

ひとりひとりのしあわせと、
生きる喜びを、いのちの輝きを
ささえたい。

きらめき

VOL. 56

平成26年度

主治医と介護支援専門員～講演会・交流会～

平成27年2月19日、オームタガーデンホテルにおいて、主治医と介護支援専門員の講演会・交流会が開催されました。大牟田医師会の松山先生のごあいさつの後、在宅ホスピスの展開を軸として地域包括ケアを実践されている「ひと息の村」の創設者・矢津内科消化器科クリニック院長 矢津剛先生の講演がありました。

矢津先生は冒頭「多職種が顔の見える関係だけでなく、定期的な交流会を開き、本音で話せる関係を目指して地域全体で連携を進めてきた」と話され、それがまず印象に残りました。先生は、高齢化



による今後の課題について説明され、これから在宅療養が増えていくことに備え、支援体制の構築や専門職の力が必要だと述べられました。また、「究極の在宅ケアは、看取りです。目指せ3割バッテリー」とユーモアある表現で話されました。それは、今後、在宅での看取りが3割になるように、ということだそうです。それを目標として、先生の地域では多職種連携会をつくれ、月1回の定期的な会議をはじめ、研修会や市民啓発講習会、そして本音の言える交流会等を開催してこられたとのこと。このような機会をつくっていくことで、高齢者が自宅や地域で暮らし続けられる仕組みが少しずつ構築されたそうです。

次に、在宅の看取りができるように創設された「ひと息の村（デイホスピス）」の利用者の方の様子が紹介されました。「星の会（遺族会）」をつくったことで、在宅で看取りをすることの意味を家族が学び、次世代へ受け継がれていることや、出張ホスピスデイの話等、興味深く聞かせていただきました。先生は、アドバンス・ケア・プランニング（患者の意思決定力がなくなった時に備えて、あらかじめ自分が大切にしていることや、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などを話し合うプロセスのこと）について、「ターミナルではその場その場で家族の気持ちも変わっていく。決定されたことではなく、その都度、本人や家族と話し合うプロセスを大切にしている。」と事例を交えながら話してくださいました。

最後に、スクリーンに“『生活』を支える医療『いのち』を支える福祉”という言葉が映し出されました。このような社会をつくるためには、多職種がそれぞれ高いレベルを目指していかないと感じ、先生が実践してこられてきたような本音の言える連携を大牟田でも進めていきたいと感じました。

第二部の交流会では当協議会の安藤会長があいさつをされ、どのテーブルも、和やかな雰囲気では話が盛り上がり、学び・楽しむことができた研修会となりました。



基礎研修⑧ 「机上災害対策訓練」



平成27年2月25日、イオンホールにて「机上災害対策訓練」の研修を開催しました。講師に福岡介護支援専門員協会常任理事の財部三枝子先生をお迎えし、30名が参加されました。

まず、講義は、日本介護支援専門員協会等の主催で平成23年3月、平成25年7月、平成25年10月に開催された大規模災害研修を伝達する内容でした。初回の研修は、奇しくも4年前の東日本大震災の6日前の開催でした。巨大地震災害を想定した各機関の連携のシミュレーションがあり、難しさを実感した反面、最終的には「災害時であっても、利用者が自立した生活をできるように支援するという介護支援専門員の仕事は変わらないこと」が確認できたということでした。また、災害時リスク・アセスメントシート（課題・対応策整理票）等の紹介もありましたが、結局のところ、日頃のアセスメントがいかに大切かを実感する機会となったということでした。

次のグループワークでは、はじめに、限られた情報を限られた時間で伝達、検討、決定するという「災害ワークショップ」を行いました。限られた情報と十分な時間がないという状況で情報を確認することや、いろいろな立場や解釈で相違がある中で決定する（合意形成を図る）ことは難しい作業でした。次に、「タワービルディング」と称して、A4用紙を使い、各グループで高いタワーを作りました。作戦5分、製作3分30秒、検討から決定だけでなく、形づくるのが加わったものです。参加者の方々は、童心に帰って作業されていました。これらのグループワークの元は、コンセンサス（合意形成）ゲームというもので、今回はその応用的なものですが、グループの集疑性を高める効果があるとされています。

