

# 18. 介護支援専門員

田中 嘉章

(ふくしま緩和ケア支援事業所, 介護支援専門員)

## はじめに

筆者が所属する「ふくしま緩和ケア支援事業所」(以下, 当事業所)は, 在宅緩和ケア専門の診療所, 訪問看護ステーションに併設されており, それらと連携しながら年間約120人の在宅看取りを支えている。当事業所は, 診療所の在宅患者約9割の要介護者のケアプランを立てており, 約1割は他事業所の介護支援専門員が担当している。ソーシャルワーク全般も担当し, 介護保険制度外の支援も行っている。

周知のように, 在宅緩和ケアにおいてチームケアは不可欠である。患者と家族の個別性を尊重し, それに即した支援を行おうとするとき, それぞれの専門職が十分に機能するために, つなぎ目の潤滑剤となる職種として介護支援専門員やソーシャルワーカーの占める役割は大きい。ケアチーム内の連携はもとより, 介護保険サービスなどフォーマルサービスと, 家族やボランティアなどによるインフォーマルサービスのコーディネートにおいても, つなぐ役割が求められる。

当事業所の利用者の1割弱が独居である。昨今, 独居患者の増加傾向の背景もあり, その支援が課題となっている。こうした現状と筆者の日々の実践を振り返りつつ, 最期まで自宅で過ごしたい, という患者や家族の希望を実現するために何ができるか, 必要なことは何かを以下に整理し, まとめることとする。

## 支援内容

在宅緩和ケアに関わる介護支援専門員が, 患者の退院から自宅で最期まで過ごせるように, どの

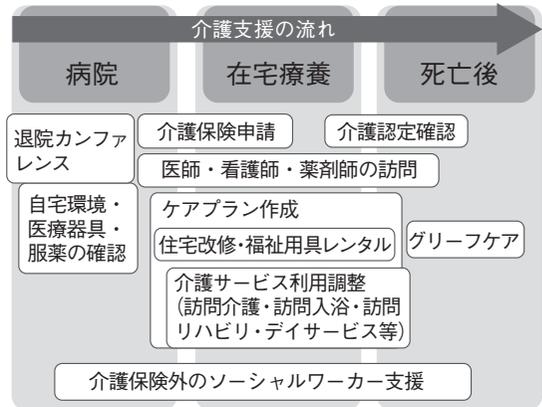


図1 病院から在宅死亡までの支援の流れ

ような手続きや支援について関わるかを以下に述べる(図1)。

### 1 病院から自宅への移行期

相談依頼の入り方は多様である。病院の入院患者が退院する場合はもちろん, 外来通院患者が通院困難になったとき, 患者家族からの依頼, 地域の介護支援専門員や地域包括支援センターからの連絡, 自分の担当する利用者が医療ニーズが高くなり在宅医療を受ける場合などがある。いずれのパターンであれ, 在宅療養に関する説明に対する要望があれば病院や自宅に出向き, 本人や家族に説明している。

説明に際して重要なのは, 自宅での療養のイメージが困難であることに由来する不安の解消である<sup>1)</sup>。具体的には, 医療面での支援体制(訪問医療・看護のあり方や, 24時間対応や緊急時の説明など), 経済面での負担の見通しなど, 利用可能な介護サービスや制度に関する説明である(介護に関する説明については後述)。

病状理解についての確認も重要である。医師からどのような病状説明がなされたかという点だけでなく、説明を受けた患者、家族側についても留意すべき点がある。病院での治療が見込めないことについての理解や、説明の後に病状を受けとめているかどうかという問題、さらには家族のみが説明を受けているケースかどうかという点である。在宅緩和ケアの場合、基本的に本人と家族が理解していることが望ましい。そのうえで、この点はいまだに医療者の間でも誤解している人が多いが、在宅でも病院と遜色ない水準での緩和医療が提供されていることを伝える。医療面での不安の解消は、安心感の基盤である。

介護支援は、現在のADL状態を確認したうえで、自宅での生活に必要な介護サービスを想定して進める。病院から自宅への移行に際して留意すべき点は、退院の機会を逃さないことである。介護については、自宅療養を始めてから必要な物品やサービスをその都度状況に合わせて手配できる。そのため、事前に支援体制を整えることも大事であるが、それ以上に、自宅に戻るタイミングを逸さないように注意を要する<sup>2)</sup>。

自宅療養への移行にあたり、医療者への連絡の取り方は最初に確定しておくことは家族の不安の解消にもつながる。独居患者の場合は、特にこの点は重要である。独居の場合は、電話のほかにも緊急通報装置の設置を勧めている。

