

平成 25 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)

**事業実施報告書**

(事業区分番号) 第 2

2 被災地における地域包括ケアのあり方に関する調査事業

**被災地における地域包括ケアの創造的な展開と  
システム化への支援策に関する調査研究事業**

平成 26 年(2014 年)3 月

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

## 【目次】

はじめに

調査研究の目的

成果の概要

### 分析編

#### I 被災地における地域包括ケアへの基礎条件

I-1 自治体調査から

I-2 事業所調査から

I-3 福島県内自治体の状況（東北厚生局提供資料）

#### II 事業者による顕著な取り組み

II-1 釜石市平田仮設団地サポートセンター

II-2 石巻市福祉仮設住宅「あがらいん」

II-3 石巻市ぱんぷきん株式会社

II-4 医療法人真正会

#### III 地域包括ケア推進構想の事例分析－類型比較と要因分析－

III-1 釜石市の事例－「釜石市地域包括ケアを考える懇話会」『提言』－

III-2 石巻市「石巻市地域包括ケア推進協議会」の『石巻市地域包括ケアシステム推進計画書（基本構想）』

III-3 地域包括ケア構想とその具体化に影響を及ぼす諸要因の推定

#### IV 被災地における地域包括ケアへの取り組み

IV-1 『介護経営の復興－再生とイノベーション－』

IV-2 『被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望』

IV-3 論点の整理

### 提言編

#### V 被災地における地域包括ケアへの支援策と被災地以外への一般化の条件

V-1 求められる支援策

V-2 一般化への条件

V-3 「地域包括ケア推進支援機構」の構想

### 資料編

1. 自治体調査結果

2. 事業所調査結果

3. シンポジウムにおける事例報告に関連する資料

(1) 2013年7月7日 シンポジウム

(2) 2013年11月24日 シンポジウム

### 調査研究の実施体制



## はじめに

東日本大震災から3年が経過した。しかし東北3県の復興はまだもどかしい状態が続いているとの感を否めない。他方、現地の介護関係者、医療関係者、地元自治体は元より、全国からの支援団体・個人による、まさに頭の下がる思いの努力も大いに評価すべきである。こうした基本的認識の下、日本介護経営学会は、東北にかかわりの深い理事と会員を中心におく協力体制を築き、平成25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）「被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究事業」を遂行し、ここに報告書を取りまとめた。

本報告は、①「被災地における地域包括ケアへの基礎条件」の明確化、「事業者による顕著な取り組み」の解説、「自治体を単位とする計画化」の類型比較、「被災地における地域包括ケアへの取り組み」の展望からなる分析編、②「被災地における地域包括ケアへの支援策と被災地以外への一般化の条件」を取りまとめた提言編、③書面調査・現地調査・聞き取り調査、ならびに石巻市において開催したシンポジウム（本学会と石巻市の共催・宮城県後援）と、東京都において開催したシンポジウムのプログラム等を示した資料編、および冒頭におかれた成果の概要が主な内容である。

わが国では、団塊の世代が全員75歳を超える2025年を目標年におき、国策として地域包括ケア体制づくりが進められている。地域包括ケアシステム概念は、第186通常国会で審議中の『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案』においても重要な位置を占める。なかんずく、高齢化が全国平均にはるかに先行し、災害によって弱められた提供体制について機能上の統合が強く求められる被災3県においては、地域包括ケア体制が他に先んじて構築されなければならない。この事業報告では、地域包括ケアシステム論の核をなす概念である「自助」「互助」「共助」「公助」などを駆使し、また適切な仮説の設置を通じて、政策的な支援策や一般システム化に向けた可能性を検討する際に基礎となる要因の解明を行った。

日本介護経営学会によるこのような研究が、東北被災3県の復興の一助となることはもちろん、研究面及び実践面での一般化に役立つものと確信する。

平成26年3月  
日本介護経営学会会長  
田中 滋



## 調査研究の目的

本調査研究の目的は、東日本大震災被災地において、サポート拠点、仮診療所、福祉施設住宅などを中心に創造的かつ多様な方法で展開している地域包括ケアの事例を分析し、今後の地域復興を見据えた支援策のあり方を検討するとともに、被災地以外への一般システム化への可能性を検証することにあつた。

## 成果の概要

本調査研究では、所期の目的に沿って、先行調査やメディア等でこれまで指摘されることのなかった被災地における「地域包括ケア」をめぐる状況や課題が構造的に把握された。また、政策的な支援策や一般システム化に向けた可能性を検討する際に基礎となる要因を解明することができた。あわせて、「地域包括ケア」推進を全国一元的に技術支援するための何からの機構の創設を提言することとなった。

本調査研究では、岩手、宮城、福島三県の沿岸部自治体を対象にした書面調査、釜石圏と石巻圏の医療・介護事業所を対象にした書面調査、好事例の現地調査、それに東北厚生局所管部への聞き取り調査を実施した。

書面調査は、自治体調査が東北三県の津波・原発事故の被災 42 市町村（岩手県 12、宮城県 15、福島県 15）に依頼し、有効回答の回収数は 17、回収率 40.5%であった。事業所調査は当初計画で 300 サンプルを予定していた。その数字内の最大値で地域比較が可能な釜石圏と石巻圏に絞り、圏内のすべての医療機関ならびに指定介護事業所 268 か所（病院・診療所 113、介護事業所 142、仮設サポート拠点 13）に依頼した。有効回答の回収数は 56、回収率 20.9%であった。釜石圏と石巻圏に絞り込んだ理由は、沿岸被災地域で両圏域のみが地域包括ケア推進を目的とする具体的な地域計画を官民連携の下で策定しているからである。事例調査は、当初計画の 10 か所に対し応諾のとれた事例は 5 か所、応諾率 50%であった。また、東北厚生局健康福祉部への聞き取り調査の際に、同局で予め蒐集済みであった福島県沿岸自治体における介護資源の被災・復興状況と地域包括ケアに関する方針についての情報の提供を受けることができた。

被災地域で地域包括ケアを進めている医療・介護分野のリーダーからその考え方や課題を直接報告してもらう機会として、7月に東京（東洋大学）と11月に石巻（石巻専修大学）において地域包括ケアと介護イノベーションに関するシンポジウムを開催した。発題者は、現地の最前線から、釜石市の「のぞみ病院」医師、平田サポートセンター受託者のジャパンケアサービス社長、大船渡市の医療法人兼社会福祉法人理事長、石巻市の開成仮設団地の市立病院仮診療所長、福祉仮設住宅「あがらいん」受託 NPO 理事長、前石巻日赤病院職

員で宮城県災害医療コーディネーターの医師、仮設団地自治推進組織会長、市医師会在宅医療部会長、支援側から、日本作業療法士協会常務理事、全国デイ・ケア協会会長、東京大学高齢社会研究機構特任教授、政策側から厚生労働省政策統括官であった。

被災地の行政・事業者の置かれた状況や調査技術上の条件制約から、回収率、応諾率ともにやや低調ではあったが、サンプルデータの分布バランスや回答内容の精密さ、自由記述の質、聞き取り調査に応じた事例の先進性、現場の実態と国の政策や関係組織の支援とをつなぐ形での構造的なエビデンスの組み立てができたこと等を考えると、蒐集されたデータは以下の結果を導くに十分な質を有するものであった。

#### (1) 地域包括ケアの基礎条件

(a) 行政・関係事業者の「地域包括ケア」の認知度や理解している内容には濃淡や多様性がある（地域包括ケアについて、「協議会や協力組織が既にできあがっている（33.9%）」「協議会や組織の設置が検討されている（16.1%）」「考え方そのものが関係者に理解されているとは言えない（16.1%）」）。全体として、勉強は進めているが担当組織や職員の配置にまでは至っていない（「法人・事業所内で勉強を進めているところである（23.2%）」「推進のために人員・役割を割いている（1.8%）」）。その中で、地域内に大震災前からの在宅医療や保健・医療・介護連携の実績が存在する場合には、その経路の延長上に、被災者のニーズ実勢やその変化の見通しに沿った現実的で創造性あるシステム構想がつけられることが確認できる。逆にそうした経路なしに外発的に持ち込まれた構想づくりが進んだケースでは、先進モデルの模倣や外部識者への依存度が高まり、地域の実際の復興課題から遊離した構想となっている。前者の場合には多様な主体の間に展開する自発的な協力・連携を信頼し、地域内の多様で重層的な連携を緩やかに統合化するという特徴が確認されるのに対して、後者では、行政計画による執行管理型の硬直性が見られる。この基礎条件の相違は、システムがどのような機能をどの程度発揮することになるのかという予見性に影響を及ぼすと思われる。

(b) 被災者の生活・心身状態の認識や支援ニーズの把握において行政と事業者との間に大きな離れが存在する（保健・医療・介護・福祉関連の各資源の量的不足感について、「不足はない」との回答が自治体調査では 23.5%～35.3%の項目が8割を超えて多いのに対し、逆に事業者調査では同 8.9%以下の項目が7割以上を占めており、非常に少ない）。そのため、サービスや専門人材の不足感の認識にも深刻なへだたりが生じている。また、不足人材について、行政は医師・保健師の不足を強調するが（不足している専門人材「医師（25.5%）」「保健師（11.8%）」）、医療・介護の事業者は、むしろ相談支援人材や連絡調整要員といった現物サービスをロジスティックに支える人材の不足を強調している（不足している専門人材について「介護支援専門員（30.4%）」「他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員（23.2%）」の一方、「医師（19.6%）」）。

(c) 介護サービスを必要とする住民が増加の一途にあり、介護ニーズについても医療や心

理・相談援助と一体的なサービス構築が求められるような深刻さを増している（「医療と介護の専門サービスが連携して対応・解決されなければならない問題が増えている（50.0%）」）。予防重視や回復重視といった単線的で近視眼のアプローチに限界を感じるサービス提供事業者が増えている。民間の良質な事業者の新規参入や新規サービスの創造を促すような制度運用や支援措置が必要になっている。他方、保険者側には給付の増加を抑制する動きや新規参入への規制を強める動きが観られる。復興過程の段階を追って課題に深まりを見せつつ進行する医療・介護ニーズに、迅速かつ効果的に対応する仕組みとしての地域包括ケアという共通の目標を、関係当事者全体で共有することを促すような取り組みが全般に低調である。

## （2）現状・課題

(d) 上記(a)の条件を反映して、釜石市では、震災前から存在した事業者間協力の枠組みを基盤に、民間主体で「地域包括ケアを考える懇談会」を立ち上げ、被災者支援を前面に官民協力で既に取り組みされてきた被災者支援・在宅生活支援の実践を地域全体で緩やかに統合させるための『復興を内包した地域包括ケアのまちづくり』構想を早期に策定公表した。これに対し、在宅医療の伝統が比較的脆弱で、民間事業者の参入も比較的低調な石巻市では、市が先導的に復興庁の補助事業を活用する形で団体・組織による協議会を設置し、次期の高齢者福祉・介護保険事業計画に記載する地域包括ケアの方向性を定める基本計画として「地域包括ケアシステム推進計画」が策定された。その内容は、「地域包括ケア研究会」の報告書の基調を踏襲し、いくつかの先進事例の視察から得られたヒントを盛り込んだ中身になっている。被災した石巻市立病院の再建と地域包括ケアのシステム化との関連性も、再建計画との整合性や「連携強化」といった一般論に留まっている。

(e) 「自助」での自力生活再建が困難な被災者が、仮設住宅居住者か在宅居住者であるかを問わず層的に増大している。コミュニティの自発的な支え合いという意味での「互助」も不安定で、期待可能性の高い安定的なネットワーク資源にまでは展開していない。医療・介護サービスは悪化を食い止める消火活動の段階にある。地域内でのサービスのトリアージや緊急性・優先性に応じた調整の機構を早急に整備することが課題となっている。地域包括支援センターのケアマネジャーが調整機能を担うことは、業務量としても、業務の難易度からも現実的ではないことから、在宅医をコアに訪問看護・介護系の介護事業者が小規模な範囲ネットワークを組織し、ITの活用などでユニットコストを下げながら調整的なサービス提供を実施している事例なども出てきている（顕著な事例として、在宅介護事業者「ばんぷきん」が参加している医療法人社団鉄祐会祐ホームクリニックの石巻圏における在宅介護事業者とのネットワークがある）。また、相談援助、経済的支援、医療保険・介護保険の制度内のサービス、選択縁に基づく帰属集団内での相互の支え合いなど、いわゆる「四助」の包括的で最適な組み合わせによる支援サービスを提供している事例（NPO法人 CLC 福祉仮設住宅「あがらいん」の取り組み）などが、ブレイクスルーの試みとして注目される。



(f) 事業者への書面調査から、医療・介護事業所による専門的ボランティアの活用が進んでいるとともに、地域外からのNPO、ボランティア、民間事業者との連携協働も進んでいることが明らかになった（「ボランティアの協力や支援を受けた（51.8%）」の内、33.9%の事業者が「外部のNPOやボランティア」の支援を、23.2%の事業者が「専門事業者や職能団体派遣のボランティア」の支援を受けている。）。聞き取り調査においても、対象5事例すべてが、地域外から参入した人的・組織的主体によって担われたり、サポート体制が組み立てられたりしたケースである。すなわち、主体・資源・情報は開放的なネットワークから持ち込まれ、それが地域的課題の解決に知的な解答を提供するという“開放的な地域包括ケア”が実践されはじめている。

(g) 営利企業であるか非営利組織であるかを問わず、民間事業者の保有ノウハウやサービスの創造性が際立っている。制度からの発想ではない柔軟な思考方法、地域内の秩序に囚われずにオープンな資源連携や情報共有を弾力的に図ることのできる経営の機動性、それを基にした即戦的ノンリニア・イノベーションのスピード感、営利事業でありながらも社会的ミッションに対し強いボランティアリズムを発揮する社会貢献力など、総じて、民間事業者の地域包括ケア推進におけるリーダーシップが際立っている。地元行政の計画指向の秩序感と衝突する場合もあるが、他方、行政が民間営利事業者からのプロポーザルに応じて積極的に導入・活用している事例（釜石市平田サポートセンター）もある。地元法人優先、社会福祉法人優先の慣例から脱却することは、様々な要因・事情から簡単なことではないが、そもそも地元地域内での資源調達力に限界がある状況の下で、公開性の高い方法で民間事業を積極的に活かすことが課題となっている。

### （3）支援策

(h) 地域包括ケアのシステム化においては、それぞれの地域に相応しい構想の自由度が必要であるが、法制上のシステムである以上、医療・介護サービスの普遍的保障ならびに最低生活水準の保障といった福祉的規範の縛りが働く。そのため、地域の自由度は普遍的保障の原則や規範体系から逸脱するようなものであってはならない。地域包括ケアの仕組みを通じて提供されるべきサービスの参酌標準について、技術的指導や助言を行い、専門的評価機能を提供するための支援策の整備が必要となる。自治体を対象とした書面調査においても、そのような支援策が望まれている（地域包括ケアを推進するにあたって必要な支援（複数回答）について、「専門技術的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組みが必要（25.0%）」が最も多い）。

(i) 事業者への書面調査や事例分析（石巻市立病院開成仮診療所、石巻福祉仮設住宅「あがらいん」、釜石平田サポートセンター）を通して、地域包括ケアの推進には、医療・介護の現物サービスを提供する仕組みだけではなく、利用者・家族の生きづらさを分析してサービスにつなげる相談支援人材や、専門機関や事業者間を調整する役割を担う人材が必要であることが明らかになった（（1）地域包括ケアの基礎条件の（b）記載の不足人材状

況の内、「介護支援専門員（30.4%）」「他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員（23.2%）」)。そのような地域包括ケアをシステムとして運営するためのソーシャルワーク人材の育成・配置に係る支援策の検討が必要である。

(j) 一般的に上質なサービスの提供量を増やすための対策が緊急に必要である。そのためには、事業参入のあり方について多様性を拡大し、社会福祉法人の共同事業や異なる種別の法人組織間での提携事業、あるいは外部事業者によるモバイル型サービスや、サービスへのアクセシビリティ向上やサービスのユニットコストを低減させるためのIT化の推進など、特区制度の積極活用も含めた制度基盤の整備が求められる。

#### (4) 一般システム化

(k) 被災地における地域包括ケアの取り組みから、被災地以外へ一般化できる成功要因を抽出すると次のようになる。

- ・保険者である自治体の事業者指定や給付管理の権限が民間事業者の参入の障壁とならないような運用の仕組みが必要である。地域包括ケアをシステム化する場合に不可欠な民間事業者の事業構想力やノンリニアなイノベーション力を最大限に活かすために、民間参入に対して制度運用の中立性を確保することが重要である。

- ・行政による統合ではなく事業者間の多様な連携と範囲ネットワーク間の重層的な連携のシステム化を促すことが重要である。事業者間の多様なネットワークづくりは自律的に進むものであるから、行政は情報プラットフォームの構築や制度情報の迅速・適切な提供、人材確保への技術的支援などの基盤整備を通じて自律的ネットワークングを支援していく必要がある。

- ・医療・介護ニーズは生活条件や人間関係のあり方といった社会・経済的要素と結びついている。ニーズの本質を見出し、サービスにつなぐ調整機能や医療・介護の連携調整の役割を担いうる高度なソーシャルワーク人材の育成と配置が重要である。とくに、利用者が介護サービスの自分にとっての必要性を認識し、受容していくにあたり、その場にある人間関係を専門サービスの円滑な実施へのストレングスとして活用して成功した医療法人真正会によるモバイルデイケアの経験や、仮設住宅の要支援者に対しソーシャルワーカーを入りに在宅医療を届ける方法を開発した石巻市立病院開成仮診療所の経験は、被災地以外にも一般的に活かされるべき知見であると思われる。医療・介護サービスはサービスの現物提供とそれを担う直接要員だけでは地域のニーズ実勢に対して適正に機能しないことを示している。

- ・サービスの連携は関係当事者間における情報の統合化や分散防止の仕組みによって担保される。同時に、情報の共有化は、情報プラットフォームの参加主体全員に公開で公平に運用される仕組みでなければ、レントシーキング（レント＝参入が規制されることによって生じる独占利益や、寡占による超過利益）の防止効果を発揮できなくなる。情報プラットフォームの最適な管理体制については今回の調査研究では解明できなかったが、少なく

とも行政が中立的な情報ハブになることの重要性は先行する事例からも推定することができる（指定事業者・事業所の所在地や実施事業、利用定員といった基本情報、ショートステイや通所介護等のサービスの空き情報などを行政のホームページ上に公開しているところも多い。郡山市の例では、ショートステイに関しては具体的な日付が入った空き状況を、通所介護等については曜日ごとの空き状況を公開／更新していて、事業者は他事業者の状況や地域のその時々サービスの提供可能量を把握することが容易にできる仕組みとなっている

（[http://www.city.koriyama.fukushima.jp/pcp\\_portal/PortalServlet?DISPLAY\\_ID=DIRECT&NEXT\\_DISPLAY\\_ID=U000004&CONTENTS\\_ID=10335](http://www.city.koriyama.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=10335)）。行政の掌握する情報が中立に運用されることは地域包括ケアのシステム化やシステムへの信頼性の担保に不可欠であると考えられる。

・とくに制度資源が限られている地域では、地域内の課題解決のために地域外の資源や知識・人材を積極的に導入することが有効で、そのためには、地域外の資源ネットワークとつながるゲートウェイ機能の開設や地域枠組みに囚われないオープンなネットワーク連携の推進が必要である。とくに、地域の内外をつなぐコア連携機能（例えば釜石市平田サポートセンターにおけるジャパンケアサービス株式会社や東京大学高齢社会研究機構の役割、石巻市開成仮設団地における「あがらいん」の運営主体であるNPO法人全国コミュニティライフサポートセンターや開成仮診療所の長純一所長の役割など）の構築と、コア連携を側面から支援する官民の協力体制が不可欠である。

(l) 制度上の課題として、地域包括ケアをシステムとして持続的・安定的に運営していくために包括的な相談・援助・調整を担う管制機構の整備が必要だが、とくに、各法に位置付けられている支援・相談援助機関の機能を統合したワンストップの機構の法制化が望まれる。とくに、地域包括支援センターおよび在宅介護支援センターの機能と地域リハビリテーション・ケア推進や医療相談の機能とを包括した総合生活自立支援センターのような機構の制度化の検討が期待される。

(m) 市町村は地域包括ケアの推進にあたり「専門技術的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組み」について政策的支援を望んでいる。事業者も被災者ニーズの深刻化に対応してサービスの質の向上やサービス提供に関する情報・助言を必要としている。これに応えるため、「地域包括ケア推進支援機構」（仮）のようなシンクタンク機能を政策的に整備することが望まれる。必要とされる機能には次のようなものが考えられる。

- ・全国的な動向に関する情報収集、整理、発信
- ・国内の好事例（グッド・プラクティス）の蒐集と分析情報の発信
- ・関連する国際的な動向や事例の調査研究と分析情報の発信
- ・自治体に対する相談・支援の提供
- ・各事業者や地域機構に対する資源・組織マネジメント面での相談・支援の提供
- ・外部評価と評価に基づく助言
- ・専門性の連携調整や機能統合推進に必要な専門人材像の開発と能力養成
- ・災害緊急時等に備えるための専門有資格者データベースの管理運用

# 分 析 編

## I 被災地における地域包括ケアへの基礎条件

### I-1 自治体調査から

はじめに

自治体調査から得られた結果について、注目すべきポイントに絞って述べる。調査は平成25年9月から10月にかけて実施された。岩手県、宮城県、福島県の被災42市町村（岩手12、宮城15、福島15）に依頼し、有効回答数は17、回収率40.5%であった。なお、質問項目ごとの詳細な集計結果については、本報告書「資料編」に収録しているので、参照いただきたい。

#### (1) 住民数、世帯数、居住環境について

有効回答自治体の住民数については、1万人以上2万人未満(23.5%)と2万人以上5万人未満(35.3%)で58.8%を占める。一方、世帯数では、1千世帯以上5千世帯未満(23.5%)と1万世帯以上2万世帯未満(29.4%)に分かれている。

仮設住宅居住者数は3千人以上が29.4%で最も多く、みなし仮設住宅居住者数は1千人以上5千人未満が29.4%で最も多かった。仮設住宅、みなし仮設住宅居住者数はいまだ多い。災害公営住宅については、計画数はあるものの(100世帯未満23.5%、100世帯以上500世帯未満23.5%)、既着工・完成は少ない(未着工23.5%、着工・完成が100世帯未満41.2%)。未入居が64.7%で最も多く、居住世帯が10世帯を超えているのは11.8%と少ない。

#### (2) 保健・医療・介護・福祉関連資源の量的不足感と機能面での不足感について

自治体の把握する保健・医療・介護・福祉関連資源の量的な不足感について、特に不足が深刻となっているのは「メンタルヘルス(不足が深刻4、5を合わせて53.0%)」「介護施設(同左47.0%)」「医療 訪問・在宅(同左41.1%)」「高齢者住宅(同左41.1%)」である。しかし、一方で、ほとんどの項目において2割から3割強の自治体が「不足はない」と回答しており、自治体によってバラツキが生じていることがわかる。

機能面での不足感について、特に不足が深刻となっているのは「救急・入院(不足が深刻4、5を合わせて64.7%)」「介護施設(同左58.9%)」「メンタルヘルス(同左53.0%)」「高齢者住宅(同左53.0%)」である。量的な不足感に比べると、多くの項目で「不足が深刻4、5」の割合が大きく、全体的に不足が深刻な状況にあることがわかる。

#### (3) 保健・医療・介護・福祉分野の専門人材の不足感について

地域における保健・医療・介護・福祉分野の専門人材の不足感について、特に不足状況が深刻な上位3つの専門人材を聞いている。特に不足状況が深刻であったのは、医師(25.5%)、看護師(19.6%)、介護職員(19.6%)、保健師(11.8%)であった。一方、歯科

医師、助産師、薬剤師、栄養士、PT、OTについては0%であった。

#### (4) 外部から派遣を受けた専門人材について

発災後から現在まで、保健・医療・介護・福祉分野において、自治体外部から派遣を受けた専門人材については、保健師(21.0%)、看護師(19.4%)、医師(17.7%)、臨床心理士や心のケア関連の人材(16.1%)が多かった。一方、(3)で不足感が強かった介護職員については、6.5%と少なかった。

こうした専門人材の派遣支援のルートについては、「自治体から派遣要請した(21.4%)」「県からの調整を通じて受け入れた(19.6%)」「派遣元自治体からの派遣打診があり受け入れた(17.9%)」「派遣元である専門職団体からの打診があり受け入れた(12.5%)」が多く、「派遣元である社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)からの打診があり受け入れた(1.8%)」「派遣元である社会福祉協議会からの打診があり受け入れた(1.8%)」ケースは少なかった。

受け入れた専門人材の現在の活動状況については、「現在も活動を継続してくれているが、期限がある」が半数(50.0%)であり、「現在は引き上げてしまっている」が3割弱(28.6%)であった。その他、「地元の関係者・関係専門家たちと協力して、新しい活動を展開してくれている」が1割(10.7%)あり、注目される。

#### (5) 保健・医療・介護・福祉分野の復興計画上の位置づけ状況と「地域ケア会議」の開催状況、具体的な取り組みについて

保健・医療・介護・福祉分野の復興が復興計画上に位置づけられているかどうかについては、4分の3以上が「位置づけられている(76.5%)」であった。一方、「位置づけはない」自治体は17.6%であった。

地域ケア会議の開催状況については、「定期的を開催している」自治体が58.8%と最も多いが、「開催していない」自治体も約3割に上っている(29.4%)。

復興計画上の位置づけの有無に関わらず、保健・医療・介護・福祉分野の再生・復興に向けて進行中の具体的な取り組みについては、「地元医師会との連携強化(17.5%)」「医療人材確保(12.7%)」「介護人材確保(12.7%)」「復旧ではなく新しい仕組みづくり(11.1%)」が比較的多かった。一方、比較的少ないのは「社会福祉士等の相談援助人材の確保(4.8%)」「地域での専門人材養成の仕組みづくり(4.8%)」であった。複数回答で聞いているが、全回答数が63と少なく(平均3.7/1自治体)、全体としては取組みが積極的には進んでいない状況にあるということが伺える。

#### (6) 住民の抱える生活上の課題把握について

行政として、住民の抱える課題をどの程度把握できているかということについては、十分に把握できているとする自治体は0%であったが、「ほぼ把握できている(47.1%)」「把握

できている分野とそうでない分野がある（41.2%）」で9割弱となり、全般的に把握することが困難になってしまっている状態にはないということがわかる。

しかしながら、把握が困難な状況にある分野も存在しており、課題把握を難しくしている理由については、「被災状況が居住地域や住民によって大きく異なる（46.2%）」が最も多い。その他、「メンタルヘルスの問題など発見しにくい課題が広がっているため」「直接的に地域と関わりをもつ専門職人材が不足しているため」「民生委員・児童委員や地域の自治会といった地域に根を張ったコミュニティの機能が弱まっているため」といった理由がそれぞれ 15.4%であり、課題状況を把握し難しくしている理由は、生活上の課題そのものの質とそれを支える専門・地域人材資源というように広がりを持っている。

#### （7）仮設住宅における住民の抱える課題、関わる主体について

仮設住宅において住民が抱える課題をどのような方法で把握しているかということについては、「保健師の活動を通じて（19.0%）」「地域包括支援センターを通じて（16.5%）」「民生委員・児童委員を通じて（15.2%）」「サポート拠点の活動を通じて（13.9%）」の順に多かった。一方で「診療所、開業医を通じて（1.3%）」「保育所や学童保育を通じて（1.3%）」が少なかった。

仮設住宅で暮らす方々に特に観られる問題状況について、最も深刻な状況にあるもの（上位3つを聞いている）については、「アルコール依存（17.0%）」「閉じこもり（14.9%）」「家族関係（12.8%）」が比較的多く、「DV（0%）」「子育て支援（0%）」「不眠（4.3%）」が比較的少ないという結果であった。

こうした問題に対して、どのような主体が課題解決に関わっているのかということについては、全体的にバラツキがあるが、「自治体の保健師（19.5%）」「社会福祉協議会（17.1%）」「地域包括支援センター（14.6%）」が比較的多く、「地域の医療機関（7.3%）」「地域のNPO（6.1%）」が比較的少ないという結果であった。

#### （8）地域の事業者との連携や協力関係について

保健・医療・介護・福祉分野における地域の事業者との連携や協力関係の状況については、「全体的に非常にうまくいっている（47.1%）」「一部の事業者との関係構築はうまくいっている（47.1%）」を合わせて約95%であった。一方、「関係構築に苦慮している」自治体は5.9%と少なかった。

#### （9）復興の進展にあわせて「地域包括ケア」を推進する場合に必要な支援について

復興の進展にあわせて「地域包括ケア」を推進する場合に必要な支援については、「専門的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組みが必要（25.0%）」「各法に位置付けられている支援・相談援助機関（例えば地域包括支援センター）の機能を統合したワンストップの包括的支援・相談援助機関の法制化が必要（17.3%）」「専門人材の広域的派遣

