

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. 74

令和2年度 多職種連携推進のための研修会 「新型コロナウイルス感染対応を振り返って」について

令和3年2月18日（木）18時30分から、医療法人 信和会 介護老人保健施設 樹心台 中尾清志事務長を講師にお招きし、“令和3年度 多職種連携推進のための研修会”がオンラインで開催されました。テーマは、“新型コロナウイルス感染対応を振り返って”で、昨年2月の段階で職員に陽性者が確認された際の対応や、同11月にクラスターが発生した際の対応等の経験をお聞きできるという事で、42名の参加（聴講）がありました。

中尾事務長からは、国内で新型コロナウイルス感染症が発症し始めた令和2年2月末に職員から陽性者が確認された経緯、その際の対応や心境・周囲の反応などについて詳細にお話して頂きました。経緯の中では、国内での感染が初期であった事から、感染疑いのあるものについて保健所へPCR検査を希望しても、“（当時の）基準に該当していない”と検査を何度も断られた、未知の事への恐怖や不安等から、マスコミや地域の方などより、陽性者を特定させたい旨の問い合わせやひぼう中傷の声が多かった、という話がありました。

そのような中で取り組まれた主なポイントとしましては、

- ①陽性となった本人へのメンタルケア
 - ②職場スタッフへ経緯や、対応中・対応予定などを正確に伝える事
 - ③マスコミへの積極的な対応
- との事でした。

“①陽性となった本人へのメンタルケア”について、管理職が連絡を取り合うなどして本人の気持ちに寄り添い、安心して職場復帰できるような関りを持ち続けられたという事、“②職場スタッフへ経緯や、対応中・対応予定などを正確に伝える事”については、週に1回行っていた朝礼を毎日開催し、各人へ紙面配布（夜勤者などには紙面を事務室に置く事で情報が行き届くように配慮）する事で、スタッフとタイムリーに正確な情報を共有する事を図られたとの事でした。また、“③マスコミへの積極的な対応”について、事務長等が窓口となられ、利用者や利用者家族、スタッフとスタッフの家族、地域の方々等の風評被害を1日でも早く解消する事と、サービスを休止している事で、その影響を受けている方々の困りごとや苦慮が1日でも早く解消される事を念頭に取り組まれていたそうです。

そして、令和2年11月に施設内にクラスターが発生した際には、スタッフ間の情報共有のために災害時の情報連絡システムを活用して、70文字以内のショートメールによる情報の共有を図られ、2月時の反省から、ホームページにも情報を更新するように取り組まれた事、また、結果的に入居者に陽性者は確認されませんでした。有難うございましたが、有事の際には陽性者を分けた居室や、その際に従事してもいいというスタッフへの聞き取りを行い、スタッフの動線や休憩場所を分けるなどの想定や準備も行われていたとの事でした。

お話の後、聴講者からスタッフや入居者へのPCR検査が行われた際に工夫や配慮について、その後の家族等の面会状況や配慮点、スタッフへのフォロー等、の質疑があり、率直なお気持ちや状況をお話して頂きました。最後に、情報交流事業部会 松下部会長より謝辞を伝えられ2時間を超える研修を終えました。

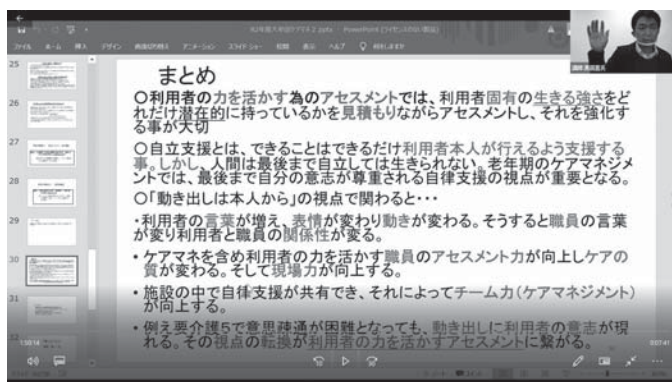
感染力の強い未知の感染症に対して、正面から向き合ってきた状況や工夫、苦慮等について、大変貴重な話をうかがいました。研修の内容は大牟田市介護支援専門員連絡協議会のホームページにも掲載されておりますので、是非、多くの方に聴講いただき、参考にして頂きたいと思います。



