

会 議 録

会議の名称	令和8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8年(2026年)5月25日(月)18時30分から20時00分		
開催場所	つくば市役所 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、根本知砂子委員、渡邊多永子委員、本多めぐみ委員、大橋功委員、林謙二委員、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 国民健康保険課：樽見主任 地域包括支援課：相澤課長、岡野課長補佐、市川係長、金子主任、遠藤保健師、亀山主事	
	その他	株式会社インターネットイニシアティブ：喜多剛志、小椋大嗣	
公開・非公開の別	<input checked="" type="checkbox"/> 公開	<input type="checkbox"/> 非公開	<input type="checkbox"/> 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・介護連携推進事業実績について (2)令和8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)ICT連携ツールについて 業者から説明		
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・介護連携推進事業実績について (2)令和8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) ICT 連携ツールについて 業者から説明 4 その他 5 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8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。本日は公私とも
-----	---

	<p>にお忙しい中、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会にご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、あらかじめご了承くださいと思います。あわせて、録音用マイクの使い方についてご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、成島会長よりご挨拶をお願いいたします。</p>
成島会長	<p>今日はお忙しい中、つくば市第1回在宅医療・介護連携推進協議会にご参加いただきありがとうございます。</p> <p>高齢化社会がどんどん進んでいく中で対応していくためには、それぞれの地域の事情に合わせた医療を効率的に提供する体制を作っていく取り組みが必要で、2040年までの体制を形づくるという新しい地域医療構想が取りまとめられました。その中では、従来の医療構造に入っていなかった「在宅医療」が組み込まれることになりました。高齢化社会を迎え、「在宅医療」そして「介護」との連携が非常に重要になってくると、新しい地域医療構想の中でも述べられています。高度な医療を要する救急、周産期、その他癌の治療を含め集約化が進められ、それに関わる病院・直接関わらない病院という形で、医療機関の機能の分化や連携を進めていきます。また、高齢者に関わる在宅医療に関しては、集約よりは、個別で地域の実情に合わせた「医療」と「介護」を提供する方法が望ましいという形になっていきます。つくば市はつくば市、他の地域は他の地域の事情もありますいろいろなことがあるかと思います。</p> <p>長年行われてきていますこの「つくば市在宅医療・介護連携推進協議会」において、つくば市で生活をしていてよかったなと思えるような形を皆さんと意見を出し合いながら進められたらと思いますので、実のある協議をしたいと思います。よろしく願いします。</p>
事務局	<p>ありがとうございました。続きまして、委員の変更がありましたので、新委員の紹介をさせていただきます。つくば市社会福祉協議会事務局長の津野委員が退任をされ、後任につくば市社会福祉協議会事務局長の大橋委員が就任いたしましたので、ご報告いたします。大橋委員より一言ご挨拶をお願いいたします。</p>

大橋委員	<p>社会福祉協議会の大橋と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。</p>
事務局	<p>ありがとうございました。続いて、つくば市消防本部救急課長の品川委員が退任され、後任につくば市消防本部救急課長の林委員が就任いたしましたのでご報告いたします。林委員より一言ご挨拶をお願いいたします。</p>
林委員	<p>つくば市消防本部救急課の林です。在宅医療と介護の連携強化は、高齢化社会において重要な改善課題であると認識しております。特に救急現場では、患者さんの医療情報や介護情報を迅速に把握することによって、適切な判断、早期現場離脱、早期搬送に繋がっております。先生方や介護職員の皆様、ケアマネジャーの皆様との日頃からの関係構築を通じて、救急対応の質の向上を目指していきたいと思っております。本日はどうぞよろしくお願ひします。</p>
事務局	<p>ありがとうございました。続きまして、異動に伴う事務局職員の変更がありましたので、改めて今年度の事務局職員の紹介をさせていただきます。</p> <p>〈事務局自己紹介〉</p> <p>こども・保健部顧問の黒田につきましては本日欠席です。どうぞよろしくお願ひいたします。</p> <p>議事に入る前に、事前にお配りしました資料に誤りがありましたので、机上の別紙訂正箇所一覧をご覧ください。本日訂正を反映した資料1と資料2を配付いたしました。訂正箇所が多いため、1つ1つの箇所の説明は省略させていただきますが、ご迷惑をおかけしましたことをお詫び申し上げます。それでは事務局から会議の公開に関する事務連絡があります。</p> <p>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、時間の関係で本日の資料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ひいたします。</p> <p>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</p>

成島会長	<p>お願いしたいと思います。成島会長、よろしくお願ひいたします。</p> <p>それでは、会議を始めさせていただきます。</p> <p>まず、(1)令和7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。</p>
事務局	<p>令和7年度の事業実績につきましては、昨年度ご説明した内容と重なる部分もございますので、本日は要点を絞ってご報告いたします。</p> <p>資料1をご覧ください。一覧のとおり、つくば市在宅医療・介護連携推進協議会は年2回、評価指標検討部会は年3回、市民向け普及啓発部会は年2回、専門職向け意見交換・研修部会は年3回、情報部会は年2回実施しました。</p> <p>裏面をご覧ください。市民への普及啓発では、在宅医療講演会、終活講演会、出前講座、ACPの普及啓発、オンデマンド配信や冊子の作成、配布を通して、在宅医療・介護の普及啓発に取り組みました。</p> <p>多職種連携・意見交換会では、意見交換を中心とした研修会を年2回開催しました。急変時をテーマとし、医療、介護分野の専門職の方にお話をいただき、グループワークを行いました。また、例年に引き続き、要介護認定更新者を対象に、重点評価指標のアンケート調査を行いました。</p> <p>令和7年度の成果としましては、以下になります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、在宅医療の4場面ごとに目標を設定し、新たなありたい姿案の作成に着手した。 ・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、私の生き方ノート及び私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。 ・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。 ・多職種意見交換会のテーマは、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年間の参加のなかった医師、介護職の参加もあった。 ・グループチャットを取り入れたことで、より多職種間の関わりも増え、得られる情報も増やすことができた。 ・ICT連携ツールについては、想定する活用イメージ案を共有し、

<p>成島会長</p>	<p>導入システムについて協議した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>以上を挙げさせていただきます。資料1 に関しての説明は以上となります。</p> <p>ただいまの説明につきまして、何かご質問等ございましたらお願いします。よろしいですか。ないようですので、次の議題に移ります。</p> <p>(2)令和8年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画案について、事務局から説明をお願いします。</p>
<p>事務局</p>	<p>それでは、令和8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。スクリーンまたはお手元の資料をご覧ください。</p> <p>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です。</p> <p>スライド3をご覧ください。つくば市の在宅医療・介護連携推進事業についてです。つくば市在宅医療・介護連携推進協議会と4つの実務部会で構成されています。つくば市在宅医療・介護連携推進協議会は、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ことを目的に開催しています。この協議会で検討した事項について、4つの部会に分かれて、具体策を協議・推進しています。</p> <p>評価指標検討部会では、(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介護連携の提供体制の構築推進。</p> <p>市民向け普及啓発部会では、(ア)地域の医療・介護の資源の把握、(キ)地域住民への普及啓発。</p> <p>専門職向け意見交換・研修部会では、(オ)在宅医療・介護連携に</p>

関する相談支援、(カ)医療介護関係者の研修。

情報部会では、(ア)地域の医療・介護の資源の把握、(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援となっています。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。

続きましてスライド4をご覧ください。まずはPDCAサイクルのP計画、現状分析として、つくば市の在宅医療と介護の現状を挙げています。つくば市の人口と介護保険に関する数値、つくば市の在宅医療資源に関しては、記載のとおりです。

スライド5をご覧ください。つくば市の在宅介護資源については、記載のとおりです。また、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所に係る定例報告から、つくば市の訪問診療治療者数、緊急往診件数、死亡患者数を挙げています。訪問診療治療者数は、昨年度より増加しておりまして、在宅医療の患者が増えているということがわかります。つくば市の地域包括支援センターは、今年度の4月1日から、豊里地域包括支援センターが新設となりましたので、1か所増え、合計8か所になりました。

スライド6をご覧ください。つくば市在宅医療・介護連携推進事業の現状を評価するための重点評価指標の結果です。高齢者福祉計画より一部抜粋し編成したもので、年次推移と令和3年に策定された2025年目標を示しています。今年度は2025年目標を達成したのかそれとも達成していないのか、評価を行う年度になります。達成していない項目に関しては、後程課題として挙げるため、達成した項目についてご説明させていただきます。

まず1つ目、要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度についてです。こちらは例年増加し、令和8年度は47.8%でした。2025年目標の45%以上は達成しました。

続いて2つ目、要支援・要介護認定者のACP人生会議の認知度についてです。こちらも増加し、令和8年度は25.8%です。2025年目標ですが、※1をご覧ください。重点評価指標を決定した当初は、ACP人生会議の認知度を重点評価指標として定めてなかったため、目標値が決まっていませんでした。令和4年度からは重点評価指標として取り扱うことになりました。

続いて3つ目、要支援・要介護認定者の介護サービスへの満足度です。こちらも増加し、令和8年度は91.7%でしたので、2025年目標の70%以上は達成しました。

続いて5-1、要支援・要介護認定者の家族の介護負担感につい

てですが、令和8年度は28.3%でした。2025年目標についてですが※2をご覧ください。重点評価指標を決定した令和2年度当初は、家族の介護負担感に関して、5-2のとおり、対象者を要介護のみとして目標を策定しましたが、在宅医療・介護連携推進事業の対象は、医療と介護の両方を必要とする高齢者になりますので、5-1では要支援、要介護、両方を対象とした場合。5-2では要介護のみを対象とした場合・5-1と5-2を比べ数値がどう変化するか、参考として掲載しました。5-1、5-2で比較しますと、要介護認定者の家族の方が介護に負担を感じているということがわかります。7つ目、ケアマネジャーの仕事の満足度についてです。こちらでも毎年増加し、令和8年度は、84.6%でしたので、2025年目標の60%以上は達成しました。

続いてスライド7にお進みください。PDCAサイクルのP計画、課題抽出策の立案についてです。先程の現状分析から課題として、以下のとおり5つ挙げました。

①要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度が47.8%に増加し、2025年目標である45%以上は達成したが、約半数の方しか在宅医療について知らない。

②要支援・要介護認定者のACP人生会議の認知度が25.8%に増加したが、約4人に1人しかACP人生会議について知らない。

③要支援・要介護認定者の幸福度が、約43%から46%を推移しており、2025年目標である50%は達成せず、約半数の方が幸福度を10段階中6以下と感じている。

④要介護認定者の家族の介護負担感が、約45%から約60%に増加しており、2025年目標である40%以下は達成せず、介護に負担を感じている家族が多い。

⑤ケアマネジャーと医療機関との連携状況が約65%から75%を推移しており、2025年目標である80%以上は達成せず、医療機関と連携が取れていると感じるケアマネジャーが少ない、としました。これらの課題を踏まえて、施策の立案としては3つ挙げました。

まず1つ目、課題を抽出できるよう、重点評価指標の経過の確認と、その他追加が必要な指標について検討を行う。こちらは評価指標検討部会で協議・推進していこうと思います。

課題①②に対しては、市民に、将来について考え、選択肢として在宅医療を知っていただくために、市民を対象としたACP人生会議と在宅医療の普及啓発活動を引き続き行う。こちらは、市民向け普及啓発部会で協議推進していこうと思います。

課題③④⑤に対しては、医療・介護専門職の連携を取りやすくすることで、要支援・要介護認定者の幸福度の増加、要介護認定者の家族の介護負担感の低下に繋がるように、多職種連携意見交換会の開催・ICT ツールの活用を進め、要支援・要介護認定者の支援体制を強化する。こちらは、専門職向け意見交換・研修部会と情報部会で協議推進していこうと思います。

スライド8にお進みください。PDCA サイクルの DO 実行、対応策の実施についてです。各部会の今年度の対応策についてご説明させていただきます。

まず、評価指標検討部会は、医療と介護のありたい姿、ロードマップ案の実現に向けた進捗管理及び課題抽出をする部会として、内容としては、昨年度、在宅医療・介護連携推進事業の目標を具体化するために、従来のありたい姿の形式を見直して、在宅医療の4場面ごとの形式に変更しました。令和8年度内の完成を目指して、4場面ごとの目標内容と、指標の整合性について協議を実施させていただきたいと思います。

続いて、市民向け普及啓発部会は、市民に対して、在宅医療・ACP 人生会議の普及・啓発を行う部会として、内容としては、在宅医療講演会・終活講演会、地域に出向いて出前講座を実施すること。動画・広報誌・SNS を通して周知を行うこと。紙媒体と電子媒体を併用し市民へ情報提供を行うこと。について実施させていただきたいと思います。

スライド9をご覧ください。専門職向け意見交換・研修部会は、医療と介護に関係する専門職の連携強化を目的とした、多職種連携意見交換会の企画運営をする部会として、内容としては、在宅医療の4場面を意識し、グループワークを取り入れた研修会を実施させていただこうと思います。

続きまして、情報部会は、医療・介護の切れ目のない連携を実現するため、専門職の情報共有の支援を行う部会として、内容としては、ICT ツールを導入し、地域全域での利用に向けて試行運用を行うこと。モデルケースの選定基準・協力事業所への説明会を開催すること。モデルケースの活用効果及び課題を確認すること。また、高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識を作成し、専門職が連携に必要な社会資源の把握・整理、情報提供につなげること。これらについて、実施させていただきたいと思います。

ICT ツールのデバイスについてですが、昨年度の情報部会で、将来的には救急や災害時にも活用するということを想定し、電子@連

	<p> 絡帳を導入することに決定いたしました。それに伴いまして、株式会社インターネットイニシアティブと契約を締結いたしましたことをご報告させていただきます。今後は先程お伝えさせていただいたように、まずはモデルケースで試行運用を進め、その後、全域での利用に向けて準備を進めていきますが、デバイスをお持ちの事業所とないところとあるかと思えます。デバイス準備の支援に関しましては、県の方でデバイス購入の支援を行う事業がございます。今年度はまだ紹介が出ておりませんが、例年秋頃に詳細が出ると伺っていますので、そちらを活用していただければと思います。 </p> <p> スライド 10 をご覧ください。PDCA サイクルの C チェック評価、対応策の評価の実施についてです。以下の重点評価指標から在宅医療・介護連携推進事業の現状を評価していくこととなります。 </p> <p> 最後、PDCA サイクルの A 改善の実施に関しましては、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おいて、成果及び課題、次年度の方向性を検討していきます。 </p> <p> 以上で、令和 8 年度第 1 回在宅医療・介護連携推進事業計画案の説明を終わりとさせていただきます。 </p>
成島会長	<p> ただいまの説明につきまして何かご質問等ございましたらお願いいたします。 </p>
志真委員	<p> ACP の認知度があまり高くないというデータが出ていますが、ACP についての考え方について、おそらく在宅医療をやっておられる方は感じておられると思いますけど、実際に病気を持って、しかもそれがかなり重篤な病気である場合の ACP と、それから、要支援とか要介護でもそんなに介護度の高くない場合に、あるいは要介護・要支援にもなっていない人の ACP は、区別して考える必要があるのではないかと私は思っています。また、最近在宅医療の学会や研究会でも、そこは一緒くたにはできないのではないかとという考え方が提唱されています。ですから、この ACP をどう市民の人に理解してもらうのかについて、そういう視点からの工夫が必要じゃないかと私は思っています。海外の論文なんかを見ますと、実際もう亡くなることが予想される、あるいはかなり重篤という場合には、エンドオブライフディスカッション、つまり終末期にどうあなたはしたいのかというところに焦点を当てて話し合いをする。そんなに死が差し迫っておらず、ただ高齢である人にとっては、亡くなる前に蘇生しますかと聞かれても、あまりリアリティがない。ですからそこは工 </p>

成島会長	<p>夫をして、例えば市民向け普及啓発部会などでは、一律 ACP ではなく、工夫をして、市民に向けた啓発活動を組む必要があるんじゃないかというのが私の意見です。</p> <p>実際現場にいますと、「ACP」と真正面から言うことはあまりないですし、今後の話をしていくうえで「これは ACP だよ」と言ってからやっています。今後起こりうることや、治療が変わったらどう変化するかという話を皆さんやっておられると思いますが、それが「ACP」だと理解していないと思います。だから、「ACP」の話をしているのに、「ACP 知らないよ」という人もいます。志真先生がおっしゃったように重篤ではない場合、本人が理解できるうちにある程度「こういうふうになったらどうしよう」「遺産の問題がわかるうちにやっついてね」という話から、最終的に「終末期はご飯が食べられなくなるけどどうしてほしいか」というようなことも話をします。これは本人の判断力があるうちにしておかないと、本人が判断できなくなってからでは代理意思決定者の精神的負担が大きいです。そのため、平時の ACP が大事だと思います。</p> <p>もう 1 つ、当事者意識は当事者にならないとなかなか進まないです。介護サービスは 25 年以上になるのに、いまだに介護の理解度が全然変わらないのは、当事者にならないと知識として蓄えられないからだと思います。例えば、重点評価指標の要支援・要介護認定者の介護サービスの満足度は 91.7% で、2025 年目標の 70% を達成していますが、要支援・要介護認定者の幸福度が 43% とかなり乖離している。その部分は一体どこにあるのか突き詰めていただければと思います。</p> <p>それから、つくば市は医療も介護も資源は十分あると思いますが、数字で見ると実際はそうでもないという印象でした。在宅医療を進める上では訪問介護が非常にポイントになります。これは日本全国の問題だと思いますが、訪問介護を行う人材の高齢化も進んでおり、数も減っている。それをどうカバーしていく必要があるのか、考えなくてはならないと思います。つくば市には訪問看護ステーションがたくさんあります。新規参入も非常に多いです。ただ、訪問看護だけでは在宅と介護は無理で、やはり訪問介護が必要だと思いますし、この介護資源をどう維持していけばいいのかと思いました。</p>
小林委員	今、志真先生と成島先生の方から、ACP についてのお話がございます

ましたが、私も ACP について、日頃から感じていることと、それから最近経験した事例もありましてお話をさせていただきたいと思えます。志真先生がおっしゃっておられましたように、例えば、本当に末期状態というところであれば、自分がどうしたいか、患者さんが自らお考えになるということも大きなことかと思えますが、そうではなく要支援とか訪問看護をさせていただいている中で、ケアマネジャーさんも私どもも、ACP について具体的なお話の機会を設けることはなかなか難しいところがございます。支援の方で、ご病気はありましたが突然脳梗塞を起こされ、搬送先の病院から、「この方は一体どのようなお考えを持っていた方なのか」とお話し合いがありました。在宅の様子等はお話をさせていただきましたが、反省点として、本当にこれでよかったのかと今も私の中にも残っていることとございます。介護申請等のときに、認定審査結果を市の方から送付されるときに ACP についての案内を同封するとか、そういったところもこれからお考えいただければいいかなというふうに思えます。そして、昨年度も終活講演会や在宅医療講演会を宮本先生等をお願いしているというところとございましたが、実際にこういったところに出てきてこられる方々は、ACP の認知度が上がっていると思うのですが、そこに上がってこない方、介護認定のことすらご存じないというような方、講演会等に出てこられていない方々への周知は別の工夫ができないものかなというふうに思いました。

柴原委員

重点指標のところ、現場でそういう医療をやっているものとして、特に気になるのは1番と6番。在宅医療の認知度が上がってきているとはいえまだ不十分ではないかと。ただ、患者さんの家族とかはやはりそういう場面にならないと興味持たないから仕方ないなというところがありますが、まだ在宅医療の、認識が低いなというところが1つの大きな課題かなというふうに思えます。それから6番、ケアマネジャーとの関係が良好なのが69%しかない。これは、ケアマネジャーさん側の問題か医療側の問題か、どちらかという医療側の問題じゃないかって疑うところありますが、ここを上げていくように、何が問題になっていて69%になっているか検討してもらい、上げる工夫をしていければ、現場で役立つかなと思えます。また、ACP は毎回言っていて3回目ですけど、ACP っていうとみんなついてこられないので、ACP を広めようと無理な話であって聞いても忘れちゃいます。高齢者の人たちに言ってもわからないので、例えば「もしものときあなたはどうしたいですか」というタイ

<p>事務局</p>	<p>トルだったら、もっと簡単に入ってくるわけです。「もしものときあなたはどうしたいですか(ACP 人生会議)」だったら、話を膨らませてくれますけど、いきなり「ACP 知っていますか」とか、そういう話になると全然ついてこられないので。これ前から言っていますが、みんなの心に伝わる言葉でスタートして欲しいです。「もしものときあなたはどうしたいですか」とか、「どういう治療したいですか」とか、表現は変わってもいいと思いますけど、高齢者に語りかけるタイトルにしてもらい、(ACP 人生会議)ってやってもらえばもっと普及するというふうに個人的に思います。</p> <p>ありがとうございます。6番のケアマネジャーの医療機関との連携状況の数値についてですけれども、高齢者福祉計画で、「なぜ連携を取れていないのですか」といった選択の項目がありまして、こちらでは、「主治医と話し合う機会がない」「連携のための連絡調整に時間がかかる・苦勞する」といった数値が、1番・2番で、53%、52%、この2つの項目が高い値でした。そのため、連携における課題としては、「主治医の方と連携の調整のための時間がかかる」「日程調整をすることが難しい」になるのかなと感じております。その点については、ICT 連携ツールを導入しましたので、そこで連携度合いを高めることができればいいなと思っています。</p> <p>あとは、ACP 人生会議の周知方法についてです。昨年、ACP の普及啓発について活動を進めまして、その中の1つとして、広報紙の方に、「11月30日はACP 人生会議の日です」という文言で掲載をしました。ただ、先程柴原先生からもお話があったように、「ACP って何だろう」というところから、皆さん興味が湧かないと、文章も読もうという気持ちにならないのかなと思いますので、ACP について、要約した文章とかを載せると、より興味を湧く方も増えるかなと思いました。そのため、今後、市民向け普及啓発部会の方で、啓発に関するときの文言を、考えていこうと思います。あとは、志真先生からもお話ありましたように、ACP の対象や、具体的にどんなことを伝えていきたいのかっていうところが、まだ市民向け普及啓発部会の方でも、詳しく話し合いができていなかった、というところが現状にはなります。そのため、今後の市民向け普及啓発部会の方で、対象をどうするのか、具体的に主にどんなことを伝えていきたいのか、今後話し合っていきたいなと思います。ありがとうございます。</p>
<p>事務局</p>	<p>ACP のところで少しだけ補足で今、柴原先生からお話いただいた</p>

