

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. 86

フォローアップ研修 「ヤングケアラーの実態と支援」が開催されました。

令和7年2月17日に、オンラインでヤングケアラー協会理事の高垣内文也様にご講義頂き、26名が受講しました。日本でのヤングケアラーの定義は、「家族のケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートを行なっている、18歳未満の子ども」であり、法改正にて令和6年6月12日に施行されているとの事でした。

世界のヤングケアラー支援の状況では、イギリスがレベル2（先進的な支援を講じている）ですが、日本はレベル6（支援が必要だという認識が起きつつある）で支援が遅れているのが現状との事。福岡県では、現在ヤングケアラーの数が130人ほどで、1クラスに1～2人がヤングケアラーで、そのうち1割から3割が支援の緊急性が高い可能性があるそうです。また、障害や病気のある家族のために日常的にしている事や責任・負担の重さにより、自分のしたい事を諦めてしまっている現状がある、などを紹介されました。都道府県・市区町村によっては、ヤングケアラー・コーディネーターが配置されており、福岡市には4名配置されており、ピアサポート・通訳派遣・オンラインサロン等の支援をされているとの事です。

後半では、高垣内様自身が体験された認知症のある祖母の介護や家族の関係性など話されており、「自分と向き合ってくれる人、寄り添い、理解しようとしてくれる大人が欲しかった。」「ライフステージごとに、悩みは変化していく。」「重要なのは状況や変化に気づき、声かけや見守りで信頼関係を築き、連携や支援の体制を築いてくれる誰かの存在。そういう人たちに出会えるかどうかがターニングポイントになっている。」事を振り返りながら話をされていました。

なぜ気づく事が大事なのか？との話では、当たり前になりすぎていて自分では状況を認識できていない事、ケアをしている事を褒められ良いことをしていると思っている、負担に気づかず健康上のリスクを抱えてしまう事などの理由が挙げられました。気付くポイントとしては、子どもたちは言えないという前提で考える、ちょっとした変化（SOS）を見逃さない、こども家庭庁などの気づきツールを活用するなどポイントとして話されました。ヤングケアラーが自分らしく生きられる社会への話の中では、多角的な事業展開を行い、ヤングケアラーポータルサイト、チャンネル（LINE相談窓口）、キャリア（ケアラーの為の進路・就職相談窓口）、イベントの企画・運営を開催されているそうです。

事例検討では、グループに分かれ、誰がどのタイミングで気付く事ができたのか？自分たちの職種で何ができるかを考え共有する。また、個々のケースにおいて必要な支援・制度・法律などは何か、当事者視点で考える事を頭に置き、グループワークを行いました。難しく考えてしまう部分もありましたが、子どもの視点を通して様々な気づきを得られた内容でした。

最後に、高垣内様から「支援者が1人で抱え込まないようにする体制作りや違う職種の人たちとの交流をしてもらいたい。」「大牟田市が中心となって、他市町村と横の繋がりを作ってくれるとありがたい。」と笑顔でメッセージを送られました。

今後の業務において、様々な視点・気づきを得られた実りある研修となりました。



基礎研修③



「お薬のはなし」



令和7年1月15日(水)に大牟田薬剤師会副会長である近藤崇之先生を講師に迎え、「お薬のはなし」をテーマにZOOMでの研修が開催され、31名が受講しました。薬の種類や飲み方などの「薬の基礎」から在宅医療における「がん治療の事例」など、わかりやすく講義をしていただきました。

まず、薬の種類では剤型がいくつもあり、特徴がそれぞれ違うことや剤型によつての効果や特徴を教えてくださいました。

外用薬についても軟膏・点眼の正しい使用方法も教えてください、点眼薬は1回に何滴も目に入れてある方がおられたり、軟膏の塗り方もきちんと知らなかったりがあるため、目安を知っておくことで説明がより分かりやすくてできると感じました。

点眼：1回1滴で十分です！1滴＝約5cc 約100回分(1本)

軟膏：1FTU(1フィンガー・チップ・ユニット)

大人の人差し指の先端から第一関節までチューブから絞り出した量が約0.5gになるというおおよその目安。大人の手のひら2枚分の広さに塗布するのが適当。

居宅療養管理指導の話やお薬の整理整頓について、近藤先生が普段されている方法の紹介もしていただきました。患者様おひとりおひとりの飲み方の違いがあり、分かりやすく飲めるようにするためにはどうすればいいかと、いろいろ工夫をされていました。

