



ケアマネジメントの 現場から

ケアプランセンター諫早（長崎県諫早市）

公益社団法人・長崎県看護協会（写真）が運営する居宅介護支援事業所。現在、4名のケアマネが勤務する。母体法人在宅支援事業部では、県内4カ所の居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション、ヘルパーステーションのほか、諫早市内で包括を受託。



どんな重度ケースにも向き合い 目の前の在宅復帰支援に全力を

在宅酸素という、本人や 家族にとって初めての経験

三方を海に囲まれた諫早市は、少し内陸に入ると肥沃な丘陵地帯が続く。その一角にある利用者宅に、ケアプランセンター諫早の2人のケアマネが車を走らせた。所長の鳥巣幸美さんとケアマネの高田直美さん。ともに看護師および主任ケアマネの資格をもつ。対象となる利用者宅への訪問は2回目で、担当は高田さんだが、初期段階では2人体制で訪問するというのが同事業所の方針だ。

「市内は、細い道もけっこう多いんですよ。今日はご利用者宅まで車で行けますが、道が狭い所もあって、ときにはリュックを背負って訪問することもあります」と高田さんは言う。

利用者は橋本利一さん（85歳）。肺ガンの放射線治療で入院の後、在宅に復帰した。もともとぜん息や肺気腫の既往歴があり、放射線治療の副作用で肺炎を併発し入退院を繰り返してきた。今回は初の在宅酸素療法だが、介護保険のサービス導入はこれからだ。

この日の訪問に際しては、後で合流する訪



在宅復帰後、2回目の訪問。橋本さんは、在宅酸素療法を始めて間もない。酸素濃縮装置などを適切に使っているか、そして、家のなかを安全に移動するための手すりをどこに設置するかの確認が、今回の訪問の主目的だ。



主担当は高田さん（左）、所長の鳥巣さんは副担当。高田さんは、できるだけ身体を動かしてほしいと願う家族に対し、その気持ちを受け止めつつ肺気腫の苦しさを伝える。

問看護師が初めて本人と会うほか、屋内生活を支えるために、住宅改修事業者が同行して改修の打ち合わせも行われる。「運動機能の低下を防ぐためのリハサービスの導入も視野に入っていますが、在宅酸素というご本人にとって初めての体験と、その上での生活環境を整えることがまず必要です」と鳥巣さん。

同居家族は妻と長男。長男は日中仕事で不在のため、サービス調整の打ち合わせなどには、妻と別居している長女が同席する。

「この間、地震があったね。戸のあたりがガタガタ揺れたよ」と世間話をする本人。在宅酸素の管を気にするそぶりもなく、ソファにかけつつ笑顔を交えて高田さんに向かう。

「お父様、お疲れではないですか？」と鳥巣さんは家族に状況を尋ねた。「大丈夫ですよ。とにかく父は外に出たがるので、玄関の上がり框に手すりが早く欲しいって」と長女は言う。本人の生活意欲は旺盛で、在宅酸素にそれほど戸惑っている様子も見られない。

燃え尽きやすい環境のなか 1ケース2人担当制に着手

しかし、本人が退院後に在宅酸素を始めてまだ1カ月。本人も家族も決して慣れておらず、さまざまな課題がひそむ。たとえば、家で入浴する際に本人がチューブを外してしまい、急激に血中酸素濃度が下がったこともある。ときどき訪問する娘がそのことに気づき、包括に相談に行ったことがケースのきっかけだ。

この日も、高田さんと初めて訪問する看護師が、本人と会話しつつ顔色や息づかいを慎重にチェックした。ときどき血中酸素濃度も計り、数値が低下していると本人の横に寄り



訪問看護師に酸素濃縮装置の扱い方をあらためて教えてもらう。医療機器を適切に扱えるかの確認は欠かせないが、老老世帯などでは伝えるのが難しいこともあるという。

添って、「ゆっくり息を吸ってくださいね。はい、いーち、にーい」と深呼吸を促した。

ケアプランセンター諫早では、今回のような在宅療養ケースをはじめ、ターミナルのケースも多い。事業所全体のケース数はケアマネ4人で100件ほどだが、末期ガンの人が在宅復帰を果たして後にすぐに亡くなったり、入退院を繰り返したり。こうしたケースが當時4分の1ほどを占める。当然、ケアマネ側の対応も実数以上に目まぐるしくなる。

「予防も現在7件受託しています」と鳥巣さんは言う。ターミナルケースなどが多いなかでは、予防プランの受託は意外と思えるが、「例えば末期ガンの方でも、亡くなる直前まで自力で外出するなど、ADLや認知的には自立度が高いケースも多い」という事情がある。

