

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. 57

平成27年度 定期総会

平成27年4月24日金曜日、大牟田市労働福祉会館中ホールにて平成27年度定期総会が開催されました。

はじめに、当協議会会長の安藤会長の挨拶がありました。「今回の介護報酬改定では、居宅サービス、施設サービス共に、予想以上に厳しい現実を突きつけられた思いがしている。しかし、2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が推進されている中、利用者の在宅生活を支えていくため、当協議会は、今年度も医療と介護の連携を深めるための多職種連携事業等に重点的に取り組んでいきたいと考えている。あわせて、支援者として、利用者がどこでどのように生活していきたいのかを理解し、押しつけのサービスでは無い、その人らしい生活を支える対人援助職者を目指せるように事業を行っていききたいと思う」と力強いメッセージを送られました。



来賓ご祝辞では、大牟田市の中園保健福祉部長より「誰もが安心して住むことができるまちづくりを一体となって行っていかなければならない」との言葉を頂きました。また、大牟田市介護サービス事業者協議会の井田会長からは、「今後もこれまで以上に地域全体で高齢者を支え見守っていく体制づくりに向けて、行政・両協議会が連携しなくてはならない」とのご挨拶を頂きました。

その後、本日の総会が成立したことが報告され、吉野地区地域包括支援センターの松嶋さんが議長に選出された後、議事に入りました。議案第1号(平成26年度事業実績報告)、議案第2号(平成26年度決算報告並びに監査報告)、議案第3号(平成27年度事業計画案)、議案第4号(平成27年度予算案)、議案第5号(規約改正案)が承認され、議案第6号(監事の交代について)では、サンファミリー原さんの退任に伴い、吉野地区地域包括支援センター森野さんが監事に選任されました。



その後、カメラにて交流会が行われ、日頃話す機会がない人とも楽しく会話し、各テーブル共に食べて飲んでわきあいあいと交流することができました。会員の皆様、今年度も研修会など積極的に参加していきましょう。そして、みんなで一緒にケアマネ連協を盛り上げていきましょう!

医療・介護の連携推進のための多職種研修会

去る3月11日、イオンホールにて「第6回 医療・介護の連携推進のための多職種研修会」が開催されました。ケアマネ以外の職種の方の参加も多く、また市外からの参加もあり、イオンホールは150名の参加者の「学びたい」という熱気で包まれていました。

当協議会の小島副会長の挨拶の後、「多職種協働により虐待を回避できた事例」をテーマにパネルディスカッションが始まりました。個人情報保護のため、この紙面上で事例の詳細は記載できませんが、母の介護をするために同居した息子が次第に介護放棄するようになった…といった事例でした。事例提出者はA居宅介護支援事業所のBさん。Bさんより事例紹介があった後、各パネリストの皆さんより支援内容等について話がありました。多職種連携のヒントとなるような話がたくさんありましたのでご紹介します。

- 担当民生委員：担当地域の高齢者の方が、どの事業所のこういったサービスを利用されているのか、私たちはよく分かりません。訪問時に不在だと心配になります。担当のケアマネさんが今回の事例のように本人のところへ同行訪問して下さると助かります。
- C通所リハ/D通所介護：C通所では食事がなかなか入らず、D通所では食事をしっかり食べておられました。C通所スタッフがD通所に食事の様子を見に行き、食事環境や提供の仕方等の工夫に気づくことができました。
- E病院（主治医）：医師は病院で患者さんを待っている状態。治療にはいろいろな方からの情報が必要。医師としてできることは多いけれど、知らないことも多い。皆さんに、医師を上手に使ってもらえたらと思います。
- E病院（MSW）：本人らしく生活するには、家族の関わりが大切だと感じています。また地域の方から以前のご本人の様子について情報を頂くことが重要です。家族との面談前にはケアマネさんとしてしっかり情報交換し、円滑に話を進められるようにしています。
- 大牟田市職員：失禁があるということで、オムツ給付から関わらせていただきました。ただオムツで解決させるのではなく、アセスメントで原因を追究したり、セラピストや医師に意見を求めたりして改善を図っていきました。今回のケースで私は、連携はオーケストラだと思いました。ケアマネがコンダクターとなり、スペシャリストの音色を出せたのではないかと思います。
- 地域包括支援センター職員：包括支援センターは、総合相談支援業務を行うのが主な役割であり、ケアマネの後方支援と連携支援を行っていきました。情報共有と役割分担を確認し、体重の減少を介入のポイントとしました。息子さんと主治医の関係性は良好で、入院が必要な時は主治医から勧めただけでことにしました。また、息子さんの介護ストレスは民生委員さんや長寿職員さんに話を聞いていただきました。これからもケアマネさんが迷った時、不安に感じた時は声をかけていただけたら、一緒に支援していきます。

