

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. 54

◆◆ 平成26年度 定期総会開催 ◆◆

平成26年4月25日、大牟田市労働福祉会館中ホールにて、平成26年度定期総会が開催されました。

安藤会長 ご挨拶

「2025年を見据えて、国では、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が推進されています。システム構築に向けては、市町村や日常生活圏域別の特徴や課題、取り組み等を共有できるように、地域包括ケア「見える化」システムによる情報収集が行われています。要介護度別のサービス量や、居宅サービスのバランス等の情報ははじめとして、私たちが直接関係するケアプランについても、「見える化」システムで情報収集されることになっているようです。私たち介護支援専門員に対し、高い資質を求められていることは否めません。大牟田市の高齢者が介護や医療が必要になっても、単身生活であっても、ターミナル期になっても、住み慣れた地域で、自宅で、安心して明るく過ごしていただくためには、医療と介護の密な連携はもとより、多職種協働が必要不可欠だと思います。そのためにも、多職種の専門職がともに考え、ともに悩み、試行錯誤を繰り返しながら行動していくことが肝要だと考えております。」



続いて、大牟田市の中園保健福祉部長、大牟田市介護サービス事業者協議会の井田会長よりご祝辞のご挨拶がありました。その後、総会成立が報告され、三池地区地域包括支援センターの加倉俊輔さんを議長に選出し議事に入りました。議案第1号「平成25年度事業実績報告」、第2号「平成25年度決算報告及び基金運用状況報告ならびに監査報告」、第3号「平成26年度事業計画（案）」、第4号「平成26年度予算（案）」、第5号「役員改選及び監事の交代について（案）」以上すべての議案が承認されました（第8期役員については次ページをご参照ください）。

総会終了後はカメラに会場を移し、和やかに会員交流会を行いました。おいしい料理に会話も弾み、日頃なかなかお話しする機会のない他事業所の方々と楽しく情報交換ができました。

会員の皆様、今年度も研修会や各種事業に積極的に参加し、一緒にケアマネ連協を盛り上げていきましょう。よろしくお願いたします。

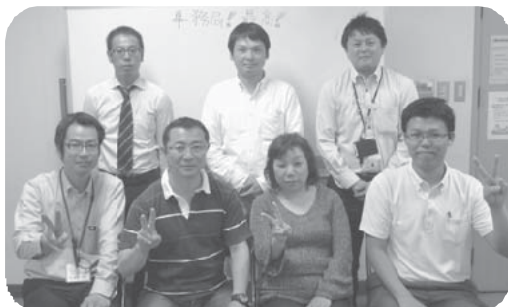


第8期役員紹介

役職	氏名	所属
会長	安藤 寛治	介護老人保健施設大牟田ライフケア院
副会長／広報事業部会長	小島美佐子	手鎌地区地域包括支援センター
事務局長	林 洋一郎	生活支援センターサンフレンズ
研修事業部会長	梅田 真嗣	社会保険大牟田天領病院
情報交流事業部会長	松下しのぶ	医療法人親仁会
監事	原 正信	介護老人保健施設サンファミリー
	新村 耕二	大牟田市長寿社会推進課

部会員紹介

事務局部会



新部会員よりひとこと

利用者地域で支えていくための基盤づくりの取り組みや、施設ケアマネジメント研究活動への支援、介護関連イベントへの参加を行っています。

下野 正一 生活支援センター ひがしはら
 中村しのぶ 介護老人保健施設 サンファミリー
 坂梨 恵子 天光園ケアプランサービスセンター
 高口 恵美
 橋口 哲也 特別養護老人ホーム すぎの木
 松並 大輔 大牟田市社会福祉協議会
 猿渡 進平 中央地区地域包括支援センター
 田島 泰弘 アップルハート大牟田ケアセンター
 (新)井形 諭司 ケアプランサービスなでしこ

◇福岡県済生会ケアプランサービスなでしこの井形です。介護支援専門員として勤め始めて日が浅く、知識も不十分な点が多いですが、何かお役に立てることはないかと思ひ、事務局部会に参加させていただきました。厚生労働省が在宅医療・在宅介護の連携強化を積極的に進めている中で、その重要性もひしひしと感じております。今後、高齢者の方々一人ひとりが安心して明るく生活できる環境づくりのお手伝いが出来れば良いなと思っております。今後ともよろしくお願い致します。