	<p>ように、言葉だけではわかりづらいというところに関して、今回数字を出させていただいた最新の高齢者福祉計画のアンケートのところで、問いかけとしては、「人生会議(アドバンスケアプランニング・ACP)について、言葉を知っていますか」という聞き方をしていますが、その下に注釈で「これは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、家族や医療ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みの事です」と、書かせてはいただいている上でこの数字というところがあります。まだまだこれから普及していかなければいけないのかなというところと、肌感覚の話になってしまいますが、昨年、包括の窓口に「人生会議について勉強会をやりたいけど何かないかな」と来られた方もいらっしゃいました。少しずつですが、市民の方々も認識が出てきて、数字が少しずつ高まっていることにもなっていると思っています。次の一手として、どういった普及啓発をよりしていかなければいけないのかというところでは、例えば、地域包括支援センターの出前講座も地域からオーダーを受けてやっているセンターもありますので、地域の中のサロンなどの小さい単位で地域包括支援センターとも協力しながら少しずつ地域の中でお話していけるといいのかなと思っているところでもあります。ありがとうございます。</p>
小關委員	<p>会議の進め方の話で確認しておきたいなと思ひまして、今、いろんな話が出ていたと思いますが、これは基本的に、さっき遠藤さんがおっしゃったように、普及啓発部会で、この文言をこうあるべきなのか、もしくは志真先生おっしゃったようにACPを2つに分けるということによろしいですかね。</p>
志真委員	<p>そうあるべきだろうってことですよね。</p>
小關委員	<p>そこについても議論をする場所は、普及啓発部会ですべきなのか、地域包括支援課でベースを作って持ってくるべきなのか、ここで決定をするべきなのか。成島会長、その辺の流れはどういうふうになっているものですか。いろいろ意見が出るのは素晴らしいことですが、確実に前に進めていきたいなと私は思っています。このACPの話も、今初めて出たわけじゃないですよ。私は少なからず2回かな、3回目になりますけども、前からこの話は出ていて、話は全然その場で決まっていない。ただ市川さんが言われるように、少しずつ認知度は上がっている、柴原先生から指摘があったことについ</p>

	<p>て、注釈で書いてある。ただ、その普及の仕方の問題を議論すべきなのか、そもそも志真先生がご専門でしょうから、その考え方をちゃんと一緒にしないで分けてやるべきところなのか、もうちょっと言い方をちゃんと変えないといけないのか、その辺の焦点をしっかりとさせて議論を進めないと、と思います。例えば、啓発部会で議論をしたものを、次のこの親委員会できちっと挙げていただいて、承認を受けるのかどうかとか、そういう流れはどうなっているのか、お話ししたいというのが1つです。</p> <p>もう1つは、今渡邊先生と話してどうだったか話になりましたが、さっき柴原先生ご指摘のケアマネジャーと医療機関の連携状況って話があったと思います。医療機関のところで遠藤さんの説明の中で主治医とのって話があったと思いますが、確か去年評価部会で医療機関ってというのはそもそも何を指してどうするのかっていうのを深掘りしようとして途中で終わったような気がしましたが、その辺ってどうでしたか。今年度、親委員会に課題として挙げていけないのかなというふうな感じがしたのですが、その辺り2点ご説明いただけたらなと思います。いかがでしょうか。</p>
事務局	<p>ありがとうございます。まず1点目の、課題や協議事項についてどう進めていくか、というところですが、それでも、「改善の実施」のところに書かせていただいたとおり、「各実務部会で成果及び課題を挙げ、次年度の方向性を検討」となっていますので、実務部会の活動で出た課題は、協議会で話し合いをする流れになると思います。ただ、この「課題」というのは、これから活動していく中で挙がっていく課題になりますので、協議会時点で挙げた課題については、実務部会で話を進めていくでもいいと思いますし、この協議会の中で皆さんの話し合いを交えて意見をいただくという、どちらの方法も取れるのかなと思っています。</p>
小関委員	<p>承認を得る必要はないということですか。実務部会でこの考え方でいけばいいよねってなった場合には、もうそれでどんどん進んでいってもらって構わないってそういう理解でいいのか。結局親会ってというのは、年度内に確か2回しかないですよ。後半は2月でしたっけ。</p>
事務局	<p>はい。後半になってしまいます。</p>

小關委員	<p>そこまで待たないといろんな話が進めていけないのか、実務部会で進めていって、今せっかく指摘がいろいろ出た中で議論して解決し、進めていって、どんどんやっていっていいということなのか。その辺の会議体の性質をしっかりと示していただきたい。普及啓発部会の議長、委員の方もわかりやすいのではないかと。違う言い方をすれば、これは普及啓発部会で議論し決めてきてくださいという指示が出るのかどうか。</p>
事務局	<p>ありがとうございます。具体的な推進の部分に関しては、部会の方でやるべきことではないのかなというふうには思っております。親会の方で報告と大きな方向性を有示させていただき、部会の中では見えてこない様々な意見もいただきながら、新たにエッセンスも加えつつ、具体的などころも部会で進めていくというイメージではおりますが、成島会長、いかがなものでしょうか。</p>
成島会長	<p>この事業のスタートは、厚労省からスタートして県に来て各行政においてくるわけです。そうすると大枠は作られています。基本的には4つのステージでどういうふうにしていくかということだと思います。何度も出たように、アドバンスケアプランニングに関して言えば、そもそもこの言葉を理解して欲しいとみんなに周知することが目的なのか、アドバンスケアプランニング的なことを患者さんなり家族に話し、在宅医療を進めるうえでどういうふうにやりたいかというのを目的としているのか、これをきちんとしておかないとだめだと思います。ACPは言葉だけをみんなに知ってもらってやってもしょうがないと思うので、ACPの内容をきちんと患者さんや家族に理解してもらおう。柴原先生がおっしゃったように、もしものときどうしますかとか、そういう質問も設問としても大事だと思います。ACP知っていますかと言われてたら、知らないよという人が大勢いらっしゃる。でも、もしものとき、医師や看護師、いろんな介護の方達と今後のことを話したことありますかという聞き方であれば、また違った数字が出るだろうと思います。そのあたり非常に大事で、ACPという言葉だけで評価するわけじゃないし、そういう話は聞きたくないという家族がいらっしゃるのも事実です。そういう意味では、もしものときどうしますかとか、柴原先生の言葉非常にいい表現だと思いますが、具体的に質問してもらおうとまた違うだろうなと思いますので検討してください。</p> <p>連携に関しては、これは前にも小關先生がおっしゃったように、</p>

	<p>病院医師とケアマネジャーとの連携がなかなか取りにくい、と従来から問題で言われています。これが ICT になったら、一気に解決するかというところ簡単ではない。なぜかというところ、ICT ツールを使ってやりとりしていると、1 人の患者さんだけでも毎日来ます。これがもっとボリュームが多くなったときに、医師と情報を連携したいもののほか、その他の職種間のやりとり等が、たくさん飛んできます。必要なものを誰に見て欲しい、誰に意見が欲しいというのがわかるようなツールを 1 つ作らないとうまく運用できないと思います。病院の医師はもっと忙しいですから。双方向にならないと ICT も意味がないわけで、どうやって維持できるのか工夫が必要です。ICT になったからすぐにすべて解決するとは僕は思っていません。事務局としては、そのあたりを含めて、これからきちんとした形でアンケートを行うわけですが、内容も検討していただいた方が実態把握できるのではないかと思います。どうしても ACP と聞くと患者さんや家族は知らないよという話になるかもしれないですが、結構話されている可能性もあると僕は思います。</p> <p>他に皆さんでご意見ないようでしたら、次の議題に移ります。 (3) ICT 連携ツールについて、システムの業者からの説明をお願いします。</p>
業者	<p><資料 3 に基づき ICT 連携ツールについて業者から説明></p>
成島会長	<p>ただいまの説明内容につきまして何かご質問等ございましたら。実際に使い始めるとまたいろいろわかってくることがあると思いますし、その際にいろいろ質問することもあるのかもしれませんが、現時点では雲を掴む話でちょっとわかりづらいのかもしれませんが、志真先生何かありますか。</p>
志真先生	<p>最初のログインですけれども、業務用のスマホやタブレット、PC をまず使える環境がないと、電子連絡帳は実装できないということになりますので、現時点で、それでできますよっていう施設に手上げをしてもらうというふうに、つくば市の方にはお願いをしています。手上げをしてもらったら事業所を集めて説明会を具体的に開いてもらい、細かい説明も含め、実装してみるという手順になるかと思っています。ですから、いきなりどこでも誰でもいいですよっていう話ではなく、診療所、訪問看護ステーション、居宅、今使えるような業務用のデバイスがあるところからまず始めてもらうという</p>

	<p>ことで。先程小關先生が言われていましたが、医療機関だっているあるっていう、そのとおりで、例えばつくばメディカルセンター病院の相談部門に話をしたところ、それは誰が見るのですかっていうところから病院では話が始まるでしょう。だから、病院に入ってくれて言っても、誰が入るの、誰がそれを使うのっていうところからいくということになりますので、病院でもしやるのだったら、中心になる人はきちんと決まって、その人が窓口になってやるというようなやり方をしないとうまくいかないでしょう。クリニックの場合には、1人か多くても3人ぐらいですかね。3人の医師がそれぞれデバイスを持っていけばいいわけです。ですから当面これの対象となる医療機関は、クリニック、診療所ということになるかと思います。それはぜひつくば市医師会の方でお声がけをさせていただいて、そういうこういうことに加わってみようっていう、医師たちや医師の診療所で手上げをしてもらうということになるかかと思っています。具体的な使い方は、この後、つくば市の包括支援課の方からそういう募集をしますので、募集をしたところで手挙げしてもらい、手挙げした人たちに集まってもらう説明会を開くと、いうふうな形ですかね。最初はそんなに多い数ではないだろうと予測はしているのですが、期間をおいて、そこで明らかになった課題をまたこの協議会で話し合ってもらって次のステップに進むというふうに今考えています。</p>
小關委員	<p>先生のところの病院であったり、例えば当院であったり、学園病院だったり、そういう病院を入れていくといいよねっていう話とはまた別の話ですか。</p>
志真委員	<p>病院に加わってもらっていいですが、病院でこのアプリをどう使うかっていうことがはっきりしていないと、</p>
小關委員	<p>ぐちゃぐちなっちゃうんですね。</p>
志真委員	<p>外から見れば記念病院だけど、実は記念病院の中では小關さんしか使ってないと、病院全体の中で何の話？というふうに</p>
小關委員	<p>なっちゃうんですね。なるほど。</p>
志真委員	<p>もちろん手挙げしてもらっても構わないと思いますが、その場合</p>

小關委員	<p>には病院全体としてある程度コンセンサス取らないとできないんじゃないかと、うちのソーシャルワーカーが言っていました。だから、そう簡単ではありませんと。</p> <p>ありがとうございました。</p>
成島会長	<p>初歩的な質問ですけど、デバイスとしては、スマホ、タブレット、PC がいいのか、そのあたりどうですか。</p>
業者	<p>結論から言うと何でも大丈夫です。Windows、Mac、Android、iPhone、iPad 何でも大丈夫です。我々としては条件を幾つが出していますが、医療情報ガイドラインや各種セキュリティガイドラインを守っている関係で、OS ベンダーですね、例えばアップルさんとかグーグルさんが OS のベンダーになります。彼らがセキュリティのサポートをしている範囲のバージョンっていうところが唯一出している条件です。それを満たしていれば、基本端末は何でも大丈夫です。バージョンが古いもの、要はその OS メーカーさんがサポートしていないものでも動くは動きますが、僕らが責任を取れなくなってしまうのでやめてください、僕らそこで何か起こっても、OS メーカーさんがサポート切ったものに関しては当然我々も手が出ないので、セキュリティは危ないです、とさせてもらっています。実際、古い端末で動かそうとされている地域がいらっしゃるの事実です。基本的に動かない端末はほぼないかなというイメージで提供しています。理由が、ブラウザベース、Chrome、Edge、Web ブラウザあると思いますが、それで動くことを前提にしています。特別なアプリケーションをインストールするというよりは、スマホやパソコンでブラウザさえ動いてしまえば、あとはクライアント証明書っていう鍵を入れれば動くように作っていますので、何か特別なアプリケーションを入れるってことも特に手間としていないので、環境の準備の負担はかなり少ないっていうイメージでは考えております。ちなみにさらにどういう比率で使っているかについては、プラットフォーム全体の平均にはなりますが、2割ぐらいがスマートフォンからのアクセスで、8割ぐらいが PC と思っただければと思います。体感的にはほとんどお医者様がスマホで、見てイイネだけ押す感じで使われる先生が多いです。イイネを押してくださるだけでも、ケアマネさんや看護師さんは大喜びです。そういった意味では、お医者様方のスマホ普及は我々の中で多いという印象で</p>

成島会長	<p>す。</p> <p>10年ぐらい前にメディカルケアステーションでやったときに、できれば専用スマホ・タブレットでやって欲しいと言われてましたが、今はもうそういうことはあまり気にしないで、個人のスマホに入れてもセキュリティに関してはある程度担保されるというふうに考えて、その新しいOSであれば構わないのですか。</p>
業者	<p>個人のスマホになってくるとこれ話が変わります。医療情報ガイドラインの規定では、施設が用意した、業務用の端末という指定はあります。個人の端末で業務の仕事させたい分野をBYODという専門用語で言うのですが、この許容自体は地域ごとに判断がバラバラです。我々としては地域で判断していただければ医療情報ガイドラインは実はOK、禁止しているものではないことを知っていただきたく、当然協議会で決定しながら運用する地域が大半ですので、協議会決定事項として、個人の端末は駄目だろうという文化があれば、多分だめになります。ただ、もうこのご時世、ヘルパーさんやケアマネさんに1人でも多く入って欲しいという地域が結構多いです。個人の端末を使わせてあげたいってなったときには、協議会判断で基準を守って、BYODの許可を出している地域があるのも事実です。これは、つくば市の運用をしていただくことになるかなと思います。お医者様が何でスマホが多いかというと、お医者様が持っているスマホは業務端末であるという解釈もみなされて、運用されている地域が大半なので、それは我々そう判断していただくのであればそれでいいのかなと思っていますので、そこが区切りになるのかなというふうなイメージです。</p>
志真委員	<p>今の話はですね、端末をどうするかという検討を2年ぐらい前の情報部会でしました。それでBYODの仕組みについても一応検討しました。メディカルセンターでは、実はBYODをもうすでに始めていまして、ただ、管理する側が相当大変です。要するにその人の個人の端末を使うわけですから、セキュリティ上問題ないことを組織として、病院なら病院がそれを保証できる手順を踏まないといけない。例えば、病院だと、半年ぐらいで医者がいなくなっちゃったりするわけですから、そうするとその中にいるデータを消去するとか、そういう手間が生まれます。そのことを情報部会で検討し、BYODはまだ早いでしょうと。まだ業務用のスマホ・タブレットがま</p>

	<p>だ十分普及してない状況なわけだから、まず業務用のデバイスを使ってもらいましょうというのが、話し合いの結果でした。だから、確かにスマホ2台持ちっていうのは、かなり一般の企業では普及してきています。それで、2台が面倒くさい人たちも出てきている。だけど BYOD をやるには、まだそこまでこの業界は成熟してないと私も思いますので、業務用のデバイスを確保していただいたところでやっていただきたい。医師の場合も、そこはやはりきちんと区別をしていただいて、2台持ちなら2台持ちでやっていただきますし、どうしても BYOD でやりたいということであれば、BYOD の手順とかそういうことをご説明をすることはできますけども。最初は業務用のものを使ってやっていただきたいと思います。</p>
成島会長	<p>他には。ではないようですので、次の議題に移ります。次第4、その他、最後に事務局もしくは委員より何かご発言ありますでしょうか。</p>
事務局	<p>事務局の方からお知らせさせていただきたい事項が2点ございます。まず1点目ですが、本日皆様の机の上に、サービスマップ、ハートページ、という冊子を配付させていただきました。今年度版ができ上がりましたので内容をご確認いただければと思います。2点目は、実務部会の日程についてです。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。どうぞよろしくお願いたします。以上です。</p>
成島会長	<p>他にはよろしいですか。では進行事務局にお返しします。</p>
事務局	<p>成島会長ありがとうございました。本日の協議会でのご意見を念頭に置き、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、ご協力の程よろしくお願いたします。</p> <p>以上をもちまして、令和8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ご協議いただきありがとうございました。今年度もどうぞよろしくお願いたします。</p>

令和8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8年（2026年）5月25日（月）

18時30分～20時00分

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・介護連携推進事業実績について 資料1

（2）令和8年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画（案）について
資料2

（3）ICT連携ツールについて 業者から説明 資料3

4 その他

5 閉 会

令和7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 ・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 ・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	令和7年5月26日
		◆第2回 ・令和7年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告	令和8年3月23日
2	実務部会 1 評価指標検討部会	◆第1回 ・令和7年度評価指標検討部会の実施内容と2025年目標・目標値の振り返りについて ・2025年以降の目標について ・「連携」の指標について	令和7年7月31日
		◆第2回 ・令和7年度第1回評価指標検討部会の振り返り ・ありがたい姿について ・「連携」の指標について	令和7年11月17日
		◆第3回 ・ありがたい姿(案)について ・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	令和8年2月10日
	2 市民向け普及啓発部会	◆第1回 ・市民向け普及啓発部会について ・講演会について ・出前講座・啓発講座について ・オンデマンド講座について ・わたしの生き方ノートについて ・わたしの大切な情報カードについて ・ハートページについて ・在宅医療と介護のサービスマップについて	令和7年6月30日
		◆第2回 ・令和7年度の各事業の実施状況について(報告) ・令和7年度の振り返り及び令和8年度の方向性	令和8年2月17日
	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・研修部会について ・過去3年間の取り組み・成果・課題・方針について ・第1回専門職向け意見交換会・研修部会の企画について	令和7年7月7日
◆第2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7年11月27日	
◆第3回 ・令和7年度「多職種連携意見交換会」の振り返り ・令和8年度の計画について		令和8年2月24日	
4 情報部会	◆第1回 ・情報部会について ・ICT連携ツールの導入について ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識(連携タイム)について	令和7年7月28日	
	◆第2回 ・前回の振り返り ・ICT連携ツールについて(業者から説明) ・つくば市ICT連携ツール導入・実施スケジュール(案)について ・つくば市ICT連携ツールケース支援活用イメージ(案)について	令和8年2月9日	

	事業名	内容
3	市民への普及啓発	<p>◆在宅医療講演会 令和7年10月26日 つくば市役所 201会議室 参加者：72名（申込99名） 1部 講演 《在宅医療講演会～もしもの時の心づもり～》 講師：宮本 真実 氏（つくば国際プレスト&レディースクリニック 緩和医療専門医） 2部 体験談 在宅医療を経験されたご家族と医療・介護関係者の体験談 語り手：宮本 竜之 氏（つくば国際プレスト&レディースクリニック 医師） 倉林 奈津絵 氏（ワンケアプランセンター 主任介護支援専門員） 下川 綾菜 氏（つくイつくば訪問看護ステーション 看護師） ご家族 様</p> <p>◆終活講演会 令和8年1月25日 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） 1部 講演 《終活のススメ～今日から終活はじめてみませんか？～》 講師：檜垣 圭祐 氏（鎌倉新書 行政書士） 2部 個別相談会（相続、不動産、身元保証、葬儀など）、シニアフォト（生前準備写真）</p> <p>◆在宅医療・介護出前講座 15回 237名</p> <p>◆ACPの普及啓発 ・庁舎ライトアップ 令和7年11月26日～12月2日（17：30～22：00） シンボルカラー：オレンジ「11月30日は人生会議の日」 ・周知：広報11月号、SNS、つくスマ、庁内掲示板、終活講演会</p> <p>◆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～ 周知強化：HP、広報10月号、SNS、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</p> <p>◆「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：1,174冊 ◆「わたしの大切な情報カード」の配布：508枚</p>
4	多職種連携・意見交換会	<p>①令和7年11月20日 第1回「多職種連携意見交換会」：57名 《訪問看護の事例を通じた急変時の対応について》 講師：高崎 芳江 氏（総合ケアセンターそよかぜ 訪問看護管理者） 小林 路江 氏（訪問看護ステーションかがやき 管理者） 参加者：ケアマネジャー、介護職、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、訪問看護師、地域連携部看護師、訪問診療看護師、訪問診療事務兼相談員、薬剤師、鍼灸師、リハビリテーション専門職、メディカルクラーク</p> <p>②令和8年2月18日 第2回「多職種連携意見交換会」：50名 《在宅での医療・介護に関するケアマネジャーの事例をとおした、急変時の対応について》 講師：前田 久実子 氏（居宅介護支援事業所 糸車 主任介護支援専門員） 参加者：ケアマネジャー、介護職、医療ソーシャルワーカー、看護師、退院調整看護師、訪問看護師、地域連携部看護師、薬剤師、社会福祉士、リハビリテーション専門職、事務員、医師</p>
5	要介護認定更新時のアンケート調査	<p>《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 （介護者の在宅医療の認知度、幸福度、介護サービスへの満足度、家族の介護負担感）</p>

<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、従来のありがたい姿の形式を見直し、在宅医療の4場面ごとに目標を設定し、新たな「ありがたい姿(案)」の作成に着手した。
- ・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。
- ・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。
- ・多職種意見交換会の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。
- ・ICT連携ツールについては、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直し等について協議した。

令和8年度第1回つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

令和8年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画(案)