の仕組みを制度化することが必要（15.4%）」「専門人材の地域内での養成を補助事業化するなど費用面での支援が必要（15.4%）」が比較的多かった。一方、「生活圏ニーズ調査に係る費用を補助してくれる仕組みが必要」「生活圏ニーズ調査の内容に工夫が必要」については0%であった。ニーズ調査ではなく、把握された問題状況に対応するための人材の育成や派遣の仕組み、専門技術的な助言といった段階の支援が必要となっていることがわかる。

## まとめ

被災3県における保健・医療・介護・福祉資源については、特にメンタルヘルス、介護施設、高齢者住宅の不足が深刻な状況にある。サービス量的にみた場合にはメンタルヘルスが、機能的な観点からみた場合には救急・入院の不足が深刻である。人材面では特に医療分野の専門人材が不足しており、発災後から現在まで派遣を受けている割合も比較的高い。

保健・医療・介護・福祉分野の再生・復興については、復興計画への位置づけはほとんどの自治体でなされており、地域ケア会議も開催されている。仮設住宅における住民の抱える生活上の課題についても、比較的把握できているという状況にあるが、具体的に取組みが進んでいる施策は多いとはいえない状況であった。自治体側は、地元事業者との関係構築が比較的うまくいっていると認識している。

仮設住宅で住民の抱える様々な課題の解決にあたっている主体は保健師、社会福祉協議会、地域包括支援センターである。取り組んでいる施策の中で「地域の医療機関との連携強化」は少なくないが、仮設住宅に暮らす住民の抱える課題の把握ルートや解決主体としては非常に少なくなることから、地元医師会との連携強化が取り組み中途の段階にあることがわかる。

## I-2 事業所調査から

### はじめに

事業所調査から得られた結果について、注目すべきポイントに絞って述べる。調査は平成26年1月に実施された。釜石圏と石巻圏のすべての医療機関と指定介護事業所（病院・診療所113、介護事業所142、仮設サポート拠点13）に依頼し、有効回答数は56、回収率は20.9%であった。など、質問項目ごとの詳細な集計結果については、本報告書「資料編」に収録しているので、参照いただきたい。

#### （1）有効回答の事業者属性について

有効回答を得られた事業者の属性については次の通りであった。「株式会社（35.7%）」と「医療法人（23.2%）」が多く、実施事業については「居宅介護支援（30.4%）」「通所介護（30.4%）」「外来医療（26.8%）」「訪問介護（19.6%）」「認知症対応型共同生活介護（12.5%）」



が多かった。

#### (2) 被災者の抱える課題や問題状況の変化について

サービスを提供している患者、利用者の中で、特に東日本大震災で被災された方々の抱える課題や問題状況について、平成24年夏時点と現在を比較した場合に起きている変化については、「医療と介護の専門サービスが連携して対応・解決しなければならない問題が増えている(50.0%)」「経済的自立への支援を必要とする方が増えている(42.9%)」「生活の不活発を防ぐような工夫されたリハビリテーションの必要性が増している(39.3%)」が特に多かった。ただし全体としては、「権利擁護や人間関係など専門性の高い相談支援を必要とする問題が増えている(17.9%)」を除き、すべて3割を超えており、サービス提供を実質的に担っている事業者からみた場合に、被災者の抱える課題や問題状況は相当程度深刻化が進行しているということがわかる。

#### (3) 保健・医療・介護・福祉関連のサービス資源の量的不足感と機能面での不足感について

事業者の観点からみた地域の保健・医療・介護・福祉関連のサービス資源の量的な不足状況について、特に不足が深刻であるとされるのは「医療 入院(4,5 合わせて 55.3%)」「高齢者住宅(同左、51.8%)」「医療 救急(同左、46.4%)」「医療 外来(同左、46.4%)」であった。自治体調査に比べて、全体的に「1 不足はない」の割合が非常に少なくなっており、サービス提供事業者からみた場合の地域のサービス資源の不足状況は深刻な状態にあることがわかる。

一方、機能面での不足感について、特に不足が深刻であるとされるのは「高齢者住宅(58.9%)」「介護施設(51.8%)」「医療 救急・入院(50.0%)」であった。量的側面の不足感と同様に、全体的に「1 不足はない」の割合が非常に少なくなっており、サービス提供主体の観点からは機能面からみても地域のサービス資源の不足が深刻な状態にあることがわかる。

#### (4) 保健・医療・介護・福祉分野の専門人材の不足感について

地域における保健・医療・介護・福祉分野の専門人材の不足感について、特に不足状況が深刻な専門人材を複数回答で聞いている。特に不足状況が深刻であったのは「看護師(55.4%)」「介護職員(53.6%)」「介護支援専門員(30.4%)」「他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員(23.2%)」「医師(19.6%)」であった。

一方で、「歯科医師(3.6%)」「言語聴覚士(5.4%)」「精神保健福祉士(5.4%)」「臨床心理士(5.4%)」については比較的少なかった。

不足感の深刻な専門人材の採用が困難である理由について自由記述で聞いているが、「そもそも応募がない」といった地域の専門人材の絶対数が不足していることが伺える回答や、

「給与面（低賃金）での他への人材流失」といった基本的な労働条件の質の確保が困難となっている状況が伺える回答が多かった。

#### （５）地元の自治体との関係について

地元の自治体との協力関係や連携関係については、「協力や連携のための関係構築は概ねうまくいっている（50.0%）」が半数だが、「関わりを持っていない（25.0%）」「課題を抱えている（19.6%）」事業者も少なくない。

関係構築がうまくいっている場合の自治体からの支援や働きかけについて自由記述で聞いているが、情報提供や情報交換のルートが築けていることや担当窓口がはっきりしていることといった点が注目される。一方、関係構築においてどのようなことが課題となっているかについても自由記述で聞いているが、関係が個人的な人脈を通じて築かれている（そこに新規では入り難い）ことや、新規参入への障壁が設けられてしまっているといった点が注目される。

#### （６）地元自治体内で活動する他の法人・事業所との連携・協力関係について

地元自治体内で活動している他の医療・介護・福祉系法人・事業所との連携・協力関係について、具体的にどのようなことに取り組んでいるかについては、「地域ケア会議を通じて、情報交換や必要な連携を進めている（48.2%）」「地域包括支援センターが中心に動いて必要な情報の共有、必要な協力を進めている（39.3%）」「患者・利用者へのサービスが途切れることのないよう、他事業者の実施事業についての情報収集を積極的に行っている（33.9%）」が比較的多かった。一方、「他事業者との連携を担当する部署・専門職を置いており、日常的に情報交換・共有の機会を持っている（10.7%）」が最も少なかった。

#### （７）ボランティアの協力・支援、継続状況について

震災後に、法人・事業所としてボランティアと協力したかということについては、ボランティアの協力支援を「受けた（51.8%）」「受けなかった（44.6%）」であり、ほぼ半々であった。

どのような団体に支援を受けたかについては、「地元自治体の外から来た NPO やボランティア組織であった（33.9%）」「専門事業者や職能団体派遣の派遣したボランティアであった（23.2%）」「大学や学校派遣したボランティアであった（17.9%）」が多かった。一方、「海外の専門機関や専門団体等の派遣したボランティアであった（1.8%）」「自治体内の NPO やボランティア組織であった（8.9%）」「海外の NPO やボランティアであった（8.9%）」が比較的少なかった。

どのような支援を受けたかについては、「診断・治療、リハビリテーション、介護サービスなど、具体的な専門職能に関わる活動をしてもらった（23.2%）」「話し相手（傾聴）や移動支援など、自法人・事業所の業務では手薄になりがちな部分に協力してもらった（16.1%）」

「資金提供や職員の派遣で協力してもらった（16.1%）」が比較的多かった。一方、「患者、利用者の個別相談援助など、自法人・事業所の業務補助をしてもらった（3.6%）」や「支援ニーズ把握や支援方法のアドバイスなど、自法人・事業所の活動を適切に進めるための助言的役割をしてもらった（5.4%）」については比較的少なかった。

ボランティア活動の継続状況については、「ボランティア側の判断で引き上げていった（19.6%）」が最も多く、「いまでも、活動の規模を縮小して継続してもらっている（14.3%）」「ボランティアの必要性がなくなったので、引き上げていただいた（12.5%）」と続く。規模は縮小しながらも、調査時点で発災から3年弱が経っても活動を継続しているボランティアの方々がいるということに注目する必要がある。

#### （8）「地域包括ケア」についての取組状況について

法人・事業所の地元において、医療・介護・福祉関係者の間で「地域包括ケア」についての議論が進んでいるかということについては、「すでに地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織が既にでき上がっている（33.9%）」が最も多かった。それに「地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織の設置が検討されている（16.1%）」「地域包括ケアという考え方そのものが関係者に理解されているとは言えない（16.1%）」が続く。推進組織が立ち上がっているところから、検討段階のところ、いまだ関係者に理解されていないという段階のところまで、地域によってかなり進捗状況にはバラツキが生じていることがわかる。

地域の進捗状況とは別に、法人・事業者として「地域包括ケア」の推進についてどのように考えているか、あるいは取り組んでいるかということについては、「地域包括ケアは、医療・介護・福祉などのサービスを実際に提供する機関・事業所が多様な連携調整の仕組みを開発しながら進めるべきである（42.9%）」が最も多かった。それに「地域包括ケアの考え方そのものを、具体的に理解していない（25.0%）」「法人・事業所内で地域包括ケアについて勉強をすすめているところである（23.2%）」が続く。一方、「地域包括ケアを推進するための人員・役割を割いている（1.8%）」事業者は最も少なかった。

#### まとめ

被災から数ヶ月後と3年弱が経過した時点で、事業者の視点からみて、被災者の抱える課題や問題状況がどのように変化しているかということについて注目されるのは、医療・介護連携の必要性がより高くなっているということと、工夫されたリハビリテーションの必要性がより高まっているということである。

地域の医療・介護・福祉サービス資源の不足感については、自治体調査に比べて全体的に「不足はない」と認識する割合が非常に少ない。共通しているのは医療、住宅問題である。機能面では介護施設に不足感があるという点で自治体調査（自治体の認識）と傾向が異なる。いずれにしても、サービス提供のフロントラインである法人・事業者からみた場

合に、地域における医療・介護・福祉サービス資源の不足状況は深刻である。一方で、サービス提供を担う専門人材について、サービス提供者の視点から見た場合に、他の専門機関や専門職との連携調整を担う人材が強く求められているということに注目しなければならない。

地元自治体との関係構築がどこまで進んでいるかについては、バラツキがある。地域包括ケアの重要性は理解されていると言えるし、地域包括ケアを具体的に推進していくための組織が設置（検討）されているところも比較的多い。しかしながら、考え方そのものすら理解されていないというケースもあり、進捗状況には地域によってバラツキがあることがわかる。地域包括ケアの推進体制の構築にあたって注目すべきなのは、自分たちが主体となって地域包括ケアを進めるべきだと考えている法人・事業者も多いということである。ただ、地域包括ケアについての勉強は進めているが、推進に際して実体的に動いていく担当の部署の設置や職員の配置までには至っていない状況にある。

### I-3 福島県内自治体の状況

福島県沿岸部自治体では、被災自治体全体に共通に観られる要介護者の増加や状態の深刻化といった傾向に加えて、介護サービス事業の継続に不可欠な基礎資源の不足状況が深刻で、サービス回復の進捗に著しい格差も生じている。以下、東北厚生局が実施した「東日本大震災の復興状況把握に係る市町村担当者会議」（平成 25 年、福島会場（8 月 5 日）、南相馬会場（8 月 6 日）、いわき会場（8 月 8 日）、郡山会場（8 月 9 日））のヒアリング結果を整理した資料を基に、全体的な状況を描くこととする。ヒアリングの対象は、県内沿岸部の 18 市町村である。

福島県の被災者数は、ピーク時の 164,218 名（平成 24 年 6 月現在）から減少したとはいえ、依然として県内に 95,316 名、県外に 53,969 名の 149,265 名が、山形県をはじめ首都圏、茨城県など広範な地域に避難生活を続けている（福島県生活環境部避難者支援課まとめ、25 年 7 月現在）。そのため、各保険者は、要介護認定の手続きや避難先での介護サービスの確保など応急の対応に注力する段階にあり、地元での介護サービスの基盤回復や新たな地域包括ケアの構築といった先を見通す中での介護システムの復興を射程に入れるところまで状況が進んでいないのが現状である。

（1）復興計画その他に地域包括ケアの考え方・具体策が盛り込まれているかどうか  
市町村復興計画に「地域包括ケア」の考え方が盛り込まれているのは 1 市 1 町 1 村である。今後盛り込む予定にしているのが 1 町 1 村、保健、医療、福祉の充実など従来型の個別分野の充実によって実質的に「地域包括ケア」が網羅できると考えているのが 1 町 1 村ある。高齢者総合計画など他の計画で既に地域包括ケアに代替可能な内容を規定しており、復興計画での位置づけは行っていない自治体が 1 市 3 町、復興計画はハード面の計画であるた

め地域包括ケアに関連するソフトな内容を盛り込んでいないとしているのが1市、回答なしが1市1町であった。

復興計画に考え方を盛り込んでいるとした3自治体のうち、その具体策まで計画に位置づけることができているのは1村に留まっている。復興計画上に位置づけを有するかどうかを問わず、地域包括ケアの推進に係る具体策の今後の見通しについて、3町1村が有している。内訳は、平成25年度中に策定する復興計画の実施計画の中に盛り込む予定（1町）、復興公営住宅の整備に併せて診療所を修繕し、デイサービス、認知症グループホーム等を整備する予定（1村）、次期介護保険事業計画の中にグループホームの整備計画を書き込む予定で現在用地取得中（2町）となっており、施設整備構想の段階にとどまっている。

具体策を構想できないでいる事情については、次の通りである。

- ・自治体内に地域密着型サービスがない
- ・現在の資源で対応可能なので、特段の整備計画を必要としない
- ・当面は避難先のサービスを利用させてもらうことで乗り切る
- ・仮設住宅団地内に設置されているサポート拠点3か所で対応している現状
- ・地域密着型サービスについては高齢者総合計画に位置づけてある
- ・復興公営住宅周辺に特化して整備する予定はないが、地域密着型サービスは持っている
- ・地域密着型グループホームが1か所ある
- ・既存の居宅介護サービスや地域密着型サービスで復興住宅の高齢者サービスの提供は十分に対応可能
- ・帰村が決まった段階で検討の予定
- ・理想を描くことは簡単だが、地に足の着いたものにするための前提をクリアしていきたい

調査の前提が被災者の生活支援手段としての地域包括ケアとなっていることから、要介護者、要支援者を想定した限定的な範囲での回答となっているが、それにしても、被災者の範囲を仮設に生活する住民や復興公営住宅入居対象者に狭く限定した回答となっている現状が観える。また、地域包括ケアを具体的な介護サービス拠点との関連でイメージしている点でも共通している。

第6次介護保険事業計画に向けて日常生活圏域を単位としたニーズ調査を実施する予定かどうかについて、10市町村がこれを実施するとしている。他方で、残りの8市町村は、人員の制約や帰還も目途などの関係で実施予定がないか、あるいは、未定としており、各地に分散する避難住民を対象とするニーズ調査の技術的な難しさや、実施するにしてもその結果をどのように活かすのかという目標を明確に位置づけできない見通しの制約といったものが推定できる。

地域包括ケアの具体策として、復興住宅周辺への設置や地域密着型サービスであるという認識が強い。現在の仮設住宅居住者の復興住宅への円滑な移行とその後の生活の定着を

図るための支援機構としての地域包括ケア推進は復興構想の優先順位という観点からは当然であるが、同時に、地域生活圏における支援ニーズとその動向の分析に基づき、住まい、日常生活支援、予防健康、リハビリ、医療・介護の包括的な必要性に最適に対応可能な資源運用機構としての「地域包括ケア」という統合的構想への自治体の理解を促していくことも求められている。その際、公的に調達可能な資源に限りのある中で、民間事業者の保有資源の導入・活用を一体的に進めることの重要性について、自治体の理解を促すことも課題となっている。

## (2) 介護保険サービスの被災・復旧状況

### ① 全体的な被災状況

介護保険サービスの提供事業所の被災状況について、被災がなかったのは1市1村で、軽微な被災であったのは、旧警戒地域内で有限会社が運営していたグループホームがいわき市に仮設の事業所を開設し、事業継続している事例であった。他の15市町村についてはサービス供給量に影響を及ぼす規模の被災があった。このうち、自治体内の唯一の特別養護老人ホームや老人保健施設、あるいは居宅介護サービス事業所が全休止となったところが3町村、他県に移転して継続しているところが1町、特例運営や移転運営しているところでも、職員不足から6割程度の入居となっている。また、福島沿岸部の主要市では、福島県原子力発電所の北側に隣接する自治体で、津波被災として老健1（通所リハ、短期入所療養介護含む）、グループホーム1、訪問看護ステーション1、在宅介護支援センター1が、原発被災として、特養1（短期入所生活介護含む）、介護療養型医療施設（短期入所療養介護含む）1、訪問介護1、訪問看護1、訪問入浴介護1、通所介護2、短期入所療養介護1、居宅介護支援2が被災している。また南部の沿岸部最大市では、特養12、老健9、介護療養型医療施設1が被災している。このうち、完全復旧したのは、相馬市、いわき市、新知町の3自治体に留まり、他は、復旧準備中や仮設での運営など、中途段階にある。

### ② 在宅サービスの被災・復旧状況

在宅サービス（地域密着型を含む）について、全く被災しなかったところは1村のみで、他は、とくに原発被災で避難を余儀なくされている関係自治体では、居宅介護事業所や地域密着型グループホームなど多くが休止状態となった。このうち、完全復旧しているのは1市1村に留まり、他の自治体については、9カ所あった小規模多機能事業所のうち7カ所が再開にこぎつけた1市を除けば、復旧にほど遠い状況にある。中には、避難先のサービスを利用しているが、ショートステイが慢性的に不足の状態にあり、それゆえに避難者が集中している地区ではデイサービスの利用率を押し上げ、受入れ地区の住民のサービス利用を圧迫する影響が出ていることを指摘する自治体もあった。全体に、ショートステイ、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護について、とくに不足感が増している。

### (3) ケアマネジャーの状況

要介護高齢者の状況把握や介護サービス利用に要となるケアマネジャーについて、震災・原発事故によっても人数に変動が生じなかった自治体は1市1村に留まる。減少数で回答している自治体については、震災前の60名が40名に減少した1市や、もともと人数の少ない沿岸部町村では、5名が2名に、7名が5名に減少し、あるいはケアマネジャー全員が避難してしまったといった状況である。また、居宅介護支援事業所数で回答した1市では、市内に131事業所あったなかで、25事業所が被災し(現在は完全復旧)、3事業所が休止に追い込まれていた。

避難先の居宅介護支援事業所を利用させてもらい、社会福祉協議会が運営していた地域包括支援センターの予防支援は委託に出しているといった対策で凌いでいる現状にある。ケアマネジャーの数の不足は、1人当たりの移動距離の長距離化や訪問数の制約、担当件数の減少、認定調査員の不足などにつながっている。他方で介護サービスを必要とする住民は増え続けており、ケアマネジメントの現場に業務の負荷が増している。この結果、ケアマネジャーの不足感に拍車がかかっている。

### (4) 施設入居の待機状況

被災前の状況との比較はできないが、施設入居待機者が深刻なレベルにある。沿岸部の主要3市では、それぞれ697人、2000人、1799人となっており、町村でも、小規模村でも58人、90人といった規模になっている。

### (5) 介護人材の確保策

自治体として、介護人材の確保についてもどのような手立てを取っているかについて、事業者の努力に委ねている1町2村を除いて、様々な対応策がとられている。国・県への人材確保や広域調整の要望、「ふくしま福祉人材確保推進プロジェクト」による県との情報共有、ハローワークとの協力の強化、民間の求人情報誌の活用、インターネットでの求人情報の発信、他県にまで拡げての求人活動、資格保持者の掘り起しと介護初任者研修の実施、企業向けセミナーの開催など多様である。

### (6) 介護保険財政

平成23年2月と比較した調査時点における介護保険給付費の動向について、大きな変動なしとしている1村を除き、すべての自治体において、新規介護認定申請件数、要介護認定件数、サービス利用者数ともに増加している。増加の最大値は、要介護認定件数で140%、サービス利用者数で147%となっており、とくに、要支援1、2、要介護1の軽度層や機能低下予防、引きこもり予防サービス利用者の伸びが著しい。

要因としては、避難先の住環境の条件が悪く、介護施設への入居希望が増えていることや、施設入居待機者が居宅サービスで凌ぐケースの増加、比較的介護サービスが整備され

ている都市部の避難先でサービスが新たに使えるようになったことが居宅系や地域密着型のサービス利用を押し上げていること、避難生活の長期化に伴う健康状態の悪化や家族の離散による介護力の低下、サービス利用料や自己負担分の減免で利用が容易になったり、必要性の比較的低い利用者層が増加したこと、その他、廃用予防や機能低下防止といった予防目的の利用増などが挙げられている。単独で生活する高齢者が増加し、身体状況や認知症の悪化で即施設入居というケースも増加している。すなわち、被災、避難生活に伴う生活環境や家族条件の変化などが介護サービス利用の増加につながっている面と、避難によって介護サービスが利用し易くなったことに伴う利用の増加の両面があることがわかる。

サービス利用の増加に伴い、すべての自治体に置いて介護給付費が著しく増加している。平成 22 年度比で、もっとも増加した自治体では、給付費ベースで、地域密着型サービスが 2.6 倍、施設が 1.2 倍、特定施設入居者生活介護等が 47.8 倍となっている。とくに、居宅系の訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、ショートステイ、施設系の介護老人保健施設利用における増加が著しい。

給付費の増大に対し、保険者としての対応は大きく 2 つに整理できる。給付適正化と予防の強化である。適正化では、特例症例の自動更新によって適用継続を止め更新事務による適正化を図ること、介護給付適正化事業の導入、ケアマネジャーや事業者への適正化方針の周知徹底などである。予防強化については、サポート拠点や避難先での介護予防教室等の実施、避難先自治体の実施する介護予防への積極的参加も呼び掛け、認知症への理解を広める介護教室やシルバーリハビリ体操事業の推進、住民参加型・住民主体型の運動教室の実施などとなっている。

#### (7) サポート拠点の取り扱い

仮設住宅居住被災者へのサポート拠点について、仮設住宅終了後に復興住宅等の支援に転換していく予定があるかどうかについて、予定がある自治体と、予定していない自治体と、方針が未定ないし不明の自治体に三分されている。予定があるとした 6 自治体でも、サポート拠点で集積された被災者生活自立支援のノウハウを継続活用していくことを方針とるのは 1 市に留まり、他は、サポート拠点施設の継続活用や転換活用となっている。また、予定なしの自治体でも、既存の高齢者施設等の機能で復興住宅居住者への支援は可能であるとしており、サポート拠点事業を通じて蓄積された知見や方法の活用について、政策的な位置づけがなされていないことがわかる。

## II 事業者による顕著な取り組み

この節では、事業者による被災地での創造的な介護サービス構築の事例であり、被災地における地域包括ケアの推進という観点から注目すべき経験知を提供してくれると思われる



る4つの取り組みを分析する。被災地における地域包括ケアは、人生の突然の途絶や価値あるものの喪失に伴う悲嘆のトラウマから、被災者が自ら「生きづらさ」を緩和し、生活の主導権を再獲得するのを支援する仕組みである。その専門性の深さや多専門性の統合という点で、極めて高品質な支援サービス・システムである。同時に、生活の定常性が、突発的に、しかも複合的で重層性を持つ形で、破壊され、生活障害が長期継続性を持つという被災の特徴に鑑みれば、対症療法性を本旨とする一過性の専門サービスの提供だけでは、生活の健全性の確保には限界がある。被災地に展開する事業者にとって、生活の主導権の再獲得という目標性を踏まえて、経時的に重点の変化するニーズの的確な把握と深い解釈、それに基づく適切なサービスと提供方法の開発といったノンリニアなサービス・イノベーションが求められることになるのである。

制度サービスは、医療にせよ介護にせよ、保険報酬に沿って計量性を持っていることから、課業や単位の発想からサービスを提供しがちである。利用者側も、治療＝医療、介助＝介護の誤解に陥りやすいし、そこにお任せ医療・お任せ介護の限界が生じやすい。生活の健全性をトータルに支える医療や介護サービス事業のあり方の検討は、被災地以外でも一般に焦眉の課題となっているが、とくに被災地においては、問題が深刻に顕在化しているだけに、そうした普遍的課題性が鋭敏に問われることになったのである。

以下の4事例は、そうしたサービス・イノベーションや事業イノベーションの好事例である。

## II-1 釜石市平田仮設団地サポートセンター

「釜石市平田地区仮設住宅サポート拠点運営事業」は、株式会社の介護事業者が仮設住宅サポート拠点運営事業を受託した稀有なケースである。しかも、プロポーザル方式で受託し、異なる専門機能を有する事業者・非営利組織とのコンソーシアムで運営されているのは、100か所を超えるサポート拠点事業の中でも唯一である。加えて、サポート拠点運営から開発された生活支援のノウハウをI-4-1で分析する釜石市域の地域包括ケア構想へと組み込んで継承している点においても、被災者の生活復興支援が地域包括ケアのシステム化へと展開する道筋を把握する上で価値ある情報を提供してくれている。

株式会社ジャパンケアサービスグループは、震災前から大船渡事業所において訪問介護・看護ならびに居宅介護支援事業を、また釜石事業所において訪問介護事業を展開しており、地元の地域包括支援センターや関係事業者、医療関係者との連絡調整網に入っていた。両事業所ともに津波で被災し、この地域の実情を把握している大船渡事業所の幹部職員を核にして、本社の直轄的事业として、釜石市の「高齢者等サポート拠点設置運営事業委託業務」に参加することになる。プロポーザル方式で実施された入札過程で、当初「平田・小川地区」を括りにしたサポート拠点であったものが、両地区にそれぞれサポート拠点を置く形に変更され、委託金額も上乘せされるが、その理由は、活動を通じて大きな力を発揮することになるLSA（生活支援専門員）を終日無休で配置するためであった。

事業所名「平田地区サポートセンター」は、「つなぐ・つながる」をコンセプトに、仮設住宅で想定される諸課題（社会的・心理的孤立と衰弱、活動性・関係性の低下、その結果としての孤独死など）にソリューションを提供するとともに、サポートセンター自体が、復興の連続性の確保、被災者雇用による地域貢献、24時間365日つながる体制構築、仮設解体後も見据えた周辺地域を含む地域全般への支え合い支援の構築を当初より目指した。そのため、受託業務を次のような事業デザインに変換して、多彩な機能空間を作り上げた。また、平田地区まちづくり協議会と連携し、次の具体的事業以外にも、ボランティア団体の運営するママハウス（妊娠・出産直後・子育て期の親子支援サービス）、メンタルサポート相談、リハビリテーション教室、こどもたちのジプシー化対策など、イベント型交流以外の目標を絞った行事を展開している。

「総合相談 つながるコール」：都内で展開してきていた夜間対応型訪問介護ケアコールシステムを活用した24時間365日の見守りハブで、専任の生活援助員（LSA）が担当

「デイサービス・介護予防教室」：通所介護（介護予防）サービスを介護保険サービスとして提供する他、介護予防教室を定期開催している。デイ利用者だけでなく、一般の方も含め血圧測定も実施しているし、介護予防教室では交流要素を重視してヨガなど多様なプラクティス・メニューを提供している。仮設住宅外の地域の高齢者が多数参加し、心身の状態評価も実施している。

「生活便利サービス」：御用聞き、よろず相談・支援

「コミュニティサロン」：参加・交流および生活関連情報の提供

「地域事業所との連携」：大船渡市域まで射程に組み込んだ、地域との連携体制づくり。他の株式会社の実施する訪問介護・看護事業とのコンソーシアムで運営

「資格取得支援」：福祉系学校法人とコンソーシアムを組み、サポートセンター内に資格取得のためのカレッジを設置

「遠隔健康サポート」：東京大学と共同した血圧遠隔管理

「平田仮設診療所」：地元医療法人の診療所をサポートセンター内に開設し、予防対策や巡視時の医療的助言なども提供

「みんなの家」：自治会の運営する住民の自由利用型憩いのスペース

「配食事業」

「平田パーク商店街」：商店街をあつまる・つながる場として位置づけている。地元薬局も出店

\* 以上の記述内容は、上野孝子（平田地区サポートセンター長）提供資料「釜石市平田地区サポートセンター」（2012年4月26日入手）ならびに大向一成（株式会社ジャパンケアサービスグループ・シニアマネージャー）「つなぐ つながる 震災からの活動記録」、民間介護事業者協議会シンポジウム「震災を忘れない」（2013年3月6日、笹川記念会館）における報告資料、ならびに平田地区サポートセンター聞き取り調査（2013年12月5日）で得た知見に基づいている。

