

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. 59

## 第6回 基礎研修報告「解決構築の面接技法からまなび」

2月15日（月）、イオンホールにて、今年度第6回目の基礎研修が開催されました。今回は、日本医療ソーシャルワーク学会会長であり、大牟田ではおなじみの大垣京子氏をお招きして「解決構築を基礎にした援助技術」について講義を行っていただきました。

「解決構築の援助技術は、これまでの分析と違って、問題の原因を掘り下げていくのではない。困ったことが生活にどういう影響を及ぼすかは尋ねるが、根ほり葉ほり聞かない。むしろ、問題が解決したら対象者の生活がどのように変わるのかに焦点をおく。問題について関心を持つ傾向にあるが、MSWもCMも面接で問題に焦点を当てるわけではない。」という話から研修は始まりました。

「医療モデルの対話は、医師・看護師と患者の間で行われるが、患者は病気（問題）について話をし、医師・看護師は病気の原因を探り、治す（解決）ことが目的となる。この場合の解決の責任は、医師・看護師にある。では、MSW・CMの対話はどうか？対象者がどのような生活を望むのか、どういう力があるのかについて話をするようになる。つまりは、最初から対象者を生活者として見ることになる（MSWの場合は、病人として見ることになる）。対話の場の責任は、MSW・CM側にあるが、自己決定は対象者自身の責任となる。一人一人違う生活習慣（文化や価値観など）があるので、対象者が望む生活とは何かを言語化する手伝いをするのが対話の目的となる」とのことでした。つまりは、目標を設定し、それに向かって進捗していった先にどのような生活があるのかを、明確なイメージ（言語化）を持たせながら、相談面接を行っていく、ということだと理解しました。

続いて、言語化していくことについて話を進めていられました。「困っていない（特に意識していない）ことは、裏を返せばうまくいっていることなので、それがどんなことかを見極めて継続していくことが大事。継続していくためには何が必要か、何があったらいいかを対象者との対話の中で言語化していく。例えば『幸せになるうね』という抽象的な言葉ではなく、幸せになるためには何をするのが、具体的な行動がとれるように言語化する。注意すべきは、対象者が望む生活を言語化できていないにも関わらず、先に私たちが言葉にしてしまうこと。それは私たちが対象者に望む生活であって、対象者自身が望む生活ではない。」その言葉にドキッとしました。気づかないうちに自分たちが望む答えに利用者の方を誘導していなかったらどうかと、思わず自分自身の面談やモニタリングの内容を振り返ってしまいました。また、「うまくいっていることを探すのが大切」とのこと、先生はコンプリメントという言葉を使われました。褒める、気づいた良かったことをフィードバックする、という意味だそうです。

### ——【解決構築の哲学】（資料から抜粋）——

上手くいっているなら、そのままに  
上手くいっていることは、続けよう  
上手くいかないことは、他の違うことをしよう

また、効果的な対話を行うための具体的な助言を先生からいただきました。

- ・「前にも言いましたよね？」→ × 相手は何も言えなくなってしまう。

- ・「分かりましたか？」→ × 相手は理解力がないと思われると敏感に感じてしまう。  
説明させていただいているという考え方が必要。
- ・「私の説明は分かりましたか?」「今のスピードでいいですか?」→ ○ 相手は答えやすくなる。

最後にまとめとして、【KOGAKI (先生の名前をもじられたそうです) の「3・3・3」原則】を紹介しします (資料から抜粋)。

#### —— クライアントを信じる力 ——

- 1) 代わりに考えない    2) 代わりに答えを出さない    3) 代わりに動かない  
私たちが自己決定をしない。私たちが望む生活を相手におしつけない。

#### —— 自己決定を可能にする力 ——

- 1) 観察する力    2) 待つ力    3) 引くことをおそれない力  
意図的な会話をする事で相手を理解する。  
本人が自己決定できるまで待つ。一旦、引いてみる。

#### —— 自分を信じる力 ——

- 1) 傷つかない力    2) 内省する力    3) 領域を知る力  
私たちにも尊厳がある。学びを続けていくから専門職。  
私たちは万能ではない。全てを知っているとは思わないように。

