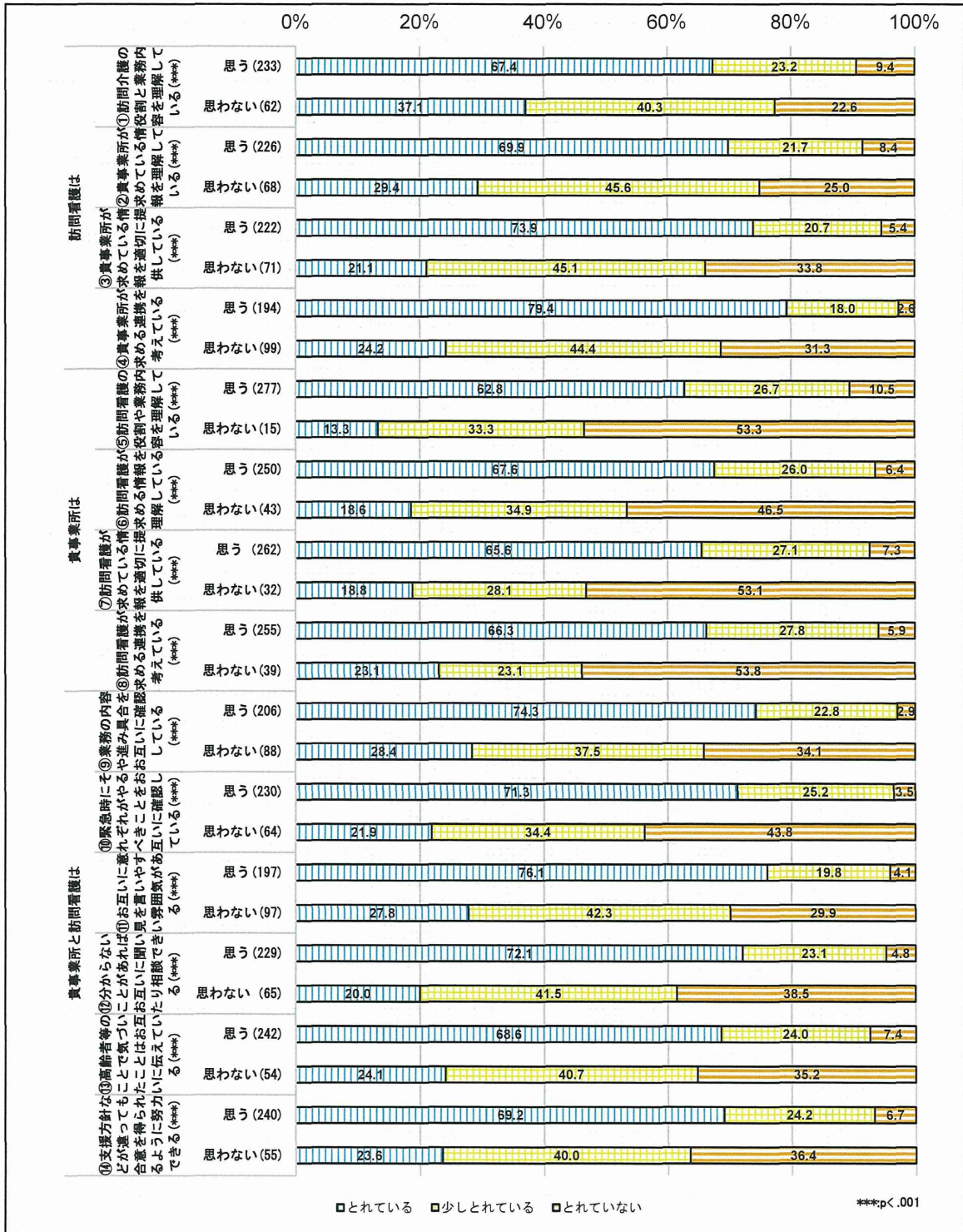


②連携 14 項目と連携の評価の関係

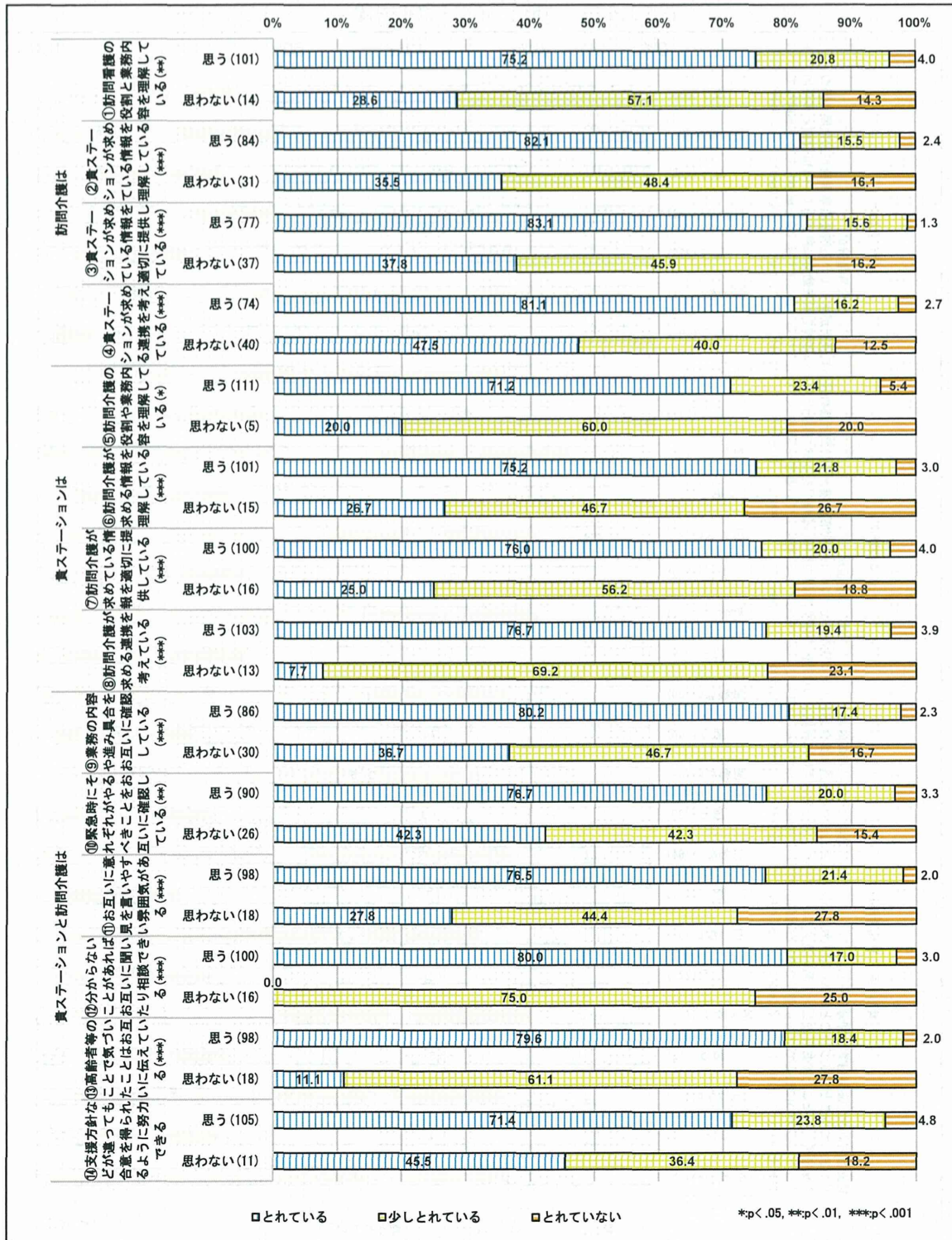
訪問介護事業所の連携 14 項目それぞれと訪問看護ステーションとの連携について χ^2 検定を行ったところ、全項目において「そう思う」と回答している方が、訪問看護との連携が「とれている」という回答が有意に多かった。

