

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. 58

## 第7回 多職種連携推進のための意見交換会

去る11月20日18時30分から、「民生委員さん（地域）との連携を深める」と題して、第7回多職種連携推進のための意見交換会がイオンホールにて開催されました。

第1部では、ミニレクチャーとして、みさき病院院長の田中先生が、「高齢者の精神疾患と認知症の違いや対応について」と題して講演されました。「認知症は精神疾患にも、神経疾患にも分類される。精神疾患と言えば、うつ・統合失調症・神経症などが挙げられるが、ここからここまでが精神疾患というものがなく、境界があいまい。元々精神的な病気をもっていて、これまでなんとか日常生活をしていたが、認知症になってその症状が表出してくるということもある。線引きが難しい」と専門の医師でも診断に悩むということでした。

認知症の症状については「物忘れだけでなく、五感も鈍ってくる」そうで、〈距離感が分からなくなるため、車の後ろや左側にキズが多くなった〉、〈暑い、寒い分からなくなるため、衣服が気候に合わずちぐはぐになる〉、〈やたらと料理に醤油をかける。辛い物から甘い物が好きになった〉といった言動があれば、「認知症を疑います。診察を受けてみて下さい」とのことでした。

また、物事を総合的に考えることが苦手になり、言われることがちぐはぐになったり、物事を手際よく行うことが苦手となったりしてきます。歳をとればとるほど低下する機能ですが、認知症になると極端に低下します。その結果、外出するのが億劫となり、閉じこもりになってしまい、更に認知症が進み、孤立していかれることとなります。地域とのつながりがあれば、見守りや声かけ・買い物に連れ出してもらいなど、気がけていただくことができ、症状の進行を防ぐことができます。妄想・幻覚（幻視・幻聴）について共通していることは、修正が不可能ということ。本人にとってはそれが真実で、見えているから。対応は説得すること以外で行って下さいとのことでした。

第2部では、「お互いに協力できることを共有しよう」と題して、民生委員さんと意見交換を行いました。私が所属する地域の民生委員さんは400世帯を担当し、一人暮らしの方への訪問は1ヶ月100件になるということでした。訪問の他にも、学校行事への参加、児童の登下校時の見守り、行事の案内チラシの配布などがあると聞き、介護支援専門員よりもハードな仕事だと感じました。辞めたくなる時もありますが、地域の高齢者の方の悩みや困り事を同って、それを解決に結びつけられた時に嬉しく感じ、やりがいにつながっていくとのことでした。

地域の方が安心して生活していけるように支援するということでは、民生委員さんと介護支援専門員は同じ目的をもっています。協力できないわけがないということで、どこのグループも活発な意見交換ができたようです。その内容を紹介します。



○ケアマネジャーが、新しい利用者さんの担当になったら、顔合わせの意味あい、その方が住む地域の民生委員さんに挨拶に行った方がいい。

○民生委員さんは、利用者さんとの関わりが長く、多くの情報をもってられる。ケアマネジャーにとって、利用者の方を知るための必要な情報源になる。逆に、民生委員さんも、その方がどんなサービスを利用して、どんな人が自宅に出入りしているのか教えて欲しい（訪問時間を調整することができる）。

○地域ケア会議では、不特定多数の方が参加しているので、その場で話せないこともある。ケアマネジャーさんだから本音で話せることもある。協力していきたい。

○民生委員にも守秘義務がある。

○地域包括支援センターとはつながりがあるが、ケアマネジャーとはない。校区内で、ケアマネジャーと話し合いの場がもてたらいい。

など、今後のケアマネジャーと民生委員の連携が深まっていくような、すぐにでも取り組んでいけそうな意見がたくさん出ていました。

また機会があれば、次はもっと多くのケアマネジャーさん、民生委員さんに参加していただきたいと思います。

## ケアマネジメントサポート事業

9月25日、“ケアマネジメントサポート事業 連携担当会議”が開催されました（ケアマネジメントサポート事業については下記参照）。

当協議会会員の主任介護支援専門員（以下、主任CM）の連携体制構築に向けて必要なことをテーマに、事前に、6つの地域包括支援センターごとのグループで意見交換をしてもらっていました。今回は、その意見を共有し、今後の取り組みについての検討を行いました。

