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. 65

平成29年度主治医と介護支援専門員～講演会・交流会～

平成30年１月25日にホテルニューガイアで主治医と介護支援専門員の講演会・交流会が開催されました。大牟田医師会の理事中村先生のご挨拶の後、熊本市で在宅医療を専門に開業され、地域において様々な立場の方とのチームを構築してこられた、医療法人ソレイユ　ひまわり在宅クリニック理事長・院長後藤慶次先生の講演がありました。

初めに、ひまわり在宅クリニックの紹介があり、その中で「クラウド型電子カルテ」と、多職種との情報連携ツール「メディカルケアステーション（ＭＣＳ）」の活用について説明されました。カルテの情報をクラウドに置くことにより、カルテの閲覧・入力がどこでも可能になり、またＭＣＳを使うことにより訪問看護師や訪問薬剤師、ケアマネジャー等との情報交換がスムーズに行われているとのことでした。

次に、「在宅医療・ケアとは？」と題しての講話がありました。在宅医療の対象者や提供場所について話され、在宅ケアに関わる職種がそれぞれの役割と限界を認識し、足りない所を補完しあうことが大切であり、その中でも重要なのが「訪問看護ステーション」であると説明されていました。居宅介護支援事業所については、特にターミナル期のご利用者に対してはケアマネジャーの迅速な対応が求められるとのことでした。また、「顔の見える連携」について話され、クリニックでは、サービス担当者会議やカンファレンス、研修会等へ積極的に参加するよう取り組まれているとのことでした。スライドの資料には医師に向けた連携ポイントも挙げられていました。

施設在宅医療のまとめとして、施設での在宅医療、看取り数は増加傾向にあるが、施設の種類により介護・医療体制は異なるため、施設の方針を理解し力量を見極めることも必要であるとのことでした。

後半では、看取りの事例を３例紹介して頂きました。どの事例も多職種が連携をとりながら迅速に対応されており、利用者は穏やかな最後を迎えられておりました。事例を通して特に強調されていたことが「救急車を呼ぶということ」についてでした。救急車を呼んだらどうなるのかということに対しての理解を深める必要があるとのことで、救急車を呼ばない工夫についても教えて頂きました。また、よき最期の条件として「どのような人生を生きてきたか」、「支える人たち、家族との関係が良好であったか」、「最期の時期に悔いのない十分な介護ができたか」、「最期が穏やかだったか」という二ノ坂保喜先生（医療法人にのさかクリニック院長）の言葉をご紹介頂きました。

最後のスライドには、「皆さんが望んだ場所で、豊かな気持ちで納得のできる最期が迎えられる街づくりをしましょう」と綴られていました。私たちの暮らす大牟田でもそのようなまちづくりを目指していければと感じました。

第二部の交流会では、介護支援連絡協議会の安藤会長が後藤先生への謝辞を述べられた後、「この交流会を活用し、講演の内容以外の在宅医療と介護の連携についてお尋ねする機会として頂きたい」と開会のあいさつを述べられ交流会が始まりました。後藤先生のテーブルには次々と医師会の先生方がご挨拶にみえ、また各テーブルでも話が盛り上がりとても充実した研修会となりました。

第9回 多職種連携促進のための意見交換会

Ｈ29年11月28日（火）19時からイオンホールにおいて「第９回多職種連携促進のための意見交換会」が開催されました。（参加者　セラピスト56名、介護支援専門員53名）

初めに大牟田市介護支援専門員連絡協議会の安藤寛治会長より「大牟田市は、すでに高齢者人口のピークを迎えている。今後団塊の世代の高齢化に伴い後期高齢者の割合が高くなっていくことを踏まえ、医療と介護の連携を円滑に進めていく必要がある。Ｈ30年度の医療と介護の同時改正では、やるべきことをきちんとやらないと点数が付かない、またつける根拠も説明できないといけない。このような機会にしっかりと意見交換をしていただき、お互いの仕事の理解と高齢者の生活機能向上のために、連携の意味を深めてもらいたい。」と挨拶されました。

まず司会の情報交流部戸嶌氏より、「利用者の入退院に伴い、ケアマネが病院に情報提供に赴く事は多くなっており、連携が少しずつ進んでいると思うが、セラピストとの関わりはまだまだ少ないように感じている。今回このような機会を作ったのは、入退院時にリハビリの情報が必要な利用者が多い現状を踏まえての事。この会を機にセラピストとの連携を深めていければと考えている」と意見交換会の趣旨について説明がありました。

