

～福祉の総合相談と福祉サービス～

ふくし@JMI

社会福祉士 小 湊 純 一

URL: www.npojmi.com Email: jk@npjmi.com

総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- (1) 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。
- (2) 本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

(1) 地域におけるネットワーク構築業務

- ① 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。
- ② 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

(2) 実態把握業務

- ① 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

(3) 総合相談業務

総合相談業務として、次の業務を行う。

① 初期段階での相談対応

- ア 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。
- イ 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

- ア 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。
- イ 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

(4) 権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

① 成年後見制度の活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。

- ア 高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。
- イ 申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

② 成年後見制度の円滑な利用

- ア 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。
- イ 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。
- ウ 高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

③ 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

④ 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

⑤ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

⑥ 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。

～事例～

「利用料金滞納」

家族構成：本人（Aさん 78歳 女性 要介護3）
長男夫婦，孫夫婦，ひ孫2人の7人家族。

主たる介護者は長男。嫁が股関節手術を受け体調がまだ戻らず介護できないため、老健施設に入所するが、利用料金滞納で退所した。その後、在宅での介護は困難な為現在はショートステイ利用中。

①事業所と長男との面談

事業所：「滞納が50万円超えてしまいました。どうしてこうなったのでしょうか？」

ケアマネ：「本人の年金額と利用料金は8万円ではほぼ同額ですよね。支払いが難しい理由があるのでしょうか？」

長男：「全部、自分が悪い。これからはしっかり払います。」

事業所：「以前からしっかり払うと話しているけど誠意が感じられません。このような状況では退所もやむを得ません。そこをしっかりと理解してもらいたい。一度に全額は難しいと思うので、せめて未払いがないように支払ってもらいたい。年金月には2ヵ月分、それ以外は1ヵ月分支払って欲しい。」

長男：「分かりました。努力はします。ところでケアマネさん、まだ特養には入所できませんか？」

ケアマネ：「現在は要介護3であり、現在の状況からでは早急な入所は困難と思われれます。奥さんの体調が戻り次第、自宅で介護すると話していましたが・・・」

長男：「まだ体調が悪い。だから連れて帰れない。」

事業所：「特別養護老人ホームに入るのは問題ないですが、まずしっかり支払ってください。」

長男：「分かりました。」（早々に退席する）

②長男の妻との面談

ケアマネ：「料金が滞納している事について、旦那さんとショートステイの管理者さんと話し合いましたが、何かお聞きしていますか？」

長男の妻：「迷惑かけて申し訳ありません。夫がだらしなくて皆に迷惑をかけている。自分がしっかりしていればいいのですが、思うように身体が動かなくて・・・。」

ケアマネ：「孫さんにはお話ししましたか？」

長男の妻：「（*泣きながら）息子夫婦（Aさんの孫）には相談できません。以前、夫は大きな借金をして息子夫婦には何百万も負担させてしまった。滞納したのは必ず払

いますから、もう少し待ってください。」

ケアマネ：「ご本人のお金の管理は旦那さんが行っているんですか？」

長男の妻：「年金は息子（Aさんの孫）が管理しています。定期的に施設の支払い料金を手渡されているが、夫が何かに使ってしまう。夫には何度も裏切られてしまう。でも、自分ひとりではおばあちゃんにも会いに行けないし、口を出せば『何も出来ないのに口出すな』と怒鳴られる。ちゃんと払わせます。」（*号泣・・・しばらく沈黙）

ケアマネ：「孫さんに相談してみませんか？」

長男の妻：「もう少し待ってください。ちゃんとしますから・・・」

ケアマネ：「分かりました。よろしくお願ひします。」

③長男との電話

長男：「この間も心配して家に来てもらったようで。こちらから伺わないといけないのに申し訳ありません。」

ケアマネ：「利用料金についてお話させていただきました。」

長男：「そうですね。申し訳ないです。」

ケアマネ：「今月の支払いの予定は・・・」

長男：「支払ってきます。ところでケアマネさんは元気ですか？」

ケアマネ：「おかげさまで。」

長男：「そうですか。良かったです。それではまた。」（電話を一方向的に切る）

*思ったこと、感じたこと

- ・借金の取立て、催促しているような面接になっている。
- ・家族と将来のビジョンを確認したいが、料金滞納メインの話しになり、その場しのぎの返答になり具体性に欠ける。面接は気が重い。
- ・「どうすれば解決できるか」を一緒に話し合いたいが、そこまで展開しない。

「千代田さん 女性 65歳 要介護2」

(ケアマネからの相談)

本人：皆がやりやすいようにしてください。

同居人：介護をしたことが無いので、入浴と排泄の介助、炊事などを手伝ってほしい。ベットに横になり、一日中テレビを見て過ごしている。体調が優れない為、外出は通院のときのみ。

10年前に離婚し、今は同居人（チンピラ風の内縁の夫？）と2人暮らし。生活保護を受けている。子供はいない。

乳癌で、定期的に放射線治療の為通院している。進行し、数箇所に移転している。

対応の問題点（同居人との関わりについて）

- ・介護保険以外でかかる料金や物品については、お金は出せない。オムツ代、シーツの用意は、あんたのほうで何とかしろと言われる。同居し、内縁関係は明らかだが、都合によって、「ただの同居人」の立場をとる。
- ・千代田さんが自分で点滴の針を抜いた際、「お前らは、本人に針を抜かせるのか？管理が不十分だ、医療ミスだ。市役所へ来い、この件について白黒つけようじゃないか！」と言いがかりをつけてくる。
- ・同居人へ電話しても、自分が登録してある番号以外には出ない。着信があっても、電話料がかかるからと、電話をかけることもしないため連絡がとりづらい。用があるときは、着信を入れて相手にかかけさせる。
- ・急でない用件でも、「すぐに来い」と他の訪問中でも呼びつけられる。
- ・訪問しているスタッフへ、「女の世話を早く終わらせて、俺と話をするようにしろ。コミュニケーションをとるようにしろ！」「自分の世話もしてくれ。」「俺の言うことだけきいていればいいから。」と自分中心の欲求をしてくる。
- ・名前を名乗らないで事務所に電話をよこす。声を聞いて自分のことが分からないと、対応した相手に言いがかりをつける。「俺が電話したら、職員全員が俺のことが分かっているようにしておけ。」と命令してくる。
- ・制度の説明を何度も何度もしているにも関わらず、都合が悪くなると「聞いていない！説明されていない！」と、説明責任を追及してくる。

ケアマネとして思うこと感じること

- 世間に頼れる人がいない。
- 言葉尻をついて、揚げ足をとられ、対応できない。
- もう少し、毅然とした態度や対応が必要だったのだろうか？無理な要求を呑んだこともあった。
- 対応が辛い。精神が壊れる寸前！ご飯も喉を通らない。
- もう関わりたくない。

