包括支援課(029-883-1111) ※平日8:45～16:30

成果及び課題	次年度の方向性
(成果) ・市民に対し、在宅医療講演会・終活講演会・出前講座・オンデマンド講座やわたしの生き方ノート及びわたしの大切な情報カードの配布等を通じて、在宅医療とACPの普及啓発を実施することができた。 講演会は、在宅医療と終活を分けることで、より充実した内容を実施でき、市民の理解度の増加に繋がった。 ・ハートページ・在宅医療と介護のサービスマップを作成し、在宅医療・介護に関する情報をまとめ、市民に提供することができた。 (課題) ・在宅医療・ACPに関する普及・啓発活動が一定の成果を上げているが、市民の関心や理解をさらに深めるために、継続していく必要がある。	・引き続き、在宅医療とACP普及啓発のための講演会・出前講座・広報の企画・実施や、エンディングノート・情報冊子を作成する。

3　専門職向け意見交換・研修部会

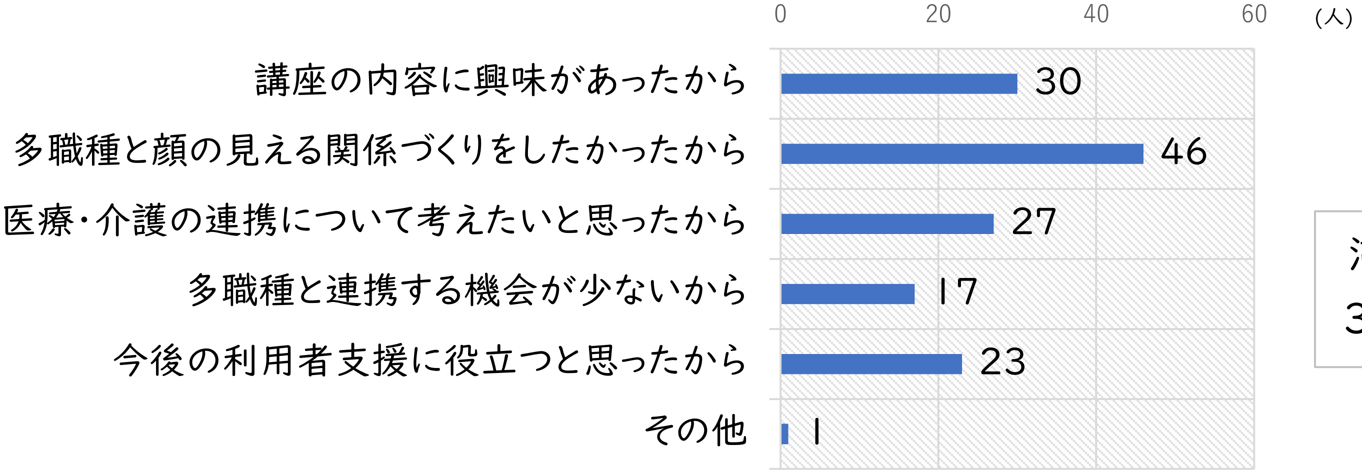
部　会　内　容	
第１回部会 令和7年7月7日(月)	〈協議内容〉 ・過去3年間の取組・成果・課題・方針について ・第１回「多職種連携意見交換会」の企画について
第2回部会 令和7年11月27日(木)	〈協議内容〉 ・第１回「多職種連携意見交換会」振り返り ・第2回「多職種連携意見交換会」の企画について
第3回部会 令和8年2月24日(火)	〈協議内容〉 ・令和7年度「多職種連携意見交換会」振り返り ・令和8年度の企画について