令和2年度

施設ケアマネジメント研究活動支援 研修会報告

令和3年2月25日施設ケアマネジメント研究活動支援研修会が開催されました。今回はコロナ禍でもあり、皆様集まったの研修会が開催できない為、zoom研修という形で行いました。今年度も講師に介護老人保健施設聖ルカ苑 副施設長黒田直さんをお迎えして、「利用者の力を活かすアセスメント～動き出しは本人からの実践を通して～」と題して開催しました。施設ケアマネジメントにおけるアセスメントの視点を講義やグループワーク、そして動画も取り入れながら行い、様々な気づきを得る研修となりました。



今回研修のテーマでもある「動き出しは本人から」とは、介護する側を優先するのではなく、介護される本人の動こうとする気持ちとその動きを優先する事で、この視点は利用者の力を活かすアセスメントの基本となる部分であると教えて頂きました。

そこでこうした取り組みを行うと以下の変化が現れるとの事です。

- ・利用者の表情が変わります！
- ・利用者の言葉が増えます！
- ・利用者の動きが変わります！
- ・職員のアセスメント力が変わります！
- ・職員の関わり方（ケアの質）が変わります！
- ・利用者職員との関係性が変わります！
- ・現場力が向上します！
- ・そしてチーム力が向上します！

我々はアセスメントの視点を転換する事が重要で、あくまで利用者の自らの意思を尊重して、介護者は「介護をする人」ではなく「する・できるをサポートする人」である事を理解しました。特に動画によるワークや6班に分かれてのグループワークでは、介護者の様々な働きかけの違いが、ご利用者様中心の動きを可能な範囲で促すという事に気づかせて頂きました。

動き出しの一コマを一つ一つ繋ぐと次が現れ、それが動作になりその動作を繋ぐと行為になります。利用者自身が主体的に動く一番安心できますし、予測できない介護支援は不安でしょうがないはず。動き出しはまず意思や視線から感じて、そうした目や心の動きがあると身体は主体的に動きやすくなります。例え“自立”が失われても“自律”は失われない支援が大切で、介護において自らの意思で介護を受けるという、人に委ねる選択権をもつ“自律支援”が重要となる事がわかりました。“待つ介護”の重要性を理解して、出来ると思て待つ事を教えて頂きました。

最後に講師の黒田さんが仰っておられましたが、例え業務の忙しさや重介護者だからという思い込みで、出来る事を阻害していないかを常に問い、利用者自身の“自立支援”または“自律支援”を実現出来る為、自分の業務にどう落とし込めるのが、研修で学んだ所を1つでも実践して活かしていけたらと思いました。利用者の動こうとする気持ちとその動きを優先してこれから支援していく事が重要だと学びました。



小規模多機能型居宅介護のケアマネの業務を紹介します！

小規模多機能型居宅介護ぶらいえで管理者と計画作成担当をしています古賀と申します。

小規模多機能で勤めて10年が経ちますが、日々いろんな事を学ばせて頂きながら、新しい考えや様々な視点を持って、ご支援させて頂いています。

今回は、小規模多機能のケアマネジメントや業務内容など、ご紹介したいと思います。

簡単にですが小規模多機能とは、「訪問」「通い」「泊まり」を組み合わせながら、24時間365日住み慣れた地域・自宅で可能な限り、ご支援させて頂くサービスです。

また、小規模多機能らしい支援やマネジメントのあり方を「ライフサポートワーク」と呼んでいます。

ライフサポートワークは、地域密着型サービスのケアを通じて、実践のなかから作り出したもので「可能な限り住み慣れた自宅や地域のなかで暮らし続けるための支援を行う」ことが地域密着型サービスの役割です。

ライフサポートワークは、以下のポイントを支援の基本と捉えています。

- ・最後まで自宅と地域社会のなかで暮らし続けるための支援。
- ・「これまで」と「これから」の落差を和らげる支援。
- ・状態の変化にもろい利用者、家族・介護者だが、常に変化し続けていることに柔軟に対応する支援。
- ・介護だけを課題にするのではない、人の暮らし全体を把握する支援。
- ・多様な価値観による自己決定、自立支援、生活の継続性を尊重する支援です。

