

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

大橋加奈 陸前高田市民生部健康推進課(名古屋市派遣)



はじめに

陸前高田市は、2011(平成23)年3月11日に発生した東日本大震災において甚大な被害を受け、発災直後から国、自治体、NPO、各種団体などによる多くの支援をいただいた。そうした市内外の支援団体や関係機関と情報を共有・伝達する手段として、同年3月27日に第1回目の保健医療福祉包括ケア会議が開催された。その後も、「陸前高田市のために」という思いから現地に入ってきた多くの支援団体や関係機関との連携を図っていく中で内容は変化しながらも、「保健医療福祉未来図会議」(以下、未来図会議)という名称で、ソーシャルキャピタルの醸成の場として継続している。

ここでは未来図会議の活動を中心に、保健師や支援者の役割・活動の変化、および今後の課題・展望について、災害派遣保健師の立場から振り返る。

陸前高田市の概要

陸前高田市は、岩手県の最南東沿岸部に位置し、県内では比較的温暖な気候と白砂青松の高田松原があり、「岩手の湘南」と呼ばれていた。

リアス式海岸沿岸部では最大の平野部をもち、水田・畑作のほか、山間部では気仙杉・気仙大工の里として知られる農林業、また水産業では気仙川から流れる豊かな栄養による港内でのホタテやカキ・ワカメの養殖等が有名であるなど、恵まれた自然環境を生かしたまちであった。

総面積は232.9 km²、東日本大震災前(2011年2月28日)の人口は2万4246人であった。

東日本大震災における被害

東日本大震災による人的被害は、2014(平成26)年9月時点で、死者数は1556人、行方不明者は207人であり、これは当時の人口の約7%にあたる。また、市職員のうち約25%にあたる111人が犠牲となった。

津波による被害では、2011年2月末の全8069世帯のうち3805世帯(47.2%)が全壊、236世帯(2.9%)が半壊となった。中心市街地であった高田町と気仙町の約85%が浸水被害にあい、最大で1万143人が避難所等での生活を余儀なくされた。

住居については2011年4月から応急仮設住宅が建設され、8月に避難所は閉鎖された。2014年10月からは災害復興公営住宅への入居

が始まっている。市街地はかさ上げ工事の真っただ中で、復興計画では2018(平成30)年度にかさ上げ事業や高台造成事業が完了する予定である。2004(平成16)年の新潟県中越地震では震災後3年2か月で全応急仮設住宅が撤去されたが、陸前高田市では3年8か月経った2014年11月末現在も、応急仮設住宅には4238人の住民が生活をしている。

津波の被害を直接受けていない住民も、親族や友人らを失い、病院や商店がなくなるなど、全住民が被災者と呼べる状況である。

現在の陸前高田市

陸前高田市の2014年11月現在の人口は2万466人、世帯数は7556世帯で、2014年3月末現在の高齢化率が34.69%、2013年の年間出生数は110人であった。

元来、住民同士のつながりの強い地域だったが、津波により「まち」そのものを失った。震災後、避難所・仮設住宅など転々と住居を変えざるをえず、必要最低限の生活が保持されるまでには時間がかかった。現在、被災した住民は自宅を自力再建した者、災害復興公営住宅に入居する者、仮設住宅に残り宅地造成を待つ者など、さまざまな生活を送っている。その過程で、新たな生活場所でのコミュニティづくりを何度も繰り返している。そのため、現在はそうした住民を支援する目的でコミュニティ構築やこころのケアを主とする団体が活動している。