第1回「多職種連携意見交換会」

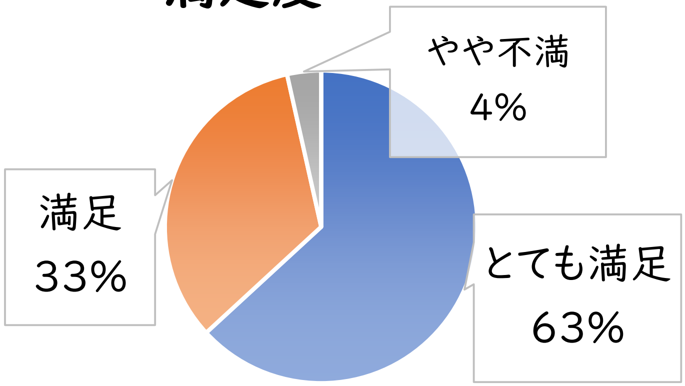
日時	令和7年11月20日(木)18:30~20:00
講話(15分)	訪問看護の事例をとおした急変時の対応について
講師	総合ケアセンターそよかぜ 訪問看護管理者 高崎 芳江氏 訪問看護ステーションかがやき 管理者 小林 路江 氏
グループワーク(45分)	「急変時の対応に関して課題に感じていること、 それに対しての意識と今後できそうなこと」 グループで現場の事例を交えながら意見を出し合い用紙にまとめる→発表
参加者	57名+地域包括支援センター職員5人=62人 ケアマネジャー 11人 訪問看護師 11人 退院調整看護師 6人 介護職 5人 医療ソーシャルワーカー 5人 薬剤師 1人 リハビリテーション職 1人 その他(地域連携部看護師等)17人

第１回「多職種連携意見交換会」アンケート結果

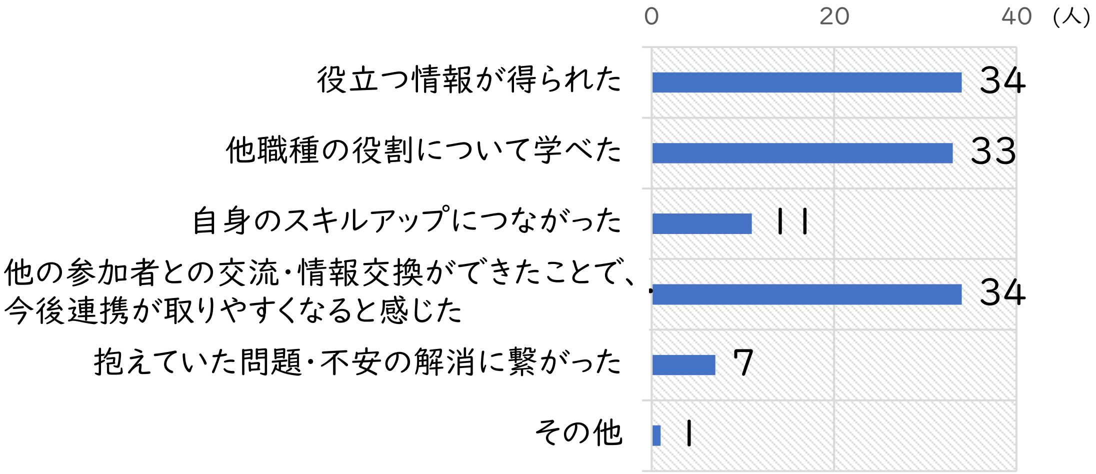
参加した理由（複数回答）



満足度



良かった点（複数回答）



・多職種の方々とお話ができ、不安が取れました。自分がいつ立ち会うかもしれないと思うと誰もが思うことなので、話し合えて良かったです。

・顔の見える関係は実務に大変役立つと思います。

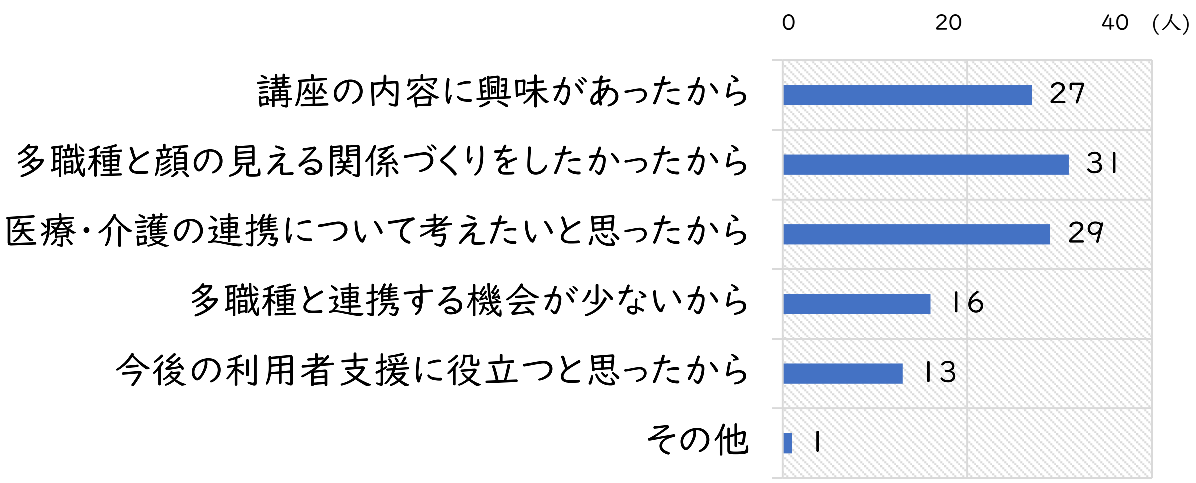
・もっといろいろな事例を勉強して、様々な例に対応できるようになりたいです。怖さは細かな支援の為に必要な気持ちだと思うので、慣れないように、でも冷静に対応していきたいです。