小規模多機能では、「泊まり」の機能もあり、なじみの職員・なじみの環境の中で、安心して休んで頂く為です。私自身、夜勤もしている事もあり、泊まりの方の夜間の様子も見る事ができるので、本人さん・ご家族さんと話しをする際にも、日中の様子だけではなく、夜間の様子も含めて話しができています。また、夜勤中に、書類等の作成をする事も多く、「疲れたな～」と思ったら、泊まりを利用されている方の寝言？を聞き、癒されています（笑）。

私の中で、一番大切にしている事は、皆さんの「～したい」想いの実現です。以前、ご利用されていた方の中で、「孫たちと東京ディズニーランドに行きたい」と希望され、本人さんはもちろん、ご家族さんや地域の方も一緒に協力して頂き、実現する事ができました。これからも、お1人お1人に寄り添い、「～したい」実現の為に、必要な事は何か？どうしたら良いか？と本人さん達と一緒に考え、その人らしい生き方・暮らし方の実現の為に、これからも息の長い支援をとしたいと思います。



基礎研修①～⑤

DVDレンタル 出来ます!!

令和2年に開催されました基礎研修の第1回～第5回の内容をまとめましたDVDを絶賛レンタル中です。

研修に参加できなかった方、研修を振り返りたい方などにオススメです。レンタル料は、5日間で1000円です。お問い合わせは、事務局の月山さんまでお願いします。



シリーズ・実践事例

見えないものに対して、
どのように対応したらいいのか？



【事例の概要】

ある理由にて、サービスを休みがちなA氏。これまでもその理由にて、サービスを中止されたり、新たなサービスが導入出来なかつたりしている。そのため、介護されている夫の負担軽減が難しい状況になっている。

A氏の事例を振り返りながら、今後の支援につながる糸口を見つけられたらと思う。

【基本情報】

A氏：女性 82歳

要支援2（H30.07～H31.07）

要介護2（R01.08～）

既往歴／現病：脳梗塞（15年以上前）

心房細動・高血圧

ADL：移動 つかまれば可。外出時は夫が介助。

排泄 用心のため、リハビリパンツ（夜間）

・パット（終日）着用。失敗はなし。

更衣 一部介助（手が上がりにくいため）

食事 自立（調理は夫やヘルパー）

入浴 一部介助（夫が支援）

IADL：家事全般・服薬管理は、夫が行っている。

買い物には時々夫と一緒に行かれている。

受診は夫が車を運転し、付き添われている。

【支援経過】

平成30年8月14日

地域包括支援センターより「（ケアマネが所属する法人の）Bデイケアの利用を希望されている方がおられます。担当ケアマネも同じところをお願いしたいとの事でした」との依頼があり、受ける事となった。

平成30年8月16日

地域包括支援センターの職員とA氏宅を訪問し、初回面談を行った。A氏や夫の意向は「Bデイケアを短時間で利用したい。好き嫌いが多いので食事や入浴は自宅でするので、とにかくリハビリをお願いしたい」との事だった。

平成30年8月22日

サービス担当者会議の開催。夫から「他者とのコミュニケーションが苦手なので、配席などの配慮をお願い

します」との話があった。

平成30年9月1日

夫から「相談したい事があります」との電話があり、A氏宅を訪問。「家内がデイで食事を食べてもいと言っているの、昼食を提供してもらっていいですか？ただ、肉料理と乳製品以外でお願いします」との事だった。栄養士に相談し、了解を得た。また食事の提供に伴い、デイの利用時間も増やす事となった。

平成30年9月6日

Bデイケアより「A氏のご主人から電話があり『しばらくデイを休ませます』との事でした」との連絡があった。A氏宅を訪問し、理由をうかがった。夫からは「実は言いにくいことですが、家内はものすごく霊感が強いんです。デイには不特定多数の方が利用されているでしょう？その方達にたくさん霊が憑いているわけです。そこにうちの家内が行くと、霊が『話の分かる者が来た』と全て家内に憑いてくるんです。デイの送迎で何とかうちまで帰ってきますけど、玄関で疲れ果てて倒れてしまいます。デイに限らず霊はどこにでもいて、散歩していてもスーパーに買い物に行っても憑いてきます。私も家内と長くいるせいか霊を感じる事が出来るようになっていまして、家内に憑いた霊を払うのが私の役目です。しばらく家内の身体をさすってあげると霊は帰っていきます。なかなか信じがたいでしょうけど、そういう状態なのです。最初からケアマネさんにその事を伝えようかどうか迷ったのですが…。デイを休むと言ったのもそれが理由です」との話があった。担当ケアマネとしては、夫の話を否定も肯定も出来ず、そういう理由があるという認識で受け入れるしかなかった。とりあえずデイでのリハビリがなくなると、A氏の身体機能の低下が懸念されるため、訪問看護（リハビリ）の利用を提案し、A氏・夫の了解を得て、調整を進めていく事になった。

