

## 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 1 月 24 日（水）13：30～15：35
2. 場 所 三宮研修センター 902 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり
4. 議事内容・主な意見

### 【第 1 回 医療介護連携に関する専門部会 意見要約における論点整理について】

- 「医療」「医師」という中に「歯科医療」「歯科医師」は含まれているのか。行政自体も「医療」と「歯科医療」を分けて考えるのではなく、「医療」の中に「歯科医療」が入っているという認識を確立していただきたい。
- 現場で歯科医療が先行してしまうことがあるが、歯科治療は全身疾患との関係性を踏まえて行う必要がある。かかりつけ医を中心にしながら医療従事者みんなで考えるというのが望ましい。オーラルフレイルや在宅医療を受ける前の口腔内ケアは大切なので、十分に考えていく必要がある。
- 患者や家族は、在宅医療で薬剤師が訪問するというイメージがない。入院中の状態や今後の治療の話など、薬剤師もできることがあるので活用していただきたい。
- 医師が薬のことを全て分かることはなく、薬の組み合わせの問題も含めて薬剤師に任せないと難しい。薬剤師に服薬管理をしていただくことで、多剤服用をなくしたり、残薬の背景にある認知症に気づくなど、多職種の中で重要な地位を占めていくと思う。
- ケアマネジャーとしては歯科医師や薬剤師との連携を心がけている。
- 訪問看護も 20 年前は何をするのかははっきりしていなかった。歯科医師や薬剤師も、現場でコンセンサスを得ていくプロセスにあると思う。当部会で、患者情報共有の目的・方法の検討や、シート作成の目標はできると思うが、その先にある目的はどうか。
- 最終的には、患者、家族が満足できる医療情報、介護情報を提供して、それを享受していただくことを我々がやらなければならない。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、共通言語をつくり、共有することが大事である。
- 多職種連携では十以上の職種が絡んでくるが、情報を共有すると膨大になり、自分に必要な情報が何か分からなくなる。ただ、普通は医者に入らない情報でも、担当者会議に参加すると、色々見えてくることもあり、必要な情報をどう共有すべきか難しい。
- 多職種が集まって情報共有すれば、わかることも沢山あるが、集まるだけでも難しい。2025 年に向けて在宅医療・介護を推進していかなければならない中で、集まらなくても効率的に情報共有できる仕組みが必要。
- すべての職種が集まるのは難しいので、シートをうまく利用できるようにしたり、ICT も利用する方向に進むと、情報共有ができ、時間短縮にもなる。
- 兵庫区では介護サービス協会作成の「介護ノート」を活発に活用している。一人暮らしや老老介護の家庭に置いて、訪問看護師や薬剤師などが記録し、本人の状況が分かるようにしている。家族への申し送り内容も書けるので、活用できると思う。

- 我々が一番知りたいのは、例えば薬をどれだけ飲んでおり、有効なのかなど患者の現状がシンプルにわかる情報。また、一人の患者に対して大きな問題を3つぐらい選択し、集中して対応していく方が良い。
- 高齢者はたくさん病気を抱えており、プライオリティが必要。