次に14グループに分けてあったグループ内で自己紹介を行いましたが、参加者の中には近隣市町村病院からの参加も多数あり、お互いに連携の必要性を感じていることが解りました。

意見交換の題材として２事例の紹介があり、それぞれの事例について、ケアマネとして、セラピストとして、良い方向に向かわせるため意見交換を行いました。それぞれの事例について、“他にどのようなことが必要だったか、今後どんなことが必要になるだろうか”ということについて活発に意見交換をしました。

検討された内容については、①情報提供の内容について（セラピストは入院前のＡＤＬや活動について知りたい）②望ましい連携の時期について（入院時の他、退院の目途が立った時等）③情報提供の手段について（ケアマネから事前に連絡してもらえれば時間を作れる）④セラピストの立場のアセスメント・ケアマネの立場のアセスメントについて情報交換をする必要がある）などをテーマに話し合われたグループが多かったようです。

その他の意見として「病院内の連携もそうであるが、ケアマネとの連携でゴール設定にズレが無いようにしたい。主治医に確認しにくいことがあれば、セラピストへ相談してもらいたい。また医療系のサービスのゴールをどのようにすればいいのか」という事を中心に意見交換したグループもあり、グループ発表からも多岐にわたった意見交換がされたことが理解できました。あっという間に時間が過ぎ、お互いに連携の必要性を直接確認できる場となった研修となりました。

最後に介護支援専門員連絡協議会情報交流部　松下部会長より、「この会を通じてケアマネの方からもっと積極的に連携を図っていかなければならないと感じた。初めてセラピストとの意見交換会であったが、来年度は医療と介護の同時改正もあり、今後もっと必要になると思った。」と締めくくられ閉会しました。

事例検討会～施設ケアマネジメントの実践

去る２月16日18時半より、大牟田市総合福祉センター２階研修室にて、施設ケアマネジメント研究研修会として「事例検討会～施設ケアマネジメントの実践」が開催されました。

初めに介護支援連絡協議会林副会長から「施設ケアマネジメント研究研修会は、H22年にＣＭ連協が行った“施設ケアマネジメント在り方検討会”から開催されるようになり、今年で３回目を迎える。これまで２回の研修会の流れを踏まえ、本日は実際の事例を検討する事により、学びを深めてもらいたいと思っている」と挨拶がありました。

講師は、初回からお迎えしている介護老人保健施設聖ルカ苑　黒田直施設次長においでいただきました。まず黒田さんより、事例検討会の目的について、「サポーティブなスーパービジョン機能を取り入れた事例検討会であること、参加者の気づきのプロセスを大事にしていること、お互いの成長を目的に行われること、利用者と利用者を取り巻く環境や援助者との関係性などに関する情報を明らかにするために時間を使うこと」等について話され、さらに参加者が共通理解をしておくルールについても丁寧に説明があり、事例検討に参加する共通意識を高められました。

今回は、介護老人保健施設サンファミリーで介護支援専門員と介護職員を兼務されている田島さんから事例が提出され、スーパーバイザーとして黒田さんが事例検討を進行されました。

今回の事例は、介助者の体調により、介護が出来なくなり、本人のＡＤＬ向上と介助者のレスパイトケアのため短期入所を利用された事例でした。その後本人のＡＤＬも向上し、介助者の体調も回復したため退去されました。しかしその後本人のＡＤＬは保たれていたが、家族の希望により再び短期入所となったという経緯でした。

田島さんより「介助者の本人へ思いの変化に対処できなかったことが課題」と検討課題の焦点化が行われ、その後、田島さんと参加者の意見交換を通して事例の再アセスメントを行われました。検討が進む中、グループ内の意見交換の時間もあり、グループでもいろいろな視点で事例を深めました。田島さんと各グループの気づきとして、本人の施設での様子は十分にアセスメントできていたものの、本人が介助者と同居に至る経緯、介助者の家庭環境、他の支援者と本人との関係性の情報は施設の支援相談員が聞き取りしており、連携がうまくできていなかったのではないか。また、介助者の置かれている状況へのケアが出来たのではないかという事に気づいていきました。