平成30年9月12日

デイケアの利用が中止となり、訪問看護のリハビリを利用開始される事に伴う、サービス担当者会議を開催した。会議の中で、夫より「デイの利用は中止しませんでしたと言いましたが、まだ利用は出来ますか？」と尋ねられた。「まるめの金額なので、今月末までは大丈夫です」と返答すると「とりあえず、明日、行かせたい」

との事だったので調整を行った。

平成30年9月13日

Bデイケアより報告。「今日、A氏がデイを利用されましたが、体調が優れないという事で、早めに帰られました」との事だった。

平成30年9月19日

訪問看護によるリハビリが開始。「特に問題なく終わりました」とのセラピストより報告を受ける。

平成30年11月29日

夫と買い物に行った際に転倒し、右腕を骨折。入院となった。

平成30年12月14日

夫より「昨日、自宅に退院してきました。リハビリの再開をお願いします」との連絡があった。

平成30年12月26日

サービス担当者会議の開催。夫から「入院してからずっと家内は『家に帰りたい』と言っていました。病院には特に色々いますからね。二週間が限界で連れて帰ってきました。私がこれまでも家事全般やっていたし、家内の介護も苦にならないです。入院前に家内は『あなたに迷惑をかけたくないから、何かあったら入院してもよかよ』と言っていました。やっぱり難しかですね」との話があった。担当ケアマネとしては、入院が難しいなら施設入所も難しいだろうという事を考えた。

令和元年6月26日

介護保険の更新申請に伴う訪問調査に立ち会った。夫からは「今日は、家内が『胸が痛か』と言うものだから、午前中に受診してきました。CTやレントゲンを撮りましたが、異常は見つかりませんでした。

最近は大いび弱ってきました。少し頭も呆けてきよるです」との話があった。また「リハビリの先生が代わるという事で、挨拶に来られました。新しい先生になるというのは緊張しますね」との話があった。

令和元年7月19日

A氏宅を訪問し、新しい介護保険証を確認した。「要介護2」となられてあった。A氏・夫からは「リハビリの回数を増やして、元気になりたい」との意向があった。

令和元年7月25日

サービス担当者会議の開催。8月から週3回の訪問リハビリの利用となる事を確認した。

令和2年1月

ここまでは利用票通りに週3回の訪問リハビリのサービスを受けられてあったが、年明けぐらいから、週3回のうちの1回をキャンセルされるようになってきた。理由としては、急にA氏が「頭痛」や「体調不良」

等を訴えられるため、夫が「A氏を病院に連れていくため」という事だった。

令和2年1月22日

A氏の遠縁にあたる、訪問介護事業所のCさんが居宅介護支援事業所に来設された。「おじさん（A氏の夫のこと）からご飯を作りにきてほしいとの依頼がありました。『A氏が自分の作ってくれた食事を食べてくれない。でも身内寄りの他人が作ってくれたら食べるようになるかもしれない』との事でした。お金は払うという事だったので、家族としてではなく、ヘルパーとして訪問したいと思います」との話だった。

A氏の夫に確認すると「家内が私の作った料理を『美味しくなか』と言ってあまり食べてくれんごつなりました。Cさんには何度か作ってもらった事がありましたが、『美味か、美味か』と言って食べています」との事だった。A氏も「主人の食事よりもいい」と同意されたため、サービス導入の調整を行った。

令和2年2月3日

サービス担当者会議の開催。訪問介護の支援を週2回とした。

令和2年4月～

訪問リハビリのキャンセルが増え、3回全て休まれる週も出てきた。夫より「午前中は突発的に病院に行く事が多いので、出来ればリハビリは午後からお願いしたい」との意向があり、週3回のうち1回は午前中、2回は午後からの支援に変更した。

