

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. 83

令和5年度 フォローアップ研修が開催されました。

令和6年2月3日、山口大学大学院医学系研究科教授の山根俊恵先生を講師にお招きして、令和5年度フォローアップ全体研修～ケアマネジャーと8050問題～を開催しました。山根先生は、ひきこもり者や精神障がい者の居場所支援、リカバリー支援に注力されており、直接的な支援だけでなく、支援者や専門職への勉強会も行ってあられます。

講義では、現在のひきこもり支援施策の全体像と課題、ひきこもりの当事者の気持ち、ひきこもりが長期化する仕組み、どのようなコミュニケーションが必要か、について事例を交えながらわかりやすく説明してくださいました。グループワークでは、「ケアマネジャーが、ひきこもりの娘さんに声をかけたところ、怒って部屋に帰ってしまった」という事例に対し、コミュニケーション分析シートを用いて、対象者の言動・状態、支援者の行動から、その時の支援者がどのような気持ちで声掛けをしたのかを分析し、ひきこもりが長期化する悪循環の要因を学ぶことができました。

以下講義で印象に残った点を紹介します。

一つ目は、専門職と言われる人たちの支援の対象者について、「その人がどこで暮らしているのか、誰に相談するのかで、その後の生活は一変する」と話されたことです。ケアマネジャーの責任について改めて自覚させられました。

二つ目は、「自治体のひきこもり支援を理解しているか」「病院や行政を紹介するだけの交通整理になっていないか」との問い合わせです。ひきこもりに限らず、精神疾患に関する相談を受けた際、杓子定規に精神科受診を勧めていないだろうかと、自分自身の今までの行動を振り返るきっかけになりました。

三つ目は、本人の要望で、ひきこもっている息子さんを「いないもの」として扱っているケアマネジャーの事例の紹介です。その行動は息子さんの存在を否定する行動で、息子さんがどういう気持ちになるか考えなければならないと話されました。息子さんの自尊心を傷つけ、ひきこもりを長期化させている要因となっている可能性も考えると、家族関係やその歴史のアセスメントがいかに必要であるのかに気づかされました。

最後に、講義全体を通して伝えられた「対話の大切さ」です。「対象者の世界で苦しみを理解する」「一般論を持ち出さない」「問題解決ありきで行動せず、じっくり話を聞いて信頼関係の構築をする」これらは、私たちの支援の対象者である高齢者に対しても当然とらなければならぬ態度であると改めて認識させられました。

先生から講義の締めに「この支援がスタンダードになってほしい」とのお言葉がありました。ひきこもりの方が50人に1人と身近になっている状況で、今一度自分自身のケアマネジメントを見直し、8050問題に対応できる力をつけていかなければないと感じました。

8050問題の現状から、私たち専門職がるべき態度までわかりやすく学べ、とても勉強になりました。当研修はDVDにもまとめてありますので、ぜひご覧になってみて下さい。



令和5年度 ケアマネジメントサポート事業の報告

令和6年2月19日、各包括エリアのケアマネジメントサポート事業の連携担当者が集まり、zoomにて会議が開催されました。議題が、令和5年度の活動報告でしたので、ご紹介致します。来年度の活動の参考にされてみてはいかがでしょうか。

【中央地区エリア】

- ・事例検討会(2回)
- ・学習会「障害福祉から介護保険利用へ移行となられる方への支援」
- ・学習会「BCPマニュアル作成について」
- ・エリア内の居宅介護支援事業所を訪問(8ヶ所)
- ・定例会議は偶数月に開催(ハイブリッドや対面で開催／6回)。

【吉野地区エリア】

- ・学習会(事例検討会)
「医療と介護の連携…適切なタイミングでのアプローチ」
- ・民生委員とケアマネの意見交換会(41名の参加)
- ・エリア内の居宅介護支援事業所を訪問(4ヶ所)
- ・定例会議は7回開催。

【三川地区エリア】

- ・研修会「重度自閉症と知的障害を併せ持つ障がい者家族のはなし」
- ・研修会「災害時に備えた必要な準備」
- ・研修会「虐待について」
- ・居宅介護支援事業所を訪問し、事例検討会(6ヶ所)
- ・打ち合わせは、4回開催。

【手鎌地区エリア】

- ・事例検討会(2回)
- ・交流事業(54名の参加)
エリアの事業所職員に参加してもらい、事業所の紹介を行った後、グループで交流を図った。
- ・打ち合わせは、2回開催。

