

会 議 録

会議の名称		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		
開催日時		令和 7 年（2025 年） 5 月 26 日（月）		
開催場所		つくば市役所 会議室 203		
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、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、大曾根賢一委員、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：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		
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 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）		
会議次第	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		

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す。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 成島浄委員、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ますきたいと思います。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 成島浄委員、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	会長の成島浄です。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が、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う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が、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

	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すので、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いたします。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%という結果となっております。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。
--	---

	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ひます。 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ひます。 【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ひます。 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となりますので、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ひます。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」となります。 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、ありがたい姿 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」、ありがたい姿 2 は「ケアマネジャーと医療機関との連携状況」、ありがたい姿 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、ありがたい姿の進捗状況の評価・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。
小関委員	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を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きたいと考えております。
小関委員	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に関しましては、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。
小関委員	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	特に思い当たる所はないのですが、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、小関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、比較が難し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のかによって、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	ここのデータはどの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す、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が、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。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げたのですが、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。
小関委員	多方面からの評価が必要ということだと思うのですが、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たとか、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いないので、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分かかりつけ医はほとんどみんなやっているはずなんです。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、言っていない話なのだけど。 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
------	---

柴原委員	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す。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。 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、ありがたい姿というのも、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確認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か。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
-------------	---

成島会長	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が、その辺を感じました。よろしくお願いします。 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す。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ら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いますのですが。古いのがそのまま掲載されているのではないかと思います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向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を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きまして、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	大曾根 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事
- (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行うことができる方法（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	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。
	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。		
ありたい姿 2	本人を第一に考えた多職種連携	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。
	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)		
ありたい姿 3	専門職のスキルアップとやりがい	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。
	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)		
ありたい姿 4	認知症になっても安心して暮らせる地域	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。
	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)		
ありたい姿 5	多様な生活の場の提供	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。
	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)		
ありたい姿 6	相互に支え合う生活支援・介護予防	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。
	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)		
ありたい姿 7	誰一人取り残さない	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。
	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が孤立している人がいない)		

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)	◆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
	医療と介護のありたい姿の評価指標検討部会	◆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年度の方方向性	令和6年12月19日
	2 (啓発講座部会)	◆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
	在宅医療・介護啓発講座の企画・実施・評価部会	◆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年度の方方向性	令和6年11月27日
	3 (研修部会)	◆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
	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

4 (情報部会) 情報集約・発信・共有検討部会	◆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		令和6年7月9日
	◆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年度の方角性		令和7年1月17日
	ICT連携 ツール 導入作業 チーム員 会議	◆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	令和6年9月25日
		◆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年度の方角性	令和7年1月14日
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	◆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		令和6年7月25日
	◆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年度の方角性		令和6年11月12日

	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(荏岐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(いちほら病院連携調整室 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≫ありが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。

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】

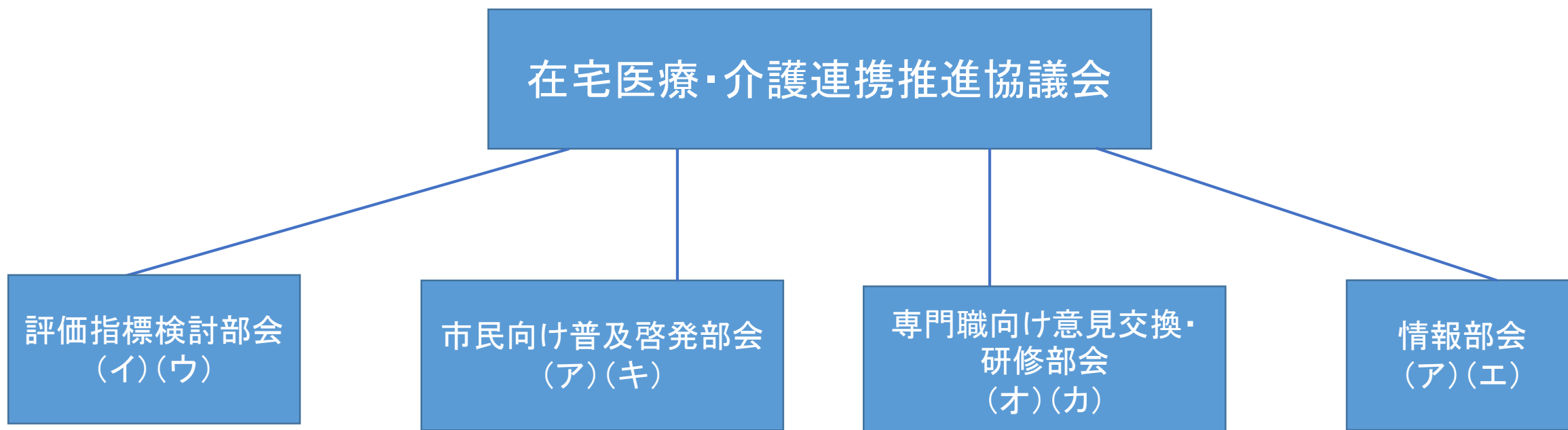
医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿等を共有し、医療機関と介護事業所等の協働・連携を推進する事業。

〈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 ありがたい姿の進捗管理 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%	—
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%	—

※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 ・ 言葉だけは知っていたが、内容は詳しく知らなかった ・ 言葉も内容も知らなかった ・ 無回答	3.5% 12.5% 73.1% 11.0%	2.4% 14.2% 79.7% 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 ・ 考えたことはあるが、準備をしていない ・ 考えており、少し準備をしている ・ 考えており、近いうちに行おうと思っている ・ 既に行っている ・ 無回答	28.5% 39.3% 11.9% 3.0% 6.2% 11.1%	29.2% 53.4% 8.8% 2.3% 1.5% 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 ・ 将来的に残したい ・ 残していない、今後に残すつもりはない ・ 残していない、今後はわからない ・ 無回答	8.7% 27.2% 8.7% 43.6% 11.8%	5.0% 37.8% 4.6% 48.3% 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

D o 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に関する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）

ありがたい姿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）

ありがたい姿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

ありがたい姿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

ありがたい姿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

A c t 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）

【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 大曾根委員 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
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			