令和2年5月～

訪問介護事業所のCさんが病気療養をされる事になった。事業所から他のヘルパーの派遣の話があったが、夫は「他の人では家内の対応は無理です」と断られ、Cさんが退院されるまで訪問介護の支援は中止となった。「そげん入院に何ヶ月もかかるわけじゃないごたるけん、その間は私が家内の世話をします」との事だった。

令和2年6月～

A氏・夫の意向で、訪問リハビリの提供時間を変更したが、サービスのキャンセルは続いていた。支援に入る1時間前に急にキャンセルされる事が多く、事業所より「キャンセルが続くようなら、週2回の支援にして頂きたい」との意向があった。A氏・夫と話をし、7月から訪問リハビリは週2回に変更する事となった。

令和2年6月30日

サービス担当者会議の開催。夫からは「急にどこが痛い、ここが痛いとか言い出すので、しょっちゅう病院受診をせなんです。でも診察を受けたり、検査をしてもらったりしても何も異常は出てきません」との事。

「不定愁訴の可能性が高いと思われるため、しばらく様子を見てから受診された方がいいのでは？」と夫に話すと、「病院は午前中の診察だけなので、もし午後から悪くなると別の病院に連れて行かないといけなくなる。病院でも『またですか…』みたいな感じで見られてますが、やっぱり心配ですもんね。本当に何かあったら…」との返答だった。リハビリについては、A氏も夫も「してもらわないと困る」との事で利用の継続を希望。担当ケアマネもリハビリの必要性は感じているため「出来るだけキャンセルは少なくして頂きたい」との話をし、週2回とも午後からのリハビリに変更した。

また夫の介護負担増がみられてきたため、1泊2日のショートステイの利用を提案。A氏は「泊ってもいいよ」とあっけらかんと答えられたが、夫は「家内一人では施設で過ごしきらんでしょう。施設にも色んな人がいるので、色んなものをもらってしまうと思います。どうなるかはだいたい想像がつかます」と却下された。

令和2年9月～

訪問介護事業所のCさんが退院され、訪問介護のサービスが再開された。

令和2年11月～

訪問リハビリの事業所より「週2回のうちの1回は必ずキャンセルされている状況が続いています。本当にリハビリを必要とされているのか分からなくなってきました。病院受診や体調不良で休まれています。毎回そんなに調子が悪いのかも分かりません。事業所としてはキャンセルなくきちんとリハビリを受けられる利用の方にサービスを提供したい。良かったらケアマネさんを含めてA氏夫婦と話がしたい」との提案があった。ちなみに訪問介護のサービスのキャンセルは、なし。

令和2年11月22日

セラピストとともにA氏宅を訪問し、訪問リハビリのキャンセルが続いている事について触れ、事業所の現状を伝えた。夫は言いにくそうに「迷惑をかけているなあとは思っています。実は、リハビリの先生が毎回（霊を）連れて来るとやんね。それが気になっているんです」との事だった。分かっていた事ではあったが、それがキャンセルの理由とは想像がつかず、セラピストとともに言葉を失ってしまった。気を取り直し、訪問するセラピストの変更を提案する事にしたが、A氏・夫の返事は「誰が来ても同じです。それなら慣れてある今の先生の方がいいです」との事だった。担当ケアマネも思わず「私も誰か連れて来ているのでしょうか？」と尋ねると、それには答えられず「とに

かく事故には気を付けて下さい」とだけ言われた。結局、現行サービスの継続という事で収まってしまった。
令和2年12月～

訪問リハビリからの報告では、キャンセルは続いているが、ドタキャンされる事はなくなり、午前中のうちにキャンセルの連絡がくるようになり、「それはそれで助かります」との事だった。また1月からは夫の希望もあり、週2日の利用のうち1回は、午後から午前中の利用に変更している。

【まとめ】

支援当初は主にA氏の方が霊についての話をされてあったが、認知症の進行とともに、あまり話されなくなっていた。逆に夫の方が、霊へのこだわりをみせられるようになってこられたように思う。ケアマネを含む支援者は霊の気配や存在が分からず、A氏や夫にきちんと「正直、何も感じません」と伝えているが、夫の話はきちんと傾聴している。ただ霊の存在によって、本来受けるべき必要のある支援が受けられなくなっている状態は、あまり良くない考える。必要なサービスをきちんと受けられるように、A氏・夫・事業所と調整しながらサービスの変更を行っているが、現実的にはA氏の状態やサービス提供のあり方については何も変わっていない。後日、訪問介護のCさんから、A氏の夫に「霊を連れてくるな」と怒鳴られた事があったとの話を聞いた。「そう言われても自分達ではどうしようもないじゃないですか。ただ、不思議と来なくてもいいとは言われたいんですよ」との事だった。結局はそういう事なのである。

