

平成 30 年度第 2 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 10 月 15 日（月）13：30～15：35
2. 場 所 三宮研修センター 505 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり
4. 議事内容・主な意見

【入院連携シートの必須項目の主な意見】

- 「精神・心理面における療養上の問題」について、開示請求等で本人が見ることもあり、書き方に配慮する必要があるため、「留意点」とする方が良い。「キーパーソン」について、連絡窓口となる人と医療処置の同意などの方針にかかわる人とは異なるので、分ける方が良いのではないかと。「家族状況（独居、同居）」と「退院後の介護力」はまとめても良いと思う。「ADL」について、入院前に、どんなことがどれくらいできていたかという情報は病院からも欲しいと言われているが、「自立・一部介助・介助」だけでは、どの程度なのか分からない。例えば、「移動」に関して歩行が自立なのか、車椅子移動が自立なのか分けた方が良い。「主病名」「病状・治療」「医療処置状況」について、必ずしも訪問看護が入っているわけではなく、かかりつけ医がしっかり決まっているわけではないので、ケアマネジャーが把握している範囲で書いてもらえるよう、項目として入れたら良い。
- 「主病名」について、救急搬送された時、先生が検査して主病名を出すものなので、入院時にケアマネジャーが主病名を書くことはできない。「既往歴」は書くことができる。介護保険の有効期間の欄があれば、残期間によって更新でよいか、変更申請をするか考えることができる。本人がどういう生活をしていきたいか等の意向などを書く欄があれば良い。
- 「意向」を入れることは賛成。また、「主病名」は、そもそも要介護状態になった主な病名を記載すれば良い。
- 「心身の状況（ADL）」について、緊急入院された場合は、ケアマネジャーが書ける範囲の情報をもらえれば十分である。「キーパーソン」は急変したときの連絡先と（処置等の）同意を得るための連絡先が大切。「かかりつけ医」について、例えば骨折の場合、内科の先生は意見書を書かず、整形外科医が書くことになるが、整形外科医は今までの内科の背景を知らない。かかりつけ医同士がお互いの情報を十分に整理しないと難しい。また、緊急入院の際は、医師が責任を持って診断をつけるので「主病名」までは必要ないが、「熱があった」「食欲がなかった」などを付記してもらえば十分である。
- 急性期病院では把握できない在宅生活の内容について記載されていると役に立つと思う。
- 「かかりつけ歯科医師」以下の項目については実際の生活状況のことなので、すぐに書くことができる。また、入院にあたって、退院にあたって、ケアマネジャーが把握している本人の意向や生活目標などは情報共有しておく方が良い。
- 診療情報提供書があれば「主病名」から「手術歴の有無」の項目は不要だが、入院の経過がわかるのであれば、項目としてあっても良いと思う。「キーパーソン」や「家族状況（独居・同居）」「退院後の介護力」はまとめて大きな項目にしてもいいのではないかと。

- 「認知症状」「精神・心理面における療養上の留意点」「在宅移行時に推測される問題点」は手書きで詳しく書く方が分かりやすいので、シートのスペースを取っていただきたい。
- 「主病名」の定義の問題になると思うが、例えば認知症の方が骨折で入院しても、「〇〇骨折」など、最終病名までは要求されず、主病名は「認知症」が良い。その主病名は、ケアマネジャーが当然把握されていると思う。
- 「主病名」というニュアンスから、急性期のときに入院した原因病名（急性病名）と思い、それをケアマネジャーが書くのは難しいと思っていた。現病名（慢性病名）は、書いていただいた方がありがたい。
- 「主病名」でなく「現病名」であれば、今かかっている認知症や糖尿病など、主治医意見書の情報を書くことができる。
- 蘇生をどこまでするかといった本人の医療に対する意向を、ケアマネジャーが情報として持っているなら書いていただけるとありがたい。
- 慢性疾患患者が救急で心肺蘇生を必要とするケースは稀である。よって、必ずしもケアマネジャーが本人に確認しているわけではないが、サービス担当者会議などの場で、多職種で共有している場合は、その情報を書ける。
- 兵庫区では医師会も含めて、区民にACPを普及するために「私なりのノート」を作ることを検討しており、それを提示できるようになれば理想的であると思う。

