

グループワーク②「システムダウンに備える（その1）」
～大崎市災害時多職種連携連絡票（仮）に関する意見要約～

◆グループワークの概要◆

◎停電等によるシステム障害に備えアナログな方法も残しておくことへの重要性を検討する。

また、災害時には、ゆっくりと情報の聞き取りをしている時間がない場面も想定され、あらかじめ「必要最低限の情報」を紙媒体などで準備しておくことを視野に、普段関わりのない事業所等と連携を図る場合に、各専門職として必要とする情報は何かについて、グループワークで意見交換を実施。

◆1. 総合要約（全体のまとめ）

例示した「大崎市災害時多職種連携連絡票（仮）」について、災害時に迅速で適切な支援につなげるため、医療・健康、避難・生活、サービス利用の三領域にわたる情報の整理が重要であるとの意見が共有された。一方で、作成・管理の主体や個人情報保護、共有方法など運用面の明確化が大きな課題となっている。システムダウンに備えて紙媒体も併用すること、定期的な更新や地域での様式統一、独居高齢者への対応など、実効性を高めるための工夫が必要である。総じて、内容の充実とともに「誰がどのように運用するか」を明確にすることが、災害時の支援体制強化に不可欠である。

◆2. テーマ別まとめ

◆災害時に迅速で適切な支援につなげるため、例示の資料について、以下の情報が必要との意見があった。

①) 連絡票に記載すべき情報

● 医療・健康に関する情報

- ・ 感染症、アレルギー、服薬・残薬、人工呼吸器・ストマなどの医療的ケア
- ・ 主治医・担当薬局の連絡先
- ・ 精神疾患、認知症、コミュニケーション状況
- ・ 服薬や生活上の注意点

● 避難・生活に関する情報

- ・ 指定避難場所、避難先の希望
- ・ 現在の居住・生活状況、緊急時持ち出し品
- ・ 地区担当者（民生委員、区長等）の連絡先

● サービス利用に関する情報

- ・ 介護・福祉サービスの利用状況
- ・ 情報把握が可能なキーパーソンの記載

②) 作成・管理・共有に関する意見

- 作成、管理の主体を明確化する必要がある
- ケアマネジャーの基本情報シートなど既存資料の活用が可能
- 個人情報保護に配慮しながら共有方法を検討する必要がある
- システムダウンに備え、紙媒体での準備も不可欠
- 連絡票を避難所へ持参する運用も考えられる
- 実際の使用場面がイメージできるよう、運用方法の具体化が必要

③) 運用上の課題と工夫

- 連絡票の定期的な見直し（例：年１回）
- 支援につながりにくい独居高齢者等への対応
- 薬の確保や電源の準備、持ち出し品の事前準備などの平時からの備え
- 大崎地域での様式統一や、必要最低限の情報への整理

④) 課題

- 内容は充実しているが、「誰が作るか」「どう管理・共有するか」が最大の課題。
- 医療情報・生活情報・避難情報のバランスが重要。
- システムダウンを想定し、紙と電子の両立・運用の具体化・定期的な見直しが求められる。

※参考（例示）資料「大崎市災害時多職種連携連絡票（仮）」

大崎市災害時多職種連携連絡票（仮）								写真	
※本票は災害発生時等の緊急時にICT活用ツールが使用できない場合に使用するものです。その目的以外に使用することはできません。									
記入(更新)日 年 月 日									
氏名		T				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
住所		宮城県大崎市				生年月日	年 月 日		
						年齢	年	才	
電話番号		() <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他(親戚等)							
要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
担当ケアマネ		事業所名				氏名			
ケアマネ連絡先		TEL				MCS登録 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
障がい区分		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6							
相談支援事業所		事業所名				氏名			
相談支援事業所		TEL				MCS登録 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
世帯構成		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()							
家族状況									
家族等氏名		連絡先				続柄		連絡順位/備考	
身体状況									
麻痺の状況 <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左))									
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 補助具使用 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり									
移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助									
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助									
整着 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助									
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助									
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添(見守り) <input type="checkbox"/> 全介助									
食事制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は具体的に記載)									
禁食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (禁止食品名：)									
食形態 <input type="checkbox"/> 健常者と同様の食事が可能 <input type="checkbox"/> お粥や刻んだ食事も可能なみ <input type="checkbox"/> 医療行為での食事のみ(経管、IVH等) <input type="checkbox"/> ペーストないしはゼリー状									
上記に伴う特記事項									
1									
2									
3									
4									
5									

[illegible]