【駒馬・勝立地区エリア】

- ・研修会「ケアプランデータ連携システムについて」
- ・事例検討会「独居の人の在宅生活を支えるために」
- ・打ち合わせは、zoomにて5回開催。

【三池地区エリア】

- ・研修会「成年後見人制度について～素朴な疑問を聞いてみよう～」
- ・民生委員とケアマネの意見交換会(38名の参加)
- ・活動会議は偶数月に開催(zoom／6回)。

昨年5月から、新型コロナウィルス感染症が5類感染症に分類されたこともあり、どのエリアの活動も活発になってきている印象がありました。その反面、研修などを対面形式で開催するのかzoomで開催するのか悩ましいといった意見もありました。

令和6年度の開催方法については、当協議会で検討し、早めに皆さんに方針をご提示出来ればと考えています。

各エリアの連携担当の方、
お疲れ様でした!



● 災害時要配慮者の個別避難計画作成のモデル事業に取り組みました ●

近年の災害において、高齢者や障害者の方が犠牲となってあられ、災害における全体の死者のうち65歳以上の高齢者の方の割合は、令和元年台風19号では約65%、令和2年7月豪雨では約79%でした。今後、災害時の避難支援等を更に実効性のあるものにするためには、要配慮者の個別の避難計画の作成促進が重要となります。

令和5年3月に、大牟田市防災危機管理室より大牟田市介護支援専門員連絡協議会に「災害時要配慮者の個別避難計画作成」について、協力依頼がありました。どのような形で協力させて頂くのか市と協議を重ね、当協議会の部会員の皆さんに担当している利用者の方の承諾を得て、モデルケースとして計画を作成して頂く事になりました。令和5年4月までにモデルケースを選定して頂き、令和5年5月に計画作成のための説明会が開催されました。

その後、令和5年6月～10月にかけて、個別避難計画を作成しました。17名の部会員の皆さんの協力を得て21件のモデルケースを提出しました。令和5年12月に防災危機管理室の方とモデル事業についての意見交換会を行いました。意見の一部をご紹介します。

- ・個別避難計画を作成することで、災害時にどのような援助や補助を受けられるのかを端的に説明出来ない点が課題と感じた。
- ・計画の情報について、どのように活用されるのかが不明。個人情報の取り扱いに不安を感じる。
- ・担当している利用者の災害時の避難について、現実に即して考える機会になった。

来年度以降はもう少し多くの介護支援専門員に協力して頂き、事業を広げていきたいとの事でした。

※今回の災害時要配慮者とは、要介護認定3～5の方が対象。

災害時要配慮者の個別避難計画書(例)

この表は、災害時に要配慮する人の情報を記入するための用紙です。内容には、被災者情報(氏名、年齢、性別、誕生日、住所、電話番号)、避難場所(自宅・隣家)、避難方法(徒歩・車両)、避難料(運賃)、避難予定期間(4月、6月)、備考欄などがあります。また、右側には「お問い合わせ」という欄があり、「この用紙は、災害時に要配慮する人の情報を記入するための用紙です。」と記載されています。

保険者より①

令和6年度の介護保険料納入(納付)通知書の発送予定について

令和6年4月中旬に、介護保険料を普通徴収(納付書・口座振替)で納める65歳以上の皆さんへ介護保険料の納付通知書(4月、6月納期分)を発送します。

令和6年度の介護保険料が決定した後、7月下旬に、介護保険料納入(納付)通知書(8月から2月納期分)を送ります。

納付書が同封されている人は、近くの金融機関・コンビニエンスストアなどで納めてください。10月から特別徴収(年金天引)になる人も、それまでの間は、納付書で納める必要があります。納め忘れないよう、口座振替の手続きをお願いします。

保険料を滞納すると … 滞納期間に応じて、介護保険を利用する時に制限がかかります。介護保険料が減免になれば生活保護を受けなくていい人や、前年から大きく収入が減った等の理由で納付が難しい場合は、分割納付や減免の制度がありますので、早めに相談してください。

問合せ 福祉課介護保険担当 TEL41-2683

シリーズ・実践事例

本人の入院を通して、本人と妹の強い絆を知ることができた事例



【事例概要】

R2年6月から担当を引き継ぎ、支援していたA氏が体調を崩され入院された。今後、在宅での生活は難しいのではと考えたが、本人と妹氏は自宅退院を希望された。ご家族の本人に対する思いを振り返り、今後の支援に活かしたい。

