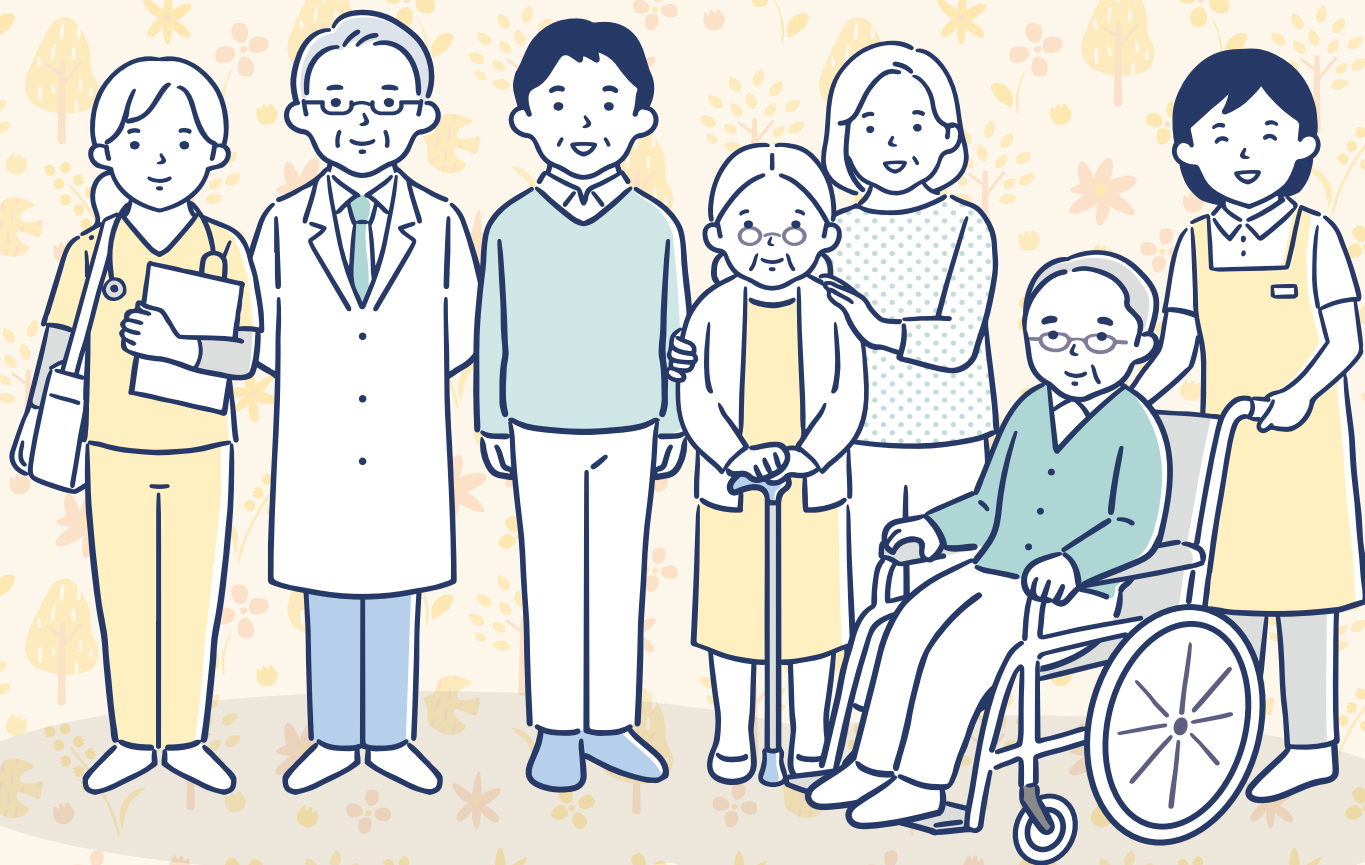


医療・介護関係者のための

在宅療養支援の手引

要介護高齢者



中央区

中央区在宅療養支援協議会

令和8(2026)年5月

在宅療養支援とは

医療や介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けていくためには、専門機関や専門職、地域の人々との支え合いによってつくられる支援体制は欠かすことができません。こうした地域の連携によってつくられるケアが在宅療養支援です。この支援では、医療・介護・福祉等各部門が1つのチームとなり、本人の意思を尊重し、その人の生活に沿った療養体制を築いていきます。例えば、以下のような医療・介護の課題がある方への支援が、「在宅療養支援」です。

寝たきりで多くの医療処置を必要とする方

Aさん 80歳代、男性。
脳幹部梗塞を発症し、寝たきり。四肢麻痺、嚥下障害、失語症などの重度の脳血管後遺症あり。気管切開と人工呼吸器を使用して呼吸を確保し、胃瘻による栄養摂取で在宅療養をしている。要介護5。自分の意思で体を動かすことはできないが、僅かな反応がある。主たる介護者は妻。



独歩可能な末期がん患者

Bさん 60歳代、女性。
乳がん末期で、他臓器へ転移あり。抗がん剤・放射線を利用したが、手術不適応。余命宣告あり。在宅を希望したため退院し、通院治療となる。モルヒネの処方あり。痛みが強いが、屋外も含んで杖歩行可能。要介護1。独居であり、天涯孤独。



リハビリテーションが必要な方

Cさん 90歳代、男性。
アルツハイマー型認知症のため服薬治療中。右大腿骨頸部骨折にて入院、同日、右人工骨頭置換術施行。見当識障害あり。長期間の入院治療による身体機能低下あり、要介護4になる。仙骨部分に褥瘡あり。上肢はリハビリにより機能が維持されている。介護者は長女家族。



通院で医療処置を行う方

Dさん 70歳代、女性。
糖尿病の療養のため、食事・運動・インスリン自己注射と血糖測定、人工透析を行っている。教育入院をしていたが、ヘモグロビンA1cも安定したため退院となる。人工透析のための通院治療あり。要支援1。介護者は弟。



～ 在宅療養支援の手引について ～

本手引では、主に在宅療養支援に係わる専門職が、在宅療養を支えるうえで必要な知識や支援のポイントを3部構成で示しています。第1部では、医療・介護の橋渡し役である医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師とケアマネジャーが、高齢者の在宅療養を支えるうえで必要な知識や支援のポイントを示しています。第2部では、多職種で情報を共有するためのツール（連携ツール）について、その特徴や注意点、個人情報保護や管理等について示しています。第3部では、在宅療養支援に関連する各種書式を掲載しています。

※この冊子の第1部では病院に入院中の方を「患者」、在宅療養中の方を「療養者」と記します。

◆ 目 次 ◆

第1部	在宅療養支援における多職種連携	
第1章	在宅療養支援の流れ	P4
第2章	医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師に必要な在宅療養支援の視点	P7
第3章	ケアマネジャーに必要な在宅療養支援の視点	P12
第4章	在宅療養を支える在宅サービス	P16
第2部	在宅療養支援に関する多職種間の情報共有について	P20
1.	連携ツール別の特徴	P20
2.	本人同意について	P23
3.	取り扱う情報の範囲	P23
4.	電子メールやLINEを活用する際の留意点	P24
5.	多職種連携ICTシステムを活用する際の留意点	P24
6.	連携情報の管理と消去	P26
7.	ICT（情報通信技術）の導入にあたって	P26
8.	個人情報保護に関わる法、ガイドライン	P27
9.	中央区MCS運用ポリシー、中央区MCS運用ルール	P27
第3部	資料集	P28

第1部

在宅療養支援における多職種連携

第1章 在宅療養支援の流れ

日本の高齢化は前例のないスピードで進行しており、令和22(2040)年には、65歳以上の人口が3,900万人(国民の34%)に達することが予想されています。このような状況で、全国の在宅療養者数は令和22(2040)年以降ピークを迎え、医療や介護の需要は、さらに増加することが見込まれています。中央区においては、高齢化率は令和10(2028)年を境に上昇に転じると推計されており、高齢者人口は他の区市町村同様、大幅に増加することが予想されています。

このため、中央区では、令和22(2040)年を見据え、高齢者の尊厳保持と自立支援のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の深化・推進に向けた取組を進めています。

医療と介護双方のニーズを有する高齢者の在宅生活に対しては、特に医療・介護の担当者が密に連携しながら、継続的に支援を行う必要があります。その中でも入院～退院は、ケアマネジャーや医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師が非常に大事な役割を担います。

図1 (P5～6) について



図1は、在宅療養を支える医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等とケアマネジャーの役割について、入院から在宅、そして再入院までの流れを可視化したものです。

入退院を支える専門職と在宅療養を支える専門職には、切れ目のない支援体制の構築が求められています。体制を構築するときは、お互いにどのような役割や制度で支援を行っているのかを把握し、意思疎通のとれたチームを作り上げることが大切です。それぞれ役割の違いはありますが、高齢者の在宅療養を支えるという目的は同じです。

* 図は左から右に向かって、入院から再入院までの過程を表したものです。

* 上段は医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等の各過程、下段はケアマネジャーの各過程を示しています。