第2回「多職種連携意見交換会」

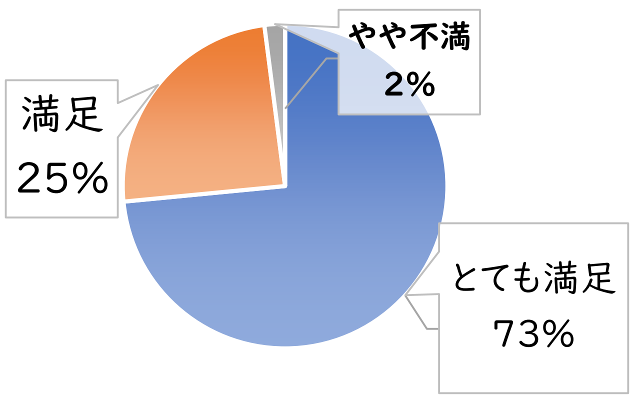
日時	令和8年2月18日(水)18:30～20:00
講話(5分)	在宅での医療・介護に関する ケアマネジャーの事例を通した、急変時の対応について
講師	居宅介護支援事業所 糸車 主任介護支援専門員 前田久実子氏
グループワーク(40分)	「急変時の確認・共有事項リスト作成」 講話で提供のあった事例をもとにグループで現場の事例を交えながら意見を出し合い用紙にまとめる
グループシャッフル等(20分)	発表者以外のメンバーがそれぞれ違うグループに移動し、 他のグループのワークをみる(10分) 元のグループに戻り、他のグループのワーク内容を共有する(10分)
参加者	47名+地域包括支援センター職員5名=52人 ケアマネジャー 16人 訪問看護師 6人 退院調整看護師 2人 介護職 6人 医療ソーシャルワーカー 3人 薬剤師 9人 リハビリテーション職 2人 医師 1人 その他(地域連携部看護師等) 4人

