

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

平成30(2018)年3月

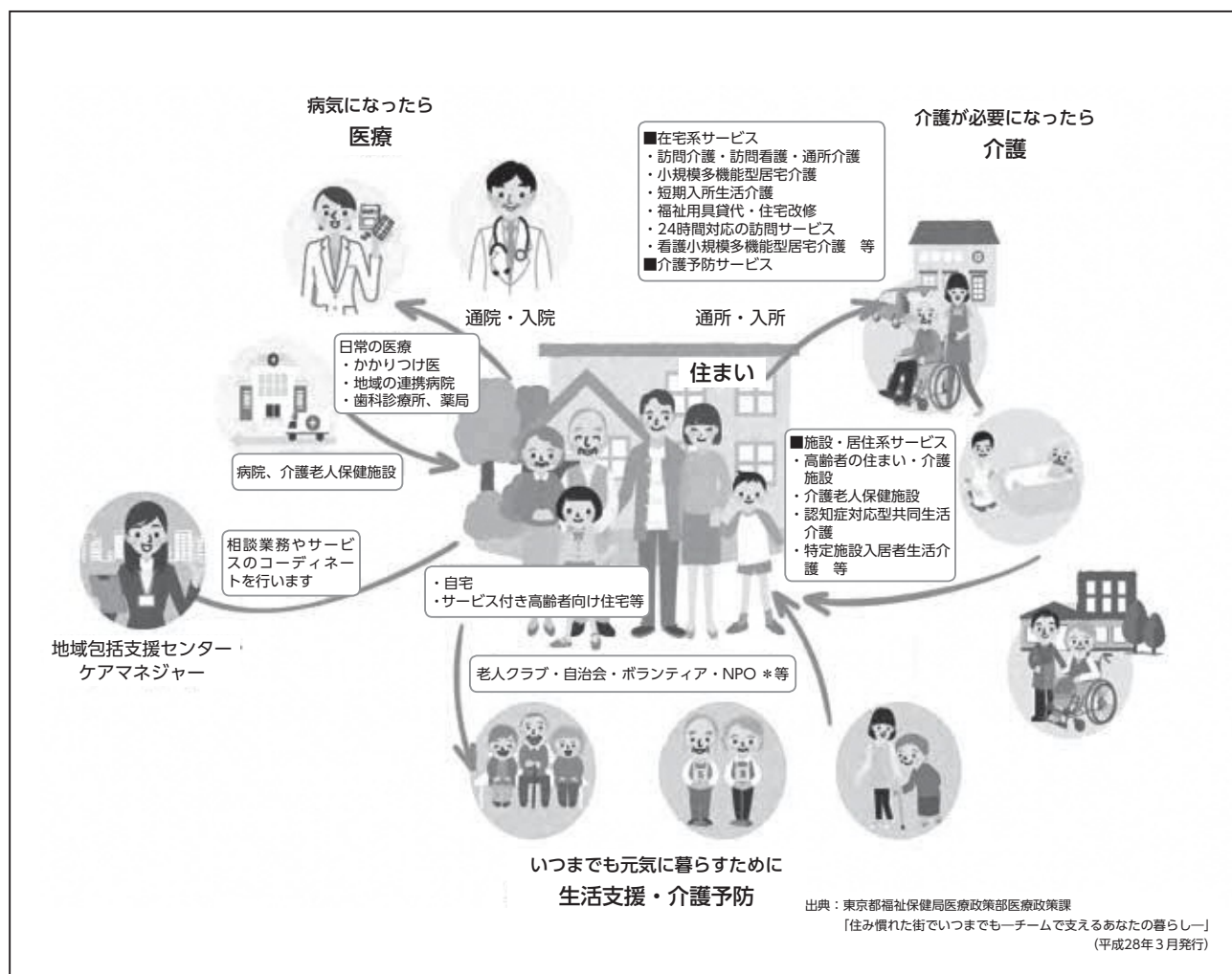
はじめに

住み慣れたご自宅で安心して暮らし続けるために、医療と介護の専門職が連携し、在宅での療養を支える体制（在宅療養支援）があります。

本手引きは、なかでも医療ニーズが特に高い要介護高齢者が自宅での生活（以下「在宅療養生活」）をスムーズに開始するため、医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師とケアマネジャーの手引きとなるように作成したものです。