なかなか理解が難しい部分もありましたが、気づきの部分も多く、大変有意義な2時間でした。紙面の都合上、省略させていただきましたが、講義の後に事例を用いた実践研修もあり、こちらも大変勉強になりました。勉強をしない専門職はいない、という先生の言葉もありましたが、平成28年度も充実した基礎研修・フォローアップ研修を予定しています。会員の皆さんのたくさんのご参加をお待ちしています！

## 第1回 フォローアップ研修報告

### 「ケアマネジャーにおける債務不履行責任と損害賠償リスク」

1月26日、イオンホールにて、“翼・篠木法律事務所” 弁護士の篠木潔先生を講師にお迎えし、「ケアマネジャーにおける債務不履行責任と損害賠償責任」というテーマで講義をしていただきました。この日はあいにく大寒波の日で参加できなくなった会員もおられましたが、参加者は自分の身にも起こりうるかもしれないという危機感を持ち、難しい専門用語に苦戦しながら先生の講義を熱心に受講しました。

以下、講義について簡単に紹介いたします。

\*債務者…義務を負うもの(施設、事業所、職員=法人に対して)

\*債権者…利用者 (死亡すればその相続人)

「施設・事業所における責任の種類を学ぼう～リスクマネジメントは責任を知ることから始まる～」

何か問題が生じた時は、責任の有無、区別、程度の見極めを迅速にする必要があると話されました。「3つの責任の主体とは、①ケアマネ自身の責任 ②所属する法人の責任 ③関係するサービス提供者の責任 それにしたがい適切に対応することで、無用なリスクを回避することができる。責任がある場合、信頼関係の構築ができていれば、すぐに謝罪することでリスクを回避できることもあるが、困難な場合は弁護士に相談する方法もある」と述べられました。

### 「債務不履行責任の構造を学ぶ」

各種サービス利用契約に基づく債務不履行の構造 ①債務不履行の事実 ②債務者の帰責事由 ③因果関係④損害を確認し、リスクマネジメントに活かすためにこの4要件一つ一つについて詳しく解説をされました。

### 「ケアマネジャーの損害賠償リスク」

まず、参加者に「ケアマネジャーの業務ミスはどのようなことが考えられるか」と問いかけられ、自分たちの業務を具体的に振り返ることでケアマネが起こしがちなリスクに意識を向けられました。また、法律上の根拠として、介護保険法に定めてある「指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準」の条文をあげながら、わかりやすく説明されました。以下一部抜粋して紹介します。

○ケアマネの本体的債務を怠った場合(ケアマネが居宅介護支援契約や施設利用契約に基づく、債務を履行しなかったり、不完全な履行であったため、利用者・家族に損害を発生させた場合)

1. 説明義務違反による利用者の自己決定権の侵害 (基準13条2号、5号、7号、10号)  
正確かつ分かりやすい説明は、利用者・家族の自己決定権の前提である。(サービスの種類、内容、必要性、考えるリスク、特定の事業者、特定のサービスへの誘導も含まれる。説明不十分のために思っていたサービスと違っていたなどの苦情が出る等が考えられる)
2. 要介護認定の更新を怠って損害を与えた場合 (基準13条3号、8号)
3. 不適切なケアプランによる不十分・不適切な介護を実行させた場合(基準1条、12条、13条3号、4号、6号、8号、10号)

利用者の心身または家族の状況に応じ、継続的、計画的、効果的に介護サービス等の選択、利用が行われるように調整する義務がある。これを怠るとケアマネの過失による部分的ネグレクト(必要な介護が一部滞っていること)になり、また不必要な介護を強要することになってしまう。

○ケアマネの付随的な債務を怠った場合

1. 苦情処理が不適切だった場合(基準26条)  
ケアマネは、自己の居宅介護支援やケアプランに位置づけた利用サービスについて、利用者や家族から苦情があった場合は、迅速・適切に対応する義務がある。苦情を放置したり、杜撰・不誠実な対応に終始し、相手を傷つける場合や故意に事実を隠ぺいしたり、虚偽の説明を行い、相手を傷つけるなどがリスクとして考えられる。
2. 守秘義務に違反した場合、個人情報保護法に違反した場合 (基準23条・個人情報保護法)
3. 高齢者虐待防止法上の通報義務を怠った場合 (高齢者虐待防止法7条)  
市町村に相談しただけで通報したことになる。もう少し様子を見ようはリスクを伴う。
4. 不適切な接遇や言動により利用者や家族を傷つけた場合  
このことで債務不履行にならなかったとしてもリスクマネジメント的には非常に重要である。