最後に、災害時、介護支援専門員自身も被災している場合もあり、その際の責務や、事業者としての職員や利用者に対する責務等、法律の説明もありました（これらの点に



については、既に日本介護支援専門員協会等から出版されていますので、詳細はそちらをご参照ください）。

今回の研修は、「机上災害対策訓練」でしたが、例え災害時であっても介護支援専門員としての基本的な業務は変わらないこと、災害がない時の対策訓練（準備）がいかに大切であるかを再認識できる貴重な機会となりました。

訪問薬剤管理指導とは？



薬のことで困っていませんか？
薬剤師がご自宅や施設にお伺いします。

- ☆薬の管理ができない。
- ☆薬を飲み忘れてしまう。
- ☆薬が飲みづらい、飲んでくれない。服薬の介助に時間がかかる。
- ☆何に効く薬か分からない。
- ☆たくさんの薬を飲んで大丈夫？飲み合わせは？
- ☆錠剤をつぶして飲んで大丈夫？

このように薬に対する不安や疑問に薬剤師がお応えします。ご自宅にお伺いして、ご本人に合った方法でお薬をきちんと飲めるようお手伝いします。たとえば、薬の飲み方が複雑な場合や数が多い場合は、薬をまとめる（一包化といいます）ことができます。また、ポケット式のお薬カレンダーに薬をセットすることで服薬の介助を必要とせず、ご本人自身で忘れずに薬を飲んでいただくことができます。介護保険制度を利用して薬剤師の訪問サービスが受けられます。このサービスは介護保険の利用限度額には含まれませんので、薬剤師が訪問することで他のサービスを削る必要がありません。

薬で体調の変化が起こることがあります。年齢のせい、病気のせいと思いこまずに、薬剤師に相談してください。体調をお伺いして薬の影響をチェックし、医師に相談して治療を支援します。また、薬剤師は地域の医療・介護の専門家と連携して在宅医療に取り組んでいます。薬剤師が薬の管理をすることで、看護師さんやヘルパーさんは本来のご自分の業務に専念することができます。病院、診療所からの処方箋による薬以外のご相談も承っています。薬のことはもちろん、ご自宅の衛生管理や介護用品についてもご相談ください。口腔ケアや嚥下補助剤等、薬剤師の目から見たものを提案できると思います。どうぞ地域の薬局、あるいは薬剤師に気軽に声をかけください。

ケアマネジャーの皆様へ

- ①上記の内容を患者様にお伝えしています。
- ②訪問薬剤管理指導の利用について
 - ・ 調剤薬局へ患者様が相談に来られたとき、必要があれば、まずケアマネジャーに薬剤師が連絡します。逆に、薬の管理に心配のある利用者がおられるときは、調剤薬局にご連絡ください。訪問薬剤管理指導をケアプランに入れていただくと薬剤師が訪問できます。地元薬剤師会も連携推進に積極的に取り組んでいます。

くぬぎ薬局 管理薬剤師 坂本 丰子

シリーズ・実践事例

生活課題を聞き出せない
相談者への支援について



1. 提出理由

本事例は、本人の病状への理解が得られない状況で、退院後の生活について支援を依頼されて開始したケースだった。これまでの生活状況や住環境などを考えると、転倒や病状悪化のリスクが高く、病院側も懸念している状況の下、どのように本人と共に課題や目標を整理し、支援していくことができたのか、振り返る意味で事例を書くことにした。

2. ケース概要・経緯

本人は、入院前は母親と同居であったが、母の施設入居に伴い単身となった。また、母と同時期に糖尿病性神経障害にて入院し、生活保護を受給することになった。

本人は、糖尿病を約30年前に発症し、インスリンで血糖を自己管理されていた。しかし、糖尿病を原因とする体質変化が大きく、入退院を繰り返されていた。30代半ばまでアルバイトなどで収入を得て一人で過ごしており、仕事ができない時には生活保護受給を繰り返し、15年ほど前から母親と同居するようになった。二人は父親の年金にて生計を立てていたが、本人は兄妹を保証人にお金を借りることもあり、病院の受診料の未払いなどを続けていた。