日時:令和8年(2026年)5月25日(月)
18時30分~20時00分

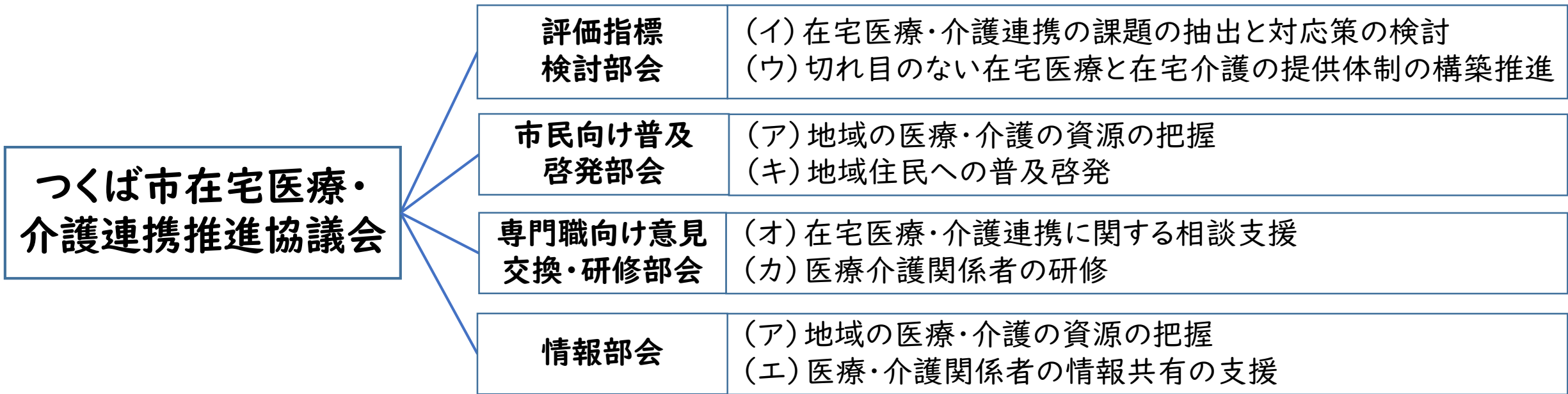
場所:つくば市役所 会議室201

【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。

出典：厚生労働省 在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer4より

【つくば市在宅医療・介護連携推進事業について】



出典:厚生労働省 在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer4より

◆つくば市在宅医療・介護連携推進協議会

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。

◆実務部会

協議会で検討した事項の具体策を協議・推進する。

Plan(計画) 現状分析・課題抽出・施策の立案

◆つくば市の人口

・総人口：261,933人

うち65歳以上：50,838人 75歳以上：27,789人 高齢化率：19.41% (2026年4月1日 住民基本台帳より)

・介護保険認定者数：8,610人

うち要支援1・2：2,377人 要介護1～5：6,233人 認定率：16.94% (2026年3月末日 介護保険システムより)

◆在宅医療資源 (※1 2026年4月1日 日本医師会地域医療情報システムより ※2 2026年5月1日 厚生労働省関東信越厚生局データより)

	種別	施設数	人口10万対比(全国)
1	在宅療養支援病院 ※1	2	0.83 (1.75)
2	在宅療養支援診療所(うち強化型) ※1	36(11)	14.9 (12.58)
3	在宅療養後方支援病院 ※1	2	0.83 (0.50)
4	在宅療養支援歯科診療所 ※1	14	5.79 (7.28)
5	薬局(在宅患者調剤加算) ※1	133	55.04 (45.59)
6	地域包括ケア病棟 ※2	2	

◆在宅介護資源 (2026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	居宅介護支援事業所	52	2.28 (1.96)
2	訪問型介護サービス	60	2.63 (3.34)
3	通所型介護サービス	58	2.55 (2.88)
4	介護職員(常勤換算人数)	1,508	66.24 (66.95)

◆2025年度 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所に係る定例報告

(2026年4月27日茨城県庁保健医療部長寿福祉課地域包括ケア推進室より聴取 関東信越厚生局データ)

- ・訪問診療受療者数 5,381人 (参考:2024年 4,952人)
- ・緊急往診対応件数 1,210件 (参考:2024年 1,190人)
- ・死亡患者数 852人/うち自宅で亡くなった数: 379人 (参考:2024年 1,190人/442人)

◆つくば市内地域包括支援センター 8か所

◆重点評価指標（高齢者福祉計画より、一部抜粋し、編成）

評価項目	R2(2020)	R4(2022)	R8(2026)	2025年目標	
1.要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度 (よく知っている・ある程度知っている)	40.2% N=1502	38.0% N=1184	47.8% N=1432	45%以上	達成
2.要支援・要介護認定者のACP(人生会議)の認知度 (知っている・言葉は知っている)	16.1% N=1502	16.0% N=1184	25.8% N=1432	※1	
3.要支援・要介護認定者の介護サービスへの満足度 (大変満足・やや満足)	66.8% N=711	92.4% N=541	91.7% N=649	70%以上	達成
4.要支援・要介護認定者の幸福度 (7/10以上)	44.0% N=1502	46.4% N=1184	43.0% N=1432	50%以上	
5-1. 要支援・要介護認定者の家族の介護負担感 (非常に大きな負担・大きな負担・ある程度負担)	37.5% N=789	46.3% N=578	28.3% N=833	※2	
5-2. 要介護認定者の家族の介護負担感 (非常に大きな負担・大きな負担・ある程度負担)	47.6% N=439	60.3% N=300	61.8% N=429	40%以下	
6.ケアマネジャーと医療機関との連携状況 (十分取れている・まあまあ取れている)	74.8% N=171	67.6% N=173	69.6% N=135	80%以上	
7.ケアマネジャーの仕事の満足度 (6/10以上)	52.1% N=171	62.0% N=173	84.6% N=135	60%以上	達成

※1 重点評価指標を決定した令和2年度当初は、ACP(人生会議)の認知度を重点評価指標と定めなかったため、目標値が決まっていないが、令和4年度から重点評価指標として取り扱うことにした。

※2 重点評価指標を決定した令和2年度当初は、家族の介護負担感に関して、対象を「要介護」のみとしていたが、要支援の方を含めると数値がどう変化するのか参考数値として、対象を「要支援・要介護」とした数値を掲載

Plan(計画) 現状分析・課題抽出・施策の立案

◆課題抽出

- ①要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度が47.8%に増加し、“2025年目標”である45%以上は達成したが、約半数の方しか在宅医療について知らない。
- ②要支援・要介護認定者のACP(人生会議)の認知度が25.8%に増加したが、約4人に1人しかACP(人生会議)について知らない。
- ③要支援・要介護認定者の幸福度が、約43～46%を推移しており、“2025年目標”である50%以上は達成せず、約半数の方が幸福度を10段階中6以下と感じている。
- ④要介護認定者の家族の介護負担感が、約45%から約60%に増加しており、“2025年目標”である40%以下は達成せず、介護に負担を感じている家族が多い。
- ⑤ケアマネジャーと医療機関との連携状況が、約65～75%を推移しており、“2025年目標”である80%以上は達成せず、医療機関と連携が取れていると感じるケアマネジャーが少ない。

◆施策の立案

・課題を抽出できるように、重点評価指標の経過の確認と、その他追加が必要な指標について検討を行う。

・課題①②…

→ 評価指標検討部会

市民に、将来について考え、選択肢として在宅医療を知っていただくために、

市民を対象としたACP(人生会議)と在宅医療の普及啓発活動を引き続き行う。

→ 市民向け普及啓発部会

・課題③④⑤…

医療・介護専門職の連携を取りやすくすることで、要支援・要介護認定者の幸福度の増加、要介護認定者の家族の介護負担感の低下に繋がるように、多職種連携意見交換会の開催・ICT連携ツールの活用を進め、要支援・要介護認定者の支援体制を強化する。

→ 専門職向け意見交換・研修部会

情報部会

Do(実行) 対応策の実施

◆評価指標検討部会

医療と介護のありたい姿 ロードマップ(案)の実現に向けた、進捗管理及び課題抽出

- ・令和8年度内の完成を目指し、4場面ごとの目標内容と、指標の整合性について協議する。

◆市民向け普及啓発部会

市民に対し、在宅医療・ACP(人生会議)の普及・啓発

- ・在宅医療講演会・終活講演会、地域に出向き出前講座を実施する。
- ・動画・広報紙・SNSをとおして周知を行う。
- ・紙媒体と電子媒体を併用し市民へ情報提供を行う。
(わたしの生き方ノート・終活便利帳・わたしの大切な情報カード・
在宅医療と介護のサービスマップ・ハートページ)

◆専門職向け意見交換・研修部会

医療と介護に係る専門職の連携強化を目的とした、
多職種連携意見交換会の企画・運営

- ・在宅医療の4場面を意識し、グループワークを取り入れ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)

◆情報部会

医療・介護の切れ目のない連携を実現するため、専門職の情報共有の支援を行う

- ・ICTツールを導入し、地域全域での利用に向けて、試行運用を行う。
モデルケース選定基準・協力事業所への説明会を開催する。
モデルケース活用効果及び課題を確認する。
- ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識を作成し、
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。

Check(評価) 対応策の評価の実施

○要介護認定更新時アンケートより

介護者の在宅医療の認知度（よく知っている・ある程度知っている）

要支援・要介護認定者の介護サービスへの満足度（大変満足・やや満足）

要支援・要介護認定者の幸福度（7/10以上）

要介護認定者の家族の介護負担感（非常に大きな負担を感じる・大きな負担を感じる・ある程度負担を感じる）

○高齢者福祉計画より

要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度（よく知っている・ある程度知っている）

要支援・要介護認定者のACP(人生会議)の認知度（知っている・言葉は知っている）

要支援・要介護認定者の介護サービスへの満足度（大変満足・やや満足）

要支援・要介護認定者の幸福度（7/10以上）

要介護認定者の家族の介護負担感（非常に大きな負担を感じる・大きな負担を感じる・ある程度負担を感じる）

ケアマネジャーと医療機関との連携状況（十分取れている・まあまあ取れている）

ケアマネジャーの仕事の満足度（6/10以上）

Act(改善) 改善の実施

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

地域のくらしを支える プラットフォーム IIJ電子@連絡帳サービス

株式会社インターネットイニシアティブ
公共営業本部公共システム事業部
データ連携事業推進部

2026/05/25

喜多 剛志

小椋 大嗣

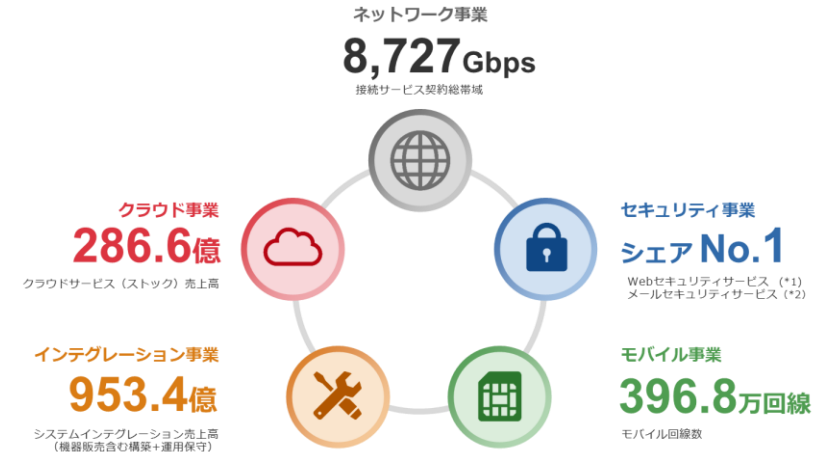


IIJのご紹介

社名	株式会社インターネットイニシアティブ (Internet Initiative Japan Inc.)
設立年月日	1992年(平成4年)12月3日
従業員数	連結 5,221人 単体 2,971人
所在地	東京都千代田区富士見2-10-2 飯田橋グラン・ブルーム 〒102-0071
事業所	関西支社、名古屋支社、九州支社、札幌支店 東北支店、横浜支店、北信越支店、中四国支店 豊田営業所、新潟営業所、沖縄営業所
資本金	23,037百万円
主要取引銀行	三井住友銀行 みずほ銀行 三菱UFJ銀行 三菱UFJ信託銀行
主要株主	日本電信電話株式会社/ エヌ・ティ・ティ・コミュニケーションズ株式会社 KDDI株式会社 伊藤忠テクノソリューションズ株式会社 鈴木幸一
公開市場	東京証券取引所プライム市場 (2022年4月4日移行、証券コード: 3774)

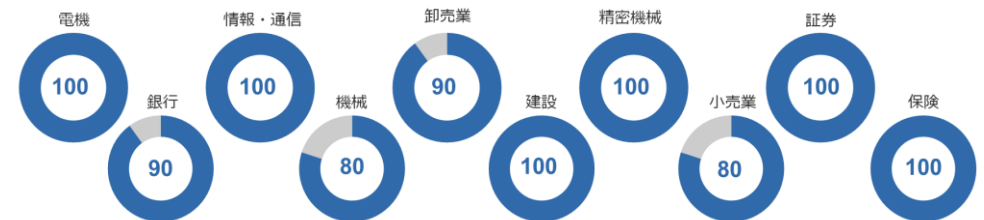
※2025年3月末現在

事業領域



お客様

業界TOP10企業への浸透率(%)



各種認定

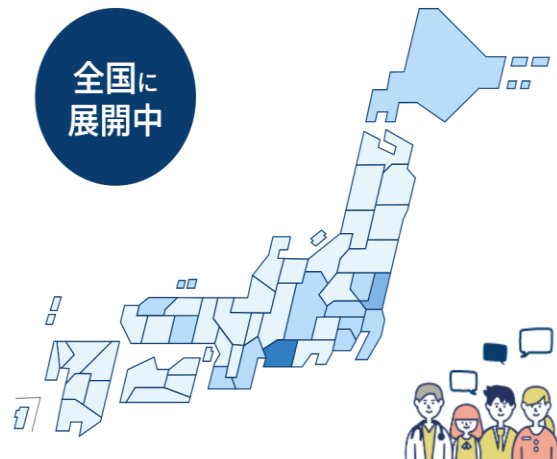


ISMAP
(政府情報システムのための
セキュリティ評価制度)

HIPAA
(Health Insurance
Portability and
Accountability Act of 1996)

利用実績

「IIJ電子@連絡帳サービス」は全国の地域・自治体（基礎自治体単位）で活用されています。高齢者支援を中心とした地域包括ケアシステムの実現や福祉職を含む多職種連携の加速だけでなく、子どもの見守り支援や医療的ケア児、発達障害・学習障害などの支援強化にも活用されています。データ連携によって防災、救急連携、IoTセンサー、見守り事業の連携など提供し、地域ごとに異なる様々な課題の解決を支援しています。



導入地域・行政

76区市町村

広域連携した地域

愛知県49市町村、
長野県3市町村、三重県2市町村
以上3地域、54自治体が活用

参加専門職数

29,000人以上
30職種以上

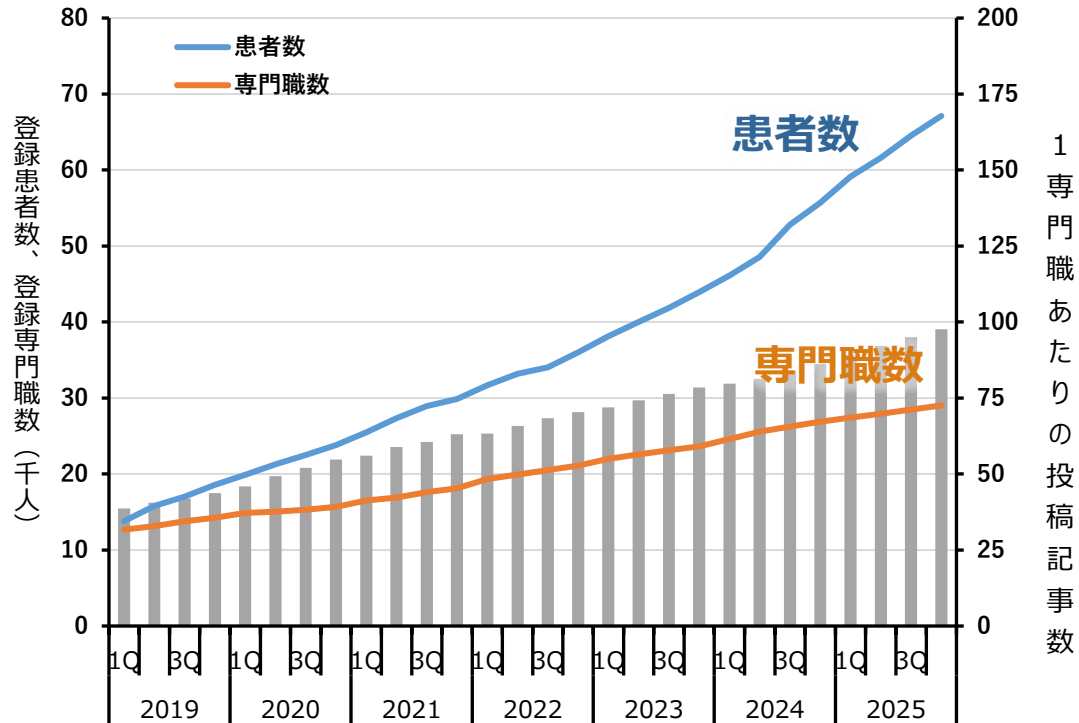
支援対象者数

67,000
人以上

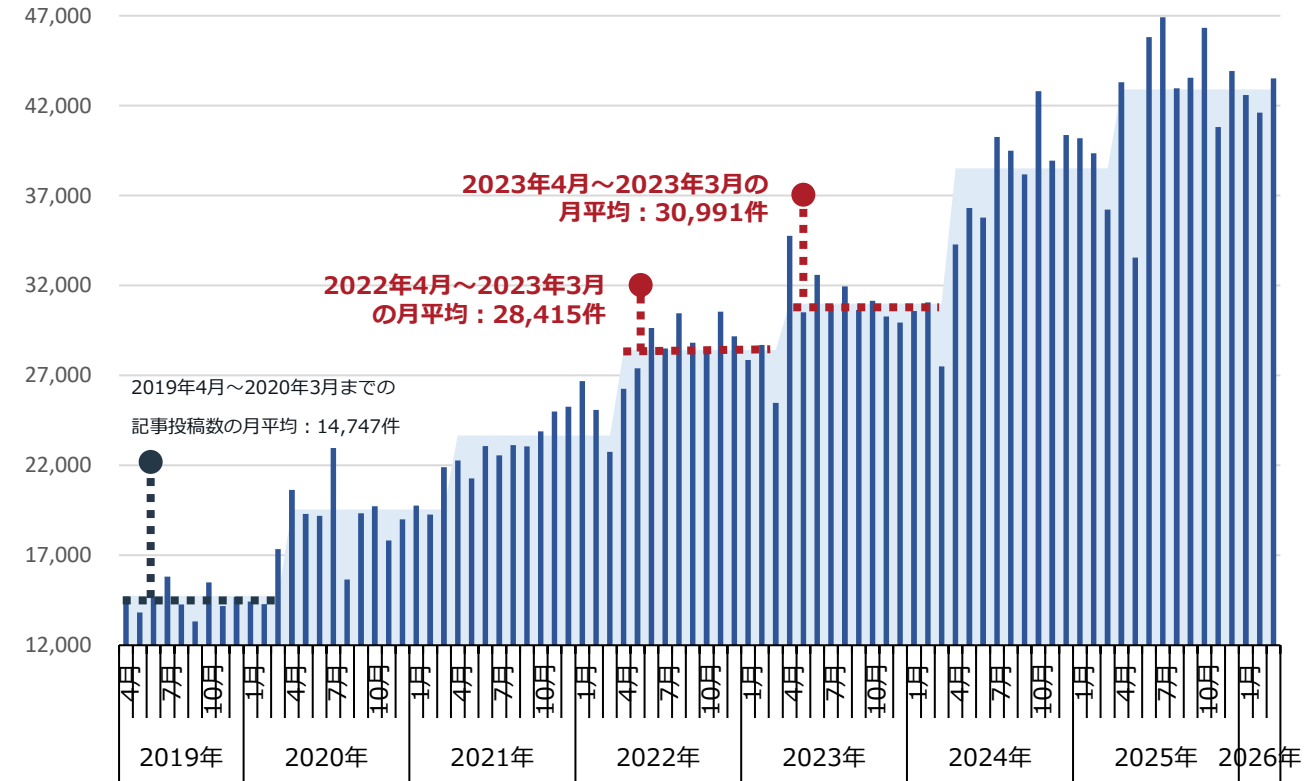
※2026年3月末時点

都道府県	医療圏	基礎自治体	運営組織	ネットワーク愛称	地域人口 [※]	
茨城県	常陸太田・ひたちなか医療圏	ひたちなか市	ひたちなか市 福祉部 福祉事務所 高齢福祉課 在宅医療・介護連携推進室	ひたちなか市 電子@連絡帳	15.6万人	
	鹿行医療圏	鉾田市	鉾田市 福祉保健部 介護保険課	鉾田市 電子@連絡帳	4.8万人	
	つくば医療圏	常総市	常総市 福祉部 幸せ長寿課	常総市 電子@連絡帳 JOSOシステム	6.3万人	
		つくばみらい市	つくばみらい市 保健福祉部 介護福祉課	つくばみらい市 電子@連絡帳	5.1万人	
	取手・竜ヶ崎医療圏	取手市	取手市医師会	取手市医師会	いきいきiネット	10.5万人
		守谷市				6.7万人
		利根町				1.5万人
	古河・坂東医療圏	古河市	古河市 福祉部 福祉推進課	古河市 電子@連絡帳	14.2万人	

KPI 活用状況



記事投稿数の増加 (単月増加量)



