

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会

令和6年度活動報告書（案）

令和7(2025)年●月

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 在宅医療介護推進部会

目 次

1	はじめに.....	1
2	在宅医療介護推進部会の役割.....	2
3	在宅医療介護推進部会の開催.....	2
4	ロードマップ及びロジックモデル.....	3
5	令和6年度の具体的な取組.....	6
6	令和7年度の計画.....	10
	資料1 在宅医療介護推進部会に関する規程.....	11
	資料2 令和6年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和7年3月31日時点）	13
	資料3 生駒市入退院調整状況調査結果報告【運用7年後調査】（別冊）.....	14
	資料4 地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業（やまと西和ネット）.....	14

1 はじめに

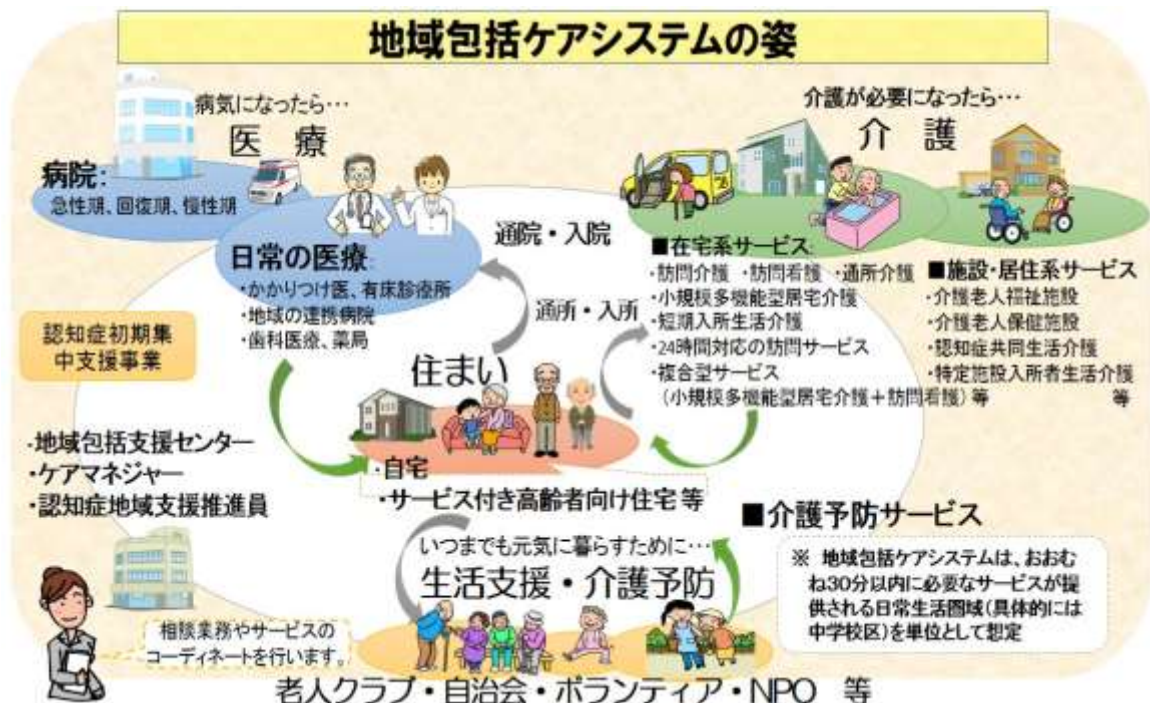
生駒市における高齢者数は今もなお伸び続けており、2025 年の高齢化率は 29.4%、2040 年は 35.5%と見込まれている。中でも、医療や介護が必要となる割合が高まる後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、今後、ますます医療や介護を必要とする対象者は増加するものと考えられる。

こうした状況を踏まえ、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「医療・介護・予防・住まい・生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの実現が求められている。

