

介護支援専門員の医療連携について事例を通して考える

畑本 英子*・井関 智美

新見公立短期大学地域福祉学科

(2013年11月13日受理)

本研究は、高齢化が進んでいる新見地域において、高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある自立した生活が送れることを目指して医療連携の効果と今後の課題について、新見版情報共有書を活用し介護と医療の連携の有効性を明らかにすることを目的とした。その結果、介護支援専門員の行う介護と医療の連携について、事例を基に新見版情報共有書を活用することで医療から介護、介護から医療へと、双方からの連携が進展し要介護者、要支援高齢者の在宅生活の継続に繋がることが分かった。介護支援専門員の今後の課題は、高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある自立した生活が送れるように身体状況の把握を行うこと、医療知識を得ること、与薬状況や在宅生活を送る上での留意点等を確認することなどの総合的なスキルを身につけ介護と医療の連携を充実させることであろう。

(キーワード) 情報共有書, 医療, 介護, 連携, 介護支援専門員

はじめに

2013年新見市の高齢化率は36.6%で高齢化率の進展は全国平均24%を大きく上回り¹⁾、平均寿命の延長と高齢者率進展(高齢者の増加)により要介護高齢者の増加が著しい。中でも、独居高齢者、夫婦世帯高齢者の増加や医師不足も深刻になってきている。

介護保険制度は医療から介護を切り離すことで医療機関における社会的入院を改善し、介護ではケアプランにより必要な介護サービスを提供し、医療と介護の双方を効率化させる目的で創設され²⁾、ケアマネジメントを行う専門職として介護支援専門員(ケアマネジャー)が誕生し、介護支援専門員は地域包括ケアや地域連携バス等の地域連携の要の役割を果たしている³⁾。

介護保険が制定されるまでは、医師との連携は地域の保健師等が主に行っていたが、介護保険制度では、介護支援専門員が医療(医師、看護師、リハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー)、介護(介護福祉士、デイサービス職員、ホームヘルパー、社会福祉士)等の多職種と連携を図り要介護者が尊厳ある自立した生活が送れるよう支援していく役割を介護が担うこととなった⁴⁾。

介護支援専門員はベースに介護職、医療職などの様々な資格からなるが⁵⁾、医療連携には医療的知識が不可欠であり、疾患を理解することが求められ、ケアプランを見ると介護支援専門員の資質や知識の背景が読み取れる。筆者が介護支援専門員の資格を得た当時は、介護職がベースの介護支援専門員は医療知識が不足している者も多く、医

療連携に対して苦手意識があった。また、連携の方法が分からない者も多くケアプランのサービス計画やサービス提供にあたり医療知識の研修や連携の方法が課題となり、その課題解決のために、筆者は岡山県介護支援専門員協会及び新見支部会員と協働し、医療、介護、保健、福祉等の研修で知識を得るとともに、他職種との情報交流を重ねた。

そして、岡山県介護支援専門員協会新見支部会員は、医療的知識が増え、連携の方法が体得できたことから医療連携推進へと視点が変わっていった。新見地域においてスムーズな医療連携ができることを目的に、2006年備北保健所新見支所が主催した、県南の医療機関の医師、看護師、退院支援職員等と新見市内の医療、介護関係者等との情報交換会を開催し連携の方法を検討した⁶⁾。

2007年には、医療連携推進の情報交換会に参加した医療、介護関係者からなる医師、看護師、介護支援専門員、理学療法士、行政等で新見地域医療推進協議会を立ち上げた。新見地域医療推進協議会は、誰もが使いやすい新見版情報共有書を作成するため、専門職チームからなる新見地域医療ネットワークを組織した。筆者も介護支援専門員としてネットワークのメンバーであり、使いやすい情報共有書を作成するために検討会を重ね2008年に使用が開始された。その結果、医療と介護の職種が、同一の書式に記入することで、医療から介護へ、介護から医療へと情報の交換が可能となった⁷⁾。その後も、岡山県介護支援専門員協会が推奨する医療連携シートを参考に、2009年に改定版を作成した。使用方法について新見地域

*連絡先: 畑本英子 新見公立短期大学地域福祉学科 718-8585 新見市西方1263-2

の病院、診療所、介護支援専門員、介護保険サービス提供事業所等に草の根運動の講習会を行い普及啓発をおこなった。

医療連携において多職種の役割をケアマネジメントしプロジェクトを組んで推進する尾道型⁷⁾、地域の関係機関が有機的に協働しネットワークを組んで連携するみつぎ型⁸⁾などを参考に、勉強会やアンケート調査(新見版共有書使用状況)を行った。その結果、新見版情報共有書の内容が充実した⁹⁾。

