

## 報告1

## 札幌市における在宅介護を取り巻く現状

社会福祉法人札幌市社会福祉協議会 南事業所長

佐々木 謙

今日はこのような機会を設けていただきありがとうございます。私は札幌市社会福祉協議会で南区のヘルパーセンターとケアマネジャーが在籍する相談センターの管理をしており、佐々木と申します。よろしくお願いいたします。本日は二本立てとなっております。私から報告1「札幌市における在宅介護の取り巻く現状」を、報告2では同じ札幌市社会福祉協議会の星野さんから「コロナ禍での在宅介護―この一年間を振り返って」として報告させていただきます。

初めての方はかりですので、簡単に自己紹介をしたいと思えます。私が所属する札幌市社会福祉協議会は、九月一日現在の職員数が一四〇二人という大きな組織ですが、職員の大半はパートのホームヘルパーで占めている状況です。居宅介護事業所が九カ所、札幌市からの委託で地域包括支援センターが八カ所、訪問介護事業所が八カ所、通所介護事業所が七カ所運営しています。

私は二〇〇一年七月、札幌市在宅福祉サービス

協会（当時）に非常勤ヘルパーとして入社、現場経験を踏みまして、二〇〇八年からケアマネジャーとなりました。その後、札幌市の出資団体統合・見直しが行われた結果、二〇一三年四月に札幌市社会福祉協議会と統合しています。また、二〇一四年には老人福祉センターやデイサービスを行っていた札幌市福祉事業団とも統合し、現在の規模となっております。札幌市社会福祉協議会に統合後は有償ボランティアの事業所となる「ほつとプラザ」に異動となり、途中から管理者を四年ほど経験しました。二〇二〇年四月から相談センター・ヘルパーセンター管理者として南事業所に勤務しています。

札幌市の概要について簡単に説明すると、人口は二〇二一年八月一日現在で一九七万五八〇〇人、高齢化率は七月一日現在で二七・八％です。札幌市の中でも高齢化率が高いのが厚別区のみじ台地区で、四九・一％となっております。私の勤務している南区の状況では、人口が一万三千七

三人、一〇区中八番目です。高齢化率は札幌市内で一番高い区で、三五・六％です。中でも一番高齢化率が高いのは南区石山地区で三九・七％、次いで藤野地区の三九・一％となっております。本日は①札幌市における居宅介護支援事業所の動き、②ヘルパー事業所の動き、③ヘルパー事業所における人手不足問題、④地域包括ケアシステムの順に話をしていきたいと思っております。

### 1 札幌市における居宅介護支援事業所の動き

#### (1) 担当者会議の現状

まず、コロナ禍におけるケアマネジャー事務所の動きを説明したいと思えますが、前段階として、北海道が設定した警戒ステージを整理する必要があります。北海道においては当初五段階の警戒ステージを設定していました。これに基づき、施設使用やイベント対応の目安が設けられました

が、二〇二一年八月二十六日に警戒ステージが四段階に再編しています。

また、札幌市においても感染拡大があったことから、警戒ステージは次のように変遷してきます。二〇二〇年一〇月二十八日に警戒ステージ「2」に移行↓一〇日後には警戒ステージ「3」↓さらに一〇日後には札幌市のみステージ「4」相当に移行となっています。その状態のまま三カ月半ほど経過したのち、警戒ステージ「3」に下がりましたが、二〇二一年三月二十七日には警戒ステージ「4」相当に戻り、それ以降警戒ステージが高い状況で推移しています。

札幌市がこのような状況であるという前提で、ケアマネジャー事務所においての動きをお話させていただきます。前述の警戒ステージ「3」となった昨年一月、札幌市はケアマネジメント業務の取り扱いについて通知を出しています。札幌市では新型コロナウイルス感染拡大以降、サービス担当者モニタリング会議について、「感染拡大防止の観点から、やむを得ない理由がある場合については、利用者の自宅以外での開催や電話・メールなどを活用することにより、柔軟に対応することが可能」としていましたが、「警戒ステージ「3」以上であることをもって、『やむを得ない理由』とみなし、柔軟に対応することとして差し支えありません」と方針変更の通知が出されました。本来であれば、担当者会議は家族など関係者が利用者の自宅に集まって実施するのですが、感染リスク低減を目的に電話やFAX、場合によって

はメールなどでも開催が可能となりました。実際、私も電話やファックスでやりとりをしてケアプランを発行しています。

私の事務所では設備の都合上できていませんが、Zoomを利用した担当者会議を実施しているケアマネジャー事務所もあります。既に実施している事務所の話を見聞きすると、担当ケアマネジャーと利用者の自宅を繋ぐだけではなく、本州に住む利用者家族が参加しているそうです。今まで参加することができなかった人が参加して担当者会議ができるということで、通信機器を利用した会議は今後メリットが出てくるかもしれません。

## (2) モニタリングの現状

ケアプランに沿って提供されている介護サービスが利用者本人や家族のニーズに合っているかを定期的にチェックするため、モニタリングという作業が必要となります。こちらについては、現在テレワークや分散出勤が推奨されていることから、利用者宅への訪問を控える、あるいは訪問する場合は短時間で済ませている状況です。

モニタリングも本来であれば月一回しなければなりません。利用者の事情等により、利用者の居室を訪問できないなど、やむを得ない理由がある場合については、電話・メールなどを活用するなどにより、柔軟な取扱いが可能となっているのですが、警戒ステージ「3」となって以降はご本人や家族からの電話の聞き取りで柔軟に対応することで構わないと変更しています。

なお、この取扱いについては介護予防の要支援の方についても準ずるとなっていることから、現在は極力訪問を減らしつつ、訪問するにしても玄関先でごく短時間面会し、あとは電話で確認など工夫をしながら訪問を行っています。

## (3) サービス担当者会議・モニタリング共通の取扱い現状

また、警戒ステージ「3」以上の期間は、利用者やサービス担当者から会議の参加や訪問を懸念された場合だけに限らず、事業所側から会議もしくはモニタリング前に利用者などに事前確認を行うよう求められています。ここで利用者などから同意が得られた場合、前述のように電話やメールなどによるサービス担当者会議やモニタリングを行うことが可能という運用となっています。