そして、事例提出者であるBさんより「息子さんにいろいろ尋ねるが、他人に見せたくない部分も持っておられ、ケアマネ一人の力だけでは難しいと感じた。たくさんの方に関わってもらって多角的に利用者の方を見ていただくことが大事だと感じた。会議等でそれぞれの役割を確認し、お互いにフォローしながらマネジメントを修正し、フィードバックしながら支援を進めていったケースだった」との感想がありました。

最後に、安藤会長より「利用者自身が、何を望んで、どのように暮らしたいのか、きちんとアセスメントする必要がある。利用者・家族の言いなりケアマネ・御用聞きケアマネにならないように、いろいろな立場から話を聞いてプランを作成していただきたい。さまざまな職種の方が頑張っておられるので、ケアマネの皆さんも負けないように」とエールを送られました。利用者の方のニーズも多様化していく中で、多職種連携は必要不可欠になっていきます。「餅は餅屋」という言葉があるように、どの分野にも専門の方がおられます。利用者の方のより良い支援を行うため、これからは皆さんと協力していきましょう。

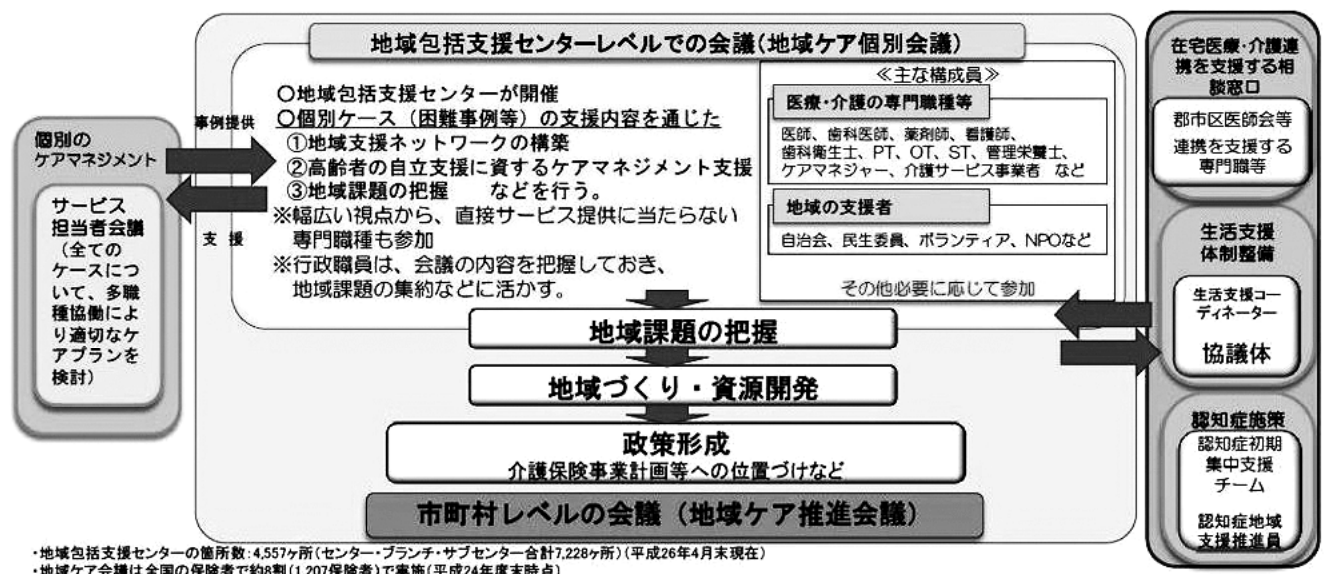


1. 地域ケア会議とは？

地域ケア会議(以下、「ケア会議」という。)は、多職種による専門的視点を交えてケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるものです。