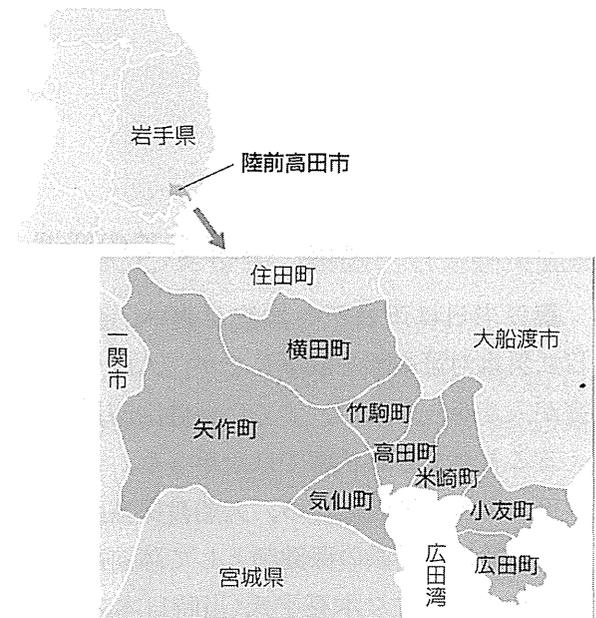
■保健師の配置状況と業務内容

●震災当時

震災前、陸前高田市の保健師の配置状況は下記の通りであった(カッコ内は業務内容)。

- 健康推進課(母子・健康づくり・介護予防)7名

図1 陸前高田市の位置と市内各地区(8地区)の概況



- 社会福祉課(障がい)1名
 - 長寿社会課・包括支援センター(高齢者)1名
- 当初、上記に加えて2011年4月に保健師2名を採用予定だった。しかし、震災により状況は一変した。死亡や行方不明、受傷などにより、震災直後に活動できる保健師は健康推進課の2名のみであった。

●現在(2014年度)

現在は、12名(災害派遣2名含む)の保健師が勤務しており、このうち8名が震災後に採用され、7名が新任期の保健師で構成されている。震災直後から管轄保健所である岩手県大船渡保健所からのサポートがあり、2011年度からは一関市・名古屋市保健師の派遣が現在まで継続している。

現在の12名の配置状況と業務内容は下記の通りである。

- 健康推進課(母子・健康づくり・被災者支援)7名(名古屋市派遣1名含む)
- 社会福祉課(障がい)2名(岩手県一関市派遣1名含む)

- ・長寿社会課・包括支援センター(高齢者・介護予防)3名

未来図会議の歴史

■震災直後から開催に至るまでの経過

震災当日は市役所を津波が襲い、翌3月12日に災害対策本部を設置したが、人的・物的被害が大きかったため、すぐに保健医療体制を整えることができる状態ではなかった。

そのため震災直後から、大船渡保健所が、また震災前に岩手県の保健師として陸前高田市に勤務していた佐々木亮平氏(当時日本赤十字秋田看護大学、現在岩手医科大学)が市に入り、保健チームや医療チームの調整を図った。

当時、市内外から多くの支援団体が入っていたが、それぞれ独自で活動を展開しており、連絡手段も限られていたため、どのチームがどこで何をしているのかがわからず、調整が必要な状況だった。そこで、市全体の保健・医療・福祉の情報を集約する場が必要と考え、佐々木氏の調整や、健康推進課長の呼びかけにより、3月27日に第1回「保健医療福祉包括ケア会議」が開催されることになった。ここに至るまで、会議開催の案内の配布や現場で会った支援者への声掛けという地道な周知が必要だった。

■第1回の内容と未来図会議の変遷

こうして、震災から16日後の2011年3月27日、第1回保健医療福祉包括ケア会議が下記のように開催された。

【目的】関係機関の活動状況の情報共有

【参加団体】市内外からの医療支援チーム、保健支援チーム、福祉支援チーム、市役所民生部ほか

【会場】陸前高田市立第一中学校

【内容】被災状況、各支援団体の活動報告

第1回は大船渡・一関両保健所の会議運営支援を受けて開催し、県保健師が進行・記録などの役割を担った。2011年4月からは佐々木氏の求めに応じて岩室紳也氏(当時公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーションセンター、現在ヘルスプロモーション推進センター・オフィスいわむろ)が加わり、運営に当たった。

その後も定期的に会議は開催され、関係者間のネットワークづくりに大きく貢献した。また、2012年の会議から、復興を踏まえた未来を考える会議として、名称を「保健医療福祉未来図会議」(通称、未来図会議)に変更することとし、現在に至っている。その活動の詳細などは表1に示した。

(参加関係機関や経過の詳細については「公衆衛生ねっと」災害時の公衆衛生*を参照)

■未来図会議の意義

●ソーシャルキャピタルの足掛かり

2012年度の未来図会議では、「はまってけらいん かだってけらいん運動」というスローガンが提唱された。

「はまってけらいん かだってけらいん」という言葉は、陸前高田市を含む気仙地区の「ケセン語」で、「はまって=加わって、一緒に」「かだって=話して」という意味である。被災してコミュニティがバラバラになっていたとしても、「一緒に話をする」ことで心身のケアになり、個人および地域の健康増進へつながり、ソーシャルキャピタルの足掛かりとなる。啓発グッズとして、のぼりやステッカーも作成した(図2)。