ターミナルにおける在宅復帰では、できる限り早期の対応が求められ、認定が出る前に暫定プランで進めるケースも増える。「サービスを整えた後、認定結果が出ると要支援というケースも目立ちます」と鳥巣さんは言う。

ケアマネ側の心理的ストレスも大きい。末期ガンの人の支援に何が必要かを考え、訪問看護を入れるなど早期に対応することに心を配る。しかし、どんなに焦っても「サービスを整える」前に利用者が亡くなったりする。

「こうしたケースが立て続けに生じると、強

い無力感に苛まれます。ただでさえケースの回転が早いのに加え、『心が空っぽになるような状況』が続くと、ケアマネの燃え尽きリスクも高まらざるを得ません」と鳥巣さん。

ケースの慌ただしさ、燃え尽きやすい環境。そこで考えたのが、「一つのケースに対して必ず2人体制（1人が副担当兼アドバイザーの形をとる）で担当し、初期段階での訪問も2人で行う」ことだ。冒頭で紹介した2人体制の訪問も、こうした事情が背景にある。

「2人で担当することで、ケアマネ間の情報共有を進め、1人にかかるプレッシャーを軽くすることができます」と鳥巣さんはいう。

ターミナルケースに際し、 ケアマネジャーは無報酬の場面も

ここ数年、急性期病棟の再編などで、在宅に帰る重度者が増えている印象を受けると鳥巣さんは言う。高田さんも、「咽頭ガンから自己吸引が必要な人や、最近まで病院で鼻腔管栄養を受けていた人が、当たり前のように家に帰ってくるケースもあります」という。

しかし、こうした現実に、地域における「受け皿」が追いついているとは言い難い。居宅のなかには、こうした重度ケースの担当を断る事業者もある。いきおい、病院の地域医療連携室などからの依頼は、看護協会の看板を背負う同事業所に集中してくる。ときには、ホスピスから「最期は家で過ごしたいという本人の意向がある」という流れで依頼も来るという。「それが、この地域での私たちの役割なんだろうなと受け止めています」と鳥巣さんは言う。

ただし、こうした重度化した人を担当する

と、経営面で一つのリスクを引き受けることにもなる。ほとんど退院調整に近い形で奔走しても苦労が報われない、つまり「無報酬になる」ケースも生じることだ。

たとえば、病院から患者の退院支援を手伝ってほしいと依頼がくる。病院に足を運び、患者や家族と面談をして、すぐに介護用ベッドなどの手配をする。その段階でまだ本人が認定調査を受けておらず、在宅に戻ってすぐに亡くなってしまう。この場合、認定調査が未実施なので、ベッドを導入しても居宅介護支援費は発生しない。

また、認定結果は出ているのだが、本人や家族が何らサービスを希望しないというパターンもある。「生活困難な方であったりすると、ガン治療のための医療費を優先するために介護保険サービスを使うかどうか迷うわけです。そういううちに、ご本人が亡くなってしまう。置き型手すり一つでもレンタルで導入できれば、居宅介護支援費は発生するんですが仕方ないですね」（高田さん）

そもそも「誰の世話をもたりたくない」という頑なな意思を示す人もいる。そういう人との信頼関係を築くには相応の時間がかかり、その間に本人が亡くなれば、やはりケアマネは無報酬。それでも、依頼を断らずに初期面談やアセスメントなどの業務をこなす。

「病院の地域医療連携室や包括の担当者の場合、末期ガンの人などを在宅に戻すとなると、居宅のプランや訪問看護云々という以前に、『何はともあれ、まず看護協会に』という意識があるようです。ですから、私たちに何ができるか・何をするかを考える前に、とにかく退院カンファレンスに参加したり、包括の看護職の方と一緒に訪問するという流れ

になります。ご本人の余命とその意向を考慮するなかでは、報酬が発生するか否かなどは考えている余裕はありません」(高田さん)

厳しい環境に身を置きつつ 地域課題に目を向け続ける

医療と介護の隙間とも言える状況。その部分を担おうと奮闘するケアプランセンター諫早のメンバー。しかし、「一つの事業所で対応するのも限界がある」と鳥巣さんは考えている。そもそも地域の医療・介護・行政の連携はうまく行っているのだろうか。

「私たちにとって結局は無報酬となったりするケースと向き合うなかで、地域の多様な課題が見えてくることがあります。その課題によっては、きちんと包括や行政につないでいくこと。それも私たちの使命と考えています」

