

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. 50

平成24年度 主治医と介護支援専門員講演会・交流会に参加して

平成25年1月23日（水）、オームタガーデンホテル鳳凰の間にて、「平成24年度主治医と介護支援専門員との意見交換会」が開催されました。この意見交換会は、利用者へ質の高いケアマネジメントを提供するために必要不可欠な、主治医とケアマネの連携を図るために毎年開催しているものです。

第1部の講演会は、大牟田医師会の重藤紘会長の挨拶から始まりました。その後、大牟田医師会の中村照理事を座長にお迎えし、3つの講演が行われました。

まず「在宅医療連携拠点事業を通じて目指すもの」と題し、玉名郡市医師会・玉名地域保健医療センターの永杉憲弘氏が講演されました。玉名郡市医師会は、厚生労働省からモデル地区に選定され、地域とのネットワーク作りを中心とした「在宅医療連携拠点事業」を展開し、多種職協働による在宅医療の体制作りを推進されています。「在宅医療は『特別なこと』ではなく、また一部の医師だけが行うものでもない。全ての医師が参加でき、地域の住民や全ての職種の方も参加しやすい在宅医療を目指して活動を続けています」「『WISH』（こうなればいいなあ）から『Action』（実際に活動に移す）へ、一步前に踏み出すことが大事です」との事でした。また『Action』を支える拠点として、開放型共同利用施設である玉名地域保健医療センターについて紹介されました。その中にはケアマネ業務の課題である医療との連携・協働のヒントがたくさんありました。

続いて、「私の手のつなぎ方 熊本県玉東町」と題して、安成医院の安成英文院長が講演されました。在宅医療の最前線で活動されている先生のお話はバイタリティにあふれ、圧倒されました。「在宅医療に携ると、24時間営業にしなければいけなくなるとか負担が大きくなると警戒する先生もおられるが、決してそうではない」と、たまな在宅ネットワークを作られ、地域の診療所で患者さんを支え、自分も家族と沖縄旅行に行くことができたというエピソードを披露されました。また、施設の早朝カンファレンスに月1回参加したり、玉東町で開催されるデスカンファレンス、医師とのコミュニケーション講座のワークショップを開催していることをお話しされました。ケアマネに対しても、「ターミナルになると遠ざかっていく人が多いように感じる」「在宅医療の開拓はケアマネにかかっているのではないか」と話されました。大牟田市のケアマネとして、玉東町の組みに後れを取ってはいけないと感じました。

最後は、当協議会の橋口哲也氏に「主治医との連携における介護支援専門員の課題とは～連携の実際から見えてきたもの～」と題して講演していただきました。当協議会において主治医との連携は実際どれだけできているのか、ご自身の業務体験などを踏まえて報告されました。今回のような交流事業により、主治医との面談

の機会が増え、積極的に連絡を取るようになったなどの成果が得られたこと。その反面、基礎資格によって知識や技術に差がある、総合病院の主治医との急を要するやり取りが難しいなどの課題が挙がっていました。今後も引き続きケアマネの質の向上を目指し、主治医（医療）としっかり連携をとっていく必要性を改めて感じました。

第2部は、会場を移して交流会が開催されました。このような交流の場を持つことによって先生方との距離が縮まり、さらに連携がしやすくなったように感じた今年の意見交換会でした。



基礎研修④

事例提供者：介護サポートセンターさんば
ふじさわ脳神経外科クリニック
サンフレンズ訪問看護ステーション
ヘルパーステーションさんば
サンステップ大牟田店

野田久美子 氏
藤沢 和久 氏
渡辺 幸光 氏
志水 静代 氏
木下 優子 氏

平成25年2月19日(火)、第4回基礎研修がイオンホールにて開催されました。

「事例を通してターミナル期の支援を考える」をテーマに、実際にターミナル期の支援を行われた事例が報告されました。経過の中で現れてくる課題に対して、グループワークで意見交換をしながら深めていくという形式で進められました。