「三条さん 男性 90歳 要支援2」

自分のこと

本人：体調を整えて、少しでも自分のことをしていきたい。

家族：身体が不自由なので、父の食事の用意や身の回りのことをしてほしい。

食事以外は、部屋のベッドに横になりテレビを見ている。月に2～3回位、近所の人が遊びにきて、茶飲み話をしている。

次男さん（次男）と三男さん（三男）の3人暮らし。次男さんは、障害（脊椎損傷による半身麻痺）があり仕事はしていない。三男さんは会社勤めをしている。

糖尿病があり、服薬加療中。腰痛と膝関節痛で整形を月1回受診している。

対応の問題点（次男との関わり）

- ・ 訪問の度に、言葉の使い方や声のトーンについて「不適切だ」等と指摘される。服装やバッグ等の持ち物についても「社会福祉士としてふさわしくない。」と指摘してくる。
- ・ 限度額全てを使い切らなければならないと勘違いしており、制度の内容を説明すると、すぐに興奮して怒り出す（間違った解釈のままである）。
- ・ 怒りがおさまらないときは、利用しているサービス事業所全てを巻き込み、怒鳴り散らす。
- ・ 本人に関わろうとすると、「爺さんとの話は5分でいい。俺と話していればいい。」と言われ、数時間もいなければならない（早く帰ると機嫌が悪くなる）。
- ・ 本人が使えないような福祉用具を借りてほしいと訴えてくる。明らかに次男さんが使おうとしている。
- ・ 毎月の予定で、変更箇所を伝えても、「聞いていない」「了承していない」など、私に非があるようにしてトラブルを作られる。
- ・ 訪問の都度、常に言葉尻をつき、揚げ足をとってくる。
- ・ 次男さんは、「障害者は弱い立場なのだ。」と強調してくる。制度上できないという、「いいのか！訴えてやる！」という脅しのような言葉を出してくる。

担当者として思うこと感じること

- ・精神的にきつい。
- ・トラブルを起こさないようにと思うせいか、話が受身になってしまう。
- ・トラブルを作って暇つぶしをしているように思えた。トラブルのたびに人が集まるのを楽しんでいるように思う。
- ・いつも、気がつくとな本人のことではない話になっている。
- ・毅然とした対応が必要だったのでは？
- ・対応が辛かった。
- ・行政や事業所としての対応はどうかのらう？

高齢者虐待対応アセスメントシート

被害者	Fさん 85歳 男性, Mさん 83歳 女性 (夫婦)
加害者	S (同居の息子)
場所	自宅
虐待の種類	○身体的 ・ 放棄 ・ 心理的 ・ 性的 ・ ○経済的 ・ 消費
虐待の具体的状況	<p>今年1月, Mさんが, 酒を飲んだ息子Sから「ばかやろう」「死ね」など言われ, 頭を蹴飛ばされる。その際, たまたま実家に泊まりに来ていた加害者Sの姉も布団にぐるぐる巻きにされ, 加害者が別の部屋に行った隙に全員が自宅から避難する。Sは現在無職, 10年位前から酒癖が悪くなり, 5.6年前から親への言いがかりや被害妄想的な発言が気になってきた。酒代の要求や, 両親への恨みを暴言・暴力という形でぶつけている状況。父親Fへも暴言は向けられるが相手にせず逃げている。</p> <p>1月の関わり以降, 行政や断酒会, 加害者の姉などで連携してSを3か月間精神科病院に入院をさせた。しかし, 外泊の度に飲酒を繰り返す, 両親も黙認していた。退院後も酒を飲むと両親に対しての暴言がひどく, 両親は身の危険を感じて加害者が酔っている時は家に入らないようにしている。知人宅に身を寄せたり, 自宅納屋で夜を過ごしている。</p>
虐待の原因	加害者が若い頃「行きたい高校へ行けなかった。親父のせいだ」「勤めていた会社を辞めたのも, 母親が裏で会社に手を回したからだ」等両親への恨みがあると加害者の姉は話す。
本人の意向	<p>父親Fさん「息子と家において田んぼを守りたい。最悪のことになっても仕方がないと思う」</p> <p>母親Mさん「息子はもうかわいそうと思わない。一緒には暮らせない。」</p>
<p>現在, Fさん夫妻はSによる暴力のため満足に家にいられない状況。3ヶ月間精神科入院をしたものの状況は改善していない。現在, 市の担当課はいつでも緊急避難先として宅老所入所が出来るように手配をしている。また, 今後は加害者である息子に対しても直接面会して現在の状況をどのように考えているか確認し, 併せてどのように話を持っていくかケース会議を持って話し合う予定である。両親の意向が違うがそれぞれの意志を尊重すべきなのだろうか。また, 加害者Sに対して厳しい条件を突きつけた場合のリスクをどう考えればよいのだろうか。 ～介入の方法をアドバイスいただきたい～</p>	

参考

「主任介護支援専門員に必要なスーパーバイザーのあるべき姿」

1 はじめに （※主任介護支援専門員を主任ケアマネと表記します。）

そもそも、主任ケアマネ研修で3日間スーパービジョンの話を聞いて少し体験しただけで、主任ケアマネがスーパーバイザーであると言えるはずがない。10日間の主任ケアマネ研修が終わってすぐ、スーパーバイザーになったと勘違いしたりされたりすることがあってはならない。主任ケアマネ研修は自己研鑽開始のきっかけにすぎない。

ケアマネジャーのスーパーバイザーであるためには、介護保険や医療・福祉に関する豊富な知識や専門的技術に加え、アセスメント力や指導力が求められる。ケアマネジャーは、ソーシャルワーカーではなくケアマネジャーである。ところが、主任ケアマネ研修のスーパービジョンのコマは、「ケアマネジャーのスーパービジョン」ではなく「ソーシャルワーカーのスーパービジョン」になっている。結果として、「質問力」とか「気づきの提供」とか、言葉遊びになってしまっている。グループスーパービジョンで事例提供などしたものなら、質問攻めにされ、参加者からの心無い発言を受け、もう二度と事例など出すものかということになってしまう。ケアマネジャーとしての専門性を持って、ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえた上で、根拠のある気づきができるような支援ができると良い。

2 ケアマネジャーとどのように関わるべきか

主任ケアマネがケアマネジャーにどのように関わるべきかと悩んでも、ケアマネジャーがスーパーバイザーであるという認識も契約もなければスーパービジョン関係が成り立つはずがない。

主任ケアマネといっても、地域包括支援センターと特定事業所ではその役割が違う。

	地域包括支援センター	特定事業所加算事業所
役割	ケアマネジメント後方支援 1 ケアマネジャーの相談窓口設置 ①ケアプラン作成技術相談への助言と支援 ②支援困難事例等への助言と支援 2 ケアマネジメントのネットワークづくり ①ケアマネジャーのネットワーク化 実践及び指導・助言 ②医療との連携実践 ③専門職との連携実践 ④サービス事業所との連携実践	管理・教育・支持 1 専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資する。 ①公正中立性の確保 ②経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督 ③常勤かつ専従の介護支援専門員の配置 ④どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制