図 28 訪問介護事業所の連携 14 項目と訪問看護ステーションとの連携



訪問看護ステーションの連携 14 項目それぞれと訪問介護事業所との連携について χ^2 検定を行ったところ、⑭以外の項目で、「そう思う」と回答している方が、訪問看護との連携が「とれている」という回答が有意に多かった。

図 29 訪問看護ステーションの連携 14 項目と訪問介護事業所との連携



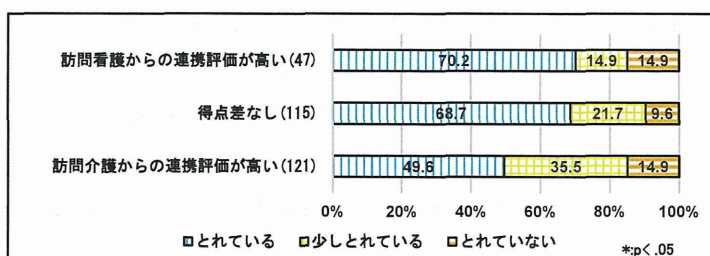
③連携 14 項目の評価の差による違い

連携に関する 14 項目の内、①～④と⑤～⑧は同じ内容について自らが行っていることと、連携相手が行っていることを評価してもらっている。そこで、①～④の合計得点と⑤～⑧の合計得点の差、つまり自らの連携を高く評価しているか、相手の連携を高く評価しているかによって連携の評価が異なるかどうかを χ^2 検定で検証した。

a. 訪問介護事業所

訪問介護の場合、訪問看護からの連携の評価の得点が高い方が、訪問看護との連携が「とれている」という回答が有意に多くなっていた。しかし、「訪問看護からの連携の評価が高い」と「得点差なし」では「とれている」の差はわずかであった。また、「とれている」と「少しとれている」を合わせると「得点差なし」の割合が最も多く 9 割を超えていた。

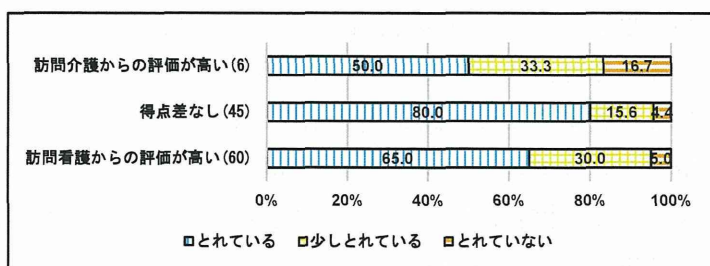
図 30 訪問介護における連携評価の得点差と訪問看護との連携



b. 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションの場合、統計学的な有意差はみられなかった。しかし、「得点差なし」が「とれている」という評価が 8 割と最も高かった。また、「少しとれている」を合わせても「得点差なし」が最も多くなっていた。

図 31 訪問看護ステーションにおける連携評価の得点差と訪問介護との連携



しばしば、連携に必要なこととして情報の共有、顔の見える関係などがあげられる。これらが意味する具体的な内容を示すと連携 14 項目のような内容になると考えられる。地域包括ケアは多職種がチームアプローチによりサービスを提供するものであるが、チームアプローチは相互依存的な協働であるため、一方通行ではなく双方向の関係性が必要となる。

今回の調査は、訪問介護事業所と訪問看護ステーションの両者に対して同様の質問をして、その結果を分析した。その結果、両者とも「得点差なし」において連携が「とれている」という評価が多くなっていた。このことは、両者がともに連携のための努力をすることが連携を上手く進めるための要因であることを示していると考えられる。

換言するならば、どちらか一方が連携の取り組みをしても連携はうまくいかない。双方が連携に必要なことを理解し、お互いに連携のための取り組みを実行することが必要であると考えられる。

4. 考察

ここまで平成 24 年度～26 年度にかけて行ってきた調査について述べてきた。年度ごとに調査対象は異なるが、全ては大規模災害で被災した高齢者の在宅生活支援、換言するならば、本研究のテーマである被災地の再生を考慮した在宅医療の構築を医療面からではなく、福祉の立場から明らかにしようとしたものである。ここで 3 年間の研究成果を踏まえ、被災地の再生を考慮した在宅医療の構築するための居宅介護支援事業所の役割について述べたい。

被災直後の急性期、避難所での生活、その後の仮設住宅、みなし仮設、その他親戚宅・自費でのアパート等の賃貸などでの生活など、被災した高齢者のニーズは変化していく。本研究は被災高齢者が仮設住宅等に移ってからの時期に行われたものであり、まさに被災地の再生の取り組みの時期に行われた。

居宅介護支援事業所は、高齢者からの依頼による契約によってケアマネジメントを行うため、支援が必要な高齢者の発見は市町村や地域包括支援センターなどの役割となる。この時期の高齢者のニーズとしては「閉じこもり」、「身体機能の低下」、「認知症等精神疾患」の 3 つが多かったが、早期発見により要介護認定を受けて居宅介護支援事業所につなぐ必要がある。被災した高齢者は家族を亡くしている可能性もあり、認知症で判断能力が低下している場合には市町村長申立による成年後見制度の利用が必要になることもあるだろう。

居宅介護支援事業所が行うケアマネジメントは地域包括ケアシステムの一翼を担うことになる。これは高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくための支援とも言える。しかし、被災 3 県は社会資源が比較的整備された地域から、社会資源が非常に少ない地域まであり、地域差が非常に大きい。そのため、居宅介護支援事業所は地域の状況に合わせて社会資源を有効に活用してケアマネジメントを行う必要がある。社会資源の有効な活用とは、換言するならば、地域の各種サービスとの連携である。

