ケアマネちゃんぽん

2017　28号　平成29年12月1日発行

長崎市介護支援専門員連絡協議会報

発行責任者：長崎市介護支援専門員連絡協議会事務局 協議会事務局住所：〒850-0952 長崎市戸町４丁目７番１７号 特別養護老人ホーム青葉苑 内
TEL：095-898-5557　FAX：095-898-5536　E-mail：nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp

もくじ

P1　中央ブロック ブロック長挨拶
P2-5　特集 知っておきたい！看取りのこと
P6　ケアマネ かわら版
P7　トピックス 編集後記
P8　TDK㈱からの お知らせ

長崎市介護支援専門員連絡協議会

新たな宣伝活動に活用してみませんか！！

●料　金●
３ヶ月　¥7500～
（長期契約にて割引有り）

●申込連絡先●
TEL(095) 898-5557
協議会事務局

http://www.cmchanpon.net

バナー広告募集

“ご挨拶”

長崎市介護支援専門員連絡協議会
中央ブロック長　松尾　史江

介護保険制度がスタートして早いもので平成 11 年からの移行期間を含めると、18 年の月日が経過いたしました。職業人生のほとんどがケアマネジャーとして介護保険制度とともに過ごしてきていることを今さらながら実感します。

そう言いましても、これまでケアマネジャーとして個人的に何ができたのか、専門職として資質向上が図れたのか、そしてケアマネジャーという職業価値をどれだけ高められたのか、今でもこの大きな考察は続いているところです。

さて、今年の 4 月より長崎市介護支援専門員連絡協議会は県協との一体化がスタートし、新役員と一緒にめまぐるしく協議事項を一つ一つクリアしてまいりました。未だ多くの課題が残っているところですが、会員皆様のご協力により歩めたことを心から感謝しております。

介護支援専門員の専門職団体は、資格誕生としての歴史は浅く、全国的にみて他専門職団体に比べ、まだまだ集結力が弱く、医療や介護分野における社会的な存在意義に不安定さを残します。

近年では、佐賀県にある“織田病院”の取り組みとして「在宅医療あんしんパック」という AI・IoT 技術を用い、在宅医療を支援するサービスの実証実験が開始されました。また、東京都板橋区にある“やまと診療所”では 1 人の医師と 2 人の PA（Physician　Assistant ）と３人１組で在宅医療に当たる「医療アシスタント」の育成を独自で行なっています。PA とは、一般社会人の在宅医療に熱意ある人材を採用し、実際に現場で必要な医療や介護などの実践プログラムを習得しているスタッフです。PA になるスタッフは年々増えていて実際に活躍中です。

介護保険制度の中核を担うべきケアマネジャーの業務で最も重要とされるマネジメントと医療連携で、新たな仕組みや機器・新たな人材の育成がされているという現実を TV やマスコミ等で知り、私たちケアマネジャーの業務本質を問う場面が個人的にあったことを記憶しています。

このような中、長崎市介護支援専門員連絡協議会に所属する役員として、会員の皆様が求める研修や新しい情報の発信がタイムリーにできるよう、これからも一層力を入れてまいります。微力ながら、お役に立てると幸いです。

今回は施設での看取りの状況について、特集を組ませていただきました。特養や老健、グループホーム、小規模多機能の各連絡協議会等にご相談して、その現状を報告していただきました。

大変お忙しい中、主旨をご理解いただき、ご協力いただきました皆さまに御礼を申し上げます。

社会福祉法人　日輪会　特別養護老人ホーム　かたふち村

介護支援専門員　河野　眞一郎

●ここ３年の看取り件数

平成２６年度（５件）　平成２７年度（８件）　平成２８年度（６件）

●職員への教育

年２回の施設内研修の開催。最近ではメモリード様に「湯灌」について、近くの住職様には「死後の世界について」など講話をお聞き致しました。

●事例

Ｙさん（９２歳、女性、要介護度５、アルツハイマー型認知症、嚥下障害）

本人の思い：「食事を食べたい」家族の思い：「最期まで口から食べて欲しい」

●看取りの経過

平成２７年１月　６日：かたふち村入所。その後、誤嚥性肺炎での入退院を繰り返す。
１１月１９日：主治医カンファレンス。胃瘻設置せず施設での看取りに同意。歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、介護士など経口維持へ向けチームの結成＆食事観察の開始
平成２８年８月まで　：ムセや発熱なくスムーズに経口より食事摂取される。
９月２３日：ＳＰＯ２の低下。肺炎を発症。再度、施設での看取りに同意。
２４日：内服薬、食事の中止。可能な分だけの水分補給へシフトする。
２７日：看取り会議の開催。家族と一緒に水分摂取介助をおこなう。
２９日：主治医の診察。お部屋を静養室へ移動、家族も終日付き添われるようになる。
１０月４日：意識レベル、呼吸状態が低下し始める。
７日：夕方、家族に見守られながら息を引き取られる。家族と一緒にエンゼルケアをおこなう。お見送り。職員も葬儀に参列する。
１０日：看取り後の振り返り会議の開催。

