

研究 4 災害復興を進める上での地域ガバナンスの重要性：保健・福祉を目的とした多職種・官民連携会議の可能性についての考察

<目的と方法>

保健・福祉における、復興のまちづくりとは、健康の社会的決定要因への対応にほかならない。一人ひとりが生活する地域社会における様々な要素、つまり、交通・治安・住居・教育・就労・そして社会関係という、いずれも健康を決定する重要な要因であることが明らかになっている各要素を、いかに効果的に・効率よく・そして公正にデザイン・強化していくか、という視点が求められる(川上ほか, 2006; 川上ほか, 2015)。世界保健機関「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書によれば、これを達成するためには、保健や福祉の分野だけでなく、幅ひろい部署や民間組織・住民組織の有機的な連携が不可欠である、としている(WHO, 2008)。

東日本大震災において大きな被害を受けた陸前高田市は、震災直後の2011年3月27日より、支援団体や関係機関との情報共有と伝達の間として保健医療福祉包括ケア会議を開催してきた。現在では、「保健医療福祉復興未来図会議」と名称をあらため、同市健康推進課を中心として、各支援NPOや研究者、自治体各部署とが月1回、約2時間の会合を継続している(佐々木, 岩室, 2014a; 2014b, 2015)。本研究班では、2013年秋より同会議への参加をはじめ、主に市が実施してきた住民悉皆調査「健康生活調査」の入力と分析支援、その結果をもとにしたまちづくりへのアドバイスの役割を担当してきた。このように参与観察という形をとりながら、災害復興期の地域ガバナンスを高める手段としての、このような多部署・官民連携会議の有用性と課題の抽出を試みた。

<結果>

同「未来図会議」は当初、関係機関同士の情報共有を趣旨としていたが、次第に復興に向けたまちづくりのあり方に関する意見交換と議論の場となり、また、多部署が進めるまちづくりの取り組みにコミットメントする場としても活用されるようになっていった。

会議の主な成果の一つとして「はまってけらいん・かだつてけらいん運動」(地元の言葉で、「集まりましょう・語りましょう」という意)がある。地域の社会関係の醸成のための規範形成をねらい、同運動名を記したのぼり旗やステッカーなどを市内各所に配布し、普及を図った。これは、住民同士の語らいと交流を促進する、というねらいだけでなく、各ステークホルダーや組織同士の連携の促進も意図したものである。詳しくは大橋(2015)を参照されたい。また、同会議のアドバイザーである岩室氏に同会の主な成果についての意見を聞いたところ、以下の9点が提示された。すなわち、

1. 復興計画の保健医療福祉面からの定期的、継続的な推進評価体制の確保
2. 保健医療福祉関連の活動の見える化、方向性の共有、エンパワーメント
3. 関係者、関係機関、関心を持った一人ひとりの、顔が見える関係性、ネットワークづくり
4. 社会に蔓延するリスクに対するポピュレーションアプローチの検討、推進

5. 「居場所づくり」, 「関係性づくり」の重要性の共有
6. 「はまってけらいん, かだってけらいん運動」の提言
7. 「ノーマライゼーションという言葉のいらないまちづくり」への参画, 提言
8. 若い職員に対するポピュレーションアプローチに関する人財育成
9. 健康増進計画, 母子保健計画, 特定健康診査・特定保健指導等実施計画, 国民健康保健データヘルス計画策定体制づくり

である。

比較対象がないため, 同士の取り組みが他と比べて効果的であるか否かの実証は難しいが, 参与観察からは, このような取組は, 人的・物質的・金銭的資源が乏しい状況において, 各プレイヤーの有機的な連携を深めることにより, 効率を高め, 復興のための地域ガバナンス強化へとつなげる結果となる可能性が見て取れた。「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書(2008)の提言に沿った活動といえる。

考察

以上, 3年間にわたる本研究プロジェクトによる4つの調査と観察により, 次のことがわかった。まず, 東日本大震災で家を失い, 仮設住宅などで避難生活を送っている高齢者の多くが, 災害後1.5年以上が経過した時点でも, 交通や買い物環境の不便さや社会的役割を失ったことによる閉じこもり, ひいては抑うつなど精神的健康のリスクを抱えていた。さらに, 買い物環境や交通手段までのアクセスなどの物理的な環境が悪いことが, 閉じこもりのリスクを高めている可能性が示された。また, 仮設住宅におけるソーシャル・キャピタルの度合いが低かったり, 集団移転でなく, くじ引きでのバラバラの入居のほうが, 社会的サポートの授受が行われにくく, 精神的な健康度や主観的健康感が損なわれる可能性がみられた。一方で「はまらっせん農園」に代表されるような市民農園を通じた活動により仮設住宅における地域のソーシャル・キャピタルが醸成され, 住民の健康増進に寄与できる可能性も示された。さらに, 以上のような高齢者の社会関係に関するリスクを減らすような復興のまちづくりにとって, 陸前高田市「保健医療福祉復興未来図会議」のような多職種・官民の幅広い連携を推進する機構が, 地域のガバナンス強化に有効である可能性が示唆された。

高齢者の社会参加の推進は, 被災地に限らず全国的な課題となっている。地域サロン事業など, 住民同士の直接の交流機会を増やす取り組みが行政主体で実施されてきている。今回の研究結果から, そのような活動が, 被災地において, 仮設住宅や今後の復興住宅においても, 極めて重要であることがわかる。

一方で, 高齢者の社会参加は, そのようなソフトなしくみ作りだけでは不十分である可能性も示された。サロン活動のような取り組みの自主組織の育成やコーディネーションには多大な労力が必要である。そのため, 人的資源が乏しく, 課題が山積している被災地では, 介入が必要な人々を数のうえで十分カバーできない可能性がある。さらに, 本研究で

示されたように、高齢者が社会的に不活発になる理由には、交通アクセスや買い物環境など、物理的な側面も大きい。交流機会を増やすと同時に、そこにアクセスできる環境整備が求められる。我々の研究結果からは、陸前高田市において、民間のスーパーマーケットや生活協働組合が買い物バスのルートを調整したり、移動販売を実施したりすることにより、買い物環境が著しく改善した地域が存在することが明らかになった。資源が乏しい状況においては、このような官民のパートナーシップによるまちづくりを積極的に推進していくことが求められよう。災害後の保健や介護の復興は、健康セクターだけで実施できることは少ない。多職種・官民のパートナーシップによるまちづくりを促進するためにも、各組織同士の顔の見える関係を継続していき、地域全体を大きな視野でとらえた活動の展開が求められよう。