現在、鳥巣さんは、「報酬につながらないような困難ケース」の集計・分析を行おうとしている。法人内部での報告資料としてだけでなく、「そういうケースが生じるのは、地域資源のどこに課題があるのか（病院機能か、行政の機能かなど）を明らかにしつつ、地域に問題提起をしていきたい」と言う。

退院支援を行う上での地域課題といえば、訪問診療医との連携も重要だ。

この日、鳥巣さんは一人の訪問診療医のもとを訪ねた。その医師は宇賀達也さん。乳腺

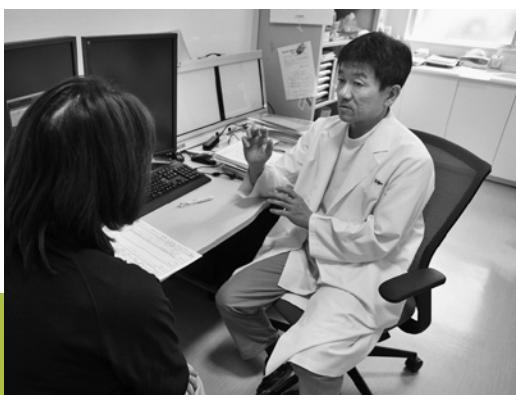
外科、甲状腺治療の権威であるとともに、市内の外科クリニックの院長を務め、1年ほど前から在宅の訪問診療を手がけている。たとえば末期ガンの患者が大学病院で通院治療を受けながら、家で宇賀医院の訪問診療を受けるというパターンも目立つ。

鳥巣さんが宇賀医師を訪ねたのは、ある在宅ターミナルのケースについて相談するためだ。「ご家族の要望もあり、ご本人の拘縮予防や体力向上のために訪問リハを入れたいと思っています。その際の注意点について、先生にお伺いしたいと思うのですが」と鳥巣さん。

看護師が入浴介助をする際に、本人が随所に痛みを訴えるという。「そういう状況で訪問リハを入れても大丈夫かなと思いまして」と、鳥巣さんは不安要素を上げる。訴えを聞いていた宇賀医師は、「（痛みの）転移はないはずなので、骨の変形で末梢神経が刺激される可能性もありますね。そうした痛み止めの薬を試しましょうか。その上で、リハは普通にやっても大丈夫でしょう」と提案した。

宇賀医師から上がった細かい指示を受け、鳥巣さんはその足で担当する訪問リハ事業所に向かった。応対したのは、西諫早病院訪問リハの管理者を務める樋口健吾さん。鳥巣さんは樋口さんに、先ほど出た宇賀医師の話と痛み止めの処方薬の話を伝える。樋口さんはうなずきながら話を聞く。

「鳥巣さんの事業所で担当していただける



宇賀医師(写真上)に、訪問リハ導入の注意点を尋ねる。鳥巣さんのレスポンスの速さは、医師の立場としても非常に助かると評価する。宇賀医師を訪問後、サービス提供票を手渡しに（写真左）訪問リハビリの事業所を尋ねる。郵送ではなく、できるだけ顔を合わせるために、直接、訪ねるのが鳥巣さん流だ。

と、PTとしてとてもやりやすいです。利用者の情報をきちんと伝えてくれますし、こちらも安心してサービスに入れます。鳥巣さんの人柄も素敵ですし（笑）」と樋口さん。「何言ってんですか！」と鳥巣さんも照れ笑いする。

看護師出身の3ケアマネ それぞれの思いと仕事

鳥巣さんは言う。「私は所長ですけれど、実際は目の前のケースに一つひとつ取り組んできただけです。そんな私をチームの皆が助けてくれて、ここまできました」。

ケアプランセンター諫早に所属するケアマネ4人（全員常勤）のうち、鳥巣さんを含めて3人は看護師出身。鳥巣さん、高田さんともう1人が西村真由美さんだ。

西村さんは、以前社協のケアマネをしていましたことがあります、出向の形で包括で働いていた経験もある。「社協のケアマネ時代は、それほど医療依存度が高いといったご利用者はいませんでした。ですから、ここへ来て、ケースが目まぐるしく変わっていく様子にびっくりしました」（西村さん）

そんな西村さんだが、やはり在宅酸素療法を行っている89歳になる川原司さんを担当している。本人には物忘れが見られるようになり、「この間、昔の職場の人と話し込んでいたのだが、誰と話していたか忘れてしまった」という。この日、西村さんはモニタリングをかけて本人のもとを訪れた。そして、ふと手の甲にアザがあることに気づいた。「これ、どうしました？どこにぶつけましたかね？」と尋ねる西村さん。本人は「さあ？」と首を傾げる。