新見版情報共有書の書式は新見市医師会のホームページに掲載し誰でもダウンロードできる仕組みになっている。

1. 研究方法

1) 新見版情報共有書を使用した2事例の検討

医療連携が上手くいった事例及び医療連携が上手くいかなかった事例について検討をおこなった。

2) 調査結果の検討

実施主体は、新見地域医療連携推進協議会、新見地域医療ネットワーク、備北保健所新見支所が行った情報共有書のアンケート調査2012年11月9日～11月16日81事業所に郵送による留め置き調査を行った。結果、57事業所58名からの回答である。

調査内容は、対象の所属、情報共有書の作成者、作成時期、送付先事業所、介護と医療の進展状況、医療連携進展の要因について2010年と2012年アンケート調査を行った結果の一部、情報共有書の利用状況(対象の所属、情報共有書の作成者、医療と介護の医療連携の進展)について比較検討を行った。医療連携における新見版情報共有書を使用している対象の所属、情報共有書の作成者、医療連携の進展について検討を行った。

倫理的配慮について、アンケート結果の使用にあたり、新見地域医療連携推進協議会、新見地域医療ネットワーク、備北保健所新見支所の了解を得た。事例検討における事例使用について、本人及び家族の了解を得て行い個人の人権に配慮した。

2. 結果

1) 医療連携が上手くいった事例について

対象事例は、Aさん女性、82歳、夫と2人暮らしである。2001年9月、脳梗塞と診断され市内のA病院に入院した。左半身麻痺となり、投薬治療とリハビリを行い短下肢装具の装着により杖歩行ができるまでに改善し4ヶ月後の2002年1月退院となった。退院後介護保険サービス利用の希望により筆者は介護支援専門員

として関わることとなったが、筆者である介護支援専門員は医療と介護の連携方法や知識が不十分で、医療と介護の連携ができなかったため、認知症のあるAさんについて、脳梗塞の後遺症における半身麻痺により失禁や感情のコントロールが出来ないことの情報を得られていなかったため、サービス利用については、通所リハビリと福祉用具貸与のサービス利用となった。また、Aさんは感情のコントロールが出来ないことで通所リハビリサービス利用者と口論になり、家族の希望で別のデイサービスへと変わった結果、Aさんは専門的なリハビリを継続して受けることができなかった。

2005年5月、誤嚥性肺炎により市内の病院に入院し治療を受けることになったが、Aさんは感情のコントロールが出来ないことから入院中の患者と口論になることがしばしばみられた。家族は認知症や感情のコントロールができなくなっている等の身体状況に変化が起きていることが理解できなかったため、本人の訴えで急遽退院となり医療と介護の連携ができなかったことで、医療情報は家族にも介護支援専門員にも伝わらなかった。

2008年9月、けいれん発作が起き入院となった。2008年から医療連携において新見版情報共有書が使用されるようになり、介護支援専門員はけいれんの状況、意識、与薬状況、家族の介護状況等を情報共有書に記入し入院先の病院に持参し医療連携をおこなった。連携がスムーズにできたことで、体調が安定し1ヶ月後退院となった。退院前に本人・ご家族の意向をふまえたサービス担当者会議では、医師、看護師、医療連携職員、サービス事業所の職員、介護支援専門員が、健康状態の把握、服薬管理、再発防止や日常生活での留意点について、共通理解することで安心した住宅生活ができるように配慮された。医療機関からの情報共有書には、感情のコントロールができないこと、左半身麻痺があるために転倒の防止に気をつけること、入浴介助が必要であること、誤嚥に気をつけること、尿失禁が見られるのでパッドが必要等適切なサービス利用の情報、けいれんの再発予防の為の処方が記載されていた。また、家族やデイサービス職員からAさんの在宅やデイサービスでの体調変化の情報が、介護支援専門員に報告された。その情報を介護支援専門員は情報共有書に記載し医療機関に報告した。その結果、在宅及びデイサービスで転倒や誤嚥を予防でき、病気の再発予防ができた。このように家族及びデイサービス職員に情報共有書を提示することで情報が介護に生かされ、10年間(情報共有書の連携期間5年間)の在宅生活が継続できている。