	⑤ボランティア等との連携実践 ⑥その他関係機関との連携実践 ⑦総合的な連携実践	
権限	管理監督権限なし 1 地域のケアマネジャーからの依頼により相談支援，支持が開始される 2 担当地域のケアマネジャーの実状に即した研修会，事例検討会を開催し，スキルアップを支援	管理監督権限あり 1 管理者として，質を確保するための管理，教育を職権で，支持を職責で実施

地域包括支援センターの主任ケアマネの役割は，ケアマネジャーの後方支援であり，指導ではない。ケアマネジャーからの依頼があってスーパービジョン関係が開始されるのであり，頼まれもしないのに強制的に始まるものではない。地域包括支援センターの主任ケアマネが「偉そう」に指導しようとしていたのでは相談してもらえない。

また，ケアマネジャーとしての役割，立ち位置を踏まえた上でのアドバイス，気づきの提供が求められる。ケアマネジャーのスーパービジョンにおいて，ケアマネジメントの分野について「気づいてもらう質問」をする場合には，質問すべきことが「体系的に整理されている」必要がある。体系的に整理されていなければ，単なる「思いつき，経験則」にすぎなくなるので，根拠の明らかなアドバイス・問いかけが必要である。例えば，①ケアマネジャーとして何処まで介入すべきなのか，②本来は誰が関わるべきなのか，③自立支援とは具体的に何をすることなのか，④利用者本人の生活支障を具体的にとらえることが出来ていたのか，⑤利用者の自己決定を尊重していたのか，⑥利用者の回復の可能性を捉えていたのか，⑦利用者の想いを受け止めていたのか，⑧認知障がいのある利用者への支援の方法を理解しているのか...等々，ただ気づけば良いのではなく，こういうことに気づいてほしいという指針を持っていなければならない。

頼まれなくても職権によって管理監督しなければならない特定事業所の主任ケアマネであれば，さらに責任が重い。上司を選べない訳だから，経験と勘だけで指導教育されたのでは指導されるケアマネジャーが迷惑してしまう。また，主任ケアマネが，管理，教育，支持する立場にあり，事業所のケアマネジャーがそれを受ける立場であるというお互いの理解がなければ，事業所内であってもスーパービジョン関係は成り立たない。

また，ダメなところを見つけて指摘するという「説教するスーパービジョン」ではなく，いいところを見つけて褒める「育てるスーパービジョン」のような関わりが良いと思う。

3 相談窓口としての主任介護支援専門員

主任ケアマネは，ケアマネジャーをしての立ち位置を踏まえた上で，他職種，他制度等に熟知していなければならない。

主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての要件

- (1) 関係法令の理解, 理念の理解
 - ① 高齢者福祉・医療等関係法令
 - ② 介護保険関連法令・運営基準
(居宅介護支援, 介護保険施設, 居宅介護サービス, 地域包括支援)
- (2) 福祉・医療の基礎知識
 - ① 高齢・障害者の基礎知識
 - ② 医療の基礎知識
- (3) 介護支援の基礎
 - ① 居宅介護支援のプロセスと理由
 - ② 課題分析項目とスクリーニング技術
 - ③ 課題分析方法の具体的理解
 - ④ 国際障害分類 (ICIDH) と国際生活機能分類 (ICF) の理解
 - ⑤ 個人ではない組織的対応の理解
- (4) 理想・建前ではなく現実的な支援ができる
 - ① 介護支援と問題解決の経験
 - ② 介護支援と問題解決の知識

4 ケアマネジャーへのメンタルケア的側面

ケアマネジャーは、ケアマネジャーとしての役割を超えて頑張り過ぎる傾向がある。介護職員等も同様だと思うが、頑張っても頑張っても終結が見えないのは辛いことである。頑張ったことを認めてくれて、「十分頑張ったと思いますよ。」という一言を言ってくれる主任ケアマネがいると良い。

また、どういうことをすると頑張ったことになるのかを具体的に示したり、ケアマネジャーと共に考える姿勢が重要である。認める、受け入れる、共感することがケアマネジャーのメンタル面を支えることになる。

5 知識, 技術, 倫理観などの教育的側面

ケアマネジャーは、実務研修を修了してからの勉強である。主任ケアマネは、課題分析力を含めた、ケアマネジメントに関する指針をもって、後輩ケアマネジャーを育てるべきである。宮城県では、実務研修, 基礎研修, 専門研修, 主任ケアマネ研修, 研修担当者研修すべて同じ指針によって勉強する仕組みを作り公開している。居宅介護支援の場合, 居宅介護支援の手引き, アセスメントのための情報収集シート記入の手引き, ケアプラン策定のための課題検討用紙と手引きである。施設介護支援も同様に作ってある (宮城県ケア

マネジャー協会 HP 参照)。また、研修担当者研修を毎年数回開催しているが、内容は講義を受けるだけでなく「理解して自分の言葉で説明できること」を研修担当者の要件にしている。その研修担当者は主任ケアマネであり、県内全域に散らばり、地域包括支援センターの主任ケアマネだったり、地域のリーダーとして活躍している。ケアマネジメントの基本である指針は県内全域に周知され、ぶれない対応、ぶれないアドバイスがなされている。

昨今、国の審議会等で「アセスメントからケアプランに至る検討過程が分からない」「公正性中立性が保たれていない」と指摘されている。支援の必要性を明らかにするため、課題分析の方法や利用者の自立支援のための考え方を根拠立てて示していかなければ、ケアマネジャーそのものが不要と言われてしまう。

(高齢者ケアの基本理念)～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もあります。

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つ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。

6 まとめ(主任介護支援専門員に必要な自己研鑽など)

(1) ケアマネジャーとしての専門性向上

主任ケアマネは、ケアマネジャーの何倍もの自己研鑽をしなければ、相談支援をするということは不可能である。目的を持った事例検討会を継続的に開催する等し、地道に知識、経験を積み重ねると良い。それが主任ケアマネである自分のためになり、結果として周りのケアマネジャー、利用者、地域の利益につながる。