【退院連携シートの必須項目の主な意見】

◆前提条件の確認

- ・退院連携シート（※以下シートと記載）は、ケアマネジャーが記入
 - ・シートの情報を参考に、ケアマネジャーがケアプランを作成し、多職種で共有
- 北区では試行的に病院側がシートを記入しているが、ケアマネジャーが記入することが大前提である。
 - ケアマネジャーがシートを記入する際、患者からも直接聞き取りを行うが、病院からきちんと情報をいただいて作成している。退院後、デイサービスや訪問看護などを導入する場合、担当者会議を開催するので、そのときにシートが活用できる。なお、新規の患者に関しては、初回のアセスメントが必要となるため、アセスメントに必要な全ての項目を聞き取りしている。
 - 病院では退院時に、看護師が看護サマリーを書き、紹介状と一緒に渡している。シートは看護サマリーと内容が重複する部分があるため、ケアマネジャーが必要とする情報を決めておいてもらえば、それを病院内で共有し、看護サマリーに反映して、ケアマネジャーに情報提供することはできる。しかし、病院がシートを全て記入するのは現実的でない。
 - ケアマネジャーがケアプランの変更・見直しを行う際には、必ずアセスメントをしなければいけない。シートの必須項目の情報に基づいて、ケアプランを作成するため、シートの必須項目の聞き取りは、ケアマネジャーとして行わなければならない業務である。病院の看護師に、ケアマネジャーが必要としている情報を理解してもらうのはありがたい。

- このシートは、ケアマネジャーが必要としている情報であるということを予め病院側に伝えておき、看護サマリーなどを利用しながら、シートには補足的に情報をシートに記入してもらうとよい。可能な方法で、病院とケアマネジャーがお互い共有することが大切。
- できるだけ最小限度の必要な項目を要領よくシェアできればよい。
- 「食事形態」の詳細項目欄が「自立・一部介助・介助」となっているが、これは動作なので「食事摂取」の方がよい。「症状・病状の予後予測」は知りたい情報ではあるが、単独では書きにくい場合や、不要な場合、予後予測が立たない場合もあるので、「治療内容」に組み込む方がよい。
- 介護保険の申請中であれば、認定調査員が聞き取っている内容とかなり重なっており、ケアマネジャーの労力も減るのではないかと思う。認定調査の項目プラスαぐらいの内容なので、35項目あるが、記入できるのではないか。16番の「服薬状況」は退院時に非常に役立つ。また、入院連携シートには、かかりつけ薬局の項目を追加していただいたので、入院時にお薬手帳を持ってきていることを前提にして、退院連携シートにも、これまでの服薬情報がわかるように記載してもらえばよい。
- 歯科の視点からは、「嚥下機能」で「なし／あり（常に／時々）」と入っており、充実していると思う。
- ケアマネジャーは、退院時のシートとは別に、ケアマネジャー用のアセスメントシートがあり、退院時の看護サマリーもある。看護サマリーに記載されていない内容で、ケアマネジャーとしてどうしても知りたい情報を病院の先生や看護師から聞き取るのが現実的である。33番から35番の「本人・家族の受け止め・意向」はケアプランの参考になるので、項目として入れて欲しい。病院でも患者からしっかりと聞き取っていただければありがたい。
- 退院連携シートについては、基本的には事務局案を採用させていただくということで了解をいただいた。看護サマリーと、退院連携シートとの整合を取れば、ケアマネジャーの負担がかなり減るという意見をいただいたので、次回の会議で検討したい。

【薬の重複について】

- 連携シートによって多職種での情報共有ができれば、かかりつけ医や在宅医が処方する前に、薬剤師から重複している薬について提案ができる。しかし「入院中の処方薬剤の整理」については、複数科にかかっている場合、その科ごとの先生が最善を尽くして処方しているため、退院時に誰が整理をするのかという問題がある。入院中に薬を整理してくれていたらとても助かるが、実際には、薬の袋を何十袋も抱えて退院してきて、退院後に在宅医が一から薬の整理をしており、退院処方が全て無駄になることも少なくないので、入院中の薬の整理は難しいと思う。在宅でも、薬剤師が介入して薬を整理し、その内容を医師にフィードバックして減薬すべきだが、見て見ぬふりする訪問薬剤師もあり、これは薬剤師の問題であると思っている。
- お薬手帳を持ってこなければ5,000円余分に徴収して、手帳を持ってきたら返金するというような制度にしないと薬の整理はできない。結局のところは、ICT化を進めていかな

ければ難しい問題である。

- 現在は情報が共有できていないから薬がたくさん重複している。どのような薬が処方されているかが一律で全て分かれば、薬剤師が医師に伝えたりすることで、少しずつ整理していくことができると思う。薬剤師から医師に言うことはできるのか。
- 最終的に薬を渡すのは薬剤師なので、薬剤師が言わないといけないことだが、医師との関係性などにより難しい。実際に医師に重複していると伝えても、他のクリニックで処方された薬を中止したらいいと言われる場合もある。ただし、疑義照会して薬が減ると薬局に診療報酬点数が入るようになったので、以前よりは疑義照会の件数は増えたと聞いている。
- 例えば骨折で入院した場合、整形の医師は循環器系や糖尿病の薬をさわらないので、どうしても薬が重複していく。そういう場合、特に大きな病院では薬剤師が調整していただくと良い。
- 結局、薬は整理できないのかと感じた。大病院でも、整理できない事情がある。在宅の場合、患者が臓器別に複数のクリニックを受診し、薬の処方を望んだ結果、薬が重複してするので、薬剤師も薬の整理をしにくいと思う。患者に、もう少し自覚を持ってほしい。