

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7年度活動報告書(案)

令和8(2026)年3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7年度の具体的な取組.....	6
6	令和8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7年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和8年3月6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8年後調査】（別冊） .....	14
	資料4 やまと西和ネットの終了及び全国医療情報プラットフォームの開始...	14

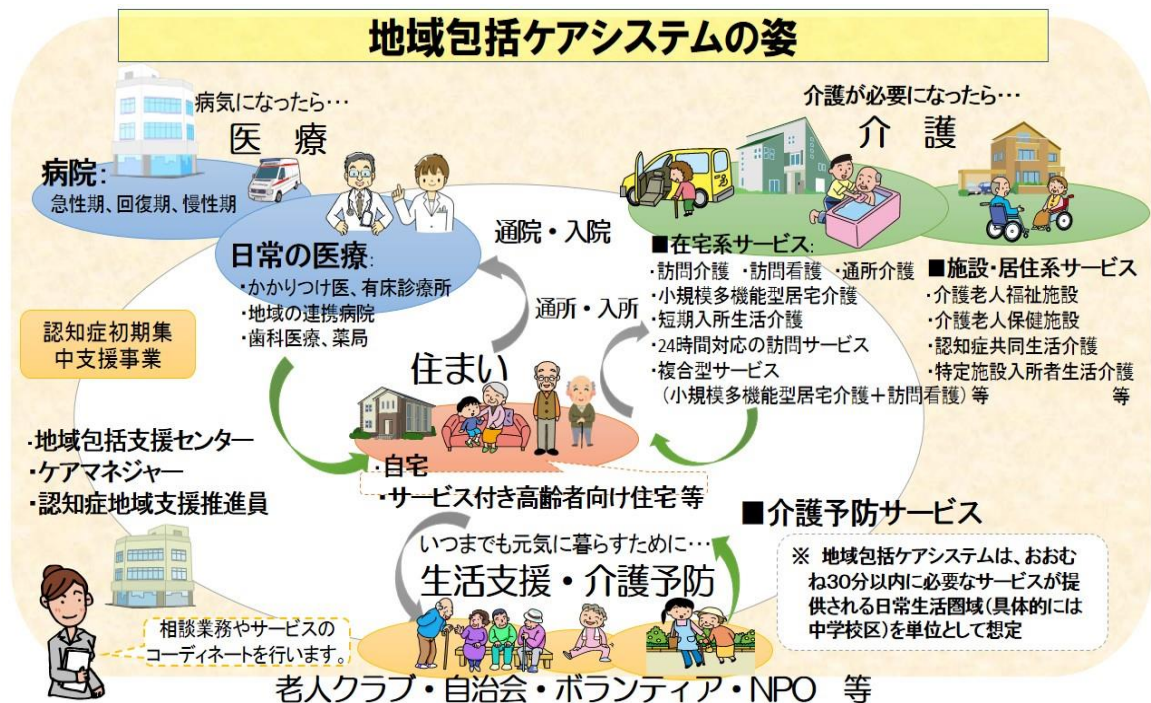
# 1 はじめに

生駒市における高齢者数は今もなお伸び続けており、2026年2月の高齢化率は30.0%となり、2040年は36.2%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、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、地域包括ケアシステムの実現に向けて、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。

2040年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える時期となる。そのため、在宅医療介護推進部会では、2040年のめざすべき姿を「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」と設定し、実現までのロードマップ及びPDCAを実行するための「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7年 7月17日	(1) 部会長選出・副部会長指名 (2) 在宅医療介護推進部会のこれまでの取組と課題について (3) グループワーク ①多職種連携研修会について ②急変時の対応について
【第2回】 令和7年 11月20日	(1) 第1回在宅医療介護推進部会グループワークの報告 ・急変時の対応について (2) グループワーク ・誰もが使いやすい『私のノート』のあり方について
【第3回】 令和8年 3月6日	(1) 第1回在宅医療介護推進部会グループワークの報告 ・誰もが使いやすい『私のノート』のあり方について (2) 入退院調整マニュアル調査報告について (3) 令和7年度事業の活動報告について (4) 令和8年度事業のスケジュール案について (5) グループワーク ・ACP 普及イベント内容の検討について

## 4 ロードマップ及び在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図

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」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（P5）」（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