地域包括ケアシステム

多くの区民が自宅等の住み慣れた環境での療養を望んでいることから、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を送れる社会を実現する必要があります。そのためには、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を構築することが重要です。



※地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定

在宅療養支援とは

医療的ケアを必要とする高齢者が、住みなれた場所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、骨転移なし。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、個人情報の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	P3
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	P6
第3章 ケアマネジャーに必要な在宅療養支援の視点	P11
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

1. 連携ツール別の特徴	P21
2. 本人同意について	P24
3. 取り扱う情報の範囲	P24
4. 電子メールやLINEを活用する際の留意点	P25
5. 多職種連携ICTシステムを活用する際の留意点	P25
6. 連携情報の管理と消去	P27
7. ICT（情報通信技術）の導入にあたって	P27
8. 個人情報保護に関わる法、ガイドライン	P28

第3部 資料集

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、2025年（平成37年）には、75歳以上の人口が3,500万人（国民の30%）に達することが予想されています。このような状況で、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降、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。中央区においても、高齢化率は15%台から低下していくと推計されているものの、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、2025年（平成37年）を目途に、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）の構築に向けた取組を進めています。

医療ニーズが高い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が非常に大事な役割を担います。

図1（P4～5）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。

* 表中の（1）～（7）は、第2章と第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

入院～治療

●情報提供（病診連携）

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）

病棟看護師か退院支援看護師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。療養者・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。

スクリーニング

アセスメント

退院支援計画書

・在宅患者救急入院診療加算
・入退院支援加算

退院に向けて～

●患者・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、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、療養者と家族に対する退院指導を行います。

●病診連携

病院と診療所が連絡を取り、それぞれの役割を分担した支援方法を確認します。

・退院前訪問指導料 ・介護支援連携指導 ・退院時共同指導料

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

患者・療養者

入院

情報収集・退院計画（修正・実施・評価）

退院前カンファレンス

退院支援・在宅移行支援

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。

基本情報

アセスメント

ケアプラン原案

ケアマネジャー

新規依頼
～
再入院

～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療養者と家族、ケアマネジャーに確認・調整し、退院日を迎えます。

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

- ・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。療養者が介護保険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。

●病診連携

診療所と病院が連絡を取り、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
- ・訪問看護同行加算
- ・開放型病院共同指導料
- ・救急・在宅等支援病床初期加算
- ・救急・在宅等支援療養病床初期加算

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。できるだけ、退院する1週間前から退院日までの間に開催するようにしましょう。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、病院のMSW、介護サービスの担当者に行きましょう。

緊急時の対応について、療養者と家族、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。

ケアプラン

看護サマリー
(入院先に依頼)

担当者会議録

- ・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、医療機関に届けましょう。在宅酸素や人工呼吸器を利用している場合は、災害時の電源やボンベの準備が出来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。

モニタリング票

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

●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（P.4～5）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

入院直後から、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、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保険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・家族との面談（意向確認）

患者・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・家族やケアマネジャー等に入院前の生活状況や退院後の生活環境（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、退院前カンファレンスを開催しない場合もあります。

介護保険サービス利用時の注意点



介護保険が未申請又は非該当の場合、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保険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、ケアマネジャーに依頼するのが一般的です。

（詳細は P.10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・家族と病院内外の担当者（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、薬剤師等の在宅意向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・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・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・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も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医療機関と連携しながら、地域包括支援センターとして必要なサービスの提供を行うとともに、支援する在宅医療・介護連携支援窓口です。