今回A氏の事例を振り返ってみて再確認出来た事は、A氏夫婦がお互いに依存的である事（夫の方がやや過保護気味で最初から否定的な一面がある）、A氏の夫についての情報がほとんどない、という事である。

夫の生活歴等が分かれば、霊にこだわられる理由が何か見つかるのかもいれない。また、支援開始して2年半になるが、踏み込んだ支援が出来にくい雰囲気を感じている（A氏の受診に立ち会わせてもらえない、少しつつこんだ話をすると夫は笑いながら話をすり替えられるなど）。この部分はまだ信頼関係が築けていないという事になるのだろうか。いくつか糸口は見つけられたように思うが、現実的には、現時点で、何かあった時に対応するような対処療法的な支援しか出来ないのかなと感じている。

リしー随想

No.55



居宅介護支援事業所はなぞの 松井さんからバトンを引き継ぎました。居宅介護支援あすなるの郷 石坂敬子です。

2年ほど前の大牟田文化会館で開催された研修の帰り、偶然立ち寄ったコンビニで同じ研修に参加されていた松井さんとお会いしたことがこのバトンを引き継ぐきっかけになったようで…研修ってそんなご縁もあるのかと…。

ケアマネとして働きだして4年目。あすなるの郷でベテラン二人の先輩の姿を見ながら勉強させて頂いています。まだまだ未熟で悩むことがたくさんあります。しかし、常に相談出来る環境で、色々な会話の中から事例検討へ発展。三人でたくさん話して意見出しながら、みんなで検討していく。いろいろな事例を検討しながら日々成長しているような実感しています。

自分自身のことですが、中2・小6・小3の子どもの子育て奮闘中。三人とも部活やクラブチームでバスケットを頑張っているので、日々の練習送迎、試合・大会・遠征の送迎・応援(コロナの影響で去年の半分くらいなっていますが…)など母親としてサポートしている毎日です。

子育て経験者の皆さんからは、まだまだこれからが大変よ、と聞きます。やっぱり世の中の親御さんって凄いです。

小6の学年では仲のいいママ友から一緒に学年委員するよ、との一声で役員をしています。昨年度に引き続きコロナの為、学校行事の規模縮小・中止・予定変更。感染予防が一番大事と理解していますが、親心としては小学校最後の学年を我慢ばかりは残念です。「卒業アルバムに載せる写真が少ない。」こんな悩みが出てくるなんて思ってもみなかったですよ。

