

平成30年度第10回安城市地域ケア推進会議

日時 平成31年1月17日(木)
午後1時30分～午後3時
場所 社会福祉会館 3階 会議室

1 副会長あいさつ

2 議題

- (1) 看取りに関する問題点について(資料1)

- (2) 在宅医療・介護連携推進のための研修会等実施報告(資料2)
 - ・病院部会

- (3) 意見交換(フリートーク)
 - ・各部会の課題についてなど(来年度以降の各部会の研修、検討テーマのヒントとして)

連絡事項

- ・地域福祉マッチング交流会&サロン活動博覧会について(社会福祉協議会)1/26(土)
 - ・あんジョイ生活サポーター養成研修の実施とマッチング交流会について(別添チラシ)
 - ・サルビー見守りネット移行説明会(別添通知文)
- (平成31年2月21日16時～市民会館大会議室、20時～医師会館を予定)

- ・在宅医療・介護連携推進のための研修会

テーマ:「生活サポーターとの連携」

～あんジョイ生活サポーター養成講座の内容について～(ヘルパーネット部会)

日時:平成31年1月19日(土)午後1時30分から午後3時まで

場所:安城市民会館 3階 大会議室 講師:(株)ニチイ学館 講師

テーマ:「在宅で薬剤師ができること」

日時:平成31年2月16日(土)午後6時から

場所:安城市民会館 講座室 講師:小林 伸一氏(愛知県薬剤師会 常務理事)

次回 平成31年2月21日(木)午後1時30分～3時 社会福祉会館 会議室

安城市における在宅医療・介護連携の課題「看取り」と目標「自宅・施設での看取りへの理解を深める」について、推進会議での進め方

- 1 部会から提出された問題点を共有、理解し、だれにとっての問題なのかを分析する。
 - 1) 専門職に関するもの
 - 2) 市民（啓発）に関するもの
- 2 分析した問題点に対する対応策を考える（部会から出された対応策を参考にする）
 - 1) 専門職に関するもの
 - 2) 市民（啓発）に関するもの
- 3 取り組むものの優先順位、時期を検討する。
 - 1) 専門職に関するもの
 - ①「在宅医療・介護連携推進のための研修会」として取り上げるもの
 - ②各部会で対応するもの
 - ③各事業所で対応するもの
 - 2) 市民（啓発）に関するもの
 - ①行政が行うもの
 - ②部会で対応するもの

No	問題点	対応策
1	医 看取りへの不安	
2	師 病院から開業医へ紹介される中で、ACPや看取りに 会 に向けた説明などが病院の医師から十分にされてい 部 ない中で、主治医が変わることになる。 会	病院の医師や看護師が、予後を見越した意思決定支 援を行う。
3	特に一人の医師で対応している開業医では、緊急時 や看取りの対応に限界と不安がある。	医師会の中で、一人の開業医では対応が困難な場 合、他の開業医でバックアップできるようなシステ ムを構築する。
4	訪 ①元気なうちから看取りについて考える・話し合う 問 機会が少ない（市民） リ ハ ネ	①安城市が安城市民に対して、市民フォーラム等情 報提供の機会を作る。 保健福祉部会が地域住民等に対して、サロン等で 情報提供や自身で考える機会を作る。 安城市がパンフレットを作成・配布する
5	②専門職自身が看取りについての知識が乏しい	②各専門職が看取りについて自分たちができる役割 を考える機会を研修会等で作る。
6	③入院時に自宅でも看取ることができるという選択 部 肢を与えられていない 会	③病院部会が病院に勤める人に対して、在宅での看 取りについて理解を 深める研修会を実施する
7	④病院では院内のことに意識が向きすぎており、地 域の課題を現場レベルで把握し在宅医療介護に意識 を向ける	④病院部会の病院への啓蒙活動強化（病院の現場ス タッフが既存の医療介護連携のための研修会への参 加意識が高まるような声かけ・テーマ 設定をする） サルビー見守りネットの病院スタッフの参加促し
8	①看取り・急変時への不安	①看取り・急変時への不安
9	・看取りへの恐怖心	・在宅医や他の職種と連携も含めて、病状変化時に 段階を追って、本人・家族に説明をする。
10	・家族・本人への言葉かけの難しさ	・家族に対する看取りの教育
11	・家族・本人の心構えが出来ていない	・死の準備教育を行い、看取りの不安を緩和する。
12	・病院への依存（自宅で看取るとい考えが持てな 部 会 い）	・病院と在宅とのメリット・デメリットの説明。ど こまで治療を行うか ・訪問診療や訪問看護の役割を説明し信頼関係の構 築。しっかりコミュニケーションを利用者・家族と 図る。
13	②介護者の負担	②介護者の負担
14	・核家族化で介護者が不足している	・地域住民に対する地域包括ケアシステム等の教育
15	・在宅看取りを支えるマンパワー不足（地域・イン フォーマルも含む）	・在宅医・訪問看護師・介護職員のなり手を増やす 活動 ・地域と連携しその方にあったサービス提供体制が 作れる環境が必要 （問題点：④、⑥、⑦にも共通の対策）
16	③ACPへの対応	③ACPへの対応
17	・終末期を家族・本人とどう過ごすか話し合うタイ ミングが難しい	・往診などに同席する時間を作り、主治医と話がで きる機会を作る

