

# 令和5年度上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会 第2回入退院時連携推進部会を開催しました



- 9月29日(金)に、第2回入退院時連携推進部会を対面で開催しました。参加者は、部会メンバー8人、事務局2人でした。
- 7月27日(木)に実施した第1回入退院時連携推進部会の振り返りを行い、その後、部会の目標や3年間の取組方針について協議を行いました。

## 【入退院時連携の現状について】

### ○医療側

- ・ 総合病院入院時の地域連携連絡票の提供は当たり前になってきており、院内でも活用されている。以前よりも入院時の連携は円滑に実施できている。
- ・ 退院前カンファレンスでかかりつけ医の考えや方針を知りたいが、担当ケアマネジャーが把握していない。
- ・ かかりつけ医への地域連携連絡票の提供がなく、地域で在宅医療や看取りを担っているかかりつけ医が、医療・介護連携の輪に入れていない。サービスを利用するにあたり、主治医意見書を書いて欲しいと依頼されるが、結論が決まってから依頼されることが多く、かかりつけ医の意見が反映されていない。入退院時連携において、かかりつけ医は、一番後回しにされている。

### ○在宅側

- ・ かかりつけ医が地域連携連絡票を必要としていることを知らないケアマネジャーも

多い。主治医が必要としている事実を知ること、かかりつけ医に地域連携連絡票を提供しやすくなる。

- ・ ケアマネジャーは、かかりつけ医に情報提供やケアプランの相談をしたいと感じているが、かかりつけ医の相談窓口が分かりにくく、また、忙しい診療の合間に相談することは難しいと感じている。
- ・ 「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」が作成されており、がんぎネットにも掲載されているが、ガイドラインの周知が十分でなく、あまり活用されていない。

## 【3年間の部会の取組について】

### ○課題

- ・ 入院時の病院との連携は円滑に行われるようになってきたが、退院時の連携(特にケアマネジャーとかかりつけ医の連携)が不十分で、情報共有ができていない。
- ・ 「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」等が掲載されているがんぎネットの活用が十分にされておらず、ガイドラインの周知に不足がある。

### ○今後の取組内容

- ・ アンケートを作成し、退院時におけるケアマネジャーとかかりつけ医の連携について実態を把握する。
- ・ 「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」の周知を行う。
- ・ 治療を中心とする医療側と、生活を中心とする介護側では支援の視点が異なる。医療側と介護側、支援者と本人・家族をつなぐ役割をケアマネジャーが担えるよう、来年度はケアマネジャーを対象とした研修会を開催し、スキルの向上を図る。

## 【次回について】

- ・ 令和6年1月に開催予定。