宮城県の主任ケアマネ研修等で使っている、事例検討の進め方考え方を紹介する。

事例検討の方法

- 1 事例検討の目的を整理する。
 - (1) 利用者の問題を解決するのか。
 - (2) ケアマネジャーの問題を解決するのか。
 - (3) ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上（教育，支持）をするのか。
 - (4) 居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。
- 2 事例検討を進める時の主任介護支援専門員の姿勢
 - (1) 問題と問題を抱えていることを受け止める。
 - (2) 一部の目立った問題に囚われることなく，全体を見る。
 - (3) 対人援助の基本を踏まえて対応する。
 - (4) 介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割を整理した上で対応する。
 - ① 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなど
 - ② 居宅介護支援の手引き
 - ③ ケアプラン策定のための課題検討の手引き
- 3 事例検討の進め方の例
 - (1) 居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうかを確認検討する。
 - ① 居宅介護支援の手引きを活用する。
 - ② ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用する。
 - (2) 利用者本人以外の家族の問題や，ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題，心情的問題，関わりに関する問題，介護保険サービス利用で解決できない問題などについて対応する。
 - ① 問題の具体的状況，問題の対象，問題の原因を明らかにする。
 - ② 介護保険制度の理念，居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討する。
 - ③ ケアマネジャー，居宅介護支援事業所，介護サービス事業者，地域包括支援センター，行政等の役割，立ち居地を整理して検討する。
 - ④ 関わりの方法を検討する。

(2) 対人援助職者としてのスキルアップ

対人援助について，本職のスーパーバイザーについて習うのは現実的に不可能なので，主任ケアマネ同士で「ケースワーク関係」についてのピアスーパービジョンができると良い。かといって一朝一夕に身に着くものではないので，普段から意識して関係し，数年の時間をかける必要がある。

(3) 主任ケアマネの心得

詳しい説明は割愛するが，数年前に作った主任の心得7を紹介する。

- 1 偉そうでない
- 2 人の話を良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

地域包括支援センター及び主任ケアマネの役割は大きいです。自己研鑽によりケアマネジャーの後方支援をよろしくお願いします。

2012.05.28.

宮城県ケアマネジャー協会 理事・事務局長

宮城県社会福祉士会 副会長

ふくし@JMI 理事長 小湊純一。

大災害：専門職支援者の役割と準備

宮城県ケアマネジャー協会 事務局長

宮城県社会福祉士会 副会長 小 湊 純 一。

行政は住民を守る

医療チームは治療する

看護師は看護する

介護福祉士は介護する

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・障がい者の総合相談対応をする

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しなくなると、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入れない。

～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

(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 (認知症ケア分)

～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。
- 690.①89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。②80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、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・徘徊顕著で私が每晚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つ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方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**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、病院に訪ねても不明、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。→5/1 1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。利用者は無事でしたが、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った。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ぼ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）。「○○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るし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くださっていたが、使用した形跡がなかった。使いた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、襦を外して困んだ

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

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

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んでしょう・・・？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

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・家族がいても病気（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。

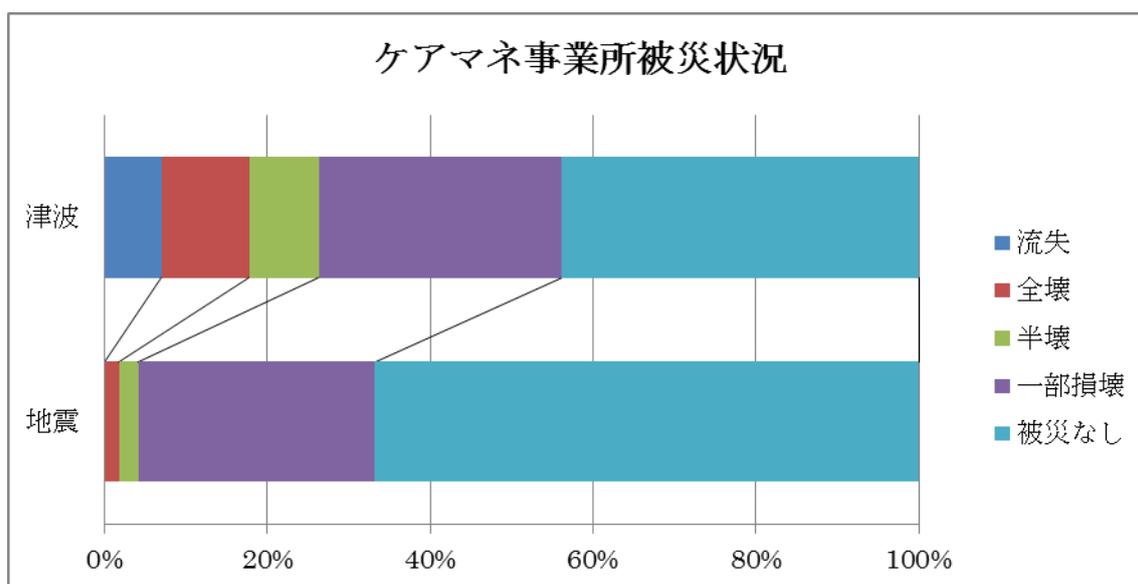
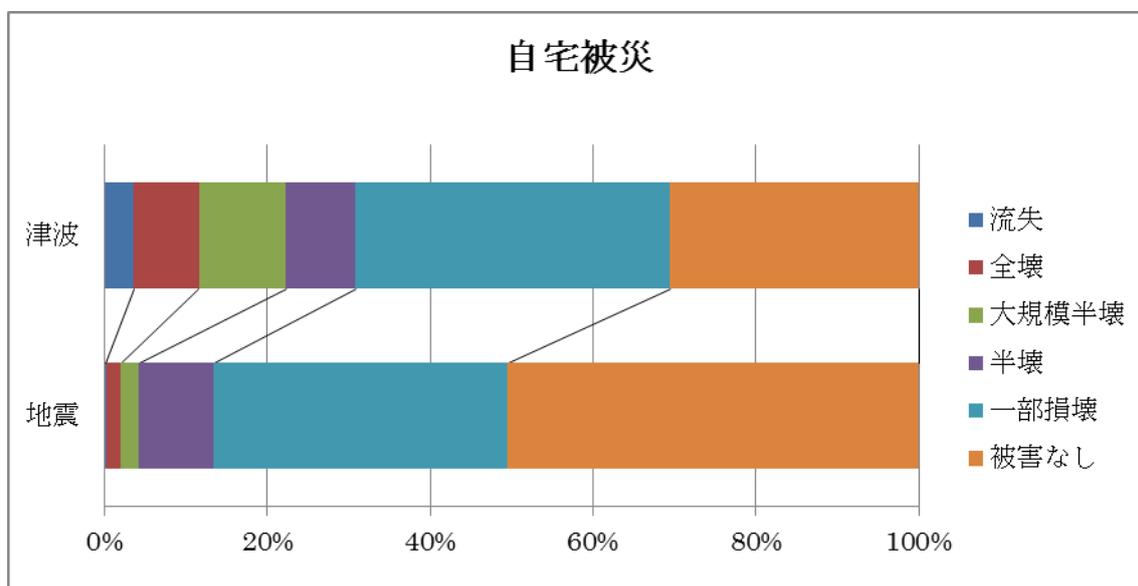
774.事業所が流失し、資料・データ・連絡先全てが無くなった。安否確認が思うように進まず不安と焦りが強かった。避難所でなく身内宅へ避難した方は確認ができず携帯が繋がるようになってから利用者家族から連絡が入るまで時間がかかった。安否確認後もサービス事業所も被災しており必要なサービスに繋げるまでサービス事業所の再開を待つ事になった。身内宅に避難した方はサービス利用をせず身体状態が変化するのが予測できたが、促しても「利用は出来ない」と状態が変わっていく姿を見る事が辛かった。大変