また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めるものであり、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた重要な手法として、積極的に推進していくことが求められており、一般の介護保険法改正で制度的に位置づけられました。

具体的には、市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のために、ケア会議の設置に努めることや、ケア会議が個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うものであること、また、関係者にケア会議への出席や資料・情報の提供などの協力を求めたり、守秘義務を課すことなどが法律に明記されました。



・地域包括支援センターの箇所数:4,557ヶ所(センター・プラント・サブセンター合計7,228ヶ所)(平成26年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,207保険者)で実施(平成24年度末時点)

※国のガイドラインより抜粋

2. ケア会議の機能と大牟田市の取り組み

ケア会議の機能については、国が①個別課題解決、②ネットワーク構築、③地域課題発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成の5つに整理しています。

これまで本市では、「高齢者・障害者権利擁護連絡会」、「地域認知症サポート定例カンファレンス」及び「介護予防ケアカンファレンス」など、権利擁護や認知症、介護予防をテーマとしてケア会議を開催し、個別事例の検討やネットワーク構築、地域課題の発見・共有といった機能を果たしてきました。

また、いくつかの地域包括支援センター(以下、「包括センター」という。)においても、医療・介護・保健・福祉関係機関や地域住民等によるケア会議が始まっていましたが、会議の内容や参加者などについて包括センター間で差が生じていました。医療と介護の現場レベルで連携を図っていくことが求められる中では、すべての包括センターが一定の基準のもとでケア会議を開催できるようにする必要があります。このため、平成27年度からは、ケア会議の内容や参加者などについて一定の基準を設けるとともに、会議の名称についても複数の会議を「地域ケア会議」と呼んでいたところを、包括センターが開催する会議のみ「地域ケア会議」と呼ぶこととして、すべての包括センターでケア会議を開催することとしました。

今後は、各包括センターでケア会議が推進され、様々な地域の課題が把握されていくこととなりますので、各ケア会議で見えてきた課題を集約しながら、地域づくりや資源開発、そして、政策形成につながるような仕組みを検討していく必要があると考えています。

※困難事例は1人で抱え込まず、まずは、地域包括支援センターに相談しましょう!

6月12日(金)、大牟田市労働福祉会館において標記意見交換会が開催されました。

最初に、林事務局長より、当協議会でこの4年間取り組んだ「利用者を地域で支える基盤づくり」の振り返りがありました。また、第6期介護保険事業計画の「介護予防・日常生活支援総合事業」について触れられ、大牟田市においてもその内容について検討が始められており、今後説明会を予定されていること、また、大牟田市では、27年度は総合事業の準備期間とし28年度から移行を開始していく予定になっているという情報提供がありました。

その後、第1部では、ふれあい社会づくりの実現を目指して取り組み、数々の地域づくりの支援をしてこられた“さわやか福祉財団九州1ブロック”インストラクターの柿山泰彦さんを講師に迎え、「地域包括ケアシステムの構築に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の必要性について」というテーマで講演がありました。柿山さんは、「私たち専門職は、これまで支援が必要な方たちに対して、公的なサービスで支援をするようになり、利用者本人も支援者も地域で生活している方という実感を無くしてきたのではないかと、地域で喜んでいる人として見ることで、地域とのつながりを再構築し、民間や住民の力を生きがいにつなげる社会資源として活用していいのではないかと話されました。また、今年度から市町村に設置される生活支援コーディネーターの役割について、第1層のコーディネーターは鳥の目で全体を見て考え第2層の支援をする。第2層は、犬や猫の目線で地域を歩き回り、地域に必要な社会資源を考え、第3層を支援する。第3層は虫の目で地域の中を飛び回り、実際に利用者を支援する立場にあると説明されました。生活支援コーディネーターの役割は①社会資源の開発 ②ネットワークの構築 ③ニーズと取り組みのマッチング の3つであり、今後いくつかの団体から構成される協議体と共に3つの役割を果たしていくことになる」と話されました。