本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスを受け手、誰もが暮らしやすくおなっている		令和22年(2040年)に達成したい状況		令和9年		令和12年の状態	
目的	具体的取組	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和9年の状態	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、報告(年1回)	ケアマネ等と病院担当者が運用よりスムーズな退院調整につながった事例を共有し、入退院支援のノウハウを共有して活用している ケアマネ等と病院担当者が入退院時に患者の情報を共有できている ケアマネ等と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている 施設(高住居含む)担当者や病院担当者に患者の情報を共有できている	【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・連携】 中込方法の整備、受講者情報の共有		医療・介護従事者が多職種サービスの連携を把握し、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いる		
	(C) 同業種連絡会の開催		【同業種連絡会の開催】 片内の情報共有、発注方法の整備		医療・介護従事者が業種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		【同業種連絡会の整備】 各業種の意向確認、情報整備		医療・介護従事者が夜間・休日や休日の急変に対応できる体制ができている 訪問介護事業所が夜間看護師や医師などの医療従事者と連携体制ができている 在宅療養者が受診を必要としたときに、医療機関へ受診ができるハンズアップ体制ができている 医療・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	【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、日間を問わず診療を受けられることができる	
看取りの連携整備	(E) 看取り体制の整備		現状把握	調査等の進捗による現状把握	調査等の進捗による現状把握	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ている	
	(F) 専門職への普及啓発		現状把握 看取りの指標 評価指標 実施方法検討	調査等の進捗による現状把握 部会員等を中心とした事例報告 看取り各1回/年(目標)	調査等の進捗による現状把握 ファンリテーターの育成(専門職) ファンリテーターの育成(市民等)	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・介護従事者がフリーケアを実施できている	
	(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	意識調査実施・分析 普及啓発の取組検討	市民が人生最後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		【普及啓発の体制整備】 想いを伝える「私ノート」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	【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 ファンリテーターの育成(市民等)		
災害・新興感染症発生時の連携体制	(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	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・新興感染症発生時に連携してケアを受けられることができる	

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(重点取組)	担担(実施)	令和9年(2027年)の状況(初年度アウトカム)	令和12年(2030年)の目標(中期アウトカム)	指標
入院退院支援	事例検討会	事例検討会開催/参加者数	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げた事例を共有し、入院調整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(心理的安全性が保たれている)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
	(A) 入院退院支援マニュアルの運用	運用状況の調査の実施	1. ケアマネ等と病院担当者が入院時に患者の情報を共有できている 2. ケアマネ等と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている 3. ケアマネ等と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている 4. ケアマネ等と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている	1. 地域から病院へ退院の準備を進められること 2. 退院の準備がスムーズになること	本人が望む場所での生活が可能であり、サポートの手配もスムーズになっていること
日常の事業支援	(B) 多職種連携研修会	研修会開催/参加者数	1. 医師・介護従事者が業務のカーブや特徴を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するたための連携体制ができてきている	ケアマネ等の関係が構築できている(地域とつながり、地域から病院へ退院の準備を進められること)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
	(C) 在宅医療・介護連携推進事業の推進	在宅医療・介護連携推進事業の推進	1. 在宅医療・介護従事者が緊急時対応について本人・家族と共有できている	ケアマネ等の関係が構築できている(地域とつながり、地域から病院へ退院の準備を進められること)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
緊急時対応	(D) 緊急時対応シナリオの作成・運用	シナリオ作成/参加者数	1. 在宅医療・介護従事者が緊急時対応について本人・家族と共有できている	ケアマネ等の関係が構築できている(地域とつながり、地域から病院へ退院の準備を進められること)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
	(E) 在宅医療・介護連携推進事業の推進	在宅医療・介護連携推進事業の推進	1. 在宅医療・介護従事者が緊急時対応について本人・家族と共有できている	ケアマネ等の関係が構築できている(地域とつながり、地域から病院へ退院の準備を進められること)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
看取り	(F) 看取りの実施している事業所の把握	事業所情報更新調査の実施(再掲)	1. 事業所情報更新調査の実施(再掲)	1. 事業所情報更新調査の実施(再掲)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
	(G) 看取りの市民意識調査	市民意識調査/参加者数	1. 市民意識調査の実施(再掲)	1. 市民意識調査の実施(再掲)	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
被災時対応	(H) 被災時対応シナリオの作成・運用	シナリオ作成/参加者数	1. 被災時対応シナリオの作成・運用	1. 被災時対応シナリオの作成・運用	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)
	(I) 被災時対応シナリオの作成・運用	被災時対応シナリオの作成・運用	1. 被災時対応シナリオの作成・運用	1. 被災時対応シナリオの作成・運用	退院支援のQOL (生活の質) 家計・生活・定期的に行われる退院支援の満足度 退院支援の満足度 (退院支援の満足度)