* 表上段の(1)～(6)は第2章の説明(1)～(6)、表下段の(1)～(7)は第3章の説明(1)～(7)に対応しています。

図1 在宅療養支援の流れ

第1部

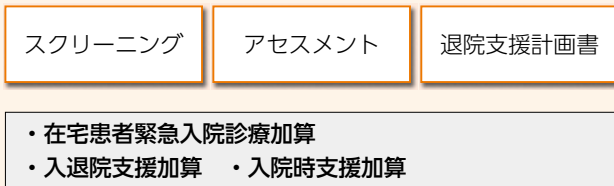
在宅療養支援における多職種連携

医療ソーシャルワーカー(MSW)・退院支援看護師等

入院
再入院

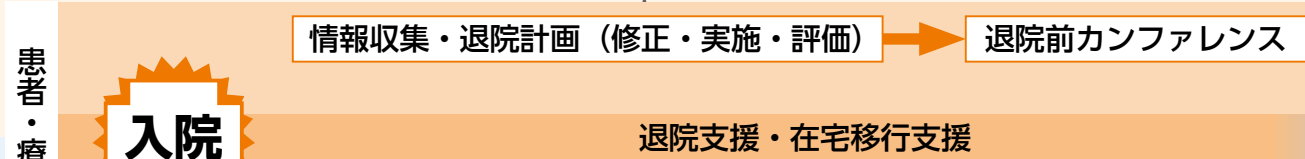
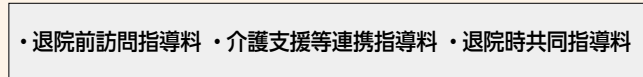
入院～治療

- 情報提供
診療情報提供書など、かかりつけ医が入院先の病院に対して情報を提供します。
- スクリーニング(1)
外来・病棟看護師や退院支援看護師等が個別的な退院支援の必要性を判断します。
- アセスメント(2)
スクリーニングにより退院支援の必要性が判明したら、治療と同時にアセスメントを行います。既に介護サービスを利用していた場合は、担当のケアマネジャーから入院時情報提供書を取り寄せ、電話等で連絡をとります。
- 退院支援計画書の作成(3)
アセスメントを行うことで明確になった医療管理や生活ニーズの課題から、支援方法を検討します。患者や家族と退院に向けた相談を行い、院内調整をします。そして退院支援の要となる退院支援計画書を作成します。



退院に向けて～

- 患者や家族との面談(意向確認)(4)
退院に向けた具体的な内容を確認し、退院前カンファレンス開催の必要性を判断するためのアセスメントを行います。ここでは、在宅療養上の希望に加え、入院前の生活状況や入院後の身体変化、退院後の生活環境(介護力や経済面も含む)について確認し、課題も共有します。担当のケアマネジャーがいる場合は、必要時に情報提供を依頼します。
- 退院前カンファレンスの開催(5)
患者・家族との面談の結果、在宅療養するうえで何らかの課題があると判断したときに、退院前カンファレンスを開催し、抽出された在宅療養上の課題について話し合いを進めます。(開催の有無は医療機関による)
- 退院指導
退院支援の方向性が明確化したら、介護保険制度の申請や訪問看護などのサービス調整を行います。同時に、患者や家族に対する退院指導を行います。
- 地域連携
医療・介護・福祉の担当者が連絡を取り、それぞれの役割を分担した支援方法を確認します。



入院

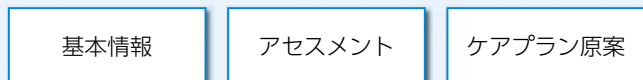
新規依頼 情報収集～ケアプラン原案作成

- 入院時情報提供書の作成・送付
入院時に既に担当ケアマネジャーになっていた場合は、入院時情報提供書を作成し、医療機関との連携を図りましょう。



出典：地域包括ケアシステムの「植木鉢」(厚生労働省)

- 新規依頼(1)
事業所内で担当者を決め、手元にある情報を共有しておきましょう。
- 情報収集(2)
できるだけ入院中の医療機関に出向き、入院の原因となった疾患や病状などの情報を収集しましょう。退院前カンファレンスで確認した情報は、ケアプランやサービス担当者会議で、関係者と共有できるように準備しましょう。
- アセスメント(3)
在宅療養支援に向けたアセスメントでは、緊急時の対応(連絡先や救急搬送先)だけでなく、在宅で使用する医療機器の取り扱い(災害時やメンテナンス等)も忘れずに確認しておきましょう。
- ケアプラン原案の作成(4)
(2)(3)の情報を基にケアプラン原案を作成しましょう。



ケアマネジャー

新規依頼
再入院

※各時期に算定される加算等を、右記の様に示してあります。

・在宅患者救急入院診療加算

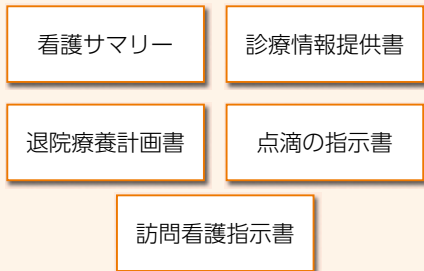
～退院

●退院までに準備する書類

- ・看護サマリー
- ・診療情報提供書
- ・退院療養計画書
- ・点滴の指示書、訪問看護指示書

●退院の調整

退院時の準備、自宅への移送手段等を患者や家族、ケアマネジャーに確認・調整し、退院日を迎えます。



- ・在宅療養指導管理料
- ・がん治療連携計画策定料
- ・退院時リハビリテーション指導料
- ・退院時薬剤情報管理指導料

在宅療養

●退院後のフォロー（6）

療養者の生活上の課題を解決できているかどうか、退院後に確認を行います。通院や電話等により状態を確認し、定期的にコンタクトをとります。療養者が介護サービスを利用している場合は、ケアマネジャーと情報共有を行います。

●多職種連携

地域の在宅療養を支えるかかりつけ医やかかりつけの歯科医、薬剤師、訪問看護師、介護サービス担当者等との交流を定期的に行い、顔の見える関係を構築します。

●地域連携

医療・介護・福祉の担当者が連絡を取り、お互いに連携しながら、効果的な医療を提供します。

- ・退院後訪問指導料
- ・開放型病院共同指導料
- ・救急・在宅等支援病床初期加算
- ・在宅患者支援病床初期加算

再入院

●スクリーニングと入院時情報提供書の受取

スクリーニングを行うとともに、ケアマネジャーや在宅療養を支える事業所等からの情報収集を行います。

入院時情報提供書
(ケアマネジャーから)



退院

退院後フォロー

入院

自宅

在宅療養支援

入院支援

入院

サービス担当者会議

モニタリング

情報提供

●サービス担当者会議（5）

ケアプラン原案が作成できたら、サービス担当者会議を開催しましょう。概ね退院前カンファレンスからサービス開始までに開催しましょう。会議開催の連絡を、かかりつけ医やかかりつけの歯科医、薬剤師、訪問看護師、介護サービスの担当者にしましょう。

緊急時の対応について、療養者や家族、支援者で事前に必ず共有しましょう。

また、かかりつけ医にもケアプランを交付するようにしましょう。



- ・退院退所加算

●モニタリング（6）

自宅での療養生活が始まってからも、定期的にかかりつけ医や訪問看護師から医療情報を収集するようにしましょう。収集した情報は、タイムリーに他のサービス事業者とも共有しましょう。

緊急時は、担当者会議で共有した方法により、医療機関に繋がましょう。在宅酸素や人工呼吸器を利用している場合は、災害時の電源やポンベの準備ができているかを把握しましょう。

●多職種連携

かかりつけ医へ療養者の状態について情報を提供します。また、地域の在宅療養を支えるかかりつけの歯科医や薬剤師、訪問看護師、病院のMSW、介護サービス担当者等との交流を定期的に行い、顔の見える関係を構築しましょう。

モニタリングシート 支援経過

- ・緊急時等居宅カンファレンス加算
- ・ターミナルケアマネジメント加算
- ・通院時情報連携加算

●再入院（7）

緊急時は、事前に決めてある連絡先（かかりつけ医や訪問看護師、家族）に電話し、療養者の様子をできるだけ詳しく伝えましょう。

再入院した医療機関のMSW等に、入院前の状況を速やかに伝えましょう。

入院時情報提供書
(MSW・退院支援
看護師等へ)



- ・入院時情報連携加算

第2章 医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師に必要な在宅療養支援の視点

ここでは、図1上段（P.5～6）の流れに沿って、医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師に必要な在宅療養支援の視点を確認していきます。

（1）スクリーニング

外来受診時から入院予定が決まったら、退院支援・在宅療養支援の必要性を判断するためのスクリーニングを行います。基本的には、外来・病棟看護師や退院支援看護師等が実施します。早期にスクリーニングを行いアセスメントにつなぐことにより、退院支援計画の作成を早期に進めることができます。最初のスクリーニングで支援の必要性がないと判断した場合にも、その後必要性が生じる可能性もあるため、随時スクリーニングを行います。

（2）アセスメント

スクリーニングにより退院支援の必要性が判明したら、治療と同時にアセスメントを行います。アセスメントは、退院支援から在宅療養支援へ移行するときの課題も含めて行います。

また、入院前に自宅で介護サービスを利用していた場合は、担当のケアマネジャーから入院時情報提供書を取り寄せましょう。入院時情報提供書は、退院支援計画書の作成に役立つ情報が多く含まれています。

（3）退院支援計画書の作成

退院支援計画書は、アセスメントで明らかになった在宅療養上の課題や日常生活における課題等について各担当者が協力して、どのような支援が必要なのか使用できるサービスや社会資源にはどのようなものがあるかなどを確認し、退院後に自宅での生活をイメージできる計画を立てることが大切です。

退院支援計画を作成するときは、治療の進行度を考慮しながら、患者や家族の意向に可能な限り添うように計画を立案しましょう。また、在宅復帰に備え、生活する場所が本人のADLに合っているかどうかの確認を行うことも計画に盛り込むことが大切です。必要に応じてリハビリのスタッフやケアマネジャー等が自宅を訪問する場合があります。

