

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. 52

## 「介護支援専門員等の地域との連携に関する事例発表会」



去る平成25年8月25日、総合福祉センター大会議室にて「介護支援専門員等の地域との連携に関する事例発表会」が開催されました。

はじめに、林事務局長の開会挨拶の後、事務局の橋口氏より6月に行われた「地域との連携に関する意識調査アンケート」の結果について報告がありました（内容については次ページ参照）。その後、3つの事例が発表されましたので、ここで簡単に紹介します。

### ①「認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために…」 居宅介護支援事業所はなぞの 今岡 慶教さん

毎日散歩に行かれ、時々帰り道が分からなくなり、警察やSOS徘徊ネットワークにて保護されている一人暮らしの女性の事例が紹介されました。地域包括支援センターと連携し、地域ケア会議の中でどうしたら今の生活を継続していけるのかを検討し、地域（民児協、サービス事業所、隣近所など）の協力を得て見守りを続けているということでした。



### ②「独居でアルコール依存症の利用者が、住み慣れた家で過ごし続ける為に」

さかき診療所居宅介護支援事業所 工藤 信恵さん

お酒を飲んで地域住民とトラブルを起こされている方の事例が紹介されました。日頃から研修会への参加等を通じて、地域包括支援センターや社協との連携（土台作り）ができており、問題が生じた際のケース会議の開催や対応がスムーズに図られているそうです。介護支援専門員一人では限界があるので、日頃から地域住民と情報を共有したり、主治医や医師の力を借りたりすることも必要とのことでした。

### ③「地域で暮らすことを支える ～オーダーメイドのネットワークによる在宅生活支援～」

総合ケアセンターたいめい苑居宅介護支援事業所 島崎 剛さん

幻視や幻聴・妄想がある女性の事例が紹介されました。初回面接時から地域包括支援センターと連携され、大阪に一人で行かれていた時は行政や警察などと連携して対応されたそうです。地域と連携・協働するためには、実際に現実としてどこまでできるのか、実情に合った本音の話をする必要があるし、何かあった場合には支援者が連絡を取り合って「対応できる人が対応しましょう」というグレーゾーンも必要という話が印象的でした。

### 3事例に共通する部分として、

- ・地域に一方的なお願いしてばかりではいけない〈自分達もできるだけのことをする必要がある〉
- ・普段から地域と関わりをもっておく〈地域行事に参加するなど〉
- ・地域包括支援センターを活用する

ということが挙げられました。その前提として利用者の方の思いを大切にすることが重要です。待っていても誰も来てくれない、自ら進んで動かないと地域との連携は構築していけないということを痛感しました。



## ●事務局部会より●

### 地域の中で利用者を支える基盤づくりの取り組み

利用者みなさんにその人らしい生活を送っていただくためには、家族や医療機関はもとより、地域やボランティア等も巻き込んだチームとしてのケアが不可欠です。そこに私たち介護支援専門員がどのように関わっていくかということを考えたときに、①私たち介護支援専門員自身の意識向上、②周囲の皆さんに私たちの役割を知ってもらう、という2つの課題が挙げられました。そのため、当協議会では、平成22年度のあり方検討会「利用者を地域で支えていくための基盤づくりへの関わり方検討会」に始まり、「校区まちづくり協議会の活動紹介」や「東日本大震災復興支援の際の地域とのつながり」などの研修を通して、介護支援専門員が地域支援等ネットワークに参加することの重要性を伝えてきました。