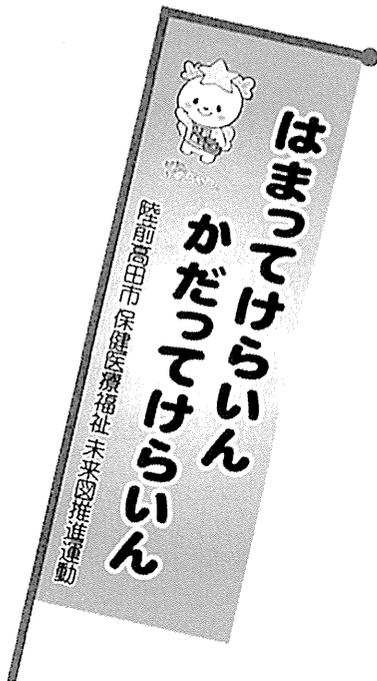
この「はまって・かだって」という思いを未来図会議の中で共有した後は、行政から住民へ、支援団体から住民へ、住民から住民へと浸

* <http://www.koshu-eisei.net/saigai/rikuzentakata.html>

表1 未来図会議の変遷

年度	2011	2012	2013	2014
名称	保健医療福祉包括ケア会議	保健医療福祉包括ケア会議 →保健医療福祉未来図会議	保健医療福祉未来図会議	保健医療福祉未来図会議
頻度	週1回→月2回→月1回 年18回	年10回	年12回	年12回(予定)
目的	関係機関の活動状況の情報共有、企画調整機能	復興を踏まえた未来を考える会議として名称を「保健医療福祉未来図会議(以下、未来図会議)」と変更。	保健医療福祉分野の視点から中長期的な復興に向けた地域全体の望ましい体制づくりの検討。	顔の見える関係づくり、協力・協働し合える関係づくりの強化。 ソーシャルキャピタルへのきっかけづくり。
企画運営	当初は、大船渡保健所、一関保健所、健康推進課職員の三者が協働して事務局を運営して携わっていた。保健支援チームの統括役を保健所ならびに長期派遣保健師が担い、調整をした。 佐々木氏、岩室氏を中心に企画運営	佐々木氏と岩室氏を正式に陸前高田市地域包括ケアアドバイザー(以下、アドバイザー)として迎えた。両氏と協働し、会議の運営を行った。	アドバイザーと健康推進課保健師が内容について調整。具体的なテーマ(子どもや高齢者等)を設定し、行政や関係機関を何をしていくべきかを一緒に報告・検討できるように運営した。	アドバイザーと健康推進課保健師が内容について調整。テーマをもとに市の現状報告をし、グループワークを取り入れ、団体・個人のすべての参加者が発言できるようにした。
内容・成果	各支援団体の活動報告 住民ニーズの把握と共有 関係者の役割分担の確認	個別課題の解決に向け「医療」「高齢者」というテーマの分科会を開催。 「はまってけらいん かだつてけらいん運動」を提案。	未来図会議という名称が定着し、市内外の支援団体とも関係性が深まり、議論できる会議へと変化した。	災害復興公営住宅の課題などの議論に加え、「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」について未来図会議の視点で議論した。
保健師の役割	震災直後は、県内外の保健支援チームが活動し、市保健師と協力しながら健康生活調査や仮設住宅サロンの報告した。住民の声や市政に関する情報を発信し、地域で活動する支援団体や関係者とともに連携、協働していく場として活用。 行政や支援団体の活動を確認し、各チームの活動の調整をした。コミュニティを再生していく時期であり、生活者の視点で地域づくりをしていくことと住民に寄り添う傾聴の姿勢を共有した。	会議の準備・関係機関との調整など、事務局の役割を担い、各支援団体からの活動報告や、市が実施した調査の経過や結果を報告した。今後の予防的な保健活動に結びつける場となっていた。 市民サービスを行っている市内の保健医療福祉分野の関係機関との連携を深めていった。	事務局の役割を担い、アドバイザーと協働して事前に会議の方向性や行政として発信する内容やテーマを検討し、決定していた。 市で実施していた調査の結果報告をし、参加している関係機関と全体で議論する場として活用していた。	事務局の役割を担い、アドバイザーと協働して事前に会議の方向性やテーマについて話し合いをしている。 会議の中でグループワークのファシリテーターと発表者の役割を担っている。 参加者と一緒にテーマについて検討し、直接話をするすることで、顔の見える関係になり、現場レベルで話し合える機会となっている。
課題	現場の状況をどうしていくか、何をすべきかという事に精いっぱい、復興や先を見据えた視点で会議自体の振り返りを健康推進課内で検討はしたが、会議全体として共有するまでに至らなかった。	コミュニティの再生・地域づくりの役割が求められる中、住民への支援をどうしていくかを具体的に検討できる会議としての開催が難しかった。	全体での議論が深まる会議になったが、関係機関での共有にとどまり、住民参加や会議で共有した内容を住民にどう伝えていくかまで至らなかった。	現在の未来図会議の企画・運営はアドバイザーからの支援があり、事務局を健康推進課職員と保健師という限局した状態で進めているが、市として、組織として、住民をどう支援し、巻き込んでいくかを考えていく必要がある。

