

— シンポジウム —

ケアマネジャーの立場での Transition Support

杉田 勝¹⁾

I. はじめに

超高齢時代を支える社会システムも変遷する中、医療・介護それぞれの課題も大きく変化している。

高齢者を支える介護保険制度も日本文化に浸透する傍ら、少子高齢化時代と核家族による家族環境の変化から介護を担う体制も、大きな社会問題となっている。また、多くの高齢者は介護が必要になった場合、療養場所を自宅での生活を選ぶ現状からも、今後の体制づくりが急がれている。

II. ケアマネジャーの現状

ケアマネジャー(以下ケアマネ)は、要介護状態の方々の介護サービスの調整や介護計画を作成し、生活サポートの支援を行う役割がある。

毎年ケアマネを目指す者も増加するなかで、専門性を持つ基礎職種が医療系から福祉系へと変化している。結果として、医療との連携を苦手とする福祉系ケアマネが増えており、これからの課題としても捉える必要がある。対策としては、地域の医療・介護関係者等での研修会や交流勉強会を通し、医学知識の研鑽や連携方法を学ぶ場を広げ、苦手意識を克服できるようにすることも重要と考えている。

III. 入退院での連携支援

高齢者等が入院された場合、介護保険の要介護認定を受けているか否かで、退院に向けての支援も大きく変わると考える。それはケアマネの存在である。

入院時、ケアマネは医療機関に対し、入院前の医療・介護・生活状況(ADL・IADL・家族構成)等の情報提供をすることで医療機関は状況把握することができる。しかし、要介護認定を受けていない場合は、介護保険の申請が必要であり、結果が届くには1カ月近く要することが恒常的である。入院から退院を支援する上で介護保険制度の活用は、有効かつ効率的なものとして捉え、患者さんの状態に併せた段階での申請も重要としておきたい。

多くの医療機関では、チーム医療が推進され多職種協

働による専門職分化が進み、同じ目標に向けて情報が共有され、退院支援に向けて取り組まれている。

退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー、地域医療連携室などの専門職も、それぞれの役割をもってチーム医療に加わり支援調整が行われている。

その支援で最も重要になるのが、医療からの橋渡し作業である。医療機関のチーム医療から、在宅医療・介護関係者で構成されたチームケアとの融合であり移行支援である。

IV. 情報共有会議

移行に伴い医療機関・在宅関係者がアセスメントした情報を用いて共有する場が、カンファレンスやサービス担当者会議(以下会議)と呼ばれるものである。入院中の患者さんが、退院後の自立した生活の確立として、何ができて何ができないのか、どんな仕事や楽しみが持てそうか、自分探しを支援する場でもあると考える。アセスメント情報には、今までの生活や価値観、喪失(病気やけが)体験での障害から、より良い生活、克服へと導き出す支援があり、患者本人との信頼関係の構築が最も重要となっている。

しかし、医療機関で開催される会議は少ないのが現状であり、今後の課題として取り上げ、ぜひ退院に向けた会議へ声が掛ることを期待したい。

V. まとめ

退院時の移行支援は、患者さんを取り巻く関係者の顔と顔が見える関係(チームからチーム)へとつなぐ協働の場が大切である。他の職種を尊重し合い、専門的見地の評価から、有効かつ効率的な支援を患者さんに提供することが求められている。会議では、情報交換だけで終わる事なく、患者さんの生活の役割を取り戻すべき目標を見いだせるサービス調整や提供する立場から議論できることが望まれる。

そして、ケアマネの役割は、地域の調整役となり利用者を介した医療機関と地域のチームケア関係者の接合形成を図ることで、シームレスな構築を果たさなければならないのである。

1) 社会福祉法人 創明会 居宅介護支援センター船橋梨香園

最後に私たち医療・介護に携わる者同士が、誰もが安心して生活できる環境へ帰せることが最大の責務であ

り、垣根のない協働関係をもって地域力として備えなければならないと考える。