講義後半では抗がん剤・麻薬の話をしていただき、がん薬物療法における抗がん薬、輸液、支持療法薬等を組み合わせ時系列的な治療計画で、その内容を保険薬局薬剤師などが利用するために公開するもので「がん化学療法レジメン」というものがあり、治療の標準化、予測される有害事象の回避や軽減、そして医療ミスや事故の防止を目的としているとのことでした。

また、ポリファーマシーのことについても触れられ、ポリファーマシー形成の構図と、解消していく方法として、お薬手帳の活用とかかりつけ薬局を持つておくことの重要性を話していただきました。薬局による調剤と医薬品情報の一元管理をすることで、どの病院からどんなお薬が出ているのか、重複していないかなどを把握することができ、少しずつポリファーマシーが解消されていくのが理想とのことでした。

複数の病院を受診している方も多く、お薬手帳も何冊も使用されてあったり紛失されたりでうまく活用できていないことも時々あり、薬の全体的な把握がわかりにくいこともあるため、まずはかかりつけ薬局を持つということが大切だと感じました。特に独居の方や課題が多い方などは、薬剤師の方とも連携を図りながら支援していくのが大事だと思います。

研修内容は私たちの業務には欠かせない情報が盛りだくさんで、とても参考になりました。お薬手帳の活用の確認や、かかりつけ薬局の提案など非常に大事なことを学ばせていただきました。DVDの貸し出しもありますので、是非見ていただけたらと思います。



スーパービジョン研修 総括研修が開催されました

令和5年5月に開講されたスーパービジョン研修の基礎編(第7期)・実践編(第9期)ですが、予定通りの2年間を経て、令和7年3月に17名の研修生が修了を迎えました。2年間の学びの集大成として、基礎編・実践編の参加者でAチーム・Bチームに分かれて、参加者で内容を決めて「対人援助技術」の講義を行いました。

【Aチーム】(令和7年2月25日)

①「臨床像を描く」

利用者自身が「どこで、どのような生活を送るのか」ということを具体的に想像できるようにすることです。そのためには利用者自身が、抱えている課題や問題に気づき、解決に向けた本人の取り組みを介護支援専門員と共同で作業し、ケアプランを作成する事が重要です。

②「ポジショニングについて」

対人援助職者の仕事は「利用者本人と利用者がおかれている問題状況を理解すること」から始まりますが、その前に援助者自身が「私は何をやる人か」を理解し、自分自身のサービス提供能力などを的確に見積っておく必要があります。

③「援助者自身について」

対人援助職者自身は、専門的知識を有する「専門性」と人間性や感性、価値観・簿意識などこれまでの人生経験の中で有してきた「生のままの私」で構成されています。「生のままの私」が「職業的な私」に影響を及ぼしているため、自分自身を知る必要があります。

④「相談支援について」

利用者と援助者とが相互に交流しながら信頼関係に基づいた共同作業を通じて、利用者の「解決課題、ニーズ」に対処する必要があります。専門的な援助関係の形成に欠かせない基本的な考え方として「バイスティックの7原則」は身につけておきましょう。



【Bチーム】(令和7年3月18日)

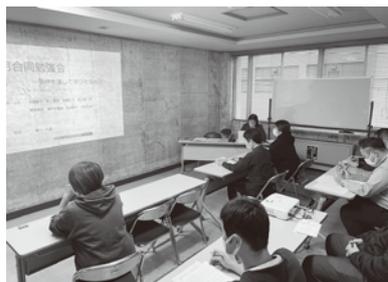
令和7年1月のSV研修(基礎編)にて検討した「居宅支援事業所への引き継ぎが上手くいかなかったケース」について、「身体知と言語」の図1・2の枠組みの各項目から分析し、発表しました。

〈ケースの概要〉

事業対象者から要介護1となった事に伴い、担当が予防・相談センターから居宅介護支援事業所に、介護サービスが緩和型通所介護から通所介護に変更となった。しかしその過程で、本人が「事業所に捨てられた」という思いをもたれる結果となったため、引き継ぎを行った居宅介護支援事業所や介護サービスとは違う事業所を利用される事になってしまった。