ただ、どのような場合でも訪問せず、電話だけでよいという意味ではありません。認知症や独居の方などはなかなかこちらの問いかけに対して答えられないこともありますので、そのような方の場合は実際に訪問し、モニタリング対応しているような状況です。また、やむを得ない理由で訪問しなかった、担当者会議を開催しなかった場合についても、どのような理由で訪問しなかったのかを支援経過記録として残しておくよう求められています。

なお、この通知は警戒ステージ「2」以下となった際にはこの取扱いは終了するよう運用がなされていますが、この報告をした二〇二一年九月

一七日現在、札幌市の警戒ステージの引き下げはなされていませので、昨年の一二月以降ずっと続いているという状況です。ここからは、ケアマネジャーが現場でどのような業務を行っているか事例いくつか挙げて説明したいと思います。

#### 事例① Aさん 80代 女性

##### 感染リスクから訪問回数を最低限に

この方は、私が去年異動で来てまもなく担当となり、現在も関わっています。元々、ヘルパー利用のみだったので、呼吸器系の疾患があるということ、コロナに罹ってしまったら私は一発で死んでしまうのではないか」と言う恐怖を感じており、新型コロナウイルス感染を非常に心配している方でした。

ケアマネジャーはどちらかと言えば、「こういうサービスが必要では」と提案する、サービス調整をするというかたちの仕事になりますので、本人からは電話など極力訪問を控えるようなかたちにしてほしいと当初から言われていました。この方の場合は、最低限の訪問を実現するべく、昨年四月と今年の四月のケアプラン方針の時だけ自宅を訪問しお会いし、ほかは電話で話をさせていただいています。

#### 事例② Bさん 90代 男性

##### 入所施設から通所サービス利用の許可が得られない

一方、実際にサービスが受けられない方もいらっしゃると思います。昨年の一〇月から担当している

方で、介護付有料老人ホームにご夫婦で入所されており、サービスとしてはデイケア（通所リハビリ）のみを利用していました。ところが老人ホーム側から館内の感染の心配があるということで、外部サービスの利用は休止とするよう指示されたことから、昨年の二月下旬からサービスが使えないという状態が続いています。

この方は認知症もあるので、その進行も心配ですが、これだけデイケアに行かないと身体機能の低下も心配されます。入所している施設がたまたま一〇階建の大きな施設なため、建物内の階段を使い機能低下しないように心がけているということです。

こうしたケースは全国で相当数あるようで、厚生労働省は二〇二〇年九月に「有料老人ホーム等における、入居者の医療・介護サービス等の利用について」と通知を出しています。そこには感染の懸念を理由にサービス利用を制限するのは不適切と指摘しています。また、各サービスにおいても不当に制限することのないようにとも通知しています。Bさん家族もこの通知に基づき、ホーム側に掛け合ってみたのですが、感染者が出たときに責任を負うのは私たちだという理由で現在もサービス利用できていない状態が続いています。

#### 事例③ Cさん 90代 女性

##### 家族から通所サービス利用の許可が得られない

Cさんご本人としてはデイサービスを利用したいと意志表示していましたが、家族は感染を心配

し、サービス利用を拒んだ結果、昨年五月から現在まで三回ほどしか利用していません。利用した三回も感染者が減ったタイミングで利用したのですが、感染者数が増加して以降は再びデイサービス利用を控えるようになってしまいました。

## 2 訪問介護事業の現状

続いて訪問介護事業について話をしたいと思います。札幌市からは「新型コロナウイルス感染拡大防止のための、サービス提供に関するご協力について」として通知が出ています。ここでは利用者の身体状況、生活状況を踏まえて、十分な感染防止対策を取ったうえで生命維持や生活の持続に不可欠なサービスに限定して提供するよう求めています。この通知は元々、集中対策期間を対象として出されたのですが、複数回延長となり、その後出された緊急事態宣言下でも同様に取扱いとなっています。

要は「サービスの縮小を検討するように」という指示ですが、利用者側からすれば生活に直結し、実際に必要があつてサービスを使っているのが基本ですので、回数を減らしてほしいという方は居ても、サービス利用を控えている方はほとんどいないかと思えます。

むしろケアマネジャーとしては、感染防止を理由にサービスを変更した場合、ケアプランも変更しなければならぬ点が大変です。一時的な変更だったとしても、プラン変更の手続をしなければ

ならない点に苦慮しているケアマネジャーは多いのではないのでしょうか。

### 3 訪問介護事業所における人手不足

#### (1) 深刻な人材不足と高齢化

私の管理している南ヘルパーセンターには、サービス提供責任者七名、事務職員一名、パートヘルパー四六名で南区全体をカバーしています。パートのヘルパー数が減っている現状があります。図表1で二〇一七年からの職員数推移を掲載しました。かつて、社会福祉協議会全体で九〇名ほどいたパートヘルパーはどんどん減り、二〇一七年には六〇〇名近くに、それから四年経った今は五〇〇人を切っている現状です。四年前の二〇一七年四月と現在を比べると、全体では一五・四％減、南ヘルパーセンターに至っては二二・四％減となっています。

こうしたヘルパー不足は新型コロナウイルスが理由ではありません。新型コロナウイルスの以前から、ハローワークなどに求人募集をしても人が集まらない状況となっています。さらに、ここ数年は退職者よりも採用の方が圧倒的に少ない状況です。二〇二〇年は二名採用できたので「よかつた」と喜んでいたのですが、今年は今段階で一人も応募がない状況となっています。

さらに、私のいる南センターのヘルパー年齢構成をお伝えすると、七〇代が一二名、六〇代が一七名、五〇代が一四名、四〇代が三名で、ヘルパー

図表1 サービス提供責任者・ヘルパー職員の推移

	南ヘルパーセンター (サービス提供責任者)	全センター (サービス提供責任者)	南ヘルパーセンター (非常勤)	全センター (非常勤)
2017年4月1日	8人	105人	60人	591人
2018年4月1日	9人	107人	59人	574人
2019年4月1日	8人	107人	54人	561人
2020年4月1日	8人	103人	51人	532人
2021年4月1日	8人	102人	48人	500人
2021年9月1日	7人	98人	46人	481人