【基本情報】

A氏 要介護1 女性 92歳 独居

既往歴：高血圧症 認知症

ADL：移動 自宅内は伝い歩き

屋外は杖及び手引き

排泄 自立 紙パンツ使用

食事 自立

入浴 デイのみで入っている

更衣 軽介助

IADL：食事の用意はヘルパー、デイにて支援

買い物、掃除、洗濯はヘルパーが支援

かかりつけ医の受診はケアマネが同行

県内在住の妹氏が月に数日間滞在

し、様々な支援をされている。

【支援経過】

R2年6月から担当となり、年に1、2回体調を崩されることもありながら、デイ、ヘルパーの利用や、定期的に訪問している妹氏の支援を得ながら在宅生活を送っていた。

令和5年10月30日

利用中のデイサービスより連絡あり、夕方から38.8℃の熱があるとのこと。かかりつけ医のB内科を受診後、C総合病院を受診。腎盂腎炎疑いで入院となった。

令和5年10月31日

妹氏とケアマネでC総合病院へ行き、主治医の説明を受ける。抗生素で様子を見ていく方針となる。

令和5年11月8日

妹氏より連絡あり、「今日C総合病院から電話があり『抗生素でよくなつたが認知症の進行もあるため施設に入所してはどうか』と言われた。『本次次第なので二人で話をして決めます』と返答しました。」と話される。施設入所について伺うと、「老人ホームはお金もかかるし負担もできない。入ったら認知症も進むと思う。」と入所の意向はみられなかった。

令和5年11月15日

妹氏、ケアマネでC総合病院へ行き、主治医の説明を受ける。炎症は収まり腎臓の数値も正常とのこと。今後について、自宅に帰るか施設入所か転院かを検討となり、本人と妹氏が面談。妹氏は退院の意向。本人も同意されたと、連携室SWに話される。

令和5年11月17日

妹氏より連絡あり、「退院後、本人宅に自分も一緒に住む。最後は自宅でおいしいものを食べさせて楽しく過ごさせたい。自分の夫の妹が病気になったときに、最後に家に帰してあげることができなかつた。姉に対しては、一回は家に帰したい。」と話される。連携室SWからも連絡あり、妹氏より退院希望の連絡があつたとのこと。

令和5年11月21日

連携室SWから連絡あり。退院後はDクリニックによる訪問診療を調整頂く。11/24に退院前カンファレンス、11/27退院、11/28初回往診予定のこと。本人の状態については、食事の摂取量が減ってきてること。

令和5年11月24日

妹氏、病院関係者、Dクリニック看護師、サービス事業者による参加で退院前カンファレンスが行われる。連携室SWより、食事量が少なく点滴をしており、栄養面で不安があるとのこと。妹氏より、「自分がおいしいものを作つて頑張って食べさせたい。それでだめならまた入院させます。」と話される。

その後本人と妹氏が面会され、退院予定であることを伝えると、本人は「帰りたい。」と話され涙を浮かべられる。その後、妹氏は病棟看護師よりおむつ交換の指導を受けられる。

令和5年11月27日

本日C総合病院を退院される。自宅で担当者会議を開催。訪問看護、訪問リハ、ヘルパー、デイの調整を行う。デイは週1回から再開し様子を見ていく方針となる。今日から同居さ

れる妹氏には、食事や排せつ、服薬等の支援をお願いする。

令和5年11月28日

Dクリニックの初回訪問診療にケアマネも同席。Drの診察を受けられる。妹氏より、「昨日は夕食で色々食べた。今朝もあんパンやオレンジジュースを飲んだ。」と、妹氏の手料理により食事は摂れている様子。Drより妹氏へ、処方薬については薬局から自宅へ届けることを提案し同意される。

令和5年12月14日

妹氏へ電話連絡。食事は十分に摂れているが、妹氏に疲労感がみられる。デイサービスの利用回数を増やして様子をみるとなる。

令和5年12月21日

自宅訪問。本人の体調はお変わりなく、妹氏の手作りの料理を食べられている。妹氏より、「ベッドでおむつ交換していた時に便が出て大変だった。腰の痛みもある。もうしばらくは大丈夫だけど、最後は施設でもいいかなと思っている。」と、現在の思いを話される。

