

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. 55

## 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8月29日、総合福祉センターにて「地域との連携に関する事例発表会」が行われました。発表に先立ち、当協議会の林事務局長より「利用者の方が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、ケアマネジャーと地域との連携は重要です。この勉強会は今年で5年目を迎えます。昨年、初めて実践事例の発表を行ったところ、とても好評で再度学びたいという声が多く寄せられたことから、今年も事例発表会をすることになりました。発表を聞いて、自分たちの支援・有意義な活動につなげていただきたいと思います」との挨拶がありました。

### 「地域で暮らしていくために地域ができること」

（大牟田市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 三澤美佐さん）

被害妄想が一因で近隣住民や家族と疎遠になり、孤独感を深めていた79歳の女性が、地域とつながることで短期間で症状が改善し、在宅での生活が継続できているという事例。ケアマネジャーが専門職・家族・地域をつなぐ役割を担うことで、バラバラに動いていた支援者同士が顔の見える関係になり、情報の共有や協力体制がとりやすくなった。また、役割分担ができて支援者の負担が軽減された。定期的な訪問や不穏時の集中的な訪問が本人の安心感につながり、被害妄想や孤独感が軽減された。

### 「徘徊があっても地域で過ごせる ～支援報告・これからについて～」

（大牟田医師会ケアプランサービスセンター 井上みどりさん）

昼夜を問わず徘徊されている方の事例。出かけても自宅に戻ることができない、注意力がなく転倒や骨折が多い、徘徊される範囲が広いということで、早期に発見できる体制づくりが必要だった。関わり始めた当初は家族も疲労し、施設入所の話も出ていたそうだが、「夫と自宅で生活したい」というご本人の思いを受け、在宅生活の継続を決められた。警察・行政・家族を交えた支援体制についての話し合いから始まり、地域独自の連絡網の作成やサービス担当者会議に民生委員・公民館長が参加されるなど支援の輪が地域に広がっていき、要介護4の現在も地域に支えられながら在宅生活を続けられている。

ケアマネジャーに必要なことは、利用者本人の思いを大切に無理とは思わずに挑戦していくこと、利用者を支えようという気持ちにこだわっていくこと（ブレない姿）、社会資源の活用（情報を収集する）という井上さんの話はとても印象に残りました。また、三澤さんからは「支援してくださる近隣の方の利用者への不平不満（ストレス）解消（サポート）はどうされていますか？」と参加者へ問いかけがありました。「どこに不安をもっているのか話を聞く」「タイミングを図って話し合いを行う」などの意見が出ていました。

支援者への支援の必要性については、ケアマネジャーにも当てはまります。介護サービスでは支援が

難しい方やケアマネジャーだけでは対応が難しい方があられます。三澤さんは利用者の近隣に住むB氏、井上さんは認知症コーディネーターの大谷代表が支援の支えとなったそうです。利用者を支えていこうと思う気持ちと同じ方向を向いていれば、事業者であれ、地域であれ、みんな支援者であり、仲間です。一人で抱え込まず、身近に応援者を見つけてください。

最後に、林事務局長が「ケアマネジャーにとって地域とツーカーの関係になることは、利用者を支える武器になる」と言われましたが、改めて地域と連携していくことの大切さや重要性を学ばせてもらった有意義な事例発表会でした。  
(8月29日時点の所属事業所です。)



## 第2回基礎研修報告 “クライアントに何が起きているか” ～クライアント理解～

8月19日、大牟田天領病院研修室にて、社会福祉法人熊本東翔会 総合ケアセンターたいめい苑の島崎剛さんにより「クライアントに何が起きているか～クライアント理解～」をテーマとした講義がありました。島崎さんは、現在、居宅介護支援事業所の管理者をされながら担当を30件持ち、コミュニティソーシャルワーカーとしても活躍されているとのこと。今回約10年ぶりにお会いしましたが、以前と変わらず、若々しくエネルギッシュな印象で素晴らしいなと思いました。