(4) 患者や家族との面談（意向確認）

患者や家族の意向確認により、退院に向けた具体的な内容を確認し、退院前カンファレンス開催の必要性を判断するためのアセスメントを行います。ここでは、在宅療養上の希望に加え、患者や家族、ケアマネジャー等に入院前の生活状況や入院後の身体変化、退院後の生活環境（介護力や経済面を含む）について確認し、課題も共有します。

このアセスメントの結果、短期の入院のため病状の変化がないなど退院前カンファレンスを開催しない場合もあります。

介護サービス利用時の注意点



介護保険が未申請または非該当の場合、介護保険が適用されないため、介護認定を受けていない期間の介護サービスは全て自費となります。介護保険のサービスを利用する際は、必ずケアプランや様々な手続き（ケアマネジメント）が必要です。これは、家族が担うこともできますが、専門知識が必要なためケアマネジャーに依頼するのが一般的です。（詳細はP.11を参照してください）

(5) 退院前カンファレンスの開催

退院支援計画を立てたら、退院前カンファレンス（退院時共同指導）を開催します。

退院前カンファレンスとは、患者や家族、病院内外の担当者（主治医や医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師、栄養士、理学療法士、薬剤師等の在宅移行を入院中から支える専門職と、かかりつけ医やかかりつけの歯科医、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー等の在宅療養を支える専門職）が集まり、退院後の療養や日常生活について方向性を決定させ、役割分担・目標・計画を共有する会議です。退院前カンファレンスの目的には、患者や家族と支援者側が同じ情報を共有すること以外にも、患者や家族が退院までの期間と自宅での生活をイメージし、その心構えができる場としての機能も含まれます。

効果的な退院前カンファレンスを開催するために



効果的な退院前カンファレンスを開催するためには、カンファレンス参加者が退院後の治療や日常生活に関する患者や家族の意向についてあらかじめ共有し、それぞれの専門性から有用と考えられる社会資源を提案できるよう準備しておくことが大切です。病院の担当者として、かかりつけ医やケアマネジャーを確認し、その人たちにもカンファレンス開催連絡をするほか、適時、情報を伝えることを意識して行いましょう。また、訪問看護を利用する場合には、入院中の病院または地域のかかりつけ医のどちらが指示書を出すのか、話し合っておきましょう。

在宅療養支援における医療・介護の相談窓口

おとしより相談センターは地域の在宅医療と介護の関係者等からの在宅医療と介護の連携に関する相談支援を行う在宅医療・介護連携相談窓口です。

おとしより相談センター（相談日及び相談時間 月～土 9:00～18:00）

※祝日・休日・年末年始は、お休みです。ただし緊急の場合は、上記以外の時間帯においてもご連絡いただけます。

住み慣れた地域で安心して暮らしを続けられるよう、高齢者の皆さんの相談・支援を行う中核機関です。

専門員が連携して対応します



おとしより相談センターへお気軽にお問い合わせください

施設名	電話	担当する住所地
京橋おとしより相談センター	3545-1107	担当地域 京橋地域 八重洲2丁目、京橋1～3丁目、銀座1～8丁目、 新富1・2丁目、入船1～3丁目、湊1～3丁目、 明石町、築地1～7丁目、浜離宮庭園、 八丁堀1～4丁目、新川1・2丁目
日本橋おとしより相談センター	3665-3547	担当地域 日本橋地域 日本橋本石町1～4丁目、 日本橋室町1～4丁目、 日本橋本町1～4丁目、日本橋小舟町、 日本橋小伝馬町、日本橋大伝馬町、 日本橋堀留町1・2丁目、日本橋富沢町、 日本橋人形町1～3丁目、 日本橋小網町、日本橋蛸殻町1・2丁目、 日本橋箱崎町、日本橋馬喰町1・2丁目、 日本橋横山町、東日本橋1～3丁目、 日本橋久松町、日本橋浜町1～3丁目、 日本橋中洲、八重洲1丁目、日本橋1～3丁目、 日本橋茅場町1～3丁目、日本橋兜町
人形町おとしより相談センター	5847-5580	
月島おとしより相談センター	3531-1005	担当地域 月島地域 佃1～3丁目、月島1～4丁目、
勝どきおとしより相談センター	6228-2205	勝どき1～6丁目、
晴海おとしより相談センター	5547-4871	豊海町、晴海1～5丁目

ケアマネジャーにつなげるまでの3STEP



意向確認の結果、退院支援・在宅療養支援が必要となり、介護サービスの利用が予想される場合、下記のステップを参考にしてケアマネジャーにつなげましょう。

STEP1：要支援・要介護認定の有無を確認する

認定あり → 介護保険被保険者証の内容を確認 → **STEP3** へ

認定なし → **STEP2** へ

* 介護保険被保険者証を確認する際は、介護度、認定期間、保険者を必ず確認しましょう。

* 介護保険被保険者証の確認ができないときは、家族を通して下記にお問合せください。

- ・おとしより相談センター (P.10参照)
- ・中央区介護保険課介護認定係 (03-3546-5385)

STEP2：要支援・要介護認定の申請状況を確認する

申請済み → **STEP3** へ

未申請 → 家族等あり → 家族等に申請を依頼 → **STEP3** へ

→ 家族等なし → おとしより相談センターに相談

* 要支援・要介護認定の申請書は、中央区のHPからダウンロードできます。

* 申請から認定されるまでの期間は、1ヶ月程度かかります。

STEP3：担当のケアマネジャーがいるかどうかを確認する

担当ケアマネジャーあり → 本人・家族から担当ケアマネジャーに連絡

担当ケアマネジャーなし → おとしより相談センターまたは居宅介護支援事業所に相談

患者・家族の状況や意向に応じた相談先

患者・家族の状況や意向	相談先
<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に戻ることを希望しているが、実際に戻れるかどうかの判断は難しい。 ・自宅に戻ることになったが、介護サービスの利用は未定。 ・転院予定だが、いずれは自宅に戻ることを希望している。 ・自宅に戻ることが決まっていて、要支援1・2の認定が既にあり、介護サービスの利用を希望している。 ・施設入所を希望している。 	おとしより相談センター
<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に戻ることが決まっていて、要介護1以上の認定が既にあり、介護サービスの利用を希望している。 	居宅介護支援事業所

第3章 ケアマネジャーに必要な在宅療養支援の視点

① 在宅療養支援におけるケアマネジメント

ここからは、ケアマネジャーに必要な在宅療養支援の視点を、図1下段(P.5~6)の流れに沿って確認していきます。

(1) 新規依頼

新規依頼が来たら、事業所内（ケアマネジャーが複数在籍の場合）でケースを担当するケアマネジャーを決め、事前に得られた情報から支援の方向性や注意点、必要な書類等を確認・共有しておきましょう。

(2) 情報収集（基本情報と入退院の情報）

担当ケアマネジャーとなったら、できるだけ入院中の医療機関に出向き、入院の原因となった疾患や病状などの情報を収集しましょう。必要な情報は、患者や家族、主治医、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等から聞き取りましょう。今後のケアマネジメントをスムーズに進めるためには、この時点で主治医や病棟看護師、医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等と情報共有ができる関係を作っておくことが大切です。

入院中の医療機関では、退院前カンファレンス開催の必要性を判断するアセスメントで、患者や家族から意向確認をします。このアセスメントの結果と入院前の生活状況や入院後の身体変化、退院後の生活環境（介護力や経済面も含む）を勘案し、在宅療養するうえで何らかの課題があると判断されたときは、退院前カンファレンスが開催されます。退院前カンファレンスでは、事前に抽出された在宅療養上の課題等について検討されます。そこには、患者や家族、主治医、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等が参加しますので、入院中の医療機関から参加依頼があった際は、積極的に参加しましょう。退院前カンファレンスに参加することは、在宅サービスの担当者にとっては、「在宅療養上の注意点」を確認できる機会となります。在宅療養上の注意点とあわせて、退院時に「何時に」「どのような方法で」「誰が退院支援をするのか」を確認しておきましょう。家族が退院時に付き添えない場合、代わりに誰が付き添うのか、事前に相談しておく必要があります。退院当日の流れや手続きなども、在宅療養支援情報確認シート等を用いて、事前に医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師に確認しておくとうれしいです。また、退院後の服薬についても、病棟看護師や院内の薬剤師などから確認しておきましょう。自宅での服薬管理は、訪問看護師や薬剤師による居宅療養管理指導を利用すると良いでしょう。

(3) アセスメント

「ケアマネジメントはアセスメントに始まりアセスメントに終わる」と言われるとおり、アセスメントは1回で終了するものではありません。退院前だけでなく、自宅での生活が始まってからも、継続的に身体の状態や環境の変化を捉え、その都度更新しましょう。また、アセスメントは、ケアマネジメントの土台として自立支援の要になる重要なものなので、在宅療養支援では心身の状態や服薬状況等をより注意深くアセスメントしましょう。アセスメントに必要な情報は、患者や家族だけでなく、入院先の主治医や病棟看護師、医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等からも意見を聞き、医療面（口腔ケア・服薬を含む）・福祉面からより患者の意向に沿った課題設定や分析を行います。このとき、患者や家族がどのようなサービスを望んでいるのか、どのような生活を送りたいのかを常に中心に置いてアセスメントすることを心掛けることが大切です。また、課題の抽出に偏ることなく、患者や家族のストレングスを見出すことが必要となります。人工呼吸器や吸引器などを使用している場合は、医療機器の種類や機能、定期的なメンテナンス、予備の消耗品や停電時の対応についてもしっかり確認しておきましょう。選定したサービスと設定した目標の根拠を説明できる根拠のあるケアプランを作成できるかどうかは、このアセスメントをしっかりと行うかどうかで左右されます。