研修事業部会



新部会員よりひとこと

対人援助専門職としての資質向上のための研修会を企画・運営しています。

河野 徳子 三池地区地域包括支援センター
 内田 弘美 白川病院
 大森 広美 ヘルパーステーション「ハーツ」
 平田 悠介 駿馬・勝立地区地域包括支援センター
 濱砂安喜男 デイサービス すぎの木
 石田 千秋 グループホーム ファミージュ
 森田 里恵 居宅介護支援事業所 サン久福木
 上田 瞬 米の山病院
 (新)井口 佳子 介護付有料老人ホーム コージーヴィラ南船津
 (新)浦 幸寛 有料老人ホーム いよの
 (新)坂井 敏子 吉野地区地域包括支援センター
 (新)齋田ひとみ 親仁会ケアプランセンター

◇介護付有料老人ホーム コージーヴィラ南船津の井口です。これまでの恩返しのつもりで皆様の研修のお手伝いをさせていただきたいと考えています。ケアマネとして同じ志の方々とのご縁と学びを楽しみにしています。よろしくお祈いします。

◇介護付有料老人ホーム「いよの」の浦といいます。研修部会を通し、自分を磨き成長していきたいと思っています。一生懸命頑張りますのでよろしくお祈いします。

◇吉野地区地域包括支援センターの坂井といいます。CMの資格を取得し早11年。時の経つのも早いものだと思うこのごろです。CMの資格はとったものの実務では包括が初めてでしたので、皆の足を引っ張っていると感じるときが多々あります。今年はいろいろな意味で「前進」という目的もあり、研修部会へ手を挙げました。いろいろ学び、必要な知識を身につけることができたらと思います。

◇親仁会ケアプランセンターの齋田です。今年度、研修事業部会のお手伝いをさせていただきます。不慣れで迷惑をおかけすると思ひますが、よろしくお祈いします。

広報事業部会



新部会員よりひとこと

- ◇天光園ケアプランサービスセンターの岩田です。天光園に勤務して早10年が過ぎました。毎日勉強の日々ですが、最近少し余裕ができた今日この頃、何かお役に立てたらと思っています。どうぞよろしくをお願いします。
- ◇ぶどうの木の前田です。現在、小規模多機能でケアマネとして働いています。利用者の方があんしんして笑顔で暮らせるよう支援できるよう毎日頑張っています。
- ◇このたび広報部会でお世話になりますグループホームきらめきの安永です。普段はグループホームで勤務しております。不慣れな点が多くありますが、できる限り頑張っていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。
- ◇こんにちは。親仁会ケアプランセンターの芋生です。人生の折り返しを過ぎ、今春一人娘を大学に送り出し、寂しさがぼつん…。見え隠れしています。この機にLet's try againの気持ちに戻り、皆さんとの和を学ばせて頂きたいと思っております。どうぞよろしくをお願いします。

会報誌「きらめき」の発行や、おおむたあんしんケアネットを活用した情報発信、介護関連イベントにおける広報を行っています。

今岡 慶教	居宅介護支援事業所 はなぞの
米田 直樹	三川地区地域包括支援センター
本村 仁実	駛馬・勝立地区地域包括支援センター
今村美奈子	大牟田医師会ケアプランセンター
徳地 友加	サンファミリー介護サービス
(新)岩田 壽子	天光園ケアプランサービスセンター
(新)前田 泰子	小規模多機能ホーム ぶどうの木
(新)安永 貴彦	グループホーム きらめき
(新)芋生 明美	親仁会ケアプランセンター