- 専門職数、患者数ともに増加
- 月次で各項目は2～4%程度の拡大傾向

- 専門職一人あたりの記事投稿数も増加
- 患者数の増加とともに活発にやり取りがされている。

- オンラインコミュニティが継続的に活発化
- アクティブユーザ数、ページビュー数も増加

- 新型コロナウイルス感染症対策の拡大とともに増加
- 情報連携の活用定着と利用範囲の拡大

地域の専門職（人）を繋げる

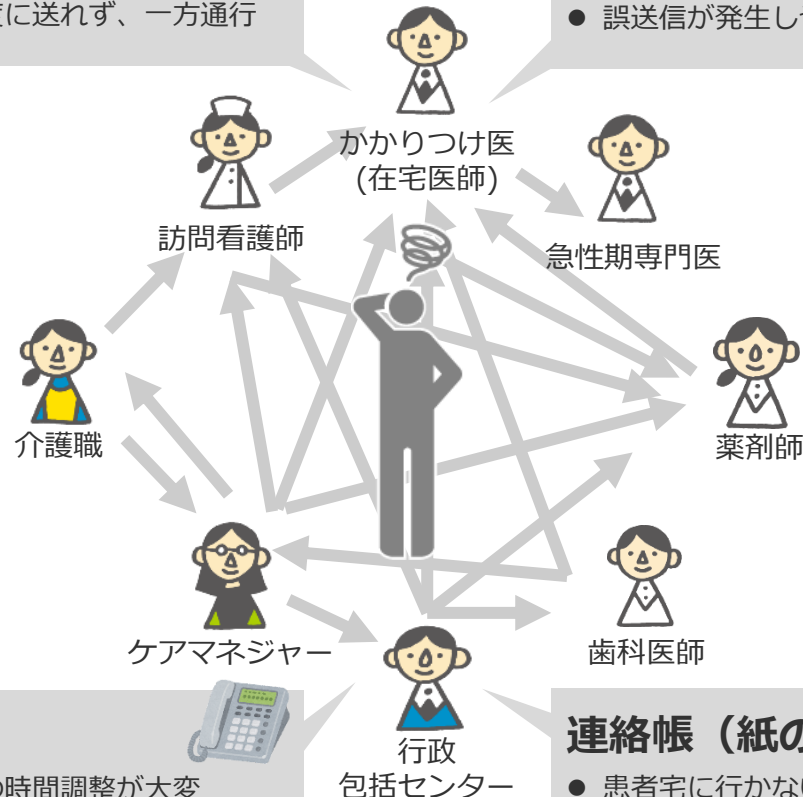
FAX

- 画質が荒く、QRコードが読めない
- 複数施設に一度に送れず、一方通行



電子メール/一般ツール

- 医療情報をメールで送るのはNG
- 誤送信が発生しやすく危険



電話

- 忙しい専門職の時間調整が大変
- 一度に1人としか話せない。何度も書ける必要がある



連絡帳（紙のノート）

- 患者宅に行かないと内容を見れない
- 手書きになるので伝えたい内容に限度がある



課題

多職種・多機関の間のやりとりが煩雑

紙/FAXをやめたい
情報の場所がわからない。

機微な情報（患者情報）も安心してやりとりしたい

共有したい情報は日々増えているが連携が大変で、品質を上げられない

人が繋がると情報の流れが出来る

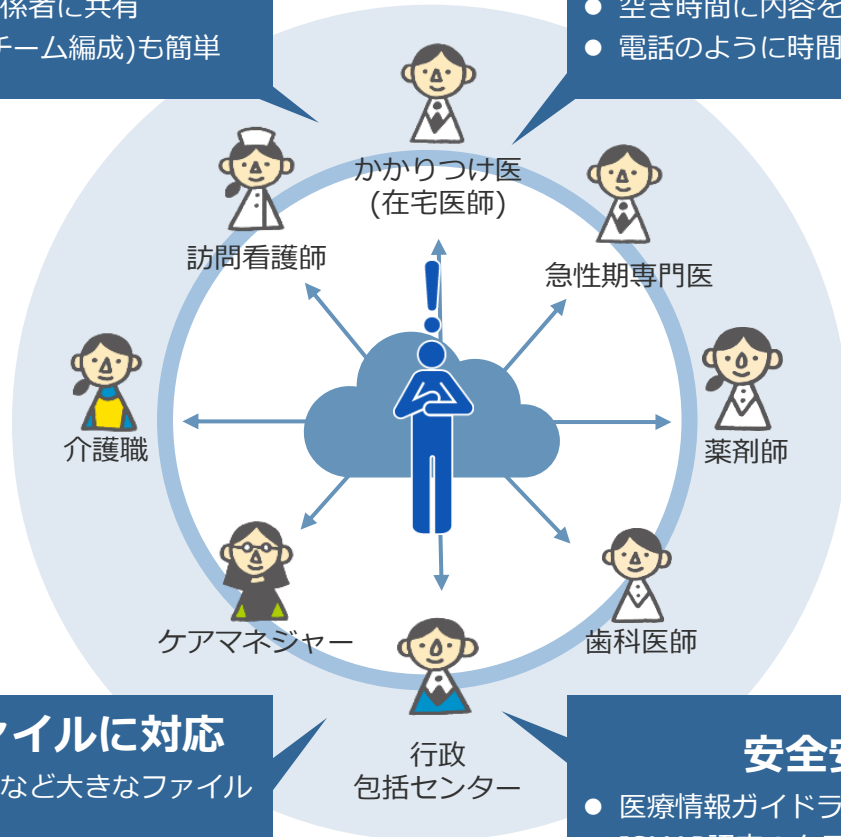
効果

情報共有が簡単

- 一度の操作で関係者に共有
- 宛先設定(支援チーム編成)も簡単

チャット/掲示板

- 空き時間に内容を見ればOK
- 電話のように時間を拘束されません。



大きなファイルに対応

- 写真や医療情報など大きなファイルにも対応
- 絞り込みやファイルビューで簡単検索

安全安心

- 医療情報ガイドラインに対応
- ISMAP認定のクラウド上で提供

地域の専門職をつなぐ
(人的資源・共助の活用)

スピード
コミュニケーションの効率化

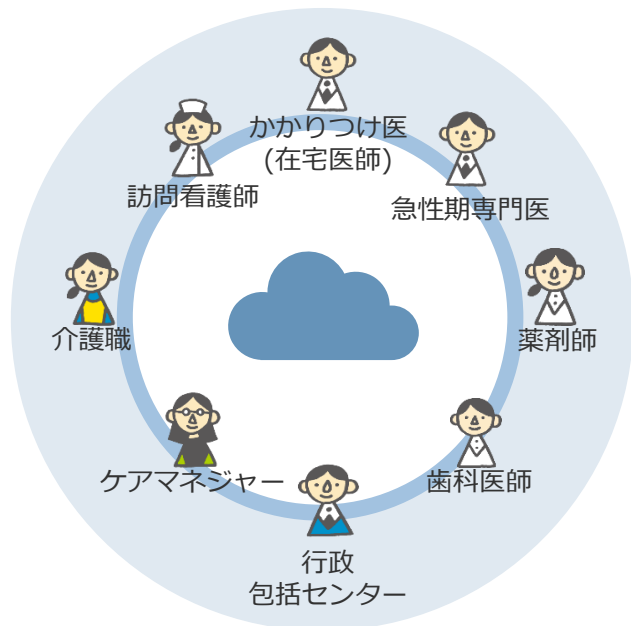
プラットフォーム型
部門/機関横断の課題に対応

ペーパーレス
負担軽減/見える化

人の連携が新しいデータ活用を創出

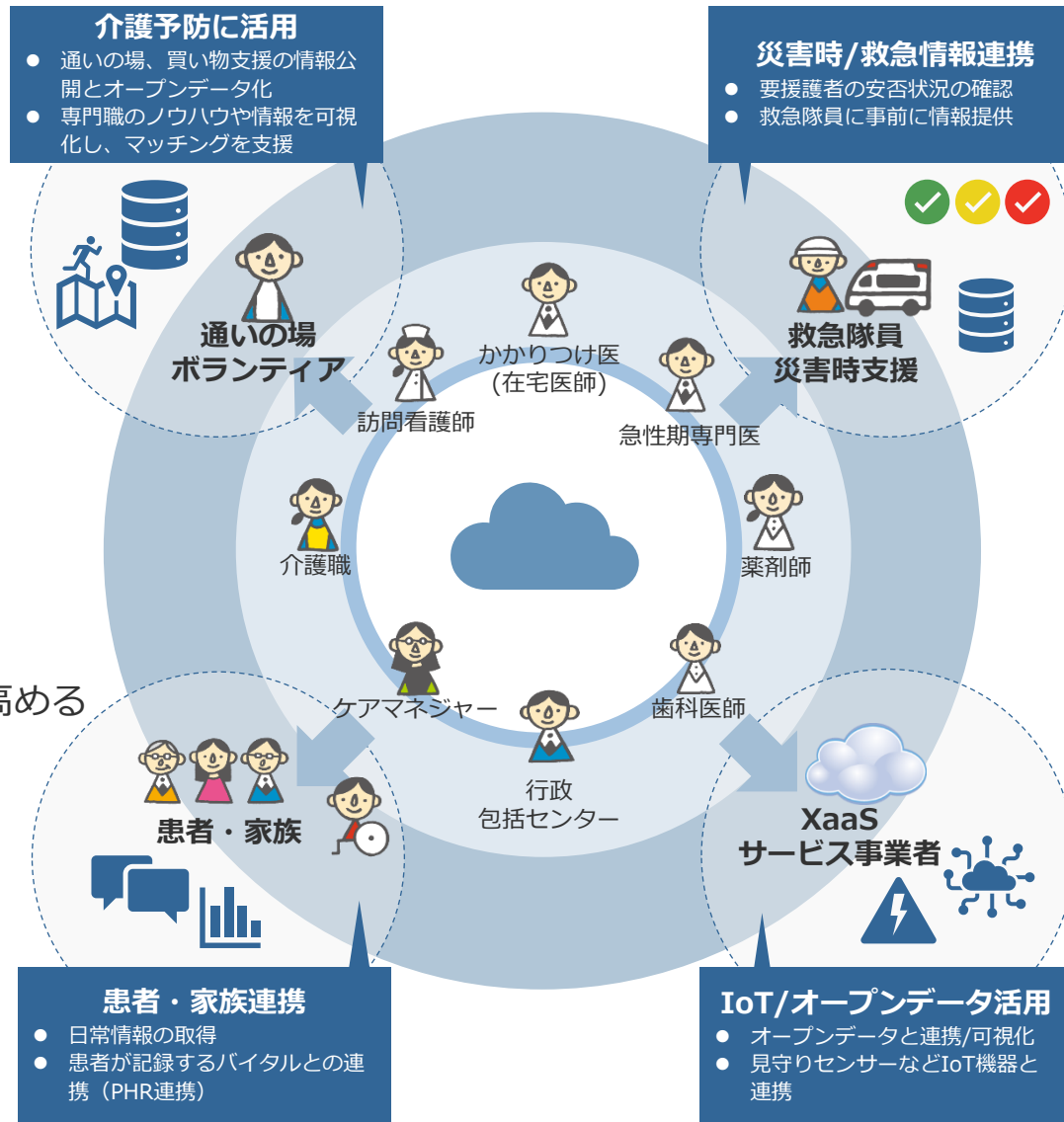
多様な人の連携
デジタル活用の醸成

データの蓄積
活用のアイデア



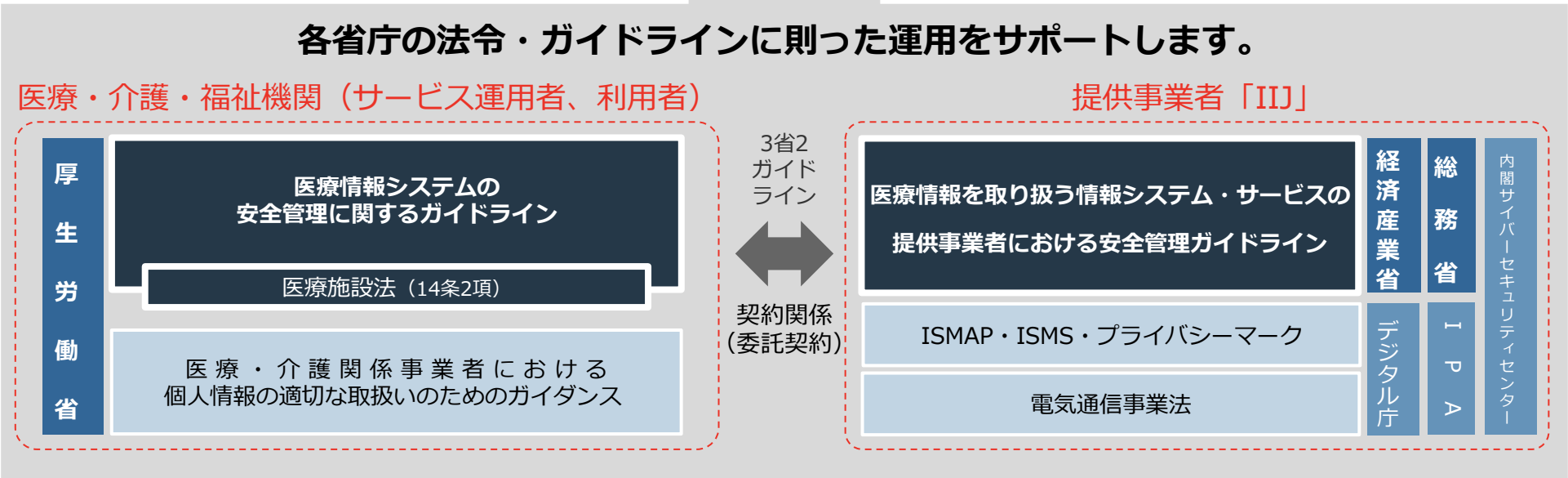
活用を広げる
地域の連携の力を高める

医療介護福祉だけでなく幅広い地域活用
地域包括ケアだけでなく総合的な地域づくり



医療情報ガイドライン(3省2ガイドライン) への準拠

IIJ電子@連絡帳では医療情報の取扱を考慮し、以下のガイドラインに則った運用をサポートします。また、第三者からのセキュリティ監査も定期的に実施します。



※各ガイドラインの対象項目をIIJにて独自に精査し項目を分類。

国際標準規格「ISO/IEC27017」認証を取得

DocuSign Envelope ID: 0B1DA677-A939-48D5-B5FA-EBDE61CB9EF7

Certificate



Certificate number: 2025-016

Certified by EY CertifyPoint since: December 4, 2025

Based on certification examination in conformity with defined requirements in ISO/IEC 17021-1:2015 and ISO/IEC 27006:2015/A1:2020, the Information Security Management System as defined and implemented by

Internet Initiative Japan Inc.*

**Management System: Government Public & Educational
Organization Business Division
(hereinafter referred to as "PUB")**

located in Tokyo, Japan is compliant with the requirements as stated in the standard:

ISO/IEC 27017:2015

Issue date of certificate: December 4, 2025

Expiration date of certificate: December 3, 2028

EY CertifyPoint will, according to the certification agreement dated August 6, 2025, perform surveillance audits and acknowledge the certificate until the expiration date noted above.

* The certification is applicable for the assets, services and locations as described in the scoping section at the back of this certificate, with regard to the specific requirements for information security as stated in the respective Statement of Applicability documents for the in-scope services.

DocuSigned by:

Jatin Sehgal

3DADF3CCF6943C...

J. Sehgal | Director, EY CertifyPoint

- 2025年12月4日付で、クラウドセキュリティの国際規格である「ISO/IEC27017:2015」の認証を正式に取得いたしました。
- インフラ(IaaS)だけでなく、サービス(SaaS)そのものが国際的なセキュリティ基準を満たしています。
- クラウドサービス事業者としての「責任分界」「運用管理」「委託管理」が国際標準で整理されており、調達・監査における強力な安心材料となります。

2027年以降にISMAP取得を目指し対応準備中です。

強固な多要素認証（クライアント証明書）

3ステップで強固な認証プロセスを実現



1 通知メール

利用者に証明書
ダウンロードの案内が届く



2 インストール

端末にクライアント証明書を
インストール



3 ログイン

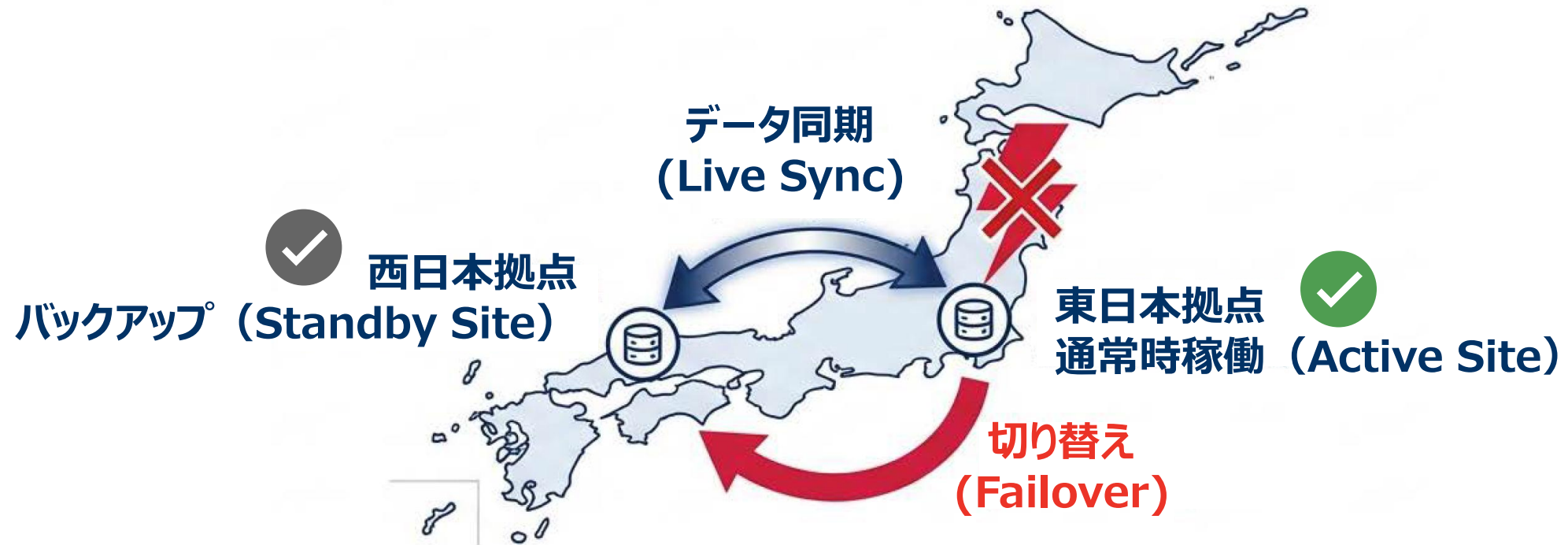
ID/パスワード+証明書で
利用開始



証明書がインストールされていない端末からは、ログインページ自体にアクセスできません。

災害・障害を前提としたDR（災害対策）構成

大規模災害時でも「止まらない」システムが、地域の医療・救急・災害対策活動を支えます。



- ⇔ **東西冗長化** 東日本と西日本の2拠点のデータセンターで構成。
- ⇔ **データ同期** ほぼリアルタイムでデータを同期しており、災害時でも直近の情報を参照可能です。
- ⇔ **サイト切り替え** 通常時は東日本で稼働し、広域災害で東日本がダウンした際は、西日本の拠点へ切り替えます。



IIJ「電子@連絡帳」サービス 機能概要

「電子@連絡帳」の主な機能紹介①

- 「電子@連絡帳」は、主に自治体様のご利用を想定したポータルサイトと、各専門職の方が患者様情報を取り扱う情報機能から構成されています。



地域の暮らしを支える専門職ネットワーク

IIJ電子@連絡帳サービス



ポータルサイト

- 地域包括ケア住民広報
（「電子@連絡帳」の利用促進）
- 地域資源マップ
- 患者同意書取得
- 「電子@連絡帳」証明書発行・ログイン



情報連携サイト 電子@連絡帳サービス

- 多職種連携（掲示板）
- 患者情報（患者サマリ）
- 定型文書
（主治医意見書など）
- プロジェクト機能
（サービス担当者会議）

「電子@連絡帳」の主な機能紹介②

- 「電子@連絡帳」は、市民が医療介護資源を閲覧・検索できる①ポータルサイトと、医療介護専門職が患者様情報や地域課題（認知症初期集中支援など）や各種研修会の案件を取り扱う②情報掲示板機能の二つのシステムから構成されています。

①ポータルサイト

- 地域包括ケア市民広報（「電子@連絡帳」の利用促進）
- 地域資源マップ
- 患者同意書取得
- 「電子@連絡帳」証明書発行・ログイン



ログイン



電子証明書



②情報連携掲示板

- 患者担当チーム情報連携
- プロジェクト機能
 - ・ 地域課題の連携（例：認知症対策チーム）
 - ・ 各種研修会の案内
 - ・ 市から各事業所への案内
 - ・ 事業所内の業務連携