<主な意見>

- ・各地域包括支援センターエリアでの地域ケア会議に参加している主任CMの情報交換の場にする
- ・介護保険対象外の資源など、他校区の情報や事例の共有の場にする
- ・各居宅介護支援事業所や（新規）サービス事業所の特徴等を知る機会にする
- ・主任CMの連絡網を作成し、互いに相談等が行えるような関係の構築を図る
- ・運営基準や法改正の解釈など、対人援助以外の相談や情報共有の場にする
- ・対人援助技術やスーパーバイズなどのスキルアップの場にする

上記、意見を集約し、

①地域ケア会議についての理解を共有するための研修を行う

②訪問相談事業（下記事業内容①参照）で受けた相談や関わり方等の再検証（振り返り）の場を設ける

③6つの地域包括支援センターごとのグループでの取り組みについて、情報共有を図る

以上が、今後の活動の方向性としてまとめられました。

今後、この3つの方向性に沿った研修等の開催を検討してまいりますので、その際には、ご参加・ご協力をお願い致します。また、主任CMへのご要望等ございましたら、お近くの主任CMや各地域包括支援センターまでお寄せください。

### ●ケアマネジメントサポート事業とは

<目的>

主任介護支援専門員の連携の促進、及び介護支援専門員の支援により、地域のケアマネジメントの質の向上を図ることで、要支援・要介護認定者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるようにする。

<実施主体>

各地域包括支援センターの主任介護支援専門員と、大牟田市介護支援専門員連絡協議会会員の主任介護支援専門員によるケアマネジメントサポートチームを結成し、事業を実施する。

<事業内容>

- ①居宅介護支援事業所への訪問相談
- ②市内にいる主任介護支援専門員の実態把握
- ③主任介護支援専門員の連携促進のための会議及び研修会等の開催
- ④主任介護支援専門員同士の連携体制の構築
- ⑤その他、ケアマネジメントの質の向上に資すること