おとしより相談センター（相談時間 月～土 9:00～18:00）

住みなれた地域で安心した生活を続けられるよう、高齢者のみなさんの相談・支援を行う中核機関です。

専門員が連携して対応します



保健師
(または経験豊富な看護師)



社会福祉士



主任ケアマネジャー



認知症地域支援推進員



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	八重洲二丁目、京橋、銀座、新富、入船、湊、明石町、築地、浜離宮庭園、八丁堀、新川
日本橋おとしより相談センター	3665-3547	日本橋本石町、日本橋室町、日本橋本町、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、日本橋富沢町、日本橋小網町、日本橋馬喰町、日本橋横山町、日本橋久松町、日本橋浜町、日本橋茅場町、日本橋兜町、東日本橋、八重洲一丁目、日本橋
人形町おとしより相談センター	5847-5580	日本橋人形町、日本橋蛸殻町、日本橋箱崎町、日本橋中洲
月島おとしより相談センター	3531-1005	佃、月島、晴海（一、二丁目）
勝どきおとしより相談センター	6228-2205	勝どき、豊海町、晴海（三、四、五丁目）

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、介護保険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.9 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
・自宅に戻ることが希望しているが、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、介護保険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が希望している。 ・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、介護保険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
・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、介護保険の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（P.4～5）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になったら、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・家族、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・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・家族、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。そして、「在宅療養上の注意点」と退院時に「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や退院支援看護師に確認しておくことで安心です。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」と言われる通り、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、療養者・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）・福祉面からより療養者の意向に沿った課題設定や分析を行います。このとき、療養者・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。

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・家族や専門職が協働して、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・家族の主体的な係わりと、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。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・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・家族及び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・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、概ね退院日の1週間前から退院日までに行いましょう。また、退院前カンファレンスに続けてサービス担当者会議を開催できれば、参加者の手間が少なくなるだけでなく、入院先の担当者にとっては、在宅サービスについて知ることができ、在宅サービスの担当者にとっては、療養上の注意点等を確認できる機会となります。

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・家族と在宅サービスの担当者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・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、搬送する病院及び移送方法等、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っ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。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・家族やかかりつけ医、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や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、直ちに救急車を呼ぶべきです。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** (P28) 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、洪水など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

- | | |
|---|--|
| ☐ ① 中央区の災害対策 | ☐ 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 |
| ☐ ② 所属する事業所の災害対策 | ☐ 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 |
| ☐ ③ 療養者の安否を確認する方法 | ☐ 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 |
| ☐ ④ 療養者が住む地域の避難場所 | ☐ ⑩ ケアマネジャー自身が安全に対応できる範囲 |
| ☐ ⑤ 災害時に療養者宅を訪問する経路と優先順位 | |
| ☐ 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・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。

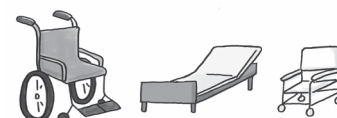
用 語	意 味
終末期 ターミナル期	適切な治療を受けても回復の可能性がなく、死期が間近（おおむね6ヶ月以内に亡くなる可能性が高い人）であると判断された状態です。
ターミナルケア	延命を行わず、身体的にも精神的にも苦痛を伴わないように看護や介護をし、ご本人らしく人生の最期を生きる為に行われるものです。
緩和ケア	患者・家族の身体的・精神的な苦痛を和らげ生活の質（QOL）を維持・向上することを目的に、がんや非がんに対する医療に提供されるケアです。
尊厳死	過剰な医療を避け、尊厳をもって迎える自然な死のことです。
リビングウィル	意思表示として自らの終末期に求める対応を予め記すことです。