さて、講義内容について大変印象深かった部分を紹介させていただきます。

「クライアントに何が起きているか」、援助者は知識と技術を持って正確に把握し、向き合っていかなければならない。支援の中で、私達は「理解」と「判断」を繰り返し、「理解」に裏付けられた「判断」によって援助行動を取っている。つまり、「理解」の度合いによって「判断」が正しいかが異なっていく。では、援助において何を理解するのが。それは、「クライアントの人生の歴史と未来」、「クライアントが営む社会関係」、「問題とクライアントの健康的な側面」、「援助に対するクライアントの感情」、そして「援助しようとする援助者の動機と感情」であり、クライアント（相手）を理解し、自分を理解することである。援助者が、自分自身を理解（自己覚知、ポジショニング）し、ストレングス視点、エコロジカル視点、エンパワメント視点といった持つべき視点を持って相手を見るかが、理解を深めるためのポイントである。

まとめに…「判断」の根拠として、どのように理解していたかを常に振り返るようにする。居宅の管理者として、部下に「なぜそうなのか？」と根拠をよく尋ねるようにしている。相手を理解するために、自分のものさしを知り、増やす。必ず協働作業で行うことを意識する。わかつつもりにならない。共感できないこともあるが、分かるとうまくいくことを続け、共感する努力はする。「クライアントの想いを感じ、大切にすること」を譲らない。以上のことが大切である。

出会い、向き合うことから始まる支援…今回の講義を胸に、今後もクライアント理解に努めたいと思います。

## 第3回基礎研修報告

# 「成年後見制度について」

9月9日、今年度第3回目となる基礎研修がイオンホールにて開催されました。今回は、テーマを「成年後見制度について」とし、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートより司法書士の竹本安伸先生を講師に迎え、講義していただきました。



はじめに、竹本先生に密着取材をした映像を通じて、後見人の仕事の概要についてお話されました。次に、成年後見制度の説明や利用方法などについてパワーポイントでわかりやすく説明されました。用意していただいた資料も、制度の概要から後見人の仕事内容、現状がぎっしり詰まったものでした。

成年後見制度の基本理念として①ノーマライゼーション②自己決定の尊重③身上配慮義務があり、そのほか愚行権(愚かな行為をすることも権利であることを表現しようとする言葉)も一つの権利として挙げられています。本人の思いを尊重しながら、安心して暮らせる環境をつくるために、法律面や生活面での保護や支援をしていくことが成年後見制度であると伝えていただきました。

講義の後半では社会福祉士の友添奈津紀さんより、「大牟田市成年後見センター」についての説明がありました。センターでは、市民後見人の養成と成年後見制度の普及啓発活動に力を入れているそうです。また、利用の可能性が考えられる対象者に対し、制度の利用者数は比較的少なく、制度の活用や普及にはまだ不十分な現状であるとのことでした。

今後、市民後見人の活用で地域ネットワークを構築し高齢者を支えていける支援体制をつくるには、成年後見制度ももちろんですが、介護保険の視点もこれから重要になってくると思います。認知症になり判断能力が乏しくなった高齢者を、法律面や生活面でしっかり支えていけるよう、様々な制度の活用や技術を学び、日々努力していかなければいけないと、改めて強く感じた研修でした。



**ご利用ください**

### ◇大牟田市成年後見センター

☎ 57-2535 (総合福祉センター2階)

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。



# ケアマネPRビデオ制作!

現在編集中!



広報事業部会



情報交流事業部会



研修事業部会



S V 研修初級編



S V 研修中級編

地域包括支援センターのみなさん



会員の皆様、8月に行いましたケアマネ連協のプロモーションビデオ作成の際は、ご協力いただきましてありがとうございました。趣旨説明や事前連絡の段取り不足を露呈してしまいましたが、何とか撮影を終えることができました。

さて、前後しますが、この取り組みの経緯とねらいについて改めてご紹介いたします。毎年、秋に行われる「みんなの健康展」(大牟田市地域健康推進協議会主催)にケアマネ連協からは閉じこもりチェックや介護なんでも相談などのブースを設け、事務局・広報部会の部員が参加してきました。しかし、私たちのブースに来られる参加者は年々減り、数名になっていた現状がありました。そのような中、事務局会議において「今年度、みんなの健康展で何をするか」という議論になりました。そこで提案されたのが、『妖怪第一体操』プロモーションビデオ(以下、プロモ)の作成です。アニメのプロモを選曲した理由は、健康展に来られる方が、健康意識が高く、年齢層が比較的若く介護者側であること、子育て世代も多く参加されることから、目を引く内容・流行性があること、福岡の方言が使われていることという点です。このプロモを通じて、介護支援専門員に明るいイメージを持ってもらう、また、ケアマネ連協は元気があるね、という印象を持ってもらうこともねらいとしています。

約1か月で撮り切るというハードスケジュールでしたが、皆様が快く楽しそうに参加してくださったので、私たちもホッとしました。このプロモがみんなの健康展に限らず、様々な機会に使われることを期待しています。

現在、編集の真っ最中です。完成しだい、皆様にご披露します。どうぞ期待!!そして、次は福岡県へ! ? 全国へ! ? 世界へ! ?