そうした中、今年6月に“地域で利用者を支えること”の意識づくりに向けたアンケートを実施したところ、結果（回答87名／回収率29.8%）の中で、「地域との連携が必要であると感じているか？」という問いに対し、「必ず必要である／おおむね必要であると感じる」という回答が96%にもなりました。まさに今、利用者支援を行っている中で、地域との連携が欠かせない、連携なしでは個々のニーズに対応することができないケースに向き合っていることが分かりました。また、「地域との連携に関する研修があれば受けてみたいか？」という問いに対して、99%が「受けたい」と回答しており、地域との具体的な連携方法や実践事例を知りたいと思っていることが伺えました。その結果を踏まえ、8月23日に実践事例発表会を開催したところです（発表会内容については前ページをご参照ください）。3人の方の事例発表を受け、地域の方との折り合いのつけかたやポイントなど、細かいところに配慮する点などを改めて学ぶことができました。また、社会資源の活用や他職種との役割分担、協働などの重要性を感じたという意見が多数あり、改めて地域との連携の必要性について考える機会となったのではないのでしょうか。

平成24年度の「大牟田市における地域課題と現状」をテーマとした研修の際、講師が言われた「介護支援専門員の方は担当されている利用者がどこの校区に住まわれていて、どこに民生委員がいらっしゃるか、どんな支援者がいるか知っていますか？地域のことを知ってください」というメッセージを聞き、ドキッとさせられたことを覚えています。

研修参加者も年々増加してきており、“その人らしく”を支えるためには、地域との連携が不可欠であることが浸透してきているように思えます。引き続き、このような研修会等を通じて、“当協議会のなかま”が実践していることを学び、相談できるつながりづくりができればと思っています。





### 第3回 基礎研修

## 「相談援助場面における面接スキル2」

平成25年8月27日／大牟田天領病院福祉センター  
講師：福岡県立大学人間社会学部 奥村賢一先生

昨年度に引き続き、奥村賢一先生をお迎えし、「相談援助場面における面接スキル」について学びました。講義中の演習はとてもユニークで、楽しみながら参加することができました。

以下に演習を通して学んだ「相談援助場面における面接スキルのポイント」を紹介します。



#### ①リズム感と感覚刺激

2人組になってリズムに合わせて手を叩くのですが、タイミングがとりやすいリズムが一人ひとり違い、上手くいくときといかないときがありました。

⇒リズムは一人ひとり違う。相手のペース（リズム）に合わせるということが大切。

#### ②自我コントロール

エゴグラムテストを各自行い、○×△で得点を出し自分の自我のタイプを知りました。自我は大きく3つ、細かくすると5つに分けられ、どの自我が優位に立っているか自分のタイプを確認することで、自分自身のものの考え方の傾向を確認しました。

⇒自己覚知が重要。自己評価と他者評価の差を少なくすることを目指していくことが大切。

#### ③合意形成(コンセンサス)の重要性

6人のグループを作り、各自で同じ物語を読み、それぞれが物語の登場人物を自分が好ましいと思う順に並べ、順位を発表しました。その後グループ内で意見を出しながら好ましいと思う順番を決めていきました。ルールとして多数決や平均点などで決めるのではなく、意見を出し合いみんなが納得する順番を考えました。

⇒価値観は一人ひとり違う。意見をまとめるのではなく、合意することが重要。

#### ④基本的信頼感の醸成

「信頼感を得るためには、情緒的欲求・身体的欲求・生理的欲求は無視できない。人間関係を築くには時間もかかる。言葉だけでなくその場の空気にも注意しながら相手の話を受け止めていかないといけない。」

⇒相手のメッセージをしっかり受け止めることで、相手にも自分の話に耳を傾けてもらうことができる。

#### ⑤安全・安心・安定のプロセス

「支援のキーワードは、安全（環境）→安心（人）→安定（時間経過）という段階的な取り組みが大事である。本人がおかれている状況（環境・人・時間経過）に合わせ、先入観・経験・偏見を外して対応しなければならない。」

⇒本人がどのニーズの段階にいるか理解したうえでアプローチする必要がある。



最後に奥村先生は、「自分自身を知り、相手を受けとめる」「自分が関わっている、今見えている部分は、その人のごく一部で、人にはさまざまな経験や想い、生き様など見えない部分がある。その部分や本人が大切に思っていることを知ることが大切であり、そうすることで理解が深まり、関係を築くことができる。」と締めくくられました。