最後にこれらの背景として、田島さんの「ポジショニング」が課題ではないかとバイザーの黒田さんより提唱されました。支援相談員とケアマネジャーの役割のポジショニング。また、本人や家族から田島さんが「どのように見られていたか」「ケアマネジャーとして認識されていたか」というポジショニングを考える場面があり、事例提出者だけでなく参加者も一緒に学びを得ることが出来ました。

最後に田島さんより「いろいろな視点でアドバイスをもらえてとても勉強になりました」と感想があり、黒田さんからは「事例検討会が力をつけるためにとても有効であるため、大牟田でも多く行ってほしい」と提案されました。

ケアマネジメントサポート事業

『質の向上のための研修会』

さる平成29年11月25日（土）の10時から大牟田市社会福祉協議会２階大会議室にて、ケアマネの質の向上のための研修会が開催された。講師には北九州福祉サービス　センター長の金子大介氏をお招きし、「アセスメント手法と課題整理総括表の活用について」ご講義を頂いた。

【午前中の講義】ケアマネについて検討すべき課題として「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」「“サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない”などが指摘されている。指摘の背景には“ケアマネがどのように課題を抽出したのかの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくい、課題把握等のプロセスには経験に基づく学習を要する一方で業務経験年数の短いケアマネも多い（ケアマネの平均業務年数は５．２年）”」といった要因があると考えられる。

今後、地域包括ケアシステムの構築に向けて、生活支援サービスを提供する事業者等との連携の必要性が大きくなる。ケアマネには、専門職としての専門性を確立するとともに、これまで以上に様々な関係者に対し、要介護者等の課題を把握した経緯を分かりやすく説明する事が期待される。これに有効であるのが「課題整理総括表」である。

課題整理総括表は、要介護者等の基本情報を他職種間で共有出来るツールであり、専門職であるケアマネとしてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したか見えるようになっている。現在の居宅サービス計画書の様式では、アセスメントツールの結果から課題を導き出す過程が見えてこない。そのため、担当者会議等でケアマネが口頭で説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景や援助の方向性、各担当の役割の共有が十分に行われない事もある。こうした事が「適切にアセスメント出来ていないのではないか」といった指摘やケアマネ不要論につながっていると考えられる。

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書第２表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである（利用者がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断する事が重要）。また課題整理総括表は、計画策定の時（ケアプラン原案の作成にかかる前のタイミングで作成することが望ましい）だけでなく、目標達成状況を確認するための評価表としても活用できる。ケアマネが一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用する事が重要である。

【午後の講義】事例を用いて、課題整理総括表に記載する実習を行った。

課題整理総括表の活用の留意点としては、時間軸を意識する事である。「阻害要因」「状況の事実」「備考（今の状況を補足する欄）」は現在の事を記載する事になるが、「改善／維持の可能性」「見通し」は未来・将来の事になり、これを踏まえて、居宅サービス計画書を作成していく事になる。「改善／維持の可能性」「見通し」を踏まえ、長期・短期目標や援助内容が精査しやすくなる事も期待されている。現状を把握し、現状に対して課題を抽出し、解決法を導き出す。プラン作成は左から、である。

以上とても内容の濃い講義で、今後のプラン作成に向け、何度も活用しながら使いこなせるようになっていきたいと思えた研修だった。

高齢者運転免許証自主返納支援事業について

会員の皆さま日々のお仕事お疲れ様です。皆様が支援される利用者の中には、認知機能の低下や身体機能の低下により、運転の継続が心配される方がおられると思います。

大牟田市では、免許証の自主返納をした高齢者に対して移動の為の交通手段に関する支援事業があります。高齢者による運転免許証の自主返納を促進し、高齢者が加害者となる交通事故を防ぐために作られた事業の概要を紹介します。

支援の対象者（次のすべてに当てはまる人）

（１）Ｈ29年４月１日以降にすべての運転免許証を自主返納した人
（２）大牟田市内に住所を有し、現に居住している人
（３）運転免許返納時70歳以上の人
＊次の方は対象になりませんのでご注意ください
・Ｈ29年３月31日以前に免許証を返納した人
・運転免許証の有効期限が過ぎている人

申請期限

運転免許返納後１年以内

支援の内容（次の中からいずれか一つ。一回限り）

（１）タクシー利用券　5,000円相当分（500円相当券×10枚）
（タクシー利用券は、大牟田市タクシー協会に加盟している９社で利用できます）
＊タクシー利用券は、年度内で使い切ってもらう事になりますのでご注意ください
（２）西鉄バスなどで使えるＩＣカードニモカ　5,000円分（利用可能額4,500円　デポジット500円）

