

6) 認知症の人の生活を支援する地域づくりの活動

高齢化率が70%を超え、単身高齢者世帯が3割を超える網地島に暮らす人々にとっては、このような課題は他人事ではない。島民全体の近未来像がそこにある。そのようなことから、定期的に開催される個別事例の検討会の中で、島民全員が認知症のことを理解するためのパンフレットを作成し(図6)、これをすべての住民に配布するとともに、認知症の講話や映画会などのイベントを開催しようというアイデアが発案されるようになった。

また、こうした活動を通して、すでに独居高齢者の買い物支援などを行っていた網地島漁業協働組合婦人部の方々とのつながりもでき、少しずつではあるが、認知症の人の暮らしを支える地域づくりが進められるようになってきた。



図6. 岡野雄一さんにご協力いただき作成した認知症の普及啓発用パンフレット(網地島版)

7) 周辺地域への波及効果

このような認知症支援体制づくりは、局所的なものではあるが、地域発の、地域の特性に応じた活動であり、そのような活動は今日の日本すべての地域において求められているものである。網地島で開始された個別事例の検討会は、保健師の異動と連動して、平成25年より石巻市の沿岸地域に波及し、現在は網地島(網小診療所)、石巻市保健福祉センター一牡鹿支所(清優館)、石巻市保健福祉センター本庁においても定期的に実施されるようになった。平成23年11月から平成27年1月までにこれらの事例検討会で検討された事例の診断別内訳を図7に示す。

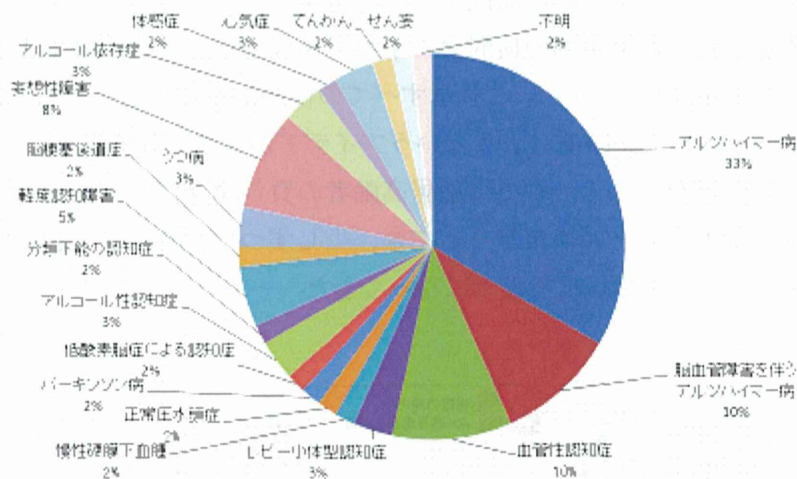


図7 個別事例の検討会で検討された事例の主診断別割合(網地島, 社高, 雄勝)  
(2011.11-2015.1, N=60)

## 5. 社会資源に乏しい離島や中山間地域における認知症支援体制づくりへの示唆

東日本大震災を契機にして、認知症とともに生きる高齢者への支援ニーズが可視化され、その後、新たな地域づくりに向けた動きと連動して、認知症支援体制づくりが進められてきたプロセスを報告した。

このような認知症支援体制づくりのプロセスは、医療資源や介護資源が不足している離島や中山間地域の認知症支援体制づくりのあり方を考える上で示唆を与えるものである。すなわち、専門職の少ない地域においても、他地域から訪れる専門職とそこに常駐する専門職が定期的集い、個別事例の検討を重ねながら認知症支援体制づくりの歩みを開始する道筋がある。その際に特に留意すべきことは、その地域に現存する社会資源とその地域に暮らす人々の暮らしの現状を深く理解し、そこで働く専門職と、そこに暮らす人々の活動を基礎にして、支援体制づくりをゆるやかに進めていくことであろう。

こうした活動は、周辺地域への波及効果をもたらし、広範かつ普遍的な地域づくりに発展する可能性を秘めている。古典的な方法ではあるが、医療サービスや介護サービスが不足している離島や中山間地域においては、保健医療福祉介護の専門職が定期的に訪問し、そこに暮らす人々と集い、協働した活動を継続していくことが、認知症の人にやさしい地域づくりの第一歩になるものと思われる。

文献

- 1) 東京都健康長寿医療センター：地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業。平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業報告書（研究代表者 栗田主一）。
- 2) 栗田主一：災害時における高齢者の精神科医療の課題. *Geriat. Med.* 50: 301-304, 2012.
- 3) 栗田主一：災害時精神医療の現状. 老年精神医学領域の問題点と課題. *老年精神医学雑誌*. 23: 204-208, 2012.
- 4) 栗田主一：災害時における高齢者の精神科医療. *日本臨床* 71: 1864-1869, 2014.
- 5) 栗田主一：被災地の認知症高齢者の在宅支援体制：宮城県石巻市網地島における実践を通して. *Geriat. Med.* 52:131-136, 2014.

## 2-3-6)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

### 分担研究報告書

被災地の再生を考慮した在宅医療の構築における居宅介護支援事業所の役割

研究分担者 菊地 和則 東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム研究員  
三澤 仁平 立教大学社会学部現代文化学科助教  
大塚 理加 東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム非常勤研究員

### 研究要旨

東日本大震災で大きな被害を受けた岩手県・宮城県・福島県（以下、被災3県）の全居宅介護支援事業所に対して、要介護高齢者等の在宅生活を継続するための要件をケアマネジメントの観点から明らかにすることを目的として、医療と福祉の連携に関する調査を実施した。

その結果、医療機関や地域包括支援センターとの連携が取れている居宅介護支援事業所は、連携が取れていない事業所より、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時に在宅生活の継続が出来ていることが明らかとなった。また事業所に在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいる事業所の方が、いない事業所より、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時にも在宅生活の継続が出来ていた。

これらのことから、医療機関との連携を促進すること、地域包括支援センターのケアマネジメント支援を積極的に活用できる体制を構築すること、介護支援専門員の在宅での看取りの専門性を向上させる取り組みの必要性が示された。

ここでは居宅介護支援事業所調査の他に、被災3県の市町村、社会福祉協議会、地域包括支援センターを対象とした在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査、および訪問介護事業所と訪問看護ステーションの地域連携に関する調査によって得られた知見も含め、被災地の再生を考慮した在宅医療の構築における居宅介護支援事業所の役割について述べてい。

### 1. はじめに

大規模災害が発生した場合、被災した高齢者のニーズは時間の経過と共に変化していき<sup>り</sup>。本研究は平成24年度～26年度にかけて行われたが、それぞれの時期に合わせて調査対象を選定して調査を行ってきた。

平成24年度は調査実施時期が東日本大震災発生から1年半が経過しており、避難所はすでに閉鎖されて高齢者は仮設住宅やみなし仮設等に移動していた。つまり、支援課題が被災直後の急性期、そして避難所での生活から次の段階に移っていった時期でもあった。また、東日本大震災は要介護高齢者だけでなく、それまで元気だった高齢者にも大きな影響を与えた。そこで平成24年度は、被災3県の要介護高齢者等だけでなく、被災した全ての高齢者の置かれている状況やニーズ、在宅医療が必要な高齢者や認知症などで権利擁護の

必要がある高齢者の実態と支援の方策を明らかにし在宅医療・ケアの適切な利用に資することを目的して、被災3県の全市町村、全市町村社会福祉協議会、全地域包括支援センターを対象とした調査を行った。