良かった点	改善したい点
・主治医が現在の状況（予後も含め）を家族に適宜伝えてくれた。 ・歯科医師、歯科衛生士の関わりが深く、最期まで口から食べることができた。 ・吸引することも少なく苦痛が少なかった。 ・家族との意思疎通が十分におこなえた。	・平成 28 年８月末頃より看取りに近い状態になったが、食事提供のあり方についてもっと早い段階で調整出来ていたのではないか？判断が難しい。 ・看取りの途中で家族が入院を希望された場合、受け入れてくれる病院はある？事前の打ち合わせが必要。

●施設として伝えたいこと

・地域包括ケアシステムにおいて特養の役割として看取りの充実があげられています。
これからも地域の福祉に貢献できるよう看取りの充実に努めていきたいと思っています。

社会福祉法人　平成会　介護老人保健施設　ナーシングケア横尾

介護支援専門員　松原　尚也

当施設は定員 100 名の介護老人保健施設であり、在宅復帰支援及び在宅生活支援に取り組んでいます。また、今後の日本は高齢多死の時代といわれ、ターミナルケアも老健の役割の一つとされています。

当施設においても、在宅支援の一環として入退所を繰り返してきた方。または、長期入所を余儀なくされている方が入所の経過中に終末期の状態となり、最期を迎える方が増えています。

ターミナルケアを提供するようになったのは平成 21 年 4 月からのこと。きっかけはご本人、ご家族から「病院ではなく、最期までこの施設で生活したい」との意向からでした。

これまでに 48 名（平成 29 年９月末現在）の看取りを行ってきました。

当初は職員から、亡くなられた時の対応やケアに対する不安、積極的な治療をしないという罪悪感があるといった意見が聞かれました。

多職種で構成されているターミナルケア支援委員会を中心に取り組んでおり、定期的な勉強会、また実践を通して職員の意向、心構えもできてきているように感じます。

ターミナルケアと言っても特別に何かをするということでなく、通常のケアの延長にあるものと感じます。あくまでも看取るのはご家族。それを側面からサポートをしています。

ケアを行う上で最も大事にしていることは常日頃からご本人、ご家族とコミュニケーションが取れ、どういう最期を迎えたいかといったことを把握すること。身体的な苦痛を軽減することはもとより、精神的に満足のいく最期を迎えるためにはどうすれば良いか、検討を重ねています。以下、症例を通してご紹介いたします。

●症例：

96 歳（当時）女性、要介護 5。平成 28 年 4 月当施設入所。

●入所前の経緯：

独居。隣に住む娘様の介護のもと在宅生活を送ってきた。平成 27 年末自宅内で転倒。体動困難となり救急搬送、肋骨多発骨折により入院。入院中に脳梗塞発症し在宅介護困難となったため当施設入所に至る。

入所当初より全介助状態であり、会話での意思の疎通は困難。表情や目の動き等で観察を行っていた。嚥下状態も不良であり、少量ずつをゆっくり提供するも誤嚥のリスクが高い状態であった。

●看取りの経過

平成 28 年７月　４日

発熱、ゴロ音、Ｓｐｏ2 低下。酸素吸入 0.5ℓ～開始。適宜吸引が必要な状態となる。

以降、状況改善見られず次第に食事摂取困難となる。

平成 28 年７月 12 日

Ｄｒよりご家族へムンテラ。看取りケア開始となる。

その後毎日のように娘様が面会に来訪あり。その際娘様より、最後に一度でいいから自宅へ連れて行きたい。庭に咲いている花を見せてあげたいとの思いを伺っていた。

平成 28 年７月 21 日

バイタル、呼吸状態は比較的安定。天候も良好であったため、娘様同行のもと自宅へ一時帰宅。庭や仏壇を前に発語こそなかったがしっかりとした眼差しで短い時間ではあったが自宅へ滞在することができた。