No	問題点	対応策
18	訪問 ・終末期の受け止めが医療スタッフと家族との相違がある	・ACPの研修にスタッフが参加し、ステーション内で勉強会を行う
19	看護 ・研修では学んだが、実践しようとするに進め方が難しい	・ステーション内デスクカンファレンスの開催
20	ネット ・ACPがまだ浸透していない	・多職種でロールプレイを行う機会を増やす（研修）
21	ト ・人生の最終段階における意識が低い	・地域住民に対しての在宅看取りの教育
22	部会 ・人生の最終段階の医療・ケアの在り方に対し、誰が中心となって意思決定していくのか役割分担が曖昧になっている。	・自宅や施設での看取りを勧めていく際の関連機関の役割の明確化
23	・本人と家族の意向が異なる	・医療者が間に入り意思決定支援を行う（担当者会議に医師も参加）
24	・本人が意思表示しても支援者が共通認識できない	・自分が最期を迎えたい場所、リビングウィルなどを明示できるような書面を整備する。
25	・病院から退院されて看取りに入る時には、本人・家族の意向、医師の意見が合っておらず、在宅医の説明と相違が見られることがある。	・退院前カンファレンスで本人・家族、医師の説明・意向など正確な情報を病院側がサービス側に流していただく。
26	④かかりつけ在宅医の問題	④かかりつけ在宅医の問題
27	・在宅医が増えない。高齢化している	・診療所医師への訪問看護の啓蒙活動（医師会へのアプローチ）
28	・在宅医がいないと最期が救急搬送になってしまう	定期的な事例検討会・交流会の開催）
29	・訪問診療を行わない開業医もいる為、看取りに対応できる医師に主治医変更となるケースもあり、主治医変更に伴い家族が不安を生じる可能性が大きい	・在宅医療バックアップ体制の構築（市）
30	・看取りの方の死亡確認で在宅医が不在で対応できないことがある。	・サービス側に不在期間等を事前に連絡をしていただく。
31	⑤病院に関する事	⑤病院に関する事
32	・地域的に病院信仰が強い・病院死希望者が多い	・病院と在宅とのメリット・デメリットの説明。
33	・在宅死より病院死が安心との考えが定着	・病院職員に対する在宅医療・ACPの教育
34	・病院が在宅医療に対する知識不足があり、在宅医療を勧めない	・病院内でのACP活動推進 ・家族へ状況を十分に理解できるような説明（病院医師）。説明した対象者や反応を在宅サービス側と共有できるようにする。 ・病棟看護師との情報共有（在宅における介護が可能かのアセスメント在宅サービスの受け入れ状況など）
35	⑥他の介護サービスの問題	⑥他の介護サービスの問題
36	・施設スタッフの看取りへの対応能力・施設での看取りの取り組みの問題	・施設勤務者にも積極的にACPや看取りへの研修の参加を促す（施設内）
37	・介護職のなり手が減少	・高齢者入所施設における看取りの現状調査（施設内）
38	・施設看取りが少ない	・施設看取りの推進
39	・デイサービスの縮小などもあり、家族の負担が増えている	