◆事例の経過報告

本人は60歳代女性。在宅で療養したいという気持ちを家族が受け止め、不安を持ちながらも、介護保険のサービスを利用するということで在宅生活に踏み切られることとなった。しかし病状は悪化、通院治療が困難な状態となり、在宅医師へ移行されることとなる。それ以後、医師と各専門職の連携のもと、夫や子どもさんたちのゆれる気持ちを支えながら本格的なターミナル支援が開始された。介護をする中で家族の絆はより強くなつたが、本人は約2ヶ月後に急変し永眠される。その後に医師を中心にデスカンファレンスが開催され、支援に携わった専門職が意見交換し、反省点や今後の課題などを話し合つた。



在宅支援開始時の医師の言葉

「みんなで出来るだけやってみましょう！」

家族の思い

「不安はあるが自宅で看取りたい」

ターミナル期の在宅介護は家族の不安感もあり、また様々な医療・介護サポートが必要となります。今回の事例のご家族も、在宅支援については不安な思いで過ごされていましたと思います。しかし、医師の心強い言葉や、ニーズに合わせたサービスの導入で少しずつ不安感が軽減されていかれた様子が窺えました。専門職がそれぞれの分野でアプローチし、連携を密にとれるようサービス調整が適宜おこなわれ、医師や看護師指導のもと家族にも吸引や尿量・酸素管理などの役割を担つて頂きながら、家族・サービス事業所がチームとなり支援されていかれた事例でした。

“スタッフと家族の会話から「笑い」があり「本人のまばたき」が生まれた。”

デスカンファレンスの評価に記載されてあつた言葉です。ここに在宅でのターミナル支援の大きな意味があるのだと感じました。この事例に触れ、在宅でのターミナル支援の意義や難しさと、他職種連携の重要性・家族への精神的サポートの必要性を痛感しました。最後に自宅での写真がスライドにされ、「24時間一緒にいれて良かった。主治医をはじめ様々なサービス事業所の方との関わりの中で、安心して自宅での看取りができました。」という家族の手紙が読まれました。介護支援専門員として、本人や家族の思いを受け止められるケアマネジメントが出来るよう日々精進していきたいと思います。



第2回フォローアップ研修「人の心と支援」

平成24年10月16日（火）、第2回フォローアップ研修がイオンホール大牟田において開催されました。講師には山鹿常法寺の住職、佐々木高彰先生をお迎えしました。

「何の為に生まれて 何をして生きるのか。答えられないなんてそんなのは嫌だ！今を生きることで 熱いこころ燃える…」この歌は何の歌だと思いますか？これはアンパンマンの歌ですが、「この歌詞が問うていることに、私たちは何と答えますか？」という質問から講義が始まりました。

人は“善と惡”“賢いと愚か”“強いと弱い”に分けるとすると、世の中の人全部が“善”“賢い”“強い”がなくて、“惡”“愚か”“弱い”が悪いことのように思っている。マウスの実験で45匹のマウスを一つの箱の中に入れると、15匹ずつ「優秀なマウス」「劣っているマウス」「その他のマウス」の3つのグループに分かれる。その中の「劣っているマウス」15匹を取り出し、30匹（劣っているマウス以外）にすると、またその中で「優秀なマウス」「劣っているマウス」「その他のマウス」の3グループに分かれたそうです。この実験でわかることは、「生き物にはそれぞれ役割がある。人が生まれてきたのには意味があり、役割を持っているのだ。」ということでした。

続いて、ご自分の体験とある幼稚園での話に入りました。ある幼稚園で障がいを持ったお子さんが入園されるということで、保母さんたちはとても心配されたそうです。しかし、入園してみると、健常児はその子に普通に話しかけ、できない所を手助けするようになり、障がい児もまた、健常児と同じように活動しようとがんばるようになっていったそうです。このような場面が毎日普通に起こっていたのです。ともに過ごす中で、お互いに学び成長していく。そのようなすばらしいことが、日常の中で自然にできるようになったことを目の前にし、保母さん達も子どもたちから学ばれたということでした。

また家族の在り方についても話をされました。「昔は、3世代4世代と大家族で生活していた。家族にもそれぞれの役割があり、若夫婦が仕事をしていると祖父母が孫の面倒を見て、祖父母が寝たきりになると孫が介護するという構図だった。この構図で家族の絆が生まれる。」