この連携とは居宅介護支援事業所と各種サービスの連携と、ケアマネジメントに位置づけられる各種サービス間の連携の2つの意味がある。今回の研究から高齢者の健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活を継続していくためには、医療機関や地域包括支援センターとの連携が重要であった。なぜなら、高齢者の在宅生活中断の理由は高齢者本人の病状や認知症の悪化だけでなく、介護者の介護困難など家族の要因も多くあったからだ。そのため、医療機関だけでなく、地域包括支援センターとの連携、すなわち、ケアマネジメント支援を上手く活用することが有効であったと考えられる。

また、居宅サービス計画等に位置づけられる各種サービスの連携を促進することもケアマネジメントにおいては重要である。その点、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、連携する両者が等しく連携のための努力をすることが連携を促進することが示された。また、本稿では紹介しなかったが、訪問介護事業所あるいは訪問看護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他のサービスとの連携も上手くいっていた。

居宅介護支援事業所は各種サービスの連携を促進するため、連携促進の取り組みを進めていく必要がある。しかし、このような取り組みは居宅介護支援事業所だけで行うことは困難である。よって市町村や地域包括支援センターなどが地域のサービス提供機関に対して連携促進のための研修、勉強会、事例検討会などを開催し、地域全体で連携能力の向上を図ることが求められる。

連携以外の居宅介護支援事業所の要因をみると、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と、高齢者の病状悪化・機能低下時にも在宅生活の継続ができていた。これは地域の医療機関の整備状況が十分でなくとも影響する要因と考えられる。在宅での看取りは健康状態悪化・機能低下のまま在宅での生活を継続することを意味している。また医療機関との連携だけでなく、様々なサービスとの連携も必要とされる。そのため在宅での看取りを経験することは、介護支援専門員の専門性向上に資すると考えられる。

また看取りには様々な社会資源だけでなく、家族介護者への支援も必要となる。地域包括支援センターはケアマネジメント支援の一環として、在宅での看取りを行う介護支援専門員への支援を行う準備が必要である。特に看取りを初めて行う介護支援専門員の場合、相談できる介護支援専門員が身近にいないこともあるだろう。そのような場合には、地域包括支援センターがケアマネジメント支援により対応していく必要がある。そのためにも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していく必要がある。在宅看取りを経験した介護支援専門員が身近にいる場合は、事例検討などによりその知識や経験を介護支援専門員が共有することで、より良い看取りにつながると思われる。

なお、在宅での看取り経験者の有無が高齢者の病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に影響することは、訪問介護事業所においても認められた。

5. 結論

ここまで3年間にわたる研究によって得られた知見を紹介してきた。最後に本研究のテーマである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まとめておきたい。ただし、これは高齢者が避難所を出て仮設住宅等に移動した時期以降について言及したものであるため、その点についてはご了解頂きたい。

- ①居宅介護支援事業所によるケアマネジメントは、利用者からの依頼（契約）により行われる。そのため、市町村、地域包括支援センター等は避難所を出た被災高齢者の居所を早期に把握し、訪問するなどしてニーズの有無を確認し、必要に応じて要介護認定を受ける支援を行うなど居宅介護支援事業所につなげる必要がある。
- ②市町村、地域包括支援センター等は地域のサービス提供機関の連携を促進するための取り組みを行い、居宅介護支援事業所が行うケアマネジメントを支援する必要がある。医療と介護の連携は地域包括ケアの基本である。
- ③被災3県は地域的に医療機関が少ない地域があるが、医療機関の整備は一朝一夕になるものではない。そのため居宅介護支援事業所は限られた社会資源を有効に活用してケアマネジメントを行う必要がある。介護支援専門員に在宅での看取りの経験があると、医療機関が少ない地域であっても高齢者の病状悪化・機能低下時にも在宅生活を継続できることが多い。在宅での看取り経験の有無は、訪問介護事業所でも同様に在宅生活継続に影響していた。このことから、在宅での看取りを積極的に経験していくこと、あるいは市町村、地域包括支援センター等が在宅での看取りを行うための支援を行うことにより、高齢者ケアに関わる専門職の力量を向上させることにつながると期待できる。
- ④これらの取り組みが、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であり、居宅介護支援事業所がその役割を果たせるようにするために必要な支援であると考えられる。

謝辞

東日本大震災により大きな被害を受けた中で調査にご協力頂いた、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、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーションの皆様にご心よりお礼を申し上げます。

参考文献

1. 津村智恵子:大震災と高齢者の人権擁護－阪神淡路大震災と東日本大震災から－, 高齢者虐待防止研究. 2012;8(1):8-13.
2. 東京都健康長寿医療センター研究所・立教大学・国立長寿医療研究センター:被災地

- における在宅医療・ケアの適切な利用に関する研究報告書. 2013.
3. 東京都健康長寿医療センター研究所・立教大学・国立長寿医療研究センター：在宅生活のための医療と福祉の連携に関する調査報告書. 2014.
 4. 東京都健康長寿医療センター研究所・立教大学：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報告書. (印刷中)
 5. 千田睦美:避難所・仮設住宅での高齢者たち, 高齢者虐待防止研究. 2012:8(1):20-22.
 6. 日本社会福祉士会: (社) 日本社会福祉士会の被災地支援活動～震災直後から1年の活動を振り返る～, 地域ケアリング. 2012:14(6):23-35
 7. 坪松真吾:日本精神保健福祉士協会としての災害支援活動の展開～東日本大震災における取り組みを中心として～, 地域ケアリング. 2012:14(6):14-22
 8. M. A. Rosen, N. Schiebel, E. Salas. et. al. (2013). How can team performance be measured, assessed, and diagnosed? , E. Salas, and K. Frush eds. Improving Patient Safety through Teamwork and Team Training, Oxford University Press, 59-79
 9. 菊地和則:地域包括ケアにおける関係促進に関する研究報告書. 2014.