図2 「はまってけらいん かだってけらいん運動」ののぼり



透できるように、参加者それぞれが活動に取り入れている。そして、会議の中でグループワークを行い、支援者同士の「はまって・かだって」のつながりも大切にしている。

●「情報共有」から「話し、聞き、考える」場へ

開催当初は、「情報共有」をする場として出発した保健医療福祉包括ケア会議だが、各機関の現状を知る場から、全体での議論が行える場となり、現在は関係機関のつながりを継続させ、それぞれの視点で、住民のために何ができるかを自らが話し、聞き、考える場となっている(表2)。

震災後早期に保健医療福祉の連携会議を開催できたことで、強固なつながりができ、内容は変化しつつも復興を見据えた支援を、行政と支援団体が「陸前高田市のために」という思いで考え続けることができている。

表2 未来図会議の具体的内容の例

2014年5月の未来図会議

【テーマ】「男性の未来図」を考える

【報告】

- 市の現状報告
 - ・1人暮らしの男性が震災後に増えている
 - ・サロンに集まるのは女性が多い
 - ・男性はどうすれば社会に入りやすいのか
- 市主催の「男の料理教室」
- 仮設住宅主催「男の料理教室」

【検討内容】

- グループワーク

テーマ：「男性の居場所づくり」

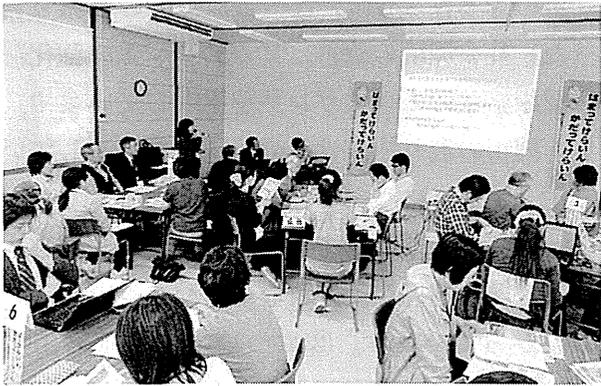
関係機関の取り組みやどういった仕掛けが必要なのか検討

- 検討結果発表
 - ・男性には「役割」をもってもらおうとよい。
 - ・自己研鑽できる・数値化して目に見える活動をする。
 - ・行政や各団体ができる「男性の居場所づくり」を共有し、検討できる機会となった。
 - ・会議後、男の料理教室では参加者たちの自主グループ化を図るなど、今まで参加したことのない方たちへ市の職員以外からもアプローチができた。
 - ・また、ほかの団体から男性の集まる場の情報が寄せられた。

●保健師の役割

震災直後の会議では、市の保健師は、事務局という立場で、アドバイザーの佐々木氏と岩室氏と協働しながら会議を企画・運営しつつ、参加者が活動の中でとらえた住民の声や関係者の報告を聞くことが多かった。現在は、新任期の保健師たちがグループワークのファシリテーターを務め、メンバーの意見を吸い上げ、発表している。保健分野以外の関係者の話を直接聞き視野が広がり、保健師活動の中では得られない住民の声を聞くこともできている。

保健師はこの会議に参加することで、支援団体との関係をつくり、「つながる」「つなげる」「伝える」ことの重要性を学んでいる。今後も住民の現状を伝え合い、行政や各団体が補完し合いながら、復興に向けた体制や取り組みを考える必要があり、関係機関と「はまって・かだ



現在の未来図会議の様子

って」する場でもあるこの会議によって、ソーシャルキャピタル醸成の土俵づくりができると考えている。

未来図会議の課題・今後の展望

●課題①陸前高田市の組織としての会議運営

現在の未来図会議の企画・運営はアドバイザーと協働し、事務局を健康推進課職員と保健師の限局した状態で進めている。保健師の力だけでは及ばない、組織としての取り組みへ変換していくことが今後の課題と考えている。復興計画や「ノーマライゼーションという言葉のいらぬまちづくり」と連動し、新たなまちづくりを進めていきたい。