この事例の特徴は次の点にある。

#### ① 事業創造性の源泉：専門事業者としての自発性

ビジネス・デザインの常道である資源の効率的・効果的活用といった管理的発想から入っていない。もともと事業展開していた地域が被っている深刻な苦悩・困難を共有し、支え合うために専門事業者として何ができるのかという自発性から入っている。単年度ごとの事業収支バランスという考え方ではなく、被災者の生活ニーズに対し適切な支援サービスを創造しながらソリューションを提供していくことの積み重ねが結果として収支の安定化につながるという考え方から入っている。

この基本発想が、自社で提供できない分野については、他の専門事業者やボランティア組織や住民自身の潜在力との連携で乗り切るというコンソーシアムの企画や、事業を制度の縦割りや定員で分けることをせずに、だれでも必要な時、必要なだけ、参加することのできる開放空間の創造につながっている。

#### ② 障壁を低くし、参加型のサポートセンターを目指す

サポート拠点事業の利点は、委託元の自治体の考え次第で、サービス事業の中身の組み立てや実施方法を弾力的にデザインできることにある。これを活かして、介護保険の制度サービスと制度外サービスを柔軟に組み合わせたり、仮設団地住民と周辺地域の住民との交流機会を豊富にしたり、介護保険を目一杯利用している方に自治会、住民などと協力しながら上乘的なサポートを繰り出したり、サポートセンターがお膳立ての役割を担いながら住民の世話役会を立ち上げ、季節行事に取り組んだりといった形で、集団行動型ではなくひとり一人に寄り添い型のメニューを多く取り入れたり、あるいは、デイサービス・ルームにデイ利用者以外の住民も立ち寄り・交流できるような空間運営に工夫を凝らしたりしながら、参加・交流への障壁を可能な限り低くすることで、排除されないサポートセンター活動を生み出している。

また、被災後の混沌とした不安の中で、だれでも自分の輝いていた頃、いきいきしていた時のことを忘れかけている。それぞれが、そんな小さなことでも持てる知恵と力を発揮して主役になれる空間運営にも特徴がある。

基本は、費用をサービス単位で除した「定員」の考え方に囚われないことにある。事業を「定員」で管理すれば、費用勘定は見えやすくなる代わりに、必ず、支援サービスからの排除や交流空間の孤立を生む。また、支援の継続性を失うことにもなる。「平田地区サポートセンター」が「つなぐ・つながる」を生活の流れに即して実践できている根本の理由は、そもそも事業委託がコンペティション方式で行われ、事業者の創造性を活かしたプロポーザルによる事業内容の設計が入口で可能であったことにある。しかも、在宅介護事業に実績のある民間株式会社にコンペティションへの参加が認められたことも重要であった。また、そのことによって、被災者の生活上の課題の変化に対応した支援サービスとその提供組織づくりが可能になったことが、「平田地区サポートセンター」の経験と実績を今後の地域包括ケアシステムづくりに活かすことを可能にしたと思われる。時限事業の受

託実施という予算執行型事業であったならば、他の多くの事例に観られるように、サポート拠点事業は仮設住宅団地の支援事業で終わっていたかもしれない。

### ③ 職員の自発性

プロポーザル方式の効用は、職員の活動性にも反映している。ここでは、被災者一人ひとは「利用者さま」ではない。生活の自立に向けそれぞれの持てる力の再生や改鑄を図ろうとしている主体である。専門職員一人ひとりがそれを支える力を創造的に発揮しなければならない環境で仕事をするようになる。定型的な手順と内容で進められる仕事は1つもない。職員が、自ら支援の専門家であることを日々実感しながら、自発性を仕事の原動力として自律的な動きを創造していかなければならない。介護予防教室にヨガのプログラムを取り入れ、通信教育でヨガ・インストラクターの資格を7人もの職員が取得することになったのは、自発性を原動力とした自律的な動きの創造以外の何物でもない。

### ④ 課題の経時変化に応じた柔軟なサービス開発

サポート拠点事業を、復興住宅への移行後も継続活用できるかどうか、あるいは、仮設住宅終了後も地域包括ケアの拠点として存続されるかどうかは、委託元の自治体の判断に拠るところであるが、その自治体の判断を左右する要素の1つが、サポート拠点の被災者支援力である。支援力は被災者ニーズの実勢を解釈し、最適な支援サービスの構築につなげていく開発力である。

とくに被災2年半が過ぎた段階から、若い家族層から自力再建で仮設住宅を離れ、再建開店で仮設商店街から閉鎖が相次ぐようになると、残された比較的高齢層の住民に刹那感や先行きへの不安が嵩じるようになる。この段階は、復興住宅入居の説明会が開催されるはじめ、仮設住宅閉鎖やせっかくでき上がってきた仮設コミュニティの拡散が意識の上で現実味を帯びてくる時期でもある。これに合わせてサポートセンターでは、復興住宅への移行準備として、自発的な健康管理習慣の強化とリーダーシップ支援の取り組みを開始した。健康管理では、市から連絡員の委託を受けているNPOと連携して、食事内容から生活意欲や心身状態を評価したり、服薬の自己管理やかかりつけ医に自分の心身状態を正確に言葉にして伝えられるかどうかといった生活自立のためのアセスメントの更新に取り組んでいる。また、アルコール常習者ゼロ、引きこもりゼロというサポートセンター活動の実績を釜石全体に広げ、それが地域包括ケアの必要性や復興住宅に移行後のサポートセンターの必要性の認識につながるように、市内4つのエリアに活動する3か所のサポートセンターの共同の取り組みを強化している。あわせて、仮設団地住民の地域包括ケアに関する自発的な学習会も促しながら、集いの場、居場所づくりとしての地域包括ケア推進にとって自分たちにはどういう果たすべき役割があるのかの認識を深める機会としている。

リーダーシップ支援の取り組みでは、中心となり得る60歳代の住民を選んで、住民が自発的にイベント企画・実施に取り組む中で、役割意識の回復や得意能力の発見、人に喜んでもらえる舞台づくり、支援してもらってきたことの客観化と返礼の心の醸成などに取り組んでいる。

#### ⑤ 「連携」ではなく「コンソーシアム（協働事業）」

「平田団地サポートセンター」の活動は、事業受託者のジャパンケアサービスグループを中心に、他の民間在宅介護・看護事業者、市内の他のサポートセンターを受託している民間事業者、地元の医療法人病院や在宅医療診療所、薬局、子育て支援 NPO、大学研究機関など、多くのそれぞれに異なる専門性を有する主体との事実上の協働事業（コンソーシアム）として成り立っている。コンソーシアムは、各事業所の責任者クラスの人的ネットワークによって支えられている。資源は、個々の事業者の管理下にあり、共同投資や資源に対する持分といった考え方は組み込まれていないが、支援サービスの提供プロセスは協働化されていて、達成される価値や達成から得られる人材育成等への効用は共有される仕組みである。限定された目的の共有の下に構築された多専門機能の水平的統合の仕組みである。しかも目的は、得られた成果をそれぞれの参加主体に分割して還元できるような自利的な性格を持っていない。「つなぐ・つながる」といった互助原理に拠って立つ支援網の構築と互助原理に支えられてはじめて可能になる生活の自助的主導権の再獲得への支援である。要するに、目的の脱自利性、成果の非分割性、主体の専門主義の自発性といった特徴で定義することができる強固な範囲ネットワークである。これらの特徴は、強い凝集性と高い機能性を発揮している地域医療・介護ネットワークの事例に普遍的に観られるものである\*。

\* この点については、小笠原浩一・島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、pp.132-135を参照のこと。

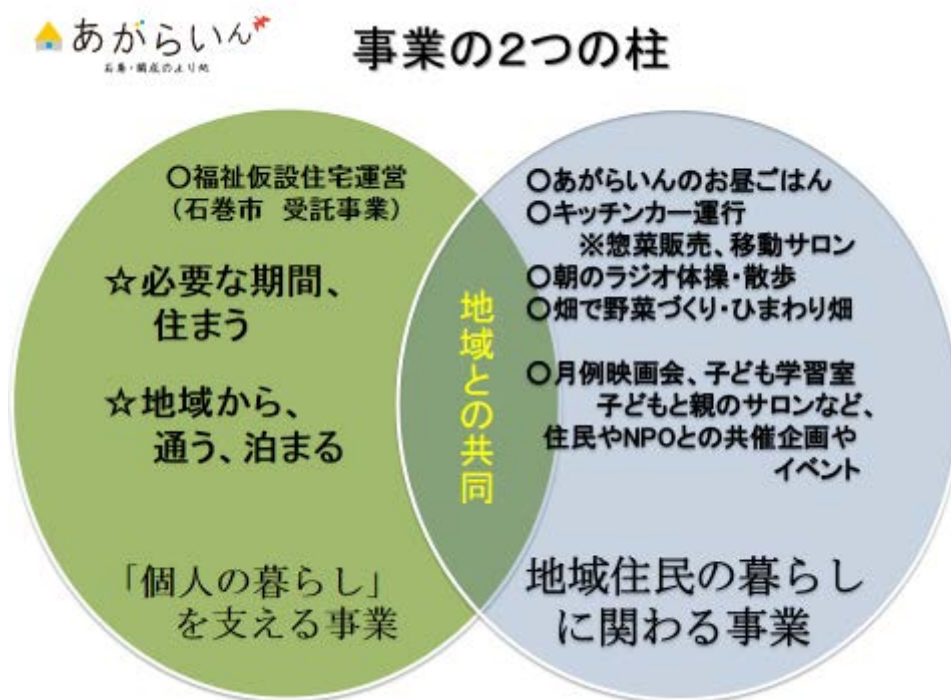
#### II-2 石巻市福祉仮設住宅「あがらいん」

東日本大震の被災地域で最大規模の石巻市開成・南境仮設住宅団地内に、特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）が開設している「あがらいん」がある。石巻市との業務委託で運営されている福祉仮設住宅である。

事業受託先がなかなか決まらない状況の中で、CLC は、業務受託契約に際し、業務に範囲及び内容に関する独自の姿勢を盛り込むことを条件にした。それは、第1に、「福祉仮設住宅」であり入居を本旨とするものであるが、「現行法でのサービス対応ができない」ために、「多様なニーズに、柔軟に対応するため」の管理運営であることを明記させたこと、第2に、付随的事業として「配食・サロン事業の展開」を入れたこと、そして第3に、備考として、「多様なニーズに対応する必要がある」ことから運営内容に関する市との適宜調整の手続きを規定したこと、の3点である。釜石市の平田団地サポートセンターの事業受託と同様に、事実上の事業プロポーザル方式での受託であった。CLC の制度外運営の経験・ノウハウが制度事業に投入されたわけである。

これを受けて、「あがらいん」は、当初より、早期対応による重度化予防と日常生活の調整（立て直し）、既存施設の類型分類に馴染まない様々なニーズへの対応、関係者のワーキングチームにおける協議を通じた継続的支援という基本的な運営方針を打ち出し、「ワーキ

ングチーム」は制度上の定義はないが利用対象者の基準を設定・修正するためのもので、市の関係課長、県の福祉事務所に「あがらいん」を加えた協議の場を意味している。具体的には、次の図に示される「事業の2つの柱」を設けた。



出典： 池田昌弘・特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）理事長「「つながり」の維持・継続と新たな「つながり」を支援する地域コミュニティづくり」、日本介護経営学会震災復興シンポジウム「3.11 後の介護経営の復興／再生とイノベーション：被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」（2013年7月7日東洋大学）報告資料より

左円は、「必要な期間、住まう」が福祉仮設住宅の本体事業部分であるが、これに通所支援とショートステイを一体化して、全体として、在宅での生活が難しかったり、出口の見え難い中にある方々の生活の立て直しを図るために、住まいの確保と支援サービスとを包括的に支える事業として構想されている。右円は、付帯事業に盛り込まれた部分であり、実際には、列挙された事業に「共同食堂」（「あがらいん昼食会」）が加わっている。この領域の基本的な考え方は、個人の支援には地域との関わりという環境条件が不可欠であり、換言すれば、自助は環境整備と具体的な支援によって実体化するというものである。

この基本的な考え方に沿って、左円の居住型支援の機能的な中身として、DV シェルター、医療から生活場所へのつなぎ、施設利用が困難な方々（たとえば要介護認定は付いているが保証人を亡くしているような方々）への生活場所の提供、在宅生活継続への支援（レスパイトケアを含む）、仮設住宅での生活が困難な場合の一時避難所（例えば冬季積雪期など）といった多様なニーズ態様への機能的対応が試みられてきた。また右円の通い型の支援では、在宅生活継続が困難な方への支援（家族レスパイトを含む）、社会参加・交流機会（た

例えば、地域食堂での就労や入居者向け食事づくりでの就労など)の提供、いきがいくつりといった機能提供が試みられている。

環境条件としての地域との連携については、「あがらいん」を集う場・出会う場として位置づけることで、目的を共有する多くの異なる役割を持つ主体（子育てNPO、隣接地域の在来農家住民、健康体操指導教室、学習塾、理容業者、JA、映画配給業者、それに仮設サポート拠点や市立病院仮診療所など）との間に、継続的で機能的に統合性を持つ協働の取り組みを進めている。

またCLCは、発災直後の現地支援のために全国の社会福祉系大学や社会福祉協議会・社会福祉法人などと「東北関東大震災・共同支援ネットワーク」を組織し、石巻現地事務所を置いているが、この受託事業の実施にあたり、情報提供、専門的知識の提供、人的・物的支援などの面でこの地域外に展開する協力網に支えられている。

石巻・開成のより処「あがらいん」が短期間のうちに全国でも注目される取り組みを展開し、成果をあげることができた主たる要因は、次の3点にあると思われる。

#### ① プロポーザル方式での事業受託

「あがらいん」はそれぞれの事業分野で高い実績を上げている。とくに、被災による仮設住宅への避難で不安・戸惑い、焦燥、自信喪失、体力低下などによる「生きづらさ」の中で生活の自律性の低下した住民に対し、残されている力・持っている力を支援によって蘇生させ、能力感・役割感を回復し、日々の生活に主導性を取り戻すという福祉的な価値回復機能を果たしてきている。医療・介護サービスに関しては、介護保険サービスに依存してきた方々に、就労や交流への参加による役割感の醸成を通じて、依存度を軽減することを可能にしたり、DV避難で入居した高齢者に、ボランティア参加による能力感の向上を進めた結果、公的な福祉支援の量を増やすことなく、介護保険サービスを利用させることなく、単身者用仮設住宅での居住を可能にしたりといった、制度サービスへの依存度を軽減させるための支援サービスのイノベーションを進めてきている。

これが可能になっている最大の理由は、事業受託時にプロポーザル方式によって創造的な事業展開を提案し、委託契約に盛り込んだことにある。制度の縛りを厳格に運用しがちな行政と、ニーズ実勢に対応した最適なソリューションを開発することを行動原理とする民間非営利組織との事業委託関係における関係性の仕切りを考える上で参考になる。

#### ② 知識・方法の移転と現地化

被災地では、急増する医療・介護ニーズに対し、行政は、当面のサービス供給量の確保や避難先保険者との調整、専門人材の補充といった数量確保の手立てを優先せざるを得ない。生活支援に重要なソーシャルワークについては、地域包括支援センターや保健師の活動で不足する部分や、そもそも制度的対応に馴染まない柔軟性・創造性を要する活動領域について、その多くを活動実績があり、ノウハウの蓄積を有するNPOやボランティア組織が担ってきた経緯がある。補助事業・委託事業の時限によりそうしたインフォーマルセクターの提供する公益活動が衰微する傾向もある。

地域内に資源・ノーハウが不足する場合に、地域の外にその充足を求めることは一般に在り得る。ノーハウは汎用性を有するので、地域外から持ち込まれても現地の課題解決のために機能する。ノーハウは組織性を特徴とすることから、ノーハウを実践する人の要素に左右される。そこで、外部依存の資源調達を行った場合、調達した資源を地域内に恒久化して現地化を進めるか、調達した資源を基に地域内に人材を育て知識の移転を進めるか、あるいは調達した資源の引き揚げによってゼロの状態に戻るか、この3つの筋書きが在り得る。「あがらいん」は、CLCのノーハウを持ち込んで、現地雇用で人を育てながら、知的資源そのものの現地化を図ろうとしているケースである。この現地化戦略は、「あがらいん」の受託事業が継続している限りでは実効性を挙げているが、仮設住宅の終焉、復興住宅への移行等の今後の変化に合わせて現地化を深めていくことができるかどうかは、石巻市の判断次第ということになる。行政の計画や具体的施策が、こうした民間による現地化の成果をさらに展開させられるような支援的機能を発揮できるかどうか、今後の地域包括ケアの方向性にとってカギになるとも言えよう。

### ③ 組織の柔軟性

多様なニーズの実勢に臨機に対応したソリューションを提供していくという機動性は、組織の柔軟性と関連がある。「あがらいん」の柔軟性は、誰にでも、いつでも、必要な時に、必要な期間、必要としているもの・ことを提供するという活動目標自体の高い公益貢献性に関連しているが、実際にそうした柔軟性を可能にしているのは、財源の自主性と社会的信頼性である。財源の自主性は、事業委託費や補助金等の公的財源ないし制度財源と事業収入、地域ファンド、助成金などの自主財源・民間財源をバランスよく獲得・配置していることで担保されている。これは行政との事業実施にあたっての適度な距離感にも通ずる。社会的信頼性は、地域の公的機関や医療機関、商店や住民自治会、ボランティア・NPOなど利用者の健康や生活安全の確保、緊急的対応への備えなど必要な当事者に参加を求めて運営推進委員会を自主的に組織し、情報・活動の見える化や連絡・相談に努めていることで担保されている。こうした組織の柔軟性のノーハウは、CLCの石巻への展開以前に確立されていたもので、それを仮設住宅という気密性の高い地域の関係性に応用していったのである\*。

\*以上の記述は、池田昌弘（特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター理事長）「「つながり」の維持・継続と新たな「つながり」を支援する地域コミュニティづくり」、日本介護経営学会震災復興シンポジウム「3.11後の介護経営の復興／再生とイノベーション：被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」（2013年7月7日東洋大学）報告資料、2013年7月30日に実施された「あがらいん」への聞き取り調査、ならびに同年9月13日の石巻市健康部への聞き取りで得られた知見を基にしている。

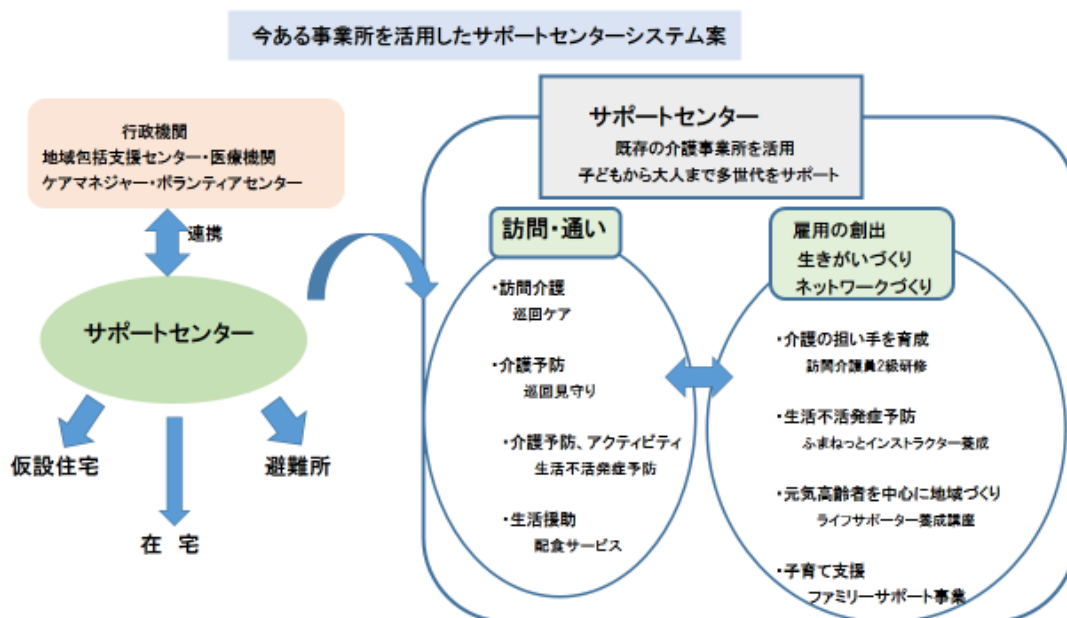
## II-3 石巻市ばんぷきん株式会社

ばんぷきん株式会社（ばんぷきん介護センター）は、石巻市に本社を置く訪問系・通所系介護サービス、福祉介護機器販売・レンタル、介護タクシー、住宅リフォーム、生活支



援サービス、グループホーム、有料老人ホームなどを業としている。介護保険制度成立時に介護事業に、「地域に根差した総合的な介護サービス」を目標に参入した経緯から、旧石巻市以外にも旧 6 町の半島・島嶼部や隣接の女川町、東松島市にも広域にサービス網を有する地元の主力事業者である。東日本大震災では、11か所の事業拠点のうち、沿岸部へ訪問介護、地域密着型サービスなどを展開する5か所のステーションと有料法人ホームが被災し、うち3か所では事業所全半壊と利用者・職員が死亡している。主力の訪問系・通所系サービスのステーション7か所のうち5か所が大規模に被災したが、発災直後には「命を守る期間」と位置づけ被災者への移送手段の提供や避難拠点の構築などに貢献し、事業再開にこぎつけた4月1日からは「生きるための行動期間」と位置づけ、大小100か所の避難所への訪問入浴の提供、在宅避難者への支援物資提供や個別支援の展開、利用者・家族の事業支援組織である「ばんぷきんふれあい会」によるコミュニティ再構築支援、集団避難所へのボランティア支援など多彩な活動を展開した。そして10月以降は「再生に向けた行動期間」と位置づけ、介護人材不足への対応としての社会福祉協議会と協力したヘルパー2級講座等の福祉人材育成の推進、仮設サポート拠点事業の受託、24時間定期巡回モデル事業による在宅高齢者支援の強化などに取り組んできた。

サポート拠点事業は女川町からの受託事業であるが、受託にあたり、次の概念図に示されるような「今ある事業所を活用したサポートセンターシステム」という事業案を提案している。



典拠：渡邊智二（ばんぷきん介護センター常務取締役）「東日本大震災における取り組み」、民間介護事業者協議会シンポジウム「震災を忘れない」（2013年3月6日、笹川記念会館）における報告資料の図を、引用者が忠実に再現したもの

この構想は、女川町地域支え合い総合事業の体制づくりで8拠点を整備する計画に対しばんぷきんが2拠点を受託するに際して提案したもので、実質的には、地元でそれぞれの

専門機能を有する事業者と協働しての提案であった。提案に際しぱんぷきんは、子育て層から要介護高齢者層まで、地域の必要な人に、必要なサービスを、適宜提供するという基本原則を構えた。

被災の甚大であった民間事業者が、それでも発災当初から地域に対する各種機能の提供で貢献できたのは、加盟する民間介護事業者の全国組織が調整役となった全国的なネットワークからの支援の力が決定的であった。この全国組織は発災 1 か月後から常時 2-5 社の加盟企業から移動入浴車と介護専門職を派遣し、ぱんぷきんが中心となった現地司令塔の調整の下で、日々変化する情報にニーズ対応してきわめて弾力的で機動性のある支援網を動かした。とくに、ぱんぷきんが訪問系サービスを提供している広範な半島・島嶼部への支援を重点にし、岐阜市に本社のある株式会社などは、単独支援も含めて 11 月まで人員とノーハウの提供を継続した\*。この全国組織は、この支援網の活動を基に経験知を集約し、民間事業者の災害非常時の対応マニュアルを整備している\*\*。

\* 今村あおい（株式会社新生メディカル）「体験をどう活かし、どう再生するかー被災事業者・支援事業者が語る課題とヒントー」、民間介護事業者協議会シンポジウム「震災を忘れない」（2013 年 3 月 6 日、笹川記念会館）報告資料。

\*\* 一般社団法人全国介護事業者協議会『3. 11を忘れない！東日本大震災の教訓を生かす：災害発生時の介護事業者必携マニュアル』平成 24 年度厚生労働省老人保健健康推進事業報告書、2013 年 3 月。

この事例の特徴は次の 3 点である。

#### ① 大規模被災事業者の BCP

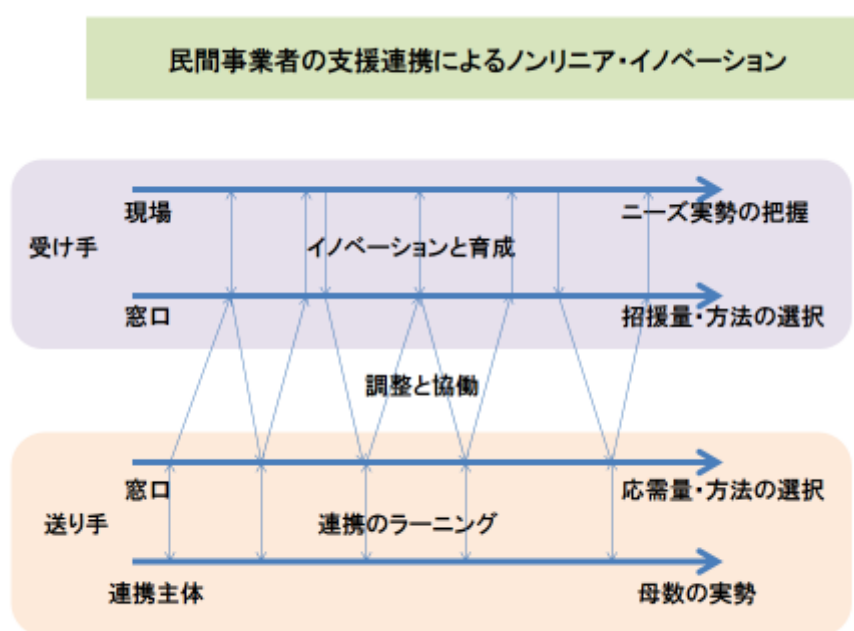
地域包括ケアは、異なる専門性を有するステークホルダーの統合的な機能連携網であるが、機能連携を一過性・偶発性の協力関係ではなく、常態性を持つ網（ネクサス）として成り立たせているのは信頼（トラスト）である。ぱんぷきんが甚大な被災の中から事業継続に立ち上がり、失われた資源を補完し、被災前に利用者に提供してきたサービスを最小限レベルながら維持し続けることができた最大の要因は、この地域社会における住民からのぱんぷきんへの信頼であり、普段から業務遂行において連絡・相談・調整を図ってきた各機関・事業者からの信頼であり、全国組織の同僚事業者からの信頼であった。災害危機に際し事業継続を可能にするのは、計画的に立案された BCP（事業存続計画）も必要ではあるが、どんな入念な計画を作成していても、当該事業者に手を差し伸べる信頼のネットワークが存在しなければ、計画は実行できない。

ぱんぷきんの事例には、事業継続性の最大の要因は、普段の事業組織とネットワーク上の信頼性にあるという基本的な発見がある。この発見は、地域包括ケアに組み込まれるべき社会資本型ネットワークが、どのような機能的予見性や役割上の期待可能性を有するか、換言すれば、単なる偶発的なネットワークではなく、共通資産（コモン）としての機能連携網（ノルディック・マーケティングで用いる「価値創造型ネッツ Value Creating Nets」に相当する）として機能するかを構想する場合に参考になる。

#### ② ノンリニア・イノベーション

一般に、目的を共有する異なる専門主体間で機能連携を構築する場合、双方に情報調整

のゲートウェイを一本化し、カウンターパート性を持たせたうえで、経時変化に応じて、役割、必要なサービス資源の量、連携方法、情報フィードバックと次展開への段取りなどを進めていく。この調整プロセスが、提供するサービスの類型や難易度、既往の経験頻度などにより成熟定型化・標準化されているものもあるが、難処遇や状態変化の激しいケースあるいは一挙に大量の要支援ニーズが発生している事態では、支援の応需双方でコンカレントな柔軟な調整を展開しながら応需の最適化を図っていくことになる。災害緊急時の支援の応需はまさにこうした場合に当たる。その場合、次の概念図に示されるようなノンリニアなサービス応需のイノベーションが展開することになる。



小笠原浩一・日本介護経営学会副会長（東北福祉大学）が、ばんぷきん介護センターへの聞き取り、民間介護事業者協議会主催シンポジウム「震災を忘れない」（2013年3月6日、笹川記念会館）における渡邊智二、今村あおい両氏の報告内容、ならびに民介協事務局から得た支援情報を基に、ばんぷきんと民介協会員事業者との間のサービス支援応需の概念図として作成した

