

パネルディスカッション 8 : 認知症高齢者の入院時・退院時支援の現状と課題について

演題名	「北九州在宅医療連携拠点事業」を通して見た多職種連携の課題と解決の方策
-----	-------------------------------------

概要

介護や支援を必要とする高齢者が在宅で安心して生活するためには、地域の各職種が連携して包括的にケアを提供していくことが大きな課題であるが、医療と介護の連携が頻繁に必要な中重度者のケアや認知症高齢者の支援において、多職種の連携は十分に機能しているとは言いがたい状況がある。

とりわけ、認知症高齢者に対しては、多職種が連携して早期発見・早期対応を行うことが一層求められているところであるが、現状では、初期の認知症高齢者の発見の遅れ、在宅生活における健康管理・服薬管理の不足、入退院・入退所時の生活環境の変化のための不穏状態の問題など多くの課題が山積している。

特に、ケアマネジャーによる医療との連携不足が指摘されており、介護職からは「医療との連携不足、特に認知症の増加とともに入院時に医療機関が苦慮することが多い」、「各職種間が共通言語、連携のためのルールを持たないため、円滑な情報共有ができていない」などの声も多く聞かれる。

このため、弊社では平成24年度に厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」を活用し、認知症を地域で支えるための医療と介護の連携の在り方を介護側の視点から検討を行った。

具体的には、認知症高齢者の「入退院時パス」のような一定の帳票により、入院前の情報から入院中、転院後、退院時における必要情報を一元的に掌握するツールを開発し、医療と介護の関係者が共有する仕組みの構築を行うとともに医師会や急性期・回復期・維持期、在宅医療を実施する医療機関、地元の行政などの関係団体等と連携を図りながら実際に地域で活用していくため研修会等を開催し仕組みの普及に努めたところである。

本事業では、ケアマネジャーに対して、総合病院の専門医やかかりつけ医との連携方法や医療連携の窓口となる訪問看護の効果的な導入方法などについて学ぶ機会を提供するとともに、グループホームや小規模多機能施設等の介護職員に対して、退院時の看取りを見据えた受け入れ判断を行う際、どのような情報交換を行うことが必要であるかなどについて実際に助言等を提供することができたと考えている。

これらの事例を通して、介護と医療との連携について、共通認識を持つことの重要性や実践的な支援の必要性などに関して検証する。