3. 基本情報

本人：男性、50歳代

家族構成：父親 長期入院中

母親 認知症により戸外の福祉施設入居中

兄 市外在住、入院時のお世話や保護手続きなど支援。今後の支援は拒否。

妹 遠方在住 本人との関わり拒否

病名：糖尿病

糖尿病性神経障害後遺症（左下肢切断）

介護度：要介護2

経済状況：生活保護

住宅環境：借家、上間に炊事場のある昔ながらの家屋、トイレは外付け

身体状況：移動…院内車椅子（自走可）、義足歩行も院内では良好

排泄…移動・移乗自立にてトイレでの排泄

可能であるが、Pトイレ使用
食事…セッティングにて可
インスリン注射（Ns 確認）

4. 支援経過

2月14日

MSWより、「50歳代の方で、3ヶ月前に糖尿病性の神経障害にて左下肢を切断され、今後の生活について、施設入居も視野に入れた支援をお願いしたい」と依頼がある。MSWから本人・兄へ連絡していただき、入院先の病院にてお会いする。まず兄・A氏とお会いする（本人は同席していない）。A氏は本人について「これまでも糖尿病で別の病院に入退院を繰り返していたが、入院中に買い食いなどをして“療養への協力が無い”と言われ、その病院は出入り禁止となった。父親の炭鉱爆発の保証で、世帯での収入はあったが、本人が飲み屋に通うなど派手な生活を行っており、今でも借金の返済の督促が自分や母親宛にきている。先日も受診料の未払いの請求が来た。」と請求書を見せられる。続けて「他に支援者がいないので手続きや金銭の管理を自分が行っているが、本人はお金を持ってこないなどと言い、感謝の一言もない。そのような状況なので関わりたくないと思っている。」と話された。保護費の受け取りなどについて保護課担当とも話をし、本人への受け渡しにされたということで、MSWからA氏へ「手続き等の必要な裏方的な支援は今後もお願いします。」と話されると、その件は了解される。

その後、病室にて、MSWからCMを紹介してもらった。本人は、玩心、仮義足作成中であるが、移乗などは自立している。入院中や今後の生活についての不安について聞くと「兄がお金を1週間前に5,000円持ってきただけ。テレビのカードや飲み物を買ったりするのに足りない」と金銭に関わることはばかり話される。MSWより「お兄さんから未収の受診料の請求書を預かった。」と本人へ手渡し、「お兄さんからお金をもらったら、自分で払われますか？」と尋ねられると、何も言わずに少しずつ折りたたんでポケットにしまわれた。今後の生活場所について尋ねると、本人は「今の家では無理です。古い家だし。賄い付きの

施設とかであれば、身の回りの事や買い物なんかは義足ができればできると思う。」と希望を託される。「どこで生活するのか」については、福祉施設を中心に当たって行くことにし、生活をしていくために、介護保険申請と、障害福祉サービスの利用ができるようにするため障害者手帳の申請を行っていく旨を提案し、承諾を得る。

担当医の見通しとしては、「今後のリハビリについて数ヶ月単位の経過が必要。当病院でどこまでみられるかはわからないけど、糖尿の管理などを考えると在宅復帰は難しく、療養型(医療)への転院から施設への移行が妥当であろう」と説明を受けた。

その後、保護課担当へ面談内容の報告と、介護保険と障害者手帳の中請することを伝えた。入院がいつまで可能であるか見通しがつかないため、福祉施設や障害者施設・高齢者アパートの中し込みを行う旨の了解を得る。保護費の受給については、次月分より本人名義で新設した通帳への振込み手続きを行った旨をお聞きする。

<方針>

義足のリハビリに数ヶ月かかることで、その後の生活場所として高齢者・障害福祉施設、高齢者マンション・アパート等を中心に、本人と見学に行きながら、中し込みを行っていく。