次に、第2部では、8人ほどのグループでグループワークをしながら意見交換を行いました。まず日常生活を送る上で高齢者が困っていることについて、次に、こんなサービスがあったらいいということについて、最後に、どんな団体と連携すれば社会資源の開発ができるだろうかということについて、話をしました。

ケアマネは、日頃利用者に寄り添い生活の支援している立場にあるため、各グループともに活発な意見交換がなされました。どのグループでも困っていることについては、交通手段が無いこと、買い物が不便であること、草取りや電球交換などちょっとした支援が必要なことなどが出されました。「こんなサービスがあったら」では、移動販売、コミュニティバス、商店の送迎、乗り合いタクシー等が出ていました。連携先については、地縁団体、社協、タクシー会社、退職者の会、ボランティア団体、学生ボランティアなど、様々なアイデアが出されました。

最後に、林事務局長から、「今回は、あくまでも第1回目の研修であり、今後も行政、介護サービス事業者協議会、地域と連携していく機会を作り、利用者の支援がより良いものになっていくように働きかけていきたい」と締めくくられました。

* 6月29日、今回の意見をまとめたものを「提案書」として大牟田市に提出しました。「提案書」はあいネット(文書管理)に掲示しています。



平成27年度 主任介護支援専門員研修 が始まりました！！

皆さん、主任介護支援専門員ってどんな役割を担っているか知っていますか？

平成27年度福岡県主任介護支援専門員研修が、6月22日からスタートしました。今回はあまり知られていない(?)、主任介護支援専門員や研修について紹介したいと思います。

主任介護支援専門員研修を受講するためには、主任介護支援専門員研修に係る受講要件を満たし、なおかつ市からの推薦を受けることとなります。今年度は、大牟田市から8名の介護支援専門員が研修を受講しています。来年度から研修体系が見直され、研修時間が増えるそうですが、今年度は6月から10月にかけて、11日間、春日クローバープラザで開催されています。

研修内容は、「主任介護支援専門員の役割と視点」「ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理」「ターミナルケア」「人事・経営管理」「サービス展開におけるリスクマネジメント」「スーパービジョン」「人権研修」「事例研究」など多岐にわたっています。介護支援専門員更新研修と同じく、必要書類の提出、11日間全ての科目の出席が修了証明書交付の要件となっています。

それでは、初回の研修で学んだ、主任介護支援専門員の役割について紹介します。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員では、その役割はやや異なりますが、根本的な考え方は同じかと思います。

① 地域ケア体制の構築（ネットワークづくり）

- ・地域の保健、医療、福祉サービス等に関する情報収集及び提供
- ・介護サービス事業者等地域のサービス提供者間のネットワークづくり
- ・地域包括支援センターとの連携などの地域の支援体制づくり

② 個々の介護支援専門員に対する支援

- ・介護支援専門員への個別指導、活動支援、同行訪問
(今年度から経験の浅い介護支援専門員と主任介護支援専門員がペアになって、実習型の研修を受ける「介護支援専門員地域同行型研修」が導入されます)
- ・地域ケア会議を活用した個別ケースに対する助言
- ・サービス担当者会議の開催支援
- ・支援困難ケースへの対応

③ 地域の介護支援専門員同士の連携構築

- ・地域における事例検討会
- ・研修会の開催支援
- 等

となっています。

また、特定事業所加算を算定している事業所は、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されているモデル的な居宅介護支援事業所であること、公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であることが求められています。改めて、主任介護支援専門員への期待、そして責任の重さを感じました。

