

～大災害への備え～

普段も 災害の時も ケアマネジャーは ケアマネジャーとしてできることをする

宮城県ケアマネジャー協会  
事務局長 小 湊 純 一。

介護支援専門員は要介護高齢者の介護支援をする  
包括の主任介護支援専門員は介護支援専門員を支援する  
包括の社会福祉士は高齢者の総合相談対応をする

## I ケアマネジャー

### 要介護高齢者 介護支援の専門職

- 1 要介護者等からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう、保険者である市町村、サービス提供事業者等との連絡調整を行う者
- 2 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者

### ケアマネジャーは自立支援

#### 1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更、中止等も含む）。

自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合があります。

#### 2 残存能力の活用（能力の発揮）

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。

利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

#### 3 生活（サービス）の継続性（継続性の尊重）

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基

づく対応を積極的に進めます。

利用者の心身の機能に障害があってケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

## II ケアマネジャーの役割

### (自立支援)

- ① 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮する。

### (総合的・効率的サービス提供)

- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

### (利用者本位・公正中立)

- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

### (医療連携)

- ④ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行う。

### (理解しやすい説明)

- ⑤ 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

### (地域の住民による自発的なサービス利用)

- ⑦ 利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努める。

### (自己決定支援)

- ⑧ 利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供する。

### (生活全般の解決すべき課題の把握)

- ⑨ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

#### **(居宅訪問面接)**

- ⑩ 解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。

#### **(アセスメントの結果に基づくケアプラン原案作成)**

- ⑪ 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成する。

#### **(サービス担当者会議開催)**

- ⑫ 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。

#### **(ケアプランの同意)**

- ⑬ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得る。

#### **(モニタリング・継続的アセスメント)**

- ⑭ 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

#### **(モニタリング実施)**

- ⑮ 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

#### **(再アセスメント)**

- ⑯ 次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、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、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。

#### **(居宅生活困難時の介護保険施設への紹介)**

- ⑰ 適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又

は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行う。

#### **(施設退所時のケアプラン作成)**

- ⑳ 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行う。

#### **(医療系サービス希望時に主治医の意見)**

- ㉑ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービス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る。

#### **(医療系サービス利用は主治医の指示)**

- ㉒ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、

#### **(主治医の医学的留意事項尊重)**

医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行う。

### **Ⅲ ケアマネジャーの専門性**

#### **1 健康状態**

##### **(1) 痛みのある利用者への対応**

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響、痛みを怖がる、痛みによる関係の減少、鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

##### **(2) 脱水症状**

- ① 脱水症になる危険性を少なくします。
- ② 家族やケアスタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。

##### **(3) 高齢者の心臓と肺の機能**

- ① 心臓や肺（呼吸）の症状を、ただの老化現象として扱い、適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
- ② 心不全や結核など、医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。

##### **(4) 服薬管理と効果**

- ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。
- (5) 向精神薬を服用している利用者への対応
  - ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。
- (6) アルコール問題への対応
  - ① アルコール乱用、アルコール依存症を把握します。
  - ② 代謝の低下、持病、薬等との関連によって、大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。
- (7) 喫煙問題への対応

## 2 ADL

- (1) ADLの改善と支援
  - ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
  - ② ADL障害の原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障害になってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
  - ③ ADLの改善が難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。必ず行わなければならないケアは、改善のためのケアと同時にを行う場合もあります。
- (2) 転倒防止
  - ① 最近転倒した利用者を特定します。
  - ② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
  - ③ 転倒の危険性を予測します。
  - ④ 転倒と、転倒による障害をできるだけ少なくします。
- (3) 健康増進

体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

## 3 IADL

- (1) IADLの回復と支援
  - ① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
  - ② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

## 4 認知障害

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

## 5 コミュニケーション

- (1) コミュニケーション

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないま

す。

## (2) 視覚・聴覚

最近視力・聴力が低下した利用者，視力・聴力を失った利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

## 6 社会との関わり

### (1) 社会との関わり

① 利用者が満足していく役割や対人関係，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出すように支援します。

② 社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

### (2) うつと不安

不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

## 7 排尿・排便

### (1) 尿失禁・留置カテーテル

回復可能な失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。

### (2) 排便の管理

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

## 8 褥瘡と皮膚の問題

### (1) 褥瘡

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

### (2) 皮膚と足

皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。

## 9 口腔衛生

痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

## 10 食事摂取

栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

## 11 問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。

また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

## 12 介護力

① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。

② 家庭で、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。

③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

### 1.3 居住環境

利用者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

### 1.4 特別な状況

#### (1) 虐待

虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報します。

#### (2) ターミナルケア・緩和ケア

在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

# 東日本大震災

## 1 事前活動

～居宅介護支援事業所として～

### (1) 利用者（要介護者）のリスク管理

- ①停電時の対応（電動ベッド，エアマット，吸引器，在宅酸素等）
- ②介護者の状況（同居家族，親族，近隣住民，その他支援者の有無）
- ③安否確認の優先順位
- ④利用者情報（緊急連絡先等）

### (2) 連絡体制

- ①職場内
- ②地域内
- ③市町内
- ④県内

### (3) 市町の防災体制

- ①避難場所（防災計画，防災マップ）
- ②福祉避難所（手続き）
- ③緊急入所（手続き）

### (4) 事業所のリスク管理

- ①データ管理
- ②災害対応マニュアル

## 大河原町ケアマネジャー連絡会 災害対策ガイドライン

### ～災害対応指針～

ケアマネジャーは、利用者の安否確認と生活支援をおこないます。

- 1) 安全に行動します。
- 2) 担当する利用者を優先します。
- 3) 災害の重大さを踏まえ、考えて判断して行動します。

※ここでいう災害とは、建物の損壊、ライフラインの停止等、生活に重大な影響を及ぼす災害のことです。

### 平常時の災害対策

災害時の対応に向けた事業所の体制整備と利用者及び関係機関等と災害時の対応の確認を行っておきましょう。

- 利用者台帳等を作成し、例えば医療機器使用者、一人暮らし等対応の優先を決めて、安否確認や非常時に対応しやすいように整理しておきましょう。
- 大河原町の防災体制（防災マップ）について確認しておきましょう。

### 災害時の対応

災害発生時には、自分の身の回りの安全を確認したら、担当する利用者の安全確保を最優先に対応しましょう。施設の場合も同様に利用者の安全確保を最優先に対応しましょう。

確認内容については、被災状況（生存、身体状況、生活環境等）、被災後においても自宅・避難先での生活が可能かなどを把握し、サービスの調整および必要に応じて行政等へ報告し連携を図りましょう。

- 地震等に伴うライフラインの停止について

災害によって断水や停電などライフラインが長期に機能なくなると、利用者の生活に支障が出る可能性があります。

#### 断水によって想定されること

- ・飲料水の不足。
- ・入浴等、保清ができなくなる。
- ・汚物の処理ができなくなる。 など。

#### 停電によって想定されること

- ・通信機器が使用できなくなる。
- ・エアマットや吸引器など、電源を要する医療・福祉機器が使用できなくなる。 など。

※ 状況によって対応の優先を変更して行動しなければならない場合が考えられます。落ち着いて行動しましょう。

※ 支障が出ると予測される利用者については、事前に本人・家族や事業者等と対応や支援方法を決めておきましょう。

### 災害発生後の対応

災害時の対応を行った上で、余力があれば地域包括支援センターと協働して要介護高齢者の支援を行いましょう。

## ～介護支援専門員（協会）として～

- (1) 災害支援体制
  - ①災害支援組織体制
  - ②災害対応ガイドライン
- (2) 他職種等ネットワーク
  - ①行政（市町，県，）
  - ②地域（民生委員，行政区長・住民会長，その他）
  - ③関係機関（医療機関，介護サービス事業所，福祉施設，その他）
  - ④多職能団体等（医師会，歯科医師会，薬剤師会，看護協会，療法士会，介護福祉士会，社会福祉士会，老施協，老健協，GH協，その他）
  - ⑤その他（NPO，ボランティア，会社，団体等）

## 2 発災時

地震は屋外に逃げる。 津波は高台に逃げる。

## 3 発災後の活動

応急対応後，現場に行って見て判断し，顔を見て話し合い，役割を明確にし，連携して行動する。

## ～居宅介護支援事業所として～

- (1) 安否確認  
同僚，利用者
- (2) 安否確認後の支援の必要性の判断と対応
  - ①避難所，福祉避難所，緊急入所の必要性判断と対応
  - ①介護支援確認（家族，地域）
  - ②福祉用具対応確認（介護支援専門員がレンタル事業所と連携）
  - ③医療器具対応確認（医療機関が訪看・医療機器業者と連携）
- (3) 関係機関との連絡  
サービス事業所，地域包括支援センター，行政

※避難所運営は弱者優先（便利な場所に高齢者や子どもを優先に）

※一般の避難所に要介護高齢者や重度の障害者はいられない。

## ～介護支援専門員（協会）として～

### （１）状況判断と方針決定

- ①現地視察
- ②県との協議と支援の必要性判断と支援の方向性決定
- ③大規模被災地との支援調整
- ④大規模被災地との支援受入調整
- ⑤市町，県と支援内容の情報共有