介護に関する説明では、患者の年齢に応じて対応が異なる。40歳未満の場合、介護保険制度が適用されないため、身体障害者手帳に該当するケースでは障害者総合支援法を利用できる。障害等級により医療費が無料になることや、介護サービスの低額利用や福祉用具購入の助成がある。ただし、障害等級認定まで時間がかかるため、申請中に患者が亡くなる場合もある。そのため、経済的状況（診断書料が請求されることにもなるため）と病気の進行を見て判断する必要がある。40歳以上65歳未満の患者の場合、末期がんなど特定疾病16項目の診断によって介護保険が申請できる。65歳以上の介護を必要とする人は無条件で介護保険申請できる。介護認定は申請した日に遡り、要介護認定の限度額まで介護サービスの1

割で利用できる。

このほかに、その他の制度として地方自治体ごとの支援や助成を受けたサービスもある。民間でのサービス（緊急通報システム、宅配弁当など）も、必要時活用している。患者家族の負担の軽減はもちろん、独居患者を自宅で最期まで支えるうえで有効な制度やサービスが周辺に存在する可能性があるため、行政や関係機関からの情報収集に努めることが有効である<sup>3)</sup>。

## ② 自宅看取り期

がん末期の患者の身体状態は階段状に低下するため、落ち着いているように見えても、2、3日で身体レベルが落ちることもある。そのため限られた時間の中での迅速な調整やニーズへの対応、状況の確認を行う。

状況変化に応じたケアプランの変更が必要となり、サービス調整や生活状況の把握のため訪問回数が増える。介護サービスの利用の調整のため毎日、あるいは必要に応じて2週に1回から週1回くらいのペースで状態の確認や変化への対応のため訪問する。ケースによっては毎日訪問することもあり、通常の要介護者のケアプランよりも介護支援専門員の負担が大きくなることも多いが、迅速な介護サービス導入は、患者本人の生活や家族介護の負担軽減になるだけでなく、患者と家族の安心感にもつながり、信頼関係が築かれていく。

退院後も患者本人や家族の気持ちは揺れ動くものであり、その思いを聴くことも欠かせない。訪問の際、家族から状態が悪いため入院させるべきかと相談されることもある。そのときの対応のポイントは、患者本人の思いと、家族の思いを分けて聴くことと考える。たとえば、本人は自宅での療養を続けたいと希望しても、家族は病院の方が患者にとって良いのではないかと考えることがある。医療者が常時いる病院に感じる安心感、病院だとより良いケアが受けられるのではないかとという期待、患者を看続ける辛さなどが訴えられる。患者本人から、自宅療養の不安ゆえの入院希望が示される場合もある。患者から入院への強い意向が示された場合、緩和ケア病棟をもつ、あるいは入院受け入れ可能な病院に紹介することもある。

表1 末期がん患者のケアマネジメントおよび医療連携上の課題

- 
1. 終末期がん患者のマネジメントにおける課題
    - ①医療に関する知識不足：がんの経過が分からない、担当する不安
    - ②大規模病院との連携の困難さ：必要十分な情報をもらうことができない
    - ③医師との連携の困難さ：医師に意見を書いてもらうのに苦労する
    - ④報酬が見合わない：退院前に亡くなるケースが多く、報酬がつかない
    - ⑤がんの疾患特性と制度のミスマッチ：がんの進行が早く、マネジメントが追いつかない場合がある
- 
2. 医療連携上の課題
    - ①顔が見える関係：医療従事者と顔の見える関係を構築する
    - ②医師への周知：意見書に必要な記入事項を伝える
    - ③訪問看護の有効活用：症状や今後の経過に関する相談をする
    - ④共通言語の習得：医療者と患者・家族のブリッジ機能を担う
    - ⑤医療制度に関する知識の習得：基本的な医療制度、医療サービスの導入方法
    - ⑥経験知の習得：がん患者のマネジメントはある程度モデル化が可能であり、経験が重要
- 

(OPTIM Report 2012 より引用改変)

多くの場合、入院への意向は家族の心配から生じている。こうした不安は、医療者以外の介護スタッフから訴えられることもある。そのため、ケアの方向性や看取りに関する見通しについて、ケアチーム内で共通理解をもつことが大切である。もし、医療的な悩みや質問に対応しきれない場合には、安易な回答は避け、連携する医療者に問い合わせるべきである。

