

**平成 30 年度第 1 回 医療介護連携に関する専門部会（議事要旨）**

1. 日 時 平成 30 年 8 月 22 日（水）13：30～15：45
2. 場 所 三宮研修センター 605 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり
4. 議事内容・主な意見

**【平成 29 年度第 1 回・第 2 回医療介護連携に関する専門部会の主な意見】**

- 患者が急性期病院から一度転院して在宅に戻る場合には、患者情報を引き継ぐために、入院先の患者情報と一緒に急性期病院から送られてきた看護サマリーを添付してもらうようにしている。
- 医療情報とともに、患者が元気な頃に大切にしていた人生観なども引き継いでいくことが大切。ICTがあれば、最初に人生観を聴取した人が記録することで、いつでも見られるようになる。
- 今回の介護報酬改定で、医療介護連携のことが加算要件に入った。口腔ケアや栄養改善に関することについて、介護事業者から情報が入れば、速やかに医師や歯科医師と情報共有することが求められるようになった。ケアマネジャーとしては、入退院時の連携シートとは別に、日常的な医療連携のための情報共有シートが必要と感じている。ケアマネジャーとして案を出すので、今後議論していただきたい。
- 入退院を繰り返していると、情報が薄れていって、最後はリハビリの内容しか来ない場合がある。たくさんのシート作成を求められると、情報を記載する手間がかかる。必要な情報を盛り込んだ簡素化した情報共有シートを作成し、そのシートが引き継がれると良い。
- 項目が多すぎて書くことができないとなると現実的ではない。どのくらいの時間で作れるものを目指すのが大事である。回復期病院からの情報は、リハビリ専門になってしまうことがあるので、急性期病院からの退院サマリーのコピーを付けるなど、工夫をすればシームレスに情報が流れる。

**【入退院連携シートについて】**

- 北区のシートには 1 枚のシートに入退院時の情報提供欄があり、入院直後の状態や 1 週間、1 ヶ月が経過して状態が変わる度に、病院が退院時情報提供の欄に患者の状態を記入して返送してくれるので、入院後の経過がわかる。
- 北区のシートは、病院の看護師にとっては手間がかかるが、ケアマネジャーにとっては（退院時の状態だけでなく）途中経過をもらえるとケアプランに生かせるから良いということではないか。
- 入院中の途中経過の情報が来ることによって、患者の状態を見に行っただけで、退院前の自宅同行につなげていくことや、手すりの有無などの家屋状況も確認でき、退院に向けた打ち合わせがスムーズにできる。ただし、長期化して状態が改善しない場合は、病院から情報提供があった後、しばらく次の情報が来ない場合もある。