### （２）支援内容

- ①避難所要介護者アセスメントと保護調整
- ②介護支援専門員の安否確認
- ③居宅介護支援事業所被災状況把握と支援の必要性判断

震災２日後の３月１３日，宮城県社会福祉士会と宮城県ケアマネジャー協会は，相談支援の専門職として「高齢者・障がい者等要援護者支援」をすることとして支援活動を開始した。時間の経過とともに変化する生活ニーズに対応するべく，行政と地域包括支援センターとの意思疎通に努め，「地域包括支援センターをバックアップする」という立ち位置での活動をしてきた。医療やヘルスと同じ病気や健康という視点ではなく，「生活」に視点を置き，社会福祉士，ケアマネジャー，弁護士等による「福祉の総合相談支援」体制での支援に努めてきた。あくまで地元の支援者の後方支援として。

03. 13. 巨大津波被災地，亘理，山元，岩沼，名取，仙台へ。ケアマネ協会会長と協議後，宮城県庁へ出向き，担当課：長寿社会政策課と協議。ケアマネ協会は「避難している要介護者保護支援を担当する」こととする。
03. 14. 避難要介護者保護に向けて，宮城県，被災市町，受け入れ施設と調整へ。
03. 17. 東松島，石巻，女川へ。役員・支部役員等の安否確認と連絡体制確保。
03. 18. 南三陸，気仙沼へ。役員・支部役員等の安否確認と連絡体制確保。  
亘理町，山元町状況確認，仙南保健福祉事務所へ状況報告。  
亘理町：避難所高齢者アセスメント開始（～3. 19.）亘理町ケアマネ
- 03, 20. 宮城県社会福祉士会，宮城県ケアマネジャー協会として「津波被災地の地域包括支援センターの支援をする」をすることになる。
- 03, 22. 南端：山元～北端：気仙沼の包地域括支援センターへ。
03. 24. 避難所（被災）高齢者アセスメント表作成
03. 25. 日本介護支援専門員協会ボランティア始動。（東松島市アセスメント）  
東松島市，石巻市，女川町への支援調整に仙台弁護士会の弁護士有志も同行。

- 03. 27. 石巻, 女川, 南三陸, 気仙沼へ。(ケア協役員)
- 03. 28. 発災後 3 週間を経過しても避難所に要介護高齢者が多数存在した。宮城県が, 避難所要介護者を県内の特養・老健等で入所定数の 10%超の緊急入所受け入れを強力に指示。
- 03. 30. 宮城県保健福祉部, 長寿社会政策課と石巻との協議  
東松島市: 総合相談支援 3
- 04. 02. 長寿社会政策課と気仙沼市との協議
- 04. 03. 石巻市: 雄勝包括支援センター支援 4
- 04. 04. 石巻市のボランティア活動拠点調整
- 04. 04. 地域包括支援センター支援調整担当を決める
- 04. 05. 亘理町: 地域包括支援センター総合相談支援 2
- 04. 09. 気仙沼市福祉避難所運営と高齢者アセスメント (～7. 30) 71
- 04. 12. 石巻市現場担当者との協議
- 04. 14. 南三陸町現場担当者との協議  
多賀城市地域包括支援センターに支援開始
- 04. 18. 石巻市地域包括支援センターとの協議
- 04. 22. 石巻市雄勝町の実態調査と担当保健師との協議
- 04. 24. 石巻市牡鹿町の実態調査と担当保健師との協議
- 04. 28. 厚生労働省振興課課長と協議
- 04. 29. 厚生労働省振興課課長と石巻方面視察同行
- 05. 02. 石巻市雄勝包括: 生活支障アセスメント開始。(～9. 30) 187
- 05. 05. 東松島市: 健康支援調査開始。(～5. 31) 57
- 05. 16. 日本介護支援専門員協会木村会長と協議  
岩沼市: 健康調査開始。(～7. 19) 63
- 05. 19. 石巻雄勝町外出支援開始 (～10. 18) 32
- 05. 20. 石巻市稲井地域包括支援センターでボランティアの情報交換会開催。
- 05. 23. 仙台市: 認知症ケアについての協議
- 05. 26. 石巻市桃生準福祉避難所: 生活支援打ち合わせ
- 06. 01. 女川町: 地域包括支援センター支援開始 (～6. 17) 26
- 06. 02. 石巻市桃生準福祉避難所: 生活支援開始 (～6. 16) 32
- 06. 13. 亘理町: 仮設住宅居住者支援について協議
- 06. 21. 気仙沼市: 仮設住宅居住者支援について協議
- 06. 24. 石巻市地域包括支援センター打ち合わせ
- 06. 25. 亘理町: 仮設住宅での総合相談支援開始 (～7. 24) 43
- 08. 02. 石巻市仮設住宅総合相談実施に向けての打ち合わせ
- 08. 20. 石巻市仮設住宅総合相談支援開始 (～11. 12) 172
- 09. 02. 女川町: 地域包括支援センター支援開始 (～9. 20) 12

09. 05. 宮城県サポートセンター支援事務所開設  
09. 17. 女川町：仮設住宅総合相談支援開始（～11. 12） 88  
01. 18. 東松島市：津波被災地（約 5, 000 世帯）「生活支障・生活ニーズ把握と生活支援」開始  
（～03. 07） 239 ※右端の数字は関わった宮城県内の専門職の人数

### （3）その後

- ①地域包括支援センター支援
- ②生活支障アセスメントと支援

## 3 反省と考察

### （1）アンケートエピソードから（認知症高齢者ケア）

～利用者救助に関するエピソード～

1. 研修に参加する為女川町立病院にいて地震にあった。女川老健のデイケア利用者を駐車場へ避難誘導行った。その後大津波警報が発表され、病院の2階以上へ避難する事となった。エレベーターが止まっていた為1階の階段下で順番を待っていた所に津波が入ってきた。自分の身長を超える程の津波で、車椅子を押していた手を離し自分も必死で泳ぎトイレの洗面台に上がった。柱に掴まっていたおじいさんを同じ洗面台の上に抱え上げた所、引き波であつという間に水が無くなった。二波・三波の危険があり上の階へ避難を急ぎ、横になっていたデイケア利用者の救出を行った。
1. 77. 大津波が来るという事で海の方に近い利用者宅に行った。独居で、結局津波は来なかったが、救出し避難所へ連れて行った。認知症もあったので、置いてきた後心配で心配であった。
294. 震災時、認知症の利用者宅を訪問中、利用者は事の重大さについて何も分らず、家の中に戻ろうとするが、頭の上に何も落ちてこない場所へ、お嫁さんと二人で、交代で声掛け、見守りをした。「室内から大事なものを持ち出すのに一人ではとても出来なかった。」「傍に居てもらい心強かった。」とお嫁さん。屋根から瓦が落ち、物が倒れ、いつまでも続く揺れの中、利用者とお嫁さんだけではとても不安。誰かが居てくれる。きてくれる。この思いが心強かったのでは。
315. 震災により避難所に避難したが、認知症により集団生活の受入対応が困難であるため、施設にてのナイトケア受入要請が多く、担当しているケアマネジャーと連絡も取れない状態での支援だった。同一法人通所施設にてデイサービス利用者・訪問介護利用者など合わせて、一週間程度にわたり、支援行う。
359. 要介護1・多少認知症ある一人暮らしの方。自宅周辺の家屋倒壊があり、自宅も散乱している状況。唯一の親戚（弟）に保護していただくようお願いするも、断られ近くの特養に依頼し、引き受けていただいた。
378. 当日、訪問介護事業所と連携し安否確認をした。訪問介護事業所から。一人暮らしの方のアパート2階ベランダが落下し、危険な状態との連絡があり訪問。避難先を探した。担当民生委員ではなかったが、空いているアパートを提供してくださる方がいて、避難してもらった。認知症があり、自分のアパートに戻られた為、保護課に連絡、台原の施設に受け入れてもらった。現在高齢者用賃貸住宅に入居されている。