<課題>

- 入院や施設以外で生活された場合、
- ・血糖のコントロールは可能であるか？(院内でも買い食いしている)
 - ・金銭について自己管理で可能か？散財しないか？(借金をする力も持っている)

3月2日

MSW・病棟部長と面談。義足によるリハビリも順調であるため、主治医より転院という方向で指示が出ているとのことだった。本人のリハビリへの意欲向上と、今後の生活場所への中し込みを兼ねて、施設への見学や外出が可能であるかを主治医に確認いただき、了解を得る。

3月9日

障害福祉施設については、手帳の交付と区分の決定後の中し込みとなり、高齢者アパートと老人保健施設への中し込みは3箇所行うことにした(高齢者福祉施設への入居については、その後の生活の場所として高齢者アパートや障害福祉施設への中し込み

も必ず行う旨で、保護課より了解を得る)。

本人は、高齢者アパートについて、「店も近くにあって、個室で食事を出してもらえらるなら、後は自分でできます。病院ではリハビリ以外は何もすることがないです。家やアパートで動いた方がリハビリになると思う。まだ退院できんとですか？」と聞かれる。高齢者アパートに空きがないと入れないことと、どこまで身の回りのことができるのか、血糖のコントロールなど、退院の準備がまだ整っていないことをお伝えすると、渋々の様子で会話が途切れる。

3月22日

本人と高齢者アパートを見学に行く。本人は「家からも近いし、ここならすぐ入りたいですね。」と話す。

4月11日

本人に面会しているときに主治医の回診があった。本人が、主治医に強く退院を希望されると、主治医は「今後の受診先とインスリンの管理ができる環境であれば退院できる」と条件付で退院許可がでる。認定結果が要介護2となる。本人は病院に居たくないという気持ちが強く、施設の空きもないことから家に戻ることを考えていた。

4月13日

本人、MSW、CMにて自宅状況確認に伺う。この一時帰宅は、現在のADLで自宅で生活ができるかどうか考えてもらうための帰宅だった。自宅は、3件長屋の奥、道路より整地されていない狭い敷地に入るため、車椅子や電動力では不可の環境だった。土間に流し台(炊事場)と洗濯機を置かれ、土間(座)からの立ち上がりも時間を要し、ふらつきも見られ、身体への負担が大きいように見受けられる。寝具は布団を使用、トイレは、玄関とは反対方向にあり、縁側を通る。縁側の床も老朽化しており、居間との段差も5cmほどある。トイレ内も床と便器には段差があり、和式だった。補高便座を使用すると座高にあわず、住宅改修をすると費用的にどうかと思われた。

4月25日

本人・保護課担当・MSW・CM・ヘルパ事業所(介護保険・自立支援登録事業所)・福祉用具事業所とカンファレンスを開催する。本人は、「このままではお金がないけど、どうにかありませんか？」と訴える。保護課担当より「自己管理できるということで、通帳に振り込むことにしたので、ある程度やりくりしてください。もし、家賃などを別のことに使われたりすると、逆に返還してもらうことになります」と釘を刺される。

条件付ではあるが退院の許可がでたことで、今後の生活についてお尋ねする。「だいぶ体も慣れてきたのでトイレさえ何とかできれば、買い物も店が近いから何とかできます。インスリンも10Lくらい自分でしてきたから大丈夫。」と話される。

トイレの改修について検討する。トイレ自体の洋式への変更や、トイレ内、トイレまでの動線（縁側やトイレ出入り口の段差解消）についての改修を要することから、費用面・家主の許可などもふまえ、Pトイレ案を優先することになり、購入選定する。

次に、Pトイレの廃棄とインスリン・服薬の確認、買い物の同行や調理・掃除の生活支援をヘルパーにて補うこととし、可能な限り毎日提供できる方向で進めていく。

4月27日

各関係者へ連絡し、以下のように役割の確認を行う。

本人…自宅への退院の方向で調整を行っているが、退院までには時間を有する旨を理解してもらおう。自宅へ戻った時の生活をイメージしてもらいながら、病状管理とリハビリを行ってもらおう。

