

ケアマネちゃんぽん

平成 30 年 11 月 1 日発行
第 30 号

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

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：n-cm@aoba-en.jp



ごあいさつ

長崎市介護支援専門員連絡協議会 会長 大町 由里

「ケアマネジャーの仕事をずっと続けてくださいね」亡くられる数日前にご利用者様から頂いた言葉です。いまも大切にしています。

介護支援専門員研修ガイドラインにおいて、研修全体の最終目標（アウトカム）があります。「研修成果をあげるためには、介護支援専門員が細かい技術の一つ一つを完璧に実施できることよりも、総合的な力を身につけ利用者や家族から信頼される人材に成長することが求められる。介護支援専門員研修の最終目標の例として 8 項目…」①介護保険制度の知識②コミュニケーション力③ケアマネジメント実践力④多職種協同チーム活用力⑤省察的思考力⑥生涯学習力⑦プロ意識と倫理⑧地域アプローチ。学習を通じて、また体験を通して、私たちは上記のひとつひとつを学んでいく中で、笑いや涙と共に 365 日を向き合っている気がします。

また、その後に「どのような職種であっても、研修の最終目標を達成するには時間がかかる。介護支援専門員は総合的、多面的な能力を身につけなければならないため、熟達した技術を修得するには最短でも約 10 年の期間が必要と思われる。…」私たちケアマネジャーは段階的な研修過程を経て、弱点を補強し強みをさらに伸ばすことが出来るようにと自分を省みながら頑張っています。時には失敗もあります。制度改正に追い付かず「そうなの!？」というときも、サービス担当者会議が長引いてしまい「もう戻らないといけないのですが…」と言われた時も、時には自分が病床にいるときも…色んな自分にぶつかり戸惑う時もあります。

制度改正、AI 化、自己負担など押し寄せる中、ケアマネジャーの周知は確実に広がりました。

施設にきて 2 年が過ぎ、現場でケアマネジャーとして走り回ることには出来ませんが、社会資源の“人”として訪問し学ばせていただいています。

会長として熟達度は未熟ですが、現場の皆様のお役に立てるよう、長崎市地域包括ケアシステムにおいて当協議会が力になれるよう頑張ります。また、役員の方の努力、会員の方の協力、行政をはじめ多職種における関係者の方のお力添えに日々感謝しております。今後とも宜しく願いいたします。

役立つ情報がたくさん!

◇バナー広告募集◇

長崎市介護支援専門員連絡協議会のホームページ <http://www.cmchanpon.net/> にバナー広告を掲載しませんか?

料金 3 ヶ月 9,000 円～（長期契約にて割引有り）

お問い合わせは、協議会事務局 095-898-5557 まで!

今回は、「在宅での看取り」を特集します。

前半は、在宅での看取りに関わる長崎在宅 Dr.ネットや訪問看護からいただいたご意見や事例をご紹介します。

後半は、三人のケアマネジャーから看取りの事例をご提供いただきましたので、ご紹介させていただきます。

大変お忙しい中、ご意見や事例をご提供くださり、ありがとうございました。



★在宅看取りにおけるケアマネジャーへ望むこと★

長崎在宅 Dr.ネット理事 奥平外科医院 奥平 定之先生

高齢多死社会に突入しつつある現在、在宅や施設における療養や看取りの需要増大が見込まれている。国は最後まで住み慣れた場所で過ごすために“地域包括ケア”システムを提唱している。これを動かすには多職種連携が必要であるが、医師・看護師・薬剤師などの医療職とケアマネジャーを中心とした介護職の“顔の見える関係”の構築が必要不可欠である。医療面は医師、訪問看護師、訪問薬剤師から情報を得ながら、患者がいかに在宅で暮らしていくか、介護の要であるケアマネジャーに期待されるものは大きい。