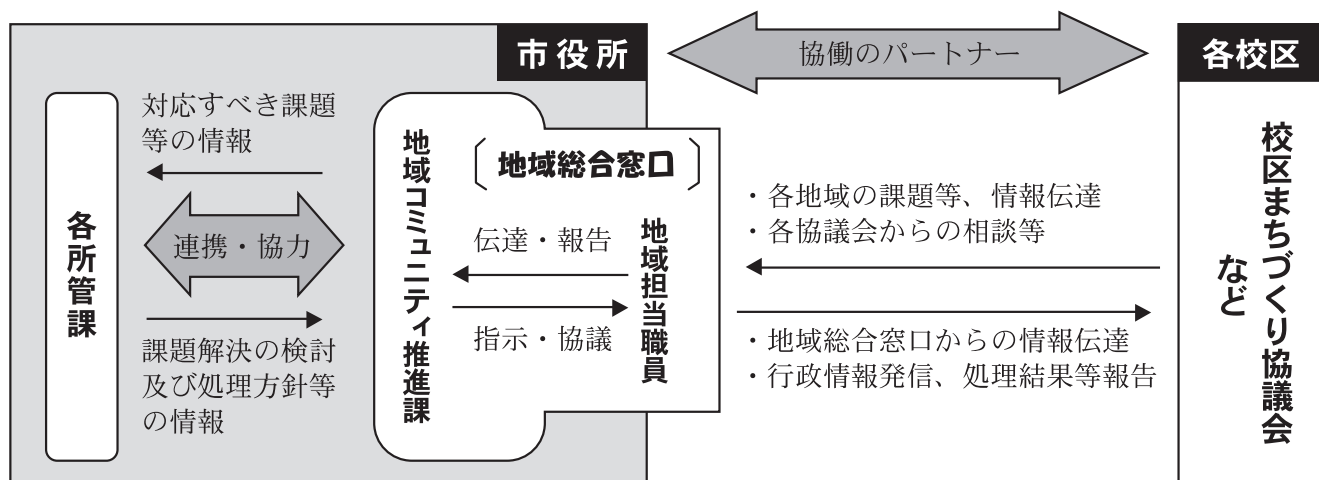


## 「地域担当職員 ～みなさんの身近にいる職員です～」

大牟田市市民協働部 地域コミュニティ推進課 地域担当職員 西田 久

大牟田市では、地域の住民同士のつながり（地域コミュニティ）を再編することを目指し、地域のみなさんと一緒に「校区まちづくり協議会」づくりを進めています。

平成23年からは、各地域の校区まちづくり協議会の形成や活動の支援を目的として、また、地域の総合窓口として、地域コミュニティ推進課が発足。少しでも住民の皆さんの身近で活動できるようにと、現在では地域担当職員として5名の職員が、「地域と行政のパイプ役」「まちづくり推進のサポート役」として市内の地区公民館に配置されています。



地域担当職員は、一人当たり4校区から5校区を受け持ち、校区まちづくり協議会をはじめとした、地域コミュニティ組織の会議などに出席、顔が見える関係をつくりながら、地域の課題や要望などを把握し、行政の担当部署につなぐ役割を担っています。

また、校区まちづくり協議会の設立に携わり、校区の様々な団体が横につながり協議等が行えるような場の設定や校区まちづくり協議会についての説明会などを行いサポートしています。協議会の組織が出来ると、他の校区や自治体の先進的な取り組み活動の事例や助成制度などを紹介し、活動がより充実したものになるよう支援しています。併せて、地域のみなさんと一緒に町内公民館・自治会未加入者の方への働きかけも行っています。

校区まちづくり協議会の設立が進み、自治会や隣組単位での加入が増えていますが、一方で、これまで地域づくりの核となってきた町内公民館から退会される方がおられ、危機感を持っています。「体力が衰えて、役が回ってきてもできず、周りに迷惑をかけるから」との高齢者の退会理由が多いと聞きますが、最近では、隣組の役員は出来る人が行うという方針の町内公民館も増えてきており、地域で仕事をしていると、むしろ「できなくなったからこそ入ってほしい。」という声が多いです。

ケアマネージャーの皆さんは、高齢者の方が住み慣れた地域で自分らしい暮らしが出来るよう寄り添って支援されておられると思います。地域とのつながりを持っていることが、大きな社会参加であり、社会貢献であることのメッセージを伝え続けていただければ・・・と思います。ぜひ、地域の力も支援の力のひとつとして、活用してください。

\*住んでいる地域に自治会がないけどどうやって作るのか？

地域団体についてのおたずねなどに応じられるということでした。\*

## 第4回基礎研修報告 「摂食嚥下障害と介護現場の食支援」

10月13日、イオンホールにおいて、玉名地域保険医療センター摂食嚥下栄養療法科 前田圭介先生を講師にお迎えし、「摂食嚥下障害と介護現場の食支援」というテーマで研修会が開催されました。

はじめに、先生は、「人が生活していく中で、衣・食・住は大切なことである。その中でも食（食べること）は、エネルギーを得て生きることであり、楽しみでもあり、人間の本能、なくてはならないことである。また、食べる行為は脳を活発にする働きがある」と話されました。

以下、講義のポイントを記載します。



①高齢になると嚥下機能は低下する。寝たきりになると一層低下してくる。高齢者の肺炎の8割は誤嚥性肺炎である。また、30歳代の健康な人でも睡眠中に50%が唾液を誤嚥していることを考えると、嚥下機能の低下した高齢者の危険度がいかに高くなるのか理解できる。

②サルコペニアとは？

サルコ・・・（筋肉） ペニア・・・（減少）の意味

全身の筋肉が減少し、筋力が低下すると、嚥下に関する筋力も低下する。歩行速度の低下や、握力（20kg前後）の低下が、咬合・咀嚼力低下の判断基準となり、何もしていないと嚥下障害が起こってくる。摂食嚥下障害は病気ではなく症状、そして嚥下障害が出てくると肺炎になる可能性が高まる（義歯が合わないからと言って義歯を外して食事を摂ることは、嚥下障害の原因となる）。