役員



事務局



長寿社会推進課



包括ケア会議



基礎研修



地域との連携事例発表会



## 「大牟田在宅リハビリテーションを考える会」に参加して

平成26年9月4日、特別養護老人ホームすぎの木にて「大牟田在宅リハビリテーションを考える会」の研修会が行われました。今回の研修議題は「通所・訪問リハビリで何が出来る？」とのテーマのもと、介護支援専門員との意見交換会ということで、情報交流事業部会より3名参加させていただきました。

初めに、社会保険大牟田天領病院デイケアセンターからのケース発表では、脳出血後遺症で右上下肢麻痺の方に対して、自宅での料理参加に向けて包丁使用へのアプローチが行われた事例を紹介いただき、リハビリにて包丁の使い方の訓練を実施されたということに対して衝撃を受けました。ご本人の思いを取り込み、包丁を使い調理をするという訓練を、自宅で、家族や訪問介護・介護支援専門員との連携を図って挑戦されたとのことでした。リハビリといえば、歩行訓練や筋力増強訓練など身体面での訓練が中心とっていましたので、リハビリ部門でここまで取り組むのかとびっくりしました。私自身ケアプランを作成するにあたり、ご本人のニーズは理解しているつもりですが、具体的な内容をリハビリに依頼できないだろうと決めつけ、一般的な支援内容となっていたことを反省し、これからのプランに活かしていかなければと反省されました。

また、グループワークにおいても想像を上回る活発な意見が交わされ、大牟田在宅リハビリテーションを考える会の皆さんの意欲や志の高さを知ることができました。在宅生活を維持継続するためには、リハビリは必要不可欠です。リハビリは通所で行うのが当たり前で、訪問リハビリはちょっと敬遠していたところがありました。ですが、今回の研修に参加し率直な意見を交わすことができ、顔の見える関係となることで、安心感や信頼感も得ることができたように思います。こうした積み重ねが多職種連携につながっていくと思います。

今回の研修は本当に有意義のあるものでした。参加させていただいてありがとうございました。

情報交流事業部会 柴原



# シリーズ・実践事例



## 認知症の進行により 在宅生活が困難となったA氏の事例

### 【事例の概要】

平成21年4月に紹介を受け、A氏の担当となった。A氏は肺炎にて入院中で、「要介護1」の認定が出ていた。数日後、A氏は自宅に退院。同月より、他者との交流や家族の介護負担軽減目的で週2回のデイケアの利用が始まった。

自宅では夫婦二人暮らし。妻は自宅兼店舗にて仕事をされていたが、在宅介護には積極的だった。その後、徐々にA氏の認知症は進行し、やがて周辺症状への対応が困難となり、B病院(精神科)に入院となった。在宅生活をもう少し継続していくために、CMとして他に何か手立てがなかったのか、悔いが残る事例である。

入院に至るまでの数か月の経過をたどりながら、振り返ってみた。

### 【A氏の紹介(平成21年)】

基本情報: 86歳 男性 要介護1

障害自立度: A1 認知症自立: III a

主病名: アルツハイマー型認知症、糖尿病、

虚血性心疾患、前立腺肥大など

既往歴: H10年 肺炎 H18年 肋骨骨折

ADL: 歩行…ほぼ自立で杖歩行・外出時は家族同伴

食事…自立・食事制限あり・家族が準備

排泄…自立・用心の為にリハビリパンツ着用

入浴…見守り・声かけ・衣服の着脱も同様

精神状態: H20年頃から服薬やインスリン注射を忘れる事が多くなった。

最近では短期記憶障害が見られている。アリセプト(5mg)服用中。

### 【主な経過支援】

平成21年6月 デイが週3回となる。

9月 介護認定の更新。「要介護1」  
(A1・III a)