(4) ケアプラン原案の作成

アセスメントが済んだら、ケアプラン原案（以下ケアプラン）の作成を始めます。

ここで、「ケアプランとは何か」について確認しておきましょう。ケアプランとは、療養者や家族、専門職が協働して、ケアマネジャーがまとめ上げる療養者と家族のための「望む生活・望む結果」に向けた実行計画です。つまり、ケアプランはケアマネジャーが一人で作り上げるものでも、絵空事を並べ立てた書類でもなく、療養者や家族の主体的な関わりと、様々な見地を持った専門職が協働で作る、実行を伴う計画書です。解決に必要なサービスについては、フォーマルサービスのみでなく、インフォーマルサポートなど社会資源の活用も含め計画に位置づけます。また、ケアプランは、ケアマネジャーの説明力にもよりますが、療養者や家族が内容をイメージして理解することができて初めて意味を成します。

在宅療養支援においては、(3)のアセスメントと同様に多くの医療情報を、ケアプランに盛り込む必要があります。しかし、ケアプランに多くの医療情報を盛り込むと、読みにくいケアプランになるおそれがあります。このようなときは、医療情報を別紙として示すなど、過不足なく見やすいケアプランにするよう工夫しましょう。ケアプランを作成するときには、「気付かず見落としている点」や「思い込み」が入り込むおそれがあります。これらは、重大な誤りとなることもあるため、事業所内（複数人）で検討・共有するようにしましょう。また、在宅療養支援におけるケアプランで特に大切なことが、緊急時対応についての記載です。ここで言う緊急時とは、体調の変化だけでなく、災害や停電、家族（介護者）の体調悪化も含まれます。このような緊急時に対して臨機応変に対応できるように、緊急連絡先、緊急時の対応手順、停電時における医療機器の取り扱い、服薬状況等、必要な情報を記載しておきましょう。

(5) サービス担当者会議

ケアプラン原案が作成できたら、サービス担当者会議を開催しましょう。在宅療養支援における担当者会議では、主治医が出席できるように配慮しましょう。

在宅療養支援におけるサービス担当者会議では、療養者や家族、自宅での療養生活を支える医療・介護サービス事業者の担当者等が集まり、自宅での療養生活に対する療養者や家族の意向を参加者で共有して合意形成を図り、今後の支援につなげていきます。

サービス担当者会議の開催時期は、概ね退院前カンファレンスからサービス開始までに行いましょう。

在宅療養支援におけるサービス担当者会議では特に、緊急時の対応について、療養者や家族と在宅サービスの担当で事前に必ず共有しておきましょう。緊急時の対応を円滑に進めるには、療養者や家族の意向、かかりつけ医や訪問看護師による緊急時対応の範囲を確認したうえで、緊急時の連絡先、搬送する病院や移送方法等、あらかじめ起こりうる事態を想定し、それぞれの場面における対応について共通認識を持つておくことが大切です。

(6) モニタリング

在宅療養支援におけるモニタリングでは、継続的に多くの医療情報をモニタリングする必要があります。療養者が適切かつ効果的にサービスや支援が受けられるよう、療養者の心身状況の変化を見逃さず、早期に発見することが大切です。また、体調の変化があるときだけではなく、定期的にかかりつけ医や訪問看護師から医療情報を収集することも重要です。収集した情報は、他のサービス事業者と随時共有しましょう。緊急時の対応についても、サービス担当者会議や体調に変化があるときだけではなく、定期的に療養者や家族、かかりつけ医、訪問看護師等に確認することが大切です。緊急時に慌てることなく、臨機応変に対応できるよう普段から準備しましょう。

退院後、療養者の状態や生活の様子を、入院していた病院の医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師等にフィードバックしましょう。地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域で在宅療養を支える体制を築くことも、ケアマネジャーの重要な役割だと言えます。



(7) 再入院

事業所の職員から、療養者の著しい体調変化があったと報告を受けたときは、まず、事前に決めてある緊急時連絡先（かかりつけ医、訪問看護師、家族）に電話し、療養者の様子をできるだけ詳しく伝えましょう。そして、今後の対応について相談し、速やかに行動します。ただ、生命の危機が迫っている状況が明らかな場合は、直ちに救急車を呼びべきです。状態の変化などで入院となったときは、ケア上の注意事項や入院前の様子など、医療機関側が必要な情報を的確に伝えられるように準備します。伝える内容は「いつ頃から」「どのような状態だったか」など、時系列で説明できるようにしておきます。入院先に情報提供する際は、本手引きの **資料1** (P29) の「入院時情報提供書」をご活用ください。

② 在宅療養支援における災害時の対応

地震や台風等によるライフラインの寸断は、療養者に重大な危機をもたらします。例えば、療養者が酸素濃縮装置や人工呼吸器を使用している場合、地震等で停電した際に、酸素ボンベや外部バッテリーへの切り替えができないと、状態によっては短時間で生命の危機に陥ります。また、洪水等で交通機関が寸断され、訪問看護や訪問介護等のサービスが数日間利用できず、必要な処置や介助が受けられない状況が続くと、生活環境や心身の状態によっては生命の危機に陥るリスクが高まります。このような事態に陥らないようにするためには、臨機応変に対応できるよう、普段から災害に備えることが大切です。

下記の「災害に備えて確認しておくことリスト」を参考に、災害に備えて準備しましょう。

災害に備えて確認しておくことリスト

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 中央区の災害対策 | <input type="checkbox"/> ⑦ 医療機器をレンタルする事業者の災害時連絡先と対応 |
| <input type="checkbox"/> ② 所属する事業所の災害対策 | <input type="checkbox"/> ⑧ かかりつけ医やサービス事業者の災害時連絡先と対応 |
| <input type="checkbox"/> ③ 療養者の安否を確認する方法 | <input type="checkbox"/> ⑨ 「救急医療情報キット」や「災害時地域たすけあい名簿」などの制度利用 |
| <input type="checkbox"/> ④ 療養者が住む地域の避難場所 | <input type="checkbox"/> ⑩ ケアマネジャー自身が安全に対応できる範囲 |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 災害時に療養者宅を訪問する経路と優先順位 | |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 医療機器の機能や特性と取り扱い方法 | |

③ 終末期

終末期の支援で大切なことは、人生の最後をどこで、どのように迎えたいかという療養者や家族の意向を確認し、その意向をできるだけ尊重できるように支援することです。

終末期は、状態の変化に伴い、サービスの内容や頻度の変更が増加することがあります。これにより、ケアマネジャーも療養者宅に訪問する回数やサービス調整する頻度が増え、一時的に業務量が増加します。この様なときでもケアマネジャーは、臨機応変に対応することを求められています。臨機応変に対応するためには、やはり日頃から他職種との連携を図り、緊急時の対応方法や終末期をどこでどのように過ごしたいのかを確認する等、しっかり準備しておくことが大切です。

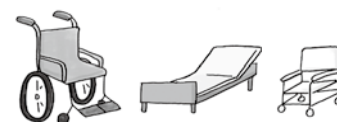
用語	意味
終末期 ターミナル期	適切な治療を受けても回復の可能性がなく、死期が間近（おおむね6ヶ月以内に亡くなる可能性が高い人）であると判断された状態です。
ターミナルケア	延命を行わず、身体的にも精神的にも苦痛を伴わないように看護や介護をし、ご本人らしく人生の最期を生きる為に行われるものです。
緩和ケア	本人・家族の身体的・精神的な苦痛を和らげ生活の質（QOL）を維持・向上することを目的に、がんや非がんに対する医療に提供されるケアです。
尊厳死	本人の意思に基づき過剰な延命治療を避け、尊厳をもって迎える自然な死のことです。
人生会議 (ACP：アドバンス・ケア・プランニング)	もしものときのために、自らが望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のことです。

第4章 在宅療養を支える在宅サービス

① 介護保険で利用できる訪問サービスと環境改善サービス

	サービスの種類	内容
1	居宅介護支援	ケアマネジャー（介護支援専門員）による、ケアマネジメントを提供します。ケアマネジメントとは、主に相談対応、ケアプラン（居宅サービス計画）作成、サービス調整、給付管理などです。
2	訪問看護	訪問看護事業所の看護師等が、医師の指示に基づき療養者の自宅に訪問し、療養生活に必要な医療処置や療養上の相談等を行います。
3	訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医師の指示に基づき、通院することが難しい療養者宅へ訪問し、療養生活に必要なリハビリを行います。
4	訪問入浴介護	自宅での入浴が困難な療養者に対し、室内に簡易浴槽を持ち込み、看護師による体調管理のもとで、入浴の介助を行います。
5	居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が、通院することが難しい療養者の自宅に訪問し、療養上の管理や指導を行います。
6	訪問介護	訪問介護事業所のホームヘルパー（訪問介護員）が、療養者の自宅に訪問し、食事・入浴・排せつ等の介助（身体介護）や調理・洗濯・掃除等の家事（生活援助）を支援します。
7	★ 夜間対応型訪問介護	夜間、定期的に自宅を巡回し、排せつの介助や安否確認などを行う定期巡回サービスと、療養者の求めに応じて訪問する随時訪問サービスとを組み合わせたサービスです。
8	★ 定期巡回随時対応型 訪問介護看護	訪問介護員と訪問看護師が定期的に自宅を巡回し、排せつの介助や安否確認、療養上必要な処置などを行う定期巡回サービスと、24時間365日利用者の求めに応じて訪問する、随時対応サービスを組み合わせたサービスです。
9	福祉用具貸与	手すりや歩行器などの福祉用具を、定額でレンタルできるサービスです。介護度によっては対象にならない物もあります。
10	特定福祉用具販売	対象の福祉用具を指定事業者から購入した際に、区に申請することで、購入費用（1年間（4月～翌3月）で10万円を上限）の7～9割が介護保険から支給されます。
11	住宅改修費支給	住宅改修の必要性があると、中央区が事前に認めた工事（手すりの取付けや段差解消等）の内、かかった費用（ひとりにつき20万円を上限）の7～9割が介護保険から支給されます。