情報交流事業部会



新部会員よりひとこと

- ◇介護予防・相談センターこもれびの奥園です。今年度から情報交流部会に所属することになりました。メンバーの皆さんからご指導をいただきながら頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくをお願いします。
- ◇今年より情報交流事業部会に参加させていただくことになりました介護老人保健施設で支援相談員をしている坂田と申します。まずは先輩方のご意見をしっかりと聞き、やるべき事に一つ一つ力を注いでいきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。
- ◇4月より入会しました種子田(タネダ)です。高齢者に心から寄り添う支援の実践を目指して活動されている本会のメンバーとして活動できることに喜びを感じています。活動を通してスペシャリストの皆様にご指導いただきながら、精一杯取り組んでいきたいと思っております。ご指導よろしくお祈り致します。

医療をはじめとした多職種連携推進のための事業や、会員間の情報交流促進のための事業を企画・運営しています。

井上みどり	大牟田医師会ケアプランセンター
湯汲 弘子	親仁会ケアプランセンター
柿山 泰彦	白川病院
宮田真由美	介護老人保健施設 くろさき苑
柴原 雅世	介護老人保健施設 ハッピーランド
(新)奥園志乃ぶ	介護予防・相談センター こもれび
(新)坂田 和重	介護老人保健施設 サンファミリー
(新)種子田美穂子	大牟田市長寿社会推進課

どうしたらたくさんの方に
来てもらえるかな?



各部会では、月1回程度の会議を開催し、事業計画に基づいた活動実施に向けて具体的な検討を行っています。今年度も会員の皆さんに喜んでいただけるような活動を進めてまいりたいと考えておりますので、会員の皆さんのご協力、積極的なご参加をよろしくお祈り致します。

また、会員の登録内容の変更や協議会へのご質問、ご要望などは、随時、長寿社会推進課内にある事務局で承っておりますので担当の松田・古賀まで、お気軽にお問合せください。



菊地雅洋氏 講演会

施設における対人支援とチームアプローチ ～誰かの赤い花になるために～



平成26年3月15日(土)、大牟田文化会館小ホールにて「介護・福祉情報掲示板」の管理人であり、ブログ「masaの介護福祉情報裏板」でも著明な菊地雅洋氏をお招きして、「施設における対人支援とチームアプローチ～誰かの赤い花になるために～」と題した講演会が開催されました。ぎっしりと身の詰まった120分間の講演の内容を全てお伝えしたいところですが、限られた紙面ですので、印象に残った話をいくつか紹介させていただきます。

マザーテレサの「人生の99%が不幸だとしても、最期の1%が幸せだとしたら、その人の人生は幸せなものに替わるでしょう」という言葉を介護理念として掲げておられる菊池さん。27歳の時に出会ったヨシさんとのエピソードを語られました。「北海道大空襲を生き延びたヨシさんは背中に大きなケロイドがあり『生きていてもいい事ない』『背中が汚いでしょ。死ねば良かった』が口癖だった。そんなヨシさんに対し、多くの時間を笑って過ごして欲しいと願い、接し続けてきた。そのヨシさんが最期に『あんがとさん』と言って亡くなりました。それが介護の本質ではないか。私たちは高齢者の方の最期に深く関わっている(看取りという意味ではない)事をしっかり自覚し、責任ある仕事をしていかなければならない」とのことでした。

「介護サービスの現場で一番欠けているのは、接遇の教育である。支援をしているのは利用者ではなくお客様であることを学んでいないし、意識もしていない。アメリカには「言葉は人格になる」という格言もあるように、言葉の乱れが虐待に繋がることもある。くだけた言葉遣いは親しみやすさではなく無礼で馴れ馴れしいだけである。言葉遣いをまず変えよう。逆の立場だったらどうかを考えよう」という話には、否応なく自分自身の言動の振り返りをする事となり、反省させられました。

「介護サービスの現場で一番欠けているのは、接遇の教育である。支援をしているのは利用者ではなくお客様であることを学んでいないし、意識もしていない。アメリカには「言葉は人格になる」という格言もあるように、言葉の乱れが虐待に繋がることもある。くだけた言葉遣いは親しみやすさではなく無礼で馴れ馴れしいだけである。言葉遣いをまず変えよう。逆の立場だったらどうかを考えよう」という話には、否応なく自分自身の言動の振り返りをする事となり、反省させられました。