仕事も日常生活も[新しい生活様式]にまだまだ慣れませんが、前のようにLIVE観戦・買い物・食事会など楽しみの場に心配なく行ける日が早く来てほしいものです。

今回は、福岡県済生会ケアプランサービスなでしこ 伊藤絵梨香さんへバトンを渡します。快く受けて下さりありがとうございました。

-
- 居宅介護支援 あすなるの郷
-
-
- 石坂敬子
-
-

次回は……

-
- 福岡県済生会
- ケアプランサービスなでしこ
-
-
- 伊藤絵梨香さん



です。

大牟田市からのお知らせ

大牟田市地域支え合いセンターについて

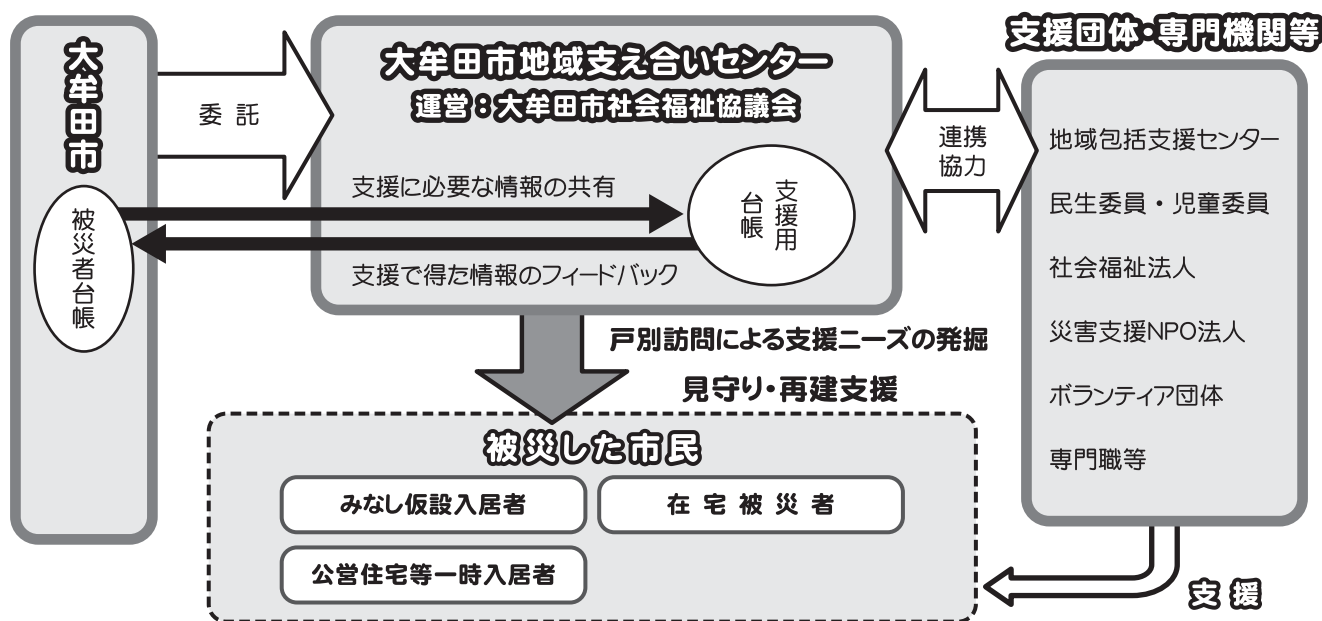
大牟田市では、令和2年7月豪雨災害被災者の生活再建を総合的に支援するために令和2年11月に「大牟田市地域支え合いセンター」を設置しました（運営は大牟田市社会福祉協議会へ委託）。

現在、被災者世帯を戸別訪問し、災害による支援ニーズの把握・掘り起しを行っています。このような中、今回の被災に関するものだけでなく、様々な困りごとを抱えている世帯もいらっしゃるのことがわかってきました。こうした困りごとを解決し生活を再建するには行政だけではなく各種支援機関や専門職等との連携が不可欠です。

ケースに応じてケアマネジャーの皆様のご支援をお願いすることもありますので、ご協力をお願いします。

【具体的な活動(状況の変化に応じて適宜変更)】

- ① 市内全域の被災世帯(*)を戸別訪問(アウトリーチ)し、家屋・世帯員の状況等を把握する(り災証明申請状況等含む)。 **※被災世帯は、約3,000世帯程度を想定**
- ② 自力等により生活再建が出来るのか、継続的な支援が必要かを確認する。
- ③ 継続的な支援が必要な世帯についてどのような支援が必要なのか、市や支援団体とのカンファレンス等により役割分担し、解決に向けて伴走する。
- ④ 被災世帯が通常の生活を取り戻していかれるのに合わせ、通常の福祉施策等による支援に移行する。
- ⑤ 全ての支援世帯が生活を再建し通常の暮らしに復帰することを目標とする。



【編集後記】

春の風が気持ちよく、花も芽吹き楽しい季節になりましたね。新型コロナウイルスの影響で、過ごし方はだいぶ変わってしまいました。東京オリンピックもあるのだろうか…、旅行に行けるようになるのかな…など考える日々。外出時は必ずマスク着用。もう慣れましたが、マスクの種類もたくさん出てきて、アクセサリまでついた時はびっくりしました。コロナ禍で大変な中、ちょっとしたおしゃれを楽しめる人間の強さを感じました。さて、令和3年度は介護保険報酬改定ですね。多忙の中ですが皆さん一緒に頑張りましょう！

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 大牟田市福祉課総合相談担当内 (TEL: 0944-41-2672 FAX: 0944-41-2662)
 大牟田市介護支援専門員連絡協議会ホームページ <http://omuta-cm.net>