〔★〕印は地域密着型サービスです。地域密着型サービスとは、基本的に中央区民を対象としたサービスです。



② 介護保険で利用できる通所・短期入所サービス

	サービスの種類	内容
1	通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設などに併設されているデイケア施設に通い、心身の機能維持・回復に必要なリハビリテーション及び、入浴・食事などの日常生活上のサービスを日帰りで行います。
2	★ 認知症対応型通所介護	認知症の方を対象とした通所介護施設に通い、入浴・食事・排せつなどの日常生活上の支援や機能訓練など、認知症の方を対象とした専門的なサービスを日帰りで行います。
3	通所介護 (デイサービス)	通所介護施設に通い、入浴・食事・排せつなどの日常生活上のサービスや、機能訓練などを日帰りで行います。
4	★ 地域密着型通所介護	定員が18人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や機能訓練などを日帰りで行います。
5	短期入所療養介護	老人保健施設などに短期間入所し、医学的管理のもとで、日常生活の支援や機能訓練などのサービスを行います。
6	短期入所生活介護	特別養護老人ホームなどに短期間入所し、排せつ・食事などの日常生活におけるサービスを行います。
7	★ 小規模多機能型居宅介護	「通い」「訪問」「宿泊」を同施設・同職員にて行う多機能なサービスです。費用は要介護度に応じた定額制となっています。

【★】印は地域密着型サービスです。地域密着型サービスとは、基本的に中央区民を対象としたサービスです。

③ 医療保険で利用できる訪問サービス

	サービスの種類	内容
1	訪問看護 ^{※1}	末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等で、医師の指示がある場合などに、医療保険の給付による訪問看護が行われます。
2	訪問診療	医師が1～2週間に1回の割合で、療養者の自宅を訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談を行います。
3	往診	診療上必要があると認められる場合に、医師が予定外であっても自宅に訪問して診療を行います。
4	訪問歯科診療	通院が難しい療養者の自宅に歯科医師が訪問し、歯の治療や入れ歯の調整だけでなく、口腔ケア・嚥下状態の確認なども行います。
5	訪問リハビリテーション ^{※1}	厚生労働大臣が定める疾病等で通院が困難な療養者に対し、医師の診療・指示に基づき、自宅で行われるリハビリテーションです。
6	訪問薬剤管理指導 ^{※2}	医師の指示に基づき、通院困難な療養者（介護認定なし）の自宅に薬剤師が訪問し、薬の服薬管理や指導を行います。
7	訪問栄養食事指導 ^{※2}	医師の指示に基づき、通院困難な療養者（介護認定なし）の自宅に管理栄養士が訪問し、栄養や摂取量等について指導を行います。

※1 介護保険の給付は医療保険の給付に優先

※2 介護認定を受けた療養者の場合、介護保険の「居宅療養管理指導」が優先

④ 在宅療養を支える中央区のサービス

	サービスの種類	内容
1	緊急通報システム	65歳以上のひとり暮らし高齢者などが、急病などの緊急時にボタンひとつで通報できる緊急通報システム機器を自宅に設置します。
2	緊急生活支援宿泊サービス	介護者の急病などで、緊急に介護が必要なときに利用できるショートステイサービスです。
3	紙おむつ等支給	要介護2以上で常時おむつが必要な方を対象に紙おむつなどを自宅等へ配達します。紙おむつの持ち込みができない病院等に入院・入所中の方はおむつ代の助成を行います。
4	ふとん乾燥・丸洗い	要介護2以上で寝たきりの方などを対象とした、ふとんの乾燥・丸洗いサービスです。
5	理美容サービス	理美容店の利用が困難な要介護2以上の方などを対象に、自宅で受けられる訪問理美容サービスです。
6	救急医療情報キット	65歳以上の高齢者の方などを対象に、緊急連絡先や血液型などを記入して冷蔵庫に保管する、「救急医療情報キット」を配布します。
7	在宅療養支援訪問看護	介護認定を受けた方が、在宅療養中の場合や病院などを退院・退所した場合に、看護師などが自宅へ訪問し、療養上の相談や指導などを行います。
8	在宅療養支援病床	要介護高齢者などが、病状の急変時などに利用できる在宅療養支援病床を指定の病院に3床確保しています。
9	介護者慰労	区に6ヶ月以上居住する要介護2以上の方を日常的に介護している介護者を対象に、食事・マッサージ共通券、または旅行券を支給します。
10	おとしより介護応援手当	区に6ヶ月以上居住する65歳以上の高齢者で、要介護3以上で、寝たきりまたは認知症の状態が3ヶ月以上経過している方を対象に、手当を支給します。



5 関係機関（相談窓口）

(1) 高齢者の総合相談窓口、在宅医療・介護連携に関する相談窓口

高齢者の総合相談窓口	電話	担当地域
京橋おとしより相談センター	03-3545-1107	京橋地域
日本橋おとしより相談センター	03-3665-3547	日本橋地域
人形町おとしより相談センター	03-5847-5580	
月島おとしより相談センター	03-3531-1005	月島地域
勝どきおとしより相談センター	03-6228-2205	
晴海おとしより相談センター	03-5547-4871	

(2) 健康相談

健康相談窓口	電話	担当地域
中央区保健所	03-3541-5930	京橋地域
日本橋保健センター	03-3661-5071	日本橋地域
月島保健センター	03-5560-0765	佃・月島地区
晴海保健センター	03-6381-2972	勝どき・豊海町・晴海地区

(3) 介護保険の相談（中央区役所）

担当業務	電話	担当係
保険給付、利用者負担の減免、事業者の支援	(3546) 5377	介護保険課 事業者支援給付係
保険料の賦課・減免、要介護認定	(3546) 5385	介護保険課 介護認定係
介護サービスの利用・相談、高齢者虐待の対応	(3546) 5379	介護保険課 地域支援係
介護サービス事業者の指定・指導、介護保険の苦情・相談	(3546) 5749	介護保険課 指導担当
介護保険以外の区の独自サービスの利用・相談	(3546) 5355	高齢者福祉課 高齢者サービス係

(4) 地域の在宅医療等の情報

地域の在宅医療等の情報は、区のホームページをご覧ください。（年1回更新）

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医の紹介・相談（医師会等）
- 在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所
- 在宅介護支援薬局
- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所 等

〔ホームページ掲載場所〕

<https://www.city.chuo.lg.jp/a0029/kenkouiryu/koureikaigo/zaitakuiyou/kazoku/mado-zaitaku.html>



第2部

在宅療養支援に関する多職種間の情報共有について

医療と介護双方のニーズを有する高齢者は増加しており、医療と介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきています。在宅療養支援を多職種で連携して実施するには、かかりつけ医を含めた各職種の持つ情報を共有し、課題の明確化、支援方法の決定を行います。その過程で活用される連携ツールにはそれぞれ特性があり、安全かつ確実な情報共有、相談を行うためには、その内容に適した連携ツールを選択する必要があります。

特に、ICT（情報通信技術）の活用は、療養者も含めた関係者間での適時適切な情報共有を行うためには有効な手段であり、ICTの活用による連携の強化や効率化が今後ますます重要になってきます。一方で、機密性の高い個人情報の管理についても改めて確認と理解の徹底が求められます。

ここでは、用いられる連携ツールの特徴や、注意点、個人情報の保護や管理等について示します。

① 連携ツール別の特徴

(1) 会議（サービス担当者会議）

関係者が一堂に会して行う対面での会議は、情報の共有、理解度、共通認識といった点で最も優れた連携方法であり、「顔の見える」関係が構築されることで、関係者間の信頼度も高まり、支援チームの総合力を高める多職種間連携の基本中の基本といえます。

しかしながら、多くの業務と支援者を抱える関係者を頻繁に招集することは、物理的に限界があり、また、会場経費のほか、移動時間や調整時間など、結果的に多くの人件費を費やすため、多額の経費を要する方法であるといえます。

このため、支援方針や連携ツールの決定・変更時など、支援上の重要な局面となったとき等に限って効果的に開催する必要があります。

(2) 連携ノート

「連携ノート」は誰でも記入することができ、必要に応じて記入様式の変更が簡便にできます。記録として残るため、伝達性、確実性が高く、証拠能力も高いです。ただし、「連携ノート」は療養者の自宅で保管されるものであり、閲覧するためには療養者の自宅まで行かなければならないため、緊急性のある情報の交換には不向きといえます。また、関係者以外による閲覧や持ち出し、不適切な廃棄、盗難、紛失等により情報漏えいが起こる可能性があります。

このため、「連携ノート」は緊急性の低い連絡事項の伝達や、比較的狀態の安定した療養者へのケアの記録に活用するものであるといえます。

(3) 郵送

「郵送」は、文書として残り、伝達性や確実性、証拠能力が高い連携ツールです。特に書留や内容証明郵便は確実性や証拠能力が高くなります。ただし、発送から相手のもとに届くまでに時間がかかるため即時性は低くなります。また、関係者以外による閲覧や持ち出し、不適切な廃棄、盗難、紛失等により情報漏えいが起こる可能性があります。