マンガ「家裁の人」の中に「君はどちらになりたいのか？赤い花になぐさめられる人になるか、赤い花のようになぐさめられる人になるか」という一節があり、そこから我々の仕事は「誰かの心に咲き、誰かを慰める赤い花になれる可能性をもっている。それを忘れないでほしい」とのことでした。講演の副題の「誰かの赤い花になるために」はここからきているのかとハッと気づき、自分は赤い花になりえているのか、そういう存在になりたいと思いました。

最後に、菊地氏より教えて頂いた、介護の現場ですぐに活かせる合言葉で終わりたいと思います。当たり前な暮らしとは何か？と思い悩んだ時にこの合言葉を言ってみてください。答えがきっと出るはずですよ。

「それって普通？」



シリーズ・実践事例

キーパーソンが次々に
代わった事例から学んだこと



《事例の概要》

A氏は、肺がんで入院治療後に夜間せん妄があり予定より退院が早くなった。また10年前から透析治療もされていた方だった。退院時、下肢筋力低下により転倒の危険性が高く、状況から要介護の結果が出る可能性が高かったため、地域包括支援センターから依頼があり支援開始となった。支援当初は血縁関係のある息子たちが支援できていない状況で、遠縁のBさんが支援されていた。その後、経過の中で長男・次男とキーパーソンが変わっていった。それぞれの支援者の中で、「キーパーソンは誰か」「通常A氏の世話をするのは誰か」「緊急時に対応できるのは誰か」「どのような対応が必要か」等CMとしてのきちんとしたアセスメントを行うことが出来ないまま、支援者から言われるがまま対応している間に、自宅での急変があり、救急搬送となった。

《クライアント紹介》

A氏 74歳 男性 要介護1
障害自立度(A-1) 認知症自立度(IIa)
病歴 H16年 腎不全で透析治療開始
H24年 肺癌 手術

ADL

運動・移動 歩行はフラツキあり杖使用。室内は壁や手摺りにつかまり歩行される。立ち上り時も何かにつかまり時間をかけて行う。玄関や道路で転倒されることもある。(幻覚がある時に一人で行動されていることがある)

食事 ヘルパーが調理した減塩食を自己摂取
入浴 一人では不安の為、ヘルパーなどサービス中に入る。更衣・洗身は自立。

排泄 透析中のため自尿なし。排便は下剤服用しトイレで自立。

精神症状 ひどい物忘れはないが、幻覚や睡眠障害あり、妄想で警察を呼びことがある。夜間急に起き上り独語・何かを払いのけるような動作・大きな声を出す事もある。症状安定されず経過中精神科受診し、せん妄と診断。内服治療中。

健康管理 10年前より腎不全で透析治療中。肺がんの治療をされている。

家族状況 妻は15年前に他界され、その後一人暮らし。長男家族は市内在住。次男は家族と遠方に在住されている。

支援状況 長男は、以前より交流が少なかった。一時的に同居され支援された時期もあったが、最終的には支援はできないと言われる。

次男は遠方で支援は困難であったが、キーパーソンとなってからは電話で支援の方針を確認していた。病院入院など必要なときは帰省された。最終的にはキーパーソンとなる。

長女は遠方に在住。家族もあり、支援は困難。

他県に住むB氏(遠縁の方)が、当初から実質的には介護支援されている。

経済状況 若い頃は会社員で50代まで仕事をされていた。現在の収入は厚生年金。

《支援経過》

H24年7月

A氏は、肺がんの治療後退院されたが、体力の低下

があり、ふらついて転倒のリスクがあった。特に夜間が心配なため、B氏が地域包括支援センターへ相談し介護保険の申請となった。当事業所へ介護支援の相談があり対応することとなる。

初回訪問時、転倒予防のために住宅改修や福祉用具の利用を勧めた。B氏は、退院後ずっと宿泊して支援することが出来ないため、ショートステイや自費の泊りを利用することも提案した。B氏は早急な対応を希望されたが、A氏の意向で、介護保険の認定結果が出るまで、福祉用具貸与のみの利用となった。B氏は支援当初よりA氏の意向を最優先に考え、在宅生活が続けられるよう支援されていた。A氏はB氏を一番頼りにされている様子だった。