以降、食事をとることはできなかったが、娘様と一緒に好きなアイスクリームを召し上がるなど思い思いの時間を過ごし７月 29 日未明に永眠される。

最期の時に娘様は立ち会うことはできなかったが、退所の際は娘様も満足された様子が見受けられた。

●施設として伝えたいこと

老健は常勤の医師や看護師が常駐しており、他施設と比較しても医療・介護の連携は取りやすい環境にあると考えます。

しかし、ただ死に場所を提供するということではなく、質の高い最期を迎えるにはどうすれば良いかは、ご本人、ご家族の思いに寄り添い職員が共通した認識を持つことが大切だと思っています。

医療法人社団　健昌会　ぐるーぷほーむ新里小江原　　　　管理者　草場　直哉

グループホームにおける「看取り」ケア　～看取りケアにおける医療と介護の連携～

高齢化が進む中、施設に入居されている方も増え、年々、ご家族から施設での看取りの希望は増えています。施設での看取りにおいては、医療機関との夜間や休日の対応が必要となりますが、私ども新里メディケアグループは、医療、介護のサービスを提供しているグループであるメリットを生かし、グループ内の全ての施設において、看取りを行っています。実際の看取りの取り組みについて、ご紹介いたします。

現在の入居状況は３事業所共満床、平均介護度 2.82、最高齢 100 歳、一番若い方で 79 歳、平均年齢は 82.6 歳となっております。現在看取り契約を行っている方は６名です。

当施設での「看取り」に至るまでの流れ

- 入居時に「看取り」の指針について説明を行います。
- 主治医と入居施設において状態の変化に伴い検討を行います。
- 状態の変化に伴い、主治医よりご家族への現状の説明を行います。（インフォームドコンセント）
- ご家族の希望により「看取り」に関する同意及び契約、開始となります。

H26.6.1～H29.5.31（過去３ヵ年の看取り件数）

- ぐるーぷほーむ新里油　木（定員 27 名）　12 名　　現在４名看取り介護
- ぐるーぷほーむ新里城　栄（定員 18 名）　 9 名　　現在２名看取り介護
- ぐるーぷほーむ新里小江原（定員 18 名）　 1 名　　（H28.9 開設）

「体制」

急性期における医療機関（新里クリニック浦上）との連携、夜間における 24 時間 365 日の連絡体制の確保、法人内のクリニック看護師が兼務で来てくださいます。

「看取り」に関する職員教育として、部署内での勉強会、外部勉強会への参加、エンゼルケアのマニュアル作成等を実施しております。勉強会の具体的内容として、「看取り介護の方法」一連の流れとして、医学的所見において医師からの本人または、家族への判断内容の説明から始まり、インフォームドコンセント、看取り介護の計画書の作成、同意、実施における介護職員の役割の理解から始まり、その他、看取り介護実施における職種ごとの役割の理解を深めていきます。

事例（ぐるーぷほーむ新里油木）

対象：Y･A 氏　88 歳の女性の入居者様。看取り同意後、２ヶ月 12 日後にご逝去。

看取りまでの経過

入居期間中に徐々に認知症の進行に伴い ADL 低下し、最終的には全介助状態という状態になっておりました。発語は「あー」と感情などで声の大きさが変化する喃語程度の状態であったが、それも徐々に減少傾向となりました。食事や飲水拒否（口に入れても吐き出す）ため体重減少傾向となり、覚醒もされない状態が続きました。

H27 年７月　主治医よりご家族へ本人の状況と看取りの説明を行い、ご家族が「看取り」を希望され、同意、契約。看取り介護開始となりました。

食事や水分の摂取量が増えたり、減ったりを繰り返しながら最後の時までを職員で見守っていました。呼吸の状況やバイタルが普段の状況と違ったら慌てて主治医や法人内のクリニックの看護師に連絡する事も多くありました。そのような際に落ち着いて対応して頂き、状況の観察や報告することを具体的に伝えてくださる事がとても心強かったです。何より職員を安心させてくれたのは主治医の「何かあったらいつでも連絡してください」の一言でした。９月に入り、血圧が測定できない事が多く、排尿の量も減ってきました。定期的にバイタルの測定、呼吸状況、飲水量、排尿量の記録を付けていきました。主治医が様子を見に来てくださった際に、落ち着くこと、出来る範囲での緩和ケアを行ってあげてくださいと言ってくださいました。