東日本大震災は、もともと高齢化と過疎化が進んでいた東北地方の沿岸地域のインフラに壊滅的な打撃を与えた。同災害の被災地の課題の多くは、今後更なる高齢社会を迎える日本全体の将来の状況を反映しているといわれている。したがって、本報告は、東日本大震災被災地の復興に資するだけでなく、更なる高齢社会を迎える日本全体における地域のまちづくりのあり方へ示唆を与えるものとなると期待している。

謝辞

本研究は次に示す多くの方々のご参画とご協力、ご支援をいただき実現した。ここに記して深謝いたします（敬称略）。阿部佳代子・石黒彩・石巻医療圏健康・生活復興協議会の皆様・大橋加奈・唐川祐一・小林三奈美・園田愛・芝孝一郎・増野華菜子・陸前高田市役所職員の皆様・山内望美・その他大勢の皆様

共同研究者：相田潤・井上真智子・井上まり子・岩室紳也・大塚理加・小坂健・小山史穂子・坂田清美・佐々木亮平・高橋祥・長純一・永田智子・平井寛・磨田百合子・松本祥子・三澤仁平・三浦久幸・武藤真祐・森田明美・矢野栄二・山岡和枝・山本英樹

引用文献

井上真智子，松本祥子，井上まり子，山岡和枝，園田愛，武藤真祐(2014). 震災後1年以上経過した時点での石巻在宅被災者のメンタルヘルスとソーシャルサポートとの関連。

第24回日本疫学会学術総会。（2014年1月24-25日，仙台市）。

石黒彩，磨田百合子，井上まり子，武藤真祐，大久保孝義，矢野栄二(2014). 東日本大震災における在宅被災世帯が抱える健康・生活問題と震災前コミュニティ特性との関連。

第24回日本疫学会学術総会。（2014年1月24-25日，仙台市）

大塚理加 (2013). "仮設住宅居住高齢者における介護リスクとソーシャルサポートの関連," *Geriatric Medicine*. 52(2):153-156.

大橋加奈，近藤尚己（コメント）(2015). "陸前高田市における東日本大震災からの復興未来図（ソーシャルキャピタル醸成の場としての未来図会議），" *保健師ジャーナル*. 71

No.2(2015②):150-156.

川上憲人,小林廉毅,橋本英樹(編)(2006). 社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ. 東京: 東京大学出版会.

川上憲人, 本英樹, 藤尚己(編)(2015). 社会と健康: 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京: 東京大学出版会.

近藤尚己(2013). "東日本大震災復興期における高齢者の健康状態および社会参加状況に関する調査結果," *Geriatric Medicine*.52:147-152.

近藤尚己・大塚理加・山崎幸子・増野華菜子・長純一(2013). 東日本大震災被災地仮設住宅における抑うつ症状と関連する心理社会・環境要因. 第72回日本公衆衛生学会. 三重. 10月23日.

近藤尚己, 山崎幸子, 三澤仁平, 三浦久幸, 平井寛, 大塚理加, 増野華菜子, 井上まり子(2014a) 平成25年度分担研究報告書「被災地における在宅医療および介護予防施策の在り方を検討するための疫学調査」

近藤尚己,山崎幸子, 三浦久幸, 大塚理加, 増野華菜子, 長純一(2014b) 平成25年度分担研究報告書「東日本大震災被災地仮設住宅における抑うつ症状と関連する心理社会・環境要因」

近藤尚己, 大塚理加, 増野華菜子(2014c) 平成25年度分担研究報告書「東日本大震災の仮設住宅に居住する高齢者の外出を阻害する要因」

佐々木亮平, 岩室紳也(2015): 東日本大震災で求められている公衆衛生活動とは～少しずつみえてきたポピュレーションアプローチの成果, 地域保健, 46(2):47-53

佐々木亮平, 岩室紳也(2014a) 東日本大震災で求められている公衆衛生活動とは～復興を生き階にノーマライゼーションの加速を, 地域保健, 45(8): 42-47

佐々木亮平, 岩室紳也(2014b) 未来図を描く公衆衛生活動 in 陸前高田④～公衆衛生は触媒産業, 公衆衛生, 78(3): 188-192

平井寛, 近藤尚己(2014) 平成25年度分担研究報告書「陸前高田市における買い物環境と高齢者の外出頻度の少なさの関連の検討」

永田智子,増野華菜子,芦田登代,寺本千恵,松永篤志,近藤尚己(2014).仮設住宅居住の高齢者の主観的健康感に影響する要因—被災地3か所の統合データから—. 第73回日本公衆衛生学会学術総会. 宇都宮. 2014年11月5-7日.

山崎幸子(2013). "仮設住宅入所高齢者における閉じこもり, うつ傾向の出現割合と関連要因," *Geriatric Medicine*. 52(2):161-164.

山崎幸子, 近藤尚己, 永田智子, 大塚理加, 増野華菜子(2014) 平成25年度分担研究報告書「仮設入所高齢者におけるうつ傾向の出現割合—2調査地区における比較—」

Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamuro S, Masuno K, Otsuka R, et al. (2014). "Distance to retail stores and risks for being homebound among older adults in the city severely affected by 2011 Great East Japan Earthquake," *Age and Ageing*. Epub Ahead of Print.

doi: 10.1093/ageing/afu146

Koyama S, Aida J, Kawachi I, Kondo N, Subramanian S V, Ito K, et al. (2014). "Social Support Improves Mental Health among the Victims Relocated to Temporary Housing following the Great East Japan Earthquake and Tsunami," *Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 234:241-247.

Holt-Lunstad J, Smith T B, and Layton J B (2010). "Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review," *PLoS Med*. 7(7):e1000316.

Takahashi S, Ishiki M, Kondo N, Ishiki A, Tohriyama T, Takahashi S, et al. (2015). "Health effect of farming program to foster community social capital of temporary housing complex of the 2011 Great East Japan Earthquake," *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. in press.