平成22年1月 夜間せん妄が見られ、主治医より抑  
剤散が処方された。

2月 デイが週4回となる。

平成23年9月 介護認定の更新。「要介護1」  
(J2・III a)

平成24年8月 デイが週5回となる(土曜日の利用  
は受診と交互で隔週)。

9月 ショートステイの利用開始。

平成25年6月 デイが週6回となる(土曜日の利用  
は受診と交互で隔週)。

9月 介護認定の更新。「要介護2」  
(A2・IV)

10月 家族が施設の入所申込みをされた。

### 【入院までの経過】

A氏に関わり始めてから4年半。ゆるやかに認知症は進行していった。デイケアには喜んで参加されていたので、A氏の状態や家族の介護状況を見ながらサービスを変更していった。しかし、家族のレスパイトケアを目的としたショートステイはなかなか生まれなかった。ショートステイ利用中は「毒だ」と言われ服薬を拒否されたり、「高額なお金を請求される」と食事を食べられなかったりといった言動が見られた。A氏の精神的負担も考慮し、1泊2日のショートステイは月に2回とした。

(12月19日)

妻との面談。「主人の状態は良くない。自宅では手  
伝いをしないときちんと着替えができない。私が『ト  
イレに行ってくるね』とこって行っても、私を探して

トイレのドアを開きにくる。こういうことを挙げたらきりが無いのですが、デイでもショートでもだいぶ迷惑をおかけしているのではないかと気になっています。でもサービスを利用させていただいているので、私も安心して仕事が続けられます」とのこと。仕事を続けることが、妻の生きがいでもあり、ストレス解消の機会にもなっていた。

(1月21日)

妻と面談。「自宅では何も分からなくなってきました。トイレの場所が分からなくなり、教えてあげないと違う方向に行ってしまう。食事は『俺は食べたくないから要らない。お前だけ食べる』と言ったりして、だいぶ手がかかるようになりました。デイケアから帰ってきたらもう日が離せない状態です」とのこと。デイスタッフと送迎が少しでも遅くなるように調整を行った。

(2月18日)

妻と面談。「先日は私に『包丁で刺してくれ』と言ってきたのでゾッとしました。『下腹部に虫が溜まっているので出してくれ』とか『救急車を呼べ』とか言うんですよ。それまではお腹が痛いとか何も言っていなかったのに、『朝になってから病院に行こうか』と言って何とか寝かしつけました。それで朝になったら『何ともない、そんなことを言った覚えがない』と言うんです。私は日が冴えて朝まで一睡も出来ませんでした」「今でも夜中の2時や3時に起き出して『人がいっぱいおる』『(部屋が)水びたしになっている』とありもしないことを言っています」とのこと。ショートステイの回数を増やすことを妻に提案するが、「何も無い夜もありますし、まだまだ人丈夫です」との返事だった。

(2月19日)

デイケアスタッフより「今日来られてからの様子がいつもと違う。表情も乏しく、帰宅願望も強い。玄

関から出て行こうとされている」との連絡があった。様子を昇に行くとは座らず「帰らんといかん」を繰り返されていた。理由を尋ねると「今日は病院に行かなんやったらに、だまされてここに連れてこられた。俺は病院に行かなんけん、帰る」との一点張りだった。家族に相談し、主治医の承諾を得てB病院を受診。受診前にはA氏はだいぶ落ち着かれており、笑顔も見られていた。「状態が悪くなってきそうな時に服用して下さい」とLピリファイが処方された。B病院に入院、という話も出たが、家族が「お薬を頂いたので、それで自宅で様子を見ていきます」との意向で入院にはつながらなかった。

(3月3日)

デイケアスタッフより「送迎時に奥様より『昨日は私も夫も一睡もしていません』との話がありました。A氏も車内ですでにうとうとされていました。奥様に話を聞くと『もう限界です』と言って泣かれていました」との報告があった。自宅を訪問し、妻と話をする。「もう自宅では無理なので、B病院への入院をお願いしたいと思います」と要望された。本人・家族の共倒れを考え、B病院の担当医・PSWに相談。前回の受診時のこともあり、比較的入院の話はスムーズに進み、3月5日の受診後にそのまま入院していただくこととなった。

(3月4日)