楽しい講義はあっという間に時間が過ぎましたが、多くの学びを得ることができました。本日の学びを今後の相談援助の現場に活かしていきたいと思います。



## 第1回 フォローアップ全体研修会

『システムズアプローチから学ぶ  
コミュニケーションの理解と方法』

平成25年9月9日 / イオンホール大牟田

講師：龍谷大学文学部臨床心理学科教授 東 豊先生



東先生は、システムズアプローチで知られる著名な臨床心理士です。前半では「システム」についての理論を噛み砕いて説明され、後半では、実践での活用の仕方を教えていただきました。「システムズアプローチ」は技術ではなく考え方です。心理療法の場合、「システム」とは人と人との間のコミュニケーションの相互作用、パターン、循環などを指します。症状や問題はシステムの一部なので、システムが変わればその一部である症状や問題も変化すると考えます。

私たちは直線的な考え方（Aの原因がB）をする傾向にありますが、実は全体は部分に影響を与え、部分は全体に影響を与えています。これが円形的因果律と呼ばれるものです。東先生は、まず自分の価値観を捨てて大雑把にシステムをつかむ、次に細かくシステムをつかんで、そのシステムの構造を捉えていくように言われました。そしてそのつながり部分をどう切り取るか（パンクチュエイト）によって、ものごとの意味づけが変わってくるのだそうです。つまり物事は自由にパンクチュエイトでき、コミュニケーションの連鎖反応によって相手の認知、感情、行動面での変化が期待できるというのです。

援助者としては、そのシステムにうまく入っていく必要があります。（東先生は「相手の土俵にのる」とも表現されました）そのための技法がジョイニングです。ジョイニングの方法については、ロールプレイを通じて学習しました。普段意識せずにやっていることもありましたが、東先生のダイナミックな演技力に圧倒されながらも一つ一つ確認できました。

また東先生は、誰にでもできるシステムズアプローチとして「P循環療法」を紹介されました。PとはポジティブのPで、愛、感謝、喜びといった要素を持ちます。そして一番簡単なコミュニケーションによる援助方法として、P循環を作ることだと言われました。元々相談者は最初N（ネガティブ要素—怒り、不満、悲しみ）を出しています。ポジティブな方向へ向かうようにP循環を作ると心も体も元気ができ、問題解決につながるという考えです。（P循環に興味のある方は、東先生の著書『リフレーミングの秘訣』をご覧ください。）

私たちは、疾患、家族、あるいは本人自体に原因を見出そうとします。しかし少し引いて全体を見渡してシステムをつかみ、その循環にP循環を起こして問題解決をしていく力をつけていく必要があると思いました。そのためには、援助者自身があるがままを受け入れて、N要素を減らしP要素の強い状態となるよう自分自身を鍛えていかなければならないと感じました。



# シリーズ・実践事例

臨機応変の情報収集が  
必要だったと反省した事例



## ■提出理由

次男と二人暮らしのAさんは、95歳と高齢ながらも認知症もなく、H21年4月の初回申請より要支援1を維持されていた。しかし年齢が年齢であるため、徐々に身体的な低下が見られ、注意して観察する必要性が出てきた。これまで他市に住む長女をキーパーソンとして支援してきたが、身体状況が低下してきた時期から、同居の息子を巻き込むべきだったと反省している。

変化が少なかったことに気がゆるみ、徐々に変化してこられはじめた利用者のアセスメントが不十分だったと反省し、支援経過を検証するために事例を書くことにした。

## ■事例概要

A氏 女性 95歳  
 介護認定 要支援1  
 現病歴 廃用症候群 腰痛症 骨粗鬆症  
 陳旧性心筋梗塞 心不全 高血圧症  
 ADL H23.11月下旬まで  
 立ち上がり テーブルや手すりにつかまり起立(以前よりいつ打ったか分からない打撲跡があると見せていた)  
 歩行 家の中に3つフゴンを置いてそれを押しながら歩行する  
 排泄 トイレまで歩行。時々間に合わず下着をぬらすと、着替え浴室で洗っている。  
 更衣 自立  
 食事 自立  
 入浴 自立  
 聴覚 難聴あり補聴器使用  
 視覚 生活には困らない