## 5 令和7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8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8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 39ヶ所  
 居宅介護支援事業所 27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12月1日～12月31日

回答数：市内病院 6ヶ所（100%）、市内介護事業所 34ヶ所（87.2%）

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	7年後	8年後
退院調整率	69.7%	83.0%	82.5%	74.5%	73.7%	79.4%	73.1%	66.2%	69.2%
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%	23.2%	22.4%
入院時情報提供書	22.7%	55.0%	65.7%	60.0%	56.3%	61.6%	65.1%	67.2%	68.0%

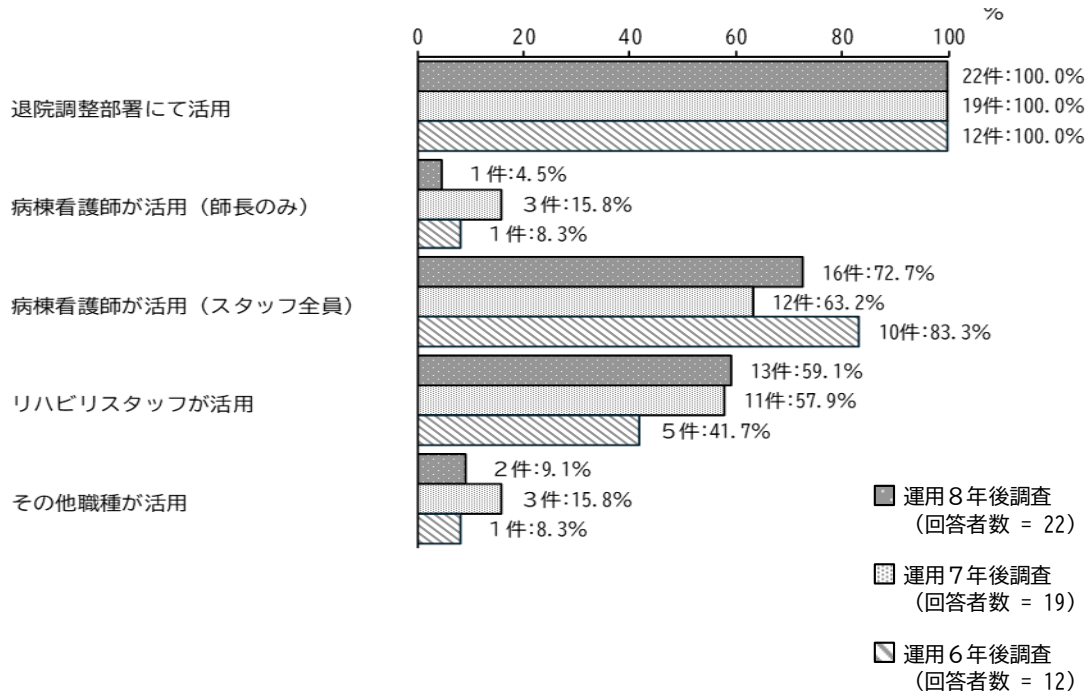
○入退院調整マニュアル認知率 96.6%、マニュアル使用状況 86.6%

##### 【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	7年後	8年後
マニュアル使用率	76.5%	58.5%	91.7%	91.7%	100%	82.3%	90.4%	88%

○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7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7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7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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

#### (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、「多職種連携」と「入退院調整」をテーマに実施。

日時	内容	参加者数
【第1回】 令和7年 10月9日	<b>【講義】</b> ①初期対応事例集、ケアパスについて 講師：生駒市梅寿荘地域包括センター 笹本 奏氏 ②入退院調整マニュアルについて 講師：生駒市立病院 地域連携室 宅見 あゆみ氏 ③在宅医療・介護連携支援センターの紹介について 講師：生駒メディカルセンター 堀井 久仁子氏 ④「私ノート」について 講師：訪問介護ステーションエリクシール 久本 真吾氏 <b>【グループワーク】</b> ・「顔の見える関係」づくりを構築しよう 事業所 PR シートを基に他機関の特徴や業務内容を知ろう	21名
【第2回】 令和7年 11月12日	<b>【グループワーク】</b> ・入退院調整について 「入退院調整マニュアルの活用方法」に関する意見交換	46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。

