

令和元年度 第 1 回 医療介護連携ミーティング 報告書

日 時	令和元年 7 月 2 1 日 (日) 9 : 3 0 ~ 1 2 : 3 0
場 所	穴吹リハビリテーションカレッジ 4 階シルクホール
参加者	<p>1 1 1 名</p> <p>【内訳】 ○医師 1 5 人 ○歯科医師 4 人 ○薬剤師 1 1 人 ○保健師・看護師 1 7 人 ○訪問看護師 5 人 ○歯科衛生士 5 人 ○MSW 1 5 人 ○介護支援専門員 1 7 人 ○PT・OT・ST 1 5 人 ○老人福祉施設協議会 7 人</p>
内 容	<p>「高松市入退院支援ルール」の作成に向けたグループ討議</p> <p>グループワーク 1 : 入退院時における医療介護連携の現状と課題</p> <p>グループワーク 2 : 高松市入退院支援ルール (案) について</p> <p>グループワーク 3 : 入退院支援情報共有シート (案) について</p> <p>全体討議・まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種毎に 1 8 グループに別れて 3 つのテーマで意見交換を行った ・グループ毎に発表を行った (発表の内容は別紙のとおり) <p>◆総合司会 : 永岡委員</p> <p>◆プレゼンテーション : 松本委員</p> <p>◆ファシリテーター : 部会委員</p>

第1回医療介護連携ミーティング グループワーク発表内容

【入退院時における医療介護連携の現状と課題】

4G

- ・家族の受け入れについて、準備期間があったら良い
- ・急性期病院は短期間の入院になっている 短い時間に情報を収集する仕組みづくりが重要
- ・要介護→ケアマネ 要支援→包括が担当だが、スムーズに連携できているか？
- ・主治医の意見書の扱い方により在宅へつながることもある

12G

- ・急な入院の場合、在宅側から患者の情報が来ない場合がある
- ・急な退院の場合、担当者が集まるのが難しい 連携の仕方は病院によって異なる
- ・薬の処方がバラバラの場合がある（各診療科から出ている場合あり）

9G

- ・退院時に複数科を受診している場合、認知症があると自宅に帰宅して薬の管理することができないケースへの対応を検討した

13G

- ・入院時の連携は紙ベースなので、ケアマネと病院側が直接話す機会は少ない
- ・動画でデータを送るとイメージの共有をしやすい 食事内容や介助の方法など
- ・退院時のカンファレンスにケアマネが呼ばれない場合もある
- ・夜間にケアが必要な人や認知症のケースも多い 情報共有ネットワークを利用した方が良い

17G

- ・入退院時の調整（家族や本人に了承を得ることも含め）時間を要する
- ・情報の連携が不十分な一面あり 専門職が今後の見通しを説明することも重要

7G

- ・退院調整もれについて どこまでが退院調整なのか
- ・短期間で退院する方の場合、十分対応できていない時もある
- ・ケアマネの情報提供書 カルテの中に埋もれてしまうこともある 病棟看護師は見る事ができていない 病院によって独自の様式を作成しているところもあるが、そうすると益々見るのが煩雑になる
- ・連携シートは職種毎、項目毎にすると見やすくなって良いと思う

【高松市入退院支援ルール（案）について】

1G

- ・急性期病院から在宅へ帰る場合、情報が十分に足りているか？ コメディカルからの情報が多くなっているが、十分活用できていないことが課題
- ・急性期病院一病院連携の場合 ケアマネの情報どれだけ必要か要検討
- ・ACP 在宅では改めて聞きにくいので、病院にいる時にできると退院後もスムーズ

16G

ケアマネがいる場合で検討した。

- ・訪問・通所サービスを使っていない方は、地連の介入の必要度下がることある 全員を対象とするのか、対象者の除外規定を作るのか検討が必要

- ・介護連携指導料 患者さんに負担かかる→ご意見をいただいたこともある どのように説明するか
- ・介護保険証で確認できない場合 市役所に確認するようルールに入れる？

6G

- ・ADL「一部介助」の解釈 専門職により異なる
- ・退院前カンファレンス 在宅側スタッフが参加できない場合ある 解決策として、他の日でそれぞれの職種が関わるのはどうか

10G

- ・ケアマネがない場合 紙一枚では連携困難 自宅に帰る場合、情報が集まらないことも多い
- ・入退院支援ルール以外のことが起こった場合どうするか
- ・退院直後は状態の急変がある場合もあるので、退院日が休み前にならないよう検討してほしい

3G

- ・退院直後の関わりをタイムリーにしていくことが大切 歩いていた人→車椅子になることもある
- ・ケアマネがない場合はサービスの導入が後手後手になることも
- ・急性期病院からの退院は支援が難しい
- ・訪問歯科 退院時カンファレンス等関わり難しい

8G

- ・ケアマネがいる場合 入院時にケアマネを確認 退院時は早めに連絡を
- ・ケアマネがない場合 要支援か要介護か 認定審査の前から担当を決めて状態の確認をしていただく
とスムーズかも
- ・お薬手帳の活用がうまくできていない 病院毎にお薬手帳を持っている患者もいる ケアマネにはかかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師がいるか確認いただけるとありがたい

【入退院支援情報共有シート（案）について】

2G

- ・住環境 浴室の記載追加希望
- ・家族構成 図式化すると記入が難しかったりするので、このままで良いと思う
- ・入院前の担当歯科医師の記載スペースもあれば良い
- ・薬について 誰が薬の管理をしているか
- ・入院時点の退院後の希望について どの段階での希望か（入院前？後？）
- ・感染症 どこまでの疾患を書けば良いか ケアマネが把握可能か
- ・認知症 長谷川式の点数記入できるスペースがあれば良い

11G

- ・要約されていてわかりやすいが誰が記入するのか？項目によって担当者が異なると思うので、担当者の名前を記載するスペースがあると良い
- ・パソコンで取り込みができていますと入力しやすい
- ・患者が見ることがあるのかどうか

15G

- ・情報共有シートと看護サマリーの情報がかぶるかも サマリーを書く必要がなくなるかも
- ・現病歴 経過の記載があれば
- ・看護的に最終排便の日にちが重要項目
- ・共通言語化が必要かも 便の形状、食形態など、食事の介護方法など書く項目があると良い 専門用語

の周知しっかりと

18G

- ・項目が多いというイメージ 患者さんの状態によりもう少し項目が少なくても良いかも
- ・ほしいタイミング ほしい量での情報伝達も必要かも
- ・病院に地域連携室がある場合、ない場合の提示も必要かも

5G

- ・薬 点眼の項目がほしい
- ・個人情報の管理について MCS の運用について、
- ・ACP 本人・家族のサインもらっているが、シートについてはどうするか

14G

- ・住環境 手すりの有無
- ・本人・家族の意向 スペース大きく
- ・既往歴 西暦とか年齢とか記載を統一を
- ・薬 手帳の添付を
- ・経済不安に関する項目を
- ・とろみ剤 種類がたくさんある 細かく記入できれば
- ・利き手の記載があれば
- ・K-MIX との連携は？

【全体討議・まとめ】

- ・会の開催希望日程について