**在宅療養（医療）の開始にあたって**

別紙様式３

**（ご了解いただく事項）**

　患者の円滑な在宅での療養（医療）を実現するためには、患者をとりまく家族、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため適切な連携を行うにあたって、下記の事項をご了承いただきますようお願い申し上げます。

記

１）　在宅療養（医療）は、医療環境が整った病院等で検査及び治療等を集中的に受けることよりも、家族のサポートのもとで住み慣れた自宅で安心して療養を継続することを重視して行われるものです。そのため、患者が在宅での療養（医療）を希望されているのはもちろんのこと、患者をとりまく家族においても意思の統一が図られている必要があります。

２）　在宅療養（医療）は病院診療に比べて十分ではない事項（例えば以下の事項）があります。

　　①　訪問（往診）に時間を要すること

　　②　検査内容及び診療内容が限られており、かつ検査結果が出るまでに時間を要すること

③　衛生面や医療設備等について万全ではない部分があること

３）　円滑な自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養（医療）をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者その他の関係者に対し、適切と認める通信手段（下記MCS推奨）を用いて診療情報及び療養情報を含む個人情報を提供・共有させていただきます。

　　　\*メディカルケアステーション（MCS）は、株式会社日本エンブレースが提供する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。

　　　　・災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

　　　　・患者、家族には利用料金はかかりません

　　　　以上

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

**私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 家族氏名 |  |

【患者グループ担当医師氏名】

【説明者】所属施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　氏名：＿＿＿＿＿＿

※甲府市医師会では、在宅療養の支援を担当する医師、訪問看護師またはケアマネジャーにこの説明・同意取得を委ねています。