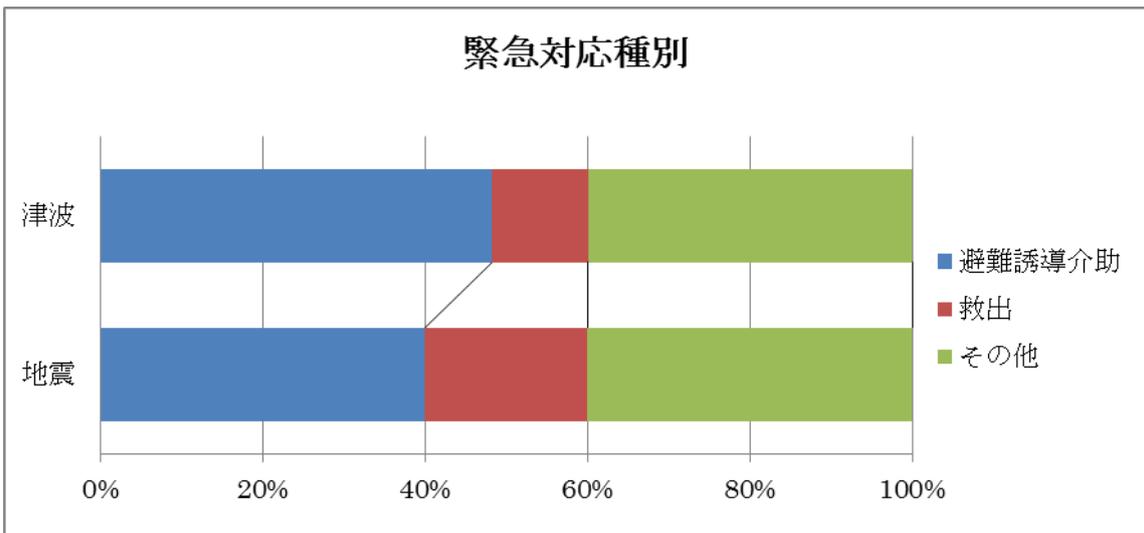
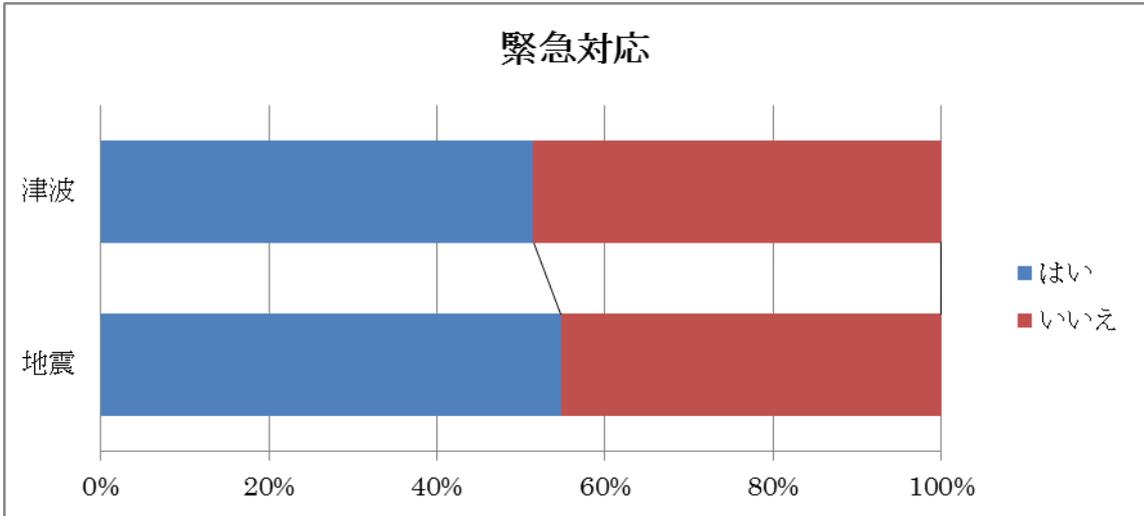
な思いで避難した話や身内・家族が亡くなった話を聞き、気持ちの切り替えが大変だった。対応やサービス提供に対しても、これで良かったのか、ああすれば良かったのでは・・・？と繰り返し考えている。震災の為に認知症状が強く出てきた方が多く、今まで上手くいっていた家族がストレスを抱えている。震災による悲劇です。