このため、「郵送」は、緊急性が低く、確実に伝達したい事項の連絡に用いるものであるといえます。

(4) 電話

「電話」はその場で情報のやり取りが出来るため、即時性が高く、緊急時の連絡に有用です。ただし、文書のような記録が残らないため、聞き違い等の誤った情報伝達が起こるリスクがあります。また、基本的に一対一でのやりとりに限られるため、複数人と連携する場面では複数回電話をする手間がかかります。

(5) FAX

「FAX」は送信から受信までにかかる時間が少なく、「電話」と同様に情報の即時性が高いです。文書として送信されるため、確実性は高くなりますが、不鮮明な印字等で情報を誤認する可能性があります。また、誤送信や不適切な廃棄、盗難、紛失等により情報漏えいが起こるリスクがあります。

「FAX」を活用する場合は、送信者、受信者双方に「FAX」を送受信できる機器があることが前提となります。携帯電話や「電子メール」が普及した現在、必ずしも全ての関係者がFAX機器を備えていないことを念頭に置かなければなりません。

(6) 電子メール

「電子メール」は送信から受信までにかかる時間が少なく、情報の即時性が高いです。同じ内容の「電子メール」を同時に複数へ、繰り返し送信が可能であり、また文章だけでなく、写真、動画等様々な形式の電子データのやり取りができます。

ただし、「電子メール」の内容を確認するタイミングは受信者に委ねられるため、必ずしも緊急性の高い情報伝達に有用であるとはいえません。障害により「電子メール」の閲覧や送受信が出来なくなることによっても、情報の即時性は低くなります。また、「電子メール」の誤送信や電子データが保存された情報端末の紛失等により情報漏えいが起こるリスクがあります。

(7) メッセージ系 SNS

「LINE」に代表されるメッセージ系 SNS は、情報の発信から受信までにかかる時間は少なく、情報の即時性が高いです。また文章だけでなく、写真、動画等様々な形式の電子データのやり取りができます。

ただし、「電子メール」と同様に内容を確認するタイミングは受信者に委ねられるため、必ずしも緊急性の高い情報伝達に有用であるとはいえません。通信障害や機器トラブルにより情報の閲覧や

発信が出来なくなったり、情報が失われる可能性もあります。一対一でのやりとり以外にもグループ、スケジュール管理等の機能がありますが、数が増えると管理が難しくなります。

また、「LINE」については同一機器で複数のアカウントを所持できないため、業務専用の機器がある場合を除き、プライベートと業務で使い分ける運用が出来ません。在宅療養支援業務で活用する際は、誤送信等による情報漏えいが起こらないよう、十分配慮する必要があります。

(8) 多職種連携 ICT システム

「多職種連携ICTシステム」は、情報の発信から受信までにかかる時間は少なく、情報の即時性が高いです。「多職種連携ICTシステム」でやり取りした情報を、自身の業務記録等に二次利用することが可能で、情報管理もしやすくなっています。また、文章だけでなく、写真、動画等様々な形式の電子データのやり取りができます。

ただし、使い方が分からない、ICTシステムが動作する情報端末がない等の理由で、関係者全員が「多職種連携ICTシステム」を活用できない場合もあります。また、「電子メール」や「LINE」と同様に、内容を確認するタイミングは受信者に委ねられ、必ずしも緊急性の高い情報伝達に有用であるとはいえません。

「多職種連携ICTシステム」は、医療、介護に関する個別支援のための連携ツールとして開発されたものであり、個人情報を取り扱うことが前提のシステムです。誤送信や電子データが保存された情報端末の紛失等による情報漏えい、不正アクセスによる情報の改ざんや毀損等のリスクに備える必要があります。

- *多職種連携 ICT システムは医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特長があります。
- ・医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用開発されたシステムです。
- ・医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った完全非公開型のシステムです。

(9) 交流系 SNS

「X」や「フェイスブック」等の交流系SNSは、情報の即時性のほか拡散性も非常に高く、文章だけでなく、写真、動画等様々な形式の電子データのやり取りができます。一方で、SNSの種類によって、電子データの保管場所や保管方法が異なるため、電子データの在り処や動きがわかりにくく、障害対策も困難です。誤送信や不正アクセス、電子データが保存された情報端末の紛失等により情報漏えいや情報の改ざん、毀損が起こる可能性があります。

基本的に、不特定多数への情報発信となるため、個人情報は取り扱えません。仮に、発信先を限定した運用とした場合でも、操作ミスによる情報漏えい事故が特に発生しやすいといえます。このため、療養者に関する情報は、絶対に取り扱わないようにし、介護、医療に関する知識や講演会開催のお知らせなど、一般向けに広く普及したい情報のやりとりに用いる手段と考えるべきです。

② 本人同意について

関係者間で連携を行う際に、各機関が所持する療養者の情報を他機関に提供することになります。医療、介護、福祉で取り扱う情報は特に機密性の高い個人情報であるため、他機関に情報提供を行う際は、支援関係者であっても療養者や家族から、同意を取る必要があります。そのため、関係者間で連携を行うことについて、あらかじめ療養者や家族と同意書を締結します。同意は、かかりつけ医もしくはケアマネジャーが取ることを基本とします。同意書には「中央区メディカルケアステーション（MCS）運用ポリシー」[資料 2](#)（P31）で定める「在宅療養における個人情報使用同意書」[資料 4](#)（P35）を参考に、次のような内容について記載します。

- 連携の目的について
- 連携する関係機関について
- 活用する連携ツールについて
- 連携で取り扱う情報の範囲について
- 療養者が有する権利について

支援を行っていく中で、連携ツールや関係機関に変更が生じた場合は、その都度、療養者や家族へ変更内容について説明を行い、必要に応じて再度同意書を締結します。

③ 取り扱う情報の範囲

医療、介護、福祉で取り扱う情報は、他人が容易には知りえない、特に厳格な取扱いが求められる個人情報が多く含まれています。このため、連携ツールによっては、その利便性よりも情報漏えいの危険の方が高い場合もあり、中央区では、多職種連携において連携ツール別に取り扱うことができる情報を、原則として、下表のとおりとします。

情報の種類	連携手段								
	会議	連携ノート	郵送	電話	FAX	電子メール	SNS (LINE)	多職種連携 ICT システム	SNS (X、フェイスブック等)
個人を特定する情報 (氏名、生年月日、住所等)	○	○	○	○	×	×	×	○	×
療養者の心身の状況 (疾患名、検査結果、使用薬剤等)	○	○	○	○	○	○	○	○	×
療養者の利用しているサービス	○	○	○	○	○	○	○	○	×
療養者や家族の希望	○	○	○	○	○	○	○	○	×
訪問等の日程調整	○	○	○	○	○	○	○	○	×
一般的な知識 (疾患、介護方法等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
研修や講演会のお知らせ	○	○	○	○	○	○	○	○	○



④ 電子メールやLINEを活用する際の留意点

(1) 電話の代替手段としての活用

「電子メール」や「LINE」の活用については、「電話」の代替手段としての活用範囲に留め、発信者が、発信する内容や発信先について責任を持って運用するようにします。特に複数の相手に対して同時に送信する場合や、「LINE」のグループ機能を用いる場合は、誰にその情報が発信されるかについて、確認しながら慎重に運用する必要があります。

一般に、療養者別に、「メーリングリスト」や「LINE」グループを作って、関係者間で常に情報共有する方法は、システムの理解不足や操作ミスによる情報漏えい事故が発生しやすいうえ、情報の保存場所（媒体）や管理責任の所在が不明確となる場合が多いです。このため、このようなグループ運用は、「電子メール」や「LINE」では行わず、「多職種連携ICTシステム」を活用しましょう。

(2) 個人を特定する情報を取り扱わない運用

「電子メール」や「LINE」は、情報交換する相手を限定できるため、連携ツールとして、個人情報を取り扱っても問題ないと思いがちですが、操作ミスや機器の紛失、ウイルス感染等による情報漏えい事故が起きた場合の情報の拡散性の高さや回収の困難性を十分に考慮しておく必要があります。このため、個人を特定できる情報は絶対に取り扱わないようにしてください。例えば、「1234番はAさん、3245番はBさん」というように、識別番号を関係者間であらかじめ決めた上で個人名を伏せながら運用するなど、仮に情報が外部に流出しても、個人を特定できないようにする必要があります。

⑤ 多職種連携ICTシステムを活用する際の留意点

(1) サービス担当者会議での検討と管理者の決定

「多職種連携ICTシステム」の活用については、「サービス担当者会議」において、「7. ICT（情報通信技術）の導入にあたって」（P26）の内容をふまえて、関係者間で十分に検討してください。活用することになった場合、どの「多職種連携ICTシステム」を導入するかを決定し、あわせて管理者を決定します。管理者は、かかりつけ医や療養者のケアマネジャーなどの個人、あるいは、それらが所属する医療機関、居宅介護支援事業所、医師会などの法人が担います。

(2) 管理者の役割と参加者

管理者は、「多職種連携ICTシステム運用ポリシー」を定め、その運用ポリシーに従って、構成するグループの管理、参加者の決定及び管理、療養者情報の管理を行います。

また、「多職種連携ICTシステム」の活用は、療養者や家族からの同意を取る必要があり、同意に基づいた適切な運用について責任を負います。

参加者は、かかりつけ医やかかりつけの歯科医、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護・福祉サービス担当者、または、それぞれが所属する医療機関や事業所（法人）となります。

「多職種連携ICTシステム」に個人として参加する場合は、所属する法人の承諾を得たうえで、そ

それぞれの法人が運用している個人情報の取扱い規定や情報セキュリティのルール等に従って運用するようにしてください。特に個人所有の情報機器を使用する場合は、持ち出しのルールや退職時の取扱い等、法人内部で十分な検討をおこなったうえで、以下のような対策を行ってください。