IADL 夏頃までソーメンを茹で、食べていた。ヘルパーの利用料を払うことができる。銀行へは娘または息子が行っていたが、管理は本人ができていた。  
 H21.8病院の帰りに転倒してからは外出をしなくなった。主治医の往診。買い物は娘または息子。  
 洗濯 本人が洗濯機を回し、ヘルパーが干す。  
 電話をかけることは可能。

介護保険サービス 訪問介護週に1回

経済面 国民年金・遺族年金 月4万

性格 自分の考えをハッキリと伝える。あっさりとして小さなことは気にしない。

## ■家族構成

子供 長男、三男は遠方 次男と同居  
 長女(福岡・キーパーソン)  
 夫は40年前に亡くなっている。  
 次男独身、昼・夜と仕事を掛け持ちでされている。  
 長女は公務員を定年され、年金生活をされている。

## ■生活歴

満州で生まれ、夫と結婚。結婚前までは満州で事務員として働いていたこともあった。戦後29歳のときに夫・子供(4人)と一緒に日本に帰郷。夫が〇市で電気工事材料の自営業をはじめ、本人も手伝った。その後会社は他社と合併し、夫はその会社の社員となった。本人はお茶やお花を習い、踊りの先生もしていたが、生徒が高齢になるにつれ徐々に減り、現在は交流もなくなっている。H21.4月に娘さんが介護保険の申請をされ、訪問介護を利用されるようになった。最初は住宅改修のみ、サービス開始は10月の更新から利用。

## ■支援経過

H21. 12

前任担当より引き継ぐ。2週間に一度、〇市に来て支援している長女の日程に合わせ紹介を受ける。長女もあっさりとした性格で母親の性格を理解し、「年齢のために失敗することがあっても周りが気をつけてあげれば良いことだから」と話され、気にやまない方という印象だった。本人は、身体的に筋力の低下は見られるもののしっかりと受け答えされた。

### H22. 3 担当者会議

前回と同じ要支援1の結果。引き続き、週に一度の訪問介護サービスを本人も長女も希望される。

### H22. 7 訪問

夏場になると食欲不振になるということであるが、話をされる様子はしっかりとされている。食欲が無いということでやや疲れた様子が見られる。ソーメンや果物など喉ごしが良いものを食べているとのこと。往診のときにビタミン剤の注射をしてもらったと話される。夏の間痩せられたが、なんとか乗り切れ、秋口には食欲も戻られた。

訪問時、娘さんが来ておられるときに一緒に通所をすすめるが、「前に見学したことがあるがあんな所には行きたくない」とはっきり答えられた。

### H23. 3 担当者会議

今回の認定結果も要支援1。訪問介護の支援内容についても、週に1回掃除と洗濯物干し。買い物は長女と次男が支援することで本人・娘さんの了解を得る。ヘルパーさんたちともうまくいっており、できるところは自分でされていて、お変わりなく過ごされているとの報告があった。往診の際の検査結果を見せてくださるが、異常の数値は無かった。

### H23. 6 次男さんと初めてお会いする

自己紹介をすると「はいはい」といったそっけない感じで「どうぞ」と言われ、奥に行かれた。夏場に向かうが食欲は普通ということだった。毎月訪問時に、生活の様子をうかがっても特に変わりなかった。訪問介護からの報告も特に変わらない様子が書かれて

あった。夏の間食欲は落ちるものの特にお変わりなく過ごされる。入浴は疲れるのでしたくないが、自分の良いときに入浴している、ゆっくり気をつけて入っているので大丈夫と話される。

### H23. 11 自宅訪問

秋口から夕食の配食を飽きたという理由で断られ、娘さんたちが個食になっているパック入りの食事をコンビニで買って準備されるようになる。本人もそのほうが味が良いと気に入られている。研修の学生と訪問するが、受け入れ良好で学生と楽しそうに話をされる。