そこで、本市においては、「医療・介護・予防」の分野に係る包括的かつ継続的な医療・介護・予防サービスの提供体制の構築を目指し、平成 28 年 3 月から「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げ、「在宅医療介護推進部会」と「認知症対策部会」を設置し、その取組を推進しているところである。

令和 6 年度の「在宅医療介護推進部会」の主な活動内容は、令和 5 年度に引き続き、2040 年をみすえた生駒市のめざすべき姿と実現までのロードマップ作成および PDCA を実行するためのロジックモデルを作成した。

医療・介護関係者の相互理解や情報共有により、生駒市全体で顔の見える関係づくりを進めるとともに、患者・利用者が医療や介護のサービスを切れ目なく利用できる体制の構築及びサービスの質の向上と市民啓発に努めていきたいと考える。



2 在宅医療介護推進部会の役割

在宅医療介護推進部会においては、下記(ア)～(ク)の事項について協議を行うものである。

- (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
- (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

3 在宅医療介護推進部会の開催

開催年月日	会議の内容
【第1回】 令和6年 6月27日	(1) 報告 ①令和5年度 第3回在宅医療介護推進部会 グループワーク のまとめについて ②令和6年度 在宅医療介護推進部会のスケジュールについて (2) 全体協議 ①入退院支援における多職種連携研修会について ②看取りの環境整備について
【第2回】 令和6年 10月24日	(1) 講演 テーマ ロジックモデルを活用した在宅医療介護連携推進事業 の取組評価について 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 松本 佳子 氏 (2) 報告 ①在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図 について ②令和6年度 多職種連携研修会について
【第3回】 令和6年 11月28日	(1) 報告 ①生駒市 在宅医療・介護連携に関する調査報告書について (2) グループワーク テーマ 第2回在宅医療介護推進部会の講演をふまえ「スキル 向上」や「連携体制構築」のための取組について

開催年月日	会議の内容
【第4回】 令和7年 2月19日	(1) 報告 ①令和6年度 第3回在宅医療介護推進部会 グループワーク 検討結果について ②令和6年度活動報告/令和7年度スケジュール（案）について (2) 全体協議 ①在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図 を用いた令和6年度の評価について ②令和7年度 多職種連携研修会について ③令和7年度以降の取組内容について

4 ロードマップ及びロジックモデル

在宅医療・介護連携推進事業の手引きにおいて、本事業はPDCAに基づき実施すること、また、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要とされた。

そのため、地域の目指すべき姿を「ロードマップ（P4）」として示すとともに、事業評価を実施するための「ロジックモデル（P5）」の作成を行った。ロジックモデルの名称は、なじみにくいということで、「在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図」（以下、設計図）と称することとした。