- 介護保険の認定有効期限が平成16年度から最長2年（30年度から3年）になったので主治医意見書の情報は古い。ケアプラン作成も大体6か月ごとなので、入院時には情報が古くなっている。
- 医療情報に関して、「アレルギーの有無」は生命の危険や緊急性が無ければ必要ない。「既往歴」はあった方がよい。「感染症の有無」に関して、B型肝炎・C型肝炎は必要だが、MRSAは必要ない。「服薬状況」に関して、自立・一部介助・介助・その他、その後に「内容（ ）」とあるが、この「内容」には大きな意味があると思う。また、どこの訪問看護事業所を利用しているかも必要である。
- ケアマネジャーの8割か9割は介護資格を持つ人達であるため、シートの項目をケアマネジャーが全て網羅することは難しい。患者が急変して入院する場合は、訪問看護事業所の看護サマリーと、主治医の診療情報提供書が入院先の病院に情報提供される。今年4月からようやく看護サマリーの提供にも診療報酬がつくようになった。
- 訪問看護事業所は必ず病院に看護サマリーを送るが、病院から返事が来ない。一方、病院からケアマネジャーに情報提供した場合は診療報酬加算の対象となるため、ケアマネジャーには情報が来ており、ケアマネジャーから情報をもらっている。1枚ものの医療介護連携シートを作れないかと思ったが、ケアマネジャーが作成するシートには訪問看護として欲しい医療情報は入っていない。病院側もケアマネジャーに送るシートと、看護サマリーへの返事を別々に送るのは大変だと思う。
- 民間病院としては、入院時にケアマネジャーからいただく医療情報について、必ずしも正確なものを要求しているわけではない。それは病院として確認すべきことである。医療情報は主治医からの紹介状や看護サマリーがあるので、ある程度情報を補完できる。ケアマネジャーには限られた時間の中で、ケアマネジャーが関連しているところで一番大事なことを的確に伝えてもらう方がよい。また、病院としては「成年後見人の有無」など社会的な情報が欲しい。「主病名」、「病状・治療」、「アレルギーの有無」、「感染症の有無」、「医療処置状況」は不要。「訪問系医療」や「問題行動」、「手術の有無」はあったらよい。退院シートも、「問題行動」があればよい。
- 歯科の項目が全くない。「かかりつけ歯科医」の記載欄があればよい。退院カンファレンスに出ることが診療報酬加算の要件となったほか、栄養士等との連携をしていないと取れない加算が設けられた。シートにかかりつけ歯科医の名前があると、歯科医師が退院カンファレンスに出席しやすくなる。
- 薬局としては、入院したことすら知らないのが現状である。シートの項目の「薬剤名」は診療情報で送られるので不要だと思うが、「かかりつけ薬局」の記載欄を設けて欲しい。病院では、病院薬剤師が残薬をチェックすると入院時支援加算がつくので、必ず病棟の薬剤師が患者の持ってきた残薬を確認している。お薬手帳等を持っていれば、病院からかかりつけ薬局へ連絡が来るが、かかりつけ薬局が分からなければどうしようもない。複数の薬局にかかっている場合は、メイン薬局を載せてもらえばよい。「アレルギーの有無」は重篤なもののみ記載すればよい。
- 退院の際には「療養上の留意事項」やリハビリに関する「運動制限」を詳しく知りたい。看護

サマリーやリハサマリーは、退院時に患者本人に渡されるため、すぐに情報を得ることができなかったが、この連携シートによって早く情報を入手できれば、在宅での生活支援がしやすくなると思う。

- 医療面で、患者にとって重要な項目があるのであれば、その内容がわかるコメントを記載していただくと、退院後のケアプランに反映することができる。
- ケアマネジャーの大半は介護系出身であり、医療の専門職でないため、血压や糖尿病など生活習慣病的な医療面でのケアで、予防や再発防止の観点で、絶対的に必要なことを病院からケアマネジャーに教えていただけるようなシートがあればありがたい。ケアマネジャーは、本人の意向や家族の状況、経済状況、後見人の有無など日常生活上のことはしっかり把握しているので、医療情報以外の情報提供はできる。
- 歯を抜いたり、削ったりした後は元に戻すことができない。成年後見人は医療行為の同意はできないので、ケアマネジャーにキーパーソンを探してもらっているが、ケアマネジャーによって対応スピードに差があるので、キーパーソンの情報があると助かる。
- キーパーソンがいない状況でどうしていくかを考える時代になってきていると感じる。独居で認知症の方などの場合、入院時の荷物整理や同行支援など、誰の仕事でもない隙間仕事がケアマネジャーの負担となっていると思う。連携シートもケアマネジャーに負担がかからないようにすることを考えたら、A4で1枚のシートが限界だと思う。項目の中で「病状・治療」、「アレルギーの有無」、「感染症」は訪問看護でも把握できないこともあり、ケアマネジャーにとって難しいのではないかな。医療情報に関しては「主病名」と「かかりつけ医」くらいにして、あとは看護サマリーと診療情報提供書で補えば良いのでは。
- 「経済状況」が必要であり、「保険の種類」で生保かどうかが分かると良い。「本人・家族の意向」、「延命処置の希望の有無」などは、病院の看護サマリーに記載されていることがあるので、追加すべき。病気のことやその治療に関して、医師が患者や家族に、告知しているかどうかも含め、どのような説明をしたのかが書かれていれば良い。
- 今回作成するシートはあくまで入院時に、ピンポイントである程度の情報が分かればよく、細かい内容は医師の診療情報提供書や訪問看護サマリーなどをうまく活用すればよいと思う。各専門職がそれぞれの視点で情報を提供しあい、それを皆で共有できるような形にして、将来は紙だけでなくICTを活用した情報共有ができれば良い。