明日の受診に立ち会えないため、自宅を訪問し、妻と話をした。「一昨日の夜は一睡もしなかったのですが、昨日は何とか寝てくれました。ただ私の心が色々と考えてしまってなかなか寝付けませんでした。入院することは子どもや孫たちにも相談しました。『お母さんは良くやったと思う』『これまで大変やったね』と言ってもらえました。やっぱりここが限界だったのかなと思います」とのことだった。「入院された後に、状態が改善されたら自宅に戻されるということは考えておられますか?」と尋ねたところ「良く



なって帰ってくるのならそれが一番なんでしょうけど、私が無理です。病院から施設に移行してもらえたら、と考えています」との返事だった。

(3月6日)

B病院のPSWより「昨日、A氏が医療保護入院されました」との連絡があった。

### 【考察】

平成25年6月以降は、日曜日を除き、毎日デイケアの利用に月1回のショートステイ(1泊2日)を利用されており、毎月限度額を超えてのサービス利用だった。ショートステイとの併用利用であったが、CMとしては介護保険サービスの限界を感じた。現状に対応するためには、入院か入所しか考えられなかった。

小規模多機能型居宅介護への移行も考え、家族に提案した事もあったが、馴染の関係や環境を壊したくない、いずれはデイケア併設の施設に入所させたいという思いがあり、移行には至らなかった。

なぜ悔いが残っているのか。それは自分自身が納得のいく支援を提案できなかったからである。

妻は、当初からなるべく在宅で介護したいという気持ちがあり、介護力もある方だった。本人の認知症の症状が厳しい状況になっても、帰省された子供さんたちには心配をかけないようにA氏の状況をあまり話されていなかった。CMにはモニタリングの折にいろいろと話してくださったが、サービスを調整することで妻の「助かります」という言葉に安心し、今一步踏み込んだ支援ができていなかったと思う。他者に対しては笑顔を見せられていたA氏だが、自宅で家族に見せる表情は違っていた(特に夜間帯の暴言や不穏で家族共に消耗されていた)。認知症の方への対応のアドバイスは(便所という張り紙・夜間トイレの電気をつけておく等)その都度行ってはいたが、その後については確認していなかった。またA氏の状況が厳しくなって妻の疲労が見えてきた時に、

専業所間で妻の気持ちの人変さを共有することや、デイやショート利用時のA氏の不穏状態時にうまく対応できた状況を妻に伝達すること、妻を支援する担当者会議の開催などができていたら、妻の在宅介護へのモチベーション継続の支援や事業所がバックアップしてくれているという気持ちの支えになれたのかもしれない。

医療との連携については、専門医の受診の必要性について家族と話し、主治医に家での様子の情報提供をして「認知症の専門医にかかって脳の検査を受けたい」と伝えたが、「私が最期までしっかり診ていくから大丈夫」と返事をされ、それ以上の行動がとれなかった。その後2月の本人の不穏状態の時に、はからずも専門医につなぐ事ができ、家族も専門医の説明を受けることができた。

また、入院直前は家族との話が中心となってしまって、肝心のA氏本人の気持ちも十分に理解できていなかった。本人は在宅生活を継続することを望まれていたと思うが、家族の大変さを思うあまり、不穏になれる本人の気持ちを積極的に聞く機会を作っておらず、自分に余裕がなかったことを反省する。落ち着いた環境で具体的な質問をなげかければ、もう少しA氏の気持ちに寄り添え、その中から妻へ伝えることもあったかもしれない。本人の気持ちに寄り添うことができていたら入院という同じ結果になったとしても、私自身の気持ちに整理ができていたのではないかと思う。

今回の振り返りで気が付けたことを今後の支援に生かしていきたい。





# リレー随想

No.36



読書の秋・スポーツの秋・食欲の秋、色々な秋がありますが、皆様どんな秋が好みでしょうか？

こんにちは。ハッピーランドの佐藤さんよりご紹介を受けました、延寿苑居宅介護支援事業所の田中と申します。文章を書く事が大の苦手な私がどうしてリレー随想を引き受けてしまったのか・・・お話を受けた後、後悔の嵐が吹き荒れましたが・・・締め切り迫る中、パソコンとにらめっこしています。