支援の応需、より一般的には、異なる事業主体間の協働した統合的サービス提供では、受け手、送り手の双方の窓口間で迅速な情報の伝達が行われる。この場合の情報は、事実は受け手側で深刻さや影響などの特性解釈が施された知的情報として伝達される。特性解釈はサービス臨床の現場と窓口との間の認識の調整過程を通して組織的に施される。伝達された情報に基づき送り手側でもこれと同様に保有資源量や活用可能なレベルについての判断が加えられながら、応需間の情報調整と具体的な応需の協働が進められていく。この過程そのものが、双方における組織的ラーニングとサービス・イノベーションの過程でもあり、そこに関わりを有する職員の育成過程ともなる。

この経験によって組織も職員も成長するというこのプロセスは、地域包括ケアをシステ

ムとして構築する場合に、必ず組み込まれる普遍的なメカニズムであるとも言えよう。

### ③ 民間主導の地域包括ケア

ぱんぷきんは、介護サービスの基盤が薄い沿岸半島過疎地域や島嶼部に重点的に事業を展開してきた。また、社会福祉法人や社会福祉協議会が制度サービスや受託事業の実施で力を発揮するのに対し、民間介護事業者の強みを活かして個々人に未着した丁寧なサービス提供を社是としてきた。多くの職員が犠牲となった沿岸部の事業所では、職員は、押し寄せる津波の脅威の中でも最後まで利用者一人ひとりに寄り添っていた。あるいは、半島部における在宅避難者へのサービス確保は民間事業者の支援ネットワークを通じて可能になった。民間の営利事業者であるからこそ、地域に対して高い公益事業性を発揮するというこの現象をどのように解釈・一般化するかという課題がここにある。法人の種類や事業形態によって公益事業性が左右されることはない、ということは明らかである。民間事業者であるからこそ、資源の弾力的運用や事業創造性に敏捷であることも、この事例や他の取り上げた事例から明らかである。

地域包括ケアの推進にあたり、法人種別、社会福祉協議会であるか、一般社会福祉法人であるか、あるいは民間事業者であるか、民間でも営利事業者であるかどうか、そのような観点から、参入を排除したり、事業領域を狭隘に止めたり、行政とのパートナー関係に濃淡を付けたりといったことが仮にあるとすれば、それは、今後の地域包括ケアのシステム化に向けて有用な社会資源を眠らせることになる。

## II-4 医療法人真正会

医療法人真正会（埼玉県川越市）が震災直後から被災地や県外避難先で継続的に実施してきた「地域リハビリテーション（モバイル・デイケア）」の取り組みは、リハビリテーションへの参加促進・継続性の維持における工夫やサービス実践の方法論、多職種協働を可能にする組織づくり、異なる組織間での連携・協働関係の構築、組織の一体感の醸成といった観点からみて、非常に学ぶところの多いケースである。

医療法人真正会は埼玉県川越市において霞ヶ関南病院を中心に、霞ヶ関中央クリニック（訪問医療、訪問リハ）、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション、通所リハ、通所介護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、トレーニングセンター等の事業を多岐に渡って展開している。外来・入院・リハビリテーションの充実はもとより、地域医療・介護・地域リハビリテーションに力を入れている法人である。震災直後から、被災地・被災者支援に積極的に取り組んできた。

以下、前半部分で、震災直後から現在まで医療法人真正会が中心となって実践されてきた被災地・被災者支援活動の概要を紹介し、後半部分では、これらの被災地支援活動を組織的に実践する中で発揮された様々な工夫について、先述の観点からみて、組織づくりやサービス開発、実践の場で取り入れていくことが有用であるいくつかの点について、活動

を实践された当事者へのヒアリングでの知見をもとにしながら、取りまとめることとする。

初動の経緯は次の通りであった。発災時、医療法人真生会 理事長の斉藤正身氏は福島県小名浜の友人の消息が気掛かりであったこと、職員にも東北出身者が多く、その親御さんも含めて非常に心配であった。そこで何か被災地域の力になれないものかと埼玉県医師会に連絡を入れたところ、「埼玉スーパーアリーナにすぐに行って欲しい」という要請を受けた。埼玉スーパーアリーナには高齢者も多く含む約 3,000 名の人々が避難していたが、リハビリテーションもなく座りきりの人々が多い状況であった。すぐに派遣体制を整え、継続的な支援に入っていくこととなった。

この支援をきっかけにして、双葉町町長からの直接の依頼や斉藤氏の全国デイ・ケア協会の会長としてのネットワーク等を通じて、後述する様々な支援に展開していくこととなる。そのプロセスにおいて、旧騎西高校での支援活動のために埼玉県医師会が中心となり、埼玉県理学療法士会・埼玉県作業療法士会・埼玉県言語聴覚士会の 4 団体の協力組織「CBR-Saitama Med.」が立ち上げられた。真生会に事務局が設置され、2011 年 4 月 15 日の団結式には約 250 名の参加者を得て、同 4 月 20 日から支援活動が開始された。真生会は、埼玉県内の様々な医療機関からのボランティアスタッフ数百人を取りまとめるリーダー的機能を果たした。以下、これらの支援活動の概要である。

#### ① 「さいたまスーパーアリーナにおける支援活動」

2011 年 3 月 22 日から 3 月 29 日（活動実日数 8 日間、午後 2 時間／1 日）まで、医師（3 名）、理学療法士（15 名）、作業療法士（7 名）、健康運動指導士（13 名）、その他のスタッフ（17 名）を派遣し、廃用予防チェックおよびストレッチ体操ボランティアを実施した。参加者はのべ 839 名にのぼった。

#### ② 「双葉町避難所（旧騎西高校）における支援活動」

2011 年 4 月 20 日から 2013 年 11 月末の避難所閉鎖まで継続的に実施された。2013 年 9 月 30 日時点で、活動実日数 513 日間、派遣されたスタッフののべ人数は理学療法士（873 名）、作業療法士（564 名）、言語聴覚士（110 名）、その他のスタッフ（医師、看護師、介護福祉士、相談員、健康運動指導士、事務）である。主な支援活動は、ストレッチ体操、個別リハビリ相談、マシントレーニング、体力測定、社会福祉協議会への協力、既に活動しているリハ・ボランティアのサポートと多岐に渡った。参加者はのべ 4,845 名（個別支援 1,963 名、ストレッチ体操 418 名、デイサービス 2,005 名、二次予防事業 459 名）にのぼった。

#### ③ 「特別養護老人ホーム「おながわ」へのスタッフ派遣」

2011 年 5 月 23 日から 6 月 27 日まで、1 チーム 3 名体制（看護師 1 名、介護職 2 名）で 5 週間に渡り 15 名の業務派遣（夜勤を含む）を行った。また、2011 年 5 月 8 日と 10 月 1 日には炊き出し支援も行った。

#### ④ 「双葉町避難所（リステル猪苗代）における支援活動」

2011 年 6 月 15 日から同 9 月 30 日（実活動日数 108 日）まで（「リハビリ支援関連 10

団体の一員として)、医師 (のべ 28 名-以下同)、理学療法士 (151 名)、作業療法士 (125 名) を派遣した。この中のリハビリ班 (医師 1 名、理学療法士 2~3 名) は、避難所の保健室のスタッフの一員として活動を行った。保健室は双葉町保健師 3 名、双葉町社会福祉協議会職員 (ケアマネジャー) 1 名、他県の保健師、管理栄養士 4~5 名と派遣されたリハビリ班で構成された。支援内容は朝の体操や小グループでの活動といった集団対応から、医師の診察・同行訪問、身体機能や生活場面の評価・アドバイス、自主トレーニングの提案・伝達、移動手手段の評価・アドバイス、コルセットやサポーター等の選定・フッティングといった個別対応まで多岐に渡った。支援のべ人数は 3,181 名 (診察 82 名、個別支援 1,333 名、グループ体操 1,766 名) にのぼった。

#### ⑤ 「双葉町仮設 (福島県内) への支援活動」

2011 年 10 月 5 日から 2013 年 9 月 26 日まで活動実日数は 100 日であった (シンポジウムでの報告時点で継続中)。月に 2 回ずつ 1 泊 2 日で福島県内日和田仮設住宅団地 (拠点) に宿泊しながら、「福島市 (さくら 32 戸、飯坂 88 戸)、猪苗代町 10 戸、郡山市 (富田 65 戸、日和田 122 戸、喜久田 63 戸)、会津若松市 5 戸、白河市 10 戸、いわき市 250 戸」の各仮設住宅の支援を行った。

#### ⑥ 「巡回型リハビリテーション・ケアチームの派遣」

2011 年 10 月 5 日から 2013 年 9 月 26 日までで活動実日数は 100 日、専門スタッフの派遣はのべ 435 名、のべ 2008 名に支援を行った (シンポジウムでの報告時点で継続中)。いわき市、郡山市、会津若松市にキャンピングカー (モバイル・デイ・ケア) で巡回型リハビリテーション・ケアチームを派遣している。派遣チームは看護師 1 名、リハビリスタッフ 2 名、介護福祉士、事務職、レクリエーションワーカーなど 1 名 (時に医師) の 4 名で構成されている。支援内容は健康チェック、健康体操、余暇活動・マッサージ・下肢運動等である。

こうした支援活動で得られた様々な知見やノウハウも活かされながら、医療法人真正会の本拠地である埼玉県において、地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制構築の取り組みが進められている。これは、地域の高齢者や障害者を対象として、寝たきりの防止や機能維持、在宅生活の継続を支援するため、「地域リハビリテーション・ケア・サポートセンター (通称:「地域リハケア・サポートセンター)」が県総合リハビリテーションセンターや各地域包括支援センター等をつなぐハブ組織として機能し、地域として一体的に相談・支援を実施する多組織協働の仕組みである。被災地・被災者支援を契機として立ち上がった多機関連携組織である CBR-Saitama Med. の実践経験から得られた知見が、地元 (埼玉県) の地域包括ケアシステムの構築の実践にフィードバックされ、活かされ始めている\*。

※以上の記述内容の内、実践内容の事実に係る部分については、日本介護経営学会主催「被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」シンポジウム (2013 年 11 月 24 日、石巻専修大学) における、齊藤正身氏 (医療法人真正会理事長・全国デイ・ケア協会会長) による報告および資料に基づいている。

この事例の特徴は次の点にある。

#### ①リハビリテーションへの参加促進、継続性の維持における工夫

リハビリテーションへの参加促進や継続性の確保にあたっては、プログラム実施以前に、対象者とのコミュニケーションを丁寧に行うことによって人間関係・信頼関係の構築を行うこと、対象者を含む集団内の人間関係の理解に努めることが有効である。この場合のコミュニケーションとは、直接的にリハビリテーションに関わることと言うよりも、もっと生活全般的な「人と人としてお互いを知る」ために交わされる会話といったことである。何気ない会話の中で発せられる情報について、専門職の観点から分析的に解釈をしていくということはもちろん重要である。

旧騎西高校やリステル猪苗代での予防、悪化防止リハビリの支援活動においては、最初から体操（プログラム）を全面に出すのではなく、避難されている方々とのコミュニケーションを通じた人間関係や信頼関係の構築が優先された。それによってまず、話せる輪（和）をつくっていき、徐々にリハビリテーションプログラムの実施に繋げていったとのことである。性急なリハビリ実施に凝り固まることのないコミュニケーションと、それを通じた人間関係づくりがリハビリ参加への障壁を低くしたり、継続性を担保したりするということである。

また、専門職と対象者個人の関係だけでなく、（避難所の）集団内にある人間関係の理解に努めたことが参加や継続性の確保に寄与した。地域社会と同じように、避難所にも人それぞれの役割や人間関係が時間の経過とともに生まれてくる。支援者として、その「場」に形成されている人間関係に配慮して関わることで、あまり乗り気ではなかった対象者や遠慮深い対象者なども、うまく参加に結びつけることができたり、継続を促したりすることが可能となる。

さらに、継続性の確保のために、関わりをもつ他主体との連携をしっかりと行ったという。具体的には、町の保健課、社会福祉協議会、他のボランティア団体（マッサージ）とボランティアチームを結成して丁寧なミーティングを定期的の実施した。それぞれの組織からみた対象者の方々の情報を共有することで、対象者の多面的な理解が深まった。そうした理解に基づく利用者との関わりが利用者との信頼関係の構築、ひいては活動の継続性に寄与した。

#### ②生活全体を見据えたサービス実践へのアプローチ

リハビリテーションの実践にあたっては、患者や利用者の体の状態（身体機能）だけではなく、「生活の状況」や「生活歴」、「人間関係」といったその方を取り巻く環境条件を理解することが非常に重要である。ケア実践において生活歴や既往歴が重要であるということはこれまでも言われてきたことである。しかしながら、病院という「治療」を第一の目的とした環境の中では、どうしても患者の「体」を中心に診ることになりやすい。

真生会では、避難所でのリハビリテーションの実践を通じて、場合によっては身体の状態よりも、生活の成り立ちや生活歴、人間関係を優先して理解をすることの方が支援の質

を高めることができるという経験をした。サービス実践へのアプローチの方法論に関して、視点の転換があったということである。

### ③多職種協働を可能とする組織づくり

多職種協働の重要性は喧伝されるが、これを組織的に実践することはとても難しい。被災地支援というある意味特殊な状況の中で、多職種協働を可能にする組織運営の仕方の1つの要素となりうるであろう取り組みが行われた。

当然のことながら、被災地支援は本拠地の病院から派遣されるかたちで行われたし、派遣される職員は順次入れ替わるという形態であった。こうした病院の中よりも情報共有が困難な状況の中、職員の側ではICTもフルに活用しながら、記録・報告会・ミーティング・メール配信等の情報共有の取組を綿密に行ったということである。また、リハビリ専門職だけが情報共有を行うのではなく、事務系のスタッフやレクリエーションに関わるスタッフも含めて行われた。それぞれの専門職の視点から把握・理解される情報には幅や深さに違いが生じるが、はじめから分業を前提とした情報の選別は行われなかった。

これを実施することによって、たとえ訪問するスタッフ（職種一専門性）が入れ替わっても、対象者の方々の全体的な状況を理解した上で関わりを持つことが可能となった。つまり、専門ではないから理解しようとしなく、出来る範囲で情報を読み取ってしかるべき専門職に繋いでいくということが可能となり、結果的にリハビリテーション活動に参加される方々との関係構築もうまくいったということである。

### ④徹底的な情報共有に基づく異なる組織間の連携・協働関係の構築

支援活動を通じて、異なる組織間での連携や協働を進める上で重要な実践が行われた。避難所にはリハビリテーション支援を行う個人や団体が複数入っていた。それぞれがバラバラに記録を持っていたのでは、利用者それぞれの日々の取り組み状況を踏まえた支援の継続は難しい。そうした情報の分散化を防ぎ、支援に継続性・一貫性を持たせていくため、複数の組織間で1つの記録を使うことや議事録を共有すること、緊急性の高い対象者の方の情報は現場に貼っておいて支援に入った誰もが見るようにすることといった情報共有のあり方が実践され、質の高いリハビリテーション実践に寄与したということである。対象者の情報が断片的に複数の組織に分散するのではなく、あくまでも対象者を中心とした情報の集約の仕方が、結果として、関わる多組織間の協力関係構築の壁を取り払った。

被災地・被災者支援で力を発揮している CBR-Saitama Med.、その知見も活かされながら進められている埼玉県での地域包括ケアシステム構築の取り組みなど、異なる専門職能団体や異なる専門家たちとの連携が実践できているのは、やはり震災を契機とした支援の経験が非常に大きいということである。混乱状況の中で複数の組織、団体が関わっていた状況で、リハビリ支援を実施している時間や場所だけでなく日常的にどのようなようにすればいいか議論し、一緒に悩むという経験を通じて目標や目的が組織を超えて共有され、協働で関わる合意形成ができたということである。異なる組織や専門職であったとしても、利用者を中心にご置くという原則と、共通の情報を持つ／つくっていくという実践は、連携や協



働を可能にするために重要な要素であると考えられる。

#### ⑤組織の一体感の醸成

組織として継続的な支援を行っていくためには、組織の一体感の醸成も重要な要素であった。本拠地を離れて被災地に支援スタッフを継続的に派遣するという事は、現場から見た場合には、現場を担うスタッフの数が減るということである。本体事業はもちろん変わりなく継続されているわけであるから、現場にとっては負担になる。したがって、本体業務を担う職員と支援に派遣される職員の相互理解が無くては成り立たない。本業も外部支援も我々の組織が持つミッションとして同等の重みを持つものであるという価値観を組織的に共有できるか、ということが鍵になる。

真生会では、組織のトップによる職員全体への呼びかけや感謝の言葉が忘れられることがなかった。被災支援に派遣されるスタッフばかりに声がけするのではなく、留守を守る職員の力があってこそ、本業を疎かにしない支援活動が成り立っているという事実を、きちんと伝えるということである。現場レベルで仲間を気持ちよく送り出し、さらに現場に仕組みとして根付かせていくために、被災地へのスタッフの派遣を現場のシフトに組み込んで行ったということである。これは、現場のスタッフがどのように動いているのか（被災地支援に行っているのか休みなのか、等）について、課長や主任はもとより現場職員同士がよく理解し合うことができるという効果を持った。それだけでなく、朝礼やメール、あるいは忘年会等のあらゆる機会を捉えて情報共有が丁寧に行われた。

また、「組織として」被災地支援を行っているという実感を職員が持つために、初期の段階から薬剤師や栄養士、レクワーカーといったリハビリ職以外のスタッフも戦略的に活動に参加してもらうようにしたとのことである。こうした取り組みは、被災地支援だけでなく、種々の地域貢献活動においても充分活かされるべき工夫であると考え\*。

※以上の記述内容については、本調査研究ワーキンググループの工藤健一委員（東北福祉大学講師）が、2013年12月9日に実施した、齊藤正身氏（医療法人真正会理事長・全国デイ・ケア協会会長）と渡部慶和氏（医療法人真正会作業療法士、CRU:地域支援担当 サブマネジャー）へのヒアリング調査で得られた知見ならびに医療法人真正会 Annual Report 2012.4~2013.3 ([http://www.kasumi-gr.com/txt/img/Annual2012\\_2013.pdf](http://www.kasumi-gr.com/txt/img/Annual2012_2013.pdf)) からまとめている。

### III 地域包括ケア推進構想の事例分析－類型比較と要因分析－

#### III-1 釜石市「釜石市地域包括ケアを考える懇話会」の『提言：生きる希望にあふれたまちづくり』

釜石市は、平成24年11月、保健福祉部高齢介護福祉課の事務所掌で「地域包括ケアを考える懇話会」（以下、「懇談会」）を設置し、その『提言：生きる希望にあふれたまちづくり』(<http://www11.ocn.ne.jp/~zaitaku/20130227teigen1.pdf>；以下、『提言』)を、平成25年2月27日に取りまとめている。

市の記者会見資料 (<http://www.city.kamaishi.iwate.jp/index.cfm/10.22125.c.html/22125/20121122-115544.pdf>) によれば、「懇談会」設置の目的は、高齢者が住み慣れた地域で自立して引き続き住み続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、見守り等の生活支援サービスなどが「切れ目なく提供される」システムの構築にあり、それを今後本格化する復興事業と「一体的に地域包括ケアの考え方を取り入れた取組み」を推進することにあった。そのため、「懇談会」は専門家、事業者に、住民を加えた構成とし、「釜石市復興ビジョン会議」に連携した構想立案機構として組織的に位置づけられていた。「懇談会」では、①過去の震災における復興まちづくりの事例検討、②釜石市における高齢化の現状と課題の分析、③地域ごとの在宅医療・地域包括ケアの資源の確認、④10年後、20年後の中長期の釜石の姿の検討が課題とされた。

「懇談会」の委員構成は、医療界から市医師の会長、在宅医療部会長、旧市立病院を継承した民間病院の医師で仮設サポート拠点診療所の医師、介護・福祉専門家として釜石広域介護支援専門員連絡協議会の新旧役員 2 名、社会福祉協議会事務局長、市民・高齢者代表としてボランティア組織責任者と市老人クラブ連合会会長、高齢者就労に詳しい市シルバー人材センター事務局長、それに東京大学の研究者 2 名であった。委員構成について、仮設住宅に生活する被災住民の健康・介護ニーズや地域に暮らす高齢者の生活課題に関する実務的情報に通じたメンバー、ならびに在宅医療・地域医療と介護サービス提供の実態について被災前からの経路や被災後の変化を医療と介護の両面から時系列で把握しているメンバーを中心に構成されている点に特徴がある。在宅医療連携拠点事業（「チームかまいし」 <http://www11.ocn.ne.jp/~zaitaku/access.html> ; その活動と成果についてのまとめとして [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/booth3-02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/booth3-02.pdf) 参照）推進の原動力となっている地域内保健・医療・介護関係者の間に構築されてきた目標共有型の人的ネットワークの文脈や成果を活かし込んだ取組みとなっている。

『提言』は、釜石市で早くから取り組まれてきた高齢化対応型の連携体制を「地域包括ケア」と呼んでいる。その上で、従来からの高齢化対応の取組みに加えて、震災による健康への特有の影響に着目している。すなわち、震災による影響を、健康の社会的決定要因に甚大な問題が生じたことにあると捉え、住まいを含めたコミュニティの喪失、経済的基盤への打撃、生活環境の劇的変化によるストレス、アルコール依存などすでに顕在化している問題に加えて、社会的格差や差別、経済的問題からくる受診抑制など今後長期にわたり顕在化が予想される問題も含めて、総じて、「健康の社会的決定要因」として定義している。「社会的健康の喪失は時間とともに精神的・身体的健康を損なうこととなると予想される」ことから、「生きる希望」という主体の要素と「まちづくり」という環境の条件とを一体的に構造化し、「コミュニティを再生し、生活環境を整え、やりがいの仕組みをつくり、地域に開かれ孤立することのない環境をまちづくりとして具体的に実現すること」を目標に掲げている。「復興を内包した」とは健康の社会的決定要因に生じている諸課題の解消を目標にするという趣旨であり、「地域包括ケアのまちづくり」とは「生きる希望」という住

民一人ひとりのケイパビリティを支援する環境づくりを目標にするという趣旨である。

従って、従来の地域包括ケアが高齢化に対応するものであったのに対し、『提言』の地域包括ケアは、「コミュニティの再生・形成・発展」と「安心して子供を育み、暮らし、健康的に老いることができるまちづくり」を 2 大目標に掲げる包括的な枠組みに展開を見せることになる。そのために、ハード、ソフト一体型のコミュニティ整備の推進と既存資源の最大活用を可能にするための連携の推進が重視されることになる。そして、地域包括ケアは課題変化や手段選択の適切さ・効果への絶えざる検証が不可欠であるという観点から、評価と精緻化（いわば PDCA を内蔵した地域包括ケア）が重視されている。

地域包括ケア構想において政策的に提起されている自助・互助・共助・公助の組み合わせ論について、『提言』は、「提言に関わる基本姿勢」の 1 つとして「自助・共助・公助のあり方」と題する項目を置いている。「三助」の相互の組み立ては次のようになっている。すなわち、少子高齢化の進展により担い手の減少や家庭基盤の脆弱化など自助の形骸化が進むことから、「今後、健康づくり、閉じこもり予防、見守りシステムなど健康を守るためのソフト、ハードが 公的に整備されてゆく」（強調は引用者）中で、「住民自らが主体的に関わり、地域の中でともに助け合うことができる長期的安定的なまちづくり」を進める必要があるとして、住民が持てる力を活かし合うことで相互支援する力を生み出し、“地域における相互の助け合いへの主体的関わり”を強化するとともに、その基盤となるソフト、ハードの仕組み構築は公的に整備するという論理構成である。そこには、自助（＝自己責任）、互助（＝地域の支え合い）、共助（＝保険機能）、公助（＝救貧的扶助）という図式とは異なり、主体的関わりと相互の支え合いの不可分離・一体性、住民主体を支える社会基盤ないしセーフティネットとしての公的保障の体系というシステム構想を看取できる。それ故に、具体的な対策レベルにおいても、健康づくりをケアと対になるものと捉え、「住民自身の自助、共助による健康づくりを促進する仕組み、拠点・ネットワーク形成が重要である」ことが指摘されている。

### III-2 石巻市「石巻市地域包括ケア推進協議会」の『石巻市地域包括ケアシステム推進計画書（基本構想）』

石巻市は健康部の所管のもとに、平成 25 年 10 月、「石巻市地域包括ケア推進協議会」（以下、協議会）を設置し、平成 25 年 2 月 25 日に『石巻市地域包括ケアシステム推進計画書（基本構想）（案）』（以下、『基本構想（案）』）を策定した\*。

\* 以下の記述は、平成 26 年 1 月 24 日に開催された第 3 回「協議会」の資料として配布された『基本構想（案）』に基づいている。最終的には、同年 2 月 25 日の第 4 回「協議会」で修正の上成案とされていることから、本項での引用・分析は、「案」段階の内容に基づくものである。同「協議会」には、日本介護経営学会研究担当副会長の小笠原浩一が「日本介護経営学会副会長」の立場で「アドバイザー」として参加している。本項における記述は、『基本計画（案）』についての学術的な調査分析としての評価であって、いかなる意味でも、同「協議会」の立場や議論の内容を反映するものではない。

協議会は関係行政の長ならびに市圏域の関係団体の役職者を構成委員とし、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会の会長、社会福祉協議会、老人クラブ連合会、身体障害者福祉協議会の各会長、それにし介護保険運営審議会会長、市地域包括支援センター運営協議会の委員、市長、宮城県の保健福祉事務所長から構成されている。震災被災者代表としては石巻仮設住宅自治連合推進会の会長がメンバーとなっている。委員構成で特徴的な点は、地域において在宅医療や介護サービスの提供の利用者ニーズに通じた専門家が入っていないこと、行政ならびに団体の協議会という色彩が強いこと、介護事業者やNPO等の被災者支援に関わる当事者が入っていないことなどである。

『基本構想(案)』の行政計画との関連性については、「「石巻市高齢者福祉計画・第6期介護保険」に記載する地域包括ケアシステムの内容の方向性を示す構想書の位置づけ」とされている。そのため、『基本計画(案)』にいう「地域包括ケアシステム」は、「施設等の持つ「総合的な医療を含む介護体制」を、地域の様々な医療機関、介護系事業者、生活支援サービス事業者等、近隣・ボランティア等の人の関係も含めた多職種が連携することにより実現し、高齢者も含む在宅で生活できる限界(幅)を広げようとするもの」と定義されている。整理すると、総合的な介護体制を、多職種連携で実現し、在宅での生活限界点を押し上げるためのシステムということになる。10年間の時限計画であり、具体的施策の参照基準となるべき方向性を示す役割を持つものであり、したがって計画の対象者は、市職員、市内の医療機関、介護系事業者とされている。

内容上の特徴は2点ある。第1に、「協議会」の役割は「推進計画書」に盛り込むべき基本的な考え方の整理と『基本計画(案)』の作成であり、『基本計画(案)』は「協議会」から市役所の内部組織である「石巻市地域包括ケアシステム推進本部」に提案される。推進本部には幹事会が設置されており、幹事会は、さらに庁内の関係各課間の意見調整の場である「関係課調整会議」の意見を集約して『基本計画(案)』と整合性を取りながら施策に展開するという手続きを経て実施に移される仕組みになっている。また、推進本部の事務局である介護保険課は石巻市介護保険事業計画との整合性を石巻市介護保険運営審議会との間で図る作業を担当することとなっている。第2に、平成28年に再建開院となる石巻市立病院に隣接して設置される「ささえあいセンター」(仮称)が市内各所の地域包括支援センターと連携して多職種連携をコーディネートすることになっている。すなわち、「地域包括ケアシステム」は、行政組織による多職種連携の調整を通じて運営される仕組みになっている。市内各所のうち、合併して石巻市となった旧6町エリアについては、各総合支所と各地域包括支援センターとの連携の下で多職種連携が運用される構想になっている。非営利活動や住民の自治活動といったインフォーマルな活動については、「ささえあいセンター」において情報を一元的に集約・管理する仕組みが提案されている。

自助・互助・共助・公助の四助の組み合わせについては、「地域包括ケアシステムを支える考え方として、「自助」「互助」「共助」「公助」というものがあり、それらは時代とともにその範囲や役割を変化させていき、今後、郊外型の団地などを典型として、ひとり暮らし

しや高齢者のみの世帯が一層増加していくといわれている中、このような新しい時代には、「自助」「互助」が果たす役割は大きくなっていきます。・・・高齢者の自立度や状況にあわせて継続的に、且つ各種サービスが包括的かつ個の状況に合わせて取捨選択して（オーダーメイドで）提供されるべきであると考えます。」という基本的な捉え方が示されている。すなわち、自助・互助の領域の拡大と個の選択の自由に比重の置かれた構想となっている。したがって、石巻市の『基本構想（案）』は、医療・介護サービスの資源調達については行政を調整役とする多職種連携の推進を、サービス提供については自助・互助重視の仕組みによる利用を柱とする地域包括ケアシステム化の構想と定義することができる。