その結果、仮設住宅、みなし仮設、親戚宅や自費でのアパート賃貸などいずれに居住している高齢者についても、「身体機能の低下」、「閉じこもり」、「認知症等精神疾患」の3つがニーズとして、市町村、社会福祉協議会、地域包括支援センターに把握されていることが明らかとなった。また、みなし仮設や親戚宅や自費でアパートを借りている高齢者の場合、地域包括支援センターがその所在やニーズを把握できていない例が散見され、避難した高齢者の所在の把握と早期発見、そして早期の支援による心身の状態や病状悪化の予防が重要であることが示唆された<sup>2)</sup>。

2年目の平成25年度は、東日本大震災から2年半が経過しており、被災地もある程度の落ち着きをみせてきていた。そこで本稿で述べる被災地の再生を考慮した在宅医療の構築をケアマネジメントの観点から明らかにするため、被災3県の全居宅介護支援事業所を対象とした調査を実施した<sup>3)</sup>。

そして最終年度である平成26年度は、地域包括ケアにおける医療と介護の連携の中心的な役割を果たすことが期待されている訪問介護事業所と訪問看護ステーションを対象として地域連携に関する調査を行った<sup>4)</sup>。その結果、両者が等しく連携の取り組みをしている場合に最も両者の連携が上手くいくことが明らかとなった。また、両者ともに訪問介護事業所／訪問看護ステーションとの連携が上手くいっていると、居宅サービス計画等に位置づけられている各種サービスとの連携も上手くいっていることが明らかとなった。換言するならば、訪問介護事業所と訪問看護ステーションの連携が上手く行っている地域では、他のサービス提供機関との連携も上手く行っている可能性が示唆された。

3年の研究期間中、毎年、調査対象を変えてきた。それは冒頭にも述べた通り、被災地の高齢者のニーズは時間の経過と共に変化していくため、その時点にあった研究課題を設定する必要があったためである。しかし、これらの研究は被災地における地域包括ケアという観点からみると一体的に捉えることができる。

つまり、被災地が再生の途上にある時期の被災高齢者のニーズを把握し、予防的な介入の必要性を明らかにし、もし医療や介護が必要となった場合はケアマネジメントを利用するなどして必要なサービスにつなげることになる。そして被災3県は社会資源が整備された都市部から社会資源の少ない町村部まであり地域格差が極めて大きい。そのため限られた社会資源を有効に活用した地域包括ケアを行い高齢者の在宅生活を支援していく必要がある。そして、地域包括ケアの要となるのがケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所であり、医療と介護の連携の中心となるのが訪問介護事業所と訪問看護ステーション（病院・診療所からの訪問看護を含む）である。

本稿では、このような観点から居宅介護支援事業所が地域の実態に則したケアマネジメントを行い、より良い地域包括ケアを行うための知見を示していきたい。

## 2. 研究方法

岩手県・宮城県・福島県の全居宅介護支援事業所 1,660 ヶ所（岩手県 404 ヶ所、宮城県 622 ヶ所、福島県 634 ヶ所）を対象とした調査票を用いた郵送調査を行った。調査対象の居宅介護支援事業所については各県のホームページで確認して調査対象名簿を作成した。

調査は自記式・無記名式の調査票を用いた郵送調査で、平成 25 年 11 月 11 日～11 月 30 日にかけて実施した。調査内容は事業所の基本情報、社会資源の整備状況、医療機関との連携、地域包括支援センターとの連携、ケアマネジメントの評価、在宅での看取りを経験した介護支援専門員の有無、在宅生活中断の理由などである。

また本研究は、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会の審査、および独立行政法人国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の審査を受け、ともに承認された。なお、本研究は居宅介護支援事業所の業務内容に関する調査であり、高齢者・家族、介護支援専門員等の個人情報については収集していない。

市町村、市町村社会福祉協議会、地域包括支援センターを対象とした調査<sup>2)</sup>と訪問介護事業所と訪問看護ステーションを対象とした調査<sup>4)</sup>の概要については、それぞれの報告書を参照して頂きたい。

## 3. 調査結果

調査票の回収数は 828 票（49.9%）であった。ただし、事業所が休止中など 5 票を無効票としたため、823 票（49.6%）を分析対象とした。

### （1）事業所の基本情報

事業所の所在地は、「岩手県」30.3%、「宮城県」35.8%、「福島県」33.8%であり、ほぼ 3 分の 1 ずつとなっていた。事業所の設置主体は、「株式会社等」が 33.7%と最も多く、以下、「社会福祉法人（社協以外）」22.6%、「医療法人（社団・財団）」16.2%などとなっていた。

図1 事業所の県別所在地

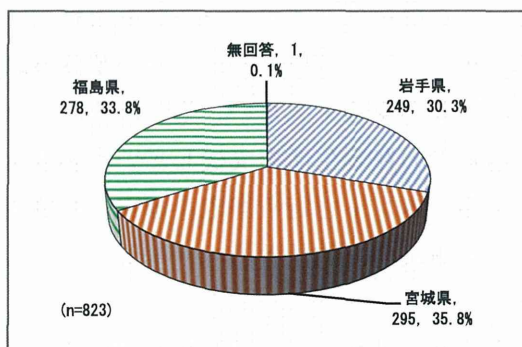
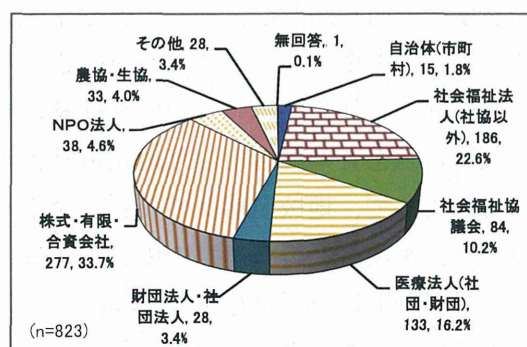


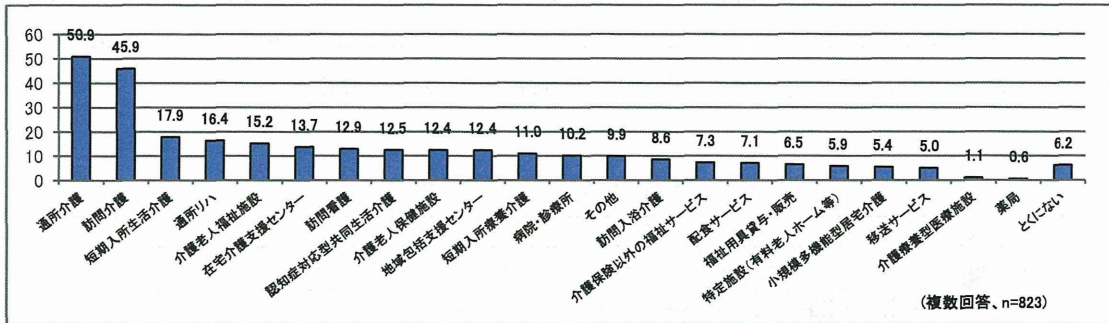
図2 事業所の設置主体



事業所の併設機関・提供サービスは、「通所介護」が 50.9%と最も多く、次が「訪問介

護」の45.9%であった。これ以外は少なくなっていた。

図3 事業所の併設機関・提供サービス



併設機関・提供サービスがあると回答した事業所を対象に、その数を見ると「1種類」が26.5%と最も多く、以下、「2種類」の20.8%、「3種類」の19.6%と続いた。事業所の利用者数は、「21~40人」が19.4%と最も多く、以下、「41~60人」の13.1%、「61~80人」の11.7%などと続いた。