415. 認知症の利用者さんが避難所から、自宅に戻ってしまい、冠水し出られなくなってしまった。包括・警察官と訪問し救出。
423. 近隣の避難所に避難させたが（ライフラインが断たれたので）、認知症があり、集団生活ができないということで緊急入所ということで、ショート対応してもらった。
529. 各避難所をまわり、認知症のひどい方・介護度の重い方を福祉避難所に移動させた。一
560. ②独居（男性）、避難所で寒さで動けなくなって寝たきりになっていた人を病院に搬送し入院させた。避難所で急に認知症が悪化して、周囲の人はどうしていいかわからない状態になっていた。
662. 認知症の二人暮らし夫婦を避難所に誘導した。海のすぐ側の利用者を救出に行き、そのまま次の日までそこから動くに動けない状態になり、次の日、山を越え事業所のある方向に戻った。
690. ① 89歳・女性・独居・認知症・生活保護受給者。毎日ヘルパーの支援を行っていた。地震発生後、自宅をヘルパー管理者と一緒に訪問。玄関先が陥没、自宅も傾いているように見えた。町と施設に相談、緊急入所となる。② 80代・男性・独居。亡くなった妻の担当ケアマネジャーだった。町外に住んでいる娘より携帯に電話あり。「父が一人で被災している。自宅の2階に住んでいる。食料もほとんどなくなっていると思う。自分はガソリンがなく行けない。本人とても頑固で行きたがらないと思うが、説得をしてなんとか避難所へ連れて行ってほしい」との内容だった。自宅は危険区域になっており、次長に相談。次長が消防署に電話したが繋がらず、直接ケアマネジャーが消防署に行き、救助の要請をした。レスキュー車2台で現場に駆けつけた。救急隊からは一緒に同行して欲しいと言われ、ケアマネ2名が同行した。瓦礫の山になっている所を救急隊員の誘導で行動し、自宅に到着。本人はドロだらけの服装のまま2階にいた。ケアマネが娘さんから頼まれたことを話し、本人納得の上で、安全な道を救急隊に指示してもらい、避難所に送り届けた。
781. 地震発生時、独り暮らしの高齢者（認知症あり）を訪問中であった。怯えるご本人を励ましながらか、室内での避難誘導と声掛けを行った。また、危険に対する認識が甘くかなり動揺されていた為隣人にこの後の食事提供と見守り・近隣の避難所への誘導をお願いした。室内に散乱していたガラスや家具を片付け危険を排除。お世話になっているヘルパー事業所に出向き今後の支援物資ができる調整と準備をお願いした。その後も区役所や市の支援物資を独居中心に配布して歩いた。
785. 認知症のある利用者で一人暮らし、自宅内の食器やガラスの損壊があるが切迫感がない。説明と準備に20分を要し同法人の施設に緊急対応をお願いする。転倒しやすい方でライフラインもなく石油ストーブで過ごしている。施設側へ避難を呼びかけるが「寒いと駄目だ」と自宅に残る。15分位説得するが避難なし。近隣の家族も来たのでお願いするが一人である事となる。
894. 認知症重度で独居の方（84歳）の自宅が大きく被災し住める状況ではなく町内の集団避難所に誘導されていたが、不穏興奮顕著で対応不能となっていた。幸いと言っては失礼だが、母体の施設で亡くなった方（震災かなり前から危篤状態にはなっていた）空きベッドが生じた為当該集団避難扱いを実行し、保護し速やかに母体の施設へお連れし緊急的ショートステイ開始した。次にこの方の被災した家に出向きガラクタや埃の山をかき分け衣類・寝具等使える物をかき出し施設まで搬送している。尚この方が無事ショートステイ開始後夜中は停電で真っ暗になり不穏・徘徊顕著で私が毎晩同室の簡易ベッドで添い寝し、なだめてトイレ誘導・照明確保等をしております（3/18電気復旧してようやく解放）。

913. すぐに認知症のご夫婦のお宅に行き被災状況を確認しましたがお二人は普通に過ごされていました。本棚から落ちた本もご自分で戻され怪我もない事にほっとしました。ただ、電気が点かない事をすぐ忘れ、訪問したヘルパーに「君が壊した」等とおっしゃる事に困りました（ヘルパー談）。懐中電灯等が見つからず事務所から持参し水道も出なくなった為持参したりしました。3月11日16時からの訪問介護の予定通りにヘルパーさんが訪問してくれた時には感激し涙が出そうになりました（私がヘルパーさんに代わりお二人の食事・おむつ交換等をしようと思って訪問した為）。何回も続く余震に家が壊れないかと不安でした。
936. 電気が止まったままの在宅酸素を行っている利用者を、電気が通電している長男宅へ避難させている。車の手配、ガソリン不足となっている状態で濃縮器と一緒に移動するのは大変。家族からは自家発電の必要性。高齢者二人暮しとなっている認知症も伴っている利用者の対応が難しい。
950. 認知症のある一人暮らしの方、長男は東京在住。震災当日はヘルパーさんが訪問。部屋は物が落ちてきて散乱し寝る場所も無い為、隣の住人に本人の対応をお願いする。翌日ケアマネが隣の所の所に訪問し東京の長男と仙台の親戚に連絡し早急に迎えに来てもらうように連絡する事を伝える。電話が繋がらない為、公衆電話に並び東京の長男・仙台の親戚に連絡を取るがなかなか繋がらず、何度も公衆電話に並び連絡を取る（これだけで何時間も時間がかかる）。隣の方からは早く迎えに来てほしいと要望があるが、なかなか連絡が取れずご迷惑をかける。近くの小学校の避難所からは認知症の方は利用出来ないと断られてしまった。
956. 認知症の一人暮らしの方、ホームヘルパー利用中で避難所に誘導避難を受けたが、避難所で不穏になり地域住民の安眠を守れなかった。家族は東京に暮らしている為家族と連絡調整し迎えに来てもらうようにし、その間ショートステイの手配をした。手配後本人に説明し不安がる本人をショートステイに連れて行った。
1003. 独居・女性・認知症、町の避難所では対応困難（誰か付き添ってほしいと要請）な為、福祉避難所に移動するが、そこでも同じ。結局、普段利用していないデイサービスで夜ケアを受けてくれる事になり、お連れして一晩過ごさせた。この間迄4時間付き添う。次の日仙台在住の息子さんが来てくれ仙台へ移動した。

### ～安否確認に関するエピソード～

44. 認知症の利用者で息子さんと二人暮らし。食料・水の確保の為外に出なければいけないが、不安に強く思う為出かけられない。早くデイサービスが始まればとても助かる・・・と言われ、非常時こそサービスが切に必要と感じました。
205. 確認手段の方法（電話連絡、訪問）がライフラインの切断でできない。ガソリンが無い等の理由で確認するまで時間がかかった。家族が居るので大丈夫と思い優先順位を下の方にしていたが、安否が確認できた時には、認知症状が急に悪化して家族だけの対応では困難になってきた。地震後直ぐに訪問したが、「ここで大丈夫だから」と避難を拒否された（独居で家具等も倒れている状況だったにもかかわらず拒否された）。当日は余震も強く、自分の身の危険を感じ訪問を途中で中断した。
413. 地域の避難所（本当は避難所でなかった）にいた夫婦（妻：視力障害、夫：認知症）が、同じく避難していた人たちとその建物の管理者から、（認知症の夫が他の人達に迷惑をかけているため）早く出て行って欲しいと言われ、早急に荷物をまとめ、入所施設を探した。夫婦別ではあるが、一日がかりでそれぞれその日のうちに入所が決まった。

435. 一人暮らしの方は通所に居たため、そのまま通所にとどまってもらった。遠くにいる家族に連絡が取れず困った。次の日ショートを利用する予定の人もいた。市営住宅に一人暮らしの認知症の方は、ヘルパーがいち早く対応して集会所へ連れて行ってくれた。訪問に道路が渋滞して、なかなかたどりつけなかった。ガソリンスタンドめがけて、長蛇の列だった。とりあえず病院や通所で過ごした方のその後の対応に苦慮した。ショート利用者はそのまま利用していただいたが、利用していなかった方のショート先が探せず、区役所等と相談したが、らちがあかなかった。避難所や遠方のショートを利用しながら、高専賃に入居した方もいた。
516. 地震当日、安否確認のため自宅を訪問しました。お一人暮らしであり、認知症を患っている点が心配でした。自宅を訪問しましたが、誰もいない状態であり、よく見ると隣人によるメモが残されていました。「地震後、不安を感じたご本人が冷蔵庫内の食品を持って助けを求めてきたので、一緒にいます」とあり、住所・名前が書いてありました。隣人宅を訪問した所、笑顔で過ごしているのを見て安心しました。その後すぐ親戚2ヶ所で保護支援を受け、自宅に戻ってらっしゃいました。
544. 壊滅地区にあった施設にショートステイしていた利用者の所在が不明になり、行き先が判明したのは2週間を過ぎていた。施設→病院→自衛隊へリで自衛隊の病院入院していました。施設職員とは連絡取れず、病院を訪ねても不明、病院から移動した施設や病院に連絡をとり、やっと見つかりました。病院も市役所も施設も混乱した中で、本人が認知症であったこともあり、家族も大変不安な日々を過ごしました。
556. 認知症の独居、仙台在住の息子と連絡がとれず、利用者は何が起きていたのか認識できず、いつもの通り食事準備されないことへの不安があった。おにぎり・水を担当のヘルパー事業所で届けてくれた。一人にしておけず、ヘルパー事業所の事務所(セントケア利府)で2日間、預かってくれた。3日目にご家族が迎えにきたが、利用者様の自宅に一人おいて仙台に帰宅した。おにぎり2個とペットボトル(水)1本こたつにおいてあった。涙がでてしまった。ガソリンなどなく、交通手段も苦勞していたが、ヘルパー事業所で一定復旧するまで、福祉施設で生活させていただきました。→5/11日肺炎の悪化で死去。
583. 4/8日0:30、82歳女性・認知症自立度Ⅲb。2回目の6強後、安否確認に向かった。小高い丘の上にある家でアクセス路は車1台通れるだけの道しかなく、その道に亀裂が走り段差も出来ていたが、まだ走れる状態だった。利用者は無事でいたが、家屋の状態が暗くて確認出来ず、アクセス路にも不安があったので、ケアマネの車に乗せ、10キロほど離れた長女宅に搬送した。2日後利用者宅に行ってみるとアクセス路は段差が大きくなっており、車が通れないようになっており1キロくらい徒歩でお宅まで行くと、壁の崩落が各部屋にあり、危険な状態になっていた。
658. 一人暮らしの認知症の方は特に当日の夕方訪問し確認を行いました。
691. 3月末から避難所を回り、利用者・家族の安否確認に回る。自宅の電話が繋がらないため、訪問したがほとんどの方が避難所にいた。家族(介護者)の体不調、本人の床ずれ発生、認知症の進行からデイサービス・ショートステイ繋げた方がいた。しかし、当事業所以外の利用者のケアマネが避難所に貼り付けになり対応できず、利用者が困っているとの情報あり。対応し、サービス調整するも、数回訪問介護に来ていただいた所で、道路状況が悪く、職員を守れないということでサービスを中止された件があった。また届け出を出し、調整したにもかかわらず(かなり道路状況が悪く、片道1時間以上要した)、貼り付けになっていた職員が動けるようになったとの事から、利用者に戻すケースが3件あった。被害が大きく、新聞の死亡欄で確認する方も多かった。電話が繋がるようになった