H24年8月

B氏は自宅からA氏の家へ週3日程度通い支援された。それ以外では宅食・宅配サービスを利用されながら約1か月間A氏は一人で過ごされた。この期間幻覚・妄想の報告はなかった。

「要介護1」の認定結果が出た後、今後について話し合うため約束した時間に訪問するが、本人は不在だった。長男に状況を確認すると、A氏が幻覚・妄想のため外に出て転倒し怪我をされ、近所の方が警察に通報し救急搬送となり長男がその対応をされていた。医師からの助言もあり、その日は長男宅へ帰られた。A氏も暫くお世話になると言われ、B氏も一人は心配だからと長男宅へ行くことに納得される。

長男と面談すると、「父親が了解してくれたら、私の家で同居したい」と言われる。A氏も「息子は良くしてくれる」と話された。長男宅へ行かれた後、B氏とA氏は、電話でのやり取りだけとなる。B氏は、「身内がきちんとしてくれることが一番でしょう。主導権は長男にお願いしたい」と言われた。支援者が複数になったため、支援者間で情報を共有し、役割分担を行うことが必要ではないかと思い、話し合いの場を持つように計画するが、B氏は以前から長男と意見が合わなかったということで話し合いに出席され

なかった。キーパーソンはそのまま長男ということになり支援継続となった。

長男宅では日中一人部屋で過ごされていた。幻覚妄想は持続していたため、長男とA氏が話し合い、精神科受診となり内服治療が始まった。

H24年9月

長男宅で約3週間生活され、精神症状も安定されていたが、長男との意見の相違があり、自宅へ戻ることを強く希望され自宅に戻られた。自宅生活を支えるため、ヘルパー(1回/日)で食事の確保や掃除・洗濯・買い物など家事全般の支援とデイケア(3回/週)で機能訓練と入浴支援が出来るようにA氏・長男と話し合い、調整する。デイケアは本人の体調と主治医からの意見もあり中止となったが、ヘルパー1回/日は継続した。

B氏は電話で安否確認をされ、長男は時々訪問をされていた。CM・包括職員・近隣の方の見守りで自宅生活を継続された。CMと長男は、時々電話で連絡を取りながらお互いに情報を交換し問題なく過ごされた。

H24年10月

訪問したヘルパーが、自宅で転倒されている本人を発見し、外傷・出血があるという報告を受けた。主治医・長男へ連絡し、長男とタクシーで受診して頂く。治療後、主治医から「一人暮らしは今後難しいでしょう」という助言があり、再度長男宅へ行かれるが1週間で自宅へ戻られ、以前のように介護サービスを利用したいと希望される。

このことがあってから長男の態度が変わり、電話をしても「A氏が自分勝手に出て行った。後は弟に任せる」と話されるだけだった。自宅へ戻られてすぐ、長男宅に居た約1か月間連絡が途絶えていたBさんから、居宅に電話があり「A氏と長男は以前から折り合いが悪く交流も少なかった。今回も言い合いになり自宅に戻っている。今後のことは次男と話し合っ

て決めて欲しい」と言われた。次男と話し合いをするまでは今まで通りのサービスを継続することになる。

H24年11月

次男は、遠方に在住し仕事の都合があるため実家に戻って来ることが難しい状況だった。そのため次男とは、電話でやりとりし、今後は次男がキーパーソンとなり支援するという意向を確認した。遠方で具体的に支援できない事は、今まで支援して頂いたB氏に依頼したいと言われ、B氏もそのことを了解された。

次男へ本人の現在の状況を報告し、在宅の危険性についても説明、いずれは施設入所が必要であることをお話しする。次男は、入所までは在宅サービスを充実することで対応して欲しいと希望されたため、訪問介護1～2回/日にして、見守り・内服・家事全般を支援することにした。受診介助についてはB氏に依頼することとなる。長男へ支援の内容を報告すると「次男に任せています」と返事された。

H24年12月

訪問介護のサービスを増やし、家族・主治医・近隣の方からの問題もなく、安定して在宅での生活を送られていた。1か月経過した頃、ヘルパー訪問時に鍵が開いておらずサービス提供ができないと報告がある。B氏・次男へ連絡をするが連絡がつかなかった。やっと連絡がつき他県に住むB氏が訪問すると、A氏は自宅で倒れてあり救急搬送となった。病院では心不全と診断され治療が行われた。