No	問題点	対応策
40 41 42 43 44 訪問看護	⑦安定的な訪問看護供給に関する事 ・大規模訪問看護ステーションが少ない ・訪問看護職員が増えない ・訪問看護ステーションが少ない ・病院に看護師が集中している	⑦安定的な訪問看護供給に関する事 ・訪問看護ステーションの統合 ・退職した看護師の訪問看護ステーションでの再雇用促進 ・病院と連携して研修や訪問看護体験を行う
45 46 47 48 部会	⑧その他 ・医療と介護の様々なギャップがある ・金銭的な問題（介護保険負担割合の増加、介護保険利用の方で老衰等でゆっくりとした経過を辿り在宅生活を送る方では費用が高額になる） ・一般の方の在宅医療の認知度が低い（自宅看取り） ・点滴などの必要物品の手配に困る（自費購入しても亡くなって不要になることあり）	⑧その他 ・医療と介護職員のギャップを埋める為、研修会を行う（交流会など） ・講演会・演劇の実施・回覧板を利用した啓蒙 ・必要最小限の物品が小売りしてもらえるとよい（薬局で対応してれると助かる）
49 50 施設部会	現状、部会所属のほとんどの施設では看取りの体制は取れており、看取りは実施している。 ただし、急変等で他界、退所される方もおり、結果として全ての方に看取りが提供できている訳ではない。（いわば、看取りとして「取りこぼし」している方もいる）	①ACPの浸透を図る。 ・入所前の時点でのACPのプロセスの情報収集、意向の確認 ・入所当初からACPに基づく積極的な意向形成の促進 ・研修等によるスタッフへのACPの理解の促進、等 ②安定した施設内看取りができる体制構築と実施(実施施設に限る) ③急変時対応等の医療体制の整備、又は関係機関との連携強化
50	現在は、入所時や認定更新時の担当者会議にて看護師より見取りについての説明をおこない、書面にてご本人、家族の意向を確認している。利用者様に対するケアと同様、ゆれ動くご家族の思いを的確に読み取ることができるよう、スタッフの教育やグリーンケアを含めて考えていく必要がある。	倫理的な部分も多く含まれると思うが、ご家族に対するケアについては、日ごろから面会に来られたご家族へ、利用者様の最近の様子などを伝えるなど、コミュニケーションを図り、信頼関係を深めていくことが大前提だと思います。
51 52 53 グループ部会	看取るまでのご利用者の身体の変化に職員も家族も経験が少ない方にとっては精神的に苦しめることがある。 看取りの受け入れ態勢は整っているが、対象者がみえないため知識や経験が乏しく不安がある。 かかりつけ医との連携や職員の教育体制を整える必要がある。	職員にもご家族にも 事前に説明し、覚悟することができるまで確認する。 家族やかかりつけ医に対して今後の方針について話し合う機会をつくる。（かかりつけ医への家族受診が多く、かわりが薄いと感ずるため） 施設は職員に対して研修できる機会をつくる。