○サービス提供者による介護事故を防止できなかつたり、誘発した場合

1. アセスメントによって事故等を予見できたのに、事故を回避するための対策を取り入れたケアプランを作成せず、このために事故等が発生した場合 (基準13条6号、8号、9号、12号)
2. アセスメントによって事故等が予想される前提事実を把握していたのに、それをサービス事業所に連絡しなかったために、サービス事業所がその防止策を講じることができず、事故等が発生した場合 (基準13条9号、12号、18号) 伝えていれば伝えたという記録が重要になる。

ケアマネの行うべき業務を熟知しておられ、記載できなかった具体例や裁判になった案件についても問題提起をされ大変勉強になりました。今後、介護に関する裁判が増える可能性が考えられ、自分たちが負っている責任の意味を再確認する研修となりました。

## 施設ケアマネジメント研究 研修会報告

2月26日(金)、イオンホールにおいて、施設ケアマネジメント研究研修会が開催されました。講師に介護老人保健施設単ルカ苑施設次長の黒田直さんをお迎えし、なぜ施設ケアマネジャーが必要なのか、「課題」と「今できることは何か？」ということを熱く講義していただきました。



○なぜ施設でケアマネジメントが必要なのか？

①一人一人の個性を大切にできる“利用者本位のサービス”の提供

②自立 ⇒ 利用者の自己実現 ⇒ QOLの向上

つまり、自己実現を支援する観点よりケアマネジメントが必要である。

○ケアプランと介護サービスの関係

①ケアプランを通し、それぞれの関係者が自分たちの提供する介護サービスの役割や意味を再確認する。

②その人が持つ意欲と能力を生かした時間を過ごせるように支援することが「生活を支えるケアプラン」である。その意味を理解した介護サービスがなされてこそ「生活を支える介護サービス」が提供される。

次に、平成22年度に実施した「大牟田施設ケアマネジメント」あり方検討会のアンケート結果で浮かび上がった以下の3つの課題について触れられました。

①ケアプランを作る時間がない(兼務が多い、雑務が多い等)

②他職員へのケアプランの周知が困難(絵に描いた餅状態のケアプラン)

③在宅復帰が困難(家族の受け入れができず目標が見つからない)

このことについて多くの参加者が共感されており、施設ケアマネジメントの悩みを話し合う時間でもやはり6年前と同じような悩みを抱えておられるようでした。課題①については「施設ケアマネは、兼務やその他の雑務が多く、ケアプランを作成する時間がない。兼務はそれぞれの施設での意図があることが多く、各施設の理念や運営者の思いなどをきちんと把握し、マネジメントを実施する上で必要な時間の確保を話し合っていくことも大切である」と話されました。②については、「施設内でのチームケアが大切、チームになっていますか？」と問いかけられました。チームケアを実現するためには、「チームの目的を共有すること」「メンバーに役割を認識させること」「メンバーに役割を任せること」が大切だと述べられました。また、「連携」と「協働」について「多職種は利用者・家族を中心に連携を取りながらケアを行う。課題解決に向け、本人・家族と共にスタッフが協働してケアを行っていくことが必要」と施設内でのチームケアについて話をされました。

そして、この3つの課題を解決するために今できることとして、以下を行っていくことが大切だと述べられました。

(1)より良いケアプランを作るためにマネジメント力を高める ⇒ 研修会等への積極的参加、施設ケア向けの研修会を企画する。

②多職種協働の研修会を開催し、お互いの理解を深める ⇒ サ事協と連携して多職種合同研修会を開催する。

③ケアマネ同士の横の繋がりの強化⇒施設ケアマネ同士の困難事例検討会を実施する。

最後に、講義の中で特に印象に残った言葉を紹介します。「施設には、失われたものを“繋ぐ”役割がある。認知症になったことや身体不自由になったことで失われたと思っていた家族関係を、もう一度以前のように“繋ぐ”大切な役割を果たしていきましょう」この言葉にとっても感銘を受けました。先生の熱い思いがビシビシと伝わり、施設ケアマネジメントを行っていく上の心構えを再確認した研修となりました。