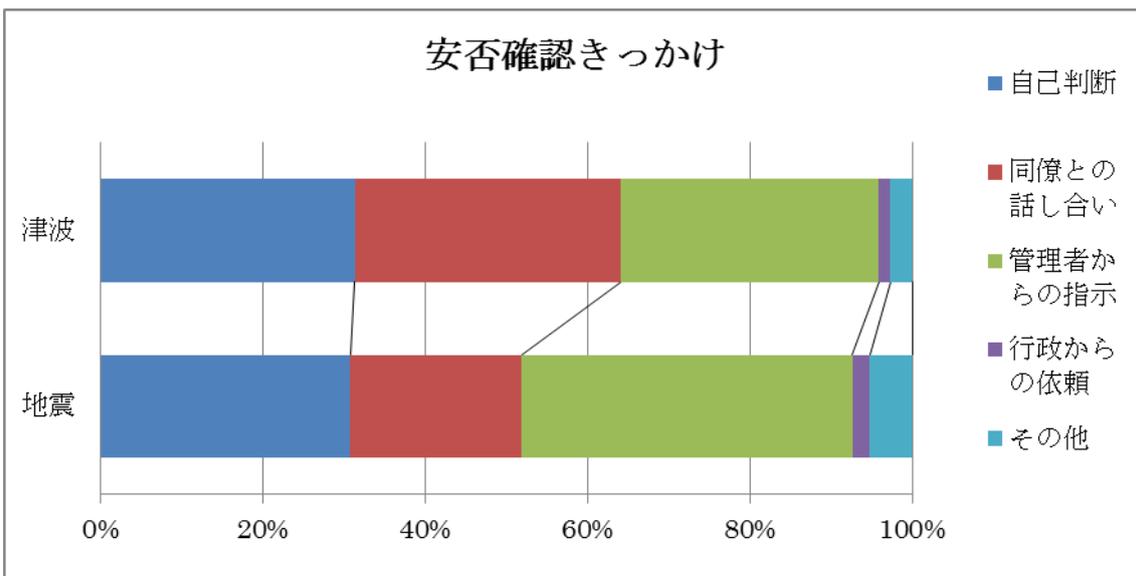
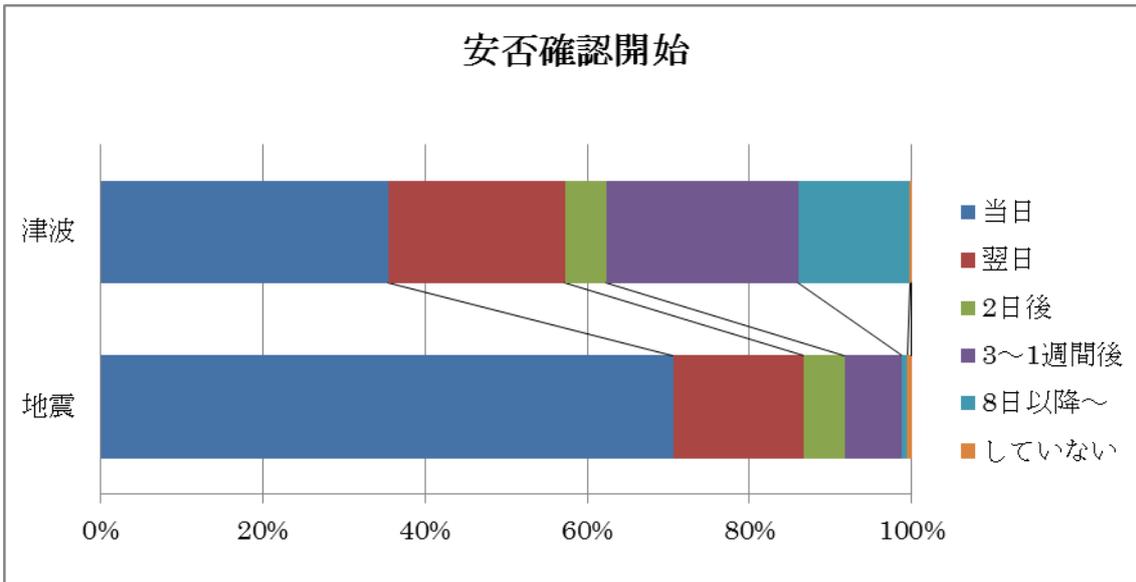
(2) 担当利用者支援と法人業務のジレンマ

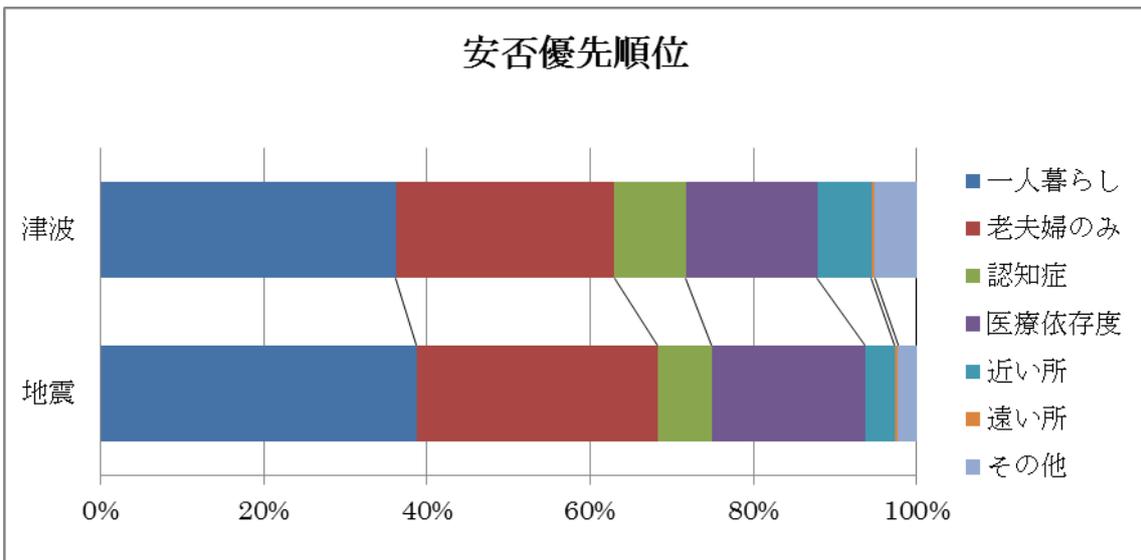
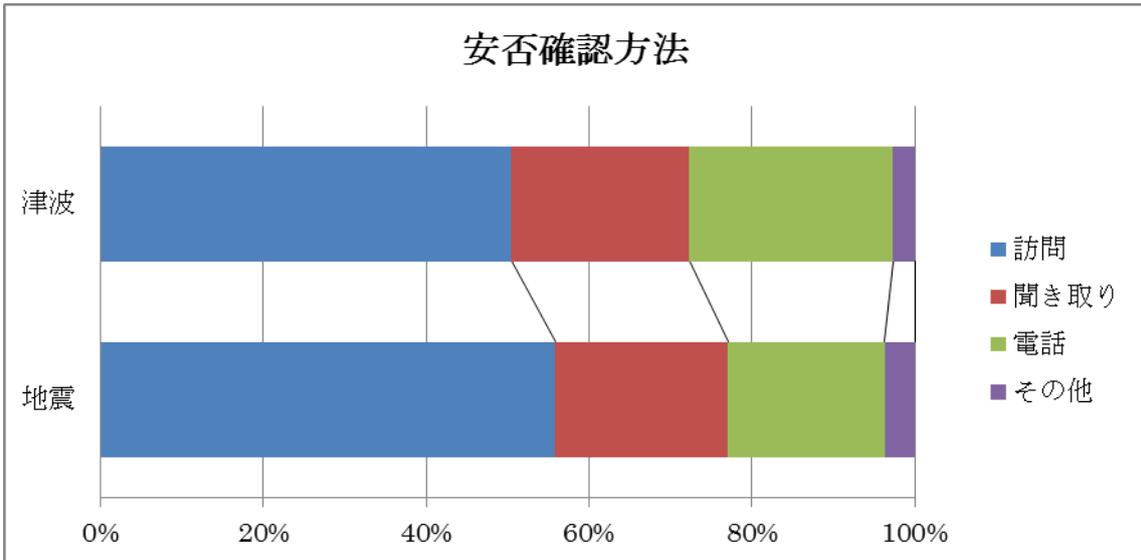
介護支援専門員として自分の担当利用者の支援に行きたかったが、所属法人施設、デイサービス等の業務、避難所運営等を指示され、出かけられなかった場合があった。