第2回「多職種連携意見交換会」アンケート結果

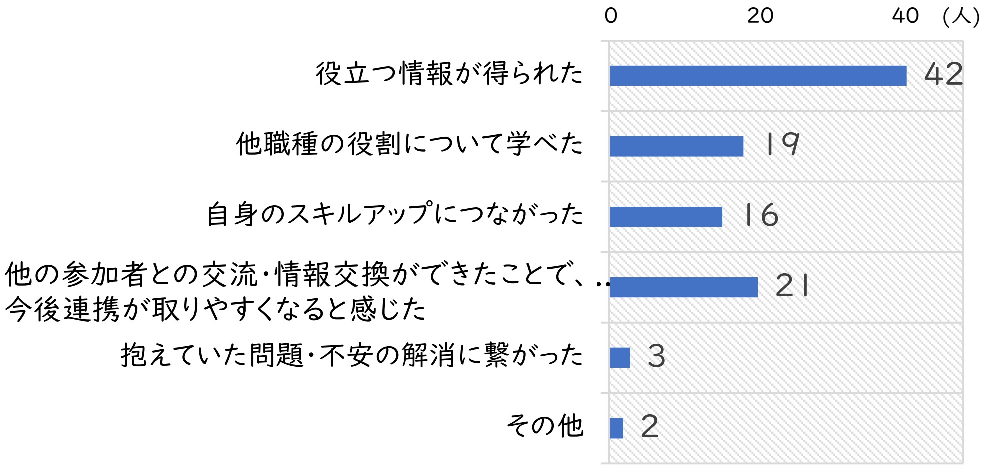
参加した理由（複数回答）



満足度



良かった点（複数回答）



- シャッフルして戻る。→よかったと思います。出された意見の共有が2倍になりました。
- 多職種の意見を聞くことができ、自分自身の知見を広めることができました。
- ちょうど同じような事例を持っていたので、いろいろな意見を聞けたので良かった。グループのシャッフルは別のグループの意見も聞けてよかったです。
- 同じグループに医師、訪問診療MSW、介護関係者が

成果及び課題	次年度の方向性
(成果) ・参加した理由として「多職種と顔の見える関係づくり」を選ぶ方が多いことから、例年よりグループワークをメインとした会を2回実施することができた。 ・アンケートで「多職種と交流ができ今後連携がとりやすくなった」と感じた方が最も多く、会の目的である「顔の見える関係性づくり」に向けて効果があった。 ・グループワークの時間を長くすることで、過去3年間で最も多い満足度を得ることができた。 ・テーマは多職種の中で共通課題でもある「急変時の対応」としたことで、例年より多い参加者数であった。また、過去3年間参加のなかった、医師・介護職の参加もあった。 ・グループシャッフルを取り入れたことで、より多職種間の関りも増え、得られる情報も増やすことができた。 (課題) ・参加者のニーズや関心に適切に応えるため、内容を工夫し、引き続き研修会の参加を促していく。	・引き続き、グループワークをメインとしつつ、在宅医療の4場面である「急変時の対応」をより深掘りした内容をテーマとした会を企画・実施する。

4　情報部会

部　会　内　容	
第1回部会 令和7年7月28日(月)	〈協議内容〉 ・令和7年度情報部会の実施内容について ・ICT連携ツールについて (つくば市の活用イメージ(案)を共有)
第2回部会 令和8年2月9日(月)	〈協議内容〉 ・ICT連携ツールについて (業者からの説明) (ICT連携ツール導入・実施スケジュール(案)を共有) (ICT連携ツールケース支援活用イメージ(案)を共有) ・令和8年度の方向性について

つくば市ICT連携ツール活用イメージ（案）

ケース共有・多職種連携

かかりつけ医
(在宅医師)
訪問看護師
急性期医師
介護スタッフ
薬剤師
ケアマネジャー
歯科医師
行政・
地域包括支援センター

＋ **災害時連携での活用** ＋ **救急時連携での活用**

仕様書(案)一部抜粋　システムオプションサービスについて

・要支援者の個別避難支援事業や救急連携等、将来他事業に利活用できるオプション機能を有すること

・有事（発災時）に要支援者の安否を確認する際は、当市の医療・介護・福祉等の専門職が平時（日常）の担当に関わらず当市の全ての要支援者の状況を報告できる仕組み(モード)を有すること。

つくば市ICT連携ツール導入・実施スケジュール（案）

2026年												2027年		
1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

	【第1段階】	【第2段階】 (仮)2026年4月～9月	【第3段階】 (仮)2026年10月～2027年3月
スケジュール（案）の概要	・関係部署との調整 ・多職種連携等、活用検討 ・必要書類の作成等	<u>初期導入・試行運用段階</u> ・必要書類の作成等 ・庁内・委託地域包括支援センターとの調整 ・モデルケースを対象に、ケース共有・多職種連携のためICT連携ツールの利用開始 ・ICT連携ツールの利便性や業務効率化等を検証し、ICT連携ツールを活用することの効果や活用上の課題を確認	<u>地域全域での活用展開段階</u> ・モデルケースから得られた効果や課題の分析及び評価に基づき、利用方法を見直す ・地域全域での利用に向け、医療・介護・福祉専門職向け説明会・研修会の実施