# 地域福祉の充実に向けて

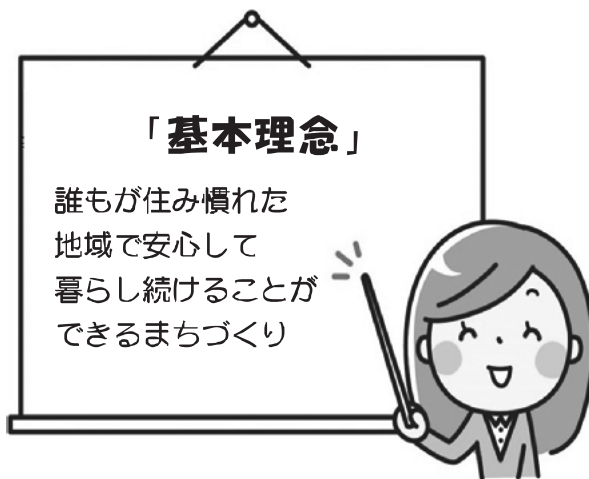
大牟田市保健福祉部 保健福祉総務課 地域福祉推進室

## ① 大牟田市の現状

大牟田市では少子高齢化が急速に進み、高齢化率は33.8%(平成27年10月1日現在)、約3人に1人が高齢者という状況です。

また、隣近所との関係が希薄化するなかで、世代を問わず地域で孤立している人が増えています。さらに、近年では貧困や格差に関する問題が深刻になってきており、生活困窮者への支援も喫緊の課題となっています。

これらの問題や課題を解決するためには、市民一人ひとりの努力(自助)、住民同士の相々扶助(共助)、公的な制度(公助)の連携によって、子どもから高齢者まで市民の誰もが、心身や経済の状況にかかわらず、住み慣れた地域の中で心豊かに安心して暮らせるような仕組みをつくっていく必要があります。



## ② みんなでつくる地域福祉



このような取組みを計画的に進めていくため、「人が真ん中のまちづくりプランⅢ(第3次大牟田市地域福祉計画・第3次大牟田市地域福祉実践計画)」を策定しました。

このプランでは、「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまちづくり」を基本理念に掲げ、「つながりを育む人づくり」「みんなで支え合う地域づくり」「生活課題の解決に向けた包括的な仕組みづくり」の3つの基本目標の実現に向け、地域住民や専門機関、行政が連携・協力しながら取り組んでいくことになっています。

とくに、地域における一人暮らし高齢者等の要介護者を地域で支えていくには、行政や専門機関のみならず、民生委員・児童委員のみなさんを中心とした地域住民の力の協力が不可欠です。

## ③ 介護支援専門員のみなさんへのお願い

介護支援専門員のみなさんにおかれましては、利用者の方の「何曜日にデイサービスに通っているのか」「入院されてしばらく留守にされている」などの情報を、ご本人の了解を得た上で民生委員・児童委員さんに伝えていただくと、見守り・訪問活動がスムーズに行えたり、家に戻ってきた後の見守りにつながります。

そのためにも、民生委員・児童委員や地域住民のみなさんと、日頃からコミュニケーションを取っていただきますよう、ご協力をよろしくお願いします。



# シリーズ・実践事例

本人、家族、地域の力で在宅生活が  
継続できた事例について



## 【はじめに】

小規模多機能事業所（以下、事業所）において、在宅生活を継続できるよう、訪問、通い、泊まりの支援を組み立てている。今まで大を支援していた妻が脳梗塞で倒れ、身体的な後遺症は軽度だったものの、大を支援しながら在宅生活を継続することに不安がみられ、夫婦とも在宅生活が困難と考えていた。しかし、本人の力や家族、そして地域の支え、協力が得られたことで、今まで通り在宅での生活が継続できた。このことから、事業所だけの力で抱え込むのではなく、本人を取り巻く支援者とともに支えていくことで在宅生活の可能性が広がることを考えさせられたため、事例として報告する。