図4 併設機関・提供サービスの種類数

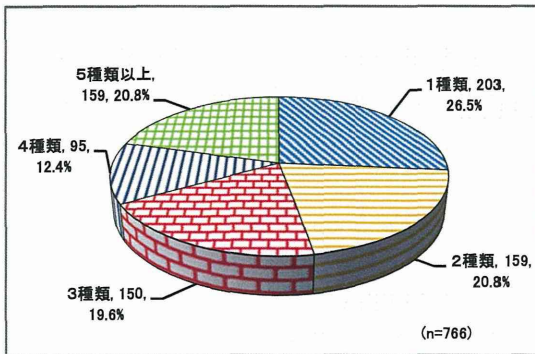
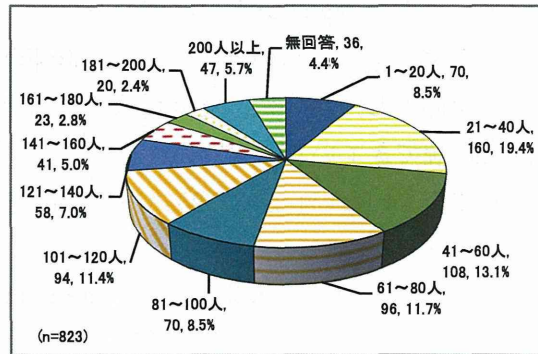
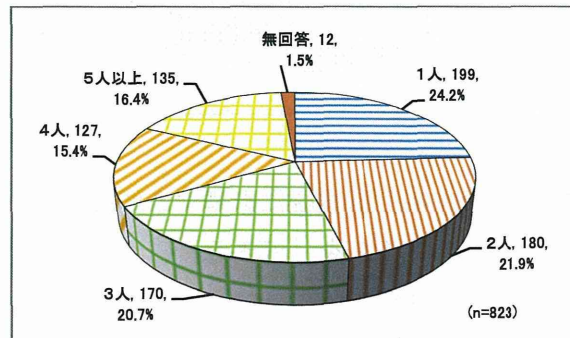


図5 事業所の担当者数



介護支援専門員の人数は、「1人」が24.2%で最も多く、以下「2人」の21.9%、「3人」の20.7%と続いた。このことから小規模な事業所が多いことが示された。

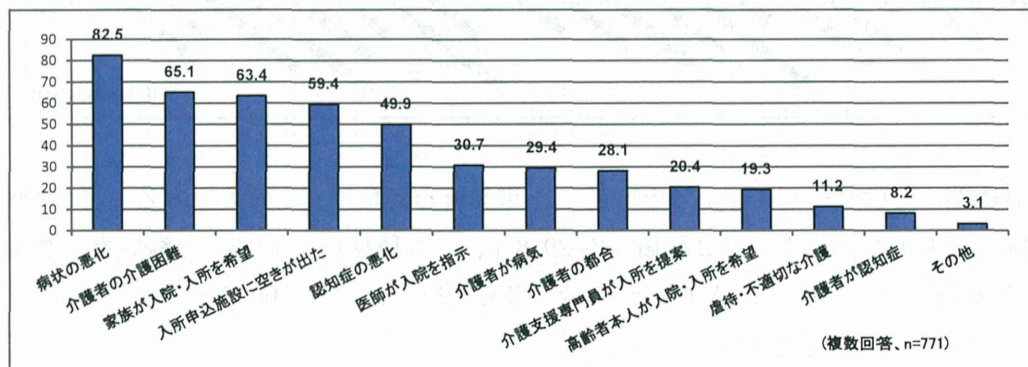
図6 事業所の介護支援専門員数



### (2) 在宅生活中断の理由

在宅生活を中断して入院・入所した理由を聞いた。最も多かったのは「病状の悪化」で82.5%、以下、「介護者の介護困難」の65.1%、「家族が入院・入所を希望」の63.4%、「入所申込施設に空きが出た」の59.4%などとなっていた。最も多かったのは高齢者本人の問題であったが、その他に多かったのは高齢者本人以外の理由であった。

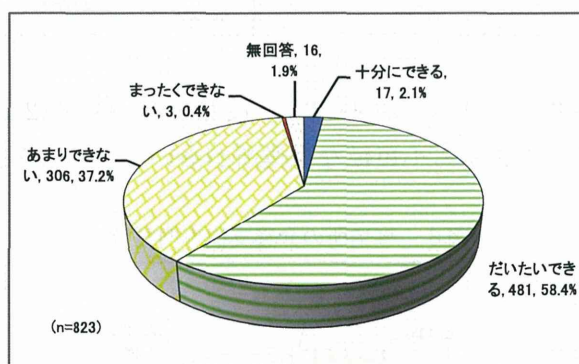
図7 在宅生活中断の理由



### (3) ケアマネジメントの評価

ケアマネジメントの評価として、健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活を継続できるかを指標として用いた。その結果、高齢者に健康状態悪化や機能低下があった時に在宅生活を継続できているかを聞いたところ、「だいたいできている」が58.4%で約6割、「あまりできていない」が37.2%で約4割であった。

図8 健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続の評価



健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続に影響する要因について分析するに当たり、「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」にまとめて行った。



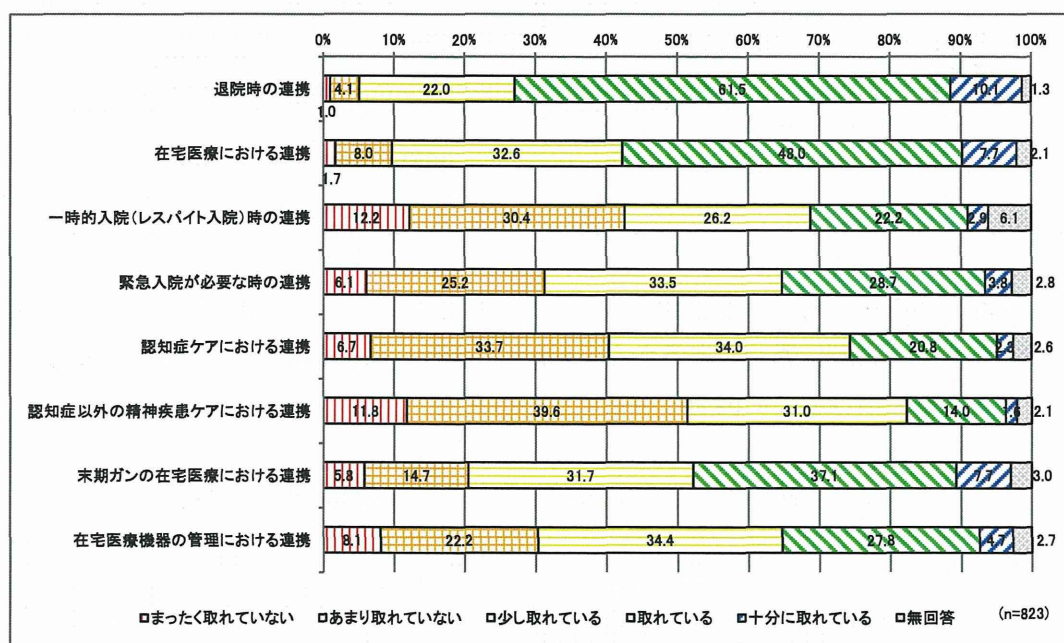
#### (4) 在宅生活継続に影響する要因

健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続に関連する要因をみていく。ここでは病院・診療所や地域包括支援センターとの連携が「十分に取れている」「取れている」、「少し取れている」を「とれている」に、「あまりとれていない」と「まったくとれていない」を「とれていない」にまとめた。