No	問題点	対応策
54	グループホーム ・ホーム内での看取りは行っているが、人員が少なく居室内の対応が増える分、スタッフへの負担が増加しフロアの見守りが手薄になり、事故が増加する可能性がある。	日中の人員体制を増やし、スタッフの負担を軽減する。（全事業所が人員不足の為難しい問題である）
55	ホーム ・今までの看取りでは問題ありませんでした。①医師、訪問看護との細やかな連携と②ご家族の理解と協力の2点がなければできないと思います。	①医師、訪問看護師さんと24時間365日の連携（ご利用者に対して何かあった時の往診など） ②ご家族の理解とご協力（ご利用者に対して病状の理解と必要時の協力支援）
56	小規 ・在宅で看取るためのサポート体制が充分でない	・在宅サポート医の確保（安城は訪問診察できる医師が多いが）
57	模 ・家族に、自宅で看取りたいと積極的に思う意識が現状薄い（本人は自宅に帰りたいたいという意向が強いが、家族にはない）	・24時間体制のサポート体制を確立する（それを市民が普通に理解できるような宣伝やはたらきかけを行う）
58	能 ・本人のリビングウイルと家族のリビングウイルに相違がある場合の支援方法	・医療職、福祉職に向けての、リビングウイルサポート研修の定期的開催（多職種の合同開催を行う） ・リビングカンファレンス、デスクカンファレンス等のマニュアル（目安になるもの）が共通でできると良いと思う
59	・延命を行わず、静かに送るということで、早朝、夜間の死亡に対して家族の理解が難しい（すぐに医師がかけつけて対応してくれると思っているので、説明しても苦情が出る場合がある）	・看取り計画時に、役割や家族への対応を決める（それを関係職種で申し合わせ、家族に統一した説明ができるようにする）
60	主治医との連携、看護師の確保 等	・職種間での申し合わせもしっかり行う（看取りの研修会を繰り返し行い、身近なものとする）
61	へ （終末期の身体状況や医療処置の知識を深めること） ・看取りに入った患者様が自宅に帰ってからの医療処置がどんなものか知り、緊急時に冷静な対応ができるよう知識を深める。	全ての訪問介護事業所の訪問介護員を対象に看護師さんに協力を頂き、研修会を行いたい。
62	ット （患者様やそのご家族へのメンタル支援の方法を学ぶ） ・終末期を迎え、ご本人様とその家族の不安に傾聴し、寄り添った支援を行うためにメンタル支援法を学ぶ。	訪問看護・居宅・訪問介護を対象にご家族やご本人様へのメンタル面のサポートの仕方について研修会を行いたい。講師については行政と相談したい。
63	ケ 病院と在宅医療 ・病院を退院する際、今後の見通しや医療との連携が難しい。	・病院と在宅医療の情報の共有： 本人の入院中の情報、本人家族の意向を踏まえてサービス担当者会議での情報を病院、在宅医療介護関係者が確認をして同じ方向に支援。
64	ット ・短期間の関わりのため、本人、家族の意向の確認や在宅のサポート体制が上手くできない	緩和病棟、訪問診療、麻薬の処方や薬局の知識を専門職が得る。
65	部 ・緩和ケア病棟は、入院期間が限られたり、状態が安定すると退院。	・介護支援専門員：
66	会 ・在宅医療往診医の情報が欲しい。訪問診療してくれる医師が少ない。	在宅医療に関して、看取り、麻薬に関して訪問診療を行う情報を得る。