設計図は、事業評価を行うために活用するため、「具体的取組（個別施策）」や「指標」は、毎年度末の在宅部会にて評価し、見直し及び修正を行うものとする。

また、設計図の「具体的取組（個別施策）」の進捗状況によっては、ロードマップにおける「令和9年の状態」や「令和12年の状態」の見直しも必要に応じて実施する。

ロードマップ					
令和22年(2040年)に達成したい状況 本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている					
目的	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和12年の状態
医療介護の多職種連携の強化・推進	(A) 入退院調整マニュアルの運用	運用状況調査の実施(年1回) 事例検討会、報告(年1回)		ケアマネ等と病院担当者が連携によりスムーズな退院調整につながった事例を共有し、入退院支援のスムーズ化を図っている	【入退院支援】 市民が安心して地域から病院、病院から地域へと療養の場を移行することができている
	(B) 多職種連携研修会	【多職種連携研修会の開催(2回/年)】 部会員を中心とした事例報告 事例・取組報告 【多職種連携研修会の体制整備・事務局】 庁内の情報共有、発信方法の整備、受講者情報の共有		医療・介護従事者が多職種のサービスや特徴を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制ができてきている	【日常の療養支援】 市民が住み慣れた地域で、疾患、介護度に応じて必要な多職種協働による医療・ケアを受けることができる
	(C) 同業種連絡会の開催	【同業種連絡会の整備】 各業種の意向確認、開催準備 【同業種連絡会の開催】 【在宅部会と連動する体制整備】		医療・介護従事者が業務ごとの課題と対応策を検討できている	
	(D) 急変時の療養支援の体制構築	各種調査やデータ等から現状把握・分析 連携体制整備・急変時対応シート(仮)の作成		医療・介護従事者が夜間・休日も病状の悪化に対応できる体制ができている ・在宅医療・介護サービスが連携して対応している ・在宅医療・介護サービスが連携して対応している ・在宅医療・介護サービスが連携して対応している	【急変時の対応】 市民が在宅療養中に病状の悪化があった時に、日時を問わず診療を受けることができる
	(E) 看取り体制の整備	現状把握 看取り体制(病診連携、病病連携、区・介護連携)の構築整備		医療機関、介護事業所(施設含)が、看取りに取り組むことができる	
看取りの環境整備	(F) 専門職への普及啓発	現状把握 部会員等を中心とした事例報告 看取り各1回/年(専任) ファシリテーターの育成(専門職) ファシリテーターの育成(市民等) グリーフケア現状把握(体制、実施状況) 必要に応じて、啓発・体制整備の方法を検討		医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる ・医療・介護従事者がグリーフケアを実施できている	【看取り】 市民が住み慣れた自宅や介護施設など利用者が自身が望む場所で看取りの医療・ケアを受けることができる
	(G) 看取りの市民意識調査	現状把握のための体制整備 意識調査 ・評価指標 ・実施方法検討 【普及啓発の体制整備】 想いを伝える「私ノート」の配布・運用 【普及啓発の拡大】 想いを伝える「私ノート」更新 ワークショップ開催 ファシリテーターの育成(市民等) 市民フォーラム/どこでも講座開催		市民が人生最期の医療やケアについて考えることができる	
	(H) 想いを伝える「私ノート」等の普及啓発	意識調査実施・分析 普及啓発の取組検討 【普及啓発の拡大】 想いを伝える「私ノート」更新 ワークショップ開催 ファシリテーターの育成(市民等) 市民フォーラム/どこでも講座開催		市民が人生最期の医療やケアについて考えることができる	
	(I) 学校における福祉教育	小・中学生向け出前授業 教育機関への普及啓発検討 教育機関への普及啓発体制整備		小・中学生が人生会議(ACP)について家族と取りくむことができる ・福祉(医療)系の学生が人生会議に興味を持つことができる	
	(J) 連携型BCP・地域BCPの策定	連携型BCP・地域BCP策定支援 連携型BCP・地域BCP運用支援		医療・介護従事者が連携型BCP・地域BCPについて理解できている ・災害が発生したときに医療・介護従事者がBCPの運用ができる	【災害・新興感染症発生時】 市民が災害・新興感染症発生時も継続してケアを受けることができる
災害・新興感染症発生時の連携体制	(2025. 2.19時点)				

在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図(2025.2.19版)

4つの 場面	具体的取組(個別施策)	指標(数値)	番号	令和9年(2027年)の目標(中間アクトガム)	指標	番号	令和12年(2030年)の目標 (中間アクトガム)	指標	番号	令和22年(2040年)の目標 (最終アクトガム)	指標
入居 支援	(A) 入居調整 マニュアル の運用	事例検討会	b)人材育成・スキルアップ	ケアマネ等と病院担当者が定期的にスルーズな遠隔調整につながる事例を共有し、入居院支援のスキルが向上している	ケアマネ等と病院担当者の関係が構築できている(心通ずけ安全が保たれている)	1	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	1	本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている	本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている
		入居調整マニュアルの運用		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
日々の 療養支援	(B) 同業種 連携会の 開催	事例検討会	a)体制整備・b)人材育成・c)多職種・多機関連携	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	2	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	2	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
急変時 の対応	(D) 急変時の 連携支援 体制構築	事例検討会	a)体制整備	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	3	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	3	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
看取り	(G) 看取りの 市民意識 調査	事例検討会	a)体制整備	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	4	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	4	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
看取り	(H) 看取りを 伝える 「私ノート」 普及啓発	事例検討会	a)体制整備	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	5	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	5	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
看取り	(I) 学校に 対し、 福祉教育 を実施	事例検討会	a)体制整備	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	6	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	6	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
看取り	(J) 看取り 支援 体制構築	事例検討会	a)体制整備	ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している	7	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	市民が安心して地域から病院へ入居の意思を移行することができ	7	在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している
		事例検討会		ケアマネ等と病院担当者が入居時に患者の情報を共有できている	入居時連携(電話のみ含む)入院時情報提供が実現している		必要多職種協働による医療・ケアを受けること	必要多職種協働による医療・ケアを受けること		在宅医療・介護の連携が確立している	在宅医療・介護の連携が確立している