自身がかなりの高齢化となつています。これは私の南センターだけの話ではなく、他のヘルパーセンターでも同様です。こうしたことから、七〇代のヘルパーでも入浴介助に携わっていますが、こうした方々によつて在宅介護が支えられているのが現実だ、ということを感じています。

幸いにも長く勤務していただける方ばかりで、平均勤続年数は一三年、最長では二六年以上勤めていただいている方もいます。このように比較的長く勤務している方々が残っていたらいいのですが、六〇代や七〇代でも活動できているのかもしれない。

#### (2) 有償ボランティアも高齢化

地域包括ケアシステムでは、有償ボランティア

の活用も言われています。冒頭の自己紹介のとおり、四年間ほど有償ボランティアの事務所におりましたので、その経験から少し話をさせてもらえばと思います。

有償ボランティアとは、無償では継続的なサービス提供が難しい場合や、利用者側もボランティア活動を長く続けるためには無償ということに抵抗を感じることから、実費や交通費程度を支払って活動してもらうことです。ケアマネジャーによつては安いヘルパーという感覚を持つ人もいますが、私はボランティアの気持ちを持っていますが、私にはボランティアの活動を続ける、と認めています。

実はこの有償ボランティアについても高齢化、人材が不足している状況です。以前は、定年退職後すぐに有償ボランティアになるという方も多かったです。現在は経済状況的にそれを許さない状況があり、定年退職後は再雇用で働くケースも多く見られます。したがって、なかなか有償ボランティアに人が集まらず、集まったとしても、年齢層が高くなるという状況となっています。

さらに七〇代でもパートが見つかるような時代です。実際に私が有償ボランティアの事務所にいたとき、七〇代半ば近くの方でも「仕事が見つかったのでボランティアを辞めさせてください」とお願いされたこともありました。

これは札幌だからと指摘する人もいるかもしれませんが、私はそうではないと考えています。年齢が高くなっても仕事として働くことができる状

況のため、リタイヤした後にボランティアとして地域を支える人が少なくなってきたのかもしれない。

こうしたこともあり、八〇代のボランティアもいらつしやいます。私を知る方は六〇代から有償ボランティアを始め、長年除雪ボランティアをやっており、同じお宅に一〇数年通って「この家ならできる」ということで、八〇歳を過ぎても除雪ボランティアを継続しています。しかしながら、依頼する方はドキドキものです。ケガをしながら、途中で倒れたりしないかなど、最悪の事態を想定するのですが、そもそも担ってくれる人もいませんし、ご自身も健康だから大丈夫ということとで、お願いをしている状況です。

有償ボランティアが提供するサービスは複数あるのですが、特徴的なものとして「お出かけ同行サービス」があります。例えば、医師の診断内容などを家族やケアマネジャーに伝えなければならぬにも関わらず、認知症などで伝えられない方がいます。こうした場合に利用者と一緒に診察室へ入り、医師の発言をメモに残し、それを事務局経由で家族やケアマネジャーに伝えるサービスを提供しています。ただし、ボランティアなので要介護2以下の方が対象となり、軽介助のみの対応となっています。会員数の推移については図表2を、サービス及び料金については図表3をご覧ください。

図表2 ほつ・とプラザ 会員数の推移

会員区分	2017年度 (3月)	2018年度 (3月)	2019年度 (3月)	2020年度 (3月)	2020年度 (7月)
協力会員 (有償ボランティア)	556人	539人	537人	505人	501人
利用会員 (仕事を依頼する側)	1,298人	1,310人	1,338人	1,159人	1,072人
合計	1,854人	1,849人	1,875人	1,664人	1,573人

図表3-1 ほつ・とプラザ 提供サービスと料金

	サービス内容	時間や回数あたりの料金	備考
えぶろんサービス (家事援助)	掃除や洗濯などの整理整頓	30分/500円	交通費実費
	買い物や調理、介助の要しない方の外出時同行		
かいてきサービス (生活援助)	簡単な大工仕事、庭の手入れ、部屋の模様替え、灯油の運び入れ、話し相手、娯楽の相手など	30分/500円	交通費実費
	ゴミ出し	1回/250円	
	除雪	30分/600円	
	認知症高齢者等の家族支援(外出時の見守り等)	30分/350円	
お出かけ同行サービス	通院や買い物など軽易な歩行介助や車いす等での外出介助 ※介護保険法で要介護2以下の方が対象で、介護福祉士などの有資格者が対応	30分/550円	交通費実費

図表3-2 協力会員への活動費

サービス内容	活動費	
えぶろんサービス (家事援助)	30分/500円	
かいてきサービス (生活援助)	基準サービス(庭の手入れ、部屋の模様替え、灯油の運び入れ、話し相手、娯楽の相手など)	30分/500円
	ゴミ出し	1回/250円
	除雪	30分/600円
	認知症高齢者等の家族支援	30分/350円
お出かけ同行サービス(外出介護)	30分/550円	

#### 4 地域包括ケアシステムにむけて

##### (1) 担い手不足をどう解決するか

二〇二五年の地域包括ケアシステム導入に向けて、実際に現場で感じていることがあります。今日はケアマネジャー、ホームヘルパー、有償ボランティアの実情を伝えましたが、共通しているのは人口減少社会、高齢化社会に伴う担い手不足の問題です。札幌にいる私がそう感じているということは、地方ではより深刻だと思っています。特に介護力のあるホームヘルパーが高齢化し、ヘルパー自身が身体的な負担を感じるようになってきている。私のところでも、「今までできた身体介護が負担と感ずるようになっていて、身体介護を減らして欲しい」という申し出があるほどです。

このような担い手不足やあるいは高齢化といった状況で、在宅生活が支えられるのか。日常支援

を包括的に確保できる体制はとれるのか、という心配があります。厚労省の地域包括ケアシステムのホームページを見ると、「要介護になっても住み慣れた地域で暮らせるように」と書いてありますが、実際に最後までそのようなかたちに生活ができるのか。国は支え手がいなくなっていることを本当に理解して、地域包括ケアシステムを進めようとしているのでしょうか。