●課題②市民との協働

継続開催してきたことで、関係機関と顔の見える関係ができ、住民のために何が必要で、どうしていくべきかを考えるうえで、お互いに刺激し融合し合える関係になっている。しかし、現時点ではまだ市民の参加は少ない。そこで、行政や関係機関が市民の活動の場に出向き、地域力の向上・つながりの強化の方策をともに考え、共有し、実践する場をつくりたいと考えている。

おわりに

陸前高田市は東日本大震災で壊滅的な被害を受けた自治体の1つである。人的・物理的被害が大きく、住民が安定した生活を送るにはまだまだ時間がかかる。

2014年4月から自治体派遣保健師として市の保健師活動を行う中で、住民は笑顔で私を迎えてくれることが多い。つながりの強い地域のため、みんなが「家族」であるかのような自然な「支え合い」が浸透している。

震災後から継続している未来図会議も関係機関がつながる場となっている。地域支援をしていくために各機関の強みを生かし、補完し合うことで地域と同じように「支え合い」の関係ができつつある。復興していく陸前高田市のために、そして住民自らが自分の健康を守れるように、ソーシャルキャピタルの足掛りであるこの「支え合い」が永く続いてほしいと願っている。

今回、災害派遣保健師という立場から「未来図会議」を振り返るにあたり、震災直後の記憶を紐解いてくれた方もいた。携わった多くの方からご助言いただき、深く感謝する。そして、陸前高田市の職員として、多くの関係機関・団体・個人が支援に来てくださり私たち職員を勇気づけ奮い立たせてくれたことに、心より感謝申し上げます。

大橋加奈 ●おおはし・かな

陸前高田市民生部健康推進課

〒029-2292 岩手県陸前高田市高田町字鳴石 42-5

事例へのコメント

東京大学大学院医学系研究科 近藤尚己

災害復興期には、組織同士の連携にもとづく橋渡し型のソーシャルキャピタルが重要になります。資源にも時間にもゆとりがない状況でも、関係者が定期的に集い、顔の見える関係がで

きていけば部署間の調整が進みやすくなります。

しかし、陸前高田市の未来図会議は、顔の見える関係づくりにとどまるものではありません。災害復興には、関係各機関が主体的に力を発揮しつつ、効率よく公正な意思決定が進む仕組み、すなわち「ガバナンスの強化」が必要です。これまでの成果を見る限り、未来図会議は復興のためのガバナンス基盤として見事に機能しています。

陸前高田市の取り組みは、災害復興にかかわらず、普段の保健活動にも重要な示唆をもたらしています。第1に、社会環境の改善によるポピュレーション・アプローチの重要性が示されています。「はま・かだ運動」は、今や保健所も積極的に推進し、隣接自治体にも広がっています。このような交流と助け合いの規範づくりの成果が、フォーマルな組織間連携の基盤となっているのだと思います。

第2に、健康格差への対応の好事例であることです。WHO「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書では、健康格差対

策の3本柱として、①（健康以外の要素も含めた）社会環境の改善、②ガバナンスの強化、③健康格差のモニタリングを提唱しています。

同市の取り組みはこのすべてを満たしています。①と②については、前述の通りです。未来図会議のような場での関連機関同士の調整や優先課題の把握が、公正なまちづくりの推進につながっています。③について、陸前高田市では、震災後、同市が支援者とともにやってきた「健康生活調査」のデータを活用した地域診断が行われています。これには複数の大学が関与していますが、これも未来図会議という場があったために実現した連携でした。

被災前の2010年、陸前高田市の女性の平均寿命は県下第1位でした。市役所はもちろんのこと、地域での健康づくり活動に積極的な県立高田病院をはじめ、多くの関係者、関係機関がこれまでソーシャルキャピタルを築き上げてきました。それを最大限に活用し、次は男女ともに1位をめざすような、“攻め”の復興対策が進むことを期待します。

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

Pocket Drugs 2015

監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

●A6 頁1218 2015年
定価：本体4,200円＋税
[ISBN978-4-260-02030-5]

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

平成26年度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）
「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」
(H26-医療-指定-003(復興))

研究2：被災地など、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制の構築

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

- ①訪問介護事業所の地域連携に関する調査
- ②訪問看護ステーションの地域連携に関する調査

平成27年3月

東京都健康長寿医療センター研究所
立教大学

はじめに

平成 24 年度から始まり 3 年間続いた本研究も、今年度で最終年度となりました。被災地の高齢者のニーズは時間の経過と共に変化してきており、その時々々のニーズを適切に把握し、支援のあり方を考えていく必要があります。このような観点から、平成 24 年度は岩手県・宮城県・福島県（以下、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在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査を行い、平成 25 年度は被災 3 県の居宅介護支援事業所を対象として在宅生活のための医療と福祉の連携に関する調査を実施しました。