「福祉というのは高齢者や障がい者などの弱いものを切り捨てず、理解すること。皆が役割を持って一緒に生きていく」というお話は、ケアマネジャーが高齢者に対して「住み慣れた家でできるだけ長く、その人の持っている力を活かしながら生活できるように支えていく。」という支援そのものではないかと思いました。

先生ご自身の実体験のお話に途中涙が潤むような場面もあり、私自身を振りかえり考える時間となりました。「福祉とは」「支援することとは」ということを改めて考え、今後の介護支援に活かしていこうと思います。

第3回フォローアップ研修 「気づきの事例検討会」

平成24年11月16日（金）イオンホールにて、甲子園大学の長田貴先生を講師にお迎えし、「気づきの事例検討会」が開催されました。

午前中は、「事例検討の意味」についての講義が行われました。「カンファレンスやサービス担当者会議などでは、ケースそのものに焦点を当ててこれから対応方法を検討する場合が多いが、本日の事例検討会では“今まで”的関わりを振り返り（再アセスメント）、事例提供者自身が“これから”的対応に向けての新たな視点や気づきを得ていく為の事例検討としたい」と話されました。

- ①ケースに向き合うのではなく、自分自身に向き合うことで、自身を振り返り、評価し、修正できる力を持てるようになる（自己開示し、自己覚知できるようになる）。
- ②主体的な気づきを感じることを体験することで、実践での効果を感じる（意識する）事が出来るようになる。
- ③“気づき”には時間を要することがあり、事例検討後のフォローも大切である。

以上の3点を意識して事例検討に臨むことが必要な事であると講義していただきました。

午後からは、3グループに分かれて事例検討会を行いました。

事前に初回面談時の逐語録を準備し、ロールプレイを行いながら検討を進めました。

以下に、各グループで事例を提出された方と、バイザー役をして頂いた方の感想などを記載しておりますので、ご覧下さい。



「精神障害がある息子と同居しているため、必要な介護が受けられない本人への支援について」

三池地区地域包括支援センター
加倉 俊輔

【事例概要】 *—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

平成22年3月、別居の長女夫婦からの相談。本人（87歳：男性）と長男（統合失調症）の二人暮らしで、市外に住む長女が週に三回ほど訪問して買い物や洗濯、調理などの生活支援をされていました。平成22年1月頃より、本人の身体機能や判断能力の低下があり介護を要する状態になられました。長女が世話を続けていましたが、それも限界に来て介護サービスを求められました。しかし、同居の長男が精神的に不安定で他者の訪問を受けつけないため、本人への介護サービスを導入できない状態でした。そこで「長男をどうにか治療することはできないだろうか。」というのが当初の相談でした。

関係機関との協議の上、息子へのアプローチ次第では、息子から本人へ危害を加える可能性もあるため、本人の健康と安全の確保を優先し、まずは精査目的のため本人に入院してもらい、その後、息子への支援方針を決定することにしました。しかし、事前に本人と十分に面会する機会がなく、事態の収束を図ることを優先したことで、本人にとっては不本意な入院になってしまいました。入院後の息子へのアプローチ次第で、本人の在宅復帰を検討していましたが、息子への支援が期待通りの結果にはならず、最終的に本人は施設入所（入所時：要介護②）することになりました。

【検討の内容】 *—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

本人への直接のアセスメントが難しく支援者も事態の収束を優先するあまりに本人との積極的なやり取りを避けていたと思います。そのため、いざ入院となつた時に本人からの抵抗がありました。本人が入院を拒否した理由として、自分が家で生活したいという気持ちよりも、自宅にいる息子のことが心配で自宅に帰りたいという気持ちが強いということは理解していました。そこで、私は本人に対して、「息子さんにアプローチするため、入院するのは、息子さんのためであること。また、そういう理由なので短期間の入院であること。」この二点を本人と約束をして入院の了解を得ました。結果的にはこの約束を守ることができましたが、やり取りの中で息子を心配している本人の気持ちを受け止めながらも、納得のいく対応ができていないことがわかりました。この想いを本人にフィードバックすることなくケースを終了してしまい、すっきりとしない思いが残っていたことに事例検討が進む中で気がつきました。