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

死をみすえた在宅医療推進のための社会システムの構築へ向けて

—利用者・ケア提供者・医療提供者と地域コミュニティとの交差モデルによる検討—

研究分担者	三澤 仁平	立教大学社会学部助教
	菊地 和則	東京都健康長寿医療センター研究所研究員
研究協力者	大塚 理加	東京都健康長寿医療センター研究所非常勤研究員
	千葉 宏毅	北里大学医学部助教
	尾形 倫明	東北大学大学院医学系研究科助教
	桜澤 邦男	国際医療福祉大学医療福祉学部講師

研究要旨

東日本大震災を経験した住民が、いかに死をみすえた生き方を追求できるかが重要である。その要素として考えられる在宅医療を推進させるために、適切な社会システム構築が求められる。その社会システムモデルとして、地域包括ケアシステムが応用可能であると考えられるが、利用者や地域コミュニティの視点が乏しい。そのために、利用者主体、ケア提供主体、医療提供主体とそれらを交差する地域コミュニティとの関係についての簡易モデルを想定し、1) 在宅で療養生活ができるかどうかの評価、2) 他主体との連携の程度の評価、3) 地域コミュニティの評価、および、4) 地域コミュニティごとにみた2) と1) との関係、について明らかにする。またここでえられた知見をもとに、死に向きあうための在宅医療をささえる地域コミュニティや地域包括ケアシステムをはじめとした社会システムのあり方を検討する。利用者主体は、被災3県に住む一般住民を対象としたインターネットによる調査、ケア提供主体は、居宅介護支援事業所を対象とした調査、医療提供主体は、在宅療養支援診療所を対象とした調査のデータをもちいる。それぞれの調査ごとに、在宅療養可能性、連携の程度、地域コミュニティの評価およびそれら相互関係を統計学的に検討する。まわりの手助けがおこなわれている地域コミュニティほど利用者の在宅における療養可能性が高いことや、医療と介護との連携がおこなわれているほど、利用者の在宅における療養がうまくいくなど、連携独自の効果ばかりでなく、地域コミュニティによる効果がみられた。たしかに連携を充実させることは重要であるが、利用者視点からシステムありきの方策になる危険性があるため、地域コミュニティの醸成をはかることが求められる。ただし、地域コミュニティ醸成にはひとびとの価値や文化にもとづき、社会システムに導入されなければならない。この、ひとびとの価値や文化としてわれわれがもつ精神性には「甘え」の構造があり、これらが喪失することによって、不安や恐れ、寄る辺としての健康にたどり着くのではないかと思えた。したがって、死をみすえた在宅医療推進のための社会システムを構築してゆくには、われわれの精神構造を理解した上で、地域コミュニティの醸成をめざし、制度やシステムを構築してゆくことが望ましい。

1 はじめに—“死”に向きあうための在宅医療と地域包括ケアシステムのゆくえ—

2011年3月11日の東日本大震災以降、われわれ日本人はおおきなかなしみにおおわれた。あれから、4年近くがたとうとしているものの、そのかなしみはいまだにわれわれの心に刻まれているだろう。総務省消防庁がまとめた2014年9月時点での被害状況をみると¹⁾、人的被害に関して、死者は19,074名、行方不明者2,633名、住家被害にかんして、全壊127,361棟、半壊273,268棟、公共建物の被害14,345棟などとなっており、非常に甚大な被害であったことがうかがえる。しかも、その多くは被災3県とよばれる岩手県、宮城県、福島県で占められている。たとえば、死者数をみると、岩手県5,115名、宮城県10,496名、福島県3,352名、住家被害の全壊棟数は、岩手県19,107棟、宮城県82,992棟、福島県21,224棟と、この3県だけでほぼ全体の死者数・全壊棟数に相当する。この東日本大震災によってわれわれが経験したかなしみははかりしれないものであるが、この3県に居住するひとびとにとってはより多くのかなしみを背負わされたことであろう。

だが、われわれはこのようかなしみをなげいているばかりでなく、この東日本大震災をつうじて学んだこともあるように思うし、むしろこの経験から多くのことを学び、つぎの世代につなげていかなければならない。

東日本大震災からうけとった、いや、うけとらなければならぬメッセージの1つとして考えられることは、“人は死ぬ”ということであるように思う。震災というおおきな事象を経験することによって、「昨日まで平凡な日常を送っていたのが突如一変し、生と死があつという間に転換する不条理」²⁾さをわれわれは感じさせられたのである。つまり、否が応でも死に向かう生を再考するきっかけを背負わされたといえよう。

では、なぜ東日本大震災を契機として“死”をあらためて見直させられることになってしまったのだろうか。いいかえれば、なぜわれわれは、これまで“死”をなかつたことのようにすててきてしまったのだろうか。

1つには平均寿命の延伸があげられるだろう。戦後、われわれ日本人の平均寿命は大きく伸びた。厚生労働省による簡易生命表を見ると³⁾、昭和22(1947)年の0歳時における平均余命はおよそ男性50歳、女性54歳で、平成25(2014)年の平均余命は、男性およそ80歳、女性およそ86歳となっており、戦後すぐのころとくらべてみれば、30年近く寿命が伸びている。たった70年あまりのあいだに、30年近くひとびとの平均寿命が延伸したことによって、人間は長く生きてあたりまえという生や死に対する意識ができあがったとみるのは考えすぎではないだろう。

また、われわれが“死”をすててしまった理由として考えられるもう1つが、身近な死の経験喪失があげられるだろう。ひとびとがもっとも死を意識するのが、自分以外のだれかの死であると思うが、それをより顕著に感じる機会といえ、家族のだれかが自宅で死ぬことであろう。それにかんして、自宅における死の割合の推移を見てみると⁴⁾、戦後すぐは8割ほどが自宅でなくなっていたが、近年では病院などによる自宅以外での死が圧倒的に多くなり、自宅での死亡は2割程度になっている。このように身近な死がなくなった

ことは、“死”に対するわれわれの価値意識を変容させることにかかわっていたのではないかと思える。

平均寿命の延伸や身近な死の経験喪失の背景には、モダニズム的な考え方を基礎とした合理性や発展を追求することで、戦後から高度経済成長にもなって経済的にも豊かになったことがおおきいだろう。だが、われわれが、東日本大震災の経験から学ばなければならないことは、われわれ人間は、発展をめざして環境や経済、社会そのものをコントロールする術を手に入れつづけていくことなのではなく、人は弱く、はかなく、そして死にいたる社会的動物であるということを再認識しなければいけないということであろう。

その意味では、われわれ人間は死ぬということを再認識・体験できる“場”を用意しなければならない。その場として考えられるのが、在宅であり、その場における医療が在宅医療であるといえよう。在宅医療とは、「自宅等（居住空間）で行われる医療であり」、「使用される医療技術は、他の医療現場で利用されるものと変わりはない」もの⁵⁾とされている。また厚生労働省によれば、高齢者数が現代よりもますます増加することが予想されることや、自宅で療養して必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせて自宅で療養したいと回答した国民が6割以上いることや、要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えているという調査結果から、この在宅医療を推進しようとしている⁶⁾。さらに厚生労働省が、一般国民5000名や医療従事者などを対象に、2013年3月に郵送調査を実施した、人生の最終段階における医療に関する意識調査によれば⁷⁾、末期がんが意識や判断力が健康なときと同様に保たれているようなケースにおいては、先ほどの6割以上である7割もの国民が居宅での終末期を希望していることが明らかになっている。このように、高齢化などの問題や国民の希望を背景にヘルスケア的観点からこの在宅医療を推進してゆくことの意義を説明することができる。だが、このようなヘルスケア的観点からばかりでなく、死ぬという事象を眼前にできる場としても、いいかえれば、われわれ自身の生き方を再認識できる場としてとらえた場合でも、在宅における医療を整備することは、将来のわが国の生き方や指針のいしづえづくりにもつながるものと考えられる。