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・排せつ等の介助や調理・洗濯・掃除等の家事を支援します。
7	★ 夜間対応型訪問介護	夜間、定期的に自宅を巡回し、排泄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、排泄の介助や安否確認、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	車いす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、購入費用の8～9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、掛かった費用（20万円を上限）の8～9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	短期入所療養介護	老人保健施設や療養型医療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。
5	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、排泄・食事などの日常生活におけるサービスを行います。
6	★ 小規模多機能型居宅介護	「通い」「訪問」「宿泊」を同施設・同職員にて行な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 <u>介護保険優先！</u>	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 <u>介護保険優先！</u>	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 <u>介護保険優先！</u>	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	訪問栄養指導 <u>介護保険優先！</u>	医師の指示に基づき、通院困難な療養者（介護認定なし）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。

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歳以上の慢性疾患がある方などに、急変時や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	介護者の急な入院などで、療養者の生活が困難となった際に、一時的に利用できる生活支援及び宿泊サービスです。
3	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。
4	理美容サービス	理美容院の利用が困難な要介護2以上の方などを対象に、自宅で受けられる理美容サービスです。
5	救急医療情報キット	ひとり暮らし高齢者などを対象に、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。
6	在宅療養支援訪問看護	介護認定を受けた方で、在宅療養中や病院を退院・外泊したときなどに、看護師等が自宅へ訪問し、療養上の相談や指導などを行います。
7	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。

• • • *memo* • • •



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	

（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	月島地域

（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、 介護保険の苦情・相談	(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
介護保険サービスの利用・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
- 在宅療養支援病床 等

【ホームページ掲載場所】

トップページ → 健康・医療・福祉 → 在宅医療と介護 → 在宅療養支援（医療機関・介護事業者向け）

 <http://www.city.chuo.lg.jp/kenko/zaitakuiyotokaigo/index.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

介護、医療のニーズを併せ持つ要介護者や認知症高齢者は増加しており、医療及び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と、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、比較的状态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、医療介護専用に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

「ツイッター」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、一般人には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、療養者に関係する情報は、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、介護に関する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本人もしくは家族から、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、あらかじめ療養者本人または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 **資料 2** (P30) 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、療養者本人または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、現状において、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。

連携手段 情報の種類	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 (ツイッター、 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」（P25）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、療養者及びその家族からの同意を取る必要があります。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。

- ☐ 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、療養者の支援の為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。

⑧ 個人情報保護に関わる法、ガイドライン

- 個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）
- 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ドライン（厚生労働省）
- 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）

• • • *memo* • • •



第3部

資料集

資料1 入院時情報提供書 P28

資料2 在宅療養における個人情報使用同意書 P30

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〕

トップページ → 健康・医療・福祉 → 在宅医療と介護 → 在宅療養支援（医療機関・介護事業者向け）

☞ <http://www.city.chuo.lg.jp/kenko/zaitakuiryotokaigo/index.html>



入院時情報提供書

記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日

入院先 医療機関	
医療機関名	
担当者名	
TEL/FAX	/

情報提供者(担当ケアマネジャー)	
所属事業所名	
担当者名	
TEL/FAX	/

1、利用者の基本情報					
氏名	(フリガナ)	年齢		性別	
		生年月日	大・昭	年	月 日
住所		電話番号			
住環境	戸建て ・ 集合住宅	特記事項			
居住状況	独居 ・ 同居	同居家族	氏名	続柄	
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中				
自立度(認)	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
自立度(障)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
自己負担割合(介)	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 未確認	障害認定等	なし ・ あり()		
年金	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金	公費	なし ・ あり		
生活歴・嗜好					