【事例検討が終わって】 *—*—*—*—*—*—*—*—*—*

ケースが終了してもやりきれない気持ちが残っていましたが、その気持ちを言語化することができず、何かが残ったままでした。しかし、スーパーバイザーを中心にお客様の方とのやり取りの中で、気づきを与えてくれる瞬間を感じることができたと思います。その結果、自分の中で事例を本当に終えられましたこと、また事例検討での気づきが今後の実践に「生きる経験」となり、自分自身のスキルアップを実感したスーパービジョンになりました。

最後に、長田先生、スーパーバイザーの林さん、また、出席者の皆様に心から感謝したいと思います。ありがとうございました。

◆バイザーから◆

◆ 終了後のケースですが、気持ちの整理がつかなかったとのことで、2年経過したのに再度振り返る作業に臨みました。

◆ グループスーパービジョンにおける事例検討をメンバーの皆さんと協働で取り組むことによって、クライアント理解を深め、援助プロセスの確認やそこにおける援助職者自身の思考や判断などを基本に擦り合わせてチェックしました。提出者自身もこれまで何度も振り返る機会があったと思いますし、今回事例を書くことで改めて整理すること（新たな気づき）につながり、グループスーパービジョンの実践で再確認されたのではないかと感じています。

◆ 参加者の質問の仕方や焦点の当て方も、事例提出者に配慮され支持的機能を意識したものになっており、事例検討の場が形成されていたと思います。

◆ 私たちの成長は、基本に戻り実践の振り返りと検証の継続にあります。多くの会員の皆さんとこのような場が共有できることを願っています。 生活支援センター サンフレンズ 林 洋一郎

「生活課題を共有できない相談者への支援について」

駢馬・勝立地区地域包括支援センター 米田 直樹

【事例概要】 *-*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

平成23年2月、59歳男性、糖尿病性神経障害にて下肢切断をされており、義足による生活全般の支援や、下肢切断までに至った原因である糖尿病・食事管理、および金銭管理について、当時入院中の病院相談員より相談を受けました。

本人は、「家が古い長屋で、玄関の上り框の段差が30cm程ある。トイレも縁側に出て外付けにあるうえに、段差がある和式便器という環境なので自宅では生活はできない、どこか施設へ入所したい。」という意向でした。入院中は食事の提供や内服管理のみで、排泄なども自分で出来る状況であったため、高齢者アパートや障がい者ホームなどを中心に退院後の生活の場所をあたり、その間、障害者手帳（自立支援認定区分）や介護保険申請などの手続きを行っていく事にしました。

障害や介護の認定、生活場所の確保が不透明なまま入院生活が長くなる事で本人のストレスは強くなっていくため、少しでも早く在宅生活ができるように自宅に訪問をしました。また病院相談員（リハ担当者からは事前に意見集約）や看護師長・ケアマネジャー・ヘルパー・福祉用具事業所・保護課ケースワーカーが集まりカンファレンスを再三開催するが、生活保護や障害者自立支援、介護保険など制度間の関係などで具体的な支援が決まらず、介護認定結果直後に在宅で生活ができるようプランを作成する事にしました。

その後、リハビリ目的で転院されることになりましたが、本人自身が思い描いていた病院環境ではなかった事で、「今日の夕方にでも家へ帰ります。」と激怒されました。すぐに面談へ伺うと、本人は長い入院生活でのストレスなどを話されるが、制度のはざまで現時点では退院されても支援ができず、もつと悪い状態で再入院になるかもしれないことを伝えました。介護保険の結果が出た後に、ヘルパー・訪問看護、往診などの支援環境にて在宅での生活を送られるようになりましたが、激怒された際のやり取りについては、本人を“説得”したという感じが残り、支援終了後もずっとひっかかっていました。

【検討の内容】 *-*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

普段の事例検討とは違い、初回面談の際の逐語録が指定されており、事例紹介の際に提出者である自分が相談者となり、他のメンバーとともにロールプレイ的に読み合わせを行いました。改めてロールプレイでやってみると、対象者とのやりとり（相互交流）というより、自分自身がクライアントに問うばかりの展開で、ただ“確認”をしているだけのようなやりとりになっていたことに気が付きました。