## 【基本情報】

A氏（女性） 年齢：90歳代

介護度：要介護1

病名：脳梗塞、正常圧水頭症、認知症

障害自立度：A2 認知症自立度：IIb

家族構成：夫と二人暮らし

キーパーソンは次女（関西）

要望：本人 ⇒ お父さん（夫）が心配。

次女 ⇒ 夫婦二人では心配であるが、  
自宅で生活してほしい。

## 生活歴

要支援2の夫と二人暮らし。次女は関西在住で年に数回帰省していた。大の受診付添いや介助、薬の管理、牛活全般を担い、夫の世話をすることが生きがいのようだった。平成25年8月より、夫が事業所を利用されるようになり、A氏とは利用者家族として関わりを持つようになる。

## 【支援経過】

### 〔発症～入院〕

平成25年10月～平成26年1月

平成25年10月早朝、脳梗塞にてB病院

へ救急搬送され、手術となる。同年11月にはリハビリ目的にて、C病院へ転院される。入院中、夜間せん妄の出現により、他病室へ入室したり、大を探したりするように院内を歩き回るといったことが見られるようになる。退院後、以前のように自宅で暮らせるか不安に思われながらも大のことを心配されていた。入院の間、夫は事業所の泊まりを利用された。

平成26年1月中旬、退院前訪問のため、一時帰宅される。自宅内では、会話も問題なく、足取りも伝い歩きで安定していた。C病院の担当作業療法士より、院内では会話のつじつまが合わないことが見られたり、歩行時、立位時はふらつきがみられたりすることがあり、見守りが必要であるとのことだった。退院後、以前の生活を送るためには、入浴、洗濯（干し）、買い物、金銭管理が課題として挙げられた。

### 〔退院～サービス、支援導入〕

平成26年1月～2月

入浴は、夫も自宅では入っておられず、A氏の意向を確認し、夫とともに事業所にて入浴されることを計画する。洗濯物を干す際に立位での作業が必要となるため、退院まで立位での洗濯物を干す作業のリハビリが行われた。買い物は、以前は近所の八百屋、魚屋など日常的に歩いて行かれていたが、以前のように歩いて行くことは現時点では困難であり、タクシーなどの活用も視野に入れ、実際にA氏が買い物、金銭管理を行うことができるか、次女様が退院後帰省し、しばらく様子を見られることとなる。

2月中旬、二度目の退院前訪問のため、一時帰宅される。帰宅時は、以前同様に夫の世話をされる。短距離であれば、ふらつきがあるものの、杖を使用せずに歩行可能であった。A氏の身体状況から玄関の上がりかまちが高いため、段差解消のため、手すり付きの2段

ステップ台を設置する。また、洗濯物を干す縁側に段差があるため、手すりを設置する。正常圧水頭症に対し、手術をされており、その後も頭痛が継続している。退院後、激しい頭痛や血圧が高い状態が続く際は受診が必要とのことで、退院後は定期的に血圧測定が必要とのことだった。

数日後、自宅へ退院となり、夫も事業所より帰宅され、約一か月は次女と三人で生活をされる。

#### 〔情報収集、二人での生活に向けた予行練習〕

平成26年2月～4月

事業所より毎日訪問し、血圧を測定、把握する。また、週二回入浴のみの通いをご夫婦で利用される。ご自宅での状況をその都度長女様より情報収集する。現時点では、歩いて買い物には行けず、次女様が行かれていた。以前より、魚屋と八百屋には日常的に買い物に行かれていたとのことで、直接商店に相談する。魚屋までは70～80m程の距離であり、次女様が魚屋へ買い物に行っている際、A氏が次女様を心配され、塀などを伝いながら歩いて行かれたため、次女様が関西へ戻られた後は、ご自分で魚屋まで歩いて行かれることが予測された。そこで魚屋の方には、怪我なく買い物に来られているかなど、来店された際に気掛けてみていただくよう協力を得た。また、八百屋までは300m程度距離があり、A氏自身も歩いてはいけないとのことだったため、八百屋の方より電話で必要なものを聞き、毎回配達していただけることとなった。薬の管理に関しては、混乱され、次女様がA氏、夫とも管理をされた。通院に関しても次女様が付き添われていた。次女様が関西へ戻られた後の服薬管理に関しては、事業所より一日二回訪問し、薬セット、内服確認を行うこととなる。分包し、日付を書いてまとめておいても、A氏は混乱してしまわれるため、ご夫婦とも一週間の薬カレンダーを準備することにした。また、頭痛が日常的に見られ、痛み止めが少なくなると不安が強くなられ、混乱されるため、一日3回内服しても次の診察まで無くならないよう処方依頼する。通院に関し