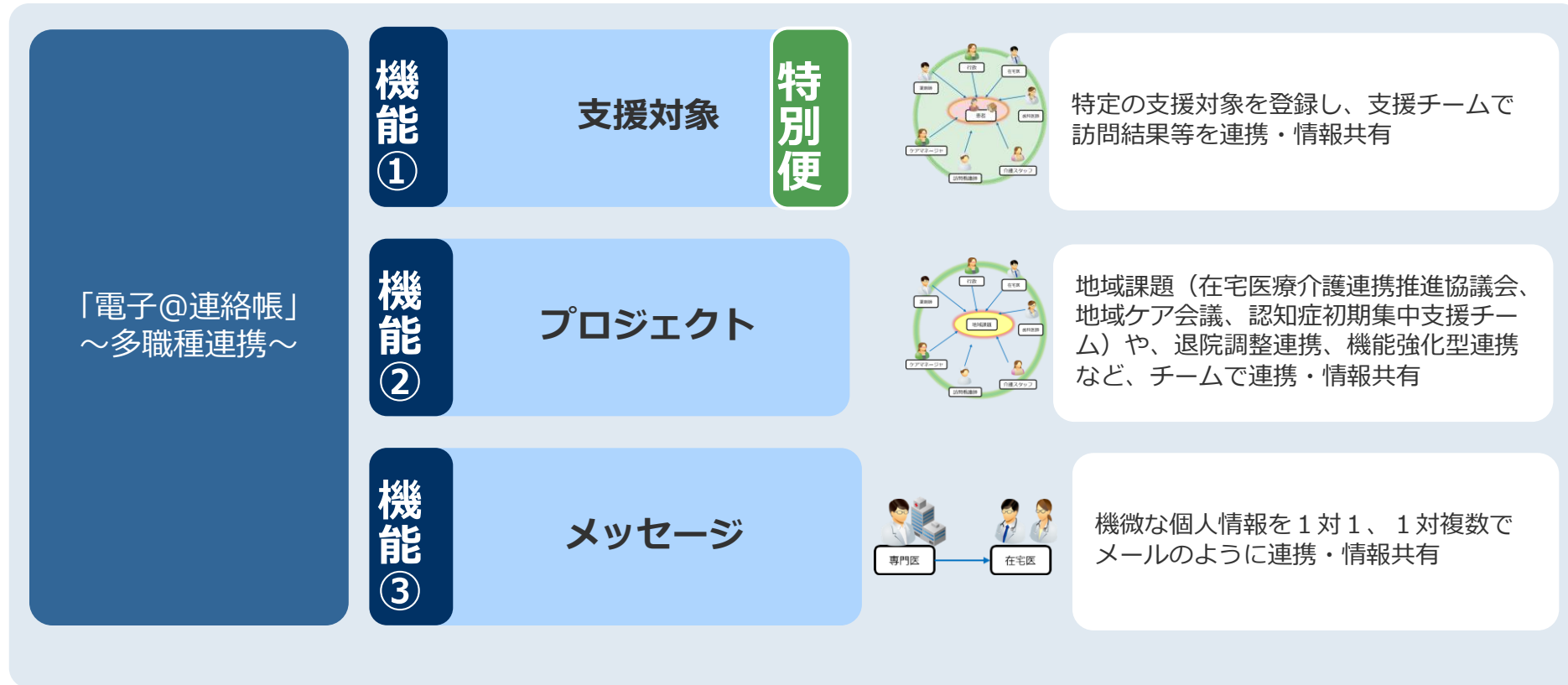


患者担当チーム間の
情報連携

地域課題、専門職間の
情報連携

「電子@連絡帳」の主な機能紹介③

- 「電子@連絡帳」には専門職コミュニケーションの方法として3つの機能が実装されています。



3つの機能を利用して、住民を支える地域支援者と連携を進めていきます。

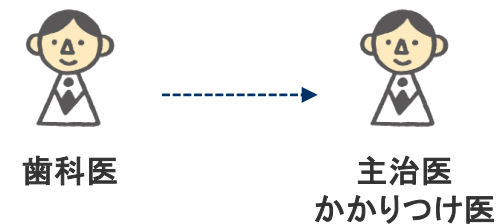
支援対象



写真で伝える。

在宅医療における
主治医と歯科医師

患者訪問時の状況を
写真を交えて共有。

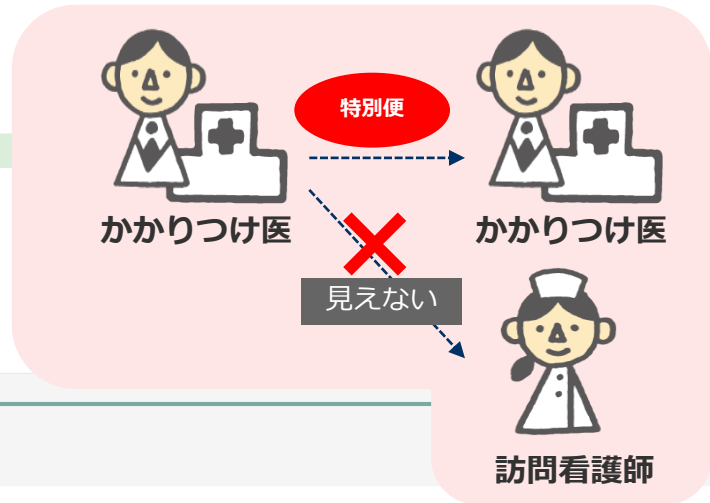


大きな画像ファイルは表示されない可能性があります。
ダウンロードが許可されたファイルであれば、ダウンロードいただきご確認ください。

「電子@連絡帳」の主な機能紹介（※特別便）

- 特別便を利用して普段、患者さん連携をしているメンバーから特定メンバーを指定してメッセージを送信。
- （※他のチームメンバーには投稿内容は見えない）

The screenshot shows the app interface for a patient named 戸田 (Ueda) in 瀬戸市原山町 (Seto City Harayama-cho). The patient's profile includes age (94), gender (male), and contact information. A red warning icon indicates '同意なし' (No consent). The message composition screen shows a recipient selection list with various roles like Dr. (野田, 神田, 勝股, 青木, 磯崎, 佐々, 深見, 岩崎, 恒川, 丹羽, 出口) and Otr (訪問看護師). A callout box highlights the selection of 野田先生 (Mr. Noda) with the text: (例) : 野田先生をチェックしてメッセージ送信. A speech bubble explains the '特別便' (Special Mail) feature: ~特別便~ 特定の専門職を指定してメッセージを送信 ※他のチームメンバーには見えない (Special Mail: Send messages to specific specialized roles. Not visible to other team members).



プロジェクト①

- 「プロジェクト」機能を用いることで、患者に紐付かないグループを作成し、
- 「在宅医療連携推進定例会」等のコミュニケーションを行うことが可能です。
- ◆ 愛知県豊明市様「予防ケア会議・認知症初期集中支援チーム」で活用



〇△市 介護予防ケア 定例会議
介護予防ケア、定例会議の通知及び議事メモ
d101-pr000001862@eml.ijj-renrakucho.jp

新しい投稿を入力

City 市職員 〇△市 (〇△施設) 2017/08/18 14:22

開催通知
〇△市 介護予防ケア会議 定例会議 第5回
平成29年0x月xx日 13:30-15:30

詳細表示

- 定例会資料02_藤田衛生大学フォーラム案内.pdf
- 定例会資料04_元氣リハビリ_前後.pdf
- 定例会資料07_コープふれあい.pdf
- 定例会資料06_イキイキ健康体操.pdf
- 定例会資料03_元氣アップ提供施設.pdf

すべてのファイル 12 絞り込み

- 介護予防会議_議事メモ.docx
2017/08/18 18:36 City 市職員 〇△市
- 地域ケア会議ケース検討会_サ…
2017/08/18 17:57 Cm ケアマネージャ (△△ケア)
- ADL機能評価様式.pdf
2017/08/18 17:57 Cm ケアマネージャ (△△ケア)
- carecanfa_assess.xls
2017/08/18 17:57 Cm ケアマネージャ (△△ケア)
- ADL_IADL.xlsx
2017/08/18 17:57 Cm ケアマネージャ (△△ケア)
- 定例会資料01_豊明市元氣アッ…
2017/08/18 14:22 City 市職員 〇△市
- 定例会資料05_まちかど運動室…
2017/08/18 14:22 City 市職員 〇△市

プロジェクト②

- 厚労省通達を地域の専門職に迅速かつ安全に伝達
 - 非対面の対応によって集合説明を極力避けた運営
- ※ 新型コロナウイルス感染症対策に関する活用ケース

The screenshot shows a web portal interface for '新型コロナウイルス連絡網' (COVID-19 Network). The main content is a notification from a doctor (Dr. [redacted]) dated 2020/2/4 at 14:01, marked as '重要' (Important). The notification is titled '【通知】社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。）（入所施設等）における感染拡大防止のための留意点について' (Notification: Points to be noted for infection prevention in social welfare facilities, etc. (limited to residential facilities and residential services) (residential facilities, etc.)).

The notification text reads: '各位 いつも大変お世話になっております。〇〇市役所介護高齢課の[redacted]と申します。タイトルの件について、厚生労働省並びに〇〇県福祉局より周知依頼がありましたので社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対策については高齢者介護施設における感染対策マニュアル 社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について 社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応徹底について などでお示しているところですが、新型コロナウイルスによる感染拡大防止の観点についてご留意頂くようお願いいたします。'

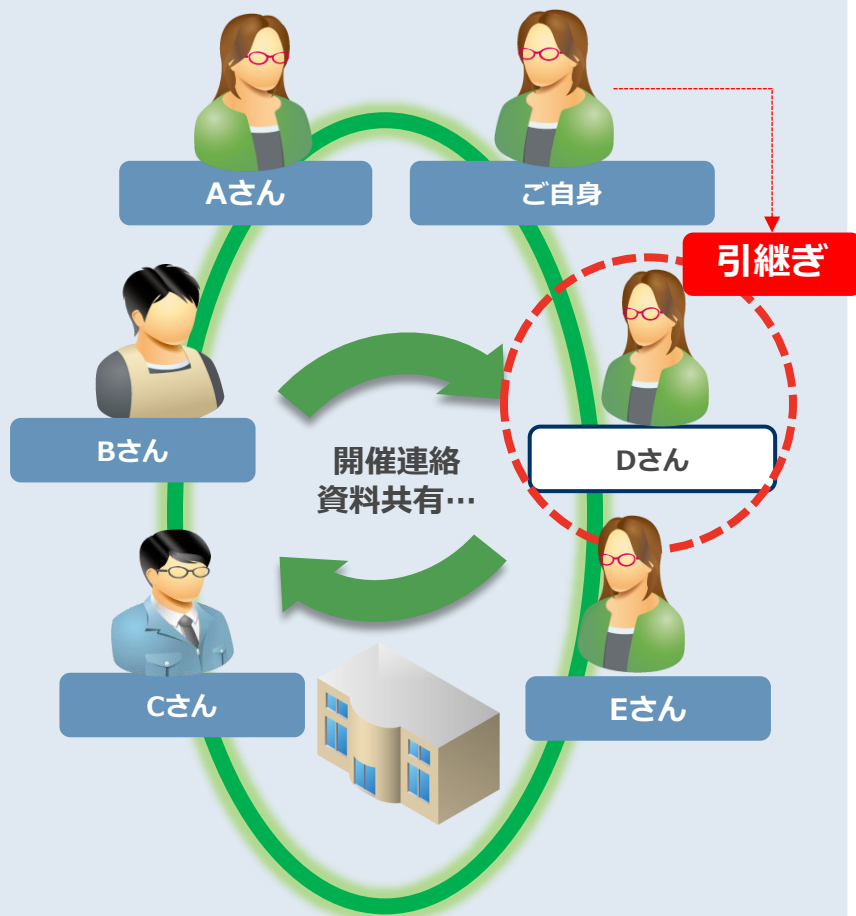
Below the text are two PDF attachments: '200223【事務連絡】対応の徹底について.pdf' and '200224【施設関係set】社会福祉施設等における留意点.pdf'. There are also tags for '厚生労働省', '新型コロナウイルス', and '事務連絡'.

The right side of the image shows a zoomed-in view of the notification content, which includes the following text: '事務連絡 令和2年2月24日 都道府県 各指定都市 民生主管部（局） 御中 中核市 厚生労働省健康局結核感染症課 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 厚生労働省社会・援護局保護課 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 厚生労働省老健局高齢者支援課 厚生労働省老健局老人保健課 社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。）における感染拡大防止のための留意点について 社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。以下同じ）における新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応については、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」や「社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について」（令和2年2月13日厚生労働省子ども家庭局家庭

メッセージ

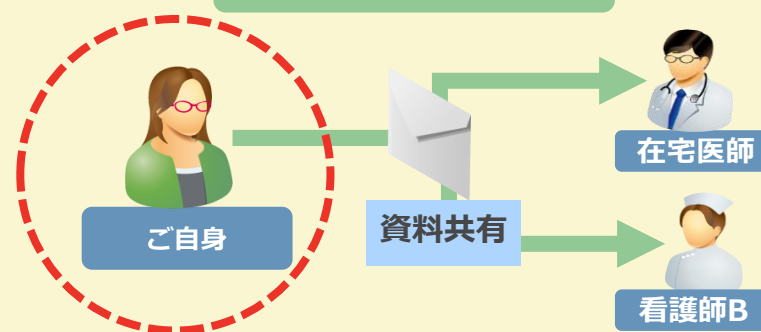
プロジェクト機能

※個別相談記録等の引継ぎ

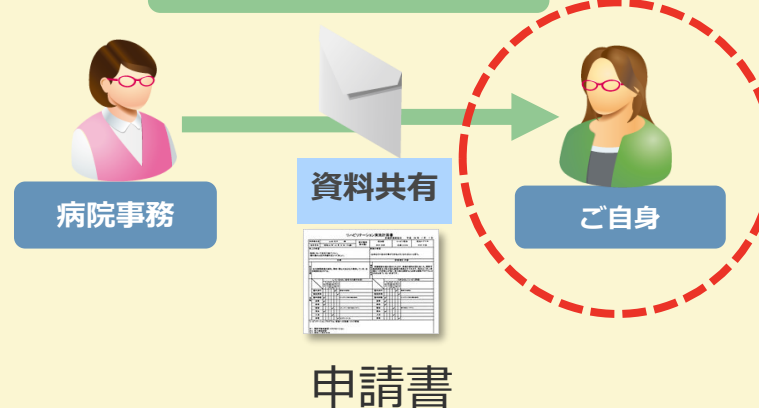


メッセージ機能

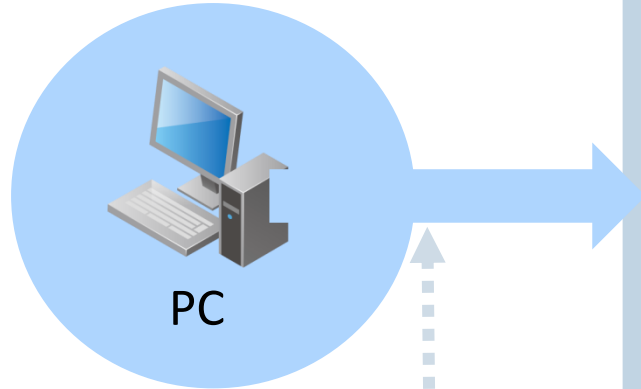
情報「発信」



情報「受信」

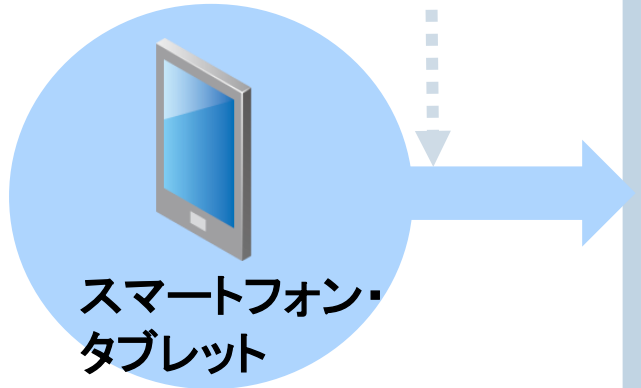


利用端末



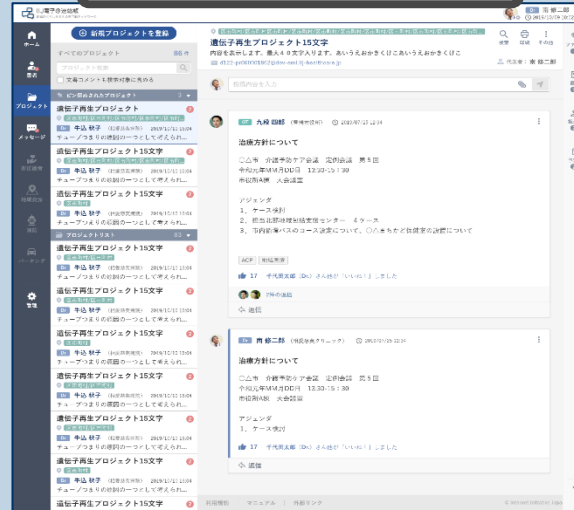
PC

同じ情報



スマートフォン・
タブレット

PC専用画面



スマートフォン専用画面





地域包括支援センターでの活用事例

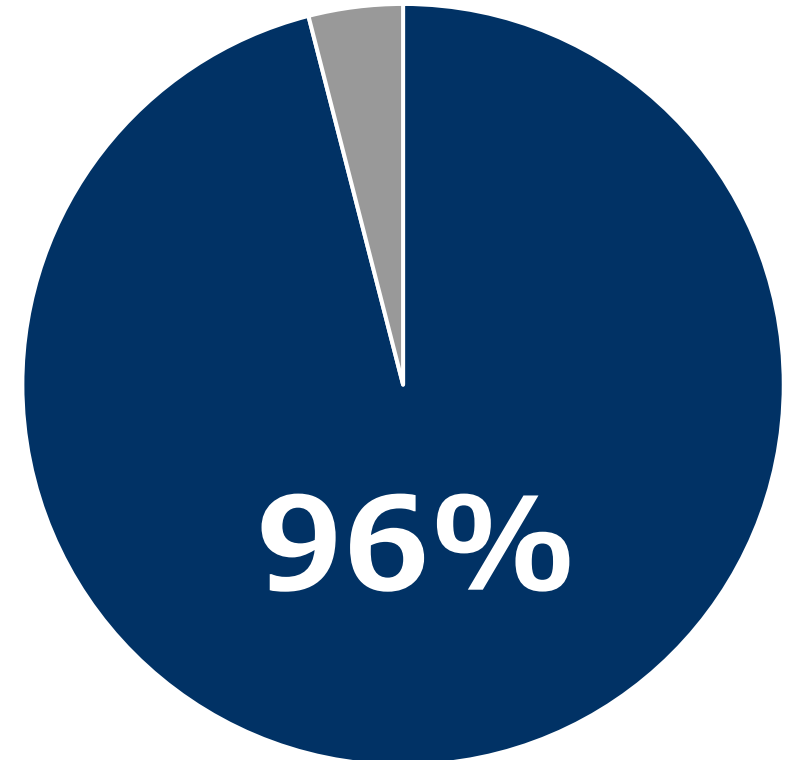
地域包括ケアセンター 利用実績

- 全国で約70以上の行政・在宅医療介護連携推進協議会がIIJ電子@連絡帳サービスを採用
- 各地域の施設登録（電子@連絡帳サービスのIDがある施設）を分析
- 導入地域での「地域包括ケアセンター」の登録数を調査

導入地域のほとんどで 地域包括センターが活用中

※ 「包括センター」と名乗っていない事業所は一部カウントから漏れている可能性があります

地域包括ケアセンター登録状況



■ 包括センターあり ■ 包括センターなし

※2024年度8月末 株式会社インターネットイニシアティブ 調べ

地域包括支援センターの背景・課題

背景

- 直営から委託事業にシフト
- 包括センターの役割が拡大、幅広い地域接点が必要に
- 相談窓口業務が中心となり、幅広い専門職、や事業所との連携が重要に
- 行政（市）からの通達、連携事項も増加

課題

- 委託事業化により情報連携が困難に。
（LGWANが使えない）
- 調整や連携・共有のための「電話」「FAX」がとにかく増えてしまう。
- 何を決めるのも、確認するのもとにかく電話と打ち合わせが必要となり本来業務の時間がとれない。



住民サービスに時間を当てたいのに時間が割けない。
より困難事例の支援にシフトしたいけれど対応が出来ない。

地域包括支援センターでの活用メリット

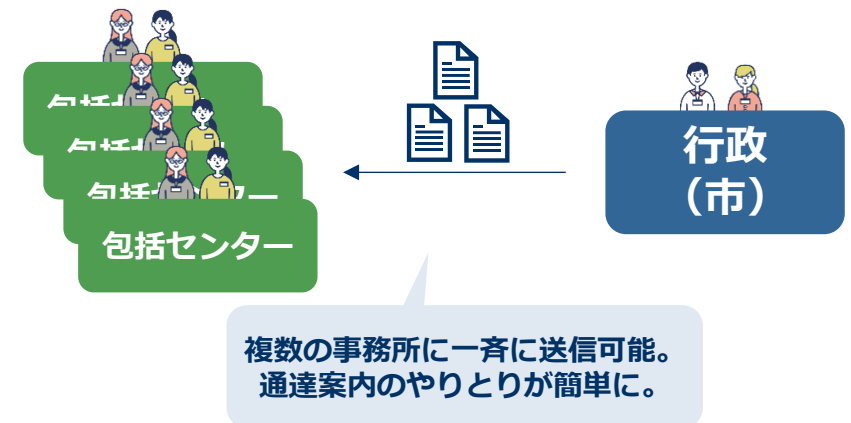
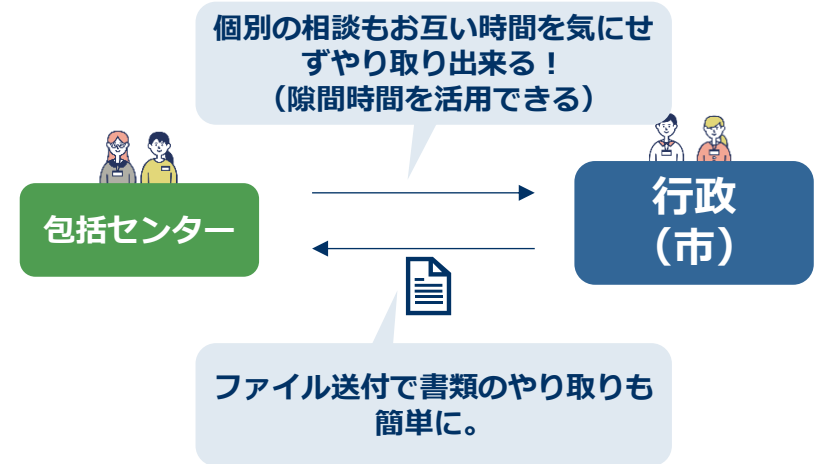
電話と紙が減り、調整が簡単に!