ヘルパーステーションに別の方のことで電話をすると、Aさんの訪問のうち2回、排泄の失敗の後始末をしたことの報告がある。下肢も弱られてきており、今後注意して観察をお願いする。

娘さんに連絡をし、お話を伺うと「そのようなことは少し前からあっていて、紙パンツも準備してやっているが本人がつけたがらない。失敗したら自分で着替えて洗ったりしているので自分が行ったときに気づいてもいろいろ言わずに処理している。」とのことだった。今後観察の必要があると思った。

### H23. 12. 26 自宅訪問

電話をすると転倒して腰が痛いと話される。確認のために訪問すると息子さんが在宅されていた。息子さんは午後からの仕事の前の様子で、転倒のことを伺うと「12月初旬立ち上がりのときにしりもちをついたらしく、歩けなくなっている。トイレは這って行き間に合わずに失禁している」と話される。病院受診はされていない。明日長女さんが来られるということだった。本人に会い、正月前なので病院を受診されるように勧めると「転倒したのは今月初旬で、痛みがひどくなっているのであれば受診しないといけないが、段々良くなっているから必要ないと思っている」と答えられる。息子さんにも明日長女さんと受診されたほうが良いことをお話する。

長女さんに電話をする。本日訪問して活気は見られたが、這って移動し失禁が増えている様子なので、正月前に整形外科に受診をされたほうがよいと勧める。長女さんも転倒失禁が増えていることは知って

おられたが、本人のプライドを考えいろいろ言わずに処理していた。紙パンツは箆笥に直し込んで、言っても使用されないということだった。明日受診させますと返事される。

H23. 12. 27

娘さんに電話をする。娘さんの話によると、息子さんと一緒にどんなに説得しても「痛みが少しずつ良くなっているからいい」と病院受診を拒否し、連れて行けなかった。また長いこと入浴していないので、娘さんが介助をするから入ろうと勧めても「自分で入れるからいい」と言い張り、入浴させることができなかったということだった。

今後のことを娘さんと打ち合わせる。心配な状況はあるが本人の受け答えはしっかりとされている。歩行状態の悪化と排泄の失敗が増えている原因が転倒打撲のためであれば、本人が言われるように少しずつ改善するかもしれない。12月19日の往診のときは内科的には特に指示がない。1月のご本人の様子を見て、このままであれば区分変更をしてサービスを多く入れるようにしましょうということになった。

1月10日はCMは1日会議が入っていたため、23日娘さんが来られるときに訪問することとなる。ヘルパーステーションにもその旨を電話で伝える。

H23. 1. 10

CMが会議中に娘さんから事務所に電話があり、「本人の失禁の状況が悪化しており一人にしておけないので相談したい」ということだった。訪問すると、主治医が来られて診察をされていた。主治医も12月19日に会ったときには「歩いて自分を見送ってくれたのに」と驚かれていた。息子さんからは、1月に入ってから様子を電話で知らせてきた。「今日来てみると動きがますます悪くなり、居間や自室で失禁をしていて、パンツは脱いだままにして、便は自分で処理できず畳に落ちていて掃除をするのが大変だった。ベッドの布団はぐしょぐしょでもう使えないので捨てることにした。本人は布団が濡れているからかここ3日はベッドにいかずに居間の炬燵で休んでいる状況です。こんな状況では一人にしておけない。どこか預かってくれる所はないでしょうか。」と話される。主治医がよ

く知っている宅老所(自主事業でお泊りもある)に電話で問い合わせをされ大丈夫だと返事がある。本人は「情けないことになったね」としょんぼりされている。しかし泊まりに行くことは拒否される。息子さんが帰ってきたら本人を説得して宅老所に連れて行かれることになる。CMは本日区分変更の申請をすることになった。