最初に次男にA氏と連絡が取れないと連絡をした時「最悪の状況も覚悟してます」と言われたが、入院後次男と面談した時は、「発見・対応が遅かったら、命を落としていたかもしれない。対策を考えておかないといけない」と話された。

《考察》

一人暮らしでは、自宅で倒れている状態の方を訪問サービス提供者が発見する可能性は高い。

今回のケースでは透析治療もされており、起立性の低血圧で転倒・外傷の既往もある。精神安定剤の内服もしておられた。状況的に転倒・外傷・心不全・脳血管障害など急変の可能性は高いことを考えると、テレビ電話や緊急通報システムの設置などの提案を行い、早めに対応する事が必要だった。また最初の報告からB氏がかけつけ救急搬送に至るまで時間がかかっている。その間に命を落としていたかもしれない可能性を考えると、緊急時に早急な対応ができるように、緊急連絡先や家の中に入る手段など、いろいろな可能性について検討し、対処方法を考えておくことが必要だったと反省した。

当初から家族の関係がぎくしゃくしていたことでキーパーソンが変わっていき、CMも困惑したことで本人の支援に影響し苦慮をした。家族の関係性については、本人の状態が安定している時に家族のこれまでのエピソードをお聞きし、現在の状況を理解していればもう少し本人の意向を尊重した方向で3人の支援者の関わり方を考えられたかもしれない。経過の中でキーパーソンが変化したことは止められないことだったが、それぞれの支援者の感情面や現実の距離などの環境から支援できる範囲をきちんとアセスメントし、CMの中で3人の役割をきちんと整理できていれば今回のような緊急時にもう少し違った対応に結びつけられていたかもしれない。

今回のケースでは、キーパーソンの選定や家族・支援者の役割整理など、支援体制・緊急連絡体制について考える良い機会となった。

リしー随想

No.35



はじめまして、介護老人保健施設ハッピーランドの佐藤京子と申します。三男の出産後、5年余り施設ケアマネをしていましたが、6月からは、居宅ケアマネとして再スタートです。その三男も今春小学校に入学し、時の経つのは早いと感じます。そんな三男と私の家族の話です。三男は小学校から帰ると手を洗って、おばあちゃん（私の母）の部屋に『ただいま！』を言いに行きます。おばあちゃんは、今年の1月に病状が思わしくなかったものの本人の強い希望で、入院先から自宅に戻りました。正直、今回は『もう駄目かも．．．』という状態だったので自宅介護を決心できたのかもしれませんが。そんなおばあちゃんも、退院して5か月、少しずつ元気になってきている気がします。中学生の息子二人も、おばあちゃんに『ただいま』を言いに行き、短い会話をしているようです。母もそんな子供たちとのやりとりを楽しみにしています。わが子ながら本当にありがたいなと思います。そんな我が家に、びったりのすてきな詩を見つけたのでご紹介いたします

ねたきりのおばあちゃん はたなか けいいち

うちのおばあちゃんは ねたきりやねん
 おこづかい くれへんし
 おはなし してくれへんし
 どこぞへ つれてもろうてへんし
 なんにも してくれへん
 とおもっていたけど
 だいじなこと してくれてはる
 いっしょうけんめい いきるということや

うちのおばあちゃん うごかれへんねん
 しゃべること でけへんし
 トイレもいかれへんし
 ひとりでたべることも ようせんし
 なんにも してはらへん
 と おもっていたけど
 だいじなこと してくれてはる
 いつでも にこにこわらうということや

「教室で読みたい詩 12か月」より

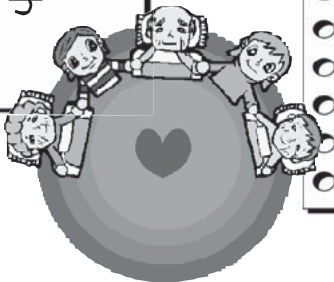
私の母は、話すことはできますが食事やトイレには介助を必要としています。もちろん、ケアマネジャーさんをはじめ、訪問介護、看護、種々のサービスを利用しています。主人も母の身近なことから家のことも手伝ってくれますので本当に助かっています。そんな彼女は学校から帰ってきた子供たちに『おかえり』の言葉と笑顔を返してくれてます。そして何より、『生きる』ということを教えてくれているのだとこの詩に出会い感じました。