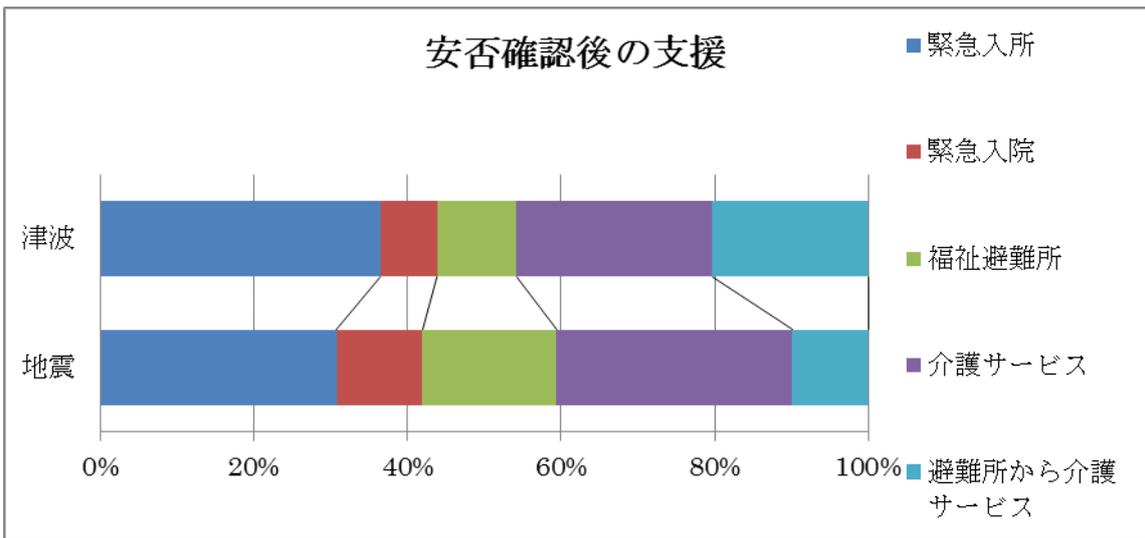
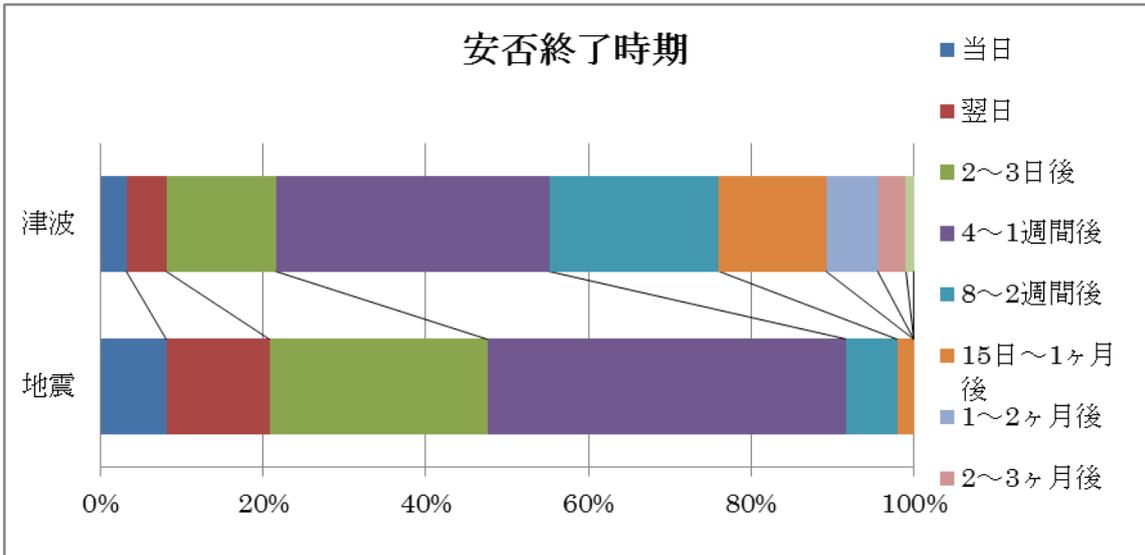
(3) 地震被害と津波被害

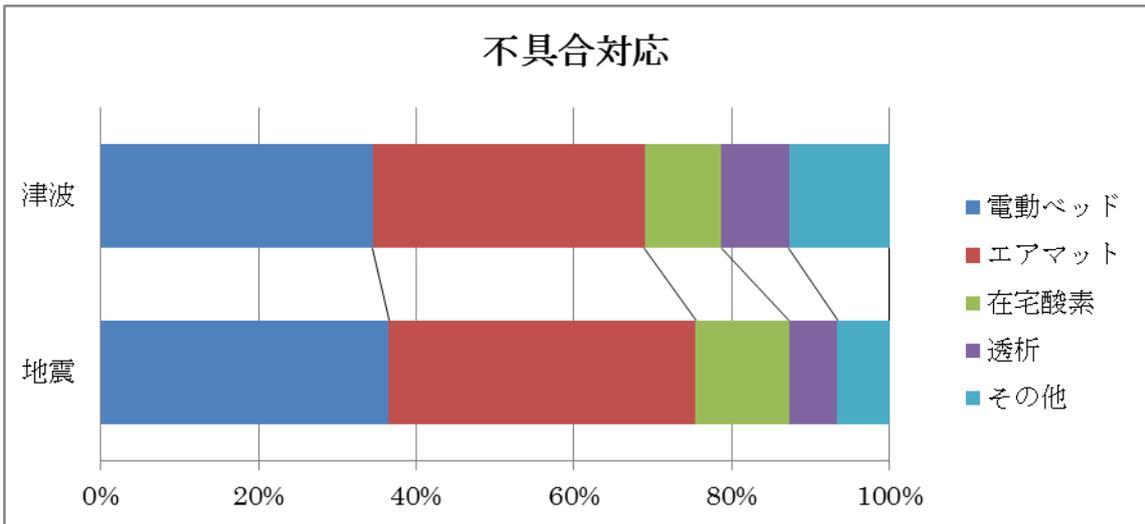
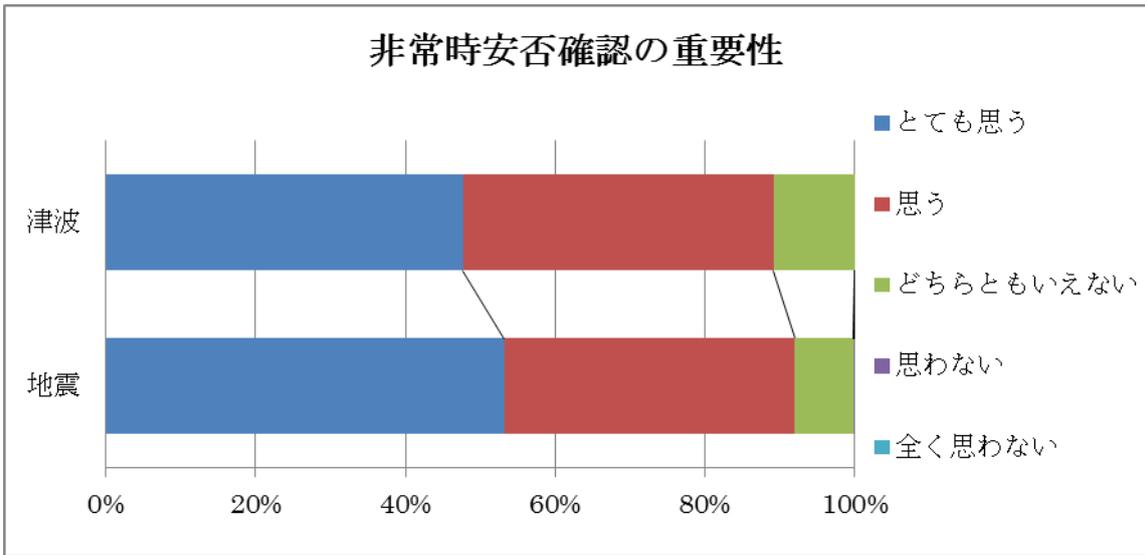