てからは、安否確認が出来たが、携帯電話の記載がない方にはかなり時間がかかった。間借りしている事業所から、被災地までの移動距離があったため、1日回れる時間に制限があった。また自分も被災してすぐに動けなかったが、支所が機能を失っていたため、もっと早く上からのしっかりした指示が必要と思った。

699. エールの研修会から、泉中央まで歩き、自分の自宅の安否確認し、避難所で家族と再会する。見渡すと居宅の担当利用者が多く過ごしていた。20時に職場に行き、その際に認知症がひどかった利用者の入所の相談をしている。21時半に町の避難所をまわり、23時に終了。自分も避難所に戻り、家族は寝ていたが、認知症の利用者の介護や足の悪い高齢者などの介助をした。役場の保健師もいて利用者・高齢者をなるべくまとめて過ごしてもらうようにした。8時に入所判定会を聞き、その後利用者を入所させた（独居の方ですでに入所申込は数ヶ月前にしていた。家族へは避難所の受付に伝言している）。9時より、他の所在のつかめない利用者宅へ訪問、ホームヘルプが来れず、医療頻度も高い夫婦利用者の入所へと調整した。独居・夫婦世帯の方々の水・食料は役場・包括・社協が配ってくれたり、入所などへの調整していた。それでも家にいる方には、ホームヘルプを調整したが、寝たきりの方や認知症状のひどい方を介護している家庭は、給水へ並ぶ事も大変だと後から分かった。
726. 独居の利用者の事が気になり、近くの民生委員からの情報、再三訪問はしていた。ガソリン不足の為ヘルパーの利用ができなくなり（身内の方が一時的にでも介護できないか確認するも困難）、またライフラインの停止により町営住宅での生活は困難と判断し管理者に相談し賃貸住宅に入居（居宅の事業所と同一）してもらいサービスに繋がった。夫婦で避難所で数日生活するも、夫（要介護状態、認知症あり）が一般の方との集団生活に馴染めずトラブルを起こして困ると町より連絡有、急遽管理者に相談し賃貸住宅に一時的に入居（居宅の事業所と同一）してもらいサービスに繋がった。
812. 認知症の方の所在が分からなく、施設からの連絡があり判明した。避難所に民生委員の方が連れて行って下さり施設利用に結びついた。今回の震災で地域の関わりがいかに重要か改めて考えさせられました。
867. 当日医療度の高い方（呼吸器）が停電と介護者の精神的不安により在宅介護が難しく救急車で入院先を探してもらう。その日は何処に搬送されたかまで確認取れず、翌日かかりつけの病院を訪問し入院できた事を確認する。当日一人暮らしと認知症のある二人暮らしの担当ケースについて何とか家族と電話連絡が付き安全の確認を行った。翌日電話は不通だったので近くのケースから訪問し安否確認をした。老夫婦世帯（認知症あり）ホームヘルパーの訪問も難しくなった為ショートステイに繋げる。
881. 電気が止まった事でストーブやこたつが使えなくなった家があり、ペットボトルを配り湯たんぽ代わりにこたつや布団に入れて頂く様に対応した。停電により認知症状が悪化し夜間不穏になり緊急にショートに頼んだ。退院が決まっていたが停電・断水で自宅に戻れなくなり病院と在宅の調整が必要になった。
897. とにかく電話が繋がらない。ガソリンが無くなり車も使えない。自転車で可能な所に行った。認知症独居の方へ翌日訪問した。停電しているのにパンをトースターで焼いていた。食材は食パン2枚とみかん数個のみ。水はポットに500cc位（断水）。「〇〇さん、大変だから娘さんに電話しますよ！」→「何大丈夫よ、店は側にあるし何も困ってないから！」→地震がきた事も忘れていたライフラインが止まっている事も把握していない。ケアマネがついていてもこれは解決できない。認知症独居の方は別居していても家族の協力が必要と感じた。

922. 一人暮らしの方の自宅を訪問すると食器棚が倒れてガラスが散乱していた。本人は息子が来てくれると信じて自宅で待っている事を希望するが、ライフラインの停止で事故に繋がる可能性が高かったので、本人を説得して福祉避難所に誘導した。自宅に残した貼り紙を見た家族（息子）が避難所に来て保護した。要介護1の夫と要介護4の妻との二人暮らし、妻は認知症で朝夕にヘルパーの援助で排泄の介助を受けていた。自宅からは遠いヘルパー事業所だった為ガソリンが調達出来ずサービスが中断される。近隣のヘルパー事業所に排泄介助を依頼して調整する。衣類・寝具の汚染が広がり洗濯等の援助も依頼した。

955. とにかく徒歩・自転車で廻れる範囲は廻りました。ですが、当事業所仙台市内全域（及び近隣市町村）をサービス提供範囲としていた為に各区に利用者がおり距離的に訪問出来ない所もありました。あまり広範囲に持たない方がいいなと思いました。片道タクシーで5千円かけて利用者のいるショートステイ先に行った。認知症の方は状況理解が出来ずにいた為、落下の危険のある物を下ろしたり、動き回らないように何度も説明したり、安否確認と合わせできるだけの（最低限の）安全確保を行いました。

#### ～ライフライン停止の対応に関するエピソード～

95. 2～3日なら食材・水の心配は少なかった（保存食材が十分にあった）。ただ料理等を行う事が難しく、ストーブ等で料理を行う事が多かった。食材が不足してからは、買物の為店に並び、寒さの為体調を崩された方もいた。避難所にいる人は食材の心配等がなくて過ごせていたが、避難所では寒くて過ごせない人、認知症が重度の人等、自宅で過ごしていた人が特に食材・水等に困る状態だった。おむつ等については、もう利用しないという利用者家族より提供があり、不足している人に持参する事もあった。ガソリンが不足していた為、自宅訪問を全件行うのには時間がかかり、利用者と顔を合わせ生存を喜んだ事もあった。

686. 独居で認知症もあった方の「水」の確保が大変だった。給水湯に並んで水を持ってこることが出来なかった。訪問事業所で水を持っていってもらったり、近所の方が給水に並んでくれたりして急場をしのいだ。

966. 飲用水は勿論だが生活用水が不足した。公園・議員事務所・歯科医で水道を開放して下さり、併設事業所で、少々遠方でも自家用車のガソリンが残っている人を優先に何度も水汲みを行った。食材の調達でスーパーに並んだ。担当利用者はほとんどが同居家族がいたが、高齢者のみ世帯・寝たきり・ヘルパー朝晩を毎日・訪看週3回の家では、自転車で水汲みをしたり、どうしてもヘルパーが調整つかない時間帯に調理と身体介護を行った。認知症独居の人では、法人内に届いた物資からカセットコンロ・ガスボンベ・食糧を工面してやっと届けたのに近所に住む妹夫婦に全て持って行かれた事は大変なショックでした。

#### ～活動に関するエピソード～

68. 認知症高齢者の見守り介護を交替で行った。

588. 卓上ガスコンロを近所の方が貸して下さっていたが、使用した形跡がなかった。使いたなれていなかったため、利用しなかったと思う。温かい食事を作ってお届けした。灯油もなくなり、買ってきて届けた（妻：認知症あり、夫：右軽い麻痺あり）。

833. 認知症の方は避難所で混乱してしまい家に帰ると大騒ぎになってしまいケアマネジャーが呼ばれて施設の対応を依頼された。おむつ交換する場所がなく、襖を外して囲んだり、シーツを持って協力をもらった。

949. 行政と密に連絡を取り合い、定期的に会議を持ち情報の共有に努めました。特に一人暮らし・認知症の方・透析の方等リスクの高い人への対応をしました。地域性もあり、一人でどうしようもなかったという人は居なかったと思われまます。
955. 地域においては炊き出しに参加。シルバーセンターから配布物を取りに行き、パンや食材等各世帯に徒歩でお届けした。避難所にいた認知症の方へ付き添った。
974. 認知症で独居の方へ定期的に食糧を届けた。