成果及び課題	次年度の方向性
(成果) ・想定する活用イメージ(案)を共有し、導入システムについて協議した。 ・ICT連携ツール導入・実施スケジュール(案)を共有し、今後のスケジュールの見通し等について協議した。 ・ケース支援活用(多職種連携での活用)のイメージ(案)を共有し、モデルケースの選定方法について協議した。 (課題) ・想定する活用に対応可能なICT連携ツールの調整を進める必要がある。	・想定する活用に対応可能なICT連携ツールの調整を進める。 ・モデルケースを対象に、ケース共有・多職種連携のためICT連携ツールの利用を開始する。 ・地域全域での利用に向けてICT連携ツールの利便性、活用効果及び課題を確認する。

つくば市医療と介護のありたい姿(案)　　　　2030年　　　　2040年　　**資料２**

場面	個別施策 つくば市在宅医療・介護連携推進協議会で協議・つくば市で実施していること (アクテビティ)	施策の実施量や規模 (アウトプット) 指標	初期目標 個別施策を実施することで直接現れる成果・見られる変化(初期アウトカム)	中期目標 施策の継続・総合により最終目標よりも先に達成すべき状態(中間アウトカム)	指標
【日常の療養支援】	在宅医療講演会(人生会議含む)の実施 終活講演会(人生会議含む)の実施 在宅医療と介護の出前講座の実施	開催回数、参加人数	市民が在宅医療や介護について理解すること、自身の今後について考えることができている。	【日常の療養支援】 市民が在宅療養を選択肢の一つとして考えることができている。 本人の意思と状態に応じた支援が提供されることで、安心して生活することができている。	・在宅医療の認知度 ・人生会議の認知度 ・専門職の人生会議の認知度 ・アンケート結果(講演会、意見交換会、研修会) ・連携タイムの活用状況 ・居宅療養管理指導料
	エンディングノートの作成と配布	配布数	市民が自身の今後について考え、周囲の人と共有することができている。		
	連携タイムの作成(更新) ICT連携ツールの整備	活用回数 ー	専門職が円滑に連携することができている。		
	在宅医療と介護の情報誌の作成と配布	配布数	市民が医療と介護の情報を知ることができている。		
	わたしの大切な情報カードの配布	配布数	市民が自身の情報をまとめておくことができている。		
	多職種意見交換会や専門職向け研修会(人生会議や意思決定支援に関する)の実施	開催回数、参加人数	専門職間で顔の見える関係性の構築ができている。専門職が人生会議を理解し、意思決定支援に携わることができている。		
	講演会、意見交換会、研修会参加者にアンケート実施	回答率	市民や専門職が受講の振り返りができている。		
【入退院支援】	多職種意見交換会・研修会(入退院時の医療と介護のシームレスな連携に関する課題や対応について)の実施	開催回数、参加人数	専門職は常に入退院の場面を想定した支援ができており、入退院支援の際に円滑に連携することができている。	【入退院支援】 本人の意思が尊重された入退院支援を受けることができている。	・協力医療機関の有無 ・CMと入退院支援チームの連携状況 ・入院時情報連携加算 ・退院・退所加算
【急変時の対応】	多職種意見交換会・研修会(急変時に関する連携や課題、対応について)の実施	開催回数、参加人数	専門職は常に急変時に備えた方針や本人の意思を共有することができている。	【急変時の対応】 急変時にも本人の意思が尊重された対応を受けることができている。	・協力医療機関の有無 ・CM/主治医/訪問看護師/介護施設と医療機関の連携状況
【看取り】	多職種意見交換会・研修会(看取りに関する課題や対応について)の実施	開催回数、参加人数	専門職は本人の人生の最終段階における意思を共有しており、意思の実現のために円滑に連携することができている。	【看取り】 本人が望む場所・望む形で終末期の支援を受け、穏やかに最期を迎えることができている。	・看取りに関わった支援チームの満足度 ・CM(介護施設)と医療機関/主治医の連携状況

【日常の療養支援】の中期目標は他３場面にも共通する

最終目標 (最終アウトカム)	指標
医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる	・本人及び家族の介護サービスの満足度・本人及び家族の幸福度 ・家族の介護負担感・専門職の満足度

※【日常の療養支援】は他３場面の土台となるもの。他３場面の指標や施策が【日常の療養支援】にも共通・関連すると思われるものは、【日常の療養支援】に分類する。

※専門職＝本人のケア・支援に関わる全ての医療・介護スタッフを指す。