##### 1) 病院・診療所との連携

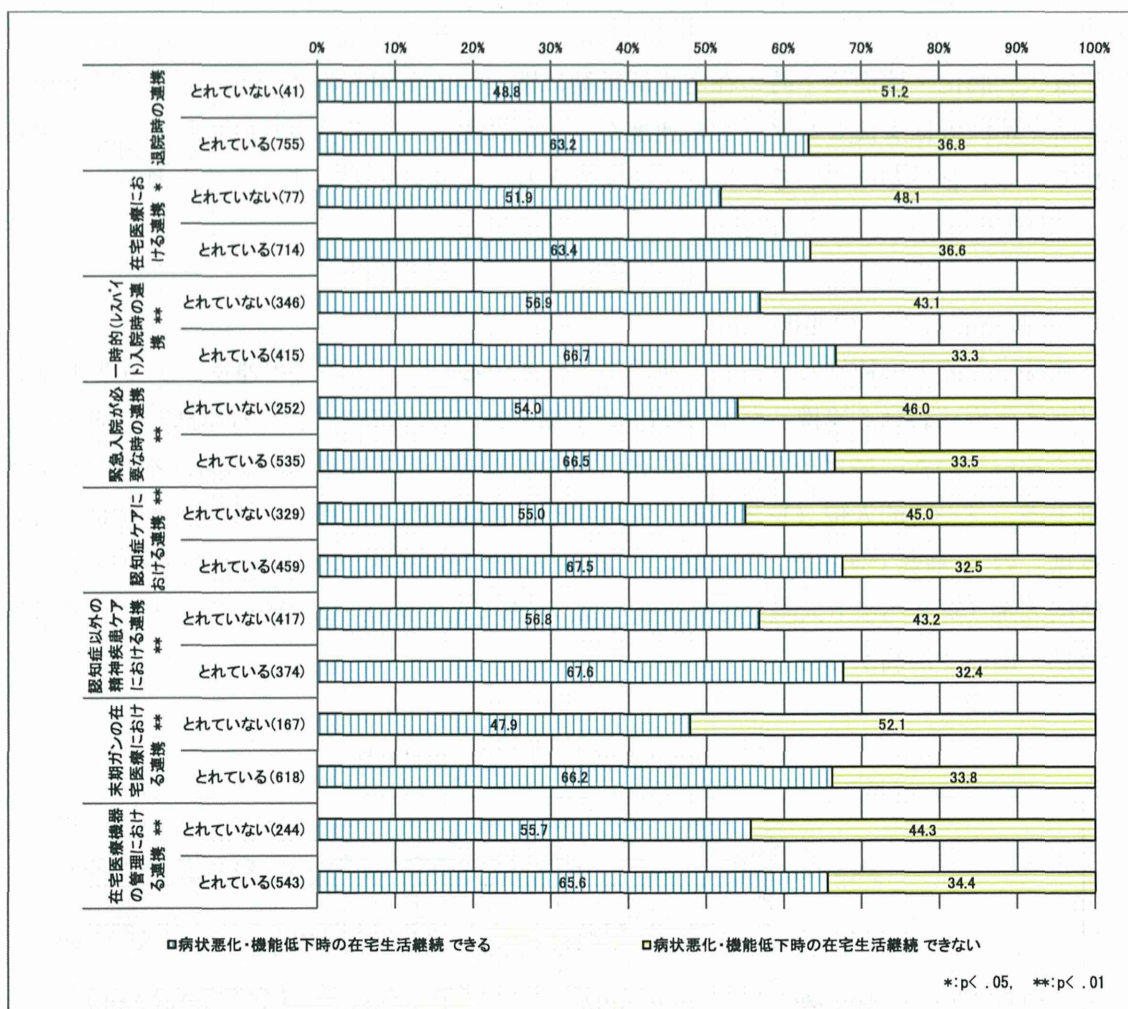
病院・診療所との連携について、連携がとれているのは「退院時の連携」が9割以上、「在宅医療における連携」が9割弱、「末期ガンの在宅医療における連携」が8割弱と多くなっていた。逆に少なかったのは「認知症以外の精神疾患ケアにおける連携」の5割未満、「一時的入院（レスパイト入院）時の連携」の5割強、「認知症ケアにおける連携」の6割弱であった。その内、「認知症以外の精神疾患ケアにおける連携」と「一時的入院（レスパイト入院）時の連携」は、「まったく取れていない」が1割以上あり、連携の困難さが高かった。

図9 病院・診療所との連携—連携の程度



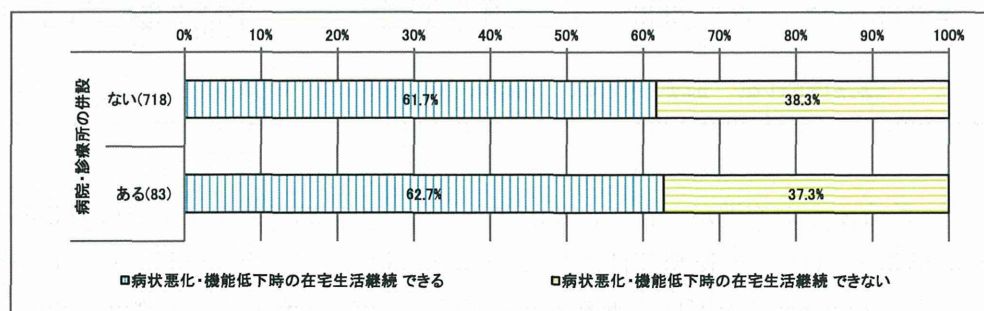
病院・診療所との連携がとれているかどうかにより、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかを連携項目ごとに $\chi^2$ 検定で検証した。その結果、「退院時の連携」を除いて、その他全ての項目は連携がとれている方が、病状悪化・機能低下時に在宅生活継続が「できる」という回答が有意に多かった。

表 10 病院・診療所との連携（項目毎）と病状悪化・機能低下時の在宅生活継続



なお、事業所に病院・診療所が併設されているかどうかにより、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかを $\chi^2$ 検定で検証した。その結果、病院・診療所併設の有無と在宅生活継続との関連はみられなかった。