③摂食嚥下障害予防の3本の柱

- ・身体機能全体を回復させるためのあらゆる手段を含んだリハビリを行う  
日中の覚醒で自律神経系が健常になる。座位になるだけでも頭の重みを頸部筋や体幹に負荷でき、抗重力筋の減弱予防となる。最も良いリハビリは離床すること。
- ・筋肉量が減らないための適切な栄養管理を行う  
簡単な食事で済ませがちな高齢者は、もっとタンパク質を取る必要がある。筋肉量を減らさないために肉や魚・卵の摂取を勧める。
- ・口腔ケアの必要性
  - 保清（口腔・咽喉頭の感覚の向上と口腔内細菌の除去）  
食物残渣を除去し口腔内を清潔に保つことにより、細菌の繁殖を予防する。口から食べている人より、口から食べていない人の方が口腔内細菌の繁殖は多い。口から食べない人こそ十分な保清が必要（歯垢1gの中にバクテリアは1,000億個いる）
  - 機能的口腔ケア  
嚥下体操（口・舌・頬・咳をする・頸・発音などの運動）  
パタカラ運動（口唇・舌尖・下顎・奥舌・舌はじき運動）  
うまか体操（口腔以外の全身を使った体操）などの体操を取り入れる。



①②③3つの予防を習慣化することで嚥下障害を改善する。

④歯科受診をすることで嚥下障害の原因を治療する。

⑤全スタッフの役割が重要

リハビリ・離床、口腔ケア、栄養管理、食事の形態の調整、食事の時の姿勢、薬剤の影響等を考え、全スタッフの協力で利用者の嚥下障害を改善する。

今回の講義を聞き、食べることの楽しみ、喜び、そして幸せ、口から食べることの大切さを改めて教えていただきました。今回の講義をケアプランの中にも活かしていきたいと思いました。

## 第5回基礎研修報告 「高齢者虐待防止法の基礎知識と現状」

11月16日、第5回基礎研修がイオンホールにて開催されました。講師には、昨年まで大牟田市長寿社会推進課で虐待ケースの相談・対応で奮闘されていた稲吉江美先生をお迎えしました。先生は現在、法テラス福岡に所属し活躍されておられます。

はじめに、参加者に虐待事例を支援していく場合に「私たちはどのような立ち位置でどのような役割を求められるのか。一緒に確認したいと思う」と述べられ、講義が始まりました。



以下ポイントを記載します。

### 1. 高齢者虐待防止法とは

- 高齢者虐待防止および高齢者の養護者に対する支援等に関する法律である  
高齢者だけでなく養護者（虐待者）への支援も謳っている、目的は高齢者の尊厳保持、権利利益の擁護、虐待者を罰するためのものではない
- 「養護者による虐待」の対応責務は市町村にあり、地域包括支援センターが専門機関として対応の中心を担う
- 「養介護施設従事者等による虐待」については市町村・都道府県が対応  
\*養介護施設従事者等とは、介護保険法、老人福祉法にて規定を受けた施設・事業所等の従事者（介護支援専門員も該当）\*
- マスメディアに出てくる虐待は氷山の一角、高齢者虐待防止法が規定した高齢者虐待（本人の自覚を問わない）はもっと起こっている

### 2. 養介護従事者等による高齢者虐待の現状

- 厚生労働省調査24、25年度の統計を比較して、通報は30.7%増 うち事実確認は42.6%増となっている。
- 虐待者の内訳当該施設職員等34.9%、家族19.2%、元職員10.1%  
養介護施設別では、特別養護老人ホーム31.2% グループホーム15.4% 有料老人ホーム11.8% 最近では特定施設入居者生活介護の増加に伴い、その施設の質の問題も出てきている。介護支援専門員は、入所施設を紹介する立場にあることを自覚しておく必要がある。