このようなことから、ケアマネジャーとしての私も、ご家族の気持ちがいより理解できるようになったと思っています。大切な家族に『ありがとう』、担当させていただくご利用者さまやご家族さまにご縁があったことに『ありがとう』の気持ちを持って、これからも私らしいお手伝いをしていきたいと思っています。

次は、理知的で優しいケアマネさん 延寿苑居宅支援事業所の田中ゆみさんにバトンを渡させていただきます。

○ 介護老人保健施設
 ○ ハッピーランド
 ○
 ○ 佐藤京子
 ○
 ○

次回は……………
 ○
 ○ 延寿苑居宅支援事業所
 ○
 ○ 田中ゆみさん
 ○



です。



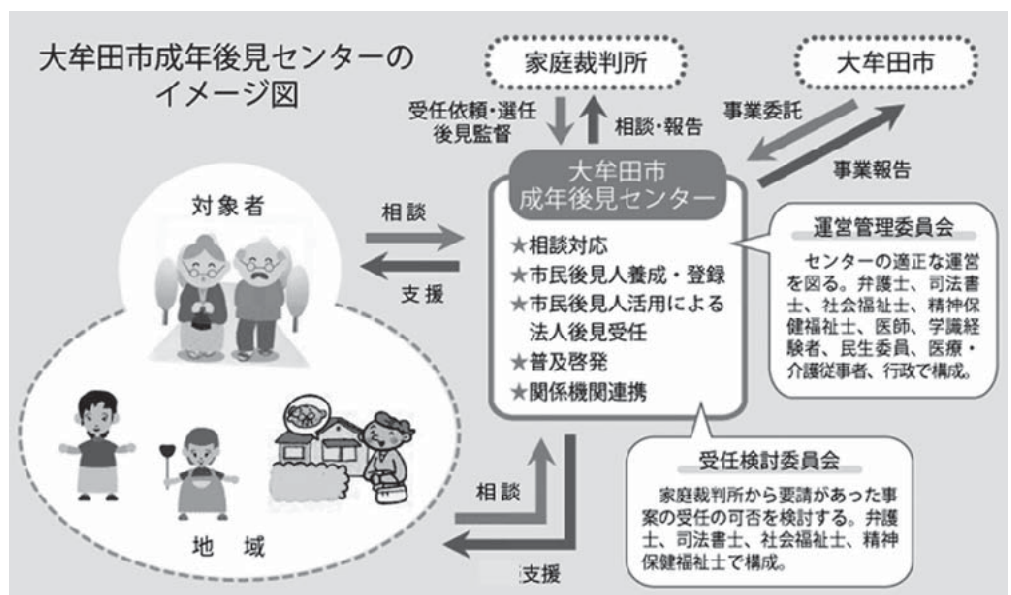
ご利用ください ★ 成年後見センター

平成26年4月1日より、大牟田市から委託を受け、大牟田市社会福祉協議会（以下、社協）は「大牟田市成年後見センター」（以下、センター）を開設しました。センターは、認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方々の権利を擁護し、支援するための法制度である成年後見制度の利用促進を図るとともに、市民後見人の養成・活用を行うことで、高齢者等の方々地域社会でその人らしく安心して暮らせるよう支援するための機関として開設しました。

センターの機能として、①相談窓口、②普及啓発、③市民後見人の養成・登録・活用、④関係機関との連携が挙げられます。ケアマネジャーの皆様が支援されている利用者の方が「成年後見制度等の活用を考えたいのだけれど迷っている場合や、「ご本人・ご家族から後見制度のことを尋ねられたがどのように説明したらよいか分からない」場合など、一般市民の方だけでなく、専門職として支援されるケアマネジャーの皆様からのご相談もお受けしています。また、各事業所等で開催されるサロンや職員研修等への出前講座にも対応いたします。ご依頼をお待ちしています。