(2) 関係各所との連携をどうするか

地域包括ケアシステムを調べていくと、「保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です」と記載が出てきます。つまり、関係各所との連携ということになるのでしょうか、これがどこまでできているのかという疑問があります。

ケアマネジャーであれば、医療と介護が連携し、

地域包括ケアシステムの中で頑張っている、体制を整えていこうという動きはあります。また、札幌市の日常支援総合生活事業でも「生活支援体制整備事業」を行っており、地域の担い手の確保、支え合う体制作りを行っています。ただ、それらは単独で行われており、縦横の連携には結びついていません。たまたま私は社会福祉協議会にいるので、生活支援体制整備事業での地域づくりや医療を介護の連携を理解していますが、実際に地域に住んでいる方や社会福祉協議会以外の人たちにどれだけ伝わっているのだろうかと感じることがあります。

それぞれの繋がりができていない状況で、地域包括ケアシステムを進めるためには、やはり行政の力が必要ですね。もう少し行政の方からも連携活動をサポートしてもよいのではないのでしょうか。拙い説明でしたが、お聞きいただきありがとうございました。

～ ささき けん ～

## 報告2

# コロナ禍での在宅介護ーこの一年間を振り返って

社会福祉法人札幌市社会福祉協議会 総合支援センターえがお

星野敦子

札幌市社会福祉協議会（以下、「社協」と記載。）の居宅介護支援事業所の「総合支援センターえがお」にてケアマネジャーをしている星野と申しま

す。今日はよろしく願います。今回は昨年四月の緊急事態宣言発出後の現場状況を始め、コロナ禍における在宅介護の事例などを紹介し、居宅

介護支援事業所のケアマネジャーとして感じたこと、また、見えてきた課題についてもお話しできればと考えています。

まず、私の勤務する事業所について簡単に説明したいと思います。総合支援センターえがおは、居宅介護において質の高い介護サービスの提供に向けた取組を実施している事業所を評価する特定事業所加算1を取得しています。利用対象は要介護3以上で、中重度の方を中心に支援を行う事業所となります。担当エリアに関しては札幌市内全域となっていて、介護支援専門員（ケアマネジャー）は管理者の所長を含め一九名、事務職員一名で構成されています。

それでは、新型コロナウイルスが感染拡大し、最初の緊急事態宣言下で現場はどう対応したのかについてお話したいと思います。

## 1 新型コロナウイルス感染拡大直後の現場

(1) 体制・設備が整わない中で在宅勤務で混乱  
社協は毎年四月一日付で人事異動を行うのですが、新しいメンバーが着任してまもなく緊急事態宣言が発出されました。皆さんもご記憶のとおり、札幌市から人流抑制、出勤者抑制の指示がありましたので、社協もこれに従い、出勤者を五割に抑制するという方針が出されました。私の事業所もA班とB班の二班に分けて一週間のうち二回は在宅勤務、残り三回は事務所で勤務する体制とし、これを繰り返していました。

また、「訪問はできるだけしないように」と指示もありましたので、利用者と会うことはできません。テレワーク体制も整っていませんから、在

宅勤務といっても何もできない状態が続き、その間は自宅学習をしていました。ただ、社協から携帯電話は支給されましたので、連絡調整だけは携帯電話で行うことができました。このように混乱下でスタートした在宅勤務ですが、一回目の緊急事態宣言解除後は段階的に出勤者七割、そして八割となったところで、再び感染の波が来て五割というように、その時の札幌市の感染状況に応じて勤務体系が変わっていきました。

結局、九月くらいまではテレワーク環境が整わなかったため、自宅で事務所からの連絡を待ちながら、支給された携帯電話を使い、利用者と話をするなどの状態が続き、出勤時には、事務処理や調整で一日が終了するという状態でした。

## (2) 個人情報を持ち出しが出来ず調整に苦労

ケアマネジャーが作成したケアプランの内容を各サービスの担当者が集まって検討するサービス担当者会議について、二〇二〇年四〜六月にかけてはリモート利用も可能という指示はなかったため、電話やメール、あるいはFAXでのやりとりがメインでした。六月以降、医療関係の事業所でZoomを利用したサービス担当者会議の提案がありましたので、私たちも徐々にリモート会議対応するようになりました。

また、居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画実施状況を把握するためのモニタリングについても感染防止の観点から在宅への訪問をせず、電話で対応していました。ただ、認知症の方や介

入困難事案については、訪問が途切れてしまうと次の介入に結びつかない可能性もありましたので、マスクの着用、ソーシャルディスタンスの確保、換気のお願ひなど感染防止の留意事項を記載した紙を提示し、了解を得て訪問しました。

しかし、個人情報を事務所から持ち出せないルールとなっていたことから、在宅勤務中の連絡や調整は困難を極めました。事務所に出勤した職員にサービス事業所や利用者へやりとりを依頼し、なおかつ、それでは足りない部分があるときは担当ケアマネジャーが携帯電話による連絡対応と不慣れた状態が続きました。テレワーク環境が整う中で、自宅からでも個人情報が閲覧できるような状態になり、在宅勤務の後半には自宅でも仕事ができるようになりました。ここからはコロナ禍での利用者の変化、その対応についてお話をさせていただきます。

## 2 コロナ禍における居宅介護の実態

(1) コロナを理由に利用者本人と会えない  
介入困難事案を中心として「新型コロナウイルス感染が怖い」などの理由を挙げ、訪問を拒否するような動きもありました。こうした方へ最初の一カ月は電話で対応していましたが、収束する気配がない状況の中で、これではまずいだろうという事情があるので訪問しますね」など理由を伝えられるだけ訪問するようにしました。

先ほど佐々木さんも話していましたが、介護付高齢者住宅については外部からの感染を恐れるあまり、デイサービスやデイケアを休止させ、本人は外出させないという施設がほとんどで、私たちはケアマネジャーですら利用者と面接させてもらえませんでした。

特に四月に着任し、介護付高齢者住宅の利用者担当となったケアマネジャーの中には、本人に挨拶すらできない職員もいました。このままでは制度運用上問題がありますので、私たちの管理者から「遠目でもいいので本人の状況を見せてもらえらるような状況を作ってほしい」と利用者側の管理者に話してもらおうなどして、対応したケースもありました。