### 3. 虐待の現状

- 虐待の種別、虐待者の年齢、性別職種について統計表で示された
- 虐待の種類、実際の内容についても触れられた

### 4. 養護者による高齢者虐待対応の流れ

- 発見→①相談通報の受付（電話、面接などで皆さんに事実確認がなされることがある。もしくはコアメンバー会議に出席して事例情報を共有したりする）
- ②事実確認と情報収集、コアメンバー会議（緊急性の判断や直近の支援方針を決定）
  - ③支援計画の作成（会議に参加し課題抽出、具体的な目標、支援の方針を決定し各機関が担う具体的な役割を明確にする）
  - ④支援の実施（緊急対応が必要な場合などの連絡体制も整えておく）
  - ⑤モニタリング
  - ⑥終結

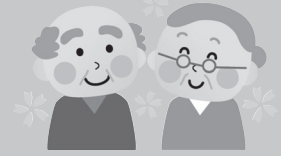
\*虐待を発見したら通報の義務がある 「虐待と思われる」で通報ができる  
包括・市町村は、誰からの通報が分からないように対応する\* 以上

グループワークでは、「事例：関わり初期にCMが気付いたケース」を基に、その場でグループがつくられ、普段顔なじみのないCMさんやMSWさんとの意見交換の場となり活発な発言が交わされる中、さまざまな視点からの気づきがありました。それぞれの関係者との情報共有を図り、チームで対応、虐待対応の要となる会議への参加も大切な務めであることを再度認識することができました。

最後に、稲吉先生より、虐待の発見、対応、防止には、私たち一人ひとりの協力が欠かせないこと、日々の気付きで行動する中で護られる権利、救える命があるということを忘れないでください・・・との言葉を投げかけられ、身の引き締まる想いでした。介護の現場だけではなく、見落としているかもしれない日常生活に視野を広げながら、専門職としても人権についてあらためて考えました。そして、明日からの業務の大切さを感じつつ、地域の皆さんと一緒に力を合わせて安心したまちづくりに発展できることを心から願う研修内容でした。

# シリーズ・実践事例

認知症の利用者を支援事業所・  
地域で支え在宅生活を継続できた事例



## 【はじめに】

アルツハイマー型認知症とうつ病を持つ本人を、長男と地域の方たち・支援者の連携で同居生活が継続できた事例を紹介します。

## 【基本情報】

Hさん 80歳 女性 独居

要介護1（新規申請から介護度の変更はない）

診断名：アルツハイマー型認知症

うつ病（H24年）

認知症高齢者自立度 IIb

障害高齢者自立度 A1

家族：キーパーソン 長男Sさん

（県内であるが遠方）

次男も県内に住んでいるが、殆ど帰省していない（関係性は悪くない）

## ADL・IADL

排泄：自立 移動：自立

食事：セッティングすると自分で摂取

入浴：洗身、着替えはできるが着替えの準備には声掛けが必要

服薬：声掛けで服用するが、飲み忘れてたり、飲み過ぎたりする

金銭管理：Sさんの管理

料理：できない 夕方は配食

洗濯：自分で行うが、清潔なものの汚染しているものがわからなくなる。

## 生活歴

Hさんは定年までの長年、事務の仕事をされていた。当時はSさん夫妻と同居をされていた。Sさんの妻は、2人の子供を出産し、若くしてがんで亡くなられている。Hさんは、2人の

孫を、Sさんと共に育てられていた。Hさんの夫が亡くなり、同居していたSさん、孫たちも次々に独立し、7年くらい前から独居となった。世話をする家族がいなくなった頃からうつ状態になられている。

## 【支援経過】

H24年11月、長男のSさんからの相談で、Hさんを担当することとなる。Sさんの「母は、閉じこもりがあり全く外出していない、お風呂も数ヶ月間入っていない母を入浴させたい」という希望で介護保険の申請を行う。