そして今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る訪問介護事業所と訪問看護ステーションを対象とした地域連携に関する調査を実施しました。本研究の結果が地域包括ケアの促進に資することを期待しております。また連携に関する調査なので、ケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所など、他のサービス提供機関も参考に頂くことができると考えます。

調査の実施に当たっては、多くの訪問介護事業所と訪問看護ステーションの皆様のご協力を頂き、この度、報告書を出すことができました。ご協力頂いた皆様に心よりお礼を申し上げます。本調査が被災地の地域包括ケアの促進に資することを願ってやみません。

最後になりましたが、被災地の一日も早い復興をお祈りいたしております。

平成 27 年 3 月

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部 部長 三浦久幸

目 次

はじめに

目次

第1章 調査の概要	1
1. 調査の目的	3
2. 調査の対象・方法と回収率	4
3. 倫理的配慮について	4
4. 集計について	4
5. 謝辞	5
6. 研究組織	5
第2章 提言	7
1. 提言	9
第3章 調査結果	13
1. 訪問介護事業所調査編	15
①基本情報	17
②地域について	25
③地域連携	27
④サービス提供について	31
⑤自由記述	47
2. 訪問看護ステーション調査編	55
①基本情報	57
②地域について	64
③地域連携	66
④サービス提供について	70
⑤自由記述	88
3. 連携について	93
①連携14項目と連携の評価	95
②連携評価得点	98
③まとめ	99

資料 1	単純集計	101
	①訪問介護事業所調査編	103
	②訪問看護ステーション調査編	107
資料 2	調査票	111
	①訪問介護事業所用調査票	113
	②訪問看護ステーション用調査票	117

第1章 調査の概要

1. 調査の目的

東日本大震災が発生してから4年が経過し、復興の課題も時間の経過と共に変化してきている。厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進事業）の「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」は平成24年度から始まったが、初年度の調査実施時期は震災から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。換言するならば、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た時期でもあった。

そこで平成24年度は、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）において、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として、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おいて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¹。

そして2年目となる平成25年度は、調査実施時期が被災から2年半を経過していること、被災3県には元々医療機関が少ない地域があること、市町村・社会福祉協議会・地域包括支援センターに対する調査を実施していることなどを踏まえ、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、被災3県の居宅介護支援事業所に対する医療と福祉の連携に関する調査を実施することとした。

その結果、地域包括支援センターとの連携が上手くいっている事業所の方が、高齢者の健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活継続を継続しやすいことが明らかとなった。また事業所に看取りを経験した介護支援専門員がいると、地域に医療機関の数が十分でなくても高齢者の健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活の継続し易いことなどが明らかとなった。さらに地域のソーシャル・キャピタルの影響を調べたところ、住民同士の交流が盛んである地域、近所の助け合いのある地域、祭りが盛んである地域などで、高齢者の健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活の継続し易いことが明らかとなった²。

そして3年目である今年度は、地域包括ケアにおける中心的課題の一つである医療と介護の連携の実態と促進の要因を明らかにするために、被災3県の全訪問介護事業所と全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。なお、本調査を実施することにより、特に訪問介護と訪問看護の連携の実態と、連携を促進するための要因を明らかにすることが期待される。

¹ 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。

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『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。

2. 調査の対象・方法と回収率

岩手県・宮城県・福島県の全訪問介護事業所 1,307 ケ所（岩手県 316 ケ所、宮城県 502 ケ所、福島県 489 ケ所）と、全訪問看護ステーション 322 ケ所（岩手県 85 ケ所、宮城県 115 ケ所、福島県 122 ケ所）の合計 1,629 ケ所を対象とした郵送調査を行った。なお、調査対象の訪問介護事業所と訪問看護ステーション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 26 年 9 月 24 日～10 月 10 日にかけて実施した。調査内容は基本情報、ソーシャル・キャピタル、訪問看護ステーション／訪問介護事業所との連携³、地域の社会資源の整備状況、高齢者の健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続などである。基本的に訪問介護事業所用の調査票と訪問看護ステーション用の調査票の調査項目を同じにすることにより、両者の比較をできるように工夫した。詳細は資料編の調査票を参照して頂きたい。