また、今後センターが養成・登録した「市民後見人」が活動していくこととなります。市民後見人は、「弁護士や司法書士などの資格は持たないものの、社会貢献への意欲や倫理観が高い一般市民の中から、成年後見に関する一定の知識や技術・態度を身につけた良質の第三者後見人」として、後見制度における新たな担い手として注目されています。大牟田市も数年前から養成に取り組み、今回筑後エリアにおいては初めて市民後見人が活躍する予定です。利用者の方が成年後見制度を利用され、社協が後見人等となった場合、センターに登録している市民後見人も支援に携わっていくことをご理解ください。

今後、センターだけでなくセンターに登録した市民後見人も含めて、新たな支援機関のひとつとして皆様に認識して頂き、成年後見制度に関する専門窓口として、様々な場面でご活用いただきますよう、宜しくお願いします。



【研修会のご案内】

「成年後見制度と成年後見センターの業務について」

日時：平成26年9月9日（火）18:30～20:30

場所：イオンホール（イオンモール大牟田2F）

講師：大牟田市成年後見センター

センター長 司法書士 竹本安伸 氏

◇参加をご希望の方は、ケアマネ連協事務局へ参加申込票をご提出ください。

（申込期間 8月12日～9月2日）

【お問い合わせ先】

大牟田市成年後見センター

（総合福祉センター2階）

電話：0944-57-2535

開所時間：月～金 9時～17時

時間外のご相談を希望される場合は、事前にお電話でご相談ください。

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

本市では、平成24年度より、排泄ケア推進事業の一環として、排泄でお困りの方に排泄ケア相談会や家庭訪問での相談、尿失禁予防教室等、介護サービス事業者協議会にご協力いただき専門職向けの学習会等の様々な事業を行ってまいりました。

その中で、今年度より、介護用品（紙おむつ）給付に関する事業については、さらに一步踏み込んだ取り組みを行っております。具体的には、ご利用者及び介護者のQOL向上を目的として、本事業の利用申請にあたり、担当ケアマネジャーへの面談による情報収集とご利用者様への訪問調査を行い、給付の決定・却下にかかわらず、排泄に関する問題点が改善できるようなご提案をご利用者・担当ケアマネジャー・サービスに関わる職員の皆様に行っております。

事業所や、ケアマネジャーの皆様にお手数をおかけしますが、ご利用者や介護者の方が少しでも笑顔になれるような取り組みを目指しておりますので、何卒ご協力のほど、宜しくお願い致します。

また、介護用品（紙おむつ）の給付事業の対象者以外の方に対しても、排泄に関するご相談を随時、お受けいたしております。お気軽に長寿社会推進課地域支援担当までお問い合わせください。

なお、今年度も、介護・医療職向けの全4回シリーズの排泄ケア学習会を7月より予定しており、排尿・排便の基礎知識から排泄用品の使い方、症例検討を通じたアセスメントの方法を習得できるよう企画しました。6月23日付で、あいネット上にお知らせしておりますので、ぜひ多くの方々にご参加いただき、日々の現場のケアの向上にお役立てください。また、事業所内研修など御依頼いただきましたら対応いたしますのでご連絡ください。

【問い合わせ・申し込み先】

長寿社会推進課 地域包括支援センター担当 ☎41-2672

【編集後記】

あっという間の半年。1
年の半分が過ぎてしまいま
した。

振り返ってみるとオリン
ピックがあって長寿番組が
終了し、消費税が上がって
サッカーワールドカップで
一喜一憂して…。でも、そ
れだけだったかなあ…。

仕事に目を移してみると、
多くの相談・関わり・研修
など「こんなにやったんだ
」と思ったりもしますが、
自分の身体に何が残ったか
といわれると…。

今回の編集後記を書くに
あたり、結構真剣に振り返
ってみても思い出せない。
すっからかん。毎日目の前
の業務や出来事に追われ…
と、言い訳せず、仕事もプ
ライベートも1日1日を大
切に過ごしていきたいと思
います。

みなさんはどんな出来事
を思い出されますか？

（趣味三昧）

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>