申請の流れ

（１）警察署等で、本人が全ての免許の自主返納申請を行う
（２）警察署から「申請による運転免許の取消通知書」、「取消を受けた運転免許証」を受領する
（その他のサービスを受けるための運転経歴証明書についても説明があります。運転経歴証明書については最後に記載）
（３）高齢者運転免許証自主返納支援事業申請書及び「申請による運転免許証の取消通知書」、「取消を受けた運転免許証又は本人が確認できるもの（後期高齢者医療被保険者証等）・印鑑」を持って市役所生活安全推進室（本庁舎４Ｆ）に申請する
（タクシー利用券又は西鉄ニモカのいずれかを選択してもらい交付となる）
＊申請書は、市役所生活安全推進室又は各地区公民館にあります。また、ホームページからダウンロードすることも可能です
＊申請書の印鑑は、シャチハタ不可です
＊家族等の代理の方が来られるときは、委任状が必要です。委任状も申請書と同じ方法で入手してください。代理の方が来られるときは、代理の方の印鑑が交付時に必要です。念のために申請者本人の印鑑もあると安心です。

申請窓口・問い合わせ

大牟田市市民協働部生活安全推進室（本庁舎４Ｆ）　電話４１-２７３０

「運転経歴証明書」について

その他民間の事業者による運転免許自主返納者向けのサービスがあります。
＊サービスを希望されるときは、運転経歴証明書の提示が必要になります。
＊運転経歴証明書の発行は、警察署交通課で手続きしてください。
（運転経歴証明書の発行には手数料1,000円と写真代200円が必要です。２週間程で交付されます）

シリーズ・実践事例

ご家族との関わり方が難しかった事例

ご本人の支援よりもご家族との関わり方に悩んだ事例である。支援が終了した今、ご家族との関わり方が適切だったのか振り返ってみたい。

【基本情報】

・Ａ氏　８１歳　女性
・息子と二人暮らし。
・要介護１
・障害自立度：Ａ１
・認知症自立度：Ⅱｂ

【ＡＤＬ情報】

・移動：調子の波はあるが、基本的には自立。
・食事：自立だが、好き嫌いあり。
・入浴：デイ利用時に介助入浴。
・排泄：リハビリパンツ、パット使用。
　　尿意はあるが、失禁する事が多い。
・健康管理：薬の飲み忘れが多い。
　　受診は病院からの送迎がある。

【支援経過】

Ｈ25.05.11

紹介を受けた地域包括支援センターの職員とＡ氏宅を訪問。Ａ氏と長男と初回面談。重要事項説明書や契約書について説明を行うと、長男より「内容をじっくり読んで記入したい」とそのまま預かられた。その後、長男は前任ケアマネの事や現行サービスの話をされ、訪問介護事業所を変更したいとの意向をうかがった。

当事業所で担当ケアマネは三ケ所目だった。前任のケアマネについて長男は「自分が不在の時に勝手に自宅に上り込んで母と話をしている」「自分は仕事をしているのに、何度も仕事中に電話をかけてくる。夕方以降ならかけてもらってもいいと言っているのに人の話を聞いていない」などと話された。また訪問介護事業所については「何度言っても同じ間違いをする」「『訪問中は戸締りをきちんとしてほしい』と話しているのに玄関のドアは開けっ放し。知らない誰かが勝手に入ってきたらどうするのですか」と言われ、「こっちがお願いした事をきちんとやってくれる事業所に訪問してほしい」との事だった。訪問介護については、Ａ氏宅から近く、ケアマネとも連携しやすいという理由で同法人の事業所に依頼し、長男の了解を得た。

Ｈ25.05.23

サービス担当者会議の開催。長男より訪問介護事業所の管理者Ｙへサービス提供時の事について説明があった。特に玄関の鍵の開閉や保管場所については実演をして頂いた。支援内容は、これまでのサービスを引き継ぎ、デイケア（週３回）・訪問介護（週２回）を提供していく事にした。