調査票の回収数は訪問介護事業所 489 票（37.4%）、訪問看護ステーション 145 票（45.0%）であった。ただし、事業所が休止中などの理由で、訪問介護事業所 14 票、訪問看護ステーション 2 票を無効票としたため、本報告書では訪問介護事業所 475 票（36.3%）、訪問看護ステーション 143 票（44.4%）を分析対象とした。なお県別の有効回答率は岩手県 [訪問介護事業所 126 票（39.9%）／訪問看護ステーション 38 票（44.7%）]、宮城県 [訪問介護事業所 167 票（33.3%）／訪問看護ステーション 46 票（40.0%）]、福島県 [訪問介護事業所 181 票（37.0%）／訪問看護ステーション 59 票（48.4%）]⁴であった。

3. 倫理的配慮について

本研究計画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を受け、承認された上で実施した。なお、調査票において訪問介護員・訪問看護師や利用者・家族などの個人情報については収集していない。

4. 集計について

- ①集計結果は四捨五入の関係から、合計が 100%にならないことがある。
- ②グラフ・表の選択肢などの表記については、レイアウトの都合上、調査票の通りではないことがある。詳しくは資料編の調査票を参照されたい。
- ③訪問介護事業所を「事業所」、訪問看護については「訪問看護」あるいは「ステーション」と略して記載している場合がある。
- ④自由記述については、固有名詞・誤字脱字などの修正や用語の統一など部分的な修正を行う

³ 訪問介護事業所調査では、訪問看護ステーションに限らず、病院・診療所の訪問看護との連携も含めて回答を求めた。

⁴ 訪問介護事業所 1 票について、県名は無回答であった。

ている場合がある。

5. 謝辞

ご多忙の中、調査にご協力頂いた訪問介護事業所と訪問看護ステーションの皆様に深謝いたします。

本研究は『平成 26 年度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）「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」（H26-医療-指定-003（復興））』を受け、実施した研究の成果の一部である。

6. 研究組織

研究代表者：大島伸一（国立長寿医療研究センター・名誉総長）

訪問介護事業所の地域連携に関する調査・訪問看護ステーションの地域連携に関する調査 担当者

総括：三浦久幸（国立長寿医療研究センター・在宅連携医療部長）

菊地和則（東京都健康長寿医療センター研究所・研究員）

三澤仁平（立教大学社会学部・助教）

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）

第2章 提言

1. 提言

地域包括ケアの要は医療と介護の連携の成否にあると言っても過言ではない。そこで医療と介護の連携において中心的な役割を果たす訪問介護事業所と訪問看護ステーションの連携に影響する要因と、連携のあり方が要介護高齢者等の在宅生活継続や自立支援に与える影響を明らかにすることを目的として、岩手県・宮城県・福島県（以下、被災3県）の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実施した。この調査結果から両者の連携を促進するための方策を示すことができると考える。ここで調査結果から、上記の目的に資するための提言を出したい。これらの提言が地域包括ケアにおける医療と介護の連携を促進し、要介護高齢者等の在宅生活継続や自立支援に資することができれば幸いである。

なお、本調査は調査票による郵送調査で実施したものであるが、訪問介護事業所では4割近く、訪問看護ステーションでは4割以上の回収率を得ることができた。郵送調査としては高い回収率であるが、半数以上の事業所・ステーションからは調査票の返送は無かったため代表性には一定の限界があるのでご了承頂きたい。

本研究の結果から、地域高齢者のより良い在宅生活のために、以下のような取り組みが必要と考えられる。本調査は訪問介護事業所と訪問看護ステーションを対象としたものであるが、これらの提言を実現するためには県、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等などの協力が不可欠である。これらの提言を実現するために訪問介護事業所や訪問看護ステーションを支援していくことが求められる。

- ① 専門職の連携を促進しよう
- ② 在宅での看取りに積極的に取り組もう
- ③ 地域コミュニティづくりに取り組もう

① 専門職の連携を促進しよう

今回の調査の特徴は訪問介護事業所と訪問看護ステーションに対して、連携に関する同じ質問をしたことにある。訪問介護事業所が連携している訪問看護ステーションは1～3ヶ所が多く、その数は比較的少なかった。それに対して訪問看護ステーションの場合は連携している訪問介護事業所の数が10ヶ所以上もあるなど、訪問介護事業所に比べてその数が多かった。連携相手が異なると連携の仕方も異なる可能性があり、連携先が増えるとそれだけ連携が難しくなることもあるだろう。