９月 24 日朝から血圧が測定できず、呼吸も荒くなってきました。主治医に連絡し、ご家族も集まり、職員やご家族が見守る中「ふーっ」と深呼吸をするように大きく息をついて静かに息を引き取られました。事前に最後に着ていただく衣類をご家族に選んで頂いていたので、全身の清拭、整容をさせていただきました。その際に、ご家族にも了承を頂いて実習に来ておられた看護学生の方にも同席していただきました。

GH から出られる際にはご家族から「皆さんに見守られて良かったと思います。ありがとうございました。最後に服もきれいに着せて頂いてありがとうございます。」と言って下さっていました。

今後の課題

・職員の看取りに対する心構えや理解　・医療との連携、協力の強化　・ご家族との信頼関係の構築等

まだまだ課題はありますが、ご本人、ご家族にさらに満足していただける看取りができるようグループ内の医療機関と協力しながら、ひとつひとつ課題の改善に取り組んで参ります。

NPO 法人ふるさと　小規模多機能型居宅介護事業所ふるさと　施設長　小島　真一

過去３年間の看取り件数４件

①H27 年４月　７日　男性　享年 96 歳　　②H27 年６月　２日　男性　享年 72 歳
③H27 年７月 16 日　女性　享年 75 歳　　④H28 年１月 28 日　女性　享年９９歳

職員に対する看取り研修

看取りを開始した平成２５年に、看護師、保健師の資格を持つ理事長より、スタッフ全員を集めて、看取りについての一般的な考え方等の研修が行われ、同時に当事業所における「ターミナルケアに関する指針」についての説明と心構えについて話をして頂き、その後は、スタッフ各個人にて外部研修にて年０名～１名、研修を行っている。内部研修については、最初の研修以降は行っていないが、看取りの対象利用者が入所された場合、あるいは既存利用者が看取り期に入られた場合、カンファレンスにて通常の場合よりも、より厚くより丁寧な対応ができるよう、看護師がメインとなって、看護計画、及びケアマネが作成する介護計画について、細かなケアができるよう、ほぼ全員のスタッフにてカンファレンスを行っている。

看取り事例

U氏　Ｈ２７年６月２日　男性　享年７２歳　介護度５
既往症　脊髄小脳変性症、起立性低血圧、神経因性膀胱、深部静脈血栓症、陳旧性脳梗塞
経過

当事業所は平成２３年１０月１日より小規模多機能型居宅介護事業所として実施しているが U 様はそれ以前の宅老所時代より利用されている方であった。特定疾患に指定されている、根治的な治療法が確立されていない脊髄小脳変性症とは、徐々に色んな機能が落ちていく病気で、私が関わった当初は、体操やお昼のレクレーションでは麻雀等もできる方で、コミュニケーションについても、多少の聞きづらさはあるものの、冗談を言いあえるほどの状態であった。

平成２３年１０月の小規模多機能型居宅介護事業所を立ち上げた後も、暫くは麻雀等も出来ていたが、徐々に手足の動きが悪くなり、後半はベッドに寝たきりとなった。週に一度は帰宅もされていたが平成２５年４月頃より帰宅も出来ない状態となり、その年の７月にはご家族との相談のうえ、ターミナルケアについての同意書にサインをいただいた。食事も口より摂る事が不可能となり、経鼻経管栄養での栄養摂取となられ、コミュニケーションについても、こちらの言う事は理解できているが、利用者様よりの反応は、いやな時は首を振られる、良いときは頷かれるのみとなっていった。

しかし、嬉しいときは、本当にとってもよい笑顔がみられ、それが私たちの励みでもあった。一日３回の経鼻経管栄養と吸引、尿管カテーテルのチェック、褥瘡防止と看護師と介護士と連携し介護を行っていった。私自身も、また他の介護スタッフも看取り経験については、ほぼ無く、当初は夜勤の際に不安もあったが、徐々に慣れていき、喀痰吸引の資格を持っていないスタッフが夜勤の際は、理事長、または施設長である私が、早朝より対応する等で実施していき、日々過ごされていました。

しかしその朝は突然、訪れました。
当日、夜勤のスタッフが喀痰吸引の資格を持っていないスタッフであったため、早朝に私が施設に行き、U様の部屋を訪ねると、すぐに異変に気付き、意識確認をするが、応答なし。呼吸も心音もなく、ＡＥＤにて心肺蘇生を試みる。ＡＥＤの音声にて「電気ショックの必要はありません」のメッセージが流れるが、その後も胸骨圧迫にて心肺蘇生を暫く試みる、しかし、意識、呼吸ともに戻らず。その間、夜勤スタッフより連絡を受けた理事長が施設に到着。その後は、ご家族が連絡を受け、来所され、死亡確認等の処置が行われていった。