限られた紙面での説明でしたが、主任介護支援専門員の役割について少しでも理解していただけたら幸いです。また機会があれば、主任介護支援専門員の活動を紹介していきたいと思います。

乞、ご期待！？

シリーズ・実践事例

関係性が複雑な高齢者世帯の在宅生活を支援
～多職種協働の大切さ～



【はじめに】

知的障害を持ち、社会的判断能力に心配があるAさんの在宅生活を支援していくことになり、介護者である夫氏とも関わることになった。現状の制度では、夫婦それぞれに関わる職種の役割が不明瞭な部分があり、「この支援はどこが対応するの？」という問題に直面した。そのような状況を解決するため、関係機関で話し合いを持ち、各職種間で協議・譲歩しあうことで、それぞれの役割を最大限果たすことができ、連携が深まった取り組みを報告する。

【事例】

80代女性Aさん：要介護1

：生活保護受給世帯

家族構成：夫氏と2人暮らし

※親類とは絶縁関係に近い状況

診断名：肝硬変・突発性難聴（補聴器使用）

障害自立度：A2 認知症自立度 II a

【支援経過】

〈相談経緯〉

Aさんは、医療機関の送迎支援にて定期受診が可能となっていた。Aさんの肝性脳症を予防するには、適切な内服管理が必要であっ

たが、自己管理はできないため、夫氏の協力が欠かせない状況の方だった。また夫氏にも持病があり、Aさんの介護について負担感があり、精神的に限界となってきたため、外来師長を通じて当居宅へ相談があった。夫氏の状態も気になり、医療管理先との情報交換を行い、Aさんの介護保険申請をすることとなった。

〈サービス導入～要介護1〉

Aさんは、難聴もあり理解力に欠ける。そのため、ケアマネは、Aさんと意思疎通を図ることにかかなりの労力を強いられたが、幼少期よりいろいろと課題を抱えて来られた生活歴やAさんの思いを聞くことができた。

Aさんは、自宅に他者を入れたくないという思いが強く、訪問系サービスを拒否された。そのため、まずは、通所サービスを利用することで、夫氏の介護負担を軽減することにした。Aさんは、意外にも定期的な外出の機会を喜び、入浴・リハビリにより、生活に対する意欲が見え始め、精神的にも刺激を受けることとなっていくた。

〈サービス内容の変更時期〉

夫氏の病状が悪化、入院されることになり、危惧されていたAさんの独居生活が始まった。

Aさんも、訪問サービスを受けないと生活ができない状況を理解され、Aさんにとってはやむを得ずであったが、支援を開始した。限度額上限の問題も発生するが、訪問を繰り返す中で近隣支援者の存在を知り、ボランティア的な支援をお願いすると、快諾いただけた。また、Aさんの病状悪化の懸念、その他の問題点を整理することで、金銭管理等の問題点が明確になり、地域包括支援センターに相談した。そこで、各機関からの情報収集が必要となり、第1回目の事例検討会を開催してもらった。各機関の関係者が会し、事例を深めることにより、関係機関で譲歩できる部分は相互に協力し、本人の望む在宅生活に寄り添うことが確認された。

〈本人の入院〉

Aさんの独居生活が4ヶ月になったころ、夜間不定愁訴（心臓発作）があり、救急入院となった。精査では異常所見は無かったが、ADLも低下していたため、リハビリ目的で入院継続となった。夫婦の不在に伴い、愛犬の世話・Aさんの入院準備・書類記載が必要となり、どの職種が支援するのか？と迷いながらも居宅が動かざるを得なかった。居宅の関わりだけでは負担も責任も大きかったが、早急な対応を求められ、ペットについては、動物管理センターに引き取りを依頼し、入院準備については、信頼関係が長い医療機関のNS、書類については、夫氏の入院先に出向き、手続き