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

メディア報道

Yomi Dr. (読売新聞) 「ばらばら入居 精神状態悪く...震災仮設住宅：集団入居と比較」2014年12月24日

Science daily ほか Many older adults still homebound after 2011 Great East Japan. (Age & Ageing よりプレスリリース) 2014.10

「被災地の高齢者スーパー遠いと閉じこもり」論文紹介記事. 2014年2月13日
読売新聞全国版

東日本大震災復興特集記事「交通の利便性, 健康に影響も」論文紹介記事. 2014年3月7日. 朝日新聞全国版

「ともに耕す 笑顔取り戻す」「入居者同士 つながり豊かに」仮設住宅居住者への共同農園の取り組みへのコメント. 読売新聞全国版, 河北新報 2013年6月6日

分担研究報告書

気仙沼の地域医療と生活ケアの“進化”

研究分担者 高橋龍太郎 東京都健康長寿医療センター研究所副所長
研究協力者 菅原 康宏 気仙沼支援 医療・福祉関係5団体事務長
(東京都健康長寿医療センター研究所)
児玉 寛子 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

研究要旨

医療・福祉資源が不足がちであった気仙沼市においては、震災発生後早期から病診連携の下に在宅療養を支援するチーム（JRS）が結成され、地域在住の虚弱・要介護高齢者の病状悪化、機能低下予防に直接的、間接的な力を発揮した。また、これをきっかけに、病院・医療機関と診療所の連携、医療と介護の連携、あらたな地域医療・生活ケアを支えるツールの開発、介入の組織化が進んでいる。復興過渡期から安定期への橋渡しをしながら、在宅、施設ケアの質の向上に寄与する地域内外の連携体制が生まれている。

気仙沼市の在宅医療

東日本大震災で被害の大きかった東北沿岸部は、医療、福祉分野の人材不足が深刻で、気仙沼市においても同様の課題を抱えている。そのような中、震災前の在宅医療の状況はどうだったであろうか。宮城県が発表した2010年の県内各地域における在宅死亡率をみると県平均17.9%、仙台市20.9%に対して気仙沼市16.5%と低めの状況にあった。1) また、医療従事者（医師）数も全国平均230.4、宮城県平均222.9（人口10万人あたり）に対して気仙沼医療圏では121.0とほぼ半数にとどまっている。2) 一方、在宅医療のインフラである在宅療養支援診療所数や訪問看護ステーション数は人口10万人あたりで県平均に近いかそれを上回っている。1)（図1、2）このことは、急性期医療と在宅医療・生活ケアとの有機的な連携、そしてそれを利用する市民の意識に課題があった可能性を示している。

このたびの震災経験を経て、気仙沼市においては、その前から始まっていた萌芽的医療活動と震災という強いられた状況変化を背景として、在宅医療を含む地域医療の“進化”がみられる。3) ここでは、関係者から得た資料や証言、支援活動を通じて学んだ内容を基に、この“進化”の過程をみていく。

発災後の医療救護活動

気仙沼地区には全国9都府県から約4000余名の緊急消防援助隊が派遣され、なかでも東京消防庁の火災防衛・人命救助活動は、翌3月12日早朝気仙沼・本吉広域防災センターに到着した第一次派遣隊に始まって、延べ1750名の隊員によって43日間にわたって継続され、救援活動の要の役割を果たした。4)

医療の中心的機能を担う気仙沼市立病院では、事前の災害訓練経験をふまえ発災直後からトリアージポスト設置、外部支援の受け入れ態勢が迅速に準備された。その後市立病院の医師である災害医療コーディネーター成田氏と東京 DMAT が協力しながら連絡・連携体制を構築し、災害対策本部の会議にも参加しつつ行政の災害対応に連動した医療救護活動がなされた。5) 一方、停電などを想定した連絡方法の確保、「赤色」のオーバートリアージや「黄色」が大半を占めたトリアージ見極めの精緻化、「標準的規模」の災害訓練の限界、ツイッター・m3 など SNS やインターネットを活用した情報入手と発信の有用性、など今後を生かせる教訓が得られた。(表 1.) 特に、今回の被害者の多くは津波による死亡で、超急性期医療をターゲットとする DMAT の役割が十分果たせず、むしろ透析医療、感染症防御、心身機能低下予防、薬剤確保といった虚弱高齢者や慢性疾患をもつ高齢者への対応、遺体懸案作業などが中心となった。6) 7) 8) 連携に関しては、医療救護班と「こころのケアチーム」との情報共有不足、行政保健師の避難所張り付きによって生じた困難(地域情報の不足、地域医療ニーズの掌握困難など)、医薬品の無料配布・医療の無料化による地域医療への影響など重要な課題も指摘されている。8) 精神科領域では、これら地域医療における問題点とは異なる課題(病歴聴取困難、不安定な薬剤処方、支援者不足、他の地域医療担当者・ボランティアとの連携不足)も浮き彫りにされている。(表 2.) 9)

地域医療と生活ケアの“進化”

気仙沼市では、震災前から始まっていた施設や在宅での医療的生活ケア支援が震災をきっかけに大きく前進したといえる。その動因は、偶発的な要素もあるが、なんとといってもそれまで連携の乏しかった医療機関間、医療と介護間、そして在宅・施設を超えた多職種間のコミュニケーションが具体的課題に向けて密に繋がってきている事実がある。

発災により、地域医療を支えてきた医師会会員の医療機関の多くは被災し(44 機関中全壊 29 か所、一部損壊 8 か所、被害なし 7 か所)、被害を逃れたところでは、その数年前から準備していた「災害時マニュアル」にそって、発災直後から黄色ののぼりを立てて診療を継続し、また避難を強いられた会員も避難所において可能な診療を再開した。10) その後、今までの介護サービス提供が困難になる中、要介護高齢者の褥そうや生活機能低下が顕著となり、これら医療的な生活支援、生活ケアを支えるため、3 月 25 日には戸別訪問による健康調査と訪問診療看護を目的とする「気仙沼巡回療養支援隊(JRS と略される)」が立ち上げられ、気仙沼全域を対象とするローラー作戦が開始された。7) 11) この組織は医療救護班とは別個に運営されたもので、地域で生活する療養者への支援が目的である。以前から気仙沼で在宅医療を進めてきた村岡氏、市立病院の横山氏、たんぼぼクリニックの永井氏、シェア(SHARE)の沢田氏らによって立ち上げられ、全国から集まった医師と看護師で編成された「在宅医療班」と応援保健師らで編成された「健康相談班」から成り立っており、村岡氏を本部長として運営された。JRS の活動により、要介護高齢者などの健康状態が把握され、福祉避難所への移動の可否、訪問診療・訪問看護の必要性の評価、保健行

政の再調整、市立病院の退院調整機能強化、などが進んだ。また、病院での退院調整の意義が関係者間で深く認識され、組織ごとの縦割りを超えた横の連携が格段に改善されたといえる。11) JRS の活動は 2011 年 9 月まで継続された。(表 3.)