### III-3 地域包括ケア構想とその具体化に影響を及ぼす諸要因の推定

釜石市の『提言』ならびに石巻市の『基本構想（案）』は、ともに「地域包括ケア」という同一概念を使用し、連携論、包括システム、「四助」論といった既存の政策パラダイムを構成する知的参照枠組みを等しく用いている。参照されている先進好事例もほぼ共通している。しかし、構想づくりの組織体制、構想の実効性を担保する仕組み、自助・互助の関連性の捉え方、地域における相互の支え合いや公益的活動を行う民間セクターと公的・社会的な保障領域との関連性の組み立て方など、構想の柱建てにおいて両者は異なっている。

地域のニーズ実勢や資源配置の特性に最適に対応した地域包括ケアのシステム化構想が多様に存在するという現象が生じるのは必然であるが、地域包括ケア推進への社会的・政策的な標準的な支援策を考案するためには、そうした相違を生み出す要因を把握しておく必要がある。石巻市の事例では、行政の調整機能というフィルターを通した社会保障資源の計画的執行という行政自治の指向が根底にある。モデル的な表現をすれば、「官のガバナンス」による地域包括ケアのシステム化パラダイムと定義することができる。これに対し釜石市の事例は、従来からの在宅医療連携の文脈やその象徴としての「チームかまいし」に集約される専門サービス機能のネットワーク・コミュニティによる資源の弾力的執行という思考が根底にある。モデル的には、「ソーシャル・キャピタルのガバナンス」による地域包括ケアのシステム化と定義することができる。

この政策的指向の相違は、同一の知的参照枠組みである「四助」の理解の相違に反映する。石巻市の事例は、サービス提供そのものは個の選択に委ね、地域の互助の支え合いで自助を補完するという枠組みである。これに対し釜石市の事例は、自助は互助ならびに公的セーフティネットと一体性を持ってしか機能しないものと捉え、「四助」の包括的な関連構造のあり方として地域包括ケアのシステム像を描いている。

地域包括ケアを構成する資源空間の捉え方についても両者には相違がある。石巻市の事例は、地域内に既存の医療・介護資源を「ささえあいセンター」を核にしてどのように連携させ、最大活用するかという発想が前置されているのに対し、釜石市の構想には、釜石市の外からプロポーザルで参入してきた民間営利事業者の力を地元の問題解決のために協

働活用しようという発想が観られる。モデル的に整理すれば、前者が資源もイニシアチブも「閉じた公共空間」に完結した地域包括ケアのシステム化構想であるのに対し、後者は、「開いた公共空間」のシステム化構想と見なすことができる。

地域包括ケアシステムにおける公共空間はソリューションの機能空間であることから、住民の視点からは、一定の問題状態が一定の時間距離の中で緩和・解決されることへのソリューション機能としての予見性や期待可能性が付与されていなければならない。両者における公共空間設計の相違は、換言すれば、この予見性・期待可能性をどのようなドライブ機構でコントロールするかという戦略における相違と表現できる。その戦略判断に、資源ガバナンスや「四助」の構造や公共空間のあり方などに関する認識が影響を持つということであろう。

#### IV 被災地における地域包括ケアへの取り組み

東日本大震災が地域の医療・介護システムにもたらした打撃は深刻である。事業所・施設等のハードの復興が進んだとしても、医療・介護の専門人材の不足、保健師やケアマネジャーに集積されてきた情報やその解釈ノウハウの喪失、専門ネットワークの切断など知的資源に相当する領域での被災は簡単には復旧することができない。加えて、外部から参入してきた多くのNPOや新規事業者を既存の医療・介護秩序にどのように調整・編入していったらよいかという戦略的見通しを有している自治体は少ない。そのような中で、被災者を中心に、劣悪な生活環境や心理的状況の中で、医療・介護支援のニーズは量的にも質的にも深刻さを増しつつある。

したがって、実態としては、まさしく地域包括ケアの推進によって低リスク・高効果の支援の仕組みを早期に構築しなければならないにもかかわらず、これまでのやり方への慣性や暗黙のルールがそれを阻んでいたり、共通のミッションに対する個々の事業者の役割意識の調整・整理を進める仕組みが整わなかったり、地域包括ケアということについての理解すら進まない状況にある。地域包括ケアは、人々の健康や生活の自立に貢献可能な地域資源を合理的・効果的に統合活用する仕組みであって、それぞれの地域にそれぞれの地域包括ケアが在り得る。厚生労働省の政省令で推奨するプロトタイプが存在するわけではない。

そこで、大切なことは、現に、地域包括ケアを創意工夫を凝らして推進してきている事例から、どのような条件のもとに、どのような地域包括ケアが実現しているかを、思考方法に着目して学ぶことである。先進好事例のやり方をそのまま他地域に当てはめても上手くは進まない。重要なことは、自分たちの足元の条件から何が発想できるかの論理的な思考方法を交流することである。

そのような趣旨にそって、2回あたり、指導的な方々を招いて、公開のシンポジウムを開

催した。1回は、次世代型地域包括ケアを標榜して基本計画づくりの途上にあった石巻市において開催することができた。以下、豊富に提供された情報の中から、論理的な思考方法に関する部分を抽出して整理記述することとする。

#### IV-1 『介護経営の復興－再生とイノベーション－』

平成25年7月7日、東洋大学・白山キャンパスで開催されたシンポジウムは「再生とイノベーション」をキーワードとした。基調講演を「震災復興になぜ介護システムが重要か」と題して辻哲夫・東京大学高齢社会総合研究機構特任教授にお願いした。シンポジウムは「被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」のタイトルのもとに、発題を、池田昌弘・NPO法人全国コミュニティライフサポートセンター理事長、石井正・東北大学病院教授・前石巻日赤病院医療社会事業部長、長純一・石巻市立病院開成仮診療所長、木川田典彌・公益社団法人全国老人保健施設協会会長、高橋昌克・釜石市健康福祉部長・釜石のぞみ病院医師にお願いした。

基調講演者、各発題者ともに、釜石圏、大船渡圏、石巻圏において医療・介護システムの復興と地域包括ケア推進の中心的な担い手である。地域包括ケア推進への思考方法として、次の知見が提供された。

##### ① 理念・構想

- ・大震災への対応の考え方は超高齢社会のまちづくりと同じである。Aging in Place の基本理念を実現する基盤が地域包括ケアシステムである。ハード・ソフト一体のまちづくり、とりわけ、24時間対応の在宅医療・看護・介護、閉じこもり防止、虚弱の兆候の発見と介護予防がカギになる。
- ・復興過程では「生活」および「かかわる人」の連続性を確保することが重要である。とくに、復興段階にあわせた終了の場の確保、外部支援を徐々に地元が関わり続けられるように移行することが大切である。
- ・“本人の持っている力を活かし、人を支える力”をどのようにシステム化するかという住民主体の視点からコミュニティづくりを評価し、住民参加を拡大することの中で、セーフティネットとしての医療・介護システム・専門職の役割を見定めていくという構想が重要である。
- ・“治す医療”、“任せる介護”から“生きがいを支援する医療・介護”への転換が必要である。

##### ② 原理・原則

- ・介護には、保健と並んで、医療に対する情報提供という機能がある。介護、保健がしつかりすることで、リスクの医療化を防止する効果がある。
- ・制度だけでは支えきれない人々への支援、多様なニーズへの臨機応変の対応という原則（それぞれの生活を支援するという原則）が重要である。

### ③ 方法・機構

- ・見守り体制における情報シェアリングや多職種協働ケアの実施にあたっては、ピラミッド型ないしクラスター型の機構ではなく、水平的環状連携（車輪の形）が適切である。
- ・自殺対策には、健康な状態→ストレス暴露者・軽度うつ病といった予備軍→極めて危険な自殺予備軍→自殺者といった階層性があり、ゲートキーパーを要請し早期発見に努めるとともに、各階層段階に適切に対応した対応の仕組みづくりが不可欠である。
- ・介護士・心理士によるカウンセリングを行うことで、医療介入を減少させることができる。
- ・地域包括ケアへの資源が限られていて隣接自治体の広域連携による取り組みを進める場合、三次医療圏の大学病院・県立病院圏との医療機能連携をしっかりと組み込むことと、逆に、地域については、ミニ特養、小規模多機能型事業所、サテライト老健、認知症グループホーム、小規模介護福祉施設など機動的な分散配置を進めることが有効である。
- ・県立病院・地元開業医が連携して「訪問診療部」を作ることで、限られた医療人材で 24 時間訪問診療体制を確立することが可能になる。

## IV-2 『被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望』

平成 25 年 11 月 24 日、石巻市・石巻専修大学で開催されたシンポジウムは「被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」をテーマにした。石巻市との共催とし、宮城県が後援した。

プログラムは、亀山紘・石巻市長から復興庁「新しい東北」石巻市が取り組んでいる「次世代型地域包括ケア」構想について説明があった後、「被災地域における社会保障の在り方と地域包括ケアの構想」と題して唐澤剛・厚生労働省政策統括官の基調講演があった。続くシンポジウムでは、「被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望」のテーマのもと、斉藤正身・医療法人真正会理事長・全国デイ・ケア協会会長、長純一・石巻市立病院開成仮診療所長・同市包括ケアセンター所長、佐藤清壽・石巻市医師会副会長、山崎信哉・石巻仮設住宅自治連合推進会長からそれぞれ発題報告・活動紹介があった。

石巻市は、被災沿岸部自治体で地域法包括ケアの計画化に取り掛かっている数少ない事例の 1 つであり、最大被災自治体として市内の広域にわたり医療・介護システムの再生に課題を抱える中で、「次世代型」を掲げた地域包括ケアの構想づくりが進んでいる現場として注目に値すると考え、当事者の参加を得たシンポジウムを企画した経緯がある。

地域包括ケア推進への思考方法として、次の知見が提供された。

### ① 理念・構想

- ・制度に定められた支援サービスと本来あるべき支援とのかい離を埋めるような専門性に根差した理念の言説化が必要である。例えば、作業療法は身体機能回復支援なのか、そ



れとも生活自立支援なのかといった理念の検討が重要である。

- ・形式的な公平を超えて、一人一人に寄り添う、「人生の物語を尊重する」社会保障（セーフティネット）という理念が必要である。「制度」の対象の内と外の線引き、制度間の区分もその観点から再検討が必要で、地域包括ケアは、地域の社会保障として機能しなければならない。

## ② 原理・原則

- ・地域包括ケアの概念は裾野が広いので、各地域の個性的なやり方やスタイルがあってよい。であるからこそ、みんなが参加できるコンセプト作りが重要である。
- ・自治会は住民の様々なニーズが集まってくる。自治会をゲートキーパーとして位置づけることで、専門職の眼には入らない、あるいは専門的には微細な問題の重要性も、生活目線で解釈・意義づけすることが可能になる。
- ・地域包括ケアは事業連携の要素を伴うことから、各事業組織の経営戦略がその前提として重要になる。

## ③ 方法・機構

- ・高齢者生活に特徴的な「閉じこもり」傾向への対応（廃用予防）として、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション系専門職の協働が効果的である。これを組織的に展開させることで、地域リハビリテーション支援の活動拠点を構築することができる。そこを核に地域包括ケアへの展開を展望する方法もあり得る。
- ・看護、介護を行っている専門職を傍らで観察し、問題点を析出して、解決を見出しているという役割づくりが有益である。
- ・介護・福祉領域の「地域包括支援センター」と、医療・コメディカル分野の「地域リハビリテーションケア・サポートセンター」との間に相談・支援体制を作ることが有益である。すべての介護ニーズを地域包括支援センターに入れ込むことには無理があるので、領分の適正化と協働を機構化することである。
- ・ケアカンファランス、ケア会議が計測して成立していくことが重要で、とくに当事者間に顔の見える関係をしっかり作っていくには、医師のリーダーシップが重要である。

## IV-3 論点の整理

2つのシンポジウムを通じて、地域包括ケア推進にそれぞれの立場で実体的に関わりを有している基調講演者ならびに発題者に、共有されている認識が何点か確認できる。

第1に、地域包括ケアは、超高齢化とそれに伴う家族システムや地域社会の空洞化という日本社会全体の進みゆく方向性との関係で必然性を有しているという理解である。そして、機能的にコンパクトで、住民の相互支え合いを通じて健康や安全な生活へのリスクが軽減されるような新しいコミュニティ・システムを構成するサブシステムとして地域包括ケアが位置づいており、それは住民参加による支え合いと併用に表現されるところの、自

助と互助の一体的働きを、保険原理と公的扶助原理で支えるセーフティネット構造を有するものとして、理解されている。社会保障制度の効率化戦略としての医療・社会サービスの統合・調整的給付論ではなく、コミュニティづくりに公共的セーフティネットの基盤を埋め込む装置として「地域包括ケア」が語られる点で、EU 第5次枠組みプログラムで理論化の進んだ「統合的ケア(integrated care)\*」や OECD の「調整的ケア(coordination of care)\*\*」構想とは理念レベルにおいて相違がある。公共的セーフティネットであるからこそ、住民主体による地域ごとに最適化された多様な展開の必要性が強調されるのである。

\* 世界保健機構欧州地域事務所 (WHO-EURO) が 2001 年に政策体系化した「統合的ケア integrated care」には、WHO 自身が途上国におけるコミュニティ参加型予防健康増進運動を通じて確立してきた「選択的プライマリ・ヘルス・ケア」(Selective Primary Health Care)、アメリカで展開したクリティカル・パスの方法論としての「チーム・ケア」、それに欧州で展開した慢性疾患性長期療養支援としての「統合的ケア」の3つの異なる文脈が流れ込んでいることが知られている (WHO-EURO, Fifty-Third Regional Committee Session, 2003, EUR/RC53/Conf.Doc./3)。EU 第5次枠組みプログラム「生活の質と生活資源のマネジメント：高齢者と障害者」をきっかけに、WHO の「統合的ケア」は欧州における保健・医療・介護ケア・福祉サービス改革の構想へと展開した。通称 PROCARE プロジェクトの成果である J. Billings & K. Leichsenring (eds.), Integrating Health and Social Services for Older Persons, Ashgate, 2005 や、通称 CARMEN プロジェクトの成果である M. Vaarama & R. Piper (eds.), Managing Integrated Care for Older Persons, STAKES, 2005 がその代表的成果である。

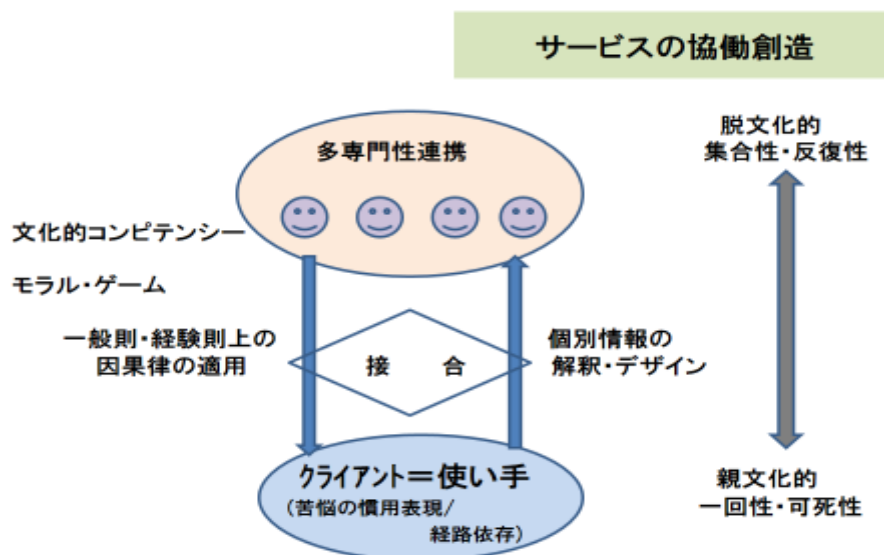
\*\* OECD, Improved Health System Performance Through Better Care Coordination, OECD DELSA/HEA/WD/HWP 会議 (EU-OECD Conference on Improving Health Care System Performance Through Improved Coordination of Care), OECD DELSA/HEA/EEF(2008)3。

第2に、「地域包括ケア」は、医療や介護というものの捉え方について、臨床上の原則の転換や、理論上の解釈改鑄を伴っているという共通理解がある。“一人ひとりを尊重”する医療・介護サービスならびに前提としての住まいや生活安定の保障のシステム化ということであるが、これは、治療・療養の医療、機能回復・維持のリハビリテーション、ADL・IADL・BADL 支援の介護といったサービス臨床上の常道（利用者の側から表現すれば、“任せる医療” “委ねる介護”）に対し、生活を支援する医療、持てる力を引き出すリハビリテーション、人を支える介護といった人の能力的な可能性（ケイパビリティ）を起点に置いた臨床の再構成への挑戦を意味している。すでに個々の臨床分野においては、専門臨床の目標性をめぐってそうした「全人性」に基礎づけられた医療・介護や「イネイブル enable」の視点に立つ予防・健康増進など解釈改鑄の試みが流れとして存在してきた\* が、そうした臨床上の思考イノベーションが、縦割り制度を地域内の水平的な機能統合で運用する政策モデルとしての「地域包括ケア」構想の中に入れ込まれた形である。

\* これらについては、「健康」概念を全人性の価値から再解釈したものとして、M. Boylan, International Public Health Policy and Ethics, Springer, 2008 を、ケアにおける人現要素の再解釈として L. Bunt & M. Harris, The Human Factor, NESTA, 2009、処遇の個別化の必然性について M.M. Hofmarcher, H. Oxley and E. Rusticelli, Improved Health System Performance Through Better Care Coordination, OECD, 2007 などを参照願いたい。

こうした解釈改鑄の中では、医療にとっての情報ゲートキーパーとしての介護あるいは機能統合を円滑化するための調整的マネジメントといったコミュニケーション・メディア

の要素が強調されている。知的情報メディアとしての医療・介護の側面がより強調されることになっている点にも注目する必要がある。次の図は知的情報メディアとしての介護について概念化したものである。



出典：小笠原浩一「介護」概念の変容と介護福祉学の未来」、日本介護福祉学会第19回大会シンポジウム（2011年9月4日大妻女子大学）招待発題の資料より

知的情報メディアの機能は、個別ケースのニーズ実勢を異なる専門性・異なる事業主体に共通情報として帰納させる方向性と、共通情報をそれぞれの役割にダウンロードして最適な個別処遇プロセスに演繹させる方向性と、双方の方向性の流れの接合として成立している。換言すれば、次の図に示されるように、文化的コンピテンシーに理論の枠組みで強調される「個人の苦悩の慣用表現」についての親文化的解釈\*と共通資源の効率的運用に関する集合性・反復性を持つ経験の中からルール化させてきた脱文化的な規範との最適な調整運用を可能にするツールとして、保健や介護の知的情報メディア機能が位置づいているということである。この自生的で自律的な知的情報メディアの調整機能を、たとえば行政組織による過度の規制・介入や事業者間のピラミッド型支配構造などで歪めてはならないということも、共通に示唆されているところである。

\*野田文隆「災害と文化—こころ揺らぐ人々—」内橋克人編『大震災のなかで—私たちは何をすべきか—』（岩波新書）所収、岩波書店、2011年、196—202頁。

第3に、シンポジウムの発題は、それぞれ、川越市に本部を置く医療法人によるモバイル・デイケア支援、仙台市に本部を置くNPO法人が全国的なネットワークを背景にして石巻市で受託した福祉仮設住宅の運営、東北大学病院による医師不足地域への充足システムの構想、東京大学高齢社会総合研究機構が千葉県柏市においてモデル構築してきた Aging In Place のまちづくりの知見の被災地への提供、長野県で地域医療に取り組んできた医師

が石巻市に定住して試みる 24 時間医療提供システムなどの実践事例を根拠にしたものであった。つまり、地域の外から課題解決に加わった実践を基にした発題である。また、地域内発的な実践事例からの発題についても、地域の外にある知識情報・人的資源とのネットワークが地域内の課題解決のために不可欠であることを挙げて指摘している。

つまり、地域の保有資源を地域内発的なイニシアチブで組織する地域福祉の仕組みとは異なり、「地域包括ケア」では、地域内のサービス資源と地域の外の知的資源とを、地域の課題解決に向け連携させる“開放的公共”<sup>\*</sup>への必然性を内包しているということである。

<sup>\*</sup>小笠原浩一「東日本大震災後の生活支援機能における公私関係の変容―「地域包括ケア」の展開―」社会政策学会第 126 回大会（2013 年 5 月 26 日青山学院大学）報告フルペーパー

# 提 言 編

## V 被災地における地域包括ケアへの支援策と被災地以外への一般化の条件

分析編を基にして、今後、被災地の復興にあわせて、まちづくり、新たなコミュニティ形成のセーフティネット基盤として地域包括ケアを整備していくために、現場でどのような支援策が求められているのか、基本的な考え方と内容を整理しておくこととする。あわせて、被災地以外の地域へも一般的に推進していく場合の留意点を述べておくこととする。

その上で、本調査研究事業として、各地域の地域包括ケアづくりを支援する装置・バックアップ機構として「地域包括ケア推進支援機構」（仮称）について提案を行いたいと考えているので、その構想の柱について整理しておくこととする。

### V-1 求められる支援策

(1) 地域包括ケアのシステム化においては、それぞれの地域に相応しい構想の自由度が必要であるが、法制上のシステムである以上、医療・介護サービスの普遍的保障ならびに最低生活水準の保障といった福祉的規範の縛りが働く。そのため、地域の自由度は普遍的保障の原則や規範体系から逸脱するようなものであってはならない。地域包括ケアの仕組みを通じて提供されるべきサービスの参酌標準について、技術的指導や助言を行い、専門的評価機能を提供するための支援策の整備が必要となる。自治体を対象とした書面調査においても、そのような支援策が望まれている（地域包括ケアを推進するにあたって必要な支援（複数回答）について、「専門技術的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組みが必要（25.0%）」が最も多い）。

(2) 事業者への書面調査や事例分析（石巻市立病院開成仮診療所、石巻福祉仮設住宅「あがらいん」、釜石平田サポートセンター）を通して、地域包括ケアの推進には、医療・介護の現物サービスを提供する仕組みだけではなく、利用者・家族の生きづらさを分析してサービスにつなげる相談支援人材や、専門機関や事業者間を調整する役割を担う人材が必要であることが明らかになった（(1) 地域包括ケアの基礎条件の（b）記載の不足人材状況の内、「介護支援専門員（30.4%）」「他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員（23.2%）」）。そのような地域包括ケアをシステムとして運営するためのソーシャルワーク人材の育成・配置に係る支援策の検討が必要である。

(3) 全般的に上質なサービスの提供量を増やすための対策が緊急に必要である。そのためには、事業参入のあり方について多様性を拡大し、社会福祉法人の共同事業や異なる種別の法人組織間での提携事業、あるいは外部事業者によるモバイル型サービスや、サービスへのアクセシビリティ向上やサービスのユニットコストを低減させるためのIT化の推進など、特区制度の積極活用も含めた制度基盤の整備が求められる。

## V-2 一般化への条件

(1) 被災地における地域包括ケアの取り組みから、被災地以外へ一般化できる成功要因を抽出すると次のようになる。

- ・ 保険者である自治体の事業者指定や給付管理の権限が民間事業者の参入の障壁とならないような運用の仕組みが必要である。地域包括ケアをシステム化する場合に不可欠な民間事業者の事業構想力やノンリニアなイノベーション力を最大限に活かすために、民間参入に対して制度運用の中立性を確保することが重要である。
- ・ 行政による統合ではなく事業者間の多様な連携と範囲ネットワーク間の重層的な連携のシステム化を促すことが重要である。事業者間の多様なネットワークづくりは自律的に進むものであるから、行政は情報プラットフォームの構築や制度情報の迅速・適切な提供、人材確保への技術的支援などの基盤整備を通じて自律的ネットワーキングを支援していく必要がある。
- ・ 医療・介護ニーズは生活条件や人間関係のあり方といった社会・経済的要素と結びついている。ニーズの本質を見出し、サービスにつなぐ調整機能や医療・介護の連携調整の役割を担う高度なソーシャルワーク人材の育成と配置が重要である。とくに、利用者が介護サービスの自分にとっての必要性を認識し、受容していくにあたり、その場にある人間関係を専門サービスの円滑な実施へのストレングスとして活用して成功した医療法人真正会によるモバイル・デイケアの経験や、仮設住宅の要支援者に対しソーシャルワーカーを入りに在宅医療を届ける方法を開発した石巻市立病院開成仮診療所の経験は、被災地以外にも一般的に活かされるべき知見であると思われる。医療・介護サービスはサービスの現物提供とそれを担う直接要員だけでは地域のニーズ実勢に対して適正に機能しないことを示している。
- ・ サービスの連携は、関係当事者間における情報の統合化や分散防止の仕組みによって担保される。同時に、情報の共有化は、情報プラットフォームの参加主体全員に公開で公平に運用される仕組みでなければ、レントシーキング（レント＝参入が規制されることによって生じる独占利益や、寡占による超過利益）を防止できない。情報プラットフォームの最適な管理体制については今回の調査研究では解明できなかったが、少なくとも行政が中立的な情報ハブになることの重要性は先行する事例からも推定することができる（指定事業者・事業所の所在地や実施事業、利用定員といった基本情報、ショートステイや通所介護等のサービスの空き情報などを行政のホームページ上に公開しているところも多い。たとえば被災地郡山市では、ショートステイに関しては具体的な日付毎の空き状況を、また通所介護等については曜日毎の空き状況をリアルタイムで公開・更新している（[http://www.city.koriyama.fukushima.jp/pcp\\_portal/PortalServlet?DISPLAY\\_ID=DIRECT&NEXT\\_DISPLAY\\_ID=U000004&CONTENTS\\_ID=10335](http://www.city.koriyama.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=10335)）。行政の掌握する情報が中立に運用されることは地域包括ケアのシステム化やシステムへの信頼性の担保に不可欠であると考えられる。

・とくに制度資源が限られている地域では、地域内の課題解決のために地域外の資源や知識・人材を積極的に導入することが有効で、そのためには、地域外の資源ネットワークとつながるゲートウェイ機能の開設や地域枠組みに囚われないオープンなネットワーク連携の推進が必要である。とくに、地域の内外をつなぐコア連携機能（例えば釜石市平田サポートセンターにおけるジャパンケアサービス株式会社や東京大学高齢社会研究機構の役割、石巻市開成仮設団地における「あがらいん」の運営主体である NPO 法人全国コミュニティライフサポートセンターや開成仮診療所の長純一所長の役割など）の構築と、コア連携を側面から支援する官民の協力体制が不可欠である。

(2) 制度上の課題として、地域包括ケアをシステムとして持続的・安定的に運営していくために包括的な相談・援助・調整を担う管制機構の整備が必要だが、とくに、各法に位置付けられている支援・相談援助機関の機能を統合したワンストップの機構の法制化が望まれる。とくに、地域包括支援センターおよび在宅介護支援センターの機能と地域リハビリテーション・ケア推進や医療相談の機能とを包括した総合生活自立支援センターのような機構の制度化の検討が期待される。

### V-3 「地域包括ケア推進支援機構」（仮称）の構想

本調査研究で発見・解明された課題のうち最も重要なものは、地域および当事者が外部からの知的・技術的支援を求めているということである。支援が必要となる条件と経路には多様性がある。初期段階での基本構想づくりに関するコンサルティングと専門的助言、地域内の専門資源や既存の取り組みをシステム化に向けて適切に編成していく段階でのシステム・デザインに関する知見、「地域包括ケア」を構成する各事業者の役割や資源経営に関する助言、専門な外部評価、当事者間の困難なコンセンサス形成に道筋を見出すための先行経験知など、多様な支援の必要性が解明されている。

他方、地域包括ケアはそれぞれの地域に相応しい自由な発想で構築されるものではあるが、社会保険を原資としており、公的扶助の仕組みを適宜活用するなど、セーフティネットとしての普遍的保障ならびに最低水準の保障といった規範的縛りが働く。住民主体の自由な地域包括ケアづくりに、こうした保障部分をどのように建付けるかについて、考え方や方法に関する技術的助言へのニーズがある。

同時に、地域包括ケアの推進には、情報メディア技術の活用や連絡調整を担当できる新たな人材の養成が不可欠である。

「地域包括ケア」が社会保障改革の方法的枠組みとして法制化されており、2025年を目途とするシステム化への長期継続的な課題性を付与されているにもかかわらず、地域における地域包括ケアの推進を支援する機能を担う機構が存在していない。民間シンクタンクや大学研究機関による専門的助言や技術的支援は個別的には有効であり、現に、先進



的な事例を先導してきているが、全国のどの自治体であっても、必要な時に、簡易な手続きと費用負担で利用できる支援機構を整備することにより、普遍的で継続性ある支援が可能になると思われる。

そこで、日本介護経営学会として、「地域包括ケア推進支援機構」（仮称）を法令上の措置を持って設置することを提言する。「機構」の役割としては次のことが想定される。

- ・全国的な動向に関する情報収集、整理、発信
- ・国内の好事例（グッド・プラクティス）の蒐集と分析情報の発信
- ・関連する国際的な動向や事例の調査研究と分析情報の発信
- ・自治体に対する相談・支援の提供
- ・各事業者や地域機構に対する資源・組織マネジメント面での相談・支援の提供
- ・外部評価と評価に基づく助言
- ・専門性の連携調整や機能統合推進に必要な専門人材像の開発と能力養成
- ・災害緊急時等に備えるための専門有資格者データベースの管理運用
- ・その他