5 令和6年度の具体的な取組

【入退院支援】

(1) 多職種連携研修会の開催（詳細は、P 8 参照）

(2) 生駒市入退院調整マニュアルの運用

病院から在宅、在宅から病院への円滑な連携を図ることを目的に、「在宅医療介護推進部会」の下に「入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ」を設置し、奈良県地域包括ケア推進室（現、奈良県地域包括支援課）及び郡山保健所に協力をいただき、生駒市入退院調整マニュアルを作成し、平成30年4月から運用を開始した。

【入退院調整マニュアル開始7年後 入退院調整状況調査】

目的：入退院調整マニュアルの運用7年後における入退院調整の現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握

調査対象：・市内病院 6ヶ所
・市内介護事業所 40ヶ所
 ┌ 居宅介護支援事業所 28ヶ所
 ├ 小規模多機能型居宅介護事業所 4ヶ所
 └ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 1ヶ所
 地域包括支援センター 7ヶ所

・期間：令和7年1月1日～1月31日

回答数：市内病院 ●ヶ所（●%）、市内介護事業所 ●ヶ所（●%）

調査実施期間：令和7年1月23日～2月10日

調査結果（概要）

【ケアマネ調査】

	運用前	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後	6年後
退院調整率	69.7%	83.0%	82.5%	74.5%	73.7%	79.4%	73.1%
退院時カンファレンスの開催	29.9%	27.5%	46.2%	17.7%	19.0%	11.1%	24.1%
入院時情報提供書	22.7%	55.0%	65.7%	60.0%	56.3%	61.6%	65.1%

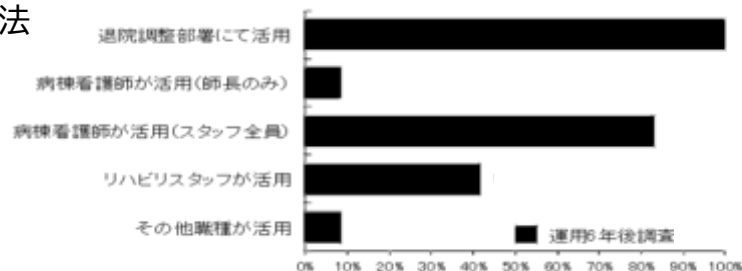
○入退院調整マニュアル認知率 ●%、マニュアル使用状況 ●%

【病院調査】

※令和3年度(4年後調査)からは主に退院調整を行っている方向けに実施

	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後	6年後
マニュアル使用率	76.5%	58.5%	91.7%	91.7%	100.0%	82.3%

○入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の活用方法



【日常の療養支援】

(3) 在宅医療・介護連携に係る相談窓口の運用

地域の医療・介護関係者等から在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整・情報提供等により、その対応を支援するための窓口を開始した。一般財団法人生駒メディカルセンターに委託し、平成30年4月から事業開始となった。

- ・名称：生駒市在宅医療・介護連携支援センター
- ・相談日：毎週水曜日と金曜日
(祝日及び年末年始を除く)
- ・相談時間：午前の部 午前9時～正午まで
午後の部 午後1時～午後5時まで
- ・場所：セラビーいこま メディカル棟内