長男は仕事をされていたという事もあったが、Ａ氏の支援への協力はほとんどなかった。Ａ氏が失禁されてもオムツ交換はされず、自宅内は尿臭が漂っていた。服薬管理が出来ず、残薬も多かった。長男に支援を依頼しても「母とずっと一緒にいるわけではない」「自分が言っても薬は飲まない」「自分が支援する事を母は嫌うし、実際しようとしたら拒否された」と否定的だった。後日、長男にＡ氏への思いをうかがった時には「自分は子どもの頃から母親らしい事をしてもらった事がない。母

が歳をとって弱ったからといって、私が世話をする義務がありますか？」と話された事があった。返す言葉がすぐには見つからず、そんな思いを抱えながらもＡ氏との同居を続けられる長男の真意がなかなか分からなかった。

Ｈ25.07.26

長男より苦情の連絡があった。内容はヘルパーの鍵の保管場所についてだった。Ｙ に確認するとヘルパーが担当者会議の時に長男より指示があったように鍵を保管していなかった事が分かり、謝罪。今後は、徹底してもらう旨を伝えた。

長男から訪問介護事業所への苦情は度々入ってきていた。しかし、訪問するヘルパーには直接言われず、ケアマネに電話で伝えられた。事業所に連絡して頂いた方が、内容が直接伝わり、即解決につながると考えて長男に話をしたが、「途中で話を変えられてしまうかもしれませんし、どちらにしても同じ話を私がケアマネにもしないといけないので、二度手間になってしまう」との事で、今後も苦情は直接ケアマネに伝えられた。その苦情の電話が１時間以上かかる事もあり、他の業務が重なっている時は対応が難しく感じられた。

Ｈ25.11.05

担当ケアマネが不在時に長男より訪問介護事業所への苦情の電話が入った。電話を受けた他ケアマネがＹにつなぎ、直接話を聞いてもらった。しかし、かえってこじれてしまい、長男より「今すぐ担当ケアマネと話がしたい」と言われたという事だったので、長男に電話をかける。長男は「玄関の鍵が壊れていたので、Ｙにどんな扱い方をしたのか聞いた。しかしＹは『分からない』と言う。鍵の開け方を分からない人が、鍵を無理矢理開けようとして無理矢理壊してしまったに違いない。弁償してもらわんと」とかなり立腹されていた。

その後、ケアマネはＹの上司（ケアマネの上司でもある）とともにＡ氏宅を訪問し、玄関扉の状態を確認した。鍵は壊れていたが、長男との電話の中でＹが「分からない」と言ったのは、壊れているのが鍵の部分なのかノブの部分なのかが不明で、どこが壊れているかよく「分からない」と言った誤解だった事も分かった。とりあえず、長男はこのままにしとくわけにもいかないから業者を呼んで修理します、との事だった。

Ｈ25.11.21

長男と電話で話をする。「修理は終わった。とりあえずサービスで直してもらい、費用は発生しなかった。もし費用がかかっていたらケアマネとしてどのように対応するつもりだったのか。また鍵を壊されたら自分で修理しないといけないのか。今回の件の責任の所在をはっきりさせてほしい」「誰でも開閉する玄関扉なので、関わっている事業所などを集めて、どのように鍵を開閉してあったか確認するつもりでした」「今さらそんな事をする必要性はない。ヘルパー以外に壊した人はいない。そもそもケアマネにも責任を感じてほしい。対応が無責任に感じる。責任の所在をはっきりさせてから、話し合いが必要かどうかを考えてほしい」

訪問介護事業所に責任があると言われるため長男・Ｙ・Ｙの上司・ケアマネで話し合いの場を設けた。長男「扉が壊れた原因がどこにあるのか知りたい」「Ｙ はどういうつもりで仕事をしているのか。管理者として無責任極まりない」Ｙからは再度、「分からない」と言った真意を説明。Ｙの上司は「不特定多数の方が出入りする玄関扉です。うちのヘルパーが壊したという事実が実際にあるのですか。一方的に事業所が悪いと言われるのはおかしいです」と話をした。結局、Ａ氏訪問からＹを外すという事で話し合いは終了した。

話し合いの後、修理された扉を確認するために

Ａ氏宅を訪問。長男からケアマネに「前のヘルパーを断った理由の一つに、ドアの開閉がちゃんと出来ていなかったからって話をしていましたよね？」と問われ、すぐに思い出せず言葉を濁してしまった。ケアマネの言動に長男は「話した内容もきちんと覚えていない。ヘルパーと合わせてケアマネも代える」と立腹された。Ｙの上司より「今後の対応は包括支援センターと協議させて頂きます」と提案し、長男も了解された。