- 情報端末にウイルス対策ソフトを導入する
- 情報端末にパスワードを設定する
- ID、パスワード等を情報端末に残さない
- 覗き見防止機能やフィルタの着用
- 家族や友人等第三者に情報端末を使用させない

(3) 多職種連携 ICT システム運用ポリシー

「多職種連携ICTシステム運用ポリシー」には、次のような内容を定めるほか、それぞれの連携グループの運用に必要なルールを定めます。 [資料2](#) (P31) を参考にしてください。

- 目的
- 遵守する法令及びガイドライン等
- 参加申込の手続
- 運用管理者
- 運用管理者の責務
- 療養者の同意
- 参加者の遵守事項
- ID、パスワードの管理
- ICT 機器のセキュリティ対策

(4) 多職種連携 ICT システム運用の原則

多職種連携 ICT システムは在宅医療と介護連携を推進するための連携ツールのひとつです。急変時や緊急連絡は原則電話等で直接連絡します。

多職種連携 ICT システムは24時間365日支援関係者を拘束したり、即時対応を求めたりするものではない、ということをグループの共通認識として運用するようにしてください。

6 連携情報の管理と消去

(1) 連携情報の管理

例えば、「電話」で情報交換した場合、療養者の支援のために記録すべき必要な情報を、まずメモに取り、そのメモから、かかりつけ医であれば診療記録、ケアマネジャーであれば、支援経過記録に記録して保管・管理し、メモはシュレッダーにかけるなどして適切に破棄しています。一方、「電子メール」や「多職種連携ICTシステム」でやりとりされる電子データは、「電話」と違い、ソフトウェア上で内容を確認できるため、その機器やソフトウェア上に記録したまま運用することができてしまいます。しかし、この方法は、重要な情報の管理状態として、たいへん不安定な状態であり、情報管理の責任、保存年数管理、情報開示への対応等の点においても、問題の多い管理方法といえます。このため、ICTを用いた連携情報も、「電話」と同じように、適切な情報管理ができる診療記録や支援経過記録に記録して、その診療記録や支援経過記録をその法人の規定に従って適切に管理するようにします。そして、情報機器やソフトウェア上からすみやかに削除する運用としておけば、情報漏えいのリスクを大きく低減させることも出来ます。

(2) 連携情報の消去

参加者が関係者でなくなった場合や使用している機器を変更する場合、活用している連携ツールの連携情報（電子データ）がどこに記録されているかを理解したうえで、適切に消去する必要があります。

「電子メール」や「LINE」の場合は、それぞれ活用している個人（法人）が責任を持って、メールソフトや機器に記録されている情報を消去します。「多職種連携ICTシステム」の場合は、管理者が責任を持って、関係者でなくなったものをグループから外したり、システム内に残っている連携情報の消去等を行います。

なお、記録として一定期間保管が必要な連携情報については、診療記録や支援経過記録、事業者の業務用システムなどに適切に転記し、法令や法人等の定めたルールに従って管理します。

7 ICT（情報通信技術）の導入にあたって

- 活用する連携ツールは、支援関係者に合わせ最も適当なものを選定します。ICT機器の使用が困難な者がいる場合は、活用を強要せず、関係者間で最も円滑かつ正確に連携が可能な方法をとります。
- 職種による視点の違いや役割の違いを相互に理解し、多職種連携を推進します。
- 医療、介護、福祉の情報は他人が容易には知りえないような守秘義務の度合いが高い個人情報であるという認識を持ち、慎重に扱う必要があります。

第3部

資料集

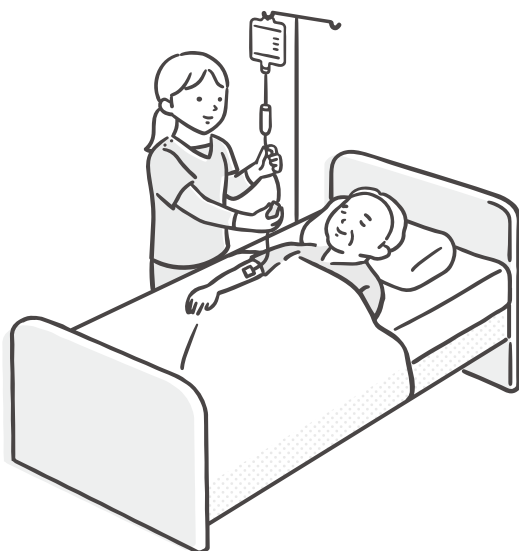
資料1	入院時情報提供書	P29
資料2	中央区メディカルケアステーション (MCS) 運用ポリシー	P31
資料3	業務情報保持に関する誓約書	P34
資料4	在宅療養における個人情報使用同意書	P35
資料5	中央区におけるメディカルケアステーション (MCS) による医療・介護関係者間での運用ルール	P37

地域の在宅医療等の情報

在宅医療・介護連携に関する相談窓口や地域の在宅医療等の情報は、区のホームページをご覧ください。

〔ホームページ掲載場所〕

<https://www.city.chuo.lg.jp/kenkouiryou/koureikaigo/zaitakuiryou/iryokikankaigozigyousyamuke/index.html>



医療機関名：
 ご担当者名：

 事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、____年 ____月 ____日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()					
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号			
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号			

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	かかりつけ医療機関2
医師名	医師名
かかりつけ医療機関3	かかりつけ歯科医療機関
医師名	歯科医師名
かかりつけ薬局	訪問看護ステーション

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 ※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない(<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(書類名：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄：)(氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎)	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
認知機能の状況	みまもりの必要性: 日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識: 現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶: 身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに(週1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力: テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度: <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上)(直近の入院理由: 期間:令和 年 月 日～令和 年 月 日)								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> ペット飼育の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項: <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()								
10. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)									
住環境可能ならば「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) ____階建て 居室 ____階 エレベーター(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項:								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名: 続柄: 年齢:)								
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()								
特記事項									
11. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)									
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()								

区内共通のMC S 運用ポリシーです。
この規程の他に必要な事項がある場合は、各事業者が項目を追加、
または別に定めてください。
MC S の使用については、各事業者の責任でお願い致します。

中央区メディカルケアステーション（MC S）運用ポリシー

（目的）

第一条 この運用ポリシーは、メディカルケアステーション（以下、MC S という。）で使用される機器、ソフトウェア及び運用に必要な仕組み全般について、その取扱い及び管理に関する事項を定め、MC S を適正に利用することに資することを目的とする。

（法令及びガイドライン）

第二条 事業者は医師法、医薬品医療機器等法、個人情報保護法等の各種法令を遵守し、以下のガイドラインを十分理解したうえで、MC S を利用することとする。

- 一 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 最新版
- 二 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス 最新版
- 三 MC S 運用管理規程 最新版（株式会社コラボスクエア）

（利用申込及び運用）

第三条 新たにMC S を利用する事業所（医療機関・介護事業所等）は、株式会社コラボスクエアに対して同社MC S サイトで利用申込を行い、MC S の利用規約に従いMC S の適正な運用に努めるものとする。

（MC S 管理者の設置）

第四条 事業所管理者は、必要な情報にアクセスが許可されている従事者だけがアクセスできる環境を維持するために、MC S 管理者を設置し、MC S の管理運営を行う。

（MC S 管理者の責務）

第五条 MC S 管理者はMC S の適正な利用がなされるように、以下の業務を行う。

- 一 MC S の患者情報、個人情報等の管理全般
- 二 MC S で利用するIT機器の管理
- 三 MC S のIDの管理
- 四 MC S の各グループへ招待されたメンバーの招待承認及び解除
- 五 MC S への事業所内スタッフ登録及び削除

(スタッフ誓約書と教育)

第六条 事業所管理者は、MC Sを利用する従事者と「業務情報保持に関する誓約書」(様式第1号)を交わすとともに、MC S管理者及びユーザーに対して定期的に教育を行うこと。なお、既に守秘義務に関する誓約書を取り交わしている場合は、省略できるものとする。

誓約書の記載内容のポイントは以下のとおりである。

- 一 従事者は、就業規則やマニュアルなどの諸規定を遵守し、患者等の個人情報のみならず、事業所内で知り得た業務に関連する一切の情報を漏洩してはならない。
- 二 退職後も、知り得た情報を漏洩しない。
- 三 IT機器について、適切な取扱い及び管理を行う。
- 四 事業者が定めた利用目的外での使用を禁止する。
- 五 患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しない。

(患者グループ連携リーダー)

第七条 患者の情報共有を行う場合は、該当する患者を管理する患者グループ連携リーダーが患者情報の管理及び参加メンバーの管理を行う。

(患者グループ連携リーダーの責務)

第八条 患者グループ連携リーダーは、以下の業務を行う。

- 一 MC Sのグループ登録及び削除管理
- 二 MC Sの各グループへのユーザーの招待及び解除

(患者・家族の同意)

第九条 患者グループ連携リーダーは、MC Sで情報共有を行うにあたって、患者もしくはその家族と「在宅療養における個人情報使用同意書」(様式第2号)を交わし、写しを渡す。原本は患者グループ連携リーダーが所属する事業所が保管する。ただし、既に患者関係者間での情報共有について同意を得ている場合は、新たな取り交わしは不要とする。

(MC S利用上の留意事項)

第十条 患者グループ連携リーダー、MC S管理者及びユーザーは別紙【MC S利用上の留意事項】に留意して、MC Sを利用する。

(その他)

第十一条 その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合は、事業者が項目を追加、または別に定めることができる。