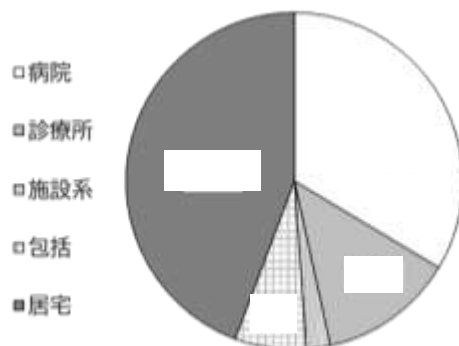
【令和6年度 生駒市在宅医療・介護連携支援センター 活動実績】

- ・相談件数：●件（電話相談 ●件、その他 ●件）
- ・紹介経路

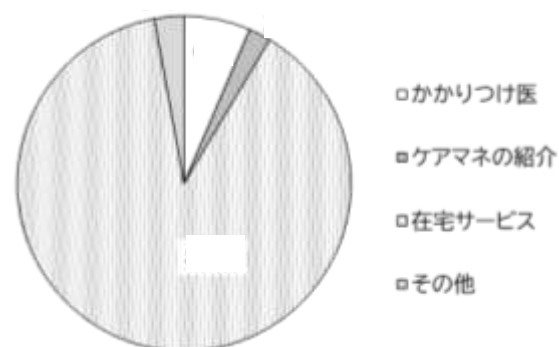
令和6年度	病院	診療所	薬局	訪問看護	訪問介護	通所系	施設系	支援センター 地域包括 支援センター	居宅介護 支援事業所	その他	合計
件数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

・援助内容

令和6年度	かかりつけ医	専門医の紹介	看取り	転院調整	ケアマネの紹介	在宅サービス	施設	事業所への助言	その他	合計
件数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—



【紹介経路】



【援助内容】

(4) 多職種連携研修会

在宅医療・介護を担う多職種の専門職に対して研修を行うことにより、医療介護に従事する人材の育成を行うとともに、意見交換を通じて顔の見える連携の場を作るために開催。

今年度は、「人生会議（ACP）」と「入退院調整マニュアルの活用」をテーマに、実施。

日時	内容	参加者数
【第1回】 令和6年 7月29日	【講義】+【グループワーク】 ①人生会議(ACP)とは 講師:(医)松下会 東生駒病院 リハビリテーション科 係長 嶋司 芳久 氏 ②人生の最終段階の医療をどのように支えるか 講師:うちの診療所 院長/ (株)omniheal 代表取締役 石井 洋介 氏	65名
【第2回】 令和6年 11月29日	【講義】+【グループワーク】 ①ボードゲーム(名称:エンディングゲーム)の体験 講師: うちの診療所 理学療法士 横田 達之 氏 ②人生会議について 講師:うちの診療所 院長/ (株)omniheal 代表取締役 石井 洋介 氏	35名
【第3回】 令和6年 12月4日	【講義】+【グループワーク】 ①入退院調整マニュアルの活用方法 実践報告 講師: 宅見 あゆみ 氏(生駒市立病院 地域医療連携室) 上野 陽子 氏 (近畿大学奈良病院 患者支援センター) 桐木 強 ((医)松下会 東生駒病院 地域医療連携室) 山口 俊洋 氏((医)倉病院 地域医療連携室) 北村 香織 氏(生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター) 森 里恵子 氏((医)和幸会 阪奈中央ケアプランセンター) ②入退院調整マニュアルの活用方法 グループワーク	30名

【急変時の対応】

(5) 生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの運用

平成30年5月からインターネットを活用して、市内の医療機関、介護事業所、介護予防教室等を検索できるように「生駒市医療・介護・介護予防情報ナビ」の運用を開始している。令和4年5月のリニューアルにより、レイアウトが変更となった。