〈発表内容〉

介護度変更時の本人への説明場面の逐語録をもとに、どのような関わりができたのかを「バイスティックの7原則」、「情報収集の枠組み」、「生活史・役割」、「過去・現在・未来の4次元」、「アセスメントと治療的コミュニケーション」、「ソーシャルサポート」、「家族システム」、「ストレングス」の視点から検証し、まとめました。最後に事例提出者が臨床像をどのように描きなおしたのかを説明して頂きました。知識を「身体知」とすることがイメージしやすい研修であったと思います。



令和7年度からまた新たにスーパービジョン研修を開講する予定です。是非、ご参加下さい！！

シリーズ・実践事例

精神疾患をもつご夫婦の言動に振り回されている事例



【事例概要】

65歳になり、障がい福祉サービスから介護保険サービスに移行。サービス量が多くなかったため、移行については特に問題はなかったが、夫婦喧嘩で同居したり別居したり、夫婦それぞれ入退院を繰り返されたりして、またその情報が遅れて入ってくる事もあり、ケアマネや支援者が振り回されてしまっている。

【基本情報】

A 氏：65歳 男性 要介護1 妻と二人暮らし
生活保護受給。

既往歴：統合失調症 糖尿病
B病院（精神科）、Cクリニック（内科）
を受診。

A D L：移動 自宅内は歩行器
外出時は杖を使用している
排泄 自立
食事 自立
入浴
更衣 軽介助

I A D L：食事の準備は妻
買い物・掃除などの支援は訪問介護
受診などの外出時にはタクシーを利用

現在のサービス内容：
訪問介護（2事業所で週3回）、歩行器の貸与
精神科のデイ（週2回）、
訪問看護（医療で週1回）

【家族状況】

妻（75歳）と二人暮らし。子どもはなし。
妻も精神疾患にて通院されている。

【支援経過】

令和6年6月

A氏が65歳となり、障がい福祉サービスから介護保険サービスに移行する事になり、障がいサービスの支援をされていた相談支援専門員より担当の依頼があり、受ける事になった。

7月2日

A氏宅を訪問し、A氏と妻と面談を行った。A氏の意向は「今、週に2回ヘルパーに来てもらっているけど、継続利用をお願いしたい。あと、足腰の弱って立ちきらんごつなるとるけん、歩行器を借りたい。歩行器で歩行訓練もしたい」との事だった。自宅内は這って移動されてあった。

またB病院の精神科デイを利用されているが、足腰の調子が悪くなって中止中との事だった。

7月5日

福祉用具相談員とA氏宅訪問。歩行器のデモ器を貸し出して頂いた。立ち上がりが大変そうであったが、トイレへの移動がスムーズで「これなら漏らさずに済む」と喜ばれていた。

7月22日

保護課の担当ケースワーカーより電話があった。「今日、A氏の奥さんが保護課に来られて『離婚するけん、うちを出てきました』と言われました。」

妹さんのところに行かれてあるようです。これまでもよくケンカはされてありましたが、奥さんが家を出られたのは初めてです。本気で離婚を考えておられるのかもしれませんが、ちょっと様子を見たいと思っています」との事だった。

A氏と電話で話をする。「なんかよく分からんばってん、はりかいて出て行った。出て行かれると困るとばってんなあ。そげんか状況やけん、ヘルパーさんにもう一日来てもらいたか」との事だった。訪問介護の事業所にその旨を伝えると、人員的に厳しいという事だったので、追加分は別の訪問介護事業所に依頼する事になった。

8月20日

訪問介護事業所より報告。「買い物で買って来た商品は、A氏に確認しながら冷蔵庫や棚に入れていますが、しょっちゅう『買ってきてもらったアレはどこにある？買って来たアレが見つからない』といった電話がかかってくる。Aさん宅に戻って探すと、Aさんの目の前に商品があった事もあります。奥さんが出て行かれて、少しお酒の量が増えたみたいです。その影響もあるのかもしれませんが」との事だった。

9月

奥様が家を出て行かれて、A氏はある程度の事は自分でせざるをえなくなった。逆にそれがリハビリとなり、杖を使用し、タクシーを利用する事で、外出出来るようになった。B病院の精神科デイを利用再開された。

10月2日

精神科デイのスタッフより連絡があった。「今日、A氏が利用中にふらついて、転倒されました。血圧が低く、『最近になって降圧剤を服用し始めた』そうです。入院の希望がありましたが、主治医が