たとえば、

- 相談や面談の日程調整
 - 日々の経過報告・連絡のやりとり
 - 指導監査に関する書類の送付・確認
- など

電話で相手を探して時間を確保する必要はありません。

チャットや電子掲示板で、お互いの都合のよい時間に連携できます。



効率化の試算

電子@連絡帳で削減できる時間

たとえば、

- アポ取り調整の**電話 1回 3分、1日5回**
(相手が見つからないので何度も電話。)
- 書類の内容確認に **1回15分、1日2回**
- 窓口相談のエスカレーション
(背景情報をつたえて**20分**) **1日1回**
- FAXの**短縮ダイヤル**を何度も対応・・・

これらを全て積み上げると、、、

15分+30分+20分=65分=1時間以上！

相手が捕まらないともっと時間がかかってしまいます。



**電話や紙に比べて
半分以下に！**

**住民サービスに
時間をあてられる！**

背景と課題

- 包括センターの業務に対し人手が不足した状態
- 地域包括センターは市内に8箇所あり、日程調整だけでも電話調整が大きな負担になっていた。



電子@連絡帳
導入

× 電話調整
FAX

連絡帳のチャットや
アンケート機能
に変更

ビデオ会議ツールも
合わせて導入



成果と効果の声

- 情報連携のために個人情報や書類を紙に印刷する（あるいは紙に手書きすることや、情報共有先まで紙の資料を直接持って行く必要がなくなった。
- 「電子@連絡帳」で情報管理することで、場所や時間を選ばずに事務所内の情報を確認できる。効率化だけでなく、業務上の間違い（思い込み、勘違い、聞き間違い）が減り**ストレスが減った**
- 市民のお薬手帳や保険証番号等の情報を、これまで手書きでメモしてからセンターに戻って記録したり、預かってコピーを取り、利用者に返却する手間が発生していた。「電子@連絡帳」ではiPadで写真を撮ってアップロードするだけになり、**安全かつ効率が上がった**。
- 市内の包括全体で会議や研修の日程調整は個別のセンター毎に電話をかけて調整し、日程決定後は再度連絡する手間があったが、「電子@連絡帳」のアンケート機能で各自入力するだけになったため、**日程調整業務がかなり楽**になった。

活用例 セミナーや研修の案内を一斉に案内。

アンケート

次のアンケートが投稿されました

(7/18開催)「医療・介護事業者向けコミュニケーション研修

回答期限: 2024/07/05 (日)

43人が回答済み

45 (Phn.) さんがボタンを押しました

返信

【7/18開催】「医療・介護事業者向けコミュニケーション研修～チーム力UP! コミュニケーションスキルで職場を活性化～」の案内

7/18に地域医療を守る会 () 金体会研修を開催いたします。
本研修は、医療・介護・福祉職が利害関係者間と効果的にコミュニケーションをとるためのスキルを身につけていただくことを目指します。

日 時 令和6年7月18日 (木) 13:30～15:30 (入室 13:15～)

詳細表示

1.第1回全体研修案内.pdf
2.参加申込書.xlsx
(参考資料) 講師プロフィール.pdf

47 (Dhn.) さんがボタンを押しました

返信

令和6年 第1回部会長会 会議報告 (4/18)

「市地域医療を守る会 () 部会長会」の記事を投稿します。内容をご確認ください。

R6.4.18... 会部会長会議録.pdf
2.R6.4地域医療を守る会部会長会名簿.pdf
3.R6... 会部会長概要説明資料.pdf
6.大人の軟膏講座チラシ (R6) .pdf

50 (Cw.) さんがボタンを押しました

返信

関係者全員に案内を配布。
参加申込もFAXではなく
ファイルでやり取り可能。

会議の資料も事前配布。
通知だけでは伝わらない
内容が事前にしっかり伝わる。

活用例 定例会議のやり取りを簡単に



会議参加者全員が同じ掲示板
(チャットルーム)に参加

相談ケースに必要な情報を共有。
関係者内で同じ情報で
ケース共有が可能
(伝え漏れ、齟齬が減らせる)

活用例 担当者会議の共有



担当者会議の開催案内を連絡
ビデオ会議のURLも通知

電子メールだと事務所で1つのメアド
の事業者もあり、関係ない人が参加
してしまうトラブルなどを防げる！

災害対策の行政通達にも利用



日常的な情報連携やファイル共有だけでなく、
災害時の通達なども迅速に共有可能



こども支援

重層的支援体制整備・医療的ケア児支援

【事例】茨城県古河市

重層的支援体制整備事業とは

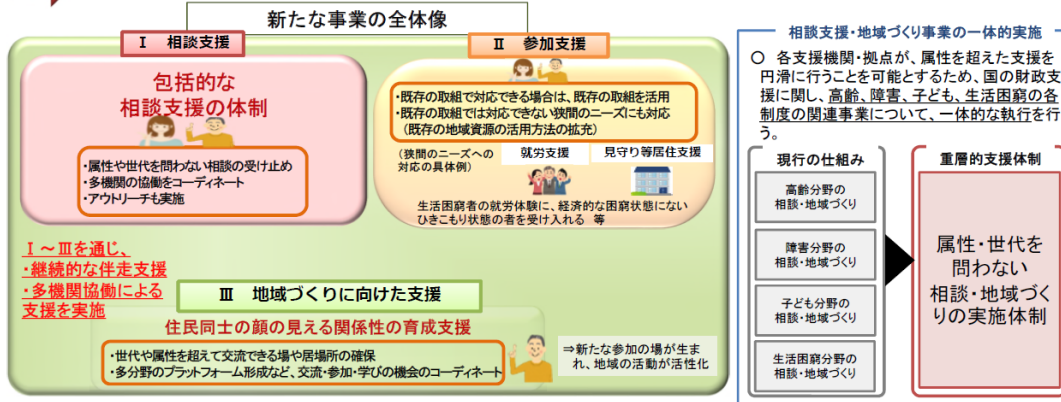
重層的支援体制整備支援事業(社会福祉法第106条の4)の概要

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では課題がある。(※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(ごみ屋敷など)
 - ▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。
 - ▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。
- このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

社会福祉法に基づく新たな事業(「重層的支援体制整備事業」社会福祉法第106条の4)の創設

- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、Ⅰ相談支援、Ⅱ参加支援、Ⅲ地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設する。
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく任意事業。ただし、事業実施の際には、Ⅰ～Ⅲの支援は必須
- 新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、交付金を交付する。

令和3年4月1日施行



■ 対象者

複合化・複雑化した生活課題を抱え、支援を必要とする人です。

具体的には・・・

- ① いわゆる **8050** (ハチマルゴーマル) 問題
- ② 長期の**引きこもり者** (ゴミ屋敷なども含む)
- ③ **ダブルケア**問題
 - ✓ 介護と子育てをワンオペで疲弊、生活困窮状態、+虐待・DV問題
 - ✓ 世帯の中に、高齢者介護と障がい者(知的障害・精神障害)の課題
 - ✓ 特定妊婦(仮放免外国人)で生活困窮、子ども・高齢者連れで車上生活
- ④ **ヤングケアラー**問題 (アルコール依存・精神疾患の親とその子どもなども)
- ⑤ 居場所がなく、孤独、孤立、生きづらさを抱える若者・女性、自殺未遂者

その他、制度のはざまにある、制度や分野・属性をまたがる、多機関の協働・連携が必要な人たちはです。

「重層的支援体制整備事業におけるIIJ電子@連絡帳の活用について」

庁内の関係部署及び地域の関係機関等との連携体制の構築を中心に

茨城県 古河市 福祉推進課 課長 池澤 健嗣 (社会福祉士)
主幹 横島 響 (社会福祉士)



部門横断の複雑な課題に対応

庁内外/多機関との情報連携

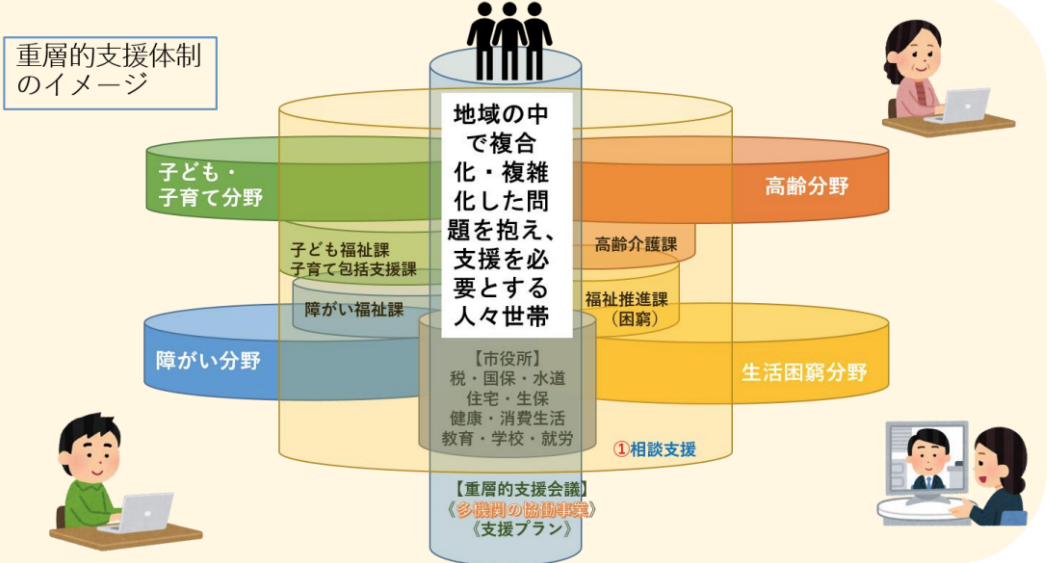
きめ細かなケースワーク(相談支援)

出典：重層的支援体制整備事業におけるIIJ電子@連絡帳の活用について～庁内の関係部署及び地域の関係機関等との連携体制の構築を中心に～(茨城県古河市)

【事例】茨城県古河市（要援護者に係る情報共有基盤システムの導入）

庁内外を問わずに要援護者についての情報共有を可能に～電子@連絡帳～

医療・保健・介護・福祉・教育・地域など、各種の分野が提供するサービスを複合的に利用する要援護者に関する情報を、各サービス提供者が相互に共有するためのネットワークシステム「電子@連絡帳」を導入し、重層的できめ細やかなサービスおよび相談支援（ケースワーク）を提供する。民間の機関・事業所を含めた相談支援機関の相互連携により、包括的な支援体制を構築し、複合化、複雑化した課題に対応する。



効果	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関の連携・情報共有による包括的な支援体制の構築 庁内外を問わず、支援者に対するネットワークを構築し、困難事例等への他機関協働を促進 	主管課	福祉推進課 および 関係課			
		取組指標 (KPI)	①システム利用者数	現状値 65	目標値 100	②要援護者(患者)数

【スケジュール】

2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
医師会・薬剤師会 利用促進PR	その他分野・機関 利用促進PR	災害時連携機能の 導入検討	各事業所のID管理等につ いて管理委託を検討	要援護者・家族・関係者の 連携機能導入検討
(2022年度～) システム本格稼働・利用者拡充への取組および、追加・連携機能等の運用検討				

出典：古河市IT戦略プラン 2022(令和4)年度～2026(令和8)年度/2023年3月改定
https://www.city.ibaraki-koga.lg.jp/material/files/group/89/IT_sennryaku_plan_202303kaitei.pdf

古河市の運用状況

令和4年度の実績（「支援プラン」作成者） 令和4年10月末現

No.	多・参・ア	年齢	性別	相談の種別	新・継・終
11	参加支援	37	女	ひきこもり	新6月
12	多機関協働	60	男	精神疾患（うつ病）・生活困窮	新6月
13	多機関協働	81	女	高齢者・別居の娘が精神疾患（統合失調症）	新8月
14	多機関協働	86	男	8050問題・経済的虐待	新8月
15	参加支援	44	男	ひきこもり・就労支援	新8月
16	参加支援	37	男	ひきこもり・対人コミュニケーション支援	新8月
17	参加支援	19	男	ひきこもり・対人コミュニケーション支援	新8月
18	アウトリーチ	51	男	8050問題・生活困窮・精神疾患・介護	新10月
19	アウトリーチ	26	男	ひきこもり・（父）高次脳機能障害・生活困窮	新10月
20	アウトリーチ	52	男	8050問題・生活困窮・精神疾患（統合失調症）	新10月
21	参加支援	27	女	ひきこもり・対人コミュニケーション支援	新10月

古河市電子@連絡帳 運用実績

居宅介護支援事業所 80%導入
（社会福祉課・高齢介護課・地域包括へのデータ送信）
 在宅介護支援センター 88%導入

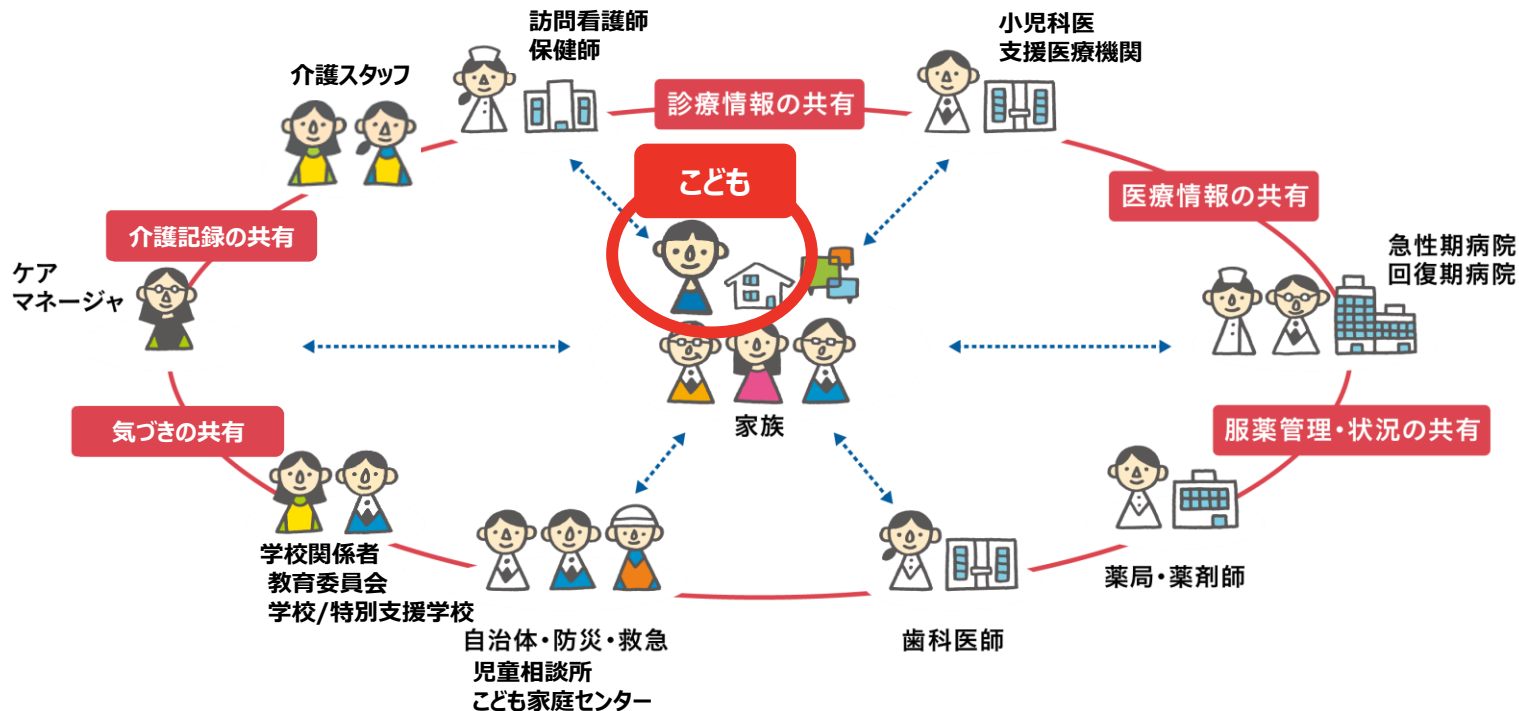
古河市内 小中学校 100%導入
（児童虐待ケース等で子育て包括支援課、各学校、教育委員会が連携）

薬局から社会福祉課への調剤券請求
（薬局で運用拡大中）

出典：重層的支援体制整備事業におけるIJ電子@連絡帳の活用について～庁内の関係部署及び地域の関係機関等との連携体制の構築を中心に～
 （茨城県古河市）

多機関協働によるヤングケアラー/8050問題への対応

在宅医療介護の連携だけでなく、貧困や生活困窮、ヤングケアラーを含めた重層的支援体制整備を支援します。属性、世代を問わない相談、地域づくりの実施体制において、ペーパーレス化や多機関協働の迅速な情報連携を実現します。



多機関協働 アウトリーチ 支援

学校、包括センター、福祉事業所、医療機関などが横串で連携した住民支援のアクションを調整。アウトリーチを強力に支援。

幅広い施設参加 ペーパーレス化

多くの施設が参加することで、資料配布や会議体の共有がペーパーレス、オンラインで実施出来、不足する専門職の負担を低減。

医療的ケア児・障がい者支援

- 「この一と」は患者さん・ご家族のプライバシー保護を厳重に図りながら、患者さん・ご家族から「くらしの記録」（例：日々の日記、くらしのようす）を急性期病院、地域のかかりつけ医・多職種に共有することで、各専門職からの的確な在宅療育の支援を受けることが可能になります。
- 「電子@連絡帳」と「この一と」を連携して利用することにより、患者さん・ご家族の最新の治療計画、在宅療育環境、不安に思っていることなどの情報が瞬時に専門職間連携され、複数医療機関での外来での診療においても、他の病院での治療計画が事前に専門職間で共有されることで、より質の高い細やかな診療計画と対応が可能となり、患者さんの不安の軽減につながります。

<連携イメージ図>



<システム連携イメージ図>





在宅で「できたこと」を医師や支援メンバーに共有

① 情報提示、リハ内容の共有

ここのーと連携 (患者に共有)

宛先: 支援チー... ここのーと 患者に公開

Dr. 門野 泉 (愛知県医療療育総合センター) 2021/07/16 19:22 患者に公開

リハ指導書 送付いたします

集中訓練、お疲れ様でした！
積極的に色々なことに興味を持って取り、
とても頼もしく感じる1週間でした。
これはネットの登録も待っていますね！

簡易表示

 リハ指導書 pdf

 集中リハビリテーション指導書

PTより
膝と股関節を自分で伸ばすことができるようになって、一人で立ち上がることや歩行練習がとてもしなれました！
訓練の効果がこれからは続くように、
自宅などでの過ごし方や訓練方法について確認いたします。

OTより
今回の集中訓練では、体を順番に動かしていくこと、腕と体を別々に動かして手が震らないようにすること、などを中心に行いました。
自宅では以下の練習をお願いします。
①わくわくし(呼吸を止め、頭の先を曲げる)
②シュウペイ (座って、腕を交差し膝を触る→交差せずお尻を触る→腕を交差して腕を触る)
③お母さんの真似をして手を動かす

1 連絡のまとめ
とても積極的に訓練に取り組みしてくれました。自分で自分の身体の思いがけなくだんだん分かってきて上手になっているように思います。成長著しい今の時期を大切に、できることがどんどん増えるといいですね。



② 達成感の共有、不安や疑問の解決

ここのーと連携 (患者に共有)

ここのーと 2021/05/15 17:06 患者に公開

最近のお気に入りのは形をはめるおもちゃです。
昇降デスクと座位保持椅子で姿勢が安定しているので一人で黙々と取り組んでいます。
が、長方形は入れるのが難しいようです。

 3895.jpg

 3898.jpg

👍 4 外来 看護師 (Ns.) さん他がボタンを押しました

Dr. 門野 泉 (愛知県医療療育総合センター) 2021/05/17 18:54 患者に公開

集中できていてとても素晴らしいと思います！
長方形は、位置や棒の向きなどが絶妙にやりにくいのかもかもしれませんね。



在宅で「できたこと」を医師や支援メンバーに共有



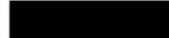


食事の状態の共有



ここのーと連携 (患者に共有)

ここのーと



🕒 2021/04/27 13:26

患者に公開

今朝は体温36.3度でお昼も今日は口から完食しました。今の熱も36.7度で少し落ち着いてきました。

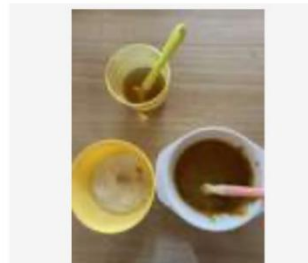
今日のお昼は

ご飯

ビーフシチュー

ヨーグルトです。

お茶やソリタで水分は多めにあげたいと思います。



3826.jpg ⋮



家族から在宅でのようすの連携①
～医療機器の説明や検査入院の環境整備
に役立つ情報～



子どもらしい
可愛い部屋

吸引
チューブ

SpO₂
モニター

呼吸器

空調マット

アルコー
ル綿花

吸引器

加湿器

介護者の
負担にな
らない高
さ

回路の
固定



瀬戸市は患者・家族連携「この一と」を導入し、ICTを活用して瀬戸市在住の「医療的ケア児・者」患者・家族の支援を進めています。導入効果として下記事例をもらっています。

瀬戸市

～「電子@連絡帳」「この一と」導入効果に関して～

■ 患者・ご家族の負担軽減

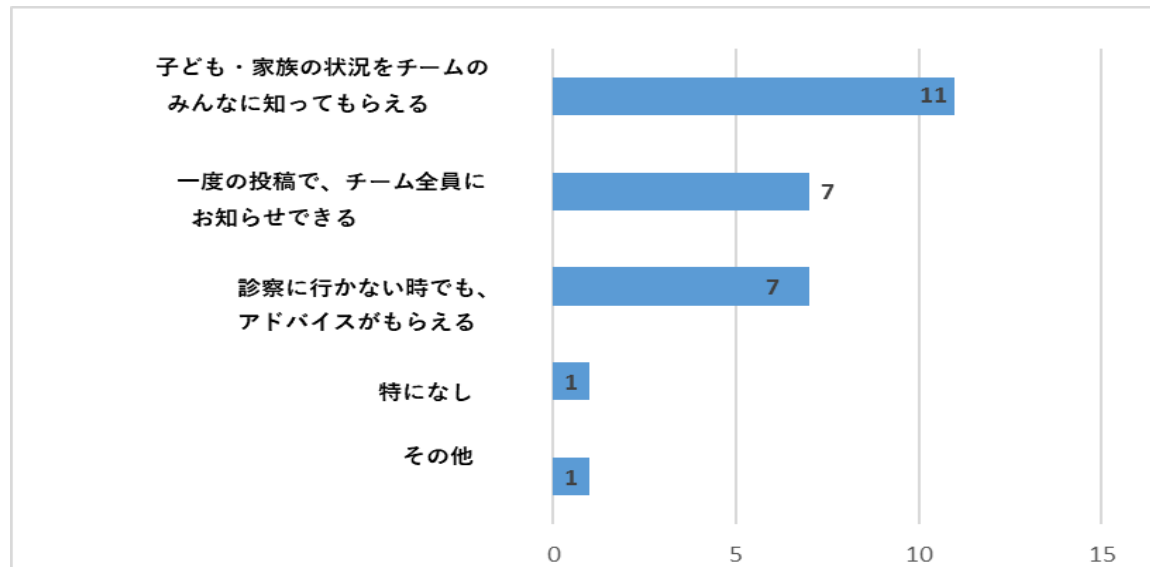
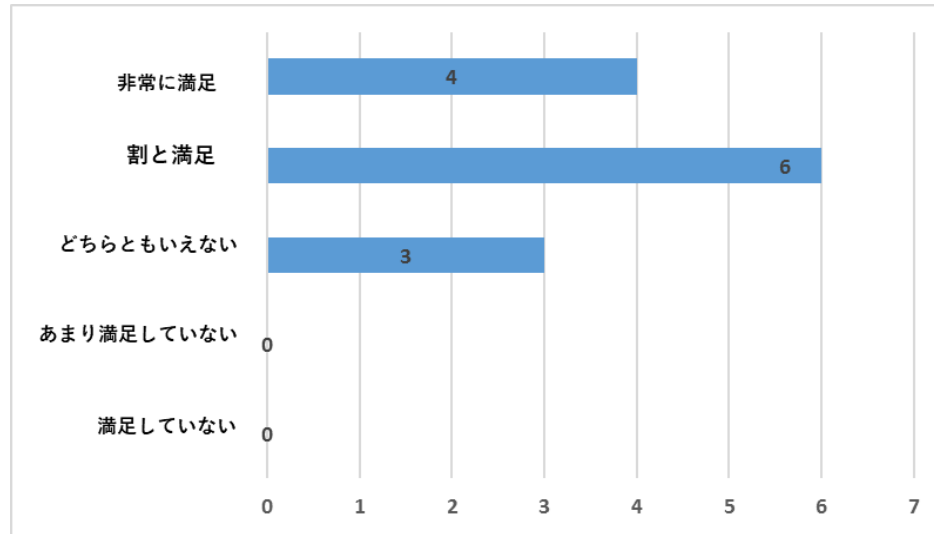
- 1) 今までは、患者さんの利用する「医療機関、訪問看護ステーション、介護施設の処置内容」に関して、**家族（主にお母さん）から情報をもらわないと分からなかった（お母さんが一生懸命に関係機関と連携）**が、「電子@連絡帳」を導入し患者支援チームが連携することで、外来診療の情報、地元かかりつけ医の在宅訪問の結果、歯科医師、眼科医師、複数個所の訪問看護ステーションの処置内容などの**患者支援の情報が事前に患者支援チームで分かるようになった**。
- 2) 愛知県医療療育総合センターで行っていた医療処置が、地元のかかりつけ医でも行えるようになった。（かかりつけ医を後方支援病院として、愛知県医療療育総合センターが支援）
- 3) 愛知県医療療育総合センターからオンライン診療を受けられるようになった。
（オンライン診療の結果を「電子@連絡帳」で患者支援チームに共有）