### ～震災対応について思うこと～

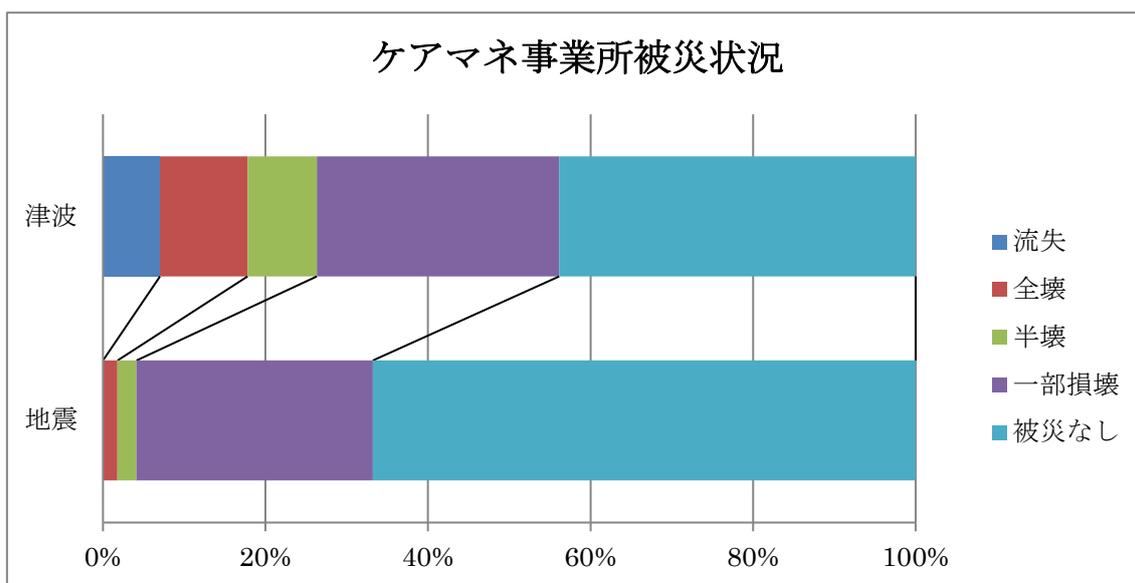
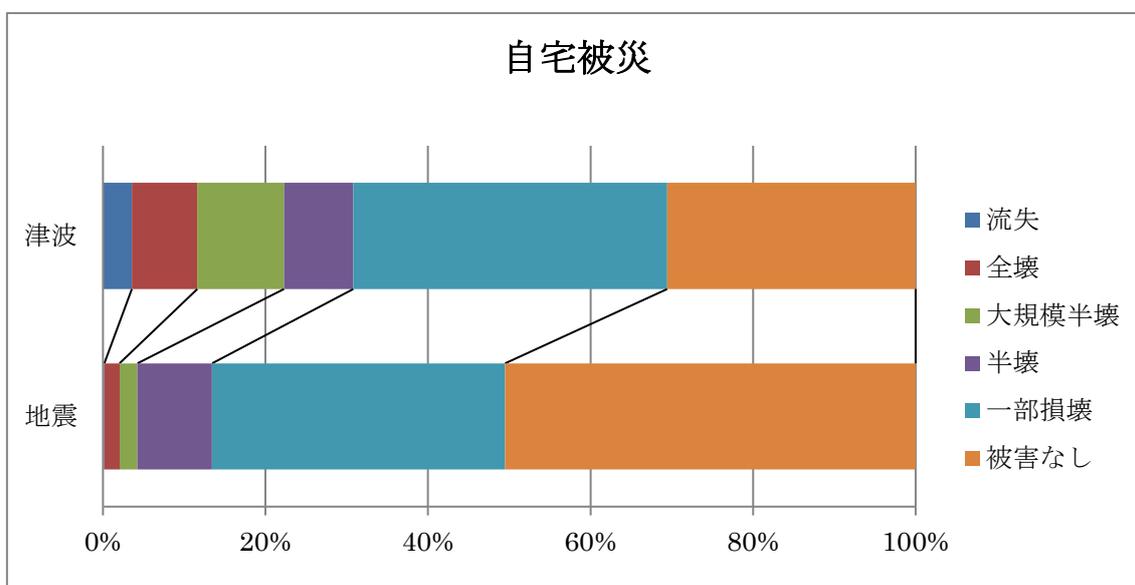
209. 震災後ガソリン調達が困難な中、訪問介護事業所は、自転車で対応していただき、利用者も特変なく在宅で生活できたことには感謝でした。認知症で要介護4の利用者の曾孫さん（山元町在住）が、津波で行方不明となり、その家族も避難されており大変な状況でした。安否確認で訪問した際、自宅での介護には限界の様子でした。直ぐに時々利用するショートステイ先を訪問、事情を話したところ、長期入所が決定しました。その数日後、曾孫さんも発見されました。施設の迅速な対応に家族も涙を流していました。ボランティアには参加できませんでしたが、今後何かできる支援があれば参加していきたいと思いません。
439. 私の利用者さんにはいらっしゃらなかったのですが、認知症が酷い、自宅も住めるような状態ではなかった方が、避難所に移られたものの、苦情が出る等して、居られなくなったり、介護を必要とされる方が安心して生活出来るような避難所ではない等、大変なケースを目の当たりにしてきました。訪問介護や訪問看護、ケアマネの訪問車両も緊急用の車両として認めて欲しい。ここに書いていい内容かどうかは分かりませんが、年々介護保険制度が厳しくなってくると共に、ケアマネに対するチェックも厳しくなっているように感じます。ケアマネに従事して5年目となりますが、少なくとも今の介護保険制度が利用者さんにとって、使いやすくなっているとはどうしても思えません。一体誰のための介護保険制度なのでしょう・・・？と疑問を常に感じています。仕事やチェック、業務量が増えていく状況で、仕事に満足しているなどはとても言えません。疲れしました。
766. 元々地域との繋がりが深い為か、ケアマネというよりは社協の一職員として認識されている部分が大きかった。独居・老老・家族がいても病气（認知症・精神）の方等の方々も震災で少なからず悪く変化された。水道復旧まで17日間、電気復旧まで8日間を要した日々。自分の事も家族の事も担当ケースも地域の方々も皆同じだった。ある物を分け合い、できる人ができる事をする毎日。地域の一員として日頃の繋がりが表に出た日々だった。また日頃の訓練がこれ程大切だったかと痛感もした。ケアマネとして固執するのではなく、社協職員として地域の一住民として生きてきたこれまでの自分の生き方が間違えてはいなかったと一人で思っている。ケアマネは課せられる事が多いので、どうしても自分の仕事以外には目を瞑りがちな人が多いと感じていた矢先の震災。心と目を広く開けなさい、人としてと教えてくれたような気がする。
774. 事業所が流失し、資料・データ・連絡先全てが無くなった。安否確認が思うように進まず不安と焦りが強かった。避難所でなく身内宅へ避難した方は確認ができず携帯が繋がるようになってから利用者家族から連絡が入るまで時間がかかった。安否確認後もサービス事業所も被災しており必要なサービスに繋げるまでサービス事業所の再開を待つ事になった。身内宅に避難した方はサービス利用をせず身体状態が変化するのが予測できたが、促しても「利用は出来ない」と状態が変わっていく姿を見る事が辛かった。大変な思いで避難した話や身内・家族が亡くなった話を聞き、気持ちの切り替えが大変だった。