ては、ご本人がタクシーで通院することで納得された。洗濯物に関しては、特に問題なく干すことができ、縁側の出入りも手すりを使用して行われていた。

2月下旬に公民館長と民生委員の方にご本人のことを相談し、民生委員の方が気掛けて訪問し、心配ごとなどが無いか見守って下さることとなる。A氏の不安は多くあるものの、次女様がおられる間に予行練習や見守り体制を整備することで、不安事が少しずつ解消されていった。

3月、2週間ほど次女様が一時的に関西へ戻られることとなる。関西へ戻ることが決まった頃から不安が強くなられた。実際に次女様が不在の間は、何度もご自分で血圧を測り、次第に高くなっているなど、不安の訴えがみられ、次女様へ直接電話されることもあったが、一方で、夫のお世話や買い物等、滞りなく行っておられた。次女様が自宅へ戻られた際は安心され、訴えも見られなくなった。その後も二回程次女様が一時的に関西へ戻られることがあったが、同様に不安が見られ、次女へ電話をされ早くこちらへ戻ってくるよう催促され、次女様が自宅へ戻られると安心されることが続いた。

#### 〔二人での在宅生活開始〕

平成26年4月～5月

4月下旬に次女様が関西へ戻られることとなる。その後いつ帰省できるかはわからないとのことで、本格的にご夫婦二人での生活となられる。一日二回ご自宅を訪問し、様子確認と服薬確認を行った。訪問するたびに頭痛や血圧などを気にされ、不安を訴えられる。

5月はじめ、次女様より、「今、母から電話があって、頭が痛くて薬を飲んだが治まらないと言って混乱しているみたいです。」と事業所へ連絡があり、訪問する。話を聞いていると次第に落ち着かれた。その後は、不安の訴えが見られるものの軽減してこられた。

通院に関して、夫と二人でタクシーを利用し行かれるが、医師の話が聞き取れず、不安が強くなられた。二か所の病院にかかっておられ、そのうち一か所が特に不安が強かった

ため、二回目の通院からは事業所より職員が付添い、病院を一か所にまとめるよう働きかけを行った。

5月初旬訪問時、体がだるいとの訴えあり、血圧がいつもより高値であったため不安が強くなされた。

翌日朝7時頃から事業所へ連絡があり、「具合が悪いです。どこが悪いかわかりません。」と混乱しておられた。次女様へも電話をしておられ、どうしていいかわからなくなっておられる。訪問し、ご本人と話をすると、落ち着かれる様子もないため、事業所への泊まり利用を提案する。泊まったことが無く、泊まることへの不安も見られたが、ご夫婦で泊まりを利用される。

#### 【事業所泊まり利用】

平成26年5月

事業所の泊まりを利用されると心配事などはすぐに職員へ相談でき、心配事も少なくなっていた。帰宅の話をすると、頭痛や体調が悪い時にどうしたらいいかわからなくなった時が不安とのことだった。本人と時間をかけて話し、再度自宅での生活を見直し、特に不安が強い、薬や血圧について不安軽減を図った。薬の管理に関しては、居宅に薬カレンダーを設置し、夫とご本人の分の管理を職員が見守りをしながら行ってもらい、血圧に関しては、毎日一回のみの測定で良いこと、多少高めの血圧でも心配いらないことを毎日説明した。また、泊まっている間、近所の方や美容室の方、八百屋の方などが定期的に面会に来られ、自宅に帰ってきたら手伝ってくれることや早く帰ってきてほしいことなどを話された。