## (2) 会えない間に利用者の状態が悪化

今のように利用者と面談もできませんから、突然施設側から「必要なモノがある」と電話が来て、私たちが準備をしている間に、施設側で手配した福祉用具会社によって解決している。あるいは外部との接触を避けるために、「別の入所者に使ってよかったから、使っています」と言った連絡を受けるケースが散見されるようになりました。これも制度運用上問題があるため、管理者同士で話し合いをして改善しています。

また、生活が施設内で完結し、私たちのような第三者の目に触れていないということは、ご本人の状態が悪化しても分からないという状態になります。例えば、寝たきりの状態や車椅子生活などをきつ

かけとして皮膚の血流が滞ってしまうことで生じる皮膚疾患である褥瘡(じよくそう)が悪化しているも、施設側からは「契約している訪問診療医に診てもらっており、薬も出してもらっているの

で、皮膚科の専門医診察や治療は不要」という回答があるだけで、私たちの提案を受け入れてもらえない、その間に状態があつて利用者が亡くなるケースも続き、どう対応すればいいのか、といったジレンマもありました。

## (3) 感染を恐れてサービス利用を控える者が発生

利用者の中には感染を恐れ、デイサービスなど通所系サービスは利用を控える方も多くいました。私の事業所ではケアマネジャー一人あたり三〇件前後担当していますが、昨年四月から七月頃はケアマネジャー一人あたり一〜二名程度の利用者が通所系サービスの利用を控えていました。

ただ、コロナが長期化するにつれ、逆に家族や本人が身体のことを心配し再開するというケースが増えてきて、結果的に一年以上利用を休止している方は、先ほどの介護付住宅の方を除きほとんどいない状況となっています。

## (4) 利用施設での陽性者発生対応に苦慮

サービスを利用している施設で陽性者が発生したというケースは、二〇二〇年二月初ころからあり、感染拡大と比例して発生数も増えていきました。陽性者発生の連絡を受けると、利用者の利用状況などを確認し、その当該施設での利用や陽性者と

の濃厚接触があるかないか確認が必要となります。サービスを複数利用している方にとっては、これ

がはっきりしないと他のサービスも利用できませんので、その確認・調整に時間を要しました。

さらに、濃厚接触者と判断されると、利用者へのPCR検査が必要となりますが、当初は検査体制の都合で、検査受検も結果通知も時間を要していたことは皆さんも記憶にあると思います。担当ケアマネジャーとしては「この間のサービスをどうするか」というのが悩みどころでした。例えば、金曜日にPCR検査を受けて、結果が出るのは週明けの場合、通所系サービスは休止しても、訪問系サービスはどうするのか。提供してもいいのか。また、土曜日であれば出勤者がいますので、PCR検査の結果が出て、翌週の対応は可能ですが、日曜の場合は対応できませんから、調整に苦慮するケースが多く、とにかく大変だったという記憶しかありません。

## (5) 自社内陽性者発生

ホームヘルパーの多くは、利用者宅へ直行・直帰の形態で雇用しています。そのうち、調理支援サービスをしていたホームヘルパーが陽性者となつてしまいました。利用者は濃厚接触者となった可能性が高かったことから、PCR検査をして、対処したこともありました。ここからは新型コロナウイルス感染が差し迫つた中での事例をいくつか紹介したいと思います。



### 3 新型コロナに振り回された利用者たち

#### 事例1 Aさん 80代 男性

この方はパーキンソン病、そして尿カテーテルが入っており、要介護4、独居の車いす生活でした。週二回デイケアを利用し、その他にも訪問介護が入っていて、カテーテルの管理は一日おきに訪問看護も利用していました。

入浴についてはデイケアで行っていたのですが、利用していたデイケアで陽性者が発生しました。デイケア側からは「一週間から一〇日ほどで再開予定です」と連絡を受けていたこと、本人からも清拭でしのぎたいという申し出もあつたことから、ヘルパーが対応していました。

ところが、デイケアからは「再開のめどが立たない」、Aさんからは「頭がかゆくて気持ち悪いのでなんとかしてほしい」と連絡があり、急遽、訪問入浴のサービス利用をすることになりました。ところが、調整が難航し、申し出があつてから一週間ほど経つてようやく訪問入浴を利用することができたのですが、トータルでは二週間以上入浴できない状況になってしまいました。

その間、カテーテルは週一回交換していましたが、清潔が求められる部分ということもあり、カテーテルが詰まるなどのトラブルもありました。デイケアについては陽性者発生から約一カ月後に再開となったため、Aさんは約一カ月以上デイケア利用できない状況が続いてしまいました。

#### 事例2 Bさん 90代 女性

この方は認知症を患っているほか、大腿骨骨折に伴い車いす生活でした。同居している義理の娘が陽性者となり、ホテル療養となりました。Bさんも濃厚接触者となったため、同居している息子、孫と一緒にPCR検査を受け、サービスは二週間利用出来なくなることになりました。

PCR検査の結果、Bさん本人は陰性、息子と孫は陽性反応となったことから、保健所からは「隔離したほうがよい」とアドバイスを受けましたが、息子が「認知症のBさんを一人にしておけない」と保健所に伝えたとところ、「それならば仕方ないですね」と回答があり、結局は陽性者の息子、孫と一緒に過ごすことになりました。

とにかく「お風呂には入れないのは困る」と言われたのですが、陽性者と濃厚接触をしているため訪問系のサービスは使えません。息子からは「ならばショートステイでも」ということでしたので、他のケアマネジャーと一緒に利用できるところを探しました。しかしながら、家族が陽性者ということもあり、受け入れてもらえません。そのような中で、「必要以外は部屋から出さず、事実上の隔離状態で良ければ引き受ける」という条件付き施設が見つかったので、息子さんへ伝えたとところ、「そうなれば本人の認知症も進行するので、家について離れて生活すればいい」と回答があり、結局自宅で生活することになりました。