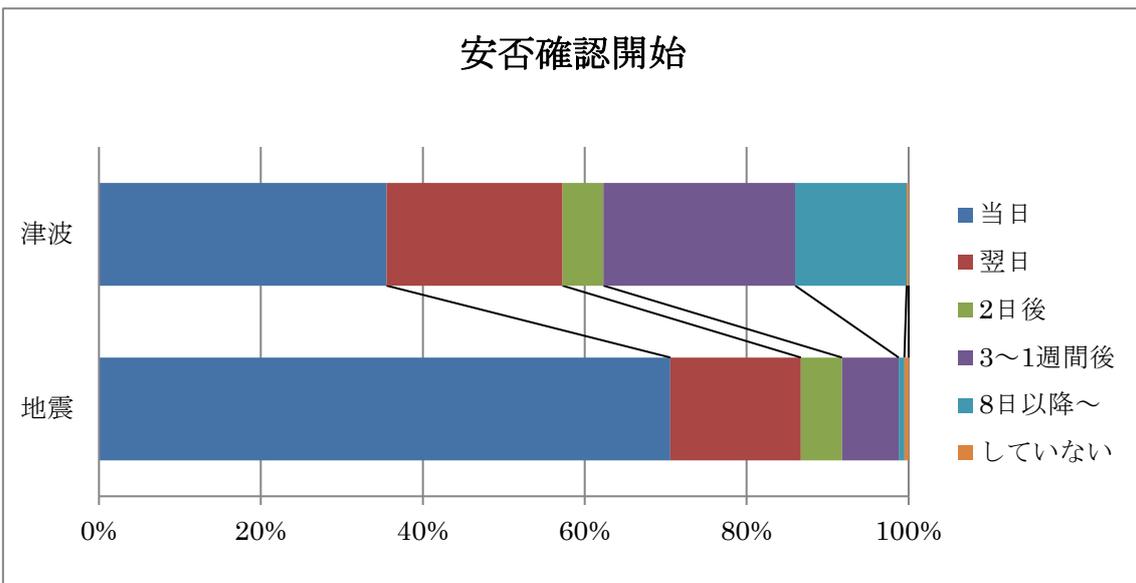
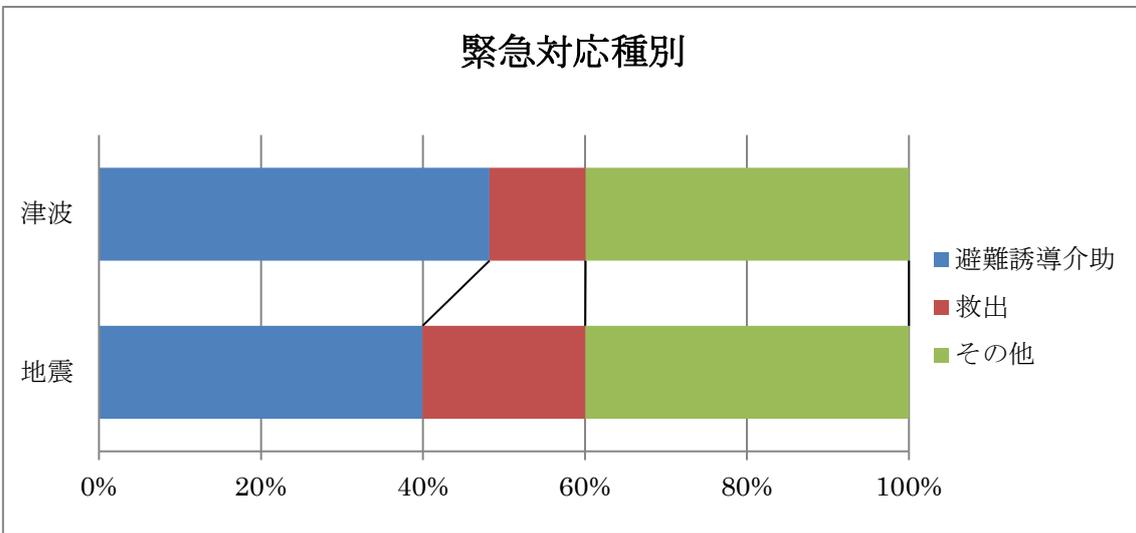
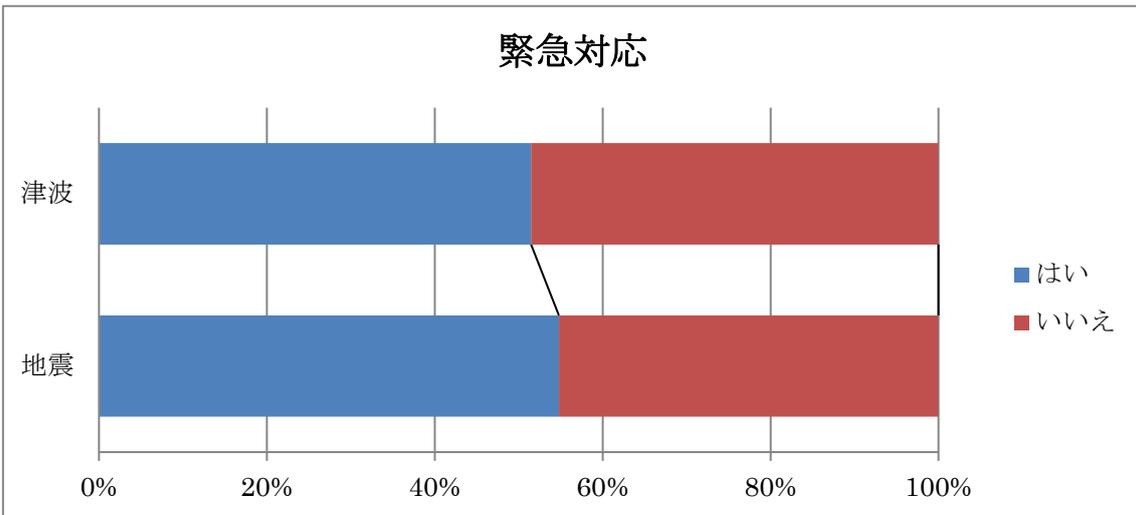
対応やサービス提供に対しても、これで良かったのか、ああすれば良かったのでは・・・？と繰り返し考えている。震災の為に認知症状が強く出てきた方が多く、今まで上手くいっていた家族がストレスを抱えている。震災による悲劇です。

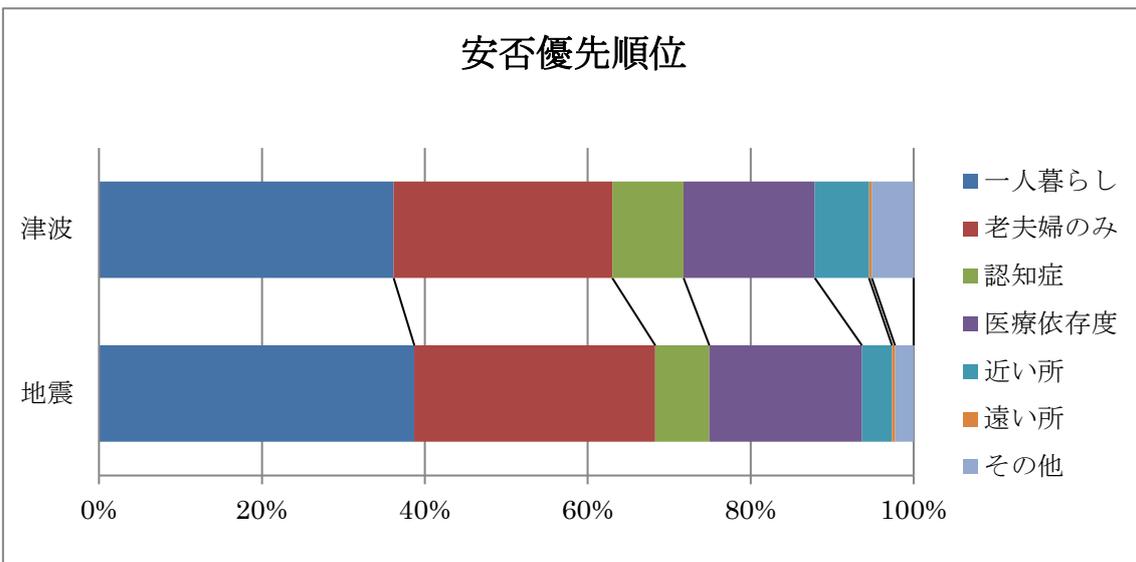
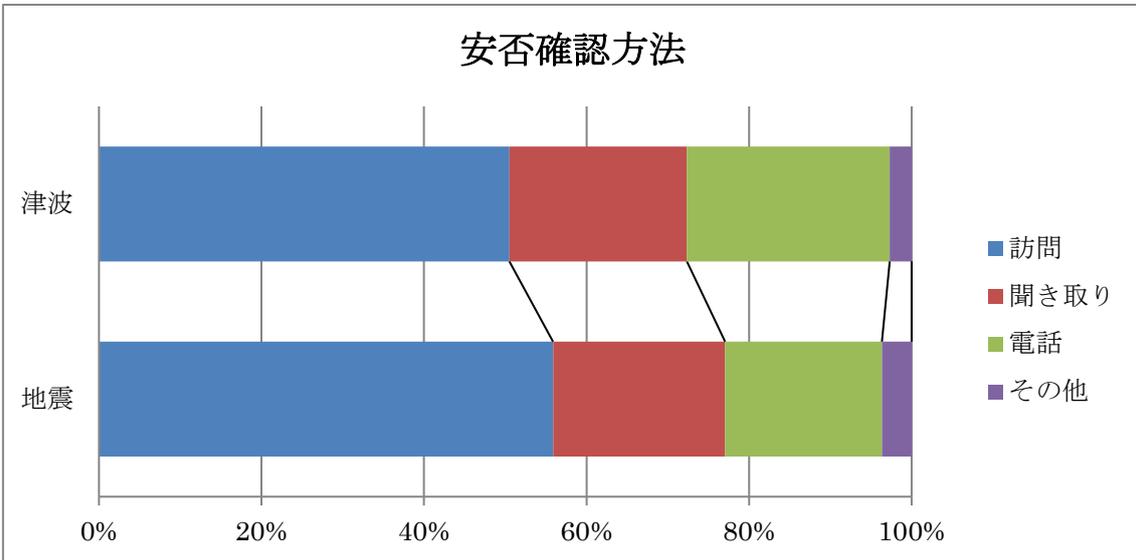
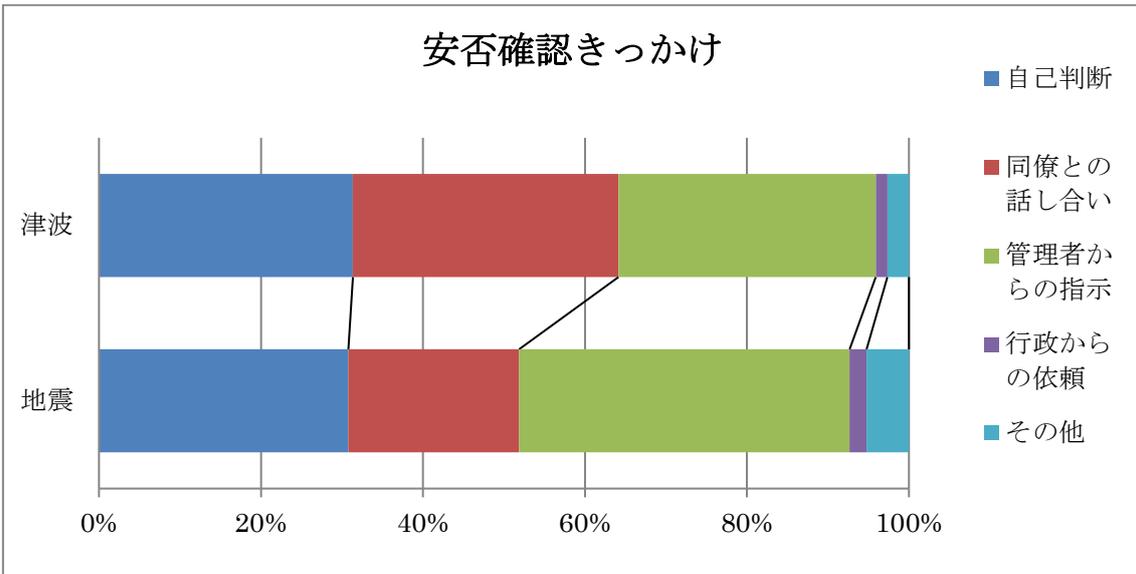
## (2) 担当利用者支援と法人業務のジレンマ