実施した。そのような中で、Aさんの夫氏のことまでも居宅に対応を依頼されるということが発生してきた。

そのため、再度包括に相談、関係機関の役割を整理することを目的に、2回目の「事例検討会」を開催してもらった。会議の結果、関係者で共有されたことは、夫氏に関わることは入院中の病院で、Aさんについては、理解力の乏しさ、他者の受け入れに多少時間を要する印象を病棟が心配し、Aさんに関わる病院支援者及び今後の手続き等で動き始めた包括職員、保護課のケースワーカーで協力しながら、必要時、居宅も協力していくということが確認された。また、今後も多職種間で連携し、情報の共有を図ると共に、「成年後見制度」の活用も視野に入れて支援していくことが確認された。

〈在宅生活の再開〉

病状の安定の時期となり、在宅生活再開の準備に入る。退院時の評価としては、ADLほぼシルバーカー移動で自力歩行可能とのことであった。自宅には段差が多いが、老朽化のため手すりを取り付けられる状況でなかったため、検討の結果、ベッドのレンタルを支援項目に追加することにした。ケアマネは、Aさんが長い入院生活を送ったことで依存心が強くなっていることが気になった。

〈在宅生活の限界〉

寒い時期の退院で、デイを休まれる日々が続く。状況確認で訪問すると、食事もきちんと摂取できていない状況だった。また、電気代の督促状が郵送されており、生活費等を含む金銭管理がさらに明確な問題となったため、第3回目の事例検討を開催してもらうことになる。ライフラインが絶たれる状況が予測できたため、「成年後見制度」の準備が始まった。また、Aさんの安全が守れない生活状況であることを確認し、区分変更申請となった。

その後、寒い環境でストーブもつけないなど生活に対する意欲の低下も見られ始め、保護課からも独居生活を心配する声があがっていた。タイミングよく老健施設の空き情報が入り、数日後、本人了承の上、入所の段取りとなる。

【考 察】

インフォーマルな支援協力が得られない厳しい状況の中、現在の介護保険制度の活用だけでは、このように制度のはざまにある状況を迎えられた方の支援は難しく、居宅としての関わり方の困難さを痛感、居宅だけで抱え込むのではなく利用者の在宅支援体制を築きあげていく必要があると感じた。今後、多職種で困難事例を検討する「地域ケア会議」の役割は重要になってくると考える。

Aさんの体制づくりには、かなりの時間を要することになったが、地域・職域を超えた支

援は絶対に必要であると思われる。一人の利用者を支援するにあたり、それぞれの役割を最大限果たすための努力を忘れてはいけないことを学ぶことができた。

【おわりに】

多職種協働の支援では、それぞれの役割を明確化することで、利用者にとっての円滑な支援につながる。

この事例により、これからも利用者に寄り添いながら、問題解決に取り組む姿勢を持ち続ける自分でありたい。



リしー随想 No.38



例年になく遅い梅雨明けとなり、やっと夏らしく暑くなってまいりましたが、皆様いかがお過ごしでしょうか？

はじめまして。美さと参番館の増田さんからご紹介をいただきました「せいきょうケアプランサービス」の上田敏史（うえださとし）です。

私たちの法人は、筑後保健生活協同組合といい、35年前に設立され、10年前から本部機能をそれまでの市内笹林町から高砂町に移転させ、主に介護事業を行う生協法人として、活動をすすめてきました。私が所属している居宅介護支援事業所の他、訪問介護事業所（ヘルパーステーションちくご）や2つのグループホーム（虹の家きなっせ、虹の家たかさご）の運営と介護用品の配達・販売などをこれまでしてきましたが、今年4月に当法人としては、3つ目のグループホーム、「虹の家しおさい」を市内岬に開設しました。

「虹の家しおさい」は、1ユニット6名×2ユニット、計12名の入居定員で、現在、徐々に利用者さんにご入居いただいています。

さて、「せいきょうケアプランサービス」は、いわゆる「一人ケアマネ」の事業所ですが、2011年12月に事業を再開して以来、当初0件だったのが、組合員さんや地域包括支援センターなどからの紹介もあり、少しずつ利用者さんを増やし、おかげ様で現在、30件を超える利用者さんを担当させていただいております。これからも積極的に利用者さんを受け入れ、利用者さん・ご家族と向き合い・寄り添い、対等・平等・協力・共同の関係で、「共同の営み」として、地域包括支援センターやサービス事業所などとも連携し、ともに問題解決の道を探り、よりよい生活のお手伝いをさせていただきたいと考えております。