#### 【在宅復帰】

平成26年5月～平成27年11月

5月下旬、帰宅される。近所の知人の方や商店の方、民生委員へ連絡する。ご本人の不安が強く、自宅で生活し続けることが困難であることは理解しておられ、帰宅と同時にそれぞれが関わりを積極的に持ってください。来られた方に今の心配事などを話され、夜に

なると長女様に電話で心配事を話され、不安を軽減しておられた。心配事は毎日のように絶えないが、食事の準備や夫のお世話などはされており、薬の管理も多少の混乱はあるものの泊まり利用中の練習通りに行われ、大きな混乱は見られなかった。その後、自宅で体調不良や不安があった際は、事業所からの訪問以前に近所の方が気付かれ事業所へ連絡があることもあり、大きな混乱になる前に不安を軽減することができた。

7月に次女様が一時的に実家へ来られ、再度関西へ戻る際も以前ほどの不安は見られなくなった。日常的に事業所の訪問以外にも自宅を訪れる方がおられ、自分が助けてほしい時は、自分から助けを求められ、必要に心じて事業所へ連絡をくださる支援体制が整い、泊まりを利用しなくても在宅生活を継続できるようになられた。

その後、眼科で手術を受けられた。最初は職員の付き添いで受診されたが、A氏一人でタクシーに乗り、受診に行かれるようになる。

#### 【おわりに】

事業所だけの支援では、自宅に帰っても不安が強くなり、泊まりと自宅を繰り返すうちに在宅が困難と判断し、施設等の入居になることが予測された。ご家族の理解と根気強い支援、近所の方、商店の方など地域の見守り、支援があり、早期に問題を発見、対応することができたことで、A氏の不安が自信へと変わっていったと考えられる。地域に受け入れられ、支えられることで、妻として、地域住民としての役割を失わず、A氏らしい生活を継続できたのではないかと考える。A氏の支援からご本人、ご家族、地域と事業所の役割を整理し、支援していくことがご本人らしい生活につながると考えさせられた事例だった。



# リしー随想

## No.40



三寒四温を繰り返し、今年も冬がもうすぐ終わろうとしています。先日、大牟田では未曾有の大断水で混乱を来し、大きな課題・教訓を残してくれました。その際ご尽力された皆様、大変お疲れ様でした。

さて、福祉職に携わる皆様！お金は貯まらないのに、これだけはズンズン溜まっていく“ストレス”ってどうしていますか？上手に付き合ったり吐き出したり、コントロールが必要な厄介者ではありますね。色々なストレス解消法がある中、私に一番適していたのが『自宅居酒屋化』であります。ケアマネジャーという職業を長年やっていく中で、色々な気分転換やリフレッシュ法（水泳・スポーツジム・登山・映画鑑賞等々…数知れず）を試してきましたがどれも続かず、たどり着いたのが自宅居酒屋です。

その日の冷蔵庫にあるものでできる肴に合わせてお酒を選ぶか、またはお酒に合わせて作る肴を決めるか。その作業はまさに楽しいひと時です。普段はデイリーワインや安物の日本酒・発泡酒ですが、時々高級なワインなんか他人様からいただいた時などは、それはもう仕事と同じくらい力が入ります！めったに買わない尾頭付きの鯛を買い込み、アクアパッツァやガーリックトースト（私はすりおろしたニンニク、オリーブオイルの他にバターも使います）・ナスのチーズ焼き・小エビのアヒージョ等々、鼻歌交じりで作り始めると仕事の疲れはどこへやら。いつの間にかスイッチは完全にオフに切り替わっております。辛口のやや高め日本酒なんかあった日には、揚げ出し豆腐・茶碗蒸しや、この時期はストーブでコトコト煮込んだおでんなんか最高ですよ。

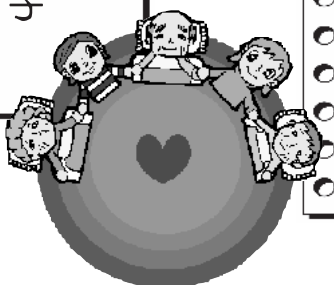
色々な美味しいお店に行った時には、自分で作れるかもしれないと思えるメニューを試行錯誤しながら作ります。そのせいで飲みに出る回数も減り、作り終えて席に座って口に運ぶ最初の一献はまさに五臓六腑にしみわたります（笑）。