特に看取りとなる場合、自宅、施設、病院等の場所に関わらず、前もって最後の療養の場を決める必要がある。そのためにはアドバンスケアプランニング(ACP)^注が必要となってくる。体調に変化があった時に医療的な説明をするのは医師であるが、患者とその家族に比較的元気な時から人生の最後まで、家族を含め介護面から支えるのはケアマネジャーである。そのため、ACPの中心的役割を果たすのに最も適した職種と考えられ、積極的な関与が望まれる。

多職種連携を円滑に進めるためには“顔の見える関係の構築”は必須であり、安全で確実な連絡手段の確保が必要である。情報連携の手段として長崎県には医療情報ネットワーク“あじさいネット”がある。当初は情報提供病院の医療情報を閲覧する“病診連携”が主であったが、平成26年から一人の患者さんに関わる医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、理学療法士等の多職種間での情報共有ができる“多職種連携”が始まった。これは、電話、Fax、メール等従来の方法と違い、セキュリティが高い状態で患者情報を1か所に集めることができる。また、運用開始と同時にiPadも利用可能となり場所を選ばず“閲覧”と“記録”できることから利便性も向上した。ケアマネジャーもこれを利用することによって、多職種連携の際の問題点とされている多職種間での情報交換不足、分散した情報の一括管理化、連絡の簡略化、ペーパーレス化等の解決が可能と考えられる。

患者とその家族が満足した“顔”を示して頂く様な在宅看取りができるよう多職種で密な連携をとる必要がある。

注；ACP:人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

★訪問看護★

訪問看護在宅療養ステーション 桃花竿浦

私たち訪問看護在宅療養ステーション 桃花竿浦は、平成 26 年に開設し、周囲の支えもあり今年の 11 月で丸 4 年を迎えます。

在宅での看取りもさせていただいており、この 4 年間で 54 件のターミナルケアを経験しました。その中の 1 つの事例を紹介させていただきたいと思います。

●事例

69 歳、男性、要介護 2、H30.6 自宅永眠

●看取りの経過

肺癌末期で疼痛緩和を主としたターミナルケアの依頼があり、平成 30 年 5 月 25 日に訪問を開始した。ターミナルケアを受けるためには、本人の同意が必要であったが、本人には告知せず、その都度、家族とターミナルケアの方向性を話し合いながらの介入となった。

家族状況は、妻と次女の 3 人暮らしで、妻は過去に自宅で義母の介護の経験もあり、夫の介護に自信があるとのことで主に妻が介護をした。

食事は摂取されるものの嘔吐があり、摂取量の確保が十分にできなかった。そのため、点滴が実施されたが、摂取量も減少していき、ヨーグルトや果物を少量程度しか摂取できなくなってきた。

訪問当初は杖を使用し歩行されていたが、体動時、左胸部に疼痛の訴えがあり、オピオイドを使用していた。訪問看護師が疼痛の状況を管理していた中で、ケアマネジャーが医師や薬剤師への情報提供や担当者会議の調整を適確に行ったため、多職種間の連携が図りやすくなり、疼痛状況に応じた服薬量の変更が素早く対応でき、タイムリーな疼痛緩和が提供された。

6 月に入り、オピオイドの服用に伴う倦怠感により、傾眠が強く体動も困難となり、オムツ交換や清潔介助、レスキュー薬の与薬など介助量の増加や本人の状態変化に伴い、妻に精神面での疲労がみられ、看護師が、介護代理や妻の不安を軽減できるよう状態予測対応方法の説明、不安傾聴を行っていった。それと同時にケアマネジャーからも、介護サービスの提供や家族への支援依頼を提案することで、妻の介護負担による疲れや精神面でのフォローが実施され、その結果、妻が大切な家族の死を受け入れることに向き合えるようになってきた。

6 月 28 日に呼吸状態に変化があり、家族や親戚一同に集まってもらい、多くの方に見守られながらの永眠となった。

●感じたこと

今回の事例の中で、ケアマネジャーの介入により、円滑な多職種連携によるターミナルケアが実施できた。また、ケアマネジャーによる家族へのサポートもあり、最後まで在宅で生活を送ることが実現でき、家族からの感謝の言葉や親戚の方より自分の最後もこういう風に見送られたいとの言葉も聞かれた。