そうしている間にBさんに褥瘡がではじめたりして、医療機関を受診しなければならぬ状態

に悪化しました。しかしながら、訪問診療やサービスを利用するには陽性者となった息子や孫と離れていなければなりません。サービス利用のためホテル療養を選択してほしいと提案したのですが、承諾してもらえませんでした。

私たちもとにかく陽性者と一緒にいると感染してしまうと考え、褥瘡治療のために本人を入院させることにしました。入院可能な病院を見つけ、段取りをして家族に提案したのですが「その病院なら自分で看る」と拒否されてしまいました。

このままでは陽性者となり、褥瘡治療もできない。さらには高齢者虐待となってしまう恐れもあることから、子どもの管理者を通して地域包括支援センターに報告しました。包括の方でも「検討させてください」と回答をもらったのですが、結局、包括や行政は「家族が入院を拒んでいる以上、強引に進めることはできない」と結論を出し、介入できませんでした。Bさんはその後、発熱症状が出て救急搬送された結果、陽性者となり、一時危篤状態になりました。コロナは回復したものの、褥瘡悪化が原因で亡くなってしまいました。

#### 事例3 Cさん 90代 女性

娘と義理の息子の三人暮らしで、娘は体調が良くなく、義理の息子もガンで治療中だったので、レスパイト入院（編集部注・介護者の事情等により一時的に自宅での療養継続が困難となった場合に入院すること）を希望していたこともあり、Cさんは一カ月ほどレスパイト入院することになり

ました。

ところが、そのレスパイト入院先でクラスタールが発生し、当初一カ月だった入院の予定が三カ月ほどに伸びてしまいました。幸いにもこの三ヶ月間、Cさん自身に大きな変化はなかったのですが、家族から「自宅で看れるような状況ではなくなった」との申し出がありました。そこで老人保健施設を調整したのですが、上手くいかず、現在はショートステイの施設で「ロングショート」というかたちで宿泊状態が続いています。

#### 4 居宅介護の現場から

今までは新型コロナウイルスに翻弄された方の事例を紹介してきましたが、ここから新型コロナウィルスとは関係なく、居宅介護の現場で起こっていることを事例として報告したいと思います。

##### 事例1 Dさん 90代 女性

東京からUターンしてきた孫より「祖母が母親と一緒に住んでいるが、母親は腰を痛めていて介護ができないような状態だ。どうすればよいか」との相談が発端で関わることになりました。事前の情報でDさんは要介護3、飲食店を経営する60代の娘と二人暮らしで、非常事態宣言下ということもあり、娘さんの営む店は休業、自宅にいるとのことでした。早速訪問してみると、Dさんは布団の上に寝せられていて、手足も屈曲し、ほぼ寝たきり状態で、事前情報の要介護3よりもかな

り悪く、しかも認知症も進んだ状況でした。

また、孫からは「褥瘡が酷い」と聞いていましたので、確認してみると臀部にポケットを形成するような重度の褥瘡ができていました。娘さんといろいろ話を聞く中で、動かすのも大変だと申し出があり、ベッドとエアマットを提案して受け入れてもらいました。訪問診療も手配してベッドの搬入と同時に診てもらったところ、かなり状態が悪いので、毎日処置しなければならぬ状態であることが明らかになりました。翌日から訪問看護を入れて処置することになったのですが、その夜にDさんは発熱、その後病院に搬送され、そのまま亡くなってしまいました。

##### 事例2 Eさん 80代 男性

Eさんは自宅で倒れて入院し、介護区分変更の申請をしたところ、要介護認定となったので地域包括支援センターから担当して欲しいと連絡を受け対応しました。退院支援から関わるべく、本人のところに行ったのですが、ご家族との関係性がかなり悪く、ほぼ絶縁状態で、自宅で倒れていたのを発見したのはマンションの管理人だと分かりました。

Eさんいわく、「何かあったときのために」と玄関の鍵を常に開けっぱなしで生活していたそうです。発見者のマンション管理人もEさんが一人暮らしであるを知っていましたが、私には「頻繁に救急車を呼ぶような方なので、今後、在宅で一人暮らしは難しいのではないか」と話し、同じマ

ンションの住民からも「心配だ」「今まで住んでいたところに戻すのか」という流れになりました。結局、接点のあった孫の協力を得て、退院後は今まで住んでいたマンションではなく、施設入所することになっています。

##### 事例3 Fさん 80代 女性

Fさんは要介護2で認知症、息子と孫の三人くらしでした。息子はFさんが認知症であることは分かっているのですが、どう対応していいか分からず、怒鳴って家を追い出して警察を呼ぶ騒ぎとなりました。警察がFさんを探索、保護して家に戻したのですが、認知症のため、ゴミをゴミステーションではないところに捨ててしまつて近所とトラブルとなり、再び警察が介入するといったことを繰り返していた方でした。

息子も持病があり上手く介護できない上、孫も知的障害を持っているらしく、ずっと家にいるような状況でしたので、訪問から介護負担を感じていることが分かりました。そこで、デイサービスを調整し、ショートステイも利用して息子が介護できるようなたちで進めていたのですが、息子自身の体調が悪化し、介護どころではなくなつてしまい、結局は施設に入所となりました。

この時は地域包括支援センターの職員と行政と連携をしながら施設を探し、Fさんが施設に入つてゆつくり生活できる支援をさせていただきました。最近是这样した介護ができないといった相談が時々来ています。

## 5 新型コロナウイルス感染拡大によって 見えてきたもの

### (1) 新規相談内容の変化

新型コロナウイルス感染拡大以前は、「介護保険のサービスを使いたいので、支援をお願いします」という相談がほとんどでした。ところが、医療機関や施設に入ってしまうと感染対策で家族が本人と面会できないためか、入所や入居していた施設から在宅に戻りたいという相談が増えてきています。

また、本人や家族が施設側にどのような話をしているのか分かりませんが、私たちが相談を受けた時点で退所日が決定しているケースが非常に多く、在宅に戻ってからのサービスを何とかしてほしいといった相談も多く見受けられます。在宅に戻りたい理由を聞いてみても、特に施設に不満や問題があるわけではないようです。そういう意味では先にタイムリミットがあつて、そこに向けてサービス調整しなければならぬ。にも関わらず、冒頭で話をしたように退所支援として面接したいと施設側に伝えても感染対策を理由に許可してもらえませんので、やりづらさを感じているところ