不在だったため、降圧剤を処方されているCクリニックに入院の調整をお願いしました」との事。結果、Cクリニックへの入院となったが、血糖値の数値がかなり悪化されていたようである。

10月4日

状態が改善されないまま、A氏の希望で自宅に退院。A氏の事を心配した奥様が戻って来られ、また夫婦二人暮らしが再開された。

10月24日

A氏に電話を入れると「俺は入院しとるよ」との事。「どこに？いつから？」と尋ねると「D病院に、今日から」との返答。「どげんかあるとですか？」「両膝の後ろが痛くて、D病院を受診した。骨に異常はなかごたるばってん、嫁が『痛みのとれるまで入院しとかんね』と言って、そのまま入院になった」そうである。いつまでの入院になるかは「何も聞いていない」そうである。

10月28日

奥様より電話があり「主人はヘルニアで、手術をしないといけないと言われました。ちゃんと治して帰ってきてもらわんと私が困る」との事だった。

11月1日

奥様より「主人が入院してヘルパーさんがこらっさんごつなって、生活が不便。私も介護保険の申請をしてもらいたい」との相談があった。包括支援センターに相談し、事業対象者として、基準緩和型訪問サービスを利用して頂く事にした。

11月12日

奥様より電話があり「私も今から手術ばってん、Aから病院を出たいとずっと電話が入ってきます。

私は歩けるようになるまで入院しとかなんと話をしていますが、いっちょん言う事をきかんです。治ったらんとに帰ってきてもろたっちゃ困ります。帰ってくるならまた私家を出るよ、と言いよるとばってん、妹は入院しとるけん、実際に行くところはないし、私が一人になっても保護費は出ないし、どうしようもなかとですよ。Aは私にはよ死んでほしかと思ひよととです」との事。「今から手術ならそっちの方に集中して下さい。D病院から『退院して下さい』とか言われていないのならすぐに退院にはならないと思います」「そうですね、分かりました。また相談します」とのやりとりを行った。

11月23日

A氏より電話があり「今日、自宅に帰ってきたけん」と連絡があった。「手術をするために転院先を探されているところ、と聞いてましたが」「そげんやったばってん、もう帰ってきた。だけん、またヘルパーさんに来てもらうごつ言うて」との事。椎間板ヘルニアは治っていないそうだが、とりあえず杖歩行で移動は出来るとの事だった。

12月

奥様より「主人が帰って来たので、私の方のヘルパーさんは中止でお願いします」との事だった。

12月28日

A氏より電話があり「嫁さんが出て行った」との事。奥様に電話をかけると「私の方が調子が悪いのに、『あれせろ』『これせろ』と言います。少しぐらいねぎらってくれてもいいのに。妹のところに来ています。妹も高齢で私の世話が出来ないので、今度は介護保険の申請をお願いします」との事だった。翌日、妹様宅を訪問する事になった。

12月29日

奥様より電話があり「Aが『これからはちゃんとするから』と言うので、自宅に戻ってきています。昨日の話はなしでお願いします」との事だった。

令和7年

1月18日

奥様がオーバードーズ（過剰服薬）され、救急搬送。幸い大事には至らず、20日には自宅退院。

A氏の気を引くためのパフォーマンスの側面もあるように思われた。

2月20日

奥様が食欲不振、下痢症状を訴え、自己希望でE病院に入院。25日に自己希望で退院された。

【考察】

担当になって9ヶ月あまりのA氏と奥様に関わる出来事を書き出してみると、入退院と夫婦喧嘩を繰り返されてあった。自己中心的なA氏と自分をもっと労わってほしい奥様。この溝はなかなか埋まらず、これまでもこれからもこの関係が継続していくものと思われる。何か起こる度に、保護課の担当ケースワーカーや事業所と情報を共有し、サービスの調整を都度行っているが、入院されたと思ったら自己都合で退院してこられたり、それぞれにサービスを提供しようと調整するとすぐによりを戻されたりして、支援者が振り回されている感が否めない。担当ケアマネとして、最近はその状況に慣れてしまい、何か起こっても慌てず、支援者と状況を見守りながら対応するように心がけている。ただ命にかかわる事については敏感でいたいと思う。