では、そのような在宅医療を推し進めるためには、どのような社会環境をわれわれはつくっていけばよいのだろうか。もっとも簡単に思いつく手段としては、在宅医療に大きくかかると考えられる訪問診療をおこなっている医療機関の充実をはかることであろう。だが、訪問診療を行っている医療機関数は、医療施設調査によれば⁸⁾、2011年で病院数2,407施設（全体の28%）、一般診療所数19,950施設（全体の20%）で、現状では全体にゆきわたっているとは考えにくいし、近年の傾向をみてもおおきくこの割合がかわっていないので、訪問診療をおこなう医療機関を充実させていくことはむつかしいだろう。

そうなってくると、在宅医療を、適切にかつ効果的に推し進めてゆくことができる社会システムを構築することが求められるであろう。その社会づくりの一端として考えられるのが、厚生労働省が提唱している地域包括ケアシステムである⁹⁾。地域包括ケアシステム

とは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制」のことをいう。地域包括ケア研究会によれば¹⁰⁾、地域包括ケアシステムは「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「生活支援・福祉サービス」「すまいとすまい方」の5つの要素からなるという。これらの関係について、地域包括ケア研究会はつぎのようにいう。「すまいとすまい方を地域での生活の基盤をなす植木鉢に例えると、それぞれのすまいで生活を構築するための生活支援・福祉サービスは植木鉢に満たされる養分を含んだ土と考えることができるだろう。生活（生活支援・福祉サービス）という土がないところに、専門職の提供する介護や医療、予防を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう」。さらに、こう続く。「5つの構成要素としては掲げていないが、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として本人と家族の選択と心構え」があり、しかも「本人と家族の選択と心構え」は先ほどの基盤をさらにささえるものと想定されている。だがここであげられている地域包括ケアの基本的モデル図は、利用者もしくはその家族などわれわれ個人主体の視点がまったく感じられない。社会として基盤整備すべきは、むしろ、介護や医療、予防の方であろう。その下支えがあつてこそ、利用者であるわれわれ日本国民は、自身のすまいや生活状況をふまえて、在宅医療に対する心構えを構築するのである。地域包括ケア研究会で想定している地域包括ケアシステムとは、日本国民がこのシステムに協力しなければ、介護や医療、予防の整備はおこないえないとする、ある種の生政治の様相を感じざるをえない。このように地域包括ケアシステムを概観すれば、利用者の視点がともなっていないにもかかわらず、利用者の心構えだけは求め、その上で、地域コミュニティなる魔法の弾丸をもちだすことで、介護や医療、予防を推し進めようとしている様相がうかがえる。しかも、地域コミュニティに居住する利用者と、彼／彼女らが利用する諸サービスとの関係、または諸サービス間との関係が明快でないという問題がある。つけくわえていえば、諸サービス間との関係という点では、多施設・多職種連携が近年叫ばれているもの、その連携による利用者に対する効果がどれほどであるのかまだまだ明確ではない。

そこで必要になってくるのが、利用者と地域コミュニティという視点を重視し、地域コミュニティに居住する利用者と、彼／彼女らが利用するであろうサービスとの関係性、およびそのサービス間との関係性、つまり連携がもたらす効果を明らかにすることである。

しかし、この問いを明らかにするのに、先述の地域包括ケアシステムモデルをそのまま用いるのは、構成要素が複雑であるため建設的ではないと考える。そこで、本研究では、利用者の視点からみて、彼／彼女らが用いるサービス主体との関係性という簡易モデルによって地域包括ケアシステムを全体的にとらえたい。具体的には、サービスを提供する主体（医療とケア）とそのサービスを受ける主体としての利用者という3つの要素にわけ、それらが地域コミュニティという場でどのように関連しているのかを描き出したいと考える。もとの構成要素を活かしていけば、「すまいとすまい方」「本人と家族の選択と心構

え」をサービスを受ける利用者主体として、「生活支援・福祉サービス」「介護・リハビリテーション」をケア提供主体として、「医療・看護」「保健・予防」を医療提供主体として考え、それらの連携が、コミュニティという場でどのように交差しているのかという観点から、地域包括ケアシステムをとらえ直すことで、在宅医療を推し進める上でのよりよい社会・環境のあり方が議論できるのではないかと考える（図1）。

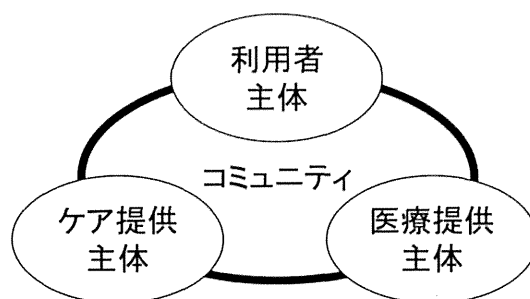


図1 3つの主体と地域コミュニティとの交差モデル

このように再定式化することのもっともおおきな利点は、地域包括ケアシステムにおける利用者本人の認識および価値判断を反映し、さらにはケア提供・医療提供間の連携やそれぞれのサービス提供の具合によって、利用者主体にどれほどの効果が見られるのかが定量化しやすい点にある。しかも、いくつかのコミュニティ特性によって比較検討することで、よい効果をもつコミュニティをモデルとしてあらたな地域包括ケアシステムを展開できる可能性がある。

そこで本研究では、この再定式化されたモデルに準拠し、利用者主体、ケア提供主体、医療提供主体の3主体ごとに、1) 在宅で療養生活ができるかどうかの評価、2) 他主体との連携の程度の評価、3) 地域コミュニティの評価、および、4) 地域コミュニティごとにみた2)と1)との関係、について明らかにしていきたい。とりわけ、東日本大震災によっておおきな影響を受けた被災3県にとっては、どのような在宅医療提供体制、社会システム・コミュニティを構築していくのかは重要な課題である。だからこそ、これらでえられた知見をもとに、死に向きあうための在宅医療をささえる地域コミュニティや地域包括ケアシステムをはじめとした社会システムのあり方について検討したい。

2 方法

1) データ—3つの社会調査

まず、利用者主体にかんする問いを明らかにするために、被災3県に住む一般住民を対象としたインターネットによる調査（以下、一般住民調査）のデータをもちいる。この調査は、平成24年度の研究成果である。調査対象は、被災3県に居住する20歳から74歳までの男女2000名を目標サンプルサイズとして、岩手県、宮城県、福島県の人口規模に合わ