夕方娘さんに電話をすると、やはり本人は拒否が強く連れて行けなかったとのこと。そのため毎日朝にヘルパーの身体介護を入れ、おむつ交換と身体の清潔を図ることになった。

## ■考 察

今回、12月の時点で予測はしていたが、本人の状況がここまで急激に悪化するとは思っていなかった。同居の息子さんがその状況を担当のCMに相談できず、10日間大変だったことを思うと、息子さんとの関係づくりをしてこなかったことを思い反省した。秋口より少しずつ現れていた本人の変化(入浴をしていない、内出血の頻度、朝食を作らなくなっている)をアセスメントして意識できていれば、早めの予測や、一緒に生活している息子さんの情報を得る必要があることに気がついていたと思う。娘さんも2週間に一度の支援で、母に対して寛大に対応されており、変化もしょうがないことだと受け止め、先のことまでは考えられなかったのだと推察する。娘さんのインテリジェンスの高さに加え、寛大な性格であったことでCMが安心していただけた部分があり、話の内容についてもっと詳細に情報を得るべきだったと感じている。

訪問介護も1週間に1度の支援、娘さんは2週間に1度(4時間程度の滞在)の支援、お話されるときに本人はしっかりと受け答えをされるということで、同居の息子さんの情報と共に、本人の実情のすりあわせができていなかったことに気がつく。

事例をまとめてみて、支援の当初から高齢であるためいつ変化がくるかわからないと思いながらも、長く現状維持ができていたことに目がくもり、利用者が変化し始めたとき、実際の本人の生活のアセスメントができていなかったことに気がつかされた事例となった。

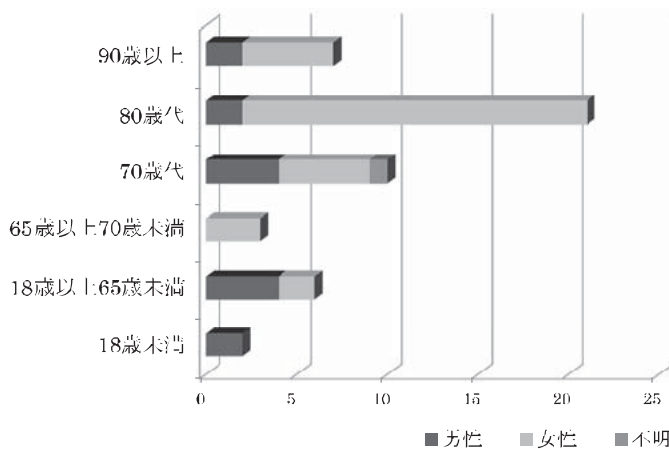


# 大牟田市高齢者、障害者虐待 に関するアンケートご協力のお礼

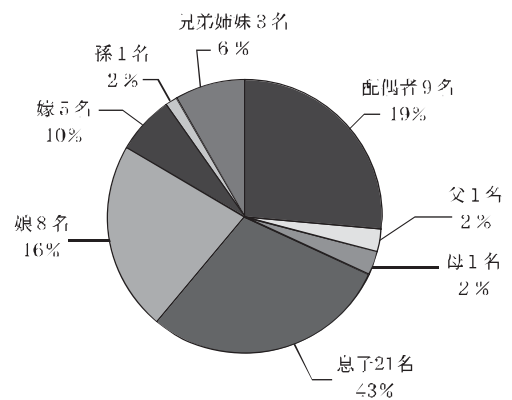
本年4月に行った「大牟田市高齢者虐待、障害者虐待に関するアンケート」調査についてご報告します。業務ご多忙の中、ご協力いただいた皆様、誠にありがとうございました。

本アンケート調査は、本市における高齢者・障害者虐待に関する今後の取り組みについて再検討するための実態把握と、虐待防止の啓発を行うことを目的に、市内の介護予防・相談センターと居宅介護支援事業所及び小規模多機能施設のケアマネジャー、障害者相談支援事業所、民生委員児童委員の方々を対象に実施しました。対象期間は、平成24年4月～平成25年3月です。以下にアンケート結果の一部をご報告致します。