このような地域医療、在宅医療の展開の中から、今後に向けた新たな取り組みが始まっている。一つは、在宅医療・生活ケア支援と病診連携を視野に入れた情報連携基盤「みやぎ医療福祉情報ネットワーク MMWIN」の構築である。医療・福祉情報の多元的共有化をめざすこの取り組みは、2012 年 6 月 7 日設立され 7 月 1 日より気仙沼圏および石巻圏の病院、薬局、介護福祉施設、在宅医療介護の現場等にて、医療・介護福祉情報基盤の実運用を随時開始している。現在、気仙沼市を含め宮城県全体に拡大しつつある。12) また、震災後の 2011 年 8 月、気仙沼市医師会の部会として「気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会」が設置された。これは、より一層医療・福祉・保健の連携と在宅療養支援・生活支援を推進するための組織である。2014 年 1 月に医師会長になった森田氏は、自ら在宅医療を担ってきた経験を踏まえ、本委員会の機能強化をめざして市立病院地域連携室との協働と有床診療所という入院機能を持つ診療所の意義を強調している。13) さらに、気仙沼歯科医師会の金澤前会長や他の歯科医師会会員、歯科衛生士など関係専門職の人々は震災前から介護事業所や在宅での口腔ケアを推進しているが、発災後に支援活動に加わった鶴見大学歯学部の飯田氏らとともに訪問介入、研修会を継続的に実施して、2013 年には「気仙沼・南三陸「食べる」取り組み研究会」を発足させ、“全身病に関わる口腔ケアの重要性”という視点から気仙沼での地域医療、在宅・施設ケアの前進に大きな貢献をしている。14)

「気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会」の主な活動メンバーであり、自らも被災しながら在宅医療・生活ケアを推進している村岡氏は、医療職主導の運営を排した多職種連携の“緩やかな”集合体「気仙沼在宅ワーキンググループ」をケアマネジャーらと立ち上げ、毎回、多数の関連職種の活発な討議、研鑽の場となっている。15) (表 4.)

本吉地区の震災対応と地域医療の展開

合併によって気仙沼市になった本吉地区にはもともと本吉病院があったが、建物自体が津波の被害を受け、一時医師不在となって医療提供が困難になった。病院にとどまった佐々木看護師長ら看護師と外部からの支援医師によって診療が継続される中、川島氏、その後齊藤氏が着任し、震災発生 2 年後に入院医療を再開した。このような困難な状況の中、山梨県牧丘病院の古屋氏らの支援を受けつつ、本吉総合支所の保健師らと連携して仮設住宅の住民への医療支援、在宅医療の展開が進められていった。現在、在宅医療の対象となっている患者数は震災前の数倍以上となっている。このような本吉地区での在宅医療、地域医療の広がりには、看護師の絆の強さ、リハビリ専門職の地域での地道な活動といった基盤形成が重要な背景要因となったといえよう。

復興過渡期の支援

DMAT や医療救護班などの災害医療支援チームが 6 月 30 日で撤退し、「気仙沼巡回療養支援隊（JRS）」の活動も 9 月で終了した。災害発生以降のコミュニティの回復過程でこの時期（2 ヶ月～1、2 年）は「幻滅期」と呼ばれることがある。この名称は、被災者の忍耐が限界に達して援助の遅れや行政の失策への不満、怒りが現れ地域の連帯や共感が失われる危険性が高いことに由来する。16) 発災直後から現地入りし、ボランティア活動をしていた菅原氏のネットワークにより、「幻滅期」に入った 9 月頃から“緩やかな外部支援組織の連合体”立ち上げの構想が出てきた。目的は、組織だった支援活動が撤退したあとに医療・介護・福祉専門職支援を通して安定期への橋渡しをすることにある。2011 年の後半期に各団体がそれぞれ行っていた医療相談、子ども健診、福祉施設支援、研修会などを統合し、2012. 1. 15 気仙沼市長を表敬訪問したのち「気仙沼支援 医療・福祉関係 5 団体（略して 5 団体）」が発足した。当初のメンバーは、東京都健康長寿医療センター研究所、日本老年医学会、日本老年行動科学会、日本臨床発達心理士会、医療法人社団つくしんぼ会、である。

主な活動内容は医療・介護・福祉専門職向けの研修会、こども・障がい児相談、地域高齢者との交流会、一般市民向け健康講話、体操普及指導員養成教室などで、行政担当者や医療・福祉関係者と年間計画を打ち合わせたあとおおよそ月 1 回週末に事業を実施している。発災後 4 年になろうとしている 2014 年 12 月には、地域高齢者に対する包括的な健診を実施し、その結果に基づいて、2015 年春には認知機能低下予防、運動機能維持・改善のプログラムを提供する予定となっている。8)

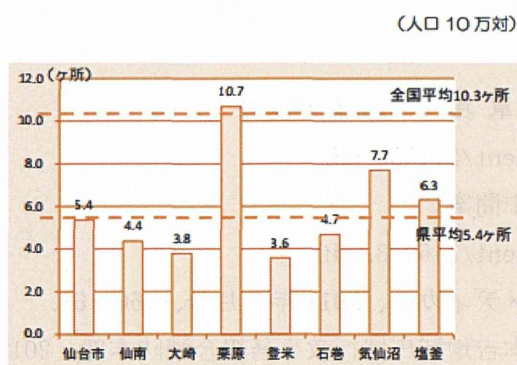
気仙沼も他の地域と同じように少子高齢化が進んでいたが、震災後は、若年層の流出による少子高齢化の加速という新たな要素が加わった。また、生活様式の変化、生業産業の衰退などにより、高齢者の虚弱化リスクが増大し、それに向けた対策が急がれている。震災前後の要介護認定者数、要介護認定率をみても、このたびの震災がいかに高齢者の虚弱化を進行させたかがわかる。17)（表 5.、図 3.）このような状況にあって、5 団体の活動は虚弱化への対策に貢献しうるものとして位置付けることができる。

文献

- 1) 宮城県発表、県内の在宅医療：第 5 編 第 2 章 第 11 節 在宅医療
<http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/211355.pdf>
- 2) 宮城県発表、第 6 次宮城県地域医療計画（中間案）
<http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/115943.pdf>
- 3) 「復興半ばも、“進化”した医療」、日経メディカル、2014 年 3 月号、p60-61.
- 4) 東日本大震災 消防活動の記録、気仙沼・本吉地域広域行政事務組合消防本部、2012. 9
- 5) 気仙沼市 東日本大震災における災害対応とその検証（概要版）、気仙沼市/三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2012. 1