【事例検討が終わって】 *-*—*—*—*—*—*—*—*—*

事例のタイトルや検討理由に立ち戻った時に、長田先生やバイザーをして頂いた斎田さん、グループの方々からの助言により「支援者は相談者が持っている生活課題を明確にする事が役割である」と、本来の立場や役割を見失っていることに気づくことが出来ました。

今回の研修を通して、基礎・基盤・目的を明確に意識すること、その重要性を強く感じることができました。また普段の研修や学習がその時だけのものになり意識が薄れていた事に気づき、日ごろの意識の持ち方が大切である事を学ぶことが出来ました。

最後に、長田先生、スーパーバイザーの林さん、また、出席者の皆様に心から感謝したいと思います。ありがとうございました。

◆バイザーから◆

米田さんがとても丁寧に対応され、情報収集も細部に渡り行われていました。その分、本人へ確認はしたものの意思を汲む事が少し抜けてしまい、援助者の心にスッキリしない感を残した事例でした。私も援助職をしながら、時としてドキッとさせられる部分です。本人の全体像を掴み、本人の在宅生活を支え自立性を促せるプランにしたいと考え情報収集や対応をするのですが、肝心な本人との対話を充分にしていかなければなりません。只、米田さんは情報収集も対応も支援も、とても素晴らしい動きをされていましたので、逆に私の方が色々と勉強をさせて頂きました。ありがとうございました。

さかき診療所指定居宅介護支援事業所 斎田 裕子

両親共に要介護状態になった息子さんへのアプローチの仕方について

介護相談援助センターたいめい苑 田崎 敏子

【事例概要】 *—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

現在83歳で要介護4のM氏は、長年妻や三男と共に自営業（牛乳販売店）を営み、一家の大黒柱として切り盛りをされていました。平成18年8月アテローム血栓性脳梗塞を発症し、左不全麻痺が残り要介護状態となられました。主介護者の79歳の妻も、リウマチ疾患や圧迫骨折を繰り返され、ステロイド性糖尿病の疾患により自分自身にも介護が必要となられました。キーパーソンとなる三男さんは、3人分の仕事を一人でしないといけなくなり、ほとんど不在で現状の把握が難しい状況にありました。ケアマネとしては、もう少し三男さんに協力して頂き、一緒に支援内容を決めていかなければという思いもあり今後どのような支援を行っていけばよいか、三男さんへのアプローチの仕方など検討して頂きたいと思いこの事例を提出しました。

【検討の内容】 —*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

グループメンバーから、長い経過の中で変化していかれたご本人たちの身体状況や残された力について、いろいろな視点からの質問を受け、夫婦それぞれの力や家族としての役割が見えてきました。また、本人と妻の二人分の仕事を引き継ぎ、毎日忙しく仕事をされていた息子さんについても、経過の中で話されていた言葉や介護を振り返る作業を行いました。息子さんは、両親の介護に関心がないわけではなく、三男さんしかできない部分ではちゃんと関わられていることを確認できました。ご本人や息子さんからケアマネが信頼されているからこそその態度ではなかったかという、支援に対する保証もグループメンバーからしてもらうことができました。

【事例検討が終わって】 *—*—*—*—*—*—*—*—*—*

キーパーソンとなる三男さんは、いつも仕事が忙しく不在で、意向や思いを確認できてあらず不安に思っていました。もっと生活の中に三男さんが入ってほしいという思いが事例提出のきっかけでした。検討を進めていくうちに、本人、妻それぞれに力があり自分で考え生活を続けてこられていたこと。三男さんは夫婦の力をわかっていて尊重していたこと。肝心な時にはしっかり動かれる方なのだと気付きました。本人や家族の状況が変わってきたり、時間の流れに沿った変化の時には、その時期その時期でそれぞれが持っている力を確認し、その方の役割を知りながら支援を行っていかなければならぬと思いました。事例提出者として質問を受けながら事例を深めていきましたが、事例提出者のひっかかりの部分、課題の部分に気付けるような質問の仕方であり、自分の中で整理が出来ました。今後自分たちで検討会を行ううえでも大変勉強になりました。