Hさんに入浴のことを尋ねると「毎日お風呂に入っている。お湯はすぐに溜まる。」と話された。ここ数ヶ月は全く外に出ることがなく、閉じこもっていた。

Sさんは県内に住んでおり、週末に帰省されている。その頃Hさんは一人で外出することはなく、「寂しい、不安だ！何がなんだかかわからない！この家には誰かに連れてこられた！自分の家ではない！」と混乱し訴えられていた。Sさんは、そのようなHさんを心配し、「母に安心した生活を送らせたい」との思いを話された。

H24年12月

要介護1の認定結果が出たため、デイサービスを計画した。入浴、食事、外出を目的として短時間利用で週2回から開始した。

Sさんは、正月の間、Hさんを自宅に連れて行かれ一緒に過ごされた。Hさんは、環境の変化のために、不安が強く、落ちつかなかったそうだ。

自宅に居ても、1日の中でも波があり、自分

が今何をしているかがわからなくなる。数時間ごとに状態が変化していくため、デイサービス利用当初は、「何で私がこんな所に来なんとなね！私はボケていない！家に帰る！」と怒鳴られていた。また、急に不安になり、「ここにいて良いですか？」と泣き出すことが度々有り、Sさんに電話し、声を聞いてもらおうと落ち着かれた。そのような対応をしながら、2～3ヶ月で徐々にデイサービス利用に慣れてこられた。

その後、デイサービスが迎えに行ったときに準備ができていないことが多く、Hさんが混乱されるため、Sさんに訪問介護の提案をするが、「私が毎日母に電話し、デイサービスに持っていくものを指示するので必要ありません」と答えられ、実行してくださった。

家族の協力も得て、短時間のデイサービスに行くことに慣れたため、徐々に時間を伸ばし1年かけて回数を増やし、週6回の利用となる。

Hさんは、デイでの交流があっても「1人で居ることが寂しい。何をどうしたらよいかわからなく不安だ」と訴えられた。忘れることが多くなったHさんのために、Sさんは、Hさんが忘れても思い出せるように、細かい伝言を紙に書き壁に貼って工夫をされた。書かれた伝言は次のようなことだった。

- ・日にちを書いた袋の中に、サプリメントを入れている。
- ・毎日のデイサービスの迎えの時間
- ・デイサービスに持っていくもの
- ・夕食の弁当は冷蔵庫に入れる（夜に電話して、冷蔵庫の弁当を食べることを伝えている）など

親子の深いきずなを感じ、住み慣れた家での生活を継続させてやりたいというSさんの思いが感じられた。

毎日、Sさんは朝からHさんに電話し、サプリメントを飲むようにと、その日の日程を伝えられる。Sさんが帰れない日曜日には朝から電

話でデイの休みを伝えるが、すぐに忘れてデイサービスに電話してこられる。事務所で「日曜日だからデイは休みです」と伝えても歩いて来て「何故、迎えに来ないのか？ずっと待っていたのに・・・」と怒鳴ることが多くなった。また、デイサービス利用日にも職員の迎えを待つことができず、着替えも持たずにデイサービスまで歩いてくることも増えたため、デイに相談し、そのようなときには、職員と一緒に家に戻り、着替えの準備、戸締りをしてデイに連れてきてもらうように計らってくれた。Hさんは、不安になったときには、Sさんに電話をかける。Sさんが電話に出ないときには10分くらいの間に数十回、着信が入っていることも多くあるとのこと。

H26年5月

以前の勤務先だった職場近くでHさんを見かけた近所の方が、「Hさんにどこに行っているか尋ねると、全く違う〇〇と答えられた。暗くなりますよ！と声をかけて家まで送った。」と連絡をくださった。車内で正気に戻ったHさんは、近所の人に「息子にはこのことは言わないで下さい・・・施設に入れられるから・・・」と話されたそうだ。

認知症状が進み、Hさんの安全も心配されたため、SさんにHさんの今後の対応方法や認知症の進行について知っておき、早めの対応を考えられるように、認知症の確定診断を勧めた。また、Sさんの了承を得て、長寿社会推進課へSOS事前登録シートを提出した。