午後、経過説明のために包括支援センターを訪問し、経過を報告する。すると担当職員より「先ほどまで、Ａ氏の長男が来られて話をされて行かれました。ケアマネさんと長男さんの話はだいたい同じ内容でした。ただ長男さんは『ケアマネも代えると言ったけど、代えるのはヘルパーだけでいい』と言われてありました」との事だった。また「きちんと包括支援センターに入ってもらって話を聞いて欲しい」との要望があったとの事で、日程を調整した。

Ｈ25.12.02

長男・包括支援センターの管理者・包括支援センターの職員・Ｙ・Ｙの上司・ケアマネで話し合いを行った。包括支援センターの方には中立的な立場で客観的に話を聞いて頂いた。長男・事業所ともにこれまでのお互いの主張を繰り返すだけで特に進展や解決策は見つからず。訪問介護事業所は「事業所内ではＡ氏宅のドアの開閉については情報を共有しており、手順通りにきちんとやっていた」という説明に長男が納得され、「Ｙに訪問してもらわなければ、現行通りのサービスの継続でいい」という事で、継続利用となった。しかし、長男・事業所ともにわだかまりを抱えたままという状態だった。ＣＭとして、どの立ち位置でいたらいいのか分からない状況だった。

年が明けて、１月に今度はＡ氏宅のトイレの便座が破損するという事があった。「トイレの掃除をするのは、ヘルパーしかいない。今度は本当にヘルパーが壊した」と長男は主張され結果的には、それが理由で訪問介護事業所を変更される事になった。

【考察】

この後も担当ケアマネとして、Ａ氏や長男との関わりは続いていくのだが、紙面の都合上、訪問介護事業所とのトラブルを中心に紹介させて頂いた。今、事例を振り返ってみても思うのだがケアマネは長男との関わりを苦手と感じていた。それはどの部分にと考えた時に、頭ごなしに話をされたり、ケアマネ自身が一般的に常識と思う事が通用しなかったりするため、きちんと長男と向きあって話が出来なかったからではないか。そのため、伝えないといけない事もなかなか言えずにいた。つまりは、信頼関係がきちんと構築出来なかった。もちろん担当を代えるという選択肢もあったかもしれないが、いつか分かり合えるかもと思い踏ん張っていた部分もあった。一人よがりだったかもしれないが、関わり続けた事で、支援の最後の方では、長男自身のプライベートなことや母親に対しての感情を話され細かい報告もされるようになった。そのことで長男との距離は少しは、縮まったように感じている。

また訪問介護事業所とのトラブルの際も自分の立ち位置が明確に出来ず、長男と事業所の間に挟まれて、何も出来ない自分を感じた。長男は、訪問介護事業所を変更したことでケアマネが中立の立場になったと思われたようだった。

今後はケアマネとしての立ち位置（特に同法人の場合）をしっかりと意識しながら業務に励みたい。

Ａ氏の事例は多くの事を学ばせて頂いた。

リレー随想

No.46

大牟田医師会ケアプランセンターの永野さんからバトンを引き継ぎました中央地区地域包括支援センターの一瀬です。地球温暖化というものの、やっぱり寒い冬の日々が続いていますが皆様いかがお過ごしでしょうか。

えー、バトンをお受けしたものの皆様にバーンとご紹介するような趣味も特にないので仕事柄興味のある介護予防に関する出来事をご紹介します。

最近はテレビでも健康番組を多く扱っているのでココナッツオイルは皆様もご記憶にあるかもしれません。今から二年ほど前、ココナッツオイルが認知症予防にいい、そして美容にも効果が！という情報を知りました。

摂取するだけで認知症や美容にも良いなんて、なんてラク！ものぐさな私にピッタリ！よしっ！ココナッツオイルを試してみよう！と思いました。やり方としては、ココナッツの甘い香りがさすがに食事にはイマイチ合わせにくい気がしたので、ボトルにコーヒーとオイルを入れてシェイクして飲むことにしました。

毎朝、せっせと飲みました。初めのころ、ちょっとオイルの量を増やしたら、しばらくして、お腹の調子が悪くなり一日中トイレのお世話に・・・（涙）休日の時で助かった！オイルって身体が慣れない内は取り過ぎに注意ですね。でも、それ以後はお腹をこわすこともなく・・・月日は流れ、ココナッツオイルに対する世間のブームは去り、オイルの値段も当時からするとかなりお安くなりました（もっとも、これがフツーの値段だったんじゃないかしら！？）