### 【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】

- 本人情報や保険情報などの基本的情報に加えて、在宅医療に対する本人の意思と家族の意思が重要。これらの情報は退院調整会議で入手することが多い。訪問看護時の状況や看護計画は、主治医に報告し、ケアマネジャーにも毎月1回送っている。日々の訪問看護で火事を起こしかけた、などの情報を得た場合は、主治医とケアマネジャーに直接電話連絡している。
- 診療情報に関する情報が大切で、その後の看護が変わってくる。悪くなっていくのか、何を予防しないといけないか等を含めた診療情報記録は自分たちで入手しづらく、入手率は5割程度。情報提供率は深夜や土日など文書が作成できない時間もあるので7割程度。患者が緊急入院した際などには、普段からアセスメントシートを作成していれば急変による入院時に有効である。
- 訪問看護師から、リハビリより医療をするべきと思ってもケアマネジャーに言いづらいという話を聞いたことがあるが、ケアマネジャーは各職種に意見を求めてケアプランを作成するので、遠慮なく教えて欲しい。また、ケアプラン作成時に主治医に医療情報を求めるが、回答が無い場合や手書きで読めない場合には困る。9割ぐらいは主治医から情報提供の書類が返ってくるが、返ってこないところもある。ケアマネジャーからは本人や家族が持っている価値観（何を重要視しているかなど）を伝えられるようにしたい。北区では、医療介護サポートセンター、医師会、ケアマネジャー、訪問看護ステーションなどが集まって、入院前後の状況が比較できるような様式の「入退院連携シート」を作り、試行的に活用している。退院に向けて要点を絞って話し合いができるので有効である。
- 看護師や保健師のケアマネジャーはそれほど多くないと聞いたが、ケアプランを作るときに医療情報的には困っていないのか。
- ケアプランを作るにあたって全職種に依頼して情報提供をしてもらい、回答内容を踏まえて原案を作り、担当者会議で修正を加え作成している。
- 必要な情報は患者によって違うので一概に指定できない。入院時には、神戸市医師会、民間病院協会、介護サービス協会で作成したシートをケアマネジャーが作成してもらえば、医療機関と患者にとっては、必要十分と考えているというのが神戸市医師会の見解である。自分が訪問した時には、食事量の変化などがわかれば、とても参考になる。デーサービス利用者は、食事量や血圧を記録した冊子を持っているので、それも参考にしている。ケアマネジャーからFAXだけが送られてきて山積みになっていて、返事が遅れることはしばしばある。患者や家族から得た情報や検査結果などは、特に訪問看護師に知っておいて欲しいので事業所にFAXしている。
- 歯科治療において、誰がどう歯に対して責任を持つのかという観点からキーパーソンの情

報が必要である。また、前医やかかりつけ歯科医の有無の情報も入手したい。伝えたい情報としては、咀嚼・嚥下障害の有無や口腔ケアの状態、食事形態についてアドバイスできる。

- 退院サマリー、電子カルテ、訪問看護報告書の情報は貴重である。薬剤師からは服薬管理や食事状態を伝えることができる。
- 救急で運ばれてきた時に患者の背景・既往歴・家族（キーパーソン）がわかるようなシートやシステムがあればよい。患者や家族が認識している状態と実際の病状とは異なることが多いので的確に伝えていきたい。ケアマネジャーとFAXでやりとりする際、何かポイントがあれば、そのポイントには速やかに答えていくことが大事。
- 本日欠席のサ高住の施設長をされている中口委員からのコメントは、在宅からの入居する場合と、病院や施設から入居する場合には、患者情報に違いがある。在宅からの場合は、生活面での情報が多く、病院等からの入居の場合、医療的な情報やADLの情報はあがるが、生活面の情報は少ない。サ高住から病院に入院する際は、生活面、活動状況、本人の希望などの情報を提供したいが、情報提供のための様式が様々なので、統一様式があれば、円滑に情報提供できる、とのことである。（事務局）
- あんしんすこやかセンターからは、地域で生活していた方が施設に入所すると、これまで大事にしていたご本人の信条や興味のあることなどの情報が引き継がれず、だんだん失われていくということを聞いた。
- 転院を繰り返していく間に、最初の詳しい情報が引き継がれていかない。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、つなげていくことが必要である。例えば、回復期リハビリ病院から在宅に戻る場合、かかりつけ医の先生が言っているが、「脳梗塞でどこから来ました。在宅よろしく」程度しか書いていないことがあり、症状の経過が全くわからない。
- 地域連携室が主になって、テーマを決めて、情報をつないでいく仕組みを作らないといけない。これはとても大事なことである。情報として最後までつないでいかなければならない必要項目を事務局の方で整理して、次の議論の重要なテーマにしたい。
- ICTのツールを皆さんは普段から活用しているのか、それとも紙媒体がほとんどで稀にICTを活用しているのか。（事務局）
- 紙ベースが8割で、ICT、Line、ショートメールといった媒体活用が2割程度だと思われる。
- 医師の持つ情報にはシビアな病状であるほど重みがあり、活用の仕方を間違えると大変なことになるので、オールキャストに情報を開示するのは難しい。
- 紙ベースで、皆が最低限共有すべき情報は何かというところから始めていく方向でよいのではないか。また、ケアマネジャーの中でもレベルの差があるので、シートの記載方法も含めて、あらゆる職種の教育、底上げが大事である。
- 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。（事務局）