せて対象者を割り当て、インターネット調査会社に登録しているモニター4689名に調査協力を依頼した。調査期間は2013年2月6日から2月12日まで実施した。おもな調査内容は、個人属性（社会経済状況）、社会生活に関する意識、健康・医療制度に関する意識、終末期意識などである。2160サンプルが回収された（回収率：46%）。ただし、回収されたサンプルは高齢者層においてやや必要サンプル数が少なかった。この調査は、国立長寿医療研究センター倫理委員会の審査を受け承認された上で実施した。

つぎに、ケア提供主体にかんする問いを明らかにするために、居宅介護支援事業所を対象とした調査（以下、居宅介護調査）のデータをもちいる。この調査は、平成25年度の研究成果である。調査対象は岩手県、宮城県、福島県の全ての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）で自記式による悉皆郵送調査である。各県のホームページから、2013年7月1日時点での居宅介護支援事業所の一覧を確認し、抽出した。調査は2013年11月11日から11月30日にかけて実施した。おもな調査内容は、事業所概要、地域環境、社会資源、病院・診療所との連携、地域包括支援センターとの連携、ケアマネジメントの状況、在宅療養者の状況などである。828サンプルが回収された（回収率：50%）。ただし、一部の事業所が休止中などであったため、823サンプルを分析対象とする。本調査は東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会により承認を受けた。

さいごに、医療提供主体にかんする問いを明らかにするために、在宅療養支援診療所を対象とした調査（以下、支援診調査）のデータをもちいる。この調査は、平成25年度の研究成果である。調査対象は、岩手県、宮城県、福島県の全ての在宅療養支援診療所408ヶ所（岩手県89ヶ所、宮城県138ヶ所、福島県181ヶ所）で自記式による悉皆郵送調査である。東北厚生局ホームページにおける保険医療機関・保険薬局の管内指定状況から、2013年11月1日現在で「支援診」の届出受理がなされている診療所を抽出した。調査は2014年1月24日から2月14日にかけて実施した。おもな調査内容は、診療所概要、地域環境、療養者数、看取りに関する説明の有無、多施設との連携、療養者の在宅生活などである。102サンプルが回収された（回収率：25%）。本調査は、立教大学ライフサイエンスに係る研究・実験の倫理及び安全委員会において、倫理審査非該当事項であることを確認した。

2) 変数

まず、一般住民調査については以下の変数を用いる。まず、在宅で療養生活ができるかどうかの評価にかんして、被災3県に住む住民の在宅療養に対する意識をたずねた。現在の状況をふまえて、自宅で療養できると思うかを、「最期まで療養できると思う／最期まで療養できないと思う／わからない」の3カテゴリーで質問した。また、他主体との連携の程度の評価にかんして、医療と介護の連携にかんする質問をおこなった。「あなたの住んでいる地域で、医療と介護の一貫したサービスが受けられるか」を「まったく不安を感じない／あまり不安を感じない／やや不安を感じる／とても不安を感じる」の4件法でた

ずねた。分析の際には、やや不安を感じる／とても不安を感じる、を「連携不安あり」、まったく不安を感じない／あまり不安を感じない、を「連携不安なし」の2カテゴリとした。さいごに、地域コミュニティの評価にかんしては、「近所の人、あなたが何かあったときに助けてくれる」かどうかを「強くそう思う／どちらかといえばそう思う／どちらともいえない／どちらかといえばそう思わない／まったくそう思わない」の5件法でたずねた。分析の際には、強くそう思う／どちらかといえばそう思う、を「手助けあり」、どちらともいえない、を「どちらともいえない」、どちらかといえばそう思わない／まったくそう思わない、を「手助けなし」と3カテゴリに分類した。

つぎに居宅介護調査について、在宅で療養生活ができるかどうかの評価にかんして、担当している高齢者の健康状態や機能低下があったとき、在宅生活の継続がうまくできると思うかどうかをたずねた。「十分にできる／だいたいできる／あまりできない／まったくできない」の4件法でたずねた。分析の際には、十分にできる／だいたいできる、を「療養できる」、あまりできない／まったくできない、を「療養できない」と分類した。また、他主体との連携の程度の評価にかんして、在宅医療にかんする居宅介護支援事業所と医療機関との連携がどれくらいとられているか、「まったく取れていない／あまり取れていない／少し取れている／取れている／十分に取れている」の5件法でたずねた。分析の際には、取れている／十分に取れている、を「連携あり」、少し取れている、を「連携ややあり」、まったく取れていない／あまり取れていない、を「連携なし」の3カテゴリに分類した。地域コミュニティの評価にかんしては、居宅介護支援事業所がサービスを提供している地域について近所の助け合いがあるかどうか、「あてはまる／ややあてはまる／あまりあてはまらない／あてはまらない／わからない」の5件法で評価した。分析の際には、あてはまる／ややあてはまる、を「手助けあり」、あまりあてはまらない／あてはまらない、を「手助けなし」の2カテゴリに分類し、わからないは欠損値あつかいとした。

さいごに支援診調査について、在宅で療養生活ができるかどうかの評価にかんして、療養者本人が快適に在宅での生活ができていたと思うかどうかを「できていた／まあまあできていた／あまりできていなかった／できていなかった」の4件法でたずねた。分析の際には、できていた／まあまあできていた、を「療養できる」、あまりできていなかった／できていなかった、を「療養できない」に分類した。おなじく在宅で療養生活ができるかどうかの評価するために、支援診が担当した在宅療養者のうち、2013年1年間で自宅看取りをおこなった人数をたずねた。分析の際には、「0人／1～9人／10人以上」の3カテゴリにわけた。他主体との連携の程度の評価にかんして、在宅療養支援診療所と居宅介護支援事業所との連携の程度を「できている／ややできている／あまりできていない／できていない／連携がない」の5件法でたずねた。分析の際には、できている、を「連携あり」、ややできている、を「連携ややあり」、あまりできていない／できていない／連携がない、を「連携なし」の3カテゴリに分類した。地域コミュニティの評価にかんしては、在宅療養支援診療所がサービスを提供している地域について近所の助け合いがあるかどうか、

「あてはまる／ややあてはまる／あまりあてはまらない／あてはまらない／わからない」の5件法で評価した。分析の際には、あてはまる／ややあてはまる、を「手助けあり」、あまりあてはまらない／あてはまらない、を「手助けなし」の2カテゴリーに分類し、わからないは欠損値あつかいとした。

3) 分析方法

一般住民調査、居宅介護調査、支援診調査それぞれの調査について、在宅療養がうまくいっているかどうかにかんする変数を目的変数として、連携にかんする変数、地域コミュニティにかんする変数それぞれを説明変数とした独立性の検定（カイ二乗検定）、フィッシャーの正確確率検定をおこなった。