なお、「機構」の組織体制や機能性の設計については、それとして準備的な調査研究が進められることが望ましい。

# 資料編

1. 自治体調査結果
2. 事業所調査結果
3. シンポジウムにおける事例報告に関連する資料
  - (1) 2013年7月7日 シンポジウム
  - (2) 2013年11月24日 シンポジウム

平成 25 年 9 月 吉日

岩手県、宮城県、福島県  
市町村長 各位

特定非営利活動法人日本介護経営学会  
会長 田中 滋 (慶應義塾大学教授)

**日本介護経営学会が実施する調査にご協力くださるようお願い申し上げます。**

この調査は、厚生労働省平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金事業「被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究」として、日本介護経営学会が実施するものです。東日本大震災被災地域において、保健・医療・介護・福祉的相談援助など生活の基礎基盤を支えるサービスの復興を加速化させるための課題を整理し、その解決に効果ある支援政策・施策を国や関係自治体に対し提言するとともに、地域においてそうしたサービスを担う事業者・専門家の協力体制の促進に役立つ仕組みを考案することを目的に、実施されます。ご多忙のところ、また同種調査依頼も多い中で、是非、貴自治体におかれましても、趣旨ご理解の上、ご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、学会の方針で簡素な調査票にしております。ご理解のほどお願い申し上げます。

1. ご回答内容は、大量観察の方法に基づき一般的傾向として分析します。貴自治体の固有の情報が公開されることはありません。また、回答内容が、学術目的以外に利用されることはありません。
2. 調査の分析結果は、それに基づく提言とともに、厚生労働省老健局に報告されます。また、貴職に報告書をお送りさせていただきます。
3. 情報の正確を期すために、調査票回収後に、内容に関する確認のご連絡を取らせていただくことがございます。ご面倒でも、よろしくご協力ください。
4. ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**10月4日(金)までに**、ご返送くださるようお願いいたします。

この調査ならびに調査票に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

日本介護経営学会 研究担当副会長  
小笠原浩一 (東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 教授)

E-mail [o-koichi@tfu-mail.tfu.ac.jp](mailto:o-koichi@tfu-mail.tfu.ac.jp) TEL 090-3366-2565

日本介護経営学会についてのお問い合わせは、下記にお願いいたします。

特定非営利活動法人日本介護経営学会事務局 担当：小川

E-mail [kaigo@nhtjp.com](mailto:kaigo@nhtjp.com) TEL 03-3564-3235

〒104-0061 東京都中央区銀座 1-5-15 ドゥーミラン銀座ビル 5 階

**問1. 貴自治体の住民数・世帯数についてお教えてください。(数字でご記入ください)**

発災前住民総数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

本調査時現在の住民票総数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

**問2. 本調査時現在の住民の居住環境についてお教えてください。(数字でご記入ください)**

自宅居住者数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

仮設住宅居住者数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

みなし仮設住宅居住者数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

災害公営住宅居住者数 \_\_\_\_\_人 世帯数\_\_\_\_\_世帯

災害公営住宅 既入居\_\_\_\_\_世帯

計画数\_\_\_\_\_世帯分

(うち、既着工・完成数\_\_\_\_\_世帯分)

**問3. 貴自治体で把握されている保健・医療・介護・福祉関連資源の不足感についてお教えてください(○を付してください。ご回答者御職の評価で結構です)。**

発災前と比較した量的な不足感

	不足が深刻				不足はない
	5	4	3	2	1
保健サービス	-----	-----	-----	-----	-----
医療 救急	-----	-----	-----	-----	-----
入院	-----	-----	-----	-----	-----
外来	-----	-----	-----	-----	-----
訪問・在宅	-----	-----	-----	-----	-----
メンタルヘルス	-----	-----	-----	-----	-----
介護 施設	-----	-----	-----	-----	-----
通所	-----	-----	-----	-----	-----
訪問	-----	-----	-----	-----	-----
介護予防	-----	-----	-----	-----	-----
高齢者住宅	-----	-----	-----	-----	-----
障害者自立支援	-----	-----	-----	-----	-----

子ども・家庭支援				
福祉的相談援助				
権利擁護				

**住民の抱える必要性充足から観た機能面での不足感**

	不足が深刻					不足はない
	5	4	3	2	1	
保健サービス						
医療 救急・入院						
外来						
訪問・在宅						
メンタルヘルス						
介護 施設						
通所						
訪問						
介護予防						
高齢者住宅						
障害者自立支援						
子ども・家庭支援						
福祉的相談援助						
権利擁護						

**問4. 地域における保健・医療・介護・福祉分野の専門職人材に不足感がある場合、特にどの分野の専門職人材の不足状況が深刻ですか。(上位3つに○を付してお答えください)**

- ① 医師      ② 歯科医師      ③ 保健師      ④ 助産師      ⑤ 看護師
- ⑥ 薬剤師    ⑦ 栄養士      ⑧ 理学療法士    ⑨ 作業療法士    ⑩ 社会福祉士
- ⑪ 保育士    ⑫ 介護支援専門員    ⑬ 介護福祉士など介護職員
- ⑭ その他(具体的に )

**問5. 発災から現在まで、保健・医療・介護・福祉分野において、貴自治体の外部から受けた専門人材(個人ボランティアは除きます)の派遣等の支援についてお教えてください。**

**(あてはまるものすべてに○を付してください)**

- ① 医師の派遣を受けた      ② 看護師の派遣を受けた
- ③ 保健師の派遣を受けた    ④ 介護職員の派遣を受けた
- ⑤ 臨床心理や心のケア関連の人材の派遣を受けた
- ⑥ 社会福祉士など相談援助関係の人材の派遣を受けた

- ⑦ 専門的活動を行う NPO・ボランティア団体そのものの支援を受け入れた
- ⑧ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**問6. 問4で受けた派遣支援のルートをお教えてください。**

**（あてはまるものすべてに○を付してください）**

- ① 貴自治体から派遣要請した
- ② 派遣元自治体からの派遣打診があり受け入れた
- ③ 派遣元である医療法人からの打診があり受け入れた
- ④ 派遣元である社会福祉法人（社会福祉協議会は除く）からの打診があり受け入れた
- ⑤ 派遣元である社会福祉協議会からの打診があり受け入れた
- ⑥ 派遣元である専門職能団体からの打診があり受け入れた
- ⑦ 国からの調整を通じて受け入れた
- ⑧ 県からの調整を通じて受け入れた
- ⑨ 日本赤十字社など民間非営利組織のルートを通じて受け入れた
- ⑩ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**問7. 問5で受け入れた専門人材や NPO・ボランティア団体の現在の活動状況を伺います。（あてはまるものすべてに○を付してください）**

- ① 現在は引き揚げてしまっている
- ② 現在も活動を継続してくれているが、期限がある
- ③ 期限なしで活動を継続してくれている
- ④ そのまま留まって現地化して活動を担ってくれるようである
- ⑤ 地元の関係者・関係専門家たちと協力して、新しい活動を展開してくれている
- ⑥ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**問8. 保健・医療・介護・福祉分野の復興に向けた基本方針についてお教えてください。復興計画上に位置付けられた基本方針あるいは議会に対し施政方針として示されている基本方針です。**

**（あてはまるものに○を付してください）**

（1） 保健、医療、介護、福祉の復興は、復興計画上に位置づけられていますか

- ① いる
- ② 現在計画立案中ないし今後立案の見込み
- ③ 位置づけはない

（2） 上記で「① いる」に○の場合

それは、どのような位置づけ方になっていますか（自由記述）

その場合、特区制度はどのように活用されていますか（自由記述）

「地域ケア会議」は開催されていますか。（あてはまるものに○を付してください）

- ① 定期的で開催している
- ② 不定期だが開催している
- ③ 開催していない

**問9. 保健・医療・介護・福祉分野の再生・復興に向けた具体的な取り組みについてお教えください。問8と異なり、復興計画上の位置づけの有無にかかわらず、取り組み中の、あるいは取り組み予定の具体的施策についてです。（あてはまるものすべてに○を付してください）**

- ① 被災前の状態への復旧
- ② 復旧ではなく、新しい仕組みづくり
- ③ 医療人材確保
- ④ 介護人材確保
- ⑤ 社会福祉士等の相談援助人材の確保
- ⑥ 地域での専門人材養成の仕組みづくり
- ⑦ 地元医師会との連携強化
- ⑧ 看護協会、理学療法士会、作業療法士会等のコメディカル職能団体との連携強化
- ⑨ 社会福祉士会、介護福祉士会、介護支援専門員協会等の職能団体との連携強化
- ⑩ 大学等専門機関との協力推進
- ⑪ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**問10. 住民の抱える生活上の課題を行政としてどの程度把握できているかお教えください。（あてはまるものに○を付してください）**

（1）住民の抱える生活上の課題についての把握状況はいかがですか。

- ① 十分に把握できている
- ② ほぼ把握できている
- ③ 把握できている分野とそうでない分野がある
- ④ 把握することが全般的に困難である

（2）③、④に○の場合、住民の生活上の課題の把握を難しくしている理由はどのようなものでしょうか。

- ① 被災状況が居住地域や住民によって大きく異なるため
- ② メンタルヘルスの問題など発見しにくい課題が広がっているため



- ③ 直接的に地域と関わりをもつ専門職人材が不足しているため
- ④ 民生委員・児童委員や地域の自治会といった地域に根を張ったコミュニティの機能が弱まっているため
- ⑤ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

**問11. 仮設住宅における課題の把握方法についてお教えてください。**

**（あてはまるものすべてに○を付してください）**

- ① 住民自治会組織を通じて
- ② サポート拠点の活動を通じて
- ③ 事業委託しているNPOを通じて
- ④ 事業委託はしていないがNPO、ボランティアを通じて
- ⑤ 保健師の活動を通じて
- ⑥ 介護保険法や障害者総合支援法上の指定事業者を通じて
- ⑦ 地域包括支援センターを通じて
- ⑧ 診療所、開業医を通じて
- ⑨ 民生委員・児童委員を通じて
- ⑩ 保育所や学童保育所を通じて
- ⑪ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

**問12. 仮設住宅で暮らす方々にとくに観られる問題状況をお教えてください。（最も深刻な状況にあるものに3つまで○を付してください）**

- ① うつ状態    ② アルコール依存    ③ 閉じこもり    ④ 不眠    ⑤ DV
- ⑥ 介護    ⑦ 子育て支援    ⑧ 就労    ⑨ 家族関係    ⑩ 住民同士のトラブル
- ⑪ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

**問13. 仮設住宅における課題の解決のために、どのような主体が関わっていますか。（あてはまるものすべてに○を付してください）**

- ① 地域包括支援センター
- ② 自治体の保健師
- ③ 仮設住宅サポート拠点（サポートセンター）
- ④ 社会福祉協議会
- ⑤ 地域の医療機関
- ⑥ 地域の介護事業所
- ⑦ 地域のNPO
- ⑧ 外部の事業者やNPO、その他の団体等
- ⑨ その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

問14. 仮設住宅における課題の解決のために、自治体が独自に行っている取り組みがありましたらお書きください。特に、自治体が主導して各関係機関と連携や協力関係を構築している取り組みがありましたら優先してお書きください。(自由記述)

問15. 保健・医療・介護・福祉分野における地域の事業者との連携や協力関係について、  
現在どのような状況にありますか。(あてはまるものに○を付してください)

- ① 関係構築は全体に非常にうまくいっている
- ② 一部の事業者との関係構築はうまくいっている
- ③ 関係構築に苦慮している

問16. 問 15 で地域の事業者との連携や協力関係の構築が上手く進んでいる場合にはその理由、  
また、苦慮している場合にはその理由を、お教えてください。(自由記述)

問17. 日常生活圏における医療と介護の連携を柱として、住まい、生活支援、予防・リハビリテーションなどの各種サービスを一体的に提供する仕組みである「地域包括ケア」という考え方が、国の震災復興対策に取り入れられています。しかし現実には、サービス資源や専門人材の不足などが深刻で、なかなか実践的な構想づくりには至っていないと推測されます。「地域包括ケア」を進めるためには、生活圏ニーズ調査に始まり、不足しているサービス基盤の再生、異なる専門機関や専門職種間の連携調整の仕組みづくり、事業者や住民の理解の促進など、様々な課題があると思います。そうした課題解決には、国、県、大学、専門職能組織など支援の力も必要とされることです。そこで、今後、復興の進展にあわせて「地域包括ケア」を推進しようとする場合、どのような支援が必要となるか、望ましいものすべて○をつけてください。

- ① 専門技術的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組みが必要
- ② 「地域包括ケア」のシステムづくりを補助事業化するなどして震災復興事業に位置付けることが必要
- ③ 「地域包括ケア」の管理運営に係る費用を介護保険財政で担保できるような制度改正が必要
- ④ 各法に位置付けられている支援・相談援助機関（例えば地域包括支援センター）の機

能を統合したワンストップの包括的支援・相談援助機関の法制化が必要

⑤ 生活圏ニーズ調査に係る費用を補助してくれる仕組みが必要

⑥ 生活圏ニーズ調査の内容に工夫が必要

(具体的に

)

⑦ 専門人材の広域的派遣の仕組みを制度化することが必要

⑧ 専門人材の地域内での養成を補助事業化するなど費用面での支援が必要

⑨ その他

(具体的に

)

質問は以上です。

最後に、この調査にご回答くださったご担当者さまについてお伺いします。

市町村名：

ご担当者のお名前：

ご所属と役職名：

連絡先メールアドレス：

**丁寧にご対応くださり、感謝申し上げます。**

**長時間のご協力、まことに有難うございました。**

「被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究」  
自治体調査 単純集計結果

問1 貴自治体の住民数・世帯数についてお教えてください。(数字でご記入ください)

発災前住民総数

		回答数	%
1	5,000人未満	2	11.8%
2	5,000人以上10,000人未満	1	5.9%
3	10,000人以上20,000人未満	4	23.5%
4	20,000人以上50,000人未満	6	35.3%
5	50,000人以上100,000人未満	3	17.6%
6	100,000人以上	1	5.9%
		17	100.0%

発災前世帯数

		回答数	%
1	1,000世帯未満	1	5.9%
2	1,000世帯以上5,000世帯未満	4	23.5%
3	5,000世帯以上10,000世帯未満	3	17.6%
4	10,000世帯以上20,000世帯未満	5	29.4%
5	20,000世帯以上50,000世帯未満	3	17.6%
6	50,000世帯以上	1	5.9%
		17	100.0%

本調査時現在の住民票総数

		回答数	%
1	5,000人未満	2	11.8%
2	5,000人以上10,000人未満	1	5.9%
3	10,000人以上20,000人未満	4	23.5%
4	20,000人以上50,000人未満	6	35.3%
5	50,000人以上100,000人未満	3	17.6%
6	100,000人以上	1	5.9%
		17	100.0%

本調査時現在の世帯数

		回答数	%
1	1,000世帯未満	1	5.9%
2	1,000世帯以上5,000世帯未満	4	23.5%
3	5,000世帯以上10,000世帯未満	3	17.6%
4	10,000世帯以上20,000世帯未満	5	29.4%
5	20,000世帯以上50,000世帯未満	3	17.6%
6	50,000世帯以上	1	5.9%
		17	100.0%

問2 本調査時現在の住民の居住環境についてお教えてください。(数字でご記入ください)

自宅居住者数

		回答数	%
1	100人未満	3	17.6%
2	100人以上1,000人未満	0	0.0%
3	1,000人以上5,000人未満	2	11.8%
4	5,000人以上20,000人未満	2	11.8%
5	20,000人以上50,000人未満	3	17.6%
6	50,000人以上	1	5.9%
7	無回答	6	35.3%
		17	100.0%

自宅居住世帯数

		回答数	%
1	100世帯未満	3	17.6%
2	100世帯以上1,000世帯未満	0	0.0%
3	1,000世帯以上5,000世帯未満	3	17.6%
4	5,000世帯以上10,000世帯未満	1	5.9%
5	10,000世帯以上	3	17.6%
6	無回答	7	41.2%
		17	100.0%

仮設住宅居住者数

		回答数	%
1	100人未満	2	11.8%
2	100人以上500人未満	4	23.5%
3	500人以上1,000人未満	3	17.6%
4	1,000人以上3,000人未満	3	17.6%
5	3,000人以上	5	29.4%
6	無回答	0	0.0%
		17	100.0%

仮設住宅居住世帯数

		回答数	%
1	100世帯未満	2	11.8%
2	100世帯以上500世帯未満	7	41.2%
3	500世帯以上1,000世帯未満	1	5.9%
4	1,000世帯以上	6	35.3%
5	無回答	1	5.9%
		17	100.0%

みなし仮設住宅居住者数

		回答数	%
1	100人未満	3	17.6%
2	100人以上500人未満	3	17.6%
3	500人以上1,000人未満	2	11.8%
4	1,000人以上5,000人未満	5	29.4%
5	5,000人以上	3	17.6%
6	無回答	1	5.9%
		17	100.0%

みなし仮設住宅居住世帯数

		回答数	%
1	100世帯未満	4	23.5%
2	100世帯以上500世帯未満	7	41.2%
3	500世帯以上1,000世帯未満	0	0.0%
4	1,000世帯以上	4	23.5%
5	無回答	2	11.8%
		17	100.0%

災害公営住宅居住者数

		回答数	%
1	0人	11	64.7%
2	1人以上20人未満	2	11.8%
3	20人以上	2	11.8%
4	無回答	2	11.8%
		17	100.0%

災害公営住宅居住世帯数

		回答数	%
1	0世帯	10	58.8%
2	1世帯以上10世帯未満	2	11.8%
3	10世帯以上	2	11.8%
4	無回答	3	17.6%
		17	100.0%

災害公営住宅 既入居世帯数

		回答数	%
1	0世帯	10	58.8%
2	1世帯以上10世帯未満	2	11.8%
3	10世帯以上	2	11.8%
4	無回答	3	17.6%
		17	100.0%

災害公営住宅 計画数(世帯分)

		回答数	%
1	0世帯	2	11.8%
2	100世帯未満	4	23.5%
3	100世帯以上500世帯未満	4	23.5%
4	500世帯以上1,000世帯未満	3	17.6%
5	1,000世帯以上	3	17.6%
6	無回答	1	5.9%
		17	100.0%

災害公営住宅 既着工・完成数(世帯分)

		回答数	%
1	0世帯	4	23.5%
2	100世帯未満	7	41.2%
3	100世帯以上500世帯未満	1	5.9%
4	500世帯以上	1	5.9%
5	無回答	4	23.5%
		17	100.0%

問3 貴自治体で把握されている保健・医療・介護・福祉関連資源の不足感についてお教えてください(○を付してください。ご回答者御職の評価で結構です)。

発災前と比較した量的な不足感

		5(不足が深刻)	4	3	2	1(不足はない)	無回答	計	
1	保健サービス	回答数	1	4	4	2	6	0	17
		%	5.9%	23.5%	23.5%	11.8%	35.3%	0.0%	100.0%
2	医療 救急	回答数	2	4	4	2	5	0	17
		%	11.8%	23.5%	23.5%	11.8%	29.4%	0.0%	100.0%
3	医療 入院	回答数	2	4	3	3	4	1	17
		%	11.8%	23.5%	17.6%	17.6%	23.5%	5.9%	100.0%
4	医療 外来	回答数	3	3	3	4	3	1	17
		%	17.6%	17.6%	17.6%	23.5%	17.6%	5.9%	100.0%
5	医療 訪問・在宅	回答数	3	4	2	2	5	1	17
		%	17.6%	23.5%	11.8%	11.8%	29.4%	5.9%	100.0%
6	医療 メンタルヘルス	回答数	2	7	2	1	5	0	17
		%	11.8%	41.2%	11.8%	5.9%	29.4%	0.0%	100.0%
7	介護 施設	回答数	5	3	3	2	3	1	17
		%	29.4%	17.6%	17.6%	11.8%	17.6%	5.9%	100.0%
8	介護 通所	回答数	2	2	5	1	6	1	17
		%	11.8%	11.8%	29.4%	5.9%	35.3%	5.9%	100.0%
9	介護 訪問	回答数	1	4	5	0	6	1	17
		%	5.9%	23.5%	29.4%	0.0%	35.3%	5.9%	100.0%
10	介護 介護予防	回答数	1	4	4	2	5	1	17
		%	5.9%	23.5%	23.5%	11.8%	29.4%	5.9%	100.0%
11	高齢者住宅	回答数	3	4	2	3	4	1	17
		%	17.6%	23.5%	11.8%	17.6%	23.5%	5.9%	100.0%
12	障害者自立支援	回答数	2	3	3	4	4	1	17
		%	11.8%	17.6%	17.6%	23.5%	23.5%	5.9%	100.0%
13	子ども・家庭支援	回答数	0	6	3	2	6	0	17
		%	0.0%	35.3%	17.6%	11.8%	35.3%	0.0%	100.0%
14	福祉的相談援助	回答数	1	5	3	1	6	1	17
		%	5.9%	29.4%	17.6%	5.9%	35.3%	5.9%	100.0%
15	権利擁護	回答数	2	4	3	1	6	1	17
		%	11.8%	23.5%	17.6%	5.9%	35.3%	5.9%	100.0%

問3 貴自治体で把握されている保健・医療・介護・福祉関連資源の不足感についてお教えてください(○を付してください。ご回答者御職の評価で結構です)。

住民の抱える必要性充足から見た機能面での不足感

		5(不足が深刻)	4	3	2	1(不足はない)	無回答	計	
1	保健サービス	回答数	2	4	2	6	3	0	17
		%	11.8%	23.5%	11.8%	35.3%	17.6%	0.0%	100.0%
2	医療 救急・入院	回答数	3	8	1	3	2	0	17
		%	17.6%	47.1%	5.9%	17.6%	11.8%	0.0%	100.0%
3	医療 外来	回答数	3	4	2	4	3	1	17
		%	17.6%	23.5%	11.8%	23.5%	17.6%	5.9%	100.0%
4	医療 訪問・在宅	回答数	4	5	3	3	1	1	17
		%	23.5%	29.4%	17.6%	17.6%	5.9%	5.9%	100.0%
5	医療 メンタルヘルス	回答数	2	7	4	2	2	0	17
		%	11.8%	41.2%	23.5%	11.8%	11.8%	0.0%	100.0%
6	介護 施設	回答数	8	2	1	4	1	1	17
		%	47.1%	11.8%	5.9%	23.5%	5.9%	5.9%	100.0%
7	介護 通所	回答数	2	5	3	1	5	1	17
		%	11.8%	29.4%	17.6%	5.9%	29.4%	5.9%	100.0%
8	介護 訪問	回答数	3	4	4	1	4	1	17
		%	17.6%	23.5%	23.5%	5.9%	23.5%	5.9%	100.0%
9	介護 介護予防	回答数	1	7	3	3	2	1	17
		%	5.9%	41.2%	17.6%	17.6%	11.8%	5.9%	100.0%
10	高齢者住宅	回答数	2	7	2	4	1	1	17
		%	11.8%	41.2%	11.8%	23.5%	5.9%	5.9%	100.0%
11	障害者自立支援	回答数	2	4	4	4	2	1	17
		%	11.8%	23.5%	23.5%	23.5%	11.8%	5.9%	100.0%
12	子ども・家庭支援	回答数	1	6	4	3	3	0	17
		%	5.9%	35.3%	23.5%	17.6%	17.6%	0.0%	100.0%
13	福祉的相談援助	回答数	1	5	2	4	4	1	17
		%	5.9%	29.4%	11.8%	23.5%	23.5%	5.9%	100.0%
14	権利擁護	回答数	2	4	2	3	5	1	17
		%	11.8%	23.5%	11.8%	17.6%	29.4%	5.9%	100.0%



問4 地域における保健・医療・介護・福祉分野の専門職人材に不足感がある場合、特にどの分野の専門職人材の不足状況が深刻ですか。(上位3つに○を付してお答えください)

		回答数	%
1	医師	13	25.5%
2	歯科医師	0	0.0%
3	保健師	6	11.8%
4	助産師	0	0.0%
5	看護師	10	19.6%
6	薬剤師	0	0.0%
7	栄養士	0	0.0%
8	理学療法士	0	0.0%
9	作業療法士	0	0.0%
10	社会福祉士	4	7.8%
11	保育士	2	3.9%
12	介護支援専門員	5	9.8%
13	介護福祉士など介護職員	10	19.6%
14	その他	1	2.0%
		51	100.0%

その他(具体的に)

精神保健福祉士、心理士

問5 発災前から現在まで、保健・医療・介護・福祉分野において、貴自治体の外部から受けた専門人材(個人ボランティアは除きます)の派遣等の支援についてお教えてください。(あてはまるものすべてに○を付してください)

		回答数	%
1	医師の派遣を受けた	11	17.7%
2	看護師の派遣を受けた	12	19.4%
3	保健師の派遣を受けた	13	21.0%
4	介護職員の派遣を受けた	4	6.5%
5	臨床心理士や心のケア関連の人材の派遣を受けた	10	16.1%
6	社会福祉士など相談援助関係の人材の派遣を受けた	6	9.7%
7	専門的活動を行うNPO・ボランティア団体そのものの支援を受け入れた	5	8.1%
8	その他	1	1.6%
		62	100.0%

その他(具体的に)

理学療法士

問6 問5で受けた派遣支援のルートをお教えてください。(あてはまるものすべてに○を付してください)

	回答数	%
1 貴自治体から派遣要請した	12	21.4%
2 派遣元自治体からの派遣打診があり受け入れた	10	17.9%
3 派遣元である医療法人からの打診があり受け入れた	4	7.1%
4 派遣元である社会福祉法人(社会福祉協議会は除く)からの打診があり受け入れた	1	1.8%
5 派遣元である社会福祉協議会からの打診があり受け入れた	1	1.8%
6 派遣元である専門職能団体からの打診があり受け入れた	7	12.5%
7 国からの調整を通じて受け入れた	5	8.9%
8 県からの調整を通じて受け入れた	11	19.6%
9 日本赤十字社など民間非営利組織のルートを通じて受け入れた	5	8.9%
10 その他	0	0.0%
	56	100.0%

その他(具体的に)

--

問7 問5で受け入れた専門人材やNPO・ボランティア団体の現在の活動状況を伺います。(あてはまるものすべてに○を付してください)

	回答数	%
1 現在は引き上げてしまっている	8	28.6%
2 現在も活動を継続してくれているが、期限がある	14	50.0%
3 期限なしで活動を継続してくれている	1	3.6%
4 そのまま留まって現地化して活動を担ってくれるようである	1	3.6%
5 地元の関係者・関係専門家たちと協力して、新しい活動を展開してくれている	3	10.7%
6 その他	1	3.6%
	28	100.0%

その他(具体的に)

地方自治法に基づく行政職員の派遣が継続されている
--------------------------

問8 保健・医療・介護・福祉分野の復興に向けた基本方針についてお教えてください。復興計画上に位置付けられた基本方針あるいは議会に対し施政方針として示されている基本方針です。(あてはまるものに○を付してください)

(1)保健、医療、介護、福祉の復興は、復興計画上に位置づけられていますか

		回答数	%
1	位置づけられている	13	76.5%
2	現在計画立案中ないし今後立案の見込み	1	5.9%
3	位置づけはない	3	17.6%
4	無回答	0	0.0%
		17	100.0%

(2)上記で「①位置づけられている」に○の場合、それは、どのような位置づけ方になっていますか(自由記述)

- ・保険分野における被災者等のメンタル、健康等の相談事業の実施。
- ・「住まいと暮らしの再建」ともに支え合う見守り体制の強化という形で福祉関係をまとめております。
- ・社会福祉施設再建事業(被災した特養やGHの再建を図る)。
- ・医療機関再建事業(被災した医療機関の再構築や誘致を図る)。
- ・市民生活復興 すべての市民が安心して暮らすことができるまちの再生。
- ・復興計画の大きな3つの柱(生活の再建、防災体制の強化、産業経済の再生)のうち、生活の再建の中に「保健、医療、福祉の充実」として位置づけている。
- ・復興ビジョンの基本理念に、支え合いで実現する新たな地域づくり、安全安心の基盤づくり、市民との協働で拓く未来づくりとしている。速やかな原状回復の中では、避難住民の生活支援等。
- ・3本柱の1つ「すまいと暮らしの再建」の中に「保健・医療の確保・充実」「福祉の充実」で位置づけられている。
- ・復興計画における生活再建プロジェクト項目のうち、「保健・医療・福祉の充実」として位置づけている。
- ・具体性はこれから。
- ・10項目からなる「100万人の復興プロジェクト」の中の一項目としての位置づけ。「一人ひとりの暮らしを支える」生活復興プロジェクト。被災された方々が、安心して生活再建に取り組むことができるよう、心と身体の健康の確保に向け、一人ひとりの状況に合わせたきめ細かな支援を進めます。
- ・誰もが安心できるきめ細かなケア(一人ひとりの状況に合わせたきめ細かな健康支援、地域包括ケアシステムを東部地域の新たなまちづくりの中で推進)