私たち在宅支援者は、利用者やその家族が自宅で最期を迎えて良かったと思えるような看取りを提供していく必要がある。そのためにも、多職種で連携することが大切でケアマネジャーの存在は非常に大きいと感じた。今後とも事業所間や多職種間連携を密に行いながら、より良いサービスが提供できるよう努めていきたい。

★ケアマネジャー★

株式会社メディカルネットワーク 指定居宅介護支援事業所 介護支援専門員 小川 眞紀

●事例

78歳 女性 要介護2 転移性腹膜腫瘍・多発性肝転移ステージⅣ（告知なし）

本人家族の思い：本人「自宅で過ごしたい、できれば家事もしたい」

家族「できるだけ最後まで本人が望むように自宅で生活させてあげたい」

家族構成：独居。子供は二人。隣の棟に長男が住んでおり、長女も市内在住。

長女の職場が近くにあり、仕事の前後や昼休みに立ち寄り支援している。週2日は長女が休みで終日付き添い、夜間は隣に住む長男が泊まって対応する。実妹も市内在住で時間があれば訪問している。

●看取りの経過

H28年3月9日：本人の強い希望で退院。腹部の疼痛緩和の為フェンタニルテープ 4.2 mgを3日に1回使用。介護保険新規申請手続きを行い、特殊寝台のレンタルを開始。立ち上がりが楽になりトイレまで杖もなくゆっくりと移動できる。麻薬は副作用を気にして服用していない。訪問診療、訪問看護にて体調の確認や服薬、疼痛管理を行う。訪問介護：入浴介助（清拭）、掃除、調理、買い物。

4月18日：当月上旬までは洗濯物をたたむなど行なっていたが、徐々に吐き気を訴えるようになる。痛みはないが食欲が低下し、臀部に発赤あり褥瘡になりかけている。テンピュールマットレスのレンタルを開始。

5月6日：トイレまで自力で行っているが急に歩けなくなる可能性もあると在宅主治医より説明があり、ベッドからトイレまでの動線に手すりのレンタルを開始。ポータブルトイレの設置も提案したが、本人の抵抗が強かったため今後の様子をみて勧めていくことにする。

5月9日：状態が急激に低下。食事が入らず、おかゆやアイスクリームなどを少し摂る程度。「トイレはまだポータブルトイレは使いたくない。まわりにも迷惑をかけるから病院に行った方がいいのかも…でも家にいたい」と在宅での生活を望んでいる。ホスピスについては在宅主治医から長女に説明済。

5月11日：トイレまでの移動は何とか行えているが、便座の高さが少し高いこともあり、ポータブルトイレの設置を行う。移乗はスムーズに行えるようになった。

5月17日：長女が体調不良で入院となる。今後の在宅での生活も難しくなると思われるため5/19より入院予定となった。入院するまでは妹が付き添う。

5月19日：入院する前にご自宅にてお亡くなりになる。

●感じたこと

今回の事例では、主治医がその時の状態を家族に適宜説明してくれたことや、主介護者が体調を崩した時も家族が介護に協力したことが在宅で看取りを行うことができた大きな要因だと思います。ターミナルケアは、自己決定の尊重が重要であると思います。本人の思いを家族と共有し、その人らしい終末期をマネジメントしていきたいと思います。

★ケアマネジャー★

居宅介護支援事業所新里城栄 介護支援専門員 堺 麻衣子

●事例

84歳 男性 要介護1 肝細胞癌・高血圧・糖尿病

●看取りの経過

H25.11月、ご夫婦での担当依頼があった。担当当初は、自宅近所に畑を所有されているため、毎日の様に畑へ行っては夕食の食材をとり、奥様が料理をするという仲睦まじい生活を送られていた。以前から腰痛の訴えはあったが、湿布や痛み止めの服用等で痛みのコントロール行っていた。今、考えるとその痛みも病気の兆候だったのかもしれない。