No	問題点	対応策
67	ケ ア マ ネ ット	・麻薬の取り扱いについての情報をしりたい。（処方出来る開業医、薬局の情報など）
68	部 会	ACP、終末期、麻薬等の研修会に参加する。 看取りの事例検討会に参加して、サポート体制の知識を得る。 本人家族の意向は、医師、訪問看護、多職種で確認していく。
69		・施設、通所、ショートステイの利用が出来ない。
70		・多職種間の情報共有が難しい。 ・ターミナル期の知識不足。
71		・在宅で看取るサポート体制が整っていない。
72		・介護支援専門員：短期間で認定が暫定、状態が悪化する為区分変更等介護用ベットや床ズレ予防マットレスの対応に申請が必要。
73		・短期間で、信頼関係を築くことが難しく看取りの話しを確認しにくい。
74		・本人：独居のターミナルが増えている。
75		・本人と家族の意向が違う。治療や最期をどこで過ごしたいのか。
76		・本人の意向が変わる。
77		・家族：看取りに対して不安や抵抗が有る。介護力が不足している。
78		・地域：元気な内に、本人がどこで最後を迎えたいか話がされていない。
79		・自宅で看取る意識が少ない。
80	保 健 福 祉 部 会	①不安がある（一般市民・施設職員） ・自宅や施設で看取することは医師等から適切な説明があったとしても、とても大きな不安がある。
81		②病院で亡くなる意識が根強い。
82		・医療機関での看取りの方が安心と感じている人が多い。

No	問題点	対応策
83	保健福祉部会 <ul style="list-style-type: none"> ・場合によっては警察が来るなどの理由から、危なくなつた時には救急搬送しておけば間違いないという意識が強い。 ・そもそも、在宅での看取りが可能かどうか知らない・分からない。 ・なぜ病院死を減らし、自宅・施設での看取りを増やす必要があるのか市民は知らないし、関係者はどの程度理解しているのだろうか。 	
84		
85		
86	<ul style="list-style-type: none"> ③体制が整っているのか。 ・訪問診療や看取りを実際に行う在宅医がどの程度いるのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ③体制が整っているのか。※②とも関連 ・医師会や在宅医療サポートセンターを中心として、訪問診療や看取りに関わる医療関係者の充実を図る。 ・なぜ自宅、施設での看取りを進めるのかを理解するための研修会の実施。
87	<ul style="list-style-type: none"> ■看取りに対して、個人、家族、地域、専門職がイメージできていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りまでの流れ（訪看や往診医等）、安心のさせかたの勉強をする。
88	<ul style="list-style-type: none"> ・同居していても就労している等、家族の体制が整わない。癌の末期でも介護度自立、入院できないケースで家族側の理解が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職への勉強会をする（経験者からの話等）。専門職が連携をとって知識をつける。
89	<ul style="list-style-type: none"> ・独居、本人は自宅で死にたい。身内がいないので近隣の理解と協力が必要。在宅で最後を迎えると決めても、いざとなると家族が病院へ連れて行き入院。家族の看取りに対して不安。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りへの理解（考え方、プロセス）を深める。
90	<ul style="list-style-type: none"> ・住民が在宅のイメージない。環境が整っていない。本人・家族も最後は病院でいう希望多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのイメージができるように、目に見える形で分かると良い。
91	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の専門職も看取りに対してみえていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エンディングノート等も活用し、全体に理解、啓発活動ができると良い。
92	<ul style="list-style-type: none"> ■看取り対応の資源が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・死を迎えるのは誰にでもある。死に向けての準備で若い頃から意識できると良い。 ・看取りに対する情報が提供。以前、町内で尊厳死協会の会長を呼んでいたところもあった。主任ケアマネジャー研修でも看取りについて扱っている。ケアマネジャーはまとめ役、中心は訪問看護。
93	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅か施設か、考え方も変わる。どういう医療サービスがあり、安城市にあるサービスが具体的に覚えてこない。 	
94	<ul style="list-style-type: none"> ・精神的なケア（グリーフケア）への対応ができていない。 	
95	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意思決定支援のプロセスができていない。 	
96	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対応できる医師が少ない。看取りに対する人的資源が少ない。 	
97	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対する外部の体制を整えば看取りは進むのか？そもそも看取りに対する要望はあるのか？住民の機運として看取りが高まっているのだろうか？ 	

在宅医療・介護連携推進のための研修会 アンケート結果

資料 2

「多職種協働(IPW)の障壁を低くするためには」

～多職種の役割・活動を理解し、自分の役割を再認識して今後の活動に活かす～

※研修会の参加者 102名 アンケート回収 72名(回収率70.6%)