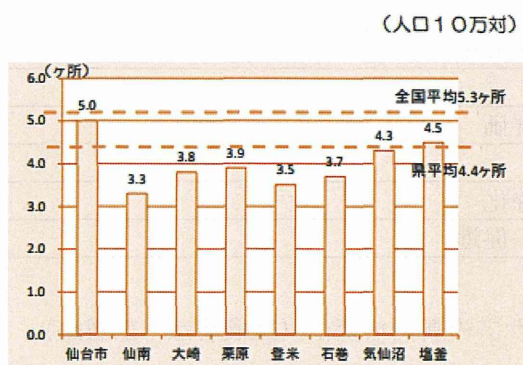
- 6) 成田徳雄：気仙沼市の医療救護活動、「東日本大震災における保健医療救護活動の記録と教訓」、上原鳴夫編、pp106-111、じほう、2012.12
- 7) 気仙沼市立病院東日本大震災活動記録集 今を生きる ともに未来へ、気仙沼市立病院記録集編集委員会、気仙沼市立病院、2012.3
- 8) 東日本大震災支援プロジェクト 平成23年・24年度気仙沼医療圏における震災対応に関する検証 『気仙沼支援 医療・福祉関係5団体』・その他の関連団体による支援に関する記録、気仙沼支援 医療・福祉関係5団体、2013.10
- 9) 連記成史：東日本大震災の精神医療における被災と対応：被災地における精神科病院の立場から、連記成史氏より提供されたパワーポイント資料より
- 10) 大友仁：気仙沼市医師会 東日本大震災後の対応、宮城県医師会東日本大震災記録誌、pp51-63、宮城県医師会、2013.9
- 11) 横山成邦：気仙沼巡回療養支援隊の活動、「東日本大震災における保健医療救護活動の記録と教訓」、上原鳴夫編、pp112-116、じほう、2012.12
- 12) みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会、<http://mmwin.or.jp/>
- 13) 森田潔：診療所探訪 / 生まれ育った地域への想いは震災を経てますます強く、アステラスメディカルネット、2012.8 配信
- 14) 飯田良平ほか：鶴見大学歯学部医療スタッフによる南三陸および気仙沼における支援活動、歯界展望、122：788-789、2013
- 15) 村岡正朗ほか：気仙沼で見た、「ヒューマンネットワーク」と「多職種連携支援システム」、日経デジタルヘルス、2014.7.31
- 16) 命を守る知識と技術の情報館：被災者のコミュニティの回復過程、http://www.coe-cnas.jp/group_psync/manual/manual01/02.html
- 17) 気仙沼市高齢介護課：
<http://www.city.kesenuma.lg.jp/www/contents/1395729175863/files/t4.pdf>

図1. 宮城県内の在宅療養支援診療所数（文献1）



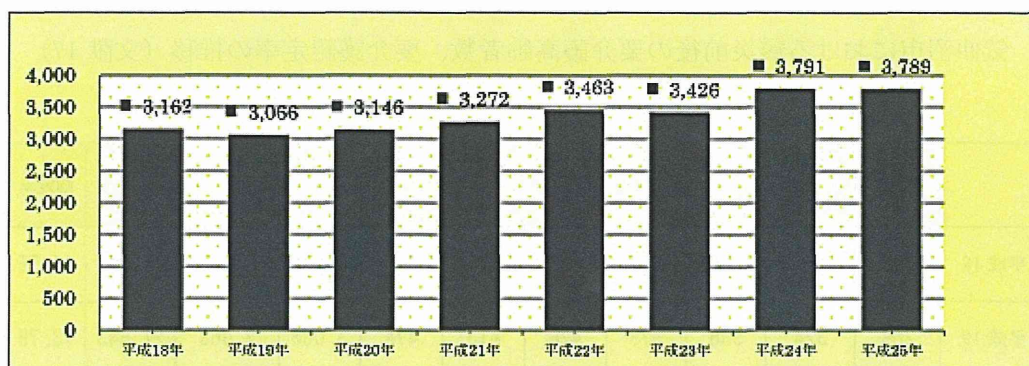
出典：「届出受理医療機関名簿（平成24年8月現在）」（東北厚生局）

図 2. 宮城県内の訪問看護ステーション数（文献 1）



出典：「居宅サービス・居宅介護支援・介護保険施設（平成24年4月現在）」（宮城県長寿社会政策課）
 「平成24年度訪問看護ステーション数調査結果（平成24年4月現在）」（全国訪問看護事業協会）

図 3. 気仙沼市における震災前後の要介護高齢者数、要介護認定率の推移（文献 17）



（資料：気仙沼市高齢介護課）

表 1. 医療救護活動の教訓

・ 停電などを想定したアナログ・デジタル双方からの連絡方法の確保
・ 「赤色」のオーバートリージや「黄色」が大半を占めたトリージ見極めの精緻化
・ 「標準的規模」の災害訓練の限界
・ ツイッター・m3 など SNS やインターネットを活用した情報入手と発信の有用性

表 2. 精神科領域における支援活動の課題

・ 生活歴を含む病歴聴取の困難性
・ 種類や投与量のばらつきなど不安定な薬剤処方
・ 経験のある直接支援者の不足
・ 他の地域医療担当者・専門職、一時的ボランティアとの連携不足

表 3. 地域医療“進化”のきっかけとなった「気仙沼巡回療養支援隊」の意義

・手薄になっていた要介護高齢者などの健康状態の把握
・福祉避難所への移動の可否判断
・訪問診療・訪問看護によるフォロー必要性の評価
・保健師の配置など保健行政の再調整
・中核医療機関である市立病院の退院調整機能強化
・医療機関と在宅・施設をつなぐ関係者間連携の促進

表 4. 復興過渡期における気仙沼地域医療・生活ケアの新たな変化（組織名は一部省略）

・医療福祉情報の多元的共有化をめざす「みやぎ医療福祉情報ネットワーク MMWIN」の構築
・医師会の部会「在宅医療福祉推進委員会」を市立病院地域連携室との協働で運営
・“全身病に関わる口腔ケアの重要性”という視点から「食べる取り組み研究会」を組織
・在宅ケア他職種連携支援システムの運用をめざす「気仙沼在宅ワーキンググループ」活動
・専門職支援を通して復興過渡期から安定期への橋渡しを目指す「気仙沼支援5団体」活動