◆バイザーから◆

- ◆ グループメンバーは、長い経過の中で出てきたいくつかの変化や、本人と妻の身体状況、息子さんなどのような関わりを持たれ、田崎さんとやり取りをされたのかということを質問を重ねながら明らかにし、共有していくと思います。
- ◆ 田崎さんがご本人への支援はもちろん、忙しい息子さんの状況を理解し、息子さんの仕事先で短い時間の面談をされてたり、遅い時間の訪問にも応じるなど配慮ある支援を確認することで、家族からの信頼が厚いことがわかりました。また息子さんも、家族にしかできない支援をされていたこともわかりました。田崎さんも皆さんとの力を借りることに気づいていました。
- ◆ 永田先生からは、「ちゃんと支援できているのだから息子さんからの相談を待つくらいでもいいと思う。」とのアドバイスも受けられていました。田崎さんの丁寧で誠実な支援を見せていただき私も勉強させてもらいました。

手鏡地区地域包括支援センター 小島 美佐子

「大牟田市の訪問リハビリテーションを考える会」

訪問リハビリテーション実施事業所をご紹介します。

まずは、
ご相談
下さい!!

(五十音順)

事業所名	所 在 地	連 絡 先	対応職種
あっとほーむ訪問看護ステーション	大正町5丁目2-1	59-7600	OT
有明病院	船津町440-3	52-5245	PT
大牟田共立病院	明治町3丁目7-5	53-5461	PT、OT、ST
おおむた訪問看護ステーション	笹林町2-6-3	56-0730	PT、OT
兼行病院	大字歴木977-4	54-0055	PT
くさかべまき内科クリニック	宮崎2776-1	41-6036	PT
今野病院	末広町5番地2	52-5580	PT、ST
重藤外科医院	日の出町3-1-21	57-2211	PT、OT
白川病院	上白川町1丁目146番地	53-4173	PT、OT、ST
菅原病院	上屋敷町1丁目1-3	55-1212	PT、OT
杉循環器科内科病院	大字田隈950-1	56-1119	PT
曾我病院	大字吉野859	58-1234	PT、OT
介護老人保健施設 看護ステーションはなぞの	花園町64-5	52-6080	PT、OT
平井外科・産婦人科	明治町3丁目8-7	54-3228	PT
福岡県済生会 訪問看護ステーションなでしこ	田隈808-1 済生会大牟田ライフケア院1階	53-3000	PT、OT、ST
南大牟田病院	臼井町23-1	57-2000	PT、ST

平成23年9月に発足した任意の団体です。訪問リハビリテーションを実施されている事業所把握も、事務局の調査によるものですので、実施事業所が上記以外でございましたら、ぜひご一報下さい。 事務局 大牟田共立病院 ☎ 53-5461 担当：松永、福岡

「大牟田市の訪問リハビリテーションを考える会」では事業所間の連携を取りながら、研修等を行っています。

リレー隨想

No.28

居宅介護支援事業所サン久福木の森田里恵さんよりご紹介をうけました、三池地区地域包括支援センターの河野です。



三池地区地域包括支援センターは、三池地区公民館内に設置されています。先日、公民館職員さんから「次のリレー隨想楽しみにしています」と言われ、<きらめき>はケアマネさん以外にも読まれていることを再認識し、嬉しく思うと共に困惑するばかりです。しかし、後には引けず、私の家族のことを書かせていただきます。

私は、父も母も在宅で『看取り』をすることができました。訪問看護師をしていた私にとっては、こんなに幸せなことはありません。父は3年前の1月5日母の元に旅立ちました。父は、年末から病状が悪化し毎日Drに往診していただき、点滴も必要な状態でした。しかし、年末年始は病院も休みになり、Drは31日から2日まで、御自分のお父様との旅行を予定されておられました。不在中の急変を心配され、「僕が帰って来るまで待っててね！」と言葉をかけてくださいたことが励みになったのでしょうか。何とか正月を乗り越えました。旅立ちの朝、父は家族一人ひとりに「お世話になったね」とか細い声で思いを伝えました。そして昼、家族と信頼するDrに見守られながら、息を引き取りました。旅立ちの清めも（父にとっての）娘達と孫達で行うことができました。人生の終末の状況は人それぞれ異なりますし、在宅で迎えることだけがベストとは思いません。しかし、私たち家族にとっては、満足感には至ってなくとも納得できるものであり宝物となりました。