(3)その場合、特区制度はどのように活用されていますか(自由記述)

- ・災害復興基金を2事業で活用している。
- ・詳しくは未定

(4)「地域ケア会議」は開催されていますか。(あてはまるものに○を付してください)

		回答数	%
1	定期的で開催している	10	58.8%
2	不定期だが開催している	2	11.8%
3	開催していない	5	29.4%
4	無回答	0	0.0%
		17	100.0%

問9 保健・医療・介護・福祉分野の再生・復興に向けた具体的な取り組みについてお教えてください。問8と異なり、復興計画上の位置付けの有無にかかわらず、取り組み中の、あるいは取り組み予定の具体的施策についてです。(あてはまるものすべてに○を付してください)

	回答数	%
1 被災前の状態への復旧	6	9.5%
2 復旧ではなく、新しい仕組みづくり	7	11.1%
3 医療人材確保	8	12.7%
4 介護人材確保	8	12.7%
5 社会福祉士等の相談援助人材の確保	3	4.8%
6 地域での専門人材要請の仕組みづくり	3	4.8%
7 地元医師会との連携強化	11	17.5%
8 看護協会、理学療法士会、作業療法士会等のコメディカル職能団体との連携強化	5	7.9%
9 社会福祉士会、介護福祉士会、介護支援専門員協会等の職能団体との連携強化	6	9.5%
10 大学等専門機関との協力推進	5	7.9%
11 その他	1	1.6%
	63	100.0%

その他(具体的に)

生きがいつくりの支援、生活再建のための支援

問10 住民の抱える生活上の課題を行政としてどの程度把握できているかお教えてください。(あてはまるものに○を付してください)

(1) 住民の抱える生活上の課題についての把握状況はいかがですか。

	回答数	%
1 十分に把握できている	0	0.0%
2 ほぼ把握できている	8	47.1%
3 把握できている分野とそうでない分野がある	7	41.2%
4 把握することが全般的に困難である	2	11.8%
5 無回答	0	0.0%
	17	100.0%

(2) (1)で3、4に○の場合、把握を難しくしている理由はどのようなものでしょうか。

	回答数	%
1 被災状況が居住地域や住民によって大きく異なるため	6	46.2%
2 メンタルヘルスの問題など発見しにくい課題が広がっているため	2	15.4%
3 直接的に地域と関わりをもつ専門職人材が不足しているため	2	15.4%
4 民生委員・児童委員や地域の自治会といった地域に根を張ったコミュニティの機能が弱まっているため	2	15.4%
5 その他	1	7.7%
	13	100.0%

その他(具体的に)

全国に避難しており、関わりをもつことが困難

問11 仮設住宅における課題の把握方法についてお教えてください。(あてはまるものすべてに○を付してください)

		回答数	%
1	住民自治会組織を通じて	10	12.7%
2	サポート拠点の活動を通じて	11	13.9%
3	事業委託しているNPOを通じて	4	5.1%
4	事業委託はしていないがNPO、ボランティアを通じて	2	2.5%
5	保健師の活動を通じて	15	19.0%
6	介護保険法や障害者総合支援法上の指定事業者を通じて	7	8.9%
7	地域包括支援センターを通じて	13	16.5%
8	診療所、開業医を通じて	1	1.3%
9	民生委員・児童委員を通じて	12	15.2%
10	保育所や学童保育所を通じて	1	1.3%
11	その他	3	3.8%
		79	100.0%

その他(具体的に)

・町社会福祉協議会の見守り活動を通じて  
 ・生活支援相談員  
 ・担当職員を配置

問12 仮設住宅で暮らす方々にとくに観られる問題状況をお教えてください。(最も深刻な状況にあるものに3つまで○を付してください)

		回答数	%
1	うつ状態	4	8.5%
2	アルコール依存	8	17.0%
3	閉じこもり	7	14.9%
4	不眠	2	4.3%
5	DV	0	0.0%
6	介護	5	10.6%
7	子育て支援	0	0.0%
8	就労	5	10.6%
9	家族関係	6	12.8%
10	住民同士のトラブル	5	10.6%
11	その他	5	10.6%
		47	100.0%

その他(具体的に)

・経済的困窮等  
 ・運動不足による足腰の弱り  
 ・健康、閉じこもり、外に出る機会が減り身体の低下  
 ・メンタルヘルス  
 ・住まいの再建

問13 仮設住宅における課題の解決のために、どのような主体が関わっていますか。(あてはまるものすべてに○を付してください)

	回答数	%
1 地域包括支援センター	12	14.6%
2 自治体の保健師	16	19.5%
3 仮設住宅サポート拠点(サポートセンター)	10	12.2%
4 社会福祉協議会	14	17.1%
5 地域の医療機関	6	7.3%
6 地域の介護事業所	7	8.5%
7 地域のNPO	5	6.1%
8 外部の事業者やNPO、その他の団体等	7	8.5%
9 その他	5	6.1%
	82	100.0%

その他(具体的に)

- ・町役場等
- ・民生委員
- ・自治体職員(生活支援課)
- ・担当課職員
- ・専門職能団体

問14 仮設住宅における課題の解決のために、自治体が独自に行っている取り組みがありましたらお書きください。特に、自治体が主導して各関係機関と連携や協力関係を構築している取り組みがありましたら優先してお書きください。(自由記述)

- ・被災者サポートセンターを社会福祉協議会に運営委託していることもあるが、市と社協はお互いの役割を補完しながら密接な協力関係を築いている。
- ・被災者健康支援連絡会など、行政やその他関係機関が集まって情報交換したり意見を出しあう会議を定期的に行っている。
- ・仮設住宅連絡員を仮設毎に配置し、連絡員と密に連絡をとりあいながら支援している。又、連絡員の心身面でのサポートをしている。
- ・入居者を各団地に概ね行政区単位で割り振りを行った。(従来の行政区のまとまりを維持している。)
- ・専門担当保健師の配置
- ・保健師の全戸訪問
- ・ランチによる仮設住宅の受け持ち制(訪問、介護予防教室の開催)
- ・生活支援員の委託
- ・仮設住宅事務連絡会議(月1回)、情報共有連絡会議(月2回)、情報交換会議(月1回)開催
- ・仮設住宅情報交換会
- ・アルコール問題研修会

問15 保健・医療・介護・福祉分野における地域の事業者との連携や協力関係について、現在どのような状況にありますか。(あてはまるものに○を付してください)

	回答数	%
1 関係構築は全体に非常にうまくいっている	8	47.1%
2 一部の事業者との関係構築はうまくいっている	8	47.1%
3 関係構築に苦慮している	1	5.9%
4 無回答	0	0.0%
	17	100.0%

問16 問15で地域の事業者との連携や協力関係の構築が上手く進んでいる場合にはその理由、また、苦慮している場合にはその理由を、お教えてください。(自由記述)

・今後、医療分野との連携を取っていく予定  
 ・月一度の定期的な包括ケア会議に事業者から必ず出席してもらい、顔を合わせ、情報交換、共有を密に行っているため。  
 ・関係はうまくいっていると思いますが、今後在宅医療と介護の連携を医師不足の中でどうして行くか悩んでいます。  
 ・地域包括支援センターも社会福祉協議会に委託しており(かつ、事務所もサポートセンター内に配置している)特に高齢者支援の連携がスムーズである。  
 ・支援が一時的なものだったりする。続かない。医療、介護、福祉にたずさわる職員不足。  
 ・避難先自治体における福祉、医療に関する受け皿の大きさや被災の状況などにより、協力関係の構築状態に差がでているのではないかと考えます。  
 ・地域包括支援センター主催の会議へ地域の事業者も参加し情報交換を行い、連携しやすい体制をつくっている。  
 ・子どもから高齢者、又、障害者のケア会議を関係機関が集まり定期的に開催している。しかし、避難先の自治体と避難している同じような自治体との連絡、連携が欲しい。  
 ・特に問題となる事例はない  
 ・事業者側からも避難中であることを考慮してもらっている。  
 ・今後、状況が長く続くことで問題となる可能性は大いにある。  
 ・町の唯一の医療機関が社会福祉法人であり、その医療機関との連携が難しい。  
 ・市に被災者支援室が設けられており、そこが中心となり関係機関の調整をしているため  
 ・地域ケアシステムや地域ケア会議の目的・機能について、関係機関への浸透が不十分なこと。  
 ・情報交換を密にしているためと思われる。常に感謝の気持ちを伝えるよう心がけている。  
 ・地域包括ケア会議等の開催による

問17 今後、復興の進展にあわせて「地域包括ケア」を推進しようとする場合、どのような支援が必要となるか、望ましいものすべて○をつけてください。

		回答数	%
1	専門技術的な助言やアセスメントを受けることのできる仕組みが必要	13	25.0%
2	「地域包括ケア」のシステムづくりを補助事業化するなどして震災復興事業に位置付けることが必要	7	13.5%
3	「地域包括ケア」の管理運営に係る費用を介護保険財政で担保できるような制度改正	4	7.7%
4	各法に位置付けられている支援・相談援助機関(例えば地域包括支援センター)の機能を統合したワンストップの包括的支援・相談援助機関の法制化が必要	9	17.3%
5	生活圏ニーズ調査に係る費用を補助してくれる仕組みが必要	0	0.0%
6	生活圏ニーズ調査の内容に工夫が必要	0	0.0%
7	専門人材の広域的派遣の仕組みを制度化することが必要	8	15.4%
8	専門人材の地域内での養成を補助事業化するなど費用面での支援が必要	8	15.4%
9	その他	3	5.8%
		52	100.0%

その他(具体的に)

- ・実態把握などマンパワーを必要とする取組への支援。
- ・自治体職員の人材確保支援。 ・人材の確保に係る国県市の取り組み、財源確保。
- ・関係機関の連携強化、各自のスキルアップ、他市町村との情報交換など。

回答を得られた自治体の分布

		回答数	%
1	岩手県	7	41.2%
2	宮城県	6	35.3%
3	福島県	4	23.5%
		17	100.0%



平成 26 年 1 月吉日

医療・介護・福祉関係  
法人・事業者の長 各位

特定非営利活動法人日本介護経営学会  
会長 田中 滋（慶應義塾大学教授）

日本介護経営学会が実施する調査にご協力くださるようお願い申し上げます。

この調査は、厚生労働省平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業「被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究」として、日本介護経営学会が実施するものです。東日本大震災被災地域において、保健・医療・介護・福祉的相談援助など生活の基礎基盤を支えるサービスの復興を加速化させるための課題を整理し、実効性ある「地域包括ケア」の推進につき、国や関係自治体に対し提言するとともに、地域においてそうしたサービスを担う事業者・専門家の協力体制の促進に役立つ仕組みを考案することを目的に、実施されます。ご多忙のところ、また同種調査依頼も多い中で、是非、貴法人・事業所におかれましては、趣旨ご理解の上、ご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

この調査は、東日本大震災被災地域において医療、介護、生活自立支援、予防健康増進に取り組んでおられる法人、事業所を対象にして、実施されるものです。

1. ご回答内容は、大量観察の方法に基づき一般的傾向として分析します。貴法人・事業所の固有の情報が公開されることはありません。また、回答内容が、学術目的以外に利用されることはありません。
2. 調査の分析結果は、それに基づく提言とともに、厚生労働省老健局に報告されます。
3. ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れ、1月31日(金)までに、ご返送くださるようお願いいたします。

この調査ならびに調査票に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

日本介護経営学会 研究担当副会長

小笠原浩一（東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 教授）

E-mail [o-koichi@tfu-mail.tfu.ac.jp](mailto:o-koichi@tfu-mail.tfu.ac.jp) TEL 090-3366-2565

日本介護経営学会についてのお問い合わせは、下記にお願いいたします。

特定非営利活動法人日本介護経営学会事務局 担当：小川

E-mail [kaigo@nhtjp.com](mailto:kaigo@nhtjp.com) TEL03-3564-3235

〒104-0061 東京都中央区銀座 1-5-15 ドゥーミラン銀座ビル 5 階

問1 貴法人・事業所の種別についてお教えてください。(あてはまる番号に○を付してください)

1. 医療法人
2. 社会福祉法人
3. 株式会社
4. NPO 法人
5. その他( )

問2 貴法人・事業所が現時点で実施している事業についてお教えてください。(あてはまる番号すべてに○を付してください)

- |                        |                 |               |
|------------------------|-----------------|---------------|
| 1. 救急医療                | 2. 入院医療         | 3. 外来医療       |
| 4. 訪問医療                | 5. 地域包括支援センター   | 6. 養護老人ホーム    |
| 7. 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) |                 | 8. 生活保護施設     |
| 9. 保育所                 | 10. 介護老人保健施設    | 11. 介護療養型医療施設 |
| 12. 居宅介護支援             | 13. 訪問介護        | 14. 訪問入浴介護    |
| 15. 訪問看護               | 16. 訪問リハビリテーション | 17. 通所介護      |
| 18. 通所リハビリテーション        | 19. 短期入所生活介護    | 20. 短期入所療養介護  |
| 21. 特定施設入居者生活介護        | 22. 福祉用具貸与      | 23. 夜間対応型訪問介護 |
| 24. 認知症対応型通所介護         | 25. 小規模多機能型居宅介護 |               |
| 26. 認知症対応型共同生活介護       | 27. 仮設サポート拠点    |               |
| 28. その他(具体的に:          |                 | )             |

問3 貴法人・事業所が医療・介護等のサービスを提供している患者、利用者のうちとくに東日本大震災で被災された方々の、心身の健康や生活の安心という点で、2012年(平成24年)夏時点と比較して、抱える課題や問題状況の変化を、専門法人・事業者として、どのように評価しておられるかお伺いします。(あてはまる番号にすべて○を付してください)

1. 心身の健康に関わる問題の重度化が観られる
2. 生活の安心に関わる問題の重度化が観られる
3. 心身の健康に関わる問題を抱える方の数が増えている
4. 生活の安心に関わる問題を抱える方の数が増えている
5. 生活の不活発を防ぐような工夫されたリハビリテーションの必要性が増している
6. 経済的自立への支援を必要とする方が増えている
7. 医療と介護の専門サービスが連携して対応・解決しなければならない問題が増えている

8. 権利擁護や人間関係など専門性の高い相談支援を必要とする問題が増えている  
 9. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

問4 問3でお答えいただいた心身の健康上の課題や生活上の問題として具体的に気づかれていますものを列挙してください。（自由記述）

問5 貴法人・事業所の目からご覧になって、地元自治体における保健・医療・介護・福祉関連のサービス資源の充足状況について、次の(1)および(2)の観点から、どのような状況かお教えてください。（あてはまる番号に○を付してください。ご回答者御職の評価で結構です）

(1) 東日本大震災の前と比較した量的な不足感

	不足が深刻		不足はない		
	5	4	3	2	1
保健サービス	-----	-----	-----	-----	-----
医療 救急	-----	-----	-----	-----	-----
入院	-----	-----	-----	-----	-----
外来	-----	-----	-----	-----	-----
訪問・在宅	-----	-----	-----	-----	-----
メンタルヘルス	-----	-----	-----	-----	-----
介護 施設	-----	-----	-----	-----	-----
通所	-----	-----	-----	-----	-----
訪問	-----	-----	-----	-----	-----
介護予防	-----	-----	-----	-----	-----
高齢者住宅	-----	-----	-----	-----	-----
障害者自立支援	-----	-----	-----	-----	-----
子ども・家庭支援	-----	-----	-----	-----	-----

福祉的相談援助				
権利擁護				

(2) 住民の抱える必要性の充足から見た機能面での不足感

	不足が深刻				不足はない
	5	4	3	2	1
保健サービス					
医療 救急・入院					
外来					
訪問・在宅					
メンタルヘルス					
介護 施設					
通所					
訪問					
介護予防					
高齢者住宅					
障害者自立支援					
子ども・家庭支援					
福祉的相談援助					
権利擁護					

問6 貴法人・事業所における保健・医療・介護・福祉分野の専門職人材に不足感がある場合、特にどの分野の専門職人材の不足状況が深刻ですか。(あてはまる番号すべてに○を付してください)

1. 医師
2. 歯科医師
3. 保健師
4. 助産師
5. 看護師
6. 薬剤師
7. 栄養士
8. 理学療法士
9. 作業療法士
10. 言語聴覚士
11. 社会福祉士
12. 精神保健福祉士
13. 臨床心理士
14. 保育士
15. 介護支援専門員
16. 介護福祉士など介護職員
17. 資格は問わないが、他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員
18. その他(具体的に )

問7 問6で不足感があると答えた場合、採用が困難な理由をお教えてください。(自由記述)

問8 地元自治体との関係についてお伺いします。

(1)被災地での事業を行う上で、貴法人・事業所と地元の自治体との協力や連携関係は、現在どのような状況にありますか。(あてはまる番号に○を付してください)

1. 協力や連携のための関係構築は概ねうまくいっている
2. 協力や連携のための関係構築に課題を抱えている
3. あまり直接的な関わりを持っていない

(2)上記で自治体との関係構築が概ねうまくいっている場合には、自治体からどのような支援や働きかけがあったからでしょうか。具体的にお教えてください。(自由記述)

(3)上記で自治体との関係構築に課題を抱えている場合には、どのようなことが課題となっているのでしょうか。具体的にお教えてください。(自由記述)

問9 地元自治体内で活動している他の医療・介護・福祉系法人・事業所との連携・協力関係について、実際にどのようなことに取り組んでおられますか。(あてはまる番号すべてに○を付してください)

1. 地域ケア会議を通じて、情報交換や必要な連携を進めている
2. ケースカンファランスで、個別的な事例について情報の共有、必要な協力を進めている
3. 地域包括支援センターが中心に動いて必要な情報共有や連携を進める機会に参加している
4. 患者や利用者のパス経路に沿って、病病連携や病介連携のような形で、個別の必要性に即した連携を進めている
5. 他事業者との連携を担当する部署・専門職を置いており、日常的に情報交換・共有の機会を持っている
6. 自法人・事業所で雇用するケアマネジャーやソーシャルワーカーの正規の業務に、地域連携の推進を含めている
7. 患者・利用者へのサービスが途切れることのないよう、他事業者の実施事業についての情報収集を積極的に行っている
8. 他事業者との地域連携はあまり行っていない
9. その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

問10 東日本大震災後に、保健・医療・介護・福祉分野においても、多くのボランティアの活動に助けられました。貴法人・事業所としてボランティアと協力をなさいましたか。(あてはまる番号に○を付してください)

1. ボランティアの協力・支援を受けた → 問11-13にもお答えいただいた上で、  
問14へお進みください
2. ボランティアの協力・支援を受けなかった → 問14へとお進みください

問11 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティアについて伺います。(あてはまる番号すべてに○を付してください)

1. それは、地元自治体の外から来た NPO やボランティア組織であった
2. それは、地元自治体内の NPO やボランティア組織であった
3. それは、専門事業者や職能団体の派遣したボランティアであった
4. それは、大学や学校の派遣したボランティアであった
5. それは、海外の NPO やボランティアであった

6. それは、海外の専門機関や専門団体等の派遣したボランティアであった
7. それは、住民や市民個人の自発的活動であった
8. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

問 12 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティアの活動内容について伺います。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

1. 診断・治療、リハビリテーション、介護サービスなど、具体的な専門職能に関わる活動をしてもらった
2. 患者、利用者の個別相談援助など、自法人・事業所の業務補助をしてもらった
3. 話し相手（傾聴）や移動支援など、自法人・事業所の業務では手薄になりがちな部分に協力してもらった
4. 支援ニーズ把握や支援方法のアドバイスなど、自法人・事業所の活動を適切に進めるための助言的役割をしてもらった
5. 地元自治体や地域圏域の枠を超えるネットワーク作りや拡大、情報提供などをしてもらった
6. 資金提供や職員の派遣で協力してもらった
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

問13 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティア活動の現状について伺います。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

1. いまでも、そのままの活動を継続してもらっている
2. いまでも、活動の規模を縮小して継続してもらっている
3. ボランティアの必要性がなくなったので、引き揚げていただいた
4. ボランティア側の判断で引き揚げていった
5. ボランティアを支えていた補助金や委託が切れたので引き揚げていった
6. 発災後のボランティアに代わって、新しいボランティアの皆さんが入ってこられた
7. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

問14 住まいや生活支援サービスを充実させ、予防健康増進を強化するとともに、医療と介護のサービスを一体的に在宅に供給することで、患者・要介護高齢者を総合的・継続的に支えようという「地域包括ケア」の政策が、社会保障制度改革の柱として推進されています。「地域包括ケア」の推進について、貴法人・事業所の地元では、医療・介護・福祉関係者の間で議

論が進んでいますでしょうか。(あてはまる番号に○を付けてください)

1. すでに、地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織ができ上がっている
2. 地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織の設置が検討されている
3. 地域包括ケアの必要性について医師会や介護事業者の協議会等で組織的に話題にはなっているが、具体的な推進の動きには至っていない
4. 地域の医療・介護関係者の一部には地域包括ケアの必要性を説く方がいるが、組織的な動きにはなっていない
5. 地域包括ケアについては知っているものの、関係者の間であまり話題となっていない
6. 地域包括ケアという考え方そのものが関係者に理解されているとは言えない
7. その他（具体的に： ）

問15 「地域包括ケア」の推進について、貴法人・事業所はどのように考えて、取り組んでおられるでしょうか。(あてはまる番号すべてに○を付してください)

1. 地域包括ケアの考え方そのものを、具体的に理解していない
2. 法人・事業所内で地域包括ケアについて勉強を進めているところである
3. 地域包括ケアを推進するための人員・役割を置いている
4. 地域包括ケアは、自治体の主導で進めるべきである
5. 地域包括ケアは、地域包括支援センターを調整機関として進めるべきである
6. 地域包括ケアは、医療機関(医師)を中心に進めるべきである
7. 地域包括ケアは、ケアマネジャーを中心に進めるべきである
8. 地域包括ケアは、医療・介護・福祉などのサービスを実際に提供する機関・事業所が多様な連携調整の仕組みを開発しながら進めるべきである
9. その他（具体的に： ）

質問は以上です。

丁寧にご対応くださり、感謝申し上げます。

長時間のご協力、まことに有難うございました。



「被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究」  
事業者調査 単純集計結果

問1 貴法人・事業所の種別についてお教えてください。（あてはまる番号に○を付してください）

	回答数	%
1 医療法人	13	23.2%
2 社会福祉法人	5	8.9%
3 株式会社	20	35.7%
4 NPO法人	7	12.5%
5 その他	11	19.6%
	56	100.0%

その他(具体的に)

どれでもない、個人無床診療所、公立病院、合同会社、地方自治体病院

問2 貴法人・事業所が現時点で実施している事業についてお教えてください。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

	回答数	%
1 救急医療	2	3.6%
2 入院医療	5	8.9%
3 外来医療	15	26.8%
4 訪問医療	3	5.4%
5 地域包括支援センター	1	1.8%
6 養護老人ホーム	1	1.8%
7 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	3	5.4%
8 生活保護施設	0	0.0%
9 保育所	2	3.6%
10 介護老人保健施設	3	5.4%
11 介護療養型医療施設	0	0.0%
12 居宅介護支援	17	30.4%
13 訪問介護	11	19.6%
14 訪問入浴介護	2	3.6%
15 訪問看護	6	10.7%
16 訪問リハビリテーション	2	3.6%
17 通所介護	17	30.4%
18 通所リハビリテーション	3	5.4%
19 短期入所生活介護	3	5.4%
20 短期入所療養介護	3	5.4%
21 特定施設入居者生活介護	0	0.0%
22 福祉用具貸与	5	8.9%
23 夜間対応型訪問介護	0	0.0%
24 認知症対応型通所介護	1	1.8%
25 小規模多機能型居宅介護	3	5.4%
26 認知症対応型共同生活介護	7	12.5%
27 仮設サポート拠点	1	1.8%
28 その他	8	14.3%

その他(具体的に)

GH型共同仮設住宅サポートセンター、サービス付高齢者専用住宅、基準該当にて通所介護事業障がいのある方の受け入れ  
在宅介護支援センター、石巻市・女川町障害者等相談施設等サポート事業(法定外事業)、有料老人ホーム

問3 貴法人・事業所が医療・介護等のサービスを提供している患者、利用者のうちとくに東日本大震災で被災された方々の、心身の健康や生活の安心という点で、2012年(平成24年)夏時点と比較して、抱える課題や問題状況の変化を、専門法人・事業者として、どのように評価しておられるか伺います。(あてはまる番号にすべて○を付してください)

	回答数	%
1 心身の健康に関わる問題の重度化が観られる	21	37.5%
2 生活の安心に関わる問題の重度化が観られる	18	32.1%
3 心身の健康に関わる問題を抱える方の数が増えている	21	37.5%
4 生活の安心に関わる問題を抱える方の数が増えている	19	33.9%
5 生活の不活発を防ぐような工夫されたりハビリテーションの必要性が増している	22	39.3%
6 経済的自立への支援を必要とする方が増えている	24	42.9%
7 医療と介護の専門サービスが連携して対応・解決しなければならない問題が増えている	28	50.0%
8 権利擁護や人間関係など専門性の高い相談支援を必要とする問題が増えている	10	17.9%
9 その他	3	5.4%

その他(具体的に)

仮設住宅から期間満了後に向かえる移転先などについて  
平成25年4月開業のため比較できない

問4 問3でお答えいただいた心身の健康上の課題や生活上の問題として具体的に気づかれているものを列挙してください。(自由記述)

- ・ADLの悪化 ・リロケーションダメージによる認知症状の悪化 ・住環境(復興住宅では不安がある)
- ・アルコール依存症 ・自殺願望 ・仮設→高台移転となり、金銭的な面や将来に失望している高齢者が多い。
- ・コミュニティの形成不全により人間関係が構築できない。 ・孤立
- ・仮設住宅から公営住宅(復興住宅)に移った時の隣人とのコミュニケーションに不安を持っている人が多い
- ・働く場所が少なく、生活に不安を持っている
- ・仮設住宅が手狭で衛生的な問題あり ・精神的に不穏(PTSD)
- ・仮設住宅での生活において、外に出る機会が少なく、身体機能低下が増え、認知症進行する利用者が増えた。(転倒や徘徊) ・先の生活がまだ不透明で精神的に不安やいらだちを覚える利用者、介護する家族が多い。
- ・仮設住宅に入居している要介護者への支援の充実 ・老々介護の増加<br>・医療処置が必要な要介護者への支援
- ・行動範囲が狭くなりやすい仮設住宅での生活が長期化するにつれ、心身機能低下のリスクが高まっている。
- ・震災で住宅事情、家族事情が変化したことで、施設入所が長期化しやすい。施設入所待機者が多い。医療、介介が必要になっても安心して在宅生活を送れるサービス体制が不足している。
- ・高齢者の独居 ・後方病院や施設の不足
- ・今までできていた事ができなくなり介護される量が増え、在宅介護ができなくなった。 ・持病が悪化し、どんどん進行してしまっている。
- ・恐怖からなのか、家でも施設でもだれかがそばにいないと不安になり、依存度が高くなってしまった。
- ・震災により自宅を無くされ、よぎなく引っ越しをされた方など、外に出ての交流が少なくなっている。
- ・感情の不安定さを感じる。 ・行動範囲が狭くなってきている。
- ・生活の不活発(狭い仮設)化に伴い、老々介護が増加。機能低下(廃用性)、ひきこもり
- ・家族の介護づかれ(→虐待ともとれる行動をとってしまう) ・居住の不安
- ・病院不足(入院ベッド数不足) ・仮設の問題
- ・PTSD、抑うつ傾向の患者数の増加。特に老人、50代～の男性に多い印象。老老介介の問題も深刻化
- ・うつ病がひどくなった
- ・引きこもり、運動不足、アルコール中毒の問題、不安障害、抑うつ的、不眠、近隣での対人関係のトラブル
- ・仮設に住んでいる方の今後の住居の不安。転居先での環境変化での精神的不安など。
- ・仮設住宅での一人暮らしなどから、孤独感、将来への不安を訴える患者が増加している。
- ・仮設住宅によるストレス。
- ・家族が亡くなり甥や姪など、本来の相談相手ではない人が、お世話する事で、手続きや事態が、めんどうになっている
- ・外出の機会が減り、草取りやそうじなど、高齢者が体を動かさなくなり、歩行やバランスが不安定になっている。 要支援1→2、要支援2→要介護1など、ひどくなっている。また、認知症の進行が加速し、在宅での生活が困難になっている人が多くなった。震災(地震・津波)のショックがまだまだ残っていると思われる。
- ・健康上では、震災当時より環境がよくなり、安定しているように見受けられるが、震災の心の傷はまだ癒されずにいるように思います。長期間の仮設暮らしで高齢者の身体機能低下がみられる。生活面ではまだ先が見えないことによる不安があるようだ。
- ・健康上において医療だけが先走っている様子が多く見られる。身体不調の訴えに対し、検査値だけで判断し家族や本人は納得しない事例がとても多い。資本力のある事業所だけで医療、介護をまかなおうとしているのに無理があり、他、病院や、小規模事業所との連携が不十分である。被災地の市町村の介護が以前より認定がきびしく、介護サービスを受けられない。介護認定の判定がとて遅く行政は法律をまもらない…(医指の意見書がおそいとの理由でウソをつく)
- ・健康上の課題。うつ病等、一見してわからない精神疾患者が多くてコミュニティに支障をきたしている。生活上の問題として仮設住宅暮らしから自立した生活に戻れていない。
- ・治療後の方向づけとして、そうしたら良いか、仮設独居が多いともどれず施設にも対応がむずかしい方など…
- ・自宅での一人生活で有利なかなかなか外出が出来ない状態が続いており話し合っていないのが不安だと考える
- ・震災で家族を亡くす、自分だけ助かってしまったと責めてしまい抑うつ状態が憎悪、仮設住宅から復興住宅への移行上でも生じる金銭的問題
- ・長期間、仮設住宅での生活で運動機能が著しく低下している。独●による経済的支援がない方が増えている。
- ・津波で自分の家がなくなっていることが分からず帰ろうとする(認知症の方) ・働く場の減少、人口の流出化
- ・独居老人又は家族と離れて生活する老人が増加。震災後、家族のつながりもうすれている。誰にも相談できず、新興宗教や健康食品企業などにだまされる人もでている。
- ・毎回震災の話題を話す方がいる。1日被災された場所を自己紹介で話す、まだ立直っていない。