表 5. 気仙沼市における震災前後の要介護高齢者数、要介護認定率の推移（文献 17）

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計	うち1号 被保険者	高齢者 人口	認定率
平成 18	292		1,062	527	406	414	461	3,162	3,058	21,022	14.55
平成 19	268	324	586	573	428	413	474	3,066	2,968	21,543	13.78
平成 20	237	371	609	538	487	418	486	3,146	3,048	21,946	13.89
平成 21	224	450	616	599	503	419	461	3,272	3,174	22,326	14.22
平成 22	352	391	709	634	473	437	467	3,463	3,363	22,575	14.90
平成 23 年 1 月末	469	385	781	630	417	432	461	3,575	3,469	22,428	15.47
平成 23	449	393	744	601	386	420	433	3,426	3,320	22,019	15.08
平成 24	541	487	780	656	468	454	405	3,791	3,681	21,263	17.31
平成 25	458	572	694	695	543	417	410	3,789	3,699	21,865	16.92

（資料：気仙沼市高齢介護課）

2-3-11)

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

高齢者における被災後の状況への適応について

研究分担者 大塚 理加 東京都健康長寿医療センター研究所

研究協力者 増野 華菜子 東京大学大学院医学系研究科

研究要旨

被災高齢者の被災後の状況への適応について、生活への適応プロセスとその要因について明らかにするために、仮設住宅に居住している高齢者 20 名へのインタビュー調査を行い、質的な分析を行った。その結果、地域・家族の支援が高齢者の役割を見出すことを促進し、困難な状況へ立ち向かうためのエンパワメントとなっていることが示された。仮設住宅入居 1 年後を境として、必要な支援が変化すること、

背景と目的

高齢期は多くのライフイベント（退職や子どもの独立等）への適応が必要な時期とされている。東日本大震災の被災高齢者は、通常の適応は必要な状況に比べて、さらに大きなネガティブなライフイベント、すなわち家族、親せきや子どもとの死別、失業、住居の喪失等と遭遇した。このようなことから、被災高齢者の生活へ適応のプロセスやその要因等を明らかにすることは、今後の支援を進めていくうえでも重要であると考えられる。

一昨年度の石巻市の仮設住宅での調査時において、比較的適応の良い高齢者と悪い高齢者が見受けられたが、質問紙調査ではその違いを明らかに出来なかった。本研究では、被災高齢者へのインタビュー調査を行い、質的な分析から、生活への適応プロセスとその要因について明らかにすることを目的とする。

方法

2014 年 5 月、6 月に N 市社会福祉協議会職員、被災者への支援団体（NPO 等）、仮設住宅の自治会長や役員と住民等に対して、該当地域の被災状況や現在の避難生活について、ヒアリングを行った。この結果をもとに、仮設住宅住民へのインタビュー調査について、研究計画と準備を行った。住民へのインタビューは、10～12 月に 3 回の訪問にて実施した。対象となったのは仮設住宅に住む高齢者 20 名であった。インタビューの実施場所は、対象者の希望を伺い、自宅か自治会館で行った。インタビューは、半構造化した設問でインタビューガイドに沿って実施した（表 1）が、その時の話の流れで自由に話していただけるよう留意した。インタビュー時間は、1 人あたり 30～120 分程度であった。インタビューの録音データをテキストデータとし、グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。

表1. インタビューガイド

被災状況について、差しさわりのない範囲で教えてください。

1. 被災後の生活での困りごとは何でしたか。
 2. そのための支援で役立ったものは何ですか。また役立たなかったものは何ですか。どのような人間関係が役立った（心地よかった）ですか。
 3. 自治体の対応はどうでしたか。満足できるものでしたか。満足できない場合はどうあればいいと思いましたか。
 4. 現在の生きがい（楽しみ、生活のハリ）は何ですか。そういったものを促進するものは何ですか。
 5. ボランティアや支援に入ったNPOについて、どのような思いがありますか。
-

倫理的配慮

本調査の実施にあたり、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部門倫理委員会の審査を受け、承認を得た。

結果

インタビューの分析は、未だ緒に就いたばかりであるが、現在の分析過程において明らかになったところを示す。

カテゴリーは、状況として「震災により生じた状況」、行為／相互行為として「地域・家族の支援」「役割を見出す」「困難な状況に立ち向かう」、帰結として「人生の肯定感」「生活への不満・不安」が挙げられた。コアカテゴリーとして、『地域・家族の支援』が抽出された。「震災により生じた状況」への「地域・家族の支援」が安心感を得られるまであると、社会の中での「役割を見出す」ことができた。「役割を見出す」ことが出来ると、被災後の「困難な状況に立ち向かう」行動が起こせ、「人生の肯定感」とつながっていた。「地域・家族の支援」が十分に受けられない場合や、「役割を見出す」こと、「困難な状況へ立ち向かうことが出来ない場合には、「生活への不満・不安」がある状況であった。

以下に、状況、行為／相互行為、帰結に分けて、各カテゴリーの内容を記す。

1. 状況

①震災により生じた状況

インタビュー対象者全員が、住居全壊の被害にあっていた。また、被災前に就労していた高齢者は、専業農家や工場経営の自営業であり、農地や工場が流されたため、仕事の継続が出来なかった。避難状況は様々で、空港に避難したり、親戚の家に直接非難したりしていた。逃げ遅れて、家ごと流されたり、避難する車ごと流されたりした事例では、救助されて病院で治療した後、避難所や仮設住宅へと移り住んでいた。全員が『何もかも流された』状況であった。また、2名の女性が、震災直後に配偶者を亡くしていた。また、息子家族と同居していた場合は、仮設住宅の広さでは同居できないため、単身での入居となっていた。

このように、被災後の高齢者の状況としては、住居の喪失、経済的な困難や家族構成の変化がみられた。特に高齢者は、自身の就労の難しさから、経済状況の改善に困難を感じていた。また、仮設住宅を利用する場合には老老世帯や単身世帯での生活を余儀なくされる等の状況が見いだされた。

2. 行為／相互行為

①地域・家族の支援

被災後、避難所で生活した人もいたが、多くは兄弟や子の家で避難生活を送っていた。被災のショックで当時のことはあまり覚えていない人もおり、被災直後の語りは少なかった。被災地外や被害が少ない地域の兄弟や子の支援としては、仮設住宅ができるまで、一緒に暮らして生活全般の面倒を見てくれたりしていた。また、配偶者が健康を害した事例では、子が配偶者の介護や本人の生活の支援をしていた。

地域の支援としては、近い居住区での仮設住宅の入居であったため、顔見知りがいる安心感があるとのことだった。配偶者が死亡した場合は、地域の人たちが葬儀等の支援をしていた。また、仮設住宅入居後1年ぐらいは、週に1回のお茶会を自主運営し、集会所に集まって話をする中で「なんもかんもない」中で、被災者同士での語り合いによって「助けられた」という語りもあった。