【MC S 利用上の留意事項】

(1) MC S 管理者

- ・MC S 管理者は、MC S の安全かつ適正な運用管理を図り、ユーザーの不正利用が発生した場合等は、そのユーザーのMC S の利用を制限もしくは禁止する権限を有する。
- ・MC S 管理者も、(3)に示すMC S ユーザーの利用方法を遵守する。

(2) 患者グループ連携リーダー

- ・MC S で患者単位のグループを作り、それぞれの患者ごとにアクセスする必要のある事業所内外の医療介護従事者のみを招待して患者単位のチームを作る。1つのグループで複数の患者個人情報が混在するような運用は避ける。
- ・患者グループ連携リーダーは、該当するユーザーが辞めた時や担当から外れた時には、スタッフ削除や参加している患者グループのメンバーから解除するなど適切な処理を行う。また定期的に、患者グループごとに、参加しているメンバーが適切であるかどうかの精査を行う。
- ・患者グループ連携リーダーは、MC S を利用しなくなった患者について、「保管機能」を使って速やかに保管庫に移す。

(3) MC S ユーザー

- ・情報セキュリティに十分に注意し、MC S のIDやパスワードを事業所スタッフを含む利用者本人以外の者に利用させたり、情報提供してはならない。
- ・患者グループに招待を受けたユーザーは、自分がその患者グループに参加することがふさわしいかどうかを判断してから、招待の受理を行う。
- ・各患者グループへの書き込みは、その患者に関することのみとし、別の患者の情報を書き込まない。
- ・各患者グループへの書き込みは、MC S の位置づけを十分理解した上で、適切な範囲内での情報共有の場として利用する。
- ・MC S のグループごとに常にだれが参加しているのかをわかりやすくするためにも、MC S の個人設定で、スタッフごとにプロフィール、顔写真を登録する。
- ・自分が担当からはずれた時には、該当する患者グループから、すみやかにメンバーから「解除」を行う。
- ・事業所を辞めた時など、MC S を利用する必要がなくなった時は、事業所から貸与されている端末があれば返却し、スタッフ誓約書に基づいて、必要な手続きを行う。
- ・MC S ユーザーは、書き込みの際して、確定操作(入力情報が正しい事を確認する操作)を行って、入力情報に対する責任を明示すること。
- ・MC S ユーザーは、与えられたアクセス権限を越えた操作を行わないこと。
- ・MC S ユーザーは、MC S のシステム異常を発見した場合、または使用する機器が紛失もしくは盗難等にあった場合には、速やかにMC S 管理者に報告し、その指示に従うこと。
- ・MC S ユーザーは、情報漏洩または不正アクセスを発見した場合、速やかにMC S 管理者に連絡しその指示に従うこと。

(事業所名称)

事業所名

事業所管理者 殿

(業務情報保持の誓約)

第一条 私は、貴事業所の業務の従業者として、法令(法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます。)及び貴事業所内の諸規定(就業規則、マニュアル等を含みます。)を遵守するとともに、以下の情報(以下、「業務情報」といいます。)の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

- 一 患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報(氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。)
- 二 その他貴事業所内で知り得た情報(患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の貴事業所内における情報も含みます。)
- 三 その他業務に関連して知り得た情報(業務に関連して第三者から提供された情報等)

(情報の管理等)

第二条

- 一 私は、貴事業所の業務に関連して取得する情報(紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。)を貴事業所の許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないものとします。
- 二 私は、貴事業所から貸与を受けた機器(例:携帯電話、ノートパソコン等)以外の機器を業務で使用する場合には、必ず貴事業所の書面による許可を得るものとし、許可を得た機器以外の機器に情報を保存しないものとします。
また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。
- 三 私は、貴事業所のシステムにアクセスする際に、与えられたアクセス権限を超えた操作を行ったり、不正な手段を用いてアクセスを行ったりしないものとします。

(利用目的外での使用の禁止)

第三条 私は、当該情報を貴事業所が定める目的以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

(退職後の業務情報保持の誓約)

第四条 私は、貴事業所を退職した後も、業務情報の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

(損害賠償)

第五条 私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、貴事業所が被った一切の損害を賠償することを誓約します。

年 月 日

氏名

住所

(使用の目的)

第一条 自宅や施設等での療養生活を支える医療関係者(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション等)や介護・福祉関係者(ケアマネジャー、デイサービス、訪問ヘルパー等)が、療養者の病状や状態の変化及び医療・介護・福祉支援の情報を共有することで、療養生活の質の向上、充実を図ることを目的とします。

(連携する関係機関)

第二条 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、ケアマネジャーや介護関係者が連携を図る目的で、診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。なお個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

(情報共有で使用する連携ツール)

第三条 在宅療養をサポートする関係者と連携を図る目的で、適切と認める以下の手段を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

※利用する連携ツールに✓をしてください。

連携ノート 手紙 電話 FAX 電子メール 多職種連携ICTシステム

(共有する情報について)

第四条 共有する情報については、以下のとおりです。

療養者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号

※FAX、電子メールで情報提供を行う際は、上記の情報は記載せず、識別番号等を用います。

病歴、病名 使用している薬剤 受診している医療機関

利用している介護や福祉のサービス 日々の病状、状態、連携者の訪問情報等

その他、医療・介護に付随する情報 療養者や家族の療養上の希望等

(療養者が有する権利)

第五条 療養者及びその家族は、当施設の保有する個人情報について以下の権利を有しております。

- 一 当該データの利用目的の通知を求める権利
- 二 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利
- 三 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利
- 四 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。

年 月 日

〈療養者〉

氏名

住所

〈家族または代理権者〉

氏名

住所

〈連携責任者〉

事業所名

氏名

連絡先

中央区におけるメディカルケアステーション (MCS) による 医療・介護関係者間での運用ルール

中央区において、メディカルケアステーション(以下MCS)を利用して医療・介護関係者間での連携や患者に関しての情報共有を行う者は、以下を遵守し適切に利用すること。

1 患者グループの作成

- (1) 患者グループの管理(設置、参加する多職種の登録・削除など)は、関係者で協議の上、患者グループ連携リーダーを決定し行う。
- (2) 患者グループ連携リーダーが患者グループに参加させる者は、当該患者の地域包括ケアに関係しており、信頼関係の確立している多職種のみとする。

2 患者グループで取り扱う個人情報

- (1) 患者グループ内で共有する個人情報については、患者支援のために必要な最小限の情報のみ共有すること。
- (2) 患者グループ内で知りえた個人情報は、患者グループ外の人に漏らさないこと。
- (3) 急変時や緊急の場合は、電話で直接連絡をすること。
- (4) 患者グループ内で連携・共有した情報(テキスト、画像、各種ファイルなど)のMCS以外での利用(利用端末にダウンロードする、コピーする、印刷するなど)は、原則として禁止する。ただし、当該患者の地域包括ケアのために直接利用する目的(内容を業務記録に残す、当該患者または当該患者の家族への説明に使うなど)の場合は、MCS以外での利用を認める。なお、事前に当該患者グループの参加者にMCS以外での利用について説明し理解を得ておくこと。また、その保管・処分などの管理を適正に行うこと。

3 掲載内容の配慮

- (1) 患者・家族の体や家屋などを撮影する場合は、その都度、同意を得る。
- (2) 他の施設などから提供された情報提供書などの文書は、必要な部分のみを掲載する。なお、その文書の提供元である施設などが、MCSへの文書の掲載を許可しない方針である場合は、それに従う。

4 コミュニケーションマナー・一般ルール

- (1) 最初はできるだけ顔合わせを行い、自己紹介や挨拶から開始する。
- (2) 専門用語の使用などは極力避け、多職種で理解・共有できるよう配慮する。
- (3) 職種による視点の違いや役割の違いを相互に理解し、他者が不快とならないよう、言動に注意する。
- (4) 連携情報を確認した場合は、リアクションアイコンをクリックする。
- (5) 早朝や深夜帯の使用は避け、負担とならないよう注意する。

～顔の見える関係づくり～

中央区では、医療と介護の関係者の交流の場として、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の協力のもと、医師、看護師、ケアマネジャーなどの医療及び介護の専門職を対象としたグループワーク研修を実施しています。

多職種のチームで在宅療養生活を支えるための課題や支援策について、それぞれの立場からの意見交換を行うことで、お互いの業務や制度の理解を深めていただき、連携の強化を図っています。

在宅療養支援研修でのグループワークの様子

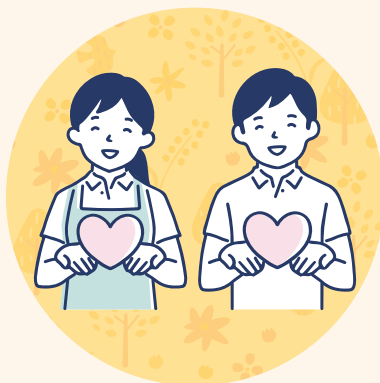


研修のお知らせは、ちらしの配布のほか、ホームページに掲載します。

【ホームページ掲載場所】

<https://www.city.chuo.lg.jp/a0029/kenkouiryou/koureikaigo/zaitakuiryou/zaitakutasyokusyukensyuu.html>

現場での医療・介護関係者の連携、病院から在宅へ移行する際の情報共有など、在宅療養をスムーズに支えるため、関係者の顔の見えるネットワークづくりはとても大切なことです。顔の見える関係作りに、是非この場を活用してください。



リサイクル適性[Ⓐ]

この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。

在宅療養支援(要介護高齢者)の手引

令和8(2026)年5月発行 中央区福祉保健部介護保険課 TEL 03(3546)5379

刊行物登録番号
8-007