問5 貴法人・事業所の目からご覧になって、地元自治体における保健・医療・介護・福祉関連のサービス資源の充足状況について、次の(1)および(2)の観点から、どのような状況かお教えてください。(あてはまる番号に○を付してください。ご回答者御職の評価で結構です)

(1)東日本大震災の前と比較した量的な不足感

		5(不足が深刻)	4	3	2	1(不足はない)	無回答	計	
1	保健サービス	回答数	6	9	24	4	5	8	56
		%	10.7%	16.1%	42.9%	7.1%	8.9%	14.3%	100.0%
2	医療 救急	回答数	15	11	14	3	5	8	56
		%	26.8%	19.6%	25.0%	5.4%	8.9%	14.3%	100.0%
3	医療 入院	回答数	18	13	8	3	6	8	56
		%	32.1%	23.2%	14.3%	5.4%	10.7%	14.3%	100.0%
4	医療 外来	回答数	15	11	14	3	5	8	56
		%	26.8%	19.6%	25.0%	5.4%	8.9%	14.3%	100.0%
5	医療 訪問・在宅	回答数	4	14	23	4	4	7	56
		%	7.1%	25.0%	41.1%	7.1%	7.1%	12.5%	100.0%
6	医療 メンタルヘルス	回答数	6	15	19	3	5	8	56
		%	10.7%	26.8%	33.9%	5.4%	8.9%	14.3%	100.0%
7	介護 施設	回答数	6	15	19	3	5	8	56
		%	10.7%	26.8%	33.9%	5.4%	8.9%	14.3%	100.0%
8	介護 通所	回答数	2	11	19	7	8	9	56
		%	3.6%	19.6%	33.9%	12.5%	14.3%	16.1%	100.0%
9	介護 訪問	回答数	2	10	22	6	7	9	56
		%	3.6%	17.9%	39.3%	10.7%	12.5%	16.1%	100.0%
10	介護 介護予防	回答数	1	12	20	5	9	9	56
		%	1.8%	21.4%	35.7%	8.9%	16.1%	16.1%	100.0%
11	高齢者住宅	回答数	14	15	11	5	2	9	56
		%	25.0%	26.8%	19.6%	8.9%	3.6%	16.1%	100.0%
12	障害者自立支援	回答数	4	19	18	4	3	8	56
		%	7.1%	33.9%	32.1%	7.1%	5.4%	14.3%	100.0%
13	子ども・家庭支援	回答数	6	14	20	4	2	10	56
		%	10.7%	25.0%	35.7%	7.1%	3.6%	17.9%	100.0%
14	福祉の相談援助	回答数	5	11	21	5	4	10	56
		%	8.9%	19.6%	37.5%	8.9%	7.1%	17.9%	100.0%
15	権利擁護	回答数	4	10	23	5	3	11	56
		%	7.1%	17.9%	41.1%	8.9%	5.4%	19.6%	100.0%

## (2)住民の抱える必要性の充足から見た機能面での不足感

		5(不足が深刻)	4	3	2	1(不足はない)	無回答	計	
1	保健サービス	回答数	4	10	23	5	3	11	56
		%	7.1%	17.9%	41.1%	8.9%	5.4%	19.6%	100.0%
2	医療 救急・入院	回答数	12	16	13	1	4	10	56
		%	21.4%	28.6%	23.2%	1.8%	7.1%	17.9%	100.0%
3	医療 外来	回答数	8	12	19	3	4	10	56
		%	14.3%	21.4%	33.9%	5.4%	7.1%	17.9%	100.0%
4	医療 訪問・在宅	回答数	5	20	14	3	3	11	56
		%	8.9%	35.7%	25.0%	5.4%	5.4%	19.6%	100.0%
5	医療 メンタルヘルス	回答数	4	17	18	3	1	13	56
		%	7.1%	30.4%	32.1%	5.4%	1.8%	23.2%	100.0%
6	介護 施設	回答数	13	16	13	3	1	10	56
		%	23.2%	28.6%	23.2%	5.4%	1.8%	17.9%	100.0%
7	介護 通所	回答数	6	12	17	8	3	10	56
		%	10.7%	21.4%	30.4%	14.3%	5.4%	17.9%	100.0%
8	介護 訪問	回答数	8	10	19	8	2	9	56
		%	14.3%	17.9%	33.9%	14.3%	3.6%	16.1%	100.0%
9	介護 介護予防	回答数	5	14	15	9	3	10	56
		%	8.9%	25.0%	26.8%	16.1%	5.4%	17.9%	100.0%
10	高齢者住宅	回答数	18	15	9	2	1	11	56
		%	32.1%	26.8%	16.1%	3.6%	1.8%	19.6%	100.0%
11	障害者自立支援	回答数	1	18	21	4	1	11	56
		%	1.8%	32.1%	37.5%	7.1%	1.8%	19.6%	100.0%
12	子ども・家庭支援	回答数	3	13	23	4	1	12	56
		%	5.4%	23.2%	41.1%	7.1%	1.8%	21.4%	100.0%
13	福祉的相談援助	回答数	3	15	21	3	2	12	56
		%	5.4%	26.8%	37.5%	5.4%	3.6%	21.4%	100.0%
14	権利擁護	回答数	2	12	28	2	2	10	56
		%	3.6%	21.4%	50.0%	3.6%	3.6%	17.9%	100.0%

問6 貴法人・事業所における保健・医療・介護・福祉の専門職人材に不足感がある場合、特にどの分野の専門職人材の不足状況が深刻ですか。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

	回答数	%
1 医師	11	19.6%
2 歯科医師	2	3.6%
3 保健師	4	7.1%
4 助産師	4	7.1%
5 看護師	31	55.4%
6 薬剤師	7	12.5%
7 栄養士	6	10.7%
8 理学療法士	9	16.1%
9 作業療法士	8	14.3%
10 言語聴覚士	3	5.4%
11 社会福祉士	4	7.1%
12 精神保健福祉士	3	5.4%
13 臨床心理士	3	5.4%
14 保育士	7	12.5%
15 介護支援専門員	17	30.4%
16 介護福祉士など介護職員	30	53.6%
17 資格は問わないが、他の専門機関や専門職との連携調整を担当する職員	13	23.2%
18 その他	7	12.5%

その他(具体的に)

医療事務、介護職員初任者研修（ヘルパー2級）取得者、歯科衛生士、相談支援専門員、調査員  
特に介ご職員不足のためヘルパー事業を閉めている状態 デイ、ショートも規模を小さくしなければならぬ

問7 問6で不足感があると答えた場合、採用が困難な理由をお教えてください。（自由記述）

- ・求人を出しても全く応募がない。・介護サービスが新規にできて、人材の奪い合いがある。
- ・行政による厳しい指導・低賃金・人口が減っている為
- ・自宅が被災し、長年勤務した職員が退職し、戻ってこれない。
- ・育休(1年間)後に、引き受ける保育施設が減少し(津波被害で)復帰できない。
- ・ガレキ片付けの方が、日給が高いので、そちらに流れてしまい、求人を出しても来ない。・家族や家をなくし、仕事をする気力がでない。
- ・社会福祉全般を理解している職員が少なく、相談時に困ることがある。
- ・介護職全般のイメージが悪い(きつく、給料も安い等)為もあり、ずっと求人を出しているが来ない。・人件費の問題・希望する人がいない。
- ・人材の他への流出・働こうという意欲の低下・生活上の不便さから、地元に残って生活をたてようと考える方がへった
- ・低賃金・資本力のある所に人が集まる傾向が以前より強い・当地域での人材が少ない・当地域が海岸に近いので勤務したがない
- ・福祉関係の給与の低さから採用応募が少ない・夜勤ができない・体力面
- ・どの事業所も職員不足のため、求人数が多い。当事業所の求人条件にあう職員がいない。・どの分野でも¥と地方の事かな!
- ・医療事務不足が深刻。・復興事業、大型ショッピングセンター...etcによる住民(労働力)の取り合い。
- ・応募がない・応募しても、応募が少ない(ほとんど無い)。・介護職のイメージが良くない。・他業種と比べ、給与が安い。
- ・看護師の場合売手市場となっており、気にいらなければ転職する、又勤務して転職する。という傾向が全国的に見受けられる。そういう中で質の高い看護師の採用はなかなか困難である。
- ・求人しているが応ぼがない。・求人に対する応募がほとんどない状態にあるのは、労働条件が悪い為。
- ・求人を出しても、応募がない・求人を出す、こない・給与額が低く定職率が安定しない(特に男性)
- ・地方自治体が採用する職種(医師、保健師、看護師、保育士、栄養士等)と民間で採用する人材が重複し、処遇や待遇の良い公務員へ就職する人材が多い。
- ・勤務の条件が悪い。
- ・根本的な有資格者の不足!介護職員に関しては、採用してもスキルに乏しく、育成しようとしても長続きせず、すぐに辞めてしまう。職員自身の意識が低い。そういう人達ばかりではないのでしょうか。何か不満が生じた時は介ゴ事業所を転々と渡り歩くヘルパーがとかく多いかも。高齢化問題が深刻で受け皿不足なのに、介護員のレベルが低く、人員不足!!これでは高齢者に合ったケアができない
- ・採用しても人材の質の違いと能力の差によってなかなか定着しない。・資格保有者がいない・事業所が多く、どこも職員不足になっている
- ・就業応募者自体が少ない。都市部(仙台)への流出。・小規模事業で地域に根ざした活動をしようとする人件費が不足している為
- ・浸水地域の為求人を出しても応募者がこない。常に人手不足である・人口流出により、若者が外に働きに出ているため、介護職を希望するものがない
- ・人材がいない・人材不足
- ・人材不足、待遇面の問題・専門学校養成学校が遠くにあるため・専門職の人数が不足の為、集まらない
- ・地域に資格を持った方がいない・地域全体で不足している為と思われます。
- ・当施設はNPO法人で個人経営です。周囲の社会福祉法人のような大規模施設に介護員や看護師が集中します...。夜勤者不足がかなりの課題となっています...
- ・半島なので住居がない。仮設を貸してほしいと何度も行政にお願いするが、無理である。仮説に荷物だけ置いて、自分の家に住んでいる人が被災地にはたくさんいる。不公平である。
- ・被災地には元々、医療従事者を養成する学校はなく、常に医療従事者が不足していたが、震災により更に不足に拍車がかかっている。県外からの採用にも住宅の不足などから困難がある。

問8 地元自治体との関係についてお伺いします。

(1) 被災地での事業を行う上で、貴法人・事業所と地元の自治体との協力や連携関係は、現在どのような状況にありますか。(あてはまる番号に○を付してください)

	回答数	%
1 協力や連携のための関係構築は概ねうまくいっている	28	50.0%
2 協力や連携のための関係構築に課題を抱えている	11	19.6%
3 あまり直接的な関わりを持っていない	14	25.0%
無回答	3	5.4%
	56	100.0%

(2) 上記で自治体との関係構築が概ねうまくいっている場合には、自治体からどのような支援や働きかけがあったからでしょうか。具体的にお教えてください。(自由記述)

- ・仮設住宅団地への診療所の開設要請があり、補助を受け開設している。
- ・被災者のメンタルケアの養成があり、ストレス外来の開設など協力しながら対応している。
- ・包括支援センターから情報提供を受けている ・もともと自治体との関係は良好
- ・医師会を通して再開時の手続きがスムーズだった。 ・何かあるとすぐ相談にのってくれる。
- ・各自治体、事業所の担当課の窓口になってくださる方がいらっしゃるので、連絡、質問等がうまく行えていると思います。
- ・管理者等が自治体のOBであるため、連携がスムーズにしている
- ・気がねなく話ができる。情報が入ってくる(スムーズに)
- ・事業開始時から、地元の意向を中心に活動を行ってきたから
- ・情報交換のやりとりがスムーズである
- ・情報提供を受けたり、声をかけてもらっている。自分からも外に出かけるようにしている。
- ・震災後より、地域でお茶っこサロンとして立ち上がり、現在は法人格を取り通所介護基準該当として障がいのある方々も受け入れをしている。今現在、自治体、民生委員、地域包括の力を借りて、お互いの困り事など共有しながら、地域で活動している。
- ・震災時に避難所で、お互いに協力でき、その後も物資の提供や、情報をいただいている。また、支援が必要な人を見つけたら、行政に伝えるようにしている。
- ・相手とも緊急時素早く対応しているし、いただいている。
- ・地域包括連携ケアによって情報交換ができています。
- ・津波避難ビルとしての指定を受けたため
- ・当社は立ち上げたばかりで詳しくはわかりませんが、自治体の職員から講習会の案内等があり新規の事業者でも興味を持ってきているなどは思いました。



(3) 上記で自治体との関係構築に課題を抱えている場合には、どのようなことが課題となっているのでしょうか。具体的にお教えてください。(自由記述)

・慢性的な介ゴ職員不足 ・スキルの高い介護支援専門員ケアマネージャーがいない、特にCMがいない!!

・役所の担当の対応の繁速性にかける

・地元を知っている人の担当ではなく他地区からの応援隊だけで対応したり(地元+応援)で対応することが望ましい(早い)

・地元自治体活動が少ない

・グループ企業の中だけで全てをまかなおうとしている。

・介護施設設立の意向を伝えるも、介護福祉への新規参入は認められなかった。26年度の市の募集要項では、新規参入をしめ出す文面が加わった。

・財政難にて本来の介護保険制度を行政の都合の良い方向へもっていく

・市から委託されている包括センターは、自社グループ内で利用者を抱え、外部への紹介を制限しているため小規模の施設は経営が難しい。

・市の委託を受けている地域包括支援センター、それと関連する居宅介護支援事業所の連携関係が強く、関連していない居宅や福祉用具事業所には一切と言ってよいほど依頼はありません。その中で当社が協力体制を整えたとしても、今の状況を変えていただけなければ利用者様の困いこみになるのではないかと思います。今現在市内の一部の地域包括センターの介護支援専門員は関連していない事業所に対しては無愛想です。それが利用者様に通じるのか、利用者様がケアマネを変えてほしいと何度か耳にします。関連している事業所さんは多忙で利用者様に対するサービスが行き届かないのではないかと思います。皆で協力し、平等にしなければ又困いこみになると思います。

・地域のニーズや、実状をより把握して行く事によって問題提起や地域の社会資源を知る為にはより自治体に入り地域の一部としての役割を見つけていかなければならない。

・特定の業者や合併前からの個人的なつながりにおいて情報を共有しあっている。自治体職員の同級生、親戚、知人等には的確な情報もたらされ、不平等を感じている。ぜひ改善・改革してほしい。課題というか、上記で述べたように地域間での悪しき慣習になっている。特に市は自治体職員(労組)が幅を利かせて慣れ合いで業者に有利な選定を行っている。建前は公平、公正の観点と発言し、文章にも記述し、本音は長年のつきあいでお世話になっている業者が簡単に入札したり、最低価格に3社も同時額を入れたり、誰が見ても公平、公正とは名ばかりの実態があきらかである。こういう制度(公募)がいかに弊害があきらかに不正の温床と言わざるを得ない。ぜひ司直のメスを入れて頂きたい。でないといつの時代も恥ずかしいことがまかり通ってしまう。

・病院にも居られず施設も待ちの患者を受け入れている当院としては点類が低いので人件費でなくなるその所を考えてほしい。地域のため患者のために受け入れて頑張っているのが概ね、うまく行っているが上記の件で、少し大変である

様々な分野の法律の壁があり、柔軟な対応ができない。

問9 地元自治体内で活動している他の医療・介護・福祉系法人・事業所との連携・協力関係について、実際にどのようなことに取り組んでおられますか。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

	回答数	%
1 地域ケア会議を通じて、情報交換や必要な連携を進めている	27	48.2%
2 ケースカンファランスで、個別的な事例について情報の共有、必要な協力を進めている	17	30.4%
3 地域包括支援センターが中心に動いて必要な情報共有や連携を進める機会に参加している	22	39.3%
4 患者や利用者のパス経路に沿って、病病連携や病介連携のような形で、個別の必要性に即した連携を進めている	12	21.4%
5 他事業者との連携を担当する部署・専門職を置いており、日常的に情報交換・共有の機会を持っている	6	10.7%
6 自法人・事業所で雇用するケアマネジャーやソーシャルワーカーの正規の業務に、地域連携の推進を含めている	9	16.1%
7 患者・利用者へのサービスが途切れることのないよう、他事業者の実施事業についての情報収集を積極的に行っている	19	33.9%
8 他事業者との地域連携はあまり行っていない	9	16.1%
9 その他	2	3.6%

その他(具体的に)

・虐待への対応 ・地域医療連携推進協議会の設置
-------------------------

問10 東日本大震災後に、保健・医療・介護・福祉分野においても、多くのボランティアの活動に助けられました。貴法人・事業所としてボランティアと協力をなさいましたか。（あてはまる番号に○を付してください）

	回答数	%
1 ボランティアの協力・支援を受けた	29	51.8%
2 ボランティアの協力・支援を受けなかった	25	44.6%
	54	96.4%

問11 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティアについて伺います。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

	回答数	%
1 それは、地元自治体の外から来たNPOやボランティア組織であった	19	33.9%
2 それは、地元自治体内のNPOやボランティア組織であった	5	8.9%
3 それは、専門事業者や職能団体の派遣したボランティアであった	13	23.2%
4 それは、大学や学校の派遣したボランティアであった	10	17.9%
5 それは、海外のNPOやボランティアであった	5	8.9%
6 それは、海外の専門機関や専門団体等の派遣したボランティアであった	1	1.8%
7 それは、住民や市民個人の自発的活動であった	7	12.5%
8 その他	1	1.8%

その他(具体的に)

知り合い
------

問12 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティアの活動内容について伺います。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

		回答数	%
1	診断・治療、リハビリテーション、介護サービスなど、具体的な専門職能に関わる活動をしてもらった	13	23.2%
2	患者、利用者の個別相談援助など、自法人・事業所の業務補助をしてもらった	2	3.6%
3	話し相手（傾聴）や移動支援など、自法人・事業所の業務では手薄になりがちな部分に協力してもらった	9	16.1%
4	支援ニーズ把握や支援方法のアドバイスなど、自法人・事業所の活動を適切に進めるための助言的役割をしてもらった	3	5.4%
5	地元自治体や地域圏域の枠を超えるネットワーク作りや拡大、情報提供などをしてもらった	4	7.1%
6	資金提供や職員の派遣で協力してもらった	9	16.1%
7	その他	7	12.5%

その他(具体的に)

慰問、食材の提供 利用者に対してはげましのお手紙、メッセージカード  
 食材提供、マッサージ等、石巻日赤より派遣の協力者  
 被災時の片付け、物資の支援

問13 問10で「1. 受けた」と回答した方に、そのボランティア活動の現状について伺います。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

		回答数	%
1	いまでも、そのままの活動を継続してもらっている	3	5.4%
2	いまでも、活動の規模を縮小して継続してもらっている	8	14.3%
3	ボランティアの必要性がなくなったので、引き揚げていただいた	7	12.5%
4	ボランティア側の判断で引き揚げていった	11	19.6%
5	ボランティアを支えていた補助金や委託が切れたので引き揚げていった	2	3.6%
6	発災後のボランティアに代わって、新しいボランティアの皆さんが入ってこられた	1	1.8%
7	その他	2	3.6%

その他(具体的に)

数回でうち切られた。  
 不定期に法人、個人が震災からの繋がりについて支援、ボランティアとして関わってもらっている

問14 「地域包括ケア」の推進について、貴法人・事業所の地元では、医療・介護・福祉関係者の間で議論が進んでいますでしょうか。（あてはまる番号に○を付けてください）

	回答数	%
1 すでに、地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織ができ上がっている	19	33.9%
2 地域包括ケア推進のための協議会や関係者の協力組織の設置が検討されている	9	16.1%
3 地域包括ケアの必要性について医師会や介護事業者の協議会等で組織的に話題にはなっているが、具体的な推進の動きには至っていない	6	10.7%
4 地域の医療・介護関係者の一部には地域包括ケアの必要性を説く方がいるが、組織的な動きにはなっていない	1	1.8%
5 地域包括ケアについては知っているものの、関係者の間であまり話題となっていない	4	7.1%
6 地域包括ケアという考え方そのものが関係者に理解されているとは言えない	9	16.1%
7 その他	2	3.6%
8 無回答	6	10.7%
	56	100.0%

その他(具体的に)

グループ企業内だけで話がすすんでいる傾向が強い。グループ内だけでの対処には無理がある。  
医療情報ネットワークの構築  
診療所内の仕事が多く参加できない  
地域包括ケアという名のもとに事業拡張がおおくみられる。

問15 「地域包括ケア」の推進において、貴法人・事業所はどのように考えて、取り組んでおられるでしょうか。（あてはまる番号すべてに○を付してください）

	回答数	%
1 地域包括ケアの考え方そのものを、具体的に理解していない	14	25.0%
2 法人・事業所内で地域包括ケアについて勉強を進めているところである	13	23.2%
3 地域包括ケアを推進するための人員・役割を置いている	1	1.8%
4 地域包括ケアは、自治体の主導で進めるべきである	9	16.1%
5 地域包括ケアは、地域包括支援センターを調整機関として進めるべきである	7	12.5%
6 地域包括ケアは、医療機関（医師）を中心に進めるべきである	3	5.4%
7 地域包括ケアは、ケアマネジャーを中心に進めるべきである	3	5.4%
8 地域包括ケアは、医療・介護・福祉などのサービスを実際に提供する機関・事業所が多様な連携調整の仕組みを開発しながら進めるべきである	24	42.9%
9 その他	3	5.4%

その他(具体的に)

社協や大きな福祉法人は介護事業を独占しており、新規参入の事業者はなすすべない状態にあり、就労に障害となっている  
取り組への参画をしたいが具体的な呼びかけがまだないので対処しにくい。  
地域包括ケアという事で、利用者の選択をせまくしている。

# —3.11後の介護経営の復興— 2013年度 震災復興シンポジウム

■ 日 時：2013年7月7日(日) 13:00 ~ 17:00 (開場12:30~)

■ 会 場：東洋大学 白山キャンパス 1号館1404教室

〒112-8606 東京都文京区白山 5-28-20 / TEL:03-3945-7224(代表)

■ 都営地下鉄三田線白山駅「正門・南門」A3出口より 徒歩5分、「西門」A1出口より 徒歩5分

■ 東京メトロ南北線本駒込駅「正門・南門」1番出口より 徒歩5分

## ■ プログラム

13:00 開会挨拶 田中滋 本学会会長/慶応義塾大学大学院 教授

13:05 基調講演『震災復興になぜ介護システムが重要か』

講師 辻 哲夫氏/東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授 司会 宮島俊彦/本学会理事

14:30 シンポジウム『被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望』

シンポジスト 池田 昌弘氏/NPO 法人全国コミュニティライフサポートセンター 理事長

石井 正氏/東北大学病院 教授(前石巻日赤病院医療社会事業部長)

長 純一氏/石巻市立病院開成仮診療所 所長

木川田典彌氏/公益社団法人全国老人保健施設協会 会長

高橋 昌克氏/釜石市健康福祉部 部長・釜石のぞみ病院 医師 [50音順]

コメンテーター 辻 哲夫氏 宮島 俊彦

ナビゲーター 小笠原浩一 本学会副会長/東北福祉大学 教授

栃本一三郎 本学会副会長/上智大学 教授

17:00 閉会挨拶・謝辞 小山秀夫 本学会副会長・企画委員長/兵庫県立大学 教授

■ 参加費:会員2,000円、非会員一般4,000円、学生3,000円

本学会 HP 上から参加申込書をダウンロードし、お申し込みの上、事前に、参加費をお振込みください。

【参加費振込先】 口座名義 日本介護経営学会(ニホンカイゴケイエイガッカイ)

● ゆうちょ銀行からお振込の場合 口座記号番号 00130-8-678806

● その他の金融機関からお振込の場合

ゆうちょ銀行[9900] 〇一九(ゼロイチキョウ)支店[019] 当座 口座No.0678806

■ 申込締切：6月21日(金)

【問い合わせ先】 日本介護経営学会事務局：FAX 03-5159-0366 / E-mail kaigo@nhtjp.com

日本介護経営学会主催／石巻市共催／宮城県後援 シンポジウム  
平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業

## 『被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望』

■日時：2013年11月24日（日）13:00～17:00（12:00 受付開始）

■会場：石巻専修大学 5号館 5301教室

〒986-8580宮城県石巻市南境新水戸1番地住所 <http://www.isenshu-u.ac.jp/24adsorption/sub2.html>

### ■プログラム

13:00 主催者挨拶 田中 滋 日本介護経営学会 会長／慶応義塾大学大学院 教授

13:10 共催者挨拶 亀山 紘 石巻市 市長

13:30 基調講演『被災地域における社会保障の在り方と地域包括ケアの構想』  
唐澤 剛 厚生労働省 政策統括官

14:30 シンポジウム『被災地における医療・介護のイノベーションと地域包括ケアへの展望』

シンポジスト 齊藤 正身／医療法人真正会 理事長、全国デイ・ケア協会会長  
長 純一／石巻市立病院開成仮診療所長・同市包括ケアセンター所長  
佐藤 清壽／石巻市医師会 副会長  
山崎 信哉／石巻仮設住宅自治連合推進会長

ナビゲーター 宮島俊彦 日本介護経営学会理事（前厚生労働省老健局長）  
高木安雄 日本介護経営学会理事、（慶應義塾大学大学院教授）

17:00 閉会挨拶・謝辞 小山 秀夫 日本介護経営学会副会長／兵庫県立大学大学院教授  
総合司会 小笠原浩一 日本介護経営学会副会長／東北福祉大学大学院教授

■参加費：無 料

■申し込み方法：参加ご希望の方は、ご氏名、ご所属（ある方は）、お住いの市町村名を、次の申し込み用メールアドレスへの送信してください。送信をもって参加登録とします。

[ishinomaki1124@gmail.com](mailto:ishinomaki1124@gmail.com)

（車いすで参加される方、介助を必要とする方は、申込時に、その旨、お知らせください。）

【問い合わせ先】日本介護経営学会震災復興プロジェクト委員 工藤健一（東北福祉大学）  
アドレス [ishinomaki1124@gmail.com](mailto:ishinomaki1124@gmail.com) 件名を「質問」としてください。

## 日本介護経営学会における本調査研究の実施体制

研究代表者 田中 滋 会長

研究実施責任者 小笠原 浩一 副会長（研究担当）

調査研究委員会 齊藤 正身 理事 高木 安雄 理事  
栃本 一三郎 副会長（組織担当） 小笠原 浩一

ワーキンググループ委員

阿部 信子 会員 工藤 健一 会員 小笠原 浩一

シンポジウム実施事務局

事務局長 小山 秀夫 副会長（総務担当）

事務局員

7月7日東洋大学

藤林 慶子 会員 日本介護経営学会事務局 小川珠実・佐藤祥子

11月24日石巻専修大学

岩田 一樹 会員 工藤 健一 萩野 寛雄 会員

森 明人（非会員協力者）

報告書執筆委員と分担

小笠原浩一 I-3 II-1 ~II-3 III IV V

工藤 健一 I-1~I-3 II-4 資料編

---

**平成 25 年度  
被災地における地域包括ケアの創造的な展開とシステム化への支援策に関する調査研究  
事業実施報告書**

(平成25年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

平成 26 年 (2014 年) 3 月発行

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

<http://www.kaigokeieigakkai.jp/>

---