「いろいろ忘れてしまうけど、あんたの顔だけ



娘さん同席でのモニタリング訪問。和やかな会話に、西村さんへの信頼感が伺える。

は忘れんよ」と笑顔を見せる本人。本人は一人暮らしで、ときどき別居する娘が訪ねてくる。その娘と3人で談笑し、本人は西村さんに孫の写真を見せる。西村さんへの信頼が、本人の元気につながっている一面が垣間見える。

看護師出身の鳥巣さん、高田さん、西村さんは、皆、過去に病棟勤務の経験がある。鳥巣さんは、脳神経外科系のリハ病棟に（その後、子育てを経て行政の保健師も経験している）。高田さんは産業医科大学の血液内科に、その後、旧老人保健事業などに携わり、訪問看護も経験した。西村さんも愛知県内の厚生連病院の勤務のほか、訪問看護の経験もある。

「看護師の場合、病院では医師の指示を、訪問看護では主治医の指示書で動いています。その業務はどうしても『リスク管理』が主体です。ですから、ケアマネをしていてもときどき『それは危ない』というリスク管理や指導的な発想が先に立ってしまうことがあります」と鳥巣さんは言う。そうした自戒を含めて、鳥巣さんは言葉を続ける。

「ケアマネは、ご利用者が自分でできる部分を増やしていくことを第一に考えなければなりません。そのためには、『多少失敗があっても、自分でやること』を尊重することが求められます。その結果として、ご本人のなかに『自分にはこういう支援が必要なんだ』という主体性が生まれると思います」（鳥巣さん）

看護協会運営の事業所に 社福士という新しい風

もちろん、重度の療養ニーズに相対するためには、リスク管理の発想も求められる。在宅療養のカギとなる訪問看護師と連携する上でも、リスク管理の発想を否定するわけではない。「私たちは本人・家族の意向が第一と考えますが、一方で看護側の発想に学ばなければならぬこともあります。その立ち位置をお互い確認しつつり合わせるなかで、いい連携ができればいいなと思います」

母体法人が看護協会であるとはいって、実際に使う訪問看護事業所は自法人のものだけではない。諫早市内には6カ所の訪問看護事業所があるが、「療養ニーズが高いと自法人の事業所だけではスケジュールが合わないので、いつもまんべんなくお願ひしている」という。

「立て続けにターミナルのケースが入ることもあって、そうなると6カ所の事業所にフル回転でお願いすることもあります」

こうした多職種連携のなか、事業所内でも人材の多様化が進む。ケアプランセンター諫早のもう1人のケアマネが町田悠さん。他の3人が看護師出身に対し、町田さんは社会福祉士出身だ。「『福祉の視点』は重要ですから、体系として社会福祉を学んでいる彼女への期待は大きいです」と鳥巣さんは言う。

取材最後の訪問は、鳥巣さんが担当する古川タスさん(84歳)。夫と行ったという南アフリカ旅行のことを楽しそうに話す古川さんに、じっくりと耳を傾ける。リハビリの意欲はあるが、家では寝て過ごしてしまうことが多いのが課題。「力を引き出すようなかかわりをしたい」と鳥巣さん。



ケアマネジャー全員で。右から、高田さん、町田さん、鳥巣さん、西村さん。左は事業所の事務を担う原田さん。

町田さんはもともと通所事業所に勤めていたが、ケアマネ取得後の初業務が現職だ。当初「医療の知識も十分ではないなかで、どうしたらいいのかなと思うこともあった」という。それでもこの事業所に応募したのは、「これから重度の療養を必要とする利用者も増えてくる。医療の知識が不足していると言っている場合ではない」という思いからだ。

「今はまだ右も左もわからない」と謙遜する町田さんだが、3人の先輩の期待は高い。「私たち3人はもう40歳以上ですが、彼女はまだ若いですし、元気をもらえます(笑)。若い世代を育成していくことは、私たち自身の勉強にもなります」(鳥巣さん)

高田さんは、時折、町田さんが社福士になるために学んだという教科書を借りて読んでいる。「びっくりしたのは、看護師時代などに現場で試行錯誤してきたことが、今の社福士の教科書に理論として載っていることです。グループワークとか個別援助とか。感慨深いものがありますね」と高田さん。

世代を超え、職種を超え、介護現場は着実に同じ方向を向こうとしている。4人のチームワークを見ているとそんな「希望」がふつふつと沸く。「そうしたなかで、いろいろな職種の力を引き出していくことが、私たちの仕事なのかなだと思います」と鳥巣さんは言う。

(介護福祉ジャーナリスト 田中 元)