2、家族の情報				
家族	氏名	続柄	電話番号	同居・別居
				同・別
				同・別
				同・別

3、入院前までの意向	
本人の意向	
家族の意向	

4、退院後の生活が成り立つための要件 (ケアマネジャーとしての意見)	
本人の状態	
家族介護	
サービス	

5、カンファレンスへの参加希望	
退院前カンファレンスへの参加	希望 ・ 希望なし ・ 未定
その他カンファレンスへの参加	希望 ・ 希望なし ・ 未定

* 平成28年度老人保健健康増進等事業 (株式会社 日本能率協会総合研究所)より引用

* 情報提供する際は、ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真などを添付しましょう。

6、身体・生活機能と療養上の課題										
麻痺		なし・軽度・中度・重度			褥瘡		なし・あり（ ）			
ADL	移動	自立・見守り・一部介助・全介助								
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助			移動手段		独歩・杖・歩行器・車いす			
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助			起居動作		自立・見守り・一部介助・全介助			
	整容	自立・見守り・一部介助・全介助								
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助								
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助								
食事	回数	食/日 時間常 朝 時頃 昼 時頃 夕 時頃			食事制限		なし・あり			
	形態	普通・きざみ・トロミ・ミキサー				水分制限		なし・あり		
	摂取	経口・経管栄養				水分のとり方		なし・あり		
口腔	嚥下	むせない・時々むせる・常にむせる				義歯		なし・あり		
	清潔	良・不良・著しく不良				口臭		なし・あり		
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助				ポータブルトイレ		なし・夜間・常時		
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助				オムツ/パット		なし・夜間・常時		
睡眠状況		良・不良（ ）				眠剤		なし・あり		睡眠時間
喫煙		なし・あり 本/日				飲酒		なし・あり（ ）/日		
コミュニケーション能力	視力	問題なし・やや難あり・困難				メガネ		なし・あり（ ）		
	聴力	問題なし・やや難あり・困難				補聴器		なし・あり（ ）		
	言語	問題なし・やや難あり				コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思	問題なし・やや難あり・困難								
精神面における療養上の問題		なし・あり	幻覚・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・不眠 昼夜逆転・徘徊・危険行為・不潔行為・その他（ ）							
疾患歴		なし・あり	悪性腫瘍・認知症・急性呼吸器感染症・脳血管障害・骨折 その他（ ）							
入院歴	ここ半年間	なし・あり（ H 年 月 日 ～ H 年 月 日 ）・不明								
	入院頻度	年に数回・低い・今回が初入院								
医療処置		なし・あり	点滴・酸素療法・喀痰吸引・胃ろう・経管栄養（鼻・腸）・褥瘡 尿道カテーテル・ストーマ（尿路・消化管）・疼痛管理・排便コントロール 自己注射（ ）・その他（ ）							

7、薬					
内服薬	なし・あり	居宅療養管理指導		なし・あり	〈職種〉 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 管理栄養士・歯科衛生士・その他
薬剤管理	自己管理・他者による管理（管理者： 管理方法： ）				
飲み忘れ	なし・時々・多い（状況： ）				
薬に関する特記事項					

8、かかりつけ医			
医療機関名			電話番号
医師名	フリガナ		診察方法
			受診・訪問診療
		診察頻度	回/月・週

* 平成28年度老人保健健康増進等事業（株式会社 日本能率協会総合研究所）より引用

在宅療養における個人情報使用同意書

(使用の目的)

- 1** 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)

- 2** 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)

- 3** 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
- ☐ SNS（ ）
- ☐ 多職種連携 ICT システム*

*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。

(共有する情報について)

- 4** 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、SNS 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)

5 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。

- ①当該データの利用目的の通知を求める権利
- ②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
- ③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
- ④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。

平成 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

現在利用している個人情報使用同意書に、ICT等の連携ツール活用の上で必要となる項目を付加するなどして活用してください。

(本人同意について、詳細は P22を参照してください)





～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、医師会等の協力のもと、医師、看護師、ケアマネジャーなどの医療およ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。

<http://www.city.chuo.lg.jp/kenko/zaitakuiryotokaigo/tasyokusyu-zaitaku-kensyu.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。



在宅療養支援（要介護高齢者）の手引

平成30(2018)年3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
29-104

リサイクル適性[®](A)

この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。