■ 「この一と」の導入

- 1) 自宅で子供ができたこと（理学療法）を患者支援チームに知ってもらえる。
- 2) 栄養指導など食事の状態を知ってもらい、次回の外来時に具体的な相談をしてもらえる。
- 3) 愛知県医療療育総合センターだけでなく、地元の介護スタッフにも一緒に知ってもらえる。

瀬戸市「この一と」満足度調査①

(週1回以上、月1回以上この一とで投稿していると回答された方)



瀬戸市「この一と」満足度調査②

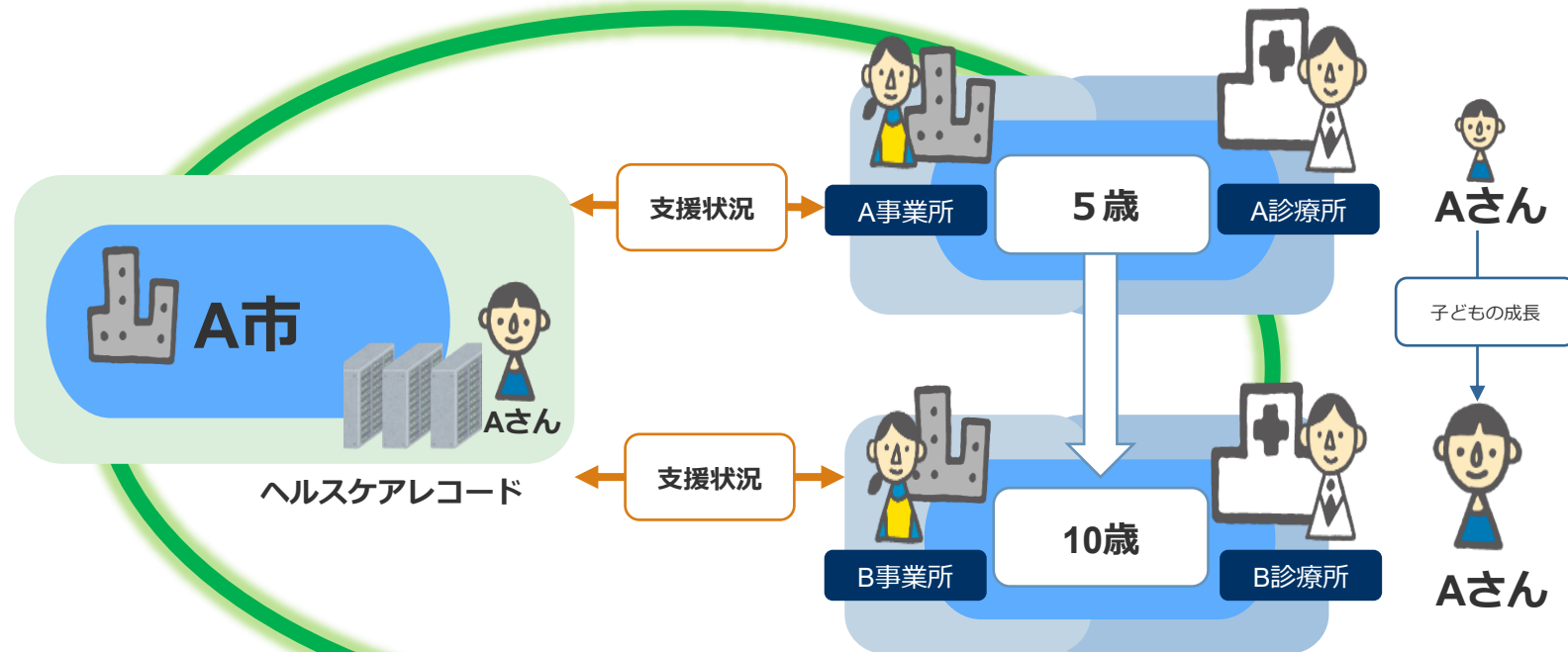
(今後、メンバーに入ってもらいたいメンバー)

- ・ 市役所の子ども担当職員
- ・ 市役所の相談員、保健師
- ・ 放課後等デイサービスのスタッフ
- ・ 児童発達支援センターのスタッフ
- ・ 相談支援センターのスタッフ
- ・ 生活介護事業所のスタッフ
- ・ 特別支援学校の先生、保育園の先生
- ・ 権利擁護支援（アドボカシー）

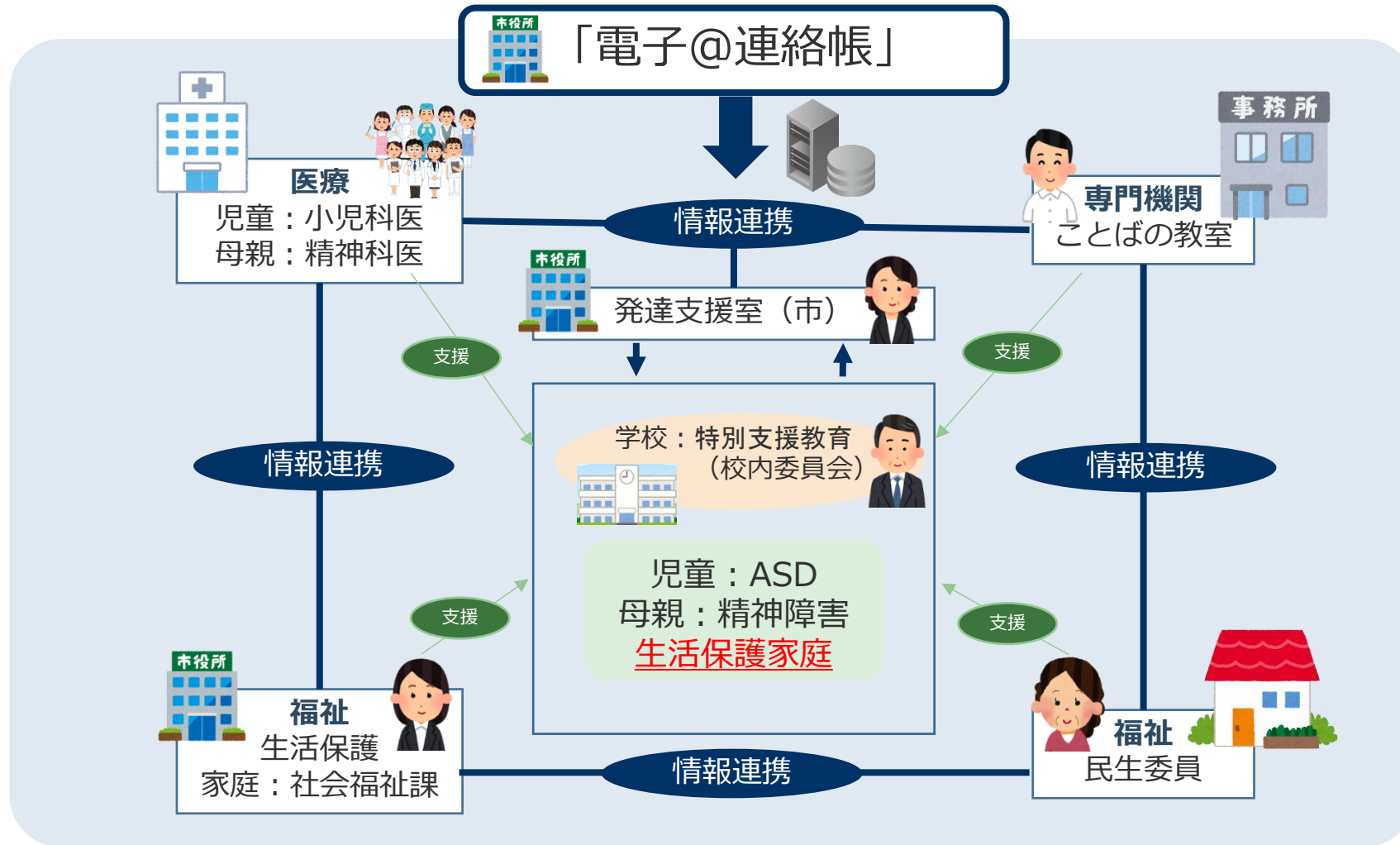
「電子@連絡帳」 広域連携機能

患者IDは1つで生涯のヘルスケアレコードを蓄積

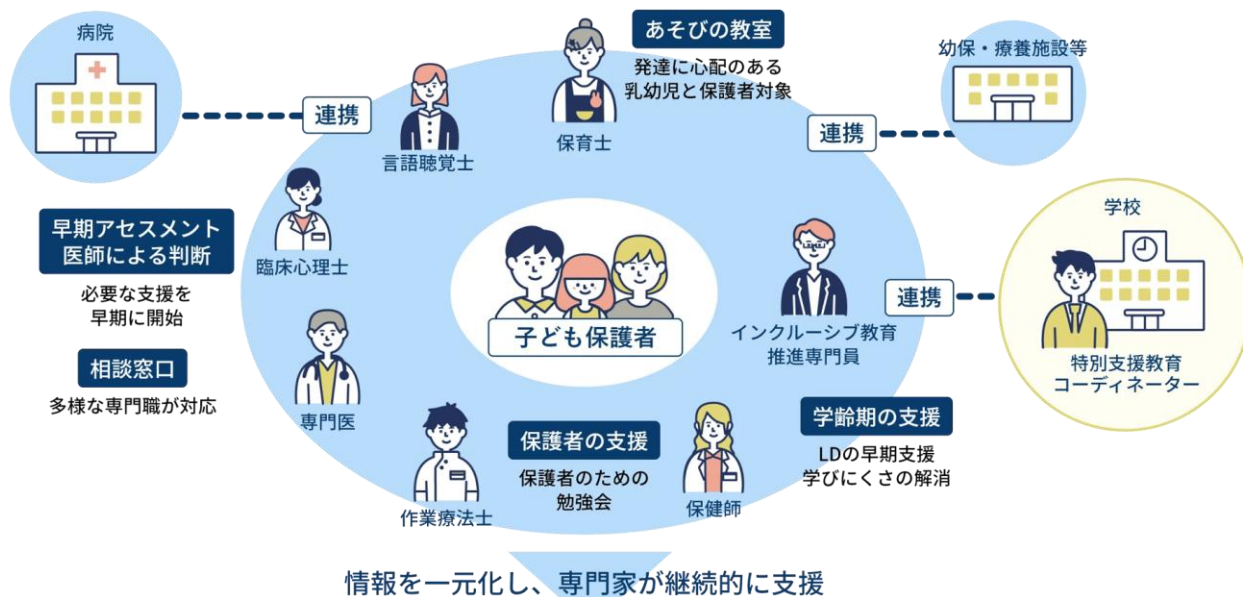
- 「電子@連絡帳」の患者IDは生涯1つであり、これまでの支援情報
既往歴は蓄積され、医師は患者さんのこれまでの既往歴と支援状況を参照しながら、患者さんの在宅療育継続の支援が可能です。



瀬戸市「電子@連絡帳」を利用した市民への支援体制構築事例ケース



長野県松本市 教育委員会 インクルーシブ教育支援



支援が必要な子どものネットワーク
 (医療的ケア児・発達障害/学習障害
 いじめ・虐待・不登校)

切れ目のない支援
 (成長フェーズごとの連携)

機微情報を安全かつ迅速に連携
 (高い専門職の情報連携)

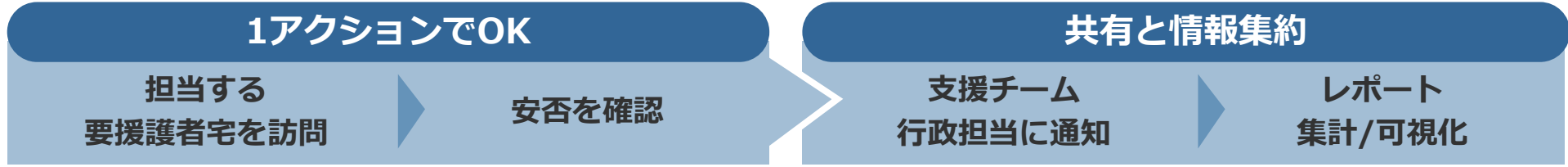


- 専門職間での機微情報のやり取りと多機関協働を促進。スピード感のある対応を支援
- 学校と保護者間の中的安全なコミュニケーションも提供可能 (アンケート、ファイル共有など)



災害時連携・救急連携/データ連携モデル

災害時の要援護者安否確認プロセス

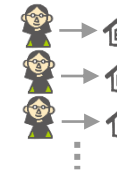


平時から使い慣れているツールなので迷わない。



安否ステータス更新

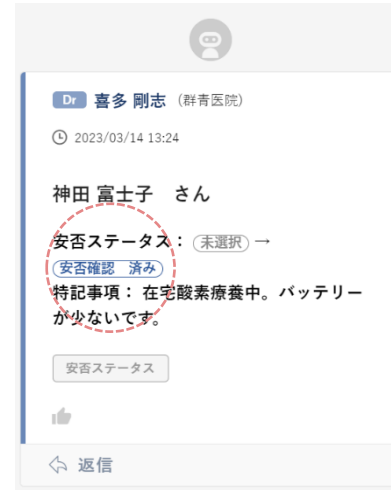
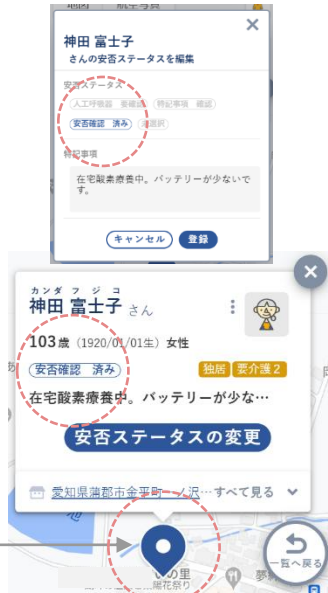
新着!



情報集約

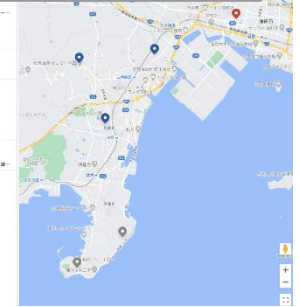


報告のない地域が地図でも可視化全体がすぐ把握できる。



定時報告

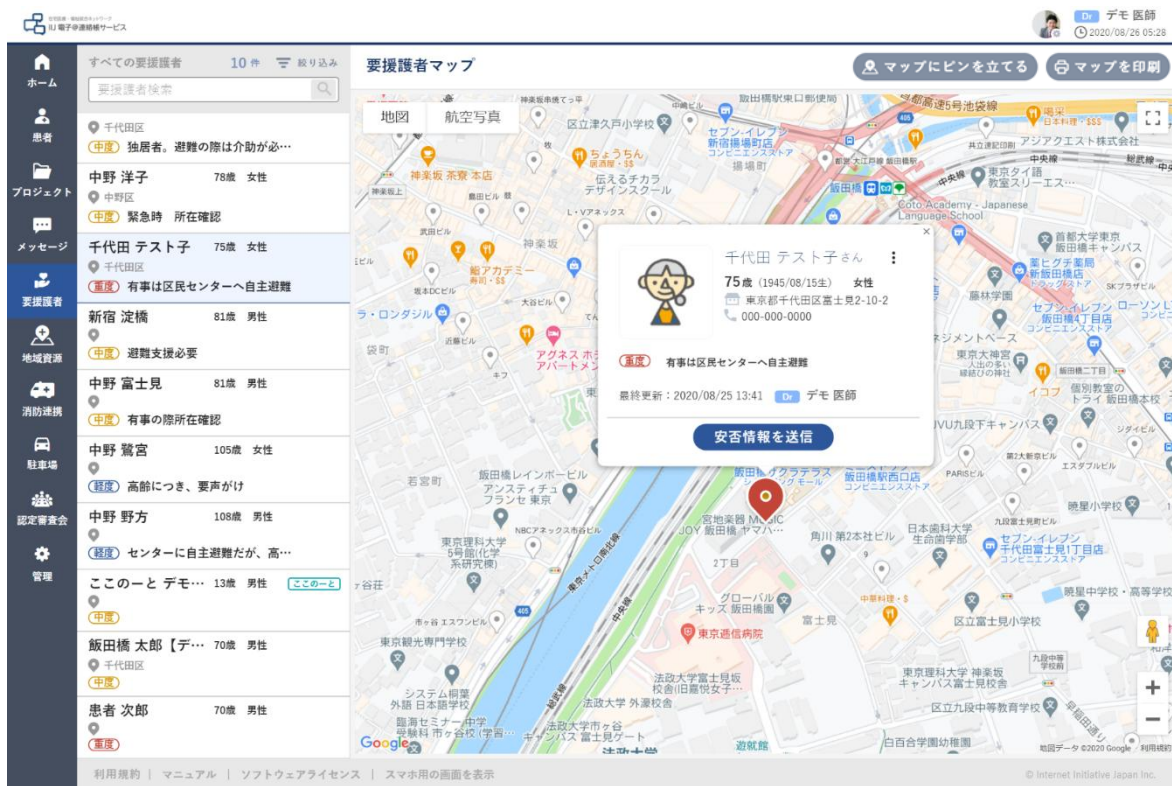
未選択	1件
安遠確認 済み	1,563件
特記事項 確認	51件
要確認	3件



1アクションで登録すれば即時に情報共有/報告

災害時連携オプション

要援護者一覧地図上で可視化。
災害時の安否情報、ステータスの共有などの情報連携を行います。



航空写真モード



ストリートビューモード

地図上で援護者を表示
「印刷」も可能

赤・青・黄の3色の
ラベルを設定可能

GoogleMapを採用し
航空写真・ストリートビュー
モードも使用可能

データ連携事例 停電情報連携



IIJ電子@連絡帳サービス



要援護者情報（基本情報・住所等）



外部連携
GW



中部電力パワーグリッド様

中部電力パワーグリッド



停電ホームページ
(Webサイト)



停電管理区
メッシュ情報

インターネット経由で
データ取得

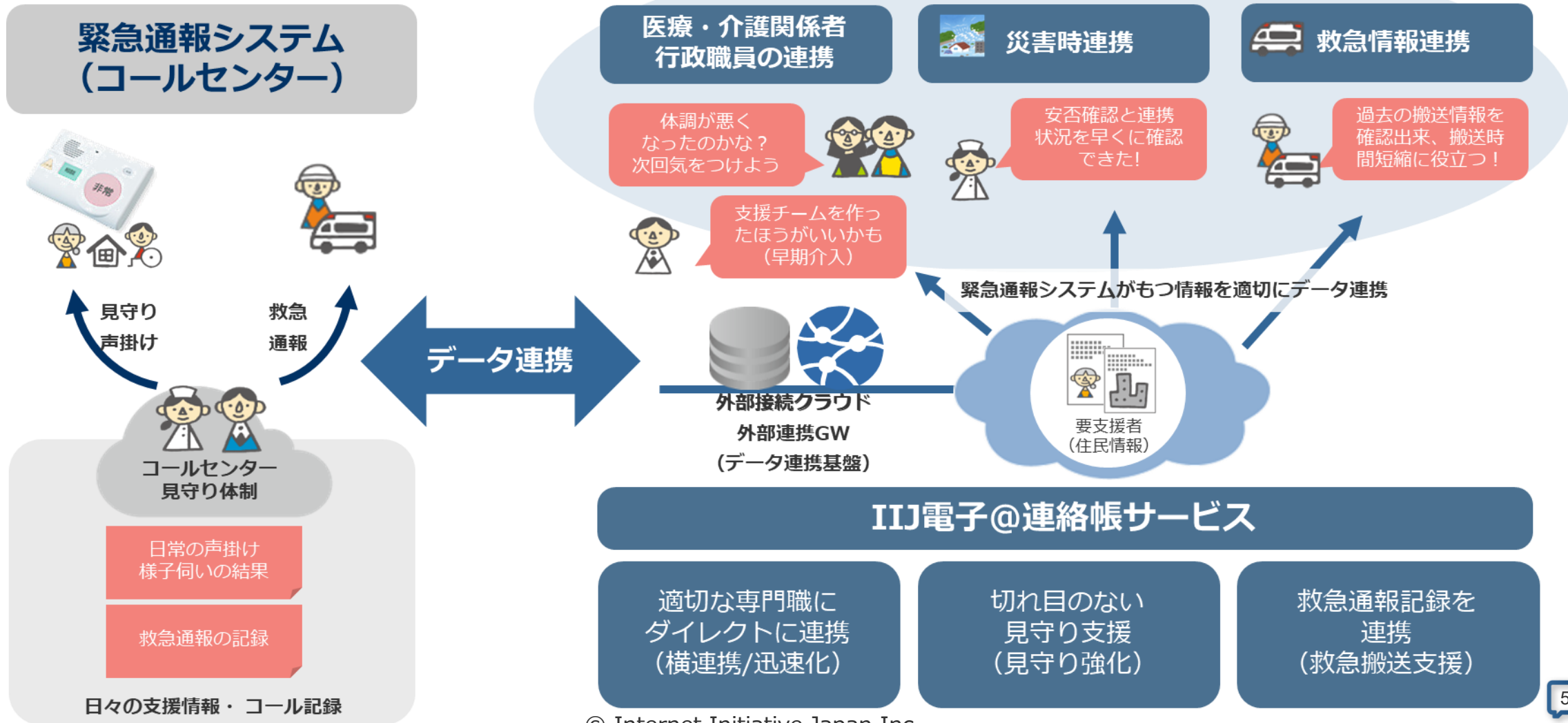
「災害時連携」の「要援護者マップ」上に
「停電情報」をマッシュアップ表示

- 人工呼吸器利用者の支援ネットワーク向けに情報提供することでより迅速な支援が行えることを目指す。
- 災害時連携オプションを契約した中部電力管区の地域に本機能を提供予定