また、地域コミュニティごとに、他主体との連携の程度の評価と在宅で療養生活ができるかどうかの評価との関係を検討するために、地域コミュニティの特性ごとに連携の程度と在宅療養がうまくいっているかどうかにかんする変数との関連を独立性の検定（カイ二乗検定）によって解析した。

統計学的有意水準は5%とした。

3 結果

表1 3つの調査それぞれの記述統計量

一般住民調査		居宅介護調査		支援診調査				
	n	%	n	%	n	%		
療養可能性			療養可能性		療養可能性			
療養できる	272	(12.6)	療養できる	498	(61.7)	療養できる	83	(89.2)
療養できない	1183	(54.8)	療養できない	309	(38.3)	療養できない	10	(10.8)
わからない	705	(32.6)	連携程度		看取り人数			
連携不安			連携あり	458	(56.8)	0人	27	(28.7)
連携不安あり	1401	(64.9)	連携ややあり	268	(33.3)	1～9人	41	(43.6)
連携不安なし	759	(35.1)	連携なし	80	(9.9)	10人以上	26	(27.7)
地域コミュニティ			地域コミュニティ		連携程度			
手助けあり	599	(27.7)	手助けあり	500	(63.3)	連携あり	31	(33.0)
どちらともいえない	830	(38.4)	手助けなし	290	(36.7)	連携ややあり	33	(35.1)
手助けなし	731	(33.8)			連携なし	30	(31.9)	
					地域コミュニティ			
					手助けあり	73	(73.7)	
					手助けなし	26	(26.3)	

まず、一般住民調査からみていきたい（表1）。被災3県に居住する一般住民は、現状をふまえて1割強の人が自宅で療養できると回答していた。医療と介護の連携に対しては3分の2ちかくの住民が不安であると感じていた。地域コミュニティで手助けしてくれると思っている住民はおよそ28%であった。つぎに、現状をふまえて自宅で療養できるかどうかと医療と介護との連携に対する不安との関連を見ると（表2.1）、統計学的有意に連携不安がない人ほど自宅で療養できると感じていた。また、手助けをしてくれるコミュニティに住んでいる人のほうがそうでない人に比べて、統計学的有意に自宅で療養できそうだ

回答していた（表 2.2）。さらに、コミュニティの評価別に連携不安と療養可能性との関係をみた場合（表 2.3）、わずかではあるが、手助けをしてくれるコミュニティに居住し連携不安がないと回答した人のほうが、地域コミュニティで手助けがない、もしくはどちらともいえないと回答したところに住み連携不安がないと回答した人よりも、自宅で療養できると答える割合が高いことが明らかになった。

つぎに居宅介護調査についての結果をみよう（表 1）。居宅介護支援事業所で担当する高齢者が健康状態や機能低下があったときの在宅生活の継続は、6割以上がうまくできると回答した。また在宅医療における医療機関との連携の程度についても 57%の事業所が連携がうまく言っていると回答した。またサービスを提供している地域にかんしては 6割以上が手助けのある地域コミュニティであると回答した。これらの変数を用いて、在宅医療における医療機関との連携と担当する高齢者が健康状態や機能低下があったときの在宅生活の継続との関連について検討したところ（表 3.1）、統計学的有意に連携があると回答した事業所のほうがそうでない事業所より高齢者の在宅生活療養がうまくいっていると判断していた。また、統計学的有意に、まわりの手助けがある地域コミュニティであるほど高齢者の在宅生活療養がうまくいっていると感じていることが明らかになった（表 3.2）。さらに、コミュニティの評価別に連携と療養可能性との関係をみた場合（表 3.3）、手助けがある地域コミュニティの場合は連携があるほど療養がうまくいっていると感じている傾向が見られたが統計学的には有意ではなかった。しかし、地域コミュニティで手助けがとぼしいところは、連携がうまくいっている事業所ほど高齢者の在宅生活療養がうまくいっていると感じていることが統計学的有意に明らかになった。

さいごに、支援診調査についてみてみよう（表 1）。療養者本人が快適に在宅での生活ができていたと思う診療所は 9割近いものであった。また 2013 年の 1 年間で自宅看取りをおこなわなかったケースはおおよそ 3割あったが、10人以上も看取ったケースもおなじく 3割近くみられた。居宅介護支援事業所との連携がうまくいっているかの評価について、3分の1の診療所が連携があると回答した。サービスを提供する地域コミュニティで手助けがあると感じている診療所は 7割以上あった。つぎに、利用者が快適に在宅での生活ができていたと思うかと連携の程度との関連を見ると（表 4.1.1）、連携があるとした診療所は利用者が療養できていると感じている傾向が見られたが統計学的には有意ではなかった。一方、看取りの人数と連携の程度との関連を見ると（表 4.1.2）、連携があるとした診療所の半数が 10人以上の見取りをおこなっており、統計学的にも有意であった。また、地域コミュニティと利用者の療養可能性との関係については統計学的に有意な関連は見られず、地域コミュニティが手助けがあろうとそうでなかろうと、利用者の療養可能性に大きな違いはみられなかった（表 4.2.1）。その傾向は、看取りの人数についてもおおむね同様であった（表 4.2.2）。さらに、コミュニティの評価別に連携不安と自宅での療養可能性との関係をみた場合でも（表 4.3.1）、わずかながら手助けがある地域コミュニティで連携があるとした診療所のほうが療養可能性が高い傾向ではあったが、統計学的に有意な関連は見られなかつ

た。しかし、地域コミュニティ別に連携の程度と看取り人数との関係をみた場合は（表 4.3.2）、手助けがある地域コミュニティでは連携があるほど看取り人数が多くなっており、統計学的にも有意な関連がみられた。

表 2.1 一般住民調査における連携不安と療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	わからない	合計
連携不安あり	119 (8%)	837 (60%)	445 (32%)	1401 (100%)
連携不安なし	153 (20%)	346 (46%)	260 (34%)	759 (100%)
合計	272 (13%)	1183 (55%)	705 (33%)	2160 (100%)

$$\chi^2 = 72.1, df = 2, p < .001$$

表 2.2 一般住民調査における地域コミュニティと療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	わからない	合計
手助けあり	105 (18%)	311 (52%)	183 (31%)	599 (100%)
どちらともいえない	89 (11%)	423 (51%)	318 (38%)	830 (100%)
手助けなし	78 (11%)	449 (61%)	204 (28%)	731 (100%)
合計	272 (13%)	1183 (55%)	705 (33%)	2160 (100%)

$$\chi^2 = 39.0, df = 6, p < .001$$

表 2.3 一般住民調査における地域コミュニティ別にみた連携不安と療養可能性との関係

地域コミュニティ：手助けあり

	療養できる	療養できない	わからない	合計
連携不安あり	42 (12%)	203 (60%)	93 (28%)	338 (100%)
連携不安なし	63 (24%)	108 (41%)	90 (34%)	261 (100%)
合計	105 (18%)	311 (52%)	183 (31%)	599 (100%)