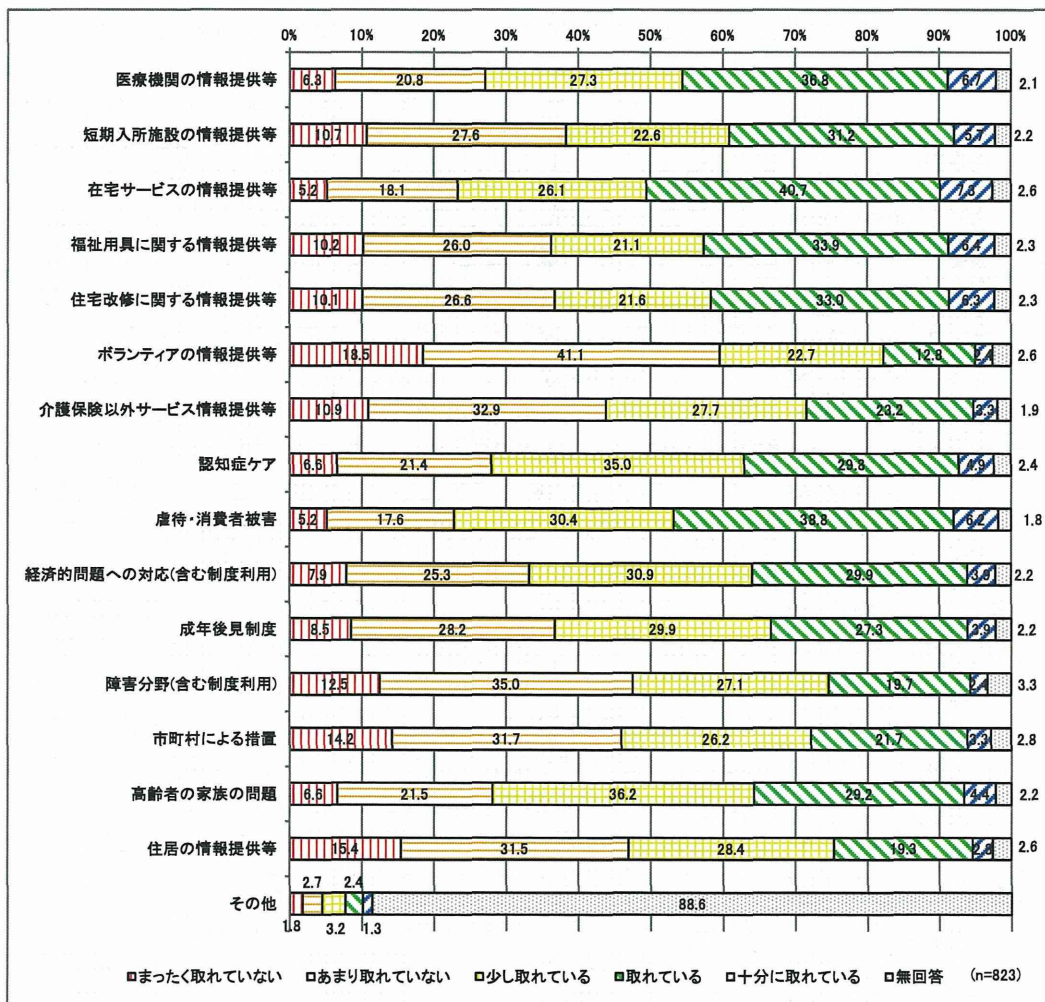
図 11 病院・診療所の併設と病状悪化・機能低下時の在宅生活継続



## 2) 地域包括支援センターとの連携

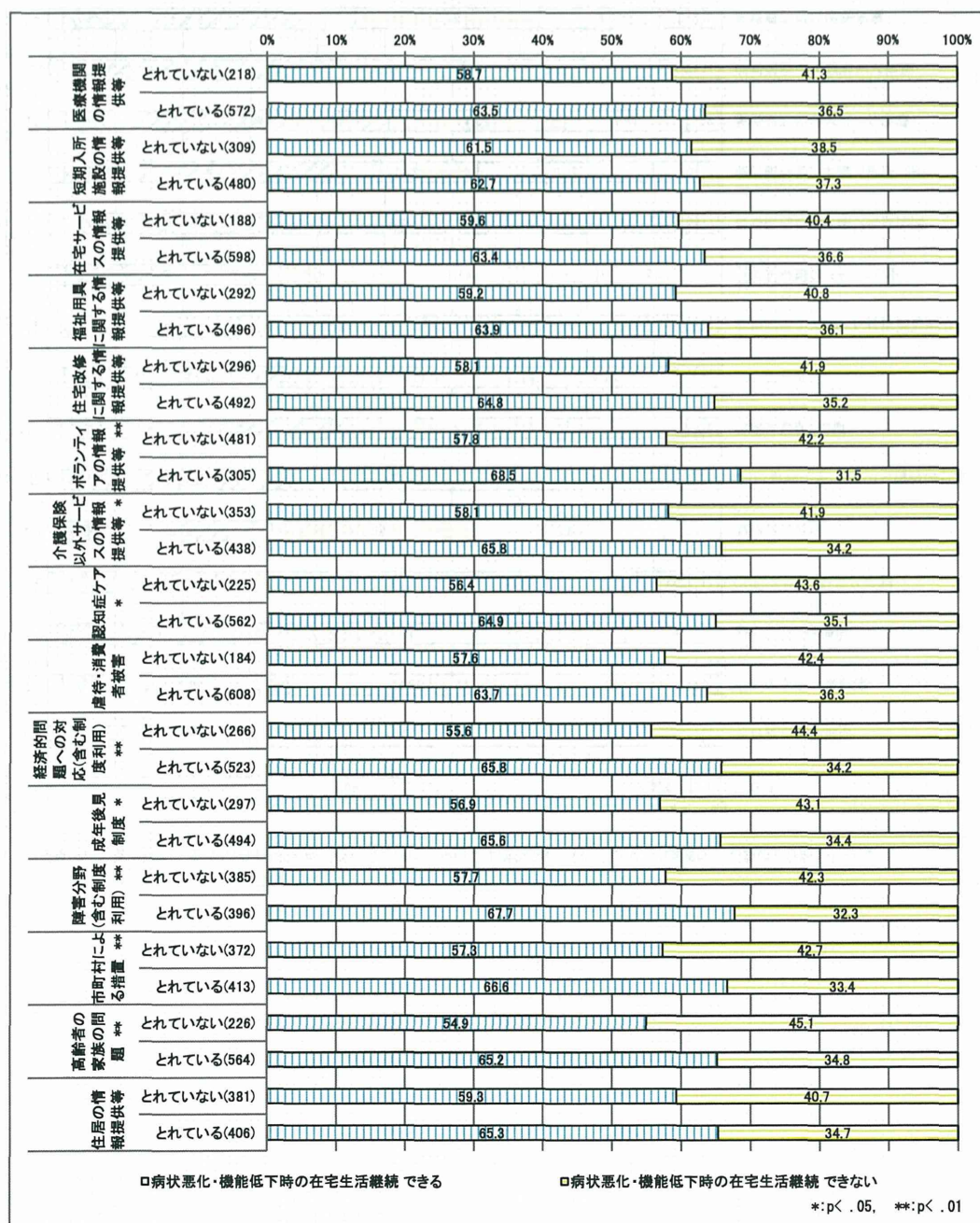
地域包括支援センターとの連携について聞いたところ、連携がとれているのは、「虐待・消費者被害」、「在宅サービスの情報提供等」、「医療機関の情報提供等」、「認知症ケア」、「高齢者の家族の問題」で7割前後と多くなっていた。逆に少なかったのは「ボランティアの情報提供等」で4割弱であった。

図12 地域包括支援センターとの連携—連携の程度



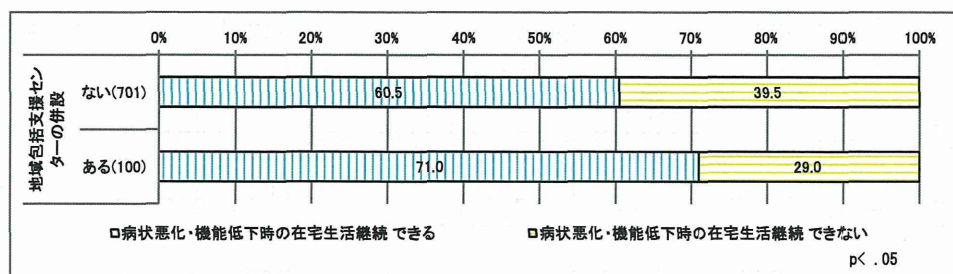
地域包括支援センターとの連携がとれているかどうかにより、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかを連携項目ごとに $\chi^2$ 検定で検証した。その結果、「ボランティアの情報提供等」、「介護保険以外サービスの情報提供等」、「認知症ケア」、「経済的問題への対応（含む制度利用）」、「成年後見制度」、「障害分野（含む制度利用）」、「市町村による措置」、「高齢者の家族の問題」において、連携がとれている方が病状悪化・機能低下時に在宅生活継続が「できる」という回答が有意に多かった。