もう10年ほどこんなリフレッシュ方法を続けていますが、おかげさまで10kgほど太りました。しかしながら、今のところ健康診断の結果もほぼ標準値であり、風邪もめったにひかない元気なおばちゃんができあがりました（笑）。今はクックパッド等ネット情報でも本格的な調理法が簡単に実践できますので、皆様も外食ばかりではなく時々自宅を居酒屋やイタリアンレストランにしてみませんか？お勧めです！

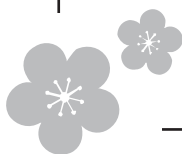
次回は、親仁会ケアプランセンターの本田美恵子さんにバトンを渡します。

○ 三川地区地域包括支援センター  
 ○ \_\_\_\_\_  
 ○ 高 口 裕 子

次回は……………  
 ○ 親仁会ケアプランセンター  
 ○ \_\_\_\_\_  
 ○ 本 田 美恵子 さん



です。



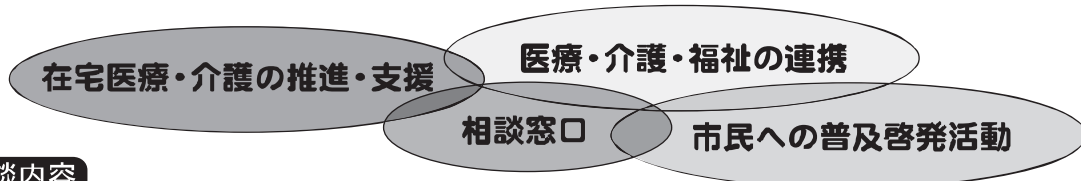
# 大牟田市からのお知らせ

長寿社会推進課 (問合せ) ☎41-2672・☎41-2683

## 「在宅医療・介護連携相談窓口」が医師会内にできました

**ところ** 大牟田医師会 在宅ケアセンター内 (大牟田市不知火町2丁目144番地)

**連絡先** 0944-41-5333



### 相談内容

- 市民からの在宅医療に関する相談
  - 医療機関からの介護相談や退院調整の支援
  - 介護事業所等からの在宅医療に関する相談・支援
- 在宅医療や介護の連携について、何でも気軽に相談ください。

在宅医療・介護情報リスト  
・マップあります。

■この取組みは、福岡県の在宅医療連絡拠点整備事業の補助を受け、医師会が運営しています。

### ■今後の動き

平成27年4月の介護保険法改正により、地域支援事業の包括的支援事業として新たに「在宅医療・介護連携推進業務」が追加され、市町村は、医師会などと連携しながら取り組むこととされています。

### ■在宅医療・介護連携推進の必要性が高まる

- 地域医療構想の協議が始まり、病院の急性期、回復期、療養期の機能分化が進む
- 診療報酬改定などにより、早期の在宅復帰が進む
- 在宅での療養に、患者本人や家族の関心が高まっている

この在宅医療・介護連携は、医師や介護職ほか各専門職とその関係団体等が、お互いに理解し、助け合い、それぞれの専門性を活かしながら、より質の高いサービスを提供していくための連携体制づくりが求められています。今後も皆さんのご協力をお願いします。

### 【編集後記】

気候が暖かくなってきた、春も近づいてきているなあ、と感じる今日この頃。

ハッと気が付けばもう一月です。当たり前ですが、年が明けて三か月が過ぎました。「1月は行く、2月は送る、3月は去る」と言われるように、この三カ月は慌ただしく過ぎていきました。こうやって歳を重ねていくのです。

考えてみれば私も平成十年から今の施設に就職して十九年目に入りました。日々の忙しさに追われてあっという間の十八年でした。そして私の見た目も生活も大きく変わりました。独身だったの今は中学生の子どもがいるのだから、何か不思議な感じです。

介護保険制度も平成十二年四月の施行当初から見るとその中身もだいぶ変わってきました。そしてついに介護予防・日常生活支援総合事業の実施(完全移行)まで気が付くと残り一年となりました。慌ただしい一年になってしまわないように、早めに形を示していただいていた余裕を思っています。

その前に：花見で浮かれるくらいは許して下さいね。  
白五返匠

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