### (2) 自宅看取りの相談増

一方で、ターミナルケア（終末期医療）の方が入院施設で亡くなるのではなく、在宅で家族に囲まれながら看取りたいといった支援依頼も増えて

きています。看取りの場合、ゴールが決まっている、あるいは時間が短いということで、サービス調整も迅速な対応をしなければなりません。もちろん、在宅での看取りにはメリット・デメリットがありますので、非常に難しい対応を迫られています。

おわりに「居宅ケアマネジャーが考えるアフターコロナ、そして地域包括ケアシステムとは

今後の課題を挙げるとすれば、新型コロナウイルス感染拡大の長期化に伴い、フェイスマスクにフェイスシールドによる面接は日常の一部となつていきます。こういう点では顔が見える関係も様変わりしていると言えるでしょう。さらに、これまで利用者本人、家族、ケアマネジャーなどが一同に介して面談することはなかなか難しいことでしたが、Zoomを始めリモートが普及することで容易にできるようになったことは評価すべき点と言えると思います。

しかしながら、その場の空気感是对面でなければ共有できません。なので、Zoomやメールなどで何となく利用者とは繋がっているけども、本当に利用者が同じ方向で見ているのだろうかといった不安はとても感じています。やはり、皆が同じ方向を見て進めるための関係構築には、かなりの工夫が必要ではないでしょうか。

また、ケアマネジャーとして日々、利用者本

人の支援、その家族も交えて介護保険のサービスを調整していますが、利用希望者を訪問すると「えっ」と驚くことが非常に多い。この理由については利用者自身の課題もありますが、家族や地域的な課題の場合も多々あります。私の在籍する事業所は、こうした現場で起こる様々な事例を担当外のケアマネジャーにも情報共有しながら業務を進めています。これはケアマネジャーが複数いるからこそできることで、一人しかいない事業所の場合、利用者以外の問題や課題に一人で向き合った結果、抱え込んで孤立してしまう可能性も否定できません。

したがって、私たちケアマネジャーも利用者や家族だけに向き合っているだけではなく、利用者や家族の支援を通して、見えてくる地域の課題などについて、自らが発信していくことも必要なのではないでしょうか。

この研究会は二〇二五年の地域包括ケアシステムに向けて活動していると聞きましたので、その部分も少しだけ話をしたいと思えます。実は私も地域包括支援センターに在籍していた経験がありますので、地域包括支援センターの活用は有効だと考えています。ところが、人材を含め活用するところまで私自身も世の中もなっていない。例えば、地域包括支援センターから「新規利用者、居宅変更をお願いします」と私たちの事業所に相談された場合、当然「なぜ居宅変更となったのか」と聞きます。

しかしながら、一方的に「問題あり」「困難事

例です」といった相談を持ちかけられると、私たちの事業所もいつ利用終了と宣告されるのかとビクビクしながら対応しなければなりませんし、先ほど話したように利用者も同じ方向を見ながらサービス提供できているのかという疑問を持つことに繋がります。仮に利用者自身に問題があり、支援の困難性などをケアマネジャーから情報を聞き、地域包括支援センターの職員もそれを共有し、一緒に利用者の支援を考えてもらうのであれば、私たち居宅介護のケアマネジャーと上手く活用に結びつくでしょう。

地域包括支援センターの中には、居宅介護支援事業所を案内所感覚で考えているところもあるようですが、居宅のケアマネジャーとしては事業所と共に歩んでほしい。それが地域包括ケアシステム構築に向けての第一歩だと感じています。ここで私の報告は終わりです。今日はありがとうございました。

△ほしの あつこ▽

### △参加者からの質問▽

質問1 小池（生活クラブ生協） 私は訪問介護の仕事をしており、二つお聞きしたいことがあります。終末期の方の看取りのため、在宅にするというお話がありました。が、看取りをしてくれる訪問医はどれだけいるのでしょうか。

二つめは、ヘルパーになる人が少なく、ヘルパーも高齢化している。今年は新人ヘルパーの採用が

なく（応募がなく）、昨年は二名の採用しかなかったとのことですが、在籍しているヘルパーだけで仕事は回っているのでしょうか。

星野 看取りについては、在宅介護とする時点で医師が決まっております、その先生に看取りまでしてもらおうケースがほとんどです。

佐々木 ヘルパーが足りているのかと言われると、かなり厳しいというのが本音です。私の事業所では、サービス提供責任者が七名在籍していますが、本来の業務であるケアマネジャーや事業所、ヘルパー、利用者との連絡調整以外にも現場対応したり、四六名いるヘルパーさんに何とか担って貰っているという状況です。

また、新型コロナウイルス感染拡大により、基本的に新規相談は利用の休止、利用者が施設入所などで空いた場合にのみ新規相談を受けるというかたちとなっています。そうしたことから既存の利用者が中心となつているため、何とか対応できている部分もあります。

ただ、パートヘルパーさんの場合、所得税が課税されない給与年収の上限一〇三万円の範囲内の勤務という方もいます。そうすると、上限額にならないよう計算しながら勤務に入ってもらうことになるので、秋以降の人練りは四苦八苦する状況です。こうなると、本来現場に行かなくてもいいとされる二名の主任サービス提供責任者も投入しないと業務が回りません。

質問2 小倉（連合北海道） 父親が認知症になり、「どうしたらいいのか」と行政へ相談に行くと、地域包括支援センターを紹介されました。ここまでは上手く繋がったのですが、相談したいことがあったとき、担当になったケアマネジャーが在宅勤務で連絡が取れませんが、センターの方から言われました。そうしている間に徘徊が始まり、こういうときは誰に相談したらいいのかわかり、不安でした。認知症も含めて、地域の福祉課題を何でもかんでも地域包括支援センターを窓口とするのが良いのか、と疑問に感じています。

佐々木 確かに、地域包括支援センターが窓口になることはありますが、実際にケアマネジャーが付いたのであれば、以降はその人が窓口となります。話の中で一番の問題だと感じたのは「在宅勤務だから連絡が取れない」ということです。