#### (6) 在宅医療・救急医療連携セミナー

地域における在宅医療・救急医療等の関係者の連携体制構築のため、厚生労働省委託事業「在宅医療・救急医療連携に係る調査・セミナー事業」のモデル自治体として参画し、セミナーを2回開催した。

参加者：生駒市医師会、倉病院、阪奈中央病院、近畿大学奈良病院、白庭病院、生駒市立病院、西奈良中央病院、奈良西部病院、生駒メディカルセンター、奈良県地域医療連携課、生駒市消防本部警防課、生駒市子育て健康部地域医療課

#### 【看取り】

#### (7) 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：5回実施 延べ93人参加

#### 【その他関連事業】

#### (8) 市民フォーラム

一般市民の方が将来の自分や家族のために、ACPの基本的な概念を理解していただくことを目的に実施。

日時：令和7年11月4日（火）午後1時30分～午後3時

場所：たけまるホール 大ホール

参加者数：97名

#### (第1部)

テーマ：もしもに備えて、元気なうちに人生会議をしてみませんか？

講師：近畿大学奈良病院がんセンター センター長 木村 豊 氏

#### (第2部)

テーマ：どうする人生会議

講師：近畿大学奈良病院がんセンター 統括看護師長 市村 紀子 氏



## 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

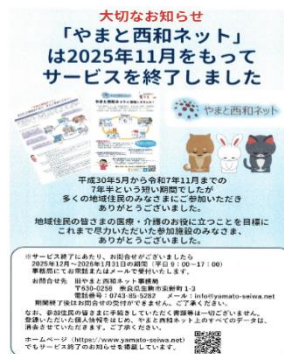
資料2 令和7年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和8年3月1日現在）

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
西村 和浩	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
堀井 久仁子	一般財団法人生駒メディカルセンター・北メ ディカルセンター統括所長/在宅医療・介護 連携支援センター	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
池田 浩美	介護老人保健施設 ハビリス 総務部・相談支援部 部長	介護老人保健施設
日高 淳	小規模多機能ホーム 彩・生駒	小規模多機能型居宅 介護施設
山中 康代	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8年後調査】(別冊)

### 資料4 やまと西和ネットの終了及び全国医療情報プラットフォームの開始

地域医療連携ネットワーク「やまと西和ネット」が、2025年11月末をもってサービスを終了した。



今後は従来の地域単位の限定的な情報共有から、全国共通のクラウド型基盤(全国医療情報プラットフォーム)へ移行される予定である。

#### ●全国医療情報プラットフォームとは

##### 1. 全国共通のクラウド型基盤(全国医療情報プラットフォーム)

日本全国の医療機関、薬局、介護施設、および自治体が保有する医療・健康情報を、個別のネットワークではなく、国が構築する共通のクラウド基盤を介して共有する仕組み。厚生労働省は令和8年度中に運用開始を目標としている。

##### 2. 共有される情報の主要項目

- ・電子カルテ情報(3文書・6情報): 診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書傷病名、アレルギー、薬剤禁忌、検査結果、処方情報、感染症
- ・救急時情報: 救急搬送時に必要な既往歴や緊急連絡先等の迅速な参照。

##### 3. 医療機関側の対応事項

本サービスを利用するためには、以下の整備が必須となる。

- ・標準化対応電子カルテの導入: 国が定める「HL7 FHIR」等の標準規格に準拠したシステムへの改修または導入。
- ・オンライン資格確認システムの活用: 患者の同意取得および本人確認を行うためのカードリーダー等の運用。

##### 4. 期待される効果

- ・医療の質の向上: 過去の正確なデータに基づく診断・治療の実現。
- ・患者負担の軽減: 検査の重複防止による費用抑制および身体的負担の緩和。
- ・情報連携の迅速化: 事務作業の削減と、施設間連携の緊密化。