リしー随想 No.65



フルーリーの斎田さんよりバトンを受け取った白川病院ケアプランサービスの野林です。

斎田さんとの出会いは私が困難事例で対応に苦慮し包括に相談した折、斎田さんが引き継いでいただいたのがきっかけでした。斎田さんは朗らかで経験だけでなく向上心もありバイタリティあふれてある方で、自分はまだまだだと感じさせられた次第です。話していくうちに斎田さんが担当の方は安心だなと強く思い、いつしか尊敬する自分がありました。自分も近づけるよう日々精進できればと思います。

自分のことを述べさせていただきます。2000年介護保険制度が始まった時期に介護の道に入り現場で特養、グループホームと経験させていただき、知人の紹介で小規模多機能のケアマネをどう？と話をいただき現場兼ケアマネで9年ほど従事。その後、居宅のケアマネを経験したいという思いもあり、今の事業所に来て6年になりました。居宅に入った当初は小規模と居宅の違いもあり戸惑う日々。仕事をこなしながら少しずつ制度や動きを学んで駆け巡った6年でした。居宅に入った当初はみな経験が浅い4名でしたが、教わりながら学び、忙しいながらも充実した日々を送っていたように思います。指定更新もどうかおこなし、現在は利用者の対応にいろいろありますが、皆様に協力いただきながら日々を送っております。

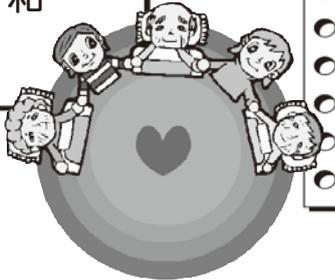
歳も49歳。大分、体にガタが来ておりメンテナンスが必要になってきました。家庭では妻と娘と3人でにぎやかに過ごしております。娘の成長が一番の楽しみであり、恥ずかしながら昨年、娘の保育園の卒園式で号泣。涙腺が緩くなったナーと思う今日この頃。妻もフルタイムで働いており少しですが家事をさせていただいてます。1日があつという間に過ぎていき朝が来る感じで怒涛の毎日です。

職場は8名で看護師、介護士、包括経験者がおり管理者を中心に皆、和気あいあいと業務にあたっています。働きやすい環境を作ってください感謝しております。ケアマネとしてはご利用者やご家族が安心して在宅で過ごせるよう本音を聞き出せるよう向き合っていきたいです。特養やグループホーム、小規模の経験が今の自分の糧になっていると思います。ご利用者ご家族の未来が少しでも明るく進めるように日々精進できればと考えます。もし街で私を見かけたらお声掛けください。また今までかかわってくださった施設やご利用者、ご家族、先輩や同僚やほかの皆様、本当にありがとうございます。まだまだ未熟な私ですが、これからもよろしくお願ひします。

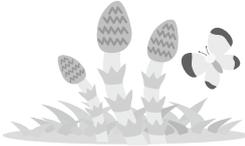
それでは、天光園ケアプランサービスセンターの千北都さんにバトンをお渡しします。追伸、次が見つからず探していただいた事務局の方、受けていただいた千北都さんありがとうございます。

○ 白川病院
○ ケアプランサービス
○ **野林友和**

次回は……
○ 天光園
○ ケアプランサービスセンター
○ **千北都さん**



です。



令和7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7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。

次に令和7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）を発送します。

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付してください。10月から特別徴収（年金天引）になる人も、それまでの間は、納付書で納付する必要があります。納め忘れがないよう、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良い人や、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

編集後記

昨年10月頃、脇腹付近に小さな赤い点ができ、虫さされかなと思っていたら翌日いきなり大きな斑点のようになり慌てて皮膚科を受診。带状疱疹でした…。その後身体の右側の皮膚がピリピリと強い痛みが2か月程続き、その間は肌着が肌にこすれないように「能楽」のような動きで生活していました。今回带状疱疹になった利用者様の気持ちがよく分かったような気がします。先生によると、「もう一日早く受診すると治りも早かった。」とのことでした。皆様も、もし赤い点ができなくても、脇腹に神経痛のようなピリピリ感が出始めたら早めの受診をお勧めします。带状疱疹は加齢や過労、ストレス等により免疫力が低下したときになりやすいと言われています。予防としては「規則正しい生活習慣」や「適度な運動」が良いそうです。これからはできるだけストレスを溜めないよう、好きなものを飲んだり食べたりして、欲望に忠実に生きていきたいと思えます。

(K.S)

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 大牟田市福祉課内 (TEL: 0944-85-0470 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>