H29年5月ごろ腰痛や肝臓付近の痛みがあり、起き上がる事が出来なくなってしまったと長男氏に連絡があり急遽、長男氏対応で病院受診をされ肝腫瘍の為入院。肝癌のレベルは不明であるが、手術はしない方向で抗がん剤投与も検討しているとの事であった。

その後、入退院を繰り返される様になったが毎回ご家族の協力体制もあり、且つ、頻回に家族会議もあっていたのでご家族間での情報共有はできていた。

H30年2月、自宅のベッドで横になっている際に痙攣があり救急搬送される。リンパ節や肩甲骨にも転移を認められたが本人への告知はしなかった。

当初は胆汁を抜く手術をする為に状態を見ていたが、なかなか病状も安定しなかったことと酸素低下もあり黄疸数値も高くなっていることから、「今しか自宅に帰る事が出来ない」と病院側からの説明がありご家族と早急に話し合いを持ち、環境を整え1日も早く退院をして頂く運びとなった。

在宅医・訪問看護・在宅環境を整え、数日後に退院。退院日に在宅医を含めた担当者会議を開催し、今後の方針を決定した。長男嫁氏が毎日泊まり込みにて対応しながら、他の兄妹も毎日お見舞いに来る日が数日続く。

退院の3日後に訪問看護より車椅子貸与の要請を受け、当日、訪問し車椅子を貸与する。2日後には、再度、訪問看護よりベットマットレスの変更の依頼があり訪問。看護師とマットレスの選択を行い福祉用具へ依頼する。その翌日には介助バーの導入依頼や自宅から車椅子で散歩する為のスロープのレンタルをご家族が希望され早急に業者へ連絡をした。

しかし、訪問した夕方に訪問看護より、「ケアマネさんが帰った後に心不全の為、酸素量が低下し意識消失したので主治医・ご家族へ連絡をしました。」との報告があった。

その後、家族が集まった時点で一旦意識を戻され、少し話をした後に安らかに息を引き取ったとご家族より連絡が入った。

●感じたこと

在宅での看取りを行うにあたり、家族の協力体制や方向性の統一が必要不可欠であり、それと同時に周りを取り巻く第三者の体制や方向性も重要となると思います。その為には、医療との連携を確実にし、ご利用者・ご家族に寄り添った支援を行える様にしていきたいと思いました。

当事業所では、在宅で最後を迎える方へ、出来る限りご本人・ご家族の身体的、精神的なフォローやサービスの提供・提案を行い不安なく過ごせる環境を支援することを念頭にマネジメントを提供しております。

その為には医療との連携を密にする必要があり、まだまだ課題も多く残っている状況ですが、出来る限りの支援を行っていく様に努力していく様に心がけております。

★ケアマネジャー★

社会医療法人長崎記念病院 指定居宅介護支援事業所 介護支援専門員 松本 大輔

●事例

86歳女性 要介護3 長女、孫息子との3人暮らし

生活歴：ご主人を早くに亡くし、仕事をしながら女手一つで二人の子供を育てた。明るく穏やかな性格で前向きな方（私の第一印象は姉御！）。自身で車を運転し、友人とドライブやカラオケに行く事が楽しかった。車は乗らなくなったが、思い出としてそのまま自宅前に駐車している。

家族関係：長男は福岡在住。同居の長女は休職中。長女が40歳代の頃、夫を胃癌で亡くし大学生の娘、高校生の息子を育てている。

疾患：#1 膀胱癌（肺、肝転移あり stage4）予後半年以内。
長崎大学病院で#1の診断を受ける。リハビリ・治療継続目的でN病院病院。

ADL：食事 一部介助（セッティング必要）
排泄 全介助、バルーン留置、リハパンツ、紙オムツ併用
入浴 一部介助～全介助

本人意向：今の体ではまだ退院できない。娘に迷惑かけるので、トイレに一人で行けるようになるまでは入院してリハビリをしたい。

長女意向：入院嫌いの母が入院し続けたいのは、私に迷惑をかけるとの思いから。大好きな家でゆっくりさせてあげたい。告知は兄（長男）が反対しており「告知はしません」と。