1. 職種

職種No	職種	人数
1	医師	3
2	歯科医師	0
3	薬剤師	9
4	看護師	18
5	保健師	0
6	理学療法士	6
7	作業療法士	1
8	言語聴覚士	0
9	栄養士・管理栄養士	5
10	歯科衛生士	0
11	MSW	3
12	社会福祉士	3
13①	(訪問)介護職	0
13②	(通所)介護職	0
13③	(施設)介護職	0
13	(所属未回答)介護職	1
14	ケアマネジャー	21
15	その他	2
0	未回答	0
合計		72

2. 所属

所属No	所属	人数
1	病院部会	23
2	医師会部会	3
3	歯科医師会部会	0
4	薬剤師部会	7
5	施設部会	0
6	デイネット部会	0
7	ヘルパーネット部会	0
8	訪問看護ネットワーク部会	7
9	訪問リハネット部会	1
10	ケアマネット部会	18
11	グループホーム部会	0
12	小規模多機能部会	1
13	町内会/民生委員等	0
14	保健福祉部会	7
15	その他(障害者サービス、行政等)	1
0	未回答	4
合計		72

3. 研修の反応

(1) わかりやすさ		人数
1	わかりやすい	56
2	まあまあわかりやすい	15
3	どちらでもない	1
4	あまりよく分からない	0
5	全く分からない	0
0	未回答	0
合計		72

(3) 今後に活かせるか		人数
1	活かせる	59
2	部分的に活かせる	10
3	どちらでもない	2
4	あまり活かせない	0
5	全く活かせない	0
0	未回答	1
合計		72

(2) 満足度		人数
1	満足	53
2	まあ満足	15
3	どちらでもない	3
4	やや不満	0
5	不満	0
0	未回答	1
合計		72

4. 今後、企画してほしい研修など

- ・ 今回と同様のものを繰り返し行い、多くの人に参加できるようにして欲しい。
- ・ 同内容
- ・ 多職種利用しての勉強、意見交換会
- ・ 在宅医との連携のやり方、緩和病棟と在宅の連携について知りたい。
- ・ 終末期ケア、看取り
- ・ 退院支援について
- ・ 模擬の地域ケア会議など
- ・ 実情(現状)とその解決

- ・ 円滑な連携の為に医師会(安城)との連携。
 どういう連携の仕方が良いか?(時間、手段等)
 急ぎの場合は?
 先生方はケアマネ、介護保険をどう思っているのか知りたい。
 往診の場合は連携しやすいのですが、外来受診が難しいと感じている。
- ・ 介護うつとなってしまった、又はなりそうな家族支援について

5. ご意見・ご感想等

- ・ 多職種ワークショップは学びの場だけではなく顔つなぎの場としても重要だと感じています。長く続けていけると良いと思います。
- ・ 今回と同様のものを繰り返し行い、多くの人に参加できるようにして欲しい。
- ・ 退院調整会議に出席し看護師からも情報提供する大切さを改めて感じた。
- ・ 病院と在宅スタッフとの視点が少しちがっていておもしろかった。
- ・ 意見交換ができてよかった。普段顔がみえないメンバーと出会えてよかったです。
- ・ 多職種の方々からの視点の違う意見を聞くことができとても勉強になりました。ありがとうございます。
- ・ 他職種の意見が聞けて良かった。自分の考え以外の事が聞けた。
- ・ 地域のあらゆる職種の方と話が出来て、よかった。色々な意見がきけて視点が広がった。
- ・ 顔の見える関係性がとてもよいと思いました。
- ・ 同じ事例を多職種で見ることで、自分では気付かなかった課題、視点を知ることができました。安城市の医療、介護、福祉に関わる人々の顔が見える良い場となりました。研修会の準備、運営ありがとうございました。
- ・ 多職種がそれぞれの知識を持ちより、意見を出し合いチームでかかわることで大きな力になるということが学べた。そのために会議の目的を定め合意形成へと着地するために司会進行役の力量や参加者全員の協力が必要だと実感できて良かった。
- ・ ケア会議のケーススタディを時間をとって多職種のグループワークでできたことは、参考になることが多かった。当事者の地域での生きがいや役割にも視点を向けられるケーススタディが今後できると良いと思った。
- ・ 多職種連携について所定の用紙があることで連携しやすくなったと思います。
- ・ たくさんの意見交換ができ有意義な会となりました。ありがとうございました。
- ・ 有意義な機会になりました。ありがとうございました。
- ・ 大変勉強になりました。ありがとうございました。
- ・ ありがとうございました。