H26年9月

物忘れ外来を受診し、確定診断を受けられた。アルツハイマー型認知症は軽度から中度に入っていると説明を受けられた。

H27年頃から、近所の人のお話では、毎日朝から近くの堤の前に立たれている。声をかけると、「寂しい、死にたい！」と言われるとのことだった。CMもデイ帰宅後のHさんが、不安な表情で歩いているのを見かけ、声をかけると「職員や利用者が私の悪口を言っている！意味がわからないので尋ねに行こうと思っている。」と話された。そのような姿が頻繁になると「自宅に戻れなくなるのでは・・・」と心配する地域の声があがってきた。

H27年7月

Hさんは近所の方の家に深夜2時に訪問している。「知らない人が来て、気持ちが悪い。一人で家にいれない」と話したが、近所の方が説得し自宅に送ったと連絡がある。そのようなことがあったため、近所の方たちやデイサービス事業所に来てもらい、Hさんについての情報の共有と話し合いを行った。

○毎日のように不安になっていて、何をどうしてよいかわからなくなっている、きちんと薬を飲ませたが良いのではないか。

○夜間帯眠っていないことが多くなっているようだ、と情報を得る。

○独居生活が困難になっている状況なのではないか。

○家から外出しているようなときには、一緒に散歩に行くようにしている。

○Sさんは今後のことをどう考えているのか。

○外出があることで、事故などの心配があるから施設には入れられないのか、という地域の方の意見もあったが、他の方は、「それは家族と本人の問題だ。私たちは見守っていくしかない。」と言ってくださったことで、参加者の考えがその方向で見守ることに落ち着いた。

外出されたHさんを見かけたときには、CMに連絡をいただくように皆さんに依頼し、Sさんに本日の話し合いのことを伝え、Sさんの考

えを聞くことを伝えた。

後日Sさんと面談する。薬について、「現在は脳が活性化するように毎日サプリメントを飲んでいる。基本、薬は飲ませたくない。しかし、夜眠れていないのであれば、私が毎日電話で状態を確認しているので、不安になっていると判断したときには、母に薬がある場所を教えて、薬を飲むように声かけます。できるだけ思い出のある家で暮らさせたい」と答えられた。また、話し合いの結果、地域の方々が見守りをして下さるといふ話に感謝をされた。

### 【考 察】

Hさんが、眠れないことで精神的に不安定になっていることを伝えると、SさんはHさんに薬を飲ませるようになった。Sさんは「以前から薬は副作用があるので、飲ませたくない」と言われており、服薬を勧めることは中々言い出せない自分があった。決定権は家族、本人であるが、ケアマネとして提案することの必要性を実感した。

デイサービスで夕方、薬を確実に飲むことができるようになってHさんは精神的に安定することができた。Sさんは今後の認知症の進行によっては同居も考慮されている。

この事例を通して、認知症があっても、地域の方たちの見守り、協力、地域とフォーマルサービスが連携することにより住み慣れた地域で安心して独居生活が継続できることを実感した。ケアマネ、家族だけの支援では不可能なことが多い。地域全体の協力で安心した生活が継続できることに感謝している。



## リしー随想

No.39



初めまして。「あすなるの郷」(旧称：ケアプランセンターすがはら)の藺田晋輔と申します。生れ育ちは大牟田で、高校(大牟田北高)卒業後、故郷を離れ、いつの間にか流れ流れて、長崎県島原市で生息していました。昨年8月、故郷大牟田へ戻り、その年の10月27日から介護支援専門員として入職いたしました。それまでは、H13年10月から島原市内の特養、在宅介護支援センター、デイサービス、ショートステイ、地域密着型特養で構成された社会福祉法人に在職。デイサービスの送迎から、介護職員、相談員、介護支援専門員、管理者(もどき?)等いろいろ勉強させていただきました。

ついつい、以前の生活・福祉環境と大牟田でのそれとの違いを考えてしまいます。特に、独居高齢者や高齢者のみ世帯の方々の多さを痛感しています。当たり前のことですが、利用者さんは皆さんそれぞれに異なった経験、生活環境で過ごされている訳で、その方々の人生観や価値観というものは十人十色であり、その違いがあつて当然なのですが(心身の状況、持病、家族関係、収入、居住関係など)。