●看取りの経過

ADLが向上しない事に「私の本当の病気は何？」と、病棟スタッフ、私に口にする事があった。退院前カンファでも告知しない事で決定。カンファ後の1週間後に退院決定。

退院時は癌性疼痛も出現しておりストレッチャーで退院。主治医、病棟スタッフの見送りには閉眼したままで、笑顔も無く、どこか納得がいかない表情であった。自宅に到着し、サービス担当者会議開催。電動ベッドに喜んでいたが、訪問看護、訪問リハビリ、訪問入浴の利用には消極的でサービスの話になると目を背けた。長女様が説得され、隔日サービスの利用で何とか承してもらえた。

その日夕食は好物の刺身等を食べたが、翌日から徐々に食事が喉を通らなくなり、嘔吐するようになった。自身で起き上がる事もできなくなり、便失禁も見られるようになった。介護者が長女様のみだった為、介助量増加による負担増が懸念されたが、在宅主治医、訪問看護、訪問リハ等スタッフの助言等もあってか疲れた様子等一切見られなかった。

自宅に戻ってから食事介助、排泄介助、整容等、身の回りの支援をする度に「ありがとう」と長女様に声をかけられていた。夜は本人の横に布団を敷いて休んでいた。長女様と二人過ごす時間は多かったが、病状や予後について本人、長女様、お互い一度も話しをすることはなかった。「もしかしたら本人は気づいているのかもしれないね」と訪問看護師さんから言われた事を覚えている。

退院から16日後、病院退院調整NSから「退院に納得していなかったので様子を見に行きたい」と依頼あり、自宅に同行訪問。週末長男様が帰省した際、「何で病院から連れて帰ってきたのか」と言われたようで、長女様は本人にとって一番良い療養の場所は病院か自宅か悩んでいた。丁度長女様が用事で家を空けるとの事で、本人に意向確認を行った（長女様の前では本音を語らない）。私から「病院に戻りますか？」本人「いいや」と、首を横に振った。

長女様が帰宅し、意向を伝えた。長女様は「覚悟ができました」と自宅看取りを希望。

その日の夕方在宅主治医の訪問診療時に意向を伝えた。近隣者を呼んでおくようにとの事で、長男様、孫娘様へ連絡。翌日朝方3時頃、長男様、近親者に見守られながら永眠された。

●感じたこと

一番悩んだのは「本人の意向」を実現する為にはどうするか。日に日にADLが落ちて行く本人を見ながら、「何かしたい事はないですか？」と聞くわけにもいきません。

カラオケが趣味だったので、訪問入浴の際、タブレット端末から好きな歌手の歌を流しました。訪問入浴の導入に否定的だった本人も入浴後に「極楽でした」「今度の入浴剤は何にしようかな」と笑顔を見せてくれました。

長女様から「最期を自宅で看取る事ができて本当に良かった。後悔はしていません」と言葉を頂きました。「後悔していない」とは、告知をせずに自宅で看取れた事なのか。

本人宅前を通る度、告知をしていたら、どうなっていたらどうかと、自分だったら、家族だったらと、今でも訪問車の中で一人考える事があります。本人、家族の意向が違った場合のケアマネジメントについて学び、考えさせられた事例でした。

ケアマネかわら版

「姿勢」

ペンネーム ふとっちょカウボーイ

最近、姿勢が悪く気付けば猫背になっている。巷で噂のトレーニング方法を実践してみることにした。日常生活の中で姿勢を常に意識し、身体の位置を正常に保ち背筋を「ピンッ！」と伸ばすことを心がけている。始めた当初は背中が痛くなり、持ち前の三日坊主が顔を覗かせる。しかし何だかんだで続いている、体重も理由は分からないが3kg減。嬉しくなり自分から「痩せたと思わない？」と周囲に確認。聞く人聞く人が「思わない。」と一言。体重が3kg増えた時にはすぐに「太ったね。(笑)」と言うくせに。些細な変化に気付こうとする姿勢の大切さを感じた日常の会話であった。