図 13 地域包括支援センターとの連携（項目毎）と病状悪化・機能低下時の在宅生活継続



なお、事業所に地域包括支援センターが併設されているかどうかにより、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかを $\chi^2$ 検定で検証した。その結果、地域包括支援センターが併設されている方が、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続ができると回答した事業所が有意に多かった。

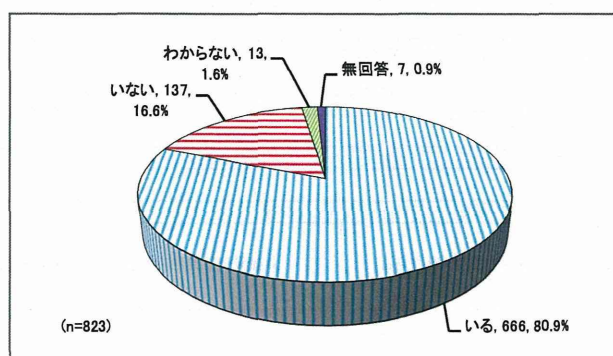
図 14 地域包括支援センターの併設と病状悪化・機能低下時の在宅生活継続



### 3) 看取り経験のある介護支援専門員

在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいるかどうか聞いたところ、「いる」が80.9%であり、8割の事業所に在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいた。

図 15 在宅での看取りを経験した介護支援専門員



在宅での看取りを経験した介護支援専門員の有無により、病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかを $\chi^2$ 検定で検証した。その結果、在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいる事業所の方が、病状悪化・機能低下時に在宅生活継続が「できる」という回答が有意に多かった。

さらに病院・診療所の整備状況の違いにより、在宅での看取りを経験した介護支援専門員の有無による健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続に違いがあるかをカイ二乗検定で検証した。その結果、病院・診療所が「十分にある」と「ある程度ある」で在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいる事業所の方が、健康状態悪化・機能低下時に在宅生活継続が「できる」という回答が有意に多かった。

なお、「あるが少ない」では有意差は無かったが (p=.050482)、在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいる事業所の方が、健康状態悪化・機能低下時に在宅生活継続が「できる」という回答が多い傾向にあった。このことから医療機関が少ない場合でも、事業所に在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいることに意味があると考えられる。

図 16 在宅での看取りを経験した介護支援専門員と病状悪化・機能低下時の在宅生活継続

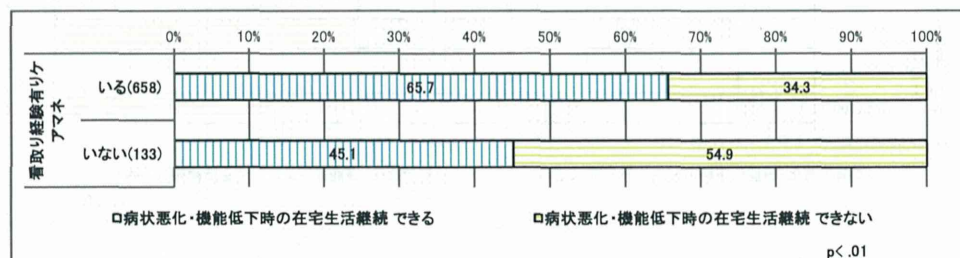
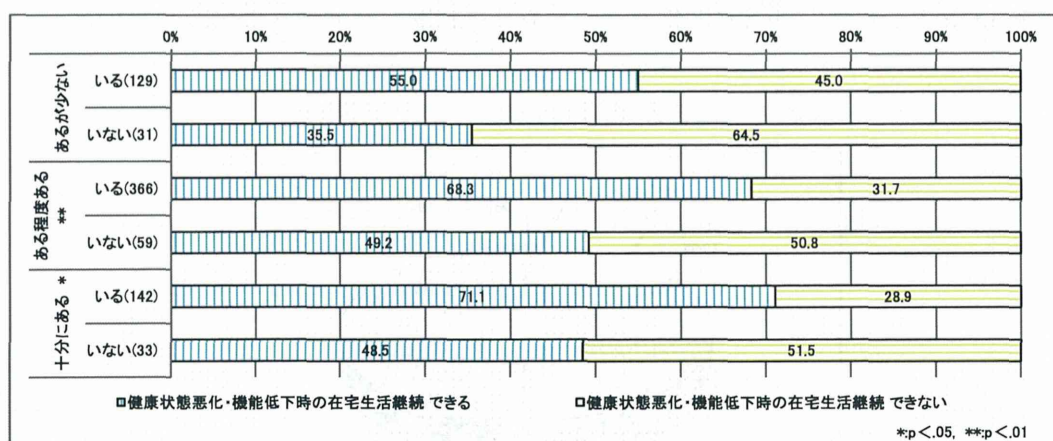


図 17 病院・診療所の整備状況毎にみた在宅での看取りを経験した介護支援専門員と健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続



#### (5) 市町村・社会福祉協議会・地域包括支援センター調査からの知見

ここまで居宅介護支援事業所調査の中から、要介護高齢者等の在宅生活継続に関わる調査結果について述べてきた。次に被災3県の市町村、市町村社会福祉協議会、地域包括支援センターを対象として行った調査の中から、復興過程にある被災地における高齢者のニーズについて触れたい。なお、ここでは地域包括支援センターの調査結果を中心に紹介する。

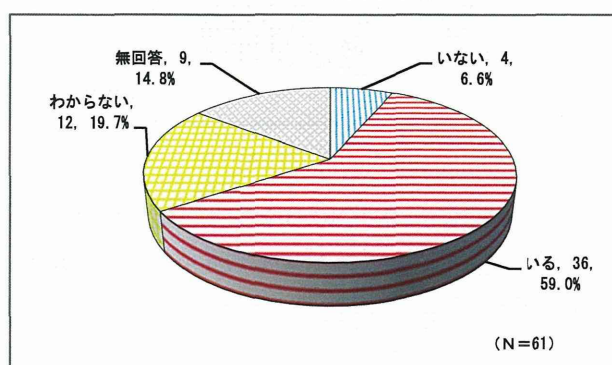
この調査が実施されたのは、避難所がすでに閉鎖され高齢者は仮設住宅やみなし仮設等に移動していた時期であった。換言するならば、高齢者が様々な形で地域に戻っていた時期であった。避難所を出て仮設等に入居した場合、プライバシーを確保される反面、アルコール依存、孤立化、閉じこもり、抑うつなどの問題が表面化してきたり<sup>5)</sup>、また仮設等に入居したことで支援が届きにくくなったり、近隣住民同士のつながりがとぎれてしまった

り、さらに病院、商店など暮らしに必要な機関へのアクセスが困難になることもある<sup>6)</sup>。さらに独居の場合、仮設等で孤立してしまうケースもある<sup>7)</sup>。つまり、避難所から出れば生活を再構築できるわけではない。