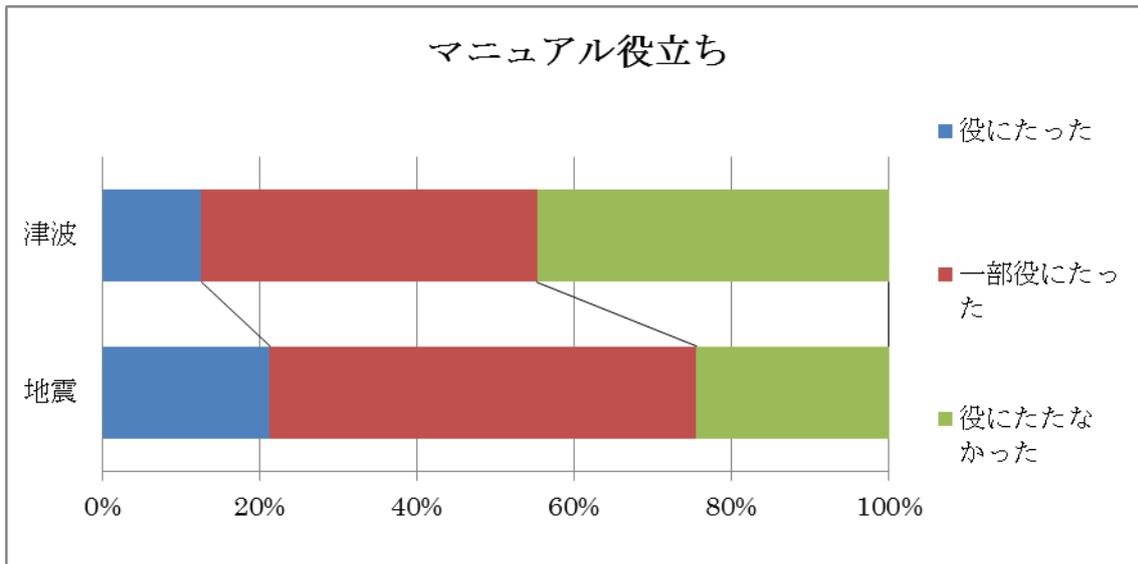












(4) 要介護者（認知症の人）を守るための準備と対応

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おり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。

今回、今までの活動を振り返り、今後の支援のあり方を考える機会をいただき、「社会福祉士、介護支援専門員等、福祉の相談支援者の支援対象者は、要支援・要介護高齢者と要援護障がい者である。」ということを確認することができた。長期間に渡り被災地支援に入っていると、その範囲が分からなくなり、何でもしなければならないと錯覚してしまうところだった。

今後は、ボランティアとしてではなく、市町村からの委託事業としての関わりになる。行政、応急仮設住宅サポートセンター支援員、ボランティア、福祉の専門職、法律の専門職、医療・保健の専門職等、それぞれが特徴や専門性を発揮し、必要な人に必要な支援ができるようになれば良い。

発災後一年間、県外から専門職ボランティアとして、大勢の社会福祉士、ケアマネジャーの方々に継続的に支援いただき感謝申し上げます。

被災地である宮城県内からも、社会福祉士、ケアマネジャーの専門職ボランティアが、述べ 1,000 人を超えた。総合相談には、個別訪問対応も含め仙台弁護士会の弁護士の方々にもボランティアとして多数参加していただいた。県内すべての地域から人が集まり、震災前からの「お互い顔の見える関係」がさらに強い連帯感になったと感じるし、今後の支援にも役立つはずだ。

2012.03.31.

宮城県 ケアマネジャー協会，社会福祉士会 災害支援状況

H24年3月31日現在

地 域	内 容	月 日	人 数
東松島市	総合相談	3月30日(水)	3名
石巻市(雄勝)	ニーズ調査	4月3日(日)	4名
亘理町	総合相談 (福祉避難所)	4月5日(火)	2名
気仙沼市	避難所運営 課題分析	4月9日(土)～7月23日(土) 27日間	66名
石巻市 (雄勝)	ニーズ調査	5月2日(月)～9月30日(金) 102日間	204名
東松島市	健康調査	5月5日(月)～5月31日 26日間	57名
岩沼市	健康調査	5月16日(月)～7月19日(火) 15日間	63名
石巻市	外出支援	5月19日(木)～10月18日(火) 19日間	38名
女川町	地域包括支援セン ター支援(課題分 析相談支援)	6月1日(水)～6月17日(金) 12日間	32名
石巻市 (桃生)	総合相談 (準福祉避難所)	6月2日(木)～6月16日(木) 12日間	32名
亘理町	総合相談 (仮設住宅)	6月25日(土)～7月24日(日) 5日間	43名
女川町	地域包括支援セン ター支援(ケアマ ネジメント支援)	9月2日(金)～9月20日(火) 6日間	12名
石巻市 (稲井・渡波)	総合相談 (仮設住宅)	8月20日(土)～11月12日(土) 5日間	135名
女川町	総合相談 (仮設住宅)	9月17日(土)～10月29日(土) 4日間	113名
南三陸町	健康調査	10月1日(土)～10月2日(日) 2日間	24名
東松島市	総合相談支援	1月18日(水)～3月7日(水) 44日間	234名
		計	1,062名

2012/07/03 文責：小湊 純一。

総合相談 課題分析用紙

担当者: _____

年 月 日	平成 年 月 日		
対 象 者		歳	男 ・ 女
相 談 者	関係 :		
場 所	自宅 ・ 施設 ・ その他		

相談概要	
------	--

分 類	支障・問題点の具体的状況	原 因	意 向	今後の可能性・危険性	支援の方針