先ほど星野さんの報告にありましたように、普段の仕事をするのが在宅勤務ですから、あくまでも仕事ということになります。社協では「そういう対応はするな」という指示もありますが、休暇中に連絡をするわけではありませんから、事業所として対応することが必要となると思います。

また、徘徊があるならばその場で対応していかねければなりません。通常であれば、事業所にいる他のケアマネジャーが支援をしていくことなるのでしょうか、その事業所はそれができていなかったのでしょうか。事業所としても担当ケアマネ

ジャーが動けない場合、どうフォローするのか考えておく必要があります。

地域包括支援センターが相談窓口になったからといって、「何でもかんでも包括」ということにはなりません。実際のところ、ケアマネジャーだけでは解決出来ない問題もあります。この場合には地域ケア会議を開催し、そこに地域包括支援センターが入ったり、他の関連事業所や行政が入るなどして対応を検討、方向性を考えていければよかったです。お話を聞く限り、今回は厳しい状況だったのかなと感じています。

**質問3 山崎（生活クラブ生協）** 一〇年から二〇年前と比較して、在宅で生活し介護を必要とされている方にどんな変化があるのでしょうか。というのも、今後一〇年、二〇年先には認知症の人はさらに増えていくでしょうし、在宅で認知症の方を見ていくのは本当に厳しいと感じています。先を見据えてどのような体制を作っていけば、在宅で介護していけるとお考えでしょうか。

**佐々木** 一〇年前と比較すると介護保険など制度が整い、質的な部分では良くなってきていると感じています。しかしながら、先ほど私が報告したように担い手の部分では厳しくなってきました。社協全体でも一〇年間と比べるとヘルパーの数はかなり減少していますので、量的な部分ではかなり厳しい状況と言えます、それをどう補うかについては決定打がない状況です。

また、マンパワーが減っていくと、いくら施設を建設しても職員不足で高齢者は入所できませんから、在宅で見ていくことになります。そうなるので、介護サービスだけでは担えないと感じています。グループホームや施設に入っていれば二四時間見ていただけますが、在宅になると介護サービスは二四時間の一部しかありません。そして、家族が働いていると二四時間の一部しか看ることができませんから、今後は地域で支えなければならぬのではないのでしょうか。

地域で暮らす人がどこにどれだけの高齢者が住んでいるのか分かっていて、その高齢者に対しての声かけ、異変を感じたら交番に連絡するなど、地域によるサポートが求められていくのはもちろんですが、家族も「父親は認知症です」など、本人の状態を周囲や地域に伝えられることも重要になってくると思います。

**質問4 山崎** 地域支援は私も重要だと思つていますが、その体制を作るためにはどうすればいいのでしょうか。

**佐々木** 二〇一五（平成二七）年度の介護保険制度改正によって、介護予防給付の一部である介護予防訪問介護及び介護予防通所介護は、自治体が地域の実情に応じた取り組みができる「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行し、ボランティアなど地域の担い手や新たな支え方地域の多様な主体を活用しながら、高齢者を支援していくこと

なっていますが、こうした視点が入ってくるといいのかなと思います。

では、こういう地域作りをだれがやっていくのか。札幌市の場合は社協がある程度担っています。高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備推進のため、社協で活躍する第一層生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と、地域包括支援センター圏域で活動する第二層の生活支援コーディネーターを配置しています。ですが、私たちのように現場で働く人たちだけがコーディネーターとなるわけはありませんので、介護やケア未経験者も多い。そういう人たちともひとつひとつ繋がっていく必要があると感じています。

**星野** この一〇年間では在宅にいる方も重度化していて、介護サービス「量」が必要だなど実感しています。ただ、在宅で生活する重度者がどれだけののかなど、実態を理解する住民は少ない。例えば、重度で一人暮らしの利用者のところには、毎日いろいろな人が出入りします。サービス担当者会議になるとたくさん車が駐車します。近所の住民からは「毎日いろいろな人が出入りする家」と見えていて、「何をやっているのか」と聞いてくる方もいます。私たちは地域の支えが必要だと理解しているものの、どこまで個人情報地域住民に開示しているのか分からず、葛藤を覚える日々です。

ただ、私たちに聞いてくるということは、地域住民も気に掛けてくれているとも言え、これも支

援の一つとして前向きに捉えることが可能かもしれませんが。やはり、重度の方が地域で暮らすのは地域住民にいろいろな面で関わって貰わなければなりませんから、行政の権限で体制を整備し、地域包括支援センターなども一緒に支えるのがいいかもしれません。

あと、認知症の方による徘徊やゴミ出しルールが守れないなど、地域の困りごとになっているケースがあります。これも地域の方の理解があれば、認知症でも地域で暮らすことができると思います。警察がその高齢者のことを理解していれば、家に戻すことも可能です。地域の方が介護や認知症に関心を持ってもらえる環境ができればと思います。

**質問5 塩川（旭川医科大学）** 私は保健師でありそして大学教員ですが、介護と医療の連携をどう図ればいいのか思い考えます。現場ではどう実践され、連携をすすめてきたのでしょうか。

**星野** 以前と違って、医師もケアマネジャーがどういう仕事をしているのか理解いただけるようになって、すごくやりやすくなっています。私も訪問看護、訪問診療とも連携していますが、医師も看護師もかなり分かりやすく情報共有してもらい、日々感謝しているところです。強いて言うならば、訪問介護や福祉関係の担当者や訪問看護、医療とがチームとなってアプローチをするときに、さらに情報共有できる雰囲気作りができて

ばと感じています。

**佐々木** 昔に比べると医療と介護の連携が必要だということを理解していただいていると感じています。その中で、星野さんが言っていたように、雰囲気作りは重要だと思います。昔は「こんなことも分からないのか」と医師や看護師から言われたりして、なかなか連絡しにくい、怖いと感じたこともありましたが、こうした部分は無くなってきたと思います。

ただ、それぞれ異なる職種の中で連携をしていくには、共通言語ではありませんが、双方共にもう少し分かりやすい言葉を使うことが必要だと感じています。

本稿は二〇二一年九月一七日に開催した高齢者福祉研究会の報告をまとめたものです。

文責・編集部