「ストレス発散していますか？」

ペンネーム アクティブギア

私達、ケアマネは、人間相手の仕事ですから思い通りにならないことが多く、ストレスを感じる場面も多いですね。みなさんは、どうやって、ストレス発散していますか？

私のストレス発散方法は、「和太鼓」です。仕事で失敗した時や上司、同僚、ご家族等人間関係で疲れた時は、一目散に、太鼓に向かい一心不乱に乱れ打ち。30分程で、心も体もリフレッシュ！！嫌な事もすっかり忘れてしまいます。

今では、施設の有志で、和太鼓チームを結成し、施設の行事や地域の祭り等で演奏させてもらうことで、他職種とのチームワーク強化や地域交流にもつながっています。

最近、職員の誰もが、自由に叩けるようにと、施設のある場所に太鼓を設置しました。

「ストレスは、今すぐ発散！！スッキリして帰りましょう！！」と書いて・・・。

夕方になると、太鼓と雄叫びが、よく聞こえてくるようになりました。

「更新研修」

ペンネーム クタクタさん

この原稿を書いているたった今、主任ケアマネ更新研修の期間中真っ只中です。170名を超える参加者のみなさんとぎゅうぎゅうのすし詰めの中、スーパーバイザー経験を積んでいます。初日バイザー役に当たり、最初にぶつかった壁は時間管理。1人10分で事例紹介するのを、タイムキーパーもバイザーの役割とされましたが、1人ずつ発表をちゃんと聴きたいということが頭をよぎった結果最後の人が発表できない！私の弱点、その場の統制、時間の管理でした。

今までの事例研究とは全然違う方法に戸惑いつつも、とても勉強になる研修でした。まだまだ研修は続きます。

ケアマネちゃんぽんが発行される頃には懐かしく思い出すことでしょうか。今より成長していたらいいなあ。

福祉用具レンタル・住宅改修・福祉用具販売、なんでもご相談ください!!



専門のスタッフが
即日対応いたします!!



株式会社
グット・リンク

〒812-0882 福岡県福岡市博多区麦野2丁目16-18
TEL:092-589-3195 FAX:092-589-3196

【長崎エリア】

グット・リンク 諫早 [事業所 No.4270402722]

〒854-0081 長崎県諫早市栄田町14番13号

TEL:0957-49-8155 FAX:0957-26-2600

グット・リンク 大村 [事業所 No.4270501978]

〒856-0024 長崎県大村市諏訪2丁目526-1

TEL:0957-49-5111 FAX:0957-49-5112

ケアマネちゃんぽんに広告を掲載しませんか？

発行部数は600部！

1区画 (8.7cm×8.7cm) 5,000円～

最寄りの広報委員へ、お気軽にお問い合わせください！

事務局便り...

事務局、吉田です。電話、書類関係等で関わる機会もあると思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

(青葉苑・吉田)

編集後記...

地域において「顔の見える関係」を作り上げ、円滑なサポートにより、その方または家族が望む人生の終末のお手伝いができるのもケアマネジャーであると思います。多職種との連携が、益々必要だと強く感じることができ「看取り」の事例だったと思います。これからも、皆様と共有できる情報を発信してまいります。 文責：溝口 真由美

	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)	榎 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 (ケアプランセンター花)	迫 久美子 (ケアサポート春) 吉田 裕 (指定居宅介護支援事業者サンハイツ) 田中 秀和 (社会福祉法人 平成会)
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)

広報委員	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	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(株)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)	
	溝口 真由美 (長崎市社会福祉協議会北部居宅介護支援事業所)	
	増山 和隆 (長崎市小江原・式見地域包括支援センター)	