2) 医療連携が上手く行かなかった事例

対象事例は、Bさん男性、100歳、息子と2人暮らしである。デイサービスやショートステイを利用して在宅で生活していた。認知症があり食事を食べたことを忘れて、本人から発熱や頭痛、食事でむせるなどの訴えがなく、2012年10月、ショートステイ利用の1日目に発熱により市内の病院に入院となった。高熱の原因は誤嚥性肺炎であった。Bさんは、認知症があり入院していることやベットで寝ていることが理解できないためベッドに立ち上がり転倒の危険があった。認知症の悪化と転倒、骨折の危険があるという理由で、解熱後に急遽退院となった。退院時、病院から介護支援専門員への情報共有書の記載は病名の誤嚥性肺炎と退院後の与薬内容のみであった。介護支援専門員は、ショートステイ利用前に症状が表れにくい高齢者の肺炎についての知識¹⁰⁾が不足しており、時々微熱傾向にあったことや、むせがあることの情報把握が不十分で、肺炎が予防できなかった。このように、介護支援専門員は身体状況の知識と配慮を基にした能動的な観察¹¹⁾が出来ておらず、肺炎に繋がる重要な情報である誤嚥の把握ができていないことで情報共有書に重要な情報の記載がないため医療連携が上手くいかなかった。

3. 情報共有書の利用状況

1) 対象の所属

対象の所属において回答のあった58人がどんな事業所に所属しているかを知るために所属を調べた。その結果、対象者の所属は16事業所であった。対象者の所属が最も多かったのは診療所11人(19%)、次いでケアマネジャー9人(15.5%)、デイサービス8人(13.8%)であった。事業所のうち42.1%が使用しており前回の調査時の31.5%より増加していた。

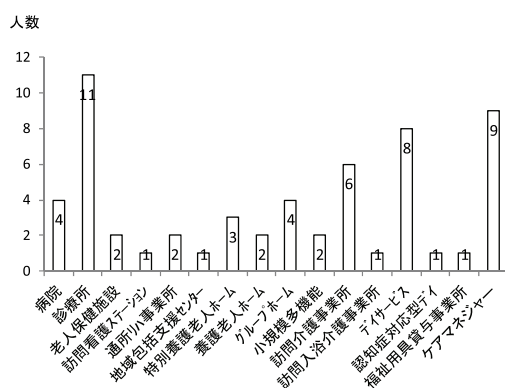


図1 対象の所属

2) 情報共有書の作成者

情報共有書の作成をどんな職種がしているかを知るために作成している職種を調べた。その結果、ケアマネジャーが15人(44.1%)で最も多く、次いで看護師9人(26.5%)、医師2人(5.9%)であった。最も多かったケアマネジャー15人は、医師、看護師等医療機関の合計11人を超過しており、前回と同様にケアマネジャーが多く作成していた。

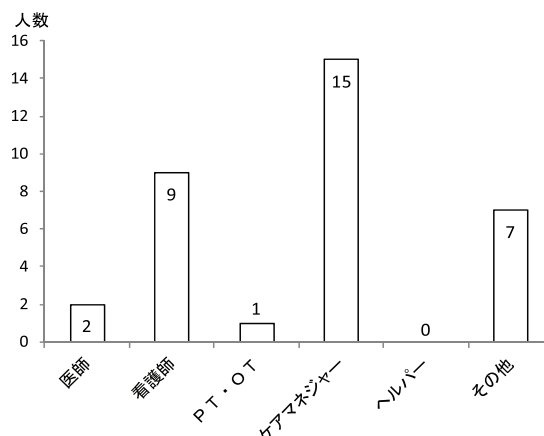


図2 情報共有書の作成者

3) 医療連携の進展

現在の医療連携の進展状況を知るために、2年前に比べて医療連携が進んでいると思うから、そう思わないの4択で調べた。その結果、そう思う合計37人(63.8%)であった。その内容は、だいたいそう思う(43.1%)、そう思う(20.7%)が、そう思わない合計16人(27.6%)であった。その内容は、あまり思わない(27.6%)、そう思わない(0%)であり、現在の医療連携は過去より進んでいると考えられる。