安城市 介護の

介護のお仕事紹介！
活躍の場を見つけよう！
出会いをマッチングします。



お仕事説明会

【出展企業 安城市内の介護サービス事業所】

★訪問介護事業所(ホームヘルパー)

※要支援者の居宅で調理、洗濯、掃除、買い物支援等の生活支援サービスに従事します。



★通所介護事業所(デイサービス)、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の施設

※施設内で介助(補助)、ベッドメイク、掃除、調理、送迎等に従事します。



日時

2019年3月15日(金)

参加無料

午後2時～3時30分(入退室自由)

場所

安城市文化センター 3階 大会議室

対象

問わず(申込不要)

(訪問介護事業所で働く場合は、あんジョイ生活サポーター等の資格が必要)

内容

仕事説明、個別相談

主催：安城市

お問い合わせ先 安城市役所 高齢福祉課 地域支援係 TEL0566-71-2264

平成31年1月11日

サルビー見守りネットをご利用の皆様
サルビー見守りネットのご利用を検討されている皆様

安城市長 神谷 学
(公印省略)

サルビー見守りネット移行説明会の開催について（お知らせ）

日頃は、サルビー見守りネットの運用に御協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、平成28年10月から運用しているサルビー見守りネット（電子@連絡帳）について、運用事業者が「ctc（中部テレコミュニケーション株式会社）」から「I I J（株式会社インターネットイニシアティブ）」に、平成31年3月25日（月）から変更となります。

運用事業者の変更に伴い、現在御利用の端末に「電子証明書」を再インストールする必要があることから、移行に関する説明会を下記のとおり開催いたしますので、参加を希望される方は、下記「参加確認票」に記入し、メール又はFAXで御提出ください。

お忙しい中恐縮ではございますが、御参加いただきますようお願いいたします。

記

1 開催日時

説明会	日時	場所
第1回	平成31年2月21日（木） 16：00～17：00 （全事業者向け）	安城市民会館 3階大会議室
第2回	平成31年2月21日（木） 20：00～21：00 （医師会、歯科医師会、薬剤師会向け）	安城市医師会館 2階大会議室

※会場の都合上、第2回は医師会、歯科医師会、薬剤師会を優先としますが、会場に空きがあればどなたでも参加できます。調整が必要な場合は後日ご連絡します。

※現在、サルビー見守りネットを利用していない方もぜひご参加ください。

2 内容

(1) 電子@連絡帳の簡単な概要、移行に関するご説明、新機能に関するご説明など

(2) 証明書のインストール個別サポート（希望者）

(3) サルビー見守りネットの新規登録サポート（未利用者で希望者）

※ (2) (3) を希望される方は、ノートPC(Windows・Mac)端末、スマートフォン・タブレット(iOS 端末のみ)をネット環境が利用できる状態でご持参ください。

3 問い合わせ

安城市 福祉部 高齢福祉課 地域支援係 稲垣・寺田 電話：0566-71-2264

----- 参加確認票 -----

※提出期限：平成31年2月7日（木）

事業所名	参加者名			
	第1希望日	第 回	システムの 利用状況	有・無
電話番号	第2希望日	第 回		

提出先 メール：koufuku@city.anjo.lg.jp

F A X : 0566-74-6789