区分変更と特養申し込みについて提案し、本人、妹氏も同意される。

令和6年1月4日

区分変更申請を代行する。

令和6年1月18日

デイサービスより連絡。38℃の発熱あり、デイの利用が中止になったとの報告。Dクリニック看護師が自宅訪問し、コロナ、インフルは陰性。妹氏より入院を希望される。看護

師にてE病院への入院を調整。1/20 入院予定となる。

令和6年1月20日

E病院へ入院される。

令和6年1月22日

妹氏より連絡。「E病院から連絡があり、入居施設が見つかるまで入院継続できるとの提案あったが、『自宅でもう少し頑張ってみようと思う。』と返答したこと。

令和6年1月31日

妹氏へ連絡。要介護4の認定結果を報告する。特養入所申し込みを希望される。本人の体調は回復しており、2/3の退院を希望。病院にも伝えたとのこと。

令和6年2月3日

E病院を退院される。

令和6年2月5日

自宅訪問。本人は体調変わりなく食事も入っている。妹氏より、「E病院から、妹が住んでいる市内の特養へも申し込みされたらどうかと提案された。夫に相談して考えたい。」と話される。必要時にはショートステイの利用ができるることを説明すると、「自分が疲れた時や、家に帰らないといけない時にはお願ひします。今はまだ大丈夫です。」と話される。

に住んで本人を支えたい。」との気持ちを持たれていた。退院後は妹氏による介護と、Dクリニック、各事業所の支援により、その後の熱発入院という出来事はあったものの自宅での生活を継続することができている。その後妹氏の、「最後は施設で」という気持ちの変化に合わせて、区分変更や特養申し込み等を支援した。

よりよい支援のためには、本人とご家族がどのような過程を経て現在の意向に至ったのかという部分について理解しておくことが大切だと感じた。本人と妹氏のこれまでの関係性や、それぞれが持っている力を正しく理解し、また信頼しながら二人に寄り添った支援をしていきたい。



【考察】

本人が入院された当初は、「妹氏の介護があっても在宅生活は難しいのでは？」と考え、転院や施設入所を提案したが、妹氏は「一緒

いしー隨想

No.62

大好きな先輩、介護老人保健施設ぶらいえの濱田さんからバトンを受け取りました、生活支援センターサンフレンズの若松祐美子です。ケアマネジャーの仕事を始めてまる16年、一般企業から介護の仕事に転職してから数えると早20年以上が経ちました。何を書こうか思い悩んだ挙句、今回いただいたこの機会にこれまでの20数年を振り返りながら、題して「私の心に残る衝撃の研修会(講演会)ベスト3」を発表したいと思います。



◎第3位 『死ぬ』ことを疑似体験する講義

社会福祉士の受験資格を得るために通っていたスクーリングで選択した科目の一つで実施された講義です。自分が大好き(大切)な物や人を10個選んで付箋に書き出します。照明を落とした薄暗い部屋で専用の物語を聴きながら、余命いくばくなくなった自分自身を想像して、書き出した大切な物や人を一つ一つ失っていく…最後にはすべて失ってしまう…という疑似体験をするものでした。終了後、中には泣き出す受講生もあられ私自身もとても切ない気持ちになった講義でした。

◎第2位 『超有名作家!さんの講演会』

まだ介護の仕事を始めて間もない頃、皆さんもきっとご存じの超有名作家!さんの講演を聞く機会がありました。若くして自殺された親友の話をされ、いくら心の底から分かり合えたと思っている親友と言えども、他者の気持ちのすべてを知り得ることは出来ないのだということ、いかに本人の本心に近づくか、いかに寄り添うかが大切なのではないか、「心の琴線に触れる」という言葉が今でも心に残っている、さすが作家さんだなと思ったとても印象的な講演会でした。

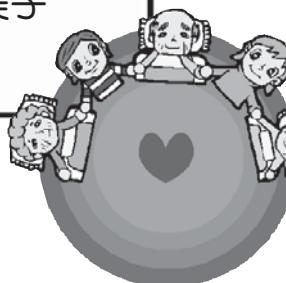
◎第1位 『相談援助とは何かを初めて学んだ研修会』

まだサンフレンズに就職する少し前、ケアマネジャーの仕事を始めるにあたり何か参考書でも買おうかなとネット検索し、「初心者からベテランまで」というフレーズにひかれ購入した「身体知と言語」。入職して間もなく著者の先生が大牟田で研修される、これはすごい事だ!ということで参加させていただいた研修会です。ケアマネジャーの仕事の基本も何一つわからない中でも相談援助という仕事や相互交流というものを目に見える形で示していただき、よしこれからケアマネジャーをやってみよう!と最初に思った研修です。あれから16年余りが経過した今でも私の仕事の基盤となっている研修だなと思っています。

