令和6年度第1回諫早市在宅医療・介護連携推進会議

意見交換まとめ

【議題】

高齢者の生活する場所が変わるときに必要な情報共有について

- ① 在宅療養生活
- ② 入院生活
- ③ 在宅療養生活（施設）
- ④ 入院生活
- ⑤ 本人の希望する場所

①～⑤の生活する場所が変わるときに業務で関わると想定してください。

例) ①在宅療養生活から②入院生活に生活する場所が変わるとき

【1】①～⑤の生活する場所が変わるときに業務で関わる中で、どのような情報をやりとりしていますか。

【2】①～⑤の生活する場所が変わるときに必要な情報はありますか。

生活の場 が変わる とき	提供元 ↓ 提供先	情報共有の方法と内容	改善点
①→②	訪問看護 ↓ 医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリー※¹と電話を使用して情報をやりとりしている。 ・訪問看護事業所で共通のサマリーを活用している。 サマリー…医療や診療記録一つで、病歴等を記したもの。	<ul style="list-style-type: none"> ・共通のサマリーは10年以上活用していることから内容の修正が必要。
	歯科 ↓ ↑ 医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで診察してきた患者が急性期病院に入院すると、情報が入らなくなる。(情報がぶちぎれる。) ・入院中の病院に歯の診療で呼ばれることはほぼない。 ・入院後、在宅に戻っても診療が再開されることが少ない。 ・口腔ケアや治療の必要性を説明するものの、やわらかい食べ物に変えるなどの対応を家族が選択するなど、口腔治療への理解が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時情報提供書では歯科の訪問診療の有無の記載がないので、追加が必要ではないか。
		<ul style="list-style-type: none"> ・場面ごとに考えるから情報が途切れる。また、転院を繰り返すとさらにわからなくなる。 ・過去の情報も含め、1つにまとめた情報を専門職が入手できるようになれば理想的である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ICTの導入ができればいい。 例) <ul style="list-style-type: none"> ・あじさいネット ※県が一部補助しているが、導入費用が高額との意見あり。

生活の場 が変わる とき	提供元 ↓ 提供先	情報共有の方法と内容	改善点
①→② ②→③	入院先 医療機関 ↓ ↑ かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医から入院先へは紹介状を提出している。紹介状には診療情報提供書があるので、情報共有できている。 ・介護保険を利用されていれば、ケアマネが退院時情報提供書を受取後かかりつけ医と話し、連携を図る。(家族が同席する場合もある。) ・紹介状がある場合は、退院後かかりつけ医へ診療情報提供書を返し、入院時の治療情報の提供を行っている。 	
②→③	入院先 医療機関 ↓ ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時情報提供書又は看護サマリーで提供を受ける。(紙ベース)それほど内容に違いはないが、病院によって様式は多少違う。 ・退院時カンファレンスや電話でのやりとりでも情報を共有している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時情報提供書の備考はチェック欄よりも自由記入欄が多くあったほうがいい。
	医療機関 ↓ ↑ 薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・入院先の薬剤師から服薬状況のお尋ねが稀にあるが、多くの場合入退院したといった情報は入ってこない。 ・退院後、在宅医療の担当者会議に呼ばれることはある。退院時に検査をしているので、その検査値がわかれば支援につながるのではないかと。 ・どこの薬局で薬を処方されているかわからないことがあり、本人が持っている薬の袋や説明書きなどで確認することがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・おくすり手帳に担当ケアマネを記載するよう説明している。
②→②	医療機関 ↓ 転院する医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・本人家族が転院先の選定をする(病院の機能を伝える) ・転院先との連携①医師より診療情報提供書を作成②転院先にFAX、連携室へ電話連絡③看護師より退院時情報提供書を作成・送付(患者が持参もあり)④不明点がないか電話連絡 	<p>看護師が多忙で退院時情報提供書の作成が遅くなるのが申し訳ない。電話で報告するので、そこですり合わせている。</p>

生活の場 が変わる とき	提供元 ↓ 提供先	情報共有の方法と内容	改善点
②→③	医療機関 ↓ 施設	<ul style="list-style-type: none"> ・流れは上と同様。 ・内服薬が高価だと受け入れられない施設もあるため、診療情報提供書の内服の項目は重要視される。 	
②→③	在宅 ↓ 入院	<ul style="list-style-type: none"> ・初めての入院の場合は、看護サマリーの既存の項目以外にもたくさん書き込むようにしている。(入院生活に必要な視点としては排泄、本人のこだわりなど) ・情報提供のタイミングはなるべく早く。夕方になると病院の人手が減る。 ・いつでも情報提供できるよう、入院の機会がある方、病態が不安定な方は日頃から準備している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・FAXを送るが、直接病棟に届くわけではない。
②→③	医療機関 ↓ 老健	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供書もらった上で、本人家族と面談し受け入れを決定する。 	在宅復帰に向けた施設ではあるが、特養の待機者等長期入所が多い。
②→②	在宅 ↓ 老健	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーから聞き取り。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の支援チームを立ち上げているが、支援については勉強が必要。
②→③	病院 ↓ 在宅	<ul style="list-style-type: none"> ・事前カンファレンスにて情報提供を受ける。 ・認知症がある場合はエピソードを確認する。 ・インスリンなどがある場合は、病院では措置が出来ても在宅でできない場合もあるため確認。 ・ACPについてもここで確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院でACPを確認しているところとしていないところがある。

(その他意見)

・令和6年度介護報酬改定においてリハビリ・栄養管理・口腔管理の一体的推進が進められている。