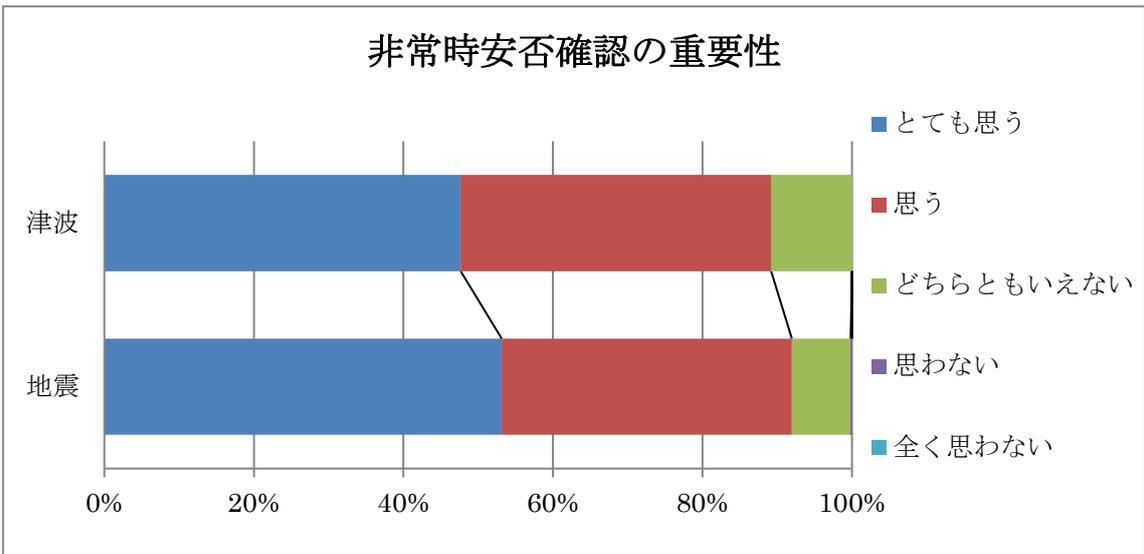
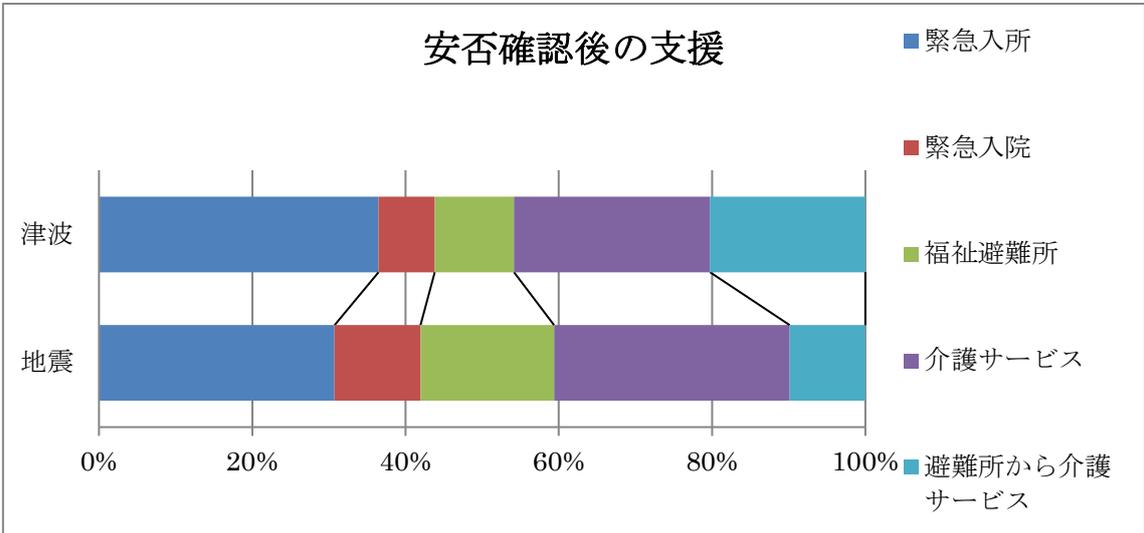
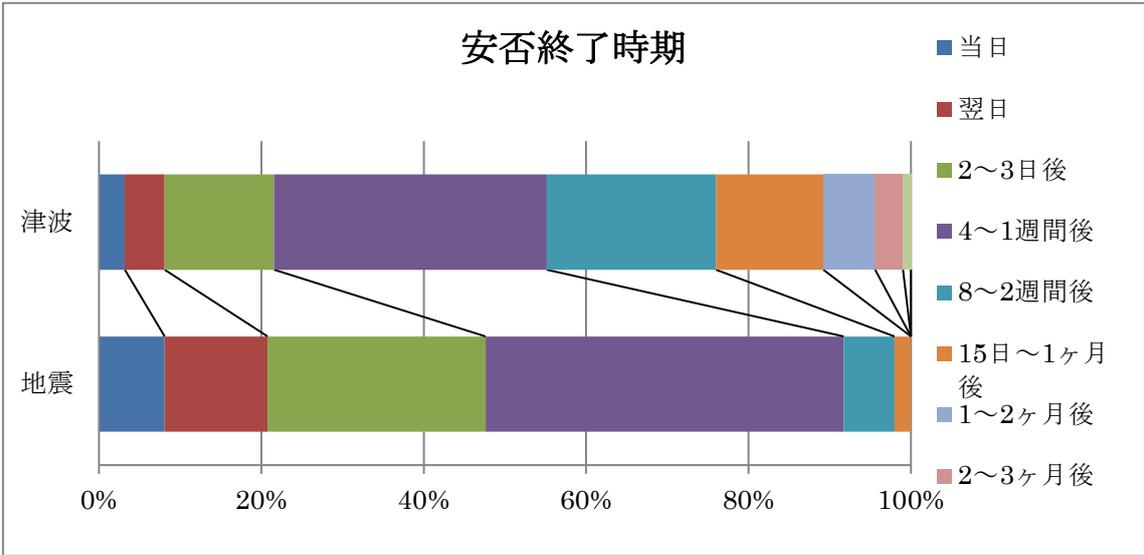
介護支援専門員として自分の担当利用者の支援に行きたかったが、所属法人施設、デイサービス等の業務、避難所運営等を指示され、出かけられなかった場合があった。

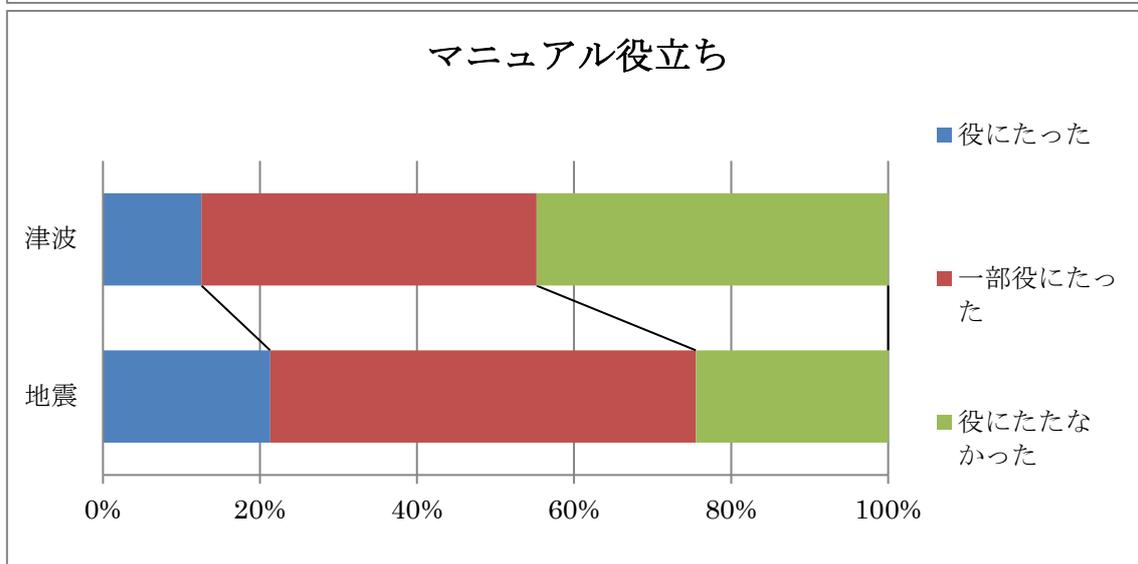
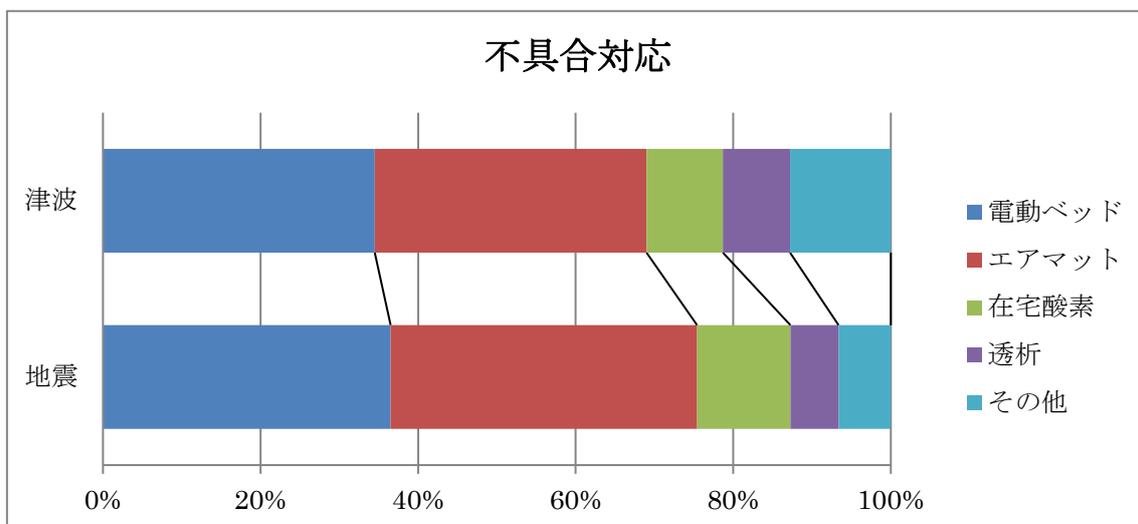
## (3) 地震被害と津波被害