ということでおいかがでしたか?ちなみに今は私もCM連協の研修事業部会員として研修の企画などにも携わっています。皆さんも学んでみたいことなど、どしどしご意見下さいね!

さて、次回はケアプランセンター やぶつばきの北山英典さんにバトンをお渡します。優しさの中にも強さのある、いつのまにか素敵な育メンケアマネになっている北山さんです。半ば強制的なお願いにも快諾いただきありがとうございます。よろしくお願ひ致します。

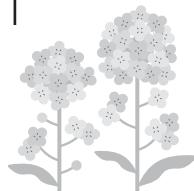
- 生活支援センター
- サンフレンズ
-
-
-
-
-
- 若 松 祐美子**



次回は………

- ケアプランセンター
- やぶつばき
-
-
-
- 北 山 英 典 さん**

です。



保険者より②

「排せつケア相談員」が活躍しています！

～大牟田市が育成している『排せつケア相談員』をご存じですか？～

福祉課総合相談担当の『排せつケア推進事業』として取り組んでいる「大牟田市排せつケア相談員養成研修事業」（以下、「研修」という。）についてお知らせします。

本市では2014年度より、コンチネンスアドバイザーの資格を有する専門職を配置し、『排せつケア推進事業』を本格的に実施しています。2023年度の大牟田市在宅介護実態調査でも「今後の在宅生活の継続に向けて主な介護者が不安に感じる介護は？」の問い合わせに対し、要介護度が進むと「1位：夜間の排泄、2位：認知症への対応、3位：日中の排泄」の順で不安感が増加しているという結果が出ています。市が掲げる「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」の実現のためには、たった一人の専門職が頑張るのではなく、身近な地域に気軽に相談できる場をつくる事が重要と考えています。

そこで、2017年度に、本人本位の排せつケアのために必要な正しい知識や技術を習得し、多職種連携のもと、排せつケアにチームで取組める人材育成を継続して行うため、この研修をスタートさせました。

現在、2017年度、2018年度の研修を修了した12名の相談員が市内で活躍しています。コロナ禍で、新規養成を中断していましたが、2023年度に4年ぶりに研修を再開し、約8ヶ月間の研修を経て、2024年3月、新たに11名の排せつケア相談員が誕生しました！！

この研修で大事にしていることが3つあります。「自分だったらどんなケアを受けたいか、自分の愛する人にどんなケアをしてほしいか」「支援者自身が、認知症だから、高齢だから、とあきらめない」「ケアだけでなくキュア（治療）に繋ぐことも大事にする」です。また、研修修了後は、事例検討会や市の事業に参加しながらスキルアップする仕組みにしており、新たな相談員11名と先輩相談員（1期生、2期生）12名と共に、「全ての人が気持ち良く排せつできる環境づくり」を推進していきたいという思いで、ワクワクしています。

2024年度にも第4期の研修生を募集予定です。研修は、皆様のケアマネジメントにも役立つこと間違いなしです！ご本人や介護者が少しでも笑顔で過ごせるよう、将来、小学校区ごとの排せつケア相談員の配置を目指しています。是非、皆様も受講していただき、私達と共に、活動していただけると嬉しいです。近日中に市のホームページで相談員を紹介する予定です。地域の各事業所で活躍する排せつケア相談員をよろしくお願ひいたします。



【編集後記】

今年は、能登半島地震という大きな災害で始まりました。

家族団らんで夕食を囲もうと思った元日の夕方四時すぎに来た地震、「もし自分の住んでいる大牟田で震度7の地震が起きたら」と考えると、ぞっつしました。

今年度中に、介護サービス事業所ではBCP作成も義務化されているところですが、みなさんの事業所ではBCP作成は終わりましたか？

いつ災害が起こるかわからないということを考えると、「備えあれば患いなし」というように、日ごろからの訓練・準備を行っておくことが大事ですね。

〈こぐまちゃん〉