### 1) 仮設住宅の被災高齢者のニーズ

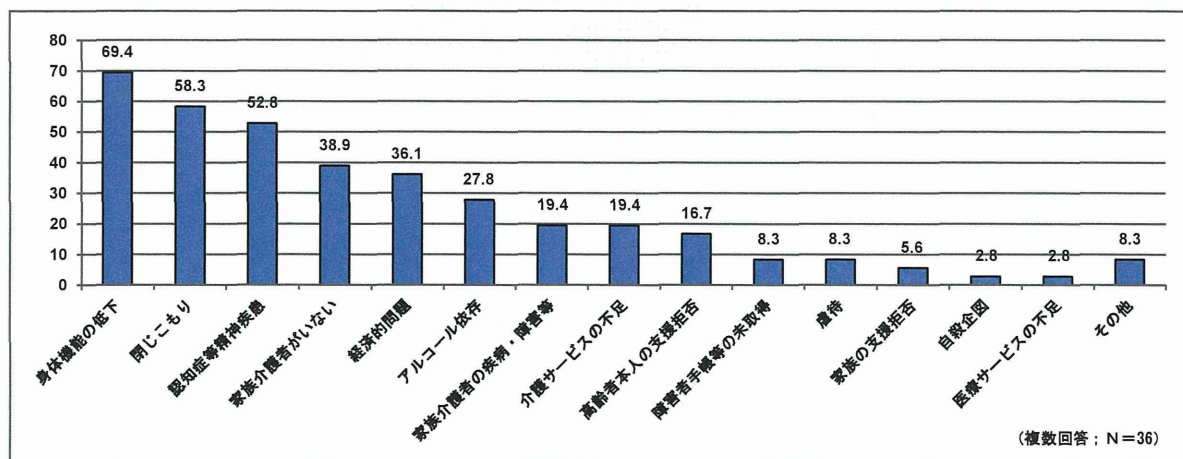
分析対象となった地域包括センター153ヶ所の内、担当圏域の中に仮設住宅が設置されている61ヶ所に、当該仮設住宅に支援が必要な高齢者がいるか聞いたところ、「いる」が59.0%と約6割であった。しかし、「わからない」も19.7%と2割弱あった。

図18 仮設住宅の支援が必要な高齢者



支援が必要な高齢者がいると回答したセンターに支援が必要な理由を聞いたところ、「身体機能の低下」が69.4%と最も多く、以下、「閉じこもり」が58.3%、「認知症等精神疾患」が52.8%となり、この3項目が半数を超えていた。

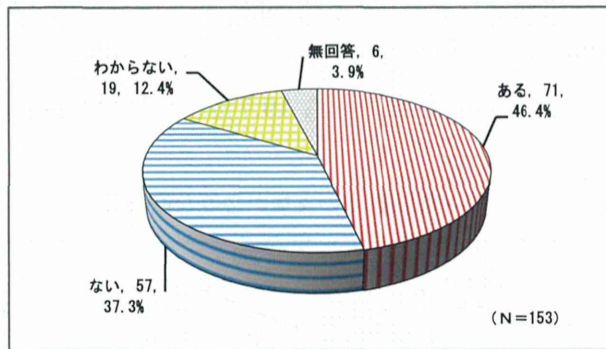
図19 仮設住宅の高齢者が支援を必要とする理由



## 2) みなし仮設の被災高齢者のニーズ

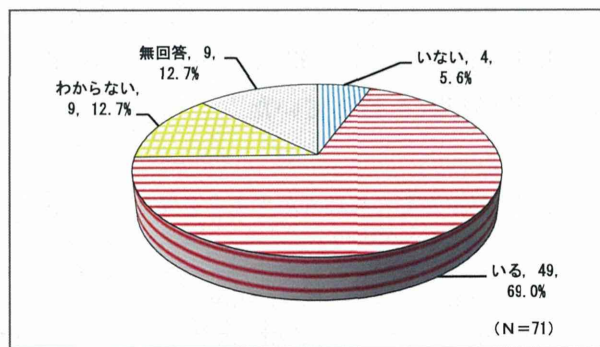
担当圏域の中にみなし仮設（民間アパート等の借り上げ）があるか聞いたところ、「ある」が46.4%で半数近くにあった。「わからない」も12.4%あった。

図 20 担当圏域の中のみなし仮設の設置



担当圏域の中にみなし仮設が設置されているセンターを対象に、当該みなし仮設に支援が必要な高齢者がいるか聞いたところ、「いる」が69.0%と約7割であった。しかし、「わからない」も12.7%と1割強あった。

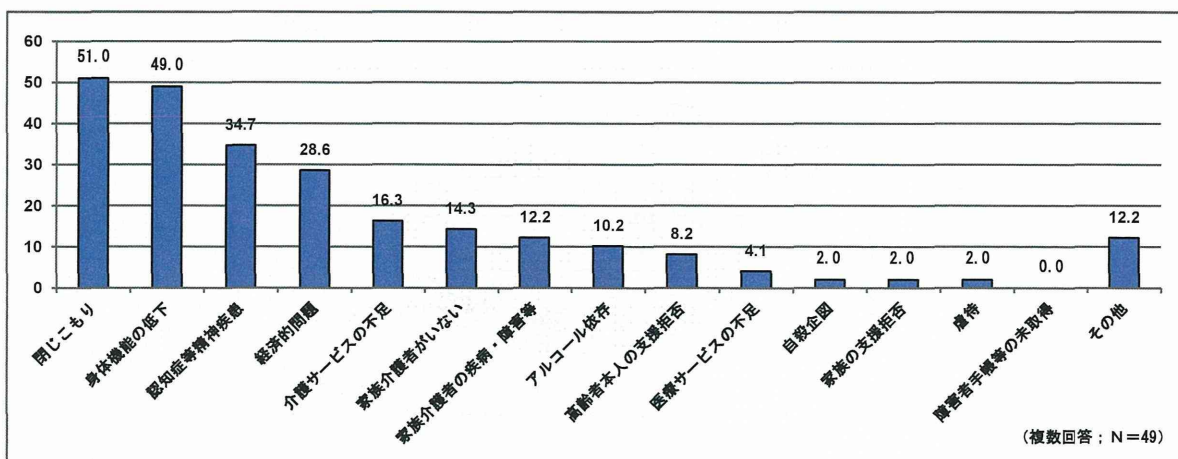
図 21 みなし仮設の支援が必要な高齢者





支援が必要な高齢者がいると回答したセンターに支援が必要な理由を聞いたところ、「閉じこもり」が51.0%と最も多く、次に「身体機能の低下」が49.0%であり、この2項目が半数を超えていた。次に多かったのは「認知症等精神疾患」であった。

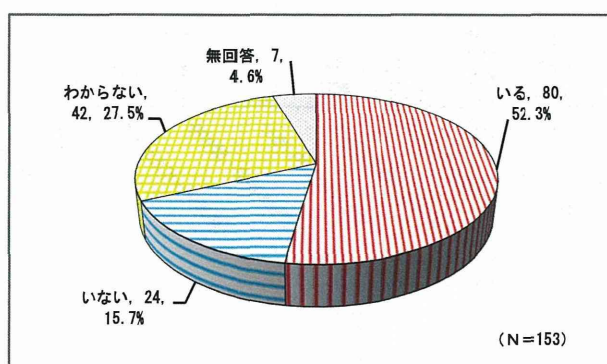
図 22 みなし仮設の高齢者が支援を必要とする理由



### 3) 仮設住宅・みなし仮設以外の被災高齢者のニーズ

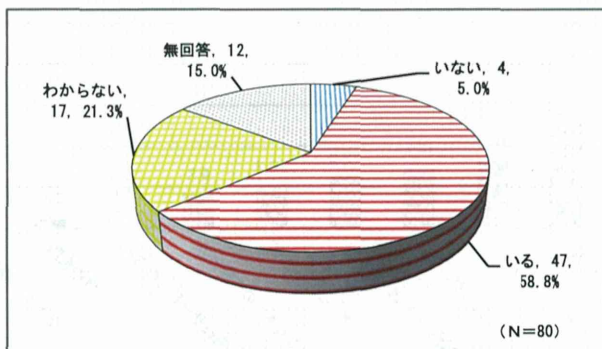
担当圏域内に仮設住宅やみなし仮設以外の親戚宅や自費でアパートを借りて避難してきた高齢者がいるかどうか聞いた。「いる」が52.3%と半数以上であった。「いない」は15.7%であったが、「わからない」が27.5%と3割近くあった。