介護支援専門員の基本職種割合は、福祉系が半数を超え<sup>4)</sup>、がん患者のケアプラン担当者にもなっている。自身も医療職ではないが、緩和医療の知識を得て医療者と連携することでケアの内容や方向性を理解し、患者と家族、ケアチーム内で情報共有の橋渡し役を担っている。

患者と家族が共に自宅療養を希望しても、介護負担の大きさによってそれが阻まれる恐れもある。そのため、当事業所でも介護負担軽減のためにショートステイの利用も勧めており、がん末期の患者も受け入れる施設(3, 4カ所ほど)と連携している。

緊急時の対応を想定し、あらかじめ家族や親戚、訪問に来る介護者、民生委員、知人などの関係者に向けて、救急車を呼ぶ前に診療所に連絡するよう周知している。しかし、緊急時に立ち会った人が、あわてて上記の事項を忘れて救急への対応を要請するケースもあるため、関係者にはその

都度、確認を繰り返すなどしている。独居患者には、緊急時のために、自宅で最期まで過ごしたいという意向を記した書類を自筆で作成してもらっている。

介護保険などの制度で対応できない相談支援を行うこともある。その支援内容には、①見守りや寂しさへの対応、②急な買い物など家事に関する対応、③親族間や近隣住民など人間関係の相談、④経済的な心配や問題への対応、⑤遺言書や相続の問題、⑥葬儀や墓に関する相談、などがある。独居や夫婦のみの世帯の増加もあり、多岐にわたる支援が求められる場面が増えている<sup>5)</sup>。

### ③ 死亡時から死亡後

特に独居の患者が亡くなった場合には、葬儀など死亡後の対応にも関わる。葬儀への対応については、業者を決め、その後の葬儀の段取りなどを行う。業者が入らない場合、火葬許可証の発行のために行政に連絡をとる。火葬許可証の申請は、家族や建物の管理者などに限られている。そのため、家族がいない患者などの場合、事前に申請者になりうる人の確認をしておく必要がある。

親族や協力者の対応範囲をあらかじめ確認し、そういった人がいない場合や対応が見込めない場合には、発生しそうな問題の所在を想定しておく。具体的には医療費や介護サービスの支払い、

家や部屋の荷物の引き渡し、ペットの問題などがある。

---

## まとめ

自宅での看取りを支える在宅緩和ケアを十分に理解し、在宅のチームケアの一員として活動できる介護支援専門員の数は、いまだに多くはないのが現状である。在宅緩和ケアに介護支援専門員の取り組む課題が示されたものに「終末期がん患者のケアマネジメントおよび医療連携上の課題」がOPTIM Report2012 (表1) にまとめられている<sup>6)</sup>。ここに挙げられた役割や課題への取り組みはもちろん、独居患者の増加を背景とした現場やニーズの変化への対応もしなければならない。その対応は制度的なものだけでなく、その外側にまで視野を拡げたものになる。それゆえに、一方では在宅療養を支えるための高度で柔軟なソーシャルワークが求められる。介護保険の制度外の支援は、現状では個々の介護支援専門員の思いや技量に左右されており、ボランティア精神に基づいている。在宅緩和ケアの現場のケアニーズをふまえた、細やかかつ柔軟な制度の見直しが求められる。

同時に他方では、在宅緩和ケアに対応できる介護支援専門員の増加も急がれる。当事業所でも、緩和ケアに携わる介護支援専門員のバックアップ

## I. ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

のために、2014年10月から「ケアマネジャーのための、ふくしま在宅緩和ケア相談室」を開設した。患者を最期まで自宅で支える在宅緩和ケアにおけるチームケアの一員として、介護支援専門員の専門性向上と、すそ野の拡大が急務である。

## 文献

- 1) 厚生労働省：終末期医療に関する調査. p.98-99, 2010 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf (2014年11月13日アクセス)]
- 2) 玉井照枝：在宅に移行する際に必要な視点—⑤院外（診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャー）との連携、介護保険. ナーシングトゥデイ 29 (3), 日本看護協会出版会, 2014
- 3) 永井康徳：在宅医療物語（第1巻 訪問看護制度編）. たんぼぼ企画, 2014
- 4) 社保審－介護給付費分科会：ケアマネジメントについて（参考資料）. ケアマネジャーの保有資格. p.11 [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001nv62-att/2r9852000001nvak.pdf (2014年11月13日アクセス)]
- 5) 田中嘉章, 相澤 出, 他：介護支援専門員の終末期がん患者とその家族への介護保険外サービスの支援について. 第19回日本緩和医療学会学術大会抄録集. p.426, 2014
- 6) OPTIM Report2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書：厚生労働科学研究費補助金 第三次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班. p.656, 2013