家族を亡くし、避難生活で同居家族とも別居となった事例では、このような支援を受けられておらず、被災前の生活への復帰できないことを嘆き、現在の生活が受け入れられず、希望を見出せないままであった。

②役割を見出す

地域や家族の支援が十分にあると、地域の中での役割や、家族や親族の中での役割を見出していた。親戚の農家に避難していた人は、自分にできる農業の手伝いをする事で癒されて、徐々に元気になった。兄弟の中で自分の役割を見出したり、地域の中で役割を果たしたりして、被災後の生活を受け入れていく様子がうかがえた。仲の良い友人の相談相手、といった私的で小さな役割でも、他者との関係を作っていくような役割を持つことが、被災後の生活の受容には重要であった。

対象地区は、被災前は風光明媚な地区であり、広い敷地の大きな家に居住していた人が

ほとんどであったため、仮設住宅の居住スペースへの適応は難しかった。また、専業農家が多い地域であったため、被災前の就労がなくなり、経済的な困難や将来の生活への不安は大きいと考えられる。しかし、兄弟や子が近くに住んでいること、交通の便がよく買い物や通院が便利なこと、知り合いで集まりやすいこと等の長所が語る人が多く、震災から3年半が過ぎ、現在の生活全般への受容が進んでいる印象であった。また、仮設住宅の不満は残っても、昔からの知り合いとの関係の復活等、被災前の生活と現在の生活の連続性が見いだされている場合は、現状の改善に取り組んでいた。

③困難な状況に立ち向かう

被災生活の中で、配偶者を失った場合には、葬儀の手配や死亡後の手続き等の状況を乗り切るべく、自らの資源を駆使していた。経済的な困難も、居住はできなくなった所有地を開墾し、農作物を売る等、解決への努力をしていた。そして、これらの状況への対応をして、復興住宅の入居の詳細が決まり、将来の生活の見通しがたつと、自らの人生への肯定感が得られていた。

該当地区の仮設住宅の規定では、夫婦と子1名の家族3名では、仮設住宅の割り当ては2LDKである。広い家での生活をしてきた高齢者夫婦にとって、成人した子との住居としては狭い。子を独立世帯としてもらうよう自治体と交渉したが、空き部屋が出ているにも関わらず認めてもらえなかった。このような場合で、かつ復興住宅への入居の詳細が決まっていなると、現在の生活への不満や将来への不安が大きくなっていた。同じように住居状況の改善を望んでいても、復興住宅への入居が具体的に決まっている場合は、これまでの人生での出来事を肯定的に語っていた。

3. 帰結

①人生への肯定感

これまでの人生を振り返り、肯定的な語りが多くみられた。これまでの出来事に、どのように対応したか、家族や親戚にどう尽くしてきたか等、自己肯定感が感じられる語りが多かった。また、人間関係をうまく形成することについても、「昔から上手だった」という語りもあれば、被災後「学んだ」という語りもあった。自己肯定感が感じられる語りをする人は、今後の生活にも意欲的で、希望を持っていた。

②生活への不満・不安

困難な状況に立ち向かう中で、その結果に満足できない場合は、生活の不満や将来への不安を抱えていた。そのような場合は、「あんな思い（被災時の状況での困難）をして生き延びたのに、こんな目にあうとは」「あのとき助からなければよかった」といった不満を訴えており、人生への肯定感が低くなることが見いだされた。

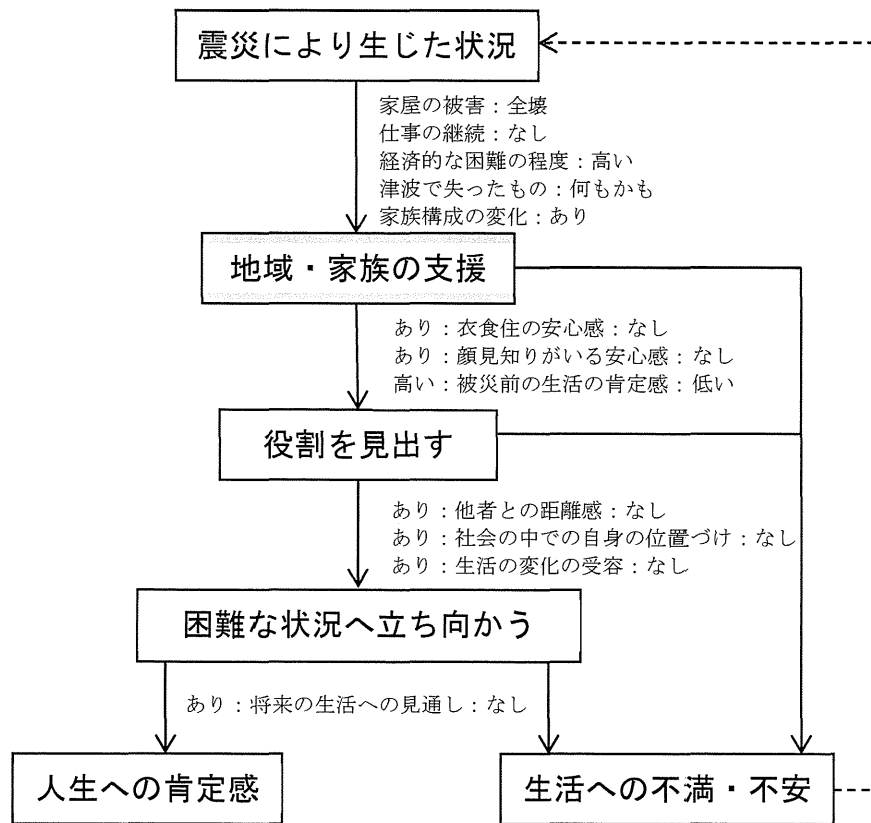


図. 被災高齢者における地域・家族の支援についての関連図

考察

ここでは、分析から得られた結果について、インタビュー対象となった仮設住宅の状況と合わせて考察する。

1. 地域・家族の支援の重要性

本分析の結果から、被災直後の精神面への対応や物質的な支援が重要であることが示された。被災直後の衣食住の安心感は、精神的・身体的健康に重要であり、これらの支援にはとても助けられという語りが多かった。また、仮設住宅には地区ごとの入居だったので、顔見知り近くにいるという安心感も見いだされた。これらの支援が、被災直後の急性期の適応に有効であった。

仮設住宅入居後 1 年を経過するころから、求められる支援に変化がみられた。支援物資等の必要性が低くなり、仮設住宅での生活に適応するための精神的な支援（イベント等）や、生活を継続するための経済面の支援が重要となっていた。