図 23 仮設住宅・みなし仮設以外の避難高齢者



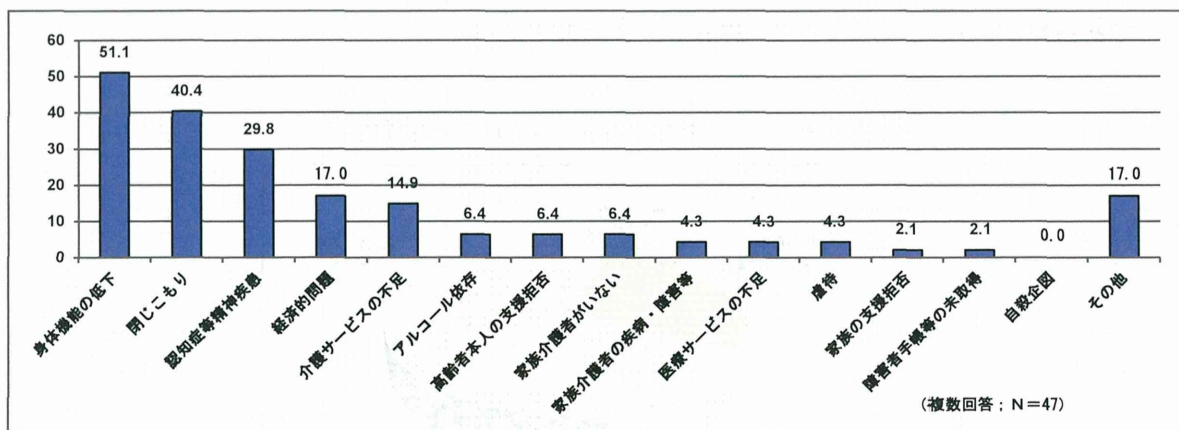
担当圏域内に仮設住宅やみなし仮設以外の親戚宅や自費でアパートを借りて避難してきた高齢者がいると回答したセンターを対象に、そこに支援が必要な高齢者がいるか聞いたところ、「いる」が58.8%と約6割であった。しかし、「わからない」も21.3%と2割強あった。

図24 仮設住宅・みなし仮設以外の支援が必要な高齢者



支援が必要な高齢者がいると回答したセンターに支援が必要な理由を聞いたところ、「身体機能の低下」が51.1%と最も多く、以下、「閉じこもり」が40.4%、「認知症等精神疾患」が29.8%と続いていた。

図25 仮設住宅・みなし仮設以外の高齢者が支援を必要とする理由



ここまでみてきた通り、仮設住宅等に入居しても「閉じこもり」、「身体機能の低下」、「認知症等精神疾患」の3つがニーズとして多くあげられていた。さらに問題なのは、仮設住宅等に支援を必要とする高齢者がいるかどうかを把握していない例が少なからず存在していたことである。これらの高齢者は早期に支援を受けなければ健康状態悪化や機能低下になる可能性もある。換言するならば、早期にケアマネジメントによるサービス利用につな

げる必要のある高齢者と言える。この3つのニーズについては、市町村調査と社会福祉協議会調査でも同様の結果が出ており、大規模災害で被災した高齢者に共通してみられる特徴かもしれない。

#### (6) 訪問介護事業所と訪問看護ステーションの地域連携に関する調査からの知見

介護保険制度においては、訪問介護や訪問看護などの各種サービスは居宅介護支援事業所が行うケアマネジメントによって提供される。そのため介護支援専門員は医療と介護の連携を促進する必要がある。

ここでは、訪問介護事業所と訪問看護ステーションに対する地域連携の調査の中から、連携促進に関連する調査結果について述べたい。本調査では、訪問介護事業所と訪問看護ステーションに対して、連携について同様の質問を行い、それぞれの立場からみた関係の実態やあり方について調査を行った。これは連携する相手が何を考え、何を望んでいるのかを相互に理解してもらい、連携を促進するための参考にしてもらうためである。この調査の知見は介護支援専門員が医療と介護の連携を促進するために資すると考える。

##### 1) 連携 14 項目と連携の評価

この調査ではチーム研究の知見<sup>8)</sup>を参考にして専門職間の連携を測定するために作成した項目<sup>9)</sup>の中から 14 項目を抜粋し、事業所に改変したものを用いた。

訪問介護事業所と訪問看護ステーションの両者とも、1ヶ所以上の訪問看護あるいは訪問介護と連携している場合に、14 項目の連携の具体的な内容を示して、「そう思わない：1点」～「そう思う：4点」の4件法で回答を求めた。具体的な質問内容は表 28・表 29 をご覧頂きたい。

項目の①～④と⑤～⑧は同じ内容について立場を入れ換えて変えて聞いたものである。そして⑨～⑭は相互の連携に関する項目の評価である。なお、集計は両者とも 14 項目全てに回答のあったケースのみを対象とした。なお連携 14 項目は「そう思う」と「どちらかというと思う」を「思う」、「そう思わない」と「どちらかというと思わない」を「思わない」の2つにまとめた。

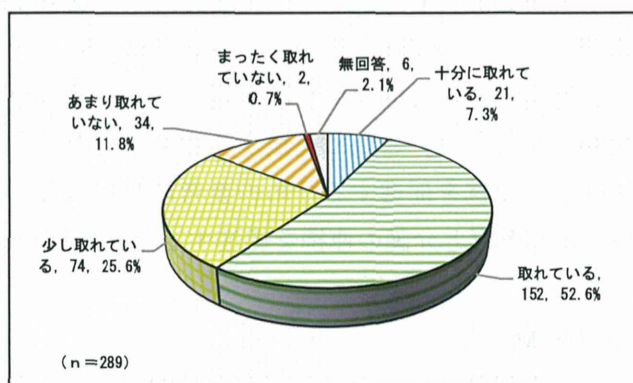
また、訪問介護事業所と訪問看護ステーションの連携については、「十分に取れている」、「取れている」、「少し取れている」、「取れていない」、「まったく取れていない」の5件法で聞いた。分析にあたっては、「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。そして連携 14 項目とそれぞれと $\chi^2$ 検定を行った。

### ①訪問介護事業所と訪問看護ステーションの連携の評価

訪問介護事業所では、約3割が訪問看護（病院・診療所、ステーション）との連携が無いと回答した。また、連携があっても1～3ヶ所が多かった。つまり、連携があっても限られた数の訪問看護（病院・診療所からの訪問看護を含む）と連携していることが多かった。

訪問看護との連携については、「取れている」が半数を占めており「十分に取れている」と合わせると約6割になった。

図 26 訪問看護との連携



訪問看護ステーションでは、訪問介護との連携が無いと回答したのは1割強であった。また、訪問介護事業所と異なり連携している事業所数も多く、10ヶ所以上というステーションもあった。

訪問介護との連携については、「取れている」が6割りを占め、「十分に取れている」と合わせると7割近くになった。

図 27 訪問介護との連携