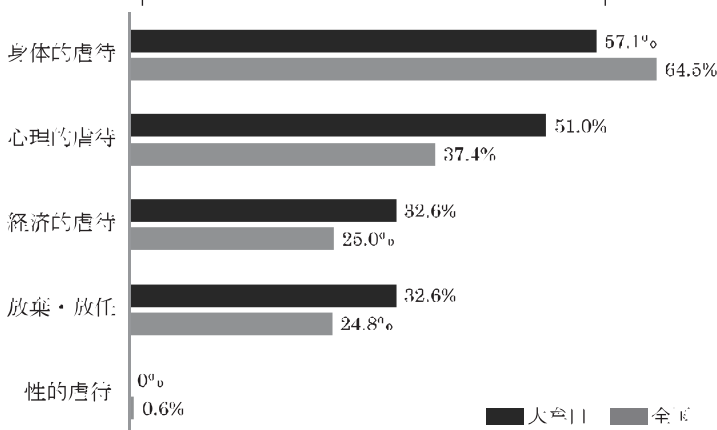
被虐待者の年齢と性別



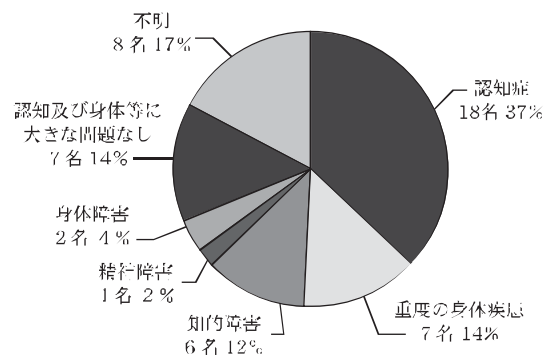
虐待者の続柄



虐待の種類 (複数回答)



被虐待者の心身の状態



上記グラフは、アンケート結果の1例です。他の質問項目では、「通報の有無」の問いには、「通報した」の割合が、前回の平成21年度のアンケートの58%から79%に上昇しました。しかし残念ながらケアマネジャーの中にも、「通報先がわからない」との回答もありました。今後日々の業務の中で、虐待の可能性に意識を持ち、早期の発見及び介入ができるよう、ご協力をよろしくお願いいたします。

今回のアンケート結果を踏まえ、大牟田市の虐待対応マニュアルの見直しや、市民向けパンフレットの作成を計画しています。

アンケート結果の詳細につきましては、大牟田市のホームページに後日掲載致しますので、ご参照ください。



# リしー随想 No.30



厳しく長く感じた夏がやっと終わり、野にはススキや萩の花が咲き秋の訪れを感じていますが、皆様如何お過ごしでしょうか。

今回、記念病院の亀田絹江さんよりバトンをいただきました曾我病院の今岡加奈子と申します。宜しくお願いします。「きらめき」は私にとって情報源であり毎頁興味深く読んでいます。特に実践事例では、利用者様へのアプローチの仕方など学ばせていただいています。私は、対人援助職としてまだまだ未熟者ですので、仕事のことでなく自分のこと・家族のことを綴りたいと思います。お付き合いください。

まず初めは自分のことです。曾我病院へ入職し10年が経過しました。初めは、看護師として患者様の看護とケアが中心でした。介護の仕事全てが初心者でしたので、患者様やスタッフの方々から教えられることばかりでした(ドジもいっぱいしました)。その後、介護支援専門員の仕事をさせていただくこととなり現在に至っています(やはりドジは治りませんが七転び八起きで頑張っています)。