#### (4) 要介護者（認知症の人）を守るための準備と対応

被災と避難で、認知症と周辺症状が顕在化する。

被災と避難で、認知症と周辺症状が悪化（混乱）する。

一般避難所では、要介護者、認知症の人は排除される。

要介護者保護のための仕組みと施設等の受け入れ体制が必要

#### (5) 考察

##### 行政担当者、地域の支援者との調整

行政担当者や地域の支援者は被災後の生活支援に忙殺され、また、様々な支援団体やボランティアの調整だけでも疲弊している。外部から客観的にみると、ニーズがあるはずなのに

発見も対応もしきれていないという思いがあるかもしれない。また、高齢者・障がい者等の要援護者の支援には専門職の関わりが絶対必要であり、応急仮設住宅サポートセンターの急造りの相談員では対応しきれないはずがないと思うかもしれない。

社会福祉士、ケアマネジャーの相談支援専門職ボランティアを受け入れてもらえるまでの準備に時間がかかった。平時の活動により、顔の見える関係ができていたことは大きかったが、被害が甚大過ぎた。押し付けにならず、負担にも感じないように時間をかけ、少しずつ具体的に提案していった。市町村と県、行政の担当課間、本所と支所等、できるだけ足を運んで報告し、話しを聞いていただくことに努めた。市町村の窓口となる人を決めて関わることにしたが、市町村の調整役を宮城県の長寿社会政策課がおこなったことも効果的だった。これも平常時の関わりによるものだろう。

津波被災地域の行政職員は100%以上の力で頑張っていて住民の支援活動している。自らも被災し家族を失ったまま働き続けざるを得なかった人達もたくさんいる。この状況の中、社会福祉士やケアマネジャーが相談支援の専門職として何ができるのだろうと考えた。

個人的に、支援物資を運んだり、片付けを手伝ったり炊き出しをしたり、義捐金を送ったりする人もいるだろうが、「専門職として何ができるか？」である。緊急時の医療チームのように、自前で診療車を持ち込み、キャンプし、無料で治療し、無料で薬を出すといった自己完結な対応をすれば行政に負担はかけないが、ニーズ調査をして問題を見つけて置いてくるだけでは、被災地の担当者の負担を増やすばかりである。

支援する上で、生活上の問題を見つけたら、当然現地担当者への報告・指示を受けることは必要だが、何等かの方法で完結まで関わるといふ、負担をかけない自己完結型の対応をしなければならない。

また、アセスメントの結果や情報、関わりの経緯等のデータはその市町村のもの、地域包括支援センターのものであることを理解して関わることも重要である。地域によっては、保健師の健康調査の結果と、社会福祉士の生活支障調査の結果を一つにファイルして保管する等の工夫をした。

被災地の住民に対して専門職団体が直接的に支援するのではなく、社会福祉士やケアマネジャーは、行政支援、地域包括支援センターへの後方支援をすることとしたものの、その支援のあり方が、今までもこれからも課題である。

#### 4 東日本大震災から現在までの高齢者支援状況

高齢者介護に関わる居宅のサービス事業所は震災前の状態を取り戻し、震災後あつという間に通常の業務が行われるようになりましたが、入所系の施設は人手不足が現在も続き、慢性化しています。しかし、これは県内全域に言えることで、津波被災の後遺症とは言いきれません。要支援・要介護認定者の数は、仮設住宅での廃用症候群の増加とその予防のためのサービス利用を勧める傾向があり、他県と比較し極端な増加傾向にな

っています。

平成25年8月、東松島市からの依頼により、市内の民間賃貸住宅の応急仮設住宅扱い（みなし仮設）の約1,800世帯を、宮城県ケアマネジャー協会と宮城県社会福祉士会の会員が訪問し、健康・介護・福祉・法律等の生活支障・生活ニーズを把握して総合相談支援を実施しました。結果、支援を必要としている方々の特徴を抽出したところ、単身高齢者世帯だと支援が必要である確率が10.2倍、高齢者のみ世帯だと6.4倍、運動不足の人だと10.6倍、介護を受けている人だと21.5倍、認知症の人だと25.9倍、日常の用事に困っている人だと19.2倍、話し相手に困っている人だと28.1倍、借入（ローン）に困っている人だと42.6倍、家族（法律問題）に困っている人だと39.2倍であり、高齢者介護だけでなく、経済的問題、家族問題が大きいことが明らかでした。なんとか高齢者支援はできていても、切実で解決不可能な問題があるということです。

また、東松島市では今後の支援活動の多様性・重要性に対応するために、仮設住宅の要支援者を支える訪問支援員及び生活支援相談員スキルアップのための講習会と、相談支援に同行訪問し実地研修を実施しました。東松島市に限らず、被災高齢者障害者支援は津波被災地の仮設住宅訪問支援員、津波被災地の地域包括支援センター等が担当していますが、その地域の必要性や求めに応じ、社会福祉士会、ケアマネジャー協会、仙台弁護士会、法テラス、宮城県サポートセンター支援事務所が協同して対応支援を行っています。

平成26年度は、仮設住宅での高齢者等の支援をおこなっているLSAや支援員の支援「困難事例対応」を担当しています。

## 5 高齢者支援における大規模災害への備え

### 備えは『普段力』

考えて判断して行動する。宮城では過去何度となく地震の被害を受けてきましたが、今回の津波被害は今までの備えが活かさないほどのものでした。しかし、その悲惨な状況の中でも『普段力』がものを言いました。普段からコミュニケーションや連携がとれていたところは非常時でも連携がとれていたし、そうでなかったところは全く連絡がとれなくなりました。マニュアルで動いていた人は想定外のことに対応できず、平日頃から考えて判断していた人は、非常時にも考えて判断して行動していました。

介護福祉士は介護をし、包括支援センターは高齢者の総合相談、介護予防、ケアマネ支援をし、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは要介護高齢者の生活全般の解決すべき課題を把握して介護支援をし、社会福祉士は、要援護者の生活の課題を把握して生活

支援をし、通所介護事業所は、通所させて高齢者介護をし、福祉用具事業所は、福祉用具を提供し、訪問看護は訪問して看護をし、訪問介護は訪問して介護をし、介護保険施設は入所させて高齢者介護ができるように、日々研鑽しておくことが備えだと思います。

**非常時は通常時ではない。非常時に通常時の考え方を持ち込まないという備え。**

病院が手本です。病床の定員はあっても非常時には緊急性と必要性を優先させ廊下からロビーから患者で一杯になっても治療します。家を失くしてお風呂に入れられない人が大勢いる時に、一日の利用定員を超えたら減算になるとか、予算措置していないとか言っている場合ではありません。

**応援を受け入れる備え。**

例えば、入所者の介護は外部からの応援に任せて、施設の職員は被災した地域住民の介護にあたる。社会福祉協議会等のボランティアセンターの運営は他県からの応援に任せ、自分達は地域に出て地域の人にとって必要性を考えて判断する等、その地域の自分たちにしかできないことと、他からの応援に任せられることを考えて判断するという普段からの備えが必要でした。

**自分で考えて判断して責任を持つという備え。**

今時は、考えないで判断しないで責任を取らないことが良くあります。やるための理由ではなく、やらないための理由を考えることが多くなっているとも言えます。普段から考えて判断する訓練が必要です。

**課題分析力という備え。**

問題の把握、原因、意向、可能性・危険性等の予後予測、課題、支援の方針を持ち、一部の問題だけに囚われず全体を見るという課題分析力を磨くことが高齢者総合相談支援の備えです。相談支援を専門とする者の最も重要な備えだと思っています。

2017. 05. 17. 小湊純一。 [jk@npojmi.com](mailto:jk@npojmi.com)