私にとって、初めての経験であり、関わった利用者様もお付き合いの長い利用者様であった。当初は必死であったため、悲しみ等もさほど感じなかったのだが、お通夜の前にご自宅にお焼香に伺った際、打ち覆いの白い布を取り、お顔を拝見した途端、涙がこぼれてとまりませんでした。暫くは声もだせないほどの嗚咽で、ご家族様と悲しみを共有させていただき、懐かしい話をし、暫くすごさせていただきました。

私は、他の施設で働いたことが無いのですが、小規模多機能型居宅介護事業所ならではの、地域、家族に密着した終末期のケアができたのではないかと、多少の自負はあります。ご家族にも、たくさんのお礼の言葉をいただき、何かしら、家族を失った悲しみに近いものもあり、喪失感に似た感情もありましたが、同時に介護冥利につきるといいますか、本当に、介護の仕事をしていてよかったと思った瞬間でもありました。
今後も、看取りに限らず、ご利用者様、ご家族様に寄り添ったケアを心がけていきたいものです。

ケアマネかわら版

「夫婦のあり方」

ペンネーム　おに嫁(＾O＾)

「最近の男の人は、家事をしてくれて良かねぇ」とよく言われます。多分、昔に比べ共働き世帯が増えた事も一因となっているとは思いますが、私の親世代から見ると羨ましく映るようです。時代も変わると夫婦のあり方も変わって行くのは当然の事で、昭和は遠くになりにけりということかと物思いにふけっていると、ふと、私の訪問先のご主人の言葉を思い出しました。大病を患い家事が出来なくなった妻に代わり「若い頃は、好きにさせてもらったから、今度は私がする番だ」と今までいっさい家事経験のないご主人が家事のすべてを担うようになったのです。素晴らしき夫婦愛と思いつつも、もし、私が大病を患い同じ立場にたった時、どうなるのだろう？今、お互いに家事をやっている夫は私に恩返しをしなければという気持ちにはならないのではないか・・・。まずいぞ、今日からこき使うのを少し控えようかな～、いや、上手にこき使うことにしよう。

「とある土曜日の朝のこと」

ペンネーム　K-006

とある土曜日の朝のこと。わが家の土曜日は夫婦どちらかが仕事で、その日は６歳の娘と私がお留守番。妻を送りだした後、「今日何する？」と話していたところ、突然のインターホン。どうやら娘のお友達らしく、「遊びに行っていい？行ってきま～す！」と出かけてしまった。「１年生だけで大丈夫か？」と思いつつも、階下より遊び声が聞こえていたので、一安心。しばらくしてベランダから様子をうかがうと、娘もこちらに気付き、「オーイ！」と笑顔で手を振ってみる。当然、娘も手を振りかえしてくれると思いきや、声をかけるなと言わんばかりに手を払う仕草ひとつ。どうやら、もうそういうお年頃らしく、「成長・・、自立・・のとき」と自分を納得させてすぐに退散。娘の成長に嬉しさと寂しさの両方を感じた瞬間でした。

ふと、利用者様とわれわれ介護支援専門員もこういう関係がいいのかな？などと考えてみたり・・。生活目標をともに達成し、サービス終了という形で嬉しさと寂しさの両方を感じる担当終了の瞬間を、これまでどれだけ迎えることができただろうか？などと考えた土曜日でした。

「走れるケアマネをして目指して」

ペンネーム　ネココ

風に髪をなびかせながら颯爽と走るランナーに憧れて、３年ほど前にランニングを始めてみました。しかし、長年の運動不足と太りすぎに、ウォーキングのおばあちゃんに抜かれる始末。それでもなんとか継続し、フルマラソンにも５回挑戦し、２回はとりあえずゴールを切れました。

走り出して４年目になりましたが、夏の暑さに練習が滞り、体重がさらに増えてしまい、次の２月のフルマラソンは参加すら厳しいかも…継続していればもっと速いペースで走れただろうし、体重も減ってたのになぁ…継続は力なり。自分との戦いに何度も挑戦しては負けていますが、めげずにまた挑戦していきたいと思います。