まずは、私が勤めている事業所の紹介をしたいと思います。場所は大牟田中央病院近く、歴木の住宅街の一角に静か～に佇んでおります。居宅と介護予防相談センターがあり、私以外に少しだけ人生の先輩でもあるケアマネ三人が在籍しています。和気あいあい、時には叱咤激励？もあり、仕事の相談はもちろん、仕事以外の事も相談しながら過ごせる、私にとって第二の実家の様です。だからでしょうか、前職では数箇所職場を変えていたのですが、福祉の職に就き、ずっと同じ職場です。経験年数もケアマネが長くなりました。お世話になっている皆様、ありがとうございます。

さて、私には小学5年生・3年生の息子がおります。宇宙人のような怪獣のような・・・「屁理屈大魔王」になっている息子2人と毎日戦っています。時には男同士のけんかのようになる事もあり、心身共に鍛えておかななくてはいけない今日この頃です。反抗期は自立への過程であり、必要なものと言われますが、私にとっては笑顔で「ドンと来い」にはなれません。だけどいつかは終わるもので、子供だけではなく親もきっと一緒に成長し、笑って過ごせる未来になるよう、これからもがんばっていきたいと思います。最後に、お役に立つ話も出来なかったので名言を一つ。

「人生は胸躍るものです。そしてもっともワクワクするのは、人の為に生きる時です。」  
Byヘレンケラー

ケアマネは、書類作成や訪問に追われる毎日ですが、少しでもワクワクしながら仕事ができたらいいなあと願いを込めながら随想を締めたいと思います。読んで下さった皆様ありがとうございました。

今回は、快くりレー随想を引き受けて下さった、「美さと 参番館」のさわやかな増田聖二さんへバトンを渡します。よろしくお願い致します。

○ 延寿苑居宅支援事業所  
○ \_\_\_\_\_  
○ 田 中 ゆ み

次回は……………  
○ 美さと 参番館  
○ \_\_\_\_\_  
○ 増 田 聖 二 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

## 高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画について ～地域懇談会を開催します～

大牟田市では、高齢者が住みなれた地域で誇りと生きがいを持ち、安心して生き生きと暮らせるま  
ちになることを目指し、現在、高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画（計画年度：平成27年  
度から29年度）の策定作業を進めています。

この計画は、今後の高齢者福祉のあり方や介護サービス量・供給体制の決定、介護保険料の算定な  
ど行うものです。また、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる平成37年を見据え、地域包括ケ  
アシステムの構築に向け中長期的な視点で計画を策定することとされています。

また、本計画に策定にあたっては、介護予防事業のうち訪問介護と通所介護を段階的に地域支援事  
業へ移行するなど、いくつかの制度改正が予定されています。

そこで、高齢者を取り巻く状況や本市のこれまでの取り組み、制度改正の概要等をお知らせする  
とともに、市民の皆さんの意見を広く取り入れるため、地域懇談会を開催します。

より多くの皆様のご来場をお待ちしています。

### 開催スケジュール

とき	ところ
11月11日（火）	三池地区公民館 研修室A
11月12日（水）	勝立地区公民館 研修室
11月13日（木）	三川地区公民館 研修室A B
11月14日（金）	中央地区公民館 研修室A
11月15日（土）※	総合福祉センター 大会議室
11月17日（月）	駿馬地区公民館 視聴覚室
11月20日（木）	手鎌地区公民館 研修室A
11月21日（金）	吉野地区公民館 視聴覚室

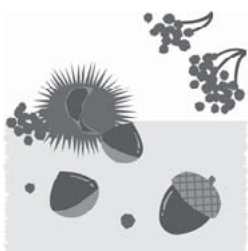
○開催時間は、各回午後7時～8時30分。  
但し、11月15日（土）は午後2時～3時30分。  
※駐車場に限りがありますので、できる限り  
公共の交通機関を利用してください。



### 【編集後記】

秋ふかし・・・今年度  
もあつという間に半年が  
過ぎ、気付けば秋も終盤  
に!! どうも年輪と共に時  
の流れが速くなりちよつ  
と怖い感じでした。来年は  
介護保険制度も大きく変  
わり、しばらくは大変だ  
と思うとため息もでる。  
「これではいけない、生活  
にゆとりをもたなければ」  
と、努めて自分のために  
使う時間を作っています。  
旅行のような大きな楽し  
みから、好きなドラマを  
ゆつくりと見る小さな楽  
しみも! 利用者のその人  
らしさだけでなく、私ら  
しさも大切にしていこう  
と思うこの頃です。

たんぽぽ



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>