市民向けオープンサイト「けあプロ・Navi」と関係機関向け「ケア倶楽部」にて年に1回の事業所情報の更新を行い、情報提供を行っている。

【看取り】

(6) どこでも講座の実施

人生会議（ACP）の普及啓発を目的に下記のとおり実施。

- ・ 対象：
市内に住むか市内へ通勤・通学している人を主な構成員とし、10人以上の参加者を集めることができる団体・グループ
- ・ 内容：
想いを伝える「私ノート」の作成やボードゲーム、カードゲームなどを通して、人生会議（ACP）を知り、自分が受けたい医療やケアについて考えるための講座
- ・ 実績：
●回実施 延べ●人参加

【災害・新興感染症発生時（連携型 BCP・地域 BCP の策定）】

(7) 令和6年度「在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業」
（厚生労働省医政局）

- ・ 目的：
実効性がある災害時の医療救護体制の整備を目的に、平時からの病院、診療所、薬局、行政の連携強化を図る
- ・ 内容：
生駒市医師会、市内6病院、生駒地区薬剤師会、生駒市、奈良県による医療救護体制に関する見直し会議の開催

【その他関連事業】

(8) 市民フォーラム（生駒地区医師会市民健康講座）

一般市民の方が専門医(整形外科医)による講演を通して、腰・ひざ等の痛さの考え方や対応を学び、高齢者が寝たきりにならないための予防や健康に過ごすためのヒントを得ることを目的に実施。

日 時:令和6年12月15日(日)午後2時～午後4時

場 所:コミュニティセンター 文化ホール

参加者数:217名

(第1部)

テーマ:腰やせなかの痛み 一病院に受診すべきチェックポイントー

講 師:近畿大学奈良病院 整形外科 医学部講師 山崎 顕二 先生

(第2部)

テーマ:あなたのお膝は大丈夫ですか？

講 師:(医)社団松下会白庭病院 院長 小林 章郎 先生

6 令和7年度の計画

令和7年度 在宅医療介護推進部会 スケジュール(案)												
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
医療介護の多職種連携の強化・推進	【入退院支援】							【多職種連携研修会 ② (11月頃)】 ○事例報告+グループワーク		【調査実施:2月頃】 運用状況調査 (マニュアル運用8年後)		
	【日常の療養支援】											
	在宅医療介護 推進部会											
	同職種連絡会 ・ 多職種連携研修会											
【看取り】の環境整備												
【連携・域連携BCP・地域BCPの策定】・地												

資料1 在宅医療介護推進部会に関する規程

在宅医療介護推進部会に関する規程

(趣旨)

第1条 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会開催要綱第6条第1項の規定に基づき、関係機関に意見を求めるために在宅医療介護推進部会（以下「部会」という。）を設ける。

(協議事項)

第2条 部会において意見又は助言を求める事項は、次のとおりとする。

- (1) 地域の医療・介護の資源の把握
- (2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (4) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (6) 医療・介護関係者の研修
- (7) 地域住民への普及啓発
- (8) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

(部会長等)

第3条 部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長は部会員の互選により定め、副部会長は部会長が指名する部会員を持って充てる。
- 3 部会は部会長が招集する。
- 4 部会長は、部会の事務を総理し、部会の調査、検討の結果を協議会に報告する。
- 5 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 6 部会長は、必要があると認めるときには、部会の会議に部会員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶務)

第4条 部会の庶務は、地域医療課において処理する。

- 2 部会における会議の内容は、地域医療課において記録し、文書化する。

(施行の細目)

第5条 この規程に定めるもののほか、部会に必要な事項は、参加者に意見を求めた上で定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程の廃止)