4. 考察

1) 医療連携事例の検討において医療連携が上手くいった事例

脳梗塞の既往がある利用者がけいれん発作を起こした時、筆者である介護支援専門員はけいれん状況、意識、介護者家族の状況を情報共有書に記入し、入院先の病院に持参し医療連携の支援をおこなった。退院時は病院で開かれる退院時のサービス担当者会議(本人、家族、医師、看護師、デイサービス職員、福祉用具レンタル職員、介護支援専門員)に出席した。病院側からの情報共有書に記入されたけいれんの再発予防と与薬の内容についての説明があり、介護側から日常生活の留意点やサービス利用についての質問がなされ、退院後の在宅生活が安全に安心して送れるように配慮された。

入院時においては、情報共有書の情報が家族及びサービス利用事業者→介護支援専門員→医療機関と流れ、病気の再発予防や日常生活の支援に役立った。

退院時においては、情報共有書の情報が医師→介護支援専門員→家族→デイサービス職員と流れ、けいれんの再発、転倒、誤嚥の予防と失禁状態が軽減できた。デイサービスの介護を受けながら在宅で10年間の長期介護が可能となっていることから、介護と医療の連携を行うことで効果があったと考えられる。

アンケート結果からみると、図1では対象の所属として最も多かったのは診療所19%で、2番目に介護支援専門員15.5%が多く作成していた。図2では共有書作成者は介護支援専門員が約44.1%で最も多かった。

図1, 2において介護支援専門員が多かったことについては、介護支援専門員の役割として、多職種と連携を図る役割を担う¹²⁾ことが関連しており、介護支援専門員は情報の共有化に貢献できていると考えられる。

2) 医療連携が上手くいかなかった事例

認知症のある利用者は、自分の身体状況が訴えられなかった。筆者である介護支援専門員は、ショートステイ入所前の誤嚥という情報把握が不十分であり、肺炎の予防ができなかった。認知症で自分の症状が訴えられない利用者については、本人の動作や表情、症状の観察から情報を得ることや、周囲の家族や、介護に当たっている介護職から情報を得ることが重要である。また、医療連携を的確に行うためには情報共有書に重要な情報が記入できるように、能動的観察を行う必要がある¹²⁾。

今後の介護支援専門員の課題としては、医療と介護の連携を充実させることである。そのためには、日頃から身体状況や病気についての状況把握をしっかりと行うこと、与薬状況や副作用について確認すること、在宅生活を送る上でのADL及びIADLについての留意点やサービス利用について確認すること、医療知識を得るなど、総合的なスキルを身につけることが重要である。高齢化が進展している新見市において高齢者や要介護者が住み慣れた地域で尊厳ある自立した生活が送れるように、新見版情報共有書を活用し医療と介護の連携を行うことで在宅療養の推進が図られ、終末期医療の提供も可能となるため¹¹⁾、医療と介護の連携に一層の努力をして行くことが重要であると考えられる。

謝辞

本研究に事例の提供をいただきました利用者ご家族、新見地域医療連携推進協議会、新見地域医療連携実務者協議会、備北保健所新見支所の皆様に心より感謝いたします。

文献

- 1) http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/s1_1.html: 第1章 高齢化の状況. 平成25年版高齢社会白書, 2-3, 2013.
- 2) 渋谷博史, 水野謙二, 桜井潤: 地域の医療と福祉. 学分子社, 98-99, 2007
- 3) 小笠原浩一, 島津望: 地域医療・介護ネットワーク構想. 千倉書房, 3-9, 2007
- 4) 林一美他: 医療行為を受けている在宅高齢者に関わる医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携状況. 石川県看護雑誌, 第10巻 89-93, 2013
- 5) 荘村多加志: ケアマネジャーの医療知識. 中央法規, 1-1, 2004
- 6) 小林まり子: 新見地域医療ネットワークの活動から深まった地域連携. 第19回岡山保健福祉学会, 20-21, 2013
- 7) 大内尉義, 伊藤英喜, 三木哲郎, 鳥羽研二: 老年内ガイドブック 高齢者の退院支援と在宅医療. メジカルビュー社, 36-41, 2006
- 8) 小笠原浩一, 島津望: 地域医療・介護ネットワーク構想. 千倉書房, 165-168, 2007
- 9) 太田隆正: 中山間地における在宅医療充実のための連携活動. 日総研出版, 18-21, 2013
- 10) 荘村多加志: ケアマネジャーの医療知識. 中央法規, 70-75, 2004
- 11) 三宅 貴夫: いまさら聞けない高齢者の医学知識. 日総研出版, 198-216, 2008
- 12) 高室成幸: ケアマネジメントの仕事術. 中央法規, 18-27, 2009