TOPICS
トピックス

「認知症の人や家族、医療福祉関係者がタスキをつなぐ。～RUN 伴～」

文責：増山　和隆

みなさん「RUN 伴」を知っていますか？

“ランとも”と読みます。長崎でも昨年、初めて開催されました。新聞等で報道されたので、ご存知の方も多いと思います。

「特定非営利活動法人　認知症フレンドシップクラブ」が主催するイベントのことです。認知症の人や家族、医療福祉関係者がタスキをつなぎながら、“一緒に走る”イベントです。2011年に北海道の函館から札幌までの約 300km をリレーしたのが始まりで、少しずつ全国に広がっています。時間や順番を競うイベントではありません。オレンジ色の T シャツを着て、認知症の人も一緒に力を合わせて、タスキをつなげていくイベントです。

認知症の人がタスキをつなぎ、みんなでひとつのことを達成する、とても素敵なことですね。他の地域では、このイベントがきっかけで認知症の方のソフトボール大会もスタートしたそうです。認知症の方が人生を楽しめる、このようなイベントが増えるといいですね。

長崎では、今年も 11 月に開催予定とのことです。このケアマネちゃんぽんが発行されたときには、すでに終わっていますが、来年度以降も開催されると思いますので、興味のある方はぜひ参加やお手伝いをお願いしたいと思います。

事務局便り…

いつもお世話になります。連絡事項は特にありませんが、何かありましたら、お気軽にご連絡ください。どうぞよろしくお願いします。

寒くなってきました。体調、ご自愛ください。

編集後記…

「看取り」についての特集でしたが、先日、私の勤務する施設で「看取り」の研修会を行いました。講師の「看取り介護は特別な介護ではなく、日常生活の延長、最期の一瞬まで尊い一人の人として生き抜くことを支える」という言葉がとても印象に残りました。居宅支援事業所のケアマネの皆さんから施設職員はバトンタッチ、施設での生活を支援し、看取り介護まで携わる施設職員の役割は大きく、改めて日々の支援を見直していきたいと思いました。

文責：笹田　典子

	ブロック長	副ブロック長
南部	大町　由里 （青葉苑）	志岐美津子（恵珠苑　居宅介護支援事業所） 和田　公一（居宅介護支援事業所リエゾン長崎）
中央	松尾　史江 （ケアプランセンター　ゆめライフ）	榊　　寿恵（長崎市江平・山里地域包括支援センター） 水頭　正樹(居宅介護支援事業所　牧島荘）
北部	吉川　光義 （指定居宅介護支援事業者　光風台病院）	迫　久美子（ケアサポート春） 吉田　裕（指定居宅介護支援事業所 サンハイツ） 田中　秀和（長崎市岩屋地域包括支援センター）
施設	野濱　真悟 （社会福祉法人　致遠会）	松原　尚也（介護老人保健施設 ナーシングケア横尾）

編集委員会

委員長：松尾　智香子（長崎記念病院指定居宅介護支援事業所）
委　員：田羽多　暁（長崎ダイヤモンドスタッフ㈱）
増山　和隆（長崎市小江原・式見地域包括支援センター）
高橋　由香（長崎県看護協会ケアプランセンター）
大峰　史子（あいソーシャルサポートケアマネジメントセンター）
八木　一夫（長崎ダイヤモンドスタッフ㈱南部ケアプランセンター）
笹田　典子（介護付有料老人ホーム　サンハイツ富士見）

長崎市介護支援専門員連絡協議会の皆様へ

リコールに関する重要なお知らせ

火災事故に至る恐れ

TDKの加湿器を探しています

引き取らせていただく際に（1台あたり）**5,000円をお支払い**いたします。

通話料無料 電話番号　TDK株式会社 加湿器お客様係

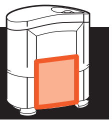
0120-604-777

受付時間 9:00～19:00
土・日・祝日も受付

インターネット
TDK 加湿器　検索

対象加湿器はTDK製の4機種です

機種名は、本体裏側の
ラベル表示をご確認ください。



19年ほど前・平成10年（1998年）製造

KS-500H

KS-300W

24年ほど前・平成5年（1993年）製造

KS-31W

KS-32G

こんなところで見つかっています

① 押入れ・物置・倉庫などに収納されている
② ご高齢者が気づかずにご使用されている

ご迷惑とご心配をおかけしております。謹んで深くお詫び申し上げます。

TDK

TDK株式会社