MSW…障害者手帳交付、又は自立支援サービス提供、可能な期日までの転院先をあたる。

CM…本人のアセスメントなど、自宅退院後の生活についての準備をする。

本人や他支援者の窓口となる。

保護課…上記3者の役割を踏まえた上で、医療での入院ができなかった場合に、保護10割で対応できるように課内で検討・調整を進める。

5月6日

MSWより、「自宅復帰に向けた環境が整うまで入院できる所が決まりました。3日後（5月11日）に転院されます」と連絡がある。

5月12日

転院先の相談員（MSW）より電話がある。「昨日の夜からずっと“帰る”と訴えられています。主には前の病院のようにコインランドリーがないことや、お風呂も週に2回しかないことが不満みたいです」ということだった。午後より、本人へ面会に行く。会うなり本人から「今日には帰りたと思いますのでお願いします」と言われた。洗濯や入浴の状況・環境が自分の思っていたのとは異なることと、半年以上の入院でストレスが溜まっていることが理由だと話された。前の病院での退院許可も、インスリンの管理や通院・生活環境の整備ができることが条件だったこ

とを確認するが、本人は反論されない。制度の縛りがある中で、各支援者ができる範囲でできるだけ早く自宅へ帰ることができるよう進めていることや、このまま帰って、転倒などで再入院されたら、今回の件を理由に退院後は施設入所となる可能性が高いことを伝える。「すみません。半年以上入院して気持ちがキレてしまって…」と返答された。本人の辛さなどの気持ちを察しているからこそ、それぞれができることをやっている旨を再度伝える。

その後は、近くのコンビニへ無断で数回外出されるも、帰宅願望などの訴えなく、リハビリをしながら過ごされる。

5月31日

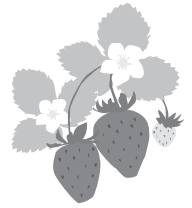
障害手帳の交付や自立支援の結果もそろい、生活をするための準備が整い、介護保険では居宅療養管理指導や訪問看護の医療支援を取り入れ、自宅へ退院された。

<考 察>

糖尿病を患い、下肢を切断するに至ったのは本人の不摂生が原因である。これまでの生活歴をお聞きする中でも「糖尿病の影響で体がきつくて長く働けなかった」と言われていたが、CMの中でも、そのことを自己管理ができていないから自業自得と受け止め、今後も繰り返しの生活を送ると決めつけていたのではないだろうか。このような生活を続けて来られた本人なりの事情が無かったかどうか？例えば、本人の理解力の問題なのか、性格的な問題なのか、また、父親が事故に遭った幼少期の環境なのか、自暴自棄となり不摂生な生活を送らざるを得ない挫折があったのかなど、アセスメントが不十分だったため、本人を理解した言葉かけが十分ではなかったと感じる。本人の気持ちへ寄り添ってなかったということ、自分の感情を表せないという場面が無かったのだろうか？面接の場面場面で別の視点からの聞き方があったかもしれないと、経過を振り返り反省した。

支援者として、本人の感情を受け止めながら課題を明確にしていくことが役割でありながら、本人の思いや感情等を表出する直談ができなかった。本人の本当の思いを聞き出せる関係や場をつくる技術を磨くことが、本人と共に、生活課題の解決に向けて取り組んでいくために必要であることを実感した事例となった。

りしー随想 No.37



今年は、インフルエンザが猛威を振るい、大変な冬ではなかったでしょうか？
私が在籍している事業所でも年末年始が大騒ぎで、正月を迎えた実感がありませんでした。

こんにちは。延寿苑居宅介護支援事業所の田中さんよりご紹介を受けました、美さと参番館の増田です。田中さんからの紹介で断ることができず・・・またもや大騒ぎしているところです。

