

## 【第 1 回・第 2 回医療介護連携に関する専門部会まとめ】

### ●第 1 回：平成 29 年 12 月 13 日（水）

<議題>・医療介護連携の現状と課題について（意見交換）

### ●第 2 回：平成 30 年 1 月 24 日（水）

<議題>・第 1 回会議の論点整理について

・在宅療養生活を支える医療介護関係者間で共有すべき情報について

#### <今後の方向性>

- ① 多職種間で最低限共有すべき在宅療養患者の情報を整理する。そのうえで、患者・利用者の状態の変化等に応じて、多職種間で速やかな情報共有を行うため、紙ベースに加えて、ICTの活用なども検討していく。
- ② 転院を繰り返しても、最後まで引き継いでいくべき患者情報（必要項目）を事務局で整理して、次の議論の重要なテーマとする。その議論を踏まえ、市内共通の「入退院（転院）連携シート」を作成する。
- ③ 「医療介護連携のための用語集」や「医療介護連携ガイドライン」を作成する。

#### <主な意見>

##### 【現状と課題】

- ・在宅療養生活を支えるそれぞれの職種の人が、必要な患者情報等を異なる職種の人と十分に共有できていない。
- ・医療と介護の連携がシームレスで行われるような仕組み、共通言語を造り、共有することが大事である。
- ・訪問看護師として、多職種間で共有してほしい患者情報を詳細に記載した訪問看護シートを試行的に活用している。このシートを作成することが訪問看護師の人材育成にもつながっている。
- ・全ての職種が集まるのは難しいので、ICTの活用など、集まらなくても効率的に情報共有できる仕組みが必要。
- ・在宅療養患者の急変による入院時に、ケアマネジャーの情報（患者の背景・既往歴、キーパーソン等）やお薬手帳の情報を有効活用できればよい。
- ・在宅から施設に入所する場合は、生活面での情報が多く、一方病院等から施設に入所する場合は医療的な情報はあるが生活面の情報は少ない。サービス付高齢者向け住宅から病院へ入院する際、患者情報を提供するための統一様式があれば、円滑に情報提供できる。
- ・転院を繰り返すうちに、患者サマリーを記入する人によって情報が取捨選択、分断されるため、最初の詳しい患者情報が引き継がれず、在宅医療の導入時点では、症状の経過が全くわからないことがある。
- ・退院時の病診連携が不十分であるため、今後の在宅医療のことを十分に考慮されないまま、経鼻栄養や胃ろうができて退院してくることがある。
- ・介護サイドに特化したケアマネジメントになっているケースが多いが、患者によって看護師資格のあるケアマネジャーが必要な場合もある。例えば主治医意見書の作成時に、看護師によるケアマネジメントの可否を判断する仕組みなどが必要ではないか。