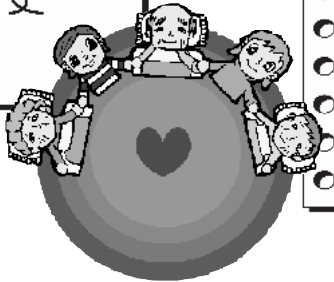
私は、ケアマネジャーに従事して、通算約9年半となりましたが、今年度、主任介護支援専門員の研修を受講させていただく機会を得ることができました。研修期間は計11日間ですが、受講のために協力してもらっている家族や法人のみなさんのためにも大牟田から受講している方たち（私を含めて計8名）とともに全うしていきたいと思います。そして、研修が修了しましたら、その成果を利用者さん・ご家族、地域のみなさんなどにお返ししていきたいと考えております。

今回は、小川町に病院を移転し、地域密着型特定施設「てととの森」を開設した医療法人CL Sすがはら・「ケアプランセンターすがはら」の藺田晋輔さんにバトンを渡します。よろしくお願ひします。

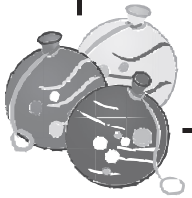
-
- せいきょうケアプランサービス
-
- 上田敏史
-
-
-

次回は……………

-
- ケアプランセンターすがはら
-
- 藺田晋輔さん
-
-
-



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

これまでは介護保険サービスの利用者負担割合は一律1割でしたが、**所得が一定以上ある65歳以上の方についての利用者負担割合が2割に変更**となります。

自己負担が2割となるのは、**合計所得金額が年間160万円以上で年金収入等とその他の合計金額の合計が単身で280万円以上、2人以上世帯で346万円の方**となります。

- ◎介護保険負担割合証とは、介護保険サービスを利用したときの「利用者負担の割合」が記載された証明書です。
- ◎介護保険で認定を受けた人には、**1人に1枚**介護保険負担割合証が交付されます。
- ◎サービスを利用した時に支払う**利用者負担の割合(1割か2割)**が記載されています。
- ◎介護サービスを受ける時には、**介護保険被保険者証(黄色の証)**と**介護保険負担割合証(薄むらさき色の証)**の2枚が必要になります。

介護保険負担割合証の記載内容

- 適用期間は、**毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間**となります。
- 前年所得**によって負担割合が決定します。
- 負担割合が適用期間内に変更となる場合は、**上段に変更前の割合、下段に変更後の割合**が記載されます。
- 適用期間の過ぎた負担割合証は使えません。**

◇負担割合証は7月上旬に送付しています。

【お問合せ】介護サービス育成担当 ☎41-2683

介護保険負担割合証	
交付年月日 年 月 日	
姓	
名	
フリガナ	
氏名	
生年月日	男・女
利用開始の割合	適用期間
新	開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
新	開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
被保険者の氏名及び印	

【編集後記】

季節も爽やかな春から、梅雨を経て、本格的な夏を迎えました。皆さんも4月の制度改正の慌ただしさから少しづつ穏やかな日常を取り戻しているのではないのでしょうか。とはいうもののケアマネ業務は煩雑でなかなかそうもいかないのが現実ですね。

その慌ただしい中、1年前の自分を振り返ると、1年前も同じ事業所でケアマネをして、家でも子供の成長に一喜一憂しながらも変わらない生活を送っていました。久しぶりに友人と近況報告をすると、新しい資格取得のために頑張ったり、旅行に行ったりと自分自身のスキルアップやリフレッシュしている話を聞き、自分自身もいろいろな経験を積んで、一年前より少しも成長した自分になりたいと思えました。

皆さん、研修に参加したり、休みを使っているいろいろな経験をしたり、自分磨きにも心がけてくださいね。

(J.V.おんちゃん)

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