まずは、私が所属している「美さと参番館」の紹介をしたいと思います。母体である介護老人福祉施設 美さとから西に300m進んだ所に、旧三里小学校を改修して平成25年4月に開設した複合施設です。ここには、サ高住・訪問介護・通所介護・こども園・次世代交流施設などがあり、お年寄りから子どもまで、幅広い年齢の方々が生活・利用しています。現在は、ケアマネとしては活動していませんが、その当時の居宅メンバーと一緒に、より良い生活の場を提供できるよう切磋琢磨しています。ひとつご紹介すると、1週間に3回、30分だけですが、地域のお店6店舗が、参番館の談話室を利用してお店を開店します。開店するとみなさん列をなし大繁盛です。みなさん毎回楽しみにしています。参番館で生活しても、在宅で生活しても、今までどおり買い物に行ける方法がないかと考えていたところ、地域の方々の協力もあり「出張お店」を実現することができました。今後も地域との協働で多彩な企画を考えていきたいと思っています。

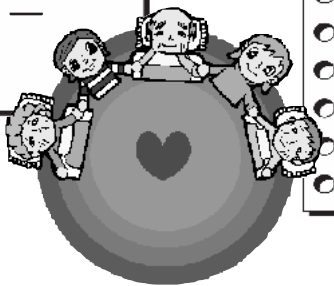
プライベートでは、春めいてくる3月から趣味（ストレス発散）のサーフィンも再開する予定です。今年も、前か後か見分けがつかないくらい真っ黒に日焼けして、仕事も趣味も頑張りたいと思います。

今回は、同じ「みなと校区」で地域活動を共にしている「せいきょうケアプランサービス」の上田敏史さんにバトンを渡します。よろしくお願いします。

-
- 美さと 参番館
- _____
- 増 田 聖 二
-
-
-

次回は……………

-
- せいきょうケアプランサービス
- _____
- 上 田 敏 史 さん
-
-
-



です。



大牟田市からのお知らせ

長寿社会推進課（問合せ）☎41-2672・☎41-2683

【介護予防・日常生活支援総合事業への移行について】

今般の制度改正により、全ての市町村で実施されることとなった新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「新しい総合事業」）は、平成27年度から平成29年度までの3年間で段階的に移行することとされています。

大牟田市では、平成27年度からこれまでの介護予防事業を新しい総合事業に位置づけ、試行的に実施しながらサービス提供体制の構築を進め、平成28年10月から29年9月までの1年間をかけて、利用者の新規・更新の認定時のタイミングにあわせて徐々に移行したいと考えています。

厚生労働省が示す要支援者に対する訪問介護・通所介護のサービスのイメージを表したものが下図です。新しい総合事業への移行にあたっては、既存の介護サービス事業所によるサービス提供とあわせて、NPOや民間事業者、住民のボランティアといった多様な主体により、利用者の状態に応じたサービス提供が確実に行われるよう、サービス提供体制の構築に向けた取り組みを進めてまいります。

要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化（イメージ）

全戸一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】

訪問介護

（訪問型サービス）

- 既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護
- NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス
- 住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

通所介護

（通所型サービス）

- 既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護
- NPO、民間事業者等によるミニデイサービス
- コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場
- リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等が関与する教室

○訪問通所リハビリ・小規模多機能・認知症グループホーム・住宅改修等のサービスは、これまでどおり、介護予防給付サービスを利用することとなります。

【編集後記】

もうすぐ春ですね
 暖かくなってきました
 した！なんだかわく
 わくする季節ですね。
 介護保険制度改定
 があり仕事はばたば
 たとしておりますが。
 厳しいですね・・・。
 この前、甥っ子た
 ちが採ってきたつく
 しんぼを久々に食べ
 「昔はよく採ってい
 たな」と少し前の
 （笑）自分の幼少期
 に思いをはせてしま
 いました。つくしん
 ぼやフキノトウの話
 をすると利用者様も
 笑顔です。春を感じ
 ながら、よし！仕事
 頑張ろう！と思う今
 日この頃です。
 皆さんはどんな春
 を感じていますか？

編集・発行 大牟田市介護支援専門員連絡協議会 広報事業部会
 事務局 大牟田市長寿社会推進課内（TEL: 0944-41-2683 FAX: 0944-41-2662）
 あいネット <http://www.cr.city.omuta.fukuoka.jp>