そんな父の晩年を振り返ってみると、生活の中に楽しみがありました。最後まで好きな魚釣りに行けたことが生きる力になっていたのだと思います。足が弱り始めた頃には筋力トレーニングにも通い、Y施設のHさんや相談センターのSさんにも大変お世話になりました。釣り道具の移動など全て支援してくださる友人達に恵まれ、酸素ボンベ持参でも魚釣りに行く事ができました。また、音楽を聞くことが好きで、入院中もイヤホン持参で、録音したテープを聴いていました。静と動の双方の趣味が功を奏したようです。

戸惑いながら書いた文章ですが、筆を進めながらいつの間にか父母と会話をしている自分に気づきました。この機会を頂き本当に感謝しています。

次の隨想は、とてもチャーミングで、私と同じくSMAPファンクラブ会員である大牟田記念病院居宅介護支援センターの竜円絹恵さんにバトンタッチします。

- 三池地区地域包括支援センター
- _____
- 河野徳子
-
-
-
-



次回は.....

- 大牟田記念病院
- 居宅介護支援センター
- _____
-
-
-
-

竜円絹恵さん

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

◆高齢者虐待に関するアンケート調査へのご協力のお願い◆

大牟田市保健福祉部 長寿社会推進課

平成18年4月「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(通称:高齢者虐待防止法)」が施行されたことを踏まえ、本市では高齢者虐待の状況等を把握し、高齢者虐待防止・対応マニュアル等を整備することを目的に、介護予防・相談センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所と民生委員・児童委員を対象とし、同年アンケート調査を実施致しました。以降定期的に実態把握と再検討を行うことと、高齢者虐待の啓発を目的に調査を実施しております。

前回の平成21年度のアンケート調査の結果では、主な虐待の種類では、心理的虐待と経済的虐待の発生割合が全国と比較して高いこと。虐待の要因では虐待者の性格や人格、虐待者の介護疲れ、虐待者の知識や情報不足が挙げられ、個人的要因や環境的要因が重なり虐待が発生している実態が分かりました。他にも被虐待者の性別や要介護度、虐待者の背景等、様々な実態を把握する事が出来ました。しかし残念ながら虐待が疑われる状況を把握しながらも、相談や通報に繋がっていないケースが全体の42%に上っている等、今後も引き続き啓発活動を継続し、通報後の市や地域包括支援センターの対応の方法についても更に周知を図っていく必要があることを感じています。

今年度同アンケート調査を実施致しますので、皆様方には、お忙しいところお手数をお掛け致しますが、アンケート調査にご協力を頂くことと、併せて高齢者虐待と虐待の対応について、更に理解を深めて頂けますよう、よろしくお願ひいたします。

<調査対象の期間> 平成24年4月1日～平成25年3月31日

<スケジュール> 3月初旬～中旬 地域包括支援センターより直接事業所を訪問し依頼

4月19日 締め切り

<提出先> 長寿社会推進課 担当:坂田・友添・梅本

*個人情報のため直接長寿社会推進課に提出をお願いいたします。

(百円版面)

皆さん、お気づきでしょうか？ 実はこの「きらめき」は記念すべき50号なのです。記念号にしますかという話もありましたが、ケアマネのように、縁の下の力を持ちの存在で、さりげなく…という事でいつもと変わらない形で発行させて頂きました。

「きらめき」の歴史は百号の時に振り返るとして(笑)、今回は個人的な話を。ケアマネの職に就いたのは平成18年4月で、広報部会に入つたのは5月。そして6月に発行された27号では、記事を書かせて頂きました。それから数年。私のケアマネ歴は「きらめき」とともにあり、なのです。印象に残っているのは32号の樋口恵子さんの講演会の記事です。著名な方の話を文字にして残す事は責任が伴う事だと学びました。さあ、気になつた方は「きらめき」のバックナンバーをチックしてみて下さいね。さりげなく発行した50号よりも私が目立つてしまつたら本末転倒なので私の話はこの辺で…。アマネの皆さんのお役に立てる情報どんどん提供していくまつからも「きらめき」ではケアマネの皆さんのお役に立てる情報などでご期待下さい！

【編集後記】

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)