緊急通報システム連携

高齢者見守りサポート事業「緊急通報システム」と「電子@連絡帳」をデータ連携し、行政職員、医療・介護関係者、消防が部門横断可能な支援体制を実現する。

日常から非常時（災害時、救急搬送）まで幅広い利用シーンでデータ活用



救急連携オプション

救急隊員/指令台に電子@連絡帳の患者情報を検索閲覧可能にします。



消防患者検索サービス(P)
Patient search

ログインID ログインID (半角英数字)
パスワード パスワード (半角英数字)

ログイン

ID/パスワードをお忘れの方はこちら

専用の
ログイン画面



消防患者検索サービス(P)
Patient search

消防士 太郎
最終ログイン日時: 2022/10/21 17:36

氏名カナ イダ 住所 住所を入力

氏名 姓と名の間にはスペースを入力 生年月日 YYYY年 MM月 DD日

電話番号 0300001111 性別 昭和15年(1940年) 昭和16年(1941年) 昭和17年(1942年) 昭和18年(1943年) 昭和19年(1944年) 昭和20年(1945年) 昭和21年(1946年) 昭和22年(1947年) 昭和23年(1948年) 昭和24年(1949年) 昭和25年(1950年) 昭和26年(1951年) 昭和27年(1952年) 昭和28年(1953年) 昭和29年(1954年) 昭和30年(1955年) 昭和31年(1956年) 昭和32年(1957年) 昭和33年(1958年) 昭和34年(1959年) 昭和35年(1960年) 昭和36年(1961年) 昭和37年(1962年) 昭和38年(1963年) 昭和39年(1964年) 昭和40年(1965年) 昭和41年(1966年) 昭和42年(1967年) 昭和43年(1968年) 昭和44年(1969年) 昭和45年(1970年) 昭和46年(1971年) 昭和47年(1972年) 昭和48年(1973年) 昭和49年(1974年) 昭和50年(1975年) 昭和51年(1976年) 昭和52年(1977年) 昭和53年(1978年) 昭和54年(1979年) 昭和55年(1980年) 昭和56年(1981年) 昭和57年(1982年) 昭和58年(1983年) 昭和59年(1984年) 昭和60年(1985年) 昭和61年(1986年) 昭和62年(1987年) 昭和63年(1988年) 昭和64年(1989年) 昭和65年(1990年) 昭和66年(1991年) 昭和67年(1992年) 昭和68年(1993年) 昭和69年(1994年) 昭和70年(1995年) 昭和71年(1996年) 昭和72年(1997年) 昭和73年(1998年) 昭和74年(1999年) 昭和75年(2000年) 昭和76年(2001年) 昭和77年(2002年) 昭和78年(2003年) 昭和79年(2004年) 昭和80年(2005年) 昭和81年(2006年) 昭和82年(2007年) 昭和83年(2008年) 昭和84年(2009年) 昭和85年(2010年) 昭和86年(2011年) 昭和87年(2012年) 昭和88年(2013年) 昭和89年(2014年) 昭和90年(2015年) 昭和91年(2016年) 昭和92年(2017年) 昭和93年(2018年) 昭和94年(2019年) 昭和95年(2020年) 昭和96年(2021年) 昭和97年(2022年) 昭和98年(2023年) 昭和99年(2024年) 昭和100年(2025年)

検索結果 24 件

No.	氏名	性別	年齢	生年月日	昭和16年(1941年)	電話番号
1	飯田 太郎	男性	77歳	昭和16年(1941年)11月4日	2-10	03-4444-5255
2	飯田 太郎	男性	65歳	昭和26年(1951年)11月24日	東京都千代田区富士見2-10-2	03-4444-5555
3	伊井田 千代子	女性	57歳	昭和16年(1941年)11月4日	東京都千代田区富士見2-10-2	03-4444-5555
4	伊井田 権三 小三治	男性	82歳	昭和16年(1941年)11月4日	東京都千代田区富士見2-10-2	03-4444-5555
5	伊井田 権五 五郎兵衛	男性	102歳	昭和28年(1953年)11月24日	東京都千代田区富士見2-10-2	03-4444-5555

患者検索



救命・搬送対応後、
行政や支援チームへ
フィードバックも可能

移動中に救命対象者の
情報を知ることが出来、
救命の質が向上



過去の搬送履歴を表示
搬送先決定の参考情報に。

活動履歴

活動日時	活動内容
2023/12/11 17:18	筑波記念病院
2023/10/16 13:34	千代田病院に搬送しました
2023/10/13 09:46	根室市民病院
2023/10/12 16:09	根室病院
2023/07/26 11:39	八幡浜病院
2023/07/14 11:50	病院
2023/07/13 18:01	病院



救急情報連携
Patient search

群青市 消防本部
最終ログイン日時: 2022年10月21日 21:58

患者検索 管理 ログアウト

← 患者一覧へ戻る

神田 富士子
カンダ フジコ
女 102歳 大正9年(1920年)1月1日
愛知県蒲郡市金平町一ノ沢2-8-1
000-0000-0000
独居 要介護2

重要ステータス
ワクチン接種情報
搬送状況をケアチームや行政に共有する場合はこちらから
活動内容を共有する

活動履歴

- 2023/12/11 17:18 筑波記念病院
- 2023/10/16 13:34 千代田病院に搬送しました
- 2023/10/13 09:46 根室市民病院
- 2023/10/12 16:09 根室病院
- 2023/07/26 11:39 八幡浜病院
- 2023/07/14 11:50 病院
- 2023/07/13 18:01 病院

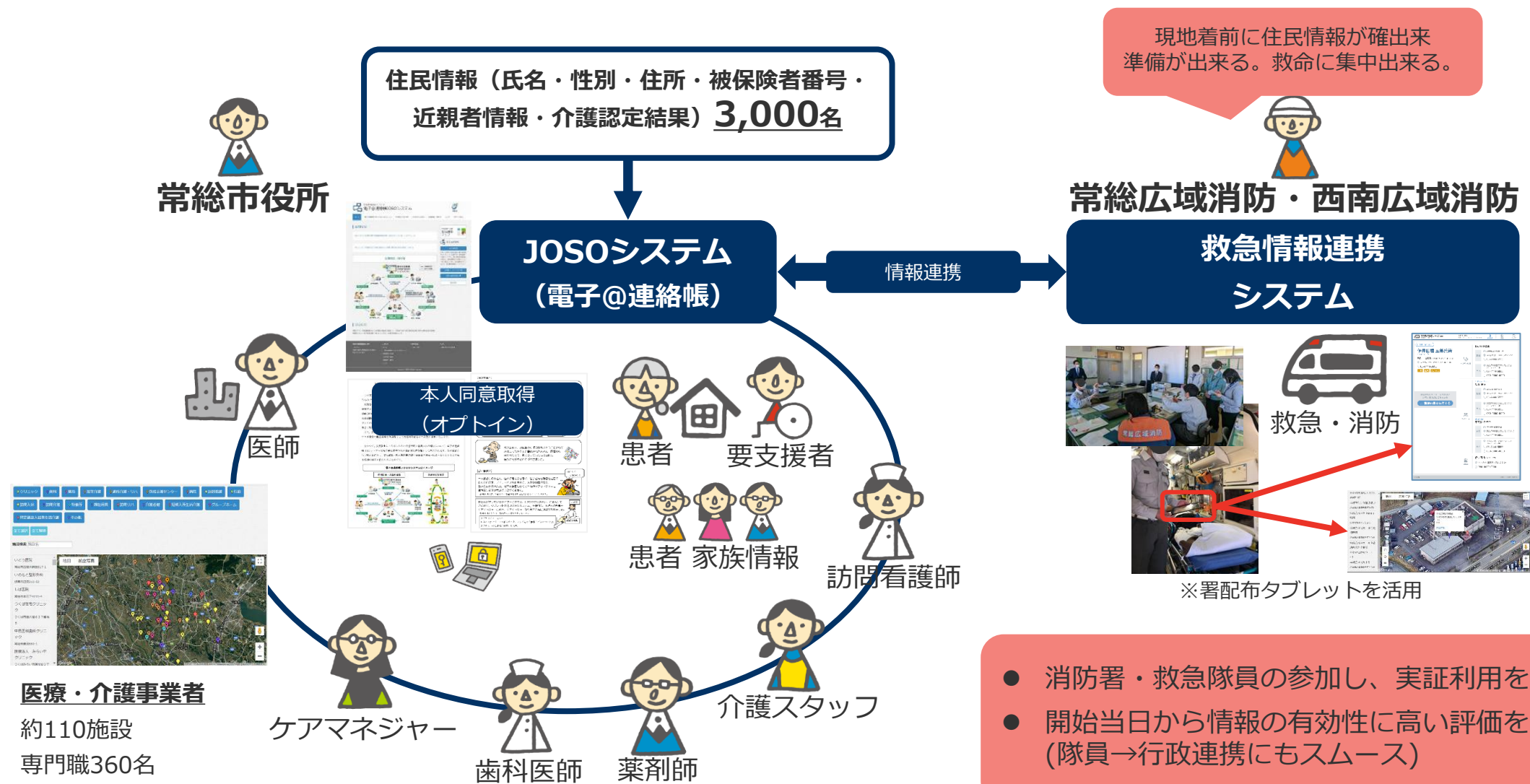
Dr. 喜多 剛志
III-BDクリニック
施設 東京都千代田区富士見2-10-2
かかりつけ医
090-1234-1234

ケアチームの情報
管理者 いきいき幸せ課 担当者
群青市役所
施設 東京都群青市
03-1111-1111

水道橋つくば (妹)
近親者の情報
090-4444-4000

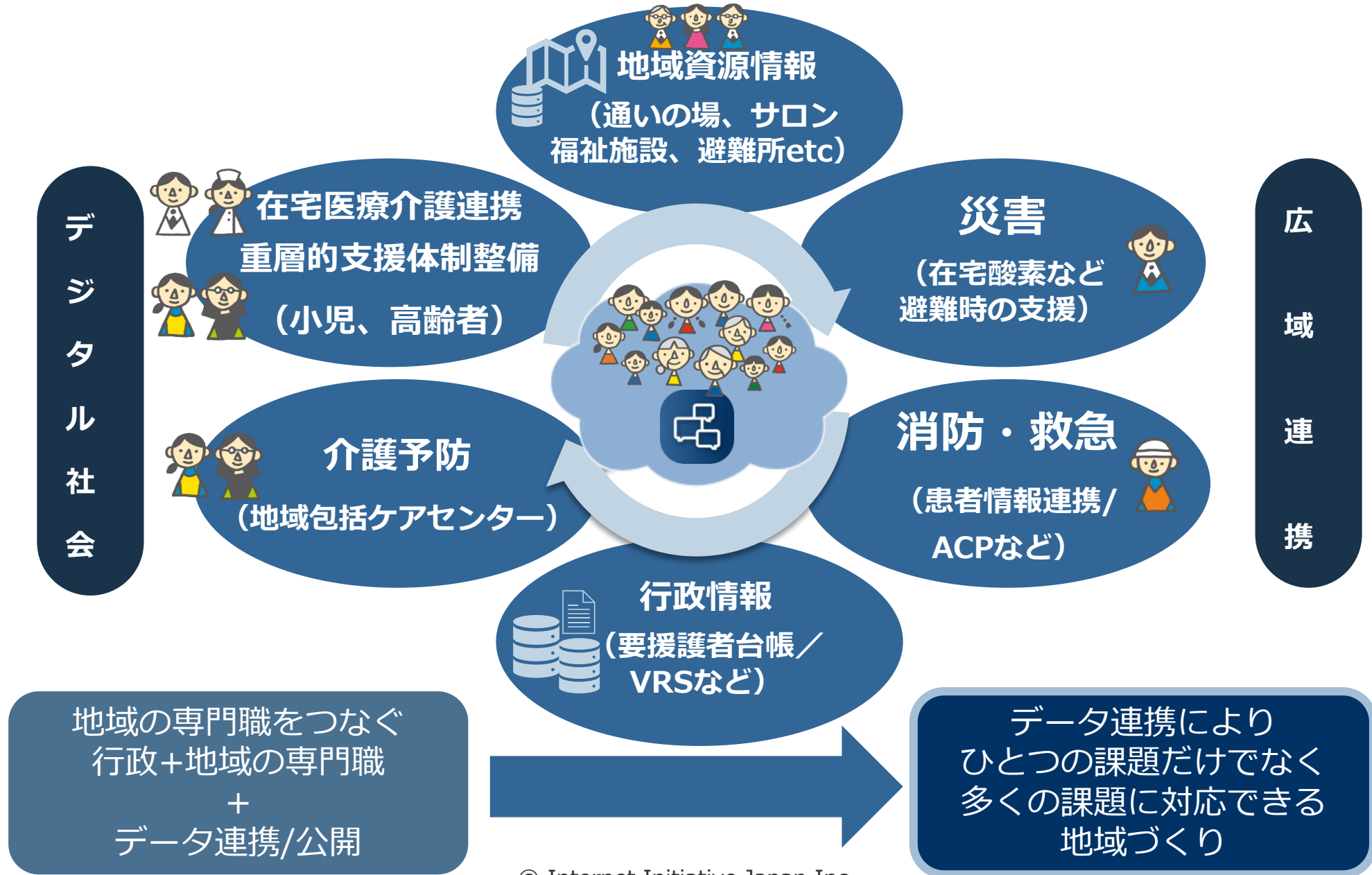
利用規約 ©Internet Initiative Japan Inc.

【事例】茨城県常総市/常総広域消防「救急情報連携」(実証中)



- 消防署・救急隊員の参加し、実証利用を開始。
- 開始当日から情報の有効性に高い評価を頂く。(隊員→行政連携にもスムーズ)

地域の専門職と行政の連携をリデザイン





くらしを支えるプラットフォーム **IIJ電子@連絡帳サービス**



IIJ
Internet Initiative Japan

日本のインターネットは1992年、IIJとともに始まりました。以来、IIJグループはネットワーク社会の基盤をつくり、技術力でその発展を支えてきました。インターネットの未来を想い、新たなイノベーションに挑戦し続けていく。それは、つねに先駆者としてインターネットの可能性を切り拓いてきたIIJの、これからも変わることのない姿勢です。IIJの真ん中のIはイニシアティブ

IIJはいつもはじまりであり、未来です。

本書には、株式会社インターネットイニシアティブに権利の帰属する秘密情報が含まれています。本書の著作権は、当社に帰属し、日本の著作権法及び国際条約により保護されており、著作権者の事前の書面による許諾がなければ、複製・翻案・公衆送信等できません。本書に掲載されている商品名、会社名等は各会社の商号、商標または登録商標です。文中では™、®マークは表示しておりません。本サービスの仕様、及び本書に記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

訂正箇所一覧

正誤表

該当ページ	誤	正 (修正または追加)
資料1 表	つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 第1回 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 会開催日程について	つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 第1回 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
	つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 第2回 令和7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	つくば市在宅医療・介護連携推進協議会 第2回 令和7年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業報告
		評価指標検討部会 第3回実施内容
	市民向け普及啓発部会 第2回開催日 令和7年2月17日	市民向け普及啓発部会 第2回開催日 令和8年2月17日
資料1 裏	市民への普及啓発 在宅医療・介護出前講座 15回 237枚	市民への普及啓発 在宅医療・介護出前講座 15回 237名
	ACPの普及啓発 周知:広報11号	ACPの普及啓発 周知:広報11月号
資料2 P4		在宅医療資源 6 地域包括ケア病棟
資料2 P6	重点評価指標 (高齢者福祉計画より)	重点評価指標 (高齢者福祉計画より、一部抜粋し、編成)
		"2025年目標"の達成状況が明確に判断できるよう、各指標の目 標値に「以上」「以下」の表現を追加
		注意書き ※1、※2
	要支援・要介護認定者の幸福度 R2(2020) 23.4% N=789	要支援・要介護認定者の幸福度 R2(2020) 44.0% N=1502
	要支援・要介護認定者の幸福度 R4(2022) 31.9% N=578	要支援・要介護認定者の幸福度 R4(2022) 46.4% N=1184
		要支援・要介護認定者の家族の介護負担感の数値
	要介護認定者の家族の介護負担感 R2(2020) 37.5% N=789	要介護認定者の家族の介護負担感 R2(2020) 47.6% N=439
	要介護認定者の家族の介護負担感 R4(2022) 46.3% N=578	要介護認定者の家族の介護負担感 R4(2022) 60.3% N=300
	要介護認定者の家族の介護負担感 R8(2026) 36.2% N=1432	要介護認定者の家族の介護負担感 R8(2026) 61.8% N=429
要介護認定者の家族の介護負担感 2025年目標 「達成」	要介護認定者の家族の介護負担感 2025年目標	
資料2 P7	課題抽出① 要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度が47.8%に増加し、 “2025年目標”である45%は達成したが、約半数の方しか在宅医 療について知らない。	課題抽出① 要支援・要介護認定者の在宅医療の認知度が47.8%に増加し、 “2025年目標”である45%以上は達成したが、約半数の方しか在 宅医療について知らない。
	課題抽出③ 要支援・要介護認定者の幸福度が、43%に増加したが、“2025年 目標”である50%は達成せず、約半数の方が幸福度を10段階中6 以下と感じている。	課題抽出③ 要支援・要介護認定者の幸福度が、約43~46%を推移しており、 “2025年目標”である50%以上は達成せず、約半数の方が幸福 度を10段階中6以下と感じている。
		課題抽出④
	課題抽出④ ケアマネジャーと医療機関との連携状況が一定の傾向はみられず、 約65~75%を推移している。“2025年目標”である80%は達成せ ず、医療機関と連携が取れていると感じるケアマネジャーが少ない。	課題抽出⑤ ケアマネジャーと医療機関との連携状況が、約65~75%を推移し ており、“2025年目標”である80%以上は達成せず、医療機関と 連携が取れていると感じるケアマネジャーが少ない。
	施策の立案 ・課題を抽出できるよう、引き続き重点評価指標の経過を確認する。	施策の立案 ・課題を抽出できるよう、重点評価指標の経過の確認と、その他追 加が必要な指標について検討を行う。
	施策の立案 課題③④ ・要支援・要介護認定者の幸福度を上げ、医療・介護専門職の連携 を取りやすくするために、多職種連携意見交換会の開催・ICT連携 ツールの活用を進め、要支援・要介護認定者の支援体制を強化す る。	施策の立案 課題③④⑤ ・医療・介護専門職の連携を取りやすくすることで、要支援・要介護 認定者の幸福度の増加、要介護認定者の家族の介護負担感の低 下に繋がるように、多職種連携意見交換会の開催・ICT連携ツ ールの活用を進め、要支援・要介護認定者の支援体制を強化する。

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			所属及び役職		部会(○議長)
1	会長	成島 淨	一般社団法人つくば市医師会	会長 (成島クリニック 院長)	評価指標検討部会
2		柴原 健	一般社団法人つくば市医師会	副会長 (柴原医院 院長)	情報部会
3		志真 泰夫	一般社団法人つくば市医師会	在宅ケア委員会 委員 (筑波メディカルセンター代表理事)	○情報部会
4		小關 剛	一般社団法人つくば市医師会	在宅ケア委員会 委員 (筑波記念病院 理事長)	○評価指標検討部会
5		井上 実	つくば市歯科医師会	理事/介護・訪問委員会 委員長(若 仁歯科診療所 副院長)	○市民向け普及啓発部会
6		根本 知砂子	つくば薬剤師会	副会長 (今川医療福祉グループ)	情報部会
7	副会長	渡邊 多永子	国立大学法人筑波大学	医学医療系/ヘルスサービス開発研 究センター 特任准教授/副センター長	評価指標検討部会
8		本多 めぐみ	茨城県つくば保健所	所長	評価指標検討部会
9		大橋 功	社会福祉法人つくば市社会福祉協議会	事務局長兼次長	市民向け普及啓発部会
10		林 謙二	つくば市消防本部	救急課長	情報部会
11		野澤 亮子	つくばケアマネジャー連絡会	書記 (ケアパートナーつくば 管理者)	評価指標検討部会、 情報部会
12		大塚 俊実	つくばケアマネジャー連絡会	(茎崎地域包括支援センター セン ター長)	専門職向け意見交換・ 研修部会
13		幸田 良子	つくば市地域密着型サービス事 業所連絡会	(グループホーム幸寿苑 管理者)	市民向け普及啓発部会
14		大野 聡子	つくば市障害福祉相談支援事業 所連絡会	(障害者相談支援事業所サポートブ ラザつくば)	専門職向け意見交換・ 研修部会
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	会長 (筑波メディカルセンター病院)	○専門職向け意見交換・ 研修部会
16		小林 路江	一般社団法人茨城県訪問看護事 業協議会	(訪問看護ステーションかがやき 管 理者)	情報部会
17		立澤 友子	県南退院調整看護師の会	(筑波メディカルセンター病院 副看 護部長)	専門職向け意見交換・ 研修部会
18		中山 寛子	茨城県ソーシャルワーカー協会	理事 (筑波メディカルセンター病院)	専門職向け意見交換・ 研修部会
19		倉林 奈津絵	市民委員		市民向け普及啓発部会
20		福井 正人	市民委員		市民向け普及啓発部会

※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。