お値段が手ごろになったのはいいのですが、肝心の効果のほどは今の時点では全くわかりません。しかし！止め時がわからずズルズル続けた結果、ハッキリと判明したことが１つだけあります。それは体重の増加！！（いやいやココナッツオイルのせいだけではないでしょ！というツッコミも聞こえてきますが）認知症予防になるかもしれませんがオイルのカロリーは高いのです。当たり前のことですが、その分のカロリーをどこかで消費しなければなりません！！ものぐさな私はダイエットという大きな課題を増やしてしまいました・・・ココナッツオイルで学んだことは介護予防とダイエットにはやっぱり運動が必要なんだなーっということでした。くだらない話ですみません。

次回は小規模多機能ホームひだまりの田上愛さんへバトンをお渡ししたいと思います。

中央地区地域包括支援センター

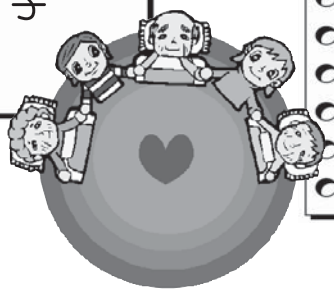
一　瀬　佳　子

次回は……

小規模多機能ホームひだまり

田　上　　愛 さん

です。



【編集後記】

寒い寒い冬が終わり、暖かな春の日差しが差し込む今日この頃。平成29年度から平成30年度へ突入ですね。

平昌オリンピックは皆さまみられましたか？4年間、オリンピックのために日々頑張ってきた選手たちの勇姿に感動しきりでした。

介護保険も改定の年を迎え、業務は日々多忙ですが、オリンピック選手たちを見ながら「頑張っている人は素晴らしい」と感じ、ケアマネジャーとして、忙しい、大変と思うばかりでなく、専門職としてのスキルを磨くこと、人間力を高めることを、平成30年度は目標に掲げたいと思いました。春の日差しも心地よいなか、花見等でストレス発散して、皆様一緒にがんばりましょう！

大牟田市からのお知らせ

問合せ：健康長寿支援課 介護サービス育成担当　☎41-2683

平成30年度から大牟田市内の居宅介護支援事業者の指定権限が福岡県から大牟田市に移譲されます。

介護保険法の改正により、平成30年４月１日から、居宅介護支援事業者の指定権限が都道府県から市町村に移譲されます。

これは、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活が営めるようになるには、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが重要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに、市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、市町村に移譲されるものです。

大牟田市では、介護保険法及び基準省令の改正により、平成30年４月１日施行の基準条例（「大牟田市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」）の制定に向け、準備を進めています。（一部、平成30年10月１日からの施行）

【介護保険法及び基準省令の改正により、大牟田市の基準条例に盛込まれる内容】

（１）医療と介護の連携の強化

①入院時における医療機関との連携促進

指定居宅介護支援事業者は、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、「介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう」、利用者又はその家族に対し、求めなければならない。

②平時からの医療機関との連携促進

介護支援専門員は、利用者が医療サービス（訪問看護、通所リハビリテーション等）の利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

介護支援専門員は、指定居宅介護支援サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

（２）末期の悪性腫瘍利用者についての専門的見地からの意見の掌握

介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

（３）指定居宅介護支援事業者の管理者の要件の見直し

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。
前述の管理者は、主任介護支援専門員でなければならない。（ただし、平成33年３月31日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。）

（４）複数の指定居宅介護サービス事業者等の紹介による公正中立なケアマネジメントの確保

居宅介護支援サービス計画の作成に際し、利用者が複数の指定居宅介護サービス事業者等の紹介を求めることができること等について、指定居宅介護支援事業者は、利用者に説明を行い、理解を得なければならない。

（５）利用回数の多い訪問介護サービス（生活援助中心型）に対する市町村の確認

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合は、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載し、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。（本規定は、平成30年10月１日から施行する。）

（６）障害福祉制度の指定特定相談支援事業者との連携

指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

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　大牟田市健康長寿支援課内（TEL：0944-41-2672　FAX：0944-41-2662）
あいネット　http://www.cr.city.omuta.fukuoka.jp