- 2 在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程（平成28年4月1日施行）は、廃止する。

部会構成員

生駒市医師会

生駒市内病院

生駒市歯科医師会

生駒地区薬剤師会

訪問看護ステーション

地域包括支援センター

居宅介護支援事業所

訪問介護事業所

通所介護事業所

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

小規模多機能型居宅介護施設

郡山保健所

生駒市

その他市長が必要と認める者

資料2 令和6年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和7年3月31日時点）

氏名	役職等	関係機関名
萩原 洋司	一般社団法人生駒市医師会 副会長	生駒市医師会
上原 正弘	一般社団法人生駒市医師会 理事	生駒市医師会
宅見 あゆみ	生駒市立病院 地域医療連携室 主任	生駒市内病院
上野 陽子	近畿大学奈良病院 看護部 患者支援センター看護長	生駒市内病院
桐木 強	医療法人社団松下会 東生駒病院 地域医療連携室 次長	生駒市内病院
山口 俊洋	医療法人学芳会倉病院 地域医療連携室 副主任	生駒市内病院
佐々木 昇	生駒市歯科医師会 副会長	生駒市歯科医師会
倉本 孝	一般社団法人奈良県薬剤師会 理事	生駒地区薬剤師会
高山 雅子	医療法人和幸会 阪奈中央訪問看護ステーション 管理者	訪問看護ステーション
北村 香織	生駒市社会福祉協議会 地域包括支援センター 管理者	地域包括支援センター
吹留 一芳	医療法人和幸会 阪奈中央ケアプランセンター 所長	居宅介護支援事業所
池田 幸広	愛友ケア居宅介護支援センター 代表取締役	居宅介護支援事業所
久本 真吾	医療法人社団松下会 訪問介護ステーションエリクシール 管理者	訪問介護事業所
井上 太	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 やすらぎの杜 延寿 施設長	通所介護事業所
森本 公子	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 特別養護老人ホーム梅寿荘 次長	介護老人福祉施設
山岸 史和	介護老人保健施設グランファミリア 事務係長	介護老人保健施設
行徳 牧恵	株式会社ライフケア創合研究所 小規模多機能いこいの家26 管理者	小規模多機能型居宅介護施設
三原 文子	奈良県郡山保健所 健康増進課長	郡山保健所

資料3 生駒市入退院調整状況調査結果報告【運用7年後調査】(別冊)

資料4 地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業(やまと西和ネット)

平成29年度から総務省の補助金を利用し、ICT基盤の強化を図ることを目的に、やまと西和ネットの取組を進めている。当初、近畿大学奈良病院に事務局を置いていたが、令和3年4月にセラビーいこま内(生駒市医師会隣)に移転。

【目的】

西和医療圏の病院・医科歯科診療所・薬局・介護事業所で、申し込みをした患者の病名・薬・検査結果などの医療情報や介護情報をICT(情報通信技術)で共有することで、より安全で質の高い医療・介護・健康サービスを提供していく。

【令和6年度の取組】

◎住民・施設の利用環境改善のために、以下のシステム導入に取り組んだ。

1. 「デジタル同意書ソリューション」… 従来の手書きの住民同意書と併せて、スマホにQRコード(右参照)を読み込み同意登録できるシステムを開始した。
2. 「相乗りソリューション」… 普段使用の業務パソコンに、やまと西和ネットを相乗りにさせることで、同一パソコンで両方の業務可能とした。
3. 「入退院調整ソリューション」… 入院・退院時の連絡・情報共有の困難な事態を解消(業務改善)するため、医療機関と介護現場(ケアマネジャー等)間のコミュニケーションIT化を進めている。



【参加施設】

医科診療所 ●カ所、歯科診療所 ●ヶ所、病院 ●ヶ所、薬局 ●ヶ所、訪問看護ステーション ●ヶ所、介護事業所 ●ヶ所

計 ●ヶ所

(令和7年3月31日 時点)

【参加対象者】

生駒市を含む西和医療圏の病院、医科歯科診療所・薬局・介護事業所など、やまと西和ネット参加施設を利用する市民等

●名

(令和7年3月31日 時点)

【事務局】

一般社団法人 西和医療圏地域医療介護連携推進協議会
(やまと西和ネット事務局)
生駒市東新町1-3