次に家族のことです。子供達は成人し、日中は姑が大抵一人で家を守っていました。元気でいつも近所の方と話をしたり、畑仕事をしたりして過ごしていました。しかし、年々体力が低下し、畑仕事を辞めたことから家の中で過ごす時間が増え、日中寝ていることが多くなりました。ついには「物忘れ」が始まりました。デイを利用してもらおうと説得しましたが、家族の勧めは聞き入れてくれませんでした。そんな時、地域の方の働きかけでデイ利用へと繋がりました。今では、利用者の方やスタッフの方と冗談を言って笑ったり、体を動かしたりと充実した時間を過ごしています。以前、脳の手術を行ってからは、計算が苦手になっていましたが、計算力もついてきました。今では「デイは楽しかよ」と食卓でよく話してくれます。姑にとって、介護保険のサービスを利用したことで、生活に張りが出たのが、元の明るく元気な姑に戻り、良い方へ向かいました。

私のこと、家族のことを振り返ると、本当に多くの方々に支えられながら仕事ができ、そして、生活していると感じ、改めて感謝の気持ちでいっぱいになりました。この機会をいただき有難うございました。

では、次の方を紹介させていただきます。優しさと厳しさを併せ持ち、リーダーとなる存在です。私が尊敬している一人です。親仁会ケアプランセンターの湯汲弘子さんにバトンを渡します。

- 
- 曾我病院
- \_\_\_\_\_
- 
- 今 岡 加奈子
- 
- 

次回は……………

- 
- 親仁会ケアプランセンター
- \_\_\_\_\_
- 
- 湯 汲 弘 子 さん
- 



です。



# 大牟田市からのお知らせ (要介護等認定の状況)

長寿社会推進課認定担当 (問合せ) ☎41-2683

要介護等認定者・認定申請の状況についてお知らせします。

認定申請件数は、年々増加しており、24年度の月平均は675件になっています。要介護等認定者数は、24年度は前年増37人となっていました。25年度は半年間で101人増となっており、第5期介護保険事業計画値より高い数字を推移しています。

今後も、介護保険制度の安定した運営を図るためにも、ご本人の自立支援の視点のもと、適切な申請や介護保険サービスの利用に努めていただきますようお願いいたします。

年 度	認定者			申請状況			
	要支援	要介護	計	新規	更新	区分変更	計
23年度末	2,077	5,569	7,646	1,989	5,039	783	7,811
24年度末	2,127	5,556	7,683	1,989	5,349	767	8,105
25年9月末	2,167	5,617	7,784				

## － 課題 －

- ・申請件数が増加しており、なかには介護サービスの目的があいまいな申請も多い。
- ・入院間近で、まだ医療提供の段階であり、退院見込みがない段階での申請が多い。また、どんなサービスが必要なのかわからない。
- ・更新申請が月初日に集中している。あわせて、区分変更や新規申請も多い。(本来は悪化時や必要な時期)

## － お願い －

- ・申請時期の月初日の分散化 (認定調査や主治医意見書等の処理が集中し、認定結果の遅延の要因のひとつになります。)
- ・心身の状況や介護サービスの必要性を見極めた申請
- ・入院者の申請は、心身の状態が安定してから (平成25年9月3日付協力依頼参照)
- ・申請手続きには、申請者の状況がわかる担当者が来庁 (状況の確認や調査日の調整ができず、変更等が多い)

## 介護認定審査会について

申請件数増に伴い、ほぼ毎日審査会を開催し、できるだけ早く認定結果を出すことができるよう努めています。審査会は、要介護度や有効期間の判定のほか、要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養についての意見やサービスの指定を付せることになっています。

実際行われている介助が不適切と判断された場合、療養に関する意見が付され、担当の介護支援専門員等に連絡し、適切な介護の提供を求めることがありますのでご注意ください。

## 広報事業部会より

ケアマネ紹介  
パンフレット  
完成しました！  
ぜひご活用  
ください！



【編集後記】  
暑かった夏もようやく通り過ぎ、気がつけば12月。年頭に掲げた今年の日標も忘れてしまい、1年が過ぎようとしています。  
ケアマネ連協でも様々な研修会などが行われ、参加し、多くを学んだ方も多いと思います。新しい年を目前に、前を向いて新しい日標を掲げる前に、今年1年を振り返り、自身の学びや成長・反省に目を向けてから、新しい年へ備えていきたいと思う今日この頃です。下々の代表より

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