しかし、今回の調査から医療と介護の連携を促進するための要因が明らかとなった。調査では連携に関する14項目（訪問介護：問12、訪問看護：問11）について聞いたが、ほとんど全ての

項目において、これらが上手く行っていると連携（訪問介護：問 13、訪問看護：問 12）が上手くいっていた。

また、14 項目の①～④と⑤～⑧は同じ内容について自らが行っているか、相手が行っているかを聞いたものである。そこで①～④の合計得点と⑤～⑧の合計得点を算出し、自らの連携と相手の連携のどちらを高く評価しているかにより、連携の評価が異なるかをみた。その結果、訪問介護事業所と訪問看護ステーションの両者とも「得点差なし」、つまり両者の連携を等しく評価していると連携が上手く行っているという回答が多くなっていた。

連携とは相互依存的な協働と考えられ、どちらか一方だけが働きかけても成立しない。つまり、お互いに相手の業務内容を理解し、必要な情報の授受などを行うことにより初めて成立する。そのため、両者が等しく連携の取り組みを行っていることが連携の評価を高めたと考えられる。

連携に情報の共有は必須であるが、情報の共有だけでは不十分である。連携相手の業務内容を理解し、何を求めているのかを知り、そして必要としているものを提供することが連携を促進することにつながると考えられる。そのためにも、地域で多職種が参加する研修・勉強会、事例検討会などを開催するなど、両者の相互理解を深めていく取り組みが求められる。

② 在宅での看取りに積極的に取り組もう

高齢者は健康状態の悪化や機能低下をきっかけに入院・入所などして在宅生活の継続を断念することがある。今回の調査では、訪問介護事業所と訪問看護ステーションの両者とも、連携の程度と健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続に関連は無かった。

一方、健康状態悪化・機能低下時の在宅生活の継続と関連があったのは、訪問介護事業所の在宅での看取りを経験したサービス提供責任者・訪問介護員の有無であった。この点については、平成 25 年度に実施した岩手県・宮城県・福島県の居宅介護支援事業所を対象とした調査においても同様の結果が出ている¹。

居宅介護支援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、高齢者の健康状態悪化・機能低下時にも在宅生活の継続が「できる」という回答が有意に多く、また、医療機関の整備状況が「あるが少ない」地域でも、看取りの経験がある介護支援専門員のいる事業所の方が健康状態悪化・機能低下時でも在宅生活の継続が「できる」という回答が多い傾向があった。

多くの訪問看護ステーションは在宅での看取りを経験している。一方、訪問介護事業所では在宅での看取りを経験しているところは限られていた。訪問介護事業所も積極的に在宅での看取りに取り組んでいくことにより、高齢者の在宅生活の継続に資することができると考えられる。

¹ 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。

③ 地域コミュニティづくりに取り組もう

地域包括ケアシステムで重要な要素は「地域」である。地域に居住する高齢者の在宅生活を充実させるためにも、いかに住みやすい地域を構築していくのが重要である。本報告書における訪問介護事業所対象調査の結果から、住民の交流が盛んで近所の助け合いが行われている地域にあり、訪問看護との連携がうまくいっている訪問介護事業所は、高齢者の自立支援に大きな効果を持つことが示された。

また、住民による近所の助け合いが行われている地域にあり、訪問看護との連携が上手くいっている訪問介護事業所は高齢者の健康状態が悪化したり、機能低下したときでも十分に在宅生活を継続できると回答している。これは地域住民によるみまもり機能が働いていることが大きな要因だろう。さらに、訪問看護ステーション対象の調査結果からも、住民同士の交流といったソフトの要因ばかりでなく、買い物しやすさや交通の便、通院しやすさなどの地域における構造要因が、高齢者本人ではなく、その家族介護者との関係性を向上させることが明らかになった。介護を必要とする高齢者本人ばかりでなく、その家族介護者までも包括的にケアできるには、多職種による連携はもちろんのことではあるが、地域における構造やソフト面を活性化した地域コミュニティづくりが求められると思われる。

だが、気をつけなければいけないのは、助けあいあふれる人間関係のゆたかな地域コミュニティは一朝一夕で醸成されるものでは決してなく、ましてや外在的にはたらきかけるものではないという点である。したがって、高齢者の自立支援や在宅療養の継続をはかるためには、訪問介護事業所や訪問看護ステーションにとっては担当している地域コミュニティにおける近所づきあいなどの特徴をまずはよく知ること、自治体や地域包括支援センターにとっては、こちらからはたらきかけるのではなく、住民自身による地域コミュニティづくりを支えることが望まれる。

第 3 章 調査結果