地域コミュニティ：どちらともいえない

	療養できる	療養できない	わからない	合計
連携不安あり	37 (7%)	287 (55%)	198 (38%)	522 (100%)
連携不安なし	52 (17%)	136 (44%)	120 (39%)	308 (100%)
合計	89 (11%)	423 (51%)	318 (38%)	830 (100%)

地域コミュニティ：手助けなし

	療養できる	療養できない	わからない	合計
連携不安あり	40 (7%)	347 (64%)	154 (28%)	541 (100%)
連携不安なし	38 (20%)	102 (54%)	50 (26%)	190 (100%)
合計	78 (11%)	449 (61%)	204 (28%)	731 (100%)

$$\text{手助けあり} : \chi^2 = 23.8, df = 2, p < .001$$

$$\text{どちらともいえない} : \chi^2 = 21.8, df = 2, p < .001$$

$$\text{手助けなし} : \chi^2 = 23.7, df = 2, p < .001$$

表 3.1 居宅介護調査における連携程度と療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	308 (69%)	139 (31%)	447 (100%)
連携ややあり	145 (54%)	122 (46%)	267 (100%)
連携なし	40 (52%)	37 (48%)	77 (100%)
合計	493 (62%)	298 (38%)	791 (100%)

$$\chi^2 = 19.1, df = 2, p < .001$$

表 3.2 居宅介護調査における地域コミュニティと療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	合計
手助けあり	320 (65%)	173 (35%)	493 (100%)
手助けなし	162 (57%)	122 (43%)	284 (100%)
合計	482 (62%)	295 (38%)	777 (100%)

$$\chi^2 = 4.7, df = 1, p < .05$$

表 3.3 居宅介護調査における地域コミュニティ別にみた連携程度と療養可能性との関係

地域コミュニティ：手助けあり

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	199 (70%)	86 (30%)	285 (100%)
連携ややあり	93 (60%)	61 (40%)	154 (100%)
連携なし	26 (58%)	19 (42%)	45 (100%)
合計	318 (66%)	166 (34%)	484 (100%)

地域コミュニティ：手助けなし

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	96 (67%)	48 (33%)	144 (100%)
連携ややあり	50 (49%)	53 (51%)	103 (100%)
連携なし	13 (43%)	17 (57%)	30 (100%)
合計	159 (57%)	118 (43%)	277 (100%)

$$\text{手助けあり} : \chi^2 = 5.3, df = 2, p = .07$$

$$\text{手助けなし} : \chi^2 = 10.8, df = 2, p < .01$$

表 4.1.1 支援診調査における連携程度と療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	27 (96%)	1 (4%)	28 (100%)
連携ややあり	29 (88%)	4 (12%)	33 (100%)
連携なし	23 (82%)	5 (18%)	28 (100%)
合計	79 (89%)	10 (11%)	89 (100%)

$$\chi^2 = 2.9, df = 2, p = .234$$

表 4.1.2 支援診調査における連携程度と看取り人数との関係

	0人	1~9人	10人以上	合計
連携あり	3 (10%)	12 (40%)	15 (50%)	30 (100%)
連携ややあり	9 (28%)	14 (44%)	9 (28%)	32 (100%)
連携なし	13 (48%)	12 (44%)	2 (7%)	27 (100%)
合計	25 (28%)	38 (43%)	26 (29%)	89 (100%)

$$\chi^2 = 16.3, df = 4, p < .01$$

表 4.2.1 支援診調査における地域コミュニティと療養可能性との関係

	療養できる	療養できない	合計
手助けあり	61 (90%)	7 (10%)	68 (100%)
手助けなし	20 (87%)	3 (13%)	23 (100%)
合計	81 (89%)	10 (11%)	91 (100%)

$$\text{Fisher's exact test, } p = .709$$

表 4.2.2 支援診調査における地域コミュニティと看取り人数との関係

	0人	1~9人	10人以上	合計
手助けあり	18 (27%)	31 (46%)	18 (27%)	67 (100%)
手助けなし	9 (38%)	8 (33%)	7 (29%)	24 (100%)
合計	27 (30%)	39 (43%)	25 (27%)	91 (100%)

$$\chi^2 = 1.4, df = 2, p = .497$$

表 4.3.1 支援診調査における地域コミュニティ別にみた連携程度と療養可能性との関係

地域コミュニティ：手助けあり

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	21 (95%)	1 (5%)	22 (100%)
連携ややあり	22 (88%)	3 (12%)	25 (100%)
連携なし	15 (83%)	3 (17%)	18 (100%)
合計	58 (89%)	7 (11%)	65 (100%)

地域コミュニティ：手助けなし

	療養できる	療養できない	合計
連携あり	5 (100%)	0 (0%)	5 (100%)
連携ややあり	7 (88%)	1 (13%)	8 (100%)
連携なし	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
合計	20 (87%)	3 (13%)	23 (100%)

手助けあり： $\chi^2 = 1.6, df = 2, p = .454$

手助けなし： $\chi^2 = 1.2, df = 2, p = .555$

表 4.3.2 支援診調査における地域コミュニティ別にみた連携程度と看取り人数との関係

地域コミュニティ：手助けあり

	0人	1～9人	10人以上	合計
連携あり	2 (9%)	8 (36%)	12 (55%)	22 (100%)
連携ややあり	5 (21%)	13 (54%)	6 (25%)	24 (100%)
連携なし	9 (53%)	8 (47%)	0 (0%)	17 (100%)
合計	16 (25%)	29 (46%)	18 (29%)	63 (100%)

地域コミュニティ：手助けなし

	0人	1～9人	10人以上	合計
連携あり	1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	6 (100%)
連携ややあり	4 (50%)	1 (13%)	3 (38%)	8 (100%)
連携なし	4 (40%)	4 (40%)	2 (20%)	10 (100%)
合計	9 (38%)	8 (33%)	7 (29%)	24 (100%)

手助けあり： $\chi^2 = 18.5, df = 4, p < .001$

手助けなし： $\chi^2 = 3.2, df = 4, p = .520$

4 考察—地域コミュニティの醸成をめざして

本研究は、東日本大震災を経験したわれわれが、いかに死をみすえた生き方をしていくか、そのための場として考えられる在宅医療を推し進めていくために、どのような社会システムを構築していくことがのぞましいかを検討することを目的としてきた。在宅医療をすすめる社会システムとして考えられるのが地域包括ケアシステムであると思われるが、