そのような人生の先達である方々と、縁あつて関わらせていただく時に、忘れてはならないものとして「自己覚知」という言葉が思い浮かびます。利用者さんに対して、上からでなく下からでもなく、できる限り「同じ目線・同じ歩幅」を認識すること。そのためには、まずは自分自身の性格、個性、物事全般に対する価値観を知ることによって自分をコントロールし、利用者さんへの対応に備えることができるのではないかと考えます。そういった姿勢で取り組んでいくやりとりの中で、初めてお互いの人間関係・信頼関係を醸成していくことができるものであると考えます。まずは、互いの信頼関係をつくることが一番重要ですし、それなくして最初の一步は踏み出せません。また、状況の変化は常に付きまとい、その都度ベースとなる利用者さんの価値観にも変化が生じてきます。その時々への対応が適切にできるための「心の在りよう」として思い浮かんだ言葉でした。

また、常に近視眼的になることなく、俯瞰的な視点で利用者さんの心身や生活、家族関係など、全体を通して見ていくことも必要になってきます。普段、ついつい見落としてしまいがちなことを改めて考えさせていただく機会となりました。ありがとうございました。次回は、三川地区地域包括支援センターの高口裕子さんにバトンを渡します。

○  
○ あすなるの郷

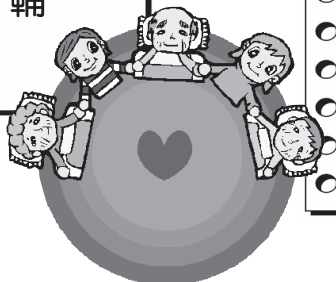
○  
○  
○ 藺 田 晋 輔

次回は……………

○  
○ 三川地区地域包括支援センター

○  
○  
○ 高 口 裕 子 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

## 地域在宅医療推進事業

# 多職種事例検討会のご案内

大牟田市では、大牟田医師会と共催し、在宅医療並びに多職種の連携推進のため、標記の多職種事例検討会を開催します。

今回は、実際の事例に基づきながら、在宅医療や介護に従事する関係職種同士が具体的な連携を探り、それぞれの立場や課題を共有し、相互理解を深めながら、今後どうしていけばいいか、皆さんで考えていきたいと思っております。ぜひ、多くの方々の参加をお願い致します。

**日時** 平成28年1月15日(金)19時から(2時間程度)

**場所** ホテルニューガイア オームタガーデン「鳳凰の間」

【内容】「がん末期の在宅看取り支援について」

事例提供：大牟田市立病院

がん相談支援センター がん専門相談員 北嶋 晴彦氏

- (1) 同職種でのグループワーク  
在宅医療開始時における各職種の役割を深める
- (2) 多職種でのグループワーク  
在宅の看取りに向けた各職種の支援方法や連携を深める
- (3) 発表、講評



申込み：参加申込書を長寿社会推進課にFAXしてください。

(申込書は、あいネットで事業所に送信した申込書をご利用ください。)

切：平成28年1月8日(金曜日)

【お申込み・お問合せ】長寿社会推進課 TEL：41-2672 FAX：41-2662

## 【編集後記】

年の瀬を迎え、このところ急に寒くなりましたが皆様お元気ですか。5月に、我が家に手のひらサイズでもらわれてきたウサギは、もうすっかり大きくなり、手渡しでおやつをあげようとする。パンチを繰り返すような立派な白ウサギになりました。同じように3月に生まれた甥っ子も、今や掴まり立ちが出来ます。あっといふ間に過ぎ去った日々も、振り返るといろいろあったなと思います。私もウサギや甥っ子のように、専門職として少しは成長していきたいものです。

さあ、また新しい1年のスタートです！気持ち引き締めて、新たな気持ちで頑張っていきましょう！

(ウサギのうーちゃん)



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>