また、仮設住宅の生活が長引くにつれ、仮設住民同士でのトラブルも生じていた。トラ

ブルに巻き込まれたくないという理由で、集会所に行きたくない高齢者もあり、長期にわたる集団生活での課題となっていた。このような人間関係への対応については、新たなカテゴリーとなると考えられ、今後の分析でプロパティ、ディメンションを抽出し、今回提示した関連図に加えたいと考えている。

2. 被災高齢者のエンパワメントに必要な要因

近隣の家族と行き来がある高齢者や、子や親戚等からの手段的、精神的支援を受けている高齢者は、精神面の安定がみられ、自立への意向が高くなっていた。このような現象は多くの事例でみられた。このことは、家族や友人、親戚等の周囲の人たちの中での自らの立ち位置のようなものの確立から始まり、他者との関係の中で役割を持つことが重要であった。このようには地域や家族からの支援は、被災高齢者のエンパワメントにも有効であった。

今回の分析からは、被災直後の状況下において、ピアサポートを受けられる環境づくりが必要であることが示された。今回インタビューを実施した仮設住宅では、入居直後は、集会所が住民たちの拠り所となっており、知り合いに会える場所、また支援物資の配給場所、情報を得る場所として機能していた。

仮設住宅での生活が長期にわたると、集まる場所も集会所のみではなくなり、気の合う仲間と集まるプライベートな場所としての機能は減少していた。仮設住宅入居後 1 年以降は、集会所はイベントのある場所、支援員へ相談をする場所、自治会の本拠地、比較的公的な住民同士の集まりをする場所として機能していた。無償でおかれている健康器具の利用のために訪れる人も多く、その際におしゃべりをするのが、気を遣わなくて良いという声も聞かれた。仮設住宅では他者との距離が近くなり、これまでお互いに知らなかったプライベートな部分のわかり、負担となっている様子がうかがえた。そのため、たまに同席した人と話す程度のお互いに負担とならない人間関係も、寂しさを紛らわすためには重要となっていた。

これらのことから、集会所の役割は、入居 1 年後あたりを境として変化すると考えられる。入居 1 年を過ぎたころから、仮設住宅の生活もそれなりに安定し、支援物資も充足してくる。そして、仮設住宅の自治会を中心として、復興住宅等への移転についての近隣住民での話し合いや自治体への交渉が行われ、ともに仮設住宅で生活している住民での意見調整が必要となる。そのような環境での精神的支援としては、ピアサポートというよりは、支援員や外部からのボランティアの支援が有効になると考えられる。しかし、ボランティアによる支援は、この時期には減少してくる。このことも、今後起こる災害での被災地支援で考慮すべきであると考えられる。

被災地では、復興住宅への移転が進んでいく。ここでも同様の問題が生じると考えられ、本研究の結果からは、住民同士が集まる場（集会所等）の設定と、地域住民以外の精神的な支援者の必要性が示唆された。特に、このような場と支援は、長期にわたり安定して供

給される必要がある。そのためには、自治体による集会所の設置・維持や精神的な支援のシステム作り等が必要となると考えられた。

3. 人生への受容

インタビューでは、自らの人生を振り返り、その肯定的な評価をしている語りが多くみられた。このことは、高齢期の適応に重要と考えられる。人生への受容に関する語りの分析もさらに精緻化し、人生の肯定感がどのように構成されているのか等、具体的に示していきたい。

4. 本研究の限界

前述したように、本分析は途中であるため、今後改変する可能性は大きい。新たなカテゴリーが抽出される可能性もあり、さらに分析を深め、別稿で発表したい。

また、この結果は 1 地域の仮設住宅でのインタビューからの分析であるため、他の被災地であてはまるとは限らない。今後、さらに分析を深めていくためには、別の被災地や、被災地以外の高齢者へのインタビューを行い、本研究での結果との比較検討をする必要があると考えられる。

参考文献

戈木クレイグヒル滋子 (2006) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生み出すまで』新曜社.

戈木クレイグヒル滋子 (2008) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—現象をとらえる』新曜社.

Strauss, Anselm, L. and Corbin, Juliet (1998) Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, Sage Publications.

2-4) 阻害要因としての老年症候群

2-4-1)

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

在宅医療の継続阻害要因としての認知症

研究分担者 神崎 恒一 杏林大学医学部高齢医学 教授

研究協力者 望月 諭 杏林大学医学部高齢医学専攻医

研究要旨

在宅医療の阻害要因を調査することを目的として、①東京都日野市における訪問診療中止理由を調査し、次に②杏林大学病院もの忘れセンターへの相談事例から、在宅介護継続困難における認知症の関与について調査した。①東京都日野市で在宅診療を行った患者 94 例のうち、訪問診療中止は 50 例であり、死亡以外で在宅医療が中止となったケースが 16 例あった。このうち、入院により在宅医療が中止となったケースが 10 例、施設入所により在宅医療が中止となったケースが 6 例あった。施設入所により訪問診療が中止となった 6 例すべてにおいて、認知症が原因となっていた。②杏林大学病院もの忘れセンターに問い合わせのあった相談事例では、入院・入所に関する相談（3.2 症例/月）、受診・受療に関する相談（3.3 症例/月）が多く、在宅医療の継続が困難になった入院・入所に関する相談 19 症例のうち、BPSD のため入院もしくは入所が必要になった症例は 11 例（うち精神科入院 9 例）であった。その他、急性身体疾患のために内科病棟に入院した症例は 4 例であった。以上、訪問診療継続が困難になる理由として、死亡、入院、施設入所が挙げられ、死亡や急性身体疾患による入院以外では、認知症が施設入所、入院の原因の多くを占め、在宅医療継続の阻害要因となっていることが明らかとなった。また認知症で在宅医療継続が困難となるケースでは、BPSD に対する対応困難例が多く認められることから、認知症の早期診断、BPSD に対して介護導入を含む早期介入対策が重要であると考えられる。

阻害要因としての老年症候群 認知症

A. 研究目的

在宅療養患者の多くは、長期間の安定した療養生活を希望しているが、療養生活の維持が困難となる阻害要因について検討した報告はほとんどない。本研究では東京都日野市と三鷹市の在宅医療に関する実態調査から在宅医療継続の阻害要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

(1) 東京都日野市の在宅診療実態調査

研究協力者が H23.4 月から H24.9 月の間に東京都日野市で行った在宅訪問診療症例について、訪問診療中止となった要因について調査を行った。